

東區業務組醫院精神科醫療費用管理方案

101.07.19 訂定

102.07.10 修訂

一、管控目的

為使東區醫療資源更有效運用，提升個別醫院之自主管理機制，逐步平衡轄區精神科與非精神科醫療資源之合理分布與發展，規劃精神科閾值核扣及指標管理併行回饋機制之專案管控措施。

二、管控方式

修正東區原有整體精神科費用管控模式，設定各醫院精神科虛擬總額、管理目標、管控指標及回饋金計算方式，以促進醫院針對收治之精神科病患給予妥適且合理之照護。

(一) 精神科虛擬總額(非醫院實際申報醫療費用)：

依各醫院前一年同期之精神科醫療費用點數為基準，勾稽當年該季精神科病患 ID。

1. 繼續照護病患：二段期間 ID 均存在者，費用維持不變。

2. 減少之病患：去年同期之 ID 勾稽當季已不存在者

(1) 如病患已死亡或改為精神科居家照護、社區復健、一般住院或至他院就醫(門診精神科、住診不限科別)，則其去年同期之門、住診費用列為減項。

(2) 保留 1 成 額度：非以上情況所減少之病患，則其去年同期門、住診費用之 9 成 列為減項；

3. 新增之病患：當季之 ID 勾稽去年同期無此 ID 者

(1) 當期完全在該院精神科接受照護：如勾稽結果為新增 ID，且該病患未於院內一般住院或轄區其他院所就診(門診精神科、住診不限科別)，則門、住診新增人數每人以醫院自身去年同期門、住診每人每季平均費用 $\times 0.9$ 加計，惟門診最高 4,200 點、住診最高 55,000 點，當期

同時有接受門住診精神科照護，以住診額度加計。

(2) 當期不完全在該院精神科接受照護：如該新病患同時有於同院其他科別住院或其他院所就診(門診精神科、住診不限科別)，則門、住診每人加計費用採折半計算，惟門診最高 2,500 點、住診最高 30,000 點。

(3) 本項新增病患點數僅為計算醫院整體額度之用，非真正給付予每位病患之費用，實際仍依病患病情提供適當照護所產生之費用核實申報。

4. 醫院繼續照護、減少或新增病患之認定，如該院前半年(如 10112~10205)精神科門診或住診入出院病患人數有超過 30%以上，與轄區另一家醫院跨院就醫情形者，則後半年(如 10207~10212)此二家醫院之病患歸戶計算精神科虛擬總額後，再依前一年同期精神科醫療費用申報點數比率回算至各自醫院之門、住診虛擬總額。

5. 以上計算結果，門診或住診如高於去年同期之精神科醫療費用，除醫院門診或住院照護病患人數成長 10%以上者外，一律最高以去年同期費用採計。

6. 為利各醫院進行醫療費用管控，本項精神科虛擬總額以各醫院各季之前一年同期精神科醫療費用申報點數為基準，並以前前季依前述 1~3 點所計算得出之門、住診虛擬總額增減比率進行調整。

(二) 精神科管理目標點數：依東區業務組 101 年醫院專業審查措施現行精神科醫療費用管理目標點數計算。

(三) 回饋金：醫院當季精神科醫療費用申報點數低於虛擬總額，且低於管理目標點數時，依醫院精神科管理指標達成情形給予非精神科回饋金。

(四) 管控指標：依東區業務組提供給各醫院精神科費用申報偏

高之項目列為管控指標，指標項目僅 1 項者可由醫院自選指標(須經東區業務組同意)。

- (五) 以上精神科醫療費用案件均排除門診案件分類 A1、A2、B8，及住診 B1、AZ 及 DZ 案件，醫療費用申報點數以申請點數+部分負擔，門住診合併計算。

三、執行及審查方式

- (一) 醫院當季精神科醫療費用申報點數超過該院精神科虛擬總額部分，逕予核扣。

- (二) 醫院虛擬總額高於管理目標點數時：

1. 申報點數如管控於管理目標點數額度範圍內，則依精神科指標與自訂目標值比較之達成率計算回饋金，計算方式如下：

◆ 給予非精神科之回饋金=(管理目標點數-申報點數)×
精神科指標與自訂目標值比較之達成率

2. 申報點數如超過管理目標點數，則超額部分(最高為虛擬總額與管理目標點數之差額)依精神科指標與共同目標值比較之達成率進行折付，~~未達成之指標項目則進行立意抽審，~~折付方式計算如下：

◆ 折付點數=超額點數×精神科指標與共同目標值比較之達成率

- (三) 醫院虛擬總額低於管理目標點數時：

1. 申報點數如管控於虛擬總額範圍內，則依精神科指標與自訂目標值比較之達成率計算回饋金，計算方式如下：

◆ 給予非精神科之回饋金=(虛擬總額-申報點數)×精神科指標與自訂目標值比較之達成率

2. ~~申報點數如超過管理目標點數，則精神科指標與共同目標值比較，未達成之指標項目進行立意抽審。~~

- (四) 精神科指標與共同目標值比較，指標評核結果，未達成之指

標項目，另依差額比率計算指標未達應核扣點數，以前述(一)~(三)點計算結果之精神科應扣數，與指標差額核扣點數較大者進行核扣。

(五) 醫療費用含一般補報醫療費用，各月送核補報案儘量以一次為限，該月費用核定後不得再申報補報案件(不可歸責於醫院之補報案件除外)，補報費用應與費用發生月份合併計算

(六) 各項精神科指標：

1. 共通性定義：

- ◆ 每日藥費：精神科案件藥費/精神科案件給藥日數
- ◆ 門診精神醫療治療項目案件執行率：該項醫令申報件數/精神科申報件數
- ◆ 門診精神醫療治療項目件平均執行次數：該項醫令申報總量/該項醫令申報件數
- ◆ 住診精神醫療治療項目病人平均執行次數：該項醫令申報總量/執行該項醫令之人數
- ◆ 住診精神醫療治療項目日平均執行率：該項醫令申報總量/(精神科總住院天數-慢性精神病床住院照護費醫令總量-日間住院治療費醫令總量-院外適應治療醫令總量)
- ◆ 住診精神醫療治療項目病人執行率：執行該項醫令之人數/精神科申報人數
- ◆ 以上各項精神醫療治療項目均僅擷取醫令類別為 2 者

2. 評量標準：

- ◆ 共同目標值：以全國區域級以上及精神專科教學醫院 100 年平均值為共同目標值。
- ◆ 自訂目標值：以各醫院自行設定之改善目標值為自訂目標值，未自行訂定者以共同目標值採計。

- ◆ 當季指標值與共同目標值之差距進步率達 50%或優於自訂目標值方可分別視為達成；惟原指標值與共同目標值之差距在 30%範圍內，則仍需優於共同目標值才算達成。

3. 東區業務組亦將持續監測各院未列入評估之指標，是否有移轉申報項目之情形，有此情形者將加強抽審。

四、實施與修訂

- (一) 實施日期自 101 年 7 月（費用年月）起，實施管控後另行評估成效，並修訂本方案；本方案實施對象暫不含精神科醫療費用申報點數低於 10 萬點之醫院。
- (二) 本方案屬專案性質，相關之費用逕予核刪或專案抽審，採按季計算及抽審，精神科隨機抽樣案件則依醫院該季專業審查措施採行方案辦理(精神科費用占率達 9 成以上之醫院，若該季非採 A 級逕扣者，精神科隨機抽樣案件則抽審原列隨機抽樣案件之 1/3)。
- (三) 如有外界反映或經本業務組檔案分析有異常特殊情形者，仍得進行專業審查或實地審查；如為不符申報規定或違反相關法令規定者依規定辦理。

五、其他未盡事宜，或中央衛生主管機關再有其他相關規範，致使本方案條款有與其相違背者，仍依中央衛生主管機關之規定辦理。