

行政院衛生署中央健康保險局東區業務組 100 年醫院專業審查措施

99.12.31. 訂定

100.06.10. 修訂

壹、目的：

- 一、尊重醫院醫療專業自主管理，妥善運用醫療資源。
- 二、提升醫療服務審查效率，抑制不當醫療利用成長。

貳、100 年醫院管理執行內容

一、門、住診管理目標點數

(一) 費用涵蓋範圍：100 年醫院醫療給付費用總額門住診一般服務範圍，不含專款專用、其他部門。

(二) 基期：100 年各醫院各季門、住診管理目標點數

1. 基礎點數：參考 99 年各季原分配之管理目標點數，依 99 年與 96 年相較之就醫人數成長率、每人費用成長率及超額比率進行調整：

(1) 門診人數成長率 $>0\%$ 者依 99 年管理目標點數為門診 BASE 值，人數成長率 $<0\%$ 者，依 $(\text{人數成長率}+6\%)$ 之負成長比率，最高以 -10% 計算扣減 99 年管理目標點數後之點數為門診 BASE 值。

(2) 住診人數成長率 $>0\%$ 者依 99 年管理目標點數為住診 BASE 值，人數成長率 $<0\%$ 者，如其 99 年第 1-3 季每人費用較 96 年同期為正成長者(負成長者以 0 計算)，每人費用成長率 $\times$ 該院 99 年相對 96 年 CMI 比值為校正後每人費用成長率，則該院 $(\text{人數成長率}+\text{校正後每人費用成長率})$ 仍為負者，依該院 $(\text{人數成長率}\times 0.9+\text{校正後每人費用成長率})$ 之負成長比率，最高以 -10% 計算扣減 99 年管理目標點數後之點數為住診 BASE 值。

(3) 再依各醫院 99 年門、住診各季送核補報攤扣後核付點數，較門、住診 BASE 值超額 5% 以上，且 99 年該季就醫人數為正成長者，依各醫院之超額比率分配 99 年東區管理目標點數與門、住診 BASE 值差額之點數，各醫院以門、住診 BASE 值加計超額再分配後之點數為各醫院 100 年之基礎點數(門診：bo、

住診：bi)。

2. 依 100 年當季分區預算預估數與 99 年預估數之成長率(a)，依下列方式調整各醫院之管理目標點數：

- (1) 採用「藥品交易定型化契約」者，加計 0.2%(c)。
- (2) 新核發重大傷病卡癌症病人就診該重大傷病案件之費用，最高加計 0.1%(d)，本項費用以重大傷病卡類別為 01、核卡生效起日為當年度，且生效起日前一年無同類別之核卡紀錄者，其看診主診斷與該重大傷病卡相同之案件費用，依各醫院此類案件之費用比率分配。
- (3) 品質指標自我挑戰加成：醫院選定評估之醫療品質指標執行結果優於同儕值，且優於自身值時，每達成 1 項加計 $ax2\%$ ，最高可加計 $ax40\%$ (e)。
- (4) 扣除第(1、2)項剩餘成長率(f)之 60%，再依下列因子計算調整額度(公式、定義、比率及計算方式如附表 1)：

◆門診調整因子：

- 門診急重症醫療費用成長點數
- 門診醫師數成長率
- 門診病人數成長率
- 門診每人醫療費用點數成長率(負向因子，排除整合計畫案件)

◆住診調整因子：

- 住診急重症醫療費用成長點數
- 病床數成長率
- 住院病人數成長率
- 住診 CMI 值成長率
- 住診以 CMI 校正之件平均醫療費用點數成長率(負向因子)

3. 調整後各醫院之各季門、住診管理目標點數為

門診： $A_o = b_o + g + [c + d + (h + i - j) \times f] \times b_o + e_{b_o} = A_o' + e_{b_o}$

住診： $A_i = b_i + k + [c + d + (m + n + p - q) \times f] \times b_i + e_{b_i} = A_i' + e_{b_i}$

4. 100 年醫院總額各季分區可分配額度(T)=【分區預算預估數*(1-保留率)/目標點值】-(當季第 1、2 個月及前一季第 3 個月申報代檢案件費用×最近一季結算浮動點值)

(2) 預估保留率=4% (包含：處方釋出交付機構、核退及當季以前各月份遞延費用、品質指標自我挑戰加成)

(3) 各季門、住診可分配額度以分區目標平均點值校正之。【分區目標平均點值暫定 0.9~0.95】

5. 依第 2 之(1)、(3)項調整各醫院之管理目標點數後($A_o' + A_i'$)，如該季 T 值大於各醫院調整後管理目標點數合計值 $\Sigma(A_o' + A_i')$ 時，其餘額依門、住診以各醫院之~~急診(02 案件)~~及重大傷病(部分負擔 001)之病人數，並以全局各特約類別醫院重大傷病平均每人費用校正後進行再分配。

(三)計算基準：

1. 當季醫療費用計算含送核及補報費用(含山地離島 IDS 核實申報醫療費用部分)。
2. 為配合總額部門點值之計算時程，醫院之門診及住院費用合併計算其上限，且各季費用不得流用。
3. 不包括：門診透析(案件分類 05)、其他部門(案件分類 A1、A2、A5、A6、A7)、醫療給付改善方案之管理照護費、專款專用(B、C 肝、罕病、血友病藥費、器官移植)、職災案件、精神科強制鑑定及住院、後天免疫缺乏症候群、代辦結核病案件(門診案件分類 C4、住診案件分類 C2、C3 及 C4)、代檢(01 案件)、代辦膳食費、戒菸、孕婦愛滋篩檢、老人流感診察費及子宮頸抹片、乳癌篩檢、兒童預防保健、孕婦產前檢查、成人預防保健、糞便潛血檢查、口腔黏膜檢查、經濟弱勢新生兒聽力篩檢等項預防保健、。

4. 門診急重症案件定義：

(1) 急診案件：案件類別為 02

- (2) 癌症病患案件：主診斷前三碼為 140~208
- (3) 先天性凝血因子異常案件：主診斷前四碼為 2860、2861、2862、2863(排除血友病藥費專款專用部分)
- (4) 罕見疾病案件：主次診斷符合行政院衛生署公告之罕見疾病(排除罕見疾病藥費專款專用部分)

罕見疾病範圍使用版本如下：

費用年月 9401~9609：使用衛生署 95.9 公告版本

費用年月 9610~9701：使用衛生署 96.10 公告版本

費用年月 9702~新版本公告前：使用衛生署 97.2 公告版本

5. 住診急重症案件定義：

- (1) 6 歲(含)以下由急診轉入院之病患：即年齡 ≤ 6 且病患來源='2'
- (2) DRGs 權值 >2 之中高嚴重度疾病：DRGs 權值目前以 94 年為基期計算相對權重
- (3) 12 歲(含)以下長期使用呼吸器案件，以及入住 ICU、RCC 長期呼吸器依賴者：即年齡 ≤ 12 且入住 ICU 期間有使用呼吸器或年齡 ≤ 12 且入住 RCC)。

呼吸器醫令：57001B、57002B、57023B

ICU 醫令：

03009K, 03023A, 03024B, 03010E, 03011F, 03012G, 03013H,

03014A, 03015B, 03025B, 03016B, 03017A, 03022K

RCC 醫令：P1005K, P1006K, P1007A, P1008A, 03012GA, 03013HA 且
醫令類別=2

ICU 期間有使用呼吸器之判斷邏輯：

同一案件中，先分別找出有申報 ICU 醫令及使用呼吸器的醫令資料；再比對彼此間的醫令執行起迄時間是否有重疊發生，若有，則此案件符合 ICU 期間有使用呼吸器之條件。

- (4) 癌症病患案件：主診斷前三碼為 140~208

(5) 先天性凝血因子異常案件：主診斷前四碼為 2860、2861、2862、2863(排除血友病藥費專款專用部分)

(6) 罕見疾病案件：主次診斷符合行政院衛生署公告之罕見疾病(排除罕見疾病藥費專款專用部分)

罕見疾病範圍使用版本如下：

費用年月 9401~9609：使用衛生署 95.9 公告版本

費用年月 9610~9701：使用衛生署 96.10 公告版本

費用年月 9702~新版本公告前：使用衛生署 97.2 公告版本

➤年齡定義：(入院年 - 出生年)

二、精神科醫療服務點數目標值

(一) 精神科(科別 13)醫療費用管理目標點數：

1. 以該院之門、住診管理目標點數×該院 98 年精神科醫療費用點數佔率計算。
2. 若醫院因醫師人力或經營型態變動，須調整本科別之管理目標點數佔率，可於 100 年 1 月 31 日以前提具合理之比率核備。

(二) 管控方案：

精神科門、住診申報醫療費用點數超過該院精神科管理目標點數 3%者，無論該院依分級審查方式評量結果列屬於何等級或採用之核付方式，均需加強其精神科案件之抽樣審查並歸戶送審。

三、吸器依賴患者照護醫療服務點數目標值

(一)呼吸器依賴患者照護醫療費用管理目標點數：

1. 依本轄區預估 100 年管控額度 7.86 億計算，各院可使用額度依 98 年 12 月至 99 年 11 月各院呼吸器醫療費用占率×50%+當期費用占率(前一季第 3 個月及當季第 1、2 個月)×50%分配並按季計算。
2. 多重抗藥性結核病 (MDR-TB) 併呼吸衰竭個案排除於呼吸器依賴案件及分級審查額度計算範圍，惟醫院收治此類病患若需排除計算，請各醫院於每季申報第三個月費用時自行提報名單，且名單內之個案須進行專業審查。

(二) 管控方案：

呼吸器依賴患者照護醫療費用點數超過該院管理目標點數者，無論該院依分級審查方式評量結果列屬於何等級或採用之核付方式，超額部份均不予支付，採季核付及年結算方式辦理，並免除專業審查。

四、復健治療門診醫療服務管控

(一) 管控方案：

1. 依「東區業務組轄區醫院復健治療閾值管理方案」之模式進行管理。
2. 申報復健治療項目超過列管之疾病分類管控強度者，可依個案情形選擇逕予核扣或採抽樣審查方式辦理。

(二) 依復健治療閾值管理方案逕扣或抽審案件核減之點數，採另案追扣之方式辦理，惟復健治療相關費用仍計入醫院當季總申報點數。

參、分級審查方式：

一、A 級審查醫院：

(一) 費用指標：

在分區可分配額度(T)=【分區預算預估數*(1-保留率)/0.95】-(當季第1、2個月及前一季第3個月申報代檢案件費用x最近一季結算浮動點值)下，依本方案【貳之一(二)】計算出各醫院之門、住診管理目標點數，醫院當季總申報點數須低於目標點數。

(二) 品質指標：

依選定之共同指標及分局別指標達成率合計須高於80%。

(三) 醫院應定期公布及更新藥品換藥資訊於網站上，供民眾查閱與下載。

(四) 符合上述條件者，免除隨機抽樣審查。

二、B 級審查醫院：

(一) 費用指標：醫院當季總申報點數低於【目標點數*(1+5%+調整額度比率(R))】。

(二) 品質指標：

依選定之共同指標及分局別指標達成率合計須高於 70%。若品質指標合計達成率高於 80%，及每增加 5%達成率均可增加額度比率 2%。

(三) 符合上述二條件者，以隨機抽樣審查為優先方式。

三、C 級審查醫院：

不符前述二者資格之醫院，採隨機抽樣審查及立意抽樣審查並行。

肆、醫療費用支付方式

一、核付方式：

(一) 程序審查：採每月逐件審核，程序審查結果依實際核減點數辦理核扣。

(二) 專業審查：醫院於當季費用申報第三個費用月份之前，以書面通知選擇依分級審查結果抽樣送審，或採下列逕予給付方式辦理。

1. 如實際醫療費用點數管控於 A 級管理目標點數額度範圍內，僅指標未達成，則依指標未達之比率酌扣費用；指標達成率每低於 5%，核扣實際醫療費用點數 0.15%。

2. 如費用點數未管控於 A 級額度範圍內，則超過 A 級額度部分採階段式折付方式給付，低於【 $A \times (1+3\%)$ 】以 50%給付、介於【 $A \times (1+3\%)$ 】~【 $A \times [1+(5+R/2)\%]$ 】部分以 30%給付，其餘不予給付。惟指標達成率合計若低於 80%，則依指標未達之比率酌扣費用；指標達成率每低於 5%，核扣實際醫療費用點數 0.15%。

(三) 醫療費用上限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。

(四) 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) 執行期間醫院變更負責醫師者或醫院規模縮減、院際間病患移轉

情形嚴重或經檔案分析異常者，其變更時之月份費用所屬季別及尚未發生季別之管理目標點數應重新計算。

- (六) 醫院未於期限內以書面通知者，視同同意採逕予給付方式辦理。
- (七) 若採逕予給付方式核付者，以本方案核定之門、住診醫療服務案件，醫院不得再提出申復、爭議；程序審查或另依專業審查核減之點數不得回補於目標點數內，但可進行申復或爭議審議之程序。
- (八) 當季有醫院因違反特約及管理辦法之扣款，扣款額超過 15 萬點時，依各醫院當季分配之管理目標占率，計算回補費用予違規院所以外之其他各醫院；因扣款時間點致未及於當季重分配回補時，於下一季執行。
- (九) 各季醫療費用抽審核付完成後，依實際核付之費用及就醫分局預算預估數估算，以未跨區就醫校正前平均點值 0.92 為目標，未達目標點值時，除已配合採 A 級核付或逕扣方案之院所外，其餘各 B、C 級醫院先扣除指標達成率低於 80%之核扣後(每降低 5%以內，核扣實際醫療費用點數 0.15%)，90%依當季費用年月核付費用點數之比率，及 10%依(當季核付費用點數-A 級管理目標點數)之比率攤扣其差額。
- (十) 以上「90%依當季費用年月核付費用點數之比率，及 10%依(當季核付費用點數-A 級管理目標點數)之比率攤扣其差額」之作業，依精神科(科別 13)及非精神科分別計算，總攤扣差額依 B、C 級醫院之精神科及非精神科【當季核付費用點數-A 級管理目標點數】合計值之比率分配；精神科當季核付費用點數以各該醫院之精神科申報佔率計算。
- (十一) 品質未達之核扣部分，另給予回饋獎勵額度以【基礎目標點數×指標自我挑戰加成比率×挑戰達成數/評核指標數】計算；未達指標核扣費用以扣除指標自我挑戰加成獎勵額度後計算，但不低於 0。
- (十二) 各季採醫院總額專業審查措施 A 級管理目標核付之醫院，則以

全院應扣數、精神科差額及呼吸器管控差額三者最大者核扣。依復健治療閾值管理方案逕扣或抽審案件核減之點數，不含於 A 級管理核付之差額核扣數中，另採追扣方式辦理。

(十三) 請各醫院於 100 年 1 月 10 日前填寫回復本年度參與意願調查表，表示參加與否之意見。未於期限內回覆意見之醫院，以同意計。本轄區有 50%(含)以上醫院家數不贊成辦理本方案時，即不啟動「參、分級審查方式」部分(即不區分 ABC 級醫院)，惟本專業審查措施其餘管理方案及核付方式仍維持辦理，並需簽立同意書。

二、醫療品質指標：

(一) 醫療品質指標項目篩選原則：

1. 衛生署指示管理指標
2. 醫院總額支付制度醫療服務品質指標
3. 導入 DRG 校正之品質指標

(二) 醫療品質指標項目：

1. 門診：共 8 項指標，如附表 2。
2. 住診：共 6 項指標，如附表 2。
3. 門住診：共 5 項指標，如附表 2。
4. 其他：共 1 項指標，如附表 2。
5. 以上各項指標依管理目標訂定不同之權重。
6. 100 年度醫院總額支付制度醫療服務品質指標若有修訂，則依修訂情形另與醫院協商。

(三) 評量標準：

1. 各項品質指標值(除門診佔率、藥費成長率)須優於或等於 99 年第 3 季全國同層級醫院平均值方視為達成；藥費成長率(排除罕病、血友病、BC 肝及愛滋病藥費)為當季藥費與 99 年醫院自身平均值之成長率 $<0\%$ 時得 1.5 分，成長率 $<1.5\%$ 則得 1 分。
2. 各項品質指標自我挑戰加成，須優於或等於 99 年第 3 季全國同層級醫院平均值，且優於 99 年 1-3 季自身平均值方視為挑

戰成功。藥費成長率自我挑戰加成部分，除「小於或等於本區 100 年之目標值(0%)，且小於醫院 99 年自身成長率」外，如為負成長者，亦均視為挑戰成功。

3. 月指標項目以當季第 1、2 個月及前一季第 3 個月計算，季指標項目則採前一季之監測結果為評定基準。

4. 門診或住診 CT 醫令執行率、MRI 醫令執行率，若同診別其中一項執行率低於全國同儕值，但二項合計執行率仍高於全國同儕值時，仍視為二項均未達成。如門診 CT 醫令執行率低於全國同儕值，但門診 CT、MRI 合計醫令執行率高於全國同儕值，則仍視為 CT 醫令執行率、MRI 醫令執行率二項均未達成。

伍、申報、暫付及核付時程：申報、暫付及核付作業依現行規定辦理。

陸、病患就醫權益確保措施：為提高醫療服務品質與維護病患就醫權益，請各醫院配合執行下列措施：

1. 維護病人用藥品質及療效，應由醫師或藥師依專業判斷用藥，診治醫師或藥師應主動說明用藥注意事項。
2. 醫院需提供用藥安全諮詢服務，並對病人明確指示，醫學中心並應設立用藥安全諮詢服務專線電話。
3. 應於醫院內明顯可見地點公布藥品品項更換資訊及採購資訊，醫師、藥師或相關人員應採取適當方法主動告知藥品變更(含包裝、外觀)訊息及和前後使用之差別。
4. 不得無故拒絕收治罕見疾病及重大傷病病患的診療。
5. 不得拒絕收治急診檢傷分類一、二、三級病人之診療。
6. 醫院應提供門診及住診衛教諮詢相關服務。
7. 醫院應於適當場所(診間、候診室)，將正確就醫相關衛教文宣公布周知，使就醫民眾瞭解。
8. 醫院如已參加 TQIP、THIS、TCHA 者，應依上開各單位規定，按月或按季向前述單位提報病人安全指標數據(例如：住院病人跌倒發生率、住院藥物錯誤率、住院間輸錯血事件發生率)。

柒、其他未規定者，依「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」規定辦理。

捌、嗣後中央衛生主管機關再有其他任何相關規範，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，並經本分局與轄區醫院開會研定。

玖、醫院如有本保險特約管理辦法第 37 條、第 38 條所列違規情事，經本局處以停（終）止特約處分者；影響病人就醫權益情節重大經查證屬實者。受違規處分之處分時之月份費用所屬季別仍須依現行「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」規定辦理。惟特約醫事服務機構因部分診療科別受停（終）止處分時，經本業務組評估其違規情節後，視情節得列入本方案之適用對象。

壹拾、實施日期：本方案有效期間自費用年月 100 年 1 月份起至 100 年 12 月份止。