

中央健康保險署臺北業務組
107 年『醫院總額點值風險管控暨品質提升方案』

106.2.14 修訂

106.4.10 修訂

106.11.29 修訂

壹、緣起：

為提升醫療服務品質，發揮責任風險分擔、同儕制約效能，與穩定本分區點值，特訂定本方案。

貳、實施時間：

107 年 1 月至 12 月（費用年月）。

參、方案內容：

一、分級審查：

（一）作業方式：訂定監測指標，作為醫療服務專業審查分級，及增減醫療服務案件隨機抽樣送審比率之評量依據。

（二）適用範圍：

1. 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、其他部門及代辦業務項目。
2. 補報案件納入當季費用計算。

（三）指標項目：

1. 目標管理醫療點數（詳附件 1 之一）。
2. 藥費目標占率（詳附件 1 之二）。
3. 前開兩項指標如遇支付標準調整或藥價調降足以影響統計結果時，將予以校正。藥價調整當季即反映 80%，次季起依序反映 70%、60%、60%。

（四）專業審查分級及隨機抽樣送審比率如附件 1 之三之表 1。

（五）為節省行政成本，醫院可函請本業務組予以行政核減總醫療點數或藥費目標占率之超出部分，使符合 A 級（行政核減不得申請申復及爭議審議），惟前季品質指標項目中之「必要指標」達成項次 $\leq 50\%$ 者，不得適用（項次四捨五入取整數）。行政核減計算公式詳附件 1 之四。

（六）全年均符合 A 級或年中即預期全年可符合 A 級之醫院，應自行選

擇任 1 季為樣本季（月），以隨機抽樣送審比率 15%送專業審查，前季品質指標項目中之「必要指標」達成項次 $\leq 50\%$ 者（項次四捨五入取整數），前開送審比率加倍，依審查結果回推當季核扣費用。

（七）程序審查、專案管理作業及實地審查仍照常辦理，且依審查結果核減費用。

（八）補報案件應回歸當季重新計算是否超額。

（九）補報案件（點數）如有異常者，將加重審查。

二、單價管理：

（一）非 A 級醫院得予以減審鼓勵：

1. 門診：各科每季每人平均藥費、或每季每人平均診療點數較去年同期負成長 10%（含）以上者，該科之隨機抽樣樣本送審率可各減少 20%。

2. 住診：各科每季每人日平均藥費、或每季每人日平均醫療點數較去年同期負成長 10%（含）以上者，該科之隨機抽樣樣本送審率可各減少 10%。

（二）非 A 級醫院單價超出應予以核減，核減點數計算公式詳附件 1 之五。本核減院方不得申請申復及爭議審議。計算範圍如下：

1. 門診：排除門診手術（案件分類”03”）、論病例計酬（案件分類”C1”）之手術案件、預防保健（案件分類”A3”）、代辦門診戒菸（案件分類”B7”）、代辦孕婦全面篩檢愛滋計畫（案件分類”B9”）、65 歲以上老人流行性感疫苗接種（案件分類”D2”）、代辦登革熱 NS1 抗原快速篩檢試劑（案件分類”DF”）。

2. 住診：一般案件（案件分類”1”）。

3. 當季補報或因申報錯誤要求本署追扣之案件一律以非藥費列計，且不計算其對總歸戶人數之增加數；惟季累計補報-追扣之淨醫療點數分別占當季門、住醫療點數 $\leq 0.2\%$ 以下者，不予列計。

註:1.如遇大規模支付標準調整或藥價調降足以影響統計結果時，將予以校正。

2.個別醫院因特約類別變動，支付標準各調整點數予以校正。

三、品質獎勵：依個別醫院品質指標達成狀況，於季末予以補付或調整次季目標管理點數。

(一) 品質指標項目詳附件 1 之六，視政策方向必要時修正之。

(二) 品質補付或目標管理點數調整之計算公式：

1. 初核核減率 > 0 之醫院：

補付醫療點數 = 各項指標之得分 * 【當季初核核減醫療點數 * (1 - 前 2 季平均申復補付率) + 單價核減點數】 * 核減率權值 * 目標管理點數達成之獎勵權值。

註：1. 最終結算總核定醫療點數 (含初核核定 + 申復補付 + 爭審補付) $\leq$ 總申請醫療點數。

2. 申復補付率採最近 2 季可得之申復補付率值。

2. 初核核減率為 0 之醫院：

次一季目標管理醫療點數之調整 = 各項指標之得分 * 當季目標管理點數 * 30% * 當季所有醫院初核核減率 * 目標管理點數達成之獎勵權值。

註：本項所指初核核減點數 (率) 之計算，含單價超出核減點數。

(三) 另當季品質指標項目中之「必要指標」達成 $\leq 50\%$ 項者，品質補付或目標管理點數之調整以 95% 計。

(四) 品質補付以總體可分配之目標管理點數 0.5% 為上限。

(五) 補報或申報錯誤之追扣案件醫療點數占當季門、住醫療點數 $\leq 0.2\%$ 以下未予列計者，品質補付點數亦不重新計算。

(六) 指標值之擷取時間：

1. 即時指標以前季之資料為計算標準，非即時指標 (需往後勾稽) 以本署 DA 已產製之最近一季之資料為計算標準，於每季末之次次月 10 日為指標擷取日。

2. 配合本署政策各項指標除有特殊者外，以當季資料為計算標準。以本署 DA 已產製之最近一季之資料為計算標準。

四、其他事項：

(一) 參加本方案之醫院採三抽一審查，未參加者一律列為加強審查醫院。

(二) 參加本方案之時效：

1. 至少以2季為一期。
2. 參加者請填寫「中央健康保險署臺北業務組醫院總額點值風險管控暨品質提升方案參加申請書」(詳附件2)，函送本業務組。
3. 因故欲退出者，請以公文函知。
4. 前2者均自公文送達日之次一季起生效

(三) 本方案實施後，必要時本署得重行檢視修正，並經本分區醫院總額共管會議共識後付諸實施。

附件 1 107 年『醫院總額點值風險管控暨品質提升方案』說明

一、目標管理醫療點數

(一) 先依各層級前三年目標管理醫療點數占率分配各層級總目標管理醫療點數：

1. 當季整體可分配目標管理醫療點數(T)=去年同期本分區整體目標管理醫療點數*(1+成長率)。
2. 各層級年目標管理醫療點數占率(Ai)=該層級前三年目標管理醫療點數/所有醫院前三年目標管理醫療點數。

註：1.前三年為 103~105 年。

2.目標管理醫療點數不排除三高疾病每人季藥費超目標之核減點數。

3. 各層級總目標管理醫療點數(Bi)=Ai*T。

(二) 再計算個別醫院占該層級之醫療點數比率(Ci)：

1. 107 年：該醫院 106 年同期目標管理醫療點數/該層級 106 年同期目標管理醫療點數。

註：目標管理醫療點數不排除三高疾病每人季藥費超目標之核減點數。

2. 108 年之後：該醫院去年同期「調整後目標管理醫療點數」/該層級去年同期「調整後目標管理醫療點數」。「調整後目標管理醫療點數」計算如下：

(1) 個別醫院基本醫療點數(ai)=個別醫院去年同期目標管理點數*(1+成長率)。

(2) 個別醫院最近 2 季申復後核定(含送核、補報)之醫療點數占該層級之比率(bi)。

註：申復補付率以最近 2 季之去年同期計算。

(3) 調整後目標管理醫療點數=(ai)*60%+(bi)*(Σai)*40%

(三) 分配個別醫院目標管理醫療點數：

個別醫院當季目標管理醫療點數 (Di) = 【(Ci*Bi) - 前季專案審核減醫療點數 - 前前季三高疾病每人季藥費超目標數】。

1. 專案審核減醫療點數：各院申報資料經檔案分析立意抽樣審查後於前季核定之核減醫療點數。
2. 三高疾病每人季藥費 (含釋出處方) 之目標數：所有醫院前前季 P85 每人藥費。
3. 扣減點數 = Σ 【(個別醫院每人疾病別季藥費 - 所有醫院疾病別季 P85 每人藥費) * 疾病別病人數】

註：三高疾病以門診個案主診斷認定，分別為高血脂症 (ccs_code '53')、高血壓未提及併發症 (ccs_code '98')、高血壓提及併發症 (ccs_code '99')、糖尿病無併發症 (ccs_code '49') 及糖尿病有併發症 (ccs_code '50')。

二、藥費目標占率

- (一) 藥費目標占率 = 個別醫院去年同期藥費目標占率 * 80% + 個別醫院最近 2 季申報藥費占率 * 20%。
- (二) 地區級個別醫院之藥費目標占率，以不低於本分區該層級平均藥費占率為原則。

三、專業審查分級及隨機抽樣送審比率如下:

表 1.專業審查分級及隨機抽樣送審比率表

審 查 分 級	目標管理醫療點數超出比率		藥費占率超出 百分點	隨機審查 送審率	立意加抽
	季總額內醫療 點數 ≤ 5 千萬	季總額內醫療 點數 > 5 千萬			
A	$X \leq 1\%$	$X \leq 0\%$	$Y \leq 0$	0%	無
B1	$X \leq 1\%$	$X \leq 0\%$	$0 < Y \leq 2$	20%	
			$2 < Y \leq 4$	30%	
			$Y > 4$	40%	
B2	$1\% < X \leq 3\%$	$0\% < X \leq 2\%$	$Y \leq 0$	30%	
			$0 < Y \leq 2$	40%	
			$2 < Y \leq 4$	50%	
			$Y > 4$	60%	
B3	$3\% < X \leq 5\%$	$2\% < X \leq 4\%$	$Y \leq 0$	40%	
			$0 < Y \leq 2$	50%	
			$2 < Y \leq 4$	60%	
			$Y > 4$	70%	
C1	$5\% < X \leq 7\%$	$4\% < X \leq 6\%$	$Y \leq 0$	50%	
			$0 < Y \leq 2$	60%	
			$2 < Y \leq 4$	70%	
			$Y > 4$	80%	
C2	$X > 7\%$	$X > 6\%$	≤ 0	70%	
			$0 < Y \leq 2$	80%	
			$2 < Y \leq 4$	85%	
C3	$X > 7\%$	$X > 6\%$	$Y > 4$	85%	依個別醫院屬性 及異常利用狀 況，立意加抽， 數量依異常狀況 決定，以一倍為 上限

四、行政核減總醫療點數或藥費目標占率之超出部分，使符合 A 級醫院之計算方式：

1. 若藥費占率超出率 >0 , and 目標管理醫療點數超出率 ≤ 0 ，則：
核減點數 = 藥費占率超出率 * 目標管理醫療點數；
註：藥費占率 = 總額內藥費申報數 / 目標管理醫療點數。
2. 若藥費占率超出率 ≤ 0 , and 目標管理醫療點數超出率 >0 ，則：
核減點數 = 目標總醫療點數超出數；
3. 若藥費占率超出率 >0 , and 目標管理醫療點數超出率 >0 ，則：
核減點數 = $\max$ (藥費占率超出率 * 目標管理醫療點數, 總醫療點數超出數)。

五、單價核減計算公式：

1. 門診：

- (1) 季每人非藥費平均醫療點數(排除管理照護費之 P 碼醫令點數、安寧居家訪視費及緩和醫療家庭諮詢費)：

核減點數 = $\left[(\text{門診季每人非藥費平均醫療點數} - \text{去年同期門診季每人非藥費平均醫療點數}) * \text{門診季非藥費病人數} * (1 - \text{當季門診初核核減率}) \right] * 50\%$

- (2) 季每人平均藥費：

A. 含交付處方，排除：AIDS 藥費、專款專用藥費及當年度適應症放寬或當年度新增之癌藥。

B. 核減藥費 = $\left[(\text{門診季每人平均藥費} - \text{去年同期門診季每人平均藥費} * 1.009005) * \text{門診季藥費病人數} * (1 - \text{當季門診初核核減率}) \right] * 50\%$

註：門診季每人平均藥費反映人口結構改變率 (1.801%) 之 50%

2. 住診：

- (1) 季每人非藥費平均醫療點數(排除管理照護費之 P 碼醫令點數、安寧居家訪視費及緩和醫療家庭諮詢費)：

核減點數＝【(住診一般案件季每人非藥費平均醫療點數－去年同期住診季一般案件每人非藥費平均醫療點數)*住診季非藥費病人數*(1－當季住診初核核減率)】*50%

(2) 季每人平均藥費：

A. 排除：AIDS 藥費、專款專用藥費及當年度適應症放寬或當年度新增之癌藥。

B. 核減藥費＝【(住診一般案件季每人平均藥費－去年同期住診一般案件季每人平均藥費*1.009005)*住診季藥費病人數*(1－當季住診初核核減率)】*50%

註:住診季每人平均藥費反映人口結構改變率（1.801%）之 50%

七、核減率權值表

初核減率	計算權值
核減率 < 0.3%	80%
$0.3\% \leq \text{核減率} < 0.6\%$	60%
$0.6\% \leq \text{核減率} < 0.9\%$	50%
$0.9\% \leq \text{核減率} < 1.2\%$	40%
核減率 $\geq 1.2\%$	30%

八、目標管理點數達成之獎勵權值表

醫療點數 VS. 目標管理點數	計算權值
超出率 $\leq 0\%$	80%
$0\% < \text{超出率} \leq 1\%$	70%
$1\% < \text{超出率} \leq 2\%$	60%
$2\% < \text{超出率} \leq 3\%$	50%
$3\% < \text{超出率} \leq 4\%$	40%
$4\% < \text{超出率} \leq 5\%$	35%
$5\% < \text{超出率}$	30%