

中央健康保險署臺北業務組
105 年『醫院總額點值風險管控暨品質提升方案』

104.11.25 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：

105 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. 一)。
2. 藥費目標占率(詳附件 1. 二)。

（四）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。

（五）目標管理點數之調整：個別醫院目標管理醫療點數以不低於去年同期目標管理醫療點數或申復後淨核定醫療點數(取其數字低者)為原則。惟所有醫院增給點數合計數以該季本分區總目標管理醫療點數之 0.3% 為可分配數上限。若各院調整點數合計數大於可分配數，則依調整點數占率縮減各院調整點數。

（六）專業審查分級及隨機抽樣送審比率如附件 1. 三、表 1。

（七）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≤ 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 1.四。

- (八) 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。
- (九) 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。
- (十) 補報案件應回歸當季重新計算是否超額。

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. 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。
- 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) 調整目標管理點數之 A 級醫院，前述單價亦將予以核減，核減點數以調整增給之目標管理點數為上限。

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. 六。

(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 * 核減率權值 * 目標管理點數達成之獎勵權值

註：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. 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) 未參加本方案之醫院，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聯繫會議共識後付諸實施。

附件 1 105 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＝當季結構調整後基本點數－專案審查核減醫療點數
－三高疾病每人季藥費(含釋出處方)超過目標之數
值

1. 當季結構調整後基本點數公式如下：

(1) 個別醫院基本醫療點數 (A)＝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)之醫療點數占率
(B)

註：申復核減率以最近 2 季之去年同期計算。

(3) 當季結構調整後基本點數 (C)＝(A)*60%+(B)* (ΣA) *40%

2. 專案審查核減醫療點數＝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

3. 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。

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＝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%。

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= $\max(\text{藥費占率超出率} \times \text{目標管理醫療點數}, \text{總醫療點數超出數})$ 。

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=【(門診季每人非藥費平均醫療點數—去年同期門診季每人非藥費平均醫療點數)*門診季非藥費病人數*(1—當季門診初核核減率)】*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(前述以個別醫院前一年之藥費占率及人數占率分別扣除)及當年度適應症放寬或當年度新增之癌藥。

B. 核減藥費=【(門診季每人平均藥費—去年同期門診季每人平均藥費*1.00882)*門診季藥費病人數*(1—當季門診初核核減率)】*50%

註:門診季每人平均藥費反映人口結構改變率(1.764%)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(前述以個別醫院前一年之
藥費占率及人數占率分別扣除)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*1.00882)*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(1.764%)之 50%

3. 經調整目標管理點數之 A 級醫院，依前述公式分別計算，若總核減
點數>調整增給之目標點數，則依占率校正上開各項實際應核減之
點數。

六、品質指標項目：

1. 區域以上醫院

指標代號	指標項目	VPN 指標代號	屬性	類型	目標值	分數
1-1	急診暫留 2 日以上案件比率	278	負向		< 自身去年同期 或 < 全國同儕 P50	0.025
1-2	急診轉住院暫留 2 日以上案件比率	1121	負向			0.025
1-3	檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8 小時之比率_季	1343	正向	必要	> 自身去年同期 或 > 全國同儕 P85	0.075
1-4	檢傷四、五級急診病人離開醫院<4 小時之比率_季	1346	正向			0.05
1-5	門住診 CT 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者列入計算)	1249	負向		< 自身去年同期 或 < 全國同儕 P50	0.05
1-6	糖尿病論質計酬收案比率	568	正向	必要	較自身去年同期成長 20%, 或 > 全國 P85	0.075
1-7	BC 肝醫療給付改善方案年度內累計收案率	1105	正向			0.025
1-8	初期慢性腎臟病試辦計畫醫療給付改善方案照護率	1203	正向	必要		0.075
1-9	氣喘方案照護率	1326	正向			0.025
1-10	參加思覺失調症醫療給付改善方案		正向		固定病人收案人數比率應 ≥ 90%	0.025
1-11	參加專業審查作業紙本病歷(以電子病歷送審)替代方案(門診)		正向		詳註 1	0.05
1-12	參加專業審查作業紙本病歷(以電子病歷送審)替代方案(住診)		正向		詳註 2	0.05

指標代號	指標項目	VPN 指標代號	屬性	類型	目標值	分數
1-13	參加鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案		正向			0.025
1-14	上傳檢查檢驗結果		正向	必要	$70\% \leq \text{上傳率} < 80\%$	0.05
					$80\% \leq \text{上傳率} < 90\%$	0.075
					$\text{上傳率} \geq 90\%$	0.1
1-15	上傳出院病歷摘要(註4)		正向	必要	$\text{上傳率} \geq 90\%$	0.025
1-16	查詢雲端藥歷系統-門、住診病人		正向	必要	查詢人次占門、住診總人次比率 $\geq 80\%$	0.075
1-17	查詢雲端藥歷系統-特殊註記病人(註5)		正向	必要	人數查詢率 $\geq 90\%$	0.05
1-18	申報安寧緩和家庭諮詢費(02020B)		正向		較去年同期 $\geq 20\%$ ，或至少增加20人次	0.05
1-19	協助住院病人下載健康存摺(註6)		正向	必要	$30\% \leq \text{下載率} < 40\%$	0.025
					$40\% \leq \text{下載率} < 50\%$	0.037
					$50\% \leq \text{下載率} < 60\%$	0.05
					$60\% \leq \text{下載率} < 70\%$	0.075
					$70\% \leq \text{下載率} < 80\%$	0.1
					$\text{下載率} \geq 80\%$	0.125

註:1.1-11 之送審科別應 ≥ 7 科，且優先科別 ≥ 3 。【優先科別：內科(含次專科)、骨科、眼科、耳鼻喉科及心臟內科】

2.1-12 項之送審科別應≥5 科，且優先科別≥2【優先科別：內科(含次專科)、外科、骨科、眼科、耳鼻喉科及心臟內科】

3. 前述 2 項除高額案件外，選定科別該科所有案件應全數以電子病歷送審。

4.1-15 有出院日期之案件始納入分母計算。

5.1-17 特殊註記病人查詢率以前季資料為準。

6.1-19 下載期間:住院前 7 天~出院日。

2. 地區醫院

指標代號	指標項目	VPN 指標代號	屬性	類型	目標值	分數
2-1	門診平均每張處方箋開藥品項數	9	負向	必要	<自身去年同期 或<全國同儕 P50	0.05
2-2	糖尿病論質計酬收案比率	568	正向	必要 (註 1)	較自身去年同期成長 20%, 或>全國 P85	0.1
2-3	BC 肝醫療給付改善方案年度內累計收案率	1105	正向			0.05
2-4	初期慢性腎臟病試辦計畫醫療給付改善方案照護率	1203	正向	必要 (註 1)		0.1
2-5	氣喘方案照護率	1326	正向			0.025
2-6	專業審查作業紙本病歷(以電子病歷送審)替代方案(門診)		正向		詳註 2	0.05
2-7	專業審查作業紙本病歷(以電子病歷送審)替代方案(住診)		正向		詳註 2	0.05
2-8	參加鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案		正向	必要		0.1

指標代號	指標項目	VPN 指標代號	屬性	類型	目標值	分數
2-9	上傳檢查檢驗結果		正向	必要	60%≤上傳率<70%	0.025
					70%≤上傳率<80%	0.05
					上傳率≥80%	0.075
2-10	上傳出院病歷摘要(註3)		正向	必要	上傳率≥80%	0.025
2-11	辦理安寧居家療護業務		正向		較去年同期≥20%，或至少增加20人(有申辦居家安寧乙類者，收案人數應含該類病人)	0.075
2-12	申報安寧緩和和家庭諮詢費(02020B)		正向		較去年同期≥20%，或至少增加20人次	0.1
2-13	查詢雲端藥歷系統-門、住診病人		正向	必要	查詢人次占門、住診總人次比率≥80%	0.075
2-14	查詢雲端藥歷系統-特殊註記病人(註4)		正向	必要	人數查詢率≥90%	0.025
2-15	協助住院病人下載健康存摺(註5)		正向	必要	30%≤下載率<40%	0.025
					40%≤下載率<50%	0.037
					50%≤下載率<60%	0.05
					60%≤下載率<70%	0.062
					70%≤下載率<80%	0.075

指標代號	指標項目	VPN 指標代號	屬性	類型	目標值	分數
					下載率 $\geq 80\%$	0.1

註:1.2-2,2-4 若個別醫院不符參加資格，則改為非必要指標。

2.2-6,2-7 項之送審科別數應 $\geq$ 抽樣科別之 50%，最少 1 科，其科別應以內科、外科、骨科、眼科、耳鼻喉科或心臟內科為優先，

且該科所有案件應全數以電子病歷送審；僅提供門診服務或僅提供住診服務之醫院前項分數*2。

3.2-10 有出院日期之案件始納入分母計算。

4.2-14 特殊註記病人查詢率以前季資料為準。

5.2-15 下載期間:住院前 7 天~出院日。

3. 精神專科醫院

指標代號	指標項目	VPN 指標代號	屬性	類型	目標值	分數
3-1	門診平均每張處方箋開藥品項數	9	負向		< 自身去年同期 或 < 全國同儕 P50	0.1
3-2	精神科門診每人日平均藥費	613	負向			0.15
3-3	參加思覺失調症醫療給付改善方案		正向	必要	固定病人收案人數比率 $\geq 90\%$	0.15
3-4	參加專業審查作業紙本病歷(以電子病歷送審)替代方案(門診)		正向		詳註 1	0.05
3-5	參加專業審查作業紙本病歷(以電子病歷送審)替代方案(住診)		正向		詳註 1	0.05
3-6	參加鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案		正向	必要		0.15

指標代號	指標項目	VPN 指標代號	屬性	類型	目標值	分數
3-7	上傳檢查檢驗結果		正向	必要	50%≤上傳率<60%	0.05
					60%≤上傳率<70%	0.075
					70%≤上傳率<80%	0.1
					上傳率≥80%	0.125
3-8	上傳出院病歷摘要(註 2)		正向	必要	上傳率≥80%	0.025
3-9	查詢雲端藥歷系統-門、住診病人		正向	必要	查詢人次占門、住診總人次 ≥60%	0.075
3-10	查詢雲端藥歷系統-特殊註記病人(註 3)		正向	必要	人數查詢率≥80%	0.025
3-11	協助住院病人下載健康存摺(註 4)		正向	必要	30%≤下載率<40%	0.025
					40%≤下載率<50%	0.037
					50%≤下載率<60%	0.05
					60%≤下載率<70%	0.062
					70%≤下載率<80%	0.075
					下載率≥80%	0.1

註: 1. 3-4, 3-5 送審科別數應>=抽樣科別之 30%，最少 1 科，且該科所有案件應全數以電子病歷送審；僅提供門診服務或僅提供住診服務之醫院該項分數*2。

2. 3-8 有出院日期之案件始納入分母計算

3. 3-10 特殊註記病人查詢率以前季資料為準。

4.3-11 下載期間:住院前 7 天~出院日

4. 呼吸照護醫院

指標代號	指標項目	VPN 指標代號	屬性	類型	目標值	分數
4-1	門診平均每張處方箋開藥品項數	9	負向		< 自身去年同期或 < 全國	0.1
4-2	參加專業審查作業紙本病歷(以電子病歷送審)替代方案(門診)		正向		詳註 2	0.05
4-3	參加專業審查作業紙本病歷(以電子病歷送審)替代方案(住診)		正向		詳註 2	0.05
4-4	參加鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案		正向	必要		0.1
4-5	上傳檢查檢驗結果		正向	必要	50%≤上傳率<60%	0.025
					60%≤上傳率<70%	0.05
					70%≤上傳率<80%	0.075
					上傳率≥80%	0.1
4-6	上傳出院病歷摘要(註 3)		正向	必要	上傳率≥80%	0.05
4-7	辦理安寧居家療護業務		正向		較去年同期≥ <u>20%</u> ，或至少增加 <u>20</u> 人(有申辦居家安寧乙類者，收案人數應含該類病人)	0.15

指標代號	指標項目	VPN 指標代號	屬性	類型	目標值	分數
4-8	查詢雲端藥歷系統-門、住診病人		正向	必要	查詢人次占門、住診總人次比率 $\geq 60\%$	0.075
4-9	查詢雲端藥歷系統-特殊註記病人(註4)		正向	必要	人數查詢率 $\geq 80\%$	0.025
4-10	申報安寧緩和家庭諮詢費(02020B) (註5)		正向	必要	$80\% \leq (\text{RCC 或 RCW 新收個案}) < 100\%$	0.16
					$(\text{RCC 或 RCW 新收個案}) 100\%$ 申報	0.2
4-11	協助住院病人下載健康存摺(註6)		正向	必要	$30\% \leq \text{下載率} < 40\%$	0.025
					$40\% \leq \text{下載率} < 50\%$	0.037
					$50\% \leq \text{下載率} < 60\%$	0.05
					$60\% \leq \text{下載率} < 70\%$	0.062
					$70\% \leq \text{下載率} < 80\%$	0.075
					下載率 $\geq 80\%$	0.1

註：1. 呼吸照護醫院以個別醫院其基期年 RCW 占該院住診費用 50%者屬之，惟醫院可自行選擇變更其分類，經變更後當年度即不得更動。

2. 4-2, 4-3 項之送審科別數應 $\geq$ 抽樣科別之 30%，最少 1 科，且該科所有案件應全數以電子病歷送審；僅提供門診服務或僅提供住診服務之醫院該項分數 $\times 2$

3. 4-6 有出院日期之案件始納入分母計算。

4. 4-9 特殊註記病人查詢率以前季資料為準。

5.4-10 新收個案:入院日=申報起日者，且排除再次入院個案。

6.4-11 下載期間:住院前 7 天~出院日。

5. 婦產專科醫院

指標代號	指標項目	VPN 指標代號	指標屬性	類型	目標值	分數
5-1	門診平均每張處方箋開藥品項數	9	負向		< 自身去年同期 或 < 全國 P50	0.1
5-2	門診抗生素使用率	1140.01	負向			0.1
5-3	初次非自願剖腹產率	1075.01	負向			0.1
5-4	剖腹產率	1136.01	負向			0.075
5-5	參加鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案		正向	必要		0.1
5-6	上傳檢查檢驗結果		正向	必要	50% ≤ 上傳率 < 60%	0.025
					60% ≤ 上傳率 < 70%	0.05
					70% ≤ 上傳率 < 80%	0.075
					上傳率 ≥ 80%	0.1
5-7	上傳出院病歷摘要(註 1)		正向	必要	上傳率應 ≥ 80%	0.025
5-8	參加專業審查作業紙本病歷(以電子病歷送審)替代方案(門診)		正向		詳註 2	0.1
5-9	參加專業審查作業紙本病歷(以電子病歷送審)替代方案(住診)		正向		詳註 2	0.1
5-10	查詢雲端藥歷系統-門、住診病人		正向	必要	查詢人次占門、住診總人次比率 ≥ 60%	0.075

指標代號	指標項目	VPN 指標代號	指標屬性	類型	目標值	分數
5-11	查詢雲端藥歷系統-特殊註記病人(註 3)		正向	必要	人數查詢率 $\geq 80\%$	0.025
5-12	協助住院病人下載健康存摺(註 4)		正向	必要	$30\% \leq \text{下載率} < 40\%$	0.025
					$40\% \leq \text{下載率} < 50\%$	0.037
					$50\% \leq \text{下載率} < 60\%$	0.05
					$60\% \leq \text{下載率} < 70\%$	0.0625
					$70\% \leq \text{下載率} < 80\%$	0.075
					下載率 $\geq 80\%$	0.1

註:1.5-7 有出院日期之案件始納入分母計算

2.5-8,5-9 項送審科別數應 $\geq$ 抽樣科別之 30%，最少 1 科，且該科所有案件應全數以電子病歷送審；

僅提供門診服務或僅提供住診 服務之醫院該項分數*2。

3.5-11 特殊註記病人查詢率以前季資料為準。

4.5-12 下載期間:住院前 7 天~出院日

七、核減率權值表

初核減率	計算權值
核減率 < 1%	80%
1% ≤ 核減率 < 2%	60%
2% ≤ 核減率 < 3%	50%
3% ≤ 核減率 < 4%	40%
核減率 ≥ 4%	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 ≤ 0%	80%
0% < 超出率 ≤ 1%	70%
1% < 超出率 ≤ 2%	60%
2% < 超出率 ≤ 3%	50%
3% < 超出率 ≤ 4%	40%
4% < 超出率 ≤ 5%	35%
5% < 超出率	30%

附件2

中央健康保險署臺北業務組

105年『醫院總額點值風險管控暨品質提升方案』參加申請書

- 一、本院申請參加「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」（以下簡稱本方案），並同意依相關規定辦理。
- 二、本院瞭解本方案為全民健康保險特約醫事服務機構合約之一部分，其效力與全民健康保險特約醫事服務機構合約同。

此致

中央健康保險署臺北業務組

申請醫院

醫院代號：

醫院名稱：

醫事機構特約章戳：

(醫療院所印章)

(負責醫師印章)

中華民國 年 月 日

中央健康保險署臺北業務組各季目標管理點數及藥費占率目標數
確認回條

醫院代號：

醫院名稱：

本院於 年 月 接獲中央健康保險署臺北業務組通知

年第 季：

目標管理醫療點數：

藥費目標占率：

醫院經辦人(簽名)：

說明：請填妥後傳直至 02-

○○○收(此處由本業務組費用經辦人員填寫)