

中央健康保險署臺北業務組
104 年『醫院總額點值風險管控暨品質提升方案』

104.06.26 修訂

壹、緣起：

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

貳、實施時間：

104 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＝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超過目標數

（1）個別醫院當季結構調整後基本點數：

A. 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 $\times$ （1＋成長率）

B. 個別醫院最近 2 季申復後核定（含追扣、補付）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。

C. 個別醫院當季結構調整後基本點數（C）＝個別醫院基本目標點數（A） $\times$ 60%＋總體可分配目標醫療點數（ ΣA ） $\times$ 40% $\times$ 個別醫院最近 2 季申復後淨核定（含追扣、補付）醫療點數占率（B）

（2）專案審查核減醫療點數＝各院申報資料經檔案分析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)目標數：以所有醫院季 P85 每人藥費為原則。

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) * 疾病別疾病病人數】

註：1. 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')。

註：2. 扣減點數 ≤ 0 者不計。

(4) 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。惟所有醫院調整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。

2. 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%。

註：1. 如遇大規模支付標準調整足以影響統計結果時，將予以校正。

2. 如有藥價調查，將依調整費用占非藥費醫療點數比率，及占藥費比率予以校正。

3. 因特約類別變動，將依支付標準各診療項目變動之點數占非藥費醫療點數占率予以校正。

(四) 專業審查分級及隨機抽樣送審比率：如表 1、表 2、表 3、表 4

表 1. 專業審查分級及隨機抽樣送審比率表

適用醫院	藥費占率 超出率	目標管理醫療 點數超出率	審查 分級	隨機審查 送審率
季申報醫療點數 ≤ 5 千萬點	$\leq 0\%$	$\leq 1\%$	A	0%
季申報醫療點數 > 5 千萬點	$\leq 0\%$	$\leq 0\%$	A	0%
季申報醫療點數 ≤ 5 千萬點	$\leq 0\%$	$> 1\%$	B	如表 2
季申報醫療點數 > 5 千萬點	$\leq 0\%$	$> 0\%$	B	如表 2

季申報醫療點數 ≤ 5 千萬點	$> 0\%$	$\leq 1\%$	C	如表 3
季申報醫療點數 > 5 千萬點	$> 0\%$	$\leq 0\%$	C	如表 3
季申報醫療點數 ≤ 5 千萬點	$> 0\%$	$> 1\%$	C-	加強審查如表 4
季申報醫療點數 > 5 千萬點	$> 0\%$	$> 0\%$	C-	加強審查如表 4

表 2. B 級隨機審查抽樣比率

總醫療點數超出率	隨機抽樣送審比率
$0\% < \text{超出率} \leq 2\%$	20%
$2\% < \text{超出率} \leq 3\%$	30%
$3\% < \text{超出率} \leq 4\%$	40%
$4\% < \text{超出率} \leq 5\%$	50%
$5\% < \text{超出率} \leq 6\%$	70%
超出率 $> 6\%$	85%

表 3. C 級隨機審查抽樣比率

藥費占率超出率	隨機抽樣送審比率
$0\% < \text{超出率} \leq 2\%$	20%
$2\% < \text{超出率} \leq 3\%$	30%
$3\% < \text{超出率} \leq 4\%$	40%
$4\% < \text{超出率} \leq 5\%$	50%
$5\% < \text{超出率} \leq 6\%$	70%
超出率 $> 6\%$	85%

表 4. C-級加強審查

項目	抽樣比率及件數
隨機抽樣	85%
立意加抽	依個別醫院屬性及其異常利用狀況，個別選定管控項目立意加抽，加抽數量依異常狀況決定，以一倍為上限

(五) 為節省行政成本，院方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，惟本行政核減院方不得申請

申復及爭議審議，行政核減計算公式如下：

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

(六) 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。

(七) 全年均符合免審或年中即預期全年可符合免審之醫院，可自行選擇任1季為樣本季(月)，以隨機抽樣送審比率15%送專業審查，依審查結果回推當季核減費用。

(八) 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級醫院減審鼓勵：

1. 門診：各科季每人平均藥費、或季每人平均診療點數較去年同期負成長8%(含)以上者，該科之隨機抽樣樣本送審率可各減少20%。

2. 住診：各科季每人日平均藥費、或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級醫院單價超出之核減(本項核減院方不得申請申復及爭議審議)：

1. 門診(排除門診手術"03"、論病例計酬"C1"之手術案件)：

(1) 季每人非藥費平均醫療點數(排除P碼醫令點數)：

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 (含交付處方, 排除: 罕病、血友病、愛滋病、器官移植術後抗排斥藥費及當年度適應症放寬或當年度新增之癌藥):

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) * 門診季藥費病人數 * (1 - 當季門診初核核減率)】*50%

2. 住診一般案件(案件分類"1"):

- (1) 季每人非藥費平均醫療點數(排除 P 碼醫令點數):

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 (排除: 罕病、血友病、愛滋病、器官移植術後抗排斥藥費及當年度適應症放寬或當年度新增之癌藥):

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) * 住診季藥費病人數 * (1 - 當季住診初核核減率)】*50%

3. 當季補報或因申報錯誤要求本署追扣之案件一率以非藥費列計, 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足以影響統計結果時, 將予以校正。

2. 如有藥價調查, 將依調整費用占藥費比率予以校正(反映成數-104Q1:60%)。

3. 因特約類別變動, 將依支付標準各診療項目變動之點數占非藥費醫療點數占率予以校正。

三、品質管理, 指標達成之季末補付, 或次一季目標管理醫療點數之調整:

(一) 指標值:

1. 及時指標以前季之資料為計算標準, 非及時指標(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，相較去年同期為優者(註)，即可獲得該項分數。

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，相較去年同期為優者(註)，即可獲得該項分數。

註：1. 糖尿病論質計酬收案比率、BC 肝醫療給付改善方案年度內累計收案率、初期慢性腎臟病試辦計畫醫療給付改善方案照護率及氣喘方案照護率等應較去年同期成長 $\geq 6\%$ ，或收案率 $\geq$ 全國 p85 值。

2. 除備註 1 及有特別標註者外之其他各項，正向指標應 $>$ 去年同期；負向指標應 $<$ 去年同期。

(二) 補付(調整)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) 品質補付以總體可分配目標管理點數 0.5% 為上限

(四) 補報或申報錯誤之追扣案件占當季門、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。

(五) 指標項目：

1. 區域以上醫院

指標代號	指標項目	VPN 指標代號	指標屬性	分數
1-1	門診平均每張處方箋開藥品項數	9	負向	0.1

1-2	急診暫留 2 日以上案件比率	278	負向	0.05
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	0.05
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	門急診抗生素使用率	1139	負向	0.05
1-6	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	0.1
1-7	門住診 MRI 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者列入計算)	1255	負向	0.1 0.05
1-8	門診就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率	1322	負向	0.05
1-9	糖尿病論質計酬收案比率	568	正向	0.05
1-10	BC 肝醫療給付改善方案年度內累計收案率	1105	正向	0.05
1-11	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	0.025 0.05
1-12	氣喘方案照護率	1326	正向	0.025 0.05
1-13	參加思覺失調症醫療給付改善方案且收案人數應大於 0 固定病人收案人數比率應大於 $\geq 80\%$		正向	0.025
1-14	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	0.05
1-15	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	0.05
1-16	參加鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案		正向	0.025
1-17 (新增)	雲端藥歷系統查詢人次占門、住診總人次 $\geq 35\%$ ，且特殊註記病人查詢率 $\geq 40\%$		正向	0.15

註:1. 1-14 之送審科別應 ≥ 5 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. 1-15 項之送審科別應 ≥ 3 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. 1-17 特殊註記病人查詢率以前季資料為準。

2. 地區醫院

指標代號	指標項目	VPN 指標代號	指標屬性	分數
2-1	門診平均每張處方箋開藥品項數	9	負向	0.15
2-2	門診抗生素使用率	1140.01	負向	0.1 0.05
2-3	急診暫留 2 日以上案件比率	278	負向	0.1 0.05
2-4	住院案件出院後 3 日內再急診或再住院率	124.01	負向	0.05
2-5	門診就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率	1322	負向	0.05
2-6	糖尿病論質計酬收案比率	568	正向	0.05
2-7	BC 肝醫療給付改善方案年度內累計收案率	1105	正向	0.05
2-8	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	0.05 0.1
2-9	氣喘方案照護率	1326	正向	0.05 0.1
2-10	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	0.05
2-11	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	0.05
2-12	參加鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案		正向	0.05

2-13	安寧居家療護收案人數較去年同期 $\geq 10\%$ ，且至少增加 10 人(有申辦居家安寧乙類者，收案人數應含該類病人)		正向	0.05
2-14	雲端藥歷系統查詢人次占門、住診總人次 $\geq 35\%$ ，且特殊註記病人查詢率 $\geq 40\%$		正向	0.15

註:1. 2-10, 2-11 項之送審科別數應 $\geq$ 抽樣科別之 30%，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 $\times 2$ 。

2. 2-14 特殊註記病人查詢率以前季資料為準。

3. 精神專科醫院

指標代號	指標項目	VPN 指標代號	指標屬性	分數
3-1	門診平均每張處方箋開藥品項數	9	負向	0.15
3-2	精神科門診每人日平均藥費	613	負向	0.15
3-3	同院所抗精神分裂藥物-不同處方用藥日數重複率	1160	負向	0.075
3-4	同院所抗憂鬱症藥物-不同處方用藥日數重複率	1161	負向	0.075
3-5	同院所抗安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重複率	1162	負向	0.05
3-6	同院所急性精神病人出院 30 日內門診追蹤率	1200	正向	0.1
3-7	同院慢性精神科病人出院 30 日內門診追蹤率	1202	正向	0.1
3-8	參加思覺失調症醫療給付改善方案且固定病人收案人數比率應大於 $\geq 80\%$		正向	0.1
3-9	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	0.05
3-10	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	0.05
3-11 (新增)	參加鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案		正向	0.05
3-12 (新增)	雲端藥歷系統查詢人次占門、住診總人次 $\geq 35\%$ ，且特殊註記病人查詢率 $\geq 40\%$		正向	0.05

註: 1. 3-9, 3-10 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 $\times 2$ 。

2. 3-12 特殊註記病人查詢率以前季資料為準。

4. 呼吸照護醫院

指標代號	指標項目	VPN 指標代號	指標屬性	分數
4-1	門診平均每張處方箋開藥品項數	9	負向	0.1
4-2	呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器 ≥ 64 日期間住 ICU 人數比率	714	負向	0.1
4-3	呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器 ≥ 64 日期間迴轉 ICU 人數比	724	負向	0.1
4-4	連續使用呼吸器 ≥ 22 日病人於連續使用呼吸器 22~63 日期間脫	711	正向	0.1
4-5	呼吸器依賴病人於第 94 日內脫離人數比率	721	正向	0.1
4-6	呼吸器依賴病人於第 124 日內脫離人數比率	722	正向	0.1
4-7	門診抗生素使用率	1140.01	負向	0.05
4-8	門診就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率	1322	負向	0.05
4-9	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	0.05
4-10	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	0.05
4-11	參加鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案		正向	0.05
4-12	安寧居家療護收案人數較去年同期 $\geq 10\%$ ，且至少增加 10 人(有申辦居家安寧乙類者，收案人數應含該類病人)		正向	0.05
4-13 (新增)	雲端藥歷系統查詢人次占門、住診總人次 $\geq 35\%$ ，且特殊註記病人查詢率 $\geq 40\%$		正向	0.05
4-14 (新增)	RCC 或 RCW 新收個案應全數申報安緩家庭諮詢費(02020B)		正向	0.05

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，唯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. 4-9, 4-10 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. 4-13 特殊註記病人查詢率以前季資料為準。

4. 4-14 新收個案：入院日=申報起日者，且排除再次入院個案。

5. 婦產專科醫院

指標代號	指標項目	VPN 指標代號	指標屬性	分數
5-1	門診平均每張處方箋開藥品項數	9	負向	0.2
5-2	住院案件出院後 3 日內再急診或再住院率	124.01	負向	0.1
5-3	門診抗生素使用率	1140.01	負向	0.1
5-4	初次非自願剖腹產率	1075.01	負向	0.15
5-5	剖腹產率	1136.01	負向	0.15
5-6	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	0.1
5-7	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	0.1
5-8 (新增)	雲端藥歷系統查詢人次占門、住診總人次 $\geq 35\%$ ，且特殊註記病人查詢率 $\geq 40\%$		正向	0.1

註：1. 5-6, 5-7 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 $\times 2$ 。

2. 5-8 特殊註記病人查詢率以前季資料為準。

(六) 核減率權值表

初核減率	計算權值
核減率 $< 1\%$	80%
$1\% \leq$ 核減率 $< 2\%$	60%
$2\% \leq$ 核減率 $< 3\%$	50%
$3\% \leq$ 核減率 $< 4\%$	40%

核減率 $\geq 4\%$	30%
----------------	-----

(七) 目標管理點數達成之獎勵權值表

申報點數 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%

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」，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。

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

- 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」(104年)(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：

藥費占率目標數：

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)