

附件 2

醫院總額點值風險管控暨品質提升方案 修訂對照表(依劃線版方案內之修訂頁次排序)

序號	修訂項次 【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明
1	貳、 四、 (一)、 5 【P.4】	貳、方案內容 四、當預估點值<目標點值時 (一)提升自主管理效能措施	5. <u>依 113 年第 2 次全民健康保險醫院總額臺北分區共管會議決議，A 級醫院自主管理效能措施及單價管理擇高者核扣。</u>	無	依據 113 年第 2 次醫院總額共管會議決議辦理
2	貳、 四、 (二)、 3、 (1) 【P.4】	貳、方案內容 四、當預估點值<目標點值時 (二)點值核減作業	註：前一年同期一般服務醫療點數(基期)= 當季一般服務申報點數－初核核減點數－ 單價核減點數＋品質補付點數+ <u>藥費差額回饋點數</u> 。	註：前一年同期一般服務醫療點數(基期)= 當季一般服務申報點數－初核核減點數－ 單價核減點數＋品質補付點數。	
3	附件一、 一、 (二)、 2 【P.7】	附件一 一、目標管理醫療點數 (二)再計算個別醫院占該層級之醫療點數比率(Ci)	2. 個別醫院最近 2 季申復後核定(含送核、補報)之醫療點數 <u>加計該 2 季藥費差額回饋點數</u> 占該層級之比率(bi)。	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)。	

序號	修訂項次 【頁次】	修訂項目	增修條文					現行條文					說明
4	附件一、三 【P.10】	附件一、三、專業審查分級及隨機抽樣送審比率如下	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	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	依據 113 年第 2 次醫院總額 共管會議決議 辦理
				季總額內 醫療點數 ≤5 千萬	季總額內醫 療點數>5 千萬				季總額內 醫療點數 ≤5 千萬	季總額內醫 療點數 >5 千萬			
			A	X≤1%	X≤0%	Y≤0	5%	A	X≤1%	X≤0%	Y≤0	10%	
5	附件一、五、 (二)、 2(2) (三)、 2(2) 【P.11-12】	附件一 五、單價核減計算 公式 (二)門診 2. 季每人平均藥 費： (三)住診 2. 季每人平均藥 費：	(二)門診： 2.(2) 核減藥費=【[門診季每人平均藥費－ (前一年同期門診季每人平均藥費+藥費差額 回饋點數)*(1+X*50%)]*門診季藥費病人數 *(1－當季門診初核核減率)】*(50%+各調控 因子核減成數) (三)住診 2.(2) 核減藥費=【[住診一般案件季每人平均 藥費－(前一年同期住診一般案件季每人平 均藥費+藥費差額回饋點數)*(1+X*50%)]* 住診季藥費病人數*(1－當季住診初核核 減率)】*(50%+各調控因子核減成數)					(二)門診： 2.(2)核減藥費=【[門診季每人平均藥費－前一 年同期門診季每人平均藥費*(1+X*50%)]*門 診季藥費病人數*(1－當季門診初核核減率)】 *(50%+各調控因子核減成數) (三)住診 2.(2) 核減藥費=【[住診一般案件季每人平均 藥費－前一年同期住診一般案件季每人平 均藥費*(1+X*50%)]*住診季藥費病人數* (1－當季住診初核核減率)】*(50%+各調控 因子核減成數)					

序號	修訂 項次 【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明
6	新增 附件一、 六 【P.21-22】	附件一 『醫院總額點值 風險管控暨品質 提升方案』說明 六、品質指標項目	⑤3-15 個別醫院無 CT 醫令執行率/醫令量者，指標配分挪移至 3-3(+0.1)、3-4(+0.1)。 ⑥3-16 個別醫院無 MRI 醫令執行率/醫令量者，指標配分挪移至 3-3(+0.1)、3-4(+0.1)。	無	依據品質指標 操作型定義補 充條文
7	附件一、 六	附件一 『醫院總額點值 風險管控暨品質 提升方案』說明 六、品質指標項目 之操作型定義	修正地區醫院 CT 及 MRI 指標配分挪移項目，如下表		文字勘誤

序號	指標項目	目標值	配分						操作型定義 (含計算期間)
			醫學中心	區域醫院	地區醫院	精神專科	呼吸照護	婦產專科	
1-16 2-16 3-15	CT 醫令 執行率 / 醫令 量	醫令執行率 ≤自身去年同期 或 醫令量≤ 去年同期* (1+總額成長率)*(1- 初核核減率)	0.2	0.2	0.2				1. CT 醫令執行率 ■ 分子：門、住診 CT 醫令數。 ■ 分母：門、住診案件數。 2. 醫令量：門、住診 CT 醫令數。 3. 總額成長率以衛生福利部公告之當年數值計算，若尚未公告則以前次公告數值計算。 4. 初核核減率為當季初核核減率。 ※資料範圍： (1) 篩選醫事類別：12-門診西醫醫院、22-住診西醫醫院。 (2) 醫令代碼：前 5 碼為 33070、33071、33072、醫令類別為 2-診療明細及醫令點數 > 0。 (3) 申報類別：送核、補報。 (4) 排除代辦：門診排除案件分類(A3、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、D1、D2、DF、C5)；住診僅納入案件分類(1、2、3、4、5、6、7)。 (5) 以當季資料計算。 5. 無序號 1-16/2-16/3-15 CT 醫令執行率/醫令量，則挪至 1-4/2-4/ 3-4 3-3 (+0.1) 及 1-5/2-5/3-4(+0.1)。 6. 無序號 1-17/2-17/3-16 MRI 醫令執行率/醫令量，則挪至 1-4/2-4/ 3-4 3-3 (+0.1) 及 1-5/2-5/3-4(+0.1)。
1-17 2-17 3-16	MRI 醫令 執行率 / 醫令 量	醫令執行率≤自身去年同期 或 醫令量≤去年同期 *(1+總額成長率)*(1-初核核減率)	0.2	0.2	0.2				1. MRI 醫令執行率 ■ 分子：門、住診 MRI 醫令數。 ■ 分母：門、住診案件數。 2. 醫令量：門、住診 MRI 醫令數。 3. 總額成長率以衛生福利部公告之當年數值計算，若尚未公告則以前次公告數值計算。 4. 初核核減率為當季初核核減率。 ※資料範圍： (1) 篩選醫事類別：12-門診西醫醫院、22-住診西醫醫院。 (2) 醫令代碼：前 5 碼為 33084、33085、醫令類別為 2-診療明細及醫令點數 > 0。

序號	指標項目	目標值	配分						操作型定義 (含計算期間)
			醫學 中心	區域 醫院	地區 醫院	精神 專科	呼吸 照護	婦產 專科	
									(3) 申報類別：送核、補報。 (4) 排除代辦：門診排除案件分類(A3、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、D1、D2、DF、C5)；住診僅納入案件分類(1、2、3、4、5、6、7)。 (5) 以當季資料計算。 5.無序號 1-16/2-16/3-15 CT 醫令執行率/醫令量，則挪至 1-4/2-4/ 3-43-3 (+0.1) 及 1-5/2-5/3-4(+0.1)。 6.無序號 1-17/2-17/3-16 MRI 醫令執行率/醫令量，則挪至 1-4/2-4/ 3-43-3 (+0.1) 及 1-5/2-5/3-4(+0.1)。