

家庭醫師整合性照護計畫之健康管理成效鼓勵

「預估醫療費用與實際醫療費用(VC-AE)」計算說明

105年6月

步驟一、結算前1年度 CCS 權重之計算

1. 透過全國民眾門住就醫紀錄為基礎，並計算全國每人門住醫療點數（每人疾病權重）。
2. 選取每人門住曾出現之診斷（以 CCS 分類），並以其當年度之門住費用做為其權重值。
3. 針對每類 CCS 族群，計算各族群之費用點數之中位數，做為 CCS 最後之代表權重。
4. 完成 260 類 CCS 的權重對照檔。



步驟二、計算 CART 模型推估前，會員所需之 7 個預測變數

（CCS 5 個，性別、年齡）

1. 針對會員於結算年前一年度門住就醫之診斷（CCS），並選取其對應權重（步驟一）最高之前 5 項，做為該會員之疾病型態的代表。
2. 就會員之年齡、性別及其前 5 項主要診斷，做為 CART 推估費用前的預測變項。



步驟三、CART 模型的建置

1. CART 模型，主要採樣為本年度應照護族群為主，做為母體資料的代表。
2. 以應照護族群於上年度的門住診紀錄為基礎 (X, 5 項 CCS 年齡及性別)，及結算當年門診費用 (Y, 預測變項) 建置 CART 模型，得出分類結果 339 項。
3. 有關醫療費用計算範圍為西醫門診(含藥局)，且排除洗腎 (05) 案件及職災代辦、預防保健等總額外案件。



步驟四、推估會員結算年之門診費用

(經風險校正後計算各會員 VC 值結算當年預估之醫療點數)

1. 將會員的 7 項預測變項投入 CART 模型中，去推估每名會員於結算年的門診預測點數(ARC 值)。
2. 有關 VC 值的計算 (以風險校正模型調整後之推估醫療點數)，以會員結算年實際發生的門診點數，取其 99.5 分位數為界，即西醫門診支出 99.5 分位數以上者依其實際支出為 VC(該會員之 VC=AE)。

$$VC = \begin{cases} E \times \sum_{i=1}^4 Q_i \cdot P_{ij} \times \left(\frac{ARC}{M}\right) & \text{if 實際點數} < 99.5 \text{分位數} \\ \sum_{i=1}^4 E_{ij} \times P_{ij} & \text{if 實際點數} \geq 99.5 \text{分位數} \end{cases}$$

E : 結算年當年，應照護族群之西醫門診平均每人醫療點數(104年為19,842.00點)

Q_i : 結算年當年各季西醫基層一般服務點數佔率， $i = 1 \dots 4$

P_{ij} : 結算年當年各季各分局西醫基層一般服務之平均點值， $i = 1 \dots 4, j = 1 \dots 6$

\overline{M} : 全國ARC值之平均值，為應照護族群在透過CART值推估後，所得出的平均值20,096.03點

M : 會員參與本計畫之月份數

E_{ij} : 會員於結算年當年各季實際發生點數， $i = 1 \dots 4, j = 1 \dots 6$



步驟五、計算會員結算當年的實際發生的醫療點數 (AE 值)

$$\sum_{i=1}^4 E_{ij} \times P_{ij}$$



步驟六、計算各會員之回饋金

1. 計算各會員實際醫療費用與預估醫療費用 (VC 值-AE 值)。
2. 排除收案醫療群無就醫紀錄之會員。依計畫規定：於收案醫療群無就醫紀錄(執行預防保健或代辦案件視為有就醫紀錄)，不核付績效獎勵費用(550 點/人/年)。
3. 以群為單位，針對 (VC 值-AE 值) > 0 的醫療群撥付費用；< 0 之醫療群則不撥付。

4. 以醫療群內平均每人健康管理成效鼓勵金額 275 點為上限。

註：104 年度家醫計畫執行結果超過預算 11.8 億元，健康管理成效

鼓勵金額採浮動點值支付，每點 0.98684713 元。

案例：

1. 甲醫療群結算會員人數 4,047 人。

2. 醫療群(VC 值-AE 值)=4,284,456 點。

3. 給付上限：275 點*4047 人=1,112,925 點。

4. 超過上限(4,284,456 元 > 1,112,925 點)，以上限支付(1,112,925 點)。

5. 本次撥付費用：1,098,287 元(1 點 0.98684713 元)。