

臨時討論案 第 2 案

提案單位：台灣醫院協會

案由：有關 112 年「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」及「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」專款運用方式案，提請討論。

說明：

- 一、依據台灣醫院協會 112 年 2 月 24 日院協健字第 1120200089 號函（附件 1）暨台灣醫學中心協會同年 3 月 1 日電子郵件（附件 2）辦理。
- 二、112 年醫院醫療給付費用總額，與本案專款相關決定事項如下：
 - （一）本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。
 - （二）請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項：
 1. 於 112 年度總額公告後，提出相關計畫內容（含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃），提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
 2. 請提出具體實施規劃，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效，並定期提報執行情形。
- 三、台灣醫院協會來函建議二項預算運用方式如下：
 - （一）持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能（5 億）
 1. 優化住院照護：
 - （1）住院護理費：如地區醫院之護病比已達醫學中心或區域醫院護病比級距，即依醫學中心或區域醫院該級距予以加成支付（含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床及精神急性經濟病床）。
 - （2）慢性呼吸照護病房：地區醫院之 P1011C（第 1—90 日）、P1012C（第 91 天以後）加成 3%。
 2. 優化急診照護：急診診察費（01015C）及急診檢傷診察費（00201B-00204B、00225B）：地區醫院再加成 15%。
 - （二）健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能（10 億）：
 1. 加護病床-病房費：
 - （1）03010E：現行點數 2,852 點，調升至 3,177 點。
 - （2）03011F：現行點數 2,406 點，調升至 3,000 點。
 2. 新生兒中重度住院診察費：

- (1) 02017K：現行點數 819 點，調升至 **1,512 點**。
- (2) 02018A：現行點數 777 點，調升至 884 點。
- 3. 急診觀察床-病房費：
 - (1) 03073A（第一天）：現行點數 367 點，調升至 551 點。
 - (2) 03018A（第二天起）：現行點數 167 點，調升至 334 點。
- 4. 急診觀察床-護理費：
 - (1) 03075A（第一天）：現行點數 571 點，調升至 857 點。
 - (2) 03042A（第二天起）：現行點數 175 點，調升至 350 點。
- 5. **加護病床住院診察費（02011K）：現行點數 1,925 點，調升至 2,034 點。**

決議：

全日平均護病比範圍↕			加成率↕
醫學中心↕	區域醫院↕	地區醫院↕	
8.5-8.9↕	11.5-11.9↕	14.5-14.9↕	2%↕
8.0-8.4↕	11.0-11.4↕	14.0-14.4↕	5%↕
7.5-7.9↕	10.5-10.9↕	13.5-13.9↕	14%↕
7.0-7.4↕	10.0-10.4↕	13.0-13.4↕	17%↕
<7.0↕	<10.0↕	<13.0↕	20%↕

檔 號：
保存年限：

台灣醫院協會 函

地址：新北市淡水區中正東路2段29-5號25樓

承辦人：林佩菽
電話：02-28083300#52
傳真：02-28083304
電子信箱：peichiou@hatv.org.tw

受文者：如行文單位

發文日期：中華民國112年2月24日
發文字號：院協健字第1120200089號
速別：速件
密等及解密條件或保密期限：

附件：112年新增項目執行目標及評核指標-20230225.pdf

主旨：敬復醫院部門112年度全民健康保險醫療給付費用總額新增項目分配方式，詳如說明段，請查照。

說明：

- 一、復 貴署112年1月13日健保醫字第1120100639A號函。
- 二、有關旨揭所指定就新增之因應長新冠照護衍生費用、持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能及健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能等項提供實施計畫（含執行目標及預算效益之評估指標），業經與各層級醫院協會專門會議研商，各方案彙整如附件所示。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會(均含附件)

理事長翁文能

● 因應長新冠照護衍生費用（4000 萬）

鑑於 108 年醫療利用尚未有因 COVID-19 疫情產出，爰醫療利用無因 COVID-19 確診併發 MIS-C 治療之免疫球蛋白醫療費用及 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫的產生，應符合衛福部核定支付要件（以 108 年醫療利用情形為比較基準，超出部分由本項預算支應），應依實際導入施行之項目及季別併入醫院總額一般服務預算中結算。

1. 執行目標：妥適照護因 COVID-19 確診所引發 MIS-C 個案及延續 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫至年度結束。
2. 預期效應：減緩醫院部門因 COVID-19 照護產生的財務衝擊。
3. 動支條件（預算使用）：採年度結算

(1) **MIS-C 免疫球蛋白**：回歸原協商初衷，避免因 COVID-19 併發 MIS-C 治療之免疫球蛋白費用排擠原一般服務預算，預算優先用於因 COVID-19 確診**併發 MIS-C 治療之免疫球蛋白整體醫療費用（含藥費）**，依各分區實施申報案件，併入醫院總額一般服務費用結算。

(2) **染疫康復者門住診整合醫療計畫獎勵費用**：依據 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫，其整合計畫預算期間僅限指揮中心解散後 6 個月止，隨現下疫情日趨穩定，預估年底前應該指揮中心就會功成身退。考量長新冠症狀可能非短期即緩解，爰，為鼓勵院所持續照護至年底（112.12.31）若尚有本項預算於支付前項免疫球蛋白後尚有餘數則再用以支應 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫預算中止後之獎勵費用（不含開辦整合門住診照護獎勵費 20 萬），即續染疫康復者門住診整合醫療計畫獎勵費用申報及支付方式，採預算中平，點值至多一點一元。

4. 認定內容：

(1) MIS-C 免疫球蛋白：藥品條件：ATC 代碼 JBA02.，病患年齡：0-19 歲。當次就醫申報主次診斷碼同時具 ICD-10-CM M35.8 或 U09.9 之個案。

(2) 同 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫。

5. 評估指標：（核定公告：以 108 年醫療利用情形為比較基準）

(1) MIS-C 免疫球蛋白：依 MIS-C 認定原則照護人數大（等）於 108 年度 COVID-19 引起 MIS-C 照護人數為基準。

(2) COVID-19 康復者門住診整合醫療計畫收案長新冠人數較 108 年成長。

● 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能（5 億）

1. 執行目標：112 年優化地區醫院住診、重症及急診照護能力。
2. 預期效益：提升地區醫院住診暨急診照護服務品質提升。

3. 動支條件（預算使用）：

（1）優化住院照護

- A. 住院護理費：打破層級差異，如地區醫院之護病比已達醫學中心或區域醫院護病比的級距，即依醫學中心或區域醫院該級距予以加成支付（含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床及精神急性經濟病床）
- B. 慢性呼吸照護病房：地區醫院之 P1011C、P1012C 加成 3%。係鑑於 110 年度「應用 109 年醫院總額及西醫基層總額之醫療服務成本指數改變率預算調整特定診療支付標準案」，其中「慢性呼吸照護病房」支付點數調幅較他項偏低，且不足其長年所受物價波動影響的成本，爰，擬調升。

（2）優化急診照護

考量地區醫院急診經營非常不容易，特別是醫師人事費用成本極高，為彌補及獎勵地區醫院急診照護的提供，充實社區急診醫療網絡的健全，擬調升下列項目，依本項項目扣除前項（住院護理費、慢性呼吸照護病房）費用後，採預算中平原則計算。

- A. 急診診察費（01015C），地區醫院再加成 15%（暫估）。
- B. 急診檢傷診察費（00201B-00204B、00225B），地區醫院再加成 15%（暫估）

4. 評估指標：

住院護理費：達區域醫院或醫學中心護病比之地區醫院家數不低於前一年度：其中「區域醫院或醫學中心護病比」，係指全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第三節病房費中所定「符合全日平均護病比之加成」，意即達區域醫院（<11.9）或醫學中心（<8.9）護病比。

● 健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能（10 億）

1. 執行目標：優化醫學中心及區域醫院住診暨重症醫療服務品質。
2. 預期效益：平衡區域級（含）以上醫院住診相關支付點數差。
3. 動支條件（預算使用）：（暫以 108 年申報資料估算，未計入成長率）

支付代碼	診療項目	現行 點數	調整 點數	調升幅 度	醫學中心增 加點數	區域醫院增 加點數
03010E	加護病床-病房費	2852	3177	11.4%	268,110,050	60,109,400
03011F		2406	3000	24.7%		390,854,376
02017K	新生兒中重度住院診	819	2038	186.1%	220,759,681	
02018A	察費	777	884	13.8%		14,818,751
03073A	急診觀察床-病房費	367	551	50.1%	6,120,208	7,666,176

支付代碼	診療項目	現行 點數	調整 點數	調升幅 度	醫學中心增 加點數	區域醫院增 加點數
	(第一天)					
03018A	急診觀察床-病房費 (第二天起)	167	334	100%	2,683,523	2,316,457
03075A	急診觀察床-護理費 (第一天)	571	857	50.1%	9,520,082	11,929,632
03042A	急診觀察床-護理費 (第二天起)	175	350	100%	2,819,250	2,426,375
	合計				510,012,794	490,121,167

4. 評估指標：

醫學中心及區域醫院病人出院再住院率不高於 108 年（醫學中心 5.04%;區域醫院 6.32%）

考量新冠疫情期間醫學中心及區域醫院實際住診案數是下降的，為避免疫情因素影響以致闕值浮動過大，爰以 108 年為基期比較。

公式：14 日內再次住院的案件數/出院案件數。

5. 預算撥付至各分區之使用原則，遵專款專用項目原則（即依各分區實際使用量分配）

主旨: FW: 有關今天臨時動議·醫中資料更新
附件: 1120200089-敬復醫院部門112年度全民健康保險醫療給付費用總額新增項目分配方式.pdf; 112年新增項目執行目標及評核指標-20230225.pdf; 醫中更新.pdf

From: tmca00@gmail.com <tmca00@gmail.com>
Sent: Wednesday, March 1, 2023 12:11 PM
To:
Cc: 台灣醫院協會-林佩秋副秘書長 <peichioulin@gmail.com>
Subject: 有關今天臨時動議，醫中資料更新

剛得知今天有臨時動議，其中醫中資料有更新，想請您幫忙更新，謝謝。

台灣醫學中心協會 TAIWAN MEDICAL CENTER ASSOCIATION
秘書處 許雅淇
會址：台北市 100 中正區中山南路 7 號
電話：(02)2322-3119
傳真：(02)23935181
E-mail：tmca00@gmail.com

支付代碼	診療項目	現行 點數	調整 點數	調升幅 度	醫學中心增 加點數	區域醫院增 加點數
03010E	加護病床-病房費	2852	3177	11.4%	268,110,050	60,109,400
03011F		2406	3000	24.7%		390,854,376
02017K	新生兒中重度住院診 察費	819	2038 1512	186.1% 84.6%	220,759,681 125,501,607	
02018A		777	884	13.8%		14,818,751
03073A	急診觀察床-病房費 (第一天)	367	551	50.1%	6,120,208	7,666,176
03018A	急診觀察床-病房費 (第二天起)	167	334	100%	2,683,523	2,316,457
03075A	急診觀察床-護理費 (第一天)	571	857	50.1%	9,520,082	11,929,632
03042A	急診觀察床-護理費 (第二天起)	175	350	100%	2,819,250	2,426,375
	合計				510,012,794 510,012,794	490,121,167
02011K	加護病床住院診察費	1925	2034	5.7%	95,282,186	

4. 評估指標：

醫學中心及區域醫院病人出院再住院率不高於108年（醫學中心 5.04%；區域醫院 6.32%）

考量新冠疫情期間醫學中心及區域醫院實際住診案數是下降的，為避免疫情因素影響以致閾值浮動過大，爰以108年為基期比較。

公式：14日內再次住院的案數/出院案數。

5. 預算撥付至各分區之使用原則，遵專款專用項目原則（即依各分區實際使用量分配）