



全民健康保險醫療給付費用
醫院總額研商議事會議
105 年第 4 次會議資料

105 年 11 月 23 日 (星期三)
本署 18 樓禮堂

**105 年「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」
第 4 次會議議程**

壹、主席致詞

貳、本會上次會議紀錄確認

參、報告事項

一、本會上次會議決定事項辦理情形	第 2 頁
二、醫院總額執行概況報告	第 11 頁
三、105 年第 2 季醫院總額點值結算報告	第 33 頁
四、106 年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商會議」召開會議時程報告	第 71 頁
五、106 年醫院總額一般服務部門預算四季重分配暨一般服務之保障措施報告	第 73 頁
六、修訂 106 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案報告	第 81 頁

肆、討論事項

一、全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫修訂草案	第 85 頁
二、106 年全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案修訂草案	第 95 頁
三、修訂全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案表一	第 109 頁

伍、臨時動議

陸、散會

貳、本會上次會議紀錄

「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」

105 年第 3 次會議紀錄

時間：105 年 8 月 24 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

出席代表：

侯代表彩鳳	陳順來代	童代表瑞龍	童瑞龍
陳代表幸敏	陳幸敏	陳代表石池	黃雪玲代
吳代表志雄	陳瑞瑛代	張代表德明	李偉強代
郭代表宗正	郭宗正	施代表壽全	林富滿代
謝代表文輝	請假	鄭代表明輝	請假
黃代表遵誠	黃遵誠	郭代表守仁	郭守仁
鄒代表繼群	請假	邱代表仲慶	王敏容代
李代表允文	請假	鍾代表飲文	請假
洪代表政武	洪政武	林代表欣榮	陳星助代
張代表克士	請假	林代表慧玲	林慧玲
羅代表永達	羅永達	黃代表啟宗	唐宏生代
謝代表景祥	請假	陳代表威仁	蘇美惠代
龍代表應達	請假	劉代表淑芬	劉淑芬
謝代表武吉	王秀貞代	盧代表榮福	請假
趙代表有誠	趙有誠	顏代表鴻順	請假
黃代表忠智	黃忠智	龐代表一鳴	請假
周代表思源	周思源	梁代表淑政	周雯雯代
吳代表文正	蘇主榮代	謝代表天仁	謝天仁
陳代表誠仁	陳誠仁	林代表昭吟	請假
張代表國寬	張國寬	吳代表肖琪	請假
吳代表鏘亮	吳鏘亮	王代表榮濱	王榮濱

列席單位及人員：

衛生福利部	請假
衛生福利部全民健康保險會	邱臻麗
台灣醫院協會	柳汶廷 何佳儒
中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺 林筱庭
中華民國護理師護士公會全國	梁淑媛

聯合會

中華民國物理治療師全國聯合會	朱世瑋		
中華民國醫事檢驗師全國聯合會	宋佳玲		
中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷		
本署臺北業務組	許寶華	陳美玲	柯玲晶
本署北區業務組	孟芸芝		
本署中區業務組	蔡瓊玉		
本署南區業務組	葉瑞興		
本署高屏業務組	張曉玲		
本署東區業務組	李敬慧		
本署醫審及藥材組	王本仁	張如薰	詹素珠
本署資訊組	姜義國		
本署企劃組	江政謙	何恭政	
本署醫務管理組	陳玉敏	張溫溫	陳真慧
	谷祖棣	劉林義	洪于淇
	楊秀文	李宜珊	黃曼青
	林蘭	鄭正義	

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：林沁玫

壹、主席致詞：(略)

貳、上次會議紀錄確認。

參、報告事項：

第一案

案由：本會上次決定事項辦理情形。

決定：序號第一項安全針具相關建議案持續列管，並請各分區業務組輔導醫院確實申報不計價安全針具之使用，餘解除列管。

第二案

案由：醫院執行概況報告案。

決定：洽悉。

第三案

案由：105 年第 1 季醫院總額點值結算報告。

決定：

- 一、醫院總額 105 年第 1 季點值確認如下表，並依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

	點值	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
105Q1	浮動點值	0.8636	0.9207	0.9122	0.8918	0.9434	0.9181	0.8963
	平均點值	0.9236	0.9465	0.9476	0.9381	0.9618	0.9476	0.9395

- 二、各總額部門各季之結算說明表，自 105 年度起於本署全球資訊網公開，請查閱參考。

第四案

案由：104 年全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案核發結果報告。

決定：洽悉，另 106 年品質保證保留款實施方案，請台灣醫院協會儘速規劃。

第五案

案由：本年度「連續假期看診時段登錄作業方式」報告。

決定：

- 一、洽悉，並請台灣醫院協會協助宣導。
- 二、本年度中秋連假之看診時段已預設比照一般日固定時段，如有變動，請配合於 9 月 9 日前至本署 VPN 修改。

肆、臨時報告案

案由：醫院總額部門醫療費用案件專業雙審及公開具名試辦草案報告

決定：

- 一、洽悉。
- 二、與會代表建議設定專業雙審及公開具名試辦草案之評估指標，如審查醫師受到嚴重攻詰、浮動點值下降達一定百分比、審查時間超過 60 日核付時效及審查委員之聘任建議可朝榮譽制方向規劃等建議，請本署醫審及藥材組參考。

伍、散會：下午3時45分

陸、與會人員發言摘要詳附件1

參、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會上次會議決定事項辦理情形。

說明：

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
1	報告案第一案：本會上次決定事項辦理情形	安全針具相關建議案持續列管，並請各分區業務組輔導醫院確實申報不計價安全針具之使用。	<p>一、本署業於 105 年 8 月 10 日函請廠商能充分給予醫療院所教育訓練，並副知中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、台灣醫院協會。</p> <p>二、針對醫療院所實務執行上面臨之問題，本署業於 105 年 8 月 10 日函請中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會，逕向衛生福利部醫事司反映，並副知台灣醫院協會。</p> <p>三、另有關確實申報不計價安全針具之使用，已於 105 年 9 月 19 日請各分區業務組輔導轄區醫事機構應核實申報，如定額(或包裹)支付項目下不得另行計價之醫令項目(如安全針具等)，亦應依規定確實申報。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>解除列管</p> <p><input type="checkbox"/>持續列管</p>
2	報告案第三案：104 年第 4 季醫院總額點值結算報告案。	依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。	本署業於 105 年 9 月 5 日以健保醫字第 1050033837B 號函請各分區業務組配合辦理。	<p><input checked="" type="checkbox"/>解除列管</p> <p><input type="checkbox"/>持續列管</p>

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
3	報告案第四案：104年全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案核發結果報告	106年品質保證保留款實施方案，請台灣醫院協會儘速規劃。	本案業於105年9月8日以健保醫字第1050033883號函請台灣醫院協會提報，該會已於11月3日提報，並列入討論案第二案。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續列管
4	臨時報告案：醫院總額部門醫療費用案件專業雙審及公開具名試辦草案	與會代表建議設定專業雙審及公開具名試辦草案之評估指標，如審查醫師受到嚴重攻訐、浮動點值下降達一定百分比、審查時間超過60日核付時效及審查委員之聘任建議可朝榮譽制方向規劃等建議，請本署醫審及藥材組參考。	<p>本署於105年10月7日公告「全民健康保險醫院總額醫療費用案件專業雙審及公開具名試辦方案」，已依據左列會議代表之建議，於方案第五點訂有調整機制，有下列情形之一者，本署得評估調整方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 該科所屬轄區別聘任之願意公開具名審查醫藥專家人數，總數小於6人、無法配合迴避分案審查作業或總數不足以於法定核定期限內完成所屬轄區別之審查作業。 2. 公開具名審查醫藥專家因執行審查業務致隱私權遭受侵犯，或遭受威脅、攻擊、利誘與網路媒體霸凌或涉及訴訟。 3. 方案試辦期間之浮動點值較去年同期變動率大於5%、申報件數及醫療費用點數較去年同期變動率大於5%、核減率較去年同期變動率大於10%。 	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續列管

決定：

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告(附件 1)

決定：

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：105 年第 2 季醫院總額點值結算報告。

說明：

- 一、105 年第 2 季醫院總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。
- 二、有關 105 年第 2 季結算結果說明如下：
 - (一) 本季經調整各季占率後之總預算為 1,074 億元，一般門住診服務、專款專用、門診透析等各項預算詳附件 2-1。
 - (二) 門住診一般服務醫療給付費用總額(不含品質保證保留款及門診透析)為 981 億元，經計算各區浮動、平均點值如下，計算過程詳附件 2-2：

	點值	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
103Q2	浮動點值	0.8835	0.9478	0.9171	0.8419	0.9261	0.8896	0.8943
	平均點值	0.9315	0.9555	0.9486	0.9126	0.9516	0.9320	0.9379
104Q2	浮動點值	0.8979	0.9341	0.9236	0.8694	0.9249	0.8829	0.9054
	平均點值	0.9398	0.9530	0.9531	0.9280	0.9522	0.9309	0.9438
105Q2	浮動點值	0.8814	0.9221	0.9161	0.8650	0.9147	0.9185	0.8973
	平均點值	0.9315	0.9480	0.9493	0.9247	0.9466	0.9481	0.9387

- 三、本季醫院總額結算作業，俟會議確認後，依全民健康保險法第 62 條規定一併辦理點值公布、結算事宜。
- 四、點值結算後推算門診每點支付金額為 0.9481、住診每點支付金額為 0.9281，各分區推算之門診、住診每點支付金額詳附件 2-3。
- 五、摘要彙整 105 年第 2 季各專款結算數之執行情形如表 1 供參。

表 1: 105 年第 2 季各專款結算數之執行情形

專款項目	105 年預算 (百萬)	105 年結算 (百萬)	預算 執行率(%)	備註
1. 罕病、血友病藥費 與罕病特材	8,9523	3,844	43%	
2. 鼓勵器官移植並 確保術後追蹤照 護品質	4,162	1,841	44%	
3. 醫院支援西醫療 資源不足地區改 善方案	60	33	55%	105 年西醫 基層與醫院 部門同項計 畫預算可相 互流用。
4. 醫療給付改善方 案	876	295	34%	
5. 急診品質提升方 案	160	26	16%	
6. 鼓勵繼續推動住 院診斷關聯群 (DRGs)	1,114	0	0%	
7. 醫療資源不足地 區醫療服務提升 計畫	800	317	40%	

決定：

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關 106 年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商議事會議」召開會議時程報告案。

- 一、有關研商及推動總額支付制度執行面業務，依「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」規定，至少每三個月開會乙次，必要時得召開臨時會議。
- 二、醫院部門研商會議 106 年會議時間，擬訂如下表：

次數	1	2	3	4	5
會議日期	106.2.22 (星期三)	106.5.24 (星期三)	106.8.23 (星期三)	106.11.22 (星期三)	106.12.6 (星期三)
會議	第 1 次	第 2 次	第 3 次	第 4 次	臨時會

決定：

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：106 年醫院總額一般服務部門預算四季重分配暨一般服務之保障措施案報告

說明：

- 一、依「醫院總額支付委員會 98 年第四次會議」決議：為達季分配預算數合理且點值穩定，在不影響各分區之原預算數情形下，醫院總額自 99 年起，開始實施各季預算重新分配，各季預算將考量實施年各季假日與非假日與 97 年之差異，調整各季日產能後之新占率計算，且各年第 1-3 季各分區預算以調整後季預算數並依各分區當年各季相關參數進行分配，第 4 季預算則為各分區原全年預算數扣減前 3 季調整後預算數。
- 二、106 年醫院總額一般服務部門預算重分配比照 105 年延續上開決議事項辦理，其中各季預算考量 105 年各季假日、非假日日數調整日產能後之新占率計算，105 年調整後之各季預算新占率為第一季 23.832058%、第二季 25.519639%、第三季 25.323579%、第四 25.324724%，詳附件 3-1。
- 三、另依本會 105 年第 1 次本會議決定，106 年試算各季前三年、前五年結算核定點數占率及各季點值供參，詳附件 3-2。
- 四、有關 106 年醫院醫療給付費用總額一般服務之保障措施，比照 105 年持續辦理(詳附件 3-3)。
- 五、依偏遠地區醫院認定原則第三點分區認定原則乙項，因涉及各分區管理，請各分區考量轄區預算及特性，於 106 年 1 月底前提供修正意見及符合認定原則之醫院名單，並由本署彙整 106 年「醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則」(草案)，提本會議 106 年第 1 次會議報告後，報請衛生福利部核備後公告實施。

決定：

附件 3-1

表 1 106 年日數及預算調整後情形

季別	項目	106年								97年日產能 (門診)			97年日 產能 (住診)	97年度日數				106年度日數			
		106年原實際預算 數(百萬) A	以97年基 期占率預 估預算數 (百萬) B	1天非假 日產能 C(97年 產能)	1天假日 產能 D(97年 產能)	106年調整 後預算基值 (百萬)E=B- (C*上班差 額日數+D* 假日差額日	106年調整後 預算基值占率 (%)F	調整後預 算(百萬) G= 106年 總預算*F	預算增減 (百萬) H=G-A	星期日 (百萬 點)	上班日 (百萬 點)	年假(百 萬點)	上班日 (百萬 點)	總日 數	星 期 日	上 班 日 數	年 假	總日 數	星 期 日	上 班 日 數	年 假
第一季	預算 結算(核定點數)	97,036	97,027	876	485	96,151	23.83%	96,703	-333.0	67	458	67	418	91	12	74	5	90	12	73	5
第二季	預算 結算(核定點數)	104,037	102,959	899	500	102,959	25.52%	103,550	-486.9	62	460		438	91	13	78	0	91	13	78	0
第三季	預算 結算(核定點數)	101,838	102,168	897	494	102,168	25.32%	102,755	916.6	62	465		432	92	13	79	0	92	13	79	0
第四季	預算 結算(核定點數)	102,856	103,613	926	514	102,173	25.32%	102,760	-96.7	68	480		446	92	13	79	0	92	14	78	0
合計	預算 結算(核定點數)	405,768	405,768			403,451	100.00%	405,768	0					366				365			

註: 1. 假日係指星期日；年假為 106 年 1 月 27 日至 1 月 31 日。

2. 106 年各季預算為門住診一般服務預算扣除 106 年、105 年品質保證保留款之預算，

106 年各季預算為門住診一般服務預算預算= 406,525 百萬元- 388.7 百萬元- 368.6 百萬元= 405,768 百萬元

附件 3-1

表 2 原預算與調整後預算之比較表

項目	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季	合計
106 年原各季預算(百萬元)	97,036	104,037	101,838	102,856	405,768
106 年原預算占率	23.914136%	25.639634%	25.097688%	25.348543%	100.00%
106 年調整後各季預算(百萬元)	96,703	103,550	102,755	102,760	405,768
106 年調整後各季預算占率	23.832058%	25.519639%	25.323579%	25.324724%	100.00%
預算差異(百萬元) (調整後預算-原預算)	-333.0	-486.9	916.6	-96.6	0

附件 3-2

表 1 100 年~104 年各季結算核定點數情形

季別	100 年		101 年		102 年		103 年		104 年		3 年 (102-104 年) 平均占率	5 年 (100-104 年) 平均占率
	核定點數 (百萬)	占率										
Q1	79,228	23.77%	82,163	23.83%	85,477	23.42%	89,699	23.75%	92,865	23.75%	23.64%	23.70%
Q2	84,241	25.28%	86,630	25.12%	90,564	24.81%	95,368	25.25%	98,202	25.11%	25.06%	25.12%
Q3	84,537	25.37%	87,257	25.30%	91,047	24.94%	96,126	25.46%	99,358	25.41%	25.27%	25.30%
Q4	85,268	25.59%	88,780	25.75%	97,934	26.83%	96,433	25.54%	100,620	25.73%	26.03%	25.89%
合計	333,275	100.00%	344,830	100.00%	365,022	100.00%	377,625	100.00%	391,044	100.00%	100.00%	100.00%

註: 1.核定點數=核定浮動點數+核定非浮動點數+自墊核退點數。

2.3 年平均占率以 3 年當季占率加總/3；5 年平均占率以 5 年當季占率加總/5 計算。

附件 3-2

表 2 原預算與 3 年核定點數占率預算之比較表

項目	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季	合計
106 年原各季預算(百萬元)	97,036	104,037	101,838	102,856	405,768
106 年原預算占率	23.914136%	25.639634%	25.097688%	25.348543%	100.00%
106 年調整後各季預算 (百萬元)	95,921	101,683	102,533	105,631	405,768
106 年調整後各季預算占率	23.639452%	25.059303%	25.268855%	26.032390%	100.00%
預算差異 (調整後預算-原預算)	-1,115	-2,355	695	2,775	0

註：106 各季預算為扣除品質保證保留款之預算。

表 3 原預算與 5 年核定點數占率預算之比較表

項目	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季	合計
106 年原各季預算(百萬元)	97,036	104,037	101,838	102,856	405,768
106 年原預算占率	23.914136%	25.639634%	25.097688%	25.348543%	100.00%
106 年調整後各季預算(百萬元)	96,182	101,910	102,640	105,035	405,768
106 年調整後各季預算占率	23.703619%	25.115459%	25.295304%	25.885618%	100.00%
預算差異(百萬元) (調整後預算-原預算)	-854	-2,127	802	2,179	0

註：106 各季預算為扣除品質保證保留款之預算。

附件 3-3

106 年醫院醫療給付費用總額一般服務之保障項目擷取順序及條件(草案)

擷取 順序	項目	投保 分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季各區 門住診平均點值
一	門診、住診之藥 事服務費	區分		藥事服務費	
二	門診手術	區分	1. 門診案件分類=03(西醫 門診手術) 2. 門診案件分類=C1(論病 例計酬案件, 不含體外 電震波腎臟碎石術)	申請費用+ 部分負擔	
三	急救責任醫院 之急診醫療服 務點數	區分	1. 主管機關公告之緊急醫 療資源不足地區急救責 任醫院 2. 門診案件分類=02(西醫 急診)	申請費用+ 部分負擔	
四	住診手術費	區分	住院醫療服務點數清單之 手術費乙欄	手術費	
五	住診麻醉費	區分	住院醫療服務點數清單之 麻醉費乙欄	麻醉費	
六	促進供血機制 合理運作	區分	門診與住院醫療服務醫令 清單之醫令碼為 93001C~93023C	醫令點數	
七	經主管機關核 定, 保險人公告 之分區偏遠認 定原則醫院	區分	經主管機關核備, 保險人公 告之「醫院總額結算執行架 構之偏遠地區醫院認定原 則」(簡稱分區偏遠認定原 則)所列醫院之核定醫療服 務點數		申請費用+部分負擔, 惟結算後如前一季該 分區門住診平均點值 小於當季浮動點值, 該 分區該季偏遠地區醫 院之浮動點數以當季 浮動點值核付。

註：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂 106 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案報告(資料後補)

說明：

決定：

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫修訂草案

說明：

- 一、為強化離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區之民眾在地醫療，減少就醫奔波之苦，自 101 年起推動本計畫，104 年有 72 家參與本計畫。103 年起預算 8 億元，執行率約 82%。
- 二、依本計畫第肆點申請醫院資格第三、四條規定計畫申請時，符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域醫院、地區級醫院即可申請本計畫。
- 三、考量計畫當年之預算，係依前一年執行情形推估預算，惟「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」主管機關均於當年才予以公告，且以 105 年 5 月及 9 月公告家數為例，較 104 年新增 26 家，共 67 家，而 105 年參與本計畫醫院家數達 86 家，較 104 年新增 14 家，對本計畫預算影響極大，因名單無法預期，爰須訂定當年預算不足之因應方式，本署建議計畫增訂如下
 - (一)原浮動點值補足至每點一元支付，改以每點支付金額最高補至 1 元。
 - (二)預算分配方式:

本計畫全年預算不足時，實際補助金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=預算/∑各院補助金額)。
 - (三)修訂草案如附件 4。
- 四、為保障離島地區、山地鄉及醫療資源不足偏遠地區之民眾就醫權益及可近性，本計畫當年預算如有不足，於次年度仍將以 1 點 1 元為目標向健保會爭取預算。

決議：

全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫(草案)

中央健康保險署 00 年 00 月 00 日健保醫字第 00000000 號公告

壹、計畫依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、預算來源

全民健康保險醫療給付費用總額預算。

參、計畫目的

為強化離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區之民眾在地醫療，減少就醫奔波之苦，以點值保障該等區域或鄰近區域之醫院，使其具備較佳醫療提供之能力，並加強提供醫療服務及社區預防保健，以增進民眾就醫之可近性。

肆、申請醫院資格(名單如附件一)

- 一、設立於全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告之離島、山地鄉之醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達 30 公里以上者。
- 二、設立於全民健保醫療資源不足地區(鄉鎮)之醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院之鄉鎮。
- 三、計畫申請時，符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之地區級醫院。
- 四、計畫申請時，符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院。

伍、申請醫院須承諾強化提供下列醫療服務：

一、提供 24 小時急診服務：

- (一)急診設施須符合醫療機構設置標準。
- (二)於醫院門口提供 24 小時急診之就醫訊息。

惟申請醫院所在鄉鎮或鄰近鄉鎮已有提供 24 小時急診服務者，得不予提供上述服務，由保險人各分區業務組實地審查認定。

- 二、提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務(含支援醫師)，並應由各該專科醫師實際提供每週三次以上之門診看診服務為原則。惟保險人分區業務組得考量各該分區之特性或地區特殊需求，同意申請醫院就內科、外科、婦產科及小兒科中，選擇至少二科以上科別提供醫療服務。

三、檢驗檢查報告須主動通知民眾：醫院對於部分檢查檢驗項目結果，應建立主動通知病患之機制，並須提出具體執行方式。

四、深入社區加強預防保健服務：須提出具體執行方式。

陸、申請及審查程序：

一、符合申請資格之醫院，得向保險人各分區業務組提出申請書(如附件二)，敘明補助金額使用之項目及分配，經該分區業務組於受理後 45 天內，完成書面及實地審查，經審查通過者，於次月(費用年月)1 日起，始得列入保障範圍。

二、前已符合申請資格且經保險人各分區業務組審查通過者，除執行計畫內容變更外，餘原則不須重複提出申請；惟保險人各分區業務組，仍可視業務需要實地審查。

三、醫院有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八至四十條所列違規情事，其違規處分(第一次處分函)之處分月於計畫期間者，不得提出申請。

柒、保障措施：

一、符合本計畫第肆條第一至第三項且經審查通過之醫院，其醫院總額一般服務部門(不含門診透析)自保障月起，扣除住診呼吸器及門住診精神科案件，納入當年結算之核定浮動點數，浮動點值 ~~補足至每點一元支付~~ 每點支付金額最高補至 1 元：

(一) 提供 24 小時急診服務者，每家醫院全年最高以 1,500 萬元為上限，最低補助 900 萬元，惟醫院如依本計畫伍之二規定，選擇四科以下科別提供醫療服務者，其最低補助金額應予遞減(未滿四科，每減少一科，減少 100 萬元)。

(二) 未提供 24 小時急診服務者，依本計畫伍之二規定，選擇四科以下科別提供醫療服務者，每家醫院每科全年最高以 100 萬元為補助上限。

二、符合本計畫第肆條第四項且經審查通過之醫院，經急診檢傷分類第 1 及第 2 級之當次住院之前 10 天(含)申報案件，自保障月起，納入當年結算之核定浮動點數者，浮動點值 ~~補足至每點一元支付~~ 每點支付金額最高補至 1 元，每家醫院全年補助以 500 萬元為上限。

備註：為配合計算急診檢傷分類轉當次住院之前 10 天(含)內保障點值，相關醫院應配合將住院日起 10 天內醫令與超過 10 天醫令切開申報，並分別填報執行時間起迄日(住院之醫令清單段「執行時間迄日」≤「入院年月日」+10 日之醫令點數納入保障)。未依前述規定申報，則不予保障。

三、 上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。

四、 同時符合本計畫及「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之醫院，兩者應擇一保障，不得重複。

捌、 全年預算不足時，實際補助金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=預算/∑各院補助金額)。

玖、 退場機制：

一、 計畫期間，醫院如經查有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八條至四十條所列違規情事，自其違規處分(第一次)之處分月起不再保障。

二、 經審查通過之醫院，於保障期間未滿一年時，發生未依其承諾提供醫療服務或自願中止本計畫者，自確定事實之月起，不再保障。

三、 前述中止保障之醫院，其最低補助金額，依實施月份比例核算。

壹拾、 評估指標

一、 受保障醫院增設 24 小時急診之家數情形。

二、 受保障醫院增設內科、外科、婦產科、小兒科之家數情形。

三、 受保障醫院提升預防保健服務量：

受保障醫院於計畫期間之預防保健服務量(案件類別 A3)，須較前一年至少成長 5 %以上。

四、 民眾滿意度提升：

(一) 受保障醫院就醫民眾，對於 24 小時急診、內科、外科、婦產科、小兒科之滿意度情形。

(二) 受保障醫院就醫民眾，對於檢驗檢查報告主動通知之滿意度情形。

(三) 受保障醫院內整體民眾申訴案件成案數，須低於前一年度。

拾、本計畫於年中，由保險人就評估指標進行評估檢討，以做為下一年度編列預算與否之依據。

拾壹、本計畫由保險人與醫院相關團體共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施，屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

附件一 符合本計畫申請資格條件之醫院

一、符合本計畫第肆點申請醫院資格第一、二項的醫院如下表：

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
1	台北	新北市	瑞芳區	1531120038	瑞芳礦工醫院
2	台北	新北市	三芝區	1531210019	台北縣私立台安醫院
3	台北	新北市	金山區	0431270012	國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院
4	台北	宜蘭縣	蘇澳鎮	0634030014	臺北榮民總醫院蘇澳分院
5	台北	宜蘭縣	蘇澳鎮	1534030031	建生醫院
6	台北	宜蘭縣	礁溪鄉	1534050024	杏和醫院(舊碼 1534050015)
7	台北	宜蘭縣	員山鄉	0634070018	臺北榮民總醫院員山分院
8	台北	宜蘭縣	員山鄉	1134070019	宜蘭普門醫療財團法人普門醫院
9	台北	金門縣	金湖鎮	0190030516	衛生福利部金門醫院
10	台北	連江縣	南竿鄉	0291010010	連江縣立醫院
11	北區	桃園市	龍潭區	0532090029	國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處
12	北區	桃園市	龍潭區	1532091081	龍潭敏盛醫院(舊碼 1532091072)
13	北區	新竹縣	關西鎮	0933010014	培靈關西醫院(舊碼 1533010017)
14	北區	新竹縣	竹東鎮	0433030016	國立臺灣大學醫學院附設醫院竹東分院 (舊碼 0133030010)
15	北區	新竹縣	竹東鎮	0633030010	臺北榮民總醫院新竹分院
16	北區	新竹縣	竹東鎮	1533030028	林醫院
17	北區	新竹縣	竹東鎮	1533030046	竹信醫院
18	北區	新竹縣	湖口鄉	1133060019	天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院
19	北區	苗栗縣	通霄鎮	1535031041	通霄光田醫院
20	北區	苗栗縣	竹南鎮	1535040068	慈祐醫院
21	北區	苗栗縣	竹南鎮	1535040086	大眾醫院
22	北區	苗栗縣	大湖鄉	1535081078	大順醫院
23	中區	臺中市	東勢區	1436020013	東勢區農會附設農民醫院
24	中區	臺中市	東勢區	1536020015	東勢協和醫院
25	中區	臺中市	石岡區	1536120010	清海醫院
26	中區	彰化縣	北斗鎮	1537040057	南星醫院
27	中區	彰化縣	北斗鎮	1537040066	卓醫院
28	中區	南投縣	南投市	0138010027	衛生福利部南投醫院

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
29	中區	南投縣	南投市	1538010026	南基醫院
30	中區	南投縣	埔里鎮	0638020014	臺中榮民總醫院埔里分院
31	中區	南投縣	埔里鎮	1138020015	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院
32	中區	南投縣	竹山鎮	1538041101	竹山秀傳醫院
33	中區	南投縣	竹山鎮	1538041165	東華醫院(舊碼 1538041156)
34	中區	南投縣	名間鄉	1538061023	新泰宜婦幼醫院
35	南區	雲林縣	斗南鎮	1239020011	天主教福安醫院
36	南區	雲林縣	土庫鎮	1539050015	蔡醫院
37	南區	雲林縣	麥寮鄉	1139130010	長庚醫療財團法人雲林長庚紀念醫院
38	南區	臺南市	新營區	0141010013	衛生福利部新營醫院
39	南區	臺南市	新營區	0941010019	新興醫療社團法人新興醫院
40	南區	臺南市	新營區	1541011126	營新醫院
41	南區	臺南市	新營區	1541011162	信一骨科醫院
42	南區	臺南市	白河區	1541031048	佑昇醫院
43	南區	臺南市	佳里區	1105050012	奇美醫療財團法人佳里奇美醫院
44	南區	臺南市	佳里區	1541050016	新生醫院
45	南區	臺南市	新化區	0141060513	衛生福利部台南醫院新化分院
46	南區	臺南市	新化區	1441060010	財團法人台灣省私立台南仁愛之家附設精神療養院
47	南區	臺南市	善化區	1541070045	宏科醫院
48	南區	臺南市	善化區	1541070063	謝醫院
49	高屏	高雄市	岡山區	0542020011	國軍高雄總醫院岡山分院附設民眾診療服務處
50	高屏	高雄市	岡山區	0942020019	高雄市立岡山醫院(委託秀傳醫療社團法人經營)
51	高屏	高雄市	岡山區	1542020058	劉嘉修醫院
52	高屏	高雄市	岡山區	1542020067	劉光雄醫院
53	高屏	高雄市	岡山區	1542020129	樂安醫院
54	高屏	高雄市	岡山區	1542021171	惠川醫院
55	高屏	高雄市	旗山區	0142030019	衛生福利部旗山醫院
56	高屏	高雄市	旗山區	1542030018	重安醫院
57	高屏	高雄市	旗山區	1542030063	博愛醫院
58	高屏	高雄市	旗山區	1542030116	溪洲醫院
59	高屏	高雄市	旗山區	0907030013	廣聖醫療社團法人廣聖醫院

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
60	高屏	高雄市	美濃區	1542040050	三聖醫院
61	高屏	高雄市	阿蓮區	1542140046	長佑醫院
62	高屏	高雄市	路竹區	1542150033	溫有諒醫院
63	高屏	高雄市	路竹區	1542150042	高新醫院
64	高屏	屏東縣	潮州鎮	0943020013	安泰醫療社團法人潮州安泰醫院
65	高屏	屏東縣	潮州鎮	1543020105	茂隆骨科醫院
66	高屏	屏東縣	東港鎮	0943030019	安泰醫療社團法人安泰醫院
67	高屏	屏東縣	東港鎮	1343030018	輔英科技大學附設醫院
68	高屏	屏東縣	恆春鎮	0143040019	衛生福利部恆春旅遊醫院
69	高屏	屏東縣	恆春鎮	1143040010	恆基醫療財團法人恆春基督教醫院
70	高屏	屏東縣	恆春鎮	0943040015	南門醫療社團法人南門醫院(舊碼 1543040036)
71	高屏	屏東縣	麟洛鄉	1543060010	屏安醫院(舊碼 1543070016)
72	高屏	屏東縣	高樹鄉	1543110033	大新醫院(舊碼 1543110015 同慶醫院)
73	高屏	屏東縣	高樹鄉	1543110024	聖恩內科醫院
74	高屏	屏東縣	內埔鄉	0643130018	高雄榮民總醫院屏東分院
75	高屏	屏東縣	內埔鄉	1143130019	佑青醫療財團法人佑青醫院
76	高屏	屏東縣	新埤鄉	0943150016	皇安醫療社團法人小康醫院
77	高屏	屏東縣	新埤鄉	1143150011	迦樂醫療財團法人迦樂醫院
78	高屏	屏東縣	枋寮鄉	0943160012	枋寮醫療社團法人枋寮醫院
79	高屏	澎湖縣	馬公市	0144010015	衛生福利部澎湖醫院
80	高屏	澎湖縣	馬公市	0544010031	三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處
81	高屏	澎湖縣	馬公市	1244010018	財團法人天主教靈醫會惠民醫院
82	東區	花蓮縣	鳳林鎮	0645020015	臺北榮民總醫院鳳林分院
83	東區	花蓮縣	玉里鎮	0145030020	衛生福利部玉里醫院
84	東區	花蓮縣	玉里鎮	0645030011	臺北榮民總醫院玉里分院
85	東區	花蓮縣	玉里鎮	1145030012	佛教慈濟醫療財團法人玉里慈濟醫院
86	東區	花蓮縣	壽豐鄉	1145060029	臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院壽豐分院
87	東區	花蓮縣	豐濱鄉	0145080011	衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院
88	東區	臺東縣	臺東市	0146010013	衛生福利部台東醫院
89	東區	臺東縣	臺東市	0646010013	臺北榮民總醫院臺東分院
90	東區	臺東縣	臺東市	1146010014	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
					台東馬偕紀念醫院
91	東區	臺東縣	臺東市	1146010032	東基醫療財團法人台東基督教醫院
92	東區	臺東縣	臺東市	1146010041	天主教花蓮教區醫療財團法人台東聖母醫院
93	東區	臺東縣	成功鎮	0146020537	衛生福利部臺東醫院成功分院 (舊碼 0146020519)
94	東區	臺東縣	關山鎮	1146030516	佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院

二、符合本計畫第肆點申請資格第三及第四項的醫院，為符合衛生福利部公告當年「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之地區級、區域級醫院。

「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」
申請書

醫院名稱：

醫院代號：

申請類別：

- 符合本計畫申請資格之山地離島或醫療資源不足地區醫院。
- 符合本年度衛生福利部公告緊急醫療資源不足地區急救責任醫院，且為地區醫院。
- 符合本年度衛生福利部公告緊急醫療資源不足地區急救責任醫院，且為區域醫院。

醫院聯絡人員(含姓名及電話)：

申請日期：

全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

(建議申請計畫含括內容)

一、「提供 24 小時急診」：

(一) 增設 24 小時急診之情形。

(二) 急診室之醫事人力之情形(包含醫事人員姓名、出生年月日、身分證字號、專科醫師別、證書字號、急診室 24 小時值班醫師須提供執業起迄時間及排班表…等)。

二、「提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務」：

(一) 提供相關證明文件。

(二) 提供內科、外科、婦產科及小兒科之醫師人員名單(含姓名、身分證字號、專科醫師別、證書字號)，及門診看診時段。

(三) 說明本次增設之科別及於計畫期間提供內科、外科、婦產科及小兒科、住院醫療服務之具體規劃方式及門診醫療服務時段。

三、「檢驗檢查報告須主動通知民眾」：

包含作業流程、檢驗檢查項目、通知方式、保護病患隱私權益及其他相關便民服務…等。

四、「深入社區加強預防保健服務」之具體執行方式：

包含醫院執行預防保健情形及推動策略。

五、其他「醫療服務品質提升」項目。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：106 年全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案修訂草案

說明：

一、依 106 年醫療給付費用總額協定結果，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更嚴格的標準，及增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度，並達提升品質之效益。

二、為修訂本案，前函請台灣醫院協會提供修訂意見，該會於 11 月 3 日函復本署(附件 5-1)，修訂意見摘述如下：

(一) 指標獎勵：

醫學中心品質保證保留款金額由原 80%調整至 85%；區域醫院品質保證保留款金額由原 75%調整至 80%。

(二) 地區醫院修改名詞，將原基本獎勵參加品質積分者，修正為基本獎勵品質精進獎勵(參加相關品質研討會、品質競賽者)，但分配比例不變。

三、本署意見如下：

(一) 為提升指標獎勵鑑別度，爰建議各層級之指標獎勵較 105 年提升 10%。

1. 醫學中心由原 80%提升至 90%，基本獎勵比率則同步由 20%降為 10%。

2. 區域醫院由原 75%提升至 85%，基本獎勵比率則同步由 25%降為 15%。

3. 地區醫院由原 40%提升至 50%，基本獎勵比率則同步由 60%降為 50%(參加指標計畫者為 25%、品質精進獎勵為 25%)。

(二) 「接受安寧緩和醫療之意願」之指標，依分區業務組反應院所意見，考量簽署 DNR 應依民眾意願，不宜列為指標項目而產生壓力，建議刪除。

(三)106 年修訂案草案如附件 5-2。

(四)為精進本方案品質效益，請台灣醫院協會後續就 107 年方案提出可反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度。

決議：

檔 號：
保存年限：

台灣醫院協會 函

地址：251 新北市淡水區中正東路二段 29-5 號 25 樓
承辦人：何宛青小姐
電話：(02)2808-3300 分機 26 傳真：(02)2808-3304
電子郵件信箱：ching@hatw.org.tw

平信

10634

臺北市大安區信義路三段 140 號

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 105 年 11 月 3 日

發文字號：院協健字第 1051846 號

速別：普通

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：

主旨：有關「106 年度醫院總額品質保證保留款實施方案」修訂意見，復請 查照。

說明：

- 一、依據 貴署 105 年 9 月 29 日健保醫字第 1050064504 號函及本會 105 年 10 月 26 日全民健康保險委員會議決議辦理。
- 二、修訂「品質保證保留款之分配」醫學中心與區域醫院之「指標獎勵」分配如下：
 - (一)、醫學中心品質保證保留款金額由原 80%調整至 85%。
 - (二)、區域醫院品質保證保留款金額由原 75%調整至 80%。
- 三、修訂「品質保證保留款之分配」「地區醫院」之分配如下：
 - (一)、基本獎勵(參加指標計畫者)為 30%。
 - (二)、品質精進獎勵(參加相關品質研討會、品質競賽者)為 30%。
 - (三)、指標獎勵為 40%。

總收文 105 年 11 月 9 日收到

健保醫字

中央健康保險署

署 1050067046

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

理事長 楊漢淙

裝

訂

106~~105~~年全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案(草案)

中華民國 000 年 00 月 00 日健保醫字第 000000000 號公告修訂

壹、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的

- 一、確保醫療品質，以造福保險對象。
- 二、建立醫院品質指標計畫。
- 三、培訓、教育醫院內相關醫療品質從業人員。
- 四、建立各層級醫療品質指標分析、評比的平台，以鼓勵品質良好之醫院。

參、預算來源

106 年度預算來自全民健康保險醫院醫療給付費用總額中「品質保證保留款」預算成長率 0.1%與 105 年度該項目之成長率 0.1%，共 7.57 ~~7.2~~億元。

肆、參與核發之醫院資格

- 一、計畫年度期間，須為全民健康保險保險人(以下稱保險人)之特約醫院。
- 二、特約醫院有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條至第 40 條所列違規情事，於當年 1 月 1 日至當年 12 月 31 日期間，經保險人處分以停(終)止特約者，不得參與品質保證保留款之分配。

伍、品質保證保留款之分配

一、醫學中心與區域醫院

(一)該層級品質保證保留款金額＝

$$\frac{\text{當年該層級核定點數}}{\text{當年醫院總額總核定點數}} \times \text{當年醫院總額品質保證保留款}$$

(二)基本獎勵：

1. 醫學中心品質保證保留款金額之 10% ~~20%~~、區域醫院品質保證保留款金額之 15% ~~25%~~，做為基本獎勵。
2. 參加財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(以下稱醫策會)之

TCPI 指標計畫或社團法人台灣醫務管理學會之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫之醫院，給予本項基本獎勵。

3. 各符合醫院分配之基本獎勵金額＝

$$\frac{\text{該院當年核定點數}}{\sum \text{該層級各符合醫院當年核定點數}} \times \text{該層級基本獎勵金額}$$

(三) 指標獎勵：

1. 醫學中心品質保證保留款金額之 90% ~~80%~~、區域醫院品質保證保留款金額之 85% ~~75%~~，做為指標獎勵。
2. 保險人依據前一年各該層級醫院申報資料進行排序，正向指標以第 20 百分位數、負向指標以第 80 百分位數，做為該層級各項指標之目標值，各醫院當年申報資料優於該層級目標值者始列入計算，最高以 8 項計算。
3. 醫學中心指標達成項數依權重計算：
指標達成 8 項（含）以上分配權重=1、指標達成 7 項分配權重=0.875、指標達成 6 項分配權重=0.75、指標達成 5 項分配權重=0.625、指標達成 4 項分配權重=0.5、指標達成 3 項分配權重=0.375、指標達成 2 項分配權重=0.25、指標達成 1 項分配權重=0.125。
4. 醫學中心指標獎勵指標序號：(1)~ (14) ~~(15)~~；區域醫院指標獎勵指標序號：(1)~ (16) ~~(17)~~。

序號	指標名稱	健保指標代碼	備註
(1)	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率(負向指標)	1077.01	
(2)	住院案件出院後三日內急診率(負向指標)	108.01	
(3)	同院所門診抗生素使用率(負向指標)	1140.01	
(4)	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率(負向指標)	1148.01	
(5)	清淨手術抗生素使用率_4 日以上(負向指標)	1155	

(6)	以病例組合校正之住院案件出院後 14 日內再住院率_跨院-限導入之 DRG 項目(負向指標)	929/932	
(7)	以病例組合校正之住院案件出院後 3 日內急診率_跨院-限導入之 DRG 項目(負向指標)	934/935	
(8)	同院所再次就醫處方之同藥理(抗思覺失調症)用藥日數重疊率(負向指標)	1160.01	
(9)	醫院 CT 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)(負向指標)	1249	
(10)	醫院 MRI 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)(負向指標)	1765	
	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效(正向指標)	1423	
(11)	接受安寧緩和醫療之意願(正向指標)	1425	
(12)	建立安寧緩和醫療跨院際合作(正向指標)	1427 1429	
(13)	住院病人健保雲端藥歷系統查詢率(正向指標)	2134	
(14)	門診病人健保雲端藥歷系統查詢率(正向指標)	2137	
(15)	同院所急性精神病人出院 30 日內門診追蹤率(正向指標)	1200	適用區域醫院
(16)	同院所慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率(正向指標)	1202	適用區域醫院

5. 第(1)~ (16)–(17)條指標之操作型定義應依據本年度「醫院總額支付制度品質確保方案」及健保 DA 系統指標代碼辦理。

6. 各醫學中心符合分配之指標獎勵金額＝

$$\frac{\text{該院之 (指標達成項數} \times \text{權重} \times \text{當年核定點數)}}{\sum \text{該層級各醫院 (指標達成項數} \times \text{權重} \times \text{當年核定點數)}} \times \text{該層級指標獎勵金額}$$

7. 各區域醫院符合分配之指標獎勵金額＝

$$\frac{\text{該院之 (指標達成項數} \times \text{當年核定點數)}}{\sum \text{該層級各醫院 (指標達成項數} \times \text{當年核定點數)}} \times \text{該層級指標獎勵金額}$$

二、地區醫院

(一)該層級品質保證保留款金額＝

$$\frac{\text{當年該層級核定點數}}{\text{當年醫院總額總核定點數}} \times \text{當年醫院總額品質保證保留款}$$

(二)基本獎勵：

該層級品質保證保留款金額之 50% 60%，做為基本獎勵，分配如下：

(1)參加指標計畫者，占該層級品質保證保留款金額之 25% 30%：

A. 本年度參加醫策會之 TCPI 指標計畫或台灣醫務管理學會之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫之地區醫院。

B. 各符合醫院分配本項獎勵金額 =

$$\frac{\text{該院當年核定點數}}{\sum \text{該層級各符合醫院當年核定點數}} \times \text{本項基本獎勵金額}$$

(2)參加品質積分者，占該層級品質保證保留款金額之 25% 30%：

A. 本年度參與台灣醫院協會、台灣社區醫院協會、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會、台灣醫務管理學會、台灣醫療品質協會或台灣醫療繼續教育推廣學會單位所舉辦，並經其認證屬相關醫療品質研討會，且該研討會之積分認證 1 小時時數證明等於 1 個積分，醫院同一天同一場以 6 個積分（小時）為限。

B. 本年度參與上述單位所舉辦之品質競賽者，凡提報作品每項可獲 1 個積分，入選作品每項可獲 2 個積分，獲佳作與前三名者，依其獎項分別可獲 3、4、5、6 個積分，每項作品最高以 6 個積分為限。

C. 該醫院前一年度核付點數在陸仟參佰萬點以上者，至少需獲 72 個積分（小時）以上，其他地區醫院至少需獲 36 個積分（小時）以上。

D. 本項積分認證與計算係以「醫院」為單位。

E. 申請本項獎勵之地區醫院，須於次年 1 月底前填具「地區醫院參與醫療品質積分認證資料表」（附表）並檢附相關證明資料送保險人各分區業務組進行審核。

F. 各符合醫院分配本項獎勵金額＝

$$\frac{\text{該院當年核定點數}}{\sum \text{該層級各符合醫院當年核定點數}} \times \text{本項基本獎勵金額}$$

(三)指標獎勵：

1. 該層級品質保證保留款金額之 50% 40%，做為指標獎勵。
2. 保險人依據前一年各該層級醫院申報資料進行排序，正向指標以第 10 百分位數、負向指標以第 90 百分位數，做為該層級各項指標之目標值，各醫院當年申報資料優於該層級目標值者始列入計算。
3. 應達項目數依地區醫院之開業執照登載之診療科別與病床數區分為兩組。第一組：開業執照登載之診療科別為五科(含)以上且病床數達 200 床(含)以上(不含急診觀察床、血液透析床、嬰兒床)，指標最高以 8 項計算；非屬前述條件者為第二組，指標最高以 5 項計算。
4. 開業登載執照之診療科別及病床數，以當年 12 月底之資料做為認定標準。

序號	指標名稱	健保指標代碼
(1)	同院所門診抗生素使用率(負向指標)	1140.01
(2)	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率(負向指標)	1148.01
(3)	同院所降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率(負向指標)	1159.01
(4)	同院所抗憂鬱症藥物-不同處方用藥日數重複率(負向指標)	1161.01
(5)	同院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率(負向指標)	1158.01
(6)	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率(負向指標)	1077.01

序號	指標名稱	健保指標代碼
(7)	住院案件出院後三日內急診率(負向指標)	108.01
(8)	清淨手術抗生素使用率_4 日以上(負向指標)	1155
(9)	初次非自願剖腹產率(負向指標)	1075.01
(10)	剖腹產率(負向指標)	1136.01
(11)	同院所三十日以上住院率(急性病床)(負向指標)	892.01
(12)	同院所急性精神病人出院 30 日內門診追蹤率(正向指標)	1200
(13)	同院所慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率(正向指標)	1202
(14)	呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器 \geq 64 日期間住 ICU 人數比率(負向指標)	714
(15)	呼吸器依賴所有病人於連續使用呼吸器 \geq 64 日期間回轉 ICU 人數比率(負向指標)	724
(16)	醫院CT檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)(負向指標)	1249
(17)	醫院MRI檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)(負向指標)	1765
	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效(正向指標)	1423
(18)	接受安寧緩和醫療之意願(正向指標)	1425
(19)	建立安寧緩和醫療跨院際合作(正向指標)	1427 1429
(20)	住院病人健保雲端藥歷系統查詢率(正向指標)	2134
(21)	門診病人健保雲端藥歷系統查詢率(正向指標)	2137

5. 第(1)~(21) (22)條指標之操作型定義應依據本年度「醫院總

額支付制度品質確保方案」及健保指標代碼辦理。

6. 各地區醫院符合分配之指標獎勵金額＝

第一組：（每達成 1 項占率為 1/8）

$$\frac{\text{第一組該院之(指標達成項數} \times 1/8 \times \text{當年核定點數)}}{\text{該層級}\{\sum(\text{第一組醫院之指標達成項數} \times 1/8 \times \text{當年核定點數}) + \sum(\text{第二組醫院之指標達成項數} \times 1/5 \times \text{當年核定點數})\}} \times \text{該層級指標獎勵金額}$$

第二組：（每達成 1 項占率為 1/5）

$$\frac{\text{第二組該院之(指標達成項數} \times 1/5 \times \text{當年核定點數)}}{\text{該層級}\{\sum(\text{第一組醫院之指標達成項數} \times 1/8 \times \text{當年核定點數}) + \sum(\text{第二組醫院之指標達成項數} \times 1/5 \times \text{當年核定點數})\}} \times \text{該層級指標獎勵金額}$$

三、各醫院之層級，以當年 12 月底之特約類別做為認定標準。

四、依全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案第三點專業醫療服務品質指標之確保（三）之 5 建立個別醫院資料檔案之規定，若特約醫院未準時提報該品質指標資料，可依據醫策會、台灣醫務管理學會、台灣社區醫院協會之通知，給予警告一次，若當年警告次數累計達到三次（含）以上者，不得參與基本獎勵預算之分配。

陸、保險人於本方案計畫年度結束後，應請下列單位於次年 2 月底前提供相關資料，作為本方案之計算依據：

- 一、醫策會：本年參與 TCPI 指標計畫之醫院且未違反本方案伍. 四之醫院名單(含醫院代號)。
- 二、台灣醫務管理學會：本年參與 THIS 指標計畫之醫院且未違反本方案伍. 四. 之醫院名單(含醫院代號)。
- 三、台灣社區醫院協會：本年參與 TCHA 指標計畫之醫院且未違反本方案伍. 四. 之醫院名單(含醫院代號)。

柒、核發作業：

- 一、本方案年結算一次，由保險人於次年 9 月底前，計算符合本預算分配之醫院名單及分配金額後，辦理撥付事宜。

二、辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自結算當季之醫院總額一般服務項目預算中支應。

捌、本方案由保險人與醫院總額相關團體共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

第三案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：有關修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」
表一 2.專業醫療服務品質指標(簡稱「品保方案專業指標」)
乙案。

說明：

- 一、「品保方案專業指標」前配合本署健保特約醫療院所自 105 年 1 月 1 日起門、住診診斷及處置代碼依「ICD_10_CM/PCS」版申報辦理修訂，修訂草案經本會 104 年度第 4 次會議報告決定後，陳報衛生福利部，於 105 年 1 月 26 日公告修訂。
- 二、近期各界建議案暨本保險支付標準新增、修訂事項涉指標計算變更部分併同補正，研擬修正草案如附表，說明如下：
 - (一)本署特約醫療院所、專家諮詢會議(如附件 6-1)建議部分，研擬修訂 4 項指標：
 1. 「非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率」之排除條件：依本署急性後期照護計畫 105 年第 1 次專家諮詢會議建議，參與本保險提升急性後期照護品質試辦計劃案件列入排除條件。另安寧照護(給付類別 A) 一併列入。
 2. 「急性病床住院案件住院日數超過三十日比率」之排除條件：特約醫療院所建議排除參與本保險提升急性後期照護品質試辦計劃案件。
 3. 「剖腹產率-初次具適應症」之自然產案件主處置代碼：特約醫療院所建議修正，依病歷學會專家意見重新檢視修正。
 4. 「清淨手術術後使用抗生素超過三日比率」之分母案件主處置代碼：特約醫療院所建議修正，依病歷學會專家意見重新檢視修正。

(二)本保險支付標準修訂事項涉指標計算變更部分：「非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率」排除條件之現行定義「支架置放術特材為「特材代碼前 5 碼為 CBP01 或 CBP06 且單價為 16293」，該單價於 105.01.01 調整健保支付價格為 14099（如附件 6-2），業先行補正。為免受支付價格調整影響，建議修訂為「特材代碼前 7 碼為 CBP01A2、CBP01A5、CBP01A6」。另支架置放術：原漏植「經皮冠狀動脈擴張術（PTCA）主次處置代碼、、、」，予以補遺。

(三)另建議修訂、補遺部分：

1. 建議修訂：「住院手術傷口感染率」之手術定義：排除前 2 碼為 93／輸血費、94／輸血技術費、骨髓移植技術費、95／石膏繃帶、96／麻醉費，修正為醫令代碼全長 6 碼且前 2 碼為 62-88 及 97 者。
2. 建議修訂：「非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率」與「住院案件出院後三日以內急診率」之排除條件中早產安胎個案之定義，比照「以病例組合校正之住院案件出院後 3 日、14 日、30 日以內再住院率」指標，由現行 ICD_10_CM：O4702-O4703、O6002-O6003（主診斷），改依 DRG(37901、37902、37903、38301、38302、384)。
3. 補遺修訂部分：
 - (1) 剖腹產率-自行要求/計算公式及說明中：自行要求剖腹產案件：原漏植「(3)TW-DRG 前三碼為 513」。
 - (2) 剖腹產率-初次具適應症/計算公式及說明中： 3.(4) 剖腹產案件：原漏植「或主處置代碼 10D00Z0、…」。
 - (3) 用藥日數重疊率/計算公式及說明中之安眠鎮靜藥物（口服）：原漏植「，且醫令代碼第 8 碼為 1」。

三、新指標訂定參考值部分：「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」、「住院手術傷口感染率」、「急性心肌梗塞死亡率」等 3 項指標，建議「以最近 3 年全區平均值 $\times(1+10\%)$ 作為參考值」。

四、本署於本署健保資訊網服務系統(VPN)／下載檔案／院所醫療服務指標查詢置放「醫療服務指標操作型定義說明」檔案，「品保方案專業指標」各指標之計算公式及說明皆可於該檔案查詢。

擬辦、擬依本次會議決定辦理後續「品保方案專業指標」修訂行政作業事宜。

急性後期照護計畫 105 年第 1 次專家諮詢會議紀錄

時間:105 年 3 月 18 日上午 9 時 30 分

地點:衛生福利部中央健康保險署 18 樓禮堂

主席:蔡副署長淑鈴

紀錄:張益誠

出席人員:詳會議簽到單

壹、主席致詞(略)

貳、討論事項

提案一

案由:下階段急性後期照護各學會規劃草案推動優先順序

決議:本案經與會代表充分表示意見,缺乏一致之共識,有關下階段急性後期照護方案推動優先順序,因涉及各層級及各專業,請中華民國醫師公會全國聯合會,儘速邀請參與本次會議之相關公學協會討論,研提共識版本提供本署依程序提報相關會議討論。

提案二

案由:各學會規劃之各方案收案條件、結案條件、照護模式、評估量表,提請討論。

決議:併同提案一請中華民國醫師公會全國聯合會,儘速邀請參與本次會議之相關公學協會討論,研提共識版本提供本署

依程序提報相關會議討論。

提案三

案由：參與醫院條件

決議：併同提案一請中華民國醫師公會全國聯合會，儘速邀請參與本次會議之相關公學協會討論，研提共識版本提供本署依程序提報相關會議討論。

提案四

案由：腦中風 PAC 方案修訂

決議：有關收案條件建議刪除輕度失能(MRS=2)有學會有不同意見，另簡化必要評估量表，因承作醫院對評估量表選擇有異議，且各單位對增訂腦中風門診日間照護模式較無共識，亦請中華民國醫師公會全國聯合會，儘速邀請本案相關公學協會討論，研提共識版本提供本署，俾利進行計畫修訂相關作業。

參、 本次會議發言重點摘錄如下：

- (一) 主席蔡副署長表示本次為專家諮詢會議，主要聽取各界專家意見，增進凝聚共識，後續急性後期照護計畫之推動，仍需提報計畫至共同擬定會議討論通過後，報衛生福利部

核定後方能公告實施。

- (二) 復健醫學會：建議骨骼肌肉系統急性後期照護（以下稱 PAC）、心臟衰竭 PAC 等 2 類優先推動，神經系統 PAC 因個案差異大，衰弱高齡病患 PAC 擔心誘發住院需求，建議暫緩推動。
- (三) 神經外科學會：對各類疾病 PAC，樂觀其成，建議 PAC 下轉收案，不列入 14 日內再住院率分子計算。
- (四) 神經醫學會：以腦中風 PAC 經驗先組團隊再下轉，誘因要足夠，PAC 較能推廣。
- (五) 心臟學會贊成優先實施心臟衰竭 PAC。
- (六) 骨科醫學會、林口長庚翁文能院長：建議優先實施骨骼肌肉系統 PAC，另建議下轉誘因再提升。
- (七) 胸腔及心臟血管外科學會：贊成實施心臟衰竭 PAC，另提醒 PAC 需確保下轉過程病人安全，且要與長照明確切割。
- (八) 台灣整合照護學會、老年醫學會、台灣醫院整合醫學學會：建議以住院期間功能下降為收案條件，新增 PAC 不應排除衰弱高齡病患。
- (九) 醫管會代表：建議 PAC 循序漸進推動，骨骼肌肉系統 PAC、心臟衰竭 PAC 優先實施，減少對醫學中心衝擊，衰弱高齡

病患可依現有管道提供服務。

(十) 台中榮總代表：建議神經系統 PAC 納入顱內傷及創傷導致神經損傷病人即可，建議排除脊髓損傷病人。衰弱高齡病人收案條件容易將原本出院返家或養護機構病人轉收住院。

(十一) 台灣醫院協會及台灣社區醫院協會代表：建議衰弱高齡病人定義可再釐清，4 大類 PAC 可再細分，需規範醫院強制下轉及限地區醫院方能收治 PAC。

(十二) 另數位承作醫院代表表示，相關下轉獎勵、轉銜作業、評估費等獎勵費，健保給付給醫院，但醫院未落實鼓勵基層 PAC 團隊成員。

(十三) 醫師公會全國聯合會蔡明忠秘書長表示，PAC 方案醫界應當先有共識再與健保署討論，若無共識該會願意承接提供平台凝聚各單位共識。

(十四) 物理治療師公會全聯會代表表示，未來醫師公會全聯會開會時，希能邀請與 PAC 相關之全聯會及學會參加。

肆、 散會(上午 12 時 15 分)

