

中央健康保險局中區分局
98 年下半年長期使用呼吸器管理方案 980610 修訂

壹、源頭管理：

一、ICU 及 RCC 異常管理：加強醫院輕病住院實地審查。

二、呼吸照護中心品質評量：

- (一) 依實地評量結果分三級給付，分別以不高於 IDS 定額給付之 100%、95%、90%給付。
- (二) RCC 實地品質評量採不定期評量，醫院升降級以 97 年評量之各等級間平均值之分數為其調整級數依據(假設第一級最低分數為 90 分，第二級最高分數為 89 分，其等級間分數則為 89.5，超過 89.5 分時，方可進入第一級)，97 年 RCC 評量第二、三級最高分數分別為 84.07、68.9。

貳、RCW 及一般病房：

一、98 年目標點數設定原則：以 97 年第 3 季為基期，其 1、2、4 季各季參考係數分別為 0.9881、1.0628、0.9919。

(一)97 年長期使用呼吸器目標點數併入穩定方案之醫院：

1.區域級以上醫院：

- (1) **未超出**目標點數：以 97 年第 3 季實際申報點數為 98 年第 3 季之目標點數。(其申報點數與目標點數差值，將依總額結算補付結果增列為 98 年穩定方案目標點數之基礎值)。
- (2) **超出**目標點數：以 97 年第 3 季目標點數為基期。

2.地區醫院：

- (1) **未超出**目標點數：以 97 年第 3 季目標點數為基期。
- (3) **超出**目標點數：評量等級 1-3 級之醫院，以其超出「回補基礎點數」部分，做為 97 年目標點數調整依據，評量等級第 1 級調整 80%，第 2 級調整 75%，第 3 級調整 70%，惟整體總增加點數不得超過 1 千萬點。範例：甲醫院評量等級為第 1 級，97Q3 目標點數 150 點，「回補基礎點數」180 點，97 年實際申報點數 190 點，98Q3 目標點數計算：

$(190-180)*0.8+150=158$ ，其餘等級醫院，則不調整目標點數。

備註：若 98 年穩定以體系計則呼吸器目標點數亦會以體系計，體系計則以體系最高層級計。

(二) 97 年長期使用呼吸器目標點數單獨管理(未併入穩定方案)之醫院：

1. 未超出目標點數醫院：負成長 15% 以上醫院調降其目標點數，目標點數計算方式：97 年 Q3 目標點數 $*(1+成長率+10\%)$ 。

2. 超出目標點數醫院：

評量等級 1-3 級之醫院，以其超出「回補基礎點數」部分，評量等級第 1 級調整 80%，第 2 級調整 75%，第 3 級調整 70%，惟整體總增加點數不得超過 1 千萬點。其餘等級醫院則不調整目標點數。

(三) 各季申報點數低於 50 萬點之醫院，不另設目標點數管理。

二、新設立地區醫院無基值者：

1. 目標點數：以設置床位數(RCW)*每季日數*占床率(設 60%)*呼吸照護品質給付成數(5 級 80%)*IDS 呼吸器照護日定額點數(3,589)。

2. 成立滿半年後進行照護品質評量，並依評量結果調整目標點數。

三、重新評量機制：

(一) 申請條件：

1. 醫院自評：醫院以「長期使用呼吸器照護品質審查評量表(RCW 及一般病房)」自我評量，自認改善情形比 96 年第 4 季時給付等級足以晉升 1 級者。

2. 申請期限：於各季第 1 個月月底前，檢具公文及自評評量表，逾期者將於次季評量。

3. 申請次數：1 次/年，1 年內不得再申請評量。

(二) 評量指標：

1. 以「長期使用呼吸器照護品質審查評量表」為評量項目(如附件 1)。

2. 評量結果級數將以 95 年第 1 次各等級間平均值之分數為其級數依據，1 至 6 級平均分數依序為 84.18、77.6、72.85、64.97、54.85、44.31。

(三) 評量結果運用

1. 適用當季起之費用給付。

- 2.依新評量級數調整目標點數，每一級數以 5%乘以原目標點數調整，例如原為第二級，新評量等級為第三級，則當季起各季降 5%目標點數。

四、平時考核：

(一)設定監控指標：

- 1.各項操作型定義(如附件 2)。
- 2.以分數計算者，每計 1 分核減 0.5%之目標點數，全部累計（含個案）核減上限 10%(不含實地審查)。
- 3.體系醫院個別監控及計分核減。

(二)實地審查(本項計分不內含於其他平時監測指標核減上限 10%之計分)。

- 1.實地審查以民眾檢舉或經本分局檔案分析異常者，如專業人員照護比率下降等，為優先審查對象，其餘則視情況隨機安排。
- 2.當次審查結果級數與該醫院前次審查結果級數下降 2 級（含）以上(如原審查為第 1 級下降為第 3、4、5、6 級)，則自審查當季起調降各季呼吸器目標點數，每級調降 5%。
- 3.審查結果級數下降 2 級（含）以上之醫院，得於審查滿兩季後的第 1 個月月底前具函申請複評(例如：96 年第 4 季平時考核級數下降 2 級（含）以上，需至 97 年第 3 季之首月，即 97 年 7 月 1 日至 97 年 7 月 31 日之間，以郵戳為評憑提出申請)，未於前開規定日期間提出者，則於次季安排複評。
- 4.複評結果若與原等級相同或只降一級，則自複評當季回復原設定之目標點數；若複評結果未達上述等級，則仍維持原調降後之目標點數。

(三)醫院若有隱匿不予申報呼吸器醫令點數，將依相關規定辦理違約記點，情節嚴重者將依規定停止該項業務。

五、結算：

(一)超出目標點數：

- 1.區域級以上醫院及地區醫院評量等級 4-6 級者，超出目標點數逕予核減。
- 2.地區醫院評量等級為 1-3 級，且平時考核無異常或未違反相關規定者，其超出「回補基礎點數」部分，將回補 40%，惟整體總回補點數每季不

得超過 1 千萬點，回補之點數亦列入次年目標點數分配之參考。

(二)未超出目標點數：平時考核無異常或違反相關規定者核實給付。

(三)結算時間：比照穩定方案採季結算，費用月次季季末(每季季末 10 日前)為其費用申報截止日，超過者其費用核定為 0。

六、非參加長期使用呼吸器目標點數管理之醫院：

(一)以虛擬目標點數管理。

(二)審查機制：

1.每月逐案全審並視情況每季實地評量。

2.評量結果作為審查參考，抽審案件經三位專業審查委員同意認定有下列情形時，將該筆案件核刪：

(1) 未積極脫離呼吸器

(2) 延遲脫離呼吸器

(3) 已於前一家醫院脫離呼吸，下轉（或承接）醫院又重 ON 呼吸器。

(4) 已於前一家醫院使用脫離式呼吸器，下轉（或承接）醫院重新使用 FULL SUPPORT 模式呼吸器。

3.未依審查結果改善者，將依相關規定辦理違約記點，情節嚴重者依規定停止該項業務。

七、其他配合事項：

(一) 轉出醫院應檢送下列資料給予轉入醫院：

1.呼吸器使用紀錄單：應含有首次呼吸器使用日及 2 週內使用記錄。

2.現住病房類別。

3.事前審查紀錄單（若無可免檢附）。

(二) 為因應 98 年度起未參與試辦計畫之呼吸照護病床及一般病床，合計收治符合呼吸器依賴病患定義之病患，應以整合性照護住院照護階段支付標準給付為上限，請申報時之配合事項：

1.病人入住 ICU 病房與一般病房所產生之費用請院所切帳並正確申報符合該階段支付標準點數，若未正確將由行政核減，且其核減點數不併入總額點數計算。

- 2.若 ICU 與一般病房未切帳或與一般病房含無使用呼吸器申報，則按住院日數比例切分。
- 3.呼吸器依賴患者全面納管通則五：病患不論是否於同一醫事服務機構之住院、出院、轉入轉出次數，多次入住呼吸照護病房(RCW) 及一般病房(含經濟病床)之照護日數均累計算。即意指 RCW 及一般病房照護日數累計之定義為「終生」而非「該次依賴期間」，自 98 年 1 月 1 日起實施。