

行政院衛生署中央健康保險局中區業務組
101 年長期使用呼吸器管理方案

修訂日期：101.9.3

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，不符收治條件則以個案方式核減：

(一)不符入住 ICU 適應症或應下轉而未下轉之核減標準：

- 1.醫學中心每日核減 6,710 點。
- 2.區域醫院每日核減 5,810 點。
- 3.地區教學醫院每日核減 3,750 點。
- 4.地區醫院每日核減 2,960 點。

(二)不符入住 RCC 適應症或應下轉而未下轉之個案，則以適宜入住階段標準呼吸照護病房支付點數。

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 80 分，其等級間平均分數則為 85，超過 85 分時，方可進入第一級)。

貳、RCW 及一般病房：

一、目標點數設定：101 年目標點數為 0 成長，是以各季目標點數比對 100 年各季之目標點數，即 100 年第 1 季目標點數為 101 年第 1 季目標點數，以此類推。

(一)區域級以上醫院：是類醫院以照護急重患者為主，因此以 100 年各季目標點數為 101 年各季目標點數。

(二)地區醫院：

1.超出目標點數：評量等級 1-3 級之醫院(不含體系醫院)，以其超出「回補基礎點數」部分，做為 101 年各季目標點數調整依據，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，100 年第 1 季目標點數 150 點，「回補基礎點數」180 點，100 年第 1 季實際申報點數 190 點，101 年第 1 季目標點數計算：

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

2.100 年未超出目標點數：以 100 年各季目標點數為 101 年各季目標點數。

(三)各季申報點數低於 50 萬點之醫院，不另設目標點數管理，惟申報點數超出 50 萬點者，以 50 萬為其上限目標點數，超出部分逕予以核減。

(四)新設立地區醫院無目標者：

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。

二、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，自認改善情形比最近評量等級足以晉升 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：每年 1 次，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(如附件一)。

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。

三、平時考核：

(一)設定監控指標：

- 1.各項操作型定義(如附件二)。
- 2.以分數計算者，每計 1 分核減 0.5%之目標點數（若未超過目標點數以申請點數計算），全部累計（含個案）核減上限 10%(不含實地審查)。

(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業務組檔案分析異常者，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 級(含)以下)，則自審查當季起調降各季呼吸器目標點數，每級調降 5%。惟第 5 級則不受下降 2 級之限定，即原為第 5 級，經審查下降為第 6 級，即改列為第 6 級。
- 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：100 年第 4 季平時考核級數下降 2 級（含）以上，需至 101 年第 3 季之首月，即 101 年 7 月 1 日至 101 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(惟原評量為第 5 級，經平時考核實地評量結果下降為第 6 級之醫院，經自行提出複審，其結果仍為第

6 級者，則維持第 6 級目標點數設定)，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。

四、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(不含體系醫院)，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。
- 3.「回補基礎點數」依醫院評量等級訂定，即評量等級第 1 級以目標點數為「回補基礎點數」；第 2 級以目標點數乘以 1.05；第 3 級以目標點數乘以 1.1 計算。
- 4.體系醫院合併結算。

(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：採季結算，費用月於次季季中 10 日前受理完成，為其費用點值摺入計算(例如 101 年第 1 季費用申報應於 101 年 5 月 10 日受理完成)，超過者其費用核定為 0。

五、其他配合事項：轉出醫院應檢送下列資料給予轉入醫院

- (一)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。
- (二)現住病房類別。
- (三)事前審查紀錄單（若無可免檢附）。