

# 衛生福利部中央健康保險署中區業務組

## 長期使用呼吸器管理方案

修訂日期：民國 113 年 3 月 14 日

壹、依據本組醫院總額管理方案，訂定本管理方案。

貳、目的：為提升長期使用呼吸器個案醫療照護品質，特訂定本管理方案以確保醫療資源合理運用。

參、源頭管理(ICU 及亞急性呼吸照護病房)：

一、ICU 及亞急性呼吸照護病房異常管理：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) 不符入住亞急性呼吸照護病房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、亞急性呼吸照護病房品質評量：

(一) 亞急性呼吸照護病房實地品質評量採不定期評量(評量表詳附件 1)，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)。

(二) 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。

(三) 亞急性呼吸照護病房照護品質重新評量，參照慢性呼吸照護病房及一般病房辦理。

肆、慢性呼吸照護病房及一般病房：

一、目標點數設定：以去年同期為基期，各季目標點數零成長。

(一)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。

(二) 新設立無目標點數醫院：

1. 目標點數：以慢性呼吸照護病床床位數(若以一般病床收治，則以集中照護呼吸器依賴病人之病床數計算)\*每季日數\*占床率(設 60%)\*呼吸照護品質給付成數為 80%(5 級)\*IDS 呼吸器照護日定額點數(3,674)。

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、 平時考核：

(一) 慢性呼吸照護病房及一般病房品質評量(本項計分不內含於平時監測指標核減上限 10%之計分)。

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 2)。

2. 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。

3. 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。

4. 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。

5. 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。

(二) 照護品質重新評量：

1. 申請複評條件：醫院以「長期使用呼吸器照護品質審查評量表(慢性呼吸照護病房及一般病房)」自我評量，自認改善情形比最近評量等級足以晉升 1 級者。提出複評須於審查滿兩季後的第 1 個月月底前具函申請(例如：112 年第 4 季平時考核級數下降 2 級(含)以上，需至 113 年第 3 季之首月，即 113 年 7 月 1 日至 113 年 7 月 31 日之間，以郵戳為憑提出申請)，未於前開規定日期間提出者，則於次季安排複評。
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。
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) 平時監測指標：

1. 各項操作型定義(如附件 3)。
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)。

(四) 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。

三、 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。
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，其費用列入當季結算(例如：113 年第 1 季費用申報應於 113 年 5 月 10 日前受理完成)，超過結算時間其費用列入次季結算。

四、 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)。