



全民健康保險醫療給付費用
醫院總額研商議事會議
106年第4次補充資料

106年11月22日(星期三)
本署18樓禮堂

討論事項

第一案：修訂 107 年醫院總額品質保證保留款實施方案	第 1 頁
第三案：107 年醫院總額一般服務之保障項目	第 11 頁 (補充資料)

討論案第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂 107 年醫院總額品質保證保留款實施方案

說明：

- 一、本案修訂案業於 106 年第 3 次會議討論並修正通過，決議為醫學中心指標獎勵由原 85% 提升至 90%，基本獎勵由原 15% 降為 10%；區域醫院指標獎勵由原 80% 提升至 85%，基本獎勵由原 20% 降為 15%；地區醫院維持 106 年方案。
- 二、配合「出院準備銜接長照 2.0」為 107 年政策方向，爰新增「完成長照 2.0 需求評估且申報健保出院準備服務個案，出院無縫銜接長照 2.0 服務之件數比率」之指標，並為三層級必選指標；指標定義如下：
 - (一) 分母
申報健保「出院準備及追蹤管理費(02025B)」且完成長照 2.0 需求評估之件數。
 - (二) 分子
申報健保「出院準備及追蹤管理費(02025B)」且完成長照 2.0 需求評估之案件，出院後 7 日內接受長照 2.0 服務之件數。
 - (三) 目標值：38%。
- 三、107 年修訂草案如附件 1。

決議：

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

- 一、全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。
- 二、107 年度本方案預算，以原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(3.887 億元)與 107 年品質保證保留款(4.065 億元)合併運用，共計 7.952 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%、區域醫院品質保證保留款金額之 15%，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%、區域醫院品質保證保留款金額之 85%，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)~(15)、(18)；區域醫院指標獎勵指標序號：(1)~(18)。

序	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	934/935	

	率_跨院-限導入之 DRG 項目(負向指標)		
(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	
(11)	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	1423	
(12)	接受安寧緩和醫療之意願	1425	
(13)	建立安寧緩和醫療跨院際合作	1427 1429	
(14)	住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	2134	
(15)	門診特定病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	2137	
(16)	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
(17)	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
(18)	完成長照 2.0 需求評估且申報健保出院準備服務個案，出院無縫銜接長照 2.0 服務之件數比率	新增	必選指標

5. 第(1)~(18)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 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 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)品質精進獎勵(參加相關品質研討會、品質競賽者)，占該層級品質保證保留款金額之 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 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	備註
(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	
(7)	住院案件出院後三日內急診率(負向指標)	108.01	

序號	指標名稱	健保指標代碼	備註
(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	
(18)	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	1423	
(19)	接受安寧緩和醫療之意願	1425	
(20)	建立安寧緩和醫療跨院際合作	1427 1429	
(21)	住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	2134	
(22)	門診特定病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	2137	
(23)	完成長照2.0需求評估且申報健保出院準備服務個案，出院無縫銜接長照2.0服務之件數比率	新增	必選指標

5. 第(1)~(23)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1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，其核發金額將自次年

度醫院總額品質保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季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。

+886228083304

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：林佩萩小姐
電話：(02)2808-3300 分機 52 傳真：(02)2808-3304
電子郵件信箱：peichiou@hatw.org.tw

106

台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 106 年 11 月 20 日
發文字號：院協健字第 1065685 號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：普通
附件：

主旨：關於 107 年醫院總額一般服務之保障項目建議，請查照。

說明：

- 一、依據本會 106 年 11 月 16 日全民健康保險委員會 106 年第 5 次會議決議辦理。
- 二、旨揭保障項目之建議，業經本會專門委員會彙整各層級共識決議如下：

- (1) 感謝各界對醫院部門人力支付擬予以保障之關心與用心，本會暨各層級醫院協會敬表支持並期待有相關之經費導入為宜。
- (2) 鑑於現行醫院部門之保障項目點數若以 105 年為例已佔 43%，在未有新財源挹注人力支付之保障項目下勢必形成保障項目過高，而排擠原有一般服務預算之使用，恐不利於醫療服務品質之維持。

三、承上，關於醫院總額 107 年一般服務之保障項目如下 6

項，請鑑查

- (1) 門住診之血品處理費
- (2) 門診手術
- (3) 住診手術費
- (4) 住診麻醉費
- (5) 衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院提供之急診醫療服務點數
- (6) 經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：衛生福利部、衛生福利部中央健康保險署、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

理事長翁文能