

100 年全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案

100 年 2 月 11 日健保醫字第 1000072550 號公告

壹、依據

行政院衛生署 100 年 2 月 1 日衛署健保字第 1002600005 號核定函及全民健康保險醫療費用協定委員會(以下稱費協會)100 年度全民健康保險醫療費用總額協商暨第 163 次委員會議紀錄。

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

100 年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額編列「品質保證保留款」成長率 0.05%。

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、特約醫院有因違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 37 條或第 38 條所列違規情事，於 99 年 1 月 1 日至 100 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＝

$$\frac{100 \text{ 年該層級醫院總額核定點數}}{100 \text{ 年醫院總額總核定點數}} \times 100 \text{ 年醫院總額品質保證保留款}$$

(二)基本獎勵：

1. 該層級品質保證保留款金額之 40%，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 指標計畫或台灣醫務管理學會之 THIS 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＝

$$\frac{\text{該院 100 年醫院總額核定點數}}{\text{該層級基本獎勵金額}}$$

Σ 該層級各符合醫院 100 年醫院總額部門核定點數

(三)額外獎勵：

1. 該層級品質保證保留款金額之 60%，做為額外獎勵。
2. 保險人依據 99 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 100 年申報資料優於該層級目標值者始得計分：
 - (1). 同院慢性病開立慢性病連續處方箋百分比(正向指標)。
 - (2). 住院案件出院後十四日內再住院率(負向指標)。
 - (3). 住院案件出院後三日內急診率(負向指標)。
 - (4). 同院門診抗生素使用率(負向指標)。
 - (5). 同院門診同一處方制酸劑重複使用率(負向指標)。
 - (6). 清淨手術抗生素三日使用率(負向指標)。
 - (7). 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)。
 - (8). 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)。
3. 前條(1)至(6)點指標之操作型定義應依據「醫院總額支付制度品質確保方案」辦理；第(7)至(8)點指標之操作型定義詳附件 1。
4. 各符合醫院分配之額外獎勵金額＝

$$\frac{\text{該院 (指標達成項數} \times 100 \text{ 年醫院總額核定點數)}}{\Sigma \text{該層級各符合醫院 (指標達成項數} \times 100 \text{ 年醫院總額核定點數)}} \times \text{該層級額外獎勵金額}$$

二、地區醫院

(一)該層級品質保證保留款金額＝

$$\frac{100 \text{ 年該層級醫院總額核定點數}}{100 \text{ 年醫院總額總核定點數}} \times 100 \text{ 年醫院總額品質保證保留款}$$

(二)基本獎勵：

1. 該層級品質保證保留款金額之 40%，做為基本獎勵。
2. 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，給予本項

基本獎勵。

3. 各符合醫院分配之基本獎勵金額＝

$$\frac{\text{該院 100 年醫院總額核定點數}}{\sum \text{該層級各符合醫院 100 年醫院總額部門核定點數}} \times \text{該層級基本獎勵金額}$$

(三)額外獎勵：

1. 該層級品質保證保留款金額之 60%，做為額外獎勵。

2. 符合分配本項預算之醫院：

(1). 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、中華民國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，且該研討會之學分認證 1 小時時數證明等於 1 學分，醫院同一天以 6 個學分（小時）為限。

(2). 該醫院 99 年度核付點數在陸仟參佰萬點以下者，至少需獲 36 個學分（小時）以上、其他地區醫院至少需獲 72 個學分（小時）以上。

(3). 本項學分認證與計算係以「醫院」為單位。

(4). 申請本項獎勵之地區醫院，須於 101 年 1 月底前填具「地區醫院參與醫療品質研討會學分認證資料表」（附件 2）並檢附相關證明資料送保險人各分區業務組進行審核。

3. 各符合醫院分配之額外獎勵金額＝

$$\frac{\text{該院 100 年醫院總額核定點數}}{\sum \text{該層級各符合醫院 100 年醫院總額部門核定點數}} \times \text{該層級額外獎勵金額}$$

三、各醫院之層級，以 100 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，不得參予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 101 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. 之地區醫院名單(含醫院代號)。
- 四、保險人各分區業務組：彙總伍. 二(三)第 2 項各醫院研討會學分認證審核結果，陳送保險人以為計算核付之依據。

柒、核發作業：

- 一、本方案年結算一次，由保險人於 101 年 6 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，案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、本方案由保險人會同醫院總額相關團體研定後，送費協會備查，並由保險人報請行政院衛生署核定後，公告實施。

以病例組合校正之住院案件出院後14日內再住院率_跨院

(TW-DRGs 第 3.2 版-98 年公告實施版)

- 分子5(929)：住院DRGs案件之出院後14日內再住院率(限導入之DRGs)
- 分母5(932)：CMI_14日內再住院率(限導入之DRGs)
基期值：
- 分子11(1018)：住院DRGs案件之出院後14日內再住院率_基期值(限導入之DRGs)
- 分母11(1024)：CMI_14日內再住院率_基期值(限導入之DRGs)
- 此指標資料於總局倉儲系統產製。
- 此指標資料自統計期間 9901 開始產製，基期值資料僅提供 97 年數值。
- 資料範圍：住院西醫醫院，並限制出院日在本月，住院日在上月或本月的資料。
- 本指標以不同分母分子區分計算「所有 DRGs」以及「導入 DRGs」的指標值，其指標定義除納入計算的 DRGs 範圍不同外，其餘定義均相同。
- 基期值維度依醫管處提供之第 3.2 版 Tw-DRGs 之 97 年住院資料編審結果 DRG 範圍資料產製。

- 分子分母之母體資料範圍皆需限定為 DRGs 案件。
- 分母定義： $CMI_{14日內跨院再住院率} = \frac{\sum (\text{各 DRG 案件數} * \text{各 DRG 相對權重}_{14日內跨院再住院率})}{\text{DRGs 總案件數}}$
- 分子定義： $\text{住院 DRGs 案件之出院後 14 日內跨院再住院率} = \frac{\text{住院 DRGs 案件出院後 14 日內跨院再住院案件數}}{\text{DRGs 出院案件數}}$

※ DRGs 案件：需為總局醫管處公告的 DRG 碼範圍內，相對權重>0 的 DRG 碼，且排除下列住院案件：(說明：在排除下列住院案件時，除 DZ 案件直接排除該筆清單外，該住院歸戶案件下任一筆清單符合排除條件時，則該住院歸戶案件排除)

- (1) 主診斷為癌症(前 3 碼為 140-176、179-208、全碼為 V58.0、V58.1、V67.1、V67.2)、主診斷為性態未明腫瘤(前 3 碼為 235、236、237、238)案件。
- (2) 主或次診斷為臟器移植併發症及後續住院(前 4 碼為 996.8、前 3 碼為 V42)案件。
- (3) MDC19、MDC20 之精神科案件。
- (4) 主或次診斷為愛滋病(042)、先天性凝血因子異常(286.0-286.3、286.7)及行政院衛生署公告之罕見疾病案件。
 - 判斷罕見疾病案件的方式：住院清單檔中，ICD 錯誤碼(ICD9CM_ERR_CODE_1)欄位第 1 碼到第 5 碼中有出現 5 的案件即為行政院衛生署公告之罕見疾病案件。
- (5) 試辦計畫案件。
 - 乳癌醫療給付改善方案試辦計畫：病患來源代碼=N、C、R
 - 慢性肝炎醫療給付改善方案試辦計畫：給付類別=M
 - 安寧試辦計畫：給付類別=A
 - 呼吸器試辦計畫：給付類別=9

- 週產期試辦計畫：給付類別=D
- (6) 住院日超過 30 日之個案。
 - 急性病床天數+慢性病床天數>30 天
(歸戶後，該歸戶所有案件【急床+慢床】加總>30 天，則該歸戶下所有案件皆排除)
- (7) 使用 Extracorporeal Membrane Oxygenation(ECMO)(任一主次處置碼 39.65)之案件。
- (8) 住院安寧照護案件(案件分類=6)。
- (9) 其他非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍之案件。
 - 職業傷病案件：案件分類=A1、A2、A3、A4
 - 代辦膳食費：
 - A. 職業傷病住院膳食費：案件分類=AZ，歸戶後，AZ 個案的醫療費用應為職業傷病案件，多筆住院案件均刪除。(即歸戶後，若該歸戶下有任一案件為 AZ 案件，則該歸戶的所有案件都排除)
 - B. 低收入戶住院膳食費：案件分類=DZ，歸戶後，DZ 個案的醫療費用仍屬 DRG 範圍需保留。(即 DZ 案件直接排除)
 - 精神科強制住院：病患來源=S(代辦精神病嚴重病人送醫及強制住院)或案件分類=B1
 - 結核病代辦案件：案件分類=C2、C3、C4
 - 後天免疫缺乏症候群：案件分類為=C1

※ 案件數：相同【院所、住院日、ID、生日】下，取出院日最晚的那一筆為代表歸戶，若相同【院所、住院日、ID、生日、出院日】仍有多筆，則取申報期間(起)最晚那一筆為代表作為一個案件，並以該代表案件之 DRG 為該歸戶之代表 DRG。

※ 跨院再住院案件數：以出院案件為母體，按【ID、生日】跨院勾稽距離出院日 14 日內的住院案件。

說明：在勾稽出院案件是否發生再住院的情形時，其勾稽檔的資料範圍不需限定為 DRGs 案件，即勾稽檔為全部住院資料。

※ 各 DRG 相對權重_{3 日、14 日、30 日內跨院再住院率}：全國各 DRG 之 14 日內跨院再住院率/全國所有 DRGs 案件之 14 日內跨院再住院率。

說明：此權重由本系統運算，目前以 97 年為基期計算相對權重。

□ 醫管處公告之「DRG 碼範圍」、「DRG 權重」、「醫療費用上下限臨界點」及本系統運算之各權重資料

以病例組合校正之住院案件出院後3日內急診率_跨院

- 分子2(934)：住院DRGs案件之出院後3日內急診率(限導入之DRGs)
- 分母2(935)：CMI_3日內急診率(限導入之DRGs)

基期值：

- 分子4(1039)：住院DRGs案件之出院後3日內急診率_基期值(限導入之DRGs)
- 分母4(1041)：CMI_3日內急診率_基期值(限導入之DRGs)

- 此指標資料於總局倉儲系統產製。
- 此指標資料自統計期間 9901 開始產製，基期值資料僅提供 97 年數值。
- 資料範圍：住院西醫醫院，並限制出院日在本月，住院日在上月或本月的資料。
- 本指標以不同分母分子區分計算「所有 DRGs」以及「導入 DRGs」的指標值，其指標定義除納入計算的 DRGs 範圍不同外，其餘定義均相同。
- 基期值維度依醫管處提供之第 3.2 版 Tw-DRGs 之 97 年住院資料編審結果 DRG 範圍資料產製。

□分子分母之母體資料範圍皆需限定為 DRGs 案件。

□分母定義： $CMI_{3日內跨院急診率} =$

$$\frac{\sum (\text{各 DRG 案件數} * \text{各 DRG 相對權重}_{3日內跨院急診率})}{\text{DRGs 總案件數}}$$

□分子定義：住院 DRGs 案件之出院後 3 日內跨院急診率 =

$$\frac{\text{住院 DRGs 案件出院後 3 日內跨院急診案件數}}{\text{DRGs 出院案件數}}$$

※ DRGs 案件：需為總局醫管處公告的 DRG 碼範圍內，相對權重>0 的 DRG 碼，且排除下列住院案件：(說明：在排除下列住院案件時，除 DZ 案件直接排除該筆清單外，該住院歸戶案件下任一筆清單符合排除條件時，則該住院歸戶案件排除)

- (1) 主診斷為癌症(前 3 碼為 140-176、179-208、全碼為 V58.0、V58.1、V67.1、V67.2)、主診斷為性態未明腫瘤(前 3 碼為 235、236、237、238)案件。
- (2) 主或次診斷為臟器移植併發症及後續住院(前 4 碼為 996.8、前 3 碼為 V42)案件。
- (3) MDC19、MDC20 之精神科案件。
- (4) 主或次診斷為愛滋病(042)、先天性凝血因子異常(286.0-286.3、286.7)及行政院衛生署公告之罕見疾病案件。
 - 判斷罕見疾病案件的方式：住院清單檔中，ICD 錯誤碼(ICD9CM_ERR_CODE_1)欄位第 1 碼到第 5 碼中有出現 5 的案件即為行政院衛生署公告之罕見疾病案件。
- (5) 試辦計畫案件。
 - 乳癌醫療給付改善方案試辦計畫：病患來源代碼=N、C、R
 - 慢性肝炎醫療給付改善方案試辦計畫：給付類別=M

- 安寧試辦計畫：給付類別=A
- 呼吸器試辦計畫：給付類別=9
- 週產期試辦計畫：給付類別=D
- (6) 住院日超過 30 日之個案。
 - 急性病床天數+慢性病床天數>30 天
(歸戶後，該歸戶所有案件【急床+慢床】加總>30 天，則該歸戶下所有案件皆排除)
- (7) 使用 Extracorporeal Membrane Oxygenation(ECMO)(任一主次處置碼 39.65)之案件。
- (8) 住院安寧照護案件(案件分類=6)。
- (9) 其他非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍之案件。
 - 職業傷病案件：案件分類=A1、A2、A3、A4
 - 代辦膳食費：
 - A. 職業傷病住院膳食費：案件分類=AZ，歸戶後，AZ 個案的醫療費用應為職業傷病案件，多筆住院案件均刪除。(即歸戶後，若該歸戶下有任一案件為 AZ 案件，則該歸戶的所有案件都排除)
 - B. 低收入戶住院膳食費：案件分類=DZ，歸戶後，DZ 個案的醫療費用仍屬 DRG 範圍需保留。(即 DZ 案件直接排除)
 - 精神科強制住院：病患來源=S(代辦精神病嚴重病人送醫及強制住院)或案件分類=B1
 - 結核病代辦案件：案件分類=C2、C3、C4
 - 後天免疫缺乏症候群：案件分類為=C1

※ 案件數：相同【院所、住院日、ID、生日】下，取出院日最晚的那一筆為代表歸戶，若相同【院所、住院日、ID、生日、出院日】仍有多筆，則取申報期間(起)最晚那一筆為代表作為一個案件，並以該代表案件之 DRG 為該歸戶之代表 DRG。

※ 3 日內跨院急診案件數：以出院案件為母體，按【ID、生日】跨院勾稽距離出院日 0 至 3 日內的急診案件。(急診案件定義：案件分類 02 且部分負擔第 2 碼為 0)

※ 各 DRG 相對權重_{3 日內跨院急診率}：全國各 DRG 之 3 日內跨院急診率/全國所有 DRGs 案件之 3 日內跨院急診率。

說明：此權重由本系統運算，目前以 97 年為基期計算相對權重。

地區醫院參與醫療品質研討會學分認證資料表

序號	認證單位	上課日期	課程名稱	學分數 (時數)	醫院總計學 分數 (時數)

醫院合計學分數： _____

*本表僅限地區醫院填寫

*學分數 (時數) 係指當次課程給予個人的學分數 (時數)，醫院總計學分數
() 係指當次課程醫院全部參訓人員總學分數 (時數)

醫院名稱： _____

醫院代號： _____

聯絡人員： _____

聯絡電話： _____

