



全民健康保險醫療服務給付項目
及支付標準共同擬訂會議

104 年第三次臨時會

104 年 10 月 1 日 (星期四)
本署 18 樓會議室

104 年度「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」第三次臨時會議議程

壹、主席致詞

貳、上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形，請參閱(不宣讀)確認.....

第 01 頁

參、討論事項

一、有關「全民健康保險區域醫療整合計畫(草案)」.....	第 1 頁
二、建議健保署採用新增診療項目的成本分析方式，套用於現行支付標準表之各個項目，對支付標準進行檢討，並爭取預算予以調整，促進支付標準之公平性與合理性。.....	第 21 頁

肆、臨時動議

伍、散會

貳、確認本會 104 年度第 3 次

會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

-請參閱(不宣讀)確認

104 年第 3 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準
共同擬訂會議」會議紀錄

時 間：104 年 09 月 10 日(星期四)下午 2 時

地 點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主 席：蔡副署長淑鈴

紀錄：李筱婷

干代表文男	干文男	陳代表彥廷	陳彥廷
王代表榮濱	王榮濱	陳代表福展	翁瑞文(代)
朱代表益宏	朱益宏	黃代表啟嘉	黃啟嘉
何代表語	何語	黃代表雪玲	黃雪玲
吳代表美環	吳美環	黃代表棟國	(請假)
李代表飛鵬	李飛鵬	楊代表秀儀	(請假)
李代表紹誠	李紹誠	楊代表政峯	楊政峯
林代表淑霞	林淑霞	葉代表宗義	葉宗義
林代表富滿	(請假)	滕代表西華	滕西華
林代表敬修	林敬修	潘代表延健	潘延健
林代表綉珠	林綉珠	盧代表榮福	(請假)
姚代表鈺	廖秋燭(代)	賴代表振榕	(請假)
徐代表弘正	徐弘正	謝代表文輝	謝文輝
張代表金石	張金石	謝代表武吉	王秀貞(代)
張代表冠宇	(請假)	顏代表良達	顏良達
張代表嘉訓	(請假)	羅代表永達	羅永達
梁代表淑政	梁淑政	蘇代表清泉	蔡明忠(代)
郭代表素珍	(請假)		
陳代表志忠	徐迺維(代)		
陳代表宗獻	陳宗獻		

(依代表姓氏筆劃排序)

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	張友珊、劉于鳳、邱臻麗
中華民國中醫師公會全國聯合會	顏良達、王逸年
中華民國牙醫師公會全國聯合會	許家禎
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲
中華民國醫師公會全國聯合會	洪郁涵、吳春樺、黃啟嘉
中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
中華民國助產師助產士公會全國聯合會	許惠湄
台灣醫院協會	吳心華、林佩荻、陳俞文
醫藥品查驗中心	黎伊帆、朱素貞、陳嘉玲
台灣胸腔暨重症加護醫學會	簡榮彥、柯信國
台灣神經外科醫學會	劉安正
台灣放射腫瘤學會	趙興隆
台灣立體定位功能性神經外科及放射手術 學會	黃全福
台灣小兒消化醫學會	陳慧玲、賴明瑋
中華民國心律醫學會	羅力瑋
中華民國血液病學會	周文堅
社團法人臺灣皮膚科醫學會	楊志勛
中華民國急救加護醫學會	黃建華
台灣新生兒科醫學會	許瓊心
台灣消化系醫學會	邱正堂、陳建華
本署臺北業務組	黃偉銓、劉家雯、陳珮玲
本署中區業務組	巫明珠
本署企劃組	詹孟樵
本署醫務管理組	龐一鳴、李純馥、張溫溫、

劉林義、林淑範、劉立麗、
黃奕瑄、張淑雅、涂奇君、
吳明純、張巧如、林佑縉、
李筱婷、彭麗玲、丁香豔

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄及歷次會議決議辦事項辦理情形。

(一) 上次會議紀錄確認。

(二) 歷次會議決議辦理情形追蹤表中，有關燒燙傷急性後期整合照護計畫案，將於實施後3個月檢討乙節，將於明年第一次共同擬訂會議提報。

三、討論事項

(一) 增修全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號17019C「支氣管激發試驗」等7項增修支付點數、適應症及支付規範乙案。

決議：本案同意修訂支付標準(詳附件1，P6~P9)，修訂重點如下：

1. 編號17019C「支氣管激發試驗」之支付點數，與會代表同意改以現行支付點數485點，加計藥品成本及設備費用以909點支付。並請臺灣胸腔暨重症加護醫學會於學會內宣導，基於病患安全，檢查過程請使用經TFDA核發許可證之藥品。
2. 編號37028B「三度空間立體定位X光刀照射治療」及37029B「加馬機立體定位放射手術」等2項診療項目，依提案修訂適應症及規範，以利專業審查認定。
3. 編號28017C「大腸鏡檢查」、49014C「大腸鏡息肉切除術」、49027C「大腸息肉切除術」及49025C「大腸鏡異物取出術」等4項診療項目，因考量兒科病人有大腸鏡檢查之需求，同意放寬兒科消化學專科醫師執行。

(二) 新增全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目案「白血病即時定量PCR」等47項。

決議：

1. 同意新增「白血病即時定量PCR」、「皮膚鏡檢查」、「心跳停止

之低溫療法」、「週產期新生兒低溫療法」、「左心耳閉合術」、「電子式內視鏡超音波」、「細徑(迷你)探頭式內視鏡超音波」等 7 項診療項目，修正後支付標準表 (詳附件 2，P10~P14)，如下說明：

- (1) 「心跳停止之低溫療法」治療療程為 3 天，為利申報增列三項診療項目編號，第一天支付 9,068 點、第二天 1,500 點及第三天 1,500 點。
- (2) 「週產期新生兒低溫療法」治療療程為 4 天，增列四項診療項目編號，並參考「心跳停止之低溫療法」之支付比例，第一天支付 10,000 點、第二天 3,994 點、第三天 3,000 點及第四天 3,000 點。
- (3) 為避免「心跳停止之低溫療法」、「週產期新生兒低溫療法」不當使用，建議除監控使用量外，亦監控病人死亡情形，如有不當使用情形，應加強審查。
- (4) 「電子式內視鏡超音波」及「細徑(迷你)探頭式內視鏡超音波」支付規範之不得同時申報項目，增列 28016C。

2. 餘達文西手術計 36 項及前列腺雷射手術計 4 項同意不新增(詳附件 3，P15~P17)。

(一) 有關「全民健康保險區域醫療整合計畫(草案)」。

決議：因時間因素未及討論，本署將再召開臨時會議另行討論。

四、臨時動議

提案人:朱代表益宏：

案由:「針對現行所有支付標準，依照成本分析表之方式，重新進行試算。」

決議:因時間因素未及討論，請提案列入下次臨時會議討論。

五、散會：下午 5 時 50 分

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議

決議辦理情形追蹤表

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管	
							建議 解除 列管	繼續 列管
1	104- 臨 1-1 討	104.5.8	「快速結核病分子診斷」等乙項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增診療項目案。	本案暫保留，由本署再確認結核病檢驗費用經費來源之法規規定、本項檢驗現行臨床之其他方式及檢驗試劑套組國內許可證核發內容，待彙整確認資料後，再提案討論。	健保署醫管組	本案已徵詢 FDA、CDC、相關學會及專家之意見，並刻正收集中。		V
2	104- 臨 1-4 討	104.5.8	有關台灣耳鼻喉科醫學會建議調升頭頸外科手術等 34 項診療項目支付標準乙案。	本案暫保留，因部分委員表示，若以 104 年非協商因素之醫療服務成本改變率增加之費用支應調整點數，應考量科別衡平性，爰請台灣醫院協會彙整各科意見後，再提會討論。	健保署醫管組	本署已於 104 年 9 月 1 日健保醫字第 1040033778 號函，請台灣醫院協會提供辦理情形及彙整意見，台灣醫院協會於 9 月 18 日來函表示，待有明確預算編列後併同各科意見，權量衡平性再議。		V
3	104-3 -1 討	104.9.10	增修全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號 17019C「支氣管激發試驗」等 7 項增修支付點數、適應症及支付規範乙案。	本案同意修訂 17019C「支氣管激發試驗」等 7 項支付標準，惟編號 17019C「支氣管激發試驗」之支付點數，與會代表同意改以現行支付點數 485 點，加計藥品成本及設備費用以 909 點支付。並請臺灣胸腔暨重症加護醫學會於學會內宣導，基於病患安全，檢查過程請使用經 FDA 核發許可證之藥品。	健保署醫管組	本署將依程序辦理預告，並報部核定。		V
4	104-3 -2 討	104.9.10	「白血病即時定量 PCR」等 48 項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增診療項目案。	本案同意新增「白血病即時定量 PCR」、「皮膚鏡檢查」、「心跳停止之低溫療法」、「週產期新生兒低溫療法」、「左心耳閉合術」、「電子式內視鏡超音波」、「細徑(迷你)探頭式內視鏡超音波」等 7 項診療項目。	健保署醫管組	本署將依程序辦理預告，並報部核定。		V

參、討論事項

討論事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關「全民健康保險區域醫療整合計畫(草案)」乙案，提請討論。

說明：

- 一、查本署於 101 年辦理「全民健康保險論人計酬試辦計畫」，已於 103 年底試辦屆滿；該計畫採 3 種試辦模式(醫院忠誠病人模式、社區醫療群模式、區域整合模式)，共有 8 家試辦團隊參與。由於該計畫為全新之支付方式，部分問題仍待克服(詳附件 1-1，P5)。
- 二、本署自 103 年起，邀集專家學者、醫界代表、試辦團隊等召開 6 次諮詢討論會議，逐步凝聚下階段推動之方向及策略(詳附件 1-2，P6)，如：組成完整醫療團隊，落實團隊合作、結合西醫部門預算，承擔財務風險與自主管理、提升醫療服務品質與效率，期待民眾在完整團隊合作下，獲得完整且連續性之醫療服務。
- 三、本署依據 104 年 8 月 11 日召開「全民健康保險論人計酬下階段計畫(草案)諮詢會議」結論，對於原「論人計酬」之名稱，因應下階段計畫實質內容，修正為「全民健康保險區域醫療整合計畫(草案)」，重點摘要如下(詳附件 1-3，P7~P20)：
 - (一) 計畫期間：預計四年。
 1. 第一年(105 年)：支付與核付等依現制辦理。
 2. 第二年至第四年(106 年~108 年)：依選定區域之預算辦理。
 - (二) 實施區域及照護人數：

以行政區域(鄉鎮市區)為最小單位；除山地離島地區、符合健保法第 43 條第二款得予減免自行負擔之醫療資源缺

乏地區以外，合計選定區域之總照護人數須達 10 萬人。

(三) 團隊資格：

1. 具備整合能力：團隊須進行管理、照顧、財務、資訊之整合，並成立執行委員會。
2. 須與照護對象關係密切，且醫院與基層院所間之合作須達到衡平性之申請門檻。

指標一：照護對象於團隊內之就醫費用(點數)，至少占照護對象整體就醫費用(點數)之 50%。

指標二：照護團隊門診醫療費用(點數)，來自於照護對象門診醫療費用(點數)至少占 50%。

指標三：照護對象於團隊內基層診所之門診就醫次數，至少占照護對象於團隊內之總門診就醫次數之 50%。

3. 透過總評選機制，遴選優選團隊參與本計畫。

(四) 預算來源：

1. 第一年：依現制辦理，未涉及預算事項。
2. 第二年至第四年：

(1) 自原總額部門切分

就團隊選定區域之照護對象，以其在醫院與西醫基層總額部門預算，自前述部門切分融合為本計畫之區域預算，並移列 2% 作為獎勵預算。

(2) 基期之計算

與現行總額部門不同處在於本計畫之基期計算，醫界代表建議以預算執行前三年依權重校正計算。

(3) 其他總額部門編列獎勵預算

另為鼓勵提升醫療服務品質，建議按區域預算之 3%，於其他部門編列獎勵預算，連同原移列之 2%，合計共 5%。

3. 第二年至第四年之預算事項，由保險人報請「全民健康保險會」同意後辦理。

(五) 評核指標與獎勵誘因：

1. 指標內涵

(1) 年度評核：包含實地評核及專家評核。

(2) 照護對象感受度指標。

(3) 品質指標：包含初級照護疾病指標、急性照護指標、預防保健指標、團隊合作指標。

(4) 其他：包含團隊自行選定指標及分區指定指標。

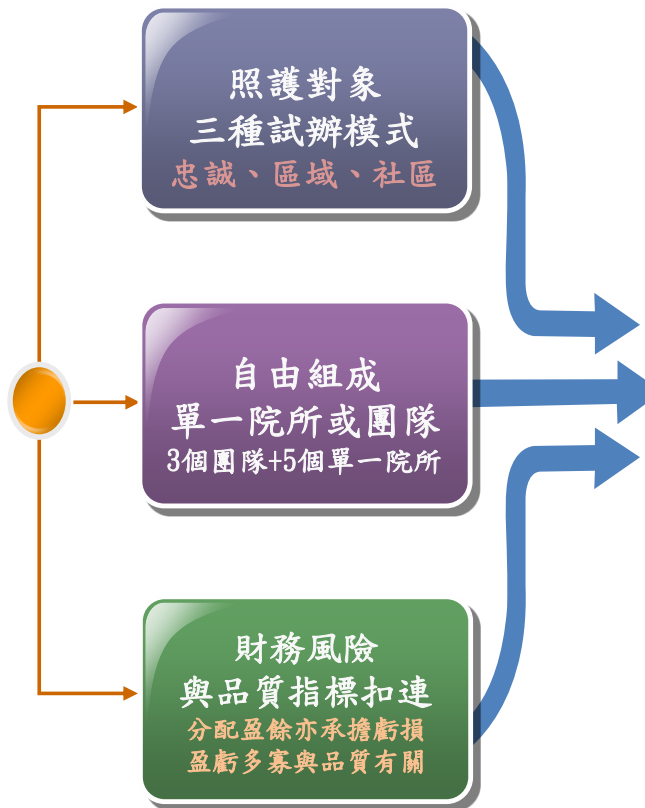
2. 依據評核指標得分權重及民眾在團隊內就醫費用及團隊外轉診費用占照護對象總費用占率，分配獎勵預算。

結論：

原論人計酬計畫待克服之問題

目的

1. 藉由支付財務誘因，**改變醫師提供醫療服務之行為。**
2. 使醫療衛生團隊發揮照護能量：**促進區域醫療體系整合**(基層醫療與醫院之整合)
3. 使民眾獲得更完整的照護：除疾病治療外，**加強提供預防保健、衛生教育與個案管理服务**，以協助病人參與其自身健康促進責任。



待克服之問題

團隊組成及照護對象

1. 照護對象以三種模式分派主責團隊之適當性。
2. 照護人數過少，影響試辦團隊財務風險。
3. 團隊外醫療利用占率過高。
4. 試辦團隊以單一或小規模運作，難以涵蓋主要就醫範圍，亦無法對院外照護盡責。
5. 論人計酬計畫僅占試辦院所部分收入，可能影響其積極投入意願。

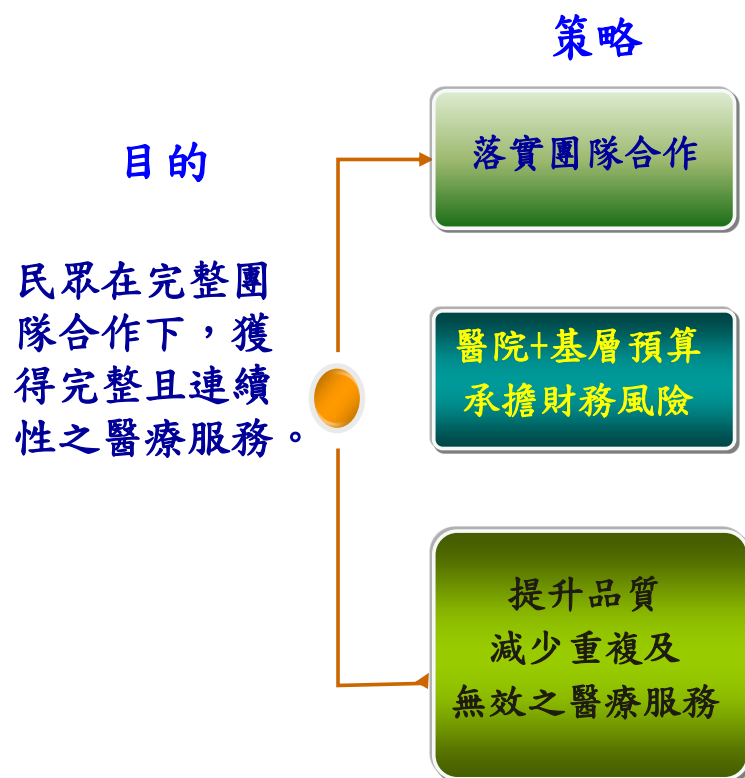
支付設計

1. 醫院與基層院所因分屬不同總額，合作關係有待提升。
2. 未與總額預算相扣連，無法留住試辦團隊提升醫療服務效率之成果。
3. 面對總額與論量之下，醫療行為產生矛盾。
4. 風險校正模型仍待探討。

品質指標

1. 指標值以單一閾值進行評量，不易彰顯試辦團隊努力達成高標之成果。
2. 現行計畫指標較侷限於糖尿病照護與預防保健等指標，未來對於試辦團隊應有較全面性之績效評量指標。
3. 未具結果面指標。

區域醫療整合計畫(行政區域)之方向



一、團隊組織

1. 成立權責相當之管理執行委員會，透過實地審查與評選，促使團隊發展實質整合能力。
2. 基層須有一定參與度。
3. 須涵蓋照護對象醫療利用至一定程度。

二、與承擔財務風險

1. 融合醫院與西醫基層總額之區域預算，財務自主管理。
2. 照護對象規模至一定程度，減少財務風險。
3. 年度間允許機動之退場機制。

三、績效獎勵與品質指標

1. 績效獎勵須與團隊貢獻與品質達成情形扣連。
2. 建立多面向之品質庫。
3. 逐步公開品質指標。

全民健康保險區域醫療整合計畫(草案)

中央健康保險局 104 年 月 日

健保醫字第 號公告

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

民眾在完整醫療團隊之合作照護下，獲得連續性及完整性之醫療照護。

參、策略

- 一、組成完整醫療團隊，落實團隊合作。
- 二、結合西醫部門預算，承擔財務風險與自主管理。
- 三、提升醫療服務品質與效率。

肆、計畫期間

本計畫期間為 4 年，自 105 年至 108 年。

- 一、第一年(105 年)：依現制辦理。
 - (一) 為加強參與團隊財務管理之能力，保險人依本計畫預算事項、計畫評核指標及風險監控等規定，進行模擬準備及定期評估。
 - (二) 本期財務模擬部分，團隊選定之區域預算扣除獎勵預算之後，連續 2 季其模擬平均點值達到 0.95 以上者，始能進入第二年。
- 二、第二年至第四年(106 年~108 年)：依選定區域之預算辦理。

伍、實施原則

- 一、本計畫涵蓋西醫(醫院、西醫基層、門診透析)醫療給付費用總額範圍。
- 二、民眾就醫權益不變：尊重民眾就醫習慣，民眾可自由選擇院所就診。
- 三、醫療團隊費用申報作業不變。

陸、參與團隊之資格：

- 一、選定區域及照護對象
 - (一) 選定區域：以行政區域(鄉鎮市區)為最小單位，選定之區域於計畫期間不得變動。
 - (二) 照護對象：以選定區域各計畫年度 1 月 1 日投保「全民健康保險」之在保戶籍人口做為照護對象，該年度不再變動。
- 二、申請條件：院所須符合下列資格，始能申請參與評選。
 - (一) 除山地離島地區及符合健保法第 43 條第二款得予減免自行負擔之醫療資源缺乏地區以外，合計選定區域之總照護人數須達 10 萬人，以利風險分攤。

(二) 團隊組成：須同時符合下列事項。

1. 須為健保之特約醫院及基層院所且無違規情事

參與計畫之院所於參與計畫之日起前2年內，並無因全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條中所列違規情事，且經保險人處分者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。

2. 具備整合能力

A. 成立「全民健康保險區域醫療整合計畫執行委員會」：

該委員會應包含團隊代表、選定區域其所轄縣市政府(或衛生局所)代表、醫院總額代表、西醫基層總額代表、門診透析代表、保險付費者代表、主管機關及保險人代表等。

B. 進行管理、照顧、財務、資訊等四大面向之整合。

3. 團隊與照護對象指標：

(1). 團隊與照護對象間關係密切

指標一：照護對象於團隊內之就醫費用(點數)，至少占照護對象整體就醫費用(點數)之50%。

指標二：照護團隊門診醫療費用(點數)，來自於照護對象門診醫療費用(點數)至少占50%。

(2). 團隊衡平性

指標三：照護對象於團隊內基層診所之門診就醫次數，至少占照護對象於團隊內之總門診就醫次數之50%。

三、參與評選：

(一) 提出計畫書

1. 計畫書應包含下列事項(申請書格式詳附件1)：

(1). 團隊組成之基本資料、合作契約及規範。

(2). 執行委員會間之關係、權利與義務、管理與協調等運作方式與組織章程。

(3). 團隊間進行管理、照顧、財務、資訊等整合。

(4). 財務分配與風險承擔計畫。

(5). 選定區域之醫療服務計畫。

(6). 自選指標(含操作型定義)。

(7). 民眾權益維護與申訴管道。

(8). 承諾與保證。

為提供民眾完整服務，團隊應參與保險人相關計畫(如：檢驗檢查上傳、查詢藥歷檔、提供設備供民眾下載健康存摺、住院 DRG...)，做為所提承諾之一項。

(9). 其他。

2. 符合申請條件之團隊應推派單一院所為主責院所，負責提送計畫書，並擔任保險人之聯繫窗口；且須於於 104 年 月 日前檢附計畫書 xx 份(以郵戳為憑)，向保險人提出申請，並副知保險人所轄分區業務組。

(二) 實地初審及總評選

1. 實地初審：

由保險人分區業務組，依據團隊計畫書內容與實際情形，進行實地初審及申請條件之認定，不符申請條件者，應不予受理；其初審結果與區域影響評估，應提送總評選會議進行報告。

2. 總評選：

- (1). 符合申請條件且經實地初審通過之團隊，由保險人辦理專家總評選，遴選團隊參與本計畫；其評選方式，由保險人另訂。
- (2). 評選委員包含專家學者、台灣醫院協會及中華民國醫師公會、全民健康保險會、衛生主管機關、保險人等代表。
- (3). 評選總分達 85(含)分以上者，列為計畫團隊。

四、計畫書之公告：

- (一) 計畫團隊得考量評選會議之建議，修正計畫書；前述計畫書，經保險人報請主管機關核定，由保險人辦理公告。
- (二) 各預算執行年度開始前二個月，參與團隊得向保險人所轄分區業務組提出次年之修正計畫書，經實地審查並提送保險人報請主管機關核定後，由保險人公告，做為各年度計畫執行依據；未提出者，依前次公告之相關規定辦理。

柒、預算事項(第二年至第四年)

- 一、第二年至第四年之預算事項，由保險人報請「全民健康保險會」同意後辦理。
- 二、選定區域預算設定公式：

(一) 選定區域預算(A)=基期年選定區域人口平均每人預算×(1+計畫年度西醫成長率)×計畫年度照護對象人數。

1. 基期各年度之選定區域人口平均每人預算，為醫院總額、西醫基層總額、門診透析服務之合計預算。

■選定區域人口以預算執行期前一年曾設籍該區域者，回溯計算其基期預算。

■選定區域人口平均每人預算

= [(醫院總額部門各分區就醫申報點數×該部門各分區點值)+(西醫基層總額部門各分區就醫申報點數×該部門各分區點值)+(門診透析部門各分區就醫申報點數×該部門各分區點值)] ÷選定區域人口數

2. 基期年選定區域人口平均每人預算，以預算執行期前三年依權重校正。

■基期年選定區域人口平均每人預算

=(前一年選定區域人口平均每人預算×60%)+ [前二年之選定區域人口平均每人預算×30%×(1+該年西醫成長率)] + [前三年選定區域人口平均每人預算×10%×(1+二年西醫成長率)]。

3. 西醫成長率

=(醫院醫療給付費用總成長率×醫院總額預算占率)+(西醫基層總額總成長率×西醫基層總額預算占率)

本項於計畫執行第二年起前二個月，每年由保險人按選定區域及團隊情形計算後公告。

(二) 獎勵預算：選定區域預算(A)之 3%，額外編列。

三、預算來源

(一) 總額部門移列預算(B)：

以預算執行期前一年該區域人口於醫院、西醫基層、門診透析醫療給付費用總額之預算(B1~B3)，經預算校正後移列做為區域預算。

■總額部門移列預算(B)=(預算執行期前一年該區域人口於各該總額之各分區就醫申報點數×該部門各分區點值)×(1+各年度該總額部門成長率)×(預算校正比率)。

※預算校正比率=區域預算(A)÷西醫部門預算(B1+B2+B3)

(二) 獎勵預算：

由全民健康保險年度醫療給付費用總額其他預算「區域醫療整合」項下編列。

四、預算分配：

(一) 品質獎勵：

1. 品質獎勵預算

為鼓勵參與團隊提升品質，由選定區域之預算移列 2%，加上獎勵預算，做為本計畫之獎勵經費。

2. 參與團隊獎勵經費

參與團隊獎勵經費＝品質獎勵預算×評核指標達成度×【(團隊內費用+團隊外轉診費用)/照護對象總費用】。

註：團隊外轉診費用：為計畫團隊依「全民健康保險轉診實施辦法」，將照護對象轉診至團隊外院所且符合相關申報規定者當次就醫案件之費用。

3. 參與團隊獎勵經費，由保險人撥付主責院所。

(二) 品質獎勵以外之預算，由保險人依伍.四規定，按公告之參與團隊計畫書所列「財務分配與風險承擔計畫」辦理。

五、結算作業：

(一) 參與團隊獎勵經費由保險人於計畫年度結束後辦理：其餘預算由保險人按季辦理。

(二) 團隊外結算，依醫院、西醫基層、門診透析之結算作業規定辦理。

(三) 團隊內結算，自協定預算扣除品質獎勵及支付團隊外金額後，依公告參與團隊計畫書所列之「財務分配與風險承擔計畫」，辦理結算。

(四) 保險人辦理結算核付作業之後，相關院所得依「全民健康保險法」提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額自結算當季之本計畫預算支應。

捌、費用申報及支付方式

一、參與團隊依現行全民健保醫療服務給付項目及支付標準、全民健保藥物給付項目及支付標準、全民健保醫療費用申報與核付及服務審查辦法等規定申報費用及辦理審查作業；惟團隊內得自行決定審查方式。

二、第 2-4 年經費分配依保險人公告參與團隊之計畫書辦理。

玖、計畫評核指標

一、年度評核(A)：15%

(一) 實地評核(5%)

由團隊所轄保險人分區業務組於各計畫年度期末，依據計畫書進行實地評核，符合計畫書者，始予通過。

(二) 專家評核(10%)

團隊應於各預算執行年度結算前，提報本計畫期間除為達成評核指標外所為之策略及成效之報告，經保險人召開評核會議，由專家進行評核。

二、照護對象感受指標(B)：5%

滿意度得分達 80%(含)以上，即得 10%；滿意度問卷調查滿意度得分 70%-79%，即得 5%；若滿意度問卷調查滿意度得分小於 70%，則未達成此項指標。

三、品質指標(C~F)：60%

(一) 初級照護疾病指標(C 項)：計 9 項，占 27%，每項 3%。

透過良好門診等服務，可潛在性預防住院、合併症之發生與病情惡化。

1. 氣喘病人住院率(負向指標)。

2. 慢性阻塞性肺病病人住院率(負向指標)。

3. 充血性心臟衰竭病人住院率(負向指標)。

4. 高血壓病人住院率(負向指標)。

5. 糖尿病病人住院率。

(1). 控制不良糖尿病但無併發症住院率(負向指標)。

(2). 糖尿病短期併發症住院率(負向指標)。

(3). 糖尿病長期併發症住院率(負向指標)。

6. 糖尿病之併發症

(1). 糖尿病下肢截肢率(負向指標)。

(2). 糖尿病病人眼底檢查率(正向指標)。

7. 目標值與得分

(1). 目標值：

正向指標 > 全國平均值；負向指標 < 全國平均值。

(2). 各指標配分權重，以分母疾病總人數之占率進行分配，惟糖尿病之五項指標，依糖尿病分母人數占率平均分配。

(二) 急性照護指標(D 項)：計 4 項，占 11%。

透過住院品質及效率之提升，可降低併發症、殘障及死亡。

1. 急性心肌梗塞住院病人入院後 30 內死亡率(負向指標)。3%
2. 出血性腦中風之住院病人入院後 30 日內死亡率(負向指標)。3%
3. 缺血性腦中風之住院病人入院後 30 日內死亡率(負向指標)。3%
4. 65 歲以上住院後 48 小時執行髌骨骨折手術率(正向指標)。2%
5. 目標值及得分

(1). 目標值：

正向指標 > 全國平均值；負向指標 < 全國平均值。

(2). 各指標配分權重，以分母總人數之占率進行分配

(三) 預防保健(E 項)：5 項，占 10%

1. 成人預防保健利用率。
2. 子宮頸抹片、大腸癌篩檢率、乳房攝影篩檢率。
3. 65 歲以上老人流感疫苗注射率。
4. 目標值

正向指標 > 全國平均值

(四) 團隊合作(F)：12%

1. 團隊內就診率(F1)：4%

分子：照護對象於團隊內之門診就診次數。

分母：照護對象該年度整體門診就診次數。

2. 團隊內基層院所照護率(F2)：4%

分子：照護對象於團隊內基層院所之門診就診次數。

分母：照護對象該年度團隊內之門診就診次數。

3. 團隊外轉診率(F3)：4%

分子：透過團隊轉診至團隊外之西醫就診次數。

分母：照護對象於該年度團隊外之西醫就診次數。

4. 目標值

目標值成長率之計算公式=(當年度/前一年度)-1

目標值成長率	得分
$0% < X \leq 2%$	2 分
$2% < X \leq 4%$	4 分
$4% < X \leq 6%$	6 分
$6% < X \leq 8%$	8 分
$X > 8%$	10 分

5. 合計得分= $\Sigma F1 \sim F3$ (指標占率 \times 目標值得分)

四、其他(20%)：

- (一) 由團隊依區域特性自行選定，於各年度開始前二個月提報保險人同意(第二年為 10%，第三、四年為 5%)。
- (二) 保險人分區業務組依區域特性指定，於各年度開始前二個月提報保險人辦理(第二年為 10%，第三、四年為 6%)。
- (三) 保險人於第三年，增加疾病初級照護指標 2 項及急性照護指標 1 項(9%)，並於第四年檢討修訂。

壹拾、風險監控

- 一、由保險人分區業務組定期辦理所轄團隊相關會議，進行輔導協助、監控管理、資訊平台等事宜。
- 二、試辦團隊於第一年以虛擬預算計算有盈餘者(即連續 2 季其模擬平均點值達到 0.95 以上者)，始能進入第 2-4 年。
- 三、當季照護團隊之結算點值高於 1.2 或低於 0.85，由保險人分區業務組召開檢討會議。

壹拾壹、退場機制

- 一、違規退場
計畫期間團隊任一合作院所，因違反特管辦法致受停約處分(含行政救濟程序進行中尚未執行處分)，該院所自保險人第一次發文處分日起應退出本計畫。
- 二、自願退場
團隊於執行第一年期滿後，得依其意願於後續執行年度之 1 月底前，向保險人提出退場。
- 三、虧損退場
團隊如連續二季結算點值均低於 0.8 者，該團隊得於次年起退出本計畫。
- 四、品質退場
年度品質指標低於 60 分之團隊，該團隊應於次年起退出本計畫。
- 五、其他
保險人分區業務組於計畫期間，對於團隊之不當事項，持續給予輔導或令其改善，無法改善者，得令其退場。

壹拾貳、配套措施

- 一、管理面：

- (一) 保險人負責研議總體計畫架構模式、行政授權與協調。
- (二) 保險人各分區業務組負責說明、輔導與協助轄區計畫團隊計畫執行、指標監控、資訊提供、經費核發與結算等行政事項。
- (三) 團隊負責提出計畫書之申請及執行。

二、資訊面

(一) 計畫實施前

1. 團隊與照護對象指標達成度之初步評估

- (1). 本計畫公告前，合作院所應於 年 月 日前按申請評估書格式(附件二)向保險人所轄分區業務組，申請本計畫陸.二.(二).3 所訂「團隊與照護對象指標」等三項指標之達成度評估；前述申請之區域範圍，限合作院所開業所在之行政區域(鄉鎮市區)為單位。
- (2). 前述三項指標達成度介於 30%~50%之合作院所，由保險人所轄分區業務組提供建議名單，作為其團隊組成之參考。

- 2. 本計畫公告後，已符合本計畫申請條件「團隊與照護對象指標」之團隊，應依「區域資料申請書」格式(如附件三)，於 年 月 日前向保險人所轄分區業務組，申請選定之區域人口醫療利用資料，進行相關規劃事項。

(二) 計畫期間

- 1. 計畫團隊所需照護對象個別醫療利用資料，應利用保險人提供之「健保藥歷檔」及「保險對象健康存摺」等管道辦理。
- 2. 計畫期間所須相關資訊，由保險人與計畫團隊協商辦理。

壹拾參、其他事項

本計畫由保險人報請主管機關核定後公告實施，並送全民健康保險會備查。屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

主責院所名稱_____ (院所代號：_____)

申請「全民健康保險區域醫療整合計畫」計畫書

提報日期：

一、計畫前言

二、計畫目的

三、選定區域範圍與照護對象

(一) 地理區域特性

(二) 區域內照護對象之人口分布、醫療分布、醫療需求。

(三) 區域、照護對象、團隊之關係；如選定區域為山地離島，應特別說明與現行 IDS 計畫團隊之競合。

四、團隊組成

(一) 團隊組成之基本資料(附件 1.1 及附件 1.2)、合作契約及規範。

(二) 成立「全民健康保險區域醫療整合計畫執行委員會」

1. 委員會人員名單

2. 委員會之組織章程。

3. 執行委員會間之關係、權利與義務、管理與協調等運作方式。

(三) 團隊間進行管理、照顧、財務、資訊等整合面實際運作模式及方法。

1. 管理整合：人事、設備、物料..之協調管理。

2. 照顧整合：不同層級如何合作、專科間如何互補、不同專長如何互助...等

3. 財務整合：合作院所間如何進行財務之整合(如：收入、支出與投資、調度...)等。

4. 資訊整合：在管理、照顧、財務面所須之軟、硬體資訊如何整合與共享..等。

五、區域醫療服務計畫。

六、計畫評核之自選指標(含操作型定義)。

七、財務分配與風險承擔計畫。

八、民眾權益維護與申訴管道。

九、承諾與保證。

為提供民眾完整服務，團隊應參與保險人相關計畫(如：檢驗檢查上傳、查詢藥歷檔、提供設備供民眾下載健康存摺、住院 DRG...)，做為所提承諾之一項。

十、其他。

附件 1.1

團隊組成院所清單

序號	院所名稱	院所代碼	縣市鄉鎮	層級別	專科別	醫師人數	參與健保之計畫名稱	院所聯絡人	聯絡電話

備註：

1. 主責院所請列序號 1，其餘團隊組成院所名稱，則依序編號。
2. 層級別：依評鑑結果分為醫學中心、區域醫院、地區醫院與基層診所。
3. 專科別請依醫療院所之特約科別填入，可以填入多個專科別；專科醫師人數以提報日期仍服務於院所之專任數。
4. 參與健保之計畫名稱，以提報日期時仍參加健保各項之計畫名稱。

附件 1.2

團隊院所病床規模

院所 序號	病床 類別	一般病床			特殊病床									合計		
		急性病床		慢性一 般病床	小計	加護 病床	燒燙傷 病床	洗腎 治療床	嬰兒床	嬰兒 病床	觀察床		手術恢 復床		呼吸照 護病床	小計
		急性一 般病床	急性精 神病床								急診觀 察床	其他觀 察床				
1	登記數															
1	開放數															

備註：

1. 本表請依實際狀況填寫。
2. 本表院所序號請與附件 1.1 所列之院所名稱及序號相符。

全民健康保險區域醫療整合計畫

「評估申請書」

一、申請區域：OO 縣(市)OO 鄉(鎮市區)、OO 縣(市)OO 鄉(鎮市區)...

二、申請院所：

序號	合作院所名稱	合作院所代號	院所開業所在地		合作院所申請人簽名
			縣(市)	鄉鎮市區	
1					
2					
3					
4					
5					

備註：保險人分區業務組按申請區域及院所代號，計算本計畫陸.二.(二).3 所訂「團隊與照護對象指標」等三項指標之達成度；前述申請之區域範圍，限合作院所開業所在之行政區域(鄉鎮市區)為單位。

主責申請院所：_____

主責聯絡人及電話：_____

申請日期：_____

中央健康保險署 OO 業務組回復單

一、申請區域屬性：如：山地離島、得減免自行負擔之醫療資源缺乏地區，非屬前述區域者。

二、申請指標達成度評估結果

指標一：照護對象於團隊內之就醫費用(點數)，至少占照護對象整體就醫費用(點數)之 50%。評估結果_____%

指標二：照護團隊門診醫療費用(點數)，來自於照護對象門診醫療費用(點數)至少占 50%。評估結果_____%

指標三：照護對象於團隊內基層診所之門診就醫次數，至少占照護對象於團隊內之總門診就醫次數之 50%。評估結果_____%

全民健康保險區域醫療整合計畫

「區域資料申請書」

一、申請區域：OO 縣(市)OO 鄉(鎮市區)、OO 縣(市)OO 鄉(鎮市區)...

二、申請團隊：

序 號	院所 類別	院所名稱	院所代號	院所開業所在地		同意書
				縣(市)	鄉鎮市區	
1	主責申請院所					
2	團隊院所					V
3	團隊院所					V

備註：

1. 申請之區域範圍，限申請團隊院所開業所在地之鄉鎮市區為單位。
2. 申請團隊，除主責申請院所外，因涉及調閱團隊內其他院所之醫療利用資料，應檢附調閱團隊院所同意書。

主責申請院所聯絡人及電話：_____

申請日期：_____

主責申請院所機關用印：

討論事項

第二案

提案代表：朱代表益宏

案由：建議健保署採用新增診療項目的成本分析方式，套用於現行支付標準表之各個項目，對支付標準進行檢討，並爭取預算予以調整，促進支付標準之公平性與合理性，提請討論。

說明：

- 一、現行支付標準乃延用勞保支付標準，未如新增診療項目進行所謂的成本分析。
- 二、因此，建議健保署採用新增診療項目的成本分析方式，套用於現行支付標準之各個項目，試算所得的結果，即可成為一個量尺標準。
此一標準，與現行支付標準做比較，就可看得出來各項目的現行支付與新增項目(採成本分析)的合理差距。
同時，也可作為新增診療項目研議時的考量基準，兼顧新增項目與現行項目的衡平性。
- 三、而對於有差距的支付項目，則應爭取預算，按照差距大小優先順序逐步調整，使所有支付標準項目都能受到公平合理的對待。

結論：