

「醫院總額支付委員會」第十七次會議紀錄

時間：九十三年七月十三日下午二時

地點：中央健康保險局十八樓禮堂

出席委員：

張委員 苙雲
許委員 怡欣
蔡委員 再本
張委員 錦文
莊委員 逸洲
李委員 源德
李委員 良雄
黃委員 俊雄
陳委員 敏夫
蔡委員 長海
許委員 勝雄
梁委員 安億
陳委員 宏一
邱委員 文達
張委員 景年
吳委員 振龍
林委員 高德
童委員 瑞龍
陳委員 誠仁

王貞云^(代)
(請假)
蘇喜^(代)
黃勝雄
莊逸洲
陳瑞瑛^(代)
陳雪芬^(代)
黃瑞美^(代)
郭正全^(代)
(請假)
陳建立^(代)
梁安億
(請假)
黃文雄^(代)
張景年
王美玉^(代)
林高德
童瑞龍
陳誠仁

劉委員 榮宏
張委員 煥禎
張委員 金堅
羅委員 永達
謝委員 文輝
蔡委員 良敏
謝委員 武吉
朱委員 益宏
游委員 漢欽
李委員 允文
蕭委員 志文
曾委員 義青
林委員 振順
鄭委員 素華
梁委員 淑政
尹委員 裕君
李委員 元勇

林淑霞^(代)
郭宗正^(代)
陳冰虹^(代)
(請假)
謝文輝
蔡良敏
謝武吉
朱益宏
游漢欽
李允文
蕭志文
曾義青
林振順
(請假)
梁淑政
尹裕君
(請假)

中華民國醫師公會全國聯合會 陳宗獻

列席單位及人員：

行政院衛生署 梁淑政
全民健康保險醫療費用協定委員會 張友珊
台灣醫院協會 吳明彥 董家琪
中華民國醫師公會全國聯合會 張依萍
台灣區製藥工業同業公會 王舜
中華民國西藥代理商同業公會 陳世雄 朱茂男
中華民國製藥發展協會 章修績
中華民國開發性製藥研究協會 吳國男 程馨
中華民國藥品行銷暨管理協會 李謀進 李勝文
台北市西藥代理商業同業公會 洪錦峰

- 刪除：中華民國 93 年 07 月 13 日
- 醫院總額支付委員會第17次會議
- 議程資料
- 分頁符號
- 醫院總額支付委員會第17次會議議程
- 壹、主席致詞
- 貳、宣讀「醫院總額支付委員會第16次會議(臨時會)」(會議紀錄)
- 參、報告事項
- 刪除：十六
- 刪除：(臨時會)
- 刪除：五月
- 刪除：施堯啟
- 刪除：符振中
- 刪除：許怡欣
- 刪除：(請假)
- 刪除：謝金達
- 刪除：(請假)
- 刪除：張錦文
- 刪除：羅永達
- 刪除：(請假)
- 刪除：林富滿
- 刪除：(請假)
- 刪除：蔡長海
- 刪除：江宏哲
- 刪除：陳宏一
- 刪除：(請假)
- 刪除：(請假)
- 刪除：吳振龍
- 刪除：楊麗珠^(代)
- 刪除：(請假)
- 刪除：沈柏青
- 刪除：中華血液基金會
- 刪除：張英二

本局台北分局

林阿明

蔡翠珍

張照敏

刪除: 陳蕙玲

本局北區分局

許寶華

姚愛慧

黃湘

刪除: 黃淑雲

本局中區分局

陳薇鸚

古幼英

刪除: 陳墩仁

本局南區分局

田麗雲

吳錦松

本局高屏分局

曾慧玲

刪除: 謝明雪

本局東區分局

周小筠

羅亦珍

本局醫審小組

曾千芳

陳寶國

黃肇明

刪除: 陳寶國

本局企劃處

曾政富

刪除: 曾政富

本局稽核室

張庭其

刪除: 何佩華

本局秘書室

莊晶

刪除: 張庭其

本局會計室

(請假)

刪除: (請假)

本局財務處

(請假)

刪除: 賴秋伶

本局承保處

廖曉蓓

本局資訊處

吳孟宴

刪除: 陳明哲

本局數據處理中心

洪于淇

刪除: 曲同光

本局醫務管理處

曲同光

龐一鳴

張溫溫

刪除: 龐一鳴

謝其政

孫嘉敏

刪除: 劉

主席: 賴副總經理進祥

紀錄: 林淑範

刪除: 見祥

壹、主席致詞: (略)。

格式化

... [2]

貳、宣讀「醫院總額支付委員會第16次會議(臨時會)」會議紀錄

刪除: 九十三年醫院總額業務執行討論會暨醫院總額支付委員會第十五次會議

... [3]

結論: 確定。

刪除: 」

刪除: .

參、討論事項。

第一案

提案人: 張委員錦文

案由: 攸關「醫院卓越計畫支付原則(草案)」案, 提請討論。

結論: .

... [4]

刪除: .

刪除: 說明

格式化: 項目符號及編號

刪除: .

... [5]

參、報告事項

第一案

報告單位: 醫務管理處

案由: 92年醫院總額結算報告。

結論:

一、結算報告計算方式確認無誤, 並符合費協會決議。

二、92年總額未呈現應有之成長率, 原因何在? 應重新檢視資

料，並提出合理說明。

三、部分委員反映：「行政院衛生署去年在立法院與醫院之代表協商時，承允諾如因受到 SARS 影響，以致發生個別醫院 92 年全年平均點值低於 0.9 元、或各層級醫院之平均點值未達 0.9572 元之情形，將予補足」乙節。實情如何，尚待瞭解，應將委員意見陳報衛生署處理。

四、醫療費用支付方式，應予全面檢討改進，使院所被追扣之機會降至最低，以減少不必要之困擾與風險。因應上述意見，本局將報請修改相關法規，朝核付及結算作業減少追扣機會，增加補付機會方式辦理。

第二案

報告單位：醫務管理處

案由：醫院總額支付制度執行概況。

結論：請各委員自行參閱書面資料。

肆、討論事項

第一案

提案人：張委員錦文

案由：攸關「九十三年度醫院卓越計畫支付原則」之監測指標及申請期限案，提請 討論。

結論：

一、同意以台灣醫院協會所提門住診比例、IC 卡上傳比、醫院感染控制品質指標、抗生素使用率、院內感染率、門住診藥費成長率及平均住院天數等七項，作為自律性之監測指標。惟請台灣醫院協會明確訂定上述指標之操作型定義、資料來源、資料提供單位及監測值後，按支付原則第柒條第二項之規定，提報全民健康保險醫療費用協定委員會。

二、本局 93 年 7 月 5 日公告之「九十三年醫院卓越計畫支付原則」，已配合衛生署 93 年 7 月 1 日衛生署健保字第 0932600200 函之建議，將申請之期限修訂為 93 年 7 月 31 日以前。

刪除：

刪除：(附件三)

刪除：

刪除：————分頁符號————

刪除：(草案)

刪除：

刪除：說明：

一、依據九十三年六月十六日全民健康保險醫院總額支付執行委員會(以下簡稱執委會)第三次及第四次會議決議辦理。

二、監測指標之項目數量，係依據全民健康保險醫療費用協定委員會決議之 6-9 項為限，執委會選定三層級共通性指標，指標項目如下：

(一)政策要求：

1. 門住診比例；2. IC 卡上傳比；3. 醫院感染控制品質指標。

(二)醫療品質控管。

1. 抗生素使用率；2. 院內感染率；

(三)健保資源合理使用。

1. 門住診藥費成長率；2. 平均住院天數。

<#>其他三項指標、基期年及各項指標之閾值，則授權執委會各分會與中央健康保險局各分局共同討論。

<#>因本計畫無法如期依照原訂時程進行，故申請期限變更為：六月底醫院提出參與意願申請書，於七月底完成申請文件之送審。

... [6]

格式化: 縮排: 左: 0.5 cm, 凸出: 6.24 字元, 編號 + 階層: 2 + 編號樣式: 一, 二, 三 (繁) ... + 起始號碼: 1 + 對齊方式: 左 + 對齊: 1.35 cm + 定位點之後: 2.62 cm + 縮排: 2.62 cm, 定位點: 不在 6.2 字元

第二案

提案人：張委員錦文

案由：攸關「醫院總額品質保證保留款分配方案」(草案)修正案，提請討論。

結論：同意將「醫院總額品質保證保留款分配方案」(草案)部分條文修正如下：

- 一、第五條前段，修正為「申請醫院須於九十三年九月底以前，向醫院總額受託單位提出申請。」
- 二、第六條第二點之(二)，修訂品質指標資料計算來源。
- 三、第六條第三項之(二)前段，修訂為「醫院總額受託單位可於現行醫療院所例行申報至健保局之資料中，選擇五項可以計算之共通性品質指標，以計算其分數。」
- 四、增列第六條第四項，彙整部分地區醫院品質保留款辦理研討會乙項，惟由於醫院品質保證保留款按本方案計算後，依醫療費用核付程序撥付醫院，故參與醫院條件、醫院保留款提撥方式及辦理研討會單位、研討會內容應於本方案中明訂，以利後續追蹤辦理。
- 五、第七條監測指標前段，修訂為「醫院總額受託單位在九十三年七月底前召開監測指標之說明會。」
- 六、第九條修訂為「本方案年結算一次，醫院總額受託單位應於九十四年五月底前，提供參加本保留款分配之醫院名單及各醫院分配金額，以利辦理撥付事宜。」
- 七、請台灣醫院協會按照以上會議結論，修訂「醫院總額品質保證保留款分配方案」(草案)，並送交健保局，俾利陳報衛生署核定及辦理公告事宜。

第三案

提案單位：醫務管理處

案由：台灣區製藥工業同業公會等單位向衛生署陳情，建議「九十三年度醫院卓越計畫支付原則(草案)之藥品費用，應獨立於個別醫院總額之外」乙案，提請討論。

結論：本案涉及整體總額分配方式，且影響醫院之營運管理，為求慎重，請台灣區製藥工業同業公會與台灣醫院協會，另行研議。

刪除：二、本局前於93年6月23日以健保醫字第0930060054函陳報本支付原則(草案)，其中第肆點第一項規定，申請醫院須於93年6月底以前擬具醫院卓越醫院計畫書，向本局各分局提出申請。衛生署93年7月1日以衛署健保字第0932600200函核定，並建議申請期限改為「93年7月31日以前」。故本局93年7月5日公告上述支付原則時，已配合衛生署建議展延申請日期(附件三)。

結論：

刪除：說明：
<#>本案業已於93年5月10日經中央健康保險局召開之「醫院總額支付委員會第16次會議」中討論通過，並於93年5月19日健保醫字第0930059859號函送署公告之。
<#>經中央健康保險局轉達本會攸關行政院衛生署對本案之建議如下：
(一)攸關品質保證保留款的基本獎勵，除原訂之加入TQIP及THIS之外，應再增加其他相關之指標系統，不應只限制在此二項。
(二)攸關五項共通性指標部分，建議指標之選擇，應考量可由醫療院所現行向中央健康保險局申報之資料中計算所得之指標，如此較

刪除：

格式化：項目符號及編號

刪除：致

刪除：

刪除：說明：台灣區製藥工業同業公會等單位九十三年五月十九日致衛生署陳情書，內容如下：
一、貴署費協會93.5.14第八十八次委員會審議

伍、臨時動議

提案人：朱委員益宏

案由：92年第2季受到SARS影響，運用總額預算貼補部分醫院營
收差額，詳情如何，請惠說明。

結論：請於下次委員會議提出報告。

刪除：——分頁符號——

附件三 九十三年
醫院卓越計畫支付原則

壹、依據

依據全民健康保險醫療費用
支付標準總則第十四點辦理。

貳、目的

一、配合後 SARS 健保目標及
分區改革策略，發展醫院改
革計畫、維護病人就醫權益
、提升醫療品質。

二、藉分區預算及計畫，引
導醫院以合作代替競爭，以
落實區域醫療保健體系。

三、藉醫院個別化計畫，降
低醫院改革風險。

參、參加條件

一、願意配合政策方向及轄
區醫療需求，提昇醫療品質
，良好使用健保資源，以改
造現行健保體系的健保合約
醫院。

二、最近二年內不得有違反
本保險特約管理辦法第三十
四條、第三十五條情事，經
本局處以停（終）止特約確
定者。

三、願意定期公開醫療品質
指標及相關資訊。

肆、申請程序

<#>申請醫院須於九十三年
七月三十一日以前，擬具醫
院卓越計畫書，向健保局各
分局提出申請。

<#>上述計畫書內容應包括

：（一）政策目標之配合：衛
生署「後 SARS 台灣重建計畫
—醫療及公共衛生改造方案
」之健保體系改造計畫及全
民健康保險醫療費用協定委

中華民國 93 年 07 月 13 日

醫院總額支付委員會第17次會議 議程資料

分頁符號

醫院總額支付委員會第 17 次會議議程

壹、主席致詞

貳、宣讀「醫院總額支付委員會第16次會議(臨時會)」(會議紀錄.....1

參、報告事項

92年醫院總額結算報告.....24

醫院總額支付制度執行概況.....24

肆、討論事項

攸關「九十三年度醫院卓越計畫支付原則(草案)」之監測指標及申請期限.....25

攸關「醫院總額品質保證保留款分配方案」修正案（草案）
.....26

台灣區製藥工業同業公會等單位致衛生署，陳情「九十三年
度醫院卓越計畫支付原則(草案)之藥品費用，應獨立於
個別醫院總額外乙案.....28

伍、臨時動議

-----分頁符號-----

第 2 頁: [2] 格式化

Hslin

2006/7/14 11:24:00 AM

縮排: 左: 0 cm, 凸出: 7.26 字元, 編號 + 階層: 1 + 編號樣式: 壹, 貳, 參 ... + 起
始號碼: 1 + 對齊方式: 左 + 對齊: 0 cm + 定位點之後: 1.01 cm + 縮排: 1.01 cm,
定位點: 0 字元, 清單標籤 + 不在 1.5 字元

第 2 頁: [3] 刪除

a110096

2004/7/14 2:58:00 PM

九十三年醫院總額業務執行討論會暨醫院總額支付委員會第十五
次會議

第 2 頁: [4] 刪除

a110096

2004/7/16 1:52:00 PM

參、討論事項

第一案

提案人：張委員錦文

案由：攸關「醫院卓越計畫支付原則（草案）」案，提請 討論

結論：

一、「醫院卓越計畫支付原則（草案）」修訂內容如下：

(一)肆、申請程序第一點修訂為：申請醫院須於九十三年六月底以前，擬具醫院卓越計畫書，向健保局各分局提出申請。

(二)伍、醫療費用第四點修訂為：參與「醫院卓越計畫」者，其管控改善成果得回饋參與醫院。

(三)柒、監測指標第一點修訂為：由健保局各分局與參加醫院依監測目標協議監測指標及操作型定義，每一監測目標選擇二至三項監測指標。門住診比例調整為必要指標，應依各類醫院訂定不同比例，以門住診費用比例 45:55 為總體目標，並依費協會協議辦理。

二、本案部分內容涉及醫院總額分配架構，將送請全民健康保險醫療費用協定委員會討論，並請台灣醫院協會研擬分季、分區門住診比例調整時程之配套措施，陳送費協會併案討論。

三、本案經討論後修正如附件一。

第二案

提案人：張委員錦文

案由：攸關「醫院總額品質保證保留款分配方案（草案）」案，提請討論。

結論：「醫院總額品質保證保留款分配方案（草案）」修正如附件二，報請行政院衛生署核定及費協會核備後，由本局公告。

第三案

提案單位：本局醫務管理處

案由：研訂「全民健康保險醫療費用支付標準特定檢查資源共享試辦計畫」（草案）乙案，提請討論。

結論：

通過「全民健康保險醫療費用支付標準特定檢查資源共享試辦計畫」，如附件三。

本案俟有半年完整申報資料後進行檢討。

第四案

交議單位：行政院衛生署

案由：有關財團法人中華血液基金會建議全民健康保險醫療費用支付標準「輸血診療項目」支付點數是否採固定點值每點一元乙案，提請 討論。

結論：本案按費協會 92 年 12 月 26 日費協字第 0925901295 號公告，九十三年醫院總額除藥品及藥事服務分別依藥價基準及以每點一元自地區總額預先扣除外，需保障或鼓勵之醫療服務，回歸支付標準處理，以提供合理誘因。

肆、散會：下午五時三十分。

章節結束

九十三年醫院總額「醫院卓越計畫」支付原則(草案)對照表

<p>醫院總額第十六次委員會議修訂條文</p>	<p>醫院總額第十五次委員會議修訂條文</p>	<p>本局原條文案</p>	<p>說明</p>
<p>壹、依據 依據全民健康保險醫療費用支付標準總則第十五點辦理。</p>	<p>壹、依據 依據全民健康保險醫療費用支付標準總則第十五點辦理。</p>	<p>壹、依據 依據全民健康保險醫療費用支付標準總則第十五點辦理。</p>	
<p>貳、目的 配合後 SARS 健保目標及分區改革策略，發展醫院改革計畫、維護病人就醫權益、提升醫療品質。 藉分區預算及計畫，引導醫院以合作代替競爭，以落實區域醫療保健體系。 三、藉醫院個別化計畫，降低醫院改革風險。</p>	<p>貳、目的 一、配合後 SARS 健保目標及分區改革策略，發展醫院改革計畫、維護病人就醫權益、提升醫療品質。 二、藉分區預算及計畫，引導醫院以合作代替競爭，以落實區域醫療保健體系。 三、藉醫院個別化計畫，降低醫院改革風險。</p>	<p>貳、目的 配合後 SARS 健保目標及分區改革策略，發展醫院改革計畫，提升醫療品質。 藉分區預算及計畫，引導醫院以合作代替競爭，以落實區域醫療保健體系。 三、藉醫院個別化計畫，降低醫院改革風險。</p>	<p>第一點增列病患就醫權益維護之文字。</p>
<p>參、參加條件 願意配合政策方向及轄區醫療需求，提昇醫療品質，良好使用健保資源，以改造現行健保體系的健保特約醫院。</p>	<p>參、參加條件 一、願意配合政策方向及轄區醫療需求，提昇醫療品質，良好使用健保資源，以改造現行健保體系的健保特約醫院。</p>	<p>參、參加條件</p>	<p>維持參加計畫之消極條件；積極條件則已予放寬。</p>

<p>醫院總額第十六次委員會議修訂條文</p>	<p>一、最近二年內不得有違反本保險特約管理辦法第三十四條、第三十五條情事，經健保局處以停（終）止特約確定者。</p> <p>三、願意定期公開醫療品質指標及相關資訊。</p>	<p>醫院總額第十五次委員會議修訂條文</p>	<p>二、最近二年內不得有本保險特約管理辦法第三十四條、第三十五條所列情事，經健保局處以停（終）止特約確定者。</p> <p>三、願意定期公開各項醫療品質指標及相關醫療資訊。</p>	<p>本局原條文草案</p>	<p>一、消極條件：最近二年內不得有違反本保險特約管理辦法第三十四條、第三十五條情事，經本局處以停（終）止特約確定者。</p> <p>二、積極條件：</p> <p>（一）凡具備各「全民健康保險醫療給付改善方案試辦計畫」資格之醫院，均已加入各該改善方案試辦計畫。</p> <p>（二）參加本計畫醫院，應提供下列資訊並同意公開：</p> <p>1 每季結束後一個月內檢送醫院之資產負債表、損益平衡表及現金流量表至本局各分局。</p> <p>2 每月申報金額及案件數、病人數、醫療費用。</p>	<p>說明</p>	
-------------------------	---	-------------------------	---	----------------	--	-----------	--

<p>醫院總額第十六次委員會議修訂條文</p>	<p>醫院總額第十五次委員會議修訂條文</p>	<p>本局原條文草案</p>	<p>說明</p>
<p>肆、申請程序 申請醫院須於九十三年六月底以前，擬具醫院卓越計畫書，向健保局各分局提出申請。</p>	<p>肆、申請程序 申請醫院須於九十三年六月底以前，向健保局各分局提出申請。</p>	<p>3 依監測目標，自行選擇十項醫療品質監測指標。 (三) 配合轄區醫療需求、公共衛生任務，提供醫療衛生服務。</p>	<p>簡化申請程序。</p>
<p>伍、醫療費用 一、支付金額：依健保局各分局與參加醫院事先協商全年及各月醫院總額範圍(不含洗腎、專款專用)</p>	<p>伍、醫療費用 一、支付金額：依健保局各分局與參加醫院事先協商全年及各月醫院總額範圍(不含洗腎、專款專用)</p>	<p>肆、申請程序： 一、申請醫院應依支付原則擬具醫院卓越計畫書，於93年2月底以前，向本局各分局提出申請。 二、本局各分局受理醫院之申請後，於一個月內進行資料核對、分析、實地訪視等作業，若醫院不符參加條件應書面通知。</p> <p>伍、醫療費用 一、支付金額：依本局各分局與參加醫院事先協商全年及各月醫院總額範圍(不含洗腎、專款專用)之</p>	<p>1 修訂成長率上限。 2 增列參與者可獲得回饋金。</p>

醫院總額第十六次委員會議修訂條文	醫院總額第十五次委員會議修訂條文	本局原條文草案	說明
<p>）之金額支付，其相對去年同期之成長率以全民健康保險醫療費用協定委員會協定本年醫院總額每人醫療給付費用成長率的1.2倍為上限。</p> <p>一、支付金額應參考醫院過去服務人數及病例組合、未來病人保障及品質提昇計畫，以及執行費協會協商項目各項措施而致醫療服務效率提升之減項成長率。</p> <p>三、支付金額與醫療項目服務點數差額之處理方式：醫療費用原則上以協商金額支付，醫療服務點數超出支付金額部分不予支付，另醫療服務點數低於支付金額，轄區分局得依監測目標及醫療服務審查結果，事先協商處理方</p>	<p>）之金額支付，其相對去年同期之成長率以全民健康保險醫療費用協定委員會協定本年醫院總額每人醫療給付費用成長率的1.2倍為上限。</p> <p>一、支付金額應參考醫院過去服務人數及病例組合、未來病人保障及品質提昇計畫，以及執行費協會協商項目各項措施而致醫療服務效率提升之減項成長率。</p> <p>三、支付金額與醫療項目服務點數差額之處理方式：醫療費用原則上以協商金額支付，醫療服務點數超出支付金額部分不予支付，另醫療服務點數低於支付金額，轄區分局得依監測目標及醫療服務審查結果，事先協商處理方</p>	<p>金額支付，其相對去年同期之成長率以全民健康保險醫療費用協定委員會協定本年醫院總額每人醫療給付費用成長率1.5倍為上限。</p> <p>一、支付金額應參考醫院過去服務病人數及病例組合、未來病人保障及品質提昇計畫，以及執行費協會協商項目各項措施而致醫療服務效率提升之減項成長率。</p> <p>三、支付金額與醫療服務點數差額之處理方式：醫療費用原則上以協商金額支付，醫療服務點數超出支付金額部分不予支付，另醫療服務點數低於支付金額，轄區分局得依監測目標及醫療服務審查</p>	<p>3部分文字修正。</p>

<p>醫院總額第十六次委員會議修訂條文</p>	<p>醫院總額第十五次委員會議修訂條文</p>	<p>本局原條文草案</p>	<p>說明</p>
<p>式。 四、參與「醫院卓越計畫」者，其管控改善成果得回饋參與醫院。</p>	<p>式。 四、參與「醫院卓越計畫」者，其管控改善的成果，得回饋參與之醫院。</p>	<p>結果，事先協商處理方式。</p>	
<p>陸、監測目標 按「後 SARS 台灣重建計畫－醫療及公共衛生改造方案」之健保體系改造計畫及全民健康保險醫療費用協定委員會協定結果。依（一）政策要求（二）醫療品質控管（三）健保資源合理使用等三個目標方向，設定如（1）門、住診比例及減少初級照護門診量。（2）住院病例組合（DRGs）之運用。（3）監控醫事人力及設備。（4）強化預防保健。（5）增加長期慢病連續處方箋釋出率。（6）增進用藥品質。（7）提昇急、</p>	<p>陸、監測目標 一、按「後 SARS 台灣重建計畫－醫療及公共衛生改造方案」之健保體系改造計畫及全民健康保險醫療費用協定委員會協定結果，依（一）政策要求（二）醫療品質控管（三）健保資源合理使用等三個目標方向，設定下列事項之相關監測指標。 （一）門、住診比率及減少初級照護門診量。 （二）住院病例組合（DRGs）之運用。 （三）監控醫事人力及設備。 （四）強化預防保健。 （五）加強長期慢性病連續處</p>	<p>陸、監測目標 按「後 SARS 台灣重建計畫－醫療及公共衛生改造方案」之健保體系改造計畫及全民健康保險醫療費用協定委員會協定結果，設定監測目標如下： （一）門、住診比例及減少初級照護門診量。 （二）住院病例組合（DRGs）之運用。 （三）監控醫事人力及設備。 （四）強化預防保健。 （五）增加長期慢性病連續處方箋釋出率。</p>	<p>簡化監測目標。</p>

<p>醫院總額第十六次委員會議修訂條文</p>	<p>醫院總額第十五次委員會議修訂條文</p>	<p>本局原條文草案</p>	<p>說明</p>
<p>重症照護品質。(8)提昇院內感染控制品質……等相關監測指標。</p> <p>一、依總額均衡醫療資源精神，可應地區需要，訂定分區監測目標。</p>	<p>方箋釋出率。</p> <p>(六)增進用藥品質。</p> <p>(七)提昇急、重症照護品質。</p> <p>(八)提昇院內感染控制品質。</p> <p>(九)其他</p> <p>一、依總額均衡醫療資源精神，可應地區需要，訂定分區監測目標。</p>	<p>(六)增進用藥品質。</p> <p>(七)提昇急、重症照護品質。</p> <p>(八)提昇院內感染控制品質。</p> <p>一、依總額均衡醫療資源精神，可應地區需要，訂定分區監測目標。</p>	
<p>柒、監測指標</p> <p>一、由健保局各分局與參加醫院依監測目標協議監測指標及操作型定義，每一監測目標選擇二至三項監測指標。門住診比例調整為必要指標，應依各類醫院訂定不同比例，以門住診費用比例45:55為總體目標，並依費協會決議辦理。</p>	<p>柒、監測指標</p> <p>由健保局各分局與參加醫院依監測目標協議監測指標及操作型定義，每一監測目標選擇二至三項監測指標。</p>	<p>柒、監測指標</p> <p>由本局各分局與參加醫院依監測目標協議監測指標及操作型定義，每一監測目標選擇二至三項監測指標。</p> <p>一、參加醫院於每季結束後</p>	<p>1參與計畫醫院之門住診比例按費協會協定結果辦理。</p> <p>2因簡化監測目標，指標項目大幅減少。</p>

<p>醫院總額第十六次委員會議修訂條文</p>	<p>醫院總額第十五次委員會議修訂條文</p>	<p>本局原條文草案</p>	<p>說明</p>
<p>一、參加醫院於每季結束後一個月內監測結果陳報分局。</p>	<p>二、參加醫院於每季結束後一個月內監測結果陳報分局。</p>	<p>一個月內將監測指標陳報分局。</p>	
<p>捌、醫療服務申報及審查 醫療費用申報及審查，原則按全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法相關規定辦理，各分局並得考量轄區特性或辦理本計畫醫院之醫療需要，規劃異常管理及品質審查之相關作業。</p>	<p>捌、醫療服務申報及審查 醫療費用申報及審查，原則按全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法相關規定辦理，各分局並得考量轄區特性或辦理本計畫醫院之醫療需要，規劃異常管理及品質審查之相關作業。</p>	<p>捌、醫療服務申報及審查 醫療費用申報及審查，原則按全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法相關規定辦理，各分局並得考量轄區特性或辦理本計畫醫院之醫療需要，規劃異常管理及品質審查之相關作業。</p>	
<p>玖、協議書 參與本計畫醫院應與健保局各分局簽訂協議書，該協議書應包含各項資格確認、醫療品質監測指標和醫療費用協議等，且作為全民健康保險特約醫事服務機構合約之附約。</p>	<p>玖、協議書 參與本計畫醫院應與健保局各分局簽訂協議書，該協議書應包含各項資格確認、醫療品質監測指標和醫療費用協議等，且作為全民健康保險特約醫事服務機構合約之附約。</p>	<p>玖、協議書 參與本計畫醫院應與本局各分局簽訂協議書，該協議書應包含各項資格確認、醫療品質監測指標和醫療費用協議等，且作為全民健康保險特約醫事服務機構合約之附約。</p>	
<p>拾、終止要件 一、參與本計畫醫院如有下列</p>	<p>拾、終止要件 一、參與本計畫醫院如有下列</p>	<p>拾、終止要件 一、參與本計畫醫院如有下</p>	

<p>醫院總額第十六次委員會議修訂條文</p>	<p>醫院總額第十五次委員會議修訂條文</p>	<p>本局原條文草案</p>	<p>說明</p>
<p>情形之一者，健保局各分局應通知醫院停止適用本計畫。</p> <p>(一) 不具參加醫院資格。</p> <p>(二) 未按時提報相關資料或提報不實資料。</p> <p>(三) 違反協議書所約定之相關事項。</p> <p>(四) 未能配合衛生署及本局相關政策，由分局或總額承辦單位提報，經醫院總額支付委員討論決議者。</p> <p>二、醫院因故提出終止本試辦計畫者，自停止日起本年內不得再申請加入本計畫。</p> <p>三、計畫終止生效日期：自健保局各分局或醫院提出終止確定後之次月一日生效。</p>	<p>情形之一者，健保局各分局應通知醫院停止適用本計畫：</p> <p>(一) 不具參加醫院資格。</p> <p>(二) 未按時提報相關資料或提報不實資料。</p> <p>(三) 違反協議書所約定之相關事項。</p> <p>(四) 未能配合衛生署及健保局相關政策，由健保局分局或總額承辦單位提報，經醫院總額支付委員討論決議者。</p> <p>二、醫院因故提出終止本試辦計畫者，自停止日起本年內不得再申請加入本計畫。</p> <p>三、計畫終止生效日期：自健保局各分局或醫院提出終止確定後之次月一日生效。</p>	<p>列情形之一者，本局各分局應通知醫院停止適用本計畫。</p> <p>(一) 不具參加醫院資格。</p> <p>(二) 未按時提報相關資料或提報不實資料。</p> <p>(三) 違反協議書所約定之相關事項。</p> <p>(四) 未能配合衛生署及本局相關政策，由分局或總額承辦單位提報，經醫院總額支付委員討論決議者。</p> <p>二、醫院因故提出終止本試辦計畫者，自停止日起本年內不得再申請加入本計畫。</p> <p>三、計畫終止生效日期：自本局各分局或醫院提出終止確定後之次月一日生效。</p>	

<p>醫院總額第十六次委員會議修訂條文</p>	<p>醫院總額第十五次委員會議修訂條文</p>	<p>本局原條文草案</p>	<p>說明</p>
<p>拾壹、執行報告 健保局各分局於辦理本試辦計畫後，每半年選擇轄區一家醫院，由該院於健保局「醫院總額支付委員會」報告該轄區參加醫院之執行成效。</p>	<p>拾壹、執行報告 健保局各分局於辦理本試辦計畫後，每半年選擇轄區一家醫院，由該院於健保局「醫院總額支付委員會」報告該轄區參加醫院之執行成效。</p>	<p>拾壹、執行報告 本局各分局於辦理本試辦計畫後，每半年選擇轄區一家醫院，由該院於本局「醫院總額支付委員會」報告該轄區參加醫院之執行成效。</p>	
<p>拾貳、本計畫應配合主管機關政策方向或費協會協定事項調整之。</p>	<p>拾貳、本計畫應配合主管機關政策方向或費協會協定事項調整之。</p>	<p>拾貳、本計畫應配合主管機關政策方向或費協會協定事項調整之。</p>	

醫院總額品質保證保留款分配方案(草案)

93.05.10

壹、依據

依據全民健康保險醫療費用協定委員會九十二年十二月二十六日費協字第0九二五九0一二九五號公告之九十三年全民健康保險醫療給付費用總額及其分配辦理。

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、參加條件

- 一、凡是九十三年度與中央健康保險局簽訂為健保特約醫院，均可參加此方案。
- 最近二年內不得有全民健康保險醫療服務機構特約及管理辦法第三十四條、第三十五條所違規情事，經中央健康保險局處以停（終）止特約確定者。

肆、預算來源

本計畫預算來自九十三年全民健康險醫院醫療費用總額中「品質保證保留款」之預算，採專款專用方式辦理。

九十三年醫院總額品質保證保留款=(92 年度該部門每人實支醫療費用 x 0.155% x 93 年實際投保人口數)

伍、申請程序

申請醫院須於九十三年六月底以前，向醫院總額受託單位提出申請，並由該會彙整初核後送健保局核備，申請表格由醫院總額受託單位另訂之。

陸、品質保證保留款之分配

- 一、各醫院分配之品質保證保留款=

【九十二年該醫院申報點數/九十二年全國參與本方案醫院總申報

點數】×【九十三年醫院總額品質保證保留款】

二、品質保證保留款的基本獎勵：

- (一)各醫院分配之品質保證保留款的50%為該醫院基本獎勵。
- (二)各醫院得自由參加財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(簡稱醫策會)之TQIP指標計畫或台灣醫務管理學會的THIS指標計畫，並於每月底前提報前月的TQIP或THIS相關指標資料，始可以得到該醫院品質保證保留款的基本獎勵。

三、品質保證保留款的額外獎勵：

各醫院分配之品質保證保留款的50%為各層級醫院額外獎勵基金。

- (二)醫院總額受託單位可以自TQIP或THIS或其他相關指標，選擇五項共通性品質指標計算分數，若該醫院之平均分數為該層級醫院25百分位以上且無本方案第捌點之不得參與分配情形者，依下列比率，分配額外獎勵基金。

分配比率=醫院九十二年申報點數/平均分數為該層級醫院25百分位以上醫院之九十二年總申報點數(不含本方案第捌點之不得參與分配醫院)

柒、監測指標

醫院總額受託單位在九十三年五月底前召開監測指標之說明會，並訂定各層級醫院品質保證保留款之額外獎勵所需的共通性五項品質指標項目。

捌、不予核發條件

- 一、如特約醫院未加入醫策會TQIP指標計畫或台灣醫務管理學會的THIS指標計畫，則本方案陸之二、品質保證保留款的基本獎勵部分移作該層級參與醫院基本獎勵重新分配。

- 二、醫院總額受託單位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，台灣醫院協會可依據醫策會或台灣醫務管理學會之通知，給予警告一次，若警告當年累計達到三次(含)以上，由台灣醫院協會決定該醫院不得參予分配額外獎勵基金。

玖、本方案年結算一次，台灣醫院協會應於九十四年二月底前提供參加本保留款分配之醫院名單，以利計算。

拾、執行報告

醫院總額受託單位須年度結束後彙總報告、相關執行報告。

拾壹、本分配方案經中央健康保險局報請行政院衛生署核定後公告實施，並提報全民健康保險醫療費用協定委員會核備。

附件三

分頁符號

全民健康保險醫療費用支付標準特定檢查資源共享試辦計畫(草案)

93.05.10

壹、目的：總額支付制度下，為鼓勵醫療資源共享，避免患者重複受檢之困擾，爰選定部分特定檢查項目，試行特約醫院間之資源共享，以減少醫療資源浪費，並藉由試辦方式，建立資源共享模式，為以後推廣實施奠定基礎。

貳、現況說明

一、依據中央健康保險局統計，89-90 年同一保險對象六個月內在 different 院所重複使用電腦斷層造影之個案數近 5 萬人，約占電腦斷層造影總個案數之 10.8%，重複使用次數將近 6 萬次，約占電腦斷層造影總申報件數之 12.7%。另六個月內在 different 院所重複使用核磁造影之個案數近 7 千人，約占核磁造影檢查總個案數之 5.43%，重複使用次數將近 8 千次，約占核磁造影檢查總申報件數之 5.91%。

二、現行電腦斷層造影及核磁造影之支付標準如下：

(一)電腦斷層造影支付點數依機型及有無使用顯影劑支付 2185-5035 點。

(二)核磁造影支付點數依有無使用顯影劑支付 6500-11500 點。

三、假設前項檢查次數可以減少 10% -100%，扣除本試辦計畫支給之費用，估計一年可節餘 1,303 萬元至 13,034 萬元。

參、試辦項目：初期選定醫療費用支付標準特定診療之下列二項特殊造影檢查先行試辦，未來視試辦情形再逐步檢討開放。

一、電腦斷層造影檢查 Computered Tomography（支付標準診療項目編號 33067B-33072B）。

二、磁振造影 Magnetic resonance imaging（支付標準診療項目編號 33084A-33058A）。

肆、辦理方式：

一、申請程序：

（一）由第二次處方醫院申請為原則，申請程序如下：

保險對象經醫師診治因病情需要，得由第二次處方醫院，「全民健康保險特殊造影檢查複製片及報告申請書」向原檢查醫院申請特殊造影檢查複製片及報告，以供診斷疾病之參考。

原檢查醫院應於受理後 2 日內（以郵戳為憑）提供特殊造影檢查複製片及報告以供第二次處方醫院診治醫師參考，病人情況緊急者應當日立即提供。

（二）特殊情況得由保險對象或親友提出申請，申請程序如下：

保險對象或其親友持由第二次處方醫院醫師開具之全民健康保險特殊造影檢查複製片及報告申請書、身分證明文件及保險憑證，向原檢查醫院提出申請，保險憑證僅供驗明具被保險人身分，不須蓋卡。

原檢查醫院應於受理申請之當天提供特殊造影檢查複製片及報告。

（三）藉由影像檔案儲存與通信傳輸系統（PACS Picture Archiving and Communications System）申請：第二處方醫院及原檢查醫院若具有 PACS，則第二處方醫院得以 PACS 向原檢查醫院申請，其餘比照書面申請方式。

二、全民健康保險特殊造影檢查複製片及報告申請書格式（如附件一）一式二聯，第一聯送原檢查醫院申請，第二聯由第二次處方醫院留存。

三、受理與回饋：原檢查醫院應設立單一窗口，處理相關行政作業，包括申請書受理、提供複製片及報告，第二次處方醫院應依醫療法規規定於門診完成診治後三日內，病患住院者出院後二星期內，將處理情形回復原檢查醫院。

四、作業流程如附件二。

分頁符號

伍、支付標準

通則：

- 一、原檢查醫院提供特殊造影檢查複製片及報告費，所訂點數除鼓勵資源共享外，並包含檢查報告、造影複製片、X光底片、行政管理及郵寄等費用在內；第二次處方醫院申請特殊造影檢查複製片及報告費，所訂點數除鼓勵資源共享外，並包含診斷判定費、底片整理、及相關行政等費用在內。
- 二、保險對象特殊造影檢查複製片及報告於原檢查醫院及第二次處方醫院間之提供與申請，以乙次為限。
- 三、行政院衛生署醫院評鑑特約醫事服務機構申請併同評鑑者，視為同一醫事服務機構，應主動提供同一醫院之醫師診治疾病之參考，不得申請本試辦計畫支付標準項目費用。

申報編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P2101C P2102C	原檢查醫院提供特殊造影檢查複製片及報告費 電腦斷層檢查 磁共振造影 <u>註：以PACS方式提供比照申報。</u>		V v	V v	V v	1340 2445
P2103C P2104C	第二次處方醫院申請特殊造影檢查複製片及報告費 電腦斷層檢查 磁共振造影檢查 <u>註：以PACS方式提供比照申報。</u>		V v	V v	V v	1340 2445

陸、品質監測

一、指標項目：

- (一)同一保險對象在同一醫院（原檢查或第二次處方醫院）六個月內重複檢查之比率。
- (二)同一保險對象在不同醫院（原檢查及第二次處方醫院）六個月內重複檢查之比率。
- (二)同一保險對象在參與及未參與試辦醫院六個月內重複檢查之比率。

（※以上”六個月內”指在原處方醫院檢查日起算）

二、監測處理

採事後每季檔案分析，自試辦後第二季分析結果超常（暫以超出平均值二個標準差）之醫院，應提出書面說明報告，自試辦後第二季起，連續二季或一年內二次以上分析結果超常者，應於醫院總額支付委員會提出說明報告。

分頁符號

附件三之一

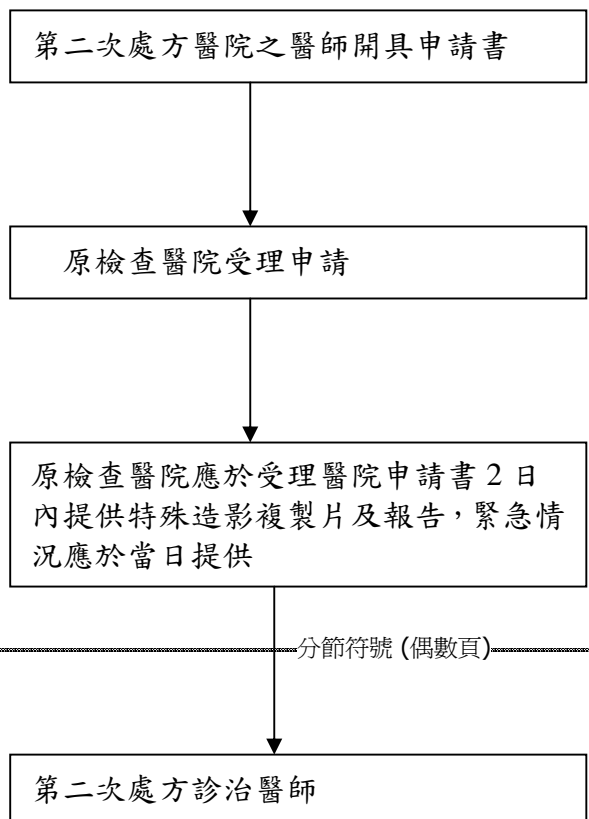
全民健康保險特殊造影檢查複製片及報告申請書

保險對象基本資料	姓名	性別	出生日期
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民國（前） 年 月 日
	身分證字號/居留證字號	聯絡電話	聯絡地址
		住家： 公：	
申請特殊造影檢查名稱	日期：		
原檢查醫院名稱及代號		原檢查醫院 病歷號碼	

第二次處方醫院（無論是否由醫院申請本欄均需填寫）	診治醫師姓名：		醫院名稱；															
			醫院代號：															
	戳章：		戳章：															
病人或親友申請（由醫院申請者免填本欄）	申請人姓名		身分證字號/ 居留證字號															
	與申請人關係	<input type="checkbox"/> 病人本人 <input type="checkbox"/> 申請人姓名：																
			簽章：															

分頁符號

附件三之二 申請特殊造影檢查複製片及報告作業流程圖：



分節符號 (偶數頁)

九十二年第一季至第四季醫院總額點值計算說明表(附件一)。

各醫院點值一覽表(資料後補)。

說明：

- 一、依據九十三年六月十六日全民健康保險醫院總額支付執行委員會（以下簡稱執委會）第三次及第四次會議決議辦理。
- 二、監測指標之項目數量，係依據全民健康保險醫療費用協定委員會決議之 6－9 項為限，執委會選定三層級共通性指標，指標項目如下：

(一)政策要求：

1. 門住診比例；2.IC 卡上傳比；3.醫院感染控制品質指標

(二)醫療品質控管

1. 抗生素使用率；2.院內感染率；

(三)健保資源合理使用

1. 門住診藥費成長率；2.平均住院天數

其他三項指標、基期年及各項指標之閾值，則授權執委會各分會與中央健康保險局各分局共同討論。

因本計畫無法如期依照原訂時程進行，故申請期限變更為：六月底醫院提出參與意願申請書，於七月底完成申請文件之送審。

醫管處意見：

台灣醫院協會為確保民眾就醫品質及可近性，所定之自律性監測指標，應請醫院協會明確訂定操作型定義、資料來源及提供

單位及監測值後，按支付原則第柒條第二項規定，提報全民健康保險醫療費用協定委員會；另分區醫院總額執行委員會應按月分析上述自律性監測指標並製成報表，公開監測結果，如有異常情形，應立即檢討原因，提出改進對策。

說明：

本案業已於 93 年 5 月 10 日經中央健康保險局召開之「醫院總額支付委員會第 16 次會議」中討論通過，並於 93 年 5 月 19 日健保醫字第 0930059859 號函送署公告之。

經中央健康保險局轉述本會攸關行政院衛生署對本案之建議如下：

- (一)攸關品質保證保留款的基本獎勵，除原訂之加入 TQIP 及 THIS 之外，應再增加其他相關之指標系統，不應只限制在此二項。
- (二)攸關五項共通性指標部分，建議指標之選擇，應考量可由醫療院所現行向中央健康保險局申報之資料中計算所得之指標，如此較具客觀性及時效性。
- (三)指標之選擇，建議可參考「感染控制計畫」中之相關指標項目。
- (四)是否考慮小型醫院；由於小型醫院申報金額比例相對偏低，不易聘請專人使用指標系統，故是否同意在某一申報額以下，保留其品質保證保留款，經彙整後用以舉辦醫療品質相關研討會或研習營等。

針對上述之建議，本會於 93 年 6 月 16 日全民健康保險醫院總額支付執行委員會第四次會議中討論，並得決議如下：

攸關基本獎勵加入之指標系統，仍維持 TQIP 及 THIS，考量全民健康保險醫院總額支付執行委員會無法審查，故不同意再另增加醫院自行選擇的其他指標系統。

在選擇五項共通性指標時，同意選擇可由醫療院所現行例行向中央健康保險局申報之資料中所得之指標。

同意地區醫院在某一申報額下，保留其品質保證保留款，經彙整後用以舉辦醫療品質相關討論會或研習會，決議由台灣地區醫院協會及執行辦公室負責擬案後，提會討論。

茲因本案已無法如期依照原訂時程進行，故擬變更「醫院總額品質保證保留款分配方案（草案）」第五條：「申請醫院須於九十三年~~五~~九月底以前，向醫院總額受託單位提出請，……」及第七條：「醫院總額受託單位在九十三年~~五~~七月底前召開監測指標之說明會，並訂定……」

本會「醫院總額品質保證保留款分配方案」修正對照表如附件四。

醫管處意見：

原則同意台灣醫院協會所提修正意見，惟新增第六條第四項彙整部分地區醫院品質保留款辦理研討會乙項，由於醫院品質保證保留款按本方案計算後，依醫療費用核付程序撥付醫院，故參與醫院條件、醫院保留款提撥方式及辦理研討會單位、研討會內容應於本方案中明訂，以利後續追蹤辦理。

為利本方案之結算作業，建議第九條修改為「本方案年結算一次，醫院總額受託單位應於九十四年二月底前提供參加本保留款分配之醫院名單及各醫院分配金額，以利辦理撥付事宜。」

說明：台灣區製藥工業同業公會等單位九十三年五月十九日致衛生署陳情書，內容如下：

- 一、貴署費協會 93.5.14 第八十八次委員會議審議之臨時提案「九十三年度醫院卓越計劃支付原則(草案)」，其雖依全民健康保險醫療費用支付標準總則第十五點辦理，但該總則以全民健康保險法第五十一條為法源依據。經查該條係在規定支付標準及藥價基準之擬訂方式，並非在規範醫療及藥品費用支付方式。同條第二項所述醫療費用支付標準，亦僅規範以同病同酬為原則，並以相對點數反應各項醫療服務之成本，足證該條所稱之支付標準，僅適用於以點數計算之醫療服務項

目，應不含藥品費用。

二、中華民國醫院協會醫院總額支付委員會所擬之「九十三年度醫院卓越計劃支付原則(草案)」，並未明確說明參加卓越計劃各醫院之費用總額是否包含「藥品費用」。案雖經費協會第八十八次委員會議於支付原則(草案)第五條「醫療費用」項下，增列「參與醫院應依全民健康保險法第五十條醫療費用支付標準及藥價基準，申報其醫療服務之點數及藥品費用」，但對各醫院之費用總額是否包含藥品費用及藥品費用如何或自何預算優先扣除，反避而未加釐清，更增混淆。

三、依全民健康保險法第四十九條第三項規定，醫療給付費用總額得分區訂定門診及住院費用之分配比例，另，門診醫療給付費用總額，得依各部門醫師開立之門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比例及醫藥分帳制度。因之，藥費自不得包含於各別醫院之費用總額中。同法第五十條第三項亦明訂藥品支付之費用，超出前條(指第四十九條)預先設定之藥品費用總額時，其超出部份之一定比例，應自當季之門診醫療給付費用總額中扣除。足證藥品費用除應預先設定「藥品費用總額」，於必要時，亦僅能再「分地區」設定。絕不能隨意分割，納入各別醫院之費用總額中。設若「九十三年度醫院卓越計劃支付原則(草案)」，僅為試辦性質而暫准先予實施，其藥品之支付，亦絕須依全民健康保險法第五章醫療費用支付各相關條文之規定辦理。故費協會第八十八次委員會議對「支付原則(草案)」第五條「醫療費用」項下增列之條文，宜修訂如下：

「參與醫院應依全民健康保險法第四十九條、第五十條之規定，申報其醫療服務之點數；藥品費用則依費協會 92.10.31 第八十一次決議之九十三年度醫療給付費用總額分配架構，各地區所分配之門住診總額中，分別優先扣除」。

四、全民健保自民國八十四年實施迄今，已逾九載，各部門之藥品支付費用於經詳加分析及校正後，應可輕易訂定各部門藥品費用之合理分配比例。為尊重醫師之處方權，及兼顧消費者用藥權益，藥品業界即屢建請分別設定醫院、西醫基層、

中醫及牙醫各部門之「藥品費用」分配比例。終獲 費協會 92.9.25 第七十九次委員會議討論提案第三案決議：

「有關全民健康保險法第四十九條所訂門診醫療給付費用總額得設定藥事人員藥事服務及藥品費用分配比例，及同法第五十條所訂門診藥品支付費用超出原設定分配比例之處理方式等節，將建請衛生署會同中央健康保險局及相關單位共同研議，於有具體可行實施方案後，交付本會協定」。

五、值茲「九十三年度醫院卓越計劃支付原則」行將試辦之際，謹祈依費協會第七十九次委員會議之決議及全民健康保險法第五十四條之規定，加速研訂各部門藥品費用之分配比例，或各部門分區之藥品費用分配比例，俾藥品費用獨立於各別醫院總額外，使參加及未參加「九十三年度醫院卓越計劃支付原則」之所有醫院所使用之藥費皆依法自醫院部門之分區藥品費用總額中優先扣除。

附件三 九十三年度醫院卓越計畫支付原則

壹、依據

依據全民健康保險醫療費用支付標準總則第十四點辦理。

貳、目的

- 一、配合後 SARS 健保目標及分區改革策略，發展醫院改革計畫、維護病人就醫權益、提升醫療品質。
- 二、藉分區預算及計畫，引導醫院以合作代替競爭，以落實區域醫療保健體系。
- 三、藉醫院個別化計畫，降低醫院改革風險。

參、參加條件

- 一、願意配合政策方向及轄區醫療需求，提昇醫療品質，良好使用健保資源，以改造現行健保體系的健保合約醫院。
- 二、最近二年內不得有違反本保險特約管理辦法第三十四條、第三十五條情事，經本局處以停（終）止特約確定者。
- 三、願意定期公開醫療品質指標及相關資訊。

肆、申請程序

申請醫院須於九十三年七月三十一日以前，擬具醫院卓越計畫書，向健保局各分局提出申請。

上述計畫書內容應包括：(一) 政策目標之配合：衛生署「後 SARS 台灣重建計畫－醫療及公共衛生改造方案」之健保體系改造計畫及全民健康保險醫療費用協定委員會協定結果」(二) 醫療品質控管及提昇計畫 (三) 健保醫療資源合理使用計畫。

伍、醫療費用

一、支付標準：

1. 參與醫院應依全民健康保險法第五十條醫療費用支付標準及藥價基準申報其醫療服務之點數及藥品費用(不適用浮動點值)。

2. 參與醫院經分局同意後，得選擇採行支付制度試辦計畫。

二、支付金額：依健保局各分局與參加醫院事先協商全年及各月醫院總額範圍(不含洗腎、專款專用)之金額支付，其相對去年同期之成長率以全民健康保險醫療費用協定委員會協定本年醫院總額每人醫療給付費用成長率的 1.2 倍為上限。

三、支付金額應參考醫院過去服務人數及病例組合、未來病人保障及品質提昇計畫，以及執行費協會協商項目各項措施而致醫療服務效率提升之減項成長率。

四、支付金額與醫療項目服務點數差額之處理方式：醫療費用原則上以協商金額支付，醫療服務點數超出支付金額部分不予支付，另醫療服務點數低於支付金額，轄區分區得依監測目標及醫療服務審查結果，事先協商處理方式。

五、參與「醫院卓越計畫」者，其管控改善成果得回饋參與醫院。

陸、監測目標

一、按「後 SARS 台灣重建計畫－醫療及公共衛生改造方案」之健保體系改造計畫及全民健康保險醫療費用協定委員會協定結果。依(一) 政策要求(二) 醫療品質控管(三) 健保資源合理使用等三個目標方向，設定如(1)門、住診比例及減少初級照護門診量。(2) 住院病例組合(DRGs)之運用。(3) 監控醫事人力及設備。(4) 強化預防保健。(5) 增加長期慢病連續處方箋釋出率。(6) 增進用藥品質。(7) 提昇急、重症照護品質。(8) 提昇院內感染控制品質……等相關監測指標。

二、依總額均衡醫療資源精神，可應地區需要，訂定分區監測目標。

柒、監測指標

一、由健保局各分局與參加醫院依監測目標協議監測指標及操作型定義

，每一監測目標選擇二至三項監測指標。門住診比例調整為必要指標，應依各類醫院訂定不同比例，以門住診費用比例 45:55 為總體目標，並依費協會協議辦理。

二、為確保民眾就醫品質及可近性，醫院總額受託單位應訂定共同監測指標，以為自律。該監測指標應經中央健康保險局醫院總額支付委員會討論通過後，提報全民健康保險醫療費用協定委員會。

三、參加醫院於每季結束後一個月內監測結果陳報分局。

捌、醫療服務申報及審查

一、醫療費用申報及審查，原則按全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法相關規定辦理，各分局並得考量轄區特性或辦理本計畫醫院之醫療需要，規劃異常管理及品質審查之相關作業。

二、醫院若未依據第肆條第二項所擬該院所醫院卓越計畫書提供醫療服務，致影響病人權益者，應予以核扣費用。

玖、協議書

參與本計畫醫院應與健保局各分局簽訂協議書，該協議書應包含各項資格確認、醫療品質監測指標和醫療費用協議等，且作為全民健康保險特約醫事服務機構合約之附約。

拾、終止要件

一、參與本計畫醫院如有下列情形之一者，本局各分局應通知醫院停止適用本計畫。

不具參加醫院資格。

未按時提報相關資料或提報不實資料。

違反協議書所約定之相關事項。

未能配合衛生署及本局相關政策，由分局或總額承辦單位提報，經醫院總額支付委員討論決議者。

違反第捌條第二項之規定且情節重大者。

二、醫院因故提出終止本試辦計畫者，自停止日起本年內不得再申請加入本計畫。

三、計畫終止生效日期：自本局各分局或醫院提出終止確定後之次月一日生效。

拾壹、執行報告

健保局各分局於辦理本試辦計畫後，每半年選擇轄區一家醫院，由該院於本局「醫院總額支付委員會」報告該轄區參加醫院之執行成效。

拾貳、本計畫應配合主管機關政策方向或費協會協定事項調整之。

<p>原條文</p>	<p>壹、依據 依據全民健康保險醫療費用協定委員會九十二年十二月二十六日費協字第0九二五九0一二九五號公告之九十三年全民健康保險醫療給付費用總額及其分配辦理。</p>	<p>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。</p>	<p>參、參加條件 一、凡是九十三年度與中央健康保險局簽訂為健保特約醫院，均可參加此方案。 二、最近二年內不得有全民健康保險醫療服務機構特約及管理辦法第三十四條、第三十五條所違規情事，經中央健康保險局處以停（終）止特約確定者。</p>	<p>肆、預算來源 本計畫預算來自九十三年全民健康保險醫院醫療費用總額中「品質保證保留款」之預算，採專款專用方式辦理。 九十三年醫院總額品質保證保留款 = (92年度該部門每人實支醫療費用 X 0.155% X 93年實際投保人口數)</p>	<p>伍、申請程序 申請醫院須於九十三年六月底以前，向醫院總額受託單位提出申請，並由該會彙整初核後送健保局核備，申請表格由醫院總額受託單位另訂之。</p>
------------	---	---	---	---	---

修正條文

壹、依據

依據全民健康保險醫療費用協定委員會九十二年十二月二十六日費協字第0九二五九0一二九五號公告之九十三年全民健康保險醫療給付費用總額及其分配辦理。

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、參加條件

- 一、凡是九十三年度與中央健康保險局簽訂為健保特約醫院，均可參加此方案。
- 二、最近二年內不得有全民健康保險醫療服務機構特約及管理辦法第三十四條、第三十五條所違規情事，經中央健康保險局處以停（終）止特約確定者。

肆、預算來源

本計畫預算來自九十三年全民健康保險醫院醫療費用總額中「品質保證保留款」之預算，採專款專用方式辦理。
九十三年醫院總額品質保證保留款＝（92年度該部門每人實支醫療費用 X 0.155% X 93年實際投保人口數）

伍、申請程序

申請醫院須於九十三年九月底以前，向醫院總額受託單位提出申請，並由該會彙整初核後送健保局核備，申請表格由醫院總額受託單位另訂之。

陸、品質保證保留款之分配

一、各醫院分配之品質保證保留款＝

【九十二年該醫院申報點數／九十二年全國參與本方案醫院總申報點數】×【九十三年醫院總額品質保證保留款】

二、品質保證保留款的基本獎勵：

(一) 各醫院分配之品質保證保留款的50%為該醫院基本獎勵。

(二) 各醫院得自由參加財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(簡稱醫策會)之TQIP指標計畫或台灣醫務管理學會的THIS指標計畫，並於每月底前提報前用的TQIP或THIS相關指標資料，始可以得到該醫院品質保證保留款的基本獎勵。

三、品質保證保留款的額外獎勵：

(一) 各醫院分配之品質保證保留款的50%為各層級醫院額外獎勵基金。

(二) 醫院總額受託單位可以自TQIP或THIS或其他相關指標選擇五項共通性品質指標計算分數，若該醫院之平均分數為該層級醫院25百分位以上，且無本方案第捌點不予核發條件情形者，依下列比率，分配額外獎勵基金。
分配比率＝醫院九十二年申報點數／平均分數為該層級醫院25百分位以上醫院之九十二年總申報點數(不含本方案第捌點不予核發條件之醫院)

陸、品質保證保留款之分配

一、各醫院分配之品質保證保留款＝

【九十二年該醫院申報點數／九十二年全國參與本方案醫院總申報點數】×【九十三年醫院總額品質保證保留款】

二、品質保證保留款的基本獎勵：

(一) 各醫院分配之品質保證保留款的50%為該醫院基本獎勵。

(二) 各醫院得自由參加財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(簡稱醫策會)之TQIP指標計畫或台灣醫務管理學會的THIS指標計畫，並於每月底前提報前月之相關指標資料，始可以得到該醫院品質保證保留款的基本獎勵。

三、品質保證保留款的額外獎勵：

(一) 各醫院分配之品質保證保留款的50%為各層級醫院額外獎勵基金。

(二) 醫院總額受託單位可於現行醫療院所例行申報至健保局之資料中，選擇五項可計算出之共通性品質指標以計算分數，若該醫院之平均分數為該層級醫院25百分位以上，且無本方案第捌點不予核發條件情形者，依下列比率，分配額外獎勵基金。
分配比率＝醫院九十二年申報點數／平均分數為該層級醫院25百分位以上醫院之九十二年總申報點數(不含本方案第捌點不予核發條件之醫院)
四、地區醫院在某一申報額下，則不適用上述兩項分配方式，而以保留其品質保證保留款，經彙整後，以下列方式分配：

(一) 百分之五十用以舉辦醫療品質相關研討會：

地區醫院在某一申報額下，保留其品質保證保留款，經彙整後，百分之50用以舉辦醫療品質相關討論會或研習會。

(二) 百分之五十用以回饋該醫院：

一、該院出席討論會或研習會之情況
二、分配比率＝醫院九十二年申報點數／某一申報額下地區醫院之九十二年總申報點數(不含本方案第捌點不予核發條件之醫院)

<p>柒、監測指標</p> <p>醫院總額受託單位在九十三年五月底前召開監測指標之說明會，並訂定各層級醫院品質保證保留款之額外獎勵所需的共通性五項品質指標項目。</p>	<p>捌、不予核發條件</p> <p>一、如特約醫院未加入醫策會 TQIP 指標計畫或台灣醫務管理學會的 THIS 指標計畫，則本方案陸之二、品質保證保留款的基本獎勵部分移作該層級參與醫院基本獎勵重新分配。</p> <p>二、醫院總額受託單位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，若特約醫院宋準時提報該品質指標資料，醫院總額受託單位可依據醫策會或台灣醫務管理學會之通知，給予警告一次，若警告當年累計達到三次(含)以上，由醫院總額受託單位決定該醫院不得參予分配額外獎勵基金。</p>	<p>玖、本方案年結算一次，醫院總額受託單位應於九十四年二月底前提供參加本保留款分配之醫院名單，以利計算。</p>	<p>拾、執行報告</p> <p>醫院總額受託單位須年度結束後彙總報告、相關執行報告。</p>	<p>拾壹、本分配方案經中央健康保險局報請行政院衛生署核定後公告實施，並提報全民健康保險醫療費用協定委員會核備。</p>
--	--	---	---	--

<p>柒、監測指標</p> <p>醫院總額受託單位在九十三年七月底前召開監測指標之說明會，並訂定各層級醫院品質保證保留款之額外獎勵所需的共通性五項品質指標項目。</p>	<p>捌、不予核發條件</p> <p>一、如特約醫院未加入醫策會 TQIP 指標計畫或台灣醫務管理學會的 THIS 指標計畫，則本方案陸之二、品質保證保留款的基本獎勵部分移作該層級參與醫院基本獎勵重新分配。</p> <p>二、醫院總額受託單位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，若特約醫院宋準時提報該品質指標資料，醫院總額受託單位可依據醫策會或台灣醫務管理學會之通知，給予警告一次，若警告當年累計達到三次(含)以上，由醫院總額受託單位決定該醫院不得參予分配額外獎勵基金。</p>	<p>玖、本方案年結算一次，醫院總額受託單位應於九十四年二月底前提供參加本保留款分配之醫院名單，以利計算。</p>	<p>拾、執行報告</p> <p>醫院總額受託單位須年度結束後彙總報告、相關執行報告。</p>	<p>拾壹、本分配方案經中央健康保險局報請行政院衛生署核定後公告實施，並提報全民健康保險醫療費用協定委員會核備。</p>
--	--	---	---	--