

## 行政院衛生署中央健康保險局

### 中區業務組與中區醫院代表聯繫會第36次會議紀錄

時 間：100年11月9日下午2點

地 點：本局中區業務組10樓第1會議室

出席人員：

中區醫院代表：

中國醫藥大學附設醫院周院長德陽（陳貽善代）、中國醫藥大學附設醫院莊主任春珍、台中榮民總醫院藍副院長忠亮（林惠美代）、台中榮民總醫院姚主任秘書鈺、彰化基督教醫院郭院長守仁（廖秀鳳代）、彰化基督教醫院陳副院長秀珠、中山醫學大學附設醫院呂院長克桓（孫永昌代）、童綜合醫院童副院長瑞龍、光田醫院王院長乃弘（吳瑞堂代）、澄清醫院張院長金堅（廖麗花代）、行政院衛生署豐原醫院李院長懋華（詹清旭代）、彰濱秀傳紀念醫院葉負責醫師永祥、國軍台中總醫院李院長世強、大甲李綜合醫院李總裁順安、佑民醫院謝董事長文輝、洪宗鄰醫院洪院長宗鄰、員林何醫院何院長黎星、竹山秀傳醫院謝院長輝龍、員榮綜合醫院張院長克士、清泉醫院羅院長永達、臺安醫院蘇院長主恩（呂美麗代）

本局中區業務組：

管專門委員連胡、林科長月英、楊科長育英、詹視察玉霞、周複核專員名玆、蔡複核專員瓊玉、陳複核專員雪姝

主席：方組長志琳

紀錄：李宣鋒

壹、宣布開會

貳、主席致詞：(略)

參、報告事項：詳見會議資料

一、100年第3季醫療費用申報概況

- (一) 100年第3季較99年第3季醫療費用成長率，門診6.71%、住院0.5%、門住診合計3.63%；單價成長率門診3.71%、住院0.24%。
- (二) 100年第3季較99年第3季藥費成長率，門診8.12%、住院-0.67%、門住診合計6.02%。
- (三) 100年第3季較99年第3季診療費成長率，門診5.58%、住院1.28%、門住診合計3.66%。

## 二、100年第2季醫院總額管理方案執行成果及檢討

### (一) 單價指標

- 1. 門診非藥費單價：核減約2千6百萬點(達成目標者共增加約7千2百萬點；未達成目標者共核扣約9千8百萬點)。
- 2. 每人月藥費：核扣約5千萬點。

### (二) 特定項目整體核扣點數

- 1. 呼吸器管理：約1千8百萬點
- 2. 3千萬點以下醫院：0點
- 3. 急重症：0點
- 4. 癌症化學治療藥費：0點
- 5. 門診重症且大於6000以上處方藥費：約1千3百萬點

### (三) 品質鼓勵項目

- 1. 100年第2季執行結果：獎勵點數約1億1千8百萬點。
- 2. 品質鼓勵項目如下：
  - (1) 以病例組合校正之住院案件出院後3日內急診率(TW-DRGs V3.2版)
  - (2) 以病例組合校正之住院案件出院後14日內再入院率

(TW-DRGs V3.2版)

- (3) 慢性病之慢性病連續處方箋開立比率
- (4) 同院所門診同藥理醫療院所給藥日數重複比率
- (5) 門診每人就醫次數
- (6) 精神科病人出院後30日內門診追蹤治療率
- (7) 建構整合式照護模式並逐步朝促進醫療體系整合計畫
- (8) 醫院住院全人整合性照護計畫
- (9) 長期照護機構住民醫療利用整合性照護計畫
- (10) 保險對象特定醫療資訊(管制藥品關懷名單)查詢比率
- (11) 急診暫留床2日案件以上比率
- (12) 糖尿病方案照護率\_月累計(同院所同醫師就醫間隔90天)
- (13) 初期慢性腎臟疾病醫療給付改善方案(收案人數)

#### (四) 100年第2季醫院總額審查結果

1. 分級審查送審比率為0%者共62家，家數占率58.49%、費用占率40%；30%~70%者12家，家數占率11.32%、費用占率6.07%；送審比率100%者32家，家數占率30.19%、費用占率53.92%。
2. 送審比率100%之總核減率為4.71%，為達預設點值0.935，其整體檔案分析核減點數預估約3.7億點。

### 三、100年醫院總額管理方案討論

#### (一) 優點

1. 達成預估點值目標明確，共同承擔點值責任。
2. 醫院可自我評估風險承擔能力，決定管理方向。
3. 內部管理介入高之醫院，外部風險分擔相對係數小。

#### (二) 缺點

1. 內部管理介入低之醫院，外部風險分擔相對係數大。

2. 需自我風險承擔的共識無法完全落實。

#### 四、101年醫院總額管理方案評估

##### (一) 延續100年醫院總額管理方案評估

###### 1. 優點

- (1) 醫院延續管理政策，管理手法更加熟悉。
- (2) 點值可預期，目標明確，醫療市場經營環境穩定。
- (3) 得到多數醫院的支持。

2. 缺點：少數高成長醫院有意見。

##### (二) 不延續100年醫院總額管理方案評估

###### 1. 優點

- (1) 醫院盡情發揮所長，擴張量能。
- (2) 醫院短期管理壓力小。

###### 2. 缺點

- (1) 點值大幅滑落。
- (2) 面對大環境的不穩定，醫院長期管理壓力大。
- (3) 政策方向轉彎，醫院需投入大量人力物力。

#### 五、101年延續100年醫院總額管理方案規劃

##### (一) 各醫院各項基準值(或目標值)設定方式修訂

###### 1. 分級審查基準值

以 99 年定基值為基礎，外加增減因素，含非總額、專款專用及交付處方，門診代辦業務案件除外。

增減因素為 100 年指標管理結果，即門診每人平均非藥費單價(負值 5 成；正值全數反映)、門住診每人平均一般藥費單價(負值 5 成)及品質指標(正值全數反映)。

###### 2. 特定項目管理

- (1) 個別目標點數：長期使用呼吸器管理方案
- A. ICU、RCC 及 RCW 之管理方式比照 100 年。
  - B. RCW 各季目標點數同 100 年同期目標點數。
  - C. 收治長期使用呼吸器個案醫院全部納入管理，惟申報點數低於 50 萬點之醫院，不另設目標點數管理，但申報點數超過 50 萬點者，以 50 萬為其上限目標點數。
  - D. 體系醫院合併結算。
  - E. 呼吸器照護品質審查評量表(適用 RCC 及其 ICU)內容的結構面 3. 護理人員照護病床數之計算公式修訂，將 RCC 內總護理人員數/RCC 內設置之總床位數改為 RCC 內訪評當日護理人員數/當日照護人數。

(2) 設定整體額度

下列各項以 100 年各季目標值為基礎，整體成長率以近 1 年成長為設定基準，項目 A、B、D 採計季平均點數成長率，項目 C 則採計季歸戶人數之季平均人數成長率。個別醫院基礎值設定原則：項目 A 以 99 年定基值為基礎，外加增減因素。項目 B、C、D 以 100 年各季核定數為基礎值。

- A. 99 年第 1 季申報數 3 千萬點以下醫院之醫療費用點數（含交付處方）
- B. 急診檢傷分類 1 級或 2 級、住院重大創傷及住院癌症手術之醫療費用點數
- C. 門住診癌症化學治療藥費
- D. 門診單張處方藥費大於 6000 點且為重大傷病(部分負擔代號"001")之藥費（含交付處方）

(3) 整體檔案分析核減

季末試算點值，若未達預設目標點值，則產生整體檔案

分析核減點數，以各醫院申報數占率 4 成及成長貢獻率 6 成核算予以扣除之。

A. 整體檔案分析核減基準值計算原則：

(A) 以 99 年定基值為基礎，外加增減因素。

(B) 增減因素為 100 年指標管理結果，即門診每人平均非藥費單價(負值 5 成；正值全數反映)、門住診每人平均一般藥費單價(負值 5 成)及品質指標(正值全數反映)。

(C) 整體檔案分析核減公式：

各醫院檔案分析核減點數

=整體檔案分析核減點數\*【申報數占率\*0.4+成長貢獻率\*0.6】

(4) 以上各項為100年12月藥價調整影響校正後之數據資料。

(二) 單價指標項目之目標值設定原則及核扣原則修訂

1. 門診每人平均非藥費單價

(1) 目標值設定原則(與100年目標值比較，擇高設定)

=(100 年目標值\*0.5)

+(100 年 2-3 季申報單價平均值\*(1-季平均初核減率)\*0.5)

註：100 年核定後單價(即 100 年 2-3 季申報單價平均值\*(1-季平均初核減率))以同儕申報平均單價 75 百分位為上限

(2) 核扣原則：超出目標值反映50%（只扣不加）。

2. 門住診每人平均一般藥費單價

(1) 目標值設定原則

= 100 年目標值\*(1+100 年 12 月藥價調整幅度)

(2) 核扣原則：超出目標值反映50%（只扣不加）。

六、轉請配合事項

(一) 初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(初期 CKD 方案)

1. 目前參加醫院共47家，99年申報 CKD 人數79,533人，100年第4季收案人數目標值(99年申報 CKD 人數\*0.12) 9,544人，至100年10月31日 VPN 上傳人數6,277人，收案率7.9%，未達之差距人數3,267人。
2. 請各層級醫院盡速配合收案，並上傳相關資料，以利達成本方案之照護目標。

(二) 第7次藥品支付價格調整方案

1. 「全民健康保險第7次藥品支付價格調整方案」已公告於本局全球資訊網，並自100年12月1日生效。
2. 嗣後醫事機構若有遭遇購藥之問題，請填寫「全民健康保險特約醫事機構購藥問題反映表」寄至本局中區業務組。
3. 上開表格請自行上網下載(本局全球資訊網/檔案下載/用藥品項/4. 全民健康保險特約醫事機構購藥問題反映表)。

## 肆、提案討論

提案一

提案單位：健保局中區業務組

案由：有關 101 年醫院總額管理預估點值設定，提請討論。

建議：有關 101 年醫院總額管理預估點值，各季仍維持 0.935。

決議：照案通過。惟如遇足以影響點值之突發狀況，得加開聯繫會議決定預設點值調整事宜。

提案二

提案單位：健保局中區業務組

案由：有關 101 年醫院總額管理方案，提請討論。

說明：

一、各醫院各項基準值(或目標值)設定方式修訂

(一) 分級審查基準值

以 99 年定基值為基礎，外加增減因素，含非總額、專款專

用及交付處方，門診代辦業務案件除外。

增減因素為 100 年指標管理結果，即門診每人平均非藥費單價(負值 5 成；正值全數反映)、門住診每人平均一般藥費單價(負值 5 成)及品質指標(正值全數反映)。

## (二) 特定項目管理

### 1. 個別目標點數：長期使用呼吸器管理方案

- (1) ICU、RCC 及 RCW 之管理方式比照 100 年。
- (2) RCW 各季目標點數同 100 年同期目標數。
- (3) 收治長期使用呼吸器個案醫院全部納入管理，惟申報點數低於 50 萬點之醫院，不另設目標點數管理，但申報點數超過 50 萬點者，以 50 萬為其上限目標點數。
- (4) 體系醫院合併結算。
- (5) 呼吸器照護品質審查評量表(適用 RCC 及其 ICU)內容的結構面 3. 護理人員照護病床數之計算公式修訂，將 RCC 內總護理人員數/RCC 內設置之總床位數改為 RCC 內訪評當日護理人員數/當日照護人數。

### 2. 設定整體額度

下列各項以 100 年各季目標值為基礎，整體成長率以近 1 年成長為設定基準，項目(1)(2)(4)採計季平均點數成長率，項目(3)則採計季歸戶人數之季平均人數成長率。個別醫院基礎值設定原則：項目(1)以 99 年定基值為基礎，外加增減因素。項目(2)(3)(4)以 100 年各季核定數為基礎值。

- (1) 99 年第 1 季申報數 3 千萬點以下醫院之醫療費用點數(含交付處方)。
- (2) 急診檢傷分類 1 級或 2 級、住院重大創傷及住院癌症手術之醫療費用點數。



(3) 門住診癌症化學治療藥費。

(4) 門診單張處方藥費大於 6000 點且為重大傷病(部分負擔代號" 001" ) 之藥費 (含交付處方)。

### (三) 整體檔案分析核減

季末試算點值，若未達預設目標點值，則產生整體檔案分析核減點數，以各醫院申報數占率 4 成及成長貢獻率 6 成核算予以扣除之。

整體檔案分析核減基準值計算原則：

1. 以 99 年定基值為基礎，外加增減因素。
2. 增減因素為 100 年指標管理結果，即門診每人平均非藥費單價(負值 5 成；正值全數反映)、門住診每人平均一般藥費單價(負值 5 成)及品質指標(正值全數反映)。
3. 整體檔案分析核減公式：  
各醫院檔案分析核減點數  
=整體檔案分析核減點數\*【申報數占率\*0.4+成長貢獻率\*0.6】

(四) 以上各項為100年12月藥價調整影響校正後之數據資料。

## 二、單價指標項目之目標值設定原則及核扣原則修訂

### (一) 門診每人平均非藥費單價

1. 目標值設定原則(與100年目標值比較，擇高設定)

= (100 年目標值\*0.5)

+ (100 年 2-3 季申報單價平均值\*(1-季平均初核減率)\*0.5)

註：100 年核定後單價(即 100 年 2-3 季申報單價平均值\*(1-季平均初核減率))以同儕申報平均單價 75 百分位為上限。

2. 核扣原則

超出目標值反映 50% (只扣不加)。

### (二) 門住診每人平均一般藥費單價

(1) 目標值設定原則

= 100 年目標值\*(1+100 年 12 月藥價調整幅度)

(2) 核扣原則

超出目標值反映 50% (只扣不加)。

三、其餘管理方式比照中區業務組100年之醫院總額管理方案及長期使用呼吸器管理方案(詳附件1及附件2)。

決議：照案通過。惟分級審查基準值、整體檔案分析核減基準值、特定項目基期值及門住診每人平均一般藥費單價均為 100 年 12 月藥價調整幅度(以 100 年第 3 季申報資料試算之)反映 5 成之校正後數據資料。

附記：有關附件 1 之健保局中區業務組 101 年醫院總額管理方案(草案)第 2 頁之二之(二)之「……惟本方案之單價指標、品質指標、特定項目及整體檔案分析核減等所屬費用業經核定，依據本組醫院聯繫會議共識，不得提起申復、爭審及行政訴訟之程序。」，僅列席之林新醫院持保留看法。

**伍、臨時動議：**

提案一

提案單位：中區醫院代表聯繫會代表委員

案由：有關醫院設置慢性病床而收治急性病患是否整筆費用不予給付，擬提請健保局相關單位釋疑。

決議：本案提請本局相關單位釋疑。

**陸、散會：**下午 4 點 20 分。