

## 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34次會議紀錄

時 間：99年5月20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吳副主任亞璇、台中榮民總醫院藍副院長忠亮（請假）、台中榮民總醫院姚主任鈺、彰化基督教醫院郭院長守仁（陳富滿代）、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（林素霞代）、光田醫院王院長乃弘（鄭國棟代）、澄清醫院林院長高德（周思源代）、行政院衛生署豐原醫院李院長懋華（詹清旭代）、彰濱秀傳紀念醫院許院長宏基（陳鴻文代）、國軍台中總醫院王院長德芳（李建達代）、仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院蘇院長志中、佑民綜合醫院謝院長文輝（林翠紅代）、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（蔡味娟代）、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

本局中區業務組：

丁專門委員增輝、林科長月英、楊科長育英、周複核專員名玟、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、99年第1季醫療費用申報概況

(一) 99年第1季較98年第1季醫療費用成長率，門診3.47%、住院-0.31%、門住診合計1.55%；單價成長率門診1.94%、住院0.62%。

(二) 99年第1季較98年第1季藥費成長率，門診-0.96%、住院-8.85%、門住診合計-2.9%。

(三) 99年第1季較98年第1季診療費成長率，門診8.7%、住院1.25%、門住診合計5.18%。

## 二、99年重點管理方案報告

(一) 99年第1季參加醫院總額點值穩定方案醫院73家(66.97%)，醫療費用占率為77.85%。

(二) 99年第1季點值穩定方案執行成果及檢討

### 1. 增減因子

(1) 急重症人數：擬核扣69萬點

(2) 每人月診療費：擬核扣9百萬點

(3) 每人月藥費：擬核扣1千5百萬點

2. 癌症化學治療：擬核扣2千9百萬點

3. 癌症放射線治療：擬核扣1千1百萬點

4. 診療費成長

門診每件診療700點，成長率7.08%，為歷年之高，也是各分組之冠。

5. 藥費管理結果及換藥行為

(1) 穩定方案醫院管控內藥費申報點數28億2千9百萬點，減少2億2千5百萬點(-7.37%)，其中門診單張處方藥費小計大於6000成長2千8百萬點(13.86%)、一般藥費減少3億1千2百萬點(-12.62%)、癌症化療成長5千9

百萬點（16.13%）。

（2）門住診每人一般藥費單價指標99年第1季結算初步估計核扣約1千5百萬點。

（3）長期慢性病換藥比率為4.14%。

（4）將針對將原廠藥或 BA/BE 藥品換成一般學名藥之醫院，函請就用藥安全及用藥品質之適當性做說明。

### （三）99年下半年點值穩定方案規畫

1. 影響目標點數分配占率因子：計算公式同99年上半年。

2. 核定點數：98年同期核定數，不含化放療、品質獎勵、增減因子、呼吸器流用、排外項目及超出比率回補點數。

3. 品質指標：獎勵點數全數反應（前期申報點數不足之醫院，其獎勵點數仍予保留）。

4. 藥價調整：以98年第3季試算各醫院藥價調整後藥費下降幅度，再依申報量反映不同下降幅度。

5. 調整因子：正分全數反應，負分反應五成。

6. 目標點數調整因子

（1）門診每人平均非藥費單價

（2）急診案件人數(季歸戶)

（3）住院案件特定項目人數\_重大創傷人數及癌症人數

（4）門診每人平均就醫次數

（5）門住診每人平均一般藥費單價(當季完全反應)

（6）門住診每人癌症放療治療單價(當季完全反應)

7. 99年品質鼓勵項目

（1）門住診 CT 及 MRI 醫令執行率

（2）慢性病之慢性病連續處方箋開立比率

- (3) 門診同藥理不同處方用藥日數重複比率
- (4) 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)
- (5) 以病例組合校正之住院案件出院後14日內載入院  
率(TW-DRGs V3.2版)
- (6) 建構整合式照護模式並逐步朝促進醫療體系整合  
計畫
- (7) 醫院住院全人整合性照護計畫
- (8) 長期照護機構住民醫療利用整合性照護計畫
- (9) 門診糖尿病人完整照護比例
- (10) 門診糖尿病人論質計酬收案比例
- (11) 保險對象特定醫療資訊(管制藥品關懷名單)查詢  
比率
- (12) 急診暫留床2日案件以上比率
- (13) 門診婦產科超音波執行率
- (14) 初次剖腹產率
- (15) 精神科病人出院後30日內門診追蹤治療率

#### 8. 99年下半年預估點值

(1) 目標點數分配預估點值：0.95

(2) 理由

- 總局粗估點值僅高於東區，還低於台北分局。
- 藥費較98年同期減少3億點。
- 診療費大幅成長8.7%，每件診療成長7.08%。

#### (四) 長期呼吸器照護管理

1. 99年第1季長期使用呼吸器目標點數超出比率為-2.34%。
2. 99年下半年長期使用呼吸器目標點數將比照99年上半年目標設定原則辦理。目標點數維持0成長，各季目標點數比對98年各季目標點數，即98年第3季目標點數為99年第3季目標點數，以此類推。

### 3. 結算模式

- (1) 區域級以上醫院：以98年各季為99年各季目標點數，99年結算時，若申報點數未達其目標點數，其差額將單向流用於穩定方案一般項目目標點數。

- (2) 地區醫院

➤ 98年超出目標點數

實地評量等級1-3級醫院：其超出「回補基礎點數」部分，做為各季目標點數調整依據，評量等級第1級調80%，第2級調整75%，第3級調整70%，惟整體總增加點數不得超過1千萬點評量等級1-3級之醫院，以其超出「回補基礎點數」部分，做為各季目標點數調整依據，評量等級第1級調整80%，第2級調整75%，第3級調整70%，惟整體總增加點數不得超過1千萬點。

實地評量等級4-6級醫院：不調整目標點數。

➤ 98年未超出目標點數

以98年各季為99年各季目標點數，99年點值結算時，申報點數未達目標點數，其差額將單向流

用於穩定方案一般項目目標點數。

備註：若99年參加點值穩定方案醫院以體系計者，呼吸器目標點數亦以體系醫院計，體系醫院則以體系的最高層級計。

#### （五）安養住民醫療利用管理

1. 98年第4季安養抽審原則：門住診歸戶，依就醫次數及申報費用點數排序，各醫院選取前10名個案，共抽審10家醫院。
2. 專審意見：主要為病情與主診斷碼不符，次診斷碼亦無法認定得列為主診斷碼及依據病歷記載及病況，不足以支持實施之診療等。
3. 後續處理：本組已建置監控系統，可隨時參考就醫次數、每人單價、住院率、住院次數等相關指標定期抽審或實地訪查。
4. 安養住民醫療利用合理性為檢調機關偵辦重點之一，也是本局監測重點，請醫院注意醫療的必要性及合理性。

#### （六）安養住民整合性照護執行檢討

1. 99年安養機構住民醫療利用整合性照護方案，計有19家醫院參加，配合機構44家，符合收案條件住民有1,859人。
2. 99年第1季結果評估：計有4家醫院達到獎勵指標，補付金額為1,236,284元，因第一季起步較晚，成果不明顯，仍請參與醫院持續努力。

#### （七）99年第1季 Tw\_DRGs 統計分析

1. 住院案件中有14.86%件數屬於 Tw-DRGs 案件，申報點數占率15.41%。在各層級中，醫學中心 Tw-DRGs 案件數占該層級15.3%、區域醫院約14.19%、地區醫院約15.56%。

## 2. DRG 監測指標

(1) 排除條件中以主診斷為癌症件數最多，占總住院件數9.82%，申報點數以試辦計畫、安寧療護案件點數最多，占總申報點數之13.99%。

(2) 支付型態：

- 實際醫療點數低於下限臨界點之件數比率1.73%
- 實際醫療點數介於上下限臨界點之件數比率92.01%
- 實際醫療點數高於上限臨界點之件數比率6.05%

(3) 平均每件實際醫療點數與平均每件申報點數比值：整體為0.83，其中醫學中心0.85，區域醫院0.84，地區醫院0.77。

(4) MDC 分布：申報點數占率以「MDC08-骨骼、肌肉系統及結締組織疾病」30.3%及「MDC05-循環系統之疾病與疾患」22.82%為最。

(5) 申報點數占率：前5名分別為「陰道分娩無複雜診斷，無 CC」10.8%、「全膝關節置換術」7.1%、「剖腹生產，無 CC」5%、「單條血管經皮心臟血管手術」4.8%及「部分髌膝關節置換術」3.3%。

(6) 平均住院天數：醫學中心4.07天（負成長4.58%）、

區域醫院4.22天（負成長6.29%）、地區醫院3.41天（負成長2.32%）。

(7) 費用轉移監控

- 入院前7日內門診之平均門診醫療點數：DRG 件數22,273件，每件 DRG 案件門診醫療點數1,651點，每件門診平均醫療點數1,791點。
- 醫療品質指標908：9901-9902以病例組合校正之住院案件出院後3日內、14日內、30日內再住院率：已建置於 VPN(健保資訊網服務系統 <http://10.253.253.242/idcportal/>)。

3. Tw-DRGs 個案收自費處理原則

- (1) 各 Tw-DRGs 之給付，已包含當次住院支付標準及藥價基準所訂各項相關費用，特約醫療院所不得將屬當次住院範圍之相關費用移轉至門診或急診申報，或採分次住院，或另行向保險對象收取給付範圍費用，違反本項規定者，整筆費用不予支付。
- (2) 重申特殊材料自費問題\_已通函各醫院  
凡符合全民健保給付範圍但尚未收載之特殊材料，如有收載同類品項者或健保無同類品項但對病患具有正面診療用途者，應由廠商或特約醫療院所向本局申請收載及核價，不得逕行向保險對象收取費用。

4. 統計分析小結

- (1) 醫院實際醫療點數大多介於上下限臨界點之間



(92.01%)，高於下限至定額間占90.97%，推動醫院發展臨床照護路徑提升照護品質。

(2) 統計分析異於常態，藉助專業判斷，近日即將展開調件。

(八)99年3月門診費用異常醫令分析-診療及藥品之醫令量申報異於常模

1. 篩選99年3月診療及藥品之醫令量申報異常，經查對回報錯誤者有99件，錯誤率7%。

2. 錯誤類別：

(1) 行政作業上的疏漏：電腦誤植。

(2) 認知上的錯誤：如對稱性身體檢查醫令量申報2次，例如純音聽力檢查、聽音電阻檢查、眼肌協調檢查、眼壓測定、斜視檢查、鼻腔沖洗。

(3) 內含項目不得另行申報如手術中使用的烤燈不得另行申報。

(4) 同一療程未按規定鍵入執行起迄日，致醫令量與執行天數不符。

3. 本組自99年3月起會逐月檢核醫令量，轉請醫院查對，同一錯誤3次以上，將正式函文輔導。

4. 建議

(1) 電腦設定醫令量檢核，避免行政作業上的疏漏。

(2) 加強內部對支付標準認識，如部份對稱性之身體檢查醫令量只能申報1次及內含項目不得另行申報。

(3) 同一療程應鍵入執行起日及執行迄日。

三、轉報告事項

### （一）醫院醫師讀寫 IC 卡問卷調查分析

1. 依全民健康保險監理委員會「健保 IC 醫療管控之執行情形」建議事項辦理。
2. 調查分析本組醫院醫師 IC 卡讀寫情形，問卷回收249份、醫學中心68件、區域醫院62件、地區醫院119件。
  - （1）除了讀取健保 IC 卡病患基本資料以外，曾經查詢健保 IC 卡存放的用藥及診療醫令之件數比率60.64%（151件），其中醫學中心50%（34件）、區域醫院40.32%（25件）、地區醫院77.31%（92件）。
  - （2）曾經將用藥及診療醫令寫入健保 IC 卡之件數比率60.24%（150件），其中醫學中心69.12%（47件）、區域醫院35.48%（22件）、地區醫院68.07%（81件）。
3. 請各醫院鼓勵醫師讀取 IC 卡，了解病患先前診療，將處方用藥與診療之醫令寫入 IC 卡。

### （二）重申特材不應重複使用案

1. 為提升病患醫療安全及保障醫療品質，本保險現行給付之特殊材料均為單次使用，不應重複使用，說明如下：
  - （1）特約醫事服務機構不得重複使用本保險給付之特殊材料，如有違規者，將視違規情節依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第65條、第66條、第67條暨醫療法規等相關規定辦理。
  - （2）特約醫事服務機構於使用每一條冠狀動脈氣球擴張導管、導引導管、電極導管及週邊血管氣球擴張導管時，應將產品包裝上之條碼或批號黏貼於病歷備查。

2. 本組將加強稽核及重點審查是否有重複使用特殊材料之情形。(中華民國99年4月23日健保審字第0990074335A號函)

### (三) 精神分裂症醫療給付改善方案

#### 1. 計畫目的

- (1) 鼓勵院所財務誘因由量之競爭，轉化為醫療品質之提升。
- (2) 鼓勵醫師主動積極介入治療，使精神分裂症患者能規則接受治療，提高病患治療依從性。
- (3) 促使院所提高醫療照護品質，提昇病患生活功能與品質、及降低社會成本。
- (4) 目標：
- (5) 引導精神分裂症患者規律就醫，接受完整照護。
- (6) 減少自殺、損傷等高風險情形的發生。

2. 目前規則就醫個案100名以上之醫院，已加入15家，未加入8家，以上計畫是落實提昇病患照護品質的重要方案，請未加入之醫院基於「以病人為中心」的照護理念，請積極配合政策加入該方案。

## 肆、提案討論

### 提案一

提案單位：健保局中區業務組

案由：99年下半年穩定方案目標點數分配預估點值，提請討論。

說明：99年上半年穩定方案目標點數分配之預設點值為0.93。

建議：

- 一、99年下半年穩定方案目標點數分配及結算模式比照99年上半年

年模式。惟因本局對 99 年第 1 季的粗估點值，全局為 0.9539、本組為 0.9408，僅高於東區，還低於台北分局的 0.9483。且藥費較 98 年同期減少 3 億點，而門診診療費卻大幅成長 8.07%，建議可分配目標點數以預估點值 0.95 試算之。

決議：照案通過。

## 提案二

提案單位：健保局中區業務組

案由：99 年下半年穩定方案目標點數增減因子之門診每人平均非藥費單價(N1\_03)考核結果應用方式修正，提請討論。

說明：

- 一、依據 99 年上半年穩定方案目標點數增減因子考核作業方式，門診每人平均非藥費單價於當季目標點數增減方式為考核結果的 10%。其目標點數增減方式即(目標單價-當期單價)\*當期計入人數。
- 二、99 年上半年目標點數增減因子，影響目標點數上下限為正負 0.2%。
- 三、99 年第 1 季門診每件診療費較去年同期大幅成長 7.04%，為各分組之冠，顯示當季反映 10%的管理模式對非藥費單價管理力有未逮。

建議：為求診療費合理之成長與即時反應各院之管理成果，建議 99 年下半年穩定方案目標點數增減因子之門診每人平均非藥費單價(N1\_03)考核結果於當季反映 30%，並取消增減因子之總增減點數上下限。

決議：99 年下半年穩定方案目標點數增減因子之門診每人平均非藥費單價(N1\_03)考核結果於當季反映 20%，並取消增減因子之總增減點數上下限。

### 提案三

提案單位：健保局中區業務組

案由：99 年下半年穩定方案門住診化療藥品(含口服及注射)轄區整體目標點數成長率設定，提請討論。

說明：

- 一、99 年上半年穩定方案之門住診化療藥品(含口服及注射)係採轄區整體目標點數及成長率 8%設定其目標值。
- 二、99 年第 1 季費用成長率為 16.13%、人數成長率為 11.45% (成長 889 人)。
- 三、98 年 10 月藥價調整因素對 98 第 3 季化療藥費影響的降幅為 7.6%。

建議：建議 99 年下半年穩定方案之門住診化療藥品(含口服及注射)採轄區整體目標點數及成長率 (99 年第 3 季：10%；99 年第 4 季：17%) 設定其目標值。

決議：照案通過。

### 提案四

提案單位：健保局中區業務組

案由：新增病床增加目標點數計算方式修正，提請討論。

說明：

- 一、依 98 年 4 月 16 日聯繫會議的臨時會議決議，新增病床目標點數額度調整計算公式為：
  - (一) 新增病床數一般病床至少 10 床以上(加護病床 5 床以上)且達原病床數的 10%以上(一般病床及加護病床得分別計算)，才得提起增加額度。

- (二) 增加額度計算公式為：

步驟 1、計算住院額度

病床數\*當季開床日\*單價\*占床率

步驟 2、計算門診額度

$$\text{住院額度} \times (1 - \text{住院占率}) / \text{住院占率} \times 0.5$$

### (三) 計算公式附帶條件說明

1. 為避免對總額點值的影響，病床數計算原則：

(1) 分階段增加可計入調整的病床數，以季區隔。

(2) 300 床以下，第一季調整額度為總病床數\*50%，之後每季增加 20 床。

(3) 300（含）床以上，第一季調整額度為總病床數\*40%，之後每季增加 40 床。

2. 單價若高於同儕則以同儕值\*0.95 計算，低於同儕則以自身值計算。

3. 占床率：開床第一季以 60%計算，第二季起以 70%計算，若醫院自身占床率低於 70%，以自身值計算。

4. 住院占率以同儕值為基準，高於同儕則以自身占率為基準。

二、目前衛生主管單位對特殊病床設置並無資源配置量的限制，而健保資源有限，每增加一定比率特殊病床即增加目標點數的措施有檢討的必要。另新增病床同步增加門診點數的必要性一併討論。

建議：

一、目標點數調整的條件修訂為新增病床數一般病床至少 10 床以上(不含特殊病床)且達原病床數的 10%以上，才得提起增加額度。

二、增加特殊病床不再增加目標點數。

三、新增一般病床維持分階段開床原則且只增加住院點數，不再增門診額度。即修訂增加額度計算公式為：

計算住院額度=病床數\*當季開床日\*單價\*占床率

決議：照案通過。

#### 提案五

提案單位：健保局中區業務組

案由：有關實地審查之審查結果，回推至目標點數一案，提請討論。

說明：

- 一、近期立意抽審穩定方案醫院之住院案件，有部份醫院核減率高（16-28%）、而實地審查亦發現部份醫院有 30%病患疑輕病住院情形，而各界對健保局消弭醫療浪費的期待殷切。
- 二、95 年至 96 年之穩定方案中，將輕病住院訪查列為平時考核指標之一，審查對象以安養患者、慢性病患、長期復健、及其他容易輕病住院案件列為優先項目，而訪查結果則回推至目標點數並於當季執行核扣，計算方式如下：
  - （一）專業審查判定，不符住院條件者，每 1 個案扣減 1 分。
  - （二）專業審查判定，住院天數過長者，每 1 個案扣減 0.5 分。
  - （三）抽樣病歷中，有 30%（含）以上個案，其病程記錄主治醫師未簽名者，扣減 0.01 分。
  - （四）審查前二天病程記錄未記載者（扣除假日），每 1 個案扣減 0.5 分。
  - （五）回推至目標點數：總分\*0.1%\*目標點數。當季之核減點數於當季執行核扣。

建議：

- 一、自 99 年下半年起回復實地審查結果回推至目標點數之措施。

計算方式如下：

  - 審查發現異常個案扣分方式同說明二。
  - 惟回推至目標點數執行方法修改為總分\*0.1%\*目標點數\*

### 當季住院占率。

- 當季之核減點數於當季執行核扣，並影響下期分配占率。

二、有關 99 年醫院實地審查病歷項目補充說明修訂，如附件 2。  
決議：照案通過。

### 提案六

提案單位：健保局中區業務組

案由：本組醫院總額點值穩定方案中所列提昇品質鼓勵項目「住院全人整合醫療服務」，擬修正指標衡量內容，提請討論。

說明：

- 一、為鼓勵轄區醫院提供多重疾病患者於住院期間能獲得更完整與高品質的專業團隊照護，本組於 98 年第 3（含）季起於醫院總額點值穩定方案中增列「住院全人整合醫療服務」為提昇品質鼓勵項目。
- 二、實施初期，為鼓勵醫院啟動並減少摸索時間，本組辦理經驗分享座談會，並請具辦理經驗之醫院提供實務經驗分享，後續由醫院依自身專業人力與收治病人情況提出計畫書，並按季提報實施成果。
- 三、惟各醫院收治個案數、篩選個案標準與實際執行流程不同，在本組實地審查部分醫院時，更發現有明顯執行成效差異，非從書面提報成果可知悉，故初步擬訂自 99 年第 3 季起之指標達成衡量，內容如下：
  - （一）申請辦理資格
    1. 訂有具體明確之收案標準與通報流程。
    2. 計畫執行過程設有專人管理與追蹤。
    3. 召集相關專業人員與病人或家屬共同討論治療計畫。



4. 每季至少收案人次佔住院人次 1%。

(二) 辦理醫院應提供之書面資料

1. 辦理前提供年度執行計畫書。

2. 按季提報執行成果（收案個案數、收案個案佔住院人次比、個案摘要分析）。

(三) 各參與醫院應備妥有關討論會議書面檔案資料，供本組不定期派員實地審查備查，實地審查若發現醫院辦理方式與申請辦理資格不符或未落實執行運作，實地審查該季不予給付醫院總額點值穩定方案中「住院全人整合醫療服務」品質鼓勵款。

決議：照案通過。

提案七

提案單位：員榮醫院

案由：自 TW-DRG 實施後，健保局加強查核自費收取情形，立意甚佳；然部分病患主動要求使用較優質、高價特材時，常造成醫療院所為難與困擾，建請健保局統一訂定現行 DRG 下之特材價格基準，並朝差額負擔方向，讓自願者可以合理負擔費用，並讓醫療院所有所依循。

說明：

- 一、未來二代健保法第 43 條，有差額負擔的立法精神，並且提供合理收取自費的法源依據，依現行健保法第 58 條，雖規定不得自立名目向保險對象收取費用，但有“除本法另有規定外”之但書，亦即健保局可以另訂收費規則，而不牴觸本法意旨。
- 二、在病患主動要求、且自願負擔費用下，健保局與醫療院所不應剝奪當事人使用高價、優質特材的權利。

健保局說明：

凡符合全民健保給付範圍但尚未收載之特殊材料，如有收載同類品項者或健保無同類品項但對病患具有正面診療用途者，應由廠商或特約醫療院所向本局申請收載及核價，不得逕行向保險對象收取費用。

決議：仍比照現行規定辦理。

提案八

提案單位：健保局中區業務組

案由：修訂「99 年長期使用呼吸器管理方案」內容三、平時考核項目(二)實地審查 2.增列「惟第 5 級則不受下降 2 級之限定，即原為第 5 級，經審查下降為第 6 級，則改列為第 6 級」；實地審查 4.增列「惟原評量為第 5 級，經平時考核實地評量結果下降為第 6 級之醫院，經自行提出複審，其結果仍為第 6 級者，則維持第 6 級目標點數設定」。(如附件 3)

說明：

- 一、依本組「99 年長期使用呼吸器管理方案」內容三、平時考核項目(二)實地審查 2.當次審查結果級數與該醫院前次審查結果級數下降 2 級(含)以上，則自審查當季起調降各季呼吸器目標點數；每級調降 5%。對於原為第 5 級醫院，再經審查品質並未改善，反而更下降被評為第 6 級，卻因本項規定而未被調降目標點數，顯有不公。
- 二、另實地審查 4.複評結果若與原等級相同或只降一級，則自複評當季回復原設定之目標點數，若原評量為第 5 級，經平時考核實地評量結果下降為第 6 級之醫院，經自行提出複審，其結果仍為第 6 級者，因該規定只降一級，則維持原評量第 5 級的目標點數設定，對品質不佳之醫院未能有效規範。

決議：照案通過。

伍、散會：下午 4 點。

## 附件 1

# 行政院衛生署中央健康保險局中區業務組 99 年下半年醫院總額點值穩定方案

99.5.20 修訂

### 壹、目的

為增進健保局中區業務組(以下簡稱本業務組)與中部醫院良性互動、有效提升醫療品質及控制醫院總額點值在合理範圍，實施本穩定方案。

貳、實施期間：99 年 7 月至 12 月(費用年月)。

### 參、方案內容

一、 參加對象：本業務組轄區醫院（排除一年內曾受停約處分之醫院）。

二、 參加方式：參加醫院依本方案與本業務組協商議定，雙方簽立同意書並換文後實施。

### 三、 方案範圍

(一) 排除項目：代辦業務、其他部門及專款專用。

(二) 總額項目依據管理需要分為下列 3 大區塊：

1. 本方案範圍：

(1) 一般項目之目標點數。

(2) 全轄區整體目標點數

A、門住診化療藥品(含口服及注射)。

B、門住診放射線治療。

2. 非本方案範圍：

長期使用呼吸器目標點數。(請參考 99 年 5 月 20 日修訂之「行

政院衛生署中央健康保險局中區業務組 99 年長期使用呼吸器  
管理方案」)

(三) 參加本方案醫院一般項目之目標點數計算方式：

1. 個別醫院目標點數

=可分配整體目標點數\*個別醫院目標點數之基礎點數占率

2. 可分配整體目標點數：依 99 年協商醫院總額本轄區分配之 3  
、4 季總額，再以本轄區 99 年第 3 季及 99 年第 4 季之目標點  
值(預設為 0.95)計算。

3. 個別醫院目標點數之基礎點數占率

=個別醫院基礎點數 /  $\Sigma$  個別醫院基礎點數

4. 基礎點數採計 3 部分：

(1) 98 年各季核定點數

(排化放療、當期增減因子及超出比率回補點數)。

(2) 加上 98 年下期增減因子。

(3) 反映 98 年 10 月藥價調降效應。

(四) 門住診化療藥品(含口服及注射)係採轄區整體目標點數及成長率

(99 年第 3 季：10%；99 年第 4 季：17%) 設定其目標值。

(五) 門住診放射線治療係採轄區整體目標點數及成長率 5%設定其目  
標值。

(六) 以目標點數之增減因子作為當季及明年度目標點數分配增減的  
重要指標。

(七) 各院目標點數，洽定後不再更動，各季互不流用。

四、 給付模式

(一) 本方案採季結算。

(二) 參加醫院可於當季第 2 個月 30 日前（以文到本局中區業務組之日為憑）來函擇定管理模式為逕予核扣或分級審查。

(99 年第 3(4)季費用必須於 99 年 8 月 31 日(99 年 11 月 30 日)前來函擇定管理模式)

(三) 逕予核扣的結算模式

1. 體系醫院採合併結算。

2. 一般項目超出目標點數部分逕予以核減。

(1) 一般項目之目標點數增減因子：於當季結算時，考核增減因子結果，逕於當季反映增減目標點數並取消上下限。門住診每人藥費超出目標單價部份，則反映 7 成核扣(只扣不加)；門診非藥費單價則反映 2 成；而放療單價於當季百分之百反映考核結果。

(2) 提昇品質鼓勵項目考核指標：於當季結算時，考核指標項目管理結果，達成目標者予以增加一般項目之目標點數每一項 0.1%~0.15%，未達成者不予扣減。

(3) 其他增減點數項目：

A、回補機制：一般項目超出目標點數 6%以上者，最高回補 3 成，整體回補上限總額度 5 千萬點。

B、結算時點：當季各月份費用分別於次月 30 日前執行首次結算，次季末執行最終季結算。

例如：99 年 7 月於 99 年 8 月 31 日前執行首次結算

99 年 8 月於 99 年 9 月 30 日前執行首次結算

99 年 9 月於 99 年 10 月 31 日前執行首次結算

99 年第 3 季於 99 年 12 月 20 日前執行最終季  
結算。

※各月目標點數=季目標點數\*工作日比率

(工作日以人事行政局公告為計算依據)

### 3. 全分局單一整體目標點數：

#### (1) 門住診化療藥費：

A、整體未超出則核實給付。

B、整體超出部份，40%以自身申報點數占整體申報點數之  
比率計算扣除點數，60%以自身成長貢獻度計算扣除點  
數。例如：整體超出 3 百萬，A 醫院藥費占率 11%，成  
長貢獻度 8%，則 A 醫院分攤扣除額度為：3 百萬  
 $*(11\%*0.4+8\%*0.6)=27$  萬 6 千元。

#### (2) 門住診放射線治療：

以自身超出上限單價部份計算扣除點數後，整體超出部份，  
再以自身申報點數占整體申報點數之比率計算扣除點數。

### (四) 分級審查結算模式

1. 一般項目採門住診及體系醫院合併計算超出比率，因此門住診  
及體系醫院申報日不得間隔 3 天以上，否則以超出比率 5%(含)  
以上的方式處理送審樣本數。

例如：第一筆在 1 月 7 日申報，最後一筆必須於 1 月 9 日前申  
報。

2. 採三抽一的方式實施減量抽審。

3. 依申報數與目標點數超出比率決定送審樣本數：

(1) 超出比率 0%(含)以下：免隨機樣本送審。

(2) 超出比率 0%(不含)~1%(不含)：送隨機樣本數的 20%。

(3) 超出比率 1%(含)~3%(不含)：送隨機樣本數的 50%。

(4) 超出比率 3%(含)~5%(不含)：送隨機樣本數的 70%。

(5) 超出比率 5%(含)以上：隨機樣本全數送審。

(6) 原需逐案審的高額案件送審比率得比照辦理。

4. 需全審之補報案件：

除呼吸器 IDS 之 RCC 及 RCW 案件外，其他補報案件於擇定分級審查時，需隨函檢送病歷相關資料以供專業審查。

5. 若補報量有異常情形，則不同意參加分級審查，以超出逕予核扣的結算模式處理。

6. 除長期呼吸器案件外，其他需列入隨機抽樣的案件，不分總額內或總額外，一律列為核減率的回推母體。

7. 一般項目之目標點數增減因子及提昇品質鼓勵項目考核指標之計算，同採逕予核扣的結算模式 2，於當季最終結算執行追扣補付。

8. 而超出比率 0%(含)以下，免隨機樣本送審之醫院，其化放療同採逕予核扣的結算模式 3。

五、 99 年目標點數增減因子及提昇品質鼓勵項目考核作業方式暨操作型定義(如附件)。

## 肆、附註

一、 本方案若有管理上需要，得透過醫院聯繫會議之討論決議調整管理



模式。

- 二、 本業務組得視分析結果或品質審查需要，不定期立意抽審或實地審查。
- 三、 參加本方案醫院，經檔案分析後進行之專案立意審查或實地審查，若有品質疑慮情形則逕予追扣核減。
- 四、 對於民眾申訴或檢舉案件，依申訴或查核流程及規定進行，若有拒絕病人事實，有損民眾就醫權益或健保形象之情形，每一成案核扣點數 10 萬點。
- 五、 為配合結算期限，各季補報案件必須於次季第 2 個月的 10 日(含)前受理完成，逾期以 0 核付。如 99 年第 3(4)季案件必須於 99 年 11 月 10 日(100 年 2 月 10 日)前完成受理程序。
- 六、 長期住院案件最長切帳間隔，若為首次切帳申報，其最長切帳間隔為入院日之次次月底，若為第二次以後之切帳申報其申報迄日為申報起日之次月底(60~61 天)，逾期天數按超出天數單價扣除。

例如：某案件入院日：990110      出院日為：990628

首次申報起迄為：990110~990331

第 2 次切帳申報起迄為：990401~990531

第 3 次切帳申報起迄為：990601~990628

- 七、 其他代辦案件依原規定辦理。

## 附件 2

### 99 年醫院實地審查病歷項目補充說明 990518 修正

※抽樣病歷中，有 30%(含)以上個案，其病程記錄主治醫師未簽章，負 0.01 分。

※審查前二天記錄未記載者(扣除假日)，每一個案負 0.5 分。

- 一、選取件數：每一病房至少 10 件(少於 10 件全部抽查)，大型醫院至少 3 個病房。
- 二、病歷記載以實體病歷為主，電子病歷未有電子簽章者視同未記載。
- 三、任一不符事項將請醫院代表確認(代替病歷影印)。
- 四、「抽樣病歷中主治醫師是否都有簽章」：已記載之每一天病程記錄查有主治醫師簽章，30%計算係採四捨五入方式計算。
- 五、審查前二天記錄未記載者(扣除假日)意指審查當日往前第二天未記錄者即達計分條件；計算例子：本星期一審查，結果上星期四病歷病程記錄尚未書寫，則本項得負 0.5 分。
- 六、前項說明僅為本組計分方式之措施，不代表每日不需書寫病歷，按本保險支付標準規定，醫師有巡房有病程記錄者才可申報診察費。

### 附件 3

## 行政院衛生署中央健康保險局中區業務組 99 年長期使用呼吸器管理方案

修訂日期：99.05.20

### 壹、源頭管理：

一、ICU 及 RCC 異常管理：加強醫院輕病住院實地審查，不符收治條件則以個案方式核減：

(一)不符入住 ICU 適應症或應下轉而未下轉之核減標準：

- 1.醫學中心每日核減 6,710 點。
- 2.區域醫院每日核減 5,810 點。
- 3.地區教學醫院每日核減 3,750 點。
- 4.地區醫院每日核減 2,960 點。

(二)不符入住 RCC 適應症或應下轉而未下轉之個案，則以適宜入住階段標準呼吸照護病房支付點數。

### 二、呼吸照護中心品質評量：

(一)依實地評量結果分三級給付，分別以不高於 IDS 定額給付之 100%、95%、90%給付。

(二)RCC 實地品質評量採不定期評量，醫院升降級以 97 年評量之各等級間平均值之分數為其調整級數依據(假設第一級最低分數為 90 分，第二級最高分數為 80 分，其等級間平均分數則為 85，超過 85 分時，方可進入第一級)。

### 貳、RCW 及一般病房：

一、目標點數的設定：99 年目標點數為 0 成長，是以各季目標點數比對 98 年各季之目標點數，即 98 年第 1 季目標點為 99 年第 1 季目標點，以此類推。

(一)區域級以上醫院：是類醫院以照護急重患者為主，因此以 98 年各季為 99 年各季目標點數。

## (二)地區醫院：

1. 98 年超出目標點數：評量等級 1-3 級之醫院，以其超出「回補基礎點數」部分，做為各季目標點數調整依據，評量等級第 1 級調整 80%，第 2 級調整 75%，第 3 級調整 70%，惟整體總增加點數不得超過 1 千萬點。範例：甲醫院評量等級為第 1 級，98 年第 1 季目標點數 150 點，「回補基礎點數」180 點，98 年第 1 季實際申報點數 190 點，99 年第 1 季目標點數計算：

$(190-180)*0.8+150=158$ 。其餘等級醫院，則不調整目標點數。

2. 98 年未超出目標點數：以 98 年各季為 99 年各季目標點數。

備註：若 98 年參加點值穩定方案醫院以體系計者，呼吸器目標點數亦以體系醫院計，體系醫院則以體系的最高層級計。

## (三)各季申報點數低於 50 萬點之醫院，不另設目標點數管理。

## (四)新設立地區醫院無基值者：

1. 目標點數：以設置床位數(RCW)\*每季日數\*占床率(設 60%)\*呼吸照護品質給付成數(5 級 80%)\*IDS 呼吸器照護日定額點數(3,589)。
2. 成立滿半年後進行照護品質評量，並依評量結果調整目標點數。

## 二、重新評量機制：

### (一)申請條件：

1. 醫院自評：醫院以「長期使用呼吸器照護品質審查評量表(RCW 及一般病房)」自我評量，自認改善情形比最近評量等級足以晉升 1 級者。
2. 申請期限：於各季第 1 個月月底前，檢具公文及自評評量表，逾期者將於次季評量。
3. 申請次數：每年 1 次，1 年內不得再申請評量。

### (二)評量指標：

1. 以「長期使用呼吸器照護品質審查評量表」為評量項目(如附件一)。
2. 評量結果級數將以 95 年第 1 次各等級間平均值之分數為其級數依據，1 至 6 級平均分數依序為 84.18、77.6、72.85、64.97、54.85、

44.31。

(三) 評量結果運用

- 1.適用當季起之費用給付。
- 2.依新評量級數調整目標點數，每一級數以 5%乘以原目標點數調整，例如原為第二級，新評量等級為第三級，則當季起各季降 5%目標點數。

三、平時考核：

(一)設定監控指標：

- 1.各項操作型定義(如附件二)。
- 2.以分數計算者，每計 1 分核減 0.5%之目標點數，全部累計(含個案)核減上限 10%(不含實地審查)。
- 3.體系醫院個別監控及計分核減。

(二)實地審查(本項計分不內含於其他平時監測指標核減上限 10%之計分)。

- 1.實地審查以民眾檢舉或經本業務組檔案分析異常者，如專業人員照護比率下降等，為優先審查對象，其餘則視情況隨機安排。
- 2.當次審查結果級數與該醫院前次審查結果級數下降 2 級(含)以上(如原審查為第 1 級下降為第 3 級(含)以下)，則自審查當季起調降各季呼吸器目標點數，每級調降 5%。惟第 5 級則不受下降 2 級之限定，即原為第 5 級，經審查下降為第 6 級，則改列為第 6 級。
- 3.審查結果級數下降 2 級(含)以上之醫院，得於審查滿兩季後的第 1 個月月底前具函申請複評(例如：96 年第 4 季平時考核級數下降 2 級(含)以上，需至 97 年第 3 季之首月，即 97 年 7 月 1 日至 97 年 7 月 31 日之間，以郵戳為評憑提出申請)，未於前開規定日期間提出者，則於次季安排複評。
- 4.複評結果若與原等級相同或只降一級(惟原評量為第 5 級，經平時考核實地評量結果下降為第 6 級之醫院，經自行提出複審，其結果仍

為第 6 級者，則維持第 6 級目標點數設定)，則自複評當季回復原設定之目標點數；若複評結果未達上述等級，則仍維持原調降後之目標點數。

(三)醫院若有隱匿不予申報呼吸器醫令點數，將依相關規定辦理違約記點，情節嚴重者將依規定停止該項業務。

#### 四、結算：

(一)超出目標點數：

1. 區域級以上醫院及地區醫院評量等級 4-6 級者，超出目標點數逕予核減。
2. 地區醫院評量等級為 1-3 級，且平時考核無異常或未違反相關規定者，其超出「回補基礎點數」部分，將回補 40%，惟整體總回補點數每季不得超過 1 千萬點，回補之點數亦列入次年目標點數分配之參考。

(二)未超出目標點數：平時考核無異常或違反相關規定者核實給付，未超出目標點數差額，將單向流用於穩定方案一般項目目標點數。

(三)結算時間：採季結算，費用月於次季季中 10 日前受理完成，為其費用點值摺入計算(例如 99 年第 1 季費用申報應於 99 年 5 月 10 日受理完成)，超過者其費用核定為 0。

#### 五、非參加長期使用呼吸器目標點數管理之醫院：

(一)以虛擬目標點數管理。

(二)審查機制：

1. 每月逐案全審並視情況每季實地評量。
2. 評量結果作為審查參考，抽審案件經三位專業審查委員同意認定有下列情形時，將該筆案件核刪：
  - (1) 未積極脫離呼吸器
  - (2) 延遲脫離呼吸器
  - (3) 已於前一家醫院脫離呼吸，下轉（或承接）醫院又重新使用呼

吸器。

(4) 已於前一家醫院使用脫離式呼吸器，下轉（或承接）醫院重新使用 FULL SUPPORT 模式呼吸器。

3. 未依審查結果改善者，將依相關規定辦理違約記點，情節嚴重者依規定停止該項業務。

六、其他配合事項：轉出醫院應檢送下列資料給予轉入醫院

(一)呼吸器使用紀錄單：應含有首次呼吸器使用日及 2 週內使用記錄。

(二)現住病房類別。

(三)事前審查紀錄單（若無可免檢附）。