

中區分局醫院聯繫會 第31次會議

醫療費用三組

98年6月11日





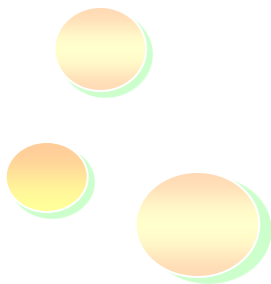
大 網

報告案一： 98年第1季及4月中區醫院醫療費用申報概況

報告案二：Tw-DRGs支付方案介紹

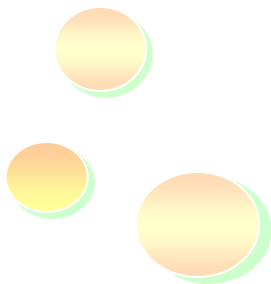
報告案三：轉請配合事項





98年第1季醫院總額預估平均點值 0.9605



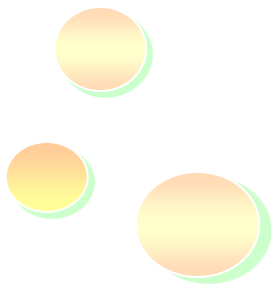


非穩定醫院98年第1季核減情形

非穩定醫院	核減率		
	門診	住診	門住診
	17.39%	15.10%	15.44%

備注: 98Q1非穩定醫院核減點數為3.71億





98年第1季及4月 中區醫院醫療費用申報概況





98年第1季醫療費用點數申報概況

項目	層級	門診						住院					門住合計	
		件數	醫療費用點數	每件醫療費用點數	每件診療點數	每件藥費點數	每日藥費點數	件數	醫療費用點數	每件醫療費用點數	每件住院日	每日費用點數	件數	醫療費用點數
當期申報值 (費用點數為百萬點)	醫學中心	812,548	1963	2416	971	1199	80.0	46,819	3227	68,931	7.8	8852	859,367	5190
	區域醫院	1,228,274	1984	1616	729	622	46.5	70,423	3114	44,213	8.9	4987	1,298,697	5098
	地區醫院	1,176,765	1231	1046	395	401	40.1	37,635	1431	38,015	13.4	2831	1,214,400	2661
	合計	3,217,587	5178	1609	668	687	54.7	154,877	7772	50,179	9.6	5201	3,372,464	12950
當期成長率 (%) (比較去年同期)	醫學中心	-1.71	4.49	6.30	5.56	6.24	5.75	2.91	5.10	2.12	-5.14	7.65	-1.46	4.87
	區域醫院	1.16	5.85	4.64	6.33	3.23	1.45	-0.83	-0.26	0.58	1.57	-0.97	1.05	2.04
	地區醫院	1.23	6.40	5.11	4.98	6.11	3.59	-5.34	2.50	8.28	10.19	-1.74	1.01	4.27
	合計	0.45	5.46	4.99	5.39	4.59	3.14	-0.89	2.42	3.33	2.02	1.29	0.38	3.61

註1：資料來源為門住診清單(含送核及補報)，排除中醫、牙醫及門診洗腎。

註2：醫療費用點數=申請醫療費用點數+部分負擔。



中央健康保險局 中區分局
CENTRAL REGION BRANCH, BUREAU OF NATIONAL HEALTH INSURANCE





98年4月醫療費用點數申報概況

項目	層級	門診						住院					門住合計	
		件數	醫療費用點數	每件醫療費用點數	每件診療點數	每件藥費點數	每日藥費點數	件數	醫療費用點數	每件醫療費用點數	每件住院日	每日費用點數	件數	醫療費用點數
當期申報值 (費用點數為百萬點)	醫學中心	426,161	1043	2447	994	1208	82.1	16,508	1163	70,429	8.3	8494	442,669	2206
	區域醫院	648,678	1056	1628	741	632	47.2	24,652	1179	47,809	9.8	4865	673,330	2234
	地區醫院	593,735	649	1093	421	419	40.3	12,744	507	39,781	13.8	2874	606,479	1156
	合計	1,668,574	2748	1647	692	703	55.5	53,904	2848	52,838	10.3	5127	1,722,478	5596
當期成長率 (%) (比較去年同期)	醫學中心	3.01	8.41	5.24	5.56	4.71	7.29	2.92	5.47	2.47	-3.53	6.22	3.01	6.84
	區域醫院	6.99	11.08	3.82	5.54	3.48	2.02	-1.15	4.62	5.84	2.37	3.39	6.67	7.58
	地區醫院	3.53	6.95	3.31	5.28	0.80	-2.20	-0.33	2.77	3.11	3.87	-0.73	3.44	5.08
	合計	4.71	9.07	4.16	5.53	3.20	2.42	0.26	4.63	4.36	1.18	3.14	4.57	6.76

註1：資料來源為門住診清單(含送核及補報)，排除中醫、牙醫及門診洗腎。

註2：醫療費用點數=申請醫療費用點數+部分負擔。





98年4月 藥費點數申報概況

項目	層級	門診	住院	門住診
當期 申報值 (百萬點)	醫學中心	515	182	697
	區域醫院	410	151	562
	地區醫院	249	51	300
	合計	1174	385	1558
當期 成長率 (%) (比較去年同期)	醫學中心	7.86	2.41	6.38
	區域醫院	10.72	9.01	10.25
	地區醫院	4.36	8.45	5.04
	合計	8.07	5.72	7.48





98年4月 藥費占率差值

項目	層級	門診	住院	門住診
當期 藥費佔率	醫學中心	49.36%	15.64%	31.58%
	區域醫院	38.84%	12.85%	25.13%
	地區醫院	38.34%	10.10%	25.95%
	合計	42.71%	13.50%	27.85%
當期 藥費佔率差值 (比較去年同期)	醫學中心	-0.25%	-0.47%	-0.14%
	區域醫院	-0.13%	0.52%	0.61%
	地區醫院	-0.95%	0.53%	-0.01%
	合計	-0.40%	0.14%	0.19%



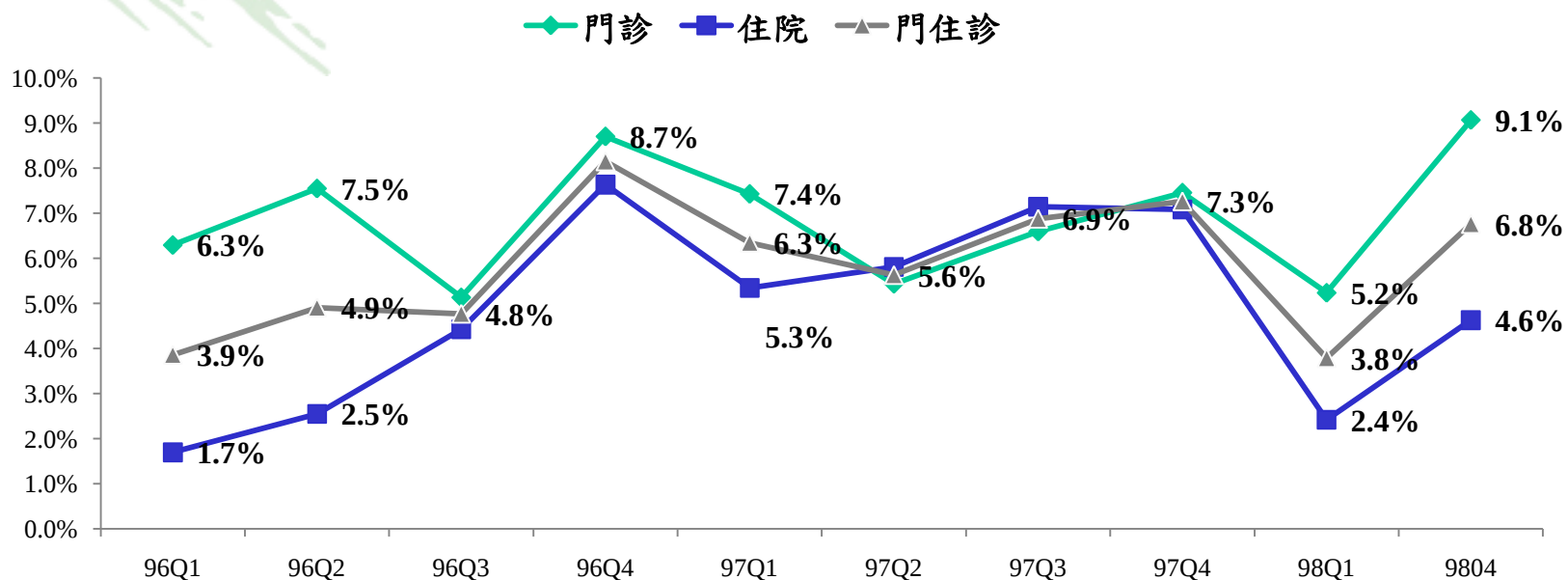
98年4月診療費用點數申報概況

項目	層級	門診	住院	門住診
當期 申報值 (百萬點)	醫學中心	424	410	833
	區域醫院	481	397	878
	地區醫院	250	188	438
	合計	1154	995	2149
當期 成長率 (%) (比較去年同期)	醫學中心	8.74	7.45	8.10
	區域醫院	12.92	2.90	8.15
	地區醫院	9.00	-0.43	4.75
	合計	10.50	4.06	7.42



醫院層級申報費用點數成長趨勢

(比較去年同期成長率)



診別	96Q1	96Q2	96Q3	96Q4	97Q1	97Q2	97Q3	97Q4	98Q1	98Q4
門診	6678	7114	7113	7277	7174	7500	7582	7820	7550	2748
住院	7189	7586	7466	7715	7573	8027	7999	8261	7772	2848
門住診	13867	14700	14578	14992	14747	15527	15581	16081	15322	5596

單位:百萬點



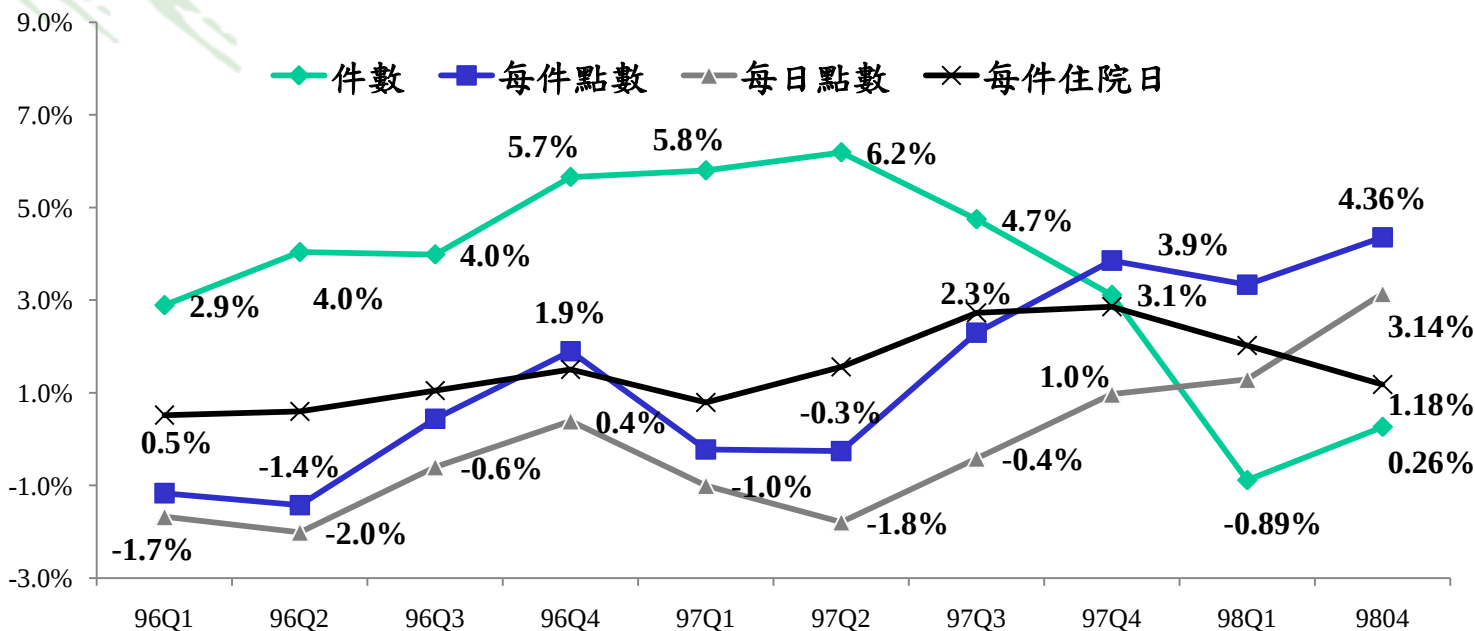
中央健康保險局 中區分局
CENTRAL REGION BRANCH, BUREAU OF NATIONAL HEALTH INSURANCE





醫院層級申報住院費用點數成長趨勢

(比較去年同期成長率)

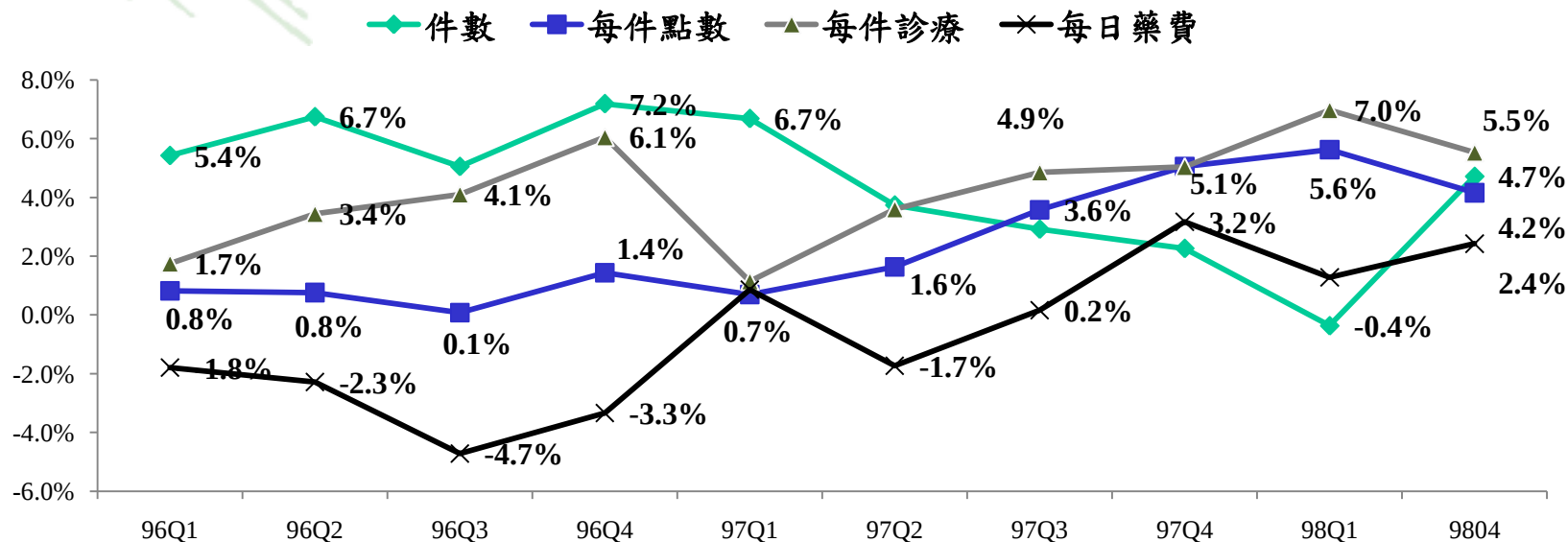


項目	96Q1	96Q2	96Q3	96Q4	97Q1	97Q2	97Q3	97Q4	98Q1	98Q4
件數(千件)	148	152	152	155	156	162	160	160	155	54
每件點數	48,668	49,749	48,952	49,832	48,560	49,620	50,077	51,753	50,179	52,838
每日點數	5,187	5,102	5,128	5,113	5,135	5,010	5,106	5,163	5,201	5,127
每件住院日	9.4	9.8	9.5	9.7	9.5	9.9	9.8	10.0	9.6	10.3



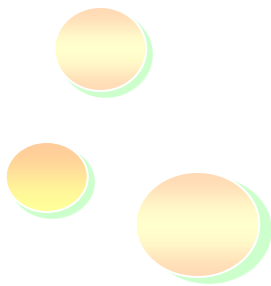


醫院層級申報門診費用點數成長趨勢 (比較去年同期成長率)



項目	96Q1	96Q2	96Q3	96Q4	97Q1	97Q2	97Q3	97Q4	98Q1	98Q4
件數(千件)	4376	4572	4535	4731	4668	4743	4667	4838	4651	1669
每件點數	1,526	1,556	1,569	1,539	1,537	1,581	1,625	1,616	1,623	1,647
每件診療	604	642	653	633	611	665	684	665	654	692
每日藥費	54.2	54.8	54.2	53.1	54.6	53.9	54.3	54.8	55.3	55.5





Tw-DRGs 支付方案介紹



中央健康保險局 中區分局
CENTRAL REGION BRANCH, BUREAU OF NATIONAL HEALTH INSURANCE





大綱

- Tw-DRGs支付法源依據與政策目的
- 規劃與公告過程
- 設計重點
- 逐步導入內容與時程
- Tw-DRGs導入後監控重點與配合事項
- 部分負擔收取方式
- 未來展望





Tw-DRGs支付之法源依據(1)

- ◆健保法第47條：本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，報請行政院核定。
- ◆健保法第49條：醫療費用協定委員會應於年度開始三個月前，在第四十七條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報請主管機關核定



Tw-DRGs 支付之法源依據(2)

◆ 健保法第51條：

醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及醫事服務機構共同擬訂，報請主管機關核定。

前項所稱醫療費用支付標準應以同病同酬原則，並以相對點數反應各項醫療服務之成本。同病同酬之給付應以疾病分類標準為依據。





Tw-DRGs之政策目的

- ◆ 提昇醫療服務效率(減少浪費)
- ◆ 改善病人照護品質與療效(臨床路徑)



Tw-DRGs設計原則

- ◆維持醫院總額點值穩定
- ◆實施前後總點數中平原則
- ◆保障重症病患及減少醫院財務衝擊



藉由總額協商機制提供誘因

年度	項目	成長率 (%)	億元	說明
93	改善支付制度、加強急重症醫療照護（包括推動台灣版RBRVS、 DRG ）	2.83%	70	
94	支付標準調整對醫療費用之影響（包括繼續推動台灣版RBRVS、 DRG 等）	1.70%	40	
95	支付標準調整對醫療費用之影響（包括繼續推動台灣版RBRVS、 DRG 等）	0.80%	21	
97	支付標準調整，包括： 推動DRGs之調整保障誘因 、2歲以下兒童門診診察費加成20%及骨盆腔檢查支付點數調整	0.12%	3.2	推動DRGs之調整保障誘因」乙項，若97年12月底前仍未實施，則自97年第4季一般服務預算扣減本項預算額度（成長率為0.076%）。
98	專款項目： 推動DRGs之調整與鼓勵		3	依實際導入實施之季別，併醫院總額一般服務預算結算。



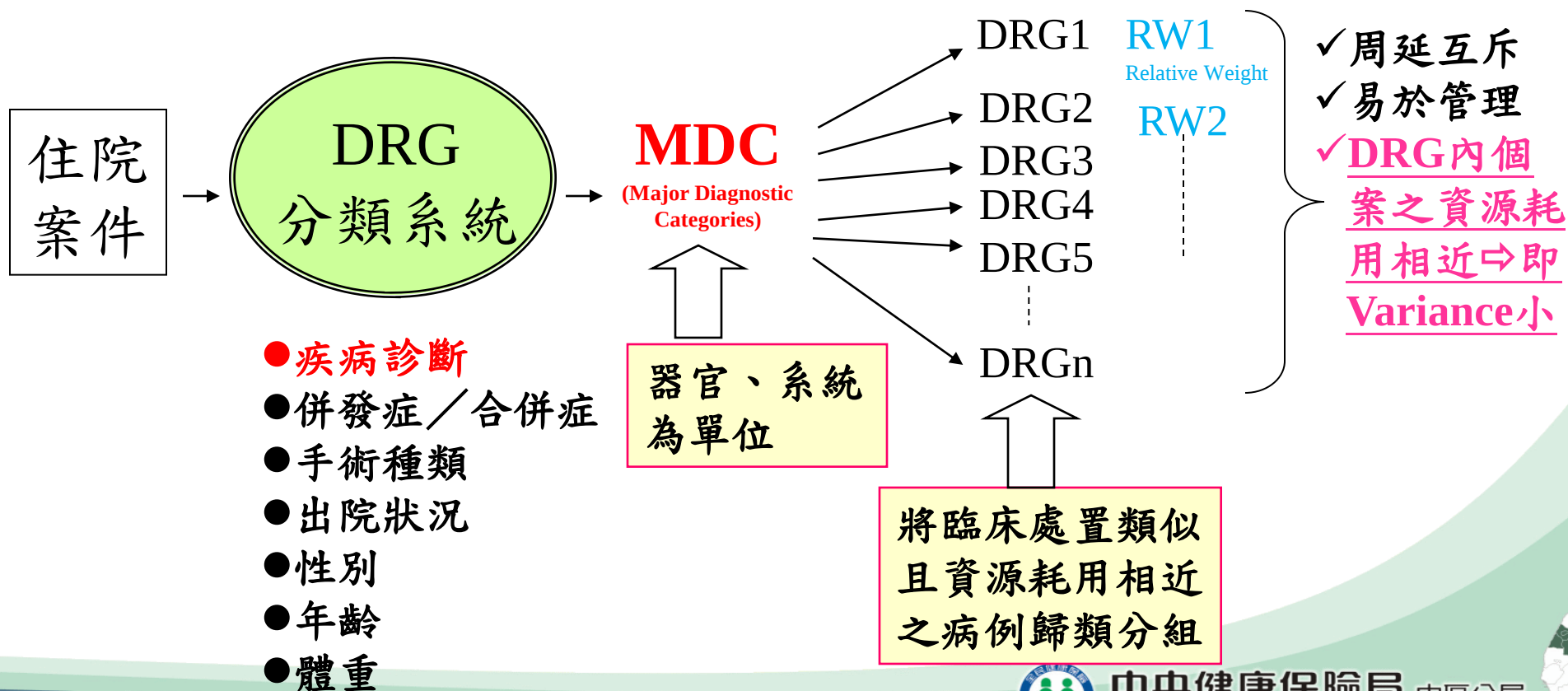


何謂DRGs

◆DRGs分類示意圖

25MDC+PREMDC

967項DRG



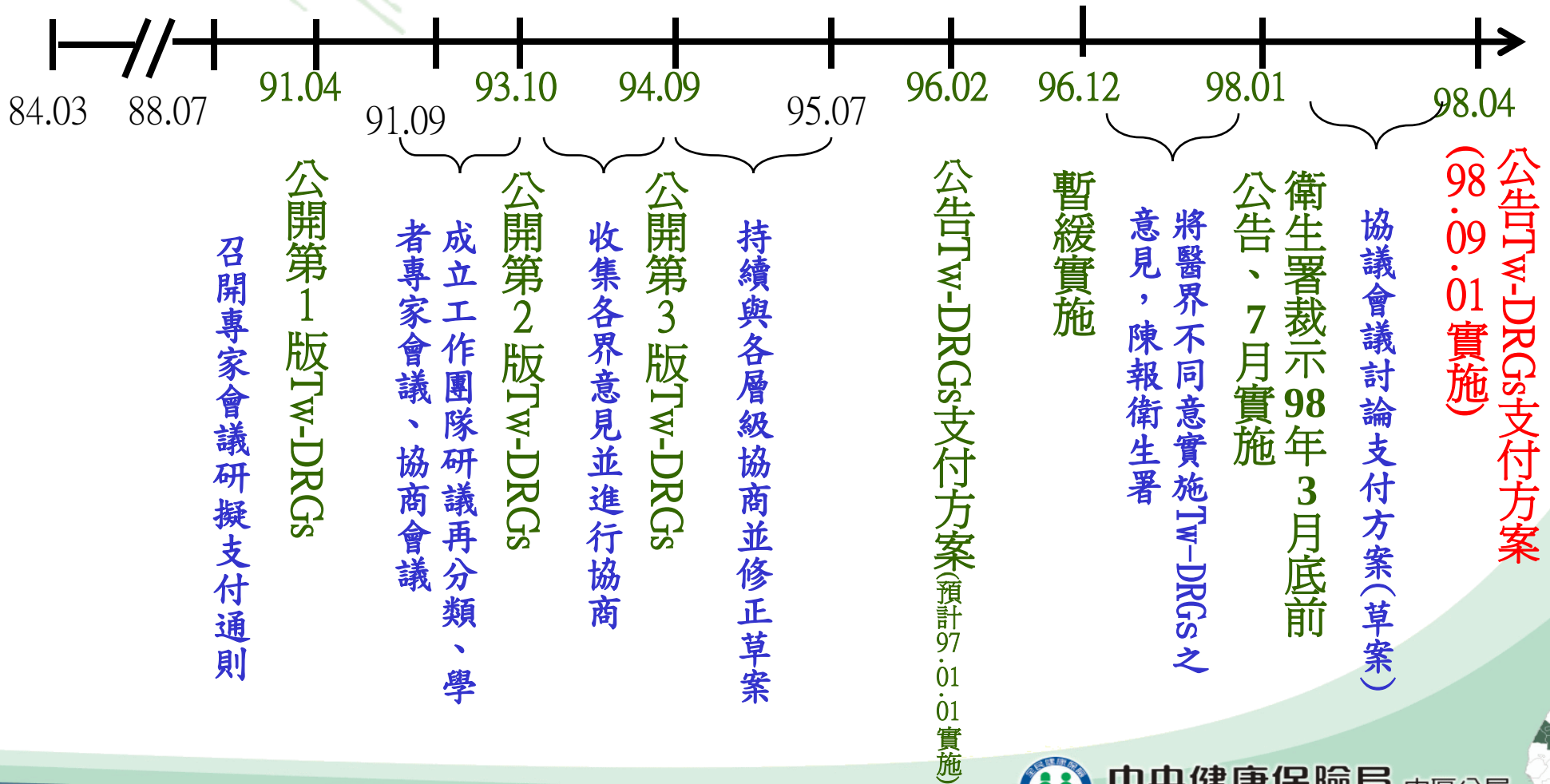
中央健康保險局 中區分局
CENTRAL REGION BRANCH, BUREAU OF NATIONAL HEALTH INSURANCE



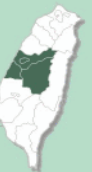


Case payment

TW-DRGs規劃及公告過程—歷經近10年



中央健康保險局 中區分局
CENTRAL REGION BRANCH, BUREAU OF NATIONAL HEALTH INSURANCE





TW-DRGs設計重點

- ◆ 費用涵蓋範圍
- ◆ 排除項目
- ◆ 支付方式
- ◆ 加算條件



TW-DRGs 費用涵蓋範圍_

醫院住院案件使用



- ◆ 包含當次住院屬「全民健康保險醫療費用支付標準及藥價基準」所訂各項相關費用。
- ◆ 不含當次住院前之門、急診費用。





TW-DRGs排除項目

- ◆ MDC19及20(精神病)
- ◆ 主診斷為癌症、性態未明腫瘤
- ◆ 主次診斷為愛滋病、血友病或罕見疾病
- ◆ 住院天數>30天
- ◆ 主或次診斷為臟器移植併發症及後續住院
- ◆ 使用ECMO(處置碼39.65)之案件得以排除
- ◆ 試辦計畫
 - 乳癌、慢性肝炎、肺結核等醫療給付改善方案
 - 安寧療護試辦計畫
 - 呼吸器依賴患者整合性照護計畫
 - 週產期論人計酬試辦計畫
- ◆ 其他非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍之案件





TW-DRGs 支付方式

◆ 一般案件：

各DRG醫療點數之2.5百分位

費用下限臨界點

核實申報

DRG 支付定額

$$= \text{相對權重(RW)} \times \text{標準給付額(SPR)}$$
$$\times (1 + \text{基本診療加成} + \text{兒童加成} + \text{CMI加成} + \text{山地離島醫院加成})$$

(各DRG之91百分位值)

費用上限臨界點

DRG 支付定額 +
超過部分 * 0.8
= DRG 支付點數





TW-DRGs加算條件

◆基本診療加成

➤反應現行支付標準基本診療章各層級醫院之差異

◆兒童加成

➤反應支付標準兒童加成之規定

◆CMI加成

➤反應醫院收治病患之疾病嚴重程度

◆山地離島醫院加成





加成項目之點數影響

項目	第一階段導入項目 之第一年影響(AR25%)			Tw-DRGs全部導入 之影響(AR100%)		
	DRG 支付點數	加成項目 影響點數	占率	DRG 支付點數	加成項目 影響點數	占率
點數 (百萬點)	24,771	125	0.50%	87,326	1,115	1.28%

註1：第一階段導入項目為111項DRG。

註2：加成項目包括基本診療加成、兒童加成、CMI加成及山地離島加成。





逐步導入與實施時程

時程	DRG項目或MDC	占DRG範圍之點數%	累計導入之DRG占DRG範圍之%	占全部住院費用之點數%
第1-2年	111項DRG	28.60%	28.60%	17.36%
第3年 (暫定)	MDC 5、8、12、13、14	18.00%	46.60%	10.97%
第4年 (暫定)	MDC 2、3、6、7、9、10	14.30%	60.90%	10.26%
第5年 (暫定)	MDC PRE、4、11、17、23、24	21.40%	82.30%	12.97%
第6年 (暫定)	MDC 1、15、16、18、21、22	17.70%	100.00%	9.16%
合計	967項DRG	100.00%		60.72%



導入期間Tw-DRGs申報點數之計算

◆導入期間Tw-DRGs申報醫療點數＝

Tw-DRGs支付點數 × AR(Adjust Rate)+論量計酬 × (1-AR)

◆導入期間各年之AR值如下：

年月		111項 DRG	MDC(非111項DRG部分)			
	DRG支付 點數導入年 度	第1-2年	第3年 MDC	第4年 MDC	第5年 MDC	第6年 MDC
98.09~12	第1年	25%				
99.01~12	第2年	50%				
100.01~12	第3年	75%	25%			
101.01~12	第4年	100%	50%			
102.01~12	第5年		75%	75%	75%	
103.01~12	第6年		100%	100%	100%	100%





論病例計酬與Tw-DRGs的差異

分類	項目	TW-DRGs	論病例計酬
影響層面	適用服務項目	急性住院	處置爲主的急性門、住診
	影響科別	全面	外科系+心內
	協商方式	整個系統	逐項
	導入方式	逐年、按DRG、增加定額比重	逐項
	部分負擔	按實際醫療點數	按實際醫療點數
計算方式	計算方式		
	母體	全體院所	分層級統計
	費用	中平原則+政策誘因	政策誘因
	分類邏輯	以主診斷+處置碼爲主	以處置碼爲主
	區分CC	是	是
	計費單位	相對權重	點數
支付條件	執行內容規範	無	有必要診療項目
	>上限臨界點		
	支付方式	超出部分80%	核實
	個案數	不限	Outlier個案限制比率
	<下限臨界點	核實	以定額申報



導入後費用之監控

- ◆ 住診病患醫療利用情形，包括再住院、再急診等
- ◆ 分析醫院門、住診醫療費用移動趨勢
- ◆ 分析護理機構、居家照護在DRG實施後需求變化
- ◆ 監控民眾就醫可近性變化
- ◆ 持續公開醫療品質資訊供民眾參閱



導入後民眾權益保障

- ◆應定期監測各項品質指標(如平均住院天數、再急診率、再住院率等)，建立即時回饋系統，並可供民眾查詢。
- ◆即時並加強辦理民眾申訴案件之處理
- ◆監控病患轉院案件：加強「轉院」及「一般自動出院」案件之審查
- ◆加強查核自費收取情形：各特約醫院於本保險給付範圍內，不得自立名目向保險對象收費
- ◆各特約醫院若有拒收保險對象者、虛報費用而損及民眾權益者，依特約管理辦法辦理。



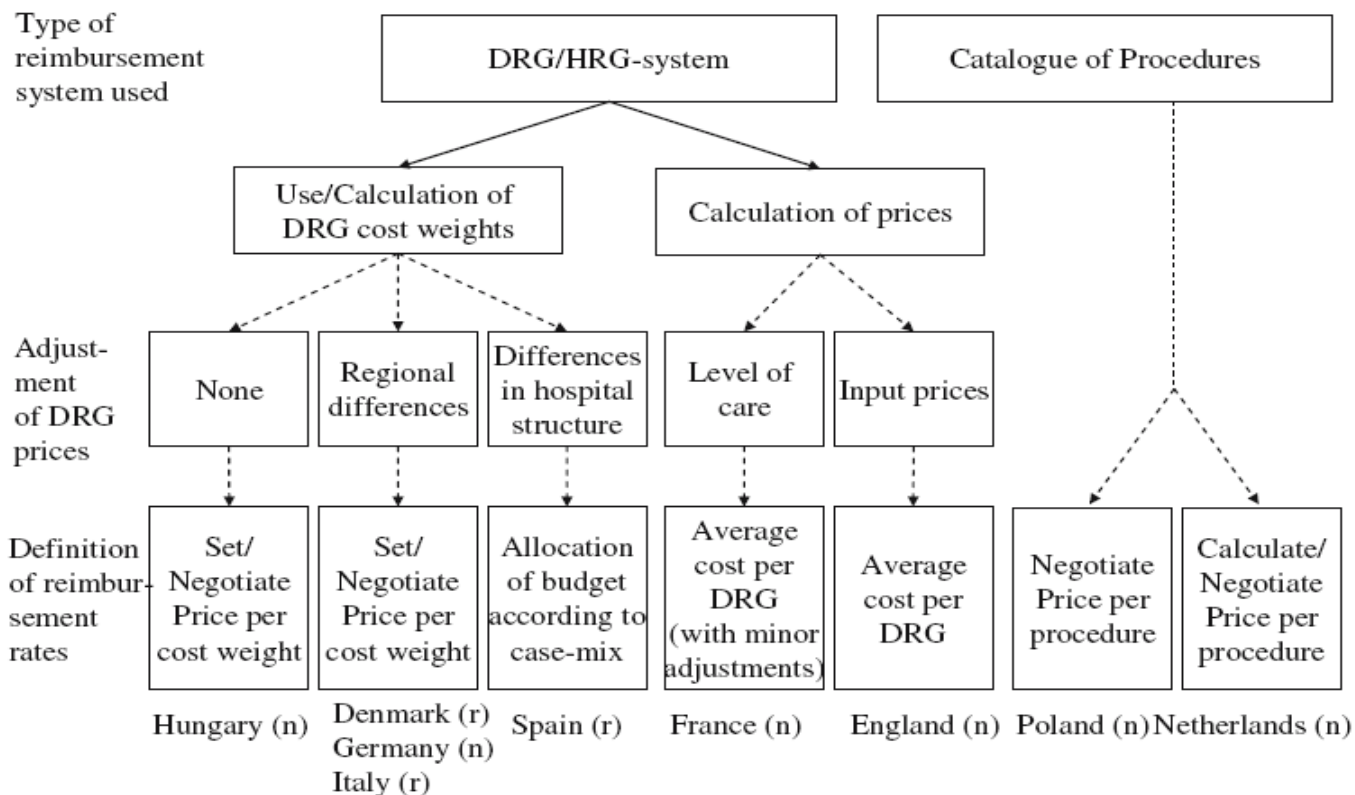


免部分負擔對象

- ◆全民健康保險法第36條免自行負擔費用對象：
 - 一、重大傷病。
 - 二、分娩。
 - 三、接受第32條所規定之預防保健服務。
 - 四、山地離島地區之就醫。
- ◆Tw-DRGs支付制度仍依上開規定免收部分負擔

Defining reimbursement rate in nine EU countries

Fig. 2 Defining reimbursement rates in nine EU countries



資料來源：Jonas Schreyo" gg . Tom Stargardt. Oliver Tiemann. Reinhard Busse. Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups_A comparison of nine European countries. Social Science & Medicine. 33(6):707-716.



未來展望

- ◆逐年檢討成效，逐步全程導入。
- ◆再分類之建議，併ICD-10-CM/PCS導入同時考量。
- ◆逐年檢討各項加成之必要性與合理性，落實同病同酬。
- ◆逐年檢討醫院總額下「每點一元保障項目」範圍，以強化醫療效率之提升
- ◆完成台灣本土化Tw-DRGs支付制度。



轉請配合事項





胃管插入不得與胃減壓同日申報規定案

按胃管插入係屬胃減壓之相關處置，依全民健康保險醫療費用支付標準第二部第二章第六節通則五規定「同一手術部位或同一病灶同時施行兩種以上之處置時，按其主要處置項目所訂點數計算之。」爰上，兩者不得同時申報。（中華民國98年5月14日健保審字第0980003705號函）





提醒醫院注意配合之事項：

按全民健康保險爭議審議委員會統計本分局轄區96年11月至97年10月份止，案件審定駁回率達80%以上有7家(員生醫院、彰基鹿基分院、南基醫院、中國附設醫院、彰化基督教醫院、佑民綜合醫院、秀傳醫院等)。

其中達90%以上之院所分別為南基醫院(100%)、秀傳紀念醫院(97.3%)、佑民綜合醫院(96.3%)及彰基鹿基分院(91.3%)。

針對駁回率較高之院所爭審會要求分局應進行積極之輔導，再次提醒各醫療院所提送爭議審議之案件請先確認，如已經本分局初核、申復後明確不符相關規定之案件，請各醫療院所斟酌提送之案件與數量，以避免浪費行政資源。

另本分局亦會提供相關院所之核減理由及綜合審查意見，供爭議審議委員會參考，請各院所提送前務必審慎衡量。





輔導院所網路申辦重大傷病證明

- ✓ 98年5月區域級以上醫院VPN上傳重大傷病申請案件，申辦比率已達76%(詳附件)，目前各院所比率均達60%以上，僅剩3家院所(草療、大里仁愛及慈濟醫院)未達標準，如上述院所仍有困難，請洽醫審分組協助處理。
- ✓ 另配合e化作業，有關重大傷病申請案件，審查後需要補件之案件，目前已採電子郵件通知醫療院所，98年6月15日起將不再郵寄書面通知，本分組會在月底針對醫療院所辦理申辦重大傷病作業教育訓練，以提升與院所配合之流程順暢度。

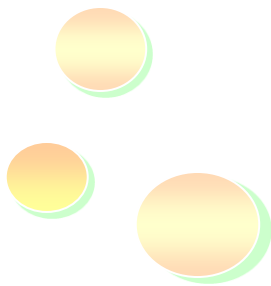




98年5月區域級以上醫院 重大傷病網際網路申請件數統計表

院所	網路申請件數	5月總申請件	百分比	98年4月百分	5月排名
彰化基督教醫院	383	586	65%	63%	17
台中榮民總醫院	451	728	62%	19%	19
中國附設醫院	557	587	95%	91%	3
中山醫院	198	222	89%	90%	7
署立彰化醫院	34	43	79%	88%	11
署立台中醫院	45	66	68%	65%	16
署立豐原醫院	64	92	70%	68%	15
草屯療養院	11	17	65%	45%	18
國軍台中總醫院	28	33	85%	78%	9
光田醫院	99	133	74%	78%	13
童綜合醫院	107	144	74%	72%	14
大里仁愛醫院	31	64	48%	46%	20
彰基二林分院	28	28	100%	88%	1
澄清綜合醫院	41	44	93%	88%	4
澄清中港分院	94	107	88%	89%	8
林新醫院	67	75	89%	86%	6
慈濟台中分院	29	69	42%	21%	21
彰濱秀傳醫院	58	64	91%	91%	5
秀傳紀念醫院	169	172	98%	96%	2
李綜合醫院大甲分院	14	18	78%	88%	12
埔里基督教醫院	14	17	82%	73%	10
	2522	3309	76%	67%	





敬請指教



中央健康保險局 中區分局
CENTRAL REGION BRANCH, BUREAU OF NATIONAL HEALTH INSURANCE

