

## 健保局中區分局與中區醫院聯繫會第29次會議紀錄

時間：97年12月15日下午2點30分

地點：健保局中區分局（以下稱本分局）10樓第1會議室

出席人員：

中區醫院代表：

台中榮民總醫院藍副院長忠亮、台中榮民總醫院姚主任鈺、中國醫藥大學附設醫院林院長正介、中國醫藥大學附設醫院吳副主任亞璇、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、行政院衛生署豐原醫院陳院長進堂、行政院衛生署草屯療養院陳院長宏（謝文川代）、中山醫學大學附設醫院呂院長克桓（游永春代）、澄清醫院林院長高德（周思源代）、林新醫院林院長仁卿（徐弘正代）、光田醫院王院長乃弘（黃明國代）、童綜合醫院童副院長瑞龍、秀傳紀念醫院陳副院長茂文、勝美醫院陳院長志強、臺安醫院蘇院長主恩（呂美麗代）、清泉醫院羅院長永達、員林何醫院何院長黎星、洪宗鄰醫院洪院長宗鄰、佑民綜合醫院謝院長文輝、員榮綜合醫院張院長克士

本分局：

丁副經理增輝、林組長月英、楊主任育英、田專員麗雲  
林專員美喜、周課長名玟、蔡課長瓊玉、陳課長雪姝

主席：方經理志琳

紀錄：張傳慧

壹、宣布開會

貳、主席致詞：(略)

參、報告事項：詳見會議資料

一、97年第3季與97年10月醫療費用申報概況

(一) 97年第3季較96年第3季醫療費用成長率，門診6.60%、住

院7.15%、門住診合計6.88%；單價成長率門診3.58%、住院2.30%。

(二) 97年第3季較96年第3季藥費成長率，門診6.20%、住院12.58%、門住診合計7.74%。

(三) 97年第3季較96年第3季藥費占率差值，門診-0.16%、住院0.66%、門住診合計0.22%。

(四) 97年第3季較96年第3季診療費成長率，門診7.92%、住院6.78%、門住診合計7.38%。

(五) 97年10月較96年10月醫療費用成長率，門診8.71%、住院8.46%、門住診合計8.58%；單價成長率門診5.67%、住院4.24%。

(六) 97年10月較96年10月藥費成長率，門診8.50%、住院17.86%、門住診合計10.65%。

(七) 97年10月較96年10月藥費占率差值，門診-0.08%、住院1.07%、門住診合計0.52%。

(八) 97年10月較96年10月診療費成長率，門診9.39%、住院7.87%、門住診合計8.67%。

二、98年醫院總額管理架構（如附件：中央健康保險局中區分局醫院總額點值穩定方案作業）

三、轉請配合事項

(一) 98年長期使用呼吸器費用申報配合事項

1.緣由：為因應98年度起，未參與試辦計畫之呼吸照護病房及一般病床，合計收治符合呼吸器依賴病患定義之病患，應以整合性照護住院照護階段支付標準給付為上限。

2.病人入住ICU病房與一般病房所產生之費用請切帳並正確申報符合該階段支付標準點數，若未正確申報，將由行

政逕予核減，且其核減點數不併入總額目標點數計算。

3.呼吸器依賴患者全面納管通則五：病患不論是否於同一醫事服務機構之住院、出院、轉入轉出次數，多次入住呼吸器照護病房（RCW）及一般病房（含經濟病床）之照護日數均累計之定義為「終生」而非「該次依賴期間」，並自98年1月1日起實施。

（二）健保 IC 卡登錄及上傳資料品質實施方案-預檢程式

1.為提昇健保 IC 卡上傳資料之使用效益，有關「健保 IC 卡登錄及上傳資料品質實施方案」，將自 98 年 1 月起（費用年月）增加勾稽項目。

2.97 年 10 月至 12 月為該實施方案宣導期，目前轄區醫院僅 18 家已以預檢程式測試，請尚未測試醫院，儘速測試使用，以減少實施後檢核錯誤而致退件情形（本分局 97 年 9 月 30 日健保中費一字第 0970049230、0970088918 號函諒達）。

（三）請利用 VPN 申辦重大傷病證明：為利服務民眾申辦重大傷病證明，減少往返奔波，請配合利用 VPN 上傳重大傷病證明申請資料，對於免送專業審查部分之重大傷病證明，本分局會儘速回復申辦結果。爾後醫院利用 VPN 申辦重大傷病證明辦理情形，將每季統計後於醫院總額聯繫會議報告。

（四）請依規定開立醫療費用收據：財團法人台灣醫療改革基金會調查發現，部分醫療院所收據未列出健保申請點數、藥費點數與部分負擔，且名目混雜不一，請本局應加強輔導並列入總額共管會之督導。本分局至醫院實地審查時，將不定期抽調收據內容格式，以了解是否與規定相符。

- (五)「子宮頸抹片檢查」檢核邏輯：預防保健提供 30 歲以上婦女每年一次子宮頸抹片檢查，本局之「二代醫療資訊系統醫令自動化審查 (PHE)」係以「年」為檢核邏輯。
- (六)「誠實申報、共創雙贏」違規案例異常宣導：為防杜健保醫療資源浪費，保障保險對象就醫品質，對於醫療院所違規案件之查核，依多年查核經驗中發現，大部分特約醫事服務機構係因不諳健保相關規定而誤觸法規，本分局業已發函，提供違規案例預防宣導單張，請參閱(本分局 97 年 11 月 7 日健保中費一字第 0970049372-A 號函諒達)。

#### 肆、提案討論

提案一：

提案單位：健保局中區分局

案由：98 年醫院總額管理架構，提請確認。

說明：

- 一、中區分局 98 年醫院總額管理點值穩定方案架構（如報告內容）。
- 二、參加對象為所有醫院但排除一年內曾受停約處分之醫院。
- 三、實施期間自 98 年第 1 季起。
- 四、目標點數設定
  - (一) 排除總額外項目：代辦業務及其他部門及專款專用。
  - (二) 長期使用呼吸器項目另訂。
  - (三) 98 年基礎點數計算係以結算率乘以 97 年目標點數加 97 年分局排外項目。98 年第 2 季至第 4 季目標點數之基礎點數分別採計 97 年第 2 季至第 4 季之結算率，予以計算目標點數可分配占率。98 年第 1 季之目標點數之基礎點數係以 98 年第 2 季之目標點數之基礎點數乘以各院

97 年第 1 季及 97 年第 2 季之原始申報點數之比值予以推算。

- (四) 以 98 年基礎點數計算各醫院目標點數可分配占率，以此占率在目標點值設定為 0.96 之前提下，分配各醫院目標點數。
- (五) 設定下期目標點數調整因素：該調整因素於 98 年目標點數設定時不列入考量，將於 99 年列入考量以調整各醫院目標點數可分配占率。

#### 五、給付模式：

- (一) 當季目標點數增減因子：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。
- (二) 平時考核鼓勵監控指標：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目標點數，未達成者不予扣減。

#### 六、其他說明：

- (一) 各院目標點數每半年分配一次。
- (二) 各季目標點數互不流用。
- (三) 醫院醫師支援非體系醫院所得占率超出醫師總所得點數 10% 以上之 50%，將自原執業醫院之目標點數中扣除。
- (四) 回補機制：申報之管控項目點數超出目標點數 6% 以上者，最高回補 30%，整體回補有上限總額度 5 千萬的限制。
- (五) 參加該方案之醫院，經檔案分析後進行專案立意審查，若有核減情形則逕予核扣。
- (六) 點值若達 0.97 以上，或非穩定方案醫院成長率高於前一年成長率，則參加之醫院調整目標點數。
- (七) 實地審查：同 97 年平時考核。

(八) 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 (方案內容詳附件)。

決議：照案通過。惟設定下期 (99 年) 目標點數調整成數部分，將評估其影響程度，並於明 (98) 年第 1 季報告評估結果，視需要調整。

## 提案二

提案單位：健保局中區分局

案由：97 年穩定方案實施放射線治療整體設立目標點數單獨管理，97 年已執行兩季，97 年第 2 季單價超出上限核扣約 2 千 3 百萬點，單價核扣後總點數超出核扣約 4 百萬點，97 年下半年是否繼續執行該項管理，提請討論。

說明：

- 一、日前台灣放射腫瘤學會來函，對於本分局 97 年放射線治療整體目標點數以 96 年第 2 季負 5% 為設定基準，且以 CMI 校正後的 P75 值為單價上限值及單價核扣後仍超出點數整體按比率均攤等管理方式多所質疑，提出嚴正抗議並要求本分局在該學會研擬出周延可行之放射給付方案之前，暫停目前相關給付方案。
- 二、有關 97 年穩定方案實施放射線治療整體設立目標點數單獨管理，係於 96 年 12 月 13 日健保局中區分局與中區醫院聯繫會第 24 次會議中，對於 97 年醫院總額管理規劃所確立，並自 97 年第 1 季開始實施。實施該管理之源起於 96 年 11 月 1 日第 23 次聯繫會議中報告放射線治療醫令量，以 95 年第 4 季為定基，自 96 年第 2 季起大幅成長 19%，而人數只有成長 4%，每人醫令量成長 14% (詳表 1)。另與其他分局做診斷別的比較，相同診斷下本分局每人醫令量普遍高於其他分局

20-40%之間，甚至有高於 151%者（詳表 2）。基於以上理由，期望醫院朝單價管控方向著手，讓有限的醫療資源發揮最大效益。

- 三、單價上限以 95 年第 4 季不分層級的 P75 為上限值，主要是因 96 年起放射線治療完全不列入非藥費單價管理項目之中而開始大幅成長，因此以 95 年第 4 季為單價基期較為合理，另為了因應各醫院各季治療疾病類別的差異，再以疾病嚴重度（CMI 值）校正之【 $CMI 值 = (各診斷人數 * 權重) / 總人數$ ； $權重 = 各診斷的每人平均單價 / 總的每人平均單價$ （季歸戶人）】。
- 四、單價除了有分局別的差異，也有各醫院的差異。以 97 年第 2 季的支氣管及肺惡性腫瘤為例（為了提高可比性排除照野數 60 以下案件），共有 8 家醫院列入比較，其中有 4 家每人單價為 13.5 萬至 16.6 萬、有一家為 19.1 萬、有 3 家為 23.2 至 26.7 萬，最高和最低之間差了將近一倍（表 3）。
- 五、97 年第 3 季估算單價超出上限核扣約 1 千 4 百萬點，單價超出核扣後總點數仍超出約 5 百 70 萬點。

建議：

- 一、有關 97 下半年放射線治療處理方式提出甲乙兩案
  - （一）甲案：尊重台灣放射腫瘤學會的意見，在該學會研擬出周延可行之放射給付方案之前，暫停目前相關給付方案。惟放射治療超出目標點數部分（97 年第 3 季約 2 千萬），由執行該業務醫院按比率均攤扣除或全體醫院吸收，不予扣除。
  - （二）乙案：97 下半年放射線治療處理仍按現行辦法執行。
- 二、98 年放射線治療列入各醫院目標點數，已不再單獨整體目標點數管理，而以人數的增減及單價是否超出，作為當季或下期目標點數的調整因子。因此在放射腫瘤學會提出具體建議

前仍按原規劃執行，待該會有明確建議後再予以修正。

表1 放射線治療(支付標準前2碼"36")申報概況

季別	95Q4			96Q1			96Q2			96Q3		
	醫令量	人數	每人醫令量									
放射治療	169,419	3,179	53.29	175,965	3,129	56.24	201,637	3,314	60.84	210,013	3,469	60.54
以954Q為定基成長率				4%	-2%	6%	19%	4%	14%	24%	9%	14%

※含治療及規劃

表2\_放射線治療每人醫令量中區較其他分局比較

ICD	主診斷中文	中區96Q3			其他分局_96Q3			中區較其他分局差異
		醫令量	人數	每人醫令量	醫令量	人數	每人醫令量	
148	下咽惡性腫	8,875	84	105.65	2,962	45	65.82	61%
141	舌惡性腫瘤	9,417	93	101.26	4,904	71	69.07	47%
146	口咽惡性腫	6,390	72	88.75	2,142	35	61.20	45%
150	食道惡性腫	12,073	189	63.88	4,853	96	50.55	26%
147	鼻咽惡性腫	17,633	163	108.18	8,390	97	86.49	25%
191	腦惡性腫瘤	4,109	59	69.64	2,810	47	59.79	16%
145	口之其他及	13,991	167	83.78	7,014	101	69.45	21%
154	直腸, 直腸	8,751	96	91.16	5,156	90	57.29	59%
174	女性乳房惡	18,721	282	66.39	13,198	220	59.99	11%
198	其他明示部	2,534	87	29.13	818	41	19.95	46%
185	攝護腺(前	13,835	120	115.29	6,365	63	101.03	14%
162	氣管, 支氣	15,929	363	43.88	8,653	170	50.90	-14%
155	肝及肝內膽	14,438	191	75.59	1,748	58	30.14	151%
V58	接受其他手	10,078	329	30.63	2,425	155	15.65	96%
180	子宮頸惡性	8,618	110	78.35	6,391	101	63.28	24%

※含治療及規劃

表3\_97年第2季癌症放射線治療各醫院治療單價\_支氣管及肺惡性腫瘤,未明示者

醫院	人數	36001B	36002B	36004B	36005B	36012B	36015B	36018B	36019B	36021C	平均每人金額
		電腦治療 規劃--簡 單	驗證片 (每張)	放射照野 片1張	放射照野 片2張	器遠隔照 射治療, 每一複雜 照野	電腦治療 規劃--複 雜	模擬定位 攝影	劑量計算	3D電腦斷 層模擬攝 影	
		3309元	396元	418元	572元	1334元	11483元	3619元	301元	8500元	
每人平均醫令量											
h1	4	-	-	-	-	105	1.3	0.8	2.5	1.0	166,724
h2	5	3	-	0.4	1.6	88	0.6	0.4	-	0.8	135,330
h3	21		5.0	1.1	-	97	1.3	1.3	-	-	152,646
h4	4		9.0	-	1.8	170	1.8	-	4.5	1.8	267,670
h5	3		-	-	1.3	95	1.0	-	5.0	1.0	148,536
h6	4		0.5	2.5	-	170	0.3	-	-	0.3	232,352
h7	4		2.0	-	1.0	162	1.0	-	5.0	0.5	234,710
h8	3		-	-	-	122	2.0	1.3	2.0	-	191,141

決議：

- 一、採乙案，即 97 下半年放射線治療處理仍按現行辦法執行。惟若台灣放射腫瘤學會能提出一套合理處理方案，並經本分局評估可行後可再提會中討論。
- 二、爾後有關學會提出對於醫院總額管理的建議，不宜逐案提列聯繫會議討論，應整體評估可行性後，再提出修正建議於聯繫會議中討論。

提案三

提案單位：健保局中區分局

案由：本轄區 98 年醫院總額結算執行架構偏遠地區認定原則乙案，提請討論

說明：

- 一、經衛生署指定之偏遠地區醫院，當年各季浮動點數以前一季各分區門住診平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區門住診平均點值小於當季浮動點值，該分區該季偏遠地區醫院之浮動點數以當季浮動點值核付，且增加之費用於次季該分區一般服務預算中支應。
- 二、依總額支付委員會會議決議，98 年「醫院總額結算執行架構

偏遠地區認定原則」原則比照 97 年辦理。其 97 年之認定原則如下：

- (一) 以行政院研究發展考核委員會 91 年「偏遠地區設置公共資訊服務站策略規劃」報告書中，認定為偏遠程度低(新社鄉、東勢鎮、竹塘鄉、溪州鄉、芳苑鄉、大城鄉、福興鄉、集集鎮、水里鄉、竹山鎮)及偏遠程度高(和平鄉、魚池鄉、仁愛鄉、國姓鄉、鹿谷鄉、中寮鄉、信義鄉)之保險對象，以戶籍檔實際參與照護比率，依 95 年 3 月醫療費用依權重校正(偏遠程度低\*1.2、偏遠程度高\*1.6)之結果占該醫院醫療費用 40%以上之醫院。
- (二) 本分局依說明(1)原則試算 96 年 3 月費用，符合之醫院有 9 家，占本分局門住診醫療費用 5.16%。另再以偏遠程度低\*0.2、偏遠程度高\*0.8 權重校正重新試算結果佔該醫院醫療費用 18%以上之醫院，符合之醫院有 5 家，占本分局門住診醫療費用 3.83%。
- (三) 經衛生署核定公告，97 年本分局之偏遠地區醫院計有協和東勢醫院、東勢農民醫院、洪宗鄰醫院、宋志懿醫院、竹山秀傳醫院、埔里基督教醫院、彰基二林分院、新泰宜婦幼醫院、埔里榮民醫院等 9 家(其中埔里榮民醫院，97 年申報費用點數中歸屬於非偏遠地區榮民費用點數，因本認定原則所得之補助款，採固定比率於當季扣除)。

三、另按 97 年上半年費用申報資料，渠等醫院申報門住診服務點數為 14.73 億點，占本分局門住診申報點數 5.15%。

四、98 年偏遠地區醫院名單擬比照 97 年衛生署核定公告之 9 家醫院為主。

決議：依說明二(三)、四辦理。

提案四 提案單位：竹山秀傳醫院、佑民醫院、埔里基督教醫院

案由：建請「偏遠地區急救責任醫院」之急診診察費加成費用，應排除於醫院總額穩定方案之目標點數之外。

說明：偏遠地區急救責任醫院營運艱困，其現行之急診診察費加成包含於醫院總額穩定方案之目標點數內，故一旦醫院總額超過不僅要被斷頭，再加上點值回推部份，反而造成醫院營運更加艱苦（本分局粗估一季約 700-800 萬點，依據行政院衛生署 97 年 3 月 10 日衛署醫字第 0970204595 號公告之偏遠地區急救責任醫院，本分局轄區計有行政院衛生署豐原醫院、彰化基督教醫院二林分院、埔里基督教醫院、東勢農民醫院、仁和醫院、卓醫院、行政院衛生署南投醫院、佑民醫院、竹山秀傳醫院等 9 家）。

決議：照案通過，同意前開公告之 9 家偏遠地區急救責任醫院，於參加穩定方案時，其目標點數排除急診診察費加成 30% 費用。

提案五 提案單位：健保局中區分局

案由：有關 98 年長期使用呼吸器管理草案，提請討論。

說明：

一、97 年源頭管理：

（一）97 年醫院呼吸器使用費用調降 3 千萬點，並做點數重分配之開源項。

（二）監控指標：當季新使用呼吸器個案大於 14 天占所有呼吸器案件比率（分子：呼吸器使用 > 14 天案件，分母：所有使用呼吸器件數）。

二、長期使用呼吸器目標點數併於穩定方案管理醫院：

（一）對象：1.區域以上醫院、2.收治 10 人以下醫院、3.體系

內醫院、4.95 年度是類費用併入穩定方案醫院、5.其他醫院自由選擇。

- (二) 目標點數設定原則：以前一年第 4 季為基期，依照呼吸器使用季節變化係數，1-4 季係數分別為 0.9961、1.0714、1.0081、1。
- (三) 目標點數由醫院自行管控，惟 RCW（一般病房）之點數不得超出原分配目標點數（體系內醫院合併計算），即長期使用呼吸器未超出之目標點數可流用於穩定方案非藥費目標點數，但穩定方案其他目標點數不得流用於長期使用呼吸器目標點數。
- (四) 超出原分配目標點數逕予核減，惟與醫院整體目標點數併同處理（即不重複核減其醫療點數）。未超出原分配目標點數，若平時考核無異常者，則酌予增加穩定方案非藥費目標點數，增加點數為不足原分配目標點數部分，醫學中心為 1.6，其他醫院為 1.4。

建議：

一、98 年源頭管理：

(一) ICU 及 RCC 管理方式為：

1.ICU 及 RCC 異常管理：比照輕病住院訪查作業要點辦理，若實地訪評達異常管控值時，參加穩定醫院者核減其目標點數；未參加穩定醫院將該類案件全審。

2.呼吸照護中心：以品質評量依群集分析分三級，分別以不高於 IDS 定額給付之 100%、98%、96%給付。

(二) 平時考核指標將另訂時間與專家檢討訂定。

二、區域級以上醫院需併於穩定方案管理，其目的係為該類醫院增加收治急重病患，減少收治是類病患，本方案實施 2 年，轉型已趨於穩定，而地區醫院並未鼓勵轉型，是以 98 年目

標點數修訂原則為：

(一) 區域以上醫院：

1. 未超出目標點數醫院其申報點數與目標點數差值，將依總額結算補付結果增列為 98 年穩定方案之基礎值（各季比對），98 年各季長期使用呼吸器目標點數則以 97 年各季實際申報值為其目標值。

2. 超出目標點數醫院則以 97 年目標點數為其目標點數。

(二) 地區醫院：以 97 年各季目標點數為 98 年各季目標點數。

決議：本案授權醫院總額工作小組討論，其決議作為明（98）年長期使用呼吸器管理方式，不須再於聯繫會議討論。

伍、散會：下午 5 點 10 分。