

健保局中區分局與中區醫院聯繫會第 18 次會議紀錄

時 間：96 年 3 月 8 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、彰化基督教醫院魏院長志濤（請假）、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（詹清旭代）、行政院衛生署草屯療養院陳院長宏（何志強代）、中山醫學大學附設醫院蔡院長宗博（連榮達代）、澄清醫院林院長高德（周志建代）、林新醫院林院長仁卿、光田醫院王院長乃弘、童綜合醫院童副院長瑞龍、彰濱秀傳紀念醫院徐院長弘正、埔里基督教醫院趙院長文崇（侯宏彬代）、勝美醫院陳院長志強、台安醫院蘇院長主恩、清泉醫院羅院長永達、員林何醫院何院長黎星（何舜婷代）、洪宗鄰醫院洪院長宗鄰（謝愛卿代）、佑民綜合醫院謝院長文輝

本分局：

丁副理增輝、陳組長墩仁、楊主任育英、林專員美喜、周課長名玟、陳課長麗尼、陳課長雪妹

主席：陳經理明哲

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、95年第4季與96年1月費用申報概況

(一)95年第4季醫療費用較94年第4季門診成長6.69%、住院成長-2.1%、門住診合計2.0%；單價成長率門診2.8%、住院-0.9%。

(二)95年第4季藥費較94年第4季門診成長9.65%、住院成長-2.36%、門住診合計6.47%。

(三)95年第4季診療費較94年第4季門診成長4.83%、住院成長-3.51%、門住診合計0.58%。

(四)96年1月醫療費用較95年1月門診成長14.10%、住院成長2.3%、門住診合計7.6%；單價成長率門診-0.5%、住院-4.0%。

(五)96年1月藥費較95年1月門診成長7.72%、住院成長-3.12%、門住診合計4.72%。

(六)96年1月診療費較95年1月門診成長22.69%、住院成長1.76%、門住診合計11.54%。

二、96年藥費管理原則(依96年2月7日工作小組會議修正辦理)，詳提案討論-提案二。

三、95年下半年平時考核指標試算96年目標點數成長率，最高為3.00%，最低為0.44%，整體成長率為1.70%。

四、96年精進審查作業方式

(一)對象：未參加96年總額點值穩定方案、新成立及高成長醫院。

(二)建立責任醫院科別審查制、組成醫院專案審查小組：已於本(96)年2月1日通知轄區

區域以上醫院院長提供審查科別及推薦審查醫師名單。目前名單已收集完畢，待工作小組討論，以確認專案審查小組成員。

(三) 專業審查前召開審查醫師共識會議

1. 依審查參考需要進行資料檔案分析。

2. 分析結果回饋專業審查。(四) 重點醫院未加入總額點值穩定方案，依前述

責任醫院科別審查制之方式進行專業審查。

相關配合措施：

1. 分析重點醫院醫療費用，訂定審查項目

2. 立意審查監控項目約 6~8 項，抽樣比率約 20%

3. 檔案分析重點：

(1) 歸戶病人於轄區就醫資料，監測初診率。

(2) 參考全國相關資料及同儕資料進行比較。

(五) 其他分局重點醫院立意審查模式

1. 住院全審

2. 門診申請金額 1,900 元以上案件全抽。

3. 病患歸戶三個月以內案件，行政人員標記送審。

4. 立意及隨機抽樣獨立作業不互斥，隨機核減率回推到原母體(不排除立意案件金額)。本分局擬比照辦理。

5. 審查結果：立意及隨機核減金額及核減率相當(門診 24%、住院 15.9%)。

五、請醫院配合辦理事項-惠予協助發掘職業傷病個案，並正確申報相關醫療費用。職業傷病醫療費用係由勞工保險負擔，不含於全民健保總額醫療費用內，請主動協助兼具勞健保身分之職業傷病民眾，依該相關規定就醫，並正確

申報醫療費用，對提升點值將有所助益。(二) 勞工保險被保險人因職業傷病住院時，應持投保單位出具之「勞工保險職業傷病住院申請書」，免收繳住院部分負擔，及住院 30 日內半數之膳食費。

(三) 勞工保險被保險人因職業傷病門診時，下列情形可申報職業傷病案件：

1. 持投保單位出具「勞工保險職業傷病門診就診單」之就診案件，免收繳門診部分負擔。
2. 經衛生署審定合格之職業病診療醫師或地區教學醫院以上之醫院專科醫師直接向勞工保險局領取並開立「勞工保險職業病門診單」之案件，免收繳部分負擔。
3. 醫師逕依就醫者主訴診斷為「職業傷病」之案件，應收繳部分負擔。

六、97 年導入 TW-DRG 支付制度（分階段四年導入）

(一) 以 MDC 分四階段導入，各 MDC 導入時程

1. 民國 97 年（費用年）：導入 MDC 3、9、11、13、23、24。
2. 民國 98 年（費用年）：導入 MDC Pre、2、4、7、12、15。
3. 民國 99 年（費用年）：導入 MDC 1、5、6、8、10、17。
4. 民國 100 年（費用年）：導入 MDC 14、16、18、21、22。

(二) Tw-DRG 支付點數計算原則

1. 實際醫療點數低於下限臨界點者，核實申報。
2. 實際醫療點數在上、下限臨界點範圍內者，計算

公式如下：Tw-DRG 支付定額= $RW \times SPR \times (1 + \text{基本診療加成率} + \text{兒童加成率}) \times (1 + \text{山地離島地區醫院加成率})$

3. 實際醫療點數高於點數上限臨界點者：

Tw-DRG 支付定額加上超過臨界點部分之 80% 支付。(三) Tw-DRG 導入期間支付，依下列公

式計算： $FFS \times (1 - AR) + Tw-DRG \text{ 支付點數} \times AR$ 1.97 年（費用年）：調整率 25%。

2.98 年（費用年）：調整率 50%。

3.99 年（費用年）：調整率 75%。

4.100 年（費用年）：調整率 100%。

(四) Tw-DRG 導入前相關措施

1. 目前總局已進行 95 年住院醫療費用 Tw-DRG 資料重新統計，統計完成將提供各醫院及相關醫學會。

2. 96 年 1 月(費用月)起醫院填報 Tw-DRG

(1) 提供填報異常明細。

(2) 統計各醫院各 Tw-DRG 支付點數。

(3) 提供明細：資料將包含個案基本資料、該 Tw-DRG 下限值、上限值、未來給付值。

3. 預計 96 年 7 月底前公告 Tw-DRG 支付通則：相關申報格式、審查措施底定後，將辦理審查醫師及各醫院說明會。

肆、提案討論

提案一

提案單位：健保局中區分局

案由：95 年第 4 季及 96 年各季轄區醫院目標點數超出 3% 醫院，回補上限得依點值高低彈性調整，提請

討論。

說明：

- 一、95 年第 4 季目標點數超出 3% 醫院計有 18 家，其中超出 3~5% 醫院有 8 家、超出 5~10% 醫院有 8 家、超出 10% 以上醫院有 2 家（總計超出 3% 點數為 200,002,134 點），預估點值為 0.9431。預估若回補 5 成（回補點數約 1 億），點值仍可維持 0.9387 以上。
- 二、建議 95 年第 4 季回補成數 5 成，上限 1 億 2 千萬內調整回補點數；爾後 96 年各季以預估點值不低於 0.935，回補上限成數 5 成、點數 1 億 2 千萬內彈性調整。

決議：照案通過。惟在回補成數不超過 5 成的條件下，回補下限設定為 6 千萬。

提案二

提案單位：健保局中區分局

案由：96 年藥費管理模式（依 96 年 2 月 7 日工作小組會議修正），提請討論。

說明：

- 一、藥費納入目標點數管理，96 年第 4 季達成整體總額內藥費佔率 26% 目標。
- 二、目標點數排外項目及總目標點數不因藥費管理而改變。
- 三、藥費管理操作方式
 - （一）試算藥費現況數及目標數之「差值」。
 - （二）「差值」的 4 成依微調後層級佔率及醫院佔率分配到各醫院調降。
 - （三）「差值」的 6 成依微調後層級佔率及各醫院與同儕 25 百分位差額分配到各醫院調降。

- (四) 單張處方 6 千元以上藥費給予 5% 成長。
- (五) 門診化學治療仍為目標點數排外項目，惟設定全區成長率上限為 15%，超出之目標數由執行該業務醫院依佔率均攤扣除。
- (六) 藥費調降點數擬自 96 年第 2 季起實施，各季調降比 96 年第 2 季達成 40%、96 年第 3 季達成 70%、96 年第 4 季達成 100%。

決議：

- 一、地區及地區教學醫院每人月藥費 ≤ 664 或門住診藥費佔率 $\leq 11\%$ ，則藥費不予調降，其分配額度由其他地區教學醫院及地區醫院均攤。
- 二、本案自 96 年第 2 季（費用月）先行試辦，之後視實施情況再行調整。

提案三：

提案單位：健保局中區分局

案由：96 年度長期使用呼吸器照護品質專案管理方式 (RCW 及一般病房)，提請討論。

說明：

- 一、本分局 94 年、95 年長期使用呼吸器醫療費用給付方式，均以實地評量結果分為 1-6 個等級，不同等級予以不同給付。
- 二、經過 2 年的努力，呼吸器住院費用佔率已由 94 年 20.54% 降至 95 年第 4 季 17.61%，費用成長已趨於穩定，且審查醫師反映因長期的實地訪評深感負荷太大，故 96 年度長期使用呼吸器案件，擬改採設定目標點數由醫院自我管控方式管理，以減少訪查頻率：
 - (一) 96 年第 1 季之長期使用呼吸器沿用 95 年第 4

季評量結果分級給付。

- (二) 96年第2季至第4季，以96年第1季給付之點數為基期，設定各醫院目標點數，其各季點數將依95年各季佔率調整。
- (三) 區域以上參加穩定方案醫院，RCW之目標點數併入穩定方案目標點數內由醫院自行管控，其他醫院自由選擇，超出目標點數者有條件給付。
- (四) 不同意參加長期使用呼吸器目標點數管理之醫院，將以虛擬目標額度，每季實地及嚴加病歷審查方式給付，若未依審查結果改善者，將依相關規定辦理違規記點，情節嚴重者將予以停止該項業務。
- (五) 加強平時考核監控：
 - 1. 經營規模監控：專業人員照護比率。
 - 2. 重大傷病卡或事前審查案件有疑義比率。
 - 3. 首次呼吸器使用超過21天人數與ICU病床比。
 - 4. 呼吸器脫離率、ICU上轉比率、安養收治比率。
- (六) 收治異常或平時考核項目異常時將啟動實地評量，並依專業醫師評量結果調整目標點數上限。

決議：照案通過，餘執行細節則由工作小組與專家委員會討論。另各醫院可視自身進步情況，向本分局提出重新訪評之申請。

伍、散會：下午5點10分。