

健保局中區分局與中區醫院聯繫會第 8 次會議紀錄

時 間：94 年 11 月 18 日下午 2 點 30 分

地 點：中區分局 10 樓第 1 會議室

出席人員：

中區醫院代表：

台中榮民總醫院王副院長丹江、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（李正淳代）、中國醫藥大學附設醫院蔡副主任淑暖、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（請假）、行政院衛生署草屯療養院陳院長宏（劉俊顯代）、中山醫學大學附設醫院蔡院長宗博、澄清醫院林院長高德、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、秀傳紀念醫院徐副營運長弘正、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（請假）、洪宗鄰醫院洪院長宗鄰、佑民綜合醫院謝院長文輝

健保局中區分局：

陳經理明哲、施副理志和、陳組長墩仁、楊專員育英（張專員雪芬代）、田專員麗雲、林專員美喜、陳課長麗尼、陳課長雪姝

主席：陳經理明哲

紀錄：張傳慧

壹、宣佈開會

貳、主席致詞：（略）

參、報告事項：詳見會議資料

一、94 年門住診醫療費用現況

二、95 年醫院總額分配架構

(一) 總額分配架構 (費協會第 105、106 次會議決議)

1. 一般服務：門診及住診一般服務。

2. 專款項目：

(1) 慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫：全年預算 700 百萬元。

(2) 罕見疾病、血友病藥費：預算額度為 2659.5 百萬元，不足部分由其他預算支應。

3. 其他部門：IC 卡、醫療給付改善方案之管理照護費。

(二) 分區預算 (依費協會第 106 次會議決議)

1. 門、住診服務：38% 校正後保險對象人數、62% 醫療費用比率。

2. 藥品依單價基準核算，自地區總額預先扣除。

三、95 年「個別醫院總額最適支付方式」規劃方向

(一) 目的：

1. 預見點值，醫院穩健經營。

2. 維持競爭，確保民眾權益。

3. 獎懲分明，提供最適服務。

4. 資訊透明，建立共管機制。

5. 展望未來，追求醫療品質。

(二) 支付方式

1. 一般醫院

(1) 各醫院全年 M 值

A. 範圍：為 95 年醫院總額門住診一般服務範

圍，不含專款專用及其他部門。

B. 計算基準：93 年 7 月至 94 年 6 月之計算收入。

C. 資料來源：93 年第 3、4 季及 94 年第 1、2 季之結算資料擷取期間(含申復、爭議、追扣、補付及交付機構案件)。

(2) 各醫院各季 M 值計算方式：

(93 年第 3、4 季及 94 年第 1、2 季結算總核付金額)*(93 年各季申報點數占率，且各季之 M 值不得流用)

2. 特殊醫院（虛擬 M 值）

(1) 前一年開業月份不足者：93 年第 3 季至 94 年第 2 季或 94 年 7 月至 12 月新設立醫院。

(2) 規模改變者：情形特殊，得由醫院年度開始前事先向分局申請，並經分區共管會議討論通過者。

3. 分區預算個別醫院調整 M 值

個別醫院季 M 值（校正後）＝分區季預算*個別醫院季 M 值/分區各醫院季 M 值總計

(三) 管理措施

1. 原則

(1) 嚴格監控醫療品質，依結果予以獎懲。

(2) 依審查辦法辦理醫療費用審查。

(3) 建立不適任處理機制。

(4) 持續資訊公開。

(5) 持續民眾申訴即時處理與列管機制。

2. 品質獎勵

(1) 獎勵指標：以醫療品質指標項目執行成效獎勵分配保留款經費保留之 2%。

- (2) 品質獎勵金額分配方式：個別醫院可分配獎勵金＝總獎勵金金額×(個別醫院獎勵積分數/Σ個別醫院獎勵積分數)

3. 懲罰指標

- (1) 監控醫院實際提供之服務，扣減各季 B 值內之 M 值百分點。

＊例如縮小服務規模

＊保險對象申訴案件及反映案件數成長率

＊未按時提報相關資料或提報不實資料 (-5%)

- (2) 懲罰款項之運用：各分區保留作為品質獎勵之款項。

4. 費用申報與審查

- (1) 費用申報：本保險範圍內之醫療服務均應依現行規定核實申報。

- (2) 費用審查：

A. 依「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」相關規定辦理。

B. 審查方式包括程序審查、專案審查、事前審查、實地審查及檔案分析。

5. 不適任管理機制-參與本計畫醫院如有下列情形之一者，通知醫院處分函之當季核付點數均按浮動點值計算。

- (1) 因違反本保險特約管理辦法第 34 條、第 35 條情事，經本局處以停（終）止特約處分者。

- (2) 拒絕病人影響病人就醫權益情節重大經查證屬實，並經分區共管會議確認者。

- (3) 門住診服務內容，價量背離顯著異常，經分區共管會議確認者。

(四) 衛生署 94 年 11 月 8 日召開「醫院總額支付制度
配套方案-個別醫院支付最適方案」第三次會議
決議

1. 「個別醫院總額支付最適方案」應建立進場及出場機制，在進場機制部分，由分區為單位(分區內醫院全部參加)，並由分區申請參加上述試辦方案。
2. 95 年分區預算成長率高於平均成長率之地區，宜設立品質及配合政策之保留款項；分區預算成長率低於平均成長率之分區，以穩定經營為重點，可不設上述保留款項。
3. 有關品質監測、獎懲機制及費用審查仍應研擬完整之配套措施。
4. 各醫院 M 值之訂定，原則以方案所擬之操作型定義為之，惟各分區得視實際情況彈性處理之。

(五) 95 年「個別醫院總額最適支付方式」的執行問題

1. 93 年 7 月至 94 年 6 月之計算收入為計算基準，後續衍生問題。
2. 個別醫院是否可自由選擇參與方案。
3. 縮小服務規模的操作型定義。
4. 人球問題的預防與處理(包含被動性轉院)。
5. 醫院減量計畫適當性評估。
6. 單價的管理。

(六) 95 年「個別醫院總額最適支付方式」本分局規劃
之因應方向

1. M 值的訂定

- (1) 原則依本分局 94 年 Q1~Q2 計算，不採 93 年下半年、94 年上半年。

(2) 特殊醫院

- A. 新設立醫院個案認定，例如敦仁醫院。
- B. 未參加穩定方案醫院(成長型)以現況依照 94 年目標點數管理經驗值折扣(約 10~15%)。
- C. 未參加穩定方案醫院(衰退型)以現況認定。
- D. 轉型(結構調整)醫院採個案認定。
- E. RCW 排外，不含在個別醫院總額內
 - (a) 先虛擬總體 RCW 的 M 值。
 - (b) 個別醫院依分級審查原則核實計算點數。
 - (c) 所有 RCW 費用一起先結算點值。
 - (d) 虛擬 M 值依階段漸近達成最終目標(3 年)
操作：以 91 年為基期，每年複成長 8%，預估 97 年最終目標分三年達成。
 - (e) 所有醫院符合此類案件全部排除，實付金額加入 M 值及 B 值。
 - (f) 維持 6 級評核措施。
 - (g) 是否依競爭分保障、浮動再深入研究。

(3)增加 M

- A. 94 年品質指標達成率，例如每項 0.05%(或依不同項目訂定不同比例)。
- B. 效率高醫院(有效運用資源)暫依本分局校正後同儕可增加 0.025~0.5%之 M 值。

(4)預算分配

- A. M 值校正後之自然成長率 1.0%。
- B. 94 年品質指標達成率 0.3%。
- C. 有效運用醫療資源 0.3%。
- D. 風險調整保留款 0.2%(發生時動用，若有餘額則列入浮動點值分配)。
- E. 分局微調 0.2%。

2. 監控

(1) 費用審查

- A. 異常耗用案件。
- B. 有效運用醫療資源專案(DRG 審查)。
- C. 隨機抽審。

(2) 申訴量(成案類別)。

(3) 人球

- A. 指標：急診或住院 24 小時轉院(上轉或平轉，地區醫院不計)他院治療費用，急診服務人數(依檢傷分類中、重病患)。
- B. 問卷調查結果(非自主性被迫選擇)
- C. 指標計算異常，由風險調整保留款支應，個案由造成人球醫院負責(由 M 值扣除)。
- D. 價量關係

以上異常結果均列為下半年 M 值即調整之依據，嚴重者除依總局原則處理外，隨時調整 M 值。

3. 其他

- (1) 各院均需陳報降低點數(95 年 A 值與現況差值)，如何具體運作，包括規模、人力、量(服務人數)、價(每人每件耗費)降低幅度分配。
- (2) 各院成立病人服務專責單位，解決病人就醫問題。
- (3) 中區轉診後送流程順暢機制(避免人球)。
 - A. 三家醫學中心分工擔任最後防線(配套設風險調整保留款)。
 - B. 各院登錄病人非自主性轉院基本資料，報分局查証據以懲處。

四、醫院總額分區管理研議小組合理單價訂定初步共識
-94 年 10 月 31 會議決議有關目標單價訂定方式如下：

(一) 因各醫院在經營型態、病患類別與專長科別間的差異，若以層級別加上病床數的類比定義同儕，無法完全拉平各醫院間的差距，因此建議 95 年上半年先以醫院自身單價較 94 年第 3 季下降 3% 的模式，試算各醫院服務量的增減比率，並於醫院總額聯席會中報告討論。

(二) 95 年下半年仍需將同儕的觀念導引進來，建議同儕的定義以 94 年第 3 季現況單價由大至小排序（可將上下差距 8% 以內的醫院定義為同儕），低的醫院單價維持不成長，其餘醫院則需有不同程度的降幅。

(三) 單價計算排除項目

1. 門診：非總額、專款專用、山地離島 IDS、家醫科試辦計畫之 G9 案件、化學治療、門診手術、預防保健、施打流感疫苗、單筆藥費 6,000 元以上等案件。另癌症化學治療無法以藥事服務費碼排除者，請醫院提供抗癌藥品碼，以從醫令中判別是否排除。

2. 住院：非總額、專款專用、生產及長期呼吸器等案件。

3. 交付處方：非總額、單筆藥費 6,000 元以上。

(四) 由於 95 年上半年先以醫院自身單價較 94 年第 3 季下降 3% 的模式操作，因此門住診的目標單價不需校正 CMI 值與 CCS 值。

五、長期呼吸照護管理專案

六、偏遠地區醫院認定原則

(一) 為服務於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，偏遠程度低及高鄉鎮之設籍民眾，其醫療費用依權重校正之結果佔該院醫療費用 40%以上之醫院。

(二) 本分局轄區符合之醫院有瑞生、協和東勢、東勢農民、竹山秀傳、埔基、彰基二林分院、洪宗鄰、泰宜婦幼、宋志懿等 9 家醫院。

報告事項決定：有關 95 年「個別醫院總額最適支付方式」規劃方向，請各醫院代表於一週內提供修正意見。

肆、提案討論

提案一

提案單位：健保局中區分局

案由：有關 95 年度長期使用呼吸器照護品質評量專案進行之相關事宜，提請確認。

說明：

一、95 年度本專案進行之相關事宜於 94 年 11 月 11 日經呼吸器照護專家委員討論決議如下：

(一) 95 年度本專案進行，原則將依 94 年度方式辦理，評分結果仍採群集分析法，但人數減至一定目標值時，則酌增給付成數。

(二) RCW 及一般病房之評量結果各分級給付成數，將比照 94 年度成數(第六級者第二次評核仍為第六級者，將依序遞減 10% 給付)。惟第六級者若其 94 年亦為第六級將不承接 94 年遞減支付，重新依 95 年度評量結果之支付成數起算；另各級之效期修改為第一級至第三級效期為一年、第四級至

第六級效期為半年；第三級者，於效期內醫院可自提複評申請，其餘等級無複評申請機制，申請複評機制為：

1. 平時考核無重大缺失者。
2. 醫院應提改善計畫或成果，經提請專家委員會討論，當次出席委員之 2/3 同意者(無條件進位法)，方同意其申請。
3. 第一次評量半年後才能提出，且複評後結果之效期為當(95)年 7-12 月，不溯至 1-6 月。

各評量等級之再次評核，其升或降級以一級為限。

(三) 審查醫師聘任原則：

1. 95 年度起審查醫師擬增聘為 15 人，往後之輪替方式為 1/5 人輪替，4/5 人員留任(輪替方式採各委員自行協商，每一層級輪替 1 名)。
2. 因 95 年新增 3 名審查醫師，94 年度審查醫師全部留任，並擬請醫院代表聯繫會各層級推舉各 1 名審查醫師。

(四) RCW 及一般病房評量指標修訂為：結構面權重維持 20%，其專責醫師比率由 10%調降為 8%，高階呼吸器 2%調升為 4%，洗手設備 2%調為 1%，新增下轉機制 1%；過程面權重由原 60%調升為 64%，醫師部分由 35%調降為 33%，護理人員維持不變，呼吸治療人員 9%調為 15%，病患營養品質 2%調為 3%；結果面 20%調降為 16%，其中新增清醒病患的生活品質 1%，病情穩定病人下轉居家照護比率 2%，氣切比率 3%（詳如附件 1）。

二、RCC 評量指標及 RCW(及一般病房)之病患收案適當性與氣切比率評分條件另訂時間修訂。

決議：95 年 RCW 給付應為虛擬總額，並設 M 值試算。後續執行相關意見，請醫院代表於一週內提供本分局參採。

提案二

提案單位：健保局中區分局

案由：合理單價訂定模式，提請討論。

說明：95 年執行醫院總額最適支付方式，價量關係仍列為重要監控項目之一，有關合理單價訂定模式依醫院總額分區管理研議小組 94 年 10 月 31 日會議決議，各醫院統一降幅 3%；抑或依據本分局以病床為分類基準定義同儕，醫學中心一級、區域醫院三級(分 800 床以上、500~799 床、499 床以下)、地區醫院二級(分 200 床以上、199 床以下)，同一級的降幅依單價高低分別下降 3%、2%、1%、0%不等(本分局以病床為分類基準定義同儕之單價計算原則，詳如附件 2)。

決議：95 年前半年各醫院單價監測，以 94 年第 3 季自身現況值(不計調降幅度)為監控上限，單價計算排除項目則依醫院總額分區管理研議小組 94 年 10 月 31 日會議決議辦理。

伍、散會：下午 4 點 30 分。