

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

105 年醫院總額聯繫會第 1 次會議紀錄

時間：105 年 6 月 2 日（星期四）下午 2 時正

地點：本組11樓第二會議室

出席單位及人員：

莊錦豪代表	李炫昇 ^代	劉炎秋代表	林偕益 ^代
黃秋慧代表	黃秋慧	黃尚志代表	黃尚志
林宗憲代表	林宗憲	劉俊鵬代表	劉俊鵬
張淑貞代表	張淑貞	林高田代表	林高田
陳森基代表	范保羅 ^代	蘇主榮代表	黃炳生 ^代
侯明鋒代表	蔡蕙如 ^代	柯成國代表	陳鴻曜 ^代
杜元坤代表	鄭勝峯 ^代	呂慶祥代表	呂慶祥
蕭志文代表	蕭志文	謝武吉代表	王秀貞 ^代
許義郎代表	許義郎	趙昭欽代表	趙昭欽
黃明典代表	黃明典	趙建剛代表	趙建剛
林茂隆代表	林茂隆		

列席單位及人員

高雄長庚紀念醫院	陳怡靜	駱靜蘭
高雄榮總	萬樹人	蔡敬慧
義大醫院	王惠莉	蔡易廷
阮綜合醫院	張淳茜	
國軍高雄總醫院	沈仰東	
小港醫院	莊捷翰	
台灣社區醫院協會	王楨強	謝孝任
愛仁醫院	余靜宜	
建佑醫院	張瓊月	
安泰醫院	扈克勛	

高屏業務組

林立人、丁增輝、蔡逸虹、李建漳
謝明雪、曾慧玲、彭錦環、李金秀

莊專圓、黃梅珍、王麗雪、洪阿意
鄒秀華、連麗秋、張艷慧、郭怡妤
王淳慧、許亦濡

主席：林立人組長

紀錄：詹怡琦

壹、主席致詞：略。

貳、報告事項

一、案由：105 年高屏區醫院總額聯繫會議代表名單異動案，請確認。

決定：確認。

二、案由：高屏區醫院總額執行概況報告

決定：洽悉

三、案由：有關 105 年第 2 季分區預算分析報告

決定：由高屏業務組依 105 年 5 月 25 日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」第 2 次會議確認之第 2 季總預算，重新計算參與審查作業醫院門、住診目標管理點數，並將調整結果周知醫院。

四、案由：健保醫療資訊雲端查詢系統推廣及運用

決定：洽悉

參、討論事項

第一案

提案單位：高屏業務組

案由：105 年下半年醫院總額審查作業辦理方式意見彙整及當季預擬之管理點值超過原設定值，參與審查作業醫院調整目標管理點數作業，提請討論。

說明：

一、經 21 位聯繫會議代表回復問卷結果如下：

(一) 選擇「方案 A」(依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法之抽樣審查作業辦理)：1 票。

選擇「方案 B」(依 105 年上半年醫院總額醫療服務審查作業原則辦理)：20 票，醫學中心代表票數有 7 票、區域醫院代表票數有 6 票、地區醫院代表票數有 7 票。

(二)代表選擇預期運作點值意見如下：

期望點值	0.93	0.93~ 0.95	0.95	合計
醫學中心 代表	7			7
區域醫院 代表	6		1	7
地區醫院 代表	4	3		7
合計	17	3	1	21

(三)審查作業原則第九條第二項當季預擬之管理點值如超過原設定值，參加本作業原則醫院得依醫院基期醫療費用占率調整門、住診醫療費用目標管理點數，經 102 年醫院總額聯繫會議第 2 次會議決議，地區層級醫院依基期醫療費用占率調整；醫學中心、區域醫院除依基期醫療費用占率調整外併加權當季醫療服務變動因素，目前區域層級以上醫院季餘款評估作業，除依各醫院基期醫療費用占率(70%)為調增計算參數外；另以當季重要影響因素如疫情、急重症等作為分配參數(30%)，因 104 年登革熱疫情對各層級醫院醫療費用皆造成衝擊，部分地區醫院建議擬比照區域以上層級進行參數調整，調查結果 12 票同意；9 票不同意。

季末調整目標管理 點數作業	同意評估作業各層 級醫院皆以當季重 要影響因素校正	不同意修正
醫學中心代表	3	4
區域醫院代表	5	2
地區醫院代表	4	3
合計	12	9

不同意代表意見彙整如下：

- 1、建議季餘款評估作業，改以各醫院基期醫療費用占率(50%)為調增計算參數外；另加以當季重要影響因素(如疫情、急重症)醫療費用成長貢獻(50%)作為分配參數。
- 2、共同提案建議爭取登革熱及其他疫情發生時，依傳染病防治法施行細則，傳染病治療之費用由中央主管機關支應，先由地方疾病管制局爭取公務預算，再往中央爭取。同時也請健保署列入額度考量。
- 3、登革熱疫情發生後，民眾主要就醫地點均在醫學中心和區域醫院，造成急診負擔。
- 4、若需要將地區醫院納入則建議將前述[當季重要影響因素(如疫情、急重症)醫療費用成長貢獻(30%)]調整成為依照各醫院實際收治登革熱(或疫情)病患的人次數與醫療費用(含門/急/住診)之占率來區分，且以1點1元方式來保障計算，以免造成對收治登革熱患者多的醫院產生不公平。
- 5、季餘款之分配參數，除了醫院基期醫療費用占率，及當季重要影響因素(如疫情、急重症)醫療費用成長貢獻，建議應考量各院申報費用超過健保目標管理點數之超額貢獻費用，因季餘款係管理點值超過設定值之重分配款，而管

理點值高又是因為參加審查作業原則醫院超過目標管理點數自行吸收，故建議因將超額費用多寡列為計算參數。

6、建議當疫情發生且屬區域型(如登革熱疫情限南部地區)或另屬全國性疫情發生，應由中央編列專款，全數或一定比例支援本轄區各層級院所，讓醫療能量投入防疫且使總額醫療費用回歸既定之健保資源中運用，維持對民眾疾病照護，減輕院所之成本負擔。

7、疫情是指那些?屬 CDC 疾管署應負責，不應由總額支付。如不符其層級功能，則也不應列為其分配參數。。

高屏業務組回應：

代表建議內容分兩類型：一為校正分配因素及校正因子操作型定義。現行作業擬訂校正因素原則為醫療服務點數影響因子已達整體醫療費用 0.5%以上及非少數醫院個別因素，足以用來反映當季醫療服務變動對轄區醫院之衝擊。評估指標資料定義須符合可量化、具客觀、可行性，評估辦理季餘款作業時，高屏業務組事前皆會收集醫院意見，篩選適當影響因子與資料定義，以作為執行參考。另目前總額結算作業固定 1 點 1 元項目經由「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」確認後公告，非屬分區業務組權責可自行認定。

二、聯繫會議代表提供「105 年下半年醫院總額醫療服務審查作業原則(草案)」意見：

(一)醫學中心代表建議：審查作業原則管理指標項目針對長期呼吸器依賴病患醫療服務點數，建議排除 17 歲以下病童，因長期呼吸器依賴收案條件，17 歲以下可以不納入，管理指標操作型定義建議比照辦理。

高屏業務組回應：

本署呼吸器依賴患者全面納管，收案條件係指呼吸器依賴

患者連續使用呼吸器 21 天(含)以上。經統計轄區 <17 歲病童約占長期呼吸器依賴病患約 2%，因呼依器依賴醫療耗用仍為重點管理業務項目，故醫療費用仍採全面管理，倘管理指標監測值因特殊個案病情影響，高屏業務組將另案處理。

(二)地區醫院代表建議

- 1、為配合 4 月 1 日支付標準調整，建議應對調整點數項目計算其額度，予以反映。
- 2、為鼓勵地區醫院響應安全空針政策，建議地區醫院安全空針費用同意另計額度。
- 3、門診、住診目標管理點數額度可相互流用。

高屏業務組回應：

105 年第 2 季目標管理點數調整已提報告案(第 3 案)說明，推動使用安全針劑為一般總額之保險給付項目及支付標準之改變項目下編列成長率 0.027%，另地區醫院一季點數為 4,913,968 點，占該層級整體醫療費用點數比率僅 0.19%，對目標管理點數影響有限，爰暫不考慮另予列計額度，有關醫院門、住診目標管理點數流用乙節，因門、住診目標管理點數係依各醫院基期值設定之管理值，若遇支付標準調整或給付規定放寬等可能影響門、住診別醫療費用比率因素，高屏業務組於事前協定作業時，依各醫院服務變動適予調整，故不另訂層級別門、住診目標管理點數流用原則。

決議：同意 105 年第 2 季起當季預擬之管理點值如超過原設定值，參加本作業原則醫院除依基期醫療費用占率調整外併加權當季醫療服務變動因素。

第二案

提案單位：高屏業務組

案由：「105 年下半年醫院總額醫療服務審查作業原則(草案)」(如附件 3)，請討論，另請決定 105 年第 3 季、第 4 季目標管理點值。

說明：

一、105 年第 3 季、第 4 季目標管理點值之預估成長率如下：

預估運作點值	Q3 整體成長率	Q4 整體成長率
0.92	4.97%	5.56%
0.93	3.82%	4.40%
0.94	2.69%	3.27%
0.95	1.59%	2.16%

二、105 年度分區預算基礎影響成長率因素中，為分區不可控因素如下：

(一)醫院總額品質保證保留款全署全年約7.2億元，分區每季約2,880萬(約成長率0.2%)。

(二)本分區受地區人口減少與住診服務預算之分配公式加重R值(校正「人口風險因子」)影響，本組每季約短少4,500~5,500萬點(約成長率0.3%-0.35%)

季別	人口占率	門診 R 值	住診 R 值
103Q1	0.14409	0.14736	0.15644
103Q2	0.14388	0.14795	0.15623
103Q3	0.14361	0.14739	0.15585
103Q4	0.14331	0.14643	0.15561
104Q1	0.14315	0.14690	0.15514
104Q2	0.14306	0.14703	0.15493
104Q3	0.14297	0.14670	0.15465
104Q4	0.14275	0.14612	0.15440

綜上因素調整105年下半年醫院總額醫療服務審查作業原則之管理指標成長率權重上限為4%

決議：

一、通過「105 年下半年醫院總額醫療服務審查作業原則(草案)」，

105 年 Q3、Q4「預期運作值」設定為 0.93，成長率權重上限為 4%。

- 二、有關醫學中心代表建議修訂紓緩急診醫事人力負荷，人力成長操作型定義，將收集轄區醫學中心意見後，增修獎勵條件。
- 三、有關地區醫院代表建議修訂管理指標季歸戶人數，採分三階段分配不同成長率一節，同意修訂地區及專科醫院 105 年下半年醫院總額審查作業原則之季歸戶人數管理指標。

肆、臨時提案

提案人：林茂隆代表

案由：TW-DRG 支付通則中一般自動出院或轉院個案支付費用修正案，請 討論。

說明：

- 一、依據 Tw-DRGs 支付通則原條文計算 Tw-DRGs 支付點數：一般自動出院或轉院個案，若其住院日數小於「該 Tw-DRGs 幾何平均住院日」且實際醫療服務點數介於上下限臨界點範圍內者，計算之 Tw-DRGs 支付定額，除以該 Tw-DRG 幾何平均住院日數，論日支付。
- 二、然，不論層級，不論任何科別，尤其在骨科或外科醫院之醫療案件，其病患住院進行檢查、治療性處置及手術之醫療資源耗用幾乎發生在前三天。尤其創傷骨折行開放性復位併內固定器手術，前兩天之醫療費用約佔整筆醫療費用之 6 成到 7 成、人工關節手術前兩天之醫療費用約佔整筆醫療費用之 7 成到 8 成。因此，論日支付不合理，故建議病人之醫療服務費用應核實支付才合理，非採論日支付；採論日所短付之費用變成健保局的盈餘。
- 三、有些病患是外地人因工作受傷或甚至遠從北部來旅遊、探親，

因事故造成創傷或骨折，送來醫院治療，其創傷或骨折程度須接受緊急手術，相對在這種狀況病患不可能還沒接受手術就請救護車送回家鄉，然在當地醫院處置或手術後，家人為了方便照顧要求轉院，呈如上述創傷或骨折之前兩天之醫療費用約佔整筆醫療費用之 6 成到 7 成(附件一、二)，醫院卻只能申請到 1 成到 2 成，施行人工關節手術前兩天之醫療費用約佔整筆醫療費用之 7 成到 8 成(附件三、四)，醫院卻只能申請到 1 成到 2 成，非常不合理。

決議：本提案保留。另代表建議修正 Tw-DRG 支付通則中一般自動出院或轉院個案支付費用一節，將透過 DRG 醫事人員意見信箱反映，轉陳署本部參考。

伍、散會(下午 5 時 45 分)