

95 年度第 2 次「全民健康保險醫療給付協議會議」會議紀錄

時間：95 年 5 月 30 日（星期二）下午 2 時

地點：中央健康保險局 18 樓大禮堂（台北市信義路 3 段 140 號）

出、列席單位及人員（如簽到單）

主席：黃副總經理三桂

紀錄：陳慧如

壹、主席致詞：略。

貳、宣讀本會 95 年度第 1 次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形：略。

參、報告事項：

報告案一：全民健康保險醫療費用支付標準第一部通則修訂案。

決定：洽悉本局於 95 年 3 月 24 日以健保醫字第 0950059357 號令修正全民健康保險醫療費用支付標準第一部總則第 10 項第 1 點及刪除第 14 項，並自 95 年 4 月 1 日起實施。

報告案二：有關支付標準第 2 部第 1 章第 6 節調劑中，住院藥事服務費（天）之註修訂案。

決定：同意本局修訂住院藥事服務費（天）之註；增列精神科日間住院病患及留置急診處暫留床病患不得申報單一劑量藥事服務費。

報告案三：有關修訂糖尿病醫療給付改善方案。

決定：同意本局所提修訂方案（詳附件 1）。

肆、討論事項：

提案：有關 DRG 導入住院支付案，請討論。

結論：

一、醫學中心反對實施DRG，反對理由及建議彙整摘要如下：

- (一)國外實施總額下亦有執行 DRG，但是做為協商總額之參考；現行總額制度下，不是做 DRG 的合宜時機，因 DRG 的效率所節省之費用將被門診總額消耗。
- (二)未來實施 DRG 病床需求一定會縮減，目前健保局並未擬好配套措施因應病床縮減之效應。
- (三)國內長期照護制度並未完善規劃，DRG 制度下，急慢性照護銜接有問題，不宜此時實施 DRG。
- (四)費用支付範圍無明確定義，很難界定含括範圍如住院前天數，且僅以現有之住院資料計算，分局和醫院在實務上的認知差異，會產生爭議。
- (五)建議把編碼正確性（現為 84%）列為目標，俟達到目標(90 或 95%)再實施。
- (六)建議參考美國，先將 DRG 列為審查參考，當審查結果與實際差異大時，由醫界說明。
- (七)實施 DRG 時，總額應做完整切割，健保局雖按醫界反映做出修訂（95 年醫院總額下 DRG 點值以平均點值計算，96 年 DRG 以獨立總額方式辦理），但 96 年總額如何劃分仍回歸由費協會決定，故今日非討論本案之時機，建議健保小組及費協會長官向衛生署陳報醫界意見，在點值採獨立總額之議題無共識前，不再討論本案。
- (八)建議不需再由健保局召開會議，而由衛生署召開會

議，和醫界直接溝通，讓醫界表達意見。

二、區域醫院反對實施DRG，反對理由彙整摘要如下：

- (一)醫策會進行醫院評鑑時即強調要和給付脫勾，但提案附表 9.2 (醫事人力病房設施加成條件認定表) 仍明顯將評鑑與給付結合，DRG 實施後佔床率一定會下降，而提案之附表 9.2 評量項目皆以床數做為計算之基準。
- (二)費用支付範圍若無法明確界定，會造成實務運作之困難。
- (三)健保局應提出審查機制、原則及標準。

三、地區醫院反對實施DRG，反對理由彙整摘要如下：

- (一)反對健保局提案中點值計算方式，因費協會並無此決議，且 DRG 僅佔住院費用的 60%，如用獨立總額過於草率，建議 DRG 採住院平均點值。
- (二)如果一定要在 96 年以獨立總額方式下實施 DRG，則亦應同意地區醫院獨立總額。
- (三)希望評鑑和給付脫勾，但健保局方案仍將評鑑與給付結合，建議 DRG 下之品質加成另於費協會協商編列預算專款專用。

四、主席裁示：

- (一)將各委員意見詳細記錄提供衛生署參考。
- (二)近期召開專家小組會議，在草案陳報衛生署前，讓醫界在會中表達醫院管理人員的看法，彙整相關意見後，併草案送衛生署。

伍、各協議代表發言及中央健康保險局說明摘要如附件 2

陸、散會：下午 3 時 30 分