

「九十三年醫院總額業務執行討論會暨醫院總額支付委員會第十五次會議」會議紀錄

時間：九十三年四月二十三日下午一時三十分

地點：谷關龍谷大飯店麗陽廳

出席委員：

委員	出席情形：	<u>四月二十二日</u>	<u>四月二十三日</u>
張委員	錦文	張錦文	張錦文
李委員	源德	陳瑞瑛(代)	陳瑞瑛(代)
邱委員	文達	邱文達	邱文達
李委員	良雄	陳雪芬(代)	(請假)
陳委員	敏夫	郭正全(代)	郭正全(代)
黃委員	俊雄	黃瑞美(代)	黃瑞美(代)
蔡委員	長海	蔡長海	蔡淑暖(代)
許委員	勝雄	許勝雄	陳建立(代)
陳委員	宏一	蕭仁良(代)	蕭仁良(代)
吳委員	振龍	王美玉(代)	王美玉(代)
張委員	景年	詹吉亮(代)	詹吉亮(代)
張委員	煥禎	張煥禎	張煥禎
童委員	瑞龍	童瑞龍	童瑞龍
陳委員	誠仁	陳誠仁	陳誠仁
劉委員	榮宏	劉榮宏	劉榮宏
林委員	高德	林高德	林高德
朱委員	益宏	朱益宏	朱益宏
謝委員	文輝	謝文輝	謝文輝
謝委員	武吉	謝武吉	謝武吉
游委員	漢欽	游漢欽	游漢欽
李委員	允文	李允文	李允文
羅委員	永達	羅永達	羅永達
蕭委員	志文	許義郎(代)	許義郎(代)
莊委員	逸洲	莊逸洲	吳明彥(代)
張委員	金堅	王正潭(代)	王正潭(代)
蔡委員	良敏	(請假)	(請假)
梁委員	安億	(請假)	張文信(代)
張委員	苙雲	施堯啟(代)	施堯啟(代)

委員出席情形：	<u>四月二十二日</u>	<u>四月二十三日</u>
許委員怡欣	(請假)	(請假)
蔡委員再本	(請假)	(請假)
曾委員義青	(請假)	(請假)
林委員振順	(請假)	(請假)
鄭委員素華	(請假)	(請假)
梁委員淑政	梁淑政	梁淑政
尹委員裕君	楊麗珠(代)	楊麗珠(代)
李委員元勇	(請假)	(請假)

中華民國醫師公會全國聯合會

廖倚林、許國文

許國文

台灣醫院協會

吳明彥、陳國昭
林明桂、邱榮章
姚鈺、郭明和
李孔石、陳建立
陳秀珠、陳星助
張文信、嚴玉華
黃明和、徐千剛
吳天成、鍾飲文
呂信雄、林淑霞
江淑珍、劉有漢
李麗娟、張瓊如
董家琪、蔡淑暖
薛瑞元、黃純英

邱榮章、林淑霞
嚴玉華、江淑珍
謝玉怡、鍾飲文
李孔石、王秀貞
張瓊如、董家琪

行政院衛生署

黃純英

全民健康保險醫療費用協定委員會

李玉春
陳茱麗
邱琮琇
鍾越漪

陳茱麗
邱琮琇

本局總經理辦公室

本局台北分局

黃三桂、吳霓仁

黃三桂、吳霓仁

本局北區分局

林阿明

林阿明

本局中區分局

林金龍、陳薇鸚

林金龍、陳薇鸚

本局南區分局

蔡淑玲、方志琳

蔡淑玲、陳墩仁

本局高屏分局

蔡魯、吳錦松

蔡魯、吳錦松

本局東區分局

李建廷、黃麗玲

李建廷、黃麗玲

本局醫審小組

呂穎悟、周小筠

呂穎悟、周小筠

陳寶國、黃肇明

陳寶國、黃肇明

本局醫務管理處	曾玟富	曾玟富
	陳明哲、曲同光	陳明哲、曲同光
	龐一鳴、張溫溫	龐一鳴、張溫溫
	林淑範、謝其政	林淑範、謝其政
	陳玉敏、林麗瑾	陳玉敏、林麗瑾
	江建逸	江建逸

壹、九十三年醫院總額業務執行討論會

主席：張總經理鴻仁 紀錄：林淑範

一、主席致詞：(略)。

二、報告事項：

(一)健保局報告「93年醫院總額分配及其影響」、台灣醫院協會報告「醫院協會對93年醫院總額之共識」：(略)。

(二)健保局、台灣醫院協會報告「醫院總額執行組織及業務分工流程」：(略)。

(三)健保局報告「自主管理與卓越醫院辦理情形」：(略)

三、討論事項：醫院總額專業委託交接事項討論。

四、共識結論：

(一)93年4月台灣醫院協會承辦醫院總額專業自主事務後，健保局基於資訊公開、共同合作之精神，配合醫院協會擬訂之管理策略提供管理經驗及協助。

(二)醫院總額專業自主事務委託交接事項及辦理時程，按93年醫院總額支付制度委託契約、全民健康保險醫療費用協定委員會議結論及全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案規定辦理。

(三)九十三年醫院總額執行措施

1. 支付標準：同意按本局方案，導入台灣版支付標準相對值表(RBRVS)，逐步調整給付偏低科別之支付標準；完成台灣版DRGs，並經測試後，配合醫院總額的實施。

2. 分區管理：尊重各區執行委員會共識及其擬定之管理方向及策略。
3. 自主管理：在醫院協會總額執行委員會尚未達成共識前，按各分局原方案繼續辦理。
4. 協商項目之執行：品質保證保留款於5月8日前提出方案，醫院卓越計畫及其他方案於6月底前提出方案，如未如期完成則按費協會決議辦理。
5. 醫療服務審查：
 - (1) 專業審查業務交接內容：按審查相關法規研究之分工、醫院總額及其他非屬特定總額部門案件專業審查相關作業分工辦理。
 - (2) 現行審查醫師聘任期限：健保局九十三年度新聘審查醫事人員直接轉任至九十三年六月底，並請醫院協會於六月底之前確認重新遴聘或繼續聘用。
 - (3) 健保局已代為專業審查所需費用，由健保局彙整各分局結算明細後，自未來將撥付台灣醫院協會款項中予以扣除。
5. 避險方案：確實需要「保護級方案」，執行措施尚待討論。

五、散會：下午六時。

貳、醫院總額支付委員會第15次會議

主席：劉召集人見祥 紀錄：林淑範

一、主席致詞：(略)。

二、宣讀本委員會第十四委員會議紀錄

決定：

- 一、討論事項第一案結論二修正為：「醫學中心代表、區域醫院代表表達按分區方式辦理結算之意見，本局一併陳送費協會參考。」

二、餘確定。

三、討論事項

第一案

提案單位：本局醫務管理處

案由：92年醫院醫療給付費用總額結算架構討論案，提請討論。

結論：

一、因 SARS 影響及減少醫院團體營運困難，建議費協會 92 年醫院醫療給付費用總額架構修正如下：

(一)結算方式採全年不分季、分區方式辦理。

(二)優先扣除項目及 SARS 資源分配案，依原費協會決議辦理；門診服務及住診服務按協定占率 43%：50.282%分別計算。

(三)分區方式按 91 年實際發生醫療費用比率分配，亦即跨區就醫以當期點值結算。

(四)全國浮動點值=(四季加總總額醫療費用-四季加總非浮動點數)/四季加總浮動點數

全國平均點值=四季加總總額醫療費用/(四季加總非浮動點數+四季加總浮動點數)

二、結算時程，預訂於費協會討論定案後一個月完成結算，計算範圍維持 93 年 3 月底前核定之 92 年當年及前未核定季別之醫療服務點數。

三、部分區域醫院、地區醫院代表訴求，92 年因 SARS 影響，對於全年平均點值小於 0.9 之個別醫院及各層級未達全年門住診整體平均點值者之紓困方案，另案辦理，其所需預算不由醫院總額費用支應，且本紓困方案之費用，不列入 93 年醫院總額基期費用計算。

第二案

提案單位：本局醫務管理處

案由：九十三年醫院總額「醫院卓越計畫」支付原則（草案）案，提請討論。

結論：經討論後修正如附件，並依支付標準公告程序辦理後續作業。

第三案

提案單位：本局醫務管理處

案由：「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」之醫療服務品質指標第二年起指標項目討論案，提請討論。

結論：93年5月底前，請台灣醫院協會研訂醫療服務品質指標第二年起指標項目，並參考本局及相關單位提供之各指標項目統計值，訂定監測值後，由本局逕行陳報行政院衛生署核定公告。另台灣醫院協會所提品質確保方案修訂意見乙節，鑑於行政院衛生署於92年3月3日公告「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」，實施期間尚短，且費協會九十三年醫院總額支付制度評核會將於近期召開，品質確保方案內容將於實施一段時間後視有需要再行修訂。

四、臨時提案

提案單位：台灣醫院協會

案由：建請全民健康保險醫療費用協定委員會酌予修改九十三年度門、住診費用分配比例決議文字為：「九十三年度醫院總額承辦單位，應依分級醫療精神，針對不同類型醫院的門、住診，提出各種漸近調整配套方案，使門、住診資源分配能逐步改善，預計到九十三年底能達到門、住診比例為45%：55%

的期望目標」。

結論：本案缺乏具體之執行方案，於實務面無法操作，且醫院總額門、住診費用結構之調整，係費協會權責，本案建議由台灣醫院協會擬訂具體門、住診資源分配方案，由醫院代表於費協會提案討論。

五、散會：中午十二時三十分。

九十三年醫院總額「醫院卓越計畫」支付原則(草案)

93.04.23

本局原條文草案	會議修正草案
<p>壹、依據 依據全民健康保險醫療費用支付標準總則第十四點辦理。</p>	<p>壹、依據 依據全民健康保險醫療費用支付標準總則第十四點辦理。</p>
<p>貳、目的 一、配合後 SARS 健保目標及分區改革策略，發展醫院改革計畫，提升醫療品質。 二、藉分區預算及計畫，引導醫院以合作代替競爭，以落實區域醫療保健體系。 三、藉醫院個別化計畫，降低醫院改革風險。</p>	<p>貳、目的 一、配合後 SARS 健保目標及分區改革策略，發展醫院改革計畫、維護病人就醫權益、提升醫療品質。 二、藉分區預算及計畫，引導醫院以合作代替競爭，以落實區域醫療保健體系。 三、藉醫院個別化計畫，降低醫院改革風險。</p>
<p>參、參加條件 一、消極條件：最近二年內不得有違反本保險特約管理辦法第三十四條、第三十五條情事，經本局處以停（終）止特約確定者。 二、積極條件： （一）凡具備各「全民健康保險醫療給付改善方案試辦計畫」資格之醫院，均已加入各該改善方案試辦計畫。 （二）參加本計畫醫院，應提供下列資訊並同意公開： 1. 每季結束後一個月內檢送醫院之資產負債表、損益</p>	<p>參、參加條件 一、願意配合政策方向及轄區醫療需求，提昇醫療品質，良好使用健保資源，以改造現行健保體系的健保特約醫院。 二、最近二年內不得有本保險特約管理辦法第三十四條、第三十五條所列情事，經健保局處以停（終）止特約確定者。 三、願意定期公開各項醫療品質指標及相關醫療資訊。</p>

<p>平衡表及現金流量表至本局各分局。</p> <p>2. 每月申報金額及案件數、病人數、醫療費用。</p> <p>3. 依監測目標，自行選擇十項醫療品質監測指標。</p> <p>(三)配合轄區醫療需求、公共衛生任務，提供醫療衛生服務。</p>	
<p>肆、申請程序：</p> <p>一、申請醫院應依支付原則提具醫院卓越計畫書，於93年2月底以前，向本局各分局提出申請。</p> <p>二、本局各分局受理醫院之申請後，於一個月內進行資料核對、分析、實地訪視等作業，若醫院不符參加條件應書面通知。</p>	<p>肆、申請程序</p> <p>申請醫院須於九十三年六月底以前，向健保局各分局提出申請。</p>
<p>伍、醫療費用</p> <p>一、支付金額：依本局各分局與參加醫院事先協商全年及各月醫院總額範圍(不含洗腎、專款專用)之金額支付，其相對去年同期之成長率以全民健康保險醫療費用協定委員會協定本年醫院總額每人醫療給付費用成長率1.5倍為上限。</p> <p>二、支付金額應參考醫院過去服務病人數及病例組合、未來病人保障及品質提昇計畫，以及執行費協會協商項</p>	<p>伍、醫療費用</p> <p>一、支付金額：依健保局各分局與參加醫院事先協商全年及各月醫院總額範圍(不含洗腎、專款專用)之金額支付，其相對去年同期之成長率以全民健康保險醫療費用協定委員會協定本年醫院總額每人醫療給付費用成長率的1.2倍為上限。</p> <p>二、支付金額應參考醫院過去服務人數及病例組合、未來病人保障及品質提昇計畫，以及執行費協會協商項目各</p>

<p>目各項措施而致醫療服務效率提升之減項成長率。</p> <p>三、支付金額與醫療服務點數差額之處理方式：醫療費用原則上以協商金額支付，醫療服務點數超出支付金額部分不予支付，另醫療服務點數低於支付金額，轄區分局得依監測目標及醫療服務審查結果，事先協商處理方式。</p>	<p>項措施而致醫療服務效率提升之減項成長率。</p> <p>三、支付金額與醫療項目服務點數差額之處理方式：醫療費用原則上以協商金額支付，醫療服務點數超出支付金額部分不予支付，另醫療服務點數低於支付金額，轄區分區得依監測目標及醫療服務審查結果，事先協商處理方式。</p> <p>四、參與「醫院卓越計畫」者，其管控改善的成果，得回饋參與之醫院。</p>
<p>陸、監測目標</p> <p>一、按「後 SARS 台灣重建計畫－醫療及公共衛生改造方案」之健保體系改造計畫及全民健康保險醫療費用協定委員會協定結果，設定監測目標如下：</p> <p>(一)門、住診比例及減少初級照護門診量。</p> <p>(二)住院病例組合 (DRGs) 之運用。</p> <p>(三)監控醫事人力及設備。</p> <p>(四)強化預防保健。</p> <p>(五)增加長期慢性病連續處方箋釋出率。</p> <p>(六)增進用藥品質。</p> <p>(七)提昇急、重症照護品質。</p> <p>(八)提昇院內感染控制品質。</p> <p>二、依總額均衡醫療資源精神</p>	<p>陸、監測目標</p> <p>一、按「後 SARS 台灣重建計畫－醫療及公共衛生改造方案」之健保體系改造計畫及全民健康保險醫療費用協定委員會協定結果，依(一)政策要求(二)醫療品質控管(三)健保資源合理使用等三個目標方向，設定下列事項之相關監測指標。</p> <p>(一)門、住診比率及減少初級照護門診量。</p> <p>(二)住院病例組合(DRGs)之運用。</p> <p>(三)監控醫事人力及設備。</p> <p>(四)強化預防保健。</p> <p>(五)加強長期慢性病連續處方箋釋出率。</p> <p>(六)增進用藥品質。</p>

<p>，可應地區需要，訂定分區監測目標。</p>	<p>(七)提昇急、重症照護品質。 (八)提昇院內感染控制品質 (九)其他 二、依總額均衡醫療資源精神，可應地區需要，訂定分區監測目標。</p>
<p>柒、監測指標</p> <p>一、由本局各分局與參加醫院依監測目標協議監測指標及操作型定義，每一監測目標選擇二至三項監測指標。 二、參加醫院於每季結束後一個月內將監測指標陳報分局。</p>	<p>柒、監測指標</p> <p>一、由健保局各分局與參加醫院依監測目標協議監測指標及操作型定義，每一監測目標選擇二至三項監測指標。 二、參加醫院於每季結束後一個月內監測結果陳報分局。</p>
<p>捌、醫療服務申報及審查</p> <p>醫療費用申報及審查，原則按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，各分局並得考量轄區特性或辦理本計畫醫院之醫療需要，規劃異常管理及品質審查之相關作業。</p>	<p>捌、醫療服務申報及審查</p> <p>醫療費用申報及審查，原則按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，各分局並得考量轄區特性或辦理本計畫醫院之醫療需要，規劃異常管理及品質審查之相關作業。</p>
<p>玖、協議書</p> <p>參與本計畫醫院應與本局各分局簽訂協議書，該協議書應包含各項資格確認、醫療品質監測指標和醫療費用協議等，且作為全民健康保險特約醫事服務機構合約之附約。</p>	<p>玖、協議書</p> <p>參與本計畫醫院應與健保局各分局簽訂協議書，該協議書應包含各項資格確認、醫療品質監測指標和醫療費用協議等，且作為全民健康保險特約醫事服務機構合約之附約。</p>
<p>拾、終止要件</p> <p>一、參與本計畫醫院如有下列情形之一者，本局各分局應通知醫院停止適用本計畫。 (一)不具參加醫院資格。</p>	<p>拾、終止要件</p> <p>一、參與本計畫醫院如有下列情形之一者，健保局各分局應通知醫院停止適用本計畫： (一)不具參加醫院資格。</p>

<p>(二)未按時提報相關資料或提報不實資料。</p> <p>(三)違反協議書所約定之相關事項。</p> <p>(四)未能配合衛生署及本局相關政策，由分局或總額承作單位提報，經醫院總額支付委員討論決議者。</p> <p>二、醫院因故提出終止本試辦計畫者，自停止日起本年內不得再申請加入本計畫。</p> <p>三、計畫終止生效日期：自本局各分局或醫院提出終止確定後之次月一日生效。</p>	<p>(二)未按時提報相關資料或提報不實資料。</p> <p>(三)違反協議書所約定之相關事項。</p> <p>(四)未能配合衛生署及健保局相關政策，由健保局分局或總額承辦單位提報，經醫院總額支付委員討論決議者。</p> <p>二、醫院因故提出終止本試辦計畫者，自停止日起本年內不得再申請加入本計畫。</p> <p>三、計畫終止生效日期：自健保局各分局或醫院提出終止確定後之次月一日生效。</p>
<p>拾壹、執行報告</p> <p>本局各分局於辦理本試辦計畫後，每半年選擇轄區一家醫院，由該院於本局「醫院總額支付委員會」報告該轄區參加醫院之執行成效。</p>	<p>拾壹、執行報告</p> <p>健保局各分局於辦理本試辦計畫後，每半年選擇轄區一家醫院，由該院於健保局「醫院總額支付委員會」報告該轄區參加醫院之執行成效。</p>
<p>拾貳、本計畫應配合主管機關政策方向或費協會協定事項調整之。</p>	<p>拾貳、本計畫應配合主管機關政策方向或費協會協定事項調整之。</p>