

「醫院總額支付委員會」第34次會議紀錄

時間：96年4月26日下午2時

地點：中央健康保險局18樓禮堂

出席委員：

曲委員同光	梁淑政(代)	梁委員安億	梁安億
朱委員益宏	劉浩然(代)	許委員勝雄	陳建立(代)
吳委員守寶	(請假)	郭委員宗正	郭宗正
吳委員志雄	李思智(代)	陳委員宗獻	(請假)
吳委員進興	(請假)	陳委員敏夫	郭正全(代)
吳委員德朗	童瑞龍(代)	陳委員濱	(請假)
李委員允文	李允文	黃委員俊雄	黃瑞美(代)
李委員良雄	廖秋燭(代)	黃委員柏熊	黃柏熊
李委員源芳	張雪芬(代)	楊委員漢淥	林佩菽(代)
沈委員茂庭	沈茂庭	劉委員啟田	劉啟田
周委員思源	周思源	潘委員仁修	潘仁修
林委員芳郁	陳瑞瑛(代)	蔡委員長海	吳亞璇(代)
林委員義龍	(請假)	蔡委員登順	蔡登順
邱委員浩遠	賴揚仁(代)	盧委員信昌	盧信昌
徐委員弘正	徐弘正	盧委員瑞芬	盧瑞芬
高委員雅慧	高雅慧	蕭委員志文	蕭志文
張委員冠宇	張冠宇	錢委員慶文	(請假)
張委員煥禎	劉碧珠(代)	謝委員武吉	郭錫卿
張委員德明	林聖雄(代)	羅委員永達	羅永達
張委員澤芸	高靖秋(代)	蘇委員清泉	(請假)

列席單位及人員：

行政院衛生署

全民健康保險醫療費用協定委員會

台灣醫院協會

周雯雯

林宜靜

林佩菽

董家琪

周貝珊

	徐鈺涵		
中華民國醫師公會全國聯合會	黃幼薰	程嘉蓮	
中華民國物理治療師公會全國聯合會	(請假)		
本局台北分局	吳霓仁	許寶華	
本局北區分局	許菁菁		
本局中區分局	陳墩仁		
本局南區分局	李建漳		
本局高屏分局	曾慧玲		
本局東區分局	羅亦珍		
本局醫審小組	黃宇君	孫碧雲	
本局藥材小組	(請假)		
本局企劃處	(請假)		
本局稽核室	林照姬		
本局財務處	(請假)		
本局承保處	(請假)		
本局資訊處	葉治平		
本局醫務管理處	林阿明	張溫溫	李純馥
	詹秀鳳	王玲玲	李麗娟
	劉勁梅		

主席：黃召集人三桂

紀錄：林淑範

壹、主席致詞：(略)。

貳、確認「醫院總額支付委員會第 33 次會議」會議紀錄

決定：確定。

參、報告事項

第一案

報告單位：本局醫務管理處

案由：本會第 33 次委員會議結論事項辦理情形。

決定：洽悉。

第二案

報告單位：本局醫務管理處

案由：醫院總額支付制度執行概況。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本局醫務管理處

案由：95 年第 4 季醫院總額點值結算報告案。

決定：

- 一、確認 95 年第 4 季醫院總額門住診一般服務浮動及平均每點支付金額如下：

類別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全局
浮動點值	0.8544	0.9571	0.9442	0.9238	0.9480	0.7934	0.9022
平均點值	0.9189	0.9567	0.9611	0.9489	0.9626	0.8848	0.9414

- 二、有關 95 年第 4 季醫院總額結算作業，將依正常行政程序，按全民健康保險法第 50 條規定，辦理點值結算後之補付(追扣)醫療費用作業。
- 三、本季點值經確認後，北區及中區分區前一季平均點值小於本季浮動點值。是以，按本委員會第 31 次委員會議決議，本季北區及中區分區偏遠地區醫院之浮動點數以 95 年第 4 季浮動點值核付，且增加之費用於次季醫院總額該區一般服務預算中支應。
- 四、一般服務預算結算時，跨區就醫浮動點數採現行之就醫分局前一季浮動點值或採用其他點值計算，請台灣醫院協會協調醫院團體意見，如獲共識後，再行提報本委員會討論及辦理。

第四案

報告單位：本局醫務管理處

案由：因應成人預防保健及部分結核病費用自 96 年起改由公務預算支應，96 年醫院醫療給付費用總額基期費用扣減方式案。

決定：96 年度改由公務預算支應已非屬健保給付項目，屬醫院總額範圍之項目包括成人預防保健服務及結核病醫療費用，其減列基期費用之計算方式及擷取條件如下：

一、成人預防保健服務：

(一)時程：按季。

(二)擷取條件：擷取醫院總額所屬醫事服務機構 95 年申報資料，醫令代碼為 21、22、23 及 24 之申報點數。

(三)費用計算公式：醫令點數加總*95 年全局各季浮動點值。

二、96 年新增代辦結核病服務：

(一)時程：按季。

(二)擷取條件：擷取 96 年住診申報案件分類為 C2、C3、C4 之申報點數。

(三)費用計算公式：非浮動點數+(浮動點數*95 年全局各季浮動點值)。

1.非浮動點數=藥費+藥事服務費+手術費點數+麻醉費點數。

2.浮動點數=(申請點數+部分負擔)-非浮動點數。

第五案

報告單位：本局醫務管理處

案由：回應台灣醫院協會要求，提報 95 年度健保 IC 卡登錄及上傳資料品質實施方案、95 年度擴大醫療給付改善方案、95 年度預防保健執行狀況案。

決定：洽悉

第六案

報告單位：本局醫務管理處

案由：有關全民健康保險乳癌醫療給付改善方案之診療項目定義配合藥品給付規定修訂案。

決定：同意配合藥品給付規定定義，修訂全民健康保險乳癌醫療給付改善方案試辦計畫支付標準之治療組合 6(代號：P1557)診療項目及定義如附件 1。

參、討論事項

第一案

提案單位：本局醫審小組

案由：有關 96 年度醫院總額部門加強醫療品質資訊公開建議指標乙案，提請討論。

結論：

- 一、醫院總額部門 96 年院所別醫療品質資訊公開指標，增列「急診暫留 2 日以上案件比率」、「CT 及 MRI90 日內重複執行率」及「30 日以上住院率」等三項，各項指標之操作型定義如附件 2。
- 二、本局將按季彙整資料，刊登本局全球資訊網，供民眾參考。

第二案

提案單位：本局醫務管理處

案由：建議新增「碘 131 病房費(含護理費 1,542 點)4,547 點」支付標準案，提請討論。

結論：同意全民健康保險醫療費用支付標準增列「核醫病床」乙項診療項目，並加註限行政院原子能委員安全檢查及游離輻射測量合格者，其支付點數為 3793 點(病床費支付 2,007 點、護理費支付 1,786 點)。本項決議另於全民健康保險醫療給付協議會議提案報告。

伍、散會：下午 4 時。

全民健康保險乳癌醫療給付改善方案試辦計畫

附件 1

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數
P1557	治療組合 6	化學藥物治療專案 註：含 doxorubicin 、cyclophosphamide 、paclitaxel(或併用 <u>gemcitabine</u>)等。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 限病理分期為 1,2 期已使用合併療法且腋下淋巴轉移，動情素受體陰性下，做為接續含 doxorubicin 在內之輔助性化學治療。 2. <u>對曾使用過 Anthracycline 之局部復發且無法手術或轉移性之乳癌併用療法。</u> 3. 須俟化學治療療程完成後，與治療組合 1-1 或 1-2 或 2-1 或 2-2 或 3-1 或 3-2 <u>或 4-1 或 4-2 或 4-5 或 4-6</u> 等組合時程併同本項目一次申報；惟化學療程中斷者，不得另行申報。 3. 本項目不計入獎勵措施之計算。 	化學治療之療程內使用	217,000

醫院總額部門 96 年院所別醫療品質資訊公開指標及定義

指標名稱	指標定義及計算公式	程式編號
<p>一、急診暫留 2 日以上案件比率</p>	<p>■分子：急診或住院案件中(即從分母案件中)，申報急診暫留床醫令數超過 1 之案件數。</p> <p>■分母：急診待床案件數。</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 急診處暫留床醫令：前五碼為 03018、03019 任一項。 □ 急診案件：案件分類=02。 □ 病人來源：「PAT_SOUR」欄位為 2。 □ 急診待床案件數： <ul style="list-style-type: none"> 符合下列任一條件之案件，且排除重複之案件 (1) 急診案件中申報急診暫留床。 (2) 住院案件中申報急診暫留床。 (3) 住院案件中病人來源為急診。 □ 排除重複之案件：因急診轉住院案件可合併申報亦可分開申報，因此同一次個案可能會在急診計算 1 次，在住院計算 1 次，故要依住院資料之 ID 及住院日期與急診資料 ID 及治療結束日(若無，則以就醫日期+急診暫留床醫令數之日期代替)比對，相同之案件則僅計算 1 次。 <p>➤資料範圍：西醫醫院。</p> <p>➤運算範圍：每月(報表呈現每季彙總)。</p>	<p>278</p>
<p>二、CT 及 MRI90 日內重複執行率</p>	<p>(一) MRI檢查後90天內CT、MRI利用率_同院</p> <p>■分子：以分母之案件的ID追蹤90天內有執行CT或MRI的筆數</p> <p>■分母：門、住執行MRI之案件數</p> <ul style="list-style-type: none"> □CT：醫令代碼前 5 碼為 33067、33068、33069、33070、33071、33072 □MRI：醫令代碼前 5 碼為 33084、33085 □門診執行 CT、MRI 案件需限制於醫令類別為”2”之案件 □門診以就醫日期，住院以醫令執行(起)日往後勾稽 0~90 天內是否有執行 CT 或 MRI。 	<p>201</p>

指標名稱	指標定義及計算公式	程式編號
	<p>□資料範圍：西醫醫院、西醫基層</p> <p>➤運算範圍：每季</p> <p>(二) CT 檢查後 90 天內 CT、MRI 利用率_同院</p> <p>■ 分子：以分母之案件的ID追蹤90天內有執行CT或MRI的筆數</p> <p>■ 分母：門、住執行CT之案件數</p> <p>□CT：醫令代碼前 5 碼為 33067、33068、33069、33070、33071、33072</p> <p>□MRI：醫令代碼前 5 碼為 33084、33085</p> <p>□門診執行 CT、MRI 案件需限制於醫令類別為”2”之案件</p> <p>□門診以就醫日期，住院以醫令執行(起)日往後勾稽 0~90 天內是否有執行 CT 或 MRI。</p> <p>□資料範圍：西醫醫院、西醫基層</p> <p>➤運算範圍：每季</p>	205
三、30 日以上住院率	<p>■ 分子：住院超過 30 日的案件數</p> <p>■ 分母：出院案件數</p> <p>■ 資料範圍：每季(以 92Q1 為例，資料範圍為出院日在 920101 至 920331 之案件)</p> <p>□ 出院案件：出院日在資料範圍內之案件，按[院所, ID, 生日, 住院日]歸戶，因作帳之緣故，可能有多個出院日，以最晚之出院日為準</p> <p>□ 住院超過 30 日的案件：以出院案件為範圍，按[院所, ID, 生日, 住院日]歸戶，找出住院日距離出院日超過 30 日的案件</p> <p>□ 排除條件：</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 排除呼吸照護個案，主次診斷碼 51881、51883、51884 或主次處置碼 96.70-96.72、9390。 ◆ 排除精神病案件，精神科就醫科別代碼 13。 ◆ 排除乳癌試辦計劃案件：案件類別為「4：試辦計劃」及病患來源為” N ” 或 ” C ” 或 ” R “。 <p>➤ 運算範圍：每季</p>	74