

全民健康保險監理委員會
第 183 次會議紀錄

中華民國 99 年 8 月 27 日

全民健康保險監理委員會第 183 次會議紀錄

時間：中華民國 99 年 8 月 27 日（星期五）上午 9 時

地點：行政院衛生署中央健康保險局台北業務組第一會議室（台北市許昌街 17 號 9 樓）

出席委員：

周委員麗芳

吳委員淑瓊

盧委員瑞芬

盧委員美秀

郭委員玲惠

干委員文男

楊委員芸蘋

林委員啟滄

謝委員天仁

滕委員西華

陳委員武雄

曾監事義青（代）

葉委員宗義

李委員永振

賴委員永吉

李委員成家

李顧問育家（代）

李委員明濱

施理事肇榮（代）

林委員振順

廖委員敏熒

林委員永農

陳醫師憲法（代）

吳委員德朗

謝常務監事武吉（代）

曲委員同光

洪組長碧蘭（代）

呂委員明泰

祝委員健芳

柯委員綉絹

石委員發基

劉委員玉蘭

請假委員：

蕭委員景田

鍾委員美娟

列席單位及人員：

行政院衛生署健保小組

全民健康保險醫療費用協定委員會

行政院衛生署中央健康保險局

梁組長淑政

林執行秘書宜靜

戴局長桂英

李副局長丞華

黃副局長三桂

鄧組長世輝

蔡組長淑鈴

賴專門委員立文

林專門委員阿明

張專門委員鈺旋

黃科長莉瑩

陳科長玉敏

柯副主任委員桂女

楊主任秘書慧芬

吳組長秀玲

紀錄：顏銘燦、孫淑霞

本會

主席：劉主任委員見祥

壹、主席致詞：(略)

貳、報告案

第 1 案

案由：確認本會上（第 182）次委員會議紀錄，請 鑒察。

決定：確定。

第 2 案

案由：本會上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請 鑒察。

決定：

一、考量年度預算案與業務執行計畫案具連動性，為利於提供切合審議意見，兩案宜同時送會，爰請中央健康保險局自 101 年度起，對該二案能於前一年之 3 月 10 日前同時送會，以利業務推展。

二、餘洽悉。

（與會人員發言摘要詳附件 1）

第 3 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「99 年 7 月份全民健康保險業務執行報告」，請 鑒察。

決定：

一、為利保險業務之監理，請中央健康保險局配合辦理下列事項：

（一）對特約醫事服務機構移送法辦違規案件之後續判決情形，請每半年於業務執行報告中呈現。

（二）對保險費收繳及資金調度等影響財務之重要事項，請持續加強辦理。

二、餘洽悉。

（與會人員發言摘要詳附件 2）

第 4 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「全民健保診斷關聯群(DRGs)支付制度執行情形」，請 鑒察。

決定：

一、為提昇醫療服務效率及改善病人照護品質與療效，中央健康保險局規劃推動全民健保診斷關聯群(Tw-DRGs)支付制度，實施初期尚有改善空間，惟該局之努力仍值得肯定。並請該局持續關注下列事項，以利業務推展：

(一) 對醫院有無將 DRG 案件移轉至非 DRGs 情事，DRGs 案件之住院天數下降、3 日內再急診率與 14 日再住院率及併發症均增加等問題，都應詳加分析檢討與改進。

(二) 訂定入院前、轉診手術、住院日及費用除外者審核辦法，並對 Tw-DRGs 與亞急性照護 (Post Acute Care) 進行連結設計。

(三) 委員所建議調查醫護人員對施行本制度之工作滿意度等意見請參酌，往後若有相關資料，請予納入業務執行報告中。

二、Tw-DRGs 支付制度之半年整體成效報告請中央健康保險局送本會委員參考，並於本制度實施 1 年後，將執行情形提會報告。

三、餘洽悉。

(與會人員發言摘要詳附件 3)

參、討論案

第 1 案

提案單位：本會財務監理組

案由：本會審議全民健康保險 99 年度半年結算案，提請 討論。

決議：本會審議意見通過，函請衛生署鑒察，並請健保局辦理。

(與會人員發言摘要詳附件 4)

第 2 案

提案人：廖委員敏熒、林委員永農、李委員明濱

案由：建請中央健康保險局重新評估各部門總額支付制度專業自主事務委託契約價金，提請討論。

主席裁示：本案移下次會議討論。

肆、散會：中午 12 時 15 分

【附件 1】

報告案第 2 案「本會上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務」與會人員發言摘要

干委員文男

對「民眾自費情形監控與差額負擔情形」專題報告案之決定事項(三)，除應繼續催請苗栗縣、台中縣、高雄縣及屏東縣等 4 縣市衛生局儘速回復外，各縣市訂價差距太大，希望在資訊收集及處理上能更完備一點，才會讓人心服口服。

劉主任委員見祥

- 一、干委員所提意見，請健保局持續辦理。
- 二、感謝委員積極參與本會的訪視活動。
- 三、請健保局配合，自 101 年度起之業務執行計畫及預算案，於前一年 3 月 10 日前同時送本會，以利審議。
- 四、本案洽悉。

【附件 2】

報告案第 3 案中央健康保險局「99 年 7 月份全民健康保險業務執行報告」與會人員發言摘要

干委員文男

第 10 頁表 5 備註 4，各級政府未撥付利息金額尚有 20 億元，是由健保局、欠費政府或全民來負擔？表達不夠清楚。

戴局長桂英

各級政府延遲撥付所衍生的利息，仍由各該政府負擔。

干委員文男

- 一、違規查處做得很好，本月份函送法辦有 3 件。可否提供以往函送法辦後判決結果的數據及重大違規的類型？確定判刑的才是真正查處努力的成果。
- 二、報表顯示健保 IC 卡登錄及上傳資料，在各方面都有進步，像特約藥局錯誤率從 64% 下降到 30%，值得肯定。西醫基層也有進步，希望能更加努力。有督促就有進步，希望局長上任後能有新的作法，並有更進步的成果。

謝委員天仁

- 一、從歷年重大傷病領證數資料觀察，癌症每年都會增加 2、3 萬人，但 99 年 7 月與 98 年底比較，僅增加約 4,613 人，是因為有效控制，或是因為病患死亡？
- 二、以保險人的立場，應避免保險事故的發生，但健保局似乎無此觀念。健保局應從相關資訊分析原因，例如針對變動率較高或長期居高不下的疾病，提供相關資訊給國民健康局，或自行發布新聞，讓付費者瞭解，這是很重要的。如此將可有效杜絕保險事故發生，進而紓緩保險負擔的壓力。民眾生病就看病，健保沒錢就設法找錢，這不是保險人應有的立

場。保險人對疾病的變化，有相當的責任，當然，衛生署更不能推卸責任。保險人的心態應做調整。

盧委員瑞芬

第 82 頁健保 IC 卡登錄及上傳資料品質實施方案之統計資料顯示，錯誤率普遍有下降的情形，但醫令錯誤率卻相對為高，西醫醫院住診醫令錯誤率不降反升（21%至 29%），但費用錯誤率相對為低，若醫令不正確，費用為何能維持低錯誤率？

戴局長桂英

- 一、干委員所關心函送法辦後的結果，本局會行文法院詢問。因法律判決有時會很久，故建議由本局每半年取得結果後，列入業務執行報告。
- 二、謝委員希望針對長期居高不下的疾病，進行分析，是很好的建議。未來，本局會逐步辦理，並結合國民健康局之預防宣導，提供給保險對象。
- 三、假若內政部有資料進來，本局即可進行比對，並呈現結果，就如此次第 27 頁表 17 備註 4 所示，因有內政部 99 年 6 月 30 日轉進的死亡檔做比對，所以統計後，得知 99 年 7 月因死亡而註銷重大傷病卡數有 16,482 張，但這需有資料才能分析，本局會持續努力。
- 四、盧委員指正有關第 81、82 頁，IC 卡上傳資料錯誤率的狀況，有待本局與醫療院所共同努力，以求降低。

蔡組長淑鈴

- 一、醫療院所 IC 卡上傳錯誤率差距較大者，多發生在住院部分。因現行規定醫療院所提供服務 24 小時內，應將就醫資料上傳健保局，但住院部分有些是初步診斷，需待病理或其他報告，才能確診，故申報時會申報確診結果，與 IC 卡上

傳資料比對，即會有落差。所以，這部分的誤差會持續存在，本局比較在意的是費用錯誤率。住院外之其他部門醫令與費用，則都非常接近。

二、藥局錯誤率偏高部分，有待改進。目前規模較小的藥局，上傳比率偏低，本局目前正在努力協商，加強改善。

黃副局長三桂

一、西醫基層住診，指的就是婦產科診所提供之住院服務。醫院部分確實複雜度較高，其錯誤率雖較高，但還在誤差範圍內。對院所之 IC 卡登錄及上傳資料，98 年本局支付 8 千萬元，今年錯誤率改善，反而僅支付 7 千 2 百萬元。錯誤率改善，支付金額反而減少的最大原因是支付條件逐年趨於嚴格，98 年支付條件：錯誤率在 3%，每件支付 1 元；錯誤率在 3% 至 10%，每件支付 0.95 元；錯誤率 10% 至 20%，每件支付 0.8 元，但 99 年支付條件要求較為嚴格，錯誤率小於 3%，仍支付每件 1 元，但錯誤率大於 3% 時，則不予支付。

二、本局移送司法單位的案件，近 9 成以上都會被起訴或緩起訴，經起訴被判有罪約有 95% 左右。未來，會遵照局長指示，每半年到會報告。

三、不管是疾病管制局主導的肝炎防治委員會，或國健局主導的癌症防治委員會、糖尿病及高血壓防治措施，本局均會配合參與。今年特別增加慢性腎臟病的防治，這部分工作本局責無旁貸，會與相關單位合作，盡力減少疾病產生。

郭委員玲惠

一、第 10 頁表 7 有關各級政府欠費情況，99 年應收 8 百多億元，未收比率非常高，若已做處理，未收的 304 億元應可償

還，為何沒有償還，原因為何？

二、第 11 頁表 8 欠費收回統計是如何累加？因收繳期間較短，所以收回率較低，這可以理解。但 99 年 1 至 4 月是分別計算或是累加？數據看來很奇怪，各月拆開看，無法看出實際狀況。

三、衛生署公告之總額品質確保方案中規定，剖腹產率應小於 34%，雖不知其理由為何，但有違世界人權規定，令人有些擔心。若採四捨五入，94 至 99 年，剖腹產率正好是 3 成到 4 成，而且逐年增加。10 位產婦有 4 位採剖腹方式，其成長雖是逐步的，但卻是很可怕的事情，健保局應研究對策。

林委員振順

一、第 9 頁表 6-1 政府保險費補助款收繳率為 90.33%，投保單位及保險對象保險費收繳率為 98.57%。民眾欠費都要送法辦，政府欠費則未見送法辦，對民眾而言，是不公平的。

二、各級政府仍積欠利息 20 億元，這部分是否還要再付利息？若需要，是否由健保局支付？

三、特約藥局是被動接受處方，若醫療院所醫令錯誤，特約藥局也必定錯誤。這種情形下，要求藥局錯誤率改善，藥局就有些委屈了，因為前端已經錯誤在先。當初建議特約藥局上傳前，必須要求醫療院所的主診斷、醫令等，都要寫進 IC 卡，再由藥局上傳。因為這部分沒有執行，所以，藥局在執行上和時間上，都有些迫切，所以錯誤率較高，請各位委員多包涵。

謝委員天仁

一、各縣市政府欠費金額，仍每年增加，是因繼續拖欠還是利息沒付？應說明清楚。若是繼續拖欠，健保局應適度處理，

例如，考慮按比例扣減台北市政府所屬醫療機構的費用。本人之前也曾提過，若利息係由台北市負擔，為何要由健保局借錢，是否其利息可以少付？由台北市政府借款，支付健保局即可，何需兩邊掛帳。這部分應該釐清，資訊要發布清楚，避免外界揣測。

二、這次重大傷病有記載死亡人數，也希望以後相關資訊都呈現出來，才能知道增加有多少人？死亡有多少人？這樣才看得出真正的差距。

三、委員都衷心希望健保 IC 卡功能強大，不該再以落後的醫令上傳而給獎勵金的作法。國內電子產業能力這樣強，對他們而言，是個恥辱。不知是我們不願意用，還是他們不願意提供？我認為他們應有能力提供，那為何不願改呢？是否這樣可讓重複醫療的浪費持續坐大？站在保險人立場，這樣合理嗎？我認為應加以檢討，不應繼續拖延。

劉委員玉蘭

一、對經費控管，健保局表現一向不差，但本月結餘有 105 億元，卻向銀行借款 150 億元，還款 115 億元，融資反而增加 35 億元，不知為何如此？是否有些款項正好是 7 月 31 日撥入，所以來不及還款？或有其他原因？

二、有關重大傷病公告修正有效期限，以不追溯既往原則，適用於公告後新個案乙節，我同意不追溯既往之原則，但應改為適用於公告後個案，亦即若持續適用於公告後的個案，不需再重複申請，健保局直接根據其情況，更新有效日期即可。

柯委員綉絹

一、第 86 頁收支餘絀摘要參考表顯示，今年截至 7 月，累積結餘實際數 21 億餘元，與累計預算數負 176 億餘元，差距頗

- 大。建議健保局根據本（99）年 4 月 1 日保險費率調整後，重新估計 7 至 12 月的收支，以接近實際狀況，並利於比較。
- 二、第 86 頁附註 3 本期短絀數，應係文字錯誤，應修正為賸餘數。

賴委員永吉

表 4 現金基礎之收支分析，7 月份保費收入成長 27.84%；表 5 權責基礎之收支分析，7 月份保費收入成長 18.07%，附註 3 總額協商成長 4.53%。換言之，從 4 月份調整費率後，保費收入成長高於總額成長，資金明顯變多。另表 11，本年截至 7 月底營運資金結餘 83.26 億元，可運用資金餘額從 99 年初約 90 億元，增加至 7 月底 172.85 億元，也很明顯看出資金狀況不錯。但為何 7 月份還向銀行多借 35 億元？

賴專門委員立文

- 一、借款增加係因政府補助款於 7 月底入帳，無法立即償還借款，而於 8 月初償還所致。
- 二、目前中央及各縣市政府並無欠費。表 7 政府收繳率不理想，是因保費於 7 月底開單，繳費期限尚未屆至，故尚未撥付，並非真正的欠費。通常繳費期限屆滿時，各級政府都會撥付。目前僅三個直轄市尚有欠費，但均已提出還款計畫。高雄市及台北縣已按計畫還款，台北市部分因中央相對補助之預算遭立法院凍結，其市議會也做成但書，希望與中央同步撥款，目前僵持不下，本局已去函請其落實還款計畫。
- 三、目前欠費利息均屬法定計息，由欠費縣市政府負擔，3 個直轄市的欠費，均已移送行政執行。接下來，本局會配合行政執行處的作業，辦理後續事宜，以落實還款計畫。

蔡組長淑鈴

一、郭委員提到 94 至 99 年剖腹產率約為 33%到 40%，其原因有下列幾項：

(一) 生產人數大幅下降：剖腹產件數從 90 年 18 萬 2 千件，下降到 98 年的 6 萬 5 千件，但 90 年生產人數為 24 萬人次，98 年生產人數為 18 萬人次。所以，從實際數字來看，剖腹產件數下降，因分母下降幅度較分子更大，故造成比率增加。

(二) 產婦高齡化：若以 90 年的產婦年齡做標準化校正後，剖腹產率 97 年是 34%，98 年是 32%，比率是下降的。

(三) 台灣文化：針對不符剖腹產適應症，自行要求剖腹產者，健保要求自付半數差額，90 年有 5,700 人，到 98 年有 3,800 人，自行要求剖腹產率大概從 90 年的 7%，降到 98 年的 6%左右。

二、本局對此問題已著手處理中。首先，是加強鼓勵產婦自然生產的宣導措施，結合國健局在孕婦健康手冊中，加強分析剖腹產的利弊得失，讓產婦瞭解。其次，在 99 年 4 月 1 日由分局公告「孕產婦照護品質確保與諮詢服務試辦計畫」，希望孕婦從懷孕到產後 1 個月，可以得到 24 小時優質的照護，包括產前檢查到生產一系列的服務，固定在一家院所，讓媽媽順利生產，同時鼓勵自然生產。再者，衛生署也在新制醫院評鑑中，將剖腹產適當性列入檢視。

三、在管理部分，首先，目前對剖腹產超過臨界點之院所，採取全數專業審查，若有不適當剖腹產，本局會做適當處理。其次，總額品質確保方案中，也將剖腹產率及初次非自願的剖腹產率當作指標。再者，本局也與婦產科醫學會合作，針對剖腹產率偏高的醫院或診所，請其基於專業立場，提出說

明。若有違專業，本局也會採取同儕制約或加強輔導。

四、從先進國家來看，90 到 97 年各國剖腹產率多數都是上升的趨勢，也提供大家參考。

五、藥局 IC 卡上傳資料錯誤率的算法，是藥局自己的上傳跟申報相比，而非與診所比較。

六、這次重大傷病範圍公告修正，最主要的精神是，過去重大傷病均發永久卡，但有些疾病是會好的，卻沒有重新檢視，會讓重大傷病人數不斷擴增，使永久卡變成既得權益。因此，本局請教醫療專家後重新檢視，發現其中幾種疾病可能會改善，不應一開始即發給永久卡，所以，這次將部分項目訂定有效期限，到期後還要重新檢視，若病情有改善，就不再續卡，達到標準才予續卡，故訂定處理原則。惟顧及原有領卡人權益，以不追溯既往為原則，即公告後新個案才適用，並在一定時間後重新認定。罕見疾病則是追溯生效，由國健局罕病專家小組認定，新個案的認定日期追溯至本年 3 月 19 日。

黃副局長三桂

一、謝委員建議針對台北市政府欠費，本局應有積極措施，包括研究直接從台北市立聯合醫院之健保給付醫療費用中扣除。關於這點，之前署長已交辦過，惟經本局徵詢各方法律專家討論後，認為不甚妥當。

二、健保 IC 卡在 93 年 1 月 1 日全面使用，相關規劃也歷經 8 年左右時間。健保 IC 卡實施後讓民眾獲得「多卡合一、一卡到底」之便利，但卻也仍有改進及努力空間。本局已持續檢討並收集各方意見，考量因應未來可能的科技發展及健康照護環境變化，審慎評估研擬後續改善計畫，整個計畫從規

劃到實施到運用期程，可能要 10 年，委員的意見本局會納入參考。

三、近年來因歐美人權觀念，特別是女性人權的伸張，認為剖腹產應由女性自己主導，醫生或外界不應有太多干涉，應尊重女性本身，這難免也會增加剖腹產率。另外，醫療糾紛也引起醫病關係緊張，醫生若無完全把握，也寧可採取剖腹產。

盧委員美秀

有關剖腹產率高，請查明是否與晚婚有關。若確實為高齡懷孕，剖腹產對產婦應較安全，應由孕婦自行決定，不必拘泥剖腹產率高低。

滕委員西華

一、第 9 頁政府保險費補助款收繳率有無計入第 10 頁各級政府尚未還款的部分？中央政府雖無年度欠費，但有無拖延的情形？例如第 4、5 類保險對象及第 6 類地區人口的補助。

二、以 99 年 6 月違規機構查處追扣金額來看，6 個分區業務組是否有管理上的差異？例如台北及南區業務組查處追扣金額較高，件數也較高；中區及高屏業務組輔導繳回金額較多。

三、重大傷病以慢性精神病而言，其身心障礙手冊及重大傷病卡有效期限已經過多次修訂。這次修正公告中，慢性精神病怎會有 6 個月有效期限？感覺像是暫時的重大傷病卡，並不符合「慢性」精神病的定義，這會影響民眾權益及健保局換卡的頻率，請健保局說明何種精神疾病之重大傷病期限為 6 個月。

四、其次，是重大傷病第 11 項早產兒之併發症屬中度障礙者與第 26 項早產兒出生三個月後評定為中度殘障，有何不同？能否再做說明。

五、有無有效期限原來列為永久之重大傷病，因醫療科技或治療方式改變而改為非永久？

六、署長在媒體多次公開提到器官捐贈及 DNR (Do no resuscitation, 拒絕心肺復甦術)，器官移植基金會也配合在 IC 卡註記。請問健保局在臨櫃或與其他局處配合器官捐贈（包括 DNR）登錄宣導時如何作業？成效如何？

賴專門委員立文

中央政府並無欠費，目前本局配合其預算開單，年底再做結算，若有不足，年底結算時會一併撥付。

滕委員西華

所以中央政府會拖延，對不對？

戴局長桂英

這是調整費率時來不及編列預算，所產生的特殊情形。

滕委員西華

97 年也有不足，並非調整費率才會拖延。

蔡組長淑鈴

一、有關違規查處追扣金額，各分區業務組間本來就無邏輯性。因為查處都是個案，若屬可追扣或輔導繳回，當然就呈現追扣或輔導繳回的金額。另，扣減 10 倍是特約管理辦法與合約規定的，罰鍰是健保法規定的。所以，看這些數據不是看邏輯性，因為金額背後是個案，個案有不同的情節和適用處分的條文及罰則，當然就呈現不同金額。

二、委員所詢慢性精神病及小兒麻痺等併發症等之定義及有效期限，這些項目都有重大傷病 ICD-9 適用的對照碼，以診斷碼做區隔。若委員有興趣，本局可提供 ICD-9 對照碼給委員參考。

- 三、目前領有重大傷病卡的好處，是在病患就診該重大傷病，可免部分負擔。重大傷病人數在增加，但其權益是否繼續維持，會因個案而不同。
- 四、目前 DNR 及器官捐贈都有在健保 IC 卡註記，註記係依法令規定，衛生署也會定期將同意註記名單，提供給本局加註於健保 IC 卡上。本局對於安寧照護部分，目前在支付上包括支付安寧病床的費用，近年並擴大安寧病房適用的對象至 8 類疾病末期，也開放到居家安寧。明年也將推動安寧的共同照護，讓所有病床的適用病患都能得到安寧的資訊。本局正在努力，希望讓安寧的觀念回到所有適用病人的身上，結合健保 IC 卡的註記，讓病人得到尊嚴的醫療照護。

黃副局長三桂

有關滕委員詢問本局對器官捐贈的協助，器官捐贈由衛生署醫事處之器官捐贈登錄中心主導，本局有派員擔任董事。該中心與本局關係，首先，民眾簽署器官捐贈意願表，可透過該中心將資料傳送本局，本局會在當事人的健保 IC 卡上註記。其次，接受某些部分器官移植個案，需由本局送請專業醫師事前審查後，回復各執行醫院。再者，器官捐贈登錄中心成立的目的，就是協助政府從事器官捐贈與移植之登錄、資料庫建立與器官捐贈推廣工作，透過作業流程標準化、電腦化，建置公平、公開、透明化之捐贈器官分配平台，以縮短病患等待器官受贈時間，以及增進器官之有效運用。以上各項事情，本局均有參與。

戴局長桂英

- 一、盧委員提醒，於分析剖腹產率時，可考慮孕產婦年齡的變數。本局未來之分析，將會留意這個問題。
- 二、多位委員提醒，現金管理要強化，應收未收，一定要儘快

催繳，本局會朝此精神努力處理。對各位委員的期許，本局同仁已解釋，7月份向銀行多借錢，主要是因款項撥入在月底，無法週轉，所以不得已才借款。對現金部分，不論是流量管理或欠費收回，本局都將會秉持各位委員監督的精神，加強管理。

劉主任委員見祥

- 一、感謝各位委員的意見及健保局的說明。也感謝健保局自本月份起，依委員意見修改報表格式，附註仍有些未一致的地方，可再斟酌調整。
- 二、對特約醫事服務機構移送法辦違規案件之後續判決情形，請健保局每半年於業務執行報告中呈現。
- 三、剖腹產率居高不下，並持續成長，健保局已說明理由，本會會詳實記錄相關發言，健保局如有其他資料也可一併提供委員參考。
- 四、有關健保 IC 卡資料登錄與上傳率等執行部分，健保局每季在本會報告 1 次，至於二代健保 IC 卡部分，第 181 次會議已決定，請健保局於完成初步規劃後，在報署核定前，先到本會進行報告。
- 五、政府欠款部分，健保局已很努力催收，但不是光靠健保局努力即可。以目前的進展來看，個人認為，健保局值得鼓勵。惟對保險費收繳及資金調度等影響財務之重要事項，請健保局持續加強辦理。
- 六、其餘洽悉。

報告案第 4 案中央健康保險局「全民健保診斷關聯群(DRGs)支付制度執行情形」與會人員發言摘要

盧委員美秀

有關 Tw-DRGs 執行報告，建議如下：

- 一、各層級 Tw-DRGs 案件數均下降，而 CMI (Case Mix Index) 值卻皆增加，請健保局進一步瞭解醫院是否有移轉至非 Tw-DRGs 個案；或為提高給付，產生取巧行為，即藉由次診斷碼之申報，選擇較有利的 Tw-DRGs 碼等情事。
- 二、部分 Tw-DRGs 個案相互移轉，請健保局檢視並釐清 Tw-DRGs 編碼之定義，以提高疾病編碼的正確性及其品質。
- 三、整體 Tw-DRGs 平均住院天數下降，顯示效率提升，但各層級醫院 14 日再住院率均較去年同期增加，請進一步瞭解醫院對於多重疾病的病患，是否每次住院只治療單一疾病，需再次住院才能治療其他疾病。
- 四、各層級醫院 3 日內再急診率均較去年同期增加，是否醫院讓尚未痊癒的病人提早出院，宜深入瞭解。
- 五、為確保民眾住院醫療照護品質，有效管理 Tw-DRGs 實施後醫療資源適當耗用及確保醫療品質，宜訂定入院前、轉診手術、住院日及費用除外者審核辦法。
- 六、未來 Tw-DRGs 之執行報告，請增加：(一) 醫護人員工作滿意度。(二) 護理人員工作負荷量。(三) 病人滿意度之調查結果。因依據今年 8 月 5 日至 8 月 16 日 1111 人力銀行針對 1,072 位現職護理人員工作現況調查，發現有 4 成護理人員認為工作量變多。此情形是否與 Tw-DRGs 實施後，護理人員負責催病人出院，加上住院日數縮短，出入院頻繁，需忙於

辦理入院手續、執行入院介紹與入院病情評估及出院前指導有關？

- 七、另該調查也發現，現職護理人員之工作滿意度只有 61.2 分，有 57% 有轉職（離職）意向，考慮轉職之前三大因素為：（一）薪資與福利欠佳。（二）工作量太大。（三）工作與生活作息無法兼顧。請健保局慎重評量目前給付之護理費是否適當。據護理界估計，目前給付住院護理費約只佔人力成本的一半，健保局若能調高護理費並足額給付，才能讓醫院聘僱足夠護理人力，否則護理人員工作量不斷增加，將造成護理人員離職率再增高，可能演變成護理品質越來越差，使病人生命安全遭受威脅。

吳委員淑瓊

- 一、投影片第 5 頁有關 Tw-DRGs 排除個案部分，都用診斷來排除，僅有 1 項是用住院天數大於 30 天來排除，是什麼原因？如果讓個案住久一點，讓他們住院超過 30 天，是否都可排除？
- 二、監測指標中，住院天數雖下降，但成效指標却不好，每層級醫院的再急診率及再住院率都增加，甚至有併發症的部分，成長率也很高，讓人很擔心。世界各國在執行 DRGs 時所產生之負面效應，在我國都看到了。各國在執行 DRGs 時都有配套，就是以 PAC (Post Acute Care) 亞急性照護來補足，健保局之前也有公布 PAC 的試辦計畫，但不知該計畫有沒有跟 Tw-DRGs 做連結設計，如果沒有連結，則要趕快修正。要深入分析個案再急診或再住院的資料，供 PAC 主要的收案參考，如果兩邊能好好連結，實施 Tw-DRGs 所產生的負面效果，即可藉由 PAC 計畫來補充其不足。

滕委員西華

- 一、Tw-DRGs 實施至今風波不斷，個人對今天的報告原有相當高的期待，但發現今天的報告都只是描述性的統計資料，沒看到健保局對這些數據變化做進一步的原因分析，只有最後 2 張投影片提到，各分組對申報 2 筆以上案件審查核減原因統計別，有大概原因的推估。雖然 Tw-DRGs 有 4 個監控指標在監測，但數據令人很擔心，從實施卓越計畫的慘痛經驗看來，剛開始，醫療院所可能不諳 Tw-DRGs 操作、編碼或 up-coding，但也有可能早就算好應該怎麼移轉。以重症不醫的指標部分來看，如申請件數是下降，但不當出院案件，因為以前沒有實施 Tw-DRGs，也沒有任何統計，所以，統計出來 39 件數是高或低，則不得而知。
- 二、在輕症重醫部分，有 4 個指標可以觀察，為何同一疾病 coding 的碼，實施 Tw-DRGs 後，點值成長、CMI 值上升，併發症成長（成長 40.55%）、Tw-DRGs 點數與實際點數比值大於一，這些是否都可用來解釋輕症重醫？
- 三、過早出院部分，可以 5 個指標來看，包括住院天數下降、3 日內再急診率上升、14 日再住院率上升、不當出院案件，以及住院後一週平均門診醫療支付點數增加等，這些指標可否解釋為過早出院？因為健保局沒有分析，沒有答案可供參考，只好這樣解讀，如此看來，Tw-DRGs 的實施並不理想。若我們如此的解讀不利醫療院所，會不會對醫療院所不公平或誤解？
- 四、在費用移轉部分，門診點數增加 20%、出院前一週檢查點數及出院 3 日後急診率都上升，點數比值又大於 1.21，結果健保局有省到錢嗎？被保險人有省到錢嗎？實施

Tw-DRGs 本來是要節省醫療費用增加醫療資源使用效率的，但如果把移轉的項目加總起來，實施 Tw-DRGs 究竟有無省到錢？雖然下限值及上限值都向中間靠攏，超過上限及低於下限的比例也不多，但靠攏的結果是比值大於 1。另外，還要考慮現行健保局規劃實際服務點數在 75 百分位以上 50 % 加成問題，前述的加成到底有無必要，還是代表其他意義？這些費用移轉並沒有進一步評估，是否考慮到病人的自費問題，是否移轉到急性後期醫療的居家照護或是護理之家等，或是轉移到自費特材，這些指標令人感到疑惑，但健保局並沒有提供進一步的推論及分析，叫我們如何看待及解讀？

五、有關投影片定義不清楚部分，請教如下：

- (一) 投影片第 15 頁提到 Tw-DRGs 支付點數上升，第 20 頁提到實際點數下降，這是扣減費用所致，還是另有原因？平均每件實際醫療點數是下降，可是 Tw-DRGs 的總醫療支付點數卻上升，其中意義，我本人無法看得懂。
- (二) 第 22 張投影片實際點數的比值，還考慮醫療給付之百分位的加成，這樣比值會不會又再度增加？
- (三) 投影片第 29 頁，推估可能是 up-coding 的問題，書寫病例或 up-coding 可能無法馬上知道結論，但編碼正確率應該要有資料。以前的編碼錯誤率，跟現在的編碼錯誤率是可以比較的，不應該是推估，應該有具體結論。
- (四) 投影片第 53 頁，有關前案不適當出院之定義，健保局是不是以之前公布的不適出院 7 大指標來推估？這類

案件的比率，到底是偏高還是不高？在行政核減裡，有 3 個臨床判斷對病人而言是非常恐怖的：（一）非必要住院，臨床上說要住院，可是行政審查說非必要住院，請問病人到底要不要住院？（二）第 1 次住院手術處置不符專業認定引發併發症，導致第 2 次住院。（三）手術處置不當。核減原因別第 5 項跟第 7 項嚴格來講，萬一病人吵起來，是可以變成醫療糾紛的，非必要住院、手術處置不當都是對病人損害，而不僅是醫療費用增加的問題。我們很關心，現在才 7 個月就得到這個短暫的結論。由於健保局提供的資料並不清楚，所以，委員的疑問才會這麼多，是否請局內同仁再多做補充。

祝委員健芳

- 一、投影片第 54 頁結論第 3 點提到，住院案件轉出率下降 2.9 %，結論為應無拒收病患情事發生，這樣的結論似乎太過武斷，文字呈現有待商榷。
- 二、14 日內再住院有 4,967 件，這部分有必要進一步分析，再住院與前次住院的病因是否有關連性，分析的結果，將有助於瞭解重症病患是否因沒有完全處置，而造成病人權益的損失。

蔡組長淑鈴

- 一、事實上 Tw-DRGs 的半年分析報告有一本完整的報告，因為本次是以投影片方式摘要報告，所以有很多資料在短時間無法提供，必須要以口頭補充說明。
- 二、首先，針對盧委員提到案件減少、CMI 增加，會不會有移轉問題，Tw-DRGs 的監控四大面向，包括醫療效率監控、費

用移轉監控、病患轉移監控及成效測量等，是兼顧所有先進國家導入 DRGs 所面臨問題的總合。台灣的經驗與其他國家實施初期是類似的，是否有移轉到門診或其他地方，是前半年專業審查的重點，第 1 季審查完畢，確實發現有人移轉申報，因此，我們已經修正了行政上的規定，如果住院移轉門診，就要併住院申報。

三、另外，盧委員特別提到平均住院天數下降，但 14 日內再住院率與 3 日內再急診率卻上升，請各位委員參考以下數據說明：

(一) 首先，3 日內再急診率與 14 日內再住院率，其數據並非零就是最好，因為所有手術或疾病，在某種程度上會有一定比例再住院或急診，這是在基礎上就有的。舉例而言，投影片第 43 頁，沒實施 Tw-DRGs 時，再住院件數為 4,504 件，實施 Tw-DRGs 後件數為 4,967 件，約增加 300 件，增加率 13.2%，但這尚無法說純粹是因 Tw-DRGs 造成的。對於 14 日內再住院率部分，係以投影片第 48 頁及第 49 頁所提供第 1 季跟第 2 季的病人歸戶資料，來定義何謂再住院，並在投影片第 50 頁及 51 頁舉例。這 300 多件案例，每件都要審查，究竟病人發生什麼事情，只有事後從專業審查來逐一釐清，並確定是否支付。

(二) 第 53 張投影片是經過第 1 季個人歸戶及審查後，申報 2 筆以上 DRG 案件審查核減原因別統計，呈現各區的分布狀況及原因，個案經過專業審查過濾後，確實有些有問題，但並非每件都是同一原因造成再入院。實施 Tw-DRGs 以後要去釐清每個案件的原因，如果違反規定

的，會以減少支付或核減等方式來處理。Tw-DRGs 的精神是除了財務風險互相分擔外，醫療風險也要互相分擔。第 53 張投影片說明，如果是專業上或手術處置上不符專業，造成病人再入院，是不會再支付的，這是很嚴肅的問題。

(三) 第 52 張投影片，整體核刪比例是很高的，經過這樣循環後，大家比較能體會 Tw-DRGs 的精神，是除了效率也要品質。在過去論量計酬制度下，醫療院所自己發生的錯誤，健保局會買單，但實施 Tw-DRGs 後，一定要顧及品質，因為院所自己造成的錯誤，健保局是不買單的。第 51 張投影片，有個病人今年 1 至 3 月間，在同一家醫院前後做了 3 次心血管手術，這就是問題，Tw-DRGs 的精神就是藉由歸戶來釐清是否同一事件。各位委員看再住院、再急診的數字時，千萬不要解讀成有 4,967 個再入院，因為原本就存在一定的基礎，也有可能是其他原因。就理性上來說，有可能只是幾百件，再急診也是同樣的意思，健保局面對這些數據是很審慎的，是用個案的、全審的角度來釐清。

四、盧委員提到是否要訂定入院前或轉診手術相關的辦法，我們會研議其必要性。另外，委員建議 Tw-DRGs 實施後，要調查醫護人員及病人滿意度等等，本局最近已委託研究計畫，以進行第 1 階段實施 Tw-DRGs 後，相關滿意度及自費的深度調查。

五、吳委員提到 Tw-DRGs 排除了住院天數大於 30 天的原因，這是過去本局與醫界協商過程中所達成的共識，但因為住院超過 30 天在其他國家是納入 DRGs 的，所以嗣後我們會逐步研

議放進來。

- 六、此外，委員提到成效指標中，除了再入院、再急診率上升外，合併症比率也上升的問題，可能是過去申報診斷時，因為有無合併症與支付無關，因此，申報的診斷碼不一定完全報出來。但實施 Tw-DRGs 後，有無合併症是支付的重點，所以全部都報出來，但是否會導致無合併症而申報有合併症，就成為隨機抽審的重點。如果沒合併症而申報合併症，我們會依審查規則加以刪除並改支付費用。另外，提到美國有 PAC（亞急性照護）的配套，目前本局正積極研議中。
- 七、考量貴會委員非常多元，需求不一，所以，數據是很中性地提供，如果有需要進一步分析問題，本局很願意與大家分享。另外，滕委員提及為何第 20 張投影片實際支付點數是負成長，但第 22 張投影片 Tw-DRGs 點數比值是 1.2，其實這就是 Tw-DRGs 的精神。Tw-DRGs 目的之一是提升效率，不只是用平均天數來看，還要用實際點數來看。實際點數下降，往好處看，是在論量計酬內顯有不必要的檢查及用藥，而在實施 Tw-DRGs 之後，因支付固定所以浪費減少了，實際申報點數因此下降，品質若維持不變，則是醫院努力減少浪費的結果。另外，第 22 張投影片，比值 1.2164 代表 Tw-DRGs 支付點數大於實際點數，第 1 期的 155 項 Tw-DRGs，支付較實際點數多 2 成，這 2 成隱含著醫院減少浪費支出，以及加成給付部分。就醫院財務來講，實施 Tw-DRGs 是完全沒有虧本的，這裡面如果有多出的部分，大多是因為醫療院所努力減少浪費及提升效率所致，所以我們認為，這是公平的支付，但如果住院效率提升，病人因而能提早康復出院，也算對病人之利益。整個 Tw-DRGs 的預算是中平的，其目的不是

要省錢，而是希望固定的支付，可促進效率提升並維護醫療品質。

戴局長桂英

謝謝蔡組長的詳細報告與說明，並感謝委員的指教。委員不希望保險對象因這個制度之實施，而影響被照護的內涵，所以提出各種意見，有些是對分析資料的意見、有些是對作法改善的意見，或是怕報告被不當引用的善意提醒，這些意見貴會都會詳實記錄，針對委員以上意見，下次有機會說明時，會加以補充改進。

劉主任委員見祥

- 一、謝謝林專門委員的報告及蔡組長的說明，這是第 1 次的半年報告，剛才蔡組長提到貴局有一個比較詳細的整體成效報告，相信成效報告內會有詳細解釋，是否可將報告送本會委員參考。
- 二、本次報告委員所提問題，請健保局在執行時能加注意，包括進一步評估是否有移轉非 Tw-DRGs 個案，是否有為提高支付之取巧行為、Tw-DRGs 住院天數下降、3 日內再急診率、14 日再住院及併發症增加等問題，相信健保局會有進一步分析。
- 三、另外，委員所關心的 DRGs 資源耗用問題，請健保局訂定入院前轉診手術、住院日及費用除外者之審查辦法，並結合亞急性照護 (Post Acute Care) 作連結設計。
- 四、本次報告只有半年，希望在執行 1 年後，能再作更深入的分析及報告。此外，盧委員希望除了分析外，還可以進行醫護人員及護理人員負荷量、病人滿意度等調查，請健保局能納入辦理，相關調查結果，可一併於下次報告。

盧委員瑞芬

- 一、第 50 張投影片，相同 DRG 申報 2 次，若是不同醫院，針對第一次就醫及第二次就醫的支付是否不同？同時亦應注意是否屬同一家醫院的不同院區。
- 二、第 51 張投影片，第 2 號病患 3 次入院分屬 3 種不同 DRGs，尤其第 2 次入院與第 1 次出院係屬同一日，是否表示多重疾病患者係每次入院僅能治療一種疾病？遇有多重疾病患者，DRGs 的支付方式會如何處理？

千委員文男

第 51 張投影片之第 3 個案例，連續 3 次住院做同樣的心導管手術，醫院好像把病人當白老鼠試驗，怎麼會有這個現象，實施 DRG 是這個意思嗎？如是這個意思，那病人就完了！

戴局長桂英

如果發生第 1 家醫院跟第 2 家醫院都申報同一個碼時 我們在支付或審核是怎麼處理，請陳科長再做說明。

陳科長玉敏

- 一、補充說明如下，我們會將同一 DRG 重複住院之個案合併歸戶並做專業認定後，進行責任的歸屬。假設是第 1 次住院沒把病人處理好，導致病人第 2 次再去住院，我們會追扣第 1 次的住院費用，假設第 1 次住院有處理好，第 2 次住院是因為病情變化，這樣再住院是合理的，至於費用是要合併或獨立分開，都必須依據個案來認定。
- 二、有關應注意是否屬同醫院不同院區問題，下次統計時會予以區分。
- 三、不同病但是重複再住院者，假設第一次住院當時已經存有這些疾病，我們並不希望院所採分次治療。在 DRGs 裡面有

併發症或有同時存在的疾病，費用若超出上限部分，會有不同的支付，醫療院所不應該排除而採分次住院，這在審查上會處理。到底是第 1 次住院就已經存在，還是在以後才發生的，要根據個案依專業判斷處理。

四、第 51 張投影片，審查發現前後住院 3 次的案例，可能是個案有多條血管同時阻塞情形，少數個案，例如醫院可能只做單條擴張術，可是依照病情可能較適宜做心臟血管繞道手術。類似這種個案而導致再住院，專業審查時會加以核減，相關訊息也會回復給院所，請其改善。

干委員文男

到底真正的問題是什麼？連續住院 3 次在治療什麼？醫院到底在規避什麼？希望會後能知道真正原因。

戴局長桂英

第 50 張投影片，第 3 號病人的狀況，健保局是事後分析申報資料時，才發現有連續 3 次住院的情形。本局一定會探究原因，3 次都找審查醫師瞭解清楚，其實醫院也不願如此做，可能是有其他原因。當問題釐清後，如果是醫療上做的不妥當者，健保局會研究扣錢，如果非屬醫療上的不妥當，該付還是要付，以保障病人權益。委員如要瞭解詳情，請同仁會後提供資料給委員參考。

劉主任委員見祥

一、由上述案例可知健保局是誠實、毫無隱瞞的將實施半年的情形完全呈現出來，發現的問題請健保局設法解決，有關委員關心的個案，請健保局調查清楚，必要時提供資料供委員參考。

二、為使委員更瞭解 Tw-DRGs 實施結果，請健保局將實施半年

之整體成效報告送本會委員參考。

三、為提昇醫療受務效率及改善病人照護品質與療效，中央健康保險局規劃推動全民健保診斷關聯群(Tw-DRGs)支付制度，實施初期尚有改善空間，惟該局之努力仍值得肯定。並請該局持續關注下列事項，以利業務推展：

- (一) 對醫院有無將 DRGs 案件移轉至非 DRGs 情事，DRGs 案件之住院天數下降、3 日內再急診率與 14 日再住院率及併發症均增加等問題，都應詳加分析檢討與改進。
- (二) 訂定入院前、轉診手術、住院日及費用除外者審核辦法，並對 Tw-DRGs 與亞急性照護 (Post Acute Care) 進行連結設計。
- (三) 委員所建議調查醫護人員對施行本制度之工作滿意度等意見請參酌，往後若有相關資料，請予納入業務執行告中。

四、Tw-DRGs 支付制度之半年整體成效報告請中央健康保險局送本會委員參考，並於本制度實施 1 年後後，將執行情形提會報告。

五、餘洽悉。

【附件 4】

討論案第 1 案「本會審議全民健康保險 99 年度半年結算」與會人員發言摘要

干委員文男

議程第 54 頁（七）之藥廠返還藥品給付協議金額及逾期二年未兌領支票，是何意思？

黃科長莉瑩

逾期二年未兌領支票，係指支票超過兩年尚未被兌現，會先轉入規定的雜項收入，並在被保險人或相關債權人再申請時，重開支票進行付款。

干委員文男

這錢是健保局給藥廠，或是藥廠給健保局？

黃科長莉瑩

藥廠部分非逾期未兌領支票收入，係依規定藥廠返還給本局。

戴局長桂英

藥廠返還與未兌領支票是兩件不同的事。

干委員文男

藥廠為何需返還？

李副局長丞華

本局訂定藥價時，會要求藥廠對未來申報金額與使用量進行估計，為避免低估，會與其簽約預估每年金額，若超過時要收回。因時間的關係，會後再向委員解釋。

劉主任委員見祥

- 一、本會審查意見通過，函請衛生署鑒察，並請健保局辦理。
- 二、委員若有文字修正或其他意見，請於下週一前送本會彙整。
- 三、干委員所提是屬藥品價量協議案件，請健保局於會後向委

員說明。