

全民健康保險醫院總額臺北分區 106 年第 3 次共管會議會議紀錄

時間：中華民國 106 年 8 月 29 日 14 時

地點：中央健康保險署臺北業務組第 1 會議室

主席：

張主任委員德明

林組長麗瑾

記錄：鄧家佩

出席委員(稱謂略)：

一、醫界代表：

何委員弘能	陳晉興 (代)	徐委員榮源	蕭仁良 (代)
林委員石化	侯艾汝 (代)	馬委員漢光	馬漢光
施委員壽全	林富滿 (代)	趙委員子傑	林志銘 (代)
侯委員勝茂	廖秋鐸 (代)	朱委員益宏	朱益宏
李委員發焜	李妮真 (代)	鄒委員繼群	廖茂宏 (代)
林委員芳郁	林靜梅 (代)	康委員義勝	康義勝
連委員吉時	林慧雯 (代)	駱委員長樺	駱長樺
翁委員林仲	黃肇明 (代)	劉委員靜怡	劉靜怡
林委員慶豐	李玲美 (代)	吳委員淑芬	柳佩君 (代)
張委員丞圭	李思智 (代)	潘委員仁修	潘仁修
陳委員建宗	黃宗賢 (代)	孫委員卓卿	楊馥霞 (代)

二、中央健康保險署臺北業務組：

郭垂文	吳科屏	王復中	蔡翠珍	余正美	許忠逸
賴燕貞	莫翠蘭	許寶華	余千子	張志銘	徐梓芳
張念賓	李珮芳	陳慧如			

三、醫院列席人員：如簽到表

壹、主席致詞

貳、追蹤事項

會議時間	待辦事項	辦理情形	決定
106/5/31	報告案二、本（106）年醫院部門醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過105年之90%，超過部分不予分配案 決定： 請臺北業務組洽請署本部儘速提供各院核扣試算明細資料，供各院核對。	一、各院核扣試算明細資料業於106/6/15提供各院核對。 二、編碼有明顯差異之醫院，將立意抽樣審查。	一、配合署本部規劃辦理。 二、持續追蹤辦理情形。

參、報告事項

報告案一

報告單位：中央健康保險署臺北業務組

案由：106 年本分區醫院總額執行概況。

決定：

- 一、具名科別核減率請列入例行執行報告監測項目。
- 二、因對 106 年 3 月 29 日會議決議文字解讀上發生歧異，即對（攤扣）啟動時機多數委員認為是低於 0.905，少數委員堅持應為低於全國平均值，無法取得共識，故採用表決以確認上次會議紀錄之意涵。
- 三、表決結果，多數委員確認決議意涵應為：
因前次會議紀錄文字內容，部分委員提出不同解讀乃重申穩定點值配套措施：預估平均點值以不低於 0.905 為原則，預估平均點值低於 0.905 時，始啟動攤扣作業。
- 四、出席委員 22 位（出席委員未計張主任委員德明），贊成 14 位，不贊成 0 位。
（備註：朱委員益宏表達涉修改前次會議決議，不予同意。）
- 五、餘洽悉。

報告案二

報告單位：中央健康保險署臺北業務組

案由：高醫療耗用案件申報適當性案。

決定：

- 一、CT 及 MRI 歷年來多為門診診療費成長貢獻最高者，為擷節醫療資源，請醫院鼓勵醫師多利用「健保醫療資訊雲端查詢系統」之「檢查檢驗結果頁籤」為處方參考，以提高醫療利用率。
- 二、為鼓勵各醫院資源共享，支付標準訂定支付點數如下：
 - (一)電腦斷層造影第二次處方院所申請特殊造影檢查影像及報告費 (P2103C)：1,340 點。
 - (二)磁共振造影第二次處方院所申請特殊造影檢查影像及報告費 (P2104C)：2,445 點。
- 三、為抑制資源不當耗用，臺北業務組近期將針對 CT 及 MRI 之異常利用者，啟動專案審查作業。
- 四、另為建立重複檢驗檢查之有效管理，自費用年月 106 年 6 月起，健保署於 VPN 定期產製「20 類重要檢查(驗)項目統計」，供醫事機構自我管理參考（檔案路徑：VPN/保險對象管理/保險對象管理檔案下載）。
- 五、餘洽悉。

報告案三

報告單位：中央健康保險署臺北業務組

案由：建立兒少事故傷害監測機制及提升 ICD-10-CM/PCS 編碼品質。

決定：請各院門、住診診斷碼編列損傷及中毒編碼（S00-T88，排除 T15-T19、T36-T78、T82-T87）之案件，需確實編列外因碼（V00-Y99），以提升編碼品質。

報告案四

報告單位：中央健康保險署臺北業務組

案由：依層級別分配預算自行管理試算案。

說明：

- 一、106 年 5 月 31 日共管會議因地區醫院委員提出依層級別分配預算自行管控之建議，臺北業務組組依上開會議決議，規劃依各層級去年同期目標管理醫療點數占率分配，分 1~3 年試算，計算公式及試算結果如下：

(一)計算公式：

1. 各層級別年目標管理醫療點數占率(A)=該層級年目標管理醫療點數/所有醫院年目標管理醫療點數。
2. 該層級可分配目標管理醫療點數(B)=A*當季總體可分配目標管理醫療點數。
3. 個別醫院去年同期目標管理醫療點數占率(C)=該醫院去年同期目標管理醫療點數/該層級去年同期目標管理醫療點數。

註：以 106 第 2 季為例，去年同期指 105 第 2 季。

4. 個別醫院當季總體可分配目標管理醫療點數(D)=【(C*B)-前季專案審查核減醫療點數-前前季三高疾病每人季藥費超目標數】-(去年同期目標管理醫療點數*藥費調降占醫療點數比率*X)。

註：1. X=80%(第 1 次反映)、70%(第 2 次反映)、60%(第 3、4 次反映)。

2. 以 106/4 調降藥費為例，106 第 2 季即為第 1 次，以此類推。

(二)以 106 第 3 季為例，試算結果如下：

	特約類別	原目標管理點數	試算目標管理點數		
			1 年占率(B1)	2 年占率(B2)	3 年占率(B3)
點數 (百萬)	1	17,284	17,294	17,323	17,318
	2	13,310	13,184	13,142	13,123
	3	3,675	3,737	3,749	3,773
	總計	34,269	34,215	34,215	34,215
占率	1	50.44%	50.54%	50.63%	50.62%
	2	38.84%	38.53%	38.41%	38.36%
	3	10.72%	10.92%	10.96%	11.03%
	總計	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

(三)以 2 家醫院原方案與試算方案比較如下：

醫院	105Q3			106Q3(原方案)			申復後總額內 核定點數占率 差距 (106Q3-105Q3)	106Q3(試算方案)-以目標管理 點數 1 年占率為例		
	去年同期 (104Q3) 目標點數 (百萬)	前 2 季 (104Q4、 105Q1)申復 後核定點數 占率	目標 點數 (百萬)	去年同期 (105Q3) 目標點數 (百萬)	前 2 季 (105Q4、 106Q1)申復 後核定點數 占率	目標 點數 (百萬)		目標 點數 (百萬)	去年同期 目標點數 占該層級 比率	與原方案目 標點數成長 率
醫學 A	2,600	8.04%	2,676	2,680	7.93%	2,742	-0.11%	2,774	16.09%	1.18%
區域 B	295	0.89%	303	304	0.92%	316	0.03%	313	2.37%	-0.83%
地區 C	119	0.34%	120	120	0.32%	120	-0.02%	123	3.32%	2.19%

決定：併討論案一決議辦理。

肆、討論案

討論案一 提案人：朱委員益宏、康委員義勝、駱委員長樺、
劉委員靜怡、吳委員淑芬、潘委員仁修、
孫委員卓卿、鄒委員繼群

案由：107 年度目標總額依各層級前一年占率虛擬總額分配案。

提議：

- 一、107 年度各醫院之目標總額分配，應先依各層級前一年占率為基礎，進行虛擬總額分配，然後再依公式分配到各醫院。
- 二、排除本分區新設立醫院。
- 三、地區醫院虛擬總額中，藥費占率不得低於全區之平均藥費占率。

決議：

- 一、依報告第四案試算結果，各層級醫院先依前三年目標管理點數占率進行分配，再依公式分配至各醫院。
- 二、地區醫院之藥費目標占率，宜修正以不低於本分區同儕平均藥費占率為原則。
- 三、新設醫院額度排除方式由臺北業務組援例另訂方案管理。
- 四、本案採試辦併進行滾動式檢討，必要時提本會修正。

討論案二

提案人：朱委員益宏、康委員義勝、駱委員長樺、
劉委員靜怡、吳委員淑芬、潘委員仁修、
孫委員卓卿、鄒委員繼群

案由：106 年降低初級照護執行討論案。

提議：

- 一、106 年各季醫學中心與區域醫院門診醫療費用不得超過前一年同期之 90%。
- 二、自 106 第 3 季開始實施。

決議：

- 一、降低區域級以上醫院初級照護案件，依健保署公告之處理原則辦理。
- 二、請醫院尊重醫師專業診斷，進行正確之疾病編碼，以避免健保資料庫之診斷失真，影響後續資料利用之效益。
- 三、請臺北業務組分析本分區歷年醫療服務成長情形，相關管理策略及啟動時機，提下次會議討論。

討論案三

提案人：朱委員益宏、康委員義勝、駱委員長樺、
劉委員靜怡、吳委員淑芬、潘委員仁修、
孫委員卓卿、鄒委員繼群

案由：105 年第 4 季臺北分區點值下降造成醫院經營困難，因應紓困改善案。

提議：

- 一、以分期方式繳回。
- 二、分區內如有醫院當季平均點值低於 0.9，臺北業務組應檢討並提會報告後續輔導方案。

決議：

- 一、分期繳回乙節請各院依「全民健康保險醫療費用欠費分期攤還作業須知」相關規定辦理。
- 二、請臺北業務組建立點值偏低預警機制，即時通知醫院，以利醫院財務因應規劃。

討論案四 提案單位：審查執行會臺北分會委託臺北榮民總醫院

案由：「106 年醫院醫療服務審查勞務委託採購案」撙節審查費用案。

提議：

- 一、依據台灣醫院協會本（106）年 7 月 26 日院協審字第 1064684 號函，台灣醫院協會承貴署委託執行本年之醫療服務案件審查，所核經費為 6,718 萬 1,700 元，其中審查醫藥專家全區預算為 5,374 萬 5,438 元，經統計第 2 季各分區審查醫藥專家費用已超出平均攤提季預算 235 萬 4,421 元。目前由於審查費用已超量 17.52%，預期若未立即調整審查作業模式，各區審查費恐未到底即告用罄。
- 二、經統計本分會本年第 2 季審查件數為 103,591 件，專審案源分析如下表，審查費用支出情形為 5,428,860 元與台灣醫院協會臺北分會季額度之 4,138,398 元相比，超支 1,290,462 元（31.18%）。

調查時間	初審案件數	申復案件數	爭議審議、訴願及訴訟案件數	自墊醫療費用核退案件數	其他案件數	合計
106/04	26,090	762	8	1,009	11,653	39,522

調查時間	初審案件數	申復案件數	爭議審議、訴願及訴訟案件數	自墊醫療費用核退案件數	其他案件數	合計
106/05	19,918	5,253	4	891	14,860	40,926
106/06	2,396	3,947	1	1,193	15,594	23,131
106 第 2 季	48,404	9,962	13	3,093	42,107	103,579

三、為使本分會醫院醫療服務案件審查得以持續執行，建請臺北業務組針對專審案源提供適度節制配套措施，供本分會參考。

決議：本年第 3 季之醫療服務案件，得依過去一定費用期間計算核減率，採包裹方式核付，詳細作業方式，將於本年 9 月 22 日（暫定）召開臨時會議討論之。

伍、臨時動議

臨時動議案

提案單位：中央健康保險署臺北業務組

案由：全民健康保險醫院總額臺北分區 107 年共管會議各層級委員案

決議：

- 一、原「全民健康保險醫院總額臺北分區聯繫會議」委員任期迄今將屆 2 年。
- 二、因醫院醫療服務審查勞務業已委託台灣醫院協會辦理，本（106）年 2 月 10 日「醫院總額臺北分區共管會議第 1 次臨時會」決議，本會議更名為「全民健康保險醫院總額臺北分區共管會議」，委員亦改由「台灣醫院協會醫院醫療服務審查臺北執行分會」委員出任，爰此，107 年本會議委員不辦理遴選。

陸、散會(下午 5：40)