

衛生福利部中央健康保險署中區業務組

與醫院總額中區執行分會共同管理會議107年第1次會議紀錄

時 間：107年01月11日下午2點00分

地 點：本署中區業務組10樓第1會議室

出席人員：

中區醫院代表：

中國醫藥大學附設醫院周院長德陽、中國醫藥大學附設醫院莊主任春珍、台中榮民總醫院許院長惠恒、台中榮民總醫院姚主任秘書鈺、彰化基督教醫院郭協同總院長守仁、彰化基督教醫院陳副院長秀珠（廖秀鳳代）、中山醫學大學附設醫院黃院長建寧、童綜合醫院童副董事長瑞龍（楊耀山代）、光田綜合醫院陳院長子勇（吳瑞堂代）、澄清醫院周院長思源、衛生福利部臺中醫院侯院長承伯、彰濱秀傳紀念醫院葉負責醫師永祥、國軍台中總醫院王院長智弘、仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院郭院長振華（鄭猛聰代）、佑民醫院謝董事長文輝、洪宗鄰醫院洪院長宗鄰、員林何醫院何院長黎星、竹山秀傳醫院謝院長輝龍、員榮醫院張院長克士（郭武憲代）、清泉醫院羅院長永達、茂盛醫院李院長茂盛

本署中區業務組：

陳副組長墩仁、林專門委員興裕、詹科長玉霞、蘇科長彥秀、蔡視察瓊玉、楊視察惠真、巫視察明珠、謝複核專員秋萍、羅視察國樑

主席：方組長志琳

紀錄：石貴珊

壹、宣布開會

貳、主席致詞：(略)

參、報告事項：

一、106年第1季至第3季中區醫院總額管理方案執行成果及107年管

理重要事項報告(請詳見中央健康保險署全球資訊網：

<http://www.nhi.gov.tw>>醫事機構>醫療費用支付>醫療費用給付規定>各分區業務組總額專區>中區業務組總額專區>醫院總額)

二、107年醫院總額管理方案規劃(詳提案一至提案三)

(一) 延續106年管理方案

(二) 修訂事項如下：

1. 107年醫院總額第1季至第4季預估點值設定依序為0.92、0.935、0.93、0.925，依各季醫療費用成長情形(含支付標準調整項目)，調整整體檔案分析核減項目之核減比例，以達目標點值。

2. 單價指標(詳提案二)：

(1) 住院每人次平均非藥費單價超出目標值當季反映50%，惟若整體醫療費用成長率 $\geq 8\%$ 則反映100%。

(2) 門診每人平均非藥費單價超出目標值當季反映60%，惟若整體醫療費用成長率 $\geq 8\%$ 則反映100%。

(3) 門住診每人平均一般藥費單價修訂區分為門診每人平均一般藥費單價和住院每人平均一般藥費單價，超出目標值當季反映100%。

3. 品質指標項目：

(1) 延續106年管理項目計7項。

(2) 刪除106年管理項目：

A. 健康存摺查詢運用

B. 初期慢性腎臟病(簡稱初期 CKD)方案照護率

(3) 107年新增項目：

A. 醫療影像上傳分享推動作業

B. 重要檢驗檢查項目再執行率

三、精準審查作業說明

- (一) 本署為抑制醫療資源不當耗用，審查模式將改變為強化特定異常項目審查(加強檔案分析及立意審查)。依醫院別、科別、醫師別、病人別之執行率進行分析並與同儕比較後，篩選標的醫師或病人列為監控審查管理對象。
- (二) 特定異常項目由醫院總額中區執行分會審查品質工作小組依管理項目推派相關專業代表組成團隊，進行醫院總額精準審查作業共同管理。特殊案例進行案例研討或交由醫院總額中區執行分會進行輔導。
- (三) 本署中區業務組將依各項指標異常程度，分別採用不同管理措施。對於回饋之異常項目指標，請醫院務必檢視相關明細並自主管理。

四、107年管理工作項目

(一) 診療項目：

- 1. 重要檢查(驗)、放射線治療、精神社區復健及照護機構物理治療醫療利用、復健治療、ESWL、照護機構住民醫療利用、門診異常就醫、涉不當住院等項目進行立意審查，持續監測其執行之必要性及合理性。
- 2. 指標資訊回饋：回饋指標件數高於全國同儕95百分位之醫院相關統計資料，並請醫院加強管理改善。
- 3. 20類重要檢查(驗)項目：CT、MRI、正子造影、腹部超音波、超音波心臟圖、杜卜勒氏超音波心電圖、胃鏡、大腸鏡檢查、子宮鏡檢查、腹腔鏡檢查、全套血液檢查等10大項醫令，107年目標值為較去年同期改善5%。

(二) 藥品項目管理措施：

- 1. 總額內各藥費項目成長概況，以指標管理(整體額度管理機制及單價管理)、立意專案審查與資訊回饋等措施進行管控；

另請醫院落實查詢健保醫療資訊雲端查詢系統以改善藥品重複情形。

2. 本署分析60大類(684項)藥品占整體藥費80%，105年支出約為1,245億點。將進行相關檔案分析後資訊回饋各院，以供改善參考。

五、 107 年重要推動專案/計畫項目：

(一) 分級醫療：配合分級醫療政策，107年全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式規定(106年12月28日公告)：

1. 區域級以上醫院門診減量：107年整體門診件數降低2%，即不得超過106年之98%，超過部分，按該院門診每人次平均點數，不予分配。以五年降低10%為目標值，並定期檢討。
2. 鼓勵院所建立雙向轉診合作機制：為鼓勵雙向轉診，訂定全年經費2.58億元，用以支付醫院接受轉診、回轉轉診個案，以及病情穩定病人下轉等之醫師診察費，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
3. 前述詳細內容及執行方式待本署召開委員會議後，再行公告。

(二) 居家醫療照護整合計畫方案：

1. 請醫院積極將符合居整收案條件之出院個案轉介至居家醫療照護，以提升收案人數。
2. 已參加居家醫療照護整合計畫超過3個月之醫院，計有3家區域醫院及17家地區醫院收案人數小於10人，請各醫院積極提升收案人數。

(三) 鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案：

1. 本署增訂「醫療檢查影像上傳」獎勵金規定，固接網路可分一般申請者及醫療檢查影像上傳類申請者(20M至50M)，若需申請醫院可洽本署中區業務組。

2. 上傳醫療檢查影像之項目共計36項醫令，支付方式分為每筆醫令10元或2元。
3. 另即時上傳檢驗（查）結果額外獎勵金增加報告型資料，於報告日期時間24小時內上傳則額外加計5點。

（四）健保醫療資訊雲端查詢系統

1. 106年起啟動檢查(驗)互享機制，並分階段增加醫療影像查詢功能，請醫院落實查詢健保醫療資訊雲端查詢系統，減少重複檢查(驗)及重複用藥。
 - (1)106年12月15日新增 CT、MRI 醫療影像查詢。
 - (2)107年1月新增齒顎全景 X 光影像及報告查詢。
 - (3)107年2月新增超音波、胃鏡、大腸鏡影像查詢。
2. 107年起如需申請各項頁籤批次下載權限，請依「特約醫事服務機構健保醫療資訊雲端查詢系統批次下載作業原則」辦理，並提報特約醫事服務機構申請健保醫療資訊雲端查詢系統批次下載作業計畫書。
3. 本署中區業務組已訂定醫院醫療影像互享機制推動計畫考核方式，本項考核方式將依後續新增上傳超音波、鏡檢等影像項目，再予修訂考核內容。另將會依據各醫院影像上傳件數比率、影像查詢調閱情形及再次執行率改善情形，予以修訂考核給付和扣減點數比率。

（五）安寧療護：

1. 請提升病人在家善終的照護，107年安寧居家服務人數較106年成長15%。
2. 呼吸器依賴病人安寧利用率至少達53%(包括緩和醫療家庭諮詢、住院安寧、安寧共照等)，另監察院指示提升醫院同仁安寧療護知能與民眾意願。

（六）提升急性後期照護品質試辦計畫：

1. 106年度收案及下轉人數呈現下滑狀態，請醫院提升 PAC 下轉人數及增加收案人數。
 2. 106年7月起新增創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭、衰弱高齡病患，請積極收案；對於符合「居家醫療照護整合計畫」之病患請積極轉介收案及出院無縫銜接長照2.0服務。
- (七) 推動健保醫療服務無紙化審查方案：107年起已實施紙本病歷替代方案且品質獎勵達成4季之醫院，門診、住診(送核)獎勵修訂為0.005%。

肆、提案討論

提案一

提案單位：健保署中區業務組

案由：有關 107 年醫院總額管理目標點值設定，提請討論。

說明：

- 一、依據衛生福利部 106 年 12 月 28 日公告，107 年醫院總額一般服務項目成長率為 3.576%(其中用於支付標準調整 0.662%、全署約 26.98 億元)，本組預算每季約增加 6.45 億元。
- 二、以 107 年 1~3 季預估中區醫院總額核定點數成長率 7%推估，每季約成長 16.9 億點，各季目標點值設定依序為 0.92、0.935、0.93、0.925(106 年 1~4 季目標點值設定為 0.925、0.94、0.935、0.93)。

建議：

- 一、107 年 1~4 季目標點值設定依序為 0.92、0.935、0.93、0.925，除不可控因素外，整體檔案分析核減項目將視「專審核減率」及「醫療費用成長情形」，調整當季之核減比例，以達目標點值。
- 二、配合整體檔案分析核減點數占總申報點數比例調整，倘核減比例為 3% (4%...)，則回補對象變更為核減比值 3.75% (5%...)以上之醫院，就其超出 3.75% (5%...)以上的點數進行回補，回補仍

以 5 成為上限，且全區回補點數上限設定 6 千萬點。

決議：照案通過。

提案二

提案單位：健保署中區業務組

案由：有關 107 年醫院總額管理方案修訂項目，提請討論。

說明：

- 一、因醫院總額專業審查核減回推計算方式改變，預期專審核減率下降及醫療費用可能高成長，將對中區醫院總額點值將造成影響，故研擬修訂本組 107 年醫院總額管理方案部分項目執行方式。
- 二、106 年第 3 季整體醫療費用(含交付處方)成長率為 8.15%，已超出整體醫療費用成長率 7%之推估。

建議：

- 一、若整體醫療費用成長率高於 8%(含)，107 年部分項目執行方式修訂如下：
 - (一) 整體檔案分析核減項目核減攤扣方式之申報占率與成長貢獻度比率由原本 4：6 回復為 3：7。
 - (二) 住院非藥費單價當季反映由原本 50%提高為 100%。
 - (三) 門診非藥費單價當季反映由原本 60%提高為 100%。
- 二、門住診每人平均一般藥費單價修訂區分為門診每人平均一般藥費單價和住院每人平均一般藥費單價，且當季考核反映 100%。門診、住院一般藥費單價目標值設定如下：
 - A. 門住診一般藥費目標點數=106 年第 4 季門住診一般藥費目標值*(106 年第 2 季-第 3 季門診每人非藥費單價平均列計人數)
 - B. 計算 106 第 2 季-第 3 季一般藥費門住診平均占率
 - C. 門診每人平均一般藥費單價目標值
=(門住診一般藥費目標點數*門診平均占率)/(106 第 2 季-第 3 季門診一般藥費平均列計人數)

D. 住診每人平均一般藥費單價目標值

$$=(門住診一般藥費目標點數*住院平均占率)/(106 第 2 季-第 3 季住院一般藥費平均列計人數)$$

決議：照案通過。

提案三

提案單位：健保署中區業務組

案由：有關 107 年醫院總額管理方案(如附件一)，提請討論。

說明：詳附件一。

決議：照案通過。

提案四

提案單位：健保署中區業務組

案由：轄區 107 年醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則乙案，
提請討論。

說明：

- 一、醫院總額結算執行架構偏遠地區認定原則，本轄區係以行政院研究發展考核委員會 91 年「偏遠地區設置公共資訊服務站策略規劃」報告書中，認定為偏遠程度低(新社鄉、東勢鎮、竹塘鄉、溪州鄉、芳苑鄉、大城鄉、福興鄉、集集鎮、水里鄉、竹山鎮)及偏遠程度高(和平鄉、魚池鄉、仁愛鄉、國姓鄉、鹿谷鄉、中寮鄉、信義鄉)之保險對象，以戶籍檔實際參與照護比率，依醫療費用權重校正(偏遠程度低*1.2、偏遠程度高*1.6)之結果占該醫院醫療費用 40%以上之醫院為對象。
- 二、上述認定之偏遠地區醫院，當年各季浮動點數以前一季各分區門住診平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區門住診平均點值小於當季浮動點值，該分區該季偏遠地區醫院之浮動點數以當季浮動點值核付，且增加之費用於次季該分區一般服務預算中支應。
- 三、轄區 106 年認定之偏遠地區醫院，係依 104 年 1-6 月之醫療費用

權重校正計算，符合之醫院計 10 家。

- 四、107 年茲以 106 年 1-6 月醫療費用依前述原則重新計算，符合之醫院名單與 106 年一致，計有 10 家，分別為東勢區農會附設農民醫院、竹山秀傳醫院、東華醫院、埔里基督教醫院、彰基二林醫院、洪宗鄰醫院、新泰宜婦幼醫院、宋志懿醫院、南基醫院、台中榮民總醫院埔里分院(排除非偏遠地區榮民費用點數後計算)等 10 家醫院符合分區認定原則。

建議：

- 一、107 年仍比照 106 年醫院總額結算執行架構偏遠地區認定原則辦理。
- 二、計算方式改以 106 年 1-6 月醫療費用重新計算，計有 10 家醫院符合分區認定原則（台中榮總埔里分院申報費用點數中歸屬於非偏遠地區榮民費用點數，因本認定原則所得之補助款，採固定比率於當季扣除）。

決議：照案通過。

提案五

提案單位：健保署中區業務組

案由：有關「健保署中區業務組與醫院總額中區執行分會共同管理會議」107 年第 1 次會議決議內容，交接事宜提請確認。

說明：

- 一、107 年醫院醫療服務審查委託續由台灣醫院協會承接辦理，依據台灣醫院協會醫院醫療服務審查執行會審查委員會設置要點規定，其主任委員和委員之任期為 1 年。另 106 年 12 月 19 日醫院醫療服務審查執行第七次會議決議 107 年審查執行會暨分會成立後，得由上屆主任委員啟動 107 年分會第一次會議，遴選新任主任委員，並於 107 年 1 月 31 日前完成交接始符合程序。
- 二、有關中區執行分會之主任委員和委員是否隨之異動，請提供確認後名單。

三、另 107 年中區醫院總額管理方案執行內容係於本次會議討論定案之相關決議事項，考量其執行延續性及為減少行政作業，請貴分會自行辦理交接。

決議：照案通過。

提案六

提案人：佑民醫院謝文輝委員

竹山秀傳醫院謝輝龍委員

洪宗鄰醫院洪宗鄰委員

案由：衛福部與健保署都政策性宣示並強力要求，大醫院門診減量，各項檢查、用藥都須精準管控，七月起住院又全部納入 DRG，後續還有醫師納入勞基法的重大衝擊，為了醫院整體發展的未來，中區醫院同仁急需同心協力，調整整體步伐，來因應和面對嚴苛的環境改變，讓中部醫院醫療服務能永續維繫，也為整體醫院尋找一條生路。

說明：中區醫院近日整體成長率驚人，所有醫院陷入不得不衡量的困境，在每年總額成長有限，又與現行部與健保署的政策完全扞格背離下，只是飲鴆止渴，大家都理解，最終是死路一條。因此在部裡已下達明確要大醫院縮減量能政策要求下，地區醫院同仁也願意跳下來一起承擔，和大醫院一起來管控成長率，大家一起縮手放下，減少員工的血汗工作量，追求點值的提昇，徹底改善整體營運的困境，讓所有醫院活得不要這麼辛苦。中區總額是獨立自主的，所有的努力都會回饋在大家自己的身上。

建議辦法：

一、政策要求大醫院門診減量 2%，理論上地區醫院應成長，承接釋出病人，但地區醫院門診也願意限制成長率不超過 4%(對外界交代：有成長承接)。住診部位都維持低度成長，不超過 2%，兩者都以申報點數做基準，以確實達到減量效益。超過者全數核扣。

這樣幾年後應可達成點值一點一元的合理給付。

二、新設醫院訂定合理目標值，管控其成長率。

三、另保留政策裁量空間。

決議：由醫院總額中區執行分會成立工作小組研議。

伍、臨時動議：無

陸、散會：下午4點40分