

行政院衛生署中央健康保險局

中區業務組與中區醫院代表聯繫會第38次會議紀錄

時 間：101年12月4日下午2點

地 點：本局中區業務組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、台中榮民總醫院許副院長惠恒、台中榮民總醫院姚主任秘書鈺（林惠美代）、彰化基督教醫院郭院長守仁（請假）、彰化基督教醫院陳副院長秀珠、中山醫學大學附設醫院呂院長克桓、童綜合醫院童副董事長瑞龍、光田醫院王院長乃弘（吳瑞堂代）、澄清醫院張院長金堅（廖麗花代）、行政院衛生署台中醫院李院長孟智、彰濱秀傳紀念醫院葉負責醫師永祥（陳茂文代）、國軍台中總醫院李院長世強、慈濟醫院台中分院簡院長守信、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（蔡味娟代）、員榮綜合醫院張院長克士、清泉醫院羅院長永達、臺安醫院蘇院長主恩

本局中區業務組：

詹科長玉霞、田視察麗雲、陳視察雪姝、楊複核專員惠真、
蔡複核專員瓊玉、喻複核專員崇文

主席：方組長志琳

紀錄：謝秋萍

壹、宣布開會

貳、主席致詞：（略）

參、報告事項：詳見會議資料

一、101年第3季醫療費用申報概況

（一）101年第3季較100年第3季醫療費用成長率，門診4.48%、住

院1.20%、門住診合計2.90%。

(二) 101年第3季較100年第3季藥費成長率，門診2.47%、住院-2.03%、門住診合計1.46%。

(三) 101年第3季較100年第3季特定項目藥費成長率，癌症化學治療藥費6.16%、門診重症且大於6000以上處方藥費-3.98%、一般藥費單價-6.2%。

(四) 101年第3季較100年第3季診療費成長率，門診3.59%、住院1.74%、門住診合計2.78%。

二、101年第1季至第2季醫院總額管理方案執行成果及檢討

(一) 單價指標

1. 住院每人平均非藥費單價：101年第2季達成家數共58家(達成率69%)。未達成目標之醫院共核減約1470萬點。

2. 門診每人平均非藥費單價：

101年第1季核減約5490萬點，達成家數比率為61%。

101年第2季核減約6980萬點，達成家數比率為57%。

3. 門住診每人平均一般藥費：

101年第1季核減約330萬點，達成家數比率為83%。

101年第2季核減約490萬點，達成家數比率為79%。

(二) 特定項目整體核扣點數

呼吸器管理項目於101年第1季至第2季分別核減約900萬點、1300萬點；癌症化學治療藥費項目於101年第1季至第2季分別核減約2600萬點、1200萬點，其他三項(3千萬點以下醫院、急重症、門診重症且大於6000以上處方藥費)皆未核減。

(三) 品質指標項目：

101年第1季獎勵點數約9300萬點、101年第2季獎勵點數約1

億800萬點。

(四) 醫院總額審查結果

1. 101年第1季

分級審查送專審比率為0%者共58家，點數占率28.70%；30%~70%者7家，點數占率6.3%；送專審比率100%者42家，點數占率65.10%，總核減率為4.25%，該季整體檔案分析核減點數約3.89億點。

2. 101年第2季

分級審查送專審比率為0%者共44家，點數占率28.20%；10%~70%者32家，點數占率18%；送專審比率100%者30家，點數占率53.80%，總核減率為3.79%，該季整體檔案分析核減點數約3.08億點。

三、102年醫院總額管理方案規畫案(詳提案一至提案三)

(一) 延續101年管理方案規劃。

(二) 修訂事項

1. 102年醫院總額管理預設點值暫訂為0.94，若有明確公佈醫院總額成長率或遇足以影響點值之突發狀況，得加開聯繫會議決定預設點值調整事宜。

2. 門診每人平均非藥費單價之核扣原則，修改為超出目標值反應60%(只扣不加)，惟該項於下年度同期增減因子反映50%。

3. 鼓勵指標項目修訂如下：

(1) 以病例組合校正之住院案件出院後14日內再入院率(TW-DRGs V3.2版)

(2) 以病例組合校正之住院案件出院後3日內急診率(TW-DRGs V3.2版)

(3) 跨院所門診同藥理醫療院所給藥日數重複率

(4) 門診糖尿病人論質計酬收案比例

- (5) 醫院住院全人整合性照護計畫
- (6) 長期照護機構住民醫療利用整合性照護計畫
- (7) 精神科病人出院後30日內門診追蹤治療率
- (8) 初期慢性腎臟病醫療給付改善方案之收案人數
- (9) CT 或 MRI 影像交換上傳率（規劃中）

4. 分級審查執行方式修訂：

- (1) 若前3季未經專業審查之醫院，每年至少抽審1季，其樣本月的送專審比率為隨機樣本數的10%，核減結果回推至該季另外二個未審查月份。
- (2) 若門診或住診經專業審查結果，樣本核減率大於15%(含)，則連續抽審該醫事類別。

四、102年長期使用呼吸器管理方案(詳提案四)

- (一) 維持現行管理方案繼續執行
- (二) 修訂事項

自 102 年起，將現行參與實地評量之審查醫師由 3 位調整為 2 位。另修訂亞急性呼吸照護病房(原 RCC)與 ICU 審查評量表，調整結構面配分由 24%調降為 20%，過程面配分由 56%調高為 60%；慢性呼吸照護病房(原 RCW)與一般病房評量表，其結構面的呼吸治療師病床比調降 1%，分數移至過程面的呼吸治療師對呼吸器設定與治療計畫及目標之適切性。

五、專案報告

安寧共照執行概況(略)

六、轉請配合事項

- (一) 保險對象特定醫療資訊(關懷名單)查詢

1. 凡是開立 Nimetazepam、 Flunitrazepam、 Zolpidem 等3項

安眠鎮靜藥品，請務必進入「保險對象特定醫療資訊查詢」平台查詢，並給予保險對象必要之用藥輔導。

2. 新增「保險對象特定醫療資訊查詢作業-VPN 首頁登入」，於101年11月1日開放上線。原有資訊平台與新增之VPN入口網站等，兩個查詢管道均可供進行查詢，可依查詢習慣自行選擇。
3. 101年11月至102年2月有開立3項安眠鎮靜藥品而未查詢或開啓率未達90%之醫院，將立意抽審。
4. 其他加強審查項目
 - (1) 首次就診尚未建立穩定醫病關係之病患開立超過7日以上。
 - (2) 非精神科、神經科專科醫師開立，同院連續治療期間超過6個月以上者。
 - (3) 高劑量跨院領藥異常個案或領藥異常又開立慢性病連續處方箋個案，列入加強審查。
5. 102年3月起經輔導未改善者，依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第34、35條予以違約記點。
 - (1) 開啟率未達90%之醫院。
 - (2) 未帶IC卡病患，若開立上述等3項安眠鎮靜藥品應以3日份以內為原則。

(二) 「全民健康保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」
重點摘要

1. 自101年12月1日起實施，至102年4月30日期間為其規範實施輔導期。
2. 保險醫事服務機構為保險對象提供醫療服務時，應依健保法規定優先使用健保給付之特材品項。
3. 全民健保尚未收載之特材品項，保險醫事服務機構或特材許

可證持有廠商應先向本局申請納入給付，未向本局申請核價之特材，健保不予給付且不得向保險對象收取自付費用。

4. 與民眾權益相關規定

(1) 資訊公開：

保險醫事服務機構應依醫療法第21條規定，將自費特材品項報請直轄市、縣（市）主管機關（衛生局）核定收取費用之標準，並將該品項及費用、產品特性、副作用、與健保已給付品項之療效比較，公布於院所網際網路或明顯處所。

(2) 事前充分告知並簽立同意書：

保險醫事服務機構應於手術或處置前2日為原則（緊急情況除外），交付自費品項費用及產品特性、使用原因（含不符健保給付規定之原因）、應注意事項、副作用，與健保給付品項之療效比較說明書予保險對象或家屬，同時充分向保險對象或家屬解說及填寫同意書，同意書載明事項應包含該等自費品項名稱、品項代碼、醫療器材許可證字號、保險醫事服務機構特材單價、數量及自費金額等。

(3) 應摺發自費特材費用收據交予保險對象或家屬收存。

七、執行非本保險給付項目卻申報健保醫療費用之違約樣態說明（略）

肆、提案討論

提案一

提案單位：健保局中區業務組

案由：有關 102 年醫院總額管理預估點值設定，提請討論。

說明：

一、因應 102 年總額預算成長，預估點值設定為 0.945（101 年

0.935)，惟因設定之整體檔案分析核減回補機制之調整，預估點值因此下調為 0.94（101 年 0.93）。

二、整體檔案分析核減回補機制之計算方式，為整體檔案分析核減點數與總申報點數比值大於 2.5%以上之醫院，就其超出 2.5%以上的點數進行回補，回補以 5 成為上限，且全區回補點數上限設定 6 千萬點。

建議：有關 102 年醫院總額管理預估點值設定為 0.94。

決議：照案通過。若有明確公布醫院總額成長率或遇足以影響點值之突發狀況，得加開聯繫會議決定預設點值調整事宜。

提案二

提案單位：健保局中區業務組

案由：有關 102 年醫院總額管理方案單價指標項目門診每人平均非藥費單價之核扣原則修訂，提請討論。

說明：依 101 年本項管理指標之核定原則係以超出目標值反映 50% 辦理，惟經分析 101 年第 2 季中區門診每人診療點數成長率為 3.13%，較台北、北區及全局值高，為合理並有效管控，爰建請修訂。

建議：門診每人平均非藥費單價之核扣原則，修改為超出目標值反映 70%（只扣不加），惟該項於下年度同期增減因子反映 50%。

決議：該項之核扣原則修訂為超出目標值反映 60%（只扣不加），並於下年度同期增減因子反映 50%。

提案三

提案單位：健保局中區業務組

案由：有關 102 年醫院總額管理方案，提請討論。

說明：詳附件 1。

決議：照案通過。

提案四

提案單位：健保局中區業務組

案由：有關 102 年長期使用呼吸器管理方案，提請討論。

說明：詳附件 2。

決議：照案通過。

提案五

提案單位：健保局中區業務組

案由：本轄區 102 年醫院總額結算執行架構偏遠地區認定原則乙案，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。
- 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、本轄區 101 年認定之偏遠地區醫院，係依 99 年 1-3 月之醫療費用權重校正計算，符合之醫院有 10 家，分別為協和東勢醫院、東勢鎮農會附設農民醫院、洪宗鄰醫院、宋志懿醫院、竹山秀傳醫院、埔里基督教醫院、彰基二林分院、新泰宜婦幼醫院、東華醫院、台中榮民總醫院埔里分院(其中台中榮總埔里分院之給付，係依 101 年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)。

- 四、102 年醫院總額結算執行架構偏遠地區認定原則擬維持原議，但另以 101 年 1-6 月醫療費用重新計算，符合校正後之結果占該醫院醫療費用占率在 40%以上者，仍為 101 年同意在案之 10 家醫院(其中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)，其申報門住診點數為 16.17 億點，占本組門住診申報點數 4.59%。

建議：

- 一、102 年偏遠地區醫院名單擬比照 101 年醫院總額結算執行架構偏遠地區認定原則辦理。
- 二、前開計算方式改以 101 年 1-6 月醫療費用重新計算，並依權重校正後占該醫院醫療費用 40%以上之醫院為符合對象。

決議：照案通過，並以 101 年 1-6 月醫療費用重新計算，依權重校正後占該醫院醫療費用 40%以上之醫院為符合對象，計有 10 家。

附註說明：

本案於提案討論時，由於所取得之戶籍資料短缺致計算占率有誤(僅估算 7 家)，經以正確戶籍資料重新計算並依權重校正後，計有 10 家醫院占該醫院醫療費用 40%以上，爰據以更正。

伍、臨時動議：

- 提案一 提案單位：台中榮民總醫院埔里分院呂院長炳榮
- 案由：全民健康保險醫療辦法修正重點第 8 條，所載同一療程之規定，有關簡單傷口連續 2 日內之換藥其療程定義，提請釋疑。
- 決議：本案經查本局 101 年 11 月 6 日修正公告之全民健康保險醫療辦法修正條文第 8 條之所述內容，簡單換藥診療項目係屬於自首

次治療日起至 30 日內，6 次以內治療為其同一療程。

陸、散會：下午 4 點 30 分。