

健保局中區分局與中區醫院聯繫會第21次會議紀錄

時間：96年8月9日下午2點30分

地點：健保局中區分局（以下稱本分局）10樓第1會議室

出席人員：

中區醫院代表：

台中榮民總醫院藍副院長忠亮（陳本源代）、台中榮民總醫院姚主任鈺、中國醫藥大學附設醫院林院長正介、中國醫藥大學附設醫院吳副主任亞璇、彰化基督教醫院魏院長志濤（陳富滿代）、彰化基督教醫院陳副院長秀珠、行政院衛生署豐原醫院陳院長進堂、行政院衛生署草屯療養院陳院長宏（何志強代）、中山醫學大學附設醫院蔡院長宗博（陳進典代）、澄清醫院林院長高德（周思源代）、林新醫院林院長仁卿、光田醫院王院長乃弘、童綜合醫院童副院長瑞龍（王瓊仙代）、彰濱秀傳紀念醫院徐院長弘正、埔里基督教醫院趙院長文崇（侯宏彬代）、勝美醫院陳院長志強、台安醫院蘇院長主恩、清泉醫院羅院長永達、員林何醫院何院長黎星（何舜婷代）、洪宗鄰醫院洪院長宗鄰（謝愛卿代）、佑民綜合醫院謝院長文輝（蔡修仁代）

本分局：

丁副經理增輝、陳組長墩仁、楊主任育英、田專員麗雲、林專員美喜、周課長名玆、陳課長麗尼、陳課長雪姝

主席：陳經理明哲

紀錄：張傳慧

壹、宣布開會

貳、主席致詞：(略)

參、健保愛心業務簡報：(略)

肆、報告事項：詳見會議資料

一、96年第2季醫療費用申報概況

- (一) 96年第2季較95年第2季醫療費用成長率，門診7.54%、住院1.6%、門住診合計4.4%；單價成長率門診0.8%、住院-1.6%。
- (二) 96年第2季較95年第2季藥費成長，門診6.09%、住院-7.35%、門住診合計2.48%。
- (三) 96年第2季較95年第2季藥費占率差值，門診-0.59%、住院-1.26%、門住診合計-0.52%。
- (四) 96年第2季較95年第2季診療費成長，門診10.39%、住院3.02%、門住診合計6.75%。

二、96年第2季參加穩定方案醫院超出目標點數概況

- (一) 門診單張處方藥費6,000點以上：申報3億4千6百萬點，超出比率-3.38%。
- (二) 一般藥費：申報30億點，超出比率3.12%。
- (三) 門診化學治療藥費：申報1億7千萬點，超出比率-7.74%。
- (四) 其他醫療費用(不含藥費)：申報88億5千5百萬點，超出比率1.74%。

三、96年第1季復健案件申報現況分析

- (一) 依醫院申報門診復健案件統計，其中有2位醫師沒有休假(看診90日)、8位醫師週休小於1日(看診78-89日)、21位醫師週休小於2日(看診65-77日)。
- (二) 若復健治療人員均無休假，則醫院物理治療人員平均每日產能為5,525元(最高為9,757元)；職能治療人員產能平均為5,053元(最高為34,020元)。
- (三) 病患入住加護病房期間仍有申報語言、職能及複

雜物理治療等情形。

(四) 如依現行疾病分類定義及專業管控項目規劃，符合管控期望降低強度之點數為20,076,110點。

(五) 擬專案管控規劃概況

- 1.目的：輔導轄區醫院有效運用復健醫療資源。
- 2.管控方式：核刪醫院收治超過黃金治療期之病患，不當使用高強度之復健資源。
- 3.病患黃金治療期：依醫院申報門診復健案件之主、次診斷分類，其分類項目出現次數最多者為病患疾病類別，並參照「物理治療黃金治療療程」從寬認定各疾病黃金期。

4.疾病分類定義：續請專業醫師協助修訂。

5.實施步驟：

- (1) 試辦期：依疾病別擇項管控（逕扣費用、送請專業審查）。
- (2) 實施期：視試辦成效擴大實施，並逐步修訂管控項目（治療強度、頻率等）。

四、重要管控品質指標項目與現況：

(一) 將於下次醫院聯繫會公布各家醫院當期值與基期差值。

(二) 慢性病連續處方箋開立率

- 1.地區醫院：96年第2季當期值12.26%（目標值24.00%），當期值與目標值差值-11.74%。
- 2.區域醫院：96年第2季當期值18.52%（目標值28.00%），當期值與目標值差值-9.48%。
- 3.地區教學醫院：96年第2季當期值17.61%（目標值24.00%），當期值與目標值差值-6.39%。

4. 醫學中心：96年第2季當期值29.73%（目標值32.00%），當期值與目標值差值-2.27%。

五、長期照護機構住民醫療利用分析

（一）資料分析條件

1. 95年第3季至96年第2季一年內全年門診皆有就醫65歲以上老年人口。
2. 含醫院、診所、交付處方等之西、中、牙、洗腎、居家照護等費用。
3. 排除單張處方藥費6,000元以上及放射診療科案件。
4. 以95年第2季長期照護機構名單，區分為安養及非安養病患。

（二）分析重點摘要

1. 安養患者年齡層分布75歲以上占率高於非安養，惟每人就醫次數、每人醫療點數、住院率等安養患者各年齡層並無明顯組內差異；而和非安養之間存在著明顯的組間差異。
2. 安養患者門診就醫次數70%發生於醫院層級，而居家護理的高度利用並未減少一般門診的就醫次數和住院率。
3. 安養患者一年內住院率高達6成，60%住院費用是和照護品質相關的併發症所產生，呼吸器的費用約占20%、其次為泌尿道感染、肺炎等。

（三）現況問題

1. 醫師未依規定支援。
2. 安養病患醫療支出比重偏向復健治療、肺炎、泌尿道感染治療、使用呼吸器個案。
3. 安養照護品質待評估。

(四) 管理方向：為使安養患者得到更好的照護品質及醫療資源的最適利用，將發展整合醫療照護模式並朝論人計酬給付方式規劃。

(五) 相關規定

1.自96年7月1日起，醫療院所支援公、私立老人安養、養護機構、身心障礙福利機構及護理之家（以下簡稱安療養機構）之門診診療服務，依下列原則辦理：

(1) 每一醫師報備支援安療養機構之門診診療服務，以每週不超過3個時段、每一時段以報備支援一家機構為原則。

(2) 一家安療養機構接受門診診療支援服務，以每週3個時段為限。

(3) 時段之認定，係指上午、下午、晚上。

(4) 依據「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第26條、第27條之規定，本分局得視報備支援合理性及衡酌安療養機構診療需求情形，為同意與否之權處（中央健康保險局中區分局96年5月29日健保中費一字第0960008622-A號函諒達）。

2.全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法第64條第1項第6款：保險醫事服務機構未依本法之規定向保險對象收取其應自負擔之費用者，應予違約記點。

六、呼吸器醫療費用申報情形

(一) 96年第1季長期使用呼吸器之醫療費用成長率為1.53%（與去年同期比），第2季成長率為-0.57%（96年6月尚未完全申報）。

(二) 96年第2季之目點數為5億7千1百萬點，截至

目前申報費用為 5 億 4 千 3 百萬點，超出率為 -4.1%。

七、健保 IC 卡登錄及上傳資料品質實施方案

(一) 依總局 95 年 8 月 29 日健保醫字第 0950060099 號函，為因應健保 IC 卡之實施，行政院衛生署業於 95 年 8 月 2 日公告修正「全民健康保險醫療辦法」，95 年 2 月 8 日公告修正「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」在案，分局應積極輔導各特約醫事服務機構確實辦理。

(二) 提昇健保 IC 卡之登錄及上傳資料品質，以及病人之醫療服務品質，總局業於 95 年 2 月 7 日公告「健保 IC 卡登錄及上傳資料品質實施方案」，並請分局輔導特約醫事服務機構，使其錯誤率低於 3%。(三) 方案目標

1. 目標一：提昇各總額 24 小時內上傳家數比率。

(1) 醫院總額上傳家數比率由 81.51% 提昇至 90%。

(2) 西醫總額上傳家數比率由 90.28% 提昇至 93%。

(3) 牙醫總額上傳家數比率由 97.07% 提昇至 98%。

(4) 中醫總額上傳家數比率由 97.01% 提昇至 98%。

2. 目標二：提昇各總額「健保 IC 卡登錄及上傳資料品質實施方案」錯誤率 \leq 3%家數比率。

(1) 醫院總額錯誤率 \leq 3%家數比率由 36.11% 提昇至 50%。

(2) 西醫總額錯誤率 \leq 3%家數比率由 67.68% 提昇至 75%。

(3) 牙醫總額錯誤率 \leq 3%家數比率由 66.20% 提昇至 75%。

- (4) 中醫總額錯誤率 $\leq 3\%$ 家數比率由 72.03% 提昇至 80%。
- (四) 連續 8 週內出現 2 次以上未於 24 小時內上傳，以書面通知仍未改善者。
- (五) 3 個月發生 2 次有申報未上傳時，以書面通知仍未改善者。
- (六) 完全未上傳，經輔導未改善者。
- (七) 依每月「健保 IC 卡登錄及上傳資料品質實施方案」勾稽結果，醫院（含住診）錯誤率 ≥ 60 即予以輔導，上述情形經輔導後，仍未改善者予以函請改善。(八) 依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第 64 條，通知應限期改善而未改善者予以違約記點。
- (九) 有關「健保 IC 卡登錄及上傳資料品質實施方案」，各總額得視需要進行實地查證。

八、修正並重申說明 96 年審查精進方案

(一) 實施對象

原內容：未參加 96 年總額點值穩定方案醫院、新成立及高成長醫院。

修正：

1. 未參加 96 年總額點值穩定方案醫院。2. 新成立醫院。3. 高成長醫院。

(二) 方案 (四)

原內容：重點醫院未加入總額點值穩定方案，依前述責任醫院科別審查制之方式進行專業審查。相關配合措施：1. 分析重點醫院醫療費用，訂定審查項目。2. 立意審查監控項目約 6~8 項，抽樣比

率約 20%。3.檔案分析重點：(1) 歸戶病人於轄區就醫資料，監測初診率。(2) 參考全國相關資料及同儕資料進行比較。

修正：重點醫院未加入總額點值穩定方案，依前述責任醫院科別審查制之方式進行專業審查。除例行隨機抽樣審查外，本分局得視該院情況立意抽審；或採該院全審方式進行。**伍、提案討論**

提案一

提案單位：健保局中區分局

案由：轄區醫院復健費用自行管控已逾 2 年，但門診復健費用仍呈上升趨勢。為使復健醫療資源有效運用，避免已無積極治療意義之個案，長期且不當使用高強度的復健醫療資源，規劃閾值不予支付之專案管控措施乙案，提請討論。

說明：

- 一、持續（未間斷超過 6 個月）接受醫院總額部門之門診復健治療個案，依醫院申報門診復健案件之主、次診斷分類，其分類項目出現次數最多者為病患疾病類別，並參照「物理治療黃金治療療程」從寬認定各疾病黃金期。
- 二、實施初期先依本次會議報告內容表列項目進行管控，CVA 病患因診斷較明確且費用佔率較高，高強度之復健治療全部逕採合理強度之醫令點數核付，為免爭議允許醫院申復；其他疾病別之個案全數送請專業審查。管控項目（強度、頻率...等）視實施成效逐步修訂。
- 三、本案係屬專案管理，核扣點數屬行政核扣項目，不列入目標點數結算。同意加入本專案管理之醫院，超過黃金治療期之病患依本案管理方式辦理後續作業；不

同意加入之醫院，將函調相關就醫資料及病歷，併同申報資料、分析統計…等進行專業審查，並依專業審查結果進行後續作業。

決議：本專案推動前，由各層級推派 2 位專家先行召開會議，俟討論明確實施方式後，再擴大辦理轄區醫院說明會議。

陸、臨時動議

提案單位：林新醫院林院長仁卿

案由：有關本次會議精進審查作業方式立意抽審之修正，相關問題，請說明。

說明：

- 一、問題一：除例行隨機抽樣審查外，本分局得視該院情況立意抽審，請問該院情況是指那些情況？請說明以使資訊透明化。
- 二、問題二：請問立意抽審之定義及法源根據？
- 三、問題三：請教什麼情況下，貴局可以全審？

決議：

- 一、96 年審查精進方案專業抽審，係依據全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第三章程序審查及專業審查第 16 條辦理。同辦法第六章檔案分析第 29 條與第 30 條，乃在規範行政審查相關作為，二者有別。
- 二、報告案八(修正並重申說明96年審查精進方案)不做修正，而就條文內容明確定義：
 - (一) 96年審查精進方案實施對象係包括下列三類：
 - 1.未參加96年總額點值穩定方案醫院。
 - 2.新成立醫院。
 - 3.高成長醫院。
 - (二) 方案(四)原內容仍屬可行，繼續辦理。

柒、主席指示事項：依出席委員建議，中央健康保險局在推動健保 IC 卡登錄及上傳資料品質時，應優先協助處理醫療院所，能快速讀取健保 IC 卡所載之就醫資料內容。

捌、散會：下午4點50分。