

健保局中區分局與中區醫院聯繫會第20次會議紀錄

時 間：96年6月14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（詹清旭代）、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（連榮達代）、澄清醫院林院長高德（周思源代）、林新醫院林院長仁卿（請假）、光田醫院王院長乃弘、童綜合醫院童副院長瑞龍、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（請假）、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、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：

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、報告事項：詳見會議資料

一、醫療費用申報概況

- (一) 96年4月較95年4月醫療費用成長率，門診10.05%、住院0.4%、門住診合計4.8%；單價成長率門診0.7%、住院-1.0%。
- (二) 96年4月較95年4月藥費成長，門診8.34%、住院-8.60%、門住診合計3.51%。
- (三) 96年4月較95年4月藥費占率差，門診-0.68%、住院-1.30%、門住診合計-0.34%。
- (四) 96年4月較95年4月診療費成長，門診13.29%、住院1.07%、門住診合計7.07%。

二、96年4月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1億1千4百萬點，超出比率-0.34%。
- (二) 一般藥費：申報9億8千5百萬點，超出比率6.20%。
- (三) 門診化學治療藥費：申報5千4百萬點，超出比率-7.28%。
- (四) 其他醫療費用（不含藥費）：申報29億4千8百萬點，超出比率3.26%。

三、96年第2季參加穩定方案醫院平時考核住院專業抽審

- 情形(一) 住院案件以 Tw-DRG 歸類群組，按 96 年第 1 季各科別醫療點數佔率分別歸出 8 個群組科別，每群組抽 1 科，住院抽審件數不分層級每科 15 件，地區醫院則視申報件數 15 件以下全抽。
- (二) 抽審 96 年 1 月至 4 月費用（費用月），住院案件（抽審 3,583 件）較門診案件優先審查，並編碼以抽樣樣本進行審查。

四、專案管理現況

(一) 長期使用呼吸器(RCW 及一般病房)照護品質管理

專案 1.醫療費用申報情形：96 年第 1 季（14 億 4 千 3 百萬點）較 95 年第 1 季（14 億 6 千 5 百萬點）成長-1.48% 。2.醫院參與情形

(1) 轄區申報長期使用呼吸器醫療費用計 65 家醫院，其中併入穩定方案醫院 29 家(點數佔率 44.2%)、單獨目標點數管理醫院 28 家(點數佔率 53.4%)、1 家醫院未參加(點數佔率 2.4%)、7 家醫院因每季呼吸器金額低於 50 萬點，不另給予呼吸器目標點數，惟將持續追蹤其收治狀況。

(2) 96 年第 2 季申請實地訪評醫院有 4 家，已於 6 月 7 日全部訪評完畢，成績正計算中。

3.96 年 4 月長期使用呼吸器醫療費用超出目標點數情形：申報 1 億 7 千萬點，超出比率-3.82% 。

(二) 精神科專案執行計畫 1.訪查概況：於本（96）年 3 月至 5 月期間執行，計訪查 25 家醫院之急（慢）性病房，其中急性病房 24 家次、慢性病房 15 家次。

2.本專案訪評結果檢討分析

(1) 病程紀錄書寫品質差異大：部分醫院以勾選方式呈現；若是專科護理師書寫，醫師多只簽名未表達意見；看不到病情變化或病人間差異。

(2) 專業人力：部分醫院臨床心理師、臨床社會工作人員不足；少數專業人員是否親自執業待商榷。

(3) 提供專業交流學習機會。

(4) 訪評結果難以鑑別區分照護品質差異現況。

3.96 年 6 月 7 日精神專案執行計畫期末檢討會議決議事項

- (1) 成立精神科專案工作小組討論研議下列三項相關議題：本專案訪評後，實地訪查評估修正事宜；釐清本保險支付標準精神醫療治療費支付疑義並達成中區醫院之共識；規劃合理與公平管理模式及訂定結果面評估指標相關細節。
- (2) 工作小組之成員組成，應考量醫院層級與類型的均衡，並以 10 位以內醫師人數參與為原則。

五、醫院總額民眾申訴案件現況（一）近來常見申訴問題

1. 醫師以事前審查有等待時間病情急迫為由，請病患自費如癌症用藥、加馬機立體定位放射治療、Verteporfin(眼科用藥)。
2. 重大傷病身分不被認定。
3. 未優先使用健保給付品項，如體液補充劑。

（二）中央健康保險局西醫醫院總額財務監控報告相關事項 1. 全民健康保險滿意度有逐年降低趨勢。

2. 民眾自付醫療費用(自費項目)增加。
 3. 署長指示事項：醫院不可巧立名目收自費；不可病患開刀當中要求自費，醫師應有能力預知開刀中情況事先告知，取得病患同意；請醫院督導醫師避免負面宣導，如健保給付品項不足或不良、總額額度不足等。
- #### 六、品質管理待加強管控項目

- （一）待加強項目 1. 用藥安全之監控：同成分藥品重複用藥（消化性潰瘍用藥-不同處方用藥日數重複率）
2. 門診品質指標監控成效：同藥理分類不同處方用藥日數重複率（安眠鎮靜藥物、抗憂鬱症藥物、抗精

神分裂藥物、降血壓藥物、降血脂藥物、降血糖藥物等六類）。

3.住院品質指標監控成效：出院後 14 日內再住院率、出院後 3 日內再急診率。

(二)用藥重複現況 1.96 年 1 至 4 月消化性潰瘍用藥重複率 5.68%（目標值 4.24%）；同藥理分類藥物重複率 4.57%（目標值 4.13%）。

2.六項同藥理分類藥物，以安眠鎮靜及降血壓藥物重複給藥情形最嚴重，重複日數佔率分別為 36.97%、44.05%；重複率分別為 7.38%、4.93%。

3.所稱重複用藥係排除慢性病連續處方箋之給藥，轄區院所（含西醫基層）開立率偏低，亦造成重複率較其他分局比率高。

(三)管控措施

1.出院後 14 日內再入院及 3 日內再急診（1）利用 IC 卡即時上傳資料，回饋各醫院進行自我管理：擷取出院後 14 日內再入院及 3 日內再急診（含跨院）病患名單，由健保 IC 卡自動管理作業系統 E-mail 方式提醒醫院。

（2）利用健保資訊網服務系統（VPN）內之醫療費用連線申報/院所醫療服指標網頁，查詢相關同儕值及自身值。

（3）轄區醫院切帳案件錯誤申報之輔導。

（4）評估改善情形：未明顯改善醫院，將進行專業審查以瞭解各醫院實際狀況，並於聯繫會公布各醫院出院後 14 日內再入院率及 3 日內再急診率。2.重複用藥

（1）提供各醫院分科重複率，請醫院自行加強管

控，落實輔導收治病患正確用藥，避免重複投藥。

(2) 若 96 年 6 月底前未能有效降低重複率，將採行專業抽樣審查，以瞭解各醫院實際現況。

七、96 年醫院平時考核結果與 97 年目標點數成長相關規劃

(一) 例行性納入計分指標及配分

1. 單價 (40%) : 門住診單價、每日藥費。
2. 專業審查 (30%) 。
3. 慢性病連續處方箋開立比率 (20%) 。
4. 用藥品質 (10%) : 不同處方用藥日數重複率。

(二) 非例行性指標：異常管理醫院

1. 重要監控指標每項篩選貢獻度前 20 名醫院，列為管理標的。
2. 定期公布及回饋管理成果，96 年底管理成效列為 97 年目標點數增減指標之一。

3. 指標項目：

(1) 再入院率、再急診率。

(2) CT、MRI、腹部超音波、心臟超音波、清淨手術抗生素使用率、全套血液檢查、免疫學檢查、復健治療等。

肆、提案討論

提案一

提案單位：健保局中區分局案

由：有關 96 年第 3 季起目標單價超出上限值核減成數修正及 96 年醫院平時考核結果與 97 年目標點數成長相關規劃乙案，提請討論。

說明：

一、96 年第 1 季穩定方案結算，三擇一之後，選擇以單價超出核扣點數為 2 千 4 百萬，管理誘因小。原 96 年第 2 季目標單價(不含藥費)超出上限值核減比率為 $\leq p25$ 為 0.6、 $p26 \sim p74$ 為 0.7、 $\geq p75$ 為 0.8，擬自 96 年第 3 季起核減比率修正為 $\leq p25$ 為 0.8、 $p26 \sim p74$ 為 0.9、 $\geq p75$ 為 1，以提高單價管理成效。平時考核原始文件如下：

(3) 核扣比率：按 94Q3 基期各層級校正後單價之百分位數，給予不同比率核扣：

百分位數	Q1	Q2	Q3	Q4
$\geq P75$	0.8	0.8	1.0	1.0
$P26 \sim 74$	0.7	0.7	0.9	0.9
$\leq P25$	0.6	0.6	0.8	0.8

(4) 計算方式

A、門診：

(目標單價-現況單價)*人數*該院核扣比率

B、住院：

a. (目標單價 A-現況單價 A)* 人次 A*該院核扣比率

b. (目標單價 B-現況單價 B)*人次 B*該院核扣比率

二、原 95 年醫院平時考核結果與 96 年目標點數成長相關規劃，存在著醫院間差距小、改善誘因不足等缺失，因此 97 年規劃提出修正(詳如報告案七及附表)。

決議：照案通過。

伍、散會：下午 3 點 50 分。

附表：96 年醫院平時考核結果與 97 年目標點數分配相關規劃_960614 修訂

96 年平時考核項目	配分額度	得分(0~100 分)	修正說明
------------	------	-------------	------

單價 4 項 1_門診 2_住院 A 3_住院 B 4_每日藥費	40% 1_20% 2_5% 3_5% 4_10%	(一)門住診單價 96 年下半年平均單價較 94Q3 比 * 單價成長率基本值 3% ※得分 1=60+(基本值-門診成長率)*800 ※得分 2=60+(基本值-住院 A 成長率)*800 ※得分 3=60+(基本值-住院 B 成長率)*800 ※ 基期單價 P 值(同儕百分位)≤50 且當期單價正成長之處理原則：(負成長從 84 分往上加) 基期及當期均≤25，成長率不限，得分一律為 84 分；其他若當期≤50，則單價容許有 3%成長率。 (1) 成長率 0~3%：得分為 84 (2) 成長率>3%： ※ 得分=60+(基本值-(成長率-3%))*800 (二)每日藥費 1.96 年下半年門診每日藥費較 94Q3 比。 2.含交付處方。 3.案件排除邏輯比照門診單價。 * 基本值：0% ※得分 4=60+(基本值-每日藥費)*1400 (每單項 0~100 分)	1.延續 95 年重要指標項目如單價、核減率、慢箋比率等。 2.調高單價及專審核減率計分權重 (700→800、600→1000)，以拉大醫院間差距。 3.調高慢箋基本值 醫學中心 20%→22% 區域醫院 16%→18% 地區醫院 12%→14% 4.新增用藥品質，設定一致的目標值，達成率達到閾值才能得到基本分。 5.95 年原品質指標以異常管理為原則，管理成效逕予納入目標點數調整依據。
專業審查	30%	核減率 (採計 96 年下半年之專審核減) * 基本值：7% ※得分=60+(基本值-核減率)*1000	
慢性病連續處方箋開立比率	20%	96 年下半年慢性病連續處方箋開立比率 * 基本值：醫學中心 22%、區域醫院 18%、地區醫院 14% ※得分=60+(開立率-基本值)*400	
用藥品質：不同處方用藥日數重複率	10%	指標項目及目標值 (1)消化性潰瘍用藥 <u>4.3%</u> (2)安眠鎮靜藥物、抗憂鬱症藥物、抗精神分裂藥物、降血壓藥物、降血脂藥物、降血糖藥物等六類 <u>4.25%</u> 計分條件 1.排除慢箋(08)案件 2.所有醫院設定統一目標值 3.達成目標值 100 分 4.達成率 60%以上給基本分 60 分 ※ 達成率 =(基期值-現況值)/(基期值-目標值)*100	

備註：

1.遺缺項目處理原則：

總得分= Σ (各大項平均分數*配分)，因此各大項中的細項若有部份遺缺不影響計分，惟若大項目遺缺，則該項配分均攤至其他項目，例如某醫院慢箋不計分，則該院總分由 100 分降為 85 分，而其另 5 項實得分數為 60 分，則該院最終得分為 $60/85*100=70.58$ 分。另每一細項得分設定為 0~100 分。

2.97 年可成長比率

=總分配總額成長率*該院 Σ (配分額度*得分)/100

例如:97 年總分配總額成長率 3%，某醫院各項得分如下

門診單價	80 分*0.2=16
住院單價 A	80 分*0.05=4
住院單價 B	80 分*0.05=4
每日藥費	80 分*0.1=8
專審核減率	80 分*0.3=24
慢箋	80 分*0.2=16
用藥品質	80 分*0.1=8

則該院 97 年可成長率為

$$3\%*(16+4+4+8+24+16+8)/100=2.4\%$$