

健保局中區分局與中區醫院聯繫會第 15 次會議紀錄

時 間：95 年 10 月 19 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（杜淑敏代）、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蔡副主任淑暖、彰化基督教醫院魏院長志濤（請假）、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（邱新園代）、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、澄清醫院林院長高德（周思源代）、林新醫院林院長仁卿（陳雲娥代）、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、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、佑民綜合醫院謝院長文輝

本分局：

陳經理明哲（請假）、丁副理增輝、陳組長墩仁
楊專員育英（蘇彥秀代）、田專員麗雲、林專員美喜
周課長名玆（請假）、陳課長麗尼、陳課長雪姝

主席：丁副理增輝

紀錄：張傳慧

壹、宣佈開會

貳、主席致詞：(略)

參、報告事項：詳見會議資料

一、95 年 7 月與 8 月中區醫院醫療費用申報概況

(一) 95 年 7 月、8 月醫療費用較 94 年 7 月、8 月門診成長 6.52%、住院成長-5%、門住診合計 0.2%；單價成長率門診 6.9%、住院 0.6%。

(二) 95 年 7 月、8 月藥費較 94 年 7 月、8 月門診成長 10.84%、住院成長-6.67%、門住診合計 5.96%。

(三) 95 年 7 月、8 月診療費較 94 年 7 月、8 月門診成長 5.75%、住院成長-5.35%、門住診合計 0.07%。

二、95 年第 3 季點值預估：預估核減後平均點值 0.9237；浮動點值 0.8668。

三、95 年平時考核與 96 年目標點數分配額度

(一) 納入項目及配分：

1. 單價(門診、住院 A、住院 B)3 項 (18%)
 2. 專業審查 (27%)
 3. 慢性病連續處方箋開立比率 (15%)
 4. 門診每日藥費成長率 (15%)
 5. 品質指標達成率 (15%)
 6. 首次呼吸器使用大於 21 天人數與 ICU 病床比 (10%)
- (二) 得分計算原則 1. 各項基本分一律

從 60 分開始加減。

2. 分數範圍為 0~100。

3. 各項設定基本值及增減權重。

*細項得分公式=60+(基本值-現況值)*權重

*總得分=Σ(各大項平均分數*配分)

四、95 年第 2 季專業審查結果-模擬試算

(一) 原結算方式

(二) 模擬一：高額項目暨住診單筆佔率>10%不計入核減率(門住診權重各為 10%、90%;15%、85%;20%、80%)

(三) 模擬二：高額項目暨住診單筆佔率>9%不計入核減率(門住診權重各為 10%、90%;15%、85%;20%、80%)

(四) 模擬三：高額項目暨住診單筆佔率>8%不計入核減率(門住診權重各為 10%、90%;15%、85%;20%、80%)

五、品質報告卡推動現況：
95 年第 1 季本分局轄區醫院總額專業醫療服務品質指標表現不佳項目(高或低於全局平均值)

(一) 門診開立慢性病連續處方箋百分比 (二) 門診注射劑使用率 (三) 門診抗生素使用率 (四) 符合論病例計酬基本診療項目比率 (五) 住院案件出院後 3 日內急診率 (六) 住院案件出院後 14 日內再住院率 (七) 10 種疾病別病人再住院率
六、95 年 8 月較 95 年 4 月慢性病連續處方箋開立比率

(一) 醫學中心：95 年 4 月 16.21%、95 年 8 月 25.15%、95 年 8 月較 95 年 4 月增加 8.94%。

(二) 區域醫院：95 年 4 月 10.19%、95 年 8 月 14.73%、95 年 8 月較 95 年 4 月增加 4.54%。

(三) 地區醫院：95 年 4 月 10.49%、95 年 8 月 13.01%、95 年 8 月較 95 年 4 月增加 2.52%。

肆、提案討論

提案一

提案單位：健保局中區分局

案由：95年第2季檔案分析核減，偏遠地區醫院以相當平均點值增加之比率核扣其浮動點數1.25%，惟有醫院表示希望體認偏遠地區經營困難，得免除該筆核減(共約350萬)，是否同意提請討論。

說明：目前該筆核扣已統一作業執行完畢，若本案同意，擬以補付作業方式處理。

決議：同意偏遠地區醫院95年第2季得免除前開案由所述之費用核扣。

提案二

提案單位：健保局中區分局

案由：95年醫院平時考核結果與96年目標點數分配相關規劃，業由工作小組討論完成(如附件)，而有關呼吸器照護之首次呼吸器使用大於21天人數與ICU病床比之各層級基本值，因前期提供工作小組之參考資料有誤，經試算需重新設定基本值，結果如下，提請討論。

說明：

一、95年9月29日訂定首次呼吸器使用大於21天人數與ICU病床比，設定基本值為醫學中心50%、區域醫院35%，因參考資料擷取有誤，重新設定基本分60分為醫學中心25%、區域醫院17%，加減1%，則加減5分，參考資料如附表。備註：基本分設定原則為各層級之P75值加1%。

二、地區醫院依醫院ICU床位數多寡訂定，原則如下：

(一) 小於10床者：每季收治人數少於或等於3人為100分。

(二) 大於等於10床但小於15床者：每季收治人數

少於或等於5人為100分。

(三) 大於等於15床但小於20床者：每季收治人數少於或等於6人為100分。

(四) 若超過上述人數每增加1人，則減15分。大於20床以上者，將比照區域醫院方式計算。

決議：首次呼吸器使用大於21天人數與ICU病床比，以95年第3季加95年第4季與94年第3季加94年第4季自身值比較，基本分60分，每加減1%，則加減10分，醫學中心下限值18%，區域醫院與地區醫院下限值則授權中區分局決定。

提案三

提案單位：健保局中區分局

案由：95年第3季至95年第4季點值提升計畫，提請討論。

說明：

一、擬定方案如下：

(一) 目標點數一律下降3%。

(二) 當期重症較基期(94年第3季)增加的點數，得回補1/2。列入重症項目如下住院：權重大於等於3.5之DRG(脊髓融合術除外)；門診：口服抗癌藥、單筆處方藥費大於等於6千元、癌症腫瘤放射線治療、急診檢傷分類一及二級案件，共回補4千4百萬。爾後該項回補上限設為6千萬。

(三) 目標點數超出核扣，小於等於3%全扣，大於3%核扣7成，回補3成，共回補5千3百萬，爾後該項回補上限設為6千萬。

(四) 專審核減維持4成。

(五) 以上結果三擇一之後，外加核扣，專審原始核

減率*0.2*目標點數（上限 3% ）。

二、模擬結果：預估點值由 0.923 提升至 0.940。

決議：照案通過，惟建議非參加點值穩定方案醫院比照辦理或請其參加點值穩定方案。

提案四

提案單位：健保局中區分局

案由：有關平時考核修正會議決議，專審核減乘以權重後核減率上限設定為5%，若原始核減率15%以上醫院，需到聯繫會說明改善計畫，並由委員會成立診斷小組輔導，故請討論該小組組成成員。

決議：請各層級提供診斷小組代表2名，並視輔導需要遴選專業審查委員組成。

提案五

提案單位：健保局中區分局

案由：有關 95 年醫院總額平時考核專業審查項目審核結果之運用，部分醫院建議以去除極端值模式計算，故特將抽樣樣本醫療點數佔率超過一定比率之案件，不列入核減率計算核減當季目標點數乙案，提請討論。

說明：

一、模擬試算去極端值與門、住診別權重重新計算：

（一）95 年第 2 季結算以來，各層級均有部分醫院反應，高額項目及部分高佔率案件核減率高，致合併計算核減率後回推扣除目標點數，易導致影響醫院營運之情形，爰此建議本分局重新考量以去除極端值模式計算核減率。

（二）嘗試以三種不同佔率方式模擬試算，將高佔

率暨高額案件列入極端值先行排除，其餘案件合併計算核減率後乘以權重 0.4 乘以目標點數，加上被排除計算之極端值案件（高額及高佔率案件）核刪點數（依原始點數核扣），即為因專業審查要核扣之點數。三種佔率如下：

1. 單筆抽審案件醫療點數佔率大於 10% 暨高額項目之案件。
 2. 單筆抽審案件醫療點數佔率大於 9% 暨高額項目之案件。
 3. 單筆抽審案件醫療點數佔率大於 8% 暨高額項目之案件。
- （三）由該佔率之下再調整門、住診權重各 3 種組合計算核減率，分別為：
1. 門診 10% 、住院 90% 。
 2. 門診 15% 、住院 85% 。
 3. 門診 20% 、住院 80% 。
- （四）以上 12 種模擬試算方式各層級增減目標點數結果詳簡報資料，重新計算後多數醫院有核扣或補付目標點數情況，對核減率之影響也有數種情況，例如其一：高額案件排除計算，則對高額案件核減率高者有利，而核減率低者則未必有利；其他高佔率案件亦有類似情形，至於個別醫院則須依實際狀況計算始得確切之數據。

二、另有少數醫院建議最終核減率改採 3 次審查之平均核減率計算，經檢視各別醫院 1、2 審說明後之審查情形核減率提升的僅佔少數，倘以建議之 1、

2、3 審平均核減率重新計算，則核減率下降 35 家、上升者 37 家，整體核減率由 7.88% 上升為 8.21 % 。

建議：

- 一、模擬試算去極值與門、住診別依不同權重重新計算，模擬一與原方案較為接近，且排除佔率高至某一程度之案件較具意義，另門診之樣本點數相對於住院樣本點數低（門診 9%、住院 91%），故門診權重亦不宜太高否則失去重新計算之意義，故建議採模擬一。
- 二、採平均核減率對相對多數醫院不利，故建議仍採第 3 審為最終審查結果。

決議：照案通過，自 95 年第 3（含）季起採模擬一方式，單筆抽審案件醫療點數佔率大於 10% 暨高額項目之案件，以門診 10%、住院 90% 權重計算核減率，例如：門診核減 5%、住院核減 6%，則新的門、住診核減率為 $(5\% \times 0.1) + (6\% \times 0.9) = 5.9\%$ ，另第 3 審不再審查第 1 審或第 2 審未核減案件。

陸、散會：下午 5 點 30 分。