

健保局中區分局與中區醫院聯繫會第 11 次會議紀錄

時間：95 年 4 月 13 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、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（宋月馨代）、澄清醫院林院長高德、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、秀傳紀念醫院徐副營運長弘正、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、臺安醫院蘇院長主恩（陳蓓玲代）、清泉醫院羅院長永達、員林何醫院何院長黎星（請假）、洪宗鄰醫院洪院長宗鄰、佑民綜合醫院謝院長文輝（林翠虹代）

本分局：

陳經理明哲、施副理志和、陳組長墩仁、楊專員育英、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、宣佈開會

貳、主席致詞：（略）

參、報告事項：詳見會議資料

一、95 年醫院支付最適方案中區意見調查結果

(一) 基準點數：採 94 年第 1-4 季結算後總核付金額。

(二) 辦理最適方案結果：不同意辦理。

二、95 年第 1 季醫院層級門住診醫療費用點數之申報(預估)概況

三、平時考核執行結果檢討及修正

(一) 95 年第 1 季審查結果檢討

1. 審查項目：醫學中心、區域醫院少數抽審項目案件僅 1-2 件；區域醫院不足 5 項超過一半，少數甚至 1 件。

2. 評分結果：項目多者累計分數相較於項目少之醫院不利；高核減累計分數最多達 33 分。

(二) 95 年第 2 季專業抽樣審查修正

1. 抽樣審查項數：

(1) 區域(含)以上醫院：依原訂 10 項進行，其中各醫院相同項目 5-6 項；依醫院層級、規模、專長等特性訂定項目 1-3 項(原項目審查不足 5 件以其他項目替代)；相對高額案件 1 項(審查 3-5 件)；針對個別醫院選取 1 項。

(2) 地區醫院：抽樣審查採合併計算為單一核減率，住院件數至少 10 件、門診件數至少 20 件。

2. 計分：

(1) 區域(含)以上醫院：單項上限負 6 分。

(2) 地區醫院：核減率 5% 以上負 10 分，每增加 3% 累計負 10 分，最高上限至負 60 分止。當季負分總分達 40 分以上時，取消下季穩

定方案資格，所有案件嚴加審查。完全無核減者正 1 分、核減率 0-1% 者正 0.5 分。

(三) 95 年平時考核修正

1. 門住診單價

- (1) 住院單價管理以地區教學以上醫院為主。
- (2) 地區級醫院管理重點以專業審查及輕病住院實地審查為主。
- (3) 基期單價 P25 以下：若專業審查沒有負分，則單價超出不予以核扣。

2. 品質指標

- (1) 提高慢性病連續處方箋開立比率目標值：醫學中心年底達到 18%、區域醫院年底達到 12%、地區醫院年底達到 8%。
- (2) 慢性病連續處方箋開立比率分母修正為案件分類 04 及 E1 且開藥天數>0 之案件。
- (3) 慢性病連續處方箋 24% 以上，每增加 1% 加 1 分。
- (4) 各層級醫院達成目標正 2 分，未達成負 2 分。
- (5) 95 年第 4 季底達成最終目標值，各季可自行調整目標值。

3. 各項季指標，為考量下季初可即時得到調整後之目標點數，擬各季往前挪一個月作為該季之計算基準，例如 95 年第 2 季以 95 年 3 月至 95 年 5 月為計算基準。

四、95 年目標點數設定原則

(一) 考量情況：

1. 95 年第 1 季逕予核減率預估 5%，較 94 年第 4 季高，須考量季節的自然成長率。

2. 新設立醫院值逐季增加影響度頗大。
 3. 各季點值平穩為重點，依此原則設定各季目標點數。
 4. 95 年第 1 季平時考核專業審查結果核減率頗高，顯示各院單價管理仍有極大努力空間。
 5. 各項管控措施考慮有適應期以循序漸進為原則。
- (二) 執行方式
1. 訂定點值 0.91 為 95 年努力目標，0.92 為挑戰目標，為達成此目標平時考核配套應嚴格執行並適時調整內容。
 2. 各醫院 95 年第 2 季以後各季目標點數設定及平時考核配套。

季別	目標點數較 94 同期增加比率	單價核扣率提高(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)			專審核扣目標點比率
		P75 以上	P26~P74	P25 以下	
95Q2	2%	50%	40%	30%	0.10%
95Q3	1%	60%	50%	40%	0.15%
95Q4	0%	80%	70%	60%	0.20%

3. 95 年個別醫院目標點數依一般原則調整，再依各醫院各季平時考核結果微幅調整，且自 95 年第 2 季起非總額項目依 95 年架構調整。
4. 未來每年費協會成長率各醫院實質增加率依前一年全年平時考核結果設定差別成長率，其辦法下半年訂定。
5. 考量某些醫院各季間差異和整體趨勢不盡相同，因此參考最適方案辦法同意醫院事先規劃 95 年第 2 季至 95 年第 4 季目標點數相互流用，或 95 年第 2 季至 95 年第 4 季流用到 95 年第 1

季，設定完成即不得更動，各季間流用以當季目標點數正負 3% 為限。

6. 95 年第 1 季符合參加穩定方案資格而未加入之醫院，會後擬再徵詢其意願。

五、95 年藥費管理模式

(一) 藥費現況分析

1. 抗癌藥成長倍增，所列四種藥品皆為 92 年、93 年、94 年新藥，使用人數及每人費用大幅成長。
2. 以 94 年第 4 季與 93 年第 4 季比較，血友病患者人數減少而費用大幅增加，每人費用倍數成長所致。
3. 氫離子阻斷劑使用人數成長與制酸劑指示用藥需自費有關。
4. 以上現象醫院間或自身趨勢差異明顯。

(二) 藥費管理模式

1. 高費用佔、高成長、高單價等藥品列為管理重點。
2. 價、量成長異常者列為平時考核專業審查項目。
3. 病患歸戶分析，異常個案列為審查及稽核對象。
4. 診療模式差異大藥品或新藥療效以 EBM 模式討論，取得專業共識。

肆、報告事項決定：

- 一、為給各醫院緩衝調適平時考核計畫，95 年第 1 季審查結果將逕予核減（不得再申復、爭議審議），不予以核扣下季目標點數，對於審畢結果應加分醫院，仍給予增加下季目標點數，95 年第 2 季（含）起則完全依前開計畫（含目標單價管理）執行。
- 二、為使日後醫院平時考核計畫執行更加周延，本分局將邀集各層級醫院代表成立工作小組。

三、95 年第 2 季起專業抽樣審查，地區醫院計分原擬修正為「核減率 5% 以上負 10 分，每增加 3% 累計負 10 分，最高上限至負 60 分止」，再修正為「核減率 5% 以上負 10 分，每增加 1% 累計負 3 分，最高上限至負 60 分止」。

伍、提案討論：

提案一

提案單位：健保局中區分局

案由：有關 95 年度長期使用呼吸器患者其照護採分散式或收治人數較少之醫院，未納入長期使用呼吸器評量醫院處理方式，提請討論。

說明：

- 一、前次會議決議「只要有收治長期使用呼吸器照護案件之醫院，全部納入實地評量之分級管理，但全院總收治 10（含）人以下者，或其收治病患分散在 2 個病房以上且每一病房人數未超過 10 人者，將不予以評量，其醫療費用逕予以不高於 IDS 80% 給付（為利於急重症個案之緩衝，全院一般病房每月收治該類患者之總住院日數在 200 人日以下者不適用）」，但各方醫院反映此舉將迫使照護急重症醫院廣設長期使用呼吸器病房，造成急性病房利用率降低及排擠效應，故本分局擬將「長期使用呼吸器個案照護費用」區分為納入與未納入目標點數管理之醫院二類。
- 二、本分局同意「長期使用呼吸器個案照護費用」納入目標點數管理之醫院，該類個案處理方式：
 - （一）管理原則：該類醫院以照護急重症為主，收治是類個案是為緩衝急重症患者，其收治人數 10 人以下或分散病房，未納入 95 年呼吸器照護管理專案評量之

醫院。

- (二)以醫院ICU病床數比率，作為可收治長期使用呼吸器患者之人數（申報人日）上限，依層級別設定為—醫學中心：20%、區域醫院：15%、地區教學醫院：10%，收治人日未超過時，將不予以核減其醫療費用，惟為了解並維護照護品質，仍有不定期實地審查，審查重點為醫護人員整體照護品質（過程面），品質不良者（評量等級為B級（不含）以下者），將取消本項專案，並納入長期使用呼吸器照護品質專案管理（即比照不同意「長期使用呼吸器個案照護費用」納入目標點數管理方式辦理）。
- (三)長期使用呼吸器超出收治人數（申報人日），其「長期使用呼吸器」認定，與目前目標點數管理排除之定義相同，即申報案件為長期使用呼吸器領有重大傷病卡且住於一般病房者（排除急重症）。
- (四)收治人日超過時，其超出人日之醫療費用將全數核減，並比照目標點數管理方式，採季結算，費用月次季季末為其費用申報截止日，超過者其費用將核定為0。
- (五)本項費用管理和目標點數管理之穩定方案超出醫療費用併同處理（即不重複核減其醫療點數）。
- (六)醫院對於下轉之病患應妥適安排，若造成人球事件將取消其資格（即比照不同意「長期使用呼吸器個案照護費用」納入目標點數管理方式辦理），並依本保險特約管理辦法懲處。

三、本分局不同意「長期使用呼吸器個案照護費用」納入目標點數管理之醫院，該類個案處理方式：

- (一)管理原則：該類醫院為社區型態之醫療院所，其收

治人數 10 人以下或分散病房，未納入 95 年呼吸器照護管理專案評量之醫院。

(二)95 年 1-6 月之案件將不計其呼吸器使用日數，直接逕以不高於 IDS 75% 給付，其案件擷取條件為一般病房申報呼吸器（申報醫令為 57001B、57002B、57023B）累計申報人日數（以 ID 歸戶，該件人日數未超過 3 日（含）以下者，不納入計算），其醫療費用點數核減公式為：該類案件申報醫療點數－申報人日數 \times (1－0.75) \times 4,349（或 3,589）。

(三)95 年 7 月起依個案於一般病房長期使用呼吸器日數長短給付醫療費用：

1. 呼吸器使用日數 1-92（以病患 ID 跨院計算）日者，依 IDS 日定額 4,349 點之 75% 給付（核實申報之醫療點數未達定額申報折付後之點數，以核實申報點數給付）。
2. 呼吸器使用第 93-180 日以 IDS 日定額 3,589 點之 65% 給付（核實申報之醫療點數未達定額申報折付後之點數，以核實申報點數給付）。
3. 逐季調降 10% 給付，直至其給付點數調降為第四階段居家照護點數為止。

決議：照案通過。

提案二

提案單位：健保局中區分局

案由：有關 95 年度長期使用呼吸器 RCW 或一般病房評量表之呼吸治療師與護理人員之病床比，其評比之分子擬更改為當日照護人數，提請討論。

說明：

一、呼吸治療師及護理人員照護病床比，其原計算方式之

分子皆為評量前 2 個月平均病人次，本次評量請醫院提供之二個月前申報資料發現每人住院天數長短仍有落差，是以擬改為評量當日照護人數計算，餘仍比照辦理。

- 二、為了維護平時照護品質，本評量項目將列為平時考核項目，若平時考核未達評鑑時之照護病人比，將扣減總評量分數 3 分，且於評核當月重新計算其等級，並依新等級給付醫療費用。

決議：照案通過。

提案三

提案單位：健保局中區分局

案由：長期使用呼吸器照護品質審查評量項目「申報呼吸器案件之專責主治醫師比率」，其重症專科醫師比照胸腔暨重症專責醫師給分之資格，擬新增條件為「若為 85 年(含)以後取得內科主治專科醫師資格，之後在醫學中心實際從事加護病房及呼吸治療科照護二年以上經驗，再取得重症專科醫師資格，另需於 92 年 1 月至 94 年 12 月此 3 年期間有持續照護該類病患並有證明者」，提請討論。

說明：

- 一、原重症專科醫師比照胸腔暨重症專責醫師給分之資格，為重症醫師具備照護 ICU 經驗且經中華民國急救加護醫學會、台灣胸腔暨重症加護醫學會及中華民國重症醫學會聯委會甄選合格者(持有 93 年 12 月(含)以後之重症醫學專科醫師證書)，其計分比照胸腔暨重症醫師評量等級。
- 二、95 年專責醫師照護人日計算及門診時間擷取期間：95 年第 1 次評量為 95 年 1-2 月，95 年第 3 季為 7-8 月，

95 年第 4 季為 10-11 月。

決議：長期使用呼吸器照護品質審查評量項目「申報呼吸器案件之專責主治醫師比率」，其重症專科醫師比照胸腔暨重症專責醫師給分之資格，新增條件修正為「若為 85 年(含)以後取得內科主治專科醫師資格，之後在區域醫院(含)以上實際從事加護病房及呼吸治療科照護二年以上經驗，再取得重症專科醫師資格，另需於 92 年 1 月至 94 年 12 月此 3 年期間有持續照護呼吸器長期使用患者 1 年以上並有證明者」。另本案亦列為長期使用呼吸器品質實地評量-平時考核評量項目。

陸、散會：下午 5 點。