

105 年第 2 次「醫院總額東區聯繫會議」會議紀錄

時間：105 年 12 月 28 日（星期三）上午 10 時 30 分

地點：中央健康保險署東區業務組二樓多功能教室

出席單位及人員：

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院：陳星助、林玲珠、邱聖豪、
張菁育、張智容、羅春蘭、
林金蘭、高雯慧、鍾昀庭

台灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院：吳鏘亮、張淑琴、廖
秀珪、戴玉琴

台灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院壽豐分院：洪曜

國軍花蓮總醫院：曾豐仁、張國榮、蔡旻珊

衛生福利部花蓮醫院：蔡興治、陳秀蘭

衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院：黃靚音、邱宜真

衛生福利部玉里醫院：孫效儒

台北榮民總醫院玉里分院：胡宗明

台北榮民總醫院鳳林分院：胡宗明

佛教慈濟醫療財團法人玉里慈濟醫院：湯景慧

台東馬偕紀念醫院：卓秀霞

衛生福利部台東醫院：黃志暉、鄭家誼、王舒嫻

佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院：黃坤峰、彭佳琪

台北榮民總醫院臺東分院：賴秋伶

東基醫療財團法人台東基督教醫院：陳佑勝、張艷瑜

衛生福利部台東醫院成功分院：黃志暉

天主教花蓮教區醫療財團法人台東聖母醫院：彭衍翰

中央健康保險署東區業務組：李名玉、石惠文、董村鋒、
洪美榕、羅亦珍、王素惠、
林桂英、江春桂、梁燕芳、
李姿蓉、馮美芳、鄭翠君、
黃雨潔、陳君憲、劉靜怡、
楊惠仁、劉翠麗、涂琪

吳院長鏘亮
主席：李組長少珍

紀錄：李敬慧

壹、主席致詞

貳、病人出院準備經驗分享

報告單位：門諾醫院戴玉琴主任

參、確認前次會議紀錄(確認)：

105年6月28日「醫院總額東區聯繫會議」105年第1次會議紀錄。

肆、報告事項：

第一案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：醫務管理科近期措施及相關規定。

決定：

一、洽悉。

二、與會代表意見：

1. 一例一休新制實施後，對醫院營運及成本影響衝擊甚大，建議比照基層診所，對周末假日門診支付標準能予調升。
2. 106年即將來臨，但初級照護方案之疾病範圍、如何不予分配費用之定義均尚未定案，建議該方案之實施應有相關配套措施，且照護率不宜追溯計算。
3. 初級照護應視為監控工具，不宜當做計算或核扣費用之手段。

第二案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：報告 105 年醫療費用申報概況及點值預估、品質指標執行情形、健保醫療資訊雲端查詢系統。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：近期東區業務組對轄區各醫院之協助措施

決定：洽悉。

第四案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：為利民眾於本署全球資訊網查詢院所看診時段之資訊正確性，
請協助轉知各醫院確實登載並定期更新「看診備註」欄位資訊。

決定：洽悉。

第五案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：有關辦理「105 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」巡迴醫療服務辦理情形，暨 106 年度本方案修訂重點。

決定：洽悉。

第六案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：為提升論質支付方案照護人數，請鼓勵醫師積極收案。

決定：洽悉。

第七案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：有關為加強安眠藥物用藥管理，本署業於 105 年 12 月 1 日起「保險對象特定醫療資訊查詢作業」新增 Brotizolam、Zopiclone 及 Eszopiclone 等 3 項管制藥品成分之醫療用藥品項，並請配合完成院所內資訊系統修正作業。

決定：洽悉。

第八案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：修訂「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」。

決定：洽悉。

第九案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：有關「門診特定藥品重複用藥費用核扣方案」執行情形。

決定：洽悉。

第十案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：105 年第 2 季「門診透析總額醫療品質」執行情形。

決定：洽悉。

第十一案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：有關申報案件分類03（西醫門診手術）應併同申報PCS代碼，請配合辦理。

決定：洽悉。

第十二案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：請各醫院確實申報不計價安全針具。

決定：洽悉。

第十三案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：有關 106 年醫院總額門住診服務地區預算分配乙案。

決定：洽悉。

伍、提案及綜合討論事項

第一案

提案單位：中央健康保險署東區業務組

案由：有關本轄區偏遠地區醫院認定原則乙案，提請討論。

說明：

- 一、依105年第4次醫院總額研商議事會議決議，106年符合「醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則」之醫院，仍續予保障

其浮動點數採前一季當地平均點值支付(若當季浮動點值高於前季平均點值，則以當季浮動點值支付)。

二、106年「醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則」，其中分區認定原則1項，106年是否仍沿用105年認定原則『每萬人口西醫醫院醫師數在5以下者』。

三、轄區醫院所在地區之每萬人口西醫醫院醫師數詳附件。

決議：本轄區106年「醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則」，符合一致性原則有1家(衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院)，符合分區認定原則有3家(臺北榮民總醫院鳳林分院、衛生福利部臺東醫院成功分院及佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院)，合計共4家。

第二案

提案單位：中央健康保險署東區業務組

案由：「專業雙審及公開具名試辦方案」執行第1季結果及調整作業方式，提請討論。

說明：

一、本署為使醫療資源合理使用，自105年10月實施「核減案件雙審及公開審查醫藥專家姓名」之試辦方案，依據105年10至11月之實施經驗及105年第3季醫院總額醫療費用案件核付資料，其整體費用申報及核減變化情形統計結果如下：

項目	105Q3	104Q3	變化率	是否符合調整條件
1. 浮動點值大於5%	0.8608	0.8998	減少4.33%	未符合
2. 申報件數大於5%	2,539 萬件	2,514 萬件	成長0.99%	未符合
3. 申報點數大於5%	103,927 百萬點	97,781 百萬點	成長6.29%	符合*
4. 抽審核減率大於10%	2.79% (具名科別1.19%、非具名科別3.08%)	6.03% (具名科別4.09%、非具名科別6.34%)	減少53.66% (具名科別減少71.02%、非具名科別減少51.35%)	符合**

備註：1.申報點數可能受支付標準調整或醫療服務強度影響。

2.105Q3 抽審件數約145,588 件，較105Q2(160,766 件)減少9.4%，較104Q3 (165,488件)減少12.0%。

3.目前尚無審查醫藥專家反映受到威脅利誘等干擾。

4.泌尿科學會有意加入，已於105 年12 月4 日召開共識會，惟迄今尚未提供願意公開具名審查醫師名單。

二、東區105年第3季醫院整體核減率為0.71%，較去年同期1.88%降幅62.23%，亦較105年第1季1.64%降幅56.3%。

三、全國在試辦方案調整機制中有「方案試辦期間之申報件數及醫療費用點數較去年同期變動率大於5%」及「方案試辦期間之核減率較去年同期變動率大於10%」等兩項條件符合本方案訂定之調整標準，為維持本方案實施之目的，故將原「有核減案件均需雙審，第2審醫師對第1審核減結果有共識部分方進行核減」之作業方式調整為「符合特定情況之案件得進行雙審，第2審醫師可參考第1審醫師意見審查，最後以第2審醫師的審查結果作為核減結果為原則，必要時得召開共同審查會」。

四、調整內容

(一)試辦日期：106年1月1日起申報之初核及補報醫療費用案件（以申報日期為依據），惟抽審屬105年第4季期間之費用年月案件，得於分區業務組與醫院代表協商後，適用本方案。

(二)作業範圍：醫院總額全部科別。

1. 專業雙審：醫院總額全部科別。

2. 公開具名：續以醫院總額之婦產科、兒科、眼科、耳鼻喉科、神經科及精神科等6科辦理，特殊情況經公告不適用之分區除外。其他科別得依相關醫學會完成推薦及本署聘任等相關程序後於最近一季加入。

(三)作業方式：醫院總額全部科別之醫療費用案件符合特定情況者，得採專業雙審方式辦理審查作業。

1. 得採專業雙審情況：

(1)DRG或醫療費用案件整件核減者。

(2)住院高額或特定案件(案件分類3者)。

(3)急診案件有核減者。

(4)案件核減點數或核減率超過一定範圍者（其範圍由各區業務組自行訂定）。

(5)基於醫療費用核付合理性之需要，需再徵詢第二意見者。

2. 第一位審查醫藥專家有核減意見之案件，再請第二位審查醫藥專家針對全案並參考第一審醫藥專家之核減意見再次進行檢視，最後以第二位審查醫藥專家之核減意見（包含醫令項目、數量、成數、核減理由等），作為計算核減點數。

3. 對於爭議性較高之核減案件，必要時得召開共同審查會。

五、有關「專業雙審及公開具名試辦方案」調整一案，本轄區105Q4參與C級審查之醫院，無論抽樣月份，均以調整審查作業方式辦理，另特定情況得採雙審之「案件核減點數或核減率超過一定範圍者」，因實務作業判斷困難，擬暫不列入雙審作業。

決議：同意105Q4參與C級審查之醫院，無論抽樣月份，均以調整審查作業方式辦理，另特定情況得採雙審之「案件核減點數或核減率超過一定範圍者」，暫不列入雙審作業。

第三案

提案單位：中央健康保險署東區業務組

案由：擬修訂「東區業務組106年醫院專業審查措施」及「精神科醫療費用管理方案」案，提請討論。

說明：

一、為有效管控本轄區醫院醫療利用情形、尊重專業自主、提升醫療服務審查效率及醫療服務品質，擬訂「東區業務組106年醫院專業審查措施」草案，如附件。

二、另提供106年第1季各醫院基礎點數估算情形供參。

三、有關修訂東區「精神科醫療費用管理方案」執行成效及擬調整方案說明如下：

（一）東區自101年7月起實施「精神科醫療費用管理方案」，設定各院精神科虛擬總額，採閾值核扣及指標管理併行回饋機制之獨立管控方式，以逐步調整每人平均費用為目標；104年東區精神科門診每人診療費2,725點、住診每人精神治療費19,159點，分別較100年為負成長-21.5%及-15.7%，但門診每人診療費2,725點、每人費用14,721點、每人藥費9,668元；住診每人費用220,061、每人住院日188天、及每日藥費124

元、仍較其他5區平均值為高(1,958點、11,628點、7,591元及200,263點、142天及123元)。

(二)另東區精神科占整體醫療費用比率雖自100年13.47%，至105年1~10月降為12.34%，惟其他5區亦自5.02%降至4.55%，其降幅9.36%尚較東區8.39%為多。

(三)故106年擬持續辦理「精神科醫療費用管理方案」，惟提出下列修正方案：

1. 維持原管理方案之管理模式，但精神科管理目標計算方式採下列選項討論擇一：

(1)依現行以前一年同季精神科申報點數、虛擬總額(取小者)及指標管理達成情形(加計回饋)計算基礎點數，再加2%成長。

(2)前一年同季精神科申報點數<虛擬總額者，以申報點數採計，其餘以二者平均計算基礎點數，再加3%成長。—取消指標管理。

2. 本轄區所有精神科管控醫院，如參與A級審查方式(或逕予核扣)者，精神科含於全院管理目標點數管控(無精神科超額逕扣，由各醫院自行參考業務組提供之精神科管理目標點數作院內科際間發展之調控)；非參與A級審查醫院，則維持原管理方案之管理模式，但精神科管理目標計算方式依前述討論結果採計。惟東區整體精神科醫療費用季成長率如高於106年東區預算成長率(暫估4%)，則於次次季再度啟動所有醫院依原精神科管控方案之管理模式。

決議：

一、「東區業務組106年醫院專業審查措施」同意修訂如(附件1)。

二、106年持續辦理「精神科醫療費用管理方案」，修訂如下：(附件2)。

(1)精神科管理目標計算方式如下：前一年同季精神科申報點數<虛擬總額者，以申報點數採計，其餘以二者平均計算基礎點數，再加3%成長，取消指標管理。

- (2)參與A級審查方式(或逕予核扣)者，精神科含於全院管理目標點數管控；非參與A級審查醫院，則維持原管控方案之管理模式，但精神科管理目標計算方式依前述討論結果採計。惟東區整體精神科醫療費用季累計成長率如高於106年東區預算成長率(暫估4%)，則於次季再度啟動所有醫院無論列屬於何等級或採用之核付方式，超額部份均不予支付，四季均採C級審查醫院本項採季核付及年結算方式辦理。
- (3)為協助醫院合理管理東區整體精神科醫療費用成長率，請東區業務組按月提供各院年度累計申報成長情形供參。

陸、臨時提案(無)

柒、散會：14時0分