

102 年第 1 次「醫院總額東區聯繫會議」紀錄

時間：102 年 7 月 10 日（星期三）上午 10 時 30 分

地點：中央健康保險局東區業務組二樓訓練教室

出席單位及人員：

財團法人佛教慈濟綜合醫院：高瑞和、邱聖豪、林玲珠、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

台灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院壽豐分院：林明桂

國軍花蓮總醫院：項正川、陳毓堃、黃瑞京

行政院衛生署花蓮醫院：黃瑞明

行政院衛生署花蓮醫院豐濱原住民分院：鄧寶月

行政院退除役官兵輔導委員會鳳林榮民醫院：何裕鈞、

蔡高文

行政院衛生署玉里醫院：李新民、孔秀美

行政院國軍退除役官兵輔導委員會玉里榮民醫院：林知遠、

李蔚新

財團法人佛教慈濟綜合醫院玉里分院：張玉麟、林可人

馬偕紀念醫院台東分院：卓秀霞

行政院衛生署台東醫院：王舒嫻

佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院：黃坤峰、徐慧穎

行政院國軍退除役官兵輔導委員會臺東榮民醫院：(請假)

財團法人台東基督教醫院：陳佑勝

行政院衛生署台東醫院成功分院：廖淑慈

台東聖母醫院：彭衍翰

中央健康保險局東區業務組：楊錦豐、李名玉、蔡麗玉、

董村鋒、林桂英、江春桂、

梁燕芳、李敬慧、張瑋玳、

李姿蓉、董惠麟、涂 琪、

鄭翠君、馮美芳、曾碧珍

黃院長瑞明
主席：李組長少珍

紀錄：羅亦珍

壹、主席致詞(略)

貳、宣讀前次會議紀錄:(確定)

101年12月18日「醫院總額東區聯繫會議」101年第2次會議紀錄。

參、報告事項：

第一案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：二代健保醫事服務機構特約管理辦法修正宣導。

第二案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：報告102年醫療費用申報概況及點值預估、品質指標執行情形。

第三案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：為提升糖尿病患照護品質，請醫院參與方案並加強收案人數，提升照護率。

說明：

- 一、本局「糖尿病醫療給付改善方案」自 101 年 10 月 1 日起已納入支付標準第八部品質支付服務第二章「糖尿病」。
- 二、本組分析參與糖尿病品質支付服務個案資料，101 年參與照護方案之品質指標 HbA1C、微量白蛋白、眼底檢查、空腹血脂等執行率較未參與照護者高，其指標值 HbA1C、LDL、飯前血糖值、三酸甘油脂等檢查結果，均較收案當時及 100 年度下降，顯然在醫療服務團隊衛教指導下，參與照護之病患在品質及自我照護能力均有所提升，對糖尿病的控制與改善，有顯著成果。
- 三、本轄區 101 年糖尿病品質支付服務照護率 35.27%，未達目標值 35.91%，101 年各院照護率如下：

醫院簡稱	參與方案人數	符合收案人數	照護率
慈 ○ 醫院	1,329	3,888	34.18%
門 ○ 醫院	875	2,111	41.45%
國 ○ 花蓮	157	416	37.74%
馬 ○ 台東	670	2,538	26.40%
花 ○ 醫院	432	1,012	42.69%
玉 ○ 醫院	652	652	100%
台 ○ 醫院	359	852	42.14%
玉 ○ 榮院	221	872	25.34%
台 ○ 榮院	57	237	24.05%
台 ○ ○ 督教	249	1,330	18.72%
台 ○ ○ 母	474	474	100%

- 四、本轄區 102 年照護率目標值為 35.91%，照護人數成長率 $\geq 10\%$ ，請尚未參與方案之醫院組成照護團隊，並經縣(市)共同照護網

認證後向本業務組提出申請，並籲請參與方案之醫院加強收案，嘉惠更多糖尿病患。

決定：洽悉。

第四案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：為提升精神分裂症疾病之醫療照護品質，請醫院積極參與 102 年度「全民健康保險精神分裂症醫療給付改善方案」。

說明：

- 一、自 99 年起試辦，目前本轄區僅國軍花蓮總醫院及署立玉里醫院參與本方案，惟國軍花蓮總醫院自 100 年起未再收案。
- 二、本案收案標準依據病患前一年之就醫情形，由本局每年產製名單由分區交由參與醫院收案，一般病人管理照護費每人每年 1,000 點，高風險病人每人每年 1,500 點，未固定就醫或久未就醫者每一個案增加支付發現費 500 點。
- 三、本轄區 101 年應照護人數為 6,229 人，署立玉里醫院收案人數 1,922 人，本業務組照護率為 30.86%與目標值 43.20%差距甚遠，101 年符合收案未收案醫院有 10 家，各院應收案人數(詳附件 4，P43)，請醫院參與方案並加強收案，以提昇病患之生活功能與品質、降低社會成本。

決定：洽悉。

第五案

案由：有關「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」執行情形。

說明：

- 一、本局目前針對慢性腎臟病第 3b、4、5 期病患提供 Pre-ESRD 計畫，經腎臟醫學會實證證明可有效延緩腎功能惡化速度。為更

進一步減少洗腎發生率，完整慢性腎臟病照護網絡，對於初期慢性腎臟病患者（第 1、2、3a 期）亦積極進行疾病管理，藉由醫療團隊提供完整且正確的照護，監測腎功能，提供治療及衛教措施。

二、本局資料分析 102 年第 1 季與 101 年收案情形（102 年 5 月 15 日「全民健康保險醫療給付費用門診透析服務研商議事會議」資料），臚列如下：

（一）醫學中心：16%

（二）區域醫院：17%

（三）地區醫院：26%

（四）基層診所：70%

三、東區 Early-CKD 計畫目前整體收案率偏低，尤其是醫院部門，推測係因本計畫收案對象之腎功能不似 Pre-ESRD 個案差，符合收案對象大多分散在醫院內其他非腎臟專科，為降低台灣洗腎發生率，請醫院部門之非腎臟專科醫師共同努力，加強本計畫之收案與管理。

四、檢附「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」供參。

決定：洽悉。

第六案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：有關同(跨)院所領取相同藥品，擬擷取申報資料，逕予核扣費用案。

說明：

一、本保險開辦以來，藥費支出占整體費用約 25%，惟外界認為仍屬偏高，醫師猛開藥及民眾逛醫院拿藥等不當事件時有所聞。查本轄區 101 年醫院總額藥費占率 27.55%，高於本局占率。

二、為提昇保險對象用藥安全及撙節醫療資源，避免重複用藥，就保險對象於同(跨)院所就醫，重複領取相同藥品，擬不予給付。

三、本項作業先擷取申報資料提供各院參考，輔導期間 3 個月(費用年月 4~6 月)，自 102 年 7 月份費用年月起，同院重複部分：逕予核扣；跨院重複部分：加強辦理抽審。

決定：同院重複部分，自102年8月份費用年月起逕予核扣。

第七案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：有關 101 年「西醫門診抗生素使用率」案。

說明：

一、依據本局 102 年 3 月 13 日健保審字第 1020081535 號請辦單資料，101 年西醫醫院門診抗生素使用率為 7.8%；前 5 大主要診斷為：

(一) 急性上呼吸道感染

(二) 急性支氣管炎

(三) 急慢性扁桃腺炎

(四) 肺炎

(五) 中耳炎

二、本業務組除第 1 項「急性上呼吸道感染」抗生素使用率低於本局平均值外，其餘 4 項多階段年齡層之分析較本局為高。

三、分析本業務組 102 年 1 月至 3 月西醫醫院抗生素處方率為 7.42%，惟部分醫院處方率仍高於本局 7.8%(如附表)。為撙節本保險有限資源及病人用藥安全，請醫院協助輔導醫師配合辦理、審慎用藥。

決定：洽悉。

102 年 1~3 月醫院抗生素用藥統計表

院所代碼	院所簡稱	加總 - 抗生素件數 (a)	加總 - 給藥案件數 (b)	抗生素件數								抗生素處方率 (a/b)	5 種疾病處方率 (c/b)	5 種疾病抗生素處方率 (c/a)
				急性上呼吸道感染	急性支氣管炎	急性扁桃腺炎	肺炎	中耳炎	小計 (c)	其他	合計			
0146xxx519	署 xxxxx 分	520	5021	41	7	7	5	1	61	459	520	10.36	1.21	0.12
1146xxx014	馬 xxxxx 東	7291	75110	756	273	168	1040	309	2546	4745	7291	9.71	3.39	0.35
1146xxx032	台 xxxxx 教	3378	38342	363	35	104	429	162	1093	2285	3378	8.81	2.85	0.32
1146xxx041	台 xxxxx 醫	215	2761	34	33	35	2	4	108	107	215	7.79	3.91	0.50
1145xxx012	慈 xxxxx 分	2129	27508	105	33	53	24	19	234	1895	2129	7.74	0.85	0.11
1145xxx038	門 xxxxx 院	6275	82029	334	44	159	662	95	1294	4981	6275	7.65	1.58	0.21
1145xxx010	慈 xxxxx 院	10178	136899	436	49	226	231	211	1153	9025	10178	7.43	0.84	0.11
0146xxx013	台 xxxxx 院	1739	23645	50	6	27	38	11	132	1607	1739	7.35	0.56	0.08
0545xxx515	國 xxxxx 蓮	1641	22516	243	106	155	217	42	763	878	1641	7.29	3.39	0.46

第八案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：請各醫院加強推動 CT、MRI 檢查資源共享之利用，並提升重要醫令上傳全國醫療影像中心之比率。

說明：

- 一、為節制醫療資源耗用，降低重複檢查檢驗，避免民眾重複暴露於高劑量之幅射環境，本局自 93 年起推動「全民健康保險醫療費用支付標準特定檢查資源共享試辦計畫」。
- 二、依本局分析資料顯示，全局申報 CT 檢查資源共享情形，全局 101 年申報原檢查醫院提供特殊造影檢查影像及報告費之總量為 18,595 次，占 CT 總申報量 1.2%，東區申報 212 次，占 CT 申報量比率 0.5% 為全局最低；另全局申報第二次處方醫院申請特殊造影檢查影像及報告費之總量為 21,858 次，但東區僅申報 2 次。

- 三、全局 101 年申報 MRI 資源共享原檢查醫院提供特殊造影檢查影像及報告費之總量為 9,716 次，東區僅申報 109 次；另全局申報第二次處方醫院申請特殊造影檢查影像及報告費之總量為 13,237 次，東區則無院所申報。
- 四、鑑於本轄區 CT、MRI30 日內無論同院或跨院之再次執行率，101 年 CT 皆為全局第二、MRI 皆為全局最高，請各醫院審慎評估病患再執行之必要性，並加強推動 CT、MRI 檢查資源共享之利用。
- 五、另為提升資源共享之使用效率，亦請各醫院將重要醫令檢查結果上傳至全國醫療影像中心，並於開立檢查前先至該影像中心網查詢影像。

決定：洽悉。

第九案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：有關「門診透析總額專業醫療服務品質指標」101 年第 4 季及 101 年全年監測結果與公佈事宜。

說明：

- 一、依據本局 102 年 5 月 27 日健保審字第 1020035442 號函辦理。
- 二、101 年第 4 季季報係依台灣腎臟學會 102 年所提供之資料編製，並依行政院衛生署 101 年 4 月 9 日衛署健保字第 1010007029 號函核定，全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案附表之積極性目標值監測。
- 三、101 年第 4 季報(含 101 年全年值)，業公布於本局全球資訊網(首頁\資訊公開\健保資訊公開\醫療品質資訊公開\專業醫療服務品質報告\門診透析總額專業醫療服務告)。本業務組 101 年全年監測結果：指標項目 5—死亡率、指標項目 6—屢管重建率高於監測值，為維護病人權益及醫療品質，請協助輔導改善。

決定：洽悉。

第十案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：重申保險對象就醫未能及時繳驗保險憑證者，醫療院所先行提供醫療服務，應依保險醫療費用收取，不得超額收費。

說明：

- 一、全民健康保險醫療辦法第 4 條第 1 項規定：「保險對象就醫，因故未能及時繳驗健保卡或身分證件者，保險醫事服務機構應先行提供醫療服務，收取保險醫療費用，並開給符合醫療法施行細則規定之收據；保險對象於就醫之日起 10 日內（不含例假日）或出院前補送應繳驗之文件時，保險醫事服務機構應將所收保險醫療費用扣除保險對象應自行負擔之費用後退還。」
- 二、請醫療院所確實依前開規定收取保險醫療費用（即俗稱押金，應依實際保險醫療費用收取），並開給保險醫療費用項目明細表及收據，不得超額收費，避免事後保險對象向本局申請自墊核退醫療費用之爭議。
- 三、自 102 年起保險對象未帶健保卡就醫，補卡期限已修改為 10 日內（不含例假日）；倘院所尚未向本局申報費用，為方便及服務保險對象，請配合辦理補卡事宜。

決定：洽悉。

第十一案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：「保險醫事服務機構提供病歷或診療相關證明文件，以複製本或電子資料送審時，應載明與正本相符，或另行以書面聲明」以符法令規定，請協助輔導特約院所配合辦理。

說明：

- 一、依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第3條第3項規定，醫療服務審查所需之病歷或診療相關證明文件，保險醫事服務機構應於保險人通知後提供；其提供複製本或電子資料送審者，應載明與正本相符，或另行以書面聲明。
- 二、查行政院衛生署於101年研議前述法規修訂時，考量醫療服務機構如需檢送複製本量大要逐頁加蓋「與正本相符」之戳章，確有困難。為簡政便民，故有另以書面聲明該次所送複製本與正本相符而無需逐頁加蓋前開戳章之配套措施規定。
- 三、依上開修法理由，醫事服務機構得依其自身作業需要，選擇逐頁載明「與正本相符」或以書面文書聲明該次送審資料與正本相符。
- 四、本案已於102年5月30日以電子郵件及健保服務資訊網服務系統(VPN)周知院所，並於6/25提供聲明書(範本)電子檔，請於7/1起送審案件(含申復補件者)依此規定辦理。

決定：洽悉。

臨時報告案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：報告自費特材相關議題及收費原則。

決定：請醫院提供修正意見給相關醫院協會，於7月底前提出支付標準研修。

肆、提案討論：

第一案

提案單位：中央健康保險局東區業務組

案由：擬修訂「東區業務組102年醫院專業審查措施」指標監控項目案，提請討論。

說明：

- 一、配合本局今年度之管控重點，擬修正「東區業務組102年醫院專業審查措施」相關指標監控項目，取消原指標項目「慢性病開立慢性病連續處方箋百分比(指標代碼1318)」，以「門診CT、MRI醫令執行率(指標代碼365)」取代。
- 二、修正後指標監控項目及新指標同儕值如(附件9)。。

結論：通過。

第二案

提案單位：馬偕紀念醫院台東分院

案由：有關健保支付預算歸類調整時，建議應依原各醫院過去實際發生額度，參考當年度預算成長額度，比率調整回各院總額內目標值案，提請討論。

說明：

- 一、目前東區共管方案中，總額外的項目並未納入各醫院總額內目標值的管控。但健保各項支付，可能因為政策而調整支付類別。如102年度BC肝由總額外回歸一般總額，現況監所業務雖為總額專款，但可能於來日變更為總額一般部門。
- 二、建議若因為健保支付預算歸類調整時，應同步反應回醫院管理額度內，且反應的公式應以該類原請款過去實際發生額度，參考預算成長額度，比率調整回各院總額內目標值，非放置於東區總額內按分配公式再處理。
- 三、此調整方式可公平分配原請款類別回總額內的目標管理，也不會讓配合總額外執行各項業務的醫院因為支付預算歸類調整時有失公允的情況。

東區業務組意見：

- 一、因本年度醫院總額已將B、C型肝炎治療計畫費用納入一般部門預算，故本業務組於第1季計算各院管理目標數時，係權宜修

正基礎點數及基期預估預算採加計基期之B、C肝藥費，重新計算預估預算成長率後，再依原各項調整因子計算出各院管理目標點數；惟計算精神科管理目標點數，仍先予扣除B、C肝藥費部分。

二、依馬偕台東分院之建議，本業務組同意自102年第2季起之管理目標點數，擬依原各醫院新納入項目(如BC肝藥費)過去實際發生數，參考當年度預估預算成長率，先予扣除保留後，計算當季預估預算，其餘計算方式不變，該項費用再加回給原申報醫院之管理目標點數。

三、原藥費成長率指標計算係排除BC肝藥費，配合B、C肝費用納入一般部門預算，亦同時自第2季起修改當季及基期之藥費均不排除本項費用。

結論：

一、同意依馬偕台東分院之建議，自102年第2季起依原各醫院新納入項目(如BC肝藥費)過去實際發生數，參考當年度預估預算成長率，先予扣除保留後，計算當季預估預算，其餘計算方式不變，該項費用再加回給原申報醫院之管理目標點數。

二、藥費成長率指標計算亦同時自第2季起，修改當季及基期之藥費均不排除BC肝藥費。

第三案

提案單位：行政院衛生署臺東醫院

案由：為健保醫療102年台東醫院成功分院門診A級管理基礎點數調整方案，擬請同意調整。

說明：

一、成功分院身為公立醫院又地處醫療資源缺乏之東部地區，除全力配合政府公共醫療及衛生政策之執行並責無旁貸照護偏遠地區弱勢族群，落實病患就醫之權益，分院提供在地醫療未提供之次專科（糖尿病特別門診、腎臟特別門診、兒科、婦科、眼科、骨科、牙科、精神科）等多科診療服務及24小時緊急

救護醫療，充實在地醫療服務，減少病患因一般疾病須至市區看診舟車勞頓之苦，亦可減少醫療資源浪費。

- 二、依 101 年 Q1 分院實際醫療費用 4,733,637 與 102 年 Q1 醫療費用 6,095,374 兩季相較門急診醫療費用點數增加，相對藥品使用量亦會增加。
- 三、然醫療品質監測項目中：藥品費用成長率之定義是以去年申報藥品費用之季平均為基礎點數，且需負成長才能達到此項指標，對醫療費用成長之分院較不合邏輯，以目前成功分院 102 年 1-2 月的藥費佔率 22.49%，遠低於同儕醫院藥費佔率平均值 31.84%。
- 四、擬以合理平均藥費佔率為監測目標值，較合乎目前分院提供醫療照護之合理性。若指標監測之方式無法以合理平均藥費佔率為監測指標，仍應以藥品基礎點數為依據。建請增加醫療及藥費額度，以利成功分院業務推展落實病患就醫之權益。

東區業務組意見：

- 一、台東醫院成功分院雖因申請「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」案，增加醫療資源之投入，惟分析醫院收治之病患並未增加，故本次暫不予調整分級管理之基礎點數，俟未來整體考量再議。
- 二、有關本業務組專業審查措施品質指標監控項目之藥費成長率，其指標達成計算為成長率 $<0\%$ 時得1.5分，成長率 $<1.5\%$ 則得1分，故藥費仍有1.5%之容許成長率，並非與去年季平均藥費相較負成長才能達到此項指標。
- 三、考量該院因醫療資源投入所增加之診療科別及型態改變，收治病患類別不同且原母數較小，對藥費成長率影響較大；且因其門診每日藥費及每人藥費均為東區最低，故改為監控其每日藥費不高於20元，即可視為本項指標達成(以1分採計)。

結論：同意台東醫院成功分院藥費成長率指標項目，改為監控其每日藥費不高於20元，即可視為本項指標達成(以1分採計)。

第四案

提案單位：中央健康保險局東區業務組

案由：有關本聯繫會議之共同主持人「輪值主席團」建議改由本轄區所有醫院院長輪流擔任，提請討論。

說明：

- 一、鑑於本「醫院總額東區聯繫會議」之組織章程係94年10月訂定，其中醫院主席團之「輪值主席」亦於當年度選出，為時已久遠；且依原章程所訂內容，主席團每年改選一次，連選得連任。
- 二、因該章程訂定迄今多數醫院已歷經多任院長調動，或有熱心公眾及總額相關事務之院長願意協助，且各院院長常有要務繁忙，協調會議主席時間易有衝突，故本聯繫會議之「輪值主席團」建議改由本轄區所有醫院院長輪流擔任。
- 三、本會議未來仍儘可能安排於星期四召開，各院如有定期召開之會議，煩請予以錯開，俾利院長出席會議。

結論：通過。

第五案

提案單位：中央健康保險局東區業務組

案由：擬修訂「東區業務組精神科醫療費用管理方案」，提請討論。

說明：

- 一、為持續管控本轄區醫院精神科醫療費用，並提升醫療服務審查效率及急性醫療照護品質，擬延續辦理「東區業務組精神科醫療費用管理方案」。
- 二、另修正指標評核結果，有未達成者，依差額比率計算指標未達應核扣點數，以全院精神科應扣數及指標差額較大者核扣。
- 三、醫院精神科門診或住診入出院病患人數有超過30%以上，與轄區另一家醫院跨院就醫情形者，此二家醫院之虛擬總額計算過程中，繼續照護、減少或新增病患之認定，採歸戶計算。

結論：同意延續辦理，修訂後「東區業務組精神科醫療費用管理方案」如附件，並自102年第3季起適用。

陸、散會：下午12時30分