

99 年第 3 次「醫院總額東區聯繫會議」紀錄

時間：99 年 12 月 8 日（星期三）上午 10 時 30 分

地點：中央健保局東區業務組二樓多功能教室

出席單位及人員：

財團法人佛教慈濟綜合醫院：陳星助、鍾昀庭、楊陵湘

財團法人台灣基督教門諾會醫院：周恬弘、廖秀珪、張淑琴

財團法人台灣基督教門諾會醫院壽豐分院：林明桂

國軍花蓮總醫院：洪世明

行政院衛生署花蓮醫院：黃瑞明、郭名釗

行政院衛生署花蓮醫院豐濱原住民分院：蔡興治、鄧寶月

行政院退除役官兵輔導委員會鳳林榮民醫院：蔡高文

行政院衛生署玉里醫院：孫效儒

行政院國軍退除役官兵輔導委員會玉里榮民醫院：李蔚新

財團法人佛教慈濟醫院玉里分院：唐昌澤、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：侯承伯、邱秀燕、鐘美珠

財團法人佛教慈濟關山分院：黃坤峰、彭佳琪

行政院國軍退除役官兵輔導委員會臺東榮民醫院：李蔚新代

財團法人台東基督教醫院：陳佑勝、張艷瑜

行政院衛生署台東醫院成功分院：邱秀燕代

天主教聖母醫院：高振勝

中央健康保險局東區業務組：邊子強、陳陸英、蔡麗玉、

林桂英、李敬慧、董村鋒、于

采蘋、江春桂、張瑋玳、尤碧
雪、洪美榕

主席：郭院長武憲
呂組長穎悟

記錄：羅亦珍

壹、主席致詞(略)

貳、宣讀前次會議紀錄:(確定)

99年7月9日「醫院總額東區聯繫會議」99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：報告醫務管理相關配合辦理事項及特約管理辦法修正重點。

第二案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：報告99年醫療費用申報概況及點值預估、品質指標執行情形及
100年醫院總額相關決議。

第三案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：重申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
畫申請相關規定，請各醫院配合辦理。

說明：

一、特定檢查資源共享試辦計畫申請程序，由第二次處方醫院申請

為原則，保險對象經醫師診治因病情需要，得由第二次處方醫院檢具申請同意書，向原檢查醫院申請特殊照影檢查影像及報告，以供診斷疾病之參考。

- 二、病患自行攜帶複製片，經第二次處方醫院使用並作成診斷報告，得申請本試辦計畫第二次處方醫院之費用。
- 三、原檢查醫院提供複製片隨轉診資料至下一家醫院，應視為轉診資料之一部分，是否為資源共享應由第二家醫院判斷並提出申請，否則均不得申請資源共享之費用。

第四案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：請醫院持續以 PACS-電子化專業審查系統辦理事前審查案件及重申事前審查應注意事項。

說明：

- 一、經查本轄區目前有辦理事前審查之院所共計 35 家(含診所)，其中以 PACS 系統申請事前審查計有慈濟醫院玉里分院、慈濟醫院關山分院、慈濟醫院、馬偕台東分院、玉里榮民醫院、門諾會醫院及台東基督教醫院等 7 家醫院，惟上開醫院僅門諾會醫院除風溼免疫科及血液腫瘤科外均以 PACS 系統傳送，其餘醫院僅骨科特材採 PACS 系統傳送，其餘案件(如藥品)尚以書面辦理；另國軍花蓮總醫院、台東榮民醫院、署立臺東醫院等 6 家尚採書面作業。
- 二、本業務組因無風濕免疫科及血液腫瘤科之專審醫師，為縮短審查時效，請醫院配合於 PACS 系統傳送後，儘速另檢送書面資料，俾外送其他分區業務組審查。
- 三、邇來仍發現有醫院未依事前審查核定結果即逕予以執行，爰重申申請特約院所依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 24 條規定，應事前審查項目，保險醫事服務機構未於事前提出申報或報備，或未經保險人核定即施予者，得依程序審

查不支付費用。事前審查案件，申報或報備後未及經審查回復即因急迫需要而施行者，應依專業審查核定結果辦理。

四、統計本業務組 99 年 1 月至 11 月 PACS 事前審查案件。

建議：

- 一、為響應政府推展 e 化之既定政策，請配合提昇「電子化專業審查系統」事前審查案件數，請尚未測試之醫院儘速前來測試；並於系統測試成功且穩定後，儘速向本業務組報備以單軌方式作業。
- 二、請慈濟醫院玉里分院、慈濟醫院關山分院、慈濟醫院、馬偕台東分院、玉里榮民醫院、台東基督教醫院等 6 家醫院，藥品事前審查案件亦能以 PACS 系統傳送。

第五案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：為簡化重大傷病證明申請作業流程，請轄區醫院申請重大傷病證明以網路(VPN) 方式申請。

說明：

- 一、目前重大傷病證明申請方式:有 1. 現場 2. 郵寄 3. 網路申請等三種方式。
- 二、99 年本轄區各醫院以網路(VPN) 方式申請重大傷病證明佔率；台東基督教醫院 97.01%居首、鳳林榮民醫院 94.83%次之、慈濟關山分院 90.91%居三。
- 三、98 年重大傷病證明核發事後查證機制，抽審本轄區醫療院所透過 VPN 方式申請重大傷病證明之院所，調閱院所病歷送專業審查保險對象計 55 名，審查結果均符合規定。
- 四、鑑於本轄區醫院以 VPN 方式辦理保險對象申請重大傷病證明已趨穩定成熟，為簡化醫事服務機構與健保局東區業務組作業流程，請各醫院配合以 VPN 方式申請重大傷病證明。
- 五、檢送「特約醫院代辦重大傷病證明 VPN 網路申請作業須知」。

擬辦：

- 一、以雙軌作業方式：符合「特約醫院代辦重大傷病證明 VPN 網路申請作業須知」之重大傷病項目，除以網路(VPN)方式申請外，另應檢附重大傷病證明書及身分證明文件、病歷摘要、檢查及檢驗資料送專業審查。
- 二、以單軌作業方式：無須送專業審查之重大傷病項目，可以網路(VPN)方式申請不需再檢附相關資料，本業務組於接收傳送資料後，逕由線上行政審查，審查無誤後直接核定。
- 三、自 100 年 1 月起請各醫院來函報備配合網路(VPN)作業方式及實施時程並指定窗口人員及聯絡電話，俾利本業務組配合相關行政作業。

第六案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：有關「妥善運用健保 IC 卡 提升民眾就醫品質」宣導案，請各醫院配合辦理。

說明：

- 一、依據全民健康保險監理委員會第 185 次委員會決議事項辦理。
- 二、請各醫院週知院內醫事人員配合健保 IC 卡查詢、登錄及上傳事宜。

第七案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：請特約醫院配合辦理保險病床資訊公告事宜。

說明：

- 一、依本局 99 年 5 月 24 日健保醫字第 0990072623 號，暨 99 年 8 月 3 日健保醫字第 0990073120 號函辦理。
- 二、次依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 33 條規定：特約醫院應於其住院櫃檯及其網際網路網頁明顯標示其設

置之總病床數、各類病床之每日占床數及空床數、保險病床數及其比率、收取差額之病床數及其差額數等資料，並於其病房護理站明顯標示該病房之前述各項資料。

三、違反此規定將依同法第 35 條第 1 項第 2 款規定，由保險人予以違約記點一點。

第八案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：東區 16 家醫院(不含財團法人臺灣基督教門諾會醫院壽豐分院)門診 99Q1~99Q3 醫療費用解構分析 3 張，請參考。

肆、提案討論

提案單位：中央健康保險局東區業務組

案由：有關 100 年醫院專業審查措施一案，提請討論。

說明：

- 一、為有效管控本轄區醫院醫療利用高成長情形、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 99 年醫院專業審查措施」草案甲、乙二案。
- 二、鑑於本業務組自 96 年起推行醫院專業審查措施起，多年來各醫院之醫療型態已多有變化，致使各院依 96 年管理目標為基礎點數，依門、住診調整因子計算至 99 年之管理目標點數，已有不符現況之情形，故 100 年管理目標基礎點數擬在現有基礎下酌予修正。另提供 99 年與 96 年原分配管理目標點數變化情形，及 100 年管理目標基礎點數試算表供參。

結論：請各醫院仔細思考 100 年東區未來最佳之執行方向，於 2 週內提供意見予東區業務組後，擇期召開臨時會議再進行討論。

第二案

提案單位：行政院衛生署台東醫院

案由：有關100年分配醫院管理目標基礎點數案，提請討論。

說明：

- 一、據悉99年1-4季醫院管理目標點數係參考98年管理點數為依據。以99年Q3為例：本院住診管理目標，因故較Q2短失少13,421,659；Q4亦然。
- 二、據瞭解短少管理目標點數為精神科預算。然本院98年12月恢復精神科門診後，為應台東精神醫療網需求，本院全面提供24小時急診服務警察、消防機關亦優先將精神病患護送至本院就醫。12個月以來精神科業務已穩定且回流。精神科以外之其他科，亦在貴局規劃下戮力經營。衛生署協助並指派3名優秀的精神科醫師加入本院精神科業務陣容。本院已具備優質醫療團隊及肩負衛生署交付充分提供台東社區急性精神病患醫療之使命。
- 三、99年6月本院已有衛生署派3名專科醫師支援，預計100年另增加5名醫師將支援本院醫療業務。另11月16日楊署長蒞臨台東視察本院，亦明確指示本院應擴大協助在地醫療服務及各項醫療政策執行，並已責成某醫學中心將支援本院醫療業務。
- 四、本院99年7月29日東醫字第0990004962號、99年9月1日東醫字第0990005767號，合先敘明。
- 五、綜上；建請 貴局業務組編列100年Q1-Q4管理目標同時，給予本院更合理服務點數額度。。

東區業務組意見：

- 一、鑑於本轄區各醫院自96年實施醫院專業審查措施以來，各醫院管理目標數至99年除署立台東醫院外，均為正成長情形。
- 二、署立台東醫院因受陳明哲醫師事件影響，多年來在精神科管理目標數部分反復刪除重分配的結果，確實造成該院管理目標數不增反減，尤以第3季所受影響最大(門診-4.6%、住診-19.1%)。
- 三、本業務組建議計算該院住診100年第3、4季基礎點數之基準，

參考其99年第3季就醫人數與96年人數之負成長比率進行調整，擬將該院原管理目標數為-19.1%，調整為-10%，依調整後之點數45,477,887為基準，再依專業審查措施各醫院之基礎點數計算原則辦理。

結論：100年基礎點數調整部分，併第一案於下次臨時會再討論；另99年第4季基礎點數，參考其99年第3季就醫人數與96年人數之負成長比率進行調整，將該院原96年第4季管理目標數調整-10%，依調整後之點數列為99年第4季之基礎點數。

第三案

提案單位：財團法人臺灣基督教門諾會醫院壽豐分院

案由：建請同意門諾會醫院壽豐分院100年度管理目標點數一案，提請討論。

說明：

- 一、門諾會壽豐分院99年1月13日申請特約，開床數為急性20床、慢性56床、日間照護30床，於99年3月增加日間照護60床，於99年10月底增加急性20床、慢性104床，截至10月底止開床數為急性40床、慢性160床，日間90床，衛生署核定的床數於99年10月底全數開床完畢。
- 二、99年度目標點數計算方式為門診每人3,000點，每季估1,300人，住診每床40,000點，惟門診當季若低於原預估病人數10%(1,170人)或住診當季佔床率低於70%時，依實際調整管理目標點數。
- 三、依分級審查方案基期採前一年計算，因壽豐分院99年第四季起較第一至三季床數急性、慢性病床皆增加一倍的情況下，建請同意100年第一季至第三季依照99年計算方案核定管理目標點數，100年第四季起回歸基期計算管理目標點數。

結論：併第一案於下次臨時會再討論。

第四案

提案單位：行政院衛生署台東醫院

案由：建請東區業務組於每月初提供前月各院分級審查監測指標項目執行情形。

說明：

- 一、分局對醫院分級審查監測指標項目執行情形皆於季末統計達成數，本院為配合政策並落實各項監測指標，每月自行監測分析各項指標達成率，然至季末時與分局統計之達成數有部分落差，影響甚巨。
- 二、為即時瞭解本院各項監測指標，建請東區業務組於每月初提供前月各院分級審查監測指標項目執行情形，以提昇醫療服務品質。

結論：東區業務組同意於每月初提供前前月各院分級審查監測指標項目執行情形。

第五案

提案單位：中央健康保險局東區業務組

案由：有關本轄區偏遠地區醫院認定原則一案，提請討論。

說明：

- 一、依醫院總額支付委員會 99 年第 4 次會議決議，100 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、99 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，100 年是否仍沿用 99 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 10，P109)。

結論：本轄區 100 年「醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則」，其中分區認定原則仍沿用 99 年之認定原則「每萬人口西醫醫院醫師數在 5 以下者」一項，故本轄區符合一致性原則有 1 家(

花蓮醫院豐濱原住民分院)，符合分區認定原則有3家(鳳林榮院、慈濟關山分院及台東醫院成功分院)，合計共4家。

第六案

提案單位：行政院衛生署台東醫院

案由：建請山地離島偏遠地區醫療費用採公務預算核付，以保障與鼓勵偏遠地區醫療服務。

說明：

- 一、山地離島偏遠地區醫院-豐濱分院、關慈分院、成功分院、鳳林分院，其醫療費用由該區總額內支付，然東區預算係全台最低，花東地區幅員遼闊，交通成本偏高，重大傷病個案多，且花東地區以發展觀光為志業，觀光人口倍增，為保障及提昇山地離島偏遠地區的醫療服務與品質。
- 二、建請 貴局對山地離島偏遠地區醫療費用採公務預算核付，至 紉公誼。

結論：請東區業務組轉請總局協助處理。

伍、臨時動議

第一案

提案單位：財團法人佛教慈濟綜合醫院

案由：敬請健保局研擬東區醫院點值提升方案

說明：健保東區西醫醫院醫療費用點值一直是全區最低，但東區中醫、牙醫、西醫基層卻常是全區最高，醫院配合東區健保局管控多年但點值提升未見成效，跨區就醫攤扣亦未能有具體成果，故目前仍陷入點數與點值間的惡性循環，醫院投入更多的成本但卻獲得更低的點值。

擬辦：

- 一、建議加強醫療費用審核，以促使醫療費用成長之合理性回歸專業審核判定。

- 二、請健保局提出資料分析, 針對成長率較高的醫療項目須設定目標值, 避免東區整體醫療費用結構不合理扭曲。

結論：請各醫院配合辦理。

第二案

提案單位：中央健康保險局東區業務組

案由：有關專業審查醫師因院內業務繁忙，無法來本業務組執行專業審查事宜，造成費用核付時效壓力，提請討論。

說明：

- 一、依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第十條：保險醫事服務機構送核、申復、補報之醫療服務案件，保險人應於受理申請文件之日起六十日內核定，屆期未能核定者，應先行全額暫付。
- 二、又同上法第二十二條：保險人應於收到保險醫事服務機構送達事前審查申報文件起二週內完成核定，逾期未核定者，視同完成事前審查。但資料不全經保險人通知補件者，不在此限。
- 三、請各院轉達審查醫師，每月預留可到本業務組審查之時間，俾利審查業務推動。

結論：併第一案於下次臨時會再討論。

陸、散會：下午13時30分