

行政院衛生署中央健康保險署高屏業務組

104 年醫院總額院長座談會第 2 次會議紀錄

時間：104 年 12 月 17 日（星期四）下午 2 時

地點：高雄醫學大學附設中和紀念醫院啟川大樓6樓第一講堂

對象：轄區西醫醫院

一、主席致詞(略)

二、報告事項

(一)長期照顧保險規畫說明。

(二)轄區醫院醫療費用申報情形。

(三)年度重點管理項目執行結果。

(四)近期配合暨新增規定事項：

1. 本署 Tw-DRG 規劃實施最新動態，包括 Tw-DRG 全面導入修訂項目、支付通則修訂、暫緩實施項目及 Tw-DRG 全面導入醫院準備情形。
2. 轄區醫院執行 ICD-10-CM/PCS 門診預檢情形、模擬 ICD-10-CM/PCS 醫療費用申報上傳宣導、跨年度申報規定、及申報 105 年 1 月醫療費用應注意事項。
3. 104 年 Q1~Q3 急診品質提升方案申報情形及急診品質提升方案修訂草案說明。
4. 健保醫療資訊雲端查詢系統簡介；門診特定藥品重複用藥費用核扣及重複用藥說明檔案上傳；PIC/S GMP 政策推動；參加即時查詢獎勵方案檢驗(查)結果及病摘要上傳情形。

5. 健康存摺全面推廣。
6. 103Q1~104Q3 膝及髖關節置換申報情形。
7. 糖尿病、氣喘、初期慢性腎臟病、Pre-ESRD、思覺失調等醫療給付改善方案執行概況。
8. 推動門住診案件申復電子化。
9. 春節期間 VPN 登錄看診資料等

(五)105 年 Q1-Q2 醫院專業審查作業草案。

三、會議討論暨重點摘要

105 年 Q1-Q2 醫院總額醫療服務審查作業原則摘要：

- (一)實施期間自105年1月(費用年月)起至105年6月(費用年月)止，醫院應於105年1月22日前以正式公文提出申請，並經審核同意後實施。
- (二)105年第1、2季目標管理點值設定為0.93元，基期以各醫院104年第1、2季(基期)之門(住)診核定點數(釋出處方醫療費用以當季前2個及前季第3個月實際值計算)，排除住院安寧療護、住院安寧共照費用、緩和醫療家庭諮詢費用、生產案件；並經支付標準、全面導入DRGs案件Base Rate、藥價基準調幅及依分區目標平均點值校正之點數。
- (三)急診個案，經醫學中心緊急處置評估後，經輔導轉出至區域或地區醫院者，每一個案以3,435點計，且依醫院當季轉出人次加成結果，醫學中心醫院得於門診實際醫療服務點數排除列計，接受轉入醫院住院者每人以7,928點計，依當季轉入人次計算結果，得於住診實際醫療服務點數排除列計。
- (四)門、住診藥費目標仍以藥費占率設定，惟需校正重複用藥異於同儕應合理管理之藥費，化療藥品與經事前審查同意之藥費成

長率符合高屏醫院總額管理閾值(維持於全署成長率或較全署第3名成長率低)下，各醫院相關藥費成長差值以30%予門(住)診實際醫療服務點數調整排除列計。

(五)門(住)診季管理指標成長率權重上限3%，依層級別及醫院專科特性分別訂定門(住)診管理指標7~8項。

(六)「提升全人照護品質管理計畫」目標管理點數：預算以當季一般總額醫療費用之0.3%，支付項目計有參加「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」，上傳檢驗(查)上傳率>50%且完成上傳出院病歷摘要作業、健保雲端藥歷系統查詢減少每人平均藥費成效、設立健康存摺查詢據點並推廣下載使用、提升醫院ICD-10-CM/PCS編碼能力及提升病患疾病照護品質，參與計畫醫院依計畫執行內容結果，經核算當季之醫療費用點數於季結算門診部門別之實際醫療服務點數排除列計。

(七)因本署105年起全面單軌申報ICD-10-CM/PCS，爰設計門、住診跨年申報邏輯的情況題調查，在會中提供院所作答，藉此掌握醫院對跨年申報邏輯認知情形，回收88家醫院、113份調查，計結果33人回答有誤(3家區域醫院5人、27家地區醫院28人)；對於未參加院長座談會、未繳回之醫院及作答有誤之醫院，後續將由承辦人轉知正確申報規定，並加強輔導，以減少醫院申報錯誤退件之衝擊。

散會：下午 4 時 40 分