行政院衛生署中央健康保險局高屏業務組

101 年醫院總額聯繫會第 3 次會議紀錄

壹、 致贈各層級醫院 21 位代表感謝狀

貳、 主席致詞：略。

參、 101 年第 2 次醫院總額聯繫會議及院長座談會會議紀錄
請參閱（不宣讀）確認。

肆、 報告事項

一、 醫院費用申報情形

二、 醫療品質分析與醫療改善計畫執行結果

三、 住院申報與 TW-DRG 導入後之管理

四、 近期申報暨新增規定事項

五、 102 年 Q1-Q2 醫院專業審查推動規劃

伍、 提案討論

提案一

提案單位：健保局高屏業務組

案由： 101 年醫院總額聯繫會議部分代表名單異動及 102 年度聯繫會議代表名單，提請 確認。

說明：

一、 依據台灣醫學中心協會 101 年 12 月 5 日 E-MAIL、中華民國區域醫院協會 101 年 11 月 14、26 日區域醫協字第 035、037 號及台灣社區醫院協會 101 年 11 月 24 日台社醫協字第 101156 號函辦理。

二、 101 年度醫學中心層級代表異動為：陳○隆代表、劉○秋代表、陳○志代表、余○隆代表、陳○立代表、黃○慶代表、黃

○基代表等 7 人。(102 年度與 101 年度名單相同)

三、101 年度區域醫院層級代表異動為：陳○基代表、吳○正代表、顏○晉代表、蘇○榮代表、柯○國代表、杜○坤代表、張○泓代表等 7 人。(102 年度與 101 年度名單相同)

四、101 年度地區醫院層級代表名單：蕭○文代表、謝○吉代表、許○郎代表、李○彬代表、龍○達代表、黃○典代表、梁○隆代表等 7 人，102 年度代表為：蕭○文代表、謝○吉代表、許○郎代表、李○彬代表、趙○欽代表、黃○典代表、林○隆代表等 7 人)

決議：同意確認。

提案二

提案單位：健保局高屏業務組

案由：102 年「醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則」提請討論。

說明：

一、101 年「醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則」如下：

(一) 一致性原則(三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處、行政院衛生署澎湖醫院、財團法人天主教靈醫會惠民醫院)等 3 家。

(二) 增列業務組認定原則：距後送醫院(醫學中心)之交通距離 >40 公里(以 yahoo 地圖搜尋)且呼吸照護費用佔全院費用比率 <30%之醫院且排除受違規處分之院所，計有高雄榮民總醫院屏東分院*、行政院衛生署恆春旅遊醫院*、財團法人恆春基督教醫院、南門醫院*、佑青醫療財團法人佑青醫院、財團法人迦樂醫院、枋寮醫療社團法人枋寮醫院*、皇安醫療社團法人小康醫院等 8 家。

二、102 年以說明一之(二)分區增列原則(Google 地圖搜尋)符合保障計 9 家院所(新增同慶醫院*)100 年 Q3 至 101 年 Q2 保障差異如下表：

	100Q3	100Q4	101Q1	101Q2
當季浮動點值	0.9316	0.9300	0.9334	0.9320
上季平均點值	0.9362	0.9557	0.9521	0.9549
保障差異	1,031,359	5,598,084	3,877,155	5,197,388

三、符合上述說明分區增列原則之 9 家院所，其中有 5 家（如*所示）101 年參與「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」，其餘 4 家保障差異如下表：

	100Q3	100Q4	101Q1	101Q2
當季浮動點值	0.9316	0.9300	0.9334	0.9320
上季平均點值	0.9362	0.9557	0.9521	0.9549
保障差異	261,590	1,236,026	923,643	1,247,068

四、有關 102 年「醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則」業務組認定原則建議比照 101 年原則辦理，如同時符合 102 年「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」認定醫院，則應擇一保障。

決議：同意比照 101 年原則辦理，如同時符合 102 年「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」認定醫院，則應擇一保障。

提案三

提案單位：健保局高屏業務組

案由：調整參與本業務組「101 年下半年醫院總額醫療服務審查抽樣作業原則」101 年第 3 季各醫院目標管理點數，提請討論。

說明：101 年第 3 季原設定目標點值為 0.94，依本科預估 101 年第 3 季轄區醫院總額平均點值為 0.942，高於原設定值，建議將差額點數（約 2 千 5 百萬點），依各醫院點數及門、住診占率調整管理目標點數。

決議：同意由業務組試算差額點數回算至有參與「101 年下半年醫院總額醫療服務審查抽樣作業原則」醫院之基期。

提案四

提案單位：健保局高屏業務組

案由：102 年上半年醫院總額自主管理辦理方式彙整內容及回應，提請討論。

說明：

一、問卷結果一致勾選「方案二」持續辦理 102 年上半年醫院總額醫療服務審查抽樣作業，期望 102 年 Q1、Q2 高屏點值範圍統計如下：

(一) 0.95 ~ 0.96 (9 票)

(二) 0.94 ~ 0.96 (3 票)

(三) 0.92 ~ 0.93 (1 票)

(四)

費用基期	以 101 年同期為基準		
健保成長率	5.0%	4%	3%
健保點值	0.94-0.95	0.945-0.955	0.95-0.96

(五) 無意見及未回覆 (7 票)

二、各委員建議 102 年 Q1Q2 運作內容彙整如下：

(一) 『連續處方箋交付藥局藥費及藥服費』回歸醫院醫療點數及藥費，屬醫院不可控因素，建議以費用九折核算。

(二) 為保障癌症病患就醫之權益，不受醫院總額影響，擬請將化療藥品之醫療費用及藥費排除額度計算。

高屏業務組回應：

1. 經統計轄區醫院 101 年各季釋出處方藥費均維持約 3 億點，101Q3 較去年成長 1.5%，故 102 年上半年釋出處方藥費計算仍與目前相同。

2. 有關化療藥品之醫療費用及藥費計算方式已在 102 年上半年方案中納入考量。

(三) 101 年下半年安寧共同照護獎勵方案，轄區內醫院推動情形大多不如預期，建議 102 年上半年不再施行或重新檢討、調整方案內容。

高屏業務組回應：

1. 本組安寧資源分享與協同照護獎勵構想，獲得安寧緩和協會的肯定建議本局列為醫院總額品質保證保留款評估指標，對

輔助社區醫院執行安寧療護的立意，據家醫科醫師表示大型醫院參與國健局癌症品質計畫案院內癌症末期病患接受安寧百分比需達 50%，除非增加醫事人力否則很能力有未逮支援下游醫院，但本組在安寧共同照護計畫推動則有明顯成長。

2. 102 年獎勵內容除獎勵資源分享外，為減少癌症末期轉介時點過晚，較難達成安寧 4 全(全人、全家、全程、全隊)照護精神與目的，將設計照護獎勵項目對照護之末期病患死亡前 15(含)日以上，完成安寧收案程序者，每位個案獎勵 7422 點。

(四) 102 年上半年垂直整合照護獎勵方案修訂意見：

1. 建議開放山地離島偏遠地區之支援，不受合作醫院需參加自主管理之限制。
2. 建議支援衛生所得適用垂直整合醫療照護獎勵方案。
3. 增列借調醫師可適用垂直整合醫療照護獎勵方案。
4. 增列耳鼻喉科為垂直整合醫療照護獎勵方案適用科別。
5. 增列眼科為垂直整合醫療照護獎勵方案適用科別。

高屏業務組回應：

1. 建議支援衛生所列入垂直獎勵乙節，因屬不同總額別，無法增列。
2. 考量資源有限及區域內各專科診所之普遍性，現階段暫無法全面納入考量，若為當地民眾需求，另予評估。

(五) 建議在藥費不變動的狀況下，門住診比例低於 4：6 比例之下醫院額度可以有 3% 流用，不得超過 4：6 比例。

(六) 專款專用有「新增垂直整合方案」，但總局一直未執行，但本業務組在 101 年試驗實施，雖無任何補助，亦有相當成果，故在 102 年度應再加強，才能使倒金字塔的醫療導正，衛生署邱署長很注重我們的成效，這是我們業務組的光榮。

高屏業務組回應：門住診比例若個別醫院有特殊情況另予考量，另垂直整合方案 102 年度持續辦理。

(七) 請考量急診轉診制度，發展一事無成之原因。

(八) 請本業務組多照顧地區醫院，使地區醫院能有生存空間，地區成長 1% 為 900 萬點，區域為 1650 萬點，醫中為 1950 萬點，以上是門診，故應鼓勵加強地區醫院門診之成長，大醫院不看小病。

高屏業務組回應：轄區審查方案係依醫院基期設定調整，已予考量。

(九) 因總額制度下費用需嚴格控制下才不致點值下滑。成長率分配需先考慮各層級的分配與佔率。

高屏業務組回應：轄區醫院總額管理均透過共管會議討論與擬定。

決議：併提案五討論

提案五

提案單位：健保局高屏業務組

案由：有關「102 年上半年醫院總額醫療服務審查抽樣作業」提請討論。

說明：

一、 102 年 Q1Q2 專業審查總額及分配額預估運作方式：
(以 101 年 Q1 及 Q2 為基期)

※管理指標若以 3% 運作(外加獎勵)，基期將會有下降情形，另上述成長率評估尚未含支付標準調整，故有高估情形。

預估運作點值	Q1 整體成長率	Q2 整體成長率
0.92	4.40%	5.09%
0.93	3.25%	3.93%
0.94	2.12%	2.80%
0.95	1.01%	1.69%
0.96	-0.07%	0.61%

審查方式及抽審量如下：

審查分類(扣除化療藥品調整等之醫療費用點數)	審查方式及抽審量	
	甲案	乙案
A1 門、住診實際醫療點數 ≤ 目標管理點數上限且實際藥費占率 ≤ 基期	門住診專業審查快速通關	
A2 門、住診實際醫療點數 ≤ 目標管理點數上限但實際藥費占率 > 基期	醫院同意本組費用檔案分析後，於程序審查時管理核減超出門、住診目標管理點數上限之醫療點數及超出門(住)基期藥費占率之藥費差值點數，則門住診審查方式比照 A~1 類。	三抽一減量抽審(30%)
B 門、住診任一診別實際醫療點數 > 目標管理點數上限差值比率 0%(不含)~2%(含)		三抽一減量抽審(80%)
C 門、住診任一診別實際醫療點數 > 目標管理點數上限差值比率 2%	採三抽一方式審查，並依現行『全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法』規定辦理	

決議：

- 一、點值設定範圍：0.94~0.95由業務組執行運作。

- 二、以病人為中心共同醫療照護獎勵，其預算設定不大於預算0.8%，其中垂直整合醫療照護獎勵方案仍維持以上下游均應參加審查作業原則之醫院為獎勵對象，並於102年下半年列入本方案評估。
- 三、依各層級及醫院專科特性個別訂定門(住)診管理指標，門(住)診季管理指標執行結果成長率上限3%。
- 四、基期：以各醫院101年第1、2季，各季結算核定點數為核計原則(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)，排除生產案件之醫療費用(因101年龍年為生產高峰年)、住院安寧療護、住院安寧共照費用及依支付標準調幅校正。另醫院當季自然生產實際醫療費用(申請+部分負擔)以1.2倍計，剖腹生產實際醫療費用(申請+部分負擔)以0.95倍計，上述重新計算後之生產案件醫療費用加計於住診部門別之基期。另高危險群妊娠其生產費用另予考量。
- 五、實施期間：自102年1月(費用年月)起至102年6月(費用年月)止，醫院應於102年1月11日前以正式公文提出申請，並經審核同意後實施。
- 六、門、住診藥費目標以藥費占率設定，另化療藥品依實際執行情形微幅調整校正，於實際醫療費用中排除列計。
- 七、依成長率訂定審查分類：A~1、A~2、B、C四大類並由醫院自行選定審查方式：甲案或乙案。
- 八、餘詳102年上半年醫院總額醫療服務審查抽樣作業原則。

陸、散會：下午5時15分