

衛生福利部中央健康保險署中區業務組

與醫院總額中區執行分會共同管理會議 115 年第 2 次會議紀錄

時間：115 年 7 月 7 日下午 2 點 00 分

地點：本署中區業務組 10 樓第 1 會議室

出席人員：

中區醫院代表：

臺中榮民總醫院傅院長雲慶、蔡主任鴻文

彰化基督教醫院陳院長穆寬、陳副院長美女

中國醫藥大學附設醫院周院長德陽、莊主任春珍

中山醫學大學附設醫院蔡院長明哲、黃副院長文駿

澄清綜合醫院周總院長思源

童綜合醫院童副董事長瑞龍

秀傳紀念醫院陳營運長秀珠

光田綜合醫院陳院長子勇

台中慈濟醫院簡院長守信

大甲李綜合醫院李董事長順安

國軍臺中總醫院施院長宇隆

衛生福利部臺中醫院黃院長元德

員林何醫院何院長黎星

茂盛醫院李院長茂盛(蘇主恩院長代)

佑民醫院謝董事長文輝

員榮醫院張院長克士

勝美醫院陳院長志強

靜和醫院周院長國旭

竹山秀傳醫院莊院長碧焜(張仁義院長代)

清泉醫院羅榮譽院長永達

本署中區業務組：

劉副組長上惠、陳專門委員雪妹、蔡專門委員瓊玉、王科長奕晴、
楊科長惠真、謝科長秋萍、李視察菁萍、李視察秀霞、張視察傳慧、

游視察姿瑗、戴專員婷豫、林科員琬倩、林科員千婷、鄭科員佩甄
主席：丁組長增輝、傅院長雲慶

記錄：林宸由

壹、宣布開會

貳、主席致詞：(略)

參、報告事項：

- 一、114 年第 4 季至 115 年 5 月中區醫院醫療費用申報概況、114 年第 4 季至 115 年第 1 季中區醫院總額前瞻式預算管理方案執行概況、重點管理作業及推動項目(請詳見中央健康保險署全球資訊網 <http://www.nhi.gov.tw>>健保服務>健保醫療費用>醫療費用申報與給付>醫療費用支付>醫療費用給付規定>各分區業務組總額專區>中區業務組總額專區>醫院總額)。
- 二、公告及轉請配合事項：會中特別宣導急診壅塞管理措施(在宅急症、OPAT)、三高防治 888 計畫(代謝症候群、高血脂、地區醫院全人全社區)、癌症相關計畫(肝及肝內膽管癌、乳癌)、復健病房、雲端查詢系統新增功能、預立醫療照護諮商費、居家安寧療護、生物相似性藥品及學名藥、不當轉診、三班護病比及 FHIR 事前審查等。

肆、提案討論

提案一

提案單位：健保署中區業務組

案由：有關中區業務組 115 年醫院總額前瞻式預算管理方案下半年預設點值設定，提請討論。

說明：

- 一、依衛生福利部 115 年 1 月 28 日衛部健字第 1153360013 號公告，115 年醫院總額預算成長率為 5.5%，一般服務項目成長率為 5.101%。
- 二、預估全署一般服務項目預算約增加 296.179 億元，估計中區預算每

季約增加 13.33 億元。

三、因各季總額占率四季重分配，115 年第 1-4 季估計預算成長率分別約 7.193%、4.320%、**6.628%**、**7.510%**。

四、**115 年上半年預設點值設定 0.985**，下半年預設點值設定提請討論。

決議：**115 年下半年預設點值維持設定 0.985**。

提案二

提案單位：臺中榮民總醫院 蔡鴻文委員

案由：針對 CAR-T 細胞治療尖端高價藥品，改列入「剛性需求」保障項目辦理結算。

說明：

- 一、目前健保署為提升民眾醫療品質，陸續納入給付各類新科技或新藥，惟現況總額管理結算制度，多數是類藥品列為急重症排除項目，其公式為季對季成長計算，且需正負值合計，以致醫院配合政策收治重症者時，需承擔財務風險，有違鼓勵收治重難症之政策本意。
- 二、建議針對 CAR-T 細胞治療尖端高價藥品(健保碼：KC01176297、單價 819 萬 8,096 點)，調整給付管理邏輯，改列入「剛性需求」保障項目辦理結算，因此藥品每季就醫人數成長幅度小，改變保障模式，可鼓勵醫院敢於救人，讓病人有藥可醫。

本組建議：

- 一、中區 113 年執行 6 例(A 院 5 例、B 院 1 例)，114 年執行 16 例，115 年 1 至 4 月執行 3 例，件數統計如下表：

季別	A 院	B 院	合計
114Q1	1	1	2
114Q2	2	1	3
114Q3	4	4	8
114Q4	3	0	3
115Q1	0	2	2
115Q4	0	1	1
合計	10	9	19

- 二、115 年 5 月 14 日智庫會議決議，建議本組以 4 例 CART-T 單價列為剛性需求上限，並按每季各院申報件數比例分配，未列入剛性部

分則列入急重症保障項目計算，且各院基期季一般服務收入校正去年同期使用 CAR-T 藥品之剛性需求保障點數。

舉例如下：

- 假設某季共申報 5 例(A 院 3 例、B 院 2 例)，則其結算方式如下表：

醫院	件數	申報點數	申報件數占比	剛性需求 (按比例保障上限，假設上限為 32,792,384 點)	急重症
公式		P	Q	$R=32,792,384*Q$	P-R
A	3	24,594,288	60%	19,675,430	4,918,858
B	2	16,396,192	40%	13,116,954	3,279,238
合計	5	40,990,480	100%	32,792,384	8,198,096

三、建議自 115 年第 3 季起實施。

決議：照案通過，自 115 年第 3 季起實施。

提案三

提案單位：臺中榮民總醫院 蔡鴻文委員

案由：就醫身分為重大傷病身分者且為事前審查的核定藥品，新增列為急重症特定排外項目。

說明：

- 一、通過醫藥專家事前審查藥品，即具備醫療必要性。應將醫藥專家認定的『醫療必要性』轉化為實質的『急重症特定排外保障項目』，解除醫療院所收治難症的後顧之憂，避免醫療人球事件。
- 二、建議新增列為急重症特定排外項目，以周全照護急重症病人。

本組建議：

- 一、經試算，115Q1 較去年同期成長 3,773 萬點，其中醫學中心成長 2,759 萬點(73.1%)、區域醫院成長 587 萬點(15.6%)、地區醫院成長 427 萬點(11.3%)。
- 二、115Q1 急重症保障項目合計 3.57 億點，為避免成長過快，建議本項

以保障 2,000 萬點為上限。

三、115 年 5 月 14 日智庫會議決議照案通過，建議自 115 年第 3 季起實施。

決議：照案通過，自 115 年第 3 季起實施。

提案四

提案單位：健保署中區業務組

案由：急重症保障項目「心臟瓣膜手術」納入醫令代碼 68060B 經導管二尖瓣緣對緣修補術(9 萬 4,282 點)及其特材(特材給付規定代碼 B102-10) (51 萬點~85 萬點)。

說明：

- 一、68060B 經導管二尖瓣緣對緣修補術自 114 年 5 月起納入支付標準。
- 二、查臺北及南區業務組亦於 115 年將旨案醫令及特材納入管理方案，另參考臺北業務組 ICD-10-PCS 處置碼，建議新增 76 項如附表 1。
- 三、按上開定義分析，中區 115 年第 1 季共 1 家醫院申報 3 件，合計 231 萬 7,233 點；115 年 4 月共 1 家醫院申報 4 件，合計 244 萬 9,644 點(含手術醫令及特材點數)。
- 四、115 年 5 月 14 日智庫會議決議照案通過，建議參考他區做法，如說明段新增急重症保障項目。
- 五、建議自 115 年第 3 季起實施。

決議：照案通過，自 115 年第 3 季起實施。

提案五

提案單位：衛生福利部草屯療養院

案由：為保障精神科住院案件，建議調整剛性需求精神科住院案件給付方式，提請討論。

說明：

- 一、依衛生福利部中央健康保險署中區業務組(下稱中區業務組)115 年 5 月 14 日智庫會議之中區業務組建議辦理。

二、現行中區業務組之 115 年醫院總額前瞻式預算管理方案規定，剛性需求精神科住院案件係以「當期住院日數＞去年同期住院日數」作為給付條件，惟近年精神醫療型態已有轉變，包含：

- (一)長效針劑之廣泛使用，病情穩定病人轉向可於門診追蹤，使得中度以下的精神疾病病人住院日數逐步減少，符合社區化照護政策方向。
- (二)人口高齡化使精神科住院病人多合併慢性疾病，照護需求與醫療投入增加，增加現有住院個案所需的醫療費用。
- (三)111年精神衛生法修法後，強制住院門檻提高，精神專科醫院實際收治個案多為病情嚴重或風險較高者，致使照護強度與監護成本提升。
- (四)綜上，經統計本院114Q1及115Q1之申報數據，精神科案件之住院日數由9.60萬人日增加至9.66萬人日、醫療費用則由173.7百萬點成長至178.0百萬點，平均每人日醫療費用由1,810點成長為1,845點，顯見中區精神醫療需求已由過往偏重住院量，逐步轉向反映病人嚴重度與照護強度之趨勢。

三、配合中區業務組「不以住院日數上升為前提，以實際增加之醫療費用給予保障，並定期監測單價，如單價成長率過高則研議加強審查或取消保障」之建議，本院研擬剛性需求之精神科住院案件調整內容如下：

- (一)操作型定義：維持「住院就醫科別=13精神科且屬精神疾病案件之申請點數+部分負擔，並扣除屬於專款之精神科長效針劑點數」。
- (二)給付方式：依中區業務組之建議，保留A項「(當季精神科住院點數-去年同期精神科住院點數)×去年同期結算平均點值」。
- (三)單價監測：若當季每人日醫療費用相較去年同期成長達一定比例（如5%或由共管會議訂門檻），則酌予抽審住院案件，並視審查結果調整或取消部分剛性需求給付額度。

本組建議：建議自 115 年第 3 季起實施。

決議：照案通過，自 115 年第 3 季起實施。

提案六

提案單位：員榮醫療社團法人員榮醫院 張克士委員

案由：地區醫院因應政策落實分級醫療而合理成長的門住診、急診、慢性病等列入特定排除項目，不予分階折付。

說明：

- 一、為落實分級醫療，讓各層級適當分工以因應政策推動之任務需要，自 114 年第一季起將急重症成長列入個別總額方案之特定排除項目，建議同時將地區醫院因應政策而合理成長的門住診、急診、慢性病等列入特定排除項目，不予分階折付。
- 二、合理成長指標：如歸戶門診人數、急診人數、住院人數成長。
- 三、操作型定義：上述成長以 115 年較 114 年同期成長人數乘以 113 年自身平均單價核實給付。

本組建議：

- 一、115 年 5 月 14 日智庫會議決議修訂後通過，為保障地區醫院因應分級醫療門住診與急診之合理成長，現行反映於階 1 之指標加權成長率，修訂放寬當季申報 4 億點以下醫院「階 1 可增加值」，每項調增 0.2% (如下附表 2)。
- 二、建議自 115 年第 3 季起實施。

決議：照案通過，自 115 年第 3 季起實施。

附表 2、當季申報 4 億點以下醫院，適用階 1 級距可增加值級距表

執登醫師數成長率＋護理人數成長率(V) (當季申報 4 億點以下醫院適用)								
0%<V≤2%		2%<V≤5%		5%<V≤10%		V>10%		
W 值	階 1 可增加 值	W 值	階 1 可增加 值	W 值	階 1 可增加 值	W 值	階 1 可增加 值	
<u>0%<W≤2.0%</u>	<u>0.2%</u>	<u>0%<W≤2.0%</u>	<u>0.2%</u>	<u>0%<W≤2.0%</u>	<u>0.2%</u>	<u>0%<W≤2.0%</u>	<u>0.2%</u>	
2%<W≤4%	<u>0.6%</u>	2%<W≤3.5%	<u>0.6%</u>	2%<W≤3%	<u>0.6%</u>	2%<W≤2.75%	<u>0.6%</u>	
4%<W≤6%	<u>1.0%</u>	3.5%<W≤5%	<u>1.0%</u>	3%<W≤4%	<u>1.0%</u>	2.75%<W≤3.5%	<u>1.0%</u>	
6%<W≤8%	<u>1.4%</u>	5%<W≤6.5%	<u>1.4%</u>	4%<W≤5%	<u>1.4%</u>	3.5%<W≤4.25%	<u>1.4%</u>	
8%<W≤10%	<u>1.8%</u>	6.5%<W≤8%	<u>1.8%</u>	5%<W≤6%	<u>1.8%</u>	4.25%<W≤5%	<u>1.8%</u>	
W>10%	<u>2.2%</u>	8%<W≤9%	<u>2.2%</u>	6%<W≤7%	<u>2.2%</u>	5%<W≤5.75%	<u>2.2%</u>	
		9%<W≤10%	<u>2.5%</u>	7%<W≤8%	<u>2.5%</u>	5.75%<W≤6.5%	<u>2.5%</u>	
		W>10%	<u>2.7%</u>	8%<W≤9%	<u>2.8%</u>	6.5%<W≤7.25%	<u>2.8%</u>	
				9%<W≤10%	<u>3.0%</u>	7.25%<W≤8%	<u>3.0%</u>	
				W>10%	<u>3.2%</u>	8%<W≤9.75%	<u>3.2%</u>	
						9.75%<W≤10.5%	<u>3.5%</u>	
						10.5%<W≤11.5%	<u>3.8%</u>	
						11.5%<W≤12.5%	<u>4.2%</u>	
						12.5%<W≤13.5%	<u>4.5%</u>	
						13.5%<W≤15%	<u>4.8%</u>	
						W>15%	<u>5.2%</u>	

提案七

提案單位：健保署中區業務組

案由：階 1 住診指標參數權重調整，提請討論。

說明：

- 一、本組現行住診指標成長率=住院人數成長率×20%+住院日數成長率×60%+護理人員數成長率×20%+住診 CMI 成長率(醫學中心、區域醫院及 6 千萬點以上地區醫院，住診 CMI 成長率正值反映 100%，負值反映 50%；6 千萬點以下地區醫院，住診 CMI 成長率不列入住診指標成長率)。
- 二、為符合短日數住院等政策且參考他區權重設定(如下附表 3)，並鼓勵醫院招募護理人員，建議修訂調整住院人數權重為 30%、住院日數 40%、護理人員 30%。

附表 3、現行各分區住院參數權重現況

分區	住院人數	住院人日	護理人員	CMI	每件日數
臺北	40%	30%	20% (原10%)	10% (原20%)	-
北區	70%	-	20%	10%	-
中區 (現行)	20%	60%	20%	正值100% 負值50%	-
中區 (建議 修訂)	30%	40%	30%	正值100% 負值50%	
南區	30%	40%	20%	10%	-
高屏	30%	45%	20%	100%	5%
東區	V	V (非精神科)	V (非精神科)	V	-

建議：建議自 115 年第 3 季起實施。

決議：照案通過，自 115 年第 3 季起實施。

提案八

提案單位：員榮醫療社團法人員榮醫院 張克士委員

案由：修訂地區醫院釋出處方醫療費用管理成長率上限。

說明：

- 一、為穩定分階折付可支用預算，各家醫院當季釋出處方醫療費用點數以較基期成長 7%為上限。然應考慮不同層級醫院及位在不同地區

之實際狀況做合宜之調整。

二、因應分級醫療政策，穩定慢性病人將下轉至地區醫院，因此地區醫院慢性病病人將會成長，且此類病人開立慢箋比例高，而釋出處方之醫療費用也將隨之提高。尤其位於偏鄉地區民眾交通不便，有較高比例就近領藥，建議此 7%上限應依不同地區或不同層級醫院做適當調整。

三、建議地區醫院應另訂標準：

當地區醫院當季慢性處方箋（慢箋）開立比率高於「分區平均」時，其比較基期成長率之上限調整如下：

(一) 高於分區平均 $\geq 3\%$ ：比較基期成長率上限為 10%。

(二) 高於分區平均 $\geq 4\%$ ：比較基期成長率上限為 11%。

(三) 高於分區平均 $\geq 5\%$ ：比較基期成長率上限為 12%。

本組建議：

一、方案所指 7%為「成長率」 $>7\%$ ，而非整體交付占率大於 7%，且超出部分並非全數扣減，為算入超額點數再依階 1~4 分階折付。舉例如下：

● 假設某院基期 4 億點，申報 4.1 億點，超額 1,000 萬點，其交付 2,150 萬點(去年同期 2,000 萬點，成長率 7.5%)， $>7\%$ 部分 10 萬點落入超額點數計算，再扣除保障項目 700 萬點後，實際超階落入階 1~3 點數 310 萬點。

二、分析 114Q4 交付數據，中區整體交付成長率為 7.02%，醫中 6.18%、區域 6.87%、地區 8.85% (3-1：9.44%、3-2：4.06%)；中區 115Q1 交付數據，中區整體交付成長率為 7.65%，醫中 6.77%、區域 6.21%、地區 11.87% (3-1：10.01%、3-2：30.54%)。

三、115 年 5 月 14 日智庫會議決議修訂後通過，考量分級醫療，鼓勵慢性病人至地區醫院就診，且慢性病人交付調劑需求較大，建議調整地區醫院上限至 9%，並自 115 年第 3 季起實施。

決議：調整地區醫院上限至 9%，並自 115 年第 3 季起實施。

提案九

提案單位：健保署中區業務組

案由：人數下降且高單價成長下修基期機制，排除季申報 3,000 萬點以下且初核核減率低之小型醫院。

說明：

- 一、為避免醫院怠工或僅衝單價，醫院合理成長率指標中歸戶人數成長率(經中區值調校後)如低於-5%者則下修基期，並排除季申報門診人數<300 人、住診人數<100 人之醫院(門住分別計算)。
- 二、現考量小型醫院波動較大，建議季申報 3,000 萬點以下且初核核減率低於同儕之小型醫院，不列入考核。

建議：建議自 115 年第 3 季起實施。

決議：季申報 3,600 萬點以下且初核核減率低於同儕之小型醫院，不列入考核，自 115 年第 3 季起實施。

附表 1：心臟瓣膜手術建議新增 ICD-10-PCS 處置碼

序號	ICD-10-PCS 處置碼	處置碼中文
1	02UG38Z	經皮二尖瓣強化術，使用動物性組織
2	02RF07Z	開放性主動脈瓣置換術，使用自體組織替代物
3	02RF0KZ	開放性主動脈瓣置換術，使用非自體組織替代物
4	02RF37H	經皮經心尖主動脈瓣置換術，使用自體組織替代物
5	02RF37Z	經皮主動脈瓣置換術，使用自體組織替代物
6	02RF3JH	經皮經心尖主動脈瓣置換術，使用合成替代物
7	02RF3JZ	經皮主動脈瓣置換術，使用合成替代物
8	02RF3KH	經皮經心尖主動脈瓣置換術，使用非自體組織替代物
9	02RF3KZ	經皮主動脈瓣置換術，使用非自體組織替代物
10	02RF47Z	經皮內視鏡主動脈瓣置換術，使用自體組織替代物
11	02UG3JZ	經皮二尖瓣強化術，使用合成替代物
12	02UG3KZ	經皮二尖瓣強化術，使用非自體組織替代物
13	02UG47Z	經皮內視鏡二尖瓣強化術，使用自體組織替代物
14	02UG48Z	經皮內視鏡二尖瓣強化術，使用動物性組織
15	02UG4JZ	經皮內視鏡二尖瓣強化術，使用合成替代物
16	02UG4KZ	經皮內視鏡二尖瓣強化術，使用非自體組織替代物
17	02UJ07Z	開放性三尖瓣強化術，使用自體組織替代物
18	02UJ08Z	開放性三尖瓣強化術，使用動物性組織
19	02UJ0KZ	開放性三尖瓣強化術，使用非自體組織替代物
20	02QF3ZZ	經皮主動脈瓣修補術
21	02QF4ZZ	經皮內視鏡主動脈瓣修補術
22	02QG0ZZ	開放性二尖瓣修補術
23	02QG3ZZ	經皮二尖瓣修補術
24	02QG4ZZ	經皮內視鏡二尖瓣修補術
25	02QJ0ZZ	開放性三尖瓣修補術
26	02QJ3ZZ	經皮三尖瓣修補術
27	02QJ4ZZ	經皮內視鏡三尖瓣修補術
28	02RF48Z	經皮內視鏡主動脈瓣置換術，使用動物性組織
29	02RF4JZ	經皮內視鏡主動脈瓣置換術，使用合成替代物
30	02RF4KZ	經皮內視鏡主動脈瓣置換術，使用非自體組織替代物
31	02RG07Z	開放性二尖瓣置換術，使用自體組織替代物
32	02RG0JZ	開放性二尖瓣置換術，使用合成替代物
33	02RG0KZ	開放性二尖瓣置換術，使用非自體組織替代物
34	02RG37Z	經皮二尖瓣置換術，使用自體組織替代物
35	02RG38Z	經皮二尖瓣置換術，使用動物性組織
36	02RG3JZ	經皮二尖瓣置換術，使用合成替代物
37	02RG3KZ	經皮二尖瓣置換術，使用非自體組織替代物
38	02RG47Z	經皮內視鏡二尖瓣置換術，使用自體組織替代物
39	02RG48Z	經皮內視鏡二尖瓣置換術，使用動物性組織
40	02RG4JZ	經皮內視鏡二尖瓣置換術，使用合成替代物
41	02RG4KZ	經皮內視鏡二尖瓣置換術，使用非自體組織替代物
42	02UJ37Z	經皮三尖瓣強化術，使用自體組織替代物
43	02UJ38Z	經皮三尖瓣強化術，使用動物性組織
44	02UJ3JZ	經皮三尖瓣強化術，使用合成替代物
45	02UJ3KZ	經皮三尖瓣強化術，使用非自體組織替代物
46	02UJ47Z	經皮內視鏡三尖瓣強化術，使用自體組織替代物

序號	ICD-10-PCS 處置碼	處置碼中文
47	02UJ48Z	經皮內視鏡三尖瓣強化術，使用動物性組織
48	02UJ4JZ	經皮內視鏡三尖瓣強化術，使用合成替代物
49	02UJ4KZ	經皮內視鏡三尖瓣強化術，使用非自體組織替代物
50	02UF07Z	開放性主動脈瓣強化術，使用自體組織替代物
51	02UF08Z	開放性主動脈瓣強化術，使用動物性組織
52	02UF0JZ	開放性主動脈瓣強化術，使用合成替代物
53	02UF0KZ	開放性主動脈瓣強化術，使用非自體組織替代物
54	02UF37Z	經皮主動脈瓣強化術，使用自體組織替代物
55	02UF38Z	經皮主動脈瓣強化術，使用動物性組織
56	02UF3JZ	經皮主動脈瓣強化術，使用合成替代物
57	02UF3KZ	經皮主動脈瓣強化術，使用非自體組織替代物
58	02UF47Z	經皮內視鏡主動脈瓣強化術，使用自體組織替代物
59	02UF48Z	經皮內視鏡主動脈瓣強化術，使用動物性組織
60	02UF4JZ	經皮內視鏡主動脈瓣強化術，使用合成替代物
61	02UF4KZ	經皮內視鏡主動脈瓣強化術，使用非自體組織替代物
62	02UG07Z	開放性二尖瓣強化術，使用自體組織替代物
63	02UG08Z	開放性二尖瓣強化術，使用動物性組織
64	02UG0KZ	開放性二尖瓣強化術，使用非自體組織替代物
65	02UG37Z	經皮二尖瓣強化術，使用自體組織替代物
66	02RJ07Z	開放性三尖瓣置換術，使用自體組織替代物
67	02RJ0JZ	開放性三尖瓣置換術，使用合成替代物
68	02RJ0KZ	開放性三尖瓣置換術，使用非自體組織替代物
69	02RJ37Z	經皮三尖瓣置換術，使用自體組織替代物
70	02RJ38Z	經皮三尖瓣置換術，使用動物性組織
71	02RJ3JZ	經皮三尖瓣置換術，使用合成替代物
72	02RJ3KZ	經皮三尖瓣置換術，使用非自體組織替代物
73	02RJ47Z	經皮內視鏡三尖瓣置換術，使用自體組織替代物
74	02RJ48Z	經皮內視鏡三尖瓣置換術，使用動物性組織
75	02RJ4JZ	經皮內視鏡三尖瓣置換術，使用合成替代物
76	02RJ4KZ	經皮內視鏡三尖瓣置換術，使用非自體組織替代物

散會：下午 3 點 15 分