

全民健康保險醫院總額臺北分區 115 年第 3 次共管會議紀錄

時間：中華民國 115 年 9 月 8 日 14 時

地點：中央健康保險署臺北業務組壽德大樓 9 樓第 1 會議室

主席：

余院長忠仁

李組長純馥

紀錄：潘思潔

出席會議代表及人員(職稱略)：

一、醫界代表：

陳威明代表	楊慕華 (代)	鄒繼群代表	鄒繼群
張文瀚代表	黃秋萍 (代)	賴旗俊代表	賴旗俊
蔡宜廷代表	黃天祐 (代)	施俊明代表	鄭如珊 (代)
侯勝茂代表	廖秋鐸 (代)	項正川代表	項正川
簡志誠代表	李妮真 (代)	李俊輝代表	李俊輝
李岡遠代表	林慧雯 (代)	朱益宏代表	朱益宏
邱冠明代表	洪芳明 (代)	劉靜怡代表	劉靜怡
劉燦宏代表	黃雅姿 (代)	吳淑芬代表	吳淑芬
趙有誠代表	蕭仁良 (代)	康義勝代表	賴錦雯 (代)
王智弘代表	黃遵誠 (代)	黃銘德代表	黃銘德
林三齊代表	林三齊	潘為鏡代表	潘為鏡
楊純豪代表	楊純豪	鄭紹宇代表	鄭紹宇
盧進德代表	盧進德	徐德福代表	徐德福
陳欣宏代表	陳欣宏	傅振輝代表	傅振輝
黃瑞仁代表	徐明洸 (代)		

二、指定列席代表(職稱略)：

許育瑞	林華卿	馬漢光	江雪萍	陳盈如
孫建偉	許育嘉	林佳霈	應思漢	游素秋

三、醫院陪同及審查分會台北分會列席人員：如簽到表

四、中央健康保險署臺北業務組代表及人員：

潘尹婷	張志銘	尤明村	曹麗玲	許佩真	劉家雯
蔡金玲	高軒偉	潘思潔	何欣穎	李仰皓	潘姿澐
賴佩伶	陳慧如	李致瑀	李威達	葉采芳	魏妤娟
林鈺馨					

壹、主席致詞(略)

貳、本會前次會議紀錄確認

參、歷次會議決議之辦理情形追蹤(共 2 案，2 案解除列管，洽悉。)

肆、報告事項

報告單位：健保署臺北業務組

第一案

案由：本分區醫院總額執行概況及宣導事項。

決定：洽悉。

第二案

案由：有關中央健康保險署臺北業務組「個別醫院前瞻式預算分區共管方式」115Q2 核定估算概況。

說明：本分區 115Q2 估算整體點數核付率為 98.15%，預估點值將自 0.9496 提升至 0.9605。

討論事項

第一案

提案單位：健保署臺北業務組

案由：有關 116 年「個別醫院前瞻式預算分區共管方式」修正內容，提請討論。

決議：116 年「個別醫院前瞻式預算分區共管方式」採方案一

一、基期：維持固定基期(113 年)。

二、總額成長保障點數：以下擇高採計：

(一)基期點數(0 階) $\times [(1+114 \text{ 年公告醫療服務成本及人口因素成長率}) \times (1+115 \text{ 年公告醫療服務成本及人口因素成長率}) - 1]$
=基期點數(0 階) $\times [(1+4.344\%) \times (1+3.655\%) - 1]$
=基期點數(0 階) $\times 8.158\%$

(二)113 年~115 年連續兩年的保障項目實質正差值之累加。

三、另有關 116 年目標點值尚需視 116 年總額協商確認後續討論之，亞東代表建議「116 年上半年 0.97、116 年下半年 0.975」，將於下次共管會議提案討論。

第二案

提案單位：健保署臺北業務組

案由：115Q4 本分區醫院目標點值修訂案。

決議：115Q4 提升目標點值至「0.97」。

第三案

提案單位：新北市立土城醫院、健保署臺北業務組

案由：有關共管方式之「總額成長保障點數」計算方式及「小型醫院費用波動」回補方式，提請討論。

決議：自費用年月 115Q3 起實施：

一、總額成長保障點數：採擇優計算

(一)基期點數(0 階)×114 年公告醫療服務成本及人口因素成長率。

(二)114 年對 113 年的保障項目差值

二、「小型醫院費用波動」回補方式：增列回補前點數核付率<80%，回補點數至 0.9；回補前點數核付率 $\geq$ 80%，回補點數至當季預估之臺北醫院整體平均點值，惟不得超過 0.95。

第四案

提案單位：健保署臺北業務組

案由：有關單價核減定義增修，提請討論。

決議：照案通過，並自費用年月 115Q3 起實施：

一、有關單價核減定義增修如下：

(一)住診人數 $\leq$ 20 人之醫院，不執行住診藥費/非藥費單價核減。

(二)排除暫時性支付藥品。

(三)放寬適應症之高價抗癌藥品，由原僅第 1 年排除計算，延長為「排除 2 年」。

二、本署推動「全民健康保險推動使用生物相似性藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫」，鼓勵提高生物相似性藥品及學名藥之使用，除可降低藥費單價核減幅度外，本組自 115Q3 品質指標增納「生物相似藥及化療學名藥醫令量占率」，達標另可獲得品質補付。

第五案

提案單位：健保署臺北業務組

案由：有關共管方式之保障項目、品質指標修訂案，提請討論。

決議：照案通過，自 115Q3 起實施(指標目標值於 115Q2 起適用)

一、保障項目：修改 1 項操作型定義。

項目	現行	修訂
地區醫院承作 PAC 個案、復健病房之一般服務費用	1.層級別：地區醫院 2.醫事類別及案件分類： (1)醫事類別：12(門診)、案件分類≠A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF (2)醫事類別：22(住診)案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 3.醫令代碼為 P5101B、P5102B、P5103B、P5107B、P5108B、P5109B、P5129B、P5130B、P5131B、P5132C、P5133B、P5134B、P5141B、P5142B、P5143B、P5144B、P5145B、P5146B、P5506B、P5507B、P5508B、P5509B。	1.層級別：地區醫院或參與復健病房醫院 2.醫事類別及案件分類： (1)醫事類別：12(門診)、案件分類≠A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF (2)醫事類別：22(住診)案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 3.醫令代碼： (1)PAC：P5101B、P5102B、P5103B、P5107B、P5108B、P5109B、P5129B、P5130B、P5131B、P5132C、P5133B、P5134B、P5141B、P5142B、P5143B、P5144B、P5145B、P5146B、P5506B、P5507B、P5508B、P5509B。 (2)復健病房：P9001B~P9012B

二、品質指標：修改 3 支，修改操作型定義：計 1 項，更新目標值 (如下表)：計 2 項。

項目	現行	修訂
操作型定義	定義： 1.門診：排除案件分類 A3、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF。 2.住診：排除案件分類 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 之案件。 3.生物相似藥醫令及化療學名藥醫令：依「全民健康保險推動使用生物相似性藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫」所列之藥品清單。 4.生物相似藥醫令使用率： (1)分子：門診+住診生物相似藥醫令申報量。 (2)分母：門診+住診 8 類藥品成分 (adalimumab、bevacizumab、etanercept、filgrastim、infliximab、pegfilgrastim、rituximab、teriparatide)醫令申報量。 5.化療學名藥醫令使用率： (1)分子：門診+住診化療學名藥醫令申報量。	定義： 1.門診：排除案件分類 A3、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF。 2.住診：排除案件分類 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 之案件。 3.生物相似藥醫令及化療學名藥醫令：依「全民健康保險推動使用生物相似性藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫」所列之藥品清單。 4.生物相似藥醫令使用率： (1)分子：門診+住診生物相似藥醫令申報量。 (2)分母：門診+住診 8 類藥品成分 (adalimumab、bevacizumab、etanercept、filgrastim、infliximab、pegfilgrastim、rituximab、teriparatide)醫令申報量。 5.化療學名藥醫令使用率： (1)分子：門診+住診化療學名藥醫令申報量。

項目	現行	修訂
	(2)分母：門診+住診 15 類藥品成分 (capecitabine 、 carboplatin 、 docetaxel 、 doxorubicin 、 epirubicin 、 eribulin 、 irinotecan 、 melphalan 、 mitomycin c 、 oxaliplatin 、 pemetrexed 、 tegafur 、 temozolomide 、 topotecan 、 vinorelbine)醫令申報量。 6.倘後續署本部公告修訂該計畫之適用藥品清單，則依公告修訂之藥品清單範圍於公告實施日起適用。	(2)分母：門診+住診 15<u>13</u> 類藥品成分 (capecitabine 、 carboplatin 、 docetaxel 、 doxorubicin 、 epirubicin 、 eribulin 、 irinotecan 、 melphalan →mitomycin c、 oxaliplatin 、 pemetrexed→tegafur、 temozolomide 、 topotecan 、 vinorelbine)醫令申報量。 (3)<u>病人就醫主或次診斷之國際疾病分類第十版(ICD-10)診斷碼為C00~C97 者。</u> 6.倘後續署本部公告修訂該計畫之適用藥品清單，則依公告修訂之藥品清單範圍於公告實施日起適用。

指標序號	指標名稱	現行目標值	修訂目標值																				
8 (115Q3起序號為 7)	接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	較前一年同期成長>1%且當期分子>30， 或 ≥署訂定目標值(將依據 115 年抑制資源不當耗用指標予以訂定) <table><tr><th>季別</th><th>目標值</th></tr><tr><td>115Q1</td><td>≥27.4%</td></tr><tr><td>115Q2</td><td>≥27.9%</td></tr><tr><td>115Q3</td><td>≥28.4%</td></tr><tr><td>115Q4</td><td>≥28.9%</td></tr></table>	季別	目標值	115Q1	≥27.4%	115Q2	≥27.9%	115Q3	≥28.4%	115Q4	≥28.9%	較前一年同期成長>1%且當期分子>30， 或 ≥署訂定目標值(將 依據 115 年抑制資源不當耗用指標予以訂定) <table><tr><th>季別</th><th>目標值</th></tr><tr><td>115Q1</td><td>≥27.4%</td></tr><tr><td>115Q2</td><td>≥<u>27.5%</u></td></tr><tr><td>115Q3</td><td>≥<u>28.0%</u></td></tr><tr><td>115Q4</td><td>≥<u>28.5%</u></td></tr></table>	季別	目標值	115Q1	≥27.4%	115Q2	≥ <u>27.5%</u>	115Q3	≥ <u>28.0%</u>	115Q4	≥ <u>28.5%</u>
季別	目標值																						
115Q1	≥27.4%																						
115Q2	≥27.9%																						
115Q3	≥28.4%																						
115Q4	≥28.9%																						
季別	目標值																						
115Q1	≥27.4%																						
115Q2	≥ <u>27.5%</u>																						
115Q3	≥ <u>28.0%</u>																						
115Q4	≥ <u>28.5%</u>																						
15 (115Q3起序號為 12)	住院案件出院後 3 日以內急診率	115Q1≤2.49%、 115Q2≤2.51%、 115Q3≤2.69%、 115Q4≤2.48% (將依據 115 年抑制資源不當耗用指標予以訂定)	115Q1≤2.49%、 115Q2≤ <u>2.69%</u> 、 115Q3≤ <u>2.73%</u> 、 115Q4≤ <u>2.44%</u>																				

第六案

提案單位：健保署臺北業務組

案由：為獎勵醫院提升住院服務，額外增加「階 1 級距可增加值」，提請討論。

決議：照案通過，自 115Q4 起實施

一、為獎勵醫院舒緩急診壅塞之努力，爰擬針對中重度急救責任醫院(若無指標案件則不計算該指標)，就下列 2 項指標達標可增加個別醫院「階 1 級距可增加值」各 0.5%。

(一)急診轉住院比率：急診轉住院占住院案件之比率

1.比率差值＝當期比率－前一年比率

2.差值 ≥ 0 或 $\geq$ 同儕 P75 則+0.5%

3.資料採計原則：以擷取資料時可取得之完整季。

(二)急診檢傷 1-2 級滯留>24 小時比率：檢傷 1-2 級滯留超過 24 小時案件占檢傷 1-2 級案件比率

1.比率差值＝當期比率－前一年同期比率

2.差值 < 0 或 $\leq$ 同儕 P25 則+0.5%

3.資料採計原則：以 DA 指標可取得最近一季資料。

二、針對「急診轉住院比率」之執行情形，列入報告案一「本分區醫院總額執行概況及宣導事項」，另避免部分醫院為將門診病人調至急診轉住院，本組持續監控列為例行管理。

散會 (16 時 10 分)