

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 112 年第 1 次會議紀錄

時 間：112 年 1 月 11 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：

中山醫學大學附設醫院蔡院長明哲

中國醫藥大學附設醫院周院長德陽、莊主任春珍

台中榮民總醫院陳院長適安(林惠美代)、姚主任秘書鈺

彰化基督教醫院陳院長穆寬、林副院長慶雄

澄清綜合醫院周院長思源(李佳珂代)

林新醫院林院長仁卿(陳雲娥代)

衛生福利部南投醫院洪院長弘昌

台中慈濟醫院簡院長守信(邱國樑代)

光田綜合醫院陳院長子勇(吳瑞堂代)

童綜合醫院童副董事長瑞龍

彰濱秀傳紀念醫院葉副總裁永祥

員林何醫院何院長黎星

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

本署中區業務組：

陳副組長墩仁、林專門委員興裕、蔡科長瓊玉、謝視察秋萍、

李專員秀霞、何專員容甄

主席：李組長純馥

紀錄：林千婷

壹、宣布開會

貳、主席致詞：(略)

參、報告事項：

- 一、醫院醫療服務審查執行會中區分會執行秘書黃文駿副院長進行報告，包括業務報告如 112 年中區分會組織架構(成員名單與職掌)、審查注意事項及指標意見徵詢、跨區審畢評量作業、111 年風險調整移撥款執行概況等，輔導項目如提升檢驗(查)報告及醫療影像即時上傳、降低非必要爭議審議案件等。
- 二、111 年第 3 季中區醫院醫療費用申報概況、111 年第 1 季至第 3 季中區醫院總額管理方案執行成果、111 年重點管理項目執行成果及 112 年推動重要業務(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)。
- 三、公告及轉請配合事項：
 - (一)住院整合照護服務試辦計畫：112 年中區由 111 年所核定之 13 家醫院持續試辦，請醫院院長支持此政策推動。
 - (二)檢驗(查)上傳：優化每日上傳作業系統，VPN 新增日報表以利院所自我管理，未上傳檢驗(查)結果者加強審查。
 - (三)健保醫療資訊雲端查詢系統新增功能項目：XCOVID 藥物置頂、藥品交互作用暨過敏藥物提示功能(API)、藥物交互作用線上查詢-不須介接 HIS 系統、摘要區新增「居家醫療照護」、「健保終生限制給付項目就醫資料」提示、新增腎功能狀態不明提示等。
 - (四)虛擬健保卡就醫模式計畫：中區有 43 家醫院完成申請，請醫院院長支持此政策推動，請儘速提出申請試辦，通過後即可受理民眾以虛擬卡就醫及申報醫療費用。

肆、提案討論

提案一

提案單位：健保署中區業務組

案由：有關 112 年醫院總額管理目標點值設定，提請討論。

說明：

- 一、依衛生福利部 112 年 1 月 9 日衛部健字第 1123360002 號公告 112 年醫院總額預算成長率(含透析)為 3.663%，一般服務項目成長率為 3.092%。
- 二、全署一般服務項目預算約增加 154.39 億元(總金額為 5,147.46 億元)，估計本組預算每季約增加 6.95 億元，僅約占中區醫院總額申報點數 2.53%。
- 三、111 年第 1~3 季成長率分別為 4.27%、4.72%、7.6%，因醫療費用成長率快速回升，建議 112 年上半年各季目標點值設定比照 111 年依序為 0.935、0.945，112 年下半年目標點值視上半年醫療費用成長情形，再提會議定。

建議：112 年 1、2 季目標點值設定為 0.935、0.945，除不可控因素外，整體檔案分析核減項目將視「專審核減率」及「醫療費用成長情形」，調整當季之核減比例，以達目標點值。

決議：照案通過，112 年 1、2 季目標點值設定為 0.935、0.945，112 年下半年目標點值，視上半年醫療費用成長情形，再提會議定。

提案二

提案單位：健保署中區業務組

案由：有關中區醫院總額管理方案設定「提升醫院自主管理效能」核扣上限案，提請討論。

說明：

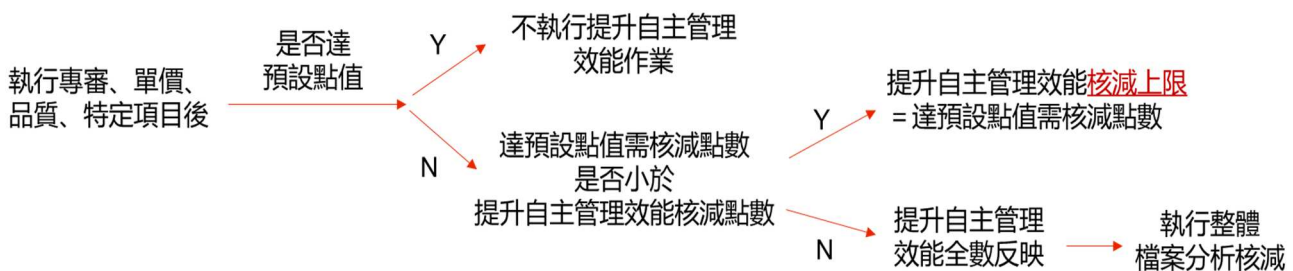
- 一、依據 111 年 12 月 15 日之工作小組會議共識：112 年中區醫院總額管理方案維持 111 年管理機制為原則，維持「提升自主管理效能」項目核減作業。
- 二、整體提升自主管理效能項目核減點數為一般服務項目不含交

付申報點數之 1.5%，倘該季初核核減點數未達其 1.5%，則依各院初核核減點數占率反映核減點數。但避免個別醫院分攤比率過高，設計核扣上限。

三、本案草擬「提升醫院自主管理效能」核扣上限，如下：

(一) 設定整體核扣上限：(如下圖)

1. 執行審查、單價品質考核及特定項目後，已達預設點值，則不執行提升自主管理效能核減。
2. 提升自主管理效能整體核減點數若已達預設點值，則不全數反映。
3. 提升自主管理效能核減點數全數反映後，仍未達預設點值，則執行整體檔案分析核減。



(二) 設定「個別醫院核扣上限」：

「提升自主效能核減點數÷送核申報醫療費用」最高為 3%。

建議：「提升自主管理效能」依說明三設定核扣上限，112 年中區醫院總額管理方案依據上述修訂項目修正。

決議：照案通過，提升自主管理效能：

- 一、 設定整體核扣上限：執行審查、單價品質考核及特定項目後，已達預設點值，則不執行提升自主管理效能核減。提升自主管理效能整體核減點數若已達預設點值則不全數反映。
- 二、 設定個別醫院核扣上限：「提升自主效能核減點數÷送核申報醫療費用」最高為 3%。
- 三、 回溯至 111 年第 4 季費用實施，並於下次共同管理會議報告各層級提升自主管理核減費用比率及到達上限之家數統計。

提案三

提案單位：健保署中區業務組

案由：有關 112 年中區醫院總額管理方案整體檔案分析及分級審查基準值，提請討論。

說明：

一、依據 111 年 12 月 15 日之工作小組會議共識：112 年中區醫院總額管理方案維持 111 年管理機制為原則，額度、基準值部分調控，以符合床數及人數之成長。

二、經調查各層級對「整體檔案分析核減項目基準值設定」意見如下：

(一) 醫學中心：中國附醫建議沿用 111 年管理機制，因應醫療實際現況進行調整基準值。中山附醫配合中區業務組之修訂方案。臺中榮總建議調整基準值，以 $(in_amt_7_y100 \text{ 基準值}) * 50\% + (in_amt_7_y100 \text{ 申報值}) * 50\%$ 。

(二) 區域醫院：維持原作業方式。

(三) 地區醫院：112 年仍維持原來遊戲規則。

三、本案擬具甲、乙兩案：

甲案：維持現行整體檔案分析基準值及分級審查基準值設定方式。乙案：重新計算 112 年整體檔案分析基準值及分級審查基準值，如下：

(一) 112 年整體檔案分析基準值計算方式

1. 以近 3 年(109 年、110 年、111 年)同期整體檔案分析申報點數(不含代辦業務、其他部門、門診後天免疫缺乏病毒確診開始服藥兩年後案件、專款專用、生產案件、BC 肝用藥醫令點數及特定項目)，反映該季初核核減率後之平均，作為當年度整體檔案分析基準值。
2. 倘各醫院整體檔案分析核減項目基準值之加總，超出達預設點值之可用額度，則調降其基準值至整體可用額度，惟不低於原基準值。

範例：

112 年第 1 季整體檔案分析基準值 = $\{ (\text{整體檔案分析申報點數}_{(111 \text{ 年第 1 季})}) \times (1 - \text{初核核減率}_{(111 \text{ 年第 1 季})}) + (\text{整體檔案分析申報點數}_{(110 \text{ 年第 1 季})}) \times (1 - \text{初核核減率}_{(110 \text{ 年第 1 季})}) + (\text{整體檔案分析申報點數}_{(109 \text{ 年第 1 季})}) \times (1 - \text{初核核減率}_{(109 \text{ 年第 1 季})}) \} \div 3$

3. **新增病床：**當季若有新增病床，則依中區業務組與中區醫院代表聯繫會第 34 次會議決議並考量占床率辦理。
4. 倘「近 3 年同期整體檔案分析核減項目申報點數反映初核核減率之平均」低於「現行檔案分析核減項目基準值」，則維持現行之基準值。
5. **回補：**考量地區醫院經營規模較小，易受醫療資源增加之影響，變動幅度較大，配合本次基準值調整，當季結算個別醫院檔案分析核減比率大於整體核減比率 1.25 倍之醫院，醫學中心及區域醫院回補維持以 5 成為上限，地區醫院回補提升以 6 成為上限，且全區回補點數上限設定 8 千萬點。

(二) 112 年分級審查基準值計算方式：

1. 以近 3 年(109 年、110 年、111 年)同期分級審查申報點數(含交付處方，不含門診代辦業務案件、急診品質提升方案獎勵點數、生產案件、提供矯正機關收容人醫療服務計畫案件、急性後期整合照護計畫(PAC)評估費與獎勵費點數、門診後天免疫缺乏病毒確診開始服藥兩年後案件、門住診 C 型肝炎全口服新藥醫令點數、法定傳染病案件分類 C5 案件、精神科長效針劑、住院整合照護管理(每日))，反映該季初核核減率後之平均，作為 112 年分級審查基準值。

範例：

112 年第 1 季分級審查基準值 = $\{ (\text{分級審查申報點數}_{(111 \text{ 年第 1 季})}) \times (1 - \text{初核核減率}_{(111 \text{ 年第 1 季})}) + (\text{分級審查申報點數}_{(110 \text{ 年第 1 季})}) \times (1 - \text{初核核減率}_{(110 \text{ 年第 1 季})}) + (\text{分級審查申報點數}_{(109 \text{ 年第 1 季})}) \times (1 - \text{初核核減率}_{(109 \text{ 年第 1 季})}) \} \div 3$

2. 新增病床：為審查其合理性，新增病床不另增加分級審查基準值。
 3. 倘「近3年同期分級審查申報點數反映初核核減率之平均」低於「現行分級審查基準值」，則維持現行之基準值。
- (三) 調整 112 年各院基準值之目的係為校正現行各院基準值與現況之差距，並秉持公平分配原則，以及穩定點值責任為全體醫院共同承擔，若有特殊狀況影響醫院營運管理之訴求，須於預估費用發生之前一季第 2 個月 15 日前提出(例如：預估費用將發生於 112 年 7 月，須於 112 年 5 月 15 日前函文相關資料及說明至本組)，以提共管會議討論議定。

決議：重新試算基準值，計算方式說明如下

一、112 年整體檔案分析核減項目基準值設定之計算方式(3600 萬點以上醫院)：

- (一) 以近 4 年(108 年、109 年、110 年、111 年)同期整體檔案分析核減申報點數反映該季初核核減率後，取 3 年高之平均，作為 112 年度整體檔案分析基準值。
- (二) 倘各醫院基準值之加總，超出達預設點值之可用額度，則調降其基準值至整體可用額度，惟不低於原基準值。
- (三) 若有特殊狀況影響醫院營運管理之訴求，須於預估費用發生之前一季第 2 個月 15 日前提出，提共管會議討論議定。
- (四) 倘個別醫院新計算之基準值低於現行基準值，則維持現行基準值。
- (五) 新增病床：依中區業務組與中區醫院代表聯繫會第 34 次會議決議並考量占床率辦理。
- (六) 考量地區醫院經營規模較小，易受醫療資源增加之影響，變動幅度較大，配合本次基準值調整，當季結算個別醫院檔案分析核減比率大於整體核減比率 1.25 倍之醫院，醫學中心及區域醫院回補維持以 5 成為上限，地區醫院回補提升以 6

成為上限，且全區回補點數上限設定 8 千萬點。

二、112 年分級審查基準值設定之計算方式：

- (一)以近 4 年(108 年、109 年、110 年、111 年)同期分級審查申報點數反映該季初核核減率後，取 3 年高之平均，作為 112 年度分級審查基準值，惟不低於原基準值。
- (二)新增病床：為審查其合理性，新增病床不反映於分級審查基準值。

提案四

提案單位：健保署中區業務組

案由：有關 112 年醫院總額管理方案特定項目「門住診癌症化學治療藥費」單價目標值設定，提請討論。

說明：

- 一、依本組與醫院總額中區執行分會共同管理會議 108 年第 1 次會議紀錄提案二決議辦理，自 108 年起，每 3 年計算全國醫學中心每人門住診癌症化學治療藥費，以評估單價目標值是否調整。
- 二、特定項目「門住診癌症化學治療藥費」自 102 年第 3 季起成長貢獻度計算係採各醫院平均每人癌症化學治療藥費單價（經 CMI 值校正）與全國醫學中心比較，以總單價超出點數列計成長貢獻度。
- 三、102 年第 3 季起設定單價目標值為 58,187.5 點，自 108 年第 1 季起調整為 65,382 點。
- 四、考量單價目標值(排除因疫情改變結算方式季別)已沿用 3 年，且陸續新增給付高價癌症化學治療藥品，分析近 2 年全國醫學中心申報資料，並排除疫情影響季別，季平均每人門住診癌症化學治療藥費為 80,430 點，並重新計算各癌症類別權重。

建議：

- 一、自 112 年第 1 季起，特定項目「門住診癌症化學治療藥費」單價目標值自 65,382 點調整為 80,430 點。
- 二、維持每 3 年計算全國醫學中心每人門住診癌症化學治療藥費，以評估單價目標值是否調整。

決議：照案通過，「門住診癌症化學治療藥費」單價目標值設定，自 112 年第 1 季起，特定項目「門住診癌症化學治療藥費」單價目標值自 65,382 點調整為 80,430 點。

提案五

提案單位：健保署中區業務組

案由：有關 112 年中區醫院總額管理方案之門、住診 4 項單價管理考核作業之目標值及考核方式修訂，提請討論。

說明：

- 一、有關管理方案之門、住診 4 項單價管理考核作業，因 COVID-19 疫情衝擊，影響病患就醫型態及結構，自 110 年起啟動單價考核調整作業，參採 5 項增減因素(因素 1-各醫院門、住醫療費用點數成長率、因素 2-有無收治 COVID-19 疑似或確診病患、因素 3-是否為 COVID-19 指定應變醫院、因素 4-價量關係、因素 5-重大傷病件數和慢性病件數占率增加幅度)，調整反映成數，進行單價考核結果調整。
- 二、因疫情影響之病人就醫型態及就醫科別分布架構(輕症病人就醫下降)較疫情前有所改變，各院單價項目管理之目標值未能反映實際就醫結構，為使單價指標管理趨於合理，並考量管理作業的公平性，擬修訂各院各項單價目標值及考核方式。
- 三、目標值修訂計算方式
 - 甲、採計非疫情期間最近 4 季(109Q4、110Q1、110Q4、111Q1)之列計點數(分子)和列計人數或件數(分母)，計算該項各院實績值。非藥費單價之 CMI 值採 111Q1 予以校正。
 - 乙、考量管理作業的公平性，各院各項單價調整目標值修訂為各

院實績值 50%+原目標值 50%。若計算後低於原目標值，則採原目標值。

四、考核作業修訂

- (一) 維持原考核作業方式，若單價管理已超出目標值，則進行核減作業。
- (二) 另持續監測疫情影響整體就醫結構變化情形，滾動檢討單價考核方式，視情況啟動單價考核調整作業，參採增減因素調整反映成數，進行單價考核結果調整。若 COVID-19 疫情由第 5 類法定傳染病降為第 4 類以下之等級，則調整因素 2(有無收治疑似或確診病患)、因素 3(是否為指定應變醫院)予以終止。

決議：照案通過，門、住診 4 項單價管理考核作業：

- 一、各項單價調整目標值修訂為各院實績值 50%(採 109Q4、110Q1、110Q4、111Q1)+原目標值 50%。若計算後低於原目標值，則採原目標值，非藥費單價之 CMI 值採 111Q1 予以校正。
- 二、另持續監測疫情影響整體就醫結構變化情形，視情況啟動單價考核調整作業，參採增減因素調整反映成數。若 COVID-19 疫情由第 5 類法定傳染病降為第 4 類以下之等級，則調整因素 2(有無收治疑似或確診病患)、因素 3(是否為指定應變醫院)予以終止。

提案六

提案單位：健保署中區業務組

案由：轄區 112 年醫院總額結算執行架構偏遠地區認定原則乙案，提請討論。

說明：

- 一、醫院總額結算執行架構偏遠地區認定原則，本轄區係以行政院

研究發展考核委員會「偏遠地區設置公共資訊服務站策略規劃」報告書中，認定為偏遠程度低(新社鄉、東勢鎮、竹塘鄉、溪州鄉、芳苑鄉、大城鄉、福興鄉、集集鎮、水里鄉、竹山鎮)及偏遠程度高(和平區、魚池鄉、仁愛鄉、國姓鄉、鹿谷鄉、中寮鄉、信義鄉)之保險對象，以戶籍檔實際參與照護比率，依醫療費用權重校正(偏遠程度低*1.2、偏遠程度高*1.6)之結果占該醫院醫療費用40%以上之醫院為對象。

二、上述認定之偏遠地區醫院，當年各季浮動點數以前一季各分區門住診平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區門住診平均點值小於當季浮動點值，該分區該季偏遠地區醫院之浮動點數以當季浮動點值核付，且增加之費用於次季該分區一般服務預算中支應。

三、112年茲以111年1-6月醫療費用依前述原則重新計算，計有8家，分別為竹山秀傳醫院、東勢區農會附設農民醫院、東華醫院、埔里基督教醫院、洪宗鄰醫院、彰基二林醫院、宋志懿醫院、台中榮民總醫院埔里分院等8家醫院符合分區認定原則。

建議：112年仍比照111年醫院總額結算執行架構偏遠地區認定原則辦理，改以111年1-6月醫療費用重新計算，計有8家醫院符合分區認定原則。

決議：照案通過，112年仍比照111年醫院總額結算執行架構偏遠地區認定原則辦理，計有8家醫院(竹山秀傳醫院、東勢農民醫院、東華醫院、埔里基督教醫院、洪宗鄰醫院、彰基二林醫院、宋志懿醫院、埔里榮民醫院)符合分區認定原則。

伍、散會：下午4點00分