

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 111 年第 1 次會議紀錄

時 間：111 年 1 月 27 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

中山醫學大學附設醫院蔡院長明哲

澄清綜合醫院周院長思源

衛生福利部臺中醫院侯院長承伯

大里仁愛王副院長瑞欽(鄭猛聰代)

大甲李綜合醫院李董事長順安(郭咏臻代)

林新醫院林院長仁卿(林明輝代)

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(蔡森蔚代)

員林何醫院何院長黎星

佑民醫院謝董事長文輝

茂盛醫院李院長茂盛

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

竹山秀傳醫院謝院長輝龍

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、楊視察惠真、
謝視察秋萍、謝視察明珠、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方信元副院長進行業務報告，報告內容包括醫院總額風險調整移撥款額度調整案、各科費用成長率 $\leq 2.5\%$ 、提升中區點值朝向 0.95 以上及輔導醫院降低非必要爭議審議案件，另針對 CT/MRI 執行率及 CIS 核減率高於 25%、復健超出閾值件數及核減率偏高、檢驗(查)報告及醫療檢查影像即時上傳低等醫院發函改善，並請醫院落實自主管理。

二、110 年第 4 季中區醫院醫療費用申報概況(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)異常管理項目：110 年執行成果及 111 年重點管理項目。

(二)COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫：為幫助康復者儘早回歸正常生活，鼓勵各醫院設置整合門住照護。本署即日起至 111 年 2 月 11 日止受理各醫院申請參與。

(三)健保雲端查詢系統：近期新增功能包括高風險藥品重複用藥 API 提示、有查詢未申報管理作業、BC 肝專區、檢(查)驗紀錄與結果查看內容、春節檢疫專案 TOCC 提示等。健保雲端查詢系統批次下載作業修改規定：例行性自行查檢作業原每季提報改由醫院自行備查且至少保留 3 年、實地資安查檢作業採分級管理等。

(四)就醫識別碼預計於 111 年 4 月 1 日起正式上線，請各醫院配合將讀卡機控制軟體更新至 5.1.5.3 版本，建議使用 API1.53，並以健保卡資料上傳格式 2.0 預檢作業上傳。

- (五)即時上傳檢驗(查)結果及醫療影像：監測指標為即時(24 小時內)及 1-3 日內上傳合併計算給予獎勵，111 年上傳目標值分別為 93%、95%。
- (六)重複檢查(驗)：20 類重要檢查-每月資訊回饋再執行率中區百分位值>90 醫院，30 項重點管理-每月資訊回饋執行率、再執行率中區百分位值>90 醫院，10 項指標列入總額管理方案品質指標。111 年目標為再執行率較 108 年同期下降 5%。
- (七)思覺失調症醫療給付改善方案：共 13 家醫院有符合收案個案，請尚未參加方案之醫院積極參與。
- (八)C 肝全口服新藥：開放醫師不限專科別均可處方 C 肝全口服新藥，雲端查詢 B、C 肝專區頁籤彙整 104 年最近一筆就醫紀錄及新增查詢 B、C 肝公費篩檢資格，並提供院所 C 肝潛在病人名單。
- (九)111 年符合「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」共 9 家醫院，與 110 年名單相同。

肆、提案討論

提案一

提案單位：健保署中區業務組

案由：有關 110 年第 4 季醫院總額管理方案結算作業調整，提請討論。

說明：

- 一、由於目前國內疫情尚未穩定，醫療服務量能未趨穩定。擷至 111 年 1 月 20 日中區醫院申報 110 年第 4 季一般服務項目醫療費用點數(含交付)約 279.42 億點，較去年成長約 14.7 億點。110 年第 4 季中區醫院總額一般服務項目預算為 249.22 億(含藥價返還金額 4.26 億)，而該季預設點值為 0.935，為達其預設點值，預估專業審查核減 1.5 億，管理方案之單價考核和整體檔案分

析核減項目攤扣整體應核扣約 **11.37 億點**。

二、試算各院 4 項單價考核結果呈現嚴重之價量背離關係，故 110 年第 4 季結算作業建議維持 110 年「整體檔案分析核減項目」攤扣比例、4 項單價目標值及考核方式。

三、惟考量因疫情影響各院就醫量能情形不一，單價目標值不宜依據現況予以調整，故單價指標考核仍採原 5 項因素調整核扣成數(如下表)。

四、原 4 項單價考核結果經試算預估核減 **14.74 億點**，再採原 5 項因素調整反映成數後，核扣約 **6 億點**(較原核減結果反映 **40.7%**)。但為反映價量關係嚴重背離之情形，故加重價量關係反映成數和提升重大傷病及慢性病就醫病人結構影響可降低之反映成數，調整考核結果核扣約 **7 億點**(較原核減結果反映成數為 **47.5%**)。

五、110 年第 4 季單價考核之 5 項因子調整反映成數，如下表：

因素1		因素2	因素3	因素4			因素5			
門、住診費用成長率 (一般服務項目，不含交付)		有收治 COVID-19病患 (疑似和確診)	COVID-19 指定醫院	價量背離關係 (單價項目列計點數 及人次或人數成長率之差距)			門住診重大傷病件數 門診慢性病案件數占率 增加幅度 (單價項目列計明細)			
級距	反映 核扣成數	反映 核扣成數	反映 核扣成數	價量關係 級距	反映核扣成數		增加級距	反映 核扣成數		
					V1_原版本	V2_110Q4		V1_原版本	V2_110Q4	
10%(含)以上	40%	-5%	-5%	3%(含)以下	0%	0%	0%(含)以下	0%	0%	
5(含)~10%	30%			3~5%(含)	10%	10%	0~3%(含)	-3%	-5%	
0(含)~5%	20%			5~8%(含)	15%	20%	3%以上	-5%	-10%	
-5(含)~0%	10%			8~10%(含)	20%	30%	註: 1.重大傷病案件係為部分負擔代號'001' 2.門診慢性病案件係為案件分類為'04'且給藥日數28天以上			
-5%以上	0%			10~20%(含)	25%	40%				
				20~30%(含)	30%	50%				
				大於30%	30%	60%				

建議：110 年第 4 季中區醫院總額管理方案結算作業維持原作業方式之 110 年「整體檔案分析核減項目」攤扣比例、4 項單價目標值及考核方式，惟 4 項單價考核方式，加重價量關係反映成數和提升重大傷病及慢性病就醫病人比率增加可降低反映之成數。

決議：照案通過，惟 110 年第 4 季單價考核之 5 項因子調整反映成數，修訂因素 4 和因素 5 之反映成數，如下表：

因素1		因素2	因素3	因素4			因素5			
門、住診費用成長率 (一般服務項目，不含交付)		有收治 COVID-19病患 (疑似和確診)	COVID-19 指定醫院	價量背離關係 (單價項目列計點數 及人次或人數成長率之差距)			門住診重大傷病件數 門診慢性病案件數占率 增加幅度 (單價項目列計明細)			
級距	反映 核扣成數	反映 核扣成數	反映 核扣成數	價量關係 級距	反映核扣成數		增加級距	反映 核扣成數		
					V1_原版本	V2_110Q4		V1_原版本	V2_110Q4	
10%(含)以上	40%	-5%	-5%	3%(含)以下	0%	0%	0%(含)以下	0%	0%	
5(含)~10%	30%			3~5%(含)	10%	10%	0~3%(含)	-3%	-5%	
0(含)~5%	20%			5~8%(含)	15%	20%	3%以上	-5%	-10%	
-5(含)~0%	10%			8~10%(含)	20%	25%	註： 1.重大傷病案件係為部分負擔代號 '001' 2.門診慢性病案件係為案件分類為'04' 且給藥日數28天以上			
-5%以上	0%			10~20%(含)	25%	30%				
				20~30%(含)	30%	35%				
				大於30%	30%	40%				

提案二

提案單位：健保署中區業務組

案由：有關 111 年中區醫院總額管理目標點值設定，提請討論。

說明：

- 一、111 年醫院總額預算成長率推估為 3.504%，一般服務項目成長率為 3.049%(衛福部 111 年 1 月 26 日公告)。
- 二、若以一般服務項目成長率 3.049%推估，全署一般服務項目預算約增加 148.43 億點，估計本組預算每季約增加 6.68 億點(含支付標準調整)，扣除支付標準調整本組每季預算約增加 5.33 億點。
- 三、110 年第 1~4 季一般服務項目點數成長率(含交付)分別為 9.41%、2.72%、-0.25%、5.61%(109 年第 1-2 季受疫情影響基期低)，第 4 季醫療費用(含交付)成長達 14.7 億點。110 年第 4 季多數醫院門住診就醫人數下降，而醫療費用成長幅度大，顯示價量關係背離之不合理情形嚴重，且 110 年 2-3 季本組醫院超出去年同期一般服務項目收入為各區最高。
- 四、為配合政府改善醫院總額財務不平衡，逐年調升醫院總額目標點值政策，部長除允諾爭取總額財務支持外，也期望在醫界自律

不衡量情形下，共朝每點 1 元前進，期望能以高於 110 年目標點值方向尋求共識。爰此，對於後疫情時代本組醫院總額管理目標，期望醫療費用合理成長，加強不當醫療利用之管理，節省醫療資源支出，故建議 111 年各季預設目標點值較 110 年提升 0.005，依序為 0.935、0.945、0.945、0.94。

建議：111 年 1~4 季目標點值設定為 0.935、0.945、0.945、0.94，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。

提案三

提案單位：健保署中區業務組

案由：有關 111 年中區醫院總額管理方案修訂項目，提請討論。

說明：

- 一、由於國內疫情情勢不明朗，且目前又因 Omicron 疫情影響，未能掌握預估整體就醫量能變化，爰建議 111 年中區醫院總額管理方案架構沿用 110 年。
- 二、重申本組管理方案架構執行精神，考量社區醫院經營發展與維護當地民眾醫療權益，採分群設定不同的管理模式（即依季總申報點數 3 千 6 百萬點以上或以下區分為兩群），並兼顧急重症醫療照護，保障其能獲得妥善照護，亦將急重症手術、癌症化療藥物、重大傷病患者藥物和精神科抗思覺失調長效針劑等列為特定項目另予管理，以避免急重症患者受到排擠。亦對於剛性需求之生產案件、長期使用呼吸器案件等，已予以排除和保障，以減輕渠等醫院經營困境及維護民眾就醫權益。
- 三、依據 111 年 1 月 7 日之工作小組會議討論 111 年中區醫院總額管理方案修訂之結論共識：111 年維持現行管理制度進行微調，應考量異於常模高成長醫院之攤扣責任，加重專審審查和單價管理，使資源耗用合理(如附件 1)。爰此，111 年中區醫院總額管

理方案修訂項目如下：

- (一) 為避免醫院規避降低整體檔案分析核減項目攤扣及單價管理之核扣，當季補報案件申報應於次季第 2 個月的 10 日(含)前完成申報受理，逾時補報之案件不予受理，如 111 年第 1 季補報案件於 111 年 5 月 10 日前完成補報受理程序。代辦案件請另依權責機關(如：疾管署、國健署)規定辦理。

(二) 4 項單價考核結果反映成數調整作業

倘國內疫情未能明朗，影響醫院病人就醫結構，111 年維持 5 項增減因素調整如下，其單價核扣反映成數比照提案一，後續滾動檢討單價考核方式，若顯示價量背離嚴重，則加重價量關係反映成數。

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(成長率差距)

因素 5：重大傷病件數和慢性病件數占率增加幅度

(三) 提升醫院自主管理效能

1. 為維持本組管理方案設定分級審查作業機制之目的，期使醫院自主管理及維護醫療服務提供之合理性，所有醫院須共同承擔提升自主管理效能和專業審查品質之責，確保醫療資源合理運用，保障良善醫事服務機構申報之醫療費用總額給付點值。
2. 設定提升自主管理效能項目為一般服務項目申報點數(不含交付)之 1.5%。倘該季送核案件初核核減點數(含隨機、立意抽樣和行政審核結果)未達一般服務項目申報點數(不含交付)之 1.5%，則依各院初核核減點數占率反映應核減點數，以強化醫院自主管理效能，抑制醫療資源不當耗用情形。計算執行方式如下：

$$(1) \text{各醫院核減點數} = (\text{一般服務項目申報點數(不含交付)} \times 1.5\% - \text{初核核減點數}) \times \text{各院初核核減點數占率}$$

(2) 各院初核核減點數占率 = 各院初核核減點數 $i / \sum$ 各院初核核減點數 i

(3) 範例：該季一般服務項目申報點數(不含交付)為 260 億，提升自主管理效能為 260 億 $\times 1.5\% = 3.9$ 億，倘該季初核核減點數為 1.5 億，則各醫院專審替代核減點數 $= (3.9 \text{ 億} - 1.5 \text{ 億}) \times$ 各院初核核減點數占率。

(四) 整體檔案分析核減攤扣方式調整

1. 提高異於常模高成長醫院之攤扣責任。
2. 攤扣核減方式調整，以各醫院申報數占率 3 成及較基準值成長貢獻度 7 成進行攤扣，惟成長貢獻度計算之超出成長點數再採各院一般服務項目點數成長率(不含交付、代辦、專款、其他部門)區分 3 階段反映不同比率加成後計算之(成長率 $\geq 5\%$ 且 $< 7\%$ 加成 5%、 $\geq 7\%$ 且 $< 9\%$ 加成 10%、 $\geq 9\%$ 加成 15%)，範例說明如下表。

醫院	成長率 (A)	原超出 基準值點數 (B)	原成長 貢獻度 (C=B/ $\sum$ B)	加成 比率 (D)	加成後 超出基準值 點數 (E=B $\times$ (1+D))	加成後 成長貢獻度 (F=E/ $\sum$ E)
A 醫院	2%	10,000,000	10%	0%	10,000,000	9.26%
B 醫院	7.5%	50,000,000	50%	10%	55,000,000	50.93%
C 醫院	10%	20,000,000	20%	15%	23,000,000	21.30%
D 醫院	1%	20,000,000	20%	0%	20,000,000	18.52%
總計		100,000,000	100%		108,000,000	100%

建議：

- 一、111 年中區醫院總額管理方案依據上述修訂項目修正。
- 二、有關 111 年中區醫院總額管理方案草案如附件 2，通過後公布於本署全球資訊網。

決議：通過 111 年中區醫院總額管理方案修訂項目如下

(一) 照案通過修訂項目(一)、(二)、(三)。惟修訂項目(三)-提升醫

院自主管理效能項目，調整分級審查送審比率設定，如下表：

季申報點數 3 千 6 百萬點(含)以上醫院		季申報點數 3 千 6 百萬點以下醫院	
超出基準值	送審隨機樣本數	超出基準值	送審隨機樣本數
0%(含)以下	10%(原 0%)	1%(含)以下	10%(原 0%)
0%~1%(含)	30%	1%~2%(含)	30%
1%~3%(含)	50%	2%~4%(含)	50%
3%~5%(含)	70%	4%~6%(含)	70%
5%以上	100%	6%以上	100%

(二) 提升自主管理效能項目設定執行之相關操作型定義及作業細節，研議訂定後公布。

(三) 修訂項目(四)-整體檔案分析核減攤扣方式調整:考量成長率會因母數小，成長波動大，對社區醫院影響大，暫維持原作業。

伍、散會：下午 4 點 30 分

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 111 年第 1 次工作小組會議紀錄

時 間：111 年 1 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：共 21 名(各層級委員代表各 7 名)

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、姚主任秘書鈺

彰化基督教醫院陳院長穆寬、林副院長慶雄

中山醫學大學附設醫院黃副院長文駿

澄清綜合醫院周院長思源

衛生福利部臺中醫院侯院長承伯

仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院鄭副院長猛聰

李綜合醫療社團法人大甲李綜合醫院郭特助咏臻

林新醫療社團法人林新醫院林執行長明輝

衛生福利部南投醫院洪院長弘昌

佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院邱醫務秘書國樑

員林何醫院何院長黎星

私立台中仁愛之家附設靜和醫院周院長國旭

員榮醫療社團法人員榮醫院張院長克士

勝美醫院陳院長志強

佑民醫療社團法人佑民醫院謝董事長文輝

竹山秀傳醫院謝院長輝龍

臺安醫院呂主任美麗

本署中區業務組：

林專門委員興裕、蔡科長瓊玉、楊視察惠真、謝視察秋萍、謝視察明珠、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、本組報告 110 年 10-11 月(費用月)中區醫院醫療費用申報概況：
門住診申報件數約負成長 3 萬 6 千件(成長率-0.3%)，申報點數
約成長 8 億 3 千 9 百萬點(成長率 4.7%)。

二、臺中榮民總醫院由陳適安院長回應有關社區醫院協會函文至國
軍退除役官兵輔導委員會之內容：

(一) 經營管理主軸：

1. 主要發展：智慧醫療、尖端醫療、精準醫療及再生醫療。
2. 110 年 3 月起取消全院 KPI 指標管理，改由各醫療部科提報工
作計畫管理，及授權各部科主任自主經營、自然成長。
3. 門診看診規範回歸正軌：為提升民眾看診便利性及降低因就醫
須請假之困擾，並參考同濟醫院開關診時間。縮短門診時間、
醫師開診數管理回歸正軌，如夜診及週六上午診門診數約占門
診總診數 2%(同濟 21.3%)。

(二) 110 年第 4 季門住診申報成長概況

1. CMI 值疾病嚴重度增加 30%：CMI 值由 1.0601(109 年第 4 季)增
加至 1.3806(110 年第 1 季)，大多數收治重症病患。
2. 急重症者點數成長貢獻度為 62%，服務點數占率高於全國醫中
同濟平均值，近 2 年門診急重症者服務點數占率為 43-47%(全
國同濟 42-47%)，住診為 65-69%(全國同濟 60-63%)。

(三) 全力配合防疫政策

1. 縮減床位開設專責病房：縮減急性一般病床 135 床，開設重症
專責病房 47 床(間)。
2. 落實「北病南送」政策：截至 110 年 12 月底，共收治 49 名個
案，其中北部轉入 16 名(31%)，治癒出院共 48 名。
3. 擴大 COVID-19 疫苗接種服務：截至 110 年 12 月底，共服務 14
萬 751 人次。

4. 提供快速篩檢及抗體檢測服務：110 年檢測 10 萬 4,571 人次。
肆、提案討論，並由本組報告個別醫院總額實行之配套及措施。

提案一

提案單位：中區執行分會

案由：111 年中區醫院總額管理方案之意見與建議乙案，提請討論。

說明：

一、經健保署中區業務組初步檢視 110 年第 4 季申報點數較去年同期成長高達數億，以目前申報金額大幅成長的趨勢，預估 110 年第 4 季結算攤扣金額將大幅提升。

二、針對 111 年中區總額管理執行模式相關建議(如下表)。

說明		一、經健保署中區業務組初步檢視 110 年第 4 季申報點數較去年同期成長高達數億，以目前申報金額大幅成長的趨勢，預估 110 年第 4 季結算攤扣金額將大幅提升。 二、針對 111 年中區總額管理執行模式相關建議。
層級	院所	意見
醫中	中榮	維持現有攤扣制度
	中山附醫	
	彰基	1. 維持現況方案，說明： 1.1 現況中區執行單價管理方案，針對超出單價目標值者進行核扣，方案中已排除重大傷病、罕疾等重症個案，符合臨床實務情況。 1.2 檔案分析部份，過去亦曾視「醫療費用成長情形」，調整檔案分析核減比例，以各醫院申報點數占率及基準值成長貢獻率核算予以核扣管理。針對大幅成長之醫院已有所警惕。 2. 受疫情影響，各醫院病人結構與以往差異甚大，請中區業務組應重新檢視及調整各院單價目標值及檔案分析基準值。
	中國附醫	方案一： 1. 維持現行中區管理模式 2. 個別醫院成長率若異於常模，點值攤扣調整如下表：

		<table><tr><th>項目</th><th>第一階段</th><th>第二階段</th><th colspan="3">第三階段</th></tr><tr><td>成長率</td><td>≤0</td><td>≤當年度公告成長率</td><td><7%</td><td>7% - 9%</td><td>>9%</td></tr><tr><td rowspan="3">攤扣方式</td><td colspan="5">依現行中區管理模式</td></tr><tr><td rowspan="2">申報占率</td><td rowspan="2">申報占率、 成長貢獻度</td><td colspan="3">申報占率、成長貢獻度</td></tr><tr><td>加權 10%</td><td>加權 20%</td><td>加權 30%</td></tr></table>	項目	第一階段	第二階段	第三階段			成長率	≤0	≤當年度公告成長率	<7%	7% - 9%	>9%	攤扣方式	依現行中區管理模式					申報占率	申報占率、 成長貢獻度	申報占率、成長貢獻度			加權 10%	加權 20%	加權 30%
項目	第一階段	第二階段	第三階段																									
成長率	≤0	≤當年度公告成長率	<7%	7% - 9%	>9%																							
攤扣方式	依現行中區管理模式																											
	申報占率	申報占率、 成長貢獻度	申報占率、成長貢獻度																									
			加權 10%	加權 20%	加權 30%																							
		方案二： 1. 維持現行中區管理模式 2. 個別醫院成長率若異於常模，點值攤扣調整如下表： <table><tr><th>項目</th><th>第一階段</th><th>第二階段</th><th>第三階段</th></tr><tr><td>成長率</td><td>≤0</td><td>≤當年度公告成長率</td><td>>當年度公告成長率</td></tr><tr><td rowspan="3">攤扣方式</td><td colspan="3">依現行中區管理模式</td></tr><tr><td rowspan="2">申報占率</td><td rowspan="2">申報占率、 成長貢獻度</td><td>申報占率、成長貢獻度</td></tr><tr><td>加權 20%</td></tr></table>	項目	第一階段	第二階段	第三階段	成長率	≤0	≤當年度公告成長率	>當年度公告成長率	攤扣方式	依現行中區管理模式			申報占率	申報占率、 成長貢獻度	申報占率、成長貢獻度	加權 20%										
項目	第一階段	第二階段	第三階段																									
成長率	≤0	≤當年度公告成長率	>當年度公告成長率																									
攤扣方式	依現行中區管理模式																											
	申報占率	申報占率、 成長貢獻度	申報占率、成長貢獻度																									
			加權 20%																									
區域	部南投	配合健保政策辦理，尚無提案																										
	澄清	維持現有攤扣制度																										
	慈濟																											
	大里仁愛																											
	部台中																											
	大甲李綜合	維持現行攤扣方式(尚不確定自我管控方案對本區整體總額預算及有關方案管理事項消長之影響，且現已屆 111 年，故建議仍維持現況。)																										
		建議：為藥費及非藥費單價管理參考，鑑請評估回饋有關資料： A. 同儕門診、住診平均藥費單價、非藥費單價及個別醫院門診平均藥費單價、非藥費單價之同儕百分位階。 B. 門診申報科別之平均藥費單價、非藥費單價及個別醫院申報科別平均藥費單價、非藥費單價之同儕百分位階。 C. 各 CCS 疾病分類項目之平均非藥費單價及個別醫院之該 CCS 疾病分類項目平均非藥費單價之百分位階。																										
	林新	維持現行攤扣方式，但可自由選擇自我管控方案																										
地區	員林何佑民	【提案 2】																										

茂盛	
竹山秀傳 靜和	【提案 3】
靜和	1. 針對季申報點數在醫院的季總額目標點數以內者，應予保障，不參與攤扣作業，以確保這些醫院在 Q4 時，力行有效的醫院自主管理。 2. 對於季申報點數超出醫院的季總額目標點數者，是否依照中區現有攤扣規則，或另外再行討論新的規則，因涉及未來的規則改變，可在會議上再行討論、訂定。
勝美	維持現有攤扣制度
員榮	沒有特別意見
臺安	自我管控方案

提案二

提案單位：何黎星/李茂盛/謝文輝

案由：中區總額是以事後攤扣為管控主軸，因此如果成長失控，事後攤扣極為慘重，在結構上屬社區型的醫院根本無法承擔，會面臨活不下去的困境，懇請在現有制度下，另闢一個自我管控的區塊，讓這些結構性上弱勢的醫院，有活下去的機會。

說明：

一、社區型醫院以中、小醫院為主，通常以其所在社區民眾為運營主軸，要吸引區域外病患極為不易，其中有許多還是該社區的燈塔型醫院，通常營運量穩定，除非浮濫申報否則不可能有高的成長率，因此面對失控的高成長就面臨生存危機，對整體健保醫療服務網的健全發展是極為負面。

二、但現行「事後攤扣」的遊戲規則已行之多年，要突然大幅改變，也極為困難，且考量個別醫院有些仍處在發展的不同階段，要以齊頭式的一套制度來規範也有難處。

建議：不動現行遊戲規則，另規劃一個自我管控區塊，由中區醫院自由選擇加入與否，不加入者，111 年仍依現行操作方式運作。

提案三

提案單位：周國旭/謝輝龍

案由：中區第四季部份醫院服務申報量大幅成長，已造成其他醫院的恐慌，後續必然讓大家陷入囚犯困境，只能一起衡量，結果一定會讓許多醫院陷入財務困境，最後一起死亡，因此明年的管控方案急需導正，改以個別醫院總額為基礎來自我管理，才能回歸總額的真正精神。

說明：全國各區的管控方案主要分為兩類：

- 一、台北區和中區是以事後攤扣為主；
- 二、北區、南區、高屏是以個別醫院額度為基礎自我管控，多年下來已明確看出差異，台北區和中區的點值都是全國墊底的倒數第一、二名，此次中區申報量的大幅成長，更凸顯現行管控的無力和不足，應見賢思齊，學習他人的經驗，重新修定中區的管控方式。

建議：建請中區業務組長官改弦更張，以現行各醫院量能訂定個別醫院目標服務量，交由各醫院自我管控、自己負責，解除大家的囚犯困境走向健全的總額制度。

伍、結論共識：

- 一、111 年維持現行管理制度進行微調，應考量異於常模高成長醫院之攤扣責任，加重專審審查和單價管理，使資源耗用合理。
- 二、俟 110 年 12 月費用申報完成後再召開共管會議。

陸、散會：下午 4 點 30 分

附件 2

衛生福利部中央健康保險署中區業務組

111 年醫院總額管理方案(草案)

訂定日期：111 年 1 月 日

一、管理方案的規劃原則

- (一) 公平、合理及同儕制約。
- (二) 穩定點值的責任全體醫院共同承擔。
- (三) 各項基準值以定基為原則，單價及品質管理結果列入基準值之增減因子。

二、管理方案實施依據

- (一) 「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第 2 條。
- (二) 「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第 22 條。

三、管理方案的執行模式

(一) 分級審查作業

1. 各醫院進入專業審查程序，樣本依例行隨機抽樣產生，並依據當季總申報點數（含送核及補報）較分級審查基準值成長概況設定分級審查送審比率，送核案件依其比率辦理，補報案件審查仍以逐案送審為原則。

2. 分級審查抽樣送審比率設定如下：

(1) 季申報點數 3 千 6 百萬點（含）以上醫院

- A. 超出基準值 0%（含）以下：送審隨機樣本數的 10%
- B. 超出基準值 0%~1%（含）：送審隨機樣本數的 30%
- C. 超出基準值 1%~3%（含）：送審隨機樣本數的 50%
- D. 超出基準值 3%~5%（含）：送審隨機樣本數的 70%
- E. 超出基準值 5%以上：送審隨機樣本數的 100%

(2) 季申報點數 3 千 6 百萬點以下醫院

- A. 超出基準值 1%（含）以下：送審隨機樣本數的 10%
- B. 超出基準值 1%~2%（含）：送審隨機樣本數的 30%
- C. 超出基準值 2%~4%（含）：送審隨機樣本數的 50%
- D. 超出基準值 4%~6%（含）：送審隨機樣本數的 70%

E. 超出基準值 6%以上：送審隨機樣本數的 100%

3. 為計算各院當季總申報點數（含交付處方）較分級審查基準值成長概況

(1) 當季最後一個月之門住診送核案件申報日不得間隔 3 天以上，否則以送隨機樣本比率 100%方式處理送審樣本數。

例如：第一筆在 4 月 7 日申報，最後一筆必須於 4 月 9 日前申報。

(2) 當季最後一個月之門住診送核案件申報需於次月 20 日前完成。

例如：111 年 3 月門住診送核案件申報需於 111 年 4 月 20 日前完成。

(3) 若醫院於當季任一門住診別申報資料不足 3 個月者，即該診別不符減量抽審及分級審查作業，需恢復以逐月電腦隨機抽審樣本數 100%；另一診別（有申報 3 個月資料）則視檔案分析結果予以調整分級審查送審比率。

4. 分級審查基準值以 110 年基準值為基礎，外加增減因素。

(1) 本項含交付處方，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。

(2) 增減因素為 110 年單價與品質管理結果加總，即住院每人次平均非藥費單價（負值全數）、門診每人平均非藥費單價（負值全數）、門診每人平均一般藥費單價（負值全數）、住院每人平均一般藥費單價（負值全數）及品質指標（全數），加總後僅反映正值、負值不予反映。

~~5. 連續 4 季未達分級審查基準值者，每年至少抽審 1 季，抽審醫院名單及季別由本業務組隨機產生，樣本月之送審比率為隨機樣本數的 20%，核減結果回推至該季另外二個未審查月份。另若門診或住診經專業審查結果，樣本核減率大於 15%（含），則連續抽審該醫事類別。~~

6. 若醫院因涉違規事件揭露（新聞事件/本署查核單位/檢調相關單位）或經司法單位判定結果須處以罰則，則本署於事件揭露或司法判定結果最近一季取消分級審查作業資格，採原專業審查作業辦理（逐月/減量三抽一隨機案

件全數審查)，惟視違規事件情節輕重及專業審查結果，酌情判定是否予以回復分級審查作業資格。

(二) 依樣本月核減率回推至當季未審查月份，產生核定點數。後續申復、爭審流程按例行作業執行。惟本方案之單價指標、品質指標、特定項目及整體檔案分析核減等所屬費用業經核定，依據本組醫院共同管理會議共識，不得提起申復、爭審及行政訴訟之程序。

(三) 單價指標及品質指標：於季末計算管理結果，增減核定點數。

1. 單價指標

(1) 住院每人平均非藥費單價

A. 目標值設定原則：

沿用 110 年第 4 季目標值

B. 核扣原則：超出目標值全數核減

(2) 門診每人平均非藥費單價（含交付處方）

A. 目標值設定原則：

沿用 110 年第 4 季目標值

B. 核扣原則：超出目標值全數核減

(3) 門診每人平均一般藥費單價（含交付處方）

A. 目標值設定原則：

沿用 110 年第 4 季目標值

B. 核扣原則：超出目標值全數核減。

(4) 住院每人平均一般藥費單價（排除 TW-DRG 案件_案件分類 5）

A. 目標值設定原則：

沿用 110 年第 4 季目標值

B. 核扣原則：超出目標值全數核減。

(5) 若觀察國內疫情影響醫院病人就醫結構，4 項單價考核作業方式將依 5 項增減因素調整單價核扣反映成數如下：

A. 因素 1：各醫院門、住醫療費用點數成長率

B. 因素 2：有、無收治 COVID-19 疑似或確診病患

C. 因素 3：是否為 COVID-19 指定應變醫院

D. 因素 4：價量關係(成長率差距)

E. 因素 5：重大傷病件數和慢性病件數占率增加幅度

2. 品質指標

除項目(4)、(5)、(8)、(12)之增減點數採件數(個案數)計算，其餘各項指標之增減點數為相關權重($\pm 0.05\% \sim 0.15\%$)乘以當季送核案件(總額內不含專款專用、BC 肝醫令藥費及交付處方)之核定數。

(1) 精神科病人出院後 30 日內門診追蹤治療率 (+)

(2) 以病例組合校正之住院案件出院後 14 日內再入院率 (+/-)

(3) 以病例組合校正之住院案件出院後 3 日內急診率 (+/-)

(4) 病患死亡前安寧利用率 (+)

(5) 分級醫療轉診推動計畫 (+)

(6) 健保醫療服務無紙化審查方案 (+)

(7) 門診檢驗(查)合理區間再執行率 (-)

(8) 門診整合照護計畫 (+)

(9) 健保醫療資訊雲端查詢系統推動作業 (+/-)

(10) 即時上傳-檢驗(查)結果上傳率 (+/-)

(11) 即時上傳-醫療影像上傳率 (+/-)

(12) 醫院總額風險調整移撥款執行計畫(+)(待執行分會開會決議)

3. 單價與品質指標各項目操作型定義暨考核方式，詳見本方案附件(待公告)。

(四) 特定項目管理

1. 個別目標點數設定之項目

長期使用呼吸器管理方案-111 年仍維持目標點數管理且所有醫院採取一致管理原則(詳見健保署中區業務組 111 年長期使用呼吸器管理方案)。

2. 整體額度設定之項目

(1) 管理項目類別

A. 季申報點數 3 千 6 百萬點以下醫院之醫療費用點數(含交付處方)

沿用前一年（110年）列入之醫院名單，每年檢視其申報規模予以調整列入醫院，婦幼專科醫院及精神專科醫院酌情另予考量。

B.急診檢傷分類 1 級或 2 級、住院重大創傷及住院癌症手術之醫療費用點數

C.門住診癌症化學治療藥費

D.門診單張處方藥費大於 6000 點且為重大傷病（部分負擔代號“001”）之藥費（含交付處方）

註記：以上特定項目各項數據資料依上列先後順序擷取。

(2) 整體管理額度設定與核減原則

A.項目（A）（B）（D）以 110 年各季整體基準值乘以（1+最近一年平均點數成長率）為當季整體額度；項目（C）以 110 年各季整體核定數乘以（1+最近上半年度或下半年人數成長率）為當季整體額度。惟若有大幅成長源自不可控因素，經評估或經本組醫院共同管理會議討論後同意者，得增加其成長率。

B.如有超出整體額度之項目，則以各醫院該項之申報點數占率 4 成及基準值成長貢獻率 6 成，核算扣除該項整體超出點數；惟項目（C）之各醫院成長貢獻度計算係採各院癌症化學治療藥費每人單價（經 CMI 值校正）與全國醫學中心比較，以總單價超出點數列計。

C.另不定期立意抽審 1 個月之急診檢傷分類 1、2 級診察費案件，送請專業審查檢傷分類之適當性，結算時依據最近一次審查結果之不合理件數比率自項目（B）之急診檢傷分類 1、2 級（in_amt_3a_y100）扣除申報點數後，將其反映於整體檔案分析核減項目之申報點數中。

(3) 個別醫院基準值設定原則：項目（A）以 110 年基準值為基礎，外加增減因素。項目（B）、（D）沿用 110 年基準值。項目（C）不採列個別醫院基準值。

3. 所列之特定管理項目不含代辦業務、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、生產案件及 BC 肝用藥醫令點數。

(五) 提升自主管理效能項目

為維持本組管理方案設定分級審查作業機制之目的，期使醫院自主管理及維護醫療服務提供之合理性，所有醫院須共同承擔提升自主管理效能和專業審查品質之責，確保醫療資源合理運用，抑制醫療資源不當耗用，保障良善醫事服務機構申報之醫療費用總額給付點值。作業執行方式如下：

1. 設定提升自主管理效能項目為一般服務項目申報點數(不含交付)之 1.5%。
2. 倘該季初核核減點數未達一般服務項目申報點數(不含交付)之 1.5%，則依各院初核核減點數占率反映核減點數。
3. 各醫院提升自主管理效能核減點數=(一般服務項目申報點數(不含交付)×1.5%—初核核減點數)×各院初核核減點數占率。
4. 各院初核核減點數占率=各院初核核減點數 i/Σ 各院初核核減點數 i
例如：該季一般服務項目申報點數(不含交付)為 260 億，提升自主管理效能項目為 260 億×1.5%=3.9 億，倘該季初核核減點數為 1.5 億，則各醫院核減點數=(3.9 億-1.5 億)×各院初核核減點數占率。
5. 一般服務項目點數(不含交付)係指中區醫院總額管理方案之管控點數計算邏輯說明中「一般服務項目點數(不含交付)=總醫療費用點數(A)-代辦業務及其他部門(B)-專款專用(C)」。
6. 上述執行操作型定義及相關作業細節，研議訂定後公布

(六) 整體檔案分析核減

季末試算點值，若未達預設目標點值，則產生整體檔案分析核減點數。將視「專業審查核減率」及「醫療費用成長情形」，調整整體檔案分析核減項目之核減比例，以各醫院申報點數占率 3 成及基準值成長貢獻率 7 成核算予以扣除之。

1. 整體檔案分析核減之基準值及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(四)之特定項目。
2. 整體檔案分析核減基準值計算原則

- (1) 以 110 年基準值為基礎，外加增減因素。若有新設醫院或新增病床，得依 99 年 5 月 20 日健保局中區業務組與中區醫院代表聯繫會第 34 次會議決議之增加目標點數計算原則予以增加基準值。
- (2) 增減因素為 110 年單價與品質管理結果加總，即住院每人平均非藥費單價（負值全數）、門診每人平均非藥費單價（負值全數）、門診每人平均一般藥費單價（負值全數）、住院每人平均一般藥費單價（負值全數）及品質指標（全數），加總後僅反映正值、負值不予反映。
- (3) 基準值成長貢獻率之計算排除急性後期整合照護計畫案件點數（門診為案件分類『E1』且整合式照護計畫註記『1、N、3、4、5、6』，住院為案件分類『4』且試辦計畫代碼『1、2、3、4、6』或試辦計畫代碼『1、2、3、4、5、6』）。

3. 整體檔案分析核減公式

(1) 各醫院檔案分析核減點數

=整體檔案分析核減點數*【申報點數占率*0.3+基準值成長貢獻率*0.7】

(2) 整體檔案分析核減點數=總核定點數-（總額/預估點值）

A. 申報點數占率=申報點數 i / Σ 申報點數 i

B. 基準值成長貢獻率=超出基準值點數 $_Bi$ / Σ 超出基準值點數 $_Ai$

C. 超出基準值點數 $_A$ =申報點數-整體檔案分析核減基準值

D. 超出基準值點數 $_B$ =申報點數-急性後期整合照護計畫案件點數-整體檔案分析核減基準值

4. 整體檔案分析核減回補機制

配合整體檔案分析核減點數占總申報點數比例調整，倘核減比例為 3%（4%），則回補對象為核減比值 3.75%（5%）以上之醫院，就其超出 3.75%（5%）以上的點數進行回補，回補以 5 成為上限，且全區回補點數上限設定 8 千萬點。

5. 為計算整體檔案分析核減之申報點數占率及基準值成長貢獻率，各季補報案件於次季第 2 個月的 10 日（含）前受理完成，如 111 年第 1（2）季案件於 111 年 5 月 10 日（111 年 8 月 10 日）前完成受理程序，逾時補報

之案件不予受理。代辦案件請另依權責機關(如:疾管署、國健署)規定辦理。

中區醫院總額管理方案架構示意圖

