

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108年第1次會議紀錄

時 間：108年10月10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

台中榮民總醫院許院長惠恒、姚主任秘書鈺

彰化基督教醫院郭協同總院長守仁、林醫療長慶雄

中山醫學大學附設醫院黃院長建寧

童綜合醫院童副董事長瑞龍

光田綜合醫院陳院長子勇（吳瑞堂代）

澄清醫院周院長思源

衛生福利部臺中醫院侯院長承伯

彰濱秀傳紀念醫院葉負責醫師永祥（陳茂文代）

國軍台中總醫院王院長智弘（王守正代）

林新醫院林院長仁卿（陳雲娥代）

佑民醫院謝董事長文輝

洪宗鄰醫院洪院長宗鄰

員林何醫院何院長黎星（未出席）

竹山秀傳醫院謝院長輝龍

員榮醫院張院長克士（吳怡昌代）

清泉醫院羅院長永達

茂盛醫院李院長茂盛

本署中區業務組：

陳副組長墩仁、林專門委員興裕、蘇科長彥秀、蔡科長瓊玉、賴大年科長、楊視察惠真、巫視察明珠、謝視察秋萍、李複核專員秀霞

主席：方組長志琳

紀錄：石貴珊

壹、宣布開會

貳、主席致詞：(略)

參、報告事項：

一、108 年度中區醫院醫療服務審查分會業務報告，中區分會相關業務承接主責醫院(分會秘書處)改由彰化基督教醫院接任，並由郭守仁協同總院長擔任主任委員、林慶雄醫療長擔任執行祕書；另審查執行會審查品質組由中國醫藥大學附設醫院接任，其召集人為方信元主任秘書、執行祕書為莊春珍主任。

二、107 年第 3 季中區醫院醫療費用申報概況及 107 年第 1-3 季中區醫院總額管理方案執行成果（請詳見中央健康保險署全球資訊網：<http://www.nhi.gov.tw> >醫事機構>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、108 年醫院總額管理方案修訂項目（詳提案一至三）

(一) 延續 107 年原訂定管理方案架構執行。

(二) 修訂事項如下：

1. 有關 108 年第 1-4 季中區醫院總額管理目標點值設定(詳提案一)，依序為 0.92、0.93、0.93、0.925。

2. 品質指標項目： 共計 11 項

(1) 延續 107 年管理項目：計 10 項

(2) 修訂：

A. 健保醫療服務無紙化審查方案_(+)

B. 健保醫療資訊雲端查詢系統應用暨醫療影像上傳分享推動作業_(+/-)

C. 即時上傳檢驗(查)結果上傳率_(+/-)

D. 門診檢驗(查)28日內再執行率_(-)

(3) 新增項目：門診整合照護計畫_(+/-)

(4) 刪除項目：居家醫療整合計畫方案

四、107 年度重要管理項目執行結果及 108 年管理措施

(一) 「診療」項目執行結果：

107 年度進行異常管理診療項目共計 26 項，包含正子、電腦斷層、核磁共振、全副鼻竇切除術、同日前列腺切片-控取式 79401C $\geq$ 2 次、ABO 血型及 RH 因子不符支付標準、血管整形術併報四肢動靜脈造影、同日申報兩次以上產科超音波、心室搏出分率及心室壁活動測定檢查適當性、高頻胸壁振盪模式呼吸道清潔適當性、兩類神經學檢查執行適當性、產後出血止血術不符適應症、HbA1C 檢查之適當性，及醣化白蛋白(09139C)不可併報 09006C、免疫球蛋白 E 申報之適當性、青春期過早且執行 CT/MRI 之適當性、前列腺雷射手術併報前列腺切開術適當性、四肢超音波適當性、大腸鏡檢查適當性、心臟科套裝檢查專案、復健治療、ESWL 尿路結石體外震波碎石術、內視鏡止血法與泛內視鏡檢查（上消化道）、涉不當住院、子宮鏡執行率高於同儕、同院同個案同月腹部超音波 $\geq$ 2 次、照護機構住民醫療利用、門診異常就醫、放射線治療，其各項管理結果之件數和點數核減率供各醫院管理參考。

(二) 「藥品」執行結果：

107 年度異常管理藥品項目共計 10 項，含骨鬆藥物 FORTEO 不符給付規定及使用適當性、長期使用 NSAIDS 類貼布之適當性、STATINS 類降血脂藥品管理、抗銀屑病藥品(D05)治療牛皮癬不符藥品給付規定及適當性、糖尿病用藥給付規定管理、Zolpidem 首次就醫開藥 $\geq$ 7 日(不符給付規定)、提前領藥 R003 病情改變及

不穩定且開立長期處方、同院所同個案同月開立慢性病連續處方箋 ≥ 4 張、每人每月同院所用藥合計 >900 顆、降尿酸藥物 Feburic 使用不符藥品給付規定，其執行結果亦供各院管理參考。

(三) 107 年度「重要檢查(驗)」項目執行結果：中區門診 10 項檢查(驗)28 日再執行率與去年同期比較，整體降幅未達 107 年度目標值 5%，另於 107 年第 3 季起管理措施已列入總額管理方案品質指標考核，請醫院努力配合改善。

(四) 108 年管理措施：為避免不必要之檢查、重複用藥及處置，並促進健保有限資源合理使用，將持續進行下列項目異常管理專案。

1. 診療項目_8 大類：

(1) 重要檢查(驗)項目

A. CT/MRI/PET 重複執行、影像品質監測及適當性

B. 30項歸併醫令檢查(驗)執行及再執行率及跨院再次執行 CT/MRI 卻未調閱影像及報告

(2) 放射線治療：特定癌症之直線加速器醫令成長率高之醫院及個案

(3) 復健治療：針對年復健次數 >180 次者、復健治療閾值管理之復健強度及頻率進行管理。

(4) ESWL 案件：針對醫師別每人平均執行次數、初次執行和執行人數同儕比較後進行輔導管理措施。

(5) 涉不當住院：輕病住院、高住院次數、商業保險住院等管理

(6) 照護機構住民醫療利用：依門診、住院、機構與病人等構面指標，篩選異常標的單價、平均住院目標數、就診次數。

(7) 門診異常就醫：當月同院所就醫次數 ≥ 8 次、歸戶多科就醫病患。

(8) 其他項目：一年內冠狀動脈血管支架 ≥ 4 支病人、醫師別 35-44

歲子宮、卵巢切除手術高於同儕 95 百分位、同院申報上眼瞼肌切除術 ≥ 2 次病人、愛滋病患單次住院醫療費用大於 50 萬元病人等項目進行管理。

2. 108 年度持續監測 30 項歸併醫令檢查(驗)執行率及加強精準審查。另針對超音波心臟圖、杜卜勒氏彩色心臟血流圖、超音波導引、腹部超音波及追蹤、磁振造影、電腦斷層造影、低密度脂蛋白-膽固醇、上消化道泛內視鏡檢查、正子造影-全身、全套血液檢查等 10 項檢查(驗)項目，訂定 108 年再次執行率較 107 年下降 5%。
3. 藥品項目管理措施：以指標管理(特定項目以整體額度管理機制及單價管理)、立意專案審查與資訊回饋等措施進行管控。另請醫院落實查詢健保醫療資訊雲端查詢系統，以改善 60 大類藥品重複情形。

五、108 年重點推動項目：

(一) 醫院以病人為中心門診整合照護計畫(107 年 12 月 19 日會議結論)之修訂重點

1. 計畫時程為 1 年，鼓勵醫院實質開設整合門診。
2. 門診條件：承作醫院應先行報核整合門診之門診時刻表、診次及醫師等，並將相關資料上傳健保資訊網，醫學中心平日看診日至少開診 2 個診次，區域醫院平日看診日至少 1 個診次。
3. 收案對象：由參與醫院依保險象最近 3 個月符合下列條件之 1 者予以收案照護並簽署本服務同意書者始得收案：
 - (1) 給藥日份 ≥ 28 天案件中最近 3 個月申報之主診斷中有 3 種以上慢性病者。
 - (2) 至少申報 2 次(含)以上慢箋且最近 3 個月慢箋用藥品項數 10 種

(含)以上者

4. 支付標準：診察費依看診階段給付不同點數，分別為初診、複診共 2 階段，並於整合完竣後，則回歸一般門診(一般案件，不納入本計畫)。

(1) 整合門診初診費 1,500 點，含周全性評估及照護計畫。

(2) 整合門診複診費 1,000 點，初診後半年內執行，最多 2 次，含照護計畫之修正與調整

5. 承作醫師：不限專科別，但須完成教育訓練課程。教育訓練課程、時數、模式及合格條件等，請專家學者提供專業意見後再議

6. 實施：108 年尚在研議，原計畫施行期間將展延至本計畫公告之當月止。

(二) 分級醫療

1. 區域級(含)以上醫院門診件數減量

(1) 配合分級醫療政策，轄區區域級以上醫院 19 家，107 年第 3 季整體列計約 185.6 萬件，較 106 年同期(約 191.8 萬件)減少約 6.3 萬件、件數成長率-3.27%。除草屯療養院與大甲李綜合醫院不予考核外，達標醫院 15 家，未達標醫院 2 家、共需追扣約 501 萬點。

(2) 另監測 107 年第 3 季區域級以上醫院門診件數下降 2%之排除案件項目之件數占率變化，顯示 3 家醫院在重大傷病項目之件數占率異常，正進行了解與輔導中。

(3) 本署將針對排外項目進行監控，以了解是否有規避情事。若查有不當案件轉移情事，將輔導改善，情節重大者將予以違約記點。請醫院確實落實分級醫療。

(4) 108 年區域級以上醫院門診件數減量目標為下降 3.96%，納入計

算範圍之 108 年門診件數不得超過 106 年之 96.04%(98%*98%)，超過部分不予分配。另納入計算範圍之 106 年門診件數占該層級件數 $\leq 0.50\%$ 者(草屯療養院、大甲李綜合)，若未達成減量不予核扣。

- (5) 其方案內容及計算邏輯將俟醫院總額研商議事會議決議內容辦理。

2. 轉診執行現況及轉診推動計畫執行結果

- (1) 107 年第 3 季總轉診案件人次(含轉出及轉入，不含體系間院所轉診)，總轉診人數達 9.3 萬人，轉診件數達 10.6 萬件(同一筆案件轉出端及轉入端各計 1 件)，以各層級轉診件數中，基層院所 44,146 件最高(41.5%)，其次醫學中心 29,093 件(27.4%)、區域醫院 21,654 件(20.4%)。
- (2) 107 年第 3 季層級別上轉 4.6 萬件中(01036C、01037C)，由診所上轉 42,670 件為最多(91.9%)；下/回轉 8,662 件中(01034B、01035B)至診所者 7,220 件(83.4%)為最高。以電子轉診平台登錄件數推估約 80%為回轉案件。
- (3) 107 年第 3 季下轉或回轉件數到診所之醫院，由高至低排序為澄清綜合醫、中國附醫、臺中榮總、彰基、衛部豐原等 10 家醫院。
- (4) 107 年第 3 季轉診費核付結果：下轉或回轉共計 2,012 件，煩請醫院加強將穩定慢性病人實質下轉及上轉病人經治療穩定後，積極將病人回轉給原院所持續後續照護，以達到門診減量及落實分級醫療。
- (5) 中區醫院轉診推動計畫執行結果：本組共辦理 7 場記者會。另 107 年第 3 季獎勵計畫達成情形為「訂定執行計畫暨慢性病人數較同

期下降 2%」有 2 家達成、「門診下轉成功人數」有 16 家達成(2 家符合額外進階獎勵)、「電子轉診平台使用率 $\geq 80\%$ 」有 47 家達成。

(6) 107 年 1-9 月總就醫次數較去年同期，醫學中心及區域醫院呈現下降趨勢。為因應落實分級醫療，中區地區醫院 107 年 12 月週六開診率為 92%、週日開診率為 43%，皆高於其他分區。

(三) 健保醫療資訊雲端查詢系統

1. 健保醫療資訊雲端查詢系統由單向查詢精進為雙向互動提示，主要目的減少重複用藥及檢查，以提升病人用藥及就醫安全。
2. 107 年度擴增項目有醫療影像調閱分享、疑似藥品療效不等通報、影像品質疑義通報、重複醫囑主動提示、預防接種系統介接，以達到影像互享主動提示及跨署合作資訊共通。
3. 107 年第 3 季中區整體(含基層)雲端查詢系統就醫病人查詢率為 85.38%，為全署最高。另查詢未申報醫療用費用比率為 5.18%，請醫院僅針對預約掛號且已簽署批次下載同意書病人進行批次作業。
4. 107 年 9 月新增重複開立醫囑主動提示 API 功能，院所醫師在登入健保醫療資訊雲端查詢系統，完成 SAM 卡、醫師人員卡、民眾健保卡之認證後，提供院所端資訊系統(HIS) 以 web service 傳送查詢醫令與接收回饋訊息，其檢核邏輯已修訂為門診特定藥品重複用藥管理方案邏輯，如下：
 - (1) 藥品：開立之醫囑給藥日份 14 日(含)以上，尚有同成分同劑型之餘藥日數，且應餘用藥日數 >10 日
 - (2) 檢驗檢查：目前列入 53 項醫令，開立之醫令與前次檢驗(查)間距小於建議執行週期。

(3) CT/MRI：目前列入 5 項醫令，提醒半年內最後一次檢驗(查)資訊。

5. 有關重複開立醫囑主動提示 API 功能，全國醫院家數查詢率為 99%，其回傳錯誤比率為 32%，並以「02_無驗證查詢資料」30%為最高，請醫院務必登入雲端查詢系統

<https://medcloud.nhi.gov.tw/imme0008/IMME0008S01.aspx>

完成查詢作業，再啟動 API 作業功能。

6. 為保障病人用藥權益及用藥品質，本署於健保醫療資訊雲端查詢系統增設「疑似藥品療效不等」通報。截至 107 年 11 月 15 日通報案件前三高為精神抑制藥 30%、抗高血壓藥 16%、血脂調節藥 7%，而通報來源以診所 32%為最多，其次區域醫院 31%、地區醫院 28%。

7. 107 年第 3 季中區跨院調閱影像為 25,453 件較他區(103,956 件)低，且醫院 CT、腹部超音波調閱件數遠低於 30 日內再次檢查醫令數，請醫院積極進行醫療影像調閱。每月回饋各醫師調閱明細資料，請各院加強內部管理。

(四) CT/MRI 重複執行未調閱之管理機制

1. 107 年 9 月 CT28 日再次執行率為 2.68% (全署 2.4%)、MRI28 日再次執行率為 1.17%(全署 1.26%)。而跨院(未含同院)28 日再次執行卻未調閱影像比率 CT 為 37.87%(全署 37.48%)、MRI 為 41.23%(全署 39.63%)，二者皆高於全署。
2. 108 年 1 月起醫師於門診(不含急診)開立檢查單時，應至健保雲端查詢系統查詢病人是否曾於 28 日內跨院執行過 CT 及 MRI(不論門、急、住診)，若有應調閱他院上傳之影像或報告，未調閱者不予支付。

3. CT/MRI 重複執行未調閱得申報虛擬醫令代碼(如下)

- (1) S001_保險對象因素(設定密碼限制讀取資料、忘帶健保卡、攜帶影像複製片)
- (2) S002_醫療院所因素(同體系醫事機構 HIS 資訊系統、衛福部全國醫療影像交換中心)
- (3) S003_系統因素(連線中斷、查無報告或影像)
- (4) S004_其他因素(提供切結文件備查、病歷詳細記載原因備查)

(五) 即時查詢病患就醫資訊方案

1. 108 年各總額部門之網路頻寬補助費用移列至各總額專款項目編列。

2. 各層級醫事機構訂定支付上限如下，改為結構性指標，提升網路頻寬，即支付網路月租費。

A. 醫學中心：企業型光纖50M 月租費5萬4,561點。

B. 區域醫院：企業型光纖20M 月租費4萬5,201點。

C. 地區醫院：企業型光纖10M 月租費2萬5,857點。

3. 即時資料上傳獎勵：

A. 135項醫令需即時上傳檢驗(查)結果

B. 37項醫令需即時上傳醫療檢查影像(實際檢查日期後之24小時內)及影像報告(報告日期24小時內)

4. 107 年 10-11 月區域以上醫院即時上傳檢驗(查)結果率為 0%~96.7%，另 108 年起檢驗(查)結果僅針對即時(24 小時內)上傳給予獎勵，請醫院積極配合達到 100%即時上傳。

5. 107 年 10 月醫療影像上傳率，以超音波及鏡檢上傳率較低，請各醫院配合於實際檢查日 24 小時內即時上傳。

(六) 門診特定藥品核扣方案

1. 自費用年季之 108 年第 1 季起，針對給藥日份 14 日(含)以上之 60 大類藥品，且當季重複用藥藥費 1,000 元(含)以上者，方核扣該藥費
2. 重複定義：同一病人不同處方之同成分同劑型藥品，不符提前領藥規範視為重複。
3. 方案內容不列計條件，如下：
 - A. 符合全民健康保險醫療辦法第24、25條提前領藥規範
 - B. 考量病人因病再次就醫，若餘藥日數小於等於10日則不計入重複用藥
 - C. 特殊狀況做虛擬醫令申報案件(R001~R006)
 - D. 因資料上傳與雲端資料讀取時間落差者，落差天數設定為4天
 - E. 因連續假期或特殊因素(如地震)者
 - F. 特定案件類型：代辦、急診(02)、精神疾病社區復健(A2)、安胎、同一療程及排程檢查。
 - G. 藥品特殊用法：立即使用(STAT)、需要時使用(PRN)

(七) 居家醫療照護整合計畫方案

1. 107 年第 1-2 季中區照護對象門診就醫次數下降皆達目標值(下降 0.39 次、0.37 次)，且至 107 年累計照護人數突破萬人。
2. 108 年居家醫療照護整合計畫方案推動重點(草案)為納入中醫師、牙醫師、藥師、新增緊急訪視加成、品質獎勵措施：提供完整照護者，該照護對象當年度之個案管理費調升、醫師新增每日訪視人次上限、收案對象 6 個月內須完成用藥整合。
3. 觀察指標(草案)為照護對象接受醫師照會中醫師/牙醫師/藥師訪視比、收案 6 個月後由居家醫療團隊提供完整醫療服務，未於西醫門診(不含急診)就醫情形、照護對象收案後急診就醫情形、照護對象死亡前 6 個月內安寧照護率

(八) 出院準備修訂

1. 108 年 1 月修正出院準備及追蹤管理費作業規範：配合衛福部「銜接長照 2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫」已於 107 年 12 月 31 日結束，爰此，「照顧管理評估量表(簡表)」登錄系統將移至本署 VPN 登錄。
2. 出院需要長照 2.0 服務且無縫銜接之件數比率、接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率列為「住院全人整合醫療服務」方案考核指標。

(九) 安寧療護

1. 107 年第 3 季中區安寧利用率為 22%，為全署最低，且呼吸器依賴患者安寧利用率為 54.80%，位居全署第 5，仍請各醫院對有需要病患積極收案。
2. 107 年第 3 季病患死亡前一年利用率僅 7 家達標獎勵，請醫院推動安寧療護，完備服務流程，提升照護品質及收案人數。
3. 108 年呼吸器依賴病人安寧利用情形目標為 60%，請加強長期呼吸器依賴患者管控，鼓勵對呼吸器依賴病患進行安寧緩和照護。

(十) 提升急性後期照護品質試辦計畫

1. 107 年 1-9 月收案人數為 834 人(15.1%)，為全署第 4。下轉人數 401 人(21.1%)，為全署第 3。另醫學中心僅台中榮總進入全國醫學中心前 5 名。
2. 請配合提升收案人數及下轉人數、協助落實結案個案銜接長期照顧、居家醫療或家醫計畫持續接受照護或追蹤、結案病人須居家醫療照護可由電子轉介平台銜接
3. 108 年起全面啟動個案管理照護費用檢核，個案評估、結果資料 VPN 登錄及評估費用申報作業，請依循辦理。

六、公告及轉請配合事項

(一) 107 年 12 月 27 日公告：107 年 12 月 1 日生效支付標準申報注意事項：

1. 「醫療服務成本指數改變率」增加之預算調整四項，如下：
 - A. 提升重症護理照護品質及持續推動「護病比與健保支付連動」
 - B. 調整特定處置項目支付點數
 - C. 暫不實施醫學中心及區域醫院門診合理量措施，並刪除「醫院門診診察費3.就診人次超出合理量部分」(編號00151B、00103B)
 - D. 地區醫院假日西醫門診案件加成
 - E. 107年12月費用：以「調整前支付標準」申報，本署後續將統一辦理該月費用差額補付作業。108年1月起費用：以「調整後支付標準」申報。
2. 「新醫療科技」預算增修醫療服務給付項目
 - A. 內視鏡射頻消融術 RFA：107年12月1日起若已收自費者應退費予民眾，並向本署申報(或補報)本項醫令
 - B. 冠狀動脈繞道手術增列4、5、6條血管(68053B-68055B)：107年12月份有作超過4條者：107年12月費用以4、5、6條血管申報或請整件暫緩申報，再以「整件補報」方式申報。

(二) 健康存摺推廣情形：本署健康存摺使用人數於 107 年 12 月間突破百萬。107 年協助推動健康存摺，特優院所為 5 家(衛部彰化、衛部豐原、彰濱秀傳、秀傳紀念、長安)、優等醫院為 9 家(中國附醫、中榮、國軍台中總、衛部南投、衛部臺中、澄清綜合、員基、新太平清澄、中國草屯)，並安排於 107 年 1 月 17 日中區業務組與中區全體醫院聯繫會進行授獎儀式。

- (三) 本署 108 年 1 月 1 日起，鼓勵新特約醫事機構使用雲端安全模組，以一般型讀卡機（2 台）搭配雲端安全模組，取代現行健保專屬讀卡機搭配實體安全模組。
- (四) 為加強健康存摺及醫療資訊雲端系統之資料完整性，協助保險對象做好自我健康管理。本署已完成自費健康檢查(驗)結果上傳資訊系統建置，並 107 年 12 月 1 日起開放上傳敬請醫院踴躍參加，有意參與方案者，可洽本組醫務管理科。

肆、提案討論

提案一

提案單位：健保署中區業務組

案由：有關 108 年醫院總額管理目標點值設定，提請討論。

說明：

- 一、依據衛生福利部 107 年 12 月 5 日公告，108 年醫院總額一般服務項目成長率為 4.080%、全署預算增加 172.54 億元(其中 12 億元用於調升急重難症等相關支付標準)，估計本組預算每季約增加 7.60 億元。
- 二、自 107 年第 3 季起實施「分級醫療雙向轉診」及「107 年區域級以上醫院門診件數下降 2%」等措施，醫療費用成長情形趨緩(107 年 1~3 季成長率分別為 9.28%、8.51%、4.88%，107 年 10~11 月 5.97%)，108 年各季目標點值設定依序為 0.92、0.93、0.93、0.925(107 年 1~4 季目標點值設定為 0.92、0.93、0.925、0.92)。

決議：

- 一、108 年 1~4 季目標點值設定為 0.92、0.93、0.93、0.925，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。
- 二、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%...)，則回補對象變更為核減比值 3.75% (5%...)以上

之醫院，就其超出 3.75% (5%...) 以上的點數進行回補，回補仍以 5 成為上限，且全區回補點數上限設定 8 千萬點。

提案二

提案單位：健保署中區業務組

案由：有關 108 年中區醫院總額管理方案修訂項目，提請討論。

說明：

- 一、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。
- 二、102 年第 3 季起設定單價目標值為 58,187.5 點，考量單價目標值已沿用 5 年且陸續新增給付高價癌症化學治療藥品，單價目標值應予調整。
- 三、分析近 2 年全國醫學中心申報資料，季平均每人門住診癌症化學治療藥費為 65,382 點。

決議：

- 一、自 108 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 58,157.5 點調整為 65,382 點。
- 二、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。

提案三

提案單位：健保署中區業務組

案由：有關 108 年醫院總額管理方案(如附件一)，提請討論。

說明：詳附件一。

決議：照案通過。

提案四

提案單位：健保署中區業務組

案由：轄區 108 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 91 年「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(和平鄉、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、轄區 107 年認定之偏遠地區醫院，係依 106 年 1-6 月之醫療費用權重校正計算，符合之醫院計 10 家。
- 四、108 年茲以 107 年 1-6 月醫療費用依前述原則重新計算，符合之醫院名單與 107 年一致，計有 10 家，分別為東勢區農會附設農民醫院、竹山秀傳醫院、東華醫院、埔里基督教醫院、彰基二林醫院、洪宗鄰醫院、新泰宜婦幼醫院、宋志懿醫院、南基醫院、台中榮民總醫院埔里分院等 10 家醫院符合分區偏遠地區認定原則。

決議：108 年仍比照 107 年醫院總額結算執行架構偏遠地區認定原則辦理，計有 10 家醫院符合分區偏遠地區認定原則。

伍、臨時動議：無

陸、散會：下午4點00分