

衛生福利部中央健康保險署

中區業務組與中區醫院代表聯繫會第41次會議紀錄

時 間：102年12月31日下午2點

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、中國醫藥大學附設醫院莊主任春珍、台中榮民總醫院許副院長惠恒、台中榮民總醫院姚主任秘書鈺、彰化基督教醫院郭院長守仁（林小娟代）、彰化基督教醫院陳副院長秀珠（廖秀鳳代）、中山醫學大學附設醫院呂總院長克桓、童綜合醫院童副董事長瑞龍（詹環如代）、光田醫院王總院長乃弘（吳瑞堂代）、澄清醫院張院長金堅（廖麗花代）、衛生福利部臺中醫院李院長孟智、彰濱秀傳紀念醫院葉負責醫師永祥、國軍台中總醫院郭院長武憲、大甲李綜合醫院李總裁順安、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（徐碧禪代）、竹山秀傳醫院謝院長輝龍（蔡味娟代）、員榮醫院張院長克士（尹文國代）、清泉醫院羅院長永達、臺安醫院蘇院長主恩（呂美麗代）

本署中區業務組：

陳專門委員墩仁、詹科長玉霞、楊科長育英、陳視察雪姝、蔡視察瓊玉、陳視察麗尼、謝複核專員秋萍、楊複核專員惠真

主席：方組長志琳

紀錄：李哲瑋

壹、宣布開會

貳、主席致詞：(略)

參、報告事項：詳見會議資料

一、中區醫院醫療費用申報概況

- (一) 102年第1季較101年第1季醫療費用(含交付)成長率為3.11%，藥費(含交付)成長率為10.89%。
102年第2季較101年第2季醫療費用(含交付)成長率為4.40%，藥費(含交付)成長率為10.49%。
102年第3季較101年第3季醫療費用(含交付)成長率為4.28%，藥費(含交付)成長率為10.12%。
- (二) 102年第3季較101年第3季醫療費用(不含交付)成長率為門診6.05%、住院2.06%、門住診合計4.16%；藥費(不含交付)成長率為門診11.74%、住院1.24%、門住診合計9.46%；診療費(不含交付)成長率為門診1.46%、住院2.59%、門住診合計1.95%。
- (三) 門診醫療費用點數成長概況：100年第3季每日藥費57.57點成長至102年第3季60.69點；100年第3季每件點數2,288點成長至102年第3季2,443點。
- (四) 住院醫療費用點數成長概況：100年第3季每日點數5,218點成長至102年第3季5,680點；100年第3季每件點數50,684點成長至102年第3季53,621點。

二、102年醫院總額管理方案執行成果

(一) 單價指標項目

1. 住院每人次平均非藥費單價：第1季達成家數59家，核減約3,072萬點；第2季達成家數56家，核減約2,636萬點；第3季達成家數62家，核減約1,819萬點。
2. 門診每人平均非藥費單價：第1季達成家數79家，核減約2,230萬點；第2季達成家數64家，核減約5,549萬點；第3季達成家數72家，核減約3,893萬點。
3. 門住診每人平均一般藥費單價：第1季達成家數62家，核減約3,252萬點；第2季達成家數63家，核減約2,829萬點；第3

季達成家數56家，核減約4,003萬點。

(二) 特定項目整體核扣點數

1. 呼吸器管理：第1季核減約919萬點、第2季核減約919萬點、第3季核減約814萬點。
2. 門住診癌症化學治療藥費：第1季核減約2,103萬點、第2季核減約5,000萬點、第3季核減約2,824萬點。
3. 門診重症且大於6000以上處方藥費：第1季核減約2,000萬點、第2季核減約2,426萬點、第3季核減約1,917萬點。
4. 其他二項（3千萬點以下醫院、急重症）第1季至第3季均未核減。

(三) 品質指標項目：第1季獎勵點數約9,066萬點、第2季獎勵點數約10,442萬點、第3季獎勵點數約9,434萬點。

(四) 醫院總額審查結果

1. 核減率：第1季為3.39%、第2季為3.25%、第3季為3.50%。
2. 整體檔案分析核減點數：第1季約31,758萬點、第2季約38,322萬點、第3季約38,441萬點。

三、103年醫院總額管理方案

(一) 管理模式

1. 分級審查：比照102年管理方式。
2. 特定項目
 - (1) 呼吸器管理：比照102年管理方式。
 - (2) 3千萬點以下醫院、急重症、門診重症且大於6000以上處方藥費：比照102年管理方式。
 - (3) 門住診癌症化學治療藥費：比照102年第3季管理方式。
3. 整體檔案分析核減
 - (1) 攤扣模式：比照102年管理方式。
 - (2) 基準值增減因素：為102年指標管理結果，即住院每人

平均非藥費單價（負值5成）、門診每人平均非藥費單價（負值5成）、門住診每人平均一般藥費單價（第1～3季負值5成、第4季負值全數）及品質指標（全數）。

4. 單價指標

- (1) 住院每人平均非藥費單價：比照102年管理方式。
- (2) 門診每人平均非藥費單價：人數計算方式由月歸戶改為季歸戶。
- (3) 門住診每人平均一般藥費單價：人數計算方式由月歸戶改為季歸戶。

5. 品質指標

增減點數為各項指標之權重（ $\pm 0.05\% \sim 0.15\%$ ）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) 比照102年管理方式項目：

- A. 醫院住院全人醫療服務
- B. 長期照護機構住民醫療利用整合性照護計畫
- C. 門診糖尿病人照護比率
- D. 初期慢性腎臟病醫療給付改善方案之照護比率
- E. 氣喘方案照護比率
- F. 精神科病人出院後30日內門診追蹤治療率

(2) 變更102年管理考核方式，達成者增加點數，未達成者扣減點數：

- A. 以病例組合校正之住院案件出院後14日內再入院率（TW-DRGs V3.2版）
- B. 以病例組合校正之住院案件出院後3日內再急診率（TW-DRGs V3.2版）

(3) 103年新增項目：

A. 健保雲端藥歷系統使用查詢比率（門診同藥理不同處方用藥日數重複比率（跨院）_參考項）

B. 專業審查作業紙本病歷替代方案

（二）預估點值設定

1. 一般服務項目成長率2.583%。

2. 各季整體檔案分析核減點數上限設定為總申報點數2.0%。

3. 預估點值為0.925~0.945。

四、103年重點管理項目（延續102年及新增）

（一）診療及住院：

A. ESWL 尿路結石體外震波碎石術

B. CT/MRI

C. 放射線治療

D. 復健治療

E. DRG 心導管案件

F. 住院案件權重大於3

（二）藥品：

A. 門住診抗生素使用率

B. 高單價藥品

C. 單張處方藥費大於6000

D. 月歸戶人_口服用藥顆數大於900顆

E. 用藥重複_同院及跨院

F. 門診處方用藥品項數異常

（三）103年新增專案推動項目：

A. 醫院住院全人醫療服務

B. 健保雲端藥歷系統

C. 提升急性後期照護品質試辦計畫

D. 專業審查作業紙本病歷替代方案

肆、提案討論

提案一

提案單位：健保署中區業務組

案由：有關 103 年醫院總額管理預估點值設定，提請討論。

說明：行政院衛生福利部 102 年 12 月 27 日公告，103 年醫院總額（不含專款專用）成長率為 2.583%，爰以 103 年第 1 季至第 3 季預估中區醫院總額的核定點數成長率推估（含支付標準項目調整自然成長），若整體檔案分析核減項目，設定全區各季核扣比例上限為總申報點數的 2%（約核扣 3.5～4 億點），則各季預估點值設定依序為 0.925、0.945、0.935。

建議：103 年第 1 季至第 3 季預估點值設定依序為 0.925、0.945、0.935，第 4 季則由本業務組依上開原則試算後訂定，各季若因不可控因素致成長超出預期，各季之預估點值則隨之調整。

決議：照案通過。

提案二

提案單位：健保署中區業務組

案由：有關 103 年醫院總額管理方案單價指標項目門診每人平均非藥費單價（N1_03）、門住診每人平均一般藥費單價（N1_04）之目標值重新調整設定，提請討論。

說明：

- 一、門診每人平均非藥費單價之原目標值設定係採 100 年目標值 $\times 0.5 + 100$ 年第 2、3 季申報單價 $\times 0.5$ 並以同儕申報平均單價 75 百分位為上限，擇較高者。
- 二、該項指標分母計算人數原採月歸戶人，因醫院於門診案件申報同一療程、排程、排檢或醫療給付提升計畫疾病管理案件等，若有跨月情形，其申報方式得採合併或拆開方式申報，考量計算指標值之公平性，故其分母列計人數應採季歸戶計算。因此，該 2 項指標之目標值予以重新設定。

建議：

一、目標值計算方式及其核扣原則：

(一) 門診每人平均非藥費單價

1. 目標值設定

分子=各院 102 年第 4 季目標值* (100 年第 2~3 季之季平均月歸戶人數)

分母=100 年第 2~3 季之平均季歸戶人數

2. 核扣原則：超出目標值核減6成

(二) 門住診每人平均一般藥費單價

1. 目標值設定

分子=各院 102 年第 4 季目標值* (N1_03 之 100 年第 2~3 季之季平均月歸戶人數)

分母=N1_03 之 100 年第 2~3 季之平均季歸戶人數

2. 核扣原則：超出目標值全數核減

二、自 103 年第 1 季起實施，惟為緩衝各院目標值以季歸戶人數重新設定之影響，故前述 2 項單價依核扣原則計算核扣點數後，103 年上半年反映 8 成，103 年下半年全數反映。

決議：照案通過，惟前述 2 項單價依核扣原則計算核扣點數後，103 年第 1 季反映 7 成、第 2 季反映 8 成、第 3 季反映 9 成、第 4 季全數反映。

提案三

提案單位：健保署中區業務組

案由：有關 103 年醫院總額管理方案，提請討論。

說明：詳附件 1。

決議：照案通過。

提案四

提案單位：健保署中區業務組

案由：本轄區 103 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 $\times 1.2$ 、偏遠程度高 $\times 1.6$ ）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、本轄區 102 年認定之偏遠地區醫院，係依 101 年 1~6 月之醫療費用權重校正計算，符合之醫院有 10 家。
- 四、103 年茲以 102 年 1~6 月醫療費用依前述原則重新計算，符合之醫院計有 11 家（新增南基醫院 40.5%，另台中榮總埔里分院排除非偏遠地區榮民費用點數後計算），總申報門住診點數為 18.90 億點，占本組門住診申報點數 5.19%，其中南基醫院申報 2.09 億點，占本組門住診申報點數 0.57%。

建議：

- 一、103 年仍比照 102 年醫院總額結算執行架構偏遠地區認定原則辦理。
- 二、計算方式改以 102 年 1~6 月醫療費用重新計算，增加南基醫院

計 11 家（其中台中榮總埔里分院申報費用點數中歸屬於非偏遠地區榮民費用點數，因本認定原則所得之補助款，採固定比率於當季扣除）。

決議：照案通過。

陸、散會：下午 4 點 15 分。