

**衛生福利部中央健康保險署北區業務組
醫院總額共同管理委員會 108 年第 4 次會議紀錄**

時間：108 年 12 月 11 日（星期三）14 時

地點：北區業務組七樓第一會議室

主席：林組長阿明

陳會長振文

紀錄：江謝佩妘

出席人員：

彭副會長家勳	請 假	洪委員冠予	王子康 (代)
江榮譽會長銘基	江銘基	吳委員家勳	吳家勳
陳秘書長旗昌	陳旗昌	蔡委員芳生	蔡芳生
林委員秀峰	林啟文 (代)	謝委員麗玲	謝麗玲
游委員進邦	游進邦	李委員興中	曾英智 (代)
王委員世輔	王世輔	楊委員仲棋	林志鴻 (代)
徐委員永年	王偉傑 (代)	張委員達人	劉益宏 (代)
陳委員志忠	陳志忠	李委員順安	李順安
蘇委員聰賢	蘇聰賢	陳委員忠信	陳忠信
劉委員宜廉	劉宜廉	鍾委員蝶起	鍾蝶起
林委員致穎	林致穎		

列席人員：(職稱敬略)

為恭醫院	彭桂秋
台北榮總新竹分院	曾靖紘
南門醫院	姚芳珠
林口長庚醫院	周遠楨
衛生福利部桃園醫院	郭靜燕
聖保祿醫院	郭咏臻

敏盛綜合醫院	劉美君				
國軍桃園總醫院	商仕達	楊惠芳			
臺大醫院新竹分院	戰琬珍				
楊梅天成醫院	林佩燁				
中壢長榮醫院	彭竟琳				
新竹國泰醫院	吳明國				
國軍新竹地區醫院	林筱萍				
仁慈醫院	曾綉伶				
苑裡李綜合醫院	楊佩錦				
重光醫院	吳秀珍				
弘大醫院	劉惠敏				
中國醫藥大學新竹附設醫院	葉坤祥	黃國正			
衛生福利部桃園療養院	孔秀美				
東元綜合醫院	盧文婷				
聯新國際醫院	侯雅菁				
台北榮總桃園分院	羅素惠				
中美醫院	吳昇明				
臺大醫院生醫分院	楊宏智	葉寶雲			
醫院醫療服務審查執行會北區分會	阮雅秀				
衛生福利部中央健康保險署北區業務組 (職稱敬略)					
張溫溫	許菁菁	謝明珠	陳輝發	倪意梅	林麗雪
曹麗玲	雷若瑾	黃毓棠	劉孟芸芝	吳玉蓮	吳煥如
林美霞	鄭岫軒	吳秋芬	林俊仰		

壹、主席致詞(略)

貳、確認北區醫院總額共同管理委員會 108 年第 3 次委員會議紀錄。

結論：確定。

參、報告事項

第一案、臺大生醫分院專案報告。

決定：

- 一、感謝臺大生醫分院為促進轄區醫院良性互動，於本次會議說明醫院業務發展規劃，有助達成總額管理共識。
- 二、期待臺大生醫分院續依設立宗旨，定位為「台灣醫療照護與生醫發展的國際櫥窗與卓越中心」，朝結合生醫研發，致力罕病、急重癌醫療，以符合國家衛生發展政策；並依肩負新竹生醫園區發展使命，期盼能發揮研究、教學的角色，與在地醫院共同合作，輔助中小型地區醫院提升醫療照護品質。
- 三、綜上，後續將函文轉知臺大生醫分院轄區醫院之期許。

第二案、中國醫藥大學新竹附設醫院專案報告。

決定：

- 一、感謝中醫大新竹醫院認同轄區醫院共同承擔點值概念，自 108Q4 加入點值風險分攤機制，並於本次會報議說明醫院業務規劃。
- 二、肯定中醫大新竹醫院提供民眾妥善醫療照護，提升新竹縣醫療資源，惟考量轄區醫療資源分布，請著重發展急重癌

醫療服務，平衡門、住診醫療比例，以符合醫院設立宗旨，並加強與鄰近院所合作，積極推動分級醫療。

三、考量總額預算有限，請中醫大新竹醫院審慎務實評估病床開設進度，以減輕對轄區醫院總額點值之衝擊。

四、綜上，後續將函文轉知中醫大新竹醫院。

第三案、本會 108 年第 3 次會議結論事項辦理情形。

決定：洽悉。

第四案、北區醫院總額執行現況暨重要執行業務管理報告。

決定：

一、分級醫療

(一)108Q3 區域以上醫院轉入社區院所僅占門診應下降件數 13%，接受社區院所上轉之回轉率 4.21%(全國第 3)，請持續積極推動，上轉個案治療穩定後應儘速回轉；針對同院 30 日內重複下轉、下轉病患轉入後 90 日內曾回原轉出醫院，請瞭解原因並落實轉診需求溝通，持續監測病患轉診流向。

(二)108Q2 申報轉診核付率由 55%提升到 64%，惟上轉核付率(01036C、01037C)低於全國，已回饋「轉診管理指標報告卡」請各院積極管理，提升轉診費核付率。

(三)區域以上門診減量：108Q3 門診就醫人次成長-5%，有 3 家醫院未達目標(-3.96%)，109 年仍持續推動門診減量政策，公告自 109 年 4 月 1 日起應較 106 年下降 5.88%，本署已宣告減量核扣與自主管理核扣應分開處理，請區域

以上醫院持續積極配合分級醫療政策。

二、急診暫留及地區醫院假日開診：醫學中心 108Q3 急診後轉住院暫留急診 48 小時比率 9.33% 為 2 年來最高，請醫學中心加強改善，並請轄區醫院審慎評估上轉及妥適聯繫。地區醫院星期日開診率尚未提升，請加強假日開診情形。

三、藥費管理：108Q3 轄區醫院藥費占率 28.6%，成長率 10%(全國最高)，主要成長門診部門 10.5%(全國最高)，請加強管理高成長貢獻及高價藥使用合理性。

四、健保雲端醫療資訊

(一)醫療影像：108Q3 各層級醫療影像即時上傳率及跨院調閱件數均高於全國同儕，感謝醫院全力配合，病患如有調閱影像需求，仍請持續落實。

(二)檢驗(查)結果上傳：自 8 月起因應委外代檢案件增加「收到報告日期」欄位，並以收到報告日期作為 24 小時內之認定，請配合將委外代檢之項目上傳，並持續提升上傳率。

(三)門診特定藥品重複用藥管理方案：門診全藥品類別將自 10 月起執行核扣，經模擬試算 108 年 6-8 月轄區全藥類重複用藥核扣 57 家醫院 (>10 萬點計 12 家)，請善用健保雲端資訊系統或主動提示功能 API，降低不必要之重複用藥。

(四)重要檢查(驗)管理：108Q3 轄區 30 項檢查費用成長率 5.22%，未達<4.08%之目標，尤其地區層級成長幅度高；成長高於全國項目為上消化道內視鏡、第 4 級外科病理、大腸鏡檢查、MRI、免疫組織化學染色、CT、其他超

音波等 7 項，費用占比前 3 大為 CT、MRI 及第 4 級外科病理，請加強執行合理性管理，本組將研訂管理機制(單價管理)提醫療資源管理小組討論。

- 五、健康存摺：108Q3 新增使用人數達成率 91%，21 家醫院已達目標，請多善用眷屬管理及 SDK 介接功能，持續推廣使用。
- 六、論質計酬照護收案率：108Q3 轄區 Pre-ESRD 低於全國平均，DM、CKD 及 Pre-ESRD 收案率全國第 4，請持續加強收案。
- 七、門診整合照護計畫：截至 9 月收案人數 1,389 人，照護率 3.73%，請加強積極收案，未收案醫院請盡早開始收案，並落實申報及 VPN 登錄資料一致性。
- 八、PAC：108Q3 擴大疾病別醫學中心僅下轉個案 3 名、全國排名 15，承作醫院收案 223 人(全國第 3)、成長率 13.7% 尚低於全國；本組提供可收案個案資訊及重點科別醫師名單，並自 108Q4 起逐月即時通知可收案明細，請加強收案管理。
- 九、出院準備轉銜長照：108Q3 「7 日內長照轉銜率」45% 全國第 4，請持續積極推動。
- 十、居家醫療整合：108Q2 收案前與收案後個案門診就醫次數比率-0.47%，已達目標，惟整體收案人數中尚有 50% 仍至門診開藥，請加強藥物整合落實由居家整合開藥。
- 十一、本署 109 年將分階段逐步擴大辦理「電腦自動化檢核審查」，請醫院於申報前檢視所提供之醫療服務是否符合給付相關規定、核備資料之完整性及正確性，以避免衍生不

符規定而被核減情形。

第五案、108Q3 新醫療科技項目預算運用暨政策鼓勵及品質提升獎勵項目執行情形。

決定：洽悉。

第六案、108 年第 4 次醫療資源管理小組會議辦理情形。

決定：108 年 11 月 21 日召開之第 4 次醫療資源管理小組會議業辦理完竣，會議記錄已置 VPN 周知各院，重點摘述：

- 一、手術代碼申報因專業度高，爰多數醫院由醫師決定，若因手術方式屬新醫療科技而無適當支付標準項目，可向本署或相關學會提出新增建議，在尚未新增前可依本署公告之特約院所提報支付標準未列項目申報規範申報。
- 二、急診檢查(驗)項目加成管理：應不得申報急診加成項目(報告無法於 1 小時內完成或無緊急之需要)已發文各院自行清查近 2 年案件，餘 471 檢查(驗)項目是否有緊急施行檢查之必要性，相關醫令皆已提供署本部彙集專家意見研議規範，未明訂前本組將以專業審查認定合理性。
- 三、109 年度北區自訂勘異計畫將由現行提供全國前 50 大醫令，結合本署重要檢驗(查)管理目標及單價管理理念，精進為建置整體費用成長多面向管理指標計分卡機制監控及管理並滾動式檢討，以利資源合理分配。

第七案、109 年北區醫院總額共同管理委員會會議召開時程案。

決定：

一、109 年共同管理委員會會議時程如下，請委員預留會議時間。

議次	共管會議	醫療資源管理小組會議
第 1 次	109 年 3 月 11 日(星期三)	109 年 2 月 20 日(星期四)
第 2 次	109 年 6 月 10 日(星期三)	109 年 5 月 21 日(星期四)
第 3 次	109 年 9 月 9 日(星期三)	109 年 8 月 20 日(星期四)
第 4 次	109 年 12 月 9 日(星期三)	109 年 11 月 19 日(星期四)

二、109 年委員名單請院長聯誼會秘書組於 109 年 1 月底前以公文函知本業務組，俾利進行開會通知事宜。

第八案、醫院來函申請更正醫療費用申報資料期限案。

決定：

一、醫院來函申請更正案件倘屬影響核定相關醫療費用計算者(如總額內費用、專款專用、品質指標等項目)，應於當季結束後次月 20 日前完成更正，更正期限如下表，逾時將不重新計算。

109 年季別	費用年月	申請更正期限 (屬影響核定醫療費用計算者)
Q1	109 年 1-3 月	109.01.01~109.04.20
Q2	109 年 4-6 月	109.04.01~109.07.20
Q3	109 年 7-9 月	109.07.01~109.10.20
Q4	109 年 10-12 月	109.10.01~110.01.20

二、倘為維護健保資料庫資料正確性(如：健康存摺變更診斷等因素)，未涉核定相關費用申報資料者，則無時限限制。

肆、討論事項

第一案、109年「醫院總額點值暨品質提升方案」規劃案。

決議：109年醫院總額點值暨品質提升方案，經會議討論決議之規劃重點摘述如下：

一、點值規劃：109年規劃點值 Q1：0.935、Q2：0.932、Q3-Q4：0.9375，並預先保留非當季預算，基本目標管理點數年平均成長率 2.89%。

二、基本目標管理點數分配原則：109年各院目標管理點數，依基期(107Q4~108Q3)各院核定點數、急重癌校正點數及地區(教)層級分級轉診校正點數之總點數占率分配。

(一)核定點數：最終核定點數 80% + 初核定點數 20%，申復爭審及支付標準調整一併校正。

(二)急重癌校正點數：以基期急重癌點數反映 20%計算。

(三)地區(教)層級分級轉診校正點數：地區(教)層級醫院成功接收下轉個案數×同儕平均單價。

(四)基本目標點數下限：基本目標點數較去年同期負成長者，以不低於去年同期基本目標點數或最終核定點數或近兩季(108Q2~108Q3)總額內申報平均點數(取小值)為原則。

(五)區域以上醫院門診減量校正：依 109年應調降比率校正門/住診目標點數分配。

三、重分配獎勵項目：保留規劃總點數 3.8%分配。

(一)政策鼓勵項目：保留0.45%推動分級醫療雁行計畫，若分配不足則等比例限縮、如有剩餘依品質提升獎勵點數占率分配。

(二)品質獎勵：保留2.0%，109年品質指標原則維持(108年)既有項目(11項獎勵及1項扣減指標)，並擇6項目為地區醫

院加權項目，加權獎勵15%。若有新增指標項目，彈性調整自Q2起實施。

(三)超額回饋重分配：

- 1、保留1.35%，依品質指標表現、就醫人數成長及急重癌醫療服務成長3階段計算補付，個別醫院補付上限為超額85%，倘估算整體補付點數超出1.35%保留點數，則當季各院超額回饋點數同步限縮。執行情形逐季追蹤檢討，並適時資訊揭露。
- 2、就醫人數校正計算排除當季門診一次就醫人數，當季生產成長點數納入急重癌成長點數計算，急重癌成長點數與超額點數比值分段補付比率如下表。

超出管理目標分級補付	急重癌及生產成長點數與超出目標點數比值				
	≥0.7	0.5~0.7(不含)	0.3~0.5(不含)	0~0.3(不含)	<0
0%~2%(含)	60%	50%	40%	30%	20%
2%~4%(含)	50%	40%	30%	20%	10%
4%~6%(含)	40%	30%	20%	10%	5%
6%以上	0%	0%	0%	0%	0%

四、穩定點值調校機制：設計 A/B(A2/B2)案供醫院選擇，改選方案以 1 次為限，公文於當季第 2 個月 15 日前送達則當季生效，逾期則次季生效。

(一) A 案：超出目標管理點數逕予核減。

(二) B 案：核定點數調整作業

1、啟動條件：當季核定預估點值低於規劃點值。

2、計算方式：

(1) 應攤扣之總醫療服務點數=B 案醫院總初核定點數 - B 案醫院總基本目標點數

(2)攤扣占率如下表：

轄區整體醫療費用成長率	申報占率	成長貢獻
<8%	50%	50%
8%(含)~10%	30%	70%
≥10%	20%	80%

(3)攤扣點數=應攤扣之總醫療服務點數×攤扣占率 - 政策鼓勵點數 - 品質提升獎勵點數。

(三)新設立醫院：

1、A2 案(適用設立後第 2 年；第 5~8 季)：超出目標管理點數逕予核減；目標點數採基期最近 1 季最終核定點數以總額預算季間占率推估各季基本目標點數×(1+總額成長率 5.471%)。

2、B2 案：

(1) 啟動條件：當季核定預估點值低於規劃點值。

(2) 計算方式：

A. 總攤扣點數=整體醫院總初核定點數 - 整體醫院總基本目標點數

B. 應攤扣占率如下表，攤扣占率逐年檢討調整。

設立時間(以有完整季申報資料起算)		申報占率	成長貢獻
設立後 第 1 年	第 1~3 季	不攤扣	
	第 4 季	100%	0
設立後 第 2 年	轄區整體醫療費用成長率	申報占率	成長貢獻
	<5.471%	100%	0%
	5.471%(含)~10%	95%	5%
	10%(含)~15%	90%	10%
	≥15%	85%	15%

C. 應攤扣點數=攤扣占率×總攤扣點數-政策鼓勵點數-品質提升獎勵點數

五、醫療服務費用管控：

(一) 藥費管理：

1、當季申報藥費計算範圍：不含總額外、C 型肝炎口服新藥藥費、愛滋病藥費、癌症藥費、移植及抗排斥藥費、罕病及血友病藥費、矯正機關藥費，含釋出處方藥費。另因應每年度藥價調整，藥價調整當季起基期季申報藥費校正藥價調整影響降幅：

(1) 基期季申報藥費校正=基期季申報藥費* (1-預估降幅*反應成數)。

(2) 反應成數：若該季該院藥費成長 > 全國平均藥費成長率反應 8 成；餘反應 6 成。

2、費用核減原則：依當季藥費成長率及藥費占率成長百分點核減(詳下表)，重複用藥虛擬代碼(R001~R005、R008)案件占自身給藥件數占率>全國同儕 P70/P80/P90，加成核減比率 0.1%/0.2%/0.3%。

核減比率		藥費成長率(X)				
		$X \leq 0\%$	$Y \geq X > 0\%$	$Y * 1.5 \geq X > Y$	$Y * 2 \geq X > Y * 1.5$	$X > Y * 2$
藥費占率成長百分點(Z)	$Z \leq 0$	-	-	1%	2%	3%
	$0 < Z \leq 0.5$	0.25%	0.5%	1.5%	2.5%	4%
	$0.5 < Z \leq 1$	0.5%	1%	2%	4%	6%
	$Z > 1$	1.5%	3%	5%	6%	8%

註：X：當期藥費成長率、Y：年度總額規劃成長率 2.89%、Z：藥費占率成長百分點

(二) 復健管理：延長治療費用及每人物理(職能)治療費用成長貢獻點數，依據型態別、專科屬性暨層級別分群計算折付點數(如下表)，並依 CIS 指標「門診年復健次數>180 次」篩異件數居轄區 P50 以上且正成長之醫院，每人物理治療費用折付率再加計 5%~15%。

A. 型態別折付率		B. 每人物理(職能)治療費用折付率			
		復健費用成長率加計	>P50	>P75	>P90
象限一(高強度高頻率)	20%	≤0%	5%	15%	25%
象限二(低強度高頻率)	10%	≤5%	15%	25%	35%
象限三(低強度低頻率)	5%	≤10%	20%	30%	40%
象限四(高強度低頻率)	10%	>10%	25%	35%	45%
		CIS 篩異件數加計(物理)	5%	10%	15%

(三) 呼吸照護目標管理：整體以較 108 年總目標點數零成長為目標，基期(107Q4~108Q3)各季依各院支付標準調整校正目標管理點數，並依超出目標管理點數比率、醫療品質等級及安寧療護執行率，設定折付 10%~55%。

六、費用審查：持續推動精準審查，辦理全國醫療費用分析專案及全面性篩異，並將針對年度最高費用新 20 類檢查(驗)及 CT/MRI 設計單價管理，加強管控；醫療資源管理小組持續運作，必要時邀請醫院至共管會議說明管理計畫，共同提升醫療資源合理使用。

第二案、健保資訊醫療雲端查詢系統增加論質方案衛教護理師使用者查詢權限。

決議：已將醫院執行現況及照護模式回饋署本部，並建議開放個案管理師查詢他院上傳雲端查詢系統檢驗(查)值之權限，以利登錄個案管理系統，目前署本部研議中，如有修訂將通知醫院。

第三案、108 年醫院總額方案區域級(含)以上醫院門診減量措施扣減目標點數操作型定義釐清案。

決議：本項配合署本部一致之操作型定義辦理核減。

第四案、109 年轄區偏遠地區醫院資格認定案。

決議：維持 108 年本區偏遠地區醫院之分區認定原則，符合醫院為桃園新屋、大順、通霄光田 3 家，後續提報署本部認定。

散會：下午 5 點 00 分