

**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 1 次會議紀錄**

時 間：108 年 3 月 13 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	彭家勳	吳委員家勳	吳家勳
江榮譽會長銘基	江銘基	蔡委員芳生	蔡芳生
陳秘書長旗昌	陳旗昌	謝委員麗玲	謝麗玲
林委員秀峰	林志宏（代）	李委員興中	李興中
游委員進邦	林啟文（代）	張委員達人	張達人
廖委員振成	林育宏（代）	楊委員仲棋	楊仲棋
許委員振榮	李永恆（代）	徐委員千剛	徐千剛
李委員新民	詹宏裕（代）	李委員炳賢	江莉玲（代）
盧委員星華	盧星華	李委員順安	李順安
黃委員禹仁	黃禹仁		
劉委員碧珠	劉碧珠		

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

衛生福利部苗栗醫院

黃堂彥 溫靜微

衛福部桃園療養院

陳建志 孔秀美

台北榮總桃園分院

陳淑雅

東元醫院	劉雅文	盧文婷
聯新國際醫院	侯雅菁	
楊梅天成醫院	林佩燁	陸浩瑜
中壢長榮醫院	彭竟琳	
新竹國泰醫院	吳明國	
仁慈醫院	曾綉伶	
國軍新竹地區醫院	林筱萍	
大千醫院	程以鴻	
通霄光田醫院	林敬瑜	
苑裡李綜合醫院	楊佩錦	王秀慧
國軍桃園總醫院	周勝傑	楊惠芳
中美醫院	吳昇明	
敏盛綜合醫院	簡佳慧	
聖保祿醫院	郭咏臻	
新竹馬偕紀念醫院	林劭芸	
衛生福利部桃園醫院	郭靜燕	

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	游慧真	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	方亞芸
吳煥如	林美霞	呂宗翰			

壹、主席致詞(略)

貳、確認北區醫院總額共同管理委員會 107 年第 4 次委員會議紀

錄。

結論：確定。

參、報告事項

第一案、本會 107 年第 4 次會議結論事項辦理情形。

決定：洽悉。

第二案、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)本區 107 年第 4 季轉入社區院所件數全國第 3，僅占該季門診應下降件數 19%，電子轉診平台回復率仍偏低(22%)，且與實際申報落差達近 8 成，請主動掌握病患流向，於轉診就醫後 3 日內儘速完成回復作業，與合作院所雙方均應確實正確申報轉診支付項目。

(二)區域以上門診件數下降 2%：107 年第 4 季門診就醫人次成長 0.27%，有 7 家醫院未達標，將依署本規劃期程辦理核扣；108 年目標持續降低 2%(即較 106 年降低 3.96%)，請積極提升穩定慢性病人轉診社區，推動分級醫療。

二、假日開診：地區醫院星期日開診率下降，除支付標準調升誘因外，配合分級醫療轄區自主管理方案亦設有獎勵，請加強週六、日開診提供醫療服務。

三、藥費管理：107 年第 4 季北區醫院藥費成長率全國第 2 高，主要成長門診部門，請落實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：107 年下半年啟動醫療影像即時上傳，請區域及地區醫院持續加強；跨院影像調閱則以醫學中心調閱量最少且低於同儕，請努力提升。自費用年月 108 年 1 月起不予支付未調閱之 CT/MRI 檢查，若有特殊異常狀況導致無法調閱，請正確申報虛擬代碼註記。

(二)檢驗(查)結果上傳：108 年起以獎勵即時上傳為主，上傳範圍不分醫事類別及報告類別應全數上傳，請積極提升。

(三)60 類藥品重複用藥日數比率：108 年目標成長率下降 10%，請持續落實雲端資訊查詢，尚未使用「跨院重複開立醫囑主動提示功能」醫院請多加利用，並加強管控以降低重複用藥；另特定藥品重複用藥管理範圍擴大至 60 類，將自 108 年第 1 季起按季執行。

(四)重要檢查(驗)管理：108 年以 30 項檢查再執行率下降 5%、費用成長率小於總額成長率 4.08%為目標，請持續推動。

五、健康存摺：107 年感謝共同努力達成百萬人目標，108 年全國目標將再增加 50 萬人，另新增家戶眷屬運用功能，請持續支持推動。

六、論質計酬及整合照護收案率：107 年第 4 季 Pre-ESRD 及門診整合照護低於全國平均、DM 及 CKD 收案率全國第 4，請持續推動，108 年仍以達全國平均值以上為目標。

七、PAC：108 年第 1 季將啟動個案管理照護費用檢核，請注意各項規定，加強申報品質，並儘速完成院內邏輯修訂，亦請持續加強收案。

八、出院準備轉銜長照：108 年轄區醫院總額方案新增品質獎勵

指標，鼓勵提升 7 日內轉銜效益，請於病患出院前 3 日完成轉銜長照初評收案，並於出院後主動了解是否已接受長照服務。

九、居家醫療整合：本組將回饋安寧病人出院後未轉介安寧居家名單，請積極提升優先對象納入居家安寧，並增加人力或以雁行支援補足團隊缺乏之專業人員。

十、職災申報：建議被保險人就醫時詢明是否為執行職務、上下班或公出途中發生事故，經認定符合勞工保險被保險人因執行職務而致傷，應以職業傷害案件申報；另轄區部分醫院職災醫療費用占率低於平均且明顯衰退，請落實正確申報。

十一、C 肝全口服新藥健保給付執行計畫：北區收案人數占全國 11%，請針對符合收案條件之個案加強納入照護，另不符合收案條件者礙於健保資源有限，亦請妥適向患者說明。

十二、新增/修訂計畫(方案)：急診品質提升方案(108 年 2 月 1 日起實施)、門診整合照護計畫(草案)、居家醫療照護整合計畫(草案)、跨層級醫院合作計畫(108 年 4 月 1 日起實施)、Pre-ESRD 計畫(108 年 7 月 1 日起實施)均有修訂，請注意修訂及公告內容並積極配合辦理。。

第三案、108 年醫院總額點值暨品質提升方案醫院參與情形。

決定：洽悉。

第四案、107 年第 4 季支付標準調整校正目標管理點數、政策鼓勵、品質提升獎勵項目執行情形暨 107 年 12 月修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」案。

決定：洽悉。

第五案、108 年第 1 次醫療資源管理小組會議辦理情形。

決定：

- 一、108 年專案核扣原則係以專案結案日期認定。
- 二、跨院頻繁住院專案業已審畢，將發文提供各院參考，重申應依醫療專業需求以病患權益為優先考量給予完整醫療，不應以住院日數過長為由轉院，請充分向院內醫師說明健保署現無 30 日超長住院抽審指標，並請確實評估入出院之適當性，務必作好出院準備轉銜及醫病溝通。
- 三、108 年度重要檢查(驗)管理方案，管理範圍擴大為占整體檢查費用 6 成之 30 項檢查，全國目標值為「費用成長率小於 108 年總額成長率(4.08%)」、「醫令再執行率較去年同期下降 5%」，本組將針對未達目標值之項目優先管理，執行率高異常者亦將列入管理。

肆、討論事項

第一案、建議修訂醫院總額共同管理委員會組織要點第四條及第五條，提請討論。

決議：修訂醫院總額共同管理委員會組織要點第四、五、六、十點，分別為增加醫院代表人員、議案產生方式、委員任期及醫療資源管理小組會議召開時間，詳如附件 1。

第二案、108 年「醫院總額點值暨品質提升方案」品質獎勵指標修訂案，提請討論。

決議：

- 一、配合本署「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」修正案，自 108 年第 3 季起增訂「門診整合照護計畫」獎勵方式，後續將俟計畫公告內容評估調整，增訂指標操作型定義如附件 2。
- 二、自 108 年第 1 季起修訂健保資訊推動之「2.雲端查詢成效指標」、「3.檢查(驗)結果暨影像上傳」及「跨區照護回饋獎勵」獎勵指標，修訂指標操作型定義如附件 2。

第三案、108 年雁行專案-社區醫療合作推動計畫修訂案，提請討論。

決議：

- 一、108 年修訂參與團隊限制及雁行獎勵分配方式重點如下：
 - (一)取消參加總額方案之地區醫院不可跨團隊參與之限制。
 - (二)合作醫院分配範圍：修訂下轉同體系之地區醫院人數超過下轉非同體系地區醫院及基層人數，則門診下轉獎勵人數以門診(排急診)下轉非同體系地區醫院及基層院所人數為計算上限。
 - (三)主責醫院評核方式：
 - 1、基本獎勵：媒體宣導獎勵、支援合作獎勵、團隊運作獎勵、資訊共享獎勵及配合本署政策發展服務特色等 5 項。
 - 2、分級轉診成效獎勵(結果面落實轉診社區)：
 - (1)總分配點數：以基本獎勵核定後剩餘點數分配，超過時同步限縮。
 - (2)分配方式：以定額單價 1,500 點*下轉社區就醫件數*(1+

加權指數)計算，加權項目如下：

A. 下轉社區院所執行率(下轉社區院所件數占 108 年區域級以上醫院門診應下降件數比率)，加權表如下。

項目	108Q2	108Q3	108Q4	加權值
執行率	36%	48%	60%	0.70
	30%	40%	50%	0.60
	24%	32%	40%	0.50
	18%	24%	30%	0.30
	12%	16%	20%	0.20
	6%	8%	10%	0.10

B. 下轉社區院所件數成長率及貢獻度，加權表如下，另當季如排名全國同儕前 3 大加計權值。

加權值		成長貢獻度 $\geq$						
		2%	5%	10%	15%	20%	25%	30%
成長率 $\geq$	30%	0	0	0	0.10	0.15	0.20	0.25
	50%	0	0	0.10	0.15	0.20	0.25	0.30
	100%	0	0.10	0.15	0.20	0.25	0.30	0.35
	200%	0.05	0.15	0.20	0.25	0.30	0.35	0.40
	300%	0.10	0.20	0.25	0.35	0.40	0.45	0.50

C. 品質指標執行情形：包括「特定慢性病下轉個案於社區院所固定就診比率」、「區域級(含)以上醫院回轉率」及「居家、PAC 及長照轉銜至社區院所或相關照護機構照護人數較去年同期成長率」等 3 項。

(3) 若有剩餘點數依各院成效獎勵點數占率重分配，惟整體下轉件數應達基本目標值，未達成時剩餘點數分配以整體基本目標達成率為限。

二、上述修訂自 108 年第 2 季起實施，108 年第 1 季獎勵分配沿用 107 年第 4 季評核方式核定。108 年雁行專案-社區醫療合

作推動計畫完整修訂內容將另函通知。

第四案、建請貴組評估，如因分級醫療政策推動及新設立醫院對轄區醫療服務之影響，而導致 A 案醫院超額回饋預留點數使用率有明顯下降，則應於 108 年第 3 季起下修超出管理目標點數之回饋保留點數。

決議：考量 107 年各季超額回饋保留點數均不足支應超額回饋分配點數，且 108 年參加 A 案醫院增加，爰維持原規劃，將持續觀察超額回饋點數分配情形，作為後續執行評估。

第五案、建請說明 108 年度醫院醫療給付費用協定項目對本區新醫療科技執行項目預算使用之影響；而支付標準調整於年度本區醫院總額方案計算目標點數基期前尚未發生，或於當年度才發生項目之各院目標點數調整處理原則。

決議：

一、支付標準調整：107 年 12 月公告地區醫院假日之西醫門診案件支付標準調整乙案，已依 107 年上半年申報資料推算全年點數列入基期校正。另 107 年 12 月公告新增新醫療科技預算項下之支付標準項目，將於 107 年第 4 季及 108 年各季核定時依實際申報點數加計目標點數。

二、新醫療科技項目：有關新藥、新特材目前並無各季執行品項及替代率之相關數據，藥品、特材亦有調降之因素足以影響費用且未減計目標點數，本組將提請署本部釐清新增醫療科技品項及替代率之計算方式，惟在尚未有明確結論

前，108 年第 1 季新醫療科技分配剩餘點數，維持先支應政策鼓勵及品質提升獎勵不足點數之運用方式；仍有剩餘時，其中 40%依基本目標管理點數占率、60%依品質獎勵點數占率重分配。108 年第 2 季視署本部回覆確認後再行研議。

第六案、有關區域級(含)以上醫院門診件數降低 2%政策，對區域級(含)以上醫院之論質計酬收案率影響釋疑及超出降低 2%案件，按該院門診每人次平均點數不予分配之計算定義修改建議。

決議：門診件數降低 2%及論質方案照護率均為全國一致之計算標準，且轄區總額方案之獎勵已將全國執行情形納入考量，以轄區或全國整體平均值作為目標設定，爰維持論質方案照護率原目標及指標定義。另 2%不予支付之門診每人次平均點數建議應排除 08 案件乙節，將反映署本部評估研議。

第七案、建議修正「門診 28 日內再執行未先調閱已上傳電腦斷層掃描(CT)及磁振造影(MRI)檢查影像及報告」不予支付管理稽核與核扣機制。

決議：「門診 28 日內再執行未先調閱已上傳 CT/MRI 檢查影像或報告」不予支付案件之操作型定義建議修改為部位碼相同未調閱者及「跨院重複開立醫囑主動提示功能 API」建議新增回饋資料欄位(CT/MRI 執行部位)，皆已反映署本部，將追蹤後續情形並通知。

第八案、有關 DRG 案件併報 D 醫令項目提升完整性之措施建議。

決議：持續追蹤署本部自費特材健保替代品項對照檔更新情形，若有新增品項將回饋醫院參考。請醫院應依規定申報被替代項目，將持續追蹤管理併報情形，必要時進行專業審查。

第九案、建請新增急診品質提升方案專款專用費用項目範圍。

決議：自 108 年 2 月起「醫院總額點值暨品質提升方案」專款專用費用定義新增-急診品質提升方案項目增列之醫令代碼 P4612B-P4618B。

散會：下午 4 點 40 分

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組織要點

民國九十四年一月十四日

醫院總額共管小組第一次會議決議通過

民國九十四年八月三日

醫院總額共管小組第七次會議決議通過修正第五條

民國九十五年一月四日

醫院總額共管小組第十次會議決議通過更名並修正醫院總額共同管理委員會組織要點

民國九十六年十二月二十日

醫院總額共同管理委員會 96 年第 6 次會議決議通過修正第六條

民國一〇二年九月四日

醫院總額共同管理委員會 102 年第 3 次會議決議通過更名並修正第八條

民國一〇六年三月十五日

醫院總額共同管理委員會 106 年第 1 次會議決議通過修正第八條及第九條

民國一〇八年三月十三日

醫院總額共同管理委員會 108 年第 1 次會議決議通過修正第四條及第五條

第 一 條 為利轄區全民健康保險醫院總額等相關事務之順利推動，並與醫界維持共同管理之協商管道，特由中央健康保險署北區業務組與醫院團體共同組成醫院總額共同管理委員會（以下簡稱共管委員會）。

第 二 條 本區共管小組之主要任務如下：
一、協商本區全民健康保險醫院總額之相關事務。
二、協助中央健保署北區業務組處理全民健康保險相關事務。

第 三 條 本區共管委員會會議採雙主席合議制，即由北區業務組及醫院代表各推舉一名主席共同擔任會議主席，以合議制方式協調有關本區醫院總額之相關事務。

第 四 條 本區共管委員會會議業務組代表係由業務組組長、副組長、專門委員及醫療費用一科、醫務管理科、醫療費用三科等支出面科室主管組成；醫院代表係由轄區醫院院長聯誼會會長、副會長、榮譽會長、秘書長及該聯誼會推派各層級醫院代表~~十二~~十八人（醫學中心~~二~~三名、區域醫院~~四~~六名、地區醫院~~六~~九名）組成。

第 五 條 為使轄區醫院能參與議題討論，共管委員會會議召開前，由醫

院院長聯誼會秘書處召集參與醫院總額方案醫院，收集並共識研商議案，提報共管委員會議。

- 第 ~~五~~六 條 委員任期：為使轄區醫院皆有參與會議討論之機會，本區共管委員會之醫院代表任期以一~~半~~年為一任，屆滿由轄區院長聯誼會進行代表改選作業。
- 第 ~~六~~七 條 本區共管委員會每季開會一次，必要時得召開臨時會議，並由北區業務組辦理召集等業務。會議代表因故無法出席會議時，應委託代理人一名為全權代理。另為掌控會議參與人數，每位會議代表得協同助理二名與會。
- 第 ~~七~~八 條 醫界代表於任期間因故無法執行本區共管委員會職務時，應由院長聯誼會洽請原屬層級推派遞補之。醫界代表因故無法執行本區共管小組職務時，應由原屬層級推派遞補之。
- 第 ~~八~~九 條 本區共管委員會下設立「醫療資源管理」小組，協助醫療品質、費用管理、資源整合及病人就醫權益等業務推動專案諮詢與審議。
- 第 ~~九~~十 條 前項小組由北區業務組召集，召集對象以北區醫院院長聯誼會秘書長及副秘書長，並以共管委員幕僚代表為依據，視議題需要指定醫院各層級代表。~~每~~每~~月~~季開會一次，由召集人召集並主持，必要時得召開臨時會議。
- 第 ~~十~~一 條 本區共管委員會得視前項小組或其他事務需要，聘請專家學者，就本區健保總額支付制度相關事宜提供協助與諮詢。
- 第 ~~十一~~二 條 本區共管委員會代表均為無給職。本區共管委員會事務經費由中央健康保險署北區業務組撥付之。
- 第 ~~十二~~三 條 本組織要點需經共管委員會會議決議通過後施行，修改時亦同。

醫院總額共同管理委員會 108 年第 1 次會議決議
品質提升獎勵指標修訂彙整表

指標項目	操作型定義		獎勵方式			
			計算公式	結果	獎勵比率	
門診整合照護計畫 【正向指標】 【地區醫院獎勵加權15%】 (自108Q3起適用)	<u>照護率</u> <u>分子：收案人數(照護註記 X,Y,Z)，採年度累計。</u> <u>分母：107 年符合收案條件人數收案條件：</u> <u>1.給藥日份≥28 天之案件中最近 3 個月申報之主診斷中有 3 種(含)以上慢性病者。</u> <u>2.最近 3 個月至少申報 2 次(含)以上慢性病連續處方箋且最近 3 個月申報之慢性病連續處方箋用藥之藥品品項數合計達 10 種(含)以上者。</u> <u>註：分母數據由本組依條件統計，後續若署本部有提供則以署本為主。</u>		<u>X=照護率</u> <u>以轄區醫院排百分位</u> <u>Y=收案人數占轄區收案人數比率</u>	<u>X>P90</u>	<u>0.20%</u>	
				<u>P80<X≤P90</u>	<u>0.15%</u>	
				<u>P60<X≤P80</u>	<u>0.10%</u>	
				<u>P40<X≤P60 或 Y>30%</u>	<u>0.05%</u>	
				<u>P20<X≤P40 或 Y>20%</u>	<u>0.01%</u>	
健保資訊推動 【1.35%】 【正向指標】 【地區醫院獎勵點數加權15%】	2.雲端查詢成效指標:		X1=107 年自身值 X2=當季自身值 Y=107 年同期自身值 Z=107 年全國同儕值	X1<Z	<u>1.X2≤Y*0.90 或 2.X2≤P10且 X2<Y</u>	0.2%
	2-1.60 類藥品重複用藥日數比率	2-1.60 類藥品重複用藥日數比率			<u>1.X2≤Y*0.92 或 2.X2≤P30且 X2≤Y*0.96</u>	0.15%
					X2≤Y*0.94	0.1%
			<u>P10、P30：區域及地區醫院為轄區同層級，醫學中心採全國同層級之第 10、30 百分位</u>	X1≥Z	X2≤Y*0.88	0.2%
	X2≤Y*0.90	0.15%				
	X2≤Y*0.92	0.1%				

醫院總額共同管理委員會 108 年第 1 次會議決議
品質提升獎勵指標修訂彙整表

指標項目	操作型定義		獎勵方式		
			計算公式	結果	獎勵比率
2-2.重要檢查(驗)再次執行率	(1)分子:門診檢查(驗)再次執行醫令數 分母:門診檢查(驗)申報醫令數 排除急診及代辦案件 (2)管理項目配合本署公告。 (3)配合本署跨月彙算,指標數據產製期程較晚,故實績值及全國同儕平均值數據採最近3個月(當季第1、2個月及前季第3個月)資料	X1=107年自身值 X2=當季自身值 Y=107年同期自身值 Z=107年全國同儕值 <u>P10、P30：區域及地區醫院為轄區同層級，醫學中心採全國同層級之第10、30百分位</u>			
			分層	結果	獎勵比率
			X1<Z	X2 ≤ Y*0.9 <u>或</u> <u>X2 ≤ P10 且 < Y</u>	0.2%
				X2 ≤ Y*0.95 <u>或</u> <u>X2 ≤ P30 且 ≤ Y*0.97</u>	0.16% <u>0.15%</u>
				X2 ≤ Y	0.1%
			X1 ≥ Z	<u>X2 ≤ Y*0.85</u>	<u>0.2%</u>
				X2 ≤ Y*0.9	0.08% <u>0.15%</u>
				X2 ≤ Y*0.95	0.04% <u>0.1%</u>
3.檢查(驗)結果暨影像上傳	(1)影像上傳項目包含CT、MRI、X光(不含齒顎)、超音波、鏡檢、齒顎全景X光等6項 (2)X1(檢查(驗)結果上傳率)=定義與全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案一致 (3)X2(影像上傳)=分母為上傳項目之申報醫令數量,分子為分母有上傳之醫令數量 (4)X1及X2上傳率係指24小時內即時上傳率(X1:報告日期24小時內;X2:實際執行日期24小時內)	指標	目標值		獎勵比率
		X1	<u>Q1: X1 ≥ 85% 或 X1 ≥ 全國同儕平均值*1.2</u> <u>Q2: X1 ≥ 90% 或 X1 ≥ 全國同儕平均值*1.3</u> <u>Q3、Q4: X1 ≥ 95%</u>		0.15%
			<u>Q1: 85% > X1 ≥ 80% 或 X1 ≥ 全國同儕平均值*1.1</u> <u>Q2: 90% > X1 ≥ 85% 或 X1 ≥ 全國同儕平均值*1.2</u> <u>Q3、Q4: 95% > X1 ≥ 90%</u>		0.1%
			<u>Q1: 80% > X1 ≥ 70% 或 X1 ≥ 全國同儕平均值</u> <u>Q2: 85% > X1 ≥ 75% 或 X1 ≥ 全國同儕平均值*1.1</u> <u>Q3、Q4: 90% > X1 ≥ 88%</u>		0.05%
		X2	X2 ≥ 95%		0.15%
			95% > X2 ≥ 90%		0.1%

醫院總額共同管理委員會 108 年第 1 次會議決議
品質提升獎勵指標修訂彙整表

指標項目	操作型定義		獎勵方式		
			計算公式		獎勵比率
				$90\% > X2 \geq 88\%$	0.05%
跨區醫療費用占轄區占率	(1)轄區前前季淨流入正成長且結算點值高於規劃點值時啟動本項獎勵 (2)符合獎勵資格：該院前前季本區醫療服務點數成長率>總額成長率 一且急診置留率(VPN 定義代碼+1811)≤去年同期或同儕平均值	X1=跨區醫療費用占轄區占率成長百分位階	$X1 \geq P80$		0.1%
		P50=跨區醫療費用占轄區占率成長第 50 百分位 P80=跨區醫療費用占轄區占率成長第 80 百分位	(1) $P50 \leq X1 < P80$ 或 (2) $X2 \geq P80$ 且跨區醫療費用成長率大於轄區平均值		0.05%
		X2=跨區醫療費用成長貢獻百分位階 P80=跨區醫療費用成長貢獻第 80 百分位	(1) $X1 > 0$ 或 (2) $X2 \geq P80$		0.02%