

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 113 年第 1 次會議紀錄

時間：113 年 1 月 18 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：

中山醫學大學附設醫院蔡院長明哲、黃副院長文駿

台中榮民總醫院陳院長適安(林惠美代)、姚主任秘書鈺

中國醫藥大學附設醫院周院長德陽、莊主任春珍

彰化基督教醫院陳院長穆寬(林慶雄代)、陳副院長美女

澄清綜合醫院周院長思源

童綜合醫院童副董事長瑞龍

秀傳紀念醫院陳營運長秀珠(黃士維代)

光田綜合醫院陳院長子勇(吳瑞堂代)

台中慈濟醫院簡院長守信(蔡森蔚代)

衛生福利部臺中醫院黃院長元德

李綜合醫療社團法人大甲李綜合醫院李董事長順安(郭咏臻代)

國軍臺中總醫院附設民眾診療服務處陳院長盈凱

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

竹山秀傳醫院謝榮譽院長輝龍

清泉醫院羅院長永達

本署中區業務組：

陳副組長墩仁、賴專門委員大年、蔡科長瓊玉、陳科長雪姝、楊視察惠真、謝視察秋萍、李視察秀霞、張複核專員傳慧、何專員容甄

主席：丁組長增輝

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黃文駿副院長進行報告，包括 113 年中區分會組織架構、112 年度會議摘要(委員會、審品組會議、共識會議等)、業務報告(如審查注意事項及指標意見徵詢、跨區審畢評量作業、112 年風險調整移撥款執行概況等)、輔導項目(如降低非必要爭議審議案件等)、113 年重點項目(如 113 年風險調整移撥款、各科費用管理等)。

二、112 年第 1~3 季中區醫院醫療費用申報概況、112 年第 1~3 季中區醫院總額管理方案執行概況、112 年重點管理及推動項目執行成果及 113 年重點管理作業及推動項目(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) 放寬「健保卡資料上傳格式 2.0 改版獎勵」認定：112 年 12 月 31 日(含)前，有上傳健保卡 2.0 預檢成功(任一件)且申請試辦計畫(H2)，並於 113 年 1 月 31 日(含)前完成健保卡 2.0 改版作業(1.0 比對 2.0 預檢比例 100%、轉換為 IC 卡 2.0 格式上傳)亦符獎勵。

(二) 修訂「全民健康保險急診品質提升方案」：修改結算方式為扣除預估之急診處置效率獎勵費及補助急診專科醫師人力額度後，按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元。當季預算若有結餘，則流用至下季；第四季併同獎勵費進行計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付不高於 1 元。

- (三) ICD-10-CM/PCS 2023 年版改版時程：因應國際疾病分類版本更新，為使編碼更符合臨床照護需求，門住診醫療申報資料自 114 年 1 月 1 日起，全面由 2014 年版 ICD-10-CM/PCS 轉版為 2023 年版。
- (四) 公布自付差額特材相關資訊：為保障民眾瞭解院所提供自付差額特材相關資訊之權益，請協助於醫院網站明顯處公布自付差額特材相關資訊，以利民眾查詢。
- (五) 主手術為自費手術「不適用註記」應申報「P：主要手術為健保不給付」：民眾接受本保險未收載之手術項目(自費手術)，不得再申報健保手術費用。除手術及相關特材外，當次住院醫療費用(如麻醉費、藥費等)，符合給付規定者予以給付。應以一般案件申報，住院申報格式之「不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記」欄位請填「P」。
- (六) 油症患者就醫權益：油症患者持「油症患者就診卡」或已註記健保卡者，優免不分科別門急診部分負擔，第 1 代油症患者再優免不分科別住院部分負擔，請針對醫療人員及掛號批價行政人員廣為宣導，協助油症患者順利就醫。

#### 肆、提案討論

##### 提案一

提案單位：健保署中區業務組

案由：有關「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」議事規範與 113 年度委員代表名單，提請確認。

說明：

- 一、本組前於 94 年及 98 年中區醫院聯繫會第 7、30 次會議，決議中區醫院聯繫會議委員代表由各層級自行協商推派，另於 106 年修訂會議名稱為「健保署中區業務組與醫院總額中區執行分會共同管理會議(簡稱共管會)」。
- 二、為使議事順利進行，於 112 年 5 月 24 日共管會會議決議修訂健保

署中區業務組與醫院總額中區執行分會共同管理會議議事規範，此次修正第一條第(四)項文字。如有委員代表無法出席與會，請依議事規範，由前已指定順位代理人代理出席，113 年度委員代表與代理人及各層級列席代表詳附件 1。

建議：健保署中區業務組與醫院總額中區執行分會共同管理會議議事規範及 113 年度委員代表與代理人及各層級列席代表，自本次共管會議起生效。

決議：照案通過。健保署中區業務組與醫院總額中區執行分會共同管理會議議事規範增修第一條第(四)項及第五條文字(詳附件 2)。轄區醫院或共管會委員代表若有提案可先提至中區執行分會形成共識後，再提至共管會議討論。

## 提案二

提案單位：健保署中區業務組

案由：有關 113 年醫院總額管理目標點值設定，提請討論。

說明：

- 一、依衛生福利部 112 年 12 月 26 日衛部健字第 1123360189 號公告 113 年醫院總額預算成長率(含透析)為 4.7%，一般服務項目成長率為 5.388%。
- 二、全署一般服務項目預算約增加 274.9 億元(總金額為 5,377.85 億元)，估計本組預算每季約增加 12.37 億元。
- 三、112 年第 1~3 季醫療費用成長率快速回升，一般服務項目成長率分別為 4.4%、11.4%、7.02%，遠超出 112 年總額核定成長率 3.092%，雖 113 年一般服務項目成長率為 5.388%，建議 113 年目標點值維持比照 112 年。又考量 113 年醫院總額一般服務預算四季重分配，113 年第 2 季預算季間占率較 112 年低，擬調整 113 年各季目標點值依序為 0.935、0.940、0.945、0.945，如下表。

季別	醫院總額預算季間分配占率		中區醫院總額目標點值	
	112 年 (107-109 年平均占率)	113 年 (108-109 年及 111 年 平均占率)	112 年	113 年
Q1	23.92%	23.97%	0.935	0.935
Q2	24.61%	24.15%	0.945	0.940
Q3	25.61%	25.74%	0.945	0.945
Q4	25.85%	26.13%	0.940	0.945

醫院總額一般服務項目預算季間分配占率：依全民健康保險醫療給付費用醫院總額 112 年第 4 次研商議事會議報告案五決議，採用 108-109 年及 111 年 3 年每季醫療申報點數占率平均分配。

建議：113 年 1~4 季目標點值設定為 0.935、0.940、0.945、0.945，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」，調整當季之核減點數，以達目標點值。

決議：照案通過。113 年 1~4 季目標點值設定為 0.935、0.940、0.945、0.945。

### 提案三

提案單位：健保署中區業務組

案由：有關 113 年中區醫院總額管理方案整體檔案分析核減項目及分級審查基準值及執行方式修訂，提請討論。

說明：

一、為適當反映疫情後各醫院醫療量能現況，調整 113 年中區醫院總額管理方案整體檔案分析核減項目及分級審查基準值及執行方式。

二、113 年整體檔案分析核減項目基準值計算及考核方式修訂：

- (一) 以同期原整體檔案分析核減項目基準值(含 112 年支付標準調整及增減因素)占 **80%**，加 112 年同期整體檔案分析核減項目申報點數(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 肝用藥醫令點數及特定項目及 PAC 點數)反映該季初核核減率占後 **20%**，作為 113 年

整體檔案分析核減項目基準值，惟不低於原基準值。

**範例：**

113 年第 1 季整體檔案分析核減項目基準值 = 原整體檔案分析核減項目基準值×80% +  
[ {( 整體檔案分析核減項目申報點數<sub>不含 PAC 點數(112Q1)</sub> ) × ( 1-初核核減率(112Q1) ) } ×20% ]

(二) 為提高高成長醫院攤扣責任，調整回補機制及申報占率與成長貢獻度占率：

1. **回補機制**：當季結算個別醫院檔案分析核減比率大於整體核減比率 **1.25 倍**之醫院，就其超出點數進行回補，修訂為大於 **1.5 倍**之醫院，倘核減比例為 3%，則回補對象變更為核減比率 4.5% 以上之醫院。醫學中心及區域醫院回補維持以 5 成為上限，地區醫院維持以 6 成為上限，且全區回補點數上限設定 8 千萬點。
2. **申報占率與成長貢獻度比率**：若整體醫療費用成長率高於 **6%(含)**，整體檔案分析核減項目核減攤扣方式之申報占率與成長貢獻度比率由原本 **3：7** 變更為 **2：8**。

三、113 年分級審查基準值計算及考核方式修訂：

(一)以同期原分級審查基準值(含 112 年支付標準調整及增減因素)占 **80%**，加 112 年同期分級審查申報點數(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、精神科長效針劑、住院整合照護管理(每日))反映該季初核核減率後占 **20%**，作為 113 年分級審查基準值，惟不低於原基準值。

**範例：**

113 年第 1 季分級審查基準值 = 原分級審查基準值×80% +  
[ {( 分級審查申報點數 (112Q1) ) × ( 1-初核核減率(112Q1) ) } ×20% ]

(二)為鼓勵醫院自我管控且提升醫療品質：若分級審查抽樣送審比率連續兩季為 10%且連續兩季門住診合計樣本核減率小於 5%(不含)，倘下一季原始送審比率仍為 10%，則隨機樣本免審 1 季。

四、調整 113 年各院基準值之目的係為校正現行各院基準值與現況之差距，並秉持公平分配原則，以及穩定點值責任為全體醫院共同承擔。依本組與醫院總額中區執行分會共同管理會議 112 年第 1 次會議決議，若有特殊狀況影響醫院營運管理之訴求，須於預估費用發生之前一季第 2 個月 15 日前提出，以提共管會議討論議定。為審查其合理性，新增病床不另增加分級審查基準值。各院醫療費用成長須經專業審視，亦不得提共管會議討論調整分級審查基準值。

決議：113 年維持 112 年考核方式。

一、整體檔案分析核減項目基準值維持 112 年基準值(另含支付標準調整及增減因素)。若有特殊狀況影響醫院營運管理之訴求，須於預估費用發生之前一季第 2 個月 15 日前提出，以提共管會議討論議定。

二、回補機制：維持當季結算個別醫院檔案分析核減比率大於整體核減比率 1.25 倍之醫院，就其超出點數進行回補。醫學中心及區域醫院回補維持以 5 成為上限，地區醫院維持以 6 成為上限，且全中區回補點數上限設定 8 千萬點。

三、申報占率與成長貢獻度占率：整體檔案分析核減項目核減攤扣方式之申報占率與成長貢獻度比率維持 3：7。

四、分級審查基準值維持 112 年基準值(另含支付標準調整及增減因素)。為審查其合理性，新增病床不另增加分級審查基準值。各院醫療費用成長須經專業審視，亦不得提共管會議討論調整分級審查基準值。分級審查抽樣送審比率維持 112 年抽樣方式。

提案四

提案單位：健保署中區業務組

案由：有關 113 年中區醫院總額管理方案特定管理項目之季申報點數 3

千 6 百萬點以下醫院之醫療費用點數、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及門診單張處方藥費大於 6000 點且為重大傷病之藥費（含交付處方）基準值設定，提請討論。

說明：

一、中區醫院總額管理方案之特定管理項目列有 5 項

（一）長期使用呼吸器管理項目

（二）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)

（三）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

（四）門住診癌症化學治療藥費

（五）門診單張處方藥費大於 6000 點且為重大傷病之藥費（含交付處方）

二、中區醫院總額管理方案訂定特定項目管理，係為保障醫院總額一般服務項目之急重難症及小型社區醫院，且為監測各項目合理成長，以避免造成擠壓其他醫療服務項目之管理核扣壓力，故訂定各項目整體管理額度，以及個別醫院管理基準值。除項目(四)門住診化學治療藥費採全國醫學中心同儕單價為其整體藥費點數超出核扣，需進行個別醫院成長貢獻度攤扣時之計算，故不設定個別醫院基準值。

三、對於項目(二)季申報點數 3 千 6 百萬點以下醫院之醫療費用含交付處方點數之 113 年各院各季基準值設定，亦為適當反映疫情後各醫院醫療量能現況，故以原基準值(含 112 年支付標準調整及增減因素)占 80%，加 112 年同期該項申報點數並反映該季初核核減率占 20% 計算之，惟不低於原基準值。

四、另項目(三)(五)其整體基準值係以 107 年各季基準值為基礎，整體成長率以近 1 年點數成長率為設定基準，雖整體額度每年皆據以調整，惟急重症病人成長、新藥增加及部分用藥品項給付規定適應

症放寬等因素，實際申報醫療費用點數成長快速，以致每季考核皆考量其為被保障之項目，故項目(三)長期執行考核皆未予以核扣；項目(五)每季考核多僅核扣 2000 萬點。為能校正調整反映各醫院現況，故該二項之 113 年各季各院基準值調整設定，將以 112 年同期結算後之核定數並反映門診初核減率後訂定之，惟不低於原基準值。

五、各項目之考核方式維持原作業規定，並持續監測其成長情形，若項目之整體點數超出管理基準值，則以占率 4 成、成長貢獻度 6 成進行各院攤扣核減。

決議：113 年特定項目基準值皆維持 112 年基準值及考核方式。

項次	項目	原基準值設定	考核方式(沿用)
A	長期使用呼吸器管理項目	個別醫院目標點數	超出目標值核扣及平時考核
B	季申報點數3千6百萬點以下醫院之醫療費用點數且含交付處方	<ul style="list-style-type: none"> <li>設定整體基準值</li> <li>-前1年各季整體基準值×(1+最近一年平均點數成長率)</li> <li>個別醫院基準值</li> <li>-前1年基準值為基礎</li> </ul>	超出整體基準值-進行個別醫院攤扣 <b>(申報占率及成長貢獻度比率為4:6)</b>
C	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		
D	門診單張處方藥費大於6000點且為重大傷病含交付處方藥費		
E	門住診癌症化學治療藥費	<ul style="list-style-type: none"> <li>設定整體基準值</li> <li>-前1年各季整體核定數×(1+最近上半年度或下半年人數成長率)</li> <li>不須設定個別醫院基準值</li> </ul>	超出整體基準值 -進行個別醫院攤扣 (申報占率及成長貢獻度比率為4:6) -成長貢獻度採各院超出全國醫學中心標竿單價計算

### 提案五

提案單位：健保署中區業務組

案由：有關 113 年中區醫院總額管理方案之門、住診 4 項單價管理考核作業之目標值及考核方式修訂，提請討論。

說明：

一、有關管理方案之門、住診非藥費及一般藥費 4 項單價管理考核作

業，因 COVID-19 疫情衝擊，影響病患就醫型態及結構，自 110 年起啟動單價考核調整作業，參採 5 項增減因素(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、因素 5-重大傷病件數和慢性病件數占率增加幅度)，調整反映成數，進行單價考核結果調整。

二、因疫情後影響之病人就醫型態及就醫科別分布架構較疫情前有所改變，為使各院單價指標管理趨於合理，並考量管理作業的公平性，擬反映現況調整修訂各院各項單價目標值及考核方式。

三、目標值修訂計算方式

甲、採計 112 年 1-3 季(112Q4 尚未申報完成及結算)之列計點數(分子)和列計人數或件數(分母)，計算該項各院實績值。非藥費單價之 CMI 值採 112Q3 予以校正。

乙、考量管理作業的公平性，各院各項單價調整目標值修訂為各院實績值 20%+原目標值 80%。若計算後低於原目標值，則採原目標值。

四、考核作業修訂

(一)維持原考核作業方式，若單價管理已超出目標值，則進行核減作業。

(二)持續監測後疫情民眾就醫現況，以及整體就醫結構變化情形，滾動檢討單價考核方式。113 年仍參採增減因素調整反映成數，進行單價考核結果調整。惟保留 3 項調整因素(因素 1-醫院門、住一般服務項目醫療費用點數成長率、因素 4-價量關係、因素 5-重大傷病件數和慢性病件數占率增加幅度)，終止調整因素 2-有無收治疑似或確診病患和因素 3-是否為指定應變醫院。

(三)為反映各院單價指標執行考核結果的合理性與公平性，並且加強各院單價管理責任，修訂各調整因素之級距和反映成數。

決議：113 年單價目標值以 112 年單價目標值管理(另含支付標準調

整)，維持參採 4 項增減因素(因素 1-醫院門、住一般服務項目醫療費用點數成長率、因素 2-住診 COVID-19 中重症通報疾管署確診個案、因素 4-價量關係、因素 5-重大傷病件數和慢性病件數占率增加幅度)，為反映各院單價指標執行考核結果的合理性與公平性，且加強各院單價管理責任，調整各項因素之級距和反映成數(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)		住院收治 COVID-19中重症通報疾管署 確診個案	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	反映住診 核扣成數	反映 核扣成數	價量關係 級距	反映核扣 成數	占率增加級距	反映核扣成數	
							因素5-1 門住診 重大傷病件數 占率	因素5-2 門診 慢性病件數 占率
15%以上	60%	-5%	取消	3%(含)以下	0%	0%(含)以下	0%	0%
10~15%(含)	50%			3~5%(含)	20%	0~3%(含)	-5%	-5%
5~10%(含)	40%			5~8%(含)	25%	3-5%(含)	-10%	-10%
>0%~5%(含)	30%			8~10%(含)	30%	5%以上	-15%	-15%
0%以下	0%			10~15%(含)	35%	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		
				15~20%(含)	40%			
				25%以上	50%			

## 提案六

提案單位：健保署中區業務組

案由：轄區 113 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：

- 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「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 112 年認定之偏遠地區醫院，係依 111 年 1-6 月之醫療費用權重校正計算，符合之醫院計 8 家。
- 四、113 年茲以 112 年 1-6 月醫療費用依前述原則重新計算，計有 8 家，與去年名單一致，分別為竹山秀傳醫院、東勢區農會附設農民醫院、埔里基督教醫院、洪宗鄰醫院、東華醫院、彰基二林醫院、宋志懿醫院、臺中榮民總醫院埔里分院等 8 家醫院符合分區認定原則。

建議：113 年仍比照 112 年醫院總額結算執行架構偏遠地區認定原則辦理，以 112 年 1-6 月醫療費用重新計算，計有 8 家醫院符合分區認定原則(認列之醫院名單與 112 年相同)。

決議：照案通過。113 年計有 8 家醫院符合分區認定原則(竹山秀傳醫院、東勢區農會附設農民醫院、埔里基督教醫院、洪宗鄰醫院、東華醫院、彰基二林醫院、宋志懿醫院、臺中榮民總醫院埔里分院)。

伍、散會：下午 3 點 50 分