

全民健康保險醫院總額臺北分區 114 年第 3 次共管會議紀錄

時間：中華民國 114 年 09 月 04 日 14 時

地點：中央健康保險署臺北業務組壽德大樓 9 樓第 1 會議室

主席：

余院長忠仁

李組長純馥

紀錄：潘思潔

出席會議代表及人員(職稱略)：

一、醫界代表：

陳元皓代表	黃天祐 (代)	鄭舜平代表	陳盈如 (代)
陳威明代表	李偉強 (代)	施俊明代表	呂慧貞 (代)
簡志誠代表	李妮真 (代)	楊純豪代表	楊純豪
張文瀚代表	林富滿 (代)	黃瑞仁代表	黃瑞仁
侯勝茂代表	廖秋鐸 (代)	朱益宏代表	朱益宏
邱冠明代表	洪芳明 (代)	吳淑芬代表	吳淑芬
劉燦宏代表	劉燦宏	廖茂宏代表	周麗娟 (代)
李明哲代表	李明哲	劉靜怡代表	劉靜怡
趙有誠代表	蕭仁良 (代)	黃銘德代表	謝政賢 (代)
魏 崢代表	林寬佳 (代)	潘為鏡代表	潘為鏡
陳欣宏代表	陳欣宏	朱紀洪代表	朱紀洪
黃志賢代表	黃志賢	徐德福代表	陳義榮
吳俊德代表	王國明 (代)	傅振輝代表	傅振輝
王智弘代表	朱昭美 (代)		
項正川代表	項正川		

二、指定列席代表(職稱略)：

蔡宜廷	盧進德	鄒繼群	林三齊	孫建偉	許育嘉
林佳霏	應思漢	王丕傑	游素秋		

三、醫院陪同及審查分會台北分會列席人員：如簽到表

四、中央健康保險署臺北業務組代表及人員：

韓佩軒 潘尹婷 張志銘 尤明村 曹麗玲 許佩真
劉家雯 高軒偉 潘思潔 廖辰敏 潘姿澐 游博雁
陳慧如

壹、主席致詞(略)

貳、本會前次會議紀錄確認

參、歷次會議決議之辦理情形追蹤(共 2 案，2 案持續列管。)

- 一、序號 1，有關逐季提供「院長報告卡」，將於費用年月 114Q2 核定後回饋，預計執行時程為 114 年 9 月中，持續列管。
- 二、序號 2，有關針對相關學協會及各院關於保障項目採計或操作型定義之建議，因現行共管方式未設有上限，本分區保障項目為全署最高，為避免頻繁變更保障項目及其過多排擠其他費用，待收集 2 季實績值後，於今(114)年第 4 次共管會議研議 115 年方案時通盤檢討，持續列管。

肆、報告事項

報告單位：健保署臺北業務組

第一案

案由：本分區醫院總額執行概況及宣導事項。

決定：洽悉。

第二案

案由：有關因應新冠疫情點值下降，本分區醫院總額部門點值 113 年第 4 季費用補助方式及結果。

說明：

- 一、本分區獲配 1.78 億元(第一階段 1.78 億、因各分區補助後點值皆達 0.9，爰第二階段 0 億)。
- 二、延續 112 年及 113 年 1-3 季之分配方式，以各醫院「初核後浮動點數占率」分配【註：初核後浮動點數定義為[(送核+補報)初核(行政審查+專業審查)核定點數-追扣+補付+申復+爭審]之

浮動點數，不反映單價核減點數、品質補付點數及攤扣點數】。
其中醫學中心 0.95 億元(占 53.2%)、區域 0.66 億元(37.2%)、地區 0.17 億元(9.6%)；病理中心、物治所及職治所近 10,000 元。

決定：洽悉。

報告案三

案由：有關中央健康保險署臺北業務組「個別醫院前瞻式預算分區共管方式」114Q2 核定估算概況。

說明：本分區 114Q2 估算整體點數核付率為 98.22%，預估點值將自 0.9426 提升至 0.9580。

決定：洽悉。

伍、討論事項

第一案

提案單位：中央健康保險署健保署臺北業務組

案由：有關中央健康保險署臺北業務組「個別醫院前瞻式預算分區共管方式」修訂案，提請討論。

決議：

一、品質指標：配合 114 年抑制資源不當耗用指標修訂目標值及明確定義，修訂目標值計 6 項指標(如附件、表 1)、修訂操作型定義計 5 項指標(如附件、表 2)，合計共 8 項指標修訂(有 3 項兩者皆有修訂)。

二、單價核減：為即時反應各季支付標準調整或藥價調降，計算範圍修正如下：

現行文字	修訂之文字
3. 如遇年度支付標準調整或藥價調降足以影響統計結果時，均將予以校正。藥價調整當季即反映 80%，次季起依序反映 70%、60%、60%。	3.如 <u>各季因</u> 支付標準調整或藥價調降足以影響統計結果時，均將予以校正。 藥價調整當季即反映 80%，次季起依序反映 70%、60%、60%。

三、補報期限：如醫院依現行期限補報(如：114 年 Q2 於 8/31 補報)，恐囿於本署資料庫轉檔時間差導致補報資料漏列，致影響當季費用核定計算，恐使費用估算失真，爰修正如下：

現行文字	擬修訂之文字
一、為利費用歸屬，於該季結算前完成核算，各季一般服務費用申報期限至次季第 2 個月月底前，逾期申報以 0 元核付，如 114 年 Q1 一般服務費用申報期限至 114 年 5 月底前。	一、為利費用歸屬，於該季結算前完成核算，各季一般服務費用申報期限至次季 <u>第 2 個月 10 日(含)</u> 前，逾期申報以 0 元核付，如 114 年 Q3 一般服務費用申報期限至 114 年 <u>11 月 10 日(含)</u> 前。

四、修訂上述文字並自費用年月 114Q3 起實施。

第二案

提案單位：中央健康保險署健保署臺北業務組

案由：有關「地區醫院萎縮額度優先分配予成長型地區醫院」案，提請討論。

決議：

一、旨揭「地區醫院的萎縮額度」即地區醫院核定點數未達基期點數(0 階)剩餘之點數(下稱「結餘點數」)，結餘點數扣除本組原方案「小型醫院波動回補」後(下稱「結餘可分配點數」)分配方式如下：

(一)適用對象：當期一般服務點數較基期點數低，且預估平均點值低於 0.95 之地區醫院。

(二)回補方式：回補各院核付點數與預估收入以 0.95 計之差值，如超出結餘可分配點數，則參與回補醫院等比例調降回補點數。

二、修訂本共管方式並自費用年月 114Q2 起實施。

散會 (16 時 06 分)

表 1、品質指標修訂目標值(計 6 項)

指標序號	指標名稱	修改前目標值					修改後目標值					修改原因																																								
1	門診占率	當季門診占率較基期年(113 年)同期下降>2%或當季門診占率≤同儕平均					當季門診占率較基期年(113 年)同期下降 2 個百分點或當季門診占率≤同儕平均					修改目標值之文字，未涉實質調整。																																								
5	門診 10 項重要檢查(驗)非合理區間再執行率(10 項加總計算)	同病人非合理區間再執行率較前一年同期下降>1%或再執行率=0 (備註：俟 114 年抑制資源不當耗用方案公告後，比照修訂目標值)					同病人非合理區間再執行率較前一年同期下降≥4%或再執行率=0					配合 114 年抑制資源不當耗用指標修訂																																								
6	地區醫院全人全社區照護計畫	季別	目標值				季別	目標值				配合原計畫修訂																																								
		Q1	參與全人全社區照護計畫				115Q1	去年度之血糖、血脂監測數據控制良(或進步)率、血壓上傳率共≥2 項達標																																												
		Q2	參與全人全社區照護計畫				Q2	參與全人全社區照護計畫																																												
		Q3	收案率≥20%				Q3	健康資料建檔率≥20%																																												
		Q4	收案率≥80%、三高疾病照護提升率≥80%				Q4	健康資料建檔率≥80%																																												
		Q4 收案率及三高疾病照護提升率，皆係依方案指標目標值作為風控方案品質指標目標值。					Q4 健康資料建檔率、血糖、血脂監測數據控制良(或進步)率及血壓上傳率，皆係依方案指標目標值作為風控方案品質指標目標值。																																													
7	糖尿病方案累計照護率/初期慢性腎臟病方案累計照護率/精進糖尿病及初期慢性腎臟病整合照護	糖尿病、慢性腎臟病、糖尿病及初期慢性腎臟病整合方案照護率>前一年同期全國 P75 (任一達標則得分) 目標值(前一年同期全國 P75) <table><tr><td></td><td>Q1</td><td>Q2</td><td>Q3</td><td>Q4</td></tr><tr><td>DM</td><td>59.38%</td><td>70.16%</td><td>75.51%</td><td>79.36%</td></tr><tr><td>CKD</td><td>20.92%</td><td>32.54%</td><td>37.56%</td><td>41.06%</td></tr><tr><td>DKD</td><td>67.47%</td><td>78.27%</td><td>81.05%</td><td>78.08%</td></tr></table>						Q1	Q2	Q3	Q4	DM	59.38%	70.16%	75.51%	79.36%	CKD	20.92%	32.54%	37.56%	41.06%	DKD	67.47%	78.27%	81.05%	78.08%	糖尿病、慢性腎臟病、糖尿病及初期慢性腎臟病整合方案照護率>前一年同期全國 P75 (任一達標則得分) 目標值(前一年同期全國 P75) <table><tr><td></td><td>Q1</td><td>Q2</td><td>Q3</td><td>Q4</td></tr><tr><td>DM</td><td>59.38%</td><td>70.16%</td><td>75.51%</td><td>79.36%</td></tr><tr><td>CKD</td><td>20.92%</td><td>32.54%</td><td>37.56%</td><td>41.06%</td></tr><tr><td>DKD</td><td>67.47%</td><td>78.27%</td><td>81.05%</td><td>83.01%</td></tr></table>						Q1	Q2	Q3	Q4	DM	59.38%	70.16%	75.51%	79.36%	CKD	20.92%	32.54%	37.56%	41.06%	DKD	67.47%	78.27%	81.05%	83.01%	DKD 之 114Q4 目標值數值誤植
	Q1	Q2	Q3	Q4																																																
DM	59.38%	70.16%	75.51%	79.36%																																																
CKD	20.92%	32.54%	37.56%	41.06%																																																
DKD	67.47%	78.27%	81.05%	78.08%																																																
	Q1	Q2	Q3	Q4																																																
DM	59.38%	70.16%	75.51%	79.36%																																																
CKD	20.92%	32.54%	37.56%	41.06%																																																
DKD	67.47%	78.27%	81.05%	83.01%																																																
8	接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	較前一年同期成長>1%且當期分子>30，或 ≥署訂定目標值(114 年目標值尚未公告)					較前一年同期成長>1%且當期分子>30，或 ≥署訂定目標值(114 年目標值已公告如下) <table><tr><td>季別</td><td>目標值</td></tr><tr><td>114Q1</td><td>≥27.4%</td></tr><tr><td>114Q2</td><td>≥27.9%</td></tr><tr><td>114Q3</td><td>≥28.4%</td></tr><tr><td>114Q4</td><td>≥28.9%</td></tr></table>					季別	目標值	114Q1	≥27.4%	114Q2	≥27.9%	114Q3	≥28.4%	114Q4	≥28.9%	配合 114 年抑制資源不當耗用指標修訂																														
季別	目標值																																																			
114Q1	≥27.4%																																																			
114Q2	≥27.9%																																																			
114Q3	≥28.4%																																																			
114Q4	≥28.9%																																																			
15	住院案件出院後 3 日以內急診率	114Q1≤2.49%、114Q2≤2.51%、114Q3≤2.48%、114Q4≤2.47% (目標值後續將依據 114 年抑制資源不當耗用指標予以訂定)					114Q1≤2.49%、114Q2≤2.51%、114Q3≤2.69%、114Q4≤2.48					配合 114 年抑制資源不當耗用指標修訂																																								

表 2、品質指標修訂操作型定義(計 5 項)

指標序號	指標名稱	修改前操作型定義	修改後操作型定義	修改原因																	
5	門診 10 項重要檢查(驗)非合理區間再執行率(10 項加總計算)	1. 門診 10 項重要檢查(驗)非合理區間再執行率 ■ 分子=分母之門診各項檢查(驗)同病人之非合理區間同(跨)院所再執行醫令數。 ■ 分母=門診申報歸併醫令前 5 碼 0801X、09044、18005、18007、1900X、26072、28016、28017、3307X、3308X 季醫令數合計。 ※歸併醫令項目如下： (1) 0801X：08011、08012、08082 (2) 1900X：19001、19009 (3) 3307X：33070、33071、33072 (4) 3308X：33084、33085 ※檢查項目及非合理區間包括： (1)28 天內：CT、MRI、正子造影-全身、上消化道泛內視鏡檢查、超音波心臟圖(包括單面、雙面)、腹部超音波及追蹤、低密度脂蛋白-膽固醇、杜卜勒氏彩色心臟血流圖及大腸鏡檢查等檢查。 (2)7 天內：全套血液檢查。 ※資料範圍：包括同(跨)院之西醫診所及西醫醫院。 (1)篩選醫事類別 12-門診西醫醫院 (2)醫令類別為 2-診療明細及醫令點數>0 (3)排除代辦案件(A3、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、D1、D2、DF、C5)，急診案件(02)，醫令類別 4。 2. 小數點無條件進位。 3. 以 DA3347 指標最近一季可計算資料計分。	1. 門診 10 項重要檢查(驗)非合理區間再執行率 ■ 分子=分母之門診各項檢查(驗)同病人之非合理區間同(跨)院所再執行醫令數。 ■ 分母=門診申報歸併醫令前 5 碼 0801X、09044、18005、18007、1900X、26072、28016、28017、3307X、3308X 季醫令數合計。 ※歸併醫令項目如下： (5) 0801X：08011、08012、08082 (6) 1900X：19001、19009 (7) 3307X：33070、33071、33072 (8) 3308X：33084、33085 ※檢查項目及非合理區間包括： (3)28 天內：CT、MRI、正子造影-全身、上消化道泛內視鏡檢查、超音波心臟圖(包括單面、雙面)、腹部超音波及追蹤、低密度脂蛋白-膽固醇、杜卜勒氏彩色心臟血流圖及大腸鏡檢查等檢查。 (4)7 天內：全套血液檢查。 ※資料範圍：包括同(跨)院之西醫診所及西醫醫院。 (1)篩選醫事類別 12-門診西醫醫院 (2)醫令類別為 2-診療明細及醫令點數>0 (3)排除代辦案件(A3、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、D1、D2、DF、C5)，急診案件(02)，醫令類別 4。 2. 小數點無條件進位。 3. 以 DA3347 指標最近一季可計算資料計分。	修改操作型之文字，未涉實質調整																	
6	地區醫院全人全社區照護計畫	1. 參與醫院獎勵：參與當年度全人全社區照護計畫且經分區業務組核定。 2. 收案率： (1)分子：醫院當季會員健康資料累計上傳人數。 (2)分母：醫院當年度於計畫公告期限內上傳VPN之預計收案會員人數。 3. 三高疾病(高血壓、高血糖、高血脂)照護提升率： (1)分子：醫院當年度預計收案會員所列檢驗(查)項目之檢驗(查)結果 3項疾病別皆進步或最後一次檢驗(查)結果位於控制良好範圍之人數 (2)分母：醫院當年度於計畫公告期限內上傳VPN之預計收案會員人數。 註1：控制良好或進步定義為「檢驗(查)結果後測-前測<0或位於以下範圍」，後測「就醫/檢驗(查)日期」應於當年度8月1日之後，前後測日期應間隔84天(含)以上，另高血糖、高血脂會員若於當年度8月1日前之LDL檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受LDL檢驗者，亦視為控制良好。。 註 2：控制良好範圍如下 <table><tr><td>疾病</td><td>檢驗(查)項目</td><td>控制良好範圍</td></tr><tr><td>高血壓</td><td>血壓</td><td>收縮壓<130 mmHg 且舒張壓<80 mmHg</td></tr><tr><td>高血糖</td><td>HbA1c、LDL</td><td>HbA1c <7%且LDL<100mg/dL</td></tr><tr><td>高血脂</td><td>LDL</td><td>LDL <100mg/dL</td></tr></table>	疾病	檢驗(查)項目	控制良好範圍	高血壓	血壓	收縮壓<130 mmHg 且舒張壓<80 mmHg	高血糖	HbA1c、LDL	HbA1c <7%且LDL<100mg/dL	高血脂	LDL	LDL <100mg/dL	1. 參與醫院獎勵：參與當年度全人全社區照護計畫且經分區業務組核定。 2. 健康資料建檔率： (1)分子：醫院當季會員健康資料累計上傳人數。 (2)分母：醫院當年度於計畫公告期限內上傳VPN之預計收案會員人數。 3. 血糖、血脂監測數據控制良(或進步)率、血壓上傳率：3項小指標達成2項以上者。 (1)血糖監測數據控制良(或進步)率：≥收案會員之50百分位數者達標 a. 分子：分母中，HbA1c檢驗結果達控制良好或進步 b. 分母：高血糖收案會員數 (2) 血脂監測數據控制良(或進步)率：≥收案會員之50百分位數者達標 a. 分子：分母中，LDL檢驗結果達控制良好或進步 b. 分母：高血糖、高血脂、ASCVD(風險等級達非常高或極高)收案會員數。 (3) 血壓上傳率：≥50%者達標 a. 分子：收案會員中，每年至少上傳2筆血壓值(高血壓病人則每年至少上傳3筆) b. 分母：會員人數 註1：進步定義為檢驗結果後測-前測<0，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度7月1日以後，且前測及後測日期應間隔84天(含)以上。 註2：控制良好定義及範圍如下： ● 控制良好定義為當年度最後一次檢驗結果屬控制良好(最後一次檢驗結果應於當年度7月1日以後。僅具高血糖、高血脂個案，若於當年度7月1日前之LDL檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受LDL檢驗者，亦視為控制良好)或當年度檢驗結果中，半數以上達控制良好範圍。 ● 控制良好範圍如下： <table><tr><td rowspan="2">疾病組合</td><td colspan="2">檢驗項目控制良好範圍</td></tr><tr><td>HbA1c</td><td>LDL</td></tr></table>	疾病組合	檢驗項目控制良好範圍		HbA1c	LDL	配合原計畫修訂修改操作型之文字
疾病	檢驗(查)項目	控制良好範圍																			
高血壓	血壓	收縮壓<130 mmHg 且舒張壓<80 mmHg																			
高血糖	HbA1c、LDL	HbA1c <7%且LDL<100mg/dL																			
高血脂	LDL	LDL <100mg/dL																			
疾病組合	檢驗項目控制良好範圍																				
	HbA1c	LDL																			

指標 序號	指標 名稱	修改前操作型定義	修改後操作型定義				修改原因
			高血糖 < 7%；80 歲以上病人為<8% 100 mg/ dL 高血脂 100 mg/ dL ASCVD 非常高：<70 mg/ dL；極高：<55 mg/ dL 高血糖+高血脂 < 7%；80 歲以上病人為<8% 100 mg/ dL 高血糖+ASCVD < 7%；80 歲以上病人為<8% 非常高：<70 mg/ dL；極高：<55 mg/ dL 高血脂+ASCVD 非常高：<70 mg/ dL；極高：<55 mg/ dL 高血糖+高血脂 < 7%；80 歲以上病人為<8% 非常高：<70 mg/ dL；極高：<55 mg/ dL +ASCVD				
8	接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	1. 接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率； 依照署本部所擬操作型定義，因 114 尚未公告，沿用 113 年暫定如下： ■ 分母：申報「出院準備及追蹤管理費(02025B)」及申報急性後期整合照護計畫中結案評估費(P5113B、P5117B、P5118B、P5123B)之件數。 ■ 分子：分母案件中，出院後 30 日內接受各類居家醫療照護(案件分類 A1、A2、A5、A6、A7、居家醫療照護整合計畫(案件分類 E1、A1、A5 且特定治療代號 EC)、家庭醫師整合式照護計畫(於收案院所就醫)其中計畫期別為 10(108 年收案)且於同一收案院所就醫、PAC 申報「承作醫院評估費(初評)P5114B」、「轉出醫院出院準備及評估費(同/不同團隊)P5113B、P5118B」)之件數，並按出院人次歸戶，以出院後接受服務之類別列計。 2. 以前季資料計算，e. g. 109Q2 以 109Q1 資料計算。	1. 接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率； ■ 分母：申報健保「出院準備及追蹤管理費(02025B)」及申報急性後期整合照護計畫中結案評估費(P5113B、P5117B、P5118B、P5123B)之件數， 排除出院即死亡案件(轉歸代碼為 4、A)。 ■ 分子：分母案件中，出院後 30 日內接受 各類居家醫療照護、居家醫療照護整合計畫、PAC(申報「承作醫院評估費(初評)P5114B」、「轉出醫院出院準備及評估費(同/不同團隊)P5113B、P5118B」) 、 家庭醫師整合性照護計畫社區醫療群 」之件數，並按出院人次歸戶。 2. 以前季資料計算，e. g. 109Q2 以 109Q1 資料計算。				配合 114 年抑制資源不當耗用指標修訂修改操作型之文字
10	安寧療護照護人數成長率	1. 當期相較前一年同期申報住院安寧、安寧共照或安寧居家醫令之人數成長率。 2. 依署本部提供資料，以當季資料計算。 3. 資料範圍： ■ 安寧人數係曾申報住院安寧(醫令代碼為 05601K、05602A、05603B)、安寧共照醫令(醫令代碼為 P4401B、P4402B、P4403B)或安寧居家(案件類別為 A5)服務者。 人數：以身分證字號、生日歸戶計算。	1. 當期相較前一年同期申報住院安寧、安寧共照或安寧居家醫令之人數成長率。 2. 依署本部提供資料， 以當季(季累積)資料計算。 3. 資料範圍： ■ 安寧人數係曾申報住院安寧(醫令代碼為 05601K、05602A、05603B)、安寧共照醫令(醫令代碼為 P4401B、P4402B、P4403B)或安寧居家(案件類別為 A5)服務者。 ■ 人數：以身分證字號、生日歸戶計算。				修改操作型之文字，未涉實質調整
22	門診婦科超音波非合理區間再執行率(含跨院)	1. 門診婦科超音波非合理區間再執行率(含跨院) ■ 分子=分母之門診各項檢查(驗)同病人之非合理區間同(跨)院所再執行醫令數。 ■ 分母=門診申報歸併醫令 19003C 季醫令數合計。 ※檢查項目非合理區間：28 日內 ※資料範圍：包括同(跨)院之西醫診所及西醫醫院。 (1)篩選醫事類別 12-門診西醫醫院 (2)醫令類別為 2-診療明細及醫令點數>0 (3)排除代辦案件(A3、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、D1、D2、DF、C5)，急診案件(02)，醫令類別 4。 2. 小數點無條件進位。 以 DA3347 指標最近一季可計算資料計分。	1. 門診婦科超音波非合理區間再執行率(含跨院) ■ 分子=分母之門診各項檢查(驗)同病人之非合理區間同(跨)院所再執行醫令數。 ■ 分母=門診申報歸併醫令 19003C 季醫令數合計。 ※檢查項目非合理區間：28 日內 ※資料範圍：包括同(跨)院之西醫診所及西醫醫院。 (1)篩選醫事類別 12-門診西醫醫院 (2)醫令類別為 2-診療明細及醫令點數>0 (3)排除代辦案件(A3、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、D1、D2、DF、C5)，急診案件(02)，醫令類別 4。 2. 小數點無條件進位。 3. 以 DA3347 指標最近一季可計算資料計分。				修改操作型之文字，未涉實質調整