

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 115 年第 1 次會議紀錄

時間：115 年 1 月 29 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：

臺中榮民總醫院傅院長雲慶、蔡主任鴻文

彰化基督教醫院陳院長穆寬(紀雅玲代)、陳副院長美女

中國醫藥大學附設醫院周院長德陽、莊主任春珍

中山醫學大學附設醫院蔡院長明哲、黃副院長文駿

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

光田綜合醫院陳院長子勇(廖郁純代)

台中慈濟醫院簡院長守信(莊淑婷代)

大甲李綜合醫院李董事長順安(郭咏臻代)

國軍台中醫院施院長宇隆

衛生福利部臺中醫院黃院長元德

員林何醫院何院長黎星(郭鐘添代)

茂盛醫院李院長茂盛

佑民醫院謝董事長文輝

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

竹山秀傳醫院莊院長碧焜

清泉醫院羅榮譽院長永達

本署中區業務組：

劉副組長上惠、陳專門委員雪姝、蔡科長瓊玉、楊科長惠真、謝科長秋萍、李視察菁萍、李視察秀霞、張視察傳慧、戴專員婷豫、林

科員琬倩

主席：丁組長增輝、傅院長雲慶

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蔡鴻文主任進行業務報告，內容涵蓋：中區分會組織架構、重要會議摘要、業務報告(如審查注意事項、跨區審畢評量等)及輔導項目(如降低非必要爭議審議案件)等。
- 二、114 年第 3~4 季中區醫院醫療費用申報概況、114 年第 1~3 季中區醫院總額前瞻式預算管理方案執行概況、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：會中特別宣導急診壅塞管理措施(在宅急症、OPAT、UCC)、春節加成獎勵方案、三高防治 888 計畫(代謝症候群、高血脂、地區醫院全人全社區)、預立醫療照護諮商費與生物相似性藥品及學名藥等。

肆、提案討論

提案一

提案單位：健保署中區業務組

案由：有關 115 年度本組與醫院總額中區執行分會共同管理會議委員代表及其代理人名單及修正本會議議事規範，提請確認。

說明：

- 一、依本會設置及運作規定，應確認 115 年委員代表及其代理人，如附件 1，俾利後續會務推動與會議召集。
- 二、因亞大附設醫院於 113 年 3 月升格為區域醫院，經區域醫院協會提名 115 年新增為列席代表，爰修正本會議議事規範(如附件 2)，區域醫院及地區醫院層級之列席代表修改為 8 位(原 7 位)。

決議：照案通過。

提案二

提案單位：健保署中區業務組

案由：有關中區業務組 115 年醫院總額前瞻式預算管理方案預設點值設定，提請討論。

說明：

- 一、依 114 年 9 月 24 日衛生福利部全民健康保險會 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議事錄，115 年醫院總額預算成長率為 5.5%，一般服務項目成長率為 5.101%。(尚待衛生福利部公告)
- 二、預估全署一般服務項目預算約增加 296.179 億元(總金額為 6,103.277 億元)，估計中區預算每季約增加 13.33 億元。
- 三、114 年預設點值設定為 0.98，114 年第 1 季結算平均點值 0.9779、114 年第 2 季結算平均點值 0.9833。

建議：115 年上半年預設點值設定 0.985。

決議：照案通過。另醫學中心建議重大傷病且事前審查同意之藥品列入急重症保障項目，因金額過高，需進一步審慎評估後再行討論。

提案三

提案單位：健保署中區業務組

案由：增修中區業務組 115 年醫院總額前瞻式預算管理方案(附件 3)，提請討論。

項次 1：各醫院基期點數(0 階)，自 115 年第 2 季起，扣除「調整急診、急救責任醫院及護理相關支付標準」扣合指標預算。(附件 3, P.4)

說明：因 114 年第 2 季起上述扣合指標預算採外加方式納入(114Q2 共 1.18 億、114Q3 共 1.91 億)，不應滾入基期計算，爰應先予以扣除。

決議：照案通過。

項次 2：針對新設立醫院基期設定新增文字說明。(附件 3，P.5)

說明：新增文字說明：新設立醫院第 5-16 季基期為「最近一季方案結算預估收入」，第 5 年起回歸一般醫院採去年同期。

決議：照案通過。

項次 3：急重症保障項目新增「學名藥」與原開發廠藥之「藥費差額」點數。(附件 3，P.8)

說明：

一、全民健康保險推動使用生物相似藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫於 114 年 8 月 1 日起將學名藥納入保障範圍，爰修訂此項目。

二、原序號 14「生物相似藥品」修訂為「生物相似藥品及學名藥」與原開發廠藥之「藥費差額」點數。

決議：照案通過。

項次 4：修訂品質指標，共有 26 項，刪除 1 項、新增 6 項、修訂 11 項。(附件 3，P.9、P.22)

說明：

一、新增指標分別為「N4_53_地區醫院全人全社區照護計畫」、「N4_54_代謝症候群防治計畫」、「N4_55_肝及肝內膽管癌一年存活率」、「N4_56_轉診醫療費用成長差值補助」、「N4_57_地區醫院成功接受下轉件數獎勵」、「N4_58_到院前救護車心電圖判讀跨院合作計畫」；刪除「N4_44_住院精神科病人申報出院準備於 30 日內轉銜精神社區復健」

二、其中，為鼓勵地區醫院強化在地照護功能，提升社區內收治與持續照護能力，使病患得以留在社區接受適當的醫療服務，爰增列「轉診醫療費用成長差值補助」、「地區醫院成功接受下轉件數獎勵」等 2 項指標。

三、操作型定義另行公告。

決議：照案通過。

項次 5：門診就醫型態反映權重(醫學中心及區域醫院)輕症案件定義新增排除條件。(附件 3，P.10)

說明：

一、「門診就醫型態反映權重」之「僅慢性病+其他非急重罕手術」(輕症案件)現行操作型定義為：

(一) 分母：門診案件不含代辦案件之醫療費用。

(二) 分子：門診就醫型態排除下列案件之案件醫療費用。

1. 急診。

2. 門診手術。

3. 重大項目：放射線治療、申報化療藥品、罕見疾病及重大傷病。

二、排除條件新增：

(1) 申報全民健康保險高血脂醫療給付改善方案之點數(該方案於 114 年 12 月 11 日公告自 115 年 1 月 1 日生效)。

(2) 全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案(OPAT)點數(該方案自 114 年 8 月 6 日起公告實施)。

決議：照案通過。

項次 6：新增住院量能下降者下修基期機制。(附件 3，P.16-17)

說明：

一、部長指示健保署應確實掌握各醫院開床情形，並避免醫院以關床方式獲得保障額度，基期計算原則須納入關床等因素計算合理成長

率。

二、修訂「(五)人數下降且高單價成長或住院量能下降者下修基期」：

- (1)季申報 6 千萬點以上醫院，新增主動監測「關床下修基期機制」，若醫院「申報人日」降幅>15%且住院人數成長率小於同儕值，則下修基期。
- (2)本項排除疾病嚴重度增加者、急性一般病床<20 床醫院、婦幼及精神專科醫院，計算方式如下：當季住院人數成長率-前 4 季住院人數平均成長率)*基期住院人數*基期單價。
- (3)人數下降且高單價成長或住院量能下降，兩者住診如皆調整，則取下降較高者計算。

決議：照案通過。

項次 7：「暫時性住院容量調整」之基期調整方式取消計算公式。(附件 3，P.18)

說明：考量各醫院差異，「暫時性住院容量調整」之基期調整方式取消計算公式，改由醫院自提當季下修額度。

決議：照案通過。

提案四

提案單位：健保署中區業務組/中區執行分會

案由：有關 115 年度醫院總額風險調整移撥款之推動執行項目案，提請討論。

說明：

- 一、115 年醫院總額風險調整移撥款(以下簡稱風險移撥款)，鑑於醫院總額一般服務地區預算分配因付費者與醫院部門未達成共識，經健保會決議採兩案併呈報部裁示，兩案差異為付費者版建議門住診 R 值各前進 1%，風險移撥款由原 6.5 億調升為 7 億(含挹注東區因 R 值調動的財務衝擊)，醫院部門版為維持 114 年門住診 R

值分配，風險移撥款 6.5 億（含東區 5,000 萬）。

二、依據 115 年 1 月 21 日衛生福利部全民健康保險會裁定，115 年醫院部門風險調整移撥款分配方式，依循援例辦理，採 2 億依六項因子均等權重分配，餘 4 億採 114 年依地區預算 RS 值分配之額度，合併以形成各分會風險調整移撥款之額度。115 年中區配得額度為 8,908 萬 7,064 元(114 年為 8,906 萬 3,985 元)。

三、前經徵詢 24 位委員代表意見，並提至 114 年 12 月 22 日醫院醫療服務審查執行會中區分會委員會 114 年第四次會議決議通過，又因應預算分配考量，115 年醫院總額風險調整移撥款中區推動執行項目如下：

(一) 沿用 114 年項目(計 6 項)：

1. **急重症區域聯防照護計畫(R1)**：4 項子計畫延續。

(1) 急性心肌梗塞：主責為臺中榮總(原中山附醫)。

(2) 重大外傷：主責為彰基(原臺中榮總)。

(3) 高危險妊娠：主責為中國附醫(原彰基)。

(4) 新生兒重症：主責為中山附醫(原中國附醫)。

2. **在宅醫療整合照護試辦計畫(R2)**

3. **偏鄉區域資源整合照護試辦計畫(R3)**

(二) 刪除項目：

1. 「**到院前救護車心電圖判讀(R1-5)**」：A 組(台中及南投)主責為臺中榮總(原中國附醫)、B 組(彰化)主責為彰基(原秀傳)。為因應預算分配考量，爰此計畫調整改由中區醫院總額品質指標(N4_58)預算支應，以提升風險移撥款整體預算運用效益。

2. 「**術後加速康復(ERAS)計畫(R4)**」：因考量署本部規劃 115 年「全民健康保險術後加速康復推廣計畫」將擴增 ERAS 推動術式，部分術式可能與本計畫重疊，故不納入。

(三) 新增項目：**提升癌症精準治療計畫(肝及肝內膽管癌)(R5)**，為達成健康台灣 2030 年癌症死亡率減少 1/3 之目標，且根據檔

案分析，112 年度全國前 11 大癌症存活率，中區醫院在肝及肝內膽管癌第 1 年存活率為 58.2%(全國同儕 59.5%)，位居全國第 4 名。中區病人數有 2,082 人，以醫學中心收治 1,078 人最多，其次為區域醫院 763 人、地區醫院 241 人；醫院別收治人數前 3 名依序為臺中榮總 350 人、中國附設醫院 308 人、彰化基督教醫院 265 人，故建議新增本項目。主責醫院由 4 家醫學中心輪流擔任，因臺中榮總收治人數最多，故 115 年建議由臺中榮總擔任。

決議：照案通過。

提案五

提案單位：健保署中區業務組

案由：有關天然災害停止上班日執行「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」巡迴醫療服務，醫事人員論次費用依例假日標準計算案，提請討論。

說明：

- 一、依西醫醫療資源不足地區改善方案十、(一)、3 針對例假日定義為：依人事行政總處所公布之放假日：週六(扣除補班日)、週日、紀念日、民俗節日、兒童節、勞動節及含連假之補假日。
- 二、另查方案十、(三)、2 及十二、(一)規定因應天然災害臨時宣布之停止上班(課)日，非屬人事行政總處公告之例假日，醫事人員報酬應按一般日規定辦理，門診時間若為人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害停止上班(課)日，則為休診日，不須補診及報備。
- 三、經院所反應於天然災害停止上班日至醫療資源不足地區提供巡迴醫療服務之時間成本較平日高之情形，本署考量院所於天然災害停止上班期間持續提供巡迴醫療服務所需負擔之交通、人事成本相對較高，為穩定當地醫療資源，提供因地制宜支持措施，爰同意放寬前述規定，醫事人員論次費用擬依例假日標準計算，惟需提

至分區共管會議討論共識後執行。

建議：自 115 年起轄區醫院於各縣市政府公布重大天然災害停止上班日至巡迴點提供醫療服務者，醫事人員論次費用比照例假日支付標準申報。

決議：有關建議增修「因天然災害宣布之停止上班課(日)，非屬人事行政總處公告之例假日，執行巡迴醫療之醫事人員診次費用，各分區業務組得經共管會議討論採例假日標準計算」規定，為避免造成鼓勵人員於災害期間出勤之誤解，爰本案暫不修訂並維持原條文內容。

提案六

提案單位：健保署中區業務組

案由：轄區 115 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「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 114 年認定之偏遠地區醫院，係依 113 年 1-6 月之醫療費用

權重校正計算，符合之醫院計 8 家。

四、115 年茲以 114 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，分別為東勢區農會附設農民醫院、竹山秀傳醫院、東華醫院、埔里基督教醫院、洪宗鄰醫院、彰基二林醫院、臺中榮民總醫院埔里分院、宋志懿醫院等 8 家醫院符合分區認定原則。

建議：115 年仍比照 114 年醫院總額結算執行架構偏遠地區認定原則辦理，以 114 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 114 年相同)。

決議：照案通過。

伍、臨時動議

提案一

提案單位：地區醫院層級委員代表

案由：地區醫院因應政策落實分級醫療而合理成長的門診、急診、慢性病等列入特定排除項目，不予分階折付案，提請討論。

說明：為落實分級醫療，讓各層級適當分工以因應政策推動之任務需要，自 114 年第一季起將急重症成長列入個別總額方案之特定排除項目，建議同時將地區醫院因應政策而合理成長的門診、急診、慢性病等列入特定排除項目，不予分階折付。

建議：本案請地區醫院針對上述建議進行評估，提出具體建議方案後，再提共管會討論。

散會：下午 4 點 30 分