

衛生福利部中央健康保險署南區業務組

「南區醫院總額共管會議」112年第3次會議紀錄

時間：112年9月8日(星期五)下午2時40分

地點：南區業務組9樓第一會議室/視訊會議(Microsoft Teams 視訊軟體)

主席：林組長純美

紀錄：曾荃璞

林主委宏榮

出席人員(*為視訊與會)：

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
林主委宏榮	林宏榮	鄭委員天浚	王敏容(代)
李委員經維	李經維	李委員麗娟	李麗娟
姚委員維仁	姚維仁	馬委員惠明	馬惠明
楊委員仁宗	楊仁宗	劉委員啓舉	劉啓舉
蔡委員良敏	蔡良敏	賴委員寧生	賴寧生
王委員瑞祥	王瑞祥	李委員聰明	李聰明*
陳委員正榮	陳正榮	鄭委員雅敏	鄭雅敏
賴委員仲亮	賴仲亮	謝委員景祥	謝景祥

衛生福利部中央健康保險署南區業務組：

林純美 黃紫雲 郭俊麟 林財印 吳佩寧 張智傑 許寶茹
林煒傑 陳嘉浚 許涵琇 林淑芳 廖俐惇 林映辰 曾荃璞
何尹琳* 何欣瑜* 陳秀宜* 李怡君* 沈佩瑩* 張美卉* 郭郁伶*

視訊旁聽人員：轄區醫院

壹、主席致詞：(略)

貳、上次會議紀錄確認：請參閱(不宣讀)確認(略)

參、報告事項：

一、DKD 共病照護執行經驗分享(略)

二、醫院醫療服務審查南區執行分會報告(略)

三、醫院總額執行概況：醫療費用申報概況、南區方案執行情形、近期推動重要業務(包含 112 上半年回溯性專案審查結果、鼓勵執行「其他部門」預算之相關計畫、ICD-10-CM/PCS 改版、虛擬健保卡、傷口照護外展、生物相似性藥品申報情形等)。

肆、報告案

第一案

提案單位：南區業務組

案由：本會歷次會議決議事項辦理情形。

說明：

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
1	112_2 共管會暨 112_1 院長會議討(5)：南區方案「合理成長率」公式調整	(1)維持當前內容，後續視醫院分布常模再研議。 (2)另請南區分會工作小組研議可評估疾病組合、資源耗用情形之更佳指標。	(1)112 年 Q2 達合理成長率上限計 55 家(83.3%)，另將「供給面高成長、指標加權成長率和合理成長率差值大」情形列入本次提案二討論方案核減回補機制。 (2)經南區分會工作小組 112 年 8 月 24 日會議決議暫不提案，後續如有特殊校正需求(如登革熱疫情)再議。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續追蹤

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
2	112_2 共管會暨 112_1 院長會議討(7):112年風險移撥款新增「未滿6歲兒童語言治療」鼓勵項目	(1)改納入113年風險移撥款分配項目。 (2)另請南區分會工作小組研議分配項目及方式。	已列於本次會議提案四討論。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續追蹤
3	112_2 共管會暨 112_1 院長會議臨(1):於下次共管會提案檢討南區方案特定排除列計「原剛性需求」項目。		已列於本次會議提案一討論。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續追蹤
4	112_2 共管會暨 112_1 院長會議臨(2):後續監測部分負擔新制正式上路後對民眾就醫移動之影響。		考量新制實施尚未足1季,預定於112年第4次或113年第1次共管會再呈現相關數據。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 持續追蹤

決定：洽悉。

第二案

報告單位：南區業務組

案由：112年Q2南區方案陸之三「依專審核減點數乘10倍下修基期收入」之專案項目。

說明：

- 一、依111年南區醫院總額第4次共管會議暨112年南區醫院總額第1次共管會議決議辦理。
- 二、符合旨揭核扣原則之專案項目數據如下表所示，本次總計應下修1家、218,250點，於112年Q2方案結算時執行。

異常專案名稱	層級別	醫事機構	清查件數(A)	自行檢視		專審 (針對標的醫令)		核減率(D/C)	應下修基期(0階)點數(D*10)
				同意繳回件數(B)	繳回率(B/A)	抽審點數(C)	核扣點數(D)		
門診執行關節授動術(64080C)合理性專案	區域以上	A1	53	52	98.1%	4,365	4,365	100%	
		A2	18	0	0%	78,570	65,475	83.3%	
		A3	4	1	25%	13,095	8,730	66.7%	
		A4	6	0	0%	24,008	21,825	90.9%	218,250
	地區	B1	40	40	100%				
		小計(P25區域以上=5)		121	93	76.9%	120,038	100,395	83.6%

決定：洽悉。

第三案

報告單位：南區業務組

案由：「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」納入南區方案及「因應肺癌篩檢疑陽個案後續健保費用擴增」未及於當期結算之處理方式。

說明：

- 一、112 年南區醫院總額第 2 次共管會議暨第 1 次院長會議決議通過，112 年新增屬專款但納入一般服務費用結算項目(「因應長新冠照護衍生費用」、「因應肺癌篩檢疑陽個案後續健保費用擴增」及「促進醫療服務診療項目支付衡平性」等 3 項)，依署本部操作型定義及經費結算時程，於南區方案列入「專款排除」方式處理。
- 二、惟查「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」(全署全年預算 1,500 萬元)亦為「依實際執行情形併入一般服務費用結算」，112 年 Q1 及 Q2 南區醫院分別申報 227,947 點、223,621 點。本組已自 112 年 Q1 起於方案結算時列入「專款排除」處理。
- 三、另 112 年 Q1「因應肺癌篩檢疑陽個案後續健保費用擴增」項目因未能於南區方案結算與點值結算前取得個案 ID，故尚未納入處理。倘經署本部通知 112 年 Q1 併入 Q2 結算，當季(即 Q2)費用維持列入「專款排除」，已過季別(即 Q1)另列「特定排除列計」，後續季別則視國健署提供個案 ID 時程，比照前揭原則辦理。

決定：洽悉。

討論提案

提案一

提案單位：南區業務組

案由：南區方案「生產案件」特定排除列計之計算方式調整案，提請討論。

說明：

- 一、為反映疫情期間各院照護確診產婦之辛勞及醫療成本，前經 111 年南區醫院總額第 3 次共管會議決議通過，自 111 年 Q2 起增訂確診產婦之生產人數差值採加權(權重 3)計算，112 年南區方案亦續沿用。
- 二、惟自 112 年 5 月 1 日起防疫降階後，確診產婦人數已減少，現行公式反使提供照護醫院之當期相較基期總生產人數差值呈負數，爰擬調整回復為原計算公式(即不區分確診或一般產婦)，調整對照如附表 1。
- 三、如獲通過，自 112 年 Q2 起適用，並同步修改南區方案。

決議：照案通過。

附表 1、「生產案件」特定排除列計調整前後對照：

項目	現行公式(調整前)	調整後(原疫情前公式)
納入排除列計條件	經以加權計算確診產婦生產差值後，當期總生產人數>基期總生產人數之醫院	當期生產人數>基期生產人數之醫院
給付費用	=基期各院生產案件每人實收金額×{(確診產婦當期生產人數—確診產婦基期生產人數)×3+(一般產婦當期生產人數—一般產婦基期生產人數)}	=基期各院生產案件每人實收金額×(當期生產人數—基期生產人數)
基期各院生產案件每人實收金額	$\frac{\text{基期住診實際收入} \times \frac{\text{生產案件點數}}{\text{住診整體案件一般服務點數}}}{\text{基期生產人數}}$	
案件操作型定義	<p>醫事類別：22(住院)</p> <p>(1) 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、C5、DZ、7</p> <p>給付類別：6、7</p> <p>部分負擔代碼：002</p> <p>(2) 案件分類：1</p> <p>給付類別：X</p> <p>主、次診斷任一碼：申報 O98.52(生產時其他病毒性疾病)</p> <p>確診產婦生產案件：</p> <p>符合(1)或(2)條件，且主、次診斷任一碼申報 U07.1(嚴重特殊傳染性肺炎，確診)</p> <p>倘同一次生產(歸同院同 ID 同住院日)拆 C5 及健保案件申報，歸入確診產婦計算</p>	<p>醫事類別：22(住院)</p> <p>案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、C5、DZ、7</p> <p>給付類別：6、7</p> <p>部分負擔代碼：002</p>

提案二

提案單位：南區業務組

案由：南區方案新增「核減回補機制」，提請討論。

說明：

- 一、觀察本方案自 110 年 Q4 起各季結算數據，部分醫院因疫情影響致基期下降或季間核給數額波動。
- 二、本項回補機制所需額度，與方案伍之四(三)在預算不足下，未足額下修各階給付點值所透支額度(含預算不足額度未達 8,000 萬不下修階 1、階 2、階 3 點值，及階 1、階 2、階 3 點值下修至 0.70、0.40、0.15 後差距仍無法彌平之透支額度)，兩者併計以 1.6 億為上限，超過則本項回補採浮動調整。
- 三、為緩和醫院財務衝擊，並適度鼓勵加強供給面(執登醫師、護理人員等)以提升醫療品質，針對當季方案核減率 > 6% 者，依下列表計算回補值，惟個別醫院方案核減率經回補後最終不得低於 6%。
- 四、二因子回補：季間費用波動、季間供給面波動，分段核給，各以 2% 為上限。

(一) 依「過往季別費用(近 8 季方案核給數額)波動情形」對應：

變異係數(x) (費用標準差÷費用平均值)	波動指數	核減率回補值1
$x \leq 0.05$	1	0%
$0.05 < x \leq 0.1$	2	1%
$x > 0.1$	3	2%

※南區各醫院波動指數分布(以 110 年 Q4 至 112 年 Q1 數據試算)：

波動指數	家數
1	41
2	22
3	3

(二) 依「指標加權成長率減合理成長率上限之差額」、「執登醫師數成長率 + 護理人數成長率」對應回補值：

執登醫師數成長率+護理人數成長率 (v)					
v ≤ 2%		2% < v ≤ 5%		v > 5%	
(指標加權成長率—合理成長率上限) (w)	核減率回補值 2	(指標加權成長率—合理成長率上限) (w)	核減率回補值 2	(指標加權成長率—合理成長率) (w)	核減率回補值 2
w ≤ 2.0%	0.0%	w ≤ 2.0%	0.0%	w ≤ 2.0%	0.0%
2.0% < w ≤ 4.0%	0.4%	2.0% < w ≤ 3.5%	0.4%	2.0% < w ≤ 3.0%	0.4%
4.0% < w ≤ 6.0%	0.8%	3.5% < w ≤ 5.0%	0.8%	3.0% < w ≤ 4.0%	0.8%
6.0% < w ≤ 8.0%	1.2%	5.0% < w ≤ 6.5%	1.2%	4.0% < w ≤ 5.0%	1.2%
8.0% < w ≤ 10.0%	1.6%	6.5% < w ≤ 8.0%	1.6%	5.0% < w ≤ 6.0%	1.6%
w > 10.0%	2.0%	w > 8.0%	2.0%	w > 6.0%	2.0%

五、範例說明：

醫院別	原方案核減率	核減率回補值 1 -對應數值：過往季別 方案核給數額(萬點)			核減率回補值 2 -對應數值		基期 校正 後一 般服 務收 入 (萬點)
		費用 平均 值	費用 標準 差	變異係數(x) (費用標準差 ÷費用平均 值)	執登醫師數 成長率+護 理人數成長 率(v)	指標加權 成長率— 合理成長 率上限(w)	
A	4.9%	28,053	846	0.030	-6.7%	0.6%	26,502
B	7.5%	23,459	1,219	0.052	-7.4%	4.7%	21,566
C	8.4%	6,845	276	0.040	3.3%	3.3%	6,362

對應結果：

醫院別	回補資格(Y/N)	波動指數	核減率回補值 1	核減率回補值 2	核減率回補值 1+2	原方案核減率	原核減率—核減率回補值 1+2	回補後方案核減率
A	N	1	0%	0.0%	0.0%	4.9%	4.9%	4.9%
B	Y	2	1%	0.8%	1.8%	7.5%	5.7%	6.0%
C	Y	1	0%	0.4%	0.4%	8.4%	8.0%	8.0%

六、如獲通過，自 112 年 Q2 起即適用，並同步修改南區方案。

決議：本案未獲共識，爰暫予保留。

提案三

提案單位：南區業務組

案由：南區方案新增「CT/MRI 利用率超出閾值核扣」及調整「陸之一機制」於 0 階扣減數額納入超額分階折付，提請討論。

說明：

- 一、南區自 103 年起即未有新設醫院，惟近兩年檢查(驗)費用大幅增加，111 全年相較疫情前(108 年)成長 6.7%，其中 CT 及 MRI 即增加 1.6 億點，成長率(12.3%、15.8%)皆高於全署(11.5%、14.7%)，112 年 Q1(相較 108 年 Q1)更分別成長 22.3%、26.5%，實有管控必要。
- 二、為使方案相關管理機制之扣減數額處理方式一致，將陸之一(單價管理)比照伍之五(交付成長)、陸之三(未自清專案扣減)等項，連同本次新增 CT/MRI 利用率超出閾值核扣(方案陸之四)，其扣減數額皆可計入超額點數中，續依方案超額分階折付方式給付。
- 三、前南區方案之「單價管理」曾針對門診高耗用前五大類醫令(含 CT、MRI)進行目標管控，本次參考舊有公式，分別依門診、急診、住院管控執行率超出管理閾值(全國所屬層級 P85 值)之醫令點數，操作型定義詳如附件 1。
- 四、以 110 年 Q4 至 112 年 Q1 數據試算平均單季申報及扣減點數如下表：

項目	申報點數(百萬點)				核扣點數(百萬點)			
	急診	門診	住院	合計	急診	門診	住院	合計
CT	116.8	193.0	106.9	416.7	5.1	8.0	4.5	17.6
MRI	10.0	186.0	57.0	253.0	3.3	3.7	1.8	8.8
CT+MRI	126.8	379.0	163.9	669.7	8.4	11.6	6.3	26.4
總家數	31	38	34	38	9	15	15	22

五、本案如獲同意，將自 112 年 Q4 起適用。

決議：本案未獲共識，爰暫予保留。請南區業務組依現行公式試算扣減點數回饋予各院參考。

CT/MRI 管理操作型定義

一、擷取醫令如下表：

項次與名稱	醫令代碼(取前五碼)	執行率管理閾值 (見(二)(三)說明)
CT	33070、33071、33072	全國所屬層級 P85 值
MRI	33084、33085	全國所屬層級 P85 值

(一) CT/MRI 管理同時採門診、急診(案件分類02)、住院進行監控，惟避免申報件數少醫院之極端值資料造成百分位值失真，分別依門/急/住診設採計下限：1,000/100/10，就醫次數未達該值之醫院不採計。

(二) 季申報規模 \geq 1億地區醫院之管理閾值採全國區域醫院 P85值。

(三) CT 執行率：

- 1、胸腔病院(特殊屬性)之管理閾值採全國醫學中心胸腔內科 P85值。
- 2、符合南區偏遠地區認定原則醫院(台南新化、長庚雲林)之管理閾值採全國區域醫院 P85值。

(四) 執行率 = $\frac{\text{醫令總量}}{\text{就醫次數}}$ (取至百分位小數第3位四捨五入)

1、醫令總量：僅計算醫令類別2、Z

2、就醫次數：

(1)排除醫令補報及門、急診診察費為0之件數。

(2)排除皮膚科。

(3)計算下列各項目執行率時，就醫次數僅採計特定申報科別：

項次與名稱	就醫次數採計特定科別
MRI-門診、住院	06(骨科)、07(神經外科)、12(神經內科)
MRI-急診	皮膚科(11)以外科別

3、排除自基層診所上轉之案件。

4、門診排除案件分類01、A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、D4、BA、DF、E2、E3，住院排除案件分類 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、C5、DZ、7，分子、

分母皆同。

二、醫院該項目執行率高於管理閾值時，校正方式為：

扣減超出管理閾值之醫令點數 = (醫院該項目執行率 - 全國所屬層級 P85 值) × 醫院就醫人次 × 醫院該項目平均點數，依門診、急診、住院分別執行。

註：「醫院就醫人次」擷取條件與執行率之「就醫次數」相同

提案四

提案單位：南區分會工作小組

案由：有關 113 年風險移撥款分配項目，提請討論。

說明：

一、醫院總額風險調整移撥款（台灣醫院協會核定版）

移撥款來源：全民健康保險醫院部門一般服務總額年度預算分配至各分區前，先行提撥一定額度金額做為調撥之用。（111 年醫院總額風險調整移撥款，依據衛生福利部 111 年 1 月 26 日衛部健字第 1113360011 號函公告辦理）

二、移撥款使用範圍：

(一) 符合內政部、衛生福利部定義之偏鄉地區。

(二) 所屬轄區須扶弱或援助照護之人口。

三、根據 112 年 6 月 16 日第 2 次南區分會通過之風險移撥款原則（上限 10 項、採一進一出）、112 年 8 月 10 日工作小組問卷調查結果（成大、奇美各 3 位委員，統一為各 1 票），113 年風險移撥款項目建議項目如下表：

序號	項目	分配金額與占率	保留/新增	備註
1	C 肝口服新藥之新收個案	6,962,522 (9.2%)	☑ (9 票)	
2	精神巡迴醫療	860,556 (1.1%)	☑ (9 票)	
3	居家醫療照護	12,699,410(16.9%)	☑ (13 票)	
4	醫不足巡迴醫療	8,656,005(11.5%)	☑ (12 票)	
5	虛擬健保卡	10,000,000(13.3%)	☑ (9 票)	
6	檢驗檢查報告即時上傳	6,969,436 (9.3%)	☑ (10 票)	
7	呼吸器安寧利用(112 年新增)	8,521,382(11.3%)	☑ (10 票)	
8	死亡前安寧利用率(112 年新增)	8,422,920(11.2%)	☑ (10 票)	
9	鼓勵傷口照護外展(112 年新增)	3,000,000 (4.0%)	☑ (9 票)	
10	重症照護跨院合作(112 年新增)	9,150,000(12.2%)	☑ (8 票)	取消
10	「(偏遠地區)醫院兒童語言/物理/職能治療」(112 年第二次共管會提案)		☑ (11 票) 同意	新加

決議：照案通過。

提案五

提案單位：建興醫院

案由：特殊地區醫院總額額度重新調整，提請討論。

說明：

- 一、建興醫院欲尋求與大型醫院策略聯盟，規劃分別新增門診 8 科(家醫、胃腸、神內、心內、代謝、泌尿、耳鼻喉、復健)、住診內科及睡眠中心，惟現行南區方案依基期自主管控，「合理成長率」公式計算所得可成長空間不敷發展需求，提請考量針對原業務量微小之地區醫院，如欲委託經營或醫療合作，可增列特殊額度計算方式：
 - (一) 比照新設醫院重給額度，且至少 3 年，後續再以近 3 年之月平均點數訂定總額額度。
 - (二) 或以每年階梯式給予總額額度，如：第 1 年每月 200 萬、第 2 年每月 300 萬、第 3 年每月 450 萬。
 - (三) 或若非原本地區醫院看診科別，新設科別應不計入總額計算，或另依上述方案(一)、(二)評估給予額度。
- 二、南區分會工作小組業於 112 年 8 月 24 日就本提案先行討論，相關建議呈現於南區分會報告簡報第 8-9 頁。
- 三、南區業務組回應：依 112 年 7 月 VPN 公開申報健保醫費統計，轄區醫院門診單月申報規模分布如下表，多數地區醫院(29 家)申報<500 萬，其中<50 萬計 5 家：信一骨科(38 萬)、世華(22 萬)、新生(22 萬)、全生(21 萬)及建興(13 萬)。

門診申報規模(點數)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	合計家數
<50 萬			5	5
50-99 萬			4	4
100-499 萬			20	20
500-999 萬			5	5
1,000-4,999 萬		2	10	12
5,000-9,999 萬		4	6	10
≥1 億	2	8		10
合計家數	2	14	50	66

決議：

- 一、 針對門診月申報<50 萬醫院(信一骨科、世華、新生、全生及建興)，門診採每月 50 萬點為上限(150 萬點/季)，超出原基期點數之點值以 0.93 元/點計，並加強審查。自 112 年 Q4 起適用，符合資格醫院得向本組申請。
- 二、 如認上開額度不足以支應，應另提計畫送交共管會及南區分會審查後再議。