

# 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1次會議紀錄

時間：112年3月10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	鄭天浚
李委員經維	李經維	李委員麗娟	李麗娟
蔡委員良敏	蔡良敏	劉委員啓舉	劉啓舉
馬委員惠明	馬惠明*	姚委員維仁	姚維仁*
楊委員仁宗	楊仁宗*	賴委員寧生	林聖哲(代)*
賴委員仲亮	賴仲亮	王委員瑞祥	王瑞祥
鄭委員雅敏	鄭雅敏	李委員聰明	李聰明*
陳委員正榮	陳正榮*	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 郭碧雲 吳佩寧 張智傑 許寶茹  
林煒傑 楊庭瑜 鄧瑞婷 曾荃璞 陳雅惠\* 陳秀宜\* 楊韻萱\*  
許涵琇\* 沈佩瑩\*

視訊旁聽人員：轄區醫院

壹、主席致詞：(略)

貳、確認上次會議決議事項辦理情形：(略)

參、報告事項：

一、醫院醫療服務審查南區執行分會報告(略)

二、醫院總額執行概況：南區醫院醫療費用申報概況、南區方案執行情形、近期推動重要業務(包含虛擬健保卡、醫不足新增巡迴點、傷口照護外展、爭審駁回率數據回饋及減量宣導等)。

肆、報告案

第一案

提案單位：南區業務組

案由：111年Q4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年南區醫院總額第四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附件1。

三、總計應下修2家、381,400點，於111年Q4方案結算時執行。

決定：新增條件「若醫院該項專案應清查件數<南區同儕P25值，則不予執行」，爰此2家醫院將不執行下修。

異常專案名稱	層級別	醫事機構	清查件數	自行檢視		專審(針對標的醫令)				應下修基期(0階)點數(C*10)
				同意繳回件數	繳回率	抽審醫令數(A)	核扣醫令數(B)	核扣點數(C)	核減率(B/A)	
Megestrol 不符適應症	區域 以上	A	44	35	79.5%	18	0	0	0	
		B	195	6	<b>3.1%</b>	359	289	221,374	80.5%	
		<b>C</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>42</b>	<b>40</b>	<b>30,640</b>	<b>95.2%</b>	<b>306,400</b>
		D	149	33	22.1%	131	118	90,388	90.1%	
		E	21	0	<b>0%</b>	42	36	27,576	85.7%	
		F	19	15	78.9%	6	0	0	0	
		G	17	4	23.5%	28	28	21,448	100%	
	小計	<b>459</b>	<b>93</b>	<b>20.3%</b>	<b>626</b>	<b>511</b>	<b>391,426</b>	<b>81.6%</b>		
血管整形 術	區域 以上	<b>A</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>7,500</b>	<b>100%</b>	<b>75,000</b>
		B	140	7	5%	133	24	226,800	18%	
		C	94	0	<b>0%</b>	71	43	406,350	60.6%	
		H	4	1	25%	6	1	10,800	16.7%	
		I	74	7	9.5%	54	37	535,950	68.5%	
		J	2	0	<b>0%</b>	4	3	32,400	75%	
		K	71	0	<b>0%</b>	71	17	164,370	23.9%	
	地區	L	2	2	100%	0	0	0	-	
		M	49	5	10.2%	44	44	529,200	100%	
小計	<b>437</b>	<b>22</b>	<b>5.0%</b>	<b>384</b>	<b>170</b>	<b>1,913,370</b>	<b>44.3%</b>			

## 伍、提案討論

### 提案一

提案單位：南區業務組

案由：「醫院醫療服務審查南區共管會設置要點」修訂案，提請討論。

說明：

- 一、旨揭要點於 109 年第 4 次南區醫院總額共管會議決議通過，自 110 年起適用，其中由台灣醫院協會醫院醫療服務審查執行會南區分會(下簡稱南區分會)推派之代表原計 17 名(醫學中心 4 名、區域醫院 7 名、地區醫院 6 名，區域及地區醫院層級各縣市皆至少 1 名代表)。
- 二、惟經南區分會工作小組反映，為利共管會議事務溝通，該小組所設 18 名(每層級各 6 名)委員，過往皆比照共管會代表推派原則並由共管會代表所屬醫院之醫事主管擔任，僅 110-111 年任期之區域醫院成員不一致；另 112-113 年任期之前揭代表(委員)業已推派完成，區域醫院雖僅推派 6 名，已具縣市代表性。
- 三、建議下修區域醫院共管會代表為 6 名，南區分會推派代表總計 16 名，餘推派原則不變(附件 2)。

決議：照案通過。

## 醫院醫療服務審查南區共管會設置要點（修訂草案）

109年12月11日109年第4次南區醫院總額共管會議決議通過實施

112年3月10日112年第1次南區醫院總額共管會議修訂

### 一、成立宗旨

衛生福利部中央健康保險署南區業務組（以下簡稱南區業務組）為維護本轄區點值穩定及提升醫療服務品質，與台灣醫院協會醫院醫療服務審查執行會南區分會（以下稱南區分會）建立共同管理機制，特成立「醫院醫療服務審查南區共管會」（以下簡稱本會）。

### 二、委員會組成：

（一）主席：採雙主席制，由南區業務組組長及南區分會主任委員共同主持。

（二）委員：

1. 南區分會代表 **16**名：由南區分會推派（醫學中心4名、區域醫院**6**名、地區醫院6名，區域及地區醫院層級各縣市皆至少1名代表）。每位代表應指定至多二順位同層級醫院院長資格之代理人，並於提報委員名單時一併提報。
2. 南區業務組代表6至14人：由南區業務組推派，並負責會議召集事務。

### 三、委員任用

- （一）本會委員依其職務任期調整任免，由南區分會推派者，得視需要就變動部分重新推派；由南區業務組推派者，應隨其本職進退，得視職務需要調整推派。
- （二）本會委員均為無給職。

### 四、議事運作

- （一）本會原則上每3個月召開一次會議，必要時得召開臨時會議。
- （二）本會委員應親自出席會議，因故無法出席時，宜於開會前向主辦單位請假，並得由委員委請代理人，依順位代為出席。
- （三）會議召開應有全體委員二分之一以上人數出席，得視討論議題需要，請相關單位派員列席。
- （四）會議決議採合議制共識決，必要時得經主席裁示，採表決方式辦理。
- （五）會議紀錄公開於中央健康保險署全球資訊網並函送南區分會參考。

五、本要點經共管會議決議通過後施行，修正時亦同。

## 提案二

提案單位：南區業務組

案由：112年南區醫院風險移撥款執行內容修訂暨預算分配確認，提請討論。

說明：

- 一、本款項分配項目、占比與操作型定義業於南區醫院總額 111 年第 4 次共管會決議通過，惟經轄內醫院反映部分項目執行細節未盡明確、並提出修訂建議，故增修如下（詳如附件 3 所示）：
    - (一)居整跨院(所)際團隊會議：每場會議應至少 3 家(含主責醫院)團隊成員院所參加(視訊、現場皆可)，成員數不足 3 家者則全數參加；於年末提報當年度辦理團隊會議之場次紀錄(含簽到表及會議紀錄)。
    - (二)醫不足巡迴醫療：刪除「(含)以前」文字、加註西基研商決議依據。
    - (三)虛擬健保卡：敘明案件範圍、各科別應至少申報 1 人、體系醫院共同召開記者會可算至個別醫院成績。
    - (四)檢驗檢查報告即時上傳：敘明擷取區間。
    - (五)傷口外展：
      - 1、行政流程：參與對象如僅為院內醫事人員(或體系醫院及附設居護所)，不予列計；另亦不得與居家醫療照護團隊會議重複採計；年末提報當年度辦理研習會或實作工作坊之場次紀錄。
      - 2、操作型定義：修訂為「深部複雜傷口」皆可採計，不限傷口長度。
    - (六)區域聯防：敘明提供醫界核對資料與提報時限。
  - 二、此外，本次依 112 年醫院醫療給付費用總額及其分配(經 112 年 3 月 1 日 112 年第 1 次醫院總額研商會議通過，採歷年風險調整計算六因素及權重、107~109 年地區預算 R/S 值平均占率等兩分配方式合計)，南區共獲配 75,242,231 元，爰據以確認各項目預算額度(原少估列 69,363 元，統一扣減於「檢驗檢查報告即時上傳」項)。
- 決議：照案通過，另「虛擬健保卡」項之「應至少申報 1 人」採計科別，將於近期提供各院確認，後續逐季提醒申報情形；「傷口照護外展-醫師視訊指導換藥」項目補助仍須符合通訊診察治療辦法規定，併此敘明。

## 112 年風險移撥款分配項目表

預算項目	111年 (元)(占比)	112年 (元)(占比)	分配方式/操作型定義(擷取條件)
C 肝口服 新藥之新 收個案	6,962,522 (9.2%)	6,962,522 (9.2%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 各院可配得點數 = (各院全年新收且完治個案數 × 每位新收個案可獲配點數) + (各院全年新收但未完治個案數 × 每位新收個案可獲配點數 × 0.5)</li> <li>■ 每位新收個案可獲配點數 = <math>\frac{\text{南區全年本項預算點數}}{\text{南區醫院全年本項新收個案總數}}</math></li> <li>■ 如該院未完成治療個案比率 &gt; 30%，則未完治個案不予分配</li> </ul>
精神巡迴 醫療	659,068 (0.9%)	860,556 (1.1%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 各院可配得點數 = 各院全年照護個案數 × 每位照護個案可獲配點數</li> <li>■ 每位照護個案可獲配點數 = <math>\frac{\text{南區全年本項預算點數}}{\text{南區醫院全年本項照護個案總數}}</math></li> </ul>
居家醫療 照護	7,525,956 (10%)	12,699,410 (16.9%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 各院可配得點數 = 各院全年新收個案數 × 每位新收個案可獲配點數</li> <li>■ 每位新收個案可獲配點數 = <math>\frac{\text{南區全年本項預算點數 (先扣除召開跨院(所)際團隊照護會議補助所需額度)}}{\text{南區醫院全年本項新收個案總數}}</math></li> <li>■ 包括居家照護(A1)、居整-重度居家醫療階段(A1+EC)、安寧居家(A5)、居整-安寧療護階段(A5+EC)、居整-居家醫療階段(E1+EC)。以當年登錄 VPN 新收入數計算(每人僅列計1次)，居家護理所(含財團法人、社團法人及公立醫療機構附設，醫事類別19)併入本院列計。</li> </ul>

預算項目	111年 (元)(占比)	112年 (元)(占比)	分配方式/操作型定義(擷取條件)																								
			<p>■ 鼓勵居整團隊主責醫院定期召開跨院(所)際照護團隊會議，辦理個案研討、照護作業協調、教育訓練、彙整及檢討照護品質、及提升照護品質措施等。每場會議應至少3家(含主責醫院)團隊成員院所參加(視訊、現場皆可)，成員數不足3家者則全數參加。</p> <p>■ 每辦理1場次給予主責醫院5,000點，依團隊成員數(含各特約類別)/年度總收案數對應區分可獲補助上限：</p> <table border="1" data-bbox="752 528 1868 903"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="752 528 1377 592">以下兩項擇優對應</th> <th data-bbox="1377 528 1644 592">補助上限次數/ 點數</th> <th data-bbox="1644 528 1868 592">110年家數 (27家)</th> </tr> <tr> <th data-bbox="752 592 1039 651">團隊成員數(家)</th> <th data-bbox="1039 592 1377 651">年度總收案數(人)</th> <td></td> <td></td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="752 651 1039 715">&lt;10</td> <td data-bbox="1039 651 1377 715">1-99</td> <td data-bbox="1377 651 1644 715">2次/1萬點</td> <td data-bbox="1644 651 1868 715">4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="752 715 1039 778">10-29</td> <td data-bbox="1039 715 1377 778">100-299</td> <td data-bbox="1377 715 1644 778">6次/3萬點</td> <td data-bbox="1644 715 1868 778">9</td> </tr> <tr> <td data-bbox="752 778 1039 842">30-49</td> <td data-bbox="1039 778 1377 842">300-599</td> <td data-bbox="1377 778 1644 842">8次/4萬點</td> <td data-bbox="1644 778 1868 842">6</td> </tr> <tr> <td data-bbox="752 842 1039 903">≥50</td> <td data-bbox="1039 842 1377 903">≥600</td> <td data-bbox="1377 842 1644 903">12次/6萬點</td> <td data-bbox="1644 842 1868 903">8</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：收案數為0，本項即不予補助</p> <p>■ 於年末提報當年度辦理團隊會議之場次紀錄(含簽到表及會議紀錄)。</p>	以下兩項擇優對應		補助上限次數/ 點數	110年家數 (27家)	團隊成員數(家)	年度總收案數(人)			<10	1-99	2次/1萬點	4	10-29	100-299	6次/3萬點	9	30-49	300-599	8次/4萬點	6	≥50	≥600	12次/6萬點	8
以下兩項擇優對應		補助上限次數/ 點數	110年家數 (27家)																								
團隊成員數(家)	年度總收案數(人)																										
<10	1-99	2次/1萬點	4																								
10-29	100-299	6次/3萬點	9																								
30-49	300-599	8次/4萬點	6																								
≥50	≥600	12次/6萬點	8																								



預算項目	111年 (元)(占比)	112年 (元)(占比)	分配方式/操作型定義(擷取條件)																	
醫不足巡迴醫療	2,386,812 (3.2%)	8,656,005 (11.5%)	<p>■ 分配方式：每次巡迴可獲配3,000點，如巡迴點屬111年(含)以前無人服務地區(如下表)，再乘權重2</p> <table border="1" data-bbox="752 312 2094 860"> <thead> <tr> <th data-bbox="752 312 887 411">縣市別</th> <th data-bbox="887 312 1095 411">鄉鎮區</th> <th data-bbox="1095 312 2094 411">村里</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="752 411 887 576" rowspan="3">台南市</td> <td data-bbox="887 411 1095 467">將軍區(2)</td> <td data-bbox="1095 411 2094 467">平沙里、西甲里</td> </tr> <tr> <td data-bbox="887 467 1095 523">*南化區(5)</td> <td data-bbox="1095 467 2094 523">小崙里、中坑里、北平里、西埔里、關山里</td> </tr> <tr> <td data-bbox="887 523 1095 576">*左鎮區(2)</td> <td data-bbox="1095 523 2094 576">草山里、榮和里</td> </tr> <tr> <td data-bbox="752 576 887 860" rowspan="3">雲林縣</td> <td data-bbox="887 576 1095 684">莿桐鄉(11)</td> <td data-bbox="1095 576 2094 684">五華村、六合村、義合村、四合村、大美村、麻園村、甘厝村、興桐村、興貴村、埔子村、甘西村</td> </tr> <tr> <td data-bbox="887 684 1095 746">林內鄉(6)</td> <td data-bbox="1095 684 2094 746">湖本村、林茂村、林北村、烏麻村、烏塗村、林南村</td> </tr> <tr> <td data-bbox="887 746 1095 860">台西鄉(9)</td> <td data-bbox="1095 746 2094 860">和豐村、富琦村、牛厝村、五榔村、溪頂村、山寮村、光華村、泉州村、海北村</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：*為111年第4次醫院總額研商會議、111年第4次西基總額研商會議決議通過新增醫院可承作鄉鎮區</p> <p>■ 各院可獲配額度 = <math>\{(\text{新增屬原無人服務地區巡迴點之巡迴次數} \times 3,000 \times 2) + (\text{現有服務地區巡迴點之巡迴次數} \times 3,000)\}</math></p> <p>■ 擷取條件：依計畫申報規定醫事人員報酬之醫師 P 碼(P2011C、P2005C、P2013C、P2012C、P2006C、P2014C)，每一 P 碼視為一次巡迴(診次)</p> <p>■ 超出本項預算上限，採浮動調整(權重不變，下調每次獲配額度)</p>	縣市別	鄉鎮區	村里	台南市	將軍區(2)	平沙里、西甲里	*南化區(5)	小崙里、中坑里、北平里、西埔里、關山里	*左鎮區(2)	草山里、榮和里	雲林縣	莿桐鄉(11)	五華村、六合村、義合村、四合村、大美村、麻園村、甘厝村、興桐村、興貴村、埔子村、甘西村	林內鄉(6)	湖本村、林茂村、林北村、烏麻村、烏塗村、林南村	台西鄉(9)	和豐村、富琦村、牛厝村、五榔村、溪頂村、山寮村、光華村、泉州村、海北村
縣市別	鄉鎮區	村里																		
台南市	將軍區(2)	平沙里、西甲里																		
	*南化區(5)	小崙里、中坑里、北平里、西埔里、關山里																		
	*左鎮區(2)	草山里、榮和里																		
雲林縣	莿桐鄉(11)	五華村、六合村、義合村、四合村、大美村、麻園村、甘厝村、興桐村、興貴村、埔子村、甘西村																		
	林內鄉(6)	湖本村、林茂村、林北村、烏麻村、烏塗村、林南村																		
	台西鄉(9)	和豐村、富琦村、牛厝村、五榔村、溪頂村、山寮村、光華村、泉州村、海北村																		

預算項目	111年 (元)(占比)	112年 (元)(占比)	分配方式/操作型定義(擷取條件)
虛擬健保卡	3,000,000 (4%)	10,000,000 (13.3%)	<p>■ <b>案件範圍：門急診(含西、中、牙醫)、居家醫療、視訊診療案件</b></p> <p>■ 分配方式：各醫院受理民眾持虛擬健保卡至該院就醫，按季以歸戶(人)個案數統計  註1：居家護理所(含財團法人、社團法人及公立醫療機構附設，醫事類別19)併入本院列計  註2：已參與111年居整計畫綁定個案，不重複採計</p> <p>■ 各院可配得點數 = 各院全年以虛擬健保卡申報個案數(採各季歸戶(人)個案數加總) × 每一個案可獲配點數</p> <p>■ 每位以虛擬健保卡申報個案可獲配點數 =</p> $\frac{\text{南區全年本項預算點數(先扣除全科別推動並召開記者會之獎勵額度)}}{\text{南區醫院全年以虛擬健保卡申報個案總數(採各季歸戶(人)個案數加總)}}$

預算項目	111年 (元)(占比)	112年 (元)(占比)	分配方式/操作型定義(擷取條件)									
			<p>■ 鼓勵各院擴大推動並增加擴及率，針對可全科別使用且擴大媒體露出之醫院額外獎勵</p> <p>1. 參與條件：限門診科別數&gt;3科之醫院分配</p> <p>2. 分配方式：</p> <table border="1" data-bbox="792 419 1753 639"> <thead> <tr> <th data-bbox="792 419 1115 528">門診科別數</th> <th data-bbox="1115 419 1435 528">全科別可使用 且發布新聞稿</th> <th data-bbox="1435 419 1753 528">&gt;70%科別數可使用</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="792 528 1115 584">≥10科</td> <td data-bbox="1115 528 1435 584">20萬點</td> <td data-bbox="1435 528 1753 584">10萬點</td> </tr> <tr> <td data-bbox="792 584 1115 639">4~9科</td> <td data-bbox="1115 584 1435 639">10萬點</td> <td data-bbox="1435 584 1753 639">5萬點</td> </tr> </tbody> </table> <p>3. 操作型定義：以該科別實際以虛擬健保卡申報個案認定(即各科別應至少申報1人)，另繳交新聞露出至少1則</p> <p>註1：111年如已辦理全科別推動之相關記者會，可納入本項計算</p> <p>註2：體系醫院共同召開之記者會，個別醫院皆可認計</p>	門診科別數	全科別可使用 且發布新聞稿	>70%科別數可使用	≥10科	20萬點	10萬點	4~9科	10萬點	5萬點
門診科別數	全科別可使用 且發布新聞稿	>70%科別數可使用										
≥10科	20萬點	10萬點										
4~9科	10萬點	5萬點										
檢驗檢查 報告即時 上傳	19,259,078 (25.6%)	6,969,436 (9.3%)	<p>■ 操作型定義：符合24小時內即時上傳檢驗檢查醫令數/健保申報醫令數</p> <p>■ 擷取區間：112.01~112.12</p> <p>■ 目標值：≥95%(112年本組重要工作計畫目標值)或自身去年同期值(擇優，但不含0)。</p> <p>■ 分配方式：達標醫院依該院費用占南區整體占率支付</p> <p>達標醫院可獲配額度 = 本項預算額度 × <math>\frac{\text{該院一般服務收入}}{\text{南區醫院一般服務總收入}}</math></p> <p>■ 註：醫院上傳作業若有特殊情形，由醫院發文，經健保署認定，則可排除該期間之上傳資料。</p>									

預算項目	111年 (元)(占比)	112年 (元)(占比)	分配方式/操作型定義(擷取條件)							
呼吸器安寧利用(新增)		8,521,382 (11.3%)	<p>■ 呼吸器依賴個案安寧利用率</p> <p>■ 操作型定義(依本署 DA-2151指標)：</p> <p>分母：呼吸器依賴病人排除呼吸器脫離者及17歲以下個案之人數。</p> <p>分子：接受安寧療護包括緩和醫療家庭諮詢、住院安寧療護、安寧共同照護及居家安寧照護等人數。</p> <p>擷取區間：112.01~112.12之累計值</p> <p>■ 目標值：≥70.4%(抑制資源不當耗用目標值)或自身去年同期值(擇優，但不含0)</p> <p>■ 分配方式：</p> <p>1. 達標醫院依<u>呼吸器案件費用</u>該院占<u>南區整體</u>之占率支付</p> <p>達標醫院可獲配額度 = 本項預算額度 × <math>\frac{\text{該院呼吸器案件費用}}{\text{南區整體呼吸器案件費用}}</math></p> <p>2. 未達標醫院，但利用率介於66.5%至70.4%，依較66.5%增加比例計算獲配額度(66.5%為110年南區值)</p> <p>■ 本項預算額度：6,341,382點(8.4%)</p>							
			<p>■ <u>地區醫院</u>新收呼吸依賴個案4個月內安寧諮詢照護率</p> <p>■ 目標值：≥75%(重要工作計畫目標值)或自身去年同期值(擇優，但不含0)</p> <p>■ 分配方式：</p> <p>1. 符合前開指標值之醫院，再依<u>呼吸器案件費用</u>該院占<u>南區地區醫院</u>之占率，乘上依下表各院呼吸器脫離率/ICU 回轉率所對應權重值</p> <table border="1" data-bbox="752 1214 1868 1377"> <thead> <tr> <th colspan="2">以下兩項需同時符合</th> <th rowspan="2">權重</th> <th rowspan="2">以111.1.1-10.31 試算(家)</th> </tr> <tr> <th>脫離率(W)</th> <th>ICU 回轉率(R)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>W&gt;0%</td> <td>R≤30%</td> <td>1 (滿權重)</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>	以下兩項需同時符合		權重	以111.1.1-10.31 試算(家)	脫離率(W)	ICU 回轉率(R)	W>0%
以下兩項需同時符合		權重	以111.1.1-10.31 試算(家)							
脫離率(W)	ICU 回轉率(R)									
W>0%	R≤30%	1 (滿權重)	9							

預算項目	111年 (元)(占比)	112年 (元)(占比)	分配方式/操作型定義(擷取條件)			
			W>0%	R>30%	0.5	8
			W=0%	R≤30%	0.25	9
			W=0%	R>30%	0(不予分配)	6
			<p>達標醫院可獲配額度 = 本項預算額度 × <math>\frac{\text{該院呼吸器案件費用}}{\text{南區地區醫院呼吸器案件費用}} \times \text{對應權重值}</math></p> <p>2. 未達標醫院，但照護率介於73%至75%，依較73%增加比例，並乘上依上表各院呼吸器脫離率/ICU 回轉率所對應權重值，計算獲配額度(73%為110年南區值)</p> <p>■ 操作型定義：僅針對地區醫院，擷取期間同上</p> <p>1. 新收呼吸依賴個案4個月內安寧諮詢照護率</p> <p><b>分母</b>：呼吸器依賴病人排除呼吸器脫離者及17歲以下且屬當年度新收個案人數。</p> <p><b>分子</b>：於收案4個月內接受安寧療護包括緩和醫療家庭諮詢、住院安寧療護、安寧共同照護及居家安寧照護等人數。</p> <p>2. 呼吸器脫離率、ICU 回轉率(依本署 VPN 系統/QVT 呼吸照護子系統/E2002RCC 與 RCW 指標統計作業、E2003ICU 回轉率查詢作業)</p> <p>(1)RCW 呼吸器脫離率：112上半年或下半年值，取較高值</p> <p>(2)一般及 RCW 病床回轉 ICU 比率：採112.1.1~112.12.31期間(全年)值(不排同院 RCW/一般病房互轉當次人次)</p> <p>■ 本項預算額度：2,180,000點(2.9%)</p>			

預算項目	111年 (元)(占比)	112年 (元)(占比)	分配方式/操作型定義(擷取條件)
死亡前安寧利用率 (新增)		8,422,920 (11.2%)	<p>■ 操作型定義：</p> <p><b>分母：</b>當年度死亡且符合安寧收案條件者人數，指符合以下任一條件者之歸戶人數</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 統計期間有轉歸代碼為4(死亡)、A(病危自動出院)且當次主次診斷為符合安寧收案條件之住院案件個案</li> <li>2. 不符合前述第1項條件，但統計期間有死亡退保紀錄(取最大退保日)，且退保日前1年內有主次診斷符合安寧收案門住診資料之個案</li> </ol> <p><b>分子：</b>分母死亡者於死前一年曾利用安寧療護之人數。包括以下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 住院安寧(醫事類別22、案件分類6、給付類別 A、醫令代碼05601K、05602A、05603B)</li> <li>2. 安寧共照醫令(醫事類別22、醫令代碼為 P4401B、P4402B、P4403B)</li> <li>3. 安寧居家(醫事類別12+19、案件類別為 A5)。</li> </ol> <p>■ 目標值：≥35.45%(抑制資源不當耗用南區目標值)或自身去年同期值(擇優，但不含0)</p> <p>■ 分配方式：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 達標醫院依該院費用占南區整體占率支付</li> </ol> $\text{達標醫院可獲配額度} = \text{本項預算額度} \times \frac{\text{該院一般服務收入}}{\text{南區醫院一般服務總收入}}$ <ol style="list-style-type: none"> <li>2. 未達標醫院，但利用率介於34%至35.45%，依較34%增加比例計算獲配額度(34%為110年南區值)</li> </ol> <p>■ 若發現申報住院轉歸代碼4(死亡)及 A(病危自動出院)有未核實之案件，本項不予補助</p>

預算項目	111年 (元)(占比)	112年 (元)(占比)	分配方式/操作型定義(擷取條件)
鼓勵傷口 照護外展 (新增)		3,000,000 (4%)	<p>■ 說明：鼓勵醫院成立傷口照護中心並提供視訊及外展服務，積極照護居家或機構深部複雜傷口個案</p> <p>■ 操作型定義(1.為必要條件)：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 傷口照護中心：依各院門診表，每周需至少3診次</li> <li>2. 針對深部複雜傷口個案(指創傷深及肌肉、神經、肌腱、骨膜，且傷口長&gt;10cm)： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 醫師訪視個案： <ol style="list-style-type: none"> <li>i. &lt;5cm：2,000點/人次</li> <li>ii. 5~10cm：3,000點/人次</li> <li>iii. &gt;10cm：4,000點/人次</li> <li>iv. 依審查注意事項：傷口之處置、換藥，其傷口面積之計算，係將全身劃分為頭頸部、軀幹前、軀幹後、四個肢體共七區，同一區域之傷口長度或面積應併計核算。</li> <li>v. 每一個案當年度以6次為上限(以6個月內為原則)</li> </ol> </li> <li>(2) 醫師視訊指導次數：500點/人次，以視訊方式指導家屬或護理師換藥，每一個案當年度以12次為上限(以6個月內為原則)</li> </ol> </li> <li>3. 辦理傷口照護相關研習會或實作工作坊，協助提升轄區專業醫療人員傷口照護量能及機構照護品質，每主辦1場次給予20,000點、協辦1場次5,000點，每家醫院年度以30,000點為上限</li> </ol> <p>※參與對象如僅為院內醫事人員(或體系醫院及附設居護所)，不予列計；另亦不得與居家醫療照護團隊會議重複採計</p> <p>■ 各院(含居家護理所(財團法人、社團法人及公立醫療機構附設))如欲進行本項服務，需於112年3月底前先函至本組報備年度服務計畫(包括：最近的傷照中心門</p>

預算項目	111年 (元)(占比)	112年 (元)(占比)	分配方式/操作型定義(擷取條件)														
			<p>診表及照片、預計參與照護醫師名單(列專科別)、執行策略(如：如何發掘需求病人等項)、預期效益等；種子醫院則免)，並依本組規定格式每月提供服務名冊、<b>年末提報當年度辦理研習會或實作工作坊之場次紀錄(參閱本組說明文件)</b></p> <p>■ 醫師訪視個案、視訊指導、醫院辦理研習會/工作坊之年度經費分別以220萬、50萬、30萬為上限，預算不足採浮動調整</p>														
重症照護 跨院合作 (區域聯防)		9,150,000 (12.2%)	<p>■ 說明：考量「主動脈剝離手術」及「腦中風經動脈內取栓術」之緊急手術與及時照護需求，為強化南區各院間照護合作，編列跨院及時轉介/收治照護是類重症個案之鼓勵機制</p> <p>■ 分配方式：</p> <table border="1" data-bbox="819 687 2040 938"> <thead> <tr> <th rowspan="2">病患類型</th> <th rowspan="2">每案(人)補助 額度</th> <th colspan="2">依醫院服務類型獲配額度</th> </tr> <tr> <th>轉出醫院</th> <th>收治醫院</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>主動脈剝離手術</td> <td>60,000點</td> <td>5,000點/人</td> <td>55,000點/人</td> </tr> <tr> <td>腦中風經動脈內取栓術</td> <td>30,000點</td> <td>10,000點/人</td> <td>20,000點/人</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：採每季歸戶(人)計算</p> <p>■ 操作型定義：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>「主動脈剝離手術」：各院執行 A 型急性主動脈剝離術(68043B)之歸戶人數</li> <li>「腦中風經動脈內取栓術」：各院執行急性缺血性腦中風機械取栓術(33143B)之歸戶人數</li> <li>跨院轉介個案： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)執行前揭術式醫令碼之門診案件「轉診、處方調劑或特定檢查資源共享案件之服務機構代號(d17)」、住診案件「轉入服務機構代號(d107)」等欄位非空值亦非本院</li> </ol> </li> </ol>	病患類型	每案(人)補助 額度	依醫院服務類型獲配額度		轉出醫院	收治醫院	主動脈剝離手術	60,000點	5,000點/人	55,000點/人	腦中風經動脈內取栓術	30,000點	10,000點/人	20,000點/人
病患類型	每案(人)補助 額度	依醫院服務類型獲配額度															
		轉出醫院	收治醫院														
主動脈剝離手術	60,000點	5,000點/人	55,000點/人														
腦中風經動脈內取栓術	30,000點	10,000點/人	20,000點/人														



預算項目	111年 (元)(占比)	112年 (元)(占比)	分配方式/操作型定義(擷取條件)
			<p>(2) 同一病人[收治醫院就醫(入院)日期-轉出醫院就醫(出院)日期]需<math>\geq 0</math>日<math>\sim \leq 3</math>日(即當日至3日內)</p> <p>(3) 其他足以佐證個案為跨院轉介之相關資料</p> <p>■ 本組於每季第一個月月底提供擷取明細(不含操作型定義3.(3))供各院確認，如不一致，各院(轉出、收治醫院)應於每季第二個月月底前，提報前一季符合補助條件之病患明細及操作型定義3.(3)佐證文件供本組比對，以確認各院最終採計個案數(提報期限範例：如112年1至3月照護個案，本組於4月30日前提供擷取明細，各院最遲應於5月31日前提報；逾期提報則不予採計)</p> <p>■ 超出本項預算上限，採浮動調整</p>
合計	75,311,594	75,242,231	
<p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>各項指標採季監控、年結算，由本組按季提供相關數據予各院參考</li> <li>「醫不足巡迴醫療」、「呼吸器安寧利用」、「死亡前安寧利用」、「鼓勵傷口照護外展」、「重症照護跨院合作(區域聯防)」等項目預算，如年結算時尚有剩餘，可予流用至「檢驗檢查報告即時上傳率」</li> </ol>			

### 提案三

提案單位：南區分會工作小組

案由：南區方案重症排除列計「主動脈瘤、急性心肌炎、末期心衰竭」項之「末期心衰竭」操作型定義修訂案，提請討論。

說明：

- 一、針對本項，南區分會工作小組建議：當主要診斷為 I50.1~I50.9，一般會合併有 HCVD with CHF or HCVD and CKD with CHF 情況，當 I50 合併有以上診斷即不可為主診斷，而須將 I11.0 及 I13.0 列為主診斷。
- 二、依「主動脈瘤、急性心肌炎、末期心衰竭」當前操作型定義與南區分會工作小組建議修訂內容，南區業務組以 111 年 Q4 數據試算如下：

版本	操作型定義	納入排除列計點數		
		110 年 Q4	111 年 Q4	差額 (B-A)
當前	住診 ICD-10-CM 主診斷為 I71.1~I71.9、I40.0~I40.9、I50.1~I50.9 或任一次診斷為 I41 且 ICD-10-PCS 處置碼為 027034Z、027134Z、027234Z、027334Z、02703DZ、02713DZ、02723DZ、02733DZ、5A02210、5A15223、02HA0QZ、02HA3RZ、前四碼為 02RW、02VW、04R0、04V0 且醫令代碼為 33079B、47063B、68036B、68051B、68052B、特材給付規定代碼 B201-6、B206-8 之醫令點數	329,300	410,618	81,318
建議修訂	上開 I50.1~I50.9 修訂為：主診斷為 I50.1~I50.9 或「主或次診斷為 I11.0、I13.0、I13.2」 餘內容不變	901,666	1,187,177	285,511

註 1：I50.1~I50.9：Heart failure  
I11.0：Hypertensive heart disease with heart failure  
I13.0：Hypertensive heart and chronic kidney disease with heart failure and stage 1 through stage 4 chronic kidney disease, or unspecified chronic kidney disease  
I13.2：Hypertensive heart and chronic kidney disease with heart failure and with stage 5 chronic kidney disease, or end stage renal disease  
註 2：本項排除列計採計費用=當期點數超出基期點數之差額×基期南區醫院總額平均點值，門住分別計算；以當季總額預算 0.3% 為最高採計額度，超過採浮動調整

三、經決議後，自 111 年 Q4 起適用。

決議：照案通過。

#### 提案四

提案單位：奇美醫院、南區業務組

案由：南區方案 112 年 Q2 基期實收調校原則，提請討論。

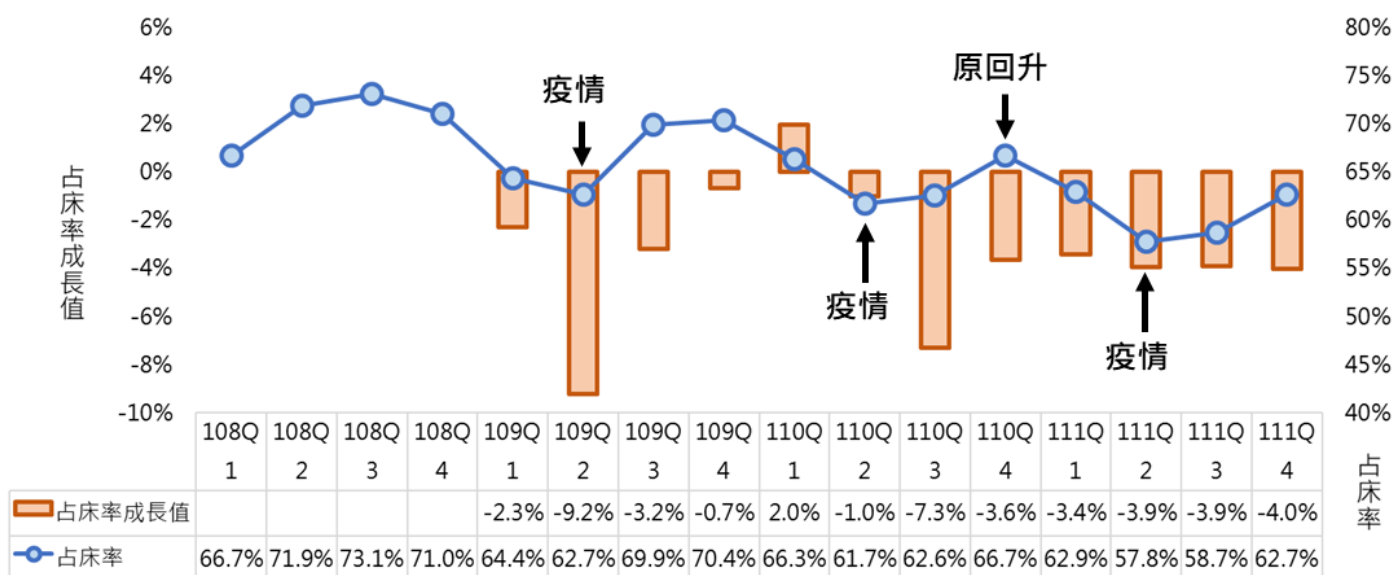
說明：

- 一、南區方案原以「校正後預算(即扣除前一年同結算季 PVA 挹注額度)×各院無 PVA 挹注時之一般服務收入占率」計算 112 年各季基期實收。
- 二、奇美醫院提出 111 年 Q2~Q4 因受疫情影響與配合設置 COVID-19 專責病房，建議基期另以下列方式調整：
  - (一)依各院設置專責床數多寡，計算基期對應季別之全院平均一般急性病每床住院金額與占床率，以加計其住院目標金額。
  - (二)比照往例採不受疫情影響之計算方式計算。
- 三、南區業務組考量 111 年 Q2 為此波疫情高點，指揮中心多次且頻繁公告調整專責病床開設比率/床數，惟各院收治病患量能受影響程度不一，為簡化作業，南區業務組建議以下列三項(111 年核付皆經扣除 PVA 調整)擇優計算各院占率，再校正總和為 100%：
  - (一)原基期季(即 111 年 Q2)一般服務實際收入
  - (二)無疫情之同季(即 108 年 Q2)、原基期季之一般服務實收採 1：3 權重計算各院占率 (即  $108 \text{ 年 Q2} \times \frac{1}{4} + 111 \text{ 年 Q2} \times \frac{3}{4}$ )
  - (三)以最近一季(即 111 年 Q4)一般服務實收反映申報現況

範例：假設南區共 3 家醫院

醫院別	108 年 Q2 (A)	111 年 Q2 (B)	以 A、B 加權	111 年 Q4	(一)~(三) 擇優採計	校正後 占率
		(一)	(二)	(三)		
醫院 A	50%	42%	<u>44%</u>	43%	44%	<b>42.7%</b>
醫院 B	30%	34%	33%	<u>35%</u>	35%	<b>34%</b>
醫院 C	20%	<u>24%</u>	23%	22%	24%	<b>23.3%</b>
總計	100%	100%	100%	100%	103%	<b>100%</b>

四、另分析南區醫院一般急性病床占床率於 111 年 Q1 起進入新一波疫情至 111 年 Q2 新低点後，自 111 年 Q3 起已再趨穩定並逐漸回升(如下圖)，爰建議暫不予調整 112 年 Q3、112 年 Q4 之基期計算方式。



決議：112 年 Q2 基期實收調校原則，改以下列三項擇優計算各院占率，再校正總和為 100%：

- 一、原基期季(即 111 年 Q2)一般服務實際收入
- 二、無疫情之同季(即 108 年 Q2)、原基期季之一般服務實收採 1:3 權重計算各院占率 (即  $108 \text{ 年 Q2} \times \frac{1}{4} + 111 \text{ 年 Q2} \times \frac{3}{4}$ )
- 三、以最近一季(即 111 年 Q4)一般服務實收反映申報現況

## 提案五

提案單位：奇美醫院、南區業務組

案由：修正南區方案「合理成長率」指標項目之操作型定義，提請討論。

說明：

一、奇美醫院針對「合理成長率」(即階 1 上限)之各項成長率指標計算方式，提案如下：

(一) 住診 CMI：考量(1)CMI 值非專指疾病嚴重度而是疾病耗用度之測量指標、(2)數值小，原公式易被放大計算等由，建議參考 Tw-DRGs 支付通則之 CMI 加成率公式，依當期 CMI 值對應成長率值，與原公式計算結果擇優採計：

當期 CMI 值	當期住診 CMI 成長率
$CMI \leq 1.1$	0%
$1.1 < CMI \leq 1.2$	1%
$1.2 < CMI \leq 1.3$	2%
$CMI > 1.3$	3%

(二) 住院(歸戶)人數/人日數：考量疫情影響及配合設置 COVID-19 專責病房等因素，依下列方式與原公式擇優計算：

1、以各院設置專責床數多寡，校正因設置專責病床產生之空床與周轉區，依基期與當期之全院平均一般急性病每床住院人數與占床率，分別加計於住院人數與人日數(基期與當期同時校正)。

2、適用於設置專責病房期間。

二、另南區分會工作小組 112 年第 1 次會議亦提出：將門/住診 CMI 設採計下限並常態調校、給予受特定因素影響之醫院申述機會並另予考量等建議(部分同奇美醫院提案，詳參附件 4)。

三、南區業務組依 111 年 Q4 計算結果，近半數醫院之合理成長率為 0%，造成醫院財務衝擊甚鉅，確有檢討之必要。惟前揭建議除專責病床採

計困難(同提案二)，亦與原「價量成長合理性」概念脫鉤，恐致院際間計算失衡。經衡酌公平性及完整性，建議調整計算公式如下：

- (一) 如南區整體值為負成長，改採各院值—南區值做為該項指標採計之成長率：不限服務面指標適用。
- (二) 去極值：避免醫院因特定指標過度偏離，致成長率加總值變動過大，訂定各指標上、下限值為 10%、-5%。
- (三) 加計當年度公告醫療服務成本及人口因素成長率(111 年為 1.922%)，以反映人口結構改變造成之影響。
- (四) 試算 111 年 Q4 調整前後各院合理成長率之家數分布/平均值如下：

合理成長率(Y)區間	調整前	調整後
$Y \geq 3.82\%$ (達預算上限)	18	25
$0\% < Y < 3.82\%$	18	28 <sup>註</sup>
0%	30	13
平均值	1.42%	2.42%

註：1 家成長率值下降(2.3%→1.1%)，餘皆較調整前增加

四、決議通過後，自 111 年 Q4 起適用，惟 111 年 Q4 採與原計算結果擇優。

決議：

一、調整「合理成長率」指標計算公式如下：

- (一) 如南區整體值為負成長，各項指標改採(各院值—南區值)為採計成長率。
- (二) 去極值：避免醫院因特定指標過度偏離，致成長率加總值變動過大，訂定各指標上、下限值為 10%、-5%。
- (三) 加計當年度公告醫療服務成本及人口因素成長率，以反映人口結構改變造成之影響。

二、自 111 年 Q4 起適用，另 111 年 Q4 採與原計算結果擇優。

案由：建議修正南區方案「合理成長率」指標項目操作型定義，提請討論。

說明：

- 一、 COVID-19 疫情影響，發生：1.配合政策設立專責病床，影響收治病人樣態（內科多於外科，權重不一）；2.病人流產生變化，如疫情期間(戴口罩/勤洗手/人與人接觸減少)減少感染性疾病，隨疫情趨緩與 COVID-19 對呼吸道影響，特別是兒童，此類疾病權重相對低，稀釋 CMI 值。
- 二、 南區方案之合理成長率計算，其中門/住人次、住院人日與門、住 CMI，深受影響。
- 三、 根據 111 年第三季工作小組與分會決議，針對門/住 CMI 值甚小，根據計算方式容易超級放大，不甚合理，提請貴署研議。
- 四、 支付標準調整之擷取條件，不甚清楚。

#### 【工作小組建議】

- 一、 應以相同標準比較基期與當期，校正疫情影響因素，建議：
  1. 門/住診之 CMI 計算，最低為 0。
  2. CMI 值受特定因素影響有特殊原因者，請給予醫院申述另考量，如收治的兒科患者數較多；若以支付標準制度計算，應設置停損點。
  3. 校正疫情專責病房因素，以未受疫情影響時之「病人數」、「住院人日」與「佔床率」校正。
  4. 應常態調校 CMI 值，因 CMI 值不可能一直成長，且會受到基期、權重影響。
  5. 建議若該院當期 CMI 大於 1.1，則依下列 CMI 計算加成與原方案計算方式取其優者，若該院當期 CMI 小於 1.1，則回歸原計算方式。
    - (1) CMI 值大於 1.1，小於等於 1.2 者，CMI 給予 1.0%。
    - (2) CMI 值大於 1.2，小於等於 1.3 者，CMI 給予 2.0%。
    - (3) CMI 值大於 1.3，CMI 給予 3.0%。
- 二、 建請南區業務組於 3 月 10 日共管會說明支付標準調整之計算方式與擷取條件。

## 提案六

提案單位：北港仁一醫、新樓醫院、南區業務組

案由：修正南區方案伍之五、伍之六交付成長扣減數額後續處理方式，提請討論。

說明：

一、北港仁一醫院反映：口湖仁一物理治療所於 111 年 4 月 20 日開設，因民眾選擇，部分復健業務執行移往交付機構，致 111 年 Q4 交付費用成長率達 227.8%，方案交付成長 $>7\%$ 扣減規定影響該院收入頗鉅。另新樓醫院建議各院交付未超出 7%之點數，提撥部分作為鼓勵配合政策醫院之次年度基期值，操作型定義詳參附件 5。

二、南區業務組回應：

(一) 查 111 年 Q4 仁一物治所申報仁一醫院交付費用計 42 萬餘點，仁一醫院申報復健醫令負成長 43 萬餘點，確有復健業務執行移轉之情形。

(二) 南區方案伍之五原規定：為利財務穩定，避免部分醫院交付費用急劇成長，侵蝕醫院當季可使用額度，導致南區整體醫院超額分階折付點值下修，醫院交付處方箋醫療費用以較基期成長 7%為限，惟併入總費用後，未超出基期則不核減。

計算方式：「交付成長 $>7\%$ 應扣減數額」與「當期(一般服務點數+交付)相較於基期(一般服務收入+交付)超出數額」取較小值核扣。另於伍之六敘明本項核扣採逕予扣減。

(三) 110 年 Q1(含)以前南區醫院總額點值風險管控暨品質提升方案之基期與當期原即皆採本院+交付費用進行核算，現行南區方案之當期則僅採計本院(核+部-排除)費用，另額外給予交付 7%成長空間，已分別高於 111 年、112 年之醫院總額一般服務成長率(3.049%、3.092%)。

(四) 惟考量醫院交付費用亦屬醫院總額額度的一部分，本院+交付皆為醫



院產生之費用，本方案基於交付控管所產生的核減，可視同本院之超額，回歸方案支付制度給付。爰建議本項核扣數額可計入超額點數中，續依本方案超額分階折付方式給付。

(五) 此外，本項機制主要目的為管控醫師處方行為、避免藥費占率過高而侵蝕其他醫療服務項目可用預算，並非禁止醫院釋出處方，故併同修訂方案文字。

(六) 彙整 3 項「於 0 階扣減之項目」處理方式如下：

條文	伍之五	陸之一	陸之三
內容	醫院交付處方箋醫療費用以較基期成長 7% 為限，惟併入總費用後，未超出基期則不核減。	為避免醫院怠工或僅衝單價，醫院合理成長率指標中歸戶人數成長率（經南區值調校後）不低於 -5% 者，始得保障基期收入(0 階) 1 點 1 元。	醫院應自行檢視之專案，同意繳回率低於南區整體值，且該專案標的醫令經專業審查點數核減率 $\geq 90.0\%$ 者，將標的醫令專業審查核減點數乘上 10 倍，於基期收入調整。
核減數額是否於超額分階折付採計	採計	不採計，逕予扣減	採計

三、決議通過後，自 111 年 Q4 起適用。

決議：交付成長扣減數額可計入超額點數中，續依本方案超額分階折付方式給付，自 111 年 Q4 起適用。

## 南區分會工作小組 112 年第 1 次會議紀錄—討論事項 5

案由：鼓勵管理釋出處方點數且其成長率未超出 7%的醫院，提請討論。

說明：醫院共同努力管理釋出處方點數，未超出 7%的醫院，是占用醫院個別總額。

### 【工作小組建議】

建請南區業務組考量鼓勵配合政策醫院未超出 7%之點數提撥部分鼓勵配合政策之醫院次年度基期值，操作型定義建議如下：

- 一、 在基期 103~107 以內、且未超出 7%，擬訂回饋給醫院。
- 二、 超過基期、但未超出 7%，擬訂回饋給醫院。
- 三、 未超出 7%且負成長之醫院，擬訂回饋多少額度，或未超出 7%以內之多少的值，擬訂回饋。

## 提案七

提案單位：北港仁一醫、南區業務組

案由：南區方案新增「自主季間風險調控」機制，提請討論。

說明：

一、北港仁一醫院反映：建議 49 床以下醫院，每季醫療費用基期計算採用整年度平均（附件 6）。

二、南區業務組回應：

(一) 現行南區方案自 110 年 Q4 起啟用，各院多能以「成本控制」思維穩定自控，惟近年受疫情影響，陸續有病人就醫時程遞延及短期間回流情形，增加季間變動之不可預測性，尤以小型醫院影響為甚。

(二) 為紓解醫院財務自控壓力，研提以各院自身當年度總可用額度固定下，可於方案規定之當季申報期限前，向本組提出預借申請，以增加當季基期額度(即 0 階可給付點數)；倘當季較基期為負成長，亦可先申請保留當季與基期間所餘差額，並於需要季別來函敘明使用方式，未依限申請者，本組不主動列入該季結算。

(三) 各院當季可預借額度上限為下列兩者取最小值：

1、自身當季一般服務收入×10%

2、250 萬

(四) 最遲應於 112 年 Q4 結清，以平衡自身當年度總可用額度固定。

範例：

當季季別	112 年 Q1	112 年 Q2	112 年 Q3	112 年 Q4	112 全年
某院預借額度	100 萬	250 萬	-100 萬	-250 萬	平衡

三、決議通過後，自 112 年 Q1 起適用，併本次提案三至提案六修訂 112 年南區方案。

決議：

一、以各院自身當年度總可用額度固定下，自 112 年 Q1 起可向本組提出預借/保留申請，以調整當季基期額度(即 0 階可給付點數)。

二、預借額度上限為下列兩者取最小值：

(一) 自身當季一般服務收入×10%、(二)250 萬

北港仁一反映事項：建議 49 床以下醫院，每季醫療費用基期計算採用整年度平均。

在醫院評鑑制度中因考量不同層級醫院其設置規模、人力配置與成本，特在地區醫院中更針對 49 床以下醫院設不同的評鑑基準，但在健保署的總額管控制度下卻是一致的。

在物價通膨的時代，小型醫院在支出成本上與大型醫院是同比例成長是固定的，故小型醫院必須維持在一定的量才有可能達到損益平衡，然而量卻不是醫院本身可以去控管的，每年四季會因病人的就醫習慣的不同(如：疫情影響、農忙期)，量產生了改變，價卻受去年同期的服務收入控制，小型醫院季與季之間的幅度相差甚大，量大價低時形成斷頭，量小價高形成明年的價將會在萎縮，醫院的量要在控制更嚴謹下降，不然又將形成斷頭，然而不論當季實質費用成長何種型態，小型醫院就在每一季裡起起伏伏，如此的惡性循環下，小型醫院終將面臨退場倒閉。

醫院總額資源有限，小型醫院不期利益最大化，只求能在虧損邊緣中求生存，別讓小型醫院泡沫化，期許更能落實分級醫療制度的宗旨。

## 提案八

提案單位：部南新化分院、南區業務組

案由：南區方案新增「偏遠地區醫院兒童語言/物理/職能治療」特定排除列計項目，提請討論。

說明：

一、部立台南醫院新化分院反映：發展遲緩兒童約 70~80%有語言遲緩問題，但臺灣語言治療資源普遍不足且分布不均，尤以偏鄉地區為甚，為減少家屬舟車勞頓，應予鼓勵偏遠地區醫院提供兒童足夠的療育資源。爰建議針對符合「112 年醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則」之醫院(即部南新化、長庚雲林)新增旨揭特定排除列計項目。

二、南區業務組回應：

(一)南區方案現行各項排除列計項目，除擴床醫院依南區擴床原則另予計算額度外，餘皆以當期較基期增加之差值(即成長值)方列入保障給付。

(二)依部南新化提供醫令代碼(附件 7)，擷取 110 年 Q4、111 年 Q4 屬未滿 6 歲兒童相關復健治療(門+住診)申報點數及成長值如下：

單位(萬點)

醫事 機構 簡稱	110 年 Q4 (A)				111 年 Q4 (B)				成長值 (B-A)			
	物 理	職 能	語 言	小計	物 理	職 能	語 言	小計	物 理	職 能	語 言	合計
部南 新化	36.6	44.9	26.9	<b>108.4</b>	35.4	39.0	30.7	<b>105.0</b>	-1.2	-5.9	3.7	-3.4
長庚 雲林	8.6	8.3	0.0	<b>17.0</b>	9.8	12.9	0.0	<b>22.6</b>	1.1	4.5	0.0	<u>5.7</u>

註：採計費用＝當期一般服務點數超出基期之差額 × 基期南區醫院總額平均點值，門住合併計算

三、決議通過後，自 111 年 Q4 起適用，同步修訂 112 年南區方案。

決議：本案暫予保留，後續擬朝「未滿 6 歲兒童之語言治療，改列風險移撥款鼓勵項目」方向研議。

表一、語言治療健保代碼

代號	診療項目	點數
44005B	中度 Moderate：指治療項目二項以上，合計治療時間三十分鐘至五十分鐘以內之中度治療。	320
44008B	複雜 Complicated：1.指治療項目四項以上，合計治療時間三十分鐘以上之複雜治療；若治療對象為未滿十三歲者，則無治療時間之限制。	600
44010C	語言治療評估	240

表二、物理治療健保代碼

代號	診療項目	點數
42002B	簡單治療	160
42005B	簡單治療 中度(指實施簡單治療項目二項以上，且合計時間超過三十分鐘。)	320
42008B	中度治療	320
42011B	中度治療 複雜(指實施中度治療項目三項以上，且合計時間超過五十分鐘。)	480
42014B	複雜治療 Complicated	600
42016C	物理治療評估	240

表三、職能治療健保代碼

代號	診療項目	點數
43002B	簡單治療	160
43005B	中度(指實施簡單治療項目二項以上，且合計時間超過三十分鐘。)	320
43008B	中度-複雜治療	480
43030B	複雜治療 Complicated	600
42026C	職能治療評估	240