

# 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」111年第4次會議紀錄

時間：111年12月9日(星期五)下午2時

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

劉副主委啓舉(代)

### 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
沈主委孟儒	李經維(代)	李委員麗娟	李麗娟
邱委員仲慶	王敏容(代)	林委員宏榮	(請假)
吳委員錫金	吳錫金*	黃委員勝雄	黃勝雄*
蔡委員良敏	蔡良敏	劉委員啓舉	劉啓舉
楊委員延光	楊延光	姚委員維仁	姚維仁*
賴委員寧生	(請假)	李委員聰明	李聰明*
王委員瑞祥	王瑞祥	鄭委員雅敏	鄭雅敏
謝委員景祥	謝景祥	陳委員正榮	陳正榮
賴委員仲亮	賴仲亮		

### 衛生福利部中央健康保險署南區業務組：

黃紫雲 郭俊麟 郭碧雲 吳佩寧 張智傑 許寶茹 陳嘉泓  
林煒傑 沈佩瑩 李怡君 楊韻萱 許涵琇 楊顥賓 曾荃璞

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(包含檢驗(查)報告即時上傳、虛擬健保卡、就醫識別碼、新制部分負擔程式預檢、醫不足改善方案、小黃公車佈建、雲嘉南口腔癌盛行率等)。

肆、提案討論

提案一

提案單位：南區業務組

案由：111Q3、111Q4 南區醫院總額財務穩定方案(下稱南區方案)倘預算結餘，階 1 至階 3 給付點值皆提升至 1、階 4 點值維持 0，剩餘預算用於提升當季結算點值，提請討論。

說明：

一、南區方案結算皆採本組估列預算執行，後再由署本部依分區實際獲配預算及跨區就醫情形進行總額點值結算；惟跨區就醫情形實為本組不可掌控，為避免結算點值高於 1，業滾動調整預算估列方式(呈現 110Q4 至 111Q1 各季估列方式、實際與預估值差異如下表)。

季別	預算		跨區就醫				A+B	影響點值
	R 值估列方式	實際與預估值差異(A)	估列方式	估列值	實際值	實際與預估值差異(B)		
110Q4	109Q4 結算值 + 近 3 年平均減少值調整	少 3,266 萬	近 4 季平均 (109Q2~110Q1)	淨跨出 7,400 萬	淨跨出 9,100 萬	少 1,700 萬	少 5,000 萬	-0.0028
111Q1	110Q1 結算值 + 近 3 年平均減少值調整	多 6,311 萬	109 年季平均 (109Q1~109Q4)	淨跨出 8,600 萬	淨跨出 2,300 萬	多 6,300 萬	多 12,600 萬	0.0073
111Q2	110Q2 結算值	多 753 萬	111Q1 值	淨跨出 2,300 萬	淨跨入 12,000 萬	多 14,300 萬	多 15,100 萬	0.0090
111Q3	110Q3 結算值	尚未提供	111Q1、111Q2 平均	淨跨入 5,000 萬	尚未提供	-	-	-

二、111Q3 南區醫院總額預算及支出估算業於今日簡報呈現：

(一) 可支應超額之額度為 7.3 億元，而超額分階給付金額為 5.4 億元，故結餘 1.9 億元。

(二) 111Q3 PVA 計 2.5 億元，挹注後，111Q3 結餘總計 4.4 億元。

(三) 111 年 10 月 7 日院長會議決議之 112 年南區方案伍之四(二)所載：階 1 至階 3 點值至多提升至 1，階 4 點值仍維持 0。

(四) 據以試算後，仍結餘 0.8 億元，將使 111Q3 南區總額結算點值提升。

三、考量預算估列之不確定因素，前述內容雖屬 112 年南區方案，惟建議 111Q3、111Q4 皆比照執行。

**決議：照案通過。**

## 提案二

提案單位：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、本組前接獲轄區醫院反映，旨揭項目原未排除醫令補報案件，致部分指標值(門/住診人數、人次、CMI 值)因案件重覆採計影響計算結果；另經重新檢視，門/住診 CMI 計算需排除案件，原僅排醫院總額排除項目中屬整件排除之案件分類，屬部分醫令排除(如 A3、D2、E2、E3 等)之案件未予排除，惟此類絕大部分為非一般服務項目，如未排除恐受疫情季之干擾。
- 二、為使指標值計算更趨合理，建議修改以下項目(修改對照如附件 1)：
  - (一) 門/住診 CMI 計算之排除條件，調整為與門診人數/人次、住院人數/人日等服務面指標一致。
  - (二) 當期、基期計算同步排除僅為部分醫令補報案件。
- 三、本案如獲通過，自 111Q4 起適用，同步修改南區方案。

決議：照案通過。

「合理成長率」指標項目之操作型定義本次修正對照表

診別	價量	指標項目 (皆為成長率)	權重	操作型定義 (原現行)	操作型定義 (修正後)
門	量	門診人數	55%	排除案件分類01、A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、D4、BA、HN、DF、E2、E3及診察費=0之個案	排除案件分類01、A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、D4、BA、 <del>HN</del> 、DF、E2、E3，及診察費=0、 <u>醫令補報</u> 之個案
		門診人次	20%		
	價	門診 CMI	100%	(2) 採計件數：排除案件分類 A1、A2、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、C5、D1、D4、DF	(2) 排除案件分類 <u>01</u> 、A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、 <u>D2</u> 、D4、BA、 <del>HN</del> 、DF、 <u>E2、E3</u> ，及診察費=0、 <u>醫令補報</u> 之個案
住診	量	住院人數	20%	排除案件分類 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、C5、DZ、7之個案	排除案件分類 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、C5、DZ、7，及 <u>醫令補報</u> 之個案
		住院人日	60%		
	價	住診 CMI	100%	(2) 採計件數：排除案件分類 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、C5、DZ 且給付類別≠9	(2) 排除案件分類 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、C5、DZ、7，及 <u>給付類別9、醫令補報</u> 之個案

註：本表僅列操作型定義擬調整之指標項目，餘項目內容不變

### 提案三

提案單位：南區業務組

案由：修正南區方案特定排除列計項目「南區醫院擴增床數調增給付點數執行方式」暨高榮台南、部立台南醫院 112 年擴床計畫，提請討論。

說明：

一、鑒於現行南區方案係提供各院基期一般服務收入點數並採自身比較，以利自主穩定管控，原醫院擴增床數所調增給付點數已改採於方案結算階段，用以排除列計各院當季超額點數，爰修正前揭計算方式，餘預算上限、適用病床別、啟動條件、計算公式及調增點數原則等均維持，修正後原則如附件 2。

二、112 年計旨揭 2 醫院申請擴增病床，經依修正後原則試算如下：

醫院	層級	擴增 病床別 /床數	110Q4-111Q3 占床率			110Q4-111Q3 平均每人日點 數		淨核 減率	季別	排除列計 採計點數 (試算)
			本院 (排 111/1-2)	本院	<b>P25 -全國 或南區 同儕</b>	本院	<b>P25 -全國 或南區 同儕</b>			
高榮 台南	地教	加護 病床 /10 床	88.5%	86.7%	<b>48.9%</b>	16,247	<b>15,940</b>	6.2%	112Q1	1,645,940
									112Q2	3,328,456
									112Q3	5,047,549
									112Q4	6,730,065
部台 南醫 院	區域	急性精 神一般 病床 /26 床	88.8%	87.3%	<b>69.7%</b>	3,518	<b>2,963</b>	4.8%	112Q1	1,149,795
									112Q2	2,325,141
									112Q3	3,526,038
									112Q4	4,701,383

註 1：皆採費用年月；另 112Q1-Q4 天數分別為 90、91、92、92 天

註 2：排除列計點數分四季逐步調增(1/4、2/4、3/4、4/4)，惟屆時結算時如該院當期值低於同儕第 25 百分位值，改採該院當期值

決議：占床率改採同類病床同儕第 50 百分位值，餘修訂內容照案通過。計算兩院於此原則下之 112 年各季可獲排除列計點數如下表：

醫院	層級	擴增 病床別 /床數	110Q4-111Q3 占床率			季別	排除列計 採計點數 (試算)
			本院 (排 111/1-2)	本院	<b>P50</b> -全國或 南區同儕		
高榮 台南	地教	加護 病床 /10 床	88.5%	86.7%	<b><u>64.0%</u></b>	112Q1	2,154,195
						112Q2	4,356,262
						112Q3	6,606,199
						112Q4	8,808,265
部台 南醫 院	區域	急性精 神一般 病床 /26 床	88.8%	87.3%	<b><u>76.6%</u></b>	112Q1	1,263,620
						112Q2	2,555,320
						112Q3	3,875,100
						112Q4	5,166,800

## 修正後之南區「醫院擴床原則」

附表名稱	南區醫院擴增床數採計點數執行方式	
預算上限	當季一般總額預算之0.2%	
申請程序	1. 醫院欲擴床病床別占床率於前一年10月至當年9月之中(排除1月及2月) 10個月平均達85% 2. 醫院須提出擴床計畫至南區業務組、經試算數據、提案至南區醫院總額第四次共管會議經決議通過後，始得採計至當期特定排除列計項目中。	
適用病床別、啟動條件	病床別	條件
	急性一般病床 精神急性一般病床	300床以上：新增 $\geq$ 30床 100~299床：新增 $\geq$ 20床 99床以下：新增 $\geq$ 10床
	加護病床 精神加護病床	條件：新增 $\geq$ 9床 限常設有24小時急診之地區以上層級醫院適用 不適用
計算公式	擴床數*占床率*平均每人日點數*該季天數*(1-淨核減率)	
調增點數原則	分階段擴增：依上開計算公式所求得之點數，分四季逐步調增目標點數(1/4、2/4、3/4、4/4)；另，計算第五季~第七季之基期時，皆校正至4/4。	
占床率	<p>帶入上開計算公式：</p> <p>1. 採同類床同儕第50百分位值(醫中、精神專科醫院、地教醫院：採全國同儕；其餘醫院：採南區同儕)</p> <p>2. <b>如該院當期值低於前述同儕第50百分位值，改採該院當期值</b></p> <p>➢ 註1：占床率計算公式 = <math>\frac{\text{申報該類病床醫令總數}}{\sum \text{當月天數} \times \text{當月該類病床數}}</math></p> <p>➢ 註2：計算區間：前一年10月至當年9月</p>	
平均每人日點數	<p>帶入上開計算公式：</p> <p>1. 採同類床同儕第25百分位值(醫中、精神專科醫院、地教醫院：採全國同儕；其餘醫院：採南區同儕；<b>倘該院數據低於同儕第25百分位值，則以自身值計算</b>)</p> <p>2. <b>如該院當期值低於前述同儕第25百分位值，改採該院當期值</b></p> <p>➢ 註1：計算公式：</p> <p>✓ 急性一般病床平均每人日點數 = <math>\frac{\text{單純入住急性一般病床之住院案件醫療點數(排除給付類別為9者)}}{\text{總住院人日數}}</math></p> <p>✓ 精神急性一般病床平均每人日點數 = <math>\frac{\text{單純入住精神急性一般病床之住院案件醫療點數}}{\text{總住院人日數}}</math></p> <p>✓ 加護病床平均每人日點數 = <math>\frac{\text{入住加護病床之住院案件醫療點數}}{\text{總住院人日數}}</math></p> <p>➢ 註2：計算區間：前一年10月至當年9月</p>	
淨核減率	該院前一年Q3至當年Q2住診整體淨核減率( <b>算至單價核減、A組超出目標點數/重點項目目標占率之差值點數、B組折付、申復、爭審，若當季尚未核定則採推估資料</b> )	
監測機制	<p>1. <b>擴增床數調增目標點數之醫院不得流用至門診</b></p> <p>1. 倘查醫院有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第38至40條所列違規違理事由，即停止採計</p> <p>2. 當季點數核定時將再參考全院之平均住院日調整(避免輕病住院或延長住院日)</p> <p>3. 當季住診歸戶人數(<b>倘南區整體值為負值，則採校正後數據</b>)需較基期成長</p> <p>4. 醫院需維持評鑑住院醫護人力，以維持照護品質</p> <p>5. 計算「新增病床實際占床率」：當季該類病床總住院人日數扣除新增病床前之占床率換算之總住院人日，再計算出新增病床實際占床率</p> <p>6. 經評估上開2~5後，本組得於該季點數核定時扣減採計點數所調增之目標點數</p>	



#### 提案四

提案單位：南區業務組

案由：提報南區增列 112 年「醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則」及符合認定醫院名單，請討論。

說明：

- 一、各分區應考量轄區預算及特性，於 112 年 1 月底前針對旨揭原則提供修正意見及符合認定醫院名單，提報至 112 年第 1 次研商議事會議報告，並報請衛生福利部核備後公告實施。
- 二、111 年度本區偏遠地區醫院認定原則：依 110 年全民健康保險山地離島地區及醫療資源缺乏地區每位登記執業醫師所服務之戶籍人數超過 4,300 人之鄉鎮(市/區)鄰近之地區醫院，惟排除下列條件：
  - (一) 精神科醫院
  - (二) 110 年前 3 季呼吸器費用占全院費用比率大於 40% 醫院
  - (三) 110 年前 3 季提供急診服務量小於 5% 醫院
  - (四) 110 年間有經保險人處以停(終)止特約之醫院
  - (五) 距離任一家區域以上層級後送醫院小於 10 公里者
- 三、偏遠地區醫院認定原則，醫院之保障方式為當年各季浮動點數以前一季各分區門住診平均點值核付其費用（預算為一般總額部門）。
- 四、112 年南區增列認定原則，建議比照說明二所載內容辦理（惟將 110 年皆改為 111 年），符合醫院名單計 2 家：
  - (一) 雲林縣臺西鄉鄰近之地區醫院：雲林長庚醫院。
  - (二) 臺南市左鎮區及龍崎區鄰近之地區醫院：臺南新化分院。

決議：照案通過。

## 提案五

提案單位：南區業務組

案由：有關 112 年南區業務組醫院總額共管會議與院長會議召開時程案。

說明：

- 一、112 年預定會議時程將配合 112 年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商議事會議」召開會議預定日期（3/1、5/31、8/30、11/22，業經 111 年第 4 次醫院總額研商會議通過）安排。
- 二、建議 112 年預定會議時程如下：

會議日期	3/10(五)	6/9(五)	9/8(五)	10/6(五)	12/8(五)
會議名稱	第 1 次 共管會議	第 2 次 共管會議	第 3 次 共管會議	第 1 次 院長會議 (決定來年 方案)	第 4 次 共管會議

決議：112 年 6 月 9 日(五)合併召開 112 年第 1 次院長會議，餘照案通過。

## 提案六

提案單位：南區業務組

案由：有關 112 年南區醫院總額風險調整移撥款分配項目，提請討論。

說明：

- 一、有關 112 年南區醫院總額風險調整移撥款分配因素、執行方式及預算分配占率規劃如附件 3，業提 111 年 11 月 30 日南區工作小組初步討論，並參酌當次會議共識予以調整。
- 二、本案將另提南區分會會議(暫定 111 年 12 月 16 日)續行規劃，並俟醫院總額研商議事會議決定 112 年額度後，確認各分項預算。另建議比照 111 年執行方式，統一於 112Q4 結算。

決議：「鼓勵傷口照護外展」項目增修辦理傷口照護研習會/工作坊獎勵(會後增修如後附)，餘照案通過。

# 112年南區醫院總額風險調整移撥款分配項目

預算項目	依111年預算 試算額度 (112年預算占比)	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%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>各院可配得點數 = (各院全年<b>新收且完治個案數</b> × 每位新收個案可獲配點數) + (各院全年<b>新收但未完治個案數</b> × 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	860,556 (1.1%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>各院可配得點數 = 各院全年<b>照護個案數</b> × 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	12,699,410 (16.9%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>各院可配得點數 = 各院全年<b>新收個案數</b> × 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 新收人數計算(每人僅列計1次)，<b>居家護理所(含財團法人、社團法人及公立醫療機構附設)</b>，醫事類別19)併入本院列計。</li> <li>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。</li> <li>每辦理1場次給予主責醫院(醫院附設居家護理機構併入本院)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：</li> </ul> <table border="1" data-bbox="683 1098 1592 1369"> <thead> <tr> <th colspan="2">以下兩項擇優對應</th> <th rowspan="2">補助上限 次數/點數</th> <th rowspan="2">110年家數 (27家)</th> </tr> <tr> <th>團隊成員數 (家)</th> <th>年度總收案數 (人)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>&lt;10</td> <td>1-99</td> <td>2次/1萬點</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>10-29</td> <td>100-299</td> <td>6次/3萬點</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>30-49</td> <td>300-599</td> <td>8次/4萬點</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>≥50</td> <td>≥600</td> <td>12次/6萬點</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：收案數為0，本項即不予補助</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																					

<p>醫不足巡迴醫療</p>	<p>8,656,005 (11.5%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul> <table border="1" data-bbox="674 185 2136 480"> <thead> <tr> <th>縣市別</th> <th>鄉鎮區</th> <th>無醫村里</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">台南市</td> <td>將軍區(2)</td> <td>平沙里、西甲里</td> </tr> <tr> <td>*南化區(5)</td> <td>小崙里、中坑里、北平里、西埔里、關山里</td> </tr> <tr> <td>*左鎮區(2)</td> <td>草山里、榮和里</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">雲林縣</td> <td>莿桐鄉(11)</td> <td>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>林內鄉(6)</td> <td>湖本村、林茂村、林北村、烏麻村、烏塗村、林南村</td> </tr> <tr> <td>台西鄉(9)</td> <td>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新增醫院可承作鄉鎮區，惟仍須俟西基總額研商會議決議是否通過</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>各院可獲配額度 = <math>\{(新增屬原無人服務地區巡迴點之巡迴次數 \times 3,000 \times 2) + (現有服務地區巡迴點之巡迴次數 \times 3,000)\}</math></li> <li>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)</li> <li>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)</li> </ul>	縣市別	鄉鎮區	無醫村里	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	無醫村里																	
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																	
<p>虛擬健保卡</p>	<p>10,000,000 (13.3%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>註：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> <li>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</li> <li>每位以虛擬健保卡申報個案可獲配點數 = <math>\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(採各季歸戶(人)個案數加總)總數}}</math></li> <li>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</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>參與條件：限門診科別數&gt;3科之醫院分配</li> <li>分配方式： <table border="1" data-bbox="667 1214 1682 1358"> <thead> <tr> <th>門診科別數</th> <th>全科別可使用且發布新聞稿</th> <th>&gt;70%科別數可使用</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≥10科</td> <td>20萬點</td> <td>10萬點</td> </tr> <tr> <td>4~9科</td> <td>10萬點</td> <td>5萬點</td> </tr> </tbody> </table> </li> <li>操作型定義：以該科別實際以虛擬健保卡申報個案認定，另繳交新聞露出至少1則</li> <li>註：111年如已辦理全科別推動之相關記者會，可納入本項計算</li> </ol>	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																	

<p>檢驗檢查 報告即時 上傳</p>	<p>7,038,799 (9.3%)</p>	<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          ■ 目標值：≥95%(為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)。          ■ 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>																						
<p>呼吸器安寧利用(新增)</p>	<p>8,521,382 (11.3%)</p>	<p><b>(一)呼吸器依賴個案安寧利用率</b>          ■ 操作型定義(依本署 DA-2151指標)：          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。          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。          擷取區間：112.1~112.12之累計值          ■ 目標值：≥70.4%(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)          ■ 分配方式：          1. 達標醫院依呼吸器案件費用該院占南區整體之占率支付          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>          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)          ■ 本項預算額度：6,341,382點(8.4%)</p> <p><b>(二)地區醫院新收呼吸依賴個案4個月內安寧諮詢照護率</b>          ■ 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)          ■ 分配方式：          1. 符合前開指標值之醫院，再依呼吸器案件費用該院占南區地區醫院之占率，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="696 1129 1794 1366"> <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> <tr> <td>W&gt;0%</td> <td>R&gt;30%</td> <td>0.5</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>W=0%</td> <td>R≤30%</td> <td>0.25</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>W=0%</td> <td>R&gt;30%</td> <td>0(不予分配)</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table> <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}}</math> × 對應權重值</p>	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	W>0%	R>30%	0.5	8	W=0%	R≤30%	0.25	9	W=0%	R>30%	0(不予分配)	6
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																					
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>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 分母：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之人數。 分子：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 (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>
<p>死亡前安寧利用率(新增)</p>	<p>8,422,920 (11.2%)</p>	<p>■ 操作型定義： 分母：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> <p>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</p> <p>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</p> <p>分子：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> <p>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)</p> <p>2. 安寧共照醫令(醫事類別22、醫令代碼為 P4401B、P4402B、P4403B)</p> <p>3. 安寧居家(醫事類別12+19、案件類別為 A5)。</p> <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> <p>1. 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>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)</p> <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>

<p>鼓勵傷口 照護外展 (新增)</p>	<p>3,000,000 (4%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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</li> <li>■ 操作型定義(1.為必要條件)： <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：4,000點/人次，每一個案當年度以6次為上限(以6個月內為原則)</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> </li> <li>■ 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，需先函至本組報備年度服務計畫(包括：最近的傷照中心門診表及照片、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</li> <li>■ 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</li> </ul>														
<p>重症照護 跨院合作 (區域聯防) (新增)</p>	<p>9,150,000 (12.1%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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</li> <li>■ 分配方式： <table border="1" data-bbox="689 1011 2024 1177" style="margin-left: 20px; width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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>55,500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 style="margin-left: 20px;">註：採每季歸戶(人)計算</p> </li> <li>■ 操作型定義： <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 「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>2. 「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>3. 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</li> </ol> </li> </ol> </li> </ul>	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	55,500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	55,500點/人													
腦中風經動脈內取栓術	30,000點	10,000點/人	20,000點/人													



		<p>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</p> <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> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 各院(含轉出、收治醫院)應於每季第一個月月底前，提報<u>前一季</u>符合補助條件之病患明細及(3)佐證文件至執行會南區分會，再由分會比對本組依前項(1)、(2)操作型定義擷取結果，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，最遲應於112年4月30日前提報；逾期提報則不予採計)</li> <li>■ 超出本項預算上限，採浮動調整</li> </ul>
合計	75,311,594 (100%)	

註：

1. 各項指標採季監控、年結算，由本組按季提供相關數據(重症照護跨院合作項目係採南區分會比對結果)予各院參考。
2. 「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」。

**提案七**

提案單位：南區業務組

案由：有關藥品給付協議返還金額(PVA)採部分回歸個別醫院案，提請討論。

說明：

- 一、本案前於 111 年第 3 次共管會提案討論，經決議「本案暫予保留，改列下次共管會議討論」。
- 二、目前本署各分區大多將 PVA 挹注分區總額以提升點值，依總額結算平均點值計算公式（可參閱 111 年第 1 次院長會議簡報），係在分母總核定點數中予以扣除 PVA 額度，即視為下調實際支付點數。以此概念，PVA 原使用醫院之「核+部-排除」視同與實際支付點數同步下調，致有超額醫院之超額點數得以減少，超額分階折付之不給付數額亦得下修。
- 三、惟為避免高價藥品排擠其他診療項目預算之疑慮，並考量南區醫院仍需 PVA 挹注，以維持超額分階折付的點值，建議 PVA 回歸個別醫院比率依下列方式計算：

$$\text{可支應超額之額度(A)} = \text{醫院當季可使用額度} - \text{基期收入(0 階)} - \text{風險移撥款} - \text{特定排除列計項目} + \text{PVA 金額}$$

$$\text{超額分階折付總金額(B)} = \sum \text{醫院階 1、階 2、階 3、階 4 點數分別依點值 0.75、0.5、0.25、0 給付之總金額}$$

$$\text{結餘款占醫院基期實收比率(C)} = (A - B) \div \text{醫院基期總實收}$$

結餘款占醫院基期實收比率(C)	C < -1%	-1% ≤ C < 0%	0% ≤ C < 1%	1% ≤ C
PVA 回歸個別醫院比率	10%	15%	20%	25%

附表、110Q4~111Q3 各季概況

單位：億

季別	PVA 返還金額	可支應超額 之額度(A)	超額分階折 付總金額(B)	結餘款 (A-B)	醫院基期 實收	結餘款占醫院 基期實收比率(C)
110Q4	4.68	8.01	6.45	1.55	163.29	0.95%
111Q1	2.78	3.56	5.90	-2.34	158.81	-1.48%
111Q2	2.47	5.88	3.58	2.30	163.53	1.41%
111Q3	2.55	9.87	5.44	4.43	165.77	2.67%

四、當季 PVA 返還金額乘上上表比率之額度，回歸有是類藥品使用貢獻之醫院，並按實際使用貢獻占率分配，分配之數額於超額點數中扣除，無超額者不分配。決議通過自 112Q1 起實施，同步修改南區方案。

**決議：未達共識，不予同意。**

## 提案八

提案單位：南區業務組

案由：有關南區方案陸之三「自行檢視未同意繳回之案件，經專審核減率 $\geq$ 50%者，依專審核減點數乘10倍下修基期收入(0階)」執行方式，提請討論。

說明：

一、近日本組執行署本部交辦「同次手術診療項目併報75801C(腹腔內膿瘍引流術治療急性穿孔性腹膜炎)」專案之自行檢視與專業審查結果如下表：

層級別	醫事機構	清查件數	自行檢視		專審(針對標的醫令)				依本次修訂後執行方式應下修基期(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)	
區域以上	A	167	66	39.5%	18	17	230,360	94.4%	無須下修
	B	117	0	<b>0.0%</b>	6	6	79,320	<b>100%</b>	<b>793,200</b>
	C	104	2	1.9%	11	4	52,645	36.4%	無須下修
	D	100	1	<b>1.0%</b>	10	9	179,908	<b>90%</b>	<b>1,799,080</b>
	E	88	45	51.1%	5	5	66,425	100%	無須下修
	F	72	51	70.8%	2	2	22,156	100%	無須下修
	G	24	24	100.0%	-	-	-	-	無須下修
地區	H	90	28	31.1%	13	10	99,659	76.9%	無須下修
	I	51	0	<b>0.0%</b>	18	17	339,899	<b>94.4%</b>	<b>3,398,990</b>
	J	41	0	<b>0.0%</b>	14	13	256,567	<b>92.9%</b>	<b>2,565,670</b>
<b>總計</b>		854	217	<b>25.4%</b>	97	83	1,326,939	<b>85.6%</b>	<b>8,556,940</b>

註：另依署本部提供定義抽審，故抽審醫令數非等比例

二、本項管理機制旨在督促各院專案自行檢視之嚴謹度、以維繫總額分配公平，惟執行細節未盡明確，爰建議修訂如下，並自本項專案開始執行(總計下修8,556,940點，於111Q3結算時執行)。

修訂前	針對南區業務組請醫院自行檢視之專案，倘醫院自行檢視未同意繳回之案件，後續經專業審查該項點數核減率 $\geq 50\%$ 者，將專業審查核減點數乘上 10 倍，於基期收入調整，醫院超出調整後基期收入(0 階)之超額點數續依本方案超額分階折付方式給付。
修訂後	針對南區業務組請醫院自行檢視之專案，倘醫院 <u>同意繳回率低於南區整體值</u> ，且該專案標的醫令經專業審查點數核減率 $\geq 50.0\%$ (四捨五入至小數點後第一位)者，將 <u>標的醫令</u> 專業審查核減點數乘上 10 倍，於基期收入調整，醫院超出調整後基期收入(0 階)之超額點數續依本方案超額分階折付方式給付。

**決議：**

- 一、專業審查點數核減率閾值改採 $\geq 90.0\%$ 。
- 二、並自本項專案開始執行（總計下修 8,556,940 點，於 111Q3 結算時執行）。日後執行上開事項時，皆逐案提至共管會報告後始據以執行。