

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1次會議紀錄

時間：111年3月18日(星期五)下午2時40分

地點：南區業務組9樓第一會議室

主席：林組長純美

紀錄：陳嘉澐

沈主委孟儒

出席人員(*表示視訊與會)：

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
沈主委孟儒	沈孟儒	李委員麗娟	李麗娟
邱委員仲慶	邱仲慶	林委員宏榮	林宏榮
吳委員錫金	楊仁宗(代)*	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	賴寧生*	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：

李建漳 黃紫雲 郭碧雲 郭俊麟 林財印 張智傑 吳佩寧 許寶茹
陳嘉澐 林煒傑 曾荃璞 許涵琇 楊韻萱

視訊旁聽人員：轄區醫院

一、 主席致詞：(略)

二、 確認上次會議決議事項辦理情形：無

三、 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、近期推動重要業務(預告修正部分負擔、影像與報告即時上傳、重複用藥管理方案、虛擬健保卡、醫不足地區改善方案、C肝給付執行計畫、重大傷病核退輔導等...)。

四、 報告案

案由：醫院總額審查意見溝通、申訴或陳情處理方式。

說明：

一、 本署為增進臨床醫師與審查醫藥專家之專業意見交流，於「全民健康保險醫事人員溝通平台」設有「審查討論區」，臨床醫師若對專業審查意見有疑義，以自身醫事人員卡登入後可發表意見，本組徵詢審查醫藥專家意見、彙整回應內容後，臨床醫師可至該系統查閱回復結果(流程圖如附件 1)；惟本意見溝通不具申復效力，臨床醫師仍需依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 32 條及第 33 條規定，於期限內提出申復及爭議審議等行政救濟。

二、 另依「衛生福利部中央健康保險署 111 年醫院醫療服務審查勞務委託採購案契約」第二條「履約標的」之(一)之 6：處理醫療服務審查申訴或陳情案件，並提供醫療院所對審查作業、檔案分析或抽樣方式等意見表達之管道(如附件 2)。爰此，本組接獲是類案件時，將移請南區分會協處。

三、 綜上，建請南區分會協助向轄內各醫院醫師宣導上開審查意見溝通、申訴或陳情處理方式。

決定：洽悉，接獲是類案件，將移請南區分會協處。

五、 提案討論

提案一

提案單位：嘉義長庚、嘉基醫院

案由：有關「110Q4 至 111 年 Q1-Q4 南區醫院總額財務穩定方案」(以下簡稱南區方案)之 111Q2、111Q3 採用基期，提請討論。

說明：

一、依 110 年 12 月 30 日召開之 110 年第 2 次南區醫院總額院長會議提案一決議(略以)：「111Q2、111Q3 採用基期」經討論後決議採 110Q2、110Q3。

惟轄內嘉義長庚、嘉基醫院事後向本組提出建議(詳附件 3)：

(一)評估疫情期間南區各縣市占率。

(二)建議 111Q2、111Q3 基期分別採取「108Q2、109Q3 各家醫院占率乘上 110 年當季南區所有可分配醫療費用」。

二、基於下列三項理由，本組建議校正 111Q2、111Q3 各院基期：

(一)嘉義縣醫院一般服務收入占率於 109 上半年、110Q2 疫情期間較低，台南市較高。

(二)110Q2、110Q3 南區預算墊高原因：

1. 採就醫分區預算占率分配。

2. 110Q3 挹注 PVA 1.5 億元。

惟 110Q4 起已回復 R/S 值計算，預算較低；為使比較基準一致，故需校正。

(三)配合 111 年醫院總額專款項目新增「精神科長效針劑藥費」(附件 4)，爰基期應扣除本項費用。

三、綜上，各院 111Q2、111Q3 校正後基期一般服務收入計算公式為：

$$\text{校正後預算}^{(註1)} \times \text{校正後占率}^{(註2)} \times \left(1 - \frac{\text{基期門住診精神科長效針劑藥費}}{\text{基期門住診整體一般服務點數}} \right)$$

註 1：110Q2、110Q3 南區醫院經 R/S 值調校後之一般服務收入

註 2：111Q2 採「110Q2 或 108Q2 擇優校正並調校離群值後占率」；111Q3 則採 110Q3

決議：

依說明三計算公式照案通過，惟計算各院 108Q2 一般服務收入占率時應採「校正地區醫院夜間與假日門診、區域以上醫院 ICU 護理費保障 1 點 1 元後占率」、再與 110Q2 占率擇優計算並調校離群值。

提案二

提案單位：南區分會

案由：111 年南區醫院總額風險調整移撥款分配方式，提請討論。

說明：

一、111 年醫院總額風險調整移撥款全署計 6 億元，經 111 年醫院總額第 1 次研商議事會議決定：南區全年預算為 75,311,594 元。分配因素、預算及執行方式，業經 111 年 3 月 8 日南區工作小組及今日南區分會會議決議：此款項統一於 111Q4 結算、並依下表分配方式執行：

分配因素		預算(元) (占比)	分配方式
原全署 2 億元(南區 17,534,358 元)	C 肝口服新藥個案之非藥費	6,962,522 (9.2%)	<ul style="list-style-type: none">以南區全年該項預算點數÷南區醫院全年該項新收個案總數，求得每位新收個案可分配點數*各院新收個案數，求得各院可配得點數。未完成治療個案，僅得以每位新收個案可分配點數的 1/2 計算，但如醫院未完成治療個案比率>30%以上，則未完成治療個案不予分配。
	精神巡迴醫療服務	659,068 (1.8%)	以南區全年該項預算點數÷南區全年該項照護總個案數，求得每位個案可分配點數*各院照護個案數，求得各院可分配點數。
	居家醫療	7,525,956 (24.6%)	<ul style="list-style-type: none">以南區全年該項預算點數÷南區醫院全年該項新收個案數，求得每位新收個案數可分配點數*各院新收個案數，求得各院可配得點數。

分配因素		預算(元) (占比)	分配方式
			<ul style="list-style-type: none"> ■ 居家醫療新個案包含居家照護(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)，醫院附設居家護理機構(醫事類別 19)併入本院列計。
	醫不足巡迴醫療(本次新增)	2,386,812 (6.4%)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 醫事類別 12 (以下為 or 關係) <ol style="list-style-type: none"> 1. 案件分類 D4, 08 且特定治療項目(一):G5 2. 案件分類 E1 且特定治療項目(二): G5 ■ 以南區全年該項預算點數÷南區全年該項照護總個案數，求得每位個案可分配點數*各院照護個案數，求得各院可分配點數。
新增全署 4 億元 (南區 57,777,236 元)	虛擬健保卡	19,259,079	<ol style="list-style-type: none"> 1. 說明：鼓勵醫院建置使用虛擬健保卡之環境。 2. 操作型定義：以虛擬健保卡申報。 3. 目標值：醫院曾使用過虛擬健保卡申報。 4. 分配方式：依達標醫院費用占率支付。
	就醫識別碼	19,259,079	<ol style="list-style-type: none"> 1. 說明：鼓勵醫院配合健保署政策上傳病人就醫資訊。 2. 操作型定義：以健保卡資料 2.0 格式上傳(含病人就醫識別碼)。 3. 目標值：醫院配合完成健保卡資料上傳

分配因素		預算(元) (占比)	分配方式
			格式 2.0 作業(含就醫識別碼之上傳)。 4. 分配方式：依達標醫院費用占率支付。
	檢驗檢查報告即時上傳	19,259,078	1. 說明：鼓勵醫院即時上傳檢驗檢查影像或報告。 2. 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。 3. 目標值：達全國各層級即時上傳率之 25 百分位或與自身醫院即時上傳率正成長。 4. 分配方式：依達標醫院費用占率支付。 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。
南區預算總計		75,311,594	

二、本組建議：

(一) 醫不足巡迴醫療應以增加巡迴次數再額外以風險移撥款增加給付。

(二) 為配合衛福部政策指示，及考量癌症篩檢陽性個案後續須銜接妥適治療，始能節省醫療耗用，較符合風險移撥款之「鼓勵各區強化醫療服務」精神。爰建議將「虛擬健保卡」改為「四癌篩檢陽追率」、參酌國健署「全方位癌症防治策進計畫」，訂定目標值為：整體癌症陽追率達 $\geq 90\%$ 之醫院始可參與分配、並依「該達標醫院費用占率 $\times \frac{\text{該達標醫院陽追率}}{90\%}$ 」支付。

(三) 檢驗檢查報告即時上傳率係本署重要政策，由於目標值已設有

「與自身比較」機制，爰建議目標值改為：
≥ 該層級即時上傳率全署值，或 ≥ 自身去年同期值。

決議：

- 一、 關於「醫不足巡迴醫療」，111年預算採 2,386,812 元、以「每位個案可分配預算 x 各院照護數」分配；惟 112 年本項預算分配額應提升，以鼓勵醫院廣佈巡迴醫療點、增進偏鄉民眾就醫可近性。
- 二、 「虛擬健保卡」分配預算改為 300 萬元；餘 16,259,079 元分配予「整體癌症(即子宮頸癌、大腸癌、口腔癌)陽追率」：
 - (一) 目標值為：三項癌症當中任一項 ≥ 80% 即可參與分配、並依達標醫院占率分配。
 - (二) 統計區間為 111 年 1 月至 9 月、本組屆時函請國健署提供各院數據。
- 三、 檢驗檢查報告即時上傳率目標值為：
 - (一) 醫學中心：≥ 93.5% 或 ≥ 自身去年同期值。
 - (二) 區域醫院：≥ 91.5% 或 ≥ 自身去年同期值。
 - (三) 地區醫院：≥ 89.4% 或 ≥ 自身去年同期值。
- 四、 餘各項分配方式照案通過，本預算統一於 111Q4 結算。

提案三

提案單位：中榮嘉義

案由：修訂南區方案超額分階折付「合理成長率」之「醫師數」計算方式，提請討論。

說明：

一、中榮嘉義建議：

- (一) 「衛生福利部公費醫師訓練後服務醫療機構」均指定偏遠、離島地區之醫院，使公費生至本院服務員額減少，致專任醫師人數減少，而需增加支援醫師人數，以維護臨床照護品質。
- (二) 依醫院評鑑基準及評量項目：第 1 篇、經營管理第 1.3 章人力資源管理條文 1.3.1 適當醫師人力配置「依醫療機構設置標準第二十條規定是先報准之時數，每週達 44 小時者，得折算醫師人力 1 人」(附件 5)，已有將兼任醫師列入醫院醫師人力計算。
- (三) 建議考量公費醫師訓練後至院服務員額減少及與評鑑基準計算方式一致性，建請同意合理成長率-門診指標醫師人數成長率將「兼任(支援)醫師」列入計算。

二、針對上開建議，本組回應：

- (一) 考量實務上支援醫師有支援半天(4 小時)、全天(8 小時)之情事，惟本署支援醫師報備檔並無「半天」的註記，爰難以精確統計至小時。
- (二) 依照原計算醫師人數的精神，係採全季皆職登服務於該院才算 1 人(若僅部分天數服務於該院，則按天數比例計算)；支援醫師以週來看，在計算上會有難度。

三、為解決上開資料擷取困難，建議改於計算合理成長率之門診指標成長率時，增設「看診醫師」指標、配予權重 5%，門診就醫人數權重則降為 55%，如下表新定義所示：

門診指標成長率計算公式	
原定義	$= \text{門診人數成長率} \times 60\% + \text{門診人次成長率} \times 20\%$ $+ \text{醫師人數成長率} \times 20\% + \text{門診 CMI 成長率}$
新定義	$= \text{門診人數成長率} \times 55\% + \text{門診人次成長率} \times 20\%$ $+ \text{醫師人數成長率} \times 20\% + \text{看診醫師人數成長率} \times 5\%$ $+ \text{門診 CMI 成長率}$ <p>註：以醫院及醫師歸戶後、申報件數 > P15 且費用 > P15 者始採計為 1 人</p>

經以新定義試算 110Q4 數據後，合理成長率因而上升者有 39 家，平均增加 0.27%，下降者有 24 家，平均減少 0.29%；卡合理成長率上限 2.5% 後，階 1 級距上升者有 4 家，平均增加 0.27%；下降者有 5 家，平均減少 0.23%。

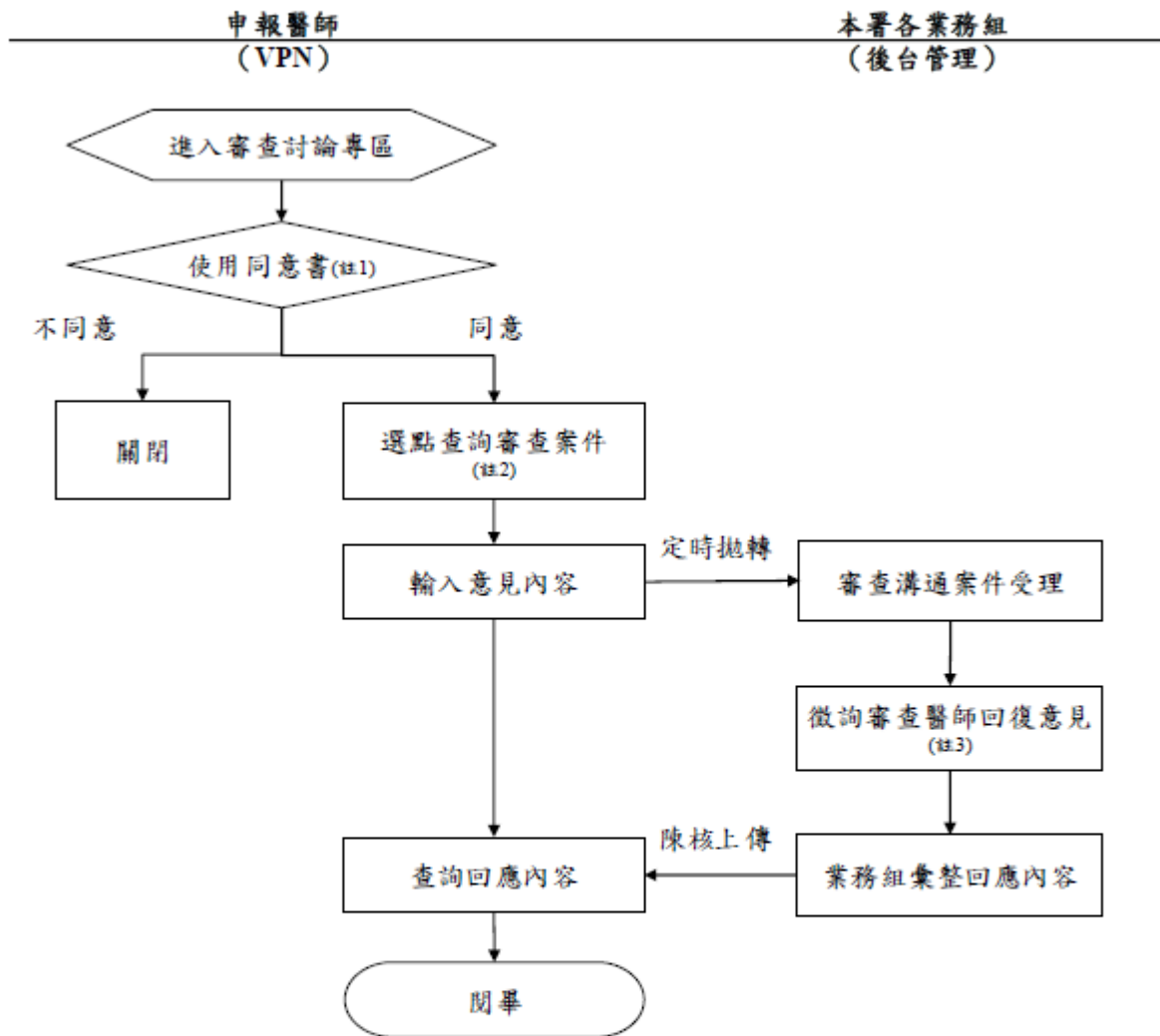
四、綜上，是否採行新定義計算，提請討論。

決議：

自 111Q1 起採行新定義計算。

附件 1

健保資訊網 (VPN) 醫事人員溝通平台之
審查討論區 運作流程圖



備註：

1. 本同意書申明本審查討論專區使用者 (申報醫師) 之權利義務，首次登入時系統自動呈現同意書，經使用者閱畢同意後，得以進行下一步。
2. 審查討論區主要提供臨床醫師查詢過去6個月以「本人身分證號」申報(請)下列案件，並進行個別案件之醫學專業意見的理性交流，共同提升健保審查品質：
 - 醫療服務費用經專業審查有核減且完成費用核定之初核案件明細。
 - 事前審查初核案件經專業審查核定為部份同意、不同意或補件之案件明細。
3. 按申報醫師意見類型，必要時予轉送各總額部門健保醫療服務審查勞務受託單位及審查醫藥專家協同處理回應。

附件 2

B. 辦理保險對象自墊醫療費用核退案件之專業審查。

C. 廠商於受託期間處理之案件，應協助機關辦理保險醫事服務機構爭議審議、訴願及訴訟案件之出席、出庭及答辯。

(3) 依「全民健康保險醫療服務實地審查暨輔導作業原則」，研訂醫療服務實地審查暨輔導作業原則，經機關同意後，據以辦理。

3. 建立以檔案分析為主軸之醫療服務審查異常管理作業方式：

(1) 依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第 22 條規定，研擬抽樣專審指標，須經機關所屬各分區業務組同意，並向特約院所溝通與宣導。

(2) 應與機關所屬各分區業務組共同研訂檔案分析指標，進行檔案分析，並對分析發現異常者進行輔導管理，輔導結果提報機關所屬各分區業務組。

4. 辦理編碼品質審查，並檢討編碼審查文件(包括手術處置碼與醫令對應檔)，以精進編碼正確性，並對審查發現異常案件提供費用核減理由並對相關醫院進行輔導管理，輔導結果提報機關所屬各分區業務組。

5. 辦理其他與醫院醫療服務審查及諮詢相關之事項。

(1) 其他與醫院醫療服務審查及諮詢相關之事宜。

(2) 辦理機關於履約期間受理之居家照護、安寧居家療護、精神疾病社區復健、特約藥局、特約醫事檢驗所、特約醫事放射所、特約物理治療所、特約職能治療所申報案件、保險對象義肢給付事前申請案件、保險對象陳情案件、其他專業諮詢及重大傷病證明申請案件等各項業務之專業審查(包括初審、申復案件)暨協助爭議審議、訴願及訴訟案件之出席、出庭及答辯。

6. 處理醫療服務審查申訴或陳情案件，並提供醫療院所對審查作業、檔案分析或抽樣方式等意見表達之管道。

7. 提出精進審查品質創新作法。

(二) 廠商為執行前項委託，應配合執行下列事項：

1. 應按機關所屬之分區業務組，組成醫院醫療服務審查執行會(以下稱審查執行會)及 6 區審查分會，並進行各區審查分會組織之管理及協調等事項。

2. 審查執行會及 6 區審查分會應執行下列任務：

(1) 研訂提升各分區審查一致性管理機制。

(2) 研訂降低爭議審議案件數量之對策，並對具爭議性案例建立案例研討機制。

(3) 研訂年度審查品質指標及目標值。

(4) 研訂「檔案分析及抽樣審查作業」、「醫療服務實地審查暨輔導作業原則」、「全民健康保險醫院醫療費用審查注意事項」等增修計畫。

(5) 各區審查分會得擬訂專業審查相關共識，惟共識不得違反相關法規，並應提報機關所屬各分區業務組同意後方得實施。

3. 訂定資料使用及人員保密管理規範(含危機處理作業程序)。

(三) 廠商應提報相關文件予機關核備之時程：

1. 110 年 1 月 31 日前應提報：

(1) 審查醫藥專家、疾病分類輔助審查專員選聘原則與管理計畫，及各區審查醫藥專家、疾病分類輔助審查專員選聘名單基本資料(含書面及電子檔)等相關資料。

(2) 審查醫藥專家審畢案件評量作業方式。

四、提案討論

提案一

提案單位：南區業務組、高榮台南醫院

案由：有關「110Q4 至 111 年 Q1-Q4 南區醫院總額財務穩定方案」(草案)(附錄 1)，提請討論。

說明：

二、本組業於 110 年 12 月 10 日舉辦視訊說明會、並於今日會議中說明 110Q4 南區醫院結算參數及執行架構、回應醫院所提意見。111 年南區方案則比照 110Q4 結算方式辦理(本組業於 110 年 12 月 14 日提供各院 110Q1 一般服務收入數據供各院管控 111Q1 費用)。各季基期如下表所示，其中針對 111Q2、111Q3 基期是否採用 110Q2、110Q3(疫情季)?或比照 110Q2、110Q3 當時分別改採 108Q2、109Q3 作為基期? 提請討論。

當期	基期
110Q4	納入 109Q4 結算之費用年月 109 年 10、11、12 月之一般服務收入
111Q1	納入 110Q1 結算之費用年月 110 年 1、2、3 月之一般服務收入
111Q2	納入 110Q2 結算之費用年月 110 年 4、5、6 月之一般服務收入
111Q3	納入 110Q3 結算之費用年月 110 年 7、8、9 月之一般服務收入
111Q4	納入 110Q4 結算之費用年月 110 年 10、11、12 月之一般服務收入
註：一般服務收入含送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付	

說明：

111年南區方案比照110/Q4結算方式辦理，唯各季採取110年同期作為基期，其中，建議考量110/Q2、Q3雲、嘉地區醫療院所接收北病南送病人、復歸回復較緩，此兩季之結算費用將有所影響。

雖然當初110/Q2、110/Q3之基期分別係以108/Q2、109/Q3為基期，但結算時係依各家醫院110/Q2、110/Q3實際收入進行結算

(即雖然是以108/Q2、109/Q3為基期，但係以加計各家醫院成長率進行結算，而非當年度總額成長率)。此成長率定義因院長會議採視訊方式進行，恐造成院長們未確實了解其差異而有所誤解。

建議：

1. 請試算108/Q2、109/Q3與110/Q2、110/Q3雲、嘉、南醫療院所之南區佔率，評估雲、嘉地區是否受北病南送因素影響，較台南地區影響程度較大(即110/Q2、110/Q3雲嘉地區醫療院所佔率較108/Q2、109/Q3期間下降)。
2. **建議基期費用之計算方式**：第二、三季分別採取108/Q2、109/Q3各家醫院佔率，加乘110年當季南區所有可分配醫療費用作為111年第二季、第三季之基期費用並據以管控。

附件 4

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
住院整合照護服務試辦計畫 (111 年新增項目)	300.0	300.0	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫 (111 年新增項目)	300.0	300.0	1. 預算如有不足，由品質保證保留款支應，執行效益納入未來總額財源。 2. 請中央健康保險署會同醫院總額相關團體研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
精神科長效針劑藥費 (111 年新增項目)	2,664.0	2,664.0	1. 其中 1,241 百萬元由一般服務費用移列。 2. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。
品質保證保留款	929.8	49.4	1. 原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7 百萬元)，與 111 年度品質保證保留款(929.8 百萬元)合併運用(計 1,318.5 百萬元)。 2. 請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額	34,538.7	4,596.3	
較 110 年度核定總額成長率 (一般服務+專款) ^{#2}	增加金額	19,439.1	
	總金額	536,070.8	
	3.569%		

第 1 篇、經營管理 第 1.3 章 人力資源管理

【重點說明】

1. 「實地評鑑前之年平均人力」(期間自 104 年 4 月至實地評鑑前，或自開業日期起至實地評鑑前；以每月第 1 日之人力數計算年平均人力)及「實地評鑑當日人力」。
2. 若評鑑基準等同醫療機構設置標準時，參考地方衛生主管機關認定結果。若評鑑基準高於醫療機構設置標準時，不適用前項原則，委員仍應依評鑑基準內容進行查證。
3. 醫療替代役男於醫療院所係協助醫療輔助性勤務，受該管正式醫事人員指導下執行該當之輔助性助手工作，無獨任或決定之權限，故應非正式醫事人力，不應列入醫事人力計算考量，以符兵役權責（依據內政部役政署 103 年 11 月 13 日役署甄字第 1030024057 號函、101 年 4 月 26 日役署管字第 1015005374 號函及衛生福利部 96 年 5 月 8 日衛署醫字第 0960014705 號函辦理）。
4. 有關必要條文(人力配置)之評量方式及合格要件，須符合下列情形之一：
 - (1) 「實地評鑑前之年平均人力」及「實地評鑑當日人力」均達符合以上者，該必要條文為合格。
 - (2) 「實地評鑑前之年平均人力」未達符合(但計算期間所包含之月份，已有 90%以上月份之人力達符合以上)，惟「實地評鑑當日人力」達符合以上者，則仍視為該必要條文合格。
 - (3) 「實地評鑑前之年平均人力」已達符合以上，雖「實地評鑑當日人力」未能達符合者，則仍視為該必要條文合格。
 - (4) 條號 1.3.8、1.3.10 及 2.4.10 為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算，惟未達符合者得列為次一年度不定時追蹤輔導訪查對象。
5. 評量項目所提「年平均佔床率」共有下列二種認計原則，由醫院擇一採計，並提供予評鑑委員參考，惟各職類人力計算應採同一認計原則：(1)近三年之年平均佔床率。(2)實地評鑑前之月平均佔床率：期間自 104 年 4 月 1 日(或開業日)起至實地評鑑前。

條 號	條 文	評量項目
必 1.3.1	適當醫師人力配置	<p>目的： 配置適當的醫師人力，確保醫療服務品質，並符合政府相關法令之規定。</p> <p>符合項目： 1. 每 10 床應有醫師 1 人(含)以上。 2. 各診療科均有專科醫師 1 人(含)以上。</p> <p>[註] 1. 本條為必要條文，必須達符合。 2. 病床數以一般病床與特殊病床合計(不包含手術恢復床、急診觀察床及性侵害犯罪加害人強制治療病床)，並依登記開放病床數計。 3. 依醫療機構設置標準第二十條規定事先報准之時數，每週達 44 小時者，得折算醫師人力 1 人。 4. 嬰兒床以三分之一折算。 5. 血液透析床，以 15 床折算。</p>