

南區醫院總額 109 年第 3 次共管會議紀錄

時間：109 年 9 月 11 日(星期五)下午 3 時 10 分

地點：中央健康保險署南區業務組 9 樓第一會議室

主席：林組長純美

紀錄：林亭儀

蔡主委良敏

出席人員：

蔡主委良敏	蔡良敏	沈委員孟儒	沈孟儒
賴委員寧生	(請假)	郭委員宗正	郭宗正
林委員志勝	林志勝	李委員麗娟	李麗娟
邱委員仲慶	邱仲慶	林委員宏榮	林宏榮
王委員敏容	王敏容	姚委員維仁	姚維仁
楊委員仁宗	楊仁宗	林委員瑞模	林瑞模
吳委員錫金	吳錫金	賴委員仲亮	(視訊)
王委員瑞祥	王瑞祥	李委員世強	李世強
謝委員景祥	謝景祥	陳委員孟意	陳孟意

衛生福利部中央健康保險署南區業務組：

賴阿薪 郭碧雲 賴文琳 郭俊麟 張智傑 程慶惠 蔡麗香
林煒傑 許寶茹 林亭儀 楊莉苓 楊庭瑜

旁聽人員：轄區 11 家醫院到場旁聽(12 人)，另同步以 Microsoft Teams 視訊會議方式進行，共計 10 家院所參與。

一、主席致詞：(略)

二、確認上次會議決議事項辦理情形：洽悉。

三、報告事項：

(一)醫院總額執行概況：醫院總額訊息、南區醫院醫療費用申報概況、南區方案執行情形及近期推動重要業務。

(二)醫院醫療服務審查南區執行分會報告(略)。

四、提案討論：

提案一

提案單位：南區業務組

案由：有關109年南區醫院總額風險移撥款之分配方式，提請討論。

說明：

- 一、109年南區醫院總額風險調整移撥款執行方式，業經109年3月20日南區工作小組會議決議、後經台灣醫院協會函送本署(如附件1)：
 - (一)南區109年醫院總額風險移撥款計17,606,916元，採年度結算(統一於109Q4結算)。
 - (二)南區C肝口服新藥個案之非藥費及南區精神巡迴醫療服務費用之預算比照108年(分別為11,992,045元及1,332,449元)，而109年南區風險移撥款較108年增加4,282,422元，以此金額提撥給居家醫療補助。
- 二、109上半年南區居家醫療新收案人數：

類型(案分-特定治療項目代碼)	新收案人數
居家照護(A1)	528
安寧居家(A5)	371
居整-居家醫療(E1+EC)	520
居整-重度居家醫療(A1+EC)	995
居整-安寧療護(A5+EC)	815
總計	3,229

※已將重複於不同類別收案排除

※VPN收案檔串申報明細(至費用年月10907)(就醫日期≥收案日期)

建議：上開三項分配因素，依下表分配方式執行

分配因素	預算(占比)	分配方式
C 肝口服新藥個案之非藥費	11,992,045 元 (68.1%)	<ul style="list-style-type: none"> ■以南區全年預算點數÷南區醫院全年新收個案總數，求得每位新收個案可分配點數後、乘上各院新收個案數，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	1,332,449 元 (7.6%)	以南區全年預算點數÷南區全年照護總個案數，求得每位個案可分配點數後、乘上各院照護個案數，求得各院可分配點數。
居家醫療	4,282,422 元 (24.3%)	<ol style="list-style-type: none"> 1.以南區全年預算點數÷南區醫院全年新收個案數，求得每位新收個案數可分配點數後、乘上各院新收個案數，求得各院可配得點數。 2.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。

決議：109 年南區醫院總額風險移撥款採年度結算(統一於 109Q4 結算)，分配方式照建議通過。

醫院部門109年度醫院總額風險調整移撥款執行方式-南區分會

壹、計畫依據

依衛生福利部全民健康保險會108年10月25日第4屆108年第8次委員會議於分配109年度六分區預算決議辦理。

貳、目的

為平衡各區醫療資源均衡發展，鼓勵各區強化醫療服務，促進區域內醫療體系整合。

參、預算來源

自一般服務費用移撥2.0億元，作為風險調整移撥款，分區預算經分配因素及權重分配，南區預算為17,606,916元。

肆、執行方式

一、風險調整移撥款

衛生福利部全民健康保險會108年10月25日第4屆108年第8次委員會議討論會議決議，109年「醫院風險調整基金試辦計畫」以2億元為基金額度，襄助各區偏鄉及弱勢醫療，運用專案管理模式，輔助各區平衡發展，此預算南區獲分配額度共計17,606,916元。

考量雲嘉南整體人口特質已涵蓋原住民族地區、偏鄉地區及各項風險因子，特選定國家重要政策及亟需費用挹注的照護服務，做為擇定，109年移撥款襄助費用項目沿用108年項目「C肝口服新藥個案」及「精神巡迴醫療」，並依據醫療服務審查執行會南區分會108年12月13日108年第4次會議決議將「居家醫療照護」列入風險調整移撥款之補助項目，以補助轄區醫療院所，提高本專案服務成效。

二、襄助費用項目

(一)、C型肝炎全口服新藥個案

依據肝病防治學術基金會於2016年公佈最新2011-2015統計調查指出，國人C型肝炎盛行率約4.2%，以雲嘉南盛行率最高為7.3%，其中嘉義縣整體陽性比率更高達11.9%，明顯高出全國平均篩出率許多，另根據行政院國家C型肝炎旗艦計畫辦公室流行病學組調查，將台灣各地C肝盛

行率風險層級畫分為0-7級，第7級為感染盛行率最高地區，而7級鄉鎮中，隸屬於南區的鄉鎮包含雲林縣元長鄉、嘉義縣義竹鄉。

有鑑於區域疾病特性，多數院所均已承做 C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計劃，亦有多個 C 肝防治工作在偏鄉積極介入，其中，C 肝外展門診，包含：雲林縣地區由台大雲林分院辦理元長鄉與大埤鄉、大林慈濟醫院承接溪口鄉、雲林長庚醫院則是負責麥寮鄉、台西鄉及崙背鄉之個案治療。因盛行率高且透過醫療院所之治療照護，108年南區業務組 C 肝全口服新藥治療費用點數為2,646百萬點，占全國8,136百萬點之32.5%，為健保署各業務組中最高。依總額預算分配，109年醫院總額預算，肝炎治療過程衍生之檢驗檢查費用亦未額外編列，考量南區 C 型肝炎之盛行率，擇定 C 肝口服新藥個案延續為109年風險調整移撥款之補助項目。

(二)、精神巡迴醫療

衛生福利部公告之109年「全民健康保險醫療資源缺乏地區」，雲嘉南地區計有14個鄉鎮區屬於偏鄉及沿海地區精神科資源匱乏，再加上交通不便，對必須長期服藥控制病情之慢性精神科病人，若因就醫困難而服藥中斷，使病情再復發，將造成家屬、社會困擾，以及醫療耗用增加。

因此，需嘉南地區之衛生局對偏鄉及沿海地區之有關身心障礙之照護，都會要求醫院承接巡迴醫療服務計劃。對於長期精神醫療資源缺乏地區提供精神巡迴醫療服務，包含：台大醫院雲林分院受雲林縣衛生局委託執行「雲林縣沿海地區巡迴醫療服務計畫」，至水林鄉及東勢鄉提供精神巡迴醫療服務；嘉南療養院則辦理七股區及關廟區之精神巡迴醫療服務等等。

精神巡迴醫療服務模式行之有年，同時搭配居家治療的服務，使許多原本不願規則就醫之病患願意接受定期診視及治療，增強就醫意願，穩定適應社區生活，大幅降低醫療資源缺乏地區病人的就醫成本。107年7月衛生福利部健保署開始推動實施區域層級以上門診減量方案，然在門診減量方案中並未將提供精神巡迴醫療服務案件予以排除，為鼓勵醫院配合衛生政策之執行，降低執行精神巡迴醫療服務醫院費用損失，及提高醫院執行精神巡迴醫療之意願，擇定精神巡迴醫療服務個案為風

險調整移撥款的挹注項目，亦符合移撥款之襄助範圍。

(三)、居家醫療照護

108年內政部公布台灣老年人口比例突破14%，正式邁入「高齡社會」，中央健康保險署於105年配合長照2.0，開辦「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」，提供「居家醫療」、「重度居家醫療」及「安寧療護」三類照護，由醫護人員組成居家整合照護團隊，就近服務附近有醫療需求，因失能或疾病特性不便外出就醫的民眾，可以在家中接受照護，提供完整且持續的醫療照護，

住院後仍需要持續照顧的病人，經由出院準備小組與當地居家團隊聯繫，安排後續在家醫療的資源，包括醫師訪視、護理人員訪視、呼吸治療人員訪視、其他專業人員訪視、藥品處方調劑服務、24小時電話諮詢服務等，因地制宜，由醫院或居家護理所為中心開展、運作，讓病人從醫院到家裡，照護無縫接軌，以提供病人為中心的連續性照護，居家醫療照護減少不必要之住院，讓病情穩定者回歸社區，甚至最後可在家善終目的。

為促進醫療照護團隊合作，鼓勵社區內醫療院所組成整合照護團隊，包括各類醫事人員間之水平整合，及上下游之醫療院所垂直整合，以提供病人為中心的完整醫療服務，就近收案提供居家醫療服務，故擇定此類個案為風險調整移撥款的挹注項目，透過獎勵誘因，鼓勵各層級醫療院所積極提供居家醫療照護服務，並給予照顧的醫療人員正向肯定及費用補助，以減少病家照護之負擔，期盼能有效降低不必要之社會性住院行為及減少無效醫療，且提升因失能或疾病特性致外出就醫不便病人之醫療照護可近性。

三、南區醫院總額風險調整移撥款運用模式

(一)、醫院醫療服務審查執行會南區分會：

依據109年度計畫執行各項工作，經偕同南區各層級醫院代表與健保署南區業務組共同討論風險調整移撥款之執行計畫討論，進行本計畫書撰寫，彙整年度成果與提報。

(二)、南區業務組：

提供量化效益指標資料，並協助負責風險調整移撥款項目計算及撥付費用。

(三)、南區業務組各層級醫院：

- 1、配合執行 C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫及增加居家醫療照護，並依健保規定進行費用申報個案。
- 2、執行精神巡迴之醫院：配合執行相關醫療照護作業，提供109年度執行成果予南區分會，以利彙整年度成果報告。

伍、費用申報及支付方式

一、費用申報：依現行健保申報規定進行申報作業，由健保署南區業務組依各院申報資料擷取相關費用，以作為風險調整移撥款補助之依據。

二、支付方式：

(一)、南區109年風險調整移撥款之「C 肝口服新藥個案」及「精神巡迴醫療」補助項目預算比照108年方式，109年風險調整移撥款南區新增之預算金額提撥給「居家醫療照護」，分配金額如表1所示：

表1、109年風險調整移撥款費用分配表：

預算項目	C 肝口服新藥個案	精神巡迴醫療	居家醫療照護	合計
預算上限	11,992,045	1,332,449	4,282,422	17,606,916
備註：居家醫療照護，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)，採個別醫院及新個案歸戶計算。				

(三)、109 年南區業務組風險調整移撥款之各預算項目採年度結算，並於第4季結算時進行全年度結算。

陸、預期效益

一、量化效益：

(一)、增加 C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫照護人數

1、說明：挹注 C 型肝炎非藥費費用補助，以鼓勵醫院增加篩檢人數，進而增加 C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫照護人數。

2、操作型定義：C 型肝炎全口服新藥費用。

3、目標值：109 年南區 C 型肝炎全口服新藥費佔全國比 > 108 年南區 C 型肝炎全口服新藥費佔全國比。

(二)、精神巡迴醫療照護服務，每半年巡迴點追蹤個案數再住院率 < 5%

1、說明：鼓勵醫院配合衛生政策之執行，降低執行精神巡迴醫療服務醫院費用損失，及提高醫院執行精神巡迴醫療之意願。

2、操作型定義：再住院個案數/巡迴點追蹤個案數*100%。

3、目標值：< 5%。

(三)、增加居家醫療照護人數

1、說明：挹注居家醫療照護補助，以鼓勵醫院增加照護人數，進而增加居家醫療照護整合計畫照護人數。

2、操作型定義：新增居家醫療照護人數，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)等之各醫院歸戶人數。

3、目標值：109 年新增居家醫療照護人數 > 108 年新增居家醫療照護人數。

二、非量化效益：

(一)、配合衛生政策，達成消除 C 肝之目標。

透過補助 C 型肝炎非藥費費用，鼓勵院所增加篩檢人數，找出隱藏 C 型肝炎病患，透過 C 型肝炎健保給付執行計畫，以達成衛生福利部 2025 年消除 C 肝之目標。

(二)、提高精神巡迴醫療之持續照護之品質。

藉由精神醫療專業的挹注，減少延誤送醫，並提升或疑似精神疾病個案緊急護送就醫效率，減少社區滋擾事件。除此之外，促使醫療院所提高精神醫療照護品質，提昇病人生活功能與品質，降低社會成本。醫院執行精神巡迴醫療之意願與投入，對於長期精神醫療資源缺乏地區提供精神巡迴醫療服務，達成風險調整移撥款襄助各區偏鄉及弱勢醫療，運用專案管理模式，輔助本區各院所平衡發展之目的。

(三)、持續居家醫療服務政策，滿足因失能或疾病特性致外出就醫不便病人之就醫需求。

鼓勵醫院積極提供居家醫療照護服務，為不便外出病人提供住院替代醫療照護服務，降低住院日數或減少不必要的住院，進而減輕照顧者來回奔波醫院及等待門診時間等壓力，提升民眾對健保醫療之滿意度。

提案二

提案單位：南區業務組

案由：關於南區方案 109Q2 單價管理及門診目標藥費占率調校案，提請討論。

說明：

- 一、考量 COVID-19 疫情影響，109Q2 比照 109Q1 進行單價管理及門診目標藥費占率調校之相關數據分析。
- 二、南區醫院 109Q2「慢箋案件藥費占整體案件藥費比率」、「慢箋案件中總處方日數≥84 天比率」皆呈現較去年同期與前季增加（詳下表）。

慢連箋案件占率(藥費部分)								
特約類別	108Q1	108Q2	108Q3	108Q4	109Q1	109Q2	109Q2成長差值	
							與去年同期	與前季
區域以上醫院	40.69%	40.19%	44.13%	46.99%	45.36%	46.14%	5.95%	0.78%
地區醫院	46.05%	45.92%	51.56%	59.17%	53.50%	54.96%	9.04%	1.46%
總計	41.55%	41.11%	45.31%	48.81%	46.65%	47.51%	6.40%	0.86%

註1：採計門診案件分類04且符合慢性病連續處方箋定義、08(第2次調劑以上)及交付調劑案件
 註2：本次慢連箋定義：給藥日份≥28天、慢性病連續處方箋有效期間總處方日份≥56

慢箋中總處方日數≥84天比率								
特約類別	108Q1	108Q2	108Q3	108Q4	109Q1	109Q2	109Q2成長差值	
							與去年同期	與前季
區域以上醫院	79.00%	80.28%	80.87%	80.88%	82.29%	83.67%	3.39%	1.38%
地區醫院	79.25%	80.52%	81.15%	80.63%	82.18%	82.98%	2.46%	0.80%
總計	79.05%	80.33%	80.93%	80.82%	82.27%	83.52%	3.19%	1.25%

註1：僅計門診案件分類04且符合慢連箋定義之案件
 註2：≥84天（3次調劑）比率：慢箋案件中慢性病連續處方箋有效期間總處方日份≥84案件數÷上述慢箋件數

- 三、分析南區醫院 108Q1 至 109Q2 各季「門、住診資源耗用」顯示：109Q2 門、住診資源耗用相較於去年同期、前一季皆增加（詳下表）

門診								
特約類別	108Q1	108Q2	108Q3	108Q4	109Q1	109Q2	109Q2成長率	
							與去年同期	與前季
區域以上醫院	1.99	1.99	1.99	2.01	2.04	2.05	2.86%	0.60%
地區醫院	1.50	1.50	1.50	1.52	1.53	1.55	3.54%	1.49%
總計	1.85	1.85	1.85	1.87	1.90	1.91	3.14%	0.88%

註1：本表僅採計案件分類02、04、06、08、09、E1、E2、E3之案件

註2：依署本部資料庫「CCS權重對照檔」計算，該檔提供各CCS項目各年度權重（每人每年醫療費用中位數），

該值÷平均權重=該CCS的RW值

註3：各院CMI值=總RW值÷總件數

住診								
特約類別	108Q1	108Q2	108Q3	108Q4	109Q1	109Q2	109Q2成長率	
							與去年同期	與前季
區域以上醫院	1.01	1.01	0.98	1.02	1.04	1.06	5.25%	1.76%
地區醫院	0.89	0.88	0.87	0.89	0.91	0.92	3.94%	1.08%
總計	0.99	0.98	0.96	0.99	1.01	1.03	4.92%	1.64%

註1：僅採計一般(案件分類1)且給付類別不為9(呼吸照護)之案件

註2：依Tw-DRGs分類表重新分類虛擬DRG碼，各虛擬碼平均每人點數÷全國平均每人點數=各虛擬DRG碼RW值

註3：各院CMI值=Σ各院之RW值/Σ各醫院個案數

建議：

一、109Q2門診目標藥費占率擬比照109Q1調校方式，採說明二提及兩項因素之「南區整體較基期成長差值」各占50%權重方式(6.40%×50%+3.19%×50%=4.80%)及各院自身二項成長差值各占50%權重所求得之數值(A)，兩項數據再各占50%權重，進行校正，即：

109Q2南區各院校正後門診目標藥費占率=

各院流用後門診目標藥費占率+南區(4.80%)×50%+A×50%

二、藥費與非藥費單價管理亦比照109Q1調校方式：

(一) 納入資源耗用(門、住診 CMI 值)考量，意即醫院自身基期與當期平均每人藥費與非藥費單價皆校正 CMI 值：

$$\frac{\text{基期門/住平均每人非藥費(門診則為校正高耗用五大醫今後)}}{\text{基期門/住CMI}} \quad v.s. \quad \frac{\text{當期門/住平均每人非藥費}}{\text{當期門/住CMI}}$$

(二) 「經校正後醫院該診別應核減點數」與「未校正之核減點數」，採擇優辦理。

決議：109Q2 門診目標藥費占率、藥費與非藥費單價管理比照 109Q1 調校方式辦理。

提案三

提案單位：成大醫院

案由：請重新檢討「急重症病患醫療照護需求之排除列計」及「抗癌與經事前審查同意藥品需求之排除列計」定義及內容，提請討論。

說明：

一、「急重症病患醫療照護需求之排除列計」：

- (一) 動支條件：南區 A 組醫院整體急重症醫療點數正成長 2%。
- (二) 各院成長 >2% 以上部分的點數予以排除 1/2，且採總額 0.3% 為最高排除額度。
- (三) 重症照護操作型定義，已不符時宜。

二、「抗癌與經事前審查同意藥品需求之排除列計」：

- (一) 動支條件，須成長率低於全署或南區去年同期成長率。
- (二) 各院成長差值之 50% 以排除，且採總額 0.25% 為最高排除額度。

建議：

一、「急重症病患醫療照護需求之排除列計」之定義

- (一) 基於重症住院合併使用高價手術或處置，耗用醫療資源多，建議修正範圍：

1. 修訂項目(附件 2-1)。

2. 增列項目(附件 2-2)。原提案 RW>10，但因金額較大，故先刪除。

- (二) 建議刪除原動支條件，以個別醫院計算，以茲鼓勵各醫院重視急重症照護。
- (三) 基於急重症排除列計，常未達到預算額度，修正後之內容建議自 109 年第 3 季起生效。

二、「抗癌與經事前審查同意藥品需求之排除列計」之定義

- (一) 「抗癌與經事前審查同意藥品需求之排除列計」金額常不足，建議採總額最高排除額度由 0.25% 調高為 0.3%。
- (二) 避免造成排擠及重新計算之不便，建議修正後之內容自 110 年第 1 季起生效。

業務組建議：

- 一、依上開急重症排除列計增修定義，擷取各季數據評估如附件 2-3
 - (一) 「體重低於 1499 公克之極端未熟兒與早產兒」修訂：除醫院所提修訂外，建議再增列「且部分負擔代碼 902(三歲以下兒童醫療補助計畫)或 903(新生兒依附註記方式就醫者)」條件。
 - (二) 「自發性急性腦血管疾病」除醫院所提修訂外，建議將當中屬於呼吸照護(給付類別 9)案件排除。
 - (三) 考量過往多數季別之急重症總排除點數皆未超出上限額度，爰建議本項增修自 109Q3 起生效，增修後之操作型定義彙整如附件 2-4。
- 二、考量抗癌事審藥排除列計自 106Q3 至 109Q1 僅一季未超出上限額度，爰建議 110 年起將本項上限額度調增至 0.3% (增加 0.05% 約 750 至 800 萬之間)。

決議：

- 一、通過急重症病患醫療照護需求排除列計之內容增修，自 109Q3 起生效。
- 二、110 年方案調增抗癌與經事前審查同意藥品需求之排除列計再議。

重症項目	操作型定義	理由
自發性急性腦血管疾病	加列診斷範圍： G45.0~G45.2、 G45.4~G46.8 ^{註1}	健保重大傷病項目之急性腦血管疾病 包含 G45.0~G45.2、G45.4~G46.8 ^{註1}
體重低於 1499 公克之 極端未熟兒與早 產兒	1.建議改為主診斷或 次診斷 2.增列診斷範圍： P05.11~P05.15 ^{註2}	該院出生的新生兒會先編 Z38,再編 P05 P05.11~P05.15 ^{註2} 診斷碼屬體重低於 1499 公克之極端未熟兒與早產 兒

註 1: G45.0~G45.2、G45.4~G46.8

ICD10-CM 及名稱
G45.0 脊椎—基底動脈症候群
G45.1(腦半球性)頸動脈症候群
G45.2 多發性及兩側腦前動脈症候群
G45.4 短暫性整體失憶
G45.8 其他短暫性大腦缺血發作及有關症候群
G45.9 短暫性大腦缺血發作
G46.0 中大腦動脈症候群
G46.1 前大腦動脈症候群
G46.2 後大腦動脈症候群
G46.3 腦幹中風症候群
G46.4 小腦中風症候群
G46.5 純運動性腔隙症候群
G46.6 純感覺性腔隙症候群
G46.7 其他腔隙症候群
G46.8 腦血管疾病所致之腦部其他血管性症候群

註 2: P05.11~P05.15

ICD10-CM 及名稱
P05.11 相對懷孕週數體重過輕之新生兒，體重低於 500 克
P05.12 相對懷孕週數體重過輕之新生兒，體重介於 500-749 克
P05.13 相對懷孕週數體重過輕之新生兒，體重介於 750-999 克
P05.14 相對懷孕週數體重過輕之新生兒，體重介於 1000-1249 克
P05.15 相對懷孕週數體重過輕之新生兒，體重介於 1250-1499 克

附件 2-2

重症照護操作型定義建議「增列」項目

重症項目	診斷	處置碼	處置碼名稱	醫令碼	特材
心臟瓣膜手術		02UJ0JZ、 02UG0JZ、 02QF0ZZ、 02RJ08Z、 028F08Z、 02RF0JZ、 02RG08Z、 02QW0ZZ、 02RF38Z	開放性三尖瓣強化術，使用合成替代物、 開放性二尖瓣強化術，使用合成替代物、 開放性主動脈瓣修補術、 開放性三尖瓣置換術，使用動物性組織、 開放性主動脈瓣置換術，使用動物性組織、 開放性主動脈瓣置換術，使用合成替代物、 開放性二尖瓣置換術，使用動物性組織、 開放性胸主動脈修補術 經皮主動脈瓣置換術，使用動物性組織}	68015B瓣膜成形術、 68016B主動脈瓣二尖瓣或三尖瓣之置換手術、 68017B兩個瓣膜換置、 69035B主動脈根部術（含主動脈瓣置換或保留）、 68040B經導管主動脈瓣膜置換術	「經導管置換瓣膜套組，擬以自付差額方式納入健保給付(8/28健保會)」
心臟節律器裝置		0JH608Z、 02HK3KZ、 02H63KZ	開放性植入胸部皮下組織及筋膜去顫器發生器、 經皮植入右側心房去顫器導線、 經皮植入右側心室去顫器導線	68012B插入或置換永久性節律器-單導線 68041B插入或置換永久性節律器-多導線	給付規定代碼B103-1、B103-2
主動脈瘤、 急性心肌炎、 末期心衰竭	主動脈瘤主診斷 範圍:I71.1~I71.9 註3 急性心肌炎主診斷 範圍:I40.0~I40.9 註4 末期心衰竭主診斷 範圍:I50.1~I50.9 註5	027034Z、 027134Z、 027234Z、 027334Z、 02703DZ、 02713DZ、 02723DZ、 02733DZ、 5A02210、 5A15223、 02HA0QZ、 02HA3RZ	經皮一處冠狀動脈擴張術，使用腔內塗藥裝置物、 經皮二處冠狀動脈擴張術，使用腔內塗藥裝置物、 經皮三處冠狀動脈擴張術，使用腔內塗藥裝置物、 經皮四處冠狀動脈擴張術，使用腔內塗藥裝置物、 經皮一處冠狀動脈擴張術，使用腔內裝置物、 經皮二處冠狀動脈擴張術，使用腔內裝置物、 經皮三處冠狀動脈擴張術，使用腔內裝置物、 經皮四處冠狀動脈擴張術，使用腔內裝置物、 連續性以氣球幫浦作心臟輸出輔助連、 續性體外膜氧合治療、 開放性植入心臟植入式心臟輔助系統、 經皮植入心臟經由外部心臟輔助系統	33079B主動脈氣球裝置術、 47063B主動脈氣球幫浦使用照護費(天)、 68036B體外循環維生系統(ECMO)建立(第一次)、 68052B體外心肺循環、 68051B心室輔助裝置植入	給付規定代碼B201-6、B206-8
內視鏡射頻消融術(RFA食道)				37048B內視鏡射頻消融術(RFA食道)	給付規定代碼E210-5

註 3: I71.1~I71.9

ICD10-CM 及名稱
I71.1 胸主動脈瘤，已破裂
I71.2 胸主動脈瘤，未伴有破裂
I71.3 腹主動脈瘤，已破裂
I71.4 腹主動脈瘤，未伴有破裂
I71.5 胸腹主動脈瘤，已破裂
I71.6 胸腹主動脈瘤，未伴有破裂
I71.8 未明示部位之主動脈瘤，已破裂
I71.9 未明示部位之主動脈瘤，未伴有破裂

註 4: I40.0~I40.9

ICD10-CM 及名稱
I40.0 感染性心肌炎
I40.1 孤立性心肌炎
I40.8 其他急性心肌炎
I40.9 急性心肌炎

註 5: I50.1~I50.9

ICD10-CM 及名稱
I50.1 左心衰竭
I50.20 未明示收縮性(充血性)心臟衰竭
I50.21 急性收縮性(充血性)心臟衰竭
I50.22 慢性收縮性(充血性)心臟衰竭
I50.23 急慢性收縮性(充血性)心臟衰竭
I50.30 未明示舒張性(充血性)心臟衰竭
I50.31 急性舒張性(充血性)心臟衰竭
I50.32 慢性舒張性(充血性)心臟衰竭
I50.33 急慢性舒張性(充血性)心臟衰竭
I50.40 未明示收縮性併舒張性(充血性)心臟衰竭
I50.41 急性收縮性併舒張性(充血性)心臟衰竭
I50.42 慢性收縮性併舒張性(充血性)心臟衰竭
I50.43 慢性收縮性併舒張性(充血性)心臟衰竭併急性發作
I50.9 心臟衰竭

註 6: 醫令代碼名稱

醫令代碼	醫令中文名稱
68036B	體外循環維生系統(ECMO)建立(第一次)
68051B	心室輔助裝置植入
68052B	體外心肺循環
47063B	主動脈氣球幫浦使用照護費(天)
33079B	主動脈氣球裝置術

附件 2-3

建議修訂 (單位：百萬點)	依既有定義						依增修後的新定義					
	107Q4	108Q1	108Q2	108Q3	108Q4	109Q1	107Q4	108Q1	108Q2	108Q3	108Q4	109Q1
自發性急性腦血管疾病	156.2	161.3	157.1	151.9	161.6	180.2	160.5	165.1	161.6	155.2	166.7	183.5
自發性急性腦血管疾病 (排除呼吸照護)	131.9	131.6	122.7	121.4	133.8	145.7	136.0	135.4	127.2	124.8	138.9	149.0
體重低於 1499 公克之 極端未熟兒與 早產兒	1.9	4.2	3.4	11.0	12.1	5.7	39.7	37.2	37.7	55.1	61.1	53.2

註：以上數據尚未排除原已計算 RCC 及 ICU 案件

建議增列(單位：百萬點)	107Q4	108Q1	108Q2	108Q3	108Q4	109Q1
心臟瓣膜手術個案	4.0	3.5	5.3	5.0	3.9	3.9
心臟節律器裝置各案	11.1	12.0	6.8	9.6	12.9	11.3
主動脈瘤、急性心肌炎、末期心衰竭	1.9	0.1	0.6	1.1	1.2	0.1
內視鏡射頻消融術(RFA 食道)	0	0	0	0	0.02	0.03

註：上開二表皆僅統計南區 A 組醫院數據

重症項目	操作型定義
RCC	住診：案件分類「4」、給付類別「9」、且當次有申報醫令代碼 P1005K、P1006K、P1007A、P1008A 之案件醫療費用點數。
ICU 案件	住診：當季入住 ICU 病患前 7 天之 ICU 病房費、護理費、診察費點數。 (病房費醫令為 03010E、03011F、03012G、03013H；護理費醫令為 03047E、03048F、03049G、03050H；診察費醫令為 02011K、02012A、02013B)。排除呼吸器依賴個案回轉 ICU 之案件
自發性急性腦血管疾病	住診：ICD10-CM 主診斷前三碼為 I60~I68、 <u>G45.0~G45.2、G45.4~G46.8</u> 且部分負擔代碼為 "001" 或 "011" <u>且給付類別不為 9(呼吸照護)</u> 之案件醫療費用點數。 (ICD9-CM 主診斷前三碼為 430~437)
體重低於 1499 公克之極端未熟兒與早產兒	住診：ICD10-CM <u>主或次</u> 診斷為 P0701~P0703、P0714~P0715、P0501~P0505、 <u>P0511~P0515</u> (且部分負擔代碼為 <u>902(三歲以下兒童醫療補助計畫)或 903(新生兒依附註記方式就醫者)</u>) 之案件醫療費用點數。 (ICD9-CM 主診斷為 76501、76502、76503、76504、76505、76511、76512、76513、76514、76515)
1 歲以下幼兒及新生兒呼吸疾病	住診：1 歲以下且 ICD10-CM 主或次診斷為 P84、P220~P229、P23~P28、J00~J99 (主診斷排除：體重低於 1499 公克之極端未熟兒與早產兒，新生兒依附就醫且符合定義者亦納入計算) 之案件醫療費用點數。 (ICD9-CM 主或次診斷為 7680-7689、769、7700-7709)
急性心肌梗塞	住診：ICD10-CM 主診斷為 I2101~I229 且執行 PrimaryPCI 醫令代碼為 18020B、18021B、18022B、33076B、33077B、33078B 之醫令點數 (ICD9-CM 主診斷為 410.00-410.92)
主動脈剝離	住診：ICD10-CM 主診斷為 I7100~I7103、且執行 stent 及置換醫令代碼為 69023B、69024B、69027B、69035B、69036B、69037B 之醫令點數。 (ICD9-CM 主診斷為 441.00~441.03)
心臟瓣膜手術	住診： <u>ICD-10-PCS 處置碼為 02UJ0JZ、02UG0JZ、02QF0ZZ、02RJ08Z、028F08Z、02RF0JZ、02RG08Z、02QW0ZZ、02RF38Z 且醫令代碼為 68015B、68016B、68017B、69035B、68040B、TAVI 特材之醫令點數</u>
心臟節律器裝置	住診： <u>ICD-10-PCS 處置碼為 0JH608Z、02HK3KZ、02H63KZ 且醫令代碼為 68012B、68041B、特材給付規定代碼 B103-1、B103-2 之醫令點數</u>
主動脈瘤、急性心肌炎、末期心衰竭	住診： <u>ICD-10-CM 主診斷為 I71.1~I71.9、I40.0~I40.9、I50.1~I50.9 且 ICD-10-PCS 處置碼為 027034Z、027134Z、027234Z、027334Z、02703DZ、02713DZ、02723DZ、02733DZ、5A02210、5A15223、02HA0QZ、02HA3RZ 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</u>
內視鏡射頻消融術(RFA)	住診： <u>37048B、特材給付規定代碼 E210-5 之醫令點數</u>

食道)	
-----	--

註 1：上開各項皆排除不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記為 9 之案件。

註 2：各項排除列計不得重複計算。

提案四 提案單位：醫院醫療服務審查執行會南區分會工作小組
案由：討論南區醫院總額點值風險管控暨品質提升方案之『單價管理』
計算及排除範圍。

說明：

一、南區醫院總額 109 年第 2 次共管會議決議：單價管理依通過計算公式調校。

(一) 納入資源耗用(門、住診 CMI 值)考量，意即醫院自身基期與當期平均每人藥費與非藥費單價皆校正 CMI 值：

(二) 若經校正後醫院該診別應核減點數>未校正核減點數，則採取未校正之核減點數。

二、醫院醫療服務審查執行會南區分會工作小組建議：

(一) 總額協商中非協商因素，包括人口老化等，建議做為單價管理成長率之調校。

(二) 關於單價核減點數比率，建議針對南區醫院整體成長率低於 4.0%增設較低之對應核減比率，或依個別醫院成長率設定核減比率。

(三) 因 A 組醫院已設目標成長上限，建議取消因單價核減而下修次一年度之目標點數調整(或下修單價核減調整之百分比)。

業務組建議：

一、109 年因疫情影響，110 年目標點數分配是否採 109 年為基期仍需討論、且本組因應疫情影響亦納入門住資源耗用校正機制(呈現區域以上各院數據如附件 3)。

二、爰此，自 109Q3 起仍持續執行當期與基期之單價管理門住資源耗用校正，惟直接採取校正後之數據，不採擇優辦理。餘單價管理執行方式維持現行做法。

決議：單價管理執行方式請分會工作小組與本組再研議試算。

附件 3

代號	門診非藥費歸戶人數成長率	108Q1門診平均每人非藥費-原始規則	109Q1門診平均每人非藥費-原始規則	門診非藥費核減點數 - 原始規則	108Q1門診CMI	109Q1門診CMI	108Q1門診平均每人非藥費-CMI調校後	109Q1門診平均每人非藥費-CMI調校後	門診非藥費核減點數 - CMI調校後
D4	-3.8%	4,224	3,984	0	2.0530	2.0947	2,058	1,902	0
G6	-5.9%	3,921	3,947	734,487	2.0743	2.1111	1,890	1,870	0
G1	-4.4%	3,974	3,924	0	2.3381	2.4220	1,700	1,620	0
G3	-4.8%	3,733	3,754	739,809	1.9720	2.0204	1,893	1,858	0
D1	-7.7%	3,355	3,548	9,360,404	1.9082	1.9600	1,758	1,810	2,521,974
A2	-1.5%	3,399	3,429	1,721,145	2.0659	2.1078	1,645	1,627	0
A6	-6.2%	3,440	3,422	0	2.0247	2.1072	1,699	1,624	0
B3	-0.3%	3,469	3,257	0	1.8447	1.8403	1,881	1,770	0
A7	-4.9%	3,239	3,239	0	2.0059	2.0230	1,615	1,601	0
G4	-3.2%	3,137	3,176	444,464	1.8331	1.9159	1,711	1,658	0
D2	-8.0%	3,148	3,144	0	1.7600	1.8008	1,788	1,746	0
G2	0.4%	3,066	2,951	0	1.8646	1.8539	1,644	1,592	0
A4	-10.8%	2,622	2,603	0	1.5213	1.5476	1,723	1,682	0
A3	-4.9%	2,500	2,595	2,796,468	1.8171	1.8533	1,376	1,400	706,476
A5	-3.2%	2,595	2,527	0	1.6120	1.6318	1,610	1,548	0

提案五

提案單位：南區業務組

案由：有關南區方案 109 年下半年支付標準調升預算保留額度分配機動調整案，提請討論。

說明：

一、以 IC 卡上傳數據建立之費用推估模型進行 109 年 7~8 月南區醫院門住費用估算(如附件 4)顯示：

甲、原預估 109 年 7 月醫費成長率為 5.19%，現 109 年 7 月實際醫費(申+部+交-排)成長率僅 2.17%，較預估成長率短少 3%。

乙、109 年 7~8 月醫費成長率預估 3.40~4.28%。倘依上述，則實際醫費成長率可能僅 0.40~1.28%。

二、考量當前未見就醫大量回流、且本組亦持續逐週回饋各院自身與南區醫院整體之 IC 卡上傳數據，供各院自我監控；另查本署台北分區下半年將依總額內醫療點數成長率調整目標點值(如附件 5)、高屏分區則將下半年目標點值設定為 0.95。爰本組下半年目標點值亦應隨轄內整體醫療需求調整。

建議：

考量本組目標點數分配時皆將支付標準調升預算(對應成長率為 2.356%)保留，爰此，109Q3、Q4 保留額度分配與否，皆比照 109Q1 執行方式：俟該季申報數據完整後、計算南區醫院整體「方案內醫療點數相較於原始目標點數」，再行決議分配與否。

決議：本案無共識不決議。

IC 卡上傳件數

年度	月份	IC卡上傳件數			成長率			季累計成長率			IC卡vs申報差異		
		急診	門診	住院	門診	門診-合 急診	住院	門診	門診-合 急診	住院	門診	住院	
108年	1月	86,126	1,178,789	40,293									
	2月	101,313	876,374	34,298									
	3月	89,820	1,106,398	40,517									
	4月	89,860	1,099,554	40,129									
	5月	90,793	1,141,861	41,400									
	6月	94,105	1,026,057	39,526									
	7月	93,271	1,150,685	43,361									
	8月	90,558	1,067,487	39,843									
109年	1月	102,302	1,023,427	35,647	-13.2%	-11.0%	-11.5%	-13.2%	-11.0%	-11.5%			
	2月	71,130	948,317	35,423	8.2%	4.3%	3.3%	-4.1%	-4.3%	-4.7%			
	3月	65,533	989,205	35,321	-10.6%	-11.8%	-12.8%	-6.3%	-6.9%	-7.6%			
	4月	63,078	905,754	32,941	-17.6%	-18.5%	-17.9%	-17.6%	-18.5%	-17.9%			
	5月	69,113	965,506	36,097	-15.4%	-16.1%	-12.8%	-16.5%	-17.3%	-15.3%			
	6月	72,124	1,045,610	37,530	1.9%	-0.2%	-5.0%	-10.7%	-11.9%	-12.0%			
	7月	75,821	1,127,553	40,691	-2.0%	-3.3%	-6.2%	-2.0%	-3.3%	-6.2%			
	8月	76,754	1,053,905	39,042	-1.3%	-2.4%	-2.0%	-1.7%	-2.8%	-4.2%			
申報件數	1月		1,507,044	40,518		-6.6%	-7.5%		-6.6%	-7.5%	-4.4%	-4.0%	
	2月		1,338,586	39,479		7.1%	9.0%		-0.6%	0.0%	-3.7%	-4.7%	
	3月		1,382,303	38,839		-7.8%	-11.6%		-3.1%	-4.1%	-3.9%	-3.4%	
	4月		1,297,355	36,306		-16.4%	-15.8%		-16.4%	-15.8%	-2.1%	-2.2%	
	5月	各月數據	1,351,740	39,201	各月數據		-14.1%	-13.7%	季累計	-15.2%	-14.7%	-2.1%	-0.6%
	6月		1,458,797	40,124			3.1%	-6.6%		-9.5%	-12.1%	-2.4%	0.1%
	7月		1,547,766	44,368			-3.9%	-4.7%		-3.9%	-4.7%	0.7%	-1.5%
申報單價	1月		1,958	63,022		-2.9%	3.4%		-2.9%	3.4%	單價vs.上一月成長		
	2月		2,101	63,937		2.2%	7.1%		-0.4%	5.1%	2.5%	1.7%	
	3月		2,174	67,935		8.4%	10.4%		2.4%	6.8%	2.9%	1.7%	
	4月		2,227	65,454		10.8%	9.2%	最近三個月成長率	7.2%	8.8%	4.7%	2.0%	
	5月		2,209	65,421		9.7%	7.6%		9.6%	9.1%	2.4%	0.2%	
	6月		2,198	66,188		6.1%	9.3%		8.9%	8.7%	-0.7%	-0.4%	
	7月		2,169	64,464		6.9%	6.6%		7.6%	7.7%	-1.3%	-0.9%	
費用成長率	1月		-9.38%	-4.38%			-7.13%						
	2月		-1.07%	5.08%	申+部等(B)		1.71%						
	3月	申+部等(B) (季累計)	-0.72%	2.38%	(季累計)		0.71%						
	4月		-7.36%	-8.01%			-7.65%						
	5月		-6.55%	-7.57%			-7.02%						
	6月		-1.46%	-4.43%			-2.84%						
	7月		2.68%	1.58%			2.17%					住診占率	
推估公式	1月											46.39%	
	2月		-0.42%	4.64%			1.93%					47.30%	
	3月		-1.25%	3.76%			1.12%			2.12%		46.75%	
	4月	申+部等(B) (季累計)	-10.15%	-7.21%	申+部等(B) (季累計)		-8.77%					45.14%	
	5月		-9.07%	-5.51%			-7.46%					46.20%	
	6月		-1.18%	-3.30%			-2.16%			-1.16%		45.30%	
	7月		7.93%	1.88%			5.19%					46.00%	
	8月		3.80%	4.84%			4.28%					單價採最近三個月成長率	
8月		3.14%	3.69%			3.40%					單價採上個月成長率		

IC 卡件數與申報件數之差異

單價較上月之差值

季累計

註：1.1+費用成長率%=(1+量%)×(1+價%)=1+量%+價%+量%×價%
 2. 單價成長率各季累計值在3月份起採最近三個月成長率，考量4月起此累計值已趨穩定，所以費用推估公式中，僅在使用1-3月的單價成長率會加計和前一月的差值（4月前的費用估算），使用4月以後的單價成長率就不再加計和前一月的差值（5月以後的費用估算）。
 3. 7月份的推估成長率和實際成長率的差異主要在於「IC卡vs申報差異-件數」，以往門診都超過-2%，但實際值是0.7%；另外單價成長率實際值較推估值下降2%。

附件 5

討論案五

提案單位：中央健康保險署臺北業務組

案由：有關本分區目標點值採機動調整案。

決議：自 109 年第 3 季起，本分區各季之目標點值，依當季「總額內醫療點數成長率」浮動，如下表。

表、醫療點數成長率與目標點值對照表

總額內醫療點數成長率(X)	目標點值
$X \leq -2\%$	0.96
$-2\% < X \leq 0$	0.95
$0\% < X \leq 2\%$	0.94
$2\% < X \leq 4\%$	0.93
$X > 4\%$	0.92

提案六

提案單位：台南市立醫院

案由：南區醫院總額點值風險管控暨品質提升方之『單價管理』門住資源耗用校正機制

說明：

- 一、109年因疫情影響，南區業務組組因應疫情影響已納入門住資源耗用校正機制。
- 二、以門診採用之CCS之權重，各案件疾病都有相對應之CCS之權重。
- 三、原109年9月11日南區共管會提案四南區業務組之建議為自109Q3起仍持續執行當期與基期之單價管理門住資源耗用校正，預直接採取校正後之數據，不採擇優辦理。餘單價管理執行方式維持現行做法。
- 四、在相同CCS權重下理當各醫院單價管理之結果應趨近，否則對於精實醫療管理之醫院不公平。
- 五、建議自109年Q3起，建議除自身比調校CMI外，對於單價管理結果值為同儕最低單價之20%醫院，應給予校正同儕單價佔比，也就是其自身單價比佔50%，校正同儕CCS後單價權重50%，才能反應真正CCS校正之意義。

南區業務組回應：併同提案四討論。

決議：同提案四。

五、散會(5時30分)