

「南區醫院總額共管會議」108年第2次會議紀錄

時間：108年6月14日(星期五)下午2時40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

記錄：沈佩瑩

賴主委寧生

出席人員：

賴主委寧生	賴寧生	邱委員仲慶	邱仲慶
姚委員維仁	姚維仁	郭委員宗正	郭宗正
楊委員俊佑	(請假)	吳委員俊明	吳俊明
李委員麗娟	李麗娟	謝委員景祥	劉秀芬 ^代
林委員宏榮	林宏榮	王委員敏容	王敏容
黃委員瑞仁	劉宏輝 ^代	林委員志鴻	陳明志 ^代
蔡委員良敏	蔡良敏	李委員世強	李世強
蔡委員宗龍	蔡長煥 ^代	林委員瑞模	林瑞模
王委員瑞祥	王瑞祥	謝委員孝佳	謝孝佳

衛生福利部中央健康保險署南區業務組：

李建漳 賴阿薪 黃紫雲 唐文璇 郭俊麟 張智傑 程慶惠
蔡麗香 許寶茹 吳佩寧 李碧鳳 沈佩瑩 王綉華 黃信祺

旁聽人員(9樓第二會議室)：轄區17家醫院共24人

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)業務組報告：南區醫院醫療費用申報概況、108年第二次研商會議重點及近期推動重要業務。

針對與會委員提問之回應：

1. 有關108年醫院總額預算，其他醫療服務利用及密集度之改變項目分配予南區之2.83億，為因應慈濟斗六及中榮嘉

義門診部自西醫基層轉醫院總額所增加之醫療費用。

2. 因逾通報期限未完成境外器官移植登錄，而暫停給付抗排斥藥物之疑義事項，本組將請示署本部後另行轉知醫院。
3. 將研議簡報內容之跨區就醫情形增加人數及件數之可行性，60 大類藥品重複用藥核扣方案、檢驗(查)再執行率增加分子、分母等資料。
4. 鼓勵即時查詢病患就醫資訊方案之資料上傳統計定義，即時意指 24 小時內上傳者，非即時係以費用年月統計上傳筆數(不論是否於 24 小時內上傳)。
5. 有關轉診集中特定院所情形，經查部分院所實屬轉檢案件，業已輔導院所更正申報模式。

(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：108 下半年南區醫院總額期望平均點值設定案，提請討論。

說明：

- 一、本組於 108 年 5 月 14 日向轄內 67 家醫院寄發問卷，全數回復。關於 108 下半年南區期望平均點值：以 0.925 最多(家數 29 家、醫費占率 44.76%)，詳如下表所示：

期望平均點值	家數	費用占率
0.92	12	13.50%
0.9225	4	17.66%
0.925	29	44.76%
0.9275	2	0.28%
0.93	19	15.55%
0.935	1	8.25%
總計	67	100.00%

- 二、問卷醫院回饋意見與本組回復詳如附件 1。

三、106 年至 108 上半年南區醫院總額各季共議期望平均點值：

期間	106 上半年	106 下半年	107 上半年	107 下半年	108 上半年
期望平均點值	0.92	0.92	0.925	0.92	0.9225

四、107Q1-107Q4 各分區與全署平均點值：

分區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全署
107Q1	0.9004	0.9295	0.9166	0.9241	0.9450	0.9224	0.9179
107Q2	0.9095	0.9340	0.9421	0.9308	0.9442	0.9173	0.9271
107Q3	0.9007	0.9370	0.9354	0.9306	0.9539	0.9328	0.9249
107Q4	0.9137	0.9339	0.9275	0.9207	0.9390	0.9200	0.9239

註：107Q2 起因各區皆有藥品價量協議點數自核定點數扣除，致平均點值提升。

107Q2：61,476,736、107Q3：55,294,361、107Q4：22,451,696

五、南區業務組推估 108 年下半年醫院總額預算分配情形

(一) 108 年醫院總額一般服務預算成長率為 4.080%。依據醫院總額研商議事會 108 年第 2 次會議決議，108 年各季醫療服務預算需扣減項目包括：

1. 107 年新特材未導入預算
2. 106 年編列之品質保證保留款預算
3. 108 年其他醫療服務利用密集度之改變預算
4. 108 年風險調整移撥款

前述預算經署本部校正後，預估影響本分區每季整體短少約 4,300 萬元。

(二) 108 年本分區因人口持續減少因素，影響每季短少約 3,630 萬元。107Q3 跨區就醫雖僅 1.5 億，惟歷年該季數據皆超過 2 億，爰 108Q3 以近 5 年第 3 季跨區就醫均值 2.5 億估算，將影響 108Q3 預算短少約 10,000 萬元。

六、108 年第 3 季、第 4 季目標管理點值之預估成長率如下表：

預估運作點值	Q3 整體成長率	Q4 整體成長率
0.92	3.64%	3.57%
0.9225	3.39%	3.32%

0.925	3.14%	3.07%
0.93	2.64%	2.57%
備註：上開尚未扣除南區方案應保留指標成長率(2.5%)、A1 急重症排除(0.3%)、A1 抗癌事審排除(0.25%)、南區自排項目成長、醫院擴床額度、先前季別申復爭審、自墊核退所需額度。		

建議：

- 一、調查結果以 29 家醫院期望平均點值於 0.925 且其醫療費用占率 44.76% 最多，爰建議 108 年下半年期望平均點值設定為 0.925 元。
- 二、本次審查作業原則之管理指標項目僅進行微修，將於 108 年 6 月 27 日醫院院長會議提供。
- 三、108 年 7 月 5 日前提供 108 年下半年各院目標管理點數，請 108 年 7 月 19 日來函並申請書向南區業務組提出參加審查分級方式。

決議：照案通過。

提案二

提案單位：南區業務組

案由：有關南區 108 年醫院總額風險移撥款之分配方式，提請討論。

說明：

- 一、關於本移撥款，醫院總額醫療服務審查執行會南區分會業於 108 年 5 月 10 日向台灣醫院協會提交計畫書(如附件 2)，並經 108 年 5 月 17 日會議決議通過：南區 108 年醫院總額風險移撥款計 13,324,494 元，依南區 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占比 9:1 進行預算分配。
- 二、依 108 年第二次醫院總額研商議事會議報告案第四案所述：本項移撥款採四季均分，併入 108 年各季各分區醫院總額一般服務費用，按季結算。爰此，依 108 年四季占率分配上開二項之各季預算上限，如下表所示：

預算分配項目	季別	各季預算上限	各季可分配點數 (皆暫以÷0.9225 呈現)
C 肝口服新藥 個案之非藥費	108Q1	2,852,449	3,092,086
	108Q2	2,994,862	3,246,463
	108Q3	3,041,672	3,297,205
	108Q4	3,103,062	3,363,753
	全年	11,992,045	12,999,507
精神巡迴醫療 服務費用	108Q1	316,939	343,565
	108Q2	332,762	360,718
	108Q3	337,964	366,357
	108Q4	344,784	373,750
	全年	1,332,449	1,444,390
總計		13,324,494	14,443,897

註：108 年四季占率係依 107 年第四次醫院總額研商議事會議報告事項第五案決議：
四季占率依序為：23.786718%、24.973738%、25.364080%、25.876004% 計算

三、108Q1 南區 C 肝口服新藥新個案(即取號日期於 108.01.01-108.03.31)總計 6,940 人、非藥費計 14,222,361 點。

四、108Q1 南區三家醫院精神巡迴醫療服務之醫療費用：

醫院簡稱	巡迴點	個案數	醫療費用	平均每人費用
嘉南療養院	七股、下營、 大內、關廟	298	820,222	2,752
台大雲林	東勢、水林	242	250,889	1,037
奇美柳營	白河	14	35,159	2,511
總計		554	1,106,070	1,997

建議：

一、考量上開二項分配因素之每季預算上限數額小、僧多粥少，爰建議分配方式：

(一) C 肝口服新藥個案之非藥費：

1. 依 108 年第二次醫院總額研商議事會議報告資料顯示：108Q1 全署 C 肝口服新藥預算執行率為 60.3%。考量 C 肝口服新藥預算可能於年度結束前即用罄，而造成該季各院新個案數未能真切反映其全年收案照護情形，爰擬分配方式如下述。

2. 分配方式：

以「當季累計預算上限÷南區醫院當季累計照護總新個案數求得每位新個案數可分配點數後、乘上該院當季累計照護之

新個案數，求得各院可分配點數、減去上一季已分配點數」。

3. 舉例說明：

(1) 108Q1 可分配總點數為 3,092,086 點，南區醫院收案新個案總數為 6,940 人，其中 A 醫院收治 904 人。A 醫院 108Q1 可配得點數= $3,092,086/6,940*904=402,773$ 點

(2) 108Q2 分配總點數 3,246,463 點(Q1 至 Q2 累計分配 6,338,549 點)，南區醫院累計新收個案數 10,000 人，A 醫院收治累計 1,500 人。A 醫院 108Q2 可配得點數= $(6,338,549/10,000*1,500)-402,773=548,009$

(3) 往後各季比照辦理，至 108Q4 季結算止。

(4) 未完成治療個案，僅得以每新收案個案平均費用的 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。

(二) 精神巡迴醫療服務：以當季預算上限÷南區當季照護總個案數求得每位個案數可分配點數後、乘上該院照護個案數，求得各院可分配點數。

決議：照案通過。

五、散會(4時15分)

附件1 108下半年審查分級作業原則問卷之醫院建議與本組回應

意見歸類	醫院代號	醫院意見	本組回應
門診減量2%	A	區域層級以上逐年降2%，針對A1醫院，部份分區還是採不重覆核扣，請南區改採不重覆核扣方案。	<p>一、醫院總額研商議事會議108年第1次會議討論案第3案決議：各分區自主管理與門診減量2%政策核扣，108年分別進行核扣，爰本組據以辦理。</p> <p>二、經詢問北區業務組已朝研商議事會議決議進行修正，另高屏業務組108年上半年做法即分別核扣。又台北業務組108/3/12共管會議決議：108年區域級(含)以上門診減量方案取消與自主管理方案核扣點數不重複核扣之原則。</p>
	B	參與A1方案之醫院，未達門診減量之核扣方式，北區及高屏區皆核扣於目標點數外，並不會核扣至目標點數，敬請南區亦可參考比照作法。	
	C	針對門診減量未達之醫院，北區及高屏區僅自超額點數中扣除，未實質核扣門診減量未達之點數，擬建議比照北區及高屏區做法。	
流用	D	門住診目標點數相互流用，是否可排除敘明具體理由，由醫院端自行管控總額點數。	門住診目標點數相互流用是基於醫院因有特殊情況或不可控因素，導致醫療服務之變動之因應。
非A1折付	E	南區醫院總額醫療服務審查分級作業原則捌之二，建請調整為以該院實際醫療點數占非A1醫院點數比率 $\times 30\%$ +淨成長貢獻率 $\times 70\%$	非A1折付公式的改變需提經共管會決議
	F	建議「捌、其他事項」中，當季結算前預估點值低於南區醫院共議期望值時，由A-1醫院及非A-1醫院共同執行攤扣作業	點值維護是全南區醫院共同之責任，A1醫院在季結算前預估點值時，已就超出期望點值之目標管理點數上限准予核減點數，因此會導致預估點值與期望點值的差距，係因非A1醫院成長超出所致，所以啟動執行非A-1醫院當折付攤扣作業。
	G	本院配合健保署積極推動C肝用藥公共政策，目前C肝用藥相關檢查檢驗等非藥費無排除，造成計算攤扣的費用成長率時被納入計算，擬建議計算單價核扣與8-2攤扣成長率時，考量將C肝個案的檢驗(查)費排除於非藥費計算。	<p>1. C肝口服新藥個案之非藥費屬一般總額範圍內，為維繫點值穩定，仍應擲節醫療費用支出。</p> <p>2. 風險移撥款C肝口服新藥個案之非藥費部分已提為分配項目之一，但因每季額度僅約近300萬元。</p>
管理指標	H	管理指標:涉及各醫院醫療費用成長率，建議指標之目標值能有"全國同儕平均值"或與自身比，讓南區在指標上的表現不低於全國即可，例如：影像	現行指標目標值多數皆以全署值或南區值作為絕對目標值、並設有自身比

意見歸類	醫院代號	醫院意見	本組回應
		即時上傳率、檢驗(查)結果即時上傳率，健保署常會更改上傳內容，使上傳程式須異動而造成不穩定。	
	I	1.醫院管理指標項目、操作型定義、目標值、權重，請優先提供 2.有關指標建議 (1.) 電子轉診平台，公部門(如：衛生局)，持續使用紙本轉診單，建議署優先輔導 (2.) 轉診單限開立日 90 天有效，建議：屬於慢箋下轉案件放寬轉診單有效天數。	1.擬於 6/27 院長會議先行提供 108 下半年指標項目。 2.轉診單有效期限 90 天，是依據轉診實施辦法的規定，若欲放寬慢箋下轉案件之轉診單有效天數，涉及修法
	J	管理指標項目「轉介至診所居家醫療照護階段照護人數」，建議改成「居家醫療照護階段照護人數」，將醫院的居家醫療申報個案計入，以重視所有不同層級執行之居家醫療服務。	本項指標在於鼓勵醫院與診所合作，將合適之居家個案轉介診所照護，以符合分級醫療精神
點值 結算	G	以健保署共管會簡報說明 107Q3 南區季結算預估與公告平均點值差異原因，其中一項為跨區就醫影響，原本預估淨跨出 2.66 億元，但實際淨跨出 1.38 億元，請教健保署是否有相關分析資料，供南區各醫院參考了解，為點值穩定努力。	於今日共管會簡報呈現
審查 分級 相關	K	健保署鼓勵醫療院所參加 A1 方案，已先予以設定其目標管理點數，超過部份逕予以核刪，但又另以立意審查抽查病歷，針對不同意之項目，再行核扣乙次，建議是否若醫院已斷頭，是否不應再行核扣乙次，而是改以建議輔導改善。	A1 逕予核減、非 A1 折付，這些都是為達目標點值之巨觀(macro)管理，在巨觀管理之下，健保署仍有責任以檔案分析做微觀(micro)管理，所以加入 A-1 醫院為快速通關免隨機抽審，但為了瞭解保險醫事服務機構醫療服務品質及適當性，對檔案分析偏離常模部分南區業務組仍應善盡管理人之責進行專業審查核減及輔導改善，醫院對醫療服務案件審查結果有異議時可提申復、爭審等救濟程序。

醫院部門108年度醫院總額風險調整移撥款執行方式-南區

壹、計畫依據

依衛生福利部全民健康保險會107年11月16日第3屆107年第10次委員會議於分配108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1.5億元，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13,324,494元。

肆、執行方式

一、移撥款費用

衛生福利部全民健康保險會107年11月16日第3屆107年第10次委員會議於分配108年度六分區預算決議，108年「醫院風險調整基金試辦計畫」以1.5億元為基金額度，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如下：

分區	全年風險調整移撥款	山地離島非原住民人口 (排除偏鄉)	偏鄉地區	重度以上身心障礙	台閩地區原住民人口	低收入戶總人口	6歲以下+65歲以上戶籍人口
南區	13,324,494	0.00%	3.80%	15.40%	1.59%	13.04%	16.34%

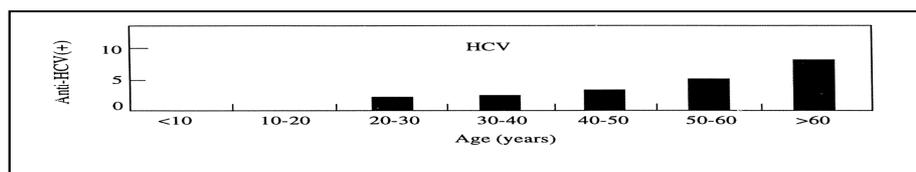
因預算目的主要為襄助各區偏鄉及弱勢醫療，依南區所獲分配費用為1,332萬，欲達成各面項成效之補助，難以量化呈現。因此，考量整體南區人口特質已涵蓋原住民族地區、偏鄉地區及各項風險因子，特選定國家級疾病預防政策及亟需費用挹注的照護服務，做為擇定108年移撥款補助轄區醫療院所提供指定之醫療服

務項目，以提高本專案服務成效。

二、襄助費用項目

1.C 肝口服新藥個案非藥費

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。另台灣地區各年齡層人口之C型肝炎病毒帶原率，20歲以上感染的人隨年齡增加，其中60歲以上人口病毒帶原最高(如下圖)。



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，106年南區業務組C肝全口服新藥治療人數為3,156人，占全國9,535人之33.1%，為各業務組中最高(106年)。依治療率(收案治療人數/盛行人數)分析：南區業務組為2.53%，優於全國治療率2.01%，為全國之冠，若以縣市別區分，雲林縣為3.77%，優於全國。

依總額預算分配，108年醫院總額預算，編列4660百萬元為C型肝炎藥費，然肝炎治療過程衍生之檢驗檢查費

用並未編列，該項發生費用則在總額之內，由各醫療院所承擔，院所也因治療 C 肝病患之非藥費費用導致醫療費用超出總額而未獲合理給付。依108年2月22日台灣醫院協會全民健康保險委員會108 年第1 次會議討論事項第二案(109 年度醫院總額部門目標成長率及其內涵建議案)第三項，專款專用項目：原則尊重健保署估列項目及成長率，惟(一)C 型肝炎用藥部份，其預算應包含 C 型肝炎用藥治療所須之檢驗(查)費用，爰建議修正名稱為：C 型肝炎藥費暨檢驗(查)費；同年該委員會第2次會議亦提出調整增加申請該預算之說明，顯見 C 肝口服新藥個案之檢驗(查)費，實有列為保障醫療院所執行國家衛生政策項目之合理給付必要性，考量南區 C 型肝炎之盛行率，擇定 C 肝口服新藥個案非藥費為108年風險移撥款之補助項目。

2.精神巡迴醫療

南區計有15個鄉鎮區屬衛生福利部公告之108年「全民健康保險醫療資源缺乏地區」，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。

因此南區雲林縣及台南市衛生局對偏鄉及沿海地區之有關身心障礙之照護，已協請醫院承接巡迴醫療服務計劃，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；台南地區尚有柳營奇美醫院承接將軍區、白河區、大內區及下營區；嘉南療養院則辦理七股區及關廟區之精神巡迴醫療服務。

衛生福利部因實施門診減量方案未將前述案件排除，為配合衛生政策之執行，導致醫院費用損失，以致降低院

所執行精神巡迴醫療之意願，但此模式行之有年，已有許多忠誠病患，且穩定治療可以降低病情惡化轉住院所產生的費用，為完善此類照護，在無法列入門診減量的排除範圍時，擇定此類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、南區醫院總額風險移撥款運用模式

1. 醫院醫療服務審查執行會南區分會：

依據108年度計畫執行各項工作，經偕同南區各層級代表與健保署共同討論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。

2. 南區業務組：

提供量化效益指標資料，並負責補助項目費用計算及撥付。

3. 南區各層級醫療院所：

(1)執行C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫院所：

配合執行C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫，並依健保規定進行費用申報個案。

(2)執行精神巡迴醫療業務院所：

配合執行相關醫療照護作業，提供108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，由健保署依各院申報資料擷取相關費用，以作為費用補助之依據。

二、支付方式：

1.移撥款依南區C肝口服新藥個案非藥費及精神巡迴醫療之佔比(9:1)，進行預算分配，分配金額如下：

移撥款費用分配表：

預算項目	C 肝口服新藥個案非藥費	精神巡迴醫療	合計
預算上限	11,992,045	1,332,449	13,324,494
備註：預算項目依 108 年醫院總額一般服務預算四季重分配，各季預算占率如下：第 1 季 23.786178%、第 2 季 24.973738%、第 3 季 25.364080%、第 4 季 25.876004%。			

2.健保署每季統計各院補助費用項目申報情形，並於執行會南區分會檢核提報南區共管會確認移撥款補助項目費用申報情形，於當季季結算時，進行各院補助項目費用撥付，若超過當季預算時，以浮動點值計算核付。

陸、預期效益

一、量化效益：

1.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院所增加篩檢人數，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：108年照護人數>107年照護人數

2.每半年巡迴點追蹤個案數再住院率<10%

(1)說明：補助院所提供精神巡迴醫療照護服務之人力費用，減少因巡迴醫療照護溢增醫院醫療服務費用成長，減少院所受限門診減量政策在費用短絀之營運壓力，有助於鼓勵院所持續提供相關照護之人力成本支出

(2)操作型定義：再住院個案數/巡迴點追蹤個案數*100%

二、非量化效益：

1.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。

2. 達成風險移撥款實質提升院所挹注本區偏鄉及弱勢醫療品質之成本支出目的。

增進院所執行精神巡迴醫療之意願與投入，持續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。