

「南區醫院總額共管會議」107年第4次會議紀錄

時間：107年12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：林組長淑華

記錄：蔡玉霞

邱主委仲慶

出席人員：

邱主委仲慶	邱仲慶	楊委員俊佑	楊俊佑
姚委員維仁	姚維仁	謝委員景祥	謝景祥
吳委員俊明	吳俊明	李委員麗娟	李麗娟
林委員宏榮	林宏榮	王委員敏容	王敏容
吳委員錫金	吳錫金	林委員志鴻	林志鴻
賴委員寧生	賴寧生	蔡委員良敏	蔡良敏
郭委員宗正	郭宗正	李委員世強	李世強
陳委員勝咸	胡妙吟 ^代	楊委員茂庭	潘和寬 ^代
蔡委員宗龍	蔡宗龍	謝委員孝佳	謝孝佳

台灣醫院協會醫院醫療服務審查執行會 謝武吉副召集人

衛生福利部中央健康保險署南區業務組：

李建漳 賴阿薪 郭碧雲 嚴海樹 郭俊麟 朱秀芳 程慶惠
蔡麗香 林煒傑 吳淑女 許寶茹 黃素娥 楊莉苓 王淑萍

旁聽人員(9樓第二會議室)：轄區21家醫院共27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年醫院總額訊息、近期推動重要業務。

針對與會委員提問之回應：

1. 罕見疾病之藥費及特材費用屬專款預算，提醒各院應確實通報國健署、俟確診為罕病後、再向本署申請重大傷病，以免影響醫院總額點值。
2. 感謝各位委員努力爭取，108年醫院總額預算編列0.42億元、並合併107年未支用之2.32億元，共2.74億元運用於轄內慈濟斗六診所改醫院及中榮嘉義附設門診部回歸醫院總額。
3. 重大傷病(部分負擔代碼001)及論質計畫(E1案件)穩定轉為非穩定個案案件，屬區域級以上醫院門診下降2%之排除項目，爰本組進一步分析上開申報情形，請醫院回復說明並抽審案件送請專審醫師檢視合理性；並非逕自認定醫院屬刻意規避。
4. 108年1月起「跨院28日內再執行CT/MRI未讀取影像及報告」將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19條第17款不予支付；有關其排除項目原因代碼S001~S004在醫院臨床實際作業面窒礙難行之處，將再進一步了解及收集醫院意見後向署本部反映。
5. 有關108上半年審查分級作業管理指標項目，參考各院問卷建議：管理指標在審查分級作業公告時即應同步公告。爰108年第1季將原則沿用107下半年管理指標項目，108年第2季再依政策方向之指標項目，酌予調整指標項目。
6. 有關簡報資料建議事項如下：
 - (1) 南區醫療費用申報概況簡報，除了分層級、門住診別外，再呈現A-1、非A-1醫院申報概況。
 - (2) 門診醫療費用占率簡報，增加金額呈現。
 - (3) 各分區愛滋確診服藥滿2年屬專款藥費及一般總額費用分析簡報，再呈現全署合計數據。

(4) 每次簡報呈現轄內參與A-1、非A-1家數資料供參。

(5) 更清楚呈現A-1、非A-1醫院之成長率與核減率差異情形，即執行審查方案捌之一、捌之二及單價管理調校核減之前、後核減率。

(二) 醫院醫療服務審查南區執行分會報告：財務報告、醫院總額風險調整移撥款草案及議題討論(南區醫院擴增病床調增目標管理點數案、108年度主委改選案)。

(三) 108年南區醫院總額醫療服務審查分級作業原則報告(略)

四、提案討論：

提案一 提案單位：南區業務組

案由：有關「108年度南區醫院總額醫療服務審查分級作業原則」(草案)，提請討論。

說明：經107年10月18日向轄內67家醫院寄發問卷，調查「108年度南區醫院總額醫療服務審查分級作業原則」之執行與修訂意見，67份問卷全數回收，摘要如下：

一、平均點值期望值以0.925元(31家、費用占率57.8%)、0.92元(22家、費用占率33.9%)，0.92~0.925計有53家(占79.1%)、費用占率91.7%。

二、參考各院問卷意見，修訂108年南區醫院總額醫療服務審查分級作業原則」(草案)，並於107年12月4日辦理該審查分級作業原則(草案)說明會，參加醫院25家33人。

三、醫院建議：

(一) 期望點值設定後不應執行一半即調整；一次給予全年各季目標管理點數供醫院在全年總額的範圍內自行分配；非A-1醫院亦可流用；比照中區門診重大傷病身分且當次藥費小計大於6000點者列為藥費排除列計；門診減

量超出件數不予以支付而規劃之相關措施，建議仍須以貴署設定之不重複核扣為原則；當季結算前預估點值低於南區醫院共議期望點值時，由 A-1 醫院及非 A-1 醫院共同執行攤扣作業，攤扣比率可另訂或依兩方案醫院成長點數占率而定；管理指標在審查分級作業原則公告時即應同步公告；單項管理指標之權重不宜太高。

(二) 以上意見已於 107 年 12 月 4 日暨今日「108 年度南區醫院總額醫療服務審查分級作業原則」(草案)簡報報告中，逐一說明。

(三) 另長庚嘉義醫院於 107 年 12 月 4 日說明會當日臨時提案：考量 107 下半年起區域以上醫院配合門診減量 2% 政策、減量對象係以初級照護對象為主，各醫院應朝重症發展，爰建議調整 A-1 醫院急重症、抗癌事審藥另排除列計提撥額度及計算方式(詳如附件一)。

建議：

- 一、本次調查結果以 0.92~0.925 元為多數，考量影響 108 年南區醫院醫療服務變數仍存在，包括：慈濟斗六診所轉為醫院(雖於 108 年總額之其他醫療服務利用及密集度改變有編列慈濟斗六診所併入醫院總額預算但此部分並未含住院部分)、彰基雲林與郭綜合醫院改為地區醫院擴增病床調整目標管理點數等等。
- 二、建議 108 上半年期望點值折衷採取為 0.9225 元，下半年再依公告結算點值進行檢討調整。
- 三、有關 108 年 A-1 醫院急重症、抗癌事審藥另排除列計提撥額度及計算方式，提請討論。

決議：

- 一、通過南區醫院總額 108 年第 1、2 季期望平均點值為每點 0.9225 元。
- 二、108 年 A1 醫院急重症另排除列計提撥額度由 0.2% 提升至 0.3%，排除列計公式不變；抗癌及事審藥品另排除列計提撥額度由 0.2% 提升至 0.25%，排除列計以較去年同期差值之 45%，調整為較去年同期差值之 50% 予以排除列計。

提案二

提案單位：南區業務組

案由：有關南區業務組醫院擴增病床調整目標管理點數執行方式，提請討論。

說明：

- 一、依據 107 年第三次南區醫院總額共管會議提案三「新增病床應給予目標額度案」決議：請業務組參酌之前所訂規則研擬醫院增床額度分配方式並透過工作小組共同討論訂定後，提至「南區醫院總額共管會議」第 4 次會議決議、並於 108 年度起適用辦理。
- 二、經參酌本組 97 年度醫院總額座談會第 2 次會議紀錄所訂規則、本署其他業務組作法後，本組擬訂擴增病床調增目標管理點數執行方式，詳如附件二、並業經 107 年 10 月 17 日工作小組會前會、107 年 12 月 4 日工作小組會議充分討論後制定。
- 三、依各院回復 108 年有擴床計畫計 5 家，符合附件二所訂門檻占床率僅 1 家醫院，依計算公式試算一季約 1,210 萬點，約占南區醫院總額 0.1%。

建議：經本次會議決議通過後，請醫院於 107 年 12 月 31 日前提出擴床計畫並檢附相關資料申請至本組審核。

決議：

- 一、「南區醫院擴增床數調增目標管理點數」執行方式，修正申請程序：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%。監測機制再增列：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 條所列違規違規事由，即停止調增目標管理點數。(詳如南區醫院擴增床數調增目標管理點數執行方式決議版)
- 二、輕病或短期住院案件要監測。
- 三、108 年度有擴床計畫醫院於 107 年 12 月 31 日前提出擴床計畫及檢附相關資料向本業務組申請審核。

提案三

提案單位：南區業務組

案由：提報分區增列 108 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、108 年度「醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則」各分區考量轄區預算及特性於 108 年 1 月底前提供修正意見及符合認定原則之醫院名單，提報至 108 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、107 年度本區偏遠地區醫院認定原則：依 106 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) 106 年前 3 季呼吸器費用占全院費用比率大於 40% 醫院

(三) 106 年前 3 季提供急診服務量小於 5% 醫院

(四) 106 年間有經保險人處以停(終)止特約之醫院

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)。

建議：

一、108 年南區增列認定原則，建議比照 107 年認定原則外，再新增一項排除條件：距離任一家區域以上層級後送醫院小於 10 公里者。意即 108 年南區偏遠地區醫院認定原則為：依 107 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) 107 年前 3 季呼吸器費用占全院費用比率大於 40% 醫院

(三) 107 年前 3 季提供急診服務量小於 5% 醫院

(四) 107 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

二、依上開分區認定原則符合醫院名單總計 3 家：

(一) 雲林縣大埤鄉及臺西鄉鄰近之地區醫院：雲林長庚醫院

(二) 臺南市七股區、將軍區、大內區、南化區、官田區及龍崎區鄰近之地區醫院：宏科醫院、臺南新化分院

決議：照案通過。

提案四

提案單位：南區業務組

案由：有關 108 年「南區業務組醫院總額共管會議」、「南區業務組醫院總額院長會議」召開時程案，請討論。

說明：108 年預定會議時程將配合 108 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（3/6, 5/22, 8/21, 11/20, 12/18）安排。

建議：108 年預定會議時程如下：

會議日期	3/15 (星期五)	6/14 (星期五)	6/27 (星期四)	9/20 (星期五)	12/13 (星期五)	12/26 (星期四)
會議名稱	第 1 次 共管會議	第 2 次 共管會議	第 1 次 院長會議	第 3 次 共管會議	第 4 次 共管會議	第 2 次 院長會議

註：6/7(五)端午連假、9/13(五)中秋連假

決議：照案通過。

五、散會(5時15分)

附件一

提案：調整A-1醫院另排除列計計算方式

條文內容107年南區醫院總額醫療服務審查分級作業原則/

伍-四.A-1醫院另排除列計項目

→本預算急重症、抗癌藥與事審用藥各採總額0.2%(3,300萬點/季)為最高排除額度，超出時以浮動計算。

(一)急重症病患醫療照護需求之排除列計

- 1.定義：急重症病患醫療照護保障之排除列計點數於季結算 A-1 醫院當季門/住診別之實際醫療服務點數時排除。
- 2.公式：當各院急重症醫療點數 \geq 去年同期2%以上時，依各院成長 $>2\%$ 以上之部分的點數予以排除1/2

(二)抗癌藥品與經事前審查同意藥品需求之排除列計

- 1.定義：抗癌藥品與經事前審查同意藥品費用之排除列計點數於季結算A-1醫院當季門/住診別之實際醫療服務點數時排除。
- 2.公式：各院門住診抗癌藥品及經事前審查同意藥品點數分別較去年同期成長差值之45%，予以排除列計。

討論說明

1.發展方向：減少輕症、增加重症

自107下半年起，區域級(含)以上醫療院所門診量皆須逐年減少2%以上，減量對象主要係以初級照護對象(輕症)為主，故各醫療院所應朝重症發展。

2.額度提撥：應提升提撥比重

另排除項目各設總額0.2%為最高排除額度，超出時以浮動計算，以107上半年皆呈現折付，折付率如下，已呈現額度不足情況。

	第一季	第二季
急重症	41%	71%
抗癌藥&事審用藥	70%	61%

3.排除列計公式：應提高排除列計比例

以上兩類各項費用皆列入醫療費用總額計算，僅針對成長(急重症須成長2%以上)之額度予以排除45%~50%，無法各醫療院所因應該兩類項目之醫療發展。

建議方案一

1.額度提撥增加：建議各提升至0.4%

2.排除列計公式修改：建議針對兩類實際發生金額20%各予以排除

建議方案二

1.額度提撥增加：建議各提升至0.4%

2.排除列計公式修改：建議針對成長之額度全數排除

南區醫院擴增床數調增目標管理點數執行方式(決議版)

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，始得調增目標管理點數。	
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 ≥ 30 床 100~299 床：新增 ≥ 20 床 99 床以下：新增 ≥ 10 床
	加護病床	條件：新增 ≥ 10 床 限區域以上層級醫院適用
	精神加護病床	不適用
計算公式	擴床數*占床率*平均每人日費用*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管理點數 (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	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)，帶入上開計算公式 ➤ 註 1：占床率計算公式 = $\frac{\text{申報該類病床醫令總數}}{\sum \text{當月天數} \times \text{當月該類病床數}}$ ➤ 註 2：計算區間：前一年 10 月至當年 9 月	
平均每人日費用	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；倘該院數據低於同儕第 25 百分位值，則以自身值計算)，帶入上開計算公式 ➤ 註 1：計算公式： ✓ 急性一般病床平均每人日費用 = $\frac{\text{單純入住急性一般病床之住院案件醫療費用 (排除給付類別為 9 者)}}{\text{總住院人日數}}$ ✓ 精神急性一般病床平均每人日費用 = $\frac{\text{單純入住精神急性一般病床之住院案件醫療費用}}{\text{總住院人日數}}$ ✓ 加護病床平均每人日費用 = $\frac{\text{入住加護病床之住院案件醫療費用}}{\text{總住院人日數}}$ ➤ 註 2：計算區間：前一年 10 月至當年 9 月	
淨核減率	該院前一年 Q3 至當年 Q2 住診整體淨核減率(算至單價核減、A1 超出目標管理點數/藥費目標占率之差值點數、非 A1 折付、申復、爭審，若當季尚未核定則採推估資料)	
監測機制	1. 擴增床數調增目標管理點數之醫院不得流用至門診 2. 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 條所列違規違規事由，即停止調增目標管理點數 3. 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) 4. 當季住診歸戶人數需較基期成長 5. 醫院需維持評鑑住院醫護人力，以維持照護品質 6. 計算「新增病床實際占床率」：當季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 7. 經評估上開 2~6 後，本組得於該季點數核定時扣減所調增之目標管理點數	

