

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」113年第1次會議紀錄

時間：113年3月15日(星期五)下午2時40分

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

劉主委啓舉

出席人員(*為視訊與會)：

委員姓名	出席代表	委員姓名	出席代表
王委員瑞祥	王瑞祥	楊委員仁宗	楊仁宗*
李委員經維	李經維	劉主委啓舉	劉啓舉
李委員聰明	李聰明*	蔡委員良敏	蔡良敏
李委員麗娟	李麗娟	鄭委員天浚	王敏容(代)
林委員宏榮	林宏榮	鄭委員雅敏	鄭雅敏
姚委員維仁	姚維仁*	賴委員仲亮	賴仲亮*
馬委員惠明	吳錫金(代)*	賴委員寧生	賴寧生*
陳委員正榮	陳正榮	謝委員景祥	謝景祥*

衛生福利部中央健康保險署南區業務組：

林純美 何尹琳* 黃紫雲 郭俊麟 郭碧雲 吳佩寧 許寶茹
張智傑 陳嘉宏 林煒傑 張家綾 陳沐恩 李怡君 曾荃璞
許涵琇* 沈佩瑩* 楊韻萱* 張美卉*

視訊旁聽人員：轄區醫院

壹、主席致詞：(略)

貳、上次會議紀錄確認：請參閱(不宣讀)確認(略)

參、報告事項：

一、台大雲林第6屆政府服務獎(數位創新加值)獲獎分享:安心雲林e院聯防(略)

二、醫院醫療服務審查南區執行分會報告(略)

三、醫院總額執行概況暨業務宣導：醫療費用申報概況、南區方案執行情形(含112年風險移撥款分配)、近期推動重要業務(113年預計辦理回溯性項目、南區醫院待改善指標(CT/MRI執行與再執行率、DKD照護比率、急轉住留滯>48小時比率)及近5年呼吸器使用、生物相似藥申報現況、慢連箋領藥期限宣導等)。

四、安生醫院增設復健科113年1月至2月業務報告(略)：將參酌醫師與復健師產值及病人於醫院間移轉數據，重新檢討基期計算方式及抽審原則。

肆、報告案

第一案

報告單位：南區業務組

案由：本會歷次會議決議事項辦理情形。

說明：共3項，擬解除列管計2項，持續追蹤計1項。

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
1	112_2 共管會暨 112_1 院長會議臨(2)：後續監測部分負擔新制正式上路後對民眾就醫移動之影響。		已於本次會議南區業務組簡報呈現。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續追蹤

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
2	112_4 共管會討(4)：南區方案 113 年第 3 季、第 4 季基期實收調校原則。	暫予保留，於 113 年第 1 次共管會呈現相關數據再議。	列為本次會議討論案第三案。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續追蹤
3	112_4 共管會討論(5)：安生醫院增設復健科別及醫師申請額度案。	請該院分別於 113 年第 1 次、第 2 次共管會報告並檢視數據後再議。	已請安生醫院於本次會議報告，第 2 次共管會議亦比照辦理。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 持續追蹤

決定：洽悉。

第二案

報告單位：南區業務組

案由：112 年第 4 季南區方案陸之三「依專審核減點數乘 10 倍下修基期收入」之專案項目。

說明：

- 一、依 111 年南區醫院總額第 4 次共管會議暨 112 年南區醫院總額第 1 次共管會議決議辦理。
- 二、符合旨揭核扣原則之 1 項專案數據如附表 1，本次總計應下修 2 家、311,040 點，於 112 年第 4 季方案結算時執行。

決定：洽悉。

附表 1、112 年第 4 季符合方案陸之三規定之專案列表

異常專案名稱	層級別	醫事機構	清查醫令數 (A)	自行檢視		專審 (針對標的醫令)		核減率 (D/C)	應下修基期 (0 階) 點數 (D*10)
				同意繳回醫令數 (B)	繳回率 (B/A)	抽審點數 (C)	核扣點數 (D)		
特異過敏原檢查 (30022 C) 申報合理性	區域以上	A1	232	34	14.7%	320,760	124,740	38.9%	
		A2	206	76	36.9%	210,600	152,280	72.3%	
		A3	145	77	53.1%	110,160	71,280	64.7%	
		A4	144	81	56.3%	102,060	32,400	31.7%	
		A5	108	94	87%				
		A6	102	29	28.4%	118,260	32,400	27.4%	
		A7	42	16	38.1%	42,120	16,200	38.5%	
		A8	36	9	25%	43,740	4,860	11.1%	
		A9	35	26	74.3%				
		A10	35	18	51.4%				
		A11	26	9	34.6%	27,540	8,100	29.4%	
		A12	21	8	38.1%	22,032	17,820	80.9%	
		A13	21	14	66.7%				
		A14	6	0	0%	9,720	9,720	100%	
		A15	5	1	20%				
		A16	3	2	66.7%				
	地區醫院	B1	61	5	8.2%	90,720	4,860	5.4%	
		B2	40	35	87.5%				
		B3	34	34	100%				
		B4	32	30	93.8%				
		B5	11	7	63.6%				
		B6	11	11	100%				
		B7	11	0	0%	17,820	16,200	90.9%	162,000
		B8	9	9	100%				
		B9	9	0	0%				
		B10	8	0	0%	14,904	14,904	100%	149,040
		B11	6	0	0%	9,720	1,620	16.7%	
		B12	5	0	0%				
B13	4	0	0%	7,452	3,726	50%			
B14	1	0	0%	1,620	0	0%			
B15	1	1	100%						
B16	1	0	0%						
小計 (P25 區域=21) (P25 地區=5)		1,411	626	44.4%	1,149,228	511,110	44.5%	311,040	

註：行政檢視排除合理案件後，共計 375 件送專審。

伍、討論提案

提案一

提案單位：南區業務組

案由：112 年第 3 季因應新冠疫情點值下降，醫院總額部門點值費用補助方式案，提請討論。

說明：

一、署本部動支其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目(預算不足由行政院公務預算挹注)，支應 112 年第 1 季及第 2 季醫院總額部門點值費用補助之南區分配方式，前經南區醫院總額院長會議 112 年 11 月 29 日臨時會決議，採兩階段(依序)計算：

- (一) 依占率分配：納入當季結算之當季費用年月各院初核之浮動點數占率分配(意即將方案核減點數加回)。
- (二) 未達 0.9 者再補至 0.9：經前揭分配後重新計算各院平均點值，其中未達 0.9 者補至 0.9 所需額度，由其餘醫院於【依占率分配】階段獲配額度之各院占率等比例攤減。

二、本次 112 年第 3 季再獲補助 8,200 萬餘元，以前揭原則試算結果：

(一) 各原始平均點值醫院之浮動點數占率分布：

原始平均點值	區域以上醫院	地區醫院	合計
0.65~<0.675		0.1%	0.1%
0.825~<0.85		1.4%	1.4%
0.85~<0.875		0.3%	0.3%
0.875~<0.9		0.1%	0.1%
0.9~<0.925		3.5%	3.5%
0.925~<0.95	29.6%	3.9%	33.5%
0.95~<0.975	39.7%	6.7%	46.4%
0.975~<1	12.4%	2.3%	14.7%
合計	81.8%	18.2%	100.0%

註：各院原始平均點值 = 該院之 $\frac{\text{一般服務實質收入}}{(\text{結算核定點數} + \text{方案核減點數})}$

(二) 經依階段一分配後之各院平均點值未達 0.9 者計 6 家(皆為地區醫院)，補至 0.9 需 17,036,521 元。

(三) 經兩階段計算後，各原始平均點值醫院之實際獲配金額分布：

原始平均點值	區域以上醫院	地區醫院	合計
0.65~<0.675		2,622,097	2,622,097
0.825~<0.85		13,512,630	13,512,630
0.85~<0.875		2,296,277	2,296,277
0.875~<0.9		135,925	135,925
0.9~<0.925		2,283,716	2,283,716
0.925~<0.95	19,233,501	2,521,652	21,755,153
0.95~<0.975	25,774,525	4,324,916	30,099,441
0.975~<1	8,069,132	1,465,724	9,534,856
合計	53,077,158	29,162,937	82,240,095
占率	64.5%	35.5%	100.0%

(四) 112 年第 3 季點值之醫院家數分布：

112 年第 3 季點值	區域以上醫院	地區醫院	合計
0.9-0.925		8	8
0.925-0.95	4	7	11
0.95-0.975	5	11	16
0.975-1	7	24	31
合計	16	50	66

三、建議 112 年第 3 季旨揭補助款分配仍採前次決議方式計算，另 112 年第 4 季亦比照辦理。

決議：照案通過，112 年第 3 季旨揭補助款分配仍採前次決議方式計算，另 112 年第 4 季亦比照辦理。

提案二

提案單位：部臺南醫院、部南新化分院

案由：南區方案「自主季間風險調控」機制增列「體系醫院之院際流用」，
提請討論。

說明：

- 一、部臺南醫院、部南新化分院建議比照過往方案 A 組(自主管控)醫院目標管理點數可於體系醫院之間流用機制，於現行方案新增相關規定。
- 二、南區業務組回應：
 - (一) 為紓解醫院財務自控壓力，前經 112 年第一次共管會議決議訂定「自主季間風險調控」機制，各院以自身當年度總可用額度固定下，於規定期限內可申請預借或保留額度於季間流用，截至目前(112 年第 1 季至第 3 季)計 8 家醫院申請，單一季別最高總調整額度約 1,000 萬元，尚不影響方案季結算之財務穩定。
 - (二) 考量體系醫院間營運特殊性，本署部分獎勵方案(如：轉診、急診品質等)亦已排除體系間醫院互轉情形，為使各院得以彈性運用既有額度以達成本自控，建議併原南區方案肆之一(三)「自主季間風險調控」機制，增列開放體系醫院間之流用，並上調額度上限為 500 萬，修訂對照如下表。

修改前	修改後
(三)自主季間風險調控額度	(三)自主季間風險調控及體系醫院同季院際流用機制
1、各院當季可預借額度上限，為下列兩者取小值： (1) 自身當季一般服務收入×10%。 (2) 250萬。	1、各院當季可預借、保留及院際間流用額度總上限，為下列兩者取小值： (1) 自身當季一般服務收入×10%。 (2) 500萬。
2、當季可保留額度=(112年同結算季之校正後一般服務收入—當季費用年月一般服務點數)。	2、當季可保留額度=(112年同結算季之校正後一般服務收入—當季費用年月一般服務點數)。如為負值，即不得申請保留。

修改前	修改後
<p>3、每一結算季之一般服務費用申報期限前，可向本組申請該季需預借或保留額度，並於保留額度之需使用季別結算前，來函敘明使用方式(如：第2季原保留額度○元全數用於第3季結算)。前揭額度最遲於113Q4結清，以達當年度自身總可用額度固定。</p>	<p>3、每一結算季之一般服務費用申報期限前，可向本組申請該季需預借、保留<u>或院際間流用</u>額度(惟<u>院際間之流用僅限於同季別</u>)，並於保留額度之需使用季別結算前，來函敘明使用方式(如：第2季原保留額度○元全數用於第3季結算)。</p> <p>4、<u>本院季間預借/保留</u>額度最遲應於113第4季結清，以達當年度自身總可用額度固定。</p>

三、如獲通過，據以修改南區方案，並自 112 年第 4 季起適用。

決議：本案不予通過。

提案三

提案單位：南區業務組

案由：南區方案 113 年第 3 季、第 4 季基期實收調校原則暨登革熱相關數據，提請討論。

說明：

一、本組前依南區分會工作小組會議決議，提出旨揭基期實收調校登革熱因素之計算方式如下，惟經 112 年第 4 次共管會議決議呈現相關數據再議：

(一) 計算各院 112 年第 3 季、第 4 季登革熱住院案件的單價差額 = 112 年第 3 季、第 4 季登革熱案件人日 × (112 年第 1 季、第 2 季所有案件每日費用 - 112 年第 3 季、第 4 季登革熱案件每日費用)。

(二) 各院 112 年第 3 季、第 4 季「核+部-排除」加上開登革熱住院案件單價差額後，依扣除 PVA 後之各階代入點值重新計算各院超額核給點數及總核付點數占率。

(三) 將上開占率 × 「扣除 PVA 後之南區預算」 = 各院 112 年第 3 季、第 4 季校正登革熱後之一般服務收入。

二、統計收治登革熱個案(僅呈現 112 年第 3 季收治個案 > 100 名)之醫院相關數據如下：

(一) 111 年第 3 季至 112 年第 4 季占床率值：

醫院別	急性一般病床占床率						急性一般病床占床率 (排登革熱案件)		登革熱個案入 住急性一般病 床日數比例	
	111 年 第 3 季	111 年 第 4 季	112 年 第 1 季	112 年 第 2 季	112 年 第 3 季	112 年 第 4 季	112 年 第 3 季	112 年 第 4 季	112 年 第 3 季	112 年 第 4 季
A	69.6%	73.9%	73.1%	81.2%	80.8%	79.3%	76.1%	75.6%	79.3%	79.0%
B	73.9%	77.4%	79.4%	90.1%	88.9%	88.9%	87.2%	87.2%	77.0%	78.7%
C	60.1%	68.3%	63.9%	68.4%	66.9%	68.1%	64.3%	64.8%	98.1%	89.4%
D	81.8%	86.7%	86.8%	95.2%	97.4%	97.9%	96.2%	95.3%	76.6%	74.3%
E	60.0%	69.5%	59.6%	59.6%	64.1%	66.6%	62.5%	65.0%	98.3%	92.1%
F	44.1%	51.6%	50.4%	60.6%	65.8%	61.5%	60.6%	57.8%	96.0%	87.9%
G	37.6%	37.8%	36.6%	40.5%	42.3%	43.5%	40.0%	40.6%	86.3%	91.4%
總計	58.7%	62.8%	62.0%	67.8%	69.8%	68.8%	69.1%	67.8%	82.5%	82.6%

(二) 試算 112 年第 3 季登革熱住院案件單價差額(非逕予疊加基期值)：

醫院別	112 年第 3 季登革熱案件			112 年第 1 季、第 2 季所有案件每日費用	112 年第 3 季登革熱單價差額	112 年第 3 季超額分階	112 年第 3 季實際增加總核付點數
	件數	住院日數	每日醫費				
A	346	1,892	5,022	10,251	9,891,617	階 2	3,843,405
B	284	1,779	6,778	12,698	10,532,683	階 4	0
C	161	694	4,072	9,403	3,699,896	階 1	2,589,927
D	146	1,320	8,038	13,518	7,234,290	階 3	1,085,143
E	134	749	4,386	8,917	3,393,343	階 4	0
F	116	722	3,544	5,346	1,301,237	階 4	0
G	111	695	5,355	9,023	2,549,110	階 3	382,367
總計	1,524	9,432	5,600	8,342	42,430,337		8,206,514

三、考量前揭醫院收治登革熱個案期間之占床率經排除登革熱案件後，多數醫院維持往常收治水準，惟登革熱案件之每日平均醫費確有偏低情形，為避免影響該院基期市占率，建議依說明一計算方式予以調校 113 年第 3 季、第 4 季基期。

決議：本案暫予保留，待下次共管會再議。

提案四

提案單位：南區業務組

案由：113 年風險移撥款補助項目操作型定義、預算及結算方式，提請討論。

說明：

- 一、依 113 年醫院醫療給付費用總額及其分配(經 113 年第 1 次醫院總額研商議事會議通過，採歷年風險調整計算六因素及權重、107 年至 109 年地區預算 R/S 值平均占率等兩分配方式合計)，南區共獲配 75,085,107 元，據以確認各項目預算額度(原少估列 157,124 元，統一扣減於「檢驗檢查報告即時上傳」)。
- 二、旨揭項目(含暫定預算配額)、操作型定義業分別提 112 年 11 月 14 日、113 年 2 月 27 日南區分會工作小組初步討論，參酌兩次會議共識及 113 年本署重要政策推動重點予以調整如附表 2，重要異動如下：
 - (一) 於「虛擬健保卡」增列「偏遠地區醫院急重症救治」項：考量偏遠地區醫療資源相對匱乏，醫事人員羅致不易、成本較高，原擬調整南區方案「急重症排除列計」優先保障偏遠地區醫院(即部南新化、長庚雲林)，經工作小組建議改列風險移撥款鼓勵項目，並自「虛擬健保卡」項下移撥 500 萬元支應。以 112 全年數據試算結果如附表 3、4。
 - (二) 「醫不足巡迴醫療」：為加強鼓勵偏鄉巡迴，西醫屬本組專案核准得報備支援西基之醫院醫師巡診、無中醫醫事服務機構鄉鎮及牙醫巡迴點，皆納入採計。
- 三、另依 112 年第 4 次共管會議臨時動議，建議 113 年風險移撥款結算時點改採每半年結算一次。爰除「C 肝口服新藥之治療個案」因需時追蹤完治情形、及「虛擬健保卡」需確認全年數據方能結算，維持比照 112 年採全年統一結算外，餘皆以各項目(含細項)預算之 50% 為結算預算點數，於 113 年第 2 季、第 4 季分別結算。

決議：本案暫予保留，請南區分會工作小組針對「偏遠地區醫院急重症救治」補助方向取得共識後再議。

附表 2、113 年南區醫院總額風險移撥款分配項目表

預算項目	112 年 (元)(占比)	113 年 (元)(占比)	分配方式/操作型定義(擷取條件)
C 肝口服新藥治療個案	6,962,522 (9.3%)	6,962,522 (9.3%)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 各院可配得點數 = (各院完治個案數 × 每位個案可獲配點數) + (各院未完治個案數 × 每位個案可獲配點數 × 0.5) ■ 每位個案可獲配點數 = $\frac{\text{南區全年本項預算點數}}{\text{南區醫院全年本項個案總數}}$ ■ 如該院未完成治療個案比率 > 30%，則未完治個案不予分配 ■ 操作型定義： <ol style="list-style-type: none"> 1. 採全年結算，限 VPN 登錄「結案日期」為當年度者。若個案於次年度始能結案，則改列為次年度之獎勵個案（如：個案收案日期為 113 年 7 月 1 日，結案日期為 113 年 12 月 31 日以前，屬 113 年個案；結案日期為 114 年 1 月 1 日以後，則列計 114 年獎勵個案）。 2. 採同院同 ID 歸戶(人)計算。 3. 以「登錄完成號碼」前 3 碼為收案年度。 4. 「結案原因」為「0-完成療程結案」、「5-治療結束時仍偵測到病毒」視為完成治療；其餘代碼皆為未完治。 5. 矯正機關個案醫療服務已由其他部門預算補助，爰排除列計。
精神巡迴醫療	860,556 (1.1%)	860,556 (1.1%)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 各院可配得點數 = 各院結算費用區間照護個案數 × 每位照護個案可獲配點數 ■ 每位照護個案可獲配點數 = $\frac{\text{南區本項預算點數}}{\text{南區醫院結算費用區間本項照護個案總數}}$ ■ 採同院同 ID 歸戶計算，每半年結算一次。

居家醫療照護	12,699,410 (16.9%)	16,699,410 (22.2%)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 各院可配得點數 = 各院結算費用區間新收個案數 × 每位新收個案可獲配點數 ■ 每位新收個案可獲配點數 = <math display="block">\frac{\text{南區本項預算點數 (先扣除召開跨院(所)際團隊照護會議補助及在宅急症開辦獎勵(暫定)所需額度)}}{\text{南區醫院結算費用區間本項新收個案總數}}</math> ■ 操作型定義： <ol style="list-style-type: none"> 1. 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)、以及在宅急症照護試辦計畫個案(暫定)。 2. 「新收個案」係比對 VPN 登錄「收案日期」為當年度，且過去3年內同一醫事機構無收案紀錄者。 3. 採同院同 ID 歸戶計算。每半年結算一次，上、下半年不重複採計。 4. 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，醫事類別12、19亦不重複採計。
--------	-----------------------	-------------------------------------	---

			<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。每場會議應至少3家(含主責醫院)團隊成員院所參加(視訊、現場皆可)，成員數不足3家者則全數參加。 ■ 每辦理1場次給予主責醫院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： <table border="1" data-bbox="696 443 1688 890"> <thead> <tr> <th colspan="2">以下兩項擇優對應</th> <th rowspan="2">全年補助上限 次數/點數</th> <th rowspan="2">111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><10</td> <td>1-99</td> <td>2次/1萬點</td> <td>3 (1家收案數為0)</td> </tr> <tr> <td>10-29</td> <td>100-299</td> <td>6次/3萬點</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>30-49</td> <td>300-599</td> <td>8次/4萬點</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>≥50</td> <td>≥600</td> <td>12次/6萬點</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：結算費用區間收案數為0，本項即不予補助。</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 分別於113年6月30日、113年12月31日前提報上、下半年辦理團隊會議之場次紀錄(含簽到表及會議紀錄)。 ■ (暫定)鼓勵開辦在宅急症照護試辦計畫(自計畫公告實施起算) ■ 經計畫核定參加者，每家醫院可獲配5萬點。 	以下兩項擇優對應		全年補助上限 次數/點數	111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	3 (1家收案數為0)	10-29	100-299	6次/3萬點	10	30-49	300-599	8次/4萬點	5	≥50	≥600	12次/6萬點	9
以下兩項擇優對應		全年補助上限 次數/點數	111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	3 (1家收案數為0)																						
10-29	100-299	6次/3萬點	10																						
30-49	300-599	8次/4萬點	5																						
≥50	≥600	12次/6萬點	9																						
醫不足巡迴醫療	8,656,005 (11.5%)	8,656,005 (11.5%)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 案件範圍：西、中、牙醫醫療資源不足地區改善方案之巡迴計畫申報案件。 ■ 分配方式： 1. 西醫：每次巡迴可獲配3,000點，屬經本組專案核准得報備支援西基之醫院醫師巡診，亦納入計算。另巡迴點如屬111年無人服務地區(如下表)，再乘權重2，如同時為雲林縣或台南市*註記之巡迴點，則乘權重3。 																						

縣市別	鄉鎮區	村里
台南市	將軍區(2)	平沙里、西甲里
	南化區(4)	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(10)	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

2. 中醫：巡迴點屬113年方案所列無中醫醫事服務機構之鄉鎮區(如下表)，每次巡迴可獲配3,000點。

縣市別	鄉鎮區
雲林縣	四湖鄉
嘉義縣	溪口鄉、番路鄉、阿里山鄉、東石鄉
台南市	後壁區、大內區、左鎮區、龍崎區、北門區、東山區

3. 牙醫：每次巡迴可獲配3,000點。

■ 各院可獲配額度 = $\{(\text{西醫加計權重之巡迴點巡迴次數} \times 3,000 \times \text{權重值}) + (\text{其他本項西、中、牙醫採計巡迴點之巡迴次數} \times 3,000)\}$

■ 擷取條件：每一 P 碼視為一次巡迴(診次)

1. 西醫：依計畫申報規定醫事人員報酬之醫師 P 碼(P2005C、P2006C、P2011C 至 P2014C)

2. 中醫：依計畫申報規定各地區別論次支付 P 碼(P23007、P23008)

3. 牙醫：依計畫申報規定各地區別論次支付 P 碼(P22002至 P22009)

■ 西醫加權採計巡迴點結算費用區間之平均每診人次若未達5人次，則該點取消加乘權重，改以每診次3,000點支付。

■ 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)。

<p>虛擬 健保 卡</p>	<p>10,000,000 (13.3%)</p>	<p>10,150,000 (13.5%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 案件範圍：門急診(含西、中、牙醫)、居家醫療、遠距醫療案件、視訊診療及 IDS 案件。 ■ 操作型定義： <ol style="list-style-type: none"> 1. 居家醫療案件(醫事類別12、19)：申報案件分類為 A1、A2、A5、A6、A7、E1(且任一特定治療項目代號為 EC) 2. 遠距醫療案件：案件分類07、任一特定治療項目代號為 GC 3. 視訊診療案件：任一特定治療項目代號為 EE(本項採計至健保給付通訊診療實施期限為止) 4. IDS 案件：特定治療項目代號(一)或(二)為 G9 5. 不屬於上述定義之4類案件，以門急診案件計 6. 使用虛擬健保卡案件：就醫序號第一碼為 V ■ 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，每人分配300點，屬於居家醫療、遠距、視訊診療及 IDS，每人分配600點。 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。 ■ 各院可配得點數 = 各院門急診以虛擬健保卡申報個案數(採各季歸戶(人)個案數加總) × 300 + 居家醫療、遠距、視訊及 IDS 申報個案數(採各季歸戶(人)個案數加總) × 600 ■ 本項預算額度：5,150,000點(6.8%)，超出本項預算上限，採浮動調整。
------------------------	-------------------------------	--------------------------------------	---

			<ul style="list-style-type: none"> ■ 偏遠地區醫院急重症救治 ■ 操作型定義：符合113年醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則之醫院(註1)，其113全年急重症病患醫療照護(註2)點數較前期成長差額，並不與南區方案季結算已納入排除列計之點數重複。 註1：依112年第4次南區醫院總額共管會議決議結果認定(為部南新化、長庚雲林)。 註2：急重症照護：參照南區醫院總額財務穩定方案「急重症排除列計」擷取案件範圍。 ■ 各院可配得點數 = (113全年當期點數超出基期點數 - 113年第1季至第4季各季採計「急重症排除列計」合計點數)，門住合併計算 ■ 本項預算額度：5,000,000點(6.7%)，超出本項預算上限，採浮動調整；倘剩餘，流用至前項(虛擬健保卡申報個案)使用。
檢驗 檢查 報告 即時 上傳	6,969,436 (9.3%)	6,812,315 (9.2%)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 擷取區間：分別為113年1月至6月、113年1月至12月之累計值 ■ 目標值：≥95%(預定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 $\text{達標醫院可獲配額度} = \text{本項預算額度} \times \frac{\text{該院一般服務收入}}{\text{南區醫院一般服務總收入}}$ <ul style="list-style-type: none"> ■ 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。
呼吸 器安 寧利 用	8,521,382 (11.3%)	8,521,382 (11.3%)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 呼吸器依賴個案安寧利用率 ■ 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：分別為 113 年 1 月至 6 月、113 年 1 月至 12 月之累計值 ■ 目標值：113年1月至6月≥69.4%(暫定)、113年1月至12月≥70.4%(暫定)(抑制資源不當耗用目標值，待署公告)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

$$\text{達標醫院可獲配額度} = \text{本項預算額度} \times \frac{\text{該院呼吸器案件費用}}{\text{南區整體呼吸器案件費用}}$$

2. 未達標醫院，但利用率介於**111年南區同期值與113年目標值之間者**，依較**111年南區同期值增加比例**計算獲配額度(南區值111年1月至6月：67.3%、111年1月至12月：69.3%)。

■ 本項預算額度：6,341,382點(8.4%)

■ 地區醫院新收呼吸依賴個案4個月內安寧諮詢照護率

■ 目標值：**113年1月至6月≥75%、113年1月至12月≥80%**(預定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

以下兩項需同時符合		權重	以112年1月至10月試算(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	5
W=0%	R≤30%	0.25	12
W=0%	R>30%	0(不予分配)	6

達標醫院可獲配額度 = 本項預算額度 × $\frac{\text{該院呼吸器案件費用}}{\text{南區地區醫院呼吸器案件費用}}$ × 對應權重值

2. 未達標醫院，但照護率介於**111年南區同期值與113年目標值之間者**，依較較**111年南區同期值增加比例**，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(南區值111年1月至6月：68.2%、111年1月至12月：76%)。

■ 操作型定義：僅針對地區醫院，擷取期間同上

			<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)： (1)RCW 呼吸器脫離率：113上半年或下半年值，第4季結算時兩者取較高值。 (2)一般及 RCW 病床回轉 ICU 比率：分別採113年1月1日至113年6月30日、113年1月1日至113年12月31日期間值(不排同院 RCW/一般病房互轉當次人次)。 ■ 本項預算額度：2,180,000點(2.9%)</p>
死亡前安寧利用率	8,422,920 (11.2%)	8,422,920 (11.2%)	<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： 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。 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。 分子：分母死亡者於死前一年曾利用安寧療護之人數，包括： 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)。 2. 安寧共照醫令(醫事類別22、醫令代碼為 P4401B、P4402B、P4403B)。 3. 安寧居家(醫事類別12+19、案件類別為 A5)。 擷取區間：分別為 113 年 1 月至 6 月、113 年 1 月至 12 月之累計值 ■ 目標值：113年1月至6月≥34.7%、113年1月至12月≥35.7%(暫)(抑制資源不當耗用南區目標值，待署公告)或自身去年同期值成長(擇優，但不含0)。 ■ 分配方式： 1. 達標醫院依該院費用占南區整體占率支付。 達標醫院可獲配額度 = 本項預算額度 × $\frac{\text{該院一般服務收入}}{\text{南區醫院一般服務總收入}}$</p>

			<p>2. 未達標醫院，但利用率介於111年南區同期值與113年目標值之間者，依較111年南區同期值增加比例計算獲配額度(南區值111年1月至6月：31.1%、111年1月至12月：31%)。</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>								
鼓勵傷口照護外展	3,000,000 (4%)	3,000,000 (4%)	<p>■ 說明：鼓勵醫院提供傷口外展及視訊服務，積極照護居家或機構深部複雜傷口個案。</p> <p>■ 操作型定義(1.為必要條件)：</p> <p>1. 傷口照護中心或傷照團隊：依各院門診表，每周需至少3診次。</p> <p>2. 針對深部複雜傷口個案(指創傷深及肌肉、神經、肌腱、骨膜)：</p> <p>(1) 醫師訪視個案：</p> <table border="1" data-bbox="759 651 1879 852"> <thead> <tr> <th>傷口長度或面積</th> <th>獎勵額度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><5cm</td> <td>2,000點/人次</td> </tr> <tr> <td>5~10cm</td> <td>3,000點/人次</td> </tr> <tr> <td>>10cm</td> <td>4,000點/人次</td> </tr> </tbody> </table> <p>i. 依審查注意事項：傷口之處置、換藥，其傷口面積之計算，係將全身劃分為頭頸部、軀幹前、軀幹後、四個肢體共七區，同一區域之傷口長度或面積應併計核算。</p> <p>ii. 每一個案當年度以6次為上限(以6個月內為原則)。</p> <p>(2) 醫師視訊指導次數(待通訊診察治療辦法修訂通過後起算)： 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)。</p> <p>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。</p> <p>※參與對象如僅為院內醫事人員(或體系醫院及附設居護所)，不予列計；另亦不得與居家醫療照護團隊會議重複採計。</p>	傷口長度或面積	獎勵額度	<5cm	2,000點/人次	5~10cm	3,000點/人次	>10cm	4,000點/人次
傷口長度或面積	獎勵額度										
<5cm	2,000點/人次										
5~10cm	3,000點/人次										
>10cm	4,000點/人次										

			<ul style="list-style-type: none"> ■ 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，<u>且屬113年新加入之醫院</u>，需<u>先函至本組報備</u>年度服務計畫(包括：最近的傷口照護門診表、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<u>每月</u>提供服務名冊、分別於<u>113年6月30日、113年12月31日</u>前提報上、下半年辦理研習會或實作工作坊之場次紀錄(參閱本組說明文件)。 ■ 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<u>220萬、50萬、30萬</u>為上限，預算不足採浮動調整。
兒童復健治療(新增)	無	5,000,000 (6.7%)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 操作型定義：未滿6歲之兒童復健(含物理/職能/語言)治療之歸戶(人)個案。如屬符合113年醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則之醫院照護個案(註1)，或各院院外治療照護個案(註2)，再乘權重2。 註1：依112年第4次南區醫院總額共管會議決議結果認定(為部南新化、長庚雲林)。 註2：院外治療照護：以申報任一特定治療項目代號為EA-支援長期照護機構提供復健治療之個案計算。 ■ 各院可配得點數 = (屬偏遠地區認定醫院個案或各院EA個案之結算費用區間照護(歸戶(人))個案數 × 權重數 × 每位個案可獲配點數) + (各院結算費用區間照護(歸戶(人))個案數(排除前項已採計者) × 每位個案可獲配點數) ■ 每位照護個案可獲配點數 = $\frac{\text{南區結算費用區間本項預算點數}}{\text{南區醫院結算費用區間本項照護(歸戶(人))個案總數(需加權個案以加權後之值採計)}}$
合計	75,242,231	75,085,107	
<p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 各項指標採季監控、<u>每半年</u>結算(除「C肝口服新藥之治療個案」、「虛擬健保卡」項採全年結算)，由健保署南區業務組按季提供相關數據予各院參考。 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」等項目預算，如<u>每半年</u>結算時尚有剩餘，可予流用至「檢驗檢查報告即時上傳率」。 			

附表 3、112 年第 1 季至第 4 季「急重症排除列計」全區及兩家偏遠地區醫院採計數據

(單位：萬點)

項目	112 年第 1 季			112 年第 2 季			112 年第 3 季			112 年第 4 季		
	門	住	合計	門	住	合計	門	住	合計	門	住	合計
採計成長差額-總	10,379	3,759	14,138	15,384	10,295	25,679	13,492	12,440	25,931	9,062	7,649	16,710
採計成長差額 -偏遠地區醫院	210	0	210	104	104	208	435	40	475	264	0	264
部南新化	210	0	210	0	0	0	342	40	382	235	0	235
長庚雲林	0	0	0	104	104	208	94	0	94	29	0	29
額度上限	2,673	2,668	5,341	2,816	2,669	5,485	3,004	2,704	5,709	2,871	2,842	5,713
浮動點值-原始	0.26	0.71	0.38	0.18	0.26	0.21	0.22	0.22	0.22	0.32	0.37	0.34
浮動點值 -先予保障偏遠地區醫院後	0.24	0.71	0.37	0.18	0.25	0.21	0.20	0.21	0.21	0.30	0.37	0.33

附表 4、以 112 全年試算風險移撥款保障額度(門、住診合併計算)

(單位：萬點)

醫院別	111 年 1 至 12 月	112 年 1 至 12 月	成長差值	112 各季已排除列計 點數	風險款補助點數 (浮動前，全年)
部南新化	4,313	5,050	737	213	524
長庚雲林	5,323	5,372	49	76	0

113 年風險移撥款—鼓勵傷口照護外展說明文件

一、目的：鼓勵醫院成立傷口照護團隊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(指創傷深及肌肉、神經、肌腱、骨膜，且傷口長>10cm)。

二、參與資格

(一) 需有【傷口照護中心】或有【傷口照護團隊】，且需提供每周至少 3 診次(每月提供門診表佐證)。

(二) 醫師資格：不限整形外科醫師，但建議以外科系、有能力處理深部複雜傷口之醫師皆可參與。

(三) 符合前述資格之醫院如欲進行本項服務，且屬 113 年新加入之醫院，請提報年度計畫至本組備查 (附件 1，此為參考格式)，始可參與本項風險移撥款分配。

三、風險移撥款分配

(一) 風險移撥款分配方式

1. 醫師訪視個案：每一個案當年度以 6 次為上限(以 6 個月內為原則)

(1) 5<cm：2,000 點/人次

(2) 5~10cm：3,000 點/人次

(3) >10cm：4,000 點/人次

(4) 依審查注意事項：依審查注意事項：傷口之處置、換藥，其傷口面積之計算，係將全身劃分為頭頸部、軀幹前、軀幹後、四個肢體共七區，同一區域之傷口長度或面積應併計核算。

2. (待通訊診察治療辦法修訂通過後起算)醫師視訊指導次數(請留存視訊畫面截圖)：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)。

3. 辦理傷口照護相關研習會或實作工作坊：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。

※參與對象如僅為院內醫事人員(或體系醫院及附設居護所)不予列計；另亦不得與居家醫療照護團隊會議重複採計。

4. 醫師訪視個案、視訊指導及辦理研習會/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。

(二) 佐證資料

1. 每月 20 日前提提供上個月之傷口照護服務名冊(附件 2)及當月門診表，如：113 年 3 月 20 日前提報 113 年 2 月 1 日至 28 日之服務名冊及 113 年 3 月門診表。
2. 醫師訪視個案人次與視訊指導人次會以各院提報之服務名冊為主，但本組會勾稽申報資料輔以核對(以醫師訪視費執行日或醫師診察費就醫日)，必要時會請醫院檢附佐證資料(如視訊畫面截圖)及病歷資料送審。
3. 分別於 **113 年 6 月 30 日**、**113 年 12 月 31 日**前提報上、下半年辦理傷口照護相關研習會或實作工作坊之場次紀錄(附件 3)，並附上每場次之議程表、簽到表、活動照片或視訊會議截圖。

風險移撥款-鼓勵傷口照護外展年度服務計畫

說明文件 1

一、 參與照護團隊(需列出醫師名單與專科別)

二、 執行策略(如：如何發掘需求病人)

三、 預期效益

※檢附最近一個月門診表(需有傷口專責門診每周至少 3 診次)

傷口照護病人清冊

說明文件 2

※請貴院於每月 20 日前提供上個月電子檔(如：3 月初提供 2 月病人清冊)

填報月份	序號	醫院簡稱	病人 ID	傷口大小(每位個案每次訪視僅填 1 筆資料，勿因多個傷口而填列多筆)			傷口類別(長/寬)	照護方式：	就醫日期/訪視日期	居家或機構個案，如為機構個案請填寫機構名稱	是否為轉介個案	如為轉介個案，請填寫轉介單位名稱
				1. 如同一區有多個傷口，同一區域之傷口長度或面積應併計核算，請填入合併計算後之結果	2. 如傷口分布於多區，請填報 1 筆最長傷口	長(cm)						
(範例) 2 月	1	○○醫院	A1xxxxxxxx	12	5	1	3.>10 公分	2.醫師至案家/機構訪視	113/2/20	居家	否	
錯誤範例	1	○○醫院	B2xxxxxxxx	6	2	1						
錯誤範例	2	○○醫院	R1xxxxxxxx	6/6	2/3	1/1						

提案五

提案單位：南區業務組

案由：南區方案新增「個別醫院合理成長」及「小型醫院費用波動」調控機制，提請討論。

說明：

- 一、本組觀察部分醫院因疫情影響致基期下降或季間費用波動，前於112年第3次共管會議提案增訂「季間費用波動」、「季間供給面波動」之核減回補機制，惟未獲通過。
- 二、考量疫後部分醫院於供給面或服務面大幅成長，階1(合理成長率)因有預算上限無法有足夠的鑑別度；另小型醫院費用波動大，萎縮時期結餘額度會併入超額給付使用，但恢復成長時卻無額度可供運用，研提兩階段調控機制：
 - (一) 個別醫院合理成長：依「執登醫師數成長率+護理人數成長率」、「指標加權成長率減合理成長率上限之差額」，給予個別醫院階1級距可增加值，適用南區全數醫院：

執登醫師數成長率+護理人數成長率(v)					
0% < v ≤ 2%		2% < v ≤ 5%		v > 5%	
(指標加權成長率—合理成長率上限) (w)	階1級 距增加 值	(指標加權成長率—合理成長率上限) (w)	階1級 距增 加 值	(指標加權成長率— 合理成長率) (w)	階1級 距增 加 值
w ≤ 2.0%	0.0%	w ≤ 2.0%	0.0%	w ≤ 2.0%	0.0%
2.0% < w ≤ 4.0%	0.4%	2.0% < w ≤ 3.5%	0.4%	2.0% < w ≤ 3.0%	0.4%
4.0% < w ≤ 6.0%	0.8%	3.5% < w ≤ 5.0%	0.8%	3.0% < w ≤ 4.0%	0.8%
6.0% < w ≤ 8.0%	1.2%	5.0% < w ≤ 6.5%	1.2%	4.0% < w ≤ 5.0%	1.2%
8.0% < w ≤ 10.0%	1.6%	6.5% < w ≤ 8.0%	1.6%	5.0% < w ≤ 6.0%	1.6%
w > 10.0%	2.0%	8.0% < w ≤ 9.0%	2.0%	6.0% < w ≤ 7.0%	2.0%
		9.0% < w ≤ 10.0%	2.3%	7.0% < w ≤ 8.0%	2.3%
		w > 10.0%	2.5%	8.0% < w ≤ 9.0%	2.6%
				9.0% < w ≤ 10.0%	2.8%
				w > 10.0%	3.0%

※範例說明：某季合理成長率上限為 2.5%

醫院別	個別醫院指標加權成長率(原始值)	對應用參數		階 1 級距增加值	個別醫院階 1 上限(最終採計)
		執登醫師數成長率+護理人數成長率(v)	指標加權成長率—合理成長率上限(w)		
A	5.8%	0.5%	3.3%	0.4%	2.9%
B	8.3%	2.3%	5.8%	1.2%	3.7%
C	13.1%	5.2%	10.6%	3.0%	5.5%

(二) 小型醫院費用波動：針對基期(季)實收 $\leq 6,000$ 萬之醫院互助調控

- 1、先行保留個別醫院相較自身基期之結餘額度，作為本階段調控預算。
- 2、經方案伍之四(點值估算後核付方式調整)計算南區各院方案核付點值後，針對此群醫院中點值未達 0.9 且未申請方案伍之六(門診月申報 < 50 萬醫院，門診費用獨立核算)之醫院，上調其點值至 0.9。預算不足採浮動調整、倘剩餘則回歸整體點值。

3、以過往各季數據試算結果如下表：

年度季別	小型醫院家數	成長率 < 0 之小型醫院		補到 0.9 所需額度(B)	浮動比率(A/B)
		家數	結餘額度(A)		
110 年第 4 季	38	9	7,930,722	6,868,330	不需浮動
111 年第 1 季	38	15	15,087,352	6,546,807	不需浮動
111 年第 2 季	38	26	66,455,876	2,287,451	不需浮動
111 年第 3 季	38	12	12,335,191	4,283,363	不需浮動
111 年第 4 季	38	13	14,679,300	2,919,628	不需浮動
112 年第 1 季	38	10	10,002,025	15,972,591	62.6%
112 年第 2 季	38	17	14,506,466	8,929,076	不需浮動
112 年第 3 季	38	18	11,458,001	8,494,025	不需浮動

三、如獲通過，自 113 年第 2 季起適用，並同步修改南區方案。

決議：本案暫予保留，待下次共管會再議。

陸、散會：下午 5 時 50 分。