

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4次會議紀錄

時間：113年12月13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
劉主委啓舉	劉啓舉	楊委員仁宗	楊仁宗
李委員經維	李經維	蔡委員良敏	(請假)
李委員聰明	李聰明*	鄭委員天浚	鄭天浚*
李委員麗娟	李麗娟	鄭委員名芳	鄭名芳
林委員宏榮	林宏榮	鄭委員雅敏	鄭雅敏
林委員慈恩	林慈恩*	賴委員仲亮	賴仲亮*
馬委員惠明	馬惠明*	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：

林純美 何尹琳* 黃紫雲 郭俊麟 郭碧雲 吳佩寧 張智傑
許寶茹 林煒傑 林亭儀 楊韻萱 曾荃璞 陳秀宜* 李怡君*
張家綾* 沈佩瑩* 許涵琇* 陳雅惠*

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、醫院醫療服務審查南區執行分會報告(略)

二、醫院總額執行概況暨業務宣導：醫療費用申報概況、南區方案執行情形、近期推動重要業務(包含 DM/CKD/DKD 照護率、地區醫院全人全社區照護計畫、HAH 執行現況及移動式 X 光機募款事宜、南區醫院待改善指標(急診轉住院滯留>48 小時比率、出院後 3 日內再急診率、西醫可避免住院率、CT/MRI 執行及再執行率、10 項重點檢查驗再執行率等)及 114 年預計辦理回溯性項目)。

肆、報告案

第一案

報告單位：南區業務組

案由：113 年 Q3 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 **2 項**專案數據如下表，本次總計應下修 **4 家**、**277,590 點**，於 113 年 Q3 方案結算時執行。

異常專案名稱	層級別	醫事機構	清查件數(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)
				同意繳回件數(B)	繳回率(B/A)	抽審點數(C)	核扣點數(D)		
結紮手術申報管理	區域以上	A1	59	55	93%	-	-		
		A2	2	2	100%	-	-		
		A3	755	248	33%	19,626	8,571	44%	
		A4	270	129	48%	7,788	5,278	68%	
		A5	120	102	85%	-	-		
		A6	67	9	13%	3,918	3,918	100%	39,180
		A7	25	12	48%	4,873	70	1%	
		A8	9	8	89%	-	-		
		A9	2	2	100%	-	-		
	地區醫院	B1	12	0	0%	2,099	2,099	100%	20,990
		B2	12	0	0%	2,999	2,999	100%	20,990
		B3	12	6	50%	-	-		
		B4	10	10	100%	-	-		
		B5	4	2	50%	-	-		
		B6	4	4	100%	-	-		
小計 (P25 區域以上=9) (P25 地區=6)		1,363	589	43%	41,303	22,935	56%	81,160	
門診執行關節授動術 (64080C) 管理	區域以上	A10	3	3	100%				
		A3	5	0	0%	19,643	19,643	100%	196,430
	地區醫院	B7	2	0	0%	16,134	9,586	59%	
		B6	5	0	0%	22,681	13,951	62%	
		B8	14	14	100%				
	小計 (P25 區域以上=4) (P25 地區=4)		30	17	57%	58,458	43,180	74%	196,430

決定：洽悉。

第二案

報告單位：南區業務組

案由：114 年南區醫院總額共管會議與院長會議召開時程。

說明：

一、114 年預定會議時程將配合 114 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(2/26、5/28、9/3、11/26、12/10，業經醫院總額 113 年第 4 次研商議事會議通過) 安排。

二、建議 114 年預定會議時程如下：

會議日期	3/14(五)	6/13(五)	9/12(五)	10/17(五)	12/12(五)
會議名稱	第 1 次 共管會議	第 2 次 共管會暨 第 1 次 院長會議	第 3 次 共管會議	第 2 次 院長會議 (決定來 年方案)	第 4 次 共管會議

決定：洽悉。

伍、討論提案

提案一

提案單位：南區業務組

案由：提報南區增列 114 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，提請討論。

說明：

- 一、各分區應考量轄區預算及特性，於 114 年 1 月底前針對旨揭原則提供修正意見及符合認定醫院名單，提報至 114 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、114 年南區增列認定原則，考量轄區山地離島及醫療資源缺乏地區之環境條件變動小，但易受零星開業醫師數影響認定結果，爰建議將前揭地區改為正面表列，並刪除易造成變動之條件；餘參考 113 年所載內容，112 年皆改為 113 年，修訂對照如下表：

113 年	114 年								
依 112 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、屬 <u>下表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。</u>								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>縣市</th> <th>山地離島/醫缺地區</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>雲林縣</td> <td>大埤鄉、元長鄉、臺西鄉、水林鄉</td> </tr> <tr> <td>嘉義縣</td> <td>大埔鄉、六腳鄉、東石鄉、鹿草鄉、番路鄉、阿里山鄉</td> </tr> <tr> <td>台南市</td> <td>七股區、大內區、北門區、左鎮區、南化區、將軍區、楠西區、龍崎區</td> </tr> </tbody> </table>	縣市	山地離島/醫缺地區	雲林縣	大埤鄉、元長鄉、臺西鄉、水林鄉	嘉義縣	大埔鄉、六腳鄉、東石鄉、鹿草鄉、番路鄉、阿里山鄉	台南市	七股區、大內區、北門區、左鎮區、南化區、將軍區、楠西區、龍崎區
縣市	山地離島/醫缺地區								
雲林縣	大埤鄉、元長鄉、臺西鄉、水林鄉								
嘉義縣	大埔鄉、六腳鄉、東石鄉、鹿草鄉、番路鄉、阿里山鄉								
台南市	七股區、大內區、北門區、左鎮區、南化區、將軍區、楠西區、龍崎區								
(一) 精神科醫院	二、惟排除下列條件：								
(二) 112 年前 3 季呼吸器費用占全院費用比率大於 40% 醫院	(一) 精神科醫院								
(三) 112 年前 3 季提供急診服務量小於 5% 醫院	(二) <u>113</u> 年前 3 季呼吸器費用占全院費用比率大於 40% 醫院								
(四) 112 年間有經保險人處以停(終)止特約之醫院	(三) <u>113</u> 年前 3 季提供急診服務量小於 5% 醫院								
(五) 距離任一家區域以上層級後送醫院小於 10 公里者	(四) <u>113</u> 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								

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該分區平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區平均點值小於當季該分區浮動點值，則改以後者核付(預算為一般總額部門)。

四、綜上，符合之地區醫院名單計 4 家：

- (一) 鄰近雲林縣臺西鄉：雲林長庚醫院。
- (二) 鄰近雲林縣大埤鄉：若瑟醫院。
- (三) 鄰近臺南市左鎮區及龍崎區：臺南新化分院。
- (四) 鄰近臺南市七股區及將軍區：奇美佳里醫院。

決議：照案通過。

提案二

提案單位：南區業務組

案由：114年風險移撥款補助項目操作型定義、預算分配占率及結算方式，
提請討論。

說明：

一、有關 114 年南區醫院總額風險調整移撥款分配項目，前經 113 年 8 月 27 日南區分會工作小組初步討論（略以）建議如下：

（一）應遵循「一進一出」原則。

（二）刪除現行 113 年分配項目中「主責醫院」配額（按投票數依序為「強化術後復原項目（兩疾病別）」、「偏鄉網絡連結整合照護」及「在宅急症照護試辦計畫主責協調獎勵」，後者如延續，應刪除「居整跨團隊會議論次鼓勵」）。

（三）尊重地區醫院意見，希續編列「檢驗檢查報告即時上傳」項。

二、為落實健康台灣「促進全人全齡健康照護-健康促進與慢性病預防」工作重點，達成三高防治 888 政策目標並兼顧偏鄉醫療平權，經參酌前項會議共識，本組規劃旨揭內容如後附表，說明如下：

（一）維持「偏鄉網絡連結整合照護(即主責醫院)」配額，以建構「全人、全家、全社區」整合醫療照護，為論人計酬做準備；增加「巡迴論次鼓勵」預算，以維持 3,000 點/診次，計增列 234 萬點。

（二）新增「加強糖尿病及初期慢性腎臟病(DKD)個案照護」，以期提升南區 DKD 個案照護率（113 上半年 20.9%，低於全署值），編列 300 萬點。

（三）刪除「強化術後復原項目」，並減列「檢驗檢查報告即時上傳率」、「虛擬健保卡-論人鼓勵」之配額：

1、考量署本部規劃新增「強化術後復原(ERAS)」專款計畫，113 年主責醫院亦辦理工作坊並輔導轄區部分醫院，已達推廣效果。

2、參考他區風險移撥款已未再編列或減額編列後兩項目，且「檢驗

檢查報告即時上傳」為他項預算剩餘之流用項。

3、分別刪除 200 萬點及減列 234 萬點、100 萬點，挪至前述(一)、(二)項運用。

(四) 調整「優化居家醫療，無縫連結長照」項目：刪除原「在宅急症(HAH)照護試辦計畫主責協調獎勵」，改增列獨立採計之 HAH 個案論人鼓勵，本項總配額不變。

三、本案將俟醫院總額研商議事會議決定 114 年額度後，確認各分項預算。另建議比照 113 年執行方式，除「C 肝口服新藥治療個案」「偏鄉網絡連結整合照護」等採全年統一結算外，餘皆以各項目預算之 50% 為結算預算點數，於 114 年 Q2、Q4 分別結算。

決議：照案通過。另結算時點俟 114 年總額研商議事會議確認一般服務預算四季占率分配後再議。

附表、114 年南區醫院總額風險移撥款分配項目表

預算項目	113 年 (元)(占比)	114 年 (元)(占比)	分配方式/操作型定義(擷取條件)																								
偏鄉區域資源連結【原「醫不足巡迴醫療」+「偏鄉網絡連結整合照護」】	8,656,005 (11.5%)	11,000,000 (14.7%)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 醫不足巡迴論次鼓勵(原「醫不足巡迴醫療」) ■ 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： <ol style="list-style-type: none"> 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年無人服務地區或為113年新開放醫院承作地區(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。 																								
			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">縣市別</th> <th style="width: 35%;">鄉鎮區</th> <th style="width: 50%;">村里</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">台南市</td> <td>將軍區(2)</td> <td>平沙里、西甲里</td> </tr> <tr> <td>南化區(4)</td> <td>中坑里、北平里、西埔里、關山里*</td> </tr> <tr> <td>左鎮區(2)</td> <td>草山里*、榮和里</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">雲林縣</td> <td>莿桐鄉(10)</td> <td>五華村、六合村、義合村、大美村、麻園村、甘厝村、興桐村、興貴村、埔子村、甘西村</td> </tr> <tr> <td>林內鄉(6)</td> <td>湖本村、林茂村、林北村、烏麻村、烏塗村、林南村</td> </tr> <tr> <td>台西鄉(9)</td> <td>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</td> </tr> <tr> <td>古坑鄉(1)</td> <td>草嶺村</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">嘉義縣</td> <td>竹崎鄉(2)</td> <td>仁壽村、光華村</td> </tr> <tr> <td>番路鄉(1)</td> <td>草山村</td> </tr> </tbody> </table>	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、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	古坑鄉(1)	草嶺村	嘉義縣	竹崎鄉(2)	仁壽村、光華村	番路鄉(1)	草山村
			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、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																									
	古坑鄉(1)	草嶺村																									
嘉義縣	竹崎鄉(2)	仁壽村、光華村																									
	番路鄉(1)	草山村																									
<ol style="list-style-type: none"> 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。 																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 35%;">縣市別</th> <th style="width: 65%;">鄉鎮區</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>雲林縣</td> <td>四湖鄉</td> </tr> </tbody> </table>	縣市別	鄉鎮區	雲林縣	四湖鄉																							
縣市別	鄉鎮區																										
雲林縣	四湖鄉																										

			<table border="1" data-bbox="824 114 2027 215"> <tr> <td>嘉義縣</td> <td>溪口鄉、番路鄉、阿里山鄉、東石鄉</td> </tr> <tr> <td>台南市</td> <td>後壁區、大內區、左鎮區、龍崎區、北門區、東山區</td> </tr> </table> <p>3. 牙醫：每次巡迴可獲配3,000點。</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 各院可獲配額度 = $\{(西醫加計權重之巡迴點巡迴次數 \times 3,000 \times 權重值) + (其他本項西、中、牙醫採計巡迴點之巡迴次數 \times 3,000)\}$ ■ 擷取條件：每一 P 碼視為一次巡迴(診次) <ol style="list-style-type: none"> 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) <ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 本項預算額度：8,600,000點(11.5%)。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)。 <ul style="list-style-type: none"> ■ 偏鄉網絡連結整合照護 ■ 說明：為整合區域醫療資源，發展在地化醫療服務，由一主責醫院擔任「區域資源協調連結單位」，規劃符合當地民眾醫療需求之整合照護模式，試行區域(各鄉鎮區以一團隊為限)如下表： <table border="1" data-bbox="824 986 1989 1136"> <thead> <tr> <th>縣市別</th> <th>鄉鎮區</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>台南市</td> <td>大內區、將軍區、左鎮區、南化區</td> </tr> <tr> <td>雲林縣</td> <td>莿桐鄉、林內鄉、台西鄉、古坑鄉</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> ■ 團隊組成：主責醫院需為114年參加「西醫醫療資源不足地區改善方案」之醫院，團隊成員以多院所(不限層級別及醫事機構類型，含西、中、牙醫在地及外展服務、居護所等)水平連結整合之模式為原則。 ■ 由主責醫院於114年3月1日前來函提出申請計畫(參考格式如附件1)，計畫內容應包括(但不限於)：當地民眾健康或醫療行為/需求分析、團隊欲解決健康/醫療需求問題之重要性、團隊組成(含照護團隊架構、成員名單、分工執掌)、 	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	縣市別	鄉鎮區	台南市	大內區、將軍區、左鎮區、南化區	雲林縣	莿桐鄉、林內鄉、台西鄉、古坑鄉
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												
縣市別	鄉鎮區												
台南市	大內區、將軍區、左鎮區、南化區												
雲林縣	莿桐鄉、林內鄉、台西鄉、古坑鄉												

			<p>區域醫療資源分配及整合方式(如：科別/人力支援)、依民眾需求發展之在地醫療照顧模式、預期效益及評核照護指標(含過程/結果面，總計至少5項)等，並於114年12月31日前提交期末成果報告。</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 如為參加113年「偏鄉網絡連結整合照護」計畫之主責醫院，原承作區域可優先申請。 ■ 每一團隊給予主責醫院30萬點，採全年統一結算。 ■ 本項預算額度：2,400,000點(3.2%)。如有剩餘，優先流用至前項「醫不足巡迴論次鼓勵」。
<p>強化偏鄉早療服務【原「兒童復健治療」】</p>	<p>5,000,000 (6.7%)</p>	<p>5,000,000 (6.7%)</p>	<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114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。 <p>註1：依113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、奇美佳里、若瑟醫院)。</p> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 各院可配得點數 = 各結算費用區間 (屬偏遠地區認定醫院個案或各院EA個案之照護(歸戶(人))個案數 × 權重數 × 每位個案可獲配點數) + (各院照護(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 = $\frac{\text{南區結算費用區間本項預算點數}}{\text{南區醫院結算費用區間本項照護(歸戶(人))個案總數(需加權個案以加權後之值採計)}}$ <ul style="list-style-type: none"> ■ 採同院同ID歸戶計算，每半年結算一次。

<p>支持偏遠地區精神醫療【原「精神巡迴醫療」】</p>	<p>860,556 (1.1%)</p>	<p>860,556 (1.1%)</p>	<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 = <math>\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}}</math> ■ 採同院同 ID 歸戶計算，每半年結算一次。
<p>優化居家醫療，無縫連結長照醫療【原「居家醫療照護」+「鼓勵傷口照護外展」】</p>	<p>19,699,410 (26.2%)</p>	<p>19,699,410 (26.2%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 居家新收個案照護論人鼓勵 ■ 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>\frac{\text{南區本項預算點數}}{\text{南區醫院結算費用區間本項新收個案總數}}</math> (扣除居整團隊會議論次鼓勵、鼓勵傷口照護外展所餘額度) ■ 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(E1+EN，包含後續擴大辦理之居家安寧個案)。 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(在宅急症個案僅與 HAH 收案檔比對)。 3. 採同院同 ID 歸戶計算(在宅急症照護個案另獨立採計，不與其他居家醫療個案併同歸人計算)。每半年結算一次，上、下半年不重複採計。如：A 醫院上半年新收1位居整重度居家階段之甲病人，後甲病人病情變化 A 醫院續收在宅急症治療，此情形可列計為2位新收個案數。 ■ 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。

■ **居整跨團隊會議論次鼓勵**

■ 說明：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：

以下兩項擇優對應		全年補助上限 次數/點數	112 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	6
≥ 50	≥ 600	12 次/6 萬點	8

註：結算費用區間收案數為 0，本項即不予補助。

■ 分別於**114年6月30日、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)。

■ **鼓勵傷口照護外展**

■ 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。

■ 操作型定義(1.為必要條件)：

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。
2. 針對深部複雜傷口個案(指創傷深及肌肉、神經、肌腱、骨膜)：

(1) 醫師訪視個案：

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

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。

ii. 每一個案當年度以**6次為上限**(以6個月內為原則)。

(2) 醫師視訊指導次數：

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，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。**

※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。

■ 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，**且屬114年新加入之醫院**，需**先函至本組報備**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**每月**提供服務名冊、分別於**114年6月30日、12月31日前**提報上、下半年辦理研習會或實作工作坊之場次紀錄(參閱本組說明文件如附件2)。

■ 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(點)分別以**130萬、40萬、30萬**為上限，預算不足採浮動調整。

<p>加強糖尿病及初期慢性腎臟病(DKD)個案照護(114年新增)</p>	<p>無</p>	<p>3,000,000 (4.0%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ DKD 個案照護率 ■ 操作型定義(依本署 DA-3327指標) 分母：同時符合【前一年度申報醫令代碼前3碼為 P14 或符合收案條件(同院就醫間隔 90 天)之門診主診斷為 E08-E13】及【前一年度申報醫令代碼前3碼為 P43 或符合收案條件之初期慢性腎臟病】之人數。 分子：分母病人中，申報醫令代碼前3碼為 P70 之人數。 擷取區間：分別為 114.1~114.6、114.1~114.12 之累計值 ■ 目標值114.1~114.6≥23%、114.1~114.12≥29%(114年重要工作計畫南區目標值)或自身去年同期值成長(擇優，但不含0)。 ■ 分配方式： <ol style="list-style-type: none"> 1. 達標醫院依該院費用占南區整體占率支付。 $\text{達標醫院可獲配額度} = \text{本項預算額度} \times \frac{\text{該院一般服務收入}}{\text{南區醫院一般服務總收入}}$ 2. 未達標醫院，但照護率介於112年南區同期值與114年目標值之間者，依較112年南區同期值增加比例計算獲配額度(南區值112.1~112.6：9.9%、112.1~112.12：14.9%)。
<p>C 肝口服新藥治療個案</p>	<p>6,962,522 (9.3%)</p>	<p>6,962,522 (9.3%)</p>	<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114.7.1，結案日期為114.12.31以前，屬114年個案；結案日期為115.1.1以後，則列計115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。

			<p>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。</p> <p>■ 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。</p>
<p>呼吸器 安寧利用</p>	<p>8,521,382 (11.3%)</p>	<p>8,521,382 (11.3%)</p>	<p>■ 呼吸器依賴個案安寧利用率</p> <p>■ 操作型定義(依本署 DA-2151指標)：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>擷取區間：分別為 114.1~114.6、114.1~114.12 之累計值</p> <p>■ 目標值：114.1~114.6 ≥ 〇%、114.1~114.12 ≥ 〇%(抑制資源不當耗用改善方案南區目標值，待署公告)或自身去年同期值(擇優，但不含0)。</p> <p>■ 分配方式：</p> <p>1. 達標醫院依<u>呼吸器案件費用</u>該院占<u>南區整體</u>之占率支付</p> $\text{達標醫院可獲配額度} = \text{本項預算額度} \times \frac{\text{該院呼吸器案件費用}}{\text{南區整體呼吸器案件費用}}$ <p>2. 未達標醫院，但利用率介於111年南區同期值與114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111.1~111.6：67.3%、111.1~111.12：69.3%)。</p> <p>■ 本項預算額度：6,341,382點(8.4%)</p> <p>■ <u>地區醫院</u>新收呼吸依賴個案4個月內安寧諮詢照護率</p> <p>■ 目標值：114.1~114.6 ≥ 77%、114.1~114.12 ≥ 83%(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)。</p> <p>■ 分配方式：</p>

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 113.1.1-10.24 試算(家)
脫離率(W)	ICU 回轉率(R)		
W>0%	R≤30%	1 (滿權重)	6
W>0%	R>30%	0.5	6
W=0%	R≤30%	0.25	14
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114年目標值之間者，依較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111.1~111.6：68.2%、111.1~111.12：76%)。

■ 操作型定義：僅針對地區醫院，擷取期間同上

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。

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：114上半年或下半年值，Q4結算時兩者取較高值。

(2)一般及 RCW 病床回轉 ICU 比率：分別採114.1.1~114.6.30、114.1.1~114.12.31 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</p>	<p>8,422,920 (11.2%)</p>	<p>8,422,920 (11.2%)</p>	<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 114.1~114.06、114.01~114.12 之累計值 ■ 目標值：114.1~114.6 ≥ ○%、114.1~114.12 ≥ ○%(抑制資源不當耗用改善方案南區目標值，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 × $\frac{\text{該院一般服務收入}}{\text{南區醫院一般服務總收入}}$ 2. 未達標醫院，但利用率介於111年南區同期值與114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111.01~111.06：31.1%、111.01~111.12：31%)。 ■ 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>
---------------------	------------------------------	------------------------------	---

<p>連結通訊 診療服務 【原「虛擬健保卡」】</p>	<p>8,150,000 (10.9%)</p>	<p>7,150,000 (9.5%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 案件範圍：門急住診(含西、中、牙醫)、居家醫療(含居整計畫、安寧居家)、在宅急症、IDS(含偏鄉地區全人整合照護)、遠距醫療、腹膜透析計畫。 ■ 操作型定義： <ol style="list-style-type: none"> 1. 居家醫療、在宅急症案件(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 或 EN) 2. IDS 案件：特定治療項目代號(一)或(二)為 G9或任一特定治療項目代號為 G3 3. 遠距醫療案件：案件分類07，且任一特定治療項目代號為 GC 4. 腹膜透析計畫案件(醫事類別15)：申報案件分類為05，且任一特定治療項目代號為 K 5. 不屬於上述定義之4類案件，以門急住診案件 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就醫，按季以歸戶(人)個案數統計，屬於急住診、居家醫療、在宅急症、IDS、遠距醫療及腹膜透析計畫(前述任一)者，乘權重2。 <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 各院可配得點數 = 各結算費用區間之(各院屬急住診、居家醫療、在宅急症、IDS、遠距及腹膜透析計畫之虛擬健保卡申報個案(採各季歸戶(人)個案數加總)×權重數×每位個案可獲配點數) + (各院門診以虛擬健保卡申報個案(採各季歸戶(人)個案數加總，並排除前項已採計者)×每位個案可獲配點數) ■ 每位照護個案可獲配點數 = $\frac{\text{南區結算費用區間本項預算點數}}{\text{南區醫院結算費用區間本項照護(歸戶(人))個案總數(需加權個案以加權後之值採計)}}$ <ul style="list-style-type: none"> ■ 超出本項預算上限，採浮動調整。
-------------------------------------	------------------------------	---	--

<p>檢驗檢查 報告即時 上傳</p>	<p>6,812,312 (9.1%)</p>	<p>4,468,317 (6.0%)</p>	<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114.1~114.6、114.1~114.12之累計值 ■ 目標值：≥97%(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 <p>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> <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。
<p>合計</p>	<p>75,085,107</p>	<p>75,085,107</p>	
<p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 各項指標採季監控、每半年結算(除「偏鄉網絡連結整合照護」、「C肝口服新藥治療個案」)，由健保署南區業務組按季提供相關數據予各院參考。 2. 「偏鄉區域資源連結」、「加強DKD個案照護」、「呼吸器安寧利用」、「死亡前安寧利用」等項目預算，如每半年結算時尚有剩餘，可予流用至「檢驗檢查報告即時上傳率」。 			

114 年風險移撥款—「偏鄉區域資源連結」 申請計畫書(參考格式)

※書寫格式：由左而右、由上而下，A4 版面(直向)，14 號標楷體

壹、計畫封面：至少包含下列項目

- 一、計畫名稱：「偏鄉網絡連結整合照護計畫」—○○鄉鎮區
- 二、計畫執行中心(主責醫院)：○○醫院
- 三、團隊成員：○○醫療院所
- 四、計畫主持人：
- 五、計畫聯絡人：
- 六、計畫執行期間：自核定日起至 114 年 12 月 31 日

貳、計畫本文：至少包含下列章節內容

一、前言：

請說明現行相關醫療概況或照護情形及欲解決的問題。

二、現況及問題分析：

請提出當地民眾健康情形及醫療行為、醫療需求評估情形，需具體事由及數據資料輔佐說明，並針對要改善之問題及重要性分析。如為參加 113 年本項計畫之主責醫院，應併呈現 113 年承作成果及後續深化方向，並同步調整相關執行內容及評核指標。

三、計畫目的：

請分點具體列述計畫所要達成之目標。

四、服務對象及服務內容：

- (一)貴團隊目前現有資源及欲解決之問題，提出欲提供之服務對象、服務項目、服務模式及區域資源分配及整合方式。
- (二)組成之團隊成員及團隊分工，各層級或各團隊機構間垂直整合情形。

五、預期成果及可達成之評核指標：

需包括過程面及服務面(如衛教辦理場次、民眾衛教觸及率、轉診成功率、急症病人在地處理率、減少在地民眾外地就醫率等)，總計至少 5 項。

六、其他事項(含計畫經費估算表)

114 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 **114 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. 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 **130 萬、40 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：3 月 20 日前提報 2 月 1 日至 28 日之服務名冊及 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 **114 年 6 月 30 日、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

- 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

※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) 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				傷口類別(長/寬) 1. <5 公分 2. 5-10 公分 3. >10 公分	照護方式： 1. 醫師視訊指導 護理師/家屬換藥 2. 醫師至案家/機構訪視	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
				長 (cm)	寬 (cm)	深 (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							

提案三

提案單位：南區業務組

案由：調整南區方案陸之三機制之符合條件，提請討論。

說明：

一、南區方案自 110 年 Q4 起執行即訂有旨揭機制，旨在督促各院專案自行檢視之嚴謹度，以維繫總額分配公平，執行細節修訂歷程如下：

修改 歷程	111 年第 1 次 (111 年 3 月 18 日)	111 年第 4 次 (111 年 12 月 14 日)	112 年第 1 次 (112 年 3 月 10 日，即 現行規定)
陸之 三內 容	針對南區業務組請醫院自行檢視之專案，倘醫院自行檢視未同意繳回之案件，後續經專業審查該項點數核減率 $\geq 50\%$ 者，將專業審查核減點數乘上 10 倍，於基期收入調整，醫院超出調整後基期收入(0 階)之超額點數續依本方案超額分階折付方式給付。	針對南區業務組請醫院自行檢視之專案，倘醫院同意繳回率低於南區整體值，且該專案標的醫令經專業審查點數核減率 $\geq 90\%$ (四捨五入至小數點後第一位)者，將標的醫令專業審查核減點數乘上 10 倍，於基期收入調整，醫院超出調整後基期收入(0 階)之超額點數續依本方案超額分階折付方式給付。	針對南區業務組請醫院自行檢視之專案，倘醫院同意繳回率低於南區整體值，且該專案標的醫令經專業審查點數核減率 $\geq 90\%$ (四捨五入至小數點後第一位)者，將標的醫令專業審查核減點數乘上 10 倍，於基期收入調整，醫院超出調整後基期收入(0 階)之超額點數續依本方案超額分階折付方式給付， <u>惟醫院該項專案應清查件數 < 南區同儕 P25 值，則不予執行。</u>

二、彙整 111 年 Q3 至 113 年 Q3(執行季別)符合條件共 14 案、14 家醫院(歸戶)，共下修 22 家次、1,137 萬餘點，依層級分布如下：

層級別	醫院家數 (歸戶)	家次	應下修專案數 ≥ 2 或下修點數 ≥ 100 萬		
			醫院代號	專案數	下修點數
區域以上 (15 家)	6	12	A11	3	1,395,800
			A4	2	1,807,080
			A6	2	699,510
			A3	2	414,680
			A10	2	300,240
地區醫院 (48 家)	8	10	B8	2	3,409,790
			B9	2	154,150
			B10	1	2,565,670
合計	14	22		14	11,373,530

三、鑒於本機制已執行 2 年，大部分醫院皆能自主遵守規範，無需下修基期，惟少數特定醫院仍未自律、經專業審查後又高核減，徒增貴我雙方行政程序，亦對其他醫院不公平。為加強警示及提升法遵，建議將「專案標的醫令經專業審查點數之核減率」自 $\geq 90\%$ 調整至 $\geq 80\%$ ，餘條件不變。

四、本案經 113 年 11 月 26 日南區分會工作小組初步討論，建議前揭核減率以維持 90%為宜，並請本組呈現倘下修至 80%之符合條件醫院家數改變情形。爰再以前揭 14 項專案數據檢視，共 2 項專案應再下修 3 家(其中 2 家為前表列之 A11、A10)、314 萬餘點。

五、如獲通過，自 114 年 Q1 起適用，並同步修改南區方案。

決議：照案通過。

提案四

提案單位：南區業務組

案由：增修南區方案伍之七「小型醫院費用波動」調控內容，依本項機制預算剩餘情形調整回補階段及適用醫院條件，使財務穩定機制效益最大化，提請討論。

說明：

- 一、旨揭機制經 113 年南區醫院總額第 2 次共管會議暨第 1 次院長會議通過，自 113 年 Q3 起適用。
- 二、經 113 年 Q3 方案初步結算，基期(季)實收 $\leq 6,000$ 萬之 37 家小型醫院中，計 13 家結餘 2,324 萬，供其中 5 家點值上調至 0.9 僅需 469 萬，尚餘 1,855 萬回歸整體點值；如供其中 8 家點值上調至 0.95，亦僅需 988 萬，無需浮動。

基期(季)收入 (x)	家數	點值 0.9		點值 0.95	
		未達 家數	所需額度	未達 家數	所需額度
$x \leq 6,000$ 萬	37	5	4,692,920	8	9,883,622
$6,000$ 萬 $< x \leq 1.5$ 億	6	1	6,042,237	2	14,032,505
1.5 億 $< x \leq 3$ 億	5	0	-	0	-
3 億 $< x \leq 5$ 億	7	0	-	0	-
$x > 5$ 億	10	0	-	0	-
總計	65	6	10,735,157	10	23,916,127

- 三、為使本項財務穩定機制效益最大化，建議增修調整階段及適用醫院條件，修改對照如下：

修改前(現行版本)	修改後
七、「小型醫院費用波動」調控：自 113 年第三季起，經方案伍之四計算各院方案核付點值後，針對 基期(季)實收$\leq 6,000$萬之醫院 中點值未達 0.9 且未申請方案伍之六者，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。	七、「小型醫院費用波動」調控：自 113 年第三季起，經方案伍之四計算各院方案核付點值後， <u>依序進行下列調整，如回補至某規模級距醫院無足額時，該級距醫院採浮動調整：</u> <u>(一) 針對基期(季)實收$\leq 6,000$萬之醫院：</u>

修改前(現行版本)	修改後
	<p>1、<u>點值未達0.9且未申請方案伍之六者，上調其點值至0.9。</u></p> <p>2、<u>倘有剩餘，繼續上調其點值至0.95。</u></p> <p>(二)<u>如仍有剩餘，依序回補各規模級距醫院點值至0.9，回補醫院規模級距之順序如下：6,000萬~1.5億→1.5億~3億→3億~5億→>5億。</u></p> <p>(三)<u>倘前項(二)醫院皆已回補至點值0.9後仍有剩餘，則回歸整體點值。</u></p>

依上述修改後規則，113 年 Q3 上調點值共需 1,593 萬，尚結餘 732 萬，則回歸整體點值。

四、如獲通過，自 113 年 Q3 起適用，並同步修改南區方案。

決議：照案通過。

提案五

提案單位：斗六慈濟

案由：斗六慈濟原比照「擴床原則」計算之住診排除列計額度再調整，提請討論。

說明：

一、斗六慈濟因住院日數、日單價、費用占率及科別數等與同儕差距甚大，且該院住診費用實自 113 年 4 月起增加，申請原獲比照「擴床原則」計算之住診排除列計額度再調整(提案詳如附件 3)。

二、本組回應如下：

- (一)「擴床原則」公式中之「占床率」、「每人日點數」分別以 112 全年之南區同類床同儕 P50 值、P25 值，與該院當期值，採較小值計算。故「改以當季占床率」之訴求即為原計算方式，無須調整。
- (二) 112 年斗六慈濟、南區區域/地區醫院及地區醫院骨科之急性一般病床每人日點數如下，該院值確實偏高：

	區域醫院	地區醫院	地區醫院-骨科	斗六慈濟
P25	8,099	4,160	7,944	19,163
P50	9,465	5,340	11,221	
平均值	9,273	7,051	10,895	

- (三) 斗六慈濟淨核減率：112 全年：16.64%、113 年 Q1 至 Q3：8.04%。
- (四) 該院目前採計額度偏低，係因 113 年 Q3 之每人日點數雖高，但占床率僅 7.7%所致。惟該院非屬逐步開床、短時間亦難將占床率提升至同儕同類床 P25 之水準，而當季占床率仍為反映實際住診使用之重要指標；另該院近八成為骨科案件。綜上考量建議：
 - 1、「占床率」仍維持以 112 年全年南區地區醫院同類床 P50 值與該院當季值取小值，惟取消「分階段擴增」。
 - 2、「每人日點數」採 112 年全年南區地區醫院骨科同類床 P25 值。
 - 3、「淨核減率」：採 113 年 Q1 至 Q3 值。
 - 4、試算結果：

季別	擴床數	112 全年同儕值		該季天數	淨核減率 -113 年 Q1 至 Q3 值	當季該院實際值		採計點數 -不採分階段擴增
		占床率 -地區 P50	每人日 點數 -地區骨科 P25			占床率	每人日 點數	
113Q3	30	47.2%	7,944	92	8.04%	7.7%	19,163	1,548,724
113Q4				92		未達季別	未達季別	依實際情形計算
114Q1				90				
114Q2				91				
註：排除列計點數=擴床數x占床率x平均每人日點數x該季天數x(1-核減率)								

決議：照案通過。取消分階段擴增，後續第 5 至 7 季亦無需回補(補排除)差額。

陸、散會：下午 3 時 50 分。

斗六慈濟住院醫療費用說明與費用爭取

共管會會議內容與決議

依 1130913 南區共管會會議內容，分階段擴增採計點數計算方式如下：
會議內容

三、南區業務組回應：

(一) 考量該院雖非新增病床、但住院費用基期等同為 0，仍與「擴床」概念類似，依現行南區方案「擴床排除列計」計算如下表：

季別	床數	占床率 (A)	每人日點數 (B)	分階段擴增	採計點數
114 年 Q1	30	47.2%	4,160	1/4	1,104,829
114 年 Q2	30	47.2%	4,160	2/4	2,234,209
114 年 Q3	30	47.2%	4,160	3/4	3,388,141
114 年 Q4	30	47.2%	4,160	4/4	4,517,522

註 1：調增住院目標點數=擴床數 x 占床率 x 平均每人日點數 x 該季天數 x (1-淨核減率)

註 2：A 選採同類床同儕 P50 值、B 選採同類床同儕 P25 值

決議：依現行南區方案「擴床原則」採 1/4、2/4、3/4、4/4 逐季增加排除列計，自 113 年 Q3 起適用，「占床率」、「每人日點數」皆採 112 年全年值，惟該院當期值倘若分別低於 112 年同類床同儕 P50 值、P25 值，仍應改以該院當期值計算。

1131108 提供之斗六額度

季別	病床數	占床率-P50	平均每人日點數-P25	該季天數	淨核減率	分階段擴增	採計點數	占床率-實際	每日點數-實際	採計點數-實際
113Q3	30	47.2%	4,160	92	16.64%	1/4	1,129,380	7.7%	19,163	183,791
113Q4	30	47.2%	4,160	92	16.64%	2/4	2,258,761			
114Q1	30	47.2%	4,160	90	16.64%	3/4	3,314,486			
114Q2	30	47.2%	4,160	91	16.64%	4/4	4,468,418			

平均每日點數：採 112 年同儕 P25(4160)

占床率：採 113Q3 實際值(7.7%)

現況

一、本院實際費用與占床率

本院以 113 年費用增加較多，112 年占床率偏低。

年月	健保費用		占床率		每人日點數	
	112 年	113 年	112 年	113 年	112 年	113 年
1 月	0	86,308	0.00%	0.32%	-	28,769
2 月	0	0	0.00%	0.00%	-	-
3 月	43,571	0	0.43%	0.00%	10,893	-
4 月	0	297,494	0.00%	2.78%	-	11,900
5 月	0	1,522,486	0.00%	9.57%	-	17,107
6 月	0	2,009,045	0.00%	9.67%	-	23,092
7 月	171,316	1,327,907	1.08%	6.88%	17,132	20,749
8 月	127,105	1,314,534	0.54%	8.39%	25,421	16,853
9 月	187,450	1,420,211	0.89%	7.78%	23,431	20,289
10 月	130,146	1,569,000	0.65%	12.0%	21,691	14,009
11 月	50,573		0.11%	-	50,573	-
12 月	115,646		0.54%	-	23,129	-
平均	-	-	0.6%	5.79%	21,175	19,178

資料來源：以申報總表之人日及費用計算，占床率僅計算有住院個案之月份。

與南區同儕的差異

1. 本院住院日單價較高

增加排除列計計算以同層級同類床 PR25 值，然本院住院案件以執行區域醫院手術同類為大宗，然因控制住院日數短，故日單價明顯較南區地區醫院同類床同儕高，甚至高於區域醫院同類床(如下表)。

年月/數 值	斗六			南區地區同儕	區域醫院日單價
	醫療費用	住院日數	住院日單價	住院日單價	
11208	127,105	5	25,421	5,098	8,957
11209	187,450	8	23,431	5,050	8,845
11210	130,146	6	21,691	5,120	9,045
11211	50,573	1	50,573	5,140	9,233
11212	115,646	5	23,129	5,278	9,453
11301	86,308	3	28,769	5,132	9,598
11302	-	-	-	-	9,233
11303	-	-	-	-	9,600
11304	297,494	25	11,900	5,365	9,164
11305	1,522,486	89	17,107	5,464	9,197
11306	2,009,045	87	23,092	5,317	9,363
11307	1,327,907	64	20,749	5,487	9,144

資料來源：VPN 院所醫療服務指標查詢/院所品質報告卡/指標 647

2.費用占率差異

本院住院案件以手術為主，手術費用占率較南區同儕高，藥費占率則較低，手術案件以外科系骨科、婦產科居多。

年月/數值	斗六		南區同儕	
	手術費用佔率	藥費占率	手術費用佔率	藥費占率
11208	34.51%	1.70%	9%	8.94%
11209	49.48%	1.06%	9%	9.47%
11210	49.16%	1.22%	9%	8.87%
11211	58.89%	0.30%	9%	8.69%
11212	32.13%	1.41%	9%	8.99%
11301	46.79%	1.18%	9%	9.13%
11302	-	-	-	-
11303	-	-	-	-
11304	32.13%	1.77%	10%	8.83%
11305	32.63%	1.28%	10%	8.38%
11306	34.11%	0.94%	11%	8.82%
11307	30.65%	1.08%	10%	8.35%

資料來源：VPN 院所醫療服務指標查詢/院所品質報告卡/指標 649、625、634

3.住院案件科別

本院住院案件以外科系骨科、婦產科案件為主，案件分布、型態與同儕不同。

年月	骨科	婦產科	其他科	總計	骨科+婦產科佔率
11301	1	2		3	100.0%
11304	9			9	100.0%
11305	24	2	4	30	86.7%
11306	27	7		34	100.0%
11307	20	3		23	100.0%
11308	19	10	1	30	96.7%
11309	20	4		24	100.0%
11310	16	3	2	21	90.5%
總計	136	31	7	174	96.0%

4.住院日數差異

本院住院日數較低，與同儕差異甚大。

年月/數值	斗六	南區同儕
11208	1.25	12.32
11209	1.33	12.59
11210	1.20	12.39
11211	1.00	12.31
11212	1.00	12.06
11301	1.00	12.33
11302	-	-
11303	-	-
11304	2.78	11.78
11305	2.97	11.60
11306	2.56	11.63
11307	2.78	11.42

資料來源：VPN 院所醫療服務指標查詢/院所品質報告卡/指標 645

結論：

1.本院住院日數、日單價、費用占率、科別，與同儕差距甚大，以同儕 P25 日單價帶入計算排除列計費用，嚴重低估本院住院費用。

2.占床率逐漸增加，採 113Q3 占床率為計算基礎，實屬低估。

謹建議：

考量本院費用增加為 113 年 4 月起，先行計算基期多以 112 年為基礎，然考量，因現況住院案件型態與服務科別，建議排除列計費用之計算方式應調整為：

- 1.「當季佔床率」：因占床率逐月提升，請考量改以「當季占床率」計算。
- 2.「區域醫院同儕同類床日單價」：因現況住院案件型態與服務科別，請考量以南區區域醫院同儕或地區醫院同儕同類床手術日單價計算。
- 3.「淨核減率」：現行核減率數據是以 112 年全年斗六住院淨核減率(專審)，平均 16.6%。然以 112 年為計算基期。因案件數少以致淨核減率容易升高，淨核減率計算與現況應有顯著差異。請考量以 113 年近期或 Q1~Q3 淨核減率計算。

核減率數據是以 112 年全年斗六住院淨核減率(專審)

斗六每季住院核減情形

112Q1：100%(骨科 1 件/總件數 1)

112Q2：0%，無住院 (0 件/總件數 0)

112Q3：0% (0/總件數 16)

112Q4：14%(骨科 2 件/總件數 11，婦產科 6+骨科 5)

113Q1：0%(0/總件數 3)

113Q2：0%(0/總件數 73)

原始(健保署提供)

季別	病床數	占床率 -P50	平均每 人日點 數-P25	該季天 數	淨 核減率	分階段 擴增	採計點 數	占床率 -實際	每日點 數 -實際	採計點數 -實際
113Q3	30	47.2%	4,160	92	16.64%	1/4	1,129,380	7.7%	19,163	183,791
113Q4	30	47.2%	4,160	92	16.64%	2/4	2,258,761	7.7%	19,163	367,583
114Q1	30	47.2%	4,160	90	16.64%	3/4	3,314,486	7.7%	19,163	539,388
114Q2	30	47.2%	4,160	91	16.64%	4/4	4,468,418	7.7%	19,163	727,174

建議方案1：以區域醫院平均日單價預估

季別	病床數	占床率 -P50	平均每 人日點 數-P25	該季天 數	淨 核減率	分階段 擴增	採計點 數	占床率 -實際	每日點 數 -實際	採計點數 -實際
113Q3	30	47.2%	4,160	92	16.64%	1/4	1,129,385	7.7%	9,000	397,627
113Q4	30	47.2%	4,160	92	16.64%	2/4	2,258,761	7.7%	9,000	795,254
114Q1	30	47.2%	4,160	90	16.64%	3/4	3,314,486	7.7%	9,000	1,166,949
114Q2	30	47.2%	4,160	91	16.64%	4/4	4,468,418	7.7%	9,000	1,573,221

建議方案2：以斗六113年平均日單價預估

季別	病床數	占床率 -P50	平均每 人日點 數-P25	該季天 數	淨 核減率	分階段 擴增	採計點 數	占床率 -實際	每日點 數 -實際	採計點數 -實際
113Q3	30	47.2%	9,000	92	16.64%	1/4	2,443,382	7.7%	19,178	847,299
113Q4	30	47.2%	4,160	92	16.64%	2/4	2,258,761	7.7%	19,178	1,694,599
114Q1	30	47.2%	4,160	90	16.64%	3/4	3,314,486	7.7%	19,178	2,486,639
114Q2	30	47.2%	4,160	91	16.64%	4/4	4,468,418	7.7%	19,178	3,352,358