

衛生福利部中央健康保險署南區業務組
「南區醫院總額」114 年第 2 次共管暨
第 1 次院長會議 會議紀錄

時間：114 年 6 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/Teams 視訊會議

主席：林純美組長

紀錄：曾荃璞

陳煒主委

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
陳煒主委	陳煒	劉啓舉委員	劉啓舉
李經維委員	李經維	歐建慧委員	歐建慧*
李麗娟委員	李麗娟	蔡良敏委員	吳錫金 _(代) *
卓瑩祥委員	卓瑩祥*	鄭天浚委員	鄭天浚
林宏榮委員	林宏榮	鄭名芳委員	鄭名芳
馬惠明委員	(請假)	鄭雅敏委員	鄭雅敏
陳正榮委員	陳正榮*	賴仲亮委員	(請假)
楊仁宗委員	楊仁宗*	謝景祥委員	謝景祥*

南區醫院院長及醫療行政主管

衛生福利部中央健康保險署：

林純美	何尹琳*	郭碧雲	吳佩寧	張智傑	許寶茹
陳嘉宏	廖俐惇	呂宛諭	盧羽眉	曾荃璞	張家綾*
張家綾*	楊韻萱*	許涵琇*	李怡君*	陳秀宜*	楊庭瑜*
陳等婷*	廖鈺菁*				

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、醫院醫療服務審查執行會南區分會報告（略）

二、醫院總額執行概況暨業務宣導：114 年 Q1 方案結算、預告 115 年風險移撥款預計下架項目並請提深耕計畫、區域以上醫院門診占率變動、重要計畫(地區醫院全人全社區照護、HAH)申請及收案現況、DM/CKD/DKD 照護率、待改善指標(急診轉住院滯留>48 小時比率、急診檢傷一或二級滯留>24 小時比率、出院後 3 日內再急診率、出院準備銜接後續醫療率、西醫可避免住院率、CT/MRI 執行及再執行率、20 類檢查(驗)再執行率等)、ICU/急性一般病床占床率、靜置床情形及護理人力分布、IC 卡 2.0 預檢進度等。

肆、報告案

第一案

報告單位：南區業務組

案由：114 年 Q1 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、依南區醫院總額 111 年第 4 次共管會議、112 年第 1 次共管會議暨 113 年第 4 次共管會議決議辦理。

二、符合旨揭核扣原則之 1 項專案數據如下表，本次總計應下修 3 家、3,790,730 點，於 114 年 Q1 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)		
腹腔鏡手術併報腸粘連剝離術適當性	區域以上	A1	13	0	0%	209,750	180,994	86%	1,809,940
		A2	10	1	10%	149,418	129,289	87%	1,292,890
		A3	7	7	100%				
		A4	4	0	0%	120,663	86,268	71%	
		A5	3	0	0%	71,890	71,890	100%	
		A6	2	1	50%	14,378	0	0%	
		A7	1	0	0%	17,197	0	0%	
	地區醫院	B1	3	2	67%	14,378	14,378	100%	
		B2	2	0	0%	68,790	68,790	100%	687,900
		B3	1	1	100%				
		B4	1	0	0%	14,378	0	0%	
		B5	1	1	100%				
	小計 (P25 區域=3) (P25 地區=1)		46	13	28%	680,842	551,609	81%	3,790,730

決定：洽悉。

第二案

報告單位：南區業務組

案由：醫院總額 114 年預算移列項目及「急診、急救責任醫院及護理」相關支付標準調整於南區方案處理方式。

說明：

- 一、113 年度醫院總額公告之協定事項「因應長新冠照護衍生費用」、「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」及「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」等 3 項屬專款但「併入醫院總額一般服務結算」項目，於 114 年移列一般服務預算，故自 114 年 Q1 起，基期與當季方案結算皆不另排除前揭項目。
- 二、自 114 年 5 月 1 日生效之「急診、急救責任醫院及護理」相關支付標準調整案：
 - (一)「全日護病比」：暫停實施。另本項自 114 年起移出總額改以「其他預算」支應，囿於本項目調整公告時程，本組未及於提供各院 114 年 Q1、Q2 基期時即先排除原 K 醫令申報費用(即已內含於基期值)，故上半年當期結算不予調整，自 114 年 Q3 起基期再予排除；當期則視署後續公告申報方式，如隨費用申報，則結算將列入「總額排除(其他部門)」項。
 - (二)急診相關基本診療、住院護理費及急救責任醫院加護病房基本診療項目：
 - 1、作業時程：自 114 年 Q2 起，「自 5 月 1 日起調增部分」費用列入南區方案「總額排除(其他部門)」項。
 - 2、因署本部尚未提供定版總額點值結算邏輯(含需扣合相關指標之結算方式)，後續比照前揭規定執行並更新南區方案排除項目參考表，相關指標另提共管會議討論。

三、前述項目及南區因應作法/時程如下簡表：

項次	項目名稱	預算分配(改變)方式	114 年南區方案 因應作法及時程
1	因應長新冠照護衍生費用	(1) 第 113 年屬專款但按季納入一般服務費用結算 (2) 114 年自專款移列至一般服務	自 114 年 Q1 起： (1) 基期不排除前揭申報費用 (2) 當期不列入「專款排除」
2	因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增		
3	促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)		
4	全日護病比	(1) 113 年(含)以前屬一般服務費用 (2) 114 年改以「其他預算」支應	自 114 年 Q3 起： (1) 基期排除原護病比(K 醫令)申報費用 (2) 當期如隨費用申報(待署公告)，列入「總額排除(其他部門)」
5	急診相關基本診療、住院護理費及急救責任醫院加護病房基本診療等支付標準調整項目	114 年「其他預算」	比照總額點值結算邏輯執行

決定：洽悉。

伍、討論提案

提案一

提案單位：南區業務組

案由：114 年 Q1 南區醫院總額財務穩定方案(下稱南區方案)倘階 1 至階 3 給付點值皆提升至 1、預算剩餘數仍高於原核減點數，優先上調各院點值至 1 點 1 元，餘預算方用於提升當季結算點值，提請討論。

說明：

- 一、為避免南區結算浮動點值高於 1，本組滾動調整預算估列方式，寬估每季預算約 1.5 至 2.5 億；另依本署公告 114 年醫院總額預算四季占率，114 年 Q1、Q2 之占率值相較去年同期各增加 0.12%、0.83%(約分別增加 1 億、6.6 億)。
- 二、114 年 Q1 南區醫院總額預算及支出估算業於今日簡報呈現：
 - (一) 可支應超額之額度為 15.4 億，超額總點數約 13.4 億點，階 1 至階 3 點值皆可上調至 1，約需追扣 1.1 億點，核減率 0.6%。
 - (二) 剩餘額度 3.2 億(尚未計入 PVA 可能挹注額度)，反映於提高結算之平均點值約 0.016。此為寬估預算下之結果，實際結算平均點值預估約在 1.005 至 1.01 間。
 - (三) 計 **25** 家(區域 2 家、地區 23 家)醫院點值未達 1，未達 0.9 僅 1 家地區醫院。
- 三、本季多數醫院費用平穩成長，僅部分醫院因應區域醫療需求提升、服務結構調整或醫療人力復位，致服務量較高成長，核減幅度亦相對較大。考量本季預算剩餘數為歷季新高，**建議優先上調各院點值皆達 1 點 1 元(惟審查核減仍應核扣)**，餘預算再行整體性調升點值，以協助推動區域合作及資源均衡配置。

四、試算所需額度及獲補醫院分布如下表：

層級	醫院規模	家數	補到 0.9		補到 0.95		補到 1	
			家數	額度 (萬)	家數	額度 (萬)	家數	額度 (萬)
區域	>5 億	2	-	-	-	-	2	4,316
地區	1.5 億~3 億	2	-	-	-	-	2	2,180
	6 千萬~1.5 億	3	1	250	1	1,152	3	2,661
	≤6 千萬	18	-	-	7	73	18	1,452
總計		25	1	250	8	1,225	25	10,609

五、如獲通過，據以執行 114 年 Q1 南區方案結算，114 年 Q2 如遇相同情形，亦將比照辦理。

決議：照案通過，惟 114 年 Q2 如遇相同情形，另提共管會討論。

提案二

提案單位：部立嘉義醫院

案由：因應醫療政策增聘醫護人力，申請調升醫院總額點值，提請討論。

說明：

一、部立嘉義醫院為配合國家醫療政策及因應民眾需求，新增假日、夜間門診，並與鄰近區域醫院共同合作醫療分級、緊急醫療區域聯防、急診壅塞轉診機制等，人力投入增加(醫師數較基期成長 10.66%、護理人數成長 17.37%)，致 114 年 Q1 申報點數較基期成長 31%而核減偏高，提請調升該院點值至 0.95 以持續推動公共醫療及營運穩定性，提案詳參附件 1。

二、南區業務組回應：

(一) 初步分析該院 114 年 Q1 申報情形：

- 1、新增 3 位專科醫師，分屬胸腔暨重症、心內及骨科。
- 2、門診：件數、費用分別成長 14.3%、19.6%，平均每件/每人費用成長 4.6%、5.6%，以末期腎疾病、糖尿病及腦梗塞案件成長最多。
- 3、住診：件數、費用分別成長 55.2%、5.4%，其中住院整合案件大幅成長，並以病房、特材及復健治療費用成長最多。
- 4、綜上，該院確有供給面成長、服務量增加情形。

(二) 本組業於討論提案一說明，考量本季預算充足，建議優先上調各院點值皆達 1 點 1 元，以回應地區醫療需求。

決議：經提案一決議通過，114 年 Q1 各院點值皆達 1 點 1 元，本案訴求業可獲滿足。

提案醫院	衛生福利部嘉義醫院
提案日期	114.06.02
案由	因應國家醫療政策，推動分級醫療、「888 計畫」、假日、夜間門診新增開設、長期照護醫療服務的支援、在宅醫療推動、接續安寧療護的執行；本院扮演公立地區醫院的角色，積極配合與執行推動之餘，影響申報點數增加，人力投入醫師較基期成長 10.66%、護理人力較基期成長 17.37%，未能獲得額度增加值，提請增加本院點值 0.95 以持續推動公共醫療及營運穩定性。
說明	本院為嘉義地區公立醫院，在醫療體系中扮演著多元且重要的角色，其設立目的與社會責任通常超越單純的營利考量。 在公醫醫療政策中以，我們為地區醫院落實分級醫療，雙向轉診，與鄰近區域醫院嘉基、中榮嘉義分院、嘉義長庚共同合作醫療分級、緊急醫療區域聯防、急診壅塞轉診機制，共同支援，醫療資源共享，提供緊急醫療服務，解決病患急診待床，在地區醫院中與地區醫院提供醫療資源共享、互相支援合作。 在基層醫療與診所合作相互轉診機制，治療後再轉回診所治療。 衛福部在 113 年健康台灣中提出「888 計畫」積極找出 8 成三高病患加入照護網、讓 8 成加入照護網的人都接受生活習慣諮商，最後，讓三高的控制率可以達到 8 成，與推動 5 癌篩檢，成人預防保健，發現早期個案，讓民眾能早期診斷並早期獲得最好的治療；故本院與地區藥局合作，藥局發現異常病患轉介、追蹤治療；在各社區設置 17 個關懷據點，提供醫療諮詢服務，找出異常個案進行追蹤與管理治療。 考量地區民眾需求新增夜診、假日診、國定假日全日開診，以 114Q1 國定假日本院開設 169 診，新增夜診假日診皆未停診。流感疫情升溫期間增設類流感門診、腸胃科門診、假日也增設診別、急診服務。 長期照護機構巡診醫療服務需求，住院醫療合作，協助到機構醫療巡診及復健醫療服務，投入推動長期照護在宅醫療服務，113 年 7 月至 114 年 6 月收案 71 案，讓患者在家中或機構就能得到跟在醫院一樣的專業照護，減少醫療奔波；接續安寧療護的照顧，提供病人及家屬身、心、靈的全方位照顧，降低醫療費用支出與總額支出。 期間醫療、醫事、護理人力的投注成本增加，異常病患發現、介入、追蹤、管理等，影響增加本院申報點數。
建議	因本院扮演公立地區醫院的角色，積極配合與執行推動，影響申報點數增加，人力投入醫師較基期成長 10.66%、護理人力較基期成長 17.37%，未能獲得增加值，提請增加本院點值 0.95，以持續推動公共醫療及營運穩定性。

提案附表

申報 點數		113Q1 排除後	114Q1 排除後	114Q1 基期值	較基期成長率
	門診	69,064,769	80,337,124	137,646,991	31%
	住診	94,157,419	100,200,632		
	小計	163,122,188	180,537,756		

門診 指標	114Q1	門診歸戶人數	門診人次	醫師人數	看診醫師人數
	基期	14,083	31,980	37	75
	當期	15,721	35,726	41	81
	成長率	11.63%	11.71%	10.66%	8.00%

住診 指標	114Q1	住診歸戶人數	住院人日	護理人員數
	基期	1,089	21,558	184
	當期	1,105	22,035	216
	成長率	1.47%	2.21%	17.37%

提案三

提案單位：南區業務組

案由：南區方案「急重症排除列計」增列「門診化療注射劑」項，並上調最高採計額度，提請討論。

說明：

- 一、現行方案旨揭項目操作型定義為「當期點數超出基期點數之差額×基期南區醫院總額平均點值，門住分別計算，並優先保障符合偏遠地區認定原則醫院」，最高採計額度上限分別於 111 年第 3 次共管會議、113 年第 2 次暨第 1 次院長會議決議調整，自當季一般總額預算 0.2%上調至 0.4%，超過採浮動調整。114 年 Q1 本項排除列計門診浮動 69.2%、住診無須浮動。
- 二、為呼應健康台灣「強化國家癌症防治計畫：2030 年癌症標準化死亡率降低三分之一」之政策目標，鼓勵醫院投入資源提升整體癌症醫療水準，並參考其他分區於 114 年 Q1(台北為 114 年 Q2)開始實施「個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫」，皆於旨揭排除列計納入「癌症照護」相關項目，建議南區方案亦比照辦理，初擬內容如下：
 - (一) 操作型定義：考量抗癌化療已朝向門診化、日間化發展，並降低不必要住院，優先納入「門診化療注射劑」。
 - (二) 擷取南區 113 年 Q1 至 114 年 Q1 符合前揭定義之排除列計點數如下，當季相較去年同期差值，每季約 1,800 萬至 1 億不等，平均占當季一般總額預算約 0.3%。

年度季別	113Q1	113Q2	113Q3	113Q4	114Q1	平均
南區醫院	1,874.8	6,505.5	10,852.3	7,106.2	7,082.6	6,684.3

註：單位為萬點

- (三) 本項排除列計原僅採計「當期較基期增加數」，惟為如實反映各院是類服務增減現況，爰納入「門診化療注射劑」採計點數後，急重

症排除列計最高採計總額度上限同步上調至 0.8%，且各子項皆改採「當期點數與基期點數之差值(即正、負值皆採認)，且「門、住診合併計算」，餘定義不變。

三、綜上，以新增操作型定義(更新後如附件 1)、及調整後上限試算 113 年 Q1 至 114 年 Q1 各季數據及浮動情形如下表，於 113 年 Q1 浮動比率約為 84.7%，其餘季別無須浮動。

年度季別	偏遠地區醫院	其他醫院	合計	當季方案推估預算	當季預算上限 0.4%		當季預算上限 0.8%	
					上限額度	浮動比率	上限額度	浮動比率
113Q1	863.8	16,605.7	17,469.5	185 億	7,400	42.4%	14,800	84.7%
113Q2	323.2	11,703.1	12,026.3	188 億	7,520	62.5%	15,040	100.0%
113Q3	304.7	9,734.4	10,039.1	200 億	8,000	79.7%	16,000	100.0%
113Q4	0	8,038.0	8,038.0	202 億	8,080	100.0%	16,160	100.0%
114Q1	1,005.0	14,281.6	15,286.6	201 億	8,040	52.6%	16,080	100.0%

註：未特別標示者，單位為萬點(元)

四、如獲通過，據以修改南區方案，自 114 年 Q3 起適用。

決議：照案通過，自 114 年 Q3 起適用。

急重症病患醫療照護需求

附件 2

壹、目的

鼓勵醫院強化急重症醫療照護品質及效率、投入資源提升整體癌症醫療水準並提高急重症病患就醫可近性，支持偏鄉急重症醫療。

貳、計畫期間與預算

自 114 年 1 月 1 日起至 114 年 12 月 31 日止。

預算設定比率為轄區當季一般總額預算之 0.8%0.4%。

參、執行方式

操作型定義，如附表。

採計費用＝當期點數超出基期點數之差額(當期點數－基期點數) × 基期南區醫院總額平均點值，門住分別計算；後表各項目正、負值皆反映，各項目正負值加總後之總點數為正值，方予以採計。

且以當季總額預算 0.8%0.4% 為最高採計額度，倘超過則先予保障符合 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採計費用，餘額度再續執行其他各院浮動調整。

急重症病患醫療照護需求採計點數操作型定義

一、急症照護操作型定義

部門	操作型定義
門診	案件類別為「02」之醫療點數。
住診	1. 第6歲（含）以下，急診轉住院且急性病房住院日數 ≤ 10 天(且慢性病房住院日數需為0天)案件醫療點數。 2. 排除條件1之急診轉住院案件申報急診診察費代碼00201B、00202B之急診診察費點數。 3. 排除不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記為9之案件

二、重症照護操作型定義

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；護理費醫令為03104E、03105F、03106G、03047E、03048F、03049G；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、G45.0~G45.2、G45.4~G46.8、P91.821、P91.822、P91.823、P91.829且部分負擔代碼為"001"或"011"且給付類別不為9(呼吸照護)之案件醫療點數。 註：1. 不含排除費用項目說明 A11項醫令點數 2. 若已於排除費用項目說明 D05項 PAC 採計則不重複計算
體重低於1499公克之極端未熟兒與早產兒	住診：ICD10-CM 主或次診斷為 P07.01~P07.03、P07.14~P07.15、P05.01~P05.05、P05.11~P05.15（且部分負擔代碼為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)）之案件醫療點數。
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）之案件醫療點數。
急性心肌梗塞	住診：ICD10-CM 主診斷為 I21.01~I22.9且執行 Primary PCI 醫令代碼為 18020B、18021B、18022B、33076B、33077B、33078B 之醫令點數
主動脈剝離	住診：ICD10-CM 主診斷為 I71.00~I71.03、且執行 stent 及置換醫令代碼為 68043B、69023B、69024B、69027B、69035B、69036B、69037B 之醫令點數。
心臟瓣膜手術	住診：ICD-10-PCS 處置碼為02UJ0JZ、02UG0JZ、02QF0ZZ、02RJ08Z、02RF0JZ、02RG08Z、02QW0ZZ、02RF38Z、 02RF08Z、02RF0JZ 且醫令代碼為68015B、68016B、68017B、68018B、68029B、68040B、68057B、68058B、68059B、69033B、69035B、TAVI 特材(即特材給

重症項目	操作型定義
	付規定代碼 B102-8、B102-9)之醫令點數
植入性心臟去顫器	住診：ICD-10-PCS 處置碼為0JH608Z、02HK3KZ、02H63KZ 且醫令代碼為68011B、68012B、68041B、特材給付規定代碼 B103-1、B103-2之醫令點數
主動脈瘤、急性心肌炎、末期心衰竭	住診：ICD-10-CM 主診斷為 I71.1~I71.9、I40.0~I40.9、I50.1~I50.9或任一次診斷為 I41或「主或任一次診斷為 I11.0、I13.0、I13.2」，且 ICD-10-PCS 處置碼為027034Z、027134Z、027234Z、027334Z、02703DZ、02713DZ、02723DZ、02733DZ、5A02210、5A15223(舊碼，暫維持擷取)、5A1522F、5A1522G、5A1522H、02HA0QZ、02HA3RZ、前四碼為02RX、02RW、02VW、02VX、04R0、04V0且醫令代碼為33079B、47063B、68036B、68051B、68052B、69024B、69036B、69037B 特材給付規定代碼 B201-6、B206-8、A220-3、A220-6之醫令點數
內視鏡射頻消融術(RFA 食道)	住診：37048B、特材給付規定代碼 E210-5之醫令點數

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

三、癌症照護操作型定義

癌症照護項目	操作型定義
<u>門診化療注射案件</u>	案件分類≠A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF、02 <u>門診化療注射案件(排除代辦及急診案件)：</u> <u>有申報 ATC 碼前三碼為 L01、L02或 ATC 碼為 L03AB04、L03AB05、L03AC01、L03AX、L03AX03、L03AX16、L04AX02、L04AX04、L04AX06、V10XX03、V10XA01~04、V10XA53，</u> <u>且為注射劑(藥品醫令第8碼為2)之案件</u>

陸、散會：下午 4 時 00 分。