

高屏區醫院總額醫療服務審查共管會議

111 年第 2 次會議紀錄

時間：111 年 12 月 16 日（星期五）下午 2 時

地點：本組 7 樓第一會議室

主席：林組長淑華、蘇主任委員主榮

紀錄：鍾政光

出席委員：

蘇主榮主任委員	蘇主榮	馬光遠委員	馬光遠
吳文正副主任委員	蔡蕙如 ^代	郭昭宏委員	郭昭宏
朱文洋副主任委員	朱文洋	李炫昇委員	許清漢 ^代
王植熙委員	陳武福 ^代	陳鴻曜委員	李秀貞 ^代
林志宏委員	林志宏	林茂隆委員	林茂隆
林偕益委員	林偕益	尤瑜文委員	尤瑜文
林志隆委員	黃尚志 ^代	黃明典委員	黃靖雯 ^代
許書雄委員	許書雄	吳東霖委員	吳東霖
任振輝委員	任振輝	趙昭欽委員	趙昭欽
杜元坤委員	林俊農 ^代	蕭志文委員	蕭志文
柯朝元委員	柯朝元		

列席單位及人員

高雄長庚	劉凱綸、陳佩瑜
高雄醫學大學附設醫院	黃建民、歐芸瑩
高雄榮總	陶 屏、黃瓘婷
義大醫院	劉靜穎
安泰醫院	鍾梅珍、蔡玫芳
建佑醫院	張瓊月
馨蕙馨醫院	舒碧雯
小港醫院	張碧玉、劉靜薇
國軍高雄總醫院	鄭重男
高屏分會	楊予婷、林俊豪、王秀貞
高屏業務組	許碧升、黃梅珍、李金秀、郭怡妘、 張曉玲、邱佩穎、詹雪娥、洪阿意、

王麗雪、張艷慧、王悅萍、許亦濡、
劉彥均、陳雀美、陳民英、葉曦之、
許寧恩、陳祈君、蘇家驊、林冠余、
周孟盈、侯佳伶、劉月森、陳美蓮、
蕭晟儀、梁家瑋、王詩雅、余珮均、
王藝穎

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：洽悉。

參、報告事項

第一案

報告單位：高屏業務組

案由：前次會議追蹤辦理情形。

決定：洽悉。

第二案

報告單位：高屏分會

案由：醫院醫療服務審查執行會高屏區分會業務報告。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：高屏業務組

案由：高屏區醫院醫療費用申報概況及重要宣導事項。

決定：洽悉。

第四案

報告單位：高屏業務組

案由：有關 112 年「高屏區醫院總額共管會議」、「高屏區醫院總額院長座談會」召開會議時程報告。

決定：

一、洽悉。

二、延續歷年辦理模式，每半年召開一次醫院總額共管會議及院長座談會，預定日期如下表，必要時得召開臨時會議。

次數	1	2	3	4	5
會議日期	112. 6. 8 (星期四)	112. 6. 15 (星期四)	112. 9. 7 (星期四)	112. 12. 14 (星期四)	112. 12. 21 (星期四)

會議	分區醫院總額 共管會議 第 1 次會議	分區醫院總額 院長座談會 第 1 次(視訊) 會議	分區醫院總額 共管會議 第 1 次 <u>臨時會議</u>	分區醫院總額 共管會議 第 2 次會議	分區醫院總額 院長座談會 第 2 次(視訊) 會議
----	---------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------	------------------------------------

三、前述 112 年會議時間請各委員預作安排，如遇特殊情事擬變更會議時間，請高屏分會至遲於會前 2 週主動聯繫本業務組。

肆、討論事項

第一案

提案單位：高屏業務組

案由：有關高屏區醫院總額 111 年第 3 季費用結算前之核定方式，請討論。

說明：

- 一、依據「健保署因應 COVID-19 之調整作為」之醫療費用審查措施，自 111 年 5 月 13 日至 111 年 7 月 31 日暫停審查，爰 111 年 7 月審查類別甲類、乙類醫院均為快速通關。
- 二、乙類醫院 111 年 8、9 月費用採一推一方式抽樣審查，依「樣本月」審查結果回推「非樣本月」(111 年 8 月 4 日健保高費一字第 1118604929 號函)。
- 三、依高屏分會 111 年 11 月 11 日(醫審高屏字第 111034 號)來函，因 111Q3 疫情逐漸趨緩，受後疫情就醫回溫、遞延性就醫等因素，致部分醫院門診醫療服務提升，且配合防疫設置專責病房醫院，受收治住院限制影響，爰請本組同意調整 111Q3 醫院總額醫療服務審查作業計算方式，甲類醫院以當季門、住診費用合計流用。

建議：綜上，考量疫情影響門住醫療利用情形，同意甲類醫院 111 年 Q3 門、住診費用合計流用，免個別來文申請，另甲類醫院超出目標管理點數之計算，擬參考乙類醫院計算模式修正，修正後如下：

111 年醫院總額醫療服務審查作業原則	修正前	修正後
柒、核付方式：依審查類別分別計算門、住診核付點數 一、甲類(自主管理)醫院 (二)季結算核定：	季核付點數=門(住)診實際醫療點數-本作業原則第捌條應攤扣之醫療點數-超出門(住)藥費目標占率之藥費差值點數-超出門(住)診管理目標上限點數之差值點數(扣除攤扣之醫療點數、超出門(住)藥費目標占率之藥費差值點數)-程序審查及篩異審查核扣醫療服務點數。	季核付點數=門(住)診實際醫療點數-本作業原則第捌條應攤扣之醫療點數- 超出門(住) 藥費目標占率之藥費差值點數-超出門(住)診管理目標上限點數之差值點數*2/3(扣除攤扣之醫療點數、 超出門(住) 藥費目標占率之藥費差值點數)-程序審查及篩異審查核扣醫療服務點數。

決議：如建議，照案通過，相關決議重點摘要如下：

- 一、111Q3 點值結算前不另執行再分配；甲類醫院採門住費用合計流用，另當季超出門住診目標管理點數之差值，考量轄區全數醫院 7 月醫療費用均快速通關，超出值改以核扣醫療點數之 2/3 計算且藥費差值點數不另核扣。
- 二、乙類醫院依抽審月計算 2 個月(審一推一)方式核定。

第二案

提案單位:高屏業務組

案由：有關 112 年高屏區醫院總額醫療服務審查作業原則(草案)，詳附件 1，請討論。

說明：修訂重點

- 一、不區分甲、乙類，仿多數業務組做法各醫院不做類別申請，由高屏業務組發文各醫院提供各季管理閾值，修訂緣由如下：

(一)轄區供給面擴增幅度規模前所未見(屏東榮總、高醫岡山、

路竹秀傳、小港新大樓…等)，各醫院間會有消長，體系醫院不應部分為甲類，部分為乙類。

(二)隨機抽樣回推公式改變後，費用審查未足以管理乙類醫院的成長。

(三)疫情衝擊下費用審查措施常有變動(全面停審)，醫院分甲、乙類會造成結算前核定之衡平困難(如：111Q2、Q3)。

(四)轄區醫院對於甲、乙類院所之管理措施時有建言，如：單價管理之核扣不應僅執行於乙類醫院；部分甲類醫院因病床擴增而困難協定為甲類，造成甲類自主管理醫院比率降低。

二、隨機抽樣審查：依各院當季費用申報情形決定減審比率。

三、季結算前核定方式：當季一般總額(含釋出處方費用)扣除核減總點數(含行政審查、專業審查及單價核減)及排除列計總點數後，計算超出季管理閾值加計指標達成率(上限 3%)後之成長差值點數，再依照成長貢獻度及醫療費用佔率分攤當季共管會議確認之應攤扣總點數。

決議：照案通過，「112 年高屏區醫院總額醫療服務審查作業原則」如附件，相關決議重點摘要如下：

一、112 上半年單價管理採 111 年之回饋方式請醫院自主管理(不核扣)；下半年民眾就醫行為如未明顯受相關政策(如：部分負擔)或疫情影響，仍以審查作業原則之內容辦理。

二、轄區醫院(新設醫院另訂)攤扣占率參數與權重，採「成長貢獻率*80%+醫療費用占率*20%」。

三、當季門住診(一般服務醫療案件)之補報期限，應於次季第二個月 20 日前完成，逾期核定為 0。

四、各醫院應於 112 年 1 月 13 日前函文本組確認品質管理指標項目及管理值。

第三案

提案單位：高屏業務組

案由：有關 112 年上半年高屏區醫院總額門(住)診醫療費用季管理閾值上限之參照基期及期望點值一案，請討論。

說明：

- 一、根據歷往審查作業原則所示，各醫院門(住)診目標管理點數係以「去年同期當季核定點數」計算且半年確認執行方式。
- 二、110 年第二、三季受疫情影響，結算前核定方式變更，又 111 年 9 月 7 日高屏區醫院總額醫療服務審查共管會議 111 年第 2 次臨時會議紀錄決議，111 年第 2 季核定點數不作為參照基期。
- 三、110Q4-111Q3 各分區平均點值如下表：

分區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
110Q4	0.9553	0.9644	0.9408	0.9973	0.9624	0.9510
111Q1	0.9352	0.9689	0.9447	0.9995	0.9754	0.9418
111Q2	0.9830	0.9974	0.9712	1.0093	1.0187	1.0404
111Q3 (署估算)	0.9226	0.9494	0.9197	0.9744	0.9837	0.9582

建議：

- 一、112 年上半年各醫院門(住)診目標管理點數參照基期以 110 年第 4 季及 111 年第 1 季之核定點數加總計算。
- 二、高屏期望點值以不低於高屏 110Q4-111Q3 點值決定。

決議：112 年上半年高屏區醫院總額期望點值設定為 0.955；門住診季管理閾值參照基期以 110Q4 及 111Q1 之核定點數加總計算。

第四案

提案單位：高屏業務組

案由：有關檔案分析異常醫院未同意自清或未改善者，將由高屏業務組篩選移請分會輔導，相關輔導分工，請討論。

說明：

- 一、依「醫院醫療服務審查勞務委託採購案」第 2 條(一)第 3 款建立以檔案分析為主軸之醫療服務審查異常管理作業方式之(2)訂定略以，機關委託廠商應針對檔案分析發現異常者進行輔導管理，輔導結果提報機關所屬各分區業務組。
- 二、經瞭解他區總額分區為達同儕制約目的，制定有共同管理策略，如：北區業務組與北區共管團體制定「專案異常管理輔導流程」，

針對多次審查未改善醫院進行溝通輔導作業；本組其他部門之總額團體亦針對審查發現異常診所採約詢輔導自清之共同管理措施。

三、高屏醫院總額醫師數、病床數快速擴增，未來點值穩定任務更形艱鉅，異常醫院或執行醫師有賴專業對話據以管理。爰醫療費用專業審查或檔案分析發現利用異常者，高屏業務組初步輔導自清未同意或未改善者，將移請分會據以研析並約詢輔導，醫院若有切結之輔導結果將由高屏業務組據以辦理。

四、案例：醫院收取自費又申報健保費用自清輔導案

(一)依本署函釋，民眾因病就醫且同意接受本保險未收載之手術項目，除手術及所需相關特材外，當次住院醫療費用(如麻醉費、藥費、檢查費及治療處置費等)符合給付規定者，予以給付。

(二)審查發現醫師執行乳房微創手術(自費)又申報健保手術費，本組於111年10月24函請轄區醫院限期自清，醫院間自清率落差甚大(0%~83%)，同醫師於A醫院執行量多數自清，B醫院執行量全數不同意核扣。

建議：高屏分會成立「異常管理小組」，高屏業務組篩選異常項目、名單移請輔導，異常醫院研析結果由高屏業務組於輔導前提供說明。異常醫院約詢結果(含自清繳還或承諾改善情形)由高屏分會限期回復高屏業務組據以執行。

決議：經檔案分析異常醫院自清率偏低或輔導未改善者，由高屏業務組篩選案件和分會共同輔導，請分會安排輔導人員以專業對話據以管理。

第五案

提案單位：高屏業務組

案由：有關高屏區「112年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」，請討論。

說明：

一、依本署公告「111年醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則」，經核定偏遠地區之醫院，若未選擇參加「全民健康保

險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」，得依該認定原則給予一般服務點數之點值保障(浮動點數以前一季各區門住診平均點值核付費用)。

二、111 年高屏區偏遠地區之醫院認定原則經公告內容如下(各分區認定原則如附件 2)：距後送醫院(醫學中心)之交通距離>40 公里(以 Google 地圖搜尋)且呼吸照護費用佔全院費用比率<30%之醫院且未有經停止特約、終止特約處分醫院，排除參加「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」醫院。依前述原則高屏區 110 年與 111 年提報屏安醫療社團法人屏安醫院、佑青醫療財團法人佑青醫院、財團法人迦樂醫院等 3 家醫院。

三、依據「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」陸~四規定：同時符合本計畫及「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之醫院，兩者應擇一保障，不得重複。111 年度本轄區參加提升計畫醫院計 29 家(附件 3)。

決議：維持 111 年認定原則辦理。

伍、臨時動議：無

陸、散會(下午 4 時 20 分)