

高屏區醫院總額醫療服務審查共管會議 111 年第 1 次臨時會議紀錄

時間：111 年 3 月 10 日（星期四）下午 2 時

地點：本組 7 樓第一會議室

出席委員：

蘇主榮主任委員	蘇主榮	馬光遠委員	賴俊煌 ^代
吳文正副主任委員	蔡蕙如 ^代	陳鴻曜委員	李秀貞 ^代
朱文洋副主任委員	朱文洋	杜元坤委員	林俊農 ^代
王植熙委員	盧勝男 ^代	柯朝元委員	李蠻剛 ^代
林志隆委員	林志隆	蕭志文委員	蕭志文
林偕益委員	林偕益	趙昭欽委員	黃如霞 ^代
林志宏委員	陳怡靜 ^代	林茂隆委員	林茂隆
許書雄委員	潘麗翻 ^代	黃明典委員	黃明典
任振輝委員	陶 屏 ^代	萬樹人委員	萬樹人
李炫昇委員	李炫昇	尤瑜文委員	舒碧雯 ^代
郭昭宏委員	郭昭宏		

列席單位及人員

高雄長庚紀念醫院	陳佩瑜
高雄榮民總醫院	黃瑾婷、羅莉莉
高雄醫學大學附設醫院	歐芸螢
國軍高雄總醫院	鄭重男
小港醫院	張碧玉、卓佳勳
建佑醫院	張瓊月
安泰醫院	鍾梅珍
醫審高屏分會	林廣軒、王秀貞
高屏業務組	林淑華、許碧升、黃梅珍、李金秀、 張曉玲、郭怡妤、邱佩穎、莊專圓、

王麗雪、張艷慧、許亦濡、陳明月、
陳富延、王淳慧、蔡勝豪、張姿婷、
鍾政光、王詩雅、余珮均、周孟盈

主席：林淑華組長、蘇主榮主任委員

紀錄：鍾政光

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：洽悉。

參、醫院醫療服務審查執行會高屏區分會執行業務報告：洽悉。

肆、報告事項

第一案

案由：前次會議紀錄追蹤。

決定：洽悉。

第二案

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。

第三案

案由：前次共管會議通過 111 年醫院總額醫療服務審查作業
原則之「醫院擴增床數可排除列計點數申請及執行方式」
補充執行定義。

決定：照案通過，增訂各院排除列計點數計算：同一住院案件
之新病床住院日數 $\geq 60\%$ ，始納入排除列計點數計算
(修訂後如附件 1)。

衛生福利部中央健康保險署 高屏業務組
111 年醫院總額醫療服務審查作業原則
醫院擴增床數可排除列計點數申請及執行方式

一、預算上限：當季高屏醫院一般總額醫療費用 0.4% 為上限。

二、申請程序及條件：

(一) 醫院需於欲擴增病床年度前一年 11 月 30 日前函送計畫書予高屏業務組核備。

(二) 醫院總占床率平均值，於申請年度前一年 10 月至申請當年 9 月(排除 1 月及 2 月)需達 70%。

(三) 適用病床別及條件：

病床類別	適用條件
急性一般病床	一般病床 200 床(含)以上： $\geq$ 原該類病床總數 10%
精神急性一般病床	一般病床 200 床以下： ≥ 10 床
加護病床	一般病床 200 床(含)以上： ≥ 10 床 一般病床 200 床以下： ≥ 5 床
*註：	
1. 一般病床同「醫療機構設置標準」之定義。	
2. 比較基準：以 110 年 12 月一般病床總數為比較基準。	

三、品質管理：

(一) 新增病床申報之案件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 22 條辦理費用審查，並依新增病床初核樣本核減率調整實際可排除列計點數。

(二) 新增病床初核樣本核減率： $\text{【當季新增病床專業審查初核核減點數} \div \Sigma \text{新增病床樣本醫療費用點數】}$ 。

四、排除列計點數計算方式

(一) 各院排除列計點數計算：

1. 同一住院案件之新病床住院日數 $\geq 60\%$ ，始納入排除列計點數計算。

2. 計算公式： $\text{當季新增病床醫療費用點數} \times \text{原病床佔床率} \times \text{【} 1 - (\text{新增病床初核樣本核減率} + (\Sigma \text{核減率加計值})) \text{】}$

3. 調校項目：

調校項目	定義	執行目標	調校項目
原病床佔床率	1. 當季申報原急性病床(一般、精神)、加護病床醫令總數 $\div \Sigma$ 當季天數 $\times$ 當季	$\geq$ 去年同期	未達標依計算結果

調校項目	定義	執行目標	調校項目
	原急性病床(一般、精神)、加護病床 總床數 2. 原病床定義：基期已開設之病床		折付
總病床 占床率	當季申報急性病床(一般、精神)、加護 病床醫令總數 $\div$ Σ 當季天數 $\times$ 當季急性病 床(一般、精神)、加護病床總床數		核減率加 計+0.25%
總住院日 數	當季急性病床(一般、精神)、加護病床 合計申報醫令數		核減率加 計+0.25%
總住院人 數	當季急性病床(一般、精神)、加護病床 住院歸戶人數		核減率加 計+0.25%
平均住院 日數	當季急性病床(一般、精神)、加護病床 合計申報醫令數 $\div$ 住診一般總額案件總 申報件數	$\leq$ 去年同 期	核減率加 計+0.25%

五、其他：

- (一)醫院依第四點計算之擴增病床排除列計點數不得流用至門診。
- (二)本組得依政府認定之重大疫情或嚴重災害等不可控因素，或中央健康保險署宣告醫院總額結算措施等情形調整本項排除列計點數執行與否及計算方式。
- (三)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，即不符合排除列計資格。

伍、討論事項

第一案

提案單位：高屏業務組

案由：高屏區醫院總額 110 年第 4 季「應攤扣總點數」確定數及前次共管會議通過「高屏區醫院總額 110 年第 4 季攤扣方式」補充執行定義一案，請討論。

說明：

- 一、依 110 年高屏區醫院總額共管會議第 3 次臨時會決議，110 年第 4 季高屏區醫院期望點值設定為 0.95，由業務組依共議點值計算各家醫院 110 年第 4 季「管理閾值上限」，供各醫院自我管理參考。當季點值結算前，總點數如超出期望點值，將另召開共管會議決議啟動攤扣作業。
- 二、依本組可掌握 110 年第 4 季高屏區醫院總額預算，以共議期望點值 0.95 估算可發生醫療服務點數(A)，與截至目前當季一般總額醫療服務核定數(B)之差值，為當季「應攤扣總點數」(B-A)。估算各期望點值下之應攤扣總點數及執行後之各家核減率(含費用審查核減點數)如下表：

點值	預估應攤扣總點數	核減率>2%家數
0.95	273,880,830	24
0.945	164,280,642	18
0.94	53,514,494	5

- 三、「高屏區醫院總額 110 年第 4 季攤扣方式」補充執行定義，修訂後(如附件 2)：

(一)「管理閾值上限」增列 2 項：

C. 計算基準：門(住)診核定點數、當季補報、申復、追扣、補付、爭議審議核定點數及交付機構核定點數。(本項係比照總額結算邏輯做文字補充)

D. 管理閾值調整：109 年第 4 季自清繳還醫療服務點數且誤報

費用非為當季，得依當筆追扣點數調增管理閾值。(本項係考量自清追扣 2 年於基期統扣者會降低當季核定醫療服務點數)

(二) 增訂 110 年第 4 季門(住)診補報限期：

參、為估算 110 年第 4 季各院攤扣點數，110 年第 4 季門(住)診補報案件均應於 111 年 3 月 15 日前完成補報，逾期補報將核定為 0。

決議：

- 一、110 年第 4 季高屏區醫院總額以期望點值 0.95 之預估差值執行結算前攤扣核定，「應攤扣總點數」為 273,880,830 點。
- 二、同意「高屏區醫院總額 110 年第 4 季攤扣方式」補充執行定義，修訂後如附件 2。
- 三、通過 110 年第 4 季門(住)診補報案件均應於 111 年 3 月 15 日前完成補報，逾期補報將核定為 0。

高屏區醫院總額 110 年第 4 季攤扣方式

壹、於當季點值結算前，高屏業務組將估算點值提交高屏醫院總額共管會議，並依會議決議啟動攤扣作業。

貳、計算方式

一、高屏應攤扣總點數：依預估點值與期望點值之差值換算應攤扣總點數。

二、各醫院攤扣點數計算：

(一)各醫院攤扣占率：成長貢獻率*90%+醫療費用占率*10%

1.成長貢獻率=【各醫院正差值】÷Σ【轄區醫院正差值總合】。

2.差值=當季一般總額醫療服務點數(釋出處方醫療費用以當季前2個月及上季第3個月實際值計算)-排除列計點數-核減點數-管理閾值上限，如差值≤0則以0列入計算。

(1)排除列計點數：各醫院【重症醫療服務點數成長差值】與【化療事審藥費成長差值】二擇一，並以高點數者列入計算，總排除費用以當季一般總額之0.4%為上限。

※重症醫療服務點數成長差值：

■適用條件：當季重症醫療服務點數較去年同期成長率≥3%。

■操作定義：

1.Tw-DRGs 權重>2 之中高嚴重度疾病案件(適用權重為當年度適用權重表)。

2.1 歲以下幼兒及新生兒呼吸疾病：1 歲以下(入院日-出生日期小於 366 天)且主次診斷前三碼為 P84、P22~P28、J00~J99 之案件。

3.計算符合前述定義住診案件之總醫療點數(申+部)，並以當季較去年同期之正差值列入排除列計點數計算。

※化療事審藥費成長差值：

■操作定義：

1.各醫院當季一般總額範圍門(住)診化療藥品與經事前審查同意之藥費，較去年同期成長差值之 40%列入排除列計點數計算。

2.化療事審藥品定義如附件一。

(2)核減點數：醫院當季醫令行政審查及專業審查初核核減點數之總和。

(3)管理閾值上限：

A、以去年同期當季核定點數(釋出處方醫療費用以當季前2個月及上季第3個月實際值)計算，並依高屏醫院總額共管會決議之110年第4季期望點值調整之點數校正。

B、新成立醫院

※定義：110年第4季以前成立未達3年之醫院。

※管理閾值上限：【以110年第3季核定點數(釋出處方醫療費用以當季前2個月及上季第3個月實際值計算)-110年第1季(含)以前1年內之季核減點數(當季醫令行政審查與專業審查核減點數之總和)擇高者】，再依高屏醫院總額共管會決議之110年第4季期望點值調整之點數校正。

C、計算基準：門(住)診核定點數、當季補報、申復、追扣、補付、爭議審議核定點數及交付機構核定點數。

D、管理閾值調整：109年第4季自清繳還醫療服務點數且誤報費用非為當季，得依當筆追扣點數調增管理閾值。

3.醫療費用占率：

(1)當醫院成長差值 ≤ 0 且當季門住合計一般總額醫療服務點數(釋出處方醫療費用以當季前2個月及上季第3個月實際值計算) $\leq 1,000$ 萬點時，該醫院不列入醫療費用占率計算。

(2)各院醫療費用占率：排除符合前項3.(1)定義之醫院後，計算【各醫院一般總額醫療服務點數(釋出處方醫療費用以當季前2個月及上季第3個月實際值計算)】 $\div \Sigma$ 【轄區醫院一般總額醫療服務點數(釋出處方醫療費用以當季前2個月及上季第3個月實際值計算)之總和】

4.各醫院攤扣占率計算結果取至小數第3位(第4位四捨五入)。

(二)各醫院攤扣點數計算：各醫院攤扣占率*高屏應攤扣總點數

參、為利110年第4季各院攤扣點數計算，110年第4季門(住)診補報案件均應於111年3月15日前完成補報，逾期補報將核定為0。

肆、醫院經本攤扣方式所核扣之點數不得提出申復、爭議審議及行政訴訟等行政救濟程序。

110 年第 4 季醫院總額攤扣方式 化療事審藥品操作型定義

一、化療藥品醫令

ATC 碼前三碼為 L01、L02 及

ATC 碼為 L03AB04、L03AB05、L03AC01、L03AX、L03AX03、L03AX16、
L04AX02、L04AX04、V10XX03

二、事前審查藥品醫令

AC57862100、AC58601100、BB26410100、BB26411100、BB26412100、
BB26413100、BB26414100、BB26523100、BC14966100、BC14967100、
BC22655243、BC22657238、BC23479235、BC242064CR、BC25360200、
BC26173100、BC26174100、BC26734100、BC26766100、BC26839100、
BC26840100、BC26841100、BC26842100、BC27108100、K000938248、
KC00713240、KC00775283、KC00776283、KC00846248、KC00851240、
KC00879205、KC008792FM、KC00897265、KC00905261、KC00907219、
KC00907229、KC00907238、KC00911206、KC00911209、KC00920206、
KC00936248、KC00945258、KC00957206、KC00977208、KC00980255、
KC00990288、KC00991209、KC00992261、KC01024209、KC01034266、
KC01035255、KC01039271、X000106243、KC01077209、KC01063209、
KC00835261

110 年新增藥品 20 項：

AC602384CR、BC26219100、BC26536100、BC27000100、BC27223405、
BC27288100、BC27289100、BC27555100、BC27559230、KC00920209、
KC00957209、KC01015255、KC01033209、KC01037209、KC01038209、
KC01082212、KC01084241、KC01098283、KC01101209、X000205235

第二案

提案單位：高屏業務組

案由：111 年精神科長效針劑藥費改由專款預算支出(預算額 26.64 億元)，其中 12.41 億元係由一般服務預算移列，影響部分醫院 111 年各季目標管理點數或藥費占率是否調整案，請討論。

說明：

一、統計轄區 109Q4 至 110Q3 各季精神科長效針劑費用如下表：

分類	109Q4	110Q1	110Q2	110Q3
非代辦	37,710,970	39,661,375	41,388,852	44,821,449
代辦	18,823,508	19,012,250	18,424,993	18,844,860

資料範圍：

- 1.ATC 前 4 碼為 N05A 且藥品代碼第 8 碼為 2 之藥品。
- 2.門診非代辦定義：排除 A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、C5、D1、D2、D4、DF 及收容對象醫療服務計畫案件。
- 3.住診非代辦定義：排除 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、C5、DZ 及收容對象醫療服務計畫案件。

二、各醫院原目標管理點數排除精神科長效針劑藥費後，可下修且調整數較高者如下：

編號	精神科長效針劑 藥費平均值 (109Q4+110Q1)	平均各季目 標點數調整 比例	平均各季門 診藥佔調整 比例	平均各季住 診藥佔調整 比例
1	7,682,304	0.21%	-0.33%	-0.08%
2	6,866,344	2.91%	-12.05%	-0.79%
3	3,745,472	0.15%	-0.32%	-0.02%
4	3,013,967	5.55%	-12.87%	-1.87%
5	2,501,370	0.19%	-0.30%	-0.08%
6	1,330,651	4.09%	-11.55%	-3.55%
7	870,752	2.52%	-3.66%	-2.15%
8	752,555	6.67%	-10.89%	-2.34%
9	424,168	2.46%	-4.91%	-1.41%

資料範圍：

- 1.ATC 前 4 碼為 N05A 且藥品代碼第 8 碼為 2 之藥品。

2.門診非代辦定義：排除 A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、C5、D1、D2、D4、DF 及收容對象醫療服務計畫案件。

3.住診非代辦定義：排除 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、C5、DZ 及收容對象醫療服務計畫案件。

三、建議：長效針劑移列專款，估算各院一般服務預算應下修者，以「平均各季目標點數調整比例>2%」或「精神科長效針劑藥費各季平均值達 200 萬以上」醫院，發函通知調整目標管理點數及藥費占率。

決議：精神科長效針劑藥費移列專款，部分醫院目標管理點數不另下修變動，但由分區業務組就該等醫院申報合理性加強管理。

伍、臨時動議：無

陸、散會(下午 15 時 40 分)