

衛生福利部中央健康保險署北區業務組

醫院總額共同管理委員會 115 年第 3 次會議紀錄

時 間：115 年 9 月 16 日（星期三）14 時

地 點：北區業務組 8 樓禮堂

主 席：張組長溫溫

張會長達人

紀錄：胡嘉儒

出席人員：

張會長達人	張達人	陳委員文鍾	劉美君 ^(代)
徐副會長國芳	徐國芳	謝委員國洲	謝國洲
江特別顧問銘基	請假	黃委員文豪	黃文豪
翁榮譽會長順隆	翁順隆	鄭委員貴麟	黃盈焜 ^(代)
陳秘書長旗昌	陳旗昌	謝委員麗玲	謝麗玲
王委員國明	王國明	林委員金龍	林金龍
林委員秀峰	簡名志 ^(代)	葉委員建志	葉建志
李委員佩娜	朱映懋 ^(代)	陳委員曾基	陳曾基
盛委員望徽	盛望徽	曾委員英智	曾英智
楊委員南屏	鄭舒倬 ^(代)	陳委員忠信	陳忠信
廖委員定烈	黃俊卿 ^(代)	劉委員有漢	劉有漢
楊委員仲棋	周勝傑 ^(代)	施委員議強	請假
彭委員家勛	丁宏勝	李委員順安	李順安
黃委員禹仁	盧文婷 ^(代)	張委員曜任	張曜任
趙委員正芬	謝志偉	徐委員千剛	徐千剛
李委員文源	湯佳玲 ^(代)		

列席人員：(職稱敬略)

仁慈醫院	曾綉伶
衛生福利部苗栗醫院	溫靜微
新竹馬偕紀念醫院	林劭芸
林口長庚紀念醫院	林姮妤
新竹臺大分院新竹醫院	戰琬珍
衛生福利部桃園醫院	郭靜燕
國軍桃園總醫院	邱司漢
聖保祿醫院	王雅瑩
為恭紀念醫院	郭紋蘭
敏盛綜合醫院	黃嘉柔
聯新國際醫院	謝泉發
怡仁綜合醫院	莊瑋芷
中壢長榮醫院	彭竟琳
中醫大新竹醫院	蘇惠珍
國軍桃園總醫院新竹分院	林筱萍
臺北榮民總醫院新竹分院	孫 漣
重光醫院	吳秀珍
弘大醫院	劉惠敏 劉家熏
苑裡李綜合醫院	郭咏臻
大千綜合醫院	羅涓華
祐民醫院	許博晏
新國民醫院	謝宜珊
聯新桃新醫院	張惠美
新永和醫院	羅瑞香 吳椿玲
華揚醫院	顧馨尹
大安醫院	陳淑芳
慈祐醫院	莊素珍
培靈醫療社	顏怡萍

衛生福利部中央健康保險署北區業務組 (職稱敬略)

許菁菁 蔡秀幸 倪意梅 王慈錦 謝明珠 廖佩琦 蔡宜珊 陳怡潔
黃毓棠 李健誠 劉孟芸芝 邱冠霆 吳秋芬 胡嘉儒

壹、主席致詞(略)

貳、確認 115 年第 2 次共管會會議紀錄：確認。

參、報告事項

第一案、115 年第 2 次會議結論事項辦理情形

決定：洽悉；追蹤事項共 1 項，同意解除列管。

第二案、北區醫院總額執行現況暨重要業務管理報告

決定：洽悉。

一、區域聯防：115 年第 2 季術後 48 小時死亡率低於全區值為主動脈剝離 2.70%(4.96%) 及高危險妊娠 0%(0.05%)，另高於全區值有心肌梗塞 0.87%(0.61%)、重大創傷 5.63%(5.56%)；腦中風發病後 90 天失能率 78.3% 高於全區值(76.5%)。各疾病指標結果已回饋醫院作為管理參考。

二、急診暫留管理：急診病人停留超過 24 小時比率 4.05%，高於全國(3.74%)；急診後同院住院置留急診超過 48 小時比率 8.02%(全國平均值 4.89%)，為全國最高，請加強提升病床使用效率以改善急診壅塞情形。

三、藥費管理：

(一)藥費成長 8.2%，成長貢獻主要為癌藥(47%)，一般藥費次之(15%)，一般藥費成長(2.1%)低於全國(2.5%)，釋出處方藥費成長率 3.8%，請持續加強管理高成長貢獻藥品使用合理性。

(二)生物相似藥使用占率 28.4%，未達計畫目標值(30%)，學名藥使用占率 81.5%達計畫目標值(70%)。115 年 7 月 1 日起學名藥類別由化療藥擴大至所有癌症用藥，並新增目標指標化療藥以外之癌症學名藥占率達 30%以上。

四、PAC 急性後期照護：北區 115 年第 2 季總收案 544 人(成長率 2.6%)、居全

國第 5，脆弱性骨折及創傷性神經損傷較去年同期下降(-11.7%、-20%)，請持續針對具復健潛力之患者加強收案；醫學中心下轉率 34.3%低於全國平均(43.6%)，請加強宣導民眾執行 PAC 優點掌握黃金治療期復健治療，提升下轉率。

五、安寧療護：總收案人數 3,953 人(全國排名第 5)、居家安寧收案 817 人(全國排名第 5)，住院安寧或安寧共照病患出院後請主動轉介居家安寧服務；提供預立醫療諮商服務 118 人(全國排名第 5)，請結合特定病友活動加強宣導病主法及預立醫療照護諮商觀念，提升 ACP 服務量能。

六、在宅急症照護試辦計畫：截至 115 年 6 月累計收案 168 人次，全國排名第 5，執行率 15%，尚未收案計 10 家醫院，第 2 季執行率未達 35%計 27 家，請執行進度落後之醫院加強積極收案；北區醫院收案來源以機構 45%最高，居家 39%次之。

七、門診靜脈抗生素治療(OPAT)：轄區 20 家醫院申報 879 次(占全國收案數 16.6%)，完成率 80%。收案適應症以軟組織感染 345 人次(39%)最多，尿路感染 248 人次(28%)次之。區域以上醫院下轉至他院門診執行 OPAT 計 1 家醫院、6 人次。

八、術後加速康復推廣計畫(ERAS)：自 115 年 8 月 4 日公告修訂，8 月 1 日起生效，欲申請增列三項術式「冠狀動脈繞道手術」、「肺臟重大手術」、「大腸直腸重大手術」之專案醫院，待主責醫院評選完成公告通知後提出申請；「髖關節及膝關節置換手術」新申請專案醫院請於 9 月 24 日前檢附申請書函送本組，展延醫院請先完成 ERAS 工作坊後，再比照異動流程申請。

九、115 年風險移撥款：115 年第 2 季預算分配 1,725.3 萬點。核定慢性病照護精進計畫 990 萬點、術後加速康復(ERAS)推廣計畫 83 萬點、區域聯防急重症疾病跨院合作計畫 976 萬點、門診靜脈抗生素(OPAT)轉診獎勵計畫 0.7 萬點，合計 2,050 萬點，達成率 119%。

十、北區醫院前瞻式預算分區共管方式，因應支付標準(一般服務預算)大幅調整，於 115 年第 4 次共管會議提案討論校正機制。

第三案、115 年第 2 季總額方案新診療項目及品質提升獎勵執行情形

決定：洽悉；新診療項目執行 3,636 萬點，超過可分配點數採等比例限縮方式分配，保留點數已全數分配；品質提升指標執行 1.32 億點，剩餘 0.22 億點至超額分階折付分配。

第四案、115 年第 2 季轄區醫院異常費用管理現況

決定：洽悉；115 年第 2 季啟動異常費用管理專案共計 4 項，彙整如附件 1，提供相關篩異邏輯與專業見解、適用法規等內容，供各院參考以利自主管理及正確申報。

第五案、115 年第 1 季醫院總額保障項目點值差額補付結果

決定：洽悉。本季轄區浮動點值大於 1 元，同區案件補付金額按「各院結算後保障項目核定點數 $\times(1.02713457-1)$ 」計算，總補付金額 0.74 億元；跨區案件因全國前季浮動點值為 0.99778211，未逾 1 元，維持以 1 點 1 元支付。本季補付金額將併入 115 年第 2 季結算作業辦理，預算由 115 年第 2 季轄區預算支應，預估影響轄區分階折付前點值約 0.0035。

表、115 年醫院總額保障項目

一、門診、住診之藥事服務費	八、經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院
二、門診手術	九、地區醫院假日及夜間案件(不含藥費)
三、急救責任醫院之急診醫療服務點數	十、區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費
四、住診手術費	十一、區域級(含)以上醫院加護病床住院診察費、區域級(含)以上醫院加護病床住院病房費
五、住診麻醉費	十二、地區醫院住院病房費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)。地區醫院一般病床住院診察費。地區醫院住院護理費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)。
六、血品費	十三、醫院生產案件
七、地區醫院急診診察費	十四、若當季/區一般服務浮動點值大於 1 元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於 1 元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付作業

肆、討論事項

第一案、115年下半年勘異計畫調整改以中央智慧系統CIS辦理，提請討論。

決議：

- 一、醫療費用異常監測管理機制調整以中央智慧系統(CIS)辦理，依整體、手術、處置及檢查等 4 大類、18 項指標監測，監測指標(如：每人手術/處置/檢查驗單價等)達全國同儕 P75 以上者列入加強抽審，於 115 年第 4 季調整抽審作業方式，並於執行 2 季後滾動式檢討。
- 二、持續監控偏離常模申報樣態，定期評估後適時啟動專案審查。
- 三、「醫院醫療費用異常監測管理計畫」及監測表修正部分文字如附件 2。

第二案、有關115年品質提升獎勵指標「在宅急症照護」，建請增加收案來源為「提早出院個案」。

決議：為鼓勵醫院加強推動符合「提早出院個案」在宅接受靜脈抗生素治療，同意品質提升獎勵指標新增「提早出院個案」每案獎勵 7,000 點，並自 115 年第 3 季起實施。

指標項目：在宅急症照護

	修訂前			修訂後		
指標定義	操作型定義：以當季 VPN 登錄收案日納入計算。 計算公式： X1=當季醫院照護居家個案件數。 X2=當季醫院照護機構個案件數。 X3=當季醫院照護急診個案件數。			操作型定義：以當季 VPN 登錄收案日納入計算。 計算公式： X1=當季醫院照護居家個案件數。 X2=當季醫院照護機構個案件數。 X3=當季醫院照護急診個案件數。 <u>X4=當季醫院照護提早出院個案件數。</u>		
目標值	在宅急症照護件數	實績值	獎勵點數	在宅急症照護件數	實績值	獎勵點數
		X1	10,000 點		X1	10,000 點
		X2	5,000 點		X2	5,000 點
		X3	10,000 點		X3	10,000 點
					<u>X4</u>	<u>7,000 點</u>
獎勵比率	點數			點數		

第三案、擬建議調整品質提升獎勵指標「早期療育門診醫療給付改善方案」，獎勵比率，以提升服務人數與醫療品質。

決議：為鼓勵各院積極推動早療服務，同意調整為以本區 0 階額度 0.1%為上限，超出部分採等比例限縮，並自 115 年第 3 季起實施。

指標項目：早期療育門診醫療給付改善方案

	修訂前		修訂後	
指標定義	操作型定義： 1.推動與運作獎勵：當年度申請參與方案且收案人數>0 2.個案管理獎勵：當季收案且照護人數(申報 P5301C 且於 VPN 登錄者歸戶人數)		操作型定義： 1.推動與運作獎勵：當年度申請參與方案且收案人數>0 2.個案管理獎勵：當季收案且照護人數(申報 P5301C 且於 VPN 登錄者歸戶人數)	
目標值	目標項目	計算方式	目標項目	計算方式
	推動與運作獎勵	自參加季起至年底每季 30,000 點	推動與運作獎勵	自參加季起至年底每季 30,000 點
	個案管理獎勵	每人 8,000 點(本區早療個案平均醫療費用 5,000 點+加計 3,000 點) *本署舊個案者得加計 50%	個案管理獎勵	每人 8,000 點(本區早療個案平均醫療費用 5,000 點+加計 3,000 點) *本署舊個案者得加計 50%
獎勵比率	各院上限 0.1%		<u>整體 0 階 0.1%為上限，超過則同步限縮</u>	

第四案、建請放寬「全民健康保險門診靜脈抗生素治療(OPAT)獎勵方案」與「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」之收案條件。針對血液透析之病人，因臨床需求，需採取「間隔日施打抗生素」之療程，於符合感染症適應症且病情穩定前提下，放寬原「須每日連續施打」之限制准予收案，以落實計畫美意並維護病人權益。

決議：考量臨床醫療需求，本組將依醫院提供之臨床案例及操作型定義資料函送署本部做為修訂之參考。

第五案、115年北區「醫院前瞻式預算分區共管方式」品質提升獎勵指標項目-「急性後期照護計畫照護個案數」新增復健病房腦中風收案獎勵，提請討論。

決議：為鼓勵醫院提升收案量能，新增「復健病房腦中風收案數」每案獎勵 10,000 點，並調整操作型定義，將復健病房腦中風收案數列入照護數及收案數計算，自 115 年第 3 季起實施。

指標項目：急性後期照護計畫照護個案數(修訂內容如底線標示)

指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值	獎勵/ 扣減 比率												
照護數：腦中風(含復健病房)、燒燙傷、脆弱性骨折、創傷性神經、衰弱高齡、心臟衰竭成功收案數及下轉數。 X=收案數+下轉數 X1=收案數(接受他院下轉，含復健病房) X2=下轉數(含復健病房) Z=112Q3-114Q2 平均照護數 P 值=112Q3-114Q2 全國同儕醫院百分位 <u>Y=復健病房腦中風收案數</u>	<table border="1"> <tr> <th>目標值</th><th>獎勵比率</th></tr> <tr> <td>X≥全國同儕 P90 或 X>Z*1.5 或 X1 或 X2>全國同儕 P90</td><td>0.10%</td></tr> <tr> <td>X≥全國同儕 P75 或 X>Z 或 X1 或 X2>全國同儕 P75</td><td>0.05%</td></tr> </table>	目標值	獎勵比率	X≥全國同儕 P90 或 X>Z*1.5 或 X1 或 X2>全國同儕 P90	0.10%	X≥全國同儕 P75 或 X>Z 或 X1 或 X2>全國同儕 P75	0.05%	0.1%						
	目標值	獎勵比率												
	X≥全國同儕 P90 或 X>Z*1.5 或 X1 或 X2>全國同儕 P90	0.10%												
	X≥全國同儕 P75 或 X>Z 或 X1 或 X2>全國同儕 P75	0.05%												
<u>獎勵點數：Y*10,000 點</u>		<u>點數</u>												
<table border="1"> <tr> <th>層級別</th><th>P90</th><th>P75</th></tr> <tr> <td>醫學中心</td><td>126</td><td>103</td></tr> <tr> <td>區域醫院</td><td>40</td><td>24</td></tr> <tr> <td>地區醫院</td><td>34</td><td>18</td></tr> </table>	層級別	P90	P75	醫學中心	126	103	區域醫院	40	24	地區醫院	34	18		
層級別	P90	P75												
醫學中心	126	103												
區域醫院	40	24												
地區醫院	34	18												
<table border="1"> <tr> <th>X1 的 P 值</th><th>P90</th><th>P75</th></tr> <tr> <td>醫學中心</td><td>-</td><td>-</td></tr> <tr> <td>區域醫院</td><td>8</td><td>4</td></tr> <tr> <td>地區醫院</td><td>27</td><td>11</td></tr> </table>	X1 的 P 值	P90	P75	醫學中心	-	-	區域醫院	8	4	地區醫院	27	11		
X1 的 P 值	P90	P75												
醫學中心	-	-												
區域醫院	8	4												
地區醫院	27	11												
<table border="1"> <tr> <th>X2 的 P 值</th><th>P90</th><th>P75</th></tr> <tr> <td>醫學中心</td><td>113</td><td>84</td></tr> <tr> <td>區域醫院</td><td>7</td><td>3</td></tr> <tr> <td>地區醫院</td><td>-</td><td>-</td></tr> </table>	X2 的 P 值	P90	P75	醫學中心	113	84	區域醫院	7	3	地區醫院	-	-		
X2 的 P 值	P90	P75												
醫學中心	113	84												
區域醫院	7	3												
地區醫院	-	-												

散會：下午3時11分

醫院異常費用專案推動現況彙整表

附件 1

(一) 已結案

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查 意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減 點數	
1	門診執行 MRI 前後 30 日皆無跨/同院骨科及復健科就醫資料	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1.依據：114 年第 3 季醫療費用送審案件專業審查結果，醫院抽審骨科門診 5 件、核減 2 件 26,000 點，核減原因為「評估膝關節退化自費幹細胞治療，不應由健保費用支出 MRI 檢查費用」，爰依核刪案件申報樣態進行分析並訂定篩異指標。 2.篩選指標：114 年 1 月至 12 月門診執行 MRI 前後 30 日皆無跨/同院骨科及復健科就醫資料。	評估膝關節退化自費幹細胞治療，不應由健保費用支出 MRI 檢查費用	專業審查：抽審 6 家醫院、49 件。	-	-	49	21	148,000	148,000 (38%)

醫院異常費用專案推動現況彙整表

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查 意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減 點數	
			3.操作型定義：骨科及復健科執行 MRI 檢查(33084B、33085B)且診療部位為骨骼肌肉系統案件，其主診斷為膝部骨關節炎及其他未明示之骨關節炎。排除代辦案件及檢查後 30 日有執行手術個案。								
2	各種角度 部位胸腔 檢查 (32001C) 併報單側 胸鎖關節 檢查 (32004C)	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1.依據：114Q3 醫療費用送審案件專業審查結果，醫院勘異抽審 32004C(胸鎖關節檢查_單側)18 筆，全案核減，核減 3,280 點，皆為申報 32001C(胸腔檢查_包括各種角度部位之胸腔檢查)又併報	胸部外傷照完胸部 X 光，又將兩側肋骨 X 光當作常規檢查。	1.自行清查(區間 114 年 1 月至 115 年 2 月)：回饋 5 家醫院自清 2,416 件、638,400 點。 2.經醫院同意自清核減 1,951 件、532,992	1,951	532,992	70	19	36,606	569,598 (88%)

醫院異常費用專案推動現況彙整表

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查 意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減 點數	
			32004C(胸鎖關節檢查)，核減原因為 「胸部外傷照完胸部 X 光，又將兩側肋骨 X 光當作常規檢查」，爰啟動 「32001C 併報 32004C」之醫療費用異常審查管理專案。 2.篩選指標： 門診同次就醫申報 32001C 又併報 32004C 案件。		點；不同意自清計 455 件、102,128 點，抽審 70 件，經專審後核減 19 件、3,960 點，回推核減 22,082 點及其他醫令核減 10,564 點，全案共計核減 569,598 點，點數核減率 88%。 3.已函文輔導醫院 正確申報，持續監測是類案件費用申報情形。						

醫院異常費用專案推動現況彙整表

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查 意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減 點數	
3	114 年醫事人員出國(住院)仍申報醫療費用案(自清)	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1.依據：醫師法第 11 條第 1 項規定，醫師非親自診察不得施行治療開給方劑或交付診斷書；每年例行啟動專案，辦理查證及費用追扣事宜。 2.篩選指標：醫事人員(醫師、藥師)出國、住院期間仍申報醫療費用案件。 3.操作型定義：費用區間 114 年全年，已排除具雙重國籍、新生兒依附就醫者。	醫師住院看診業務尚屬合理，但應盡量避免	1.自清返還：函請醫院自行清查計 6,784 件，其中同意返還計 428 件、28.3 萬點。 2.行政審查及專審：不同意核扣共 17 家醫院、6,356 件、87 萬點，包含 1 位醫師住院案件經專業審查合理，不予核減 16 件、53,073 點；其餘醫院說明主要原因為誤植排班系統或資訊系統	428	283,210	16	0	0	283,210 (24.5%)

醫院異常費用專案推動現況彙整表

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查 意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減 點數	
					轉檔異常，造成錯誤申報，經行政審查確認醫事人員請假期間，有代班人員排班且異常案件之處方箋均有簽章，同意不核扣。						

(二)未結案

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查意 見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減 點數	
1	腦室體外 引流 (83051B) 與顱內壓 監視置入 (83080B)	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1.依據：114Q4 醫療 費用送審案件專業 審查結果，醫院申 報 83051B(腦室體外 引流)併報 83080B (顱內壓監視置入)計	83051B 可包 含 83080B 之 用途，不應 同時申報	專業審查：抽 審 8 家醫院、 198 件，刻正辦 理審查作業。	-	-	-	-	-	審查中

醫院異常費用專案推動現況彙整表

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減 點數	
	併報合理性		9 件，核減 8 件，件數核減率 89%，核減原因為「83051B 可包含 83080B 之用途，不應同時申報」。另統計 114 年 1 月至 115 年 2 月北區併報率 25% (385 件)高於全國 23%，爰啟動醫令併報合理性之醫療費用異常審查管理專案。 2.篩選指標：114 年 1 月至 115 年 5 月全國西醫醫院之門住診同次就醫併報 83051B 及 83080B 案件								

中央健康保險署北區業務組

醫院醫療費用異常監測管理計畫

一、依據：115 年第○次醫院總額共同管理委員會決議通過辦理。

二、目的：

- (一)落實醫院醫療專業自主管理，並提升醫療服務品質。
- (二)提升醫療服務審查效益，導引醫療服務自源頭管理趨向適當合理。
- (三)藉由中央智慧系統(CIS)之自動篩異，提升審查精準度，同時減少行政資源耗費。

三、醫療費用監測範圍：門診(醫事類別 12)及住診(醫事類別 22)不含釋出處方，排除項目如下

部門別	排除範圍
門診西醫 醫院	※整件醫療費用： 1. 排除案件：案件分類 B7,B8,B9,B6,B1,D1,BA,C4,DF, <u>03,C5,D2</u> 2. 申請金額+部分負擔為 0 3. 論病例計酬：案件分類 C1 4. <u>部分負擔代碼：001、011</u> ※特定醫療項目費用： 5. 復健費用：醫令代碼前 2 碼 41-45 醫令點數加總 6. 藥品費用：醫令類別 2 醫令代碼長度 10 醫令點數加總
住診西醫 醫院	※整件醫療費用： 1. 排除案件：案件分類 A1,A2,A3,A4,AZ,B1,C1,DZ,C4, <u>C5</u> 2. 特定案件：案件分類 3(住院 50 萬以上高額案件、血管支架及肺臟、肝臟、心臟、骨髓移植之案件) 3. DRG 案件：案件分類 5 4. <u>部分負擔代碼：001、011</u> 5. 呼吸照護案件：給付類別 9 6. 體重低於 1499 公克之極端未熟兒與早產兒：主診斷或次診 1 或次診 2 ICD-9-CM 76501、76502、76503、76504、76505、76511、76512、76513、76514、76515、ICD-10-CM 主診斷碼為 P07.01-P07.03、P07.14-P07.15、P07.20-P07.26、P07.30-P07.39（新生兒依附就醫且符合定義者亦納入計算）。 7. 1 歲以下幼兒及新生呼吸疾病：1 歲以下且 ICD-9-CM 主診斷或次診 1 或次診 2 申報 768-7689、769、7700-7709、ICD-10-CM/PCS 為 J84.83、J84.841-J84.848、

中央健康保險署北區業務組
醫院醫療費用異常監測管理計畫

部門別	排除範圍
	P03.82、P19.0-P19.9、P91.60-P91.63、P84 或前 3 碼 P22-P28（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） ※特定醫療項目費用： 7.復健費用：醫令代碼前 2 碼 41-45 醫令點數加總 8.藥品費用：醫令類別 2 醫令代碼長度 10 醫令點數加總

四、監測指標：

(一)指標項目：門住診各 9 項

- 1、門/住診醫療費用成長率(排除 A3 案件)
- 2、門/住診每人醫療費用(排除 A3 案件)
- 3、門/住診每人醫療費用成長率(排除 A3 案件)
- 4、門/住診每人手術費
- 5、門/住診每人手術費用成長率
- 6、門/住診處置每人處置費用
- 7、門/住診處置每人處置費用成長率
- 8、門/住診每人檢查(驗)費用
- 9、門/住診每人檢查(驗)費用成長率

(二)定義：

- 1、醫療費用=申請金額+部分負擔
- 2、成長率=與去年同期相較
- 3、手術=醫令代碼前 2 碼 62~88
- 4、處置=醫令代碼前 3 碼 450~600
- 5、檢查(驗)=醫令代碼前 2 碼 06~32 及特殊造影醫令代碼前 3 碼 330~331

五、管理流程：

(一)每月回饋報表：

- 1、醫院醫療費用監測表_整體(月/季)
- 2、醫院醫療費用監測表_科別+醫師(月/季)

(二)當季審查係依前一季門診及住診醫療費用監測各項指標，達全國同儕 P75(含)納入 CIS 指標加強抽審(每項指標抽審 10 人或 10 件)。

中央健康保險署北區業務組

醫院醫療費用異常監測管理計畫

監測指標對照 CIS 指標如下表：

監測指標	CIS 指標代碼	分類	CIS 指標名稱
1、門診醫療費用成長率 2、門診每人醫療費用 3、門診每人醫療費用成長率	0006001	整體_門	門診同院所同日就醫{>=4}次
	0006002	整體_門	門診同院所當月就醫{>=8}次
1、住診醫療費用成長率 2、住診每人醫療費用 3、住診每人醫療費用成長率	0001005	整體_住	疑輕病住院：單次住院費用(病房費+診察費)/實際醫療費用{>=60}%, 且診治醫師前二月收治輕症病人住院人次占率 $\geq 40\%$
	0001007	整體_住	二次住院間距：同一院所同一醫師再次住院，日期間距小於等於全國住院日期間距 ≤ 5 百分位
4、門/住診每人手術費 5、門/住診每人手術費用成長率	0010001	手術	醫師別每病人平均執行 ESWL 次數 $\geq$ 同分區{>=95}百分位
	0010002	手術	醫師別每人執行 ESWL 總量 $\geq$ 同分區{>=95}百分位
	0010003	手術	住診執行 ESWL 案件
	0010004	手術	門診初次(含跨院)執行體外震波碎石術案件
	0010009	手術	醫師別冠狀動脈血管支架執行率{>=90}全國百分位值
	0010010	手術	醫師別執行冠狀動脈血管支架總量{<=25}全國百分位值
	0010011	手術	醫師別申報自費支架件數比率{>=90}全國百分位值
	0010023	手術	醫師別執行 35-44 歲子宮、卵巢切除手術 ≥ 95 全國百分位
	0010032	手術	前列腺雷射手術併報前列腺切開術案件
	0010040	手術	自動縫合器使用超量(符合適應症)
	0010041	手術	自動縫合器不符適應症

中央健康保險署北區業務組
醫院醫療費用異常監測管理計畫

監測指標	CIS 指標代碼	分類	CIS 指標名稱
	0010097	手術	惡性乳癌手術過程拆項分別申報(乳房切除術、標準腋下淋巴廓清術)
	0010098	手術	惡性乳癌手術過程拆項分別申報(乳房切除術、前哨淋巴結摘除術)
	0010099	手術	人工髖、膝關節置換術同日併報其他骨科手術專案審查
6、門/住診處置每人處置費用 7、門/住診處置每人處置費用成長率	0005095	處置	同日申報血管整形術 33074B 或 33115B 併報 33048B 或 33062B
	0005098	處置	關節腔內注射併報超音波導引或關節穿刺案
	0005099	處置	關節內注射劑(特材)併報關節穿刺案
	0010020	處置	門診當月{<=12}歲，申報婦科、產科、乳房超音波
	0010025	處置	執行 56031B 內視鏡括約肌切開術同案併報其它處置
	0010027	處置	單純性血管整形術(33074B)7 日內再執行率大於 P{>=95}醫師異常案件
	0010033	處置	住院期間申報呼吸或復原運動醫令一天大於 2 次
	0010034	處置	住院期間申報呼吸或復原運動連續申報醫令大於 28 次
8、門/住診每人檢查(驗)費用 9、門/住診每人檢查(驗)費用成長率	0005001	檢查	當月特定診斷以外執行 PET 之適當性
	0005004	檢查	當月特定診斷以外執行 MRI 之適當性
	0005005	檢查	當月特定診斷以外執行 CT 之適當性
	0005011	檢查	26025B 壓力與重分佈心肌斷層灌注掃描之執行率{>=40}%
	0005026	檢查	門診同院同個案同日併報胃鏡與大腸鏡檢查
	0005096	檢查	門診同院同個案同日併報 20001C、20002C 及 20039B 檢查

中央健康保險署北區業務組
醫院醫療費用異常監測管理計畫

監測指標	CIS 指標代碼	分類	CIS 指標名稱
	0005097	檢查	門診同院同日同個案併報 09112C(甲狀腺刺激素免疫分析)、09106C(游離甲狀腺素免疫分析)及 09107C(游離三碘甲狀腺素免疫分析)

中央健康保險署北區業務組 醫院醫療費用監測表(範例)

1.依北區醫院總額共同管理委員會115年第○次會議決議辦理

2.辦理目的：

(1)落實醫院醫療專業自主管理，並提升醫療服務品質。

(2)提升醫療服務審查效益，導引醫療服務自源頭管理趨向適當合理。

(3)藉由中央智慧系統(CIS)之自動篩異，提升審查精準度，同時減少行政資源耗費。

3.監測範圍：門診(醫事類別12)及住診(醫事類別22)不含釋出處方藥費、總額外費用、復健及藥品費用，排除項目如下：

(1)門診：案件分類A3、「申請金額+部分負擔為0」及論病例計酬案件之醫療費用

(2)住診：特定案件(案件分類3)、DRG案件、體重低於1499公克之極端未熟兒與早產兒及1歲以下幼兒及新生呼吸疾病之醫療費用

醫院代號：

醫院簡稱：

監測區間：

11502

指標項目	門診西醫醫院			住診西醫醫院		
	實績值	百分位階	達P75 標記(*)	實績值	百分位階	達P75 標記(*)
就醫人數	47,173			2,333		
件數	122,458			2,529		
醫療費用	435,296,325			188,085,251		
指標項目數	9			9		
標記項目數	4			3		
指標1：醫療費用成長率(%)	-19.07	0022	0	-2.58	0072	0
指標2：每人醫療費用	4,126	0099	*	55,451	0075	*
指標3：每人醫療費用成長率(%)	-4.82	0058	0	2.11	0043	0
指標4：每人手術費	15,487	0084	*	31,551	0052	0
指標5：每人手術費用成長率(%)	-18.69	0031	0	9.19	0068	0
指標6：每人處置費用	1,975	0098	*	2,898	0092	*
指標7：每人處置費用成長率(%)	-8.27	0026	0	4.39	0034	0
指標8：每人檢查(驗)費用	4,282	0099	*	11,379	0090	*
指標9：每人檢查費用成長率(%)	0.35	0052	0	1.73	0043	0

備註：

指標定義：

(1)醫療費用=申請金額+部分負擔

(2)成長率=與去年同期相較

(3)手術範圍醫令代碼前2碼62~88

(4)處置範圍醫令代碼前3碼450~600

(5)檢查(驗)=醫令代碼前2碼06~32及特殊造影醫令代碼前3碼330~331