

# 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 112 年第 2 次會議紀錄

時間：112 年 6 月 14 日（星期三）14 時

地點：北區業務組 7 樓第一會議室

主席：林組長寶鳳

翁會長順隆

紀錄：蔡百瑜

出席人員：

張副會長達人	張達人	李委員文源	林金龍 (代)
江特別顧問銘基	江銘基	吳委員家勳	莊瑋芷 (代)
陳秘書長旗昌	陳旗昌	王委員鍵元	林益民 (代)
陳委員秀枝	修紹達 (代)	謝委員麗玲	謝麗玲
洪委員嗣豪	洪嗣豪	周委員勝傑	周勝傑
邱委員獻章	陳建志 (代)	鄭委員貴麟	黃盈焜 (代)
王委員智弘	王智弘	徐委員千剛	徐千剛
侯委員雅菁	侯雅菁	張委員曜任	張曜任
黃委員禹仁	黃禹仁	施委員議強	施議強
李委員明輝	李明輝	劉委員有漢	劉有漢

列席人員：(職稱敬略)

新竹馬偕紀念醫院	林劭芸
衛生福利部桃園療養院	黃俊卿
林口長庚醫院	朱映愷
台北榮民總醫院桃園分院	羅素惠
東元綜合醫院	盧文婷
東元綜合醫院	李欣怡
聯新國際醫院	謝泉發
衛生福利部苗栗醫院	溫靜微

為恭紀念醫院	湯佳玲
楊梅天成醫院	陸浩瑜
中醫大新竹醫院	賴杰伶
中壢長榮醫院	蔡靜懿
南門綜合醫院	宋易芸
國軍桃園總醫院新竹分院	林筱萍
仁慈醫院	王亮堯
仁慈醫院	曾綉伶
大千綜合醫院	曾婉菁
通霄光田醫院	甘哲昇
弘大醫院	劉惠敏
聖保祿醫院	黃欣慧
衛生福利部桃園醫院	郭靜燕
國軍桃園總醫院	商仕達 楊惠芳
敏盛綜合醫院	簡佳慧
台灣醫院協會北區分會	李雅菁

衛生福利部中央健康保險署北區業務組 (職稱敬略)

許菁菁 陳輝發 楊秀文 倪意梅 謝明珠 呂淑文 曹麗玲 陳韻寧 林巽音  
林美霞 鄧寶珠 林俊仰 廖佩琦 蔡百瑜

## 壹、主席致詞(略)

貳、確認 112 年第 1 次共管會會議紀錄：確認。

## 參、報告事項

### 第一案、112 年第 1 次會議結論事項辦理情形

決定：洽悉；追蹤事項共五項，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、藥費管理：112 年 Q1 藥費成長率 7.25%(全國最高)、占率成長 0.51 個百分點，一般藥費成長貢獻(81.08%)最高，持續加強管理高成長貢獻及高價藥使用合理性。
- 二、檢驗(查)結果及影像即時上傳：112 年 Q1 檢驗(查)結果及影像上傳率均為 95.1%(全國值為 95.9%、95.5%)，將針對未上傳案件加強行政審查，提升上傳率。
- 三、C 肝口服新藥：截至 112 年 5 月 19 日收案 547 人，成長率-29%；112 年推動重點為持續追蹤潛在病患返診及發掘潛在病患，提升收案及照護。
- 四、虛擬健保卡：112 年 Q1 北區申報 1,775 件(居全國第 4)，與標竿分區(約 4,856 件)差異甚大，請各院積極修正院內資訊系統及作業流程擴大推動，增加收案量能。
- 五、部分負擔新制：衛生福利部已預告實施方案(草案)，調整藥品及急診部分負擔，預計於 112 年 7 月 1 日上線，請積極進行預檢及相關因應準備。
- 六、112 年度醫院醫療給付費用總額新增專款項目：「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」、「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」、「全民健保慢性傳染病照護品質計畫」，將積極推動。
- 七、住院整合照護服務試辦計畫：本計畫 112 年 5 月 23 日公告，請申請醫院提出執行計畫書進行遴選作業擇優辦理。

### **第三案、112 年第 1 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；新診療項目保留點數已全數分配，依據 112「醫院總額點值暨品質提升方案」肆、方案內容(二)獎勵點數規定，品質提升獎勵剩餘點數，依參與方案 66 家品質提升獎勵點數占率重分配。

### **第四案、112 年第 1 季轄區醫院異常費用管理現況**

**決定：**洽悉；112 年第 1 季執行之異常費用管理專案共計 11 項，彙整如附件 1，各專案列管重點醫院已函文副知北區審查分會，轄區醫院

經本組第2次列管輔導仍未改善，北區審查分會將啟動輔導機制，加強自主管理並正確申報。

### **第五案、112年4月起藥價調整對基期藥費影響評估及增修藥費管理之抗癌藥物範圍**

**決定：洽悉。**

- 一、112年調整5,177項藥品價格，以公告品項代換111年Q2~Q4藥費，各院各季藥費降幅資料已於112年3月31日回饋各院自主管理合理之藥費成長率。
- 二、藥費管理之抗癌藥物定義修訂為2項藥理分類代碼及40項ATC碼，並自112年第2季起實施，操作型定義更新如附件2、增修彙整表如附件3。

### **第六案、每月於健保VPN回饋個別醫院超出目標管理點數資料案**

**決定：洽悉。**

- 一、本組逐月回饋各院申報總額內醫療費用及推估當季超出方案管理目標情形，請醫院審視費用成長情形並加強管控。
- 二、針對超出管理目標核減率(超出管理目標點數/總額內醫療費用)在轄區80百分位階以上醫院將檔案分析異常標的，併回饋北區審查分會協助輔導，必要時加強立意審查。

### **第七案、跨區就醫分析及在地就醫監測指標案**

**決定：洽悉；**持續追蹤投保在北區業務組及戶籍也在北區業務組之2.2萬人就醫院所，必要時提供其常去院所，協助提供其在地醫療服務，逐季回饋各院在地就醫人數及費用，後續與秘書處研議，規劃具體獎勵方式後，再提共管會討論。

## **肆、討論事項**

### **第一案、112年「醫院總額點值暨品質提升方案」品質獎勵指標修訂案**

**決議：**

- 一、「門診整合照護計畫」照護率維持年度累計計算，另新增一階照護獎勵「 $X \leq P40$  且當季收案人數較前一季成長 $>10\%$ ，且收案人數 $\geq 10$ 位」，當季收案人數\*1000點，並設定獎勵上限為0.016%。
- 二、「虛擬健保卡看診件數獎勵」當季達基本值院所，新增首次開通且以虛擬健保卡就醫申報個案，每案支付250點。
- 三、「門診檢查(驗)單價管理」排除條件增列重大傷病排程檢查及試辦計畫訂定之需執行檢查項目。
- 四、檢附上述品質獎勵指標修訂表詳附件4，自112年第2季起實施。

**第二案、112年醫院總額點值暨品質提升方案，新診療項目分配流用調整案**

**決議：**本項執行倘有餘額將依新診療項目(含提報之無替代新藥、新特材)點數占率重分配，分配不足則等比例限縮。

**第三案、112年醫院總額點值暨品質提升方案，藥費管理核減點數範圍修訂案**

**決議：**112年藥費管理項目藥費占率及藥費成長率，排除105項無適應症規範須全數事前審查藥品(完全事前審查藥品)，自112年第2季起實施。

**第四案、臺大新竹醫院與生醫醫院兩院目標管理點數流用合併計算**

**決議：**

- 一、自112年第1季起臺大新竹醫院與生醫醫院兩院目標管理點數比照集團醫院目標管理點數流用並合併計算。
- 二、偏遠地區將參採秘書處建議納入申請集團醫院目標點數流用時評估條件。
- 三、112年度集團醫院目標點數額度流用比率上限以1%為限，流用比率上限採逐年檢討，並提共管會議討論。

**第五案、苗栗縣急救責任醫院急重癌及生產成長點數超額補付比率調整案  
決議：**

- 一、鼓勵醫療資源相對缺乏地區醫院增加急重癌症醫療投入，評估轄區次醫療區域每萬人口西醫師數小於10人地區（竹東、海線），計3家急救責任醫院（北榮新竹、通霄光田、苑裡李），急重癌生產成長分段補付比率提高10%（如下表），自112年Q1起實施且為期1年。

超出管理目標 分級補付分級	急重癌及生產成長點數與超額點數比值 (次醫療區每萬人口西醫師數小於10人急救責任醫院 <b>提高10%</b> )				
	≥0.7	0.5~0.7(不含)	0.3~0.5(不含)	0~0.3(不含)	<0
0%~2%(含)	<u>70%</u>	<u>60%</u>	<u>50%</u>	<u>40%</u>	<u>30%</u>
2%~4%(含)	<u>60%</u>	<u>50%</u>	<u>40%</u>	<u>30%</u>	<u>20%</u>
4%~6%(含)	<u>50%</u>	<u>40%</u>	<u>30%</u>	<u>20%</u>	<u>15%</u>
6%以上	0%	0%	0%	0%	0%

- 二、符合醫院名單適用112年度，並將結構面指標（如增聘急重癌醫師）納入評估條件，各次醫療區域每萬人醫師數及符合醫院名單於每年度第1次共管會議報告。

陸、散會：下午3點35分

### 醫院異常費用專案推動現況彙整表

(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	110 年申報檢查(驗)費用未上傳案件行政審查	<input checked="" type="checkbox"/> 全國 <input type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	1. <b>相關規定：</b> 依據 112 年 1 月 4 日發布之「全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法」條文修正案，增列應上傳之就醫紀錄內容包含檢查(驗)結果、醫療檢查影像及影像報告、全民健康保險醫療給付項目及支付標準規定應上傳項目等，本署自公布起 90 日內有申報檢查(驗)費用卻未上傳佐證資料，先採輔導上傳，不逕以違約處理，惟仍將針對申報與上傳件數差異大之醫令項目，將進行加強審查。 2. <b>篩選指標：</b> 檢驗(查)上傳率低於全國同儕 P10 計 2 家醫院。抽審共 80 件，計 238,166 點。 3. <b>操作型定義：</b> 資料區間 11001-11012，醫事類別 12 及 22。		行政審查： 共核減 2 家 2 件，17,300 點。(無法提供影像佐證資料)	-	-	80	2	17,300	17,300 (7.3%)

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	
			4. 行政審查：針對未上傳醫令有申報支付項目核對檢查報告。								
2	復健人員跨類別執行/資格不符/超過執業報備生效迄日	<input type="checkbox"/> 全國 <input checked="" type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	1. 相關法規：依據物理/職能/語言治療師法規定略以「各類人員須經該類考試及格領有證書、並領有執業執照者，始得執行該類業務」。 2. 操作型定義：醫院報備資料檔之醫事人員類別與申報醫令類別不符。 3. 行政審查：抽調病歷資料，行政比對病歷紀錄之醫事人員資格是否與申報醫令類別相符。	-	請醫院自清近 2 年案件。 後續管理：列入 112 年實地訪查。	-	-	103	34	14,330	14,330 (1.6%)

(二)辦理中

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	藥品成分	<input checked="" type="checkbox"/> 全國 <input type="checkbox"/> 自訂	1. 依全民健康保險藥物給付項目及	適應症/種類/用	1. 自清：4家、同意	10	12,200	42	29	66,377	78,577 (74%)



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	
	Atomoxetine 案件不符藥品給付規定	<input type="checkbox"/> 他區	<p>支付標準規定：Atomoxetine HCL「限6歲至18歲(含)，依DSM或ICD標準診斷為注意力不全過動症患者，並於病歷上詳細記載其症狀、病程及診斷。如符合前項規定且已使用本類藥品治療半年以上，而18歲以上仍需服用者，需於病歷上詳細記載以往病史及使用理由」。另自111年8月1日起增列「19歲以上至未滿41歲才第一次診斷者，</p>	<p>量，不符主管機關給付規定</p>	<p>返還10件、12,200點，不同意核扣42件，另採專審核定。</p> <p>2. 專審核扣：6家、29件，66,377點。</p> <p>3. 後續管理：擴大清查111年1至7月不符年齡規定之案件。</p>						

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	
			<p>須經事前審查核准後使用」。</p> <p>2. 篩選指標：110年申報Atomoxetine HCL處方案件不符「限6歲以上至18歲以下」規定。</p>								
4	乳房腫瘤切除術併報術中超音波	<input type="checkbox"/> 全國 <input checked="" type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	<p>1. 篩選指標：併報比率&gt;全國P80之醫院，轄區計2家醫院，151件。</p> <p>2. 操作型定義：資料區間11010-11111，醫事類別12及22。</p>	自費手術不應再申報健保相關支付標準手術診療項目。	<p>1. 專審：專審2家17件，核減16件，120,837點，件數核減率94%，點數核減率34.5%。</p> <p>2. 後續管理：民眾自費手術，不得</p>	-	-	17	16	120,837	120,837 (34.5%)

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	
					再申報健保手術費用，啟動自清機制擴大清查轄區醫院溢報之手術費用。						
5	「門診復健申報適當性」	<input type="checkbox"/> 全國 <input checked="" type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	語言治療人員工時合理性	語言治療應該1對1方式進行，每次至少30分鐘，以每日工時8小時計算，若平均每位治療人員收治>16人，屬工時異常。	1. 每季針對語言治療人員超工時案件進行專審(CIS回溯性審查指標)。 2. 列入112年實地訪查。	-	-	450	233	317,256	317,256 (9.6%)

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	
6	CT/MRI 急診加成不符規定	<input type="checkbox"/> 全國 <input checked="" type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	<p>1. 依據：支付標準第二章第一節通則五規定：「急診病人因緊急傷病必須立即檢查時，其檢查費用得按本節所定點數加算20%」；全民健康保險醫療費用審查注意事項急診審查原則略以：放射線診療之檢查醫囑時間至報告記載以3小時內為限。</p> <p>2. 篩選指標：費用年月：10910-11109。</p> <p>3. 操作型定義：CT及MRI醫令33070B、33071B</p>	CT/MRI 急診加成不符規定(報告日時減醫囑日時大於3小時)。	<p>1. 函請轄區28家醫院計45,789筆自行清查，倘醫院反映行政困難無法全數自清，則以抽樣審查方式回推核減。</p> <p>2. 全數自清及全數採行政審查：共15家追扣13家，核減10,226筆、7,174,816點。</p> <p>3. 不同意自清，採行政審查後回推：共13</p>	10,226	7,174,816	693	72	2,614,193	9,789,009 (25.62%)

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	
			33072B、33084B、33085B之報告日時減醫囑日時大於3小時。		家追扣7家計2,614,193點。						
7	75801C併報74004B、72019B、72018B合理性	<input type="checkbox"/> 全國 <input checked="" type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	<p>1. 篩選指標：同次手術(74004B、72019B、72018B)醫令併報75801C(腹腔內膿瘍引流術)，轄區計10家醫院，147件。</p> <p>2. 操作型定義：                      (1) 費用年月：11002-11011。                      (2) 標的醫令：75801C。                      (3) 同次手術併報醫令：74004B、</p>	屬為達手術最終目的的過程，中附帶之手術不得另報；應以同一手術野或同一病巢內，施行同類或兩側性手術之多項手術計算。	<p>1. 專審：抽審10家、77件，核減41件，505,006點，件數核減率53.2%，點數核減率16.5%。</p> <p>2. 後續管理：針對件數核減率&gt;30%之5家醫院且主要核減併報型態</p>	-	-	77	41	505,006	505,006 (16.5%)

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	
			72019B、72018B。		74004B+75801C，啟動近2年(110/05-111/12)案件擴大專審後追扣作業。						
8	白內障手術專案-同院同眼再手術	<input type="checkbox"/> 全國 <input checked="" type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	1. 支付標準：第二部第二章第七節第十七項六水晶體通則規定，每月門、住診白內障手術加總超過40例之醫師，第41例以上須於申報費用前，至VPN「白內障手術個案登錄系統」登錄，取得「登錄完成序號」，於	1. 0422A (屬於為達手術最終目的的過程中附帶之手術/處置，不得視為副手術或另行另報) 2. 0421A (因第一次手術所引	1. 專業審查：抽審3家、70件。核減22件，464,997點。 2. 自清： (1)樣態1：7家、52件。52件皆不同意自清，經行政/專業	1	1,499	91	58	1,050,524	1,052,023 (18.41%)

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	
			<p>申報時填列此序號，方得支付。</p> <p><b>2. 篩選指標：</b></p> <p>(1) 每月門住診申報白內障手術超過 40 例之醫師</p> <p>(2) 白內障手術術後同院同眼再手術</p> <p>A. 樣態一：同院同眼再執行相同手術</p> <p>B. 樣態二：同院同眼再執行其他白內障手術</p> <p><b>3. 操作型定義：</b></p> <p>(1) 超過 40 例醫師：擷取 11103-11111 每月門住診申報超過 40 例(全區)之轄區醫院醫師</p>	起併發症之手術，依其所定支付點數之一半計算之，並僅計算一項，但第一次手術在他院者不受限制)	<p>審查未核扣。</p> <p>(2) 樣態 2：8 家、92 件。同意自清 1 件、1,499 點。91 件不同意自清，經行政/專業審查，核減 35 件、585,527 點。</p>						

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	
			(2) 術後同院同眼再手術 A. 樣態一：擷取11103-11112同院同眼執行≥2次相同白內障手術 B. 樣態二：擷取11103-11112同院同眼執行≥2次不同白內障手術								
9	壓力與重分佈心肌斷層灌注掃描(26025B)申報合理性	<input type="checkbox"/> 全國 <input checked="" type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	1. 操作型定義： (1)費用年月：111/10 (2)醫事類別：12 (3)科別：AB (4)標的醫令：26025B	1. 病歷描述過於簡單，看不出必要性 2. 應先看PFT再視	1. 專審：抽審30件，標的醫令核減19件(核減率58%)、120,232點。 2. 後續管理重點：列入專審管控，加強	-	-	30	22	134,803	134,803 (53%)



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	
				情況決定	審查，電話輔導、組長拜會輔導。						
10	頻繁就醫合理性	<input type="checkbox"/> 全國 <input checked="" type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	1. 依據：因接獲反映00醫院向民眾收取健保卡且有每日刷卡情事。 2. 篩選指標： (1) 門診高診次：2年內單月就診≥11次(平均2-3天就診1次)且達5個月者。 (2) 頻繁住院：2年內住院≥4次(平均半年內住院1次)者。 3. 操作型定義：針對00醫院資料區間10904-11103，醫事類別12及	1. 門診高診次：非必要之門診持續就診。 2. 頻繁住院：住院日數不適當，病況應已可出院或於門診繼續追蹤及非必要	1. 專審：專審1家852件，核減328件，163,700點，件數核減率38.50%，點數核減率14.52%。 2. 後續管理： (1) 門診高診次：門診頻繁就醫者(每月>7次)逐季樣本月以專案管控指標電腦立意(CIS)全數審查監控。	-	-	852	328	163,700	163,700 (14.52%)

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	
			22, 門診排除診察費為0、住診排除呼吸照護及膳食代辦案件。	之住院。	(2)頻繁住院：皆為安養個案，避免重複抽審，將該院列入每季安養專案重點審查院所。						
11	內分泌科檢驗(查)09106C、09107C、09122C併報合理性	<input type="checkbox"/> 全國 <input type="checkbox"/> 自訂 <input checked="" type="checkbox"/> 他區(南區)	操作型定義：費用年月110年4月至111年12月門診內分科檢驗(查)09106C、09107C、09112C三項醫令併報	檢查不符醫療常規/過於頻繁/套裝檢查，無例行性執行之必要(0509A)，09106C、09107C、09112C併報不合理、已檢驗	1. 自清：計2家醫院自清593件，11.8萬點。 2. 專審：針對不同意自清計6家、抽審135件，核減135件，件數核減率100%。	593	118,600	135	135	2,390,790	2,509,390 (100%)

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	
				FT4(09106C) 及 TSH(09112C)」	3. 後續管理措施：本案不同意自清6家醫院專業審查核扣醫令件數核減率均100%，擬將自112年第2季起，加強審查3季(至112年第4季)。						

112 年醫院總額點值暨品質提升方案

藥費管理項目--藥費費用定義

定義
<p>4、門住診抗癌藥物-需同時符合條件(1)及(2)</p> <p>(1) ICD-10-CM 主、次診斷碼前三碼為 C00-C96(不含 94.4、94.6)、C4A、C7A、C7B、D03、D45、Z510、Z5111、Z5112、E3122、Z08、Z09。</p> <p>(2) 藥理分類代碼 100000 或 100099 抗癌藥物或 ATC 碼為 L01EB03，L01FG01，L01XG01，L01FE01，L01EA02，L01EB02，L01EG02，L01EB01，L01EA01，L01EH01，L01EA03，L01EX03，L01FA01，L01EX02，L01EX01，L01EG01，L01FD01，L01EX05，L01ED01，L01EC01，L01FE02，L01FX05，L01EK01，L01EJ01，L01EL01，L01ED02，L01ED03，L02BB03，V10XX03，L01XX41，L02AE04，<b>L01BC53，L02AB02，L02BB01，L02BG03，L02BG06，L03AX03，L04AX02(藥品代碼整併歸類之 ATC 碼)，L03AB04，L03AC01(新增癌藥)，L01EX09，L04AA23，L04AC08(刪除原因：非癌藥範圍)</b>，或醫令代碼為 <del>BC12554100，KC00756265，KC00757255，KC009242FO(刪除原因：非癌藥範圍)，A027978100，A043698100，A046018100，A047539100，A048909100，AC47539100，AC48969100，AC55555100，B012554100，B015543100，B021150100，B022282100，B022803100，B023097100，B023291100，B023484100，B024027100，B024794100，B024813100，B024834100，B025206100，B025251100，B025288100，BC23291100，BC25206100，BC25288100，K0003692BC，K0006252B5，K000650237，K000755248，K000756265，K000757255，K0009242FO，K0009612B5，KC003692BC，KC006252B5，KC00755248(刪除原因：支付價為 0)，BA15543100，BA21150100，BA22282100，BA22803100，BA23097100，BA23291100，BA23484100，BA24027100，BA24794100，BA24813100，BA24834100，BA25206100，BA25288100，BB15543100，BB21150100，BB22282100，BB22803100，BB23097100，BB23291100，BB23484100，BB24027100，BB24794100，BB24813100，BB24834100，BB25206100，BB25288100，BC15543100，KA003692BC，KA006252B5，KA00650237，KA00755248，KA00756265，KA00757255，KA009242FO，KB003692BC，KB006252B5，KB00650237，KB00755248，KB00756265，KB00757255，KB009242FO，KC00650237，XA00116248，XB00116248，XC00116248(刪除原因：查無收載藥品資訊)</del> <del>AC57915100，BC24027100，BC24794100，BC24813100，BC24834100，BC22803100(藥品代碼歸類至已表列 ATC 碼)，AC43698100，BC23484100，BC21150100，AC46018100，AB47539100，BC22282100，BC23097100，X000116248，AB48969100(藥品代碼整併歸類為 ATC 碼)</del></p>

112 年「藥費管理項目」-藥費費用癌藥定義增修彙整表

調整類別	項目數	說明	
維持	31	L01EB03、L01FG01、L01XG01、L01FE01、L01EA02、L01EB02、L01EG02、L01EB01、L01EA01、L01EH01、L01EA03、L01EX03、L01FA01、L01EX02、L01EX01、L01EG01、L01FD01、L01EX05、L01ED01、L01EC01、L01FE02、L01FX05、L01EK01、L01EJ01、L01EL01、L01ED02、L01ED03、L02BB03、V10XX03、L01XX41、L02AE04	
刪除	非癌藥	3	L01EX09、L04AA23、L04AC08、BC12554100、KC00756265、KC00757255、KC009242FO
	支付價為 0	37	A027978100、A043698100、A046018100、A047539100、A048909100、AC47539100、AC48969100、AC55555100、B012554100、B015543100、B021150100、B022282100、B022803100、B023097100、B023291100、B023484100、B024027100、B024794100、B024813100、B024834100、B025206100、B025251100、B025288100、BC23291100、BC25206100、BC25288100、K0003692BC、K0006252B5、K000650237、K000755248、K000756265、K000757255、K0009242FO、K0009612B5、KC003692BC、KC006252B5、KC00755248
	查無收載藥品資訊	45	BA15543100、BA21150100、BA22282100、BA22803100、BA23097100、BA23291100、BA23484100、BA24027100、BA24794100、BA24813100、BA24834100、BA25206100、BA25288100、BB15543100、BB21150100、BB22282100、BB22803100、BB23097100、BB23291100、BB23484100、BB24027100、BB24794100、BB24813100、BB24834100、BB25206100、BB25288100、BC15543100、KA003692BC、KA006252B5、KA00650237、KA00755248、KA00756265、KA00757255、KA009242FO、KB003692BC、KB006252B5、KB00650237、KB00755248、KB00756265、KB00757255、KB009242FO、KC00650237、XA00116248、XB00116248、XC00116248
藥品代碼歸類至已表列之 ATC 碼	L01EA01	2	AC57915100、BC24027100
	L01EA02	2	BC24794100、BC24813100
	L01EA03	1	BC24834100
	L02BB03	1	BC22803100
藥品代碼整併歸類為 ATC 碼	L01BC53	2	AC43698100、BC23484100
	L02AB02	1	BC21150100
	L02BB01	1	AC46018100
	L02BG03	2	AB47539100、BC22282100
	L02BG06	1	BC23097100
	L03AX03	1	X000116248
新增	L04AX02	1	AB48969100
	L03AB04	1	X000212216
	L03AC01	1	X000135237

醫院總額共同管理委員會 112 年 Q2 品質提升獎勵指標修訂彙整表

指標項目	操作型定義	獎勵方式																	
		計算公式	結果	獎勵比率															
門診整合照護計畫 【正向指標】 【0.15%】 【地區醫院、專科醫院獎勵加權 15%】	照護率 分子：收案人數(照護註記 Q, R, S)，採年度累計。 分母：110Q4~111Q3 符合收案條件人數 收案條件： 1. 給藥日份 ≥ 28 天之案件中，最近 3 個月申報之主診斷中有 3 種(含)以上慢性病，並經 2 位(含)以上醫師看診者。 2. 最近 3 個月至少申報 2 次(含)以上慢性病連續處方箋且最近 3 個月申報之慢性病連續處方箋用藥之藥品品項數合計達 10 種(含)以上，並經 2 位(含)以上醫師看診者。 註：分母數據由本組依條件統計，後續若署本部有提供則以署本為主。	X=照護率(以轄區開設整合門診模式醫院排百分位) Y=收案人數占轄區收案人數比率	X>P90	0.15%															
			P80<X≤P90	0.1%															
			P60<X≤P80	0.05%															
			P40<X≤P60 或 Y>30%	0.02%															
			<b>X ≤ P40 且當季收案人數較前一季度成長 &gt;10%，且收案人數 ≥ 10 位(112Q2 起)</b>	<b>當季收案人數 *1000 點且以獎勵比率 0.016% 為上限</b>															
虛擬健保卡 【正向指標】 【總規劃點數 0.20%為限】	1. 虛擬健保卡資訊整合獎勵 執行虛擬健保卡：參與 VC 虛擬健保卡就醫模式試辦計畫且完成虛擬健保卡醫事機構 SDK 安裝並測試取號成功，申報為 V 開頭就醫序號(例如：V001)且當年度各場域累計件數 ≥ 基本值： 1. 一般門住診(含視訊診療場域)： (1) 一般門住診：醫事類別 12、22 (2) 視訊診療：醫事類別 12 且特定治療項目 EE 2. 居家醫療場域：醫事類別 12、案件分類 A1、E1、A5 及特定治療項目 EC 3. 遠距醫療場域：醫事類別 12 且案件分類 07	X=當年度各場域累計件數 ≥ 基本值之場域數 X1=一般門住診(含視訊診療場域)累計申報件數 X2=居家醫療累計申報件數 X3=遠距醫療累計申報件數 Y=基本值 Z=醫院病床數 (排除急診處暫留床、洗腎治療床、嬰兒床、產科病床、其他觀察床、腹膜透析床) W=獎勵項目	$X_n \geq Y$	$X * W$															
					<table border="1"> <thead> <tr> <th>場域</th> <th>病床數 Z</th> <th>Y(基本值)</th> <th>獎勵點數 (W)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">一般門住診(含視訊診療場域)</td> <td>Z ≥ 100</td> <td>200</td> <td>50 萬點</td> </tr> <tr> <td>Z &lt; 100</td> <td>50</td> <td>30 萬點</td> </tr> <tr> <td>居家醫療</td> <td>10</td> <td></td> <td>10 萬點</td> </tr> <tr> <td>遠距醫療</td> <td>5</td> <td></td> <td>10 萬點</td> </tr> </tbody> </table> 每場域給予一次性獎勵	場域	病床數 Z	Y(基本值)	獎勵點數 (W)	一般門住診(含視訊診療場域)	Z ≥ 100	200	50 萬點	Z < 100	50	30 萬點	居家醫療	10	
場域	病床數 Z	Y(基本值)	獎勵點數 (W)																
一般門住診(含視訊診療場域)	Z ≥ 100	200	50 萬點																
	Z < 100	50	30 萬點																
居家醫療	10		10 萬點																
遠距醫療	5		10 萬點																

醫院總額共同管理委員會 112 年 Q2 品質提升獎勵指標修訂彙整表

指標項目	操作型定義	獎勵方式		
		計算公式	結果	獎勵比率
2. 居家、遠距及一般門住診(含視訊)逾基本值之虛擬健保卡看診件數獎勵	執行虛擬健保卡當年度累積申報件數達基本值。 1、居家醫療照護：醫事類別 12、案件分類 A1、E1、A5 及特定治療項目 EC 2、遠距醫療照護：醫事類別 12 且案件分類 07 3、一般門住診(含視訊診療場域)： (1) 一般門住診：醫事類別 12、22 (2) 視訊診療：醫事類別 12 且特定治療項目 EE 4、 <b>首次開通且以虛擬健保卡就醫申報個案：申報就醫序號 V001</b> 備註： 1、視政策方向滾動式調整獎勵項目 2、 <b>自 112 年第 2 季起申報就醫序號 V001 啟動加成獎勵項目</b>	X1=居家醫療執行虛擬健保卡照護件數 X2=遠距醫療執行虛擬健保卡照護件數 X3=一般門住診(含視訊診療)執行虛擬健保卡照護累計件數 <b>X4=當季申報就醫序號 V001 個案數(以人歸戶)</b> Y=基本值(同指標項目 1 之一般門住診基本值) Z=當年度已獎勵之一般門住診(含視訊診療)執行虛擬健保卡件數	X3>Y	(X1+X2) *1,000 點 +(X3-Y-Z)*250 點 <b>+X4*250 點</b>
			X3≤Y	(X1+X2) *1,000 點 (X1+X2) *1,000 點

**醫院總額共同管理委員會 112 年 Q2 品質提升獎勵指標修訂彙整表**

指標項目	操作型定義	扣減方式【註5】													
		計算公式	結果	扣減比率											
門診檢查(驗)單價管理_減項指標	1. 門診檢查(驗)每件費用單價：〔門診檢查(驗)費用/門診檢查(驗)件數〕。 2. 門診檢查(驗)每人費用單價：〔門診檢查(驗)費用/門診檢查(驗)人數〕。 3. 校正比率：〔當季門診檢查(驗)費用/當季門診醫療費用〕。 4. 門診檢查(驗)費用範圍：門診西醫醫院(醫事類別 12)不含釋出處方，醫令代碼前 2 碼為 06~32 及特殊造影醫令(330 及 331 開頭)等檢驗檢查項目。 5. 排除條件： (1)當季門診醫療費用：排除總額外案件分類 <u>B7,B8,B9,B6,B1,D1,BA,C4,DF,C5,D2,A3</u> (2)當季門診檢查驗費用： i.總額外案件：案件分類 <u>B7,B8,B9,B6,B1,D1,BA,C4,DF,C5,D2,A3</u> ii.排除門診手術：案件分類 03 iii.申請金額+部分負擔為 0 iv.論病例計酬：案件分類 C1 v.部分負擔代碼：001、011 vi.急診科別 22 及案件分類 02 vii.當年度新增之檢查(驗)健保支付項目 viii. <u>新增排除方案：糖尿病醫療給付改善方案、CKD 醫療給付改善方案、末期腎臟病前期(Pre-ESRD) 醫療給付改善方案、BC 肝醫療給付改善方案、C 肝全口服新藥健保給付執行計畫、愛滋病毒感染服藥滿 2 年後(E2、E3)等有明訂追蹤期程之檢查(驗)項目</u> ix. <u>新增排除當季重大傷病(部分負擔代碼 001)之當季排程檢查案件(部分負擔代碼 009)</u> 6. 本核減先以品質提升獎勵加項指標獎勵點數抵扣，如抵扣後超出加項指標獎勵點數，逕予扣減。	X=每件檢查(驗)費用單價。 加成比率(Y)=每人檢查(驗)費用單價(X2)與全國同儕百分位階比較：	<table border="1"> <tr> <th>每人檢查費用單價(X2)全國同儕百分位階</th> <th>加成比率_Y</th> </tr> <tr> <td>X2 ≥ P95</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>P95 &gt; X2 ≥ P90</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td>P90 &gt; X2 ≥ P75</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>X2 &lt; P75</td> <td>0%</td> </tr> </table>	每人檢查費用單價(X2)全國同儕百分位階	加成比率_Y	X2 ≥ P95	80%	P95 > X2 ≥ P90	60%	P90 > X2 ≥ P75	50%	X2 < P75	0%	X ≥ P95	2%(1+Y) × W
		每人檢查費用單價(X2)全國同儕百分位階		加成比率_Y											
		X2 ≥ P95		80%											
		P95 > X2 ≥ P90		60%											
		P90 > X2 ≥ P75		50%											
X2 < P75	0%														
W=當季門診檢查(驗)費用占門診醫療費用比率。 說明： 1. 全國同儕值為醫學中心、區域醫院、地區醫院(總床數一百床(含)以上)及地區醫院(總床數未達一百床)。 2. 本指標於 112 年第 1 季先實施高於全國同儕 P95(含)以上始核減，第 2 季開始實施 X ≥ P90，第 3 季開始實施 X ≥ P85，第 4 季開始實施 X ≥ P75。	X ≥ P90	1.5%(1+Y) × W													
	X ≥ P85	1%(1+Y) × W													
	X ≥ P75														