

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 1 次會議紀錄

時間：112 年 3 月 15 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	吳家勳
陳秘書長旗昌	陳旗昌	王委員鍵元	王鍵元
陳委員秀枝	陳秀枝	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	黃俊卿 (代)	鄭委員貴麟	黃盈焜 (代)
盧委員星華	黃銘超 (代)	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	陸懷玉 (代)
李委員明輝	溫靜微 (代)	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
林口長庚醫院	林政漢
林口長庚醫院	朱映愷
東元綜合醫院	劉雅文
東元綜合醫院	盧文婷
聯新國際醫院	謝泉發
為恭紀念醫院	彭桂秋
楊梅天成醫院	王秀蓮

中醫大新竹醫院	林益民
中醫大新竹醫院	賴杰伶
中壢長榮醫院	傅淑姮
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	連麗君
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	劉美君
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 蔡秀幸 楊秀文 謝明珠 吳煥如 呂淑文 曹麗玲 陳韻寧
 林巽音 林美霞 林俊仰 江謝佩妘 蔡百瑜

壹、主席致詞(略)

貳、確認 111 年第 4 次委員會會議紀錄

結論：確認。

參、報告事項

第一案、111 年第 4 次會議結論事項辦理情形

決定：洽悉；追蹤事項共五項，均已辦理完成，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：111 年 Q4 藥費成長率 0.35%(全國最高)、占率下降 0.84 個百分點，一般藥費成長貢獻(62%)最高，請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：111 年 Q4 檢驗(查)結果及影像上傳率分別為 94.3%、96.4%，將自 112 年 1 月 1 日起針對未上傳案件加強行政審查，請加強提升上傳率。
- 三、安寧療護：111 年 1~12 月死亡前 1 年安寧利用率 35%，未達署目標值 38.1%；收案人數 10,941 人，請持續提升收案數。
- 四、C 肝口服新藥：截至 112 年 2 月 17 日收案 180 人，成長率-26%；112 年推動重點為持續追蹤潛在病患返診及發掘潛在病患，請提升收案及照護。
- 五、虛擬健保卡：111 年 Q4 北區申報 103 件(居全國第 5)，與標竿分區(約 7,023 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。
- 六、部分負擔新制：經廣納各界意見採規劃分二階段實施，目前進行報部預告程序中，請醫院積極進行預檢及相關因應準備。

第三案、111 年第 4 季總額方案重分配執行情形

決定：洽悉；依據 111 年「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，新診療項目、政策鼓勵點數及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、111 年第 4 季醫院異常費用管理現況

決定：洽悉；111 年第 4 季執行之異常費用管理專案彙整如附件 1，請落實自主管理並依規定申報。

第五案、112 年醫院總額點值暨品質提升方案醫院參與情形

決定：洽悉；北區 69 家醫院，參與 A 案家數 58 家、B 案 7 家，3 家新設醫院，自設立後完整季第 4 季參與 B2 案。

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、「論質計酬」及「安寧緩和照護」獎勵指標維持 111 年獎勵比率，若總獎勵點數大於規劃點數上限則等比例限縮。另指標調整及增列退場機制相關措施，於今年底規劃 113 年總額方案併同討論。
- 二、急診管理項目「醫學中心下轉率」：修改為「醫學中心急診轉出率」，並以全國醫學中心相對百分位分階進行獎勵。
- 三、「分級醫療推動」：為鼓勵穩定病患應下(回)轉社區院所照護，取消自身成長率需大於 0 之獎勵門檻及 \geq 前一季實績值之閾值。
- 四、「門診檢查(驗)單價管理」：排除急診案件及當年度新增檢查(驗)項目，並調整扣減措施實施期程(112 年第二季 $X \geq P90$ 、第三季 $X \geq P85$ 、第四季 $X \geq P75$)。
- 五、檢附上述品質獎勵指標修訂表詳附件 2。

第二案、醫院醫療費用專案異常管理輔導流程修訂案

決議：

- 一、自112年起醫療費用專案異常管理輔導流程，啟動費用季後再加強審查3季，高核減或管理項目未改善者，第5季別辦理審查後回推。另本組移北區審查分會輔導之案件，請分會按季綜整回復輔導結果。
- 二、另為強化醫院自主管理效能，符合自清之異常管理專案如自行繳回不符比例，經專業審查後之核減點數列入下年度基本目標管理點數之基期調整，並提報年底共管會議列入次年方案執行。
- 三、自112年起「醫院醫療費用異常監測管理計畫」，以手術與處置項目為優先抽審。

第三案、112年重症ICU案件操作型定義修訂案

決議：同意 111 年 6 月新增加護病床首日護理費醫令共計 6 項(03104E、

03105F、03106G、03098A、03095A、03096B)，納入總額方案之重症 ICU 案件操作型定義。

第四案、112 年新增執行之新藥、新特材項目提報案

決議：同意無替代品項之新藥 6 項、新特材 15 項詳附件 3，自 112 年 Q1 起納入本方案分配滿 1 年止。

伍、臨時動議

提案單位：院長聯誼會秘書處

第一案、有關本區「跨區預算流入/流出情形」，考量苗栗縣醫療資源相對缺乏，建議總額方案品質指標增訂在地醫療獎勵指標，以鼓勵醫院投入醫療服務，提高民眾在地就醫意願，提升服務品質案。

決議：為鼓勵在地醫療，將持續分析各縣市跨區就醫流向，請秘書處蒐集醫院意見回饋本組參考，評估於總額方案品質指標增訂在地醫療獎勵，並提案至共管會議討論。

陸、散會：下午 3 點 15 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	同院同病人同診斷同診療部位第 2 次執行日起申報皮面創傷處理 48014C \geq 1 次合理性	<input checked="" type="checkbox"/> 全國 <input type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	1. 依審查注意事項： 醫院外科「傷口之處置、換藥之審查原則」：病患實施燒傷處置、換藥，第 1 次可申報 48014C【皮面創傷處理一體表面積小於十一 BSA】，第 2~4 次得申報 48018C【皮面創傷換藥一體表面積小於十一 BSA】，其後限申報 48013C【手術、創傷處置及換藥一大換藥】，48018C 部分如須延長應詳加說明。每次申報需檢附處理前、後之彩色照片，以利審查。 2. 篩選指標： 同院同病人同診斷同診療部位，於分析區間，不同日再次申報 48014C \geq 1 次者。	48014C 係指灼傷膿瘡之處理(評估全方位處理、檢查)及換藥，為第一次傷口處置，而 48018C 係指前次 48014C 治療後續之換藥。	1. 自清：同意自清 34 家醫院、387 件 (95.6%)、588,352 點；不同意自清 5 家、18 件 (4.4%)。 2. 專審：針對自清理由有疑義之案件送交專審認定，計 2 家醫院共 7 件，專審核減 4 件、	387	588,352	7	4	4,296	592,648 (56.4%)

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	
			3. 操作型定義：資料區間 110/01~111/03，醫事類別 12，排除代辦案件。		4,296 點。						
2	病人小於 45 歲且同院所 1 年僅就醫 1 次，當次執行 ≥ 3 項心臟檢查適當性	<input checked="" type="checkbox"/> 全國 <input type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	1. 篩選指標： 病人年就醫 1 次，且當次執行心臟檢查醫令數 ≥ 3 2. 操作型定義： 110 年 1 月至 110 年 12 月門診西醫醫院、心臟血管內科 (AB)、家醫科 (01)、內科 (02)、年齡：<45 歲；醫令代碼為 18001C 心電圖 (150 點)、18005C 超音波心臟圖 (包括單面、雙面) (1,260 點)、18007C 杜卜勒氏彩色心臟血流圖 (2,100 點)、18015B 極度踏車運動試驗 (900 點)；申報醫令類別為 2 且醫令點數 > 0、排除條件代辦	1. 未進行詳細理學檢查、問診、評估，逕予進行該項檢查，且病歷未記載具體特殊理由 (0505A) 2. 與病情無關之非必要檢查或檢驗 (0503A)	1. 專審：專審 34 家 473 件，核減 31 家、272 件、697,752 點，件數核減率 58%，點數核減率 30%。 2. 已建議署本部列入 CIS 回溯性審查。	-	-	473	272	697,752	697,752 (37%)
3	信迪思進階型股骨近	<input checked="" type="checkbox"/> 全國 <input type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	1. 法規依據： 依特材規定 D101-5 (110 年 1 月生效)，是類髓內釘特材須	影像未見骨水泥，不符給付規定。	1. 自清：9 家自清、86 件，	86	183,545	-	21	83,071	266,616 (9.3%)

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	
	端隨內釘系統自清案		<p>搭配骨水泥使用，未搭配骨水泥即屬不符合現行給付規定。</p> <p>2. 篩選指標：擷取 110 年 1 月至 111 年 8 月申報髓內釘特材(醫令代碼：FBNG1LBDTCS1,FBNG1LSCTCS1,FBNG1SBDTCS1,FBNG1SSCTCS1)未併報專用自費骨水泥(FBZ031712001)案件。</p>		<p>同意核扣 26 件、183,545 點，不同意核扣 60 件，另採專審或行政審查核定。</p> <p>2. 專審核扣：1 家、核扣 4 件，核扣 19,988 點。</p> <p>3. 行政逕扣：1 家、核扣 17 件、63,083 點。</p>						
4	乳房 X 光攝影重複申報	<input type="checkbox"/> 全國 <input type="checkbox"/> 自訂 <input checked="" type="checkbox"/> 他區	<p>1. 法規依據：依全民健康保險法第 51 條第 2 款，預防接種及其他由各級政府負擔費用之醫療服</p>	前已開單乳攝,後乳攝定位檢查,當日又行切除檢	<p>1. 自清：輔導自清 13 家(77</p>	77	16,185	-	37	68,026	84,211 (64.94%)

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>務項目，不列入本保險給付範圍，除病情所需，已申報預防保健者不可重複申報健保費用。另依據「全民健康保險醫療費用審查注意事項」之放射線檢查規定「門診患者：當日於同一院所門診以不得重覆做同一項目之影像學檢查為原則，因病情需要不在此限。」</p> <p>2. 篩選指標：同日併報預防保健 X 光檢查(91、93)及健保乳房造影術(33005B)；同日同個案申報乳房造影術(33005B)>1。</p> <p>3. 操作型定義：資料區間 10910-11109，醫事類別 12。</p>	體乳攝檢查，屬當日申報項目重複	<p>件)，同意自清 13 件、16,185 點；不同意自清 64 件。</p> <p>2. 行政及專業審核減：針對不同意自清案件由行政及專業審查認定後，共計核扣 37 件 (3 家)、68,026</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	
					點。						
5	白蛋白注射劑	<input type="checkbox"/> 全國 <input checked="" type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	1. 依審查注意事項: 4.2.1.Human Albumin:因病使用 Human Albumin 以符合下列適應症為限: (1) 休克病人擴充有效循環血液量 I. 休克病人至少已給生理鹽水或林格爾液等類溶液 1000 mL 後尚不能維持穩定血流動態，血比容(hematocrit) >30%，或血色素(hemoglobin) >10 gm/dL 需要繼續靜脈輸液時，宜優先使用合成膠類溶液，如 dextran、hydroxyethylstarch、polyvinylpyrrolidone	1. 適應症 / 種類 / 用量 (劑量 / 天數等)，不符主管機關核准規定 / 給付規定 / 醫療常規。 2. 申報藥量 (劑量 / 天數等) 過多，不符醫療常規一般醫理或慣用通則。	專審經 111 年第 2、3 季辦理 2 次重點審查結果，第 2 季核減 16 件、件數核減率 53%(核減率 >30%); 第 3 季核減 6 件、件數核減率 20%，且 111Q3 申報件數已明顯下降(由 86 件降至 36 件)。	-	-	-	22	137,114	137,114 (19.58%)

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	
			KC00197248								
6	同次住院期間重複申報首日護理費	<input type="checkbox"/> 全國 <input type="checkbox"/> 自訂 <input checked="" type="checkbox"/> 他區 (高屏)	1. 法規依據： (1) 依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「護理費(第一天)及護理費(第二天起)診療項目」自111年6月1日起各類病床「護理費(第一天)」支付點數加成30%。 (2) 依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(111年6月1日生效)護理費(第一天)及護理費(第二天起)問答輯：病人每次住院，僅該次入院首日得申報護理費(第一天)，其餘住院期間以護理費(第二天起)申報。 2. 篩選指標： (1) 樣態1同次住院期間重複申報首日護理費。		自清(自清區間111年6月至111年9月) (1) 樣態1同次住院期間重複申報首日護理費：計11家醫院自清24件、15,100點。 (2) 樣態2未依規定申報首日護理費加成：計10家醫	65	20,393	-	-	-	20,393 (94%)

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) 樣態 2 未依規定申報首日護理費加成。		院自清 35 件、3,476 點。 (3) 111 年 9 月自清 2 家、6 件、1,817 點。 (4) 總計自清 65 件、20,393 點 (屬 DRG 案件重新核算後點數)。						

醫院異常費用專案推動現況彙整表

(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	
7	同次手術診療項目併報 75801C	<input checked="" type="checkbox"/> 全國 <input type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	1. 支付標準: 第二部第二章第七節手術通則七規定,凡為達手術最終目的過程中之各項切開、剝離、摘除、吻合、切片、縫合、灌洗等,附帶之手術及處置,雖為本標準表所列項目亦不得視為副手術另報。 2. 篩選指標: 同醫師二年內同次手術併報 75801C >20 次者,轄區共 11 家醫院、1,065 件。 3. 操作型定義: (1)費用年月: 108/12-110/11。 (2)標的醫令: 75801C。	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(39 件, 62%);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(17 件, 27%)	1. 自清: 同意自清 165 件(同意自清件數比率 15.5%), 218 萬點。 2. 專審: 抽審 120 件,核減 88 件(核減率 73%), 154.3 萬點。 3. 後續管理措施: 本組針對署本部專審範圍外案件抽審,計 5 家醫院	165	218 萬	120	88	154.3 萬	372.3 萬 (16.69%)

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>(3) 自清併報醫令：同「醫令執行日期」申報有其他第二部第二章第七節之手術醫令。</p> <p>專審範圍：依署本部統一原則，將受理二年內(費用年月109年9月至110年11月)75801C併報73002B、73010B、73022B、73034B、73043B等5項醫令案件全數審查。</p>		<p>75801C併報74004B件數核減率>30%，將擴大審查近2年案件，並列入111Q2起重點審查。</p>						
8	心理測驗全套(45058C)申報適當性	<input type="checkbox"/> 全國 <input type="checkbox"/> 自訂 <input checked="" type="checkbox"/> 他區	<p>1. 法規依據：全民健保醫療費用審查注意事項：(一)「心理測驗全套(45058C)併報智能評鑑(45052C)或人格特質評鑑(45055C)之合理性</p>	<p>臺北業務組專家意見：病歷資料缺乏具體治療內容或過於簡略、無施予該醫令必要；病歷資料均雷同，缺乏</p>	<p>1. 專審： (1)樣態 1：抽審 13 家醫院、22 位醫師、105 件，核減 9 家醫院、45 件、73,052</p>	-	-	267	136	250,156	250,156 (17.9%)

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>不符專業認定者，則不予支付。」</p> <p>(二)「身心障礙鑑定作業辦法明訂鑑定費由縣(市)衛生主管機管核發予鑑定機構，爰病人因上述鑑定而進行心理測驗者，不得重複申領健保費用。</p> <p>2. 篩選指標：</p> <p>(1)樣態 1「心理測驗全套(45058C)」申報點數>P95 醫師申報合理性(2)樣態 2「心理測驗全套(45058C)」併報智能評鑑(45052C)或人格特質評鑑(45055C)合理性</p> <p>3. 操作型定義：費用年月 11108、醫事類別門診、醫令 45058C</p>	個別具體治療內容	<p>點；件數核減率 43%、點數核減率 15%。</p> <p>(2)樣態 2：抽審 23 家醫院、162 件，核減 91 件、177,104 點；件數核減率 56%、點數核減率 19%。</p> <p>身心障礙鑑定：上述抽審案件一併審查是否為身心障礙鑑定之目的重複申報健保費，核減 9 件、件數核減率 3.4%。</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	
			45052C、45055C，排除醫令類別4、代辦案件		2. 後續管理重點：針對篩異件數高且件數核減率>轄區平均值醫師/醫院，列入專審管控，加強審查。						
9	婦科超音波檢查適當性	<input type="checkbox"/> 全國 <input checked="" type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	<p>1. 法規依據：依全民健康保險法第51條第3款規定略以「人工協助生殖技術不列入本保險給付範圍」</p> <p>2. 篩選指標：擷取109年12月至111年11月申報主(次)診斷碼前3碼N97(女性不孕症)執行婦科超音波</p>	不孕症病人取卵後的超音波檢查應包含於不孕症療程，不符合健保給付之婦科超音波適應症。	不同意自清，專業審查中：1家醫院、91件。	91	-	91	-	-	

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	
			(醫令代碼：19003C)案件。								
10	神經外科住診申報特殊材料脊椎間體護架(Cage)及硬腦膜替代物合理性	<input type="checkbox"/> 全國 <input checked="" type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	1.特殊材料給付規定： 頸椎部分： (三)單一頸椎節段限用一個頸椎「脊椎間體護架」。 腰椎部分： (八)進行PLIF時，每個活動節段限用二個腰椎「脊椎間體護架」。進行TLIF、OLIF、XLIF、ALIF等術式時，每個活動節段限用一個腰椎「脊椎間體護架」。 2.篩選指標： (1)樣態1：使用頸椎及腰椎TLIF術式CAGE應依特殊材料給付規定，單一節段限用一個。 (2)樣態2：預防性使用並申報硬腦膜	1. Cage：TLIF Cage與頸椎Cage的使用規範均為一個disc space僅能使用一顆，以抽審案例的使用情形，明顯不符使用規範，因此不應同意使用。 2. 腦膜替代物：此類品項的使用時機為「修補」硬腦膜破	於111年9月28日辦理專家輔導會議決議： 1. 自行清查2年(10907-11107)單一椎節放置2個以上Cage及預防性使用並申報硬腦膜替代物案件，共計自清160件，同意核扣4,113,692點。 2. 自111年第3季起連續	160	4,113,692	-	-	-	4,113,692 (37.2%)

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	
			替代物。 3.操作型定義： 樣態 1：標的醫令-頸椎及腰椎 TLIF 術式 Cage (FBSFA29906M4、FBSFAF0003RK、FBZ027795001、FBSFAPP421M4、FBSFAF0001RK、FBSFAGCP012G、FBSFAAP003AQ、FBZ004070001、FBSFACCMLHGZ、FBSFACCHLNGZ) 樣態 2：標的醫令-硬腦膜替代物 (FNP9101045N7、FNP9110125N7、FNP9101057N7、FNP9101033N7) 排除代辦、DRG、C5 案件	損，一般使用常規應為有明確看到腦膜破損無法直接縫補或是有明確 CSF leak 但無法修補時使用，全面地預防性使用不符合使用規範，因此不應同意使用。	2季(111年3-4季)列入加強審查，112年第1季如有仍 CAGE 不符特材給付規定及預防性使用硬腦膜替代物並申報健保情形，則依標的醫令件數核減率回推當季同類案件計算。						

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	
11	腹腔鏡腸沾黏剝離術 73043B 併報合理性	<input type="checkbox"/> 全國 <input checked="" type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	<p>1. 法規依據：支付標準第二部第二章第七節手術通則規定，凡為達手術最終目的過程中之各項切開、剝離、摘除、吻合、切片、縫合、灌洗等，附帶之手術及處置，雖為本標準表所列項目亦不得視為副手術另報。</p> <p>2. 篩選指標： (1)樣態 1_住院施行腹腔鏡闌尾切除術併報腹腔鏡腸粘連剝離術 (2)樣態 2_住院施行腹腔鏡膽囊切除術併報腹腔鏡腸粘連剝離術</p> <p>3. 專家諮詢意見：</p>	為腹腔鏡闌尾切除術(74004B)或腹腔鏡膽囊切除術(75215B)併報 73043B 明確屬於手術過程面之附帶手術，不得另行申報	<p>1. 專業審查中：6家醫院、72件。</p> <p>2. 核減 49件，180萬點。</p> <p>3. 後續管理重點：本案明確屬不符支付標準規定且專業審查核減率高(>50%)，爰擴大辦理轄區 2 年內篩異案件自行清查，並視自清及</p>	-	-	72	49	1,808,122	1,808,122 (50%)

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>本案經洽詢 3 位審查醫藥專家均表示 74004B 或 75215B 併報 73043B 明確屬於手術過程面之附帶手術，不得另行申報。</p> <p>4. 操作型定義：費用年月 111 年 4 月至 7 月，西醫醫院住診(醫事類別 22)同院同病人同執行日期申報醫令代碼 74004B、75215B 及 73043B 之計價案件。</p>		<p>專業審查結果管控重點醫院加強審查。</p>						
12	精神科深度心理治療申報適當性	<input checked="" type="checkbox"/> 全國 <input type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	<p>1. 法規依據： (1) 支付標準：限由精神科專科醫師執行，每次至少四十分鐘。</p>	<p>1. 未見具體深度心理治療報告。 2. 治療報告內容不符合申報規定。(審查</p>	<p>1. 專審：抽審 10910~11103，14 家醫院、245 件 (1) 樣態 1：3 家、</p>	-	-	245	198	217,329	217,329 (68.1%)

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>(2) 全民健保醫療費用審查注意事項：</p> <p>§施行之病患須經評估；對初診及有溝通障礙之病患施行本項治療，不予給付。</p> <p>§治療紀錄須有具體內容之摘要，包括：</p> <p>A. 治療過程之記載。</p> <p>B. 健全化病患心理防衛機轉或發展新的或有效適應技巧之描述。</p> <p>C. 改善內容之描述。</p> <p>D. 治療時間至少須40分鐘。</p> <p>2. 篩選指標：</p> <p>(1) 樣態 1_醫師單日治療病人數>12</p>	<p>注意事項：(1)須有治療過程之記載。(2)須有健全化病患心理防衛機轉或發展新的或有效適應技巧之描述。(3)須有改善內容之描述。)</p>	<p>92 件，核減 75 件、68,703 點。</p> <p>(2) 樣態 2：8 家、59 件，核減 41 件、45,601 點。</p> <p>(3) 樣態 3：6 家、45 件，核減 35 件、42,018 點。</p> <p>(4) 樣態 4：12 家、49 件，核減 47 件、61,007 點。</p> <p>2. 後續管理重點：針</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>人次</p> <p>(2)樣態 2_對「初診」病患施行「深度心理治療」</p> <p>(3)樣態 3_對「溝通障礙」病患施行「深度心理治療」</p> <p>(4)樣態 4_同日併報「深度心理治療」與「支持性心理治療」或「特殊心理治療」。</p> <p>3. 專家諮詢意見：</p> <p>(1)「深度心理治療」申報適應症以病人具有良好認知且能溝通始具療效，若診斷為中重度失智或重度智能障礙者則不合理。</p> <p>(2)「深度心理治療」與「支持</p>		<p>對篩異件數高且件數核減率>30%，共9家醫院列入專審管控，加強審查。</p>						

醫院總額共同管理委員會 112 年 Q1 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
<p>論質計酬 【正向指標】 【1.07%】 【地區醫院、專科醫院獎勵比率加權15%】</p>	<p>參與糖尿病試辦計畫病人比率</p>	<p>VPN 定義代碼：568 分母扣除「糖尿病合併初期慢性腎臟病」申報醫令代碼 P7001C、P7002C、P7003C 之人數</p>	<p>X=實績值 Y=目標值=全國平均值(以全國或轄區值取高者) Z=去年同期值 *各項值均以年度累計計算</p>	X>轄區醫院 P90 且 X≥Y	0.12% 0.15%
				X≥Y	0.05% 0.10%
				Y>X≥0.5Y 且 X>Z*1.1	0.02% 0.05%
	<p>B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案照護率</p>	<p>分子：當年度累計至統計月份之收案人數(案件分類為 E1 且申報醫令 P4201C、P4202C) 分母：當年度累計至統計月份之符合收案條件(最近 6 個月內因 B 型肝炎帶原或 C 型肝炎感染就醫，至少達 2 次(含)以上者)或已收案之患者)</p>	<p>X=實績值 Y=目標值=全國平均值(以全國或轄區值取高者) Z=去年同期值 *各項值均以年度累計計算</p>	X>轄區醫院 P90 且 X≥Y	0.12% 0.15%
				X≥Y	0.05% 0.10%
				Y>X≥0.5Y 且 X>Z*1.1	0.02% 0.05%
	<p>初期慢性腎臟病醫療給付改善方案照護率</p>	<p>VPN 定義代碼 1203 分母扣除「糖尿病合併初期慢性腎臟病」申報醫令代碼 P7001C、P7002C、P7003C 之人數</p>	<p>X=實績值 Y=目標值=轄區平均值(以全國或轄區值取高者) Z=去年同期值 *各項值均以年度累計計算</p>	X>轄區醫院 P90 且 X≥Y	0.12% 0.15%
				X≥Y	0.05% 0.10%
				Y>X≥0.5Y 且 X>Z*1.1	0.02% 0.05%
	<p>氣喘醫療給付改善方案照護率</p>	<p>VPN 定義代碼 3120</p>	<p>X=實績值 Y=目標值=轄區平均值(以全國或轄區值取高者) Z=去年同期值 *各項值均以年度累計計算</p>	X>轄區醫院 P90 且 X≥Y	0.12% 0.15%
				X≥Y	0.05% 0.10%
				Y>X≥0.5Y 且 X>Z*1.1	0.02% 0.05%
<p>慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案照護率</p>	<p>分子：當年度累計至統計月份之收案人數 分母：當年度累計至統計月份之門診主診斷符合收案條件人數(且 90 日內同院就醫達 2 次以上) ※倘本署訂定全國一致照護率指標，將依其定義計算。</p>	<p>X=實績值 Y=目標值=轄區平均值(以全國或轄區值取高者) Z=去年同期值 *各項值均以年度累計計算</p>	X>轄區醫院 P90 且 X≥Y	0.12% 0.15%	
			X≥Y	0.05% 0.10%	
			Y>X≥0.5Y 且 X>Z*1.1	0.02% 0.05%	

醫院總額共同管理委員會 112 年 Q1 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
安寧緩和 照護 【正向指 標】 【0.25%】 【地區醫 院、專科 醫院獎勵 比率加權 15%】	1. 死亡前 1 年 接受安寧照護 人數比率	(1) 分子：分母於一年內有在該院接受 住院安寧(住診案件分類 6)、安寧共 照(醫令代碼 P4401-03B)、安寧居家 (門診案件分類 A5) 分母：當季死亡及病危人數(出院轉 歸代碼 4、A) (2) 院所+ID 歸戶計算	$X = \text{當季值}$ $X1 = \text{去年同期值}$	$X \geq \text{全國同儕 P95}$	0.25% 0.35%
				$X \geq \text{全國同儕 P90}$	0.20% 0.30%
				$X \geq \text{全國同儕 P80}$	0.15% 0.25%
				$X \geq \text{全國同儕 P70}$	0.10% 0.20%
				$X \geq \text{全國同儕 P60}$	0.05% 0.15%
				$X > X1$ 或 $X1 \geq P50$	0.025% 0.10%
急診管理 【0.4%】	醫學中心急診 轉出率(含平 轉及下轉個 案) 醫學中心下轉 率 【正向指標】	(1) 分母：門診及住院有申報急診起 迄時間醫令之案件數 分子：分母案件中，有轉院且下轉 至他院急診或住院案件數 (2) 轉院、轉出至他院急診/住院之定 義同第 1 項指標 ※下轉定義： ✓ 轉到急救責任醫院註記 3(一般)或註記 2(中度)院所 ✓ 轉到特約類別地區醫院或區域醫院	$X = \text{自身實績值}$ $Y = \text{全國同儕平均值}$ $Z = \text{108 年平均自身實績值}$	$X \geq Y$ 且 $X \geq Z \times 1.1$ $X \geq \text{全國同儕 P85}$	0.2%
				$X \geq Y$ 且 $Z \times 0.9 \leq X < Z \times 1.1$ $X \geq \text{全國同儕 P75}$	0.15%
				$X \geq Z$ $X \geq \text{全國同儕 P65}$	0.1%

醫院總額共同管理委員會 112 年 Q1 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												
分級醫療推動【總規劃點數 0.15% 為限，超過同步限縮】 【地區、專科醫院獎勵比率加權 15%】	1. 區域級(含)以上醫院下轉非同體系社區院所件數	(1) 地區醫院及西醫診所門住診申報接受區域級(含)以上醫院轉入之件數(非同體系)。 (2) 「同體系院所」依本署全球網公告之「轉診支付標準之同體系院所名單」認定。	X =實績值 Y =去年同期值 $Z1$ =自身成長率 $Z2$ =全國成長率 W 正成長貢獻度= $(X-Y) / \Sigma(X-Y)$ R =加成比率	$Z1 > 0$ 且 $Z1 > Z2$	1,500*X*(1+R)												
				$Z1 > 0$ 且 $Z1 \leq Z2$	1,000*X*(1+R)												
					<table border="1"> <thead> <tr> <th>當季值(W)</th> <th>加成比率(R)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$W > 30\%$</td> <td>0.15</td> </tr> <tr> <td>$30\% \geq W > 20\%$</td> <td>0.10</td> </tr> <tr> <td>$20\% \geq W > 10\%$</td> <td>0.05</td> </tr> <tr> <td>$10\% \geq W > 0\%$</td> <td>0.02</td> </tr> </tbody> </table>	當季值(W)	加成比率(R)	$W > 30\%$	0.15	$30\% \geq W > 20\%$	0.10	$20\% \geq W > 10\%$	0.05	$10\% \geq W > 0\%$	0.02		
			當季值(W)	加成比率(R)													
			$W > 30\%$	0.15													
			$30\% \geq W > 20\%$	0.10													
			$20\% \geq W > 10\%$	0.05													
			$10\% \geq W > 0\%$	0.02													
2. 地區醫院門診承接下轉人數	(一) 當季地區醫院門診申報接受轄區區域級(含)以上醫院轉入之人數。 (二) 獎勵人數上限：以轄區同體系區域級(含)以上醫院下轉非同體系社區院所人數，為「承接同體系下轉人數」之上限。 (三) 「同體系院所」認定條件同上。	X =承接非同體系下轉人數 Y =承接同體系下轉人數 Z =獎勵人數上限	$Y \leq Z$	1,500*(X+Y)													
			$Y > Z$	1,500*(X+Z)													

醫院總額共同管理委員會 112 年 Q1 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【註 5】		
			計算公式	結果	獎勵比率
分級醫療推動 【0.15%，超過則同步限縮】 【地區、專科醫院獎勵比率加權 15%】	4. 區域級(含)以上醫院回轉率	(一) 分母：醫院接受非同體系院所上轉之門住診申報件數。 (二) 分子：分母中次層級院所上轉後於 90 日內接受原醫院回轉件數，台北長庚(1101010012)回轉件數資料併入林口院區(1132070011)計算。 (三) 轉診單有 90 日之遞延效應，故統計數值為前季值。	X=實績值 Y=前一季實績值 P 值為全國同儕值	$X \geq P75$ 且 $X \geq Y$	0.075%
			$X \geq P50$ 且 $X \geq Y * 1.05$	0.05%	
			$X > Y$	0.02%	
	5. 電子轉診平台回復率	(一) 分母：電子轉診平台轉出件數+接受轉診件數。 (二) 分子：分母中轉出件數接受轉診院所已完成回復者+接受轉診件數已完成回復者 (三) 排除：測試、重複、平轉、同體系(或中、牙醫)互轉及已標註「接受_聯繫處理註記」件數。 (四) 轉診單有 90 日之遞延效應，故統計數值為前季值。	X=實績值 Y=前一季實績值	$X \geq Y$ 且 $X \geq 75\%$	0.075%
			$X \geq Y$ 且 $75\% > X \geq 70\%$	0.05%	
			$X > Y$	0.02%	

醫院總額共同管理委員會 112 年 Q1 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. <u>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〕。</u> 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. <u>排除條件：參採 105 年醫院總額點值暨品質提升方案單價管理作業說明及 108 年第 4 次醫療資源小組決議通過勘異計畫之所有排除條件如下：</u> (1) 總額外案件：案件分類 B7,B8,B9,B6,B1,D1,BA,C4,DF,C5,D2 (2) 排除門診手術：案件分類 03 (3) 申請金額+部分負擔為 0 (4) 論病例計酬：案件分類 C1 (5) 部分負擔代碼：001、011 (6) <u>急診科別 22 及案件分類 02</u> (7) <u>當年度新增之檢查(驗)健保支付項目</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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">每人檢查費用單價(X2)全國同儕百分位階</td> <td style="width: 50%;">加成比率_Y</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">X2 ≥ P95</td> <td style="text-align: center;">80%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">P95 > X2 ≥ P90</td> <td style="text-align: center;">60%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">P90 > X2 ≥ P75</td> <td style="text-align: center;">50%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">X2 < P75</td> <td style="text-align: center;">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%	W=當季門診檢查(驗)費用占門診醫療費用比率。 說明：	$X \geq P95$	$2\%(1+Y) \times W$
		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%															
$X \geq P90$	$1.5\%(1+Y) \times W$															
$X \geq P85$	$1\%(1+Y) \times W$															
$X \geq P75$	$1\%(1+Y) \times W$															
$X \geq P75$	$1\%(1+Y) \times W$															

111年新增執行之新藥、新特材項目								
項目	秘書處提報項目					本組回應		
	項次	健保碼	中文名稱	支付點數	納健保日	說明	說明	建議納入
新藥	1	BC28049443	艾能舒吸入膠囊 150/50/160微克	1,697	111/04/01	1. 本案藥品為已收載成分複方新藥。 2. 適用於併用吸入性長效型β ₂ -腎上腺受體作用劑和吸入性皮質類固醇治療氣喘仍控制不佳，且在過去一年至少發生一次急性惡化的成人，做為氣喘維持治療。每月限用1盒。 3. 依全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第53次(含52次)會議結論辦理。	屬第2B類新藥。	V
	2	BC28031100	泰時維膜衣錠300毫克	8,144	111/06/01	1. 本案藥品為新成分新藥。 2. 治療具有血小板衍生生長因子α受體(PDGFR)D842V 突變之無法切除或轉移性腸胃道間質瘤的成年病人，需事前審查。 3. 依全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第55次會議結論辦理。	屬第2A類新藥。	V
	3	BC24561221	孕保寧 濃縮輸液	2,017	111/09/01	1. 本案藥品為新成分新藥。 2. 限用於延遲如孕婦迫切的早產，並符合適應症者每次懷孕以一次療程為限。 3. 依全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第56次會議結論辦理。	屬第2A類新藥。	V
	4	BC27746155	VITRAKVI 20mg/ml oral solution	81,440	111/03/01	1. 本案藥品為新成分新藥。 2. 適用於有NTRK 基因融合的實體腫瘤之成人及兒童病人，需符合相關條件並經事前審查核准後使用。 3. 依全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第50次(110年6月)會議結論辦理。	屬第1類新藥。	V
	5	KC01138210	FREMANEZUMAB 150 MG/ML	9,899	111/03/01	1. 本案藥品為新成分新藥。 2. 基因工程產品 新成分，針對經 3 種(含)以上偏頭痛預防用藥物治療無顯著療效，需經事前審查核准後使用。 3. 依全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第52次(含53次)會議結論辦理。	屬第2B類新藥。	V
	6	BC27930248	DEMYLOCAN LYOPHILIZED POWDER FOR INJECTION	15,000	111/05/01	1. 本案藥品為新成分新藥。 2. 適用於治療不適合進行標準誘導化學療法之新診斷出患有原發性或續發性急性骨髓性白血病成人病人，使用於骨髓增生不良症候群高危險性病患，初次申請時需經事前審查。 3. 依全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第54次會議紀錄辦理。	第2B類新藥。	V
新特材	1	CPV0182632CM	"柯特曼" 顱內壓監視器用監測裝置-顱內壓監測裝置	19,607	111/07/01	1. 本案特材為創新功能特材。 2. 屬臨床缺口及重症醫療器材。除基本測顱內壓功能外，部分品項另具引流、測腦溫、測腦氣分壓等附加功能。 3. 依全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議特材部分第57次(111年3月)會議結論辦理。	屬新功能類別特材之創新功能特材。	V
	2	CPV019294692	"諾美德科" 顱內監測器-導管 (NEUROVENT-P/顱內壓)	19,607	111/07/01	3. 依全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議特材部分第57次(111年3月)會議結論辦理。	屬新功能類別特材之創新功能特材。	V
	3	CPV019295692	"諾美德科" 顱內監測器-導管 (NEUROVENT/顱內壓+引流drainage)	22,565	111/07/01		屬新功能類別特材之創新功能特材。	V
	4	FBA032059164	"賀利氏" 歐斯特保脊椎專用骨水泥	20,000	111/07/01	1. 本案特材為創新功能特材。 2. 適用於椎體成形術，本特材含有顯影劑，顯影效果較佳，可減少滲漏及併發症發生機率，具醫療安全性，且可縮短住院天數。	屬新功能類別特材之創新功能特材。	V
	5	FBA03213BC83	"泰科妮美" 歐瑟菲斯骨水泥	20,000	111/07/01	3. 依全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議特材部分第57次(111年3月)會議結論辦理。	屬新功能類別特材之創新功能特材。	V
	6	FBA0328391DP	"帝富" 康富脊椎骨水泥系統	68,000	111/07/01		屬新功能類別特材之創新功能特材。	V
	7	FBA033319380	"泰格瑞斯" 曼帝克高密度骨水泥系統	68,000	111/07/01		屬新功能類別特材之創新功能特材。	V
	8	FBA03BA0015Y	學力美椎體骨水泥(滅菌)	20,000	111/07/01		屬新功能類別特材之創新功能特材。	V
	9	FBA03SPN0173	"泰克美" 脊固骨水泥	20,000	111/07/01		屬新功能類別特材之創新功能特材。	V
	10	FBA03T321K63	"特科漢" 海維佳脊椎骨水泥系統	68,000	111/07/01		屬新功能類別特材之創新功能特材。	V
	11	FBA03TM45263	"特科漢" 椎體成形術骨水泥	20,000	111/07/01		屬新功能類別特材之創新功能特材。	V
	12	FBNG1052729R	愛派司亞洲解剖型顱內釘系統組/亞洲解剖型前傾髖部顱內釘_XS(長度170mm)	45,000	111/09/01	1. 本案特材為新功能類別特材。 2. 適用於不穩定型轉子間骨折及骨質疏鬆患者，臨床文獻結果無法否認螺絲刀在生物力學上測試固定力較穩固的優點。 3. 依全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議特材部分第58次(111年5月)會議結論辦理。	屬新功能類別特材之功能改善特材，被替代品項：TITANIUM Gamma 3 Locking Nail System(NAILX1+SCREW3) 、 DHS Compression Hip Screw System (PLATE +LAG SCREW+COM. SCREW)。	V
	13	FBNG1P2170S1	信迪思長股骨髓內釘系統/上端長股骨髓內釘組(長度170mm)	45,000	111/09/01		屬新功能類別特材之功能改善特材，被替代品項：TITANIUM Gamma 3 Locking Nail System(NAILX1+SCREW3) 、 DHS Compression Hip Screw System (PLATE +LAG SCREW+COM. SCREW)。	V
	14	FBPR1MXRPLS1	"信迪思" 梅翠思肋骨固定系統-肋骨骨板	38,151	111/05/01	1. 本案特材為創新功能類別特材。 2. 對治療連枷胸病患具有臨床療效與經濟效益，連枷胸病患多合併呼吸衰竭且不容易脫離呼吸器，使用本案特材，可使其及早脫離呼吸器，並可解決胸廓變形、減少加護病房及一	屬新功能類別特材之創新功能特材。	V
	15	FBRS1MXRSCS1	"信迪思" 梅翠思肋骨固定系統-肋骨骨釘	5,100	111/05/01		屬新功能類別特材之創新功能特材。	V
	16	FND04FC292M4	"美敦力" 微目標動脈系統及"美敦力" 微目標電極(植入管套組1組及微目標電極2)	54,050	111/06/01	1. 本案特材為基準點標記物新功能類別特材。 2. 主要用於無框架立體定位手術，醫學中心各自擅於有框架或無框架之DBS手術；另植入管套組及微目標電極用於執行深部腦核電生理定位，每位病人都必須使用。 3. 依全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議特材部分57次(111年3月)會議結論辦理。	屬新功能類別特材之創新功能特材。	V
	17	FND04FM400M4	"美敦力" 基準點標記物(5個)"MEDTRONIC" UNIBODY BONE FIDUCIALS	30,600	111/06/01		屬新功能類別特材之創新功能特材。	V