

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 111 年第 4 次會議紀錄

時間：111 年 12 月 21 日（星期三）14 時

地點：北區業務組 7 樓第一會議室

主席：張組長溫溫

翁會長順隆

紀錄：蔡百瑜

出席人員：

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	鄭委員貴麟	黃盈焜 (代)
陳委員秀枝	林政漢 (代)	謝委員麗玲	謝麗玲
洪委員嗣豪	洪嗣豪	張委員曜任	張曜任
邱委員獻章	邱獻章	周委員勝傑	周勝傑
盧委員星華	黃銘超 (代)	陳委員曾基	陳曾基
黃委員禹仁	黃禹仁	張委員達人	劉益宏 (代)
劉委員碧珠	劉碧珠	徐委員千剛	徐千剛
李委員明輝	李明輝	鍾委員蝶起	鍾蝶起
李委員文源	林金龍 (代)	施委員議強	甘哲昇 (代)

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
東元綜合醫院	盧文婷
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	彭桂秋
衛生福利部桃園醫院	郭靜燕

敏盛綜合醫院	劉美君
國軍桃園總醫院	商仕達 楊惠芳
怡仁綜合醫院	莊瑋芷
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
臺北榮民總醫院新竹分院	孫 連
仁慈醫院	曾綉伶
大千綜合醫院	曾婉菁
弘大醫院	劉惠敏
苑裡李綜合醫院	郭咏臻
重光醫院	陳忠信 吳秀珍
聖保祿醫院	趙正芬 連麗君
新竹臺大分院新竹醫院	楊宏智 戰琬珍
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 倪意梅 呂淑文 曹麗玲 黃毓棠 林巽音
 林美霞 游庶鑫 鄭岫軒 陳怡潔 劉曉芸 林俊仰 江謝佩妘 蔡百瑜

壹、主席致詞(略)

貳、確認 111 年第 3 次委員會會議紀錄

結論：確定。

參、報告事項

第一案、111 年第 3 次會議結論事項辦理情形

決定：洽悉。

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、分級醫療轉診情形：111 年 Q3 區域以上醫院轉入社區院所 4,457 件(全國第 3)，成長率 5.1%；電子轉診平台回復率 59%(全國第 5)，較去年同期下降 5%且較疫情前(108Q4)下降 36%，目前醫療服務量能已回穩，請積極推動提升轉診指標。
- 二、急診管理：111 年 Q3 急診暫留率居全國第 4，醫學中心高於全國同儕 2.3 個百分點，請持續落實改善。
- 三、藥費管理：111 年 Q3 藥費成長率 3.1%(全國第 2 高)、占率負成長 2.3 個百分點，一般藥費成長貢獻(83.6%)最高，請持續加強管理高成長貢獻及高價藥使用合理性。
- 四、健保雲端醫療資訊
 - (一) 檢驗(查)結果及影像即時上傳：111 年 Q3 檢驗(查)結果及影像上傳率分別為 93%、95.5%；本署以「有申報應上傳」為目標，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。
 - (二) 查詢現況：111 年 Q3 門診(含急診)及整體查詢率低於全國，請持續落實查詢雲端系統，減少不必要之醫療浪費。
 - (三) 重要檢查(驗)管理：費用成長率 22.4%未達目標值(<2.61%)，且各層級皆高於全國同儕，請加強管理檢查(驗)執行之必要性。
- 五、論質計酬照護率：111 年 Q3 轄區 Pre-ESRD 及 DKD 整合照護方案照護率低於全國，請持續積極收案照護。
- 六、門診整合照護計畫：111 年 Q3 照護率 11.72%，收案偏低醫院請加強積極收案照護。
- 七、PAC：111 年 Q3 整體收案 467 人(全國第 4)，擴大項目收案 187 人(全國第 5)，請積極提升收案數；醫學中心腦中風下轉率 24%低於同儕(26%)，請積極改善。
- 八、出院準備：111 年 Q3 「7 日內長照轉銜率」為 43.7%(全國第 4)，區域及地區層級低於全國同儕，請加強落實轉銜服務。
- 九、居家醫療整合：111 年 Q3 照護 10,800 人，成長 12%，高於全國，收案後平均門診就醫次數較收案前下降 0.45 次，請持續保持。

十、安寧療護：111 年 1~8 月死亡前 1 年安寧利用率 31.3%，未達署目標值 36.9%；收案人數 7,289 人，成長率 7%高於全國，請持續提升收案數。

十一、C 肝口服新藥：截至 111 年 11 月 11 日收案 1,560 人，成長率-18%，請加強收案；112 年推動重點請持續追蹤潛在病患返診及發掘潛在病患。

十二、住院整合照護服務試辦計畫：112 年試辦計畫將俟衛生福利部核定總額預算後公布實施，屆時將再進行試辦醫院之遴選核定。考量本項為未來持續政策項目，請醫院預作準備，並積極爭取總額專款資源，擬訂符合計畫精神之計畫書及規劃相關服務。

第三案、111 年 Q3 總額方案重分配項目執行情形

決定：洽悉；111 年 Q3 超額回饋點數初估超出 1.35%保留點數，故當季超額回饋點數依估算結果等比例限縮。

第四案、111 年第 3 季轄區醫院異常費用管理現況

決定：洽悉；111 年第 3 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 年重要政策請醫院配合積極推動

決定：洽悉。

一、部分負擔調整：已於 111 年 12 月 6 日函文院長提供正確預檢件數及目標達成率，惟考量醫院行政量能及效益，預檢成效本組朝重要申報樣態方向評估，請積極提高正確預檢件數，以利公告實施能無縫接軌。

二、就醫識別碼之健保卡資料上傳格式 2.0：111 年 10 月 18 日公告增訂預檢獎勵指標，針對 111 年 12 月 31 日前預檢作業上傳成功，且各項就醫類別預檢成功至少 6 件，每家獎勵費用 11,000 點，請積極配合提升預檢完成，本組每週回饋預檢明細及達標情形。

三、虛擬健保卡：112 年推動方向為區域級以上醫院全數上線，於各項場域都能佈建，本組將擇定成效優良院所辦理標竿醫院交流分享會。另北區「醫院總額點值暨品質提升方案」研議獎勵措施，請積極完成資訊整合及推廣。

四、檢驗(查)即時上傳：以「日報表」回饋醫院即時管理，並自 112 年 1 月 1 日起將配合署本部規劃，針對未上傳案件啟動行政審查作業。

第六案、本署新增呼吸器依賴患者 RCC、RCW 住院階段專款獎勵項目，鼓勵協助病人脫離呼吸器及提升臨終生活品質

決定：洽悉；本計畫 111 年預算 3 億元，自 111 年 10 月 1 日生效實施，獎勵費由本署統一擷取申報資料及 VPN 登錄資料計算，採年度結算，請依規定正確申報及登錄 VPN 資料。

第七案、112 年北區醫院總額共同管理委員會會議召開時程案

決定：洽悉。

一、112 年會議時程如下表，請委員預留會議時間。

議次	共管會議	醫療資源管理小組會議
第 1 次	112 年 3 月 15 日(星期三)	112 年 2 月 23 日(星期四)
第 2 次	112 年 6 月 14 日(星期三)	112 年 5 月 25 日(星期四)
第 3 次	112 年 9 月 13 日(星期三)	112 年 8 月 24 日(星期四)
第 4 次	112 年 12 月 13 日(星期三)	112 年 11 月 23 日(星期四)

二、112 年委員名單請院長聯誼會於 112 年 1 月底前以公文函知本業務組，俾利會議運作事宜。

肆、討論事項

第一案、112 年「醫院總額點值暨品質提升方案」規劃案

決議：112 年採原方案精進內容調整後實施，經決議規劃重點摘述如下：

一、點值及預算規劃：

(一)112 年醫院總額預算成長率(付費者代表 3.092%、醫院代表 4.455%)

尚未核定公告，爰依據 111 年 4 季重分配預算占率估算 112 年各季預算，並預先保留新診療項目、跨區釋出處方、自墊及申復爭審、新設醫院等預算，年平均點值以 0.945 規劃(Q1 點值 0.95、Q2 點值 0.935、Q3 點值 0.95、Q4 點值 0.945)。如以成長率 3.774%試算(付費者及醫院代表之平均值)，112 年基本目標點數年平均成長率為 2.23%、各季成長率介於 2.13%~2.42%；如以成長率 3.092%試算(付費者代表)，112 年基本目標點數年平均成長率為 1.55%、各季成長率介於 1.45%~1.73%。屆時依公告成長率、112 年 4 季重分配預算占率及本區規劃點值，辦理基本目標點數分配及通知。

(二)保留總規劃點數 3.25%作為品質獎勵(1.9%)及超額回饋(1.35%)點數。

(三)另新診療項目保留額度經新診療項目分配後剩餘點數，以無替代之新藥、新特材重分配(該品項需具有集中性、無替代率且經專家認定)，倘超過可分配點數則等比例限縮，是類新藥、特材項目應依會議原則由秘書處彙整提案提會討論。

二、目標管理點數分配原則：基本目標管理點數依基期(110Q4~111Q3)各院 A.核定點數 + B.急重癌校正點數 + C.地區(教)層級分級轉診校正點數 + D.品質指標表現校正- E.專審核減之總點數占率分配。

(一) A.核定點數：110 年 Q4、111 年 Q1 及 111 年 Q3 以最終核定點數 80%+ 初核定點數 20%計算；111 年 Q2 採基本目標點數計算。

(二) B.急重癌校正點數：急重癌校正點數*20%。採計110年Q4、111年Q1、111年Q3之實績值；111年Q2以(110Q4、111Q1、111Q3)平均值計算。

(三) C.地區(教)層級分級轉診校正點數：地區(教)層級醫院成功接收下轉個案數*同儕平均單價。採計 110 年 Q4、111 年 Q1、111 年 Q3 之實績值；111Q2 採(110Q4、111Q1、111Q3)平均值計算。

(四) D.品質指標表現校正：品質獎勵點數依實績值。採計 110 年 Q4、111 年 Q1、111 年 Q3 之實績值；111Q2 以(110Q4、111Q1、111Q3)平均值計算。

(五) E.專審核減：110 年 Q4~111 年 Q3 啟動醫療費用異常專案管理且

辦理專家輔導會議者之異常費用點數。

(六) 管理目標點數下限：基期(110年Q4~111年Q3)總額內費用正成長醫院以不低於去年同期基本目標為原則；負成長醫院以不低於去年同期基本目標點數或最終核定點數或最近2季(111年Q2~111年Q3)總額內平均申報點數(3項取小值)為原則。

三、品質提升獎勵及超額回饋重分配：(保留 3.25%，較 111 年調降 0.15%)

(一) 品質獎勵：保留1.9%(較111年調增0.1%)。

1、112年品質指標修訂為按層級、政策目標訂定優先達成項目，以加項每項目有獲得獎勵比率(或點數)列計1項、另減項無扣減即算達成，按醫院層級別地教以上須達成6項、地區及專科醫院3項，得以參與品質獎勵剩餘之重分配，並自112年Q2起實施。

2、另雁行專案併入品質獎勵、新增檢查驗單價管理、刪除跨區照護獎勵。

(二) 超額回饋重分配：保留1.35%，維持品質表現、就醫人數及急重癆及生產成長點數校正三階段校正方式；就醫人數校正計算排除當季門診一次就醫人數、每人平均單價以轄區同儕/自身值取低者計算，就醫人數成長高於轄區同儕時，始得進入就醫人數重分配機制；預估補付超出限額則各院回饋同步限縮，若有剩餘點數則反映至點值。

四、穩定點值調校機制：設計 A/B(新設醫院為 A2/B2)案供醫院選擇，改選方案以 1 次為限，公文於當季第 2 個月 15 日前送達則當季生效，逾期則次季生效。

(一)A 案：超出目標管理點數逕予核減。

(二)B 案：核定點數攤扣調整作業。

1、啟動條件：當季核定預估點值低於規劃點值。

2、計算方式：

(1) 應攤扣之總醫療服務點數=B 案醫院總初核定點數 - B 案醫院總基本目標點數

(2) 各院攤扣占率如下表：

整體醫療費用成長率	申報占率	成長貢獻
<8%	50%	50%
8%(含)~10%	30%	70%
≥10%	20%	80%

(3) 各院攤扣點數=應攤扣之總醫療服務點數×攤扣占率 - 品質提升獎勵點數。

(三) 新設立醫院：設立後完整季 3 年

1、A2 案：

(1) 第 2 年(第 5~8 季)：超出目標管理點數逕予核減；目標點數採基期最近 1 季最終核定點數以總額預算季間占率推估各季基本目標點數×(1+總額成長率)。

(2) 第 3 年(第 9~12 季)：超出目標管理點數逕予核減；目標點數計算方式回歸 A 案。

2、B2 案：

(1) 啟動條件：當季核定預估點值低於規劃點值。

(2) 計算方式：

A. 應攤扣之總醫療服務點數=整體醫院總初核定點數 - 整體醫院總基本目標點數。

B. 各院攤扣占率如下表：

設立時間 (以有完整季申報資料起算)	申報占率	成長貢獻
第 1 年第 1~3 季	不攤扣	
第 1 年第 4 季	100%	0
第 2 年(第 5~8 季)	85%	15%
第 3 年(第 9~12 季)	70%	30%

C. 各院攤扣點數=應攤扣之總醫療服務點數×乙方案攤扣占率 - 乙方案品質提升獎勵點數。

五、醫療服務費用管控：維持藥費、呼吸照護、復健等 3 項費用管理。

考量疫情影響，藥費占率及成長率 112 年 Q2、Q3 基期皆採近 3 年

(109/110/111)同期擇高者計算，112 年 Q1、Q4 基期依循往例採 111 年同期計算；復健費用成長率基期則以 108 年(無疫情影響)及 111 年各季同期擇高者計算。

六、費用審查：持續推動精準審查，辦理全國醫療費用分析專案及盤點支付標準或審查注意事項逐項檢視管理，高成長者加強立意篩異檢查；強化醫療資源管理小組運作、落實醫療費用專案異常管理輔導流程、借重專家輔導會議、提升醫療資源合理運用。

第二案、111年下半年及112年品質獎勵指標修訂調整案，提請討論

決議：

- 一、「論質計酬-思覺失調症醫療給付改善方案照護率」：考量111年Q3方案核定在即，該季依新增個案數(年中交付之新增可收案名單)同步校正基期照護率分母，另自111年Q4起修訂獎勵指標操作型定義如附件2。
- 二、「急性後期照護計畫及醫學中心腦中風下轉率」：自111年Q4起修訂獎勵指標操作型定義如附件2，將持續滾動檢討計算公式基本目標值。
- 三、急診管理之「急診後同院住院置留急診超過48小時比率」及「醫學中心下轉率」係配合本署「急診品質提升方案」設置，採全國一致之計算方式，爰維持原規劃獎勵方式，請持續提升急診醫療服務品質。

第三案、112年總額方案雁行專案列品質指標獎勵規劃案，提請討論

決議：

- 一、112年獎勵機制由「政策鼓勵」項目調整為「品質提升獎勵」，保留0.15%點數支應，超過則同步限縮。其中媒體宣導獎勵，調整至「政策與品質優良經驗分享交流」項下獎勵。
- 二、保留下轉非同體系社區院所件數及回轉率(區域級(含)以上醫院指標)、門診承接下轉人數(地區及地教醫院指標)、緊急轉診合作(共

同指標)之5項指標；另為鼓勵地區及專科醫院積極參與，其獎勵比率予加權15%，操作型定義獎勵方式如附件3。

第四案、112年檢查(驗)單價管理扣減指標案

決議：

- 一、自112年起新增「門診檢查(驗)單價管理」扣減指標。操作型定義及計算方式如附件4。本組將回饋111年Q3、Q4試算資料供醫院自主管理參考。
- 二、112年Q1先實施每件單價高於全國同儕P95以上醫院核減，另回饋資訊提供醫院管理參考；112年Q2起將依附件4操作型定義辦理核扣，執行情形將提報醫療資源管理小組會議討論。
- 三、另112年上半年監測各院檢查(驗)件數成長率，並評估如有拆報至每件單價下降情形，將列入112年下半年品質指標修訂之參考。

第五案、112年轄區偏遠地區醫院資格認定案

決議：維持111年本區偏遠地區醫院之分區認定原則，將提報通霄光田及大順等2家醫院為本區偏遠地區醫院。

伍、散會：下午3點45分

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)
1	精神科深度心理治療申報適當性(署本部已核定為 111 年第 4 季全國專案)	<input type="checkbox"/> 全國 <input checked="" type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	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。 (2)全民健保醫療費用審查注意事項： §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。 §治療紀錄須有具體內容之摘要，包括： A. 治療過程之記載。 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。 C. 改善內容之描述。 D. 治療時間至少須 40 分鐘。 2. 篩選指標： (1)樣態 1_醫師單日治療病人數>12 人次 (2)樣態 2_對「初診」病患施行「深度心理治療」 (3)樣態 3_對「溝通障礙」病患施行「深度心理治療」 (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」。 3. 專家諮詢意見： (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。 (2)「深度心理治療」與「支持性心理治療」或「特殊心理治療」為雷同項目，同日合併申報則屬不合理，除非不同執行人員、不同時間。 4. 操作型定義： (1)樣態 1：「同院同醫師同醫令執行日期」，統計醫令	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。)	1. 專審：抽審 10910~11103，14 家醫院、245 件 (1)樣態 1：3 家、92 件，核減 75 件、68,703 點。 (2)樣態 2：8 家、59 件，核減 41 件、45,601 點。 (3)樣態 3：6 家、45 件，核減 35 件、42,018 點。 (4)樣態 4：12 家、49 件，核減 47 件、61,007 點。 2. 後續管理重點：針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 2 季 (111Q4、

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)
			代碼 45013C、45090C、45091C 申報數量，每日>12 次，即為「超工時」 (2)樣態 2：以醫令代碼 45013C、45090C、45091C 執行日期往前勾稽同院精神科二年內無門診就醫紀錄者 (3)樣態 3：主、次診斷中，任一診斷碼符合 35 項失智或智能障礙相關之 ICD-10-CM (4)樣態 4：同日(優先以醫令執行起日判斷，其次以就醫日期判斷)併報「深度心理治療」與「支持性心理治療」或「特殊心理治療」		112Q1)，如 112 年第 1 季篩異案件數或專審核減率仍未改善，採當季回推核減。
2	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	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。 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 3. 專家諮詢意見： 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。 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。	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	1. 專業審查中：6 家醫院、72 件。 2. 核減 49 件，139 萬點。 3. 考量仍有應治療需要而行之剝離術，其涉及臨床專業判斷，本署已規劃於外科審查注意事項訂定規範。
3	心理測驗全套(45058C)	<input type="checkbox"/> 全國 <input type="checkbox"/> 自訂	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	臺北業務組專家意見：病歷資料	專業審查中：

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)
	申報適當性	<input checked="" type="checkbox"/> 他區	<p>評鑑(45055C)之合理性不符專業認定者，則不予支付。」(二)「身心障礙鑑定作業辦法明訂鑑定費由縣(市)衛生主管機關核發予鑑定機構，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： (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、45052C、45055C，排除醫令類別 4、代辦案件</p>	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，缺乏個別具體治療內容	<p>樣態 1：13 家醫院、110 件</p> <p>樣態 2：23 家醫院、162 件。</p>
4	腦內血腫清除術(83039B)申報數量異常	<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六規定，同一手術野施行兩側性手術之多項手術計算，其第二項手術成數應以二分之一計算。</p> <p>2. 篩選指標：擷取 109 年 7 月至 111 年 6 月資料，同案申報多筆 83039B 者有 113 件。</p> <p>3. 操作型定義：住診同案申報 2 次以上「腦內血腫清除術(83039B)」案件。</p>	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. 自清： (1) 輔導該院依專業審意見進行清查 109 年 Q3 至 111 年 Q2 住診同案申報 2 次以上「腦內血腫清除術(83039B)」案件。</p> <p>(2) 自行清查結果：排除 110Q4~111Q1 已抽審案件，共計自清 88 件，同意自清核扣 73 件(自清比率</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)
					<p>82.95%)，自清核減點數計 220 萬點(自清比率 21.46%)。</p> <p>2. 其他：針對不符支付規定情形，業函請醫院配合相關申報規定及審查意見，列入院內管理改善；持續列入重點審查，追蹤改善成效。</p>
5	神經外科住診申報特材 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	<p>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」。</p> <p>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替代物。</p> <p>3. 操作型定義： 樣態 1：標的醫令-頸椎及腰椎 TLIF 術式 Cage (FBSFA29906M4、FBSFAF0003RK、</p>	<p>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，因此不同意使用。</p> <p>2. 腦膜替代物：此類品項的使用時機為「修</p>	<p>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 2 季(111</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)
			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	補」硬腦膜破 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 使用規範，因 此不應同意使 用。	年 3-4 季)列入加 強審查，112 年第 1 季如仍有 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。
6	不合適以視 訊診療提供 精神科治療 項目	<input type="checkbox"/> 全國 <input checked="" type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	1. 篩選指標： (1)樣態 1：非屬視訊診療可執行之處置項目 (2)樣態 2：不適合以視訊診療提供精神治療項目 2. 操作型定義： (1)樣態 1:擷取視訊診療當次就醫診療費>0 且醫令為治療處置(醫令代碼前 2 碼為 39、47-61、93-95)或復健相關醫令(前 2 碼為 41-44, OT, PT, ST)之案件。 (2)樣態 2:經諮詢精神科專審醫師意見，擇定 9 項較不適合以視訊診療提供之精神科處置，如未滿六歲生理心理功能檢查或特殊心理治療等。	視訊診療提供精 神治療項目案件 專審核減理由均 為病歷資料缺乏 具體內容或過於 簡略，未能顯示 或判斷施予該醫 令之必要，改支 支付點數較低之 支持性心理治療 (醫令代碼 45010：97 點)。	1. 自清：樣態 1 非 屬視訊診療可執 行之處置項目： 回饋自清 16 家、 170 件、7.6 萬 點，自清 58 件、 2.3 萬點。 2. 專審：樣態 2 抽 審 72 件、核扣 41 件、1.9 萬 點。

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)
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	<ol style="list-style-type: none"> 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。 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。 操作型定義: (1)費用年月：108/12-110/11。 (2)標的醫令：75801C。 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。 	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(33 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，32%)	<ol style="list-style-type: none"> 專審：未自清案件經署本部統一原則抽審 104 件，核減 73 件，118.6 萬點。 自清：同意自清 165 件(15.5%)，218 萬點。
8	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 ≥ 次合理性	<input checked="" type="checkbox"/> 全國 <input type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	<ol style="list-style-type: none"> 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。 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 ≥ 1 次者。 操作型定義:資料區間 110/01~111/03，醫事類別 12，排除代辦案件。 	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。	<ol style="list-style-type: none"> 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%)。 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、4,296 點。
9	病人小於 45 歲且同院所 1 年僅就醫	<input checked="" type="checkbox"/> 全國 <input type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	<ol style="list-style-type: none"> 篩選指標:病人年就醫 1 次，且當次執行心臟檢查醫令數 ≥ 3 	1. 未進行詳細理學檢查、問診、評估，逕予進行	<ol style="list-style-type: none"> 專審：專審 34 家 473 件，核減 31 家、272 件、

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)
	1 次，當次執行 ≥ 3 項心臟檢查適當性		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	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)	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。
10	非境外移植器官病人使用抗排斥藥品審查專案	<input checked="" type="checkbox"/> 全國 <input type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	1. 法規依據： 依據人體器官移植條例，國人至國外接受器官移植後醫院應依規定完成通報，個案未完成通報前暫停給付抗排斥藥物，如非屬器官移植病人送專業審查確認其使用抗排斥藥物之適應症及適當性。 2. 篩選指標： 非境外移植器官病人使用抗排斥藥品	核減原因多為治療與病情診斷不符，或適應症不符藥品給付規定	1. 專審：3 家、8 件，核減 4 件、2,829 點。件數核減率 37.5%、點數核減率 26.3%。
11	信迪思進階型股骨近端髓內釘系統自清案	<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)，是類髓內釘特材須搭配骨水泥使用，未搭配骨水泥即屬不符合現行給付規定。 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。	影像未見骨水泥，不符給付規定。	1. 自清：9 家自清、86 件，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。 2. 專審核扣：1 家、核扣 4 件，核扣 19,988 點。 3. 行政逕扣：1 家、核扣 17 件、63,083 點。

醫院總額共同管理委員會 111 年 Q4 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
論質計酬 【正向指標】 【1.25%】 【地區醫院、專科醫院獎勵比率加權15%】	思覺失調症醫療給付改善方案照護率 【獎勵比率上限 0.15%】	照護率A： 分子：各類收案病人數，採年度累計方式計算 分母：交付名單病人總數 照護率B： 分子： <u>新增交付名單收案病人數，採年度累計方式計算。</u> 分母： <u>新增交付名單病人總數。</u>	照護率A： X1=實績值 Y1=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	X1>轄區醫院P90且X1≥Y1	0.15%
			X1≥Y1	0.1%	
			Y1>X1≥0.5Y1且X1>Z*1.1	0.05%	
			X1>Z或當季新加入醫院X1>0	0.02%	
			照護率B： X2=實績值 Y2=轄區平均值	X2≥Y2	0.02% (加計)
急性後期照護計畫 【0.50%】 【正向指標】	(1) 1. 醫學中心腦中風下轉率分子：分母中當季VPN 登錄腦中風 成功下轉收案人次(擷取時間為當季 最後一個月次月底) 分母：前季仍於當季可收案人次+當 季申報腦中風新發生個案人次 註：主次診斷 I60~I68、G450~G468、重大傷病案件，排除 MRS0、1、2、5 分、已加入計畫、呼吸器依賴、安寧療護、死亡、病危自動出院者	1. 下轉數 X=當季下轉數 Y=基本目標值 50 人	X>Y*1.6	0.5% 0.35%	
			X>Y*1.4	0.4% 0.25%	
			X>Y*1.2	0.3% 0.15%	
			X>Y	0.2% 0.10%	
			2. 成功下轉體系外地區醫院人數 X=下轉體系外地區醫院且成功收案個案數 Y=當季下轉數較去年平均人數成長率	Y>50%	X *20,000 點
		Y≤50%	X *10,000 點		

112 年品質提升獎勵指標項目、操作型定義及獎勵方式

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%】	1. 區域級(含)以上醫院下轉非同體系社區院所件數	(一)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(排同體系)。 (二)「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。	$X = \text{實績值}$ $Y = \text{去年同期值}$ $Z_1 = \text{自身成長率}$ $Z_2 = \text{全國成長率}$ $W \text{ 正成長貢獻度} = (X - Y) / \sum (X - Y)$ $R = \text{加成比率}$	$Z_1 > 0 \text{ 且 } Z_1 > Z_2$	$1,500 * X * (1 + R)$										
			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">當季值(W)</th> <th style="text-align: center;">加成比率(R)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">$W > 30\%$</td> <td style="text-align: center;">0.15</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">$30\% \geq W > 20\%$</td> <td style="text-align: center;">0.10</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">$20\% \geq W > 10\%$</td> <td style="text-align: center;">0.05</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">$10\% \geq W > 0\%$</td> <td style="text-align: center;">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	$Z_1 > 0 \text{ 且 } Z_1 \leq Z_2$	$1,000 * X * (1 + R)$
			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。	$X = \text{承接非同體系下轉人數}$ $Y = \text{承接同體系下轉人數}$ $Z = \text{獎勵人數上限}$	$Y \leq Z$	$1,500 * (X + Y)$											
3. 緊急轉診合作	當季符合下列緊急處置操作型定義之轉診人數，前3項疾病收治機構及轉出機構需為醫院，收治醫院指申報緊急處置之醫院。 (一)急性冠心症：符合全民健康保險急診品質提升方案申報急性心肌梗塞照護獎勵(P4601B)人數。 (二)重大外傷疾病：符合全民健康保險急診品質提升方案申報重大外傷照護獎勵(P4612B、P4613B)之	$X = \text{收治人數}$ $Y = \text{轉出人數}$		$15,000 * X + 5,000 * Y$											

112 年品質提升獎勵指標項目、操作型定義及獎勵方式

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
	<p>人數。</p> <p>(三)急性腦中風：符合 ICD-10-CM 主診斷為 I60-I61、I63、I67.89、I67.9，且完成下列任一緊急處置之人數。</p> <p>(1)符合適應症接受動脈血栓移除(33143B)之急性腦中風病人數。</p> <p>(2)符合適應症接受靜脈血栓溶解治療(47101B)，自病人抵達急診至護理紀錄開始施行溶栓治療時間差小於 60 分鐘內者，由收治醫院於次季第 1 個月 15 日前填報「急性腦中風聯防合作成果表」(附件)，逾期視同無符合個案。</p> <p>(四)高危險妊娠孕產婦：符合 ICD-10-CM 主、次診斷前 3 碼為 002、010-011、013-14、020、023-024、026、034-036、041-046、060、063、066-067、069、071-072、074-077、086、088、098-099、09A，且執行緊急手術或緊急處置之人數。</p> <p>(1)緊急手術：包括 81005C、81011C、81018C、81028C、81029C、81034C、80403B 或 80421B。</p> <p>(2)緊急處置：包括 55015C、94001C、55016C 或呼吸器使用(57001B，57002B、57023B)。</p>			
4. 區域級(含)以上醫	(一)分母：醫院接受非同體系院所上轉之門住診申報件數。	$X = \text{實績值}$ $Y = \text{前一季實績值}$ $P \text{ 值為全國同儕值}$	$X \geq P75$ 且 $X \geq Y$	0.075%
			$X \geq P50$ 且	0.05%

112 年品質提升獎勵指標項目、操作型定義及獎勵方式

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
院回轉率		(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。		$X \geq Y * 1.05$	
				$X > Y$	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。	$X = \text{實績值}$ $Y = \text{前一季實績值}$	$X \geq Y$ 且 $X \geq 75\%$	0.075%
				$X \geq Y$ 且 $75\% > X \geq 70\%$	0.05%
				$X > Y$	0.02%
政策與品質優良經驗分享交流【正向指標】	3. 推動分級醫療媒體宣導	(1). 記者會形式：主題需為執行成效足為全國表率，或具分級轉診特色為創新做法等，邀請函原則需於會前 30 日(不含例假日)送達本組核備。 (2). 新聞稿形式：新聞稿需含分級轉診相關內容(包括合作方式、特色及成果、或轉診受惠民眾案例分享...等)，篇幅需占整篇新聞稿 1/2 以上或達 300 字以上，且於發佈前 4 天(不含例假日)向本組核備內容。	1. 醫院於事實發生後 3 天內填報「媒體宣導統計表」 2. 於實體報或電子媒體(不含 FB 及官網)報導分級醫療推動成果，媒體刊登則數依宣導形式分別累計。	刊登 < 10 則	100,000
				刊登 10~19 則	150,000
				刊登 20~29 則	200,000
				刊登 ≥ 30	300,000
				刊登 3~5 則	10,000
				刊登 6~10 則	20,000
				刊登 > 10 則	30,000

112 年品質提升獎勵指標項目、操作型定義及獎勵方式_減項指標

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	1. 門診檢查(驗)每件費用單價：〔檢查(驗)費用/檢查(驗)件數〕。 2. 依北區醫院醫療費用異常監測管理計畫(以下稱勘異計畫)之門診每人檢查(驗)單價指標：〔門診檢查(驗)費用/門診就醫人數〕。 3. 校正比率：〔當季門診檢查(驗)費用/當季醫療費用〕。 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：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： (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. 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; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">每人檢查費用單價(X2) 全國同儕百分位階</th> <th style="width: 50%;">加成比率_Y</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </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 (112 年第 1 季起實施)	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=當季檢查(驗)佔醫療費用比率。 說明： 1. <u>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)。</u> 2. <u>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，於 112 年第 2 季起依本指標規劃全面實施核減。</u>	X ≥ P90 (112 年第 2 季起實施)	1.5%(1+Y) × W													
X ≥ P75 (112 年第 2 季起實施)	1%(1+Y) × W														