

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 4 次會議紀錄

時 間：112 年 12 月 13 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	吳委員家勳	吳家勳
江特別顧問銘基	江銘基	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
陳委員秀枝	修紹達（代）	曾委員英智	曾英智
洪委員嗣豪	洪嗣豪	周委員勝傑	周勝傑
陳委員日昌	陳日昌	陳委員曾基	陳曾基
趙委員正芬	趙正芬	施委員議強	施議強
陳委員文鍾	陳文鍾	李委員順安	李順安
戴委員明正	戴明正	陳委員忠信	陳忠信
楊委員宏智	楊宏智		

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	朱映憇
衛生福利部桃園醫院	郭靜燕
聖保祿醫院	謝志偉
敏盛綜合醫院	劉美君
國軍桃園總醫院	商仕達 楊惠芳
臺大醫院新竹分院	戰琬珍
怡仁綜合醫院	莊瑋芷

楊梅天成醫院	陸浩瑜
中壢長榮醫院	傅淑姮
國軍桃園總醫院新竹分院	林筱萍
仁慈醫院	王亮堯 曾綉伶
台北榮民總醫院新竹分院	孫 漣
通霄光田醫院	甘哲昇
苑裡李綜合醫院	郭咏臻
重光醫院	吳秀珍
為恭紀念醫院	湯佳玲
東元綜合醫院	盧文婷
弘大醫院	劉惠敏
聯新國際醫院	謝泉發
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 倪意梅 蔡秀幸 楊秀文 謝明珠 呂淑文 曹麗玲 陳韻寧 林巽音
吳煥如 鄧寶珠 林俊仰 廖佩琦 蔡百瑜

壹、主席致詞(略)

貳、確認 112 年第 3 次共管會會議紀錄：確認。

參、報告事項

第一案、112 年第 3 次會議結論事項辦理情形

決定：洽悉；追蹤事項共四項，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、分級醫療轉診情形：113 年將針對「主動脈剝離手術」、「腦中風取栓術」及「冠狀動脈擴張術」增列品質獎勵，請積極參與推動「急重症區域聯防合作」，降低病患失能及死亡率。

- 二、藥費管理：112 年 Q3 一般藥費成長率 4.77%(全國第 1)、占率下降 0.52 個百分點，一般藥費成長貢獻(60.8%)最高，請持續加強管理高成長貢獻及高價藥使用合理性。
- 三、檢驗(查)結果及影像即時上傳：112 年 Q3 檢驗(查)結果及影像上傳率分別為 97.2%、96.1%(全國值 97.2%、96.7%)，請加強提升上傳率。
- 四、C 肝口服新藥：截至 112 年 11 月 3 日收案 1,342 人，成長率-12%；請持續追蹤潛在病患返診、發掘潛在病患及高風險族群外展門診。
- 五、虛擬健保卡：112 年 1-9 月北區申報 21,671 件(全國第 3)，居家場域有 9 家醫院申報 542 件(全國第 2)，請尚未加入醫院積極參與。
- 六、居家醫療整合：北區共 38 群居家團隊，照護 11,195 人，較 111 年同期成長 4%，低於全國(5%)，請積極收案。
- 七、住院整合照護服務試辦計畫：112 年度獲核定 6 家醫院，截至 112 年 Q3 尚有 4 家醫院未申報費用，請積極收案，本組定期監控各醫院病床使用率。

第三案、112 年第 3 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，剩餘點數將依參與方案中有達「優先達成項目」目標值之 54 家，依提升獎勵點數占率重分配。

第四案、112 年第 3 季轄區醫院異常費用管理現況

決定：洽悉；112 年第 3 季執行之異常費用管理專案共計 14 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，請加強自主管理及合理申報。

第五案、112 年異常費用管理專案，醫院自清不符比例經專業審查核減，列入 113 年基本目標管理點數之基期調整案

決定：洽悉。

- 一、依據 112 年 3 月 15 日醫院總額共同管理委員會 112 年第 1 次會議決議，符合自清之異常管理專案，醫院如不同意自清或自行繳回不符比例，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，提報共管會議列入基期扣減。
- 二、112 年執行之異常費用管理專案，符合前開條件計 4 項、6,041,654 點，列入 113 年基本目標管理點數之基期扣減項目。

第六案、自 113 年第 1 季起調整醫令自動化審查系統(REA)管理措施

決定：洽悉；為加強醫院自主管理申報正確性、完善報備流程及簡化雙方行政流程，以達到行政審查效益最大化，針對有明確規範、異議較低之 12 項核減代碼逕予核扣，並自 113 年 Q1 起實施。若對核定結果有異議，請依「醫院總額點值暨品質提升方案」規定列舉理由辦理申復或綜整複審理由以公文形式申請複查。

表、有明確規範且異議較低之 12 項核減代碼

核減代碼	代碼說明	核減代碼	代碼說明
C3	支付標準申報單價過高	CC8	層級別限制
C11	支付標準代碼超過有效期限	CC9	身分別限制
C31	門住診限制	D14	藥價基準為零
C52	年齡限制	D15	藥費申報單價過高
C53	性別不符	E2	單價過高
C99	申報醫令不符合規定	E25	特材管理費或特材申報支付成數超過上限

第七案、113年醫院總額結算執行架構之北區偏遠地區醫院資格認定案

決定：洽悉；維持 112 年本區偏遠地區醫院之分區認定原則，將提報部新屋、湖口仁慈、通霄光田及大順 4 家醫院為本區偏遠地區醫院，提報署本部辦理報部認定事宜。

第八案、113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、113 年會議時程如下表，請委員預留會議時間。

議次	會前會	共管會
第 1 次	113 年 3 月 20 日(三)	113 年 3 月 27 日(三)
第 2 次	113 年 6 月 12 日(三)	113 年 6 月 19 日(三)
第 3 次	113 年 9 月 11 日(三)	113 年 9 月 18 日(三)
第 4 次	113 年 12 月 11 日(三)	113 年 12 月 18 日(三)

二、113 年委員名單請院長聯誼會秘書處於 113 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、113年北區「醫院總額點值暨品質提升方案」修訂案

決議：

- 一、「方案類別」：一般醫院均採 A 案辦理。
- 二、「規劃點值」：年度規劃點值 0.945，依 113 年預算季間占率計算，調整 113 年第 2 季規劃點值為 0.930、第 4 季為 0.950。
- 三、基本目標管理點數：
 - (一)「醫院升格之支付標準校正」：應優先爭取其他預算挹注，惟若無其他預算挹注，則依 112 年 12 月公布之醫院評鑑結果，若轄區無醫院符合醫學中心醫院評鑑升格，則刪除本項，若有則保留本項內容。
 - (二)「急重癌及生產校正點數」：調整急重癌及生產校正點數反映至 22%。
 - (三)「基本目標管理點數保障下限」：單季未達 5,000 萬點且基期初核定點數正成長醫院保障下限為初核定點數成長率五分之一，不超過 113 年各季基本目標點數成長率。

四、品質指標：

- (一)「品質指標分配方式」：增列「品質指標表現 $\geq$ 同儕 P80，分配點數加成 5%」。
- (二)「鼓勵在地就醫」指標：
 - 1.「每萬人口醫人比 ≤ 10 鄉鎮市區增聘專任醫師」獎勵：由醫院

提報當季增聘醫師名單，並增列限制條件「當季執登醫師數應高於近2年季平均值，醫師須於執登醫院提供醫療服務，若醫師支援其他醫院或診所之工作日數>20%則不列計」。

2. 維持「次醫療區每萬人口西醫師數小於 10 人之急救責任醫院超額回饋急重癌生產成長分段補付比率加計 10%」。

3. 符合前述鄉鎮市區所在地之醫院名單及各區域醫師數增減情形，113 年第 1 次共管會報告。

五、「超出管理目標回饋」：

1. 維持規劃總點數之 1.5%。

2. 符合擴增病床醫院資格者，其就醫人數成長補付點數計算，門診人數成長補付點數+住診人數成長補付點數*1.1。並依醫院超出管理目標回饋最高補付至超額點數 85%，且當季整體超額回饋超出 1.50%保留點數，則當季超額回饋點數依估算結果等比例限縮。

六、113 年北區「醫院總額點值暨品質提升方案」修訂後如附件 2。

第二案、藥費管理範圍排除抗毒蛇血清注射劑討論案

決議：自 112 年 Q4 起將抗毒蛇血清藥品納入藥費管理排除範圍。

第三案、呼吸照護費用管理目標點數之基期及成長率計算原則討論案

決議：為合理運用呼吸照護費用資源，113 年呼吸照護費用管理目標點成長率採 3%。

伍、散會：下午 3 點 05 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	經皮冠狀動脈擴張術申報合理性	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1. 篩選指標： (1) 樣態一：PCI 總申報醫令數高於同儕 P95 且執行 2-3 支血管占率高(>40%)之醫師。 (2) 樣態二：核價類別申報特材醫令數>全國同儕 P99 之案件。 2. 操作型定義： (1) 樣態一：111 年 1-12 月總件數>同儕 P95 且 2-3 支血管醫令數量占率高(>40%)之醫師別，抽審區間為 112 年 1-4 月案件。 (2) 樣態二：111 年 1 至 112 年 4 月特材醫令數量>同儕 P99 之案件。	以「未符合醫療常規」為主，其次為適應症/種類/用量(劑量/天數等)，不符合主管機關核准規定/給付規定/醫療常規	專業審查： 1. 樣態一：抽審 41 件、核減 15 件，(件數核減率 37%)，核減點數 572,260 點。 2. 樣態二：抽審 123 件、核減 77 件，(件數核減率 63%)，核減點數 5,275,907 點。 3. 綜上，共抽審 12 家醫院，164 件、核減 92 件，(件數核減率 56%)，核減點數 584 萬餘點。	-	-	164	92	5,848,167	5,848,167(11%)
2	「肋骨固定系	☒ 全國 ☐ 自訂	1. 依據: 特材「肋骨固定系統」自 111 年 5 月 1 日納入健保給付，特材給	主要核減理由為「此病患非相鄰三	1. 自清：2 家醫院計 2 件，共	2	381,111	45	13	1,756,883	2,137,994(12%)

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	
	統一醫療費用案件 ICD-10-CM 代碼申報不符規定	☐ 他區	付規定需同時符合屬連枷胸及 ISS score$\geq$16 兩項條件，爰診斷碼須同時申報 ICD-10-CM 代碼「S22.5XXA~S22.5XXS (連枷胸)」及「T07 (Unspecified multiple injuries 多處損傷)」，每病人以給付 3 個骨板及 18 支骨釘為限。 2. 篩選指標：未依規定併報「S22.5XXA~S22.5XXS (連枷胸)」及「T07 (多處損傷)」者，北區計有 10 家醫院，89 件，17,777,070 點。 3. 操作型定義： (1) 資料區間：11105-11201 (2) 醫事類別：22 (3) 醫令類別：3 (特殊材料) (4) 核價類別：FBPR1P1、FBSR1A1 4. 未依規定併同申報診斷碼「S22.5XXA~S22.5XXS」及「T07」	節以上之連枷胸病患」、「適應症/種類/用量不符給付規定」、「非必要之手術」。	381,111 點。 2. 行政審查：43 件主診斷有申報「S225」，但未申報「T07」之案件，經行政審查檢視醫院檢附相關資料如：ISS score、重大傷病證明診斷為 T07 等，符合特材給付規定。 3. 專業審查：45 件，計核減 4 家、13 件、1,756,883 點，其中標的醫令核減 8 件、1,416,330 點。						
3	病人同院同醫	☒ 全國 ☐ 自訂	1. 依據:依全民健康保險醫療服務給付項目及支付	-	1. 自清: 46 家醫院, 828	714	286,522	-	-	-	286,522 (87.98%)

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	
	師診治，當日門急診轉住院重複申報診察費	☐ 他區	標準第二部第一章第一節通則七門診或急診當次轉住院，如仍由同科醫師診治，門診診察費或住院診察費應擇一申報。 2. 操作型定義： 資料區間110/10~111/12，醫事類別12及22，申報第二部第一章第一節診察費醫令，且醫令點數>0，排除代辦案件。		件，其中TW-DRGs案件經重新計算實際核扣714件，286,522點。 2. 行政審查：不同意核扣70件，依醫院檢附病歷資料經行政審查認定係不同醫師診治。 3. 已於112年8月25日函文輔導醫院依規定正確申報。						
4	住院施行腹腔鏡闌尾切除術(74004B)或腹	☒ 全國 ☐ 自訂 ☐ 他區	1. 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剝離，附帶之手術及處置，雖為本	73043B 明確屬於手術過程面之附帶手術，不得另行申報	1. 輔導歷程：112Q1追蹤審查7家醫院、46件，核減39件、	-	-	5	4	98,232	98,232 (70.1%)

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	
	腔鏡膽囊切除術(75215B)併報腹腔鏡腸粘連剝離術(73043B)		標準表所列項目亦不得視為副手術另報。 2. 篩選指標：74004B 或 75215B 併報 73043B。 3. 操作型定義：費用年月 112 年 5 月至 7 月醫院住診同院同病人同日執行醫令代碼 74004、75215B 及 73043B 之案件。		核減率 85% ； 112Q2 重點審查 2 家醫院、5 件，核減 4 件、件數核減率 80%。 2. 後續管理：納入例行性勘異計畫持續追蹤。						
5	住院施行單純血管整形術(33074B)併報腸股動脈血管支架置放術(33133B)	☒ 全國 ☐ 自訂 ☐ 他區	1. 依據：南區業務組專業諮詢意見，同時執行 33074B 及 33133B，33074B 應是 33133B 過程中附帶之處置，同一 procedure 卻申報 2 項處置，不合醫療常規；除心肌梗塞個案外，大部分個案不會同時執行 33074B 及 33133B。 2. 篩選指標：住診申報醫令代碼 33074B 併報	檢查檢驗不符醫療常規，無例行性執行之必要。	1. 專業審查：抽審 10 件，核減 10 件，(件數核減率 100%)，共核減 553,456 點，其中標的醫令核減 226,620 點(標的醫令點數核減率 64%)。	-	-	10	10	553,456	553,456 (16%)

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	
			33133B 案件，轄區計 1 家醫院共 10 件。 3. 操作型定義：費用年月 111/01-112/03，住院施行單純性血管整形術(33074B)併報腸骨動脈血管支架置放術(33133B)。		2. 後續追蹤：112 年 4 月至 8 月僅申報 4 件，列入 112Q3 抽審。						
6	慢性腎臟病人使用 NSAIDs 藥量異常	☒ 全國 ☐ 自訂 ☐ 他區	1. 依據：111 年第 4 次透析總額研商議事會議決議，NSAIDs 止痛藥應謹慎開立予腎功能異常病人使用。 2. 篩選指標：針對「單季使用口服 NSAIDs 藥品 ≥31 天」之病人為疑似異常，統計「111 年各醫師開立慢性腎臟病病人之 NSAIDs 藥品情形」，依 Early CKD、Pre-ESRD 分組，以醫師開藥異常病人占率前 99 百分位為標的並標記該等醫師之異常病人 111	不符藥品給付規定、病歷資料缺乏具體內容或過於簡略、診療品質不符專業認定、同時已投予同性質藥物	專業審查：抽審 18 家醫院、275 件、核減 169 件(件數核減率 61.5%)，共核減 43,165 點，其中標的醫令核減 13,330 點。	-	-	275	169	43,165	43,165 (2.1%)

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	
			年申報 NSAIDs 為標的案件。 3. 操作型定義：資料區間 11101-11112，醫事類別 12								
7	主診斷為不孕症申報陰道超音波合理性	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1. 依據：「112 年第 1 季醫療費用送審案件」專業審查意見。 2. 篩選指標：主診斷為不孕症申報陰道超音波案。 3. 操作型定義：112 年 4 月至 112 年 6 月，主診斷為不孕症(N979)申報陰道超音波(19013C)≥3 次者。	依婦科超音波檢查及陰道式超音波審查原則，婦科超音波檢查及陰道式超音波檢查不包含已進入人工生殖治療流程，如濾泡監測等。	專業審查：抽審 2 家醫院、計 36 人、115 件，核減 87 件，核減點數 88,425 點。	-	-	115	87	88,425	88,425 (75.2%)
8	門診精神科診療(45087C、45046C、45010C)	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1. 篩選指標：特殊心理治療-成人(45087C)及生理心理功能檢查-成人(45046C)併報支持性心理治療(45010C) 2. 操作型定義：費用年月：112Q2、醫事類別門	內容過於簡略，似有浮濫重複申報等情形」	專業審查：抽審 1 家醫院、30 件、核減 30 件(件數核減率 100%)，112Q3 已無併報。	-	-	30	30	13,530	13,530 (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	
	)併報合理性		診、排除醫令類別 4 及代辦案件								
9	懸壅顎咽成形術(66025B)併報口腔粘膜皮瓣手術(62070B)之合理性	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1. 篩選指標： 懸壅顎咽成形術(66025B)併報口腔粘膜皮瓣手術(62070B)，特定 1 家醫院、76 件。 2. 操作型定義： (1) 費用年月：110/12-112/7。 (2) 住診申報 66025B 及 62070B 案件。	口腔粘膜皮瓣手術(62070B)應含於懸壅顎咽成形術(66025B)內，不應額外申報	自清：同意自清 76 件(同意自清件數比率 100%)，計 710,224 點。	76	710,224	-	-	-	710,224 (40.2%)
10	頸動脈造影(33042B)、椎動脈造影(33043B)、主動靜脈造影(33045B)、磁共振造影(33085B)併報	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1. 篩選指標： 執行 33042B (頸動脈造影)、33043B (椎動脈造影)、33045B (主動靜脈造影)、33085B (磁共振造影)併報之合理性 2. 操作型定義： 費用年月 110/1-112/5，同日執行 33042B、33043B、33045B、33085B	同日執行 4 項血管造影檢查，比例偏高明顯異於同儕，應加強審查。	自清：計 1 家醫院，共 119 件。 1. 門診：同意逕予核扣 33045B，105 件、536,130 點。 2. 住診：同意逕予核扣	119	605,682	-	-	-	605,682 (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	
	之合理性				33045B，14件、69,552點。						
11	正中神經或尺神經腕部減壓術—單、雙側(83006C、83007C)併報關節鏡檢查(28001C)之合理性	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1. 依據: (1) 支付標準手術章節通則七：為達手術最終目的過程中附帶處置，不得視為副手術另報。 (2) 審查注意事項醫院骨科第17項：以關節鏡完成某項手術，關節鏡只是其方法之一，視為手術必用流程，不應再申報28001C。 2. 篩選指標： 申報83006C、83007C手術同時申報28001C案件且併報比率>1%，轄區計2家醫院，112件。 3. 操作型定義： 資料區間11101-11207，醫事類別12及22。	1. 屬為達手術最終目的過程中附帶處置，不得視為副手術另報。 2. 極少數案例(約1%)會在手術前長時間使用關節鏡檢查確定病灶點，如特定醫師併報比率高則建議自清。	自清:2家醫院，排除已審查核扣14件，同意返還98件，因含Tw-DRG案件經重新編審後實際核減點數428,479點。	98	428,479	-	-	-	428,479 (100%)

(二)辦理中

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	
12	頸(肢體)動靜瘻管之切除移植及直接修補，右繞道手術(69023B)併報靜脈血栓切除術(69003B)或動脈內膜切除術(69004B)	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1. 依據: 支付標準第二部第二章第七節手術通則第7條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: 併報件數>全國 P70(19 件)之 8 家醫院，計 544 件，並分為 3 種樣態。 甲、樣態一：69023B+69003B+69004B 乙、樣態二：69023B+69003B 丙、樣態三：69023B+69004B 3. 操作型定義: 資料區間 11101-11205，醫事類別 12 及 22。	1. 屬於為達手術最終目的過程中附帶之手術，不得視為副手術或另行申報。 2. 手術不符醫療常規或給付規定。	1.專業審查： (1) 樣態一：抽審 6 家醫院、46 件，核減 42 件(件數核減率 91%)，共核減 1,455,247 點，其中標的醫令核減 1,327,414 點。 (2) 樣態二：抽審 8 家醫院、63 件，核減 15 件(件數核減率 24%)共核減 324,716 點，其中標的醫令核減 116,322 點。 (3) 樣態三：抽	74	辦理中	137	76	2,139,361	2,139,361 (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	
					審 5 家醫院、28 件、核減 25 件(件數核減率 89%)，共核減 586,333 點，其中標的醫令核減 529,372 點。 2.後續管理：針對樣態三之件數及標的醫令核減率均 > 30%者，共4家醫院刻正辦理自行清查作業。						
13	多寶副鼻竇手術(65013B)申報合理性	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1. 篩選指標：住診申報多寶副鼻竇手術(65013B) 2. 操作型定義：費用年月為 112Q2、醫事類別住診、排除代辦案件	治療與病情診斷不符，術前X光無明顯異常，與病情不符。病患無開刀之必要。	1. 專業審查：抽審 1 家醫院、15 件，核減 11 件(件數核減率 73%)，核減 463,390	-	-	15	11	463,390	463,390 (76%)

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。 2. 後續管理： 112 年 Q3 申報 8 件，全數送審。						
14	「心理測驗全套(45058C)」申報合理性	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1. 相關法規：全民健保醫療費用審查注意事項： (1)申報「心理測驗全套(45058C)」病歷資料應具體敘明病人施測原因，若病歷過於簡略、不同病人資料均雷同而缺乏個別具體治療內容，且不符專業認定者，不予支付。 (2)「心理測驗全套(45058C)併報智能評鑑(45052C)或人格特質評鑑(45055C)之合理性不符專業認定者，則不予支付。」。 (3)「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。	1. 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，缺乏個別具體治療內容 2. 45052C、45055C 與 45058C 併報，有重複之虞。	針對 111Q4 審查高核減(>30%)之醫院及醫師，辦理回溯性審查，因案件量大採抽樣回推核減。 1. 樣態一：抽審 3 家醫院、4 位醫師，計 89 件，核減 16 件(件數核減率 18%)，共核減 367,768 點。 2. 樣態二：抽審 5 家醫院，計 160 件，核減	-	-	249	102	3,331,072	3,331,072 (17%)

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. 篩選指標： (1) 樣態一「心理測驗全套(45058C)」申報點數>P95 醫師申報合理性。 (2) 樣態二「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。 3. 操作型定義： 費用年月110年9月至112年5月、醫事類別門診、醫令 45058C、45052C、45055C，排除醫令類別 4、代辦案件。		86 件(件數核減率 54%)，共核減 2,963,304 點。						

衛生福利部中央健康保險署北區業務組

113 年醫院總額點值暨品質提升方案(草案)

壹、目的

- 一、尊重醫院醫療專業自主管理，並兼顧醫療服務品質提升目標。
- 二、維持本區醫院總額點值穩定，俾利醫院營運管理穩健發展。
- 三、提升醫療服務審查效益，導引醫療服務利用趨向適當合理發展。

貳、依據

- 一、保險人為審查保險醫事服務機構提供全民健康保險醫療服務項目，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」規定辦理審查，另依本辦法第 22 條，保險人得就保險醫事服務機構申報醫療費用案件進行分析，依分析結果，得免除抽樣審查、減少隨機抽樣審查件數、增加立意抽樣、加重審查或全審。
- 二、基於「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第 2 條，保險人依本辦法管理保險醫事服務機構時，應本於公平、對等、尊重及互信原則為之，暨經衛生福利部中央健康保險署北區業務組 112 年第 4 次『醫院總額共同管理委員會』決議辦理。

參、實施期間及簽約程序

- 一、實施期間：113 年 1 月（費用月）至 113 年 12 月（費用月）止。

二、簽約程序：

- (一) 轄區內特約醫院自設立後(以有完整季申報資料起算)第 4 季起，皆應參與本方案並簽立附約。由衛生福利部中央健康保險署北區業務組（以下簡稱甲方）對於轄區醫院（以下簡稱乙方），通知本方案簽約。
 1. 一般醫院：設立時間 3 年以上(第 13 季起)之乙方，採 A 案(目標管理點數)辦理。
 2. 新設醫院：設立時間 3 年以內之乙方，第 4 季採 B2 案(攤扣)；第 5 季則向甲方提出選擇參加 A2 案(目標管理點數)或 B2 案(攤扣)。
- (二) 有下列情事者，甲方得重新評估乙方之參與方案類別或調整目標管理點數或加強專業審查：
 1. 經檔案分析或費用審查發現異常，疑有不實申報、損及民眾就

醫權益或違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第五章第 38、39、40 條規定者。

2. 執行期間乙方因故醫療服務大幅萎縮（較去年同期負成長 40% 為認定標準）。

肆、方案內容

一、年度規劃點值：0.945，參考預算季間占率及工作天數調整各季點值如下：

季別	規劃點值
113Q1	0.950
113Q2	0.930
113Q3	0.950
113Q4	0.950

二、預算保留項目：

- (一) 額度校正：跨區釋出處方、自墊核退、申復爭審以及過季費用追扣補付等項目，依近 4 季實際發生比率或點數保留。
- (二) 新設醫院：依新設醫院開床進度或門診科別醫師產值估算保留。
- (三) 新診療項目：依健保會公告預算草案預估保留，並按各季新增診療項目分配，倘有餘額以無替代之新藥、新特材重分配，若仍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。

三、目標管理點數分配原則

(一) 基本目標管理點數

1. 乙方目標管理點數以基期（111 年 Q4~112 年 Q3）5 項點數合計占率分配。

- (1) 核定點數：以最終核定點數 80% + 初核定點數 20%及基期支付標準校正點數(含醫院評鑑升格支付標準校正)計算之。
- (2) 急重癌及生產校正點數：以基期急重癌及生產點數反映 20%計算。
- (3) 地區(含地教)層級分級轉診校正：地區(含地教)層級醫院成功接收下轉個案數×同儕平均單價計算。
- (4) 品質指標表現校正：基期品質獎勵點數。
- (5) 扣減項目：
- A. 111 年 Q4~112 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核減點數。

B. 為強化醫院自主管理效能，基期啟動項目(符合自清之異常管理專案，如醫院不同意自清或自行繳回率不符比例原則，經專業審查後核減點數、經實地訪查發現不合理或缺失經發文限期改善且經複查未改善異常費用點數)，經提報共管會議決議列入基期扣減。

2. 基本目標管理點數下限：基期(111 年 Q4~112 年 Q3)初核定點數正成長且單季 5,000 萬點以上醫院(轄區 P50 位階)不低於去年同期基本目標點數，單季未達 5,000 萬點醫院下限為基期初核定點數成長率五分之一，不超過 113 年各季基本目標點數成長率；初核定點數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(112 年 Q2~112 年 Q3)總額內平均申報點數(取小值)為原則，本項所需點數由點值反映；集團醫院採合併計算。
3. 新設醫院滿 3 年後，第 4 年(第 13~16 季)基期均以第 12 季為基期。以第 12 季核定點數，依工作日數校正作為第 13-16 季基本目標管理點數。第 5 年起回歸一般醫院採去年同期。方案獎勵及管理基期皆採第 12 季為基準計算。

(二) 品質提升獎勵點數

1. 規劃總點數之 1.9%，若總獎勵點數大於規劃獎勵點數上限則等比例限縮，如有剩餘以「優先達成項目」達到目標值醫院按品質獎勵點數占率分配。
2. 計算基期：採當季費用申報資料計算。
3. 分配方式：乙方品質提升獎勵比率×基本目標管理點數+品質提升獎勵點數；品質指標表現≥同儕 P90，分配點數加成 10%；≥同儕 P80，分配點數加成 5%。
4. 分配時點：當季費用核定時，依執行結果加計目標管理點數核定。

(三) A 案超出管理目標回饋

1. 規劃總點數之 1.50%，以預估方式估算當季超額回饋點數，倘估算當季超額回饋超出 1.50%保留點數，則當季超額回饋點數依估算結果等比例限縮，如有剩餘點數由點值反映。
2. 分配資格：核定後整體超出管理目標者，依下列 2 項計算超額

補付點數，最高補付至超額點數 85%。

(1) 依總額內就醫人數(排除當季門診就醫一次人數)成長高於轄區所增加之醫療費用，以轄區同儕每人平均單價或自身平均單價擇低者校正，計算補付點數；區域級以上醫院門診減量措施暫緩期間之就醫人數校正修訂為與地區層級相同，後續俟本署回復執行門診減量措施時評估調整校正方式。

(2) 前項補付後，再依據當季急重癌及生產成長點數與超額點數比值(急重癌及生產成長點數/超額點數)，分段補付比率如下表(次醫療區每萬人口西醫師數小於 10 人之急救責任醫院補付比率加計 10%，符合名單自 113 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出目標點數比值				
	≥0.7	0.5~0.7(不含)	0.3~0.5(不含)	0~0.3(不含)	<0
0%~2%(含)	60%	50%	40%	30%	20%
2%~4%(含)	50%	40%	30%	20%	10%
4%~6%(含)	40%	30%	20%	10%	5%
6%以上	0%	0%	0%	0%	0%

3. 分配時點：當季費用核定時，依乙方執行成果計算符合調整之點數併入核定作業。

4. 符合擴增病床醫院，住診人數成長補付點數加成 10%。

四、醫療費用涵蓋範圍：醫院醫療給付費用總額門住診之一般服務(不含洗腎總額範圍費用)，不含專款專用、其他總額部門及代辦業務之費用。

(一) 涵蓋範圍：當季門、住診送核、補報、追扣、補付及交付機構點數(均含部分負擔)及其他未明列於不包括項目事項。

(二) 排除範圍：(操作型定義詳附表 1-3，依健保會協定公告之年度總額預算分配架構辦理)

1. 專款專用。

2. 其他總額及代辦業務。

五、申報及核定

(一) 為維護申報資料之正確及完整，乙方應按月依實際發生費用申報，不得自行減量申報。

(二) 補報案件：

1. 當季補報案件申報應於每季季後次月底前完成申報，逾時補報之案件不予受理。
2. 每季第三個月之出院病患其抗酸菌培養(13012C)、抗酸菌培養-限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之液態培養系統(13026C)及其後續必要之去氧核糖核酸類定性擴增試驗(12182C)、抗酸菌鑑定檢查(13013C、13014B、13015C)之醫令補報案件、專款專用、總額外及部分負擔案件補報不受上述限制，惟應與總額內費用拆分補報並註明補報案件類別。
3. 來函申請更正案件倘屬影響核定相關醫療費用計算者(如總額內費用、專款專用、品質指標等項目)，應於每季季後次月 20 日前完成更正，逾期將不重新計算。

(三) 有關乙方醫療費用申報自行清查之異常案件，並來函註銷案件應於每季季後次月底前完成註銷，逾時視同已核定採追扣處理，未核定前併入核定作業中核算，已核定者一律採追扣處理，北區醫院總額共管會決議事項不在此限。

(四) 乙方申報死亡後醫療費用、未具健保身分之例外就醫醫療費用及與藥局重複調劑費用，未核定前併入核定作業中核算、已核定者一律採追扣處理。

(五) 對於醫療費用監測專案、實地審查專審案件、民眾申訴案件等，經專業審查遭核扣者，未核定前併入核定作業中核算，已核定者一律採追扣處理。

(六) 乙方如參與方案期間醫療費用核定後仍查有屬本保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 5 條之情事，甲方得於查證後依規定核扣。

(七) 對於健保代辦費用之追扣、補付，未核定前併入核定作業中核算、已核定者逕予追扣、補付。

(八) 乙方釋出處方之核定除計算當季釋出費用外，對過季但未計入前季核定點數計算之釋出處方亦計入當季乙方醫院釋出處方費用。

(九) 對於甲方實地訪查或媒體公開、民眾投訴有縮減醫療服務，減診

、縮減病床等情事，經查證屬實者，甲方將依縮減服務情形，調整該期間目標管理點數。

六、醫療服務費用管控

(一) 藥費管理

1. 季申報藥費計算範圍：不含總額外、「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」藥費、愛滋病藥費、癌症藥費、移植及抗排斥藥費、罕病及血友病藥費、矯正機關藥費、精神科長效針劑藥費、無適應症規定之事前審查藥品藥費，含釋出處方藥費(本區與跨區合計)。

(1) 為因應每年度藥價調整，藥價調整當季起基期(去年同期)季申報藥費校正藥價調整影響降幅：

A. 基期季申報藥費校正=基期季申報藥費* (1-預估降幅*反應成數)。

B. 反應成數：若該季該院藥費成長>全國平均藥費成長率反應 8 成；餘反應 6 成。

(2) 癌症藥費暫時排除於季申報藥費計算範圍，惟將持續監控轄區癌症藥費成長率，如成長情形異常將調整列入季申報藥費計算範圍。

2. 費用核減原則：

(1) 當季申報藥費成長率(X)及藥費占率成長百分點(Z)依下表成長級距核減藥費比率，並依門住診藥費占比，核減該部門點數(採一段式核減)。

核減比率		藥費成長率(X)				
		$X \leq 0\%$	$Y \geq X > 0\%$	$Y * 1.5 \geq X > Y$	$Y * 2 \geq X > Y * 1.5$	$X > Y * 2$
藥費占率成長百分點(Z)	$Z \leq 0$	-	-	1%	2%	3%
	$0 < Z \leq 0.5$	0.25%	0.5%	1.5%	2.5%	4%
	$0.5 < Z \leq 1$	0.5%	1%	2%	4%	6%
	$Z > 1$	1.5%	3%	5%	6%	8%

註 1：X：當期藥費成長率、Y：113 年醫院總額規劃成長率 X.XX%、Z：藥費占率成長百分點。

註 2：113 年基期：藥費成長率及藥費占率成長百分點以 112 年同期計算。

(2) 核減點數加成因素：各類虛擬代碼 (排除 R006、R007)總

件數占給藥件數占率大於全國同儕 P70/P80/P90 則加成核減 0.1%/0.2%/0.3%之比率。

註：虛擬代碼件數占率係指各院自身占率：分母為自身門診給藥件數；分子為自身各類虛擬代碼總申報件數；各類虛擬代碼總件數 10 件以下者不列入扣減。

（二）呼吸照護費用管理

1. 目標點數設定：以 112 年呼吸照護目標點數為總目標點數成長 3%，並維持年度目標點數不低於 111Q4~112Q3 最終核定點數，各季點數依總額基本目標管理點數占率分配。
2. 各季呼吸器依賴個案 ICU 階段及呼吸器使用累計 >500 日之案件加強審查，並依當季專業審查結果核付。

（三）復健費用管理：依專科屬性(有/無復健專科)暨層級別(區域級以上醫院/地區(含地教)醫院)分群管理，分別計算型態別折付率、每人復健費用折付率(分為物理/職能 2 類)。

七、抽樣審查作業原則：為確保醫療專業品質，甲方得視乙方申報情形進行檔案分析，辦理異常案件標註樣本審查或專案立意抽審，審查結果未核定前併入核定作業中核算，已核定者一律採追扣處理。

八、醫療費用審核行政配合事項

（一）穩定點值調校機制：乙方參加本方案期間，均依減量抽審作業辦理，以目標管理點數上限為核定費用，依據參與類別，乙方同意將超出目標管理點數(A/A2 案)或核定點數調整(B2 案)部分視為核減率，且不得提出申復、爭議審議及行政訴訟等行政救濟程序，核定作業如下：

1. A 案：超出目標管理點數由甲方逕予核減。
2. 新設醫院穩定點值調校機制：設立時間 3 年以內(以有完整季申報資料起算)之乙方，自設立後第 4 季起參與 B2 案並採減量抽審作業辦理，第 2 年起則依據參與類別(A2/B2)共同承擔點值風險：

(1) A2 案

A. 設立後第 2 年(第 5~8 季)：超出目標管理點數逕予核減；基本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 $\times(1+\text{總額一般預算成長率})$ ；品質提升獎勵及超出管理目標回饋計算方式比照 A 案。

B. 設立後第 3 年(第 9~12 季)：超出目標管理點數逕予核減；
目標點數與 A 案計算方式相同。

(2) B2 案

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. 乙方攤扣點數=應攤扣之總醫療服務點數×乙方攤扣占率－
乙方品質提升獎勵點數。

C. 乙方攤扣占率如下表：

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%

註：成長貢獻基期：核定前一季總額內醫療費用點數

(二) 參加 A/A2 案且核定結果未超過目標管理點數上限之乙方，各類核減案件後續申復爭審作業辦理如下；惟各項可申復、爭審項目，如已核付至本方案目標管理點數上限，則不論其申復或爭審結果，均不再補付費用。

案件類別	辦理方式
行政審查、醫療費用專案審查、實地審查送專審案件、民眾申訴案件審查	可申復、爭審
藥費管理核減、呼吸照護費用管理目標核減、復健費用管理項目核減、品質指標管控項目	可申復、不可爭審

(三) 參加 A/A2 案核定點數已逾目標管理點數上限或為參加 **B2** 案之乙方，倘對於專業審查有特殊疑義者，於核定通知到達之日起 60 日內，以綜整複審理由以公文形式申請複查，並以 1 次為限，逾期自願放棄論，不論其複查結果，均不再補付費用。

(四) 醫療費用申報異常（未執行）案件，經甲方核減之點數，乙方不得提申復及爭審作業。

(五) 申請集團醫院合併核定及額度流用原則：

1. 113 年以前已適用合併核定集團醫院延續，自 113 年起新增集團醫院須為(1)合併評鑑通過或(2)於年度方案簽約時一併提出申請，經提報第 1 次共管會議同意。

2. 目標點數額度流用以集團合計品質提升獎勵後核付點數 1%為限。

(六) 其他未規定事項，依全民健康保險相關規定辦理。

九、 甲方視業務管理需求，依本保險相關規定進行立意專業審查及實地審查等管理，乙方若有特殊異常成長項目，得視需要邀請至醫療資源管理小組會議或共同管理委員會會議報告。另甲方得依政策目標變更調整品質獎勵指標及各項費用管理措施，上述調整提共同管理委員會討論，會議決議以會議紀錄形式置於 VPN 周知乙方。

十、 病患就醫權益確保措施

乙方應確實辦理各項病患就醫權益確保措施，以確保民眾就醫醫療品質權益，甲方將視需要實地查證，如有不符規定明顯影響病患就醫權益者，將提分區共管委員會會議輔導，並依本保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法調整審查管理類別。