

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 113 年第 1 次會議紀錄

時 間：113 年 4 月 11 日（星期四）14 時

地 點：北區業務組 8 樓禮堂

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	徐委員國芳	徐國芳
江特別顧問銘基	江銘基	李委員文源	林金龍（代）
陳秘書長旗昌	陳旗昌	吳委員家勳	吳家勳
陳委員秀枝	朱映愷（代）	鄭委員貴麟	黃盈焜（代）
洪委員嗣豪	洪嗣豪	謝委員麗玲	謝麗玲
楊委員宏智	楊宏智	曾委員英智	曾英智
陳委員日昌	陳日昌	周委員勝傑	周勝傑
趙委員正芬	謝志偉（代）	陳委員曾基	孫 漣（代）
陳委員文鍾	劉美君（代）	陳委員忠信	陳忠信
戴委員明正	戴明正	施委員議強	施議強
邱委員獻章	李俊宏（代）	李委員順安	李順安
王委員智弘	王智弘	張委員曜任	張曜任
黃委員禹仁	黃禹仁	徐委員千剛	徐千剛
侯委員雅菁	謝泉發（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

臺大醫院新竹分院

戰琬珍

衛生福利部桃園醫院	郭靜燕
國軍桃園總醫院	楊惠芳
衛生福利部桃園療養院	黃俊卿
台北榮民總醫院桃園分院	羅素惠
衛生福利部苗栗醫院	溫靜微
為恭紀念醫院	湯佳玲
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
通霄光田醫院	陸懷玉
苑裡李綜合醫院	郭咏臻
南門綜合醫院	宋易芸
中醫大新竹醫院	蘇惠珍
重光醫院	吳秀珍
東元綜合醫院	盧文婷
大千綜合醫院	曾婉菁
弘大醫院	劉惠敏
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 邱冠霆 蔡百瑜

壹、主席致詞(略)

貳、確認 112 年第 4 次共管會會議紀錄：確認。

參、報告事項

第一案、112 年第 4 次會議結論事項辦理情形

決定：洽悉；追蹤事項共三項，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：112 年 Q4 區域以上醫院下轉共 4,371 件(全國第 5)，成長率-3.4%；電子轉診平台回復率 68.1%(全國第 4)，較 111 年同期增加 3.1%，請積極推動提升轉診指標。
- 二、區域聯防：113 年醫院總額針對「主動脈剝離手術」及「腦中風取栓術」設立專款，另「心肌梗塞」及「重大創傷疾病」設立品質獎勵指標，請加強推動「急重症區域聯防合作」降低病患死亡率、失能率。
- 三、藥費管理：112 年 Q4 一般藥費成長率 4.8%(全國第 1)、占率成長 0.06 個百分點，一般藥費成長貢獻(52.1%)最高，請持續加強管理高成長貢獻及高價藥使用合理性。113 年配合衛生福利部推動國血製劑以「國血國製國用」為目標，請積極協助提升醫院國血製劑使用占率。
- 四、檢驗(查)結果及影像即時上傳：112 年 Q4 檢驗(查)結果及影像上傳率分別為 96.5%、97.3%(全國值 96.7%、97.4%)，請加強提升上傳率。
- 五、C 肝口服新藥：截至 113 年 2 月 28 日收案 310 人(全國第 1)、成長率 48%；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。
- 六、虛擬健保卡：112 年度北區申報 35,844 件(全國第 3)，居家場域有 9 家醫院申報 840 件(全國第 2)，請尚未加入醫院積極參與。
- 七、居家醫療整合：北區共 38 群居家團隊，照護 12,493 人、成長率 4%，低於全國(5%)，請積極收案。
- 八、強化住院護理照護量能方案：113 年為鼓勵護理人員留任及強化夜班護理照護量能，其他預算專款 40 億元，提供急性一般病床護理人員夜班獎勵及其他護理獎勵，請醫院積極提升住院護理照護品質。

第三案、112 年第 4 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 4 季轄區醫院異常費用管理現況

決定：洽悉；112 年第 4 季執行之異常費用管理專案共計 12 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 年第 3 季因應新冠疫情之費用補助分配結果

決定：洽悉。

- 一、依據「北區醫院總額共同管理委員會 112 年第 1 次臨時會議」決議，補助經費先以交付機構初核定浮動點數占轄區醫院總額浮動點數占率保留，剩餘金額以轄區 69 家醫院各季 50%初核定浮動點數占率、50%最終核定點數占率分配。
- 二、補助金額 1.5 億元，交付機構 769 家補付 9.0 萬元，69 家醫院補助金額 1.49 億元，已於 4 月 3 日撥付補助金額。

第六案、113 年 4 月起藥價調整對總額方案藥費管理之基期藥費影響評估

決定：洽悉。

- 一、因應每年度藥價調整，基期申報藥費點數自藥價調整當季(113 年 Q2 起)依各院各季藥費預估降幅校正，反應成數為若該院當季藥費成長>全國平均藥費成長率反應 8 成、餘反應 6 成。
- 二、113 年調整 4,538 項藥品價格，以公告品項之新藥價校正計算 112 年 Q2~Q4 藥費，各院各季藥費降幅資料已於 113 年 3 月 12 日回饋各院自主管理合理之藥費成長率。

第七案、113 年鄉鎮市及次醫療區每萬人口醫人比 $\leq$ 10 人之醫院名單

決定：洽悉。

- 一、轄區次醫療區域每萬人口西醫師數小於 10 人地區，計 4 家急救責任醫院，調整 113 年總額方案超額回饋急重癌生產成長分段補付比率提高

10%；鄉鎮市區每萬人口西醫師數小於 10 人地區，計 12 家醫院，醫院增聘專任醫師請於每季季末次月底前來函報本組，才得列入品質獎勵計算。

二、本區在地就醫比率提升概況，自 113 年第 2 季起列入各季例行報告，俾利追蹤及監控成效。

肆、討論事項

第一案、113「醫院總額點值暨品質提升方案」品質指標修訂案

決議：

- 一、「論質計酬」目標值改以各層級同儕值(全國同儕或轄區同儕值取高者)計算，並同步調整第三段獎勵，醫院表現已與去年相當，且收案率已高於同儕目標值*0.6 者，可獲獎勵。
- 二、安寧緩和照護「死亡前 1 年接受安寧照護人數比率」，維持 112 年目標值訂定模式，醫學中心與區域醫院採分別計算。
- 三、虛擬健保卡「看診件數獎勵」，為鼓勵醫院推動，大於全國同儕值 50%者，新增當季一般門住診看診件數獎勵 150 點/件，未達全國同儕值 50%者，則獎勵首次開通案件 250 點/件。
- 四、健保資訊推動「重要檢查(驗)再次執行率」，考量執行成效良好醫院後續降幅有限，增訂自身值低(等)於同儕 P10 或 P30 即可獲獎勵比率 0.15%或 0.10%；另會議資料 112 年各層級全國同儕值誤植，併同修訂。
- 五、檢附上述品質獎勵指標自 113 年 Q1 起實施，修訂表詳附件 2，後續方案規劃時，應考量指標閾值醫院努力空間有限時，應予以獎勵，以鼓勵執行成效良好醫院。

第二案、112年新增執行之新藥、新特材項目提報案

決議：符合無替代性之新特材(3 項)，自 113 年 Q1 起納入總額點值暨品質提升方案分配滿 1 年止(113 年第 4 季)，以新診療項目分配後剩餘點數依各院執行情形分配，倘超過可分配點數則等比例限縮。

第三案、北區醫院總額共同管理委員會組織要點修訂案

決議：

- 一、因應臺大醫院新竹分院評鑑等級升格為醫學中心，及為提高轄區醫院參與共管會議討論，修訂「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組織要點」如附件 3。
- 二、另後續開會通知、會議議程及會議紀錄通知全體醫院，非上、下半年委員，如欲參與會議，請洽本組聯絡人安排列席與會。

第四案、超出管理目標回饋及品質指標之「鄉鎮市及次醫療區每萬人口醫人比 ≤ 10 人」之醫院名單納入臺大竹東醫院

決議：臺大竹東分院與臺大生醫園區分院於 110 年 1 月 1 日合併為國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院生醫醫院與本署特約，參加北區業務組醫院總額點值暨品質提升方案，在目標管理點數及各項指標維持以單一醫事機構代號方式計算。

第五案、113 年北區醫院總額方案目標管理點數基期修訂案

決議：併同提案五、六、七討論，維持 113 年北區醫院總額方案原規劃

- 一、考量各醫院 113 年各季規劃點值及各醫院目標管理點數，已於 113 年 2 月通知並完成附約簽定；爰轄區醫院已依通知點數及點值預估收入規劃醫院年度人力、設備投入，基於 113 年 5 月修訂得影響甚大，且下半年已要啟動 114 年規劃，爰 113 年維持原規劃目標點數不調整。
- 二、本署政策朝向優先保障住院費用，及提案六、七、個別醫院提案修訂方案內容，將一併列入 114 年北區醫院總額方案草案規劃，並於 113 年下半年討論。

第六案、北區醫院總額方案之「基本目標管理點數」修正案

決議：同提案五決議。

第七案、北區醫院總額方案之「基本目標管理點數」分配原則修訂案

決議：同提案五決議。

第八案、113年區域聯防專款項目之網絡建置費分配運用方式案

決議：

- 一、113年度新增「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」及「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」專款，100萬點網絡建置費規劃採團隊建置行政費(60%)及4項品質監測指標獎勵(40%)。
- 二、依112年服務量徵詢醫院辦理意願，每項疾病擇定2家區域層級以上醫院擔任，114年擇定方式將視113年執行情形，評估擴大各縣市醫院參與等條件。

伍、散會：下午3點36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	「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)病歷應具體敘明施測原因，若病歷過於簡略、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)，不符專業認定，不予支付。 (3)「身心障礙鑑定作業辦法」明訂鑑定費由縣(市)衛生主管機管核發，不得重複申領健保費用。 2.篩選指標 (1)樣態一：心理測驗全套(45058C)申報點數>P95 醫師	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。	專業審查： 前次 111Q4 審查高核減(件數核減率>30%)之醫院及醫師，辦理回溯性審查 1. 樣態一：抽審 3 家醫院、4 位醫師、89 件，核減 16 件(件數核減率 18%)、367,768 點。 2. 樣態二：抽審 5 家醫院、160 件，核減 86 件(件數核減率 54%)、2,963,304 點。	-	-	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)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) 3.操作型定義:費用年月110年9月至112年5月,門診申報醫令45058C、45052C、45055C,排除醫令類別4代辦案件。								

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)	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	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)合理性 2.操作型定義： 資料區間112Q3，醫事類別22_住診，申報多寶副鼻竇手術(65013B)案件，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。	專業審查： 1. 抽審1家、8件，核減1件、20,322點。 2. 經輔導申報件數已下降，且件數核減降為12.5%，依據「醫院醫療費用專案異常管理輔導流程」解除專案列管。	-	-	8	1	20,322	20,322 (14.3%)

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	
3	頸(肢體) 動靜脈管之 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.相關法規: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 之 8 家醫院，計 544 件，分為 3 種樣態。 (1)樣態一： 69023B+69003B+69004B (2)樣態二： 69023B+69003B (3)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。	專業審查: 1. 樣態一:抽審 6 家、46 件、核減 38 件(件數核減 83%)、1,266,132 點。 2. 樣態二:抽審 8 家、63 件、核減 14 件(件數核減 22%)、314,637 點。 3. 樣態三: (1)第一階段抽審 5 家醫院、28 件、核減 25 件(件數核減率 89%)、586,333 點；標的醫令核減 529,372 點(標的醫令核減率 46%)。	38	555,133	173	105	2,572,655	3,127,788

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)後續另針對 4 家高核減醫院 (>30%)辦理自行清查。 A.其中 3 家醫院，同意返還 555,133 點，自清比率 51%。 B.不自清案件 另行辦理抽審釐清，計抽審 3 家醫院、36 件、核減 29 件(件數核減 81%)、433,294 點(點數核減率 7%)。						
4	112 年 4 至 7 月_腹腔鏡闌尾切除術(74004B)併報腹腔內膿瘍引流術	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1.相關法規: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		專業審查： 1. 前次審查 (110/02-111/12)高核減(件數核減率>30%)，且	-	-	2	2	16,495	16,495 (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	
	(75801C)追蹤審查案		或兩側性手術之多項手術計算。 2.篩選指標: 同次手術(74004B、72019B、72018B)醫令併報75801C(腹腔內膿瘍引流術) 3.操作型定義: 75801C 同次手術併報74004B、72019B、72018B。		主要核減併報型態為74004B + 75801C 之 5 家醫院，續追蹤 112 年 4 至 7 月申報情形。 2. 其中 3 家已無此類案件，另 2 家醫院各申報 1 案，全數抽審，核減 2 件，16,495 點，件數及點數核減率 100%。 3. 個別醫院管控標的申請點數已低於 10 萬點，依據「醫院醫療費用專案異常管理輔導流程」解除專案列管。						

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	
5	口腔切腫瘤 (71001B)合 理性審查	☐ 全國 ☐ 自訂 ☒ 他區	案源:案係112年10月他區專審發現口腔或口咽腫瘤切除(71001B_9,681點),屬良性病變或檢體小於1公分者,予改支切片(71011C_1,614點)或非必要住院之情形 1. 篩選指標:口腔或口咽腫瘤切除(71001B)申報占率(71001B/71001B+71011C)高於全國平均值醫院 2. 操作型定義:標的醫院111年1月至112年9月期間有申報71001B案件。	手術申報項目不符醫療常規、病灶大小以及手術範圍不符合等。	專業審查: 1.針對轄區71001B申報占率高於全國平均值(39%)之6家醫院進行抽審、審查150件,核減6家、94件(件數核減率62.7%)、1,120,600點。 2.後續管理:件數及點數核減率>30%之2家醫院,持續審查追蹤。	-	-	150	94	1,120,600	1,120,600 (23.6%)

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	內分泌科檢查(驗)併報合理性	☐ 全國 ☐ 自訂 ☒ 他區	1. 篩選指標:針對內分泌科專科醫師在內分泌科申報之檢驗檢查計算平均開立種類數及申報點數。 2. 操作型定義:112年6月至112年9月門診併報內分泌科檢查(驗)09106C、09107C、09112C三項之案件 -游離甲狀腺素免疫分析(09106C) -游離三碘甲狀腺素免疫分析(09107C) -甲狀腺刺激素免疫分析(09112C)	1.檢查檢驗不符醫療常規/套裝檢查，無例行性執行之必要。 2.09106C、09107C、09112C併報不合理。	專業審查: 1. 抽審2家醫院60件，核減60件、12,290點，標的醫令件數及點數核減率分別為100%、31%。 2. 經輔導後，其中1家醫院自112年7月起已無類此申報案件；另1家醫院之申報醫令點數低於10萬點，依據「醫院醫療費用專案異常管理輔導流程」解除專案列管。	-	-	60	60	12,290	12,290 點 (31%)

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	
7	白內障手術 併報微創玻 璃體切除術 (86414B 、 86415B) 審查	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1. 依據: 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節通則七：「凡為達手術最終目的過程中附帶之手術及處置，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: 白內障手術(86008C、86007C、86008C、86011C、86012C)併報微創玻璃體切除術(86414B、86415B) 3. 操作型定義: 資料區間111年3月至112年3月、醫事類別門住診	1.手術前未施予適當檢查、評估及藥物治療/未確立診斷，由病歷紀錄缺乏實施該手術/處置之具體理由。 2.白內障手術屬門診，非住院必要之手術	專業審查： 抽審 10 家醫院、261 件，核減 8 家醫院、141 件(件數核減率 54%)、4,631,123 點(點數核減率 23%); 標的醫令核減 132 件(件數核減率 51%)、4,379,608 點(點數核減率 27%)。	-	-	261	141	4,631,123	4,631,123 (23%)
8	皮腱膜移位術(62054B)與臉、頸部瘢痕攣縮鬆弛術	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1. 案源: 112 年第 1 季醫療費用送審案件個別醫院專案管理 2. 篩選指標: 皮腱膜移位術(62054B)併報臉、頸部瘢痕攣縮鬆弛術	無圖片或照片佐證有明顯瘢痕攣縮	專業審查： 1.抽審 18 件，核減 13 件(件數核減率 72%)、306,842 點(點數核減率	-	-	18	13	306,842	306,842 (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	
	(64274C)併報之合理性		(64274C) 3.操作定義:資料區間 112 年 7 月至 8 月、 醫事類別門住診		5%)，標的醫令核減 13 件 (件數核減率 72%)、285,707 點(點數核減率 44%) 2.持續列管審查。						
9	住院一日執行上消化道內視鏡	☐ 全國 ☐ 自訂 ☒ 他區	1.篩選指標: 住院 1 天，且申報上消化道泛內視鏡檢查(28016C)、上消化道內視鏡息肉切除術(47074C)、大腸鏡檢查(28017C)、大腸鏡息肉切除術(49014C)案件 (1)樣態一: 28016C+28017C (2)樣態二: 28016C+49014C 2.操作型定義: 資料區間：111 年 1 月至 112 年 9 月，醫事類別 22。	1.與病情無關之非必要檢查或檢驗。 2.非必要之住院，但其相關診療、檢驗(查)、用藥等全部或部分仍屬必需。	專業審查: 抽審 12 家醫院、36 件，核減 16 件(件數核減率 44%)、56,406 點(點數核減率 9%);標的醫令核減 5 件(件數核減率 14%)、8,663 點(點數核減率 6%)。	-	-	36	16	56,406	56,406 (9%)
10	肋骨骨折復位術申報合理性審查	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1.依據: 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七	1.外傷進行肋骨復位卻申報成	專業審查: 1.樣態 1：抽審 5 家醫院 51	-	-	87	86	3,153,270	3,153,270 (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	
			節通則七：「凡為達手術最終目的過程中附帶之手術及處置，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_肋骨骨折復位術以 67045B 申報。 (2)樣態 2_胸骨或肋骨骨折開放復位手術(67003B)合併申報胸腔鏡肺膜剝脫術(67047B)或胸腔鏡肺楔狀或部分切除術(67051B)。 3.操作型定義：資料區間 111 年 4 月至 112 年 10 月住診醫療費用(1)樣態 1:申報肋骨復位術處置碼(ICD-10-PCS 前 4 碼為 OPS1-、OPS2-)且申報 67045B 醫令之案件(2)樣態 2:申報 67045B、67003B，且併報 67047B 或 67051B 之案件。	人凹凸胸矯正術(67045B)不合理 2.胸腔鏡肺膜剝脫術(67047B)或胸腔鏡肺楔狀或部分切除術(67051B)屬執行胸骨或肋骨骨折開放復位手術(67003B)之過程面手術，不應另行申報。	件，標的醫令(67045B)全數改支為 67003B，核減 51 件(件數核減率 100%)、145.5 萬點(11%)。 2.樣態 2:抽審 2 家醫院 36 件，標的醫令(67047B 或 67051B)核減 34 件(件數核減率 94%)、169.7 萬點(27%)。 3.綜上，共抽審 7 家醫院 87 件，核減 85 件(件數核減率 98%)，315 萬。						

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	胸腔鏡肺楔狀或部分切除術(67051B)與胸膜內(外)肺鬆解術(剝離術)(67020B)併報之合理性	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1.依據：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節通則七：「凡為達手術最終目的過程中附帶之手術及處置，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)樣態一:申報肋骨復位術處置碼(ICD-10-PCS 前 4 碼為 OPS1-、OPS2-)且申報 67045B 醫令之案件 (2)樣態二:申報 67045B、67003B，且併報 67047B 或 67051B 之案件。 3.操作型定義： 資料區間 111 年 4 月至 112 年 10 月住診醫療費用	胸膜內(外)肺鬆解術(剝離術)(67020B)屬執行胸腔鏡肺楔狀或部分切除術(67051B)之過程面手術，不應另行申報。	專業審查： 抽審 7 家醫院 80 件，核減 6 家、79 件(件數核減率 99%)、1,745,200 點(點數核減率 12%)；其中標的醫令(67020B)核減 79 件(標的件數核減率 99%)、138.9 萬點(標的點數核減率 99%)。	-	-	80	79	1,745,200	1,745,200 (12%)

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	
12	同日開立(執行)正子造影(PET_26072B_全身)與電腦斷層(CT_33070B、33071B、33072B)合理性	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1.依據:「全民健康保險醫療給付項目及支付標準」規定_正子造影(PET)全身 26072B)適用於腫瘤之分期、治療及懷疑復發或再分期,各階段須經電腦斷層等檢查仍無法分期者;另非腫瘤適應症為存活心肌偵測、癲癇病灶術前評估等。 2.篩選指標:同日開立(執行)PET 全身(26072B)併報 CT(33070B、33071B、33072B)案件 3.操作型定義: 甲、門診:同病人(就醫日期歸戶)同日開立 PET 及 CT 乙、住診:同病人(以醫令執行起日歸戶)同日執行 PET 及 CT;排除代辦案件	1.PET 為功能性影像檢查,不同於 CT/MRI 解剖型態檢查及其他核子醫學檢查,施行目的有所區隔,是否同時開立,跟病人病情、治療急迫性及各項檢查優缺點有關。 2.建議應經 CT、MRI 或核子醫學掃描檢查後,仍無法分期再執行 PET。	專業審查: 抽審費用年月 112 年 7 月至 112 年 10 月併報率高於全國平均值之醫院及醫師,計 7 家醫院、70 件。	-	-	70	-	-	辦理中

醫院總額共同管理委員會 113 年 Q1 品質提升獎勵指標修訂彙整表

附件 2

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】 【1.22%】 【地 區 醫 院、專科醫 院獎勵比率 加權 15%】	參與糖尿病試辦計畫病人比率等 8 項論 質計酬指標		X=實績值 Y=目標值= <u>同儕</u> 平均值(以全國 <u>同儕</u> 或轄區 <u>同 儕</u> 值取高者) Z=去年同期值 *各項值均以年度累計計算		X≥轄區醫院 P90 且 X≥Y	0.15%																												
					X≥Y	0.10%																												
					Y>X <u>>0.6Y</u> 且 X <u>≥Z</u> *1.1	0.05%																												
安寧緩和照 護 【正向指標】 【0.325%】 【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=當季值 X1=去年同期值		X≥Y1	<u>0.325%</u>																												
			<table><tr><th>目標值</th><th>醫 中</th><th>區 域</th><th>地教及地區</th></tr><tr><td>Y1</td><td><u>70.18%</u></td><td><u>74.91%</u></td><td><u>89.77%</u></td></tr><tr><td>Y2</td><td><u>67.44%</u></td><td><u>67.72%</u></td><td><u>63.84%</u></td></tr><tr><td>Y3</td><td><u>65.19%</u></td><td><u>60.04%</u></td><td><u>52.14%</u></td></tr><tr><td>Y4</td><td><u>64.40%</u></td><td><u>51.89%</u></td><td><u>44.83%</u></td></tr><tr><td>Y5</td><td><u>60.91%</u></td><td><u>45.31%</u></td><td><u>30.91%</u></td></tr><tr><td>Y6</td><td><u>57.10%</u></td><td><u>42.27%</u></td><td><u>24.12%</u></td></tr></table>		目標值	醫 中	區 域	地教及地區	Y1	<u>70.18%</u>	<u>74.91%</u>	<u>89.77%</u>	Y2	<u>67.44%</u>	<u>67.72%</u>	<u>63.84%</u>	Y3	<u>65.19%</u>	<u>60.04%</u>	<u>52.14%</u>	Y4	<u>64.40%</u>	<u>51.89%</u>	<u>44.83%</u>	Y5	<u>60.91%</u>	<u>45.31%</u>	<u>30.91%</u>	Y6	<u>57.10%</u>	<u>42.27%</u>	<u>24.12%</u>	X≥Y2	<u>0.275%</u>
					目標值	醫 中	區 域	地教及地區																										
					Y1	<u>70.18%</u>	<u>74.91%</u>	<u>89.77%</u>																										
					Y2	<u>67.44%</u>	<u>67.72%</u>	<u>63.84%</u>																										
					Y3	<u>65.19%</u>	<u>60.04%</u>	<u>52.14%</u>																										
					Y4	<u>64.40%</u>	<u>51.89%</u>	<u>44.83%</u>																										
			Y5	<u>60.91%</u>	<u>45.31%</u>	<u>30.91%</u>																												
			Y6	<u>57.10%</u>	<u>42.27%</u>	<u>24.12%</u>																												
			X≥Y3	<u>0.225%</u>																														
X≥Y4	<u>0.175%</u>																																	
X≥Y5	<u>0.125%</u>																																	
X>X1 或 X≥Y6	<u>0.075%</u>																																	
*參考 112 年 1-9 月全國各層級醫療院所利用 率 PR 值訂定目標值																																		

醫院總額共同管理委員會 113 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									
虛擬健保卡【正向指標】 【總規劃點數 0.20% 為限】	2. 居家、遠距及一般門住診(含視訊)逾同儕值之虛擬健保卡看診件數獎勵	執行虛擬健保卡當季一般門住診申報件數高於同儕值或居家照護件數高於目標值。 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、 首次開通且以虛擬健保卡就醫申報個案：申報就醫序號 V001 備註： 視政策方向滾動式調整獎勵項目	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件數 X4=申報就醫序號 V001 個案數(以人歸戶) Y=全國同儕值		X3>Y 或 X1 > 10	(X1+X2) *1,500 點 +X3 *250 點 +X4 *250									
					X3 > Y*50%	(X1+X2) *1,000 點 +X4 *250 點+X3*150 點									
					X3 ≤ Y*50%	(X1+X2) *1,000 點 +X4*250 點									
健保資訊推動【0.70%】 【地區醫院、專科醫院獎勵點數加權 15%】	2. 重要檢查(驗)再次執行率【負向指標】	(1) 分子：門診檢查(驗)再次執行醫令數 分母：門診檢查(驗)申報醫令數 排除急診及代辦案件 (2) 管理項目配合本署公告。 (3) 配合本署跨月彙算，指標數據產製期程較晚，故實績值及全國同儕平均值數據採最近 3 個月(當季第 1、2 個月及前季第 3 個月)資料	X1= 112 年自身值 X2=當季自身值 Y= 112 年同期自身值 Z= 112 年全國同儕值		分層	結果	獎勵比率								
			<table><tr><th>層級別</th><th>112 年全國同儕值</th></tr><tr><td>醫中</td><td>5.45%</td></tr><tr><td>區域</td><td>3.80%</td></tr><tr><td>地區</td><td>3.37%</td></tr></table>		層級別	112 年全國同儕值	醫中	5.45%	區域	3.80%	地區	3.37%	X1<Z	1.X2≤Y*0.9 或 2.X2≤P10 且<Y	0.15%
					層級別	112 年全國同儕值									
					醫中	5.45%									
					區域	3.80%									
			地區	3.37%											
			1.X2≤Y*0.95 或 2.X2≤P30 且≤Y*0.97	0.1%											
			X2≤Y	0.05%											
			X2≤Y*0.85	0.15%											
			1. 備註：112Q1-Q4 再執行率平均		X1≥Z	X2≤Y*0.9	0.1%								
X2≤Y*0.95	0.05%														

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組織要點

民國九十四年一月十四日
醫院總額共管小組第一次會議決議通過
民國九十四年八月三日
醫院總額共管小組第七次會議決議通過修正第五條
民國九十五年一月四日
醫院總額共管小組第十次會議決議通過更名並修正醫院總額共同管理委員會組織要點
民國九十六年十二月二十日
醫院總額共同管理委員會 96 年第 6 次會議決議通過修正第六條
民國一〇二年九月四日
醫院總額共同管理委員會 102 年第 3 次會議決議通過更名並修正第八條
民國一〇六年三月十五日
醫院總額共同管理委員會 106 年第 1 次會議決議通過修正第八條及第九條
民國一〇八年三月十三日
醫院總額共同管理委員會 108 年第 1 次會議決議通過修正第四條及第五條
民國一〇九年九月九日
醫院總額共同管理委員會 109 年第 3 次會議決議通過修正第七條
民國一一三年四月十一日
醫院總額共同管理委員會 113 年第 1 次會議決議通過修正第四、六、九、十條

- 第 一 條 為利轄區全民健康保險醫院總額等相關事務之順利推動，並與醫界維持共同管理之協商管道，特由中央健康保險署北區業務組與醫院團體共同組成醫院總額共同管理委員會（以下簡稱共管委員會）。
- 第 二 條 本區共管小組之主要任務如下：
一、協商本區全民健康保險醫院總額之相關事務。
二、協助中央健保署北區業務組處理全民健康保險相關事務。
- 第 三 條 本區共管委員會會議採雙主席合議制，即由北區業務組及醫院代表各推舉一名主席共同擔任會議主席，以合議制方式協調有關本區醫院總額之相關事務。
- 第 四 條 本區共管委員會會議業務組代表係由業務組組長、副組長、專門委員及醫療費用一科、醫務管理科、醫療費用三科等支出面科室主管組成；醫院代表係由轄區醫院院長聯誼會會長、副會長、榮譽會長、秘書長及該聯誼會推派各層級醫院代表二十人（醫學中心五名、區域醫院六名、地區醫院九名）組成。並由北區業務組組長及院長聯誼會會長共同擔任會議主席。
- 第 五 條 為使轄區醫院能參與議題討論，共管委員會會議召開前，由醫院院長聯誼會秘書處召集參與醫院總額方案醫院，收集並共識研商議案，提報共管委員會議。
- 第 六 條 委員任期：本區共管委員會之醫院代表任期分為每年度上半年及下半

年，屆滿由轄區院長聯誼會進行代表改選作業。而為使轄區醫院皆有參與會議機會，業務組得於上、下半年度會議，分別邀集當年度下、上半年委員代表共列席會議。

第 七 條 本區共管委員會每季開會一次，必要時得召開臨時會議，並由北區業務組辦理召集等業務。會議代表於提報名單時需併同提報指定代理人二名，代表因故無法出席會議時，依代理人順位由一人代理出席，非原推派之代理人不得代表出席會議。另為掌控會議參與人數，每位會議代表得協同助理二名與會。

第 八 條 醫界代表於任期間因故無法執行本區共管委員會職務時，應由院長聯誼會洽請原屬層級推派遞補之。醫界代表因故無法執行本區共管小組職務時，應由原屬層級推派遞補之。

第 九 條 本區共管委員會代表均為無給職。本區共管委員會事務經費由中央健康保險署北區業務組撥付之。

第 十 條 本組織要點需經共管委員會會議決議通過後施行，修改時亦同。