

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 4 次會議紀錄

時間：113 年 12 月 18 日（星期三）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：胡嘉儒

出席人員：

張副會長達人	張達人	陳委員文鍾	陳文鍾
江特別顧問銘基	江銘基	侯委員雅菁	侯雅菁
陳秘書長旗昌	陳旗昌	吳委員家勳	吳家勳
李委員佩娜	李佩娜	鄭委員貴麟	黃盈焜 ^(代)
王委員國明	王國明	謝委員麗玲	謝麗玲
林委員秀峰	簡名志 ^(代)	林委員金龍	林金龍
楊委員宏智	楊宏智	葉委員建志	葉建志
楊委員南屏	郭靜燕 ^(代)	陳委員曾基	黃政斌 ^(代)
邱委員猷章	李俊宏 ^(代)	曾委員英智	曾英智
徐委員國芳	請假	陳委員忠信	陳忠信
戴委員明正	戴明正	劉委員有漢	劉有漢
彭委員家勳	彭家勳	施委員議強	施議強
黃委員禹仁	劉雅文 ^(代)	李委員順安	李順安
趙委員正芬	趙正芬	張委員曜任	張曜任
李委員文源	彭桂秋 ^(代)	徐委員千剛	徐千剛

列席人員：(職稱敬略)

新竹馬偕紀念醫院

林劭芸

仁慈醫院

王亮堯 曾綉伶

南門綜合醫院

宋易芸

林口長庚醫院	朱映愷 吳季軒
新竹臺大分院新竹醫院	戰琬珍
衛生福利部桃園療養院	黃俊卿
衛生福利部苗栗醫院	溫靜微
國軍桃園總醫院	陳勃仲 楊惠芳
台北榮民總醫院桃園分院	江衍霖
東元綜合醫院	盧文婷
聖保祿醫院	謝志偉
為恭紀念醫院	湯佳玲
敏盛綜合醫院	劉美君
聯新國際醫院	謝泉發
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
中醫大新竹醫院	蘇惠珍 張倚榛
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	孫漣
重光醫院	吳秀珍
弘大醫院	劉惠敏
通霄光田醫院	陸懷玉
苑裡李綜合醫院	郭咏臻
大千綜合醫院	曾婉菁
長慎醫院	譚瑞錦 王平歡
居善醫院	郭錫卿
祐民醫院	許博晏
華揚醫院	黃瑞美
宏其婦幼醫院	莊淑慧
聯新國際醫院桃新分院	邱阿甜
中美醫院	范毓怡

大明醫院	沈玟均
培靈醫療社	顏怡萍
德仁醫院	陳育楹
林醫院	林佩瑩
大安醫院	陳淑芳
協和醫院	劉蓮英
仁祥醫院	陳文菁

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 林巽音 曹麗玲 陳韻寧 吳煥如
廖佩琦 邱冠霆 胡嘉儒 鄧寶珠 洪嘉雲 劉孟芸芝

壹、主席致詞(略)

貳、確認 113 年第 3 次共管會會議紀錄：確認。

參、報告事項

第一案、113 年第 3 次會議結論事項辦理情形

決定：洽悉；追蹤事項共 4 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、區域聯防：113 年第 3 季「心肌梗塞」區域聯防醫院術後死亡率 7.9% ≤ 全國平均(8.6%)、轉出手術存活率 87% ≥ 全國平均(86.3%)；「重大創傷」術後死亡率 7.95% ≥ 全國平均(7.5%)；轉出手術存活率 78.1% ≤ 全國平均(79.6%)，請醫院積極於黃金治療時間內手術，以提升醫療品質。
- 二、急診管理：急診病人停留超過 24 小時比率 4.26%，高於全國(3.92%)；急診後同院住院置留急診超過 48 小時比率 10.29%，高於全國(6.27%)，居各區最高，請加強改善急診壅塞情形。

三、藥費管理：

(一)藥費成長貢獻主要為一般藥費，且成長率 4.2% 高於全國(2.0%)，請持續加強管理高成長貢獻及高價藥使用合理性。

(二)北區共 14 家醫院申報生物相似性藥品，使用占率 5.1% 低於全國(7.2%)，較 112 年同期成長 2.9 個百分點，其中類風濕性關節炎、白血球缺乏症及乳/胃癌等成分使用占率低於全國。

(三)為達「國血國製國用」目標，113 年北區醫院白蛋白國血製劑使用占率 0.38%低於全國(1.94%)，請協助提升醫院國血製劑使用占率。

四、PAC 急性後期照護：北區醫學中心腦中風下轉數 45 件、下轉率 24.19%，低於全國同儕(30.91%)；113 年第 3 季總收案 528 人(成長率-9%)、居全國第 5，其中腦中風、創傷性神經損傷、衰弱高齡收案數皆較 112 年同期負成長，請積極提升擴大項目收案數。

五、C 肝口服新藥：截至 113 年 11 月 11 日，北區 113 年收案人數 1,173 人(全國第 5)、成長-15%(全國第 3)；本組陸續回饋 C 肝潛在名單，請追蹤個案返診；倘具篩檢卻無診治量能，請協助轉診。

六、虛擬健保卡：113 年第 3 季以虛擬健保卡申報計 35 家醫院、40,684 件(居全國第 1)，居家場域有 13 家醫院申報 703 件(居全國第 1)，請持續積極推廣居家場域。

七、健保卡資料上傳格式 2.0：單軌實施時程暫訂於 114 年上半年，截至 113 年 11 月 19 日計 18 家醫院未完成改版，請積極完成以健保卡 2.0 格式上傳。

八、在宅急症照護試辦計畫：本組核定在宅急症照護團隊計 23 組，主責機構為醫院計 15 組、基層診所計 8 組，北區醫院可收案數為 442 人，截至 113 年 11 月 21 日已收案尿路感染個案 27 名，肺炎個案 2 名，軟組織感染個案 7 名，請積極收案。

九、強化住院護理照護量能方案：113 年 9 月至 12 月依方案規範辦理，以「醫院收到當月撥付款項日」或「費用完成沖抵之醫院接獲款項日」起算一個月內為更正期限，逾限者不再受理資料更正需求。

十、全人全社區照護計畫：本組共 24 家地區醫院參與計畫，請參與醫院於

113 年 12 月底前依計畫完成收案會員健康資料建檔(達 80%)、收案會員健康存摺下載(達 80%)、個案研討或社區衛教宣導、上傳三高疾病檢驗(查)結果等，並於 114 年 1 月 10 日前提交期末成果。

第三案、113 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 113「醫院總額點值暨品質提升方案」肆、二、(三)品質提升獎勵點數規定，品質提升獎勵剩餘點數將依參與方案中有達「優先達成項目」目標值之 48 家，依提升獎勵點數占率重分配。

第四案、113 年第 3 季轄區醫院異常費用管理現況

決定：洽悉；113 年第 3 季啟動核扣之異常費用管理專案共計 12 項，彙整如附件，提供相關篩異邏輯與專業見解、適用法規等內容，供各院參考以利自主管理及正確申報。

第五案、有關「全民健康保險推動鼓勵使用生物相似藥試辦計畫」藥費差額回饋於北區醫院總額點值暨品質提升方案季核定作業調整說明。

決定：洽悉；醫院以生物相似藥替代將減少申報點數及超出管理目標點數，已實質減少當季超額核減點數；若個別醫院當季未超出管理目標點數，則以差額回饋點數補付醫院，補付點數不超過該院當季未超額剩餘點數。

第六案、114 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 113 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 家醫院予署本部辦理報部認定事宜。

第七案、114 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、114 年會議時程如下表，請委員預留會議時間。

會議名稱	會前會	共管會	地點
第 1 次共管會議	114 年 4 月 16 日(三)	114 年 4 月 23 日(三)	會前會： 本業務組 7 樓會議室
第 2 次共管會議	114 年 6 月 11 日(三)	114 年 6 月 18 日(三)	
第 3 次共管會議	114 年 9 月 17 日(三)	114 年 9 月 24 日(三)	共管會： 本業務組 8 樓禮堂
第 4 次共管會議	114 年 12 月 11 日(四)	114 年 12 月 17 日(三)	

二、114 年委員名單請院長聯誼會秘書處於 114 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、有關114年北區醫院總額方案執行方式，提請討論。

決議：

一、114 年北區醫院總額方案以個別醫院總額及分階折付原則規劃，執行方式如下：

(一)試辦時程：114 年第 1 季開始，先行試辦 1 年並滾動式檢討。

(二)參與醫院：採全區一致性參加。

(三)基期設定(0 階)：114 年以 113 年收入為基期，將視 114 年執行情形再行研議 115 年方案基期擇定。

二、114 年北區醫院總額方案說明會訂於 114 年 1 月 7 日召開，並依 114 年第 1 次共管會議臨時會(預計於 114 年 2 月 20 日召開)決議辦理。

伍、散會：下午 4 點 15 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(行政)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	手術不合理併報留置導尿(47014C)	☐ 全國 ☐ 自訂 ☒ 他區 (高屏)	1.依據： (1)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)本署 89 年 3 月 8 日健保醫字第 89002524 號函釋：倘於手術過程施行之留置導尿，應已包含於手術費用中，不得另行申報費用。	該處置為達手術目的過程中施行之留置導尿管，無需另外申報。	1.自行清查： 經請醫院自行清查，同意返還 28,867 件(含全部返還 5,893 件、部分 22,974 件)、1,020 萬點，自清率 82%。 2.行政審查： 不同意自清者，行政審查核扣 14 件、4,937 點。 3.專業審查： 另屬病人臨床病況者，再送專業審查，核扣 22 件、7,913 點。	28,867	10,204,654	7,301	36	12,850	10,217,504 (74.02%)

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(行政)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：醫院住診申報手術且併報 47014C 之案件。 3.操作型定義：費用年月區間 112 年 1 月至 113 年 4 月，並排除 Tw-DRG 支付型態為「0」。								
2	「緩和醫療家庭諮詢費 02020B」申報不符支付標準規定案件追扣	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1.依據：支付標準第二部第一章第二節「緩和醫療家庭諮詢費 02020B」給付規定，每人每院限申報 2 次，另已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案、住院安寧療護及居家安寧照護後，不得再申報。 2.篩選指標：同院所同病患「接受安寧照		1.自行清查：函請轄區 28 家醫院自行清查篩異案件計 752 件，其中同意返還 744 件、167 萬點。 2.行政審查：不同意自清者，依醫院說明及相關佐證資料行政審查，抽	744	1,674,000	8	1	2,250	1,676,250 (99.07%)

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(行政)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	
			護後再執行 02020B」、或 「02020B 申報超過 執行上限(2 次)」之 案件。 3.操作型定義： 資料區 間 111 年 10 月至 113 年 7 月門住診申 報 02020B 案件，排 除代辦案件。		審 8 件、核扣 1 案、2,250 點。						
3	全副鼻竇 切除術 (65014B)與多副 鼻竇切除 術 (65013B)併報之 合理性	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1.依據： 審查注意事項 (1)100907132-02 規定 全副鼻竇切除術 (65014B)為打開所有 的鼻竇口含鼻外及 口內徑路。並把鼻 竇發炎組織及迷路 腔式清除乾淨。 (2) 100907132-01 以內 視鏡方式施行全副 鼻竇切除術得申報 全副鼻竇切除	申報不符 給付規 定，改支 多竇副鼻 竇手術 (65013B)，8,855 點)。	專業審查： 1.樣態 1：抽審 6 家醫院、10 位醫師、88 件，核減 53 件(件數核減 率 60%)、139 萬餘點(點數 核減率 48%)。 2.樣態 2：抽審 5 家醫院、12	-	-	100	57	1,513,130	1,513,130 (46.05%)

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(行政)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	
			(65014B)；另以內視鏡方式施行多副鼻竇切除術，得申報多副鼻竇切除術(65013B)。 2.篩選指標： (1)樣態 1： 申報 65014B/65013B 醫令筆數>2 倍或同次申報 2 筆 65014B 件數占率 >50%之醫師。 (2)樣態 2： 65014B 及 65013B 併報案件 3.操作型定義： 資料區間 113 年 1 月至 113 年 7 月，住診申報 65014B 及 65013B 醫令案件。		件，核減 4 件(件數核減率 33%)、116,911 點(點數核減率 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(行政)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	CT陽性率 偏低合理性審查	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1.篩選指標： (1)樣態 1：申報頭部 CT 醫令上傳檢查驗報告 陽性比率最低前 20 名 醫師 (2)樣態 2：申報頭部 CT 醫令未上傳檢查驗報 告件數最高之醫師 2.操作型定義： 費用年 月 112 年 10 月至 12 月，門診申報頭部電 腦斷層檢查 (33070B,33071B,3307 2B)且診療部位為頭 部(H)之案件。	未進行詳細理學檢 查、評估，逕予 執行該項 檢查驗。	專業審查： 1.樣態 1：抽審 7 家醫院、20 位醫師、247 件，核扣 51 件、215,371 點(點數核減 率 20.45%)。 2.樣態 2：抽審 1 家醫院、5 位醫師、42 件，核扣 15 件、57,000 點 (點數核減率 35.71%)。	-	-	289	66	272,371	272,371 (22.46%)
5	影像導管 特材申報 數量不符 給付規定 (A225-1)	☒ 全國 ☐ 自訂 ☐ 他區	1.依據： 全民健康保險 特殊材料給付規 定:(A225-1)使用本項 特材須符合支付標準 18043B「冠狀動脈血 管內超音波」所訂適 應症，且每一位病		1.自行清查： 經 排除 44 件重 複案件，剩餘 23 件移請醫 院自行清查， 同意自清 6	6	122,574	17	1	20,429	143,003 (30.43%)

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(行政)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	
			人，一次治療以使用一條 IVUS (Intravascular Ultrasound) 導管或光學同調斷層掃描影像系統-飛龍影像導管為限。 2.篩選指標：執行冠狀動脈檢查及經皮冠狀動脈擴張術，同日申報 2 筆影像導管特材案件。 3.操作型定義：費用區間 112 年 1 月至 113 年 6 月、住診申報 18020B、18022B、18043B、33076B、33077B、33078B 且同時申報 2 筆前 5 碼為 CGPG3 特材之案件。		件、12.3 萬點。 2.行政審查：不同意自清 17 案，依醫院說明及病歷行政審查，計核減 1 件、2 萬點，其餘 16 件確屬不同次治療不予核扣。						

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(行政)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	非境外移植器官病人使用抗排斥藥品審查	☒ 全國 ☐ 自訂 ☐ 他區	1.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 3.操作型定義： 由醫事司提供至 113 年 5 月止新增使用抗排斥藥且未至境外接受器官移植之個案清單，並依醫院說明填報申報區間擷取申報藥品 ATC 前 3 碼 L04 案件。	適應症不符藥品給付規定	專業審查： 抽審 3 家醫院、28 件，核減 13 件(件數核減率 46.43%)、123,891 點(點數核減率 3.77%)	-	-	28	13	123,891	123,891 (3.77%)

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(行政)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	子宮鏡移 除異物或 息肉 (80422C) 申報合理 性	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1.依據：檔案分析 112 年北區醫院門診申報子宮鏡移除異物或息肉(80422C，18,144 點，6,537 筆)醫令數為診斷性或治療性子宮擴張刮除術(80401C，2,752 點，1,954 筆)之 3.3 倍，高於全國值 1.8 倍(31,376 筆/17,227 筆)，爰啟動專案管理。 2.篩選指標： (1)樣態 1：80422C 與 80401C 併報。 (2)樣態 2：申報 80422C 子宮鏡移除異物或息肉醫令筆數占比及執行率>全國同儕 P90 之醫師別。	1.樣態 1：「同一部位手術重複(0412A)」及不得合併申報。 2.樣態 2：「非必要性處置(0431A)；不完全流產不需進行該手術」。	抽審轄區 12 家醫院、196 件篩異案件，辦理專業審查，核減 10 家醫院，共 32 件(件數核減率 16%)、34 萬點(點數核減率 7%)。 1.樣態 1：審查 19 件標的醫令(80401C 及 80422C)核減 16 件(件數核減率 84%)，13 萬點(點數核減率 27%)。 2.樣態 2：審查 177 件標的醫令(80422C)核減 15 件	-	-	196	32	341,286	341,286 (7%)

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(行政)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：費用年月區間 111 年 7 月至 113 年 7 月，門住診婦產科(05)申報 80422C 與 80401C，排除任一診斷為「子宮內息肉(N84.0)」及「子宮壁內平滑肌瘤(D25.1)」案件。		(8%)，20 萬點(5%)。						
8	113 年白內障手術每季例行審查(專審)	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1.依據：支付標準自 111 年 3 月起修訂，醫師每月門住診執行白內障手術第 41 例起，由事前審查改為事前登錄，須至 VPN「白內障手術個案登錄系統」，取得「登錄完成序號」，並於申報時填列序號方得支付。 2.篩選指標：		1. 抽審 8 家醫院、69 件，專審結果共核減 2 家、9 件、316,661 點。 2. 113 年第 4 季比照 113 年第 3 季抽審條件，另部桃園因核減率 >30%，列入重點審查醫	-	-	69	9	316,661	316,661 (29%)

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(行政)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)樣態 1：白內障手術 每月申報大於 40 例 醫師 (2)樣態 2：白內障手術 高成長醫師(件數成 長率>轄區 P90) 3.操作型定義: 資料區間 11307~11308、門住診 申報白內障手術醫令 (86006C、86007C、 86008C、86011C、 86012C)之案件。		院。						

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(行政)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	
9	90 日內同 院重複執 行 MRI 重 點醫院擴 大審查[論 人審查]	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1.依據：延續 111 下半 年至 112 上半年 CIS 事後歸戶審查指標項 目「90 日內同院重複 執行 MRI(指標代號 0005002)」審查結 果，辦理高核減率 (>40%)醫院加重審 查。 2.篩選指標：病人同院 歸戶 90 日執行 MRI>=3 次		專業審查：抽審 1 家醫院、33 件，核減 5 件 (件數核減率 15%)、69,554 點 (點數核減率 1.24%)	-	-	33	5	69,554	69,554 (1.24%)

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(行政)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	
10	「新型冠 狀病毒抗 原檢測 (14084C) 申報合理 性」專案	☐ 全國 ☐ 自訂 ☒ 他區 (南區)	1.依據：依全民健康保 險醫療服務給付項目 及支付標準規定 14084C 新型冠狀病毒 抗原檢測(自 112 年 10 月起納入給付)之 適應症為「符合抗病 毒藥物使用條件 者」，另衛生福利部 疾病管制署之「公費 COVID-19 治療用口 服抗病毒藥物領用方 案」中訂定符合臨床 使用條件為具任一重 症風險因子，經醫師 評估治療效益及風 險，並充分告知病人 後，即可開立 COVID-19 抗病毒藥 物進行治療。		抽審轄區 10 家 醫院、101 件， 核減 44 件(件數 核減率 43.56%)、 11,439 點(點數 核減率 26.4%)	-	-	101	44	11,439	11,439 (26.4%)

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(行政)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：門急診申報 14084C 且不符合重症風險異常案件 3.操作型定義：資料區間為 112 年 10 月至 113 年 6 月								

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(行政)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	自費之主要手術(海芙治療)住院案件誤以DRG案件申報-專審	☒ 全國 ☐ 自訂 ☐ 他區	1.依據： Tw-DRGs 問答輯「執行主要手術非本保險給付項目時，不適以 Tw-DRGs 支付，當次住院其餘醫療費用，應以論量申報，且應填報「不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記」為 P(主要手術為健保不給付) 2.篩選指標： 申報 Tw-DRG(369)案件，主診斷為「子宮肌瘤或子宮內膜異位症」，未申報手術碼、手術費及處置費，且基本診療費/實際醫療費用)>60%者。 3.操作型定義： 資料區間 112 年 1 月至 113 年 6 月西醫醫院住診(醫事類別 22)。		1.自行清查： 轄區符合具海芙刀設備者，僅 1 家醫院、8 件件、59,470 點，移醫院說明均不同意返還。 2.專業審查： 經再送專審認定，確屬非自費海芙治療手術且住院費用申報合理，均無核減。	0	0	8	0	0	0 (0%)

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	輕病住院 保險對象 歸戶審查 專案	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1.依據： 定期檢視頻繁住院 保險對象醫療費用合理 性 2.篩選指標： (1)樣態 1：L07(高頻率轉換 醫院住院個案輔導)列管 名單 (2)樣態 2：頻繁輕病住院 (≥ 12 次)之保險對象 (3)樣態 3：輕病住院案件 占申報件數比率 $\geq 40\%$ 之醫師別。 3.操作型定義： 費用區間 112 全年；輕病住院案 件為單次住院費用中， (診察費+病房費)占率 $\geq$ 60%之案件。		刻正辦理專業 審查中。 1. 樣態 1：抽審 15 人、25 件。 2. 樣態 2：抽審 3 人、43 件。 3. 樣態 3：抽審 13 位醫師、 176 件。						審查中