

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 115 年第 2 次會議紀錄

時 間：115 年 6 月 17 日（星期三）14 時

地 點：北區業務組 8 樓禮堂

主 席：張組長溫溫

張會長達人

紀錄：胡嘉儒

出席人員：

張會長達人	張達人	陳委員文鍾	劉美君 ^(代)
徐副會長國芳	徐國芳	謝委員國洲	謝國洲
江特別顧問銘基	江銘基	黃委員文豪	黃文豪
翁榮譽會長順隆	翁順隆	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
王委員國明	王國明	林委員金龍	林金龍
林委員秀峰	簡名志 ^(代)	葉委員建志	葉建志
李委員佩娜	朱映懋 ^(代)	陳委員曾基	陳曾基
吳委員志成	吳志成	曾委員英智	曾英智
楊委員南屏	鄭舒倬 ^(代)	陳委員忠信	陳忠信
廖委員定烈	廖定烈	劉委員有漢	劉有漢
楊委員仲棋	楊仲棋	施委員議強	施議強
彭委員家勛	彭家勛	李委員順安	李順安
黃委員禹仁	盧文婷 ^(代)	張委員曜任	請假
趙委員正芬	趙正芬	徐委員千剛	徐千剛
李委員文源	彭桂秋 ^(代)		

列席人員：(職稱敬略)

仁慈醫院	曾綉伶
衛生福利部苗栗醫院	溫靜微
新竹馬偕紀念醫院	林劭芸
林口長庚紀念醫院	林姮妤
新竹臺大分院新竹醫院	戰琬珍
衛生福利部桃園醫院	郭靜燕
衛生福利部桃園療養院	黃俊卿
國軍桃園總醫院	邱司漢 楊惠芳
台北榮民總醫院桃園分院	丁宏勝
聖保祿醫院	謝志偉
為恭紀念醫院	湯佳玲
敏盛綜合醫院	簡佳慧
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
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 劉家熏
通霄光田醫院	陸懷玉
苑裡李綜合醫院	郭咏臻
南門醫院	宋易芸
大千綜合醫院	曾婉菁
新國民醫院	李宗翰
宏其婦幼醫院	莊淑慧
宋俊宏婦幼醫院	胡瑜涓 江慧婷

新永和醫院	羅瑞香 吳椿玲
華揚醫院	黃瑞美 顧馨尹
德仁醫院	陳育楹
長慎醫院	王平歡 田芸瑄
大安醫院	陳淑芳
協和醫院	劉蓮英
培靈醫療社	顏怡萍
居善醫院	郭錫卿
新生醫院	彭馨儀

衛生福利部中央健康保險署北區業務組 (職稱敬略)

許菁菁 蔡秀幸 倪意梅 楊秀文 謝明珠 廖佩琦 蔡宜珊 林巽音
黃毓棠 李健誠 劉孟芸芝 邱冠霆 吳秋芬 胡嘉儒

壹、主席致詞(略)

貳、確認 115 年第 1 次共管會會議紀錄：確認。

參、報告事項

第一案、115 年第 1 次會議結論事項辦理情形

決定：洽悉；追蹤事項共 2 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：115 年第 1 季術後 48 小時死亡率低於全區值有腦中風 0%(0.15%) 及心肌梗塞 0.3%(0.78%)，另高於全區值有主動脈剝離 15%(7.76%)、重大創傷 6.92%(5.03%)及高危險妊娠 0.07%(0.05%)；腦中風發病後 90 天失能率 81.2%高於全區值(79.5%)。各疾病指標結果已回饋醫院作為管理參考。
- 二、急診暫留管理：急診病人停留超過 24 小時比率 3.77%，高於全國(3.36%)；急診後同院住院置留急診超過 48 小時比率 7.27%(全國平均值 4.38%)，為

全國最高，請加強提升病床使用效率以改善急診壅塞情形。

三、藥費管理：

(一)藥費成長 8.7%，成長貢獻主要為癌藥(44.3%)及一般藥費(18.5%)，一般藥費成長(2.84%)高於全國(2.79%)，釋出處方藥費成長率 6%，請持續加強管理高成長貢獻藥品使用合理性。

(二)生物相似藥使用占率 26.5%，未達計畫目標值(30%)，學名藥使用占率 78.5%達計畫目標值(70%)，請持續推廣生物相似藥及化療學名藥使用。

(三)生物相似藥及學名藥鼓勵試辦計畫，擴大實施範圍至化療藥以外之癌症學名藥，目標值 30%(目前全國使用佔率 13%)，並訂有開立獎勵，目前報部核定中。

四、PAC 急性後期照護：北區 115 年第 1 季總收案 549 人(成長率 18.3%)、居全國第 4，各項疾病皆高於去年同期，請持續針對具復健潛力之患者加強收案；醫學中心下轉率 34.3%低於全國平均(40.9%)，請加強宣導民眾執行 PAC 優點掌握黃金治療期復健治療，提升下轉率。

五、安寧療護：總收案人數 3,889 人(全國排名第 5)、居家安寧收案 816 人(全國排名第 5)，住院安寧或安寧共照病患出院後請主動轉介居家安寧服務；提供預立醫療諮商服務 51 人(全國排名第 5)，請結合特定病友活動加強宣導病主法及預立醫療照護諮商觀念，提升 ACP 服務量能。

六、在宅急症照護試辦計畫：截至 115 年 3 月累計收案 65 人次，全國排名第 5，執行率 6%，尚未收案計 14 家醫院，第 1 季執行率未達 25%計 27 家，請執行進度落後之醫院加強積極收案；北區醫院收案來源以機構 38%最高，居家 34%次之。

七、門診靜脈抗生素治療(OPAT)：115 年 18 家醫院申報 578 人次，佔全國收案數 15.8%，請持續積極推動。115 年總額方案列入政策鼓勵項目並以風險移撥款獎勵 OPAT 下轉，請持續積極推動。

八、術後加速康復推廣計畫(ERAS)：115 年第 1 季共 10 家收案 195 名，本計畫 VPN 已建置完成，自 115 年 4 月 1 日起收案之個案，請配合至【VPN/術後加速康復推廣計畫】填報個案照護資料。

九、115 年風險移撥款：115 年北區獲配預算 6,901 萬點，第 1 季預算分配 1,725.3 萬點。核定術後加速康復(ERAS)推廣計畫 180 萬點、區域聯防急重

症疾病跨院合作計畫 1238.7 萬點、門診靜脈抗生素(OPAT)轉診獎勵計畫 0.3 萬點，慢性病照護精進計畫 0 點(獎勵期程為 115Q2 及 115Q4)，合計 1,419 萬點，達成率 82.25%。

十、病患權益：維護病患權益，不論診間或櫃檯均請加強與病人之溝通，避免申訴案件或負面新聞發酵。

十一、健保卡上傳率輔導作業已於 115 年 4 月 1 日起執行，本組定期回饋報表供各院管理改善，醫院如有執行上之困難可向本組提出，預計輔導至 115 年年底。

十二、乳癌照護品質提升方案：鼓勵每年新診斷乳癌人數達 20 人以上且成立乳癌診療團隊之醫院參加本方案，轄區有 23 家醫院符合資格，已有 7 家申請，如於 115 年 8 月 31 日前參加，獎勵可回溯至 115 年 1 月 1 日，後續亦將訂定獎勵指標，以期完成全國新確診乳癌病人納入收案照護達 80%之目標。

第三案、115 年第 1 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；新診療項目執行 2,752 萬點，剩餘 728 萬點至超額分階折付分配；品質提升指標執行 1.24 億點，剩餘 0.42 億點至超額分階折付分配，執行率 74%。因「區域級以上醫院門診輕症占率」指標自 115Q3 起實施、「慢性病照護精進計畫(風險移撥款支應)」獎勵期程為 115Q2 及 115Q4，故影響本季執行率。

第四案、115 年第 1 季轄區醫院異常費用管理現況

決定：洽悉；115 年第 1 季啟動異常費用管理專案共計 4 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。

肆、討論事項

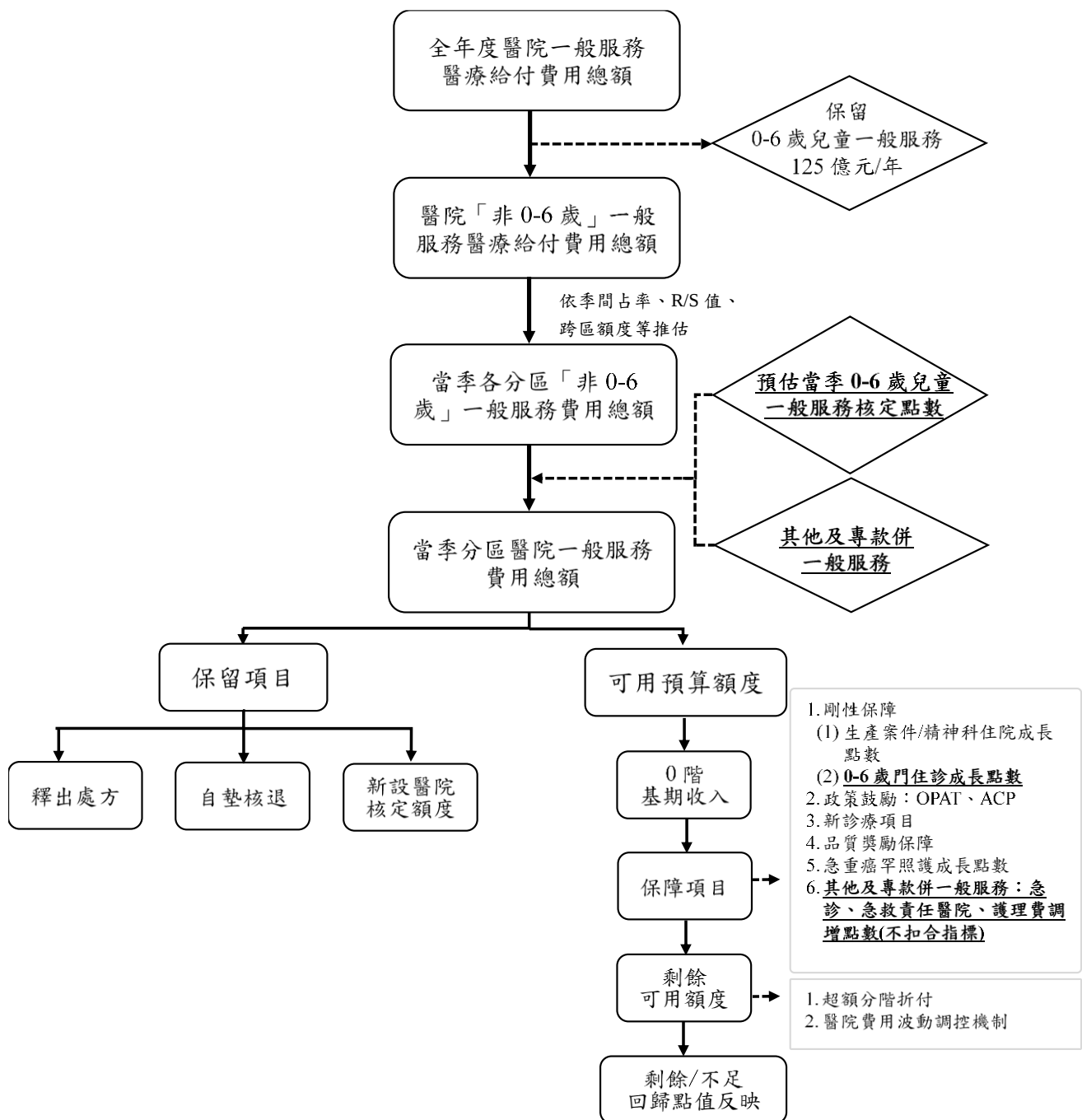
第一案、115年北區醫院前瞻式預算分區共管方式之總額方案核定方式。

決議：

- 一、115 年北區「醫院前瞻式預算分區共管方式」(請參考附表、圖)保障 0-6 歲兒童門住診成長點數及 114 年 5 月「急診、急救責任醫院、護理費」調增點數列計保障項目；另 115 年 1 月「急診加成」調增點數併急重癌保障項目，分配之預算亦納入急重癌預算。
- 二、保障急重癌項目點值不低於階 1 點值或 0.75(取高值)。
- 三、專款及其他部門預算外加個別醫院預算額度，將配合署本部專款及其他預算分配時程及結算方式滾動式調整辦理。

表、115 年總額方案核定執行方式

預算來源	項目	支應範圍	本組 115 年核定因應方式
一般服務	0-6 歲兒童醫療量能保障	為維持醫院兒童醫療量能，115 年起醫院總額由一般服務保留 0 至 6 歲(≤6 歲)兒童醫療費用，全年計 125.5 億元。各季結算點值將依各區不含 0-6 歲一般服務之點值且不低於 1 元支付，另全年預算如有剩餘，再行研議支用方式。	配合保障 0-6 歲兒童醫療費用點值，由原方案保障住診成長點數，擴大保障 0-6 歲兒童門、住診成長點數；預估 0-6 歲轄區申報醫療費用 5.4 億。
專款/ 其他 預算 併一 般服 務	促進醫療服務診療項目支付衡平	(一) 114 年 5 月起增修「急診、急救責任醫院、護理費」相關支付標準等(114 年採急診扣合分配預算、115 年採實際執行點數分配預算)。	(一) 「急診、急救責任醫院、護理費」調增點數； <u>增列保障項目</u> ，採實際因支付標準調整之增加點數作為各院保障額度、提高核付上限；預估執行 1.4 億。 (二) 「急診病人加成」調增點數；納入方案 <u>急重癌保障項目</u> ；預估執行 0.1 億。 (三) 「兒科專科醫師及未滿 2 歲加成」：納入保障項目 0-6 歲兒童門、住診成長點數。
		(二) 115 年 1 月起新增「急診病人加成」規範： 1. 急診病人因緊急傷病而必需四小時以內立即治療處置者，其「處置費」得按加計百分之二十。 2. 符合重大外傷之急診病人，且緊急執行特定診療項目 ^註 者：二小時以內執行，得按本節所定點數加計百分之百；大於二小時至四小時以內執行，得按本節所定點數加計百分之六十。	
		(三) 115 年 4 月起增修「兒科專科醫師及未滿 2 歲加成、支付點數調升」	
	住院護理費用	(一)114 年 5 月起增修「急診、急救責任醫院、護理費」相關支付標準等(114 年採急診扣合分配預算、115 年採實際執行點數分配預算) (二)115 年住院護理新增費用(尚未調整)。	
註： 1. 特定診療項目：33075B、33144B、48014C、48015B、48016B、48017B、48029B、48030B、64022B、64023B、64024B、64197C、64158B、69038C、64237C、67013B、67002B、67010B、67011B、67022B、67023B、67024B、68036B、68006B、68005B、68001B、69009B、75007B、75009B、75805B、83036C、83037C、83039B、73010B、71206B、72014B、73017B、74206B、70001B、70002B、83080B。 2. 「急診、急救責任醫院、護理費」調增點數相關醫令：01015C、00201B、00202B、00203B、00204B、00225B、01021C、00247C、00248B、00249B、00250B、00251B、00252B、00253C、03075A、03076B、03042A、03043B、02011K、02012A、03010E、03011F、03104E、03105F、03047E、03048F、03014A、03095A、03037A、03017A、03098A、03041A、03077K、03078A、03079B、03026K、03027A、03029B、03080K、03081A、03082B、03030K、03031A、03033B、03086K、03087A、03088B、03058K、03059A、03060B、03089K、03090A、03091B、03064K、03065A、03066B。			



圖、115 年「北區醫院前瞻式預算分區共管方式」預算分配原則

第二案、115年「醫院前瞻式預算分區共管方式」品質提升獎勵指標項目「癌症醫療資訊數位轉型以電子病歷(FHIR格式)申請」增列獎勵指標定義建議案。

決議：同意增修免疫製劑事前審查及癌症重大傷病以 FHIR 格式申請獎勵(如下表)，並自 115 年第 2 季起實施。

指標項目：醫療資訊數位轉型以電子病歷(FHIR 格式)申請獎勵(加分項)

	修訂前	修訂後																
指標名稱	癌症醫療資訊數位轉型以電子病歷(FHIR 格式)申請獎勵(加分項)	癌症 醫療資訊數位轉型以電子病歷(FHIR 格式)申請獎勵(加分項)																
操作型定義 / 目標值	1. 成功上線獎勵：參與「癌藥事前審查以電子病歷申請(FHIR)」實作，並經本署通知正式上線，並有案件正式上傳者。 2. 申請案件獎勵：當季以「癌藥事前審查以電子病歷申請(FHIR)」上傳案件，成功受理且經本署核定結果為同意或部分同意者。 <table><tr><th>目標項目</th><th>計算方式</th></tr><tr><td>成功上線獎勵</td><td>當季完成上線每家獎勵 300,000 點</td></tr><tr><td>申請案件獎勵</td><td>每件獎勵 300 點</td></tr></table>	目標項目	計算方式	成功上線獎勵	當季完成上線每家獎勵 300,000 點	申請案件獎勵	每件獎勵 300 點	1. <u>事前審查：</u> (1)<u>癌藥事前審查：</u> [1]<u>成功上線獎勵：參與「癌藥事前審查以電子病歷申請(FHIR)」實作，並經本署通知正式上線，並有案件正式上傳者。</u> [2]<u>申請案件獎勵：當季以「癌藥事前審查以電子病歷申請(FHIR)」上傳案件，成功受理且經本署核定結果為同意或部分同意者。</u> <table><tr><th><u>目標項目</u></th><th><u>計算方式</u></th></tr><tr><td><u>成功上線獎勵</u></td><td><u>當季完成上線每家獎勵 300,000 點</u></td></tr><tr><td><u>申請案件獎勵</u></td><td><u>每件獎勵 300 點</u></td></tr></table> (2)<u>免疫製劑事前審查：</u> [1]<u>成功上線獎勵：癌藥事前審查已提供一次性獎勵，爰不再重複獎勵。</u> [2]<u>申請案件獎勵：當季以「免疫製劑事前審查以電子病歷(FHIR)」上傳案件，成功受理且經本署核定結果為同意或部分同意者。</u> <table><tr><th><u>目標項目</u></th><th><u>計算方式</u></th></tr><tr><td><u>申請案件獎勵</u></td><td><u>每件獎勵 150 點</u></td></tr></table>	<u>目標項目</u>	<u>計算方式</u>	<u>成功上線獎勵</u>	<u>當季完成上線每家獎勵 300,000 點</u>	<u>申請案件獎勵</u>	<u>每件獎勵 300 點</u>	<u>目標項目</u>	<u>計算方式</u>	<u>申請案件獎勵</u>	<u>每件獎勵 150 點</u>
目標項目	計算方式																	
成功上線獎勵	當季完成上線每家獎勵 300,000 點																	
申請案件獎勵	每件獎勵 300 點																	
<u>目標項目</u>	<u>計算方式</u>																	
<u>成功上線獎勵</u>	<u>當季完成上線每家獎勵 300,000 點</u>																	
<u>申請案件獎勵</u>	<u>每件獎勵 300 點</u>																	
<u>目標項目</u>	<u>計算方式</u>																	
<u>申請案件獎勵</u>	<u>每件獎勵 150 點</u>																	

		2.癌症重大傷病 (1)<u>成功上線獎勵：參與癌症重大傷病以電子病歷(FHIR)申請當季，測試上傳成功達 10 件且正式上線之院所(一次性獎勵)。</u> (2)<u>申請案件獎勵：癌症重大傷病以電子病歷(FHIR)上傳案件，當季申請案件經本署核定同意者。</u> <table><tr><td><u>目標項目</u></td><td><u>計算方式</u></td></tr><tr><td><u>成功上線獎勵</u></td><td><u>當季完成上線每家獎勵 100,000 點(一次性獎勵)</u></td></tr><tr><td><u>申請案件獎勵</u></td><td><u>當季申請案件經本署核定同意者，每件獎勵 100 點</u></td></tr></table>	<u>目標項目</u>	<u>計算方式</u>	<u>成功上線獎勵</u>	<u>當季完成上線每家獎勵 100,000 點(一次性獎勵)</u>	<u>申請案件獎勵</u>	<u>當季申請案件經本署核定同意者，每件獎勵 100 點</u>
<u>目標項目</u>	<u>計算方式</u>							
<u>成功上線獎勵</u>	<u>當季完成上線每家獎勵 100,000 點(一次性獎勵)</u>							
<u>申請案件獎勵</u>	<u>當季申請案件經本署核定同意者，每件獎勵 100 點</u>							
獎勵比率	點數	點數						

第三案、建請調整品質指標「門診檢查驗單價管理」(扣減指標)之起始扣減閾值。

決議：同意修訂「門診檢查驗單價管理」扣減閾值由全國 P75 調整為 P80(如下表)，並自 115 年第 2 季起實施。

指標項目：門診檢查驗單價管理(扣減指標)

	修訂前			修訂後		
指標定義	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.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〕。 (以下略)			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.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〕。 (以下略)		
目標值	目標值		扣減比率	目標值		扣減比率
	X1	≥ P95	0.05%	X1	≥ P95	0.05%
		≥ P90	0.04%		≥ P90	0.04%
		≥ P85	0.03%		≥ P85	0.03%
		≥ P75	0.02%		≥ P75 80	0.02%
	X2	≥ P95	0.05%	X2	≥ P95	0.05%
		≥ P90	0.04%		≥ P90	0.04%
		≥ P85	0.03%		≥ P85	0.03%
		≥ P75	0.02%		≥ P75 80	0.02%
	說明：			說明：		
	1.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)。			1.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)。		

	2.X1=當季自身每件檢查(驗)費用單價。 3.X2=當季自身每人檢查(驗)費用單價。 4.PR 值以 113Q4-114Q3 各分組之全國同儕百分位階平均值計算。 5.扣減折付比率： (1)X1 或 X2 較去年同期下降 $\geq 10\%$ ，X1 或 X2 之扣減點數減 10%。 (2)X1 或 X2 較去年同期下降 $\geq 20\%$ ，X1 或 X2 之扣減點數減 20%。	2.X1=當季自身每件檢查(驗)費用單價。 3.X2=當季自身每人檢查(驗)費用單價。 4.PR 值以 113Q4-114Q3 各分組之全國同儕百分位階平均值計算。 5.扣減折付比率： (1)X1 或 X2 較去年同期下降 $\geq 10\%$ ，X1 或 X2 之扣減點數減 10%。 (2)X1 或 X2 較去年同期下降 $\geq 20\%$ ，X1 或 X2 之扣減點數減 20%。
獎勵比率	0.1%	0.1%

第四案、有關品質提升獎勵指標「區域級以上醫院門診輕症占率」將自 115Q3 起實施，建請將臺大生醫竹東院區(地區醫院層級)排除計算。

決議：依 114 年醫院評鑑結果，臺大生醫竹東院區屬地區醫院，爰同意「區域級以上醫院門診輕症占率」指標，將竹東院區排除計算。

第五案、術後加速康復(ERAS)輔導及推廣計畫之主責醫院輔導費，應納入所有願意接受輔導之醫院，不限於地區醫院。

決議：維持輔導 1 家地區醫院為原則，以強化地區醫院參與 ERAS 推動，惟如有特殊情形可述明原因來文申請，並修訂方案書該計畫主責醫院費用核付評核內容。

散會：下午 3 時 17 分

(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	空腹檢查血液 及體液葡萄糖 合理性	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1.依據：支付標準規定，空腹血糖(09005C)係指飯前空腹八小時；114年第2季審查醫師表示「病人無糖尿病，檢驗次數不合理」，初步分析北區醫院近1年篩異件數約2萬件、4千萬點疑有濫報情形，爰啟動異常審查管理專案。 2.篩選指標：非糖尿病人住院期間平均檢驗>2次/日、糖尿病人平均檢驗>4次/日 3.操作型定義：114年1月至115年1月(排除代辦、糖	檢驗過於頻繁，無例行性執行之必要。	1.專審：共審查20家醫院、375件，核減273件、119萬點，件數核減率73%，其中標的醫令核減84萬點(點數核減率37%)。 (1)非糖尿病：審查350件、核減249件、11萬點，件數核減率71%，其中標的醫令核減76萬點(點數核減率38%)。 (2)糖尿病：審查25件、核減24件、10萬點，	-	-	375	273	1,188,861	1,188,861 (37%)

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	
			尿病人伴有高滲透壓(HSS)或酮酸血症(DKA)者)), 急性住院申報空腹血糖檢驗(09005C)醫令數量>合理量(一般人 8 筆、糖尿病人=住院日數*4), 且一般人檢驗頻率>2 次/日案件, 並針對逾合理量 20 筆醫令案件審查其申報合理性。		件數核減率 96%, 其中標的醫令核減 9 萬點(點數核減率 30%)。 2.自行清查: 針對高核減(件數核減率>73%且點數核減率>38%), 且篩異件數>100 件(已排除 ICU 重症及已審案件)之 2 家醫院辦理 114 年 1 月至 115 年 3 月自行清查。						
2	壓力與重分佈心肌斷層灌注掃描(26025B)併報藥品 NC06489212、	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1.依據: 樣本 CIS 專業審查意見。 2.篩選指標: 門診申報 26025B、NC06489212 及	壓力與重分佈心肌斷層灌注掃描(26025B)已內含檢	自行清查: 回饋 1 家醫院 1,641 件, 同意全數自清 1,641 件, 共 161,074 點。	1,641	161,074	-	-	-	161,074 (100%)

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	
	NC09994229(自清)		NC09994229 案 件。 3.操作型定義：門診 費用年月 113 年 4 月至 115 年 2 月 26025B 併報 NC06489212 及 NC09994229 之案 件。	查藥品， 不應另行 併報保心 丁注射液 (NC06489 212)及心 安寧注射 液 (NC09994 229)。							

(二) 未結案

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	門診執行 MRI 前後 30 日皆 無跨/同院骨科 及復健科就醫 資料	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1.依據：114 年第 3 季醫療費用送審案 件專業審查結果， 新國民醫院抽審骨 科門診 5 件、核減 2 件 26,000 點，核 減原因為「評估膝	評估膝關 節退化自 費幹細胞 治療，不 應由健保 費用支出	專業審查：抽審 6 家醫院、49 件， 刻正辦理審查作 業。	-	-	-	-	-	審查中

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(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	
			關節退化自費幹細胞治療，不應由健保費用支出 MRI 檢查費用」，爰依核刪案件申報樣態進行分析並訂定篩異指標。 2.篩選指標：114 年 1 月至 12 月門診執行 MRI 前後 30 日皆無跨/同院骨科及復健科就醫資料。 3.操作型定義：骨科及復健科執行 MRI 檢查(33084B、33085B)且診療部位為骨骼肌肉系統案件，其主診斷為膝部骨關節炎及其他未明示之骨關節炎。排除代辦案件	MRI 檢查費用							

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	
			及檢查後 30 日有 執行手術個案。								
2	各種角度部位 胸腔檢查 (32001C)併報 單側胸鎖關節 檢查(32004C)	☐ 全國 ☒ 自訂 ☐ 他區	1.依據： 114Q3 醫療 費用送審案件專業 審查結果，桃新醫 院勘異抽審 32004C(胸鎖關節 檢查_單側)18 筆， 全案核減，核減 3,280 點，皆為申 報 32001C(胸腔檢 查_包括各種角度 部位之胸腔檢查) 又併報 32004C(胸 鎖關節檢查)，核 減原因為「胸部外 傷照完胸部 X 光，又將兩側肋骨 X 光當作常規檢 查」，經簽奉示啟 動「32001C 併報 32004C」之醫療費	胸部外傷 照完胸部 X 光，又 將兩側肋 骨 X 光 當作常規 檢查。	自行清查： 回饋 5 家醫院自我清查 2,416 件、638,400 點；刻正清查中， 尚未辦理完竣。	-	-	-	-	-	自清中

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(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	
			用異常審查管理專案。 2.篩選指標： 併報案件大於 10 件之醫院。 3.操作型定義： 114 年 1 月至 115 年 2 月門診同次就醫申報 32001C 又併報 32004C 案件。								