

衛生福利部中央健康保險署東區業務組
109年第2次西醫基層總額東區共管會議紀錄

時間：109年12月28日(星期五)中午12時

地點：東區業務組三樓會議室及台東聯絡辦公室二樓會議室

主席：李組長名玉 鄰主任委員永宏 紀錄：馮美芳

出席委員：

黃委員啟嘉	黃啟嘉	朱委員建銘	朱建銘
吳委員文揚	吳文揚	何委員活發	何活發(請假)
呂委員紹仁	呂紹仁	尤委員憲明	尤憲明
曾委員寧遠	曾寧遠	蔡委員文銘	蔡文銘
何委員裕鈞	何裕鈞	王委員憶陵	王憶陵
戴委員啟邗	戴啟邗(請假)		

出席單位及人員：

中央健康保險署東區業務組	張麗絹	羅亦珍	石惠文	王素惠	王英嬌
	董村鋒	江春桂	李敬慧	洪美榕	劉光慈
	黃寶萱	陳佳穎	黃婷婷	杜宗祐	

列席單位及人員：

西醫基層醫療服務審查執行會東區分會	徐洛新	吳子芸
台東縣醫師公會	江麗雪	
花蓮縣醫師公會	林秀芸	

壹、主席致詞：(略)

貳、109年第1次共管會議紀錄，請參閱(不宣讀)：確定

參、報告事項

報告事項第一案 報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：專門職業及技術人員投保金額調整作業報告案。

決定：請東區分會協助轉知會員，於每年報稅期間自我檢視申報之投保金額並依規定核實申報。另，今(109)年專技人員自行執業者投保金額與執行業務所得比對查核專案，本署暫緩執行；明(110)年將恢

復該項查核作業；另請多加利用「多憑證網路承保作業」平台系統，及透過金融轉帳繳費；餘洽悉。

報告事項第二案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：解除列管。

報告事項第三案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：西醫基層總額執行概況及健保醫療資訊雲端查詢系統執行情形。

決定：為推動醫療費用抽審案件之病歷資料朝無紙化及提高抽審案件以電子病歷送審比率，請東區分會輔導醫療院所參加病歷電子檔案送審作業；餘洽悉。

報告事項第四案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：有關109年全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額結算方式。

決定：

- 一、109年全年總額結算之追扣補付作業預計於110年6月辦理，屆時本署會將總額結算差額與109年1月至8月提升暫付金額一併處理抵扣。
- 二、本署因應疫情暫付予醫事服務機構之「提升暫付金額」是否納稅一事，經財政部回覆得免列為醫事服務機構109年度收入，爰扣繳義務人免依所得稅法第89條第3項規定列單申報主管稽徵機關，惟前開補付金額之超付款倘無法於110年底前收回者，請衛生福利部釐清無法收回之原因及性質，再行研議其稅務處理方式。

報告事項第五案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：健保醫療資訊雲端查詢系統藥品交互作用提示功能(API)，自109年7月更新上線，請各醫療院所多加推廣善用。

決定：請東區分會協助轉知各醫療院所多加使用健保醫療資訊雲端查詢系統藥品交互作用提示功能(API)，並請協助洽請轄區診所主要資訊廠商，開通各診所本項功能。

報告事項第六案 報告單位：中央健康保險數東區業務組
案由：「門診透析總額醫療品質資訊公開」指標達成情形。

決定：洽悉。

報告事項第七案 報告單位：中央健康保險數東區業務組
案由：有關「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」執行情形。

決定：請東區分會持續輔導會員使用「健保醫療資訊雲端查詢系統重複開立醫囑主動提示功能(API)，「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」自109年10月(費用年月)起未改善者不予給付。

報告事項第八案 報告單位：中央健康保險數東區業務組
案由：請協助輔導會員審慎開立 NSAIDs 等腎毒性藥物。

決定：洽悉。

報告事項第九案 報告單位：中央健康保險署東區業務組
案由：為期醫療院所能即時上傳檢驗(查)結果，讓醫療團隊可以透過雲端資訊系統及健康存摺作為健康管理之參考依據。

決定：洽悉。

報告事項第十案 報告單位：中央健康保險署東區業務組
案由：糖尿病照護計畫，請配合加強收案及提升各項檢查率。

決定：請東區分會積極輔導院所收案及完善檢驗檢查。請鼓勵積極參加本方案。

報告事項第十一案 報告單位：中央健康保險署東區業務組
案由：非醫藥分業地區之西醫診所若未聘藥師調劑，應由醫師全程調劑，不得由護理人員或助理人員調劑。

決定：洽悉。

報告事項第十二案 報告單位：中央健康保險署東區業務組
案由：貴院所辦理全民健康保險醫療業務，於保險對象就醫時，務必核對其就醫證明文件。

決定：洽悉。

報告事項第十三案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：請協助推廣「全國偏鄉醫師人力需求平台」，俾利偏鄉院所能引進足夠之醫事人力。

決定：洽悉。

報告事項第十四案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：本署重申「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(以下稱IDS計畫)」，衛生所執行職權業務期間，提供相關醫療服務(即非屬IDS計畫內醫療服務)，不得申報G9(每點1元)，應依據各部門總額一般服務申報醫療費用，並自110年1月1日起回歸西醫基層總額點值結算。

決定：洽悉。

報告事項第十五案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：本署健保資訊網服務系統(VPN)及醫療資訊雲端查詢系統將於110年7月1日停止支援WindowsXP作業系統及舊版IE瀏覽器(IE8)(以下簡稱XP作業系統)，本署提供109年9月至11月間仍有使用XP作業系統登入健保資訊網服務系統(VPN)之院所名單，請貴會轉知會員配合辦理版本更新。

決定：請貴會轉知會員配合辦理版本更新。

報告事項第十六案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：有關109年第4次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」通過西醫基層MCPI調整支付標準案。

決定：洽悉。

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：中央健康保險署東區業務組

案由：有關「西醫基層總額東區共管會議」作業要點，提請討論。

決議：通過「西醫基層總額東區共管會議」作業要點(如附件1)；餘洽悉。

討論事項第二案

提案單位：中央健康保險署東區業務組

案由：有關台東縣 11 所衛生所遠距醫療執行鏡檢，無法符合支付標準規定之適應症，導致費用核刪，提請討論。

決議：通過案件分類 07 遠距醫療申報案件暫不列入抽審。

討論事項第三案：

提案單位：中央健康保險署東區業務組

案由：全聯會建議西醫基層總額部門符合特定條件之院所，得採以「每2年至少應予抽樣審查1次為原則」案，提請討論。

說明：

一、有關全聯會表示為落實精準審查目標，提升審查抽審效益，本署同意全聯會之提案，並將條件予以明確化，擬訂西醫基層診所「每一院所每1年至少應予抽樣審查1次為原則，若同時符合下列條件者，得2年抽審1次」：

(一)健保特約連續達5年以上(含)之院所(註：費用年月-原始合約年月 \geq 60【5年】)，且負責醫師皆為同一人。

(二)近5年無全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法違規之處分(包含扣減、停止特約、終止特約)。

(三)符合轄區業務組於共管會議制定之相關指標條件。

二、為符合上開適用條件者，本署將持續監測申報狀況，如有任何異常申報或違規情事，則不適用本項原則並予以加強有關抽審。

三、有關西醫基層診所若同時符合說明一、(一)(二)(三)條件者，得2年抽審1次，署已訂(一)(二)兩個條件，是否依據「東區業務組西醫基層總額專業審查抽樣原則」未列入抽審名單且同時符合前述二條件即可2年抽審1次，或需再另訂(三)指標條件？提請討論。

決議：

一、西醫基層診所若未列入「東區業務組西醫基層總額專業審查抽樣原則」抽審名單且同時符合說明一、(一)及(二)二條件即可2年抽審1次。

二、因應本項合併修訂「東區業務組西醫基層總額專業審查抽樣原則」之隨機抽審家數為每月7家。

討論事項第四案

提案單位：西醫基層審查執行會東區分會
(鄒主任委員永宏)

案由：有關「西醫基層總額醫療品質資料指標」其中「指標 5：每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率(編號 1749)」，應排除指標 5 輔導之必要，建請討論。

決議：本案經本署彙整醫界意見，並於 109 年 12 月 10 日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事 109 年第 4 次會議決議辦理，「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」，考量現已有醫療費用審查管控專案之「用藥品項數」管理，爰改列為參考指標。

討論事項第五案

提案單位：西醫基層審查執行會東區分會
(曾委員寧遠)

案由：建議總診所家數抽審，每家診所每年抽審次數，以不超過四次為原則。

東區業務組說明：

- 一、本組每月皆依照「東區業務組西醫基層總額專業審查抽樣原則」對本轄區西醫基層院所進行專業審查作業產生抽審名單。
- 二、以總診所家數抽審 15%，扣除專業審查原則的二、三、四診所家數，其餘家數按檔案分析高點值抽審（同點值者，取申請金額較高者抽審）。
- 三、每家診所每年至少抽審 1 次。
- 四、108 年全年院所抽審次數統計：

抽審次數	12 次	9 次	8 次	7 次	6 次	5 次	4 次	3 次	2 次	1 次
抽審家數	2 家	3 家	7 家	7 家	14 家	12 家	8 家	19 家	36 家	138 家

決議：通過每家診所每年抽審次數，以不超過四次為原則，但經依檔案分析結果有異常需辦理專案審查者除外，修訂後「東區業務組西醫基層總額專業審查抽樣原則」（如附件 2）。

伍、散會 下午 2 點 30 分

「西醫基層總額東區共管會議」作業要點

109/12/28 訂定

- 一、衛生福利部中央健康保險署東區業務組(以下簡稱東區業務組)為有效合理分配東區西醫基層總額資源，以促進東區西醫基層共生共存及整體發展，與西醫基層醫療服務審查執行會東區分會(以下簡稱東區分會)，特設「西醫基層總額東區共管會議」(以下簡稱本會)。
- 二、本會任務如下：
 - (一)凝聚東區西醫基層共識，確保醫療服務品質與民眾就醫權益。
 - (二)規劃及執行東區西醫基層醫療費用共同管理模式。
- 三、本會委員由東區業務組組長、副組長、專門委員、支出面科長及東區分會代表共同組成，召集人由東區業務組組長與東區分會主任委員共同擔任。
 - (一)東區分會下設立：審查組、品質資訊組、法規會務三組。各組委員由花蓮縣及台東縣西醫醫師公會所推薦組成。
 - (二)如委員不克出席得指派具充分授權之代表人，開會前書面通知東區業務組。
- 四、為適時掌控各申報及點值概況，本會以每季召開 1 次為原則，並視議題狀況，詢問東區分會意見，得不召開共管會議，惟每年定期召開二次會議(每年定期於 6 月及 12 月)，檢討各院所申報費用、管理指標、及品質指標等執行狀況，非經委員同意，不得停會。如有必要，得由召集人召開臨時會議。
- 五、本會議事人數需達所有委員 2/3 (含)以上出席始得開議。
- 六、議案決議方式，優先採共識決，若無法達成共識，以出席委員二分之一以上多數決。
- 七、會議紀錄函文委員代表，副知東區分會、花東兩縣西醫醫師公會、署本部醫務管理組、醫審及藥材組等，另公開於本署網站。
- 八、本章程修改或廢止，以出席委員 2/3 以上同意為之。

東區業務組西醫基層總額專業審查抽樣原則

109.12.28 修訂

壹、專業審查原則：

- 一、25 項指標以診所家數統計（以每家診所為一檔案分析單位）。
- 二、新特約及違約經處停約一個月(含)以上者在一年內中列為必審且最少抽審 6 次，其他違約（因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 35 條至第 37 條所列違規情事之一者）抽審 1 次，每月各抽審 1/2，抽審標準為：[(新特約家數+違約家數)/2]（未抽審到診所檔案分析指標達到標準，仍需抽審）。
- 三、立意抽樣：共 19 家。(排除 B、C 肝治療計畫案件)
 1. 每日件數成長率最高 1 名。
 2. 每日金額成長率最高 1 名。
 3. 每日件數成長最高 1 名。
 4. 每日金額成長最高 1 名。
 5. 平均就診次數前 2 名。
 6. 04 慢性病每日的平均藥費最高的前 5 名。
 7. 09 專案每日的平均藥費最高的前 5 名。
 8. 申請件數 2000 件(含)以上且平均就診次數 1.7 次以上，以件數排序前 3 名，略過已列入抽審之院所依序遞補，自抽審費用年月 101 年 5 月開始執行。
- 四、每月隨機抽審家數為 7 家，每一院所每 1 年至少應予抽樣審查 1 次為原則，院所若未列入「東區業務組西醫基層總額專業審查抽樣原則」之抽審名單且同時符合下列二條件即可 2 年抽審 1 次。
 1. 健保特約連續達 5 年以上(含)之院所（註：費用年月-原始合約年月 \geq 60【5年】），且負責醫師皆為同一人。
 2. 近 5 年無全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法違規之處分（包含扣減、停止特約、終止特約）。
- 五、01、04 案的每件給藥日數百分位二項指標取後 10 百分位，其餘皆取前 90 百分位。即原 28 項指標刪除重複就診、04 案件給藥日數百分位、09 案件之每件給藥日數百分位。
- 六、以總診所家數抽審 15%，扣除二、三、四診所家數，其餘家數按檔案分析高點值抽審（同點值者，取申請金額較高者抽審）。【109 年第 1 次「西醫基層總額東區共管會議」會後東區分會來文提出修訂，同意追認】
- 七、每日申請金額成長率→取代 28 項指標（8）申請金額成長率、每日申請件數成長率→取代 28 項指標（9）申請件數成長率，自費用年月 94 年 7 月（抽審年月 94 年 8 月）開始執行。
- 八、連續 3 個月因為專審原則被抽審之院所，如其每月核減率均小於 2%，且無審查醫師建議「加強審查」之情形，得列入隨機抽審 3 個月；每家診所每年抽審次數，以不超過四次為原則，但經依檔案分析結果有異常需辦理專案審查者除外。並自 110 年 2 月（抽審費用年月 110 年 1 月）開始執行。
註：核減率：指中央健康保險署醫療系統可查詢到之「送核」核減率。

- 九、用藥日數重複率、門診抗生素使用率（指標 1139.01）（使用率在 40% 以上者—自抽審年月 9701 起）、注射劑使用率（指標 1150.01）每月各加抽審指標最高者 2 家，如加抽名單與指標抽審名單重複，則立意加抽該類案件 5 件，並自抽審費用年月 101 年 11 月開始執行。
- 十、自抽審 101 年 11 月費用起用藥日數重複率抽審改為以下指標各 1 家：
- 1.(1157.01)同院所再次就醫處方之同藥理(降血壓藥物(口服))用藥日數重疊率。
 - 2.(1158.01)同院所再次就醫處方之同藥理(降血脂藥物(口服))用藥日數重疊率。
 - 3.(1159.01)同院所再次就醫處方之同藥理(降血糖藥物(不分口服及注射劑))用藥日數重疊率。
 - 4.(1162.01)同院所再次就醫處方之同藥理(安眠鎮靜)用藥日數重疊率。
- 十一、自費用年月 96 年 7 月起，各院所申報之醫療費用，經二位審查醫師審查後，核減率仍維持在 5% 以上者，次月列為必抽之診所。
- 十二、平均用藥品項數大於 8 項之院所。

貳、指標

專業審查檔案分析 28 項指標同期、同儕指標分析項目內容							
全部案件	1. 申請金額百分位	前 90%		慢性 病 案 件	16. 件數百分位	前 90%	
	2. 診療費百分位	前 90%			17. 給藥日數百分位	刪除	×
	3. 件數百分位	前 90%			18. 每日藥費百分位	前 90%	
	4. 平均就診次數百分位	前 90%			19. 每件藥費百分位	刪除	×
	5. 每件金額百分位	前 90%			20. 每件給藥日數百分位	後 10%	
	6. 每件診療費百分位	前 90%		09 案 件	21. 診療費百分位	前 90%	
	7. 每日藥費百分位	前 90%			22. 藥費百分位	前 90%	
	8. 每日申請金額成長率百分位	前 90%			23. 件數百分位	前 90%	
	9. 每日件數成長率百分位	前 90%			24. 給藥日數百分位	前 90%	
	10. 件平均費用成長率	前 90%			25. 每日藥費百分位	前 90%	
	11. 重複就診	刪除	×		26. 每件給藥日數百分位	刪除	×
01 案 件	12. 件數百分位	前 90%			27. 每件診療費百分位	前 90%	
	13. 給藥日數百分位	前 90%			28. 每件藥費百分位	前 90%	
	14. 每件給藥日數百分位	後 10%			29. 參加即時查詢病患就醫 資訊方案,雲端藥歷查詢率	刪除	×
04 案	15. 藥費百分位	前 90%					
<p>×:表示目前不採用指標</p> <p>※件數:補報原註記:2(差額補報)不計件數。</p> <p>以上指標排除 B、C 肝治療計畫案件,特定治療項目代號:H1、HE 及排除慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案案件,特定治療項目代號:HF</p> <p>以上指標排除醫院下轉至診所的案件,轉診註記為 1:保險對象本次就醫係由他願轉診而來的個案</p>							