

# 行政院衛生署中央健康保險局東區業務組 100年第1次西醫基層總額共管會議紀錄

時間：100年6月26日(星期日)中午12時

地點：本局東區業務組二樓教室

出席委員：

尤委員憲明	(請假)	朱委員建銘	朱建銘
何委員活發	何活發	吳委員文揚	吳文揚
李委員楨雄	李楨雄	周委員朝雄	(請假)
林委員秀雄	林秀雄	林委員紹昌	(請假)
張委員建中	張建中	陳委員永和	陳永和
楊委員代雲	楊代雲	鄒委員永宏	鄒永宏
劉委員建三	劉建三	蔡委員文銘	蔡文銘
蔡委員明宏	(請假)		

列席單位及人員：

全民健康保險基層總額支付東區委員會 黃昌彬

台東縣醫師公會 (請假)

花蓮縣醫師公會 邱幼

中央健康保險局東區業務組 邊子強 李名玉 陳陸英 林桂英  
尤碧雪

主席：呂組長穎悟 黃主任委員啟嘉

紀錄：梁燕芳

壹、主席致詞：(略)

貳、99年第2次共管會議紀錄，請參閱(不宣讀)確認：(略)

參、報告事項：

第一案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：本會99年第2次會議決議事項辦理情形。

決定：洽悉。

## 第二案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：醫務管理業務報告：

### 第二案之一

案由：為使參與「西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫」之診所間，互相標竿學習，建請東區委員會推薦1至2家診所辦理經驗分享。

決定：請東區委員會於100年6月30以前，推薦收案人數100人以上且積極推動本計畫之診所2家，辦理經驗分享。

### 第二案之二

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：有關本保險簡表日劑藥費修正暨100年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案，要求特約西醫診所(含藥局)詳細標示藥袋(或藥品明細)，爰請特約診所(含藥局)配合辦理藥品明細標示。

決定：請東區委員會追蹤尚未提供藥袋及藥品明細，或未符合規定之特約基層診所(含藥局)儘速改善並提供「藥品明細」，避免影響品質保證保留款核發權益。

### 第二案之三

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：辦理「100年度西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」實地審查。

決定：請東區委員會安排「100年度西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」實地審查台東及花蓮各1家診所，儘速函知東區業務組，俾派員配合辦理。

### 第二案之四

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：重申減重、美白、雷射、動力光等醫學美容治療均不屬於健保給付範圍，特約院所如以健保申報，將依健保相關規定論處。

決定：洽悉。

## 第二案之五(臨時報告案)

案由：請轄區西醫基層診所配合健保 I C 卡上傳作業。

決定：洽悉。

## 第三案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：西醫基層總額執行概況報告。

決定：洽悉。

## 第四案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：99 年第 4 季西醫基層總額專業醫療品質指標監測情形。

決定：本轄區 99 年第 4 季各區抗精神分裂症藥物-不同處方用藥日數重複率 4.82%，高於監測值( $\leq 4.33\%$ )，請東區委員會協助診所輔導，另提供本區跨院所抗精神分裂症藥物-不同處方用藥日數重複率占率較高之二家診所(楊國明診所及中山身心科診所)，請務必輔導改善。

## 第五案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：辦理 98 年檢驗所申報檢驗費用與院所交付檢驗處方比對作業。

決定：洽悉。

## 第六案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：本局自 101 年 7 月 1 日(費用年月)起，變更全民健保醫療費用申報格式，由現行之 TXT 檔改為 XML 檔格式，醫師公會如對新增欄位有任何意見，請於下次(8 月)支委會討論案。

決定：東區委員會如新增欄位意見，可向中華民國醫師全聯會反映，俾能在 100 年第 3 季西醫基層總額支付委員會提出報告。

## 第七案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：本局自 99 年第 4 季起，總額結算追扣補付作業「總額預算收入計算過程明細表」建置於健保資訊服務網(VPN 及 Internet)

供各特約醫事服務機構自行下載(列印或瀏覽)，請協助輔導院所至健保資訊服務網自行下載。

決定：配合額本局99年第4季起，總額結算追扣補付作業「總額預算收入計算過程明細表」建置於健保資訊服務網(VPN及Internet)，本業務組自99年第4季起總額結算追扣補付作業，只寄發追扣補付核定函，至「總額預算收入計算過程明細表」請東區委員會協助輔導院所至健保資訊服務網自行下載。

第八案： 報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：台灣導入ICD-10-CM/PCS五年計畫報告案。

說明：摘錄100年5月26日西醫基層總額支付委員會100年第2次會議，本局醫務管理組報告資料。

決定：洽悉。

肆：討論事項

第一案 提案單位：東區委員會

案由：請研議增訂「同病人同院所高就診次數」之立意抽審指標，以杜絕醫療浪費情形。

說明：依據執委會100年3月2日全醫健基字第1000000033號函辦理。

辦法：東區委員會建議將「同病人同院所高就診次數」之立意抽審指標修改為「以該區該科別平均就診次數」，抽審條件：每月申請件數1500件以上且平均就診次數大於1.7。

決定：本區抽審原則立意抽審指標，增加「申請件數大於等於1500件以上且平均就診次數大於等於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100年7月開始執行，同時修正專業審查抽樣原則如附件。

第二案 提案單位：東區委員會

案由：請提供「西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫」執行現況

資料，俾利東區委員會後續撰寫每季執行報告。

說明：

- 一：依該計畫規定：「中華民國醫師公會全國聯合會應於 100 年 6 月前及 100 年 12 月前提報成效執行報告，俾作為本計畫持續推動之參考依據。」
- 二、全聯會為順利推動該項計畫及爭取隔年度成長率，爰請各區委員會洽請各分區業務組定期（每次）於所屬轄區共管會議提出執行報告，並自 100 年第二季起將執行成效、檢討與具體建議列入歷次執行報告。

決定：請東區委員會來函，本業務組視情況提供與本項業務相關之資料。

第三案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：請協助輔導各院所辦理交付調劑或檢驗處方時，確實依規定申報不計價之交付調劑或檢驗處方醫令（醫令類別 4），並注意申報資料之正確性，避免作業困擾。

說明：

- 一、有關交付調劑或檢驗處方之審查，除依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 14 條規定，發現有申報資料填載之完整性及正確性違反本法相關規定（全民健康保險法第 53 條）者，應不予支付該項費用外；另若經查核發現，涉有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 36 第 3 款（處方箋或醫療費用申報內容為病歷或紀錄所未記載）或第 37 條第 8 款（其他以不正當行為或虛偽之證明、報告或陳述）規定，將依規定處以扣減 10 倍醫療費用或停約 1 至 3 個月（情節重大者，第 39 條第 2 款處終止合約）。
- 二、本業務組辦理藥局、檢驗所申報與診所申報勾稽結果，發現勾稽不到的原因，歸納有：
  - （一）診所未申報藥品或檢驗醫令。
  - （二）就醫日期錯誤（診所填寫錯誤或藥局、檢驗所申報錯誤）。

- (三) 身分證號錯誤(檢驗所)。
- (四) 診所與檢驗所申報醫令不同。
- (五) 檢驗所未依診所檢查項目檢查及申報。
- (六) 同療程就醫日期勾稽問題。
- (七) 診所以為改由檢驗所申報，診所不用申報。
- (八) 其他原因(未申復的無法確定)。

三、為避免特約醫事服務機構因未注意相關法令規定，而違反或誤觸法規遭處分，請協助輔導各院所確實依規定申報並注意申報資料之正確性，避免作業困擾，並維護本保險申報資料之正確性。

決定：

- 一、請東區委員會輔導各診所辦理交付調劑或檢驗處方時，應確實依規定申報交付調劑或檢驗處方醫令。
- 二、再次重申委託代檢申報之相關規定，並請協助輔導院所正確申報。
- 三、持續追蹤檢驗所與院所重複申報及檢驗所有申報院所未申報事宜，並辦理逕扣事宜。

伍、臨時提案：無。

陸、散會：下午 14 時 45 分

附件

## 行政院衛生署中央健康保險局東區業務組專業審查抽樣原則

1000626 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、新特約及違約診所在一年內中列為必審且最少抽審 6 次，每月各抽審 1/2，抽審標準為： $[(\text{新特約家數} + \text{違約家數}) / 2]$ （未抽審到診所檔案分析指標達到標準，仍需抽審），其中違約經處停約 1 個月以上者，自處分發文日起，以論人歸戶隨機抽樣審查 3 個月。
- 三、立意抽樣：共 19 件。
  1. 每日件數成長率第一名 1 件。
  2. 每日金額成長率第一名 1 件。
  3. 每日件數成長第一名 1 件。
  4. 每日金額成長第一名 1 件。
  5. 平均就診次數前 2 名及。
  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 1500 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 100 年 7 月開始執行。
- 四、每月隨機抽審家數由 10 家變更為 20 家，每家診所每年至少隨機抽審 1 次，自抽審費用年月 96 年 1 月開始執行。
- 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 30%，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）
- 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，第 4 個月列入隨機抽審。自 96 年 2 月（抽審費用年月 96 年 1 月）開始執行。
- 九、用藥日數重複率、門診抗生素使用率（使用率在 40% 以上者—自抽審年月 9701 起）、注射劑使用率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，並自費用年月 95 年 6 月（抽審年月 95 年 7 月）開始執行。
- 十、自抽審 96 年 4 月費用起用藥日數重複率抽審最高 2 家改為抽以下指標各 1 家：

- 1.(380) 同院所精神疾病用藥(安眠鎮靜)-不同處方用藥日數重複率★  
 2.(382) 同院所降血壓藥物(口服)-不同處方用藥日數重複率★  
 3.(384) 同院所降血脂藥物(口服)-不同處方用藥日數重複率★  
 4.(386) 同院所降血糖藥物(不分口服及注射)-不同處方用藥日數重複率★
- 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。

## 二、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	15. 藥費百分位	前 90%	
	2. 診療費百分位	前 90%			16. 件數百分位	前 90%	
	3. 件數百分位	前 90%			17. 給藥日數百分位	刪除	×
	4. 平均就診次數百分位	前 90%			18. 每日藥費百分位	前 90%	
	5. 每件金額百分位	前 90%			19. 每件藥費百分位	前 90%	
	6. 每件診療費百分位	前 90%			20. 每件給藥日數百分位	後 10%	
	7. 每日藥費百分位	前 90%		09 案件	21. 診療費百分位	前 90%	
	8. 每日申請金額成長率百分位	前 90%			22. 藥費百分位	前 90%	
	9. 每日件數成長率百分位	前 90%			23. 件數百分位	前 90%	
	10. 件平均費用成長率	前 90%			24. 給藥日數百分位	前 90%	
	11. 重複就診	刪除	×		25. 每日藥費百分位	前 90%	
01 案件	12. 件數百分位	前 90%		26. 每件給藥日數百分位	刪除	×	
	13. 給藥日數百分位	前 90%		27. 每件診療費百分位	前 90%		
	14. 每件給藥日數百分位	後 10%		28. 每件藥費百分位	前 90%		
×:表示目前不採用指標							