

# 衛生福利部中央健康保險署東區業務組 103年第1次西醫基層總額共管會議紀錄

時間：103年6月18日(星期三)中午12時

地點：東區業務組三樓及台東聯絡辦公室二樓會議室(視訊)

主席：李組長少珍 黃主任委員啟嘉

紀錄：梁燕芳

出席委員：

尤委員憲明	尤憲明	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	周朝雄
林委員秀雄	林秀雄	林委員紹昌	林紹昌
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	蔡明宏		

出席單位及人員：

中央健康保險署東區業務組	邊子強	李名玉	蔡麗玉	林桂英
	林美華	尤碧雪	涂琪	馮美芳
	黃楷婷	李姿蓉	王偉宇	

列席單位及人員：

西醫基層醫療服務審查執行會東區分會	徐亞廷
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、102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：本組醫療費用科

案由：本會102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：本組承保服務科

案由：承保E化作業推動報告。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本組醫療費用科

案由：西醫基層總額執行概況簡報。

說明：

一、102年第4季點值確認。

二、103年第1季點值預估。

三、醫療費用申報概況。

四、102年第4季及102年\_西醫基層總額醫療服務品質資訊報告。

決定：洽悉。

第四案

報告單位：本組醫療費用科

案由：鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫系統及雲端藥歷系統建置與應用簡介。

決定：洽悉。

第五案

報告單位：本組醫療費用科

案由：電子病歷及專業審查作業紙本病歷替代方案簡報。

決定：洽悉。

第六案

報告單位：本組醫療費用科

案由：為推動醫療費用抽審案件之病歷資料以PACS送審，請貴會於103年7月30日前回復本組參加專業審查作業紙本病歷替代方案之院所名單。

決定：請東區分會於103年7月30日前提報參加專業審查作業紙本病歷替代方案之院所名單至少4家。

第七案

報告單位：本組醫療費用科

案由：重申本署與貴會訂定之「醫療服務審查勞務委託契約」性質。

決定：洽悉。

第八案

報告單位：本組醫療費用科

案由：請輔導會員加強管理三高藥品之同院所同藥理用藥日數重疊案。

決定：洽悉。

第九案

提案單位：本組醫療費用科

案由：有關「西醫基層總額專業審查抽樣原則」25項指標排除至矯正機關執行之醫療費用案件；另診療費併計交付檢驗檢查費用。

決定：：修正25項指標排除至矯正機關執行之醫療費用案件；另交付檢驗檢查費用部份暫緩併入。

第十案

報告單位：本組醫務管理科

案由：為利本署「自費醫材比價網」之建置，請轉知轄區特約西醫基

層診所，配合於 VPN 登錄自費醫材。

決定：洽悉。

第十一案

報告單位：本組醫務管理科

案由：重申申請特約之相關規定，請各診所注意，以免蒙受損失。

決定：洽悉。

第十二案

報告單位：本組醫務管理科

案由：有關替代役男就醫免部分負擔，請各診所配合辦理。

決定：洽悉。

第十三案

報告單位：本組醫務管理科

案由：新制健保藥價調整改革上路，請院所配合辦理。

決定：洽悉。

第十四案

報告單位：本組醫務管理科

案由：104 年起，未通過「PIC/S GMP」認證之藥品將逐步退出健保給付，請院所及早因應。

決定：洽悉。

第十五案

報告單位：本組醫務管理科

案由：為使安寧療護走入社區，讓末期病人能夠返家善終，在地老化，請特約醫療院所鼓勵所屬醫護人員取得安寧療護教育訓練資格，申辦社區安寧療護。

決定：洽悉。

第十六案

報告單位：本組醫務管理科

案由：有關基層診所要求保險對象自費就醫案。

決定：洽悉。

#### 肆、討論事項

##### 第一案

提案單位：本組醫療費用科

案由：有關東區業務組西醫基層總額專業審查抽樣原則壹之八文字內容：「得暫停」抽審 3 個月，修正為「得列入隨機」抽審 3 個月及增加壹之十二：平均用藥品項數大於 5 項之院所，提請討論。

決定：同意修正內容，並將修正後「東區業務組西醫基層總額專業審查抽樣原則」公布於本署全球資訊網，另以大量電子郵件轉達各院所知悉。

伍、臨時動議：無

陸、散會：下午 2 時 30 分。

## 東區業務組西醫基層總額專業審查抽樣原則

103.06.18 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 家。
  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，得列入隨機抽審 3 個月，但經依檔案分析結果有異常需辦理專案審查者除外。並自 102 年 6 月（抽審費用年月 5 月）開始執行。
- 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 5 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	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%		
<p>×:表示目前不採用指標            ※件數：補報原註記：2（差額補報）不計件數。</p>							