

# 衛生福利部中央健康保險署東區業務組 104年第1次西醫基層總額共管會議紀錄

時間：104年6月24日(星期三)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(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

王委員憶陵 王憶陵

朱委員建銘 朱建銘

何委員活發 何活發

吳委員文揚 吳文揚

周委員朝雄 周朝雄

林委員秀雄 林秀雄

楊委員代雲 楊代雲

鄒委員永宏 請假

劉委員建三 劉建三

蔡委員文銘 蔡文銘

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 羅亦珍

石惠文 于采蘋 林桂英 江春桂

林美華 尤碧雪 涂琪 馮美芳

黃雨潔 劉靜怡 謝秀微 李姿蓉

張瑩媛

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、103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：中央健康保險署東區業務組

案由：本組103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：中央健康保險署東區業務組

案由：西醫基層總額執行概況簡報。

說明：

- 一、西醫基層點值及104年第1季點值預估。
- 二、醫療供給情形。
- 三、醫療服務利用概況及申報科別分析。
- 四、醫療服務品質確保方案指標監測情形。

決定：查證特材成長主要為眼科手術不另計價特材增加、心血管科申報成長為某診所未依實際就醫科別申報，已輔導正確申報；另基層精神科審查基礎月份尚無法比較。

第三案 報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：醫療費用科近期措施報告。

說明：

- 一、ICD-10-CM/PCS編碼實作方案。
- 二、PACS送審及醫療費用申復電子化作業。
- 三、中央智慧系統(CIS)。
- 四、健保雲端醫療資訊系統。

決定：洽悉。

#### 第四案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：醫務管理科近期措施報告。

說明：

- 一、 全民健保社區安寧療護服務。
- 二、 全民健保居家醫療整合照護試辦計畫。
- 三、 鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案。
- 四、 全民健保健康存摺。
- 五、 青光眼用藥規定。

決定：洽悉。

#### 第五案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：有關「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」執行情形。

決定：請醫務管理科洽花蓮慈濟醫院及馬偕紀念醫院台東分院，是否可在今年度辦理「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」參與醫師資格之教育訓練，以協助轄區專科醫師取得參加本方案資格。

#### 第六案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：103 年度「門診透析總額醫療品質」執行情形。

決定：提供 103 年門診透析總額指標超出監測值診所名單，請東區分會協助輔導。

## 第七案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：請西醫基層審查執行會東區分會配合加強「健保雲端醫療資訊系統」查詢之宣導，於下次共管會議中報告相關輔導措施及成果，並研擬105年「東區業務組西醫基層總額專業審查抽樣原則」相關之獎勵辦法，提共管會議討論。

決定：請東區分會配合研議，以獎勵方式納入105年「東區業務組西醫基層總額專業審查抽樣原則」。

## 肆、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：有關同藥理藥品跨院重複用藥費用核扣事宜，提請討論。

結論：配合本署「門診特定藥品重複用藥之費用核扣方案」（詳附件）作業時程，同院所重複用藥費用核扣自104年第4季起辦理；跨院所自105年第3季起辦理。

## 伍、臨時動議：

### 第一案

提案單位：西醫基層醫療服務審查執行會東區分會

案由：建議連續專案抽審，如其前二個月實質核減率（申復後）小於2%，即已被列為隨機抽審3個月者，不再計算檔案分析。

說明：

一、每個月抽審實在是很煩人又浪費行政資源成本的事，連續專案抽審三個月，每月核減率均小於2%。

（一）請問是”以那三個月核減率為準”？第三個月之核減率未看到，第四個月之抽審即已收到。

（二）核減率認定是以”申復前”還是”申復後”的？有些被核減只是行政疏失（例. 忘了附報告），如果以申復前之核減率視之並非實質核減率。

（三）已被列入隨機抽審3個月，檔案分析仍然計算執行嗎？

二、請健保業務組負責隨機抽審的長官為我們說明一下，目前是如何進行”列入3個月隨機抽審”的？

結論：

- 一、東區業務組西醫基層總額專業審查抽樣原則所提，連續抽審3個月…，如其每月核減率均小於2%，其「核減率」指申報案件經審查核定後，中央健康保險署醫療系統可查詢到之「送核」核減率為原則。
- 二、修正「東區業務組西醫基層總額專業審查抽樣原則」壹、八加註說明，並公布於本署全球資訊網。

陸、散會：下午3時10分。



## 門診特定藥品重複用藥費用核扣方案—醫事機構說明版

訂定日期：104/05/13

### 一、緣起

本署自 100 年起即設定用藥重疊率指標定期提供院所自我管理，另於 102 年開發以病人為中心之健保雲端藥歷系統供現行醫師處方及藥事人員調劑時能掌握病人完整用藥資訊，是以，本署將自費用年月 104 年 7 月起分階段實施門診特定藥品重複用藥之費用核扣方案。

### 二、法源依據

#### (一) 重複用藥不予支付之依據

「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第 19 條第 9 款：保險醫事服務機構申報非屬於住院診斷關聯群之案件，經審查有用藥種類與病情不符或有重複者，應不予支付不當部分之費用，並載明理由。

#### (二) 重複用藥核扣歸責對象之依據

1. 「全民健康保險法」第 64 條：醫師開立處方交由其他保險醫事服務機構調劑、檢驗、檢查或處置，經保險人核定不予給付，且可歸責於醫師時，該費用應自該醫師所屬之醫療機構申報之醫療費用核減之。
2. 「全民健康保險特約醫事服務機構合約（特約藥局適用）」第 17 條第 7 款：乙方申請之藥事費用，有其他應可歸責於乙方之事由者，由乙方負責，經甲方查核發現已核付者，應予追扣。
3. 前述法源依據（一）亦適用於特約藥局。

#### (三) 慢性病用藥處方及調劑相關規定

## 「全民健康保險醫療辦法」

1. 第 14 條：保險對象罹患慢性病，經診斷須長期使用同一處方藥品治療時，除管制藥品管理條例所規定之第一級及第二級管制藥品外，醫師得開給慢性病連續處方箋。前項慢性病範圍，如附表。同一慢性病，以開一張慢性病連續處方箋為限。
2. 第 22 條：本保險處方用藥，每次以不超過七日份用量為原則；對於符合第十四條第二項慢性病範圍之病人，得按病情需要，一次給予三十日以內之用藥量。
3. 第 23 條：本保險處方箋有效期間，自處方箋開立之日起算，一般處方箋為三日（遇例假日順延），慢性病連續處方箋依各該處方箋給藥日數計，至多九十日；處方箋逾期者，保險醫事服務機構不得調劑。  
同一慢性病連續處方箋，應分次調劑；每次調劑之用藥量，依前條規定。
4. 第 24 條：保險對象持慢性病連續處方箋調劑者，須俟上次給藥期間屆滿前十日內，始得憑原處方箋再次調劑。前項保險對象如預定出國、返回離島地區、為遠洋漁船船員出海作業、國際航線船舶船員出海服務或罕見疾病病人，得於領藥時出具切結文件，一次領取該慢性病連續處方箋之總給藥量。

### 三、方案內容

#### （一）實施範圍：

針對慢性病之降血壓(口服)、降血脂(口服)、降血糖(不分口服及注射)、抗思覺失調、抗憂鬱症及安眠鎮靜與抗焦慮(口服)等六類藥品同成分同劑型重複用藥採分階段行政核扣作業，時程如下：



層級 費用年季	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層院所	藥局
104年第1季	輔導	輔導	輔導	輔導	輔導
104年第2季					
104年第3季	同院核扣	同院核扣	同院核扣	同院核扣	同院核扣
104年第4季					
105年第1季					
105年第2季					
105年第3季	跨院核扣				

## (二) 費用核扣原則：

依病人、同成分同劑型、處方(調劑)日期、就醫序號歸戶排序，逐筆判斷處方(調劑)時病人歸戶之餘藥日數，若病人仍有餘藥，但符合提前領藥規範，不計入重複用藥；不符合者，則依下列公式核減：

重複用藥之藥事服務費＝該案件申請之藥事服務費。

重複用藥之藥費＝該醫令處方(調劑)區間與病人餘藥區間重疊日數\*該醫令每日平均藥費。

1. 病人歸戶後之用藥剩餘日數係為以病人為中心，將所有領藥紀錄皆納入計算，包含依規定可提前領藥之案件（出國、出海船員、罕病病人）。
2. 提前領藥規範係指本方案第二項法源依據所列（三）之4相關規定（如下列(1)、(2)兩點）；另為考量病人提早就診不可歸責院所等因素，案件若提前10日領藥亦不計入重複用藥。但所有

領藥日數皆列入總用藥日數內計算。

- (1) 預定出國、返回離島地區、為遠洋漁船船員出海作業、國際航線船舶船員出海服務或罕見疾病病人，得於領藥時出具切結文件，一次領取該慢性病連續處方箋之總給藥量。
- (2) 持慢性病連續處方箋調劑者，須俟上次給藥期間屆滿前十日內，始得憑原處方箋再次調劑。

(三) 重複用藥費用核扣對象：

案件類型 核扣對象		一般處方 由院所自行 調劑案件	一般處方 交付藥局 調劑案件	慢箋第1次 由院所自行 調劑案件	慢箋第1次 交付藥局 調劑案件	慢箋第2次 後調劑案件
處方醫事 機構	藥費	V	V	V	V	
	藥事服 務費	V		V		
調劑醫事 機構	藥費					V
	藥事服 務費		V		V	V

(四) 作業方式：

1. 本專案定期執行，分區業務組會提供醫療院所前季之「○○院所用藥重複明細暨說明表」或檔案供院所填報說明。院所可以VPN、電子檔或書面等多種管道回復個案重複處方原因。
2. 分區業務組經審查後，符合常理可不歸屬重複處方或無法歸責於院所不核減，未說明者則逕以追扣方式核減。

## 附件：門診特定藥品定義

### □ 藥品定義：

- ✓ 降血壓藥物(口服)：ATC 前三碼=C07(但需排除 C07AA05)或 ATC 前五碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX(排除 C02KX01、C02KX02)、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。
- ✓ 降血脂藥物(口服)：ATC 前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。
- ✓ 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前五碼=A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX。
- ✓ 抗思覺失調藥物：ATC 前五碼=N05AA、N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX。
- ✓ 抗憂鬱症藥物：ATC 前五碼=N06AA、N06AB、N06AG、N06AX(排除 N06AX05)。
- ✓ 安眠鎮靜與抗焦慮藥物：ATC 前五碼為 N05BA、N05BB、N05BC、N05BD、N05CC、N05CD、N05CF、N05CM。

### □ 資料範圍：

- ✓ 排除代辦案件
- ✓ 排除 O2(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
- ✓ 排除同一療程及排程檢查
- ✓ 排除安胎案件



## 東區業務組西醫基層總額專業審查抽樣原則

104.06.24 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。

**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 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>							