

# 衛生福利部中央健康保險署東區業務組 104年第2次西醫基層總額共管會議紀錄

時間：104年12月16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 朱主任委員建銘 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
何委員活發	何活發	吳委員文揚	吳文揚
林委員秀雄	請假	黃委員啟嘉	黃啟嘉
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	請假
蔡委員耀德	蔡耀德		

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	羅亦珍	石惠文
	林桂英	江春桂	林美華	涂琪
	馮美芳	翟慧卿	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、104年第1次共管會議紀錄，請參閱(不宣讀)確認：(略)



(二) 總額受託分會行政人員：

1. 審查醫藥專家溝通聯繫、排定到公審查日期、時間(含花蓮及台東) 並回報本組。
2. 負責寄送台東及稽催案件寄回(審查期限約 14 天)，須嚴守資安保密並簽名。
3. 協助醫師使用 IPL(智慧型專業審查系統)、審畢評量作業、整理審查桌面、補充審查用物品等事項。

(三) 本組對口單位為總額受託分會行政人員。

決定：請西醫基層醫療服務審查執行會東區分會配合辦理。

第五案 報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：請總額受託分會依契約提報審查醫藥專家名單及迴避審查調查表，俾利審查迴避分案。

決定：洽悉。

第六案 報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：本署健保特約醫療院所於 105 年 1 月 1 日起，門、住診全面單軌申報 ICD-10-CM/PCS，醫院住診及西醫、中醫、牙醫診所門診預檢須於費用年月 104 年 7-10 月中，任一月之次月 30 日前通過門診預檢，截至 104 年 11 月 30 日止，各總額通過家數報告案。

決定：洽悉。

第七案 報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：審查醫藥專家審查案件時，請勿以共識為由據以核刪費用，如擬提出審查注意事項增修條文意見，應彙整各科共識，提至西醫基層醫療服務審查執行會審查組研議。

決定：洽悉。

第八案 報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：104 年第 3 季「門診特定藥品重複用藥費用核扣方案」執行情形。

決定：洽悉。

第九案 報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：104 年 9 月『雲端查詢系統』與『用藥日數重疊』相關分析。

決定：洽悉。

第十案 提案單位：中央健康保險署東區業務組

案由：為落實節能減碳政策，本組擬將當月未抽審院所核定表單及總額每季點值結算追扣補付核定函，直接上傳 VPN 通知，請東區分會轉知所屬會員自行下載參考。

決定：洽悉。

第十一案 報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：公告修訂「健保卡存放內容」及「健保卡資料上傳作業說明」，並自 105 年 1 月 1 日起新增上傳補卡者之「實際就醫（調劑或檢查）日期」。

決定：洽悉。

第十二案 報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：保險對象因處方箋或藥品遺失、毀損，就醫重複領取之相同藥品，自 104 年 9 月 21 日起本保險不予給付。

決定：洽悉。

第十三案 報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：重申預防保健服務視病情需要，由同一診治醫師併行其它一般診療，不得另外申報診察費。

決定：洽悉。

第十四案 報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：請輔導並轉知所屬會員於 105 年 1 月 23 日前至本署健保資訊網服務系統(VPN)登錄 105 年農曆連續假期之看診時段及科別。

決定：洽悉。

第十五案 報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：有關辦理「104 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」巡迴醫療服務實地訪查情形，並請協助 105 年度請持續推動本方案。

決定：請醫務管理科協助太平診所申辦卑南鄉巡迴醫療服務事宜。

第十六案 報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：因應 105 年起門、住診及交付機構之診斷碼及處置碼全面單軌以 ICD-10-CM/PCS 申報，相關作業辦理情形報告。

決定：請分會成立輔導小組，協助輔導上傳未成功或未上傳之院所進行預檢作業，以確保 105 年起可順利申報。

#### 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「東區業務組西醫基層總額專業審查抽樣原則」25 項指標，擬增加「參加即時查詢病患就醫資訊方案院所門診病人雲端藥歷查詢率」獎勵指標案，提請討論。

決定：增列「參加即時查詢病患就醫資訊方案院所門診病人雲端藥歷查詢率>20%」為獎勵指標，得減計1分，並修訂東區業務組西醫基層總額專業審查抽樣原則如附件，並公布於本署全球資訊網站。

第二案 提案單位：西醫基層審查執行會東區分會

案由：審查案件，不可刪扣診察費。

決定：診察費核減理由很多，應尊重專業審查結果，院所如有異議，請參考審查意見，列舉說明理由或備齊相關文件申復。

第三案 提案單位：西醫基層審查執行會東區分會

案由：病人持區域醫院或醫學中心之長期慢箋診療處方轉回基層診所就診，診所依原處方給藥，若與基層審查共識決議之結果有不同(不相合)之用藥規定，若任意刪除，有違轉診制度之精神，請討論如何規範。

決定：無論是否轉診，持醫院處方簽，仍應定期審視其是否合乎藥品使用相關規定，檢附相關檢查報告，且病歷應詳細記載用藥理由，並依病情實際變化做適當的調整。

第四案 提案單位：西醫基層審查執行會東區分會

案由：審查案件核刪比率，應依診所收入金額做調整，否則診所醫師將陷入生活困頓之苦。

決定：健保是保障民眾就醫的醫療品質與健康，而非以保障院所或醫師應有收入。專業審查的重點應是“為何核刪”？“理由為何”？與“收入多寡”無關。因此，請尊重專業審查。

第五案 提案單位：西醫基層審查執行會東區分會

案由：西醫基層醫療服務審查執行會東區分會103年12月2日決議：慢性病處方箋使用次數過多的基層診所，建議醫師連續處方箋

儘量濃縮在一起，對醫師是不合理的作法。

決定：為病人取藥方便及用藥安全，亦為總額費用控管，醫師開給病患慢性病連續處方箋，應依病情需要整合處方用藥，以減少病人就醫次數。

第六案 提案單位：西醫基層審查執行會東區分會

案由：建議每季召開一次共管會議。

決定：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。

伍、臨時提案

第一案 提案人：西醫基層審查執行會東區分會(楊委員代雲)

案由：基層院所 ICD-10 上傳獎勵方案符合通過預檢正確，之後又不予獎勵乙案。

決定：本組會將建議事項反映至本署業務單位參考；另請東區分會經由中華民國醫師公會全國聯合會向本署反映。

陸、散會：15 時 20 分。

## 東區業務組西醫基層總額專業審查抽樣原則

104.12.16 修訂

### 壹、專業審查原則：

- 一、**26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	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	前 90%	
	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%		其他	29. 參加即時查詢病患就醫資訊方案，雲端藥歷查詢率	>20%	減項
04 案	15. 藥費百分位	前 90%					
×: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。							