

中區西醫基層總額共管會 105 年第 1 次會議紀錄

時間：105 年 03 月 11 日 13 時 00 分

地點：中央健康保險署中區業務組 10 樓第 1 會議室

出席：

中區分會：

臺中市醫師公會：羅倫樞、陳萬得、蔡景星、鄭煒達、陳國光、
施英富、陳正和、林義龍、陳文侯

臺中市大臺中醫師公會：蔡其洪、陳儀崇、藍毅生、陳成福、魏重耀、
劉兆平、林釗尚

彰化縣醫師公會：巫喜得、吳祥富、廖慶龍、陳永樺、蔡梓鑫、
孫楨文

南投縣醫師公會：許鵬飛、謝明哲、張志傑、陳信利

中區業務組：

陳墩仁、林興裕、陳雪姝、陳麗尼、王慧英、張黛玲、陳之菁、
游姿媛、游韻真

列席：蔡文仁、劉培元、林煥洲、黃錫鑫、顏炳煌、吳元欽、王昶皓、
張啟杉、葉文娜、傅姿溶、張靜文、劉碧優、柯丁權、陳詩旻

請假：葉元宏、高大成、丁鴻志、黃建志、陳宗獻、陳聰波、
林峯文、陳信利

主席：方組長志琳
連主任委員哲震

紀錄：曾麗珍

壹、主席致詞(略)

貳、上次決議事項追蹤

決議事項追蹤	承辦單位	辦理情形
<p>一、推動即時查詢病患就醫資訊方案：</p> <ol style="list-style-type: none">1. 有關黃錫鑫醫師反映查詢不穩定，本組移請中華電信了解改善。2. 另提供相關診所名單請各醫師公會及診所協會協助輔導；優先請未申辦之委員近期積極配合辦理。	中區業務組 中區分會	<ol style="list-style-type: none">1. 本組 104 年 12 月 15 日已洽請中華電信洪股長協助處理，並已改善排除。2. 經醫師公會及診所協會協助輔導，已達 104 年本組目標。3. 針對本方案本組於 105 年 3 月 11 日會上提供中華電信之「雲端藥歷系統查詢最佳化操作流程」供參。
<p>二、針對 104 年第 3 季申報成長情形，本組分析高成長科別資料提供中區分會進行各分科輔導及管控。</p>	中區業務組 中區分會	<ol style="list-style-type: none">1. 本組於 105 年 1 月 8 日提供中區分會 104 年第 3 季精神科等 6 科高成長各分科情形。2. 中區分會輔導彙整情形(詳會議資料)。
<p>三、104 年第 3 季目標點值調整為 0.91，請中區分會於 104 年 12 月 17 日前提提供各科攤還方式及通知診所於 104 年 12 月 28 日前寄回意願書。</p>	中區業務組 中區分會	<ol style="list-style-type: none">1. 已配合各科計算攤還方式後，並由中區分會寄發完成。另 104 年第 3 季目標點值調整攤還達成家數 99.0%；其攤繳點數未達 95%計有外科、骨科及精神科等 3 科。2. 另未攤繳 22 家已於 104 年 12 月起列入論人隨機抽樣加強審查，並追蹤核減情形。

決議事項追蹤	承辦單位	辦理情形
<p>四、修訂105年中區西醫基層醫療服務審查管理分科試辦計畫：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有關就醫次數排除之主診斷代碼比照104年項目，請中區分會105年1月底前彙整提供該等排除之代碼ICD-10的對應碼。 2. 另本組針對104年1-6月就醫次數排除之主診斷代碼經分析比對去年同期，申報排除代碼差異大之診所疑有規避抽審情事，提供名單請中區分會進行各分科異常管理。 	<p>中區業務組 中區分會</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 中區分會已彙整提供該等排除之代碼ICD-10的對應碼。 2. 本組於104年12月24日已提供申報排除代碼差異大(前後佔率>10%且≥P90)之診所計9科、98家。 3. 中區分會進行各分科輔導，彙整情形(詳會議資料)。

參、報告事項：

一、西醫基層總額不予支付指標增修訂案共計19項自105年2月費用起實施，請各醫師公會轉知會員。

(一) 依衛生福利部105年1月6日衛部保字第1040139260號函暨本署105年1年8日健保審字第1040045128號公告辦理。

(二) 增修訂「西醫基層總額部門檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式」項目指標重點如下：

1. 新增：門診同院所同病人同日就醫申報耳鼻喉局部治療次數過高指標1項。
2. 暫停：高血壓、高血脂及糖尿病等3項慢性病連續處方箋用藥日數重複率，配合「特定藥品門診案件重複用藥核扣費用方案」，溯自104年10月1日(費用年季)起，暫時停止執行。
3. 指標定義修訂：基層診所病患當月就診超過10次以上指標等5項。

4. 處理方式修訂：眼科門診局部處置申報率等 10 項，依 104 年 11 月 18 日「討論西醫基層總額檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式會議」之會議紀錄修訂不予支付點數計算方式，係以超量與申報量之比例，推算申報點數中，相同比例之不予支付點數以符合「申報率超過部分不予支付」精神。舉例說明：

舉例：眼科門診局部處置申報率	
處理方式修訂前	處理方式修訂後
不予支付點數 = (申報率 - 30%) * 細隙燈顯微鏡檢查 (醫令代碼為 23401C) 總申報點數。	不予支付點數 = 【分子件數 - (分母件數 * 30%)】 / 分子件數 * 細隙燈顯微鏡檢查 (醫令代碼為 23401C) 總申報點數。
分子：申報細隙燈顯微鏡檢查件數 分母：眼科門診申報件數	分子：申報細隙燈顯微鏡檢查件數 分母：眼科門診申報件數
分子：40 件，5000 點。 分母：100 件 申報率 = 40/100 = 40% (40% - 30%) * 5000 = 0.1 * 5000 = 500	分子：40 件，5000 點。 分母：100 件 【(40 - 100 * 30%) / 40】 * 5000 = 【10 / 40】 * 5000 = 0.25 * 5000 = 1250

- (三) 本次修訂處理方式幅度大，除公告於本署全球資訊網外，另醫師公會全國聯合會亦協助於該會網站公告並刊載臺灣醫界雜誌宣導，敬請各醫師公會轉知會員。

二、新增支付標準第八部品質支付服務第四章「糖尿病及初期慢性腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳」

(一) 適用對象

就醫主次診斷為糖尿病或慢性腎臟疾病 Stages 1、2、3a 期之個案，但排除本部第二章糖尿病品質支付及「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」之收案對象。

(二) 上傳資料項目

HbA1c、LDL、eGFR、U_{ACR}、U_{PCR}、身高、體重、血壓、抽菸、戒菸服務等檢驗(查)結果資料。

(三) 費用支付

1. 獎勵門檻：糖尿病個案於同院所年度內接受 3 次 HbA1c 及 1 次 LDL 及 1 次 U_{ACR}(或 U_{PCR})檢驗。初期慢性腎臟病個案於同院所接受 2 次 eGFR 及 2 次 LDL 及 2 次 U_{PCR} (伴隨 DM 者 U_{ACR} 或 U_{PCR} 擇一)檢驗。
2. 達獎勵門檻者支付定期追蹤及報告回饋費：糖尿病或初期慢性腎臟病個案於同院所接受定期追蹤，且院所上傳檢驗（查）值與相關資料，支付每一個案 200 點；同時罹患糖尿病及初期慢性腎臟病個案，於同院所完成定期追蹤及報告，則支付 400 點。

(四) 上傳之檢驗（查）結果若同時符合「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」獎勵條件者，另依參加該方案支付上傳檢驗（查）結果獎勵金。

	論質支付	資訊整合及鼓勵資料上傳
支付章節	第八部第二章、第三章	第八部第四章
適用對象	論質個案	「非」論質個案：就醫主次診斷為糖尿病或慢性腎臟疾病 Stage1、2、3a 期
服務內容	定期追蹤、管理照護、照護資料登錄、衛教	
支付費用	1. 管理照護費 2. 醫師為單位，論量支付	1. 定期追蹤及報告回饋費 2. 院所為單位，年度核付

三、推動全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案，請各醫師公會積極鼓勵診所參加。

(一) 依 104 年 12 月 30 日健保醫字第 1040014217 號修訂公告辦理。

(二) 本方案修訂重點如下：

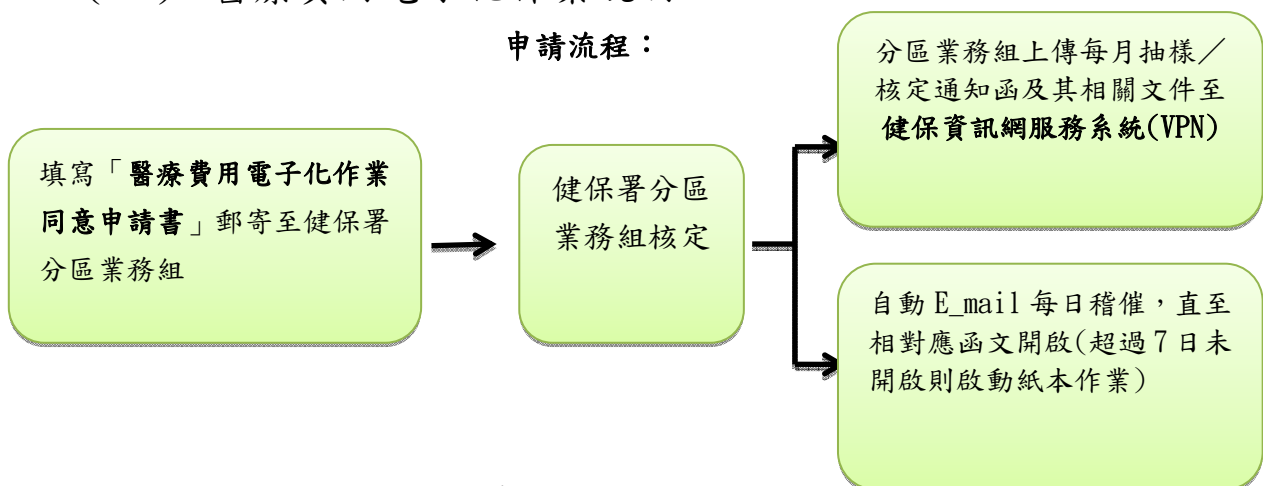
1. 基本費：為提升醫療院所參與率，網路月租費補助比率維持 50%。
2. 支付指標：扣除基本費之補助後，本署依下列支付指標達成項目最高二項計算。

- (1)門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>20%
- (2)特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率≥90%
- (3)門診抽審案件數位審查(新增)
- (4)健保卡上傳作業正確率≥90%(刪除登錄處方率)
- (5)檢驗檢查結果上傳率≥70%(新增)

3. 獎勵指標：檢驗檢查結果或出院病歷摘要上傳時間，105年度修訂為須於「費用年月」次月底前上傳(104年度為次次月底)。

四、推動醫療費用電子化作業

- (一) 本署 105 年推動醫療費用電子化，讓院所透過網路隨時掌握費用核定情形，同時也可透過申復電子化作業，逐步提升核定及申復時效，以節省院所相關人力郵資等成本。
- (二) 另增修「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 33-1 條：保險人經徵得保險醫事服務機構同意後，得以電子文件送達本辦法所定之抽查、通知、核定及公告等文件。前項送達時間，以保險醫事服務機構於本保險資訊網服務系統點閱之時間為準。
- (三) 醫療費用電子化作業說明



相關下載路徑及配合事項：

1. 「醫療費用電子化作業同意申請書」請逕向費用經辦人員洽詢。
2. 核定通知函及相關文件：VPN／服務項目／醫療費用支付／核減檔查詢下載。

3. 為配合上開作業，若電子郵件有異動時，請務必更新，變更電子郵件路徑：VPN／服務項目／醫務行政／通訊資料維護項下變更正確電子郵件。

(四) 申復電子化作業說明

1. 本署已完成申復電子化作業，將原紙本申復清單改以XML檔案格式上傳至VPN，可減輕醫師需逐筆手寫申復資料之負擔。請各醫師公會轉知會員積極配合辦理。
2. 有關申復電子化作業格式，請參閱本署全球資訊網／醫事機構／醫療費用支付／醫療費用申報規定／醫療費用XML申復格式【自即日起適用】

決定：

- (一) 本案為利院所直接申辦，本署中區業務組將「醫療費用電子化作業同意申請書」以 e-mail 方式提供院所。
- (二) 建議在 internet 設計類似 Google Drive 平台模式，提供本署各區業務組與院所間進行互動式資料交換作業(如公文、抽樣通知、通知信及回函等)，以方便診間不便使用 internet 院所可利用未看診或返家後上網檢視資料，將建請本署卓參。

五、推動 105 年全民健康保險居家醫療整合照護試辦計畫

- (一) 依本署 105 年 2 月 15 日健保醫字第 1050001413 號公告辦理，請各醫師公會轉知並鼓勵診所踴躍參加。
- (二) 為改善不同類型居家醫療照護片段式的服務模式，本署將原 104 年居家醫療整合照護試辦計畫，擴大實施範圍並列為 3 年計畫(至 107 年 12 月 31 日)，修訂重點摘要如下：
 1. 由醫事服務機構組成整合性照護團隊，提供含括「居家醫療」、「重度居家醫療」及「安寧療護」三階段居家醫療照護，由主責醫事服務機構提出計畫申請書申請，核准後依其醫事人員專長提供各階段之服務項目。
 2. 照護對象限居住於住家，居家照護及安寧療護依支付標準第 5 部第 1 章規定收案，使用呼吸器者依全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫之規定收

案。

3. 居家醫療階段照護對象取消原(104 年)為中低收入戶或低收入戶之規定，除限居住於住家，擴大實施範圍，凡經照護團隊醫事人員評估有明確醫療需求，因失能或疾病特性致外出就醫不便者皆可收案。

(三) 本計畫除給付論次訪視費、藥費、檢驗費…等，另給付每名照護對象每年 600 點個案管理費；請有意參與之診所和其他醫事服務機構組成照護團隊參與計畫。

(四) 105 年「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」，評核指標之一為各醫療群內提供本計畫服務，即加分 5%，請參與醫療群診所踴躍參加本計畫(基層診所聯絡窗口：醫療費用二科紀小姐，分機 6808)。

六、105 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

(一) 依據本署 105 年 2 月 18 日健保醫字第 1050001627 號公告辦理。

(二) 本年度本署中區業務組轄區計有 19 個西醫醫療資源不足地區由基層診所承作，其中 9 個註記為兒科醫療資源不足改善地區。(延續 104 年)

(三) 本方案修訂重點如下：

1. 施行鄉鎮分級：依醫療資源導入難易分為三級。(中區無第三級地區)

縣市	第一級	第二級
臺中市	神岡區	(大安區)、*(新社區)、*(石岡區)、外埔區
彰化縣	大村鄉、社頭鄉	*埤頭鄉、二水鄉、(埔鹽鄉)、(田尾鄉)、(線西鄉)、(芳苑鄉)、(福興鄉)
南投縣		集集鎮、魚池鄉、名間鄉、(國姓鄉)、中寮鄉

備註：1.加括弧部分為兒科加強區。

2.申請巡迴地點僅限當地衛生主管機關或轄區分區業務組認定屬醫療資源不足之地點，加註*。

2. 巡迴計畫：

- (1) 醫師申請資格：以專任專科醫師為優先原則，但不具專科醫師資格，需經本業務組審查同意。
- (2) 巡迴地點申請：限於申請時未有醫師開業之村里。
- (3) 申請生效：申請計畫或新增申請條件(時段、醫事人員、次數)，生效日經核准發函後始得執行。
- (4) 終止巡迴：每巡迴點每季累計休診次數，達該巡迴點原申請總次數之四分之一。
- (5) 申報診察費之案件加成：每件依 103 年全年平均診察費 284 點(P57001 處方交付藥局調劑、P57002 診所自行調劑)加計 3 成，申報方式由保險人於點值結算時加計後支付。
- (6) 醫師論次計酬：按各鄉鎮分級支付，第一級至第三級一般日分別為 3500 點、4500 點及 7500 點，例假日分別為 4500 點、5500 點及 8500 點。
- (7) 考核要點新增加分項目：鼓勵使用「門診病人健保雲端藥歷系統」。

3. 開業計畫：

- (1) 該診所總額內核定點數(含部分負擔、釋出交付機構費用)，每點支付金額至少 1 元，依各級支付原則每月最低保障額度第一級 20 萬點、第二級 25 萬點及第三級 35 萬點計算，至第 36 個月止。(104 年底前開業院所仍維持原保障額度 20 萬點)
 - (2) 管理原則：當月門診服務未滿 20 天者，不予支付保障額度。
 - (3) 考核要點新增加分項目：鼓勵使用「門診病人健保雲端藥歷系統」、「全民健康保險即時查詢就醫資訊方案」。
- (四) 為鼓勵西醫基層醫師至醫不足地區提供醫療保健服務，請各醫師公會加強宣導。

七、重申應確實核對保險對象完成復健治療後方能申報費用

- (一) 本署中區業務組 104 年 10 月辦理物理治療 1 次完成率過高

自清案，部分診所坦承看診完後，費用申報程式會先自動鍵入第 1 次復健治療費用，但有些病人可能不耐等候未執行即先行離開，而診所事後並未再核對即逕行申報費用情事。

- (二) 上述情形已涉及虛報費用，可依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條第 4 款規定處予停約一個月至三個月。請各醫師公會轉知所屬會員，應確實核對保險對象是否完成復健治療核實申報費用，本署中區業務組將持續追蹤物理治療 1 次完成率，未改善者除加強審查外，必要時將移送查核。

八、105 年度診所管理科別選擇變更情形

- (一) 依據 105 年中區西醫基層醫療服務審查分科管理試辦計畫伍、分科方式三、改選科別之診所均需符合優先以診所執業專科為主，如屬不分科以診所申報案件之屬性達 50% 為選科依據；特殊診所將請各醫師公會協助檢視是否符合上述條件。如不符合選科設定原則將逕依原則歸屬科別並請中區分會轉知。
- (二) 105 年分科管理選科作業有 7 家診所申請改選科別，其中申請改為家醫科 1 家、內科 2 家及外科 4 家，經查 6 家符合上述選科設定原則，1 家不符合為家醫轉外科，逕依原則歸屬家醫科並函請中區分會轉知在案。

九、本署門診特定藥品重複用藥費用核扣方案

- (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）等六類藥品不同處方同成分同劑型之重複用藥費用。
- (二) 實施時程：西醫基層診所 104 年第 4 季起同院所；105 年第 3 季起跨院所。
- (三) 作業方式：本署每季第 2 個月 10 日前提供保險醫事服務機構前季「特定藥品用藥重複明細暨說明表」；請院所於每季第 3 個月 1 日前（104 年第 4 季因春節延至 105 年 3 月

10 日)，於 VPN/保險對象用藥管理/用藥重複案件單筆維護，回復個案重複處方原因，由分區業務組審查後核定；未說明之個案，則視同同意核扣，逕予追扣。

(四) 本署中區業務組於 105 年 2 月 19 日健保中字第 1054094049 號函檢送「門診特定藥品重複用藥費用核扣方案」上傳作業說明乙份供診所辦理，共 2,202 家。

(五) 104 年第 4 季同院所重複計有 830 家診所。

十、高平均就醫次數輔導作業現況

(一) 本署中區業務組為抑制資源不當耗用自費用年月 103 年 5 月起針對各分科連續 6 個月平均就醫次數 \geq P90 診所進行論人隨機抽樣審查。

(二) 本指標計算已依各科所提，排除須經常就醫之主診斷以維護民眾就醫權益，經統計 104 年 1-6 月就醫次數排除之案件佔率與同期相比，各分科申報排除代碼差異大(前後佔率 $>10\%$ 且 \geq P90)之診所計 9 科、98 家，已移請中區分會進行各分科輔導在案，本署中區業務組將繼續追蹤輔導。

(三) 本署中區業務組 105 年起監控每人單價因該指標已考量就醫次數因素，本專案暫停辦理。

(四) 為維護醫療資訊正確性，請各診所仍須依主要就醫疾病正確填報主診斷。

十一、重申健保卡上傳過敏藥物註記及過敏藥物規定

(一) 本署近來因推動健康存摺下載作業，提升民眾自我健康管理意識，有民眾反映部分診所不知過敏藥物之健保卡登錄上傳作業。

(二) 本署 103 年 12 月 1 日健保醫字第 1030034397 號公告修訂健保卡資料上傳作業，自 104 年 1 月 1 日起請院所配合上傳「過敏藥物上傳註記」及「過敏藥物」欄位(詳下表)，且併於上傳就醫資料之醫療專區醫令段上傳。請各醫師公

會轉知會員。

項次	資料名稱	格式	對應 XML 欄位	說明
45	醫療專區 過敏藥物上 傳註記	X(01)	A80	「過敏藥物上傳註記」為： N：新增 D：註銷
46	醫療專區 過敏藥物	X(200)	A81	

十二、 中區西醫基層總額點值低落分析及管理措施

- (一) 中區西醫基層總額點值 104Q3 及 104Q4 預估為全國最低，檔案分析結果顯示整體及所有科別單價高於其他分區為點值低落主要原因。
- (二) 104 年全年中區與全國月平均就醫科別下每人醫療費用統計結果，中區整體平均值為 845 點，不含中區全國值為 811 點，高於全國 4.20%，且中區各科別之平均每人醫療費用皆高於全國值。
- (三) 以 104 年第 4 季推估，平均每人醫療費用調整為全國值後，將使中區整體醫療費用減少 2.2 億點(占總額 4.1%)，總額平均點值將可由原 0.9011 提升至 0.9372。
- (四) 綜上，為提昇中區西醫基層總額點值，應加強每人資源耗用之管理，建議成立工作小組研擬管控措施。

決定：為提昇中區西醫基層總額點值，由本署中區業務組與中區分會代表及各科召集人共同成立工作小組。

十三、 西醫基層總額醫療費用申報概況報告 (會議上報告)

中區分會報告事項

- 一、 審查組委員李茂盛醫師請辭，改由施英富醫師遞補。
- 二、 105 年度分科委員共 112 位，本會訂於 105 年 3 月 23 日下午 1 點於中區業務組 4 樓，進行分科委員說明會。
- 三、 105 年度審查醫藥專家共 99 位，本會訂於 105 年 4 月 1 日下

午 1 點於中區業務組 4 樓，進行審查醫藥專家說明會。

肆、提案討論

提案一

提案單位：中區業務組

案由：有關本署預估 104 年第 4 季中區西醫基層預估平均點值為 0.9011，未達目標值(0.92)及排名中位數處理情形，提請討論。

說明：

一、本署預估104年第4季各區平均點值如下：

季別	項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全署
104 年 Q4	預估 浮動點值	0.8806	0.9405	0.8607	0.9349	0.9428	1.0511	0.9073
	預估 平均點值	0.9133	0.9575	0.9011	0.9546	0.9599	1.0339	0.9341
	排名	第五	第三	第六	第四	第二	第一	

二、104年第4季未達0.92目標點值，預估平均點值排名第六，擬調整目標點值，建議(詳會議資料)。

決議：

一、104年第4季目標點值調整為0.91，請中區分會於105年3月17日前提供各科攤還方式及通知診所於105年3月27日前寄回意願書。

二、另為落實點值攤還作業，如有未攤還之診所必要時由各分科提供名單，並會同本署中區業務組召開輔導會議。

提案二

提案單位：中區分會

案由：於國民健康署或該院自己檢測大腸潛血反應陽性個案後續之大腸鏡檢查，應視為代辦案件，排除診療費成長之外。

說明：大腸直腸癌近 5 年來無論是發生率或死亡率都不斷攀高，所以潛血反應陽性個案後續之大腸鏡檢查至為重要，但若把大腸鏡篩檢置於診療費中與一般診療費合起來計算診療成長，會讓腸胃科或大腸科醫師卻步不敢安排檢查。

辦法：

- 一、應將大腸潛血反應陽性個案後續之大腸鏡檢查視為代辦案件，排除於一般診療費之外，在計算診療費成長時分開。
- 二、申報時，請健保署設計一”E”碼，做為特別治療代號。

中區業務組說明：

- 一、定量免疫法糞便潛血檢查費用為國民健康署預算，本署代辦其業務；惟大腸潛血反應陽性個案後續之大腸鏡檢查等診療係屬疾病治療，依全民健康保險法第1條規定略以：「於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付」，故本案為健保醫療業務範圍非代辦案件。
 - 二、有關診療費成長計算係自身診所與去年同期比較，前一年檢查費用已包含於統計基礎中，目前無法區別此類申報案件，排除有困難。
 - 三、本案係因癌篩項目多，經由本業務組通盤考量後再議。
 - 四、增加申報欄位案將建請本署參卓。
- 決議：依中區業務組說明辦理。

提案三

提案單位：中區分會

案由：建請修正病患餘藥不支付指標案

說明：

- 一、查自105年1月起全面執行慢性病患三高(高血壓，高血酯，高血糖)餘藥日逕自行政審查執行不支付核刪。
- 二、儘管健保署強調執行合法，但現行規定對於上述慢性病患可在下次處方到期日前10日取藥，一季累積最大餘藥為30日，而今却只要超過10日，即行政核刪，顯然過於嚴苛。
- 三、更何況以季之前一個月為餘藥日基準點，恐扭曲真正日之虞。
- 四、而造成過多餘藥日浪費，咎在病患却究責在醫師，顯然不合理。

辦法：

- 一、建議刪除本項指標。
- 二、建議放寬餘藥日。
- 三、責成電腦廠商建制提醒警示系統。

中區業務組說明：

- 一、本署「門診特定藥品重複用藥費用核扣方案」於 104 年 6 月 17 日、105 年 1 月 12 日及 2 月 19 日健保中字第 1044095742、1054094004 及 1054094049 號函知院所在案，係為加強民眾用藥安全，且院所透過健保雲端藥歷系統查詢民眾用藥情形，本方案目前針對同病人同診所特定藥品之重複用藥費用核扣，且經 104 年第 1 至 3 季輔導後分段實施。
- 二、診所如有重複用藥費用核扣個案須回復原因者，請參閱本署函送之「特定藥品用藥重複說明檔案上傳作業說明」步驟操作，本署將依說明原因另行核定。有操作疑義者請電洽診所承辦人員。
- 三、有關建議刪除本核扣方案或放寬餘藥日數乙節，建請本署卓參。

決議：依中區業務組說明辦理。

伍、臨時動議：

提案一

提案單位：中區業務組

案由：為因應流感疫情及民眾就醫需求，使因應流感疫情而工作負荷加重之院所能全力照護病患，擬修訂費用年月 105 年 2 及 3 月的排除抽審指標原則，提請討論。

說明：

- 一、本署中區業務組參考衛生福利部疾病管制署「類流感病患 ICD-9-CM 及 ICD-10-CM 對應表」診斷碼(417 個)，統計 105 年 2 月健保 IC 卡上傳資料各院所之流感件數占率及與去年同期比較流感件數成長率，依該兩項指標排除抽審院所，依指標閾值調整排除抽審之家數有所差異，提供該兩項指標不同閾值之排除抽審家數分布如下：

105 年 2 月排除抽審家數分佈

流感件數成長率	科別	流感件數占率		
		>30%	>40%	>50%
>20%	家內兒耳	173	139	97
	其他	23	14	2
	排除總家數	196	153	99
	佔總抽審家數比率	34%	27%	17%

二、如未符合上述之排除抽審條件院所進行抽審時，因隨機抽審案件無法區分是否為流感相關案件，仍需依現行隨機抽審原則執行抽審。

決議：修訂費用年月 105 年 2 及 3 月之排除抽審指標原則為該月健保 IC 卡上傳資料估算，流感件數成長率 20%以上且占率 30%以上者。

陸、散會：15 時 08 分。