

衛生福利部中央健康保險署東區業務組 113年第2次西醫基層總額東區共管會議紀錄

時間：113年12月31日(星期二)中午12時

地點：東區業務組三樓會議室、台東聯絡辦公室二樓會議室

主席：黃組長兆杰 周主任委員朝雄

紀錄：劉寶云

出席委員：(依東區分會委員姓氏筆劃排序)

(*為台東聯絡辦公室視訊及線上與會人員)

委員代表姓名	出席委員代表
尤委員憲明	尤憲明*
王委員憶陵	王憶陵*
朱委員建銘	朱建銘*
何副主任委員活發	何活發 (請假)
何委員裕鈞	何裕鈞
吳委員文揚	吳文揚
侯委員文琦	侯文琦
黃委員啟嘉	黃啟嘉
莫那委員瓦旦	莫那瓦旦 (請假)
蔡委員文銘	蔡文銘
韓委員建國	韓建國*

出席單位及人員：

中央健康保險署東區業務組 羅亦珍 王素惠 石惠文 林美柿 詹蕙嘉
馮美芳 洪美榕 洪偉婷 黃寶萱 戴鳳廷
杜宗祐* 吳乙亭 李姿蓉 陳佳穎 黃婷婷

西醫基層醫療服務審查執行會東區分會 徐洛新 吳子芸*

花蓮縣醫師公會 吳采勳

台東縣醫師公會 江麗雪*

壹、主席致詞：(略)

貳、113年第1次共管會議紀錄，請參閱（不宣讀）：確定。

參、報告事項

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：承保業務及政策動態說明。

決定：請東區分會協助轉知會員，114年基本工資健保投保金額分級表已調整，辦理所屬員工加退保、網路申報健保異動、健保費轉帳/電子繳款單等，請多利用「健保網路櫃檯」；餘洽悉。

報告事項第二案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：解除列管，本案併入本次討論事項三：「西醫基層總額申報慢連箋診察費樣態分析結果」討論。

報告事項第三案

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。

決定：

- 1、建議請釐清簡報第13頁_各分區平均每件點數之值是否有排除C型肝炎藥費及件數之計算。
- 2、建議簡報第29頁_西醫基層醫療品質確保方案之門診抗生素使用率指標能依診所科別訂出各科別之參考值。

報告事項第四案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：東區113年(1-10月)雲端查詢系統使用情形，另敬請協助轉知所屬會員善加運用「健保醫療資訊雲端查詢系統2.0」。

決定：請東區分會協助轉知會員，雲端查詢系統1.0版本延後至114年7月1日0時起停止服務，請院所提前熟悉雲端查詢系統2.0之頁面。

報告事項第五案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：「2023年版ICD-10-CM/PCS」自114年1月1日正式啟用，請轉知會員配合辦理。

決定：健保門、住診醫療申報資料自114年1月1日起，將全面由2014年版ICD-10-CM/PCS轉版為2023年版，請東區分會協助轉知會員預做準備，儘早執行轉版預檢，以免影響醫療費用申報作業；餘洽悉。

報告事項第六案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：有關113年訂定「白內障手術管控方案」及評估指標，敬請協助轉知所屬會員。

決定：請東區分會協助轉知會員旨揭方案及評估指標，餘洽悉。

報告事項第七案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：有關「113年度全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案」執行情形說明，敬請協助轉知所屬會員。

決定：請東區分會協助轉知會員旨揭方案每月撥付獎勵款項後，會以大量電子郵件通知，請診所注意如有資料修正需求，須於款項撥付日起1個月內，向各分區業務組提出申請並提具佐證資料，餘洽悉。

報告事項第八案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：「西醫基層總額東區共管會議作業要點」修訂案。

決定：通過；修訂後之「西醫基層總額東區共管會議作業要點」如附件1。

報告事項第九案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：本署業於113年5月24日健保醫字第1130110065號公告「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」，並自113年7月1日起實施，請鼓勵會員醫師踴躍參加。

決定：請提供參與在宅急症所需資格條件與花東二縣公會，周知會員，餘洽悉。

報告事項第十案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：本署為推動檢驗查結果、醫療檢查影像即時上傳，敬請協助輔導會員醫師「有申報應上傳」及「即時上傳」，優化醫療服務。

決定：請東區分會協助輔導會員醫師「有申報應上傳」及「即時上傳」；餘洽悉。

報告事項第十一案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：為配合國家消除C肝政策，敬請協助輔導會員申報核糖核酸類定量擴增試驗(12185C)或C型肝炎病毒抗體檢查(14051C)費用時，務必要上傳檢驗結果，以利病患後續追蹤治療。

決定：檢驗結果未上傳之院所，函知東區分會，副知衛生局。

報告事項第十二案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：「健保卡資料上傳格式2.0作業」，請輔導會員醫師及早完成。

決定：尚未改版作業院所名單，請函知東區分會輔導會員醫師及早完成，另副知衛生局輔導所轄衛生所。

報告事項第十三案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：請鼓勵會員醫師針對門診病人加強個案管理及衛教，以降低可避免住院率，門診可避免住院率大於年度目標值1.7%之名單，業提供分會，請加強會員輔導。

決定：洽悉。

肆、討論事項

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：為提升審查效益，建議西醫基層「其他專案(09)」抽審案件(含隨機或立意抽樣案件)，排除「『單純開藥』且『開藥天數3天以下』且『平均藥費每日22元以下』」案，提請討論。

說明：

- 一、本案源於西醫基層醫療服務審查臺北分會依據112年9月15日西醫基層總額臺北區第3次共管會議結論：「有關西基院所部分09案件得否不列入抽審，因涉及全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規範，由臺北分會建請中華民國醫師公會全國聯合會提本署討論。」
- 二、查「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」註11(3)交付調劑案件申報說明「B.案件分類『01:一般案件』案件，經採交付調劑，應改以『09:西醫其他專案』申報。」，前開規定使原本不列入抽審案件之「一般案件」，卻因交付調劑改以「其他專案」申報而需列入抽審。

三、為提升審查效益，倘經檔案分析旨揭類別案件之醫療資源耗用、就醫型態、用藥型態及治療型態等，院所該類案件申報占率高且核減率低，或有類似前述情況之醫療型態，建議列入分區共管會議討論院所減審之可行性。

決議：考量依現行醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，並未將旨揭案件列入隨機免審範圍，又該類案件仍可能落入CIS指標篩異案件，於實務上難以排除減審，爰決議維持現行做法。

討論事項第二案

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」修訂案，提請討論。

決議：

- 一、考量在宅急症案單價費用與門診案件差異大，爰決議西醫基層門診總額抽審指標之計算，排除有申報在宅急症照護試辦計畫案件(案件分類E1且任一特定治療項目EN)之醫療費用，避免院所參與專案致申報金額增加，落入抽審指標區間而被加強抽審。
- 二、通過修訂後之「東區業務組西醫基層總額專業審查抽樣原則」如附件2。

討論事項第三案

提案單位：中央健康保險署東區業務組

案由：有關西醫基層總額申報慢性病連續處方箋(下稱慢連箋)診察費樣態分析結果，提請討論。

說明：

- 一、中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫師全聯會)113年8月28日全醫聯字第113000839號函本署，提供數類「慢連箋異常申報樣態」。
- 二、本署分析申報慢連箋診察費樣態，分析結果摘要如下：
 - (一)112年全年全署西醫慢性病病人約1200萬人，曾於西醫基層就醫者約610萬，以曾領取慢連箋者約304萬人(佔西醫基層50%)為本次分析對象。
 - (二)分析對象歸戶後進行分群，各分群初步解讀如下：
 - 1.領取慢連箋且依處方領藥，未頻繁就醫(集群A、D)：約106萬人(35%)。
 - 2.領取慢連箋且依處方領藥，另仍頻繁因慢性病就醫(集群B、

E)：約87萬人(28%)。

3.領取慢連箋，然未持慢連箋按次調劑，且未有持續就醫情形
(集群C)：約110萬人(37%)。

三、另依113年第1次西基東區共管會議_討論事項一之決議，因113年8月開立慢箋需於11311(費用月份)申報後始可分析後續未調劑比率，為了解診所開立慢箋消長情形，爰分別分析11307與11308、11309及11310開立慢箋比率，經查前次會議報告分析(111年7月至112年9月)有開立慢箋後續未調劑比率排行前15家診所，於本次分析中，多數開立慢箋比率均呈現正成長，顯見輔導成效不佳。為保障診所權益，有關決議是否確定執行？建請併案討論。

決議：

- 一、就西醫基層領取慢連箋，然未持慢連箋按次調劑，且未有持續就醫情形(集群C)之案件，請院所先自清，若自清不足，再抽審案件進行專業審查。
- 二、前次會議追蹤事項：自費用年月8月起，就開立慢箋件數>平均開立件數且慢箋後續未調劑比率>10%之診所，追回「慢箋診察費」與「一般診察費」之差額，本項不予實施。

伍、散會 下午2時30分

西醫基層總額東區共管會議作業要點

109/12/28訂定

113/12/31修訂

- 一、衛生福利部中央健康保險署東區業務組(以下簡稱東區業務組)為有效合理分配東區西醫基層總額資源，以促進東區西醫基層共生共存及整體發展，與西醫基層醫療服務審查執行會東區分會(以下簡稱東區分會)，特設「西醫基層總額東區共管會議」(以下簡稱本會)。
- 二、本會任務如下：
 - (一)凝聚東區西醫基層共識，確保醫療服務品質與民眾就醫權益。
 - (二)規劃及執行東區西醫基層醫療費用共同管理模式。
- 三、本會委員由東區業務組組長、副組長、支出面科長及東區分會代表共同組成，召集人由東區業務組組長與東區分會主任委員共同擔任。
 - (一)東區分會下設立：審查組、品質資訊組、法規會務三組。各組委員由花蓮縣及台東縣西醫醫師公會所推薦組成。
 - (二)如委員不克出席得指派具充分授權之代表人，開會前書面通知東區業務組。
- 四、為適時掌控各申報及點值概況，本會以每季召開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，惟每年定期召開二次會議(每年定期於6月及12月)，檢討各院所申報費用、管理指標、及品質指標等執行狀況，非經委員同意，不得停會。如有必要，得由召集人召開臨時會議。
- 五、本會議事人數需達所有委員2/3(含)以上出席始得開議。
- 六、議案決議方式，優先採共識決，若無法達成共識，以出席委員二分之一以上多數決。
- 七、會議紀錄函文委員代表，副知東區分會、花東兩縣西醫醫師公會、署本部醫務管理組、醫審及藥材組等，另公開於本署網站。
- 八、任職前五年因其行為致有下列情形之一者，除暫緩執行外，不得擔任本會議代表或其代理人；任期中發生者，當然解任：
 - (一)經中央主管機關吊銷、撤銷、廢止醫事人員證書。
 - (二)經地方主管機關停業、廢止執業執照。
 - (三)經保險人依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法不予支付。前項規定，於行政處分執行完畢，未屆滿五年者，準用之。
- 九、本章程修改或廢止，以出席委員2/3以上同意為之。

東區業務組西醫基層總額專業審查抽樣原則

壹、專業審查原則：

113.12.31修訂

- 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、新特約及違約經處停約一個月(含)以上者在一年內中列為必審且最少抽審6次，其他違約（因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第35條至第37條所列違規情事之一者）抽審1次，每月各抽審1/2，抽審標準為：〔（新特約家數+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）。
- 三、立意抽樣：共19家。（排除 B、C 肝治療計畫案件）
 - 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。（自費用年月111年1月起，此原因抽審如核減率小於2%，每家診所每年抽審次數不超過3次。）
 - 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、每月隨機抽審家數為7家，每一院所每1年至少應予抽樣審查1次為原則，院所若未列入「東區業務組西醫基層總額專業審查抽樣原則」之抽審名單且同時符合下列二條件即可2年抽審1次。
 - 1.健保特約連續達5年以上（含）之院所（註：費用年月-原始合約年月 $\geq$ 60【5年】），且負責醫師皆為同一人。
 - 2.近5年無全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法違規之處分（包含扣減、停止特約、終止特約）。
- 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15%，扣除第二、三、四、九、十、十一、十二點之診所家數，其餘家數按檔案分析高積分抽審（同積分者，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；每家診所每年抽審

次數，以不超過四次為原則；但經依檔案分析結果有異常需辦理專案審查者除外。並自110年2月（抽審費用年月110年1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8項之院所(排除重大、慢性病、代辦、急診、整合照護E1案件)。

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	刪除	×
	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%		其 他	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%			29.參加即時查詢病患就醫資訊方案，雲端藥歷查詢率	刪除	×
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。 以上指標排除： (1)B、C肝治療計畫案件，特定治療項目代號：H1、HE。 (2)慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案案件，特定治療項目代號：HF。 (3)醫院下轉至診所的案件，轉診註記為1：保險對象本次就醫係由他院轉診而來的個案。 (4)申報精神科長效針劑醫令藥費。 (5)申報 HAH 案件(案件分類 E1且任一特定治療項目代號 EN)							