

西醫基層總額臺北分區 101 年第 3 次共管會議紀錄

時間：101 年 9 月 21 日（星期五）中午 12 時 30 分

地點：健保局臺北業務組壽德大樓 9 樓第 1 會議室（台北市許昌街 17 號 9 樓）

主席：彭主任委員瑞鵬、陳組長明哲

紀錄：范貴惠

出席單位及人員：

一、 共管會議委員

（一） 臺北區委員會

石委員賢彥、王委員火金、何副主任委員博基、李委員光雄、林委員宗熙、林委員華貞、呂委員英世、施委員肇榮、馬委員大勳、張委員孟源、張委員嘉訓、黃副主任委員宗炎（請假）、陳委員炳榮、黃委員振國、劉委員家正、潘副主任委員仁修、蔣委員世中、蔡委員有成（請假）、鄭委員永豐、賴副主任委員明隆、顏委員鴻順

（二） 健保局臺北業務組

陳組長明哲、李代理副組長麗華、邊專門委員子強（請假）、張科長照敏、陳科長蕙玲、周科長曉馨（請假）、張複核視察美玲、王複核視察雲祿、王視察珮琪、李複核視察祚芬、賴複核專員香蓮、余複核專員正美

二、 列席單位及人員

醫務管理組	楊耿如
醫審及藥材組	洪秀貞
醫療費用二科	廖美惠、溫牡珍、王嘉鈴
醫務管理科	丁香豔、蔡文玲、何翠華
臺北分會	廖婉吟、何怡璇
台北市醫師公會	王惠怡
新北市醫師公會	林震洋

壹、報告事項

第一案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：101年第2次共管會議決議事項辦理情形

說明：

案號	案由	決議事項	辦理情形
討論事項第二案	建請討論非內科系醫師申報三高慢性病連續處方箋案件時，由大內科審查醫師共同審查。	有關非內科系申報三高相關疾病之慢箋案件，如專審認有必要由大內科審查者，採個案會審方式處理；另院所申報比率是否異常，請提報功能小組會議討論。	本案經101年8月27日功能小組討論決議，請醫療費用二、四科會同審查小組依異常院所申報情形，研擬立意抽審條件。
討論事項第四案	建請討論修訂「慢箋專案」、「ZOLPIDEM專案」之篩選條件。	一、為兼顧專業審查作業效能，100年全年慢箋專案立意抽審篩選條件修訂為「依病患歸戶，同院所開立慢性病連續處方箋 ≥ 21 張個案」。 二、有關建議修訂101年採每季(或半年)執行乙節，俟分析101年1-6月申報情形，另提報功能小組會議研議。	本案經101年8月27日功能小組討論決議，採每半年執行，101年1至6月立意抽審條件：同院所申報慢箋數量13(含)張以上個案，計65名(1,000件、16家)。
臨時報告	有關台北市醫師公會函請同	請臺北分會協助輔導院所配合補正相關資	目前初估診所及藥局約核扣700萬點，含院所

案號	案由	決議事項	辦理情形
案	意展延「西醫基層診所及藥局自行核對原瓶包裝藥品正確性專案」回覆日至 101 年 6 月 30 日乙案	料，另本案執行結果列入下次會議報告。	藥局自清及本業務組核算結果。
臨時討論事項第二案	建請健保局臺北業務組統計 100 年度使用 concerta 及 Strattera 之情形。	俟分析 100 年 concerta 及 Strattera 之申報情形，另提報功能小組會議研議。	本案經 101 年 8 月 27 日功能小組討論決議立意抽審條件： 1. 病患年齡大於 18 歲或小於 6 歲。 2. 病患年齡介於 6 至 18 歲，且使用 concerta 及 Strattera 前無 methylphenidate 使用紀錄者。

第二案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：西醫基層總額執行概況

說明：詳簡報資料。

結論：請臺北業務組分析風濕免疫科事前審查藥品及直腸外科診療項目之院所分布等申報概況，提報功能小組會議討論。

第三案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：西醫基層臺北分區功能小組 101 年第 2 次會議共識摘要。

說明：

- 一、加強管控精神科診療費用高成長情形，請精神科審查醫師訂定診療項目 45087C（特殊心理治療-成人）及 45046C（生理心理功能

檢查-成人) 每日申報合理量，並請臺北業務組進行 101 年 1 至 6 月二項醫令之每位醫師每日申報排行分析，由臺北分會品質資訊組研擬立意抽審指標，提報 101 年第 3 次共管會議討論。

二、請臺北業務組於 101 年第 3 次共管會議提報免疫風濕科、直腸外科及內分泌科檔案分析結果。

三、有關「非內科系申報三高慢性病連續處方箋管控專案」，請醫療費用二、四科會同審查小組依異常院所申報情形，研擬立意抽審條件。

四、修訂「101 年慢性病連續處方箋管控專案」採每半年執行，101 年 1 至 6 月立意抽審條件：同院所申報慢箋數量 13 (含) 張以上個案，計 65 名 (1,000 件、16 家)。

五、訂定 100 年度西醫基層院所申報 concerta 及 Strattera 藥品立意抽審條件：

(一) 病患年齡大於 18 歲或小於 6 歲。

(二) 病患年齡介於 6 至 18 歲，且使用 concerta 及 Strattera 前無 methylphenidate 使用紀錄者。

六、訂定 101 年度西醫基層醫事服務機構實地審查作業名單篩選條件：

(一) 爭議審議駁回率高之院所：1 家。

(二) 高成長科別之院所：精神科、復健科院所各 2 家 (101 年 1 至 6 月申報費用最高前 2 家院所)。

(三) 申報疑似異常、違規之院所：1 家 (專業審查或醫管建請實地審查院所)。

結論：洽悉。

第四案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：有關辦理 101 年「西醫基層總額感染控制評量表實地評核」作業案。

說明：

一、依「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」，有關

醫療服務品質指標 2.專業醫療服務品質之指標項目「感染控制評量表實評符合率」，每年由保險人實地訪查，訪查家數為當季健保特約之診所數乘以 1/50 計算，估算本分區訪查院所數約 50 餘家。

二、查 100 年度係由本業務組於同 (100) 年 10 月辦理 56 家院所實地評核作業，依各縣市分配家數為台北市 21 家、新北市 28、基隆市 3 家及宜蘭縣 4 家，另考量交通之便利性，金門縣及連江縣暫不列入訪評地區。

三、本年度爰例於 101 年 10 月進行感染控制實地評核作業。

結論：洽悉。

第五案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：有關「西醫基層總額臺北分會醫療服務審查委託辦理情形」實地查檢作業案。

說明：

一、依「行政院衛生署中央健康保險局 101 年西醫基層醫療服務審查委託契約」第九條第一款明訂，廠商在履約期間，應對履約品質依照契約之有關規範，嚴格控制履約品質，同時辦理自主檢查，並接受機關不定期訪查，另針對資料安全管理，機關得不定期稽核。

二、為瞭解臺北分會醫療服務審查委託辦理情形，本業務組將於本 (101) 年 11 月派員前往實地訪查，請臺北分會就該契約內容先行辦理自主查檢，以利訪查作業之進行。

結論：洽悉。

第六案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：建請轉知西醫基層未聘藥事人員院所，非醫療急迫情形使用塞劑藥品，仍應依藥事法規定交付處方。

說明：

- 一、醫藥分業實施後，依藥事法第 102 條及其施行細則第 50 條規定，特約醫療院所如未聘有合格藥事人員執業，除醫療急迫情形外，不能對保險對象調劑藥品，交由病人攜回使用之藥品，應交付處方箋由病人至社區藥局調劑。
 - 二、本局 101 年 7 月 23 日以請辦單釋示：
 - (一) 針劑：由醫師處方實施注射，不受藥事法第 102 條有關醫師得依自開處方，親自為藥品之調劑，以在中央或直轄市衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形為限之規定限制，得以醫師親自調劑申報藥事服務費。
 - (二) 塞劑：仍應依藥事法規定辦理，非中央或直轄市衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形，無藥事人員時，需交付處方。
 - 三、本組費用審查如發現類此異常情形時，先由經辦人員電話輔導改善，經輔導後次月仍未改善者，將則予核扣費用。
- 結論：請臺北業務組向本局反映，個案急迫性用藥之認定應尊重醫師專業判斷（如：婦產科診療使用），對於上開塞劑藥品之相關規範應予檢討。

第七案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：建請轉知西醫基層院所，正確申報「B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」案件費用。

說明：

- 一、本試辦計畫相關規定：
 - (一) 100 年西醫基層醫療給付費用總額之專款項目編列本試辦計畫全年經費 157 百萬元，不足部分由一般部門服務醫療給付費用

總額支應。

- (二) 本計畫給付範圍為慢性 B、C 型肝炎病患之藥物治療費用，參與本計畫院所須向本局上傳個案資料，未依本局規定內容登錄相關資訊，或經本局審查發現登載不實者，本局不予支付該筆費用。
 - (三) 醫療費用申報（門診醫療服務點數清單）暨專款項目結算邏輯：
 - 1. 報備核准參與 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫院所。
 - 2. 案件分類：「E1 支付制度試辦計劃」。
 - 3. 特定治療項目代號(一)：「H1 肝炎試辦計畫」。
 - 4. B、C 型肝炎治療藥品醫令項目(醫令類別 1)。
- 二、經分析 100 年西醫基層院所申報 B、C 型肝炎治療藥品資料發現，不符申報規定案件計 1,621 件(診所：27 家/1,008 件，藥局：35 家/613 件)，費用 6,251,243 點。
- 三、為導正本專款項目支出歸屬，已先行核扣不符申報規定案件之費用，相關案件如符合本計畫給付規定，請院所以補報方式提出申請。

結論：洽悉，另請臺北分會協助輔導會員正確申報。

第八案

報告單位：臺北業務組醫務管理科

案由：101 年度全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案
實地訪查案。

說明：

- 一、按旨揭方案規定，計畫執行期間，保險人各分區業務組得對承作院所進行實地評核、訪查，了解院所提供服務概況。
- 二、本次訪查針對新加入承作及每診次未滿 8 人次之院所，及平均每診人次較高者進行訪評，經擷取倉儲資料及檢視期中考核報告，擇定宜蘭地區 5 家診所及基北區 2 家診所為訪評對象，並於 9 月 4 日至 9 月 8 日進行實地訪評，發現院所皆能提供適當醫療服務，民眾滿意度高；惟仍需改進部分如下：
 - (一) 巡迴點標誌及海報未加註「全民健康保險巡迴醫療服務」字樣；未明顯標示診療科別、地點、時段。

(二) 未開給符合醫療法施行細則及本保險醫事服務機構特約及管理辦法規定之收據。

(三) 醫師未佩帶執業執照及著醫師袍。

(四) 未有符合醫療法規定之藥袋標示。

三、本業務組除已現場輔導院所外，另請各醫師公會協助輔導改進。

結論：洽悉。

第九案

報告單位：臺北業務組醫務管理科

案由：辦理「101年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案」之核發資格審核作業事宜。

說明：

一、依據100年12月12日健保醫字第1000009071號公告「101年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案」伍、核發資格之四、藥品明細：單方藥品於藥品明細中標示商品名及成份名，複方藥品則標示商品名〈以下稱本指標〉。

二、符合參與本指標審核診所名單，局本部醫務管理組已於101年8月17日以101AD06300號請辦單檢送2,951家院所名單至本業務組，經本業務組排除100年已送審合格、歇業及101年經本局依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第36條至38條規定等所列違規情事之一，並經處分之院所後，合計1,293家院所，再經排除90%〈含〉以上案件係採處方釋出之診所1022家，其餘計271家，本業務組業已函知前述院所，於101年9月30日前檢送「藥單內容與門診藥品明細」至本業務組審核。

三、本指標作業模式及指標定義如下：

(一) 「全數處方簽釋出之診所」係指100年7月至101年6月之「開藥總案件數」，90%〈含〉以上案件係採處方釋出之診所。

(二) 「全年」之「開藥總案件數」90%〈含〉以上案件計算，操作型定義如下：

1. 處方釋出率＝交付調劑件數/開藥總案件數。
2. 開藥總案件數：加總「處方調劑方式」＝0、1、4、5、6、A、B、C、D 案件數。
3. 交付調劑件數：加總「處方調劑方式」＝1、C、D 案件數。

(三) 開藥案件不包括下列情形：

1. 代辦案件:案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、A1、A2、A5、A6、A7、BA 等案件。
2. 受委託代檢案件:案件分類非 E1 且申請費用加部分負擔為 0 者。
3. 診察費為 0。
4. 補報原因註記為 2:補報部分醫令或醫令差額。

(四) 100 年已經送審查合格名單，101 年度雖須檢送資料；惟本業務組視情形執行實地抽訪。

四、辦理時程及內容如下：

	1	2	3	4
內容	函寄合格處方箋要件及樣本供 101 年參與藥品明細指標評比之診所參考，並請渠等診所寄回申請書及檢送相關資料。	診所寄回申請書及相關資料，未回覆電洽確認，並請台北區各縣市醫師公會協助提醒院所，逾期不予受理。	已回覆者彙整後，送請中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會臺北分會〈以下稱臺北分會〉審查，不合格者，電洽〈函請〉院所得以申復，惟以一次為限。	受理不合格者申復作業，請臺北分會再次審核，彙整提報共管會亦確認。
	101/09/30	101/10/31	101/11/30	101/12/31

結論：洽悉。

貳、討論事項

第一案

提案單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：有關提報 101 年度西醫基層醫事服務機構實地審查院所名單。

說明：

一、依 101 年 8 月 27 日功能小組會議決議西醫基層實地審查篩選標的：

- (一) 爭議審議高駁回率院所：1 家。
- (二) 高成長科別院所：以精神科及復健科院所各 2 家（101 年 1 至 6 月申報費用最高前 2 家院所）。
- (三) 申報疑似異常、違規院所：1 家（專業審查或醫管建請實地審查院所）。

二、依上開條件篩選結果：

- (一) 高成長科別標的院所（以 101 年 1 至 6 月門診申報資料分析）：
 - 1. 精神科：A 診所，半年合計申報 1,786 萬點、月平均 298 萬點；
B 診所，半年合計申報 1,397 萬點、月平均 233 萬點。
 - 2. 復健科：C 診所，半年合計申報 1,976 萬點、月平均 329 萬點；
D 診所，半年合計申報 1,690 萬點、月平均 282 萬點。
- (二) 申報疑似異常、違規院所：E 診所經專業審查發現有處置項目申報異常情形。
- (三) 另本業務組醫療費用四科每季均定期提供分會爭議審議遭駁回院所名單在案，相關名單逕請分會決定。

決議：臺北分會將邀請審查醫師及當地公會理監事參與實地審查，採跨縣市方式進行，會後請臺北業務組提供實地審查院所名單供分會依據標準化作業流程，即早展開實地審查作業。

第二案

提案單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：為有效管理醫療費用成長趨勢，建議落實推動本局 96 年規劃之論人隨機抽樣審查作業乙案，提請討論。

說明：

- 一、101 年第 1、2 季本分區點值均為全區之末，且與倒數第 2 之中區、北區有相當差距，另自 99 年第 4 季起初核核減率均低於全局，與核減率最高之北區相差近 1 個百分點，顯見本區審查機制並未發揮效益。
- 二、依 101 年 4-6 月西醫基層總額執行概況，台北分區醫師人數、院所家數及醫療點數成長均為全局最高，其中一般案件(簡表)件數成長貢獻度 372.54% 為全局第二高，本區目前雖訂有多項論件抽審指標，因未將一般案件(簡表)納入審查範圍，耗費大量專業及行政審查人力，效果有限、事倍功半，無法有效管理醫療費用，故建議推動「論人歸戶隨機抽樣審查」。
- 三、行政院衛生署於 96 年 6 月 26 日公告修正全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法，增列論人歸戶隨機抽樣方式，另本局前規劃兩階段推動期程訂有六項論人隨機抽樣審查指標，本業務組截至目前僅將「最近 3 個月內違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 37、38 條者」採論人隨機抽審 3 個月。
- 四、為逐步導入論人隨機抽樣審查，建議參照本局第一階段研訂之指標「最近一季，每病人平均就醫次數最高之前 10 至 30 家院所」優先列入實施對象；以 101 年 1、2 季門診申報資料試算符合「最近一季，每病人平均就醫次數最高之前 10 家」且月申報醫療費用點數大於 20 萬院所之分析結果如下：
 - (一) 院所數計 8 家，每月合計申請約 1.1 萬件、7 千 5 百萬點，簡表件數占 46%、費用占 26%，整體費用成長貢獻度占 0.3%~0.7%。
 - (二) 101 年 1 至 6 月費用期間，3 家院所 6 個月均未列入抽審，3 家僅抽審 1 個月，每月約 2-3 家列入抽審，費用核減率大多 < 0.5%。
- 五、另 101 年第 4 次共管會議決議，自 100 年 12 月(費用年月)起，符

合兩項(含)以上醫療利用類指標院所(排除第一項指標：整體醫療費用點數高於同儕 97 百分位)需配合檢送 3 個月病歷資料送專業審查，本案作業已實施 9 個月，每月約有 30 餘家院所符合該條件，經以 100 年 12 月至 101 年 6 月門診申報資料分析前述院所申報及審查結果如下：

- (一) 101 年 2、5 月費用成長 38%、17.9%顯著高於整體院所成長率 13.4%、4.8%。
- (二) 院所費用平均核減率 2.74%，僅略高於其他抽審院所核減率 2.14%。
- (三) 依結果顯示，是類院所雖配合檢送 3 個月病歷資料送審，惟審查上未有實質效益。

決議：請於功能小組會議討論論人歸戶隨機抽樣審查指標及相關執行方式。

參、臨時動議

臨時討論案第一案

提案單位：西醫基層臺北分會

案由：建請討論 101 年度「西醫基層醫療服務實地審查暨輔導作業」相關事宜。

說明：

- 一、依據中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會暨分會西醫基層醫療服務實地審查暨輔導作業原則辦理。
- 二、經是日審查組會議決議，修訂篩選條件排除(1)爭議審議駁回率高之院所，並將其審查家數納入原篩選條件(3)申報疑似異常、違規之院所，故原總審查家數(6家)不變。

決議：併討論事項第一案決議辦理，另同意增列 G 診所「經由程序審查發現申報用藥與實際給藥數量不符情形」取代原訂篩選條件「爭議審議駁回率高之院所」。

臨時討論案第二案

提案單位：西醫基層臺北分會

案由：建請討論有關財團法人、社團法人院前診所（代碼 40、41）之加強控管機制。

說明：財團法人、社團法人院前診所門診量已逐漸擴大，影響基層診所點值甚巨，實有進一步分析了解之必要。

決議：

- 一、依本局 99 年 9 月 15 日召開「討論西醫基層檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式會議」提案一決議略以：「醫院醫師報備支援診所不符相關規定」乙項，考量醫院醫師支援診所之人數及時段數限制，係依行政院衛生署 96 年 2 月 9 日衛署醫字第 0960222467 號函規定辦理，應請主辦單位加強支援醫師報備資訊系統之程式控管機制，本項指標不增訂，由本局提供 98 年 7-9 月依指標定義計算並排除支援偏遠地區及衛生所後之評估資料，轉請中華民國醫師公會全國聯合會向主辦單位反映處理。
- 二、建請臺北分會追蹤全聯會辦理情形，本組另洽局本部釋示，俾利研訂提供後續控管機制。

臨時討論案第三案

提案委員：西醫基層臺北分會

案由：建請確認精神科診療項目 45087C 及 45046C 之管控措施。

說明：

- 一、依據西醫基層台北分區 101 年第二次功能小組會議、西醫基層臺北分會 101 年品質資訊組第三次會議決議辦理。
- 二、是日功能小組會議尋求精神科控管模式未獲進展；又，本會函請精神科審查醫師、學會協助提供工時資料以建立指標，惟無法獲得正面回應，曠日費時。

決議：俟 101 年度「西醫基層醫療服務實地審查暨輔導作業」實地審查 2 家精神科院所後，再研訂精神科工時表及可行之管控模式。

臨時討論案第四案

提案委員：西醫基層臺北分會

案由：建請研擬非內科系醫師申報三高慢性病連續處方箋案件之院所採立意抽審管控。

說明：

- 一、依據 101 年 5 月 30 日西醫基層臺北分會第一次分會會議、西醫基層臺北分會 101 年品質資訊組第三次會議決議辦理。
- 二、有鑒於近來非內科系科別（除內科、小兒科、家醫科、神經內科外）申報慢性處方箋案件數量增加，有許多病患因急性病來就診（非因三高慢性病），且該病患已在其他醫療院所定期領有三高慢連箋，醫師未經長期觀察逕主動重複開立三高慢性處方箋，基於病人用藥安全考量及現今抽審制度無法有效防弊，擬針對申報三高相關疾病：高血壓相關疾病（ICD-9-CM 40.10-41.49、42.78-42.89）、糖尿病（ICD-9-CM 25.000-25.093）、高血脂（ICD-9-CM 27.20-27.29）之異常案件，將採立意抽審管控。
- 三、以 A 診所為例，在 101 年 1-3 月每月申報三高慢性病連續處方箋 200 件以上，以現有隨機抽審方式無法有效管控，基於專業審查應研擬更有效之管控措施。

決議：以 101 年 1-3 月單月三高慢連箋件數(B) ≥ 100 & 占率(B/A) $\geq 50\%$ & 占率(C/B) $\geq 50\%$ ，且醫療費用(含釋出藥費) > 80 萬點院所，立意抽審非大內科三高慢連箋費用(含釋出藥費)最高前 30 件，總計 7 家院所、14 個月次、合計 420 件，並由大內科系審查醫師審查。
註：慢連箋件數(A)、非大內科三高慢連箋件數(C)。

肆、散會：下午 3 點 40 分