

西醫基層總額臺北分區 102 年第 3 次共管會議紀錄

時間：102 年 9 月 13 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：張主任委員嘉訓、楊專門委員錦豐代理

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

王委員三郎、石委員賢彥、吳委員梅壽、呂委員英世、李委員光雄、林委員華貞、施委員肇榮（請假）、馬委員大勳（請假）、張委員甫行、張委員孟源、張副主任委員志華（請假）、陳委員建良、彭副主任委員瑞鵬（請假）、黃委員振國、黃副主任委員宗炎、趙委員堅、劉委員家正、潘副主任委員仁修、蔡委員有成、賴副主任委員明隆、謝委員坤川、顏委員鴻順

（二） 健保局臺北業務組

李專門委員麗華、楊專門委員錦豐、周專門委員曉馨、張科長照敏、陳科長蕙玲（請假）、吳科長科屏、劉複核視察秋珍、林視察千媛、王複核視察雲祿、王視察珮琪、余複核視察正美、賴複核專員香蓮、陳專員佳叻

二、 列席單位及人員

醫務管理組 楊耿如

醫療費用二科 溫牡珍、廖美惠、劉美慧、陳怡蓓、黃湘婷

醫療費用四科 莊春燕

醫務管理科 丁香豔

臺北分會 周慶明醫師、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：102 年第 2 次共管會議決議事項辦理情形。

說明：

案號	案由	決議（結論）事項	辦理情形
報告事項第三案	有關「102 年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案」之核發指標「衛教宣導」作業案	由臺北分會規劃本方案核發指標「衛教宣導」作業時程，請西醫基層院所於本（102）年 11 月中旬將「衛教宣導自評單」送交臺北分會進行審查後，提報共管會議確認。	臺北分會業於 102 年 7 月 17 日函送「衛教宣導」作業時程，經檢視該內容係比照往年核發指標「藥品明細」方式規劃，惟兩類屬性不同，爰本組重新規劃詳如報告第三案。
報告事項第五案	有關 102 年第 1 季事前申請案件審查概況分析	LUCENTIS、類風濕性關節炎用藥及眼科白內障手術申請事前審查案件偏高之院所列入實地審查。	本業務組醫療費用四科另以臨時報告案說明。
討論事項第一案	建請討論 102 年審查醫師業務說明會各科提出之審查相關共識及建議	請臺北分會將復健科及眼科白內障手術之審查共識提報全聯會納入「西醫基層醫療費用審查注意事項」修訂。另為利審查，復健科共識增列「檢附 3 個月病歷送審」。	臺北分會業於 102 年 7 月 25 日以臺北健基第 1020000437 號函請執行會於相關會議研議本會修訂之審查注意事項條文。
討論事項第二案	建請討論 102 年 A、B 診所實地審查暨輔導作業之後續事宜	請臺北分會提供「平均案件單價高院所」之操作型定義及「柔性溝通規勸」說帖。	臺北分會業於 102 年 8 月 8 日函送相關資料，辦理情形詳報告第八案。
討論事項第三案	建請研議「全民健康保險藥品給付規定第八章所載免疫製	有關基層診所申請需事前審查用藥之相關限制乙節，請臺北分會提至全聯會達成共識後，由全聯會代表	臺北分會業於 102 年 7 月 25 日以臺北健基字第 1020000374 號函請執行會於相關會議

案號	案由	決議（結論）事項	辦理情形
	劑，除 8.1.1.Hepatitis B immune globulin 及 8.2.5.Leflunomide 外，所有其它藥品原則上不宜於基層醫療院所使用」乙案	於「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」提出研議。	研議。
討論事項 第四案	建請研擬西醫基層台北區復健科之管控措施	<p>一、自 102 年 6 月(費用年月)起，修訂抽審指標醫療利用類第六項為「復健院所整體醫療費用高於同儕 <u>75</u>(含)百分位」，採論人歸戶隨機抽樣審查，且需配合檢附 3 個月病歷資料送專業審查。</p> <p>二、合併執行物理 (OT)、職能 (PT) 及語言 (ST) 治療醫令點數排名前三名院所，列入實地訪查名單。</p> <p>三、非復健科(申報科別)申報復健治療樣本案件占總抽審件數$\leq 50\%$院所，請提醒審查醫師將復健治療樣本案件，會復健科醫師審查。</p>	臺北分會 102 年 7 月 8 日來函建請修訂本案決議一，有關採「論人歸戶隨機抽樣審查」乙節不列入決議事項，本組業已暫緩執行。
討論事項 第六案	建請研擬修訂「西醫基層門診每張處方用藥品項數」	有關建議排除 E1 案件乙節，請提報局本部參採，另俟 102 年第 1 季專業審查結果，再檢討評估後續執行方式。	<p>一、102 年第 1 季目前專審中(60 家 1,731 件)。</p> <p>二、依醫師公會全國聯合會 102 年 7 月 18 日全醫聯字第 1020001055 號函，建</p>

案號	案由	決議（結論）事項	辦理情形
			議排除 慢性病試辦計畫及急、慢性病同時診治之「西醫其他專案」，本署已納入後續檢討。
臨時動議 第一案	為發揮同儕制約精神，建請健保局臺北業務組定期函知本會需加強關懷輔導之基層院所名單。	請臺北分會定期回饋「高齡醫師」及「IC卡同日多刷監測異常名單」之輔導結果，並請研議「高齡醫師」篩選條件，本業務組配合修正。	臺北分會業於 102 年 7 月 5 日第二次會議決議，高齡醫師篩選條件不更動（80 歲以上且申報醫療費用 15 萬元以上），並函請醫師公會自行篩選關懷輔導院所。
臨時動議 第三案	建請討論「有關保險對象特定醫療資訊查詢作業」執行方式	一、有關建議縮短開啟率之回饋時間及開放醫師備用卡查詢等意見，請臺北業務組向局本部反映。 二、請臺北業務組提供本案窗口名單予臺北分會，俾便執行相關作業。	一、經向署本部反映回復說明：針對「縮短開啟率之回饋時間」及「開放醫師備用卡查詢」乙節，仍請依原規定辦理。 二、有關本案負責窗口名單業於 102 年 7 月 18 日以 e-mail 提供分會在案。
臨時動議 第四案	有關啟動【論人歸戶隨機抽樣審查】作業乙案	請臺北分會攜回研議，並於 1 個月內召開臨時會議討論。	有關建議論人歸戶隨機抽樣指標建議項目詳討論第一案。

結論：洽悉。

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：請臺北業務組針對高成長手術代碼 62009C（肌肉或深部組織腫瘤切除術

及異物取出術) 進行分析與管控。

第三案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：有關「102 年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案」之核發指標「衛教宣導」執行作業案。

說明：

- 一、本方案業於 102 年 5 月 16 日以電子郵件公告轉知本轄區西醫基層院所，另函轉本轄區各縣市醫師公會及貴分會協助轉知會員配合辦理在案。
- 二、依方案註釋明訂，各院所於 102 年 12 月提報「衛教宣導自評單」與保險人各分區業務組，以供共管會議審查參考，院所未提供者視為不合格，並請於 103 年 2 月底前提供合格及不合格名單
- 三、為配合於 102 年第 4 次共管會議（102.12.13）確認本項指標審查結果，本業務組預計於本(102)年 9 月以電子郵件公告通知，請院所於本(102)年 10 月底前提報「衛教宣導自評單」到本業務組審查，相關辦理時程規劃如下：

項目	1	2	3	4
執行內容	1. 以電子公告轉知轄區西醫基層醫療院所「102 年品保實施方案」相關作業內容。 2. 書面發函本轄區各縣市醫師公會協助轉知會員配合辦理。	1. 以電子公告通知轄區西醫基層醫療院所於本(102)年 10 月底前，將「衛教宣導自評單」寄送臺北業務組。 2. 書面發函本轄區各縣市醫師公會協助轉知會員配合辦理。	1. 回收院所「衛教宣導自評單」，分批送請臺北分會進行審查。 2. 經臺北分會審查需請院所補正者，將名單移送臺北業務組通知院所在期限內補正，並以一次為限。	1. 臺北分會彙整審查結果提報共管會議確認合格與不合格名單。 2. 臺北業務組將上開名單提報署本部。
辦理時程	102 年 5 月	102 年 9 月	102 年 10 月~11 月	102 年 12

四、依規劃時程院所須於本（102）年 10 月底前提報「衛教宣導自評單」。

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 102 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」醫療服務品質指標 2.專業醫療服務品質指標項目「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。
- 二、查 101 年度於同（101）年 10 月 21~31 日辦理 58 家院所實地評核作業，依各縣市分配家數為台北市 22 家、新北市 29、基隆市 3 家及宜蘭縣 4 家，另考量交通之便利性，金門縣及連江縣維持不列入訪評地區。
- 三、本年度援例辦理，訂於 102 年 10 月進行感染控制實地評核事宜。

結論：本署正研擬修訂「西醫基層品質確保方案」內容，如本（102）年公告未刪除本項指標，請臺北分會協助提供實地評核院所篩選原則。

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勞務委託實地查檢作業案。

說明：

- 一、依「行政院衛生署中央健康保險局 102 年西醫基層醫療服務審查勞務委託契約」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。

二、為瞭解臺北分會醫療服務審查勞務委託辦理情形，本業務組將於本(102)年10月份派員前往實地訪查，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：請協助輔導院所改用「醫療資料傳輸共通介面 API 元件」或「登入健保資訊網服務系統網站」進行申報。

說明：

- 一、依本署健保資訊網服務系統(VPN)網頁102年6月17日公告，健保資訊網服務系統「醫療費用申報介面函式(採帳號及密碼認證)」服務，將於102年11月1日停止提供服務。
- 二、醫事機構仍採用「醫療費用申報介面函式(採帳號及密碼認證)」申報醫療費用者，請改用「醫療資料傳輸共通介面 API 元件」或「登入健保資訊網服務系統網頁」進行申報。
- 三、上開事項已以電子公告轉知目前仍採用「醫療費用申報介面函式(採帳號及密碼認證)」申報醫療費用之院所，並函請各醫師公會協助轉知所屬會員配合辦理。

結論：請臺北業務組再加強追蹤輔導院所進行改版作業，另請提供本案作業之相關說明及目前仍採用「醫療費用申報介面函式(採帳號及密碼認證)」申報醫療費用院所名單，送請臺北分會協助輔導院所。

第七案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：請協助轉知會員有關本署公告增修訂西醫基層不予支付指標案。

說明：

一、本署 102 年 8 月 22 日健保審字第 1020028087 號公告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計 7 項，並自費用年月 102 年 11 月起實施案。

二、為節能減碳減少紙張浪費，本公告內容已以電子郵件公告轉知本轄區西醫基層院所，尚請貴分會暨各縣市醫師公會協助轉知會員。

結論：洽悉。

第八案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：有關行文台北區平均案件單價偏高之西醫基層院所進行柔性勸導乙案。

說明：

一、臺北分會於 102 年 8 月 8 日以臺北健基字第 1020000441 號函，請本業務組針對平均案件單價偏高（ ≥ 700 點）之院所進行柔性勸導。

二、102 年 1-6 月西醫基層門診申報資料依上開條件分析結果，平均每件醫療點數 >700 點達 453 家，月平均醫療點數最高達 2900 餘萬點，最低僅 3,002 點；因家數眾多，爰篩選平均每件醫療點數 >700 點且月平均醫療點數高於 100 萬點之院所進一步分析，分析結果：

（一）整體分析：計 203 家，月平均醫療點數以 2900 餘萬點最高、2700 餘點次之。

（二）主要科別分析(申報件數占率 $>50\%$ 科別)：

1. 家數：復健科最多(占 31.03%)，內科次之(占 20.2%)

2. 醫療點數：內科最高(占 30.37%)，復健科次之(占 20.07%)

（三）診療型態分析：部分院所為多重型態

3. 復健科或骨科院所：80 家

4. 慢性病案件占率 $\geq 50\%$ 院所：60 家

5. 申報門診手術院所：72 家

6. 申報論病例計酬院所：26 家

7. 內科或家醫科院所：63 家

8. 其他:3 家(耳鼻喉科 1 家、綜合科 2 家)

- 三、 綜上分析結果顯示，平均單價偏高院所主要為復健治療院所、慢性病案件占率偏高院所及施行門診手術(含論病例計酬)院所；惟復健治療 6 次一療程、慢性病案件開藥天數長及門診手術支付點數較一般診療高均導致平均每件單價偏高。
- 四、 西醫基層科別多，診療型態差異性大，似不宜以整體平均每件醫療點數作同儕比較；另近年來本署鼓勵醫療院所提供整合性照護，亦導致內科及家醫科多重疾病保險對象之每次醫療費用偏高。
- 五、 臺北分區之「柔性溝通說帖」以西醫基層整體平均每件醫療點數作同儕比較，未考量特定科別專業診療型態之差異；另以整體平均每件醫療點數作同儕比較，可能導致醫療院所為降低平均每件單價，請保險對象多次就醫或分次申報，造成就醫不便及增加診察費支出。
- 六、 本署事前審查項目(含診療及藥物)均未限制醫療院所層級，核准與否須由審查醫師依規定及視病患病情需要專業認定，本業務組未便以醫院層級為由，勸說基層院所不得申報。
- 七、 現行抽審指標已針對復健治療及醫療費用偏高院所訂定相關指標列入隨機抽審：
- (一) 復健治療院所:管理類五「經專業審查或檔案分析疑有異常院所」 及醫療利用類六「復健科院所整體醫療費用高於同儕 75(含)百分位」。
 - (二) 醫療費用偏高診所:醫療利用類一「整體醫療費用點數高於同儕 97(含)百分位」。
- 八、 另本業務組亦定期針對醫療點數成長偏高科別採行個別之管理措施，例：直腸外科內、外痔相關手術專案、耳鼻喉科鼓室圖檢查專案、復健科及精神科管理等專案。後續仍將針對高利用及高成長診療項目，研擬管理措施，以提昇管控效益。

結論：「柔性勸導」管控措施恐效益不大，本案暫不執行。

貳、 討論事項

第一案

提案單位：西醫基層臺北分會

案由：建請討論「論人歸戶隨機抽樣」審查作業乙案。

說明：

- 一、 依據本會 102 年 7 月 5 日第二次會議及 7 月 19 日第三次幹部會議決議辦理。
- 二、 是日會議決議，(1)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 條第 2 款者、(2)申報費用前 10 名之院所進行論人歸戶抽審，並請健保署臺北業務組提供論人歸戶後核扣相關實例。

臺北業務組醫療費用二科說明：

- 一、 建議：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 條第 1-6 款均列入。

保險醫事服務機構有下列情事之一者，以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算，扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額：

- (一) 未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務。
- (二) 未經醫師診斷逕行提供醫事服務。
- (三) 處方箋或醫療費用申報內容為病歷或紀錄所未記載。
- (四) 未記載病歷或未製作紀錄，申報醫療費用。
- (五) 申報明知病人以他人之保險憑證就醫之醫療費用。
- (六) 容留非具醫事人員資格，執行醫師以外醫事人員之業務。

前項應扣減金額，保險人得於應支付保險醫事服務機構之醫療費用中逕行扣抵。

- 二、 論人歸戶後核扣相關實例。

決議：

一、 同意臺北分會建議，自 102 年 10 月（費用年月）起，新增論人歸戶隨機抽審指標如下：

（一）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 條第二款（未經醫師診斷逕行提供醫事服務）者。

（二）整體醫療費用申報前 10 名院所。

二、 本業務組將視醫療費用申報狀況，增訂論人歸戶隨機抽審指標。

第二案

提案單位：西醫基層臺北分會

案由：建請對申報白內障手術未依健保署規定論病例計酬之案件應抽審。

說明：

一、 經查台北區 102 年第一季每月申報最高前一百件案件資料中，A 院所 1 月至 3 月申報白內障手術數件，其申報醫療費用最高為 52,478 點，且含事前送審案件。

二、 依據全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準中，白內障手術在基層應以門診 DRG 申報 97608C「水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術(單側)(門診)」(支付點數 20,665 點)，不得核實申報（核實申報僅以區域級以上醫院住院手術才得申報）。

項目名稱	支付代碼	層級	得核實申報 上限點數	得核實申報個 案數比率	平均住 院日數
水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術(單側)(住院)	97601K	醫學中心	35,568	5%	2 天
	97602A	區域醫院	34,876	5%	
	97603B	地區醫院	-	0%	
水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術(單側)(門診)	97605K	醫學中心	-	0%	-
	97606A	區域醫院			
	97607B	地區醫院			
	97608C	基層院所			

三、查若基層院所申報 DRG 案件數量為合理範圍內皆未抽審

辦法：為導正不符合常規之浮報情形，建議健保署臺北業務組對當月申報 10 件以上論病例計酬案件（含事前送審案件）之重點管理院所進行立意抽審其中 20% 案件，並配合檢附病患所有當月病歷資料。

臺北業務組醫療費用二科說明：

本業務組自 102 年 8 月（費用年月）起實施西醫基層白內障論病例計酬(C1)案件立意抽審作業。

- 一、適用院所：西醫基層總額醫療服務審查重點管理院所且申報白內障論病例計酬(C1)案件 \geq 10 件者。
- 二、抽審比率：白內障論病例計酬(C1)總案件數之 20%。
- 三、歸戶審查：抽審白內障論病例計酬(C1)個案當月所有就醫案件。
- 四、102 年 8 月（費用年月）總計抽審 29 家。

決議：依臺北業務組規劃方式執行立意抽審作業。

第三案

提案單位：西醫基層臺北分會

案由：建請健保署臺北業務組對高申報金額之單一案件建立篩檢機制，以免基層院所誤報存僥倖心理而多獲利。

說明：查台北區 102 年 2 月申報最高前一百件案件資料中，U 診所申報 04 案件之肺舒坦定量吸入劑總計 84 支，申報總醫令點數為 83,328 點；V 診所申報 09 案件之泛得林定量噴霧劑總計 120 支，申報總醫令點數為 18,252 點，精神科亦有同樣情形。

辦法：建請健保署臺北業務組針對高申報金額之單一案件建立篩檢機制，達一定金額以上之案件則立意抽審（如單一案件金額 10,000 以上，藥費 5,000 以上）。

臺北業務組醫療費用二科說明：

- 一、門診醫療費用審查報表之「門診醫療費用審查參考表」均列出當月醫療費用前 20 名案件，上開 2 筆藥品數量案件均於報表中呈現，係院所誤報，已於費用審查時核扣溢報費用。
- 二、本業務組前已針對 100 年 1 月~101 年 9 月西醫基層單筆醫令申報數量偏高案件，篩選疑有異常之案件，經院所確認結果，坦承因行政疏失致申報錯誤計 26 家，40 件（占 90%），已逕予核扣溢報費用約 97 餘萬點；其餘為事前審查藥品、慢箋或已於當月費用審查中核扣。本專案執行結果多為院所誤報，平均每家約 1.5 件，未發現特定院所蓄意多報，且明顯誤報案件應不須再送專業審查。
- 三、本業務組並已建議署本部於醫令自動化審查(PHE)新增醫令數量異常檢核，惟因西醫支付標準項目多且考量個案醫療需求之差異，署本部決議暫保留該提案。
- 四、本案建議保留，本業務組未來仍將定期進行回溯性檔案分析，核扣溢報之醫療費用並導正申報行為，必要時將進行查核作業。

決議：請臺北業務組持續監測，必要時進行立意抽審、實地審查或查核。

第四案

提案單位：西醫基層臺北分會

案由：有關第二次共管會議，健保署醫管組報告『健保卡補卡作業輔導專案』需製作欠補卡名冊，不應該只檢視書面，亦應該同意開放電腦登記名冊。

說明：

- 一、依據本會 102 年 7 月 5 日第二次會議決議辦理。
- 二、衛生福利部業已公告「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」，其用意在於鼓勵電子化病歷。
- 三、無紙化是環保的國際趨勢。

四、是日會議認為請各醫師公會輔導會員正確製作欠補卡名冊有執行上之困難，且針對全電子病歷診所（已認證電子簽章）既已採無紙化，使用電腦註記欠補卡為必然之結果；至於未全面電子病歷的診所，亦應鼓勵走向無紙化，若該院所使用電腦登記欠補卡名冊，更要予以肯定且同意其作為。

辦法：請健保署醫管組同意開放電腦登記欠補卡名冊。

臺北業務組醫務管理科說明：

辦理健保卡補卡作業稽核專案，發現有醫療院所於患者欠卡時於電腦上註記，惟於患者還卡時註記即消除，僅能提供尚未補卡患者紀錄供參情形。又欠補卡電腦化，患者於補卡時醫療院所退還押金無法簽名以茲證明，恐生院所表已退押金，而患者表未收到押金之爭議，醫療院所及患者雙方權益無法顧全，仍請醫療院所備有實體名冊供本署查核。

決議：

- 一、本案於相關法規未修訂前，仍請依現行規定辦理。
- 二、請臺北業務組向署本部反映欠補卡作業改以「電腦註記」之相關建議，併請示「電腦登記欠補卡可否替代紙本」疑義。

第五案

提案單位：西醫基層臺北分會

案由：有關健保署要求抽審案件診所蓋印簽具聲明書，與審查辦法有所違背，更可能陷無辜醫師於違法之餘。

說明：

- 一、依據本會 102 年 7 月 19 日第三次幹部會議決議辦理。
- 二、查「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第三條第三項：醫療服務審查所需之病歷或診療相關證明文件，保險醫事服務機構應於保險人通知後提供；其提供複製本或電子資料送審者，應載明與正本相符，或另行以書面聲明，惟「全民健康保險醫療費用審查注意事項」總則、

貳、一、(四)、2. 檢送抽審病歷複製本，應與病歷正本相符……（條文略以）。

三、 病歷的同儕審查僅為總額預算控管下不得已之作為，其用意係透過專業審查以減少不合理的醫療處置（費用控管）；如無心遺漏部分送審文字內容，卻因簽署聲明書而衍生其他違規或違法之罰則，並不符合比例原則。

四、 本會業於 102 年 8 月 8 日函請執行會審查組研議修訂「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三條第三項」部分內容。

辦法：建請討論複製本或電子資料送審者應載明與正本相符即可，不應填寫聲明書。

臺北業務組醫療費用二科說明：

一、 101 年 12 月 24 日修正之「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 3 條第 3 項規定略以，提供複製本或電子資料送審者，應載明與正本相符，或另行以書面聲明。

二、 102 年 5 月 10 日醫管組以醫 102AD00391 號請辦單，副知本組，醫事服務機構得依自身需要，選擇逐頁載明「與正本相符」或以書面聲明該次送審資料與正本相符。

三、 本組已於 102 年 6 月以大量電子郵件系統及本局健保資訊網服務系統 (VPN) 電子資料交換區重申本項規定；並將聲明書範例放置全球資訊網/ 資料下載/ 表單下載/ 臺北業務組專屬表單供參；醫事服務機構得依自身需要，選擇逐頁載明「與正本相符」或以書面聲明該次送審資料與正本相符；目前大部分院所均選擇填送聲明書，並未有爭議。

決議：本案於相關法規未修訂前，仍請以逐頁載明「與正本相符」或以書面聲明方式擇一辦理。

參、臨時動議

臨時報告第一案

提案單位：臺北業務組醫療費用四科

案由：本署開放保險對象得以自然人憑證查詢事前審查案件進度，請分會協助轉知會員，以利提供保險對象相關資訊。

說明：

- 一、為利保險對象了解全民健康保險事前審查案件的審查進度，即日起，可以透過自然人憑證到本署的網站查詢。
- 二、一般民眾之醫療，多數係由醫療院所提供服務，事後再向本署申報費用。但是有部分藥品、醫療器材或手術，須經事前審查核准後，才可由本保險給付，如：55歲以下施行白內障手術、骨髓移植、各種癌症標靶藥物、人工膝、髖關節等。因此，如果屬於這類案件，主治醫師向病患說明後，會由醫療院所向本署提出事前審查申請。
- 三、依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定，事前審查案件本署於受理申請文件起二週內完成核定；經統計本組西醫基層診所 101 年事前審查的件數共計有 2,595 件，其中藥品 714 件、支付標準項目 1,871 件、特殊材料 10 件；在審查天數的部分，101 年之平均天數為 4.1 天（藥品 5.4 天、支付標準 3.7 天、特材 5.6 天）。惟醫療院所檢附之送審資料如有不全須退請補件說明等原因，常使該等案件核定天數延長，易造成民眾誤解及抱怨。又案件如為書面郵寄送審，資料往返更為耗時，如得以上網查詢即時得知進度，當舒緩民眾之焦慮。
- 四、本署提供全球資訊網首頁/保險對象/網路申辦及查詢/保險對象事前審查案件進度查詢。該系統已於 102 年 8 月 27 日上線，申請個案持有自然人憑證透過讀卡機進入本署網站後，依畫面要求，插入自然人憑證後按確認，即可查詢到自身最近過去 30 天(含)事前審查案件進度。

結論：洽悉。

臨時報告第二案

提案單位：臺北業務組醫療費用四科

案由：有關 102 年第 1、2 季類風濕性關節炎用藥、LUCENTIS 及眼科白內障手術申請事前審查案件偏高之院所列入實地審查案。

說明：

一、依西醫基層總額臺北分區 102 年第 2 次共管會議紀錄報告事項第五案決議辦理。

二、分析統計 102Q1-102Q2 事前申請案件占率前 80%之院所資料如下：

(一)類風溼性關節炎用藥（詳附件 1）：

- 1、102Q1 申請家數 3 家、件數 49 件、同意 43 件、同意率（件數 88%、醫令 78%）、成長率（件數 20%、醫令 0%）。
- 2、102Q2 申請家數 3 家、件數 57 件、同意 57 件、同意率（件數 100%、醫令 89%）、成長率（件數 21%、醫令 79%）。
- 3、差異比較：102Q2 比 102Q1 成長率（申請件數 16%、申請醫令 33%），其中 2 季合計申請最多為 A 診所 85 件、其次 B 診所 9 件。

(二)眼科用藥（Lucentis）（詳附件 2）：

- 1、102Q1 申請家數 4 家、件數 7 件、同意 4 件、同意率（件數 57%、醫令 56%）、成長率（件數 17%、醫令 125%）。
- 2、102Q2 申請家數 3 家、件數 22 件、同意 17 件、同意率（件數 77%、醫令 70%）、成長率（件數 267%、醫令 900%），其中以眼科 A 診所件數成長率 400%、醫令成長率 2000%最為顯著。
- 3、差異比較：102Q2 比 102Q1 成長率（申請件數 214%、申請醫令 233%），其中 2 季合計申請最多為眼科 A 診所 19 件、其次 B 眼科診所 6 件。

(三)眼科白內障手術（詳附件 3、4）：

- 1、102Q1 申請家數 80 家、人數 482 人、同意 440 人、同意率（人數 91%、醫令 77%）、成長率（人數-3.8%、醫令 14.6%）。
- 2、102Q2 申請家數 89 家、人數 501 人、同意 487 人、同意率（人數 97%、

醫令 75%)、成長率 (人數 11.8%、醫令 46.6%)。

3、2 季申請家數共計 89 家、個案數 983 人、同意 927 人、同意率 94%，其中申請最多為 A 眼科診所 91 人、其次 B 眼科診所 83 人 (詳附件 4)。

又 2 季申請醫令數百分位 (85 百分位：12-12.1、95 百分位：24.2-25.8) (詳附件 3)。

三、 上開二 (一)、(二) 及二 (三) 眼科白內障手術醫令同意數前 10 大診所名單供臺北分會實地審查參考

結論：洽悉。

肆、散會：下午 3 點 15 分