

西醫基層總額臺北分區 104 年第 3 次共管會議紀錄

時間：104 年 9 月 11 日（星期五）中午 12 時 30 分

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

主席：沈組長茂庭、彭主任委員瑞鵬

紀錄：黃湘婷

出席單位及人員：

一、 共管會議委員

（一） 臺北區委員會

王副主任委員維昌、張副主任委員志華(請假)、黃副主任委員宗炎(請假)、黃副主任委員振國、王委員三郎、王委員佳文、石委員賢彥、吳委員梅壽、李委員光雄、李委員偉華、林委員華貞、張委員甫行、張委員孟源、張委員朝凱、周副主任委員慶明、陳委員建良、詹委員前俊、趙委員堅、劉委員家正、賴委員明隆、謝委員坤川、顏委員鴻順

（二） 健保署臺北業務組

林副組長麗瑾(請假)、張專門委員照敏、郭專門委員垂文、吳專門委員科屏(請假)、林科長照姬、李複核視察祚芬(請假)、賴複核視察香蓮、陳複核視察佳叻、許科長忠逸、王複核視察珮琪、徐複核視察麗滿、余科長正美(請假)

（三） 列席單位及人員

醫療費用二科	范貴惠、廖美惠、陳珮玲、陳邦誠、林耘樞、黃湘婷
醫療費用四科	徐梓芳、劉碧珠
醫務管理科	蔡聿雯
臺北分會	何怡璇、黃琴茹
臺北市醫師公會	王惠怡
新北市醫師公會	林震洋

報告事項

第一案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：104年第2次共管會議決議事項辦理情形。

說明：

案號	決議（結論）事項	辦理情形
報告事項 第二案	<p>一、「西醫基層總額執行概況」增列二項分析資料：</p> <p>(一) 101年至103年眼科、精神科及復健2科之基層院所數、醫師數、總申報件數及總醫療點數。</p> <p>(二) 104年跨區就醫結算方式改變後，臺北區預算分配及點值之差異。</p> <p>二、另請臺北分會分析104年4月份眼科申報件數高成長原因。</p>	<p>一、 本案將於報告事項第二案說明，詳簡報資料。</p> <p>二、 臺北分會轉請臺北區共管會議眼科專業委員分析並提出定見，該名委員會同眼科醫學會分析原因，並提出104年4月份眼科費用成長的問題及建議如下：</p> <p>(一) 眼科在103年的整個年平均成長率跟整個醫療點數的成長率幾乎沒有相差很多。但是眼科卻為了在103年第3季的成長付出慘痛的代價。這已相當不合理反應出只因為短期的觀察而做出結論是容易犯錯的。</p> <p>(二) 眼科的旺季一般在上半年的三月，四月及下半年的九月跟十月。103年的春節是在1月31號而104年的春節是在2月19號幾乎向後延遲了大半個月。這也就是為什麼104年的4月份會比103年的4月份相對成長了很多，因為成長力道是由3月份向後遞延。</p> <p>(三) 提到成長貢獻度時，更不能只看一個月，至少要以季為單位，波動才會太大。</p> <p>(四) 建議眼科的成長以半年或一年來看較容易反映現實的狀況，單用一個月來看較不合理也不公平。</p>

報告事項 第五案	請臺北業務組分析簡表指標抽審院所之申報科別及核減理由。	本案將於報告事項第二案說明，詳簡報資料。
臨時討論案 第二案	請臺北業務組針對皮膚科、精神科醫令進行分析，分析結果與臺北分會品質資訊組及審查組共同研擬管控方式。	本案已於 104 年 8 月 5 日「西醫基層總額臺北分區醫療費用管控討論會議」議決。(詳附件 1)

結論：請臺北業務組針對 104 年第 2 季眼科件數成長院所進行分析。

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：請參閱會議資料。

結論：洽悉。

第三案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：有關本署「門診特定藥品重複用藥費用核扣方案」，請協助轉知會員。

說明：

- 一、本方案係針對降血壓(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)等六類藥品同成分同劑型重複用藥採分階段行政核扣作業，計將扣除重疊案件之藥費及藥事服務費。
- 二、自 104 年 5 月(費用年月)及 104 年第 2 季「特定藥品用藥重複明細暨說明表」及「特定藥品用藥重複案件藥事服務費核減明細表」已建置於健保資訊網服務系統(VPN)之院所資料交換區，請轉知會員自行下載檢視重複給藥原因。
- 三、本署自 104 年 10 月(費用年月)起執行西醫基層院所及特約藥局同院重複用藥核扣，按季將重複藥費核扣明細資料建置於健保資訊

網服務系統(VPN)之院所資料交換區，請自行下載查明並回復重複處方原因，經本業務組審查後，符合常理可不歸屬重複處方或無法歸責於院所不核減，未說明者則逕以追扣方式核減。

四、104年第2季本方案核扣西醫基層計1,145家，約232萬點；藥局計1,561家，約462萬點，核扣點數最高前5名如下表：

排行	診所	藥局
1	72,720	143,229
2	63,155	104,752
3	58,166	65,763
4	45,641	58,482
5	44,570	35,473

五、請協助轉知會員善用「健保雲端藥歷系統」，並確實查詢保險對象用藥情形，以避免重複給藥；另為提升雲端查詢速度，請鼓勵會員參加「即時查詢病患就醫資訊方案」，相關統計如下。

分區/ 縣市別	院所家數	雲端 查詢率	即時查詢 申辦家數	即時查詢 申辦家數占率
臺北	2,960	20.4%	473	16.0%
北區	1,296	40.9%	337	26.0%
中區	2,208	54.4%	347	15.7%
南區	1,616	41.0%	330	20.4%
高屏	1,877	54.7%	366	19.5%
東區	241	25.3%	62	25.7%
總計	10,166	39.8%	1,915	18.8%
臺北市	1,080	19.3%	156	14.4%
新北市	1,510	18.7%	245	16.2%
基隆市	155	37.4%	22	14.2%
宜蘭縣	184	30.0%	49	26.6%
金門縣	27	7.2%	1	3.7%
連江縣	4	1.8%	0	0
總計	2,960	20.4%	473	16.0%

六、本業務組已於104年8月12日及8月19日辦理新北市院所說明會2場，另訂於9月7~17日辦理4場說明會，日期及地點如下表：

場次	日期	地點	地址
第1場	9月7日(一)	衛生福利部基隆醫院 7樓第2會議室	基隆市信義區 信二路268號
第2場	9月9日(三)	中華電信臺北營運處	臺北市金山南路 2段52號1樓
第3場	9月17日(四)	羅東博愛醫院 住院大樓5樓小禮堂	宜蘭縣羅東鎮 南昌街83號
第4場	9月21日(一)	臺北市立聯合醫院 和平院區A棟10樓	臺北市中華路2段 33號10樓

結論：洽悉。

第四案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：重申 104 年全民健康保險國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)編碼實作獎勵方案，請協助轉知會員。

說明：

- 一、本署已於103年10月27日公告，特約醫療院所自105年1月1日起門、住診診斷及處置代碼全面單軌申報ICD-10-CM/PCS。
- 二、為鼓勵特約醫療院所作好國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)全面轉碼之準備，進入實作階段，以提昇編碼品質，於104年7至10月中，西醫診所除原以ICD-9-CM編碼外，任一月份之次月30日前於「健保資訊網服務系統(VPN)」之「ICD-10-CM/PCS預檢醫療費用申報資料上傳」作業區，依現行醫療費用申報格式申報，以ICD-10-CM/PCS編碼，並通過預檢檢核之診所(含無生產住診案件之婦產科診所)，每家給予定額獎勵金4,900元；提供生產住診服務之婦產科診所，每家給予定額獎勵金7,000元，採全年結算1次。
- 三、本組已於104年2月6日以大量電子郵件轉知轄區醫事服務機構，相關資訊請至本署全球資訊網(<http://www.nhi.gov.tw/>醫事機構/

國際疾病分類第十版)查詢。

結論：請臺北業務提供未預檢院所名單，請各縣市公會協助輔導。

第五案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：邇來接獲民眾反映院所給藥與申報疑有不符情形，請加強宣導給藥與申報資料之一致性。

說明：

- 一、依據民眾提供藥袋標示藥品比對申報或IC卡上傳資料發現，院所實際給藥品項較申報數量高，部分案件差異多達5項。
- 二、目前民眾可透過「全民健保健康存摺」查詢1年內於醫療機構就醫之相關資料，為免引發爭議，請轉知會員，院所病歷與申報及IC卡上傳資料應一致，並於藥袋正確標示藥品品項，若有更換藥品或使用替代藥品亦同。

結論：洽悉。

第六案

報告單位：臺北業務組醫務管理科

案由：請貴會協助輔導會員應確實以實際執行醫療服務之醫事人員覈實申報費用，並加強電腦系統檢核作業，如發現有錯誤申報情事，請儘速向本署自清。

說明：

- 一、邇來本署屢查獲特約醫事機構有未以實際執行醫療服務之醫事人員申報費用之情形，例如有藥事人員休假、出國、住院期間，未實際至醫事機構調劑藥品，卻以該藥事人員名義申報藥事相關費用，甚至有租借醫事人員執業執照之行為，經訪查後，如發現有違規情事，本署基於職責，須依相關規定進行核處，違規情節嚴重者，可能遭核處停約1-3個月或終止特約，並移送司法機關(違規案例請詳附件2)。

二、核處依據：

(一) 停約或終止特約：

- 1.全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下簡稱：特管

辦法)第 39 至 40 條暨第 43 條。

2.全民健康保險特約醫事機構合約(特約醫院、診所、藥局、助產機構、精神復健機構、居家護理機構、居家呼吸照護所適用)第 20 條

(二) 移送司法機關：全民健康保險法第 81 條。

三、自清依據：

特管辦法第 46 條：保險醫事服務機構於保險人或其他機關訪查前，主動向保險人通報有申報不正確或向其他機關坦承等情，並繳回應扣減(還)之相關費用者，得不適用第 37 條至 40 條之規定；其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，有前開之情事者，亦同。

四、請輔導會員確實依規定辦理健保醫療業務，申報作業應加強自我監督及檢核，如發現申報錯誤，請即時主動向本署通報，切勿心存僥倖，以免遭受裁處。

結論：洽悉。

第七案

報告單位：臺北業務組醫療費用四科

案由：有關推動智慧型專業審查案。

說明：

一、為配合本署「強化健保資訊發展，提升執行效率」政策，本組持續推動數位化、無紙化審查作業。智慧型專業審查系統精進版(IPL)改善原有 IPS 系統之缺點，操作介面也更加友善，日後將逐步擴大適用案件種類，並與電子病歷結合，朝送核、申復一貫化目標。

二、104 年 1 月至 104 年 7 月以 IPL 審查狀況如下表，另相較於南區、北區、東區，臺北區仍有很大進步空間。

資料	西基	牙總	中總
目標值	11,000	12,500	10,000
實績值	3,814	30,011	10,805
執行率	34.7%	240.1%	108.1%
IPL 審查占率	2.4%	12.2%	11.5%

三、敬請轉知貴會所屬審查醫藥專家於專業審查業務時儘量使用「IPL 專審子系統」(智慧型專業審查系統)執行案件審查；審查中如有任何困難，本業務組同仁隨時提供必要之協助。

結論：洽悉。

第八案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：105 年「西醫基層總額臺北分區共管會議」召開時程案。

說明：

一、為達共管合作之精神，延續每3個月召開1次會議之原則，擬訂105年會議時間如下：

次數	1	2	3	4
會議日期	105年 3月11日(五)	105年 6月10日(五)	105年 9月9日(五)	105年 12月9日(五)
會議名稱	105年第1次 共管會議	105年第2次 共管會議	105年第3次 共管會議	105年第4次 共管會議

二、為增進議事效率，建請臺北分會訂定出席委員名單：

(一) 主任委員、副主任委員、執行秘書、審查組組長、法規會務組組長、品質資訊組組長及各組委員1人，共13人。

(二) 各縣市醫師公會得列席1人(總幹事或幹部)。

三、請各委員預留上開會議時間，以利會議召開。

四、考量作業時效，重申相關報告事項及討論提案請配合於會議前兩週送達，俾利儘速提供會議議程予與會人員參閱，如作業不及則另訂會議時間。

結論：有關出席委員人數建議，請臺北分會參考；餘洽悉。

臨時討論案

第一案

提案單位：西醫基層臺北分會

案由：建請討論西醫基層總額醫療服務審查管理項目醫療利用類修訂案。

說明：

一、依據104年9月7日第二次分會會議決議辦理建議如下：

- (一)103年第四次共管會議，健保署臺北業務組鑒於點值持續低落故修改醫療利用類項目，嚴審以管控費用成長，並於104年1月起實施。
- (二)為加強台北區基層總額審查指標內容及提高審案成效，建請討論審查管理項目醫療利用類之修訂案。
- (三)檢附審查管理項目近期變更及抽審家數統計資料，請參附件1。
- (四)論抽審指標計算成長率時必須考慮實際看診天數，不應只考慮有無超過成長率底線就逕行抽審。
- (五)醫師難免因出國、生病、或其他情事等原因而休診，今年與去年同月份之看診天數不同時必須有不同考量。指標設下超出多少成長率就要抽審時，必須加入「且平均每日成長率也超過多少相同數額之成長率。」

辦法：

貳、醫療利用類		
項次	原項目	建議修訂項目
一	(二)整體醫療點數高於同儕 95(含)百分位，且整體醫療點數成長率>0%。	(二)整體醫療點數高於同儕 95(含)百分位，且整體醫療點數成長 <u>>10萬點</u> 。
三	(一)60萬點<整體醫療費用≤100萬點(月)，且整體醫療費用點數成長率>10%。 (二)整體醫療費用>100萬點(月)，且	(一)60萬點<整體醫療費用≤100萬點(月)，且整體醫療費用點數成長率>10%， <u>且平均每日整體醫療費用點數成長率>10%</u> 。 (二)整體醫療費用>100萬點(月)，

	整體醫療費用點數增加>10 萬點。	且整體醫療費用點數增加>10 萬點。
四	整體醫療點數 \geq 60 萬且診療點數 \geq 20 萬，且診療點數成長率 \geq 10%。	(一)整體醫療費用>60 萬點(月)，且 <u>15 萬點<診療費用\leq25 萬點，且診療點數成長率>20%，且平均每日診療點數成長率>10%。</u> (二)整體醫療費用>60 萬點(月)，且診療費用>25 萬點，且診療點數增加 <u>>5 萬點。</u>
五	(一)醫師申報醫療費用點數(含跨院所)高於同儕 95(含)百分位，且醫療點數成長率>0%。	(一)醫師申報醫療費用點數(含跨院所)高於同儕 95(含)百分位，且醫療點數成長 <u>>10 萬點。</u>

臺北業務組說明：

一、為提升本組西醫基層點值，依 103 年第 4 次共管會議決議，自 104 年 1 月(費用年月)起修訂醫療利用類抽審指標，部份指標下修成長率及百分位值。經統計 104 年第 1 季醫療點數成長率-0.96%，104 年第 2 季成長 0.88%，成長率均較去年同期下降，已達院所自我管控效果。

二、本業務組建議詳附件 3。

決議：

一、自 104 年 10 月(費用年月)起醫療利用類指標修訂如下：

(一)醫療利用類項次三：

1. 60 萬點<整體醫療費用 \leq 100 萬點(月)，且整體醫療費用點數成長率>10%，且平均每日整體醫療費用點數成長率>10%。
2. 整體醫療費用>100 萬點(月)，且整體醫療費用點數增加>10 萬點。(本項未修訂)

(二)醫療利用類項次四：整體醫療點數 \geq 60 萬且診療點數 \geq 20 萬，且診療點數成長率 \geq 10%，且平均每日整體醫療費用點數成長率>10%。

二、取消 103 年第 3 次共管會議決議：「因故休診<30 日須來文事前報備程序」，以簡化雙方行政作業。

第二案

提案單位：西醫基層臺北分會

案由：建請討論員工眷屬暨直系親屬抽審指標應合情合理，以免擾民。

說明：

- 一、依據 104 年 9 月 7 日第二次分會會議決議辦理。
- 二、多位會員反應，員工眷屬就診 3 到 4 次，就被立意抽審。
- 三、任何一位國民，即同為被保險人，應有同等就醫權利，抽審指標不該有異。
- 四、診所員工因為身處醫療機構內，面對更多感染源，被感染機會更高，或許更應更為寬鬆之收診指標才是。

臺北業務組說明：

- 一、本項指標自 103 年 10 月開始執行，經中華民國醫師公會全國聯合會提出修正意見，署本部於 104 年 4 月修改指標參數。
- 二、本業務組西醫基層本項指標立意抽審案件經送專業審查結果，發現部分院所醫師自家看診比率偏高，且經審查醫師加註意見，須加強審查該院所自家看診案件，顯見本項指標仍具參考價值，本業務組將持續追蹤本指標之執行成效。

決議：

- 一、本項指標之抽審條件為重點管理院所(落入管理類或醫療利用類指標)，且「最近連續 3 個月該院所內醫師、醫事人員、行政人員及其眷屬於該院所就診次數>9 次(95 百分位)」之案件。
- 二、請臺北業務組繼續執行並追蹤本項指標之執行成效。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

機關地址：(臺北業務組)臺北市中正區公園路15-1號
傳真：(02)23486448
聯絡人及電話：黃湘婷(02)23486462
電子信箱：b110883@nhi.gov.tw

106

台北市安和路1段29號9樓

受文者：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

發文日期：中華民國104年8月19日
發文字號：健保北字第1041621492號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨

主旨：檢送104年8月5日「西醫基層總額臺北分區醫療費用管控
討論會」會議紀錄(如附件)，請查照。

正本：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

衛生福利部中央健康保險署
臺北業務組副組長

衛生福利部中央健康保險署

西醫基層總額臺北分區醫療費用管控討論會議 會議記錄

時間：104 年 8 月 5 日（星期三）中午 12 時 30 分

地點：健保署臺北業務組健保大樓 7 樓會議室（臺北市公園路 15-1 號）

主席：張專門委員照敏

紀錄：黃湘婷

出席單位及人員：

（四）西醫基層臺北分會：

王副主任委員維昌、黃副主任委員振國、顏組長鴻順、吳副組長梅壽、
張組長孟源、林副組長應然、詹組長前俊、石副組長賢彥

（五）健保署臺北業務組

林科長照姬、余科長正美、賴複核視察香蓮

（六）列席單位及人員

醫療費用二科 廖美惠、李珮君、黃湘婷

醫療費用四科 徐梓芳、劉碧珠

臺北分會 何怡璇、黃琴茹

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 103 年西醫基層診所精神科分析結果及 104 年管控措施，提請討論。

決議：依臺北業務組 104 年管控措施執行，並密切監測精神科費用申報狀況。管控措施如下：

- 一、精神科費用申報偏高院所，自 104 年 6 月份起採論人隨機抽樣審查 6 個月（歸戶後共 28 家，抽審家數占 39.4%）：
 - (一) 月平均診療點數最高前 10 家。
 - (二) 月平均藥費點數最高前 5 家。
 - (三) 每件平均診療最高 1 家。
 - (四) 每件平均藥費偏高最高前 5 家。
 - (五) 醫療服務審查醫療利用類第六項-精神科醫療點數高於同儕 70 百分位 22 家。
- 二、高費用個案立意抽審送請專業審查（8 家診所，22 人，703 件）：
 - (一) 全年醫療費用最高前 10 名個案。
 - (二) 全年診療費用最高前 10 名個案。
 - (三) 全年藥品費用最高前 10 名個案。
 - (四) 單一處方藥費點數最高前 10 件。
- 三、特定醫令單日診療量暨工時偏高醫師（9 家診所），實地至診所現場抽調病歷相關資料，送請專業審查或協商追扣。

第二案

提案單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：有關西醫基層院所皮膚科液態氮冷凍治療申報資料分析結果及管控措施，提請討論。

決議：依臺北業務組擬訂管控措施執行，並持續追蹤管理成效。管控措施如下：

- 一、103年1月至104年5月申報液態氮醫令點數最高前10位醫師執業院所，自104年7月至12月列入論人隨機抽樣審查6個月。
- 二、103年1月至104年5月施行液態氮治療大於50次之個案9人（3家，538件），立意抽審送請專業醫師審查。

經訪查發現未以實際執行醫療服務之醫事人員覈實申報費用之違規案例

NO	醫事機構名稱	案情摘要	核處依據	核處結果	司法判決
1	○○大藥局	<ol style="list-style-type: none"> 該藥局負責藥事人員林○○於 95 年 7 月間起至 101 年 6 月止，於外地休假未至該藥局調劑藥品，惟該藥局卻仍以其名義向本署申報藥事服務費 67,898 點。 自 98 年 9 月 1 日起以每月新臺幣 8000 元代價租借林○○藥師執業執照，其未在該藥局執行調劑藥品，惟該藥局卻以其名義向本署申報藥事服務費 891,310 點。 	<p>依行為時全民健康保險法第 72 條。</p> <p>依裁處時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 40 條第 1 項第 2 款、第 43 條第 4 款。</p> <p>裁處時全民健康保險特約醫事服務機構合約第 20 條。</p>	<p>終止特約</p> <p>該藥局負責藥事人員暨負有行為責任之藥事人員於終止特約之日起 1 年內，對保險對象提供之藥事服務費用，不予支付。</p>	<p>緩起訴 (以未實際調劑藥事人員名義申報醫療費用即認列為詐領金額)</p>
2	○○藥局 ₁ ○○藥局 ₂	<ol style="list-style-type: none"> 羅姓等 11 名藥事人員人於 95 年 10 月間起至 101 年 11 月止，渠等未實際在該藥局執業調劑期間，該藥局卻仍以該等名義向本署申報藥事服務費。 94 年 11 月間起以每年新臺幣 5 萬元代價租借邱○○藥師執業執照，其未在該藥局執行調劑藥品，該藥局卻仍以其名義向本署申報藥事服務費等違法情事。 ○○藥局₁ <ol style="list-style-type: none"> 藥師於外地休假、就醫或出國等由，未實際在該藥局執業調劑期間，惟該藥局卻以其名義申報：1,319,262 點。 租借邱○○牌照：565,415 點。 ○○藥局₂ <ol style="list-style-type: none"> 藥師於外地休假、就醫或出國等由，未實際在該藥局執業調劑期間，惟該藥局卻以其名義申報：125,525 點。 租借邱○○牌照：66,128 點。 	<p>○○藥局₁</p> <p>依行為時全民健康保險法第 72 條。</p> <p>依裁處時全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 40 條第 1 項第 2 款、同辦法第 43 條第 4 款。</p> <p>○○藥局₂</p> <p>依行為時全民健康保險法第 72 條。</p> <p>依裁處時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。</p>	<p>○○藥局₁</p> <p>終止特約</p> <p>該藥局負責藥事人員暨負有行為責任之藥事人員於終止特約之日起 1 年內，對保險對象提供之藥事服務費用，不予支付。</p> <p>○○藥局₂</p> <p>停約 3 個月</p> <p>該藥局負責藥事人員暨負有行為責任之藥事人員於停約期間，對保險對象提供之藥事服務費用，不予支付。</p>	<p>緩起訴 (以未實際調劑藥事人員名義申報醫療費用即認列為詐領金額)</p>
3	○○○中醫醫院	<ol style="list-style-type: none"> 該醫院執登藥事人員張○○於 87 年 9 月 1 日迄今，即以本人身分投保於○○製藥股份有限公司，張○○藥師長期以來一直在五○製藥股份有限公司上班，102 年 1 月至 103 年 10 月期間，並未至該中醫醫院執行藥品調劑業務，該中醫醫院卻仍有以其名義申報藥品調劑費，計虛報藥品調劑費 512,300 點。 	<p>全民健康保險法第 81 條。</p> <p>全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 40 條第 1 項第 2 款、第 43 條第 4 款。</p>	<p>終止特約</p> <p>該醫院負責醫事人員於終止特約之日起 1 年內，對保險對象提供之藥事服務費用，不予支付。</p>	<p>已函送地檢察署。</p>

醫療利用類指標修訂建議

項次	原項目	臺北分會建議修訂項目	臺北業務組建議修訂項目
一	(二)整體醫療點數高於同儕 95(含)百分位，且整體醫療點數成長率>0%。	(二)整體醫療點數高於同儕 95(含)百分位，且整體醫療點數成長 <u>>10 萬點</u> 。	建議維持。 ※說明：本項指標 103 年閾值由「98 百分位」，下修為「95 百分位+成長率>0%」，抽審家數較去年同期減少，顯示申報費用偏高院所自我管控效果高於費用審查。
三	(一)60 萬點<整體醫療費用≤100 萬點(月)，且整體醫療費用點數成長率>10%。 (二)整體醫療費用>100 萬點(月)，且整體醫療費用點數增加>10 萬點。	(一)60 萬點<整體醫療費用≤100 萬點(月)，且整體醫療費用點數成長率>10%， <u>且平均每日整體醫療費用點數成長率>10%</u> 。 (二)整體醫療費用>100 萬點(月)，且整體醫療費用點數增加>10 萬點。	同意臺北分會建議定義。 ※備註：取消 103 年第 3 次共管會議決議，因休診<30 日，來文申請將該次成長率指標改按「平均每日」重新計算之事前報備程序，以簡化雙方行政作業。
四	整體醫療點數≥60 萬且診療點數≥20 萬，且診療點數成長率≥10%。	<u>(一)整體醫療費用>60 萬點(月)，且 15 萬點<診療費用≤25 萬點，且診療點數成長率>20%，且平均每日診療點數成長率>10%</u> 。 <u>(二)整體醫療費用>60 萬點(月)，且診療費用>25 萬點，且診療點數增加>5 萬點。</u>	建議指標定義： (一)整體醫療點數≥60 萬且診療點數≥20 萬，且診療點數成長率≥10%， <u>且平均每日整體醫療費用點數成長率>10%</u> 。 ※說明：比照醫療利用類指標項次三修訂方式。
五	(一)醫師申報醫療費用點數(含跨院所)高於同儕 95(含)百分位，且醫療點數成長率>0%。	(一)醫師申報醫療費用點數(含跨院所)高於同儕 95(含)百分位，且醫療點數成長 <u>>10 萬點</u> 。	建議維持。 ※為鼓勵申報費用偏高醫師自我管控費用。