

參、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：網路成立投保單位及網路辦理人員投退保、各項異動及查詢作業報告案。

決定：請東區分會協助轉知會員，辦理所屬員工投退保、各項異動、健保卡申請及查詢作業時，多利用「多憑證網路承保作業系統」；餘洽悉。

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：洽悉。

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及健保醫療資訊雲端查詢系統執行情形。

決定：請東區分會協助轉知會員善加利用及查詢；餘洽悉。

第四案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：本署健保雲端系統主動提示功能(API)自110年10月7日起，新增高風險藥品「同藥理同劑型」重複用藥提示，請輔導會員加強使用本API，以維護病患用藥安全。

決定：有關醫療院所增加健保雲端系統主動提示功能(API)，經洽資訊廠商重複用藥二項API均不收取費用，如另外要求外掛程式才會針對外掛程式收取部分費用，請東區分會協助轉知會員多加利用，以維護病患用藥安全。

第五案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：有關「醫療費用申報總表線上確認作業」案，請多加推廣轉知會員使用。

決定：請東區分會協助轉知會員申請使用；餘洽悉。

第六案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：請貴分會鼓勵會員善加利用「健保醫療資訊雲端查詢系統」之B、C型肝炎專區及各頁籤查詢病患就醫、用藥資料，協助醫師感染管制作業，避免感染。

決定：請東區分會轉知會員多加利用；餘洽悉。

第七案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：有關109年新透析病人醫療利用及NSAID藥物使用情形。

決定：請加強針對符合收案條件之透析病人納入相關照護計畫並完整追蹤，提醒會員醫師開立NSAID藥物前，請先點閱雲端系統及腎功能檢驗報告，提升照護品質及保障病患用藥安全。

第八案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：有關本署健保資訊網服務系統(VPN)之各項更新，請貴會轉知會員積極配合辦理。

決定：請東區分會協助轉知會員，配合健保資訊網服務系統(VPN)軟體更新；餘洽悉。

第九案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：有關本署為推動即時上傳檢驗(查)結果，104年起已透過鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案以獎勵方式鼓勵上傳檢驗(查)結果，惟成效不佳，本署將針對申報件數多卻未上傳之院所，加強輔導或審查，請轉知會員加強即時上傳。

決定：

- 一、經重新擷取110年1月至6月檢驗(查)上傳率，已排除代檢(P3醫令類別：4不得另計價之藥品、檢驗(查)等)之申報案件，本轄區院所申報檢驗(查)之醫令數大於1,000筆且上傳率低於20%，花蓮縣有19家、臺東縣有20家，合計39家。另發現檢驗(查)上傳率為0%者，花蓮縣92家、臺東縣56家，合計148家。請東區業務組於會後提供以上院所名單予東區分會，請分會轉知會員加強即時上傳，並協助輔導。
- 二、檢體委託由其他診所(醫院)代檢是由原開立診所申報及上傳，若委

託醫事檢驗機構代檢則由醫事檢驗機構申報及上傳。

第十案 報告單位：中央健康保險署東區業務組
案由：本署 110 年 10 月 22 日修訂 C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫，放寬處方醫師資格已不設限消化系醫師。
決定：請東區分會轉知會員有意參與 C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫之醫師，透過院所向分區業務組申請(VPN 線上申請或來函)參加本方案。

第十一案 報告單位：中央健康保險署東區業務組
案由：轉知「111 年度全民健康保險醫療資源缺乏地區條件」之施行區域，自 111 年 1 月 1 日起實施，請配合辦理。
決定：洽悉。

第十二案 報告單位：中央健康保險署東區業務組
案由：本署 110 年 8 月 31 日公告修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」重點說明，暨重申本計畫相關規定。
決定：請東區分會協助轉知會員，居家醫療訪視時，應查驗病人之健保卡、身分證明文件，及自備讀卡設備逐次於健保卡登錄就醫紀錄，並於 24 小時內上傳，異常代碼 F000 僅供偏遠地區無網路連線使用，執行居家醫療服務仍應正常過卡上傳；餘洽悉。

第十三案 報告單位：中央健康保險署東區業務組
案由：本組配合本署辦理 110 年度「居家醫療違規自清查核專案」。
決定：請東區分會協助轉知會員，務必依相關規定辦理「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」業務；餘洽悉。

第十四案 報告單位：中央健康保險署東區業務組
案由：有關本署因應 COVID-19 疫情之視訊診療辦理規定，請轉知會員配合辦理。
決定：洽悉。
肆、討論事項

第一案

提案單位：西醫基層審查執行會東區分會

案由：有關平均就診次數指標，提請討論。

東區業務組說明：

- 一、本組每月皆依照「東區業務組西醫基層總額專業審查抽樣原則」對本轄區西醫基層院所進行專業審查作業產生抽審名單。
- 二、以總診所家數抽審 15%，扣除專業審查原則的二、三、四診所家數，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）。
- 三、每家診所每年至少抽審 1 次為原則。
- 四、依專業審查原則八：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。
- 五、106 年至 110 年抽審原因：平均就診次數前 2 名之院所抽審次數統計：

| 抽審次數 | 抽審家數 | | | | | | | |
|-------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | 1 次 | 2 次 | 3 次 | 4 次 | 5 次 | 6 次 | 7 次 | 8 次 |
| 106 年 | 1 家 | 2 家 | 2 家 | 1 家 | 0 家 | 0 家 | 0 家 | 1 家 |
| 107 年 | 4 家 | 0 家 | 3 家 | 0 家 | 1 家 | 1 家 | 0 家 | 0 家 |
| 108 年 | 1 家 | 4 家 | 1 家 | 0 家 | 0 家 | 2 家 | 0 家 | 0 家 |
| 109 年 | 4 家 | 2 家 | 3 家 | 2 家 | 0 家 | 0 家 | 0 家 | 0 家 |
| 110 年 | 5 家 | 2 家 | 0 家 | 0 家 | 0 家 | 0 家 | 0 家 | 0 家 |

- 六、以 109 年抽審原因為平均就診次數前 1、2 名之院所核減率高於 2% 計有 2 家，分別為 4.17%及 3.19%，其餘均低於 2%。

決議：平均就診次數前 2 名被抽審的條件，如其核減率小於 2%，則放寬條件為 1 年抽審次數不超過 3 次。

伍、散會 下午 2 點 15 分

東區業務組西醫基層總額專業審查抽樣原則

110.12.22 修訂

壹、專業審查原則：

- 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%，扣除二、三、四診所家數，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）。【109 年第 1 次「西醫基層總額東區共管會議」會後東區分會來文提出修訂，同意追認】
- 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。

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

| 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% | | | 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% | | | | | |
| <p>×:表示目前不採用指標</p> <p>※件數:補報原註記:2(差額補報)不計件數。</p> <p>以上指標排除 B、C 肝治療計畫案件, 特定治療項目代號: H1、HE 及排除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</p> <p>以上指標排除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願轉診而來的個案</p> | | | | | | | |