

中區西醫基層總額共管會 112 年第 2 次會議資料

時間：112 年 6 月 16 日 13:00

地點：中央健康保險署中區業務組 10 樓第 1 會議室

出席：

中區分會：

臺中市醫師公會：王博正、羅倫楸(請假)、蔡景星、葉元宏、施英富、
蘇主光、高嘉君、高大成、陳正和、林義龍、
曾崇芳、林煥洲、林恒立(請假)

臺中市大臺中醫師公會：魏重耀、藍毅生、彭業聰、顏炳煌、林宜民、
陳儀崇、管灶祥(請假)、陳俊宏(請假)、黃致仰、
蔡其洪、林釗尚(請假)、陳振昆

彰化縣醫師公會：廖慶龍、蔡梓鑫、巫喜得、吳祥富、林育慶、
林峯文(請假)、連哲震(請假)、孫楨文

南投縣醫師公會：洪一敬、張志傑、陳宏麟(請假)、蕭志界

中區業務組：

林興裕、陳雪姝、王慧英、張黛玲、游姿媛、陳之菁、
張凱瑛、張志煌、紀虹如、陳映瑄、崔運白、林昱、徐向慧

列席：陳詩旻、謝育帆

主席：
陳副組長墩仁
廖主任委員慶龍

紀錄：游韻真

壹、主席致詞

貳、上次決議事項追蹤

決議事項追蹤	承辦單位	辦理情形
調整中區 112 年度「西醫基層總額審查指標與抽樣原則」，同意刪除原訂自 112 年 4 月起實施之必審指標「檢驗(查)結果上傳率」。	中區業務組	本文件已更新並上傳「本署全球資訊網/健保服務 健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各分區業務組總額專區/中區業務組總額專區/西醫基層」。

參、報告事項：

一、健保雲端查詢系統優化改版說明

- (一)本署為保障民眾就醫安全並提升醫療品質，於今年針對現行健保雲端系統進行優化改版，推出「健保醫療資訊雲端查詢系統 2.0(試營運版)」(下稱健保雲端系統 2.0)，相關優化功能如下：
1. 新增入口網頁、強化網頁搜尋功能。
 2. 畫面顏色以藍綠為主配色，提升版面一致性，方便使用者閱讀。
 3. 重整並分類頁籤呈現及操作方式，也可依使用者需求設定預設頁籤及欄位，提高使用友善性，更符合使用者需求。
 4. 放寬可查詢雲端系統醫事人員權限，開放深入第一線各職類的醫事人員登錄使用。
- (二)目前健保雲端系統 2.0 仍屬試營運期間，將依據醫事人員測試情形及回饋意見進行滾動式修正，另行評估正式上線及現行雲端系統停止服務時程。
- (三)有關健保雲端系統 2.0 改版使用手冊、操作說明及相關問答集等，均可至 VPN 下載專區下載。

二、部分負擔調整方案預告，實施日期依衛生福利部公告規定

- (一)衛生福利部 112 年 5 月 17 日衛部保字第 1120114745 號公告：預告修正「全民健康保險保險對象門診藥品、急診應自行負擔之費用」。(詳附件一，P10)

(二)配合衛生福利部預告修正「全民健康保險保險對象門診藥品、急診應自行負擔之費用」，調整「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」及「特約交付機構醫療費用點數申報格式及填表說明」(112年4月13日版更)之欄位說明及備註事宜，已放置於本署全球資訊網及健保資訊網服務系統(VPN)，請轄區診所(約174家)尚未改版或進行預檢之診所進行預檢，俾利部分負擔新制實施後可順利辦理醫療費用申報作業。

三、全民健康保險法第八十一條涉及刑責移送司法機關辦理原則暨違約申報醫療費用之罰鍰標準

- (一)依據全民健康保險法第81條第1項：以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，處以其領取之保險給付、申請核退或申報之醫療費用二倍至二十倍之罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因該事由已領取之醫療費用，得在其申報之應領醫療費用內扣除。
- (二)涉及刑責移送司法機關辦理原則：本署112年5月24日修正「全民健康保險法第八十一條規定違法案件函送偵辦注意事項」，並將名稱修正為「全民健康保險法第八十一條涉及刑責移送司法機關辦理原則」，並自即日生效。(詳附件二，P14)
- (三)違約申報醫療費用之罰鍰標準：明訂於「全民健康保險保險人執行全民健康保險法罰鍰注意事項」第七、八、九點。(請參考本署全球資訊網：健保法令/全民健保法相關法規)

四、有關申報醫療費用每點暫付金額/每點支付金額調整案

- (一)依112年4月7日西基總額研商議事會議第1次臨時會議決議：
1. 同意改以最近1季結算與最近1季預估點值取較保守者之9成計算暫付/核定金額，實施期間初步建議不超過3季，惟仍須逐季檢討確認是否回復原作業規則。
 2. 每季呈現預估點值與最近1季點值之差異，作為評估每點暫付金

額每點支付金額調整之參考。

- (二)依 112 年 5 月 25 日西醫基層總額 112 年第 2 次研商議事會議，自 112 年 6 月 15 日起，西醫基層總額費用之暫付、核付，依 111 年第 4 季結算點值辦理。

五、請協助發掘 C 型肝炎潛在個案與協助治療

- (一)中區 107 年 1 月至 111 年 12 月經由成人預防保健檢驗 C 型肝炎抗體(Anti-HCV)陽性個案共 4,500 人(排除驗過 RNA 及 DAA 治療個案，自費及干擾素治療者無排除)，其中 3,314 人於 701 家診所檢驗，將提供個案資料予原檢驗診所及衛生局，請協助個案接受 RNA 檢驗及 DAA 治療。
- (二)請善用「雲端查詢系統 BC 肝炎專區」：看診查詢該專區時，若摘要區有紅字顯示「查詢病人最近 1 次 B、C 型肝炎就醫紀錄及公費篩檢資格」，可進一步檢視病人最近 1 次 B、C 型肝炎用藥、檢驗、就醫紀錄，請評估個案是否需要接受治療或轉介至適當院所。另請鼓勵院所對於符合資格之 45 至 79 歲民眾進行篩檢(原住民 40-79 歲)。

六、重複用藥管理方案 111 年第 4 季追蹤

- (一)中區西醫基層 111 年第 4 季重複用藥有 1,466 家，預估核減(核減點數大於 1000 點)家數 488 家，重複用藥點數 2,090,116 點高出 108 年第 4 季 734,226 點(成長 54.2%)。請善用跨院重複開立醫囑主動提示功能(API)，並追蹤 API 版更情形，以免重複處方同藥理藥品。
- (二)輔導方式
1. 每季提供輔導報表供診所參考，另針對重複用藥點數 1 萬點以上診所及新診所持續電話輔導。
 2. 每月虛擬代碼申報及每季各項用藥重疊率大於 P75，於費用 112 年 3 月起重啟放置於 VPN 院所資料交換區供參。

七、111 年度「家庭醫師整合性照護計畫」執行成果

(一)評核指標達成情形及醫療群分級

1. 12 項一般量化評核指標中，以「電子轉診成功率」、「潛在可避免急診率」及「可避免住院率」3 項指標達成率最差，分別為 43%、51%及 52%，且「潛在可避免急診率」、「可避免住院率」均低於全署平均(65%、61%)(表 1)。
2. 除了 65 歲以上老人流感注射率為 68%，其餘 8 項指標醫療群達成率皆達 70%以上，其中「會員急診率」、「會員固定就診率」、「子宮頸抹片檢查率」3 項指標優於全署平均(67%、65%、79%)(表 1)。
3. 本組屬特優級(≥ 90 分)有 55 群(34%)，其中有 1 群分數超過 100 分；良好級($80 \leq \sim < 90$ 分)51 群(31%)、普通級($70 \leq \sim < 80$ 分)42 群(26%)、輔導級($65 \leq \sim < 70$ 分)6 群(4%)，以及不支付(< 65 分)10 群(6%)。(表 2)

(二)相關輔導及配合事項

1. 111 年評核指標屬輔導級計 6 群，已依計畫規定發函通知提具執行改善計畫書；另 10 群未達續辦標準，亦發函通知不予參加 112 年家醫計畫。
2. 評核指標大於 90 分之醫療群計 55 群，其中 534 家診所符合自行收案加收 100 名之資格，第二階段自收會員上傳期間為 112 年 5 月 17 日至 5 月 30 日止，需於期限內完成上傳。
3. 112 年下半年度將回饋評核指標表現，及會員 1-7 月急診及住院明細予醫療群診所參考及改進。

決定：以郵件提供潛在可避免急診率、可避免住院率之計算公式予醫療群執行中心參考。

表 1、111 年社區醫療群一般評核指標達成情形

一般評核指標項目	權重	中區		全署	
		達成群數	占率	達成群數	占率
電子轉診成功率	3	71	43%	231	38%
潛在可避免急診率	4	83	51%	393	65%
可避免住院率	4	85	52%	371	61%
老人流感注射率	3	112	68%	451	74%
會員急診率	4	115	70%	409	67%
檢驗(查)結果上傳率	10	134	82%	564	93%
會員固定就診率	10	134	82%	394	65%
子宮頸抹片檢查率	5	135	82%	481	79%
三高生活型態風險控制率	10	136	83%	527	87%
成人預防保健檢查率	6	144	88%	558	92%
糞便潛血檢查率	6	155	95%	592	97%
初期慢性腎臟病早期尿液篩檢檢驗(查)執行率	5	158	96%	583	96%
個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診(非量化)	10	164	100%	606	100%
設立 24 小時諮詢專線(非量化)	5	164	100%	609	100%

表 2、111 年社區醫療群評核指標分級情形

評核指標成績	分級	中區		全署	
		群數	群數占率	群數	群數占率
超過 100 分	特優級	1	1%	12	2%
≥90 分		54	33%	208	34%
<90≥80 分	良好級	51	31%	220	36%
<80≥70 分	普通級	42	26%	121	20%
<70≥65 分	輔導級	6	4%	20	3%
未滿 65 分	不支付	10	6%	28	5%
總計		164	100%	609	100%

八、西醫基層異常院所辦理回溯審查專案

112 年篩選各分科異常院所說明如下，已陸續啟動管理措施。

分科	異常說明
01 家醫 02 內科	針對醫令執行率異常(皮面創傷處理、深部創傷處理、腹部超音波、超音波心臟圖、彩色超音波、心電圖等)或執行檢查驗項目數偏多之案件(高單價檢驗項目優先)，共 13 家診所進行回溯性審查。
03 外科	針對診療處置(如創傷處置、手術等)執行率或點數占率全國前 10 名、每人診療費排名及成長情形、及過去審查發現異常問題辦理回溯審查，共 6 家。
04 兒科	每人診療費偏離同儕且醫令執行率全國前 10 名項目，或慢性病患全年就醫次數過高辦理回溯審查，共計 2 家。
05 婦產	每人診療費偏離同儕，或醫令執行率/總醫令量排名全國前 10 名項目辦理回溯審查，共計 7 家。
06 骨科	針對每人單價、高單價醫令執行率/總醫令量排名全國前 5 名診療處置(復位術、腫瘤摘除術臉部創傷處理等)及高就醫次數等異於常模共 6 家診所進行論人回溯審查。
09 耳鼻喉	針對耳鼻喉科診療處置執行率或點數占率全國前 10 名(如耳垢嵌塞、鼻腔沖洗、血氧監測、併執行多項病毒檢驗等)、費用價量成長情形，及過去審查發現異常問題辦理回溯審查，共 7 家。
10 眼科	針對醫令執行率異常(角膜異物除去術、結膜異物除去術、小樑雷射術、眼瞼縫合術、斜視矯正手術、弱視檢查等)之 8 家診所進行回溯性審查。
11 皮膚	1. 針對醫令執行率異常(皮膚病灶內部注射、小膿瘍切開)之 1 家診所進行回溯性審查。 2. 追蹤 112 年第 1 季液態氮冷凍治療申報量或執行次數高若審查需附照片佐證之 4 家，仍有 3 家未改善，予以加強審查。另有 7 家液態氮冷凍治療人數執行率或執行次數高於全國 P85(110Q4)，其中 4 家未降反升，會後提供異常名單予中區分會分科輔導改善。

分科	異常說明
13 精神	針對平均每日診療費高於 p90 院所、診療處置執行率或點數占率全國前 10 名、每人診療偏高、及用藥重複進行審查，共 6 家。
14 復健	針對每人單價異常成長、高就醫次數及過去審查發現異常問題共 9 家診所進行論人回溯審查。

九、112 年 5 月 25 日西醫基層 112 年第 2 次研商議事會議決議事項

- (一)通過 29016C「脊椎穿刺」等 146 項診療項目西醫基層適用支付點數暨手術及麻醉通則修訂至與醫院一致案，將依程序提至「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告。
- (二)修訂「全民健康保險代謝症候群防治計畫」獎勵指標
 1. 「個案績優改善獎勵費」：個案代謝症候群指標任三項達標，且結案前 6 個月內無三高用藥紀錄，即給予獎勵。
 2. 代謝症候群改善率之「戒菸成效」：以本計畫結算年前一年 7 月至結算年當年 12 月登錄個案，並排除前一年結算時已達標之個案計算。
- (三)修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標
 - 甲、「門診用藥日數重疊率」指標：增訂同、跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-「抗血栓(口服)」、「前列腺肥大(口服)」二類藥物項目。
 - 乙、「慢性病開立慢性病連續處方箋百分比」指標名稱修訂為「慢性病連續處方箋開立率」、「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」名稱修訂為「門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」。

十、西醫基層總額點值 111 年第 4 季結算及 112 年第 1 季預估報告

(一)111 年第 4 季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值

分區別	浮動點值	平均點值	排名
台北	0.9184	0.9408	6
北區	0.9727	0.9813	3
中區	0.9695	0.9790	5
南區	0.9872	0.9915	2
高屏	0.9726	0.9813	4
東區	1.0507	1.0321	1
全署	0.9569	0.9694	

(二)112 年第 1 季點值預估之各分區一般服務浮動及平均點值

分區別	浮動點值	平均點值	排名
台北	0.9308	0.9495	6
北區	0.9528	0.9670	5
中區	0.9877	0.9914	3
南區	1.0186	1.0130	2
高屏	0.9604	0.9726	4
東區	1.0786	1.0506	1
全署	0.9659	0.9759	

十一、西醫基層總額醫療費用申報概況報告

肆、臨時動議

提案單位：廖主任委員慶龍

案由：提供各分科明顯為誤報之醫令碼或數量予中區業務組進行行政查檢。

說明：請中區分會若各分科審查醫師於審查時發現明顯為誤報之醫令碼或數量，提供予中區業務組於進行行政查檢逕予核扣並輔導院所，避免院所不知情繼續誤報或因而被審查核減。

決議：俟中區分會提供資料後研議辦理。

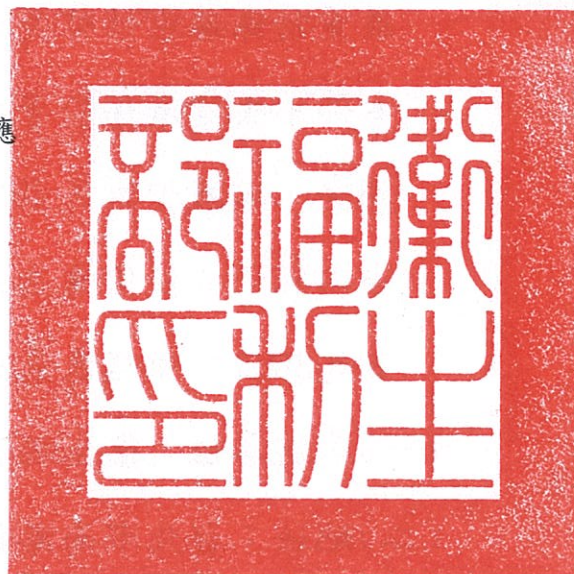
伍、散會(14:06)

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國112年5月17日

發文字號：衛部保字第1120114745號

附件：「全民健康保險保險對象門診藥品、急診應自行負擔之費用」修正草案1份



主旨：預告修正「全民健康保險保險對象門診藥品、急診應自行負擔之費用」草案。

依據：行政程序法第一百五十一條第二項準用第一百五十四條第一項。

公告事項：

一、修正機關：衛生福利部。

二、修正依據：全民健康保險法第四十三條第三項。

三、「全民健康保險保險對象門診藥品、急診應自行負擔之費用」修正草案如附件。本案另載於本部全球資訊網站「衛生法令查詢系統」（網址：<https://mohwlaw.mohw.gov.tw/>）之「法規草案」網頁及國家發展委員會「公共政策網路參與平臺—眾開講」網頁（網址：<https://join.gov.tw/policies/>）。

四、本案前業踐行預告程序，並公告自111年5月15日生效，惟因

嚴重特殊傳染性肺炎疫情因素暫緩實施；此次修正草案係經

本部中央健康保險署重行對外溝通，再行參酌各方意見予以

調整，以減少對民眾影響，及降低對弱勢之衝擊。對於本公

告內容仍有任何意見或修正建議者，請於本公告刊登公報次

日起30日內陳述意見或洽詢：

(一)承辦單位：衛生福利部社會保險司

(二)地址：台北市南港區忠孝東路六段488號4樓

(三)電話：(02) 85906666轉6779

(四)傳真：(02) 85906048

(五)電子郵件：hghsunwei@mohw.gov.tw

部長 薛瑞元

附件

一、全民健康保險保險對象門診藥品應自行負擔之費用

(一) 收取金額如下：

單位：新臺幣(元)

藥品費用	應自行負擔費用		
	西醫基層醫療單位/ 地區醫院/中醫	區域醫院/ 醫學中心	
100 元以下	0 元	10 元 (低收入戶/中低收入者/身心障礙者 0 元)	
101-200 元	20 元	20 元	
201-300 元	40 元	40 元	
301-400 元	60 元	60 元	
401-500 元	80 元	80 元	
501-600 元	100 元	100 元	
601-700 元	120 元	120 元	
701-800 元	140 元	140 元	
801-900 元	160 元	160 元	
901-1,000 元	180 元	180 元	
1,001-1,100 元	200 元	200 元	低收入戶/ 中低收入者/ 身心障礙者 200 元
1,101-1,200 元		220 元	
1,201-1,300 元		240 元	
1,301-1,400 元		260 元	
1,401-1,500 元		280 元	
1,501 元以上		300 元	

(二) 保險對象持醫院開立之慢性病連續處方箋調劑(開藥二十八天以上)，第一次調劑以當次調劑慢性病藥品費用與一般藥品費用併計應自行負擔之門診藥品費用。

(三) 下列情形之一者，免計應自行負擔之門診藥品費用：

1. 接受牙醫醫療服務。
2. 接受全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準所定論病例計酬項目服務。
3. 低收入戶、中低收入者及身心障礙者持慢性病連續處方箋調劑（開藥二十八天以上）。
4. 持西醫基層醫療單位及中醫門診開立之慢性病連續處方箋調劑（開藥二十八天以上）。
5. 持醫院開立之慢性病連續處方箋第二次及第三次調劑（開藥二十八天以上）。

二、全民健康保險保險對象急診應自行負擔之費用

（一）收取金額如下：

單位：新臺幣(元)

層級別	應自行負擔費用
醫學中心	750 元
區域醫院	400 元
地區醫院	150 元
基層醫療單位	150 元

（二）低收入戶、中低收入者及身心障礙者急診，於醫學中心應負擔費用 550 元、於區域醫院應負擔費用 300 元、於地區醫院及基層醫療單位應負擔費用 150 元。

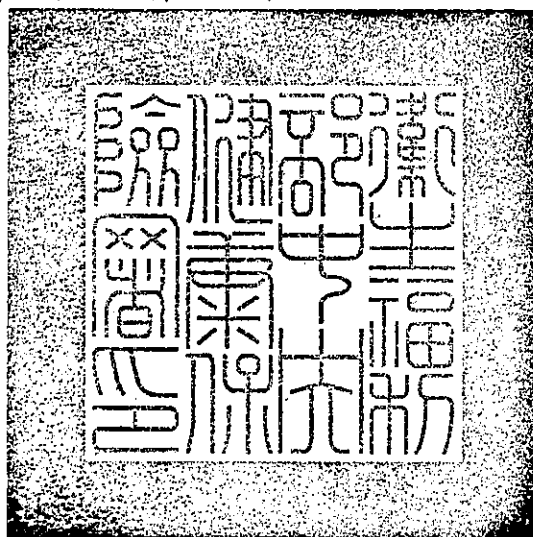
註：

1. 「低收入戶」指合於社會救助法規定之低收入戶成員；「中低收入者」指符合社會救助法規定之中低收入戶及符合老人參加全民健康保險無力負擔費用補助辦法規定之年滿七十歲中低收入老人；「身心障礙者」指領有社政主管機關核發之身心障礙證明者。
2. 低收入戶應自行負擔之費用，依法由中央社政主管機關補助。
3. 其他保險對象門診應自行負擔之費用，依現行規定辦理。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 令

發文日期：中華民國112年5月24日
發文字號：健保企字第1120681090號
附件：如文



修正「全民健康保險法第八十一條規定違法案件函送偵辦注意事項」，並將名稱修正為「全民健康保險法第八十一條涉及刑責移送司法機關辦理原則」，並自即日生效。

附修正「全民健康保險法第八十一條涉及刑責移送司法機關辦理原則」

署長 石崇良

全民健康保險法第八十一條涉及刑責移送司法機關辦理原則

- 一、衛生福利部中央健康保險署（以下稱本署）為執行全民健康保險法第八十一條涉及刑責移送司法機關辦理之規定，特訂定本原則。
- 二、全民健康保險特約醫事服務機構（以下稱保險醫事服務機構），有下列情事之一者，認有犯罪嫌疑：
 - （一）容留未具醫師資格者，為保險對象診療或處方，申報醫療費用。
 - （二）登錄保險對象保險憑證，換給非對症之藥品、營養品或其他物品，申報醫療費用達十萬點以上，且未與本署達成和解或未足額返還不當申報之醫療費用。
 - （三）未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，申報醫療費用達十萬點以上，且未與本署達成和解或未足額返還不當申報之醫療費用。
 - （四）明知實際就醫者非持有健保卡本人或非保險對象，故意申報醫療費用。
 - （五）其他以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，經停約三個月以上或終止特約，執行完畢後五年內再犯。
- 三、保險醫事服務機構有前點第一款、第四款或第五款情事，經自行向本署揭露，或配合本署訪查，態度良好、坦承不諱，並繳回應扣減（還）之相關費用者，本署得說明其配合程度，併送司法機關，供作量刑參考。