

衛生福利部中央健康保險署北區業務組中醫門診總額

114年第3次共管會議紀錄

時間：114年9月4日(星期四)上午10時整

地點：北區業務組7樓第一會議室

主席：張組長溫溫、姜主任委員智文

紀錄：黃珮晴

出席單位及人員：

中醫門診總額醫療服務審查執行會北區分會

李執行長如英	徐委員昌基	古副主任委員濱源(請假)
廖副主任委員奎鈞	謝副主任委員中興	王副執行長國輝
孫副執行長祿騏	林副主任委員文信(請假)	羅副執行長國正
林委員良德	黃委員澤宏	陳委員冠仁(陳群緯醫師代理)
江委員正旭(請假)	彭委員健豪	蘇審查召集人尉央
游委員志聰(童華雄醫師代理)	翟醫品組組長慎言(請假)	杜醫管組組長穎純(請假)
江委員玉梅	謝助理沂岑	

本署北區業務組

許副組長菁菁
楊專門委員淑娟
倪專門委員意梅
醫療費用三科
醫務管理科
承保一科

方視察亞芸、黃視察毓棠、林專員孟萱、
黃科員珮晴、張助理員舒函、蘇辦事員琦庭
謝科長明珠、吳視察煥如、林視察子玉
柯專員采璇

壹、主席致詞：(略)

貳、114年第2次共管會議紀錄確認：確認。

參、報告事項

第一案

報告單位：北區業務組

案由：114年第2次共管會議決議事項辦理情形

決定：追蹤事項共2項，均解除列管。

第二案

報告單位：中執會北區分會

案由：中醫門診醫療服務審查執行會北區分會執行報告

決定：由於審查委員反映異地(苗栗)審查成效良好，爰未來本組評估納入新竹聯絡辦公室規劃成立專審辦公室，餘洽悉。

第三案

報告單位：北區業務組

案由：中醫門診總額執行概況

決定：

- 一、114年第1季北區浮動點值 0.9000(全區 0.9633)、平均點值 0.9416(全區 0.9777)；114年第2季經撥補風險移撥款 36,502,775 元後，預估浮動點值 0.9000(全區 0.9268)、平均點值 0.9406(全區 0.9550)。
- 二、自費用年月 114 年 7 月起整合醫療照護費加計(A91)之醫令執行起訖時間應填報至時分，其中因慢性病整合醫療照護申報 A91 之個案，開藥日數須 7 天以上，但因重大傷病整合醫療照護，不限開藥日數。
- 三、保險對象非因疾病、傷害或生育事故之醫療及相關費用，依全民健康保險法第 51 條第 3 款規定非本保險之給付範圍，特約院所不得向本署申報費用，請誠實申報。
- 四、為推動健保資訊作業雲端化及數位轉型，自 115 年 1 月 1 日起停止醫療資訊系統實體測試卡申請及停止換發實體安全模組，分別改發測試雲端安全模組及測試虛擬健保卡。
- 五、私立機構變更負責人(醫事機構代碼不變)可向國稅局申請變更統一編號，扣繳憑單分列 2 張。
- 六、專門職業及技術人員自行執業者健保投保金額自行計算後，有高薪低報應主動向本組申報調整，對於相關政策如有疑義，可來電洽詢 (03)4339-111 分機 2103、2045、2051、2055 及 2081。

七、請鼓勵會員積極參與並執行中醫專款及居整計畫，以嘉惠更多的民眾。

第四案

報告單位：北區業務組

案由：113年度中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告案

決定：113年北區核發11,117,045元，占整體預算13.9%，不核發或減計原因以「慢性病給藥7天以上之件數占率為3%以下者(減計10%)」134家次最多，請長期穩定慢性病個案開立長天數藥物，請宣導會員積極配合提升醫療服務品質爭取績效獎勵。

第五案

報告單位：北區業務組

案由：修訂本組「中醫門診總額共同管理委員會組織要點」案

決定：依據114年第2次研商議事會議決議研商議事會議決議，同步修訂本組「中醫門診總額共同管理委員會組織要點」第貳、四、(四)「本會委員(含代理人)均為無給職，且不得具有民意代表身分。」

肆、討論事項

提案單位：北區業務組

案由：有關中醫專案管理作業原則案，提請討論。

決議：依決議辦理，管理作業原則詳見附件。另請貴分會於114年9月28日委員會議加強會員宣導並蒐集相關意見供本組參考。

散會：上午 11 時 30 分

中央健康保險署北區業務組

中醫門診總額專案管理原則

民國 114 年 9 月 4 日中醫門診總額 114 年第 3 次共管會議通過

壹、在中醫門診總額支付制度及共管會議運作下，透過共同管理模式，凝聚共識，提昇專業醫療品質及管理後效益。

貳、依據

- 一、保險人為審查保險醫事服務機構提供全民健康保險醫療服務項目，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」規定辦理審查，保險人得就保險醫事服務機構申報醫療費用案件進行分析，依分析結果得免除、增減抽樣審查或全審，得與保險醫事服務機構協商以一定期間審查結果作為其他月份核減或補付作業之計算基礎。如有醫療適當性或品質等疑義，得會同相關專長之其他醫藥專家召開會議審查，分別於本辦法第 22 條及第 23 條定有明文。
- 二、秉持公平、對等、尊重及互信原則，以檔案分析為主軸之醫療費用審查異常管理作業方式，及對於醫療行為模式異於常規者進行輔導等，必要時由各分區業務組通知改善。相關內容涵蓋於本署中醫門診審查勞務託契約。
- 三、基於前項法規依據訂定本項管理原則，並依循北區中醫門診總額共管會議決議辦理。

參、專案管理原則

一、規劃階段

經檔案分析異常或例行性審查之審查意見，違反本保險醫療服務給付項目及支付標準規範、與臨床指引及常規不符或執行量異常者，其專案管理方式得採自行清查、抽樣審查回推或全審。

二、執行階段

- (一)經檔案分析異常樣態如屬明確違反本保險醫療服務給付項目及支付標準規範(例如：申報年齡不符規定或醫令不得併報等)者，請院所自行

清查近 2 年之案件，並由本組追扣不符規定之費用。

註：近 2 年定義為已申報月份往前推 2 年，如 114 年 6 月(費用年月)已申報，自清區間為費用年月 11406~11207。

(二)經檔案分析或例行性審查之審查意見，如屬臨床指引及常規不符或執行量異常者，為釐清申報合理性及適當性，採專業審查認定(全審或抽樣審查)。審查作業完竣，依審查結果及專審意見，得「移請中醫北區審查分會輔導院所自清返還不當醫療費用」並「函文通知限期改善」。

三、輔導、監控及追蹤階段

(一) 移請中醫北區審查分會輔導院所自清返還不當醫療費用：

- 1、經專業審查後，審查結果及專審意見悖離醫療常規，影響民眾醫療品質或權益；或申報不實之情事如申報內容與實際處方內容不符等，得移請中醫北區審查分會輔導院所自清返還 2 年不當醫療費用。
- 2、如院所不配合返還不當醫療費用，得採異常案件全審或依比例抽樣審查後回推。

(二) 函文通知限期改善

- 1、審查結果非屬前項之情況，但核減率異常者(標的醫令件數核減率 $\geq 30\%$)之院所，函文通知限期改善並副知中醫北區審查分會。

註：①件數核減率=標的醫令核減件數/標的醫令審查件數。

②限期改善期間係指發文月份起算費用年月 2 個月係為改善區間。例如：114 年 7 月發文限期改善，114 年 8 及 9 月(費用年月)視為改善區間。

2、追蹤：

- (1)限期改善屆期後，就改善區間之案件抽樣審查(至少抽 30 件，不足 30 件全抽)，若件數核減率 $\geq 30\%$ ，視為無改善，並依點數核減率回推未抽審之案件及追扣。

註：①追扣點數=審查核減點數+回推金額

②回推金額=(標的醫令核減點數/送審案件之標的醫令之點數)*未送審案件之標的醫令點數。

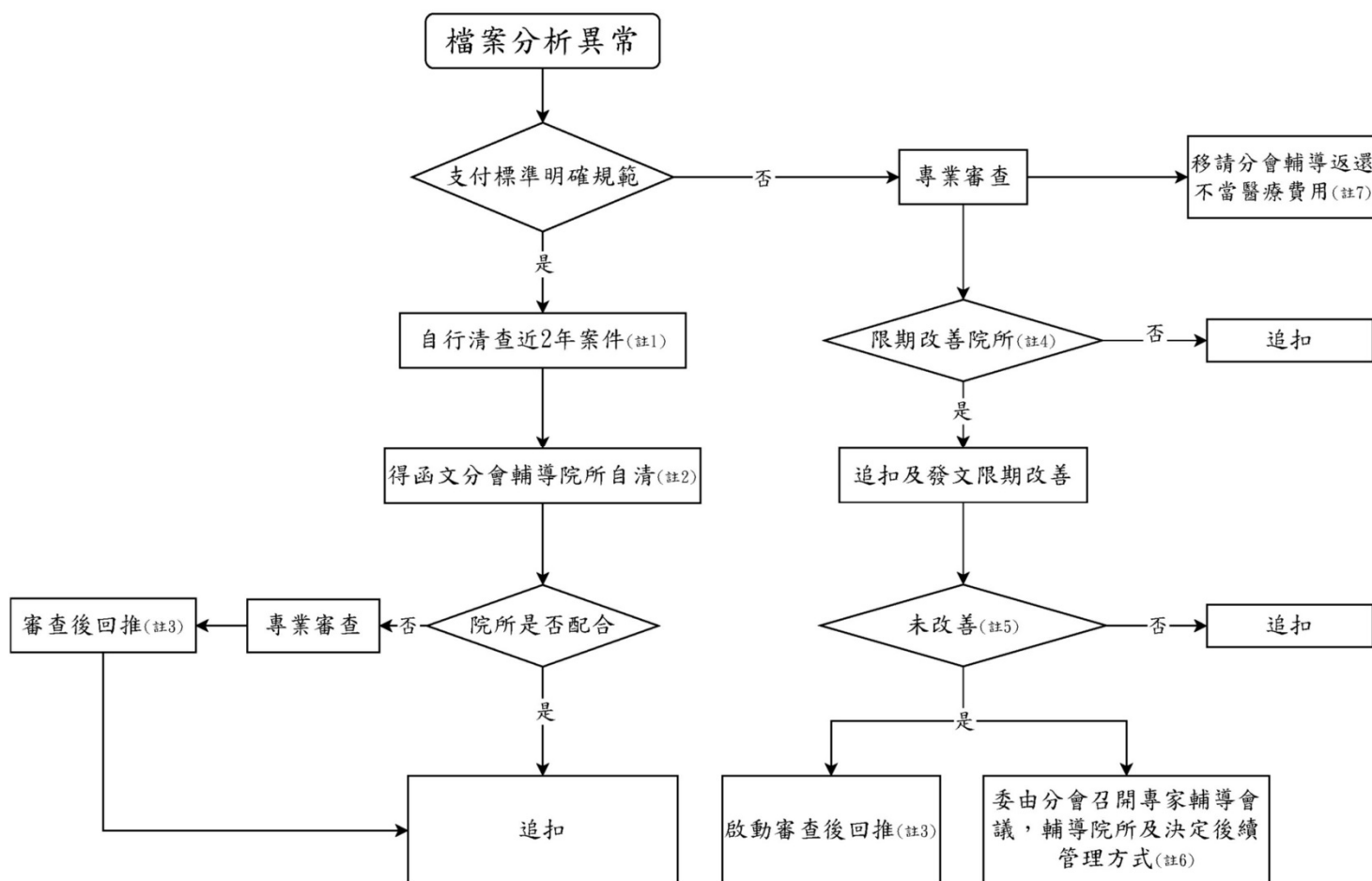
(2)同時，函文通知中醫北區審查分會於1個月內召開「專家審查輔導會議」輔導院所改善，並達到以下決議

①院所改善期間及目標值。

②未改善之處理方式(除持續專審後回推，並依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第36條第9項規定予以違約記點一點論處)。

(三)院所提出異議涉及支付標準規定有不足或待修訂處，請審查分會提至中醫師公會全國聯合會討論後凝聚共識，但尚未修訂前仍按原支付標準規定辦理。

四、管理原則流程圖



備註：

1. 自行清查近2年案件：係指已申報月份往前推2年。例如114年6月(費用年月)已申報，自清區間為費用年月11207至11406。
2. 該專案首次執行，函文分會輔導院所自清；如再次執行專案，則採逕扣後副知分會。
3. 審查後回推：依抽審案件之點數核減率(標的醫令核檢點數/標的醫令抽審點數)回推其餘案件。
4. 限期改善：發文月份起算費用年月2個月係為改善區間，假設當年度7月發文限期改善，於11月針對費用年月8、9月申報狀況進行審查。
5. 未改善係指前項限期改善區間審查結果件數核減率 $\geq 30\%$ ，視為無改善。
6. 專家輔導會議除輔導院所外，及決定未改善之處理方式除持續專審後回推，並依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第36條第9項規定予以違約記點一點論處。
7. 審查結果及專審意見悖離醫療常規，影響民眾權醫療品質或權益；或申報不實之情事如申報內容與實際處方內容不符者。