

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：(中區業務組)台中市西屯區市政北一路66號
傳真：(04)22531242
聯絡人及電話：曾麗珍(04)22583988轉6828
電子信箱：

104. 12. 18

420

台中市豐原區成功路620號4樓

受文者：臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國104年12月16日
發文字號：健保中字第1044095958號
速別：速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨

擬辦意見：	
課事長核示 <i>黃三桂</i>	總幹事 網站 傅

日期：

辦理情形：

主旨：檢送104年12月11日「中區西醫基層總額共管會104年第4次會議紀錄」乙份，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中區分會、社團法人臺中市醫師公會、臺中市大臺中醫師公會、彰化縣醫師公會、南投縣醫師公會、台中市診所協會、臺中市山海屯診所協會、彰化縣診所協會、南投縣診所協會

副本：本署中區業務組醫療費用二科(含附件)



署長黃三桂

中區西醫基層總額共管會 104 年第 4 次會議紀錄

時間：104 年 12 月 11 日 13 時 00 分

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：羅倫楸、陳萬得、蔡景星、鄭煒達、陳國光、
陳正和、葉元宏、陳文侯

臺中市大臺中醫師公會：蔡其洪、黃建志、陳儀崇、藍毅生、陳成福、
魏重耀、劉兆平、林釗尚

彰化縣醫師公會：巫喜得、吳祥富、廖慶龍、孫楨文、林峯文

南投縣醫師公會：許鵬飛、謝明哲、張志傑、陳信利

中區業務組：

陳墩仁、陳雪姝、陳麗尼、王慧英、張黛玲、陳之菁、張黛玲、
張凱瑛、游韻真

列席：劉培元、林煥洲、黃錫鑫、顏炳煌、吳元欽、王昶皓、張啟杉、
傅姿溶、張靜文、劉碧優、柯丁權、陳詩旻

請假：李茂盛、林義龍、高大成、丁鴻志、陳宗獻、陳聰波、
陳永樺、蔡梓鑫

主席：方組長志琳

紀錄：曾麗珍

連主任委員哲震

壹、主席致詞(略)

貳、上次決議事項追蹤

決議事項追蹤	承辦單位	辦理情形
<p>一、為積極全面性管理，擬訂定105年中區西醫基層診療費管理措施，由本業務組與中區分會共同成立工作小組討論研訂。</p>	<p>中區業務組 中區分會</p>	<p>已於104年10月15日召開工作小組討論會議決議： 1. 105年西醫基層診療費管理措施草案需再研議周全，目前未定案，並請中區分會及各分科代表提供修正意見。 2. 另請中區業務組提供每人診療費「分群」試算結果及各分區每人耗用差異情形供參。</p>
<p>二、修訂「104年中區西醫基層總額審查指標與抽樣原則」一般抽審指標項目： 1. 刪除雲端藥歷系統之查詢率指標。 2. 專業審查作業紙本病歷替代方案權重降為1。</p>	<p>中區業務組</p>	<p>本抽審指標修訂自104年8月份費用起實施。</p>

參、報告事項：

一、保險對象因處方箋或藥品遺失、毀損，就醫重複領取相同藥品，自即日起本保險不予給付，請各醫師公會轉知會員。

(一) 依本署104年9月22日健保中字第1044406223號函辦理。

(二) 基於保險公平給付及不重複給付之原則，依「全民健康保險法」第57條規定，保險對象不得以同一事故重複申請或受領核退自墊醫療費用，當保險對象『領藥』後，因處方箋或藥品遺失（毀損），再就醫重複領取之藥品，應由保險對象自行負擔。

(三) 故保險對象持處方箋領藥時，特約院所或藥局應先以本保

險雲端藥歷系統查詢其用藥紀錄，經查於同一給藥期間內，已領取同成分、同劑型之藥品，本保險不予給付，不得向本署申報；如有向保險對象收取上述藥品費用者，應依「醫療法」第 22 條規定開給收據；惟因本保險雲端藥歷系統資料時間落差(約 24 小時)致無法確認及符合「全民健康保險醫療辦法」第 24 條規定之提前領藥或因緊急傷病就醫領藥者，不在此限。

- (四) 另上開規範保險對象『領藥』後，再就醫重複領取相同之藥品，本保險不予給付。與民眾自費就醫、醫師開給自費處方情形不同，非指管制藥品得逕以自費方式開給。

二、修訂門診申報格式欄位 IDp4「藥品(項目)代號」欄位虛擬醫令代碼 R001~R004 等規定，請各醫師公會轉知會員配合辦理。

- (一) 依本署 104 年 10 月 28 日健保醫字第 1040080563 號書函辦理。
- (二) 為辦理藥品重疊率指標計算作業修改門診醫療費用點數申報格式欄位 IDp4「藥品(項目)代號」欄位虛擬醫令代碼 R001 及 R002 之中文說明及新增代碼 R004，修改或新增作業說明如下表：

中文名稱/資料說明 修訂前	中文名稱/資料說明 增修後
R001：因藥品遺失或處方遺失、逾期或毀損，提供切結文件，提前回診，且經院所查證健保雲端系統，確定病人未領取所稱遺失或逾期藥品。	R001：因處方箋遺失或毀損，提供切結文件，提前回診，且經院所查詢健保雲端藥歷系統，確定病人未領取所稱遺失或毀損處方之藥品。(修訂)
R002：因醫師請假因素，提前回診，提供切結文件。	R002：因醫師請假因素，提前回診， <u>醫事服務機構留存醫師請假證明資料備查</u> 。(修訂)
R003：因病情變化提前回診，經醫師專業認定需要改藥或調整藥品劑量或換藥者。	R003：因病情變化提前回診，經醫師專業認定需要改藥或調整藥品劑量或換藥者。
	R004：其他非屬R001~R003之提前回診或慢性病連續處方箋提前領取藥品，提供切結文件或於病歷中詳細記載原因備查。(新增)

(三) 保險對象就醫有 R001~R004 者，如為交付調劑處方，則「全民健康保險門診交付處方箋」或「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」應呈現渠等虛擬醫令代碼，供特約藥局辨識。

三、本署公告修訂「健保卡存放內容」及「健保卡資料上傳作業說明」，並自 105 年 1 月 1 日起新增上傳補卡者之「實際就醫（調劑或檢查）日期」。(104 年 11 月 16 日健保醫字第 1040034164 號)

四、ICD-10-CM/PCS 自 105 年起全國健保特約院所門、住診全面單軌申報作業及跨年度申報規定，請各醫師公會轉知會員。

(一) 依本署 104 年 12 月 1 日健保醫字第 1040034261 號函辦理，特約院所自 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 作業。

(二) 有關跨年度之申報方式說明如下：

1. 門診案件以醫療費用申報資料點數清單段之「就醫日期」為區分依據。例如：

同一療程有跨年情形或跨年排程案件或處方箋交付調劑案件，如醫療費用申報資料點數清單段「就醫日期」為 104 年 12 月 31 日(含)前，申報 ICD-9-CM；如為 105 年 1 月 1 日(含)後，申報 ICD-10-CM/PCS。

2. 住院案件以醫療費用申報資料點數清單段之「申報期間-迄」為區分依據，如為 104 年 12 月 31 日(含)前，申報 ICD-9-CM；如為 105 年 1 月 1 日(含)後，申報 ICD-10-CM/PCS。

(三) 本署中區業務組截至 104 年 11 月 30 日西醫基層診所已通過 104 年全民健康保險國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS) 編碼實作獎勵方案之預檢作業共計 1,913 家診所(占 87.6%，申報家數為 2,185 家)，提供未通過及未曾執行預檢名單請各醫師公會協助輔導會員以利醫療費用申報。

五、重申本署全球資訊網「看診時段」資訊正確性

- (一) 為利民眾於 105 年 2 月 6 日至 105 年 2 月 14 日農曆春節等連續假期期間，至本署全球資訊網查詢各特約醫療院所看診時段及其科別，請各醫師公會轉知會員於 **105 年 1 月 20 日前**至本署健保資訊網服務系統(VPN)/醫務行政/看診資料及掛號費維護專區之「長假期看診時段欄位」登錄農曆春節連續假期之看診時段及科別，以利民眾查詢即時看診資訊。如經本署查明或接獲民眾反映特約醫療院所看診時段資訊不正確，將輔導限期改善。
- (二) 登錄春節假期看診資料，詳細操作步驟，請至本署健保資訊網服務系統(VPN)首頁/常用服務/下載專區/服務項目：醫務行政/下載「醫務行政作業使用者手冊」查閱。(VPN 網址：<https://medvpn.nhi.gov.tw>)
- (三) 如對本案登錄有疑義，請洽本署中區業務組醫療費用之承辦人。

六、重申特約院所全面實施採用符合 PIC/S GMP 藥品

- (一) 依據本署 103 年 9 月 30 日健保審字第 1030036254 號辦理，另本署中區業務組 103 年 10 月 28 日健保中字第 1034091928 號函已諒達。
- (二) 為提升院所用藥品質，本署亦配合協助推動 PIC/S GMP 政策，於 98 年起陸續於藥品核價及例行藥價調整之相關法規中，並全面實施採用符合 PIC/S GMP 藥品，本署中區業務組西醫基層診所使用 PIC/S GMP 藥品情形如下表。請各醫師公會轉知會員並協助輔導。

西醫基層使用 PIC/S GMP 藥品情形

項目	103 年 9 月	104 年 3 月	104 年 9 月
診所數	2,160	2,184	2,169
GMP 藥品品項	108,583	152,050	166,950
NO_GMP 藥品品項	106,824	66,450	46,704
小計	215,407	218,500	213,654
GMP 藥品品項占率	50.41%	69.59%	76.41%
NO_GMP 藥品品項占率	49.59%	30.41%	21.37%

資料範圍：以診所別計算品項數

七、推動全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案，請各醫師公會積極鼓勵診所參加。

(一) 依據 103 年 12 月 31 日健保醫字第 1030015136 號公告修訂辦理。

(二) 本方案所提供之健保網路頻寬，是較快、較穩定且較安全的線路。而目前及未來本署多項作業朝向電子化、無紙化及即時性資料互動規劃，對於申報件數較多之醫事機構，為因應上述各項作業，實有必要加入即時查詢方案，以提高現行的健保網路速率。

(三) 截至 104 年 12 月 8 日參加本方案西醫診所有 414 家，未達本署規畫之目標家數 442 家(尚差 28 家)，且為全署唯一未達目標區(各區及本區各縣市情形如表)，請各醫師公會積極配合推廣本方案。

分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全署
目標家數	598	259	442	323	375	48	2,045
申辦家數	694	394	414	398	440	77	2,405
家數占率	23%	31%	19%	25%	23%	32%	23%

縣市別	臺中市	大臺中	彰化縣	南投縣	合計
特約家數	770	679	511	243	2203
申辦家數	93	138	140	43	414
家數占率	12.1%	20.3%	27.4%	17.7%	19%

決定：有關與會黃錫鑫醫師反映查詢不穩定，本組移請中華電訊了解改善，另提供相關診所名單請各醫師公會及診所協會協助輔導；優先請未申辦之委員近期積極配合辦理。

八、本署門診特定藥品重複用藥費用核扣方案

(一) 實施範圍：針對慢性病之降血壓（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）等六類藥品不同處方同成分同劑型之重複用藥費用。

(二) 實施時程：西醫基層診所 104 年第 4 季起同院所；105 年第 3 季起跨院所。

(三) 被核扣個案有特殊原因需說明之作業方式：

1. 104 年第 4 季起「特定藥品用藥重複說明檔案」建置於 VPN「保險對象用藥管理」項目下，特約院所請自行上網至 VPN 申請「保險對象用藥管理」登入權限，系統自動核可後服務項目即可出現「保險對象用藥管理」。

2. 批次下載及上傳回復方式：院所可於「保險對象用藥管理」項下-「門診用藥重複案件下載作業」區下載 REA0172_3.REA.CSV 檔案（「院所特定藥品用藥重複說明檔案」，對於有疑義個案逐案填報用藥重複原因，完成後儲存為 CSV 檔，上傳檔案）。

3. 線上回復方式：本署將另開發「個案說明」路徑，以利診所在線上操作。

(四) 本方案試算 104 年各季情形：

特約類別	家數		重複用藥件數		同院核減金額	
	104Q2	104Q3	104Q2	104Q3	104Q2 (含藥服費)	104Q3 (含藥服費)
醫學中心	4	4	4,175	2,337	2,793,650	782,673
區域醫院	15	15	7,747	4,297	4,288,246	1,097,504
地區醫院	79	71	6,540	3,334	3,758,316	859,963
西醫基層	949	862	11,244	8,332	5,615,017	1,519,708
藥局	734	662	3,834	2,559	9,661,395	855,910
總計	1,781	1,614	33,540	20,859	26,116,624	5,115,758

九、本署「全民健保行動快易通 APP」推廣作業

(一) 本署「全民健保行動快易通 APP」已改版升級，經註冊後進行行動裝置認證及設定，即可用手機或平板查詢自己的「健康存摺」，或至「行動櫃檯」專區查詢個人未繳納健保費及繳納紀錄，還有「健保法規」及「認識長照」等資訊提供，敬請各醫師公會轉知所屬會員踴躍至本署全球資訊網查詢下載使用。

(二) 本署提供健康存摺海報、宣導單張之電子檔供外界下載使用，請院所自行下載使用，下載路徑：健保署全球資訊網/健保雲端 e 化圖書館，網址：

http://www.nhi.gov.tw/Nhi_E-LibraryPubWeb/Main.aspx?menu=17&menu_id=1028。

(三) 另本署為加強民眾「健康存摺」醫療面之使用，將鼓勵醫師衛教民眾下載「健康存摺」及給予健康管理意見，105年即將修訂試辦計畫，將健康存摺下載率納入鼓勵支付項目。試辦計畫包括：

1. 醫院以病人為中心門診整合照護計畫
2. 末期腎臟病前期 Pre-ESRD 病人照護及衛教計畫
3. 全民健康保險居家醫療整合照護試辦計畫
4. 家庭醫師整合性照護計畫
5. 提升急性後期照護品質試辦計畫
6. 結核病論質支付
7. 糖尿病論質支付
8. 初期慢性腎臟病醫療給付改善方案
9. 氣喘醫療給付改善方案
10. 思覺失調醫療給付改善方案
11. B、C 肝個案追蹤方案
12. 早期療育門診醫療給付改善方案

十、西醫基層總額醫療費用申報概況報告（詳會議資料）

決定：針對 104 年第 3 季申報成長情形，本組分析高成長科別資料提供中區分會進行各分科輔導及管控。

- 一、耳鼻喉科委員莊永勳醫師因故請辭，改由謝明穎醫師擔任(為現任審查醫師，符合科委員資格)。

肆、提案討論

提案一

提案單位：中區業務組

案由：有關本署預估 104 年第 3 季中區西醫基層預估平均點值為 0.9034，未達目標值(0.92)及排名中位數處理情形，提請討論。

說明：

- 一、本署預估104年第3季各區平均點值如下，全署西醫基層點值成長率較103年第3季成長0.4%，僅中區及高屏呈現負成長，中區為-1.7%為全署最低。

季別	項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全署
103 年 Q3	平均點值	0.9062	0.9578	0.9189	0.9451	0.9666	0.9958	0.9335
	排名	第六	第三	第五	第四	第二	第一	
104 年 Q3	預估 浮動點值	0.89	0.9449	0.8646	0.9319	0.9471	1.0472	0.9118
	預估 平均點值	0.9201	0.9605	0.9034	0.9524	0.9629	1.0314	0.9372
	排名	第五	第三	第六	第四	第二	第一	
	點值 成長率	1.5%	0.3%	-1.7%	0.8%	-0.4%	3.6%	0.4%

- 二、104年第3季未達0.92目標點值，預估平均點值排名第六，擬調整目標點值，建議如詳會議資料。

決議：104年第3季目標點值調整為0.91，請中區分會於104年12月17日前提提供各科攤還方式及通知診所於104年12月28日前寄回意願書。

提案二

提案單位：中區業務組

案由：105 年中區西醫基層醫療服務審查管理分科試辦計畫是否續辦，提請討論。

說明：

- 一、中區分會係經中區四縣市醫師公會回收調查資料顯示，西醫基層醫師贊成續辦105年度中區西醫基層醫療服務審查分科管理試辦計畫經統計支持率達85.8%。
- 二、依104年各季執行成果：第1季平均點值0.9304（第5名）、第2季0.9227（第5名）、第3季預估0.9034（第6名）。

決議：照案通過，另設定本試辦計畫退場機制，當105年平均點值有三季為第6名時停辦。

提案三

提案單位：中區業務組

案由：修訂105年中區西醫基層醫療服務審查管理分科試辦計畫，提請討論。

說明：

- 一、本業務組近來點值與各分區比較明顯偏低，且目前中區西醫基層總額審查指標，主要針對各分科高成長、高單價診所管理，長期以來部分審查指標僅能管理特定極端院所，缺乏賦予多數診所自我管理的概念，為周全及公平性，爰修訂本試辦計畫。
- 二、另因105年西醫基層診療費管理措施尚在研議中暫不實施，依目前指標架構進行微調，其中指標項目「每件診療費」修訂為「每人診療費」及「每人合計點數」，而其指標閾值成長率下限訂定2%，係將總額協商成長率及中區醫療費用成長率兩者合併考量，以達成目標點值0.92為目標而訂之。

三、修訂內容摘要如下：

- (一)選訂科別適用期間更改為一年，各診所延續前一年選定之科別，如擬變更科別應於每年1月1至15日期間提出申請。
- (二)各科目標點數分配，依各科最近4年申報之醫療費用點數，並扣數行政審查核減點數後，再計算各科占率。
- (三)修訂項目：刪除指標「每件診療費」，增訂「每人合計點數」及「每人診療費」之成長率及成長點數，兩項加權指標。

決議：

- 一、照案通過，並修訂若選擇加強審查方式，採論人隨機加立意抽審，執行期間3個月，或依各分科決議辦理。（詳附件P12-23）

- 二、有關就醫次數排除之主診斷代碼比照 104 年項目，請中區分會 105 年 1 月底前彙整提供該等排除之代碼 ICD-10 的對應碼。
- 三、另本組針對 104 年 1-6 月就醫次數排除之主診斷代碼經分析比對去年同期，申報排除代碼差異大之診所疑有規避抽審情事，提供名單請中區分會進行各分科異常管理。
- 四、強化各分科異常診所輔導機制。

提案四

提案單位：中區分會

案由：建議健保署給予醫療院所代收全民健保部分負擔之代辦費用。
說明：因醫療院所替健保署向保險對象代收全民健保部分負擔費用，理應由健保署給付醫療院所代辦費用。

中區業務組說明：依全民健康保險法第 50 條規定：「保險對象依第 43 條(門診及急診)及 47 條(住院)規定自行負擔之費用，應向保險醫事服務機構繳納」，部分負擔係屬醫療費用一環，非屬代辦業務。

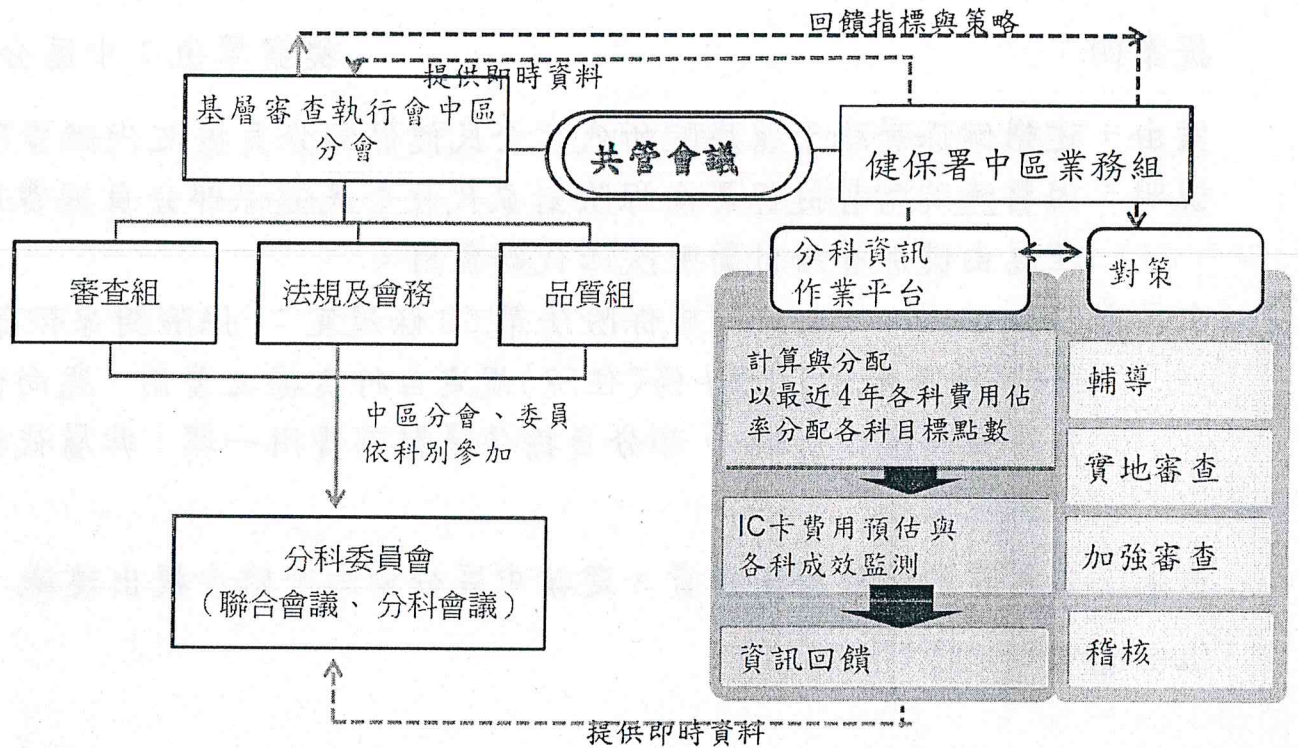
決議：本案建議事涉修法權責，建請中區分會向全聯會提出建議。

伍、散會：15:10

105 年中區西醫基層醫療服務審查管理分科試辦計畫

104 年 12 月 11 日修訂

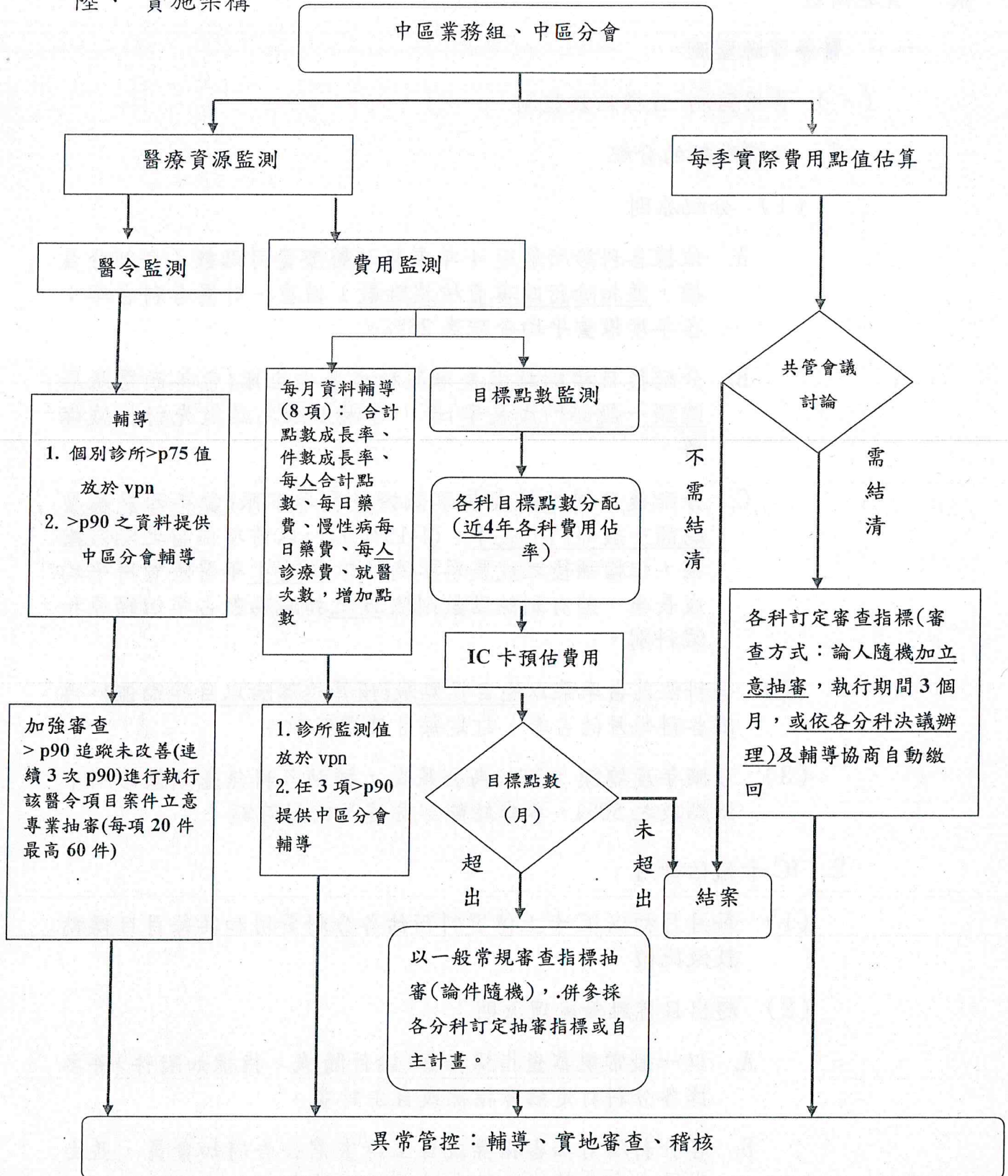
- 壹、目的：管控醫療費用合理成長，穩定中區點值。
- 貳、計畫目標：平均點值 0.92 以上或全區排名中位數以上。
- 參、實施對象：中區所有特約西醫基層診所。
- 肆、組織架構：



伍、分科方式：

- 一、科別：計分為家醫科、內科、外科(含泌尿科)、小兒科、婦產科、骨科、耳鼻喉科、眼科、皮膚科、精神科及復健科等 11 科。
- 二、以診所為單位，自行選擇 1 個科別，加入該科之目標點數監測。
- 三、改選科別之診所均需符合優先以診所執業專科為主，如屬不分科以診所申報案件之屬性達 50% 為選科依據；特殊診所將請各醫師公會協助檢視是否符合上述條件。如選科不符合設定原則中區業務組將逕依原則歸屬科別並請中區分會轉知。
- 四、選定之科別適用期間原則為一年，各診所延續前一年選定之科別，擬變更適用科別之診所應於每年 1 月 1 日至 1 月 15 日期間填「中區西醫基層診所主要管理科別申請表」(附件 1)向中區業務組提出申請。
- 五、新特約診所辦理特約時選填，未選定者逕依其申報資料之主科別認定。

陸、實施架構



柒、實施辦法

一、醫療資源監測

(一) 費用監測-目標點數監測

1. 目標點數的分配

(1) 分配原則

- A. 依據各科診所最近 4 年申報之醫療費用點數(含部分負擔，並扣除行政審查核減點數) 權重，計算各科占率；各年度權重平均分配為 25%。
 - B. 分配後目標點數成長率高於成長率上限(當年西醫基層總額一般部門成長率)者，超過上限之點數先行扣減保留。
 - C. 分配後目標點數成長率低於成長率下限(當年西醫基層總額一般部門成長率× (1-15%))者，以前項保留之點數撥補，但撥補後之成長率不高於該科近 4 年醫療費用平均成長率，若有剩餘點數則依 B 之扣減點數占率回歸原扣減科別。
- (2) 每科依其占率乘以總目標點數(預算總額除以目標點值)，再依各科每月的占率，訂定每月目標點數。
- (3) 預擬年度總額 0.75%為公基金，補助各科無基期值診所申請點數之 50%，各季結餘部份逕予回歸總額。

2. IC 卡預估費用

- (1) 每月月初以 IC 卡上傳資料預估各分科費用和其每月目標點數做比較。
- (2) 超出目標點數處理原則：
 - A. 以一般常規審查指標抽審(論件隨機，指標如附件)併參採各分科訂定抽審指標或自主計畫。
 - B. 各分科所訂抽審指標或自主計畫需公告周知會員，並由中區分會彙整後報請中區業務組備查。

(二) 每月醫療費用監測

1. 每月監測：合計點數成長率、件數成長率、每人合計點數、每日藥費、慢性病每日藥費、每人診療費、就醫次數，增加點數等 8

項指標。

2. 診所監測值放於 VPN 供自身參考。
3. 個別診所任 3 項指標超過 p90 設定為指標診所，名單提供中區分會輔導參考(排除每月申報 200 件以下之診所)。

(三) 醫令監測：

1. 醫令項目以共管會決議修訂之項目為原則。
2. 各分科管控醫令項目若本年度上半年 p90 執行率低於 100 年 p75，將由中區業務組提供資料給中區分會評估是否更換其他醫令項目。醫令項目依各科申報醫令數之 5% 為監測數，最少須達 5 項。篩選原則以醫令費用與件數排序，選取前 50 名醫令作為優先篩選項目。
3. 個別診所監測值超過 p75 放於 VPN 供自身參考，另每月將各項管控醫令超過 P90 之院所名單予中區分會輔導參考。
4. 醫令執行率超過 p90 經追蹤未改善診所(連續 3 次超過 p90)進行執行該醫令項目案件立意專業審查，每項 20 件最高 60 件；上述診所經中區分會輔導後認為合理，需排除之診所名單，請中區分會註明排除原因後送本業務組備查。

二、 每季實際費用點值估算

(一) 每季第 2 個月進行前季點值估算，當點值預估未達目標值時，提中區西醫基層總額共管會議決議辦理。

(二) 辦理方式：

1. 若選擇自動繳回方式結清，其分攤額度計算方式由中區分會責成各分科會議決議並通知繳回，該作業須於次季底總額結算前完成，以便即時反映於當季點值。
2. 若選擇加強審查方式，採論人隨機加立意抽審，執行期間 3 個月，或依各分科決議辦理。
3. 各分科結清通知單採用依本業務組提供之內容樣式提供各分科委員會配合使用

三、 異常診所：經專業審查發現或檔案分析結果異常者，經輔導未改善則加強審查(論人隨機加立意抽審)，必要時實地審查或移送稽核。

捌、分科委員

一、科委員及召集人的推選：

- (一) 每科以 8 人為原則，科委員由各縣市醫師公會及診所協會各推派 1 人，若該縣市該科診所家數超過 50 家者該縣市增派 1 人，超過 100 家者該縣市醫師公會及診所協會可各增派 1 人召集人由科委員會共同推選，委員名單由中區分會提報中區業務組備查。
- (二) 推選之科委員需具該科專科醫師資格（民國 77 年以前開業者，得以衛生署登記為準）併比照西醫基層醫療服務審查醫藥專家遴聘資格始得任用，經查如有 5 年內違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定不予特約者及 104 年平均核減率高於 10% 者應不予委任，任期期間比照辦理。
- (三) 科委員及召集人為榮譽職。

二、科委員之執掌

- (一) 集會討論科內同儕制約之建議，並協助對該科診所與醫師的說明。
- (二) 協助該科專業相關輔導及諮詢。
- (三) 檢討與建議該科需監控之醫令項目。
- (四) 科內異常診所之輔導、加強審查、實地審查或稽核等建議。

玖、健保署中區業務組資料的提供

- 一、目標點數監測報表：每月（例如 5 月）10 日中區業務組產製分科報表，內容包括：
 - (一) 上月（4 月）IC 卡估算之點數與目標點數比較。
 - (二) 上上月（3 月）實際點數與目標點數比較。
 - (三) 上上月（3 月）監測之 8 項項目任三項指標超過 P90 之診所名單
 - (四) 上上月（3 月）各項管控醫令 P90 之院所名單。
- 二、中區分會各分科提出之分科管理需求單(附件 2)需保留 3 個工作天以上作業時間，中區業務組評估後配合提供，所提供資料個別診所名單以加密方式提供。並請中區分會一個月內追蹤成效並復知本業務組，如 2 次未回復追蹤成效者，將暫停該科需求作業。
- 三、所提供資料應依電腦處理個人資料保護法妥為保存及使用。

壹拾、其他

- 一、當個別診所同月因監測項目不同而同時落入抽審時以合併抽審方式處理，如當月符合一般常規審查指標及醫令加強審查指標，則抽樣方式為隨機加立意。
- 二、會議若需洽借中區業務組場地，由分科召集人與中區業務組分科經理人聯絡安排會議室。會議之決議事項由中區分會轉給中區業務組備查。
- 三、若有因本計畫之執行嚴重影響民眾就醫權益或本計畫之運作，將提報共管會議討論終止本計畫。
- 四、另若對本計畫實施有建議事項請電洽中區業務組 04-22531174、04-22531179，供本計畫修訂之參考。

105 年中區西醫基層總額審查指標與抽樣原則

一、分析資料來源與對象

104 年 12 月 11 日修訂

- (一) 當月參加西醫基層總額支付制度之診所，以其上一個費用年月申報資料，例如即 105 年 2 月份費用抽樣審查，以 105 年 1 月份費用資料為分析基礎。
- (二) 以診所為分析對象，每家診所分別以所屬之科別，進行同儕比較。

二、抽審原則

(一) 抽審類別

1. 常規抽審

- (1) 每月抽審家數：申報家數 20-25%。
- (2) 抽審指標分必審指標及一般抽審指標。

2. 專案抽審

其他依檔案分析發現異常。

(二) 常規抽審原則

1. 篩選必審診所：

- (1) 必審指標，如附表一。
- (2) 符合必審指標其中一項者，該月予以抽樣審查。

2. 一般抽審：

- (1) 依抽審指標項目予以權重分數，如附表二。
- (2) 符合必審指標之院所家數若未達目標審查家數，則依一般抽審指標權重分數積分排序，自積分低者補足上列家數審查。
- (3) 符合必審指標之院所家數若已達目標審查家數，則不啟動一般抽審指標。

(三) 依中區分會各分科會議決議項目執行抽審。

三、診所最近一年內 6 次（註）隨機審查平均核減率 $\leq 0.5\%$ 時，得向中區業務組提出申請，經核定後可免除本年度一般抽審指標審查，惟其他專案審查及檔案分析異常者除外

註：最近一年係以診所提出申請當月向前推算最近 6 次。

四、當月未列入抽審的診所，以隨機方式抽其中家數 5%。

附表一、必審指標

編號	指標項目
1	無基期診所抽樣審查1年。
2	經民眾申訴或檢舉經查證屬實者，予以抽審3個月。
3	違反本保險醫事服務機構特約及管理辦法被違約記點或扣減醫療費用十倍者，予以抽審3個月。
4	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第17條保險醫事服務機構因涉有虛報、浮報醫療費用，經保險人訪查事證明確者加強審查，如經本署停約處分確認後予以抽審1年。

附表二、一般抽審指標

編號	指標名稱	資料期間	指標閾值	權重分數
1	合計點數與成長率	前月	合計點數百分位值 $\geq p95$ 且成長率 $\geq 5\%$	-3
			$p80 \leq$ 合計點數百分位值 $< p95$ 且成長率 $\geq 7.5\%$	-2
			$p50 \leq$ 合計點數百分位值 $< p80$ 且成長率 $\geq 12.5\%$	-2
			$p30 \leq$ 合計點數百分位值 $< p50$ 且成長率 $\geq 15\%$	-2
2	每人合計點數(修訂)	前月	每人合計增加點數 $\geq p90$ 且每人合計點數成長率 $\geq 2\%$	-3
			$P75 \leq$ 每人合計增加點數 $< p90$ 且每人合計點數成長率 $\geq 2\%$	-2.5
			$P50 \leq$ 每人合計增加點數 $< p75$ 且每人合計點數成長率 $\geq 2\%$	-2
3	每人診療費(修訂)	前月	每人診療費增加點數 $\geq p90$ 且每人診療費成長率 $\geq 2\%$	-3
			$P75 \leq$ 每人診療費增加點數 $< p90$ 且每人診療費成長率 $\geq 2\%$	-2.5
			$P50 \leq$ 每人診療費增加點數 $< p75$ 且每人診療費成長率 $\geq 2\%$	-2

編號	指標名稱	資料期間	指標閾值	權重分數
4	平均就醫次數(修訂)	前月	平均就醫次數 \geq p90	-3
5	慢性病每日藥費	前月	慢性病每日藥費 \geq p90 且平均就醫次數 \geq p95	-3
6	非慢性病每日藥費	前月	非慢性病每日藥費 \geq p75 且平均就醫次數 \geq p95	-3
7	執行專業審查作業紙本病歷替代方案	前月	以該方案進行專業審查者，即符合本項指標。	1

附表三、抽審指標資料定義

修訂	指標項目	計算公式	說明
	合計點數	Σ 合計點數	包含部分負擔與交付費用(藥品、檢查檢驗或治療)，排除 E1 案件照護費用(醫令代碼 P 開頭)與代辦費用，BC 型肝炎藥費與代辦費用
	合計點數成長率	(本月合計點數-去年同季月平均合計點數) / (去年同季月平均合計點數)	
v	每人合計點數	Σ 合計點數 / Σ 月歸戶病人數	合計點數包含部分負擔與交付費用(藥品、檢查檢驗或治療)，排除 E1 案件照護費用(醫令代碼 P 開頭)，C1 案件(論病例計酬)與代辦費用，BC 型肝炎藥費與代辦費用。月歸戶病人數：交付處方 08 案件併回原處方診所。 去年同季月平均每人合計點數先以同季平均核減率校正
v	每人合計增加點數	本月每人合計點數-去年同季月平均每人合計點數	
v	每人合計點數成長率	(本月每人合計點數-去年同季月平均每人合計點數) / (去年同季月平均每人合計點數)	
v	每人診療費	Σ 診療費 / Σ 月歸戶病人數	包含部分負擔與交付診療費，但排除 E1 案件照護費用(醫令代碼 P 開頭)、C1 案件(論病例計酬)與代辦費用。 月歸戶病人數：交付處方 08 案件併回原處方診所。 去年同季月平均每人診療費先以同季平均核減率校正
v	每人診療費增加點數	(本月每人診療費-去年同季月平均每人診療費)	
v	每人診療費成長率	(本月每人診療費-去年同季月平均每人診療費) / (去年同季月平均每人診療費)	

	就醫次數	Σ 總申報件數 / Σ 病人人數	依 103 年第 3 次共管會議記錄，排除條件比照專案審查項目「連續 6 個月就醫次數 \geq P90」，包括：診查費為 0、代辦與轉代檢案件、1 歲以下病患、特定主診斷代碼(註 2)
	慢性病每日藥費	Σ 藥費 / (Σ 藥費不為 0 之用藥日數) (註 1)	包含部分負擔與交付藥費，案件分類為 04,06,08,E1，排除 BC 型肝炎藥費
	非慢性病每日藥費	Σ 藥費 / (Σ 藥費不為 0 之用藥日數)	包含部分負擔與交付藥費，案件分類為 01,02,03,09,A3，排除 BC 型肝炎藥費

註 1、用藥日數係加總門診醫療服務醫令清單之「各項藥品給藥日份」，且同處方同藥品代碼之用藥日數只計算一次，不因用法用量不同重複計算。

註 2、排除之主診斷代碼：008、49390、7060、7079、9492、6169、6269、64093、37000、37142、V431、V4561、V4569、V583、88010~88019、88110~88112、8821、8831、8841、8911、8921、8931、8941、94130~94159、94230~94259、94330~94359、94430~94458、94530~94559、25070~25073、25090~25093、70710~70719、73010~73019、73080~73089，以及主診斷碼前 3 碼為 461。(105 年改為 ICD-10 碼)

中區西醫基層診所主要管理科別申請表

為落實分科管理提昇各科專業自主及穩定中區基層總額點值，請依貴診所執業型態，就說明 1 所列之主要科別，擇一加入所屬管理科別：

1. 新特約診所請填寫表 1，未填寫者將逕依申報主要之就醫科別件數最多者認定。
2. 變更主要管理科別請填寫表 2，並於期限內（如說明 2）提出申請。

註：改選科別之診所均需符合優先以診所執業專科為主，如屬不分科以診所申報案件之屬性達 50% 為選科依據；特殊診所將請各醫師公會協助檢視是否符合上述條件。如選科不符合設定原則中區業務組將逕依原則歸屬科別並請中區分會轉知。

表 1. 新特約診所加入主要管理科別申請表

診所代號		診所名稱	
診所管理科別			

表 2. 診所變更主要管理科別申請表

診所代號		診所名稱	
原來管理科別		變更管理科別	

說明 1. 主要科別（代號-名稱）

01-家醫科、02-內科、03-外科、04-小兒科、05-婦產科、06-骨科、
09-耳鼻喉科、10-眼科、11-皮膚科、13-精神科、14-復健科

說明 2. 申請期限：每年 1 月 1-15 日

診所印信：

負責醫師簽章：

中華民國 年 月 日

中區西醫基層總額分科管理 資料解密 資料分析 需求單

目的				
解密項目				
資料內容： 變項、定義與 擷取期間	擷取欄位	彙整類別	擷取期間	指定診所
	<input type="checkbox"/> 申請件數	<input type="checkbox"/> 費用年月		
	<input type="checkbox"/> 給藥日份	<input type="checkbox"/> 診所別		
	<input type="checkbox"/> 藥費點數	<input type="checkbox"/> 醫師別		
	<input type="checkbox"/> 診療費點數	<input type="checkbox"/> 縣市別		
	<input type="checkbox"/> 診察費點數	<input type="checkbox"/> 案件類別		
	<input type="checkbox"/> 藥服費點數	<input type="checkbox"/> 就醫科別		
	<input type="checkbox"/> 醫療費用點數			
	<input type="checkbox"/> 申請費用點數			
	<input type="checkbox"/> 部分負擔金額			
	<input type="checkbox"/> 醫令件數	<input type="checkbox"/> 醫令代碼(請列示)		
	<input type="checkbox"/> 醫令數量			
	<input type="checkbox"/> 醫令點數			
	<input type="checkbox"/>			
科召集人		申請日期		
中區分會 主任委員		申請日期	年 月 日	
聯絡電話				
科經理人：	資料處理人員：			
複核專員：	單位主管：	結案日期：		
		年 月 日		
後續處理及成效				

註：1. 本需求單須由中區分會申請；本署中區業務組窗口為醫療費用二科。
2. 以上資料請依個人資料保護法規定保密及管理。

