

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東區分會
106年審查醫藥專家共識會議-會議紀錄

時間：106年9月5日（星期二）12:30

地點：花蓮區-東區業務組2樓會議室 台東區-台東辦公室2樓會議室

主席：朱主委建銘及鄒副主委永宏

出席、列席人員：

東區分會審查醫藥專家43位

健保署東區業務組-李組長少珍 羅科長亦珍 林專員桂英 馮專員美芳
劉專員光慈 資訊員黃國記

花蓮縣診所協會-曾理事長寧遠

花蓮縣醫師公會-戴總顧問啟邗

花蓮縣醫師公會-林總幹事秀芸

台東縣醫師公會-江總幹事麗雪

東區分會審查助理-吳子芸小姐

請假人員：東區分會審查醫藥專家14位

紀錄：徐亞廷小姐

壹、主席致詞(略)

貳、提案討論

第一案

提案人：東區分會

案由：有關「東區業務組西醫基層總額專業審查抽樣原則」之相關指標及條件，提請討論。

決議：討論後修訂內容詳如附件一，自106年9月5日起適用(抽審費用年月9月)。

第二案

提案人：東區分會

案由：針對東區106年第1季西醫基層總額醫療爭審案件撤銷率48%偏高，提請討論。

決議：

- 一、因該院所為特殊個案，建議跨區審查。
- 二、本分會和健保署東區業務組，另詢折衷辦法，再與該診所進行溝通並改善。

第三案

提案人：中央健康保險署東區業務組

案由：有關案件分類 E1 醫療給付改善方案及試辦計畫，申報管理照護費醫令 P 碼，送審時應檢附資料為何？提請討論。

決議：如申報 P 碼時，送審時應檢附相關疾病診療項目之照護表單，以利審查作業進行。

參、臨時提案

第一案

提案人：東區分會

案由：請討論雙審作業的複審原則。

決議：同意，雙審作業原則(草案)內容詳如附件二。

第二案

提案人：朱主委建銘

案由：請討論隨機抽審案件核減點數計算方式。

決議：目前隨機案件回推倍數上限為 20 倍，門診極端值以全部抽審案件之 14% 計算。

第三案

提案人：朱主委建銘

案由：請討論會員反映之意見。

說明：

- 一、詢問過西部各區的委員有關抽審應附病歷的資料、都以當日為主（除加重審查時必須附上當月全部資料）。只有東部的委員不合

理要求（一般抽審）須附上三個月的資料！懇請討論並予以修正，如委員堅持要附上三個月資料者，請於抽審函上附上公文明確說明！而非遵照東部委員的內規要求！

二、抽審指標的評比是否可以各科自比？復健會提高申報的點值，和其他科比較以後容易被抽審，但復健也有相當高的成本（復健師、儀器、消耗器材、空間、水電等）！如果和其他較單純的科比較相當不公平！

決議：

- 一、依西醫基層總額病歷審查原則：送審應檢送病歷首頁複製本及該案當月就診之全部病歷複製本。
- 二、須收集各科成本數據加以分析比較，此議題暫緩。

第四案

提案單位：中央健康保險署東區業務組

案由：有關「東區業務組西醫基層總額專業審查抽樣原則」修訂案，提請討論。

說明：因醫界反映，院所因參與慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案，依規定提供符合指引之必要用藥，將提高單張處方箋藥費點數，導致抽審機率及核減情形增加，為免影響院所參加意願，抽審指標之計算建議排除本項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。

決議：同意辦理。

第五案

提案單位：中央健康保險署東區業務組

案由：○○診所核減率偏高，且各月審查結果差異大，提請討論。

決議：同意辦理，因糖尿病用藥會危害病人生命問題，本分會邀請糖尿病專科醫師對該診所進行溝通輔導。

肆、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：有關本署推動 C 型肝炎全口服新藥納入健保重點工作，肝病死亡高風險區 IDS 院所及參與治療計畫之院所於今年 1-8 月相關必要之檢驗檢查會大幅增加，建請審查醫藥專家於審查此類案件時，應特別考量。

決議：洽悉。

第二案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：有關復健科案件審查差異過大，常須再次送請複審，致審查核付時效緊迫，提請討論。

決議：復健科審查醫藥專家們再進行溝通。

第三案

案由：請貴分會輔導轄區診所，勿以「東區健保署審查共識」為由，提出申復、爭審之醫療費用案件，或審查醫藥專家以「東區健保署審查共識」為不予支付理由，以維護診所權益。

決議：同意輔導，在核減醫療費用時，需依健保署訂定之法規或審查注意事項等…為核減依據，勿以東區審查共識為核減理由，因該共識無法源依據，如針對共識部份有需要修訂法規內容，可提至全聯會討論。

伍、散會 15:00。

東區業務組西醫基層總額專業審查抽樣原則

106.9.5 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、~~新特約及違約診所在一年內中列為必審且最少抽審 6 次~~，**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： $[(\text{新特約家數} + \text{違約家數}) / 2]$ （未抽審到診所檔案分析指標達到標準，仍需抽審），~~其中違約經處停約 1 個月以上者，自處分發文日起，以論人歸戶隨機抽樣審查 3 個月。~~

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。
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、每月隨機抽審家數由 ~~10 家~~ 變更為 **20 14** 家，每家診所每年至少隨機抽審 1 次，~~自抽審費用年月 96 年 1 月開始執行。~~

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 ~~30%~~ **25%**，扣除二、三、四診所家數，其餘家數按檔案分析高點值抽審（同點值者，取申請金額較高者抽審）。

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，但經依檔案分析結果有異常需辦理專案審查者除外。並自 102 年 6 月（抽審費用年月 5 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 58 項之院所。

(修訂說明：多種慢性病盡量合併同次就診開立處方，建議增加品項係為減少浪費健保資源及民眾就醫不便)

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							
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	×
12. 件數百分位	前 90%		27. 每件診療費百分位		前 90%		
01 案 件	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>							

中華民國醫師公會全國聯合會
西醫基層醫療費用案件專業雙審作業原則（草案）

一、依據：依「106年西醫基層醫療服務審查勞務委託契約」第二條履約標的（一）

1（1），訂定本原則。

二、目的：改善專業見解差異，避免爭議案件發生。

三、雙審作業流程：

（一）審查醫藥專家應依循「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」、「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」、「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」、「全民健康保險醫療費用審查注意事項」及健保相關規定，就保險醫事服務機構申報項目與病歷主訴症狀、疾病史的關聯性、合理性進行審查，非就醫療技術、治療效果判斷。

（二）審查案件如有資料不全、字跡無法辨識或其他情形，以致無法進行審查時，得要求保險醫事服務機構補正資料後審查。

（三）保險醫事服務機構送審之案件，經第1位審查醫藥專家審查後有核減意見，其核減意見符合複審條件之任一情形時，應將該案件移請第2位審查醫藥專家進行複審。

（四）對於陳情案件、核減點數（核減率）異常或其他爭議性高之案件，得提報相關會議討論，研議訂定審查案例或審查標準。

（五）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各分會應統計雙審案件情形，納入委託契約執行報告。

四、複審條件：

（一）專業審查總核減點數大於5萬點。

（二）抽樣樣本核減率大於10%。

（三）第1位審查醫藥專家建議連續抽審。

（四）其他經分區共管會議通過之複審條件。

五、本原則經中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層總額醫療服務審查執行會通過後實施。