

檔 號：
保存年限：

副本

全民健康保險基層總額支付南區委員會 函

地址：台南市民生路一段 82 號 2 樓
電 話：06-2211971
傳 真：06-2217483
承辦人：陳美惠

受文者：如正、副本單位

發文日期：中華民國九十九年一月十二日

發文字號：九九南基總字第 0004 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：如主旨

主旨：檢送九十八年十二月十六日「第四次西醫基層總額執行委員會南區分會共管會」會議紀錄乙份，請查收。

正本：本會全體委員、組員、顧問

副本：全民健康保險基層總額支付執行委員會、雲嘉南五縣市醫師公會

主任委員

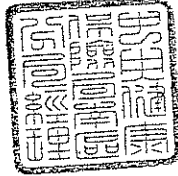
王正坤

發文字號：健保南費二字第0985117786號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨

主旨：檢送98年度「西醫基層總額執行委員會南區分會共管會」
第4次會議記錄乙份，請查照。

正本：全民健康保險西醫基層總額支付南區委員會
副本：

經理 毛燕明



98 年度「西醫基層總額執行委員會南區分會共管會」
第 4 次會議紀錄

會議時間：98 年 12 月 16 日(星期三)下午 14 時 00 分

會議地點：本分局 9 樓第 1 會議室(台南市公園路 96 號)

出席人員：

西醫基層總額南區委員會

黃仁享	徐超群	陳育堂	張耿源	陳耀軫
陳相國	楊有德	林信常	郭宗男	

中央健康保險局南區分局

林祥忠	蔡逸虹	林純美	陳淑惠	龔川榮
李麗娟	蕭麗卿	黃瑞源	陳秀環	

主席 中央健康保險局南區分局毛經理燕明、
西醫基層總額南區委員會王主委正坤

紀錄：李玟珍

壹、主席報告：(略)

貳、報告事項：

- 一、98 年度「西醫基層總額共管會議」第 4 次會議業務報告
- 二、南區委員會審查組總召陳相國醫師(如投影片檔)
- 三、健保宣導(健保宣導請參閱中央健康保險局網站 <http://www.nhisb.gov.tw/健保好健保不能倒/常見問題說明>)

參、提案討論：

提案一： 提案單位：南區分局

案由：有關執行 99 年度科別管理資料時程，請討論。

說明：

- 一、依「全民健康保險基層總額支付南區委員會科別管

理作業要點」第三點，科別診療醫令統計、總就醫人次與總服務量資料以前一年第3-4季至當年第1季任一季為取樣比較資料。

二、由於如擷取98年第4季完整資料，第一次的審查必須延至次年3月始能進行，將影響99年度科別管理執行時程。

決議：99年度科別管理資料篩選期間訂為98年8至10月，並修正「全民健康保險基層總額支付南區委員會科別管理作業要點」第三點為：科別診療醫令統計、總就醫人次與總服務量資料以前一年第3至4季任連續3個月為取樣資料。

提案二： 提案單位：南區分局

案由：99年預訂執行檔案分析項目，請討論。

說明：關於99年預訂執行檔案分析項目如附件一，共33項，如有其他臨時須執行之檔案分析，將依第3次共管會議決議，副知委員會。

決議：同意辦理，並對前已輔導之院所直接發核減函。

提案三： 提案單位：南區分局

案由：99年西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案南區委員會配合事項，請討論。

說明：為期99年西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案辦理順暢，分局擬建議如下：

一、醫事服務機構申請所需要件

(一)申請表格

(二)計畫書

(三)醫護人員執業執照正反面影本

(四)衛生局同意書

二、請南區委員會至分局確認申請院所最近二年未曾涉及第66條至第67條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)

三、向本分局申請方式是否比照98年度由南區委員會彙整統一申請及備齊文件及填妥如附件二向本分局提出申請？

- (一) 98 年度已申請，每時段平均就醫人數低於 8 人，則取消承作資格。名單如附件三。
- (二) 99 年本方案修訂醫療院所無故休診二次，則終止該院所承辦本方案。
- (三) 新增醫護人員或巡迴時段地點者，須按照申請流程辦理。

- 四、為申請時效而且院所僅有 15 日準備時間，本分局將公告內容放置 VPN，並置放於全球資訊網，請宣導各院所多流覽網路。
- 五、依醫缺執行過程院所如有疑義執行方式：先提醫師公會全國聯合會各分區委員會討論決議，若仍有疑義，再提全聯會討論。對本分局○○診所申請醫療資源缺乏地區新開業，其中條件之一，須有每週至少開立 3 次夜診，該診所則以每周五、六、日 18：00～18：30 方式，是否核准辦理一年，請討論。

決議：

- 一、配合辦理，並加強宣導，惟由原西醫基層總額支付南區委員會彙總向本分局申請，改由各承辦院所個別向本分局提出申請。
- 二、另有關○○診所申請醫療資源缺乏地區新開業，夜診看診時段 18：00～18：30 其依臨床慣例，開診一個時段約為 3 小時，因為常規性開診且不符合臨床慣例，不予同意辦理。

提案四：

提案單位：南區分局

案由：為提升審查品質，建請南區委員會針對審查醫事人員審畢醫療服務案件，辦理重點抽審評量作業案，請討論。

說明：

- 一、本年度西醫基層總額專業審查審畢案件，曾於 5 月及 8 月辦理有審查醫師審畢案件例行抽審評量作業，評量結果合理的比率各為 84.21%及 76.32%。
- 二、為落實審查醫事人員皆能以客觀、公正態度辦理審

查業務，建議南區分會針對審查結果偏離常態科別及審查醫師，辦理審畢案件重點抽審評量作業。

三、建議辦理重點抽審評量指標項目如下：

- (一) 審查結果(核減率、補付率)偏離常態之科別。
- (二) 審查結果(核減率、補付率)偏離常態之審查醫師。
- (三) 補付率百分百案件之初審及申復審查醫師。
- (四) 有具體事證顯示疑有審查結果偏差之審查醫師。
- (五) 經例行抽審評量結果應追蹤改善審查醫師。
- (六) 爭審會審定撤銷率超過該科平均撤銷率之審查醫師。

四、抽審評量結果及建議事項提供作為審查醫事人員考評管理之參考。

決議：同意辦理。

提案五： 提案單位：南區分局

案由：98年第4季9家診所輔導案，請討論。

說明：

- 一、依南區委員會98南基總字第0213號函辦理。
- 二、9家診所如附件，會後回收。

決議：全數通過移送專業輔導。

提案六： 提案單位：南區分局

案由：98年診所輔導結果案，請討論。

說明：

- 一、依南區委員會98南基總字第0223號函辦理。
- 二、98年第3季診所輔導計畫書面輔導21家，專業輔導23家，如附件，會後回收。

決議：98年第3季科別管理輔導結果同意辦理，○○診所輔導結果同意改為論人歸戶抽樣審查，自99年1月起追蹤期限12個月，嗣後有關平均就醫次數偏高之輔導診所，以論人歸戶隨機抽樣審查追蹤管理。

提案七： 提案單位：南區委員會

案由：有關會員不慎觸犯「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 65、66、69 條」時，建請健保局南區分局能優先引用「第 65 條及 69 條」，以保護會員權益。

說明：

- 一、當健保局南區分局發現院所有問題時，在符合行政程序下，請先知會南區委員會管理組先行處理。
- 二、在啟動調查前，先通知院所，給院所一個自新的機會，亦先引用 65 或 69 條。

南區分局說明：

依本局健保稽字 0980003513 號函說明如下：

- 一、按本局辦理特約醫事服務機構涉及違規案件訪查作業，係為保障大多數合法經營特約醫事服務機構之權益，且訪查工作之進行，本局均秉持與特約醫事服務機構雙方合約之對等立場，並依據行政程序法、全民健康保險法第 62 條及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 17 條暨合約等相關規定，依法定職掌執行訪查業務。
- 二、又本局訪查人員依法執行特約醫事服務機構涉及違規之訪查業務時，常有立即保全相關證據之必要，依法不得提前通知受訪查之特約醫事服務機構，否則將有違法瀆職之嫌。

決議：仍依相關規定辦理。

提案八： 提案單位：南區委員會

案由：討論「99 年度基層醫療服務審查醫事人員之推薦作業」，並提升審查醫師品質。

說明：依據 98 年 11 月 27 日全醫健基字第 0980000290 號函。本會須彙整五縣市醫師公會推薦名單，回覆基層總額支付執行委員會。

南區委員會建議：請健保局南區分局，在做最後決定時能與委員會重要幹部開會決定。

決議：

- 一、審查醫事人員由中央健康保險局醫療服務審查委員會提報健保局符合遴聘資格人員擔任；分局收到總局下轉各推薦單位推薦名單後，僅作遴聘資格是否符合之查證作業。(若有嚴重申報醫療品質疑議事項者亦會提供意見)。
- 二、為尊重醫療專業及保障醫療品質，建議各推薦單位在推薦人選時，除了符合遴聘資格以外，能推薦審查立場客觀、公正之醫師擔任。
- 三、若有會員申訴經分會確認審查結果有偏差案件，請南委會提供資料，由健保局提供綜合性資料供辦理遴聘作業。

提案九：

提案單位：南區委員會

案由：建請健保局南區分局，提供論人歸戶診所之 PE 報表、核減率，以了解其成效。

說明：請健保局定期公佈（每季或半年）已歸入論人歸戶診所前與後資源耗用改善的比較，可評估論人歸戶的成效，以做為列入管理指標的參考。

決議：論人歸戶審查核減情形，已於本次會議提出報告，並列入管理之參考。

提案十：

提案單位：南區委員會

案由：「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」已列為總額減項，敬請討論相關之管理辦法。

說明：

- 一、行政院衛生署費用協定委員會已連續 3 年將「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」之非總額舉發部分列為總額減列之項目。99 年度預計減列 75,446,480 點。(表一)
- 二、98 年 12 月 13 日基層總額支付執行委員會決議：為符合公平正義原則，總額減項「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」，依比例原則於各地區分配預算中扣除。(預計 100 年開始實施)

三、南區 97 年度共有 41 家診所違規扣款 27,448,482 點，為 6 分區第一名，佔總減列點數 36.38%。平均每家診所違規扣款約 67 萬點。(表二)

辦法：

- 一、敬請健保局提供 41 家診所之名單及扣款明細，做為管理之參考。
- 二、敬請健保局將疑似有違規之診所先移交委員會加以了解，盡量使違規扣款列屬於總額舉發的部份。
- 三、敬請研議相關管理原則。

表一：95、96、97 年度西醫基層總額違規案件減列之額度

年度	減列額度 (萬點)		
	95 年	96 年	97 年
非總額舉發	3730	3279	7544.6
總額舉發	0	12	204.6

表二：97 年度西醫基層總額六分區查處追扣金額表

分局別	非總額舉發	
	家次	金額 (點)
台北分局	84	12,852,277
北區分局	54	18,768,194
中區分局	29	7,122,550
南區分局	41	27,448,482
高屏分局	47	4,030,014
東區分局	18	5,224,963
全局	273	75,446,480

決議：有關違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之院所，本局處分文均有副知中華民國醫師公會全聯會，另停約部分亦公告於本局網站。

99 年預訂執行檔案分析項目

序號	專案名稱	專案資料執行期間	發函的目標院所該項檔案分析閾值	99 年預訂執行方式	特性
1	重複申報上 51017C 液態氮冷凍治療	98 年	病患同一院所同一天申報 51017C 液態氮治療醫令數>2	直接發給扣減函	月檔
2	不符合精神醫療治療費與年齡申報規定	98 年	(1). 病患<6 歲或>15 歲者申報 45098C or 45088C (2). >6 歲者申報 45099C 或 45089C	直接發給扣減函	月檔
3	非復健專科醫師申報限專科執行醫令項目	98 年	非復健專科醫師(lwrd_id is not A1400)申報 42017C or 42018C or 42019C or 43027C or 43028C	直接發給扣減函	月檔
4	西醫申報牙科阻斷麻醉費	98 年	西醫基層申報牙科阻斷麻醉費 96001C	直接發給扣減函	月檔
5	申報復健評估每月申報量>1	98 年	同一病患同一院所申報復健評估 42016C, 43026C, 44010C 每項醫令每月醫令數量>1	直接發給扣減函	月檔
6	terbinafine(如 Lamisil)每年超過 84 顆追扣藥	98 年	同一病患同一院所全年使用 lamisil(A0444682100, A045950100, A047091100, B019320100, A043575100, A044683100)醫令數合計>84	直接發給扣減函	年檔
7	全年 Sporanox>168 顆	98 年	同一病患同一院所全年 Sporanox(B022816100 or A046283100)醫令數量合計>168 顆	直接發給扣減函	年檔
8	申報老人流感疫苗注射診察費又申報其他門診費用情形。	98 年	同一病患同一院所同一就醫日期申報 D2 及其他案件(申報金額均>0)	直接發給扣減函	月檔

99年預訂執行檔案分析項目

序號	專案名稱	專案資料執行期間	發函的目標院所該項檔案分析闕值	99年預訂執行方式	特性
9	醫事人員住院期間又申報費用	9807-9906	西醫基層醫師、中醫師，牙醫師 住院期間(排除入出院當日)又有申報看診費用(註:排除住院病患來源=4之案件)	直接發給扣減函	月檔
10	藥師住院又申報費用	9807-9906	西醫基層，中醫及牙醫藥師，藥局藥師住院期間(排除入出院當日)又有申報費用(註:排除住院病患來源=4之案件)	直接發給扣減函	月檔
11	維骨力不符藥品給付規定之適應症	98年	依藥品給付規定，申報 Glucosamine sulfate (如維骨力)需符合下列各項條件:(1)六十歲以上之膝關節炎病患。	直接發給扣減函	月檔
12	死亡又申報就醫費用	98年1-6	總局下傳資料	直接發給扣減函	月檔
13	死亡又申報就醫費用	98年7-12月	總局下傳資料	直接發給扣減函	月檔
14	申報 clarithromyci 醫令數>28	98年	申報 clarithromyci 醫令數>28	直接發給扣減函	
15	男性病患申報婦科處置	98年	男性申報 55011C 陰道灌洗或 55021C 骨盆檢查費	直接發給扣減函	年檔
16	同一病人關節內注射劑年度超過 6 支	98年	同一病患同一院所一年內申報醫令 FBT010001G3 或 FBT01020MSHE 或 FBT01020MLHE, 合計醫令數>6	直接發給扣減函	年檔
17	病患年齡小於 8 歲申報婦科檢查	98年	病患<=8 歲申報婦科檢查(55001c-55025c)	直接發給扣減函	年檔
18	申報兩筆 19001C、19009C、19005B 等腹部超音波	98年	同一病人同一院所申報 19001C or 19009C or 19005b1 單月合計醫令數>1 次	立意抽審	年檔

99年預訂執行檔案分析項目

序號	專案名稱	專案資料執行期間	發函的目標院所該項檔案分析閾值	99年預訂執行方式	特性
19	申報兩筆 19003C 婦科超音波	98年	同一病人同一院所申報 19003C 單月醫令數>1次	立意抽審	年檔
20	申報兩筆 28002C 鼻咽鏡檢查	98年	同一病人同一院所申報鼻咽鏡 28002C 單月醫令數>1	立意抽審	年檔
21	申報兩筆以上 19001C 腹部超音波	98年	同一病人同一院所申報 19001C 全年醫令數>1次	立意抽審	年檔
22	重覆申報藥品	98年	同一病患同一天重複申報同一藥品(執行 sap01.same_drug_det)(註:排除同一天為 04, 08 案件或同一天均為 08 案件者)	立意抽審	月檔
23	97年安養病人住院申報居護費用	98年	安養系統建置病人住院申報居護費用	立意抽審	年檔
24	97年安養病人住院申報門診費用	98年	安養系統病人住院申報門診費用	立意抽審	年檔
25	同日同醫師同病患申報兩筆診察費	98年	同醫師同一院所同病患同日申報兩筆>=2 不同就醫序號, 診察費均大於 0(註:就醫序號 4 位均為數字且 part_code not "903")	直接發給扣減函	月檔
26	醫師出國申報費用	98年	醫師(西醫基層, 牙醫, 中醫師)出國期間(排院出入境當日)又申報費用	直接發給扣減函	年檔
27	診所藥師出國申報費用	98年	診所藥師出國期間(排院出入境當日)又申報費用	直接發給扣減函	年檔
28	藥局藥師出國申報費用	98年	藥局藥師出國期間(排院出入境當日)又申報費用	直接發給扣減函	年檔
29	醫檢師出國申報費用	98年	醫檢師出國期間(排院出入境當日)又申報費用	直接發給扣減函	年檔

99年預訂執行檔案分析項目

序號	專案名稱	專案資料執行期間	發函的目標院所該項檔案分析閾值	99年預訂執行方式	特性
30	IC卡號同日、不同日重複申報	98年	同一院所同病患同日、不同日申報兩筆 ≥ 2 相同就醫序號, 診察費均大於0(註:就醫序號4位均為數字)	立意抽審	月檔
31	X光檢查第二張以上未以8折申報	98年	X光檢查 32001C、32007C、32011C、32013C、32015C、32017C、32022C 第二張以上未以8折申報	直接發給扣減函	月檔
32	97年10至98年8月創傷處置48001C-48035C申報重複	98年	97年10至98年8月創傷處置 48001C-48035C申報重複	立意抽審	年檔
33	98年5月至10月 Stilnox 不符藥品給付規定(非精神科、神經科專科醫師若需開立本類藥品; 每日不宜超過一顆)	98年	98年5月至10月 Stilnox 不符藥品給付規定(非精神科、神經科專科醫師若需開立本類藥品; 每日不宜超過一顆)	立意抽審	年檔

附件三

9801 至 9810 醫療資源缺乏地區巡迴次數統計表

院所代號	院所名稱	醫師 ID	數值	9801	9802	9803	9804	9805	9806	9807	9808	9809	9810	總計	平均人次
234109XXXX	XX 衛生所	G10139XXXX	巡迴次數	6	4				4	4	4	5	4	31	5
353907XXXX	XX 診所	P10125XXXX	巡迴次數	8					3	4	5	4	5	29	4
353918XXXX	XXX 診所	R10303XXXX	巡迴次數	8					9	8	8	9	9	51	7
354113XXXX	XX 診所	R12088XXXX	巡迴次數	3	4	4	4	4	5	4	4	5	4	41	7

全民健康保險基層總額支付南區委員會科別管理作業要點

第三屆第六次南區委員會訂定通過

南區分會定期會議第 17 次會議修訂通過

98 年 9 月 23 日中央健康保險局南區西醫基層總額共管會議修訂通過

98 年 12 月 16 日中央健康保險局南區西醫基層總額共管會議修訂通過

- 一、 依據中央健康保險局西醫基層總額支付制度專業自主事務委託契約第二條第二項專業事項及全民健康保險基層總額支付南區委員會(以下簡稱本委員會)組織簡則第六條第二項規定。
- 二、 促進審查結果合理性與有效管理總額，特制定本要點。
- 三、 科別診療醫令統計、總就醫人次與總服務量資料以前一年第 3 至 4 季任連續 3 個月為取樣比較資料。
- 四、 科別以申報科別為定義，且該科申報案件大於 100 件始列入比較。
- 五、 科別管理分科召集會議於每年 7 月底完成。
- 六、 經科別管理挑出之高於同儕值院所，先納入當季費用專業抽樣審查 1 個月，後續再依輔導決議內容，進行 3 至 12 個月的專業抽樣審查，以追蹤院所改善情形。
- 七、 科別管理挑出之高於同儕值院所輔導，須於每年 12 月底前完成輔導。(必要時得延長 3 個月)。
- 八、 輔導方式以限期改善或自動繳還高於同儕值所增加耗用的醫療費用。
- 九、 限期改善以 3-12 個月為期限，其不當醫療耗用指標未於期限內改善達目標值，須再次接受輔導。
- 十、 經輔導後，願意自動繳還費用，其高於同儕值產生的費用計算之期間原則以一年為計算基準。
- 十一、 不接受專業輔導的診所及醫師，依全民健康保險醫療服務審查辦法第 29 條執行。
- 十二、 本作業要點之實施須經「西醫基層總額執行委員會南區分會共管會議」討論通過後方始生效，修正時亦同。