

檔 號：
保存年限：

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：如正本單位

發文日期：中華民國九十九年四月十五日

發文字號：九九南基總字第 0094 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：第一次共管會議會議記錄

主旨：檢送本會九十九年三月二十四日「西醫基層總額執行委員會南區分共管會第一次會議」會議紀錄乙份，請查收。

正本：本會全體委員、雲嘉南五縣市醫師公會、全民健康保險基層總額支付執行委員會

主任委員

王正坤

**99 年度「西醫基層總額執行委員會南區分會共管會」
第 1 次會議紀錄**

會議時間：99 年 3 月 24 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	夏保介	陳耀軫	陳相國
楊有德	林信常	郭宗男	王錦基	楊宜杰	

行政院衛生署中央健康保險局南區業務組

林祥忠	蔡逸虹	林純美	嚴海樹	龔川榮	李麗娟
蕭麗卿	陳秀環	陳姿吟			

主席 行政院衛生署中央健康保險局南區業務組毛組長燕明、
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、99 年度「西醫基層總額共管會議」第 4 次會議業務報告
- 二、南區委員會秘書長兼管理組總召郭宗男醫師 (如投影片檔)
- 三、健保局配合費率調整 提出加強節流措施 (附件 1)
- 四、送審相關報表預計變更事宜。

說明：醫療費用檔案分析系統將於數月後變更檔案產製方式，目前送專業審查醫師參考之報表資料來源將受影響；已於 98 年提出修改及新增報表需求，本局撰寫報表程式中。其中目前已經有的門診醫療費用審查參考表，將於費用年 99 年 4 月取代 pe01br、pe07br 報表，供專業審查醫師參考。

參、提案討論：

提案一：

提案單位：南區分局

案由：修正「行政院衛生署中央健康保險局南區西醫基層總額共管

委員會設置要點」，請討論。

說明：因應本局組織改制，修正如後附件 2。

決議：照案通過。

提案二：

提案單位：南區業務組

案由：建議南區委員會於執行專業輔導時，應將輔導結果告知院所，以降低院所的誤解，請討論。

說明：

- 一、本局南區業務組收到委員會通知，○○○診所接受南區委員會專業輔導後，將抽審 12 個月，惟該診所醫師聲稱專業輔導時並未告知，且無書面資料，將提起訴願，並質疑檔案分析後電話輔導事項，涉及恐嚇。
- 二、關於委員會輔導後的追蹤抽審，非屬於處分，是不符「西醫基層診所經檔案分析免除專業抽樣審查原則」，所以不能申復。

決議：依醫療服務審查辦法第 2 條規定，特約院所提供醫療服務，保險人依本辦法規定辦理審查，並據以核付費用。同法第 16 條規定，保險人得就保險醫事服務機構申報醫療服務案件進行分析，於回饋分析資料後依分析結果，增減隨機抽樣比率或免除抽樣審查。爰此，醫療院所除非符合檔案分析指標，始免除抽樣審查。因專業輔導後續追蹤不適用免予抽審類別-(1) 列入實地輔導、行政管理及專審醫師建議須追蹤診所。

提案三：

提案單位：南區業務組

案由：徵求各縣市 1-3 家已申請電子病歷院所，辦理專業審查工作所需電子病歷測試，請討論。

說明：

- 一、依據「行政院衛生署中央健康保險局專業審查作業紙本病歷替代方案」辦理。
- 二、依「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」第七條規定，醫療機構實施電子病歷，應將開始實施之日期及範圍報請直轄

市、縣(市)主管機關備查，……。符合前項規定之醫療機構，於接受醫院評鑑或申報全民健康保險給付時，醫院評鑑或全民健康保險之主管、主辦機關非有特殊理由，不得要求其交付書面病歷。

- 三、另依全民健康保險西醫基層醫療費用審查注意事項修正，
壹、審查依據及一般通則(二十一)依行政院衛生署公告「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」規定，經衛生主管機關認證實施電子病歷之醫療院所，得依其相關規定檢送電子病歷。
- 四、申請資格條件：健保特約醫事服務機構向當地衛生主管機關報請備查實施病歷電子化範圍後，得檢具向當地衛生主管機關報備文件向健保局分區業務組申請以病歷電子檔案送審。

決議：醫事服務機構對本方案仍不熟悉，請委員會加強宣導會員知悉，並鼓勵會員參加。

提案四： 提案單位：南區業務組

案由：99年第1季3家診所輔導案，請討論。

說明：

- 一、依南區委員會99年3月2日99南基總字第0048號函辦理。
- 二、3家診所如附件，會後回收。

決議：附件第1、2家診所列入專業輔導。

提案五： 提案單位：南區業務組

案由：98年第4季診所輔導結果案，請討論。

說明：

- 一、依南區委員會99年3月22日99南基總字第0070號函辦理。
- 二、98年第4季診所輔導計專業輔導9家，如附件，會後回收。

決議：98年第4季診所輔導結果8家同意辦理，附件第4家診所另再行輔導。

提案六： 提案單位：南區業務組

案由：有關98年7-12月全民健保爭議審議案件，請討論。

說明：

- 一、依全民健保爭議審議指示，1. 撤銷率高應加強審查一致性

2. 輔導駁回率高院所，以減少爭審件數。

二、依據 98 年 7-12 月全民健保爭議審議案件量，40 件以上且駁回率高的院所共 5 家，10 件以上且撤銷率高的院所共 1 家。

決議：對駁回率高案件加以分類後，由本局南區業務組召開輔導會議，屆時請委員會派專業醫師與會。

提案七：

提案單位：南區業務組

案由：西醫基層診所經檔案分析免除專業抽樣審查原則，平均就醫次數閾值部分修訂如說明，請討論。

說明：今年總額成長降低(費協會公告西醫基層一般服務醫療給付費用成長率為 1.463%)，需要管理平均就醫次數成長緩和。原平均就醫次數送審閾值為各科別以 96 年第 4 季 85 百分位加 0.03，自 97 年 4 月費用起實施至今，現以 98 年第 4 季平均就醫次數 85 百分位加 0.01 與原閾值比較，取低者(外科，神經科，整外，內分泌)為 99 年 4 月起之閾值，建議修訂閾值如附表。

98 年第 4 季平均就醫次數

歸屬科別	科別名稱	平均就醫次數	98Q4-85 百分位	98Q4-90 百分位	98Q4-95 百分位	98Q4-85 百分位加 0.01	值(96 年第 4 季 85 百分位加 0.03)	98Q4-85 百分位加 0.01	取低
01	家庭醫學科	1.58	1.78	1.82	1.93	1.79	1.81	0.02	1.79
02	內科	1.56	1.74	1.78	1.81	1.75	1.80	0.05	1.75
03	外科	1.61	1.85	1.87	1.93	1.86	1.85	-0.01	1.85
04	小兒科	1.65	1.78	1.84	1.92	1.79	1.89	0.10	1.79
05	婦產科	1.51	1.75	1.78	1.88	1.76	1.80	0.04	1.76
06	骨科	1.54	1.72	1.79	1.84	1.73	1.82	0.09	1.73
07	神經外科	1.56	1.56	1.56	1.56	1.57	1.60	0.03	1.57
08	泌尿科	1.55	1.68	1.69	1.69	1.69	1.70	0.01	1.69
09	耳鼻喉科	1.48	1.59	1.61	1.69	1.60	1.62	0.02	1.60
10	眼科	1.21	1.28	1.32	1.37	1.29	1.30	0.01	1.29
11	皮膚科	1.33	1.45	1.49	1.54	1.46	1.48	0.02	1.46
12	神經科	1.54	1.71	1.76	1.78	1.72	1.65	-0.07	1.65
13	精神科	1.45	1.73	1.79	1.84	1.74	1.82	0.08	1.74

14	復健科	1.51	1.66	1.69	1.71	1.67	1.70	0.03	1.67
15	整形外科	1.62	1.79	1.80	1.82	1.80	1.46	-0.34	1.46
AA	消化內科	1.50	1.63	1.63	1.67	1.64	1.71	0.07	1.64
AB	心臟血管內科	1.23	1.32	1.35	1.38	1.33	1.51	0.18	1.33
AD	腎臟內科	1.32	1.33	1.33	1.33	1.34	1.47	0.13	1.34
AE	風濕免疫科	1.61	1.67	1.68	1.69	1.68	1.75	0.07	1.68
AG	內分泌科	1.56	1.58	1.59	1.59	1.59	1.57	-0.02	1.57

決議：因近年婦產科生產人數下降及小兒科成長亦漸緩，故對婦產科平均就醫次數調整為 1.80、小兒科平均就醫次數調整為 1.89，針對高成長神經內科平均就醫次數調整為 1.60，其他科別維持附表所列之平均就醫次數。

提案八： 提案單位：南區業務組
案由：西醫基層診所經檔案分析免除專業抽樣審查原則，論人歸戶隨機抽樣方式修訂如說明，請討論。

說明：

一、目前已核定之 98 年論人歸戶隨機抽樣專業審查之醫療院所核減率情形如下表：

南區西醫基層論人歸戶抽樣統計表

費用年月	家數	樣本人數	樣本件數	核減件數	減點數	回推點數	不回推點數	電腦核減點數	醫療費用	核減率
2009/4/1	5	45	67	1	44	1,340	728	699	2,511,585	0.08%
2009/5/1	4	40	70	0	0	0	3,364	3,364	2,741,886	0.12%
2009/6/1	4	33	49	1	320	18,588	1,884	1,724	2,435,242	0.84%
2009/7/1	6	39	63	4	2,577	145,955	1,392	194	3,128,909	4.71%
2009/8/1	7	73	110	13	97	3,428	869	105	5,610,023	0.08%
2009/9/1	10	177	257	71	14,360	576,395	155,658	100,992	19,730,481	3.71%
2009/10/1	10	186	275	25	7,871	384,450	122,488	116,138	18,174,853	2.79%
2009/11/1	10	181	281	43	8,767	509,114	18,485	10,594	17,410,638	3.03%
2009/12/1	11	122	186	18	1,839	106,602	5,321	1,719	9,630,230	1.16%

二、新增修訂部份：

1. 指標序號 2 新特約醫療院所之抽審，以論人歸戶隨機抽樣方式

送專業審查。

2. 指標序號 8 計算方式及備註欄增列：(7)98 年第 4 季平均就醫次數大於 2 之 33 家診所列入指標序號 1 行政管理追蹤以論人歸戶隨機抽樣方式專業審查 1 季。

決議：照案通過。

提案九：

提案單位：南區業務組

案由：請各縣市醫師公會鼓勵會員加入家醫整合照護計畫，請討論。

說明：

- 一、99 年全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫業於 99 年 3 月 5 日公告，請各縣市醫師公會鼓勵會員加入本計畫，以提升對雲嘉南民眾之醫療照顧品質。
- 二、該計畫本年度修訂重點如下：
 1. 收案會員名單由本局擷取並交付予各社區醫療群診所，另社區醫療群得於本局交付收案數額再加收 10% 之個案數。各會員不需登記或簽署同意為會員文件，以減少各診所之行政作業。
 2. 給付改變，收案會員每人給付費用 800 元/年，包含個案管理費（每人給付費用 250 元/年）及照護會員節省之醫療費用（每人上限 550 元/年）。
 3. 執行報告改為年度 1 次（年底提出）。

三、目前各縣市的醫療群數及診所數如下表列：

台南市	台南縣	雲林縣	嘉義市	嘉義縣
14 群	14 群	12 群	6 群	3 群
76 家	75 家	69 家	33 家	15 家

決議：各縣市醫師公會鼓勵會員加入。

提案十：

提案單位：南區委員會

案由：建請討論專業輔導作業要點及專業輔導案件結案單。

說明：

- 一、專業輔導作業要點修正第八點之出席費金額。
- 二、專業輔導結案單之全銜，為符合一致性，更改為「全民健康保險基層總額支付南區委員會」。(如附件 3)

決議：照案通過。

提案十一：

提案單位：南區委員會

案由：因應巡迴醫療配套方案，最近亂象很多，爭議不斷，是否可請南區業務組醫管科，將已執行巡迴醫療之院所列入實地訪查之對象，請討論。

決議：對醫療資源缺乏地區巡迴醫療院所進行分析，先進行實地訪視，如有異常，移送醫管科。

提案十二：

提案單位：南區委員會

案由：建請討論健保局在勾稽抽審指標時，將預防保健費用排除在平均診療費計算之外。

說明：

一、本年度起國民健康局將口腔篩檢納入預防保健項目內，此項新措施電腦公司會先對有意願之診所收取軟體費用，如此勢必造成參加意願不高，導致從事口篩診所不普遍。若將此費用納入平均診療費的計算，將造成抽審指標立足點不平等，而使抽審作業有失公允，恐引發爭議。

二、此項費用由國民健康局支付，並不影響總額。

辦法：

一、建請南區業務組向總局建議將“口腔篩檢（IC95）、定量免疫法糞便潛血檢查（IC85）”等新加入預防保健之項目，排除於計算平均診療費之外。

二、希望於第一季抽審指標決議前，能有結論，以符合抽審之公平性，減少爭議。

決議：本案已將預防保健 A3 案件排除免除專業抽樣審查原則診療費指標計算。

提案十三：

提案單位：南區委員會

案由：建請討論科別管理作業程序。

說明：修訂科別管理作業要點第六點為“經科別管理挑出之高於同儕值院所，依輔導決議內容，進行專業抽樣審查，以追蹤院所改善情形。

決議：不修正原條文，維持現行規定辦理。

為穩定健保財務及永續發展，健保局除持續爭取公共衛生支出由公務預算支應，加強醫療院所違規查核、醫療服務費用審查等作業外，已積極進行多項醫療改革措施，如 TW-DRGs 支付制度、慢性病門診整合照護方案、縮小藥價差及實施總額支付制度等作業，以減緩醫療總額支出之成長率，縮小健保財務短絀。

配合本次費率調整方案，健保局將再加強相關節流措施如下：

一、 特約醫療院所端：

(一) 「詐領健保費用，從總額中扣除」

自 97 年起協商年度總額醫療費用時，已將違規查處扣減之金額，列為協商下一年總額成長的減項，本局將提議醫療院所詐領之醫療費用，皆從總額中扣除。

(二) 「累犯違規醫師，永不特約」

為落實管理目的，對不能改善而累犯違約之醫療院所或醫師，將修法明定永不特約。

(三) 「多次違規醫療院所，同址永不特約」

對於停約或終止特約之醫療院所，於同址變更負責醫事人員後再遭停約或終止特約者，將修法明定永不特約。

(四) 「未實際執行醫療業務且有違規之高齡醫師，永不特約」

鑑於高齡醫師常為密醫或雇用人頭醫師之藏鏡人所覬覦，對於超高齡醫師，有被當作人頭違規紀錄者，將修法明定永不特約。

(五) 「啟動第 7 次藥價調查」

為擷節用藥支出，持續縮減藥價差，將即刻啟動第 7 次藥價調整作業，要求藥品供應商即日起按季申報市場交易資料，未申報者依法辦理。未來健保藥價將朝「同成分、同品質、同價格」方向訂定。

(六) 「中醫民俗調理不給付」

中醫醫療院所施行推拿業務，必須由中醫師親自為之，未由中醫師親自施行的推拿或民俗調理，健保不給付。

二、 民眾就醫端：

(一) 「慢性病患就醫，需攜帶藥袋」

為避免民眾因重複用藥或藥品交互作用，影響民眾用藥安全，對於慢性病人，將要求就醫時攜帶載有目前服用藥物資訊之「藥袋」或藥品處方明細，供診治醫師參考。

(二) 「鼓勵多重慢性病人，主動要求醫院提供整合性門診」

持續推動「建構整合照護模式並逐步朝促進醫療體系整合計畫」，有多重慢性

病的民眾，應主動要求醫院提供整合性門診，整合開立慢性病連續處方箋。

(三) 「超高就醫次數民眾，限制就醫場所」

擴大門診高利用對象輔導措施，對於全年門診就醫次數大於 100 次以上的民眾，列為輔導對象並限制就醫場所(重大傷病患者除外)。

(四) 「藥事人員主動居家輔導高診次民眾，正確用藥」

擴大辦理高診次民眾「藥事人員居家照護試辦計畫」，藉由用藥關懷，促使醫療資源的合理使用。

行政院衛生署中央健康保險局南區西醫基層總額共管委員會設置要點

99 年 3 月 24 日中央健康保險局南區西醫基層總額共管會議通過

- 一、行政院衛生署中央健康保險局南區業務組為推動西醫基層總額支付制度，研訂西醫基層總額管理策略及執行內容，以維護轄區內點值穩定及提升醫療服務品質，特成立「中央健康保險局南區西醫基層總額共管委員會」（以下簡稱本委員會）。
- 二、本委員會組成：
 - (一) 南區委員會代表 12 名：包含主委、副主委（雲嘉南五縣市醫師公會理事長為副主委，理事長如為醫院總額醫師，或因故無法擔任時，請該縣市醫師公會推薦基層總額醫師擔任）、5 位分組組長（審查組、管理組、資訊品質組、支付組、法律會務組）、管理組及審查組總召集人等。
 - (二) 行政院衛生署中央健康保險局南區業務組代表 12 位（由組長指派相關人員擔任），並指定其中一位擔任執行秘書，負會議召集事務。
- 三、本委員會成員，代表機關出任者，應隨其本職進退；由南區委員會推舉者，得視需要，就變動部分重新推舉。
- 四、本委員會成員均為無給職。
- 五、本委員會原則上每 3 個月召集開會一次，必要時得召開臨時會議。會議召開採雙主席制，會議記錄公告於本局全球資訊網供全體會員參考。
- 六、本委員會開會時，得請各科審查醫師召集人列席參加，並視討論議題請相關委員、組員列席。
- 七、本要點由共同管理委員會通過後實施，修正時亦同。

全民健康保險基層總額支付南區委員會專業輔導作業要點

99年3月24日中央健康保險局南區西醫基層總額共管會議修訂

- 一、本辦法由南區西醫基層總額共管會議通過後實施，修訂時亦同，但不得違反其他相關法令，本要點依全民健康保險局 98 年西醫基層總額專業自主事務委託契約第二條第二項及「全民健康保險西醫基層特約醫事服務機構輔導作業方案」訂定之。
- 二、輔導對象之主要來源須經「西醫基層總額執行委員會南區分會」共管會議確認後移請本委員會輔導之院所，其性質涵蓋民眾投訴、行政審查移送、專業審查移送、科別管理異常案件、立意抽樣對象及檔案分析異常及委員會自行舉發立意抽樣，接受民眾投訴或會員投訴之名單…等。
- 三、專業輔導可以書面通知、電話協談、面談、科別管理座談或實地訪查方式進行，但均須於行前通知院所或約定時間。
- 四、本會接獲輔導對象名單後應於四週內結案回報「西醫基層總額執行委員會南區分會」共管會議確認。本委員會得就處分之方式提出建議。
- 五、本會專業輔導相關工作由管理組負責，管理組內設專業輔導總召集人 1 名、副總召集人 2 名及各分組委員數名，本會委員及組員得為專業輔導醫師。
- 六、專業輔導工作由專業輔導召集人擔任統籌、負責相關業務案件之研判及分發各小組進行輔導事宜 並得簽註召集人意見單以供輔導小組參考。各小組由小組主席負責該組輔導工作之運作事宜，並將結果填表回覆委員會，彙整後，回報「西醫基層總額執行委員會南區分會」共管會議確認。
- 七、專業輔導之進行至少須有兩名輔導醫師會同進行，且須顧及利益迴避原則。進行跨縣市輔導原則上由各小組成員、各縣市公會代表、各專科代表。必要時由委員會審查組，品質組，健保局南區分局共同參與輔導。
- 八、輔導醫師每名每次出席費 1,000 點及車馬費補助（自強號火車來回票價計），每場出席費最多為 10,000 點（點值由委員會安排認定），跨縣市輔導每次為 4 案，除非超過 8 案例否則不得安排 3 場以上。
- 九、本會得設計處理說明書及結案單供輔導醫師使用。
- 十、輔導案例得於本會通訊中發佈，作為會員參考。
- 十一、本會得訂定處罰原則供輔導醫師參考
- 十二、受輔導後之診所，如提出申復，則由分局受理後召開申復會議，請該診所、分局及南區委員會與會，依據會議決議結案。
- 十三、代表南區委員會參與申復會議為①管理組組長②輔導總召③各組輔導主席④審查組組長⑤審查總召⑥專科醫師代表，至少三人以上組成。

全民健康保險基層總額支付南區委員會 專業輔導案件結案單

案由：		文號：
院所名稱及代號：		
輔導方式： <input type="checkbox"/> 電話協談 <input type="checkbox"/> 書面通知 <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 實地審查 <input type="checkbox"/> 重大案件直接移交南區業務組		
輔導時間： 年 月 日 時 分		輔導地點：
被約談人說明：(診所填寫)		負責醫師簽章
輔導委員說明：(如有溢領款項，請簡要說明計算方式)		
管理組說明：自動繳回____年____月份至____年____月份該診所作業缺失的溢領點數，共____點，(依實際結算點值計算金額)。已由輔導委員及診所醫師達成共識。		
輔導結果：		
<input type="checkbox"/> 無犯錯事實 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 勸導或改進 <input type="checkbox"/> 疑有犯錯，但查無實證 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 自動繳回溢領款項 <input type="checkbox"/> 經查有犯錯實證 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 約談人不願合作 <input type="checkbox"/> 承認有作業錯誤或疏忽 <input type="checkbox"/> 極嚴重 <input type="checkbox"/> 情節較嚴重，移交南區業務組處理 <input type="checkbox"/> 其他意見		
輔導追蹤期限：		
<input type="checkbox"/> 加強審查每月抽查共____件。 <input type="checkbox"/> 請南區業務組，進行專業審查： <input type="checkbox"/> 一般審查； <input type="checkbox"/> 論人歸戶審查，追蹤輔導共____個月。		
附件： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 輔導案件處理切結書 <input type="checkbox"/> 其他		
輔 導 委 員		
主任委員	管理組長	專業輔導總召集人

同 意 書

本診所同意經由「西醫基層總額執行委員會南區分會共管會議」委託全民健康保險基層總額支付南區委員會進行專業輔導，並告知以下事項：

一、 輔導事由：【由各委員會填寫】

二、 本診所同意改善事項：【請院所以條列式陳列】

此致

全民健康保險基層總額支付南區委員會

立同意書醫事機構

診所名稱：

診所代號：

負責人：

中華民國____年____月____日

說 明 書

本診所名稱：_____代號 _____負責人 _____，
於全民健康保險基層總額支付南區委員會下，同意在同儕制約精神
下，接受全民健康保險基層總額支付南區委員會輔導，依全民
健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 69 條規定，願意繳
回本所申報之醫療費用點數_____點(依實際點值計算總金
額)，並請自本診所申報之醫療費用扣減。

此致

行政院衛生署中央健康保險局 南區業務組

診所名稱：

診所代號：

負責人：

中華民國____年__月__日

附註：第六十九條 保險醫事服務機構未經保險人或其他機關訪查前，主動向保險人坦承有申報不正確情事，並自動繳
回應扣減(還)之相關費用者，得不適用第六十六條及第六十七條之規定。

第七十一條 保險醫事服務機構依本辦法規定申請特約、繼續特約，不服保險人不予特約、繼續特約；或不服保險
人依本辦法所為之違約記點、扣減、停止特約、終止特約者，得於收受通知後三十日內，以書面提出
異議，申請複核，但以一次為限。

保險人應於接到前項異議書後三十日內重行審核，認為有理由者，應變更或撤銷原通知。