



# 114年台北區西基 總額管理重點說明



114.03.28 13:00



健保署臺北業務組

# 議程



總額執行概況



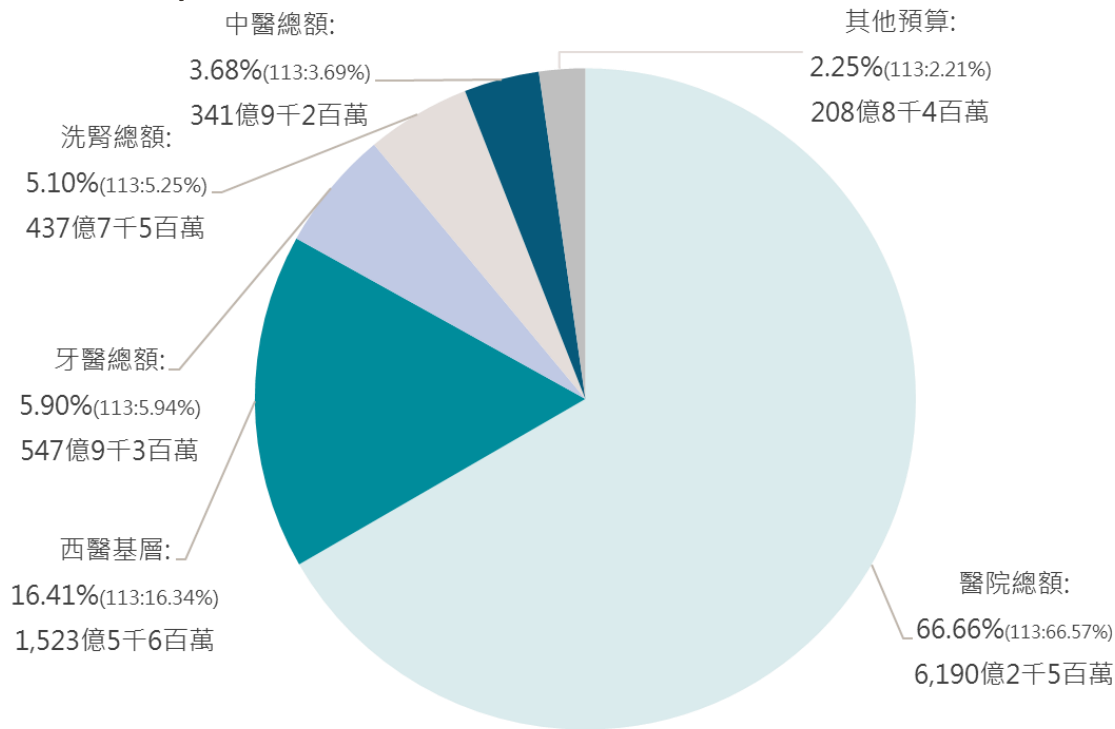
費用管理模式、概況及規劃



查核案例分享

# 114年總額執行概況

## 各部門總計9,286億2千5百萬



# 114年西醫基層成長率項目表\_一般服務

單位：百萬元

項目	成長率	增加金額
一般服務		
<b>醫療服務成本及人口因素</b>	3.746%	5,021.4
投保人口預估成長率	0.362%	
人口改變結構率	1.232%	
醫療服務成本指數改變率	2.140%	
<b>協商因素成長率</b>	0.521%	698.2
新醫療科技	0.170%	228.0
藥品及特材給付規定改變	0.363%	486.0
因應基層人力需求，提高1~30人次診察費	0.492%	659.3
提升國人視力照護品質	-2.488%	-3,335.7
		本項移列至專款項目「提升國人視力照護品質」
因應預防保健政策改變產生之服務密集度 <b>(114年新增)</b>	0.269%	360.0
代謝症候群及C肝照護品質提升衍生之醫療費用 <b>(114年新增)</b>	0.467%	626.6
CKD方案比照DKD方案採用UACR檢測 <b>(114年新增)</b>	0.149%	199.8
因支付衡平性已調整支付標準之項目 <b>(114年新增)</b>	0.350%	469.2
因應長新冠照護衍生費用	0.007%	10.0
		自專款項目移列一般服務項目
促進醫療服務診療項目支付衡平	0.746%	1,000.0
		自專款項目移列一般服務項目
<b>一般服務成長率</b>	<b>4.267%</b>	<b>5,719.6</b>
增加金額		<b>5,719.6</b>
<b>總金額</b>		<b>139,768.0</b>

# 114年西醫基層成長率項目表\_專款項目1/2

單位：百萬元

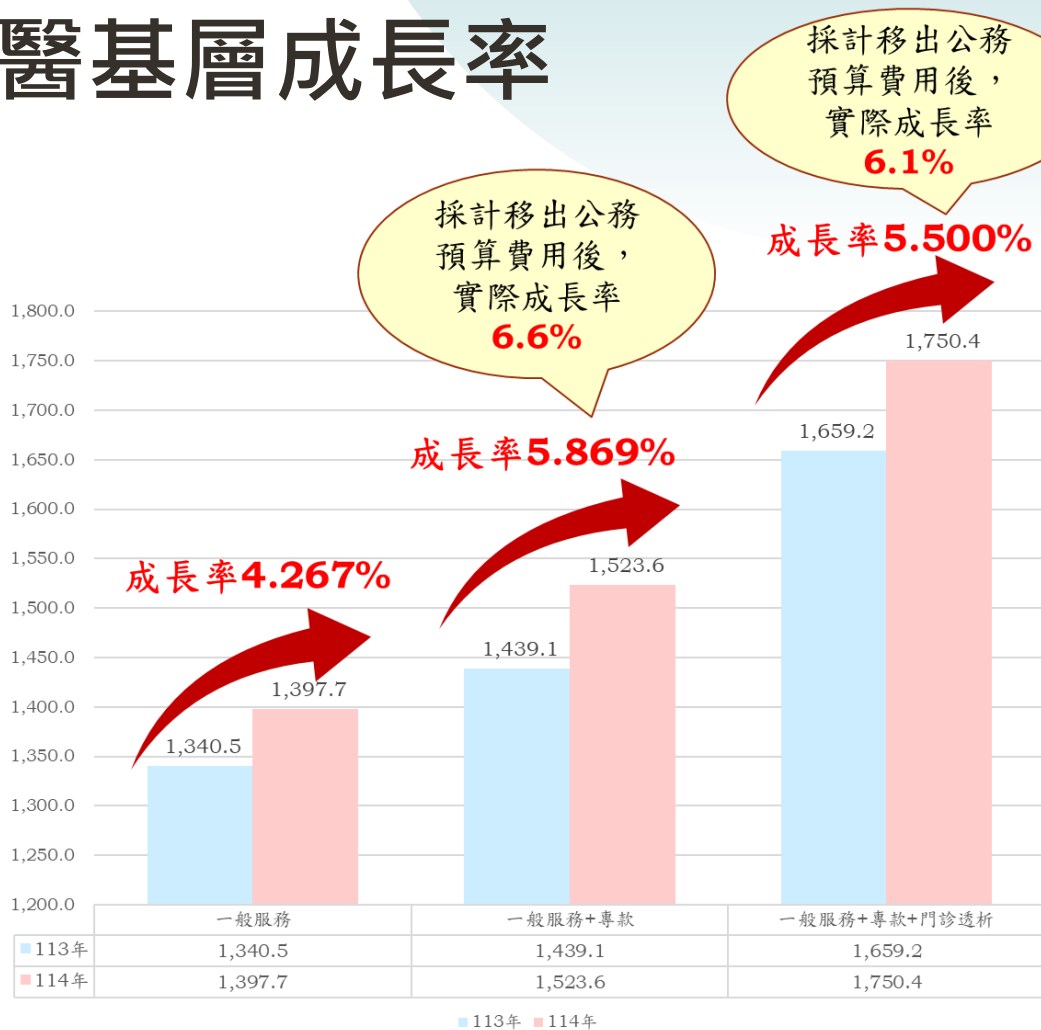
序號	專款項目	專款金額	增加金額
1	暫時性支付(新藥、新特材)(114年新增項目)	58.0	58.0
2	提升國人視力照護品質(自一般服務項目移列專款)	3,574.8	3,574.8
3	西醫基層資源不足地區改善方案(經費得與醫院總額同項專款相互流用)	423.9	106.8
4	家庭醫師整合性照護計畫	4,648.0	400.0
5	C型肝炎藥費(經費得與醫院總額同項專款相互流用)	462.0	170.0
6	醫療給付改善方案	906.1	5.8
7	強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,720.0	400.0
8	鼓勵院所建立轉診合作機制	258.0	0.0
9	偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	50.0	0.0
10	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材(經費得與醫院總額同項專款相互流用)	30.0	0.0
11	後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費(經費得與醫院總額同項專款相互流用)	30.0	0.0

# 114年西醫基層成長率項目表\_專款項目2/2

單位：百萬元

序號	專款項目	專款金額	增加金額
12	因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用	11.0	0.0
13	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	0.0
14	提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫	10.0	0.3
15	精神科長效針劑藥費(經費得與醫院總額同項專款相互流用)	100.0	0.0
16	因應長新冠照護衍生費用(移列至一般服務項目)	0.0	-10.0
17	促進醫療服務診療項目支付衡平性(移列至一般服務項目)	0.0	-1,000.0
18	品質保證保留款	128.4	2.2
19	代謝症候群防治計畫(移出總額；114年改由公務預算支應)	0.0	-616.0
20	網路寬頻補助費用(移出總額；114年改由公務預算支應)	0.0	-253.0
21	癌症治療品質改善計畫(移出總額；114年改由公務預算支應)	0.0	-93.0
22	慢性傳染病照護品質計畫(移出總額；114年改由公務預算支應)	0.0	-20.0
專款金額		12,588.2	2,725.9

# 114年西醫基層成長率



# 健保醫療費用管理模式



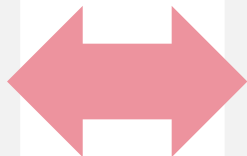
## 當期管理



每月例行抽審指標&  
智慧化篩異工具應用

- 新/終止合約、違規申訴
- 醫療費用占率高
- 醫療費用成長率高
- 經專審或檔案分析異常
- 中央智慧系統(CIS)指標：  
經大數據分析後建置之全署統一指標
- 不予支付指標：逕扣

精準審查



監測追蹤

## 回溯管理



針對不符支付標準、  
偏離常模者進行專案管理

自清

專審

逕扣

核減率偏高

擴大審查/自清/移送查核





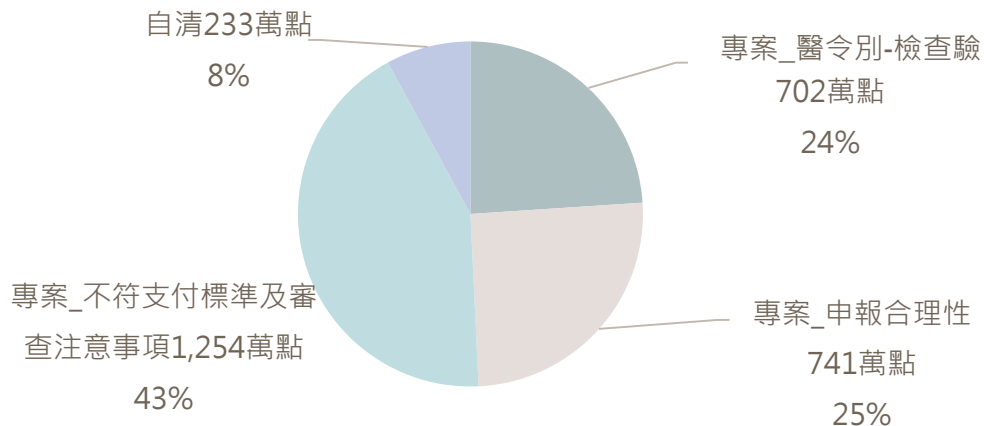
# 113年費用回溯管理概況

## 篩選條件

- 不符給付規定
  - ✓ 支付標準
  - ✓ 藥品給付規定
  - ✓ 審查注意事項
- 醫令執行適當性及合理性
- 檢查驗項目：以高成長科別、高利用、高單價、偏離常模者管理
- 申報合理性：以執行率、占率、件數高於同儕者管理

## 執行結果

- 追扣4,675家次、2,928萬4,448點



# 114年費用管理規劃\_1/8

## 不符支付標準

### ● 西醫基層診所復健語言治療執行ST項數不足

- ✓ **中度-複雜(44015C、44016C)**：指治療項目三項以上，合計治療時間30分鐘以上之中度治療，需包含下列二項(含)以上之治療項目：ST1-3、7、9、13-14
- ✓ **複雜(44012C、44009C)**：指治療項目四項以上，合計治療時間30分鐘以上之複雜治療，需包含下列二項(含)以上之治療項目：ST1-3、7、9、13-14

### ● 居家醫療收案個案住院期間仍申報居家相關費用

- ✓ 個案於住院期間不得同時申報居家醫療相關費用

### ● 居家同日同病患申報醫訪費重複申報診察費

- ✓ 同日兩次以上門診，由同一醫師診療者，以合併申報為原則，健保IC卡登錄累計一次就醫次數
- ✓ 依居整計畫通六「醫師訪視當日如於門診由同一醫師診治，醫師訪視費、門診診察費應擇一申報」

# 114年費用管理規劃\_2/8

## 不符支付標準

### ● 婦產科診所個案入出院期間另申報門診異常

- ✓ 保險對象住院期間，入住之婦產科診所不得以同院、所門診方式提供醫療服務
- ✓ 門診或急診當次轉住院案件，門診診察費或住院診察費應擇一申報

## 不符藥品給付規定

### ● 婦產科診所申報Misoprostol 藥品許可證核可之適應症為胃及十二指腸潰瘍

- ✓ 不符藥品許可證所載適應症之處方(如催生終止妊娠)，依規定不予給付

## 不符審查注意事項

### ● 四肢超音波(19016C)適當性

- ✓ 急性病變以檢查1次為原則
- ✓ 同部位四肢超音波(19016C)檢查6個月內限申報1次為原則，且不宜同時申報X-光檢查，如需增加檢查頻率，應檢附相關資料佐證

# 114年費用管理規劃\_3/8

## 不符審查注意事項

### ● 周邊血管杜卜勒氏血流測定(18008C)適當性

- ✓ 須符合審查注意事項(外科)適應症
- ✓ 「Ankle brachial index (ABI)」檢查，未列項目對應支付標準代碼為18011B(四肢血流探測，壓力測量並記錄)，適用於醫院層級，基層不予給付

### ● 尿失禁電刺激治療(47087C)

- ✓ 診斷為尿失禁後方可採行，並應依「棉墊試驗(30519C)」、「壓力尿流速圖(21011C)」或「錄影尿流動力學(21006B)」等檢查為診斷依據，並檢附檢查結果
- ✓ 每週2次，每月以6-8次為原則，三個月療程後，需進行療效評估

### ● 扳機指手術(64081C)

- ✓ 需於手術同意書及手術紀錄表內詳加記載手術執行部位(患側及手指)、術式、麻醉方式
- ✓ 送審時檢附手術同意書、麻醉同意書及手術紀錄，病歷應檢具先行採用藥物、復健等保守療法過程記錄

# 114年費用管理規劃\_4/8

## 醫令執行適當性及合理性

### ● 檢查

- ✓ 醣化血紅素(09006C)
- ✓ 高密度脂蛋白 - 膽固醇(09043C)
- ✓ 低密度脂蛋白 - 膽固醇(09044C)
- ✓ 攝護腺特異抗原(12081C)
- ✓ 心臟超音波相關醫令  
(18005C、18007C、18019C)
- ✓ 婦科超音波(19003C)
- ✓ 產科超音波(19010C)
- ✓ 陰道超音波(19013C)

### ● 診察費

- ✓ 急診診察費(01015C)

### ● 處置類

- ✓ 冷凍治療相關醫令  
(51017C、51021C、51022C)
- ✓ 光線治療(51019C)
- ✓ 脈動式或耳垂式血氧飽和監視器(57017C)

### ● 手術類

- ✓ 周邊(局部)網膜雷射術(60005C、60006C)
- ✓ 徒手關節授動術(64080C)
- ✓ 肌腱粘連分離術(64194C)



# 114年費用管理規劃\_5/8

檢驗查項目：以高成長科別、高利用、高單價、偏離常模者管理

- 西醫院所與交付機構檢驗(查)重複申報
- 單一處方同項檢驗查醫令數量申報異常

## ● 偏離常模、非合理區間再執行等異常管理

- ✓ 檢驗檢查執行率高於同儕PR95
- ✓ 第四級外科病理(25004C)
- ✓ 腹部超音波(19001C)：28天
- ✓ 上消化道泛內視鏡檢查(28016C)：28天
- ✓ 腹部超音波，追蹤(19009C)：28天
- ✓ 大腸鏡檢查(28017C)：28天
- ✓ 前庭平衡檢查(22017C)：28天
- ✓ 大腸或小腸鏡切片(28031C)

上開醫令項目非合理區間下載路徑：VPN/下載專區/健保醫療資訊雲端查詢系統/ 20類重要檢查(驗)管理方案醫令代碼項目

# 114年費用管理規劃\_6/8

申報合理性：以執行率、占率、件數等高於同儕者管理

## ● 慢連箋未完整調劑自清

針對慢連箋調劑次數未滿2次張數占率且未調劑件數偏高院所，辦理診察費差額自清

- ✓ 依支付標準規定「開具連續兩次以上調劑，而且每次給藥28天以上之慢連箋」診察費點數高於一般診察費150點至250點

統計112年開立慢連箋張數約357萬件，其中調劑次數未滿2次之慢連箋張數約25萬件，占率為7.1%，請醫師**審慎開立慢性病連續處方箋**並追蹤、衛教病患後續領藥

本組持續監測並進行必要之管理

# 114年費用管理規劃\_7/8

申報合理性：以執行率、占率、件數等高於同儕者管理

- 慢連箋領藥當日併報其他案件合理性
- 主診斷Z23(來院接受疫苗接種)之健保案件及施行預防接種併報健保合理性
- 自費案件申報健保  
大腸鏡健檢、節育手術等自費項目併報健保案件等
- 健保卡異常刷卡  
異常卡序或補卡數量偏高、同日二刷
- 照護機構住民外出醫療利用  
每人或每件平均單價高於同儕值



# 114年費用管理規劃\_8/8

申報合理性：以執行率、占率、件數等高於同儕者管理

- **中央智慧系統(CIS)回溯性專業審查**

「鎮靜安眠處方超量」、「病理切片/胃鏡/大腸鏡等檢查驗合理性」、「同院同病人就診次數合理性」等篩異案件

- **西醫基層白內障手術案件術後品質管理**

術後同眼再執行、術後併發症發生率大於同儕

- **復健高利用、逾積極治療期**

- **C型肝炎全口服新藥**

用藥個案異常，如「中途放棄或中斷治療超過一週」、「病毒量檢測次數超過」

- **合理工時**

如有全署執行專案或其他專業意見管理項目，滾動式納入專案啟動評估

# 專案自行清查推估表回復配合事項

中央健康保險署臺北業務組	
113年1月~113年12月「○○醫令(○○○○○C)清查說明表」 說明：明細請至VPN\院所資料交換區下載，請檢視申報合理性及適當性，並回填本說明表後寄回本組醫療費用二科。	
院所 說明	
清查 結果	本院(所)經自行清查後，共   件為誤報費用，請貴組逕予追扣費用 合計   點，不再提起申復及行政救濟。餘   件為符合健保給付 規定並說明原因。
醫事機構代號：	
醫事機構名稱：	(蓋機構印)
負責人：	(負責人印)連絡電話：
中華民國   年   月   日	

## ● 檔案分析

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23、30條

## ● 自行返還

- ✓ 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第46條
- ✓ 診所自願繳回醫療費用，不得再提起申復及相關行政救濟程序

# 小結

## 01 —

請依支付標準及審查注意事項，核實申報

## 02 —

善用雲端查詢系統查詢，提升病人用藥安全與醫療效率

## 03 —

如有申報錯誤，請來函返還費用

# 查核案例分享

# 報告大綱



業務說明



案例分享



自承繳回

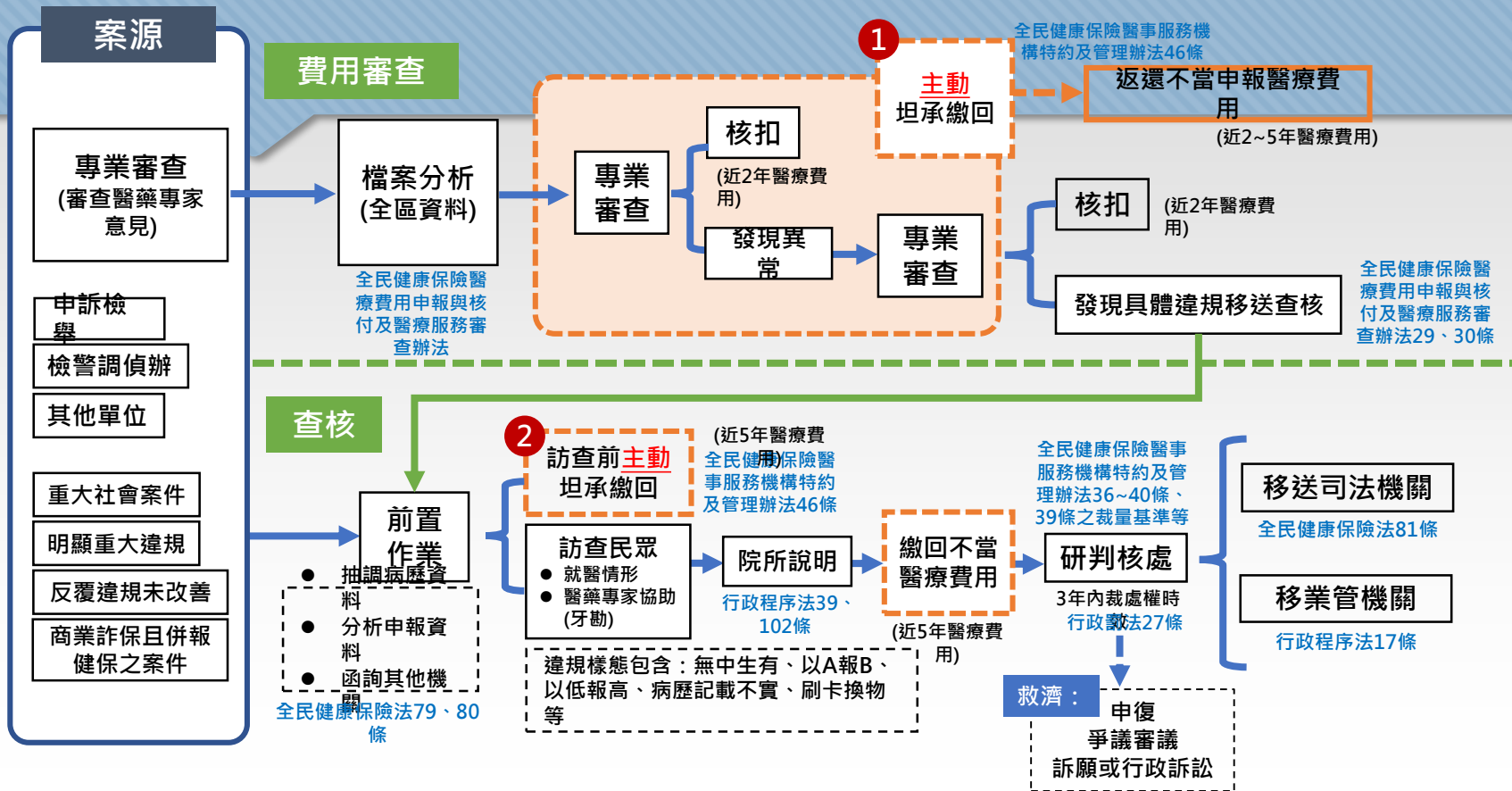


結論及建議



## 業務說明

# 醫療費用異常案件處理流程



# 全民健康 保險法

## 第66條規定

### ○ 授權制定違約處理相關辦法

「醫事服務機構得申請保險人同意特約為保險醫事服務機構，……  
機構種類與申請特約之資格、程序、審查基準、不予特約之條件、  
違約之處理及其他有關事項之辦法，由主管機關定之。」

全民健康保險醫事服務  
機構特約及管理辦法  
(特管辦法)

## 第81條規定

### ○ 罰則(涉有虛報詐領)

「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，處以……2倍至20倍之罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。……保險醫事服務機構有前項規定行為，其情節重大者，保險人應公告其名稱、負責醫事人員或行為人姓名及違法事實。」



## 處分類型 (對應條文)

違約記點  
(第36條)



扣減醫療費用  
10倍  
(第37條)



停約/終約  
(第38、39、40條)



## 重點違規樣態

- 未開給健保收據、囑保險對象自費、拒絕就醫、未確認保險對象身分、未收取部分負擔...
- 限期改善未改善(ex.未依規上傳健保卡資料)
- 未依處方病歷提供醫療服務(ex.記載A藥給B藥)
- 未看診直接交付藥品處方
- 未製作病歷或紀錄，申報醫療費用
- 違約記點或扣減10倍3次後，再有違反
- 刷卡換物、密醫
- 自費醫療，自創疾病虛報健保醫療費用



## 自承繳回

# 健保相關法規-主動坦承繳回

## ▶ 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第46條

保險醫事服務機構於保險人或其他機關訪查前，主動向保險人通報有申報不正確或向其他機關坦承等情事，並繳回應扣減（還）之相關費用者，得不適用第37條至第40條之規定；其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，有前開之情事者，亦同。



# 案例分享

# 查核案例1

## 提供非治療藥品、留置健保卡盜刷

●案源：申訴移查核辦理。

●案由：民眾申訴檢舉至A診所就診，健保快易通(健康存摺)診療項目及用藥紀錄與實際不符，且有多次領藥紀錄；經轉醫療費用二科檔案分析及電訪4名保險象，A診所疑有聯合B藥局不實申報費用，移送查核。

●辦理結果：

1. 查A診所所有「提供保險對象非治療需要之藥品申報費用」、「未診治保險對象」、「以補卡方式錯開日期虛報費用」、「未實際交付處方箋虛報診察費等」，虛報醫療費用8萬7,049點，核處停約3個月。
2. 次查，B藥局有未實際接受處方箋調劑、以補卡或未刷卡方式錯開日期虛報費用，虛報醫療費用13萬1,591點，核處終止特約。
3. 另A診所自清計1,100萬元、B藥局自清850萬元。

違反「健保特管辦法」第39條第2、3、4款

- ✓ 以提供保險對象非治療需要之藥品、營養品或其他物品之方式，登錄就醫並申報醫療費用者；未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用者；以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述申報醫療費用者，應予停約1至3個月。

違反「健保特管辦法」第40條第1項第2款

- ✓ 以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，情節重大者(詳特管辦法第43條)，保險人予以終止特約。



## 查核案例2

# 自費預防接種併報健保費用

- 案源：申訴移查核辦理。
- 案由：民眾檢舉其未成年子女於C診所自費接種疫苗，非因疾病就醫，健康存摺卻有自創疾病名稱，疑有申報不實之情事。
- 辦理結果：
  1. 查C診所於保險對象接受自費預防接種，當日無疾病就醫，卻以疾病名稱虛報醫療費用計1萬3,012點，核處停約1個月。
  2. 另C診所自清303萬3,468元。

### 違反「健保特管辦法」第39條第4款

- ✓ 保險醫事服務機構於特約期間有其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用者，保險人予以停約一個月至三個月。



## 查核案例3

# 容留未具醫師資格者為保險對象診療或處方

- 案源：檢警調單位移查核辦理。
- 案由：媒體報導D診所疑有容留密醫替保險對象執行醫療業務並申報健保費用；新北地檢署展開偵查，本組錄案並配合檢調查察。
- 辦理結果：
  1. 查D診所容留未具醫師資格者，為保險對象執行醫療業務，卻以其他合格醫師名義申報費用；及未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用計8萬3,942點，核處診所停約3個月。
  2. 另D診所自清60萬元。

### 違反「健保特管辦法」第39條第3、5款

- ✓ 保險醫事服務機構於特約期間未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用者；保險醫事服務機構容留未具醫師資格之人員，為保險對象執行醫療業務，申報醫療費用者，應予停約1至3個月。



# 查核案例4

## 虛報多項醫療處置申報費用

●案源：醫療費用二科電訪後移查核辦理。

●案由：E診所疫情期間醫療費用顯著成長，經醫藥審查專家提報，後經醫療費用二科發現E診所疑有部分處置未執行之不當申報情形。

●辦理結果：

1. 查E診所所有虛報鼻腔沖洗、耳道沖洗、複雜異物取出等3項醫療處置，虛報醫療費用計1萬7,872點，核處停約1個月。
2. 次查，E診所所有病歷未核章或病歷記載醫師與核章醫師不符，暨醫藥審查專家審查不符健保給付應予追扣計3萬2,739點。
3. 另E診所自清298萬2,128元。



違反「健保特管辦法」第39條第4款

其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用者，保險人予以停約一個月至三個月。

違反「全民健康保險特約醫事服務機構合約」第17條

- ✓ 特約醫事服務機構申請之醫療費用，有其他可歸責於特約醫事服務機構者，由特約醫事服務機構負責，經本署查核發現已核付者，應予追扣。



# 查核案例5

## 租用負責醫師牌照虛報費用

●案源：依專審意見分析後移查核辦理。

●案由：依專審意見分析資料中，F診所有成人健檢當日又申報同樣單項檢驗、與G診所有同病患同日於2家看診就醫，主要在60分鐘內占92.2%，以1-5分鐘最多占37.5%。

●辦理結果：

1. 查F診所有「長期租用負責醫師牌照虛報診察費」、「保險對象未實際就醫卻以異常代碼虛報醫療費用」、「保險對象因單純領取慢性連續處方箋藥或申請診斷書卻併報疾病就醫」等，虛報醫療費用計486萬8,651點，核定**終止特約**。
2. 次查G診所「長期以異常代碼自創就醫紀錄」，虛報醫療費用計4萬9,146點，核定**停約3個月**；另有自清159萬1,738元。

違反「健保特管辦法」第40條第1項第2款

- ✓ 保險醫事服務機構有以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，情節重大者，保險人予以終止特約。

違反「健保特管辦法」第39條第4

- ✓ 保險醫事服務機構於特約期間有其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用者，保險人予以停約一個月至三個月。



## 查核案例6

# 未經報准前往養護機構巡診卻收集健保卡 於診所內申報一般門診費用

●案源：申訴移查核辦理。

●案由：民眾檢舉H診所疑有自費減重或自費流感疫苗併報健保、領慢性病連續處方箋診所同日多刷健保卡並自創就醫紀錄，並有**未實際看診養護機構住民卻申報費用**等違規情事，爰交付查核。

●辦理結果：

1. 查H診所有多項違規情形，其中涉及照護機構住民部分有未依特管辦法第21、24條及「本組特約醫療院所支援照護機構醫療服務作業規範」第8、13、15點等規定，保險醫事服務機構**未事先報經衛生主管機關同意支援及經本署同意核備者**，其醫療費用不予支付。另支援一般門診之特定治療項目，應以特定治療項目「E2」申報；支援復健醫療者，應以特定治療項目「EA」申報，費用申報相關欄位須核實填列，倘未符規定，**將不予支付費用**。
2. 查H診所虛報1萬6,823點及應追扣4,751點及扣減10倍47,510點；另有自清200萬元。

### 違反「健保特管辦法」第39條第4款

- ✓ 保險醫事服務機構於特約期間有其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用者，保險人予以停約一個月至三個月。

### 違反「健保特管辦法」第21第1項、24條第1項

- ✓ 保險醫事服務機構得報經所在地衛生主管機關之許可，並報經保險人同意，指派醫師及必要之醫事人員至立案之老人安養、養護機構或身心障礙福利機構、護理之家（以下稱照護機構），提供保險一般門診及復健診療服務。
- ✓ 保險醫事服務機構之醫師於執業處所外，為保險對象提供之醫療服務，非依法令規定，經報准支援及報經保險人同意，本保險不予給付。



# 查核案例7

## 自費體檢不當申報「28017C大腸鏡檢查」

- 案源：費用二科移查核辦理。
- 案由：醫療費用二科所抽審I診所案件核減率異常偏高（達八成），主要核減醫令為「第四級外科病理(25004C)」、「大腸鏡檢查(28017C)」及「大腸或小腸鏡切片(28031C)」等3項，醫藥審查專家建議移送查核。
- 辦理結果：

1. 18名保險對象疑有不當申報，經專業審查意見(一)自費體檢預約、諮詢日：病人未有疾病或身體不適，只是安排自費體檢不應申報健保。(二)體檢當日：病人無疾病或症狀，只是要自費體檢或腸胃鏡檢查等原因，不符合健保大腸鏡適應症，不應申報健保。(三)看報告當日：自費體檢看報告，不應申報健保。(四)有瘻肉切除史病人，仍應先進行糞便潛血試驗後再行安排健保大腸鏡檢查，方才合理。

2. I診所虛報金額為 5萬3,764點，核處停約3個月，另自清1,061萬點(一點一元)。

### 違反「健保特管辦法」第39條第4款

- ✓ 保險醫事服務機構於特約期間有其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用者，保險人予以停約一個月至三個月。





## 結論及建議

# 結論與建議

## 民眾

珍惜健保資源、減少不必要就醫、加強查閱健康存摺、自身就醫經驗等檢舉案件，即時適切處理。

## 醫事服務 機構

學習正確申報方式，減少錯誤申報模式，避免健保涉訟案件。

**三贏共好**

## 政府

行政資源能妥善運用，提升管理效益，增進公共利益、維護健保有限資源。





衛生福利部  
中央健康保險署

# 感謝聆聽 敬請指教



衛生福利部中央健康保險署

NATIONAL HEALTH INSURANCE ADMINISTRATION, MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE