

中央健康保險局

全民健康保險代謝症候群照護方案問答集

97年10月16日修訂

問 01：本方案執行期間為何？

答：

1. 按本方案「肆、執行計畫期間」規定：本計畫執行期間：自公告日（97年8月21日）起至98年6月30日止。（新收案截至日期為97年12月31日）。
2. 次按行政院衛生署97年9月1日衛署健保字第0970081884號函釋規定：參與本方案之基層院所醫事人員若未能如期於97年10月15日前完成教育訓練6小時，取消參與本計畫資格，其相關醫療費用不予支付。
3. 故參與本方案之基層院所醫事人員應於97年10月15日前完成6小時之教育訓練，且對符合本方案收案條件之病患，應於97年12月31日前完成收案，至後續相關費用依規定申報，並於98年6月30日結束。

問 02：特約西醫基層院所應向那個單位申請辦理本方案？

答：

1. 依本方案「伍、計畫內容一、參與試辦特約醫事服務機構之資格（二）」規定：參與試辦之特約醫療院所，於收治符合判定標準之個案時，應向中華民國醫師公會全國聯合會登錄相關資料…。
2. 又依本方案「伍、計畫內容四、醫療費用申報原則及審查注意事項（二）」規定：中華民國醫師公會全國聯合會須於每月20日前，提報上月符合參與本方案之院所及醫師名單等相關資料，以為中央健康保險局核付與審查。
3. 是以西醫基層院所如已參加中華民國醫師公會全國聯合會辦理之代謝症候群照護方案教育訓練，且於收案時已向該會登錄相關資料，原則上無須再向中華民國醫師公會全國聯合會申請辦理本方案，以簡化作業。

問 03：參與本方案之基層院所各類醫事人員應於97年10月15日前接受6小時教育訓練。

1. 所謂醫事人員須包含哪些人要接受教育訓練，院所才符合參加資格？
2. 如只有醫師參加，是否符合參加資格呢？

答：

1. 依本方案「伍、計畫內容四、醫療費用申報原則及審查注意事項（二）審查及核付注意事項」規定：中華民國醫師公會全國聯合會須於每月 20 日前提報上月符合參與本方案之院所及醫師名單等資料，以為中央健康保險局核付與審查。故「醫師接受 6 小時教育訓練」係參與本方案之必要條件。
2. 另按本方案附表 3「代謝症後群照護」方案記錄表，註明：衛教指導人員：由具專業證照之醫師或其他醫事人員（藥師/藥生、護理師/護士、營養師…等），其中一人簽章即可。故前開醫事人員如參與執行本方案，則依規定應接受中華民國醫師公會全國聯合會舉辦之教育訓練 6 小時。
3. 依本方案「伍、計畫內容四、醫療費用申報原則及審查注意事項（二）審查及核付注意事項」暨「柒、醫療團隊訓練」規定，若診所之醫師**未接受中華民國醫師公會全國聯合會舉辦之教育訓練 6 小時**，不得申報本方案相關費用。
4. 亦即**中華民國醫師公會全國聯合會檢送至中央健康保險局之醫師名單資料，係已接受前開教育訓練者**，故本局將以前開院所及醫師資料與醫療費用申報資料勾稽，未於前開名單資料者，將逕予核減費用。

問 04：保險對象做完成人健檢，第二階段回來看檢驗檢查結果，發現有異常值，符合「全民健康保險代謝症候群照護方案」收案標準，當次可否辦理收案？費用應如何申報？

答：保險對象於成人健檢第二階段發現符合本方案者可以收案，費用申報方式，請分 2 筆申報：

1. 成人健檢請依第二階段申報。
2. 符合規定辦理收案，請將案件分類填報為「E1」，特定治療項目代號「H5」。

問 05：若病患於最近一年內在甲診所作預防保健，如符合收案條件，是否可由乙診所跨院收案？

答：

1. 依本方案「伍、計畫內容二、適用保險對象」規定：同一病人不得重複收案。
2. 病人在甲診所作預防保健，如符合收案條件，並未於甲診所收案則可由乙診所收案。惟依上開規定「同一病人不得重複收案」，故乙診所如對病患是否被收案有疑義，建請先與病人確認未於其他院所收案，以免病人重複被收案，並請於病歷中記載。

問 06：如何查詢個案是否曾於一年內進行成人預防保健？

答：院所可由保險對象 IC 卡讀取該個案成人預防保健紀錄。

問 07：如果病患同時需給予藥物治療，費用如何申報及登錄 IC 卡？

答：

1. 因本方案「P3701C、P3702C、P3703C」已包含診察費，故不得重複申報診察費。
2. 如有藥品治療費用得另計，惟請合併申報，並依相關規定登錄 IC 卡，然當次不計就醫次數。

問 08：病患如已參加「全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案」或「全民健康保險高血壓醫療給付改善方案」，該病患若當月結案，是否符合本方案收案條件？

答：

1. 依本方案支付標準規定：符合本方案之代謝症候群病人，如已在同一院所參與「全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案」、「全民健康保險高血壓醫療給付改善方案」，則不得重複申報本方案相關管理照護費及檢驗費。
2. 若病人參加「全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案」、「全民健康保險高血壓醫療給付改善方案」，且已結案，如符合本方案收案條件，因不違反重複申報原則得予收案。

問 09：本方案病患需要收部分負擔嗎？

答：本方案病患於收案當時或收案後之就診不需收取部分負擔，且健保 IC 卡登錄就醫類別 CA，不累計就醫次數。

問 10：本方案結案條件 1「已依規定申報 P3701C、P3702C、P3703C 者」，依支付說明 P3703C 不一定執行。那麼所謂結案，需三者皆執行？或執行其中一項即可？或多久時間內未繼續執行下一項目即視為結案？

答：

1. 符合本方案收案條件之病患，應於 97 年 12 月 31 日前完成收案，至後續相關費用依規定申報，並於 98 年 6 月 30 日結束。
2. 又符合收案條件之病患，應於收案後滿 180 日（6 個月），且完成追蹤及評估事項才可申報 P3702C，即申報 P3701C 與 P3702C 兩者之間至少間隔 180 日。

問 10：本方案申報 ICD9_CM 代碼為何？

答：

1. 查於目前本局與醫界使用之 ICD9_CM 2001 版中，並無適當代碼。
2. 故於申報「代謝症候群照護方案」時，原則上病患之疾病明確者仍應由醫師專業判斷填寫適當之疾病代碼，如果醫師覺得尚無疾病代碼適用，則該類案件之疾病代碼欄位可為空白。

問 11：本方案申報案件是否後抽審？有無回推？

答：

1. 又依本方案「伍、計畫內容四、醫療費用申報原則及審查注意事項（二）」規定：有關本方案之審查作業，係依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法相關條文規定辦理。
2. 故依現行行政院衛生署 96 年 6 月 26 日修訂之全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 16 條第 2 項（抽樣以隨機抽樣為原則，其抽樣及回推方式詳如附表）。
3. 又試辦計畫 E1 亦是會列入隨機抽樣範圍，也會回推。

問 12：本方案結算追扣補付代碼？

答：本局結算作業追扣補付系統(PBG)將配合新增追扣補付代碼：

1. 「190 代謝症候群照護方案之追扣」
2. 「290 代謝症候群照護方案之補付」
3. 「191 總額結算後代謝症候群照護方案之追扣」
4. 「291 總額結算後代謝症候群照護方案之補付」

全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第十六條附表
 --全民健康保險醫事服務機構醫療服務案件抽樣及回推方式

一、隨機抽樣方式：得採論人歸戶抽樣或論件抽樣。

(一) 論人歸戶抽樣

抽樣分類	抽樣類別	抽樣人數			備註
		申報人數	人數抽樣率	樣本人數	
門診	西醫基層	1-500	1/100	1. 以申報人數*人數抽樣率(採四捨五入)計算樣本人數。 2. 西醫基層樣本人數最少5人(不足5人,則依實際申報人數全抽);中醫樣本人數最少10人(不足10人,則依實際申報人數全抽);牙醫樣本人數最少10人(不足10人,則依實際申報人數全抽)。	一、抽樣類別排除洗腎、代辦案件,以病人為抽樣單位,由電腦按人歸戶後,進行隨機抽樣。 二、樣本病人之全部案件,除排除案件外,均列入抽樣案件送審。
		501 以上	1/100		
	中醫	1-250	1/50		
		251 以上	1/50		
	牙醫	1-150 人	1/15		
		151 以上	1/15		

(二) 論件抽樣

抽樣分類	抽樣類別	抽樣件數				備註	
		申報件數	抽樣率	調整數	樣本數		
門診	西醫	1 - 10000	1/100	0	1-200	一、西醫醫院分為慢性病及其他二類。診所不分行。 二、各抽樣類別之最少抽樣件數 20 件。 三、不列入隨機抽審案件：洗腎、居家照護、精神疾病社區復健、預防保健、一般案件(案件分類：01、11、21)、代辦案件、論病例計酬案件(案件分類 c1)及經電腦行政審查需整件核減者。	
		10001 以上	1/100	100	201 以上		
	牙醫	1-1000	1/10	0	1-100		
1001 以上		1/20	50	101 以上			
住院	內科系						一、左列各科系含括科別如下： 內科系：內科、家庭醫學科、神經科、放射線科、核醫科、結核科、洗
	外科系						

	小兒科系		1/15			腎科等。 外科系：外科、神經外科、整型外科、麻醉科、病理科。 小兒科系：小兒科 婦產科系：婦產科 骨科系：骨科、復健科 其他科系：泌尿科、耳鼻喉科、眼科、皮膚科、精神科、牙科、中醫
	婦產科系					二、各抽樣類別之最少抽樣件數 15 件 三、不列入抽樣審查案件：高額、特定醫療案件（案件分類 3）、論病例計酬案件（案件分類 2）及經電腦行政審查需整件核減者。
	骨科系					
	其他科系					

二、回推方式：

1. 總核減金額

總核減金額	$[(\text{總合計金額}) - (\text{極端值未參與之合計金額})] \times (\text{核減率}) + (\text{極端值未參與之核減金額}) + (\text{案件少於最少抽樣件數之抽樣類別之核減金額}) + (\text{不列入抽樣審查案件核減金額})$
案件數之計算	1. 抽審案件核減金額之極端值案件數N，門診以全部抽審案件數之6%、住診以全部抽審案件數之10%計算（四捨五入）。 2. 所有核減金額由高至低排列，其極端值案件之核減金額分別為M1（合計金額T1）、M2（T2）、M3（T3）、、、、Mn（Tn），於計算核減率時所佔之權重依序為 $1/(N+1)$ 、 $2/(N+1)$ 、 $3/(N+1)$ 、...、 $N/(N+1)$ 。
極端值未參與之合計金額	$\sum (T_n) [(N+1-n) / (N+1)]$
核減率	$\frac{\sum (M_n) [n / (N+1)] + \sum (\text{其他非極端值案件之核減金額})}{\sum (T_n) [n / (N+1)] + \sum (\text{其他非極端值案件之合計金額})}$
極端值未參與之核減金額	$\sum (M_n) [(N+1-n) / (N+1)]$
備註	1. 依第十四條所列程序審查項目經審查不符規定者，其核減金額不回推計算。 2. 各抽樣類別抽樣案件數門診少於二十件、住診少於十件，該抽樣類別單獨計算核減金額（即為全審不回推），不併入計算回推核減率。 3. 核減率計算至小數點第四位，第五位四捨五入。 4. 總核減金額，西醫、中醫、牙醫單獨計算。

2. 申復或爭議審議總補付金額

總補付金額	$(\text{抽樣審查案件補付金額}) + (\text{極端值未參與之補付金額}) + (\text{案件少於最少抽樣件數之抽樣類別之補付金額}) + (\text{不列入抽樣審查案件補付金額})$
補付率	$\frac{(\text{極端值申復案件參與之補付金額}) + (\text{非極端值申復案件補付金額})}{(\text{抽樣樣本極端值案件參與之核減金額}) + (\text{抽樣樣本非極端值案件核減金額})}$
抽樣審查案件補付金額	$\{[(\text{總合計金額}) - (\text{極端值未參與之合計金額})] \times (\text{核減率})\} \times \text{補付率}$

備註	1. 補付率計算至小數點第四位，第五位四捨五入。 2. 總補付金額，西醫、中醫、牙醫單獨計算。
-----------	--