

衛生福利部中央健康保險署東區業務組 102年第2次西醫基層總額共管會議紀錄

時間：102年12月17日(星期二)中午12時

地點：東區業務組三樓會議室及台東聯絡辦公室二樓會議室(視訊)

出席委員：

尤委員憲明	尤憲明	朱委員建銘	朱建銘
吳委員文揚	吳文揚	李委員楨雄	李楨雄
周委員朝雄	周朝雄	林委員秀雄	林秀雄
林委員紹昌	林紹昌	張委員建中	張建中
陳委員永和	陳永和	黃委員啟嘉	黃啟嘉
楊委員代雲	楊代雲	鄒委員永宏	鄒永宏
劉委員建三	劉建三	蔡委員文銘	蔡文銘
蔡委員明宏	蔡明宏		

列席單位及人員：

西醫基層醫療服務審查執行會東區分會 徐亞廷

台東縣醫師公會 江麗雪

花蓮縣醫師公會 林秀芸

中央健康保險署東區業務組	李名玉	董村鋒	尤碧雪	洪美榕
	王素惠	林美華	馮美芳	李姿蓉
	陳俊綸	黃國記		

主席：李組長少珍 何主任委員活發

紀錄：梁燕芳

壹、主席致詞：(略)

貳、102年第1次共管會議紀錄，請參閱（不宣讀）確認：（略）

參、報告事項：

第一案

報告單位：本組醫療費用科

案由：本會102年第1次會議決議事項辦理情形。

決定：洽悉。

第二案

報告單位：本組承保服務科

案由：電子繳款單暨網路下載各類明細表作業說明。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本組醫務管理科

案由：VPN功能維護作業說明。

決定：洽悉。

第四案

報告單位：本組醫療費用科

案由：西醫基層總額執行概況報告。

說明：

一、102年第2季點值確認。

二、102年第3季點值預估。

三、醫療費用申報概況。

四、102年第2季西醫基層總額醫療服務品質資訊報告。

決定：洽悉。

第四案之一

報告單位：本組醫療費用科

案由：電子病歷及專業審查作業紙本病歷替代方案簡報。

決定：洽悉。

第五案

報告單位：本組醫務管理科

案由：請東區分會輔導會員定期至健保資訊網服務系統(VPN)院所電子資料交換區瀏覽、下載，並每日查看電子郵件信箱，以利接收本業務組上傳或寄發各項電子郵件。

說明：為提高行政效率、擷節行政成本、減少郵寄及紙張列印成本，有關本署公告藥物給付項目及支付標準、特殊材料、健保法規及行政事宜和規範，自 102 年 9 月 6 日起改以電子郵件傳送或至本署 VPN 院所電子資料交換區下載，不再以紙本郵寄送達。

決定：洽悉。

第六案

報告單位：本組醫務管理科

案由：有關本署自 101 年 1 月開始推廣以憑證卡登入本署健保資訊網服務系統(VPN)，追蹤辦理情形。

說明：102 年 11 月 12 日擷取本轄區西醫特約診所仍有 42 家(花蓮縣 9 家、台東縣 33 家)尚未以憑證卡登入 VPN，本業務組再次提供輔導名單，請東區分會協助輔導。

決定：洽悉。

第七案

報告單位：本組醫務管理科

案由：102年11月18日以電子郵件寄送健保東醫字第1027086388號函，有關交付處方箋身分證號部分用*號代替，以保護病患隱私（例：A1234* * * * 9）。

說明：請轉知診所收信及配合辦理。

決定：洽悉。

第八案

報告單位：本組醫療費用科

案由：有關「103年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案」，增加指標項目：「健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 」，請轉知會員注意配合，以免影響權益。

決定：洽悉。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本組醫務管理科

案由：有關東區分會提報「102年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案」，指標項目「衛教宣導自評單」合格名單242家，提請確認。

說明：

一、依據「102年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案」-註釋，指標項目註4：「衛教宣導」操作型定義：

（一）請各診所於102年12月提報「衛教宣導自評單」予保險人各分區業務組，以供共管會議審查參考，院所未提供者視為不合格，並請於103年2月底前提供合格及不合格名單。

(二) 必要時保險人各分區業務組及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實施實地訪查。

二、 本案東區分會於102年11月8日以東區基審字第102000060號函檢送「衛教宣導自評單」合格及不合格名單，計242家全部合格，本組於102年11月18日會同東區分會辦理實地訪查5家診所，訪查結果均屬合格。

決定：依會議結論於103年2月底前函報本署242家「衛教宣導自評單」合格名單。

第二案

提案單位：本組醫療費用科

案由：修正「東區業務組西醫基層總額專業審查抽樣原則」壹之三立意抽樣內容文字，提請討論。

說明：有診所對於本項指標第1名之文字有意見，爰修改文字為「最高1名」。

決定：修正後「東區業務組西醫基層總額專業審查抽樣原則」(詳附件)將公布於本署全球資訊網並以醫事檔電子郵件信箱轉達各院所知悉。

伍、臨時提案討論

第一案

提案單位：西醫基層審查執行會東區分會

案由：建請東區業務組向總署反映將東區基層總額之全國佔率暫以2.5%固定，以保障東部偏遠地區之醫療預算。

說明：

一、 目前各區基層總額預算分配之各區佔率計算，係以標準化死亡比校正後之人口佔率及轉診型態比為主要變項之函數，由於東

部與西部族群結構與社會經濟因素有根本上之差異，故如以同一計算方式分配，將造成東部偏遠地區醫療預算逐年嚴重流失，偏鄉醫療正義無由實現。

二、目前東區人口佔率 2.2%、基層總額佔率 2.5%、醫院總額佔率 3.1%，以計算公式分配東區基層總額有下列幾點不合理之處：

- (一) 東區本身族群結構原住民佔 25%，其健康年齡變數與漢人有顯著差異，故在標準化死亡比校正後之人口因素上會造成結果扭曲。
- (二) 因社會經濟弱勢及精神科東區特殊醫療狀態，造成醫院醫療需求佔率較高，也嚴重影響到東區基層轉診形態上的弱勢。

三、由於目前基層地區預算分配公式深受上述兩點影響，如果按公式分配，則東區基層預算將年年大幅負成長，偏鄉醫療資源將大幅流失，偏鄉醫療正義將蕩然無存。

四、因此，建請衛福部及健保署將東區基層醫療預算佔率暫固定於 2.5%，獨立於西部五區之外，對西部五區而言點值影響不到 0.01，又可鼓勵醫師到東部偏鄉服務。

決定：本案請研議具體內容，在適當時機提出意見，尋求支持。

陸、臨時動議：無

柒、散會：下午 3 時 00 分。

東區業務組西醫基層總額專業審查抽樣原則

102.12.17 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，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。
 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 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%，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，得暫停抽審 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。
- 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。

二、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	15. 藥費百分位	前 90%	
	2. 診療費百分位	前 90%			16. 件數百分位	前 90%	
	3. 件數百分位	前 90%			17. 給藥日數百分位	刪除	×
	4. 平均就診次數百分位	前 90%			18. 每日藥費百分位	前 90%	
	5. 每件金額百分位	前 90%			19. 每件藥費百分位	前 90%	
	6. 每件診療費百分位	前 90%			20. 每件給藥日數百分位	後 10%	
	7. 每日藥費百分位	前 90%		09 案件	21. 診療費百分位	前 90%	
	8. 每日申請金額成長率百分位	前 90%			22. 藥費百分位	前 90%	
	9. 每日件數成長率百分位	前 90%			23. 件數百分位	前 90%	
	10. 件平均費用成長率	前 90%			24. 給藥日數百分位	前 90%	
	11. 重複就診	刪除	×		25. 每日藥費百分位	前 90%	
01 案件	12. 件數百分位	前 90%		26. 每件給藥日數百分位	刪除	×	
	13. 給藥日數百分位	前 90%		27. 每件診療費百分位	前 90%		
	14. 每件給藥日數百分位	後 10%		28. 每件藥費百分位	前 90%		
×:表示目前不採用指標 ※件數：補報原註記：2（差額補報）不計件數。							