

行政院衛生署中央健康保險局東區業務組

102年第1次西醫基層總額共管會議紀錄

時間：102年6月6日(星期三)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	請假	朱委員建銘	請假
何委員活發	何活發	吳委員文揚	吳文揚
李委員楨雄	李楨雄	周委員朝雄	請假
林委員秀雄	林秀雄	林委員紹昌	請假
張委員建中	張建中	陳委員永和	陳永和
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 洪珮娟

台東縣醫師公會 江麗雪

花蓮縣醫師公會 請假

中央健康保險局東區業務組	李名玉	陳陸英	蔡麗玉	林桂英
	江春桂	尤碧雪	林美華	涂琪
	李姿蓉	黃國記		

主席：李組長少珍 黃主任委員啟嘉

紀錄：梁燕芳

壹、主席致詞：(略)

貳、101年第2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：東區業務組醫療費用科
案由：本會101年第2次會議決議事項辦理情形。
決定：洽悉。

第二案 報告單位：東區業務組醫務管理科
案由：醫務管理業務簡報。
說明：
一、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法修正說明。
二、請配合辦理事項-健保資訊服務網系統 VPN 相關資料維護及下載輔導。
決定：洽悉。

第三案 報告單位：東區業務組醫療費用科
案由：西醫基層總額執行概況報告。
說明：
一、101年第4季點值確認。
二、102年第1季點值預估。
三、醫療費用申報概況。
四、101年第4季及101年全年西醫基層及洗腎總額總額專業醫療服務品質指標監測結果報告
決定：洽悉。

第四案 報告單位：東區業務組醫療費用科
案由：101年第4季及101年全年西醫基層總額專業服務品質指標監測結果報告。

說明：

- 一、旨揭西醫基層總額專業服務指標，業已公佈於本局全球資訊網，101 年第 4 季及全年監測結果：分別有 3 項指標高於監測值，請分區業務組錄案瞭解原因。
- 二、高於監測值指標摘述如下，請協助輔導院所改善：
 - (一) 各區門診注射劑使用率 (1150.01)：監測值為 $\leq 0.88\%$ ，東區 101 年第 4 季 0.96%(全局 0.72%)；101 年全年 0.94%(全局 0.70%)，均高於監測值。
 - (二) 各區跨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 (1164.01)：監測值為 $\leq 0.75\%$ ，東區 101 年第 4 季 0.81%(全局 0.58%)；101 年全年 0.96%(全局 0.62%)，均高於監測值。
 - (三) 各區跨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(1165.01)：監測值為 $\leq 1.51\%$ ，東區 101 年第 4 季 1.67%(全局 1.04%)；101 年全年 1.77%(全局 1.13%)，均高於監測值。

決定：洽悉。

第五案

報告單位：東區業務組醫療費用科

案由：有關「門診透析總額專業醫療服務品質指標」101 年第 4 季及 101 年全年監測結果與公佈事宜。

說明：

- 一、依據本局 102 年 5 月 27 日健保審字第 1020035442 號函辦理。
- 二、101 年第 4 季季報係依台灣腎臟學會 102 年所提供之資料編製，並依行政院衛生署 101 年 4 月 9 日衛署健保字第 1010007029 號函核定，全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案附表之積極性目標值監測。
- 三、101 年第 4 季報(含 101 年全年值)，業公布於本局全球資訊網(首頁\資訊公開\健保資訊公開\醫療品質資訊公開\專業醫療服務品質報告\門診透析總額專業醫療服務告)。本業務組 101 年全

年監測結果：指標項目 5—死亡率、指標項目 6—慶管重建率高於監測值，為維護病人權益，請協助輔導轄區院所改善。

決定：洽悉。

第六案

報告單位：東區業務組醫務管理科

案由：102 年 5 月 1 日起保險對象就醫次數達 20 次（含）以上者，健保卡取號時會出現警示訊息，請醫療院所協助瞭解原因及輔導正確就醫。

說明：

- 一、為提升全民健保醫療資源使用效率，維持總額點值穩定，已新增保險對象當年度就醫次數達 20 次（含）以上者（100 年全國每人之平均就醫次數為 15.1 次），健保卡取號時，即出現訊息視窗：「當年度就醫次數已達 X 次（X 為當次之就醫序號），請協助瞭解原因及輔導民眾正確就醫」之功能。
- 二、上開機制，特約醫事服務機構須依本局 102 年 3 月 29 日健保資字第 1020038946 號公告「健保卡讀卡機控制軟體 3.2 版」（諒達）版更始能運作，並自 102 年 5 月 1 日生效，該版本並同時提升健保卡上傳功能，如新增壓縮上傳 API，降低網路負荷，減少上傳所需耗費時間；增訂退掛作業資料檢核異常代碼，以便醫療院所瞭解資料檢核異常原因等。
- 三、本案業於 102 年 4 月 16 日健保東字第 1027086149 號函轉知特約院所配合辦理。

決定：洽悉。

第七案

報告單位：東區業務組醫療費用科

案由：「保險醫事服務機構提供病歷或診療相關證明文件，以複製本或電子資料送審時，應載明與正本相符，或另行以書面聲明」以符法令規定，請協助輔導特約院所配合辦理。

說明：

- 一、依「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3條第3項規定，醫療服務審查所需之病歷或診療相關證明文件，保險醫事服務機構應於保險人通知後提供；其提供複製本或電子資料送審者，應載明與正本相符，或另行以書面聲明。

- 二、查行政院衛生署於101年研議前述法規修訂時，考量醫療服務機構如需檢送複製本量大要逐頁加蓋「與正本相符」之戳章，確有困難。為簡政便民，故有另以書面聲明該次所送複製本與正本相符而無需逐頁加蓋前開戳章之配套措施規定。
- 三、依上開修法理由，醫事服務機構得依其自身作業需要，選擇逐頁載明「與正本相符」或以書面文書聲明該次送審資料與正本相符。
- 四、本案已於102年5月30日以電子郵件及健保服務資訊網服務系統(VPN)周知院所，合併敘明。

決定：洽悉。

第八案

報告單位：東區業務組醫療費用科

案由：重申保險對象就醫未能及時繳驗保險憑證者，醫療院所先行提供醫療服務，應依保險醫療費用收取，不得超額收費。

說明：

- 一、全民健康保險醫療辦法第4條第1項規定：「保險對象就醫，因故未能及時繳驗健保卡或身分證件者，保險醫事服務機構應先行提供醫療服務，收取保險醫療費用，並開給符合醫療法施行細則規定之收據；保險對象於就醫之日起10日內(不含例假日)或出院前補送應繳驗之文件時，保險醫事服務機構應將所收保險醫療費用扣除保險對象應自行負擔之費用後退還。」
- 二、請醫療院所確實依前開規定收取保險醫療費用(即俗稱押金，應依實際保險醫療費用收取)，並開給保險醫療費用項目明細表及收據，不得超額收費，避免事後保險對象向本局申請自墊核退醫療費用之爭議。
- 三、自102年起保險對象未帶健保卡就醫，補卡期限已修改為10日內(不含例假日)；倘院所尚未向本局申報費用，為方便及

服務保險對象，請配合辦理補卡事宜。

決定：洽悉。

第九案

報告單位：東區業務組醫療費用科

案由：依醫療服務審查勞務委託契約履約事宜，本年度將擇期辦理實地查驗履約標的品質，以利驗收。

說明：依醫療服務審查勞務委託契約第九條(履約標的品管)第一款規定略以，廠商在履約期間，應對履約品質依照契約之有關規範，嚴格控制履約品質，同時辦理自主審查，並接受機關不定期訪查。

決定：洽悉。

第十案

報告單位：東區業務組醫療費用科

案由：為提升糖尿病人照護品質，請轉知並鼓勵醫療院所參與糖尿病照護收案。

說明：

- 一、本局「糖尿病醫療給付改善方案」自 101 年 10 月 1 日起已納入支付標準第八部品質支付服務第二章「糖尿病」。
- 二、本組分析參與糖尿病醫療給付改善方案個案資料，101 年參與照護方案之品質指標 HbA1C、微量白蛋白、眼底檢查、空腹血脂等執行率較未參與照護者高，其指標值 HbA1C、LDL、飯前血糖值、三酸甘油脂等檢查結果，均較收案當時及 100 年度下降，顯然在醫療服務團隊衛教指導下，皆較未參與照護之病患在品質及自我照護能力均有所提升，對糖尿病的控制與改善，有顯著成果。
- 三、希望多鼓勵醫療院所組成照護團隊，並經縣市共同照護網認證後向本業務組提出申請，以幫助更多糖尿病人獲得最佳的照護。

決定：洽悉。

第十一案

報告單位：東區業務組醫療費用科

案由：有關 101 年「西醫門診抗生素使用率」案。

說明：

- 一、依據本局 102 年 3 月 13 日健保審字第 1020081535 號請辦單資料，101 年西醫基層抗生素使用率為 11.9%；前 5 大主要診斷為：
 - (一) 急性上呼吸道感染。
 - (二) 急性支氣管炎。
 - (三) 急慢性扁桃腺炎。
 - (四) 中耳炎。
 - (五) 皮膚或皮下組織感染。
- 二、本業務組第 1 項「急性上呼吸道感染」除” 0~1” 歲抗生素使用率高於本局平均值外，其餘 4 項多項年齡層之分析較本局為高。
- 三、分析本業務組 102 年 1 月至 3 月西醫基層抗生素處方率為 11.03%，惟部分院所處方率高達 36%。為擷節本保險有效資源及病人用藥安全，本業務組將於近日提供名單，函請 貴分會協助輔導院所配合辦理審慎用藥。

決定：洽悉。

肆、討論事項

第一案

提案單位：西醫基層醫療服務審查執行會東區分會

案由：柯龍吉診所表示 102 年 3 月之抽審之審查理由令人難以信服。

說明：

- 一、抽審原因為：平均就診次數第一名，每日件數成長率第一名。本人 3 月申報數才 274 件，怎會有上述之抽審原因？
- 二、274 件中居然隨機抽樣數 20 件，立意抽樣數 22 件，總共抽樣 42 件，抽樣高 15%，絕無僅有。

建議：審查時若要刪除藥物或檢驗項目應明示刪除之理由，不應以代號來取代，以利日後申復。

東區業務組說明：

- 一、抽審名單產出前當月資料才在申報，因此，所用指標資料是抽審月之前一個月在健保局現有申報資料統計，所以，102 年 3 月之抽審，指標資料是 102 年 2 月，在此先敘明。

二、102年2月該診所落入平均就診次數第一名，每日件數成長率第一名，經查係25項指標中申報件數544件，主要因為該診所當月實際送核申報件數272件，補報件數272件，而補報案件為部分差額，導致件數加倍計算，這部分將提修正需求，只有補報整筆案件才計算（補報原因註記：1），補報部分醫令或醫令差額不計件數（補報原因註記：2）。

三、醫療費用審查不予支付理由代碼，置於本局全球資訊網/醫事機構/醫療費用支付/專業醫療審查項下，請院所下載參考。

四、有關立意抽審部分，因應二代健保實施，今年局本部有很多專案，所以有加抽部分專案審查案件，請診所配合審查作業。

決定：

一、修正25項指標之申報件數，只有補報整筆案件才計算（補報原因註記：1），補報部分醫令或醫令差額不計件數（補報原因註記：2）。

二、醫療費用審查不予支付理由代碼，置於本局全球資訊網/醫事機構/醫療費用支撐/專業醫療審查項下，請院所下載參考。

第二案

提案單位：東區業務組醫務管理科

案由：請東區分會配合辦理「102年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案」核發指標-「衛教宣導」相關事宜。

說明：

一、依據本局102年4月2日健保醫字第1020023031號公告辦理。

二、「102年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案」陸、基層診所需符合下列情形，各給予核發權重25%：

（一）診所月平均門診申復核減率，不超過該分區所屬科別九十百分位。

（二）診所之每位病人年平均就診次數，不超過該分區所屬科別九十百分位。

（三）個案重複就診率不超過該分區所屬科別九十百分位。

（四）衛教宣導。

- 三、上開核發權重指標衛教宣導為本年度增修項目，其操作型定義：
- 1、請各診所於 102 年 12 月提報「衛教宣導自評單」(如附件 1) 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。
 - 2、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。

決定：

- 一、請東區分會於 102 年 12 月第 1 週前提供「衛教宣導自評單」，及合格與不合格名單予東區業務組。
- 二、「西醫基層總額品質保證保留款實施方案」衛教宣導實地訪查處理原則(如附件 2)，實地訪查診所家數分配為花蓮縣 3 家，台東縣 2 家。

第三案

提案單位：東區業務組醫療費用科

案由：有關本組專業審查抽樣原則第八點內容修正案提請討論。

說明：

- 一、有特約院所反映，一年 12 個月幾乎每月落入抽審指標或檔案分析指標，希望能有休息減抽的機會。
- 二、本組專業審查抽樣原則八、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，第 4 個月列入隨機抽審。自 96 年 2 月(抽審費用年月 96 年 1 月)開始執行。

決定：修正專業審查抽樣原則八之內容為：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(如附件 3)，並公布於本局全球資訊網。

第四案：

提案單位：東區業務組醫療費用科

案由：有關強化「健保資訊網服務系統(VPN)」使用頻率案，提請討論。

說明：

一、為提高行政效率、擷節行政成本及推動無紙化環保作業，本局未來許多訊息及業務之推動，將透過「健保資訊網服務系統(VPN)」傳達或運作。

二、為讓院所及時收到「健保資訊網服務系統(VPN)」最新訊息，第一階段將以電子郵件同步轉知訊息。本案擬先由本業務組提供未留電子郵件之院所名單，請貴分會協助於102年6月底前完成滙集，俾供本業務組醫事檔建檔。

決定：請醫務管理科將未留電子郵件之院所名單，提供東區分會協助於102年6月底前完成滙集，俾利醫事檔建檔，以轉達健保支出面通知性質之相關訊息。

第五案 提案單位：西醫基層醫療服務審查執行會東區分會

案由：依花蓮區兒科審查醫師會議決議 建請共管會議討論如何管控少數診所浮濫開立兒童氣喘或鼻過敏用藥之情形。

說明：因少數診所開立兒童氣喘或鼻過敏用藥比例異常 與同儕差異過大此類用藥費用較高 有必要了解病患使用之必要性 依花蓮區兒科審查醫師會議建議如下：

- (一) 基層診所每月申報案件數中，鼻過敏或氣喘慢性病處方籤比率 > 申報案件 8%以上，建議健保局加強抽審 如有必要應以電話或實地訪視，詢問病人是否確實有長期服藥必要性 (EX:急性呼吸道感染，但開立慢性病處方籤)。
- (二) 氣喘試辦計畫，收案比例超過該診所每月申報案數 > 3%以上，建議健保局加強抽審 如有必要應以電話或實地訪視，詢問病人是否確實有長期服藥必要性

決定：再研議。

伍、臨時動議：無

陸、散會：下午 15 時 35 分

○○診所 衛教宣導自評單

健康促進是基層醫師工作之價值所在，為達到此目標，衛教宣導亦為日常執業方式之一。為強化國民健康意識並提升醫療品質，本年度特將「衛教宣導」納入西醫基層醫療給付費用總額品質保證保留款實施方案評核指標之一，鼓勵基層醫師落實衛教並加強病人對各類常見疾病預防及認識。

➤ 請就實際執行狀況，填寫並勾選以下項目：

壹、院所基本資料

- 一、名稱：
- 二、代碼：
- 三、地址：
- 四、電話：
- 五、負責醫師：

醫事機構（特約）章戳

(醫事機構印章)	(負責醫師印章)
----------	----------

貳、衛教之內容(以下均可複選)

一、衛教工具

- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 衛教單張 | <input type="checkbox"/> 海報 | <input type="checkbox"/> 雜誌 | <input type="checkbox"/> 網頁、部落格 |
| <input type="checkbox"/> 影片 | <input type="checkbox"/> 簡訊 | <input type="checkbox"/> 診間口語宣導 | <input type="checkbox"/> 其他_____ |

二、衛教執行者

- 醫師 藥師 護理師 其他專業人員 相關行政人員

三、衛教內容

(一) 防止危險行為

- | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 抽菸 | <input type="checkbox"/> 不當飲食 | <input type="checkbox"/> 肥胖 | <input type="checkbox"/> 缺乏運動 |
| <input type="checkbox"/> 酗酒 | <input type="checkbox"/> 壓力 | <input type="checkbox"/> 藥癮 | <input type="checkbox"/> 其他_____ |

(二) 提供健康資訊

- | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血壓 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 高血脂 | <input type="checkbox"/> 心血管疾病 |
| <input type="checkbox"/> 癌症 | <input type="checkbox"/> 慢性腎臟病 | <input type="checkbox"/> 呼吸道疾病 | <input type="checkbox"/> 預防保健 |
| <input type="checkbox"/> 該專科常見疾病_____ | <input type="checkbox"/> 其他_____ | | |

(三) 提升照護成效

- 服藥習慣 加強遵囑 就醫習慣 其他_____

四、執行概況： 年 月 至 年 月 期間，本診所就醫病人中約 _____% 曾給予衛教，

其中，約 _____% 曾給予簡單衛教(<5分鐘)。

約 _____% 曾給予 5 至 10 分鐘衛教。

約 _____% 曾給予 10 分鐘以上衛教。

「102 年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案」衛教宣導
實地訪查處理原則(草案)

- 一、依據 102 年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案辦理。
- 二、訪查項目：衛教宣導。
- 三、訪查時程：102 年 12 月底前。
- 四、訪查單位：由東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東區分會(簡稱東區分會)派員實地訪查。
- 五、訪查家數：以東區分會檢送自評合格之診所抽取 5 家為訪查診所。
- 六、合格條件：經實地考核總分 ≥ 80 分者為合格診所。
- 七、考核表詳如附件。

行政院衛生署中央健康保險局東區業務組 西醫基層總額專業審查抽樣原則

102.06.06 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 件。
 1. 每日件數成長率第一名 1 件。
 2. 每日金額成長率第一名 1 件。
 3. 每日件數成長第一名 1 件。
 4. 每日金額成長第一名 1 件。
 5. 平均就診次數前 2 名及。
 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%		
<p>×:表示目前不採用指標</p> <p><u>件數：補報原註記：2（差額補報）不計件數。</u></p>							