

# 100 年第 1 次「醫院總額東區聯繫會議」紀錄

時間：100 年 6 月 10 日（星期五）上午 10 時 30 分

地點：中央健保局東區業務組二樓多功能教室

出席單位及人員：

財團法人佛教慈濟綜合醫院：陳星助、林玲珠、邱聖豪

台灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院：周恬弘、廖秀珪

台灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院壽豐分院：林明桂

國軍花蓮總醫院：湯金連、呂昭林、王定偉

行政院衛生署花蓮醫院：黃瑞明、郭名釗

行政院衛生署花蓮醫院豐濱原住民分院：鄧寶月

行政院退除役官兵輔導委員會鳳林榮民醫院：蔡高文

行政院衛生署玉里醫院：李新民、孔秀美

行政院國軍退除役官兵輔導委員會玉里榮民醫院：趙建剛、李  
蔚新

財團法人佛教慈濟醫院玉里分院：唐昌澤、林可人

馬偕紀念醫院台東分院：卓秀霞

行政院衛生署台東醫院：侯承伯、李美靜

財團法人佛教慈濟關山分院：王秀華、彭佳琪

行政院國軍退除役官兵輔導委員會臺東榮民醫院：（請假）

財團法人台東基督教醫院：張艷瑜

行政院衛生署台東醫院成功分院：李美靜

天主教聖母醫院：彭衍翰

中央健康保險局東區業務組：邊子強、陳陸英、李名玉、

蔡麗玉、董村鋒、于采蘋、  
林桂英、李敬慧、江春桂、  
鄭翠君

主席：黃院長瑞明  
呂組長穎悟

記錄：羅亦珍

壹、主席致詞(略)

貳、宣讀前次會議紀錄:(確定)

99年12月31日「醫院總額東區聯繫會議」99年第1次臨時會議紀錄。

參、報告事項：

第一案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：報告100年醫療費用申報概況及點值預估、品質指標執行情形。

第二案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：財團法人台灣醫療改革基金會函本局，指出轄區有行政院衛生署台東醫院(RCW)、台東榮民醫院，參與「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」人力不符設置辦法規定，本業務組辦理情形。

說明：

- 一、依「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」規定，醫院參加本試辦計畫各階段應符合行政院衛生署「醫療機構設置標準」，而呼吸照護病房階段之呼吸治療人員每 30

床應至少有一名（可兼任）。

(一) 行政院衛生署台東醫院

- (1) 該院參加本試辦計畫第三階段，設置呼吸照護病床 30 床，依設置標準規定應有呼吸治療師 1 人，但該院於原呼吸治療師 98 年 11 月 27 日離職後，皆未有呼吸治療師執業登錄，不符衛生署呼吸照護病房設置標準規定，經台東衛生局調查後，台東縣政府行政裁處，以違反醫療法第 12 條第 3 項之規定，處以罰鍰壹萬元整。
- (2) 該院未符設置標準，不得依「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」試辦計畫支付標準申報 RCW 定額費用。本業務組改以「非 IDS 醫院之 RCW 之一般病房採論量計酬但以 RCW 定額為上限」重新核算該院 RCW 費用後，核扣 98 年 11 月~99 年 12 月申報 RCW 定額高於實際醫療之件數/費用計 79 件/1,197,975 點。
- (3) 查該院自 100 年 1 月起，已由馬偕紀念醫院台東分院支援呼吸治療師醫療業務。

(二) 台東榮民醫院

該院參加本試辦計畫第三階段，設置呼吸照護病床 40 床，依設置標準規定每 30 床應有呼吸治療師 1 人，該院設置 40 床應有 2 人。該院於 99/4/2~100/1/2 期間，其中 1 名呼吸治療師離職後，未再補實，不符衛生署呼吸照護病房設置標準規定，本業務組將追扣這段期間之醫療費用約 200,000 點。

二、再次重申，凡參加「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」試辦計畫醫院，參加期間，遇有不符醫療機構設置標準時，應退出本試辦計畫並向本局報備，並改用「非 IDS 醫院之 RCW 及一般病房採論量計酬但以 RCW 定額為上限」申報醫療費用。

三、請各醫院務必於異動 5 日內，將呼吸器依賴患者資料，於本局 VPN 系統登錄，及正確申報醫療費用。（另提醒非由上游醫院下轉者，應注意依規定辦理。）

### 第三案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：99 年 1~4 季相同 DRG 案件申報 2 次以上專業審查辦理情形。

說明：

一、本局每季下傳相同 DRG 案件申報 2 次以上歸戶名單，交各分區辦理逐案審查。審查重點為：醫院是否有不適當出院導致再入院、不當轉院、違規切帳或分次住院、第 1 次住院主手術及處置不符專業認定，導致第 2 次住院之情事。

二、辦理情形：

(一) 99Q1/11 件：申報 2 次者計 11 件，專審結果核扣 2 件，理由分別為未達出院標準、不需住院門診手術即可，追扣 47,194 點。

(二) 99Q2/77 件：申報 2 次者計 74 件，申報 3 次者計 3 件，專審結果核扣 6 件，理由分別為未達出院標準導致再入院、治療不符專業認定導致再入院，追扣 198,317 點。

(三) 99Q3/51 件：申報 2 次者計 44 件(其中跨區就醫需送北區及南區各 1 件)、申報 3 次者計 7 件(其中跨區就醫 1 件需送中區審查)，專審結果核扣 6 件，理由分別為違規切帳或分次住院、治療不符專業認定導致再入院，追扣 310,299 點。

(四) 99Q4/37 件：申報 2 次者計 34 件(其中跨區就醫需送高屏及台北各 1 件)、申報 3 次者計 3 件(皆在慈濟醫院經查 1 次為心導管，第 2、3 次為不同側之人工膝關節置換)，專審正審查中。

三、請各醫院對於同院同一病患申報相同 DRG 案件申報 2 次以上者，應自我檢查其適當性。

四、另自 100 年起本局會按季提供：DRG 案件出院後 3 日再急診、14 日再住院、轉院及申報 2 次以上 DRG 案件之歸戶統計資料，請各醫院配合提供資料送審，審查結果發現有不當情形而核減費用者，該案件若為隨機抽樣樣本，且該次費用尚未完成核付

者，則核扣費用併入回推；已完成核付者，以追扣方式處理。

#### 第四案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：本局重申 Tw-DRGs 門、住診併案申報之原則及權重計算範圍。

說明：

- 一、依本局 100 年 5 月 17 日健保醫字第 1000072996 號函。
- 二、按全民健康保險醫療費用支付標準第九部「全民健康保險住院診斷關聯群」第一章 Tw-DRG 支付通則二，各 Tw-DRG 之給付，已包含當次住院屬支付標準及藥價基準所訂各項相關費用，特約醫療院所不得將屬當次住院範圍之相關費用移轉至門診或急診申報，或採分次住院，或另行向保險對象收取給付範圍費用，違反本項規定者，整筆醫療費用不予支付。
- 三、Tw-DRGs 實施初期之審查係以輔導為原則，為回應醫院之要求，及考量 Tw-DRGs 支付制度下，醫院為提升管理效率，降低不必要住院日數，而將屬當次住院範圍之相關費用於門診或急診執行時，本局同意自 99 年 9 月(費用年月)起，應將該門急診費用合併於該 Tw-DRGs 案件申報。同時，落實 DRG 案件之審查。如經專業審查認定個案住院前之相關門急診費用，應包含於當次住院相關費用，則依上述支付通則二規定，整筆醫療費用不予支付。
- 四、有關 Tw-DRGs 權重計算範圍一項，本局依醫院申報之住院醫療服務點數及 Tw-DRGs 支付通則規定進行計算，至於醫院於門診醫療服務點數清單申報之門（急）診費用，無法辨識是否屬個案當次住院應包含費用，故無法納入計算。

#### 第五案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：調查 17 家醫院執行檢查檢驗（限健保給付項目）結果，主動通知病患辦理情形。

說明：

- 一、依本局 99 年 7 月 15 日 099AD04683 號，及 100 年 4 月 8 日 100AD05446 號函辦理。
- 二、本業務組於 99 年 7 月 1 日，請各醫院提報執行項目；100 年 4 月 13 日再以 E-mail 請各醫院提供執行成效（限健保給付項目）彙編如下表。其中有行政院衛生署台東醫院等醫院有提計畫，未落實執行；或執行率偏低（行政院衛生署花蓮醫院只執行 1 件）。
- 三、另保險對象若回診純粹看檢查檢驗結果，如檢查檢驗屬正常者，請各醫院應退還保險對象掛號費、及勿再申報當次門診醫療費用。
- 四、本項執行主動通知醫院，建請建置於各醫院全球資訊網、併以海報張貼各醫院檢查檢驗室，周知民眾。

執行主動通知醫院	通知之檢驗項目	通知方式
轄區內 17 家醫院，有 13 家執行。 醫學中心(1 家)： 慈濟醫院	總體檢驗項目(特殊照影除外 Ex： MRI. CT...	1. 成立諮詢中心，主動告知 2. 網路查詢（限定轉診院所） 3. 檢驗屬於危害值，由各科個案管理師電話通知複診
區域醫院(3 家)： 馬偕台東醫院  門諾醫院 國軍花蓮總院	病理檢驗、愛滋、X 光、常規檢查、BC 肝、子抹、..	1. 設立櫃臺，免費索取 3 個月內報告 2. 檢驗屬於危害值，由主治醫師電話通知複診 當日能判斷立即轉知病患；餘俟 3-4 天檢驗結果，正常者電話通知；異常者，電話通知再掛號原主治醫師複診。
地區醫院(9 家)： 花蓮醫院、慈濟玉里、慈濟關山、鳳林榮院、玉里榮院、台東榮院、門諾壽豐分院、台東基督教、聖母醫院	病理檢驗、X 光、常規檢查. BC 肝. 各項法定傳染病..	當日能判斷立即轉知病患；餘俟 3-4 天檢驗結果，正常者電話通知；異常者，電話通知再掛號原主治醫師複診。

## 第六案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：請轄區醫院申請參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案。

說明：

- 一、本局自 100 年 4 月 1 日起新增「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」，為照護在住院中之重症末期病人有安寧療護服務之需求，但無法入住安寧病床時，可由原醫療團隊之醫護人員照會同院之「安寧共同照護」醫療團隊。藉由安寧共照團隊人員至病床旁提供安寧照護服務，而原醫療團隊仍持續提供住院照護服務，使病人不需入住安寧病房亦可得到安寧療護之服務。
- 二、醫院需成立「安寧共同照護小組」，小組成員需包括安寧共照負責醫師及專任護理人員至少各 1 名，視必要得增設社工人員、心理師、宗教師或志工等。小組成員皆需接受過安寧緩和醫療之基礎教育訓練 80 小時以上。考量地區醫院符合收案條件人數不多，以其過去 3 個月(每季季末計算)平均照護人數達 30 人以上者，則應設置專任護理人員 1 人，若過去 3 個月平均照護人數在 30 人以下者，護理人員得以兼任為之。
- 三、目前已申請參與之醫院有慈濟醫院、門諾醫院、國軍花蓮總醫院、馬偕台東分院等 4 家醫院，請尚未參與之醫院踴躍參加。

## 第七案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：請特約醫院配合辦理保險病床資訊公告事宜。

說明：

- 一、依據全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 33 條規定：特約醫院應於其住院櫃檯及其網際網路網頁明顯標示其設置之總病床數、各類病床之每日占床數及空床數、保險病床數及其比率、收取差額之病床數及其差額數等資料，並於其病房護理站明顯標示該病房之前述各項資料。

- 二、本業務組已於 100 年 4 月初及 5 月 25 日以電子郵件請各院針對附件內容配合完成公告。
- 三、尚未派員實地訪視及已派員訪視但尚不符合規定之醫院，請於 100 年 6 月 15 日前完成改善。
- 四、違反此規定將依同法第 35 條第 1 項第 2 款規定，由保險人予以違約記點一點。

## 第八案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：請轄區醫院踴躍參加 100 年度全民健康保險精神分裂症醫療給付改善方案。

說明：

- 一、截至目前為止 99 年度參與此方案醫院為國軍花蓮總醫院及玉里醫院，經統計結果皆未達品質指標，致無法領取品質獎勵金。
- 二、本局 100 年精神分裂方案照護率目標值。
- 三、本案收案標準係依據病患前一年之就醫情形，由本局每年產製名單由分區交由參與醫院收案，本轄區符合參與收案之醫院名單為慈濟醫院、門諾會醫院、署立花蓮醫院、國軍花蓮總醫院、鳳林榮民醫院、署立玉里醫院、玉里榮民醫院、台東榮民醫院、馬偕醫院台東分院。

## 第九案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：請轄區醫院配合健保 IC 卡上傳作業。

說明：

- 一、依據本局公告「健保 IC 卡讀卡機控制軟體」3.0 版，自 99 年 10 月 1 日起生效，「健保 IC 卡存放內容」、「健保 IC 卡資料上傳作業說明」新增醫療專區處方箋簽章之欄位及新生兒就醫依附註記，自現行出生起 31 天內延長至 60 天之備註。

- 二、本轄區醫院「100年1月至4月份IC卡上傳異常欄位:A79處方簽章未寫入一覽表」及「IC卡上傳VPN網站上錯誤訊息及處理方式」，請儘速改善。

## 第十案

提案單位：中央健康保險局東區業務組

案由：本局擬變更全民健保醫療費用申報格式案。

說明：

- 一、全民健保開辦迄今，醫療費用申報格式因採定長之.TXT格式，不具擴檔彈性，加以為應支付標準增修訂變動之需求，致須借用其他既有欄位作不同定義共同使用之不合宜情形。
- 二、另為因應未來ICD-10-CM/PCS之實施，現行住診診段碼及處置碼（各5組）不論欄位長度或組數將不敷使用，面臨必須擴檔問題。同時考量未來支付標準增修訂之需求，實有必要改變現行TXT檔案格式為XML檔案格式，以保持擴檔彈性。
- 三、採用XML檔案格式，具有下列表列之擴充彈性等優點：

項目	.TXT	.XML
1. 彈性及可擴充性	差	佳
2. 空白欄位資料	需檢送	不需檢送
3. 空間節省	無法	可節省
4. 資料交換	不易	國際間資料交換之標準格式
5. 資料管理	較不易	管理及保存較容易
6. 未來支付標準修訂因應	差	佳

- 四、本次申報格式改變之主要內容說明如下：

- (一)格式由固定長度之.TXT改為不定長度之.XML，現行IC卡上傳資料即採XML格式。
- (二)申報資料格式將總表、點數清單及醫令清單檔整合成一，簡化三種表單之共同欄位，如醫事服務機構代號、費用年月、

申報類別、案件分類、流水號及身分證統一編號等。另為利檔案管理以總表段、點數清單段及醫令清單段等區分。

(三)藥局、醫檢所及物理(職能)治療所等原屬多種申報格式，整合為一種申報格式。

(四)取消目前欄位借用情形及應實際業務需要新增必需欄位。

(五)本局原預定時程為本(100)年7月公告XML格式之醫療費用申報格式，明(101)年7月1日起全面改採XML檔案格式申報費用。

## 第十一案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：台灣導入ICD-10-CM/PCS五年計畫報告案(待下次會議報告)。

## 肆、提案討論：

### 第一案

提案單位：中央健康保險局東區業務組

案由：擬修訂東區業務組100年醫院專業審查措施案，提請討論。

說明：

- 一、鑑於100年第1季實際執行醫院專業審查措施管理目標分配結果，有關按成長率計算各調整項目加計後，可分配額度尚有餘額部分，再依門、住診以各醫院之急診(02案件)及重大傷病(部分負擔001)之病人數再分配，無法將各醫院收治病人之嚴重度差異反應於管理目標之分配。
- 二、為使管理目標分配更臻於合理，並持續保障急重症病患就醫權益，擬針對原門、住診急重症醫療費用成長點數調整因子及急

診重大傷病人數再分配二部分重新調整，擬修訂100年醫院專業審查措施方案，並自100年第2季起實施。

結論：同意修訂100年醫院專業審查措施方案（如附件），並自100年第2季起實施。

## 第二案

提案單位：中央健康保險局東區業務組

案由：有關本局每季點值結算後寄發之「總額預算收入計算過程明細表」，將建置於健保資訊服務網（VPN及Internet）供各特約醫事服務機構自行下載案，提請討論。

說明：

- 一、本局各總額部門每季點值確認後，於次月執行追扣補付作業寄發追扣補付函及「總額預算收入計算過程明細表」。經查該明細表醫院總額部門每家醫院報表約50張，如改置放於健保資訊服務網（VPN及Internet）供各特約醫事服務機構自行下載（列印或瀏覽），將可達節能減碳之目的。
- 二、本案經本局各分區業務組洽詢各部門醫事機構之意見，鑑於各區各部門意見不一，擬由分區業務組自行審酌及協調採列印書面報表寄發或建置於健保資訊服務網（VPN及Internet）免郵寄之方式，惟不論採何種方式，皆需寄發追扣補付核定函。另該明細表建置於健保資訊服務網之期間將為90天（如，100年2月24日完成點值確認，100年3月21日進行追扣補付作業，本報表建置時間將為100年3月21日起，始日不算入含例假日共90天）。
- 三、本案預訂於99年第4季之總額結算追扣補付作業起實施，相關報表之檔案下載操作流程作業說明書，亦將建置於健保資訊服務網之公告事項區，供特約醫事服務機構作業參考使用。

結論：同意自99年第4季起醫院總額結算追扣補付作業起實施，將「總額預算收入計算過程明細表」建置於健保資訊服務網（VPN及

Internet)，不再隨函寄送，若下載有異常情形時再個別處理。

### 第三案

提案單位：中央健康保險局東區業務組

案由：請尚未在住院收據內，設定「部分負擔」欄位之醫院，於系統設定「部分負擔」欄位，如財團法人佛教慈濟綜合醫院住院收據樣式（詳附件10，P71），俾使本業務組能順利辦理保險對象全年度的住院部分負擔核退作業，提請討論。

說明：

- 一、依全民健康保險法第47條規定保險對象應自行負擔之住院費用如下：

病房別	部分負擔比率			
	5%	10%	20%	30%
急性病房	--	30日內	31-60日	61日後
慢性病房	30日內	31-90日	91-180日	181日以後

保險對象於急性病房住院30日以內或慢性病房住院180日以內，同一疾病每次住院應自行負擔費用之最高金額及全年累計應自行負擔費用之最高金額，由主管機關公告之。

- 二、99年度入住急性病房30日內，慢性病房180日內的出院病人，每次住院的部分負擔金額上限為29,000元，每人全年度的部分負擔上限為48,000元【以上費用不包含全民健康保險法所規定不給付之項目】，如超過上限，可以在100年6月底前，填寫申請書並檢附費用明細和收據正本，由本人或法定代理人向本局各分區業務組申請核退超過負擔上限部分的金額。
- 三、本業務組自100年4月起，辦理核退前述費用時，發現保險對象檢附的醫院住院收據內的「部分負擔」欄位，部分醫院未能依每一階段負擔比率呈現應付金額，僅列一筆總計金額，造成保險對象誤解以為全部「部分負擔」金額皆可核退補助。另亦發

現醫院住院收據上所列「部分負擔」金額，與向本區申報之資料有出入及溢收保險對象款項等情事。

- 四、為利辦理全年住院部分負擔超過法定上限核退業務，請各醫院協助將收據上的「部分負擔」欄位修改及加強內部訓練減少溢收款項，以降低保險對象誤解。

結論：同意配合辦理。

#### 第四案

提案單位：行政院衛生署台東醫院

案由：為健保醫療100年台東醫院成功分院門診A級管理基礎點數調整方案，擬請同意調整。

說明：

- 一、配合衛生署要求成功分院責無旁貸應照護偏遠地區民眾成功地區緊急醫療業務，落實病患就醫之權益，本院提供在地醫療未提供之次專科（眼科、骨科、泌尿科、牙科）等多科診療服務及24小時緊急救護醫療，充實在地醫療服務降低轉診發生減少醫療資源浪費。
- 二、同理成功分院門急住診病患亦可正向增加，轉送之病人亦明顯降低。
- 三、依99年Q1分院實際醫療費用3,614,200與100年Q1 5,234,399兩季相較門急診醫療費用點數增加至藥品使用量亦會增加。
- 四、同理醫療品質監測項目中：藥品費用成長率之定義是以去年申報藥品費用之季平均為基礎點數，且需負成長才能達到此項指標，對醫療費用成長之分院較不合邏輯，以目前成功分院的藥費佔率26.31%遠低於同儕醫院藥費平均值32.33%藥費佔率。擬以合理平均藥費佔率為監測目標值，較為合乎目前分院之提供醫療照護之合理性，若指標監測之方式無法以佔率監測仍應以藥品基礎點數為依據。
- 五、引上述分析醫療費用酌以增加醫療及藥費額度，以利本院業務推展落實病患就醫之權益。

### 東區業務組意見：

- 一、鑑於以藥費占率作為監測指標，易受其他非藥品之各項醫療支出多寡之影響，且藥費占率並未能實際反映藥費之耗用變化情形，故不宜改採藥費占率為管控指標項目。
- 二、另因台東醫院成功分院99年平均每季藥費僅約110萬元，分母較小，致使該分院於100年加強診療服務後，成長率變動幅度相對較大，擬同意該院計算藥費成長率之基準藥費(分母)改以99年第4季之藥費(1,342,575)計算，惟各季平均每人藥費不得高於99年平均每季每人藥費550元之1.015倍，亦即不得高於558元。

結論：同意依東區業務組意見，計算藥費成長率之基準藥費(分母)改以99年第4季之藥費(1,342,575)計算，惟各季平均每人藥費不得高於558元。

### 伍、臨時報告提案

#### 第一案

提案單位：中央健康保險局東區業務組

案由：請免費提供保險對象門診及住院醫療費用明細。

說明：

- 一、本業務組於99年5月31日以健保東醫字第0997026235號暨99年9月10日健保東醫字第0997027312號二次發函說明有關列印醫療費用明細事宜，應已諒達。
- 二、保險對象門診費用明細，醫院應主動免費提供，而有關於住院費用明細部分若遇住院病患要求時，應列印健保所給付之費用及點數，避免產生困擾。

#### 第二案

提案單位：中央健康保險局東區業務組

案由：請主動提供主管機關同意醫事人員執登或支援之備查文。

說明：

- 一、目前各醫院均以網路申報醫事人員異動或支援業務，衛生局也在網路上決議同意與否。
- 二、若醫院未主動檢附衛生主管機關同意函至本業務組備查，申報相關醫療費用被勾稽無相關資料時，醫院應負舉證責任，如果無法提出證明，以追扣費用處理。

### 第三案

提案單位：中央健康保險局東區業務組

案由：提供本分區業務組轄區醫院100.03.21-100.03.27查詢「保險對象特定醫療資訊平台」統計資料如下：

院所簡稱	與本系統 connection 次數	使用本 系統醫 師數	查詢病 患人數	關懷名 單人數	關懷名 單病患 網頁被 開啟病 人數	關懷名 單病患 網頁被 開啟病 人比例
慈濟醫院	284	60	259	35	19	54.29%
馬偕台東	147	1	53	10	9	90.00%
門諾醫院	135	38	126	12	0	0
門諾壽豐分院	4	2	4	0	0	0
台東醫院	2	1	1	1	1	100.00%
花蓮醫院	88	11	64	21	16	76.19%
台東基督教	39	12	25	4	1	25.00%
玉里醫院	9	7	8	2	0	0

說明：

- 一、為了民眾用藥安全及擷節醫療費用，再次呼籲請轄區醫院轉知醫師給病患使用管制藥品時，務必開啟「保險對象特定醫療資訊平台」查詢是否近期已在其他院所開立過類似成分藥品，俾免該病患重複過量領藥。
- 二、以下是案例分享：  
謝姓保險對象來文申訴台東某醫院拒開管制藥品慢性病連續處方箋，希本業務組協助，經本業務組列印該名保險對象近年就醫紀錄，轄區3家醫院都曾開過管制藥品慢性病連續處方箋

，現因其中一家醫院發現該名病患有重複開立情形予以婉拒，當本業務組同仁洽詢拒開醫院時，醫院表示是查詢「保險對象特定醫療資訊平台」時，發現其已超過安全劑量，所以拒開慢連，當時同仁致上12萬分謝意，並回復該保險對象，不應跨院所重複領藥。由以上案例可知，如果醫師們用心一些，保險對象誇院所領用管制藥品甚至重複就醫情形會減少。

#### 第四案

提案單位：中央健康保險局東區業務組

案由：有關油症患者持「油症患者就診卡」或已註記油症身份之健保 IC 卡 就醫事宜相關資料，已置於本局健保資訊網（VPN），請上網查詢。

說明：

- 一、依據本局100年5月23日健保醫字第1000003314號函辦理。
- 二、VPN網址：<http://10.253.253.242/idcportal/>。進入畫面後，請至健保分區業務組資訊交流區/東區業務組查詢。

陸、散會：下午12時40分