

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組
高屏區中醫門診總額 108 年第三次共管會議會議紀錄

時 間：108 年 9 月 5 日(星期四)14 時 00 分

地 點：本組 7 樓第一會議室

主 席：林組長淑華

紀錄：吳建昌

出席人員：

中醫門診醫療服務審查執行會高屏區分會：陳主任委員建霖、楊副主任委員啟聖、郭副主任委員朝源、陳執行長兼組長俊龍、張召集人瑞璋、高組長宗成、麥組長富淵、張組長兆輝、黃組長文局、吳組長承益

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組：林組長淑華、蔡副組長逸虹、許專門委員碧升、楊科長斐如、張科長清雲(黃複核專員璽螢代)、莊複核專員專圓、施複核專員怡如

列席人員：

中醫門診醫療服務審查執行會：黃副主任委員蘭嫻(請假)、巫副執行長雲光、洪副執行長裕強(請假)、胡副執行長文龍、伍副執行長哲欣(請假)、楊副執行長政導、蔡委員金川(請假)

中醫門診醫療服務審查執行會高屏區分會會務人員：蘇綉萍

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組：謝惠婷、吳建昌、陳美娟、黃皓綱、張美卉、鍾敏綺、高菲屏(請假)、林碧玉、陳怡伶

壹、主席致詞：(略)

貳、宣讀前次會議決議辦理情形：(略)

參、報告事項：

高屏業務組報告：

- 1、中醫近期點值、108 年第 2 季醫療服務供給與利用概況。
- 2、近期執行措施：健保卡登錄及上傳輔導、鼓勵即時查詢方案結算作業、107 年中醫門診總額品質保證保留款核發情形、108 年第 2 季民眾申訴案件執行情形暨違規樣態等。

- 3、轉知重要訊息：正確申報 C05-C09 並確實登錄 VPN、G000 限新特約 30 日內使用、請依相關支付規範辦理核備作業及健保卡就醫資料上傳檢核修正重點等。
- 4、宣導事項：確實核對就醫保險對象身分、電子化續約、健保醫療資訊雲端查詢系統、108 年鼓勵即時查詢方案、健保醫療費用無紙化作業、連續假期看診時段維護及協助推廣及下載健康存摺等。

肆、討論事項：

提案一

提案單位：健保署高屏業務組

案由：為提升中醫醫療品質及本轄區中醫品質保證保留款核發率，擬增訂本分區中醫門診總額抽審指標辦法品質指標「月平均總給藥日數前 70 百分位院所中 7 日內處方用藥比率前 95 百分位院所」，並建請中執會高屏區分會協助輔導會員每月於 VPN 完成門診時間網路登錄，提請討論。

說明：

- 一、「慢性病給藥七天以上之件數占率為 3% 以下」係 107 年度中醫門診總額品質保證保留款新增指標，為本轄不予核發或核算基礎減計之首要原因，相關院所計 160 家(院所比率 29.2%)。為提升核發率暨促使院所積極提供慢性病照護，並針對病情穩定慢性病患者提供長天期用藥，擬新增「月平均總給藥日數前 70 百分位院所中 7 日內處方用藥比率前 95 百分位院所」品質指標，指標定義：藥費 > 0 且給藥日數 7 日以下件數 / 藥費大於 0 件數。
- 二、符合「每月於 VPN 完成門診時間網路登錄」之院所(加計 10%) 計 118 家，家數比率 21.5%，低於全署平均 28.1%。為能提供民眾就醫資訊，提升服務品質，惠請分會協助輔導 424 家未符資格院所務必每月登錄。

決議：照案通過。

提案二

提案單位：健保署高屏業務組

案由：為提升腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷疾病門診加強照護成效評估分析之可信度，惠請協助輔導院所正確填報巴氏量表，並請分會提案建議中全會辦理相關教育課程應加強該表評分填報原則之訓練，提請討論。

說明：

- 一、有關腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷疾病門診加強照護，依規定二年內診斷之患者經收案應於VPN登錄個案之基本資料，並每季至少填報巴氏量表分數乙次，連續二季未改善之患者應改按一般服務提供服務。
- 二、本門診加強照護之成效主以巴氏量表評估，惟查檢本轄區院所填報資料，發現評估基準仍未見一致，又該表評分係以每5分為一級距，查本轄區曾於VPN填報有巴氏量表分數之54家院所中，計有11家院所未依級距原則填報分數(如分數計有1、2、7分等)，惠請協助輔導院所正確填報巴氏量表。
- 三、為提升成效評估分析之可信度，惠請分會提案建議中全會辦理相關教育課程應加強該表評分填報原則之訓練。

決議：通過由高屏區分會協助輔導 11 家未正確填報巴氏量表分數院所。另有關加強該表評分填報原則之教育訓練乙節，請分會卓處。

伍、下次會議日期：108 年 12 月 19 日（星期四）。

中央健康保險署高屏業務組中醫門診總額抽審指標辦法 1080905 修訂版

【醫管指標】

1. 違規院所抽審原則：
 - 1-1 違規院所經處違約記點或扣減費用之處分者，抽審 6 個月。
 - 1-2 違規院所經停約處分 1 個月（含）以上確定者，抽審 1 年；
違規醫師經停約處分 1 個月（含）以上確定者，於處分結束後 1 年內，審查其所執業或支援之相關院所該月該醫師之案件。違反本項另新開業者，除原因新特約應抽審半年外，持續抽審 1 年。
2. 新開業之院所抽審半年。
3. 每一院所每年至少應予抽樣審查 1 次，抽審月份初核核減率 $\geq 10\%$ 者，至少加抽審 2 個月。
4. 未依規定參加健保署或中執會高屏區分會輔導會議之院所。
5. 延遲申報醫療費用（受理日逾次月 20 日）之院所（於延遲申報月份起，抽審 3 個月，惟若有特殊情形，應檢具相關事由向健保署高屏業務組報備，經認定確屬特殊情形者，得免因本指標抽審）。
6. 其他明顯異常之院所。

【費用指標】

1. 平均就醫次數 $\geq PR98$ 之院所（內科與針傷科案件分別列計，其中一項 $\geq PR98$ 即予以抽審）。
2. 單一醫師歸戶平均合計醫療服務點數較去年同期成長率 $\geq PR98$ 且平均合計醫療服務點數大於 30 萬以上之院所。
3. 單一院所平均合計醫療服務點數較去年同期成長差值 $\geq PR95$ 之院所。
4. 就醫人數成長率 ≤ 0 ，且醫療費用成長率 ≥ 0 之院所（排除總醫療服務點數 $< PR85$ ）。
5. 針傷次數差值或其成長率超過轄區 95 百分位之院所（排除 22、30 案件及月平均針傷量 300 以下之院所）。
6. 就醫患者平均耗值或其成長率超過轄區 95 百分位之院所（成長率部分排除該季就醫患者平均耗值 $<$ 轄區 25 百分位之院所）。

【品質指標】

1. 7 日內處方用藥日數重複 2 日以上比率超過轄區 98 百分位之院所。
2. 同一患者月針傷科處置次數大於 15 次以上之院所。（註是類患者並為全審個案）
3. 針傷患者平均針傷次數或其成長率超過轄區 95 百分位之院所（排除 22、30 案件及月平均針傷量 300 以下之院所）。
4. 針傷患者平均給藥日數或其成長率超過轄區 95 百分位之院所（排除 22、30 案件及月平均針傷患者給藥 500 日以下之院所）。

5. 「月平均總給藥日數前 70 百分位院所中 7 日內處方用藥比率前 95 百分位院所」

【其他說明】

1. 符合以上醫管、費用及品質指標任一項之院所，除特別註明者外，全部採論人隨機審查管理類別，以抽審 1 季為原則。
2. 抽樣審查採總量管制，以申報院所家數 20%為上限，抽審家數逾上限時，抽審量調控作業以配合政策院所為優先，次為偏離指標閾值較少者。

【調控方式】

特約滿六個月以上未落入醫管指標或品質指標之院所依下列原則進行：

- 2-1 前前季平均核減率小於 0.4%(約為 105Q4 抽審院所平均核減率)，且至少符合下列其中 3 項(含)以上之診所，依符合品項數較多者為優先：
 - (1) 參加全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案。
 - (2) 指標費用年月之門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統中醫用藥頁籤查詢率>80%。
 - (3) 參加紙本病歷替代方案-病歷電子檔送審。
 - (4) 參加醫療費用電子化作業。
 - (5) 近三個月每月至少有二週週日開診。
- 2-2 經前項調控後，抽審家數仍逾申報院所家數 20%，則以前前季平均核減率等於 0%，按偏離指標閾值較少者優先免於抽審。
- 2-3 每院所每年至少應予抽樣審查一次，不受上限家數規範。