

中區西醫基層總額共管會 111 年第 4 次會議紀錄

時間：111 年 12 月 16 日 13 時 00 分

地點：中央健康保險署中區業務組 10 樓第 1 會議室

出席：

中區分會：

臺中市醫師公會：王博正、羅倫樞、蔡景星、葉元宏、施英富、
蘇主光、高嘉君、高大成、陳正和、林義龍、
曾崇芳、林煥洲、林恒立

臺中市大臺中醫師公會：彭業聰、陳儀崇、陳俊宏、蔡其洪、顏炳煌、
王維弘(請假)、魏重耀、陳宗獻(請假)、黃致仰、
林釗尚、陳振昆

彰化縣醫師公會：廖慶龍、蔡梓鑫(請假)、巫喜得、連哲震、
林育慶(請假)、林峯文、吳祥富、孫楨文

南投縣醫師公會：洪一敬、陳宏麟(請假)、蕭志界、張志傑

中區業務組：

陳墩仁、陳雪姝、陳麗尼、王慧英、張黛玲、游姿媛、陳之菁、
張凱瑛、張志煌、紀虹如、陳映瑄、崔運白、林昱

列席：謝育帆、顏佩珊

主席： 李組長純馥
藍主任委員毅生

紀錄：游韻真

壹、主席致詞(略)

貳、上次決議事項追蹤

決議事項追蹤	承辦單位	辦理情形
分析中區西基醫令碼前五碼為FBT01的申報情形予中區分會。	中區業務組	資料已於111年9月22日提供予中區分會。
提供111年7月診所及檢驗所上傳率(保留分子與分母)給中區分會。		

參、報告事項：

一、即時查詢方案之提升院所智慧化資訊獎勵：

(一)「就醫識別碼(健保卡資料上傳格式)」預檢獎勵指標，保險特約醫事服務機構配合安裝讀卡機控制軟體 5.1.5/3.5.2 版本以上/虛擬健保卡醫事機構正式版 SDK v2.4.0 以上，並以「健保卡資料上傳格式 2.0」版本上傳就醫紀錄預檢資料者，獎勵條件及內容如下：

1. 111年12月31日前以「健保卡資料上傳格式 2.0」預檢作業上傳成功，上傳作業詳如本署全球資訊網首頁>健保服務>健保卡申請與註冊>健保卡資料下載區。
2. 預檢成功件數：各項「就醫類別」需以「健保卡資料上傳格式 2.0」預檢成功至少6件，每家獎勵費用11,000點。
3. 自111年10月起每周提供「就醫識別碼預檢獎勵指標報表」，內容為111上半年_1.0上傳件數、2.0預檢成功件數、達標、符合獎勵，放置於VPN/院所資料交換區供參。
4. 截至111年12月15日有1,868家診所預檢成功，尚未完成預檢之名單已轉請分會協助輔導。

(二)配合使用者付費精神下之全民健康保險部分負擔改革方案，全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用實施(以下稱部分負擔新制)，修正「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」獎勵：

1. 於部分負擔新制公告實施前，完成「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」修正且上傳預檢作業，每家獎勵 1,000 點。
2. 於部分負擔新制實施次月底前，完成以部分負擔新制之「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」申報者，每家獎勵 2,000 點。
3. 部分負擔新制公告實施日，依衛生福利部公告為依據。

二、即時上傳檢驗(查)結果暨影像追蹤

- (一)111 年 9 月基層診所申報檢驗(查)暨醫療影像家數共 1,417 家，其中檢驗(查)結果共計 413 家辦理即時(24 小時內)上傳，件數即時上傳率 28.53%(3 日內上傳率 30.26%)，較 110 年 9 月(9.83%)增加 18.7%，仍為全署最低(表 1)。醫療影像共計 11 家辦理即時上傳(24 小時內)上傳，件數即時上傳率 4.56%(3 日內上傳率 4.59%)，為全署第一(表 2)。
- (二)本署已優化「檢驗(查)結果每日上傳」之「檢驗(查)結果(每日)單筆登錄與查詢」作業，新增【帶入 IC 卡資料】與就醫日期自動填入、記憶之前所輸入過的資料、醫師身分證號快速點選等功能，請多加利用。
- (三)建置「檢驗(查)上傳日報表」，統計每日上傳概況、各項醫令上傳率等相關資料，提供管理參考，路徑：「鼓勵醫療院所即時查詢病患方案」之「未上傳案件日報表查詢作業」。
- (四)依本署 111 年 10 月 11 日「檢驗(查)有申報應上傳」討論會議決議，於 112 年 1 月 1 日起針對即時查詢方案上傳獎勵項目未上傳者加強行政審查(計 699 項，詳附件，P11-28)。

表 1、111 年 9 月西醫基層診所檢驗(查)結果即時上傳情形

分區	應上傳 件數	即時上傳 件數	3 日內 上傳件數	即時 上傳率	3 日內 上傳率
臺北	1,102,823	418,764	432,512	37.97%	39.22%
北區	475,243	189,749	194,707	39.93%	40.97%
中區	430,129	122,730	130,166	28.53%	30.26%
南區	392,576	158,854	165,258	40.46%	42.10%
高屏	788,731	394,990	404,430	50.08%	51.28%
東區	75,471	33,629	34,384	44.56%	45.56%
全署	3,264,973	1,318,716	1,361,457	40.39%	41.70%

表 2、111 年 9 月西醫基層診所醫療影像即時上傳情形

分區	應上傳 件數	即時上傳 件數	3 日內 上傳件數	即時 上傳率	3 日內 上傳率
臺北	183,364	4,716	5,070	2.57%	2.76%
北區	98,021	2,189	2,198	2.23%	2.24%
中區	93,984	4,281	4,314	4.56%	4.59%
南區	84,868	3,358	3,499	3.96%	4.12%
高屏	101,461	956	962	0.94%	0.95%
東區	7,695	69	79	0.90%	1.03%
全署	569,393	15,569	16,122	2.73%	2.83%

三、居家醫療照護整合計畫就醫序號申報異常代碼 F000 追蹤

- (一)111 年第 3 季中區共 321 家醫事機構申報居整案件共 33,967 件，其中 167 家(占 52%)申報 F000 共 4,278 件占 12.6%，較 111 年第 2 季 4,364 件占 12.9%，下降 0.3%，仍高於全署平均 10.4%，最低為南區 2.8%。
- (二)111 年第 3 季 F000 件數占率 50%以上，且 500 件以上有 1 家，100-500 件有 4 家，50-100 件有 9 家。已發函部分診所限期改善，若未改善將依規定予以違約記點，並視情況啟動退場機制。
- (三)另居家醫療案件應採同一療程，每月申報一次的方式申報，即當月執行 2 次，其費用應申報在同一案件分類同一流水號。

四、持續進行異常管理並加強診所自我管理能力

- (一)為促進醫療資源合理使用，異常申報的監控與審查仍列為本署 112 年度主要管理重點，對申報偏離常模的合理性持續追蹤管理，綜合各項指標偏離度進行院所差異化管理。
- (二)管理方式除既有之回溯性審查外，為提高管理效益，將加強診所自我管理能力，發掘之偏離常態項目，先函請診所自我檢視後說明申報適當性，同時清查是否誤報之費用，本組再依回復結果召開會議，請分科管理及審查醫師共同審視回覆內容，提供管理建議，必要時將邀請診所醫師至本組說明。

五、家醫計畫評核指標表現及輔導作為

- (一)111 年 1-9 月評核指標表現(中區 164 群，全署 609 群)(表 3)

1. 本計畫評核指標屬量化指標有 12 項，其中「檢驗(查)結果上傳率 39%、電子轉診成功率 40%、潛在可避免急診率 42%、可避免住院率 54%」4 項指標達成率最差，僅電子轉診成功率高於全署平均。
2. 其餘 8 項指標達成率皆達 65%以上，其中 4 項優於全署平均，分別為「會員急診率 71%、會員固定就診率 80%、子宮頸抹片檢查率 81%、初期慢性腎臟病早期尿液篩檢檢驗(查)執行率 98%」。

- (二)轉知事項

1. 檢驗(查)結果上傳率於第 4 季採計，分母為診所所有申報費用之醫令數，分子為有申報費用之醫令中，診所或其他醫事機構上傳之醫令數；即由診所申報費用，但交付其他醫事機構執行之轉代檢項目，才回歸診所上傳率計算。
2. 三高生活型態風險控制率中，HBA1C、LDL 兩項監控值之前測時間為 4-6 月者，但未於 10 月底前上傳前測檢查日期之個案，放寬至 111 年 12 月 31 日上傳。

- (三)提升指標成效之輔導措施

1. 截至目前已提供至少 3 次檢驗(查)上傳明細予醫療群參考，請自行檢視並修正系統錯誤；提供各診所三高風險控制之收案達成數，以利掌握整體收案情形。

2. 提供符合預防保健篩檢資格，但未執行之會員名單、會員急診/住院等明細資料，請留意就醫狀況，降低再度入院之風險。
3. 每月定期回饋評核指標執行結果，針對表現不佳之醫療群，以電話或郵件請執行中心加強管理。

(四)鼓勵家醫會員利用健康存摺填寫會員滿意度調查：

1. 截至 12/2 統計，轄區填寫滿意度調查之群數占 98%，僅 4 群尚無會員填寫，填寫會員數 2,653 人(0.19%)，僅有 10 群完成 50 名會員填寫。
2. 請於 12 月 31 日前完成每群至少 50 名會員填寫，以了解會員對於醫療群及家庭醫師之滿意度。
3. 會員滿意度調查路徑：健保快易通 APP/健康存摺/其他加值服務/家醫計畫會員滿意度調查。

表 3、111 年 1-9 月醫療群評核指標達成情形

量化評核指標項目	權重	中區		全署	
		達成群數	占率	達成群數	占率
檢驗(查)結果上傳率 (111 年新增)	10	64	39%	310	51%
電子轉診成功率	3	66	40%	220	36%
潛在可避免急診率	4	69	42%	363	60%
可避免住院率	4	89	54%	370	61%
65 歲以上老人流感注射率	3	106	65%	461	76%
會員急診率	4	116	71%	404	66%
三高生活型態風險控制率 (111 年新增)	10	132	80%	509	84%
會員固定就診率	10	132	80%	398	65%
子宮頸抹片檢查率	5	133	81%	469	77%
成人預防保健檢查率	6	144	88%	559	92%
糞便潛血檢查率	6	147	90%	581	95%
初期慢性腎臟病早期尿液篩檢檢驗(查)執行率	5	160	98%	582	96%

六、代謝症候群執行現況

(一)最新計畫公告修訂

1. 「中華民國 111 年 11 月 9 日健保醫字第 1110062964 號」公告
2. 計畫「收案期限」修訂為「至當年度 12 月底止。」(原為「至當年度 10 月底止」)

(二)111Q3 整體參與及收案情形(截至 10 月 31 日)

1. 參與家數計 360 家(占全署 31.28%)、534 位醫師(占全署 28.01%)。
2. 中區計有 4,820 人，其中 423 人已結案(結案原因包含「經介入已改善」或「病情變化無法繼續照護」)。

(三)收案評估費(P7501C，900 點)與內含檢驗項目另外申報勾稽

1. 計畫明訂：收案時之代謝症候群檢查檢驗項目(三酸甘油酯、低密度脂蛋白、糖化血紅素、總膽固醇)費用已包含於 P7501C 所訂點數。

2. 111 年 7-9 月申報資料比對：

(1)診所申報 P7501C 另申報內含檢驗費用：共 5 家，檢驗費計 10,440 點。

(2)診所申報 P7501C，檢驗所錯誤申報該次內含檢驗費用：

原處方診所共 70 家(交付予 14 家檢驗所)、檢驗費計 358,980 點。

(四)與 DM、DKD 方案重疊收案輔導

1. 計畫問答集規範：已被『糖尿病』及『糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案』醫療給付改善方案收案者，即不應收案。
2. 依醫管組提供之重疊個案名單計 326 人次，函請診所結案。
3. VPN「跨院所之醫療給付改善方案收案查詢功能」已於 111/11/18 完成版更，版更前本計畫個案與前揭兩項醫療給付改善方案(DM 及 DKD)於不同院所收案者，不追扣本計畫支付之相關費用。

七、西醫基層總額點值 111 年第 2 季結算及第 3 季預估報告

(一)111 年第 2 季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值

分區別	浮動點值	平均點值	排名
台北	1.0484	1.0308	6
北區	1.1403	1.0943	2
中區	1.0865	1.0619	4
南區	1.1093	1.0789	3
高屏	1.0562	1.0420	5
東區	1.2092	1.1276	1
全署	1.0808	1.0567	

(二)111 年 3 季點值預估之各分區一般服務浮動及平均點值

分區別	浮動點值	平均點值	排名
台北	0.9375	0.9544	6
北區	0.9802	0.9861	5
中區	0.9831	0.9881	4
南區	1.0057	1.0039	2
高屏	0.9896	0.9928	3
東區	1.0799	1.0513	1
全署	0.9746	0.9821	

八、西醫基層總額醫療費用申報概況報告

肆、提案討論

提案一

提案單位：中區業務組

案由：配合政策調整中區「西醫基層總額審查指標與抽樣原則」，本次擬新增 2 項必審指標並刪除 2 項一般指標，全案自 112 年 1 月份費用起實施，提請討論。

說明：

一、「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」實施後，本組暫停用藥日數重疊率指標之抽審，惟分析 111 年第 3 季各項同院用藥日數

重疊率皆大於去年同期(如表 5)，且多次輔導未見改善。考量用藥日數重疊率為西醫基層品質重要指標，擬重新列入必審指標項目。

二、因應檢驗(查)有申報應上傳政策，為利於即時查詢病患醫療資訊，供處方參考，將檢驗(查)結果上傳率(不含影像)為 0%」列為必審指標（應上傳項目 643 項，詳附件，P11-26）。

三、修訂「慢箋箋後續調劑當日又看診比率」及「慢箋未再調劑比率」指標閾值：「慢箋箋後續調劑當日又看診比率」閾值由 107 年 P95=32.1%，修訂為 111 年 P95=27.8%。「慢箋未再調劑比率」閾值由 107 年 P90=17.6%，修訂為 111 年 P90=14.5%。

四、另因「檢查(驗)或醫療影像上傳率」及「藥品交互作用暨過敏藥物主動提示功能查詢率」2 項一般指標加分項目已實施 2 年，擬同步退場。

五、本次新增指標項目、定義及刪除項目詳如表 6~9。

表 5、同院用藥日數重疊率

指標	110 年 第 3 季	111 年 第 3 季	全局值	排名	111 年第 3 季 全國 P98	試算抽 審家數
血脂	0.0302%	0.0428%	0.0435%	4	1.80%	
降血糖	0.0365%	0.0552%	0.0506%	5	1.73%	2
降血壓	0.0539%	0.0603%	0.0552%	5	1.62%	3
憂鬱症用藥	0.1114%	0.1612%	0.1378%	5	2.15%	
抗思覺失調	0.1188%	0.2100%	0.1965%	4	4.00%	2
安眠鎮靜	0.1662%	0.2675%	0.1963%	6	3.96%	3
					診所歸戶	9

註：全國 P98 分母大於 90 且分子大於 30 院所

表 6、新增 2 項必審指標抽審項目

編號	抽審方式	指標類別	指標項目	資料期間
1	隨機	品質	同院用藥日數重疊率(前前季)項目包括： 降血脂用藥 $\geq$ 全國 P98(1.80%)、 降血糖用藥 $\geq$ 全國 P98(1.73%)、 降血壓用藥 $\geq$ 全國 P98(1.62%)、 抗憂鬱症用藥 $\geq$ 全國 P98(2.15%)、 抗思覺失調用藥 $\geq$ 全國 P98(4.00%)、 安眠鎮靜用藥 $\geq$ 全國 P98(3.96%)	前前季
2	隨機	品質	檢驗(查)結果上傳率(分階段實施，試算抽審家數最多 70 家)。 112 年 4 月起申報檢驗(查)醫令數 $\geq$ 1000 且檢驗(查)結果上傳率為 0%。 112 年 7 月起申報檢驗(查)醫令數 $\geq$ 1000 且檢驗(查)結果上傳率為 $<30\%$ 。 112 年 10 月起申報檢驗(查)醫令數 $\geq$ 1000 且檢驗(查)結果上傳率為 $<50\%$ 。	前前月

表 7、必審指標資料定義

編號	指標項目	計算公式	說明
1	同院用藥日數重疊率	分子：同院同 ID 同藥理重疊之給藥日數。 分母：總給藥日數。	1.重疊之給藥日數：同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間，有重疊之給藥日數。 2.總給藥日數：加總各案件醫令給藥日數。
2	檢驗(查)結果上傳率	分子：已上傳檢驗(查)結果項目醫令數。 分母：申報檢驗(查)結果項目醫令數。	1.統計項目為「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」之獎勵項目，共計 643 項(方案附件 5)，不含影像共 56 項(方案附件 5-1)。 2.分子：自行上傳+交由其他院所上傳。 3.分母：有申報(計價)費用之醫令項目數

表 8、修訂必審指標抽審項目閾值

編號	抽審方式	指標類別	指標項目	資料期間
5	隨機	品質	慢連箋後續調劑當日又看診比率 $\geq$ P95。 (107 年 10 月 P95 為 32.1%) (111 年 9 月 P95 為 27.8%)	前月
6	隨機	品質	慢箋未再調劑比率 $\geq$ P90。 (107 年 08 月 P90 為 17.6%) (111 年 7 月 P90 為 14.5%)	前前前 月

表 9、刪除一般指標抽審項目

編號	指標類別	指標名稱	資料期間	指標說明	權重分數	備註
1	品質	檢查(驗)或醫療影像上傳率	前月	檢查(驗)醫療影像上傳率 $\geq$ 70%	+1	刪除
				檢查(驗)或醫療影像上傳率 $\geq$ 50%	+0.5	
2	品質	藥品交互作用暨過敏藥物主動提示功能查詢率	前月	安裝藥品交互作用暨過敏藥物主動提示功能且查詢率 $>$ 20%	+1	刪除
				安裝藥品交互作用暨過敏藥物主動提示功能	+0.5	

決議：

1. 照案通過，惟新增必審指標「檢驗(查)結果上傳率」自 112 年 4 月費用起實施，其餘自 112 年 1 月費用起實施。
2. 自 112 年 2 月產製必審指標「檢驗(查)結果上傳率」輔導名單予中區分會協助輔導。
3. 未來各項管理之院所名單先行予中區分會轉請四大公會協助輔導。

肆、散會(14:38)