

中區西醫基層總額共管會 108 年第 1 次會議紀錄

時間：108 年 3 月 22 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：陳萬得、羅倫樞、王博正(請假)、施英富、蔡景星、葉元宏、陳正和、高大成、林義龍、曾崇芳(請假)、林煥洲、

臺中市大臺中醫師公會：魏重耀(請假)、藍毅生、彭葉聰(請假)、陳振昆(請假)、顏炳煌、陳俊宏(請假)、陳宗獻(請假)、陳儀崇、蔡其洪、林釗尚(請假)、劉兆平

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

南投縣醫師公會：洪一敬、謝明哲、張志傑、陳宏麟

中區業務組：

陳墩仁、林興裕、陳雪姝、陳麗尼、王慧英、張黛玲、游姿媛、陳之菁、張志煌、張凱瑛、曾麗珍

列席：蔡文仁、林軼群、尹德鈞、林恆立、李妍禧、黃錫鑫、林宜民、傅姿溶、曾思遠、黃致仰、陳寶全、陳建達、涂俊仰、張靜文、劉碧優、陳詩旻、黃郁喬

主席： 方組長志琳

紀錄：游韻真

陳主任委員文侯

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
修正分科管理試辦計畫運作模式： (一) 新增監控小組後，分科是否持續運作，中區分會將於將於 108 年 1 月 9 日另行討論，在中區分會未有正式回應前，分科修正方向及時程仍依原規劃進行。 (二) 本組先依目前收集意見進行各科分群試算，並於 108 年 1 月中旬提供各科作為分群修正討論參考。	中區分會 中區業務組	(一) 中區分會於 108 年 1 月 9 日召開會議決議同意持續辦理本案，並於 108 年 2 月 12 日 e-mail 提供修訂建議。 (二) 本組已於 108 年 2 月 18 日提供中區分會各科分群試算參考。

參、報告事項：

一、108 年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

(一) 依據本署 108 年 1 月 4 日健保醫字第 108000089 號公告辦理。

(二) 修訂內容如下：

1. 固接網路頻寬參加即補助：

(1) 108 年新申辦基層院所，支付上限為「一般型」光纖

6M/2M 月租費 1,696 元。

- (2) 107 年 12 月 31 日(含)以前已參加本方案企業型或專業型光纖電路頻寬者，支付上限為「專業型」光纖 1M 月租費 1,980 元。

2. 僅獎勵即時上傳：

須於報告日期 24 小時內上傳檢驗(查)結果、醫療檢查影像及影像報告。

3. 各縣市參與家數

縣市	台中市	大台中	南投縣	彰化縣	總計
家數	623	557	215	398	1,793

二、108 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

- (一) 依據本署 108 年 1 月 28 日健保醫字第 1080001216 號公告辦理。本署中區業務組轄區計有 16 個西醫醫療資源不足地區由基層診所承作，其中 8 個註記為兒科醫療資源不足改善地區，另臺中市外埔區、彰化縣線西鄉改由醫院承作。

(二) 增修重點如下：

1. 巡迴計畫相關規定修正：

- (1) 為避免院所於計畫年度銜接時產生執行疑義，新增文字「其地點及診次若與 107 年度相同」之規定。
- (2) 敘明申請單位「前 1 年」執行之巡迴點，每診次平均就醫未達 5 人次者，於「當年度」提出申請時，則一併檢附改善計畫書。
- (3) 每位巡迴醫事人員之備援人員，基層診所及醫院各以 2 名為限，並以專任人員為優先，若無專任人員，須由同層級承作單位支援。

2. 開業計畫相關規定修正：

- (1) 辦理開業計畫者，其起訖日期依原申請年度計算，支

付方式依本年度方案規定辦理。

(2) 新增支付保障額度之服務量條件，並修正及統一各分級地區折付管理額度。

A. 當月門診服務未滿 20 天者或執行開業計畫第 4 個月起每診平均人次未達 3 人者，不予支付保障額度，依申報點數核定，並由西醫基層總額一般服務預算支付。

B. 執行開業計畫之診所總額內核定點數（含應自行負擔）：第 7 個月起，須達保障額度 40%，未達者以保障額度 70%核付。第 13 個月起須達保障額度 50%，未達者以 60%核付。第 25 個月起，須達保障額度 60%，未達 50%者以 50%核付，50%以上未達 60%者，以實際申報點數支付。

(三) 108 年申辦情形：共 21 家診所提出申請(19 家延續計畫)，巡迴 16 個鄉鎮(區)。

三、20 類重要檢查(驗)管理方案

(一) 本署自 106 年第 3 季推動本方案，108 年選取 30 項歸併醫令作為重點管理項目(如附件一，P9)，醫事機構每月費用申報後本署將自動上傳相關統計表與清單明細至 VPN，請協助轉知會員每月 21 日起可至 VPN 下載統計報表並做好自我管理。

(二) 查詢路徑:VPN/保險對象管理/保險對象管理。

(三) 統計表：

1. 門診同病人 28 日再次執行：統計表、醫令統計表、醫師統計表及清單明細
2. 院所及醫師執行率異常高於同儕之管理：統計表、醫令統計表及高於同儕 75 百分位醫師統計表

決定：VPN 各式報表放置路徑不一，且點選下載後無法馬上開啟，還要至其他畫面(下載專區)才能開啟檔案，操作不友

善，本組將建請署本部統一路徑與簡化下載方式，或以主動提示方式於院所登入 VPN 時即提供報表下載連結予使用者。

四、修訂 108 年西醫基層總額管理方案(詳附件二，以電子檔提公 分會並公告於全球資訊網)

(一) 方案名稱：修正為【中區西醫基層總額管理方案】

(二) 設定各科每人單價目標值：

每月以前前 3 個月各就醫科別每人單價進行監測，並以全國每人單價作為目標值，超出目標值科別，定期於共管會議公布管理結果。

(三) 設定各診所診療單價目標值：

以醫師特質及病患特質分群方式計算各診合理診療單價。

(四) 以監控值為重要管理指標，每人資源耗用與同儕比較異於常模者，列為隨機或立意見人回溯審查。

(五) 醫令及相關指標監測：

每季篩選診療點數及醫令量成長貢獻度前 50 之醫令，併參採本署重點管理項目，作為管控醫令項目。診療點數及醫令量成長貢獻度前 10 大診所，提供中區分會輔導。

(六) 監控小組：

1. 職責：督導管理中區西基總額整體資源利用合理性、協助各分科委員會管理措施的落實、針對偏離常態診所，擬定處理方式及改善目標。

2. 訂定監控小組運作模式

(七) 預計 108 年 3 月底將各家基層診所分群管理指標回饋於 VPN。

(八) 診所分科方式，改以前一年度申報點數最高就醫科別為

主要科別。另請各醫師公會轉知診所，應依病人就醫情形申報正確就醫科別，以利分群管理正確歸戶計算。

決定：各診所合理監控值【**偏離值+每人就醫次數**】，其中每人就醫次數列計權重，將視後續分析及執行情形作調整。

五、全民健保 24 週年健走活動

本署中區業務組訂於 108 年 3 月 30 日星期六上午 7:00~10:30 假臺中市都會公園舉辦「**健保 e 健康 雲端 i 發光**」珍愛健保 24 週年健走活動，已發函邀請各醫師公會為協辦單位。本活動結合健走與健康園遊會型態，並在活動中進行摸彩活動，邀請各公會共襄盛舉。

六、107 年第 4 季中區西醫基層預估點值報告

依本署預估 107 年第 4 季各區點值(如下)，中區西醫基層預估平均點值為 0.9166 排名第 6。

分區別	浮動點值預估	平均點值預估	排名
台北	0.8963	0.9231	5
北區	0.9136	0.9379	4
中區	0.8846	0.9166	6
南區	0.9236	0.9462	2
高屏	0.9222	0.9448	3
東區	1.0558	1.0376	1
全署	0.9079	0.9335	

七、107 年第 4 季中區西醫基層總額點值低落原因分析

(一) 分析本季中區西基在就醫人數、件數、醫療費用及診療費成長率均為全署第一高，以費用結構來看，診療費成長貢獻度高達 44.5%，且每人費用及每人診療費單價均位居全署第 1 高，可見中區整體資源耗用確實與各分區有不同，為點值低落因素。

(二) 故本年度將配合總額管理方式調整，著重各科每人資源

耗用，及診療醫令成長貢獻度較高項目進行管理，並俟分群管理模式建置完成，將利用此發掘偏離常態診所，使健保醫療資源能合理運用。

107 年第 4 季各分區費用申報概況

項目	分區	季歸人數 (萬)	件數 (萬)	醫療點數 (百萬)	診療費 (百萬)	藥費 (百萬)	每人 醫療費用	每人 診療費
單價	1-台北	806	1474	9,180	1,906	1,997	1,138	236
	2-北區	412	715	4,618	952	1,115	1,122	231
	3-中區	528	974	6,254	1,266	1,431	1,186	240
	4-南區	395	736	4,590	824	1,132	1,163	209
	5-高屏	441	837	5,211	933	1,239	1,183	212
成長 率	1-台北	1.6%	2.5%	3.8%	10.6%	0.9%	2.2%	8.9%
	2-北區	2.3%	3.1%	4.8%	10.4%	3.8%	2.5%	8.0%
	3-中區	2.4%	3.7%	4.9%	11.3%	3.6%	2.4%	8.7%
	4-南區	1.3%	2.0%	3.5%	9.0%	3.1%	2.1%	7.5%
	5-高屏	1.7%	2.6%	3.6%	8.3%	2.9%	1.9%	6.5%

八、加強宣導專技人員覈實申報投保金額(會議上報告)

九、西醫基層總額醫療費用申報概況報告(會議上報告)

肆、提案討論

提案一

提案單位：中區分會

案由：有關 108 年中區西基總額管理方案內容，提請討論。

中區分會意見：

- 一、有關各科分群模式及 K 值編碼方式建議已提交貴組參考(詳附件三，P10)。
- 二、因本次管理模式變動幅度大，建議原訂實施時程再延 2-3 個月之緩衝期。
- 三、有關遴選資格之平均樣本核減率，建議中區業務區訂定條件後先提供每科核減情況供推選作業時參考。

中區業務組說明：

- 一、擬同意本方案之抽審原則延至 108 年第四季起實施，另監控小組與偏離常態院所之管理自 108 年第二季展開運作，以利本方案實施。
- 二、另未來委員遴選資格將考量每科核減情況後修訂遴選資格之平均樣本核減率。

決議：依中區業務組說明辦理，另下一年度委員遴選資格之平均樣本核減率計算期間改以前前年度 11 月至前年度 10 月計算，若該期間審查次數小於 3 次，則得延長計算期間，平均核減率較高之科別將考量核減情況略以調整。

伍、散會：14:46

108 年門診檢驗(查)30 項重點管理項目

歸併類別	歸併醫令項目中文名稱	備註
'3307X'	電腦斷層造影	◎
'1900X'	腹部超音波	◎
'18007'	杜卜勒氏彩色心臟血流圖	◎
'18005'	超音波心臟圖(包括單面、雙面)	◎
'19005'	其他超音波	
'19014'	乳房超音波	
'19003'	婦科超音波	
'19007'	超音波導引(為組織切片、抽吸、注射等)	◎
'3308X'	磁振造影	◎
'09044'	低密度脂蛋白 - 膽固醇	◎
'09043'	高密度脂蛋白 - 膽固醇	
'09004'	三酸甘油脂	
'09001'	總膽固醇	
'25004'	第四級外科病理	
'26025'	壓力與重分佈心肌斷層灌注掃描	
'18019'	攜帶式心電圖記錄檢查	
'09006'	醣化血紅素	
'09005'	血液及體液葡萄糖	
'0801X'	全套血液檢查	◎
'28016'	上消化道泛內視鏡檢查	◎
'28017'	大腸鏡檢查	
'32011'	脊椎檢查 (包括各種角度部位之檢查)	
'32012'	脊椎檢查 (包括各種角度部位之檢查)	
'32018'	下肢骨各處骨頭及關節檢查 (包括各種角度與部位之檢查)	
'32017'	下肢骨各處骨頭及關節檢查 (包括各種角度與部位之檢查)	
'25012'	免疫組織化學染色(每一抗體)	
'12111'	微白蛋白 (免疫比濁法)	
'09026'	血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶	
'32001'	胸腔檢查 (包括各種角度部位之胸腔檢查)	
'26072'	正子造影-全身	◎

◎為 108 年度抑制資源不當耗用改善方案項目

108 年中區西基分科分群意見彙整 0313

提出者	內容
家醫科	<ol style="list-style-type: none"> 1. 監控值 $R2 = \text{偏離值}(R1) + \text{每人就醫次數}(B)$, 其校正值要非常正確。 2. 分群資料統計以「前前三個月」, 若偏離則抽審三個月, 建議改為「前前二個月」, 若偏離則抽審二個月, 以避免抽審期過長。 3. K 碼分群在病患特質方面在「疾病診斷」部分最好分析前三診斷碼, 要不然至少要分析前二診斷碼, 因為多重慢性病在檢查及開藥品項比單一慢性病複雜多了。 4. 醫療耗用率應該搭配醫療品質指標, 像 DM、CKD、氣喘。 5. 平均診療費應以診療費的季總量除以看診的季人數, 不是人次(現行算法) 6. 必審指標 8 慢箋為調劑比率大於 $P90 = 17.6\%$, 達此指標比率蠻高的, 應訂下限值。(105 年 $P90 = 25\%$) 7. 監控值有問題, 一般指標 2「每人診療費」和 3「平均就醫次數」應該個別監控, 而不是混在一起。 8. 回溯性的審查, 回溯時間不宜過長, 不宜超過三個月, 回溯時間太長的話作用只有核刪而已, 管理的目的是為了導正不是核刪。 9. 日後應讓方案討論詳實完備, 再實施。
內科	<p>有關"分群模式資料處理流程", 健保局編列 K 碼, 據說消化內科有區分, 是否有做內視鏡檢查, 列為 K 碼病患特質的參數, 如此立意良好, 可以作更為精準的分類比較。但是建議"慢性阻塞性肺病"及"氣喘"診斷的病人, 有無做肺功能與否也能同樣比照列為 K 碼病患特質的參數。這點很重要, 原因如下:</p> <p>慢性阻塞性肺病及氣喘的病人, 占慢性病相當大的比例。確定診斷與追蹤, 需要做肺功檢查。診所若無法做肺功能檢查, 就只好將這些病人轉介到大醫院做檢查與追蹤。所以慢性阻塞性肺病及氣喘的病人, 若分群管理沒有明確區分診所是否有做肺功能檢查, 原先有作肺功能檢查的診所會很吃虧。為了躲避抽審, 就會被迫將需要作肺功能檢查的病人, 全部轉介到大醫院做檢查與追蹤。原先醫院下轉基層的病人, 也因為無法做後續追蹤, 只好請病人回原先的醫院看診, 診所根本留不住病人。不僅會讓原先留在基層的病人往大醫院跑, 增加就醫次數, 消耗更多的健保資源, 對分級醫療轉診制度更是不利。連帶對健保局正在推廣的改善方案當</p>

提出者	內容
	<p>中，"氣喘方案"，以及"慢性阻塞性肺病方案"，都會造成極大的負面影響。</p> <p>有鑑於此，建議有"慢性阻塞性肺病"及"氣喘"相關診斷的病人(如 ICD-10 診斷碼:J45909，R062，J449)當中，有無做肺功能與否(17001C，17003C，17004C，17006C)，也能比照內視鏡檢查，列為 K 碼病患特質的參數。如此可以讓基層診所繼續用較醫院低廉許多的花費，發揮醫學中心的功能，把醫院的病人留在基層，幫健保局省大錢。也同時提高醫療品質與病患滿意度。對健保局及病患而言，會是更好的雙贏策略，也符合健保局的整體利益，希望健保局能夠採納，謝謝。</p>
內科	建議在病人特質部分增加(1)第二診斷碼以利病情輕重度，(2)多分出 75 歲及 85 歲組，醫耗差異大。
公會	今年分科分式與以往不同，建議讓各家診所能在 VPN 或回饋單上看到自己的所屬科別及分科試辦計畫內容。
復健科	<ol style="list-style-type: none"> 1. 分群(K碼)宜包含兩個診斷組合 說明：因為病患常有多重傷害，根據治療內容不同，給付亦不同，目前分群原則只有單一診斷，無法表現出差異性。 2. 急診、生產、性別、DM、COPD、BC 的差別與復健治療差異不大，可以考慮刪除減少變數。 3. 年齡分群，請改成<3y/o，3-6y/o，6-18y/0，18-65y/o，>65y/o 說明：牽涉到早期療育(小兒復健)的部分，審查共識對不同年齡的給付認定有差異。 4. 校正偏離值(R2)建議儘管偏離值(Ra)<1，仍然要乘上校正權重(W)，也就是全部校正偏離值(R2=Ra*W)。 說明：避免少數診所利用此漏洞規避指標，也才能達到減少醫療費用過高的初衷 5. 在個別診所的資料後面，加註該診所病患診斷占率最高的診斷名稱。 說明：如此就可以清楚該診所治療的生態。
外科	醫師「專科編碼」建議再歸類：將 <u>非外科專科醫師</u> 歸類為一群，其餘外科專科則依原專科別歸類。
眼科	配合第三季開始新的管理抽審規則，眼科管理委員會建議，診療費計算排除案件/醫令：60003C、60004C、60005C、60006C、60011C、60012C、60013C、60014C、23702C、23506C。