

衛生福利部中央健康保險署北區業務組西醫基層總額

103 年第 3 次共管會議會議紀錄

時間：103 年 9 月 23 日（星期二）中午 12 時 30 分

地點：北區業務組 7 樓會議室

主席：陳組長寶國、黃主任委員永輝

紀錄：盧珮茹

出席人員：

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北區分會

吳副主任委員國治、陳副主任委員晟康、羅副主任委員世績、
吳組長首寶、李組長紹誠、廖組長明厚、周委員光偉、莫委員振東、
林委員國靜、林委員安復、劉委員家麟、朱委員先營、莊委員志宏、
謝委員其俊

中央健康保險署北區業務組

專門委員	吳專門委員錦松
醫務管理科	陳代理科長輝發、林科員美霞、郭科員姍萱
醫療費用二科	游代理科長慧真、陳複核專員祝美 黃複核專員綺珊、楊專員淑娟、王專員慈錦
醫療費用三科	蔡專員秀幸

一、確認上次會議紀錄：確認。

二、主席致詞：(略)

三、報告事項：

第一案

報告單位：北區業務組

案由：103 年度第 2 次共管會議決議事項辦理情形。(略)

決定：洽悉。

第二案

報告單位：審查執行會北區分會

案由：北區分會執行概況報告。(略)

決定：洽悉。

第三案

報告單位：北區業務組

案由：北區業務組西醫基層總額執行概況報告。

決定：

- 一、103 年第 1 季刻正進行結算作業，至於跨區就醫問題及點值調撥情形，後續本組將擷取資料研究並評估。
- 二、有關自主管理部分，本組每季定期透過 VPN 提供 M45「西醫基層總額自主管理參考表」，其內容包括提供前二年同期申報資料供院所自我管理。與中區業務組管控方式之立意、性質跟做法均不同。針對自我管理超過預定額度之部分，已列入西醫基層總額專業審查篩選指標項目，超出閾值之院所進行列管加強審查。
- 三、近期署本部針對易浮濫之診療項目及費用成長規劃設置管控平台進行檔案分析，於例行費用申報後勾稽異常診所或異常診療項目，利用審查機制進行管控。未來針對異常成長及節制醫療浪費等部分，請大家亦集思廣益思考如何訂定適宜指標或管控措施加強管理。
- 四、有關雲端藥歷查詢部分，經瞭解其查詢時間目前已縮短小於 10 秒，如果

在操作方面或使用上有疑慮歡迎洽詢，本組同仁竭誠為大家服務，另已製作操作手冊及使用 Q&A 提供醫療院所參考。

第四案

報告單位：北區業務組

案由：健保雲端藥歷系統執行及推動概況。

決定：

- 一、該系統提供病患歸戶跨院所近 3 個月(2 個月申報及 1 個月 IC 卡資料)就醫及用藥記錄，以利即時發現問題，提升醫療品質及用藥安全。
- 二、請北區分會及各縣市醫師公會協助輔導會員加強利用雲端藥歷藥歷系統，於 103 年 12 月達查詢筆數比率達目標值 10%。
- 三、本組將定期監測醫事機構查詢概況，並回饋相關資訊。

第五案

報告單位：北區業務組

案由：有關「全民健康保險醫療費用總額其他預算項目_鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊案」，診所及藥局自 103 年 7 月 1 日起納入適用對象，敬請協助輔導所屬會員積極申辦。

決定：

- 一、依本方案支付方式，基層診所適用指標項目包含：門診病人雲端藥歷系統查詢率、特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率、門診抽審案件數位審查、健保卡登錄處方及上傳作業正確率等四項指標。
- 二、考量實際頻寬補助金額攸關核付指標達成狀況，會後本組將提供核付指標已達 2 項以上之院所名單，請各縣市公會協助輔導申辦加入本方案。
- 三、本署已持續爭取本項 104 年度補助預算，相關進度將即時通知轄區診所。

四、討論事項：

第一案

提案單位：北區業務組

案由：藥費控管增修專業審查篩選指標項目案，提請討論。

決議：

- 一、專業審查家數比率維持 27%。
- 二、為有效管理藥費佔率及成長率過高情形，刪除及修改指標項目如下：
 - (一) 指標項目 18-「藥費管理(平均每日藥費)」，修正後指標名稱為「平均每日藥費成長率」。
 - (二) 指標項目-24「最近 3 個月藥費佔率」與指標項目-26「最近 3 個月藥費佔率成長率」合併修正名稱為 24-「藥費成長貢獻度」。
 - (三) 第 28 項指標「平均每件藥費成長率」修正指標名稱為「藥費成長率」。
 - (四) 各項調整閾值、權重及操作型定義如下表，本項次自 103 年 10 月(費用月)實施，並定期評估管控成效。

修正後指標項目	計算區間	權重	閾值	修正後操作型定義
18-「平均每日藥費成長率」	月	5	P95	1、平均每日藥費成長率 = (最近 3 個月藥費點數 ÷ 給藥日數) ÷ (去年同期藥費點數 ÷ 去年同期給藥日數) - 1 2、藥費點數含釋出之藥費。 3、排除項目：最近 3 個月藥費點數 < 50 萬。
24-「藥費成長貢獻度」	月	5	P95	1、藥費成長貢獻度 = (個別診所最近 3 個月藥費點數 - 去年同期藥費點數) ÷ (西醫基層診所最近 3 個月藥費點數 - 去年同期藥費點數) 2、藥費點數含釋出之藥費。 3、排除項目：最近 3 個月藥費點數 < 50 萬。
28-「藥費成長率」	月	5	▶ 前 5 大科 : P90 。 ▶ 其他科 : P98 。	1、藥費成長率 = (個別診所最近 3 個月藥費點數 ÷ 去年同期藥費點數) - 1 2、藥費點數含釋出之藥費。 3、排除項目：最近 3 個月藥費點數 < 50 萬。

第二案

提案單位：北區業務組

案由：診療管控增修專業審查篩選指標項目案，提請討論。

決議：

一、針對診療成長異常部分，全面檢視進行指標項目增修：

(一)刪除項目：指標項目 34-「淺部創傷處理-傷口長 5 公分以下者執行比率」、35-「液態氮冷凍治療執行比率」、36-「耳鼻喉局部治療執行比率」、37-「眼科門診處置執行比率」等四項指標。

(二)新增 1 項指標項目：

指標項目	診療點數成長貢獻前10大醫令
指標計算區間	季
權重	各項診療項目每項權重各3分
閾值	➤ 各項醫令執行率前5大診所 ➤ 各項醫令點數成長貢獻前5大診所
操作型定義	1、診療點數成長貢獻前10大醫令：前季診療點數排序前50大且診療點數成長貢獻前10大醫令列入管控項目。 2、醫令執行率=該項醫令數前3個月加總 ÷前3個月處方申報總件數。 3、醫令點數成長貢獻度=(個別診所最近3個月該項醫令點數-去年同期該項醫令點數)÷(西醫基層診所最近3個月該項醫令點數-去年同期該項醫令點數)。 4、前季定義：10309費用月之前季資料係指103Q2；最近3個月定義：10309費用月之前3個月資料係指10306-10308。 5、排除條件： (1) 因復健治療項目已另行控管故排除復健治療等相關醫令。 (2) 處方申報總件數(分母)排除08案件、C1案件、代辦案件(A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2及HN)及小於500件(3個月)之診所。

二、因程式邏輯較複雜，本項指標適用年月待程式建置完竣後實施，並定期評估管控成效。

三、另本診療項次每月將透過 VPN 提供各院所輔導報表加強自我管理，同時增加審查報表協助專業審查。

第三案

提案單位：北區業務組

案由：有關復健治療管理審查作業案，提請討論。

決議：

- 一、為持續加強管理復健治療服務合理性，指標項目 30-「每件復健費用」修正後指標名稱為「每人復健費用」，調整閾值、權重及操作型定義如下：

編號	指標項目	指標計算區間、閾值、權重	操作型定義
30-「每人復健費用」	1	月、P90 (全國西醫基層診所)、必審	<p>1、最近月份全國西醫基層診所平均每人復健治療費用90百分位以上診所。</p> <p>資料範圍：門診醫療費用申報檔，醫令類別 2，醫令代碼 41xxxx~44xxxx。</p> <p>(1) 排除項目：職災案件、排除早療案件(年齡 0-6歲之案件)。</p> <p>(2) 按各月份各特約層級分組，計算當月各院所復健平均每人醫療費用，按百分位數排名，算出90百分位數對應之平均每人醫療費用(平均每人醫療費用=總醫療費用/就醫人數)</p> <p>(3) 計算該月份各院所之復健平均每人醫療費用，列出超出上述90百分位數之各院所。</p> <p>2、以「論人歸戶隨機抽樣方式辦理專業審查作業。</p>
	2	月、P95、4	<p>1、非復健專科高於同儕值(95百分位(含)以上</p> <p>◇ 非復健專科診所：係指申報復健科件數佔率小於(含)30%</p> <p>◇ 復健科件數佔率：</p> <p>分子：就醫科別「14」申報件數</p> <p>分母：總申報件數</p> <p>2、診所每人復健費用=該診所總復健醫令點數/該診所執行復健就醫人數(以ID歸戶)。</p> <p>3、排除項目：早療案件、職災案件。</p>

- 二、本項次自 103 年 10 月(費用月)實施；另 30-1「每人復健費用」暫採「隨機+立意」方式辦理專業審查作業，於執行 2 季後再予評估成效，若全國西醫基層診所平均每人復健治療費用達 90 百分位以上本轄區診所佔率仍

大於 10.56%時，專業審查作業即修正為「論人+立意」方式辦理。

第四案

提案單位：北區業務組

案由：有關專業審查作業紙本病歷替代方案指標修訂案，提請討論。

決議：

一、本項指標操作型定義及權重增修如下：

- (一)新增申請參加本方案之院所，權重計分減1分，期限3個月(自參加月起算3個月)。
- (二)新增測試成功之院所，權重計分再減1分，期限6個月(自測試成功月起算6個月)。
- (三)修改前6個月其中1個月曾以該方案進行專業審查者，權重計分減3分，其中2個月以上曾以該方案進行專業審查者，權重計分減4分(月份之計算以申報月為基準，往前計算6個月，如申報月10309，前6個月指10303-10308其中1個月曾以該方案進行專業審查者，即符合減分標準)。

二、本次修改指標起算日：

- (一)自103年9月(費用月)加計鼓勵減分；另已申請參加及測試成功之院所追溯適用本次修改指標。
- (二)本案符合加分項目起算日，以每月24日為切點，逾24日者以次月起算。

三、定期評估並適時調整指標項目及操作型定義。

第五案

提案單位：基層審查執行會北區分會

案由：建請研擬院前診所管控措施，以穩定西醫基層總額點值。

決議：

- 一、本署針對轄區診所管理方式及管控措施以一體適用為原則，無個別性差異，本署亦無院前診所之名目，爰刪除專業審查篩選指標項目1-「院前診所」，倘於審查上發現之異常，必須進行列管者，列管原因函告且併納入指標項目4-「分區委員會列管」管理。
- 二、有關各指標審查及列管家數定期提供分會參考。

第六案

提案單位：基層審查執行會北區分會

案由：有關審查篩選指標項目操作行定義或閾值修訂，提請討論。

決議：

- 一、有關醫療費用負成長院所，仍有接受統計或審查檢視之必要性，各項指標操作型定義原則應一致，不建議針對個別項次排除，合先敘明。
- 二、由於本次會議提案第1案-第3案業針對重點項次管控，經評估所提項次之效益，爰刪除指標項目「13-前季每件醫療費用」、「14-科別目標季成長率」、「35-液態氮冷凍治療執行比率」等三項，除第35項次與提案二同時實施外，餘自103年10月(費用月)實施。

第七案

提案單位：基層審查執行會北區分會

案由：有關未在保民眾事前審查申請案之審查共識，提請討論。

決議：

- 一、有關醫療院所申請事前審查案件，於資料登入系統時如勾稽呈現不在保狀態或無此人承保資料狀態，本組為輔導納保及申報資料正確性，請醫療院所配合辦理轉知保險對象儘速辦理加保手續或填寫正確申請資料

避免費用申報勾稽異常。

- 二、醫療院所申請事前審查係依據「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 25 條辦理，略以「保險人應依本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準辦理事前審查。」爰是類案件為維護民眾就醫權益，請依前開之給付規定辦理專業審查事宜。

第八案

提案單位：基層審查執行會北區分會

案由：有關三高用藥加強抽審案閾值修訂，提請討論。

決議：

- 一、本署業於 VPN 建置健保雲端藥歷系統供院所查詢病人最近 3 個月用藥情形，本組積極輔導使用，以避免醫療資源浪費及維護病人用藥安全，爰新增 1 項專業審查篩選指標項目「三高用藥日數重疊率」，閾值、權重及操作型定義如下：

編號指標項目		指標計算區間、閾值、權重	操作型定義
三高用藥日數重疊率	1-降血壓用藥日數重疊率	季、P98、必審（論人隨機）	公式：口服降血壓藥物重疊用藥日數÷口服降血壓藥物之給藥日數。 降血壓用藥定義： ATC 前三碼=C07 或 ATC 前五碼=C02AC、C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。
	2-降血脂用藥日數重疊率	季、P98、必審（論人隨機）	公式：口服降血脂藥物重疊用藥日數÷口服降血脂藥物之給藥日數 降血脂用藥定義： ATC 前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。
	3-降血糖用藥日數重疊率	季、P98、必審（論人隨機）	公式：降血糖藥物重疊用藥日數÷降血糖藥物之給藥日數 降血糖用藥定義：

編號指標項目	指標計算區 間、閾值、權 重	操作型定義
		ATC 前五碼=A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、 A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX。
		<p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、排除門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA 或任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD。 2、給藥日數定義：若同案件同藥理下，有多筆藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。 (EX:A 病患就醫當次開立 2 種降血壓藥分別給予 15 天及 30 天，則以 30 天定義給藥日數。) 3、重疊用藥日數定義：同院所同 ID 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。 (EX:A 病患分別於 9/1、9/19 就醫，開立降血糖藥品各 21 天，則開始用藥日期 9/1、結束用藥日期 9/21，提前於 9/19 就醫開藥，有 2 天重疊日數。) 4、二筆慢箋給藥日數\geq28 天之用藥，允許 10 天的空間不計入重複日數。 5、兩案件 ATC 前 5 碼(C07 為前 3 碼)完全相同才視為用藥重複。 6、若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同，由於無法從申報資料判斷就醫時序先後，故兩筆(或多筆)處方在互相勾稽比對是否重複時，兩筆(或多筆)處方皆視為發生用藥重複。 7、本項指標採論人隨機方式審查。 8、各季各院所三高開藥總日數低於 500 日者予以排除。

二、本指標先以同病人同院所用藥日數重疊率篩選，俟執行 1 季後，視評估結果漸進改以跨院領藥個案日數重疊率納入。

三、103Q1 三高重複用藥偏高於第 2 次共管會議決議，針對重複率且重疊率符合 P95 之診所，自 103 年 10 月(費用月)起調整為上述新增指標閾值辦理列管，並定期評估成效。

五、散會：下午 5 時 20 分