

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 106 年第 1 次委員會會議紀錄

時間：106 年 2 月 19 日(星期日)上午 9 時 30 分

地點：本會第二會議室

出席：周慶明、吳國治、蔡其洪、張金石、莊維周、陳相國、朱建銘、吳欣席、吳順國、呂紹達、李偉華、李紹誠、林安復(邱國華代)、林義龍、徐超群、張志傑、張孟源、張嘉訓、連哲震、陳正和、陳晟康、黃振國、塗勝雄、廖慶龍、蔡有成、鄭俊堂、鄭英傑、盧榮福、賴聰宏、謝坤川、藍毅生、顏鴻順、羅倫樾

請假：王正坤、王欽程、王維昌、王錦基、周明河、林俊傑、林應然、張志華、莫振東、黃宗炎、劉家正、

主席：黃主任委員啓嘉

列席：許鵬飛、陳宗獻(請假)、王宏育、王必勝(請假)、林工凱(請假)、林恒立、涂俊仰、張必正

紀錄：洪郁涵

壹、主席報告：(略)

貳、報告事項

一、有關中華民國診所協會於 106 年 1 月 16 日函請本會邀請該會理事長或代表列席「西醫基層醫療服務審查執行會」案。

決定：本案暫保留，併函復表達二會溝通管道暢通，委員名單與該會成員亦有所重疊，該會無論以任何形式提出意見，本會或全聯會基層醫療委員會會議均會審慎研議。

參、討論事項

一、案由：請研議西醫基層醫療服務審查執行會組織章程條文修正草案。(提案人：黃主任委員啓嘉)

決議：

(一) 通過，修正章程第五條副主任委員人數增加為六名，由六分會各推派乙名擔任，以及修正章程第八條有關各組組員人數規定，如下頁。

修正條文	現行條文	說明
<p>第五條 基層審查執行會設主任委員一人，綜理全部執行事宜，其人選由全聯會理事長提名，經基層審查執行會委員過半數通過；設副主任委員<u>六</u>人，輔助主任委員處理基層審查執行會事務，其人選由<u>六</u>分會各推派乙位委員擔任。主任委員因故不能執行職務時，應指定副主任委員一人代理之，未指定時，由委員就副主任委員中推舉一人代理之；設執行長一人，並指定職務代理人一人，負責裁示基層審查執行會事務執行方向及處理方式，由主任委員指定，經基層審查執行會通過任命之。</p>	<p>第五條 基層審查執行會設主任委員一人，綜理全部執行事宜，其人選由全聯會理事長提名，經基層審查執行會委員過半數通過；設副主任委員<u>五</u>人，輔助主任委員處理基層審查執行會事務，其人選由<u>主任委員所屬分會以外之五</u>分會，各推派乙位委員擔任。主任委員因故不能執行職務時，應指定副主任委員一人代理之，未指定時，由委員就副主任委員中推舉一人代理之；設執行長一人，並指定職務代理人一人，負責裁示基層審查執行會事務執行方向及處理方式，由主任委員指定，經基層審查執行會通過任命之。</p>	<p>為擴大參與，爰副主任委員人數增加至六人，由六分會各推派乙名擔任。</p> <p>附註：因東區分會推派至執行會之委員共 2 人(黃啟嘉委員、朱建銘委員)，修正通過，因黃啟嘉委員已被選任為主任委員，爰由<u>朱建銘</u>委員擔任東區推派之副主任委員。</p>
<p>第八條 基層審查執行會分設審查、法規會務、品質資訊三組，各組執掌如下：</p> <p>一、審查組：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.關於審查之擬定、修改。 2.關於各科別之間有關審查事項之協調、仲裁。 3.關於特殊科別醫療費用之審查。 4.關於各區醫療費用審查準則之協調。 5.關於醫療費用審查醫藥專家之遴聘及管理。 6.關於醫療費用審查及相關檔案分析之建立。 7.其他有關醫療費用審查及醫療服務審查之研究與改制事項。 8.關於爭議審議事項。 <p>二、法規會務組：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.關於組織架構之建立。 2.關於基層審查執行會及各分會共同守則之研擬。 3.關於總額支付行政委託 	<p>第八條 基層審查執行會分設審查、法規會務、品質資訊三組，各組執掌如下：</p> <p>一、審查組：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.關於審查之擬定、修改。 2.關於各科別之間有關審查事項之協調、仲裁。 3.關於特殊科別醫療費用之審查。 4.關於各區醫療費用審查準則之協調。 5.關於醫療費用審查醫藥專家之遴聘及管理。 6.關於醫療費用審查及相關檔案分析之建立。 7.其他有關醫療費用審查及醫療服務審查之研究與改制事項。 8.關於爭議審議事項。 <p>二、法規會務組：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.關於組織架構之建立。 2.關於基層審查執行會及各分會共同守則之研擬。 3.關於總額支付行政委託 	<p>為符合分組實務現況，修正第二項各組之組員人數規定為七人至二十五人。</p>

修正條文	現行條文	說明
<p>書之研擬。</p> <p>4.關於總額支付下特約醫事服務機構合約之研擬、修訂。</p> <p>5.其他有關全民健康保險醫療服務審查法規之研擬與建議、修改。</p> <p>6.關於檢討與建議「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之修訂。</p> <p>7.關於基層審查執行會暨分會行政財務、事務之規劃處理。</p> <p>三、品質資訊組：</p> <p>1.關於總額醫療費用相關資料之蒐集、統計與分析。</p> <p>2.關於協調配合中央健康保險署電腦檔案分析系統之建立。</p> <p>3.關於基層審查執行會所需軟、硬體資料系統之建立。</p> <p>4.關於全民健康保險基層總額支付品質確保方案之擬訂。</p> <p>5.醫療費用點值之預估與監控。</p> <p>6.其他資訊、品質促進相關事項。</p> <p>前項各組設組員<u>七</u>人至<u>二十五</u>人，由基層審查執行會委員兼任，至委員任期屆滿。</p> <p>各組設組長一人，由各組組員推選之，組員於推選組長當日若不克出席會議，得委託出席委員一名，代理選任組長事務。</p> <p>前項委託代理選任事務之組員，應出具委託人簽章委託書。</p> <p>小組原則每二個月開會一次，</p>	<p>書之研擬。</p> <p>4.關於總額支付下特約醫事服務機構合約之研擬、修訂。</p> <p>5.其他有關全民健康保險醫療服務審查法規之研擬與建議、修改。</p> <p>6.關於檢討與建議「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之修訂。</p> <p>7.關於基層審查執行會暨分會行政財務、事務之規劃處理。</p> <p>三、品質資訊組：</p> <p>1.關於總額醫療費用相關資料之蒐集、統計與分析。</p> <p>2.關於協調配合中央健康保險署電腦檔案分析系統之建立。</p> <p>3.關於基層審查執行會所需軟、硬體資料系統之建立。</p> <p>4.關於全民健康保險基層總額支付品質確保方案之擬訂。</p> <p>5.醫療費用點值之預估與監控。</p> <p>6.其他資訊、品質促進相關事項。</p> <p>前項各組設組員<u>十一</u>人至<u>十五</u>人，由基層審查執行會委員兼任，至委員任期屆滿。</p> <p>各組設組長一人，由各組組員推選之，組員於推選組長當日若不克出席會議，得委託出席委員一名，代理選任組長事務。</p> <p>前項委託代理選任事務之組員，應出具委託人簽章委託書。</p> <p>小組原則每二個月開會一次，</p>	

修正條文	現行條文	說明
由組長召集並主持，必要時得召開臨時會議。	由組長召集並主持，必要時得召開臨時會議。	

二、案由：考量執行會暨各分會支出情形，建議執行會及各分會委員出席費以每場次hb°F元計，提請討論。(提案單位：秘書處)

決議：通過。

三、案由：聘請歷任西醫基層醫療服務審查執行會，服務於基層之主任委員及執行長為本會顧問案。(提案人：蔡副主任委員其洪；附議人：吳主任委員國治)

決議：通過，聘任前主任委員林森塘、吳首宝、陳宗獻和前執行長蔣世中為本會顧問。

四、案由：有關健保署 106 年實施雙審制度本會因應對策案，提請 討論。(提案單位：秘書處)

決議：移請執行會審查組研議。

五、案由：北區分會函文本會有關釐清血液透析共病就醫「疾病關聯性」之定義案，提請討論。(提案單位：秘書處)

決議：

(一) 有關血液透析共病就醫「疾病關聯性」之審查注意事項釐清，移請執行會審查組研議，併函請健保署針對審查注意事項有疑義之處做更進一步說明。

(二) 針對本案歷次審查注意事項修訂，請秘書處統計分析相關申報費用之變化。

六、案由：有關健保署醫療品質公開資訊新增公開指標網頁說明內容草案，提請 討論。(提案單位:秘書處)

決議：依據各專科醫學會和各分會之意見函復健保署(如附件)。

七、案由：有關辦理審查醫藥專家及執行會暨分會委員團保事宜案，提請 討論。(提案單位：秘書處)

決議：保留。由各縣市醫師公會或全聯會給予慰問金方式列入參考。

八、案由：建請本會與健保會委員建立各別平時明確之友好溝通管道，以促進雙方溝通，尋求彼此共識，提升醫療品質。(提案人：黃委員振國，附議人：黃主任委員啟嘉)

決議：通過。

肆、臨時動議

一、案由：有關 4 月 15 日即將生效提高民眾未經轉診部分負擔醫療費用，對基層診所醫療型態與費用之影響，提請討論。(提案人：李委員紹誠)

決議：移請基層醫療委員會研議。

伍、散會：上午 12 時 0 分

有關健保署醫療品質公開資訊新增公開指標網頁說明內容草案
之本會意見

<p>項目</p>	<p>慢性病連續處方箋釋出率、慢性病開立慢性病連續處方箋百分比</p>	<p>反對兩項新增指標，理由如下：</p> <p>一、根據慢性病的現代基本醫療照顧原理，幾乎所有的慢性病除藥物治療之外，更重要的是要配合長期持續性的健康生活型態治療及後續密切追蹤，每月回診取藥同時也是重新評估病情及強化衛教的最好時機。</p> <p>二、實務上常見病人在連續處方的3個月期間內病情惡化而不自知，因為很多慢性病惡化的症狀癥候並不明顯，病人常難以及早察覺。</p> <p>三、慢性病是否會惡化或突發病情變化其實是無法預期的，慢性病連續處方只是勉強提供較不方便每個月前來評估追蹤病情患者的權宜之計而已，並不值得鼓勵，更不適合列入品質指標(事實上，嚴格說起來，該2指標應該是屬於醫療服務品質比較不好的負向指標)。</p> <p>四、且慢性病連續處方箋釋出率指標說明很矛盾，如果開了慢箋，第2、3月不用「回診」，只需要回原醫療院所領藥，或至特約藥局領藥，與下面說明不合，建議改正。而這個指標，監測的目的很不明確，促進醫藥分業，與提升用藥品質不是同一件事，如果有可能，建議不監測。</p> <p>► 為什麼要建立這項指標？</p> <p>罹患慢性病須長期使用藥物控制病情，所以須定期至診所回診，但因病情穩定，為了拿藥而必須每個月回診領藥，不但耗時而且也不經濟，期藉由此項指標瞭解領取慢性病連續處方箋之病患至健保特約藥局調劑領藥之情形，以促進醫藥分業，提升民眾用藥品質。</p>
	<p>每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率</p>	<p>第二條附表一整體性之醫療品質資訊西醫基層總額第5點和附表二機構別之醫療品質資訊西醫基層總額第14點：<u>每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率</u>。 建議修改成：<u>每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率(排除慢性病藥品)</u>。</p>
	<p>門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率</p>	<p>附表一整體性之醫療品質資訊西醫基層總額第9點和附表二機構別之醫療品質資訊西醫基層總額第12點：<u>門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率</u>。 建議刪除，因上呼吸道感染包含太廣，病情變化多，若列入此項，易讓民眾混淆，以為醫療品質有問題，實質並非如此。</p>