

**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 5 次委員會會議紀錄**

時間：106 年 10 月 22 日(星期日)上午 9 時 30 分

地點：本會第一會議室

出席：王維昌、朱建銘、吳欣席、吳國治、呂紹達、李偉華、李紹誠、林應然、徐超群、張孟源、張嘉訓、莊維周、連哲震、陳正和、陳相國、陳晟康、黃振國、塗勝雄、廖慶龍、趙善楷、蔡有成、蔡其洪、鄭俊堂、鄭英傑、盧榮福、賴聰宏、謝坤川、藍毅生、顏鴻順

請假：王正坤、王欽程、吳順國、周明河、周慶明、林安復、林俊傑、林義龍、張志傑、張志華、張金石、黃宗炎、劉家正、羅倫樾、莫振東

主席：黃主任委員啓嘉

列席：王宏育、林工凱、林恆立、許鵬飛、陳炳榮（依委員姓氏比劃排序）

紀錄：吳韻婕

**壹、主席報告：(略)**

**貳、報告事項**

一、台灣耳鼻喉科醫學會函提供西醫基層耳鼻喉科審查注意事項改版條文報告案。

決定：函轉耳鼻喉科醫學會提供之審查注意事項條文予健保署參酌，如委員另有條文修訂意見，得於審查組提案研議。

二、健保署研議修訂「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」。

決定：洽悉。

三、餘案洽悉。

### 參、討論事項

#### 一、案由：請續行研議 107 年「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」修訂案。(提案單位：秘書處)

決議：

- (一)依中央健康保險署委託調查 101-105 年民眾滿意度調查，民眾整體醫療品質滿意度達九成以上，以及醫療機構違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之違規扣款家數低於 3%，故建議指標獎勵目標維持 90 百分位。
- (二)「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款」應列為一般服務項目計算。
- (三)107 年度「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案(草案)」修訂如【附件一】。

#### 二、案由：請研議西醫基層醫療服務審查執行會暨六區分會組織章程條文修正草案。(提案人：黃啟嘉主任委員)

決議：

- (一)通過修正西醫基層醫療服務審查執行會章程第四條條文，基層審查執行會委員人數上限增加至五十一人；全聯會理事會推派委員人數上限增加至十一人，修正條文對照表如下：

執行會修正條文	執行會現行條文	修正說明
第四條 委員資格應為西醫基層健保特約診所專任醫師。 基層審查執行會設委員四十三人至 <u>五十一</u> 人，由全聯會理事會推派委員七人至 <u>十一</u> 人，及各分會按其委員總人數，每五人推派一人組成之，但各縣市醫師公會至少應有一人。	第四條 委員資格應為西醫基層健保特約診所專任醫師。 基層審查執行會設委員四十三人至 <u>四十五</u> 人，由全聯會理事會推派委員七人至 <u>九</u> 人，及各分會按其委員總人數，每五人推派一人組成之，但各縣市醫師公會至少應有一人。	目前執行會委員人數已至四十五人上限，因應各縣市會員人數持續增加中，爰修正第二項委員人數上限至 <u>五十一</u> 人；另修正全聯會推派人數上限至 <u>十一</u> 人。

## (二)西醫基層醫療服務審查執行會六分會章程修正案

- 1.通過修正西醫基層醫療服務審查執行會六分會章程第三條條文，副主任委員，由分會內各縣市醫師公會各推派乙位委員擔任，修正條文對照表如下。另有關主任委員是否由分會內各縣市醫師公會輪流擔任之修正意見，建議保留。

六分會修正條文	六分會現行條文	修正說明
第三條 本分會設主任委員一人， <u>由本分會委員互選之</u> ；設副主任委員若干人， <u>由分會內各縣市醫師公會各推派乙位委員擔任</u> 。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。	第三條 本分會設主任委員一人、副主任委員若干人， <u>由本分會委員互選之</u> 。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。	為使執行會與分會組織架構更為一致，爰比照執行會副主任委員由分會內各縣市醫師公會各推派乙位委員擔任。

- 2.保留西醫基層醫療服務審查執行會六分會章程第七條條文修正案，待臺北分會達成共識，建議再議。

三、案由：嘉義縣大林慈濟醫院，明年將在嘉義市區開附設門診已成定局，參考斗六經驗，研商對策。可否行文南區業務組？定期取得申報金額，提請 討論。(提案人：趙善楷委員)

決議：擬請南區委員會協助趙善楷理事長共同瞭解慈濟醫院於嘉義市開設門診狀況，並研擬相關對策，以利後續因應。

四、案由：研議增訂「西醫基層院所開立慢性病連續處方箋而未調劑案件占率過高」檔案分析審查異常不予支付指標案，提請 討論。(提案人：黃振國委員)

決議：通過增訂「西醫基層院所開立慢性病連續處方箋而未調劑案件占率過高」不予支付指標如【附件二】。

五、案由：請研議「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」醫療品質資訊公開指標項目本會修訂意見。(提案人：品質資訊組盧組長榮福)

決議：

(一)有關醫療品質資訊公開指標項目業經健保署回覆意見如下：

項目	本會 106.3.1 建議	健保署意見 (106.11.1 議程)
慢性病連續處方箋釋出率	建議刪除	同意刪除
慢性病開立慢性病連續處方箋百分比	建議刪除	同意刪除
每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率	建議修正為：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)	建議維持現行規定
門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日再次因同疾病就診率	建議刪除	同意刪除

(二)針對本會建議「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)」指標項目，擬請本會代表於 106 年 11 月 1 日中央健康保險署召開「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」醫療品質資訊公開指標項目會議中表達本會意見，以達指標合理性。

#### 肆、臨時動議

一、案由：有關健保署修訂各專科之「全民健康保險醫療費用審查注意事項」規定，本會討論流程案(提案人：陳晟康委員)。

決議：

- (一)有鑒於健保署召開「全民健康保險醫療費用審查注意事項」研修會議之日期訂定倉促，經常於通知一週內就要開會，致使本會無法於時效內召集相關代表討論條文內容。
- (二)建議健保署及專科醫學會應衡量臨床專業及健保財務的平衡，做為修訂審查注意事項規範之準則。另建議會議召開前 1 個月提供會議相關資料，俾利本會討論凝聚共識及派員出席研修會議討論。

二、案由：有關 C 型肝炎用藥所生之檢驗費用，非屬 C 表之檢查項目，然有基層院所經向業務組申覆後，其允予同意申報費用，此與專業審查意見相違背，提請討論（提案人：李紹誠委員）。

決議：

- (一)依據「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，總則第四條規定：各保險醫事服務機構，依其專任醫師專長、設備及地區需要性，從事適用類別以外之診療項目時，須向健保署申請核可後適用。
- (二)西醫基層總額協商成長率方案中，每年均會提列「新增跨表項目」預算，建請貴署針對申請適用跨表項目之基層院所先不予以核可，待未來西醫基層總額協商通過該跨表項目預算後才予以同意，俾利總額財務平衡。

伍、散會：下午 12 時 22 分。

## 107年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」建議修正對照表

醫師公會全聯會建議修正條文	健保署建議修正條文	106年方案現行條文
	<p><b>壹、依據</b></p> <p>全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。</p>	<p><b>壹、依據</b></p> <p>全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。</p>
	<p><b>貳、目的：</b></p> <p>本方案之實施為確保西醫基層總額支付制度實施後醫療服務之品質，獎勵優質西醫基層特約診所。</p>	<p><b>貳、目的：</b></p> <p>本方案之實施為確保西醫基層總額支付制度實施後醫療服務之品質，獎勵優質西醫基層特約診所。</p>
<p><b>參、預算來源：依健保會第3屆106年第8次委員會議決議</b></p> <p>一、品質保證保留款應用於鼓勵提升醫療品質。</p>	<p><b>參、預算來源：依健保會第3屆106年第4次委員會議決議：</b></p> <p>一、品質保證保留款列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。</p> <p>二、可視需要由一般服務移列部分預算至品質保證保留款，並須提健保會通過。</p>	<p><b>參、預算來源：</b></p> <p>一、依健保會第1屆105年第9次委員會議決議，品質保證保留款應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率額度為限。</p> <p>二、本年度預算來自106年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中「品質保證保留款」成長率0.1%(1.052億元)與105年度該項目之成長率0.1%(1.009億元)，全年經費為2.061億元。</p>
	<p><b>肆、核發資格：</b></p> <p>一、西醫基層特約診所於<b>107</b>年1月至<b>107</b>年12月期間之12個月之門診醫療費用案件均在規定時限(以郵戳為憑次月二十日前)以電子資料申報(如未按時申報者，以二次(含)為限)，符合第一次暫付，且無本方案第肆點二之情形，得核發品質保證保留款。另當年度院所之醫事</p>	<p><b>肆、核發資格：</b></p> <p>一、西醫基層特約診所於106年1月至106年12月期間之12個月之門診醫療費用案件均在規定時限(以郵戳為憑次月二十日前)以電子資料申報(如未按時申報者，以二次(含)為限)，符合第一次暫付，且無本方案第肆點二之情形，得核發品質保證保留款。另當年度院所之醫事</p>

醫師公會全聯會建議修正條文	健保署建議修正條文	106年方案現行條文
	<p>服務機構代號如有變更，視為不同開業主體分別計算。</p> <p>二、西醫基層特約診所因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條所列違規情事之一者，於<b>107</b>年1月1日至<b>107</b>年12月31日期間，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)處分者，則不予核發品質保證保留款。前述期間以第一次處分日期認定之。</p> <p>三、不符合「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫方案」核發資格之診所。</p>	<p>服務機構代號如有變更，視為不同開業主體分別計算。</p> <p>二、西醫基層特約診所因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條所列違規情事之一者，於106年1月1日至106年12月31日期間，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)處分者，則不予核發品質保證保留款。前述期間以第一次處分日期認定之。</p> <p>三、不符合「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫方案」核發資格之診所。</p>
<p>伍、符合下列一至五情形，各給予核發權重20%，符合下列六至十一情形，各給予核發權重2%，各診所核發權重和最高以100%計算：</p> <p>一、診所月平均門診申復核減率，不超過該分區所屬科別<b>90</b>百分位，即&lt;<b>90</b>百分位。(註1)</p> <p>二、診所之每位病人年平均就診次數，不超過該分區所屬科別<b>90</b>百分位，即&lt;<b>90</b>百分位。(註2)</p> <p>三、個案重複就診率不超過該分區所屬科別<b>90</b>百分位，即&lt;<b>90</b>百分位。(註3)</p> <p>四、健保卡處方登錄差異率≤8%。(註4)</p> <p>五、門診病人健保雲端藥歷系統查詢率&gt;10%，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率&gt;15%。(註5)</p>	<p>伍、符合下列一至五情形，各給予核發權重20%，符合下列六至十一情形，各給予核發權重2%，各診所核發權重和最高以100%計算：</p> <p>一、診所月平均門診申復核減率，不超過該分區所屬科別<b>75</b>百分位，即&lt;<b>75</b>百分位。(註1)</p> <p>二、診所之每位病人年平均就診次數，不超過該分區所屬科別<b>75</b>百分位，即&lt;<b>75</b>百分位。(註2)</p> <p>三、個案重複就診率不超過該分區所屬科別<b>75</b>百分位，即&lt;<b>75</b>百分位。(註3)</p> <p>四、健保卡處方登錄差異率≤8%。(註4)</p> <p>五、門診病人健保雲端藥歷系統查詢率&gt;10%，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率&gt;15%。(註5)</p>	<p>伍、符合下列一至五情形，各給予核發權重20%，符合下列六至十一情形，各給予核發權重2%，各診所核發權重和最高以100%計算：</p> <p>一、診所月平均門診申復核減率，不超過該分區所屬科別80百分位，即&lt;80百分位。(註1)</p> <p>二、診所之每位病人年平均就診次數，不超過該分區所屬科別80百分位，即&lt;80百分位。(註2)</p> <p>三、個案重複就診率不超過該分區所屬科別80百分位，即&lt;80百分位。(註3)</p> <p>四、健保卡處方登錄差異率≤8%。(註4)</p> <p>五、門診病人健保雲端藥歷系統查詢率&gt;10%，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率&gt;15%。(註5)</p>

醫師公會全聯會建議修正條文	健保署建議修正條文	106年方案現行條文
<p>六、藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率，低於該分區<u>所屬科別</u>80百分位，即<math>\leq 80</math>百分位(開藥病人數<math>&lt;</math>該分區20百分位者不列入計算)。(註6)</p> <p>七、藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率，低於該分區<u>所屬科別</u>80百分位，即<math>\leq 80</math>百分位(開藥病人數<math>&lt;</math>該分區20百分位者不列入計算)。(註7)</p> <p>八、藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率，低於該分區<u>所屬科別</u>80百分位，即<math>\leq 80</math>百分位(開藥病人數<math>&lt;</math>該分區20百分位者不列入計算)。(註8)</p> <p>九、糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)執行率<math>\geq</math> <u>65%</u>。(註9)</p> <p>十、初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過<u>10</u>百分位，即<math>&gt;10</math>百分位。(註10)</p> <p>十一、檢驗(查)結果上傳率，<math>\geq</math> <u>75%</u>。(註11)</p>	<p>六、藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率，低於該分區<u>75</u>百分位，即<math>\leq 75</math>百分位(開藥病人數<math>&lt;</math>該分區<u>25</u>百分位者不列入計算)。(註6)</p> <p>七、藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率，低於該分區<u>75</u>百分位，即<math>\leq 75</math>百分位(開藥病人數<math>&lt;</math>該分區<u>25</u>百分位者不列入計算)。(註7)</p> <p>八、藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率，低於該分區<u>75</u>百分位，即<math>\leq 75</math>百分位(開藥病人數<math>&lt;</math>該分區<u>25</u>百分位者不列入計算)。(註8)</p> <p>九、糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)執行率<math>\geq</math> <u>65%</u>。(註9)</p> <p>十、初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過<u>10</u>百分位，即<math>&gt;10</math>百分位。(註10)</p> <p>十一、檢驗(查)結果上傳率，<math>\geq</math> <u>75%</u>。(註11)</p>	<p>六、藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率，低於該分區80百分位，即<math>\leq 80</math>百分位(開藥病人數<math>&lt;</math>該分區20百分位者不列入計算)。(註6)</p> <p>七、藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率，低於該分區80百分位，即<math>\leq 80</math>百分位(開藥病人數<math>&lt;</math>該分區20百分位者不列入計算)。(註7)</p> <p>八、藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率，低於該分區80百分位，即<math>\leq 80</math>百分位(開藥病人數<math>&lt;</math>該分區20百分位者不列入計算)。(註8)</p> <p>九、糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)執行率<math>\geq</math> 60%。(註9)</p> <p>十、初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過5百分位，即<math>&gt;5</math>百分位。(註10)</p> <p>十一、檢驗(查)結果上傳率，<math>\geq 70\%</math>。(註11)</p>
<p>陸、經前述各項指標計算核發權重和後，排除權重和為零之診所，若合格之診所數<u>所屬科別</u>大於<u>90%</u>，則依權重和由高至低排序，取<u>所屬科別</u>前<u>90%</u>之診所核發品質保證保留款。前開指標涉及診所所屬科別之認定方式，以<u>107</u>年第1季門診申報費用之就醫科別件數比例較高且超過30%者認定之(若件數相同，則採費用較高者)；未有任一科件數比</p>	<p>陸、經前述各項指標計算核發權重和後，排除權重和為零之診所，若合格之診所數大於 <u>75%</u>，則依權重和由高至低排序，取前 <u>75%</u>之診所核發品質保證保留款。前開指標涉及診所所屬科別之認定方式，以 <u>107</u>年第1季門診申報費用之就醫科別件數比例較高且超過 30%者認定之(若件數相同，則採費用較高者)；未有任一科件數比率超過 30%者(如聯合診所)，或</p>	<p>陸、經前述各項指標計算核發權重和後，排除權重和為零之診所，若合格之診所數大於80%，則依權重和由高至低排序，取前80%之診所核發品質保證保留款。前開指標涉及診所所屬科別之認定方式，以106年第1季門診申報費用之就醫科別件數比例較高且超過30%者認定之(若件數相同，則採費用較高者)；未有任一科件數比率超過30%者(如聯合診所)，或該科別之</p>



醫師公會全聯會建議修正條文	健保署建議修正條文	106 年方案現行條文
率超過30%者（如聯合診所），或該科別之家數未達20家，則歸屬為其他科(科別代碼為XX)。	該科別之家數未達 20 家，則歸屬為其他科(科別代碼為 XX)。	家數未達20家，則歸屬為其他科(科別代碼為 XX)。
	<p>柒、支用條件：</p> <p>一、本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算1次。</p> <p>二、前述伍各項指標，各診所核發權重和最高以100%計算。每家診所核發金額=(該診所核發權重和/全區診所核發權重和小計)×品質保證保留款。</p> <p>三、保險人辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之西醫基層特約診所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，<u>自次年度西醫基層總額品質保留款項下優先支應，若次年度無同項預算</u>，其核發金額將自當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支應。</p>	<p>柒、支用條件：</p> <p>一、本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算1次。</p> <p>二、前述伍各項指標，各診所核發權重和最高以100%計算。每家診所核發金額=(該診所核發權重和/全區診所核發權重和小計)×品質保證保留款。</p> <p>三、保險人辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之西醫基層特約診所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支應。</p>
	捌、本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬指標項目之操作型定義等執行面之修正，由保險人與該會共同研修後，逕行公告。	捌、本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬指標項目之操作型定義等執行面之修正，由保險人與該會共同研修後，逕行公告。

## 「檔案分析審查異常不予支付指標」提案表

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

指標名稱	西醫基層院所開立慢性病連續處方箋未再調劑案件占率過高
實施目的	降低不當申報
指標定義	<p>分子－慢性病連續處方箋未再調劑案件數 分母－門診開立慢性病連續處方箋案件數</p> <p>註：「慢性病連續處方箋未再調劑案件」：門診開立慢性病連續處方箋，當次門診調劑（04 案件）後，病人於 4 個月內均未持慢性病連續處方箋（08 案件）再調劑之案件。</p> <p>排除條件： 1. 慢性病連續處方箋案件<math>\leq</math>20 件。 2. 慢性病連續處方箋未再調劑案件占率<math>&lt;</math>50%之診所。</p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門
處理方式	<p>1. <math>50\% \leq</math> 慢性病連續處方箋未再調劑案件占率 <math>&lt; 59\%</math> 不予支付點數 = (所有慢性病連續處方箋案件診察費與同階段門診量之一般處方診察費差值之加總) * 50%。</p> <p>2. <math>60\% \leq</math> 慢性病連續處方箋未再調劑案件占率 <math>&lt; 69\%</math> 不予支付點數 = (所有慢性病連續處方箋案件診察費與同階段門診量之一般處方診察費差值之加總) * 60%。</p> <p>3. <math>70\% \leq</math> 慢性病連續處方箋未再調劑案件占率 不予支付點數 = (所有慢性病連續處方箋案件診察費與同階段門診量之一般處方診察費差值之加總) * 70%。</p>
影響評估	