

中區西醫基層總額共管會 98 年第 5 次會議紀錄

時間：98 年 12 月 23 日 13 時

地點：中央健康保險局中區分局 10 樓第 1 會議室

出席：

中區委員會：

台中市醫師公會：高大成、丁鴻志、羅倫樞、李茂盛、陳萬得

蔡景星、林義龍、葉元宏、陳正和、陳國光

台中縣醫師公會：陳宗獻、張德旺、陳成福、黃錫鑫、魏重耀、

陳振昆、藍毅生、劉兆平、陳聰波

彰化縣醫師公會：巫喜得、李武波、陳建宏、侯金山、陳信成

林峯文

南投縣醫師公會：張志傑、盧勝堂、劉興潮

中區分局：

丁增輝、林興裕、楊育英、江權富、詹玉霞、陳麗尼、喻崇文

、王慧英、李菁萍、陳之菁、張黛玲、游姿瑗

列席：侯勝泓、蔡文仁、高嘉君、呂理嘉、詹國泰、鄭志賢

吳義村、王志中、胡必雄、王維弘、許鵬飛

胡必雄、葉文娜、傅姿溶、張靜文、劉碧優、張薇林

請假：蔡其洪、蔡明忠、林正夫、陳忠一、黃建成、謝明哲

黃建成

主席：方經理志琳

紀錄：曾麗珍

呂主任委員和雄

壹、宣布開會

貳、主席致詞（略）

參、上次決議事項追蹤

| 決議事項追蹤 | 承辦單位 | 辦 理 情 形 |
|--|---------------|---|
| 家醫及內科之分級管理指標與抽樣審查修訂原則 | 中區分局 | 自 98 年 10 月份費用起實施，適用本指標為家醫及內科，實施一季後追蹤成效。 |
| 本分局擬成立「精神科支援長照機構專案小組」，請中區委員會舉薦 2 位醫師參與專案小組，共同擬訂相關作業規範。 | 中區委員會 | 舉薦管理組羅組長倫樞及精神科召集人王志中醫師參與專案小組。 |
| 因應 H1N1 建議第三、四季及明年第一季不計點值案，請中區委員會成立專案小組共同研議。 | 中區分局 中區委員會 | 本分局已配合提供 98 年 9 月 H1N1 申報資料參考；因 H1N1 申報費用少不影響點值，不予調整。 |

肆、報告事項：

一、西醫基層總額醫療費用申報概況報告。（詳會議資料）

決議：為評估 H1N1 衍生之費用情形，請中區委員會提供 H1N1 相關費用操作型定義供中區分局進行檔案分析。

二、中央健康保險局組織改制為行政機關

依據行政院 98 年 11 月 10 日院授研綜字第 0982261513 號令修正公布「行政院衛生署中央健康保險局組織法」定自 99 年 1 月 1 日起施行（詳會議資料），即名稱變更為行政院衛生署中央健康保險局，另中央健康保險局中區分局名稱變更為行政院衛生署中央健康保險局中區業務組，請各醫師公會周知所屬會員。

三、97 年中區特約診所員工及眷屬於服務之診所就醫輔導

（一）依本局「全民健康保險特約醫院及診所 97 年各院所員工及眷屬於服務之院所就醫情形分析報告」辦理。

（二）98 年 11 月 27 日已函送「97 年中區特約診所員工及眷

屬於服務之診所就醫次數占率 $\geq 5\%$ 名單」計 25 家，請中區委員會協助輔導改善。

四、98 年 10 月份申報醫師親自調劑比率大於 10%輔導

- (一) 依藥事法第 102 條：「醫師以診療為目的，並具有本法規定之調劑設備者，得依自開處方，親自為藥品之調劑。全民健康保險實施二年後，前項規定以在中央或直轄市衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形為限」辦理。
- (二) 另依門診醫療服務點數清單媒體申報格式及填表說明第 23 項申報處方調劑方式「6」需符合全民健康保險法第 43 條及全民健康保險自墊醫療費用核退辦理第 3 條所定緊急傷病之患者自行調劑，且申報符合全民健康保險法第 43 條及全民健康保險自墊醫療費用核退辦理第 3 條所定緊急傷病之患者自行調劑超過 5%以上者，本局將加重審查。
- (三) 98 年 12 月 8 日已函送「申報醫師親自調劑比率大於 10%以上診所名單」計 5 家，請中區委員會協助輔導確實依藥事法第 102 條規定。

五、重申神經系統 zaleplon、zolpidem 及 zopiclone 成分藥品給付修正規定

- (一) 本案業經 98 年 4 月 9 日健保審字第 0980007482 號令修正發布在案。
- (二) zaleplon、zolpidem 及 zopiclone 成分藥品給付修正規定重點(詳會議資料)：
 1. 非精神科醫師若需開立本類藥品，每日不宜超過一顆，連續治療期間不宜超過 6 個月。若因病情需長期使用，病歷應載明原因，必要時轉精神科專科醫師評估其繼續使用的適當性。

2. 對於首次就診尚未建立穩定醫病關係之病患，限處方 7 日內安眠藥管制藥品。

六、支援安養護、身心障礙機構及護理之家精神科診療作業規範

(一) 為提升特約醫療院所支援安養護、身心障礙機構及護理之家醫療服務效益，並建立該等機構院民醫療照護品質及用藥安全，本分局成立「精神科支援長照機構專案小組」制訂相關規範。

(二) 依本分局「精神科支援長照機構專案小組」於 98 年 11 月 19 日邀集醫界代表召開研商「本分局特約醫療院所醫師支援安養護、身心障礙機構及護理之家辦理精神科診療作業規範」事宜會議，研討制訂本作業規範自 99 年 1 月 1 日起實施(詳會議資料)。

七、98 年 10 月西醫基層總額醫療服務品質指標整體概況

98 年第 1、2 季已提供各品質指標值 > P80 之診所名單予相關科別委員協助輔導。經持續追蹤另 98 年第 2 季起針對異常個案立意抽審。

各項品質指標均較監測值進步，惟分局間評比不佳，為提升改善成效，本分局每月定期寄發「基層總額醫療專業服務品質指標回饋單」予指標表現異常診所，立意抽審用藥日數重複異常個案。

| 指標 | | | 正負向 | 監測值 | 97Q3 | 97Q3 排名 | 98Q1 | 9810 | 9810 排名 | 9810 全局值 |
|-------------------------------|------------------------|----|-----|---------|--------|------------|--------|--------|------------|-------------|
| 抗生素使用率 | | | 負向 | ≤16% | 11.40% | 5 | 11.29% | 10.01% | 3 | 10.27% |
| 注射劑使用率 | | | 負向 | ≤6% | 1.00% | 4 | 0.84% | 0.89% | 4 | 0.90% |
| 平均每張處方箋開藥天數 | | | 正向 | ≥4.46 | 5.88 | 6 | 5.41 | 5.5 | 5 | 5.5 |
| 處方箋釋出率 | | | 正向 | ≥25% | 21.89% | 5 | 22.66% | 20.74% | 5 | 29.75% |
| 用藥日數 重複率(排 除 08 案 件) | 安眠鎮靜用藥 | 跨院 | 負向 | ≤14.96% | 11.38% | 6 | 11.30% | 10.43% | 5 | 10.35% |
| | | 同院 | | | 2.67% | 4 | 2.62% | 2.36% | 4 | 2.29% |
| | 精神分裂用藥 | 跨院 | 負向 | ≤4.33% | 4.17% | 4 | 4.26% | 3.87% | 4 | 3.88% |
| | | 同院 | | | 1.88% | 5 | 1.72% | 1.64% | 4 | 1.62% |
| | 憂鬱症用藥 | 跨院 | 負向 | ≤8.44% | 5.72% | 5 | 5.66% | 4.93% | 5 | 4.93% |
| | | 同院 | | | 2.51% | 4 | 2.17% | 1.84% | 4 | 1.78% |
| | 降血脂藥物 (口服) | 跨院 | 負向 | ≤3.17% | 1.45% | 4 | 1.40% | 1.23% | 3 | 1.25% |
| | | 同院 | | | 0.91% | 4 | 0.91% | 0.79% | 3 | 0.83% |
| | 降血壓藥物 (口服) | 跨院 | 負向 | ≤9.18% | 4.06% | 5 | 3.85% | 3.69% | 5 | 3.57% |
| | | 同院 | | | 1.67% | 4 | 1.45% | 1.34% | 4 | 1.32% |
| | 降血糖藥物 (不分口服及 注射) | 跨院 | 負向 | ≤6.03% | 2.63% | 3 | 2.48% | 2.33% | 3 | 2.36% |
| | | 同院 | | | 1.52% | 3 | 1.32% | 1.23% | 2 | 1.28% |

八、健保國際比較及相關宣導

為提高國人對全民健保之評價，本局已於全球資訊網(<http://www.nhi.gov.tw>)建置完成「健保國際比較」及「健保有，健保不能倒」專區等宣導事宜，請中區委員會轉知所屬會員利用院所網頁連結刊載本局健保資訊協助宣導。

中區委員會報告

九、本會原推薦「西醫基層總額支付制度中區委員會」現任委員葉元宏醫師，其因事請辭委員乙職，擬更換林煥洲醫師續任委員。

伍、提案討論

提案一

提案單位：中區分局

案由：99年中區西醫基層總額分科管理試辦計畫(草案)(詳會議資料)，提請討論。

說明：

一、本試辦計畫實施將屆 3 年，期間經由各科管理委員制定各科科管理指標及建立溝通平台並凝聚共識，發揮專業自主管理並且落實自律和強化互助機制，為維持科際間公平性暨穩定中區點值，將續辦本試辦計畫，惟就 98 年計畫局部修訂。

二、本次修訂項目如下列：

(一) 草案五、實施辦法(一)、1 科別的選定之(3)選定之科別適用期間原則為99年 1 月至99年 12 月，半年得申請變更科別，以一次為限，年中擬變更適用科別之診所應於99年 6 月 1 日至 6 月 15 日期間向本分局提出申請。
99 年診所暨醫師主要科別調查表：請各診所至健保資訊網服務系統(VPN)「基層總額分科管理專區」之「診所暨醫師主要科別調查」登錄即日起至 99 年 1 月 15 日截止。請各醫師公會轉知會員進行選科登錄作業。

路徑：<http://10.253.253.242/idcportal/index.jsp>

(健保分局資訊交流區/中區分局/VPN 加值服務網/基層總額分科管理專區)。

(二) 草案五、實施辦法(一)、1 科別的選定之(4)期限內未選定科別者，本分局逕依該診所(醫師)98年選定之科別認定。

(三) 草案五、實施辦法(一)、2 科別管理目標點數的分配之
(1) 依據各科診所最近 4 年(95-98 年)申報之醫療費用點數(含部分負擔)權重，計算各科占率。各年度權重依序為(15%、25%、30%和 30%)。

(四) 99 年目標點值設定

由於 98 年 10 月起實施藥價調整，藥品調降點數對點值影響估計為 0.04，99 年目標點值建議比照 98 年平均點值 0.95 以上。

中區委員會意見

一、計畫目標：平均點值為 0.93 ± 0.02

決議：

- 一、99 年計畫目標之各季平均點值為 0.94 以上。
- 二、另科別管理目標點數分配及風險基金等計算權重方式，請中區委員會研擬方案後提本分局討論。

提案二

提案單位：中區委員會

案由：建請中區分局重新評估開放診所申請跨表申報。

說明：診所申請跨表自 93 年起，因點值大幅滑落，全面停止至今。但因時空背景不同，點值也已回升並趨於穩定；考量醫學的進步、病患的需求，以及各科醫師的專業，建請中區分局重新評估開放診所申請跨表申報。

辦法：依自主管理精神，交由各科管理委員會提出跨表項目及管控辦法，經中區委員會交給中區分局核可公告後，診所依專業需求提出申請。

中區分局說明：

一、相關條文規定：

- (一) 依據全民健康保險醫療費用支付標準第一部總則「四、各保險醫事服務機構，依其專任醫師專長、設備及地域需要性，從事適用類別以外之診療項目時，得定期向健保局申請核可適用」。

(二) 依據受理全民健康保險醫療費用支付標準適用類別以外項目作業原則十一「全民健康保險山地離島地區，因醫療資源不足，對支付標準規定須具特殊人力、設備之診療項目，得視地區需要性，同意實施適用類別以外項目」。

(三) 依據受理全民健康保險醫療費用支付標準適用類別以外項目作業原則五「特定診療之診療項目除具有基本檢查設備及人員外，應具判讀及後續治療能力」。

二、中華民國醫師公會全國聯合會每年2至3月會行文函請各專科醫學會提供欲開放跨表的診療項目，彙整後請健保局估算對點值的影響，再與費協會協商編列經費後，公告開放跨表項目。

三、建議欲開放診療項目可提報至各專科醫學會，俾利全國性通盤考量。

決議：目前已開放申請診療跨表項目約計142項，診所可依規定提出申請審核；另如新增診療跨表項目，依程序先向各專科醫學會提報，再送健保局討論俾利總額預算之通盤考量。

提案三

提案單位：中區委員會

案由：診所因特殊原因當月看診天數與去年同月看診天數明顯減少時，得事先在目標IC總值計算前，請以去年同期季平均作目標點值。

說明：

一、各科均有人因出國、生病、過年等因素導致目標點值配額差距很大，出現科管理中反彈的聲音。

二、應事前自行主動惠知健保局中區分局，改以季平均點值，提高該

科目標 IC 總點數，以免影響當科總配額以及診所之權利。

三、看診天數少於 15 天以下，以去年同期前個月計算。

中區分局說明：

一、抽審原則檔案分析時如申報天數相差 5 天以上即依申報天數計算已排除抽審因素。

二、各科別管理目標點數的分配係依據各科診所最近 4 年申報之醫療費用點數（含部分負擔）計算各科占率，故各科別管理目標點數的分配整體影響不大且因個別診所重新分配目標點數費時，如有本案情事建議由該科內部訂定調整原則即可。

決議：如屬分科內管理之指標，由各該科自行處理，另若涉及各科間目標點數者，則請中區委員會支付組研議方案後提本分局討論。

提案四

提案單位：中區委員會

案由：建請中區分局會速研擬新開業診所配額計算方式，以便分科管理之執行。

說明：

一、依中央健保局 98 年 9 月特約醫事機構增減統計表，中區分局家數 96 年 12 月 2016 家、97 年 3 月 2026 家（成長 10 家）、97 年 12 月 2037 家、98 年 3 月 2042 家（97/3 V.S 98/3 成長 16 家）。

二、外科 97、98 年各新開業 5 家，其中包括血管外科及大腸直腸科次專科別，申請金額甚巨與一般新開業診所漸進成長型態相差很大，此型態對群體數不大的外科及精神科比例上負擔甚艱困。

三、98 年第一季外科甚至出現將所有成長的診所金額全數吐回，仍

然不夠補回目標 IC 值之現象，此現象殊不合理，與費協會談判回來全體基層診所成長 3%之結果不符。

辦法：

一、請速成立新開業診所之專屬配額（如牙科）。

二、建請中區分局提供資訊，中區委員會再評估可行性和辦法。

中區分局說明：請中區委員會明訂新開業診所定義等相關項目後，本分局再配合提供相關資料。

決議：併提案三討論。

提案五

提案單位：中區委員會

案由：建議皮膚科之分級管理指標與抽樣審查原則同家醫及內科，提請討論。

說明：在分科管理的精神之下，審查管理指標項目應以診所為單位較為合理。

辦法：皮膚科比照家醫科及內科分級管理指標與抽樣審查原則。

決議：併提案六討論。

提案六

提案單位：中區委員會

案由：修正小兒科分級管理指標與抽樣審查原則，提請討論。

說明：小兒科修正 A. B. C 級診所抽審指標如下：

以舊診所為單位：

C 級：

- (一) 1. 合計點數百分位值 \geq P95 且成長率 \geq 5%，
2. 合計點數百分位值 \geq P80 < P95 且成長率 \geq 7.5%，
3. 合計點數百分位值 \geq P50 < P80 且成長率 \geq 12.5%，
4. 合計點數百分位值 \geq P30 < P50 且成長率 \geq 15%。

(二) 每日藥費(04, 08, 09, E1 案件, 排除 01 案件) \geq P95 且平均就醫次數 \geq P90, 但排除申報點數負成長診所。

(三) 每件診療費 \geq P95 且平均就醫次數 \geq P90, 但排除申報點數負成長診所。

(四) 平均就醫次數 \geq P95 且慢性病每日藥費 \geq P90, 平均就醫次數 \geq P95 且非慢性病每日藥費 \geq P75, 或平均就醫次數 \geq P95 且每件診療費 \geq P75, 但排除申報點數負成長診所。

B 級: 不符上列條件且申報點數總歸戶(含部份負擔)20 萬點以上但成長率 $> 5\%$ 且平均就醫次數 $> P90$ 。

A 級: 成長率 $\leq 5\%$ 且平均就醫次數 $\leq P90$ 或申報點數總歸戶(含部分負擔)20 萬點以下且無 C 級項目診所。

中區分局說明：

- 一、目前西醫基層總額分級管理指標與抽樣審查原則計 2 類, 分別適用於家醫與內科, 以及排除該 2 科以外之 9 科。
- 二、該抽審原則需配合檔案分析作業因分析費時, 建議小兒科與皮膚科比照家醫與內科抽審原則, 自 99 年 1 月份費用起實施。
- 三、另其他科別擬比照該抽樣審查原則者, 請中區委員會 99 年 1 月底前提供, 各科經選定後適用一年。

決議: 依中區分局說明辦理。

提案七

提案單位: 中區委員會

案由: 99 年 2 月逢春節假期且非閏年, 建議放寬該審查指標免列入抽審, 提請討論。

說明: 99 年 2 月適逢農曆春節且非閏年時, 依支付標準規定每月實際看診日數 25 日以上(含 25 日), 得以當月全月日數計, 因應實施分科管理及落實月休 4 天精神, 實施成效良好, 未損及病患就醫權益, 符合因地制宜之精神, 讓醫師期能配合春節年假與家人團聚, 建議 99 年 2 月份門診合理量規定以 23 日為宜。

中區分局說明：

有關建議修訂合理門診量計算方式案，依 97 年 11 月 21 日西醫基層總額支付委員會 97 年第 4 次會議紀錄結論：請中華民國醫師公會全國聯合會正式提案，且應有完整之配套措施，以保障民眾之就醫權益。

決議：請中區委員會提案向中華民國醫師公會全國聯合會建議。

提案八

提案單位：中區委員會

案由：請中區健保局檔案分析醫師合理門診量的型態。

說明：

- 一、基層總額實施至今已經 7 年，承接基層總額應該依據相關資訊發展並訂定健全財務的指標。
- 二、過去由於資訊系統以及邏輯發展尚未成熟，對於醫師合理門診量的型態缺乏分析和探討。如今健保局第二代電腦功能相當齊全，已經足以應付醫師合理門診量的檔案分析。
- 三、為促進基層總額競爭機制之公平化，建請中區健保局協助分析醫師合理門診量申報型態，以利未來發展檔案分析指標。

中區分局說明：配合提供。

決議：照案通過。

提案九

提案單位：中區委員會

案由：為因應 99 年度審查醫師推薦名單之作業，且俾利委員會溝通運作順暢，擬建請中區分局提供其遴選審查醫師之依據或規則供參。

說明：依據西醫基層總額支付制度招標事宜，審查醫師由醫師公會與健保局各自推薦，而為瞭解健保局遴聘之標準或方式，建請中區分局提供其相關遴選標準供中區委員會參考。

中區分局說明：

推薦審查醫事人員之資格應符合下列條件：

一、符合「中央健康保險局醫療服務審查委員會設置辦法」第 8 條所列之規定：

- (一) 具 5 年以上教，學臨床或實際經驗。
- (二) 5 年內未曾違反醫療法相關法規受停業以上之處分。
- (三) 5 年內未有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定不予特約情形。

二、專業審查資格：

- (一) 出席穩定
- (二) 審查合理、公平、公正
- (三) 配合現有規定
- (四) 審畢評量結果合理
- (五) 爭審撤銷率低

決議：中區委員會規定委員不可兼任審查醫師乙節，請提供委員名單供本分局參考；另為落實審查共識，將請審查醫師參與各科審查共識會議。

陸、散會：15 點 40 分