

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 110 年第 3 次
研商議事會議紀錄

時間：110 年 12 月 23 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：李署長伯璋

紀錄：陳俐欣

出席代表：(依姓氏筆劃排列、*係指採線上與會人員名單)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王代表宏育	王宏育	張代表禹斌	張禹斌
古代表有馨	請假	梁代表淑政	梁淑政
朱代表建銘	朱建銘*	許代表騏洪	許騏洪
朱代表益宏	朱益宏*	連代表哲震	連哲震*
吳代表欣席	吳欣席*	陳代表志明	陳志明*
吳代表國治	吳國治	陳代表相國	陳相國
吳代表順國	吳順國*	陳代表晟康	陳晟康
李代表紹誠	請假	黃代表信彰	請假
周代表思源	請假	黃代表振國	前半場王俊傑(代) 黃振國
周代表慶明	周慶明	黃代表啟嘉	黃啟嘉
林代表名男	林名男*	楊代表宜青	楊宜青*
林代表育正	請假	楊代表宜璋	楊宜璋
林代表旺枝	林旺枝*	趙代表善楷	趙善楷*
林代表煥洲	林煥洲*	蔡代表有成	蔡有成*
林代表誓揚	林誓揚	蔡代表淑鈴	請假
林代表鳳珠	林鳳珠	鄭代表俊堂	鄭俊堂*
林代表憶君	林憶君*	鄭代表英傑	鄭英傑*
林代表應然	林應然*	盧代表榮福	盧榮福
邱代表泰源	洪德仁(代)*	賴代表聰宏	賴聰宏*
洪代表一敬	洪一敬	藍代表毅生	藍毅生*
徐代表超群	徐超群	顏代表鴻順	顏鴻順
馬代表海霞	馬海霞*	蘇代表主光	請假
張代表孟源	張孟源*	蘇代表東茂	蘇美惠(代)*

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	陳淑華	江心怡*	
衛生福利部醫事司	李巧玲*	黃敏玲*	
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴	方瓊惠	
中華民國醫師公會全國聯合會	吳韻婕	黃佩宜	黃瑋絜
台灣醫院協會	吳亞筑		
中華民國藥師公會全聯會	黃羽婕*		
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲*		
中華民國物理治療師公會全國聯合會	請假		
台灣助產學會	高千惠		
台中市助產師(士)公會	藍芳貞		
南投市助產師(士)公會/恩生助產所	王秀霞		
本署署長室	黃珮珊		
本署臺北業務組	林怡君*	陳韻寧*	廖美惠*
本署北區業務組	蔡秀幸*	陳祝美*	胡淑惠*
	麻晟瑋*		
本署中區業務組	王慧英*		
本署南區業務組	林純美*	丁增輝*	黃紫雲*
	洪穰吟*	郭郁伶*	
本署高屏業務組	陳淑惠*	楊斐如*	施怡如*
	陳瑩玲*	黃雅蘭*	
本署東區業務組	馮美芳*	黃寶萱*	黃婷亭*
	陳佳穎*		
本署企劃組	王宗曦*	趙偉翔	
本署財務組	李佩耿		
本署承保組	請假		
本署資訊組	吳少庠		
本署違規查處室	陳靜慈		
本署醫審及藥材組	吳科屏	黃育文	連恆榮
	許明慈	涂奇君	黃詔威
	黃瓊萱	詹淑存	羅惠文
	陳盈如*		

本署醫務管理組

黃兆杰

游慧真

劉林義

韓佩軒

李兩育

張作貞

陳依婕

呂姿曄

洪于淇

黃奕瑄

許博淇

周筱妘

蔡松蒲

米珮菱

方瓊如

邵子川

鄭正義

楊淑美

壹、主席致詞：(略)

貳、西醫基層總額研商議事會議前次會議紀錄，請參閱(不宣讀)
確認(略)

決定：洽悉

參、報告事項：

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：序號 2：有關臺灣兒科醫學會建請重新評估兒科專科醫師門
診診察費加成率案繼續列管，其餘解除列管。

第二案

報告單位：中華民國醫師公會全國聯合會
本署醫務管理組

案由：西醫基層總額執行概況。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：西醫基層總額 110 年第 2 季結算點值報告。

決定：本季點值業本署以於 110 年 12 月 1 日健保醫字第 1100046143
號函請各代表書面確認一般服務部門點值(下表)在案，依全
民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜：

區/項目	浮動點值	平均點值
臺北	1.18750902	1.10237821
北區	1.19846090	1.12133007
中區	1.14812399	1.09954200
南區	1.16254420	1.10686874
高屏	1.10467477	1.06978554
東區	1.22208944	1.13552931
全區	1.14389591	1.10076163

第四案 報告單位：本署醫務管理組
案由：111 年「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」召開會議時程。

決定：

一、洽悉。

二、會議時間如下表，請各代表預留時間：

會議	第 1 次	第 2 次	第 3 次	第 4 次	第 1 次 臨時會
日期	3 月 3 日 (星期四)	5 月 26 日 (星期四)	8 月 25 日 (星期四)	11 月 24 日 (星期四)	12 月 8 日 (星期四)
時間	下午 2 時	下午 2 時	下午 2 時	下午 2 時	下午 2 時

第五案 報告單位：本署醫審及藥材組
案由：修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」專業醫療服務品質指標之「門診注射劑使用率」指標案

決定：本案通過，「門診注射劑使用率」指標：分子排除條件表三之排除條件 A 修定事項，說明如下：

一、第 19 項之資料處理定義，當次就醫診斷代碼增列僵直性脊椎炎等 5 項疾病之 ICD-10-CM Code，說明如下：

- (一) 僵直性脊椎炎：M08.1, M45.0-M45.9。
- (二) 乾癬：K13.29, L40.0-L40.9。
- (三) 乾癬性周邊關節炎：L40.50-L40.59(L40.53 除外)。
- (四) 乾癬性脊椎病變：L40.53。
- (五) 克隆氏症：K50.0-K50.9。
- (六) 另，原「類風濕性關節炎：M05-M06」部分，增加「前 3 碼」文字。

二、給付規定內容補正第 9 項文字「繞徑治療藥物、第十三凝血因子」與生效日期「109/2/1」，及第 15 項之成分商品名為「(如 Apo-Go Pen)」與每人每月使用量不得超過 20 支並增列生效日期「99/11/1」。

肆、討論事項：

第一案 提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會
案由：有關 111 年「基層總額轉診型態調整費用」結算方式及經費編列討論案。

決議：

- 一、同意本項結算方式依 111 年總額協商協定事項辦理，優先用於支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。
- 二、轉診成功案件之邏輯，同 110 年，費用年月 107 年 7 月起，醫院申報「辦理轉診費_回轉及下轉」支付標準者，基層院所接受前開轉診案件之日起 6 個月，該保險對象所有於各分區西醫基層總額部門申報之門診(含交付機構)一般服務案件點數，由本預算支應。
- 三、請本署持續監測「自行就醫」案件。
- 四、112 年本項預算編列額度，俟召開總額協商相關會議時再議。

第二案 提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會
案由：111 年西醫基層總額一般服務案件之保障項目及操作型定義
討論案。

決議：同意比照 110 年保障項目(每點 1 元支付)，如下：

- 一、論病例計酬案件。
- 二、血品費。
- 三、西醫基層總額「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行
方案，每季各婦產科診所撥付款項=280 點×季申報總住院
日數。

註：藥費依據藥物給付項目及支付標準辦理。

第三案 提案單位：本組醫務管理組
案由：有關 111 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款
實施方案修訂案，提請討論。

決議：本案通過，修訂重點如下：

- 一、刪除原方案第 6、7、8、9 及 12 項等 5 項獎勵指標：
 - (一) 第 6 項：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 ≤ 80 百分位(開藥病
人數 $<$ 該分區 20 百分位者不列入計算)。
 - (二) 第 7 項：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 ≤ 80 百分位(開
藥病人數 $<$ 該分區 20 百分位者不列入計算)。
 - (三) 第 8 項：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 ≤ 80 百分位(開
藥病人數 $<$ 該分區 20 百分位者不列入計算)。
 - (四) 第 9 項：糖尿病病患糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白
(glycated albumin)執行率 $\geq 60\%$ 。
 - (五) 第 12 項：提供無障礙就醫環境。

二、新增 3 項獎勵指標，分別為：「長假期間開診時段維護作業

次數比率 $\geq 50\%$ 」、「每年達到看診日數之月次數 ≥ 6 次」、「假日及國定假日開診比率 $\geq 50\%$ 」，各給予核發權重 2%。

- 三、另考量違反醫事法令受主管機關停業處分或廢止開業執照處分、與本保險停約或終止特約者，亦應不符合核發資格，新增違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 44 條及 45 條規定者不得參加獎勵金分配之規定。

第四案 提案單位：本署醫務管理組
案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九同一療程疾病診察費修訂案，提請討論。

決議：

- 一、本案同一療程疾病門診診察費修訂重點如下：
- (一) 癌症放射線治療每 7 日得申報 1 次。
 - (二) 高壓氧治療每 10 次得申報 1 次。
 - (三) 減敏治療每次得申報。
- 二、本案暫保留，併同醫院研商議事會議決議，待 111 年預算核定後再討論。

第五案 提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會
案由：有關中華民國醫師公會全國聯合會建議「西醫基層總額開放表別項目之『二氧化碳雷射手術(62020C)』改回 62020B 申報」案，提請討論。

決議：

- 一、考量現行西醫基層院所有能力可執行「二氧化碳雷射手術(62020C)」符合開放表別之精神，如改回 62020B 申報，限醫院層級以上執行，有違分級醫療之擴大基層服務量能之意涵。
- 二、本案保留，俟與相關團體討論後再議。

第六案 提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會
案由：修訂「111 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，提請討論。

決議：本案通過，修訂重點摘要如下：

一、施行鄉鎮修正：111 年共計 125 個鄉鎮區(基層診所 88 個、醫院 37 個)

- (一) 新增 1 個地區：花蓮縣鳳林鎮。該鎮列為第二級施行區域，由基層診所承作。
- (二) 刪除 4 個地區：苗栗縣三義鄉、雲林縣土庫鎮、屏東縣長治鄉及里港鄉。
- (三) 苗栗縣卓蘭鎮、屏東縣萬巒鄉、崁頂鄉、麟洛鄉及花蓮縣吉安鄉之承作單位由基層診所調整為醫院層級。
- (四) 持續審視並檢討本方案施行區域，尤其列屬於第一級(醫療資源導入較容易)之施行鄉鎮需全面評估。

二、修正開業計畫相關規範如下，並持續滾動式檢討：

- (一) 本方案七(一)2. 開業計畫(2)規定修正為「申請執行本計畫特約診所之執業地點因地制宜，以與原開業之西醫特約院所設址地點為不同村(里)為原則，如有特殊情形得由申請診所提出申請且詳述評估因素及條件後，經分區業務組評估後核定。」
- (二) 刪除本方案十(三)1.(3)管理原則 A.「執行開業計畫第 4 個月起每診平均人次未達三人者，不予支付當月保障額度」規定及 B. 核定點數管控保障額度之支付原則。
- (三) 修正本方案十(三)1.(1)保障額度期限以辦理開業計畫之年度起算 3 年，至第 3 年年底為止。
- (四) 新增本方案八(六)分區業務組以電話抽查或實地訪查管理開業計畫門診服務時段規定。

三、修正巡迴計畫相關規範如下：

- (一) 修正本方案七(二)3.巡迴計畫(4)巡迴區域規定 D.「若於 111 年 6 月底前，仍未有診所、醫院向所轄保險人分區業務組申請巡迴之鄉鎮(市/區)……。若同時有不同承作單位申請，由該施行區域原定承作單位優先申請。如當地民眾仍有醫療需求，經分區業務組評估後專案同意該施行區域得由醫院及基層診所同時承作」。
- (二) 考量醫療需求不一，修正本方案九(二)3.規定，如巡迴點當地民眾有醫療需求，經分區業務組審查同意即可增加每位醫師每週看診次數。
- (三) 考量民眾就醫權益及實務作業需求，修正本方案九(二)7.巡迴醫事人員之備援人員，基層診所及醫院之備援醫師各以 3 名為限(若超過 3 名應提出評估因素及必要性之說明，並經保險人分區業務組個案同意)。
- (四) 本方案十(三)2.(1)巡迴計畫之診察費加成調整為基層診所每件依「109」年全年平均診察費「332」點加計 3 成。
- (五) 本方案十(三)2.巡迴計畫(1)B.«基層診所門診診察費支付標準編號»條文比照 110 年條文，不增修後段「門診診察費由一般服務預算支應»文字。
- (六) 本方案巡迴醫療服務計畫申請書(附件 3-1)不另新增申請巡迴醫療總診次、申請備援總診次等欄位。

四、本方案其餘條文依修正條文對照表內容修訂。

五、為提供醫療資源不足地區民眾更完善慢性腎臟病照護服務，本方案附件 7「門診醫療費用申報格式欄位」-巡迴計畫相關規定新增全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案「EB」代號。

第七案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險偏鄉地區基層診所/助產機構產婦生產

補助試辦計畫」，提請討論。

決議：本案通過，修訂重點摘要如下：

- 一、同意 109 年已提出申請之 5 家基層診所計畫執行起日回溯至 110 年 1 月 1 日，並新增新特約之基層診所/助產機構申請及執行起日認定規範。
- 二、修訂本計畫為可延續辦理，首次申請後，次年無須重新提出申請，爰刪除試辦期程規範。
- 三、南投市列入本計畫第三級施行區域。
- 四、配合衛生福利部國民健康署調整產檢次數由 10 次增為 14 次，修訂「產前檢查次數」：
 - (一) 同一診所產前檢查 ≥ 9 次，核發 100%。
 - (二) 同一診所產前檢查 7 至 8 次，核發 75%。
 - (三) 同一診所產前檢查 5 至 6 次，核發 50%。
 - (四) 同一診所產前檢查 ≤ 4 次，不予核發。
- 五、本計畫其餘條文依修正修文對照表內容修定。

第八案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案。

決議：本案通過，修訂重點摘要如下：

- 一、修訂推動策略及計畫照護範圍，增列社區醫療群自行收案會員於收案時向會員說明本計畫之目的及需病人配合定期回診等事項。
- 二、修訂組織運作，增列社區醫療群鼓勵所屬會員可透過健康存摺進行滿意度調查。
- 三、修訂收案對象(會員)規範，增列社區醫療群自行收案上限規範，每家參與診所自行收案人數上限不得超過 1,200 名。
- 四、修訂健康管理成效鼓勵費用，增列「計畫評核指標分數 ≥ 90 分且平均每人 VC-AE 差值 > 275 點」，則支付健康管理成效鼓勵會員每人 275 元。

五、修訂部分評核指標配分、得分閾值及內容：

(一) 結構面指標：修改「設立 24 小時諮詢專線」配分，並改由中華民國醫師公會全國聯合會進行抽測，於當年度 10 月底前提供保險人。

(二) 過程面指標

1. 刪除「門診雙向轉診率」。
2. 確保民眾就醫安全及提升醫療服務目的，新增「檢驗(查)結果上傳率」指標，配分 10 分，考量基層診所作業系統修改時程，本項指標自 111 年第 4 季起採計。
3. 調降預防保健達成情形之「成人預防保健檢查率」、「糞便潛血檢查率」2 項指標之配分。

(三) 結果面指標：

1. 修改「固定就診率」指標得分閾值。
2. 考量近 5 年會員滿意度均達 99%趨於穩定，刪除「會員滿意度調查」指標。
3. 為提升慢性病會員之生活型態風險控制及管理，新增「慢性病個案三高生活型態風險控制率」指標。

(四) 自選指標：

1. 考量支付標準已支付出院準備服務、轉診支付標準針對下轉個案已有相關獎勵，刪除「接受醫院轉介出院病人，並辦理出院後續追蹤」指標。
2. 查詢健保醫療資訊雲端查詢系統，即時查詢病人近期用藥資訊應為醫師看診必要執行項目，刪除透過「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就醫資訊方案」指標。
3. 為改善醫療群內診所重複用藥情形，新增「醫療群內診所重複用藥核扣情形」指標。

(五) 加分指標：

1. 「社區醫療群醫師支援醫院」指標，增列限醫院無該

科別之支援者，方列入計分。

2. 修改「轉介失智症病人至適當醫院就醫」指標，增列轉介至診所所在縣市失智共同照護中心，可納入計分。
3. 參考基層總額支付制度品質確保方案，新增收案會員「同院所同日就診率」指標。
4. 為獎勵「檢驗(查)結果上傳率」較佳之診所，新增「社區醫療群檢驗(查)結果上傳率>80%」指標。

六、修改計畫申請方式：增列前一年度已經參與本計畫且群內診所、參與醫師與前一年度相同者，可具函敘明前述事項向保險人分區業務組申請備查(新增及異動者須檢附申請書)。

七、修改項次、酌修文字等內容獲與會單位代表共識，一併修正。

八、另有關家醫計畫多重慢性病人門診整合費用於 111 年社區醫療群評核指標為特優級(≥ 90 分)計算時將納入 E1 案件，其餘皆不含 E1 案件。

伍、散會：下午 5 時 33 分

陸、與會人員發言實錄詳附件。