

「西醫基層總額支付委員會」第30次委員會議紀錄

時間：96年6月27日下午2時

地點：中央健康保險局18樓會議室(台北市信義路3段140號18樓)

出席委員：

王委員正坤	朱嘉生 ^代	徐委員茂銘	(請假)
王委員錦基	王錦基	徐委員超群	徐超群
石委員賢彥	石賢彥	洪委員章榮	洪章榮
朱委員建銘	(請假)	黃委員義霖	黃義霖
朱委員宏儒	朱宏儒	黃委員英家	吳昭軍 ^代
呂委員紹達	呂紹達	黃委員天麟	(請假)
沈委員茂庭	沈茂庭	黃委員柏熊	(請假)
李委員明濱	何博基 ^代	許委員鵬飛	(請假)
李委員日煌	李日煌	張委員武誼	張武誼
李委員建成	(請假)	張委員來發	張來發
李委員子林	(請假)	梁委員淑政	梁淑政
李委員昭仁	(請假)	程委員仁宏	程仁宏
吳委員肖琪	(請假)	蔡委員文仁	蔡文仁
吳委員守寶	(請假)	陳委員宗獻	(請假)
吳委員義村	吳義村	陳委員建宏	陳建宏
林委員修二	(請假)	陳委員信雄	陳信雄
余委員忠直	余忠直	陳委員晟康	(請假)
林委員士恭	林士恭	劉委員榮智	(請假)
林委員昭吟	(請假)	廖委員本讓	廖本讓
林委員秀雄	(請假)	盧委員榮福	盧榮福
林委員義龍	林義龍		

列席單位及人員：

行政院衛生署

陳真如

全民健康保險醫療費用協定委員會

張櫻淳

中華民國醫師公會全國聯合會

向 鈞、林子超

本局台北分局

陳蕙玲、王淑華、李祚芬

本局北區分局

林夢陸

本局中區分局

蔡瓊玉

本局南區分局

龔川榮

本局高屏分局

楊桂花

本局東區分局

張瑋玳

本局稽核室

段世傑、張麗娟

本局資訊處

葉治平

本局企劃處

劉欣萍、王浩彥

本局醫審小組

高資彬、曾玟富、陳 琴、

洪秀貞

本局醫務管理處

林阿明、蔡逸虹、林寶鳳

李純馥、林淑範、李麗娟

王玲玲、 素珠、曾明惠

鄭正義

主席：黃召集人三桂

紀錄：詹秀鳳

壹、主席致詞：(略)

貳、本委員會第 29 次委員會會議紀錄，請參閱（不宣讀）確認（略）

參、報告事項：

第一案

報告單位：本局醫務管理處

案由：本會第 29 次委員會會議結論事項辦理情形。

決定：洽悉。

第二案

報告單位：本局醫務管理處

案由：西醫基層總額執行概況報告。

決定：

一、洽悉。

二、另請於下次報告增加民眾申訴案件後續處理情形。

第三案

報告單位：本局醫務管理處

案由：確認95年度每季季中實際與預算投保人口成長率差值暨97一般服務預算基層調整額度案。

決定：本案依費協會114次會議決議之校正公式，確認95年度每季季中實際與預算投保人口成長率差值分別為0.22%、0.27%、0.16%及0.30%，且97年西醫層總額各季一般服務預算結算時，其基期分別增加4.34千萬元、5.36千萬元、3.10千萬元、6.19千萬元，全年共計1.901億元。

（盧榮福委員表示代陳宗獻委員發言建議：本案基期計算方式應含IC卡登錄上傳費用。）

本局說明：

1. 按全民健康保險醫療費用協定委員會（以下簡稱費協會）95年1月18日費協字第0955900077號公告之95年度西醫基層總額分配事項內容，略以：因應健保IC卡措施所額外增加之成本，業自93年度起分7年攤提納入總額基期，為提升健保IC卡登錄及上傳資料品質，95年度之費用移列「其他預算」。
2. 按費協會95年11月10日第119次委員會議決議，略以：「95年度改由公務預算支應項目，自總額減列之費用，以【同進同出】原則處理，並由基期(94年)費用扣除所實付各該項目之金額」。95年度西醫基層總額中，健保IC卡登錄及上傳費用自基期扣除之計算方式，比照前開處理。
3. 綜上，97一般服務預算基層調整額度依前述費協會相關決議，健保IC卡登錄及上傳費用應自基期扣除。

第四案

報告單位：本局醫務管理處

案由：「健保IC卡第二階段登錄上傳之初步成效評估」報告案。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、為鼓勵健保IC卡登錄上傳，全民健康保險醫療費用協定委員會業編列約2億多元，建請中華民國醫師公會全國聯合會支持及鼓勵所屬會員配合登錄上傳。

臨時報告案

報告單位：本局醫務管理處

案由：「96年度西醫基層醫療給付費用總額品質保證保留款實施方案」報告。

決定：參考行政院衛生署核定意見，修訂本方案「肆、實施方式」第二點規定後公告實施（詳如附件1），並送全民健康保險醫療費用協定委員會備查。

肆、討論事項：

第一案

提案單位：中央健康保險局

案由：有關全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案之醫療服務品質指標及監測值修正建議案，提請 討論。

結論：

- 一、「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」之醫療服務品質指標，增訂指標項目「感染控制評量表實評符合率」乙項，由本局按年統計監控，另於實地訪查時得洽請醫師公會聯合會協助訪查，且因上開指標為新指標項目，將俟實施一年後再訂監測值（詳附件2）。
- 二、本案送全民健康保險醫療費用協定委員會備查，並依行政程序送行政院衛生署核定後公告實施。

第二案

提案單位：中央健康保險局

案由：有關 96 年度西醫基層總額部門加強醫療品質資訊公開建議指標乙案，提請 討論

結論：本案請中華民國醫師公會聯合會攜回討論，並於 2 週內回復本局。

第三案

提案單位：中央健康保險局

案由：關於西醫基層診所支援醫師門診診察費改以遞補專任醫師 1/3 門診量支付案，提請 討論。

結論：

- 一、依行政院衛生署於 96 年 2 月 9 日衛署醫字第 0960222467 號函，對於醫院醫師支援診所方面，訂有支援醫師人數不得超過被支援診所醫師人數之 2 倍，及支援時段不得超過被支援診所總服務時段之 40% 之規定，故本案宜依衛生署函釋辦理，並維持現行支付方式。
- 二、另請本局醫務管理處轉知本局各分局配合上開行政院衛生署 96 年 2 月 9 日函辦理。

伍、散會：下午 5 時 11 分。

附件 1

「96 年度西醫基層醫療給付費用總額品質保證保留款實施方案」

(奉行政院衛生署 96 年 6 月 14 日衛署健保字第 0960025546 號函)

壹、依據

本方案依據全民健康保險醫療費用協定委員會 96 年 1 月 22 日費協字第 0965900116 號函公告之 96 年全民健康保險醫療給付費用總額及其分配辦理。

貳：目的

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。

參、預算來源

本方案之預算來自 96 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」之預算。

肆、實施方式

- 一、本方案將依 96 年 1 月 1 日各分區診所家數占率，分配各區品質保證保留款。
- 二、西醫基層特約診所於 96 年 7 月至 96 年 12 月期間之 6 個月之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(或已符合第一次暫付者)，且無本方案第伍點所列情形者，得核發品質保證保留款。

伍、西醫基層特約診所所有下列情形之一者，不予核發品質保證保留款：

- 一、西醫基層特約診所所有因違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定，於 96 年 1 月 1 日至 96 年 12 月 31 日期間，經中央健康保險局依同辦法第 64 條、第 65 條、第 66

條及 67 條規定處分（含暫緩執行）之情事者。

- 二、西醫基層特約醫療院所 95 年 7 月至 96 年 6 月之醫療費用，並以該診所 96 年第 1 季申報資料認定其所屬科別，診所每月「申復後核減率」之月平均值超過該分區該診所所屬科別九十五百分位者；經判定不屬任一科，其前開月平均核減率超過該轄區全體西醫基層診所九十五百分位者。

公式：

$$\text{診所月平均核減率 (即指每月「申復後核減率」之月平均值)} \\ = \text{診所每月「申復後核減率」之合計} \div \text{該診所核定月數}$$

註 1: 97 年 2 月 28 日前核定之 95 年 7 月至 96 年 6 月之醫療費用（含申復），計算「申復後核減率」，未有申復或申復尚未核定者，以初核減率計算之。

註 2: 診所所屬科別以申報就醫科別欄位比例較高且超過 30% 者認定之，未有任一科比率超過 30% 者（如聯合診所），則不歸屬任一科，即與該轄區全體西醫基層診所比較。

- 三、西醫基層特約診所 96 年 1 月 1 日至 96 年 12 月 31 日之醫療費用資料，並以該診所 96 年第 1 季申報資料認定所屬科別，診所之每位病人年平均就診次數（含同一療程就診次數）超過該分區該診所所屬科別九十五百分位者；不屬任一科，其前開每位病人年平均就診次數超過該轄區全體西醫基層診所九十五百分位者。

公式：診所每位病人年平均就診次數

$$= 96 \text{ 年診所申報案件數} \div \text{身份證字號歸戶人數}$$

註 1: 本項以 97 年 1 月 31 日前診所申報 96 年醫療費用資料計算之。

註 2: 診所所屬科別以申報就醫科別欄位比例較高且超過 30% 者認定之，未有任一科比率超過 30% 者（如聯合診所），則不歸屬任一科，即與該轄區全體西醫基層診所比較。

陸、支用方式

一、年度結束時，依方案之預算除以符合本方案第肆點之西醫基層特約診所家數，作為個別診所獎勵之金額。

公式：

(一) 96 年各分區西醫基層總額品質保證保留款

$$= (96 \text{ 年 } 1 \text{ 月 } 1 \text{ 日各分區特約西醫基層家數} \div 96 \text{ 年 } 1 \text{ 月 } 1 \text{ 日全局特約西醫基層家數約院所家數}) * 96 \text{ 年度西醫基層總額品質保證保留款預算}$$

(二) 每家診所核發金額

$$= 96 \text{ 年各分區西醫基層總額品質保證保留款} \div \text{各分區符合核發特約院所家數}$$

二、核發作業：本方案年結算一次，中央健康保險局於 97 年 6 月底前，計算參加本方案保留款分配之核發名單及分配金額後，復轉送各分局辦理核發事宜。

三、其他事項：辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之特約西醫基層院所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，依本點第一項計算之分配金額核發，本項核發之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。

柒、本方案由健保局會同中華民國醫師公會全國聯合會共同訂定，由中央健康保險局公告實施。

「西醫基層總額支付制度醫療服務品質指標項目及監測值之檢討修正」提案

指標項目	時程	監測值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
感染控制評量表實評符合率	每年	為新增訂之指標，建議實施一年後再訂監測值。	由健保局實地 訪查後統計	健保局	分子定義：符合感染控制評量表總分 85 分以上之家數 分母定義：當季健保特約之診所數× 1/50 指標計算：分子/分母

編號	項目（配分）		得分
1	有洗手台或洗手槽（20分）	無洗手台或洗手槽（0分）	
2	有洗手液或肥皂及擦手紙（10分）	無洗手液或肥皂及擦手紙（0分）	
3	環境清潔（10分）	環境髒亂（0分）	
4	空氣流通（10分）	空氣不流通（0分）	
5	有專人定期處理感染性廢棄物（20分）	無專人定期處理感染性廢棄物（0分）	
6	有依規定通報法定傳染病（10分）	未依規定通報法定傳染病（0分）	
7	有依規定通報新興傳染病（20分）	未依規定通報新興傳染病（0分）	
8	有參加衛生署定點醫師通報 （10分，額外加分項目）		