

中區西醫基層總額共管會 111 年第 1 次會議紀錄

時間：111 年 3 月 18 日 13 時 00 分

地點：中央健康保險署中區業務組 10 樓第 1 會議室

出席：

中區分會：

臺中市醫師公會：王博正、羅倫樾、蔡景星、葉元宏、施英富(請假)、
蘇主光(請假)、高嘉君、高大成、陳正和、林義龍、
曾崇芳(請假)、林煥洲、林恒立

臺中市大臺中醫師公會：彭業聰、陳儀崇、陳俊宏、蔡其洪、
林釗尚、顏炳煌、王維弘(請假)、魏重耀、陳
宗獻(請假)、黃致仰、陳振昆(請假)

彰化縣醫師公會：連哲震(請假)、廖慶龍、巫喜得、蔡梓鑫、林育慶、
林峯文、吳祥富、孫楨文

南投縣醫師公會：洪一敬、陳宏麟(請假)、蕭志界、張志傑

中區業務組：

林興裕、陳雪姝、陳麗尼、王慧英、張黛玲、游姿媛、張志煌、
紀虹如、陳映瑄、徐向慧

列席：陳詩旻、謝育帆

主席： 陳副組長墩仁
藍主任委員毅生

紀錄：游韻真

壹、主席致詞(略)

貳、上次決議事項追蹤

決議事項追蹤	承辦單位	辦理情形
因部分診所經多次輔導但即時上傳率仍偏低或不上傳，委員建議本署研議更有力道之獎懲策略。	中區業務組	本署已於 111 年 1 月 5 日預告修正「全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法」部分條文修正草案，於第十條附表二明訂保險醫事服務機構應上傳之就醫紀錄內容包含檢驗(查)結果、醫療檢查影像及影像報告，如通過修正，應可提升院所上傳量能。

參、報告事項：

一、藥品申報注意事項

- (一) 依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 16 條規定，保險醫事服務機構依本保險提供服務之有關帳冊、簿據之記載，應與向保險人申報者相符，並應保存五年。
- (二) 為瞭解院所申報藥品適當性，本署例行性會啟動藥品進貨證明調閱作業，請各醫師公會協助轉知會員，費用申報之藥品代碼應與實際調劑之藥品一致，且規格應相符，藥水/軟膏不應分裝，應以原瓶包裝調劑。

二、預防接種當日又看診追蹤情形

- (一) 重申因疾病就醫方可申報健保費用，僅單純接受預防保健或疫苗接種，不應另以疾病就診模式申報醫療費用。近期已有民眾查詢健康存摺就醫紀錄，發現疑義而舉發，經查核證實違規情事。
- (二) 施打 COVID-19 疫苗未有疾病就醫事實，不實申報醫療費用，截至目前自清院所 136 家、748 萬點。
- (三) 追蹤 110 年第 4 季本轄區西醫診所併報占率流感疫苗 21.0%、兒童疫苗 9.8%，較去年同期(21.4%、13.7%)下降，惟兒童疫苗有 7 家診所大於全國 p90，將辦理專案輔導。

三、「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」 即時上傳檢驗(查)結果

- (一) 110 年 12 月基層診所申報檢驗(查)費用與影像家數共 1,410 家，其中僅 68 家辦理即時(24 小時內)上傳，件數即時上傳率 13.2%，較 109 年 12 月(6.0%)增加 7.2%，為全署最低(表 1)。
- (二) 本署規劃建置之檢驗(查)資料交換平台系統已完成單筆及批次上傳功能，目前系統測試中，上線後可協助基層診所及檢驗所進行資料交換(診所健保卡資料及檢驗所檢驗(查)結果)與整合，以利即時上傳檢驗(查)結果，請多加利用，欲參與測試之院所亦歡迎向本組報名，窗口徐小姐 04-22583988 分機 6807。
- (三) 請各醫師公會持續鼓勵會員即時上傳檢驗(查)結果、影像及病理報告。

表 1、110 年 12 月西醫基層診所檢驗(查)結果即時上傳情形

分區	應上傳件數	即時上傳件數	上傳率
臺北	1,073,448	187,839	17.50%
北區	458,541	80,123	17.47%
中區	433,089	57,223	13.21%
南區	378,231	62,012	16.40%
高屏	743,751	148,770	20.00%
東區	69,657	20,493	29.42%
全署	3,156,717	556,460	17.63%

決定：每季將即時上傳率置於 VPN 院所資料交換區供院所自身管理，首次會以大量電子郵件通知院所。

四、居家醫療照護整合計畫費用就醫序號申報異常代碼 F000 追蹤

- (一) 中區 110 年第 4 季共 331 家醫事機構申報居整案件共 34,901 件，其中 173 家(占 52%)申報 F000 共 7,376 件占 21%，較 110 年第 2 季 10,525 件占 32%，下降了 11%，惟仍高於全署平均 14%，最低為南區 3%。
- (二) 中區 110 年第 4 季 F000 占率 50%以上，500 件以上有 3 家，100-500 件有 9 家，50-100 件有 12 家，本署持續追蹤，針對件數占率異常未改善者啟動專案審查。

(三) F000 適用於無網路狀況下之異常代碼，非常態使用，請醫師公會協助宣導看診確實讀寫卡，降低 F000 申報件數占率。

五、111 年西醫基層各計畫異動報告，共 5 項，請詳附件一(P11)。

六、111 年中區西醫基層管理重點

(一) 維持點值穩定

1. 增進健保卡資料上傳完整性

推動院所使用讀卡機控制軟體 5.1.5 版，中區西醫診所所有 512 家安裝為全國最多，惟僅 2 家通過健保卡資料上傳格式 2.0 預檢。請診所配合就醫識別碼與健保卡資料上傳格式 2.0 作業，即時及正確上傳健保卡資料。

2. 精進專業審查標的

(1) 110 年中區西醫基層樣本核減率平均為 4.4%，較 109 年的 3.9%略高，在分科別部分高於平均值有 3 個科別，核減率最低的科別則為耳鼻喉科的 0.9%，其次為皮膚科的 1.2%。

(2) 111 年度一般指標抽審原則仍以「分群管理」為主，各項指標偏離常模且異常程度大於同儕者加強管理，持續針對各項指標效益檢討評估，適需要提請共管會討論修訂。

3. 分群模式邏輯調整

監控值抽審指標實施至今已滿 2 年，本年度將檢討修正各科人數計算邏輯，先前排除的手術項目將再進行合適的分類以利於比較，使各診所資源耗用監測更為精實。

(二) 異常院所管理

以整體公正合理申報為管理目的，持續針對不適當之醫療利用院所(或醫師)進行管理，管理範圍包含分群管理指標及分科成長極端院所、診療處置偏離全國常模、審查結果有不適當申報、涉虛浮報等，如經比對符合名單者將進行回溯性審查。

(三) 居家醫療訪視

1. 宣導每次訪視應詳實製作病歷或紀錄、讀取健保卡並依照規定收取部分負擔、鼓勵於居家醫療場域試辦虛擬健保卡。

2. 監控計畫照護個案收案適當性。

3. 定期分析居家醫療個案就醫資料，訪視頻次、居家醫療處置或用藥、門急診就醫次數等，適時回饋院所或啟動專案審查。

(四) 「家庭醫師整合性照護計畫」執行情形及 111 年參與概況

1. 110 年評核指標達成情形 (中區 167 群，全署 623 群)(表 2)

(1) 本計畫評核指標屬量化指標有 11 項，其中「門診雙向轉診率、潛在可避免急診率、可避免住院率」3 項指標達成率最差，分別為 54%、55%及 58%，且「潛在可避免急診率、可避免住院率」均低於全署平均(64%、65%)。

(2) 其餘 8 項指標醫療群達成率皆達 70%以上，其中「會員固定就診率、子宮頸抹片檢查率、電子轉診成功率」3 項指標優於全署平均(65%、77%、83%)。

2. 提升指標成效之輔導措施

(1) 提供符合預防保健篩檢資格，但未執行之會員名單、至少 2 次電子轉診平台轉出/接受轉入案件數、會員急診/住院明細等資料，以利各診所掌握回診就醫情形。

(2) 每月定期回饋評核指標執行成效，針對表現不佳之醫療群，請執行中心敦促其所屬診所改善。

3. 111 年計畫參與概況及收案上傳情形

(1) 目前有 165 群醫療群申請續辦，較去年少 2 群，減少原因為 4 群併成 2 群，轄區 68 個鄉鎮區均有醫療群參與。

(2) 台中市計 112 群、994 家診所、1294 位醫師參加；彰化縣計 38 群、336 家、429 位；南投縣計 15 群、157 家、199 位，整體總群數較 110 年減少 2 群(-1.2%)，而診所及醫師數皆為正成長(2.3%、3.2%)(表 3)。

(3) 目前參與診所 1,487 家，交付之應照護族群計 971,081 位，第一階段會員上傳截止日為 4 月 26 日，截至 3 月 9 日已有 533 家診所完成上傳，計 365,244 位會員，上傳率為 37.6%，其中應照護族群收案率達 99%以上；已提醒參與診所於期限內完成上傳。

表 2、110 年醫療群評核指標達成情形

量化評核指標項目	權重	中區		全署	
		達成群數	占率	達成群數	占率
門診雙向轉診率	3	90	54%	321	52%
潛在可避免急診率	5	91	55%	401	64%
可避免住院率	5	97	58%	402	65%
會員急診率	5	117	70%	490	79%
老人流感注射率	2	125	75%	477	77%
會員固定就診率	10	132	79%	407	65%
子宮頸抹片檢查率	5	135	81%	478	77%
成人預防保健檢查率	6	145	87%	561	90%
電子轉診成功率	3	154	92%	517	83%
初期慢性腎臟病會員之 早期尿液篩檢檢查 執行率	5	158	95%	598	96%
糞便潛血檢查率	6	159	95%	609	98%

表 3、社區醫療群各縣市參與概況

縣市別	110 年			111 年			群數成 長率	診所數 成長率	醫師數 成長率
	群數	家數	醫師數	群數	家數	醫師數			
台中市	114	969	1,246	112	994	1,294	-1.8%	2.5%	3.7%
彰化縣	38	335	427	38	336	429	0.0%	0.3%	0.5%
南投縣	15	149	188	15	157	199	0.0%	5.1%	5.5%
總計	167	1,453	1,861	165	1,487	1,922	-1.2%	2.3%	3.2%

決定：往後資料請區分台中市、大台中、彰化及南投縣。

(五) 配合衛生福利部 2025 年 C 型肝炎根除計畫

1. 提高服務可近性

- (1) C 肝全口服新藥計畫自 110 年 10 月 22 日起不限制專科醫師資格，截至 111 年 2 月 28 日已有 31 家診所 67 位非消化系內科專科醫師加入，並收治 21 位個案。
- (2) C 肝風險潛勢 4 分以上鄉鎮區，中區仍有 6 個(外埔區、大城鄉、芳苑鄉、國姓鄉、竹塘鄉、秀水鄉)尚未有院所加入計畫，為達成 C 肝根除目標、協助個案就近獲得治療照護，請醫師公會協助鼓勵會員加入。
- (3) 110 年收案 4,037 人，結案 2,676 人，結案且完成療程 2,260 人(佔 84% 為歷年最低)，逾時未登錄 VPN 結案 272 人(佔

10%)，請鼓勵個案回診追蹤治療成果。

2. 發掘潛在病患

- (1) 善用「雲端查詢系統 BC 肝炎專區」：可查詢 104 年起最近一筆涉及 BC 肝之 5 種紀錄(用藥、檢驗檢查結果、成人健檢 BC 型肝炎篩檢結果、就醫紀錄)。
- (2) 鼓勵院所對於符合資格之 45 至 79 歲民眾進行篩檢(原住民 40-79 歲)、與衛生局合作辦理社區 BC 肝篩檢。
- (3) 本署將可治療及建議進一步檢驗 C 肝 RNA 病毒量之名單，提供給近期就醫或固定回診院所，請協助與鼓勵該個案接受治療。

3. 配套措施

中區西醫基層抽審指標已排除相關醫令 14051C(C 型肝炎病毒抗體檢查)、12185C(核糖核酸類定量擴增試驗)、12202C(C 型肝炎病毒核酸基因檢測)及藥品 ATC 碼開頭為 L03AB 之費用成長點數計算。

4. 請配合事項

- (1) 因疫情影響民眾回診檢驗 C 肝治療狀況意願，以致結束治療及結束治療後 12 週未登錄檢驗結果而未完成療程的人數增加，請在個案簽署計畫同意書時說明須回診檢驗時間，並追蹤輔導個案回診。
- (2) 本組近期已寄發 C 肝治療宣導海報予院所，請協助張貼宣導。

七、111 年第 1 次西基總額研商會議決議事項

- (一) 放寬下列同一療程案件之門診診察費申報方式：癌症放射線治療每 14 日得申報 1 次、高壓氧治療每 10 次得申報 1 次、減敏治療每次得申報。
- (二) 新增開放表別：80604B(輸卵管剝離術)支付 6,665 點、80606B(輸卵管造口術)支付 10,739 點。
- (三) 「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」預算為 3.08 億，與「全民健康保險提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬計畫」預算為 970 萬，兩項草案討論中，俟公告於共管會上報告。

八、西醫基層總額點值 110 年第 3 季結算及第 4 季預估報告

(一) 110 年第 3 季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值

分區別	浮動點值	平均點值	排名
台北	1.0752	1.0690	5
北區	1.1606	1.1162	2
中區	1.1279	1.0899	4
南區	1.1279	1.0917	3
高屏	1.0991	1.0683	6
東區	1.1883	1.1249	1
全署	1.1211	1.0843	

(二) 110 年第 4 季點值預估之各分區一般服務浮動及平均點值

分區別	浮動點值	平均點值	排名
台北	1.0621	1.0446	4
北區	1.0750	1.0517	2
中區	1.0572	1.0400	5
南區	1.0684	1.0470	3
高屏	1.0373	1.0257	6
東區	1.1774	1.1133	1
全署	1.0618	1.0432	

九、西醫基層總額醫療費用申報概況報告(會議上報告)

決定：於下次共管會上說明「COVID-19 低於 8 成紓困款報表」資料；另西醫基層各分科件數/點數申報概況，新增費用成長分布等資料。

肆、提案討論

提案一

提案單位：中區業務組

案由：申報復健醫令費用務必填報醫令執行人員 ID，取代復健月報表並確保復健治療品質，提請討論。

說明：

- 一、經統計 169 家復健診所中，醫令執行人員欄位填報治療人員者有 40 家(23.7%)，其餘為填報醫師 ID 或空白(表 4)，另依復健月報表人數比對執登資料人數不符者有 58 家(34.3%)。
- 二、依院所自行填報之復健月報表人數比對 IC 卡刷卡資料與申報資料發現，不同院所間治療師每人產能(病人數及復健費用)比例懸殊。以 110 年 12 月為例，中區 1 位語言治療師一天最多治療 60 位病人，1 個月最多 48 萬點的語言治療費用；部分診所去年起陸續被民眾申訴兒童職能或語言治療同一時段治療人數過多，治療品質堪慮。
- 三、自 111 年 5 月費用起，費用申報醫令清單段欄位 p16 請填報復健醫令執行人員之 ID，並免送復健月報表，未填列院所將進行輔導如持續未改善院所將列入加強審查。

表 4、中區西基診所復健醫令「醫令執行人員欄位」填報情形

醫令執行人員欄位填報情形	家數(占率%)
填報治療師 ID	40 (23.7%)
醫師 ID	67 (39.6%)
混和填報	19 (11.2%)
空白無填報	43 (25.4%)
總家數	169

決議：自 111 年 5 月費用起，由語言治療醫令先行試辦，執行復健之診所每月仍須檢附復健月報表。

提案二

提案單位：中區業務組

案由：診所執行皮膚科液態氮冷凍治療(51017C，600 點)時請拍照留存，並於送審時檢附照片，提請討論。

說明：

- 一、110 年中區液態氮冷凍治療申報 8,773 萬點、占皮膚科診療費 53.4%。
- 二、分析皮膚科診所冷凍治療(含液態氮冷凍治療 51017C、冷凍治療-單純 51021C、冷凍治療-複雜 51022C)執行情形，中區液態氮冷凍治療數量占冷凍治療總量 51.5%(全國第 2)、治療 21 次以上人數占率 0.69%(全國第 1)；全國費用前 10 名診所中區有 5 家；平均每人執行次數全國 P50 為 2.72，大於 P90(4.24 次)中區有 10 家，其中 2 家每人執行次數大於 6 次。
- 三、本組前針對皮膚科冷凍治療立意抽審，審查發現部分院所冷凍病灶數量與申報不符等問題。核減原因主要為病歷資料缺乏具體內容或過於簡略(50.8%)、該處置/數量/時間不符醫療常規(11.1%)；其他業務組轄區院所，亦有因未附照片無法支持該診療執行之必要性，遭專審核減之情事。
- 四、依審查注意事項申報原則，施行液態氮冷凍治療(51017C)其病灶數量需 3 個(含)以上或總面積 $> 2\text{cm}^2$ ，或必須先做削皮(shaving)處置者，爰此請於第一次執行時拍照留存以利審查減少爭議。

決議：本提案保留，俟與皮膚科分科委員會討論後再議。

提案三

提案單位：中區分會

案由：建議科委員遴選資格之平均樣本核減率規定由前年度不高於 5%，改為採計前 3 年度，提請討論。

說明：為避免適任之科委員因抽審次數少核減率高而無法擔任，建議修改科委員遴選資格。

中區業務組說明：

- 一、依中區西醫基層總額共管會 109 年第 4 次會議紀錄，符合必要條件之診所，抽審指標採以「每一院所每二年至少應予抽樣審查一次」為原則，因此日後三年內只隨機抽審 1 次者為數眾多，合先敘明。
- 二、分科管理辦法科委員的遴選資格如下：需具該科專科醫師資格（民國 77 年以前開業者，得以衛生署登記為準）始得任用，惟經查如有 5 年內違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法情節重大者（如扣減點數占申報點數大於 30%）、前年度平均樣本核減率高於 5%（如有特殊情形再考量各科核減情形訂之），不予委任，任期期間比照辦理。
- 三、上開核減率本組業以「近 1 年」或「近三次」平均樣本核減率擇優判定，並非所有診所只取一年的審查結果為評量，部分科別則以該科平均樣本核減率 P75 為評斷標準。
- 四、綜上，建議維持原議，並將說明三增修至分科管理辦法陸、一、（二），詳附件二(P20)。

決議：本提案由中區分會撤回再議。

散會：14:30

111 年度西醫基層相關計畫修正對照表

一、西醫基層總額品質保證保留款實施方案

111 年修正內容	110 年原內容
新增三項獎勵指標，各給予核發權重 2%：連續假日前開診時段維作業次數比率 $\geq 50\%$ 、當年度每月看診日數達 22 日以上之月次數 ≥ 6 次、假日及國定假日開診比率 $\geq 50\%$ 。	獎勵指標刪除五項：藥歷查詢同院所處方「降血糖藥物」、「口服降血壓藥物」、「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率；糖尿病病患醣化血紅素執行率；提供無障礙就醫環境者。

二、糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(支付標準第八部第二章)

*111/3/1 實施

111 年修正內容	110 年原內容
<p>整併支付標準第八部第 2 章(DM)及第 3 章(CKD)，新增第八部第 2 章-糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(共病)。</p> <p>※新增共病措施</p> <p>(1) 新增共病醫令： 新收案：依原 DM、CKD 方案分別收案。 新增共病醫令 P7001C(追蹤, 400 點)、P7002C(年度評估, 800 點)、P7003C(轉診照護獎勵費, 200 點)。</p> <p>(2) 新增共病品質指標： UACR、HbA1C、LDL 之良率、不良率、進步率(共 9 項)，以「院所」為獎勵單位。</p> <p>※糖尿病修訂</p> <p>(1) 指標良率/不良率計算基礎：病人當年度「最後一次檢驗值」</p> <p>(2) 增訂進步率指標。</p> <p>※初期慢性腎臟病修訂</p> <p>(1) 指標進步基準：與「前一年度最後一次檢驗值」比較</p> <p>(2) 訓練課程修訂：「課程應包含 EarlyCKD 核心課程及衛教課程，線上或實體均可」，另新增「參與醫師排除腎臟心臟新陳代謝專科醫師外，其他專科醫師每年『得』接受繼續教育課程 2 小時」規範。</p>	<p>※原糖尿病</p> <p>(1) 指標良率/不良率計算基礎：病人當年度檢驗檢查之「良率/不良次數比率」</p> <p>※原初期慢性腎臟病</p> <p>(1) 指標進步基準：與「新收案時」之檢驗值比較</p> <p>(2) 其他專科醫師照護訓練課程上課時數至少 6 小時(4 小時上課+2 小時 e-learning 課程)。</p>

三、家庭醫師整合性照護計畫

111 年修正內容	110 年原內容
<p>伍、推動策略及計畫照護範圍</p> <p>三、<u>社區醫療群自行收案會員</u>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。</p> <p>陸、組織運作</p> <p>三、<u>社區醫療群之業務</u></p> <p>(三)…鼓勵會員利用健康存摺填寫<u>社區醫療群會員滿意度調查</u>。</p> <p>柒、收案對象(會員)</p> <p>二、…每家參與診所自行收案人數上限<u>不得超過1200名</u>。</p> <p>壹拾、費用申報及支付方式</p> <p>四、(二)計畫評核指標為特優級且平均每人VC-AE差值>275點，則支付績效獎勵費用會員每人<u>550元</u>。</p> <p>壹拾壹、計畫評核指標</p> <p>一、結構面指標(15分)</p> <p>(二)設立24小時諮詢專線(每群全年至少測試3次)(5分)：<u>由中華民國醫師公會全國聯合會抽測</u>，以平均分數計算得分並將分數於當年度10月底前提供保險人計分，超過繳交期限以0分計算。</p> <p>二、過程面指標(33分)</p> <p>(一)電子轉診成功率(3分) (刪除「門診雙向轉診率」)</p> <p>(二)<u>檢驗(查)結果上傳率(10分)</u> 參加全民健康保險鼓勵醫事機構即時查訊病患就醫資訊方案，於當月醫療費用申報之前，上傳檢驗(查)結果予保險人。</p> <p>(三)預防保健達成情形(20分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 成人預防保健檢查率(6分) 4. 糞便潛血檢查率(6分) 	<p>壹拾、費用申報及支付方式</p> <p>壹拾壹、計畫評核指標</p> <p>一、結構面指標(20分)</p> <p>(二)設立24小時諮詢專線(每群全年至少測試3次)(10分)：由保險人分區業務組抽測，以平均分數計算得分。</p> <p>二、過程面指標(28分)</p> <p>(一)雙向轉診(6分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 電子轉診成功率(3分) 2. <u>門診雙向轉診率(3分)</u> <p>(二)預防保健達成情形(22分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 成人預防保健檢查率(7分) 4. 糞便潛血檢查率(7分)

111 年修正內容	110 年原內容
<p>三、結果面指標(37分)</p> <p>(五)會員固定就診率(10分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 會員在群內(含合作醫院)之西醫門診固定就診率\geq當年較需照護族群65百分位且$\geq 50\%$，得10分。 進步率$> 5\%$或當年較需照護族群60百分位\leq會員固定就診率$<$當年較需照護族群65百分位且$< 50\%$，得5分。 <p>(刪除「會員滿意度調查」)</p> <p>(六)慢性病個案三高生活型態風險控制率(10分)</p> <p>四、自選指標(15分)</p> <p>(刪除「接受醫院轉介出院病人，並辦理出院後續追蹤」、「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」雲端藥歷查詢率，修訂為檢查(驗)結果上傳率，(P11壹拾壹、二(二)上傳率，必要指標)</p> <p>(六)醫療群內診所重複用藥核扣情形(5分)</p> <p>五、加分項</p> <p>(二)社區醫療群醫師支援醫院(5分)：社區醫療群醫師，經報備支援醫院每月定期執行業務，加5分(醫院無該科別之支援方得計分)。</p> <p>(三)轉介失智症者至失智共同照護中心接受服務(5分)：<u>協助疑似或確診失智症者優先轉介至診所所在縣市失智共同照護中心</u>、轉至適當醫院就醫，或轉介社會福利資源協助，並留有紀錄，加5分。</p> <p>(四)同院所同日就診率(5分)：<u>醫療群收案會員同院同日再就診率$< 0.015\%$</u>，得5分。</p> <p>(五)檢驗(查)結果上傳率$\geq 80\%$之社區醫療群，加5分。</p> <p>壹拾參、計畫申請方式</p> <p>新增及異動者須檢附申請書；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備查。</p>	<p>三、結果面指標(37分)</p> <p>(五)會員固定就診率(10分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 會員在群內(含合作醫院)之西醫門診固定就診率\geq當年較需照護族群65百分位，得10分。 進步率$> 5\%$或當年較需照護族群60百分位\leq會員固定就診率$<$當年較需照護族群65百分位，得5分。 <p>(六)會員滿意度調查(10分)</p> <p>四、自選指標(15分)</p> <p>(五)接受醫院轉介出院病人，並辦理出院後續追蹤(5分)</p> <p>(七)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」_雲端藥歷查詢率(5分)</p> <p>五、加分項</p> <p>(二)社區醫療群醫師支援醫院(5分)：社區醫療群醫師，經報備支援醫院每月定期執行業務，加5分。</p> <p>(三)轉介失智症病人至適當醫院就醫(5分)：協助失智症病人轉介至適當醫院就醫，或轉介社會福利資源協助，並留有紀錄，加5分。</p> <p>壹拾參、計畫申請方式</p>

四、西醫醫療資源不足地區改善方案

111 年修正內容	110 年原內容
<p>1. 施行區域:111 年共計 <u>125</u> 個鄉鎮區。 (基層診所 88 個、醫院 37 個)。</p> <p>*補充說明：中區承作區域無異動，111 年有 15 家診所延續 110 年巡迴計畫，另有 2 家診所因施打疫苗、人力不足取消申請，以電話通知如欲再參加，可於六月底前提出申請；另無診所提出開業計畫申請。</p> <p>2. 巡迴計畫相關規定修正：</p> <p>(1)修正七(一)3. 巡迴區域規定為「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。新增如當地民眾仍有醫療需求，<u>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。</u>」</p> <p>(2)修正本方案九(二)3. 規定，<u>如巡迴點當地民眾有醫療需求，新增經分區業務組審查同意即可增加每位醫師每週看診次數。</u></p> <p>(3)修正本方案九(二)7. 巡迴醫事人員之備援人員規定，基層診所及醫院之備援醫師各以 3 名為限，新增若<u>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。</u></p> <p>(4)本方案十(三)2. 巡迴計畫(1)巡迴計畫之診察費加成調整為基層診所每件依「<u>109</u>」年全年平均診察費「<u>332</u>」點加計 3 成。</p>	<p>1. 施行區域:110 年共計 128 個鄉鎮區。 (基層診所 96 個、醫院 32 個)。</p> <p>*補充說明：本組轄區共 23 個施行鄉鎮區，基層承作 14 個，計 17 家診所提出申辦巡迴計畫，涵蓋 14 個鄉鎮區，無診所提出開業計畫申請</p> <p>2. 巡迴計畫相關規定</p> <p>(1)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。</p> <p>(2)每位醫師 1 天得至不同巡迴點提供最多 2 診次巡迴醫療。</p> <p>(3)基層診所及醫院之備援醫師各以 3 名為限。</p> <p>(4)基層診所每件依 108 年全年平均診察費 314 點加計 3 成。</p>

五、偏鄉地區基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫

111 年修正內容	110 年原內容
<p>1. <u>首次申請後，次年無須重新提出申請；若欲退出計畫，應函文申請退出。</u></p> <p>2. <u>新增南投市為第三級區域。</u></p> <p>3. 補助計算： <u>同一診所產檢≥ 9次，核發 100%；</u> <u>7-8 次，核發 75%；</u> <u>5 至 6 次，核發 50%；</u> <u>≤ 4 次，不予核發。</u></p> <p>4. 產檢定義：依據衛生福利部國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，屬案件分類為 A3 且醫令代碼為 <u>40-53</u>(就醫序號 <u>IC40-53</u>)。</p> <p>*補充說明：111 年中區西醫基層診所目前參與家數共 9 家。</p>	<p>1. 每年申請。</p> <p>2. 南投市不補助。</p> <p>3. 補助計算： 同一診所產檢≥ 8次，核發 100%； 6-7 次，核發 75%； 4-5 次，核發 50%； ≤ 3 次，不予核發。</p> <p>4. 產檢定義：依據衛生福利部國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，屬案件分類為 A3 且醫令代碼為 41-50(就醫序號 IC41-50)。</p> <p>*補充說明：110 年中區西醫基層診所參與家數共 8 家，合計補助約 810 萬點。</p>

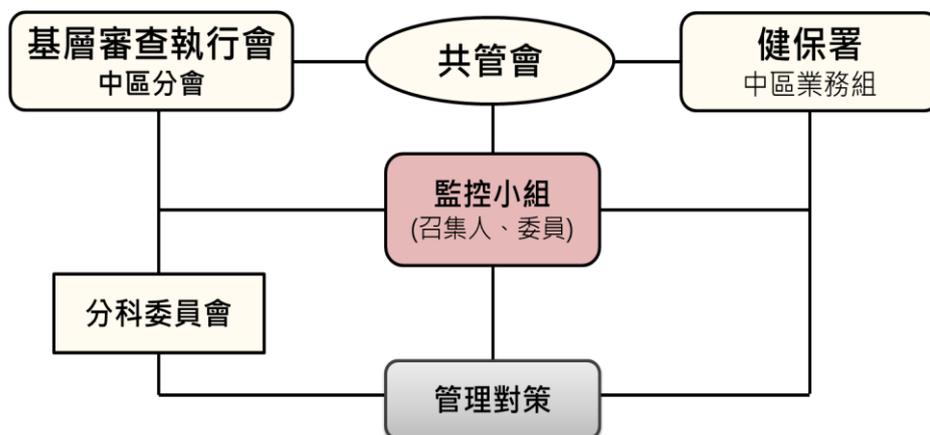
111 年中區西醫基層總額管理方案

111 年 3 月 16 日修訂

壹、目的：以公平合理原則，建立醫療費用管理模式，以提昇醫療品質，降低醫療資源不當耗用。

貳、實施對象：中區所有特約西醫基層診所。

參、管理組織架構



肆、實施辦法

一、診所分科方式

- (一) 科別：分為家醫科、內科、外科(含泌尿科)、小兒科、婦產科、骨科、耳鼻喉科、眼科、皮膚科、精神科及復健科等 11 科。
- (二) 以診所為單位，依診所前一年度申報點數最高之就醫科別，作為該診所主要科別；新特約診所優先以該診所執業專科別或負責醫師執業專科為主，特殊診所將請各醫師公會協助檢視科別歸屬適當性。
- (三) 歸屬之科別適用期間原則為一年。

二、醫療資源監測

(一) 各科別費用監測

1. 設定各科每人單價目標值

每月以前前 3 個月各就醫科別每人單價進行監測，並以全國每人單價作為目標值，超出目標值科別，定期於共管會議公布管理結果。

2. 超出目標值處理方式

- (1) 依超出情形加重該科審查家數，以一般常規審查指標抽審(論件或論人隨機，指標如附件)，併參採各分科訂定之自主計畫。
- (2) 各分科所訂自主管理計畫需公告周知會員，並由中區分會彙整後報請中區業務組備查。

(二) 各診所資源耗用監測

1. 每季設定各診所合理單價目標值

- (1) 每季統計前前 3 個月申報資料，將每一筆申報案件依醫師專業特質及病人特質等多項考量因子，訂定各診所合理單價目標值，來進行自行管理。
- (2) 每季將監控值、偏離值、平均就醫次數資料，置放於 VPN 院所資料交換區，供診所自身參考。
【監控值】=(偏離值+每人就醫次數)
【偏離值】=診所實際每人診療費(P1)與同儕每人診療費(P2)之比值
(P1/P2)

2. 每月費用監測

包含合計點數、合計點數成長率、每人合計點數、每人診療費、平均就醫次數、慢性病每日藥費、非慢性病每日藥費、件數成長率等指標。

(三) 醫令及相關指標監測：

每季篩選診療點數或醫令量成長貢獻度前 50 項醫令，併參採本署重點管理項目，作為管控醫令項目。

三、實施架構彙整如附件 1。

伍、 監控小組

一、 召集人及委員遴選

(一) 遴選資格：

- 1.5 年內無違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法情節重大者(如扣減點數占申報點數大於 30%)。
2. 前年度平均樣本核減率小於 5%。
3. 【監控值】小於 P75，如被推薦者曾有監控值大於 P75 者經徵詢專業意見仍認為合宜者，不在此限。

- (二) 由醫師公會推派客觀公正代表 2 人，經健保署審核同意後，由中區業務組與中區分會各推派 1 人為召集人。

(三) 召集人及委員為榮譽職。

二、職責

- (一) 督導管理中區西基總額整體資源利用合理性。
- (二) 協助各分科委員會管理措施的落實。
- (三) 針對偏離常態診所，擬定處理方式及改善目標。
- (四) 其他經共管會議同意委辦事項。

三、運作模式(如圖 1)

- (一) 針對中區西基總額管理成效不彰項目，與健保署共同訂定管理對策。
- (二) 偏離常態診所如【監控值】屬極端，或經專業審查、檔案分析發現經判斷須進一步管理，將由召集人召集分科代表、審查醫藥專家等，了解偏離常態情形，並擬定處理方式及改善目標。
- (三) 偏離常態診所經輔導未改善者訂定後續回溯性審查管理方式。
- (四) 於共管會議報告待加強管理項目及偏離常態診所管理措施及成效。

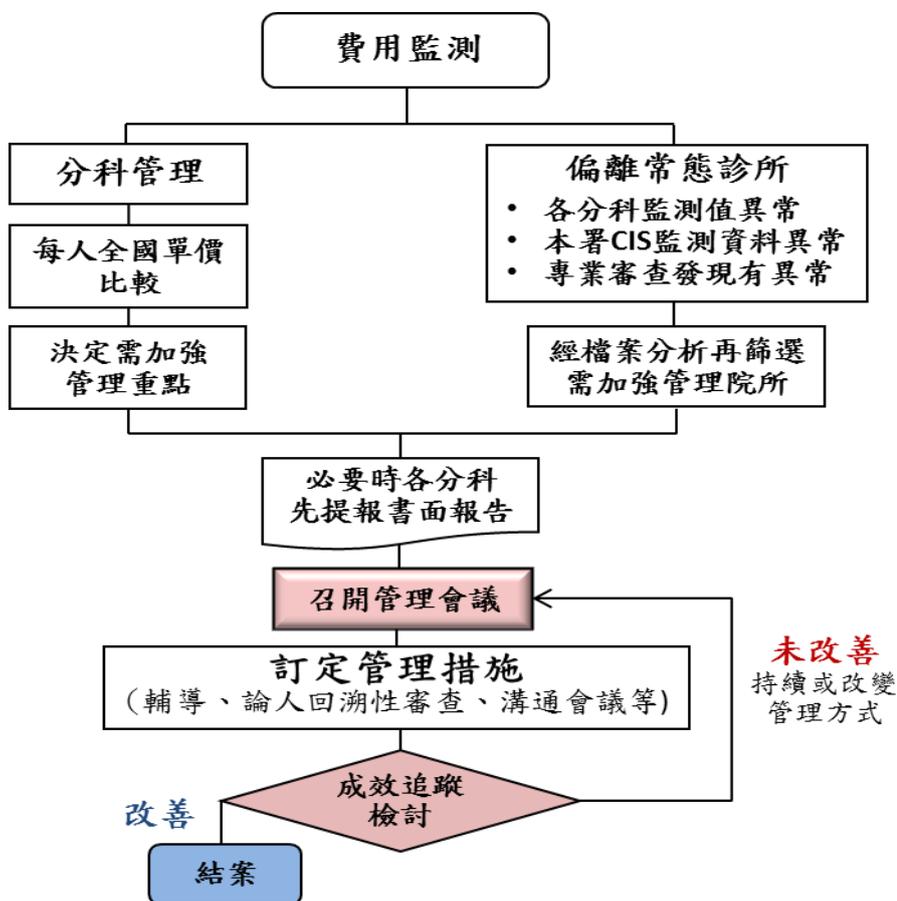


圖 1 監控小組運作模式

陸、分科委員

一、召集人及科委員遴選

- (一) 每科以 8 人為原則，科委員由各縣市醫師公會及診所協會各推派 1 人，若該縣市該科診所家數超過 50 家者該縣市增派 1 人，超過 100 家者該縣市醫師公會及診所協會可各增派 1 人，召集人由科委員會共同推選，委員名單由中區分會提報中區業務組備查。
- (二) 推選之科委員需具該科專科醫師資格（民國 77 年以前開業者，得以衛生署登記為準）始得任用，惟經查如有 5 年內違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法情節重大者（如扣減點數占申報點數大於 30%）、前年度平均樣本核減率高於 5%（如有特殊情形再考量各科核減情形訂之）「前一年度」或「近 3 次」平均樣本核減率高於該科 P75 且大於 5% 者，不予委任，任期期間比照辦理。
- (三) 召集人及委員為榮譽職。

二、職責

- (一) 監督管理分科內各診所資源合理運用，對於偏離常態診所有輔導責任。
- (二) 訂定該科管理方向及改善方式，針對健保署資料顯示應加強管理項目，應提出改善措施，並於指定日期前提報健保署。必要時分科召集人得出席監控小組會議或溝通會議。
- (三) 承接監控小組決議事項。

柒、健保署中區業務組資料提供及管理

一、每月 10 日中區業務組產製輔導報表，內容包括（以 4 月為例）：

(一) 中區分會輔導資料

1. 每季提供

- (1) 前前 3 個月（110 年 12 月至 111 年 2 月）各就醫科別每人單價與目標單價比較結果。
- (2) 前前 3 個月（110 年 12 月至 111 年 2 月）整體監控值超過 P90 名單。
- (3) 前前 3 個月（110 年 12 月至 111 年 2 月）診療點數或醫令量成長貢獻度前 10 大診所及其他指標極端偏離常態名單。

2. 每月提供

前前月（2月）監測之7項項目任三項指標超過P90之診所名單。

3. 其他經專業審查發現或檔案分析結果偏離常態者，經輔導未改善則加強審查(論人隨機加立意抽審)，必要時實地審查或移送查核。

(二) 診所輔導資料

1. 每季提供

前前3個月(110年12月至111年2月)監控值、偏離值、就醫次數。

2. 每月提供

(1) 前前月(2月)監測之7項項目指標。

(2) 前前月(2月)診療點數或醫令量成長貢獻度前50%之診所名單。

(三) 其他本署重點管理項目。

二、中區分會各分科提出之分科管理需求單(附件2)需保留3個工作天以上作業時間，中區業務組評估後配合提供，所提供資料個別診所名單以加密方式提供。並請中區分會一個月內追蹤成效並復知本業務組，如2次未回復追蹤成效者，將暫停該科需求作業。

三、所提供資料應依電腦處理個人資料保護法妥為保存及使用。

捌、其他

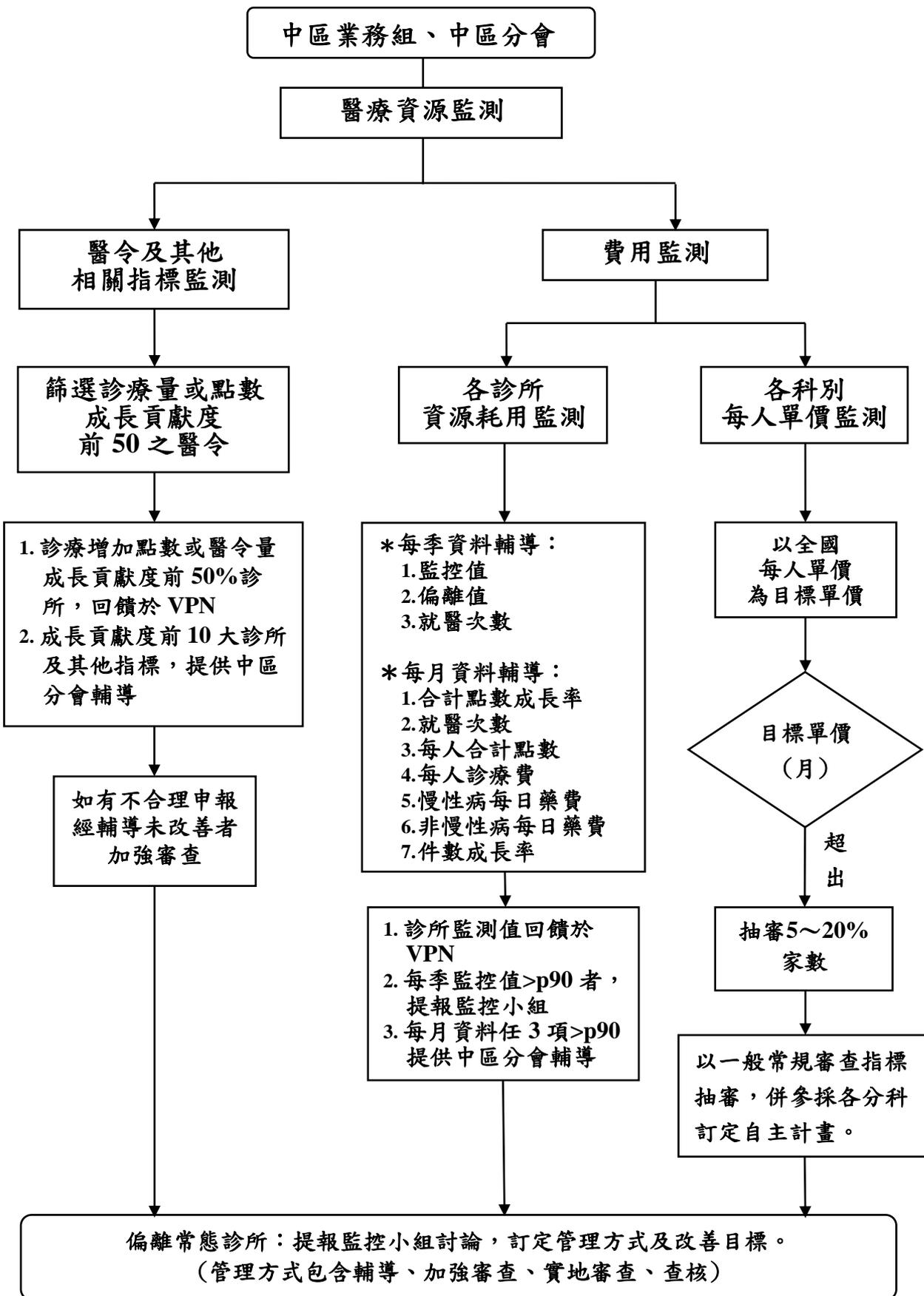
一、當個別診所同月因監測項目不同而同時落入抽審時，以合併抽審方式處理。

二、會議若需洽借中區業務組場地，由分科召集人與中區業務組分科經理人聯絡安排會議室。會議之決議事項由中區分會轉給中區業務組備查。

三、若有因本計畫之執行嚴重影響民眾就醫權益或本計畫之運作，將提報共管會議討論終止本計畫。

四、另若對本計畫實施有建議事項請電洽中區業務組 04-22531174、04-22531179，供本計畫修訂之參考。

實施架構



中區西醫基層總額分科管理 資料解密 資料分析 需求單

目的				
解密項目				
資料內容： 變項、定義與 擷取期間	擷取欄位	彙整類別	擷取期間	指定診所
	<input type="checkbox"/> 申請件數	<input type="checkbox"/> 費用年月		
	<input type="checkbox"/> 給藥日份	<input type="checkbox"/> 診所別		
	<input type="checkbox"/> 藥費點數	<input type="checkbox"/> 醫師別		
	<input type="checkbox"/> 診療費點數	<input type="checkbox"/> 縣市別		
	<input type="checkbox"/> 診察費點數	<input type="checkbox"/> 案件類別		
	<input type="checkbox"/> 藥服費點數	<input type="checkbox"/> 就醫科別		
	<input type="checkbox"/> 醫療費用點數			
	<input type="checkbox"/> 申請費用點數			
	<input type="checkbox"/> 部分負擔金額			
	<input type="checkbox"/> 醫令件數	<input type="checkbox"/> 醫令代碼(請列示)		
	<input type="checkbox"/> 醫令數量			
	<input type="checkbox"/> 醫令點數			
	<input type="checkbox"/>			
科召集人		申請日期	年 月 日	
中區分會 主任委員		申請日期	年 月 日	
聯絡電話				
科經理人：	資料處理人員：			
複核專員：	單位主管：	結案日期：		
		年 月 日		
後續處理及成效				

註：1.本需求單須由中區分會申請；本署中區業務組窗口為醫療費用二科。
2.以上資料請依個人資料保護法規定保密及管理。