

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 115 年 第 2 次研商議事會議紀錄

時間：115 年 5 月 28 日(四)下午 2 時

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：陳署長亮妤(劉林義主任秘書 代理)

紀錄：陳怡蓓

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
丁榮哲	塗勝雄(代)	張孟源	張孟源
王宏育	王宏育	張嘉興	張嘉興
王俊傑	王俊傑	連哲震	請假
古有馨	洪才力(代)	陳宏麟	陳宏麟
田士金	田士金	陳志明	陳志明
朱益宏	童瑞龍(代)	陳炳誠	陳炳誠
江心怡	江心怡	陳相國	陳相國
江俊逸	李志明(代)	陳晟康	請假
何活發	請假	黃信彰	請假
吳家淦	吳家淦	黃振國	黃振國
吳國治	吳國治	黃啟嘉	請假
李龍騰	李龍騰	黃榮男	蘇美惠(代)
李麗芬	李麗芬	董正宗	請假
周慶明	周慶明	趙善楷	王國哲(代)
周賢章	周賢章	劉林義	劉林義
林名男	請假	劉碧珠	何宛青(代)
林旺枝	請假	蔡昌學	蔡昌學
林煥洲	林煥洲	盧榮福	盧榮福
林誓揚	林誓揚	賴俊良	賴俊良
林應然	林應然	賴信亨	賴信亨
洪德仁	洪德仁	藍毅生	請假
徐超群	請假	顏鴻順	顏鴻順
張必正	張必正		

列席單位及人員（*係指採線上與會人員名單）

列席單位

衛生福利部社會保險司
衛生福利部全民健康保險會
中華民國醫師公會全國聯合會
台灣醫院協會
中華民國藥師公會全聯會
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會
中華民國物理治療師公會全國聯合會
中華民國醫事放射師公會全國聯合會
台灣神經學學會
中華民國眼科醫學會
台灣精神醫學會
本署醫審及藥材組

代表姓名

梁淑政		
陳燕鈴	陳思縉	
蘇慧珂	陳哲維	謝沁妤
吳心華	楊智涵	
陳暘	張智凱	
許宏彰		
請假		
請假		
蔡力凱	黃國倫	
蔡俊斌		
黃名琪	黃正誼	
戴雪詠	張如薰	賴秋伶
成庭甄	陳珏如	賴昱廷
陳盈如	徐晨圃	
賴彥壯	洪于淇	陳依婕
黃瓊萱	許博淇	曾琬茜
張祐禎	李珮芳	高翊庭
陳翊婷		
朱文玥*	林怡君*	廖美惠*
張芸湘*		
陳祝美*	黃綺珊*	王慈錦*
胡淑惠*	張晏溶*	邱希芸*
徐鈺惠*		
丁增輝*	劉上惠*	陳雪姝*
蘇彥秀*	陳麗尼*	張黛玲*
游姿瑗*	洪瑜禪*	張凱瑛*
張紘嘉*	林昱*	許欣婷*
賴阿薪*	洪穰齡*	郭郁伶*
呂俞樺*		
林純美*	陳淑惠*	施怡如*
許嘉紋*		
馮美芳*	劉惠珠*	

本署醫務管理組

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

壹、主席致詞(略)

貳、確認上次會議紀錄：

決定：確認。

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：下列 6 項繼續列管，其餘 5 案解除列管。

- 一、序號 1：有關復健科診所抽審指標「西醫門診年復健次數(排除職災及早療案件)>180 次」調整案，本署 115 年 5 月 22 日召開「復健治療管理指標合理性討論會議」決議，請與會單位將意見函送醫師公會全聯會討論共識後，再送本署依行政程序辦理。
- 二、序號 2：修訂 45010C「支持性心理治療」、45102C「精神科社會生活功能評估」、53033C「鼻淚管淚道氣球擴張術」及 27004C「甲狀腺刺激素放射免疫分析」項目。
- 三、序號 5：有關修訂西醫基層門診合理量計算方式暨增列週日急症科別診察費加成案。
- 四、序號 6：修訂「全民健康保險西醫基層提升心肺疾病復健照護品質計畫」案。
- 五、序號 10：115 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案。
- 六、序號 11：有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案。

第二案

報告單位：中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫師全聯會)

本署醫務管理組

案由：西醫基層總額執行概況。

決定：洽悉。另請各分區將參酌醫師全聯會分析結果研議適當管理方式，於 115 年第 4 季請醫審及藥材組彙整，提報西醫基層總額研商議事會議。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：西醫基層總額 114 年第 4 季結算點值報告。

說明：

一、西醫基層總額 114 年第 4 季一般服務點值結算如下表，將依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

分區	浮動點值	平均點值
臺北	0.95607562	0.95822082
北區	0.99025354	0.98268174
中區	1.00603906	1.00134822
南區	1.04424695	1.02644156
高屏	1.01538450	1.00807463
東區	1.10665929	1.06856445
全區	0.98482502	0.98917402

二、結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

三、「全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案」114 年第 4 季結算，刻正彙算中，前項專款項目之結算傳票日期延至 115 年 6 月 30 日，本署將俟結算完成後，修正並公布結算說明表。

四、115 年 0-6 歲兒童醫療費用，點值將分別依醫院及西醫基層不含 0-6 歲各區一般服務之點值不低於 1 元支付，另跨區就醫點值、保障項目比照不含 0-6 歲辦理，另全年預算如有剩餘，再行研議支用方式。

決定：確認 114 年第 4 季點值，餘洽悉。

第四案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：鼓勵醫事機構配合本署門診特定藥品重複用藥費用管理方案並善用健保醫療資訊雲端查詢系統(下稱健保雲端系統)，降低重複用藥風險。

說明：考量健保雲端系統已提供西醫用藥資訊查詢功能，為維護病人用藥安全，請協助以下事項：

- 一、請公協學會持續推廣會員運用健保雲端系統西醫用藥資訊查詢功能，並鼓勵介接「健保醫療資訊雲端查詢系統主動提示功能Web API」，當病人有相同成分餘藥時，即時提醒醫事人員避免重複用藥。
- 二、藥局調劑處方如有疑義，請與原處方醫師確認後再行調劑，以降低用藥風險。另可考量納入「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」，建立個別化照護管理及與醫師間雙向溝通與合作模式，以協助病人針對用藥問題擬定合適照護計畫。

決定：洽悉，請中華民國藥師公會全國聯合會持續規劃研議。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂 115 年度「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案(下稱品保方案)」之專業醫療服務品質指標案，提請討論。

決議：本案修訂通過如附件 1，修訂如下：

- 一、調整案內指標「糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率」，參考值由「以最近 3 年全區值平均值 $\times$ (1-20%)」調整為「以最近 3 年全區值平均值 $\times$ (1-15%)」。
- 二、將依會議決議，辦理後續品質確保方案專業醫療服務品質指標修

訂行政作業。

第二案

提案單位：台灣神經學學會

案由：修訂開放表別項目支付標準案，提請討論。

決議：本案暫保留，請台灣神經學學會參考與會代表意見，訂定扣合健康台灣政策之審查及管控規範，並協助補足西醫基層各分區神經科審查醫師量能。

第三案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險西醫基層提升國人視力照護品質方案」，提請討論。

決議：本案修訂通過如附件 2，其中「眼科資源不足地區」原則以診所一定距離內無眼科專科醫師執行白內障手術，並保留原方案「伍、提升品質獎勵金」之「二、不予核發本獎勵金情事」內容，續依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

第四案

提案單位：台灣精神醫學會

案由：修訂「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」，提請討論。

決議：本案原則通過，請台灣精神醫學會評估及調整品質評量指標「社區關懷訪視共訪比率」，將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

第五案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關「西醫基層相對合理門診點數給付方案」之診所折付方式，提請討論。

決議：本案暫保留，與會代表建議敘明排除列計之專款項目及其他預算項目，請本署提供醫師全聯會折付之 11 家診所申報之醫療費用，並請前開診所就新增之折付方式表示意見後，再提會討論。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 4 時 54 分。

附表一 西醫基層總額支付制度醫療服務品質指標(草案)

修正如刪除線及畫底線處

附件 1

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
1.保險對象就醫調查					
醫療服務品質調查	每年	每年於評核會公布前一年調查結果	由保險人研訂調查方式	保險人	調查內容得由保險人參考各界意見後研訂，並得委託民調機構辦理。 註：105(含)年度以前實施保險對象滿意度調查，頻率為西醫基層總額實施前一次、實施後每半年一次，自 98 年起每年一次，比較其就醫可近性、醫療服務品質與差額負擔滿意度變化情形。
民眾申訴及其他反映成案件數	每年	受託單位每年提出執行報告，內容包括成案件數、案件內容、處理情形及結果。	資料分析	受託單位	民眾申訴及其他反映成案件數，受託單位配合提供資料。
2.專業醫療服務品質					
平均每張慢性病處方箋開藥日數-糖尿病、高血壓、高血脂	每月	以最近 3 年全區值平均值 $\times(1-20\%)$ 作為下限值	資料分析	保險人	1. 公式： 分子：開立慢性病疾病別處方箋案件給藥日份加總 分母：開立慢性病疾病別處方箋給藥次數加總 例如：某病患罹患糖尿病、高血壓、高血脂，醫師開立該等疾病藥物處方箋日數為 7 天，則分子、分母計算如下： 分子：給藥天數=7 天*3 種疾病 分母：給藥次數=1 案件*3 種疾病 2. 說明 (1) 慢性病定義：主診斷為糖尿病(ICD-10-CM 前 3 碼為 E08-E13)、高血壓(ICD-10-CM 前 3 碼為 I10、I11、I12、I13 或全碼為 I16.0、I16.1、I16.9^{註6})或

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					高血脂(ICD-10-CM 前 3 碼為 E78)。 (2) 慢性病處方箋：案件分類為 04、08，排除給藥日份 < 3。 (3) 疾病別：以主診斷屬慢性病定義者，其次診斷亦屬慢性病並且處方該慢性病藥物之出現次數一併納入統計【降血壓藥物、降血脂藥物、降血糖藥物之醫令其 ATC 碼範圍同「跨院所門診同藥理用藥日數重疊率」之定義(不分口服及注射)。】。
門診注射劑使用率	每季	以最近 3 年全區值平均值 $\times(1+15\%)$ 作為上限值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之門診給藥案件（藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種）。 2. 公式： 分子：醫令代碼為 10 碼，且第 8 碼為「2」案件數，但排除附表二^{註 6}所列藥物案件。 分母：給藥案件數。
門診抗生素使用率	每季	以最近 3 年全區值平均值 $\times(1+15\%)$ 作為上限值	資料分析	保險人	1. 公式： 基層醫療機構抗生素藥品案件數/基層醫療機構開藥總案件數 2. 抗生素藥品： 分子一：ATC 碼前 3 碼為 J01（ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE）。 分子二：ATC 碼前 4 碼為 J01M（Quinolone antibacterials）、J01G（Aminoglycoside antibacterials）。
不當用藥案件數					例如用藥天數過短(長)、用藥可能有不當的交互作用等。以降血壓、降血脂、降血糖、抗精神分裂、抗憂鬱症及安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重疊率」等 6 類用藥日數重疊率監測。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
(1)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服) (2)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂(口服) (3)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖 (4)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症 (5)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症 (6)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜(口服) (7)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗血栓(口服) (8)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-前列腺肥大(口服)	每季	跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-以最近3年全區值平均值 $\times (1+20\%)$ 作為上限值。	資料分析	保險人	1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之同類藥物給藥案件(給藥案件：給藥天數不為0或藥費不為0或處方調劑方式為1、0、6)，已排除R003案件。 2. 公式 分子：同分區同ID不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。 分母：各案件之「給藥日數」總和。 「給藥日數」：擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」。 降血壓藥物(口服)：ATC前3碼為C07(排除C07AA05)或ATC前5碼為C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第8碼為1。 降血脂藥物(口服)：ATC前5碼為C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第8碼為1。 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC前5碼為A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、A10BK。 抗思覺失調症藥物：ATC前5碼為N05AA、N05AB(排除N05AB04)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除N05AN01)、N05AX、N05AC、N05AG。 抗憂鬱症藥物：ATC前5碼為N06AA(排除N06AA02、N06AA12)、N06AB、N06AG。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
(9)同院所門診同藥理用藥 日數重疊率-降血壓 (口服) (10)同院所門診同藥理用藥 日數重疊率-降血脂 (口服) (11)同院所門診同藥理用藥 日數重疊率-降血糖 (12)同院所門診同藥理用藥 日數重疊率-抗思覺失調症 (13)同院所門診同藥理用藥	每季	以最近 3 年全區值 平均值 $\times(1+20\%)$ 作 為上限值	資料分析	保險人	安眠鎮靜藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為 1。 抗血栓藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 B01AA、B01AC(排除 B01AC07)、B01AE、B01AF，且醫令代碼第 8 碼為 1。 前列腺肥大藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 G04CA、G04CB，且醫令代碼第 8 碼為 1。 3. 本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」，即同 ID、跨院所給藥日數≥ 21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數≥ 21 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天的空間不計入重疊日數，且排除特定治療項目代號(一)-(四)為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。 1.資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之同類藥物給藥案件(給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6)，已排除 R003 案件。 2.公式： 分子：同院所同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。 分母：各案件之「給藥日數」總和。 「給藥日數」：擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
日數重疊率-抗憂鬱症 (14) 同院所門診同藥理用藥 日數重疊率-安眠鎮靜 (口服) (15) 同院所門診同藥理用藥 日數重疊率-抗血栓(口 服) (16) 同院所門診同藥理用藥 日數重疊率-前列腺肥 大(口服)					降血壓藥物(口服)：ATC 前 3 碼為 C07(排除 C07AA05)或前 5 碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。 降血脂藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前 5 碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、A10BK。 抗思覺失調症藥物：ATC 前 5 碼為 N05AA、N05AB(排除 N05AB04)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX、N05AC、N05AG。 抗憂鬱症藥物：ATC 前 5 碼為 N06AA(排除 N06AA02、N06AA12)、N06AB、N06AG。 安眠鎮靜藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為 1。 抗血栓藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 B01AA、B01AC(排除 B01AC07)、B01AE、B01AF，且醫令代碼第 8 碼為 1。 前列腺肥大藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 G04CA、G04CB，且醫令代碼第 8 碼為 1。 3. 本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」，即同 ID、同院所給藥日數≥ 21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數≥ 21 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天的空間不計入重疊日數，且排除特定治療項目代號(一)-(四)為 H3、H6、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
慢性病連續處方箋開立率	每季	以最近 3 年全區值平均值 $\times(1-15\%)$ 作為下限值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之門診給藥案件數（藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種）。 2. 公式： 分子：開立慢性病連續處方箋的案件數（案件分類為 02、04、08 且給藥日份 ≥ 21 ）。 分母：慢性病給藥案件數（案件分類為 02、04、08）。
就診後同日於同院所再次就診率	每季	以最近 3 年全區值平均值 $\times(1+20\%)$ 作為上限值	資料分析	保險人	公式： 分子：同一費用年月、同一就醫日期、同一院所，同一人(身分證號)就診 2 次(含)以上，按身分證號歸戶之門診人數。 分母：同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數。
糖尿病病人糖化血紅素（HbA1c）或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率	每年	以最近 3 年全區值平均值 $\times(1-15\%20\%)$ 作為下限值	資料分析	保險人	資料範圍：西醫基層總額之門診案件 分子：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)檢驗人數。 分母：統計累計自當年度 1 月至當期門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。
門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率	每季	參考指標，不另訂定參考值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：西醫基層總額 2. 公式： 分子：給藥案件之藥品品項數 ≥ 10 項之案件數 分母：給藥案件數 給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種。 藥品品項：醫令類別 1 或 4，且醫令代碼為 10 碼。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					藥品品項數：藥品品項筆數。
剖腹產率-整體、自行要求、具適應症	每季	參考指標，不另訂定參考值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之住院案件 2. 公式： 分子： (1) 整體：剖腹產案件數 (2) 自行要求：不具適應症之剖腹產案件數 (3) 具適應症：分子(1) - 分子(2) 分母：總生產案件數＝自然產案件數+剖腹產案件數。 自然產案件：符合下列任一條件： (1) TW-DRG 前 3 碼為 372-375。 (2) DRG_CODE 為 0373A、0373C。 (3) 需符合任一自然產醫令代碼：81017C、81018C、81019C、97004C、97005D、81024C、81025C、81026C、97934C、81034C。 剖腹產案件：符合下列任一條件： (1) TW-DRG 前 3 碼為 370、371、513。 (2) DRG_CODE 為 0371A、0373B。 (3) 符合任一剖腹產醫令代碼：81004C、81005C、81028C、81029C、97009C、97014C。 不具適應症之剖腹產案件：符合下列任一條件： (1) 醫令代碼為 97014C。 (2) DRG_CODE 為 0373B。 (3) TW-DRG 前 3 碼為 513。
3.其他醫療服務品質					
每位病人平均看診時間	每半年	5 分鐘	問卷調查	保險人	每位病人平均看診時間（以醫療服務品質調查中醫師看診及診療時間之中位數為參考值）

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
醫師參加繼續教育時數	每年	24 小時/年	資料分析	全聯會	每位醫師平均每年參加繼續教育時數
4. 利用率指標					
子宮頸抹片利用率	每年	$\geq 16\%$	資料分析	主管機關	合格受檢對象於基層醫療機構利用次數/子宮頸抹片合格受檢人數
成人預防保健利用率	每年	$\geq 20\%$	資料分析	主管機關	合格受檢對象於基層醫療機構利用次數/成人預防保健合格受檢人數
兒童預防保健利用率	每年		資料分析	主管機關	合格受檢對象於基層醫療機構利用次數/[$(1 \text{ 歲以下人數}) \times 4 + (1 \text{ 歲至未滿 } 2 \text{ 歲人數}) \times 2 + (2 \text{ 歲至未滿 } 3 \text{ 歲人數}) + (3 \text{ 歲至未滿 } 4 \text{ 歲人數}) + (4 \text{ 歲至未滿 } 7 \text{ 歲人數})$]/3]
年齡別剖腹產率	每年	$\leq 34\%$	資料分析	保險人	1. 基層醫療機構剖腹產案件數／基層醫療機構生產案件數(自然產案件+剖腹產案件) 2. 年齡組別：19 歲以下，20-34 歲，35 歲以上
門診手術案件成長率	每年	$\geq 10\%$	資料分析	保險人	(基層醫療機構實施年門診手術案件數-基層醫療機構實施前一年門診手術案件數)/基層醫療機構實施前一年門診手術案件數
六歲以下兒童氣喘住院率	每年	以最近 3 年全區值平均值 $\times(1+15\%)$ 作為上限值	資料分析	保險人	前 3 日因氣喘至基層院所看診之 6 歲以下(就醫年-出生年 ≤ 5)保險對象氣喘住院件數／6 歲以下(就醫年-出生年 ≤ 5)保險對象人數
住院率	每年	以最近 3 年全區值平均值 $\times(1+15\%)$ 作為上限值	資料分析	保險人	前 3 日至基層院所看診之保險對象住院人次／保險對象總人數
轉診率 ^{註 4}	每年		資料分析	保險人	基層醫療機構轉診人次／基層醫療機構門診次數
平均每人住院日數	每年	以最近 3 年全區值平均值 $\times(1+15\%)$ 作為	資料分析	保險人	前 3 日至基層院所看診之平均每人住院日數

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
		上限值			
每人急診就醫率	每年	以最近 3 年全區值 平均值 $\times(1+15\%)$ 作為上限值	資料分析	保險人	前 3 日至基層院所看診之每人急診就醫次數／每人平均 門診次數
5. 中長程指標					
符合慢性病患治療指引比率	每年		資料分析	受託單位	符合慢性病患治療人次／實際接受慢性病患治療人次
符合病歷紀錄規範比率	每年		資料分析	受託單位	符合病歷紀錄規範案件數／基層醫療機構總案件數
符合各專科治療指引比率	每年		資料分析	受託單位	符合該專科治療指引人次／實際接受該專科治療人次

註 1：100 年 3 月 2 日健保署(為原健保局)召開「西醫基層總額醫療品質指標項目及監測值討論會議」討論醫療品質指標項目，為指標監測值能接近實績值，考量其趨勢及醫療之不確定性與變異性，以最近 3 年全局值平均值 $\times(1\pm 20\%)$ 〔註：負向指標取加號(+)作上限值、正向指標取減號(-)作下限值〕為西醫基層總額醫療品質指標項目監測值；又參酌全民健康保險監理委員會第 190 次會議委員意見，若修訂後監測值較原監測值寬鬆，則維持原監測值。為求一致，專業醫療服務指標，皆以相同原則修訂監測值。

註 2：品質確保方案之專業醫療服務品質指標，部分指標資料處理定義原以「藥理分類代碼」，為使資料定義與世界衛生組織(WHO)採用的藥品分類一致，修正為「ATC 碼」。

註 3：降血壓、降血脂、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症及安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重複率等 6 項指標，原品質確保方案僅列「跨院所」為監測指標，「同院所」健保署亦已監測多年，100 年 9 月 28 日公告修訂將跨院所亦列入品質確保方案中以符實際監測現況。

註 4：為暫不執行項目。

註 5：西醫基層總額支付制度醫療服務品質指標之「專業醫療服務品質指標」，皆不含委代辦案件，僅統計西醫基層總額範圍內案件。

註 6：係配合全民健康保險門、住診醫療申報資料由 2014 年版 ICD-10-CM/PCS 轉版為 2023 年版作業修訂，其中「門診注射劑使用率」指標：修訂分子附表二排除條件 A 之給付規定內容 18：刪除慢性病毒性 B 型肝炎之 Z22.51、慢性病毒性 C 型肝炎之 Z22.52 診斷碼。

114115年度全民健康保險西醫基層提升國人視力照護品質優化方案

114年8月7日健保醫字第1140116953號公告

115年0月0日健保醫字第0000000000號公告修訂

壹、依據：全民健康保險會（下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、實施期間：114115年1月1日至114115年12月31日。

參、預算來源：114115年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額專款「提升國人視力照護品質」預算35.74837.714億元。

肆、支付方式：

一、計算範圍：白內障手術醫令代碼為86006C、86007C、86008C(含97608C之C1論病例計酬案件)、86011C、86012C之總醫療費用(申請點數+部分負擔)。

二、預算分配：~~四季分別以30%、25%、25%、20%分配及結算~~

(一)本項專款預算的4%做為衡平管理費用，並優先用於保障東區每點1元。

(二)各區各季預算分配方式：各區各季預算=115年執行目標件數(182,378件) $\times$ (1-衡平管理4%) $\times$ 近3年該區件數占率之平均值^{註1} $\times$ 114年四季件數之占率^{註2} $\times$ 20,679點。

註1：近3年該區件數之平均占率：各分區分別以112年至114年各年度件數，計算該分區件數占全區總件數之比率，再取各分區3年占率之平均值。

註2：114年四季件數之占率：23%、26%、24%、27%。

三、結算方式：每點支付金額不高於1元，折付及撥補方式詳如附表。

~~(一)當季預算預估若有結餘則留用至下季。~~

~~(二)當季預算預估若不足：~~

~~1、非C1論病例計酬案件以各季各分區一般服務浮動點值計算。~~

~~2、C1論病例計酬案件：~~

~~(1)東區每點1元。~~

~~(2)其餘分區按醫師歸戶申報件數計算點值：1-120件每點1元，超過120件以下列分階段方式計算點值：~~

階段	件數	點值
一	121件-150件(含)	每點0.8元
二	151件-240件(含)	每點0.5元
三	241件以上	每點0.2元

~~(3) 以前述方式計算後，視預算使用情形，再依序由第一階段至第三階段計算各階段點值至每點1元。~~

~~3、若全年有結餘再由第一階段至第三階段依序撥補各季點值至每點1元。~~

伍、提升照護品質獎勵金

一、經費來源：前項年度結算並撥補後之剩餘款，且核發總獎勵金不高於本預算2%。

二、核發資格：依5項品質指標達成情形計算權重和，總分為80分以上。

~~一、獎勵方式：前項結算後仍有結餘，依診所達成「品質指標」之件數占率核發年度獎勵金，且核發總獎勵金不高於本預算2%。~~

~~(一) 核發資格：依5項品質指標達成情形計算權重和，總分為80分以上。~~

~~(二) 三、計算方式：年度提升照護品質獎勵金×診所核算占率*~~

~~1、*診所核算占率=~~

~~(件數占率×該診所權重和)/所有診所(總件數占率×總權重和)~~

~~2、件數占率=核算件數/總核算件數~~

~~3、核算件數以每月每位專任醫師申報白內障手術論病例計酬C1案件數，若<40件(不含40件)者，則以實際申報件數計算；若≥40件者，則以40件計算，計算1月至12月申報總件數(每位專任醫師480件/年為限)。~~

~~4、權重和：依5項品質指標達成合計分數(最高100%)。~~

~~(三) 四、品質指標：~~

項次	項目	權重 (合計 100)
1	診所上傳「白內障視力品質照護說明書」至中華民國醫師公會全國聯合會指定雲端(註:樣張如附件 1) 診所每位醫師『每月』申報件數 ≤ 40 件且『每日』申報件數 ≤ 15 件	30 15
2	久未看診而當日就診即執行白內障手術比率 $\leq 1.2\%$	20 25
3	術後 30 日內併發症(眼內炎)之件數比率 $\leq$ 0.1315% 0.1255%	20 25
4	診所全年總量 $\leq$ 該診所專任醫師數 $\times 120$ 件 $\times 4$ 季	10 20
5	健保全額給付人工水晶體使用比例應在全區診所使用比例由大到小排序後的前 90%以內	20 15

註：~~項次1權重由中華民國醫師公會全國聯合會提供。如診所所在地區經執行會分會及健保署分區業務組認定為「眼科資源不足地區」者，其項次1及項次4指標之權重計算方式，得採個案認定方式辦理。~~

~~(四)~~ 五、核發方式：本項獎勵費用由保險人依前開方式計算，並於次年4月底前完成撥付。

~~二、~~六、有下列任一情事者，不予核發本獎勵金：

- (一) 經中華民國眼科醫學會確認違反學會制定之廣告規範。
- (二) 臺北、北區、中區、南區及高屏業務組：該區白內障手術件數較~~113~~114年度件數成長率大於等於「白內障手術專款管控可容忍之極端值」(附件~~2~~)。
- (三) 經主管機關或保險人確認有使用車載或有不當廣告行為。

陸、審查方式

- 一、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。
- 二、本方案每季撥付費用款項後，診所如有資料修正需求，須於款項撥付日起1個月內，向保險人各分區業務組提出申請並提具佐證資料，經審核通過後，不足者補付，溢付者於下次撥款時沖抵。

柒、方案管理機制

- 一、保險人負責本方案之研訂與修正及計算。
- 二、保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之資格、核定及輔導轄區醫事服務機構執行方案。

捌、年度執行目標：~~一、執行面件數：172,606182,378件。~~

~~二、品質面：白內障視力品質照護說明書執行率 $\geq 95\%$ 。~~

~~分子：上傳白內障視力品質照護說明書診所家數。~~

~~分母：申報白內障手術診所家數。~~

拾玖、評估指標

- 一、術前指標：久未看診^{*註2}而當日就診即執行白內障手術比例以0%為原則。

^{*註2}：久未看診：病人手術日回推90日內無同院所或同醫師就醫資料。

分子：久未看診而當日就診即執行白內障手術之件數。

分母：白內障手術件數。

- 二、術後指標：術後30日內併發症(眼內炎)之件數比率 $\leq 0.1315\%0.1255\%$ 。

拾、新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

拾壹、方案修正程序：本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會及中華民國眼科醫學會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

附表-「提升國人視力照護品質」專款預算高申報折付及撥補方式

	高申報量醫師折付方式			「全年結餘時(不含東區)」撥補方式及順序		
各區各季預算 (扣除衡平管理 4%)	115年執行目標件數(182,378件)*(1-衡平管理 4%)*近3年該區件數之平均占率*114年四季件 數之占率*20,679點=各區各季預算			經費來源： 「各區之年度結餘預算」及「衡平管理預算(扣除支應保障東區每 點1元之費用)」。 撥補順序： 先撥補第一階段點值；前一階段完成撥補後，進入次階段撥補。		
	階段	件數	支付點值	階段	件數	依品質指標達成情形撥補
該區當季 預算充足	一	181 件-240 件(含)	每點 0.8 元	品質指標達 80 分(含)以上，撥補至每點 1 元。		
	二	241 件以上	每點 0.6 元	品質指標達 80 分(含)以上，撥補至每點 0.7 元。		
該區當季 預算不足	階段	件數	支付點值	撥補順序(同上)		
	一	121 件-150 件(含)	每點 0.6 元	一	121 件- 180 件(含)	撥補至每點 1 元。
	二	151 件-240 件(含)	每點 0.5 元	二	181 件- 240 件(含)	品質指標達 80 分(含)以上，撥補至每點 1 元。品 質指標未達 80 分，撥補至每點 0.8 元。
	三	241 件以上	每點 0.2 元	三	241 件以上	品質指標達 80 分(含)以上，撥補至每點 0.7 元。 品質指標未達 80 分，撥補至每點 0.8 元。

註：

1. 依方案第肆、二項規定，「衡平管理預算」來源為專款的 4%，優先用於保障東區每點 1 元。其餘，用於高申報量醫師折付之撥補。
2. 依方案第伍項規定，「提升照護品質獎勵金」來源為「年度結算並撥補後之剩餘款」，並以專款預算的 2%為上限。
3. 當季折付的白內障手術費用，若遇醫師於不同院所申報，由各院所依「申報件數比例」分攤，即：某院分攤金額 = 當季總折付費用

$$\times \frac{\text{該醫師於該院的申報件數}}{\text{該醫師的歸戶總件數}}。$$