

# 105 年度第 2 次西醫基層醫療服務審查南區共管會議紀錄

會議時間：105 年 7 月 6 日(星期三)下午 14 時 00 分

會議地點：中央健康保險署南區業務組 9 樓第 1 會議室

主 席：中央健康保險署南區業務組林組長淑華、

中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查  
執行會南區分會張主委金石

出席人員：

中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會  
南區分會：

黃仁享、吳欣席、徐超群、王錦基(請假)、郭宗男、陳相國、  
李宣德、曾良達、邱炳川、夏保介、鄭熙騰

衛生福利部中央健康保險署南區業務組：

林純美、李彩萍、嚴海樹、黃瑞源、林育彥、龔川榮、陳秀環、  
陳文娟、呂麗娟、黃梅珍、陳建今

壹、主席致詞：(略)

貳、前次會議追蹤事項：(略)

參、報告事項：中央健康保險署南區業務組執行報告(略)

肆、提案討論

提案一

提案單位：南區業務組

案由：有關請各縣市醫師公會協助輔導會員申辦「醫療費用電子  
化作業」，並訂定各縣市 105 年目標值為 25%特約家數，請  
討論。

決議：通過，各縣市申辦目標數如下表：

縣市別	特約家數	105 年申辦目標數
臺南市	916	229
嘉義市	187	47
嘉義縣	171	43
雲林縣	276	69
總計	1550	388

### 提案二

提案單位：南區業務組

案由：有關 105 年第 3 季檔案分析預定執行項目，請討論。

決議：酌修後通過。

### 提案三

提案人：基層審查南區分會

案由：建請討論修訂南區西醫基層專業審查指標第三項權重積分指標序號12「分科平均每日藥費」及序號15「分科每位病人平均醫療費用」，排除「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」之治療藥物費用。

決議：併提案五討論。

### 提案四

提案人：基層審查南區分會

案由：建請討論為維持合理醫藥運作，平均每日藥費以22元為基準，若未超過，應排除在價量齊揚及申報藥費超過同儕抽審理由之外。

決議：併提案五討論。

### 提案五

提案單位：南區業務組

案由：有關修訂南區西醫基層專業審查指標(如附件)，請討論。

決議：通過。

#### 一、新增 2 項權重積分指標：

序	指標類別	指標名稱	資料期間	指標閾值	正/負向指標	權重分數
2	品質	糖尿病照護品質提升	前前季	參加	正向	-1
		糖尿病照護品質提升年度累計照護率		80~89 百分位		-1
				90+百分位		-2
		糖尿病照護品質提升同期照護成長率		70~84%		-1
		85+%	-2			

序	指標類別	指標名稱	資料期間	指標閾值	正/負向指標	權重分數
5	品質	即時查詢病患就醫資訊方案	前季	參加	正向	-1
				上傳檢驗(查)結果		-2

## 二、指標操作型定義文字修訂：

修訂後指標文字	原指標文字
<p>一、每季專業審查院所篩選說明：</p> <p>1. 每月送審家數比例約申報家數 <u>20%~25%</u>，抽審指標分必審指標及權重積分指標。</p>	<p>一、每季專業審查院所篩選說明：</p> <p>1. 每月送審家數比例約申報家數 25%以下，抽審指標分必審指標及權重積分指標。</p>
<p>備註：</p> <p><u>2. 論件隨機抽樣之院所如有門診 C1 論病例計酬案件，申報大於或等於 10 件者並立意抽樣審查四分之一。</u></p> <p><u>3. 所有院所之住院剖腹產案件大於或等於 10 件者且剖腹產率 25%(含)-30%(不含)抽審三分之一、30%(含)-35%(不含)抽審二分之一，35%(含)以上全抽。</u></p>	無
<p>權重積分指標 12「分科平均每日藥費」操作型定義：</p> <p>1. 分科方式：家醫科系(01、23)、內科系(02, 12, 2A, 2B 及內科次專科 A*, 22)、外科系(03, 07, 08, 15 及外科次專科 B*)、小兒科(04)、婦產科(05)、骨科(06)、耳鼻喉科(09)、眼科(10)、皮膚科(11)、精神科(13)、復健科(14)。</p> <p>2. 排除 B6、B7、B9 案件 <u>及專款專用之 BC 肝計畫用藥藥費</u>。</p> <p>3. 交付藥局藥費及用藥日份併入計算。</p> <p>4. 診所交付案件(門診處方調劑方式為 1 者)用藥日份不列入計算。</p> <p>5. 季件數總和≤100 件者不列入計算。</p> <p>6. <u>分科平均每日藥費&lt;23 元者不予計分</u>。</p>	<p>權重積分指標 12「分科平均每日藥費」操作型定義：</p> <p>1. 分科方式：家醫科系(01、23)、內科系(02, 12, 2A, 2B 及內科次專科 A*, 22)、外科系(03, 07, 08, 15 及外科次專科 B*)、小兒科(04)、婦產科(05)、骨科(06)、耳鼻喉科(09)、眼科(10)、皮膚科(11)、精神科(13)、復健科(14)。</p> <p>2. 排除 B6、B7、B9 案件。</p> <p>3. 交付藥局藥費及用藥日份併入計算。</p> <p>4. 診所交付案件(門診處方調劑方式為 1 者)用藥日份不列入計算。</p> <p>5. 季件數總和≤100 件者不列入計算。</p>
<p>權重積分指標 15「分科每位病人平均醫療費用」操作型定義：</p> <p>1. 分科方式：家醫科系(01、23)、內科系(02, 12, 2A, 2B 及內科次專科 A*, 22)、外科系(03, 07, 08, 15 及外科次專科 B*)、小兒科(04)、婦產科(05)、骨科(06)、耳鼻喉科(09)、眼科(10)、皮膚科(11)、精神</p>	<p>權重積分指標 15「分科每位病人平均醫療費用」操作型定義：</p> <p>1. 分科方式：家醫科系(01、23)、內科系(02, 12, 2A, 2B 及內科次專科 A*, 22)、外科系(03, 07, 08, 15 及外科次專科 B*)、小兒科(04)、婦產科(05)、骨科(06)、耳鼻喉科(09)、眼科(10)、皮膚科(11)、</p>

修訂後指標文字	原指標文字
科(13)、復健科(14)。 2. 醫療費用計算欄位： (1)診所、病理中心：申請點數+部份負擔—藥事服務費。 (2)藥局：藥費。 (3)物理治療所、醫檢放射機構：申請點數+部份負擔。 3. 排除案件分類： (1)診所：A1、A2、A3~A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2。 (2)藥局：5。 (3)醫事檢驗放射機構：2。 4. 藥局、物理治療所、醫檢放射機構等交付機構排除原處方案件分類：A1、A2、A3~A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2。 5. 排除專款專用之BC肝計畫用藥藥費。	精神科(13)、復健科(14)。 2. 醫療費用計算欄位： (1)診所、病理中心：申請點數+部份負擔—藥事服務費。 (2)藥局：藥費。 (3)物理治療所、醫檢放射機構：申請點數+部份負擔。 3. 排除案件分類： (1)診所：A1、A2、A3~A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2。 (2)藥局：5。 (3)醫事檢驗放射機構：2。 4. 藥局、物理治療所、醫檢放射機構等交付機構排除原處方案件分類：A1、A2、A3~A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2。

## 提案六

提案人：基層審查南區分會

案由：建請健保署對於重複用藥核扣的認定及計算方式應該修正，以求公平合理。

決議：相關建議將提供署本部參考。

## 伍、臨時動議(無)