

檔 號：

保存年限：

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 函

地址：700 台南市民生路一段 82 號 2 樓

電 話：06-2211971

傳 真：06-2217483

承辦人：周芷好

受文者：嘉義市醫師公會

發文日期：中華民國 103 年 12 月 23 日

發文字號：103 南基總字第 0092 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：如主旨

主旨：轉知 103 年 12 月 7 日「西醫基層醫療服務審查執行會 103 年第 5 次會議」會議紀錄乙份(如附件)，請 查照。

說明：依據中華民國醫師公會西醫基層醫療服務查執行會 103 年 12 月 12 日全醫基審字第 1030000145 號函。

正本：雲嘉南四縣市醫師公會

主任委員

張 金 石

檔 號：

南基總收文

保存年限：

收文編號 0281

收文日期 103.12.15

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

地址：10688台北市安和路1段29號9樓

承辦人：吳春樺

電話：(02)2752-7286轉172

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：chunhua@tma.tw

受文者：如正、副本收受者

發文日期：中華民國103年12月12日

發文字號：全醫基審字第1030000145號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：會議紀錄

主旨：檢送本會103年12月7日「西醫基層醫療服務審查執行會第5次委員會」會議紀錄，請查照。

正本：蘇清泉理事長、陳宗獻主任委員、李紹誠副主任委員、莊維周副主任委員、陳聰波副主任委員、蔣世中執行長、王正坤委員、王錦基委員、何活發委員、吳國治委員、李昭仁委員、李茂盛委員、周明河委員、周慶明委員、林正泰委員、林義龍委員、夏保介委員、徐超群委員、張志傑委員、張志華委員、張孟源委員、張金石委員、張清雲委員、張嘉訓委員、連哲震委員、郭俊宏委員、陳炳榮委員、陳晟康委員、陳夢熊委員、彭瑞鵬委員、黃永輝委員、黃宗炎委員、黃啟嘉委員、潘仁修委員、蔡有成委員、蔡明忠委員、盧榮福委員、賴明隆委員、藍毅生委員、羅世績委員(委員依姓名筆劃排序)、長榮大學林文德副教授

副本：衛生福利部中央健康保險署、中區分會蔡其洪主任委員、吳首寶顧問、郭宗正監事會召集人、趙堅常務監事、陳穆寬常務監事、西醫基層醫療服務審查執行會各分會(均含附件)

基層審查
執行會校對章

主任委員 陳宗獻

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 103 年第 5 次委員會會議紀錄

時間：103 年 12 月 7 日(星期日)上午 9 時 30 分

地點：本會第二會議室

出席委員：王錦基、何活發、李昭仁、李茂盛、李紹誠、周慶明、林義龍、夏保介、徐超群、張志傑、張孟源、張金石(鄭熙騰代)、張嘉訓、連哲震、陳夢熊、陳聰波、黃永輝、黃宗炎、黃啟嘉、蔡有成、蔡明忠、蔣世中、賴明隆、藍毅生、羅世績(依姓名筆劃排序)

請假委員：王正坤、吳國治、周明河、林正泰、張志華、張清雲、莊維周、郭俊宏、陳炳榮、陳晟康、彭瑞鵬、潘仁修、盧榮福(依姓名筆劃排序)

列席：林文德、蔡其洪、趙堅

主席：陳宗獻主任委員

記錄：吳春樺

壹、主席報告：(略)

貳、上次會議結論辦理情形

- 一、有關「西醫基層合理門診量修訂案」：提理事會報告；併請蘇理事長協助溝通，俟本案經 12 月 24 日健保署「醫療服務項目及支付標準共同擬定會議」討論通過，健保署依行政程序報衛福部核定後，請衛福部儘速公告實施。
- 二、餘洽悉。

參、報告事項：洽悉。

肆、各項會議結論報告

- 一、103 年 11 月 6 日召開「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配會議」。
決定：通過。

伍、專題演講

- 一、有關支付標準項目 12077B「CA-125 腫瘤標記(EIA/LIA 法)」列為 105 年基層總額預算協商優先爭取項目。
- 二、通過 102 年委託研究計劃「多重慢性病增加趨勢對西醫基層總額預算成長之影響研究」之期末驗收，並辦理撥付尾款。
- 三、通過 103 年委託林文德副教授「西醫基層不予支付指標等管控工具對於總額預算之影響」研究計畫案，研究計畫經費比照 102 年度。
- 四、餘洽悉。

陸、討論事項

- 一、案由：請研議於「委員之推派應以不抵觸基層總額之精神為原則」之前提下，是否修正西醫基層醫療服務審查執行會及各分會組織章程有關委員資格案。（提案人：陳主任委員宗獻）

決議：

- (一) 經在場委員(不含主席)舉手表決(不可複選)，第四條委員資格建議修正條文，結果如下：
1. 甲方案「委員資格應為西醫基層健保特約診所專任醫師」：**21位**。
 2. 乙方案「委員資格應為西醫基層健保特約診所專任醫師為原則」：**2位**。
- (二) 經在場委員(不含主席)舉手表決(不可複選)，本修正條文提報全聯會理事會時程，結果如下：
1. 甲方案「提104年2月份全聯會理事會報告通過」：**0位**。
 2. 乙方案「提103年12月21日全聯會理事會報告通過」：**19位**。
- (三) 綜上，通過修正條文如下，提103年12月21日104年西醫基層醫療服務審查執行會籌備會報告，併提103年12月21日全聯會理事會報告通過後，於104年起適用：
1. 修正西醫基層醫療服務審查執行會各分會組織章程第四條及第五條：

~~第五~~四條

~~委員資格：委員之推派應以不抵觸基層總額之精神為原則~~應為西醫基層健保特約診所專任醫師。

~~第五~~五條

本分會設委員○人至○人，本分會內各縣市醫師公會理事長為當然委員，亦得由其指定乙名醫師為當然委員替代之，另由本分會內各縣市醫師公會就每一百名健保特約診所醫師，推派委員一人組成之，尾數逾五十人得增派一人，每縣市至少應有二名委員(含當然委員)。

委員任期為二年，委員因執業地點異動時，由原屬縣市醫師公會推派遞補之；理事長之委員資格隨職務同進退。

卸任之理事長得由本分會增聘為委員，或因地區特性，於地區共識下，得彈性設置功能性成員數名，但不計入本分會委員人數總額，其任期與該屆委員同。

2. 修正西醫基層醫療服務審查執行會組織章程第四條及第五條：

~~第五~~四條

委員資格應為西醫基層健保特約診所專任醫師。

基層審查執行會設委員三十五七人至三十四九二人，由全聯會理事會推派代表七人至九人，及各分會按其委員總人數，每五人推派一人組成之，但設有醫師公會縣市至少應有一人。

委員任期一任兩年，委員得設職務代理人一人。

全聯會推派之委員應隨職務進退。各分會推派之委員喪失原屬縣市委員資格者，由原屬縣市推派委員遞補之。

~~第五~~五條

基層審查執行會設主任委員一人，綜理全部執行事宜，其人選由全聯會理

事長提名，經基層審查執行會委員過半數通過；設副主任委員二人至三人，輔助主任委員處理基層審查執行會事務，由委員互選之。主任委員因故不能執行職務時，應指定副主任委員一人代理之，未指定時，由委員就副主任委員中推舉一人代理之；設執行長一人，並指定職務代理人一人，負責裁示基層審查執行會事務執行方向及處理方式，由主任委員指定，經基層審查執行會通過任命之。

二、案由：研擬「全民健康保險藥品分級給付（ABC表）制度」案，提請討論。（提案人：陳主任委員宗獻）

決議：通過。

- (一) 藥品支付標準表增列適用健保特約醫療院所層級欄位。
- (二) 藥品支付價格得依健保特約醫療院所層級別分訂不同支付標準。

三、案由：醫療廣告是衛生局及衛福部重點管理的項目，台北市醫師公會會員屢遭懲處。經查，醫療機構網路資訊管理辦法第5條（以下簡稱資訊管理辦法）：『醫療機構除第3條所定之網址（域）外，不得以其他網路工具提供網路資訊。該管理辦法第5條『限制人民使用網路的自由使用』，針對人民的『廣電自由』增加法律所沒有的限制，容有違反司法院大法官釋字第364號解釋，侵犯憲法第11條人民言論表現自由之疑慮。建議行政機關訂定法規命令，不可踰越歸醫療法之規範目的授權，醫療機構網路資訊管理辦法第5條有重新修正的必要性，提請討論。（提案人：張孟源委員、蔡有成委員）

決議：移請全聯會醫療政策委員會研議。

四、案由：重新檢視西醫基層總額檔案分析審查異常不予支付指標處理方式及不予支付點數計算公式，提請討論。（提案單位：秘書處）

決議：

- (一) 依據「申報率超過部分不予支付」精神，通過修訂「001-眼科門診局部處置申報率」等10項不予支付指標計算公式，公式修訂對照表詳附件。
- (二) 前開公式修訂係以超量與申報量之比例，推算申報點數中，相同比例之不予支付點數，其公式操作方式如下：

超量 = 指標申報量 - 限制量

$$\frac{\text{超量}}{\text{申報量}} = \frac{\text{超量不予支付點數}}{\text{申報量總點數}}$$

$$\text{超量不予支付點數} = \frac{\text{超量}}{\text{申報量}} \times \text{申報量總點數}$$

- (三) 「同一院所物理治療頻率過高個案所占醫令數比率過高」項目保留，請秘書處就物理治療之操作型定義再予釐清後研議。

五、案由：請增加分區委員會各縣市基本委員人數並設限各縣市委員數最高額，提請討論。(提案人：夏保介委員、陳夢熊委員)

決議：緩議，建議由下屆委員會研議。

六、案由：西醫基層醫療服務審查執行會 103 年 2 月 23 日委員會議就醫院附設診所，其申報費用嚴重影響該地區基層診所之營運。經查，長庚醫療財團法人擬於 103 年 12 月 12 日衛生局醫事審議委員會第 7 屆第 3 次會議提案於台北市設置『長庚診所』。此舉勢必對台北區基層總額產生重大財務影響等事宜，建議提請討論應對方案。(提案人：張孟源委員、蔡有成委員、羅世績委員)

決議：

- (一) 彙整 84 年、90 年及 96 年函釋，有關「醫療法人設立診所」及「醫院附設門診部」請領基層開業執照之矛盾處，建議衛生福利部重新函釋，凡法人設立診所，既屬醫院之擴充，則應依醫院門診部，訂定規範原則。
- (二) 有關法人設立診所問題，是目前台北區及未來全國共同問題，請台北市醫師公會繼續努力與台北市衛生局及長庚醫院溝通，以利未來對院前診所的管控。若需本會支援，全力配合。
- (三) 釐清醫院自主管理額度計算方式，建議應包含其開立之附設診所。

七、案由：中央健保署函請本會提供「全民健康保險在宅醫療試辦計畫」具體建議，提請討論。(提案人：陳主任委員宗獻)

決議：建議重點如下：

(一)服務對象	<ol style="list-style-type: none"> 1. 收案條件：需要接受支持性醫療，但因失智，行動不便，癱瘓在床等原因，出門就醫確有困難之病人。其評估方式由主治醫師初步評估並提供所需醫療服務相關意見，再送相關審查單位由多專業人員組成之審查小組審查判定。 2. 申請在宅醫療服務的管道及流程：在衛生福利部內成立相關實務執行單位受理案件申請，<u>並以非屬各部門總額支付及由非健保支付為範疇。</u> 3. 收案期限：暫以半年為期，視需要得申請延長至一年。
(二)服務提供者	<ol style="list-style-type: none"> 1. 可提供之醫療服務範疇：含處方藥品、氣切後照護、管灌治療、尿管照護、安寧療護等。 2. 服務模式與流程：可由醫療機構提供服務，必須轉介其他居家照護服務時，由原醫療機構向相關實務執行單位提出必要資料及相關建議後轉出。 3. 例行訪視頻率：原則上每月\geq1次，必要或需緊急訪視時，得視情況增加訪視次數。 4. 服務提供機構資格及醫師資格：需能勝任該病患民眾之醫療

	需求之醫護等團隊， 必要時並得視需要納入其他醫事人力。 5. 服務區域劃定：以鄉、鎮、市、區行政區域為原則，但其暫以距離以10公里10分鐘車程範圍為限，偏遠地區則不在此限。 6. 支付方式：考慮由全民健保與長期照護適當分擔支付。
(三)計畫評核指標	另行召開相關專家會議擬定。
(四)其他相關建議	建議儘量整合社區在地的醫療及其他相關健康照護資源，提供較完整的在宅照護服務。

柒、臨時提案

案由：中央健康保險署東區業務組於103年12月2日查驗東區分會，針對本會組織章程第四條、第六條及第七條內容有疑慮，請研議「委員之推派應以不抵觸基層總額之精神為原則」之前提下，是否修正東區分會組織章程乙案。(提案單位：西醫基層醫療服務審查執行會東區分會)

決議：通過修正東區分會條文如下，提103年12月21日104年西醫基層醫療服務審查執行會籌備會報告，併經103年12月21日全聯會理事會報告通過後，於104年起適用。

<p>第四條 本分會設委員四八人至六十二人，本分會內各縣市醫師公會理事長為當然委員，亦得由其指定乙名醫師為當然委員替代之，另由本分會內各縣市醫師公會就每一百三十名健保特約診所醫師，推派委員一人組成之，尾數逾五十五人得增派一人，每縣市至少應有二名委員(含當然委員)。 委員任期為二年，委員因執業地點異動時，由原屬縣市醫師公會推派遞補之；理事長之委員資格隨職務同進退。 卸任之理事長得由本分會增聘為委員，或因地區特性，於地區共識下，得彈性設置功能性成員數名，但不計入本分會委員人數總額，其任期與該屆委員同。至該任委員期滿為止。</p>
<p>第六條 本分會原則每二至六個月開會一次，必要時得召開臨時會議，會議由主任委員召集並為會議主席。</p>
<p>第七條 前項各組設組員三人至二十人，由本分會委員兼任之，至委員任期屆滿。 各組設組長一人，由組員互選之。小組原則每二至六個月開會一次，由組長召集並主持，必要時得召開臨時會議。</p>

捌、散會：下午 15 時

指標名稱：027-西醫基層門診高血壓懷孕婦女使用 ACEI 或 ARB 之比率偏高
 修訂重點：以門診高血壓且有高血壓用藥懷孕婦女人數之 17% 為門診高血壓且有高血壓用藥懷孕婦女中，使用 ACEI 或 ARB 之人數上限，超過上限之人數與門診高血壓且有高血壓用藥懷孕婦女中，使用 ACEI 或 ARB 之人數占率，計算高血壓之懷孕婦女使用 ACEI 或 ARB 案件總醫療費用中相同占率之不予支付點數。

原處理方式	建議修正處理方式
分子：分母懷孕婦女中，使用 ACEI 或 ARB 之人數 分母：門診高血壓且有高血壓用藥懷孕婦女人數	分子：分母懷孕婦女中，使用 ACEI 或 ARB 之人數 分母：門診高血壓且有高血壓用藥懷孕婦女人數
不予支付點數 = (院所比率 - 17%) * 高血壓之懷孕婦女使用 ACEI 或 ARB 案件總醫療費用	不予支付點數 = $\frac{\text{分子人數} - (\text{分母人數} * 17\%)}{\text{分子人數} * \text{高血壓之懷孕婦女使用 ACEI 或 ARB 案件總醫療費用}}$

指標名稱：014-高血壓併氣喘病患不適當降壓藥（β-blocker）處方率過高
 修訂重點：以高血壓併氣喘病患件數之25%為高血壓併氣喘病患使用β-blocker件數上限，超過上限之件數與高血壓併氣喘病患使用β-blocker件數占率，計算高血壓併氣喘病患使用β-blocker總藥費點數中相同占率之不予支付點數。

原處理方式	建議修正處理方式
分子—高血壓併氣喘病患使用β-blocker人次 分母—高血壓併氣喘病患人次 超過同儕90百分位數者【診所25%】，超過部份申請金額不予支付。 不予支付點數=（高血壓併氣喘病患使用β-blocker比率-同儕90百分位數者【診所25%】）×高血壓併氣喘使用β-blocker藥品案件總申請金額	分子—高血壓併氣喘病患使用β-blocker人次 分母—高血壓併氣喘病患人次 超過同儕90百分位數者【診所25%】，超過部份申請金額不予支付。 不予支付點數=（分子件數-（分母件數*25%））/分子件數*高血壓併氣喘使用β-blocker藥品案件總申請金額

指標名稱：010-西醫院所門診同一處方開立制酸劑重複率

修訂重點：以制酸劑案件數之4.9%為制酸劑重複案件數上限，超過上限之件數與制酸劑重複案件數占率，計算制酸劑總藥費點數中相同占率之不予支付點數。

原處理方式	建議修正處理方式
<p>分子—制酸劑重複案件數 分母—制酸劑案件數</p> <p>醫事機構每月申報個案超過30件，且西醫門診制酸劑重複率超過4.9%部分，不予支付超過部分之制酸劑藥費。</p> <p>不予支付點數 = (制酸劑重複率 - 4.9%) × 【明細非交付案件制酸劑金額 + 明細非交付案件制酸劑支單價 × 數量 + 簡表藥費/平均品項數】</p>	<p>分子—制酸劑重複案件數 分母—制酸劑案件數</p> <p>醫事機構每月申報個案超過30件，且西醫門診制酸劑重複率超過4.9%部分，不予支付超過部分之制酸劑藥費。</p> <p>不予支付點數 = (分子件數 - (分母件數 * 4.9%)) / 分母件數 * 【明細非交付案件制酸劑金額 + 明細交付案件制酸劑支單價 × 數量 + 簡表藥費/平均品項數】</p>

指標名稱：009-西醫基層總額門診注射劑使用率
 修訂重點：以給藥案件數之23%為針劑藥品給藥案件數上限，超過上限之件數與針劑藥品給藥案件數占率，計算注射劑總藥費點數中相同占率之不予支付點數。

原處理方式	建議修正處理方式
分子—給藥案件之針劑藥品案件數 分母—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） 西醫基層總額門診注射劑使用率超過23%部分，不予支付超過部 分之注射劑藥費。 不予支付點數 = (注射劑使用率 - 23%) × 【明細非交付案件注射 劑金額 + 明細交付案件注射劑支付單價 × 數量 + 簡表藥費 / 平均品 項數】	分子—給藥案件之針劑藥品案件數 分母—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） 西醫基層總額門診注射劑使用率超過23%部分，不予支付超過 部分之注射劑藥費。 不予支付點數 = (分子件數 - (分母件數 × 23%)) / 分子件數 × 【明細非交付案件注射劑金額 + 明細交付案件注射劑支付單價 × 數量 + 簡表藥費 / 平均品項數】

指標名稱：008-西醫院所門診上呼吸道感染抗生素處方率

修訂重點：以門診主診斷為上呼吸道感染給藥案件數之25%為給予抗生素藥品的案件數上限，超過上限之件數與給予抗生素藥品的案件數占率，計算抗生素總藥費點數中相同占率之不予支付點數。

原處理方式	建議修正處理方式
<p>分子—門診主診斷為上呼吸道感染，且給予抗生素藥品的案件數。 分母—門診主診斷為上呼吸道感染給藥案件數。</p>	<p>分子—門診主診斷為上呼吸道感染，且給予抗生素藥品的案件數。 分母—門診主診斷為上呼吸道感染給藥案件數。</p>
<p>醫事機構每月申報案件數超過100件，且西醫門診上呼吸道感染抗生素使用率超過25%部分，超過部分之抗生素藥費不予支付。 不予支付點數 = (上呼吸道感染抗生素使用率 - 25%) × 抗生素藥費</p>	<p>醫事機構每月申報案件數超過100件，且西醫門診上呼吸道感染抗生素使用率超過25%部分，超過部分之抗生素藥費不予支付。 不予支付點數 = (分子件數 - (分母件數 * 25%)) / 分子件數 * 抗生素藥費</p>

指標名稱：006-初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel (Plavix) 前未使用 aspirin 比率
 修訂重點：以初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 人數之 67% 為初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 前 6 個月未使用低劑量 aspirin 人數上限，超過上限之人數與初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 人數占率，計算初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 總藥費點數中相同占率之不予支付點數。

原處理方式	建議修正處理方式
<p>分子—初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 前 6 個月未使用低劑量 aspirin 人數</p> <p>分母—初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 人數</p> <p>超過 67% 者，超過部份不予支付。</p> <p>不予支付點數 = (未使用率 - 67%) * 初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 藥品申報總點數 (四捨五入至整數)</p>	<p>分子—初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 前 6 個月未使用低劑量 aspirin 人數</p> <p>分母—初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 人數</p> <p>超過 67% 者，超過部份不予支付。</p> <p>不予支付點數 = $\frac{\text{分子人數} - (\text{分母人數} * 67\%)}{\text{分母人數}}$ * 初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 藥品申報總點數 (四捨五入至整數)</p>

指標名稱：004-白內障手術1年內後囊混濁並接受雷射治療發生率

修訂重點：以前1年門住診白內障手術人數之30%為雷射後囊切開術（醫令代碼為60013C、60014C）人數上限，超過上限之人數與院所發生後囊混濁並接受雷射治療且前1年內曾施行白內障手術總人數占率，計算雷射後囊切開術（醫令代碼為60013C、60014C）總申報點數中相同占率之不予支付點數。

原處理方式	建議修正處理方式
<p>分子—院所發生後囊混濁(主診代碼為3665)並接受雷射治療(支付標準代碼為60013C或60014C)且前1年內曾施行白內障手術之人數</p> <p>分母—前1年門住診白內障手術(指申報健保支付標準代碼為86008C、97601K、97602A、97603B、97605K、97606A、97607B或97608C)之人數</p> <p>發生率超過30%者，不予支付雷射治療項目。</p> <p>不予支付點數=(申報率-30%)*雷射治療總申報點數(支付標準代碼為60013C或60014C)(四捨五入至整數)。</p>	<p>分子—院所發生後囊混濁(主診代碼為3665)並接受雷射治療(支付標準代碼為60013C或60014C)且前1年內曾施行白內障手術之人數</p> <p>分母—前1年門住診白內障手術(指申報健保支付標準代碼為86008C、97601K、97602A、97603B、97605K、97606A、97607B或97608C)之人數</p> <p>發生率超過30%者，不予支付雷射治療項目。</p> <p>不予支付點數=$\frac{\text{分子人數} - (\text{分母人數} * 30\%)}{\text{分子人數}}$ / <u>雷射後囊切開術(醫令代碼為60013C、60014C)之總點數合計。</u></p>

指標名稱：003-西醫基層耳鼻喉科門診局部處置申報率

修訂重點：

- 1、以耳鼻喉科門診申報件數之30%為局部治療（醫令代碼為54019C、54027C、54037C、54038C）件數上限，超過上限之件數與局部治療（醫令代碼為54019C、54027C、54037C、54038C）總件數占率，計算局部治療（醫令代碼為54019C、54027C、54037C、54038C）總申報點數中相同占率之不予支付點數。
- 2、以非耳鼻喉科門診申報件數之0.4%為局部治療（醫令代碼為54019C、54027C、54037C、54038C）件數上限，超過上限之件數與局部治療（醫令代碼為54019C、54027C、54037C、54038C）總申報點數中相同占率之不予支付點數。

原處理方式	建議修正處理方式
<p>指標 1： 分子—耳鼻喉科門診申報局部治療（醫令代碼為54019C、54027C、54037C、54038C）件數 分母—耳鼻喉科門診申報件數</p> <p>申報率超過30%者，超過部份不予支付。 不予支付點數=(申報率-30%)*耳鼻喉科門診申報局部治療（醫令代碼為54019C、54027C、54037C、54038C）之總點數合計(四捨五入至整數)。</p> <p>指標 2： 分子—非耳鼻喉科門診申報局部治療（醫令代碼為54019C、54027C、54037C、54038C）件數 分母—非耳鼻喉科門診申報件數</p> <p>申報率超過0.4%（98百分位值）者，超過部分不予支付。 不予支付點數=(申報率-0.4%)*非耳鼻喉科門診申報局部治療（醫令代碼為54019C、54027C、54037C、54038C）之總點數合計(四捨五入至整數)。</p>	<p>指標 1： 分子—耳鼻喉科門診申報局部治療（醫令代碼為54019C、54027C、54037C、54038C）件數 分母—耳鼻喉科門診申報件數</p> <p>申報率超過30%者，超過部份不予支付。 不予支付點數=(分子件數-(分母件數*30%))/分子件數 *耳鼻喉科門診申報局部治療（醫令代碼為54019C、54027C、54037C、54038C）之總點數合計。</p> <p>指標 2： 分子—非耳鼻喉科門診申報局部治療（醫令代碼為54019C、54027C、54037C、54038C）件數 分母—非耳鼻喉科門診申報件數</p> <p>申報率超過0.4%（98百分位值）者，超過部分不予支付。 不予支付點數=(分子件數-(分母件數*0.4%))/分子件數 *非耳鼻喉科門診申報局部治療（醫令代碼為54019C、54027C、54037C、54038C）之總點數合計。</p>

指標名稱：002-西醫基層婦產科門診局部處置申報率
修訂重點：

- 1、以婦產科門診申報件數之30%為會陰沖洗及陰道灌洗（醫令代碼為55009C、55011C）件數上限，超過上限之件數與會陰沖洗及陰道灌洗（醫令代碼為55009C、55011C）總件數占率，計算會陰沖洗及陰道灌洗（醫令代碼為55009C、55011C）總申報點數中相同占率之不予支付點數。
- 2、以非婦產科門診申報件數之0.42%為會陰沖洗及陰道灌洗（醫令代碼為55009C、55011C）總件數占率，計算會陰沖洗及陰道灌洗（醫令代碼為55009C、55011C）總申報點數中相同占率之不予支付點數。

原處理方式	建議修正處理方式
<p>指標 1： 分子—婦產科門診申報會陰沖洗、陰道灌洗（醫令代碼為55009C、55011C）件數 分母—婦產科門診申報件數</p> <p>申報率超過30%者，超過部份不予支付。 不予支付點數=（申報率-30%）*婦產科門診申報會陰沖洗、陰道灌洗（醫令代碼為55009C、55011C）之總點數合計（四捨五入至整數）。</p> <p>指標 2： 分子—非婦產科門診申報會陰沖洗、陰道灌洗（醫令代碼為55009C、55011C）件數 分母—非婦產科門診申報件數</p> <p>申報率超過0.42%（99百分位值）者，超過部分不予支付。 不予支付點數=（申報率-0.42%）*非婦產科門診申報會陰沖洗、陰道灌洗（醫令代碼為55009C、55011C）之總點數合計（四捨五入至整數）。</p>	<p>指標 1： 分子—婦產科門診申報會陰沖洗、陰道灌洗（醫令代碼為55009C、55011C）件數 分母—婦產科門診申報件數</p> <p>申報率超過30%者，超過部份不予支付。 不予支付點數=（分子件數-（分母件數*30%））/分子件數 *婦產科門診申報會陰沖洗、陰道灌洗（醫令代碼為55009C、55011C）之總點數合計。</p> <p>指標 2： 分子—非婦產科門診申報會陰沖洗、陰道灌洗（醫令代碼為55009C、55011C）件數 分母—非婦產科門診申報件數</p> <p>申報率超過0.42%（99百分位值）者，超過部分不予支付。 不予支付點數=（分子件數-（分母件數*0.42%））/分子件數 *非婦產科門診申報會陰沖洗、陰道灌洗（醫令代碼為55009C、55011C）之總點數合計。</p>
<p>指標 1： 分子—婦產科門診申報會陰沖洗、陰道灌洗（醫令代碼為55009C、55011C）件數 分母—婦產科門診申報件數</p> <p>申報率超過30%者，超過部份不予支付。 不予支付點數=（申報率-30%）*婦產科門診申報會陰沖洗、陰道灌洗（醫令代碼為55009C、55011C）之總點數合計（四捨五入至整數）。</p> <p>指標 2： 分子—非婦產科門診申報會陰沖洗、陰道灌洗（醫令代碼為55009C、55011C）件數 分母—非婦產科門診申報件數</p> <p>申報率超過0.42%（99百分位值）者，超過部分不予支付。 不予支付點數=（申報率-0.42%）*非婦產科門診申報會陰沖洗、陰道灌洗（醫令代碼為55009C、55011C）之總點數合計（四捨五入至整數）。</p>	<p>指標 1： 分子—婦產科門診申報會陰沖洗、陰道灌洗（醫令代碼為55009C、55011C）件數 分母—婦產科門診申報件數</p> <p>申報率超過30%者，超過部份不予支付。 不予支付點數=（分子件數-（分母件數*30%））/分子件數 *婦產科門診申報會陰沖洗、陰道灌洗（醫令代碼為55009C、55011C）之總點數合計。</p> <p>指標 2： 分子—非婦產科門診申報會陰沖洗、陰道灌洗（醫令代碼為55009C、55011C）件數 分母—非婦產科門診申報件數</p> <p>申報率超過0.42%（99百分位值）者，超過部分不予支付。 不予支付點數=（分子件數-（分母件數*0.42%））/分子件數 *非婦產科門診申報會陰沖洗、陰道灌洗（醫令代碼為55009C、55011C）之總點數合計。</p>

指標名稱：001-眼科門診局部處置申報率

修訂重點：以眼科門診申報件數之30%為細隙燈顯微鏡檢查（醫令代碼為23401C）件數上限，超過上限之件數與細隙燈顯微鏡檢查（醫令代碼為23401C）總申報點數中相同占率之不予支付點數。

原處理方式	建議修正處理方式
<p>分子—眼科門診申報細隙燈顯微鏡檢查（醫令代碼為23401C） 件數</p> <p>分母—眼科門診申報件數</p> <p>申報率超過30%者，超過部份不予支付。 不予支付點數 = (申報率 - 30%) * 細隙燈顯微鏡檢查（醫令代碼為23401C）總申報點數(四捨五入至整數)。</p>	<p>分子—眼科門診申報細隙燈顯微鏡檢查（醫令代碼為23401C） 件數</p> <p>分母—眼科門診申報件數</p> <p>申報率超過30%者，超過部份不予支付。 不予支付點數 = (分子件數 - (分母件數 * 30%)) / 分子件數 * 細隙燈顯微鏡檢查（醫令代碼為23401C）總申報點數。</p>