

「西醫基層總額研商議事會議」105 年第 1 次會議紀錄

時間：105 年 3 月 3 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂(臺北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

出席代表：(依姓氏筆劃排列)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王代表正坤	請假	陳代表志明	陳志明
王代表榮濱	林鳳珠(代)	陳代表宗獻	請假
王代表錦基	王錦基	陳代表威仁	蘇美惠(代)
古代表博仁	溫國雄(代)	陳代表炳榮	陳炳榮
何代表弘能	請假	陳代表晟康	陳晟康
何代表活發	何活發	陳代表夢熊	夏保介(代)
吳代表國治	吳國治	彭代表瑞鵬	彭瑞鵬
李代表來希	李來希	黃代表振國	黃振國
李代表昭仁	鄭英傑(代)	黃代表啟嘉	黃啟嘉
李代表紹誠	李紹誠	楊代表芸蘋	楊芸蘋
周代表慶明	請假	廖代表慶龍	廖慶龍
周代表穎政	請假	潘代表仁修	李光雄(代)
林代表義龍	林義龍	蔡代表其洪	蔡其洪
林代表慶豐	陳瑞瑛(代)	蔣代表世中	蔣世中
徐代表超群	徐超群	盧代表榮福	盧榮福
張代表志傑	請假	謝代表武吉	林佩菽(代)
張代表孟源	張孟源	藍代表毅生	藍毅生
張代表金石	張金石	羅代表世績	羅世績
張代表嘉訓	張嘉訓	譚代表慶鼎	請假
張代表維仁	請假	龐代表一鳴	請假
梁代表淑政	葉青宜(代)	蘇代表清泉	蔡明忠(代)
莊代表維周	莊維周	蘇代表榮茂	蘇榮茂
莫代表振東	請假		

列席單位及人員：

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
中華民國醫檢師公會全聯會

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
本署醫審及藥材組
本署企劃組
本署財務組
本署醫務管理組

謝瓊慧
黃幼薰、陳哲維、陳宏毅、
洪郁涵、吳春樺、劉俊宏
王秀貞、吳心華
洪鈺婷
宋佳玲
賴香蓮、黃湘婷、張照敏
盧珮茹
王慧英
林育彥
陳惠玲
馮美芳
王本仁
董玉芸
黃于華
陳玉敏、陳真慧、張溫溫、
林淑範、劉林義、林佑縉、
張淑雅、李筱婷、楊秀文、
洪于淇、林 蘭、黃曼青、
邵子川、陳信樺、黃奕瑄、
鄭正義

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：李宜珊

壹、主席致詞：(略)

貳、西醫基層總額研商議事會議前次會議紀錄，請參閱（不宣讀）
確認（略）

參、報告事項：

第一案

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：洽悉。

第二案

案由：西醫基層總額執行概況報告案。

決定：

- 一、報告內容洽悉，下次會議請健保署醫審及藥材組簡報雲端藥歷執行成效。
- 二、針對本(105)年7月1日實施之跨院重複用藥核扣，請健保署醫審及藥材組儘速邀請醫院及基層相關團體召開協調會議。
- 三、請健保署企劃組參考代表意見製作文宣，將「民眾端重複用藥」與「急診病人屬檢傷四、五級之情況可至基層診所就醫」列入宣導重點。
- 四、醫師公會全聯會建議流感疫情之費用由總額其他預算支應並修正動用預算門檻案，建請提案至健保會爭取。健保署今年4月也將評估流感疫情增加之費用，如達到「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」之動支條件，將儘速提報健保會。

第三案

案由：104年第3季點值結算結果報告。

決定：

- 一、一般服務部門點值確定如下表：

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.9206	0.9780	0.8971	0.9626	0.9834	1.0554	0.9385
平均點值	0.9353	0.9791	0.9269	0.9742	0.9871	1.0353	0.9563

- 二、依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。

第四案

案由：105年「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」修訂草案。

決定：

- 一、同意 105 年「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」修訂如附件 1，將依程序提報健保會。
- 二、另代表所提有關雲端藥歷傳輸速度與健保 IC 卡改進意見，請健保署資訊組參考。

第五案

案由：「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案。

決定：

- 一、同意修正對照表如附件 2，並依後續程序辦理。
- 二、本次修訂之「運用本計畫之個人資料，執行非本計畫目的之行為（如商業促銷等）者，應即終止執行本計畫」條文，其修改緣由請健保署醫務管理組發文各分區業務組轉知各家醫群，請其加強注意會員個人資料保護。

第六案

案由：105 年度西醫醫療資源不足地區改善方案之西醫基層 6 千萬元支用案。

決定：

- 一、105 年本方案協定預算中之 6 千萬元用於「山地離島地區門診第一階段(1-50 人次)門診診察費每件增加 20 點」，預算按季均分，當季若有結餘，可流用至下季；若預算不足時，以浮動點值計算，每點金額不得高於 1 元，實施期間自 105 年 1 月 1 日起，申報方式於點值結算時加計後支付。
- 二、本案報健保會同意後，報衛福部公告實施。

肆、討論事項：

第一案

提案單位：醫師公會全國聯合會

案由：105 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」（草案）案。

決議：同意依醫師公會全聯會所提建議，全年撥 3.5 億元予臺北區，1.5 億元予中區，0.75 億元予東區，東區外之五分區一般服務費用成長率下限 3.26%，各區各季浮動點值以每點 1.1 元

為上限。並比照 104 年將查處追扣金額 30%列入地區預算分配扣除項目，再依六分區一般服務費用預算占率計算回補，如附件 3。

伍、散會：下午4時10分

陸、與會人員發言摘要詳附件 4

※附件 1：105 年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案

XXX 年 XX 月 XX 日健保醫字第 XXXXXXX 號公告

壹、依據：

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

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，獎勵優質西醫基層特約診所。

參、預算來源：

- 一、依健保會第 1 屆 103 年第 9 次委員會議決議，品質保證保留款應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率額度為限。
- 二、本年度預算來自 105 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」成長率 0.1%(1.009 億元)與 104 年度該項目之成長率 0.1%(0.982 億元)，全年經費為 1.991 億元。

肆、核發資格：

- 一、西醫基層特約診所於 105 年 1 月至 105 年 12 月期間之 12 個月之門診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(如未按時申報者，以二次(含)為限)，符合第一次暫付，且無本方案第肆點二之情形，得核發品質保證保留款。另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，視為不同開業主體分別計算。
- 二、西醫基層特約診所因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條所列違規情事之一者，於 105 年 1 月 1 日至 105 年 12 月 31 日期間，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)處分者，則不予核發品質保證保留款。前述期間以第一次處分日期認定之。

伍、符合下列情形，各給予核發權重 25%：

- 一、診所月平均門診申復核減率，不超過該分區所屬科別 80 百分位。(註 1)
 - 二、診所之每位病人年平均就診次數，不超過該分區所屬科別 80 百分位。(註 2)
 - 三、個案重複就診率不超過該分區所屬科別 80 百分位。(註 3)
- ※前開診所之所屬科別，以 105 年第 1 季門診申報費用之就醫科別件數比例較高且超過 30%者認定之(若件數相同，則採費用較高者)；未有任一科件數比率超過 30%者(如聯合診所)，或該科別之家數未達 20 家，則歸屬為其他科(科別代碼為 XX)。
- 四、健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 。(註 4)
 - 五、門診病人健保雲端藥歷系統查詢率 $> 10\%$ ，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率 $> 15\%$ 。(註 5)

陸、支用條件：

- 一、本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算 1 次。
- 二、前述伍各項指標，各診所核發權重和最高以 100%計算。每家診所核發金額 = (該診所核發權重和 / 全區診所核發權重和小計) × 品質保證保留款。
- 三、保險人辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之西醫基層特約診所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發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、本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬指標項目之操作型定義等執行面之修正，由保險人與該會共同研修後，逕行公告。

105 年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案-註釋

指標項目	操作型定義
<p>註 1：診所月平均門診 申復核減率</p>	<p>1. 資料期間：</p> <p>(1) 當期值：106 年 2 月 28 日前核定之 104 年 7 月至 105 年 6 月之門診醫療費用計算。</p> <p>(2) 目標值：104 年 2 月 28 日前核定之 102 年 7 月至 103 年 6 月之門診醫療費用計算。(如附件-西醫基層各分區各科別「申復後核減率」、「病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」之 80 百分位)</p> <p>2. 公式：A/B</p> <p>分子 A：診所每月「門診申復後核減率」之合計。</p> <p>分母 B：該診所核定月數。</p> <p>3. 本項之門診醫療費用(含申復)，計算「申復後核減率」，未有申復或申復尚未核定者，以初核核減率計算之。</p>
<p>註 2：診所之每位病人 年平均就診次數</p>	<p>1. 資料期間：</p> <p>(1) 當期值：西醫基層特約診所於 106 年 1 月 31 日前申報之 105 年 1 月至 105 年 12 月門診醫療費用計算。</p> <p>(2) 目標值：西醫基層特約診所於 104 年 1 月 31 日前申報之 103 年 1 月至 103 年 12 月門診醫療費用計算。(如附件)</p> <p>2. 公式：A/B</p> <p>分子 A：全年診所申報總案件數。</p> <p>分母 B：全年診所歸戶總人數。</p> <p>3. 本項排除代辦案件及診察費為 0 之案件。</p>
<p>註 3：個案重複就診率</p>	<p>1. 資料期間：</p> <p>(1) 當期值：西醫基層特約診所於 106 年 1 月 31 日前申報之 105 年 1 月至 105 年 12 月門診醫療費用計算。</p> <p>(2) 目標值：西醫基層特約診所於 104 年 1 月 31 日前申報之 103 年 1 月至 103 年 12 月門診醫療費用計算。(如附件)</p> <p>2. 公式：</p> $\sum_{i=1}^n \frac{A_i}{B_i} / 12$ <p>分子 A：同一費用年月、同一就醫日期、同一院所，同一人(身分證號)</p>

指標項目	操作型定義
	<p>就診 2 次(含)以上，按身分證號歸戶之門診人數。</p> <p>分母 B：同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數。</p> <p>3. 排除代辦案件及診察費為 0 之案件。</p>
<p>註 4：健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$</p>	<p>1. 資料期間：西醫基層診所 105 年 1 月至 105 年 12 月健保卡上傳資料。</p> <p>2. 列計對象：資料上傳格式為 1. 正常上傳 3. 補正上傳(正常資料)。</p> <p>3. 健保卡處方登錄錯誤率 = $\Sigma [(A/B) \times 100\%] / 12$</p> <p>分子 A：當月份(以就醫日期計算範圍)健保卡上傳欄位[A79]之錯誤代碼為 AA 或 16 之筆數。</p> <p>分母 B：當月份(以就醫日期計算範圍)健保卡上傳之處方(醫令)筆數。</p> <p>註：排除精神病、愛滋病、受性侵害之醫令筆數。</p> <p>排除 ICD-9 診斷碼為 290、293.1、294、295、296、297、299、299.1、299.8、299.9、300、301、309、3083、V08、042、99553、99583。</p> <p>排除 ICD-10 診斷碼為 B20、F01.50、F01.51、F02.80、F02.81、F03.90、F03.91、F04、F05、F06.0、F06.1、F06.8、F09、F20.0、F20.1、F20.2、F20.3、F20.5、F20.81、F20.89、F20.9、F21、F22、F23、F24、F25.0、F25.1、F25.8、F25.9、F30.10、F30.11、F30.12、F30.13、F30.2、F30.3、F30.4、F30.8、F30.9、F31.0、F31.10、F31.11、F31.12、F31.13、F31.2、F31.30、F31.31、F31.32、F31.4、F31.5、F31.60、F31.61、F31.62、F31.63、F31.64、F31.70、F31.71、F31.72、F31.73、F31.74、F31.75、F31.76、F31.77、F31.78、F31.81、F31.89、F31.9、F32.0、F32.1、F32.2、F32.3、F32.4、F32.5、F32.8、F32.9、F33.0、F33.1、F33.2、F33.3、F33.40、F33.41、F33.42、F33.8、F33.9、F34.0、F34.1、F34.8、F34.9、F39、F40.00、F40.01、F40.02、F40.10、F40.11、F40.210、F40.218、F40.220、F40.228、F40.230、F40.231、F40.232、F40.233、F40.240、F40.241、F40.242、F40.243、F40.248、F40.290、F40.291、F40.298、F40.8、F40.9、F41.0、F41.1、F41.3、F41.8、F41.9、F42、F43.0、F43.10、F43.11、F43.12、F43.20、F43.21、F43.22、F43.23、F43.24、F43.25、F43.29、F43.8、F43.9、F44.0、F44.1、F44.2、F44.4、F44.5、F44.6、F44.7、F44.81、F44.89、F44.9、F45.0、F45.1、F45.20、F45.21、F45.22、F45.29、F45.8、F45.9、F48.1、F48.8、F48.9、F60.0、F60.1、F60.2、F60.3、F60.4、F60.5、F60.6、F60.7、F60.81、F60.89、F60.9、F68.10、F68.11、</p>

指標項目	操作型定義
	<u>F68.12、F68.8、F69、F84.0、F84.3、F84.5、F84.8、F84.9、F93.0、F94.8、F99、R45.2、R45.5、R45.6、R45.86、T74.21XA、T74.22XA、T76.21XA、T76.22XA、Z21、Z22.6。</u>
註 5： <u>門診病人健保雲端藥歷系統查詢率 >10%，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率 >15%。</u>	1.資料期間：西醫基層診所 105 年 1 月至 105 年 12 月病人查詢資料。 2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3.公式：A/B A：門診病人查詢健保雲端藥歷系統人數。 B：門診病人數。 備註：病人數係以就醫病人 ID 合併歸戶計算。

103 年西醫基層各分區各科別「申復後核減率」、「病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」之 80 百分位

科別	科別代碼	臺北			北區			中區		
		月平均門診申復核減率	每位病人年平均就診次數	個案重複就診率	月平均門診申復核減率	每位病人年平均就診次數	個案重複就診率	月平均門診申復核減率	每位病人年平均就診次數	個案重複就診率
家醫科	01	0.0057	4.7354	0.0000	0.0076	4.6789	0.0000	0.0070	5.1884	0.0000
內科	02	0.0086	4.7402	0.0000	0.0102	4.4722	0.0000	0.0072	5.1149	0.0000
外科	03	0.0257	4.3015	0.0000	0.0113	4.0563	0.0000	0.0043	4.9351	0.0000
小兒科	04	0.0010	4.6942	0.0000	0.0029	4.2507	0.0000	0.0017	4.5812	0.0000
婦產科	05	0.0088	3.6411	0.0001	0.0073	3.3888	0.0000	0.0039	4.1002	0.0001
骨科	06	0.0689	3.4663	0.0000	0.0139	3.2483	0.0000	0.0273	3.1287	0.0000
耳鼻喉科	09	0.0041	3.5775	0.0000	0.0021	3.2544	0.0000	0.0034	3.6436	0.0000
眼科	10	0.0032	2.4203	0.0000	0.0023	2.2111	0.0000	0.0026	2.4680	0.0000
皮膚科	11	0.0016	2.6282	0.0000	0.0032	2.6181	0.0000	0.0017	2.6989	0.0000
精神科	13	0.1116	6.9825	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0178	7.2150	0.0000
復健科	14	0.0324	4.6693	0.0000	0.0458	6.2000	0.0000	0.0460	7.3447	0.0000
不分科	XX	0.0266	4.7670	0.0029	0.0395	5.6714	0.0000	0.0062	4.7472	0.0000
科別	科別代碼	南區			高屏			東區		
		月平均門診申復核減率	每位病人年平均就診次數	個案重複就診率	月平均門診申復核減率	每位病人年平均就診次數	個案重複就診率	月平均門診申復核減率	每位病人年平均就診次數	個案重複就診率
家醫科	01	0.0047	5.3853	0.0000	0.0044	5.3970	0.0000	0.0134	5.8796	0.0000
內科	02	0.0039	5.0817	0.0000	0.0087	5.1902	0.0000	0.0132	5.1611	0.0000
外科	03	0.0050	4.8372	0.0000	0.0090	4.7332	0.0000	-	-	-
小兒科	04	0.0008	4.7930	0.0000	0.0019	4.5389	0.0000	-	-	-
婦產科	05	0.0037	4.2109	0.0000	0.0024	4.1748	0.0000	-	-	-
骨科	06	0.0030	3.4378	0.0000	0.0204	3.5910	0.0000	-	-	-
耳鼻喉科	09	0.0010	3.2917	0.0000	0.0017	3.4662	0.0000	-	-	-
眼科	10	0.0016	2.6928	0.0000	0.0024	2.7526	0.0000	-	-	-
皮膚科	11	0.0007	2.6870	0.0000	0.0010	2.6188	0.0000	-	-	-
精神科	13	0.0061	7.5784	0.0000	0.0242	8.4130	0.0000	-	-	-
復健科	14	0.0175	4.4991	0.0000	0.0554	5.2948	0.0000	-	-	-
不分科	XX	0.0103	4.4780	0.0000	0.0283	4.8864	0.0000	0.0063	3.9283	0.0000

註：其他係指該分區該科別院所不滿 20 家，而將視為其他，包括：神經外科、泌尿科、神經科、整型外科.....等。

※附件 2：全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫修訂(草案)

105 年修正條文	105 年 (現行條文)	修正說明
<p>陸、組織運作</p> <p>五、成立計畫執行中心</p> <p>(一)社區醫療群應成立計畫執行中心，負責本計畫之申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配。為利有效使用資源，降低管理成本，各社區醫療群亦可於中華民國醫師公會全國聯合會(以下稱醫師全聯會) 或各縣市醫師公會內，成立聯合計畫執行中心。因執行本計畫無故洩漏個人資料者，應即終止執行本計畫。運用本計畫之個人資料，執行非本計畫目的之行為(如商業促銷等)者，應即終止執行本計畫。</p>	<p>陸、組織運作</p> <p>五、成立計畫執行中心</p> <p>(一)社區醫療群應成立計畫執行中心，負責本計畫之申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配。為利有效使用資源，降低管理成本，各社區醫療群亦可於中華民國醫師公會全國聯合會(以下稱醫師全聯會) 或各縣市醫師公會內，成立聯合計畫執行中心。因執行本計畫無故洩漏個人資料者，應即終止執行本計畫。</p>	<p>修正執行本計畫無故洩漏個人資料者，應即終止執行本計畫因畫之規定。</p>
<p>(二)協助處理轉介病人及個案管理：計畫執行中心除負責計畫申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配外，並應協助處理安排病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療，以提供適切、連續性醫療照護。</p>	<p>(二)協助處理轉介病人及個案管理：計畫執行中心除負責計畫申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配外，並應協助處理安排病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療，以提供適切、連續性醫療照護。</p>	<p>本項未修正。</p>
<p><u>七、社區醫療群鼓勵所屬會員下載個人健康存摺做好健康管理，並由保險人定期提供社區醫療群健康存摺下載率等資料供參。</u></p>		<p>增列鼓勵參與院所宣導、推廣健康存摺。</p>
<p>拾壹、計畫評核指標</p> <p>一、五項組織指標(權重 44%)：</p> <p>(五)其他(2010%)</p> <p>1. 完成安寧居家療護教育訓練或提供全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務(加 5%)：</p> <p>(1)醫療群內至少一家診所達成以下項目之一：</p> <p>A. 完成「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護」教育訓練課程。</p>	<p>拾壹、計畫評核指標</p> <p>一、五項組織指標(權重 44%)：</p> <p>(五)其他(20%)</p> <p>1. 完成安寧居家療護教育訓練或提供全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務(加 5%)：</p> <p>(1)醫療群內至少一家診所達成以下項目之一：</p> <p>A. 完成「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護」教育訓練課程。</p>	<p>刪除健康存摺下載率加分項。</p>

105 年修正條文	105 年 (現行條文)	修正說明
<p>B. 提供全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務。</p> <p>(2)本項得分上限為 5%。</p> <p>2. 收治糖尿病、初期慢性腎臟病個案(未於醫療給付改善方案收案)之診所：</p> <p>(1)上開疾病病患檢驗檢查值上傳率\geq50%者，加 1%。</p> <p>(2)本項醫療群得分上限為 5%(每一診所得分上限為 1%)。</p> <p>3. 運用健康存摺，協助會員做健康管理：</p> <p>(1)健康存摺下載率\geq全國平均下載率，加 10%。</p> <p>(2)本項得分上限為 10%。</p>	<p>B. 提供全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務。</p> <p>(2)本項得分上限為 5%。</p> <p>2. 收治糖尿病、初期慢性腎臟病個案(未於醫療給付改善方案收案)之診所：</p> <p>(1)上開疾病病患檢驗檢查值上傳率\geq50%者，加 1%。</p> <p>(2)本項醫療群得分上限為 5%(每一診所得分上限為 1%)。</p> <p>3. 運用健康存摺，協助會員做健康管理：</p> <p>(1)健康存摺下載率\geq全國平均下載率，加 10%。</p> <p>(2)本項得分上限為 10%。</p>	

※附件 3-105 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配

(一) 105 年西醫基層總額一般服務費用，依下列方式分配：

- 1、105 年西醫基層總額一般服務費用，全年提撥 3.5 億元予台北區，提撥 1.5 億元予中區，提撥 7500 萬元予東區，依 105 年一般服務費用 4 季占率分季提撥。105 年東區各季西醫基層總額一般服務費用，以 104 年東區各季預算為基期，另加前開該區各季移撥款。
- 2、105 年西醫基層總額五分區一般服務費用預算，依據不含東區之 R 值及 S 值重校正計算分配。
- 3、105 年西醫基層總額五分區一般服務費用預算提撥台北區及中區款項後，五分區（不含東區）依公式計算，五分區成長率不得低於 3.26%（註： $3.83\% \times (1-15\%) = 3.26\%$ ）。低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，撥補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。
- 4、105 年西醫基層總額除東區外之五分區一般服務費用依前開成長率調整後，台北區及中區一般服務費用另加各季移撥款。
- 5、各區各季浮動點值以每點 1.1 元為上限。高於上限之處理方式：由浮動點值高於 1.1 元之分區，其超出金額依浮動點值低於上限分區之預算占率，撥補至該區預算。

(二) R 值、SMR 及 TRANS 則以 100-103 年度數值依 25%、25%、25%、25%加權平均計算。

(三) 103 年西醫基層總額六分區查處追扣金額，依六分區減列金額之 30%，列入 105 年六分區地區預算分配扣除項目。計算方式如下：

1. 105 年六分區全年一般服務費用預算應減列之金額：
 - (1) 臺北—627,196 元。
 - (2) 北區—293,568 元。
 - (3) 中區—506,264 元。

(4)南區—3,732,390 元。

(5)高屏—2,052,970 元。

(6)東區—9,209 元。

2. 105 年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依 103 年四季預算占率計算。

3. 105 年六分區四季一般服務費用預算扣除各該區應減列之金額後，各該季總減列之金額再依 103 年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至 105 年六分區各該季費用預算。

※附件 4-與會人員發言摘要

西醫基層總額研商議事會議前次會議紀錄確認

主席

請各位代表確認前兩次會議紀錄(含臨時會)會議紀錄內容。

各位代表沒有意見，會議紀錄確定。

報告第一案:本會決議/ 決定事項辦理情形。

主席

各位代表沒有意見，辦理情形項目全部解除列管。

報告第二案: 西醫基層總額執行概況報告案。

主席

兩份數據皆呈現藥費下降，查詢雲端藥歷可以節省藥品重複，但基層查詢雲端藥歷的比率沒有很高，只有 2-3 成。

105 年協商重點第一項就是西醫基層慢性病照護執行率以成長 20%為目標，蔣醫師報告的投影片第 12 頁顯示慢性病人次有 2%-3%成長，慢性病連續處方箋費用呈負成長，這與藥價調降及雲端藥歷有關係。

另外蔣醫師提到已經行文給疾病管制署以公務預算支應這次因流感衍生的醫療費用，是否能以公務預算支應則俟該署回覆。蔣醫師也提到要動用「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」的門檻過高，本署將統計這次流感疫情對醫療費用的影響，並提健保會報告。

蔡代表明忠(蘇代表清泉代理人)

向付費者代表說明，今天記者問我，醫師公會在過年前已經警覺到流感個案增案，是否已經向政府反應溝通，我直接回答醫師公會是專業團體代表，雖然已有警覺，但相關訊息仍應由政府疾病管制主管機關發布。

這次流感在西醫基層，以看感冒症狀為主的耳鼻喉科、小兒科、家醫科等科別門診增加，我相信耳鼻喉科至少增加 5 成，內科診所增加 2-3 成，量的確很大。特別向付費者代表報告，總額協商要面臨未來這一年所增加的支付費用，這次流感不都只增加在醫院，坦白說迷信

醫院的是民眾，基層有很多醫師已經看到暈倒了，也沒有人理，未來的統計數字會給我們很大佐證。

剛剛主席提到因為雲端藥歷所以減少藥物浪費，我個人認為雲端藥歷的效益在藥費減少的數字上還沒有這麼快呈現，我要談的問題是針對7月1日實施跨院所重複用藥核扣，同院所重複用藥我們可以努力，所以還可以接受，但是跨院所醫界真的沒有辦法接受。第一、不可能要病人把之前別的院所開的藥分別拿出來加到我今天開的處方，第二、跨院所，病人的因素太大，沒有辦法由醫師端掌控。所以希望健保署一定要考慮到可歸責於病人的因素，跨院所重複用藥不能加以核扣。接下來我們會有很多的行文給健保署，針對跨院所重複用藥核扣有很多不可能實施的情況。

最後，這次流感重症大多發生在30-65歲沒有打疫苗的這群人，這波疫情之後，我相信以後預防接種的成效一定非常好，以後新政府也可能會每個人都打疫苗，我們期待未來的作為。

黃代表振國

第一，補充說明這次流感、類流感疫情，第一線醫師的情形。我是家醫科的醫生，以看慢性病為主，但我從農曆過年前就因為流感疫情嚴重，從不戴口罩看診的我也開始戴口罩看診，因為流感的病人一直進來，多次抗流感病毒的藥使用到缺貨，一再地申請。我們儘量做好第一線醫師的工作減輕了部分急診的壓力，第一線醫師照護的漏網之魚才到急診就醫，事實上很多基層醫師抗病毒藥物用的比疾病管制署的規定更具彈性，這次不是只有醫院的急診在忙，基層的醫師都很努力的做好第一線的防疫工作。

第二，呼應蔡代表明忠所提跨院重複用藥核扣問題。用心的醫師都願意花時間去查詢雲端藥歷，深入瞭解病人的用藥情形以掌握病情，但是目前有些問題，第一是雲端藥歷查詢有時間差，第二是有些醫療院所沒有上傳，第三是網路發生故障，有時查一個病人就花了超過5分鐘，這會造成看診時間的延誤。所以，除了要求醫療院所查雲端藥歷，也要教育慢性病患將其到各院所開的處方箋留下來，帶給第二、第三個看診的醫師做參考。目前病患都沒有習慣將到A院所領取的藥，拿給B院醫師了解，這部分要加強宣導。目前民眾衛教影片大都用國語發音，很多慢性病年長患者只聽懂台語、或是客語，建議衛教影片應多元化，用長者熟悉的語言配音。且要對民眾宣導醫師查詢雲端藥

歷是為了病人的健康，而不是要管理病人或是探其隱私。

第三，由全聯會報告資料中發現歷年來骨科復健醫療費用成長的問題依然存在，以臺北區為例，費用成長約 12%，其成長幾乎來自中度復健，我絕對支持骨科醫師做適當的復健處置，但目前沒辦法管控該科之高成長，即使臺北區已經將骨科列入單一科別抽審指標，但其效果仍不彰，所以建議從制度面改善，使醫療資源合理分配，不要集中某些醫療院所，且骨科治療的專長項目也很廣泛，不是以復健治療為其主要治療項目。

黃代表啟嘉

第一，到底流感嚴不嚴重，聽我的聲音就知道了，我每天戴口罩還是被傳染了。

第二，跨院所雲端藥歷會帶來困擾，我分享一個實例，除夕我陪一個神經科醫師的會員去報案，因為他查詢雲端藥歷發現病患重複用藥後拒絕給藥，病患就揍他了。跨院所重複用藥立意良好，建議健保署多花一些資源做民眾宣導，當年醫藥分業政策實施時，宣傳是排山倒海而來，民眾都知道要索取慢性病連續處方箋，我希望用同樣的標準來宣導民眾知道雲端藥歷、重複用藥的必要性，不要讓醫師承受民眾因不瞭解而產生情緒的風險。

廖代表慶龍

呼應黃代表振國說：「拿處方箋過來，不要帶藥過來」。建議還是要讓病人帶藥過來看診，因為不帶藥過來，憑處方箋告訴病人哪個英文字藥不要吃，病患還是不知道。

問診所醫師流感疫情嚴重情形，可能會說醫師當然說很累。分享最近彰化衛生局疾管科打電話給我，說最近流感抗病毒藥物缺貨，讓申請不到藥的診所醫師與衛生局起爭執糾紛，基層診所流感疫情嚴不嚴重，可以去問衛生局發藥的人最準。

吳代表國治

蔣代表的報告有提到落實分級轉診，我們也可以看到健保署的努力，可是因為政治的壓力、消費者的壓力，建議應該抓住這個時機，像以前 SARS 流行時，叫病人去醫院，病人都嚇死了。所以健保署有使命建立正常的轉診架構，應該趁此時機多宣導，出手限制民眾就醫的自

由度，因為現在是民眾最能夠接受的時機，希望與健保署共勉，我們一起努力。

蔣代表世中

回應吳代表國治，現在這個時機真的很好，臺灣民眾就醫真的太自由，利用這次民眾陪病被感染的時間點去宣導最好。以目前的氛圍不能用強迫的，要用循序漸進的方法。

關於跨院所重複用藥核扣，小兒科沒有辦法執行，因為都磨成藥粉，沒有辦法分出哪顆藥。針對年紀大的病患，要他把前次的哪顆藥帶過來，他也搞不清楚。所以醫師公會全聯會再次呼籲健保署要好好深思這個政策，第一線醫師很難執行，無法落實又要扣醫師的錢。

王專門委員本仁

關於雲端藥歷上傳時間落差、網路故障等等問題，只要資訊系統有紀錄的都可以排除。

民眾宣導及法規面的意見，本署陸續都有做，像在醫療辦法中加一些條文。

比較容易重複用藥的是長天期的藥品，一般短天期的重複機率不高，而且本署重複用藥核扣方案也不會扣簡表品項重複的部分。

各位代表的意見我們都會紀錄下來做仔細研議。

陳代表炳榮

不管是全聯會還是健保署的報告，慢性病的個案都是增加，但是費用都是減少，主席的看法是因為雲端藥歷與藥價刪減的效果。但是我覺得奇怪，雲端藥歷真的有這麼大的效果嗎？現在已經呈現出來了嗎？藥價減低當然是貢獻的因素，難道醫師都沒有貢獻嗎？看會議資料第33頁，平均每件點數負成長0.9%，難道醫師一點功勞都沒有嗎？我覺得有時候也應該給醫師鼓勵，不然健保署分析出來完全是雲端藥歷的貢獻，我就可以接受。健保署總是認為雲端藥歷是殺手鐮，但很多前輩也提到雲端藥歷要好好檢討，像我看下一個病人時，就連線不上了，要再連線一次，造成病患需要等待的情況，下次民眾就醫的滿意度是不是也要把這種情況列進去，看民眾對於等待的情況是否能接受。

夏代表保介(陳代表夢熊代理人)

針對雲端藥歷問題，我向南區業務組反應過，我有一個病人威脅要槍殺我，之前他已經槍殺過4個人被抓去關，現在又出來了。我想鄉下和都市不太一樣，鄉下為了拿1、2顆藥會和你拼命。我已經管制很嚴了，最近還是接到健保署說我重複用藥。為什麼不能照以前部份負擔用定率，現在病人來看病太便宜了，我們去日本參訪，日本部份負擔是定率，定率是很重要的，不要錢的藥當然拼命拿，以後的問題會愈來愈多。為了病人好不可能一次就換藥，把藥換掉病人也會質疑是不是藥不好。高血壓、糖尿病的病人時間還沒到就來看病也不能開藥，以後跨院所的問題會更嚴重，因為病人到處看，到你這裡要統籌起來，還能開幾顆藥？所以7月1日對醫師和病人就是一個大災難。

張代表孟源

第一，很多委員已經很沉重表示雲端藥歷的問題，建議7月1日前我們與健保署召開會議討論，在那個會議再來好好協商怎樣執行。

第二，醫師公會全聯會很多代表的建議，希望能有溝通管道，我們這個會議變得冗長像國是論壇，希望能夠簡短有效溝通。

何代表活發

很多我們以前的同學都說醫師是鋼鐵人，除了要看病外，還要訓練電腦資訊能力，除了以前的IC卡上傳、現在雲端藥歷、還有很重要的現在ICD-10的問題，ICD-10真的很麻煩，左邊的耳鳴、右邊的耳鳴和兩邊的耳鳴，編碼都不一樣。

我以前曾經建議不一定要用雲端藥歷，只要將健保IC卡功能擴充，每一天都有寫入，醫師看病時只要從IC卡看就可以看到資訊。雲端藥歷不只要求我們要寫入還要上傳，IC卡裡面都有資訊，為什麼一定要用雲端藥歷？一直增加我們醫師的負擔，病人也會抱怨醫師是在看病人還是看電腦。也請各位專家幫我們反應，醫師主要應該是看病人不是看電腦。

林代表佩菽(謝代表武吉代理人)

代醫院部門代表謝武吉院長發言，剛剛很多前輩有提到雲端藥歷，所有基層會碰到的問題，醫院部門都會碰到，而且我們的情況會比西醫基層更嚴重。我們之前在健保會已經嚴重呼籲請健保署醫審及藥材組儘速與醫院部門及西醫基層部門針對雲端藥歷相關配套措施做討論，但是目前已經到三月份還沒有接到任何通知，剛剛也有前輩提到召開

協調會，醫院部門贊同但希望不要等在 6 月中下旬才召開，因為去年同院重複用藥核扣就是這樣，我們提出非常多問題，但健保署告訴我們只是奉命開會，所以我們的問題留下來做紀錄，並沒有解決問題。這次既然已經是跨院了，希望儘早與醫界做討論，我們把問題拋出來一起解決問題，不要到最後一分鐘才告訴我們政策就是要執行，沒有改變的空間。

主席

一、雲端藥歷部分，跨院所重複用藥核扣的公告是 7 月 1 日實施，現在 3 月 3 日，爭議還這麼多，請醫審及藥材組分別邀請醫院及基層召開協商會，特別是重複用藥核扣原則相關問題，基層和醫院的問題性質不盡然相同，要特別去考慮。

二、幾位代表建議應利用流感疫情爆發的時機調整部分負擔，這部分本署將提案至健保會。本會有 2 位付費者代表在場，都有聽到代表對部份負擔的建議，特別是慢性病連續處方箋免部份負擔，造成民眾不珍惜資源的問題，應讓民眾分擔一點責任，我們屢次提到要恢復部份負擔，到健保會都被擋下來，這次拜託楊代表及李代表，大家都認為就醫過度自由，使民眾以為不須負責，會造成浪費。

三、衛教宣導部份，代表提到衛教要有台語版本、避免重複用藥需要病人把藥帶去看診等建議，請企劃組納入製作宣導影片的重點，而且要利用這個時機趕快去做。

四、醫師公會全聯會所提流感衍生醫療費用要動用其他預算「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」的門檻可能太高的問題，公會有代表是健保會委員，建請由公會自行提案至健保會，本署也會配合，等到 3 月份的費用申報完畢，大約下個月我們也會統計基層及醫院在這次流感增加的費用，比對是否超過門檻。如果公會有提案至健保會修改「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」的動支程序，我們也會搭配提出統計數據，一起在健保會研議。

五、何代表建議加強健保 IC 卡功能，因為 IC 卡容量有限，而且無法擴充，所以才會改成雲端藥歷。IC 卡改革也在進行中，下一代 IC 卡可能也會搭配雲端，大家就不用再重複寫入。大家的意見我們很重視，朝不讓大家做重複的事情改革。

六、部份負擔改成定率，我們一直納入考慮，因為健保法第 43 條就

是定率為原則，定額為例外，醫管組已有部份負擔的檢討方案，應通盤檢討，我們會提部份負擔方案至下下次的健保會討論。

楊代表芸蘋

提到流感，我也是受害者之一，過年期間，找不到診所也找不到藥局，就買 2 瓶感冒糖漿吃了就搞定，流感病人增加我也是感同身受，基層和醫院都是排隊排到門口。

如同主席所說，這一季結束後核算，如果量有超過「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」的三個指標就可以動支，我們不會反對；如果沒有，就請大家善用資源，據說臺南登革熱這麼嚴重也沒有超過。

剛剛提到跨區重複用藥核扣問題，大家都有很多意見，但每個政策都有其好處、有其必要性，健保署也不是隨便推動一個政策要給大家製造麻煩，只是剛開始大家還沒適應，磨合期間大家都要多瞭解。

原則上我們不會反對大家的建議，有問題大家提出來溝通，讓政策順利執行。

主席

很多醫師提出要檢討部份負擔。今年本署之提案希望健保會裡醫界的代表能支持。

張代表嘉訓

第一，很多委員已經很沉重表示雲端藥歷的問題，建議 7 月 1 日前我們與健保署召開會議討論，在那個會議再來好好協商怎樣執行。

第二，醫師公會全聯會很多代表的建議，希望能有溝通管道，我們這個會議變得冗長像國是論壇，希望能夠簡短有效溝通。第二，剛剛提到部份負擔，其實健保法第 43 條規定是用定率，目前定額用大概 20 年了，我覺得健保署未依法執行，定額規定要依診所及各級醫院前一年平均門診費用及第一項所定比率，以定額方式收取，並每年公告其金額，我想請問主席，健保署有做過這種事嗎？沒有就是違法行政。醫學中心的病人一次門診花多少錢，我們不知道，但是診所我們看得出來，大約 550 元上下，如果用 550 元的 20%，病人應該要負擔至少 100 多元，但目前只有 50 元，我個人認為如果貴署提案至健保會討論，應依法規定辦理，不是你想訂多少額度就訂多少額度。因為我們

的代表剛剛都提出健保浪費、財務責任不要完全由醫界承擔。

第三、建議教育宣導部分也要將監獄納入。

藍代表毅生

上次有提到急診，再次向付費者代表拜託，這次看到一個割傷的病人在醫院急診室等了3個小時，最後退掛到我的診所縫合傷口，希望宣導急診檢傷分類第4、5級的病人到基層診所就醫，基層有能力就近扛起照護責任，減少大醫院急診雍塞。

基層急診不管是申報件數還是申報點數都是負成長，因為報急診會增加醫師和病人很多不必要的糾紛，包括病人自付額不同，病人會質疑診所沒有急診室，所以需要政府幫忙宣導，希望付費者代表瞭解，很多是因為不瞭解增加的糾紛，這裡會產生部份負擔與診療費的排擠，我們願意負起急診醫療的責任，當然也需要人力、物力去做這件事情，期待下次健保會協商時，付費者能夠在這方面多考量。

主席

張代表所提雲端藥歷的效益再做細分，請醫審及藥材組下次提供資料納入報告。

部份負擔的檢討，張代表說得非常正確。我們這次提案，定額定率皆依照健保法43條規定提案，讓健保會委員做綜合性討論。

藍代表所提宣導檢傷分類第4、5級病人儘量至基層就醫之意見，納入剛剛企劃組的宣導重點。

陳代表提到藥費減少，醫師也也貢獻，這我們相當同意醫師非常用心，藥費減少也能讓點值比較好，大家都有好處。

有關這次流感造成門診量大增，大家很辛苦，謝謝醫界的貢獻。

報告第三案：西醫基層總額104年第3季點值結算結果報告案

主席

這次的點值還不錯，蔣代表應該給予肯定。

蔣代表世中

難得三年來有這麼好的點值，第一次看到臺北區第三季點值有0.92，中區0.89，因為中區的件數有增加，臺北區的件數負成長。我們在

各區一直都有控管，所以件數下降，點值可以到 0.92。點值的衝擊有他的歷史背景，也感謝其他區給臺北區和中區的補助。

主席

各位代表沒有意見，104 年第 3 季點值確認。

報告第四案：105 年「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」修訂草案。

主席

提案單位是醫師公會全聯會，請問全聯會意見？

蔣代表世中

在評核會提到，不要通通有獎，原則上也不是通通有獎，大約 89% 左右，我們也是有經過執委會討論，健保署建議從 90 百分位降到 70 百分位，但是我們覺得衝擊過大，所以今年先降到 80 百分位，大約會影響到 900 多家診所，我們有心想把品質做好，所提的草案是最後的折衷，這就是我們考慮的結果。

楊代表芸蘋

我記得在健保會上，有醫師不贊成用雲端藥歷當指標，如果是因為會造成看診時間過長，影響下一位病人看診，如果這樣，政策的推動就有阻礙，因為評核委員有建議醫師公會全國聯合會應思考有何措施，可鼓勵院所多加運用健保雲端藥歷查詢系統，請問全聯會有什麼鼓勵措施，可以達到評核委員的標準。

黃代表啟嘉

楊代表提到的是我在健保會的發言，所以我來回答。

我是全聯會的代表，當然支持全聯會的提案，只是附帶意見是，雖然雲端藥歷查詢率是加分指標，但應該從結果面而不是過程面看問題，我希望指標是重複用藥率，而不是健保雲端藥歷查詢率。因為查詢率高的有可能重複用藥一大堆，給他品保款就沒有意義，如同剛剛很多前輩說的看病是要看病人，不是看電腦，每一分每一秒的時間應花在病人身上，而不是電腦查詢。如果拘泥指標數據，會造成我們花時間應付指標負荷，而忽略實質上要達到的目標，希望以後考慮指標時可以從結果面來看，而不是從手段來看。

藍代表毅生

補充說明楊代表剛剛提的問題。像我是外科，我 85%的個案是外傷病人，基本上很少開藥，如果外科雲端藥歷查詢率要達到 10%，幾乎所有病人都要查。所以像復健科、外科、婦產科這種操作型的科別，為了達到指標造成我們大部份的時間不在照護病人。我是贊成看慢性病的查詢，因為怕用藥重複造成病患不必要的副作用，各醫師會尊重自己的專業做最好的評量。

蔣代表世中

楊代表所提的也是我們醫界一直希望避免的，尤其是我們小兒科，很少是父母親帶過來，7 成以上是祖父母或外傭帶來看診，雲端藥歷牽涉很多問題，我們 7、8 年前就呼籲健保署 32K 增加到 3,200K，現在查雲端藥歷的時間確實有縮短，但我們看診、打病歷、加上查詢確實還是會花很多時間。

建議健保 IC 卡不要用插卡的，我的讀卡機已經壞了很多台，尤其小兒科的病人常常在健保卡上貼貼紙，造成讀卡機損壞，現在很多卡面都可以用非接觸式的，我們的健保卡還要插卡，我覺得要改。

主席

接觸式卡片和非接觸式卡片各有優劣，因為健保 IC 卡存很多穩私資料，所以接觸卡比較安全，這些我們資訊部門都有在考慮，用接觸式卡片是因為資安考量。另讀卡機方面就會設計更方便使用的。

夏代表保介(陳代表夢熊代理人)

雲端藥歷查詢有一些問題，第一是傳輸速度太慢，像我們專業型的只有 1M，家裡面都是 100M，我直接查健保卡裡面的資料比查雲端藥歷快又完整。另外也希望能夠把卡片改一下，我那裡也壞掉很多台讀卡機了。

主席

有關代表提的問題，今天的會議實錄提供給資訊部門做參考。我們也希望能夠做一些改良。

今天的報告案沒有意見，就依全聯會提出的修正內容通過。

報告第五案：「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案

主席

請補充說明修訂摘要(二)。

林專門委員淑範

請看會議資料第 83 頁，在組織運作五、成立計畫執行中心(一)後半段，原來在 105 年新增的文字是「因執行本計畫無故洩漏個人資料者，應即終止執行本計畫」。會做修正是因為會議上討論時，與會代表認為這樣的文字警示作用不夠清楚，所以將文字明確化，修正為「運用本計畫之個人資料，執行非本計畫目的之行為（如商業促銷等）者，應即終止執行本計畫」。

主席

這個是有緣由的，醫管組沒有把緣由說清楚，就是家醫群之 CALL CENTER，有部分家醫群委託非醫療機構做行政作業，它可能是一個公司，自己也有原來的業務要推動，就藉由醫師提供的病人資料做個人業務行銷，讓民眾看起來覺得很怪異，為什麼商業營利的公司會拿病人的資料、上面還有健保署的 LOGO 做行銷，這有資安風險，所以在家醫整合照護計畫就加了這一點。雖然文字看起來四平八穩，但是沒有搞清楚的人就不會去改正他的問題，全聯會是不是理解這樣的問題？

蔣代表世中

我們知道有家醫群確實有外包，然後有個資外洩的問題。

主席

這個部分就是一定要理解為什麼今年要寫這一條，是因為有發生這樣的行為，請全聯會透過地方公會轉知參加家醫計畫的會員一定要做好資安保護，因為如果再發現這種情況就要終止家醫計畫。

李代表紹誠

這個修正案非常好，執行上建議由各分區業務組發文給家醫群效果較好，因為地方醫師公會可能不清楚誰有加入，誰沒有加入家醫群。

主席

好，通過計畫修訂。修訂的文字須再提醒各家醫群注意，李代表的建議很好，請醫管組將修訂的始末行文給各分區業務組，徹底轉知各家

醫群做好個資保護。

報告第六案：105 年度西醫醫療資源不足地區改善方案之西醫基層 6 千萬元支用案

主席

這是醫缺的診察費用來調整山地離島第一階段(每位醫師每日門診量 1-50 人次)門診診察費每件增加 20 點，會稍微超過 6 千萬元，按季結算，請問有沒有問題？

林代表義龍

請問文字上寫的是西醫醫療資源不足地區改善方案，剛剛主席說的是醫缺？

主席

醫療資源不足就是醫缺。

徐代表超群

我們在總額協商時，最後 6 千萬元是放在「醫療資源不足地區改善方案」這個專案裡面，用來調整山地離島基層的診察費。

林專門委員淑範

林代表提的是健保法第 43 條全民健康保險醫療資源缺乏地區部份負擔減免。這個案子會寫西醫醫療資源不足地區改善方案是在去年協商時，在這項專款增加 6 千萬元來補山地離島門診診察費。

林代表義龍

我記得早期這個計畫早期就叫醫缺，為什麼後來改成資源不足地區？

主席

先釐清部分負擔的醫缺區和醫療資源不足地區不一樣。

林代表義龍

那就不能創造一個法令沒有的東西。

主席

所以才會把名字弄成不同，第 43 條醫療資源缺乏地區的部份負擔得予減免 50%，這是有行政命令。

各部門的資源不足地區的改善方案不是第 43 條所講的醫缺。任何協商的名稱也不一定在母法都有規定。

張專門委員溫溫

民國 98 年以前確實名稱是醫療資源缺乏地區改善方案，後來改成醫療資源不足地區。

主席

協商時的名稱和林代表所提健保法第 43 條的定義不同，會後向林代表說明更改名稱的歷史。

若無其他意見，本案就通過。

李代表紹誠

我說明一下，醫缺和醫療資源不足地區。因為有些地方不是醫缺，所以拿不到醫缺的相關補助，所以創造一個醫療資源不足地區可以拿到補助。

徐代表超群

之前的方案確實叫醫缺，後來因為衛福部對醫缺地區有正式定義，是醫師人數比的問題，和我們醫療資源不足地區人數比的定義不一樣，所以我們把名字改成醫療資源不足，表示還不到醫缺的程度，這就是以前改名字的由來。

主席

雖然嚴格，但是事出有因，如果覺得文字不好，明年協商時再來改名稱，因為今年協商已經通過這個名稱。

本案通過。

討論第一案

提案單位：醫師公會全國聯合會

案由：105 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」(草案)案

主席

很複雜的步驟，如果完全照醫師公會全聯會的提案就是 93 頁 4 個步

驟的分配，如果將查處追扣金額也列入分配就是 94 頁的步驟 7，這其實是微調，因為兩個非常接近，請問大家的看法？

林代表義龍

陳(宗獻)主委有交待，他也中了流感，身體不舒服，所以今天沒有辦法來，他有交待希望完全按照全聯會的提案。

主席

那就是 93 頁到步驟 4 嗎？請問查處追扣的部分要如何處理？

張專門委員溫溫

醫師公會全聯會的來文只有到步驟 4，後面的試算是因為來文也有問到 103 年查處追扣金額的釐清，所以我們想全聯會是不是也要比照 104 年的方式，將各分區查處追扣金額納入做微調，所以才會試算到步驟 7，以上補充說明。

林代表義龍

公文是因為南區對於查處追扣金額這麼大表示有疑問。

蔣代表世中

很感謝健保會的委員，包括我們公會的委員。因為基層各區的點值有落差，甚至差距 10% 以上。我們的提案是各區妥協出來的結果。查處部分我們也列入地區控管，從去年開始，查處追扣金額 30% 納入地區預算分配的減列項目，我們也是有心，在我們執委會從來沒有包庇，不會關說，絕對嚴懲。

健保會的委員決議 R 值是 66%，S 值是 34%，R 值不應該再上升了，因為中間包括很多問題例如 TRANS... 等錯綜複雜。希望現有制度下能夠維持現狀。

我們的錢第一先保障東區，所以這麼多年來，東區醫師的成長率不但沒有下降，還有上升。第二，目前臺北區和中區的風險基金也得到健保會委員的認可。當時全聯會出去的公文是希望釐清南區對查處金額的爭議，這我們之後和南區行文來處理，我想就照我們當時的會議決議，查處追扣金額的 30% 列入減項，以上報告。

主席

查處的回補在我們的計算式也是 30%，那就是到步驟 7？

張專門委員溫溫

依據醫師公會全聯會公文的附件，沒有到步驟 7，只有到步驟 4，所以我們要確認今天會議決議是要到步驟 4 還是步驟 7。

蔣代表世中

確認要將查處追扣金額的 30% 列入減項微調。

其中也包括對南區的成長率下限 3.26% 的保障，但是經過查處追扣金額的調整後成長率是 3.24%，差 0.02%，當時大家都有共識，南區也能體諒。我剛剛也有徵詢他們的意見，就依照查處追扣金額的 30% 列入減項。

主席

就照蔣代表最後的說法，也就是到第 94 頁的步驟 7，請各位代表做最後確認。

張專門委員溫溫

補充說明，第 94 頁的步驟 7 只是模擬，分區預算數不是最終的數值，因為其中有個值必須用當季的資料來算。

蔣代表世中

試算有的數字是用 104 年來算，我想沒有關係，我們協商時也是用 104 年的數值，也是不準。

主席

今天通過的是規則，試算的金額只是參考，所有的規則經各位代表確認查處追扣金額的 30% 也一併列入。大家沒有意見，本案通過。

今天只有一個討論案，若無臨時動議就開到這裡，謝謝大家！