

# 「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」102年第4次

## 會議紀錄

時間：102年11月21日下午2時

地點：中央健康保險署18樓會議室(台北市信義路3段140號18樓)

主席：蔡副署長魯

紀錄：楊耿如

出席代表：

王代表正坤	(請假)	陳代表炳榮	陳炳榮
王代表錦基	戴昌隆 <sup>代</sup>	陳代表晟康	陳晟康
古代表博仁	古博仁	陳代表雪芬	陳雪芬
何代表活發	(請假)	陳代表夢熊	夏保介 <sup>代</sup>
余代表忠仁	(請假)	陳代表聰波	黃建志 <sup>代</sup>
吳代表國治	吳國治	彭代表瑞鵬	(請假)
吳代表進興	吳進興	黃代表永輝	黃永輝
李代表昭仁	李昭仁	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	周慶明	劉代表文漢	劉家麟 <sup>代</sup>
林代表正泰	林俊傑 <sup>代</sup>	潘代表仁修	潘仁修
林代表昭吟	林昭吟	蔣代表世中	蔣世中
林代表義龍	林義龍	蔡代表明忠	蔡明忠
徐代表超群	徐超群	蔡代表淑鈴	蔡淑鈴
張代表志傑	張志傑	蔡代表登順	蔡登順
張代表孟源	張孟源	鄭代表悅承	鄭悅承
張代表金石	張金石	盧代表榮福	盧榮福
張代表嘉訓	張嘉訓	賴代表明隆	(請假)
梁代表淑政	梁淑政	謝代表武吉	謝武吉
莊代表維周	莊維周	藍代表毅生	(請假)
連代表哲震	連哲震	嚴代表孟祿	(請假)
陳代表宗獻	陳宗獻	蘇代表清泉	(請假)
陳代表威仁	蘇美惠 <sup>代</sup>		

(依代表姓氏筆劃排序)

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

葉青宜

衛生福利部全民健康保險會

魏璽倫、邱臻麗

中華民國醫師公會全國聯合會

李任堅、吳春樺、陳哲維

程嘉蓮、黃幼薰、劉俊宏

台灣醫院協會

王秀貞、吳心華

中華民國藥師公會全聯會

王韻婷

本署臺北業務組

范貴惠、張志銘

本署北區業務組

陳祝美

本署中區業務組

李菁萍

本署南區業務組

龔川榮

本署高屏業務組

蔡秀珍

本署東區業務組

梁燕芳

本署醫審及藥材組

羅家儀

本署資訊組

姜義國

本署企劃組

詹孟樵

本署醫務管理組

林阿明、李純馥、張溫溫

王淑華、劉立麗、甯素珠

張桂津、洪于淇、劉立麗

鄭正義、歐舒欣、楊秀文

李健誠、廖子涵、陳欣樺

二、主席致詞：(略)

三、報告事項：

(一)案由：本會 102 年第 3 次會議結論事項辦理情形。

決定：洽悉。

(二)案由：西醫基層總額執行概況報告。(全聯會)

決定：洽悉。

(三)案由：西醫基層總額執行概況報告。(健保署)

決定：洽悉。

(四)案由：西醫基層總額 102 年第 2 季點值結算結果報告案。

決定：西醫基層總額 102 年第 2 季點值確認(如附表)，將依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.85988095	0.93097275	0.89933589	0.96884676	0.93954705	1.07640182	0.91207802
平均點值	0.90566114	0.94853046	0.92945675	0.97323471	0.95635149	1.03373983	0.93756717

(五)103 年「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」

召開會議之時程案。

決定：

次數	1	2	3	4	5
會議日期	103 年 2 月 27 日	103 年 5 月 29 日	103 年 8 月 21 日	103 年 11 月 20 日	103 年 12 月 4 日
會議名稱	103 年第 1 次會議	103 年第 2 次會議	103 年第 3 次會議	103 年第 4 次會議	103 年第 1 次臨時會

(六)有關「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫(修正案)」。

決定：

- 1、本方案新增施行區域高雄市東沙島、南沙島，人口數各為 290 人及 192 人(統計來源：101 年 1 月 31 日南巡局東南沙島統計)，多為提供島上駐守海巡署官兵相關醫療服務(如提供醫師駐島服務、緊急專科醫療會診等)。
- 2、本計畫指標係因地制宜由承作醫療院所依當地所需醫療提供服務，依據本計畫所定指標項目，擇選該評核指標，而該指標之目標值設定則視執行情形，由各分區業務組與承作醫療院所協議訂定。
- 3、另就本計畫評核指標之評估，係於計畫執行每滿 1 年及計畫期滿 6 個月，由分區業務組按計畫承作醫療院指標達成情形進行評核。

#### 四、討論事項：

(一)有關 103 年度西醫基層總額一般服務案件之保障項目及操作型定義案，提請 討論。

##### 決 議：

- 1、103 年西醫基層總額一般服務預算之保障項目依 102 年方式辦理，即為藥品、論病例計酬案件及血品處理費以 1 點 1 元方式支付。
- 2、前開保障措施擷取順序及條件(如附件一)，並送衛生福利部全民健康保險會備查。

(二)有關「103 年西醫基層醫療給付費用總額新增開放表別診療項目」案，提請 討論。

決 議：全民健康保險醫療費用支付標準計「次全子宮切除術(住院)(97027B)」、「大腳趾外翻(64132B)」、「橈骨尺骨遠心端骨折經皮穿刺內固定復位手術

(64271B)」、「骨盆腔粘連分離術(80405B)」、「甲狀腺原氨酸免疫分析 T3 (EIA/LIA) (09117B)」、「睪丸酯醇免疫分析(09121B)」及「次全子宮切除術(80404B)」等 7 項診療項目開放至西醫基層診所適用。。

(三)有關「103 年西醫基層總額品質保證保留款實施方案(草案)」乙案，提請 討論。

決 議：

1、修訂方案(如附件二)，主要重點如下：

(1)西醫基層特約診所於 103 年 1 月至 103 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。

(2)診所之所屬科別以 103 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)。

(3)核發指標項目為下列四項，各占權重 25%。

A、診所月平均門診申復核減率。

B、診所之每位病人年平均就診次數。

C、個案重複就診率。

D、健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 。

(4)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。

二、前開方案將依行政程序送請衛生福利部核定後公告實施，及

送全民健康保險會備查。

(四)有關「103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案(草案)」，提請 討論。

決 議：

1、本方案主要修訂重點如下：

- (1)將全民健康保險「西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」及「醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」整合為「西醫醫療資源不足地區改善方案」，並區分為巡迴及獎勵開業醫療服務計畫。
- (2)施行區域：103 年度預定公告之施行區域，計 126 個(基層診所 93 個，醫院 33 個)(另原定新竹市香山區雖醫人比超過 2,600，惟鄰近醫療資源應屬充足，故刪除)。
- (3)執行本方案之診所、醫院，巡迴區域規定修正為於同一保險人分區業務組內得跨縣市，惟不得跨健保分區執行本項服務。另增列 103 年 6 月前仍無診所、醫院申請時，得就原定診所、醫院其施行區域開放其他分區診所、醫院提出申請。
- (4)每診次平均就醫人次與處置之規定，修正為執行本方案滿 3 個月，巡迴點每診次平均就醫低於 5 人次(不含)，暫停該巡迴點服務，該診所或醫院應提改善計畫書或變更巡迴點，並經保險人分區業務組核定後始得恢復或變更巡迴點。
- (5)新開業醫療服務申請資格，增列同址或同一醫師限申請一次之規定。
- (6)新增新開業醫療服務，如總額內核定點數(含部分負擔)超過保障額度者，以總額內核定點數(含部分負擔)及該區每

點支付金額計算，但每點金額至少 1 元。另管理原則修正為辦理本方案後第 13 個月起，若當月總服務量(含開業、巡迴醫療及釋出交付機構之醫療費用)未滿保障額度 50%，當月則予保障額度之 50%核付。

(7)修正考核要點填報時間為執行本方案者於 8 月 1 日前填報上半年考核要點，且其區分為院所評核表及民眾滿意度調查表。

2、前開方案將依行政程序送請衛生福利部核定後，由本署辦理公告事宜。

#### 五、臨時動議

案由：有關「102 年西醫基層總額品質保證保留款實施方案」之科別認定案。

決定：診所之所屬科別以 102 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)。

六、與會人員發言摘要，如附件(第 13~41 頁)。

七、散會：下午 4 點 10 分。

附件一

103 年西醫基層總額醫療給付費用一般服務  
之保障措施擷取順序及條件

擷取 順序	項目	投保 分區	條件	保障分類	備註
				每點 1 元	
1	門診、住診之 藥費	區分		藥費	依據藥物給付項 目及支付標準
2	基層論病例計 酬案件	區分	1. 門診： 案件分類=C1(論病例 計酬案件) 2. 住診： 案件分類=2(論病例 計酬案件)	申請費用+ 部分負擔	
3	促進供血機 制合理方案	區分	門診及住院服務之醫 令清單之醫令碼為 93001C~93023C	血品處理費	

註：本表所列點數為核定點數。

## 附件二

### 103年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案(草案)

#### 壹、依據：

衛生福利部全民健康保險會 103 年度全民健康保險醫療費用總額協商暨 102 年第 3 次委員會議紀錄。

#### 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醫事服務機構。

#### 參、預算來源：

依全民健康保險醫療費用協定委員會第 186 次會議決議，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。預算來自 103 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% 與 102 年度成長率 0.1%，全年經費為 1.901 億元。

#### 肆、核發資格：

- 一、西醫基層特約診所於 103 年 1 月至 103 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。
- 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之所列違規情事，於 103 年 1 月 1 日至 103 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九十百分位。(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九十百分位。(註 2)

三、個案重複就診率不超過該分區所屬科別九十百分位。(註 3)

※前開診所之所屬科別以 103 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)

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、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) $\times$ 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，核發之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，送衛生福利部全民健康保險會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

## 103 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
註 1：診所月平均門診 申復核減率	<p>1. 資料期間：</p> <p>(1) 當期值：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。</p> <p>(2) 目標值：102 年 2 月 28 日前核定之 100 年 7 月至 101 年 6 月之門診醫療費用計算。</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>
註 2：診所之每位病人 年平均就診次數	<p>1. 資料期間：</p> <p>(1) 當期值：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。</p> <p>(2) 目標值：西醫基層特約診所於 102 年 1 月 31 日前申報之 101 年 1 月至 101 年 12 月門診醫療費用計算。</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>
註 3：個案重複就診率	<p>1. 資料期間：</p> <p>(1) 當期值：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。</p> <p>(2) 目標值：西醫基層特約診所於 102 年 1 月 31 日前申報之 101 年 1 月至 101 年 12 月門診醫療費用計算。</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)就診 2 次(含)以上，按身分證號歸戶之門診人數。</p>

指標項目	操作型定義
	分母 B：同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數。 3. 排除代辦案件及診察費為 0 之案件。
註 4：健保卡處方登錄差異率 ≤ 8%	1. 資料期間：西醫基層診所 103 年 1 月至 103 年 12 月健保卡上傳資料。 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)。 3. 健保卡處方登錄錯誤率 = $\Sigma [(A/B) \times 100\%] / 12$ 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。 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。 註：排除精神病、愛滋病、受性侵害即診斷碼 290、293.1、294、295、296、297、299、299.1、299.8、299.9、300、301、309、3083、V08、042、99553、99583 之醫令筆數。

## 本會 102 年第 4 次會議與會人員發言摘要

### 報告案第二案「西醫基層總額執行概況報告-中華民國醫師公會全國聯合會)」與會人員發言摘要

主席

請各代表就本報告案提問。

謝代表武吉

- 一、各科別診療費申請點數，以復健科為最高。經據統計，部分復健科醫師被物理治療師或物理治療生聘請為物理治療所醫事人員，請問全聯會是否建立管控機制。
- 二、有關全民健康保險署藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議將於下個月(102 年 12 月)召開，對於投影片第 37 頁「請中央健康保險署藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議，妥為處理西醫基層代表所建議，建立「修訂藥品給付規定之財務連動機制」，並檢討降血脂藥品(Statins)及黃斑部新生血管病變藥品(Lucentis)給付規定之修訂。」，建議於今天會議決定處理方式，再提全民健康保險署藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議討論。

黃代表啟嘉

請健保署說明各科別之分析，是採用「就醫科別」或「醫師專科別」？東區骨科申請件數負成長-1.04%、點數負成長-5.27%，復健科件數成長 28.05%、點數成長 26.68%。而東區是骨科診所家數成長，而復健科診所並未增加。造成復健科件數成長原因，可能是骨科診所申報時，就醫科別申報復健科，建議於統計分析時，應將骨科與復健科分開。東區轄區有一家骨科診所，病人數非常多，東區分會已監測該診所申報概況，但復健科正成長是否是該骨科診所貢獻的，需要進一步瞭解。若健保署對於資料分析有問題，應借助各分區委員會協助。

## 蔣代表世中

- 一、回應黃啟嘉代表提問，本項統計是用「就醫科別」，有可能骨科申報復健科所造成的影響。
- 二、至於謝武吉代表建議部分，Statins 是治療準則改變所衍生增加醫療費用的問題；若是今年 12 月才能討論本案，則 103 年將可能繼續延用 102 年的規定。放寬 Statins 治療準則，除藥費增加外，102 年第 3 季低密度脂蛋白檢驗項目(09044C)申請點數亦成長 38%，爰建議總額協商編列本案預算費用應包括增加的藥費、診療費及診察費等項目。
- 三、有關投影片第 37 頁「案由：為維持總額財務穩定，在「修訂藥品給付規定之財務連動機制」未建立前，應維持藥品原給付規定或送衛生福利部裁示處理案。會議決議：請中央健康保險署藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議，妥為處理西醫基層代表所建議，建立「修訂藥品給付規定之財務連動機制」，並檢討降血脂藥品(Statins)及黃斑部新生血管病變藥品(Lucentis)給付規定之修訂。」，本案為健保會附帶決議，請健保署與各位代表共同關注這項議題。

## 李代表紹誠

- 一、關於復健科申報的問題，健科醫學會曾與健保署討論過，現骨科與其他科申報時，若屬復健醫療服務，就醫科別就申報復健科，所以呈現復健科成長狀況，電腦公司亦建議診所採用此申報方式，其實復健科是承載其他別科的申報數量。
- 二、至復健科每件診療費部分，復健屬同一療程為 6 次，所以是 6 次一起申報，非單次費用，若與其他同一療程的服務項目比較，其點數並非特別高，一天約 150 點。
- 三、有關物理治療師聘請醫師看診，自己當幕後老闆乙節，則需看是

否違反相關規定，若有違法情事，請提供本會處理。

謝代表武吉

對於骨科申報復健科，至於神經內科、神經外科及免疫風濕科申報哪些就醫科別，亦請予以說明。

李代表紹誠

目前得從事物理治療業務的科別，包括就是剛才所提的科別，但申報量很少，以健保資料分析，就是骨科申報復健科，件數成長率非常高。就本人所知，就是提供復健醫療服務得申報復健科。至於其他科申報哪些就醫科別，本人並不清楚，需請健保署依專科醫師別分析相關資料。

謝代表武吉

本人並非挑剔，而是對西醫基層提出警訊，6科別如何分類，要有區隔性，骨科大量申報復健科，若能將申報科別區分清楚，邇後較容易管控。

主席

- 一、謝謝謝武吉代表看出問題，提供給西醫基層總額部門參考。
- 二、各位代表，對於本項報告案還有提問嗎？

謝代表武吉

請問蔣世中代表，是否請健保署就投影片第37頁內容，提出交代，以解決問題。

蔣代表世中

103 年兩次總額協商過程中，未能達成共識之主要項目及原因，均為修訂降血脂藥品(Statins)及黃斑部新生血管病變藥品(Lucentis)給付規定後，導致醫療費用增加卻未提撥相關經費挹注。

陳代表雪芬

我想我們都要拜託健保署，因為在健保會上，委員已講得很白，他們都聽健保署的話，健保署怎麼說，他們就怎麼對醫院及診所。若西醫基層有確實數據，就勇敢的追蹤辦理進度。今年總額談判經驗真的非常不好，明明事實擺在眼前，卻硬要說不一樣的話，譬如，藥品具有替代性等等，若是這樣，以後就不要再講了，連健保會主席都聽得懂，修改適應症規定會讓醫療費用增加，這麼簡單的事情，結果被操作到不了了之。這樣經驗，對我們醫院來講，也很 shock，最讓我 shock 的一句話，就是委員說，這不是您們教我們的嗎？基層總額成長率絕對不能太高，不然會讓醫院醫師離開，到西醫基層執業。各位真的不要太難過，為何基層總額成長率這麼低，因為這都是他們教的。

主席

有關投影片第 37 頁是在健保會討論的提案(「案由：為維持總額財務穩定，在「修訂藥品給付規定之財務連動機制」未建立前，應維持藥品原給付規定或送衛生福利部裁示處理案。會議決議：請中央健康保險署藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議，妥為處理西醫基層代表所建議，建立「修訂藥品給付規定之財務連動機制」，並檢討降血脂藥品(Statins)及黃斑部新生血管病變藥品(Lucentis)給付規定之修訂。」)，今天若在本會討論，將逾越權責，除浪費各代表寶貴時間，亦非本會可以解決的問題。

陳代表宗獻

有關投影片第 37 頁的會議決議，醫師公會全國聯合會會行文至衛福部，因本案處理層級是衛福部，非健保署，因健保署僅能處理部分問題，就是回復高血脂原來的治療指引，以及規定 Lucentis 不適用於基層院所。至於衛福部公文辦理進度，我們會請蘇清泉立法委員直接到行政院關切。

主席

第二個報告案就到此結束。

## 報告案第三案「西醫基層總額執行概況報告-中央健康保險署」與會人員發言摘要

主席

請各代表就本報告提問。

蔡代表登順

有關西醫基層總額執行概況，去年(101年)費協會曾討論西醫基層總額地區預算分配時，我當時有提案，102年總額協商已完成，若要改變在實務上恐有困難，所以同意不變動；現已是102年11月底，建議103年西醫基層總額地區預算分配，R值要往前走。雖然當時有很多不同意見，但經過長時間的討論，基於公平性原則，當時費協會之決議為『為落實地區預算按「校正風險後之各區保險對象人數」分配之政策目標，103 年度地區預算分配之人口占率，請西醫基層總額相關團體提出調升方案。』。103年即將來臨，希望R值往前走，這是經過大家充分討論的共識。

主席

這是健保會的提案。

蔡代表登順

103 年度 R 值要往前走，是健保會決議，請在西醫基層總額研商議事會議處理。

本署張科長溫溫

有關 103 年度各部門總額地區預算分配情形，將提明天(102 年 11 月 22 日)健保會討論，本署將依會議決議辦理後續事宜。

主席

有關R值(人口風險因子及轉診型態校正比例)占率是在健保會討論，本會再據以執行。

報告案第四案「西醫基層總額102年第2季點值結算結果報告案」與會  
人員發言摘要

主席

102年第2季點值結算已無疑義，完成確認，請依規定辦理結算事宜。

報告案第六案「有關「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」(修正案)」與會人員發言摘要

主席

請本署醫務管理組補充說明。

本署王淑華科長

有關「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」是 88 年公告實施，本次因部分內容修正，爰重新公告。

楊代表芸蘋

本次新增施行區域高雄市東沙島、南沙島，請問人口數為多少？

本署王淑華科長

高雄市東沙島與南沙島僅有少數居民與駐軍，因非常遙遠，所以必須以 IDS 提供醫療服務。

林代表昭吟

有關本計畫評核指標之定義，包括民眾滿意度、各項預防保健利用率等項目，請問是否訂定目標值，以利計算辦理成果。

本署王淑華科長

評核指標為本次新增項目，目前尚未訂定目標值，本署將參考其他監測值訂定目標值。

林代表昭吟

請問評核指標代表之意義，是做為審核醫療院所可否參加本計畫之標準或醫療費用核付依據。

本署王淑華科長

評核指標獎勵費，係依指標達成率核付相關費用。

陳代表宗獻

「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」評核指標讓人非常感動，在梨山地區辦理長期照護轉介、居家照護、衛教宣導及專科醫療服務，真的非常不簡單。請問訂定評核指標時，原來參與 IDS 之院所是否參與討論，評核指標是否可行。

本署王淑華科長

本署是參考參加 IDS 院所提供之醫療服務，訂定評核指標。

陳代表宗獻

請問是否有參與本計畫執行成果或相關資料。

本署王淑華科長

本署有統計本計畫之執行成果，但參與院所會因當地民眾需求提供不同之醫療服務，院所可選擇不同的指標項目，亦有自選指標。

陳代表宗獻

本項計畫因地區需求提供不同的醫療服務及評核項目，請健保署將相關資料彙整完備，以供醫界研擬其他計畫時學習參考。

徐代表超群

本計畫於南區業務組遭遇到一個問題，嘉義縣部份阿里山居民因颱風遭政府強制搬到山下較安全的番路鄉安置，村民以前到 IDS 院所就醫免部分負擔，因遷移造成生活機能不便，所以要求 IDS 繼續執行到番

路鄉，因於法不符，請問是否提供可行處理方式？目前其醫療需求公會已協調就近的衛生所去設巡迴醫療點，醫療需求可以獲得解決。經費問題是否有其他的配套方式？

主席

因遷移地區非屬本署公告的山地離島地區，目前由本署南區業務組與嘉義縣政府及嘉義縣衛生局共同處理中。

李代表昭仁

IDS 主要是由醫院承作，因剛提到有少數診所參與該計畫，希望不要影響基層診所參與醫缺方案意願，進而影響民眾就醫可近性。

主席

請王淑華科長將 IDS 運作方式，從評選方式、委員會召開時間及費用核付方式等，向與會代表說明，俾讓代表瞭解本計畫內容。

本署王淑華科長

本計畫經費來源為其他預算，為提高山地離島地區民眾就醫可近性，自 88 年推動本計畫，由本署公開徵求，多數地區由醫院承作，若一家醫院無法承作所有醫療服務，就由醫院結合當地衛生所辦理，所以會發生診所參加 IDS 的情形。本計畫每年召開一次督導小組會議，與會人員包括承作醫院、合作院所、當地民意代表及當地衛生主管機關等。醫療服務內容係依當地民眾需求，所以計畫內容是多元的。

本署蔡主任秘書淑鈴

一、有關 IDS 於徵求時，雖由醫院承作，但並非每一山地離島地區均沒有診所，如金門有很多診所、仁愛鄉有衛生所，信義鄉亦有診

所及衛生所。IDS 精神在於雖由外面醫院承作提供醫療服務，但承作醫院需與當地衛生所或診所合作，整合成醫療團隊，提供足夠的醫療服務。因當地衛生所或診所，提供服務科別有限，所以進駐醫院就扮演彌補當地醫療科別不足之角色，提供專科診療，讓當地民眾獲得周全、完整醫療服務。因各山地離島地區病人結構不同，所需科別亦不同，每個地區要因地制宜規畫設計符合當地民眾需求的醫療計畫。

二、至於評核指標部分，是以地區為單位統計，並非單一診所，是計算整個醫療團隊成績。

本署王淑華科長

高雄市東沙島、南沙島，人口數分別為 290 人及 192 人(統計來源：101 年 1 月 31 日南巡局東南沙島統計)。

主席

本案若無相關問題，則依公告內容執行。

## 討論事項第二案「有關「103年西醫基層醫療給付費用總額新增開放表別診療項目」案」與會人員發言摘要

主席

請代表就本案表示意見。

陳代表宗獻

- 一、有關會議資料第 59 頁健保署意見，『09121B「睪丸酯醇免疫分析」雖已訂定性徵不完全或發育遲緩等 4 項適應症，本項以醫院一年門住診服務量之 10%預估約 8,129 件，應增加 122 萬點，由於適應症廣泛，實施後如超過預估金額，將由非協商因素支應。』，因非協商因素為年齡、性別及成本，建議將由非協商因素修改由一般部門支應，以符實際。
- 二、至 09121B「睪丸酯醇免疫分析」適應症廣泛，未來醫師公會將邀請醫學會檢討。

本署李專門委員純馥

有關醫師公會建議 97027B「次全子宮切除術(住院)」開放表別至基層適用，因該項為論病例計酬項目，其必要診療項目為 80404B「次全子宮切除術」，建議一併開放至基層適用。

張代表嘉訓

97027B「次全子宮切除術(住院)」為 DRGs 項目，80404B「次全子宮切除術」屬該項目之手術碼，本人同意健保署建議。

謝代表武吉

會議資料第 59 頁健保署意見，有關『64132B「大腳趾外翻」及 64271B「橈骨尺骨遠心端骨折經皮穿刺內固定復位手術」..本署原則上同意開放至基層診所施行，惟應以病人安全、醫療團隊及後續診療可行性

等因素進行考量，必要時應建議病患轉診。」乙節，必要時已經太慢了，64132B「大腳趾外翻」及 64271B「橈骨尺骨遠心端骨折經皮穿刺內固定復位手術」兩項手術需骨外釘固定，在醫院層級是在開刀房執行，上開兩項不建議由健保署承擔責任。

主席

謝武吉代表意見是不同意將 64132B「大腳趾外翻」及 64271B「橈骨尺骨遠心端骨折經皮穿刺內固定復位手術」至基層診所適用嗎？

謝代表武吉

是，因以後病人若手術發生問題，可找健保署負責。

蔣代表世中

醫師公會曾徵詢骨科醫學會，該會表示可開放至基層診所執行，所以醫師公會尊重骨科醫學會意見。

謝代表武吉

會議資料第 58 頁說明欄，64132B「大腳趾外翻」及 64271B「橈骨尺骨遠心端骨折經皮穿刺內固定復位手術」，骨科醫學會回復不是同意，而是「骨科醫學會無其他建議」。

蔣代表世中

醫師執行各項手術均會考量本身專業技能及病人安全，骨科醫學會同意將 64132B「大腳趾外翻」及 64271B「橈骨尺骨遠心端骨折經皮穿刺內固定復位手術」開放表別至基層診所適用。

陳代表宗獻

103 年開放表別項目是由各專科醫學會提供，經由醫師公會篩選得於基層診所執行項目。

主席

一、本案照案通過。

二、會議資料第 59 頁健保署意見部分，文字參照陳宗獻代表建議，修改為 09121B「睪丸酯醇免疫分析」，由於適應症廣泛，實施後如超過預估金額，將由一般部門支應。

三、另 80404B「次全子宮切除術」，一併開放至基層適用，以符臨床實務作業。

## 討論事項第三案「有關「103年西醫基層總額品質保證保留款實施方案(草案)」乙案」與會人員發言摘要

主席

請代表就本案表示意見。

林代表昭吟

有關「健保卡診療處方登錄錯誤率」乙項，若是處方登錄錯誤對病人安全是非常嚴重的事情。

本署張科長溫溫

- 一、有關「健保卡診療處方登錄錯誤率」指標，係指本署要求醫師要將醫令寫入健保卡，再用院所上傳申報資料與健保卡登錄資料比對，經校對後發現醫療院所有部分資料未寫入健保卡，錯誤率係指醫療院所未將醫令等相關資料寫入健保卡。本署希望院所能將醫令等相關資料完全登錄於健保卡，以讓醫師於病人診療時瞭解病人用藥及檢查(驗)情形。
- 二、經本署統計，75%西醫基層診所錯誤率已低於5%。醫師公會建議健保卡處方登錄錯誤率 $\leq 10\%$ 即符合核發資格，本署建議 $\leq 5\%$ ，是希望診所登錄於健保卡的資料能更完整。

陳代表宗獻

本人診所健保卡處方登錄，幾乎每天都有錯誤率，因病人未將健保卡妥善保存，以致讀取困難，則不能歸責診所。所以健保卡插入讀卡機讀取才是重點，登錄錯誤率不要規定的太嚴格，以免造成誤殺情況。另鄉下與都市居民保存健保卡方式，並不相同，所以錯誤率亦會有所差異。

盧代表榮福

健保卡處方登錄錯誤率，並非處方登錄錯誤，而是指沒有登錄處方；另超過 24 小時未登錄也是錯誤。診所偶爾會有電腦故障，其錯誤率就非常高，因本項指標是第 1 年實施，錯誤率建議  $\leq 10\%$ 。

張代表嘉訓

因有部分民眾會在健保卡貼貼紙，以致讀卡困難，故建議健保卡處方登錄錯誤率  $\leq 10\%$ 。

張代表志傑

A79 為防盜碼，處方箋、醫師 UD 及看診時間等項目執行鎖碼動作，目的在於監測醫師是否改變處方及不實申報，並非登錄，健保署立意並不良善。A79 不鎖醫令本身，若將醫令刪除，再登錄另一醫令碼，其醫令碼是可變更的。故建議健保卡處方登錄錯誤率  $\leq 10\%$ 。

林俊傑醫師(林代表正泰代理人)

因「處方登錄錯誤率」的字義會引起嚴重的曲解，而實際操作情形是健保卡登錄處方的過程出現誤差，為避免就醫民眾之誤解，建議將「健保卡處方登錄錯誤率」修改為「健保卡處方登錄誤差率」。

主席

有關「健保卡診療處方登錄錯誤率」之項目，確實有不妥之處，剛林昭吟代表已有反映。

林代表昭吟

請問「健保卡診療處方登錄錯誤率」，可否區別人為或技術上的錯誤？

蔣代表世中

本人為小兒科醫師，執業過程中發現，現在的小朋友會在健保卡黏上卡片型的貼紙，造成健保卡變厚或毀損等而影響讀卡的問題，以及停電等原因，均會造成錯誤率增加。

主席

本署健保 IC 卡改善方案已多次陳報行政院及衛福部，大家皆期待健保 IC 卡萬能，我們會盡最大努力，讓健保 IC 卡發揮最大功能。

張代表志傑

健保署的電腦是超級電腦，大家不要怕盜刷，最早申報，健保署約 2 小時才會回復，7-8 年前申報 1 分 30 秒回復，現在 30 分鐘回復院所，因健保署在執行資料交叉比對作業。

主席

這是申報量太大的關係，目前門診 1 天達 100 萬人次，住院 1 萬件，且本署需進行院所申報資料檢核作業。

楊代表芸蘋

103 年刪除「衛教宣導」指標，以後病人衛教怎麼辦？

黃代表啟嘉

「衛教宣導」本來就是醫療院所該執行的醫療服務項目之一，於診療過程就需提供衛教。

陳代表宗獻

「衛教宣導」是去年訂的，推動一年就夠了，主要在於提醒醫師衛教

的重要性。

主席

請醫務管理組說明「健保卡診療處方登錄差異率」為多少？

本署林科長寶鳳

- 一、有關「健保卡診療處方登錄錯誤率」名稱由來，是當初本署無法知道院所實際登錄於健保卡內容，本署資訊組研發處方簽章，利用登錄之醫令代碼、保險對象身分證字號、登錄時間及相關變數，產生一個不可變的處方簽章，簽章上傳後，本署另依據上傳的醫令等資料以相同邏輯也產生一個處方簽章，再將兩個處方簽章做比對，若有不同（含空值），則稱為登錄錯誤，這是錯誤的由來，若兩個簽章做比對是相同，則為正確。
- 二、至於「健保卡診療處方登錄錯誤率」修改為「健保卡診療處方登錄誤差率」部分，大家可以再討論。
- 三、目前西醫基層院所整體之「健保卡診療處方登錄正確率」實績值為 91%(錯誤率為 9%)，本案既然為獎勵，則應該獎勵優良院所，而非通通有獎，所以建議錯誤率訂為 $\leq 5\%$ 始予獎勵。

林代表義龍

- 一、建議將「健保卡診療處方登錄錯誤率」修改為「健保卡診療處方變更率」。
- 二、請健保署加強宣導健保 IC 卡之保存方式，包括不要黏貼紙及放口袋等。

主席

有關健保 IC 卡保存方式宣導，包括不要放口袋及高溫處..等，本署

已在執行，唯一沒想到就是黏貼紙。

本署張科長溫溫

建議將「健保卡診療處方登錄錯誤率」修改為「健保卡診療處方差異率」。另請在 5-10%之間，選擇一個值，或許較為完善。

本署林科長寶鳳

本指標列入計算之資料包括正常上傳及補正上傳(正常資料)，所以異常上傳並不列入計算，如黏貼紙導致異常上傳。

蔣代表世中

建議 $\leq 10\%$ 。

主席

本項指標則訂為 $\leq 8\%$ 。

吳代表進興

有關 103 年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案，範圍為西醫基層，但核發資格限西醫基層特約診所，因與標題不符，文字是否須修訂，以上建議，請參考。

主席

吳進興代表為檢驗醫事服務機構代表，請醫務管理組回應吳代表之意見。

本署張科長溫溫

有關西醫基層總額品質保證保留款實施方案核發指標，並不適用其他

醫事服務機構，如原處方不當應核減仍回到原交付的診所做核減，其他總額品保款亦是以相同精神處理。

吳代表進興

開立檢驗單是醫師責任，檢驗單位遵照醫囑執行檢查，這與核扣扯不上關係，我是強調這是西醫基層總額，但品保款核發資格與對象，就不應只限西醫基層診所，應包括檢驗所、藥局及物理治療所。檢驗所亦有申報醫療費用，雖所占不到西醫基層總額百萬分之一，仍建議其文字是否修正。

陳代表宗獻

西醫基層總額品質保證保留款不是每年都有，需由醫師公會全國聯合會承接西醫基層總額，由醫師公會全國聯合會到評核會報告西醫基層全年執行成果，並經 7 個評核委員審核高於 80 分，方得取得西醫基層總額品質保證保留款。其過程非常辛苦，不是外界想的簡單。西醫基層總額是包括檢驗所、藥局及物理治療所，但在總額協商扣減金額就算西醫基層總額，西醫基層總額品質保證保留款之核發資格仍為西醫基層診所。

吳代表進興

我剛強調的是西醫基層總額，因包括其他醫事服務機構，藥費為保障點數項目 1 點 1 元，而檢驗點數則採浮動點值，這不是在爭千萬分之一的費用，因這是西醫基層總額品質保證保留款，若是核給其他醫事服務機構，也是象徵尊重的意義，所以建議在核發資格的文字上做斟酌，以上是我的建議。

林代表義龍

「醫院總額品質保證保留款」因標題清楚，核發對象為醫院，所以不會有爭議，基層是以診所為簽約單位，本方案名稱建議修改為「103年度西醫基層總額診所品質保證保留款實施方案(草案)」，以避免爭議。

主席

- 一、有關各位代表意見，本署帶回研議，因這是西醫基層總額委託受託單位(醫師公會全國聯合會)，而獲得的品質保證保留款，所以本方案名稱延用103年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案(草案)。
- 二、指標項目及目標值修訂為「健保卡診療處方差異率」 $\leq 8\%$ ，其他條文則照案通過。
- 三、本方案送衛生福利部全民健康保險會備查，並報請衛生福利部核定後公告實施。

## 討論事項第四案「有關「103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」(草案)」與會人員發言摘要

主席

請代表就本案表示意見。

陳代表炳榮

會議補充資料第 83 頁「西醫基層診所每一巡迴醫事人員之備援人員各以 1 名為限，並以專任人員由優先，若無，得由其他診所支援」，但實務上出現問題，台北區會員為讓醫缺地區持續得到醫療照護，已將 103 年申請案送出，卻遭台北業務組退回，理由為備援醫師應為登錄於該診所之專任醫師，但從上開規定，其他診所醫師仍可擔任備援醫師。今天已確認備援醫師可至醫缺地區提供巡迴醫療服務，請台北業務組出席同仁轉知承辦同仁本項規定。

徐代表超群

102 年西醫醫療資源不足地區改善方案，到醫療資源不足地區提供巡迴醫療服務需專任醫師，從明年(103)起才開放給非專任醫師，得以備援方式辦理。這是台北區反應，經全聯會評估確實需要，103 年起修訂的新規定。我們希望仍以診所專任醫師為主，若無專任醫師再請其他診所協助。因本案今天才討論，所以台北業務組處理方式，完全符合相關規定。

陳代表炳榮

該診所 11 月份有一位醫師，就是要申請後補，12 月份申請通過，103 年申請卻未通過，與徐超群代表說明是相反的，若是依 83 頁規定，「西醫基層診所每一巡迴醫事人員之備援人員各以 1 名為限，並以專任人員由優先，若無，得由其他診所支援」，以後就不會出現備援醫師找

不到人的情況。

#### 吳代表國治

會議補充資料第 79 頁「103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案實施鄉鎮增列新竹市香山區」乙節，雖該區醫人比確實大於 2600 人，但香山區有 7 家診所，8 位醫師(不含衛生所)，新竹市幅員小，人口集中地方，離新竹市區很近，較南邊地區接近頭份，就醫便利夠，故建議該方案排除新竹市香山區。

#### 連代表哲震

有關本方案醫療人力資源部分，本項規定應有其背景及防弊措施。在很多醫療資源不足地區，要請醫師去支援是很困難的事情。健保署中區業務組亦請我們派人支援彰化縣偏遠地區，但沒有醫師有意願，公會也想過請一家診所去提供巡迴醫療服務，再請其他診所支援，以提升民眾就醫可近性，卻受限於備援醫師以 1 名為限，建議放寬本項規定，以公會力量，請診所醫師協助，以改善醫療資源不足地區民眾之醫療照護。

#### 徐代表超群

之前的方案也有讓公會參與執行的作業方式，但經檢討，發現公會著力點不大，所以才又改掉。有人提到備援是否只有 1 名，「備援」係指預備原來醫師臨時有事不能去做巡迴醫療，備援醫師因已事先向衛生局及健保署分區業務組完成備援作業，就可直接提供協助巡迴醫療服務，以免措手不及。若專任醫師有事，除可變更巡迴醫療時間，亦可先向居民說明請假時間，而向健保署分區業務組請假，這是常態性作法，若事件緊急，來不及處理，才會啟動備援機制，萬一來不及事先請假，也沒有備援醫師，也可以在事故發生後 24 小時內以電話並

傳真向分區業務組緊急報備休診。另外，若某些地區沒有醫師願意去巡迴醫療，經過半年就可重新公告，讓所有醫療院所皆能申請，包括醫院都可參加，因醫院人力充裕，有很大的意願到該醫缺地區提供巡迴醫療服務，所以不會影響當地居民就醫權益。

主席

綜整各代表的意見有兩個，請醫務管理組說明：

- 一、吳國治代表建議不要將新竹市香山區列為「103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案實施鄉鎮」。
- 二、有關「西醫基層診所每一巡迴醫事人員之備援人員各以 1 名為限…」，建議放寬本項規定。

本署王科長淑華

- 一、新竹市香山區醫人比大於 2600 人，所以本署建議列為「103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」實施區域，原本署 102 年(草案)亦將新竹市香山區列為「西醫醫療資源不足地區」，北區業務組回復該區醫療資源充裕的，爰本署未將其列入，惟 103 年(草案)並未接獲相關訊息，若吳國治代表認為沒有必要列入，本署同意刪除。
- 二、有關「備援醫師」之規定，就是執行巡迴醫療醫師臨時有事請假，就由「備援醫師」去提供醫療服務，但在實際作業過程中發現，有部分診所認為「備援醫師」是 routine 排班做巡迴醫療，其實這是不合理的，所以本署方新增此規定。原則上還是由診所專任醫師執行巡迴醫療，若僅為 1 位醫師之診所，則再請其他診所「備援醫師」協助。

陳代表炳榮

所以 103 年方案「西醫基層診所每一巡迴醫事人員之備援人員各以 1 名為限，並以專任人員由優先，若無，得由其他診所支援」之規定就是以自己診所醫師為主，其他診所「備援醫師」亦可。但台北業務組認為，署本部規定要診所專任醫師方得執行巡迴醫療，且「備援醫師」是登記在同一診所醫師才可以，這樣就與 103 年方案規定完全不同。

本署台北業務組張志銘

陳炳榮代表所提案件，係因該診所聘任 5 位以上專任醫師，承作 3-4 個巡迴點，每個點均派診所專任醫師去做巡迴醫療，但其中有一週是要請外面診所醫師幫忙。

主席

這個問題就是該診所除由專任醫師去做巡迴醫療，其他診所醫師亦列入常規排班。

陳代表炳榮

請從實務面考慮，因會至醫缺地區執行巡迴醫療醫師，應屬年紀較長醫師，若 5 天休息 1 天，除情有可原，亦不超過 4 分之一規定，在鼓勵醫師作巡迴醫療，我想這樣應不過份。倘診所有違法或缺失，我們再檢討。

徐代表超群

一、所謂「備援醫師」就是由診所事先報備一位醫師，節省緊急報備支援的時效性，若診所專任醫師有緊急狀況時隨時可以代理。陳炳榮代表說由其他診所醫師 routine 排班做巡迴醫療，這兩者並不相同，若 routine 排班就不是「備援醫師」，而是在一開始巡

迴醫療醫師申請的問題。另我們南部很多都是年輕具有熱忱的醫師參加巡迴醫療，像我和比我年輕的一些醫師都在執行。我像是很老的醫師嗎？很多醫師可以放下診所的工作去做巡迴醫療，他們是以民眾就醫需求為優先考量，而非爭取診所利益。之前，我們通過由診所專任醫師，及專科醫師來提供服務，是為確保當地民眾就醫品質，由具備熱忱醫師提供服務，而非由集團或想賺錢診所，利用漏洞賺錢。

二、本會會議紀錄均上網公告，若有人為某些財團或診所利益護航，若以後該診所出問題，本會代表可能要小心相關的責任問題。醫療資源不足地區改善方案的精神是要提供當地的民眾一個良好便利的就醫環境，希望我們是本著這樣的精神來制定方案，以民眾就醫權益為最重要考量，而不要考慮個別診所的獲利，這樣才對的起我們的醫學良心。

陳代表炳榮

我瞭解南區徐超群代表的困境，該區為了醫缺問題鬧了很大，大家均按健保署規定做事。醫缺若全由專科醫師提供醫療服務，當然是最好；醫缺就是什麼資源都缺乏，不可能像都會區診所醫師及設備，醫缺地區就要鼓勵，我並未反對，若過度設限，恐會影響醫師前注意願。這是大家需要認真思考的。

李代表昭仁

一、這個問題，在屏東地區已經談過很多年，我想大家都贊同徐超群代表意見，但對於台北區代表的意見，也不會反對，同一計畫應可因地制宜，高屏區根本無法像徐超群代表說的，醫缺巡迴醫療需專任、專科醫師方得提供，若是這樣，屏東縣醫缺地區恐沒有醫師提供巡迴醫療，屏東縣醫師公會也打電話商請診所協助，但

是沒有醫師有願意，最後只好放棄。這個問題，為何徐超群代表會如此在意，係因有一集團在操作，這就是弊端，但我們不能太極端。103年增列「備援醫師」，診所專任醫師臨時有事，由「備援醫師」協助支援，其立意是良善的。

二、本人建議診所醫師可每週於固定時間到醫缺執行巡迴醫療，犧牲奉獻提升民眾就醫可近性。

本署蔡主任秘書淑鈴

西醫基層醫療資源不足地區之分佈相對於中醫、牙醫是較為均勻，資源不足地區亦非無醫區。本方案當初設立精神，希望當地民眾可得到固定醫師長期照護，藉此建立良好醫病關係，這樣亦業同加入之醫師也是對當地民眾有某種承諾存在；我想，徐超群代表就是這種醫師，他一定是對醫缺民眾有某種程度的長期承諾，所以會固定去做巡迴醫療，但當有特殊狀況無法依原訂時間前往時，總不能讓當地民眾得不到醫療照護，如拿慢性病藥品等，故103年增列「備援醫師」之規定，「備援醫師」是在原巡迴醫師臨時無法前往至醫缺地區提供診療時提供備援，但恐有人將備援機制操作成 routine 排班，這樣就喪失成立「備援醫師」的目的。醫師至醫缺地區執行巡迴醫療，每週3次，由診所醫師自行排班，若時間安排有困難，亦可減少巡迴診次，但若決定要去，就須固定時段，這樣長期執行，如同當地有一虛擬診所存在，以彌補西醫基層醫療資源不足地區缺實體診所的感覺。若大家能善用正式「備援」機制，而非集團操作，這樣對民眾才是福音。

主席

本方案業與醫師公會會前討論過，若各位代表無其他意見，就照本署「103年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」（草案）」通過。

**臨時動議「102年西醫基層總額品質保證保留款實施方案」之科別認定案。」與會人員發言摘要**

本署張科長溫溫

有關「102年西醫基層總額品質保證保留款實施方案」未規定診所之所屬科別，建議比照101年及103年方式辦理，文字增列為「診所之所屬科別以102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)。」，以使方案執行作業更完整。

陳代表宗獻

就是虛擬科別認定，同意通過。

主席

本案就按張溫溫科長意見辦理。