

正本

檔 號：0399
保存年限：

114. 3. 31

衛生福利部中央健康保險署 函

420



3

台中市豐原區成功路620號4F

地址：(中區業務組)臺中市西屯區市政北一路66號

聯絡人：甘家宓

聯絡電話：04-22583988 分機：6828

傳真：04-22531219

電子郵件：D110703@nhi.gov.tw

受文者：社團法人臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國114年3月27日

發文字號：健保中字第1148402872號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

機辦意見：

理事長核示

日期：

辦理情形：

主旨：檢送114年3月19日「中區西醫基層總額共管會114年第1次會議紀錄」乙份，請查照。

說明：有關旨揭會議紀錄「參、報告事項」之第二點，其決定內容，略以：114年7月(費用年月)起，本署中區業務組辦理慢性病連續處方箋無後續調劑案件達5%以上者，改支一般診察費案，而排除條件之設定，本署中區業務組建議「改支後應核減點數 ≤ 1000 點者，不予核減」，敬請西醫基層醫療服務審查執行會中區分會函復意見。

正本：中華民國醫師公會全聯會西醫基層醫療服務審查執行會中區分會、臺中市醫師公會、社團法人臺中市大臺中醫師公會、彰化縣醫師公會、南投縣醫師公會、中華民國診所協會全國聯合會、台中市診所協會、臺中市台中都診所協會、臺中市大臺中診所協會、彰化縣診所協會、南投縣西醫診所協會

副本：

署長 石崇良

中區西醫基層總額共管會 114 年第 1 次會議紀錄

時間：114 年 3 月 19 日 13:00

地點：中央健康保險署中區業務組 10 樓第 1 會議室

出席：

臺中市醫師公會：王博正(請假)、葉元宏、羅倫樾、蔡景星(請假)、
施英富、蘇主光、高嘉君、劉茂彬(請假)、高大成、
陳正和、林義龍、曾崇芳、丁鴻志、林煥洲、
林恒立

臺中市大臺中醫師公會：魏重耀(請假)、藍毅生、彭業聰、顏炳煌、
林宜民、陳儀崇、管灶祥(請假)、陳俊宏、
黃致仰、林釗尚(請假)、蔡其洪、陳振昆

彰化縣醫師公會：蔡梓鑫(請假)、廖慶龍(請假)、巫喜得、吳祥富、
林育慶、楊玉隆、賴政光(請假)、孫楨文、林峯文

南投縣醫師公會：蕭志界、張志傑(請假)、周亞中

中區業務組：

陳雪姝、蘇彥秀、陳麗尼、張黛玲、張凱瑛、張紘嘉、徐向慧、
陳映瑄、洪瑜禪、李哲宇、黃金元、林昱

列席：施朝仁代、鄭元凱、李妍禧、傅姿溶、張靜文、劉碧優、
陳詩旻、謝育帆

丁組長增輝

主席：

陳主任委員宏麟

紀錄：甘家宓

壹、主席致詞

貳、上次決議事項追蹤

序號	決議事項追蹤	承辦單位	辦理情形
1	113 年第 3 次共管會報告案：113 年 1 月至 7 月申報之「新型冠狀病毒抗原檢測(14084C)」應上傳檢驗報告結果追蹤案。 113 年第 4 次共管會議決定：有關新型冠狀病毒抗原檢測(14084C/150 點)其試劑若由公費提供是否可申報檢測費用？將請署本部釋疑。	中區業務組	有關公費新型冠狀病毒抗原檢測試劑係疾管署「透過醫療院所提供民眾 COVID-19 家用快篩試劑服務」專案計畫提供，依計畫辦理事項說明此為專案發放之家用快篩試劑，不適用醫療院所使用申報「14084C」 COVID-19 抗原快篩檢測。
2	113 年第 4 次共管會報告案：「2023 年版 ICD-10-CM/PCS」改版作業請於 12 月 31 日前完成案。與會代表詢問：ICD-10-CM/PCS 改版獎勵費是否列入醫療院所的所得收入？將請署本部釋疑。	中區業務組	1. 前已將「2023 年版 ICD-10-CM/PCS」尚未改版名單提供四縣市醫師公會輔導，本組非常感謝中區分會及各公會協助輔導。 2. 1140124 署本部回復：因本案係比照即時查詢方案項下「提升院所智慧化資訊獎勵」。財政部臺北國稅局於 112 年 9 月 28 財北國稅綜所遺贈字第 1120026473 號函，略以，「提升院所智慧化資訊獎勵」，核屬所得稅法第 14 條第 1 項第 10 類之其他所得，應依所得稅法相關規定辦理。 3. 綜上，「2023 年版 ICD-10-CM/PCS 改版預檢獎勵」係屬「提升院

序號	決議事項追蹤	承辦單位	辦理情形
			所智慧化資訊獎勵」項下，爰將列入醫療院所之所得收入。

參、報告事項：

一、114 年度西醫基層總額協定結果及增減項目

(一)西醫基層醫療給付費用總額約 1,750.4 億元(含門診透析)，較 114 年度總額基期成長 5.500%，其中一般服務成長率為 4.267%，專款項目全年經費為 125.9 億元。

(二)一般服務費用異動項目

1. 專款移列一般服務：因應長新冠照護衍生費用、促進醫療服務診療項目支付衡平移列一般服務(共 2 項)。

2. 新增項目：預防保健政策改變產生之服務密集度、代謝症候群及 C 肝照護品質提升衍生之醫療費用、CKD 方案比照 DKD 方案採用 UACR 檢測、因支付衡平性已調整支付標準之項目(共 4 項)。

(三)專款項目異動項目

1. 新增項目：暫時性支付(新藥、新特材)(共 1 項)。

2. 一般服務移列專款：提升國人視力照護品質(共 1 項)。

(四)移出總額：代謝症候群防治計畫、網路頻寬補助費用、癌症治療品質改善計畫、慢性傳染病照護品質計畫(共 4 項)。

二、辦理慢性病連續處方箋無後續調劑案件改支一般診察費

(一)按「全民健康保險醫療辦法」第 14 條第 1 項略以：保險對象罹患慢性病，經診斷須長期使用同一處方藥品治療…，醫師得開給慢性病連續處方箋，及「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第二部西醫第一章基本診療第一節門診診察費，基層院所門診診察費依醫師每日看診人次，自行或交付調劑連續 2 次以上且每次給藥 28 天以上之慢性病連續處方箋，支付 280~561 點數不等。(表 1)

- (二)中區西基自 96 年前即已針對慢箋未再調劑管理訂有隨機審查管理，管理至今未再調劑比率逐年下降，從 103 年 10.8%、108 年 5.3%、113 年已下降至 4.6%，但仍有非適當開立慢連箋情事，單一診所件數最高約 200 件/月，未達到支付標準給付之目的。
- (三)本組訂於費用年月 114 年 7 月起，針對開立慢連箋後續未調劑之案件，將慢箋診察費改支為一般診察費，另考量藥局晚申報、補報、調劑時程等，將於開立慢箋 8 個月後執行勾稽改支作業(排除診所未調劑案件占率未達 5%者、不予支付指標已核扣點數)，例如 114 年 7 月開立慢性病連續處方箋，將於 115 年 4 月啟動勾稽作業，若比對不到後續調劑事實，則改支為一般診察費。以 113 年 6 月為例將有 480 家 4,645 件符合上述條件須進行改支，其中 70%診所改支件數小於 10 件，核減點數小於 2,000 點，而單家院所最高核減約 3 萬餘點。
- (四)費用年月 114 年 4 至 6 月為輔導期，由本組提供未調劑病人名單供院所參考，以利院所逐步調整病人開立慢連箋或輔導病患遵醫囑用藥等。

表 1、基層院所門診診察費分布

醫師每日看診人次	未開處方/ 處方由本院自行調劑/處方交付特約藥局調劑	自行調劑 慢性病連續處方 A1	交付調劑 慢性病連續處方 B1	自行調劑 連續 2 次以上且每次給藥 28 天以上之慢連箋 A2	交付調劑 連續 2 次以上且每次給藥 28 天以上之慢連箋 B2	一般與慢性病連續處方診察費差值 A2-A1 or B2-B1
第 1 階：1-30	364	362	387	536	561	174
第 2 階：31-40	250	351	376			185
第 3 階：41-60	220	250	275	450	475	200
第 4 階：61-80	160	190	215	390	415	200
第 5 階：81-150	70	120	145	320	345	200
第 6 階：151 以上	50	80	105	280	305	200

決定：有關 114 年 7 月(費用年月)起，本組辦理慢性病連續處方箋無後續調劑案件達 5%以上者，改支一般診察費案，而排除條件之

設定，本組建議「改支後應核減點數 ≤ 1000 點者，不予核減」，本建議將函請中區分會提供意見。

三、辦理 113 年度全民健康保險基層診所照護獎勵方案

(一)獎勵對象：有調升任一人員薪資之西醫基層診所

1. 診所資格：全民健康保險(以下稱本保險)特約西醫基層診所。
2. 調薪幅度之認定標準：依衛生福利部公告 113 年度「全民健康保險投保金額分級表」，診所任一人員 113 年任一月份投保金額須較 112 年 12 月薪資調升幅度增加一投保等級，或診所人員均已達本保險最高投保金額。
3. 診所聘用之護理人員調薪幅度若已符合 113 年度全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案，不得與本方案重複獎勵，且該診所護理人員不列入前述人員計算。

(二)獎勵方式：依該診所 113 年 7-12 月申報 1 至 30 人次門診診察費之案件計算加成獎勵，一般地區每件加成 2.5%，偏遠地區每件加成 5.0%。

(三)調薪事宜：應於 114 年 2 月 28 日前向本保險保險人各分區業務組辦理投保金額調整事宜。

(四)核發方式：依案件數計算加成點數，於 114 年 3 月底前核發。

(五)本組已將方案內容特製「三分鐘快速瞭解懶人包」並 114 年 2 月 7 日轉知各醫師公會協助，另不符合名單已於同年月 19 日放置健保資訊網服務系統(VPN)院所交換區。各縣市符合及不符合家數、占率分布如表 2(資料擷取日期：114 年 3 月 7 日)。

表 2、113 年度全民健康保險基層診所照護獎勵方案之各縣市家數分布

縣市	符合				不符合				小計	占率	家數總計
	家數	已追溯申報調薪	小計	占率	調薪非 113 年	無貴診所調薪資料	已歇業診所				
臺中市	632	26	658	75.5%	16	194	4	214	24.5%		872
大臺中	498	34	532	75.5%	23	148	2	173	24.5%		705
彰化縣	336	28	364	72.9%	11	123	1	135	27.1%		499

縣市	符合				不符合				家數 總計	
	已追溯 申報調 薪 家數	小計	占率	調薪 非 113 年	無貴診 所調薪 資料	已歇 業診所	小 計	占率		
南投縣	138	19	157	70.7%	5	58	2	65	29.3%	222
中區	1,604	107	1,711	74.5%	55	523	9	587	25.5%	2,298

資料擷取日期：114 年 3 月 7 日

四、中區西醫基層重複用藥管理方案 113 年第 3 季追蹤

- (一)113 年第 3 季本轄區診所重複用藥有 2,331 家、165 萬餘點(比疫情前 108Q3 成長 54.8%)，重複用藥點數占率 0.18%高於全署 0.17%及中區醫院 0.12%；各縣市中以臺中市重複用藥點數 55 萬餘點(占率 0.19%)最高(表 3)。
- (二)依方案重複點數大於 1,000 點逕予核減計 456 家診所、135 萬餘點。另本組於 114 年 2 月 27 日函請重複用藥點數 1 萬點以上診所限期改善(共計 10 家)，將追蹤 114 年第 2 季情形，如仍未改善將依相關規定處以違約記點一點。
- (三)診所可至「VPN/保險對象管理」查詢「重複用藥輔導報表」供改善參考，並請善用健保雲端系統跨院重複開立醫囑主動提示功能(API)，避免重複用藥，以撙節醫療資源。

表 3、113 年第 3 季中區西醫基層各縣市重複用藥方案核扣情形

縣市別	113Q3				113Q3 較 112Q3	
	重複用藥 點數	重複用藥 點數占率 %	重複用藥 家數	核扣 家數	重複用藥 增加點數	增加核 扣家數
臺中市	553,116	0.19	873	148	13,249	-7
大臺中	549,704	0.18	730	149	130,906	-12
彰化縣	382,807	0.19	497	107	25,644	3
南投縣	165,599	0.17	235	52	14,473	3
中區	1,651,226	0.18	2,331	456	184,272	-13

註：重複用藥增加點數=113Q3 重複用藥點數-112Q3 重複用藥點數。

決定：重複用藥點數 1 萬點以上，經發函通知限期改善之院所，請費用承辦人同步電話提醒院所改善。

五、114 年家醫計畫第二次修訂會議摘要

- (一)訂定家醫 1.0 醫療群之落日條款案，為達三高防治 888 政策目標，整合並提升各項慢性病的醫療照護品質，爰家醫 1.0 將於 115 年起退場，屆時將配合修訂 115 年計畫內容。
- (二)家醫 2.0 收案會員中具 2 種以上特定疾病個案 (DM、CKD、風險達非常高之 ASCVD)達定期追蹤照護者個案管理費調升為 350 元/年，並新增 DM 病人胰島素注射獎勵。
- (三)依個案之疾病類型(風險等級、控制良好之檢驗項目數)，給予相對應之整合照護提升費。
- (四)指標「糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率」改以控制良好或進步之「人數占率」作為得分閾值。
- (五)配合國健署修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，修訂 3 項預防保健指標之計算年齡區間，另成人預防保健檢查率排除 P4P-DM/CKD/DKD 或代謝計畫收案個案。
- (六)新增「生活習慣自評獎勵費」，按診所內三高病人完成生活習慣自評個案數，給予獎勵。
- (七)新增「居家失能個案家庭醫師照護方案之照顧個案開立長期照護醫師意見書」、「醫師到宅開立居家安寧個案之死亡診斷」作為自選指標，並將 ACAH 計畫服務人數納入「提供居整計畫或安寧居家」指標之計算範圍。
- (八)DM/CKD 教育訓練須納入高血壓及心血管疾病防治內容。

六、113 年第 4 季檢驗醫令(含生化、血液及尿液檢查)追蹤改善結果

- (一)為 113 年第 2 季中區西基以診療費成長貢獻最高(占總增加點數 77.2%)，貢獻度最高為生化檢驗(占診療費增加點數 17.2%)，另在專業審查上常見有檢驗不符常規、過於頻繁、套裝檢驗等不合理情形。
- (二)為了解費用合理性，本組前於 113 年第 3 次共管會議，針對 113 年 1 至 6 月檢驗醫令(包含生化、血液及尿液檢查)指標極端值診

所共計 69 家，請各分科協助輔導改善，並回饋資料供診所檢視。

(三) 追蹤 113 年第 4 季，檢驗執行指標已有改善，本組感謝分科協助輔導，追蹤 69 家診所，尚餘 17 家未改善。另新增 11 家，將回饋資料供院所改善，並轉請分科委員輔導管理，本組每季持續監測(表 4)。

(四) 針對上述未改善院所，本組已於 114 年 2 月 18、19 日與家醫科及內科分科委員討論後續管理方式，家醫科將於 3 月底前邀請未改善院所至本組逐家會談輔導改善、內科將辦理論人回溯審查。

表 4、113 年第 4 季中區西基檢驗醫令耗用院所數分布

指標 1-每人平均檢驗費用			指標 2-每人平均檢驗醫令量			指標 3-人數執行率大於 70%項目數			管理輔導
級距	家數	累計家數占率	級距	家數	累計家數占率	級距	家數	累計家數占率	
0-500	178	21.37%	0-5	228	27.37%	0-3	472	56.66%	
500-1000	607	94.24%	5-10	576	96.52%	4-6	205	81.27%	
1000-1500	45	99.64%	10-15	29	100.0%	7-9	128	96.64%	
1500-2000	3	100.0%	15-20	0		10-12	22	99.28%	Y
>2000	0		>20	0		13-19	6	100.0%	Y
總計	833		總計	833		總計	833		

(一) 註 1：統計範圍：11310-11312 月生化、血液及尿液檢查費用(排除 E1、代辦案件)

(二) 註 2：指標 1-每人平均檢驗費用=總檢驗費用/總檢驗人數

指標 2-每人平均執行醫令總量=總檢驗醫令量/總檢驗人數

指標 3-人數執行率大於 70%項目數：

統計各醫令人數執行率=該醫令檢驗人數/總檢驗人數

(三) 計算人數執行率大於 70%之醫令項目數

七、復健科 113 年第 4 季複雜醫令占率較高及治療相對值較高診所追蹤結果

(一) 追蹤 113 年 Q4 複雜醫令占率共 15 家診所，經輔導後全數複雜醫令占率皆較輔導前下降，僅 1 家語言複雜占率仍高於 70%，另新增 3 家診所，將回饋資料供院所改善，並轉請分科委員輔導管理。(表 5)。

(二) 追蹤 113 年 Q4 復健治療相對值共 14 家診所，經輔導後仍有 9 家

診所相對值仍大於 45，另新增 2 家診所，轉請分科輔導管理(表 6)。

(三)本次追蹤未改善診所，本組已於 114 年 2 月 20 日與復健科分科委員討論後續管理方式，將辦理回溯審查，並於 3 月底前邀請未改善診所與復健科分科委員於中區業務組共同會談，制定改善措施。

(四)上述會議並決議針對申報複雜治療項目加強管理，複雜治療於支付標準已有明訂適應症診斷碼，惟查部分診所申報不符適應症，本組將於 114 年 4 月底前回饋院所未符合規定之明細資料，並請分科委員協助輔導正確申報，自 114 年 7 月(費用年月)起針對不符支付標準適應症之複雜治療案件將逕予改支為中度治療費用。

表 5、113 年 Q4 復健科複雜醫令占率追蹤

「複雜」 醫令量占率	語言		職能		輔導管理
	家數	累計家數占率	家數	累計家數占率	
0-50%	32	58.2%	76	92.7%	
50-69%	19	92.7%	5	98.8%	
70-79%	3	98.2%			Y
80-89%	1	100.0%			Y
90-97.5%			1	100.0%	Y
總計	32	58.2%	76	92.7%	

表 6、113 年 Q4 復健科復健治療相對值追蹤

平均每人日相對值	語言		職能		輔導管理
	家數	累計家數占率	家數	累計家數占率	
2-15	7	12.7%	18	22.0%	
16-30	18	41.8%	35	64.6%	
31-45	22	76.4%	24	93.9%	
46-60	6	89.1%	4	98.8%	Y
61-75	2	94.5%			Y
76-90		100.0%	1	100.0%	Y
總計	55		82		

八、代謝症候群防治計畫目前計畫修訂內容及收案狀況

(一)代謝症候群防治計畫自 114 年起納入國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，最新計畫可至本署全球資訊網/健保服務/行政協助業務/預防保健/醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項下載參閱，本次修正重點摘要如下：

1. 收案年齡調整為 20 至 69 歲。
2. 每一診所收案人數上限修改為 600 名。
3. 排除收案對象增列「初期慢性腎臟病收案者」，及刪除符合代謝症候群指標任三項之「已使用藥物治療」條件。
4. 申報方式：案件分類由「09：西醫其他專案」改為「A3：預防保健」，並應填部分負擔代號「009：其他規定免部分負擔者」、就醫序號「MSPT：代謝症候群防治計畫之個案收案、追蹤及年度評估」。

(二)中區 113 年代謝症候群收案情形

本組申報診所共 415 家(佔全署 20.3%)、醫師 681 人(佔全署 19.5%)，照護人數 53,143 人(佔全署 20.2%)，其中申報診所數、醫師數以臺中市最多，照護人數以大臺中最多，平均每家診所照護人數則以南投縣為最多，詳如表 7。

表 7、代謝症候群防治計畫 113 年執行情形

縣市別	申報院所數	申報醫師數	照護人數	平均每家 照護人數
臺中市	136	245	16,790	123
大臺中	135	232	16,817	125
彰化縣	90	135	12,141	135
南投縣	54	82	7,410	137
中區總計	415	681	53,143	128
全署	2,048	3,486	263,625	129
全署佔率	20.3%	19.5%	20.2%	-

註：各縣市加總可能因人員重複不等於總計

九、全民健康保險在宅急症照護試辦計畫執行概況

(一)114 年計畫修訂重點

本計畫於 114 年 2 月 3 日公告，修訂內容重點摘要詳如表 8。

表 8、113 年及 114 年計畫修訂重點比較

項次	項目	113 年	114 年
1	教育訓練	每年繼續教育訓練 4 小時	刪除此項
2	團隊成員	醫師、護理人員、藥師、呼吸治療師	得視需求加入醫事檢驗師、醫事放射師、營養師或其他醫事人員；是類人員得免接受本計畫所訂之教育訓練
3	計畫申請期限	計畫公告後一個月內提出申請	刪除一個月內提出申請之限制
4	收案對象新增	無 PAC 個案	新增「全民健康保險急性後期整合照護計畫」居家模式且失能(巴氏量表小於 60 分)
5	醫師訪視	於收案 3 天內完成實地訪視	於收案 3 天內及結案當天各完成 1 次實地訪視
6	回饋獎勵金	--	經專業審查不符本計畫收案適應症或收案條件者不給付
7	醫療費用審查	--	新增專案審查條件： 1. 收案人數高於同儕之特約醫事服務機構 2. 收案經審核不符收案適應症或收案條件者，不支付費用
8	目標及上限天數修訂	肺炎： 目標 9 天、上限 14 天 軟組織感染： 目標 6 天，上限 8 天	肺炎： 目標 10 天、上限 14 天 軟組織感染： 目標 7 天，上限 9 天

(二)114 年院所續辦、計畫公告及申請

本年度中區業務組可執行總案件量共 2,062 件，考量 113 年參與院所照護個案之延續性，經本組調查共 42 個團隊同意於 114 年續辦，參與院所計 253 家，其中西醫基層診所 107 家，詳如表 9。本組於 114 年 2 月 11 日完成西醫基層續辦院所之案件量核定，並通知轄內院所可成立新團隊、申請參加計畫，輔導院所辦理計畫申請事宜。

表 9、114 年續辦院所參與家數

特約類別	台中市	大台中	彰化縣	南投縣	合計
醫學中心	3	0	1	0	4
區域醫院	4	8	3	2	17
地區醫院	2	4	12	4	22
基層診所	31	50	23	3	107
藥局	3	0	0	0	3
居家護理所	29	33	28	7	97
居家呼吸照護所	1	2	0	0	3
合計	73	97	67	16	253

(三)114 年院所收案情形

統計截至 114 年 2 月 17 日止，中區總收案數 106 件(105 人)，其中收案來源以急診件數最多(43 件，40%)，以層級別而言，收案件數最多者為地區醫院(40%)，區域醫院次之(31%)，其餘基層診所及醫學中心分別占 20%及 9%，詳如表 10；適應症部分，以尿路感染收案件數最多，占總收案件數 59%，其次為肺炎(34%)，最後為軟組織感染(7%)，詳如表 11。

表 10、114 年在宅急症照護計畫各層級別收案來源分佈

收案來源	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所	合計
居整計畫	0	0	8	12	20(19%)
一般居家	0	0	0	0	0(0%)
居家安寧	1	0	0	0	1(1%)
機構住民	0	21	14	7	42(40%)
呼吸器依賴 患者	0	0	0	0	0(0%)
急診	9	12	20	2	43(40%)
合計	10(9%)	33(31%)	42(40%)	21(20%)	106(100%)

表 11、114 年在宅急症照護計畫各層級別及適應症收案人數

特約類別	肺炎	尿路感染	軟組織感染	合計
醫學中心	4	6	0	10(9%)
區域醫院	6	25	2	33(31%)
地區醫院	17	23	2	42(40%)
基層診所	9	9	3	21(20%)
合計	36(34%)	63(59%)	7(7%)	106(100%)

(四)113 年在宅急症照護計畫執行情形

本組 113 年度共核定 45 個在宅急症照護團隊，參與院所計 257 家。統計截至 113 年 12 月 31 日止，中區總收案數 313 件(294 人)，其中地區醫院收案件數最多(54%)，區域醫院次之(23%)，其餘基層診所及醫學中心分別占 15%及 8%；適應症部分，以尿路感染收案件數最多，占總收案件數 60%，其次為肺炎(31%)，最後為軟組織感染(9%)，詳如表 12。

表 12、113 年在宅急症照護計畫各層級別及適應症收案件數

特約類別	肺炎	尿路感染	軟組織感染	合計
醫學中心	12	11	3	26(8%)
區域醫院	15	49	7	71(23%)
地區醫院	53	104	12	169(54%)
基層診所	17	25	5	47(15%)
合計	97(31%)	189(60%)	27(9%)	313(100%)

十、各分科管理會議調整至中區業務組召開

目前各分科管理會議運作方式不一，為促進本組與各科專業管理意見交流，提升管理效能，建請各分科管理會議統一調整至中區業務組召開，以建立專業諮詢機制，促進管理決策精準與效率。

十一、啟動異常院所輔導會議，必要時實地訪視

針對部分院所經多次審查或輔導，仍未配合改善，且審查意見上亦建議啟動實地訪視等意見。為強化管理效能，本年度將篩選各科異常樣態，啟動院所或分科輔導會議，並視需要辦理實地訪視，屆時請各分科派員參與，共同管理醫療資源不當耗用。

十二、跨總額醫師費用折付不適用地區與例外狀況

- (一) 為管理院前診所及落實分級醫療，113 年第 5 次給付項目及支付標準共同擬訂會議決議通過，114 年起將針對跨總額醫師(執登於醫院至西醫基層診所支援)申報醫療費用超過 10 萬點部分以 75%」計算，惟醫療費用小於 10 萬點(含)不在此限。
- (二) 不適用地區除山地離島、醫不足及醫缺地區之診所外，其餘不適用地區或科別由本署各分區業務組共管會議認定。
- (三) 本組建議中區業務組轄下衛生所排除認列，其餘須排除認列者，由中區分會提出相關名單並於共管會決議認列。

決定：本組所轄各縣市衛生所認列為跨總額醫師費用折付不適用地區，若有其他建議個案，請另提共管會認定。

十三、「114 年度西醫醫療資源不足地區改善方案」尚有 3 個鄉鎮，無院所申請，請鼓勵會員提出申請

- (一)本組轄區計有 15 個鄉鎮(區)公告為基層診所承作之西醫醫療資源不足地區，截至 114 年 2 月 27 日(公告日起 15 個工作日內)已有 14 家診所提出申辦，共涵蓋 12 個鄉鎮(區)。
- (二)彰化縣社頭鄉及福興鄉、南投縣國姓鄉目前尚無診所承作，請鼓勵會員提出申請。

十四、基層 HIS 轉型方案

- (一)【基層醫療院所資訊服務系統雲端轉型補助計畫】主要補助資服廠商輔導基層院所導入雲端 HIS，推動雲端轉型，強化醫療基礎建設數位韌性。
- (二)署本部於 114 年 2 月 19 日召開徵案宣導說明會，現場由委辦廠商「中華民國資訊軟體協會」說明本計畫申請系統廠商資格、應備資料與審查原則等。
- (三)雲端轉型服務補助範疇內容如下：HIS 核心功能(健保卡資料上傳、費用申報)、線上預約功能、通訊診療、視訊服務、電子處方籤、虛擬健保卡、健保醫療資訊雲端查詢系統、電子病歷、健保卡專屬讀卡機汰換為一般型讀卡機、WEB API 政策及最新版讀卡機控制軟體。
- (四)補助計畫期程自遴選結果公告日起至 114 年 11 月 17 日止，對象為醫院以外之全民健康保險特約醫療機構及藥局，符合相關規定者補助金額從 3 萬 5,000 元至 10 萬元整。

十五、113 年度本組接獲之申訴案件常見態樣如下，請協助宣導改善

- (一)健保已有給付項目卻另收自費：請宣導院所健保已有給付項目，勿另立名目重複向民眾收取費用；自費項目(非健保給付項目)請詳加說明取得共識與自費同意書。
- (二)未開給收據、欠卡未依規定給予補卡退費：保險對象未帶健保卡自費就醫，且於就醫日起 10 日內持健保卡至診所退費，診所告

知已申報不予退還押金。為減少保險對象疲於奔波，減少民怨，請宣導診所配合辦理。

(三)健康存摺收載疑義：上傳內容與事實不符或因尚未上傳致未能查詢。請依規定上傳就醫資料，疾病診斷、處置內容，並如實登載，也可避免民眾之疑慮。

決定：委員建議因病人補卡而進行補報之案件得免除立意抽審，本組另行研議其可行性。

十六、西醫基層總額點值 113 年第 3 季結算及第 4 季預估報告

(一)113 年第 3 季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值

分區別	浮動點值	平均點值	排名
台北	0.81828621	0.86801326	6
北區	0.83521036	0.88916161	5
中區	0.87395352	0.91116857	4
南區	0.90876678	0.93895349	2
高屏	0.89730648	0.92860628	3
東區	1.05725766	1.03819867	1
全署	0.86356841	0.90157980	

(二)113 年第 4 季點值預估之各分區一般服務浮動及平均點值

分區別	浮動點值	平均點值	排名
台北	0.84511824	0.88507637	6
北區	0.89225007	0.92237657	5
中區	0.90190745	0.92991186	4
南區	0.94726523	0.96253574	2
高屏	0.93136391	0.95045421	3
東區	1.06571248	1.04232127	1
全署	0.89212851	0.92285794	

十七、西醫基層總額醫療費用申報概況報告

肆、散會(14：35)