

西醫基層總額臺北分區 103 年第 3 次共管會議紀錄

時間：103 年 9 月 19 日（星期五）中午 12 時 30 分

地點：健保署臺北業務組壽德大樓 9 樓第 1 會議室（台北市許昌街 17 號 9 樓）

主席：張主任委員嘉訓、沈組長茂庭

紀錄：黃湘婷

出席單位及人員：

一、 共管會議委員

（一） 臺北區委員會

王委員三郎、石委員賢彥、吳委員梅壽、呂委員英世、李委員光雄、林委員華貞、施委員肇榮、馬委員大勳（請假）、張委員甫行、張委員孟源、張副主任委員志華（請假）、陳委員建良、彭副主任委員瑞鵬、黃委員振國、黃副主任委員宗炎（請假）、趙委員堅（請假）、劉委員家正、潘副主任委員仁修、蔡委員有成（請假）、賴副主任委員明隆、謝委員坤川、顏委員鴻順

（二） 健保署臺北業務組

林副組長淑華、楊專門委員錦豐、陳專門委員玉敏（請假）、張科長照敏、陳科長蕙玲、吳科長科屏、劉複核視察秋珍、賴複核視察香蓮、王複核視察雲祿、余複核視察正美、周複核視察秀、王視察珮琪

（三） 列席單位及人員

醫療費用二科	陳專員佳叻、范專員貴惠、溫牡珍、陳懿娟、陳怡蓓、楊筑晴、黃湘婷
醫療費用四科	莊春燕
醫務管理科	何季儒
臺北分會	周慶明、廖婉吟、何怡璇
台北市醫師公會	王惠怡
新北市醫師公會	林震洋

報告事項

第一案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：103年第2次共管會議決議事項辦理情形。

說明：

案號	案由	決議(結論)事項	辦理情形
報告事項 第三案	為確保民眾用藥安全，提升民眾用藥品質，請協助轉知院所加強管理三高(高血壓、高血脂、高血糖)藥品之同院所同藥理用藥日數重疊情形	請各醫師公會協助轉知院所，加強管理三高用藥，避免用藥日數重疊。	臺北分會業於103年8月29日以臺北健基字第1030000167號函請各醫師公會協助轉知院所。
報告事項 第四案	有關本署公告增訂全民健康保險西醫基層總額部門檔案分析審查不予支付指標計6項(如附件)，並自103年7月(費用年月)起實施案，請協助轉知會員知照。	請各縣市醫師公會協助轉知會員配合辦理。	臺北分會業於103年8月29日以臺北健基字第1030000168號函請各醫師公會協助轉知院所。
報告事項 第六案	「102年使用singulair、鼻噴劑、中長效氣喘吸入劑合計藥費金額超過100萬診所」之立意抽審量案	依病患歸戶102年上開藥品藥費，篩選藥費最高之病患(約500件)進行立意審查。	臺北業務組已依會議決議，於103年7月30日發函抽審。
臨時報告 第二案	ICD-10-CM/PCS臨床分類預計於104年實施，請各醫師公會協助轉知會員，及早完成改版，以期上線。	請各醫師公會協助轉知會員及早因應。	臺北分會業於103年7月21日以臺北健基字第1030000090號函請各縣市醫師公會協助轉知會員。

案號	案由	決議(結論)事項	辦理情形
臨時報告 第三案	為保護個人資料暨響應 節能減碳政策，珍惜地球 有限資源，請協助轉知院 所自行至健保資訊網服 務系統(VPN)查詢及下載 「門診醫療費用抽樣暨 程序審查調閱清單」	請各醫師公會協 助轉知會員及早 因應	臺北分會業於 103 年 8 月 29 日以臺北健基字 第 1030000169 號函請 各醫師公會協助轉知 院所。

第二案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：西醫基層總額執行概況。

說明：請參閱會議資料。

結論：洽悉。

第三案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：健保雲端藥歷系統-西醫基層。

說明：請參閱會議資料。

結論：請各公會協助宣導會員查詢雲端藥歷，以增進用藥安全。

第四案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：有關「全民健康保險醫療費用總額其他預算項目—鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」（詳附件 1），診所及藥局自 103 年 7 月 1 日起納入適用對象案之辦理情形。

說明：

- 一、本署 103 年 7 月 14 日健保醫字第 1030008034 號公告辦理。
- 二、本方案係為鼓勵特約醫事服務機構提升網路頻寬，以利即

時、迅速查詢病患於不同醫事機構間之醫療資訊，供處方參考，確保保險對象就醫安全以及提升醫療服務審查效率。本方案重要內容摘錄如下：

- (一) 支付方式：依特約醫事服務機構申辦時間各自核計適用之季別指標達成率，按季結算應支付之權重金額後，按年支付。
- (二) 支付上限：依保險人與中華電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限，基層診所企業型光纖2M月租費7,436元。
- (三) 核付指標：以下4項指標權重均為50%，意即只要其中2項指標達成即可100%核付。
 1. 門診病人健保雲端藥歷系統查詢率。
 2. 特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率。
 3. 門診抽審案件數位審查。
 4. 健保卡登錄處方及上傳作業正確率。

三、本業務組已於103年7月30日以電子公告及本署健保資訊網服務系統(VPN)電子資料交換區轉知本業務組轄區醫事服務機構，並於7月31日函請轄區分會及各醫師公會協助轉知會員。

四、為利轄區院所了解本方案內容，鼓勵院所踴躍參與，本業務組於8月21~28日假臺北、基隆、宜蘭辦理4場次西醫基層診所暨藥局說明會，併同宣導「雲端藥歷系統」暨「推動ICD-10-CM/PCS改版」，說明會影音檔案已建置於本署全球資訊網 (<http://www.nhi.gov.tw>) / 資料下載/ 表單下載/ 臺北業務組專屬表單/ 醫療區。

五、截至103年9月9日，本業務組轄區西醫基層院所僅申辦15家。

結論：請各公會鼓勵會員踴躍申辦。

第五案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：請轉知轄區院所，為確保民眾用藥安全，應請加強管理 11 類藥品（降血壓藥物、降血脂藥物、降血糖藥物、抗生素藥物、

罕病藥物、標靶藥物、血友病藥物、ZOLPIDEM 藥物、抗思覺失調藥物、抗憂鬱症藥物、安眠鎮靜藥物），避免同院所門診同藥理用藥日數重疊情形。

說明：

- 一、依本署103年8月27日健保醫字第1030036060號函辦理。
- 二、為確保民眾用藥安全，提升民眾用藥品質，旨揭11類藥品之同院所門診同藥理用藥日數重疊情形，本署將陸續於103年9月至12月挑選部分藥品項目，公佈用藥日數重疊率異常之院所名單。
- 三、另為利各院所進行自我管理，旨揭11類藥品之同院所門診同藥理用藥日數重疊率指標已建置於本署健保資訊網（VPN）服務系統之「院所醫療服務指標查詢」平台中（指標編號：1710-1712、1716-1720、1726-1728），各院所可於每月月底查詢往前3個月之資料（例如：103年4月底可查詢103年1月資料）。
- 四、本案業已電子公告及本署健保資訊網服務系統(VPN)電子資料交換區轉知本業務組轄區西醫基層院所，並請分會及各醫師公會協助轉知會員配合辦理。

結論：請各公會協助轉知會員上 VPN 查詢。

第六案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：有關「非復健科（申報科別）申報復健治療之樣本案件占總抽審件數>50%者改分送復健科審查案」，將回歸院所原申報之就醫科別審查。

說明：

- 一、前依西醫基層總額臺北分區100年第1次共管會議決議，自100年4月份（費用年月）起，將非復健科（申報科別）申報復健治療樣本案件占總抽審件數>70%院所，改分送復健科審查；

次於101年第2次共管會議決議，自101年6月（費用年月）起，修訂改分送復健科審查條件為「非復健科（申報科別）申報復健治療之樣本案件占總抽審件數>50%之院所」。

二、統計102年7月至103年1月份（費用年月）期間，上述非復健科（申報科別）申報復健治療之樣本案件改送復健科審查之院所家數每月平均約15家，點數核減率約11.2%；復健科（申報科別）審查之院所家數每月平均約33家，點數核減率約4.56%。

三、依『全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準』復健治療通則規定略以，未設復健科之醫療院所，如具其他與復健相關之專科醫師與復健治療專業人員及設備並有能力實施者，得向保險人提出申請，經核可後依基層院所類別申報；又依「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」（XML檔案格式）規定，就醫科別欄位係填寫保險對象實際就醫科別。

四、為符合作業規範，自103年8月份（費用年月）起，非復健科（申報科別）申報復健治療之樣本案件回歸院所原申報之就醫科別審查。另請加強專業審查共識，必要時，審查案件中有復健處方者，交由復健科專科會審。

結論：自103年9月份（費用年月）起，非復健科（申報科別）符合下列任一條件者，應送復健科會審：

1. 復健醫令點數 \geq 100萬點，或
2. 復健醫令點數50萬點~100萬點且復健治療之樣本案件占總抽審件數>50%。

第七案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：有關西醫基層總額臺北分會醫療服務審查勞務委託實地查檢作業案。

說明：

- 一、依「衛生署福利部中央健康保險署103年西醫基層醫療服務審查勞務委託契約」第九條第一款明訂，廠商在履約期間，應對履約品質依照契約之有關規範，嚴格控制履約品質，同時辦理自主檢查，並接受機關不定期訪查。
- 二、為瞭解臺北分會醫療服務審查勞務委託辦理情形，本業務組將於本(103)年10月份派員前往實地訪查，請臺北分會就該契約內容先行辦理自主查檢，以利訪查作業進行。

結論：洽悉。

第八案

報告單位：臺北業務組醫療費用四科

案由：修訂「全民健康保險重大傷病證明申請書暨慢性腎衰竭需定期透析治療患者申請附表網路批次上傳檔案格式」，並自104年1月1日起實施，敬請配合辦理。

說明：

- 一、本署103年8月14日健保醫字第1030033749號公告修訂「全民健康保險重大傷病證明申請書暨慢性腎衰竭需定期透析治療患者申請附表網路批次上傳檔案」格式，本組並於103年8月27日以電子公告轉知各診所在案。
- 二、本次網路批次上傳格式修正包含更改上傳格式為XML格式、主診斷代碼欄位長度增加、新增開立診斷書日期及呼吸器開始日期等欄位。
- 三、請貴診所以網路傳輸方式代辦重大傷病申請作業，以提高醫療服務品質。

結論：洽悉。

第九案

報告單位：臺北業務組醫務管理科

案由：有關103年8月13日公告「健保卡讀卡機控制軟體」3.3版改版提供醫療相關訊息，配合ICD-10-CM/PCS全面實施之日起生效，請分會協助轉知會員。

說明：

- 一、本次改版主要是配合實施ICD-10-CM/PCS，健保卡內有關重大傷病代碼、主要診斷碼及次要診斷碼改為ICD-10-CM押碼格式存放(詳版更說明如附件1)。
- 二、健保卡取號就醫序號之提醒機制修改為按不同年齡層訂定不同次數之提醒。
 - (一) 原健保卡取號就醫序號 ≥ 20 次之提醒機制，改為依不同年齡層訂定不同之就醫次數提醒。有任一項重大傷病註記者、18歲(含)以下者均免予提醒。
 - (二) >18 歲 <65 歲者30次(含)以上， ≥ 65 歲者40次(含)以上予以提醒。
 - (三) 對於就醫次數 ≥ 90 次者提示訊息顯示為紅色字體。
- 三、新增：控制軟體ICD-10-CM專屬功能測試版，測試版效期自公告日起至103年12月31日止。
- 四、相關檔案及文件請至衛生福利部中央健康保險署全球資訊網(<http://www.nhi.gov.tw>)「主題專區/健保卡/健保卡資料下載區」下載。

結論：洽悉。

第十案

報告單位：臺北業務組醫療費用三科

案由：有關保險對象就醫，因故未能及時繳驗健保卡，事後辦理退費案，請分會協助轉知會員。

說明：

- 一、依全民健康保險醫療辦法(102年1月1日施行)第4條規定，保險對象就醫，因故未能及時繳驗健保卡或身分證件者，保險醫事服務機構應先行提供醫療服務，收取保險醫療費用，並開給符合醫療法施行細則規定之收據；保險對象於就醫之日起十日內（不含例假日）或出院前補送應繳驗之文件時，保險醫事服務機構應將所收保險醫療費用扣除保險對象應自行負擔之費用後退還。
- 二、惟本組於辦理保險對象自墊醫療費用核退申請案，發現有保險對象於就醫10日內即向本署申請退費，原因為仍有部分院所於收據或宣導單張上註明7日內回原院所退費之字樣，造成爭議案件產生(如差額負擔、爭審會糾正…等)。另偶有保險對象月底自費就醫，10日內回原院所退費，惟院所以已關帳為由，請其至本署核退，致民眾二地奔波之情事。
- 三、為避免爭議事件及維護民眾權益，請分會協助轉知會員，加強宣導及配合事項如下：
 - (一)全民健康保險醫療辦法已修正為就醫之日起10日內(不含例假日)補送應繳驗之文件，得洽醫療院所退費，爰請配合修正收據或章戳文字。
 - (二)為配合簡政便民政策，如保險對象於就醫日之當月底前(或未申報費用前)，於行政作業範圍內，儘可能讓保險對象回院所補證退費(不侷限10日內規定)。
 - (三)卡片不良(表面正常，晶片異常)而無法正常使用健保卡掛號時，請以異常代碼代替健保卡之就醫序號，進行掛號作業、上傳及申報費用。

- (四) 於申請健保卡期間(新加保、換補發卡)，首次加保未領卡者，得檢具1個月內投保單位申報表(影本)，換補發卡者出示14天內換補卡繳納工本費之證明(如請領健保卡之收執聯)及身分證明文件以健保身分就醫。醫療院所就醫序號以特定代碼「C001」申報。
- (五) 新生兒出生60日內得以父母健保卡就醫，並請新生兒的父母儘速在60日內完成新生兒出生戶籍登記及主動申報健保投保手續並為新生兒申請健保卡，使新生兒可用自己的健保身分就醫。
- (六) 保險對象如未依規定投保、欠繳保險費或不可歸責於保險對象之事由(如新聘外勞或因卡片毀損、遺失等)，致未及於就醫日起10日內(不含例假日)回原就醫院所補證退費者，可向本署申請核退。

結論：洽悉。

討論事項

第一案

提案單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：建請修正白內障論病例計酬(C1)案件之立意抽審作業。

說明：

一、前依西醫基層總額臺北分區102年第3次共管會議討論事項第二案決議，自102年8月(費用年月)起實施西醫基層白內障論病例計酬(C1)案件立意抽審作業，原則如下：

- (一) 適用院所：西醫基層總額醫療服務審查重點管理院所且申報白內障論病例計酬(C1)案件 \geq 10件者。
- (二) 抽審比率：白內障論病例計酬(C1)總案件數之20%。
- (三) 歸戶審查：抽審白內障論病例計酬(C1)個案當月所有就醫案件。

二、統計102年8月至103年5月西醫基層白內障論病例計酬(C1)案件立意抽審暨核減情形：

(一) 立抽情形：

1. 抽審家數：每月介於20-40家，月平均33家。
2. 抽審件數：歸戶案件9,147件，其中C1案件2,358件。
3. 抽審點數：歸戶案件5,058萬點，其中C1案件4,796萬點。

(二) 核減情形：

1. 核減件數：歸戶案件88件，其中C1案件30件。
2. 核減點數：歸戶案件63萬點，其中C1案件62萬點。

(三) 樣本核減率：

1. 件數核減率：歸戶案件月平均核減率0.96%，其中C1案件月平均核減率1.27%。
2. 點數核減率：歸戶案件月平均核減率1.25%，其中C1案件月平均核減率1.29%。

(四) 院所別核減情形：

1. 總計74家院所曾列入白內障論病例計酬(C1)案件之立意抽審，各院所抽樣月份數介於1-10月。
2. 以C1案件點數核減率來看，僅有9家院所核減率>0%。

三、本業務組耗費極多行政資源辦理白內障論病例計酬(C1)案件之立意抽審，惟依上述統計資料可知，審查效益並不明顯(或可解讀為本轄區院所多依規定申報)，據此，建議本項立意抽審作業修正如下：。

(一) 僅針對新特約院所1年內實施白內障論病例計酬(C1)案件進行立意抽審，且C1案件如連續審查3個月均未核減，即解除列管。

(二) 其餘院所因前已辦理立意抽審，已達品質審查目的，擬暫停實施，嗣後如有審查需要，再行提案討論辦理。

決議：自 103 年 9 月(費用年月)起，針對新特約院所及前開 C1 案件核減率>0%之院所維持依白內障論病例計酬（C1）案件立意抽審作業原則辦理。

臨時討論案

第一案

提案單位：西醫基層臺北分會

案由：建請討論院所「因遷址至不同行政區而變更醫事機構代碼，則需抽審一年」之必要性。

說明：

- 一、依據本會103年9月12日臺北分會第三次會議決議辦理。
- 二、原案為本會接獲院所陳情，該診所表示，診所若為同行政區地址變更，不會更動醫事機構代碼；但不同行政區遷址，則會更換醫事機構代碼。
- 三、承上，依據「西醫基層總額醫療服務審查管理項目」，其符合管理類指標第四項新特約診所：自特約起月送審12個月（本指標已於103年4月費用年月修改為新特約診所：(1) 自特約起月送審6個月(2) 自特約起月第7-12月，已核定最近3個月之平均核減率>5%院所。
- 四、若遷址而變更醫事機構代碼，因同樣所屬臺北轄區內，建議新醫事機構代碼之診所可以與舊址院所之申報資料相比，不因遷址變更醫事機構代碼而列入新特約診所而被抽審。

辦法：同縣市之院所遷址若符合以下條件，將與舊址院所之申報資料相比對：

- 一、近兩年沒有違規記點。
- 二、該診所每月申報低於50萬點。

臺北業務組說明：

現行醫療費用點數之計算均包含院所釋出之藥費及檢驗費用，考量當月份釋出費用無法及時計算，本案建議修訂為：

- 一、舊代號近兩年沒有違規記點紀錄。
- 二、新特約聘藥事人員院所當月申請點數 \leq 25萬點或未聘藥事人員院所當月申請點數 \leq 20萬點（不含釋出費用），且費用成長 $<$ 20%（較舊代號去年同期）者，得免以「新特約院所」指標抽審，執行期間以新特約起日當月起算1年。

決議：同縣市之院所遷址須符合以下條件，則得免以「新特約院所」指標抽審，執行期間以新特約起日當月起算1年。

- 一、舊代號近兩年沒有違規記點紀錄。
- 二、新特約聘藥事人員院所當月申請點數 \leq 25萬點或未聘藥事人員院所當月申請點數 \leq 20萬點（不含釋出費用），且費用成長 $<$ 20%（較舊代號去年同期）者。

第二案

提案單位：西醫基層臺北分會

案由：建請討論「院所整體醫療費用成長與去年同期比較」之定義。

說明：

- 一、依據本會103年9月12日臺北分會第三次會議決議辦理。
- 二、原案為本會接獲院所陳情，該診所表示，目前抽審指標醫療利用類項次二、三，整體醫療費用成長率皆與去年同期比較，但診所因各別理由沒看診，其診所恢復看診時，門診量應是慢慢增加，依據抽審指標之規定，將次年成長量穩定後之醫療費用與該月相比不合理，建議應等其診所門診量恢復穩定後再予以比較，另「院所整體醫療費用成長與去年同期比較」比照春節之執行模式，將「整體醫療費用」修正為「平均每日醫療費用」。

辦法：

- 一、請院所於休診前以函文報備臺北業務組，若隔年因整體醫療費用成長而落入相關抽審指標可向業務處提出申請，將個案處理以「平均每日醫療費用」計算，並建議業務組設計報備

休診的相關表單並放至網站上，以利會員填寫。

- 二、若於休假後恢復看診，建議若休診兩個月以上之診所，給與三個月的時間緩衝，待其看診量較穩定再個案認定計算院所整體醫療費用成長，但需排除因違規而被停診之院所。

臺北業務組說明：

院所如有休診且已事前向本署報備，於次年因「院所醫療相關費用成長與去年同期比較」落入指標者，可來文申請將該次成長率指標改按「平均每日」重新計算，惟以休診當月為限。

決議：自103年9月份(費用年月)起，已事前報備者，可來文申請將該次成長率指標改按「平均每日」重新計算，惟以休診當月為限。

第三案

提案單位：西醫基層臺北分會

案由：請研討提高基層健保點值，研商臺北分會建議之跨區就診結算方式案。

說明：

- 一、現行西醫基層跨區就醫點數之支付方式乃依前季全區浮動點值為基準，所有跨區就醫皆以此為支付標準，在為全國實施一區共同點值之前，對於較前季全區浮動點值低之分區需支付較高費用，則有富者越富、貧者越貧之不公情形。
- 二、102年第一季全區浮動點值為0.93444748，102年第二季台北區浮動點值為0.85229301，若他區跨至本區就醫，他區須支付0.93444748予本區；本區跨至他區就醫則亦同樣支付0.93444748予他區，而以102年來看，投保臺北區到其他就醫點數高於他區到臺北就醫點數。
- 三、西醫基層各區之分配，應以保險對象其歸屬投保分區為分配依據，保險對象所產生之醫療費用應回歸該所屬的投保分區，故其跨區就醫醫療費用也應以所屬之分區相同點值來支應。

辦法： 修改跨區就醫之支付方式。文字略以：『保險對象跨區就診之費用，應以醫療點數乘以保險對象所屬投保分區前季浮動點值計算。』

臺北業務組說明：

有關西醫基層跨區就醫點數支付點值之建議，建請臺北分會提報全聯會討論。

決議： 相關建議請臺北業務組提報署本部參考，另請臺北分會提報全聯會討論。

第四案

提案單位： 西醫基層臺北分會

案由： 建請討論申報職災經勞保局審核因病患未具有勞保身分而剔退，或執行健保署相關照護計畫，剔退時間已超過六個月以致無法即時補申報健保，而造成會員損失乙案。

說明：

- 一、依據本會103年9月12日臺北分會第三次會議決議辦理。
- 二、本會會員表示申報職災案件時，經勞保局審核因病患未具有勞保身分而遭剔退不予給付，但因勞保局審核時間因素，改申報健保時已超過法條規定6個月內申報而健保不予給付，而造成會員已提供服務卻無法申報費用的損失。
- 三、亦有會員表示，執行健保署慢性腎臟病照護改善方案，因複診追蹤申報為初診追蹤而遭剔退不予給付，原可補申報複診照護，但因健保署剔退時間已超過六個月，亦無法補申報。

辦法：

- 一、建議貴署各項業務(包含代辦國健署、疾管署等)之審核或剔退，宜於五個月內完成，以利後續的申覆或補申報程序。
- 二、若事涉外部單位，也請溝通於前述期限內完成。
- 三、若仍有不可歸責於醫療機構之事由以致剔退超過六個月，請以個案方式給予緩衝時間，時序上往後延期。

臺北業務組說明：

各項代辦業務如經查証為不可歸責於醫療機構致超過6個月申報期限者，可來文敘明原因申請補報。

決議：依臺北業務組說明辦理。

附件1

全民健康保險醫療費用總額其他預算項目－鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案

- 一、 依據：全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額辦理。
- 二、 目的：為鼓勵特約醫事服務機構提升網路頻寬，以利即時、迅速查詢病患於不同醫事機構間之醫療資訊，供處方參考，以確保保險對象就醫安全以及提升醫療服務審查效率。
- 三、 預算來源：全民健康保險醫療給付費用總額之其他預算「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」項目。
- 四、 適用對象及其條件：
 - (一) 採穩健逐步推動方式，103年上半年以鼓勵特約層級別為醫院者申辦，另103年下半年視實施狀況，其他特約醫事服務機構（診所或藥局）如有意願，由保險人分區業務組個案同意後辦理。
 - (二) 特約醫事服務機構應依特約層級別申請裝設所需速率頻寬（醫學中心企業型光纖10M、區域醫院企業型光纖6M、地區醫院企業型光纖4M、基層診所企業型光纖2M、藥局企業型光纖1M）以上之網路。
 - (三) 特約醫事服務機構需檢送申請表（附件1），由保險人分區業務組核定後辦理。
- 五、 支付方式：
 - (一) 依下列指標予以支付：
 1. 醫院指標五項：住院病人健保雲端藥歷系統查詢率、門診病人健保雲端藥歷系統查詢率、特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率、門診抽審案件數位審查及特定檢查項目（CT、MRI、PET）資源共享率。各項指標項目達成率、評核方式及支付權重，如附件2。
 2. 診所或藥局指標四項：門診病人健保雲端藥歷系統查詢率、特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率、門診抽審案件數位審查、健保卡登錄處方及上傳作業正確率。各項指標支付權重為50%，由保險人依指標達成項目最高二項計算，支付權重最高為100%。各項指標項目達成率、評核方式，如附件3。
 - (二) 支付方式：
 1. 依特約醫事服務機構申辦時間各自核計適用之季別指標達成率，按季結算應支付之權重金額後，按年支付。其計算公式如

下：依特約醫事服務機構提供季繳交網路頻寬之月租費證明書據（繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號）金額×指標達成率項次之支付權重。

2. 支付上限：依保險人與中華電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限：

(1) 醫學中心企業型光纖10M月租費新台幣（以下同）2萬9,172元。

(2) 區域醫院企業型光纖6M月租費2萬3,892元。

(3) 地區醫院企業型光纖4M月租費1萬3,420元。

(4) 基層診所企業型光纖2M月租費7,436元。

(5) 藥局企業型光纖1M月租費5,676元。

(6) 各參加醫事服務機構已達本方案規定申請裝設所需速率之頻寬而未達本方案支付月租費之上限者，以其支付中華電信之費用及目標值達成情形核實支付。

六、本方案由保險人報請衛生福利部核定後公告實施，屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

方案之附件 2

103 年鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案-核付指標 (醫院適用)

指標名稱	指標達成率	評核方式	支付權重
1. 住院病人 健保雲端藥 歷系統查詢 率	第一季 > 15% 第二季 > 30% 第三季 > 45% 第四季 > 60%	1. 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) 2. 分子：住院病人查詢健保雲端藥歷系統人數 分母：住院病人數	20%
2. 門診病人 健保雲端藥 歷系統查詢 率	第一季 > 12% 第二季 > 24% 第三季 > 36% 第四季 > 50%	1. 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) 2. 分子：門診病人查詢健保雲端藥歷系統人數 分母：門診病人數 3. 病人數係以下列各類就診病人 ID 合併歸戶計算人數： (1) ≥ 75 歲者 (2) ≥ 65 歲且屬高血壓、糖尿病、高血脂 (主診斷碼 401-405、250、272 任一) 且開立慢性病連續處方箋者 (3) 當年健保卡取號，就醫序號 ≥ 90 次者 (4) 醫院整合門診計畫之照護病人 (申報欄位 d13 為 A、B、D、E 之照護對象者) (5) 其他自選病人 (由醫院自行決定是否增列其他病人群，惟須經保險人分區業務組同意) (另鼓勵醫院查詢急診病人，故不列入分母人數計算，有查詢者列入分子人數計算)	40%
3. 特定醫療 資訊查詢關 懷名單網頁 開啟率	> 95%	1. 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) 2. 分子：關懷名單病患網頁被開啟病人次數 分母：關懷名單就醫人次數 (排除關懷名單就醫 5 人次以下及因系統異常等不可歸責於院所之原因者)	15%
4. 門診抽審 案件數位審	建置檢索快查 功能並完成保	保險人分區業務組依下列方式評核： 1. 經認可之試傳作業後並正式單軌運作	15%

指標名稱	指標達成率	評核方式	支付 權重
查	險人分區業務 組認可之試傳 作業後，並正式 單軌運作者	<p>條件如下：</p> <p>門診醫療費用抽審案件之病歷資料，以符合紙本替代方案規定之數位化方式以數位全面單軌送審。</p> <p>2. 送審檔案檢索快查功能定義(需同時符合下列 2 項條件)：</p> <p>(1) 每一送審案件流水號所附病歷數位檔具方便查詢開啟之目錄索引功能(例如：可方便查詢開啟病人基本資料、S.O.A. 病情摘要、診斷、門診紀錄單、門診用藥紀錄單、檢驗、檢查、門診護理紀錄單、手術紀錄單、急診紀錄單、手術報告、急診護理紀錄、麻醉紀錄、會診單、病人同意書等其他書類)。</p> <p>(2) 同類型資料按醫療日期排序整合為 1 個檔案。</p>	
5. 特定檢查項目 (CT、MRI、PET) 資源共享率	$\geq 2.1\%$	<p>1. 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)</p> <p>2. 分子：申報特定檢查資源共享試辦計畫之第二次處方醫院申請特殊造影檢查影像及報告費 (P2103C、P2104C、P2107C、P2108C) 之醫令數。</p> <p>分母：申報 CT、MRI、PET (33070B-33072B、33084B-33085B、26072B-26073B) 之醫令數。</p> <p>3. 當年度未曾申報 CT、MRI、PET 之任一項醫令之醫院，本項指標之支付權重調整為 0%，原 10% 調移至第 1 項指標「住院病人健保雲端藥歷系統查詢率」及第 2 項指標「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」各加 5% 之支付權重。</p>	10%

方案之附件 3

103 年鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案-核付指標 (診所或藥局適用)

指標名稱	指標達成率	評核方式	支付權重
1. 門診病人 健保雲端藥 歷系統查詢 率	第一季 > 5% 第二季 > 10% 第三季 > 15% 第四季 > 20% 註：按院所申裝 完成網路頻寬 開始計費之月 份適用第一季 指標達成率。	1. 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) 2. 分子：門診病人(藥局申報調劑病人) 查詢健保雲端藥歷系統人數 分母：門診病人數(藥局申報調劑病人) 註：分子及分母之人數以各季中同一家院 所、同一個身分證號歸戶後計算一筆。	50%
2. 特定醫療 資訊查詢關 懷名單網頁 開啟率	>90%	1. 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) 2. 分子：關懷名單病患網頁被開啟病人次 數 分母：關懷名單就醫人次數 (排除因系統異常等不可歸責於院所之原因者)	50%
3. 門診抽審 案件數位審 查	完成保險人分 區業務組認可 之試傳作業 後，並正式單軌 運作者	保險人分區業務組依下列方式評核： 1. 經認可之試傳作業後並正式單軌運作 條件如下： 門診醫療費用抽審案件之病歷資料，以 符合紙本替代方案規定之數位化方式 以數位全面單軌送審。 2. 經保險人分區業務組認可之試傳作業 後，除特殊狀況已向業務組報備外，皆 需以病歷電子檔送審。	50%
4. 健保卡 登錄處方及 上傳作業正 確率	≥90%	1. 健保卡登錄處方正確率： 分子：上傳處方簽章正確之醫令筆數 分母：健保卡上傳總醫令筆數 2. 符合健保卡上傳作業實施標準： (1) 健保卡登錄後 24 小時內上傳之件數 比率 (2) 健保卡上傳件數/申報件數之比率 (3) 上傳與申報資料比對「醫事人員 ID、 醫療費用、部分負擔、醫令、主診斷(藥 局及交付機構除外)」每項上傳比率	50%

附件 2

「健保卡讀卡機控制軟體」3.3 版更新說明 (健保資字第 1030039165A 號公告附件)

項次	與前一版本差異	說明
1	修改：健保卡取號就醫序號之提醒機制修改為按不同年齡層訂定不同次數之提醒。	<ol style="list-style-type: none">1. 只要有重大傷病註記或18歲以下者都不會出現提醒訊息。2. 18歲以上、65歲以下，就醫累計次數達30次(含)以上者；或≥ 65歲，就醫累計次數達40次(含)以上者，出現提醒訊息。3. 就醫累計次數≥ 90次者提示訊息顯示為紅色字體。
2	修改：配合實施 ICD-10-CM/PCS，健保卡內有關重大傷病代碼、主要診斷碼及次要診斷碼改為 ICD-10-CM 押碼格式存放。	<ol style="list-style-type: none">1. HIS系統須配合讀卡機控制軟體進行修改(有關讀取重大傷病代碼及讀寫主次要診斷碼等 API)。2. 本署另提供配套措施，如：押碼對照檔供院所匯入HIS使用或獨立程式供院所查詢卡片內ICD-10-CM 相關資訊。
3	新增：控制軟體ICD-10-CM 專屬功能測試版。	<ol style="list-style-type: none">1. ICD-10-CM功能測試專用。2. 以讀寫文字檔方式取代讀寫卡片相關欄位，操作方式請參考使用說明。3. 測試版效期自公告日起至103年12月31日止。

註：

- 一、支援Windows 98/2000/XP/Vista/7等不同作業系統
- 二、相關檔案及文件請至衛生福利部中央健康保險署全球資訊網
(<http://www.nhi.gov.tw>) 「主題專區>健保卡>健保卡資料下載區」下載。
- 三、ICD-10-CM/PCS實施日期，另行公告。