

西醫基層總額臺北分區 106 年第 1 次共管會議紀錄

時間：106 年 3 月 10 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（臺北市許昌街 17 號 9 樓）

主席：林組長麗瑾、周主任委員慶明

紀錄：廖美惠

出席單位及人員

西醫基層臺北分會：

王副主任委員維昌、黃副主任委員振國、劉副主任委員家正、張副主任委員志華(請假)、黃副主任委員宗炎(請假)、王委員三郎、石委員賢彥、吳委員梅壽(請假)、李委員光雄、李委員偉華、林委員華貞、林委員應然(請假)、張委員甫行(請假)、張委員孟源、張委員朝凱、陳委員建良、詹委員前俊、趙委員堅、謝委員坤川、賴委員明隆、施委員肇榮、鄭委員俊堂

健保署臺北業務組：

李參議純馥、吳專門委員科屏、王專門委員復中、陳科長蕙玲、許科長忠逸、余科長正美、賴複核視察香蓮、陳複核視察佳叻、李複核視察如芳、王複核視察珮琪、徐複核視察麗滿、徐專員梓芳

列席單位及人員：

醫療費用二科	范貴惠、陳懿娟、溫牡珍、王金蘭、廖美惠、陳邦誠、陳珮玲、陳韻寧、黃湘婷、黃思瑄、黃于珊、黃聖中、楊麗娟、
--------	--

醫療費用四科	王玉緞
--------	-----

醫務管理科	蔡聿雯
-------	-----

臺北分會	顏執行秘書鴻順、黃琴茹、何怡璇
------	-----------------

新北市醫師公會	陳思縝
---------	-----

台北市醫師公會	王惠怡
---------	-----

壹、主席致詞：(略)

貳、報告事項

第一案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：歷次會議決議事項辦理情形。

說明：

案號	決議（結論）事項	辦理情形	追蹤建議
105Q4 報告事項 第三案	1. 非屬復健相關科別之院所誤填報「就醫科別」，函請臺北分會輔導院所正確申報。 2. 臺北業務組持續追蹤 105 年語言治療每人每月平均醫令點數成長率，瞭解成長率是否有改善的情形。	1. (1) 臺北業務組於 106 年 1 月 9 日函請北分會輔導院所(1 家)正確申報。 (2) 臺北分會於 106 年 2 月 9 日函請基隆市醫師公會轉知相關情事，進行面談、電話或書面關懷。 2. 復健治療年度分析刻正進行中，將提報下次會議。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管

105Q4 報告事項 第四案	1. 臺北業務組按季提供「保險對象特定醫療資訊查詢」開啓率未達 90%院所名單，由臺北分會協助輔導。 2. 請臺北業務組建議署本部，「健保醫療資訊雲端系統」及「保險對象特定醫療資訊查詢平台」如有當機情形，請於系統顯示如：「主機維修中」等訊息，勿以「醫事人員代號錯誤」等資訊混淆院所作業，俾便院所即時瞭解因應。	1. (1)臺北業務組 105 年第 4 季關懷名單開啓率未達 90%計 61 家院所，已於 106 年 1 月 19 日函請臺北分會協助輔導。 (2)臺北分會於 106 年 2 月 9 日函請各縣市醫師公會協助輔導院所改善開啓率。 2. 已於 105 年 12 月 30 日以請辦單建議署本部，署本部回復如下： (1)本署目前系統發生異常時，畫面係呈現「網頁維護中」，並立即於 VPN 公告。 (2)有關「網頁維護中」定義模糊，不易判斷異常乙節，本署刻正進行異常代碼維護及調整，以利院所判斷。	☒解除列管 ☐繼續列管
105Q4 討論事項 第二案	請臺北業務組及臺北分會組成「抽審指標工作小組」共同研議臺北分區醫療利用指標修訂。	臺北業務組： 業於 106 年 1 月 20 日召開會議並將會議決議提報於本次會議報告事項第三案。	☒解除列管 ☐繼續列管

105Q4 臨時報告 第一案	請臺北業務組建議署本部，將國民健康署「成人預防保健檢查結果」，轉入本署「健保醫療資訊雲端系統」之檢查(驗)結果，供醫療院所查詢。	臺北業務組：已於 105 年 12 月 30 日以請辦單建議署本部，署本部回復如下 1. 本署雲端系統係依「全民健康保險法」第 16 條第 2 項及全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法」第 11 條規定收載。 2. 成人預防保健係國健署之法定職務，非本署法定職務。 3. 現行健康存摺資訊係請國健署提供預防保健資料後，僅供民眾個人查詢使用。 4. 因無法確定資料庫是否收載完整之個案預防保健資料，且無法源依據，故本署未便透過健保醫療資訊雲端系統處理成人預防保健業務。	☒解除列管 ☐繼續列管
105Q4 提案討論 第二案	精神科費用管控案併於「抽審指標工作小組」討論。	臺北業務組： 業於 106 年 1 月 20 日召開會議並將會議決議提報於本次會議報告事項第三案。	☒解除列管 ☐繼續列管

結論：

- 一、有關安眠鎮靜管制藥品因近來使用量有移轉至其他藥品的情形，故自 105 年 12 月 1 日起由原有的 3 類安眠鎮靜管制藥品，另新增 3 類管制藥品成分，相關訊息已於 105 年 11 月 2 日以大量電子郵件轉知轄區西醫基層院所；另請各院所確認醫管檔上的電子郵件是否正確，以免漏失重要訊息。

二、請臺北業務組於下次會議說明新增 3 類安眠鎮靜管制藥品協商過程及輔導醫療院所作業。

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。

結論：後續簡報請增加各科別核減率資料。

第三案

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區抽審指標討論會」會議決議事項案。(附件 1)

說明：

一、依 105 年 12 月 9 日「西醫基層總額臺北分區 105 年第 4 次共管會議」決議辦理。

二、本會議於 106 年 1 月 20 日召開，由吳專門委員科屏與周主任委員慶明共同主持，與會人員包含西醫基層臺北分會副主委(3 人)，審查組組長暨副組長、品質資訊組組長暨副組長、法規會務組組長暨副組長及本業務組代表共 28 人。

三、前述會議決議摘要：

(一) 本轄區基層院所精神科管控除 105 年管控方式外，另增加「平均就醫次數(申報件數/申報人數)」，篩選就醫次數最高前 10 名病患進行立意抽審。

(二) 西醫基層指標修訂重點：

1. 管理類指標(A類)為必審指標，醫療費用占率指標(B類)及成長率指標(C類)參考各項指標核減貢獻度，調整權值分數。

2. 修改指標閾值項目如下：

(1) 指標代碼 C1：整體醫療點數高於同儕 95(含)百分位，且整體醫療點數增加 20 萬點。

- (2) 指標代碼 C2-1：整體醫療點數 >100 萬點（月），且整體醫療點數成長率 $>10\%$ ，且平均每日醫療點數成長率 $>10\%$ 。
- (3) 指標代碼 C2-2：60 萬點 $<$ 整體醫療點數 ≤ 100 萬點（月），且整體醫療點數成長率 $>20\%$ ，且平均每日醫療點數成長率 $>20\%$ 。
- (4) 指標代碼 C3：整體醫療點數 ≥ 60 萬且診療點數 ≥ 20 萬，且診療點數成長率 $\geq 15\%$ ，且平均每日醫療點數成長率 $>15\%$ 。
- (5) 指標代碼 C4-1：醫師申報醫療點數(含跨基層院所)高於同儕 98(含)百分位，且醫療點數成長率 $>5\%$ 。【該醫師所有執業院所均列入抽審】
- (6) 指標代碼 C4-2：醫師申報醫療點數(含跨基層院所)高於同儕 95(含)百分位，且醫療點數成長率 $>10\%$ 。

3. 刪除指標項目：

- (1) 整體醫療點數 ≥ 60 萬且診療點數 ≥ 20 萬，且診療點數成長率 $\geq 10\%$ ，且平均每日整體醫療費用點數成長率 $>10\%$ 。
- (2) 簡表占率 $\geq 80\%$ ，且簡表醫療點數 ≥ 80 萬，且平均就診次數高於同儕 95(含)百分位。

4. 醫療利用類指標(修訂後為B類及C類指標)，抽審上限以360家為原則(原上限為450家)。

5. 「配合政策指標」(D類)獎勵指標上限為2分。

- (三) 更正會議紀錄附表(西醫基層管理項目指標)，醫療費用占率指標：「B2-精神科院所整體醫療點數 ≥ 70 百分位」及「B5-整體醫療點數 ≥ 98 (含)百分位」，維持現行採論件隨機抽審。

四、會議原決議於 106 年第 1 次共管會議提報後，自 106 年 4 月(費用年月)起實施。

五、臺北分會於 106 年 1 月 25 日來函說明全案經臺北分會委員共識，函請自 106 年 1 月(費用年月)開始實施；經簽報奉准本抽審指標

案已自 106 年 1 月份(費用年月)實施。

結論:洽悉。

第四案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：106 年共管會委員名單確認案。(附件 2)

說明：

- 一、依據 99 年 4 月 1 日修定「中央健康保險局臺北分區西醫基層總額支付制度共管委員會組織章程」。
- 二、106 年西醫基層總額臺北分區共管會議委員計 36 名，台北區委員會 23 名，本業務組 13 名。
- 三、前項 106 年台北區委員名單 23 名，經查符合受託單位(中華民國醫師公會全國聯合會)所訂西醫基層醫療服務審查執行會暨分會執行幹部自率管理守則第二章第三條規定(即 未涉違規之相關規定)，另，本組每月定期檢查涉違規醫事人員，如屬前開人員名單，將即時通知受託單位處理。

結論：洽悉。

第五案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：分級醫療六大策略重點說明。

說明：

一、本署推動分級醫療計有六大策略

- (一) 提昇基層醫療服務量能
- (二) 導引民眾轉診就醫習慣與調整部分負擔
- (三) 調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務
- (四) 強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護
- (五) 提升民眾自我照護知能
- (六) 加強醫療財團法人管理

二、上開配套措施，除尚在協商中之項目，請委員及分會協助以下重點項目：

- (一) 優先鼓勵會員參加家庭醫師整合計畫:理由為除 106 年家醫計畫增加 4 億預算增加會員涵蓋率外，24 配套中有多項與此計畫執行方式及對應之指標項目連結。
- (二) 提高假日看診率:對於診所週日開診率由 21%達到 25%之目標，提具體方案及執行作法。
- (三) 推廣醫師會員熟悉及善用健康存摺，讓病人及其主要照顧者可自我健康管理。

結論：

- 一、有關看診時段資料維護，建議增加更新頻率，另院所未變更連續假日看診時段，建議自動代入休診及全民健保行動快易通建議新增最近之週六及週日有看診院所之功能等意見，轉送署本部參採。
- 二、請輔導會員將本署分級醫療宣導單張，張貼在診所明顯處。

第六案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：106 年家醫計畫宣導及申辦狀況報告。

說明：

- 一、106 年家醫計畫預算增加 4 億，目的為擴大參與醫事機構家數及擴大收案對象涵蓋率，宣導說明會場次及目前申辦狀況如表 1~3

表 1.家醫說明會一覽表

項次	目的	時間	場次	參加對象	成效/備註
第一梯次	增加參與率低行政區	106/1	3 場	林口、淡水、三峽、泰山、八里、鶯歌、五股、蘆洲未參加方案之 289 家院所	46 家報名，表達參加意願 15 家，已送申請件 5 家
第二梯次	鼓勵院所新增參加家醫計畫	106/2	4 場	北北基未參加家醫方案院所 1800 家，名額 200 名	每場次均有邀請執行中心醫師分享經驗及參與綜合討論/宜蘭地區會另外辦理

第三梯次	說明 106 年方案重點說明暨觀摩會	106/3	3 場	已參加 105 年院所及其他有興趣參加說明會院所	於台北市、基隆及宜蘭各 1 場
------	--------------------	-------	-----	--------------------------	-----------------

表 2.106 年臺北業務組家醫整合計畫辦理狀況一覽

項目	105 年	106 年目標數	目前申請狀況	與目標差距
家醫群數	88	122	107	15
參加院所數	682	923	870	53
參加醫師數	903	---	1,229	---
會員數	593,616	95 萬人	---	---

註：1. 106 年目標數係署本部訂定。

2. 申請狀況統計至 106/2/15，申請迄日為 106/3/31。

表 3. 縣市別家醫計畫西醫基層院所參與狀況

項目	診所數	參加家數	參與率
臺北市	1,045	245	23%
新北市	1,513	501	33%
基隆市	149	57	38%
宜蘭縣	180	57	32%
總 計	2,887	870	30%

註：統計至 106/2/15

二、請各委員所屬醫師公會協助以下事項，以利計畫推廣：

- (一) 推廣邀集院所參加家醫計畫，並請院所或醫療群於 106/3/31 截止日前申請，特別是尚無醫療群組成的林口、淡水等行政區。
- (二) 輔導醫療群院所加強家醫會員收案上傳。

結論：

- 一、本組家醫計畫觀摩會日期已公告於本署全球資訊網/活動園地，請鼓勵會員踴躍參加。
- 二、有意願參加 106 年度家醫計畫院所請在 106 年 3 月 31 日前提出申請。

案由：西醫基層診所「全民健保居家醫療照護整合計畫」執行現況報告。

說明：

- 一、為提升因失能或疾病特性致外出就醫不便患者之醫療照護可近性，並與長照 2.0 接軌，本署自 105 年 2 月 15 日公告實施「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」。
- 二、目前本轄區參與本計畫院所計 192 家，其中西醫基層診所 138 家(占 72%)，惟實際收案之基層診所僅 20 家(占 14%)。(詳下表)

縣市別	院所家數	基層診所家數(A)	基層診所所有收案院所數(B)	基層診所提供照護院所比例(B/A)	基層診所收案數
台北市	98	80	10	13%	917
新北市	37	24	4	17%	42
基隆市	7	1	1	100%	45
宜蘭縣	48	33	5	15%	17
金門縣	2	0	0	-	-
合計	192	138	20	14%	1,021

註：1.基層診所收案數資料來源:本計畫收案系統。

2.資料擷取日期：106/2/15

- 三、為促進醫療資源均衡發展，發展分級醫療，讓行動不便民眾在社區獲得醫療照護，請鼓勵會員針對行動不便患者進行評估，符合收案條件者，收案及提供居家醫療照護。

結論：本計畫收案條件不含照護機構之住民，有關建議屬安寧照護階段得放寬機構住民亦可收案，建請轉署本部研參。

第八案

報告單位：臺北業務組醫務管理科

案由：請協助轉知會員，提供醫療服務及申報費用，應確實依健保相關規定辦理。

說明：

- 一、本組統計 105 年度西醫診所民眾醫療申訴案件，其中將近四分之

一(24%)涉及診所不當收取自費及自費申報疑義，主要反映類型包括：以健保不給付為由，要求民眾自付藥品、針劑、抽血、超音波或息肉切除等費用，且未開立自費收據，及民眾接受自費美容、減重手術或施打流感疫苗等非健保給付項目，惟診所仍刷取健保卡等情事。

- 二、依全民健康保險法第 68 條規定，保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療給付，除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 13 條規定，保險醫事服務機構除依第 14 條規定收取費用外，其他不得囑保險對象付費或自購藥劑、治療材料或自費檢查；亦不得應保險對象要求，提供其非屬醫療必要之服務及申報費用。
- 三、請轉知會員應依前開規定提供健保醫療服務及申報費用，俾避免遭受行政裁處；如確屬不符健保給付項目須病患自費，亦請妥為說明加強醫病溝通，以減少爭議。

結論：

- 一、非健保給付項目須病患自費時，應確實向病人說明，並經其同意，如有簽具同意書，須將同意書檢附於病歷中備查。
- 二、自費就醫不得刷取健保卡。
- 三、自費特材須事前充分告知並簽立同意書，為保障保險對象權益，保險醫事服務機構應於手術或處置前 2 日告知為原則（緊急情況除外）。

參、討論事項

第一案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：「西醫基層總額臺北分區共管會議作業要點」修訂案，提請討論。

說明：

- 一、本分區曾於 99 年 4 月 1 日修定「中央健康保險局臺北分區西醫基層總額支付制度共管委員會組織章程」迄今，配合本業務組改制及運作現況，擬修訂內容詳附件 3。
- 二、本次修訂內容說明如下：

(一) 臺北分會名稱：配合本署「西醫基層總額審查勞務委託契約」修訂。

(二) 臚列臺北分會及臺北業務組代表職務名稱。

(三) 會議時間：原則上每三個月召開一次會議，開會時間依前一年最後一次會議議定(如 105 年第 4 季議定 106 年為每季季末第二週之週五中午)，必要時得召開臨時會議。

(四) 會議聯絡人：修改為各 1 人。

決議：同意修訂。

第二案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：有關調整本會議開會通知流程及會議資料提供方式，提請討論。

說明：

為提昇會議效率及公文傳遞時效，擬調整共管會議作業流程如下：

一、會議前 1 個月：共管會議開會通知單及議程(包括提案案由) 發函送臺北分會，另以電子郵件送交臺北分會行政人員，請其協助轉知委員，俾利分會儘早召開會議討論。

二、會議前 2 週：請分會配合將提案送達本業務組。

三、會議前 1 週：本業務組以電子郵件寄送會議簡報及彙整之會議資料送交分會行政人員，請協助轉送委員。

四、會議當日提供會議書面資料。

決議：嗣後會議資料以 PDF 檔案格式傳送，餘依說明段辦理。

第三案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：西醫基層總額醫療服務案件專業審查複審作業原則修訂案，提請討論。

決議：考量近期核減率有下降趨勢且迭有院所因專業審查核減差異大而引發爭議，同意修訂複審條件如下：

一、當月送核案件專業審查核減率與前次重點審查月份總核減率總相差(減)大於 10% (含) 者。

二、當月總核減率大於 10%者。

第四案

報告單位：西醫基層臺北分會

案由：106 年西醫基層遴(增補)聘審查醫師，如兼任 >3 家之醫師予以排除案，提請討論。

說明：

- 一、依據本會 106 年 1 月 20 日第一次幹部會議決議辦理。
- 二、105 年 3 月 11 日第一次共管會議討論事項決議，審查醫藥專家遴(增補)聘作業時，將審查醫藥專家專兼任院所 ≥ 3 家者，予以排除。
- 三、惟考量今年度審查政策等改變（雙審作業）及招聘審查醫師之不易，建議修訂台北區共管會議審查醫藥專家遴聘與管理原則，限縮在審查醫師兼任 >3 家方予以排除，另公益性質支援當地衛生所之醫療機構者則不列入計算。

決議：同意西醫基層遴(增)聘審查醫師兼任 >3 家方予以排除，操作型定義如下：

- 一、區間：收到本署來文辦理遴聘/增補聘之作業年月起前推 12 個月。
- 二、專兼任：上開區間內，本署醫管系統查詢之專兼任院所。
- 三、排除條件：
 - (一)特約類別不為 4(基層診所)者。
 - (二)非本轄區院所。
 - (三)支援衛生所。

肆、臨時動議

臨時報告第一案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：有關專業審查醫師建議加強輔導〇〇診所案。

結論：本案移請臺北分會協助輔導，並將輔導結果副知本組，俾利共同管理追蹤。

臨時報告第二案

報告單位：臺北業務組醫務管理科

案由：本署全面推動特約醫事服務機構電子化續約作業，請宣導會員配合參與。

說明：

- 一、本署自 105 年 6 月起推動醫事服務機構電子化續約，院所透過健保資訊網服務系統(VPN)，搭配安全模組卡及負責人醫事人員卡或自然人憑證辨識身分，即可辦理線上續約。
- 二、本組 105 年 10 月首次辦理 105 年第 4 季合約到期之醫事機構電子化續約，計有 665 家院所參與，反應良好。爰於 106 年 2 月 2 日至 3 月 10 日，持續辦理合約迄日為 106 年 1 月 1 日至 6 月 30 日，計 1,220 家特約醫事服務機構電子化續約作業，截至 106 年 3 月 3 日止，共計 1,073 家院所已透過健保資訊網服務系統(VPN)線上續約，完成率 88%。
- 三、電子化續約開辦以來，院所大多表示操作步驟便捷易上手，且大幅簡化院所行政作業，節省往返本組現場辦理所需耗費的時間成本。106 年下半年合約到期之特約醫事機構，本組預定於 106 年 6 月份進行電子續約作業，茲檢附「電子化續約操作說明」(附件 4)，請協助宣導會員配合參與。

結論：洽悉。

討論事項第一案

提案單位：西醫基層臺北分會

案由：研議「西醫基層診所治療罕見疾病之健保財源及管理因應」案提請討論。

- 一、隨著醫師生涯規劃或其他因素，未來醫療生態恐面臨巨大的變化，例如：如專治罕見疾病醫院醫師至基層開業等情事。又高科技檢驗技術的進步，有許多過去未曾知悉的疾病被發現，更因新科技藥物的發展，大幅提高罕見疾病患者之存活率，亦使藥品費用持續成長。以 105 年 5 月 27 日中央健保署簡報資料，罕病人數與納入健保給付之罕藥單價高，至 104 年藥費支出增

為 41.4 億元，平均每人藥費 54.3 萬。因此，罕見疾病治療費用非常昂貴，與一般基層診所型態非常不同。

二、查西醫基層總額涵括範圍為西醫診所的門、住診醫療服務。西醫診所係指向衛生局登記為診所（不含中醫診所及牙醫診所）的全民健康保險特約醫事服務機構。

三、有關 106 年度「罕病疾病」編列費用來源如下：

類別	名稱	全年經費	說明
醫院 總額	罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材	12,452.5 佰萬	1. 罕見疾病藥費(5,791 佰萬元)及罕見疾病特材(12.5 佰萬元)經費共計 5,803.5 佰萬元，不得與其他項目流用；血友病藥費為 3,149 佰萬元。不足部分由其他預算支應。 2. 後天免疫缺乏病毒治療藥費為 3,500 佰萬元。
其他 預算	支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費、罕見疾病特材及器官移植、西醫基層總額原慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費，及狂犬病治療藥費	300 佰萬	

四、參考資料：

(一) 衛生福利部修正已公告之罕見疾病分類序號對照表。

(二) 「罕見疾病防治及藥物法」品項、必要藥品及罕見疾病藥品相關規定。

(三) 105 年 5 月 27 日中央健保署「罕見疾病、血友病藥費及新增罕

見疾病特材」費用成長之合理性分析。

五、擬辦：

- (一) 請中央健保署及中華民國醫師公會全國聯合會共同爭取，將基層診所執行罕見疾病等高額費用項目，應納入 107 年西醫基層總額成長率-專款項目編列支應，其支應的範圍包含：檢查費、藥費等。
- (二) 如 106 年西醫基層診所開業執行罕見疾病等費用，擬請中央健保署、中華民國醫師公會全國聯合會，於全民健康保險會爭取以其他預算支應，其支應的範圍包含：檢查費用、藥費等。
- (三) 有關管理部份，請臺北業務組協助落實事前審查、追蹤管理、減少跨院就醫之情事等。

決議：請臺北業務組於診所開業後密切追蹤本轄區西醫基層罕見疾病醫療費用申報狀況。

討論事項第二案

提案單位：西醫基層臺北分會

案由：有關台北區申報 VIARTRIL.S CAPSULES (含成份 GLUCOSAMINE；藥品代碼 B010641100) 偏高院所之管控方式案，提請討論。

說明：

- 一、本會於 105 年研議 VIARTRIL.S CAPSULES(含成份 GLUCOSAMINE) 之管控方式，並提案執行會；執行會同年 4 月會議決議同意將 VIARTRIL.S CAPSULES (含成份 GLUCOSAMINE) 改為指示用藥。
- 二、由統計資料顯示，台北區兩家診所復健科、骨科申報維骨力藥費佔率為 54%、49%(詳附件 8，第 31 頁)，使用該藥比例達該申報科別藥費一半以上明顯偏高，因此建請討論台北區申報 VIARTRIL.S CAPSULES (含成份 GLUCOSAMINE；藥品代碼 B010641100) 偏高院所之管控方式。

決議：

一、本署已依藥品給付規定，建置 GLUCOSAMINE 藥品醫令自動化檢核，定期執行回溯性審查，不符合藥品給付規定者，逕予行政核減。

二、請臺北業務組針對 NSAIDs、COX-2、GLUCOSAMINE 藥品，進行檔案分析，提報下次會議。

散會:下午 3 時 28 分。

西醫基層總額臺北分區西醫基層指標討論會會議紀錄

時間：106 年 1 月 20 日（星期五）中午 12 時 30 分

地點：健保署臺北業務組健保大樓 3 樓 301 會議室（臺北市公園路 15-1 號 3 樓）

主席：吳專門委員科屏、周主任委員慶明

紀錄：黃湘婷

出席單位及人員

西醫基層臺北分會：

王副主任委員維昌、黃副主任委員振國、劉副主任委員家正、

張組長孟源(審查組)、詹副組長前俊(審查組)、

鄭組長俊堂(品質組)、陳副組長建良(品質組)、

陳組長炳榮(法規組)、張副組長甫行(法規組)。

健保署臺北業務組：

陳科長蕙玲、許科長忠逸、賴複核視察香蓮、陳複核視察佳叻、李複核視察如芳(請假)、王複核視察珮琪。

列席單位及人員：

醫療費用二科 廖美惠、溫牡珍、楊麗娟、黃湘婷、黃思瑄、林耘樞、
陳珮玲

醫務管理科 蔡聿雯

臺北分會 顏鴻順(執行祕書)、黃琴茹、何怡璇

新北市醫師公會 陳思琪

討論事項

第一案

提案單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：有關精神科費用管控案，提請討論。

說明：

一、依據 105 年 12 月 9 日西醫基層總額臺北分區 105 年第 4 次共管會議決議辦理。

二、本組針對轄區基層院所精神科費用 105 年管控方式如下：

(一) 每月符合「精神科院所整體醫療費用高於同儕 70(含)百分位」之院所列入重點管理，隨機抽審。

(二) 精神科費用申報偏高院所(共 16 家診所)，自 105 年 5 月份起採論人隨機抽樣審查 6 個月：

1. 月平均診療點數最高前 5 家。

2. 月平均藥費點數最高前 5 家。

3. 每件平均診療最高前 5 家。

4. 每件平均藥費最高前 5 家。

(三) 立意抽審精神科高費用個案送請專業審查(歸戶後共抽審 18 家診所，28 人，605 件)：

1. 醫療費用最高前 10 名個案。

2. 診療費用最高前 10 名個案。

3. 藥品費用最高前 10 名個案。

4. 單一處方藥費點數最高前 10 件。

(四) 未具精神科專科醫師資格，申報特定精神醫令及同院同病患同日同醫令申報超過 1 筆案件，請院所確認後逕予核扣。

三、西醫基層臺北分會建議修改西醫基層總額醫療服務審查管理項目醫療利用類項次六指標「精神科院所整體醫療費用」高於同儕 70(含)百分位修改為高於同儕 75(含)百分位。

項次	原項目	建議修訂項目
六	精神科院所整體醫療費用高於同儕 70(含)百分位。	精神科院所整體醫療費用高於同儕 <u>75(含)百分位</u> 。

四、針對特殊院所分會資料如下：

抽審院所		抽審方式
院所 E	平均每人藥費 8,004、診療費 840、醫療費用 11,273	抽 104 年醫療費用最高前 20 人(立意抽審)，且醫療費用自 105 年 11 月起論人歸戶一年；若半年後院所申報偏高情形改善予以排除。
院所 G	平均每人藥費 5,523、診療費 1,042、醫療費用 9,561	
院所 Q	平均每人藥費 6,553、診療費 1,323、醫療費用 10,557	
院所 I	平均每人藥費 3,516、診療費 1,628、醫療費用 8,794	抽 104 年醫療費用最高前 20 人(立意抽審)。
院所 L	平均每人藥費 4,805、診療費 1,566、醫療費用 9,442	
院所 C	平均每人藥費 3,789、診療費 1,265、醫療費用 7,926	
院所 F	平均每人藥費 2,458、診療費 1,213、醫療費用 6,203	抽 104 年診療費用最高前 20 人(立意抽審)。
院所 O	平均每人藥費 2,572、診療費 1,517、醫療費用 7,149	
院所 H	平均每人藥費 4,882、診療費 450、醫療費用 8,727	
院所 S	平均每人藥費 4,969、診療費 341、醫療費用 7,111	抽 104 年藥費最高前 20 人。
院所 H	件數/人數=11	
院所 I	件數/人數=10	
院所 O	件數/人數=9	抽 104 年就醫次數最高前 20 人

決議：轄區基層院所精神科管控除 105 年管控方式外，另增加「平均就醫次數(申報件數/申報人數)」，篩選就醫次數最高前 10 名病患進行立意抽審。

第二案

提案單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：「西醫基層總額醫療服務審查管理項目」修訂案，提請討論。

說明：

一、依據 105 年 12 月 9 日西醫基層總額臺北分區 105 年第 4 次共管會議決議辦理。

二、考量現行醫療利用指標權重分數偏低，部分院所僅落入 1 項指標即列入抽審，爰將現行指標定義屬性及其調整權重，重點說明如下：

(一) 現行指標「管理類指標」為(A類)；將現行「醫療利用類指標」分為：醫療利用指標(B類)、成長率指標(C類)及其他指標(D類)；新增「配合政策指標」(E類)為獎勵指標。

(二) 調整原醫療利用類指標(B、C、D類指標)之權值分數為 3、6、9 分，必審指標權重調高為 15 分。

(三) 增加配合政策指標(E類指標)：

1. 為鼓勵西醫基層院所參加各項論質計酬方案，提供完整且連續性的照護，以提昇照護品質，增加論質計畫相關指標；參加 1 項論質計酬方案減 1 分，最多以減 3 分為限。指標如下：

(1) 參加「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部品質支付服務第二章糖尿病」院所。

(2) 參加「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部品質支付服務第三章初期慢性腎臟病」院所。

(3) 參加「全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案」院所。

(4) 參加「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」院所。

(5) 參加「全民健康保險慢性阻塞性肺病(COPD)給付改善方案」院所。

(6) 參加「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」。

(7) 「健保雲端藥歷系統」查詢率>最近 1 季轄區同儕值之院所。

2.以 105 年 10 月(抽審費用年月)估計，本指標修訂之影響如下：

(1) 權值分數變動 18 家。

(2) 符合配合政策獎勵指標，減分後免抽審 51 家。

(3) 獎勵指標項次家數統計如下表：

符合配合政策 獎勵指標	減 1 分	減 2 分	減 3 分	減 4 分	減 5 分	合計	減分後 免審
家數	205	185	58	46	33	527	51
註：本表以 105 年 10 月(抽審費用年月)估計，當月符合原指標院所計 689 家， 實際抽審 450 家。							

三、修訂後指標操作說明如下：

(一) 符合必審指標其中一項，該月份必須抽審，其餘依權值積分加總排序，自積分高者依序辦理抽審。抽審原則：以總申報院所家數 20%為原則(600 家)，如因必審指標增加，致抽審率超過者，不在此限。

(二) 若分析費用年月之整體醫療費用成長率 $>4\%$ ，則總抽審家數調整為 25% (750 家)院所。

(三) 修訂後指標自 106 年 4 月(費用年月)起實施。

四、檢附西醫基層總額臺北分區抽審指標檢討報告。

決議：

一、本次決議將於 106 年第 1 次共管會議提報後，自 106 年 4 月(費用年月)起實施。

二、修訂重點如下：

(一) 指標分類：

1. 管理類指標(A類) 為必審指標。

2. 醫療利用類指標：

(1) 醫療費用占率指標(B類)。

(2) 成長率指標(C 類)，參考各項指標核減貢獻度，調整權值分數。

(3) 新增「配合政策指標」(D 類)為獎勵指標。

(二) 修訂部分指標閾值(劃底線為修改部分，詳附件 1)：

1. 指標代碼 C1：整體醫療點數高於同儕 95(含)百分位，且整體醫療點數增加 20 萬點。
2. 指標代碼 C2-1：整體醫療費用>100 萬點(月)，且整體醫療費用成長率>10%，且平均每日整體醫療費用成長率>10%。
3. 指標代碼 C2-2：60 萬點<整體醫療費用≤100 萬點(月)，且整體醫療費用點數成長率>20%，且平均每日整體醫療費用點數成長率>20%。
4. 指標代碼 C3-1：整體醫療點數≥60 萬且診療點數≥20 萬，且診療點數成長率≥15%，且平均每日整體醫療費用點數成長率>15%。
5. 指標代碼 C4-1：醫師申報醫療費用點數(含跨基層院所)高於同儕 98(含)百分位，且醫療點數成長率>5%。【該醫師所有執業院所均列入抽審】
6. 指標代碼 C4-2：醫師申報醫療費用點數(含跨基層院所)高於同儕 95(含)百分位，且醫療點數成長率>10%。

(三) 刪除指標項目：

1. 整體醫療點數≥60 萬且診療點數≥20 萬，且診療點數成長率≥10%，且平均每日整體醫療費用點數成長率>10%。
2. 簡表占率≥80%，且簡表醫療點數≥80 萬，且平均就診次數高於同儕 95(含)百分位。

(四) 「配合政策指標」(D 類)獎勵指標執行方式：

1. 原醫療利用類指標(B、C 類)，依權值積分加總後，若符合下列獎勵指標條件，得減列權值積分，總減分上限為 2 分。
2. 獎勵指標條件：

(1) 該院所「健保雲端藥歷系統」查詢率>最近 1 季轄區同儕值之院所，減 1 分。

(2) 參加下列任 1 方案，減 1 分：

a. 全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案。

b. 全民健康保險家庭醫師整合照護計畫。

c. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部品質支付服務第二章糖尿病。

d. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部品質支付服務第三章初期慢性腎臟病。

e. 全民健康保險B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案。

f. 全民健康保險氣喘醫療給付改善方案。

g. 全民健康保險慢性阻塞性肺病(COPD)給付改善方案。

(五) 抽審原則：

1. 符合必審指標其中一項，該月份必須抽審，其餘依權值積分排序，自積分高者依序辦理抽審，積分相同者以整體醫療費用高者優先抽審。

2. 原醫療利用類指標(修訂後為 B 類及 C 類指標)，抽審上限以 360 家為原則。

臨時提案

第一案

提案單位：臺北業務組醫務管理科

案由：有關推動本組轄區基層診所週日開診事宜，提請討論。

說明：

- 一、「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」105 年第 4 次臨時會議討論事項(一)決議 2.：「假日開診率低於 25%之地區」，請醫師公會全聯會參考目前開診之科別分布，協

助後續協調醫師週日開診事宜，並回復輔導結果。

- 二、為利醫師公會全聯會協助協調醫師週日開診，本署已一併檢送105年1-9月西醫基層診所數、週日看診率及週日診療科別數等相關資料予全聯會。茲擷取本組轄區各縣市西醫基層診所週日看診情形，統計如下：

縣 市	診所家數	平均每週日 看診診所數	週日看診率
臺北市	1,114	174	16%
新北市	1,581	398	25%
基隆市	156	34	22%
宜蘭縣	183	26	14%
金門縣	33	9	27%
連江縣	4	1	25%
總計	3,071	642	21%

- 三、近日據媒體報導，因應勞基法修正「一例一休」新制上路後，醫療院所為避免大幅增加加班費支出，故研議停止或縮減假日(尤其是週日)開診診次。鑑於落實分級醫療，提供民眾週日就醫可近性為重要配套措施之一，且本組轄區基層診所週日看診率21%，尚未達25%之管控目標值。爰提本案請貴分會就本組轄區醫師週日開診如何達成25%，研提具體方案及執行作法。

決議：

- 一、因勞基法修正「一例一休」新制上路，導致開診成本增加，醫事人員排班不易，推動基層院所週日開診實有窒礙難行之處，惟將盡力配合。
- 二、有關一例一休院所實務作業疑義，醫師公會全聯會將請律師開課說明，另分會提出建議措施如下：
 - (一)都市地區具醫療資源豐富、交通便利等特性，較不需強調週日開診率，可以「全民健保行動快易通」APP提供民眾於週日開診之診所資訊，增加就醫便利性；而偏鄉地區可比照山

地離島偏遠地區或巡迴醫療模式辦理，專案申請，每診次有保障給付，或以衛生所為執業地點，設置假日門診中心，各專業人員則由公會協調支援。

(二) 調整合理門診量天數，引導醫師輪流看診，使達到週休二日及假日開診之目的。

(三) 為因應人事成本增加，建議放寬掛號費收取上限，遵循市場機制。

散會：15 時 10 分

西醫基層審查管理項目指標（修訂決議）

指標項次	指標類別	指標代碼	指標名稱	抽審期間	抽審
1	管理指標	A1	最近3個月內違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法，處分確定：第37條者（不含第二款）	3個月	必審
2	管理指標	A2	最近3個月內違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法：第37條第二款（未經醫師診斷逕行提供醫事服務）、38、39、40條者。	「論人隨機」抽審3個月	必審
3	管理指標	A3	經查核、申訴或其它疑有異常成案者，列入指定加強審查院所	抽審1~3個月	必審
4	管理指標	A4	終止合約院所	(一)自接獲醫務管理科通知當月起至合約迄月止。 (二)排除條件：如有特殊原因無法配合抽審者(例：負責醫師死亡、重症或無法執行業務者)，得經臺北分會同意並函請臺北業務組取消抽審。	必審
5	管理指標	A5	新特約院所	(一)自特約起月送審6個月 (二)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	必審
6	管理指標	A6	經專業審查或檔案分析疑有異常院所	依審查醫師意見或檔案分析結果辦理	必審
7	管理指標	A7	當月醫療費用於次月底以後申報院所	當月送審	必審
8	管理指標	A8	每一院所原則上每年度至少應予抽樣查一次	送審1個月	必審
9	管理指標	A9	專業審查核減率>20%	連續抽審3個月	必審

西醫基層審查管理項目指標（修訂決議）_修正版								
指標項次	指標類別	指標代碼	現行指標編號	指標名稱	同儕百分位值	抽審方式	現行權值分數	修改權值分數
10		B1	2	整體醫療點數	前10名院所	論人隨機	必審	15
11		B2	6	精神院所整體醫療點數	>=70(含)百分位	論人隨機	必審	15
12	醫療費用占率	B3	7	復健院所整體醫療點數	>=70(含)百分位	論人隨機	必審	15
13		B4	5-3	醫師申報醫療費用點數(含跨基層院所)	前20名醫師之執業院所	論人隨機	必審	15
14		B5	1-1	整體醫療點數	>=88(含)百分位	論人隨機	5	9
15		C1	1-2	整體醫療點數高於同儕95(含)百分位，且整體醫療點數成長率>0%。		隨機	3	6
16		C2-1	3-2	整體醫療費用>100萬點（月），且整體醫療費用點數增加>10萬點。		隨機	5	9
17		C2-2	3-1	60萬點<整體醫療費用≤100萬點（月），且整體醫療費用點數成長率>10%。		隨機	3	3
18	成長率指標	C3-1 C3	4-2	整體醫療點數≥60萬且診療點數≥20萬，且診療點數成長率≥15%，且平均每日整體醫療費用點數成長率>10%。		隨機	5	6
			4-1	整體醫療點數≥60萬且診療點數≥20萬，且診療點數成長率≥10%，且平均每日整體醫療費用點數成長率>10%。（本項刪除）		隨機	3	
19		C4-1	5-2	醫師申報醫療費用點數(含跨基層院所)高於同儕98(含)百分位，且醫療點數成長率>0%。【該醫師所有執業院所均列入抽審】		隨機	5	9
20		C4-2	5-1	醫師申報醫療費用點數(含跨基層院所)高於同儕95(含)百分位，且醫療點數成長率>1%。		隨機	3	6
	簡表指標		8	簡表右第8項(含)百分位。（本項刪除）		論人隨機	必審	

西醫基層審查管理項目指標（修訂決議）_修正版

指標 項次	指標類 別	指標代 碼	指標名稱	抽審 方式	權值分數
21	配合政 策一 獎勵指 標	D1	「健保雲端藥歷系統」查詢率>最近1季轄區同儕值之院所。	減分項	-1
22		D2	參加「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」院所	減分項	-1
23		D3	參加「家庭醫師整合照護計畫」院所	減分項	-1
24		D4	參加「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部品質支付服務第二章糖尿 尿病」院所	減分項	-1
25		D5	參加「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部品質支付服務第三章初 期慢性腎臟病」院所	減分項	-1
26		D6	參加「全民健康保險B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者醫療給付改善方案」院所	減分項	-1
27		D7	參加「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」院所	減分項	-1
28		D8	參加「全民健康保險慢性阻塞性肺病(COPD)給付改善方案」院所	減分項	-1

備註：

一、符合必審指標其中一項，該月份必須抽審，其餘依權值積分加總排序，自積分高者依序辦理抽審。

二、獎勵指標說明：

1. 原醫療利用類指標(B、C類)，依權值積分加總後，若符合下列獎勵指標條件，得減列權值積分，總減分上限為2分。
2. 「健保雲端藥歷系統」查詢率>最近1季轄區同儕值之院所，可減1分。
3. 參加下列任一方案，可減1分：「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」、「家庭醫師整合照護計畫」、論質方案(包含：糖尿病、初級慢性腎臟病、BC型肝炎感染者給付改善方案、氣喘、慢性阻塞性肺病_COPD)。

三、依臺北分會106年1月25日來函說明全案經臺北分會委員共識；本抽審指標案自106年1月份(費用年月)實施。

106 年「西醫基層總額臺北分區共管會」委員名單

序號	臺北分會代表		序號	臺北業務組代表	
	職稱	姓名		職稱	姓名
1	主任委員	周慶明	1	組長	林麗瑾
2	副主任委員	王維昌	2	參議	李純馥
3	副主任委員	張志華	3	專門委員	王復中
4	副主任委員	黃宗炎	4	專門委員	吳科屏
5	副主任委員	黃振國	5	科長(醫療費用二科)	陳蕙玲
6	副主任委員	劉家正	6	科長(醫療費用四科)	余正美
7	品質資訊組組長	鄭俊堂	7	科長(醫務管理科)	許忠逸
8	審查組組長	張孟源	8	視察(醫療費用二科)	李如芳
9	法規會務組副組長	張甫行	9	視察(醫療費用二科)	陳佳紋
10	品質資訊組副組長	陳建良	10	視察(醫療費用二科)	賴香蓮
11	審查組副組長	詹前俊	11	視察(醫務管理科)	王珮琪
12	法規會務組委員	石賢彥	12	視察(醫務管理科)	徐麗滿
13	法規會務組委員	林華貞	13	專員(醫療費用四科)	徐梓芳
14	法規會務組委員	施肇榮			
15	品質資訊組委員	林應然			
16	品質資訊組委員	趙 堅			
17	品質資訊組委員	謝坤川			
18	審查組委員	王三郎			
19	審查組委員	吳梅壽			
20	審查組委員	張朝凱			
21	審查、法規組委員	李光雄			
22	審查、法規組委員	賴明隆			
23	審查、品質組委員	李偉華			

西醫基層總額臺北分區共管會作業要點

98年3月20日修訂

99年4月01日修訂

106年3月10日修訂

- 一、衛生福利部中央健康保險署臺北業務組（以下簡稱臺北業務組）為推動西醫基層醫療服務審查勞務委託業務，並建立雙方良好合作、溝通及共同管理機制，特與受託單位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臺北分會（以下簡稱臺北分會）成立「西醫基層總額臺北分區共管會」（以下簡稱本會）。
- 二、本會任務如下：
 - （一）關於本業務組轄區西醫基層總額支付制度之推動事宜。
 - （二）關於本業務組轄區西醫基層醫療資源之分析與監控相關事宜。
 - （三）關於本業務組轄區西醫基層醫療服務品質提昇及同儕制約相關事宜。
 - （四）關於本業務組轄區西醫基層醫療院所醫療服務提供之輔導事宜。
 - （五）其他與本業務組西醫基層總額推動相關事宜。
- 三、組織成員：召集人1人，由臺北業務組組長兼任；副召集人1人，由臺北分會主任委員兼任。
- 四、本會置委員30至45人，由臺北分會及臺北業務組派代表組成。
 - （一）臺北分會代表20~30人：主任委員、副主任委員（轄區各縣市公會理事長，共5人）、審查組、法規會務組、品質資訊組組長（副組長）暨臺北分會推薦委員。
 - （二）臺北業務組代表10~15人：組長、參議、副組長、專門委員及

支出面科長、視察及複核。

五、會議聯絡人：臺北分會、臺北業務組各 1 人擔任。

六、委員任期：

(一)臺北分會及臺北業務組代表依其職務任期調整任免，並由原推派單位就變動部分逕予調整指派。

(二)轄區各縣市醫師公會推舉之委員，除隨同各縣市醫師公會理事長之任期屆滿改選而重新推舉外，各縣市醫師公會得因特殊情形更換其推舉之委員。

七、本會運作：

(一)本會原則上每三個月召開一次會議，開會時間依前一年最後一次會議議定(如 105 年第 4 季議定 106 年為每季季末第二週之週五中午)，必要時得召開臨時會議。

(二)本會會議由召集人及副召集人擔任主席，召集人(副召集人)因故未克出席時，由召集人(副召集人)指定委員 1 人為主席。

(三)本會會議之召開應有全體委員過半數之出席。

(四)本會開會時，得視需要邀請相關單位派員列席。

(五)本會成員均為無給職。

八、本要點經共管會議後實施，其修訂時亦同。

全民健康保險特約醫事服務機構「電子化續約」操作說明

105/9/19

1

進入 VPN / 服務項目 / 醫務行政 / 醫事機構線上續約作業，以機構負責人醫事人員卡登入

2

選擇線上續約或現場續約

我的首頁 > 醫務行政 > 線上續約作業

現任作業區

醫事機構線上續約作業(步驟1)

臺北虛設診所 醫事機構負責人 甄小星 您好：

貴機構續保合約即將屆滿，為免影響貴機構之醫療費用撥付，請務必完成續約手續。

為節省您的寶貴時間，您可以選擇線上續約，其合約效力與現場續約相同。

若您同意執行線上續約作業，請點選下方線上續約鈕，請於 105 年 10 月 31 日前務必完成線上續約。

若您本次合約欲變更印鑑或欲親自到署辦理續約，請點選 現場續約 鈕：

請點選「線上續約」

3

預覽合約書內容及核對基本資料與印鑑

*印鑑卡部分，本署提供前次合約末頁畫面，僅供院所比對印信印鑑(即大小章)之用

1. 請點擊 合約書與印鑑(預覽檔) 下載預覽合約

2. 請確認以下資料

☒ 不變更 ☐ 變更

☒ 正確 ☐ 不正確

☒ 正確 ☐ 不正確

一、印鑑卡

二、醫事機構基本資料

醫事機構代碼： 5900112233

醫事機構名稱： 台北大藥局

機構地址： 台北市中正區許昌街 17 號 8 樓

三、負責人基本資料

負責人身分證號： A123456789

負責人姓名： 陳先生

四、本次合約有效期間

自 103 年 10 月 21 日 起至 106 年 10 月 20 日 止

請逐項確認，全部正確按 確認 鍵，若資料有誤，按 資料有問題 鍵，並請洽承辦人處理。

申請變更印鑑，需親自到署辦理

點選「資料有問題」，會顯示諮詢電話，請洽詢修正

4

確認資料無誤，即合約簽訂完成，請點選合約產製


醫事機構線上續約作業

您已完成基本資料核對

本份合約於 105 年 10 月 15 日 14 時 39 分 19 秒，依據負責人甄小麗 之醫事人員卡，
於衛生福利部中央健康保險署健保資訊網服務系統 (VPN) 簽訂完成。

請點選合約書產製鈕

合約書產製

5

下載合約書→大功告成


醫事機構線上續約作業

臺北虛擬診 醫事機構負責人 甄小麗 您好：

預估一小時後可供下載時按鈕會轉為綠色

請即時下載合約書，本合約一式兩份，並妥為保管
即日起15日內可至VPN醫務行政-醫事機構線上續約區完成下載作業。

感謝您的配合！

下載合約