



# 112年度第2次 西醫基層醫療服務審查南區共管會議

報告單位： 南區業務組

日期： 112年6月21日

# 簡報大綱



壹、醫療費用點值及申報概況



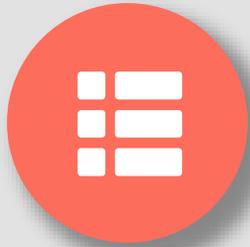
貳、檔案分析執行情形



參、重要政策推動業務



肆、宣導及共同推動業務

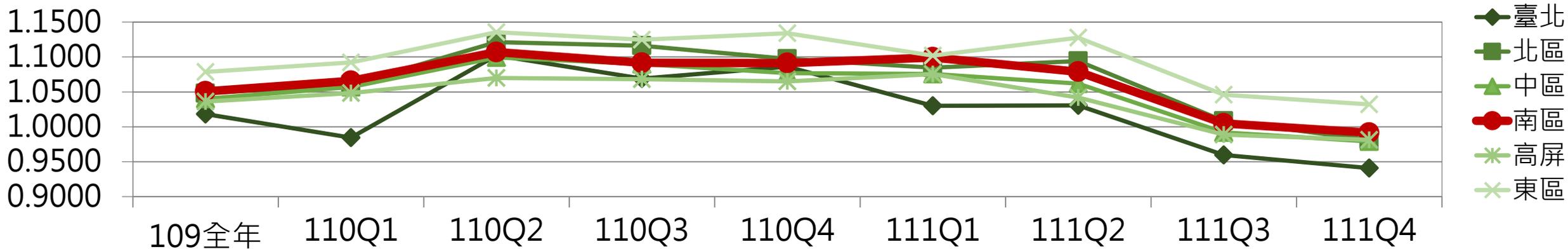


# 壹、醫療費用點值及申報概況

- ◆ 各區醫療費用公告平均點值
- ◆ 112Q1一般服務預估點值
- ◆ 暫付/核定點值調整方案
- ◆ 112Q1各科醫療費用成長率



# 一、各區醫療費用公告平均點值



業務組	109全年	110Q1	110Q2	110Q3	110Q4	111Q1	111Q2	111Q3	111Q4
臺北	1.0183	0.9844	1.1024	1.0690	1.0860	1.0301	1.0308	0.9598	0.9408
北區	1.0480	1.0605	1.1213	1.1162	1.0972	1.0845	1.0943	1.0083	0.9813
中區	1.0402	1.0570	1.0995	1.0899	1.0768	1.0756	1.0619	0.9921	0.9790
南區	1.0507	1.0657	1.1069	1.0917	1.0912	1.0993	1.0789	1.0047	0.9915
高屏	1.0361	1.0484	1.0698	1.0683	1.0651	1.0754	1.0420	0.9888	0.9813
東區	1.0786	1.0922	1.1355	1.1249	1.1340	1.1020	1.1276	1.0461	1.0321
全署	1.0357	1.0329	1.1008	1.0843	1.0843	1.0652	1.0567	0.9859	0.9694
排名	2	2	3	3	3	2	3	3	2

註：1. 資料來源：中央健康保險署全球資訊網。  
 2. 109年點值採全年結算係依西基總額109年第4次研商議事會議決議辦理。



## 二、112Q1一般服務預估點值

月份	就醫分區	跨區就醫調整後總額(百萬)	新增醫藥分業地區(百萬)	預估點數(百萬)		預估點值	
				浮動	非浮動	浮動點值	平均點值
第1季	臺北	9,597	1	2,737	7,371	0.9308	0.9495
	北區	5,001	4	1,554	3,622	0.9528	0.9670
	中區	6,656	2	1,984	4,732	0.9877	0.9914
	南區	4,914	10	1,469	3,392	1.0186	1.0130
	高屏	5,512	8	1,746	3,929	0.9604	0.9726
	東區	661	17	230	415	1.0786	1.0506
	合計	32,341	41	9,720	23,461	0.9659	0.9759

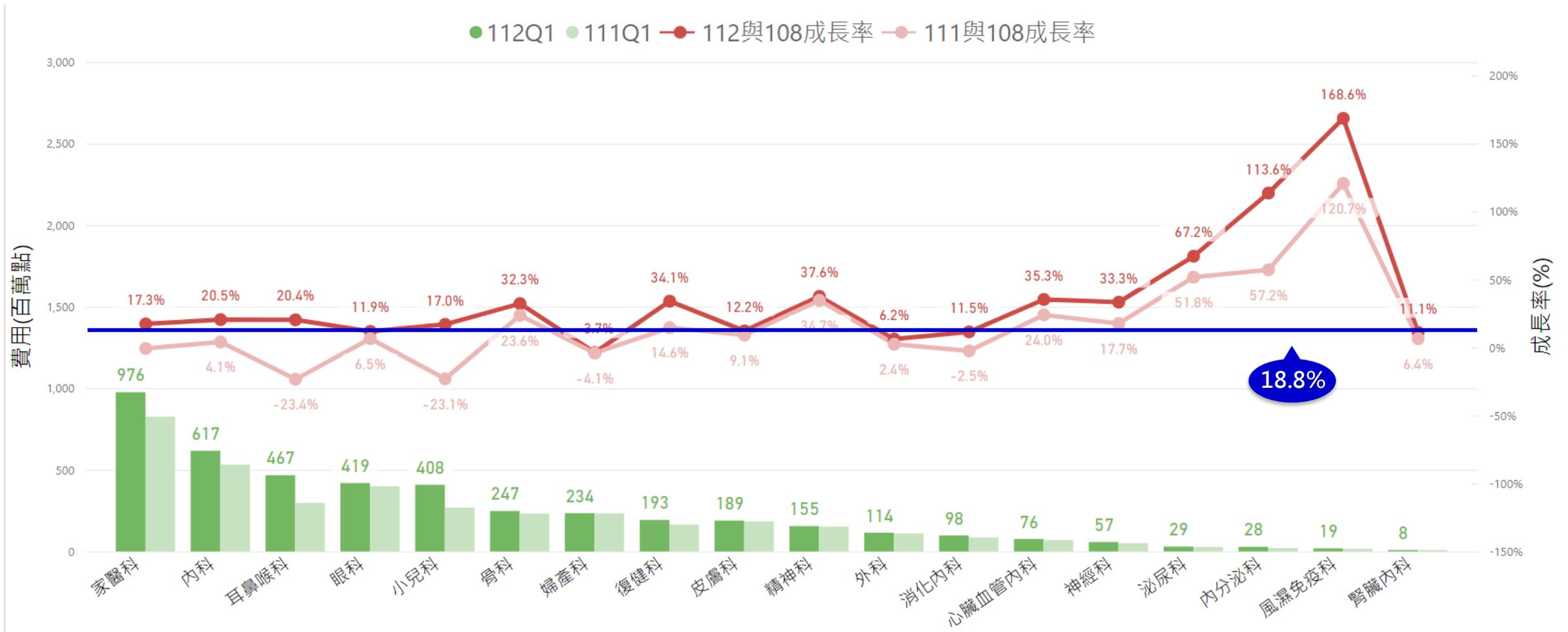
# 三、暫付/核定點值調整方案

- 依西基總額112年第1次臨時研商議事會議決議，同意改以**最近1季結算**與**最近1季預估點值**取**較保守者之9成**計算暫付/核定金額。
- 112年6月15日起，西基總額費用暫付/核定依**111年第4季結算點值**辦理。

業務組	111年第4季 結算點值(A)		112年第1季 預估點值(B)		點值差距 (B-A)	
	浮動點值	平均點值	浮動點值	平均點值	浮動點值	平均點值
臺北	☆ 0.9184	0.9408	0.9308	0.9495	0.0123	0.0087
北區	0.9727	0.9813	☆ 0.9528	0.9670	-0.0198	-0.0143
中區	☆ 0.9695	0.9790	0.9877	0.9914	0.0182	0.0123
南區	☆ 0.9872	0.9915	1.0186	1.0130	0.0314	0.0215
高屏	0.9726	0.9813	☆ 0.9604	0.9726	-0.0121	-0.0087
東區	☆ 1.0507	1.0321	1.0786	1.0506	0.0279	0.0185
合計	0.9569	0.9694	0.9659	0.9759	0.0091	0.0065

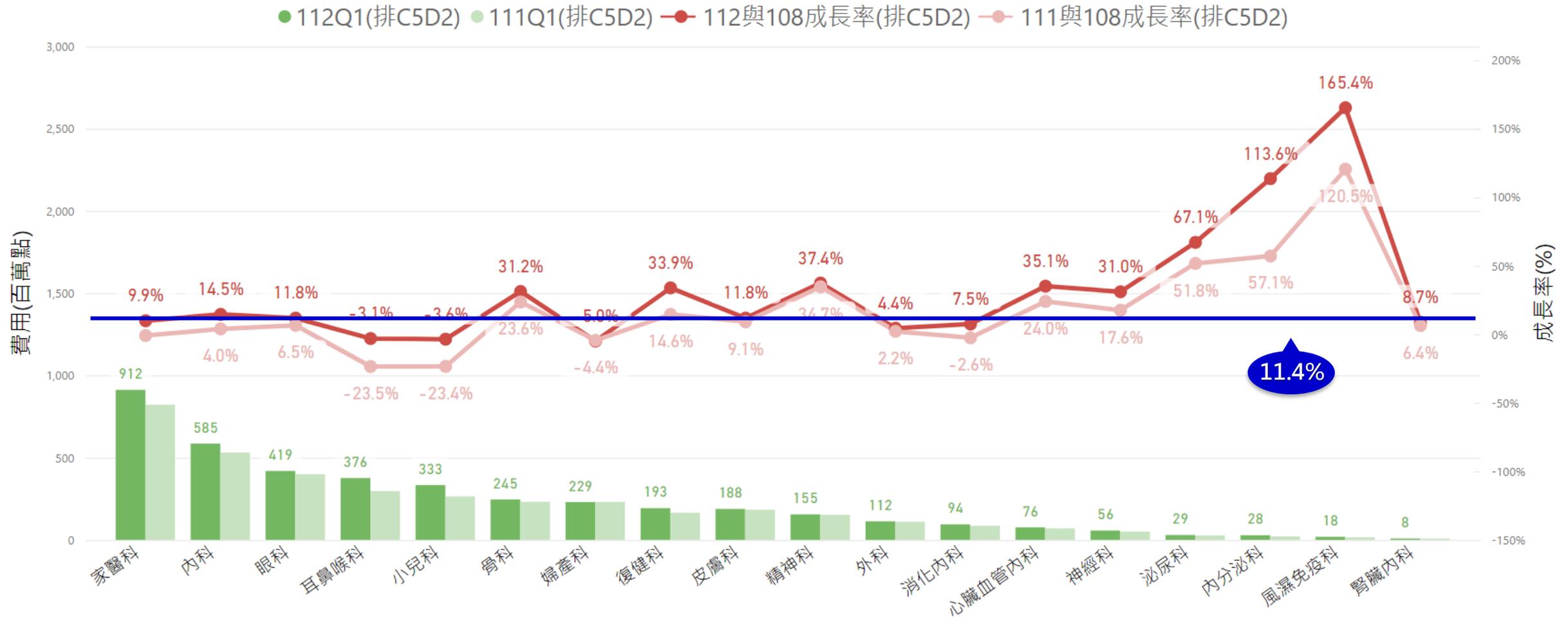
註：調整方案實施期間初步建議不超過3季，並逐季檢討確認是否回復原作業原則。

# 四、112Q1各科醫療費用成長率(未排除C5、D2)



- 註：1. 費用點數係指院所申報點數加部分負擔扣除C肝申報點數。  
 2. 分別以111Q1及108Q1、112Q1及108Q1計算各科費用成長率，且排除費用點數2百萬點以下科別(神經外科、整形外科等)。  
 3. 112Q1整體費用比108年同期上升18.8%。

# 四、112Q1各科醫療費用成長率(排除C5、D2)



- 註：1. 費用點數係指院所申報點數加部分負擔扣除C肝、C5、D2申報點數。  
 2. 分別以111Q1及108Q1、112Q1及108Q1計算各科費用成長率，且排除費用點數2百萬點以下科別(神經外科、整形外科等)。  
 3. 112Q1整體費用比108年同期上升11.4%。



## 貳、檔案分析執行情形

- ◆ 112年上半年回溯檔案分析執行概況
- ◆ 112年下半年預定執行回溯管理專案
- ◆ 112年西醫基層院所白內障手術申報監控及管理方式
- ◆ 白內障手術第41例以上未依規定完成登錄



# 一、112年上半年回溯檔案分析執行概況

總計追扣**174萬8,614點**

序號	專案來源	專案名稱	費用區間	執行方式	核扣點數
1	回溯性 檔案分析	藥局慢箋超次調劑	11004-11012	行政審查	532,617
2		Trajenta Tablets使用頻率及用量	11001-11112	自行檢視 及審查	372,652
3		同一案件同日併報眼底檢查	11001-11108	自行檢視	256,001
4		Depakine申報液劑給錠劑清查案	11001-11112		252,668
5		申報冷凍治療合理性及適當性	11007-11106	自行檢視 及審查	247,650
6		生產未達標準日出院後再就醫	11101-11106		40,391
7		保險對象死亡後申報費用	11110-11112	自行檢視	16,634
8		署異常管理專案_剖腹產案件申報異常	11007-11106	自行檢視 及審查	14,928
9		視訊診療案件又申報處置	11112-11203	自行檢視	9,706
10		聯合診所病人同日就醫分布	11101-11111	自行檢視	4,410
11		陰道超音波19013C申報異常	11107-11109	自行檢視 及審查	957



## 二、112年下半年預定執行回溯管理專案

序號	專案來源	專案名稱
1	回溯性 檔案分析	居家醫療檔案分析 (訪視當日申報訪視費及診察費、住院又申報訪視費或精神科全日復健治療費、日訪視個案數超次、同日訪視五人以上、機構照護個案在宅申報)
2		血液透析併報診察費
3		視訊診療案件又申報處置
4		同日二刷異常申報
5		白內障手術前180日未在手術診所就醫
6		手術、創傷處置及換藥-小換藥、中換藥未以同一療程申報案
7		20項檢驗檢查再執行
8		一般尿液檢查06001C-06017C不符申報規定
9		成健第1階段抽血檢驗當日重複申報相同檢驗費
10	CIS 回溯性 審查	門診同院所同個案同月申報腹部超音波(含追蹤) $\geq 2$ 次、門診同院所同個案全年申報腹部超音波(19001C) $\geq 3$ 次
11		西醫門診年復健次數 $> 180$ 次(排除代辦、早療案件、簡單治療及PAC案件)
12		最近連續3個月該院所內醫師、醫事人員、行政人員及其眷屬於該院所就診次數 $> 9$ 次
13		安養住民每季門診就醫(含跨院跨區) $> 12$ 次者、安養住民每季門診醫療費用(含跨院跨區) $> 20,000$ 點者



# 三、112年西醫基層院所白內障手術申報監控及管理方式

## 111年各分區西基院所白內障手術申報情形

業務組	108年 件數 (A)	110年 件數 (B)	111年 件數 (C)	111年相較108年		111年相較110年	
				增減件數 (D=C-A)	件數成長率 (E=D/A)	增減件數 (F=C-B)	件數成長率 (G=F/B)
臺北	34,664	33,820	38,692	4,028	11.6%	4,872	14.4%
北區	18,447	17,701	19,838	1,391	7.5%	2,137	12.1%
中區	28,719	27,465	29,414	695	2.4%	1,949	7.1%
南區	25,052	24,328	25,116	64	0.3%	788	3.2%
高屏	32,519	29,579	30,715	-1,804	-5.5%	1,136	3.8%
東區	2,275	1,803	2,064	-211	-9.3%	261	14.5%
合計	141,676	134,696	145,839	4,163	2.9%	11,143	8.3%

## 112Q1南區西基院所白內障手術申報情形，較108Q1及111Q1明顯成長

月份	108年 件數 (A)	111年 件數 (B)	111年較108年同期		112年 件數 (E)	112年較108年同期		112年較111年同期	
			增減件數 (C=B-A)	件數成長率 (D=C/A)		增減件數 (F=E-A)	件數成長率 (G=F/A)	增減件數 (H=E-B)	件數成長率 (I=H/B)
1月	1,920	1,801	-119	-6.2%	1,494	-426	-22.2%	-307	-17.0%
2月	1,692	1,880	188	11.1%	2,334	642	37.9%	454	24.1%
3月	2,196	2,458	262	11.9%	2,624	428	19.5%	166	6.8%
112Q1 合計	5,808	6,139	331	5.7%	6,452	644	11.1%	313	5.1%

## 白內障手術管理方式

### 品質回溯性審查

#### 管理 1

申報白內障手術案件季成長率平均值(件數/月份數)大於5%  
且季申報件數大於合理件數之院所。

112Q1  
計4家

註：參用眼科醫學會白內障手術特別管理方案(111.1.25 修正版)

1. 以院所專任專科醫師數計算， $\text{合理件數} = 40 + (\text{專任眼科專科醫師數} - 1) * 23$ 。
2. 以108年為基期，新特約院所若無108年基期，改以112年當季前半年月平均件數為比較基期。

#### 管理 2

最近一年個案第1次就醫當日即施行白內障手術案件。  
(施行白內障手術日前180日內無同院就醫紀錄)

111年  
計19家40件

#### 管理 3

白內障手術1年內後囊混濁並接受雷射治療發生率大於95百分位之院所。

111年  
計7家

註：

1. 每季統計，最近一年任一季大於南區西基院所發生率95百分位即納入管理。
2. 發生率 = 當季同一院所發生後囊混濁並接受雷射治療(限同案件)且於分母中出現人數/前1年門住診白內障手術人數。

# 四、白內障手術第41例以上未依規定完成登錄

## 規定及輔導

- 自費用年月 111 年 3 月起，醫師每月門住診白內障手術第 41 例以上個案(含跨院)，須於申報費用前至VPN完成登錄取號，方得支付費用。
- 檢核醫令代碼範圍：86006C、86007C、86008C、86011C、86012C。
- 執行時點：111年6月-9月輔導期，**111年10月起，未依規定者不予支付費用。**

## 未依規定登錄及申報勾稽異常結果

季別	家數	件數	金額
111Q1	1	2	27,540
111Q2	5	22	302,940
111Q3	3	21	289,170
111Q4	10	44	605,880
<b>112Q1</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>110,160</b>
總計	23	97	1,225,530

## 錯誤原因

編號	異常原因	件數(111Q4)	件數(112Q1)
1	未登錄取號	3	2
2	申報後才完成登錄作業	1	
3	個案ID登錄錯誤(VPN)	2	
4	申報資料醫師ID申報錯誤	2	
5	診所計算第41例以上之定義與本署不同(等同未取號)	5	3
6	申報資料漏鍵取號之序號	31	3
	總計	44	8



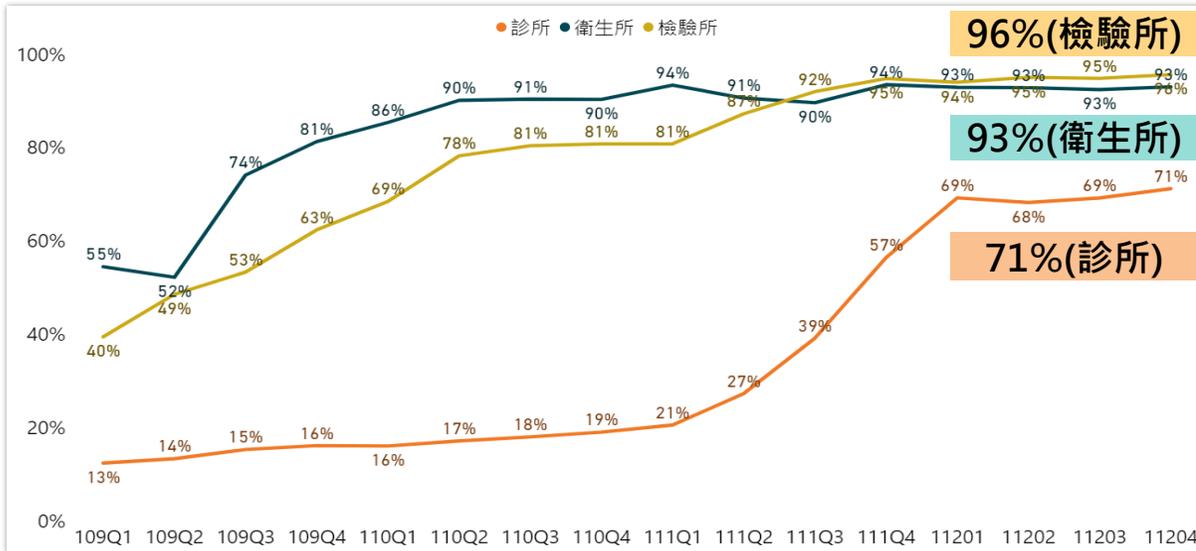
## 參、重要政策推動業務

- ◆ 上傳檢驗(查)結果資料
- ◆ 家庭醫師整合性照護計畫
- ◆ 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案
- ◆ 代謝症候群防治計畫
- ◆ 慢性傳染病照護品質計畫
- ◆ 癌症治療品質改善計畫
- ◆ 思覺失調症醫療給付改善方案暨長效針劑注射獎勵措施
- ◆ 西醫基層醫療資源不足地區改善方案



# 一、上傳檢驗(查)結果資料

## 南區西基109Q1-11204上傳情形



## 鏡檢及超音波上傳情形

季別	申報醫令數	次月底前上傳醫令數	率(%)
111Q1	75,858	4,186	6
111Q2	76,297	11,537	15
111Q3	85,826	23,925	28
111Q4	83,449	40,776	49
112Q1	79,513	56,463	71
11204	27,279	20,914	77

**+71%**

申報醫令數	上傳0%家數 112/4	上傳0%家數 112/3
≥1000	0	0
500-999	0	0
100-499	2	3
50-99	5	4
<50	157	170
總計	164	177

## 鏡檢及超音波報告上傳\_輔導/審查

依據	規定	輔導或審查
全民健保保險憑證製發及存取資料管理辦法	增列應上傳之就醫紀錄內容包含檢驗(查)結果、醫療檢查影像及影像報告。	<b>輔導上傳：</b> 有申報檢驗(查)費用未上傳報告。
全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法18條	依下列項目進程序審查： ① 醫療服務給付項目及支付標準正確性之核對。 ② 申報資料填載之完整性及正確性。 ③ 檢附資料之齊全性。	<b>調閱報告：</b> 輔導後仍未上傳報告之案件。
全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準	申報鏡檢或超音波費用應檢附報告。	

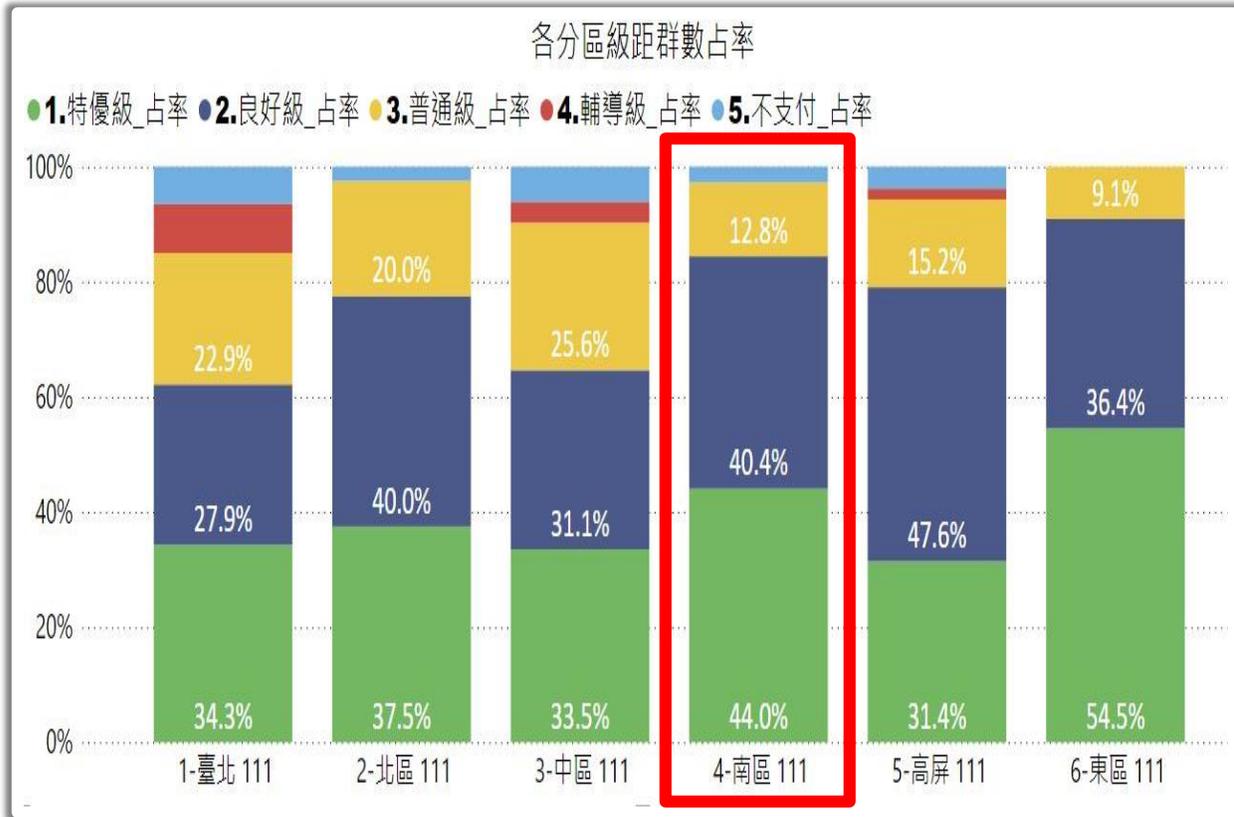
- 應上傳檢查文字報告。
- 針對有申報檢驗(查)費用未上傳報告，持續輔導並調閱仍未上傳案件，釐清實際執行情形。



## 二、家庭醫師整合性照護計畫\_1

111年執行成效

南區良好級以上群數占率**84.4%**，高居**全署第一**



業務組	1特優級		2良好級		3普通級		4輔導級		5不支付	
	群數	占率 (%)								
臺北	48	34.3	39	27.9	32	22.9	12	8.6	9	6.4
北區	30	37.5	32	40.0	16	20.0	0	0.0	2	2.5
中區	55	33.5	51	31.1	42	25.6	6	3.7	10	6.1
南區	48	44.0	44	40.4	14	12.8	0	0.0	3	2.8
高屏	33	31.4	50	47.6	16	15.2	2	1.9	4	3.8
東區	6	54.5	4	36.4	1	9.1	0	0.0	0	0.0



## 二、家庭醫師整合性照護計畫\_2

111年績效獎勵費撥付結果

111年度點值為**1**

各分區VC-AE結餘(正、負值)診所數統計

業務組	醫療群數	A.健康管理成效 鼓勵(億點)	B.品質提升 費用(億點)	績效獎勵費用 A+B總計(億元)
臺北	140	2.419	3.373	5.792
北區	80	2.017	1.938	3.956
中區	164	2.415	2.864	5.278
<b>南區</b>	<b>109</b>	<b>1.435</b>	<b>1.825</b>	<b>3.260</b>
高屏	105	1.560	1.791	3.351
東區	11	0.093	0.279	0.372
總計	609	9.938	12.071	22.009

業務組	總診所數	正	負	負值佔率 (%)
臺北	1,510	1,012	498	33
北區	750	607	143	19
中區	1,465	1,063	402	27
<b>南區</b>	<b>869</b>	<b>612</b>	<b>257</b>	<b>30</b>
高屏	859	609	250	29
東區	113	58	55	49
總計	5,566	3,961	1,605	29

請發揮**健康守門員**角色，整合多重疾病照護，避免病患奔波，**節省健保資源**。



# 三、糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(DKD)\_1

## 申請方式

目前院所不需主動提出申請，由本署系統自動註記。

## 聯絡方式

醫務管理科，06-2245678#1615。

- ◆提醒1◆ 同時具備糖尿病及初期腎臟病試辦計畫院所，目前由本署系統自動註記為DKD共病照護院所，不需主動提出申請。
- ◆提醒2◆ DKD為試辦計畫80：糖尿病合併初期腎臟病

HMAI2130S01\_醫事機構試辦計畫作業

醫事機構代碼	<input type="text"/>	醫事機構簡稱	<input type="text"/>
*試辦計畫類別	<input type="text"/>	*試辦計畫代碼	80:糖尿病合併初期慢性腎臟病
*生效起始日期	112/03/28 (YYY/MM/DD)	*生效結束日期	999/12/31 (YYY/MM/DD)
支援地區代碼	<input type="text"/>	社區醫療群代碼	<input type="text"/>
試辦計畫註記	<input type="text"/>	社區醫療群名稱	<input type="text"/>
試辦計畫註記2	<input type="text"/>	計畫期別	<input type="text"/>
		計畫備註	<input type="text"/>

重新整理 資料複製 清除 參與機構 參與人員 歷史查詢 機構窗口 大事記 回前畫面



# 三、糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(DKD)\_2

## 申請VPN登錄功能

- ◆步驟1◆ VPN/機構管理者作業/健保服務申請作業
- ◆步驟2◆ 勾選「糖尿病合併初期慢性腎臟腎臟病整合方案」
- ◆步驟3◆ VPN/機構管理者作業/使用者授權作業方案」
- ◆步驟4◆ 勾選授權之機構使用者

**步驟3**

- IWP2機構管理者作業
- 3200健保服務申請作業
- 3100使用者維護作業
- 3300使用者授權管理作業

**步驟1**

- IWP1機構代表作業
- IWP2機構管理者作業
  - 3200健保服務申請作業
  - 3100使用者維護作業
  - 3300使用者授權管理作業
- QB3居家照護(一般照護/安寧照護)
- QHN照護機構院民資料申報
- QM1糖尿病及初期慢性腎臟病整合方案
  - E5001個案基本資料維護
  - E1001個案照護資料維護
  - E1002個案照護上傳查詢
  - E1003糖尿病合併初期慢性腎臟個案資料查詢作業
- QMX試辦計畫
  - E3003個案檢驗(查)值檢核結果查詢
  - E4001管理照護費及評估費檢核結果查詢
  - E5001基本資料維護
  - E5002個案資料維護
  - E5003個案資料查詢

**步驟2**

健保服務申請作業

篩選條件: 未申請

選項	業務別:作業權利	使用狀態
<input checked="" type="checkbox"/>	[糖尿病及初期慢性腎臟病整合方案]:全部功能	未申請
<input type="checkbox"/>	[白內障登錄系統]:全部功能	未申請
<input type="checkbox"/>	[居家輕量化方案(設定)]:全部功能	未申請
<input type="checkbox"/>	[血友病個案管理系統]:全部功能	未申請
<input type="checkbox"/>	[居家輕量化方案(院所)]:全部功能	未申請

勾選申請後，使用狀態會變為已核可

**步驟4**

機構使用者維護

	姓名	身分證字號	生效日期起
<input type="radio"/>	陳	R223	111/
<input type="radio"/>	王	S121	111/
<input type="radio"/>	康	R123	106/
<input type="radio"/>	陳	S123	112/
<input type="radio"/>	陳	V120	102/
<input type="radio"/>	陳	R222	110/
<input type="radio"/>	趙	S222	104/
<input type="radio"/>	劉	R124	111/
<input type="radio"/>	鄭	R224	111/
<input type="radio"/>	鄭	Q100	104/

健保服務申請作業

篩選條件: 全部

選項	業務別:作業權利	使用狀態
<input checked="" type="checkbox"/>	[糖尿病及初期慢性腎臟病整合方案]:全部功能	已核可

# 三、糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(DKD)\_3

## VPN收案路徑

- ◆提醒1◆ 新路徑：VPN/QM1糖尿病與初期慢性病整合方案/E1001個案照護資料維護。
- ◆提醒2◆ DM、CKD、DKD整合於同一畫面登錄。
- ◆提醒3◆ 因DM或CKD其中一項病情好轉，或因CKD病情惡化致不符合DKD收案條件，需由DKD結案，再回歸DM或CKD追蹤。

**惟不得再申報DM或CKD之新收案管理照護費**

**提醒1**

- [-] IWP1機構代表作業
- [-] IWP2機構管理者作業
- [-] QB3居家照護(一般照護/安寧照護)
- [-] QHN照護機構院民資料申報
- [-] QM1糖尿病及初期慢性腎臟病整合方案
  - [-] E5001個案基本資料維護
  - [-] E1001個案照護資料維護**
  - [-] E1002個案照護上傳查詢 E1001個案照護資料維護
  - [-] E1003糖尿病合併初期慢性腎臟個案資料查詢作業
- [-] QMX試辦計畫
  - [-] E3003個案檢驗(查)值檢核結果查詢
  - [-] E4001管理照護費及評估費檢核結果查詢
  - [-] E5001基本資料維護
  - [-] E5002個案資料維護
  - [-] E5003個案資料查詢

### 個案資料維護

醫事機構代號	35412	診所	<b>提醒2&amp;提醒3</b>
* 身分證號	<input type="text"/>	讀卡	
* 出生日期	<input type="text"/>		
* 試辦計畫	<input type="radio"/> 糖尿病	<input type="radio"/> 初期慢性腎臟病	<input type="radio"/> 糖尿病及初期慢性腎臟病整合方案

新增 查詢 清除



# 三、糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(DKD)\_4

## 規定及輔導

- 目的：推動病人為中心照護政策，減少共病病人分次就醫。
- 公告時間：111年2月15日。
- 輔導期：至112年6月止。

## 112年5月發函輔導

- 輔導對象：DKD病人數 $\geq 150$  & DKD照護率 $< 20\%$ 。

## 111年南區DKD照護率

業務組	醫院家數	診所家數	總家數	(西基)符合DKD收案人數	(西基)已收案DKD人數	(西基)DKD照護率	排名
臺北	62	283	345	43,187	11,930	27.6%	4
北區	49	139	188	31,197	7,006	22.5%	6
中區	62	210	272	33,732	15,227	45.1%	1
南區	37	141	178	22,842	5,910	25.9%	5
高屏	56	148	204	26,851	9,994	37.2%	2
東區	12	32	44	4,739	1,539	32.5%	3
總計	278	953	1,231	162,548	51,606	31.8%	

請配合整合「糖尿病」及「初期慢性腎臟病」共病病人，至「糖尿病合併初期慢性腎臟病」(DKD)照護。

衛生福利部中央健康保險署南區業務組 書函

地址：700臺南市中西區公園路96號  
 聯絡人：朱正文  
 聯絡電話：06-2245678 分機：4515  
 傳真：06-2244370  
 電子郵件：E110379@nhi.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國112年5月26日  
 發文字號：健保南醫字第1128502570號  
 類別：普通件  
 密等及解密條件或保密期限：  
 附件：

主旨：本署業於111年2月15日公告「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」，請貴診所配合將有「糖尿病」及「初期慢性腎臟病」共病病人，整合以「糖尿病合併初期慢性腎臟病」照護，請查照。

說明：

一、旨揭計畫係以病人為中心政策之推動，減少合併有糖尿病及初期慢性腎臟病之共病病人分次就醫，自計畫公告日起至112年6月止為輔導期。

二、本計畫批次上傳資訊系統已完備，請貴院所配合將「糖尿病」及「初期慢性腎臟病」分開照護之同一病人，轉以「糖尿病合併初期慢性腎臟病」持續照護（醫令代碼P7001-P7003C）。有關本方案相關訊息，可至本署全球資訊網

(<http://www.nhi.gov.tw/>)查詢。查詢路徑為：首頁>健



# 四、代謝症候群防治計畫

## 建議事項

依112年第2次西基研商會議討論事項

- 收案人數上限：原200人，**放寬至300人**
- 獎勵指標修訂：「個案績優改善」指標**三高用藥**勾稽、**戒菸成效**  
指標之定義

## 收案情形

業務組	參與家數	申報家數	人數	分區佔率
臺北	424	195	8,619	22%
北區	227	98	4,406	11%
中區	426	204	10,863	28%
南區	260	130	7,252	19%
高屏	266	117	4,998	13%
東區	66	39	2,323	6%
總計	1,669	783	38,461	100%

縣市	申報家數	人數	佔率
臺南市	89	4,752	65%
嘉義市	18	1,183	16%
嘉義縣	7	331	5%
雲林縣	16	990	14%
總計	130	7,256	100%

註：以各院所歸戶

註：資料統計期間111年6月至112年4月，以分區歸戶



# 五、慢性傳染病照護品質計畫\_1

## 計畫目的

提升疾病照護品質、降低健保醫療支出

- 建立以病人為中心之個案管理照護機制
- 促進公衛醫療協力，提升照護成本效益
- 給予醫療院所執行誘因，以提升疾病治療與控制成效，穩健醫療照護管理品質

112年健保總額「專款」項目：  
西醫基層總額2000萬元

## 3項子計畫

112年6月1日起實施

- 潛伏結核感染治療品質支付服務計畫
- 愛滋照護管理品質支付計畫
- 長照機構加強型結核病防治計畫

## 申請方式

- **潛伏結核感染治療品質支付服務計畫**：
  - LTBI合作院所：紙本(衛生局)+線上(TB系統)
  - 非LTBI合作院所：向衛生局提報
- **愛滋照護管理品質支付計畫**：愛滋病指定醫事機構(衛生局)
- **長照機構加強型TB防治計畫**：自我檢核+紙本申請(衛生局)

## 西基診所參與現況

註：統計至112年6月5日

縣市	潛伏感染治療指定院所	愛滋病指定醫事機構
雲林縣	25	0
嘉義縣	19	0
嘉義市	2	0
臺南市	39	0
小計	85	0

請踴躍參與成為指定醫療機構，  
強化個案治療及管理品質，提升  
疾病治療成效！

# 五、慢性傳染病照護品質計畫\_2

## 3項子計畫

## 參與資格、人員設置、支付點數

面向	潛伏結核感染治療品質支付服務計畫	愛滋照護管理品質支付計畫	長照機構加強型結核病防治計畫
參與條件	須為疾病管制署潛伏結核感染治療指定醫療院所(LTBI合作院所)。	1. 健保特約醫事機構 2. 人類免疫缺乏病毒指定醫事機構	須為疾病管制署潛伏結核感染治療指定醫療院所(LTBI合作院所)。
人員設置	總照護數每達100人：結核病個案管理人員一人	1. 醫師(醫院應專任1名以上；診所應有專任或兼任1名以上) 2. 護理人員(醫院及診所應聘有專任1名以上) 3. 愛滋個案管理師(醫院應有專任或兼任1名以上) 4. 藥師(專任1名以上) 5. 社會工作師(醫院應有專任或兼任1名以上)	照護醫師須完成LTBI訓練課程
支付點數	<p><b>收案</b> ● 開立潛伏結核感染治療費 (P7801C) <b>500點</b></p> <p>● 第1階段LTBI管理照護費(達1/3療程) (P7802C) <b>600點</b></p> <p><b>追蹤</b> ● 第2階段LTBI管理照護費(達2/3療程) (P7803C) <b>600點</b></p> <p>● 第3階段LTBI管理照護費暨完成治療費(完成完整療程) (P7804C) <b>1500點</b></p> <p><b>獎勵</b> ● LTBI品質支付服務計畫加入率達80% 獎勵費<b>800點/每案/上限50案</b></p>	<p><b>收案</b> ● 發現確診費 (P7901C) <b>500點</b></p> <p>● 新收案管理照護費(至多給付3次) (P7902C) <b>1000點</b></p> <p><b>追蹤</b> ● 追蹤管理照護費(每12周給付一次) (P7903C) <b>350點</b></p> <p>● 治療監測評估費(一年至少檢驗2次) (P7904C) <b>900點/年</b></p>	<p>● 結核菌快速分子檢測費 (P8001C) <b>2500點</b></p> <p><b>檢驗</b> ● LTBI檢驗評估費 (P8002C) <b>100點</b></p> <p>● LTBI檢驗費 (P8003C) <b>3500點</b></p> <p><b>治療</b> ● LTBI治療評估費 (P8004C) <b>100點</b></p> <p>● 檢驗獎勵費:LTBI檢驗人數達標 <b>10000~50000點</b></p> <p><b>獎勵</b> ● 加入治療獎勵費:LTBI加入治療率達標 <b>20000~40000點</b></p> <p>● 完成治療獎勵費:LTBI完成治療率達標 <b>30000~50000點</b></p>



# 五、慢性傳染病照護品質計畫\_3

## 醫療費用核付及申復、點值結算

### ◆醫療費用核付◆

由健保保險人定期提供院所申報資料予疾管署依院所服務內容實際執行情形予以核定，**每季**提供保險人辦理醫療費用**核付**之依據。

### ◆醫療費用申復◆

院所依全民健康保險療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理申復，由保險人所轄分區業務組**轉請疾管署複查**並回復。

### ◆點值結算◆

- 依部門別預算**按季**均分及結算，並採**浮動點值**計算，每點支付金額不高於1元。當季預算如有結餘，則流用至下季。
- 若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟**每點支付金額不高於1元**。

# 六、癌症治療品質改善計畫\_1

## 計畫目的

- 提升早期治療增進效率，降低國人罹癌風險及晚期癌症發生。
- 癌症篩檢結果為疑似異常之個案，由醫療院所共同合作進行追蹤管理並提升醫療院所診斷品質。

## 計畫期間及對象

112/6/1~112/12/31

- 癌別：**大腸癌、口腔癌、子宮頸癌、乳癌及肺癌**
- 符合國健署預防保健之癌症篩檢服務對象+陽性/疑似異常/確診個案。

## 計畫執行單位

- **原篩檢單位**：辦理「國健署預防保健之癌症篩檢服務」及「肺癌早期偵測計畫」之特約醫事機構。
  - 備註：「乳癌」與「肺癌」項目需先經國健署審核通過。
- **確診單位**：辦理「國健署癌症篩檢結果為陽性或異常個案進一步確定診斷」之特約醫事機構。
  - 備註：「口腔癌切片確診」與「乳癌切片確診」機構需先經國健署審核通過。

112年健保總額「專款」項目：  
西醫基層總額**1.15億**

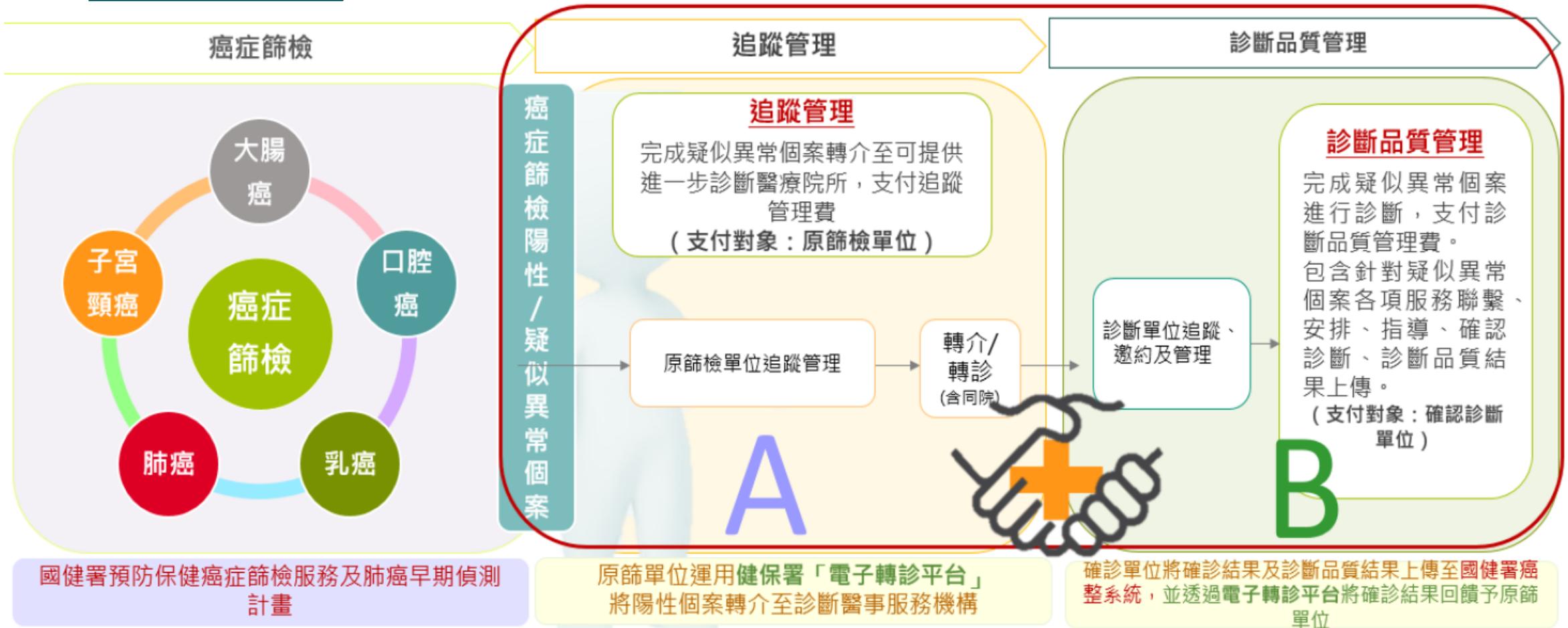
## 西基診所參與現況

縣市/項目	口腔黏膜檢查	糞便潛血檢查	子宮頸抹片檢查	乳癌攝影&複/確診&治療
雲林縣	63	109	36	0
嘉義縣	42	73	34	0
嘉義市	26	54	21	0
臺南市	210	391	132	2
總計	341	627	223	2

請踴躍參與，強化個案追蹤管理及診斷品質，以利早期發現早期治療！

# 六、癌症治療品質改善計畫\_2

## 計畫流程



以人為本 - 篩檢異常個案為中心之主動追陽管理模式

# 六、癌症治療品質改善計畫\_3

以大腸癌為例

## 追蹤管理

原篩檢單位

辦理預防保健服務 - 「定量免疫法糞便潛血檢查服務」之特約醫事機構

篩檢對象

50歲至未滿75歲民眾(2年1次)

篩檢結果

「定量免疫法糞便潛血檢查」陽性

上傳

追蹤管理結果

轉介陽性個案

電子轉診系統

通知確診結果

## 診斷品質管理

確診單位

可執行大腸鏡確診之特約醫事機構

確診結果

大腸鏡檢查結果及處置

上傳

大腸鏡報告&確診結果

國健署癌整系統

# 六、癌症治療品質改善計畫\_4

## 給付項目

- 支付方式：分別給付費用
  - 原篩檢單位完成「追蹤管理」項目，
  - 接受轉診之確診單位完成「診斷品質管理」項目
- 支付原則：同一個案、同項目、同一篩檢周期不得重複請領支付。

癌別	追蹤管理費			診斷品質管理費						
	陽性/疑似異常	支付代碼	支付點數	支付對象	確診方式/條件	上傳報告至國健署癌整系統	支付代碼	支付點數	支付對象	
大腸癌	定量免疫法糞便潛血篩檢陽性	P7701C	800	原篩檢醫事服務機構	大腸鏡確診	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 大腸鏡報告</li> <li>■ 大腸鏡確診結果</li> </ul>	P7709C	1700	接受轉診之確診醫事服務機構	
口腔癌	高癌化異常	P7702C	800		切片確診	口腔黏膜病變個案複檢(確診)結果(含病理報告)	P7710B	1700		
	其他經評估需作切片	P7703C	400		切片確診	切片個案資料登記表	P7711C	1200		
子宮頸癌	抹片判讀結AGC/HSIL以上	P7704C	800		檢查、切片確診	疑似異常個案追蹤表	P7712C	1700		
乳癌	Category4、5	P7705C	800		複診結果Category4、5者：進行檢查、切片確診		複診結果為Category1、2、3者：結案	P7713C		1200
	Category0	P7706C	400		確診檢查追蹤後需再進行切片確診			P7714B		1700
肺癌	Category4A、4B/4X	P7707B	800		完成第1次檢查追蹤予以結案	P7715B	1200			
	Category3	P7708B	400							



# 六、癌症治療品質改善計畫\_5

## 健保醫療費用申報

### 申報端檢核

#### 一、醫療院所資格

1. 全民健康保險特約醫事服務機構辦理下列衛生福利部國民健康署預防保健服務癌症篩檢相關業務者。
2. **國健署應將執行本計畫之醫事服務機構名單送保險人，異動者亦同。**
3. 由健保署各分區業務組維護前開院所名單，於健保署HMA-醫務管理子系統。

#### 二、門診醫療服務點數之清單段欄位

1. 案件分類「E1」，特定治療項目代號依癌別填報如下：
  - (1) **大腸癌**：申報P7701C，填報「**HM**:大腸癌追蹤管理」；申報P7709C填報「**HN**:大腸癌診斷品質管理」。
  - (2) **口腔癌**：申報P7702C、P7703C者，填報「**HP**:口腔癌追蹤管理」；申報P7710B者，填報「**HQ**:口腔癌診斷品質管理」。
  - (3) **子宮頸癌**：申報P7704C者，填報「**HR**:子宮頸癌追蹤管理」；申報P7711C者，填報「**HS**:子宮頸癌診斷品質管理」。
  - (4) **乳癌**：申報P7705C、P7706C者填報「**HT**:乳癌追蹤管理」；申報P7712C、P7713C者，填報「**HW**:乳癌診斷品質管理」。
  - (5) **肺癌**：申報P7707B、P7708B者，填報「**HX**:肺癌追蹤管理」；申報P77014B、P77015B者，填報「**HY**:肺癌診斷品質管理」。
2. 就醫序號：「**ICC4**」。
3. 部分負擔代號：「**009(其他規定免部分負擔者)**」。

#### 三、門診醫療服務點數之醫令段欄位

1. 申報P7701C-P7708B(追蹤管理費)
  - (1) 醫令類別填報「**G**」，**支付點數填報「0」**。
  - (2) 「執行時間-起」填報個案原篩檢日期、「執行時間-迄」填報「完成本計畫服務內容之執行日期」。
2. 申報P7709C-P7715B(診斷品質管理費)
  - (1) 醫令類別填報「**G**」，**支付點數填報「0」**。
  - (2) 「執行時間-起」填報個案原就醫診斷(或接受轉診)日期、「執行時間-迄」填報完成本計畫服務內容之執行日期。
3. **申報前開醫令執行起迄日為必填，且其執行起日須符合計畫執行期間。**

## 六、癌症治療品質改善計畫\_6

### 醫療費用核付及申復、點值結算

#### ◆醫療費用核付◆

由健保保險人定期提供院所申報資料予國健署依院所服務內容實際執行情形予以核定，**每季**提供保險人辦理醫療費用**核付**之依據。

#### ◆醫療費用申復◆

院所依全民健康保險療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理申復，由保險人所轄分區業務組**轉請國健署複查**並回復。

#### ◆點值結算◆

- 依部門別預算**按季**均分及結算，並採**浮動點值**計算，每點支付金額不高於1元。當季預算如有結餘，則流用至下季。
- 若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟**每點支付金額不高於1元**。



# 七、思覺失調症醫療給付改善方案暨長效針劑注射獎勵措施

## 計畫重點 (111.5.1第六版)

- 參與院所：西醫基層及醫院均可參與
- 收案對象：業務組定期產製名單交予參與或特定院所
- 給付項目及支付標準：

項目	支付點數	對象	叮嚀
發現費	650	未固定或久未就醫	每一個案每一院所支付一次為限，且跨院所不得重複收案
發現確診費	650	新診斷病人	
管理照護費	400 / 800	固定就醫/ 未固定、未就醫及 新診斷病人	固定就醫收案未達80%，不予支付
長效針劑注射 獎勵措施	1000 / 1500		新增連續施打4個月以上個案 新增定義：前一年未施打或施打未滿4個月

符合長效針劑給付及支付標準個案皆能開立，不限思覺失調方案病人

# 八、西醫基層醫療資源不足地區改善方案

## 醫不足巡迴醫療據點\_次支線路網停靠站

### 臺南小黃公車

現行25條線，其中**11條**路線，行經**10個**醫不足行政區，巡迴點**29處**，行經巡迴點增加**2處**。

序號	地區	小黃公車路線	醫不足巡迴點	小黃公車行經巡迴
1	左鎮區	綠28	9	5
2	楠西區	綠20	2	1
3	關廟區	紅12、13	4	3
4	龍崎區	紅12、11	8	8
5	大內區	橘21	10	3
6	七股區	藍26	8	1
7	北門區	藍4	4	3
8	南化區	綠29	6	2
9	將軍區	藍14	14	1
10	西港區	藍29	8	2
合計		<b>11線</b>	<b>73</b>	<b>29</b>



### 嘉義幸福巴士&幸福小黃

現行20條線，其中**12條**路線，行經**5個**醫不足行政區，巡迴點**14處**。

序號	地區	幸福巴士路線	醫不足巡迴點	幸福專車行經巡迴
1	東石鄉	東石幸福巴士 (路線4條·3條經巡迴點)	3	3
2	布袋鎮	布袋幸福巴士 (路線2條·2條經巡迴點)	2	2
3	溪口鄉	溪口幸福小黃 (路線3條·2條經巡迴點)	3	2
4	義竹鄉	義竹幸福巴士 (路線2條·1條經巡迴點)	9	3
5	六腳鄉	六腳幸福巴士 (路線1條·1條經巡迴點)	7	4
合計		<b>12線</b>	<b>24</b>	<b>14</b>



### 雲林幸福專車&幸福巴士

現行43條線，其中**23條**路線，行經**6個**醫不足行政區，巡迴點**12處**。

序號	地區	幸福專車路線	醫不足巡迴點	幸福專車行經巡迴
1	古坑鄉	古坑幸福專車 (路線13條·10條經巡迴點) <b>幸福巴士</b> (斗六火車站-荷苞村-東壁山莊)	5	5
2	莿桐鄉	莿桐幸福專車 (路線3條·2條經巡迴點)	2	1
3	元長鄉	元長幸福專車 (路線6條·4條經巡迴點)	3	2
4	林內鄉	林內幸福專車 (路線10條·2條經巡迴點)	2	1
5	大埤鄉	大埤幸福專車 (路線3條·3條經巡迴點)	3	1
6	水林鄉	<b>幸福巴士</b> (水林蘇秦海埔線)	2	1
合計		<b>23線</b>	<b>18</b>	<b>12</b>



註：1.交通路網行經巡迴點：各交通路網停靠站為醫不足巡迴點。  
2.統計至112/6/13，行經巡迴點增加處基期為111/6/30。



## 肆、宣導及共同推動業務

- ◆ 門診醫療費用點數申報格式異動
- ◆ C5案件申報及申復注意事項
- ◆ ICD-10-CM : U09.9 「COVID-19後的病況，未明示」編碼及申報原則
- ◆ 健保特材關節內注射劑申報規定
- ◆ 牙科塗氟及洗牙宣導
- ◆ 民眾未攜帶健保卡就醫核退醫療費用宣導
- ◆ 西醫基層受理人民陳情案件統計

# 一、門診醫療費用點數申報格式異動

## 點數清單段

欄位ID	資料名稱	現行_資料說明	修正_資料說明
d15	部分負擔代號	二、慢性病連續處方調劑及預防保健，請填009。	二、慢性病連續處方箋調劑(西醫基層、中醫)或慢性病連續處方箋第二次(含)以後調劑(地區醫院、區域醫院、醫學中心)及預防保健，請填009。
d40	合計部分負擔點數	二、本項費用為基本(含復健)、藥品及檢驗(查)部分負擔點數合計，即部分負擔合計點數。	二、本項費用為基本(含復健)、藥品及檢驗(查)部分負擔點數合計，即部分負擔合計點數。
d57	基本部分負擔點數(新增)		一、小數點以下無條件捨去。 二、詳申報說明註 10。
d58	藥品部分負擔點數(新增)		一、小數點以下無條件捨去。 二、詳申報說明註 10。

版更日期：112年4月13日



## 申報格式\_註10.基層院所應收部分負擔方式及金額

代碼	基本部分 負擔金額	藥品部分 負擔金額	說明
D00	150	0	基層院所；急診
D12	50	0	基層院所；一般門診
D14	0	*	基層院所；一般門診僅開立藥品
D20	*	0	基層院所；一般門診加復健
D24	*	*	基層院所；一般門診加藥品或復健
D30	*	0	基層院所；轉診(轉入之院所適用)或加復健
D31	*	0	基層院所；轉診傷病經醫師認定須繼續門診診療，轉診就醫一個月內未逾四次之回診(轉入之院所適用)或加復健
D34	*	*	基層院所；轉診(轉入之院所適用)加藥品或復健

\*代碼：依實際情形，應收之部分負擔金額。

## 申報疑義

### ◆問題◆

基層診所本次不調整部分負擔收取方式，其申報格式是否調整？

### ◆說明◆

- 考量9成以上院所已以新版門診申報格式進行預檢，且門診係以同一格式申報，爰以新版門診申報格式調整影響幅度最小。
- 基層診所如有開立藥品且有收取藥品部分負擔者，則仍需配合新版門診申報格式新增基本及藥品部分負擔欄位(d57及d58)，反之，則無需新增欄位。



## 二、C5案件申報及申復注意事項

### 修正C5案件門診檢核邏輯 (112/5/30上線)

自就醫日期**112/4/1**起，醫事類別11(門診西醫診所)**不得申報C5**案件。

### C5案件申復作業

- 111年4月至6月：**申復期限將至**  
本組業於112/4/28發文，需於文到達之日起60日內申請複審，逾期不予受理。

### C5案件REA檢核

- 111年7月至10月：業於**112/5/31**追扣函通知各診所(REACV02個管費重複案件俟衛生局確認，另行發文)。
- 111年11月至112年3月：於112/6/1進行檢核作業。

### 三、ICD-10-CM：U09.9「COVID-19後的病況，未明示」編碼及申報原則

COVID-19 急性感染後徵候群	主診斷代碼 (ICD-10-CM)	次診斷代碼 (ICD-10-CM)
✓ 符合	編列COVID-19 感染後之症狀或 病況代碼	編列U09.9 「COVID-19後的 病況，未明示」
✗ 不符合	編列臨床症狀或 病況	編列Z86.16 「COVID-19之個 人史」

**ICD-10-CM代碼「U09.9」不列於主診斷**  
U09.9為COVID-19急性感染後徵候群或稱為  
長新冠後遺症，以次診斷申報。



# 四、健保特材關節內注射劑申報規定

## 規定及輔導

- 自費用年月 112 年 3月20日起，申報特材品項前5碼為FBT01，則申報欄位之診療部位為必填，右側填R、左側填L或雙側填B，不符規定者檢核退件。
- 醫令數量申報規定：診療部位填報R或L，醫令數量申報應為1，診療部位填報B醫令數量申報應為2，不符給付規定者，由REA核減逕扣，上線時間另行通知。

## 未依規定申報院所及錯誤原因

編號	醫事機構簡稱	各月錯誤件數							錯誤原因
		合計▼	111/10	111/11	111/12	112/01	112/02	11203	
1	善○診所	1	0	0	0	0	1	0	1.任一部位填錯 (非R、L、B) 2.部位欄位皆空白
2	正○診所	1	0	0	0	1	0	0	
3	吳○君診所	10	10	0	0	0	0	0	
4	許○瑞診所	14	1	2	1	1	9	0	
5	聖○診所	1	0	0	0	0	1	0	
6	蓋○診所	1	1	0	0	0	0	0	
總計	6家	28	12	2	1	2	11	0	

# 五、牙科塗氟及洗牙宣導

## 塗氟

**您可以3個月塗氟一次喔！**

適用對象如下



- 糖尿病患者
- 65歲以上患者
- 中風、帕金森氏症患者
- 洗腎患者
- 使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物患者
- 癌症患者
- 身心障礙患者(肢體障礙、慢性精神病患者、重要器官失去功能者)
- 口乾症患者

如有任何疑問，歡迎洽詢牙醫院所！

## 洗牙

**您可以3個月洗牙一次喔！**

適用對象如下



- 懷孕婦女
- 糖尿病患者
- 高風險疾病患者
  1. 中風、帕金森氏症
  2. 洗腎患者
  3. 使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物患者
  4. 癌症患者
  5. 肢體障礙、慢性精神病患者、重要器官失去功能者
- 口乾症患者

如有任何疑問，歡迎洽詢牙醫院所！

請院所協助張貼，並鼓勵適用對象至牙科院所接受服務



## 六、民眾未攜帶健保卡就醫核退醫療費用宣導

- 請民眾於就醫之日起**10個工作天(不含例假日)**內回**診所**補卡退費。
- 下列情形，請以例外就醫或異常代碼方式辦理，非請民眾自費後，向本署申請核退。
  - 健保IC卡毀損或遺失、消磁之補卡期間。
  - 新生兒或外籍人士首次領卡。
  - 就醫有帶卡但院方讀不出來無法過卡。

111年申請國內自墊醫療費用核退共4,746件，**未補卡、欠卡核退**計1,368件**(占29%)**，其中**診所案件**計554件**(占40%)**。

# 七、西醫基層受理人民陳情案件統計

申訴類別	110/06-111/05	111/06-112/05	增減件數
疑健康存摺所載資料與事實不符	10	12	2
疑多刷卡	1	1	0
疑刷卡換物	1	1	0
質疑醫師或藥師資格	1	1	0
藥品及處方箋	1	1	0
其他	12	11	-1
疑額外收費(收費疑義)	8	7	-1
疑多收取部分負擔費用	1	0	-1
服務態度及醫療品質	6	4	-2
其他醫療行政或違規事項	16	7	-9
疑有虛報醫療費用	16	7	-9
總計	73	52	-21

# 總結

## 1 以家庭計畫為基礎，擴展全人全程照護

- 向前延伸預防疾病  
請踴躍參與「代謝症候群防治計畫」、「慢性傳染病照護品質計畫」、「癌症治療品質改善計畫」等方案。
- 向後銜接失能長照  
請踴躍向長照主管機關申請「居家失能個案家庭醫師照護方案」。

## 2 健保資訊數位化，提升效能與安全

- 感謝配合檢驗查報告上傳，資料共享提升病安與效率。
- 請配合部分負擔調整推動，更新門診申報格式。

Four decorative circles of different colors (teal, green, yellow, and red) are arranged in a vertical line on the left side of the slide, overlapping a large grey curved shape that forms the background for the text.

**THANKS FOR  
YOUR ATTENTION**



# 三、ICD-10-CM代碼U09.9 「COVID-19後的病況，未明示」申報原則

## 依據

112年6月7日健保醫字第1120662411A號函

## 定義

COVID-19急性感染後徵候群(Post COVID conditions)：確診或疑似感染病毒3個月後，仍有無法以其他診斷解釋且持續至少2個月的症狀，並通常對日常生活或身體活動功能造成影響(如：疲勞、呼吸困難、失眠、嗅覺異常、焦慮、久咳、味覺異常和憂鬱)。

## 申報原則

- 主診斷編列COVID-19感染後之症狀或病況代碼，再於次診斷編列U09.9。
- 不符COVID-19急性感染後徵候群之診斷條件者，臨床症狀或病況仍應編列於主診斷，惟次診斷不得編列U09.9，應編列Z86.16「COVID-19之個人史」。