西醫基層醫療服務審查南區共管會議
108年度第1次會議

報告單位：　南區業務組
日　　期：108年3月20日

報告大綱

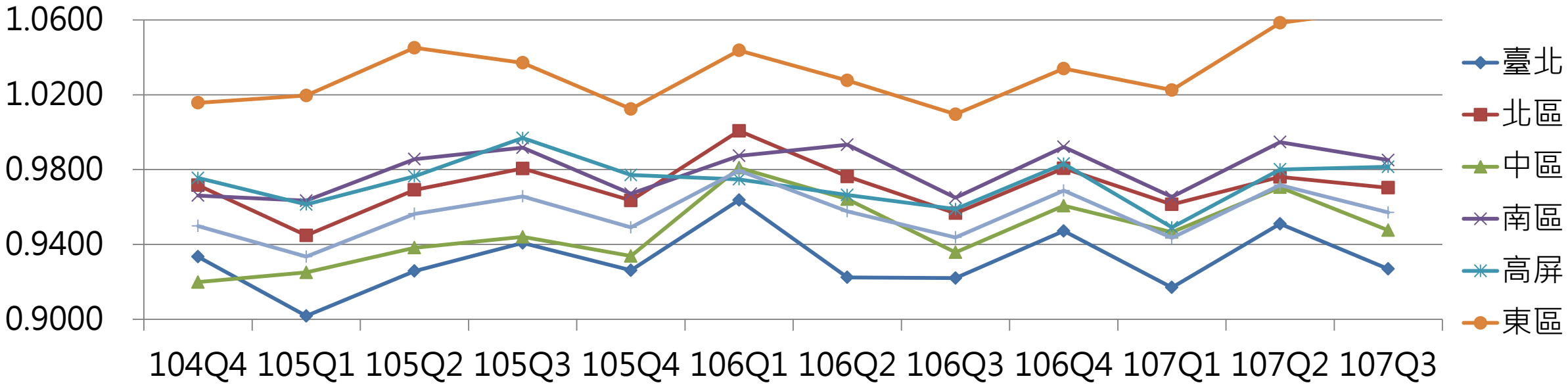
CONTENTS

- 醫療費用點值及申報概況
- 檔案分析執行情形
- 108年重要政策推動業務
- 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
- 107年第4季一般服務預估點值
- 107年南區就醫科別占率及成長分析

一、各區醫療費用公告平均點值



季別	104Q4	105Q1	105Q2	105Q3	105Q4	106Q1	106Q2	106Q3	106Q4	107Q1	107Q2	107Q3
臺北	0.9334	0.9018	0.9258	0.9408	0.9262	0.9637	0.9224	0.9220	0.9472	0.9170	0.9510	0.9269
北區	0.9716	0.9448	0.9692	0.9806	0.9635	1.0007	0.9763	0.9567	0.9807	0.9614	0.9761	0.9703
中區	0.9199	0.9251	0.9383	0.9440	0.9338	0.9810	0.9642	0.9358	0.9607	0.9466	0.9705	0.9476
南區	0.9661	0.9634	0.9856	0.9917	0.9671	0.9874	0.9933	0.9650	0.9921	0.9654	0.9947	0.9851
高屏	0.9755	0.9614	0.9764	0.9969	0.9771	0.9748	0.9664	0.9589	0.9831	0.9491	0.9801	0.9815
東區	1.0157	1.0196	1.0451	1.0371	1.0124	1.0437	1.0276	1.0096	1.0340	1.0225	1.0584	1.0663
全區	0.9498	0.9335	0.9564	0.9657	0.9491	0.9795	0.9577	0.9438	0.9688	0.9435	0.9717	0.9571
名次	4	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2

二、107年第4季一般服務預估點值

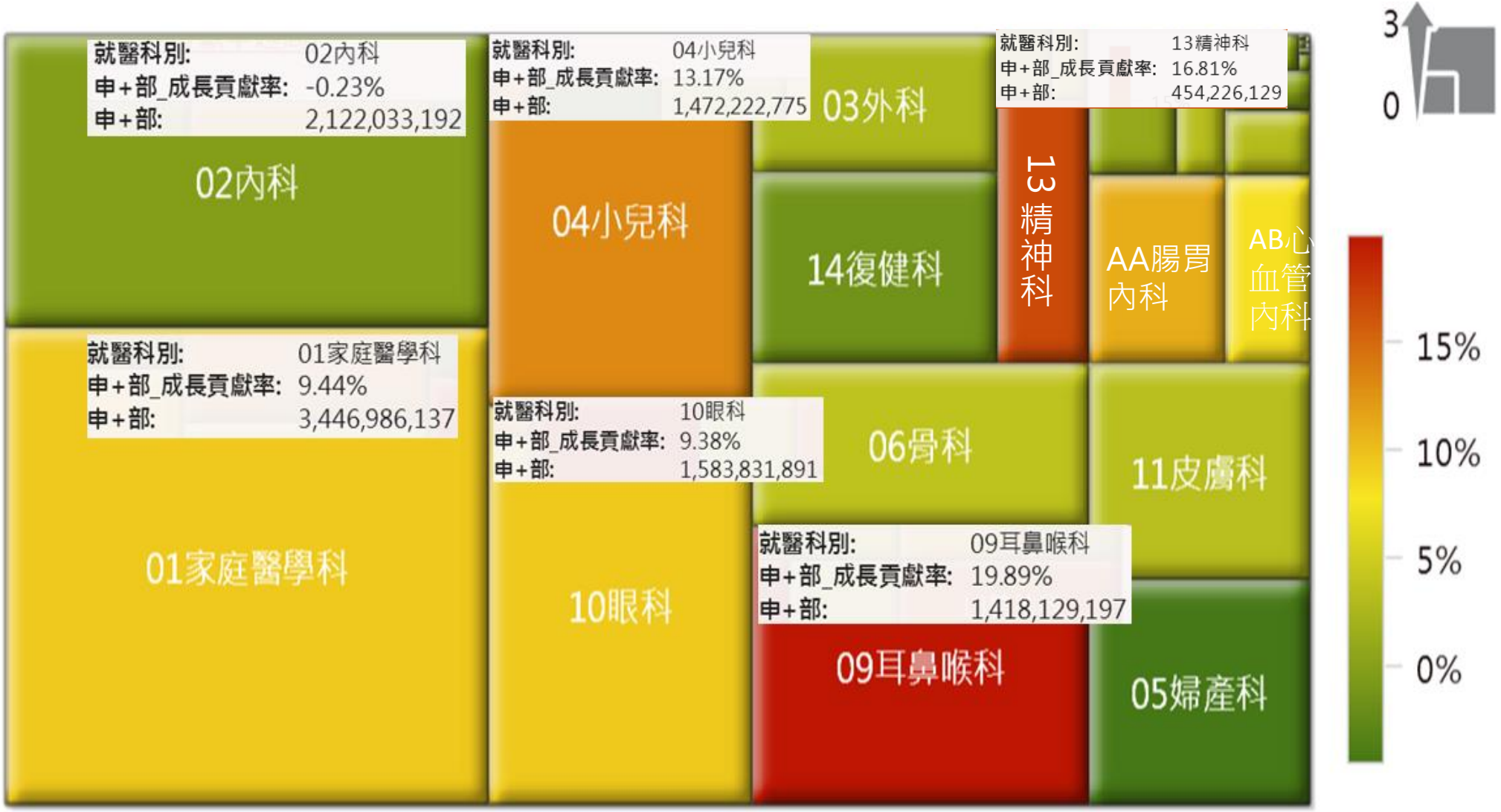
季別	就醫分區	跨區就醫調整後總額(百萬)	新增醫藥分業地區(百萬)	預估點數(百萬)		預估點值	
				非浮動	浮動	浮動點值	平均點值
107Q4	台北	8,558	0	2,396	6,876	0.8963	0.9231
	北區	4,308	4	1,292	3,305	0.9136	0.9379
	中區	5,745	3	1,738	4,533	0.8846	0.9166
	南區	4,368	13	1,370	3,260	0.9236	0.9462
	高屏	4,873	11	1,503	3,667	0.9222	0.9448
	東區	629	21	205	422	1.0558	1.0376
	合計	28,482	53	8,504	22,063	0.9079	0.9335

去年同期(106年第4季)各分區一般服務之浮動點值及平均點值

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.9349	0.9825	0.9482	0.9956	0.9793	1.0597	0.9565
平均點值	0.9472	0.9807	0.9607	0.9921	0.9831	1.0340	0.9688

三、107年南區就醫科別占率及成長分析

圖之方塊大小為「申請點數」、顏色為申+部之成長貢獻率，顏色愈紅代表貢獻率愈高



貳、檔案分析執行情形

- 10712-10802檔案分析執行概況
- 108年重點執行項目

一、107年12月-108年2月檔案分析執行概況

案源	專案名稱	費用區間	執行方式	成效 (核扣點數)
醫療院所異常項目管理	門診免疫球蛋白E--IGE申報之適當性	106	審查及自清核減	643,555
	眼科高眼壓及青光眼眼用製劑申報之正確性	10510~10705	自清核減	1,514
	西醫基層診所C型肝炎全口服新藥醫令數量超過上限量、治療組合>1種	10601~10712	自清核減	1,615,968
自撰程式檔案分析	慈濟斗六診所同一案件重複申報檢查、處置治療或手術費審查	10508~10706	審查及自清核減	45,440
	成健第1階段抽血檢驗當日重複申報相同檢驗費	10601~10707	自清核減	111,974

共計追扣2,418,451點

備註：西醫基層診所大腸鏡檢查管理方案專業審查中。
西基診所開立慢性病連續處方未有第二次以上調劑且於處方有效期間內再次開立另一張慢連專案審查中。

二、108上半年重點管理項目

序號	指 標 名 稱	107年 異常件數	核減率
1	門診同院所當月就醫≧8次	34,906	5.4%
2	年復健次數>180次(排除代辦、早療案件、簡單治療及PAC案件	8,007	15.1%
3	病情改變不穩定且開立長期處方>28日	2,585	5.7%
4	每人每月同院所用藥合計≧900顆	1,396	5.7%
5	feburic使用不符藥品給付規定	1,390	18.0%
6	腎功能異常使用NSAID藥量異常患者	354	8.7%
7	門診同院同個案同月申報腹部超音波（含19001C、19005C、19009C）≧2次	154	22.4%
8	中度複雜以上復健治療執行率≧全國90百分位 **(108年新增項目)**	-	-

統計費用區間:107年1至12月

註1:依107年異常件數大於100件排序。
註2:年復健次數>180次統計費用區間：107年7月至12月。

小結 ~ 檔案分析執行情形

- 分區歷年執行專案仍持續監測及回溯審查
- 執行南區分會每季提報異常專案

- 108年重點執行指標請院所先自我管理
- 全署異常項目管理方案先經專業意見建立執行標的和準則，審查一致性高

參、108年重要政策推動業務

- 108年度西基總額研商議事會議重點提示
- 落實分級醫療及雙向轉診合作
- 門診特定藥品重複用藥管理
- 20類重要檢查(驗)管理方案
- 家庭醫師整合性照護計畫
- 西醫基層醫療資源不足地區改善方案

一、108年度西基總額研商議事會議重點提示

第六案

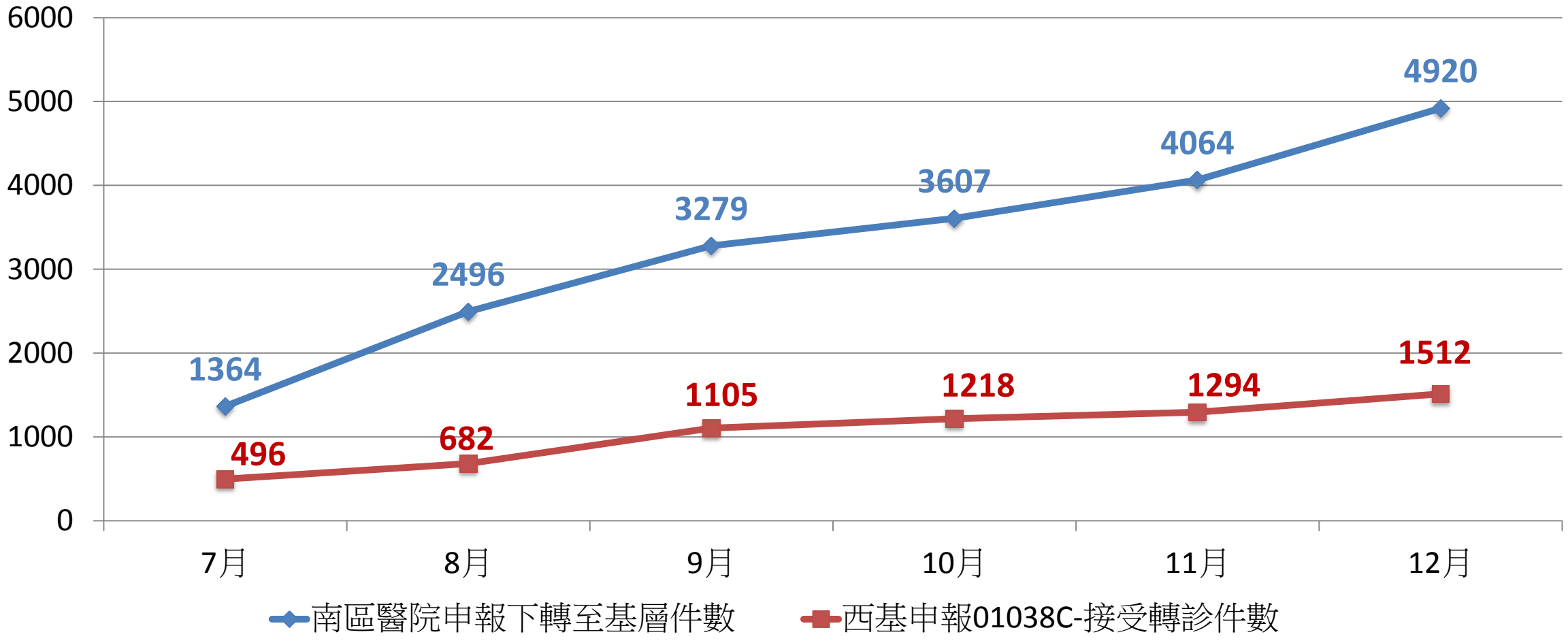
案由：107 年其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」(13.46億)結算方式，提請討論。

三、醫院申報「辦理轉診費_回轉及下轉」診療項目者，基層院所接受前開轉診案件之日起，該保險對象所有於各分區西醫基層總額部門申報之門診(含交付機構)案件點數，以每點 1 元由本預算支應，並併入該分區一般服務結算。

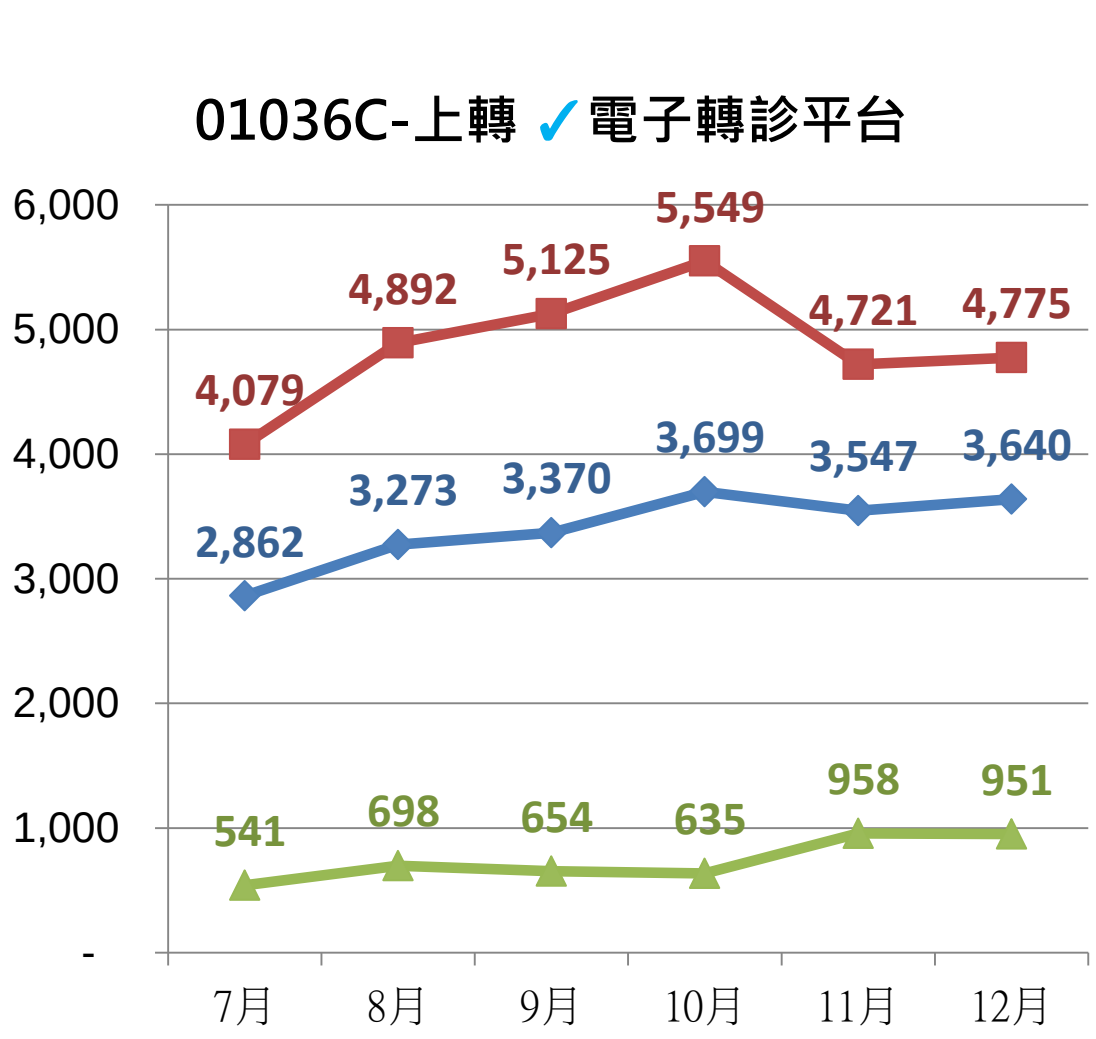
請務必確實受理及申報轉診代碼:01038C
接受轉診案件之日起，該保險對象於西基總額門診產生費用，將以每點1元由專案預算支應

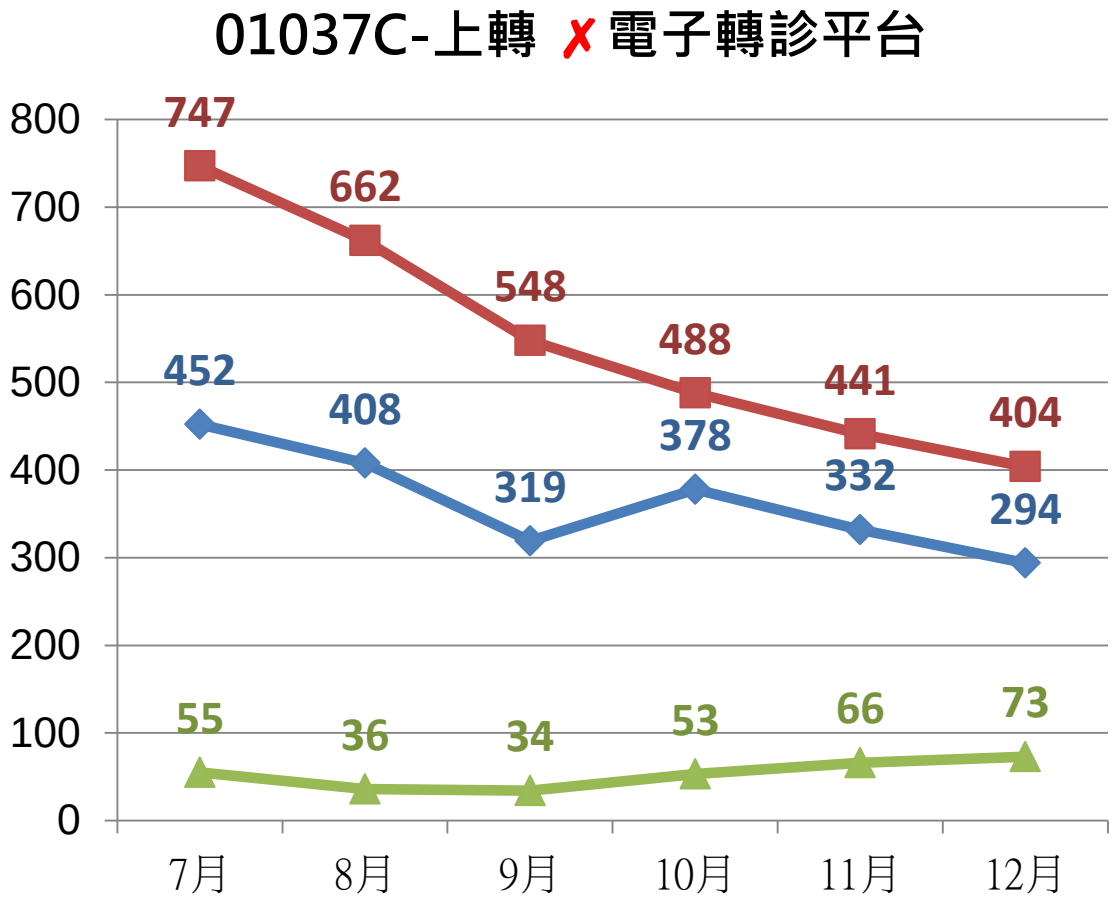
二、落實分級醫療及雙向轉診合作

107年7-12月轉診申報概況



107年7-12月西醫基層申報轉診概況





基層診所超過24小時上傳轉診單

107年第4季轉診單開立後超過24小時上傳

序	轉出_醫事機構簡稱	件數
1	歐O傑外科	51
2	陳O旭診所	51
3	楊O郎診所	50
4	陳O國聯診	48
5	安OO家醫	41
6	王O哲診所	34
7	國O眼科	33
8	安OO醫診	28
9	聖O診所	27
10	昌O小兒診	24

24小時內上傳，以利接受轉診院所安排病人就醫、查詢轉診資料、回復轉診單及申報適當轉診代碼。

序	轉出_醫事機構簡稱	件數
11~20	虎O農會診、蓋O診所、陳O達眼科、劉O智診所、黃O修內科、葉O宏診所、顏O翔內所、安O家庭醫、江O旺診所、六O診所	10件以上
總計	438家	1,538

請於24小時內上傳開立完成之轉診單

107年第4季轉診補付結算

醫令代碼			01036C - ✓平台			01037C - ✗平台			01038C			總計
序	醫事機構	轉診醫師數	Q4補付	前 季重新核定	金額	Q4補付	前 季重新核定	金額	Q4補付	前 季重新核定	金額	核付金額
1	慈OO六診	60	1,261	24	269,250	-	-		571	-	114,200	383,450
2	杏O診所	2	275	6	59,300	-	-		262	-	52,400	111,700
3	曾O榮診所	3	313	6	78,900	-	-		10	-	2,000	80,900
4	李O榮內科	2	226	10	58,200	-	-		93	-	18,600	76,800
5	安OO幼診	12	291	13	72,000	1	1	400	7	-	1,400	73,800
6	婦OO診所	8	243	20	56,000	-	-		1	-	200	56,200
7	加O診所	1	221	1	54,450	-	-		-	-		54,450
8	陳O國聯診	6	158	3	38,650	3	1	800	41	-	8,200	47,650
9	曾O輝眼科	2	104	3	26,550	-	-		98	-	19,600	46,150
10	詹O科診所	1	161	1	40,050	-	2	400	1	-	200	40,650
總計	1,069家	1,643	19,384	403	4,738,150	1,249	169	283,600	3,122	9	626,200	5,647,950

共1,139家申報轉診醫令，其中70家 (申報01036C-127件、01037C-86件、01038C-18件)皆因不符申報條件本季未核付。

107年第4季轉診補付結算_各分區別

分區別	下轉(01034B、01035B)				上轉(01036C、01037C)				接受轉診(01038C)				總核付金額
	核付數			核付金額	核付數			核付金額	核付數			核付金額	
	本季新增	前季重新核定	合計		本季新增	前季重新核定	合計		本季新增	前季重新核定	合計		
臺北	1,479	97	1,576	700,500	37,597	1,556	39,153	8,952,500	38,549	186	38,735	7,747,000	17,400,000
北區	4,054	319	4,373	2,062,700	18,829	531	19,360	4,566,350	22,701	181	22,882	4,576,400	11,205,450
中區	2,541	224	2,765	1,279,000	29,355	853	30,208	7,092,650	32,304	206	32,510	6,502,000	14,873,650
南區	5,432	499	5,931	2,788,500	22,822	661	23,483	5,558,250	29,688	56	29,744	5,948,800	14,295,550
高屏	2,495	281	2,776	1,292,600	19,637	843	20,480	4,814,700	21,635	131	21,766	4,353,200	10,460,500
東區	358	10	368	168,700	3,933	82	4,015	955,450	4,266	81	4,347	869,400	1,993,550
合計	16,359	1,430	17,789	8,292,000	132,173	4,526	136,699	31,939,900	149,143	841	149,984	29,996,800	70,228,700

轉診補付結算明細檔傳送至VPN系統供院所下載

路　　徑：登入VPN→醫療費用支付→總額相關檔案查詢下載。

查詢key值：檔案類型=全年結算及品質保證保留款明細表，結算年=107。

基層總額轉診型態調整費用-全署

107年7-9月下轉基層個案後續就醫(7-12月)情形統計(依下轉申報類型)

下轉申報類型			轉診人數	後續就醫資料		
				件數	費用	占率
月份		結算方式			(單位：百萬)	
7-9月	**決議結算方式**	**01038C(有來源)**	**4,167**	**12,940**	**10.5**	**39%**
	異常申報	01038C(無來源)	3,449	11,254	9.8	36%
		未申報01038C	1,714	6,690	6.8	25%
		小計	9,330	30,884	27.0	100%
10-12月	**決議結算方式**	**01038C(有來源)**	**3,897**	**20,332**	**19.4**	**41%**
	異常申報	01038C(無來源)	3,671	15,387	16.9	35%
		未申報01038C	1,706	8,304	11.6	24%
		小計	9,274	44,023	47.9	100%
合計(7-12月)	**決議結算方式**	**01038C(有來源)**		**33,272**	**29.9**	**40%**
	異常申報	01038C(無來源)		26,641	26.7	36%
		未申報01038C		14,994	18.3	24%
		小計		**74,907**	**74.9**	**100%**

預算金額為13.46億元支應：以保險對象申報「辦理轉診費_回轉及下轉」支付標準者，自各分區基層院所接受前開轉診案件之日起，該保險對象所有於基層院所申報之門診案件點數，以每點1元支應，並併入該分區一般服務結算。若當季可支用預算不足，則按當季各分區補助總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。若全年尚有節餘則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

基層總額轉診型態調整費用-南區

107年7-9月南區下轉基層個案後續就醫(7-12月)情形統計(依下轉申報類型)

月份	下轉申報類型	結算方式	轉診人數	後續就醫資料 件數	後續就醫資料 費用	後續就醫資料 南區占率	月份	後續就醫資料 件數	後續就醫資料 費用	後續就醫資料 南區占率	7-12月南區占率
7-9月	**決議結算方式**	**01038C (有來源)**	**1,279**	**3,824**	**2,629,648**	**25%**	10-12月	**6,744**	**5,468,712**	**28 %**	**27%**
	異常申報	01038C (無來源)	952	3,074	2,932,238			3,851	4,216,143		
		未申報 01038C	1,216	4,648	4,882,558			6,177	8,738,052		
		小計	3,447	11,546	10,444,444			16,772	18,422,907		
10-12月	**決議結算方式**	**01038C (有來源)**	**1,773**	**8,307**	**9,534,827**	**32.7%**					
	異常申報	01038C (無來源)	684	2,898	2,233,491						
		未申報 01038C	2,293	6,863	7,229,483						
		小計	4,750	18,068	18,997,801						
合計 (7-12月)	**決議結算方式**	**01038C (有來源)**		**18,875**	**17,633,187**	**29.83%**					
	異常申報	01038C (無來源)		9,823	9,381,872						
		未申報 01038C		17,688	20,850,093						
		小計		**46,386**	**47,865,152**						

107年第4季醫院申報轉入勾稽不到轉出案件統計

醫院勾稽不到案件數統計

	醫院層級	轉入家數	件數
門診	醫學中心	634	4,195
	區域醫院	921	6,658
	地區醫院	342	1,179
	總計	**1,232**	**12,032**
住診	醫學中心	139	258
	區域醫院	187	553
	地區醫院	42	105
	總計	**304**	**916**

醫院申報01038C(接受轉診)，
卻勾稽不到基層院所申報轉出資料
請基層診所確實申報。

醫院勾稽不到來源診所案件數排名

排序	醫院申報 轉出基層院所	件數
1	偉O診所	243
2	安OO生所	215
3	國OO醫診	202
4	忠O診所	198
5	永OO生所	196
6	東OO生所	184
7	安OO幼診	173
8	陳O憲神經	167
9	詹O科診所	132
10	德O內科診	130
總計	**998家**	**12,245**

三、門診特定藥品重複用藥管理

107Q4試算統計

重複藥費點數	診所數	占率
20001以上	2	0.24%
10001-20000	4	0.48%
5001-10000	28	3.33%
2501-5000	60	7.14%
1001-2500	143	17.02%
501-1000	129	15.36%
101-500	317	37.74%
100以下	157	18.69%
總計	840	100%

28.2%

除持續電話輔導外，
將針對5000點以上診所
進行實地輔導

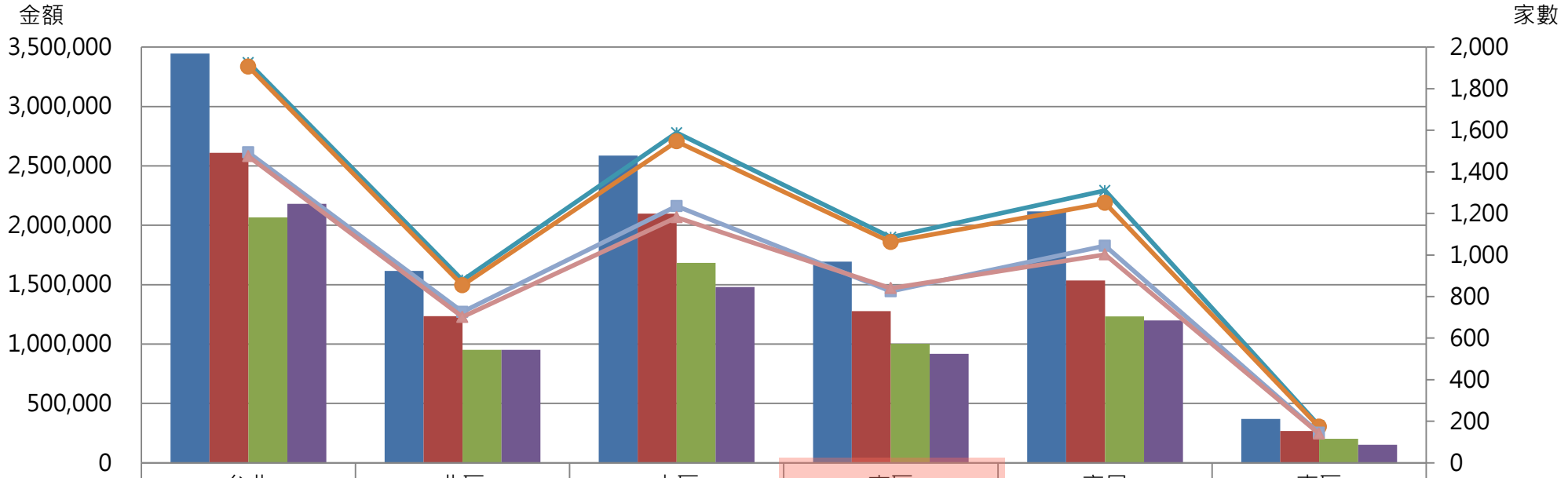
107Q4重複點數前20名、未使用及錯誤比率情形

序	醫事機構	跨(同)院核減總藥費	API查詢筆數	02無驗證查詢資料	05非適用醫令範圍	錯誤回傳比率	API最後使用日期
1	陳O奇診所	23,270	8,244	4,816	0	58.4%	持續使用中
2	吳O逸診所	17,488	5,779	1,301	0	22.5%	
3	安O西醫診	15,051	643	441	33	73.7%	
4	揚O診所	10,879	5,827	5,755	0	98.8%	
5	王O彬精神	8,089	2,273	88	0	3.9%	
6	宋O權診所	7,908	389	366	0	94.1%	2018/10/6
7	高O燈診所	7,833	3,054	1,868	0	61.2%	持續使用中
8	德O診所	7,694	5	5	0	100.0%	
9	林O仲診所	7,599	3,058	867	0	28.4%	
10	沈O明診所	7,588	407	85	0	20.9%	
11	莊O華內診	7,418	3,096	2,475	0	79.9%	2018/10/8
12	陳O達診所	7,213	5,199	1,270	0	24.4%	持續使用中
13	洪O禧診所	7,145	4,951	4,694	0	94.8%	
14	鄧O鎧診所	7,016	3,049	1,278	0	41.9%	
15	啟O診所	6,935	3,442	3,359	0	97.6%	
16	朱O生診所	6,934	4,480	70	0	1.6%	
17	杏O診所	6,710	1,326	57	0	4.3%	
18	全O診所	6,600	38	23	0	60.5%	
19	俊O診所	6,446	6,573	3,771	0	57.4%	
20	忠O仁診	6,337	4398	670	270	21.4%	

備註:點數為107Q4回饋資料，API查詢狀況為上線至108/2/27回傳資料。

門診特定藥品重複用藥管理新方案回饋報表統計

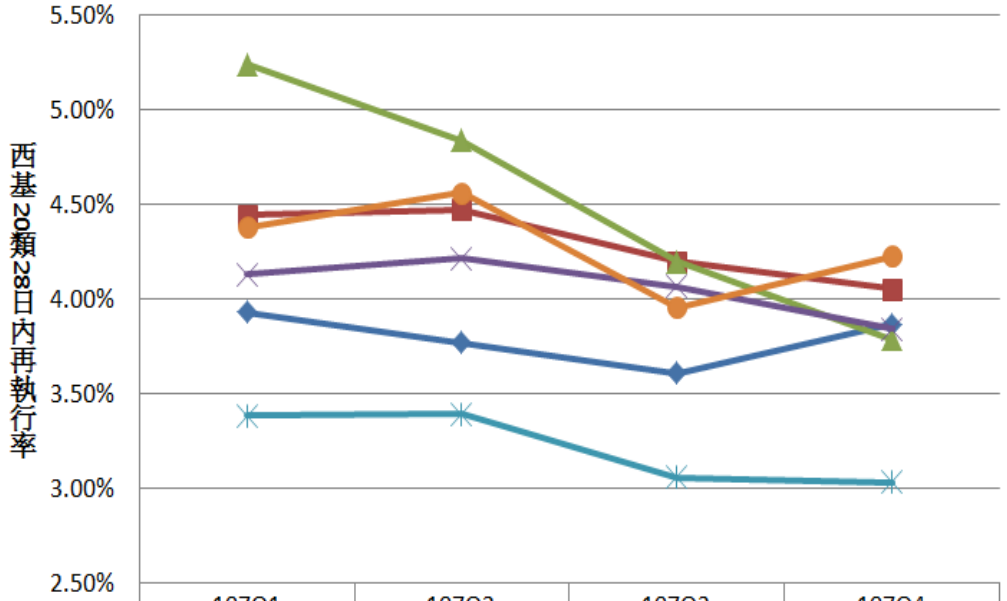
107年各分區Q1至Q4核扣金額及家數皆呈下降



	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
第一季核扣金額	3,446,303	1,615,655	2,586,901	1,694,616	2,116,248	369,231
第二季核扣金額	2,610,091	1,235,021	2,098,777	1,277,660	1,535,219	268,179
第三季核扣金額	2,066,594	950,658	1,683,767	1,001,237	1,232,959	203,108
第四季核扣金額	2,181,677	952,402	1,480,921	918,233	1,199,120	151,582
第一季家數	1,925	879	1,588	1,085	1,310	178
第二季家數	1,906	854	1,546	1,062	1,250	173
第三季家數	1,493	726	1,235	825	1,044	144
第四季家數	1,475	702	1,181	840	1,002	140

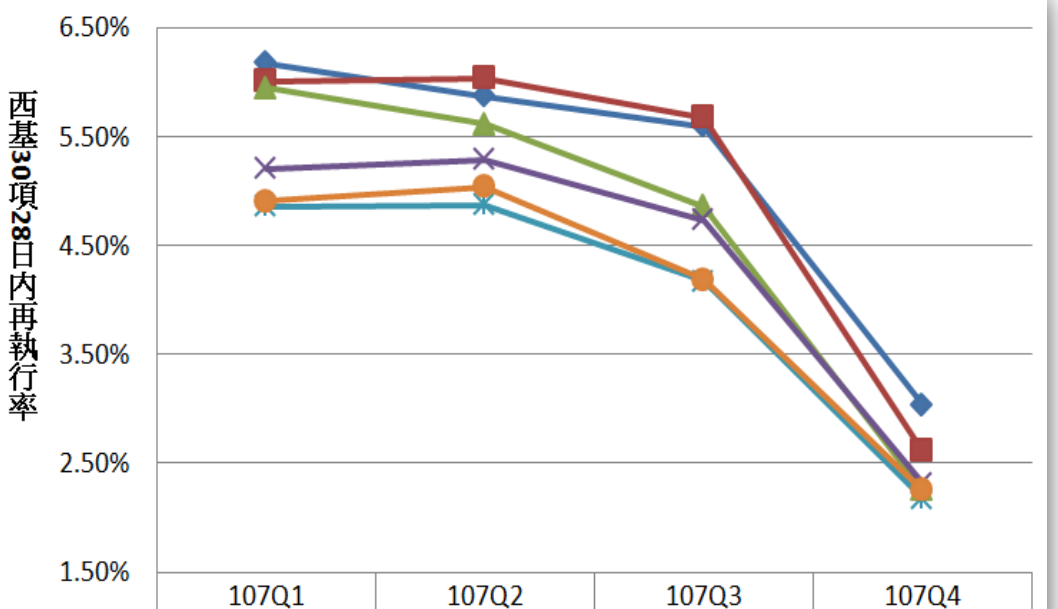
四、20類重要檢查(驗)管理方案

20類28日內再執行率



	107Q1	107Q2	107Q3	107Q4
台北	3.93%	3.77%	3.61%	3.87%
北區	4.44%	4.47%	4.20%	4.05%
中區	5.24%	4.84%	4.20%	3.79%
南區	4.13%	4.22%	4.07%	3.84%
高屏	3.38%	3.39%	3.06%	3.03%
東區	4.38%	4.56%	3.96%	4.23%

30項28日內再執行率



	107Q1	107Q2	107Q3	107Q4
台北	6.18%	5.87%	5.59%	3.03%
北區	6.00%	6.03%	5.67%	2.61%
中區	5.94%	5.61%	4.86%	2.26%
南區	5.21%	5.29%	4.73%	2.31%
高屏	4.86%	4.87%	4.17%	2.17%
東區	4.91%	5.04%	4.19%	2.25%

107年南區30項優先管控項目

歸併醫令	中文名稱	南區再執行率	全署再執行率	與全署差值	件數
1900XC	腹部超音波及追蹤	3.82%	3.19%	0.63%	3,514
09044C	低密度脂蛋白 - 膽固醇	1.78%	2.08%	-0.30%	3,241
0801XC	全套血液檢查	11.67%	12.64%	-0.97%	5,429

資訊回饋：針對107年度28日內再執行件數與再執行率高之院所進行輔導

回溯性審查：108年辦理再執行率高於全署項目進行專業意見討論後執行

五、家庭醫師整合性照護計畫

108年家庭醫師計畫南區各縣市申辦情形

縣市別	醫療群數	診所數	參與診所%	醫師數	參與醫師%
台南市	71	494	51.2%	555	41.0%
嘉義市	10	69	35.2%	80	29.9%
嘉義縣	9	80	47.9%	89	41.6%
雲林縣	20	140	50.9%	154	39.3%
總計	110	783	48.8%	878	39.4%
較107年增加	5	83	6.0%	100	2.1%

統計截至108年3月7日止

108年「家庭醫師整合性照護」計畫修正重點-1

多重慢性病人門診整合費

支付條件

會員有2種(含)以上慢性病並於收案診所內就醫，且當年度該慢箋之總處方調劑日份須達56日(含)以上，並無「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重複用藥情形者。

支付方式

符合條件，當年度該慢箋之總處方調劑日份達56日(含)以上，每一會員每年度支付500點；若當年度該慢箋之總處方調劑日份達169日(含)以上，每一會員每年度再增加支付500點。

慢性病疾病

高血壓、糖尿病、高血脂、動脈粥樣硬化、心臟病、腦血管病變、失智症、甲狀腺機能障礙、慢性肝炎、肝硬化、攝護腺(前列腺)肥大、痛風、慢性腎臟病、慢性貧血、慢性阻塞性肺病。

申報備註

提供整合照護後，應於會員就醫當日病歷中，簡述整合之內容或藥品，申報時，於**「d13欄位整合照護模式註記P碼」**。若未於病歷中載明前述之整合資料者，不得註記「整合照護模式」。

108年「家庭醫師整合性照護」計畫修正重點-2(指標修正)

項目	原指標計算	修正指標計算
電子轉診使用率	轉診使用電子平台比率≧60%，得3分 轉診使用電子平台比率≧40%，得2分 轉診使用電子平台比率≧20%，得1分	轉診使用電子平台比率≧**80%**，得3分 轉診使用電子平台比率≧**70%**，得2分 轉診使用電子平台比率≧**60%**，得1分
住院雙向轉診率	刪除	
成人預防保健	權重5分(會員接受檢查人數)	權重6分(會員於**基層院所**接受檢查人數)
子宮頸抹片檢查率	權重4分(會員接受檢查人數)	權重5分(會員於**基層院所**接受檢查人數)
糞便潛血	權重5分(會員接受檢查人數)	權重6分(會員於**基層院所**接受檢查人數)
假日公開開診	開診診次 ≧40診次，得5分 開診診次 ≧30診次，得3分 開診診次 ≧10診次，得1分	開診診次 ≧**120**診次，得5分 開診診次 ≧ **90**診次，得3分 開診診次 ≧ **50**診次，得1分

需於VPN登錄及公開開診資訊才予計算指標成績

108年「家庭醫師整合性照護」計畫修正重點-3(會員上傳)

公告3個月內及依上年度評核指標分數達成情形，將會員資料以二階段上傳至VPN

第一階段上傳

- 每年度1月上傳較需照護族群收案名單及每位醫師自行收案人數200名

第二階段上傳

- 依上年度評核指標分數達成情形，評核指標≧90分之醫療群，每名醫師可再上傳自行收案個案加收之100名

未達65分不予支付

- 上年度評核指標未達65分者，依規定當年度應退出計畫
- 原已上傳之會員名單，不予支付當年度之個案管理費

六、西醫基層醫療資源不足地區改善方案

107年各分區執行成效

業務組別	巡迴 總人次	巡迴 總診次	醫療費用 總點數	醫療費用占率	平均每人次 醫療費用
台北	46,632	1,574	28,771,191	20.0%	617
北區	12,230	759	9,257,918	5.3%	757
中區	32,156	1,701	13,048,152	13.8%	406
南區	117,208	6,786	53,337,476	50.3%	455
高屏	12,180	545	6,626,883	5.2%	544
東區	12,647	910	11,443,063	5.4%	905
全署	233,053	12,275	122,484,889	100.0%	614

108年醫不足方案修訂重點摘要

- 預算來源：基層部分全年為217.1百萬元
- 施行鄉鎮修正：108年共計115個鄉鎮區(基層診所83個、醫院32個)，本轄區新增嘉義縣竹崎鄉。
- 當月門診服務未滿20天者或執行開業計畫第4個月起每診平均人次未達3人者，不予支付保障額度，依申報點數核定，並由西醫基層總額一般服務預算支付 。 (108年3月12日公告，同意展延至108年1月起第4個月開始執行)。
- 保障額度依執行開業計畫之診所總額內核定點數：
  第7個月起，須達保障額度40% (原35%)，未達者以保障額度70%核付。
  第13個月起須達保障額度50% (原45%) ，未達者以60%核付。
  第25個月起，須達保障額度60% (原50%) ，未達者以50%核付，
  50%以上未達60%者，以實際申報點數支付。

小結 ~ 108年重要政策推動業務

01 分級醫療雙向轉診

- 確實受理及申報轉診代碼
- 下轉個案確實照護 落實分級醫療
- 開立轉診單24HR內上傳

02 門診特定藥品重複用藥管理

- 108Q1起開始核扣季重複>1000點藥費
- API請務必開啟持續使用並完成三卡認證減少錯誤率

03 20類重複重要檢查檢驗

- 再執行率高於全署項目請先自我管理
- 比照異常管理專案諮詢專業意見

04 家庭醫師整合性照護計畫

- 新增多重慢性病人門診整合費請確實把握
- 計畫修正內容請轉知會員

05 醫療資源不足改善方案

- 遲到早退核扣當次巡迴費用
- 開業獎勵修正內容已公告請協助轉知

肆、宣導及共同推動業務

- 上傳檢查檢驗資料
- 雲端查詢系統查詢作業異常狀況報備單
- C肝用藥收案情形
- 西基爭議審議案件審定概況
- 鼓勵假日開診並即時更新VPN看診時段
- 違規案例分享

一、上傳檢查檢驗資料(資訊共享避免重複浪費)

	年度	107年		108年
資料上傳獎勵	獎勵金類別	上傳基本獎勵金	上傳額外獎勵金	上傳獎勵金
	獎勵條件	上傳率>50% 且上傳醫令>0	於報告日期時間或健保卡補卡後24時內將檢驗檢查上傳內將檢驗檢查上傳	於報告日期時間或健保卡補卡後24時內將檢驗檢查上傳
	基本費	診所及交付機構750元	無	無
	獎勵金	報告型每筆醫令5點、 非報告型每筆醫令1點	報告型每筆醫令5點、 非報告型每筆醫令1點	報告型每筆醫令5點、 非報告型每筆醫令1點
即時查詢固網費用	補助方式	基本費(50%) + 5選2指標項目達成(50%)		100%不綁指標
	月租費上限	企業型2M：6,591元 企業型1M：5,031元 專業型2M：3,760元 專業型1M：1,980元 一般型6M/2M：1,702元		一般型6M/2M：1,696元 ps. 108年以前參加者每月支付上限為1980元，108年以後參加者每月支付上限為1696元

註1：
■報告型：
影像、病理報告
■非報告型：
檢體檢驗報告
註2：
*自行檢驗檢查-診所上傳
*交付檢驗檢查-代檢單位上傳
註3：
上傳方式
√批次上傳-資訊廠商批次上傳
√單筆上傳-VPN建置單筆資料上傳
註4：
固網費用補助可採電子申請 - VPN- 鼓勵醫療院所即時查詢病患方案 –醫事機構固接網路申請作業(填寫資料送出後，本署將通知中華電信聯絡診所)

二、雲端查詢系統查詢作業異常狀況報備單

異常狀況	下載路徑
1. 網路故障或無法連線使用 2. 安全模組故障造成讀卡機無法使用 3. 醫療資訊系統(HIS)、讀卡機或電腦相關設備故障 4. 醫事人員卡故障 5. 支援報備問題 6. 病患卡片不良 7. 停電 8. 其他 註：此單用於個別院所有上述異常，若為全署性系統異常，由本署對外統一維護排除註記，無需填寫此單。 P.S.2/15 2/18系統施工異常已統一維護，院所無需個別報備	全球資訊網首頁-下載及應用-資料下載-表單下載-南區業務組專屬表單-醫事機構-健保雲端查詢系統平台：南區異常狀況報備單(108.01.23新增)

三、C型肝炎全口服新藥健保給付執行概況

■107年度本署實際取號並檢核成功之收案人數達19,540人，本業務組收案人數為6,719人，佔34.39%。其中醫院收案人數6,152人，佔全署33.52%，診所收案人數567人，佔全署47.81%，二者皆居各業務組之冠

業務組別	醫院		診所		合計	
	人數	佔率	人數	佔率	人數	佔率
臺北業務組	3,312	18.1%	145	12.2%	3,457	17.7%
北區業務組	1,679	9.2%	225	19.0%	1,904	9.7%
中區業務組	3,032	16.5%	66	5.6%	3,098	15.9%
南區業務組	6,152	33.5%	567	47.8%	6,719	34.4%
高屏業務組	3,628	19.8%	129	10.9%	3,757	19.2%
東區業務組	551	3.0%	54	4.6%	605	3.1%
總計	18,354	100.0%	1186	100.0%	19,540	100.0%

四、西醫基層總額醫療費用爭議審議案件審定概況

107年全年西基爭議審議案件

分區別	總計	撤銷件數	駁回件數	撤銷率
全署	8,253	792	7,461	9.6%
臺北業務組	2,602	200	2,402	7.7%
北區業務組	1,761	138	1,623	7.8%
中區業務組	1,191	130	1,061	10.9%
南區業務組	1,026	117	909	11.4%
高屏業務組	1,420	169	1,251	11.9%
東區業務組	253	38	215	15.0%

107年全署撤銷率為9.6%，本區撤銷率為全署第3 (11.4%)。

107年第4季西醫基層醫療費用爭議審議案件

分區別	總計	撤銷件數	駁回件數	撤銷率
全署	1,999	169	1,830	8.5%
臺北業務組	676	51	625	7.5%
北區業務組	359	34	325	9.5%
中區業務組	205	23	182	11.2%
南區業務組	350	21	329	6.0%
高屏業務組	325	30	295	9.2%
東區業務組	84	10	74	11.9%

107第4季全署撤銷率為8.5%，本區撤銷率為全署最低。
本季南區撤銷率排名第1項目: 64077C腕關節脫位徒手復位術

五、鼓勵假日開診並即時更新VPN看診時段

縣市	申報家數	申報家數		申報率		VPN登錄看診家數		VPN登錄看診率	
		週六	週日	週六	週日	週六	週日	週六	週日
臺南市	965	895	208	92.8%	21.6%	882	183	91.4%	19.0%
雲林縣	274	250	63	91.2%	23.0%	244	62	89.1%	22.6%
嘉義市	193	176	42	91.2%	21.8%	176	40	91.2%	20.7%
嘉義縣	169	149	33	88.2%	19.5%	143	27	84.6%	16.0%
總計	1,601	1,470	346	91.8%	21.6%	1445	312	90.3%	19.5%

以108/01為例，週日登錄看診率為19.5%、申報率為21.6%

假日看診申報家數較VPN登錄看診家數多，請正確登錄看診時間。

108年連續假期開放維護日期

1、 清明節(4月4日至4月7日)：3月4日起。
2、 國慶日(10月10日至10月13日)：9月10日起。

六、各違規類型涉及法令及處分

違規類型	可能涉及法令	處分
未執行診療項目服務(例如：切開皮膚等)，卻申報費用	特管辦法第37條	扣減10倍
僅自費施打疫苗及前置檢查，無疾病看診及藥品治療，卻以疾病名義申報費用	全民健保法81條 特管辦法第39、40條	停約 終止特約 2-20倍罰鍰 (停、終約者) 移送司法 (停、終約者)
在診所無因疾病看診，惟藥局卻申報藥事相關費用		
未親自就診，卻申報醫療費用		
實際就醫檢查內容(例如：婦科超音波)與診所病歷記載及申報內容(例如：骨盆檢查)不相符		
申報受僱藥師未上班期間之藥事相關費用		

小結 ~宣導及共同推動業務

即時查詢固網費用
補助內容已修正
協助轉知未更改
資費者請至VPN申請

假日開診率已列入
抽審正向指標
及家醫加分項目
務必確實登錄

雲端查詢系統異常
請即時反應並
視情況填寫報備單

健康存摺就醫資訊公開
請協助轉知避免違規情事

C肝用藥請持續加強收案

總 結

01 CIS指標異常件數高
與20項再執行率高於
全署項目請先自我管理

02 確實申報轉診代碼
俾利資料勾稽與費用補付

03 轉診代碼勾稽不到名單
請協助輔導

04 108Q1起開始核扣季藥費重複>1000點
API認證須完成三卡合一

05 各項計畫修正內容
請協助轉知轄區醫事機構

專門職業及技術人員自行執業者投保金額法規內容

◎專門職業及技術人員自行執業者以**執行業務所得**為投保金額。

◎所得如於當年2月至7月調整時，投保單位應於當年8月底前調整投保金額

如於當年8月至次年1月調整時，應於次年2月底前調整投保金額

均自通知次月1日生效

◎除自行舉證申報外，應按投保金額分級表最高一級申報(現為182,000元)。

(全民健康保險法§20、§21；全民健康保險法施行細則§46)

◎投保金額調整下限：

1.會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師自行執業者，
自行舉證申報投保金額不得低於勞保最高投保級距(現為45,800元)及其所屬員工申報之最高投保金額

2.前款以外之專技人員自行執業者，
自行舉證申報投保金額不得低於公民營事業、機構受僱者之平均投保金額(現為34,800元)及其所屬員工申報之最高投保金額

均不得低於勞工退休金月提繳工資(勞退)及參加其他社會保險之投保薪資(勞保、職災)

◎罰則：

第一類被保險人之投保單位，將被保險人投保金額以多報少者，除追繳短繳之保險費外，並按其短繳之保險費金額處以二倍至四倍之罰鍰。

(全民健康保險法§21、§89；全民健康保險法施行細則§46、§47)

專技人員自行執業者自行舉證申報調整投保金額文件

身分別	所得類別	舉證文件	計算方式
新成立/變更 專技人員 自行執業者	執行業務 所得	免附及免填聲明書	投保金額門檻下限： 1. 會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師：勞保最高投保級距45,800元 2. 前款以外之專技人員：公民營事業、機構受僱者之平均投保金額34,800元
專技人員 自行執業者	執行業務 所得	最近年度(擇一檢附)： • 綜合所得稅核定通知書 • 國稅局加蓋之收件章之結算申報書 • 個人綜所稅納稅證明書或所得清單 • 各項執行業務所得舉證資料並造冊切結(當年5月前)	$\frac{\text{各項執行業務所得總額}}{\text{所得月數}}$

專門職業及技術人員自行執業者投保金額輔導案例

106 03

107 03

108 03

比對105年執行業務所得

投保金額自106.03調整迄今

比對105年執行業務所得

106.03~107.02

自行檢附106年執行業務所得證明文件(調降)

107.03~108.02

自行檢附107年執行業務所得證明文件(調降)

5月底前

108.03~

第一階段輔導對象，將於3月底函請主動申報投保金額追溯調整，請依

第二階段輔導對象，將於4月中旬請主動申報投保金額追溯調整，請依

專門職業及技術人員自行執業者申報調整投保金額-本次專案輔導範例

◎範例：

王醫師自行開設王大明診所，並以專技人員自行執業者身分投保，106年3月投

保金額為96,600元，目前健保署比對其財稅資料發現投保金額有低報情形，經確認王醫師105年執行業務所得為180萬元，其所屬員工最高投保金額為48,200

◎**說明：**

王醫師以專技人員自行執業者身分投保，依健保法第20條規定，應以其執行業務所得為投保金額，因王醫師105年執行業務所得180萬元除以所得月數12，計算其平均每月執行業務所得為15萬元，對應全民健康保險投保金額分級表為150,000元，金額又大於勞保投保薪資最高一級45,800元及所屬員工最高投保金額48,200元，故王醫師調整後投保金額應為150,000元，並追溯自106.03.01生效。

THANKS FOR YOUR ATTENTION

參考資料

(歷次報告項目更新狀況請參閱)

107年第4季門診申報醫療費用-分區別

分區	件數（千）		醫療點數（百萬點）		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	14,514	2.6%	9,182	3.8%	633	1.2%
北區	7,074	3.2%	4,612	4.9%	652	1.6%
中區	9,638	3.6%	6,249	4.9%	648	1.2%
南區	7,284	2.0%	4,598	3.5%	631	1.5%
高屏	8,271	2.6%	5,204	3.6%	629	1.0%
東區	922	-1.0%	635	-0.3%	689	0.7%
全區	47,703	2.7%	30,481	4.0%	639	1.3%

註1：製表日期：108年2月20日。
註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
註3：成長率為與前一年同期比較。
註4: 本表僅含西醫案件，門診案件含藥局、交付機構資料，不含受刑人案件。

107年第4季住診申報醫療費用-分區別

分區	件數（千）		醫療點數（百萬點）		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	6.5	-5.7%	193	-7.1%	29,504	-1.5%
北區	1.9	-3.6%	54	-4.4%	29,248	-0.8%
中區	2.4	-10.9%	74	-10.6%	30,480	0.3%
南區	2.4	-9.4%	74	-9.4%	30,330	0.0%
高屏	0.7	-23.1%	20	-22.3%	30,977	0.9%
東區	0.0	-100.0%	0	-100.0%	-	-100.0%
全區	13.9	-8.8%	415	-9.5%	29,854	-0.8%

註1：製表日期：108年2月20日。
註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
註3：成長率為與前一年同期比較。
註4: 本表僅含西醫案件，不含受刑人案件。

各分區各季初核減率統計

分區別	105Q1	105Q2	105Q3	105Q4	106Q1	106Q2	106Q3	106Q4	107Q1	107Q2	107Q3
臺北	1.10%	0.95%	0.79%	0.73%	0.70%	0.70%	0.73%	0.69%	0.66%	0.27%	0.25%
北區	1.03%	0.91%	0.93%	0.73%	0.77%	0.96%	0.90%	0.77%	0.72%	0.28%	0.30%
中區	0.59%	0.72%	0.73%	0.70%	0.56%	0.83%	0.71%	0.73%	0.60%	0.36%	0.43%
南區	0.48%	0.50%	0.47%	0.39%	0.35%	0.34%	0.36%	0.28%	0.28%	0.17%	0.16%
高屏	0.76%	0.70%	0.72%	0.64%	0.69%	0.78%	0.90%	0.84%	0.85%	0.32%	0.26%
東區	1.14%	1.20%	1.22%	1.32%	0.95%	1.14%	1.04%	0.97%	0.70%	0.36%	0.37%
全區	0.83%	0.79%	0.74%	0.67%	0.63%	0.73%	0.73%	0.68%	0.63%	0.29%	0.29%

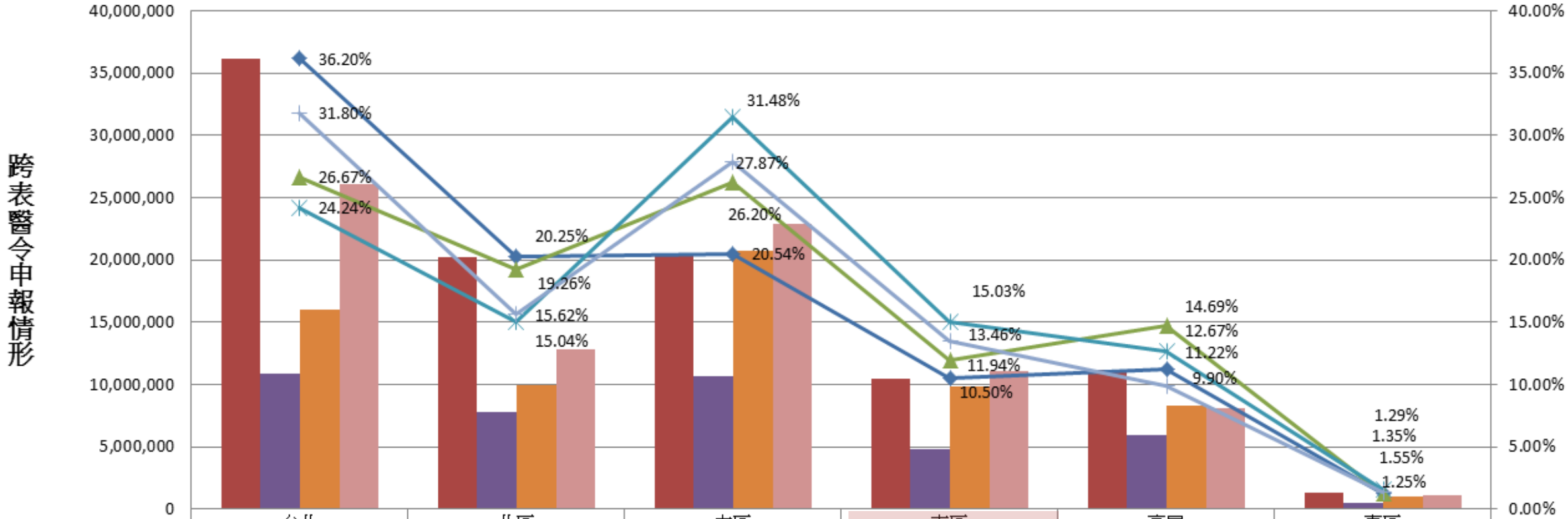
截至1080102止已完成核付之資料。

107年度南區基層總額案件分類申報概況(門住診)

案件分類	件數（千）		醫療點數（百萬點）		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
1 一般案件(簡表)	2,659	-0.9%	1,068	-1.3%	402	-0.4%
2 西醫急診	2	-24.0%	2	-19.6%	937	5.9%
3 西醫門診手術	11	4.1%	47	4.2%	4,480	0.1%
4 慢性病	1,089	5.2%	769	4.8%	706	-0.4%
5 結核病	1	-17.5%	0	-12.1%	516	6.6%
6 慢性病連續處方	0	.	134	3.0%	.	.
7 其他專案	3,431	2.9%	1,564	4.6%	456	1.6%
8 論病例計酬	6	5.7%	131	5.7%	20,698	0.0%
9 醫療資源缺乏地	30	9.9%	13	11.6%	443	1.5%
10 支付制度試辦計	54	22.5%	85	16.1%	1,580	-5.2%
11 交付機構	0	.	784	5.5%	.	.
12 住診一般案件	0	12.0%	2	-0.7%	18,470	-11.3%
13 住診論病例計酬	2	-10.2%	72	-9.6%	30,852	0.7%
合計	7,286	2.0%	4,673	3.3%	641	1.3%

製表日期:108年2月20日
資料來源:截至108年1月31日明細檔

西醫診所開放表別醫令申報情形



	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
107Q1 點數	36,181,964	20,238,903	20,529,840	10,499,896	11,218,714	1,290,213
107Q2 點數	10,866,171	7,847,248	10,676,694	4,865,593	5,983,699	507,387
107Q3 點數	15,973,713	9,907,833	20,740,479	9,901,003	8,349,869	1,019,780
107Q4 點數	26,113,954	12,827,448	22,894,061	11,051,806	8,133,505	1,111,129
107Q1 醫令占率	36.20%	20.25%	20.54%	10.50%	11.22%	1.29%
107Q2 醫令占率	26.67%	19.26%	26.20%	11.94%	14.69%	1.25%
107Q3 醫令占率	24.24%	15.04%	31.48%	15.03%	12.67%	1.55%
107Q4 醫令占率	31.80%	15.62%	27.87%	13.46%	9.90%	1.35%

製表日期:108年3月1日

108年西醫基層總額新增開放11項表別項目支付標準

- 維生素B12免疫分析(09129B)
- 淋巴球表面標記-感染性疾病檢驗(12073B)
- HIV病毒負荷量檢查(14074B)
- 杜卜勒氏彩色心臟血流圖(18007B)
- 攜帶式心電圖記錄檢查(18019B)
- 頸動脈超音波檢查(20013B)
- 平衡檢查(22017B)
- 光化治療(51018B)
- 光線治療(51019B)
- 皮膚鏡檢查(51033B)
- C型肝炎病毒核酸基因檢測 - 即時聚合酶連鎖反應法(12202B)

→ 西醫基層院所限由感染科專科醫師開立處方

107年重點管理項目-1

序號	指 標 名 稱	107年 異常件數	核減率	件數 成長率
1	同院所同個案全年申報腹部超音波≧3次	105	31.0%	106%
2	單一案件31日內藥費≧5000點	792	5.6%	98%
3	物理治療費用及次數≧前三個月平均施行費用及次數之全國95百分位(含跨院所)	156	40.7%	93%
4	血液透析個案門診申報內含藥品及檢驗	418	7.5%	90%
5	物理治療頻次≧前三個月平均施行次數之全國97百分位	166	9.7%	82%
6	單一案件當月申請點數≧10,000點	830	8.8%	65%
7	婦產科≦10歲病人骨盆發炎使用抗生素	149	1.8%	26%
8	feburic使用不符藥品給付規定	1,390	18.0%	24%

統計費用區間:107年1至12月

註: 篩選cis指標107年異常件數>100件，較106年度同期件數成長率排序。

107年重點管理項目-2

序號	指 標 名 稱	107年 異常件數	核減率	件數 成長率
1	同處方開立≧3種口服抗生素	744	3.2%	-38%
2	當月同院所＞12歲，申報婦科、產科超音波合計次數≧3次	2,650	4.2%	-33%
3	同院同個案同月申報腹部超音波（19001C、19005C、19009C）≧2次	154	22.4%	-32%
4	年復健次數>180次(排除代辦、早療案件、簡單治療及PAC案件)	8,007	15.1%	-25%
5	同月同院所同ID歸戶54001C耳垢嵌塞取出_單側醫令量＞3	1,095	自清核減	-21%
6	同院當月就醫≧8次	34,906	5.4%	-19%

統計費用區間:107年1至12月

註1:篩選cis指標107年異常件數>100件，較106年度同期件數成長率排序。
註2:年復健次數>180次統計區間：107年7月至12月，唯協商後自107年10月停止抽審。

107年辦理回溯性審查項目

序號	指標代碼	指 標 名 稱	辦理時間	執行方式	成效(追扣)
1	5006	同院所同個案同月申報腹部超音波≧2次	10708	函請說明抽樣審查	16,816點
2	10020	門診當月≦12歲申報婦科產科乳房超音波	10709		20,768點
3	5009	同院同案90日（含當月）過敏原檢驗≧2次	10709		175,740點
4	10013	同院所同月申報鍉上眼瞼肌切除術≧2次	10709		609,724點
5	10018	血液透析個案申報內含藥品及檢驗	10709		47,133點
6	10016	同月同院同ID54001C耳垢嵌塞取出_單側≧3次	10711		246,790點
7	10021	門診當月同院所＞12歲，申報婦科、產科超音波合計次數≧3次	10711		審查中
8	10022	門診當月同院所＞12歲，申報乳房超音波合計次數≧3次	10712	電話輔導	
9	8001	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（95百分位）	10803	刻正進行中	
10	8002	醫師自我診治困難項目	10803		

共計追扣 1,116,971 點

南區業務組電子轉診平台受理及回復狀況

開單年月	基層接受轉診件數	基層完成受理件數	完成受理比例	基層回復件數	回復比率
	A	B	B/A	C	C/B
107Q1	90	13	14%	5	38%
107Q2	528	354	67%	117	33%
107Q3	6,978	4,764	68%	2,093	44%
107Q4	12,032	6,786	56%	2,651	39%
10801	4,750	1,972	42%	571	29%
總計	24,378	13,889	57%	5,437	39%

*資料擷取日：108/02/15
擷取區間：107/01/01-108/01/31 排除聯繫處理註記案件

定期至VPN或醫事人員溝通平台受理電子轉診單

開單後90日內患者來到診所就醫

醫事人員溝通平台查詢該患者電子轉診單 (瞭解轉診概況，並得知患者轉診單開單日期)

3日內回復電子轉診單

基層診所錯誤申報及未受理轉診案件

107年第4季診所平轉/誤報轉診費診所

序	院所簡稱	件數
1	羅O科診所	22
2	蓋O診所	18
3	解O力眼診	16
4	陳O鴻診所	11
5	青O眼科診	4
6	林O正診所	4
7	e O代診所	2
8	陳O程診所	2
總計	其餘誤報1件11家診所共計19家	90

107年12月應受理未受理排序

序	院所簡稱	件數
1	李O儒診所	89
2	加O診所	82
3	曾O榮診所	59
4	達O診所	29
5	晴O眼科診	26
6	嘉O耳鼻喉	24
7	練O霜婦產	21
8	新O紀診所	20
9	真O眼科診	20
10	上O眼科診	17
總計		2,332件

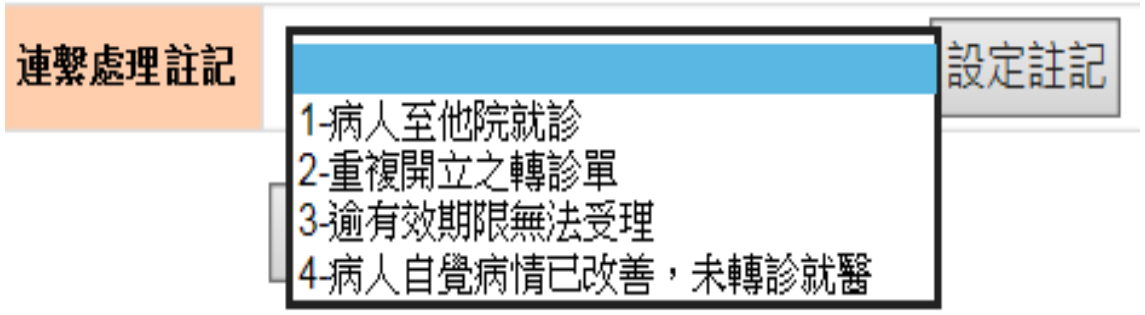
請正確申報轉診及電子轉診平台查看可受理案件

醫事人員溝通平台已整合:開立轉診單及受理、管理功能

醫事人員溝通平台：
新增電子轉診單受理、查詢及管理功能(操作方式與VPN相同)。

轉診單連繫處理註記

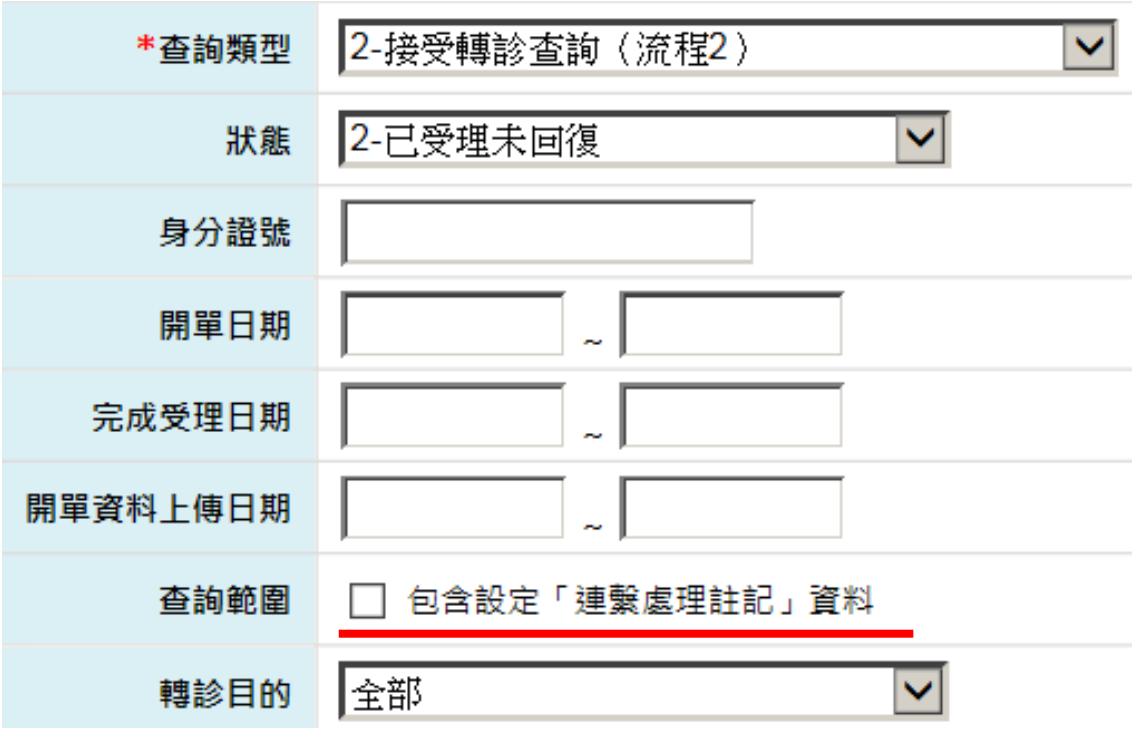
對於「尚未受理」的轉診單，可選擇下圖註記原因並點擊「設定註記」。



對於「已受理未回復」之轉診單，且已超過有效期限者，在「管理」查詢到該筆轉診單後，可在檢視轉診單中註記原因並點擊「設定註記」。

善用連繫處理註記

在VPN及醫事人員溝通平台的「管理」利用類型、狀態、是否包含設定聯繫處理註記等條件，管理仍在有效期限內且尚未回復之轉診單。



醫事人員溝通平台已新增轉診單「受理及管理」功能，可直接執行「受理」
尚未受理之轉診單先按「檢視」

轉診輔導事項

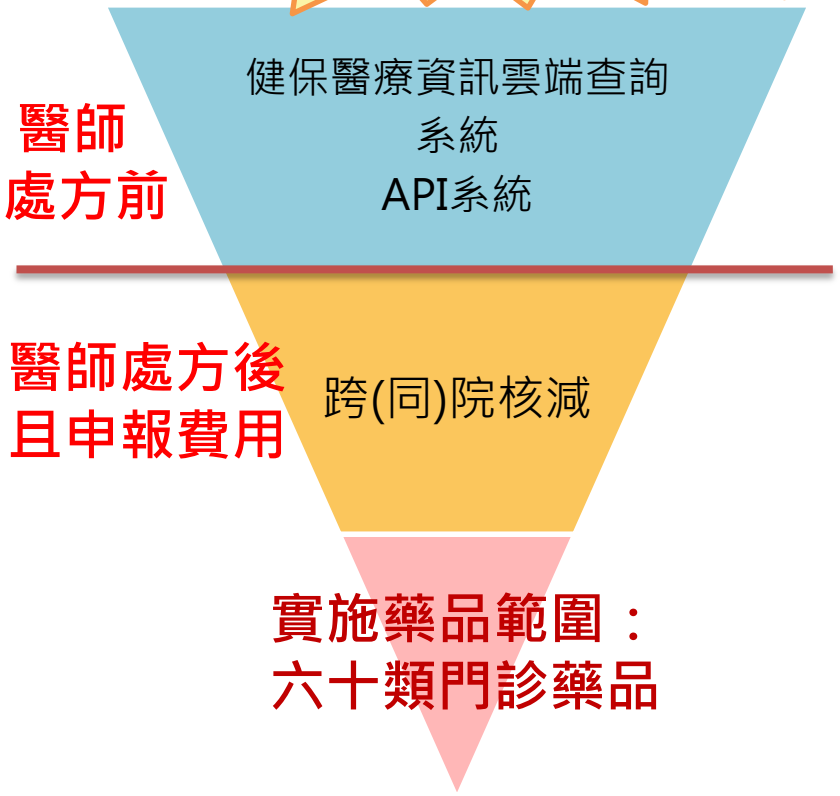
1.正確申報轉診費代碼01038C
醫令p14「執行時間-起」及p15「執行時間-迄」欄位應**填立開立轉診單日期**。
2.轉診支付標準不包括同層級院所間之平轉
未正確申報轉診案件仍需列入門診合理量。
3.提升電子轉診平台受理率
(1)定期前往受理電子轉診單，**善用連繫處理註記**。 (2)107年12月3日已開啟所有基層診所專任醫師受理權限。
4.轉診單開立後24小時內上傳
(1)請於**24小時內上傳**，以利接受轉診院所查看與回復患者轉診單。 (2)轉診單超過24小時上傳：107年第3季438家、5,464件;107年第4季253家、1,559件
5.轉診單應在病患就醫後3日內回復
(1)依「全民健康保險轉診實施辦法」第10條及「醫療法施行細則」第51條。 (2)電子轉診單必須回復後，才算完成。 1. 開立電子轉診單 → 2. 回復電子轉診單

門診特定藥品重複用藥費用管理方案

門診特定藥品重複用藥管理方案重要內容提示-1

管理藥品範圍	60類口服藥品為主。 降血壓、降血脂、降血糖(含口服及注射)、抗思覺失調、抗憂鬱症、安眠鎮靜與抗焦慮用藥、抗血栓用藥、前列腺肥大用藥、抗癲癇用藥、心臟疾病用藥、緩瀉劑、痛風治療用藥、抗病毒藥物、支氣管阻塞劑、免疫製劑、制酸劑、胃腸道用藥與抗組織胺等，用藥風險高及重複情形多的藥品項目。
實施對象	門診**給藥日份14日(含)以上**費用案件 季重複藥費合計達**1,000元(含)以上**院所才核扣
實施時程	1.107年9月起開始回饋院所60類虛擬核扣報表 2.107年9月「跨院所重複開立醫囑主動提示功能」(API)上線 3.108年1月(費用年月)起按季執行核扣作業。

108年1月(費用年月)起按季執行核扣



註：API提示功能已同步調整為給藥日數**14**天(含)以上處方且遵醫囑應餘用藥日數大於**10**天」者才提示。

門診特定藥品重複用藥管理方案內容說明-2

不列入 重複用藥之 計算條件3/1	**1. 符合提前領藥規範** ● **符合「全民健康保險醫療辦法」第24條提前領藥之狀況。** 同一慢性病連續處方箋，應分次調劑。 保險對象持慢性病連續處方箋調劑者，須俟上次給藥期間屆滿前十日內， 始得憑原處方箋再次調劑。 ● **符合「全民健康保險醫療辦法」第25條提前領藥之狀況。** 保險對象持有效期間內之慢性病連續處方箋，有下列情形之一者，得出具切結文件，一次領取該處方箋之總用藥量： 一、預定出國或返回離島地區。 二、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務。 三、罕見疾病病人。 四、經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要特殊病人。 ● **另考量病人因病再次就醫，若餘藥日數小於等於10日則不計入重複用藥。**

門診特定藥品重複用藥管理方案內容說明-3

不列入 重複用藥之 計算條件3/2	**2. 特殊狀況做虛擬醫令申報案件：** (1)處方箋遺失或毀損，提供切結文件(R001)。 (2)醫師請假(R002)。 (3)病人病情變化提前回診(R003)。 (4)其他非屬R001~R003之提前回診或慢性病連續處方箋提前領藥或其他等病人因素，提供切結文件或於病歷中詳細記載原因備查者(R004)。 (5)民眾健保卡加密或其他健保卡問題，致無法查詢健保雲端資訊，並於病歷中記載原因備查(R005)。 (6) 符合轉診申報規定之案件(R006)。 (7) 配合衛福部食藥署公告藥品回收，重新開立處方給病人，並於病歷中記載原因備查(R007)-108年4月1日生效 **3. 因資料上傳與雲端資料讀取時間落差者，落差天數設定為4天。** **4. 因連續假期或特殊因素(如地震)者。**

門診特定藥品重複用藥管理方案內容說明-4

不列入 重複用藥之 計算條件3/3	5. **特定案件類型：**代辦、簡表(01)、急診(02)、精神疾病社區復健(A2)、安胎、同一療程及排程檢查。 6. **藥品特殊用法：**立即使用(STAT)、需要時使用(PRN)。 7. **實施藥品範圍：**不包含給藥日份未滿14天之60大類藥品。 8. **實施對象：**不包含保險醫事機構之當季重複用藥藥費未滿1,000元者。

逐月回饋「特定藥品用藥重複輔導表」(107年Q4報表2/22已上傳VPN)

醫事機構檔案下載流程

VPN -> 下載專區/服務項目：**保險對象用藥管理/保險對象管理檔案下載清單**

https://medvpn.nhi.gov.tw/iwse0000/IWSE0030S02.aspx?bc=RIM

領藥完整歷程明細表_提前領藥註記說明

(一)病人餘藥日數：醫師處方時或藥師調劑時病人已領藥品之剩餘日數

(二)提前領藥註記

XX：領藥第1筆計算起點；00：重複用藥；91：提前10日；

A1：符合任一特定治療項目代碼；B1 ：過年期間案件；

C1：系統異常自動勾稽不核扣、C2：健保卡時序比對自動勾稽不核扣；

R1：因藥品遺失…；R2：醫師請假因素…；R3：醫師專業認定調藥… ；

R4：其他非屬R001~R003其他等病人因素；R5：民眾健保卡加密致無法查詢健保雲端資訊；

R6：配合分級醫療轉診第1次至診所

(三)連續用藥結束日期：係依病人該筆藥品開藥日數，扣除重複被核減日數後，再從前1筆用藥結束日往後計算出病人給藥屆期

(四)核減註記「 * 」：屬於本期統計區間之重複用藥會核扣，其餘非屬本期統計區間者僅呈現重複用藥數據，但不做核減

(五)本署提供報表包括：「重複用藥案件之4個月內領藥完整歷程」、「重複用藥案件之有重複註記資料報表及檔案」、「60類藥品重複總表」、「重複用藥醫師表」及「前20種重複藥費藥品品項表」電子檔，院所可依需求選擇下載。

健保醫療資訊雲端查詢-跨院開立醫囑主動提示功能(API)

醫療院所

健保署

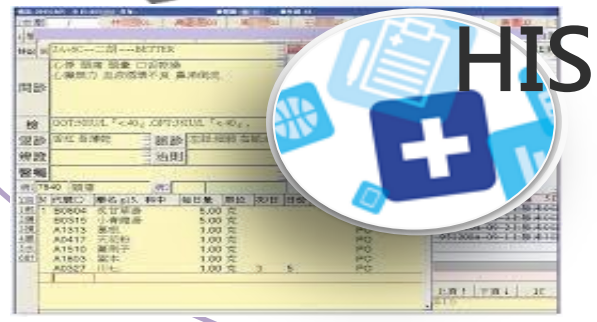
1 三卡合一 雲端查詢

醫師在登入健保醫療資訊雲端查詢系統，完成SAM卡、醫師人員卡、民眾健保卡之認證

2 傳送比對範圍醫令至雲端

院所端資訊系統(HIS) 以 Web Service 傳送處方醫令與接收回饋訊息

3 回饋比對結果提示訊息於HIS



目前收載ATC 60類藥品+58項 據證實指引檢驗 (陸續擴充中...)

「跨院所重複開立醫囑主動提示功能API」上線統計

各分區業務組西基診所上線狀況

分區	已上線診所	西基診所數	已上線比率
台北	1,877	3,089	61%
北區	795	1,310	61%
中區	1,619	2,250	72%
南區	1,244	1,618	77%
高屏	1,404	1,924	73%
東區	216	251	86%
總計	7,155	10,442	69%

** 統計至108.1.24

107Q3末開啟API ＆ 重複用藥TOP10

排名	醫事機構	縣市別	跨(同)院核減總藥費
1	吳O宏診所	臺南市	1,276
2	O診所	臺南市	1,232
3	小O使婦兒	臺南市	1,211
4	蕭O中診所	嘉義縣	1,177
5	黃O兒科診	臺南市	1,150
6	尚O診所	嘉義縣	1,147
7	張O欽診所	嘉義市	1,013
8	大O診所	雲林縣	812
9	六O診所	臺南市	780
10	蘇O然診所	臺南市	579

註:衛生所因資訊廠商程式開啟問題暫不列入排序

健保醫療資訊雲端-醫療影像調閱作業各分區執行概況

107年各分區醫療影像調閱家數，南區居第二或第三、調閱總件數居全署最高！

	01.CT		02.MRI		03.超音波		04.鏡檢		05.X光攝影		Total
業務組	家數	件數	家數	件數	家數	件數	家數	件數	家數	件數	件數
臺北	387	5,465	324	2,850	535	2,676	266	1,471	535	10,070	22,532
北區	229	1,036	158	1,064	272	1,599	128	474	276	2,347	6,520
中區	402	1,656	337	2,445	492	1,990	273	766	542	4,147	11,004
南區	400	4,273	285	3,355	500	9,177	238	1,931	450	12,556	31,292
高屏	332	1,517	267	1,238	392	2,281	177	561	398	3,451	9,048
東區	38	131	36	184	58	222	31	161	59	416	1,114
總計	1,788	14,078	1,407	11,136	2,249	17,945	1,113	5,364	2,260	32,987	81,510

註：統計區間為107年

20類重要檢查(驗)管理方案

30項重點管理項目-西醫基層

項次	類別	歸併醫令項目
1	超音波	1.超音波心臟圖、2.杜卜勒氏彩色心臟血流圖、3.婦科超音波、4.其他超音波、5.超音波導引、6.腹部超音波及追蹤、7.乳房超音波
2	心臟酵素與血脂肪	1.總膽固醇、2.三酸甘油脂、3.高密度脂蛋白 - 膽固醇、4.低密度脂蛋白 - 膽固醇
3	糖尿病	1.血液及體液葡萄糖、2.醣化血紅素
4	骨頭X光	1.脊椎檢查2.脊椎檢查-第2張以上3.下肢骨各處骨頭及關節檢查4.下肢骨各處骨頭及關節檢查-第2張以上
5	鏡檢	1.上消化道泛內視鏡檢查2.大腸鏡檢查
6	循環機能	1.攜帶式心電圖記錄檢查 2.壓力與重分佈心肌斷層灌注掃描
7	血液	全套血液檢查
8	胸部X光	胸腔檢查
9	腎功能	微白蛋白（免疫比濁法）
10	肝功能	丙氨酸轉氨胺
11	免疫	免疫組織化學染色

20類重要檢查(驗)管理方案30項重點管理項目

歸併醫令	檢查驗名稱
0801XC	全套血液檢查
09044C	低密度脂蛋白 - 膽固醇
18005X	超音波心臟圖
18007B	杜卜勒氏彩色心臟血流圖
19007B	超音波導引
1900XC	腹部超音波及追蹤
26072B	正子造影-全身
28016C	上消化道泛內視鏡檢查
3307XB	電腦斷層造影
3308XB	磁振造影

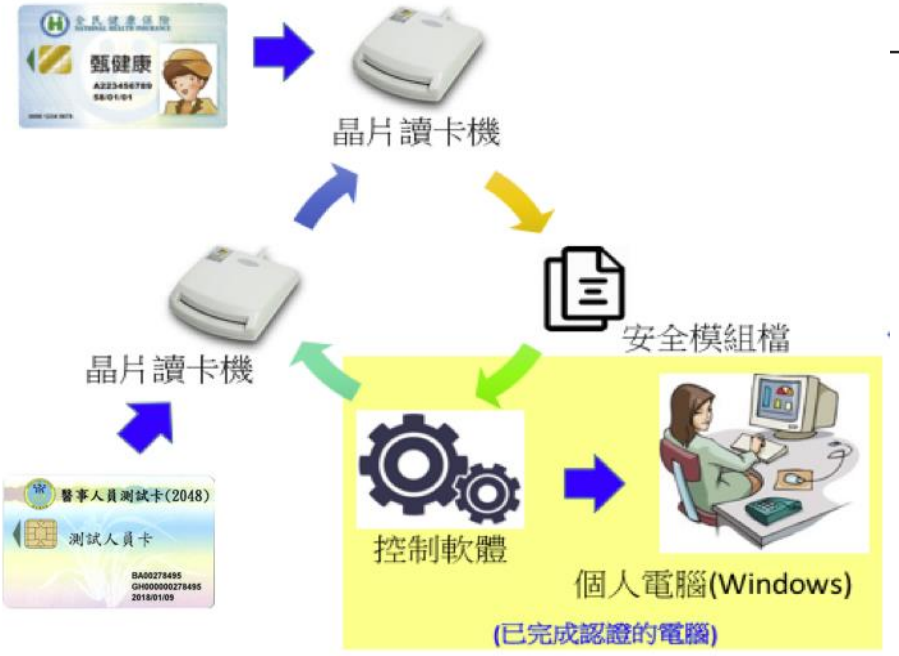
歸併醫令	檢查驗名稱
09001C	總膽固醇
09004C	三酸甘油脂
09005C	血液及體液葡萄糖
09006C	醣化血紅素
09026C	丙氨酸轉氨胺
09043C	高密度脂蛋白 - 膽固醇
12111C	微白蛋白（免疫比濁法）
18019B	攜帶式心電圖記錄檢查
19003C	婦科超音波
19005C	其他超音波

歸併醫令	檢查驗名稱
19014C	乳房超音波
25004C	第四級外科病理*
25012B	免疫組織化學染色*(每一抗體)
26025B	壓力與重分佈心肌斷層灌注掃描
28017C	大腸鏡檢查
32001C	胸腔檢查
32011C	脊椎檢查
32012C	脊椎檢查-第2張以上
32018C	下肢骨各處骨頭及關節檢查-第2張以上
32017C	下肢骨各處骨頭及關節檢查

備註:紅字標記為西醫基層項目

雲端安全模組宣導

1. 備妥簡易型讀卡機（一部電腦配2台卡機）
2. 安裝讀卡機驅動程式，接上讀卡機及插入卡片
3. 安裝新版控制軟體5.1及雲端安全模組檔
4. 檢視及調整網路設定
5. 開啟應用系統服務，測試各項功能是否正常
6. 完成轉換！



於全球資訊網[主題專區]->[健保卡]->[健保卡資料下載區]下載讀卡機控制軟體5.1版
於VPN以醫事機構卡申請及下載雲端安全模組
相關說明文件請至健保資訊網VPN->下載專區->共通作業 -> 電腦設定

西醫基層受理人民陳情案件統計

陳情類別	106年	107年	增減
額外收費(自費抱怨)	14	12	-2
多收取部分負擔	4	0	-4
不開給費用細表及收據	4	2	-2
疑多刷卡	2	5	3
疑刷卡換物	2	2	0
疑有虛報費用情事	14	12	-2
藥品及處方箋	3	4	1
質疑醫師或藥師資格	2	1	-1
服務態度及醫療品質	5	9	4
其他醫療行政或違規事項	5	16	11
轉診問題	0	1	1
DRG相關問題	0	0	0
其他	17	21	4
小計	72	85	13

專門職業及技術人員自行執業者投保金額法規內容

◎專門職業及技術人員自行執業者以**執行業務所得**為投保金額。

◎所得如於當年2月至7月調整時，投保單位應於當年8月底前調整投保金額

如於當年8月至次年1月調整時，應於次年2月底前調整投保金額

均自通知次月1日生效

◎除自行舉證申報外，應按投保金額分級表最高一級申報(現為182,000元)。

(全民健康保險法§20、§21；全民健康保險法施行細則§46)

◎投保金額調整下限：

1.會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師自行執業者，
自行舉證申報投保金額不得低於勞保最高投保級距(現為45,800元)及其所屬員工申報之最高投保金額

2.前款以外之專技人員自行執業者，
自行舉證申報投保金額不得低於公民營事業、機構受僱者之平均投保金額(現為34,800元)及其所屬員工申報之最高投保金額

均不得低於勞工退休金月提繳工資(勞退)及參加其他社會保險之投保薪資(勞保、職災)

◎罰則：

第一類被保險人之投保單位，將被保險人投保金額以多報少者，除追繳短繳之保險費外，並按其短繳之保險費金額處以二倍至四倍之罰鍰。

(全民健康保險法§21、§89；全民健康保險法施行細則§46、§47)

專技人員自行執業者自行舉證申報調整投保金額文件

身分別	所得類別	舉證文件	計算方式
新成立/變更 專技人員 自行執業者	執行業務 所得	免附及免填聲明書	投保金額門檻下限： 1. 會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師：勞保最高投保級距45,800元 2. 前款以外之專技人員：公民營事業、機構受僱者之平均投保金額34,800元
專技人員 自行執業者	執行業務 所得	最近年度(擇一檢附)： • 綜合所得稅核定通知書 • 國稅局加蓋之收件章之結算申報書 • 個人綜所稅納稅證明書或所得清單 • 各項執行業務所得舉證資料並造冊切結(當年5月前)	$\frac{\text{各項執行業務所得總額}}{\text{所得月數}}$

專門職業及技術人員自行執業者投保金額輔導案例

106
03

107
03

108
03

比對105年執行業務所得

投保金額自106.03調整迄今

比對105年執行業務所得

106.03~107.02

自行檢附106年執行業務所得證明文件(調降)

107.03~108.02

自行檢附107年執行業務所得證明文件(調降)

108.03~

5月底前

第一階段輔導對象，將於3月底函請主動申報投保金額追溯調整，請依

第二階段輔導對象，將於4月中旬請主動申報投保金額追溯調整，請依

專門職業及技術人員自行執業者申報調整投保金額-本次專案輔導範例

◎範例：

王醫師自行開設王大明診所，並以專技人員自行執業者身分投保，106年3月投

保金額為96,600元，目前健保署比對其財稅資料發現投保金額有低報情形，經確認王醫師105年執行業務所得為180萬元，其所屬員工最高投保金額為48,200

◎**說明：**

王醫師以專技人員自行執業者身分投保，依健保法第20條規定，應以其執行業務所得為投保金額，因王醫師105年執行業務所得180萬元除以所得月數12，計算其平均每月執行業務所得為15萬元，對應全民健康保險投保金額分級表為150,000元，金額又大於勞保投保薪資最高一級45,800元及所屬員工最高投保金額48,200元，故王醫師調整後投保金額應為150,000元，並追溯自106.03.01生效。