



健保專區

鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案--基層適用

項目	內容	103年度方案	104年度方案
1	執行期間	103年	104~107年
2	適用對象及其條件	診所、藥局	診所、藥局、檢驗所
3	申裝速率頻寬及月租費	基層診所企業型光纖2M(中華電信優惠至3M;月租費7,436元)、藥局企業型光纖1M(中華電信優惠至2M;月租費5,676元)以上之網路。	基層診所及交付機構得選擇企業型或專業型光纖1M或2M以上之網路。 (企業型1M/月租費5,676元;2M/7,436元) (專業型1M/月租費2,178元;2M/4,136元)
4	支付項目及標準	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。	<p>(一)104年網路月租費:</p> <ol style="list-style-type: none"> 基本費:基本費補助,104年/50%;105年/30%;106年/20%;107年/0%)。 指標獎勵:各年扣除基本費之補助後,依各項指標項目達成率、評核方式及支付權重計算支付。 <p>(二)獎勵上傳檢驗(查)結果:</p> <ol style="list-style-type: none"> 上傳基本費:上傳率>50%,且上傳醫令數>0者支付基本費。基本費每季為醫院2,500元。上傳率=已上傳檢驗(查)結果醫令數/申報應上傳檢驗(查)結果醫令數。 上傳獎勵金:符合領取上傳基本費者,始支付獎勵金。獎勵金之支付,檢驗(查)結果為非報告型資料者每筆獎勵1點,報告型資料者每筆獎勵5點,每點支付金額最高以1元支付,若本方案支付金額超出預算時,本項改以全年度浮動點值計算。 應上傳項目,如公告附件5。非規定應上傳之檢驗(查)項目,仍可依規定格式上傳,惟不計費用。上傳格式公布於保險人全球資訊網之醫事機構專區之醫療費用支付項下。 <p>(三)獎勵上傳出院病歷摘要:</p> <ol style="list-style-type: none"> 上傳出院病歷摘要每筆獎勵5元。

項目	內容	103年度方案	104年度方案
5	支付方式	<p>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。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，並核實支付。</p>	<p>(一)104年網路月租費： 1.按季核算並支付。公式如下： (1)基本費：月租費(F)×當年度基本費補助比率(R) (2)指標獎勵：$F \times (1-R) \times \Sigma$ 指標獎勵達成之支付權重。 2.支付上限：依保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限。月租費低於上限者，以其支付電信公司之費用及目標值達成情形核實支付。 (二)獎勵上傳檢驗（查）結果：按季核算基本費及獎勵金後支付。 (三)獎勵上傳出院病歷摘要：按季核算後支付。</p>
6	支付指標	<p>門診病人健保雲端藥歷系統查詢率</p> <p>特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啓率</p> <p>門診抽審案件數位審查</p> <p>健保卡登錄處方及上傳作業正確率。</p>	<p>1.除西醫基層診所指標，排除「門診抽審案件數位審查」乙項，原訂4項修訂為3項外，其餘中醫、牙醫、藥局、檢驗所維持4項支付指標。 2.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，如公告附件3。</p>
7	申請方式	<p>特約醫事服務機構需檢送申請表，送北區業務組醫務管理科核定後，憑該申請表影本向中華電信公司申請線路，於實際安裝線路後，始開始列計。</p>	
8	申請表	<p>已置放於本署全球網/資料下載專區/表單下載/北區業務組專屬表單/項下。</p>	

備註：

倘有疑義請洽北區業務組 / 醫務管理科 / 承辦窗口林小姐 / 電話03-4339111分機3313



方案之附件一

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申請表

一、特約醫事服務機構名稱： _____ 代號： _____

二、特約層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院
基層診所 交付機構(藥局、醫事檢驗機構)

三、參加本方案申裝之網路頻寬企業型光纖 _____ M 專業型光纖 _____
M、月租費 _____ 元。另參加前裝設之網路頻寬 _____、月租
費 _____ 元。

四、參加起始日期： _____ 年 _____ 月。

五、預訂達成支付指標項目：

- 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
- 門診或住診抽審案件數位審查
- 特定檢查項目 (CT、MRI、PET) 資源共享率
- 健保卡登錄處方及上傳作業正確率

六、聯絡人姓名： _____ 電話： _____

FAX： _____ E-MAIL： _____

七、特約醫事服務機構及負責人印章：