

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	≥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%