



中央健康保險局中區業務組 與中區醫院代表聯繫會

第38次會議

醫療費用一科

101年12月4日



中央健康保險局 中區業務組
Bureau of National Health Insurance - Central Division



大 紅



報告案一：中區醫院醫療費用申報概況

報告案二：101年第1-2季醫院總額管理方案
執行成果及檢討

報告案三：102年醫院總額管理方案規劃

報告案四：專案報告

報告案五：轉請配合事項





中區醫院醫療費用申報概況



101年第2季醫院總額點值



結算 季別	項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全局
101年 第1季	浮動 點值	0.8305	0.9202	0.8751	0.8875	0.9334	0.9166	0.8806
	平均 點值	0.9097	0.9391	0.9255	0.9334	0.9549	0.9432	0.9278
101年 第2季	浮動 點值	0.8723	0.9495	0.8876	0.9181	0.9320	0.8673	0.8980
	平均 點值	0.9282	0.9508	0.9314	0.9473	0.9537	0.9201	0.9382



101年第3季醫療費用點數申報概況



項目	特約類別	門診	住院	門住診
當期 申報點數 (百萬)	醫學中心	4016	3589	7605
	區域醫院	3400	3426	6825
	地區醫院	2064	1532	3596
	合計	9480	8547	18026
當期 成長率 (較去年同期)	醫學中心	8.93%	2.59%	5.84%
	區域醫院	2.92%	-0.53%	1.16%
	地區醫院	-0.94%	1.94%	0.27%
	合計	4.48%	1.20%	2.90%



101年第3季門住診藥費申報概況



項目	特約類別	門診	住院	門住診
當期 申報點數 (百萬)	醫學中心	2002	547	2549
	區域醫院	1220	393	1614
	地區醫院	698	145	844
	合計	3920	1086	5006
當期 成長率 (較去年同期)	醫學中心	8.88%	-0.16%	6.80%
	區域醫院	-1.24%	-5.71%	-2.36%
	地區醫院	-7.12%	1.54%	-5.74%
	合計	2.47%	-2.03%	1.46%



101年第3季特定項目藥費申報概況



項目	特約類別	癌症化學治療藥費	門診重症 且大於 6000以上 處方藥費	一般藥費 單價
當期 申報點數	人數(千)	27	19	3080
	點數(百萬)	763	189	3356
	單價	28,381	9,746	1,090
當期 成長率 (較去年同期)	人數	11.51%	7.88%	3.36%
	點數	18.38%	3.59%	-3.05%
	單價	6.16%	-3.98%	-6.20%



門住診化療藥品成長率各分區比較

2012Q3門住診化療藥品成長率各分區比較

分區	人數	成長值			成長率		
		人數	每人藥費	醫令點數 (百萬)	人數	每人藥費	醫令點數
台北	58,671	4146	-	240	113	7.60%	-0.78%
北區	17,416	1364	1,282	59	8.50%	4.71%	13.61%
中區	31,315	1576	2,355	118	5.30%	8.35%	14.09%
南區	21,422	1584	1,264	76	7.98%	4.06%	12.37%
高屏	22,887	1083	-	666	15	4.97%	-2.38%
總計	154,550	9868	1,999	380	6.82%	1.14%	8.93%



101年第3季門住診診療費申報概況



項目	特約類別	門診	住院	門住診
當期 申報點數 (百萬)	醫學中心	1579	1249	2828
	區域醫院	1568	1219	2787
	地區醫院	835	569	1404
	合計	3982	3037	7020
當期 成長率 (較去年同期)	醫學中心	6.18%	1.95%	4.27%
	區域醫院	3.26%	0.53%	2.05%
	地區醫院	-0.41%	3.94%	1.31%
	合計	3.59%	1.74%	2.78%



101年第1季_CT或MRI利用率



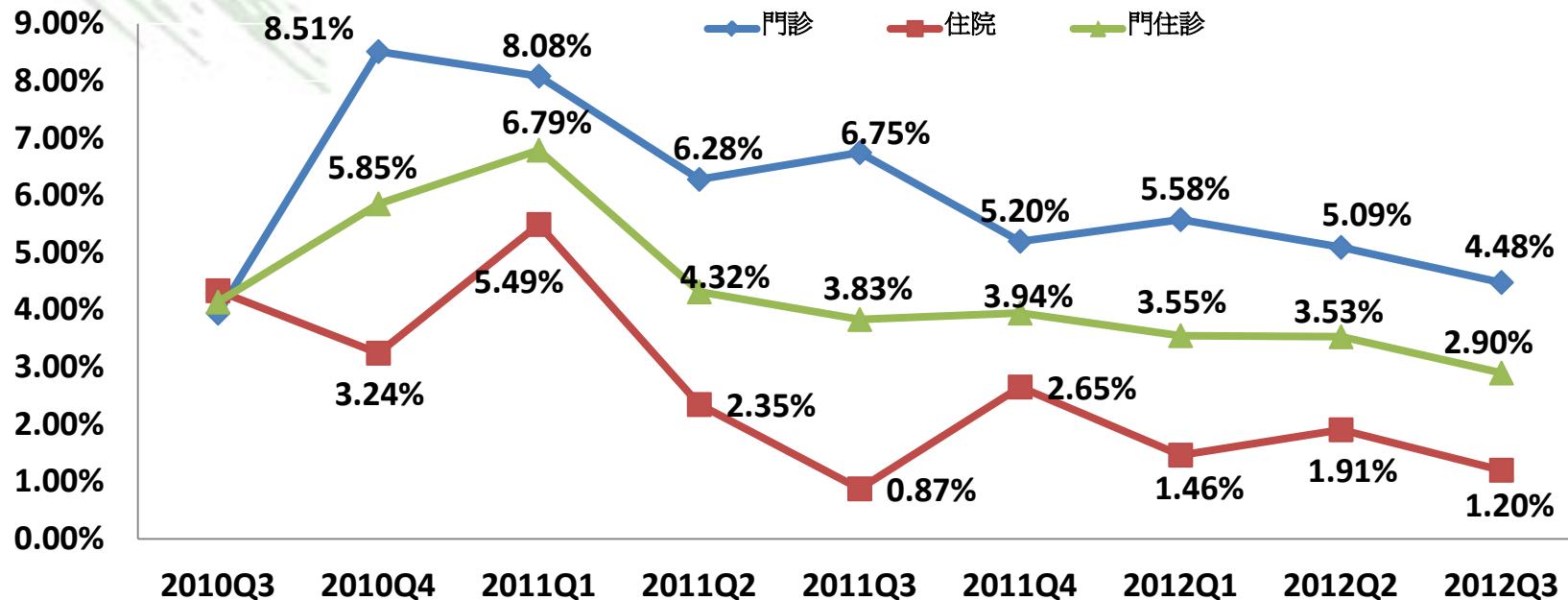
分區	MRI檢查後30天及90天內CT、MRI利用率 (依部位別)				CT檢查後30天及90天內CT、MRI利用率 (依部位別)			
	跨院(DA_980)		同院(DA_981)		跨院(DA_982)		同院(DA_983)	
	30天內	90天內	30天內	90天內	30天內	90天內	30天內	90天內
台北	3.04%	7.21%	2.36%	5.59%	6.37%	11.74%	4.94%	9.47%
北區	1.96%	4.67%	1.32%	3.31%	5.76%	9.82%	3.88%	7.21%
中區	3.85%	7.24%	2.95%	5.46%	6.72%	11.70%	4.69%	8.71%
南區	2.17%	4.96%	1.56%	3.64%	4.29%	9.06%	3.07%	7.05%
高屏	2.08%	5.43%	1.34%	3.76%	5.67%	10.39%	3.01%	6.73%



醫院層級申報費用點數成長趨勢



(比較去年同期成長率)



診別	2010Q3	2010Q4	2011Q1	2011Q2	2011Q3	2011Q4	2012Q1	2012Q2	2012Q3
門診	8500	8615	8444	8873	9073	9063	8915	9325	9480
住院	8372	8358	8197	8527	8445	8580	8317	8690	8547
門住診	16872	16974	16641	17400	17519	17643	17232	18015	18026

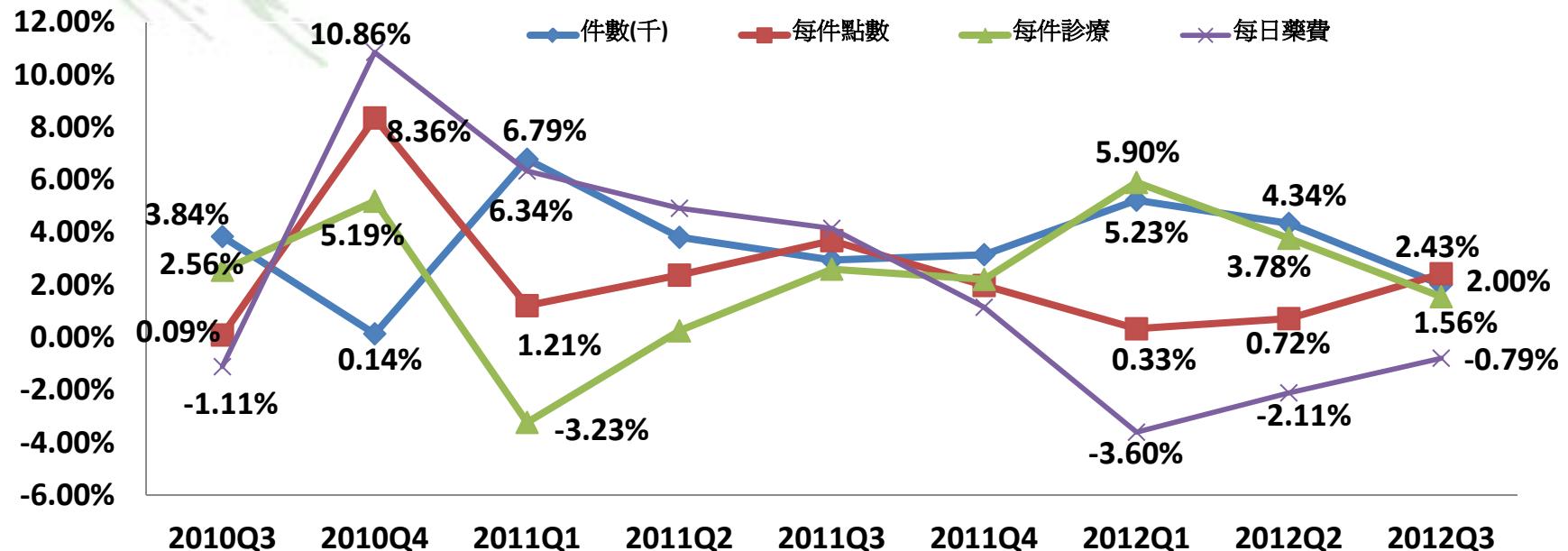
(單位：百萬)



醫院層級申報門診費用點數成長趨勢



(比較去年同期成長率)



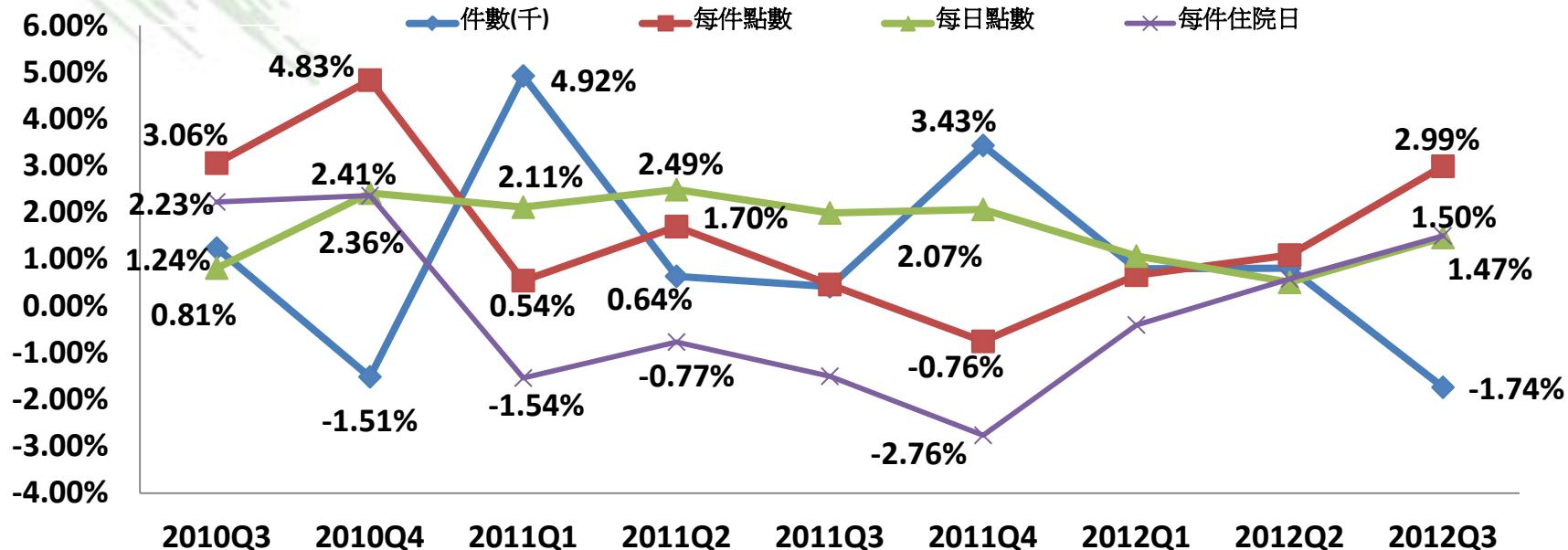
項目	2010Q3	2010Q4	2011Q1	2011Q2	2011Q3	2011Q4	2012Q1	2012Q2	2012Q3
件數(千)	5116	5090	5042	5262	5267	5251	5306	5490	5372
每件點數	1,661	1,693	1,675	1,686	1,723	1,726	1,680	1,699	1,765
每件診療	711	712	677	717	730	728	717	744	741
每日藥費	55.28	56.1	56.63	56.54	57.57	56.74	54.59	55.35	57.12



醫院層級申報住院費用點數成長趨勢



(比較去年同期成長率)



項目	2010Q3	2010Q4	2011Q1	2011Q2	2011Q3	2011Q4	2012Q1	2012Q2	2012Q3
件數(千)	166	159	162	165	167	164	163	166	164
每件點數	50,418	52,563	50,746	51,711	50,650	52,165	51,081	52,274	52,164
每日點數	5,116	5,173	5,256	5,229	5,218	5,280	5,312	5,255	5,294
每件住院日	9.86	10.16	9.66	9.89	9.71	9.88	9.62	9.95	9.85





101年1-2季醫院總額管理方案 執行成果及檢討



單價指標項目



項目	住院每 人次平 均非藥 費單價	門診每人平均 非藥費單價		門住診每人平均 一般藥費單價	
	101Q2	101Q1	101Q2	101Q1	101Q2
總家數	84	107	106	107	106
達成家數	58	65	60	89	84
達成率	69%	61%	57%	83%	79%
核減點數 (萬)	-1470	-5490	-6980	-330	-490



醫院層級 101年第2季門診申報單價成長概況



(比較去年同期)

分區	人數	醫療費用點數	每人醫療費用點數	每人診療點數	每人藥費點數	每日藥費點數
台北	3.49%	3.71%	0.21%	2.99%	-3.30%	-4.57%
北區	4.19%	5.17%	0.93%	2.33%	-1.52%	-2.43%
中區	3.49%	5.09%	1.54%	3.13%	-0.67%	-2.13%



醫院層級 101年第2季住診申報單價成長概況



(比較去年同期)

分區	人數	醫療費用點數	每人醫療費用點數	每人診療點數	每人藥費點數	每日藥費點數	每日醫療費用點數	每人住院日
台北	-0.80%	-1.40%	-0.60%	0.11%	-4.57%	-3.46%	0.56%	-1.16%
北區	-1.71%	-1.51%	0.21%	1.08%	-5.78%	-5.24%	0.77%	-0.56%
中區	0.86%	1.95%	1.08%	1.48%	-1.60%	-2.12%	0.55%	0.53%



特定項目



特定項目	核減點數	
	101Q1	101Q2
呼吸器管理	900	1300
3千萬點以下醫院	0	0
急重症	0	0
癌症化學治療藥費	2600	1200
門診重症且大於6000以上 處方藥費	0	0

(單位：萬)



中央健康保險局 中區業務組
Bureau of National Health Insurance - Central Division



品質指標項目



達成率	家數		家數占率	
	101Q1	101Q2	101Q1	101Q2
25%以下	32	31	30%	29%
25%~49%	37	37	35%	35%
50%~74%	35	27	33%	25%
75%以上	3	11	3%	10%
總計	107	106	100%	100%
增加點數(萬)		9300	10800	



審查結果



分級審查 送審比率	家數占率		點數占率	
	101Q1	101Q2	101Q1	101Q2
0%	58	44	28.70%	28.20%
10%		17		7.00%
30%	2	7	0.60%	3.20%
50%	3	3	5.40%	6.40%
70%	2	5	0.30%	1.40%
100%	42	30	65.10%	53.80%
總計	107	106	100%	100%
核減率			4.18%	3.79%
整體檔案分析核減點數(萬)			38900	30800





102年延續 101年醫院總額管理方案規畫

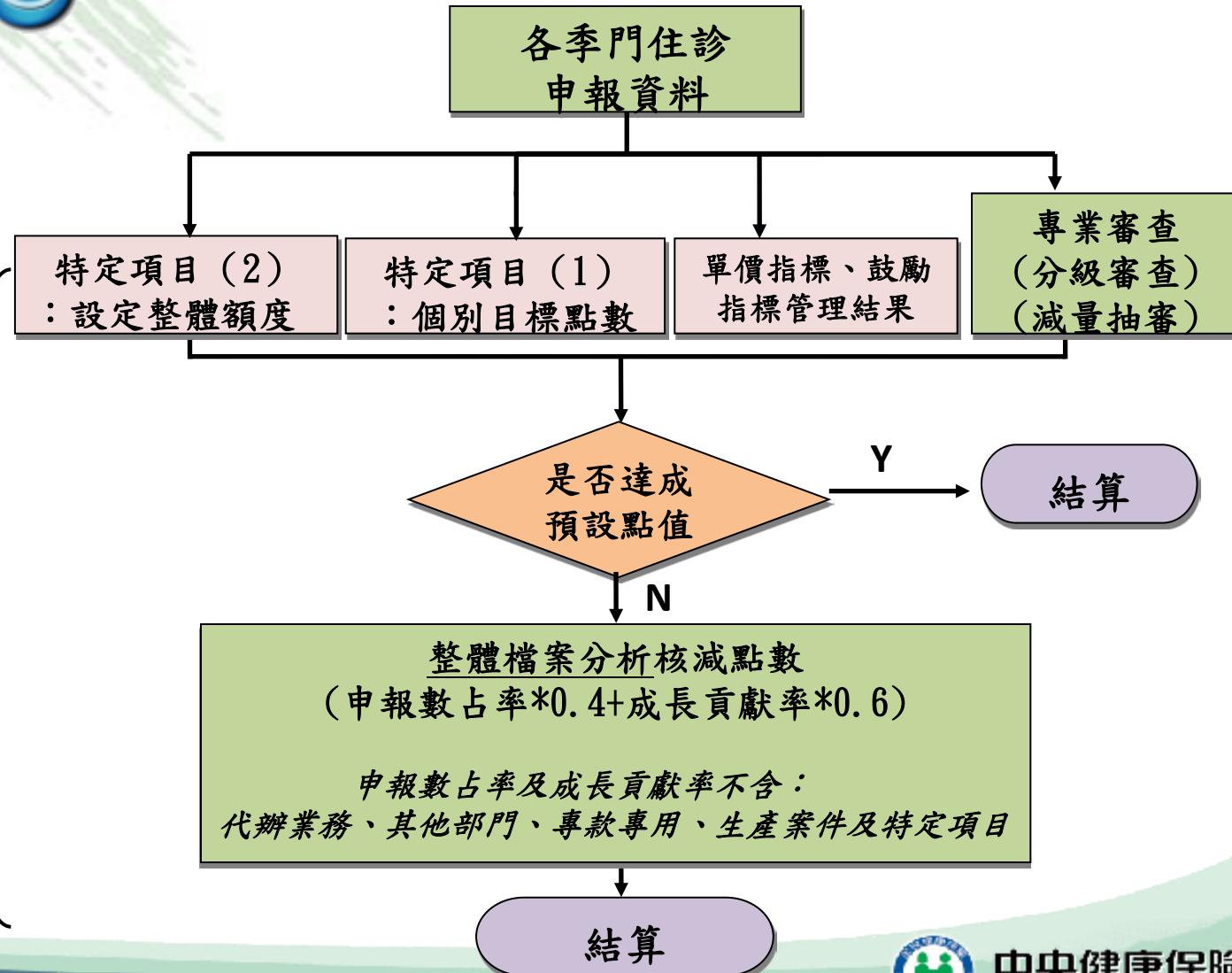


102年醫院總額管理模式



檔案分析核減

專審核減



執行方式_審查(1/4)



隨機抽樣案件送審比率	季申報點數較分級審查基準值成長率	
	3千萬點以上醫院	3千萬點以下醫院
0%	<=0%	<=1%
30%	0%~1%(含)	1%~2%(含)
50%	1%~3%(含)	2%~4%(含)
70%	3%~5%(含)	4%~6%(含)
100%	>5%	>6%

●核減率分母為原始樣本數

●申復、爭審流程依例行作業執行



執行方式_審查(2/4)



分級審查
成長率

- ✓ 當季總申報數/分級審查基準值
- ✓ 含送核、補報及交付處方

不含

- ✓ 門診代辦業務案件
- ✓ 急診品質提升方案獎勵點數
- ✓ 生產案件
- ✓ 提供矯正機關收容人醫療服務計畫點數

隨機抽樣案 件送審比率	季申報點數較分級審查基準值成長率	
	3千萬點以上醫院	3千萬點以下醫院
0%	<=0%	<=1%
30%	0%~1%(含)	1%~2%(含)
50%	1%~3%(含)	2%~4%(含)
70%	3%~5%(含)	4%~6%(含)
100%	>5%	>6%



執行方式_審查(3/4)



■ 當季未達分級審查基準值者

- 前3季未經專業審查之醫院，每年至少抽審1季
- 樣本月之送專審比率為隨機樣本數的10%，核減結果回推至該季另外二個未審查月份
- 抽審醫院名單及季別由本業務組隨機產生
- 若門診或住診經專業審查結果，**樣本核減率大於15%(含)**，則連續抽審該醫事類別



執行方式_審查(4/4)

分級審查基準值

(含交付處方)

生產案件 及提供矯正機關收容人醫療服務計畫點數
門診代辦業務案件 及急診品質提升方案獎勵點數
非總額、專款專用
長期使用呼吸器管理方案
急診檢傷分類1級或2級、住院重大創傷 及住院癌症手術之醫療費用點數
門診單張處方藥費小計大於6000點 且為重大傷病之藥費
門住診癌症化學治療藥費
整體檔案分析核減基準值

之排外項目

整體檔案分析核減

說明：以上各項為101年1月1日支付標準調整幅度全數之校正後數據資料。
(以101年第2季申報資料試算之)



中央健康保險局 中區業務組
Bureau of National Health Insurance - Central Division



執行方式_特定項目(1)

102年長期使用呼吸器管理方案(1/3)



■ 管理方案

- 仍維持現行管理方案繼續執行

■ 照護品質審查評量表

- 為供受評醫院及後續參與實地審查醫師了解，以助於呼吸器照護醫療品質提升，增修評分說明及配分調整

■ 調整參與實地評量之審查醫師人數

- 自102年起，將現行參與實地評量之審查醫師人數由3位，調整為2位

■ 平時考核監控指標

- 合理病患來源比率操作型定義修改
 - 分子：來自合格上游病房之慢性呼吸照護病房新個案人次
 - 分母：慢性呼吸照護病房新個案人次(原指標為呼吸器新個案)



執行方式_特定項目(1)

102年長期使用呼吸器管理方案(2/3)



■ 亞急性呼吸照護病房(原RCC)與ICU審查評量表

➤ 配分調整

- ✓ 結構面配分由24%調降為20%，呼吸治療師病床比調降3%、護理人員照護病床比調降1%
- ✓ 過程面配分由56%調高為60%，呼吸治療師與護理人員照護品質各調增2%

➤ 評分說明

- ✓ 增加相關專業人員評分內容文字說明

➤ 評分等級

- ✓ 呼吸治療師與護理人員具2年以上臨床經驗亦納入考量
- ✓ 過程面評分四等級，每等級分數調整



中央健康保險局 中區業務組
Bureau of National Health Insurance - Central Division



執行方式_特定項目(1)

102年長期使用呼吸器管理方案(3/3)



■ 慢性呼吸照護病床(原RCW)與一般病房審查評量表

➤ 配分調整

- ✓ 結構面_呼吸治療師病床比調降1%，分數移至過程面_呼吸治療師對呼吸器設定與治療計畫及目標之適切性

➤ 評分項目

- ✓ 過程面_醫師、呼吸治療師與護理人員之評分項目順序調整，更符合實地審查流程

➤ 評分說明

- ✓ 增列過程面指標項目之評分內容重點

➤ 評分等級

- ✓ 過程面評分四等級，每等級分數調整



執行方式_特定項目(2)



■項目

1. 99年第1季申報數3千萬點以下醫院之醫療費用點數（含交付處方）
2. 急診檢傷分類1級或2級、住院重大創傷及住院癌症手術之醫療費用點數
3. 門住診癌症化學治療藥費
4. 門診單張處方藥費大於6000點且為重大傷病(部分負擔代號001)之藥費
(含交付處方)

■設定整體額度

_整體

項目3：101年各季基準值*(1+101年季平均人數成長率)

其他各項：101年各季基準值*(1+101 年季平均點數成長率)

_個別醫院

項目1：101年各季基準值+增減因素

其他各項：沿用101年各季基準值

_均攤各項整體超出點數

【(申報數i/Σ申報數i)*0.4+(成長點數i/Σ成長點數i)*0.6】



執行方式_單價管理



單價指標

■ 住院每人次平均非藥費單價

- 目標值設定原則：沿用101年目標值
- 核扣原則：超出目標值核減5成

■ 門診每人平均非藥費單價（含交付處方）

- 目標值設定原則：沿用101年目標值
- 核扣原則：超出目標值核減7成

■ 門住診每人平均一般藥費單價（含交付處方）

- 目標值設定原則：沿用101年目標值
- 核扣原則：超出目標值核減5成



中央健康保險局 中區業務組
Bureau of National Health Insurance - Central Division



執行方式_鼓勵指標



■指標達成每項0.05%~0.15% * 當季送核總額內核定數

鼓
勵
指
標

1. 以病例組合校正之住院案件出院後14日內再入院率(TW-DRGs V3.2版)
2. 以病例組合校正之住院案件出院後3日內急診率(TW-DRGs V3.2版)
3. 跨院所門診同藥理醫療院所給藥日數重複率
4. 門診糖尿病人論質計酬收案比例
5. 醫院住院全人整合性照護計畫
6. 長期照護機構住民醫療利用整合性照護計畫
7. 精神科病人出院後30日內門診追蹤治療率
8. 初期慢性腎臟病醫療給付改善方案之收案人數
9. CT 或MRI影像交換上傳率（規劃中）



中央健康保險局 中區業務組
Bureau of National Health Insurance - Central Division

執行方式

整體檔案分析核減基準值設定原則(1/3)



101年基準值

與102年
預設點值關連

101年單價及
品質管理結果



執行方式

整體檔案分析核減基準值設定原則(2/3)



基礎

101年基準值

增減
因素

101年非藥費單價管理結果(負值5成)

101年藥費單價管理結果(負值5成)

101年品質指標管理結果(全數反映)



中央健康保險局 中區業務組
Bureau of National Health Insurance - Central Division

執行方式

整體檔案分析核減基準值設定原則(3/3)



排除
項目

代辦業務及其他部門

專款專用

特定項目

生產案件



中央健康保險局 中區業務組
Bureau of National Health Insurance - Central Division



執行方式_整體檔案分析核減公式

整體檔案
分析核減
點數

$$\times \left[\begin{array}{c} \text{申報點數占率} \\ \times 0.4 + \end{array} \right. \left. \begin{array}{c} \text{成長貢獻率} \\ \times 0.6 \end{array} \right]$$

整體檔案分析核減點數=總核定數-(總額/預估點值)

申報點數占率=申報點數 i/Σ 申報點數 i

成長貢獻率=成長點數 i/Σ 成長點數 i

成長點數=申報點數-整體檔案分析基準值

* 申報點數排除項目比照整體檔案分析核減基準值排除項目

* 為計算整體檔案分析核減之申報占率及成長貢獻率，各季補報案件須於次季第2個月的10日(含)前受理完成，逾期申報資料則累到次季併計



中央健康保險局 中區業務組
Bureau of National Health Insurance - Central Division

102年醫院總額管理預估點值設定



- 各季預估點值設定為0.94
- 如遇足以影響點值之突發狀況，得加開聯繫會議決定預設點值調整事宜





專案報告





安寧共照執行概況



計畫內容



- 自100年4月實施之「安寧共同照護」試辦方案，使重症末期患者有安寧療護需求但無法入住安寧病房時，由安寧療護醫療團隊至病床旁提供照護，而原醫療團隊仍持續提供住院照護，使病人無需入住安寧病房亦可得到安寧照護



計畫目標



■ 透過安寧共同照護計畫

- 建立醫院安寧療護推動政策
- 提高醫護人員、病人及家屬對安寧療護的認知，進而增加醫護人員之照護技能，擴大安寧療護的效益
- 減少生命末期無效的醫療行為，避免產生排擠效應而造成醫療品質下降及醫療資源分配不均



收案對象（末期病患）



- 癌症
- 運動神經元
- 老年期及初老期器質性精神病態
- 其他大腦變質
- 心臟衰竭
- 慢性氣道阻塞，他處未歸類者
- 肺部其他疾病
- 慢性肝病及肝硬化
- 急性腎衰竭，未明示者
- 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者



參與院所及醫事人員資格



- 醫院應填具「安寧共同照護計畫」申請書向分區業務組提出申請經同意後始可申報
- 醫院需成立「安寧共同照護小組」
 - 安寧共照負責醫師及專任護理人員至少各1名
 - 視必要得增設社工、心理師、宗教教師或志工等
- 小組成員需受過安寧療護教育訓練
 - 基礎課程時數：80小時（含）以上
 - 繼續教育課程時數：每年20小時



中區醫院101年1~9月執行情形



- 101年共計20家醫院參與本方案（醫學中心4家、區域醫院13家、地區醫院3家）
- 有18家醫院申報本計畫相關費用，合計約344萬點，申報費用已超過100年全年總計（約129萬點）
- 收案人數1,809人，收案人次2,036次，收案人數及人次已超過100年全年總計（721人，791人次）





轉請配合事項



宣導_I C卡作業事宜



- 依「全民健康保險特約醫療院所受理健保 I C 卡作業須知」辦理
- 保險對象就醫時所持健保 I C 卡如有表面正常、晶片異常，而無法正常使用健保 I C 卡掛號時，仍應受理保險對象以健保身分就醫，並輔導其辦理換卡；特約醫事服務機構依異常案件代碼受理就醫作業、上傳及申報醫療費用
- 為避免跨院所間之重複用藥或檢查，保障民眾之就醫及用藥安全，特約醫事服務機構應確實登錄及查詢 I C 卡內之就醫紀錄



37029B「加馬機立體定位放射手術」 相關申報規定



- 37029B「加馬機立體定位放射手術」支付點數已包含放射治療所需之立體定位技術費，治療過程中無論病患使用何種方式定位(X光、CT、MRI)，其成本皆已包含於本項支付點數內，不得另行申報
- 病患施行該診療項目之前或後之診斷或追蹤治療，是否需接受電腦斷層造影或磁振造影檢查等則屬臨床醫療專業範疇，應依醫師專業判斷，遵循臨床專業準則辦理



33070~33072B「電腦斷層造影」 相關申報規定



- 33070~33072B「電腦斷層造影」係以次為給付單位，若同時實施多部位之電腦斷層造影檢查時，費用仍以申報一次為限



重申本保險特約醫院委託醫事檢驗所辦理醫事檢驗(查)之作業及申報規定



- 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第26條第1項規定，特約醫院或診所得委託特約醫事檢驗所或特約醫事放射所辦理相關檢驗、檢查業務。即特約醫院或診所如委託檢驗(查)，應交由本保險特約醫事服務機構，不得交付非特約醫事服務機構
- 委託轉（代）檢醫療費用申報規定如下

原開立處方院所	受委託轉（代）檢院所	申報醫療費用院所
特約醫院或診所	特約醫院或診所	原開立處方之特約醫院或診所
特約醫院	醫事檢驗所（放射所）	原開立處方之特約醫院
特約診所	醫事檢驗所（放射所）	醫事檢驗所（放射所）





保險對象 特定醫療資訊(關懷名單)查詢



保險對象特定醫療資訊系統 推動時程(1/3)



- 凡是開立Nimetazepam、 Flunitrazepam、 Zolpidem等3項安眠鎮靜藥品，請務必進入「保險對象特定醫療資訊查詢」平台查詢，並給予保險對象必要之用藥輔導
- 新增「保險對象特定醫療資訊查詢作業-VPN首頁登入」，於101年11月1日開放上線
- 原有資訊平台與新增之VPN入口網站等，兩個查詢管道均可供進行查詢，可依查詢習慣自行選擇



保險對象特定醫療資訊系統 推動時程(2/3)



- 101年11月~102年2月有開立3項安眠鎮靜藥品而未查詢或開啓率未達90%之醫院，將立意抽審
- 其他將加強審查
 - 首次就診尚未建立穩定醫病關係之病患開立超過7日以上
 - 非精神科、神經科專科醫師開立，同院連續治療期間超過6個月以上者
 - 高劑量跨院領藥異常個案或領藥異常又開立慢性病連續處方箋個案，列入加強審查



保險對象特定醫療資訊系統 推動時程(3/3)



- 102年3月起經輔導未改善者，依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第34、35條予以違約記點
 - 開啟率未達90%之醫院
 - 未帶IC卡病患，若開立上述等3項安眠鎮靜藥品應以3日份以內為原則





支付標準調整-自動補付說明



說明_I_公告



- 發布日期：101.09.13 健保醫字第1010051715號令：增修訂「全民健康保險醫療費用支付標準」部分診療項目
- 101.09.13 健保醫字第1010051720號公告：增修訂「全民健康保險醫療費用支付標準」部分診療項目案，其中追溯自101年1月1日起生效之相關項目至101年9月之差額費用，將由本局統一辦理核算補付，併於101年第三季結算作業



說明_II_調整項目



醫令代碼	醫令名稱	原支付點數	調高後點數	調高點數差額
02006K	一般病床住院診察費(天)	310	353	43
02007A		290	333	43
02008B		257	300	43
57114C	自然生產新生兒照護費	2,000	3,000	1,000
57115C	剖腹生產新生兒照護費	3,500	4,000	500
57110C	嬰幼兒抽血	22	150	128
57119B	嬰兒保溫箱	127	200	73
80416B	腹腔鏡全子宮切除術	17,134	19,929	2,795
80425C	腹腔鏡子宮肌瘤切除術	17,134	20,789	3,655



說明_III_補付計算方式



- 院所不需再進行補報差額
- 補付費用=當月院所申報上述9項醫令代碼調高差額點數×醫令數× 支付成數(支付成數包括兒童加成、手術急診加成30%及一般特材加成53%)
- 內含基層醫院及DRG案件
- 費用之補付點數非浮動點值以1點1元計算，浮動點值先採各分區最近一季(101年第2季)浮動點值計算，逐月門診、住院別分別核付，並納入第三季總額結算





說明_IV_DRG調整



- 住院診斷關聯群(Tw-DRGs)之標準給付額(SPR)、相對權重(RW)、上下限臨界點等參數配合併同調整
 - 101.10.1(費用月)起採用
 - 全國平均每人次點數：(37,345點→37,726點) 增加381點
 - 標準給付額(SPR)：(35,463點→35,793點) 增加330點
 - 上、下限臨界點：維持88.5百分位及2.5百分位
- 論病例計酬項目按診療內容及平均住院日數計算調整支付點數
- 考量本局不鼓勵自行要求剖腹產，支付點數暫不調整





「全民健康保險醫事服務機構 收取自費特材費用規範」

重點摘要



全民健康保險醫事服務機構 收取自費特材費用規範重點摘要 (1/5)



- 保險醫事服務機構為保險對象提供醫療服務時，應依健保法規定優先使用健保給付之特材品項
- 全民健保尚未收載之特材品項，保險醫事服務機構或特材許可證持有廠商應先向本局申請納入給付，未向本局申請核價之特材，健保不予給付且不得向保險對象收取自付費用



全民健康保險醫事服務機構 收取自費特材費用規範重點摘要 (2/5)



- 保險醫事服務機構可向病人收取金額自費之情形
 - A. 已向健保局提出核價申請並經本局受理，尚在審核中、議價中或議價未完成之品項
 - B. 經健保局審議結果為不納入健保給付之品項
 - C. 已納入健保給付品項，但病患不符合健保給付規定者上述A、B品項之名稱、品項代碼及醫療器材許可證字號，本局將公佈於本局全球資訊網
- 已導入DRG項目，有上開項目自費情形者，保險醫事服務機構應依DRG支付通則規定辦理



全民健康保險醫事服務機構 收取自費特材費用規範重點摘要 (3/5)



- 各項手術、處置等所需之「一般材料費」，其費用已包含於手術、治療處置…等支付標準，不可向病人收取該等一般材料費用
 - 個人衛生用品、美容用品、病患可攜回之保健衛生用品、及依健保法第39條規定不給付者：不需來函申請認定
 - 一般材料：本局函復內含（已明訂內含項目如儀器、設備、檢驗試劑、手術一般材料…等，不需來函申請認定）



全民健康保險醫事服務機構 收取自費特材費用規範重點摘要 (4/5)



■ 與民眾權益相關規定

➤ 資訊公開：保險醫事服務機構應依醫療法第21條規定，將自費特材品項報請直轄市、縣（市）主管機關（衛生局）核定收取費用之標準，並將該品項及費用、產品特性、副作用、與健保已給付品項之療效比較，公布於院所網際網路或明顯處所



全民健康保險醫事服務機構 收取自費特材費用規範重點摘要 (5/5)



■ 與民眾權益相關規定

- 事前充分告知並簽立同意書：保險醫事服務機構應於手術或處置前2日為原則（緊急情況除外），交付自費品項費用及產品特性、使用原因（含不符健保給付規定之原因）、應注意事項、副作用，與健保給付品項之療效比較說明書予保險對象或家屬，同時充分向保險對象或家屬解說及填寫同意書，同意書載明事項應包含該等自費品項名稱、品項代碼、醫療器材許可證字號、保險醫事服務機構特材單價、數量及自費金額等
- 應摃發自費特材費用收據交予保險對象或家屬收存



健保給付與尚未納入給付特材品項 與資訊公布(1/2)



■ 健保給付品項：已納入健保給付，且符合給付規定者，由健保給付，保險醫事服務機構不得向病人收取自費

➤ 網址：<http://www.nhi.gov.tw>/藥材專區/特殊材料/

■ 差額給付品項：目前有6類

➤ 網址：<http://www.nhi.gov.tw>/藥材專區/特殊材料/
健保部分給付(差額負擔)

➤ 二代健保實施後，自付差額制度正式列入全民健康保險法第45條



健保給付與尚未納入給付特材品項 與資訊公布(2/2)



■ 健保尚未納入給付品項，經病患同意，醫院得收取該特材之全額自費

- 已向本局提出核價申請並經本局受理，尚在審核中、議價中或議價未完成之品項
- 經本局審議結果為不納入健保給付之品項
- 已納入健保給付品項，但病患不符合健保給付規定者
- 網址：<http://www.nhi.gov.tw>/藥材專區/特殊材料/健保尚未納入給付特材品項表(101.11.23新增)
 - ✓ 備註代碼
 - 1：已受理、審核中品項
 - 2：不納入給付品項
 - 3：納入給付品項





DRG支付通則草案(1/2)



- 修支付通則二、各Tw-DRG之給付，已包含當次住院屬支付標準及藥價基準所訂各項相關費用，特約醫療院所不得將屬當次住院範圍之相關費用移轉至門診或急診申報，或採分次住院，或除病患同意使用符合「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」規定之特材外，另行向保險對象收取給付範圍費用，違反本項規定者，整筆醫療費用不予以支付





DRG支付通則草案(2/2)



- 新增通則十四、DRG案件使用符合「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」之自費特材，其醫院收費及健保支付方式
 - 病患同意使用符合上述規範之自費特材，醫院得收取該特材之全額自費
 - DRG支付點數需扣除自費特材替代之原健保給付特材品項之支付點數，替代之特材品項由醫院自行併同醫療費用申報
 - 併同醫療費用申報資料：自費特材（含不給付項目及不符適應症之個案）之品項名稱、品項代碼、單價、數量、收取自費總金額；替代之原健保給付特材品項名稱、品項代碼、支付單價、數量及支付點數
 - 自費特材收取金額不得計入本通則六所稱實際醫療服務點數計算





DRG申報問題



DRG指標項目監控



■第1階段實施DRG之住院案件平均每次住院天數-依就醫分區別分

年	季	全局	台北	北區	中區	成長率	南區	高屏	東區
99	1~3	4.18	4.20	4.16	4.00	-4.13%	4.02	4.47	4.41
100	1~3	4.17	4.22	4.15	3.96	-1.07%	4.00	4.44	4.35
101	1~3	4.13	4.19	4.11	3.90	-1.59%	4.02	4.38	4.27
	1	4.13	4.20	4.12	3.93	-1.26%	3.98	4.36	4.19
	2	4.15	4.21	4.10	3.91	-1.97%	4.05	4.41	4.33
	3	4.11	4.17	4.10	3.86	-1.53%	4.04	4.36	4.28

■第1階段實施DRG之住院案件住院前1週內平均門診檢驗檢查點數-依就醫分區別分

年	季	全局	台北	北區	中區	成長率	南區	高屏	東區
99	1~3	840	958	714	1,011	12.62%	685	594	1,044
100	1~3	662	846	477	704	-30.42%	450	580	807
101	1~3	602	699	464	712	1.24%	412	563	627
	1	622	728	473	746	-0.12%	397	587	585
	2	607	703	459	714	2.95%	419	580	638
	3	580	667	459	680	0.78%	419	522	655



中央健康保險局 中區業務組
Bureau of National Health Insurance - Central Division

DRG申報問題小結



- 101年第1~3季DRG平均住院天數負成長(3.90天)，居全局最低(全局平均4.13天)
- DRG之住院案件住院前1週內平均門診檢驗檢查點數(712點)，居全局最高(全局平均602點)
- 申報DRG案件中少數醫院部分案件完全無相關檢驗檢查費用
- 101年第一季Tw-DRGs事後歸戶併案專業審查發現，於門急診先施行之相關檢驗檢查項目未併入DRG費用申報
- 重申特約醫療院所不得將屬Tw-DRGs當次住院範圍之相關費用移轉至門診或急診申報，違反本項規定者整筆DRG醫療費用不予支付





全民健康保險醫療辦法修正重點

(101年11月6日修正)



全民健康保險醫療辦法實施日期



- 實施日期：自102年1月1日起
- 另為增加慢性病患就醫、領藥便利性及提升住院醫療服務，保障民眾醫療權益，特別明定將該辦法第6條、第7條、第10條及第24條自發布日(11月6日)起實施



自發布日(101年11月6日起)實施重點(1/4)



- 院所應將門診處方，交由病人自行選擇於就醫之院所或其他符合規定的醫事服務機構調劑、處置；如為檢驗(查)項目，亦可以轉檢或代檢方式，交由其他特約醫事服務機構提供檢驗(查)服務(§6)



自發布日(101年11月6日起)實施重點(2/4)



- 長期服藥無法親自就醫的慢性病人，有下列特殊情況之一者，得委請他人向醫師陳述病情，開給相同方劑（§7）
 - 行動不便：經醫師認定或經受託人提供切結文件
 - 已出海，為遠洋漁業作業或在國際航線航行之船舶上服務，經受託人提供切結文件
 - 其他經保險人認定之特殊情形
- 由病人自行以書面方式切結並簽名或蓋章，所切結之文件應留存於病歷、藥歷檔備查



長期服藥之慢性病人無法親自就醫者 適用

切 結 書 (參考格式)

本人因屬須長期服藥之慢性病人，因下列特殊情況

行動不便

(原因或傷病情形簡述：)

遠洋漁船或國際航線船舶船員，出海作業期間

(服務船公司：) 出海日期： 預訂返國日期：()

無法親自就醫，同意委託_____ (與本人之關係：_____)，向醫師陳述病情，由醫師依專業決定，是否再開給相同處方，特立書為憑，此致

醫院(診所)

立書人：_____ (身分證號：_____)

(簽名或蓋章) (出生日期：_____)

(聯絡電話：_____)

受託人：_____ (身分證號：_____)

(簽名或蓋章) (聯絡電話：_____)

中 華 民 國 年 月 日

就醫日期：_____ (醫院、診所填載)



中央健康保險局 中區業務組
Bureau of National Health Insurance - Central Division

自發布日(101年11月6日起)實施重點(3/4)



- 持慢性病連續處方箋領藥的慢性病人，如有下列情況，得於領藥時提供切結文件，即可一次領取全部用藥量（由2個月修正為90日）(§24)
 - 預定出國超過2個月、返回離島地區，或為遠洋漁船、國際航線船舶船員出海作業或罕見疾病病人
- 保險對象如提供出國機票、漁船進出港申請書或漁會報備函等相關證明文件，得依修正前之規定辦理，毋須提供切結
- 慢性病連續處方箋自上次給藥期間屆滿前7日起放寬為10日起，即可開始領取第2次或第3次用藥(§24)



一次領取慢性病連續處方箋總給藥量者 適用

切 結 書 (參考格式)

本人持慢性病連續處方箋領藥，因有下列特殊情況：

預定出國(預定出國超過 2 個月)

(出國目的地: 預定出國: 預定返國日期:)

返回離島地區

(返回離島之地區別: 地址:)

遠洋漁船或國際航線船舶船員，出海作業期間

(服務船公司: 出海日期: 預訂返國日期:)

罕見疾病病人

(罕見疾病名稱:)

(醫院、診所如得逕依病人健保卡重大傷病身分註記辨識，則可免為切結)

無法或不便領取第 2 個月及第 3 個月用藥，擬一次領取本慢性病連續處方箋之總給藥量，特立書為憑，此致

醫院(診所、藥局)

立書人: _____ (身分證號:)

(簽名或蓋章) (出生日期:)

(聯絡電話:)

中 華 民 國 年 月 日

領藥日期: _____ (醫院、診所、藥局填載)



中央健康保險局 中區業務組
Bureau of National Health Insurance - Central Division



慢性病連續處方箋申報規定



- 特約醫院、診所提供的慢性病連續處方箋，一次調劑該慢性病連續處方箋之總給藥量之服務，比照現行一次領取二個月用藥量之申報方式，以乙次批價作業、併報方式，一次申報3個月藥量及三次藥事服務費
- 惟如一次僅調劑1個月或2個月之用藥量者，仍應分別按實際調劑給藥情形覈實申報



自發布日(101年11月6日起)實施重點

(4/4)



- 透析病患於住院期間，經診治醫師認定確須立即接受透析，但該醫院無法提供該透析之服務時，得將健保卡交還給保險對象至其他院所接受透析後再返回醫院(§10)
- 放寬住院病患得以轉（代）檢方式提供必要之檢驗(查)，除可免除住院病患轉院之困擾，減少重複檢查外，亦能促使醫院提供全人照護，提升住院醫療服務品質(§10)



自102年1月1日實施重點(1/2)



- 未滿14歲之保險對象至特約醫院、診所得持戶口名簿、戶籍謄本等影本或其他足以證明身分之相關文件就醫 (§3)
- 民眾就醫未帶健保卡的補卡期限由7日延長為10日(§4)
- 處方用藥每次以不超過3日份修正為7日份(§22)；另刪除外用藥一次得給予5日份用量、偏遠地區，得視病情需要，給予最高7日份用量之規定
- 慢性病範圍新增異位性皮膚炎及神經性耳鳴
- 慢性病連續處方箋有效期間由3個月(總調劑日份至多92日)修正為依各處方箋給藥日數計，至多90日(§23)



自102年1月1日實施重點(1/2)



■ 同一療程(§8)

- 期間：由自首次治療日起至次月底前，修正為一定期間，同一療程最後治療日為例假日者，順延之
- 新增項目：居家照護、肺復原治療
- 刪減項目：癌症放射線治療、化學治療
- 將簡單傷口連續2日內之換藥修正為簡單傷口換藥
- 3日內同一針劑之注射修正為非化學治療藥物同一針劑之注射





敬請指教

