

中區分局醫院代表聯繫會 第33次會議

醫療費用三組

98年12月16日





大 網

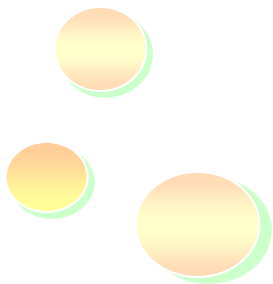
報告案一：中區醫院醫療費用申報概況

報告案二：99年醫院總額管理規劃

報告案三：支援機構及護理之家精神科診療作業規範

報告案四：轉請配合事項





中區醫院醫療費用申報概況





98第3季醫療費用點數申報概況

項目	層級	門診						住院					門住合計	
		件數	醫療費用點數	每件醫療費用點數	每件診療點數	每件藥費點數	每日藥費點數	件數	醫療費用點數	每件醫療費用點數	每件住院日	每日費用點數	件數	醫療費用點數
當期申報值 (費用點數為百萬點)	醫學中心	1,283,726	3105	2419	982	1185	82.7	50,595	3274	64,719	7.5	8633	1,334,321	6379
	區域醫院	1,907,403	3130	1641	737	637	47.1	74,976	3250	43,350	8.9	4873	1,982,379	6381
	地區醫院	1,731,668	1941	1121	433	432	41.2	38,003	1482	39,006	14.0	2787	1,769,671	3423
	合計	4,922,797	8176	1661	694	708	55.9	163,574	8007	48,950	9.6	5073	5,086,371	16183
當期成長率 (%) (比較去年同期)	醫學中心	6.76%	8.79%	1.90%	1.57%	1.55%	5.52%	4.20%	-0.94%	-4.94%	-6.92%	2.13%	6.66%	3.57%
	區域醫院	5.78%	6.86%	1.02%	-0.89%	2.70%	2.28%	2.25%	-0.16%	-2.36%	-2.66%	0.31%	5.64%	3.17%
	地區醫院	4.24%	7.91%	3.52%	4.26%	3.16%	1.42%	0.28%	3.07%	2.78%	4.89%	-2.01%	4.15%	5.76%
	合計	5.48%	7.84%	2.23%	1.42%	2.67%	3.04%	2.38%	0.10%	-2.23%	-1.61%	-0.62%	5.38%	3.86%

註1：資料來源為門住診清單(含送核及補報)，排除中醫、牙醫及門診洗腎。

註2：醫療費用點數=申請醫療費用點數+部分負擔。





98年10月醫療費用點數申報概況

項目	層級	門診						住院					門住合計	
		件數	醫療費用點數	每件醫療費用點數	每件診療點數	每件藥費點數	每日藥費點數	件數	醫療費用點數	每件醫療費用點數	每件住院日	每日費用點數	件數	醫療費用點數
當期申報值 (費用點數為百萬點)	醫學中心	421,794	994	2356	1005	1102	76.5	16,884	1098	65,006	7.7	8428	438,678	2091
	區域醫院	639,940	994	1553	737	551	41.2	24,475	1127	46,045	9.7	4771	664,415	2121
	地區醫院	626,965	635	1013	412	351	34.8	12,983	490	37,768	13.5	2800	639,948	1125
	合計	1,688,699	2623	1553	683	614	49.5	54,342	2715	49,959	10.0	5013	1,743,041	5338
當期成長率 (%) (比較去年同期)	醫學中心	-3.37%	-5.34%	-2.04%	4.55%	-8.10%	-3.83%	1.70%	-7.44%	-8.98%	-9.20%	0.24%	-3.18%	-6.45%
	區域醫院	-3.07%	-5.78%	-2.80%	1.46%	-9.95%	-11.22%	-4.07%	-3.70%	0.38%	2.73%	-2.28%	-3.11%	-4.69%
	地區醫院	-2.40%	-2.41%	-0.01%	7.64%	-9.01%	-12.96%	0.48%	-3.76%	-4.22%	-1.88%	-2.38%	-2.34%	-3.00%
	合計	-2.90%	-4.82%	-1.98%	3.77%	-9.08%	-9.51%	-1.26%	-5.26%	-4.05%	-1.77%	-2.32%	-2.85%	-5.04%

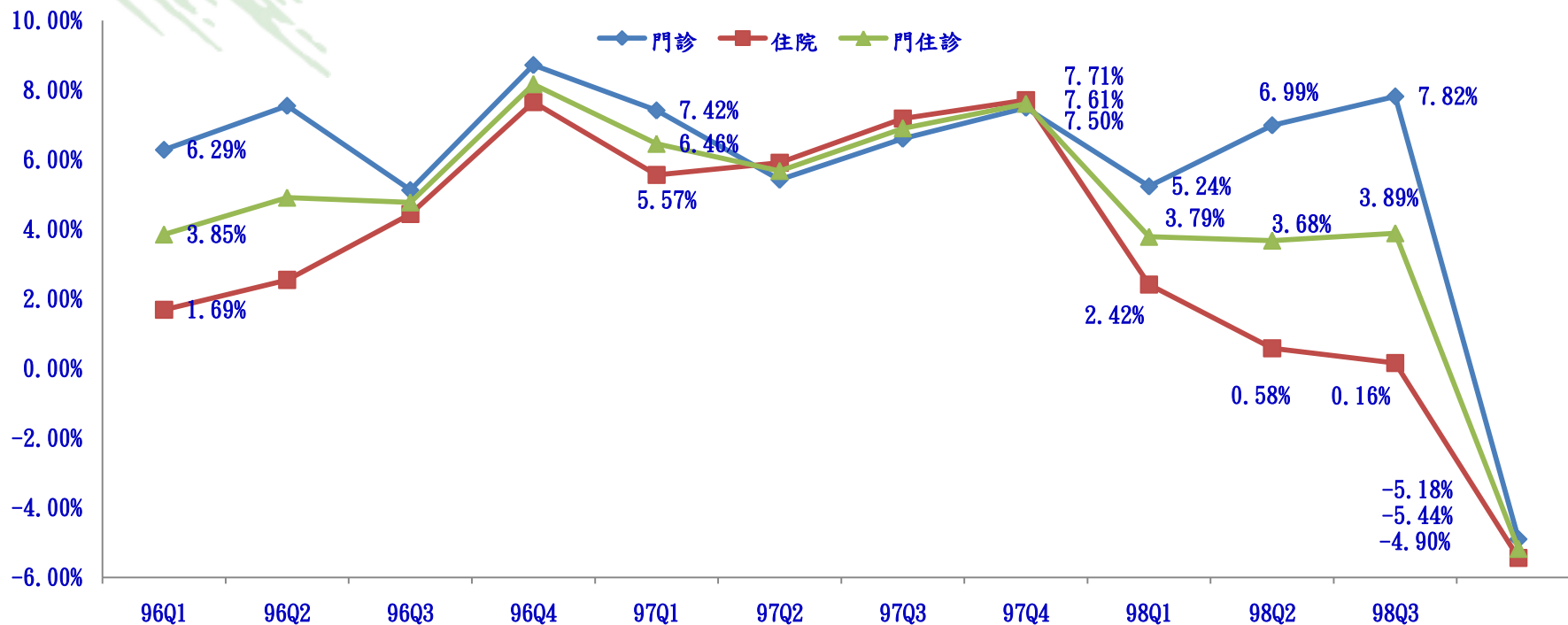
註1：資料來源為門住診清單(含送核及補報)，排除中醫、牙醫及門診洗腎。

註2：醫療費用點數=申請醫療費用點數+部分負擔。



醫院層級申報費用點數成長趨勢

(比較去年同期成長率)



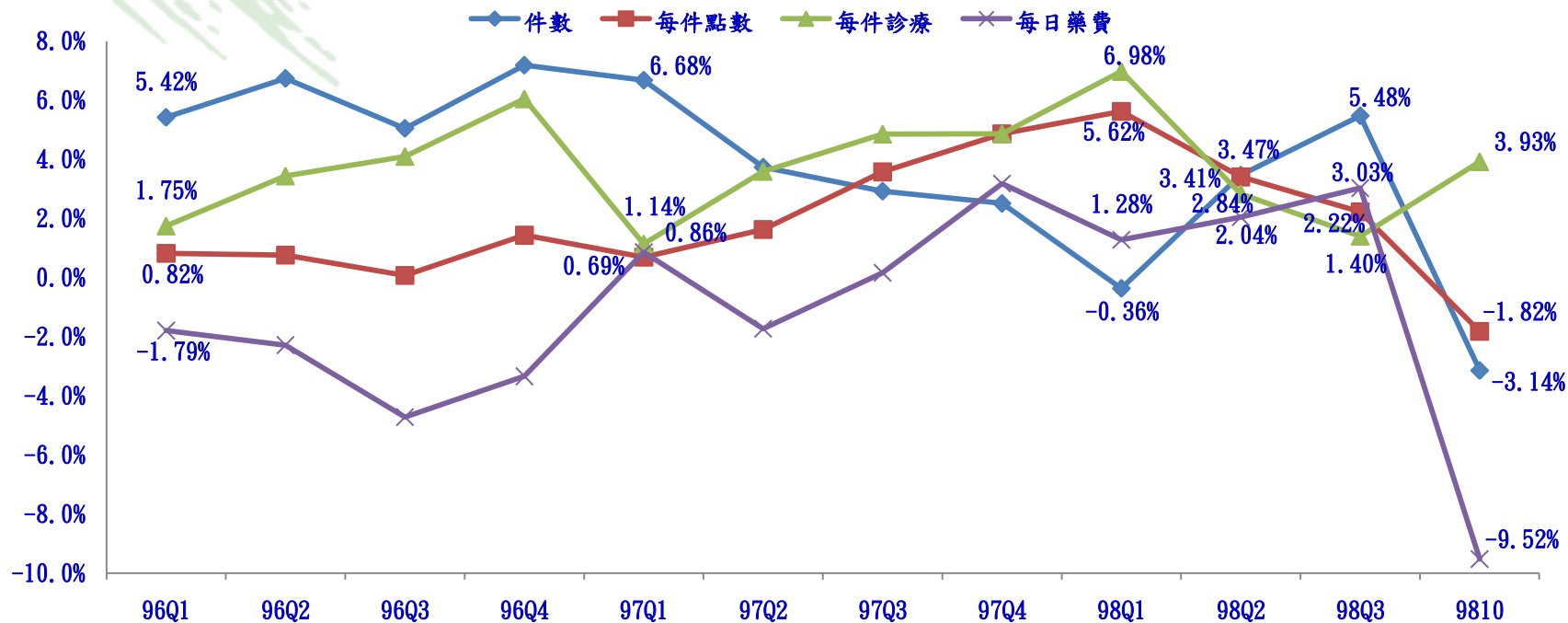
診別	96Q1	96Q2	96Q3	96Q4	97Q1	97Q2	97Q3	97Q4	98Q1	98Q2	98Q3	9810
門診	6679	7114	7113	7279	7174	7500	7583	7825	7550	8025	8176	2623
住院	7188	7586	7465	7715	7588	8035	8002	8311	7772	8082	8015	2715
門住診	13867	14700	14578	14995	14762	15535	15584	16136	15322	16106	16191	5338

單位:百萬點



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)

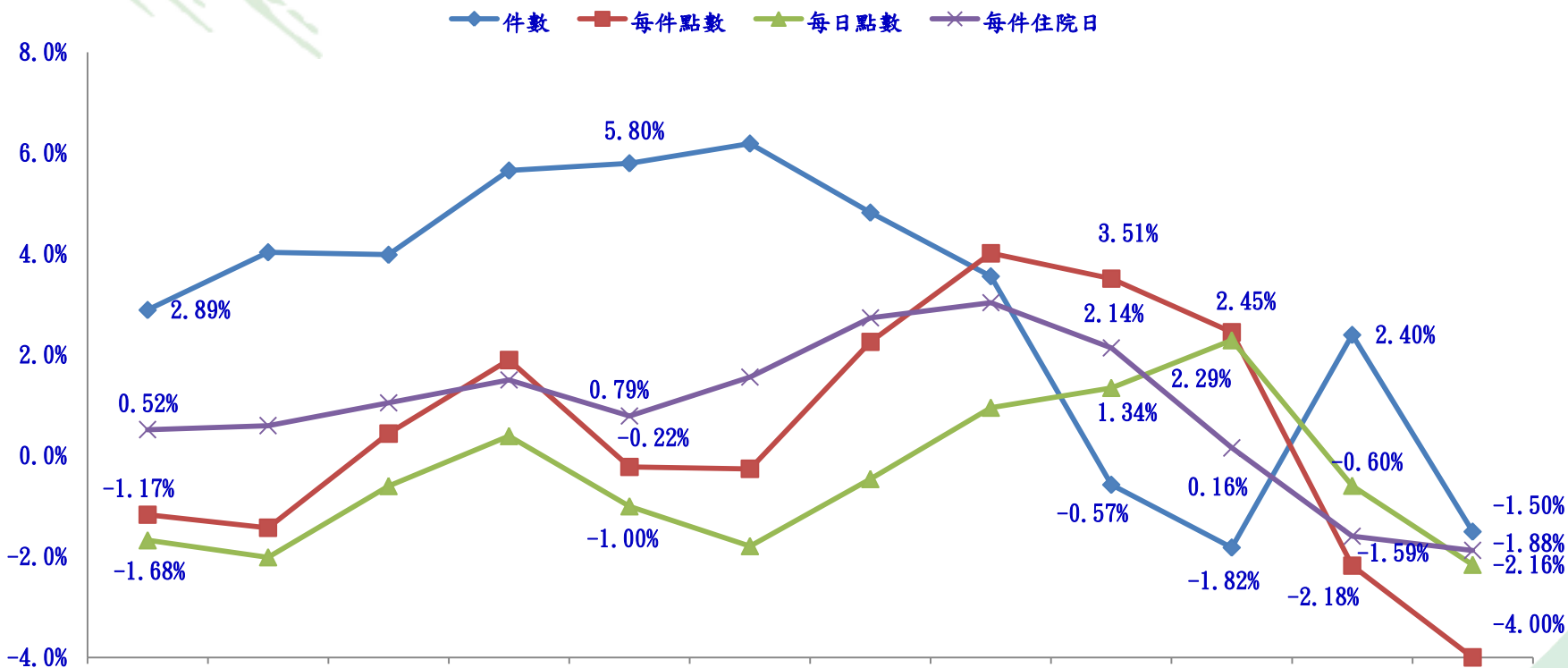


項目	96Q1	96Q2	96Q3	96Q4	97Q1	97Q2	97Q3	97Q4	98Q1	98Q2	98Q3	9810
件數(千件)	4376	4572	4535	4731	4668	4743	4667	4850	4652	4907	4923	1689
每件點數	1,526	1,556	1,569	1,539	1,537	1,581	1,625	1,613	1,623	1,635	1,661	1,553
每件診療	604	642	653	633	611	665	684	664	654	684	694	683
每日藥費	54.2	54.8	54.2	53.1	54.6	53.9	54.3	54.8	55.3	55.0	55.9	49.5



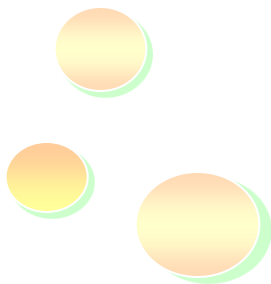
醫院層級申報住院費用點數成長趨勢

(比較去年同期成長率)



項目	96Q1	96Q2	96Q3	96Q4	97Q1	97Q2	97Q3	97Q4	98Q1	98Q2	98Q3	98Q4
件數(千件)	148	152	152	155	156	162	160	160	155	159	164	54
每件點數	48,668	49,749	48,952	49,832	48,560	49,620	50,057	51,832	50,265	50,834	48,965	49,959
每日點數	5,187	5,102	5,128	5,113	5,135	5,010	5,104	5,162	5,204	5,125	5,074	5,013
每件住院日	9.4	9.8	9.5	9.7	9.5	9.9	9.8	10.0	9.7	9.9	9.7	10.0



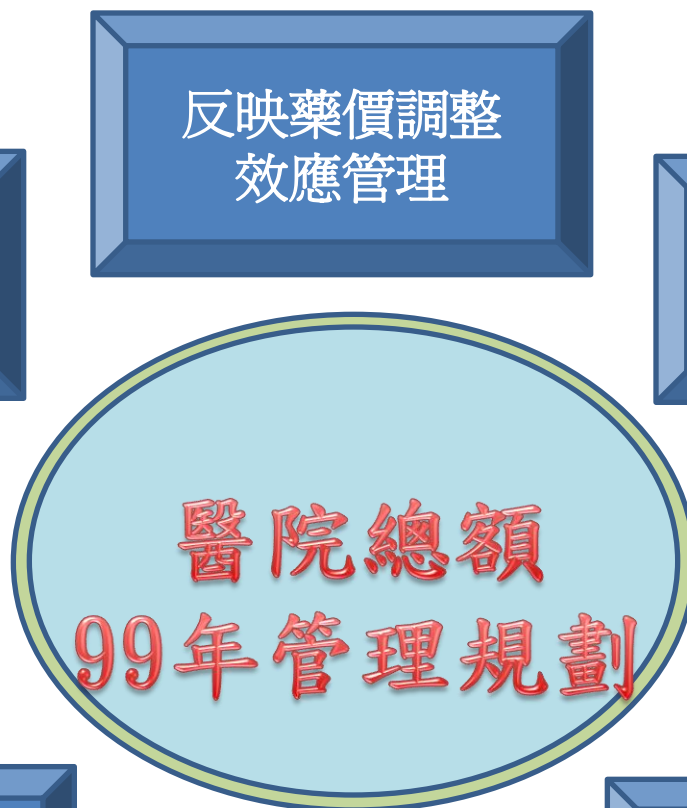


醫院總額99年管理規劃



中央健康保險局 中區分局
CENTRAL REGION BRANCH, BUREAU OF NATIONAL HEALTH INSURANCE





非穩定方案醫院管理

反映藥價調整
效應管理

99年點值穩定
方案
分配模式

長期呼吸器照
護管理修訂

管理指標修訂

住院TW_DRG
執行因應

專案推展





反映藥價調整效應管理

STEP

98Q3申報
藥費為基準

_ 試算各醫院
一般藥費下降幅度

STEP2

反映一般藥
費下降幅度

_ 調整目標點數分配
 $98q3\text{一般藥費} \times \text{降幅} \times 0.6$
_ 調整每人月藥費

STEP3

依98Q3藥費
申報量反映
不同下降幅度

一般藥費調降點數=

1千萬點(含)以上：6成
5百~1千萬點(含)：5.5成
1百~5百萬點(含)：5成
1百萬點(含)以下：不調





醫院總額部門之藥價調降概況

醫院總額部門

調降6.09億點(-15.1%)

占總費用點數之3.9%

穩定方案一般項目

調降5.54億點(-16.4%)

占總調降點數之90.97%

穩定方案化療項目

調降0.48億點(-7.6%)

占總調降點數之7.88%

一般藥費

調降5.36億點(-17.7%)

占總調降點數之88.01%

門診單張處方藥費6千點以上

調降0.18億點(-5.4%)

占總調降點數之2.96%

* 不含交付處方





99年點值穩定方案分配模式

分配占率基礎數

反映藥價調整

反映調整因子

98年各季結
算核定數

一般藥費調
降點數占率

下期調整因子
點數占率

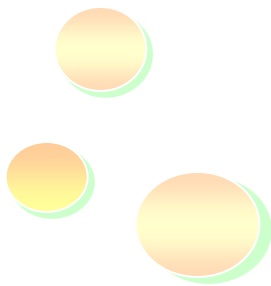
_98年各季核定數
_含品質獎勵款
_不含化放療點數、當
季調整因子及超出比
率回補點數

※核定數*
(一般藥費調降點數
/管控範圍申報點數)

※核定數*(調整點數/
管控範圍申報點數)

-總點數為負值者反映5
成
-總點數為正值者不做
占率調整全數列入





管理指標修訂



中央健康保險局 中區分局
CENTRAL REGION BRANCH, BUREAU OF NATIONAL HEALTH INSURANCE





單價修訂

非藥品單價

98年成效與檢討：

1. 包含住院單價A及門診非藥費單價，其考核結果僅增減10%於當季目標點數。
2. 98Q2考核結果當季反映約扣減1500萬點(門診43家增加、32家扣減；住院有11家增加、10家扣減)。

99年建議與執行方向：

住院因DRG實施，單價管理趨於複雜，建議不列入

藥品單價

98年成效與檢討：

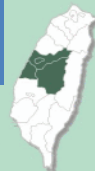
1. 門住診每人一般藥費單價，列入目標點數增減因子。
2. 98Q2考核結果當季反映扣減約2460萬點(增加點數者50家，扣減點數25家)。

99年建議與執行方向：

建議重新設定門住診每人平均一般藥費目標單價，但加重當季超出核扣比率。

99年目標單價=98Q1~Q3門住診每人平均一般藥費*(1-降幅*0.7)

單價管理





99年目標點數調整因子項目(N1)

- ◆門診每人平均非藥費單價
- ◆急診案件人數(季歸戶)
- ◆住院案件特定項目人數_重大創傷人數
- ◆住院案件特定項目人數_癌症人數
- ◆門診每人平均就醫次數
- ◆門住診每人平均一般藥費單價(當季完全反應)
- ◆門住診每人癌症放療治療單價(當季完全反應)





99年品質鼓勵項目(N4)

- ◆ 門住診CT及MRI醫令執行率
- ◆ 慢性病之慢性病連續處方箋開立比率
- ◆ 門診同藥理不同處方用藥日數重複比率
- ◆ 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)
- ◆ 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)
- ◆ 建構整合式照護模式並逐步朝促進醫療體系整合計畫
- ◆ 醫院住院全人整合性照護計畫
- ◆ 長期照護機構住民醫療利用整合性照護計畫
- ◆ 門診糖尿病人完整照護比例
- ◆ 保險對象特定醫療資訊(管制藥品關懷名單)查詢比率
- ◆ 急診暫留床2日案件以上比率
- ◆ 門診婦產科超音波執行率
- ◆ 精神科病人出院後30日內門診追蹤治療率





品質指標說明

-糖尿病完整照護率





提昇糖尿病人完整照護比率 1/5

◆完整照護定義：糖尿病人於年度內完成下列9類篩檢

- 1.尿液檢查(06012C、06013C)
- 2.血清總膽固醇(09001C)
- 3.空腹血清中性脂肪(09004C)
- 4.空腹血糖(09005C)
- 5.糖化血色素(09006C)
- 6.血清肌酸干(09015C)、SGPT或ALT(09026C)
- 7.高密度脂蛋白膽固醇(09043C)
- 8.低密度脂蛋白膽固醇(09044C)
- 9.眼睛檢查(23501C或23502C或23702C)





提昇糖尿病人完整照護比率 2/5

- ◆ 為提昇糖尿病患照護品質，本分局已將今(98)年1-10月糖尿病患未完整接受篩檢個案名單，放置於VPN，並以電子郵件通知醫院，請醫院配合儘速完成糖尿病患相關篩檢。
 - 分子：分母ID中有接受完整糖尿病照護之病人ID歸戶人數。
 - 分母：門診主、次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。





提昇糖尿病人完整照護比率 3/5

層級別	醫院代號	醫院名稱	糖尿病人完整照護比例
醫學中心	1137010024	彰基	39.86%
	0617060018	台中榮總	14.04%
	1317050017	中國	11.84%
	1317040011	中山醫院	8.05%
區域醫院	0917070029	林新醫療社	41.87%
	1137080017	彰基二林分	39.07%
	1137020511	彰濱秀傳	36.11%
	0936060016	童綜合醫院	32.56%
	0937010019	秀傳紀念醫	30.12%
	0536190011	國軍台中總	25.22%
	1136200015	大里仁愛醫	24.36%
	0137170515	衛署彰化醫	22.73%
	1138020015	埔里基督教	20.90%
	0117030010	衛署台中醫	20.88%
	1136090519	慈濟台中分	19.70%
	0136010010	衛署豐原醫	17.06%
	1517061032	澄清中港	13.81%
	0936030018	大甲李綜合	13.53%
0936050029	光田綜合醫	11.04%	
0138030010	草屯療養院	7.14%	





提昇糖尿病人完整照護比率 4/5

層級別	醫院代號	醫院名稱	糖尿病人完整照護比例
地區醫院	1117010019	台中仁愛	14.15%
	1517051125	臺安雙十分	13.75%
	1537040066	卓醫院	13.61%
	1517051134	順天醫院	13.19%
	1536100081	清泉醫院	11.85%
	1537010111	漢銘醫院	10.63%
	1537070028	仁和醫院	10.17%
	1417030017	靜和醫院	10.00%
	0937050014	員榮綜合醫	9.65%
	1537040057	南星醫院	9.20%
	1537081085	宋志懿醫院	8.42%
	0638020014	埔里榮民醫	8.03%
	1537011261	長生醫院	7.69%
	1537050071	員林何醫院	7.66%
	1517041101	中興醫院	6.72%
	1537220019	英仁醫院	5.95%
	0517050010	國軍中清分	5.87%
	0937030012	道周醫院	5.85%
	1537100012	伸港忠孝	5.83%
	1338030015	中國醫草屯	5.70%

層級別	醫院代號	醫院名稱	糖尿病人完整照護比例
地區醫院	1538030037	曾漢棋綜合	56.25%
	1517081141	博愛外科醫	50.00%
	1137020520	彰基鹿基分	41.43%
	1537051247	員生陳守棟	41.41%
	1538010026	南基醫院	37.15%
	0138010027	衛署南投醫	36.29%
	1537150512	員林郭大村	35.14%
	1537051229	員林郭醫院	34.78%
	0938030016	佑民醫院	28.83%
	1536060037	明德梧棲醫	28.74%
	1537051265	敦仁	28.57%
	1537080042	洪宗鄰醫院	27.47%
	0937050024	宏仁醫院	24.49%
	1137020548	彰基鹿東分	22.22%
	1538041101	竹山秀傳醫	21.03%
	1536181148	泰安醫院	19.33%
	1536190076	賢德醫院	18.80%
	1517080019	聯安醫院	18.49%
	1537071070	建元醫院	17.83%
	1436020013	東勢農民醫	14.60%
1317020519	中國台中東	14.50%	



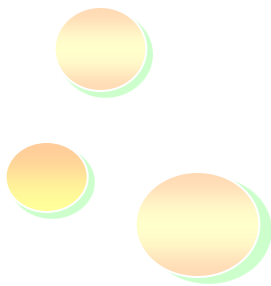


提昇糖尿病人完整照護比率 5/5

層級別	醫院代號	醫院名稱	糖尿病人完整照護比例
地區醫院	1537120014	宗生醫院	5.68%
	1537010040	信生醫院	5.04%
	1536081072	神岡童醫院	5.00%
	1317030024	中山中港	4.63%
	1537061047	道安醫院	4.55%
	1536180061	霧峰澄清醫	4.52%
	1417080517	弘光附設老	4.51%
	1536010046	豐安醫院	4.46%
	1537011252	長生醫院	4.35%
	1517070031	友仁醫院	4.32%
	1536010055	福平醫院	4.20%
	1536151042	烏日澄清醫	4.09%
	1537020019	溫建益醫院	4.05%
	1517020040	台新醫院	4.01%
	1537051194	協和員林醫	3.96%
	1536201065	新菩提醫院	3.94%
	1536101113	大雅澄清醫	3.69%
	1537010175	冠華醫院	3.68%
	1517080091	全民醫院	3.61%
	1536020015	協和東勢醫	3.55%
1536061105	忠港醫院	3.51%	

層級別	醫院代號	醫院名稱	糖尿病人完整照護比例
地區醫院	1538061023	新泰宜婦幼	3.45%
	1536030039	順安醫院	3.23%
	1517030055	林森醫院	2.94%
	1517021074	臺安醫院	2.86%
	1517041129	宏恩龍安分	2.56%
	1536190067	太平澄清醫	2.32%
	1537010237	順安彰化醫	2.08%
	1536181139	本堂澄清	2.05%
	1517021127	錦河醫院	1.56%
	1517040015	宏恩醫院	1.56%
	1536011301	杏豐醫院	1.32%
	1536011267	漢忠醫院	1.12%
	1336010015	中國豐原分	0.93%
	0917050027	維新醫療社	0.00%
	1517011103	第一醫院	0.00%
	1517051107	勝美醫院	0.00%
	1517051143	維新醫院	0.00%
	1536011294	祥恩醫院	0.00%
	1536040535	陽光精神醫	0.00%
	1536040553	清濱醫院	0.00%
1537010120	婦友醫院	0.00%	





專案推展



中央健康保險局 中區分局
CENTRAL REGION BRANCH, BUREAU OF NATIONAL HEALTH INSURANCE





醫院總額重點專案

專業 照護 品質 提升 專案

門診、住院全人醫療
及安養住民整合性照護

藥歷檔查詢系統
管制藥關懷名單查詢



專案執行檢討及99年管理方向 1/3



長照 機構 整合 性照護

98年成效與檢討：

整合性照護計畫參與人數366人，98Q1補付17.6萬；
98Q2補付68萬；醫療支出減少198萬。

99年建議與執行方向：

1. 擴大參與安養病患整合性照護計畫的醫院及機構。
2. 透過跨機關共同合作以提昇長期照護機構住民醫療品質。



專案執行檢討及99年管理方向 2/3



全人照護
整合
_住院

98年成效與檢討：

因各醫院開始時間與執行狀況有顯著差異，因此，將98年第3季、第4季與99年第1季，列為醫院磨合準備階段。

99年建議與執行方向：

1. 99年5月辦理成效觀摩研討會。
2. 著重具體成果效益評估。

全人照護
整合
_門診

98年成效與檢討：

參加醫院家數有44家，121,040人(占前四分位數69.36%)。

99年建議與執行方向：

12月1日正式實施後將進行實地審查。



專案執行檢討及99年管理方向 3/3



藥歷檔查詢系統

98年成效與檢討：

區域級以上醫院優先推廣使用，已有9家醫院申請使用，系統11/30已開放使用。

99年建議與執行方向：

評估後續執行成果，考慮擴大實施至地區醫院。

管制藥關懷名單

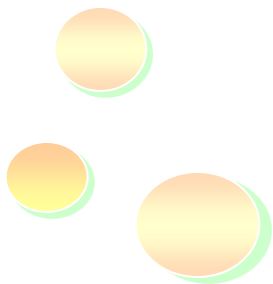
98年成效與檢討：

1. 關懷名單網頁被開啟之病人數少。
2. 立意抽審案件送專業審查中。
3. 地區醫院仍未使用網頁查詢關懷名單病患用藥紀錄。

99年建議與執行方向：

1. 符合關懷名單條件者，持續進行立意抽審。
2. 增列Flunitrazepam(Rohypnol)及 Nimetazepam(Erimin)為立意抽審條件。
3. 利用VPN查詢率列為品質獎勵項目。





長期呼吸器照護管理修訂



中央健康保險局 中區分局
CENTRAL REGION BRANCH, BUREAU OF NATIONAL HEALTH INSURANCE





94-98年分局別RCC床數

RCC	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
94年	127	97	254	116	94	35	723
95年	192	136	254	118	94	35	829
96年	202	136	245	118	84	35	820
97年	222	124	257	150	79	35	867
98年	223	112	277	150	131	45	938





94-98年分局別RCW床數

RCW	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
94年	1,373	864	1,368	985	840	148	5,578
95年	1,567	830	1,544	1,001	805	138	5,885
96年	1,625	830	1,475	1,024	525	138	5,617
97年	1,819	848	1,271	1,070	558	132	5,698
98年	1,892	814	1,224	1,140	692	132	5,894





各類病房使用呼吸器醫療點數申報情形

年度	icu_醫令量	rcc_醫令量	Rcw_醫令量	一般病房_醫令量	RCW及一般病房	ICU成長率	RCC成長率	RCW及一般病房成長率
2008年1~10月	206,243	47,940	243,913	174,362	418,275			
2009年1~10月	202,346	47,030	260,284	166,442	426,726	-1.89%	-1.90%	2.02%

費用申報點數歸類說明：

1. 該件rcc>0者計為rcc案件
2. 該件rcw>0者即計為rcw
3. 該件同時有icu及一般病床者之認定：3-1該件之部分負擔為001者計為一般案件。3-2若非001者即計為icu案件
4. 該件icu>0者即計為icu案件。
5. 其餘皆計為一般案件





長期使用呼吸器各季目標點數超出情形

層級別	98Q1_超出率	98Q2_超出率	98Q3_超出率
醫學中心	4.84%	0.59%	3.00%
區域醫院	0.59%	3.66%	7.40%
地區醫院	0.67%	-0.76%	2.68%





99年呼吸器目標點數訂定原則

*呼吸器目標點數：0成長

*99年各季目標點數比對98年各季目標點

*區域級以上醫院：以98年各季為99年各季目標點數，99年點值結算時，申報點數未達目標點數，其差額將流用（單向流用）於穩定方案一般項目目標點數。

*地區醫院：

一、98年**超出**目標點數：

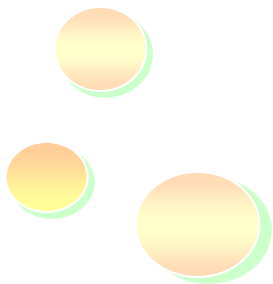
◎實地評量等級1-3級醫院：其超出「回補基礎點數」部分，做為各季目標點數調整依據，評量等級第1級調80%，第2級調整75%，第3級調整70%，惟整體總增加點數不得超過1千萬點

◎實地評量等級4-6級醫院，則不調整目標點數

二、98年**未超出**目標點數：以98年各季為99年各季目標點數，99年點值結算時，申報點數未達目標點數，其差額將流用（單向流用）於穩定方案一般項目目標點數。

備註：若99年參加點值穩定方案醫院以體系計者，呼吸器目標點數亦以體系醫院計，體系醫院則以體系的最高層級計。





非穩定方案醫院管理



中央健康保險局 中區分局
CENTRAL REGION BRANCH, BUREAU OF NATIONAL HEALTH INSURANCE





醫院總額重點審查 1/2

◆ 運作模式

➤ 重點審查對象

- ✓ 監測醫院：非穩定之醫院。
- ✓ 審查意見提示加重審查者、被申訴不合理經審查後確認者。
- ✓ 監測項目：成長率、成長貢獻度、個別醫師產能、檔案分析異常項目、核減率。

➤ 成員

- ✓ 成立跨課專案小組，包含費用承辦、統計人員。





醫院總額重點審查 2/2

◆運作模式

- 定期產製檔案分析報表。
- 樣本產生後產製樣本個案歸戶資料。
 - ✓ 樣本個案歸戶前3個月內門、住診就醫醫令明細。
 - ✓ 重大醫令前一年門、住診就醫醫令明細。
- 重點審查
 - ✓ 行政
 - 解讀、註記、提示異常部分。
 - 彙整併報表提供審查委員審查參考資料。
 - ✓ 專業審查
 - 視審查需要新增或修正分析報表





住院TW_DRGs執行因應 _監控重點與配合事項





導入後費用之監控

- ◆ 住診病患醫療利用情形，包括再住院、再急診等。
- ◆ 分析醫院門、住診醫療費用移動趨勢。
- ◆ 分析護理機構、居家照護在DRG實施後需求變化。
- ◆ 監控民眾就醫可近性變化。
- ◆ 持續公開醫療品質資訊供民眾參閱。

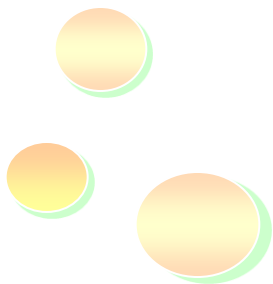




導入後民眾權益保障

- ◆加強辦理民眾申訴案件之處理。
- ◆監控病患轉院案件：加強「轉院」及「一般自動出院」案件之審查。
- ◆加強查核自費收取情形：各特約醫院於本保險給付範圍內，不得自立名目向保險對象收費。
- ◆各特約醫院若有拒收保險對象者、虛報費用而損及民眾權益者，依特約管理辦法辦理。





支援安養護、身心障礙機構及護理之家精神科診療作業規範





目的

- ◆提升支援安養護、身心障礙機構及護理之家(以下簡稱長照機構)醫療服務效益。
- ◆機構院民醫療照護品質及用藥安全，制訂本作業規範。



診療範圍

- ◆ 特約醫療院所派遣精神科醫師支援長照機構，限提供精神科診察及用藥服務為原則。





需申請事前審查對象

- ◆ 首次申請。
- ◆ 原核准效期屆滿，接續申請。
- ◆ 前經本分局同意支援長照機構辦理精神科診療，申請新增精神科診療院民。
- ◆ 前經本分局同意支援長照機構辦理精神科診療，申請變更支援醫師。





生效期限

- ◆ 首次申請及效期屆滿接續申請。
 - 自生效日起1年內。
- ◆ 申請新增精神科診療院民及申請變更支援醫師。
 - 生效期限與首次或續支援生效期間相同。





診療規範(通則)

◆收治患者

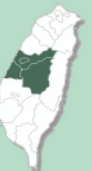
- 限具有精神重大傷病診斷患者。
- 應逐案事前審查，經同意核可後始能執行。
- 慢性精神病患病情穩定者，應延長開藥時間至28日以上，或開立慢性病連續處方箋。
- 院民接受精神科醫師診療，其護理紀錄應有醫師診療摘要。

◆長照機構

- 以接受一家院所支援精神科診療為原則。
- 限無接受精神病患者居家治療之機構。

◆特約院所

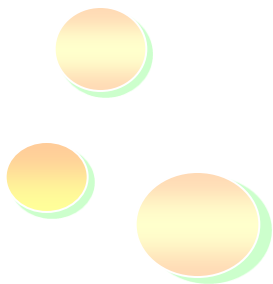
- 每月支援1-2次為原則；惟同一機構須接受精神科診療院民數大於80人，需增加診次者，則另需專案提出申請。
- 為提升長照機構院民之醫療照護品質，不可於長照機構內執行精神科診療處置，倘需執行精神科診療處置，應轉診至特約醫療院所執行





醫療費用審查指標

- ◆ 每月申報E2案件看診科別為精神科，依西醫基層、醫院層級分別計算，有下列情形者，須加強審查。
 - 平均每日藥費>P90。
 - 單顆用藥醫令單價 ≥ 100 元者全部採立意抽樣。
 - 精神科診療患者，每個月就診回診率1.4次以上者。



轉請配合事項





發展遲緩早期療育項目案

- 1.依據全民健保監委會98年10月30日第173次委員會議討論案，對於發展遲緩早期療育項目，重申屬健保給付項目不得向民眾收取自費，本分局將進行實地訪查。
- 2.無論屬本保險醫療給付相關之項目或不屬本保險醫療給付之項目，均應符合資訊公開、事先告知，及開立正式醫療費用收據(須符合衛生署規定之參考格式)等原則辦理。
- 3.另依全民健康保險法第75條規定，違反本法第58條規定，自立名目向保險對象收取費用者，應退還收取之費用，並按所收取之費用處以5倍之罰鍰及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第12條、64條規定論處。

(中華民國98年11月12日健保醫字第0980091595號函)



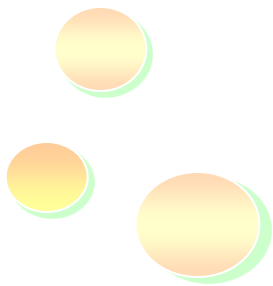


特材「胃造口術裝置組」相關規定

1. 查依產品組件及臨床使用方法「胃造口術裝置」超過6個月後，若需再度施行置換者，應以置換替換管為原則；如有特殊情況，例如傷口感染須更換置放位置或置放替換管之出口縮小至無法於同一位置再置放等，經專業醫師認定須用整組胃造口術裝置組者，應於病歷上詳細記載以供事後審查參考。
2. 若於6個月內因病情所需或不可抗拒之外力（例如替換管阻塞），經專業醫師認定須再置換者，亦應於病歷上詳細記載提供使用，不得由病患自費使用。
3. 「胃造口術裝置組」須依全民健康保險醫療費用支付標準33107B（經皮內視鏡胃造瘻管替換術）、33108B（經皮內視鏡胃造瘻術）等相關規定辦理。。

(中華民國98年12月14日健保醫字第0980043994號函)





敬請指教



中央健康保險局 中區分局
CENTRAL REGION BRANCH, BUREAU OF NATIONAL HEALTH INSURANCE

