

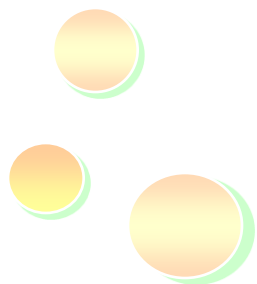


中區分局醫院聯繫會 第29次會議

醫療費用三組

97年12月15日





大 綱

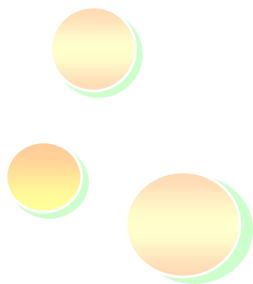
報告案一：97年第3季與10月

中區醫院醫療費用申報概況

報告案二：98年醫院總額管理架構

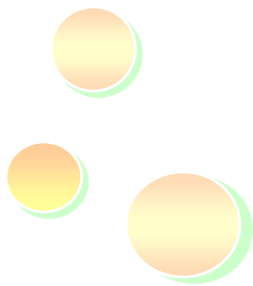
報告案三：轉請配合事項





報告案一：97年第3季與10月 中區醫院醫療費用申報概況





97年第3季中區醫院醫療費用申報概況



97年第3季醫院層級門住診 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	1,202,641	2854	2374	967	1167	78.4	48,598	3307	68,056	8.1	8449	1,251,239	6162
	區域醫院	1,803,100	2929	1625	743	620	46.1	73,241	3253	44,419	9.1	4861	1,876,341	6183
	地區醫院	1,661,289	1798	1083	415	419	40.6	37,894	1438	37,953	13.3	2844	1,699,183	3237
	合計	4,667,030	7582	1625	684	689	54.3	159,733	7999	50,077	9.8	5106	4,826,763	15581
當期成長率 (%) (比較去年同期)	醫學中心	1.41	5.78	4.32	4.34	4.53	3.46	8.86	8.33	-0.48	-5.34	5.13	1.68	7.14
	區域醫院	3.72	7.52	3.66	6.54	1.81	-1.67	4.66	9.43	4.56	5.96	-1.32	3.76	8.52
	地區醫院	3.17	6.43	3.16	3.39	4.28	-0.40	0.05	-0.06	-0.12	6.99	-6.64	3.10	3.44
	合計	2.92	6.60	3.58	4.86	3.19	0.16	4.75	7.15	2.30	2.72	-0.42	2.98	6.88

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。



97年第3季醫院層級門住診 藥費點數申報概況

項目	層級	門診	住院	門住診
當期 申報值 (百萬點)	醫學中心	1404	527	1931
	區域醫院	1118	414	1532
	地區醫院	696	146	842
	合計	3217	1087	4304
當期 成長率 (%) (比較去年同期)	醫學中心	6.00	14.22	8.12
	區域醫院	5.60	14.62	7.90
	地區醫院	7.58	2.14	6.60
	合計	6.20	12.58	7.74



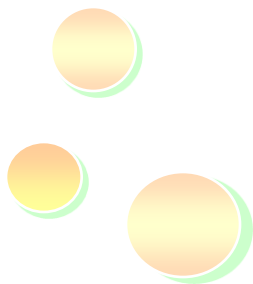
97年第3季醫院層級門住診 藥費占率差值

項目	層級	門診	住院	門住診
當期 藥費佔率	醫學中心	49.17%	15.94%	31.33%
	區域醫院	38.16%	12.72%	24.78%
	地區醫院	38.69%	10.13%	26.00%
	合計	42.43%	13.59%	27.62%
當期 藥費佔率差值 (比較去年同期)	醫學中心	0.10%	0.82%	0.29%
	區域醫院	-0.69%	0.58%	-0.14%
	地區醫院	0.42%	0.22%	0.77%
	合計	-0.16%	0.66%	0.22%



97年第3季醫院層級門住診 診療費用點數申報概況

項目	層級	門診	住院	門住診
當期 申報值 (百萬點)	醫學中心	1163	1163	2326
	區域醫院	1340	1132	2472
	地區醫院	690	540	1230
	合計	3194	2835	6028
當期 成長率 (%) (比較去年同期)	醫學中心	5.80	8.13	6.95
	區域醫院	10.50	9.26	9.93
	地區醫院	6.67	-0.63	3.34
	合計	7.92	6.78	7.38



97年10月中區醫院醫療費用申報概況



97年10月醫院層級門住診 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	436,405	1050	2406	961	1199	79.5	16,531	1167	70,602	8.5	8330	452,936	2217
	區域醫院	660,162	1055	1598	727	612	46.4	25,465	1168	45,878	9.4	4888	685,627	2223
	地區醫院	638,630	650	1019	385	388	40.0	12,892	509	39,483	13.7	2888	651,522	1160
	合計	1,735,197	2755	1588	660	677	54.7	54,888	2844	51,823	10.1	5121	1,790,085	5600
當期成長率 (%) (比較去年同期)	醫學中心	1.96	8.21	6.13	5.67	6.04	5.03	5.11	8.96	3.66	-4.33	8.35	2.07	8.60
	區域醫院	3.41	9.16	5.56	7.43	4.39	1.98	5.21	10.04	4.59	1.80	2.74	3.48	9.62
	地區醫院	2.95	8.80	5.68	5.85	7.06	3.99	0.55	3.92	3.36	7.50	-3.86	2.90	6.60
	合計	2.87	8.71	5.67	6.34	5.47	3.35	4.05	8.46	4.24	1.56	2.63	2.91	8.58

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。



97年10月醫院層級門住診 藥費點數申報概況

項目	層級	門診	住院	門住診
當期 申報值 (百萬點)	醫學中心	523	184	708
	區域醫院	404	146	550
	地區醫院	248	51	300
	合計	1175	382	1557
當期 成長率 (%) (比較去年同期)	醫學中心	8.12	23.01	11.64
	區域醫院	7.95	15.26	9.80
	地區醫院	10.21	8.53	9.92
	合計	8.50	17.86	10.65



97年10月醫院層級門住診 藥費占率差值

項目	層級	門診	住院	門住診
當期 藥費佔率	醫學中心	49.85%	15.78%	31.91%
	區域醫院	38.29%	12.51%	24.74%
	地區醫院	38.14%	10.11%	25.83%
	合計	42.66%	13.42%	27.81%
當期 藥費佔率差值 (比較去年同期)	醫學中心	-0.04%	1.80%	0.87%
	區域醫院	-0.43%	0.57%	0.04%
	地區醫院	0.49%	0.43%	0.78%
	合計	-0.08%	1.07%	0.52%

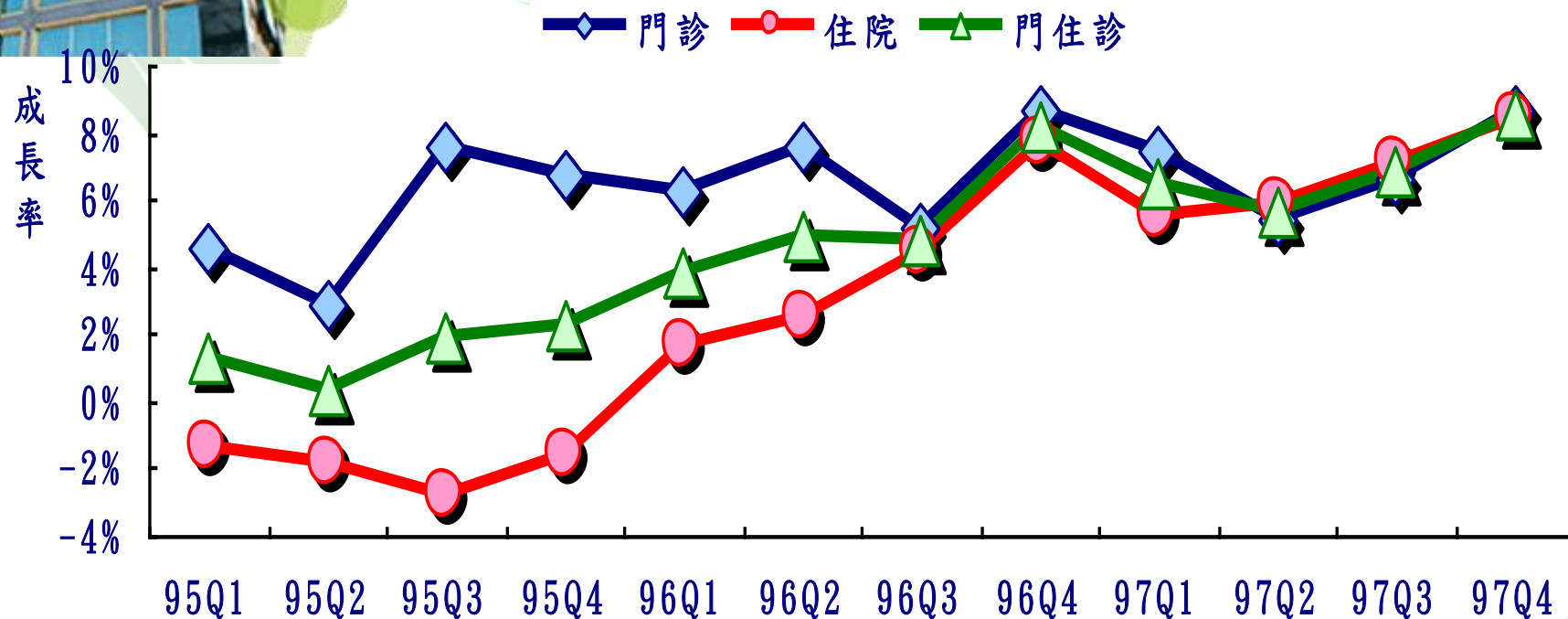


97年10月醫院層級門住診 診療費用點數申報概況

項目	層級	門診	住院	門住診
當期 申報值 (百萬點)	醫學中心	420	403	822
	區域醫院	480	405	884
	地區醫院	246	190	436
	合計	1145	997	2142
當期 成長率 (%) (比較去年同期)	醫學中心	7.74	7.51	7.62
	區域醫院	11.10	10.99	11.05
	地區醫院	8.97	2.45	6.02
	合計	9.39	7.87	8.67



醫院層級醫療費用點數 同期成長率概況



診別	95Q1	95Q2	95Q3	95Q4	96Q1	96Q2	96Q3	96Q4	97Q1	97Q2	97Q3	97Q4
門診	6284	6614	6766	6695	6679	7114	7113	7279	7174	7500	7582	2755
住院	7069	7397	7147	7166	7188	7586	7465	7715	7588	8035	7999	2844
門住診	13352	14012	13913	13861	13867	14700	14578	14995	14762	15535	15581	5600

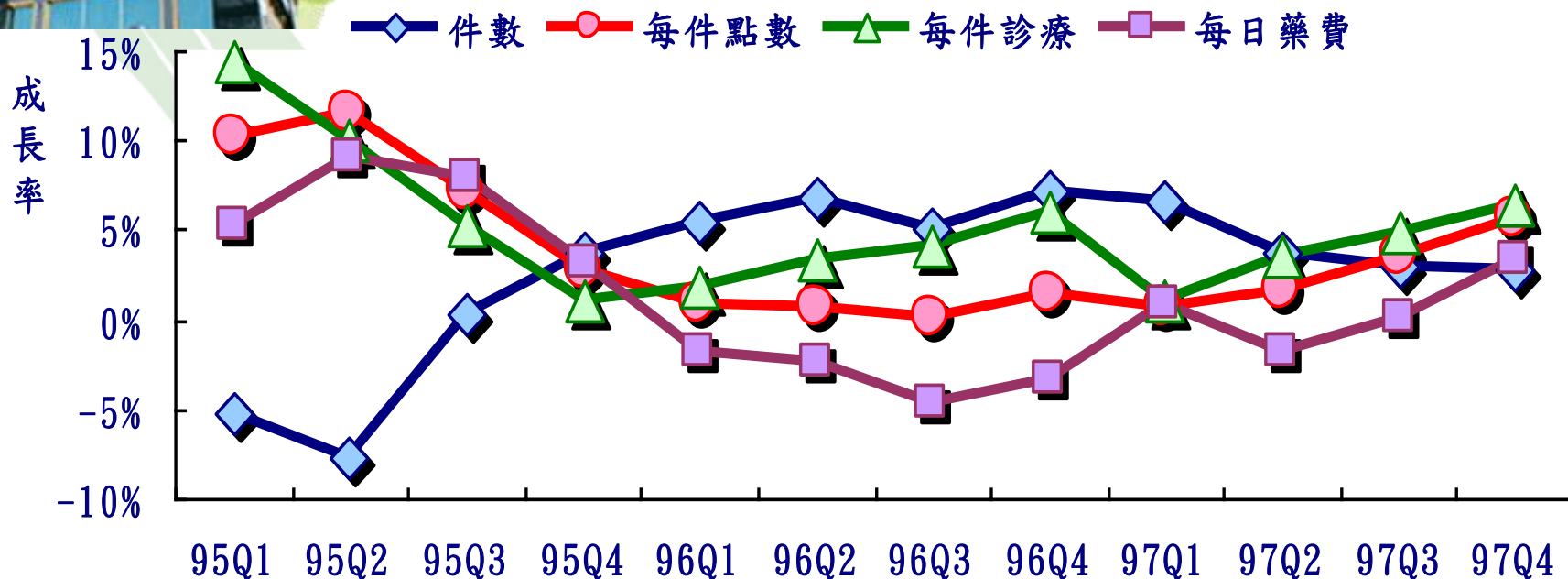
註記：97Q4包含費用月份為97年10月

單位：百萬點

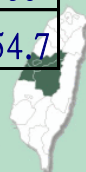


醫院層級門診費用結構

同期成長率概況



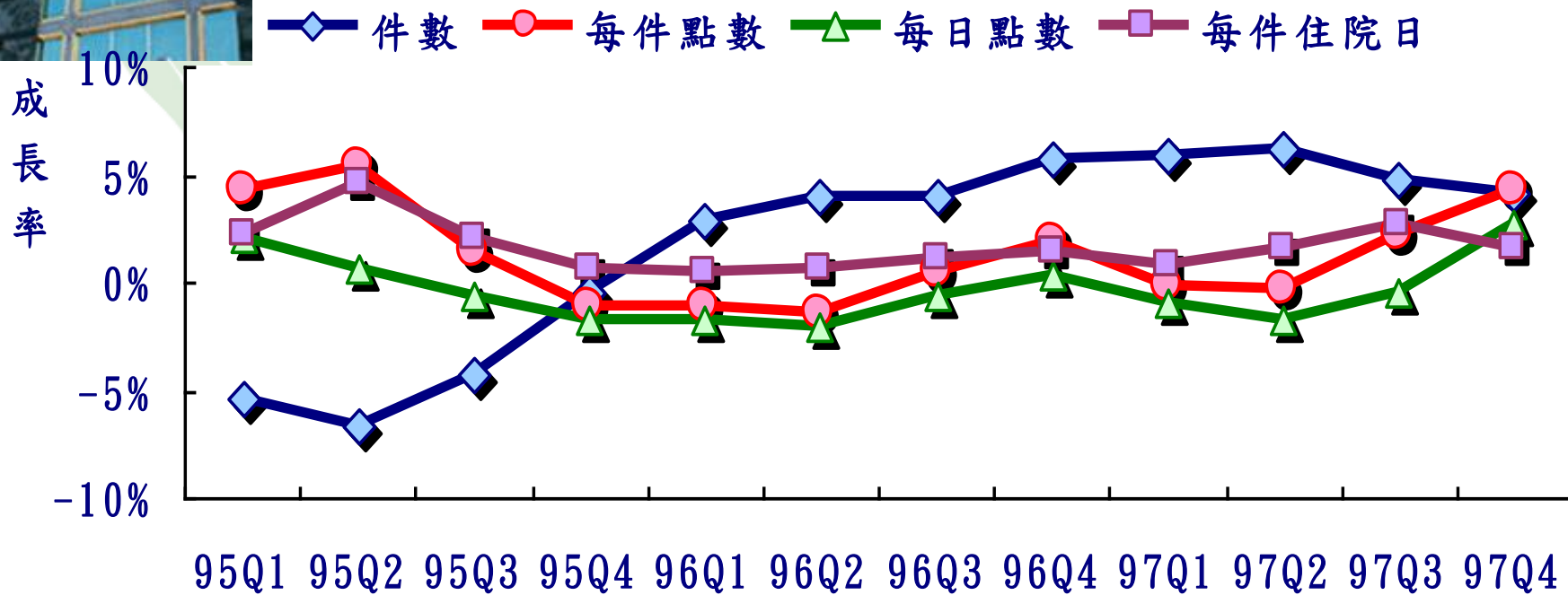
註記：97Q4包含費用月份為97年10月





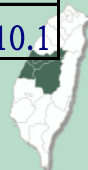
醫院層級住院費用結構

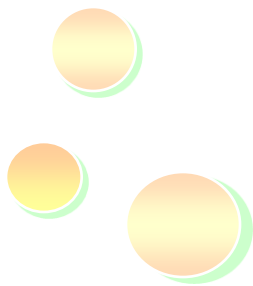
同期成長率概況



項目	95Q1	95Q2	95Q3	95Q4	96Q1	96Q2	96Q3	96Q4	97Q1	97Q2	97Q3	97Q4
件數(千件)	144	147	147	147	148	152	152	155	156	162	160	55
每件點數	49,243	50,470	48,738	48,904	48,668	49,749	48,952	49,832	48,560	49,620	50,077	51,823
每日點數	5,275	5,207	5,159	5,094	5,187	5,102	5,128	5,113	5,135	5,010	5,106	5,121
每件住院日	9.3	9.7	9.4	9.6	9.4	9.8	9.5	9.7	9.5	9.9	9.8	10.1

註記：97Q4包含費用月份為97年10月





報告案二：98年醫院總額管理架構

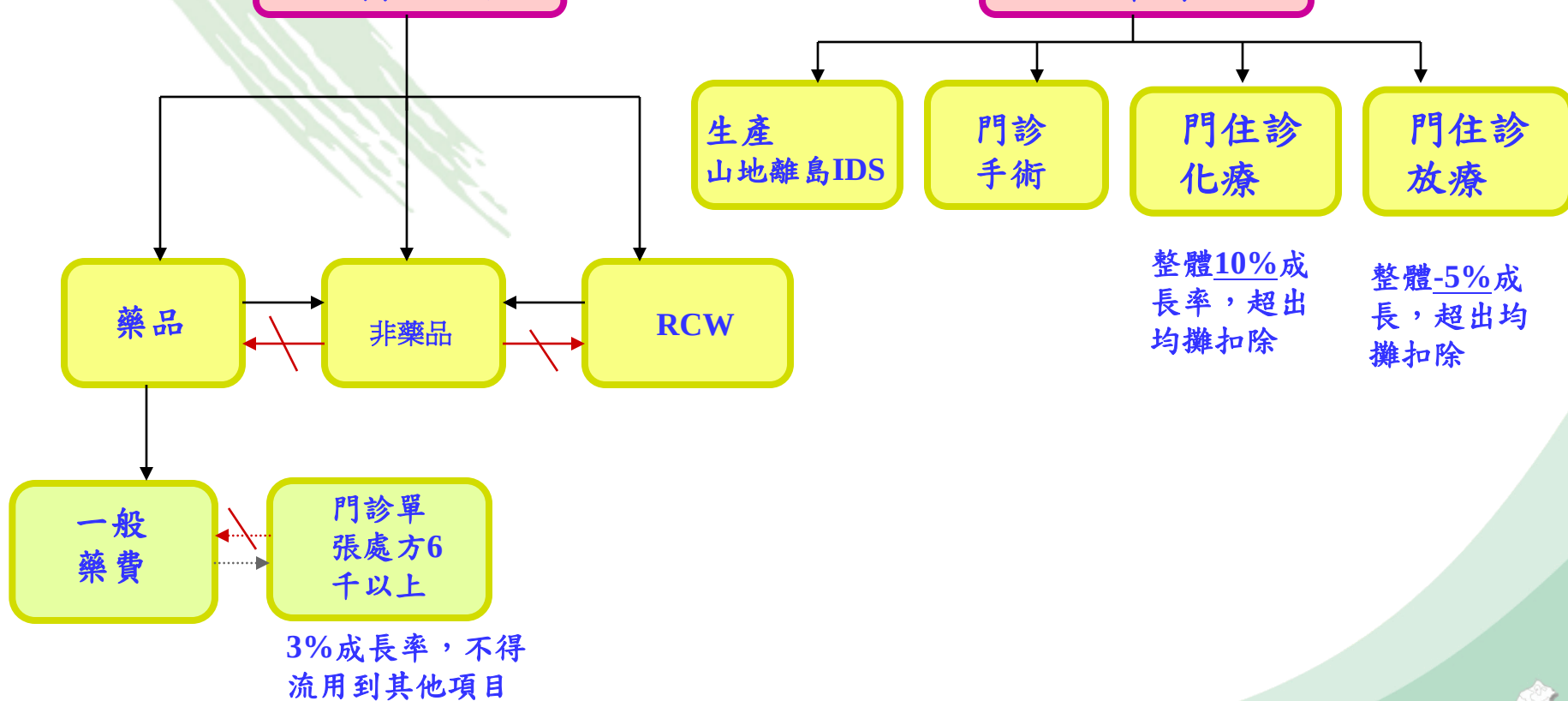




97_目標點數及藥費管理架構

目標點數

排外



※整體總額內藥費佔率26%



98年醫院總額管理規劃原則





穩定方案目標點數協定

目標點數協定範圍

(半年協定一次，各季互不流用)

排除非總額、代辦項目
及專款專用部份

目標點數基礎值

(單一目標點數,惟
長期呼吸器另定)

97年結算率*原始目標點數+分
局排外核實點數

基礎值及當季點數 調整因素

每人平均就醫次數、單價、
急重症人數、實地訪查結果

外加鼓勵點數

品質指標每達成一項
增加一定比例目標點數

98年醫院總額管理架構(1)

* 參加對象：

所有醫院(排除一年內曾受停約處分之醫院)

* 實施期間：98年第1季起

目標點數設定

排外

代辦業務及其他部門

專款專用

總額內項目

(不含長期使用呼吸器項目)

97Q2結算率：97Q2最終結算點數/97Q2原始目標點數

98年基礎點數=結算率*97目標點數+97年分局排外項目

長期使用呼吸器項目(另訂)

下期目標點數調整因素

- 1門診每人每季就醫次數
- 2單價
- 3重症

各醫院目標點數分配占率

各醫院98年基礎點數(i)/ Σi



98年醫院總額管理架構(2)

各醫院目標點數分配占率

可分配總額
預設點值：0.96
可分配點數

各醫院目標點數

平時考核鼓勵監控指標

結 算

當季目標點數增減因子
單價：

- 門診每人平均非藥費單價
- 住診每人次平均非藥費單價A
- 門住診每人平均一般藥費單價
- 門住診每人癌症放療治療單價

2急重症：

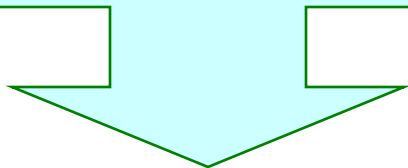
- 門診急診案件人數
- 住院案件(擷取條件同97年之住院案件特定項目之監控)之人數
- 門住診癌症放射線治療人數
- 門診癌症化學治療人數

98年預估點值及分配數

項目		點數(百萬)
97Q2總額	A1	
98Q2成長率	A2	(未確定)
總額分配	$A3=A1*(1+A2)$	
非當季送核補報核付點數	a1	-9
申復爭審補付	a2	-18
補付	a3	-3
追扣	a4	7
自墊	a5	-20
風險保留款 (含跨區校正差值、支付調整、流行性疾病等)	a6	-150
指標保留點數及管控目標點數回補($A1*1.5\%$)	a7	-212
可分配總額	$A=A3+a1+a2+a3+a4+a5+a6+a7$	
		預估點值 0.96
可分配點數	B	
預扣點數(呼吸器目標點數+回補點數+非穩定點數)	C	1990
穩定方案醫院可分配點數	$D=B-C$	



基礎值 (目標點數可分配占率)



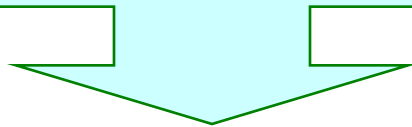
- 98Q2至98Q4採用97年各季結算率為計算基礎。
- 98Q1基礎值，以98Q2之基礎點數乘以各院97Q1及97Q2之原始申報點數之比值推算

98Q1基礎點數= 98Q2基礎點數*(97Q1原始申報點數/97Q2原始申報點數)





下期(當季)目標點數調整因素
目標值設定



- 門診每人每季就醫次數：97年已設之目標
- 非藥費單價：經支付標準調整 $94Q3*80\%+96Q2*20\%$
(調整後單價不高於94Q3單價之5%)
- 一般藥費單價：目標數單價 $*80\%+$ 申報數單價 $*20\%$
(調整後單價不高於目標數單價之2.5%)
- 每人癌症放射線治療單價：定基值
- 急重症人數：97年各季人數



單價管理-目標值設定試算(1)

級距_98年base 較 adj_94q3成長率	門診單價_非藥費	
	家數	費用占率
1_0%	55	32.81%
2_0%-3%	39	57.96%
3_>3%~5%	5	3.55%
4_>5%-10%	2	0.10%
5_>10%	3	0.44%
6_base96Q2	5	4.46%
總計	109	99.31%

級距_98年base 較 adj_94q3成長率	住診單價A_非藥費	
	家數 (地教以上)	費用占率
1_0%	7	35.71%
2_0%-3%	14	39.52%
3_>3%~5%	2	3.39%
6_base96Q2	2	3.84%
總計	25	82.46%

單價管理-目標值設定試算(2)

級距_98年base較 目標數單價成長率	門住診_一般藥費單價	
	家數	費用占率
1_<-10%	11	3.64%
2_-10%~0%	19	5.60%
3_>0%~3%	49	67.44%
4_>3%~5%	11	15.88%
5_>5%~10%	4	2.07%
6_>10%以上	5	1.46%

1.目標數單價

= (97Q1門住診一般藥費目標點數+97Q2門住診一般藥費目標點數) / (97Q1列入門診每人平均非藥費單價計算之件數+97Q2列入門診每人平均非藥費單價計算之件數)

2.申報數單價

= (97Q1門住診一般藥費申報數+97Q2門住診一般藥費申報數) / (97Q1列入門診每人平均非藥費單價計算之件數+97Q2列入門診每人平均非藥費單價計算之件數)



下期目標點數調整因素及操作方式

類別	下期目標點數調整因素	目標值設定	調整操作方式	調整成數
量	門診每人每季就醫次數	97年設定之目標值	當期值>目標值，扣減目標點數	100% (實施6個月後評估再予以修訂)
單價	門診每人平均非藥費單價	經支付標準影調整 94Q3*0.8+96Q2*0.2	(目標單價-當期單價)* 當期計入單價之人數	
	住診每人次平均非藥費單價A	調整後單價不高於94Q3單價之5%		
	門住診每人平均一般藥費單價	目標數單價(0.8)+申報數單價(0.2) 調整後不高於目標數單價之2.5%		
	門住診每人癌症放射線治療單價	定基值		
重症	住院案件特定項目人數	97年各季人數	(當期人數-目標人數)*96Q2單價	
	門住診癌症放射線治療人數		(當期人數-目標人數)*定基值	
	門診癌症化學治療人數		(當期人數-目標人數)*當期單價	



當季目標點數增減因子及操作方式

類別	當季目標點數增減因子	目標值設定	增減目標點數操作方式	調整成數
單價	門診每人平均非藥費單價	同下期目標點數調整因素之目標值設定	$(\text{目標單價} - \text{當期單價}) * \text{當期計入單價的人數}$	10%
	住診每人次平均非藥費單價A			10%
	門住診每人平均一般藥費單價			10%
	門住診每人癌症放射線治療單價			10%
急重症	急診案件之人數	97年各季人數	$(\text{當期人數} - \text{目標人數}) * 96\text{Q2單價}$	5%
	住院案件特定項目人數		$(\text{當期人數} - \text{目標人數}) * 96\text{Q2單價}$	20%
	門住診癌症放射線治療人數		$(\text{當期人數} - \text{目標人數}) * \text{定基值}$	20%
	門診癌症化學治療人數		$(\text{當期人數} - \text{目標人數}) * \text{當期單價}$	20%

說明：總增減點數上限為當季目標點數的正負0.35%

平時考核鼓勵項目

指標編號	指標系統編號	指標名稱	屬性	備註
N4_01		門住診CT及MRI執行率	負向	
N4_02	N_108	住院案件出院後三日再急診率	負向	
N4_03	N_107	住院案件出院後十四日再入院率	負向	
N4_04	N_86.1	慢性病之慢性病連續處方箋開立比率	正向	
N4_05	N_36	清淨手術抗生素小於1日使用率	正向	
N4_06	N_165.1	門診同藥理不同處方用藥日數重複比率(跨院)	負向	分子不含08案件
N4_07		門診每人平均就醫次數	負向	
N4_08	N_486	門診手術(含ESWL)後2日內急診或住院率	負向	
N4_09	N_805	同院所生產案件出院後14日內再入院率	負向	婦幼專科
N4_10		門診婦產科超音波執行率	負向	婦幼專科
N4_11		精神科病人出院後30日內門診追蹤治療率	正向	精神專科
N4_12		精神科住院案件出院後14日內再入院率	負向	精神專科

說明：上述各項每達成1項增加當季目標點數0.15%



穩定方案相關配套措施(1)

回補機制：

申報之管控項目超出目標點數6%以上者，最高回補3成，整體回補有其總額度限制。

加強品質監控：

- 實地審查：
同97年操作方式

回饋措施：

點值若達0.97以上，或非穩定方案醫院成長率高於前一年成長率，則參加之醫院調整目標點數。

制度的公平性、公正性、合理性及
醫療品質的確保



穩定方案相關配套措施(2)

避免點數移轉：

1. 體系醫院一起加入一起結算。
2. 支援非體系醫院占個別醫師總點數10%以上，其超出點數的5成，從執業醫院目標點數中扣除。

品質確保及提昇：

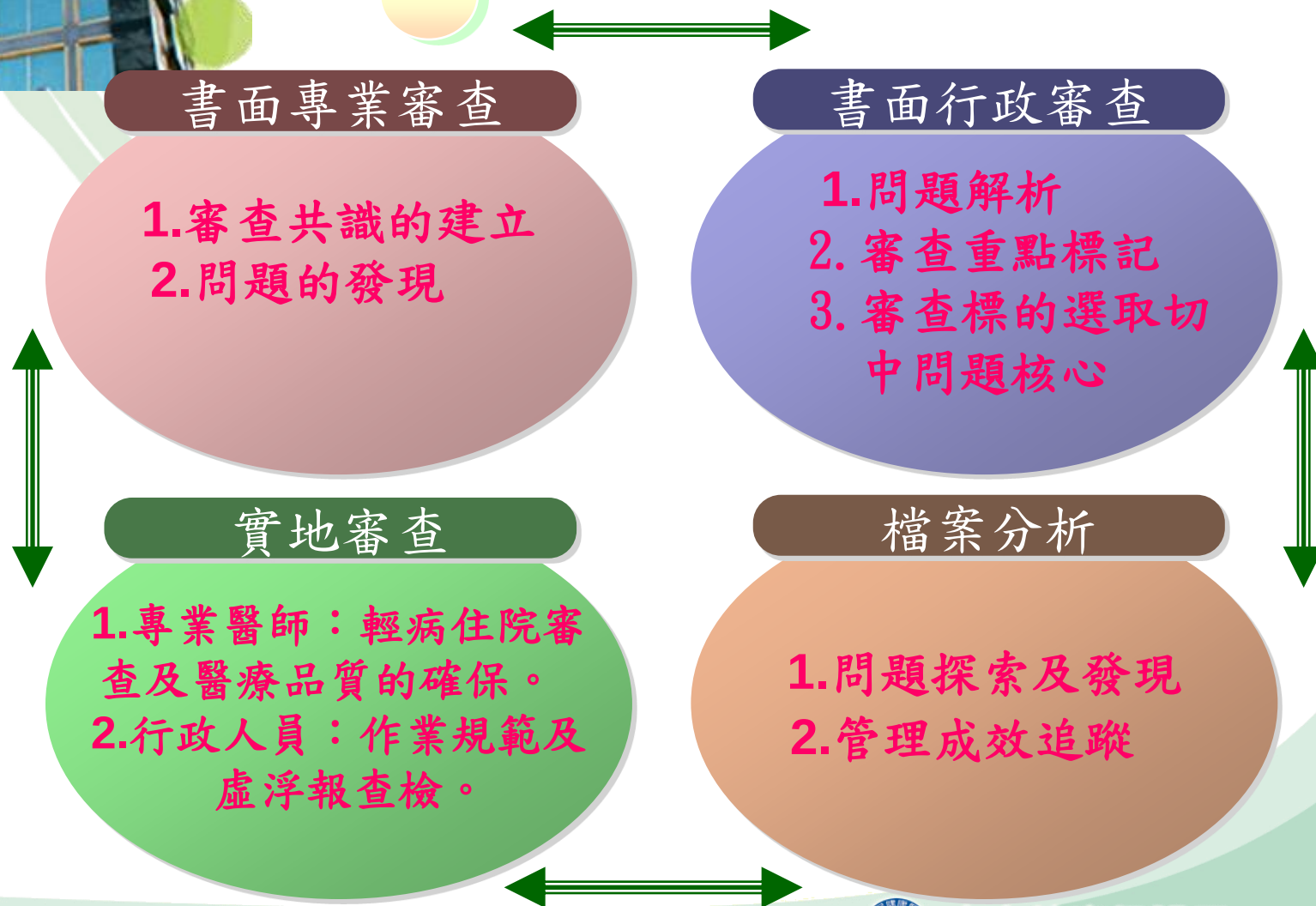
1. 仍要參與專案管理或立意抽審之審查，惟核扣點數不回推。
2. 若為護理之家主要負責醫院在達成必要指標及費用節省的情形下，得減少點數核扣。

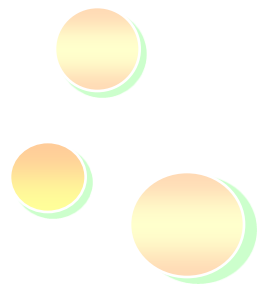
病患權益保障：

對於民眾申訴或檢舉案件，循原申訴或查核流程及規定進行，若有拒絕病人事實，有損民眾就醫權益或健保形象之情形，每一成案核扣點數10萬點。

制度的公平性、公正性、合理性及病患就醫權益的確保

非穩定方案醫院的管理措施





報告案三：轉請配合事項



98年長期使用呼吸器 費用申報配合事項（1）

緣由

為因應98年度起未參與試辦計畫之呼吸照護病床及一般病床，合計收治符合呼吸器依賴病患定義之病患，應以整合性照護住院照護階段支付標準給付為上限。





98年長期使用呼吸器 費用申報配合事項（2）

◎病人入住ICU病房與一般病房所產生之費用請切帳並 正確申報符合該階段支付標準點數，若未正確將由行政核減，且其核減點數不併入總額點數計算。

◎若ICU與一般病房未切帳或與一般病房含無使用呼吸器申報，則按住院日數比例切分。

◎呼吸器依賴患者全面納管通則五：病患不論是否於同一醫事服務機構之住院、出院、轉入轉出次數，多次入住呼吸照護病房(RCW) 及一般病房(含經濟病床)之照護日數均累計算之。意指 RCW及一般病房照護日數累計之定義為「終生」而非「該次依賴期間」。自98年1月1日起實施。





健保IC卡登錄及上傳資料 品質實施方案-預檢程式測試

為提昇健保IC卡上傳資料之使用效益，有關「健保IC卡登錄及上傳資料品質實施方案」，將自98年1月起（費用年月）增加勾稽項目。97年10月至12月為宣導期，目前轄區醫院僅18家已以預檢程式測試，請尚未測試醫院，儘速測試使用，以減少實施後檢核錯誤而致退件情形。（本分局97年9月30日健保中費一字第0970049230、0970088918號函諒達）





醫療院所送爭議審議之案件

本分局為配合爭審會之要求，提醒各醫療院所送爭議審議之案件請先確認，如該案件已明確不符相關規定，請務必斟酌是否要再提送爭議審議，以避免雷同情形之案件賡續申請爭議審議，浪費行政資源，亦造成本分局輔導不力之缺失。





請利用VPN申辦重大傷病證明

為利服務民眾申辦重大傷病證明，
減少往返奔波，請配合利用VPN上傳重
大傷病證明申請資料，對於免送專業審
查部分之重大傷病證明，本分局會儘速
回復申辦結果。

爾後醫院利用VPN申辦重大傷病證
明辦理情形，將每季統計後於醫院總額
聯繫會議報告。





請依規定開立醫療費用收據

財團法人台灣醫療改革基金會調查發現，部分醫療院所收據未列出健保申請點數、藥費點數與部分負擔名目混雜不一，請本局應加強輔導並列入總額共管會之督導。

本分局將至醫院實地審查時，不定期抽調收據內容格式，了解是否與規定相符。





「子宮頸抹片檢查」檢核邏輯

預防保健提供30歲以上婦女每年一次子宮頸抹片檢查，本局之「二代醫療資訊系統醫令自動化審查（PHE）」係以「年」為檢核邏輯。





「誠實申報、共創雙贏」 違規案例預防宣導

為防杜健保醫療資源浪費，保障保險對象就醫品質，對於醫療院所違規案件之查核，依多年查核經驗中發現，大部分特約醫事服務機構係因不諳健保相關規定而誤觸法規，提供「誠實申報、共創雙贏」違規案例預防宣導資料乙份供參，請宣導周知。





敬請指教

