



中區分局醫院聯繫會 第25次會議

醫療費用三組

97年3月6日



大 綱



- 報告案一：96年第3季點值結算及影響因素
- 報告案二：96年第4季與97年1月醫療費用申報概況
- 報告案三：穩定方案之簡化作業規劃重點說明
- 報告案四：97年長期呼吸器管理專案
- 報告案五：法令修正宣導



96年第4季醫院總額

預估平均點值：0.9514

跨區校正差值後之預估平均點值：0.9441



報告案一：96年第3季點值結算 及影響因素



96年第3季醫院總額點值結算 (本季、前一季及前一年季比較)



結算季別	項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
95Q3	浮動點值	0.8364	0.8972	0.8883	0.8982	0.9225	0.7391	0.8786
	平均點值	0.9135	0.9338	0.9350	0.9394	0.9512	0.8662	0.9281
96Q2	浮動點值	0.9062	0.9713	0.9192	0.9817	0.9423	0.8669	0.9277
	平均點值	0.9465	0.9680	0.9506	0.9789	0.9618	0.9230	0.9564
96Q3	浮動點值	0.8950	0.9113	0.8963	0.9220	0.9308	0.8458	0.9118
	平均點值	0.9446	0.9457	0.9416	0.9540	0.9578	0.9169	0.9468

註記：本資料96Q3點值轉載自醫院總額支付委員會97第1次會議之會議資料。

比較96年第3季醫院總額結算 與預估之總額分配差異

*影響因素：總額、人口風險因子校正比例及跨區就醫

*比較基準：總局預估值

就醫分局

項目	投保分局	就醫分局							合計
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區		
就醫 分局 估率 差值	台北	-0.53%	0.40%	0.02%	0.09%	0.05%	-0.03%	0%	
	北區	-0.02%	-0.08%	0.03%	0.07%	0.03%	-0.02%	0%	
	中區	0.03%	0.12%	-0.30%	0.13%	0.03%	-0.01%	0%	
	南區	-0.07%	0.08%	-0.01%	-0.04%	0.06%	-0.02%	0%	
	高屏	-0.04%	0.02%	-0.01%	0.15%	-0.10%	-0.02%	0%	
	東區	0.26%	0.29%	0.07%	0.08%	0.18%	-0.88%	0%	
總額 分配 差值 (百萬點)	台北	-105	95	5	22	12	-6	23	
	北區	6	22	4	6	3	-2	39	
	中區	3	14	-49	15	4	-1	-16	
	南區	-9	7	-2	-27	5	-2	-28	
	高屏	-5	2	-2	15	-38	-3	-31	
	東區	4	5	1	2	3	-26	-10	
	合計	-107	145	-42	33	-12	-39	-22	

96年第3季公告點值：平均點值0.9416
浮動點值0.8963



96年第3季醫院總額部門 跨區就醫概況

*資料不含偏遠地區點數約999.6百萬點

投保分局	就醫分局						合計
	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	
台北	20,185	2,387	750	475	608	206	24,610
北區	1,678	6,741	518	135	114	52	9,238
中區	602	304	10,768	302	143	41	12,161
南區	681	262	545	8,359	529	33	10,410
高屏	324	104	159	514	9,694	49	10,844
東區	191	86	42	22	72	1,719	2,133
合計	23,662	9,884	12,782	9,808	11,161	2,101	69,397

單位:百萬點

他局投保在中區就醫點數：2014百萬點

中區投保在他局就醫點數：1393百萬點

進出差值：620百萬點



報告案二：96年第4季與97年1月 中區醫院醫療費用申報概況



96年第4季醫院層級門住診 醫療費用點數之申報概況(1)



醫院層級	96年第4季門住診醫療費用及單價												
	門診						住院					門住合計	
	件數	醫療費用	每件醫療費用	每件診療	每件藥費	每日藥費	件數	醫療費用	每件醫療費用	每件住院日	每日費用	件數	醫療費用
醫學中心	1,215,035	2753	2266	912	1128	75.7	45,872	3085	67,261	8.4	8026	1,260,907	5838
區域醫院	1,549,166	2430	1569	698	613	45.7	60,420	2796	46,272	9.3	4956	1,609,586	5226
地區醫院	1,965,802	2094	1065	409	411	40.4	48,385	1831	37,848	11.6	3273	2,014,187	3925
合計	4,730,003	7277	1538	633	661	53.1	154,677	7712	49,862	9.7	5114	4,884,680	14989

醫療費用:百萬

醫院層級	96年第4季較95年第4季_成長率%												
	門診						住院					門住合計	
	件數	醫療費用	每件醫療費用	每件診療	每件藥費	每日藥費	件數	醫療費用	每件醫療費用	每件住院日	每日費用	件數	醫療費用
醫學中心	1.53%	6.45%	4.8%	8.0%	4.5%	3.1%	4.8%	5.6%	0.7%	-0.6%	1.4%	1.6%	6.0%
區域醫院	5.32%	4.71%	-0.6%	4.1%	-4.1%	-6.2%	2.7%	5.4%	2.6%	2.3%	0.3%	5.2%	5.1%
地區醫院	12.58%	17.12%	4.0%	11.9%	0.0%	-5.5%	8.8%	13.2%	4.0%	0.9%	3.1%	12.5%	15.3%
合計	7.17%	8.70%	1.4%	6.0%	-1.0%	-3.3%	5.2%	7.2%	1.9%	1.3%	0.6%	7.1%	7.9%

排除案件分類05

96年第4季醫院層級門住診 醫療費用點數之申報概況 (2)



醫院層級	門診藥費		住院藥費		門住合計藥費		藥費成長率		
							96年第4季 較 95年第4季		
	95年第4季	96年第4季	95年第4季	96年第4季	95年第4季	96年第4季	門診	住院	門住
醫學中心	1291	1370	458	453	1749	1823	6.14%	-1.12%	4.24%
區域醫院	941	950	325	332	1266	1282	0.98%	2.07%	1.26%
地區醫院	718	808	164	192	883	1000	12.53%	16.76%	13.32%
合計	2950	3129	948	977	3898	4106	6.05%	3.07%	5.33%

金額:百萬



96年第4季醫院層級門住診 醫療費用點數之申報概況 (3)



醫院層級	門診藥費佔率		住院藥費佔率		門住合計藥費佔率		藥費佔率之差值		
							96年第4季 較 95年第4季		
	95年第4季	96年第4季	95年第4季	96年第4季	95年第4季	96年第4季	門診	住院	門住
醫學中心	49.92%	49.77%	15.69%	14.69%	31.75%	31.23%	-0.15%	-0.99%	-0.52%
區域醫院	40.55%	39.10%	12.26%	11.87%	25.46%	24.53%	-1.44%	-0.39%	-0.93%
地區醫院	40.18%	38.61%	10.15%	10.47%	25.92%	25.48%	-1.57%	0.32%	-0.44%
合計	44.07%	43.00%	13.18%	12.67%	28.07%	27.39%	-1.07%	-0.51%	-0.68%

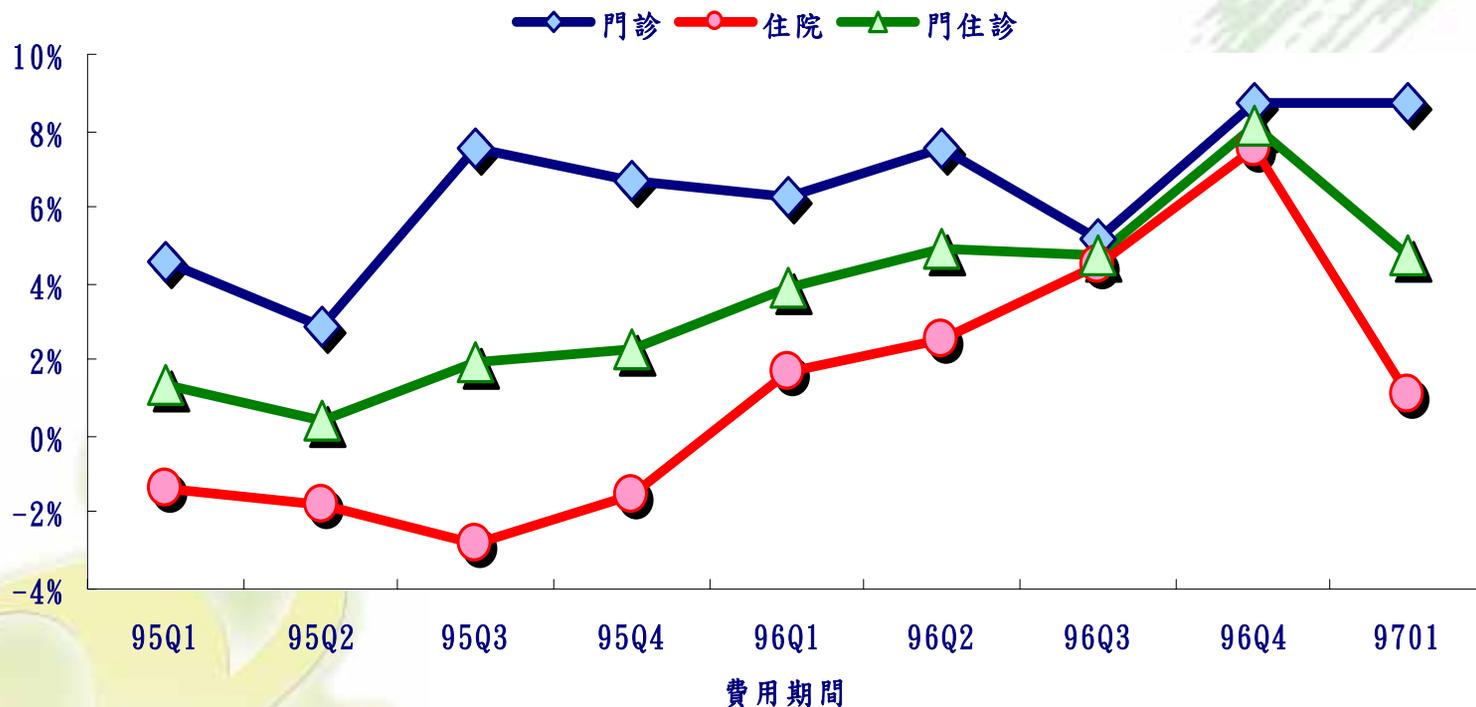
96年第4季醫院層級門住診 醫療費用點數之申報概況 (4)

醫院層級	門診診療費		住院診療費		門住合計診療費		診療費成長率		
							96年第4季 較 95年第4季		
	95年第4季	96年第4季	95年第4季	96年第4季	95年第4季	96年第4季	門診	住院	門住
醫學中心	1011	1108	1012	1083	2023	2192	9.65%	7.05%	8.35%
區域醫院	987	1082	903	962	1889	2044	9.65%	6.62%	8.20%
地區醫院	639	805	609	692	1248	1497	25.98%	13.58%	19.93%
合計	2636	2995	2524	2738	5160	5733	13.61%	8.47%	11.09%

金額:百萬

醫院醫療費用點數同期成長率概況

成長率



診別	95Q1	95Q2	95Q3	95Q4	96Q1	96Q2	96Q3	96Q4	97Q1
門診	6284	6614	6766	6695	6679	7114	7113	7278	2558
住院	7069	7397	7147	7166	7188	7586	7465	7709	2633
門住診	13352	14012	13913	13861	13867	14700	14578	14987	5191

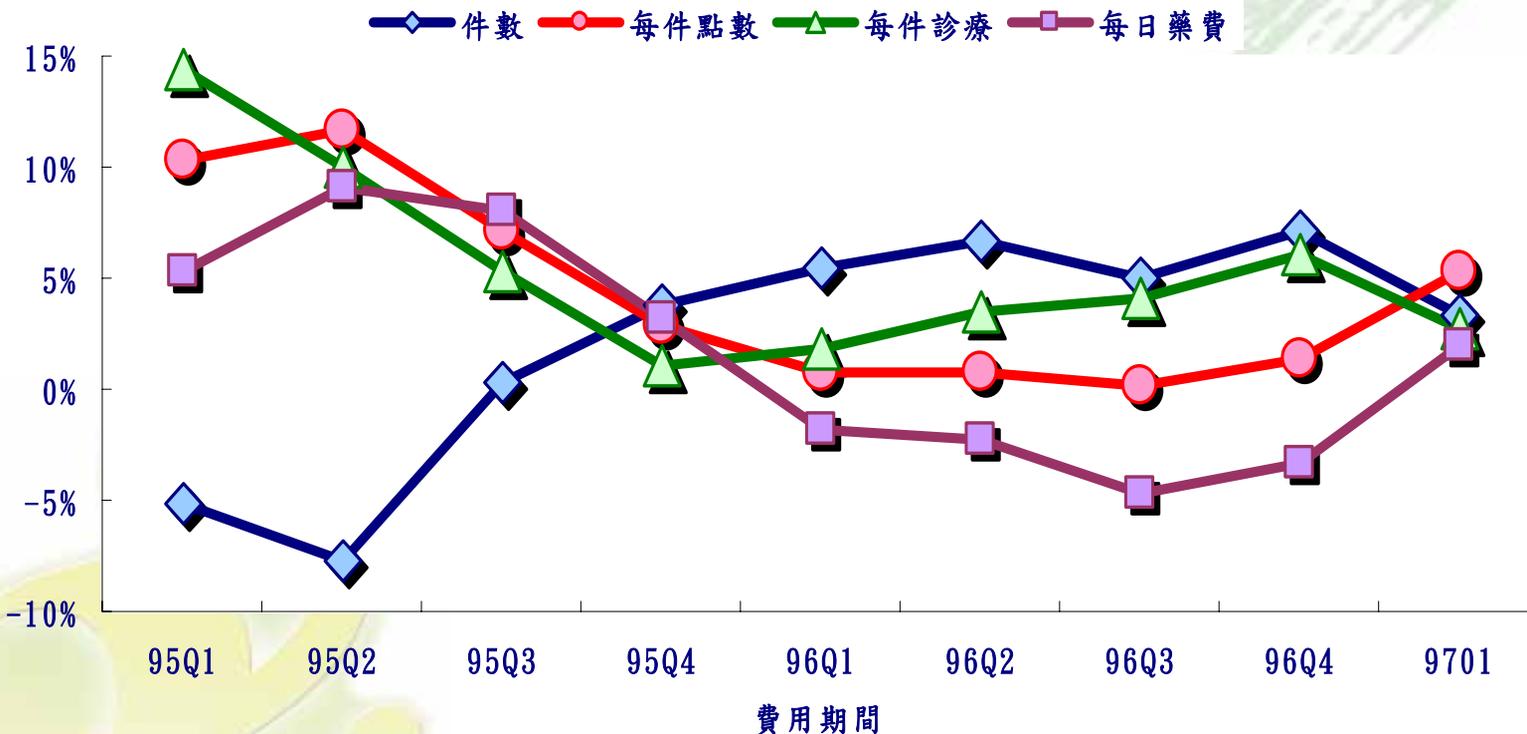
單位：百萬點



醫院門診費用結構同期成長率概況



成長率



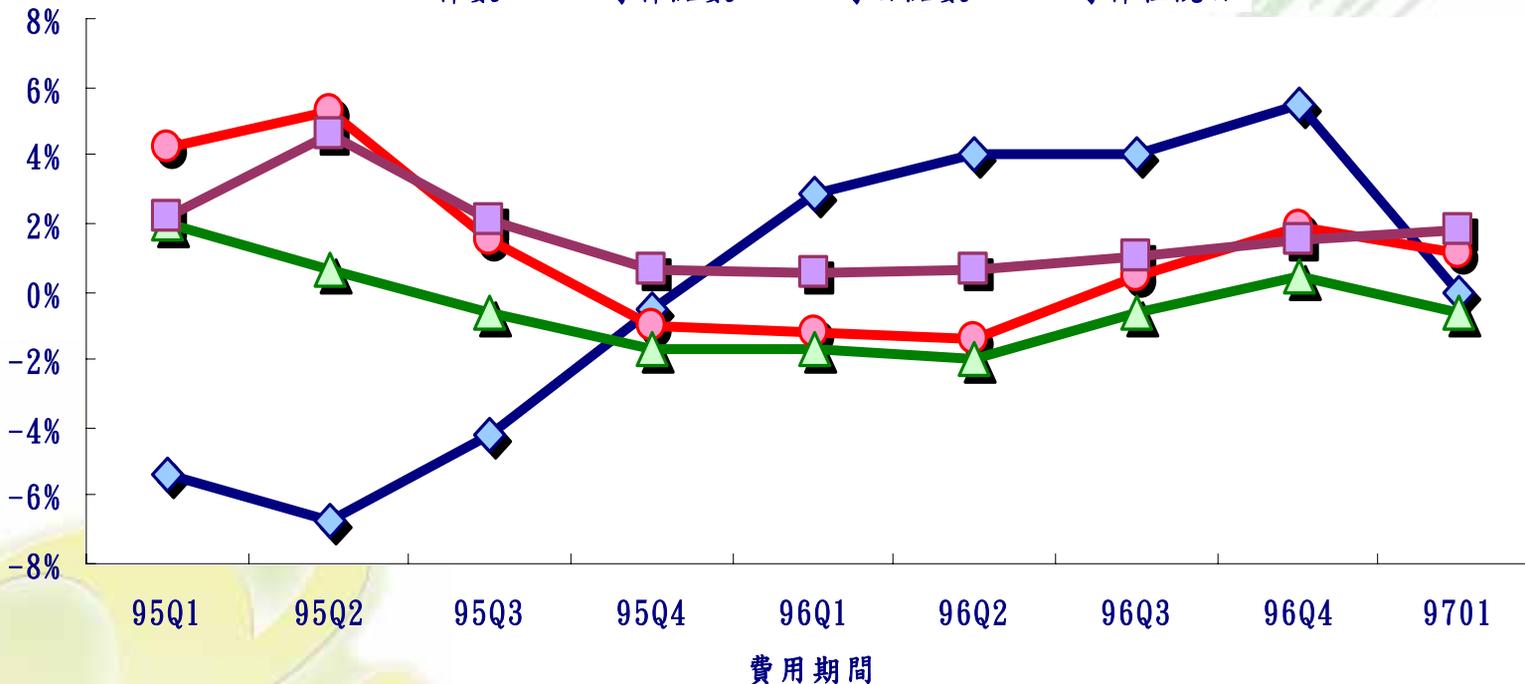
項目	95Q1	95Q2	95Q3	95Q4	96Q1	96Q2	96Q3	96Q4	97Q1
件數(千件)	4151	4283	4317	4414	4376	4572	4535	4731	1601
每件點數	1,514	1,544	1,567	1,517	1,526	1,556	1,569	1,539	1,598
每件診療	594	620	627	597	604	642	653	633	627
每日藥費	55.2	56.1	56.8	54.9	54.2	54.8	54.2	53.1	54.8



醫院住院費用結構同期成長率概況

◆ 件數 ● 每件點數 ▲ 每日點數 ■ 每件住院日

成長率



項目	95Q1	95Q2	95Q3	95Q4	96Q1	96Q2	96Q3	96Q4	97Q1
件數(千件)	144	147	147	147	148	152	152	155	53
每件點數	49,243	50,470	48,738	48,904	48,668	49,749	48,952	49,852	49,626
每日點數	5,275	5,207	5,159	5,094	5,187	5,102	5,128	5,116	5,107
每件住院日	9.3	9.7	9.4	9.6	9.4	9.8	9.5	9.7	9.7

97年1月醫院層級門住診 醫療費用點數之申報概況 (1)



97年1月門住診醫療費用及單價

醫院層級	門診						住院					門住合計	
	件數	醫療費用	每件醫療費用	每件診療	每件藥費	每日藥費	件數	醫療費用	每件醫療費用	每件住院日	每日費用	件數	醫療費用
醫學中心	424,666	990	2331	912	1186	76.6	15,488	1049	67,708	8.6	7865	440,154	2038
區域醫院	577,585	926	1603	662	679	48.1	23,696	1052	44,382	8.9	5009	601,281	1977
地區醫院	598,731	643	1074	392	435	40.8	13,124	504	38,367	12.6	3038	611,855	1147
合計	1,600,982	2558	1598	627	722	54.8	52,308	2604	49,779	9.7	5115	1,653,290	5162

醫療費用:百萬

97年1月較96年1月_成長率%

醫院層級	門診						住院					門住合計	
	件數	醫療費用	每件醫療費用	每件診療	每件藥費	每日藥費	件數	醫療費用	每件醫療費用	每件住院日	每日費用	件數	醫療費用
醫學中心	1.68%	9.25%	7.4%	2.9%	13.7%	7.0%	-0.3%	-4.4%	-4.1%	-0.6%	-3.5%	1.6%	1.8%
區域醫院	1.35%	5.05%	3.7%	0.4%	9.2%	0.0%	-0.7%	3.9%	4.7%	0.7%	4.0%	1.3%	4.5%
地區醫院	6.47%	13.63%	6.7%	10.1%	8.7%	-1.5%	-4.8%	0.8%	5.9%	6.5%	-0.6%	6.2%	7.6%
合計	3.30%	8.73%	5.3%	2.8%	10.3%	1.9%	-1.7%	-0.2%	1.5%	1.9%	-0.4%	3.1%	4.0%

排除案件分類05



97年1月醫院層級門住診 醫療費用點數之申報概況 (2)



醫院層級	門診藥費		住院藥費		門住合計藥費		藥費成長率		
							97年1月 較 96年1月		
	96年1月	97年1月	96年1月	97年1月	96年1月	97年1月	門診	住院	門住
醫學中心	436	504	183	157	619	661	15.57%	-14.13%	6.79%
區域醫院	354	392	123	128	478	520	10.68%	4.14%	8.99%
地區醫院	225	261	47	49	272	309	15.69%	3.55%	13.58%
合計	1015	1156	353	334	1369	1491	13.89%	-5.40%	8.91%

金額:百萬

97年1月醫院層級門住診 醫療費用點數之申報概況 (3)



醫院層級	門診藥費佔率		住院藥費佔率		門住合計藥費佔率		藥費佔率之差值		
							97年1月 較 96年1月		
	96年1月	97年1月	96年1月	97年1月	96年1月	97年1月	門診	住院	門住
醫學中心	48.11%	50.89%	16.68%	14.98%	30.89%	32.42%	2.79%	-1.69%	1.53%
區域醫院	40.21%	42.36%	12.18%	12.21%	25.23%	26.32%	2.15%	0.02%	1.09%
地區醫院	39.81%	40.53%	9.44%	9.70%	25.57%	26.99%	0.72%	0.26%	1.42%
合計	43.15%	45.20%	13.55%	12.84%	27.59%	28.88%	2.05%	-0.71%	1.29%

97年1月醫院層級門住診 醫療費用點數之申報概況 (4)



醫院層級	門診診療費		住院診療費		門住合計診療費		診療費成長率		
							97年1月 較 96年1月		
	96年1月	97年1月	96年1月	97年1月	96年1月	97年1月	門診	住院	門住
醫學中心	370	387	372	372	743	759	4.67%	-0.19%	2.23%
區域醫院	376	383	338	357	714	740	1.75%	5.78%	3.66%
地區醫院	200	234	190	195	390	429	17.23%	2.54%	10.08%
合計	946	1004	900	924	1846	1928	6.17%	2.63%	4.44%

金額:百萬



中區分局參加穩定方案醫院 96年第4季各項費用超出目標點數概況

項目		門診單張處方 藥費6000點以上	一般藥費	其他醫療費用 (不含藥費)	門診 化療藥費
申報值 (百萬點)	醫學中心	288	1429	4128	
	區域醫院	91	1189	3872	
	地區醫院	4	340	1047	
	合計	386	3000	9196	188
超出比率	醫學中心	1.88%	6.24%	6.49%	
	區域醫院	17.48%	2.89%	-0.79%	
	地區醫院	-19.81%	-0.52%	-1.18%	
	合計	4.92%	4.03%	2.41%	3.21%

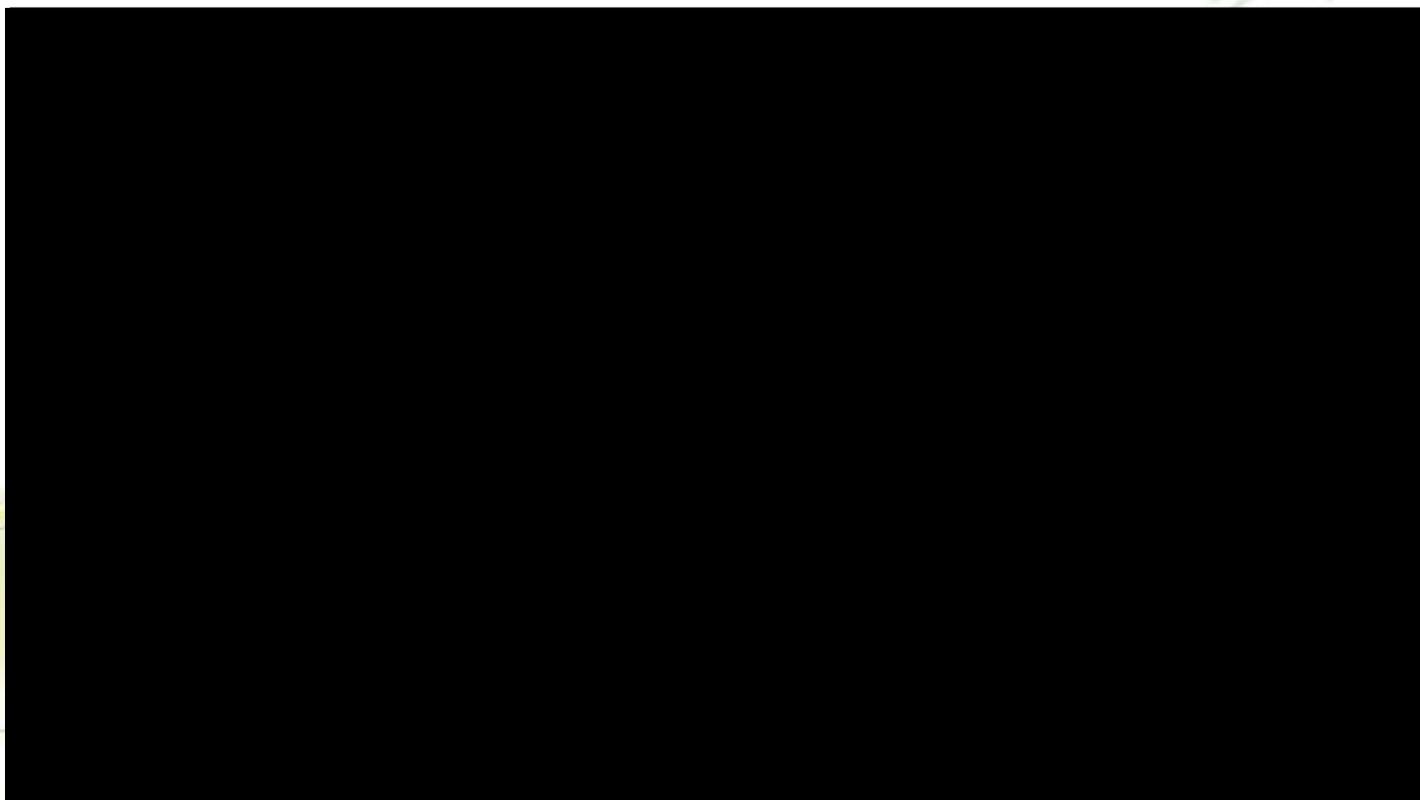
註記：體系醫院併計，醫院層級以該相關體系之最高層級計。

96年第2次平時考核專業審查結果



門住診別	抽審項目	抽審筆數	初審核減率	複審核減率	審畢最終核減率
住	小兒科	453	11.13%	10.48%	9.00%
住	直腸消化外	176	7.39%	6.72%	6.09%
住	神經科	309	6.50%	4.74%	5.65%
住	胸腔內科	407	7.75%	7.92%	7.20%
住	復健科	395	10.58%	6.86%	5.24%
住	腎臟內科	429	5.94%	6.73%	4.80%
住	腸胃內科	531	11.43%	13.07%	12.76%
住	整型胸腔外	182	11.24%	15.72%	14.65%
住	住其他	342	10.69%	11.45%	9.42%
住	住精神科	160	9.05%	10.17%	10.93%
門	CT	834	22.35%	23.12%	19.50%
門	MRI	610	28.68%	30.20%	25.28%
門	超音波	534	20.13%	25.19%	21.15%
門	一般生化	4173	13.32%	12.97%	12.36%
門	皮膚科用藥	1508	7.65%	7.65%	5.03%
門	門其他	216	11.59%	10.64%	11.25%
門	門精神科	237	7.88%	6.98%	5.35%
	總計	11,496	10.72%	10.94%	9.80%

96年第4季門住診申報 醫療費用點數-分局別 (總局支付委員會97年第1次會議資料)



註1：料來源：截至7年2月2日明細彙總檔。

註2：成長率為與前一年同期比較。



報告案三：穩定方案之簡化作業 規劃重點說明



97年醫院總額管理架構

目標點數及藥費管理架構

目標點數

排外

生產
山地離島IDS

門診
手術

門住診
化療

門住診
放療

藥品

非藥品

RCW

一般
藥費

門診單
張處方6
千以上

整體10%成
長率，超出
均攤扣除

整體-5%成
長，超出均
攤扣除

3%成長率，不得
流用到其他項目





97年穩定方案目標點數成長值分配概況

項目	點數_96Q2	成長值	成長率	佔率
重分配點數_平時考核成果		107,538,616	0.93%	38.41%
重分配點數_依個別醫院目標點數占率分配		24,130,834	0.18%	8.62%
申報點數_化療96Q2	350,723,844	35,072,384	10.00%	12.53%
申報點數_放療96Q2	289,415,588	-14,470,779	-5.00%	-5.17%
申報點數_藥費6000點以上	264,521,577	7,435,709	3.00%	2.66%
申報點數_急重症	2,405,988,989	120,299,449	5.00%	42.96%
總計		280,006,214		100%

• 參加穩定方案醫院，最遲請於3/12（郵戳）前函復。

作業目的及參加條件

目的

- 控制點值於合理範圍
- 簡化行政作業-免例行性專審、單一點數管控

參加條件

- 原參加穩定方案醫院
- 專審原始門住診合併計算核減率 $<15\%$

協商項目 (1)



● 目標點數範圍：依97年穩定方案架構(不含呼吸器)

● 簡化作業目標點數(單一值)=
97年各季原始目標點數*96年各季結算率

※結算率=

96年各季結算點數/96年各季目標點數
(已包括三擇一、點數不足、超出回補、外加專審核扣等因素)

協商項目 (2)



給付模式

- _ 超出目標點數全部扣除，不足核實給付，惟超出6%以上則最高回補3成。
- _ 依監控指標達成與否，增加或扣減目標點數。

※必要達成指標：單價、一般藥費占率

※合併計算達成指標六項：

CT執行率、MRI執行率、慢性病連續處方箋開立比率、十四日內再入院率、三日內再急診率、同藥理用藥日數重複率。(項目不足醫院由分局選取其他項目補足)

其他注意事項



- 化學治療、放射線治療仍為排外項目整體點數管控，放射線治療超出單價上限先予扣除。
- 區域級以上醫院之重大創傷、中風、癌症手術費大於3萬，仍有回算機制。
- 有損病患就醫權益之重大申訴案件，成案者一案扣10萬點。



報告案四：97年長期呼吸器管理專案



源頭管理 (1)



- 調降原則：一季需節流3千萬，參考全局統計「呼吸器依賴患者94年平均每人住院天數130天，每人平均住院醫療費用88萬點」，一季費用以60萬計，應減少50人。
- 自97年第2季起開始實施。
- 監控指標項目：當季新使用呼吸器個案大於14天占有所有呼吸器案件比率，以96年第2季申報資料為計算基礎。

源頭管理 (2)

● 優先調降不合理部分：

區域及地區醫院(排除ICU病床<10床者)，其96年第2季新使用呼吸器>14天人數占率高於同儕P80以上(含)醫院，審查ICU個案使用呼吸器合理性，另醫學中心>14天人數占率高於區域醫院P80之值時，將比照辦理。

源頭管理 (3)



同儕P80 (含) 以上醫院之審查及調降目標設定：

- ✦ 抽樣方式：抽審符合條件之20%(隨機抽樣)，每家醫院至少20件，採3位醫師審查，2位審查為不合理即成案。
- ✦ 97年第2季：依96年第2季資料，抽審96年第4季申報案件，依不合理件數比率之40%作為調降依據，上限15%。
- ✦ 97年第3及4季：依97年第1季資料，抽審該季案件，依不合理件數比率之40%作為調降依據，但取消上限。
- ✦ 上述調降目標數不足50人時，不足人數由全部醫院按等比率分攤（含P80以上醫院）。

源頭管理 (4)

✦ 操作方式：

- ✦ 個別醫院分攤目標數計算 (A) = (各醫院應下降人數/全體醫院應下降人數) x 3千萬
- ✦ 各季以醫院之下降率監控：
 - 下降率 (B) = 各醫院使用呼吸器大於14天應下降人數/各醫院呼吸器使用總人數。
- ✦ 個別醫院每季未達下降率，將依該院未達成之比率核減點數，其計算：【1-((當季呼吸器使用>14天占率-去年同期>14天占率)/B)】 * A

96年第2季新使用呼吸器個案 使用大於14天申報情形



層級別	大於14 天人次	總人次	大於14天 人數占率	P80(排 10床以 下)
醫學中心	609	3112	19.57%	
區域醫院	570	2807	20.31%	26.40%
地區醫院	346	1319	26.23%	35.52%
總計	1525	7238	21.07%	

註：源頭管理下降50人，降幅為3.28%

長期呼吸器使用層級間分工



- 區域以上醫院，以發展急重醫療為重，逐步降低長期使用呼吸器個案收治人數：降幅全年平均10%，1-4季降幅比率為5%、8%、12%、15%。
- 以各季照護日數監控。

長期使用呼吸器RCW及一般病房管理專案



ICU
RCC

長期使用呼吸器管
理專案(目標點數)
Rcw、一般病房

- 平時考核：
1. 實地訪評
 2. 重大傷病卡申請不合理比率
 3. 首次使用>21天人數比
 4. 上轉icu比率
 5. 合理病患來源比率
 6. 申訴成案件數

併入
穩定
方案
~ 非
藥費
目標
點數

- 目標點數併入穩定方案管理：
1. 區域以上醫院
 2. 收治10人以下醫院
 3. 體系內醫院
 4. 95年是類費用併入穩定方案者
 5. 其他醫院

目標點數單獨管
理

最近評量
4~6級

最近評量1-3級

未超出目標點數：
回流及增加機制

超出目標點數核減

1. 超出目標點數核減
2. 超出基期申報點數
回補40%(整體1千萬點)

97年長期使用呼吸器

RCW及一般病房管控重點摘要

• 併入穩定方案管理醫院：

未達目標點數增加部分改為醫學中心0.6、其他醫院0.4。

• 單獨管理醫院：

1. 評量1-3級之醫院，依其超出申報基期部分，依序增加80%、75%、70%，上限1千萬點。

2. 負成長15%以上調降目標點數，方式為：

96年目標點數*(1+成長率+10%)。



96年度長期使用呼吸器 目標點數管理執行情形

層級別	申報 _Q2	申報 _Q3	申報 _Q4	96Q2 超出率	96Q3 超出率	96Q4 超出率
醫學中心	96	92	77	-11.08%	-9.28%	-23.94%
區域醫院	123	123	126	-11.12%	-9.23%	-6.04%
地區醫院	326	316	309	0.27%	3.36%	2.03%
總計	544	531	512	-4.63%	-2.14%	-4.84%

費用單位：百萬

96年度長期使用呼吸器併入穩定 方案管理費用流用及超出情形

季別	增加至穩定方案非藥費目標點數(不含1)	超出目標點數
96q2	2062	103
96q3	2197	766
96q4	2977	183

單位：萬點

96年長期使用呼吸器單獨目標 點數管理超出目標點數情形

季別	超出基期申報點數回補40% 之點數	超出目標點數
96q2	13	1006
96q3	229	1745
96q4	401	1787

單位：萬點

RCW及一般病房

--97年目標點數設定原則



- 以96年第4季為基期，參考95年各季係數，1-4季分別為0.9961、1.0714、1.0081、1。
- 單獨管理之醫院：
 - ✦ 評量1-3級之醫院，以其超出申報基期點數部分，做為調整依據，第1級調整80%，第2級75%，第3級70%，惟整體增加上限1千萬點。
 - ✦ 負成長15%以上醫院調降其目標點數，計算方式為： $96\text{年目標點數} \times (1 + \text{成長率} + 10\%)$ 。
- 各季低於50萬點醫院不另設目標點數管理。

RCW及一般病房



- 重新評量申請機制：同96年
- 地區醫院無基期者：
 - ✦ 目標點數：以設置床位數(RCW)*每季日數*占床率(設60%)*呼吸照護品質給付成數(5級80%)*IDS呼吸器照護日定額點數(4,349)。
 - ✦ 成立滿半年後進行照護品質評量，並依評量結果調整目標點數，調整方式如“重新評量申請機制”。

RCW及一般病房

--併入點值穩定方案之醫院

- ✦ 長期使用呼吸器未超出之目標點數可單向流用於穩定方案非藥費目標點數。
- ✦ 超出目標點數逕予核減。
- ✦ 未超出目標點數，則酌予增加穩定方案非藥費目標點數，增加點數為不足目標點數部分，醫學中心為60%，其他醫院為40%。

RCW及一般病房

--併入點值穩定方案之醫院

- ✦ 區域以上醫院若長期使用呼吸器個案收治人數，下降未達該季目標值時，不足目標點數部分不予增加(只回流不足之部分，即無0.6及0.4部分)。
- ✦ 若有隱匿不申報呼吸器醫令，則本項不予增加點數，不足目標點數部分之50%流用於穩定方案之非藥費目標點數。

RCW及一般病房

--目標點數單獨管理醫院

- 超出逕予核減，惟原評量等級為1-3級者，其超出**原基期申報點數**部份，將回補40%，惟整體回補上限每季1千萬點。
- 回補之點數將列入98年目標點數分配之參考。
- 未超出目標點數：平時考核無異常或違反相關規定者核實給付。

RCW及一般病房

配合事項

➤ 轉出醫院應檢送下列資料給予轉入醫院：

- 呼吸器使用紀錄單：應含有首次呼吸器使用日及2週內使用記錄。
- 現住病房類別
- 事前審查紀錄單

平時考核監控

項目

- 實地訪評
- 重大傷病卡申請不合理案件比率
- ICU上轉比率/季
- 合理病患來源比率（來自合格的上游醫院）
- 申訴成案件數
- 首次呼吸器使用超過21天人數與ICU病床比

● 分數計算：每計1分核減0.5%之目標點數，
核減上限10%(不含實地訪評)

● 體系醫院個別監控及計分

合理病患來源比率



- 每半年計算一次比率，合格名單每半年重新擷取於適用前1個月公布。
- 97年分子分母計算區間：上半年97年1月1日至97年6月30日；下半年97年7月1日至97年12月31日。
- 分子：計算區間內來自合格上游病房之新使用個案人次。
- 分母：計算區間內新使用呼吸器之個案人次。



報告案五：法令修正宣導





全民健康保險法第72條規定 違法案件函送偵辦注意事項

- 中央健康保險局96年9月12日
健保稽字第0950022718號令發布
- 中央健康保險局96年12月20日
健保稽字第 0960036091號令修正發布

新修訂內容 (1)



壹、全民健康保險特約醫事服務機構如有故意涉犯下列情事之一者，應予函送司法機關偵辦：

- 一、收治非保險對象，而以保險對象之名義，申報醫療費用。
- 二、登錄保險對象保險憑證，換給非對症之藥品、營養品或其他物品，申報醫療費用。
- 三、未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，申報醫療費用。

新修訂內容 (2)



- 四、特約醫院或診所容留未具醫師資格之人員為保險對診療或處方，申報醫療費用。
- 五、其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，其情節重大者。
- 貳、如有故意涉犯前開情事經訪查後，態度良好或坦承不諱，得將其配合程度酌予考量，併送司法機關作為量刑之參考。



敬請指教

