

中區分局醫院聯繫會議

醫療費用三組

98年12月30日





大 網

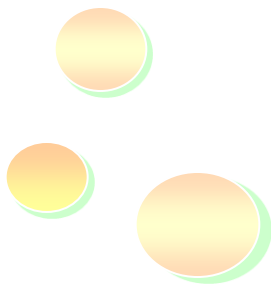
報告案一：中區醫院醫療費用申報概況

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。



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





98年10~11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	843,425	1964	2328	985	1093	76.7	33,172	2176	65,598	7.8	8427	876,597	4140
	區域醫院	1,279,221	1974	1543	722	555	41.9	48,257	2165	44,873	9.4	4795	1,327,478	4139
	地區醫院	1,220,736	1246	1021	415	355	35.0	25,644	984	38,362	13.8	2787	1,246,380	2230
	合計	3,343,382	5183	1550	676	618	50.0	107,073	5325	49,734	9.9	5011	3,450,455	10509
當期成長率 (%) (比較去年同期)	醫學中心	3.80%	0.03%	-3.64%	1.47%	-8.83%	-4.10%	2.91%	-4.35%	-7.06%	-4.90%	-2.26%	3.77%	-2.33%
	區域醫院	4.14%	-0.55%	-4.51%	-1.01%	-10.79%	-9.77%	-0.57%	-2.97%	-2.41%	0.18%	-2.59%	3.96%	-1.83%
	地區醫院	3.13%	1.24%	-1.83%	5.56%	-10.82%	-12.35%	1.62%	-1.14%	-2.71%	0.34%	-3.04%	3.10%	0.18%
	合計	3.69%	0.10%	-3.46%	1.42%	-9.85%	-8.59%	1.01%	-3.21%	-4.18%	-1.06%	-3.15%	3.60%	-1.61%

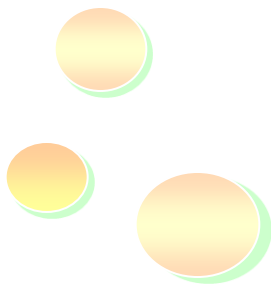
註1：資料來源為門住診清單(含送核及補報)，排除中醫、牙醫及門診洗腎。

註2：醫療費用點數=申請醫療費用點數+部分負擔。



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





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





反映藥價調整
效應管理

非穩定方案醫
院管理

99年點值穩定
方案
分配模式

長期呼吸器照
護管理修訂

醫院總額 99年管理規劃

管理指標修訂

住院TW_DRG
執行因應

專案推展



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





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=

1.5千萬點（不含）以上：6成
5百~1.5千萬點（含）：5.5成
1百~5百萬點（含）：5成
1百萬點（含）以下：不調





99年點值穩定方案分配模式 1/3

分配占率基礎數

98年各季結
算核定數

_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

反映藥價調整

一般藥費調
降點數占率

以占率校正調整數
= 核定數*
(一般藥費調降點數
/ 管控範圍申報點數)

反映調整因子

下期調整因子
點數占率

以占率校正調整數
= 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





99年點值穩定方案分配模式 2/3

98年10月藥
價調整效應
(總量及單價)

98年各季核
定數

(不含化放療及超出回補)

目標點數
分配影響
因子

下期調整因
子執行結果
(急重症人數及單價)

外加品質指
標獎勵項目
執行結果





99年點值穩定方案分配模式 3/3

99年總局各季
總額占率分配
重新調整，上
半年減少下半
年增加

99年總額成長率
為歷年最低，且
得選擇分級審查
不可控因素增加

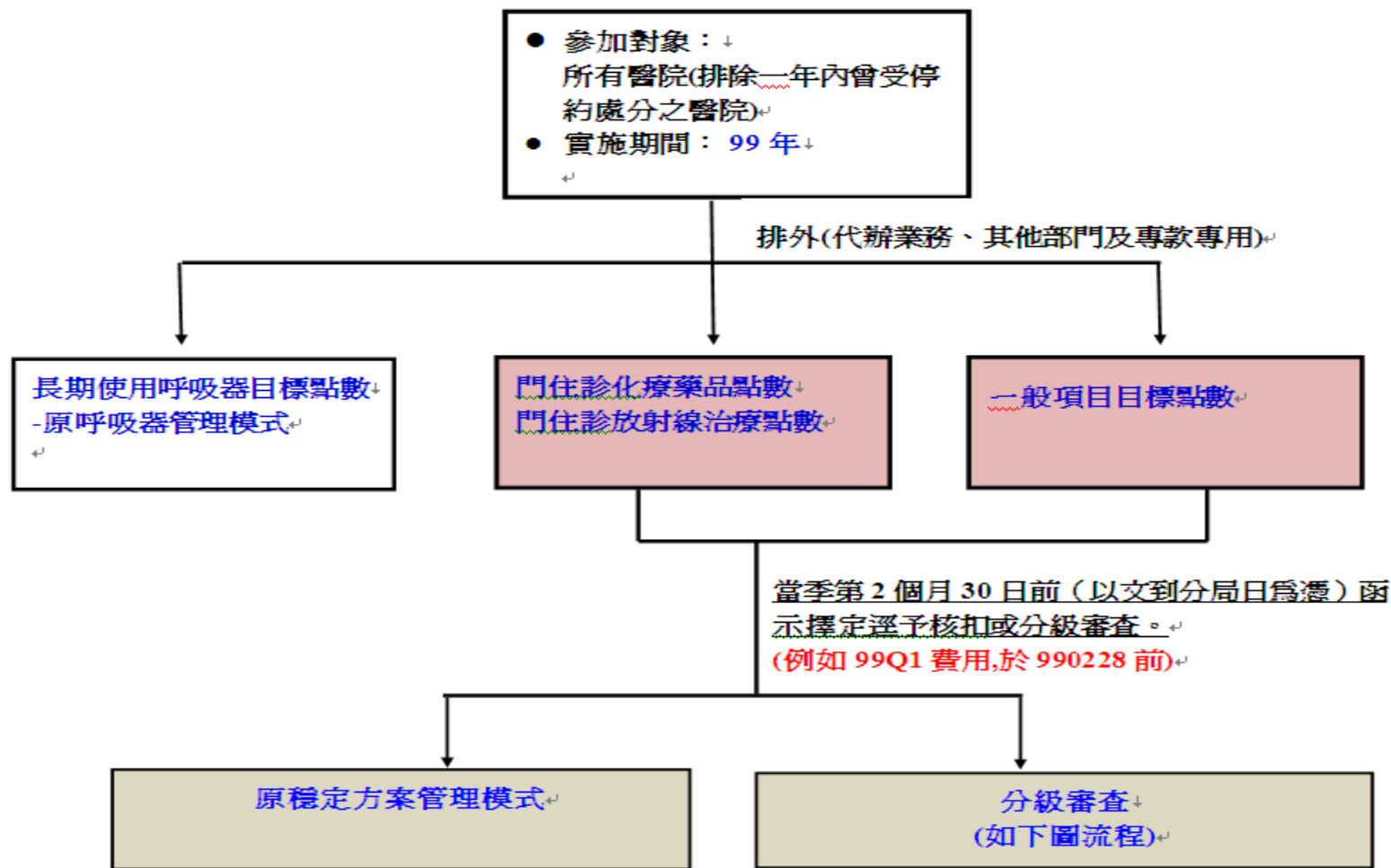
99新增病床約
270床及98年
擴床效應仍持
續

以預估點值0.93
分配
點值穩定方案目標點數



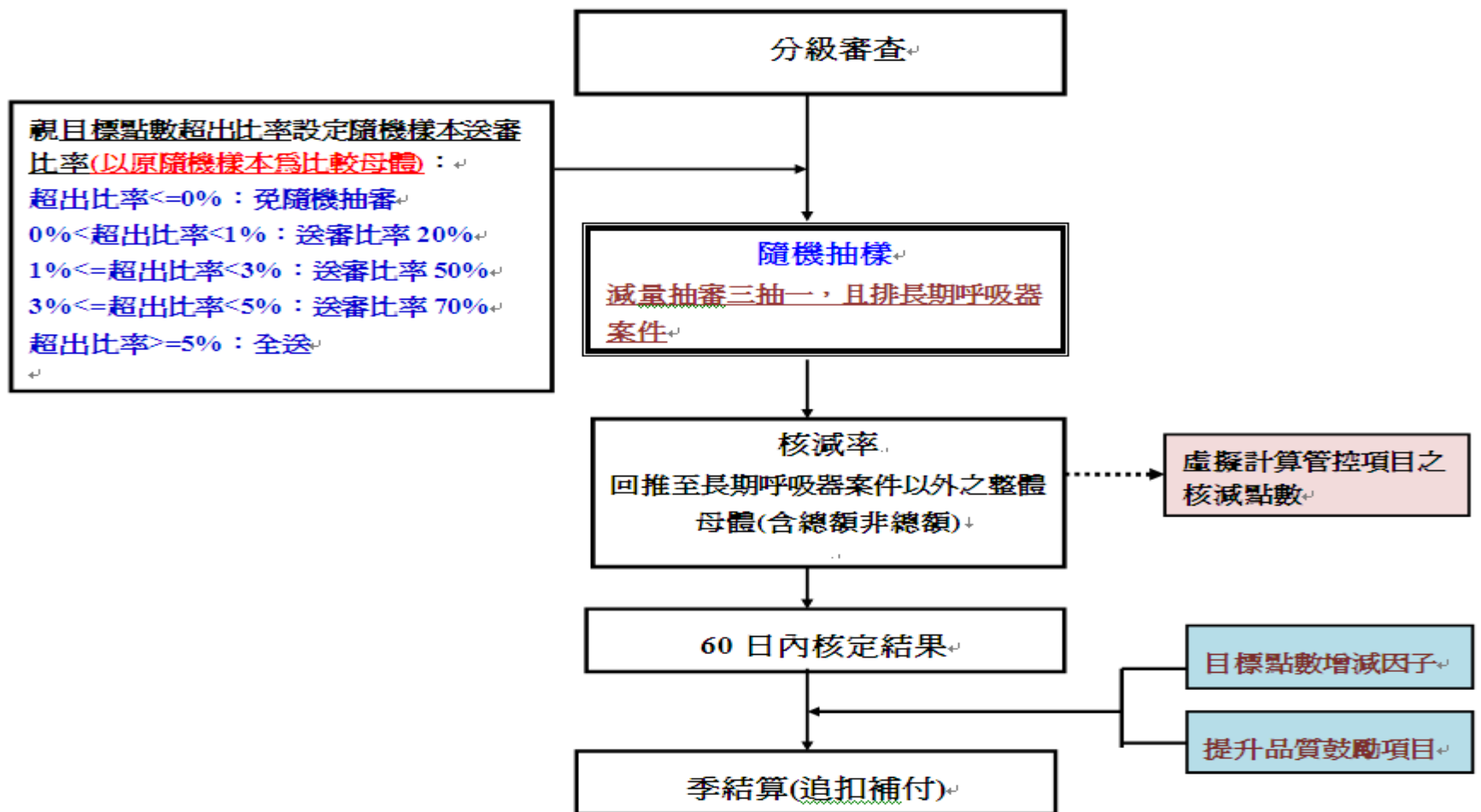


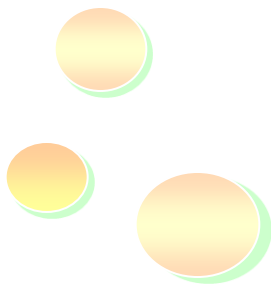
99年穩定方案醫院之結算模式





99年選定分級審查醫院之結算流程





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

單價管理

非藥品單價

99年建議與執行方向：

- _住院因DRG實施，單價管理趨於複雜，不列入99年考核
- _門診單價仍維持

藥品單價

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)
- _當季藥費核扣(只扣不加)=(當期單價-目標單價)*人數*0.7





99年目標點數調整因子項目(N1)

- ◆門診每人平均非藥費單價
- ◆急診案件人數或檢傷分類1-2級人數(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

※上列增減因子在當季反應上限為目標點數的0.2%

- ◆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)

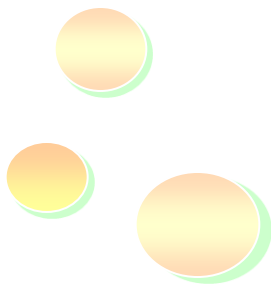




99年品質鼓勵項目(N4)

- ◆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
- ◆安養機構住民醫療利用整合性照護計畫
- ◆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





各項指標說明





糖尿病人完整照護比率

◆完整照護定義：糖尿病人於年度內完成下列9類篩檢(含跨院)

- 1.尿液檢查(06012C、06013C、12111C、27065B)
 - 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)
- 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。





99年目標點數調整因子項目說明

編號	項目	說明	結算目標設定及考核標準
N1_06	急診案件人數(季歸戶)	◎考核結果與N1_06A比較擇優列計	◎(當期人數-目標人數)*96Q2單價
N1_06A	急診檢傷分類第1、2級案件人數(季歸戶)	◎列管對象： 去年同期急診人數>50人者 ◎若無當期值者不予列計考核結果；考核結果與N1_06比較擇優列計	◎(當期人數-目標人數)*96Q2自身單價 (或同儕單價擇低) ◎若該項人數減少則不予列計考核結果



99年品質鼓勵項目實施說明 1/3

編號	指標系統編號	項目	說明	結算目標設定及考核標準
N4_01		門住診CT及MRI醫令執行率	◎考核指標值採前1季	99Q1結算：98Q4當期值 $\leq$ 目標值 99Q2結算：99Q1當期值 $\leq$ 目標值 99Q3結算：99Q2當期值 $\leq$ 目標值 99Q4結算：99Q3當期值 $\leq$ 目標值
N4_06	NO_165.1	門診同藥理不同處方用藥日數重複比率		
N4_04	NO_86.1	慢性病之慢性病連續處方箋開立比率		◎慢箋再調劑比率 $\geq 85\%$ 且指標值須達下列目標列為達成。 醫學中心：34% 區域醫院：32% 地區醫院：28% ◎指標值達目標值但再調劑比率 $< 85\%$ ，則(慢箋開立比率*再調劑比率) $\geq$ (目標值*85%)亦列為達成



99年品質鼓勵項目實施說明 2/3

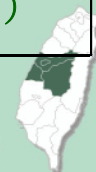
編號	指標系統編號	項目	說明	結算目標設定及考核標準
N4_14	NO_914	以病例組合校正之住院案件出院後3日內再急診率(TW-DRGs V3.2版)	◎因該項為新設指標尚未建置完成暫以原98執行項目(指標系統編號107)取代 ◎考核指標值採前1季	99Q1結算：98Q4當期值 $\leq$ 目標值 99Q2結算：99Q1當期值 $\leq$ 目標值 99Q3結算：99Q2當期值 $\leq$ 目標值 99Q4結算：99Q3當期值 $\leq$ 目標值
N4_15	NO_908	以病例組合校正之住院案件出院後14日再入院率(TW-DRGs V3.2版)	◎因該項為新設指標尚未建置完成暫以原98執行項目(指標系統編號108)取代 ◎考核指標值採前1季	
N4_16		建構整合性式照護模式並逐步朝促進醫療體系整合計畫	◎列管對象： 98年11月10日已完成申請者 ◎考核指標值採當季	民眾申訴成案數需為0且平均每人月就醫次數達以下標準則列為達成。 99Q1結算：99Q1當期值 $\leq$ (98Q1*0.9) 99Q2結算：99Q2當期值 $\leq$ (98Q2*0.9) 99Q3結算：99Q3當期值 $\leq$ (98Q3*0.9) 99Q4結算：99Q4當期值 $\leq$ (98Q4*0.9)
N4_17		醫院住院全人整合性照護計畫	◎列管對象： 98年8月底提出申請者 ◎考核指標值採當季	1. 99Q1結算：9903月底(99Q1季末)提結果報告書 2. 99Q2結算：9906月底(99Q2季末)提結果報告書 3. 99Q3及99Q4將訂定指標項目(續討論)

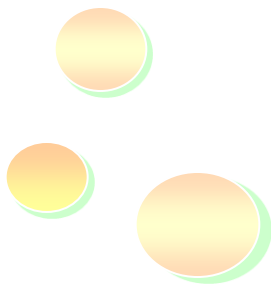




99年品質鼓勵項目實施說明 3/3

編號	指標系統 編號	項目	說明	結算目標設定及考核標準
N4_18		安養機構住民醫療利用 整合性照護計畫	◎需於99年1月第前提出參加計畫申請 ◎考核指標值採當季	1. 有參加照護計畫者 2. 醫療費用在目標值以下 3. 住院率和急診率≤去年同期值
N4_19	NO_861(月累)	門診糖尿病照護率	◎列管對象： 98年12月之案件人數≥50人者 ◎考核指標值採前1季季末月	99Q1結算：9812當期值≥整體P75值或 9812當期值較9809當期值增加10個百分點 99Q2結算：9903當期值≥15% 99Q3結算：9906當期值≥30% 99Q4結算：9909當期值≥45%
N4_20		保險對象特定醫療資訊 (關懷名單)查詢比率	◎月平均點閱率=Σ點閱次數/Σ分母人數 ◎考核指標值採當季	月平均點閱率≥20%則為達成
N4_21	NO_278	急診暫留床2日案件比率	◎列管對象： 區域醫院以上且98Q3當期值≥5%以上者 ◎考核指標值採當季	99Q1結算：99Q1當期值≤(98Q1*0.9) 99Q2結算：99Q2當期值≤(99Q2*0.9) 99Q3結算：99Q3當期值≤(98Q3*0.9) 99Q4結算：99Q4當期值≤(98Q4*0.9)





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

安養 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安養機構住民醫療品質。





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

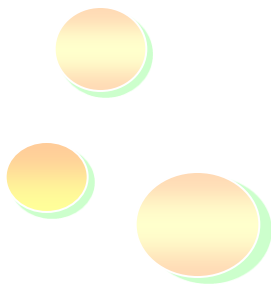
98年成效與檢討：

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





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。





Tw-DRG審查依據

- ◆ 全民健康保險醫療費用支付標準第九部「全民健康保險住院診斷關聯群」。
- ◆ 全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法。
- ◆ 全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 案件審查注意事項





Tw-DRGs審查重點

- ◆ 入院或主手術(處置)必要性
- ◆ 特約院所申報資料之信度與效度

} (輕病住院)

- 診斷與處置之正確性
- 診斷與處置編碼之正確性
- Upcoding/Creeping

} (DRG Validation)

- ◆ outlier之醫療服務內容適當性
- ◆ 住院範圍相關費用之轉移
- ◆ 醫療服務品質之適當性
- ◆ 病人出院之妥當性
 - 出院狀況是否穩定
 - 再住院/再急診

} (Quality & Shifting)





Tw-DRG抽樣審查

◆隨機抽樣方式：

◆抽樣分類分下列2類

➤ 住院-非診斷關聯群案件

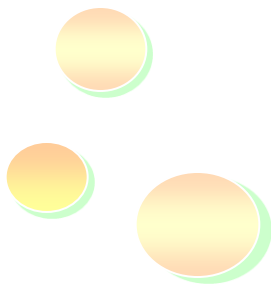
➤ 住院-診斷關聯群案件

◆各抽樣分類再依內、外、小兒、婦產、骨科及其他等6大科係抽樣，各抽樣類別之抽樣率仍為1/15，最少抽樣件數10件。

◆高額案件及經電腦程序審查需整件核減者，不列入抽樣審查

(各抽樣類別之最少抽樣件數原為15件，為避免抽樣件數因此增加過多，故最少抽樣件數改為10件；不列入抽樣審查案件同修訂前。)





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

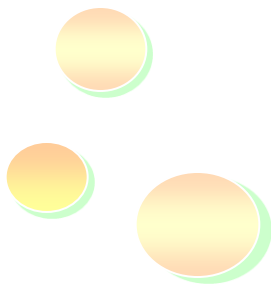
- 限具有精神重大傷病診斷患者。
- 應逐案事前審查，經同意核可後始能執行。
- 慢性精神病患病情穩定者，應延長開藥時間至28日以上，或開立慢性病連續處方箋。
- 院民接受精神科醫師診療，其護理紀錄應有醫師診療摘要。

◆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



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)



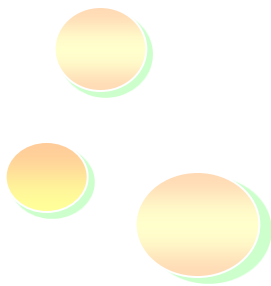


特材「胃造口術裝置組」相關規定

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

