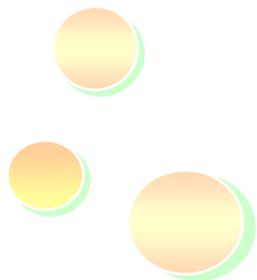


# 中區全體醫院聯繫會議

醫療費用三組

98年元月15日





# 大 綱

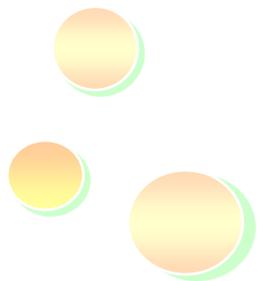
報告案一：98年醫院總額點值穩定方案

報告案二：98年上半年長期使用呼吸器

專案及申報相關規定

報告案三：轉請配合事項





# 報告案一：98年醫院總額點值穩定方案

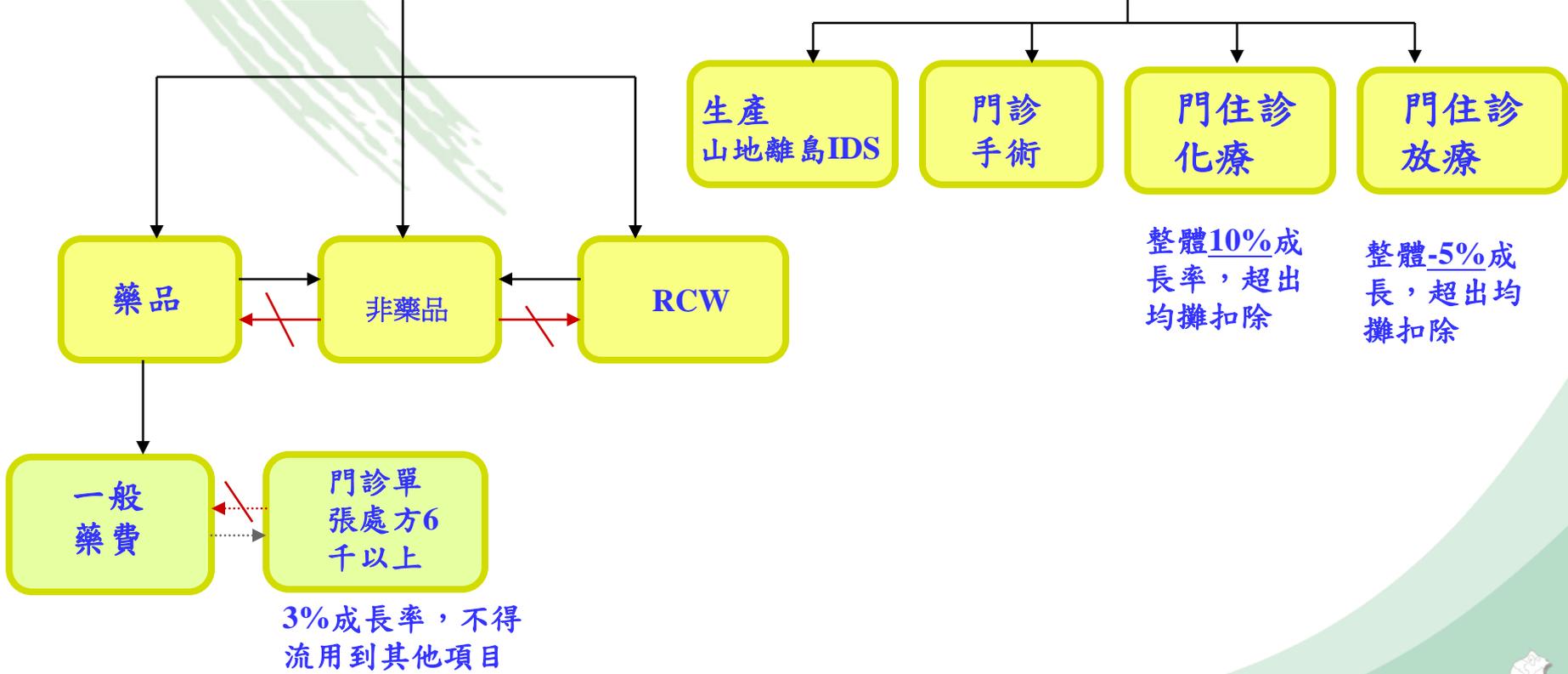




# 97\_目標點數及藥費管理架構

## 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)/ $\Sigma i$



# 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	
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

$$98Q1\text{基礎點數} = 98Q2\text{基礎點數} * (97Q1\text{原始申報點數} / 97Q2\text{原始申報點數})$$





## 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	$(\text{目標單價}-\text{當期單價}) \times \text{當期計入單價的人數}$	10%	
	住診每人平均非藥費單價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	$(\text{當期人數}-\text{目標人數}) \times 96\text{Q2單價}$	5%	
	住院案件特定項目人數			$(\text{當期人數}-\text{目標人數}) \times 96\text{Q2單價}$	20%
	門住診癌症放射線治療人數			$(\text{當期人數}-\text{目標人數}) \times \text{定基值}$	20%
	門診癌症化學治療人數			$(\text{當期人數}-\text{目標人數}) \times \text{當期單價}$	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

## 書面專業審查

1. 審查共識的建立
2. 問題的發現

## 書面行政審查

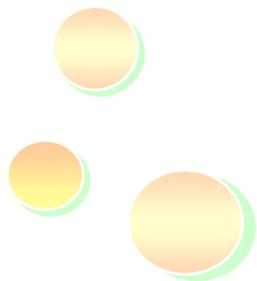
1. 問題解析
2. 審查重點標記
3. 審查標的選取切中問題核心

## 實地審查

1. 專業醫師：輕病住院審查及醫療品質的確保。
2. 行政人員：作業規範及虛浮報查檢。

## 檔案分析

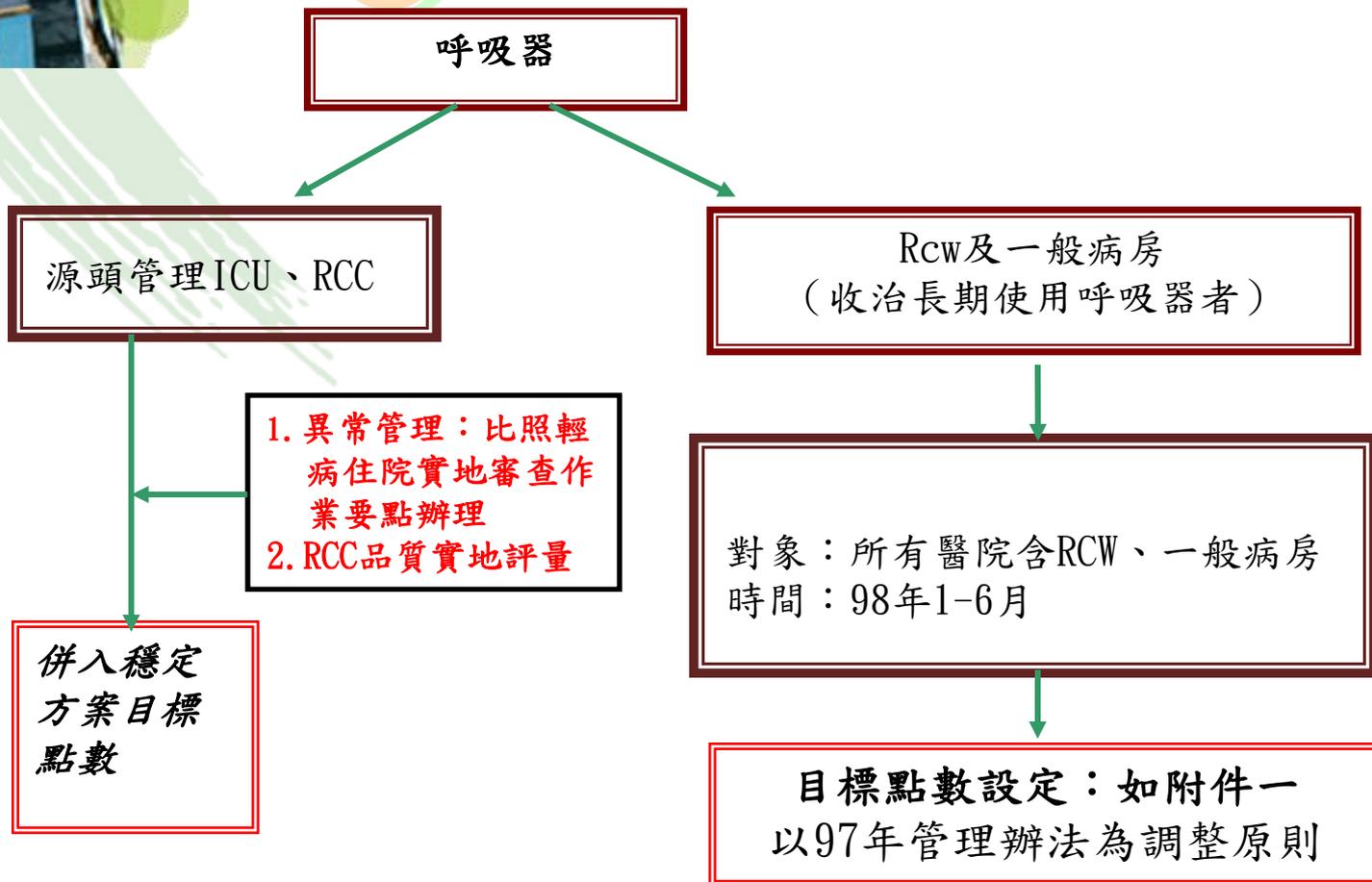
1. 問題探索及發現
2. 管理成效追蹤



# 報告案二：98年上半年長期使用呼吸器 專案及申報相關規定



# 管理架構 (1)





# 管理架構 (2)

目標點數設定：如附件一  
以97年管理辦法為調整原則

影響因素：  
實地審查-評量等級

各醫院目標點數

1. 區域級以上醫院超出目標點數逕予以核減，未超出將無回流至穩定目標點數機制。
2. 地區醫院評量等級1-3級者，超出回補基礎點數者回補40%(整體1千萬點)

平時考核：

1. 實地審查 (不定時)
2. 重大傷病卡申請不合理比率 (每季)
3. 首次使用>21天人數比 (每季)
4. 上轉ICU比率 (每季)
5. 合理病患來源比率 (每半年1次)
6. 申訴成案件數

結算





# 源頭管理

## ---ICU及RCC異常管理：

依醫院輕病住院實地審查方案辦理，若實地審查有異常時，參加穩定方案者將核減其目標點數，未參加穩定方案將該類案件嚴審。

## ---呼吸照護中心品質評量：

依實地評量結果以群集分析分三級，分別以不高於IDS定額給付之100%、95%、90%給付。





# RCW及一般病房 (1)

**\*98年目標點數設定原則：**

以97年第3季為基期，其1、2、4季各季參考係數  
分別為 0.9881、1.0628、0.9919



# RCW及一般病房 (2)

97年管理型態

98年目標點數設定原則

併入 穩定 方案	區域級 以上 醫院	未超出目 標點數	以97年第3季 <b>實際申報點數</b> 為98年第3季基期目標點數，其他各季依季別係數調整。（其申報點數與目標點數差值，將依總額結算補付結果增列為98年穩定方案目標點數之基礎值）。
		超出目標點	以97年第3季 <b>目標點數</b> 為基期，其他各季目標點數依各季係數調整。
	地區 醫院	未超出目 標點數	以97年第3季 <b>目標點數</b> 為基期，其他各季目標點數依各季係數調整。
		超出目標點	以97年第3季 <b>目標點數</b> 為基期，其評量等級1-3級之醫院，以其超出回補基礎點數部分，評量等級第1級調整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。

備註說明：體系醫院依最高醫院層級計



# RCW及一般病房 (3)

97年管理型態		98年目標點數設定原則	
單獨 管理	地區 醫院	未超出目 標點數	負成長15%以上醫院調降其目標點數，目標點數計算方式為：97年第3季目標點數*(1+成長率+10%)。
		超出目 標點數	評量等級1-3級之醫院，以其超出回補基礎數部分，評量等級第1級調整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。



# RCW及一般病房（4）

\* 新設立地區醫院無基值者：

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(3, 589)。





# RCW及一般病房（5）

結算：

**\*超出目標點數：**

- 區域級以上醫院及地區醫院評量等級4-6級者，超出目標點數逕予核減。
- 地區醫院評量等級為1-3級，且平時考核無異常或未違反相關規定者，其超出「回補基礎點數」部分，將回補40%，惟整體總回補點數每季不得超過1千萬點。

**\*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（6）

重新評量機制、平時考核、未參加長期使用呼吸器  
目標點數管理方案之醫院，比照97年管理方式辦理。





# 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。



# 參加試辦計畫案件-切帳 (1)

- 申報費用模擬1：(入ICU即on呼吸器)
- 入院日2/11，on呼吸器2/21，入ICU 2/21，轉RCC 2/25，轉RCW4/7，5/8脫離轉一般病房



結論=依呼吸申報原則及轉床狀況，預估費用切點應呈現

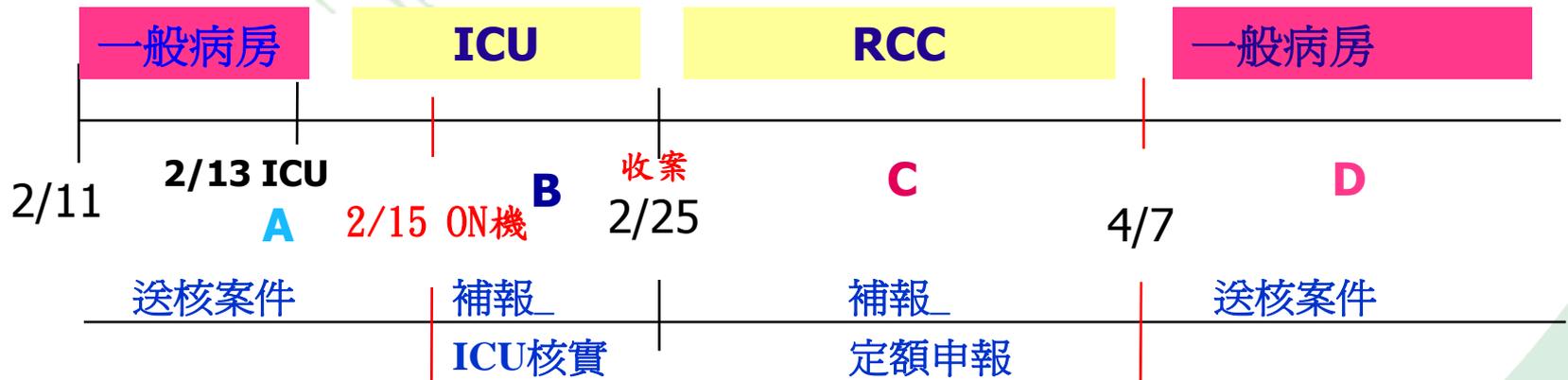
970211-970220=一般案A (10天) 970221-970224=呼吸(ICU)案B(4天)

970225-970406=呼吸(RCC)案C(41天) 970407-970507=RCW案D

970507-目前=一般案E

# 參加試辦計畫案件-切帳 (2)

- 申報費用模擬2 (on呼吸器在ICU)
- 入院日 2/11 ，入ICU 2/13 ， on呼吸器 2/15 ， 轉RCC 2/25 ， 4/7脫離 轉一般病房



結論=依呼吸申報原則及轉床狀況，預估費用切點應呈現

970211-970214=一般案A (4天)

970215-970224=IDS呼吸(ICU)案B(10天)

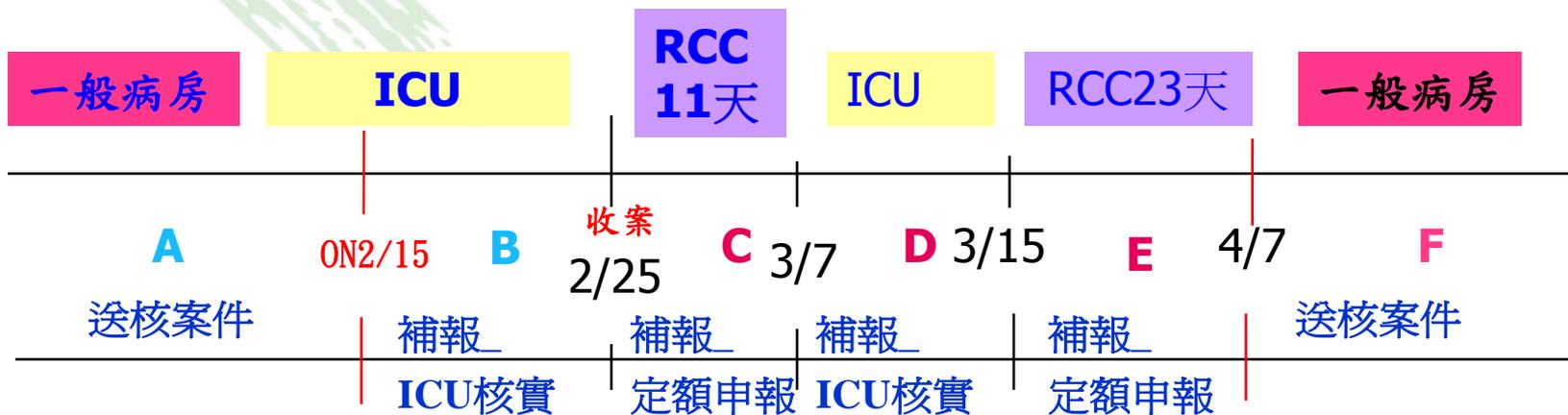
970225-970406=IDS呼吸(RCC)案C(41天)

970407-現在=一般案D

# 參加試辦計畫案件-切帳 (3)

• 申報費用模擬3(on呼吸器ICU，有回轉ICU)

入院日2/11，入ICU 2/13，on呼吸器2/15，轉RCC 2/25，3/7回轉ICU，3/15再轉RCC，4/7脫離轉一般(RCC天數須累計)



結論=依呼吸申報原則及轉床狀況，預估費用切點應呈現

970211-970214=一般案A (4天)

970215-970224=IDS呼吸(ICU)案B(10天) 970225-

970306=IDS呼吸(RCC)案C(10天)

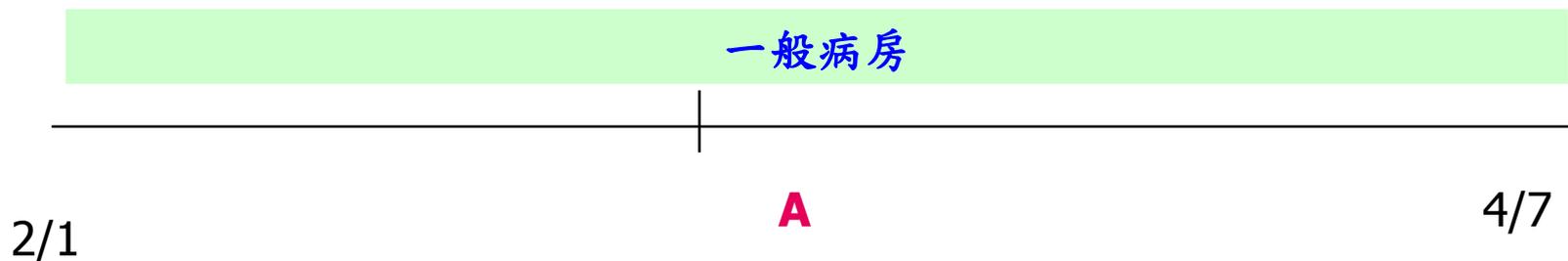
970307-970314=IDS呼吸(ICU)案D(9天)

970315-970407=IDS呼吸(RCC)案E (23天)

970407-現在=一般案F

# 參加試辦計畫案件-切帳 (4)

- 申報費用模擬4：(他院收案轉入不符合入住ICU，RCC42天已住滿)
- 入院日2/1 on呼吸器，4/7脫離轉出院



結論=依呼吸申報原則及轉床狀況，預估費用切點應呈現  
970201-970407=一般案A (66天)核實但以RCW定額上限申報



# 未納入參加試辦計畫案件 (1)

一般病床20天使用呼吸器

一般病床使用呼吸器

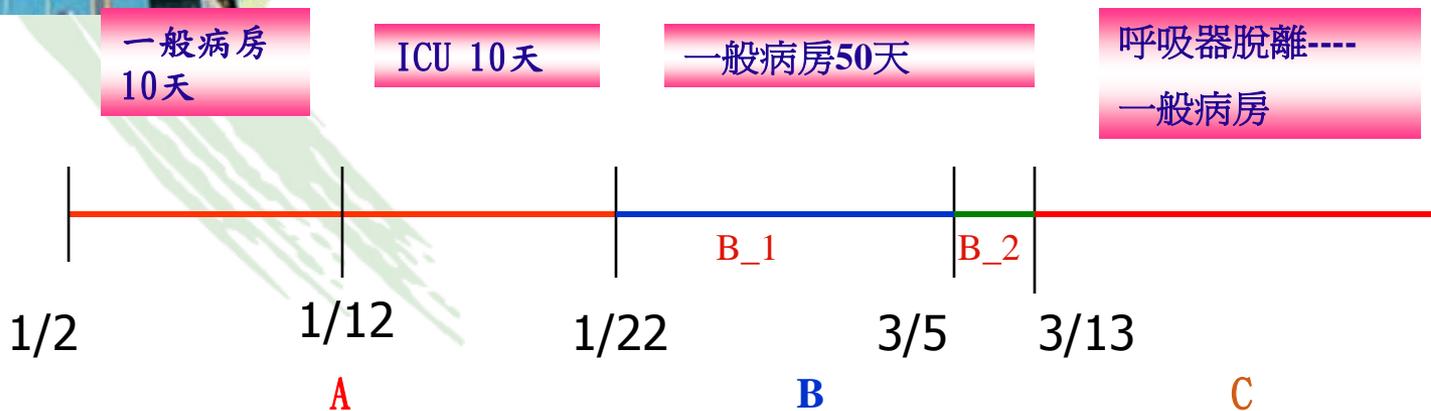
A

B

A：一般案件核實申報

B：一般案件核實但以RCW定額上限申報

# 未納入參加試辦計畫案件 (2-1)



A\_一般案件核實申報：0102-0121切帳

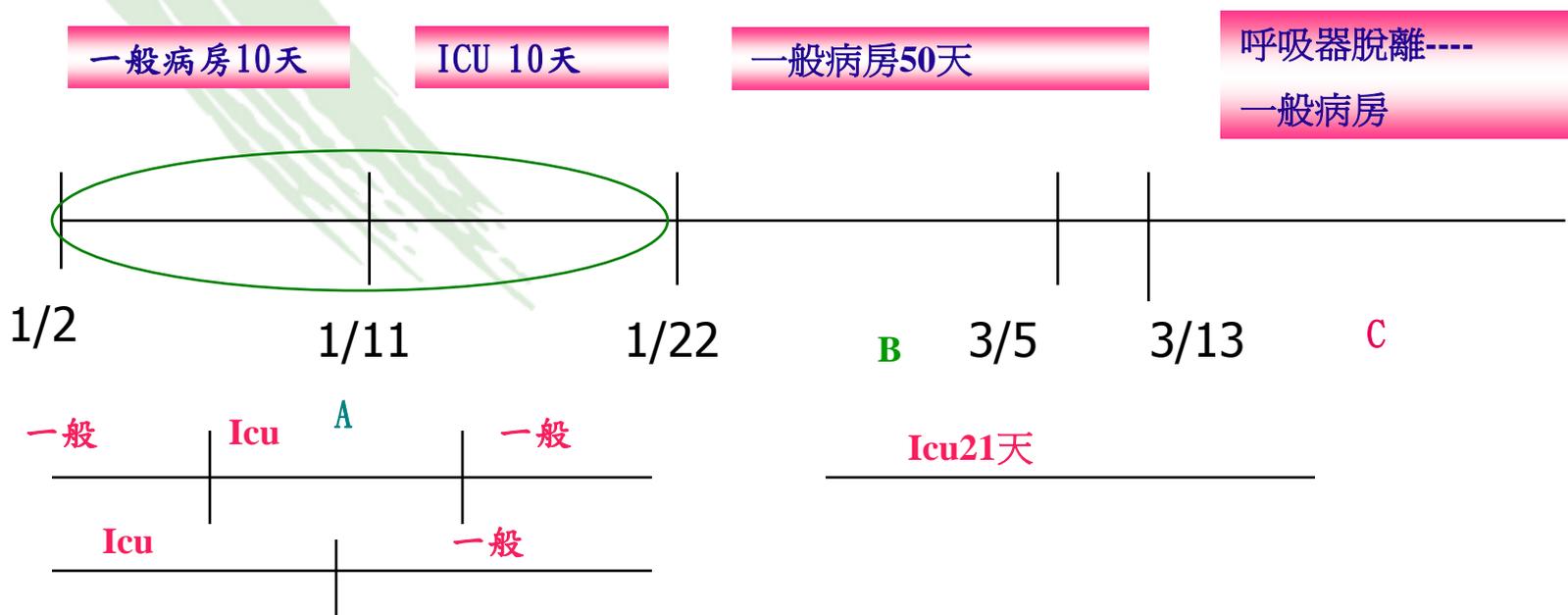
B\_1符合RCC設置標準但未設置醫院：0122-0304切帳以核實但以RCC定額上限申報42天  
(病患病房來源需是ICU)，無回補超出定額之「合計醫療服務點數」減「定額」  
之三分之一

B\_2一般案件以核實但以RCW定額上限申報：0305-0312切帳

B\_無上述RCC條件，以核實但以RCW定額上限申報：0122-0312切帳

C\_呼吸器脫離一般病房核實申報：0313-----

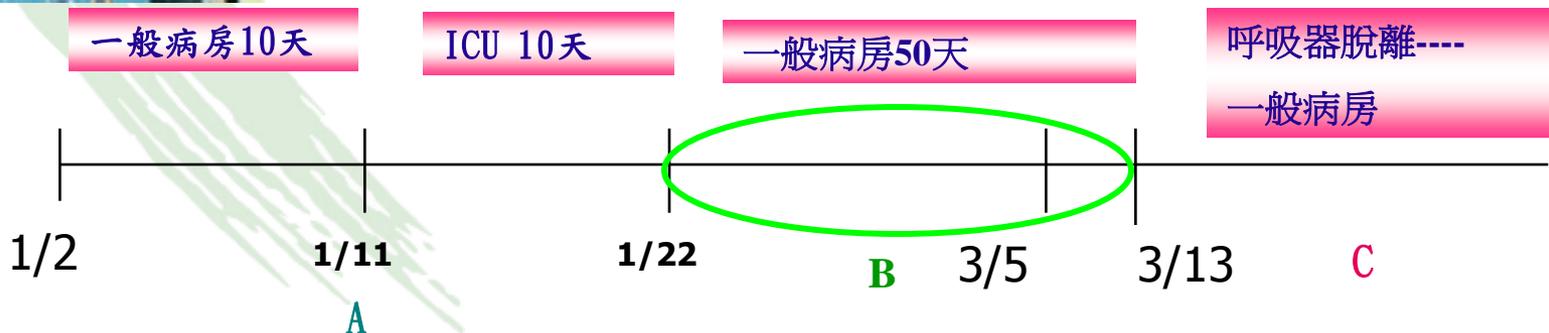
# 未納入參加試辦計畫案件 (2-2)



說明：

開始使用呼吸器後20日內無論事先住ICU或一般病房或先住一般病房再住ICU或中間時間住ICU皆是一般案件核實申報

# 未納入參加試辦計畫案件 (3-1)



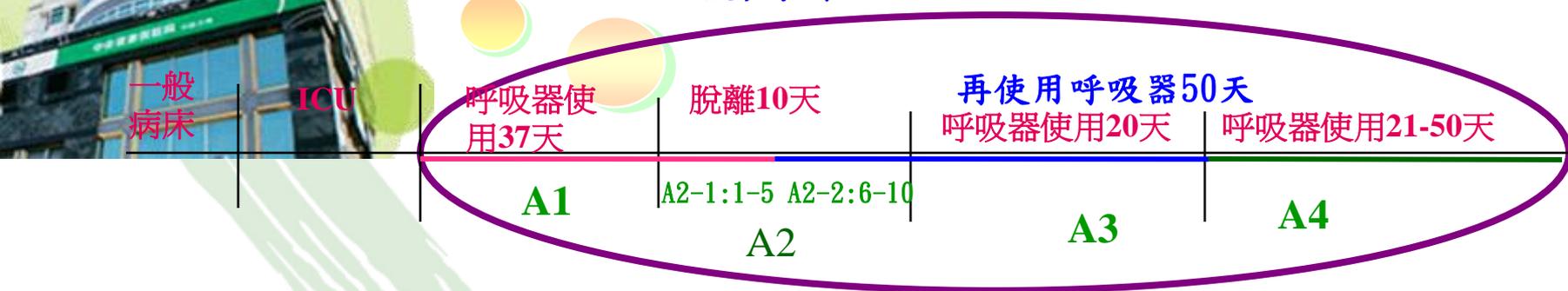
說明：

B\_符合RCC設置標準但未設置RCC醫院：

1. 若42天內有呼吸器未使用超過5日（脫離前5日以核實但不超過RCC定額申報並列為RCC日數計算）則視為脫離成功，脫離成功後重新再使用呼吸器，若於一般病房累計 $\geq 21$ 日起（呼吸器使用前20天與脫離呼吸器未以RCC定額上限申報段核實申報）則以核實但RCW定額上限申報。
2. 若又由ICU起使用呼吸器再住一般病房，前次使用未超42天則本次可累計至42天，超出時一般病房即核實以RCW定額上限申報

# 未納入參加試辦計畫案件 (3-2)

## 一般病床



## 一般病床

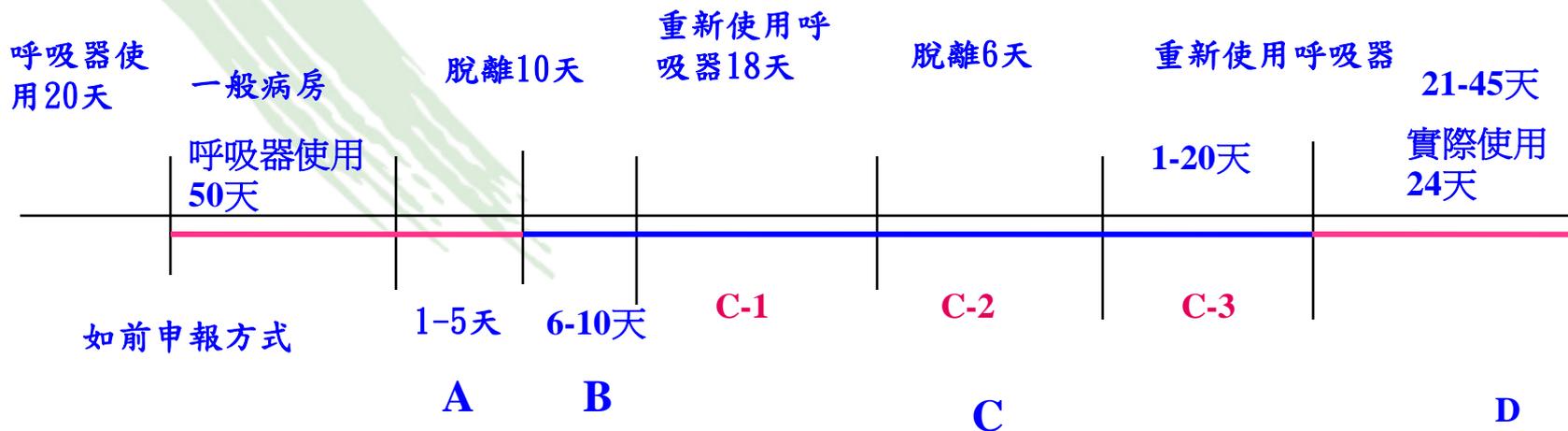


範例：

1. A1、A1\_1、A2-1:1-5：切帳核實但以RCC上限申報（ICU on 呼吸器直接下轉一般病房為前提）
2. A2-2:6-10、A3：切帳核實申報
3. A4：無論A3案件是否發生於ICU（因RCC42天已用滿），A4段皆切帳核實但以RCW定額上限申報
4. B5、B6（累計呼吸器前20天尚未列入收案）：切帳核實申報
5. B7：切帳核實但以RCC定額上限申報（因A1\_1+A2-1=32，RCC=42-32=10）
6. B8：切帳核實但以RCW定額上限申報



# 未納入參加試辦計畫案件 (4)



1. A\_1-5天：切帳核實但以RCW定額上限申報 ( RCW、一般病房) 呼吸迄累計天數55天)
2. B\_6-10天. C-1 .C-2 .C-3：4 段合併核實申報
3. D\_21-45天：若符合RCC設置但未設置醫院則依前述申報，若無則以切帳核實，但以RCW定額上限申報 (RCW或一般病房呼吸器累計天數為55+24=79)



# 核實但不超過RCW上限申報 (1)

## 申報建議方式

98/1/3入院，98/1/26出院，住院期間全住一般病房，則申報上限為4349\*23天

醫令類別	醫令代碼	支付成數	醫令量	單價	金額
1	*****	1	3	400	1200
2	*****	1	23	1800	41400
2	*****	1	23	900	20700
3	*****	0.89	23	1800	36846
3	*****	0.61	1	100	61 → Total 100207
4	*****	1	10	20	200

備註：以57001B、57002B、57023B作為優先支付成數調整之醫令



## 核實但不超過RCW上限申報 (2)

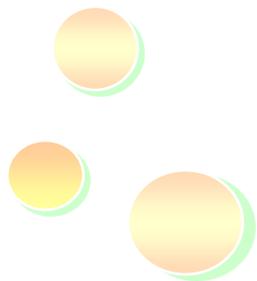
--費用清單之17項費用小計：各項醫令類別

1. 2. 3. 7. 8總合

--醫療費用合計：醫令類別1. 2. 3. 7. 8總合

--申請費用金額：申請案件分類1之申請點數總合  
+申請案件分類2之申請費用點數總和+申請案件  
分類3申請費用點數總和（不含部分負擔）

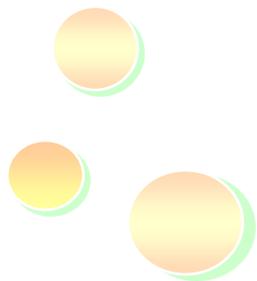
--若未依上述方式申報，則請醫院列出超出定額  
申報之核減費用明細報表以供本分局核減（其  
核減點數不併入總額點數計算）



申報費用問答集網址：

全球資訊網\下載檔案\其他\呼吸器  
依賴患者整合性照護試辦計畫





# 報告案三：轉請配合事項





# 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。





# 申請重大傷病注意事項

醫療院所為病患開立診斷書申請本保險第1類重大傷病（疾病名稱：需積極或長期治療之癌症、惡性腫瘤）證明時，請依本保險公告之重大傷病範圍(ICD-9-CM：140-208)辦理，而**良性腫瘤ICD-9-CM：210-229、原位癌ICD-9-CM：230-234、臨床表現未明之腫瘤ICD-9-CM：235-239**，均不屬本保險重大傷病範圍。



# 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。



# 重申事前審查作業規定

凡依本保險規定應辦理事前審查之醫療服務、特殊材料及藥品，請醫療院所務必依規定於**事前提出申報或報備**，凡未經事前提出申請或報備，或未經保險人核定即施予者，保險人得依程序審查不支付費用。

另藥品事前審查所核准之**劑量用畢**後，保險對象因病情需要**再續用**，亦應依規定重新提出**事前審查之申請**。如有因病情考量停止使用前經核准之**事前審查申請之藥品達12個月(含)以上者**，亦請重新提出申請(藥品原有使用期限規定者依該規定辦理)。





## 重申非離子顯影劑使用規定

依據財團法人台灣醫療改革基金會  
函（97年12月22日醫改字第9712005號）  
表示，部分健保特約醫院誤導民眾誤以  
為「全民健康保險醫療費用支付標準」  
診療項目33090B「**使用低滲透壓或非離  
子性含碘對比劑**」健保完全不予給付，  
向保險對象收取自費乙事，本分局將加  
強此部分稽核。





# 敬請指教

