

壹、本月重要業務報告

一、97年1月公告增修「全民健康保險醫療費用支付標準」及試辦計畫案

(一)支付標準部分：

1. 刪除特約教學醫院醫療服務成本給付規定。
2. 增列西醫基層院所門診診察費註9.「2歲(含)以下兒童門診診察費得加成20%」。
3. 修訂「急性病房費」章節之通則八為「加護病床支付標準，原則依行政院衛生署87年「加護病房評定」等級認定；惟新設立、增床者及自89年起醫院評鑑層級異動者，加護病床支付標準，依其當時醫院評鑑之特約層級，按醫學中心-甲級、區域醫院-乙級、地區教學醫院-丙級、地區醫院-丁級方式認定。」
4. 放寬第二部第二章「特定診療」之09127B等4項目表別（由B層級放寬至C層級），另修訂33112B名稱為「經由心導管治療直徑小於2.5mm之開放性動脈瘻管」備註及新增33114B「經由心導管治療直徑2.5mm（含）以上之開放性動脈瘻管」點數20,250點。
5. 修正第三部牙醫00127C等21項診療項目之備註，另新增恆牙根

管治療(四根、五根及五根以上)、口腔顎顏面頸部惡性腫瘤術後照護共 6 項診療項目。

6. 增修訂第三部中醫通則六~八文字、調高針灸及傷科治療(另開內服藥)及新增複雜性傷科治療等共 8 項診療項目支付點數。
7. 配合預防保健移列公務預算支應及結核病試辦計畫停辦,並導入支付標準,刪除第六部預防保健,並增列第十部品質支付服務(第一章結核病)。口腔顎顏面頸部腫瘤術後照護計畫:本案經 96 年 10 月 23 日第 36 次牙醫總額支付委員會議討論,並提 96 年 11 月 28 日醫療給付協議會議通過,依行政程序報署核定中。

(二)試辦計畫部分:

1. 新增 97 年度全民健保牙醫門診總額口腔顎顏面頸部惡性腫瘤術後照護計畫、修訂 97 年度全民健保牙醫門診總額提升初診照護品質計畫、97 年「全民健康保險腦血管疾病與褥瘡之西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」、「全民健康保險小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫」、「全民健康保險小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫」。
2. 修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護」試辦計畫支付標準:

- a. 規定全面登錄，未於 5 日內登錄者，自登錄日起才給付費用，登錄不實者，費用不予支付。
- b. 所有呼吸照護病房及一般病房收治非來自上游病房之呼吸器依賴患者個案，全面採行事前核備，嚴格把關長期呼吸器依賴患者之病患來源。
- c. 新增上游病房定義：
 - I. 經中央健康保險局核准之呼吸照護中心。
 - II. 前述呼吸照護中心所屬醫療機構設立之加護病房。
 - III. 經分局依據 weaningrate 或 dependentrates 等條件認定之加護病房。
 - IV. RCW 病房之呼吸治療師開放在本方案公告日起 3 年內得採跨院兼任方式(第 4 年起不得兼任)，如果有需要再行檢討。
 - V. 97 年起未參與試辦計畫之 RCW 及一般病床合計收治符合呼吸器依賴病患定義之病患占率達 60%以上之醫院，應加入試辦計畫，98 年起所有 RCW 階段皆加入試辦計畫，支付標準採單軌制，RCC 暫不強制。

(三)本案除第二部第二章第二節「放射線診療」33112B 及 33114B 二項追溯自中華民國 96 年 8 月 1 日起實施，其餘追溯自中華民國 97 年 1 月 1 日起實施。

二、97 年度「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」草案，經邀集相關醫事團體研商，業於 97 年 1 月 29 日陳報衛生署核定。

三、95、96 年醫院總額部門罕見疾病、血友病藥費專款專用項目支用情形：

單位：千點

費用年月	血友病	罕見疾病
95 年 全年	1,605,840	1,084,448
95 年月平均	133,820	90,371
95 年合計	2,690,288	
96 年第一季	472,108	321,558
96 年第二季	446,154	340,819
96 年第三季	485,322	361,035
96 年 10 月	160,985	131,417
96 年 11 月	159,278	126,913
96 年小計	1,723,847	1,281,742
總計	3,005,589	

註 1：製表日期：97 年 1 月 8 日，資料來源：截至 96 年 12 月 31 日分局醫療主機資料。

註 2：96 年度預算額度為 3000 百萬元，不足部分由其他預算支應。

四、全民健康保險加強慢性 B、C 型肝炎治療試辦計畫藥費專款
專用項目支用情形：

單位：千元

費用年月	西醫基層-藥費點數(千)	醫院-藥費點數(千)
95 年月平均	456	53,187
95 年合計	643,712	
96 年 1-10 月	5,205	733,235
96 年小計	738,441	

註 1:95 年度西醫基層全年預算 1 千萬元、醫院總額全年預算 7 億元。

註 2:96 年度西醫基層全年預算 7 千 2 百萬元、醫院總額全年預算 11.15 億元。

貳、醫療給付業務（相關數據詳表1至表4）

一、醫事服務機構特約：96年11月底止共特約醫療院所1萬8千499家，特約率91.58%（詳表1）。

二、醫療院所訪查：自85年7月起，迄96年12月止共訪查18,256家次。

（一）訪查類別：西醫13,453家次、中醫1,961家次、牙醫1,596家次、藥局1,072家次、其他174家次，其中涉嫌違法函送檢警調單位辦理共993家次（詳表2）。

（二）訪查結果：違約記點（含扣減費用）以上8,085家次、其他（含限期改善、追扣費用…等）2,818家次、無違規7,353家次（詳表3）。

三、違規查處部分：96年1月至11月共查處542家，包括違約記點148家、扣減費用235家、停止特約143家、終止特約16家（詳表4）。

四、重大傷病部分：截至96年12月底止，實際有效領證數共75萬7千餘件，較去年同期成長7.82%，其中癌症33萬5千餘件、慢性精神病18萬7千餘件、透析病患5萬6千餘件、全身性自體免疫症候群5萬8千餘件，以上計63萬餘件，佔領證數84.21%（詳表29）。

參、醫療費用申報與核付

一、總醫療費用之申報情形（表 5）

（一）95 年總醫療費用之申報：

95 年全年門診申請 2,772.1 億餘點、門診部分負擔 266.2 億餘點，住診申請 1,462.7 億餘點、住診部分負擔 63.7 億餘點，合計醫療點數（含部分負擔）4,564.7 億餘點，平均每月醫療點數 380 億餘點，整體醫療費用本年度較上年度增加 40.2 億餘點，成長 0.89%。

（二）96 年第 3 季醫療費用之申報：

門診申請 720.0 億餘點、門診部分負擔 65.6 億餘點，住診申請 380.0 億餘點、住診部分負擔 16.8 億餘點，合計醫療點數（含部分負擔）1,182.3 億餘點，平均每月醫療點數 394.1 億餘點，整體費用較去年同期增加 2.53%，其中門診申報件數成長 0.40%、申請點數成長 2.64%，住診申報件數成長 1.49%、申請點數成長 2.81%，日數成長 2.94%。

（三）以 96 年 11 月申報點數來看：

門診申請 244.0 億餘點、門診部分負擔 22.2 億餘點，住診申請 126.3 億餘點、住診部分負擔 5.5 億餘點，合計醫療點數（含部

分負擔) 397.9 億餘點，較去年同期增加 2.64%，其中門診申報件數成長-1.94%、申請點數成長 3.23%，住診申報件數成長 0.87%、申請點數成長 2.44%，日數成長 2.05%。

二、96 年第 3 季各總額別醫療費用之申報情形

(一)醫院總額 (表 6):

門診申請 331.1 億餘點、門診部分負擔 34.5 億餘點，住診申請 372.2 億餘點、住診部分負擔 16.8 億餘點，合計醫療點數 (含部分負擔)754.5 億餘點，門住診醫療點數占率為 48.46:51.54。與去年同期比較：門診件數成長 2.76%、申請點數成長 5.37%，住診件數成長 1.71%、申請點數成長 2.94%，日數成長 2.99%。

(二)西醫基層總額 (表 7):

門診申請 185.1 億餘點、門診部分負擔 20.6 億餘點，住診申請 4.7 億餘點、住診部分負擔 2 百萬餘點，合計醫療點數 (含部分負擔) 210.4 億餘點，與去年同期比較：申報門診件數成長-1.24%、申請點數成長-2.39%，住診件數成長-8.73%、申請點數成長-8.52%，日數成長-5.53%。

(三)牙醫門診總額 (表 8):

申請 81.0 億餘點、部分負擔 3.4 億餘點，合計醫療點數 (含

部分負擔)84.4 億餘點，與去年同期比較：申報件數成長-0.39 %、申請點數成長 1.01%。

(四)中醫門診總額 (表 9)：

申請 40.5 億餘點、部分負擔 6.8 億餘點，合計醫療點數 (含部分負擔)47.3 億餘點，與去年同期比較：申報件數成長 2.28 %、申請點數成長 2.52%。

(五)門診透析 (表 10)：

申請 75.2 億餘點、部分負擔 39 萬餘點，合計醫療點數 (含部分負擔)75.2 億餘點，與去年同期比較：申報件數成長 5.92 %、申請點數成長 5.03%。

三、96 年第 3 季西醫門診慢性病醫療申報點數 (表 11)

(一)整體西醫門診申請 516.1 億餘點，部分負擔 55.1 億餘點，其中慢性病申請點數 220.2 億餘點，較去年同期增加 2.29 %；慢性病件數 1,545 萬件，較去年同期增加 2.71%；慢性病件數占率 24.18%、慢性病醫療點數占率 42.24%。

(二)醫院門診慢性病申請點數 178.7 億餘點，較去年同期增加 3.32%；慢性病件數 1,091 萬件，較去年同期增加 2.57%；慢性病件數占率 47.17%、慢性病醫療點數占率 53.68%。

(三)西醫基層門診慢性病申請點數 41.4 億餘點，較去年同期增

加-1.95%；慢性病件數 453 萬餘件，較去年同期增加 3.06%；慢性病件數占率 11.13%、慢性病醫療點數占率 21.89%。

四、96 年第 3 季西醫各層級別之申報情形

(一)醫學中心 (表 12):

門診申請 139.6 億餘點、部分負擔 13.6 億餘點，住診申請 160.9 億餘點、部分負擔 7.2 億餘點，合計醫療點數 (含部分負擔) 321.3 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長率 4.50%、申請點數成長率 7.51%，住診件數成長率 -0.28%、申請點數成長率 1.62%，日數成長率 1.74%。

(二)區域醫院 (表 13):

門診申請 117.3 億餘點、部分負擔 13.8 億餘點，住診申請 135.9 億餘點、部分負擔 6.7 億餘點，合計醫療點數 (含部分負擔) 273.7 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長率 5.96%、申請點數成長率 7.46%，住診件數成長率 3.12%、申請點數成長率 4.04%，日數成長率 3.03%。

(三)地區醫院 (表 14):

門診申請 74.1 億餘點、部分負擔 7.1 億餘點，住診申請 75.3 億餘點、部分負擔 2.9 億餘點，合計醫療點數 (含部分負擔)

159.4 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長率-1.86%、申請點數成長率-1.37%，住診件數成長率 2.09%、申請點數成長率 3.85%，日數成長率 4.06%。

(四)西醫基層 (表 15)：

門診申請 185.1 億餘點、部分負擔 20.6 億餘點，住診申請 4.7 億餘點、部分負擔 2 百萬餘點，合計醫療點數 (含部分負擔) 210.4 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長率-1.24%、申請點數成長率-2.39%，住診件數成長-8.73%、申請點數成長率-8.52%，日數成長率-5.53%。

五、藥費申報情形 (表 16 至表 21)

(一)95 年藥費總申報數：

門診申報 921 億餘元 (西醫基層 240 億餘元、西醫醫院 635 億餘元、中醫門診 43.8 億餘元、牙醫門診 1.8 億餘元)，住診申報 220 億餘元【西醫基層 0.3 億餘元、西醫醫院 219.5 億餘元 (醫學中心 108.6 億餘元、區域醫院 78.9 億餘元、地區醫院 32.1 億餘元)】，門住診合計 1,141 億餘元，較 94 年 1,121 億元增加 20 億元，成長率 1.78%，較整體醫療費用成長率 (0.89%) 稍高。

(二)96 年第 3 季藥費總申報數：

門診申報 236 億餘元 (西醫基層 55 億餘元、西醫醫院 168.3 億餘元、中醫門診 11.8 億餘元、牙醫門診 0.5 億餘元)，住診申報 55 億餘元【西醫基層 0.06 億餘元、西醫醫院 54.4 億餘元 (醫學中心 26.9 億餘元、區域醫院 19.7 億餘元、地區醫院 7.9 億餘元)】，門住診合計 290 億餘元，較去年同期成長 0.5%。門診藥費每件平均申報 292 元，較去年同期成長 0.7%；住診藥費每件平均申報 7,245 元，較去年同期成長-3.8%。

四、醫院總額各層級別門、住診醫療申報點數占率(表 22 至表 24)

(一)95 年各層級門、住診醫療申報點數占率：

1. 醫療點數：醫學中心 42.01%、區域醫院 36.31%、地區醫院 21.68%。
2. 門診點數：醫學中心 40.22%、區域醫院 36.41%、地區醫院 23.58%。
3. 住診點數：醫學中心 43.64%、區域醫院 36.20%、地區醫院 19.95%。

(二)96 年第 3 季醫療點數占率：

1. 醫療點數：醫學中心 42.59%、區域醫院 36.29%、地

區醫院 21.13%。

2. 門診點數：醫學中心 41.92%、區域醫院 35.87%、地區醫院 22.21%。

3. 住診點數：醫學中心 43.22%、區域醫院 36.68%、地區醫院 20.10%。

七、醫療費用核付（表 25 至表 25-1）

96 年(至 96 年 9 月止)之門診初審核減率為 2.30%、複審後核減率為 2.01%、爭審後核減率為 2.00%，住診初審核減率為 4.11%、複審後核減率為 3.78%、爭審後核減率為 3.78%。

八、各部門總額 96 年第 2 季點值結算情形(表 26)

(一)牙醫部門：本季平均點值為 0.9822 元。

(二)中醫部門：本季平均點值為 0.9676 元。

(三)西醫基層部門：本季平均點值為 0.9559 元。

(四)醫院部門：本季平均點值為 0.9564 元。

(五)門診透析：本季平均點值為 0.9628 元。

九、96 年第 3 季各部門總額點值預估（表 27）

(一)牙醫部門：預估平均點值為 1.0297 元。

(二)中醫部門：預估平均點值為 0.9528 元。

(三)西醫基層部門：預估平均點值為 0.9689 元。

(四)醫院部門：預估平均點值為 0.9297 元。

(五)門診透析：預估平均點值為 0.9512 元。

十、96年10-11月各部門總額點值預估(表27)

(一)牙醫部門：預估平均點值為 0.9832 元。

(二)中醫部門：預估平均點值為 0.9765 元。

(三)西醫基層部門：預估平均點值為 0.9521 元。

(四)醫院部門：預估平均點值為 0.9158 元。

(五)門診透析：預估平均點值為 0.9346 元。

十一、全民健康保險藥局申報情形(表28-1至表28-6)

十二、重大傷病證明實際有效領證統計表(表29)

十三、93-96年第1季醫療服務核定點數及費用統計(詳附件)

表 2. 全民健保訪查特約醫事服務機構統計表-按訪查部門

單位：家次

訪查類別 年度	西醫	中醫	牙醫	藥局	其他	總計
85.7-85.12	383	255	131	137	2	908
86.1-86.12	1,162	240	280	73	3	1,758
87.1-87.12	889	128	116	20	0	1,153
88.1-88.12	1,539	324	82	61	0	2,006
89.1-89.12	843	59	66	46	2	1,016
90.1-90.12	1,024	101	127	59	1	1,312
91.1-91.12	915	141	117	151	9	1,333
92.1-92.12	2,006	198	198	131	13	2,546
93.1-93.12	1,540	167	101	103	38	1,949
94.1-94.12	1,679	190	199	102	35	2205
95.1-95.12	1054	107	106	80	35	1382
96.1-96.9	318	41	55	80	30	524
96.10	38	4	4	6	1	53
96.11	36	2	5	12	3	58
96.12	27	4	9	11	2	53
總計	13,453	1,961	1,596	1,072	174	18,256

資料日期 97 年 1 月 9 日

註：「西醫」包含西醫醫院及西醫診所。

「其他」包含助產所、居家護理、醫檢所、康復之家、物理治療所。

表 3. 全民健保訪查特約醫事服務機構統計表-按訪查結果

單位：家次

年度 \ 擬處理情形	違約記點(含扣減費用)以上	其他(限期改善、追扣)	無違規	總計	函送法辦
85.7-85.12	205	182	507	894	62
86.1-86.12	450	385	928	1,763	195
87.1-87.12	357	251	543	1,151	98
88.1-88.12	635	456	906	1,997	58
89.1-89.12	423	233	356	1,012	89
90.1-90.12	592	201	540	1,333	78
91.1-91.12	749	81	506	1,336	68
92.1-92.12	1,183	252	1,094	2,529	30
93.1-93.12	1,206	143	614	1,963	23
94.1-94.12	892	349	922	2,163	46
95.1-95.12	972	163	290	1,425	80
96.1-96.9	324	80	122	526	145
96.10	25	18	10	53	4
96.11	36	14	8	58	7
96.12	36	10	7	53	10
總計	8,085	2,818	7,353	18,256	993
百分比	44.29%	15.44%	40.28%	100.00%	-

資料日期：97年1月9日

註：1. 擬處理情形係訪查後擬依據訪查結果所作之處理。

2. 84年3月至85年6月訪查特約醫事服務機構2,285家，惟開辦之初並未要求各分局於訪查報告報局時擬具處理意見，故擬處理情形未有上述之分類統計資料。

3. 84年3月至85年6月涉嫌違法函送檢警調單位辦理之特約醫事服務機構共275家。

表 4. 全民健保醫療院所違規查處統計表

單位：家數

處分類別 費月年月	違約記點	扣減費用	停止特約	終止特約	總計
84年3~12月	159	4	40	20	223
85年1~12月	238	19	262	85	604
86年1~12月	126	34	250	161	571
87年1~12月	165	62	246	143	616
88年1~12月	445	97	230	67	839
89年1~12月	304	76	218	35	633
90年1~12月	295	135	237	33	700
91年1~12月	421	288	56	25	790
92年1~12月	412	853	162	11	1438
93年1~12月	231	1019	90	4	1344
94年1~12月	192	568	228	11	999
95年1~12月	174	885	224	26	1309
96年1~11月	148	235	143	16	542
96年9月	51	18	8	0	77
96年10月	5	29	11	3	48
96年11月	12	27	9	1	49

資料日期：97年1月9日

表 25. 全民健保門、住診醫療費用核減統計表

單位：點，%

年		94 年	95 年	96 年 (資料至 96 年 9 月)
門 診	醫療費用 A	299,366,662,870	303,684,090,490	234,063,084,732
	已核付申請點數 B	273,123,954,463	277,186,000,528	214,097,902,620
	已核付點數 C	265,944,906,680	270,533,807,288	208,702,952,962
	初審後核減率 (B-C)/A*100	2.40%	2.19%	2.30%
	複審補付 E	1,907,814,557	1,429,910,560	698,681,352
	複審後核減率 (B-C-E)/A*100	1.76%	1.72%	2.01%
	爭審補付 F	1,293,587,538	719,815,611	7,053,553
	爭審後核減率(B-C-E-F)/A*100	1.33%	1.48%	2.00%
住 診	醫療費用 A	153,124,085,602	152,644,414,754	117,147,041,280
	已核付申請點數 B	146,685,432,044	146,277,611,552	112,199,614,446
	已核付點數 C	140,077,642,011	140,284,102,631	107,379,913,137
	初審後核減率 (B-C)/A*100	4.32%	3.93%	4.11%
	複審補付 E	1,428,530,831	941,566,531	386,405,951
	複審後核減率 (B-C-E)/A*100	3.38%	3.31%	3.78%
	爭審補付 F	1,429,040,842	802,489,740	2,715,330
	爭審後核減率(B-C-E-F)/A*100	2.45%	2.78%	3.78%

資料迄日 97 年 1 月 8 日

備註：

1. 醫療費用A:特約醫事服務機構向本局填報之醫事服務費用，為申請點數加上部分負擔，不含特約教學醫院加計部分，含本局代辦、代位求償之費用；部分負擔之NT\$1元等於1點。
2. 已核付申請點數B：特約醫事服務機構向本局申請付款之費用，不含部分負擔及特約教學醫院加計部分，含本局代辦、代位求償之費用。
3. 已核付點數C：申請費用經審查及申復後之應付費用，不含部分負擔及特約教學醫院加計部分，含本局代辦、代位求償之費用。
4. 資料來源：醫療費用核付主檔(PBDB_APRV_MST)，過帳介面檔(FFDT_APRV)，醫事機構基本資料(MHAT_HOSPBSC)，自墊核退基本資料檔(PBJH_RFND_MST)，每月應收醫療費用檔(FFDH_MONSUM_DTL)。