

壹、本月重要業務報告

一、有關全民健康保險加強慢性 B、C 型肝炎治療試辦計畫之配額檢討事宜

- (一) 本年度配額分配採逐月撥放逐季回收調整，為利院所適應且因應BC肝收案數較多之院所，故實施初期採按月監控適時調整方式，首次配額執行率檢討業於1月31日辦理，並同步進行第一波配額調整。
- (二) 因2月份適逢過年，故提前於2月9日進行檢討並針對執行率 $\geq 50\%$ 之院所予以增額以利該院所收案事宜，增額原則比照1月份增額原則辦理，即執行率已達100%之院所先行開放其每月配額的3倍；執行率達50%之院所，先行開放其每月配額的2倍；執行率未達50%，開放其每月配額的1倍供院所使用，惟如增額額度仍低於該院所迄今已使用額度者，依其已使用額度的1倍增開(B肝因患者較多，以已使用額度的2倍增開)，因額度有限，迄今執行率低於50%之院所將不予增額，合計本次B肝共增額220人，C肝85人，B肝抗藥株136人。
- (三) 本局各分局將適時啟動本試辦計畫之審核機制，以作為後續增額之參考。

二、有關推動住院費用採「診斷關聯群(Tw-DRGs)支付方式」進度報告：

- (一) 本局業已於96年2月1日健保醫字第0960051879-B號公告 Tw-DRGs 支付標準，並自97年1月1日起實施，相關支付標準附表置放本局全球網站供各界參考使用。

- (二) 為因應97年導入支付之相關作業，本局將陸續召開局內相關單位配合事宜協調會議，討論分工及時程進度。
- (三) 為使相關媒體瞭解本次公告，以免後續不當報導產生負面影響，本局亦將主動辦理記者說明會，說明相關規劃重點並進行綜合討論。

三、94、95年醫院總額部門罕見疾病、血友病及愛滋病藥費專款專用項目支用情形：

單位：千點

費用年月	愛滋病	血友病	罕見疾病
94年上半年	297,268	646,617	358,252
94年下半年	322,088	719,931	399,846
94年全年	619,356	1,366,548	758,098
94年月平均	51,613	113,879	63,175
95年上半年	/	768,005	484,037
95年下半年		837,835	600,411
95年全年		1,605,840	1,084,448
95年合計		2,690,288	

- 註：1. 資料來源：截至95年12月8日分局醫療主機資料。
2. 95年罕見疾病、血友病藥費預算額度為2659.5百萬元，不足部分由其他預算支應；愛滋病改由公務預算支應。

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：

費用年月	西醫基層—藥費點數(千)	醫院—藥費點數
94 年上半年	1,302	336,314
94 年下半年	1,273	336,038
94 年合計	2,575	672,352
94 年月平均	215	56,029
95 年上半年	2,902	327,647
95 年下半年	2,566	310,597
95 年合計	5,468	638,243
95 年總計	643,712	

註：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

貳、醫療給付業務（相關數據詳表 1 至表 4）

- 一、醫事服務機構特約部分：95 年 12 月底止共特約醫療院所 1 萬 8 千 289 家，特約率 91.45%。
- 二、自 85 年 7 月起，迄 95 年 12 月止共訪查 17,568 家次。訪查部門：西醫 13,034 家次、中醫 1,910 家次、牙醫 1,523 家次、藥局 963 家次、其他 138 家次，其中涉嫌違法函送檢警調單位辦理共 827 家次；訪查結果：違約記點(含扣減費用)以上 7,664 家次、其他(含限期改善、追扣費用)2,696 家次、無違規 7,206 家次、複(續)查 2 家次。
- 三、違規查處部分：本(95)年 1 月至 12 月止，共查處 1309 家，包括違約記點 174 家、扣減費用 885 家、停止特約 224 家、終止特約 26 家。
- 四、重大傷病部分：截至 95 年 12 月止，實際有效領證數共 70 萬

餘件，其中癌症 30 萬餘件、慢性精神病 17 萬 6 千餘件、透析病患 5 萬 2 千餘件、全身性自體免疫症候群 5 萬 2 千餘件，以上共計 58 萬 7 千餘件，占領證數 83.58%。

參、醫療費用申報與核付

一、總醫療費用之申報情形（表 5）

1. 94 年總醫療費用之申報：

94 年全年門診申請 2,734 億餘點、門診部分負擔 261 億餘點，住診申請 1,465 億餘點、住診部分負擔 64 億餘點，合計醫療點數（含部分負擔）4,526 億餘點，平均每月醫療點數 377 億餘點，整體醫療費用本年度較上年度增加 137 億餘點，成長 3.11%。

2. 95 年第 3 季醫療費用之申報：

門診申請 701 億餘點、門診部分負擔 65 億餘點，住診申請 369 億餘點、住診部分負擔 16 億餘點，合計醫療點數（含部分負擔）1,152 億餘點，平均每月醫療點數 384 億餘點，與去年同期比較：門診申報件數成長-1.90%、申請點數成長 3.82%，住診申報件數成長-2.76%、申請點數成長-0.60%，日數成長-2.26%。

3. 以 95 年 10 月申報點數來看：

門診每人次平均醫療費用 903 點，住診每人次平均醫療費用 52,736 點，每人日平均醫療費用 5,262 點，每人次平均住院日 10.02 日。

二、95 年第 3 季各總額別醫療費用之申報情形

1. 醫院總額 (表 6):

門診申請 314 億餘點、門診部分負擔 34 億餘點，住診申請 361 億餘點、住診部分負擔 16 億餘點，合計醫療點數 (含部分負擔) 725 億餘點，門住診點數占率為 48:52，去年同期為 46.5:53.5。與去年同期比較：門診件數成長-1.34%、申請點數成長 6.47%，住診件數成長-2.96%、申請點數成長-0.81%，日數成長-2.37%。

2. 西醫基層總額 (表 7):

門診申請 189 億餘點、門診部分負擔 21 億餘點，住診申請 5 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) 215 億餘點，與去年同期比較：申報門診件數成長-3.62%、申請點數成長-0.55%，住診件數成長 0.70%、申請點數成長 7.02%，日數成長-0.54%。

3. 牙醫門診總額 (表 8):

申請 80 億餘點、部分負擔 3 億餘點，合計醫療點數 (含部分負擔) 83 億餘點，與去年同期比較：申報件數成長 1.85%、點數成長 3.55%。

4. 中醫門診總額 (表 9):

申請 39 億餘點、部分負擔 6 億餘點，合計醫療點數 (含部分負擔) 45 億餘點，與去年同期比較：申報件數成長 1.55%、申請點數成長 1.10%。

5. 門診透析 (表 10):

申請 71 億餘點、部分負擔 32 萬餘點，合計醫療點數 (含部分負擔) 71 億餘點，與去年同期比較：申報件數成長 5.99%、點數成長 5.86%。

三、西醫門診慢性病醫療申報點數（表 11）

1. 西醫門診申請 559 億餘點（含部分負擔），其中慢性病申請 236 億餘點（含部分負擔）；慢性病件數占率 23.51%、慢性病醫療點數占率 42.36%。
2. 醫院門診慢性病申請件數 1,064 萬件，申請點數 173 億點（含部分負擔）、平均每件醫療點數 1,792 點（含部分負擔）。
3. 西醫基層門診慢性病申請件數 4,401 萬件，申請點數 42.2 億點（含部分負擔）、平均每件醫療點數 1,047 點（含部分負擔）。

四、95 年第 3 季西醫各層級別之申報情形

1. 醫學中心（表 12）：

門診件數成長率 2.16%、申請點數成長率 8.61%，住診件數成長率-1.95%、申請點數成長率-1.92%，日數成長率-3.99%。

2. 區域醫院（表 13）：

門診件數成長率-2.72%、申請點數成長率 5.53%，住診件數成長率-3.83%、申請點數成長率-0.78%，日數成長率-2.28%。

3. 地區醫院（表 14）：

門診件數成長率-2.85%、申請點數成長率 4.25%，住診件數成長率-2.93%、申請點數成長率 1.57%，日數成長率-1.02%。

4. 基層診所（表 15）：

門診件數成長率-3.62%、申請點數成長率-0.55%，住診

件數成長-0.70%、申請點數成長率 7.02%，日數成長率 -0.54%。

五、藥費申報情形（表 16 至表 21）

1. 94 年藥費總申報數

門診申報 901 億餘元（西醫基層 252 億餘元、西醫醫院 602 億餘元、中醫門診 44 億餘元、牙醫門診 2.0 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 億餘元（醫學中心 106 億元、區域醫院 81 億餘元、地區醫院 32 億餘元）】，門住診合計 1,121 億餘元，較 93 年 1,094 億元增加 27 億元，成長率 2.47%，較整體醫療費用成長率（3.11%）為低。

2. 95 年第 3 季門住診每件平均藥費

門診藥費每件平均申報 289 元，較去年同期成長 7.6%；住診藥費每件平均申報 7,534 元，較去年同期成長 3.1%。

六、醫院總額各層級別門、住診醫療申報點數占率（表 22 至表 24）

1. 94 年各層級門、住診醫療申報點數占率：

①門住診合計：醫學中心 42.18%、區域醫院 35.77%、地區醫院 22.05%。

②門診部分：醫學中心 39.95%、區域醫院 35.77%、地區醫院 24.28%。

③住診部分：醫學中心 44.13%、區域醫院 35.78%、地區醫院 20.09%。

2. 95 年 10 月各層級門、住診醫療申報點數占率：

①門住診合計：醫學中心 42.30%、區域醫院 35.56%、地

區醫院 22.15%。

②門診部分：醫學中心 41.34%、區域醫院 34.90%、地區醫院 23.76%。

③住診部分：醫學中心 43.19%、區域醫院 36.17%、地區醫院 20.64%。

七、醫療費用核付（表 25 至表 25-1）

95 年(至 95 年 9 月止)之門診初審核減率為 2.18%、複審後核減率為 1.89%、爭審後核減率為 1.89%；住診初審核減率為 3.88%、複審後核減率為 3.55%、爭審後核減率為 3.55%。

八、各部門總額歷年已公告點值(表26)

九、95年第四季各部門總額點值預估（表27）

十、全民健康保險藥局申報情形（表28-1至表28-6）

十一、94-95年醫院總額新醫療科技執行情形（表29）

十二、93-95年第2季醫療服務核定點數及費用統計（詳附件）

表 1. 全民健保特約醫事服務機構家數統計表

單位：家數

類別 年	醫療院所						其他醫事服務機構						
	西醫 醫院	中醫 醫院	西醫 診所	中醫 診所	牙醫 診所	小 計	藥局	醫事 檢驗	居家 照護	助產 所	社區 復健	物理 治療	醫事 放射 機構
84.12 底	681	102	7,581	1,620	4,615	14,599	804	140	85	28	6	-	-
85.12 底	661	88	8,094	1,727	4,859	15,429	2,608	150	112	30	9	-	-
86.12 底	656	82	8,336	1,818	4,976	15,868	3,337	222	148	28	16	-	-
87.12 底	645	73	8,483	1,878	5,043	16,122	3,364	236	191	24	23	-	-
88.12 底	⊙584	66	8,311	2,006	5,202	16,169	3,263	231	253	20	30	-	-
89.12 底	577	52	8,241	2,100	5,362	16,332	3,061	230	304	18	38	-	-
90.12 底	565	44	8,256	2,225	5,468	16,558	2,860	243	340	24	46	4	-
91.12 底	553	37	8,404	2,355	5,609	16,958	3,348	226	390	22	53	15	-
92.12 底	540	35	8,561	2,422	5,701	17,259	3,559	251	409	23	66	20	-
93.12 底	531	33	8,793	2,523	5,776	17,656	3,898	233	429	24	89	48	6
94.12 底	511	24	8,992	2,572	5,832	17,931	4,171	222	465	24	118	28	6
95.12 底	508	23	9,152	2,700	5,906	18,289	4,036	213	486	21	132	22	8
95.10	510	23	9,123	2,676	5,890	18,222	4,047	212	484	21	133	21	8
95.11	508	23	9,140	2,694	5,897	18,262	4,044	213	480	21	133	22	8
95.12	508	23	9,152	2,700	5,906	18,289	4,036	213	486	21	132	22	8

註：1. ⊙表示自 88 年元月起，僅辦理門診之特約西醫醫院改列為西醫診所。

2. 社區復健機構目前僅指「精神科」社區復健機構。

3. 各全年資料為當年底(12 月)資料。

4. 物理治療所自 90 年 7 月開始納入健保特約醫事服務機構。

5. 醫事放射機構自 93 年 1 月開始納入健保特約醫事服務機構。

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：家數

訪查部門 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. 9	788	86	52	61	28	1015
95. 10	117	7	29	4	4	161
95. 11	77	7	12	10	2	108
95. 12	72	7	13	5	1	98
總計	13,034	1,910	1,523	963	138	17,568
百分比	74.19%	10.87%	8.67%	5.48%	0.79%	100.00%

資料日期 96 年 1 月 10 日

註. 其他項為助產所、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	複(續)查	總計	函送法辦
85. 7-85. 12		205	182	507	0	894	62
86. 1-86. 12		450	385	928	0	1,763	195
87. 1-87. 12		357	251	543	0	1,151	98
88. 1-88. 12		635	456	906	0	1,997	58
89. 1-89. 12		423	233	356	0	1,012	89
90. 1-90. 12		592	201	540	0	1,333	78
91. 1-91. 12		749	81	506	0	1,336	68
92. 1-92. 12		1,183	252	1,094	0	2,529	30
93. 1-93. 12		1,206	143	614	0	1,963	23
94. 1-94. 12		892	349	922	2	2,165	46
95. 1-95. 9		737	122	198	0	1057	52
95. 10		116	19	27	0	162	9
95. 11		61	12	35	0	108	12
95. 12		58	10	30	0	98	7
總計		7,664	2,696	7,206	2	17,568	827
百分比		43.62%	15.35%	41.02%	0.01%	100.00%	-

資料日期：96年1月10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

受理 項目 年度	違約記點	扣減費用	停止特約	終止合約	合 計
84.3-84.12	159	4	40	20	223
85.1-85.12	238	19	262	85	604
86.1-86.12	126	34	250	161	571
87.1-87.12	165	62	246	143	616
88.1-88.12	445	97	230	67	839
89.1-89.12	304	76	218	35	633
90.1-90.12	295	135	237	33	700
91.1-91.12	421	288	56	25	790
92.1-92.12	412	853	162	11	1,438
93.1-93.12	231	1,019	90	4	1,344
94.1-94.12	192	568	228	11	999
95.1-95.12	174	885	224	26	1309
95.10	34	137	42	3	216
95.11	25	59	24	2	110
95.12	21	39	13	1	74

資料日期 96 年 1 月 11 日

表 25. 全民健保門、住診醫療費用核減統計表

單位：點，%

年		93 年	94 年	95 年 (資料至 95 年 9 月)
門 診	醫療費用 A	289,567,165,016	299,331,297,600	225,768,433,223
	已核付申請點數 B	264,577,177,406	273,090,102,471	206,055,907,708
	已核付點數 C	258,206,290,918	265,914,033,152	201,131,272,204
	初審後核減率 (B-C)/A*100	2.20%	2.40%	2.18%
	複審補付 E	752,401,965	1,902,572,217	652,135,545
	複審後核減率 (B-C-E)/A*100	1.94%	1.76%	1.89%
	爭審補付 F	116,382,737	1,236,243,638	11,692,686
	爭審後核減率(B-C-E-F)/A*100	1.90%	1.35%	1.89%
住 診	醫療費用 A	147,469,776,180	153,059,720,243	113,851,579,801
	已核付申請點數 B	141,188,450,046	146,621,529,564	109,102,684,265
	已核付點數 C	137,145,845,632	140,019,684,896	104,681,028,498
	初審後核減率 (B-C)/A*100	2.74%	4.31%	3.88%
	複審補付 E	291,605,102	1,417,922,015	378,984,497
	複審後核減率 (B-C-E)/A*100	2.54%	3.39%	3.55%
	爭審補付 F	117,248,732	1,265,121,359	2,772,528
	爭審後核減率(B-C-E-F)/A*100	2.46%	2.56%	3.55%

註：

1. 資料迄日 96年1月9日
2. 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。
3. 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。
4. 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。
5. 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)。