

壹、本月業務推動重點

一、全民健康保險重大傷病範圍增修公告案

- (一) 行政院衛生署於94年12月21日以衛署健保字第0940067519號公告修正全民健康保險重大傷病範圍，主要修正內容為刪除「後天免疫缺乏症候群」項目及各類疾病代碼更新為2001年版。
- (二) 配合後天免疫缺乏症候群防治條例修正第7條規定，重大傷病範圍刪除「後天免疫缺乏症候群」項目，本局前已核發之後天免疫缺乏症候群重大傷病證明同步停止適用。惟依據行政院衛生署疾病管制局所訂之「愛滋病毒感染者就醫作業模式」，愛滋病毒感染者就醫憑證將由該局另行發放，該局就醫憑證未及發放前，有健保身分者可憑「醫療院所開立之診斷證明書」（感染人類免疫缺乏症候群病毒者），或「95年1月1日前由本局核發重大傷病證明卡」，作為身分確認依據。
- (三) 具健保身分之愛滋病患至行政院衛生署公告之31家愛滋病指定醫院就診，如主診斷為愛滋病(即2001年版ICD-9-CM代碼為042或V08)，無需收取部分負擔，其醫療費用並委託本局代辦，愛滋病指定醫院於申報費用時，免部分負擔代碼改填009，其餘申報方式則依本局94年12月15日健保醫字第0940060505號函辦理。
- (四) 本件公告案併同疾病管制局94年12月30日函之「愛滋病毒感染者就醫作業模式」業於95年1月5日函請各分局轉知轄區特約醫療院所配合辦理。

二、本局保險對象申請核退大陸地區自墊醫療費用證明文件，須依據台灣地區與大陸地區人民關係條例及其

施行細則規定，辦理公證驗證之措施案

- (一) 本項暫緩實施案本局已於94年12月30日以健保醫字第0940060607號函通知分局。
- (二) 本案經於95年1月2日衛生署高峰會議討論後，於95年1月3日奉署長指示發布新聞稿，略以「預定自95年4月1日（住院出院日）初期就申請住院5日（含）以上之自墊醫療費用核退案件，及健保局各分局實務作業認定有查證必要之案件，規定其醫療證明文書需辦理公證驗證」，本案已函知分局據以辦理。

三、公告95年1、2、3月份全民健康保險施行區域外自墊醫療費用核退上限乙案

- (一) 依據全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第6條規定辦理。
- (二) 本局於95年1月5日以健保醫字第0950059008號公告，95年1、2、3月份全民健康保險施行區域外自墊醫療費用核退上限，門診每次為1,310元、急診每次為2,385元、住院每日為6,240元。
- (三) 與前一季公告之核退上限比較，門診每次減少2元，急診每次增加224元，住院每日減少99元。

四、94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：

	愛滋病	血友病	罕見疾病
1月	47,175,871	103,039,859	56,491,421
2月	38,066,237	74,746,281	53,834,222
3月	55,508,056	115,949,001	66,138,722
4月	49,464,747	124,411,476	62,741,432
5月	52,114,109	112,196,968	60,001,718
6月	54,939,054	116,273,771	58,718,188
7月	46,846,932	124,047,642	64,332,974
8月	55,641,119	116,474,170	63,548,642
9月	52,125,864	116,442,068	66,686,902
10月	55,008,963	123,887,182	64,846,992
11月	54,861,187	116,941,535	66,018,478
小計	561,752,139	1,244,409,953	683,359,691
總計	2,489,521,783		

註1：資料來源：分局門住診清單明細檔

註2：94年度預算額度為2234.1百萬元，不足部分由其他預算支應

五、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(千)
9401	281	57,864
9402	235	48,969
9403	225	61,639
9404	208	56,217
9405	181	55,284
9406	130	56,332
9407	155	55,878
9408	162	60,113
9409	139	56,180
9410	164	54,800
9411	294	54,614
合計	2,174	617,890

註：慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫94年度西醫基層全年預算50百萬元、醫院總額全年預算1,500百萬元，同項預算可互相流用。

貳、醫療給付業務：（相關數據詳表 1 至表 4）

醫事服務機構特約部分：94 年 12 月底止共特約醫療院所 17,931 家，特約率 91.25%。

- 一、醫療院所訪查部分：自 85 年 7 月起，迄今共訪查 16,186 家次。
。訪查部門：西醫 11,981 家次、中醫 1,802 家次、牙醫 1,417 家次、藥局 883 家次、其他 103 家次，其中涉嫌違法移送檢警調單位辦理共 747 家次；訪查結果：違約記點(含扣減費用)以上 6,692 家、函請改善 2,534 家、無違規 6,915 家、複(續)查 45 家。
- 二、違規查處部分：自健保開辦至 94 年 12 月止，共查處 8,757 家，包括違約記點 2,988 家、扣減費用 3,155 家、停止特約 2,019 家、終止特約 595 家。
- 三、重大傷病部分：截至 94 年 12 月止，實際有效領證數共 656,345 人。

參、醫療費用申報與核付

(一)總醫療費用之申報(表5)

1. 93 年總醫療費用之申報：93 年全年門診申請 2,686 億餘點、門診部分負擔 252 億餘點，住診申請 1,412 億餘點、住診部分負擔 62 億餘點，合計醫療點數（含部分負擔）4,413 億餘點，平均每月醫療點數 367 億餘點。
2. 94 年第 3 季之申報：門診申請 681 億餘點、門診部分負擔 66 億餘點，住診申請 371 億餘點、住診部分負擔 16 億餘點，合計醫

療點數（含部分負擔）1,136 億餘點，平均每月醫療點數 378 億餘點，與去年同期比較：門診申報件數成長-2.52%、申請點數成長 0.84%，住診申報件數成長-1.90%、申請點數成長 1.73%，日數成長-0.36%。

3. 以 94 年 10 月申報點數來看：門診每人次平均醫療費用 837 點，住診每人次平均醫療費用 51,852 點，每人日平均醫療費用 5,205 點，每人次平均住院日 9.96 日。

（二）94 年第 3 季各總額別醫療費用之申報

1. 醫院總額（表 6）：門診申請 295 億餘點、門診部分負擔 35 億餘點，住診申請 363 億餘點、住診部分負擔 16 億餘點，合計醫療點數（含部分負擔）711 億餘點，與去年同期比較：申報門診件數成長-4.06%、申請點數成長-1.27%，住診件數成長-1.81%、申請點數成長 1.71%，日數成長-0.26%。
2. 西醫基層總額（表 7）：門診申請 196 億餘點、門診部分負擔 21 億餘點，住診申請 4 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）223 億餘點，與去年同期比較：申報門診件數成長-1.99%、申請點數成長 2.41%，住診件數成長-4.10%、申請點數成長 9.13%，日數成長-4.50%。
3. 牙醫門診總額（表 8）：申請 77 億餘點、部分負擔 3 億餘點，與去年同期比較：申報件數成長 0.02%、點數成長 0.24%。
4. 中醫門診總額（表 9）：申請 39 億餘點、部分負擔 6 億餘點，與去年同期比較：申報件數成長-5.72%、申請點數成長-4.65%。
5. 洗腎（詳表 10）：申請 67 億餘點、部分負擔 20 萬餘點，與去年同期比較：申報件數成長 6.52%、點數成長 7.81%。

(三) 西醫門診慢性病醫療之申報：94年第3季西醫申請492億餘點，其中慢性病申請200億餘點；慢性病件數占西醫件數的22.35%、西醫慢性病申請點數占西醫申請點數40.75%。

(四) 94年第3季西醫各層級別之申報

1. 醫學中心：門診件數成長率為-4.82%、申請點數成長率為-1.71%，住診件數成長率為-1.20%、申請點數成長率為1.01%，日數成長-1.30%（詳如表12）。
2. 區域醫院：門診件數成長率為-4.84%、申請點數成長率為-1.34%，住診件數成長率為-1.00%、申請點數成長率為1.67%，日數成長率為-1.41%。（詳如表13）。
3. 地區醫院：門診件數成長率為-2.70%、申請點數成長率為-0.44%，住診件數成長率為-3.73%、申請點數成長率為3.19%，日數成長率為2.08%（詳如表14）。
4. 基層診所：門診件數成長率為-1.99%、門診申請點數成長率為2.41%（詳如表15）。

(五) 藥費申報部分(詳如表16至表21)

1. 93年門診申報881億餘元（西醫基層232億餘元、西醫醫院602億餘元、中醫門診44億餘元、牙醫門診1.7億餘元），住診申報212億餘元【西醫基層0.3億餘元、西醫醫院212億餘元（醫學中心105億元、區域醫院75億餘元、地區醫院30億餘元）】，門住診合計1,094億餘元。
2. 94年第3季門診藥費每件平均申報268元，較去年同期成長4.3%；住診藥費每件平均申報7,324元，較去年同期成長4.5%。

(六) 各層級院所門、住診醫療費用之占率(詳如表22至表24)

1. 93年醫療點數占率部分：

- (1) 醫療點數：醫學中心占 40.78%、區域醫院占 37.18%、地區醫院占 22.04%。
- (2) 門診部分：醫學中心占 39.62%、區域醫院占 36.61%、地區醫院占 23.77%。
- (3) 住診部分：醫學中心占 41.82%、區域醫院占 37.70%、地區醫院占 20.48%。

2. 94年10月各層級院所門、住診醫療費用之占率：

- (1) 醫療點數：醫學中心占 40.43%、區域醫院占 37.29%、地區醫院占 22.28%。
- (2) 門診部分：醫學中心占 38.64%、區域醫院占 36.58%、地區醫院占 24.78%。
- (3) 住診部分：醫學中心占 41.98%、區域醫院占 37.91%、地區醫院占 20.11%。

(七)醫療費用核付：94年(至94年9月止)之門診初審核減率為2.49%、複審核減率為2.11%、爭審核減率為2.10%，住診初審核減率為4.23%、複審核減率為3.96%、爭審核減率為3.94% (詳如表25)

(八)87年起各總額支付部門歷年已公告點值(詳如表26)。

(九)94年第3季各總額支付部門點值預估(詳如表27)。

(十)全民健康保險藥局申報情形(詳如表28)。

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
94.10	512	24	8,957	2,557	5,822	17,872	4,137	224	454	24	110	28	6
94.11	510	24	8,984	2,571	5,839	17,928	4,149	224	456	24	113	28	6
94.12	511	24	8,992	2,572	5,832	17,931	4,171	222	465	24	118	28	6

- 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(十二月)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

訪查科別 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
94.1-94.6	609	73	61	35	14	792
94.7-94.9	699	57	76	14	8	854
94.10	195	36	32	32	6	301
94.11	117	18	25	15	3	178
94.12	60	5	5	6	4	80
總計	11,981	1802	1417	883	103	16,186
百分比	74.02%	11.13%	8.75%	5.46%	0.64%	100%

資料日期 95 年 1 月 11 日

註：其他項為助產所、居家護理、醫檢所。

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：家數

年度	擬處理情形 違約記點(含扣減費用)以上	其他 (函請改善)	無違規	複(續)查	總計	移送法辦
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
94.1-94.6	393	151	191	3	738	12
94.7-94.9	273	169	444	5	891	22
94.10	147	9	153	7	316	3
94.11	54	11	101	15	181	4
94.12	25	10	32	15	82	5
總計	6,692	2534	6915	45	16,186	747
百分比	41.34%	15.66%	42.72%	0.28%	100%	-

資料日期：95年1月11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月涉嫌違法移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

受理 年度 \ 項目	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
94年10月	16	92	20	0	128
94年11月	14	40	28	2	84
94年12月	1	49	16	3	69
合 計	2,988	3,155	2,019	595	8,757

單位：家數

資料日期 95年1月10日

表 25 全民健保門、住診醫療費用核減統計表

單位：點，%

年		92 年	93 年	94 年 (資料至 94 年 9 月)
門 診	醫療費用 A	259,653,999,364	290,944,469,246	223,774,223,413
	已核付申請點數 B	235,166,991,707	265,859,075,375	204,373,501,735
	已核付點數 C	231,824,522,696	259,451,992,114	198,805,606,127
	初審後核減率 (B-C)/A*100	1.29%	2.20%	2.49%
	複審補付 E	665,435,800	844,498,209	836,197,554
	複審後核減率 (B-C-E)/A*100	1.03%	1.91%	2.11%
	爭審補付 F	51,529,420	57,367,294	39,025,470
	爭審後核減率(B-C-E-F)/A*100	1.01%	1.89%	2.10%
住 診	醫療費用 A	123,978,018,157	147,391,177,935	114,673,717,988
	已核付申請點數 B	118,688,423,629	141,108,822,907	109,826,459,495
	已核付點數 C	115,584,346,890	137,082,786,568	104,607,259,199
	初審後核減率 (B-C)/A*100	2.49%	2.73%	4.23%
	複審補付 E	508,747,954	630,854,528	683,618,794
	複審後核減率 (B-C-E)/A*100	2.35%	2.30%	3.96%
	爭審補付 F	23,752,920	27,592,498	19,694,373
	爭審後核減率(B-C-E-F)/A*100	2.33%	2.28%	3.94%

製表日期 94 年 12 月 13 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:門診費用申請總表主檔(pbb_op_tlst)，財務核定檔(fdb_aprv)，特約醫事機構基本主檔(mab_hosbsc)，門診醫事服務機構統計檔(pcb_hospsts)，住診費用申請總表主檔(pbb_hp_tlst)，住院醫療費用核定明細檔(pdb_rfefn)。
5. 目前核減率資料已無法由資訊處系統產生，需俟二代醫療費用系統一統計子系統完成後，始可產生最新資料。