

101 年醫院醫療給付費用總額 地區預算分配及點值結算方式

101.08.03

一、101 年醫院醫療給付費用總額及分配之重點摘要 (101.2.23 費協字第 1015960029 號公告)

(一) 醫院醫療給付費用成長率為 4.609%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 3.929%，專款項目全年預算額度為 14,312.5 百萬元，門診透析服務預算成長率為 -0.350%。

(二) 總額設定公式：

101 年度醫院醫療給付費用總額 = 校正後 100 年度醫院一般服務醫療給付費用 $\times (1 + 101 \text{ 年度一般服務成長率}) + 101 \text{ 年度專款項目預算} + 101 \text{ 年度醫院門診透析服務預算}$ 。

101 年度醫院門診透析服務費用 = 100 年度醫院門診 $\times (1 + 101 \text{ 年度一般服務成長率})$

註：校正後 100 年度醫院一般服務醫療給付費用所採基期費用，依費協會第 114 次委員會議決議辦理，校正投保人口成長率差值。

(三) 一般服務(上限制)之地區預算

於扣除專款項目預算後，用於計算地區預算所採之門住診費用比為 45:55，該門診費用 (45%) 包含門診透析服務。

1. 門診服務(不含門診透析服務、專款項目預算)：

(1) 預算以中央健康保險局六分區業務組所轄範圍區分為六個地區，45% 依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，55% 依醫院總額支付制度開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用比率分配。

(2) 「人口風險因子及轉診型態」校正方式：先校正人口風險因子 (年齡性別指數占 80%，標準化死亡比占 20%)，再校正醫院門診市場占有率。

2. 住診服務(不含專款項目預算)：

- (1)預算以中央健康保險局六分區業務組所轄範圍區分為六個地區，40%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，60%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用比率分配。
- (2)「人口風險因子」校正方式：年齡性別指數占 50%，標準化死亡比占 50%。
3. 各地區門住診服務，經依 1、2 計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

二、101 年各季醫院醫療給付費用總額計算說明

(一)一般服務醫療給付費用預算

1. 101 年度各季醫院一般服務部門醫療給付費用總額

$$= (100 \text{ 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額} + \text{各季校正投保人口年增率預估值之差額金額}) \times (1 + 3.929\%)$$
2. 100 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析)

$$= (99 \text{ 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額} + \text{各季校正投保人口年增率預估值之差額金額} - \text{NaF18 取代 Mo-99 未支用預算}) \times (1 + 3.171\%)$$
3. 101 年度各總額部門各季人口成長率差值調整金額：

總額別	第一季	第二季	第三季	第四季
醫院總額	208,963,109	65,250,324	2,596,742	-3,685,3667

※依據全民健康保險醫療費用協定委員會 95 年 6 月 9 日第 114 次會議決議略以，自 97 年度及以後各年度各部門總額，計算牙醫門診、中醫門診、西醫基層和醫院部門之部門別總額成長率時，要先校正「投保人口年增率預估值」。

(二)品質保證保留款(0.1%)

依費協會協定 101 年品質保證保留款之成長率為 0.1%，該項預算並自 99 年度起採累計方式計算(醫院係自 100 年度協定 0.05% 成長率)

1. 101 年度品質保證保留款 = (100 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額 + 各季校正投保人口年增率預估值之差額金

額) × 0.1%。

2. 100 年度品質保證保留款 = (99 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額 + 各季校正投保人口年增率預估值之差額金額 - NaF18 取代 Mo-99 未支用預算) × 0.05%。
3. 101 年品質保證保留款(100 年+101 年)

(1). 100 年品質保證保留款成長率 0.05%，其預算為 150,367,211 元。

(2). 101 年品質保證保留款成長率 0.10%，其預算為 310,510,666 元。

(三)一般服務醫療給付費用預算四季重分配：

1. 自 99 年起開始實施各季預算重新分配，即各季預算考量各年各季假日、非假日數調整日產能後之新占率計算，計算步驟如下：

(1). 支付標準調整校正，計算各季基期占率：23.91%、25.37%、25.18%、25.54%。

(2). 計算 101 年假日及非假日產能。

(3). 經調整各假日、非假日產能後之各季新占率：第 1 季 23.848386%、第 2 季 25.435772%、第 3 季 25.118478%、第 4 季 25.597364%。

(4). 101 年度全年醫院總額一般部門服務醫療給付費用總額預算為 322,710,630,421 元。

2. 101 年各季應分配預算 = (各季新占率) × (100 年總預算數 - 品質保證保留款預算)

101 年各季應分配預算，第 1 季 77,125 百萬元、第 2 季 82,666 百萬元、第 3 季 80,840 百萬元、第 4 季 81,616 百萬元。

3. 各季應分配預算須再扣減之預算項目金額：

(1). 調整支付標準(成長率 0.399%)：應用於調整外科、婦產科及兒科等艱困科別之支付標準。

本項未實施公告之季別，各該季預算先行扣減該項成長率(即 101 年一般服務部門基期預算 $\times 0.399\%$ ，
 $Q1=296,520,119$ 元、 $Q2=317,825,361$ 元、
 $Q3=310,803,729$ 元、 $Q4=313,788,350$ 元)，惟因相關支付標準調整，將追溯至 101 年 1 月 1 日，故前述扣減預算將一併保留至本年度實施之季別。

(2). 確保血品安全與品質(成長率 0.064%)：用於增加血液核酸擴大檢驗(NAT)之費用。

本項未實施公告之季別，各該季預算應予扣減該項成長率 ($Q1=47,562,124$ 元 、 $Q2=50,979,507$ 元 、
 $Q3=49,853,230$ 元、 $Q4=50,331,966$ 元)。

4. 各分區第 1-3 季預算：以前述調整後季預算數乘各區當季 R、S 值。

5. 各分區第 4 季預算：則為各分區原全年預算數扣減前 3 季調整後預算數。

*依據醫院總額支付委員會 98 年第 4 次會議決議辦理。

(三)101 年門診透析服務費用總額

$$= 100 \text{ 年醫院門診透析費用(含藥費)} \times (1-0.350\%)$$

(四)101 年繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵：全年預算 387 百萬元。

*依第二階段實際導入實施之季別，併醫院總額一般服務預算結算。

(五)一般服務部門分配至各分區總預算

◎醫院一般住診服務費用總額

$$= 101 \text{ 年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門}$$

診透析)－支應慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫專款不足之金額－調整支付標準未執行數(未執行當季扣減)－確保血品安全與品質未執行數(未執行當季扣減) + 加回已扣減之調整支付標準預算數(執行當季加回) + 門診透析服務費用總額) × 55% +(101 年繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵預算/4)

◎醫院一般門診服務費用總額

=101 年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析)－支應慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫專款不足之金額－調整支付標準未執行數(未執行當季扣減)－確保血品安全與品質未執行數(未執行當季扣減) + 加回已扣減之調整支付標準預算數(執行當季加回) + 門診透析服務費用總額) +(101 年繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵預算/4)－醫院一般住院服務費用總額－門診透析

(六)專款項目全年預算額度為 14,312.5 百萬元

1. 慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫：全年預算 1,922 百萬元，均分四季，每季預算 480.5 百萬元，各季不足部分由當年度一般服務部門優先支應，全年為 15.78 億元，仍有不足之部分由其他預算支應。
2. 罕見疾病、血友病藥費：預算額度為 5,649 百萬元。
3. 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：預算額度為 3,484.7 百萬元。
4. 醫療給付改善方案：預算額度為 499.8 百萬元。
5. 急診品質提升方案：預算額度為 320.0 百萬元。
6. 提升住院護理照護品質：預算額度為 2,000 百萬元。
6. 繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵：
預算額度為 387 百萬元，依實際導入實施之項目與季別，併

醫院總額一般服務費用結算。

7. 醫院支援西醫基層醫療資源缺乏地區之方案：預算額度為 50 百萬元。

三、本局 101 年各季醫院總額一般服務之地區預算計算說明

某地區一般服務醫療給付費用預算

= 全局一般服務預算總額 × 人口風險因子及轉診型態權重 × 人口風險因子及轉診型態比例 + 全局一般服務預算總額 × 費用佔率權重 × 開辦前一年各區門診醫療費用佔率。

(一) 人口風險因子及轉診型態比例之校正計算方式：

先校正人口風險因子，再校正轉診型態校正比率

1. 人口風險因子 = 年齡性別指數權重 × 年齡性別指數(人口結構校正比例) + 標準化死亡比(SMR)權重 × 標準化死亡比

(1) 年齡性別指數(人口結構校正比例) = 人口佔率 × b 分區第 s 季人口指數

A. 人口佔率 = 某分區實際投保人口數 / 全局實際投保人口數

B. b 分區第 s 季人口指數

= [\sum (XX 總額全國各性別年齡層平均每人門診醫療費用 × b 分區各性別年齡層人口數) / b 分區總人口數] / XX 總額全國每人平均醫療費用。

(2) 標準化死亡比 SMR = 99 年 b 分區死亡人數 / \sum 【全國各性別年齡層死亡率 × 99 年 b 分區各年齡層人口數】

A. 各季採用內政部戶政司「99 年臺閩地區各縣市人口死亡數按死亡者性別及五歲年齡組分」死亡資料及臺閩地區戶籍人數資料計算。

B. 全國各性別年齡層死亡率 = 99 年各性別年齡層死亡人數 ÷ 99 年各性別年齡戶籍人口數。

C. 以戶籍地及死亡地之縣市別歸屬投保分區。

2. 轉診型態校正比例：

醫院轉診型態校正比例 = [(某投保分區醫院總額內門診核定點數/某投保分區(西醫基層+醫院)總額內門診核定點數合計)] / [(全國醫院總額內門診核定點數/全國(西醫基層+醫院)總額內門診核定點數合計)]

3. 人口風險因子及轉診型態校正比例

$$ADJ_OCC\ i = (DEMO_OCC_i * TRANS_i) / \sum (DEMO_OCC_i * TRANS_i)$$

說明：ADJ_OCC：人口風險因子及轉診型態校正比例

DEMO_OCC：人口風險因子校正比例

TRANS：轉診型態校正比例

i：分區別

(二)開辦前一年各區醫療費用佔率，其計算方式如下：

開辦前一年各區醫療費用佔率 = 該季某分區投保人口總額內
醫療費用 / 該季全局總額內醫療費用

(三)地區預算分配相關參數及計算資料期間：

項目	細項	醫院門診	醫院住診
人口風險因子	人口分區權重	45%	40%
	年齡性別指數權重	80%	50%
	人口佔率分區期間	10101-10112	10101-10112
	人口指數費用部分資料期間	9801-9812	9801-9812
	標準化死亡比權重	20%	50%
	標準化死亡比死亡資料期間	99 年	99 年
	標準化死亡比人口資料資料期間	9901-9912	9901-9912
轉診型態比例	轉診型態資料期間	10001-10012	
費用佔率	費用佔率權重	55%	60%
	費用佔率資料期間	9101-9112	9101-9112

各細項資料期間之採計時點，依下列原則處理，且逐年遞延。

註1：費用佔率：為總額實施前一年各投保分區別之費用佔率。

註2：年齡性別指數權重之人數與用當年(101年)各季人數、費用之資料期間則與當年(101年)大總額報行政院之資料一致。

註3：標準化死亡比採用當年可取得最新資料。

(四)跨區就醫處理方式：

1. 跨區就醫點值以就醫分區前季浮動點值計算
2. 跨區就醫之認定方式說明及對照表如下：
 - (1)保險對象就醫資料勾稽承保資料得知投保分區。
 - (2)投保分區以每季季中投保人口資料為投保分區。
 - (3)無投保分區者採用就醫分區。
 - (4)就醫分區與投保分區不合者，視為跨區就醫。

四、101年各季醫院總額點值結算說明

(一)結算時點

101年各季	費用年月	結算時點(財務傳票日期)
第一季	101.1~3	101.1.1~ 101.6.30
	100.12(含)之前	101.4.1~101.6.30
第二季	101.4~6	101.4.1~ 101.9.30
	101.3(含)之前	101.7.1~ 101.9.30
第三季	101.7~9	101.7.1~ 101.12.31
	101.6(含)之前	101.10.1~101.12.31
第四季	101.10~12	101.10.1~102.3.31
	1019(含)之前	102.1.1~102.3.31

(二)101年醫院總額保障項目(非浮動點數)

依據98年01月7日費協字第0985900023號公告、全民健康保險醫療費用協定委員會第118次及120次委員會議決議、101年第1次醫院總額支付委員會會議結論，下列各項費用以固定點值，自地區總額預先扣除。

1. 每點以各分區門住診前一季平均點值或當季浮動點值核付項目：經衛生署核定，本局公告之偏遠地區醫院，其浮動點數以前一季各分區門住診平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區門住診平均點值小於當季浮動點值，該分區該季偏遠地區醫院之浮動點數以當季浮動點值核付，且增加之費用於次季該分區一般服務預算中支應。

2. 每點 1 元之核付項目：

- (1)衛生署公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急診醫療服務。
- (2)門住診之藥品、藥事服務費。
- (3)住院之手術費、麻醉費。
- (4)門診手術費(包括門診案件分類 03【西醫門診手術】及門診案件分類 C1【論病例計酬案件】，其中論病例計案件排除「體外電震波腎臟碎石術」)。
- (5)血品費之醫令代碼為 93001C 至 93023C，包括醫令類別=(2 或 Z) 或以下案件之醫令類別為 (4 或 Z) 之案件：
 - A. 門診：案件分類 C1(論病例計酬案件)或案件分類 E1 且特定治療項目一為 N、C、R(乳癌試辦計畫)。
 - B. 住診：案件分類 2(論病例計酬案件)或申報類別為 2 且給付類別為 9、A(呼吸器或安寧)或案件分類 4 且病患來源欄位為 N、C、R 者(乳癌試辦計畫)或案件類為 6(安寧療護)。

3. 非浮動點數不可超過申請點數與部分負擔之合計，若超過者以申請點數與部分負擔之合計來計算。

4. 99 年 1 月 1 日實施「全民健康保險住院診斷關連群」，其保障項目與現行住院之保障項目相同。

(二)保障項目之擷取順序及條件如下表。

附表：101 年醫院總額醫療給付費用一般服務
之保障項目擷取順序及條件

擷取順序	項目	投保分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季各區門住診平均點值
一	門診、住診之藥費及藥事服務費	區分		藥費及藥事服務費	
二	門診手術	區分	1. 門診案件分類=03(西醫門診手術) 2. 門診案件分類=C1(論病例計酬案件，不含體外電震波腎臟碎石術)	申請費用+部分負擔	
三	急救責任醫院之急診醫療服務點數	區分	1. 行政院衛生署公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院 2. 門診案件分類=02(西醫急診)	申請費用+部分負擔	
四	住診手術費	區分	住院醫療服務點數清單之手術費乙欄	手術費	
五	住診麻醉費	區分	住院醫療服務點數清單之麻醉費乙欄	麻醉費	
六	促進供血機制合理運作	區分	醫療服務醫令清單之醫令碼為 93001C~93023C	醫令點數	
七	經行政院衛生署核定，本局公告之偏遠地區醫院	區分	經行政院衛生署核備，本局公告之偏遠地區醫院之核定醫療服務點數		申請費用+部分負擔，惟結算後如前一季該分區門住診平均點值小於當季浮動點值，該分區該季偏遠地區醫院之浮動點數以當季浮動點值核付。

(三) 浮動點值、平均點值之計算

1. 非偏遠地區浮動每點支付金額：

(1) 各分區非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額

= [分區門診一般服務醫療給付費用預算十分區住診一般服務醫療給付費用預算 - 加總(門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數 × 就醫分區前季門住診平均浮動點值) - 加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數) - 加總(門住診偏遠地區當地就醫核定浮動點數 × 就醫分區前季門住診合計平均點值) - 加總(門住診偏遠地區當地就醫核定非浮動點數) - 加總(門住診當地就醫分區未跨區自墊核退點數)] / 加總(門住診非偏遠地區投保該分區當地就醫一般服務核定浮動點數)

(2) 全局浮動每點支付金額 = [一般服務門診預算總額 + 一般服務住診預算總額 - 加總(門住診核定非浮動點數) - 加總(門住診自墊核退點數)] / 加總(門住診一般服務浮動核定點數)

(3) 平均點值 = 預算總額費用 / (投保該分區當地就醫浮動核定點數 + 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 + 投保該分區非浮動核定點數 + 當地就醫分區未跨區自墊核退點數)。

2. 偏遠地區浮動每點支付金額：符合醫院之浮動點數分跨區，全部以前季就醫分區門住診合計平均點值計算院所收入(如門住診平均點值小於當季浮動點值，以當季浮動點值計。)

五、101年醫院總額專款專用結算說明

(一)罕見疾病、血友病藥費：

預算額度為 5,649 百萬元，不足部分由其他預算支應。擷取條件如下：

1. 費用年月 94 年 1 月(含)以後部分負擔代碼=001 且主、次診斷任一亦符合衛生署公告罕見疾病、血友病診斷碼且領有重大傷大傷病卡者，惟血友病中為後天性凝血因子缺損(2867)者非屬重大傷病範圍，不須領有重大傷病卡。
2. 為 1992 年版及 2001 年版 ICD-9-CM 主次診斷碼符合血友病、罕見疾病代碼；血友病如衛生署公告之代碼為三碼或四碼者，以診斷碼前三碼或前四碼符合即可納入，罕見疾病則應完全符合才列入如下：

(1) 血友病：

A. 先天性凝血因子異常(2860、2861、2862、2863)及後天性凝血因子缺損(2867)。

B. 藥品醫令代號如下：

K000309299、K000319299、K000320299、K000426299、K000427299、
K000428299、K000430299、K000466299、K000497277、K000503251、
K000520277、K000521277、K000604299、K000605299、K000606299、
K000608299、K000618266、K000618280、K000630299、K000631299、
K000641299、K000642299、K000644299、K000733277、K000740299、
K000746209、K000747277、K000774280、K000830299、K000831299、
K000836299、K000837299、K000838299、K000843277、K000844299、
K000852299、K000853299、K000854299、K000878248、K000913277。、

(2) 罕病藥費小計以院所「申報罕見疾病之藥費小計」計算該專款項下費用，血友病以符合藥品醫令代號之藥費計算該專款項下費用。

(3) 藥局調劑的「罕見疾病、血友病」藥費點數要列入計算。

(二) B、C 型肝炎防治計畫：全年預算 1,922 百萬元

1. 本項專款各季預算全年均分四季，各季為 480.5 百萬元，各季費用如超出預算時，由一般服務醫療給付費用預算扣減支應，扣減金額為 1,578 百萬元，若仍有不足，則由其他預算支應。
2. 各試辦院所及由藥局申報「B、C 型肝炎藥品醫令代號」（醫令類別 1 或 Z），計算之醫令點數合計，置於專款專用項下費用。
3. B、C 型肝炎藥品醫令代號如下：

A044650100、A048027100、A048152100、AC48027100、B023208100、
B025232100、A043302100、B024690100、B023920100、B024468100、
B024469100、B024662100、B016955216、B016955220、B016955227、
B016955237、B022178216、B022178220、B022178223、B022178227、
B022178237、K000700216、K000700220、K000700223、K000700227、
B016536209、B016536216、B016536221、B016536229、B016536299、
B022490216、B022490237、B022491221、B022491229、K000589237、
K000591243、K000752221、K000753216、K000754209、K000696266、
K000667255、K000669248、K000674253、K000675257、K000815248、
K000816255、K000817257、K000818253、K000765209、K000766209、
K000788277、K000789277、B025219166、AC44650100、BC23208100。

（三）鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

1. 全年預算 3484.7 百萬元。
2. 器官移植手術個案之當次住診費用：移植手術個案係指當次手術包含下列任一項醫令——心臟移植(68035B)、肺臟移植(68037B-單側)、肺臟移植(68047B-雙側)、肝臟移植(75020B)、腎臟移植(76020B)、胰臟移植(75418B)、骨髓移植(94201B、94202B、94204B、94206B、94207B)。（已含 DRG:TW-DRG 碼 30201（腎臟移植，有合併症或併發症）、TW-DRG 碼 30202（腎臟移植，無合併症或併發症）項目且申報醫令 76020B(腎臟移植)之案件。）
3. 器官移植捐贈手術個案之當次住診費用：捐贈手術個案係指與受

贈者分開申報之當次手術包含下列任一醫令—心臟摘取(68034B)、肺臟摘取(68038B)、屍體肝臟摘取(75021B)、活體肝臟摘取(75022B)、屍體腎臟摘取(76018B)、活體腎臟摘取(76019B)、屍體胰臟摘取(75419B)、骨髓移植-抽髓(94205B)。(該住診案件如同時申報器官移植手術個案醫令及器官移植捐贈手術個案醫令，僅計算1次)。

4. 移植術後門住診追蹤之抗排斥藥費：門住診申報案件應符合下列主次診斷(如代碼為三碼或四碼者，以診斷碼前三碼或前四碼符合即可納入)及抗排斥藥按主成分名稱對應之藥品醫令碼(門診醫令類別「1」；住診醫令類別「1」或「Z」)。(該案件如屬前開住院案件，因當次住院已包括藥費計入，不再重複計算抗排斥藥費)。
5. 前開主次診斷：腎臟移植術後(V42.0)、心臟移植術後(V42.1)、肺臟移植術後(V42.6)、肝臟移植術後(V42.7)、胰臟移植術後(V42.83)、骨髓移植術後(V42.81、V42.82)、腎臟移植併發症(996.81)、肝臟移植併發症(996.82)、心臟移植併發症(996.83)、肺臟移植併發症(996.84)、胰臟移植併發症(996.86)、骨髓移植併發症(996.85)。
6. 門、住診及藥局之抗排斥藥費皆要計算。
7. 依全民健康保險醫院總額支付委員會98年第一次會議決議，自98年起，本項專款抗排斥用藥以97年認定31項藥品醫令碼所對應之六項主成分名稱如下：
 - (1)CYCLOSPORIN
 - (2)IMMUNOGLOBULIN
 - (3)IMMUNOGLOBULIN
 - (4)TACROLIMUS
 - (5)MYCOPHENOLIC ACID
 - (6)SIROLIMUS
 - (7)EVEROLIMUS (101年新增)。
8. 98年起，依前開主成分名稱所對應之抗排斥藥之藥品醫令碼：

A043148209、B013027148、B013049209、B018142100、B018143100、
B021188100、B021189100、B021757100、B022043100、B022044100、

B022634148、B023057151、B023086100、B023326100、B023327100、
B023363100、B023450100、B023452100、B023595148、B023737100、
B023738100、B024082148、B024110100、B024127100、B024215100、
B024471148、K000283221、K000308240、K000404821、X000007100、
X000008100、K000471221、K000471229、B024894100、B024895100、
B024896100、A050140100、A050154100、A050866100、AC50866100、
B025321100、B024770100、B024771100、B024772100(101年新增)。

9. 99年第1季新增HBIG免疫球蛋白(醫令代碼K000452221)(醫令類別1或Z)。

(四) 醫療給付改善方案：全年預算499.8百萬元

項目	擷取條件
乳癌	追扣補付帳務管理子系統(PBG)追扣補付原因別：239、139乳癌獎勵金之追扣補付。
氣喘	1. 自費用年月96年1月起，增列下列條件：醫令代碼P1612C、P1613C、P1614B、P1615C之醫令點數加總(醫令類別=2或Z者) 2. 追扣補付原因別183、283醫療給付改善方案試辦計畫之氣喘疾病管理照護費追扣補付。 註：自101年起刪除下列邏輯：：P1601C：疾病管理照護費500點；P1602C：疾病管理照護費200點；P1603C：疾病管理照護費900點，前開醫令(醫令類別=2或Z者)之疾病管理照護費×醫令總量×支付成數
糖尿病	1. 費用年月95年1月起，刪除醫令代碼P1403C(100年第2季起修改)；費用年月95年7月起，刪除醫令代碼P1401C、P1402C(100年第3季起修改)。 2. 自費用年月95年8月起，增列醫令代碼P1407C、P1408C、P1409C之醫令點數加總(醫令類別=2或Z者)。 3. <u>自費用年月100年1月起，增列醫令代碼P1410C、</u>

項目	擷取條件
	<u>P1411C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。</u> 4. 追扣補付原因別 181、281 醫療給付改善方案試辦計畫之糖尿病疾病管理照護費追扣補付；189、289 糖尿病方案品質獎勵金之專款項目費用追扣補付。 註：自 101 年起取消下列邏輯:P1401C：疾病管理照護費 400 點；P1402C：疾病管理照護費 200 點；P1403C：疾病管理照護費 800 點，前開醫令(醫令類別=2 或 Z 者)之疾病管理照護費×醫令總量×支付成數。
高血壓 (醫院)	1. 醫令代碼：「P1801C、P1802C、P1803C」之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。 2. 追扣補付原因別 182、282 醫療給付改善方案試辦計畫之高血壓疾病管理照護費追扣補付。 3. 醫院總額部門自 96 年 1 月 1 日起實施高血壓方案。102 年 1 月 1 日起停辦。
精神分裂症	1. 追扣補付原因別:1A3、2A3 精神分裂症方案-基本承作及發現費追扣補付；1A4、2A4 精神分裂症方案-品質獎勵追扣補付。 2. 醫院、基層總額部門自 99 年 1 月 1 日起實施。
B·C 肝個案追蹤方案	1. 門診案件。 2. 醫令代碼：「P4201C、P4202C P4203C、P4204C、P4205C」之醫令點數加總(醫令類別=2 者)。 3. 醫院、基層總額部門自 99 年 1 月 1 日起實施。 4. 追扣補付原因別：1B1、2B1 B、C 肝醫療給付改善方案-基本承作及發現費追扣補付、1B2、2B2 B、C 肝醫療給付改善方案-品質獎勵追扣補付。

(五) 提升住院護理照護品質：全年預算 2,000 百萬元，以追扣補付原因別辦理。

1. 品質指標報告定額費用：

199/299 提升住院護理照護品質方案-品質指標報告追扣補付、1A5/2A5 總額結算後提升住院護理質-品質指標報告追扣補付。

2. 通過評鑑人力獎勵金：1A1/2A1提升住院護理照護品質方案-通過醫院評鑑人力標準追扣補付、1A6/2A6 總額結算後提升住院護理品質-通過評鑑人力追扣補付。
3. 補助新增護理人員數獎勵金： 1E5/2E5 住院護理照護品質-補助新增護理人員數追扣補付。

(六) 急診品質提升方案：全年預算：320 百萬元。

1. 急診重大疾病照護品質：

- (1). 門住診醫令代碼 P4601B「急性腦中風、心肌梗塞及重大外傷照護獎勵」、P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」，醫令類別為 2 或 X。
- (2). 追扣補付原因別：1E1/2E1 急診重大疾病照護追扣補付。

2. 轉診品質獎勵：

- (1). 上轉個案：門住診醫令代碼 P4603B「急診上轉轉出醫院獎勵」、P4604B「急診上轉轉入醫院獎勵」，醫令類別為 2 或 X。
- (2). 下轉個案：門住診醫令代碼 P4605B「急診下轉轉出醫院獎勵」、P4606B「急診下轉轉入醫院獎勵」，醫令類別為 2 或 X。
- (3). 平轉個案：門住診醫令代碼 P4607B「急診平轉轉出醫院獎勵」、P4608B「急診平轉轉入醫院獎勵」，醫令類別為 2 或 X。
- (4). 追扣補付原因別：1E2/2E2 急診轉診追扣補付。

3. 急診處置效率品質獎勵：

追扣補付原因別 1E3/2E3 急診處置效率追扣補付。

4. 各項獎勵以每點 1 元為上限，但若有超支，則以浮動點值支付。

(七) 101 年繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵：預算額度為 387 百萬元，依第二階段實際導入實施之季別，併醫院總額一般服務預算(住院)結算。

(八) 醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案：預算額度為 50 百

萬元。

1. 門診案件分類為「D4」(資源缺乏地區鼓勵加成)，特定治療項目代號(一)「巡迴醫療：G5」案件之醫療費用（申請費用十部分負擔）。
2. 門診案件分類為「E1 支付制度試辦計畫」且特定治療項目代號(二)「G5」之醫療費用（申請費用十部分負擔）(門診點數清單明細檔：pbab_op_dt1)。藥費及藥事服務費為非浮動點數；餘為浮動點數。
3. 巡迴醫療服務醫師之報酬，以「論次計酬」支付，支付標準代碼為「P2005C」、「P2006C」、「P2007C」、「P2008C」。
5. 點值支付方式：經費按季均分，當季預算若有結餘則流用至下季，當季經費超出預算來源時，採浮動點值計算暫結，且每點暫結金額不高於1元。年底時全部採浮動點值進行結算，且每點金額不高於1元。

(九) 若病患同時符合「B、C型肝炎」、「罕見疾病」、「血友病」、「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」、「器官移植捐贈手術個案之當次住診費用」、「醫療給付改善方案」、「醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案」、「急診品質提升方案」身分，先取「急診品質提升方案」醫令代碼，次取「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」-器官移植手術個案之當次住診費用、再取「器官移植捐贈手術個案之當次住診費用」，再取「罕見疾病費用」，再取「血友病」費用，再依醫令項目分別計算「B、C型肝炎」費用、「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」-移植術後門住診追蹤之抗排斥藥費、「醫療給付改善方案」、「醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案」費用。