

全民健康保險醫療給付費用醫院總額

112 年第 2 次研商議事會議紀錄

時間：112 年 5 月 31 日(三)下午 2 時

地點：本署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：石署長崇良

紀錄：張毓芬

出席代表（依姓氏筆劃排列）：(*為線上與會人員名單)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
申斯靜代表	申斯靜*	陳玉瑩代表	陳玉瑩*
朱文洋代表	朱文洋	陳志強代表	陳志強*
朱益宏代表	朱益宏	陳威明代表	洪芳明(代)
何國梁代表	何國梁*	陳建宗代表	劉燕瑩(代)
吳明賢代表	黃雪玲*(代)	陳相國代表	陳相國*
吳淑芬代表	吳淑芬	陳振文代表	陳振文
吳鏘亮代表	吳鏘亮*	陳節如代表	(請假)
李丞華代表	李丞華	陳穆寬代表	陳穆寬*
李承光代表	蕭豐益*(代)	童瑞龍代表	童瑞龍*
周思源代表	周思源*	黃兆杰代表	黃兆杰
周雯雯代表	周雯雯	黃遵誠代表	黃遵誠*
周慶明代表	黃啟嘉*(代)	廖振成代表	廖振成*
孟令妤代表	孟令妤*	劉建良代表	林富滿*(代)
林宏榮代表	林宏榮	劉碧珠代表	劉碧珠*
林恩豪代表	賴元暉*(代)	謝文輝代表	謝文輝*
侯勝茂代表	廖秋燭(代)	謝景祥代表	謝景祥*
施壽全代表	施壽全*	鍾飲文代表	鍾飲文*
洪世欣代表	洪世欣	羅永達代表	羅永達
張克士代表	張克士*	嚴玉華代表	嚴玉華*
張國寬代表	張國寬*	蘇主榮代表	蘇主榮*
郭錫卿代表	郭錫卿*	蘇東茂代表	蘇美惠*(代)
陳文琴代表	陳文琴*		

列席單位及人員：(*為線上與會人員名單)

衛生福利部社會保險司	陳淑華
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、盛培珠
台灣醫院協會	林佩菽、董家琪、許雅淇、 鄭禮育、顏正婷*、王秀貞*、 吳昱嫻*
中華民國醫師公會全國聯合會	黃瑋絜*
中華民國護理師護士公會全國 聯合會	梁淑媛
中華民國物理治療師公會全國 聯合會	歐育志*
中華民國醫事檢驗師公會全國 聯合會	宋佳玲*
中華民國藥師公會全國聯合會	黃羽婕*
中華民國醫事放射師公會全國 聯合會	楊邦宏、黃國明
台灣小兒外科醫學會	謝明諭*
臺灣兒科醫學會	麥建方*
本署臺北業務組	潘尹婷*、許寶華*、賴宏睿*、 顏宥幃*、高軒偉*、韓承儀*
本署北區業務組	楊秀文*、林巽音*、廖佩琦*、 林俊仰*、蔡百瑜*
本署中區業務組	李純馥*、蔡瓊玉*、楊惠真*、 謝秋萍*、李秀霞*、張傳慧*、 何容甄*
本署南區業務組	林純美*、黃紫雲*、郭俊麟*、 吳佩寧*、張智傑*、許寶茹*、 曾荃璞*

本署高屏業務組

林淑華*、許碧升*、郭怡妤*、

邱佩穎*、張慧娟*、張曉玲*

本署東區業務組

李名玉*、羅亦珍*、詹蕙嘉*

本署署長室

姚雨靜

本署主任秘書室

張禹斌

本署醫審及藥材組

戴雪詠、張淑雅、簡淑蓮、

林其昌、詹淑存、羅惠文、

陳盈如

本署醫務管理組

劉林義、林右鈞、張作貞、

陳依婕、洪于淇、朱文珮、

許博淇、何懿庭

壹、主席致詞：略。

貳、上次會議紀錄確認，請參閱（不宣讀）確認（略）。

參、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。

決定：

一、洽悉。

二、共14項，解除列管8項(序號2、3、5、7、10、11、13、14)，繼續列管6項(序號1、4、6、8、9、12)。

三、序號1：修正醫院總額執行概況報告之111年醫院總額「藥品給付規定改變(投影片)預算文字」一節，業已於前次會議紀錄提供資料，惟委員對預算之支用仍有疑義，請本署醫審及藥材組於下次會議報告。

四、112年醫院醫療給付費用總額之點值結算方式如附件。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告。

決定：

一、洽悉。

二、有關醫院總額點值未來管理規劃一節，請本署邀請台灣醫院協會共同研議，納入未來政策規劃考量。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額 111 年第 4 季點值結算報告。

決定：

一、111年第4季各分區一般服務點值確認如下：

區/項目	浮動點值	平均點值
臺北	0.91706867	0.95789135
北區	0.96267818	0.97657222
中區	0.90653170	0.95295156
南區	1.01190633	0.99981238
高屏	0.99603773	0.99457076
東區	1.00544393	0.99691181
全區	0.94746324	0.97195958

二、依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點之會議內容實錄，改採會議實錄錄音檔對外公開。

說明：洽悉。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：擬修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」

案。

決議：

- 一、有關醫事放射師公會全國聯合會建議西醫基層及醫院研商議事會議增列該會席次一節，同意醫院總額代表名額增列中華民國醫事放射師全國聯合會代表 1 名。另未來若有其他醫事團體紛紛爭取比照增列本會議席次，請醫管組研擬遴選方式。
- 二、為使會議有效進行及討論聚焦，代表(含代理人)任期內需出席達三分之二次數為續聘之必要條件。
- 三、為增進研商議事會議效率，保留各總額研商議事會議召開次數之彈性，維持每季召開1次之原則，惟當次會議若無需討論之議案得不召開；結算點值之確認，改以書面確認。爰將研商議事作業要點第2點條文「至少每3個月召開1次會議」修訂為「每3個月召開1次會議為原則」。

第二案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：研擬修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一之 2. 專業醫療服務品質指標(下稱「品保專業指標」)「門診用藥日數重疊率」等 3 項指標案。

決議：本案通過，並依本次會議決議，辦理後續品質確保方案專業醫療服務品質指標修訂行政作業，修訂重點如下：

- 一、「門診用藥日數重疊率」指標：增訂同、跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-「抗血栓(口服)」、「前列腺肥大(口服)」二類藥物項目如下：
 - (一) 抗血栓藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 B01AA、B01AC(排除 B01AC07)、B01AE、B01AF，且醫令代碼第 8 碼為 1。
 - (二) 前列腺肥大藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 G04CA、G04CB，且醫令代碼第 8 碼為 1。
- 二、「慢性病開立慢性病連續處方箋百分比」指標：名稱修訂為「慢

性病連續處方箋開立率」。

三、「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」指標：名稱修訂為「門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：台灣小兒外科醫學會建議將小兒外科專科醫師住院診察費用比照兒科專科醫師申報加成案。

決議：

- 一、修訂通過，小兒外科專科醫師診治未滿19歲之病人，其部分住院診察費比照適用兒科專科醫師加成規範。
- 二、有關適用對象年齡之財務影響評估及預算來源，請本署提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：配合醫療器材使用規範，修訂受影響之診療項目支付點數案。

決議：

- 一、本案通過，先調升第一~三類診療項目，共計77項，將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。
- 二、有關與會代表建議未列入今年預算支應診療項目，考量醫院已自行吸收成本差價，建議有收取自費空間一節，納入未來政策規劃考量。

第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：112年「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」及「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」專款運用方式涉住院護理費全日平均護病比加成案。

決議：本案通過，重點如下：

- 一、除原112年4月27日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

共同擬訂會議通過項目外，同意「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」專款用以調升地區醫院住院護理費之全日平均護病比加成。

二、本專款運用方式將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

三、有關中華民國護理師護士公會全國聯合會建議應透過實際措施改善護理師工作負荷，並建議爭取113年醫院總額預算，用以調升護理費相關診療項目支付點數一節，請醫院總額部門參酌。

伍、散會：下午4時05分。

112年醫院醫療給付費用醫院總額分配及點值結算方式

一、112年醫院醫療給付費用總額及分配之重點摘要（依衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告）。

（一）醫院醫療給付費用總成長率 3.717%（註），其中一般服務成長率 3.092%，專款項目全年預算為 41,250.5 百萬元，門診透析服務成長率 2.405%。

註：醫院醫療給付費用總成長率 3.717%（一般服務+專款），如含門診透析為 3.663%（一般服務+專款+門診透析）。

（二）總額設定公式：

■ 112 年度醫院醫療給付費用＝校正後 111 年度醫院一般服務醫療給付費用（註）×（1+112 年度一般服務成長率）+112 年度專款項目預算+112 年度醫院門診透析服務費用。

■ 112 年度醫院門診透析服務費用＝111 年度醫院門診透析服務費用×（1+112 年度醫院門診透析服務成長率）。

註：校正後 111 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 111 年第 6 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款及扣除「110 年未導入預算扣減」部分。

（三）一般服務（上限制）

1、地區預算：以六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

2、分配方式：

於扣除品質保證保留款後，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、品質保證保留款）：

預算 52%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，48%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）住診服務（不含品質保證保留款）：

預算 45%依各地區校正「人口風險因子」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實際發生醫療費用比率分配。

各地區門、住診服務預算，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、112年其他醫療服務利用及密集度之改變：

（一）111 年醫院附設門診部回歸醫院之預算（5.08 億元×（1+3.049%）=5.23 億元），依所回歸之分區予以分配，爰先按季均分自一般服務預算予以扣除，其中 2.00 億元（1.94 億元×（1+3.049%））依 107 年（回歸年）門診部回歸

之分區年度占率，按季分配予臺北、高屏及東區；其餘 3.24 億元預算則按季分配予南區。

- (二)112 年醫院附設門診部回歸醫院之預算(5.23 億元 $\times$ (1+3.092%)=5.39 億元)，依所回歸之分區予以分配，爰先按季均分自一般服務預算予以扣除，其中 2.06 億元(2.00 億元 $\times$ (1+3.092%))依 107 年(回歸年)門診部回歸之分區年度占率，按季分配予臺北、高屏及東區；其餘 3.34 億元預算則按季分配予南區。

註：依據本署委託台灣醫院協會之 111 年度醫院總額地區預算分配方式評估委辦案，計畫結論摘要如下：醫院附設門診部回歸總額預算案經討論，多數分區贊同應設有年限回歸，擬以 5 年為原則，但考量分區管理因素，暫待地區預算公式定案後再進行最後決定。

三、112年風險調整移撥款(全年6億)：

先按季均分(6 億元/4)自一般服務預算予以扣除，再依據台灣醫院協會提供之「醫院總額風險調整移撥款」各分區分配預算，按季均分，併入各季各分區醫院總額一般服務費用結算。(住診移撥款=該季移撥款 $\times$ 55%；門診移撥款=該季移撥款-住診移撥款。)

[註]:112 年風險調整移撥款，依據 112 年 3 月 1 日醫院總額 112 年度第 1 次研商議事會議臨時動議第一案決議辦理。

- (一)112 年風險調整移撥款各區預算採 2 項計算方式之合計，(一)維持 111 年風險調整計算六因素及權重計算分配 2 億；(二)餘額(4 億)維持 111 年，採 107 年至 109 年地區預算 R 值 S 值平均占率計算。

- (二)各分區風險調整移撥款分別為臺北 160,167,780、北區 68,902,891、中區 89,028,079、南區 75,242,231、高屏 103,232,903、東區 103,426,116。

四、112年各季醫院醫療給付費用總額結算說明

(一)一般服務醫療給付費用總額預算

1、 112 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額

=【111 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額+110 年各季校正投保人口預估成長率差值+加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(16.5 百萬元/4)】 $\times$ (1+3.092%) - 106 年各季編列之品質保證保留款預算(全年計 388.7 百萬元)-112 年其他醫療服務利用密集度之改變(醫院附設門診部回歸醫院)預算(5.39 億元/4)-112 年風險調整移撥款(6 億/4)。

2、 110 年醫院各季校正投保人口預估成長率差值：

第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季
- 379, 520, 331	-561, 210, 606	-583, 394, 849	-717, 637, 079

(二) 品質保證保留款 (107 年起品質保證保留款移列專款)

1、112 年品質保證保留款預算=原 106 年於一般服務之品質保證保留款額度(388.7 百萬元)，與 112 年品質保證保留款專款(975.3 百萬元)合併運用(計 1,364 百萬元)。

2、106 年各季編列之品質保證保留款預算(全年計 388.7 百萬元)=(105 年調整前各季醫院一般服務醫療給付費用總額+104 年各季校正投保人口預估成長率差值)×106 年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。

(三)112 年醫院總額門診透析服務預算(含專款「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」)

=(111 年醫院總額門診透析服務預算)×(1+2.405%)

[註]:依 112 年總額公告，門診透析服務總費用成長率 3%，其中 1%(約 4.335 億元)

專款專用，用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質。2%(約 8.671 億元)成長率須含鼓勵透析病患(含血液及腹膜透析)諮詢腎臟移植。

(四)112 年鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之預算為 210 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。

(五)一般服務門住診總預算

1、醫院調整後住診一般服務費用總額

=(112 年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析、106 年品質保證保留款、密集度改變預算、風險調整移撥款)+門診透析服務費用)× 55%+112 年總額公告專款導入一般服務之預算^註

2、醫院調整後門診一般服務費用總額

=(112 年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析、106 年品質保證保留款、密集度改變預算、風險調整移撥款)+門診透析服務費用)+112 年總額公告專款導入一般服務之預算^註—醫院調整後住診一般服務費用總額—門診透析服務費用

[註]:1、依 112 總額公告，下列專款導入一般服務預算

(1) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)經費為 210 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。

(2) 腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金經費 15 百萬元，本項經費依實際執行情形併

入一般服務結算。

- (3) 因應長新冠照護衍生費用(112 年新增項目) 經費 40 百萬元，以 108 年醫療利用情形為比較基準，超出部分由本項經費支應，本項支出如達動支條件，併入醫院總額一般服務費用結算。
- (4) 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增(112 年新增項目)經費 1,000 百萬元，本項經費用於國民健康署肺癌篩檢後疑似陽性個案後續確診費用，本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。
- (5) 促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(112 年新增項目)經費 2,000 百萬元，本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

[註]:2、將依各項目或計畫之修訂內容，據以辦理 112 年度總額結算事宜。

五、地區預算分配計算方式

(一) 分區調整後門診一般服務費用總額

= [全區調整後門診一般服務費用總額× 該分區人口風險因子及轉診型態權重× 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)] + [全區調整後門診一般服務費用總額× 該分區費用占率權重× 醫院門診開辦前一年(91 年)各季投保分區申報醫療費用占率(S)(加總後四捨五入至整數位)] + 各分區密集度改變預算(醫院附設門診回歸) + 各分區風險調整移撥款

(二) 分區調整後住診一般服務費用總額

= [全區調整後住診一般服務費用總額× 該分區人口風險因子權重× 人口風險因子校正比例(R)] + [全區調整後住診一般服務費用總額× 該分區費用占率權重× 醫院住診開辦前一年(91 年)各季投保分區申報醫療費用占率(S)(加總後四捨五入至整數位)] + 各分區風險調整移撥款

六、112 年各季醫院總額點值結算說明

(一) 112 年醫院總額點值保障項目(非浮動點數)：如附表。

(二) 非偏遠地區浮動點值、平均點值之計算

1、 門住診一般服務分區浮動點值

= [調整後分區門診一般服務預算總額 + 調整後分區住診一般服務預算總額 - 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× 前季全區浮動點值) - [加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數) - 藥品給付協議金額] - 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數× 前季就醫分區平均點值) - 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數) - 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)]

／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、門住診一般服務分區平均點值

=[調整後分區門診一般服務預算總額+調整後分區住診一般服務預算總額]

／[加總(門住診一般服務核定浮動點數)+加總(門住診投保該分區核定非浮動點數－藥品給付協議金額)+加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)]

3、門住診一般服務全區浮動點值

=[調整後門診一般服務預算總額+調整後住診一般服務預算總額－加總(門住診核定非浮動點數－藥品給付協議金額)－加總(門住診自墊核退點數)]

／加總(門住診一般服務核定浮動點數)

七、專款專用結算說明

(一) C 型肝炎藥費：

1、全年預算 3,428.0 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費(預算 600.0 百萬元)」支應。

2、既有 C 型肝炎(HCV)藥品：

(1)費用年月 106 年 1 月起

➤ 門診點數清單明細檔：案件分類：E1 (支付制度試辦計畫) 且特定治療項目代號(一)~(四)H1 (肝炎試辦計畫)。費用年月 109 年 7 月起不擷取案件分類及特定治療項目欄位。

➤ 住院點數清單明細檔：案件分類：4 (支付制度試辦計畫) 且給付類別 M (肝炎試辦計畫)。費用年月 109 年 7 月起不擷取案件分類及給付類別欄位。

(2)且藥品醫令代號：ATC 藥理分類碼為 J05AP01、L03AB04、L03AB05、L03AB09、L03AB10、L03AB11 醫令點數(醫令類別 1 或 Z)加總。

(3)且保險對象(身分證字號)須於該費用年月(門診/住診以費用年月；交付機構以就醫日期之年月串檔)有使用 ATC 藥理分類碼為 J05AP01 之醫令代碼(醫令類別 1 或 Z)。

3、全口服 C 肝新藥：

(1)門診點數清單明細檔及住院點數清單明細檔：以藥品醫令代號。

(2)藥品醫令代號：前六碼為「HCVDA」者之醫令點數(醫令類別 1 或 Z)

加總。

(3)藥局調劑案件要列入計算。

(4)申報本專款之院所，須為 HMAI2130S01_醫事機構試辦計畫維護(代碼：「07：B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」；費用年月 109 年 7 月起改為「78：C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」)之院所名單。
名單勾稽條件：1. 院所代號；2. 有效起迄日。

4、矯正機關收容對象列入計算：門診特定治療項目代號(一)~(四)「JA(監內門診)」或「JB(戒護就醫)」、住診醫療服務計畫「K(收容對象住院)」。

(二) 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

1、全年預算 13,943.0 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費(預算 290 百萬元)」支應。

2、罕見疾病藥費：

(1) 費用年月 94 年 1 月(含)起部分負擔代碼=001(重大傷病)且任一主、次診斷符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼(診斷碼完全符合才列入計算)之所有案件且領有重大傷病卡者(罕見疾病註記為 Y)之「藥費」小計。

(2) 費用年月 112 年 1 月(含)起增列，國民健康署重大傷病罕病通報紀錄檔註記審核通過，但未領有重大傷病卡(罕見疾病註記為 Y)之保險對象，任一主、次診斷符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼(診斷碼完全符合才列入計算)且申報符合罕見疾病藥物品項之醫令點數加總。

(3) 領有重大傷病卡：係指重大傷病檔「罕病註記(RARE_SICK_MARE)」為「Y」且費用年月在重大傷病檔之有效生效起迄年月間(如持卡註記異動日期(CARD_MARK_DATE)有值，以持卡註記異動日期為生效迄日)，另持卡註記(CARD_MARK)為 1(重覆)、5(更正/補發註銷)不計。未領有重大傷病卡係指非屬前開「領有重大傷病卡」者。

(4) 國民健康署重大傷病罕病通報紀錄檔註記審核通過：係指重大傷病罕病通報紀錄檔(DWM_HV_HPAHVRDS)，通報狀態(NOTIFY_STATUS)欄位=' 2' (審核通過)者。(罕見疾病經衛生福利部國民健康署審核通過，有效期間為永久。)

(5) 符合罕見疾病藥物品項：係指醫令代碼為 DWM_DRUG 藥品主檔中，

DRUG_ORPHAN_MARK 藥品品項註記為「1」之醫令點數(醫令類別 1、X、Z)加總。

*結算端勾稽 ICM 共用作業子系統/I0130 代碼資料作業/PHF-總額預算監控子系統-365-罕見疾病藥物品項。

(6) 交付藥局調劑之罕見疾病藥費比照院所端列入計算。

(7) 追扣補付原因別：184/284 罕見疾病藥費追扣補付。

3、血友病藥費：

(1) 先天性凝血因子異常(ICD-10-CM：D66、D67、D68.1、D68.2)：費用年月 94 年 1 月(含)以後部分負擔代碼=001 且主、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)任一亦符合血友病診斷碼之所有案件，且領有重大傷病卡者且使用凝血因子用藥之醫令代碼點數(門診醫令類別「1」；住診醫令類別「1」或「Z」)。

(2) 99 年增列後天性凝血因子缺損(ICD-10-CM：D6832、D684)、103 年增列類血友病(ICD-10-CM：D68.0)：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)任一符合之案件，使用凝血因子用藥之醫令代碼點數(門診醫令類別「1」；住診醫令類別「1」或「Z」) (此等診斷不卡部分負擔代碼且不管是否領有重大傷病卡)。

(3) 凝血因子藥品之醫令代碼：自結算年 103 年起，係指 ATC 碼(藥品主檔「ATC 藥品分類碼 7 (DRUG_ATC7_CODE)」欄位)前五碼為「B02BD」或 ATC 碼為「B02BX06」(108 年 11 月新增)之藥品醫令代碼。

4、藥局調劑的罕見疾病「藥費」點數、血友病藥品醫令點數要列入計算。

5、罕見疾病特材(本項自 104 年新增)：符合前開罕見疾病條件且費用年月 104 年 1 月起醫令代碼 FBN07321004P(醫令類別 3、Z)之醫令點數加總。

(三) 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

1. 全年預算 5,257.0 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費(預算 290 百萬元)」支應。

2. 費用年月 106 年 2 月以後門診案件分類「E2」或「E3」；住診案件案件分類「7」之後天免疫缺乏病毒治療藥品(醫令類別 1、X、Z)之醫令點

數加總。

3. 後天免疫缺乏病毒治療藥品醫令代碼詳本署全球資訊網/首頁/健保服務/健保藥品與特材/健保藥品/健保藥品品項查詢/健保用藥品項/本署代辦衛生福利部疾病管制署後天免疫缺乏症候群治療藥品。
4. 藥局後天免疫缺乏病毒治療藥品醫令代碼點數要列入計算。
5. 矯正機關收容對象列入計算:門診特定治療項目代號(一)~(四)「JA(監內門診)」或「JB(戒護就醫)」、住診醫療服務計畫「K(收容對象住院)」。

(四) 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

- 1、全年預算 5,208.06 百萬元，不足部分由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費(預算 290 百萬元)」支應。
- 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)、腸移植(73049B)(自費用年月 105 年 1 月起增列)。
- 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)、腸摘取(73050B)(自費用年月 105 年 1 月起增列)、腹腔鏡活體捐肝摘取(75034B)及腹腔鏡活體捐腎切除術(76036B)(自費用年月 110 年 11 月起增列)。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。

※ 骨髓移植-抽髓(94205B)：99 年 2 月 11 日醫院總額支付委員會 99 年第 1 次會議報告納入，費用年月 99 年 1 月起增列。腸摘取、腸移植自費用年月 105 年 1 月起增列。腹腔鏡活體捐肝摘取、腹腔鏡活體捐腎切除術自費用年月 110 年 11 月起增列。

- 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代碼(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(ICD-10-CM：Z940)、心臟移植術後(ICD-10-CM：Z941、Z943)、肺臟移植術後 ICD-10-CM：Z942-Z943)、肝臟移植術後(ICD-10-CM：Z944)、胰臟移植術後(ICD-10-CM： Z9483)、骨髓移植術後(ICD-10-CM：Z9481、Z9484)、腎臟移植併發症(ICD-10-CM：T861)、肝臟移植併發症(ICD-10-CM：T864)、心臟移植併發症(ICD-10-CM：T862-T863)、肺臟移植併發症(ICD-10-CM：T863、T8681)、胰臟移植併發症(ICD-10-CM：T8689)、骨髓移植併發症(ICD-10-CM：T860)、腸移植術後(ICD-10-CM：Z9482)、腸移植併發症(ICD-10-CM：T86850-T86859)

6、門、住診、藥局之抗排斥藥費皆要計算。

7、抗排斥用藥醫令代碼：

(1)ATC 藥理分類碼(藥品主檔「ATC 藥品分類碼 7 (DRUG_ATC7_CODE)」欄位)為 L04AD01(原為 L04AA01，結算端自 104 年第 3 季起因應 WHO 公布改代碼為 L04AD01)、L04AA03、 L04AA04、L04AD02、L04AA06、L04AA10、L04AA18 之藥品醫令代碼。

(2)HBIG 免疫球蛋白 ATC 藥理分類碼(藥品主檔「ATC 藥品分類碼 7 (DRUG_ATC7_CODE)」欄位)為 J06BB04 之藥品醫令代碼。限定肝臟移植病人(主次診斷 ICD-10-CM：Z944、T864)之術後使用。

※如屬皮下注射劑型之 HBIG (如 Zutectra) 藥品，其使用條件為「於肝臟移植後至少 1 星期後開始使用，給付最多 12 個月，且不得與其他 B 型肝炎免疫球蛋白藥品同時併用」。

8、角膜處理費：醫令代碼 53034B(醫令類別 2、Z、X) 之醫令點數加總。

(五) 醫療給付改善方案：全年預算 1,643.4 百萬元

項目	擷取條件
乳癌	追扣補付帳務管理子系統(RPG) 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，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。1H1/2H1 氣喘醫療給付改善方案-品質獎勵追扣補付。 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

項目	擷取條件
	數。
糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案	一、糖尿病(含糖尿病資料上傳獎勵)： - 費用年月 95 年 1 月起醫令代碼及疾病管理照護費： 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。前開醫令之疾病管理照護費*醫令總量*支付成數(不含醫令類別=4 者)。 - 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)。 - 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)。 - 自費用年月 100 年 1 月起，增列醫令代碼 P1410C、P1411C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。 - 費用年月 110 年 1 月起至 110 年 12 月止，同一個案於同院所皆有申報糖尿病方案管理照護費(醫令代碼 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C，醫令類別為 2)及初期慢性腎臟病方案管理照護費(醫令代碼 P4301C、P4302C、P4303C，醫令類別為 2)，則醫令代碼為 P4301C、P4302C、P4303C (醫令類別為 2)之費用納入本項計算。 - 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。 二、糖尿病合併初期慢性腎臟病： - 自費用年月 111 年 3 月起，醫令代碼 P7001C、P7002C、P7003C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。 - 費用年月 111 年 1 月起，同一個案當年度於同院所皆有申報糖尿病方案管理照護費(醫令代碼 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C，醫令類別為 2)及初期慢性腎臟病方案管理

項目	擷取條件
	照護費(醫令代碼 P4301C、P4302C、P4303C，醫令類別為 2)，則醫令代碼為 P4301C、P4302C、P4303C (醫令類別為 2)之費用納入本項計算。 3. 追扣補付原因別 1T5/2T5 糖尿病合併初期慢性腎臟病—管理照護費追扣補付。1T6/2T6 糖尿病合併初期慢性腎臟病—品質獎勵金追扣補付。 三、胰島素注射獎勵措施： 追扣補付原因別：1P1/2P1 糖尿病方案-胰島素注射獎勵費追扣/補付。
思覺失調症	1. 自費用年月 111 年 5 月起，醫令代碼 P7401C、P7402B、P7403B 之醫令點數加總(醫令類別=2)。 2. 追扣補付原因別：1A3/2A3 思覺失調症方案-管理照護費、發現費及發現確診費追扣補付、1A4/2A4 思覺失調症方案-獎勵金追扣補付、1S9/2S9 思覺失調症方案-追蹤訪視費追扣補付。 3. 醫院、基層總額部門自 99 年 1 月 1 日起實施。
B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者	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。
孕產婦全程照護	1. 費用年月 104 年 1 月起醫令代碼 P3903C、P3904C、P3905C(醫令類別 2、X、Z)之醫令點數加總。 2. 追扣補付原因別：1J5/2J5 孕產婦全程照護費追扣補付、1J6/2J6 孕產婦品質提升費追扣補付；1J7/2J7 孕產婦照護計畫全年結算追扣補付。
早期療育	1. 費用年月 104 年 8 月起 案件分類「E1(支付制度試辦計畫)」且 特定治療項目代號(一)「ED(早期療育門診醫療給付改善方案計畫)」且醫令代碼「P5301C」(醫令類別=2 者)之醫令點數加總。 2. 追扣補付原因別：1K3/2K3 早期療育計畫-整合照護費、

項目	擷取條件
	1K4/2K4 早期療育計畫-品質獎勵金追扣補付。
慢性阻塞性肺病	1. 費用年月 106 年 4 月起案件分類「E1(支付制度試辦計畫)」且特定治療項目代號(一)「HF(慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案)」且醫令代碼「P6011C、P6012C、P6013C、P6014C、P6015C」(醫令類別 2、X、Z)之醫令點數加總。 2. 追扣補付原因別： 1L4/2L4 慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案-管理照護費追扣補付；1L5/2L5 慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案-品質獎勵金追扣補付。
提升醫院用藥安全與品質	追扣補付原因別：1O6/2O6：提升醫院用藥安全與品質方案-重症加護臨床藥事照護費追扣/補付；1P8/2P8：提升醫院用藥安全與品質方案-門診臨床藥事照護費追扣/補付。

(六) 急診品質提升方案：全年預算 300 百萬元。

1、急診重大疾病照護品質：

(1)門住診醫令代碼

A、P4601B「急性心肌梗塞照護獎勵」、P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」、P4612B「重大外傷照護獎勵_2 小時內」、P4613B「重大外傷照護獎勵_4 小時內」，醫令類別為 2、X、Z、K。

※自費用年月 111 年 11 月起，新增醫令類別 K。

B、P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院」、P4615B「OHCA 照護獎勵_存活出院」、P4617B「OHCA 轉入院所照護獎勵_清醒出院」及 P4618B「OHCA 轉入院所照護獎勵_存活出院」，醫令類別為 2、X、Z、K。

※自費用年月 108 年 7 月起，新增醫令類別 K。

C、P4616B「OHCA 轉出院所照護獎勵」及 P4622B「主動脈剝離轉出院所照護獎勵」，醫令類別為 G，院所申報點數為 0，後續每季統一補付獎勵費用。

(2)追扣補付原因別：1E1/2E1 急診品質提升方案-急診重大疾病照護品質追扣補付。

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」、P4624B「急診上轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵」、P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護

病房獎勵(上轉)」，醫令類別為 2、X、Z 或 K。

※自費用年月 111 年 11 月起，新增醫令類別 K。

- (2)下轉個案：門住診醫令代碼 P4605B「急診下轉轉出醫院獎勵」、P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」、P4606B「急診下轉轉入醫院獎勵」、P4609B-P4610B「醫學中心急診病患下轉住院獎勵」(區域醫院每人每日支付 171 點，109 年 1 月起支付 194 點，110 年 3 月起支付 201 點，地區醫院每人每日 290 點，109 年 1 月起支付 287 點，110 年 3 月起支付 299 點)，醫令類別為 2、X 或 Z 或 K。

※自費用年月 111 年 11 月起，新增醫令類別 K。

- (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」、P4625B「急診平轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵」、P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵(平轉)」，醫令類別為 2、X、Z 或 K。

※自費用年月 111 年 11 月起，新增醫令類別 K。

- (4)追扣補付原因別：1E2/2E2 急診品質提升方案-轉診品質追扣補付。

3、急診處置效率品質獎勵：

追扣補付原因別 1E3 /2E3 急診品質提升方案-處置效率追扣補付。

4、補助急診專科醫師人力：

- (1)補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務。

- (2)補助地區醫院增聘急診專科醫師人力：

追扣補付原因別：1J9 /2J9 急診品質提升方案-補助急診專科醫師人力追扣補付。

5、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) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：全年預算 210 百萬元。

本項經費用於鼓勵醫院擴大導入 Tw-DRGs，應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

- (八) 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

- 1、全年預算 100 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
- 2、診察費加成：診察費按申報點數加計 2 成支付；每點金額以 1 元計。其申報方式，醫院每月自行申報。

3、下列案件之醫療費用（申請費用＋部分負擔）：

(1)門診案件分類為「D4」（西醫基層(醫院支援)醫療資源不足地區改善方案)，特定治療項目代號(一)「巡迴醫療：G5」案件。

(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」案件。

(3)門診案件分類為「08」（慢性病連續處方調劑）且特定治療項目代號(一)為「G5」案件。

4、藥費、藥事服務費、診察費加成為非浮動點數；餘為浮動點數。

5、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」～「P2014C」。

6、本方案預算按季均分，當季預算若有結餘，可流用至下季。若當季經費超出預算時，先扣除診察費加成、藥費、藥事服務費後，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於1元。

(九) 全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

1、全年預算為1,100百萬元。

2、符合本計畫第肆點第(一)至(三)目且經審查通過之醫院：

(1)該等醫院，一般服務部門(不含門診透析)自保障月起，扣除住診呼吸器及門住診精神科案件，納入當年結算之核定浮動點數，浮動點值每點支付金額最高補至1元。

(2)提供24小時急診服務者：每家醫院全年最高以1,500萬元為上限，最低補助900萬元，選擇四科以下科別提供醫療服務者，其最低補助金額應予遞減(未滿四科，每減少一科，減少100萬元)。

(3)未提供24小時急診服務者：選擇四科以下科別提供醫療服務者，每家醫院每科全年最高以100萬元為補助上限。

(4)相關給付規定：

A.呼吸器係指申報給付類別「9」(呼吸照護)之案件；精神科案件係指就醫科別「13」之案件。

B.提供24小時急診服務者：每季結算時，執行科別：「4」科每月最高125萬，最低75萬元；「3」科每月最高125萬，最低66萬元；「2」科每月最高125萬，最低58萬元。

C.未提供24小時急診服務者：每季結算時，執行科別「4」每月補

助最高以 32 萬元為上限；「3」科每月補助最高以 24 萬元為上限；
「2」科每月補助最高以 16 萬元為上限。

D. 提供 24 小時急診服務者：每月分區業務組得依醫院執行內、外、婦、兒合計科別數之最低補助金額，先行支付補助款(補付原因別「2E6」偏遠醫院點值保障最低額度補付)。

3、符合本計畫第肆點第一款第(四)目且經審查通過之醫院：

(1)經急診檢傷分類第 1 及第 2 級之當次住院之前 10 天(含)申報案件，自保障月起，納入當年結算之核定浮動點數者，浮動點值每點支付金額最高補至 1 元，每家醫院全年補助以 500 萬元為上限。

(2)為配合計算急診檢傷分類轉當次住院之前 10 天(含)內保障點值，相關醫院應配合將住院日起 10 天內醫令與超過 10 天醫令切開申報，並分別填報執行時間起迄日(住院之醫令清單段「執行時間迄日」≤「入院年月日」+10 日之醫令點數納入保障)。未依前述規定申報，則不予保障。

(3)本項因無最低補助金額，故分區業務組無須先行支付補助款。

(4)每季結算時，依該院保障起始月別，每月補助以 40 萬元為上限。
(例如：若醫院自 105 年 2 月起納入保障，第 1 季結算補助上限 40 萬*2(參與月數)=80 萬，全年結算補助上限 500 萬*11(參與月數)/12)。

4、院所如同時符合「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」醫院(HMAI2130 醫事機構試辦計畫維護：A9 偏遠地區醫院認定原則醫院名單)，相關點值保障措施，應優先適用本方案。

5、上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。即全年結算時重新結算各院所補助款，提供 24 小時急診服務者：全年最高(1,500 萬元/12)×實施月數，最低「4」科(900 萬元/12)×實施月數；「3」科(800 萬元/12)×實施月數；「2」科(700 萬元/12)×實施月數。未提供 24 小時急診服務者：「4」科全年最高(400 萬元/12)×實施月數；「3」科(300 萬元/12)×實施月數；「2」科(200 萬元/12)×實施月數；經急診檢傷分類第 1 及第 2 級之當次住院之前 10 天(含)申報案件者，(500 萬元/12)×實施月數。

6、全年預算不足時，實際補助金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=預算/Σ 各院補助金額)。

※ 依據 108 年 3 月 4 日健保醫字第 1080002593 號公告「全民健康保險跨層級醫院合作計畫規定略以，該計畫不適用對象為「全民健康保

險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之地區醫院。

(十) 鼓勵院所建立轉診合作機制：

- 1、全年預算為 224.7 百萬元，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用(800.0 百萬元)」支應。
- 2、追扣補付檔原因別「104/204 轉診獎勵金追扣補付」：
費用年月 107 年 7 月起門住診醫令代碼為 01034B-01035B「辦理轉診費_回轉及下轉」、01036C-01037C「辦理轉診費_上轉」、01038C「接受轉診門診診察費加算」之醫令點數，因有就醫事實者才列入計算，院所申報點數為 0，後續勾稽病患實際就醫情形後每季統一補付轉診費用。
- 3、本項專款之各項支付項目，按季均分預算及結算，先以每點 1 元暫付，當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」(8 億元)按季支應，每季最多支應 2 億元(8 億元/4)，若預算仍不足，則採浮動點值支付；若醫院及西醫基層總額皆不足支應，支應額度按醫院及西醫基層總額當季轉診費用占率按比例分配。

(十一) 網路頻寬補助費用(108 年由其他部門移列，用於補助醫院提升網路頻寬之固接網路及行動網路月租費)：

- 1、全年預算 200.0 百萬元，預算如有不足，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」(1,636.0 百萬元)支應。
- 2、追扣補付原因別：
1J3/2J3 即時查詢就醫資訊方案-網路費追扣補付
1M3/2M3 即時查詢就醫資訊方案-行動網路月租費追扣補付
102/202 即時查詢就醫資訊方案-固接網路月租費暫付追扣/補付
- 3、醫事機構權屬別(醫事機構代碼前 2 碼)為 01、02、04、05、06、07、09、10、11、12、13、14、15。

(十二) 腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(111 年新增)

全年經費 15 百萬元。

※本項經費依實際執行情形併入一般服務結算。

(十三) 住院整合照護服務試辦計畫(111 年新增)

全年經費 560 百萬元。

- 1、費用年月 111 年 7 月起住診醫令代碼 P7201B「住院整合照護管理費(每日)」,醫令類別 2、X 或 Z 之醫令點數加總(須扣除 REA 核減金額)。
- 2、追扣補付原因別:1T8/2T8 住院整合照護服務試辦計畫追扣補付。
- 3、預算按季均分,以浮動點值計算,且每點支付金額不高於 1 元,當季預算若有結餘則流用至下季。於年度結束後進行全年結算,採浮動點值計算,惟每點支付金額不高於 1 元。

(十四) 精神科長效針劑藥費(111 年新增)

全年預算 2,664 百萬元。

- 1、本項經費得與西基基層總額同項專款相互流用,不足部分由其他預算支應。
- 2、醫令代碼為 DWM_DRUG 藥品主檔中,DRUG_SPEC_MARK 藥品特殊品項註記為「F」品項之醫令點數(醫令類別為 1 或 Z)加總。
※前開註記「F」品項之醫令代碼係指核價劑型為注射劑(藥品代碼倒數第 3 碼為 2)者,且 ATC 碼及成分含量為 N05AD01、50mg/mL,或 ATC 碼為 N05AB02、N05AF01、N05AX08、N05AX13、N05AX12 之醫令點數(醫令類別為 1 或 Z)加總。
- 3、納入藥局調劑之藥費點數。
- 4、結算端勾稽 ICM 共用作業子系統/I0130 代碼資料作業/PHF-總額預算監控子系統-337-精神科長效針劑藥費醫令代碼。
- 5、追扣補付原因別:1U6/2U6 精神科長效針劑藥費追扣補付。

(十五) 鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫(111 年新增)

全年經費 300 百萬元,本獎勵費用採年度結算,分個案獎勵及醫院評比獎勵。

1、個案獎勵

- (1)追扣補付原因別:1V8/2V8 呼吸器依賴計畫-RCC 個案獎勵追扣補付; 1X3/2X3 呼吸器依賴計畫-RCW 個案獎勵追扣補付。
- (2)以當年度本專款之三分之一為上限,採浮動點值計算,且每點支付金額不高於 1 元。

2、醫院評比獎勵

(1)追扣補付原因別:1V9/2V9 呼吸器依賴計畫-RCC 評比獎勵追扣補付;
1X4/2X4 呼吸器依賴計畫-RCW 評比獎勵追扣補付。

(2)以當年度本專款之三分之二為上限，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。

(十六) 因應長新冠照護衍生費用(112 年新增項目) (詳附件 2)

1、全年經費 40 百萬元。

2、以 108 年醫療利用情形為比較基準，超出部分由本項經費支應。

3、本項支出如達動支條件，併入醫院總額一般服務費用結算。

(十七) 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增(112 年新增項目)

全年經費 1,000 百萬元。

1、費用年月 112 年 1 月起，門住診醫令代碼 33070B、33071B 及 33072B 之醫令點數，且診療部位(門診 CURE_PATH/住診 CON_FUNC_TYPE)為 U 或 G 者。

2、需比對上開醫令執行起日與國民健康署提供肺癌篩檢後疑似陽性個案名單中之篩檢日，相關個案(同身分證號)下，其執行起日 $\geq$ 篩檢日，則上述醫令點數以本項預算支應。

3、惟個案第 2 次(含)以後申報就醫主診斷為肺癌者(ICD-10-CM:C34)(診斷碼須完全符合)，即不以本項經費支應。

4、預算按季均分，當季預算若有結餘，則流用至下季，當季該分區補助總點數，按每點 1 元併入當季該分區一般服務預算結算，若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區補助總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

(十八) 促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(112 年新增項目)

1、全年經費 2,000 百萬元。

2、本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

(十九) 癌症治療品質改善計畫 (112 年新增項目)

全年經費 402 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

(二十) 慢性傳染病照護品質計畫 (112 年新增項目)

全年經費 180 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

(二十一) 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(112 年新增項目)

全年經費 500 百萬元，本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。

(二十二) 健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(112 年新增項目)

全年經費 1,000 百萬元，本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。

(二十三) 品質保證保留款：原 106 年編列於一般服務之品質保證保留款預算(388.7 百萬元)，與 112 年編列之品質保證保留款預算(975.3 百萬元)合併運用(計 1,364 百萬元)。

(二十四) 若病患同時符合多項專款先取「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」，再依醫令代碼分別計算「血友病」、「罕見疾病特材」、「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」、再取「西醫醫療資源不足地區改善方案」、「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」、「既有 C 型肝炎(HCV)藥品」、「全口服 C 肝新藥」、「精神科長效針劑藥費」、「住院整合照護服務試辦計畫」。

(二十五) 醫院專款項目依申報情形辦理結算，不考慮其核減數。如有核減、申復等事宜則在追扣補付檔處理。

112 年醫院總額醫療給付費用一般服務之固定點值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 季該分區 平均點值
一	門診、住診之藥 事服務費	區分	門診、住院點數清單段之「藥 事服務費」點數	藥事服務費	
二	門診手術	區分	門診「案件分類」=03(西醫門 診手術) 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	主管機關公告之緊急醫療資源 不足地區急救責任醫院 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	住院點數清單段之「手術費」 點數	手術費	
五	住診麻醉費	區分	住院點數清單段之「麻醉費」 點數	麻醉費	
六	血品費	區分	門診、住院醫令清單段之「醫 令代碼」為 93001C~93023C	醫令點數	
七	地區醫院急診診 察費	區分	1. 門診住院醫令清單段之「醫 令代碼」為 01015C、00201B、 00202B、00203B、00204B、 00225B、01021C(醫令類別： <u>門 診 0</u> ； <u>住診</u> ：2、Z)之醫令點 數。 2. 費用年月 106 年 10 月起新 增。	醫令點數	
八	經主管機關核定 ，保險人公告之 分區偏遠認定原 則醫院	區分	經主管機關核備，保險人公告 之「醫院總額結算執行架構之 偏遠地區醫院認定原則」(簡稱 分區偏遠認定原則)所列醫院之 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 分區平均點值小於當 季該分區浮動點值， 該季該分區偏遠地區 醫院之浮動點數以當 季該分區浮動點值核 付。

擷取 順序	項目	投保 分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季該分區 平均點值
九	地區醫院假日及 夜間案件(不含藥 費)	區分	操作型定義詳附件。 費用年月 110 年 4 月起新增。	申請費用+ 部分負擔- 藥費	
十	區域級(含)以上 醫院加護病床之 住院護理費	區分	操作型定義詳附件。 費用年月 110 年 4 月起新增。	醫令點數	
十一	區域級(含)以上 醫院加護病床住 院診察費、 區域級(含)以上 醫院加護病床住 院病房費。	區分	操作型定義詳附件。 費用年月 111 年 4 月起新增。	醫令點數	

擷取 順序	項目	投保 分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季該分區 平均點值
十二	地區醫院住院病房費（含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床） 地區醫院一般病床住院診察費。 地區醫院住院護理費（含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床）。	區分	操作型定義詳附件。 費用年月 111 年 4 月起新增。	醫令點數	

註 1：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

註 2：操作型定義詳附件 1。

註 3：點數清單段係指特約醫事服務機構門診(住診)醫療費用點數申報格式之點數清單段；

醫令清單段係指特約醫事服務機構門診(住診)之醫令清單段，相關欄位擷自前開申報資料。

附件 1、地區醫院及區域級(含)以上醫院之固定點值操作型定義

執行項目	定義
一、地區醫院	地區醫院係指非區域級以上醫院(含特約類別 3、4 之地區醫院，即含未經評鑑通過之醫院)。
(一)假日、夜間門診案件(不含藥費)。	一、假日門診案件： 該案件門診診察費>0 且就醫日期屬假日者，假日之規定依行政院人事行政總處公告辦理(各年度政府行政機關辦公日曆表所列之上班日及放假日，其中補行上班日視為上班日，調整放假日則視為國定假日)。 ※門診診察費係指點數清單段之「診察費點數」。 二、夜間門診案件： 該案件門診診察費(醫令類別為 0)之醫令「執行時間-起」欄位符合 18:00~23:59 或 00:01~05:59 者(排除當日申報時間為 00:00)。 藥費：係指點數清單段之「用藥明細點數小計」。
(二)住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費	
1. 住院病房費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)。	住院病房費係指「醫令代碼」為 03004B、03008B、03057B、03063B(醫令類別為 2、X、Z)之醫令點數。
2. 一般病床住院診察費。	一般病床住院診察費係指「醫令代碼」為 02008B(醫令類別為 2、X、Z)之醫令點數。
3. 住院護理費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)。	住院護理費係指「醫令代碼」為 03079B、03029B、03082B、03033B、03088B、03060B、03091B、03066B(醫令類別為 2、X、Z)之醫令點數。
二、區域級(含)以上醫院	區域級以上醫院係指特約類別為醫學中心及區域醫院者。
(一)加護病床住院護理費。	加護病床住院護理費係指「醫令代碼」03104E、03105F、03106G、03047E、03048F、03049G、03095A、03096B、03037A、03039B、03098A、03041A(醫令類別 2、X、Z)之醫令點數。
(二)加護病床住院診察費、病房費	
1. 加護病床住院診察費。	加護病床住院診察費係指「醫令代碼」為 02011K、02012A(醫令類別為 2、X、Z)之醫令點數。

執行項目	定義
2. 加護病床住院病房費。	加護病床住院病房費係指「醫令代碼」為 03010E、03011F、03012G、03014A、03025B、03017A(醫令類別為 2、X、Z 之醫令點數)。

醫院總額「因應長新冠照護衍生費用」之具體規劃內容、執行目標及預期效益之評估指標

- 一、預算經費：112年度全年經費40百萬元。
- 二、執行目標：妥適照護因COVID-19確診所引發MIS-C個案及延續COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫至年度結束。
- 三、預期效應：減緩醫院部門因COVID-19照護產生的財務衝擊。
- 四、優先支應使用MIS-C免疫球蛋白之當次門住診醫療費用點數，剩餘款則支應COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫，動支條件及結算方式如下：

(一)使用MIS-C免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用點數。

- 1.動支條件：支應前開醫療費用點數大於108年同期醫療點數部分。
使用MIS-C免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用：係指0~19歲(就醫日期年一保險對象生日年)保險對象，當次就醫申報診斷碼同時具ICD-10-CM M35.8及U09.9者，且使用ATC代碼J06BA02之藥品(醫令類別1、X、Z)之當次門住診醫療費用(申請費用點數+部分負擔)。
- 2.結算方式：採全年結算，依全年各就醫分區實際執行情形，併入當年第4季各分區一般服務費用結算。若當年經費不足支應時，則按當年各分區前開實際執行申報醫療點數之比例分配，併入當年第4季該分區一般服務費用結算。若全年經費尚有剩餘款則支應COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫預算中止後之獎勵費用(不含開辦整合門住診照護獎勵費、整合成效獎勵費)。

(二)COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫：

- 1.動支條件：
 - (1)全年預算有剩餘且上開計畫無其他公務預算支應時動支。
 - (2)且支應COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫預算中止後^{註1}

之獎勵費用^{註2}(不含開辦整合門住診照護獎勵費、整合成效獎勵費)較108年同期高。

2.結算方式：依全年各就醫分區實際執行情形，併入當年第4季各分區一般服務費用結算。若剩餘款經費不足支應時，則按當年各分區前開實際執行獎勵費點數之比例分配，併入當年第4季該分區一般服務費用結算。

註：

1.「COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫」計畫期間：自公告日起至嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心解散日後6個月止。

2.COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫獎勵費之醫令代碼如下：

醫令代碼	醫令名稱	醫令單價
E5102B	個案門診整合獎勵費	1,400
E5103B	初評評估獎勵費	1,400
E5104B	複評評估獎勵費	1,400
E5105B	結案評估獎勵費	1,400
E5106B	精神科評估獎勵費	1,000
E5107B	個別心理諮商及衛教獎勵費(次)	1,200
E5108B	團體心理諮商及衛教獎勵費(人次)	250
E5109B	個案管理獎勵費	1,200
E5110B	營養評估獎勵費	300
E5111B	轉銜長期照顧獎勵費	500
E5112B	社會資源轉介評估獎勵費	500

註：上述醫令代碼、醫令名稱及醫令單價，摘自110年12月13日健保醫字第1100046233號公告「COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫」。

五、結算方式：由本預算支應之COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫獎勵費用，併同當次門住診醫療費用案件申報，醫令類別請填「4不計價」，點數請填0。於年度結算時，點數以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

六、預期效益之評估指標：

(一)MIS-C免疫球蛋白：依MIS-C認定原則照護人數大(等)於108年度COVID-19引起MIS-C照護人數為基準。

(二)COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫收案長新冠人數較108年成長。

七、醫療利用監控及管理措施：因本預算為專款，用於支用MIS-C的醫

療費用，不致發生濫用情形，預算如有剩餘則回歸安全準備金，健保署仍將定期統計申報資料，提報每季醫院總額研商議事會議監控利用情形。