

## 105 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式

一、105 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 104 年 12 月 31 日衛部健字 1043360156 號公告）

(一) 醫院醫療給付費用成長率 5.332%，其中一般服務成長率 5.022%，專款項目全年經費為 16,124.8 百萬元，門診透析服務成長率為 3.273%。

(二) 總額設定公式：

105 年度醫院醫療給付費用 = (校正後 104 年度醫院一般服務醫療給付費用) × (1 + 105 年度一般服務成長率) + 105 年度專款項目經費 + 105 年度醫院門診透析服務費用。

105 年度醫院門診透析服務費用 = 104 年度醫院門診透析服務費用 × (1 + 成長率)。

註：校正後 104 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 104 年第 4 次委員會議決議，校正投保人口數成長率差值。

(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 46% 依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，54% 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 41% 依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，59% 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。

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。

(四) 醫療服務成本指數改變率所增加之預算(9,160.5 百萬元)，原則用以調整全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，並以與醫事人員薪資連動或間接反應之方式辦理。

## 二、105 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預算

1.105 年度各季醫院一般服務部門醫療給付費用總額

$$= (104 \text{ 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額} + \text{各季校正投保人口數成長率差值}) \times (1 + 5.022\%)$$

2.105 年度醫院各季投保人口數成長率差值調整金額：

第一季	第二季	第三季	第四季
217,087,227	338,974,798	349,577,677	385,416,889

※校正後 104 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 104 年第 4 次委員會議決議，校正投保人口數成長率差值。

### (二) 品質保證保留款

105 年品質保證保留款之成長率為 0.1%，預算以最近 2 年(104、105 年)該保留款成長率之累計額度為限。

1.105 編列之品質保證保留款預算 = (104 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額 + 103 各季校正投保人口數成長率差值) × 0.1% = 368.6 百萬元。

2.104 年編列之品質保證保留款預算 = (103 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額 + 102 各季校正投保人口數成長率差值 - 103 年新增診療項目未導入預算) × 0.1% = 352 百萬元。

3.105 年品質保證保留款額度

$$= 105 \text{ 年編列品質保證保留款} + 104 \text{ 年編列品質保證保留款預算} \\ = 720.6 \text{ 百萬元。}$$

### (三) 一般服務醫療給付費用預算四季重分配(不含門診透析服務、品質保證保留款)：

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：

(1) 以 97 年為基期，調整各假日、非假日產能後之計算，105 年各季新占率：第 1 季 23.911978%、第 2 季 25.373921%、第 3 季 25.178981%、第 4 季 25.535120%。

(2) 105 年度醫院總額一般服務醫療給付費用總額預算(不含門診透析服務、品質保證保留款)為 386,424.6 百萬元。

2. 105 年調整後各季預算 = 105 年醫院總額一般部門服務醫療給付費用總額預算(不含門診透析服務、品質保證保留款) × 各季新占率。

3. 各分區第 1-3 季調整後預算：以前述調整後季預算數乘各區當季人口

風險因子(R)、費用占率(S)。

4.各分區第4季調整後預算：為各分區原全年預算數扣減前3季調整後預算數。

(四)105年醫院總額門診透析服務預算

= 104年醫院總額門診透析服務預算×(1+3.273%)

(五) 105年鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：全年預算1,114百萬元。

※導入第3、4、5階段DRGs項目，本項經費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。

(六) 一般服務部門分配至各分區總預算

1. 醫院調整後一般住診服務費用總額

=【105年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析、品質保證保留款)+門診透析服務費用】×55%+(105年鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)/4)。

2. 醫院調整後一般門診服務費用總額

=105年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析、品質保證保留款)+門診透析服務費用)+(105年鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)/4)-醫院調整後一般住院服務費用總額-門診透析服務費用。

(七) 專款項目全年預算為16,124.8百萬元

1. 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材，預算為8,952.5百萬元。

(1)罕見疾病、血友病藥費：8,940百萬元。

(2)罕見疾病特材：12.5百萬元，最高以每點1元支付，若預算不足時，改以浮動點值支付。

2. 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：預算為4,162百萬元。

3. 醫療給付改善方案：預算為876.3百萬元。

4. 急診品質提升方案：預算為160百萬元。

5. 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：預算為1,114百萬元，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。

6. 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：預算為60百萬元，本項經費得與西醫基層同項專款相互流用。

7. 醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：預算為800百萬元。

### 三、地區預算分配計算方式

1.分區門診一般服務預算總額

＝全區門診一般服務預算總額×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(46%)＋全區門診一般服務預算總額×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(54%)(加總後四捨五入至整數位)。

#### 2.分區住診一般服務預算總額

＝全區住診一般服務預算總額 ×該分區人口風險因子權重×人口風險因子校正比例(41%)＋全區住診一般服務預算總額×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(59%)(加總後四捨五入至整數位)。

### 四、105年各季醫院總額點值結算說明

#### (一)結算時間

各季	費用年月	核付區間(財務傳票日期)
第1季	105年1~3月	105年1月1日~105年6月30日
	104年12月(含)之前	105年4月1日~105年6月30日
第2季	105年4~6月	105年4月1日~105年9月30日
	105年3月(含)之前	105年7月1日~105年9月30日
第3季	105年7~9月	105年7月1日~105年12月31日
	105年6月(含)之前	105年10月1日~105年12月31日
第4季	105年10~12月	105年10月1日~106年3月31日
	105年9月(含)之前	106年1月1日~106年3月31日

#### (二)105年醫院總額保障項目(非浮動點數)

- 1.依據104年第4次醫院總額研商議事會議結論，保障項目之擷取順序及條件如附表。
- 2.各案件前開保障項目點數(非浮動點數)以申請點數與部分負擔之合計計算。
- 3.99年1月1日起實施「全民健康保險住院診斷關聯群」，其保障項目與現行住院之保障項目相同。

#### (三)浮動點值、平均點值之計算

- 1.各分區非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額  

$$= [\text{分區門診一般服務預算總額} + \text{分區住診一般服務預算總額} - \text{加總}(\text{門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數} \times \text{前季全區浮動點值}) - \text{加總}(\text{門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數}) - \text{加總}(\text{門住診偏遠地區當地就醫核定浮動點數} \times \text{前季就醫分區平均點值}) - \text{加總}(\text{門住診偏遠地區當地就醫核定非浮動點數}) - \text{加總}(\text{門住診當地就醫分區自墊核退點數})] / \text{加總}(\text{門住診非偏遠地區投保該分區當地就醫一般服務核定浮動點數})。$$
- 2.全區浮動每點支付金額  

$$= [\text{一般服務門診預算總額} + \text{一般服務住診預算總額} - \text{加總}(\text{門住診核定非浮動點數}) - \text{加總}(\text{門住診自墊核退點數})] / \text{加總}(\text{門住診一般服務浮動核定點數})。$$
- 3.平均點值  

$$= \text{預算總額費用} / (\text{投保該分區當地就醫浮動核定點數} + \text{投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數} + \text{投保該分區非浮動核定點數} + \text{當地就醫分區自墊核退點數})。$$

## 五、專款專用結算說明

### (一)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

1. 全年預算 4,162 百萬元，不足部分由其他預算支應。
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)。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/PCS:Z940)、心臟移植術後(ICD-10-CM/PCS:Z941、Z943)、肺臟移植術後 ICD-10-CM/PCS:Z942-Z943)、肝臟移植術後(ICD-10-CM/PCS:Z944)、胰臟移植術後(ICD-10-CM/PCS:Z9483)、骨髓移植術後(ICD-10-CM/PCS:Z9481、Z9484)、腎臟移植併發症(ICD-10-CM/PCS:T861)、肝臟移植併發症(ICD-10-CM/PCS:T864)、心臟移植併發症(ICD-10-CM/PCS:T862-T863)、肺臟移植併發症(ICD-10-CM/PCS:T863、T8681)、胰臟移植併發症(ICD-10-CM/PCS:T8689)、骨髓移植併發症(ICD-10-CM/PCS:T860)、腸移植術後(ICD-10-CM/PCS:Z9482)、腸移植併發症(ICD-10-CM/PCS: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/PCS:Z944、T864)之術後使用。

## (二)罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材:

1. 全年預算為 8952.5 百萬元,不足部分由其他預算支應。
2. 罕見疾病藥費: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之「藥費」小計。
3. 血友病藥費:
  - (1)先天性凝血因子異常(ICD-10-CM/PCS: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/PCS:D6832、D684)、103年增列類血友病(ICD-10-CM/PCS: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)醫療給付改善方案：全年預算為876.3萬元

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。
糖尿病	1.醫令代碼P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C之醫令點數加總(醫令類別=2或Z者)。 2.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。
思覺失調症	追扣補付原因別:1A3/2A3思覺失調症方案-基本承作及發現費追扣補付、1A4/2A4思覺失調症方案-品質獎勵追扣補付。

項目	擷取條件
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.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。
孕產婦給付方案	1.費用年月 104 年 1 月起 P3903C、P3904C、P3905C(醫令類別 2、X、Z)之醫令點數加總(須扣除 REA 核減金額)。 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。
早期療育方案	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、1K4/2K4 早期療育計畫-品質獎勵金追扣補付。

(四)急診品質提升方案：全年預算:160 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、X 或 Z。

(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」,醫令類別為 2、X 或 Z。

(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」,醫令類別為 2、X 或 Z。

(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、X 或 Z。

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。

(五)鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：全年預算為 1,114 百萬元，依第 3、4、5 階段實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務預算(住院)結算。

(六)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

1.全年預算為 60 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款可互相流用。

2.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」（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。

(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(一)為「G5」案件。

3.藥費、藥事服務費、診察費加成為非浮動點數；餘為浮動點數。

4.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」。

5.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。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。

(七)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 800 百萬元。
2. 依據本計畫第柒條第一項規定，符合第肆條第一至第三項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，浮動點值補足至每點一元支付。
  - (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. 依據本計畫第柒條第二項規定，符合第肆條第四項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，浮動點值補足至每點 1 元支付，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」 $\leq$ 「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  
 $40 \text{ 萬} * 2 (\text{參與月數}) = 80 \text{ 萬}$ ，全年結算補助上限  $500 \text{ 萬} * 11 (\text{參與月數}) / 12$ )。

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  $(1,500 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ ，最低「4」科  $(900 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ ；「3」科  $(800 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ ；「2」科  $(700 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ 。未提供 24 小時急診服務者：「4」科全年最高  $(400 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ ；「3」科  $(300 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ ；「2」科  $(200 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ ；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， $(500 \text{ 萬元} / 12) \times \text{實施月數}$ 。
  6. 因本計畫規定納入當年結算之核定浮動點數，浮動點值補足至每點一元支付，即未納入當年結算表即不予保障。
- (八)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」，再依醫令項目分別計算「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」費用。

附表：105 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 事服務費	區分		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.主管機關公告之緊急醫 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	門診與住院醫療服務醫令 清單之醫令碼為 93001C~93023C	醫令點數	
七	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。

註：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。