

全民健康保險醫療給付費用醫院總額

113 年第 1 次研商議事會議紀錄

時間：113 年 3 月 6 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）：

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王照元代表	戴嘉言(代)	郭錫卿代表	郭錫卿
朱文洋代表	朱文洋	陳文琴代表	陳文琴
朱益宏代表	王秀貞(代)	陳玉瑩代表	陳玉瑩
吳明賢代表	黃雪玲(代)	陳志強代表	陳志強
吳淑芬代表	吳淑芬	陳威明代表	洪芳明(代)
吳鏘亮代表	吳鏘亮	陳建宗代表	游進邦(代)
李永川代表	張明正(代)	陳相國代表	潘仁修(代)
李丞華代表	(請假)	陳振文代表	陳振文
李承光代表	李承光	陳節如代表	(請假)
周思源代表	李佳珂(代)	陳穆寬代表	林慶雄(代)
周雯雯代表	周雯雯	童瑞龍代表	童瑞龍
周慶明代表	周慶明	黃遵誠代表	黃遵誠
孟令妤代表	孟令妤	楊邦宏代表	湯韻璇(代)
林宏榮代表	林宏榮	廖振成代表	廖振成
林恩豪代表	林恩豪	劉林義代表	劉林義
侯勝茂代表	廖秋燭(代)	劉碧珠代表	劉碧珠
施壽全代表	施壽全	謝文輝代表	謝文輝
洪世欣代表	洪世欣	謝景祥代表	謝景祥
張文瀚代表	林富滿(代)	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	(請假)	蘇主榮代表	(請假)
郭昭宏代表	郭昭宏	蘇東茂代表	蘇東茂

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
衛生福利部護理及健康照護司	曾淑芬、李雅琳
台灣醫院協會	林佩菽、董家琪、許雅淇、 顏正婷、吳昱嫻
中華民國醫師公會全國聯合會	謝沁妤、蘇慧珂
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、鄭宇焱、陳暘
社團法人台灣急診醫學會	王斯弘、蔡光超
臺灣兒科醫學會	彭純芝
台灣神經學學會	周建成
社團法人台灣腦中風學會	連立明、李俊泰
台灣胸腔及心臟血管外科學會	李秋陽、陳兆弘
台灣神經外科醫學會	馬辛一
台灣感染症醫學會	王復德、黃建賢
台灣感染管制學會	陳宜君、詹明錦
衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會	賴貞蘭、陳婷妤
澎湖縣衛生局	林秀蓉
金門縣衛生局	蔡建鑫、蔡其衡
連江縣衛生局	曹鳳雲*、廖姿儀*
衛生福利部澎湖醫院	匡勝捷、洪郁智*
衛生福利部金門醫院	王世典、陳義榮*、陳根雄*、 陳素嬌*、董文雅*

連江縣立醫院	張志華*
三軍總醫院澎湖分院附設民眾 診療服務處	鄭旭智*、陳美滿*
天主教靈醫會醫療財團法人惠 民醫院	張明哲
本署臺北業務組	許寶華*、高軒偉*、陳湘蓉*
本署北區業務組	蔡秀幸*、楊秀文*、林巽音*、 陳韻寧*、黃素華*、劉卉雯*、 邱冠霆*、林俊仰*、楊怡倩*
本署中區業務組	丁增輝*、賴大年*、陳雪姝*、 楊惠真*、謝秋萍*、李秀霞*、 張傳慧*、何容甄*、林千婷*、 林琬倩*、張毓芹*、陳秋明*、 陳品伶*、李筱婷*、黃意婷*
本署南區業務組	林純美*、何尹琳*、黃紫雲*、 郭俊麟*、吳佩寧*、張智傑*、 曾荃璞*
本署高屏業務組	許碧升*、郭怡妤*、邱佩穎*、 張慧娟*、張曉玲*
本署東區業務組	黃兆杰*、詹蕙嘉*、林祉萱*
本署署長室	姚雨靜
本署企劃組	陳泰諭
本署醫審及藥材組	戴雪詠、許明慈、簡淑蓮、 羅惠文、詹淑存、楊宜臻
本署醫務管理組	林右鈞、陳依婕、洪于淇、 黃瓊萱、黃怡娟、朱文玥、 劉立麗、王智廣、葉若涵、 謝欣穎、何懿庭、高翊庭、 黃馨玉

壹、主席致詞：略。

貳、上次會議紀錄確認，請參閱（不宣讀）確認（略）。

決定：

- 一、修正112年第4次會議紀錄報告事項第四案「113年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商議事會議」召開會議時程報告」，決定事項第二點「第3次會議日期為113年8月28日」，因全民健康保險會預訂於同年月日召開「114年度總額協商之保險付費者代表、專家學者與公正人士及政府機關代表委員座談會」，第3次會議時間修正為「113年9月4日」。

二、餘洽悉。

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：下列2項繼續列管，其餘解除列管。

- 一、序號5：調整全民健康保險急診品質提升方案結算方式案：

（一）本方案將俟台灣急診醫學會提出修訂建議後再議。

（二）另有關急診相關指標資料呈現方式，除參採代表建議按特約類別分列外，亦將依衛生福利部「醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序」規範，以「床數規模」進行分列呈現。

- 二、序號10：轉診支付標準修訂案。

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、為使各分區之初核核減率解讀標準一致，請本署醫審及藥材組與本署各分區業務組共同研議初核核減率之定義及呈現方式。

二、餘洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額 112 年第 3 季點值結算報告。

決定：

一、依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。

二、112年第3季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值如下表：

區/項目	浮動點值	平均點值
臺北	0.88081149	0.93746556
北區	0.94474310	0.96416490
中區	0.89487347	0.94478003
南區	0.99013827	0.98682279
高屏	0.95816953	0.97419864
東區	0.91522090	0.95267516
全區	0.91757206	0.95519678

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」報告案。

說明：新增四之一點如下：

一、任職前五年因其行為致有下列情形之一者，除暫緩執行外，不得擔任本會議代表或其代理人；任期中發生者，當然解任：

（一）經中央主管機關吊銷、撤銷、廢止醫事人員證書。

（二）經地方主管機關停業、廢止執業執照。

（三）經保險人依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法不予支付。

二、前項規定，於行政處分執行完畢，未屆滿五年者，準用之。

決定：洽悉。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則(草案)

修訂報告案。

決定：

一、洽悉。

二、修訂重點如下：

(一) 配合公告之「113年度全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區域修正三、(一)設立於保險人公告之113年「全民健康保險醫療資源缺乏地區」條件，施行地區增加新北市三芝區、雲林縣水林鄉、屏東縣枋山鄉、彰化縣大城鄉、臺東縣關山鎮。

(二) 分區修訂認定原則醫院名單：共計增加3家，分別如下：

1、台安醫院：符合保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區(新北市三芝區)」。

2、衛生福利部桃園醫院新屋分院及天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院：符合113年本署北區增列認定原則資格。

第六案

報告單位：台灣醫院協會

案由：113年醫院總額風險調整移撥款預算分配案。

決定：

一、113年風險調整移撥款各區預算維持111、112年採計方式，採二項計算方式之合計，(一)維持歷年風險調整計算六因素及權重計算分配2億；(二)餘額4億元採107年至109年地區預算R值S值平均占率計算。

二、依前開方式計算六分區分配金額如下：

項目 分區	原六因素及 權重計算公式	107-109年 RS值平均占率	合計
臺北區	17,220,238	142,897,852	160,118,090
北區	14,089,309	54,950,888	69,040,197
中區	16,981,582	72,104,768	89,086,350
南區	17,307,871	57,777,236	75,085,107
高屏區	41,830,571	61,169,012	102,999,583
東區	92,570,429	11,100,244	103,670,673

項目 分區	原六因素及 權重計算公式	107-109 年 RS 值平均占率	合計
合計	200, 000, 000	400, 000, 000	600, 000, 000

第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式。

決定：

一、洽悉。

二、113年醫院附設門診部回歸醫院之預算(5.39億元 $\times$ (1+5.388%)=5.69億元)，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2.17億元(2.06億元 $\times$ (1+5.388%))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3.52億元預算則按季分配予南區。

三、113年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式(附件1)，未來將依各項目或計畫之修訂，配合修訂，並據以辦理113年度總額結算事宜。

第八案

報告單位：本署醫務管理組

案由：急診壅塞管理改善策略案。

決定：

一、本案請本署各分區業務組先行釐清轄內急診壅塞原因並邀請醫院及台灣急診醫學會共同討論研擬管理方案後，再併急診品質提升方案修訂內容提本會議討論。

二、另有關護理人員離職率統計，除將增列依特約類別統計外，將依衛生福利部「醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序」規範，增列按「床數規模」進行分列呈現。

肆、討論事項

第一案

提案單位：衛生福利部護理及健康照護司

案由：「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」修訂案。

決議：

- 一、本案依衛生福利部護理及健康照護司所提方案通過修訂方案內容。
- 二、修訂重點為簡化原試辦醫院申請文件資料、擴大審查小組委員人數、新增醫院申請試辦病房變更程序、調整品質監控指標之滿意度調查方式與頻率等。
- 三、本計畫為第3年延續性方案(111年新增)，113年方案公告後，將依程序周知相關單位。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「桃園市擴大肺癌篩檢計畫」高風險族群篩檢疑似陽性個案後續衍生CT檢查費用，建議納入112年度醫院總額「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」專款項目下支應案。

決議：

- 一、通過112年度本項專款預算之執行方式，增列「桃園市擴大肺癌篩檢計畫」高風險族群篩檢疑似陽性個案後續衍生CT檢查費用，後續將依程序提至全民健康保險會報告。
- 二、另請衛生福利部國民健康署及財團法人醫藥品查驗中心評估肺癌早期偵測計畫之成本效益及對健保財務影響，並請台灣醫院協會提供於會上說明之評估資料供參。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：113年度醫院醫療給付費用總額「提升醫院兒童急重症照護量能」項目運用方式案。

決議：本案通過，續提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，重點如下：

- 一、新增「未滿19歲案件申報加護病床住院診察費、病房費及護理費得另加計20%」規範。另考量兒科專科醫師申報「加護病床住院診察費」訂有最高加成上限120%，爰併同修訂為140%。
- 二、調升02017K-02019B「新生兒中重度住院診察費（天）」支付點數50%。

三、修訂支付標準如附件2。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂全民健康保險醫院醫療給付費用總額「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」專款計畫案。

決議：

- 一、本計畫執行方式比照112年度計畫，並將預期效益評估指標之比較基期改為112年。
- 二、另有關計畫內容涉及「新生兒中重度住院診察費」部分，將維持補付差額之點數，並配合討論事項第三案(113年度醫院醫療給付費用總額「提升醫院兒童急重症照護量能」項目運用方式案)修訂調整前後點數。

第五案

提案單位：台灣醫院協會

案由：「醫院總額品質保證保留款實施方案」（下稱品保款方案）修訂案。

決議：本案通過，修訂重點如下：

- 一、各層級獎勵指標項目修正如下：

（一）醫學中心：由原 19 項增刪為 20 項。

1、新增 3 項指標：

- （1）就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率。
- （2）西醫門診年復健次數大於 180 次之案件數（同院）。
- （3）慢性病連續處方箋釋出率。

2、刪除 2 項指標：

- （1）【雲端藥歷頁籤】就醫類別及病人類別查詢比率。
- （2）門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率）。

（二）區域醫院：維持原 21 項，另「子宮肌瘤手術後 14 日內因該手術相關診斷再住院率」及「急性心肌梗塞

(AMI) 病人於住院期間給藥比率-阿斯匹靈」2 項指標目標值，因方案已有相關規定(正向指標為該層級醫院之第 23 百分位數，負向以第 77 百分位數為目標值)，同意與會區域醫院代表建議不另設目標值。

1、新增 3 項指標：

- (1) 死亡前安寧利用率。
- (2) 呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器大於等於 64 日期間住 ICU 人數比率。
- (3) 急性心肌梗塞(AMI) 病人於住院期間給藥比率-阿斯匹靈。

2、刪除 3 項指標：

- (1) 同院所門診同一處方製酸劑重複使用率。
- (2) 醫院 MRI 檢查 30 日內同院再次執行比率。
- (3) 子宮肌瘤手術後 14 日內因該手術相關診斷再住院率。

(三) 地區醫院：由原 22 項增刪為 23 項。

1、新增 3 項指標：

- (1) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症。
- (2) 住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件十四日內再住院率。
- (3) 急性一般病床全日護病比。

2、刪除 2 項指標：

- (1) 醫院 MRI 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)。
- (2) 子宮肌瘤手術後 14 日內因該手術相關診斷再住院率。

二、有關「建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)」指標，先前因應疫情暫不計分，同意 113 年起恢復該項指標，另目標值維持不變(支援醫院實際協助被支援醫院 ≥ 1 家；支援醫院平均每季至少完成協助被支援醫院 ≥ 6 次)。

三、配合本署「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」或「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」之相關指標名稱用語，修訂下列 9 項品保款方案指標名稱。

- (一)「同院所門診抗生素使用率」修正為「門診抗生素使用率」。
- (二)「以病例組合校正之住院案件出院後 14 日內再住院率_跨院-限導入之 DRG 項目」修正為「住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件十四日內再住院率」。
- (三)「以病例組合校正之住院案件出院後 3 日內急診率_跨院-限導入之 DRG 項目」修正為「住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件三日內再急診率」。
- (四)「每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率」修正為「門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」。
- (五)「子宮肌瘤手術後 14 日內因該手術相關診斷再住院率」修正為「子宮肌瘤手術後出院後十四日以內因該手術相關診斷再住院率」。
- (六)「同院所急性精神病人出院 30 日內門診追蹤率」修正為「精神病人出院後三十日以內同醫院門診精神科追蹤率-急性」。
- (七)「同院所慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率」修正為「精神病人出院後三十日以內同醫院門診精神科追蹤率-慢性」。
- (八)「初次非自願剖腹產率」修正為「剖腹產率-初次具適應症」。
- (九)「剖腹產率」修正為「剖腹產率-整體」。

附帶事項：

- 1、「西醫門診年復健次數大於 180 次之案件數(同院)」指標為抑制資源不當耗用改善方案管控指標，經查該指標並未開發 DA 指標，為本署醫審及藥材組定期於 CIS 提供各分區

業務組轄區內醫院相關統計數據，考量操作型定義之一致性，後續本項數據將採計本署醫審及藥材組定期提供各分區業務組轄區內醫院相關統計數據。

- 2、「急性一般病床全日護病比」指標為抑制資源不當耗用改善方案管控指標，未開發 DA 指標，為本組定期提供各分區業務組轄區內醫院相關統計數據，考量操作型定義之一致性，後續本項數據將依採計本組定期提供各分區業務組轄區內醫院相關統計數據。

第六案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」修訂案。

決議：

一、本案通過，修訂重點如下：

- (一)符合本計畫第肆點申請醫院資格之第一款基本要件第(一)及(二)目與第二款醫院計畫名單一節。

1、南星醫院(中區)及新生醫院(南區)歇業，爰予以刪除。

2、配合公告之 113 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案，新增彰化縣社頭鄉、減少桃園市大溪區等地區。經盤點增列 9 家醫院(員榮醫療社團法人員榮醫院、惠來醫療社團法人宏仁醫院、員郭醫療社團法人員郭醫院、彰化基督教醫療財團法人員林基督教醫院、員林何醫院、皓生醫院、常春醫院、仁和醫院及建元醫院)。

- (二)申請醫院資格要件二、排除已設立區域級醫院之鄉鎮，修正為「排除已設立區域級以上醫院(不含精神科醫院)之鄉鎮」，經盤點增列 4 家符合資格(衛生福利部草屯療養院、佑民醫療社團法人佑民醫院、曾漢棋綜合醫院及惠和醫院)。

二、有關申請及審查程序及退場機制，院所任一科別違規及停止特約3倍期間，不予點值保障一節，同意僅限西醫科別違規及停止點值保障期間同處分期間，另違約相關適用法條增列第

四十四條及第四十五條所列違規情事，並酌修相關文字。

三、其餘文字修訂同本署提案，將報請衛生福利部核備後公告實施。

第七案

提案單位：本署醫務管理組

案由：113 年度「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」及「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」專款運用方式案。

決議：

- 一、本案通過。考量本署各分區業務組已陸續於轄內推動因地制宜之主動脈剝離手術及腦中風取栓術區域聯防機制，爰本計畫僅針對收案條件、支付方式及監測指標訂定統一規範，以利計畫之推動執行及預算管控。
- 二、本案將續提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。

第八案

提案單位：本署醫務管理組

案由：113 年度醫院總額「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」案。

決議：本案通過，續提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，重點如下：

- 一、本項預算2.25億元，分配方式優先支應「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」(預算1.25億元，以1點1元支應)，餘款支應「醫療院所端之獎勵金額之分配」(預算1億元，不足以浮動點值支應)，二項費用可互相流用。
- 二、有關醫院獎勵指標計分之急性一般病床數200床以下設有專責感染且設有專責感染症專科醫師(專任或支援)，配合衛生福利部醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序「應申請區域醫院評鑑」之急性一般病床數規定，修正為249床(含)以下。
- 三、另感染症醫學會建議本項預算相關獎勵金原須給付一定成數(如5成或8成之文字)予以相關人員，因未獲共識，爰刪除「如

5成或8成」之文字，本案施行後請各醫院提報本署分配情形，作為下一年度修訂參考。

- 四、有關本署原提案之獎勵金給付相關人員，與會代表（中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會），建議增列護理人員及藥師，惟原條文「相關人員」已包括醫院各類醫事人員，爰維持原文字。

第九案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「離島地區住院案件」加成規範案。

決議：本案通過，續將提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，重點如下：

- 一、新增全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第一部總則「離島地區各保險醫事服務機構之住診案件，申報本標準第二部及第三部各診療項目，依各該編號項目所定點數加計百分之三十支付」。
- 二、基於不重複獎勵原則，併同修訂「偏鄉醫院護理費」加成規範，離島地區醫院之加成規範，以前述總則規範為限。
- 三、為監測離島地區在地急重症照護量能，本署將另訂定離島地區「住院人次」及「轉診後送人次」等指標，以觀察本案成效。

伍、散會：下午5時47分。

113 年醫院醫療給付費用醫院總額分配及點值結算方式

一、**113**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12月26日衛部健字第1123360189A號公告）。

（一）醫院醫療給付費用總成長率 4.832%（註），其中一般服務成長率 5.388%，專款項目全年預算為 45,078.2 百萬元，門診透析服務成長率 1.586%。

註：醫院醫療給付費用總成長率 4.832%（一般服務+專款），如含門診透析為 4.700%（一般服務+專款+門診透析）。

（二）總額設定公式：

■ **113** 年度醫院醫療給付費用＝校正後 **112** 年度醫院一般服務醫療給付費用（註）×（1＋**113** 年度一般服務成長率）＋**113** 年度專款項目預算＋**113** 年度醫院門診透析服務費用。

■ **113** 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×（1＋**113** 年度醫院門診透析服務成長率）。

註：校正後 **112** 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 **112** 年第 7 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「**111 年未導入預算扣減**」部分（醫院總額 **111** 年度未有本項扣減金額）。

（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、**113** 年其他醫療服務利用及密集度之改變：

113 年醫院附設門診部回歸醫院之預算（5.39 億元×（1＋5.388%）＝5.69 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 2.17

億元(2.06 億元× (1+5.388%))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 3.52 億元預算則按季分配予南區。
註：依據台灣醫院協會 112 年 12 月 21 日召開台灣醫院協會全民健康保險委員會邀集各層級醫院協會（成員已含六分區代表）以專題形式研商經討論得會議共識：暫不變更。

三、113 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 ×55%；門診移撥款=該季移撥款-住診移撥款。)

[註]:113 年風險調整移撥款，依據 113 年 3 月 6 日醫院總額 113 年度第 1 次研商議事會議報告事項第六案決定辦理。

(一)113 年風險調整移撥款各區預算維持 111、112 年採計方式，即採二項計算方式之合計，一為續維持歷年風險調整計算六因素及權重計算分配 2 億，另餘額(4 億)採以 107-109 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 160,118,090、北區 69,040,197、中區 89,086,350、南區 75,085,107、高屏 102,999,583、東區 103,670,673。

四、113 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、113 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額

=【112 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額+111 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(11.4 百萬元/4)】× (1+5.388%) - 106 年各季編列之品質保證保留款預算(全年計 388.7 百萬元)-113 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(5.69 億元/4)-113 年風險調整移撥款(6 億/4)。

2、111 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
<u>-1,053,915,319</u>	<u>-1,417,422,376</u>	<u>-1,194,272,948</u>	<u>-800,909,033</u>

(二) 品質保證保留款 (107 年起品質保證保留款移列專款)

1、113 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 113 年品質保證保留款專款(501.5 百萬元)合併運用(計 890.2 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)113 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」)

$$=(112 \text{ 年醫院總額門診透析服務預算}) \times (1+1.586\%)$$

[註]:依 113 年總額公告，門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 45,995.3 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。

(四)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

$$=(113 \text{ 年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析、106 年品質保證保留款、密集度改變預算、風險調整移撥款)} + \text{門診透析服務費用}) \times 55\% + \text{113 年總額公告專款導入住診一般服務之預算}^{\text{註}}$$

2、醫院調整後門診一般服務費用總額

$$=(113 \text{ 年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析、106 年品質保證保留款、密集度改變預算、風險調整移撥款)} + \text{門診透析服務費用}) + \text{113 年總額公告專款導入門診一般服務之預算}^{\text{註}} - \text{醫院調整後住診一般服務費用總額} - \text{門診透析服務費用}$$

[註]:1、依 113 總額公告，下列專款導入一般服務預算

- (1) 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。
- (2) 因應長新冠照護衍生費用經費 128 百萬元，本項支出如達動支條件，併入醫院總額一般服務費用結算。
- (3) 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增經費 500 百萬元，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。
- (4) 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)經費 2,669 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 113 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

$$=[\text{全區調整後門診一般服務費用總額} \times \text{該分區人口風險因子及轉診型態權重} \times \text{人口風險因子及轉診型態校正比例(R)}] + [\text{全區調整後門診}]$$

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、113年各季醫院總額點值結算說明

(一) 113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) 暫時性支付(新藥、新特材)(113年新增項目)

全年預算 2,429.9 百萬元。

(二) C 型肝炎藥費：

1、全年預算 2,224.0 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 125.0 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)」。

(三) 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

1、全年預算 15,108.0 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、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、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 90 百萬元)」支應。

2、罕見疾病藥費：

- (1) 費用年月 94 年 1 月(含)以後，部分負擔代碼為 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之「藥費」小計。
(「藥費」小計係指特約醫事服務機構醫療費用點數申報格式中之「用藥明細點數小計」、「藥費點數」欄位)。
- (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，但非屬前開案件者，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) 罕見疾病範圍詳見衛生福利部公告代碼，如附錄一~8(單一對照之疾病代碼可自 ICM 共同作業子系統/I0130 代碼資料作業/PHF-總額預算監控子系統-073-總額每季結算之罕病疾病診斷碼;084-總額每季結算之罕病疾病國際分類代碼(ICD-10-CM)查詢)。
- (4) 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。
(100 年以前條件為重大傷病檔生效起迄日不為空白；自 108Q3 結算起新增持卡註記為 1、5 不計及持卡註記異動日期有值以持卡註記異動日期為生效迄日)。
- (5) 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_HPAHVRS)，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。)
- (6) 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。
- (7) 藥局調劑的罕見疾病「藥費」點數要列入計算。
- (8) 追扣補付原因別：184/284 罕見疾病藥費追扣補付。

(9) 治療 SMA 之基因療法藥品 Zolgensma 之結算方式：

註 1：以分期款進行結算及計算專款執行率，由醫審組按季提供核付金額與醫管組。

註 2：依據本署 112 年 7 月 14 日健保審字第 1120058782 號公告暫予支付含 onasemnogene abeparvovec 成分藥品 Zolgensma 暨其藥給付規定，自 112 年 8 月 1 日生效。

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。

(四) 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

1. 全年預算 5,580.0 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、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、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 90 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)」。

(五) 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、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、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 90 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」。有關前揭藥品給付條件管理結算端不另行處理，請醫審及藥材組自行控管。

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。

(六) 醫療給付改善方案：全年預算 1,814.1 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，

項目	擷取條件
	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照護費(醫令代碼 P4301C、P4302C、P4303C，醫令類別為 2)，

項目	擷取條件
	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。費用年月 112 年 2 月起，刪除醫令代碼 P3903C。 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)

項目	擷取條件
	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。
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(含抗凝血藥品藥師門診方案)	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。 <u>[註]:將依各項目或計畫之修訂內容，據以辦理 113 年度總額結算事宜。</u>
生物相似性藥品	<u>[註]:將依各項目或計畫之修訂內容，據以辦理 113 年度總額結算事宜。</u>

(七) 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」、P4626B-P4627B「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵(第一天)」(區域醫院每人每日支付 229 點；地區醫院每人每日 340 點，自 112 年 6 月 1 日起生效)、P4609B-P4610B「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病患下轉住院獎勵(第二天起)」(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、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、預算先扣除預估之急診處置效率獎勵費用及補助急診專科醫師人力額度後，按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元。當季預算若有結餘，則流用至下一季；第四季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於 1 元。

(八) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：全年預算 210 百萬元。

(九) 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

- 1、全年預算 115 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）：
案件分類「D4」、「E1」及「08」，特定治療項目代號(一)至(四)為 G5。
- 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。

(十) 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 1,300 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 $40 \text{ 萬} \times 2 (\text{參與月數}) = 80 \text{ 萬}$ ，全年結算補助上限 $500 \text{ 萬} \times 11 (\text{參與月數}) / 12$)。

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 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。

※ 依據 113 年 3 月 6 日醫院總額 113 年度第 1 次研商議事會議討論事項第六案決議，申請醫院資格要件二、排除已設立區域級醫院之鄉鎮，修正為「排除已設立區域級以上醫院（不含精神科醫院）之鄉鎮」，有關「精神科醫院」係指型態別(HOSP_TYPE)為西醫精神科醫院(代碼 04)及精神科教學醫院(代碼 05)

(十一)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。

(十二)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」
(1,486.0 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。

(十三)腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(111 年新增)

1、全年經費 15 百萬元，用於住院病人之腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金。

2、住診醫令代碼 58011C「腹膜透析追蹤處置費」、58017C「腹膜透析追蹤處置費－全自動腹膜透析」，醫令類別為 2、X、Z。

3、預算按季均分，當季預算若有結餘，則流用至下季。當季該分區實際執行總點數，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，則按當季各分區實際執行總點數之比例分配，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。

※腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂自 111 年 6 月 1 日生效。

4、本項經費依實際執行情形併入一般服務結算。

(十四)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。

(十五)精神科長效針劑藥費(111 年起)

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、~~N05AH03~~之醫令點數(醫令類別為 1 或 Z)加總。

※依據 112 年 5 月 31 日醫院總額 112 年第 2 次研商議事會議決定，自費用年月 112 年 1 月起刪除 N05AH03(經釐清為非屬長效針劑)。

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。

(十六)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。

(十七)因應長新冠照護衍生費用(112 年新增項目)

1、全年經費 128 百萬元。

2、本項支出如達動支條件，併入醫院總額一般服務費用結算。

[註]:將依各項目或計畫之修訂內容，據以辦理 113 年度總額結算事宜。

(十八)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 500 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，醫令類別為 2、X 及 Z，且 CURE_PATH 診療部位含 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、惟姑不論個案申報上開醫令之就醫診斷為何，倘有 1 次診斷(主診斷或次診斷)前 3 碼為 C34 者，則後續再次申報上開醫令均不以本項經費支應。(例如：個案分別於 112/3/1、112/4/1、112/5/1、112/6/1 就醫申報上開醫令，診斷【主診斷或次診斷】前 3 碼分別為 C12、C34、C56、C34，則 112/5/1 及 112/6/1 申報之 CT 費用不以本項預算支應)。
- 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。

(十九) 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)

全年經費 2,669 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。

1、配合醫療器材使用規範，單次使用醫材點數：

(1)費用年月 112 年 11-12 月：自 112 年 11 月起調整 73 項診療項目支付點數：

- A. 費用年月 112 年 11 月起醫令為 33033B、47027C、47057B、47058B、47074C、47077B、47078B、47083C、49014C、49027C、53033C、56020B、56021B、92063C：

總醫令點數=醫令數量×(表定醫令單價-112 年 10 月醫令單價)

- B. 費用年月 112 年 11 月起醫令為 62070B、64001B、64003C、64004C、64005B、64006B、64007B、64022B、64023B、64025C、64028C、64029B、64031C、64032B、64035C、64055B、64070C、64099B、64100B、64122B、64133C、64143B、64162B、64164B、64169B、64170B、64171B、64187B、64201B、64202B、64206B、64208C、64218B、64228B、64237C、64239B、64243B、64247C、64268B、65004C、65013B、65014B、78008C、78023C、78049C、79406B、79411B、79412B、80422C、83002C、83003C、83024C、83046B、84019B、84021B、84022B、84038B、85804C：

(A) 算出上開醫令表定材料加成成數和 112 年 10 月的材料加成成數差(表定材料加成成數-112 年 10 月材料加成成數)

(B) 排除醫令類別為 4(不計價)的醫令

(C) 總醫令點數=醫令數量×表定醫令單價×材料加成成數差

- C. 費用年月 112 年 11 月起醫令為 92224A 之案件：

(A) 算出上開醫令表定材料加成成數和 112 年 10 月的材料加成成數差(表定材料加成成數-112 年 10 月材料加成成數)

(B) 排除醫令類別為 4(不計價)的醫令

(C) 總醫令點數=醫令數量×表定醫令單價×材料加成成數差

- D. 送核、整件補報案件或部分補報案件申報醫令單價等於表定醫令單價者，適用上述 1. 至 3. 之算法；部分補報案件申報醫令單價低於表定醫令單價者不納入計算。

- E. 上開 4 項總醫令點數合計，以每點 1 元計算納入一般服務費用結算。

(2) 費用年月 112 年 1-10 月：追扣補付原因別 1Z9/2Z9，點數以每點 1 元納入一般服務費用結算。

註：依據本署 113 年 1 月 18 日健保醫字第 1130101262 號公告「全民健康保險醫院及西醫基層醫療給付費用總額「配合醫療器材使用規範，單次使用醫材點數調整」計畫」，配合衛生福利部醫事司訂定重處理單次使用醫材（SUD）相關規定暨部分醫材已無重消品項可供使用，為免醫材成本上升，壓縮醫事人力及設備等成本，優先調整受影響之 73 項診療項目支付點數，業於 112 年 11 月 1 日生效。惟上述診療項目生效前，部分健保案件單次使用醫材之使用成本由醫療院所自行吸收，為減輕醫療院所配合政策而增加之財務負擔，爰擬訂本計畫，針對特約院所 112 年 1 月至 10 月期間申報上開 73 項診療項目者，得申請補貼。

- 2、修訂支付標準第二部第一章第二節住院診察費通則，小兒外科專科醫師診治未滿 19 歲之病人比照適用兒科專科醫師加成規範：
- 費用年月 112 年 10 月起，執行人員專科證書代碼 LWRD_ID=「A0307（小兒外科專科醫師）」（依序擷取執行醫師 EXE_PRSN_ID、申報醫師 PRSN_ID），且未滿 19 歲（入院日期 IN_DATE-出生年月日）案件其入院日期於執行人員專科證書有效日期內，醫令代碼 02005B「住院會診費」、02011K、02012A、02013B「加護病床住院診察費」加成成數為 120%；醫令代碼 02006K、02007A、02008B「一般病床住院診察費」、02014K、02015A、02016B「隔離病床住院診察費」加成成數為 150%：
- 總醫令點數=醫令數量×醫令單價×(加成成數)。以每點 1 元納入一般服務費用結算。

（二十）癌症治療品質改善計畫（112 年新增項目）

全年經費 414 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

1、計畫費用如下：

- （1）費用年月 112 年 6 月起，每季由分區業務組依國健署提供本計畫核付清單進行核付。

(2)追扣補付原因別：

A. 1W7/2W7：「癌症治療品質改善計畫-大腸癌費用追扣/補付」。

B. 1W8/2W8：「癌症治療品質改善計畫-口腔癌費用追扣/補付」。

C. 1W9/2W9：「癌症治療品質改善計畫-子宮頸癌費用追扣/補付」。

D. 1X1/2X1：「癌症治療品質改善計畫-乳癌費用追扣/補付」。

E. 1X2/2X2：「癌症治療品質改善計畫-肺癌費用追扣/補付」。

2、結算方式：本計畫依總額部門別預算按季均分及結算，並採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元。當季預算如有結餘，則流用至下季。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。

(二十一)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。

1、本項專款計畫共3項子方案：

(1)潛伏結核感染治療品質支付服務計畫

A. 費用年月112年6月起，案件分類「E1」，任一特定治療項目代號「EG」，醫令代碼P7801C「開立潛伏結核感染治療費」（112年6月至9月醫令類別為0或2，費用年月112年10月起醫令類別為0）、P7802C「第一階段潛伏結核感染治療管理照護費（達1/3

療程)」(醫令類別 2)、P7803C「第二階段潛伏結核感染治療管理照護費(達 2/3 療程)」(醫令類別 2)、P7804C「第三階段潛伏結核感染治療管理照護費暨完成治療費(完成完整療程)」(醫令類別 2)。

- B. 照護及獎勵費追扣補付原因別：1X5/2X5-慢性傳染病照護品質計畫-潛伏結核感染治療品質支付服務計畫追扣/補付費用」。

(2)愛滋照護管理品質支付計畫

- A. 費用年月 112 年 6 月起，案件分類「E1」，任一特定治療項目代號「EH」，P7901C「愛滋感染個案發現確診費」(112 年 6 月至 9 月醫令類別為 0 或 2，費用年月 112 年 10 月起醫令類別為 0)、P7902C「新收案個案管理照護費」(醫令類別 2)、P7903C「追蹤個案管理照護費」(醫令類別 2)、P7904C「個案治療監測評估費」(醫令類別 2)。
- B. 照護追扣補付原因別：1X6/2X6-慢性傳染病照護品質計畫-愛滋照護管理品質支付計畫追扣/補付費用」。

(3)長照機構加強型結核病防治計畫

- A. 費用年月 112 年 6 月起，案件分類「E1」，任一特定治療項目代號「EJ」，P8001C「照護機構結核菌快速分子檢測費」(醫令類別 2)、P8002C「照護機構潛伏結核感染檢驗評估費」(醫令類別 2)、P8003C「照護機構潛伏結核感染檢驗費」(醫令類別 2)、

P8004C「照護機構潛伏結核感染治療評估費」(醫令類別 2)。

B. 照護及獎勵費追扣補付原因別：「1X7/2X7-慢性傳染病照護品質計畫-長照機構加強型結核病防治計畫追扣/補付費用」。

- 2、本計畫預算按季均分，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。
- 3、上開費用僅為醫療院所申報，無交付機構。

(二十二)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。

- 1、追扣補付原因別：1Y9/2Y9 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能追扣/補付。
- 2、以每點 1 元為上限，但若有超支，則以浮動點值支付。

註：112 年 9 月 26 日健保醫字第 1120119309 號公告「112 年全民健康保險醫院醫療給付費用總額『健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能』及『持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能』專款計畫，計畫實施期間為 112 年 1 月 1 日至 112 年 12 月 31 日。

(二十三)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。

1、追扣補付原因別：1Y8/2Y8 健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能追扣/補付。

2、以每點 1 元為上限，但若有超支，則以浮動點值支付。

註：112 年 9 月 26 日健保醫字第 1120119309 號公告「112 年全民健康保險醫院醫療給付費用總額『健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能』及『持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能』專款計畫，計畫實施期間為 112 年 1 月 1 日至 112 年 12 月 31 日。

(二十四)地區醫院全人全社區照護計畫(113 年新增項目)

全年經費 500 百萬元。

(二十五)區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作(113 年新增項目)

全年經費 81 百萬元。

(二十六)區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作(113 年新增項目)

全年經費 127 百萬元。

(二十七)抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫(113 年新增項目)

全年經費 225 百萬元。

(二十八)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 113 年編列之品質保證保留款預算(501.5 百萬元)合併運用(計 890.2 百萬元)。

- (二十九)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」、「慢性傳染病照護品質計畫」。
- (三十)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。

附表、113 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

113 年醫院總額一般服務點值保障項目：113 年一般服務保障項目(同 112 年)如下，惟對應申請區域醫院評鑑之地區醫院，如經評鑑不符合區域醫院者，自評鑑不符合之日起，1 年內不得適用地區醫院保障項目【地區醫院急診診察費、地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)、地區醫院住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費】，惟其護病比符合區域醫院評鑑標準者，其醫療服務得比照區域醫院保障【區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費】；另自醫院評鑑不符合之日起 1 年後，仍不符合區域醫院評鑑者，不得適用地區醫院保障項目，亦不得比照區域醫院保障。

[註]：依據 112 年 11 月 22 日醫院總額 112 年度第 4 次研商議事會議決議辦理。

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	

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
七	地區醫院急診診 察費	區分	1. 門診與住院醫令清單段之 「醫令代碼」為 01015C、 00201B、00202B、00203B、 00204B、00225B、01021C(醫令 類別 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。
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	

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	
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。

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、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「執行時間一起」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。
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、

執行項目	定義
	03011F、03012G、03014A、03025B、03017A(醫令類別為 2、X、Z 之醫令點數)。

第二部 西醫

第一章 基本診療

第二節 住院診察費

通則：

六、兒科專科醫師申報部分住院診察費得加成，說明如下：

(一) 加護病房診察費 (包括編號 02011K、02012A、02013B)，兒科專科醫師得加計百分之一百二十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百四十。

~~(一)~~ (二) ~~加護病房診察費及~~住院會診費(~~包括~~編號 02005B、~~02011K、02012A、02013B~~)，兒科專科醫師得加計百分之一百二十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百二十。

~~(二)~~ (三) 一般住院診察費及隔離病床住院診察費(包括編號 02006K、02007A、02008B、02014K、02015A、02016B)，兒科專科醫師得加計百分之一百五十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百五十。

~~(三)~~ (四) 小兒外科專科醫師診治未滿十九歲病人之案件，得依前述規範加成。

八、未滿十九歲病人之加護病床住院診察費(02011K、02012A、02013B)除兒科專科醫師及兒童加成外，得依表定點數另加計百分之二十。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
02005B	住院會診費		V	V	V	429
02006K	一般病床住院診察費(天)				V	468
02007A				V		442

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
02008B	註： 1.經濟病床及急性精神病床比照申報。 2.留置急診處暫留床二日以上者，自第二天起比照申報。		V			398
02011K	加護病床住院診察費(天)				V	1925
02012A				V		1729
02013B			V			1536
	註：精神科加護病床、燒傷中心及骨髓移植隔離病床比照申報。					
02014K	隔離病床住院診察費(天)				V	495
02015A				V		462
02016B			V			407
	註：核醫病床得比照申報。					
02017K	新生兒中重度住院診察費(天)				V	<u>1,229</u> 819
02018A				V		<u>1,166</u> 777
02019B			V			<u>1,065</u> 710
	註：本項非兒童加成項目。					

第二部 西醫

第一章 基本診療

第三節 病房費

通則：

十、未滿十九歲病人之加護病床病房費及護理費除兒童加成外，得依表定點數另加計百分之二十，包含加護病床病房費(03010E、03011F、03012G)、加護病床護理費(03104E、03105F、03106G、03047E、03048F、03049G)、精神科加護病床病房費(03014A、03025B)、精神科加護病床護理費(03095A、03096B、03037A、03039B)、燒傷加護病床病房費(03017A)、燒傷加護病床護理費(03098A、03041A)。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
03014A	精神科加護病床(床/天)					
--病房費				V	V	1,305
03025B			V			1,305
03095A	--護理費（第一天）			V	V	2,673
03096B			V			2,474
03037A	--護理費（第二天起）			V	V	2,056
03039B			V			1,903
03017A	燒傷加護病床(床/天)					
--病房費				V	V	6,495
03098A	--護理費（第一天）			V	V	13,298
03041A	--護理費（第二天起）			V	V	10,229
	註： （下略）					

編號	診療項目	丁 級	丙 級	乙 級	甲 級	支付 點 數
03010E	加護病床 ICU (床/天)					
	--病房費				v	2,852
03011F				v		2,406
03012G			v			2,406
03104E	--護理費 (第一天)				v	6,131
03105F				v		5,171
03106G			v			3,868
03047E	--護理費 (第二天起)				v	4,716
03048F				v		3,978
03049G			v			2,975
	註： (下略)					