

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

112 年 9 月 26 日健保醫字第 1120119309 號公告

113 年 4 月 15 日健保醫字第 1130661607 號公告

[113 年 12 月 24 日健保醫字第 1130666089 號公告](#)

壹、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的

藉由本計畫實施，提升地區醫院住診及急診照護服務品質、平衡區域級（含）以上醫院門住診費用結構，以落實分級醫療策略。

參、預算來源

- 一、本計畫涉醫學中心及區域醫院之診療項目，由全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」項下 10 億元支應。
- 二、本計畫涉地區醫院之診療項目，由全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」項下 5 億元支應。

肆、醫療費用支付

- 一、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用審查及核付事宜。
- 二、「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」：區域級（含）以上醫院依表一所列急重症基本診療項目，支付其調整前後點數差額。

表一 區域級(含)以上醫院急重症基本診療項目支付點數調整表

單位：點

醫令代碼	診療項目	區域醫院	醫學中心	現行支付點數	調整後點數	補付差額
02011K	加護病床住院診察費(天)		v	1,925	2,034	109
02017K	新生兒中重度住院診察費(天)		v	819 <u>1,229</u>	1,512 <u>1,922</u>	693
02018A		v		777 <u>1,166</u>	884 <u>1,273</u>	107
03073A	急診觀察床 --病房費(第一天)	v	v	367	551	184
03018A	--病房費(第二天起)	V	v	167	334	167
03075A	--護理費(第一天)	v	v	571	857	286
03042A	--護理費(第二天起)	v	v	175	350	175
03010E	加護病床 ICU --病房費(天)		v	2,852	3,177	325
03011F		v		2,406	3,000	594

註：本計畫依本表所列項目之「補付差額」點數支付，如適用支付標準加成規定者，依「調整後點數」計算加成後，補付其差額。

三、「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」：

地區醫院依下列診療項目支付其額外加成之點數：

(一)部分急重症診療項目額外加成，如表二。

表二 地區醫院急重症診療項目額外加成之補付點數表

單位：點

醫令代碼	診療項目	地區醫院	現行支付點數	額外加成	補付差額
P1011C	慢性呼吸照護病房論日計酬	v	4,451	3%	134
P1012C	(第 1-90 日／第 91 天以後)	v	3,674	3%	110
01015C	急診診察費	v	667	15%	100
00201B	急診診察費(按檢傷分類) 檢傷分類第一級	v	1,800	15%	270
00202B	檢傷分類第二級	v	1,000	15%	150
00203B	檢傷分類第三級	v	776	15%	116
00204B	檢傷分類第四級	v	449	15%	67
00225B	檢傷分類第五級	v	390	15%	59

註：本計畫依本表所列項目之「補付差額」點數支付。

(二)住院護理費：如地區醫院之全日平均護病比達區域級(含)以上醫院級距範圍，則依其護病比予以不同加成，如表三。

表三 地區醫院住院護理費依護病比額外加成之補付點數表

單位：點

住院護理費加成項目 編號及點數 加成率			急性一般病床(含精神)					
			第一天 03079B、03088B/ 850 點			第二天起 03029B、03060B/ 654 點		
護病比 級距範圍	現行 加成率	調整後 加成率	現行 支付點數	調整後 點數	補付 差額	現行支 付點數	調整後 點數	補付 差額
11.5-11.9	20%	22%	1,020	1,037	17	785	798	13
11.0-11.4	20%	24%	1,020	1,054	34	785	811	26
10.5-10.9	20%	26%	1,020	1,071	51	785	824	39
10.0-10.4	20%	28%	1,020	1,088	68	785	837	52
9.0-9.9	20%	30%	1,020	1,105	85	785	850	65
8.5-8.9	20%	32%	1,020	1,122	102	785	863	78
8.0-8.4	20%	34%	1,020	1,139	119	785	876	91
7.5-7.9	20%	36%	1,020	1,156	136	785	889	104
7.0-7.4	20%	38%	1,020	1,173	153	785	903	118
<7.0	20%	40%	1,020	1,190	170	785	916	131

住院護理費加成項目 編號及點數 加成率			經濟病床(含精神)					
			第一天 03082B、03091B/ 573 點			第二天起 03033B、03066B/ 441 點		
護病比 級距範圍	現行 加成率	調整後 加成率	現行 支付點數	調整後 點數	補付 差額	現行支 付點數	調整後 點數	補付 差額
11.5-11.9	20%	22%	688	699	11	529	538	9
11.0-11.4	20%	24%	688	711	23	529	547	18
10.5-10.9	20%	26%	688	722	34	529	556	27
10.0-10.4	20%	28%	688	733	45	529	564	35
9.0-9.9	20%	30%	688	745	57	529	573	44
8.5-8.9	20%	32%	688	756	68	529	582	53
8.0-8.4	20%	34%	688	768	80	529	591	62
7.5-7.9	20%	36%	688	779	91	529	600	71
7.0-7.4	20%	38%	688	791	103	529	609	80
<7.0	20%	40%	688	802	114	529	617	88

註1：本表住院護理費，係指符合支付標準第二部第一章第三節通則九、(二)之全日平均護病比加成規範者。

註2：依前述規範，地區醫院護病比<13.0者，其加成率為20%，爰本表之「現行支付點數」係以加計20%後之點數呈現。

註3：本計畫依本表所列項目之「補付差額」點數支付。

四、結算方式：

(一)本計畫預算按季均分及結算，由全民健康保險保險人（下稱保險人）統一計算自費用年月當年度1月至12月之補付差額點數（受理日期於次年2月底前），並採浮動點值支付，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。

(二)補付點數之計算方式：

- 1.「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」：依表一所列「補付差額」點數計算，如適用支付標準加成規定者，依「調整後點數」加成後，計算補付差額點數。
- 2.「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」：依表二及表三所列之「補付差額」點數計算。

伍、評估指標

一、區域級（含）以上醫院：十四日內再住院率不高於該層級別前一年度比率。

(一)分子：十四日內再住院的案件數。

(二)分母：出院案件數。

二、地區醫院：全日平均護病比 <12.0 之地區醫院家數不低於前一年度。

陸、訂定與修正程序

一、本計畫由保險人與醫院總額相關團體共同研訂，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。本計畫之修訂，屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

二、新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。