

115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」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

114年7月4日健保醫字第1140663234號公告

115年8月28日健保醫字第1150117210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一般服務「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」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一般服務「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」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及補付差額點數支付。

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	補付 差額
02011K	加護病床住院診察費(天)		v	109
02017K	新生兒中重度住院診察費(天)		v	693
02018A		v		107
	急診觀察床			
03073A	--病房費（第一天）	v	v	184
03018A	--病房費（第二天起）	v	v	167
03075A	--護理費（第一天）	v	v	286
03042A	--護理費（第二天起）	v	v	175
	加護病床 ICU			
03010E	--病房費(天)		v	325
03011F		v		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	補付 差額
P1011C	慢性呼吸照護病房論日計酬	v	134
P1012C	（第1-90日／第91天以後）	v	110
01015C	急診診察費	v	100
	急診診察費(按檢傷分類)		
00201B	檢傷分類第一級	v	270
00202B	檢傷分類第二級	v	150
00203B	檢傷分類第三級	v	116
00204B	檢傷分類第四級	v	67
00225B	檢傷分類第五級	v	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

診療項目 編號 護病比 級距範圍	急性一般病床(含精神)		經濟病床(含精神)	
	第一天	第二天起	第一天	第二天起
	03079B 03088B	03029B 03060B	03082B 03091B	03033B 03066B
11.5-11.9	17	13	11	9
11.0-11.4	34	26	23	18
10.5-10.9	51	39	34	27
10.0-10.4	68	52	45	35
9.0-9.9	85	65	57	44
8.5-8.9	102	78	68	53
8.0-8.4	119	91	80	62
7.5-7.9	136	104	91	71
7.0-7.4	153	118	103	80
<7.0	170	131	114	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原則者。

註2：本計畫依本表所列項目之「補付差額」點數支付。

四、補付點數須給付一定成數予提供該項醫療服務之醫事人員。

五、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、共同指標：

- (一)每季急診病人轉出率不高於去年同期（排除直接轉入他院之住院案件）。
- (二)急診轉住院人次占率：該季任一月份急診轉住院人次占率不低於去年同期。

二、個別指標：

- (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。(分子：十四日內再住院的案件數；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、本計畫係115年起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」自專款項目移列一般服務項目，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，依全民健康險保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、115年度計畫依保險人公告實施日期辦理，執行至保險人公告該項預算相關修訂支付標準生效日起停止辦理。