

115 年醫院醫療給付費用醫院總額分配及點值結算方式

一、115 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 115 年 1 月 28 日衛部健字第 1153360013 號公告）。

(一) 醫院醫療給付費用總成長率 5.500%(註)，其中一般服務成長率 5.101%，專款項目全年預算為 49,746.1 百萬元，門診透析服務成長率 2.209%。

註：醫院醫療給付費用總成長率 5.630%(一般服務+專款)，如含門診透析為 5.500%(一般服務+專款+門診透析)。

(二) 總額設定公式：

■ 115 年度醫院醫療給付費用 = 校正後 114 年度醫院一般服務醫療給付費用 × (1 + 115 年度一般服務成長率) + 115 年度專款項目預算 + 115 年度醫院門診透析服務費用。

■ 115 年度醫院門診透析服務費用 = 114 年度醫院門診透析服務費用 × (1 + 115 年度醫院門診透析服務成長率)。

註：校正後 114 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 114.9.3 衛部保字第 1140137541 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(114 年)醫院一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額，及加回前 1 年度(114 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

(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、風險調整移撥款、其他醫療服務利用及密集度之改變-醫院附設門診部回歸醫院、持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能、健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能、0~6 歲兒童醫療量能保障、新醫療科技-質子治療之預算後，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 54%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，46%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 47%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，53%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、115年其他醫療服務利用及密集度之改變-醫院附設門診部回歸醫院：

115年醫院附設門診部回歸醫院之預算(6.04億元 \times (1+5.101%)=6.35億元)，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2.42億元(2.30億元 \times (1+5.101%))依107年(回歸年)門診部回歸之分區年度占率，按季均分併入臺北、高屏及東區分區一般服務費用結算；其餘3.93億元預算則按季均分併入南區分區一般服務費用結算。

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、115年風險調整移撥款(全年6.5億)：

先按季均分(6.5億元/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]:115年風險調整移撥款，依據115年3月4日醫院總額115年度第1次研商議事會議報告事項第四案決定辦理。

(一)115年風險調整移撥款

1. 各區預算2億元依山地離島非原住民人口、偏遠地區人口、重度以上身心障礙人口、台閩地區原住民人口、低收入人口及6歲以下及65歲以上總人口數等6因子於各分區戶籍人口與各區投保人口的相對占率計算，各因子權重均等為16.666667%。
2. 4億元依循114年採地區預算RS值107-109年3年平均占率計算。
3. 餘0.5億元遵健保會決議用於東區。

(二)各分區風險調整移撥款分別為臺北 160,044,702、北區 69,010,709、中區 89,087,064、南區 74,975,822、高屏 102,817,749、東區 154,063,954。

四、持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(115年自專款項目移列一般服務項目)(全年5億元)

先按季均分〔(5億元/4)自一般服務預算予以扣除，再依114年專款項目方案內容支付，併入各季各分區醫院總額一般服務費用結算；俟115年一般服務項目方案內容生效後，配合修訂。

五、健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(115年自專款項目移列一般服務項目)(全年10億元)

先按季均分〔(10億元/4)自一般服務預算予以扣除，再依114年專款項目方案內容支付，併入各季各分區醫院總額一般服務費用結算；俟115年一般服務項目方案內容生效後，配合修訂。

六、0-6歲兒童醫療量能保障：

(一) 115年總額依衛福部核定略以，0-6歲兒童醫療服務量保障預算與一般服務預算保留之0-6歲醫療費用（醫院部門120.14億元、西醫基層部門117.60億元）合併運用（醫院部門共125.50億元、西醫基層部門123.50億元），用於支應0-6歲兒童醫療費用。

(二) 醫院部門前開之預算125.50億元，採按季均分，自一般服務預算扣除。

七、新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)、藥品及特材給付規定改變等涉0-6歲兒童之預算：

每季以預估執行情形，自一般服務預算扣除，移列至0-6歲兒童醫療費用預算，並於115年第4季依實際執行情形，進行挪移。

八、115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、115年各季醫院一般服務醫療給付費用總額

＝【114年各季醫院一般服務醫療給付費用總額＋113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(3.2百萬元/4)】×(1＋6.101%)－106年各季編列之品質保證保留款預算(全年計388.7百萬元)－115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(6.35億元/4)－115年風險調整移撥款(6.5億/4)－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/4)－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/4)－0-6歲兒童醫療量能保障(125.5億元/4)－新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)^註、藥品及特材給付規定改變等涉0-6歲兒童之預算^註。

註：於115年第4季依實際執行情形，進行挪移。

2、113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
1,564,503,100	1,443,259,763	1,442,058,483	1,415,176,709

(二) 品質保證保留款 (107年起品質保證保留款移列專款)

1、115 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 115 年品質保證保留款專款(1,075.6 百萬元)合併運用(計 1,464.3 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)115 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及居家血液透析與提升其照護品質」)

= (114 年醫院總額門診透析服務預算)× (1+2.209%)

[註]:依 115 年總額公告,門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 48,796.4 百萬元),其中 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質,且 300 百萬元不得流用於一般服務,全年預算如有不足,則由一般服務支應。

(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

= (115 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(醫院附設門診部回歸醫院)、風險調整移撥款)+門診透析服務費用)× 55%—持續推動分級醫療,優化社區醫院醫療服務品質及量能之預算—健全區域級(含)以上醫院門住診結構,優化重症照護量能之預算—新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)、藥品及特材給付規定改變等涉 0-6 歲兒童之預算

2、 醫院調整後門診一般服務費用總額

= (115 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) —持續推動分級醫療,優化社區醫院醫療服務品質及量能之預算—健全區域級(含)以上醫院門住診結構,優化重症照護量能之預算—新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)、藥品及特材給付規定改變等涉 0-6 歲兒童之預算—醫院調整後住診一般服務費用總額—門診透析服務費用

九、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×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+115年總額公告專款導入住診一般服務之預算^註+持續推動分級醫療,優化社區醫院醫療服務品質及量能之預算+健全區域級(含)以上醫院門住診結構,優化重症照護量能之預算+新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)、藥品及特材給付規定改變等涉0-6歲兒童之預算

(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×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×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 + 115年總額公告專款導入住診一般服務之預算^註 + 持續推動分級醫療,優化社區醫院醫療服務品質及量能之預算+健全區域級(含)以上醫院門住診結構,優化重症照護量能之預算+新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)、藥品及特材給付規定改變等涉0-6歲兒童之預算

[註]:依115總額公告,下列專款導入一般服務預算

- (1)離島地區加成費用經費20百萬元,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。
- (2)促進醫療服務診療項目支付衡平經費1,891.5百萬元,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。

十、115年各季醫院總額點值結算說明

(一) 115年醫院總額點值保障項目:如附表。

(二) 非偏遠地區浮動點值、平均點值之計算(不含0-6歲兒童醫療)

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(前季全區浮動點值 × 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) - 1點1元 × [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(前季就醫分區平均點值 × 門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數) - 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)

十一、專款專用結算說明

自結算年113年第3季起，矯正機關收容對象之醫療服務，列入各專款計算。

*矯正機關收容對象係指門診特定治療項目代號(一)~(四)「JA(監內門診)」或「JB(戒護就醫)」或「JV(矯正機關內通訊診療)」，住診醫療服務計畫「K(收容對象住院)」案件。

(一) 暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)

全年預算 600 百萬元。

★暫時性支付(新藥、新特材)

1、費用年月113年1月起，以暫時性支付藥品醫令代碼清單勾稽申報資料醫令，加總醫令點數(醫令類別為1、X或Z)作為院所申報專款費用結算。另廠商還款則依藥品給付協議及申報情形，回歸計算至本專款。

2、結算處理邏輯：

(1)資料來源：

①門、住診及交付機構明細及醫令檔(納入藥局調劑之醫令點數)。

②暫時性支付藥物醫令代碼清單：

A. 擷取來源：健保二代醫療系統 ICM 共用作業子系統/I0130 代碼資料作業/HMD-藥材管理子系統-802-暫時性支付藥物醫令代碼，由醫審及藥材組維護。

B. 資料欄位：藥品代碼(CODE)、生效起日(CL_S_DATE)、生效迄日(CL_E_DATE)。

(2)擷取條件與計算方式：

①申報醫令代碼(ORDER_CODE)符合前述「暫時性支付藥物醫令代碼」，且申報資料時間符合下列邏輯：

- A. 門診、交付機構明細檔：就醫日期大於等於暫時性支付藥物醫令代碼生效起日，小於等於生效迄日 ($CL_S_DATE \leq FUNC_DATE \leq CL_E_DATE$)。
- B. 住診明細、醫令檔：醫令執行起日(若為空值補申報起日)大於等於暫時性支付藥物醫令代碼生效起日，小於等於生效迄日 ($CL_S_DATE \leq ISNULL(EXE_S_DATE, APPL_S_DATE) \leq CL_E_DATE$)。

②加總前述資料範圍之醫令點數(醫令類別為 1、X 或 Z)。

(3)作業時程：配合每季結算作業。

(4)院所申報方式：依現行申報方式申報，若有特殊申報格式將函知各院所再提報修正結算邏輯。

3、追扣補付：1BR/2BR 非癌藥暫時性支付專款追扣/補付。

★暫時性支付(新醫療技術):將依修訂內容，據以辦理 114 年度總額結算事宜。

(二) C 型肝炎藥費：

1、全年預算 1,200 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「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費(預算 300 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 且核價劑型代碼為 11、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 且核價劑型代碼為 11 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。

(三) 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

1、全年預算 19,191 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「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費(預算 300 百萬元)」支應。

2、罕見疾病藥費：

- (1)費用年月 94 年 1 月(含)以後，保險對象領有重大傷病卡，其部分負擔代碼為 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「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國民健康署公告代碼。
- (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_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。)

- (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予醫管組。特約院所申報 SMA 之基因療法藥品 Zolgensma 後，由醫審及藥材組藥品支付科分期付款支付藥費給廠商，藥品支付科將每期支付款項的相關資料建檔(以下暫稱「暫時性藥品給付分期支付檔」，欄位：分區別，院所代號，患者身分證號，出生日期，醫令代碼，醫令執行日，付款金額，付款日期。)，以利總額預估及結算點值時可取得 Zolgensma 的醫療費用。總額子系統自「暫時性藥品給付分期支付檔」，「住院清單檔(pbab_hp_dtl)」，「住院醫令檔(pbab_hp_ord)」取得相關資料寫入「納入總額結算之罕病及血友病保險對象檔(PHFH_FCAL_RARE_ID)」。

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 5,871 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「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費(預算300百萬元)」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)」、「JB(戒護就醫)或「JV」(矯正機關內通訊診療)」、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5,364.3百萬元,不足部分由其他預算「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費(預算300百萬元)」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)、造血幹細胞移植(94201B、94202B、94204B、94206B、94207B,自費用年月114年9月或入院日期/醫令執行起日114年9月1日起修訂)、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、L04AH01(原為 L04AA10，結算端自 113 年第 3 季起因應 WHO 公布改代碼為 L04AH01)、L04AH02(原為 L04AA18，結算端自 113 年第 3 季起因應 WHO 公布改代碼為 L04AH02)之藥品醫令代碼(可自 ICM 共同

作業子系統/I0130 代碼作業/PHF-總額預算監控子系統-076-總額每季結算之鼓勵器官移植術後門住診追蹤之抗排斥藥品之醫令代碼中查詢)。

(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 2,618.5 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)： 1. 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)。 2. 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)。 3. 自費用年月 95 年 8 月起，增列醫令代碼 P1407C、P1408C、

項目	擷取條件
	<p>P1409C 之醫令點數加總(醫令類別=2 或 Z 者)。</p> <p>4. 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)。</p> <p>5. 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。</p> <p>6. 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。</p> <p>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。</p> <p>二、糖尿病合併初期慢性腎臟病：</p> <p>1. 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)。</p> <p>2. 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)，則醫令代碼為 P4301C、P4302C、P4303C (醫令類別為 2)之費用納入本項計算。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
思覺失調症	<p>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)。</p> <p>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</p>

項目	擷取條件
	<p>金追扣補付、1S9/2S9 思覺失調症方案-追蹤訪視費追扣補付。</p> <p>3. 醫院、基層總額部門自 99 年 1 月 1 日起實施。</p>
B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者	<p>1. 門診案件。</p> <p>2. 醫令代碼：「P4201C、P4202C、P4203C、P4204C、P4205C」之醫令點數加總(醫令類別=2 者)。</p> <p>3. 醫院、基層總額部門自 99 年 1 月 1 日起實施。</p> <p>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。</p>
孕產婦全程照護	<p>1. 醫令類別為 2 或 X 者，當年度結算時除擷取醫令代碼外，另需擷取追扣補付原因別。</p> <p>2. 費用年月支應費用如下：</p> <p>(1) 孕產婦全程照護獎勵：醫令代碼 P3904C、P3905C(醫令類別 2、X)之醫令點數加總。</p> <p>(2) 妊娠糖尿病照護獎勵：費用年月 113 年 12 月起，醫事類別：11、12、21、22</p> <p>① 孕期及產後追蹤管理照護，醫令代碼 P3911C-P3914C、P3916C，醫令類別為 G，支付點數為 0，及與 P3916C 同一清單併報之 24029B(醫令類別為 2，4)。</p> <p>② 生產評估管理照護，醫令代碼 P3915C(醫令類別為 2 或 X)之門、住診醫令點數加總。</p> <p>(3) 助產共照獎勵： 產科醫師或助產師(士)主導費申報醫令代碼 P3921C-P3924C(醫令類別為 2 或 X)之門、住診醫令點數加總。</p> <p>3. 追扣補付原因別：</p> <p>(1) 孕產婦全程照護獎勵：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。</p> <p>(2) 妊娠糖尿病照護獎勵：1BT/2BT 全民健康保險孕產婦全程照護-妊娠糖尿病管理照護費追扣/補付。</p> <p>(3) 胰島素注射獎勵：1BV/2BV 全民健康保險孕產婦全程照護-妊娠糖尿病胰島素注射獎勵費追扣/補付。</p> <p>(4) 助產共照獎勵：1BU/2BU 全民健康保險孕產婦全程照護-產科醫師與助產人員共同照護費追扣/補付。</p>
早期療育	<p>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</p>

項目	擷取條件
	<p>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。</p> <p>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。</p>
慢性阻塞性肺病	<p>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。</p> <p>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。</p>
提升醫院用藥安全與品質	<p>1. 臨床藥事照護方案追扣補付原因別：</p> <p>106/206：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。</p> <p>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。</p> <p>1X9/2X9：提升醫院用藥安全與品質方案-一般病床臨床藥事照護費追扣/補付。</p> <p>2. 抗凝血藥品藥師門診方案追扣補付原因別：</p> <p>1BQ/2BQ：提升醫院用藥安全與品質-抗凝血藥品藥師門診藥事照護費追扣/補付。</p>
生物相似性藥品	<p>1. 費用年月 113 年 7 月起，追扣補付原因別：1AL/2AL 生物相似藥處方開立獎勵金追扣/補付。</p> <p>2. 費用年月 114 年 8 月起，追扣補付原因別：1CD/2CD 學名藥處方開立獎勵金追扣/補付。</p>
化療學名藥、擴大多重慢性病收案照護(ASCVD)及加護病房侵襲性呼吸器優化管理計畫等方案。	<p>[註]:將依各項目或計畫之修訂內容，據以辦理 115 年度總額結算事宜。</p>

(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)(本項移併至專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」通盤研議)。

(九) 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

1、全年預算 135.5 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」~「P2022C」。

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

全年預算為 2,000 百萬元。

1. 全年預算 2,000 百萬元。

※113 年起新增偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施。

(1) 第 1 階段補助：符合本計畫第肆點第一款第(一)至第(五)目且經審查通過之醫院或院區，以本項預算 11 億元支應。

(2) 第 2 階段補助：偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施，以本項預算 9 億元支應；若前開第一階段補助有剩餘款可支應第二階段補助。若預算不足時，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(第 1 階段結餘剩餘款+第 2 階段 9 億元)/ Σ 各醫院補助金額)。

★第 1 階段補助：

2. 依據本計畫陸、一，符合本計畫第肆點第(一)至第(三)目且經審查通過之醫院：

(1) 該等醫院，其醫院總額一般服務部門(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，每科全年最高以 100 萬元為補助上限。

(4) 相關給付規定：

① 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。

② 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。

③ 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。

④院所名單：HMAI2130S01 醫事機構試辦計畫，提供 24 小時急診服務者，維護「E2 醫療資源不足地區醫療服務提升-有急診」；未提供 24 小時急診服務者，維護「EE 醫療資源不足地區醫療服務提升-無急診」。

⑤科別數：前開畫面「計畫備註 (hosp_plan_memo)」欄位（維護「4」表 4 科）。同時有本院及院區參加本計畫維護方式附件。

⑥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. 依據本計畫陸、二，符合本計畫第肆點第一款第(四)目（當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院）且經審查通過之醫院(103 年新增)：

(1)「HMAI2130S01_醫事機構試辦計畫維護」畫面，登錄「EM 醫療資源不足地區醫療服務提升-檢傷 12 住院」。

(2)「EM 醫療資源不足地區醫療服務提升-檢傷 12 住院」者不需維護科別。

(3)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，每家醫院全年補助最高以 1,500 萬元為上限，最低保障 500 萬元。

(4)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。

①急診檢傷分類第 1 及第 2 級醫令代碼：00201B、00202B、00248B、00249B(註：費用年月 114 年 5 月起新增醫令代碼 00248B、00249B)。

甲、住診清單醫令明細檔申報前開醫令代碼之住診案件。

乙、門診清單醫令明細檔申報前開醫令代碼之案件，同一身分證號其住診清單明細檔之「入院日期」(IN_DATE)等於門診清單明細檔之「就醫日期」(FUNC_DATE)之住診案件。

②當次住院之前十天：住診清單醫令明細檔之「執行迄日」(EXE_E_DATE)小於等於〔入院日期 (IN_DATE) +10 日〕之所有醫令點數。

※浮動之醫令點數係指扣除血品費（醫令代碼 93001C 至 93023C）後，支付標準主檔(MHCT_PAYMENT)之診療項費用類別(CURE_FEE_TYPE)欄

位值為「01-診察費」、「02-病房費」、「03-管灌膳食費」、「04-檢查費」、「05-放射線診療費」、「06-治療處置費」、「08-復健治療費」、「09-血液血漿費」、「10-血液透析費」、「15-精神科治療費」、「16-注射技術費」者，醫令類別「4」之醫令點數不計。「12-特殊材料費」者醫令類別「4、D、E、F」不計。

※前開醫令項目如診療項費用類別(CURE_FEE_TYPE)欄位值為空白(案件分類為「2」論病例計酬案件或給付類別為「9」呼吸照護者)時，以該案件醫令類別4之診療項費用類別(CURE_FEE_TYPE)計算。惟同一案件醫令類別4之醫令點數加總不得大於診療項費用類別(CURE_FEE_TYPE)欄位值為空白之醫令點數(如診療項費用類別(CURE_FEE_TYPE)欄位值為空白之醫令點數為1,000點，醫令類別4之非浮動醫令類數500點，血品費醫令點數300點，浮動醫令點數600點，則納入計算之浮動醫令點數=1,000點-500點-300點=200點)。

(5)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。

(6)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：若醫院有2個月納入保障，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=458萬)

4.符合本計畫第肆點第一款第(五)目且經審查通過之院區，準用第陸點前規定辦理。

5.依計畫規定，院所如同時符合本項計畫及「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」名單(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)，兩者應擇一保障，不得重複。經分區審核通過參加本計畫，又符合A9偏遠地區醫院認定原則醫院名單，結算端擇優先適用本計畫。

※核定醫療費用分攤明細檔(PHFB_DECIDE_DIST)「偏遠地區註記」(REMOTE_MARK)為Y且「點值保障註記」(DOT_AMT_MARK)為Y者。

6.上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。即全年結算時要重新結算各院所補助款，提供24小時急診服務者：全年最高(1500萬元/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，全年最高(1,500萬元

/12)×實施月數。

7. 醫院代號變更者，新醫事機構代號，於 HMAI2130 試辦計畫維護之「試辦計畫註記」(HOSP_PLAN_MARK) 欄位，維護「1」，此類醫院須串「醫事機構基本資料檔」之「舊醫事機構代碼」(OLD_HOSP_ID) 欄位【如舊醫事機構代碼為空值，則改串「承接醫事機構代碼」(HEIR_HOSP_ID)欄位】，將新舊代號併計。並以新代號結算。
8. 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/∑各院補助金額)。

★第 2 階段補助：偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施

1. 適用範圍(由保險人認定)：

- (1)離島醫院。
- (2)參與本計畫或屬當年度「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(不含精神科醫院)，且同時符合下列任一條件者：
 - A. 主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」。
 - B. 主管機關公告之當年度「急救責任醫院」。
 - C. 該鄉鎮(區)僅有一家醫院。

※HMA 維護：

- A、試辦計畫代碼「H6」偏遠地區燈塔型地區醫院，並請於「計畫備註(HOSP_PLAN_MEMO)」欄位維護該醫院隸屬之計畫或名單：
- (A)屬醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則，維護「A9」。
 - (B)屬全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫，依醫院參加類別維護「E2」(醫療資源不足地區醫院服務提升-有急診)、「EE」(醫療資源不足地區醫療服務提升-無急診)、「EM」(醫療資源不足地區醫療服務提升-檢傷 12 住院)等。

B、另該院如有中斷保障、因違規或代號異動，請同旨揭計畫(第 1 階段)之維護方式辦。

2. 補助條件：同一醫院納入 114 年結算之費用年月 114 年 1-12 月一般服務收入，低於基期收入者，得予以補助；高於基期收入者，至依本計畫第陸點屬該醫院適用之保障金額上限。

(1)基期收入，係指納入 108-114 年結算之該院費用年月 114 年 1-12 月一般服務收入加計 109 年至 114 年醫院醫療給付費用總額一般服務成長率後之額度，即： $114 \text{ 年之基期收入} = 108 \text{ 年一般服務收入} \times (1+5.471\%) \times (1+5.047\%) \times (1+3.049\%) \times (1+3.092\%) \times (1+5.388\%) \times (1+6.237\%)$ 。

(2)一般服務收入，係指納入結算之送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付之一般服務收入。

(3)114 年費用未及納入 114 年結算者，自結算年 115 年起，其補報、申復、

爭議審議案件之點數不列入計算，收入以 0 元計。

3. 補助金額之計算：

(1) 符合前項補助條件者，依下列方式計算：

- A. 未及基期收入 9 成者，以每點 1 元計算補助額度，惟補助後之收入不得高於基期收入。
- B. 9 成(含)以上至未及基期收入者，補助至基期收入。
- C. 高於基期收入者，至依本計畫第陸點屬該醫院適用之保障金額上限。

(2) 補助金額：前開計算結果扣除 114 年已領取本計畫之保障、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」點值補助差額及與點值相關之補助。

(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(600 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」
- 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」(6 億元)按季支應，每季最多支應 1.5 億元(6 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) 腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(本項移列至一般服務項目「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」)

(十三) 精神科長效針劑藥費(111 年起)

全年預算 3,006 百萬元。

- 1、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。
- 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。

(十四)鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫

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。

(十五)持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(本項移列至一般服務項目「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」)

(十六)健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(本項移列至一般服務項目「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」)

(十七)地區醫院全人全社區照護計畫

全年經費 500 百萬元。

1、開辦建置費：追扣補付原因別「1AM/2AM：全人全社區計畫之開辦建置費追扣補付」。

2、個案管理費：追扣補付原因別「1AN/2AN：全人全社區計畫之個案管理費追扣補付」。

3、績效獎勵費用：(113 年不支付本項費用)

追扣補付檔原因別「1A0/2A0 全人全社區計畫績效獎勵費追扣補付」(該作業於次年第 1 季才結算，由當年之預算支應，並於次年之結算報表中補充說明當年預算支應情形)。

※績效獎勵費用，每人支付 550 點/年；會員若於計畫執行期間於收案醫院無就醫紀錄，則不予核付本項費用。

4、失智症門診照護家庭諮詢費用：

醫令代碼 P8501B、P8502B(醫令類別為 2)之醫令點數加總。追扣補付原因別：1AP/2AP/344/444 全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費追扣/補付/全年結算追扣/全年結算補付。

※同院所每位病人每年最多給付 2 次費用(REA 處理，並寫入追扣補付檔)。

※同一個案當年度之本項費用不得與醫院以病人為中心門診整合照護計畫之失智症門診照護家庭諮詢費用重複申報。

5、多重慢性病人門診整合費用：

追扣補付檔原因別「1AQ/2AQ 全人全社區計畫-多重慢性病人門診整合費追扣/補付」。(該作業通常於次年第 1 季才結算，由當年之預算支應，並於次年結算報表中補充說明當年預算支應情形)。

※慢性病包含高血壓、糖尿病、高血脂、慢性腎臟病。

※當年度於收案醫院內 2 種(含)以上慢性病就醫案件，每次就醫開立之慢性病連續處方箋需含兩類(含)以上慢性病用藥，總處方調劑日分需達 56 日(含)以上，且無門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重複用藥情形。

6、**血糖、血脂管理**提升費：

追扣補付檔原因別「1AR/2AR 全人全社區計畫-**血糖、血脂管理**提升費追扣/補付」。(該作業通常於次年第 1 季才結算，由當年之預算支應，並於次年結算報表中補充說明當年預算支應情形)。

※當年度已獲醫療給付改善方案-糖尿病/初期慢性腎臟病/糖尿病併同初期慢性腎臟病之品質獎勵金之醫院，同一個案不得重複領取該計畫品質獎勵金或本項費用。

7、**糖尿病病人之胰島素注射獎勵費(114 年新增)**：追扣補付檔原因別

「1BZ/2BZ 全人全社區計畫-**糖尿病病人之胰島素注射獎勵費追扣/補付**」。(該作業通常於次年第 1 季才結算，由當年之預算支應，並於次年結算報表中補充說明當年預算支應情形)。

8、於年度結束後，採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。

(十八)區域聯防-提升急重症照護品質

全年預算 268 百萬元。

1. 主動脈剝離手術病患照護跨院合作

全年經費 81 百萬元。預算先扣除「網絡建置費」後，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。

- (1) 醫令類別為 2 或 K 者，當季結算時除擷取醫令代碼外，另需擷取追扣補付原因別。
- (2) 費用年月 114 年 1 月起，支應費用如下：
 - A. 網絡建置費：每分區 1 百萬元，自行分配後逕行過帳作業，費用年月介於 114/01-114/12，醫事類別：12。
 - B. 急重症疾病照護獎勵：醫令代碼 P8201B(醫令類別為 2 或 K)之門、住診醫令點數加總。
 - C. 跨院合作執行費獎勵：
 - (A)轉出醫院申報醫令代碼 P8204B、P8205B，醫令類別為 G，支付點數為 0。
 - (B)接受轉入醫院申報醫令代碼 P8206B(醫令類別為 2 或 K)之門、住診醫令點數加總。
 - D. 自行收治病人獎勵：醫令代碼 P8207B(醫令類別為 2 或 K)之門、住診醫令點數加總。
- (3) 追扣補付原因別：
 - A. 網絡建置費：1AS/2AS：主動脈剝離手術病患照護跨院合作-網絡建置費追扣/補付。
 - B. 急重症疾病照護獎勵：1AT/2AT：主動脈剝離手術病患照護跨院合作-急重症疾病照護獎勵追扣/補付。
 - C. 跨院合作執行費獎勵：1AU/2AU：主動脈剝離手術病患照護跨院合作-跨院合作執行費獎勵追扣/補付。
 - D. 自行收治病人獎勵：1AV/2AV：主動脈剝離手術病患照護跨院合作-自行收治病人獎勵追扣/補付。

2. 腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作

全年經費 127 百萬元，預算先扣除「網絡建置費」後，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。

- (1) 醫令類別為 2 或 K 者，當季結算時除擷取醫令代碼外，另需擷取追扣補付原因別。
- (2) 費用年月 114 年 1 月起，支應費用如下：
 - A. 網絡建置費：每分區 1 百萬元，自行分配後逕行過帳作業，費用年月介於 114/01-114/12，醫事類別：12。
 - B. 急重症疾病照護獎勵：醫令代碼為 P8202B、P8203B，醫令類別為 2 或 K 之門、住診醫令點數加總。
 - C. 跨院合作執行費獎勵：
 - (A) 轉出醫院按月申報 P8208B、P8209B、P8210B，醫令類別為 G，支付點數為 0。
 - (B) 接受轉入醫院按月申報 P8211B(醫令類別為 2 或 K)之門、住診醫令點數加總。
 - D. 自行收治病人獎勵：醫令代碼 P8212B(醫令類別為 2 或 K)之門、住診醫令點數加總。
 - E. 追扣補付原因別：
 - (A) 網絡建置費：1BM/2BM：腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作-網絡建置費追扣/補付。
 - (B) 急重症疾病照護獎勵：1BN/2BN：腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作-急重症疾病照護獎勵追扣/補付。
 - (C) 跨院合作執行費獎勵：1B0/2B0：腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作-跨院合作執行費獎勵追扣/補付自行收治病人獎勵。
 - (D) 自行收治病人獎勵：1BP/2BP：腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作-自行收治病人獎勵追扣/補付。

(十九) 抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫

全年經費 300 百萬元。

1. 費用年月 113 年 6 月起，支應費用如下：
 - (1) 高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護評估：醫令代碼「P8301B」。
 - (2) 醫院感染管制品質獎勵。
2. 追扣補付原因別：

- (1) 1AG/2AG：抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫-評估費追扣費用/抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫-評估費補付費用。
- (2) 1AH/2AH：抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫-院所獎勵追扣費用/抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫-院所獎勵補付費用。

3. 結算方式：

- (1) 「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」之結算：預算為 180 百萬元，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。若年度結算後尚有結餘，則流用至「醫院感染管制品質獎勵」。
- (2) 「醫院感染管制品質獎勵」預算為 45 百萬元，每年結算一次，由保險人計算參與計畫之醫院名單及分配金額後，辦理撥付事宜。

(二十)促進醫療服務診療項目支付衡平(115 年新增項目)

全年經費 1,891.5 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。

(二十一)住院護理費用(115 年新增項目)

全年經費 4,500 百萬元。

(二十二)離島地區加成費用(自一般服務項目及其他預算移列專款項目)

全年經費 200 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。

(二十三)全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS (自專款項目拆分)

1. 全年經費 200 百萬元。

2. 追扣補付原因別如下：

- (1) 1CE/2CE：全民健康保險術後加速康復推廣計畫-主責醫院指導費追扣/補付費用。
- (2) 1CF/2CF：全民健康保險術後加速康復推廣計畫-ERAS 個案照護品

質追扣/補付費用。

(3) 1CG/2CG：全民健康保險術後加速康復推廣計畫-DRG 差額追扣/補付費用。

(4) 1CH/2CH：全民健康保險術後加速康復推廣計畫-ERAS 執行成效指標獎勵追扣/補付費用。

(二十四)品質保證保留款：本項專款額度(1,075.6 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度(388.7 百萬元)，合併運用(計 1,464.3 百萬元)。

(二十五)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」、「暫時性支付」、「地區醫院全人全社區照護計畫」、「區域聯防-提升急重症照護品質」、「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」。

(二十六)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。

[註]:將依各項目或計畫之修訂內容，據以辦理 115 年度總額結算事宜。

附表、115 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

115 年一般服務保障項目如下：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 114 年 12 月 10 日醫院總額 114 年第 4 次研商議事會議決議及 115 年 3 月 4 日醫院總額 115 年第 1 次研商議事會議決定辦理。

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	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	<p>門診與住院醫令清單段之「醫令代碼」為 01015C、00201B、0202B、00203B、00204B、00225B、01021C(門診醫令類別 0;住診醫令類別 2、Z、X)、00247C、00248B、00249B、00250B、00251B、00252B、00253C(門診醫令類別 0、2;住診醫令類別 2、Z、X)。</p> <p>註：</p> <p>1. 費用年月 106 年 10 月起新增「醫令代碼」為 01015C、00201B、00202B、00203B、00204B、00225B、01021C(門診醫令類別 0;住診醫令類別 2、Z、X)。</p> <p>2. 費用年月 114 年 5 月起新增「醫令代碼」為 00247C、00248B、00249B、00250B、00251B、00252B、00253C(門診醫令類別 0、2;住診醫令類別 2、Z、X)。</p>	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	<p>1. 操作型定義詳附件。</p> <p>2. 費用年月 110 年 4 月起新增。</p>	申請費用+部分負擔-藥費	

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	區域級(含)以上 醫院加護病床之 住院護理費	區分	1. 操作型定義詳附件。 2. 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	1. 操作型定義詳附件。 2. 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	1. 操作型定義詳附件。 2. 費用年月 111 年 4 月起新 增。		

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
十三	醫院生產案件	區分	<p>1. 醫院申報下列任一醫令(醫令類別為 2、X、Z)之當次生產案件費用：</p> <p>(1)自然產案件之醫令代碼： 81017C(無妊娠併發症之陰道產)、81018C(雙胎分娩)、81019C(多胎分娩)、81024C(前胎剖腹產後之陰道生產(接生費))、81025C(前胎剖腹產後之陰道生產(雙胎分娩))、81026C(前胎剖腹產後之陰道生產(多胎分娩))、81034C(有妊娠併發症之陰道產)、97004C(陰道生產)、97934C(前胎剖腹產之陰道生產)</p> <p>(2)剖腹產案件之醫令代碼： 81004C(無妊娠併發症之剖腹產術)、81005C(剖腹產合併次全子宮切除術)、81011C(有妊娠併發症之剖腹產術)、81028C(前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產)、81029C(剖腹產合併全子宮切除術)、97009C(剖腹產)、97014C(自行要求剖腹產)。</p> <p>2. 費用年月 114 年 1 月起新增。</p>	申請費用+ 部分負擔	

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
十四	<u>若當季/區一般服務浮動點值大於 1 元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於 1 元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付作業</u>		<u>費用年月 115 年 1 月起新增。</u>		

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)。	<p>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」。</p> <p>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」。</p>
(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、03011F、03012G、03014A、03025B、03017A(醫令類別為 2、X、Z)之醫令點數)。