

## 106 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式

一、106 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 105 年 11 月 9 日衛部健字 1053360140 號公告、106 年 1 月 20 日衛部健字 1063360005 號公告）

(一) 醫院醫療給付費用成長率 5.633%，其中一般服務成長率 4.585%，專款項目全年預算為 21,640.7 百萬元，門診透析服務成長率為 2.975%。

(二) 總額設定公式：

106 年度醫院醫療給付費用 = (校正後 105 年度醫院一般服務醫療給付費用) × (1 + 106 年度一般服務成長率) + 106 年度專款項目預算 + 106 年度醫院門診透析服務費用。

106 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 × (1 + 成長率)。

註：校正後 105 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 105 年第 5 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 50% 依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，50% 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。

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。

二、106 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. 106 年度各季醫院一般服務部門醫療給付費用總額

= (105 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額 + 各季校正投保人

口數成長率差值) × (1+4.585%)

2.106 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
483,460,581	383,500,404	411,195,342	279,531,381

※校正後 105 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 105 年第 5 次委員會議決議，校正投保人口數成長率差值。

※106 年度以 104 年度每季季中預估與實際投保人口數成長率差值校正。

## (二)品質保證保留款

106 年品質保證保留款之成長率為 0.1%，預算以最近 2 年(105、106 年)該保留款成長率之累計額度為限。

1.106 編列之品質保證保留款預算 = (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數成長率差值) × 106 年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%) = 388.7 百萬元。

2.105 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) × 105 年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%) = 368.6 百萬元。

3.106 年品質保證保留款額度

= 106 年編列品質保證保留款 + 105 年編列品質保證保留款預算  
= 757.3 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. 依據 106 年 2 月 22 日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」106 年第 1 次會議決定，106 年醫院總額一般服務部門預算四季重分配採近 3 年每季醫療申報點數的占率平均分配，重分配後之各季預算占率如下：第一季 23.830901%、第二季 25.128920%、第三季 25.291656%、第四季 25.748522%。

2. 106 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 405,768 百萬元。

3. 106 年調整後各季預算 = 106 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。

4. 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)。

5. 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)106 年醫院總額門診透析服務預算

= 105 年醫院總額門診透析服務預算×(1+2.975%)

(五)106 年繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵預算為 300 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。

(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

=【106 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% +(106 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

=106 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)+(106 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)醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過 105 年之 90%，超過部分，不予分配(計算邏輯及管控項目如附表 5-1)。

(八)專款項目全年預算為 21,640.7 百萬元

1.C 型肝炎用藥：全年預算 2,655 百萬元，包含自一般服務移列 943 百萬元。

2.罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材：全年預算 12,452.5 百萬元。

(1)罕見疾病藥費(5,791 百萬元)及罕見疾病特材(12.5 百萬元)預算共計 5,803.5 百萬元，不得與其他項目流用；血友病藥費為 3,149 百萬元。不足部分由其他預算支應。

(2)後天免疫缺乏病毒治療藥費為 3,500 百萬元。

3.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：4,215.7 百萬元，不足部分由其他預算支應。

4.醫療給付改善方案：全年預算 997.5 百萬元。

5.急診品質提升方案：全年預算 160 百萬元。

6.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：全年預算 300 百萬元，導入第 3 階段 DRGs 項目。本項預算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。

7.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：全年預算 60 百萬元，本項預算得與西醫基層同項專款相互流用。

8.醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：全年預算 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+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(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+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(加總後四捨五入至整數位)。

四、 風險調整基金:北區移撥 0.45 億元(全年)予東區，依 106 年醫院總額一般服務部門預算四季重分配採近 3 年每季醫療申報點數的占率平均分配。

五、 106 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	106 年 1~3 月	106 年 1 月 1 日~ 106 年 6 月 30 日
	105 年 12 月(含)之前	106 年 4 月 1 日~ 106 年 6 月 30 日
第 2 季	106 年 4~6 月	106 年 4 月 1 日~ 106 年 9 月 30 日
	106 年 3 月(含)之前	106 年 7 月 1 日~ 106 年 9 月 30 日
第 3 季	106 年 7~9 月	106 年 7 月 1 日~ 106 年 12 月 31 日
	106 年 6 月(含)之前	106 年 10 月 1 日~106 年 12 月 31 日
第 4 季	106 年 10~12 月	106 年 10 月 1 日~107 年 3 月 31 日
	106 年 9 月(含)之前	107 年 1 月 1 日~ 107 年 3 月 31 日

(二)106 年醫院總額保障項目(非浮動點數)

1.依據 105 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 5-2。

- 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。

### (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  
= [分區門診一般服務預算總額+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)-加總(門住診偏遠地區當地就醫核定浮動點數×前季就醫分區平均點值)-加總(門住診偏遠地區當地就醫核定非浮動點數)-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.全區浮動每點支付金額  
=[一般服務門診預算總額+一般服務住診預算總額-加總(門住診核定非浮動點數)-加總(門住診自墊核退點數)]/加總(門住診一般服務浮動核定點數)。
- 3.平均點值  
=預算總額費用/(投保該分區當地就醫浮動核定點數+投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數+投保該分區非浮動核定點數+當地就醫分區自墊核退點數)。

## 六、專款專用結算說明

### (一) C型肝炎用藥

- 1.全年預算：2,655.0百萬元。
- 2.既有C型肝炎(HCV)藥品：
  - (1)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)。
  - (2)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)。
  - (3)為加強BC肝炎治療計畫登錄系統屬治療C型肝炎者，且藥品醫令代號：ATC藥理分類碼為J05AB04、L03AB04、L03AB05、L03AB09、L03AB10、L03AB11醫令點數(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：HCVDAA0001、HCVDAA0002、HCVDAA0003、HCVDAA0004 醫令點數(醫令類別 1 或 Z)。
4. 藥局調劑案件要列入計算。
- (二) 罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材：
1. 全年預算為 12,452.5 百萬元。
  2. 罕見疾病藥費(5,791 百萬元)及罕見疾病特材(12.5 百萬元)預算共計 5,803.5 百萬元，不得與其他項目流用；血友病藥費為 3,149 百萬元。不足部分由其他預算支應。
  3. 後天免疫缺乏病毒治療藥費為 3,500 百萬元。
  4. 罕見疾病藥費：費用年月 94 年 1 月(含)以後部分負擔代碼=001 且任一主、次診斷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。
  5. 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。
  6. 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。
  7. 後天免疫缺乏病毒治療藥費：
    - (1)費用年月 106 年 2 月以後，門診就醫日期為 2 月 4 日(含)以後之案件分類「E2」或「E3」；住診案件住院日為 2 月 4 日(含)以後，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。

(2)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/藥材專區/藥品/《用藥品項》7.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)。

(3)藥局接受前述交付調劑之案件，後天免疫缺乏病毒治療藥品醫令代碼點數要列入計算。

8. 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)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

1. 全年預算 4,215.7 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。

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。

(四) 醫療給付改善方案：全年預算為 997.5 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。
B、C 肝	1.門診案件。



項目	擷取條件
個案追蹤方案	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。
慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案	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(須扣除 REA 核減金額)。 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。

(五)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」(區域醫院每人每日支付 171 點，地區醫院每人每日 290 點)，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。
- (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. 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。

(六) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：全年預算 300 百萬元。導入第 3 階段 DRGs 項目，本項預算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。

(七) 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，本項預算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。若當季預算超出預算時，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。

(八)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，浮動點值每點支付金額最高補至 1 元。  
※依據 106 年 1 月 13 日健保醫字第 1050016043 號公告修訂「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」規定，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)。
  - (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」 $\leq$ 「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。
- (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」、「早期療育門診醫療給付改善方案」，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」、「後天免疫缺乏病毒治療藥費」、「C型肝炎用藥」費用。



106 年醫院部門醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過

105 年之 90%，超過部分，不予分配-計算邏輯

一、 每季計算，各季計算之受理日期如下表：

各季	費用年月	受理日起迄日
第 1 季	106 年 1~3 月	106 年 1 月 1 日~ 106 年 4 月 30 日
第 2 季	106 年 4~6 月	106 年 4 月 1 日~ 106 年 7 月 31 日
	106 年 3 月(含)之前	106 年 5 月 1 日~ 106 年 7 月 31 日
第 3 季	106 年 7~9 月	106 年 7 月 1 日~ 106 年 10 月 31 日
	106 年 6 月(含)之前	106 年 8 月 1 日~ 106 年 10 月 31 日
第 4 季	106 年 10~12 月	106 年 10 月 1 日~107 年 1 月 31 日
	106 年 9 月(含)之前	106 年 11 月 1 日~107 年 1 月 31 日

二、 初級照護部分管控項目如附件。

三、 符合納入計算範圍:醫院總額部門門診案件(醫療服務類別 12)，含交付機構但不含透析、代辦、轉代檢及其他部門。

(一)代辦案件：

1. 門診案件分類：A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA、DF。
2. 醫事服務類別 50 (檢驗所)且「案件分類」欄位為「2」(成人預防保健第一階段)、醫事服務類別 30 (藥局)且「案件分類」欄位為「5」(協助辦理門診戒菸計畫)。

(二)其他部門：

1. 居家與精神疾病社區復健：門診案件分類為 A1、A2、A5、A6、A7。
2. 居家醫療照護整合：門診案件分類為 E1 且特定治療項目(一)~(四)為 EC。
3. 矯正機關:特定治療項目(一)~(四)為 JA、JB。

4. 末期腎臟病前期(Pre-ESRD):門診案件分類為 E1 且特定治療項目(一)~(四)為 K1。
5. 初期慢性腎臟病醫療給付改善方案:門診案件分類為 E1 且特定治療項目(一)為 EB。

(三)轉代檢:轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記(TRAN\_ID\_MARK)為 5、6。

三、醫療點數：申請點數+部分負擔點數。

四、初級照護率計算方式：

(一)分母(總件數)：符合納入計算範圍之門診件數，惟病理中心、慢性病連續處方箋調劑(案件分類為 08、E3)、診察費為 0 案件、補報原因註記為 2 不列入計算。

(二)分子(初級照護案件)：符合前開分母之件數，排除以下特定案件後，再計算主診斷為初級照護管控項目疾病碼之件數。

1. 急診案件:案件分類為 02。
2. 論質試辦計畫:門診案件分類為 E1(支付制度試辦計畫)。
3. 轉診:轉診至醫學中心、區域醫院之申報案件(部分負擔代碼為 A30、A31、B30、B31 或轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記(TRAN\_ID\_MARK)為 1)。
4. 次診斷為重大傷病(主診斷為初級照護項目):部分負擔代碼為 001 或任一次診斷為重大傷病項目之 ICD-10-CM/PCS 碼者。
5. 出院後回診:部分負擔代碼為 A40、B40。
6. 兒科(6歲以下)之項目:主診斷申報排除疾病碼為 6歲(就醫年-出生年<=6 或部分負擔代碼為 903(新生兒依附註記方式就醫者))以下案件。
7. 論病例計酬案件:門診案件分類為 C1。



8. 門診手術案件：門診案件分類為 03。

9. 山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS 計畫)：特定治療項目  
(一)G9 案件。

10. 西醫醫療資源不足地區改善方案-醫院部門：特定治療項目(一)  
G5 案件。

(三)初級照護醫療點數：符合納入計算範圍之案件，排除前開特定案件後，再計算主診斷初級照護管控項目疾病碼之申請點數+部分負擔點數。

五、每件初級照護平均點數=前開初級照護案件醫療點數/前開初級照護案件件數。

#### 六、核扣方式

1. 按季結算，自 106 年 1 月 1 日起實施。
2. 當季該院初級照護率小於等於 5%，不予核扣，其超過 90%之件數不予攤扣至其他醫院。
3. 核扣金額以該院當季超出 105 年 90%之件數乘上該院當季初級照護每件平均點數計算。

備註：

1. 本案所列門診「案件分類」於交付機構為「原處方服務機構之案件分類」。
2. 本案所指主診斷係指門診醫療服務點數清單段「國際疾病分類碼(一)」；次診斷係指門診醫療服務點數清單段「國際疾病分類碼(二)~(五)」。
3. 有關軍醫體系之醫院，依本署 106 年 6 月 5 日健保醫字第 1060006585 號函暨國防部軍醫局 106 年 5 月 23 日國醫計畫字第 1060004036 號函辦理，計算初級照護件數時比照一般醫院。



## 納為106年醫學中心及區域醫院初級照護部分管控項目

納為106年醫學中心及區域醫院初級照護部分管控項目		經會議共識排除兒科6歲以下之項目	備註
K641	第二級痔瘡		
J00	急性鼻咽炎(感冒)	V	
J029	急性咽炎	V	
J0390	急性扁桃腺炎	V	
J060	急性咽喉炎	V	
J069	急性上呼吸道感染	V	
J393	上呼吸道過敏反應		
J398	上呼吸道其他特定疾病		
J399	上呼吸道疾病		
K120	復發性口瘡		
K121	其他類型口腔炎		
K1230	口腔黏膜炎(潰瘍性)		
K1370	口腔黏膜的病灶		
K1379	其他口腔黏膜病灶	V	
K30	功能性消化不良		
K5289	其他特定非傳染性胃腸炎及結腸炎	V	
K529	非傳染性胃腸炎及結腸炎		
K5900	便秘		
K591	功能性腹瀉		
K599	腸功能性疾患		
M545	下背痛		
M5489	其他背痛		
M549	背痛		
R05	咳嗽		
R070	喉嚨痛		
R109	腹痛		
R112	噁心伴有嘔吐		
R140	腹部鼓脹(氣源性)		
R143	胃腸脹氣		
R197	腹瀉		
R42	頭暈及目眩		
R509	發燒	V	
R51	頭痛		

納為106年醫學中心及區域醫院初級照護部分管控項目		經會議共識排除兒科6歲以下之項目	備註
Z23	來院接受疫苗接種		
E119	第二型糖尿病，未伴有併發症		
E785	高血脂症		
I10	本態性(原發性)高血壓		
S0993XA	臉部損傷之初期照護		
S134XXA	頸椎韌帶扭傷之初期照護		
S161XXA	頸部肌肉，筋膜和肌腱拉傷之初期照護		
S335XXA	腰(部)脊椎[腰椎]韌帶扭傷及拉傷(勞損)之初期照護		
S5290XA	未明示側性前臂閉鎖性骨折之初期照護		
S93401A	右側踝部韌帶拉傷之初期照護		
T07	多處損傷		
T1490	損傷		
T300	未明示身體部位燒傷		
T7840XA	過敏之初期照護		
Z4800	來院接受更換或移除非手術傷口敷料		
B079	病毒性疣		
B351	甲癬		
B353	足癬		
B354	體癬		
B356	股癬		
B359	皮癬菌病		
B360	變色糠疹(汗斑)		
B86	疥癬(疥瘡)		
L0291	皮膚膿瘍		
L0292	癤		
L0293	癰		
L080	膿皮病	V	
L089	皮膚及皮下組織局部感染	V	
L2084	內因性(過敏性)濕疹		
L219	脂漏性皮膚炎		
L22	尿布疹		
L235	其他化學產品所致之過敏性接觸性皮膚炎		
L2389	其他物質所致之過敏性接觸性皮膚炎		

納為106年醫學中心及區域醫院初級照護部分管控項目		經會議共識排除兒科6歲以下之項目	備註
L239	過敏性接觸性皮膚炎，未明示原因		
L240	清潔劑所致之刺激性接觸性皮膚炎		
L2489	其他物質所致之刺激性接觸性皮膚炎		
L249	刺激性接觸性皮膚炎，未明示原因		
L253	其他化學產品所致之接觸性皮膚炎		
L258	其他物質所致之接觸性皮膚炎		
L259	接觸性皮膚炎，未明示原因		
L280	慢性單純苔癬		
L282	其他癢疹		
L298	其他搔癢症		
L299	搔癢症		
L301	發汗異常		
L308	其他特定皮膚炎		
L309	皮膚炎		
L449	鱗屑性丘疹樣疾患		
L500	過敏性蕁麻疹		
L501	特發性蕁麻疹	V	
L508	其他蕁麻疹		
L509	蕁麻疹		
L700	尋常性痤瘡		
L702	痘瘡樣痤瘡		
L708	其他痤瘡		
L709	痤瘡		
L719	酒渣		
L738	其他特定毛囊疾患		
L84	雞眼及胼胝		
L910	肥厚性疤痕		
J0190	急性鼻竇炎	V	
J0191	急性復發性鼻竇炎	V	
J040	急性喉炎		
J300	血管舒縮性鼻炎		
J309	過敏性鼻炎	V	
J310	慢性鼻炎		
J311	慢性鼻咽炎		

納為106年醫學中心及區域醫院初級照護部分管控項目		經會議共識排除兒科6歲以下之項目	備註
J312	慢性咽炎		
J340	鼻膿瘍、癰及癤		
R040	鼻出血		
K730	慢性持續性肝炎，他處未歸類者		
K739	慢性肝炎		
N3000	急性膀胱炎未伴有血尿		
N3090	膀胱炎未伴有血尿		
K279	消化性潰瘍，部位未明示，未明示急性或慢性，未伴有出血或穿孔		
K2900	急性胃炎未伴有出血	V	
K2960	其他胃炎未伴有出血		
K2970	胃炎未伴有出血		
K2990	胃十二指腸炎，未伴有出血		
K3189	胃及十二指腸其他的疾病		
A09	感染性胃腸炎及大腸炎	V	
M109	痛風		
G4700	非特定的失眠症		
G4709	其他失眠症		
J0410	急性氣管炎，未伴有阻塞		
J042	急性喉氣管炎		
J209	急性支氣管炎		
J45909	氣喘,無併發症	V	
J09X2	確認新型流感A型病毒所致流行性感胃併其他呼吸道表徵		
J1001	其他確認流感病毒所致流行性感胃併同其他確認的流感病毒性肺炎		
J101	其他確認流感病毒所致流行性感胃併其他呼吸道表徵		
J111	未確認流感病毒所致流行性感胃併其他呼吸道表徵		
J1189	未確認流感病毒所致流行性感胃併其他表徵		
M129	關節病變		
M179	膝部骨關節炎		
M2550	關節痛	V	
M609	肌炎		
M659	其他滑膜炎及韌鞘炎		

納為106年醫學中心及區域醫院初級照護部分管控項目		經會議共識排除兒科6歲以下之項目	備註
M791	肌痛		
B373	女陰及陰道念珠菌病		
N760	急性陰道炎		
N761	亞急性及慢性陰道炎		
N912	無月經		
N925	其他特定月經不規則		
N926	月經不規則		
N946	痛經症		
N951	停經及女性更年期之病況		
H259	老年性白內障		
H269	白內障		
H527	屈光疾患		
Z961	存有眼內水晶體		
B084	腸病毒性囊泡性口炎伴有皮疹	V	
B085	腸病毒性囊泡性咽炎	V	
F413	其他混合型焦慮症		
F419	非特定的焦慮症		
F489	非特定非精神病的精神疾病		
K640	第一級痔瘡		
H6000	未明示側性外耳膿瘍		
H60399	未明示側性其他傳染性外耳炎		
H6010	未明示側性外耳蜂窩組織炎		
H60319	未明示側性彌漫性外耳炎		
H60329	未明示側性出血性外耳炎		
H60331	右側泳者耳		
H60332	左側泳者耳		
H60333	雙側泳者耳		
H60339	未明示側性性泳者耳		
H60501	右側急性非感染性外耳炎		
H60502	左側急性非感染性外耳炎		
H60503	雙側急性非感染性外耳炎		
H60509	未明示側性急性非感染性外耳炎		
H60511	右側急性光化性外耳炎		
H60512	左側急性光化性外耳炎		

納為106年醫學中心及區域醫院初級照護部分管控項目		經會議共識排除兒科6歲以下之項目	備註
H60513	雙側急性光化性外耳炎		
H60519	未明示側性急性光化性外耳炎		
H60521	右側急性化學性外耳炎		
H60522	左側急性化學性外耳炎		
H60523	雙側急性化學性外耳炎		
H60529	未明示側性急性化學性外耳炎		
H60531	右側急性接觸性外耳炎		
H60532	左側急性接觸性外耳炎		
H60533	雙側急性接觸性外耳炎		
H60539	未明示側性急性接觸性外耳炎		
H60541	右側急性濕疹樣(性)外耳炎		
H60542	左側急性濕疹樣(性)外耳炎		
H60543	雙側急性濕疹樣(性)外耳炎		
H60549	未明示側性急性濕疹樣(性)外耳炎		
H60551	右側急性反應性外耳炎		
H60552	左側急性反應性外耳炎		
H60553	雙側急性反應性外耳炎		
H60559	未明示側性急性反應性外耳炎		
H60591	右側其他非感染性急性外耳炎		
H60592	左側其他非感染性急性外耳炎		
H60593	雙側其他非感染性急性外耳炎		
H60599	未明示側性其他非感染性急性外耳炎		
H6060	未明示側性慢性外耳炎		
H6061	右側慢性外耳炎		
H6062	左側慢性外耳炎		
H6063	雙側慢性外耳炎		
H608X1	右側其他外耳炎		
H608X2	左側其他外耳炎		
H608X3	雙側其他外耳炎		
H608X9	未明示側性其他外耳炎		
H6090	未明示側性外耳炎		
H6091	右側外耳炎		
H6092	左側外耳炎		
H6093	雙側外耳炎		



納為106年醫學中心及區域醫院初級照護部分管控項目		經會議共識排除兒科6歲以下之項目	備註
H6690	未明示側性中耳炎	V	
H66007	未明示側性未伴有自發性耳鼓破裂復發之急性化膿性中耳炎	V	
H66009	未明示側性未伴有自發性耳鼓破裂之急性化膿性中耳炎	V	
H66017	未明示側性伴有自發性耳鼓破裂復發之急性化膿性中耳炎	V	
H66019	未明示側性伴有自發性耳鼓破裂之急性化膿性中耳炎	V	
H6610	慢性耳咽管及鼓室化膿性中耳炎	V	
H663X9	未明示側性其他慢性化膿性中耳炎	V	
H6640	未明示側性化膿性中耳炎	V	
SX0	表淺傷		本項前三碼之第1碼為S及第3碼為0或1即列入計算。
SX1	開放傷		
L030XX	手指與腳趾蜂窩組織炎	V	X 係指任意碼
H612X	耳垢嵌塞		
H811X	良性陣發性眩暈		
H813XX	其他末梢性眩暈		
H931X	耳鳴		
M100X	特發性痛風		
M19XX	骨關節炎		
M608XX	其他肌炎	V	
H000XX	眼瞼麥粒腫	V	
H010XX	眼瞼緣炎	V	
H020XX	眼瞼內翻		
H10XXX	結膜炎		
H113X	結膜出血		
H161XX	表層角膜炎		
H521X	近視		
H5314X	視覺不適		
T150XXX	眼角膜異物		
T151XXX	眼結膜囊異物		



附表 5-2：106 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。