

107 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式

一、107 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 106 年 12 月 28 日衛部健字第 1063360185 號公告及 107 年 2 月 13 日衛部健字第 1073360018 號公告）。

(一) 醫院醫療給付費用成長率 4.555%，其中一般服務成長率 3.576%，專款項目全年預算為 27,017.7 百萬元，門診透析服務成長率為 2.622%。

(二) 總額設定公式：

107 年度醫院醫療給付費用＝校正後 106 年度醫院一般服務醫療給付費用 × (1 + 107 年度一般服務成長率) + 107 年度專款項目預算 + 107 年度醫院門診透析服務費用。

107 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 × (1 + 成長率)。

註：校正後 106 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 106 年第 4 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值。

(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 年新特材未於時程內導入，預算 2.48 億元，於 107 年一般服務基期預算，每季扣減 62 百萬元(2.48 億元/4)。

三、醫院附設門診部回歸原醫院，於 107 年一般服務其他醫療服務利用密集度改變項目編列 4 億元，每季扣減 1 億元(4 億/4)，並依已回歸原醫院申報院所，以每點 1 元估算所需費用，107 年約 1.68 億元。

四、107 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. 107 年度各季醫院一般服務部門醫療給付費用總額

= 【106 年各季醫院一般服務醫療給付費用總額 + 105 各季校正投保人口數成長率差值 - 106 年新特材未導入預算(2.48 億元/4)】× (1 + 3.576%) - 其他醫療服務利用密集度改變項目預算(4 億/4)。

2. 107 年度醫院各季投保人口預估成長率差值金額：

第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季
269,239,411	235,257,672	396,749,751	152,251,657

※校正後 106 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 106 年第 4 次委員會議決議，校正投保人口數成長率差值。

※107 年度以 105 年度每季季中預估與實際投保人口預估成長率差值校正。

(二) 品質保證保留款

107 年品質保證保留款移列專款

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成數長率差值) × 106 年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。

(三) 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. 107 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 1 季 23.884553%、第 2 季 25.104612%、第 3 季 25.245979%、第 4 季 25.764856%。

※依據 106 年 11 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 4 次會議決定，自 107 年醫院總額一般服務預算四季重分配採近 3 年每季醫療申報點數占率平均分配。

2. 107 年調整後各季預算 = 107 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。

3. 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)。

4. 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) 107 年醫院總額門診透析服務預算

= 106 年醫院總額門診透析服務預算 × (1 + 2.622%)

(五) 107 年繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵預算為 1,088 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

=【107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%+(107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

=107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)+(107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。

五、地區預算分配計算方式

(一) 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)+各分區醫院附設門診部回歸醫院費用。

(二) 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)。

六、107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12月(含)之前	107年4月1日~107年6月30日
	107年1~3月	107年1月1日~107年6月30日
第2季	107年3月(含)之前	107年7月1日~107年9月30日
	107年4~6月	107年4月1日~107年9月30日
第3季	107年6月(含)之前	107年10月1日~107年12月31日
	107年7~9月	107年7月1日~107年12月31日
第4季	107年9月(含)之前	108年1月1日~108年3月31日

各季	費用年月	核付區間(財務傳票日期)
	107年10~12月	107年10月1日~108年3月31日

(二)107年醫院總額保障項目(非浮動點數) 如附表。

(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)。

七、專款專用結算說明

(一) C型肝炎用藥

1. 全年預算：4,528.0 百萬元，107年本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

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)。

(4)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 J05AB04 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。

4. 藥局調劑案件要列入計算。

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)」。

(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 13,960.5 百萬元，不足部分由其他預算支應。

2. 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。

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 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. 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。
 - (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)」。
6. 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 4,399.7 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一心臟移植(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一心臟摘取(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: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。

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 1.187 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

項目	擷取條件
	付。
B、C 肝個案追蹤方案	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.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 1,088 百萬元。導入第 3-5 階段 DRGs 項目，本項經費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 80 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 950 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。
 - (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. 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)。

(九) 鼓勵院所建立轉診之合作機制，全年預算為 258 百萬元。

1. 追扣補付檔原因別「104/204 轉診獎勵金追扣補付」。

2. 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」(13.46 億元)按季支應，每季最多支應 3.365 億元(13.46/4)，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) 品質保證保留款，原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7 百萬元)，與 107 年度品質保證保留款(406.5 百萬元)合併運用計 795.2 百萬元。

(十一) 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」、「鼓勵院所建立轉診之合作機制費用」。

107 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	門診、住院醫療服務點數清單段之藥事服務費乙欄	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段之手術費乙欄	手術費	
五	住診麻醉費	區分	住院醫療服務點數清單段之麻醉費乙欄	麻醉費	
六	促進供血機制合理運作	區分	門診、住院醫療服務醫令清單段之醫令碼為 93001C~93023C	醫令點數	
七	地區醫院急診診察費	區分	門診與住院醫療服務醫令清單段之醫令碼為 01015C、00201B、00202B、00203B、00204B、00225B、01021C	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。

107年區域級(含)以上醫院門診件數降低2%，即不得超過106年之98%，超過部分，按該院門診每人平均點數，不予分配之計算邏輯

一、申請件數及點數計算方式：

(一) 透析、代辦、轉代檢及以下其他部門，其件數及點數排除，定義如下：

1. 代辦案件：

(1) 門診案件分類：A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA、DF。

(2) 多氯聯苯中毒之油症患者：部分負擔代碼為901。

2. 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) 提供保險對象收容於矯正機關者之醫療服務計畫：特定治療項目(一)~(四)為JA、JB。

(4) 末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫：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。

3. 轉代檢：轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記(TRAN_ID_MARK)為5、6。

(二) 非屬醫院申報者不計：交付機構(如特約藥局、物理治療所、病理中心、檢驗所等)申報之案件，其件數及點數一律不計。

(三) 下列案件之件數及點數均排除不計：

1. 重大傷病(含罕病)案件：部分負擔代碼為001。

2. 轉診案件：

(1) 轉診至醫學中心、區域醫院之申報案件：部分負擔代碼為A30、B30。

(2)轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記為 1。

(3)經離島醫院診所轉診至台灣本島門診及急診就醫者：部分負擔代碼為 008。

3. 視同轉診案件：部分負擔代碼為 A31、A40、B31、B40。

4. 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS 計畫)：特定治療項目(一)~(二)為 G9 案件。

5. 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)~(二)為 G5 案件。

6. 論病例計酬案件：門診案件分類為 C1。

7. 愛滋病案件：門診案件分類為 E2、E3。

8. C 肝案件：門診案件分類為 E1 且特定治療項目(一)~(四)為 H1 或 HE。

9. 論質計畫且慢性病未穩定案件：門診案件分類為 E1 且慢性病連續處方箋有效期間總處方日份小於 3 個月(<84 日)。

10. 主診斷為類流感案件：依疾管署定義 ICD-10-CM 代碼前三碼為 J12、J13、J14、J15、J16、B25、A37、A22、B44、J17、J18、J09、J10、J11。

11. 急診案件：門診案件分類為 02。

12. 門診手術案件：門診案件分類為 03。

(四) 慢性病連續處方箋調劑(案件分類為 08)、診察費為 0 案件、補報原因註記為 2(補報部分醫令或醫令差額)之件數不計。

二、核減方式：按季結算，並自 107 年第 3 季執行。

(一) 基期期間：106 年。

(二) 不予核扣：

1. 106 年該院符合納入計算範圍之門診件數占該層級件數小於等於 0.50%者(以小數點第五位四捨五入計算)，不予核扣。

2. 該院 107 年當季未超出 106 年當季門診件數之 98%者，不予核扣。

(三) 該院 107 年當季超出 106 年當季門診件數之 98%者，核減方式如下：

1. 該院 107 年當季門診每人次平均點數 x (該院 107 年當季門診件數－該院 106 年當季門診件數之 98%)。
2. 該院 107 年當季門診每人次平均點數＝該院列入計算之當季醫療點數 (申請點數＋部分負擔點數)/列入計算之件數。

備註:

1. 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)」。
2. 類流感案件依疾病管制署公告，路徑：統計資料\傳染病統計資料查詢系統\常見問題\健保次級統計資料使用疾病別 ICD 代碼對照表。
3. 視同轉診案件依全民健康保險轉診實施辦法規定。
4. 每季月末之次月底前受理案件，納入當季統計(如費用年月為 107 年 7-9 月，於 107 年 10 月 31 日前受理者納入第 3 季)，未於前開期間受理者，則依受理日納入所屬季別計算。