

103 年醫院醫療給付費用總額地區預算分配及點值結算方式

103.2.13

一、103 年醫院醫療給付費用總額及分配之重點摘要 (103.1.28 健保字第 10 號公告)

(一) 醫院醫療給付費用成長率為 2.990%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 2.5831%，專款項目全年預算額度為 16,201.3 百萬元，門診透析服務預算成長率為 2.519%。

(二) 總額設定公式：

103 年度醫院醫療給付費用總額 = 校正後 102 年度醫院一般服務醫療給付費用 × (1 + 103 年度一般服務成長率) + 103 年度專款項目預算 + 103 年度醫院門診透析服務預算。

103 年度醫院門診透析服務費用 = 102 年度醫院門診 × (1 + 103 年度一般服務成長率)

註：校正後 102 年度醫院一般服務醫療給付費用所採基期費用，依費協會(現為健保會)第 114 次委員會議決議辦理，校正投保人口成長率差值。

(三) 一般服務(上限制)之地區預算

於扣除專款項目預算後，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、專款項目預算)：

(1) 預算以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區，46% 依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，54% 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) 「人口風險因子及轉診型態」校正方式：先校正人口風險因子(年齡性別指數占 80%，標準化死亡比占 20%)，再校正醫院門診市場占有率。

2. 住診服務(不含專款項目預算)：

(1) 預算以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區，40% 依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，60% 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)「人口風險因子」校正方式：年齡性別指數占 50%，標準化死亡比占 50%。

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、103年各季醫院醫療給付費用總額計算說明

### (一)一般服務醫療給付費用預算

1. 103年度各季醫院一般服務部門醫療給付費用總額

= (102年各季醫院一般服務醫療給付費用總額 + 各季校正投保人口年增率預估值之差額金額) × (1 + 2.583%)

2. 103年度各總額部門各季人口成長率差值調整金額：

總額別	第一季	第二季	第三季	第四季
醫院總額	<u>297,669,341</u>	<u>333,669,055</u>	<u>251,185,971</u>	<u>175,060,711</u>

※依據全民健康保險醫療費用協定委員會(現為健保會)95年6月9日第114次會議決議略以，自97年度及以後各年度各部門總額，計算牙醫門診、中醫門診、西醫基層和醫院部門之部門別總額成長率時，要先校正「投保人口年增率預估值」。

### (二)品質保證保留款

依健保會協定 103年品質保證保留款之成長率為 0%，預算以累計最近兩年有本項保留款成長率的額度為限。

1. 103年協定品質保證保留款 = (102年各季醫院一般服務醫療給付費用總額 + 各季校正投保人口年增率預估值之差額金額) × 0% = 0元。

2. 102年協定品質保證保留款 = (101年各季醫院一般服務醫療給付費用總額 + 各季校正投保人口年增率預估值之差額金額) × 0.1% = 322,740,276元。

3. 103年品質保證保留款額度

= 103年協定品質保證保留款 + 102年協定品質保證保留款  
= 322,740,276元。

### (三)一般服務醫療給付費用預算四季重分配：

1. 自 99 年起開始實施各季預算重新分配，即各季預算考量各年各季假日、非假日數調整日產能後之新占率計算，計算步驟如下：

(1). 支付標準調整校正，計算各季基期占率：23.91%、25.37%、25.18%、25.54%。

(2). 計算 103 年假日及非假日產能。

(3). 經調整各假日、非假日產能後之各季新占率：第 1 季 23.636245%、第 2 季 25.465873%、第 3 季 25.270226%、第 4 季 25.627656%。

(4). 103 年度全年醫院總額一般部門服務醫療給付費用總額預算為 351,565,961,278 元。

2. 103 年各季應分配預算=(各季新占率)×(103 年總預算數-品質保證保留款預算)

103 年各季應分配預算，第 1 季 84,020 百萬元、第 2 季 90,087 百萬元、第 3 季 88,110 百萬元、第 4 季 89,025 百萬元。

3. 各季應分配預算須再扣減之預算項目金額：

新增診療項目(12.31 億元)：本項未實施公告之季別，各該季預算先行扣減該項預算(即 103 年一般服務部門預算 12.31 億元，4 季均分，每季 307,750,000 元，再配合 新增診療項目之公告實施期程，前述扣減預算一併保留至本年度實施之季別)。

4. 各分區第 1-3 季預算：以前述調整後季預算數乘各區當季 R、S 值。

5. 各分區第 4 季預算：則為各分區原全年預算數扣減前 3 季調整後預算數。

(三)103 年門診透析服務費用總額

= 102 年醫院門診透析費用(含藥費) × (1+2.519%)

(四)103 年繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵：全年預算 667 百萬元。

※依第二、三階段實際導入實施之季別，併醫院總額一般服務預算結算。

(五)一般服務部門分配至各分區總預算

◎醫院一般住診服務費用總額

=103年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析)-**新增診療項目**未執行數(未執行當季扣減)+加回已扣減之**新增診療項目**預算數(執行當季加回)+門診透析服務費用總額)×55%+(103年繼續推動DRGs之調整與鼓勵預算/4)

◎醫院一般門診服務費用總額

=103年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析)-**新增診療項目**未執行數(未執行當季扣減)+加回已扣減之**新增診療項目**預算數(執行當季加回)+門診透析服務費用總額)+(103年繼續推動DRGs之調整與鼓勵預算/4)-醫院一般住院服務費用總額-門診透析

(六)專款項目全年預算額度為 **16,201.3** 百萬元

1. 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：預算 **3,972** 百萬元。
2. 罕見疾病、血友病藥費：預算 **7,815** 百萬元。
3. 醫療給付改善方案：預算額度為 499.8 百萬元。
4. 急診品質提升方案：預算額度為 320 百萬元。
5. 提升住院護理照護品質：預算額度為 **2,000** 百萬元。
6. 繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵：預算額度為 **667** 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。
7. 西醫醫療資源不足地區改善方案：預算 **60** 百萬元。
8. **醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：預算 800 百萬元，103 年由其他部門移列醫院總額。**
9. 受刑人之醫療服務費用：本項預算 103 年移列其他部門。

### 三、本署 103 年各季醫院總額一般服務之地區預算計算說明

某地區一般服務醫療給付費用預算

=全區一般服務預算總額×人口風險因子及轉診型態權重×人口風險因子及轉診型態比例+全區一般服務預算總額×費用佔率權重×開辦前一年各區門診醫療費用佔率。

(一) 人口風險因子及轉診型態比例之校正計算方式：

先校正人口風險因子，再校正轉診型態校正比率

1. 人口風險因子=年齡性別指數權重×年齡性別指數(人口結構校正

比例)+標準化死亡比(SMR)權重×標準化死亡比

(1)年齡性別指數(人口結構校正比例)=人口佔率×b分區第s季人口指數

A. 人口佔率=某分區實際投保人口數/全區實際投保人口數

B. b分區第s季人口指數

= [  $\sum$  (xx 總額全國各性別年齡層平均每人門診醫療費用 × b 分區各性別年齡層人口數) / b 分區總人口數 ] / xx 總額全國每人平均醫療費用。

(2)標準化死亡比 SMR = 101 年 b 分區死亡人數 /  $\sum$  [ 全國各性別年齡層死亡率 × 101 年 b 分區各年齡層人口數 ]

A. 各季採用內政部戶政司「101年臺閩地區各縣市人口死亡數按死亡者性別及五歲年齡組分」死亡資料及臺閩地區戶籍人數資料計算。

B. 全國各性別年齡層死亡率 = 101 年各性別年齡層死亡人數 ÷ 101 年各性別年齡戶籍人口數。

C. 以戶籍地及死亡地之縣市別歸屬投保分區。

2. 轉診型態校正比例:

醫院轉診型態校正比例 = [ (某投保分區醫院總額內門診核定點數 / 某投保分區(西醫基層+醫院)總額內門診核定點數合計) ] / [ (全國醫院總額內門診核定點數 / 全國(西醫基層+醫院)總額內門診核定點數合計) ]

3. 人口風險因子及轉診型態校正比例

$ADJ\_OCC\ i = (DEMO\_OCCi * TRANSi) / \sum (DEMO\_OCCi * TRANSi)$

說明: ADJ\_OCC: 人口風險因子及轉診型態校正比例

DEMO\_OCC: 人口風險因子校正比例

TRANS: 轉診型態校正比例

i: 分區別

(二) 開辦前一年各區醫療費用佔率, 其計算方式如下:

開辦前一年各區醫療費用佔率 = 該季某分區投保人口總額內醫療費用 / 該季全區總額內醫療費用

(三) 地區預算分配相關參數及計算資料期間:

各細項資料期間之採計時點，依下列原則處理，且逐年遞延。

項目	細項	醫院門診	醫院住診
人口風 險因子	人口分區權重	46%	40%
	年齡性別指數權重	80%	50%
	人口佔率分區期間	<u>10301-10312</u>	<u>10301-10312</u>
	人口指數費用部分資料期間	<u>10001-10012</u>	<u>10001-10012</u>
	標準化死亡比權重	20%	50%
	標準化死亡比死亡資料期間	<u>101</u> 年	<u>101</u> 年
	標準化死亡比人口資料資料期 間	<u>10101-10112</u>	<u>10101-10112</u>
轉診型 態比例	轉診型態資料期間	<u>10201-10212</u>	
費用佔 率	費用佔率權重	54%	60%
	費用佔率資料期間	9101-9112	9101-9112

註1：費用佔率為總額實施前一年各投保分區別之費用佔率。

註2：年齡性別指數權重之人數與用當年(103年)各季人數、費用之資料期間則與當年(103年)大總額報行政院之資料一致。

註3：標準化死亡比採用當年可取得最新資料。

(四) 跨區就醫處理方式：

1. 跨區就醫點值以全區前季浮動點值計算。

註：依健保會102年11月22日第5次委員會議決議略以：「跨區就醫浮動點值結算方式，採計前一季全區平均浮動點值支付」。

2. 投保分區之認定方式說明：

(1) 保險對象就醫資料勾稽承保資料得知投保分區。

(2) 投保分區以每季季中投保人口資料為投保分區。

(3) 無投保分區者採用就醫分區其投保分區。

3. 就醫分區與投保分區不合者，視為跨區就醫。

#### 四、103年各季醫院總額點值結算說明

##### (一)結算時點

103年各季	費用年月	結算時點(財務傳票日期)
第一季	103.1~3	103.1.1~103.6.30
	102.12(含)之前	103.4.1~103.6.30
第二季	103.4~6	103.4.1~103.9.30
	103.3(含)之前	103.7.1~103.9.30
第三季	103.7~9	103.7.1~103.12.31
	103.6(含)之前	103.10.1~103.12.31
第四季	103.10~12	103.10.1~104.3.31
	103.9(含)之前	104.1.1~104.3.31

##### (二)103年醫院總額保障項目(非浮動點數)

依據衛生福利部103年1月21日衛部健字第1033360005號公告、103年第1次醫院總額研商議事會議結論，下列各項費用以固定點值，自地區總額預先扣除。

1. 每點以各分區門住診前一季平均點值或當季浮動點值核付項目：  
經衛生福利部核備，保險人公告之偏遠地區認定原則醫院名單，其浮動點數以前一季各分區門住診平均點值核付費用，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，且增加之費用於次季該分區一般服務預算中支應。
2. 每點1元之核付項目：
  - (1) 衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急

診醫療服務。

(2)門住診之藥事服務費。

(3)住院之手術費、麻醉費。

(4)門診手術費(包括門診案件分類 03【西醫門診手術】及門診案件分類 C1【論病例計酬案件】，其中論病例計案件排除「體外電震波腎臟碎石術」)。

(5)血品費之醫令代碼為 93001C 至 93023C，包括醫令類別(2 或 Z)或以下案件之醫令類別為 (4 或 Z)：

A. 門診：案件分類 C1(論病例計酬案件)或案件分類 E1 且特定治療項目一為 N、C、R(乳癌試辦計畫)。

B. 住診：案件分類 2(論病例計酬案件)或給付類別為 9 (呼吸照護)或案件分類 4 且病患來源欄位為 N、C、R 者(乳癌試辦計畫)或案件類別為 6(安寧療護)。

**註：藥費依藥物給付項目及號支付標準辦理。**

3. 非浮動點數不可超過申請點數與部分負擔之合計，若超過者以申請點數與部分負擔之合計來計算。

4. 99 年 1 月 1 日起實施「全民健康保險住院診斷關連群」，其保障項目與現行住院之保障項目相同。

(二)保障項目之擷取順序及條件如下表：



附表：103年醫院醫療給付費用總額一般服務  
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、住診之及 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. <u>主管機關</u> 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 <u>主管機關</u> 核 定, 保險人公告 之 <u>分區偏遠認 定原則</u> 醫院	區分	經主管機關核備, 保險人公 告之「 <u>醫院總額結算執行架 構之偏遠地區醫院認定原 則</u> 」(簡稱 <u>分區偏遠認定原 則</u> )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號支付標準辦理。

(三) 浮動點值、平均點值之計算

1. 非偏遠地區浮動每點支付金額：

- (1) 各分區非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額 =  
[分區門診一般服務醫療給付費用預算 + 分區住診一般服務醫療給付費用預算 - 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 × 前季全區門住診平均浮動點值) - 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 × 就醫分區前季門住診合計平均點值) - 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未跨區自墊核退點數)] / 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 + 當地就醫分區未跨區自墊核退點數)。

2. 偏遠地區浮動每點支付金額：符合醫院之浮動點數區分跨區，全部以前季就醫分區門住診合計平均點值計算院所收入(如門住診平均點值小於當季浮動點值，以當季浮動點值計算。)

五、 103 年醫院總額專款專用結算說明

(一) 罕見疾病、血友病藥費：

預算額度為 7,815 百萬元，不足部分由其他預算支應。擷取條件如下：

1. 費用年月 94 年 1 月(含)以後部分負擔代碼=001 且主、次診斷任一亦符合衛生署公告罕見疾病、血友病診斷碼且領有重大傷大傷病卡者，惟血友病中為後天性凝血因子缺損(2867)者非屬重大傷病範圍，不須領有重大傷病卡。
2. 為 1992 年版及 2001 年版 ICD-9-CM 主次診斷碼符合血友病、罕見疾病代碼；血友病如衛生署公告之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，罕見疾病則應完全符合才列入，說明如下：

(1)血友病：

A. 先天性凝血因子異常(2860、2861、2862、2863)、後天性凝血因子缺損(286，自 99 年納入)、類血友病(2864，自 103 年 1 月納入)。

註：依 102 年 8 月 20 日醫院總額 102 年第 3 次研商議事會決議略以：「103 年度醫院總額之類血友病(診斷碼 286.4) 使用「血友病及罕見疾病」專款項目之藥費，由一般服務移撥至該專款項目」。

B. 藥品醫令代號如下：(門診醫令類別「1」，住診醫令類別「1」、「Z」)

K000309299、K000319299、~~K000320299~~、K000426299、K000427299、K000428299、K000430299、K000466299、K000497277、K000503251、K000520277、~~K000521277~~、~~K000604299~~、~~K000605299~~、~~K000606299~~、K000608299、K000618266、K000618280、K000630299、K000631299、K000641299、K000642299、K000644299、K000733277、K000740299、K000746209、K000747277、K000774280、~~K000830299~~、~~K000831299~~、K000836299、K000837299、K000838299、K000843277、K000844299、K000852299、K000853299、K000854299、K000878248、K000913277。

註：103 年 1 月 15 日依醫審名單刪除藥價歸 0 者。

(2)罕病藥費小計以院所「申報罕見疾病之藥費小計」計算該專款項下費用，血友病以符合藥品醫令代號之藥費計算該專款項下費用。

(3)藥局調劑的「罕見疾病、血友病」藥費點數要列入計算。

(二) 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

1. 全年預算 3,972 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)。(已含 DRG:TW-DRG 碼 30201 (腎臟移植,有合併症或併發症)、TW-DRG 碼 30202 (腎臟移植,無合併症或併發症)項目且申報醫令 76020B(腎臟移植)之案件。)

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)。(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碼(門診醫令類別「1」;住診醫令類別「1」或「Z」)。(該案件如屬前開3.之住院案件,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(V42.0)、心臟移植術後(V42.1)、肺臟移植術後(V42.6)、肝臟移植術後(V42.7)、胰臟移植術後(V42.83)、骨髓移植術後(V42.81、V42.82)、腎臟移植併發症(996.81)、肝臟移植併發症(996.82)、心臟移植併發症(996.83)、肺臟移植併發症(996.84)、胰臟移植併發症(996.86)、骨髓移植併發症(996.85)。
6. 門、住診及藥局之抗排斥藥費皆要計算。
7. 依全民健康保險醫院總額支付委員會 98 年第一次會議決議,自 98 年起,本項專款抗排斥用藥以 97 年認定 31 項藥品醫令碼所對應之六項主成分名稱如下：

- (1)CYCLOSPORIN      (2)IMMUNOGLOBULIN      、      ANTILYMPHOCYTE
- (3)IMMUNOGLOBULIN、RABBIT ANTI-HUMAN
- (4)TACROLIMUS      (5)MYCOPHENOLIC ACID      (6)SIROLIMUS
- (7)EVEROLIMUS

8. 98 年起，依前開主成分名稱所對應之抗排斥藥之藥品醫令代碼。目前對應之藥品醫令代碼如下：

A043148209、A050140100、A050154100、A050866100、AC50866100、  
B013027148、B013049209、B018142100、B018143100、B021188100、  
B021189100、B021757100、B022043100、B022044100、B022634148、  
B023057151、B023086100、B023326100、B023327100、B023363100、  
B023450100、B023452100、B023595148、B023737100、B023738100、  
B024082148、B024110100、B024127100、B024215100、B024471148、  
B024770100、B024771100、B024772100、B024894100、B024895100、  
B024896100、**B025165100**、**B025166100**、B025321100、**B025812209**、  
K000283221、K000308240、~~K000404821~~、K000471221、K000471229、  
X000007100、X000008100。

註：103 年 1 月 15 日依醫審名單刪除藥價歸 0 者，並新增 3 個藥令。

9. 依 102 年 8 月 20 日全民健康保險醫院總額研商議事會議 102 年第 3 次會議決定，自 103 年第 1 季結算起，HBIG 免疫球蛋白限定為肝臟移植病人之術後使用之免疫球蛋白藥費，改以主成分所對應之藥品醫令碼。依 103 年 2 月 17 日本署醫審及藥材組健保審字第 1020072405 號函辦理，並以仿單適應症說明有註明可用於「HBsAg 陽性的病人接受肝臟移植後，其移植體再度感染之預防」之藥品，對應之醫令代碼如下：

K000274212、K000274229。

(三) 醫療給付改善方案：全年預算 567.3 百萬元

項目	擷取條件
乳癌	追扣補付帳務管理子系統(PBG) 追扣補付原因別：239、139 乳癌獎勵金之追扣補付。
氣喘	<p>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)</p> <p>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。</p> <p>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</p>
糖尿病	<p>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)。</p> <p>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。</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>
精神分裂症	<p>1. 追扣補付原因別：1A3、2A3 精神分裂症方案-基本承作及發現費追扣補付；1A4、2A4 精神分裂症方案-品質獎勵追扣補付。</p> <p>2. 醫院、基層總額部門自 99 年 1 月 1 日起實施。</p>
B·C 肝個案追蹤方案	<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. 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>

(四) 提升住院護理照護品質：全年預算 2,000 百萬元，將依公告之計畫內容辦理。

(五) 急診品質提升方案：全年預算:320 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 急診重大疾病照護追扣補付。

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」、P4606B「急診下轉轉入醫院獎勵」，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 X。

(4). 追扣補付原因別：1E2/2E2 急診轉診追扣補付。

3. 急診處置效率品質獎勵：

追扣補付原因別 1E3/2E3 急診處置效率追扣補付。

3. 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) 103 年繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵：預算額度為 667 百萬元，依第二、三階段實際導入實施之季別，併醫院總額一般服務預算(住院)結算。

(七) 醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案：103 年納入「全民

健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，預算額度為 60 百萬元。

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」案件之醫療費用(申請費用+部分負擔)。
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」之醫療費用(申請費用+部分負擔)。
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)~(四)為「G5」之醫療費用(申請費用+部分負擔)。
4. 藥費及藥事服務費為非浮動點數；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，過帳介面檔：ffdt\_aprv 支付標準代碼為「P2005C」、「P2006C」、「P2007C」、「P2008C」、「P2009C」、「P2010C」。
6. 點值支付方式：本預算按季均分，採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘，則留用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，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. 103 年由其他部門移列醫院總額，全年預算 8 億元。
2. 計畫柒、一，符合第肆條第一至第三項且經審查通過之醫院：
  - (1). 符合本項醫院，一般服務部門(不含門診透析)自保障月起，納入結算之浮動點數，扣除住診呼吸器及門住診精神科案件之浮動點數後，以浮動點值補足至每點一元支付。
  - (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：

- 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: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：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. 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 醫療資源不足地區之醫院點值保障方案-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」。
- E. 科別數：前開畫面「計畫備註 (hosp\_plan\_meno)」欄位（維護「4」表 4 科）。
- F. 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. 計畫柒、一，符合第肆條第四項且經審查通過之醫院：

- (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，浮動點值補足至每點一元支付，每家醫院全年補助以 500 萬元為上限。
- (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」 $\leq$ 「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。

(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)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 2 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. 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。即年底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) $\times$ 實施月數，最低「4」科(900 萬元/12) $\times$ 實施月數；「3」科(800 萬元/12) $\times$ 實施月數；「2」科(700 萬元/12) $\times$ 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) $\times$ 實施月數；「3」科(300 萬元/12) $\times$ 實施月數；「2」科(200 萬元/12) $\times$ 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 萬元/12) $\times$ 實施月數。
6. 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，將新舊代號併計。並以新代號結算。
7. 因 102 年本計畫保障額度有上下限限制，並已於當年結算完畢，費用年月 102 年 12 月 以前之送核、補報、追扣補付、爭議、審議案件，結算端不再給付點值保障，必要時，由分區業務組自行歸戶計算，如須追扣補付請以追扣補付原因別「1E7/2E7 偏遠醫院

點值保障追扣補付」辦理相關作業。

- (九) 受刑人之醫療服務費用：102 年預算額度為 903.7 百萬元，經費不足時，採浮動點值核算；103 年移列其他部門。

註：其中門診透析部分，依 102 年 3 月 6 日醫院總額協商議事會議結論：受刑人使用門診透析服務，由提供服務之部門別專款優先支應，每點支付金額以兩部門透析合併獨立預算之前一季點值支付

- (十) 若病患同時符合多項專款，先取「受刑人之醫療服務費用」、次取「急診品質提升方案」醫令代碼，再取「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」，再依醫令項目分別計算「血友病」、「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」費用。