

附件 2

104 年醫院醫療給付費用總額地區預算分配及點值結算方式

104.3.11

一、104 年醫院醫療給付費用總額及分配之重點摘要 (103.12.25 衛部健字第 1033360154 號公告)

(一) 醫院醫療給付費用成長率為 3.453%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 4.343%，專款項目全年預算額度為 13,840.8 百萬元，門診透析服務預算成長率為 2.341%。

(二) 總額設定公式：

104 年度醫院醫療給付費用總額 = (校正後 103 年度醫院一般服務醫療給付費用 - 103 年新增診療項目未導入預算) × (1 + 104 年度一般服務成長率) + 104 年度專款項目預算 + 104 年度醫院門診透析服務預算。

104 年度醫院門診透析服務費用 = 103 年度醫院門診透析服務費用 × (1 + 103 年度醫院門診透析成長率)

註：校正後 103 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 103 年第 5 次委員會議決議，校正投保人口成長率差值。

備註：依據 103 年 12 月 26 日衛生福利部全民健康保險第 1 屆 103 年第 12 次委員會議決議，「103 年度全民健保總額及其分配案，業經衛生福利部核定公告，爰應遵循相關核定事項辦理。103 年度醫院總額原擬新增之診療項目，若未於當年底前導入，則應扣減該相關預算額度。」。配合 103 年新增診療項目未導入預算 2.81 億元，104 年一般服務基期預算，每季扣減 $281,000,000/4 = 70,250,000$ 。

(三) 一般服務(上限制)之地區預算

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)：

(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(不含品質保證保留款)：

(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，41%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，59%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。

(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。

4. 提升住院護理照護品質(0.568%，20 億元)，本項自專款項目移列至一般服務，經費並用於調增住院護理之支付標準，除支付方式應依護病比訂定外，尚須訂定護理人力相關監理指標，並請中央健康保險署於 104 年 6 月前提經全民健康保險會同意後動支預算，未實施公告之季別，每季扣減 5 億元(20 億/4)。

二、104 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. 104 年度各季醫院一般服務部門醫療給付費用總額

= (103 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 - 103 年新增診療項目未導入預算)
× (1 + 4.343%)

2. 104 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	149,393,829	172,224,357	192,850,657	252,444,267

※校正後 103 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 103 年第 5 次委員會議決議，校正投保人口成長率差值。

(二)品質保證保留款

依健保會協定 104 年品質保證保留款之成長率為 0.1%，預算以累計最近兩年有本項保留款成長率的額度為限。

1. 104 年協定品質保證保留款 = (103 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-103年新增診療項目未導入預算)×0.1%=352,051,875元。

2. 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。

3. 104年品質保證保留款額度
=104年協定品質保證保留款+103年協定品質保證保留款
=352,051,875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：23.90%、25.39%、25.18%、25.53%。

(2). 計算104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23.896187%、第2季25.390485%、第3季25.182821%、第4季25.530507%。

(4). 104年度醫院總額一般部門服務醫療給付費用總額預算為366,989,435,418元。

2. 104年各季應分配預算=(各季新占率)×(104年醫院總額一般部門服務醫療給付費用總額預算-104年度品質保證保留款預算)-住院護理照護品質預算5億元

3. 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。

4. 各分區第4季預算：為各分區原全年預算數扣減前3季調整後預算數。

(三)104年門診透析服務費用總額

= 103年醫院門診透析費用(含藥費)×(1+2.341%)

(四)104年繼續推動DRGs之調整與鼓勵：全年預算280百萬元。

※依第3階段實際導入實施之季別，併醫院總額一般服務預算結

算。(第3階段預算280百萬)

(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

=104年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析)+門診透析服務費用總額)×55%+(104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

=104年調整後各季一般服務醫療給付費用總額(不含門診透析)+門診透析服務費用總額)+(104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13,840.8百萬元

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、血友病藥費及新增罕病特材，預算7,827.5百萬元。
(1) 罕見疾病、血友病藥費：7,815百萬元。
(2) 新增罕病特材：12.5百萬元，最高以每點1元支付，若預算不足時，改以浮動點值支付。
3. 醫療給付改善方案：預算額度為741.3百萬元。
4. 急診品質提升方案：預算額度為160百萬元。
5. 繼續推動DRGs之調整與鼓勵：預算額度為280百萬元，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。
6. 醫院支援西醫基層醫療資源缺乏地區之方案(104年與西醫醫療資源不足地區改善方案預算可互相流用)：預算60百萬元。
7. 醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：預算800百萬元。

三、104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×費用占率權重×開辦前一年各區門診醫療費用占率。

(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×標準化死亡比(SMR)×標準化死亡比(人口結構校正比例)+標準化死亡比(SMR)×標準化死亡比

(1) 年齡性別指數(人口結構校正比例)=人口占率×b分區第s季人口指數

A. 人口占率=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 = 102 年 b 分區死亡人數 / \sum [全國各性別年齡層死亡率 × 102 年 b 分區各年齡層人口數]

A. 各季採用內政部戶政司「102 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 = 102 年各性別年齡層死亡人數 ÷ 102 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

$ADJ_OCC_i = (DEMO_OCC_i * TRANS_i) / \sum (DEMO_OCC_i * TRANS_i)$

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占率，其計算方式如下：

開辦前一年各區醫療費用占率 = 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	人口風險因子及轉診型態比例權重	46%	<u>41%</u>
	年齡性別指數權重	80%	50%
	人口占率分區期間	10401-10412	10401-10412
	人口指數費用部分資料期間	10101-10112	10101-10112
	標準化死亡比權重	20%	50%
	標準化死亡比死亡資料期間	102 年	102 年
	標準化死亡比人口資料資料期間	102 年 1-12 月	102 年 1-12 月
轉診型態比例	轉診型態資料期間	10301-10312	
費用占率	費用占率權重	54%	<u>59%</u>
	費用占率資料期間	9101-9112	9101-9112

註 1：費用占率為總額實施前一年各投保分區別之費用占率。

註 2：年齡性別指數權重之人數與用當年(104 年)各季人數、費用之資料期間則與當年(104 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 次委員會議討論案，有關 103 年度醫院總額一般服務費用分配案，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為其投保分區。

3. 就醫分區與投保分區不同者，視為跨區就醫。

四、104年各季醫院總額點值結算說明

(一)結算時點

104年各季	費用年月	結算時點(財務傳票日期)
第一季	104.1~3	104.1.1~104.6.30
	103.12(含)之前	104.4.1~104.6.30
第二季	104.4~6	104.4.1~104.9.30
	104.3(含)之前	104.7.1~104.9.30
第三季	104.7~9	104.7.1~104.12.31
	104.6(含)之前	104.10.1~104.12.31
第四季	104.10~12	104.10.1~105.3.31
	104.9(含)之前	105.1.1~105.3.31

(二)104年醫院總額保障項目(非浮動點數)

依據103年第4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) 門住診之藥品、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)：

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)。

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：104 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。

(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：醫院浮動點數，以前季就醫分區平均點值計算院所收入(如平均點值小於當季浮動點值，以當季浮動點值計算。)

五、 104 年醫院總額專款專用結算說明

(一) 罕見疾病、血友病藥費及新增罕病特材：

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. 罕見疾病藥費：費用年月 94 年 1 月(含)以後部分負擔代碼 = 001 且主、次診斷任一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。
2. 血友病藥費：

- (1)先天性凝血因子異常(2860、2861、2862、2863)：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(2867)、103年增列類血友病(2864)：主、次診斷任一符合之案件，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。

3. 藥局調劑的「罕見疾病、血友病」藥費點數均列入計算。
4. 104年新增罕病特材：全年預算1,250萬元，每點以1元暫付，若全年預算不足時，改以浮動點值進行追扣補付，罕病特材代碼：FBN07321004P。

(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-DRGs碼30201(腎臟移植，有合併症或併發症)、Tw-DRGs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(現為醫院總額研商議事會議)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. 抗排斥用藥醫令代碼：自結算年103年起，採ATC碼(藥品主檔「ATC藥品分類碼7(DRUG_ATC7_CODE)」欄位)為L04AA01、L04AA03、L04AA04、L04AD02、L04AA06、L04AA10、L04AA18之藥品醫令代碼。
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，103年第1季起HBIG免疫球蛋白限定肝臟移植病人(主次診斷V42.7、996.82)之術後使用，且改以主成分對應。HBIG免疫球蛋白用藥醫令代碼，自結算年103年起，採ATC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。

(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。1H1、2H1 氣喘醫療給付改善方案-品質獎勵追扣補付。</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>
思覺失調症	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。
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>

項目	擷取條件
<u>早期療 育方案</u>	103 年新增方案，尚未公告。
<u>孕產婦 給付方 案</u>	104 年新增方案，104 年 1 月 27 日健保醫字第 1040000729 號公告實施，擷取條件研擬中。

(四) 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。4.

4. 補助急診專科醫師人力：(104 年新增項目)

(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。

6. 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。

註：「全民健康保險急診品質提升方案」於 104 年 2 月 3 日以衛生福利部 104 年 1 月 27 日衛部保字第 1041260083 號公告修正，並追溯自 104 年 1 月 1 日起生效。

(五) 104 年繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵：預算額度為 280 百萬元，依第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。(第三階段 280 百萬元)

(六) 醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案：103 年起納入「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，104 年預算額度為 60 百萬元，且與西醫基層同項方案可互相流用。

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)為「G5」之醫療費用(申請費用+部分負擔)。

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，過帳介面檔：ffdt_aprv 支付標準代碼為「P2005C」、「P2006C」、「P2007C」、「P2008C」、「P2009C」、「P2010C」。

6. 點值結算方式：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，則西醫基層診所先扣除本方案獎勵新開業服務計畫之支付金額(不含巡迴服務之「論次計酬」)、診察費加成；醫院先扣除診察費加成、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。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。

(七) 全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

1. 104 年全年預算 8 億元。
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。
 - (4) 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，浮動點值補足至每點一元支付，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 103 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. 因本計畫保障額度有上下限限制，並已於當年結算完畢，費用年

月 103 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。

- (八) 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」，再依醫令項目分別計算「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」費用。

六、依據 103 年 12 月 26 日衛生福利部全民健康保險第 1 屆 103 年第 12 次委員會議決議，「同意 103、104 年度其他預算之「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」之款項，可用以支應 103 年 731 高雄石化氣爆事件自發生後起算，共 6 個月各分區該事件之醫療費用。」。故自 103 年 7 月 31 日起至 104 年 1 月 31 日止，該項費用改由其他預算之「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項下支應。