

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號
9樓

承辦人：謝沁妤

電話：(02)27527286-152

傳真：(02)2771-8392

Email：chinyu0110@mail.tma.tw

受文者：社團法人臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國113年4月19日

發文字號：全醫聯字第1130000488號

速別：普通件

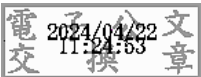
密等及解密條件或保密期限：

附件：如文 (1130000488_Attach1.pdf)

主旨：轉知中央健保署公告修訂「全民健康保險醫院醫療給付費
用總額『健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症
照護量能』及『持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服
務品質及量能』專款計畫」(附件)，請查照。

說明：依據衛生福利部中央健康保險署113年4月15日健保醫字第
1130661607號公告副本辦理。

正本：各縣市醫師公會

副本：

理事長 周慶明

副本

| | |
|------|------------|
| 收文編號 | 收文日期 |
| 0994 | 113. 4. 16 |

檔號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

106646



3

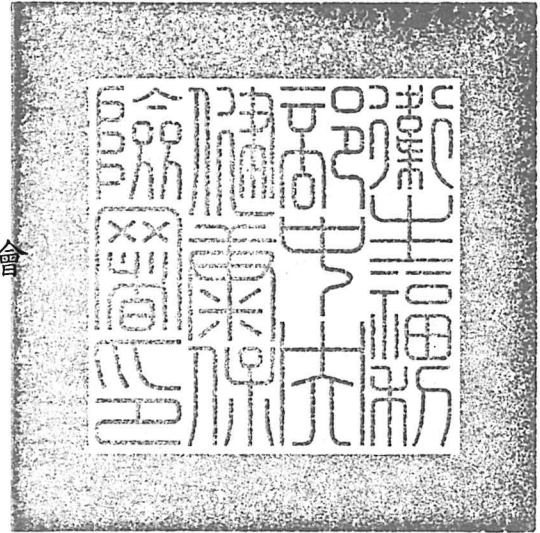
臺北市大安區安和路1段29號9樓

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國113年4月15日

發文字號：健保醫字第1130661607號

附件：請自行至本署全球資訊網擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險醫院醫療給付費用總額『健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能』及『持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能』專款計畫」（附件）。

依據：本署113年3月6日全民健康保險醫療給付費用醫院總額113年第1次研商議事會議決議。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組、本署各分區業務組

署長 石崇良

全民健康保險醫院醫療給付費用總額

「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及
「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」專款計畫

112 年 9 月 26 日健保醫字第 1120119309 號公告

113 年 4 月 15 日健保醫字第 1130661607 號公告

壹、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的

藉由本計畫實施，提升地區醫院住診及急診照護服務品質、平衡區域級（含）以上醫院門住診費用結構，以落實分級醫療策略。

參、預算來源

- 一、本計畫涉醫學中心及區域醫院之診療項目，由全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」項下 10 億元支應。
- 二、本計畫涉地區醫院之診療項目，由全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」項下 5 億元支應。

肆、醫療費用支付

- 一、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用審查及核付事宜。
- 二、「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」：區域級（含）以上醫院依表一所列急重症基本診療項目，支付其調整前後點數差額。

表一 區域級(含)以上醫院急重症基本診療項目支付點數調整表

單位：點

| 醫令代碼 | 診療項目 | 區域醫院 | 醫學中心 | 現行支付點數 | 調整後點數 | 補付差額 |
|--------|----------------|------|------|--------|-------|------|
| 02011K | 加護病床住院診察費(天) | | v | 1,925 | 2,034 | 109 |
| 02017K | 新生兒中重度住院診察費(天) | | v | 819 | 1,512 | 693 |
| 02018A | | v | | 777 | 884 | 107 |
| | 急診觀察床 | | | | | |
| 03073A | --病房費(第一天) | v | v | 367 | 551 | 184 |
| 03018A | --病房費(第二天起) | V | v | 167 | 334 | 167 |
| 03075A | --護理費(第一天) | v | v | 571 | 857 | 286 |
| 03042A | --護理費(第二天起) | v | v | 175 | 350 | 175 |
| | 加護病床ICU | | | | | |
| 03010E | --病房費(天) | | v | 2,852 | 3,177 | 325 |
| 03011F | | v | | 2,406 | 3,000 | 594 |

註：本計畫依本表所列項目之「補付差額」點數支付，如適用支付標準加成規定者，依「調整後點數」計算加成後，補付其差額。

三、「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」：

地區醫院依下列診療項目支付其額外加成之點數：

(一)部分急重症診療項目額外加成，如表二。

表二 地區醫院急重症診療項目額外加成之補付點數表

單位：點

| 醫令代碼 | 診療項目 | 地區醫院 | 現行支付點數 | 額外加成 | 補付差額 |
|--------|---------------------------------|------|--------|------|------|
| P1011C | 慢性呼吸照護病房論日計酬 (第1-90日/第91天以後) | v | 4,451 | 3% | 134 |
| P1012C | | v | 3,674 | 3% | 110 |
| 01015C | 急診診察費 | v | 667 | 15% | 100 |
| | 急診診察費(按檢傷分類) | | | | |
| 00201B | 檢傷分類第一級 | v | 1,800 | 15% | 270 |
| 00202B | 檢傷分類第二級 | v | 1,000 | 15% | 150 |
| 00203B | 檢傷分類第三級 | v | 776 | 15% | 116 |
| 00204B | 檢傷分類第四級 | v | 449 | 15% | 67 |
| 00225B | 檢傷分類第五級 | v | 390 | 15% | 59 |

註：本計畫依本表所列項目之「補付差額」點數支付。

(二)住院護理費：如地區醫院之全日平均護病比達區域級(含)以上醫院級距範圍，則依其護病比予以不同加成，如表三。

表三 地區醫院住院護理費依護病比額外加成之補付點數表

單位：點

| 住院護理費加成項目 編號及點數 加成率 | | | 急性一般病床(含精神) | | | | | |
|---------------------------|-----------|------------|-----------------------------|-----------|----------|------------------------------|-----------|----------|
| | | | 第一天 03079B、03088B/ 850 點 | | | 第二天起 03029B、03060B/ 654 點 | | |
| 護病比 級距範圍 | 現行 加成率 | 調整後 加成率 | 現行 支付點數 | 調整後 點數 | 補付 差額 | 現行支 付點數 | 調整後 點數 | 補付 差額 |
| 11.5-11.9 | 20% | 22% | 1,020 | 1,037 | 17 | 785 | 798 | 13 |
| 11.0-11.4 | 20% | 24% | 1,020 | 1,054 | 34 | 785 | 811 | 26 |
| 10.5-10.9 | 20% | 26% | 1,020 | 1,071 | 51 | 785 | 824 | 39 |
| 10.0-10.4 | 20% | 28% | 1,020 | 1,088 | 68 | 785 | 837 | 52 |
| 9.0-9.9 | 20% | 30% | 1,020 | 1,105 | 85 | 785 | 850 | 65 |
| 8.5-8.9 | 20% | 32% | 1,020 | 1,122 | 102 | 785 | 863 | 78 |
| 8.0-8.4 | 20% | 34% | 1,020 | 1,139 | 119 | 785 | 876 | 91 |
| 7.5-7.9 | 20% | 36% | 1,020 | 1,156 | 136 | 785 | 889 | 104 |
| 7.0-7.4 | 20% | 38% | 1,020 | 1,173 | 153 | 785 | 903 | 118 |
| <7.0 | 20% | 40% | 1,020 | 1,190 | 170 | 785 | 916 | 131 |

| 住院護理費加成項目 編號及點數 加成率 | | | 經濟病床(含精神) | | | | | |
|---------------------------|-----------|------------|-----------------------------|-----------|----------|------------------------------|-----------|----------|
| | | | 第一天 03082B、03091B/ 573 點 | | | 第二天起 03033B、03066B/ 441 點 | | |
| 護病比 級距範圍 | 現行 加成率 | 調整後 加成率 | 現行 支付點數 | 調整後 點數 | 補付 差額 | 現行支 付點數 | 調整後 點數 | 補付 差額 |
| 11.5-11.9 | 20% | 22% | 688 | 699 | 11 | 529 | 538 | 9 |
| 11.0-11.4 | 20% | 24% | 688 | 711 | 23 | 529 | 547 | 18 |
| 10.5-10.9 | 20% | 26% | 688 | 722 | 34 | 529 | 556 | 27 |
| 10.0-10.4 | 20% | 28% | 688 | 733 | 45 | 529 | 564 | 35 |
| 9.0-9.9 | 20% | 30% | 688 | 745 | 57 | 529 | 573 | 44 |
| 8.5-8.9 | 20% | 32% | 688 | 756 | 68 | 529 | 582 | 53 |
| 8.0-8.4 | 20% | 34% | 688 | 768 | 80 | 529 | 591 | 62 |
| 7.5-7.9 | 20% | 36% | 688 | 779 | 91 | 529 | 600 | 71 |
| 7.0-7.4 | 20% | 38% | 688 | 791 | 103 | 529 | 609 | 80 |
| <7.0 | 20% | 40% | 688 | 802 | 114 | 529 | 617 | 88 |

註1：本表住院護理費，係指符合支付標準第二部第一章第三節通則九、(二)之全日平均護病比加成規範者。

註2：依前述規範，地區醫院護病比<13.0者，其加成率為20%，爰本表之「現行支付點數」係以加計20%後之點數呈現。

註3：本計畫依本表所列項目之「補付差額」點數支付。

四、結算方式：

(一)本計畫預算按季均分及結算，由全民健康保險保險人（下稱保險人）統一計算自費用年月當年度 1 月至 12 月之補付差額點數（受理日期於次年 2 月底前），並採浮動點值支付，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。

(二)補付點數之計算方式：

1. 「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」：依表一所列「補付差額」點數計算，如適用支付標準加成規定者，依「調整後點數」加成後，計算補付差額點數。
2. 「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」：依表二及表三所列之「補付差額」點數計算。

伍、評估指標

一、區域級（含）以上醫院：十四日內再住院率不高於該層級別前一年度比率。

(一)分子：十四日內再住院的案件數。

(二)分母：出院案件數。

二、地區醫院：全日平均護病比 <12.0 之地區醫院家數不低於前一年度。

陸、訂定與修正程序

一、本計畫由保險人與醫院總額相關團體共同研訂，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。本計畫之修訂，屬給付項目及支付標準者，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

二、新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。