副本

檔　　號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署　函

241 54
新北市三重區重新路5段609巷4號10樓

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：張毓芬
聯絡電話：02-27065866　分機：2629
電子郵件：A111037@nhi.gov.tw

受文者：臺灣醫療暨生技器材工業同業公會

台灣醫療暨生技器材工業同業公會 收 114. 8. 25 文 檔號：114511

裝

發文日期：中華民國114年8月21日
發文字號：健保醫字第1140664164號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：請至本署全球資訊網自行下載

主旨：本署114年8月6日召開之全民健康保險醫療給付費用醫院總額114年第1次臨時研商議事會議紀錄，已公布於本署全球資訊網，下載方式如說明，請查照。

訂

說明：

一、旨揭會議紀錄請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額研商議事會議紀錄/醫院總額。

二、副本抄送台灣醫院協會，有關個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫建議案，請以議題方式彙整相關意見供本署參考。

線

正本：王代表照元、石代表崇良、朱代表文洋、朱代表益宏、吳代表永全、吳代表明賢、吳代表淑芬、吳代表鏘亮、李代表永川、李代表承光、李代表飛鵬、周代表思源、周代表雯雯、周代表慶明、孟代表令妤、林代表宏榮、侯代表勝茂、施代表壽全、洪代表世欣、洪代表瑜黛、張代表文瀚、張代表克士、張代表國寬、郭代表錫卿、陳代表玉瑩、陳代表志強、陳代表亮妤、陳代表威明、陳代表建宗、陳代表相國、陳代表穆寬、童代表敏哲、黃代表冠棠、黃代表榮男、黃代表遵誠、楊代表邦宏、廖代表振成、劉代表碧珠、蔡代表易廷、謝代表文輝、謝代表

景祥、羅代表永達、嚴代表玉華、蘇代表主榮(依姓氏筆劃排序)

副本：衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部社會保險司、台灣醫院協會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、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、臺灣醫療暨生技器材工業同業公會、中華民國心臟學會、中華民國血脂及動脈硬化學會、台灣腎臟醫學會、社團法人台灣腦中風學會、臺灣介入性心臟血管醫學會、中華民國糖尿病學會、社團法人中華民國糖尿病衛教學會、台灣內科醫學會、台灣家庭醫學醫學會、社團法人台灣急診醫學會、感染症醫學會、余尚儒醫師、奇美醫院湯宏仁副院長、台灣急診管理學會、台灣外傷醫學會、台灣麻醉醫學會、台灣乳房醫學會、乳癌專家小組召集人黃俊升、衛生福利部國民健康署、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會、本署醫審及藥材組、本署各分區業務組

署長 石崇良

全民健康保險醫療給付費用醫院總額
114 年第 1 次臨時研商議事會議紀錄

時間：114 年 8 月 6 日(三)下午 2 時

地點：本署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：石署長崇良　　紀錄：張毓芬

出席代表（依姓氏筆劃排列）：

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王照元代表	王照元*	郭錫卿代表	郭錫卿
朱文洋代表	朱文洋	陳玉瑩代表	陳玉瑩
朱益宏代表	周國旭(代)	陳志強代表	陳志強
吳永全代表	吳永全	陳代表亮妤	陳亮妤
吳明賢代表	黃雪玲(代)	陳威明代表	李偉強*(代)
吳淑芬代表	吳淑芬	陳建宗代表	游進邦(代)
吳鏘亮代表	吳鏘亮*	陳相國代表	潘仁修*(代)
李永川代表	(請假)	陳穆寬代表	林慶雄*(代)
李承光代表	李承光	童敏哲代表	童敏哲*
李飛鵬代表	李飛鵬	黃冠棠代表	黃冠棠
周思源代表	李佳珂*(代)	黃榮男代表	蘇美惠*(代)
周雯雯代表	周雯雯*	黃遵誠代表	黃遵誠*
周慶明代表	周慶明*	楊邦宏代表	楊邦宏
孟令妤代表	孟令妤*	廖振成代表	廖振成*
林宏榮代表	林宏榮*	劉碧珠代表	劉碧珠*
侯勝茂代表	廖秋鐲(代)	蔡易廷代表	蔡易廷*
施壽全代表	(請假)	謝文輝代表	謝文輝
洪世欣代表	洪世欣	謝景祥代表	謝景祥
洪瑜黛代表	陳冠如*(代)	羅永達代表	羅永達
張文瀚代表	林富滿(代)	嚴玉華代表	嚴玉華*
張克士代表	張克士	蘇主榮代表	蘇主榮*
張國寬代表	張國寬*		

列席單位及人員：(*為線上與會人員名單)

台灣醫院協會	林佩萩、吳心華、賴彥伶、顏正婷*、王秀貞
中華民國醫師公會全國聯合會	謝沁妤*
中華民國物理治療師公會全國聯合會	歐育志*
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	賴信亨
中華民國藥師公會全國聯合會	陳暘
中華民國醫事放射師公會全國聯合會	(請假)
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
臺灣醫療暨生技器材工業同業公會	(請假)
中華民國心臟學會	洪惠風
中華民國血脂及動脈硬化學會	王朝永*
臺灣介入性心臟血管醫學會	黃柏勳*
中華民國糖尿病學會	李亭儀*
中華民國糖尿病衛教學會	王景淵、歐弘毅*、李淳權*
社團法人台灣腦中風學會	湯頌君*、鍾芷萍*
台灣內科醫學會	(請假)
台灣腎臟醫學會	(請假)
台灣家庭醫學醫學會	張嘉興*
台灣急診醫學會	王斯弘*、陳健驊*
感染症醫學會/奇美醫院湯宏仁副院長(專家)	湯宏仁*
余尚儒醫師(專家)(都蘭診所)	余尚儒*、楊斐卿*
台灣急診管理學會	林宏榮*(同本會議代表)
台灣麻醉醫學會	陳坤堡*

台灣外傷醫學會	王惠琳*
台灣乳房醫學會	陳芳銘
乳癌專家小組召集人黃俊升(專家)	黃俊升
醫院評鑑暨醫療品質策進會	許競允*
衛生福利部國民健康署	趙美雲*
衛生福利部社會保險司	陳淑華*
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、劉于鳳
本署署長室	姚雨靜
本署主任秘書室	張禹斌
本署醫審及藥材組	賴秋伶、張淑宜
本署醫務管理組	劉林義、林右鈞、賴彥壯、陳依婕、呂姿曄、洪于淇、林家輝、黃怡娟、黃瓊萱、林沁玫、楊瑜真、許洋騰、蕭之宣、張祐禎、李珮芳、楊閬璘、張容慈、陳書涵、邱宜婷
本署臺北業務組	李純馥*、韓佩軒*、潘尹婷*、張志銘*、許佩真*、高軒偉*、潘思潔*、游博雁*
本署北區業務組	張温温*、許菁菁*、蔡秀幸*、楊秀文*、李健誠*、廖佩琦*、黃素華*、陳怡潔*、吳秋芬*、胡嘉儒*、蕭郁潔*
本署中區業務組	丁增輝*、陳雪姝*、謝秋萍*、李秀霞*、張傳慧*、戴婷豫*、何容甄*、黃意婷*、洪瑜禪*、林千婷*、陳品伶*、林琬倩*、鄭瑛琳*

本署南區業務組	林純美*、何尹琳*、黃紫雲*、郭俊麟*、吳佩寧*、許寶茹*、張智傑*、曾荃璞*
本署高屏業務組	許碧升*、郭怡妗*、邱姵穎*、張慧娟*、張曉玲*、陳民英*、蘇家驊*
本署東區業務組	黃兆杰*、王素惠*、陳珮毓*、江曉倩*、林祉萱*

壹、主席致詞：略。

貳、上次會議紀錄確認，請參閱（不宣讀）確認（略）。

決定：

一、修正本會議114年第1次(114年3月12日)會議紀錄(附件1)，重點如下：

(一)有關報告事項第九案「114年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式」，更正附件1、114年醫院醫療給付費用醫院總額分配及點值結算方式，說明如下，並於該次會議紀錄增列附件3：

1. 有關八、專款專用結算說明，矯正機關收容對象之門診特定治療項目代號(一)~(四)，配合費用年月自114年1月起新增「JV(矯正機關內通訊診療)」。

2. 有關八、專款專用結算說明(十)全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫，3(1)④急診檢傷分類第1及第2級醫令代碼，配合費用年月114年5月起新增醫令代碼00248B〔急診(按檢傷分類)檢傷分類第一級－護理費〕、00249B〔急診(按檢傷分類)檢傷分類第二級－護理費〕。

3. 有關附件1之附表、114年醫院總額醫療給付費用一般服務之固定點值項目擷取順序及條件:擷取順序七、地區醫院急診診察費之條件，因地區醫院急診診察費項目新增

00247C~00253C(門診醫令類別2)，「條件」欄位，門診醫令類別由「2」修正為「2、0」。

(二)臨時提案第三案「各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式之規劃，提案應考量地區醫院規模特性予以合理成長」，決定/決議增列第三點：

為落實分級醫療政策及避免地區醫院持續萎縮，「各分區個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫之共管方式」，請依下列原則辦理：

1. 為因應高齡化照護需求，不應讓地區醫院持續萎縮，對於萎縮型的地區醫院應予適當保障。
2. 為維護重症照護，重大傷病納入剛性需求並將調整急重症支付標準，大型醫院應確實調整服務配比，若大型醫院門診仍未下降則其支付標準調升就應由該院自行吸收。
3. 地區醫院的萎縮額度，應優先分配予成長型之地區醫院，惟最高不高於平均點值0.95。

二、修正本會議114年第2次(114年5月28日)會議紀錄(附件2)，重點如下：

報告事項第三案「醫院總額113年第4季點值結算報告」，有關結算說明表二、專款專用費用總額(九)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案專款，補充說明本方案未支用金額＝0之計算過程為「全年預算115,000,000元－暫結金額110,124,841元－支應西醫基層總額同項專款不足款4,875,159元)」。

三、餘洽悉。

參、報告事項

第一案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。

決定：下列3項繼續列管，其餘解除列管。

一、 序號1：增修急診、急救責任醫院及護理相關支付標準案。

二、 序號9：修訂準醫學中心之基本診療費用申報規範案。

三、 序號11：慢性病人得一次領取慢性病連續處方箋總用藥量之適用條件。

肆、討論事項

第一案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險乳癌醫療給付改善(P4P)方案」案。

決議：

一、 原則上照案通過，惟本方案獎勵費用之分配規定，修正為「優先分配於第一線執行人員，並每年提報獎勵費用之運用情形予保險人分區業務組」。

二、 請乳癌專家小組研修本方案品質指標項目及定義後，併本方案提至114年9月份醫療服務共擬會議報告。

第二案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案」。

決議：本案通過，新增使用輸液器 1 日型支付 1,867 點，並建議追溯至 114 年 8 月 1 日生效。

第三案　　提案單位：台灣外傷醫學會

案由：增修重大外傷緊急手術及麻醉費加成案。

決議：本案通過，重點如下：

一、 從進入急診2小時內執行特定手術、處置及麻醉得再加成100%；從進入急診2-4小時內執行則加成60%。

二、 本項額外加成費用優先分配於第一線執行人員。

三、 敘明本項加成得與各項加成(如兒童加成)累加計算。

四、 另第二部第二章第六節治療處置通則加註「急診病人因緊急傷病必須立即處置時，得按本節所定點數加計百分之二十」案，原則同意增列，惟需評估財務衝擊。

第四案　　提案單位：社團法人台灣急診醫學會

案由：修訂「急診品質提升方案」。

決議：本案通過，重點如下：

一、P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院獎勵」由30,000點調升至35,000點，向下轉診獎勵支付點數由2,000點調升為3,500點。

二、刪除向上或平轉診獎勵；惟保留重症病人直接轉入加護病房之獎勵，另下轉修訂為「限住院病人申報」。

三、案內方案獎勵金優先分配於第一線執行人員，並每年提報獎勵費用之運用情形予保險人分區業務組。

第五案　　提案單位：中華民國藥師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」。

決議：本案通過，重點如下：

一、臨床藥事照護方案及抗凝血藥品藥師門診方案等2項子方案，年度預算分配一節，考量方案係以當年度預算執行，無須註明預算年度。

二、臨床藥事照護方案之地區醫院預算分配，依本署建議改為不分項，以利未來預算相互流用之彈性。

第六案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：新增「全民健康保險高血脂醫療給付改善方案」案。

決議：暫保留，考量辦理訓練課程之單位、給付項目及支付標準、品質獎勵點數與定義，需再凝聚共識，爰另召開會議討論。

第七案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：點滴注射及空針特材包裹於住院病房費支付調整案。

決議：暫保留，與會代表就各病床別調整點數仍有疑義，且部分特材使用數量差異大，取特定百分位數或平均值難反映現實醫療使用情形，將通盤考量再另行討論。

第八案　　提案單位：台灣醫院協會

案由：個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫建議案。

決議：考量台灣醫院協會就本案建議，係以建言單位提出，無法聚焦議題，請該會於會後以議題方式(115 年一般服務成長率基期之設定及剛性需求)提供彙整意見後，於下次會議討論。

伍、散會：下午5時14分。

附件 1

全民健康保險醫療給付費用醫院總額
114 年第 1 次研商議事會議紀錄（節錄）(修正版)

時間：114 年 3 月 12 日(三)下午 2 時

地點：本署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：石署長崇良　　紀錄：張毓芬

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：略。

參、報告事項：略。

第九案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：114 年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式。

說明：

一、114年醫院附設門診部回歸醫院之預算(5.69億元×(1＋6.237%)=6.04億元)，依所回歸之分區予以分配，爰先按季均分自一般服務預算予以扣除，其中2.17億元(2.07億元×(1＋6.237%))依107年(回歸年)門診部回歸之分區年度占率，按季分配予臺北、高屏及東區分區；其餘3.74億元預算則按季分配予南區分區。

二、114年「離島地區之住診申報第二部及第三部加計30%」預算(1.4977億元)，先按季均分自一般服務預算予以扣除，並按季分配予臺北(5,879萬元/4)及高屏(9,098萬元/4)分區。

三、114年醫院醫療給付費用總額分配及點值結算方式(附件1)，未來將依各項目或計畫之修訂，配合修訂，並據以辦理114年度總額結算事宜。

附帶事項：依據本會議 114 年 8 月 6 日 114 年第 1 次臨時會議決定，本案附件 1 修正部分，以增列附件 3 敘明。

決定：洽悉。

第十一案(併臨時提案第一至三案討論)

報告單位：本署醫務管理組

案由：各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式。

臨時提案

提案人：羅委員永達、張委員克士、陳委員志強、謝委員景祥、朱委員文洋、郭委員錫卿、吳委員淑芬

附議人：朱委員益宏

臨時提案第一案

案由：各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式，提案急重難症支付標準調整應排除於特定排除列計項目（即保障項目）。

臨時提案第二案

案由：各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式規劃，提案配合分級醫療政策之下轉案件應列為地區醫院之剛性需求，納入特定排除列計項目（即保障項目）。

臨時提案第三案

案由：各分區個別醫院前瞻式預算分區共管方式之規劃，提案應考量地區醫院規模特性予以合理成長。

決定/決議：

一、依據全民健康保險法第61條第4項規定，於本會議報告通過各分區個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫(附件2)。

二、會議中討論相關個案之執行細節，於各分區共管會議討論取得共識，據以實施。

三、為落實分級醫療政策及避免地區醫院持續萎縮，「各分區個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫之共管方式」，請依下列原則辦理：

(一)為因應高齡化照護需求，不應讓地區醫院持續萎縮，對於萎縮型的地區醫院應予適當保障。

(二)為維護重症照護，重大傷病納入剛性需求並將調整急重症

支付標準，大型醫院應確實調整服務配比，若大型醫院門診仍未下降則其支付標準調升就應由該院自行吸收。

(三)地區醫院的萎縮額度，應優先分配予成長型之地區醫院，惟最高不高於平均點值 0.95。

附件 3

114 年醫院醫療給付費用醫院總額分配及點值結算方式(節錄)(修正版)

八、專款專用結算說明

自結算年 113 年第 3 季起，矯正機關收容對象之醫療服務，列入各專款計算。

*矯正機關收容對象係指門診特定治療項目代號(一)~(四)「JA(監內門診)」或「JB(戒護就醫)」或「JV(矯正機關內通訊診療」)、住診醫療服務計畫「K(收容對象住院)」案件。

(十) 全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

全年預算為 2,000 百萬元。

1. 全年預算2,000百萬元。

※113年起新增偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施。

(1)第 1 階段補助:符合本計畫第肆點第一款第(一)至第(五)目且經審查通過之醫院或院區，以本項預算 11 億元支應。

(2)第 2 階段補助：偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施，以本項預算 9 億元支應；若前開第一階段補助有剩餘款可支應第二階段補助。若預算不足時，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(第 1 階段結餘剩餘款+第 2 階段 9 億元)/Σ 各醫院補助金額)。

★第1階段補助：

2. 依據本計畫陸、一，符合本計畫第肆點第(一)至第(三)目且經審查通過之醫院：

(1)該等醫院，其醫院總額一般服務部門(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，每科全年最高以 100 萬元為補助上限。

(4)相關給付規定：

①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。

②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。

③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 醫療資源不足地區醫療服務提升-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」。

⑤科別數：前開畫面「計畫備註（hosp_plan_memo)」欄位（維護「4」表 4 科)。同時有本院及院區參加本計畫維護方式附件。

⑥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. 依據本計畫陸、二，符合本計畫第肆點第一款第(四)目（當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院）且經審查通過之醫院(103 年新增)：

(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，浮動點值每點支付金額最高補至 1 元,每家醫院全年補助最高以 1,500 萬元為上限,最低保障 500 萬元。

(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」≦「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。

①急診檢傷分類第 1 及第 2 級醫令代碼：00201B、00202B、00248B、00249B(註:費用年月 114 年 5 月起新增醫令代碼 00248B、00249B)。

甲、住診清單醫令明細檔申報前開醫令代碼之住診案件。

乙、門診清單醫令明細檔申報前開醫令代碼之案件，同一身分證號其住診清單明細檔之「入院日期」(IN_DATE)等於門診清單明細檔之「就醫日期」(FUNC_DATE)之住診案件。

②當次住院之前十天：住診清單醫令明細檔之「執行迄日」(EXE_E_DATE)小於等於〔入院日期（IN_DATE）+10 日〕之所有醫令點數。

※浮動之醫令點數係指扣除血品費（醫令代碼 93001C 至 93023C）後，支付標準主檔(MHCT_PAYMENT)之診療項費用類別(CURE_FEE_TYPE)欄位值為「01-診察費」、「02-病房費」、「03-管灌膳食費」、「04-檢查費」、「05-放射線診療費」、「06-治療處置費」、「08-復健治療費」、「09-血液血漿費」、「10-血液透析費」、「15-精神科治療費」、「16-注射技術費」者，醫令類別「4」之醫令點數不計。「12-特殊材料費」者醫令類別「4、D、E、F」不計。

※前開醫令項目如診療項費用類別(CURE_FEE_TYPE)欄位值為空白(案件分類為「2」論病例計酬案件或給付類別為「9」呼吸照護者)時，以該案件醫令類別 4 之診療項費用類別(CURE_FEE_TYPE)計算。惟同一案件醫令類別 4 之醫令點數加總不得大於診療項費用類別(CURE_FEE_TYPE)欄位值為空白之醫令點數(如診療項費用類別(CURE_FEE_TYPE)欄位值為空白之醫令點數為 1,000 點，醫令類別 4 之非浮動醫令類數 500 點，血品費醫令點數 300 點，浮動醫令點數 600 點，則納入計算之浮動醫令點數＝1,000 點－500 點－300 點＝200 點)。

(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)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：若醫院有 2 個月納入保障，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. 符合本計畫第肆點第一款第(五)目且經審查通過之院區，準用第陸點前規定辦理。

5. 依計畫規定，院所如同時符合本項計畫及「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」名單（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)，兩者應擇一保障，不得重複。經分區審核通過參加本計畫，又符合 A9 偏遠地區醫院認定原則醫院名單，結算端擇優先適用本計畫。

※核定醫療費用分攤明細檔(PHFB_DECIDE_DIST)「偏遠地區註記」

(REMOTE_MARK)為 Y 且「點值保障註記」(DOT_AMT_MARK)為 Y 者。

6. 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)×實施月數，最低「4」科(900 萬元/12)×實施月數;「3」科(800 萬元/12)×實施月數;「2」科(700 萬元/12)×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)×實施月數;「3」科(300 萬元/12)×實施月數;「2」科(200 萬元/12)×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，全年最高(1,500 萬元/12)×實施月數。

7. 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【如舊醫事機構代碼為空值，則改串「承接醫事機構代碼」(HEIR_HOSP_ID)欄位】，將新舊代號併計。並以新代號結算。

8. 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)。

★第 2 階段補助：偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施

1. 適用範圍(由保險人認定)：

(1)離島醫院。

(2)參與本計畫或屬當年度「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之地區醫院(不含精神科醫院)，且同時符合下列任一條件者：

A. 主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」。

B. 主管機關公告之當年度「急救責任醫院」。

C. 該鄉鎮（區）僅有一家醫院。

※HMA 維護:

A、試辦計畫代碼「H6」偏遠地區燈塔型地區醫院，並請於「計畫備註(HOSP_PLAN_MEMO)」欄位維護該醫院隸屬之計畫或名單：

(A)屬醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則，維護「A9」。

(B)屬全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫，依醫院參加類別維護「E2」(醫療資源不足地區醫院服務提升-有急診)、「EE」(醫療資源不足地區醫療服務提升-無急診)、「EM」(醫療資源不足地區醫療服務提升-檢傷 12 住院)等。

B、另該院如有中斷保障、因違規或代號異動，請同旨揭計畫(第 1 階段)之維護方式辦。

2. 補助條件：同一醫院納入 113 年結算之費用年月 113 年 1-12 月一般服務

收入，低於基期收入者，得予以補助：高於基期收入者，至依本計畫第陸點屬該醫院適用之保障金額上限。

(1)基期收入，係指納入 108-113 年結算之該院費用年月 113 年 1-12 月一般服務收入加計 109 年至 113 年醫院醫療給付費用總額一般服務成長率後之額度，即：112 年之基期收入=108 年一般服務收入×(1+5.471%)×(1+5.047%)×(1+3.049%)×(1+3.092%)×(1+5.388%)。

(2)一般服務收入，係指納入結算之送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付之一般服務收入。

(3)113 年費用未及納入 113 年結算者，自結算年 114 年起，其補報、申復、爭議審議案件之點數不列入計算，收入以 0 元計。

3.補助金額之計算：

(1)符合前項補助條件者，依下列方式計算：

A.未及基期收入 9 成者，以每點 1 元計算補助額度，惟補助後之收入不得高於基期收入。

B.9 成(含)以上至未及基期收入者，補助至基期收入。

C.高於基期收入者，至依本計畫第陸點屬該醫院適用之保障金額上限。

(2)補助金額：前開計算結果扣除 113 年已領取本計畫之保障、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」點值補助差額及與點值相關之補助。

附表、114 年醫院總額醫療給付費用一般服務之固定點值項目擷取順序及條件（節錄）

擷取順序	項目	投保分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季該分區平均點值
七	地區醫院急診診察費	區分	門診與住院醫令清單段之「醫令代碼」為 01015C、00201B、0202B、00203B、00204B、00225B、01021C(門診醫令類別 0;住診醫令類別 2、Z、X)、00247C、00248B、00249B、00250B、00251B、00252B、00253C(門診醫令類別 0、2;住診醫令類別 2、Z、X)。 註： 1. 費用年月 106 年 10 月起新增「醫令代碼」為 01015C、00201B、00202B、00203B、00204B、00225B、01021C(門診醫令類別 0;住診醫令類別 2、Z、X)。 2. 費用年月 114 年 5 月起新增「醫令代碼」為 00247C、00248B、00249B、00250B、00251B、00252B、00253C(門診醫令類別 0、2;住診醫令類別 2、Z、X)。	醫令點數	

附件 2

全民健康保險醫療給付費用醫院總額

114 年第 2 次研商議事會議紀錄（節錄）(修正版)

時間：114 年 5 月 28 日(三)下午 2 時

地點：本署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：石署長崇良　　紀錄：張毓芬

壹、主席致詞：略。

貳、上次會議紀錄確認，請參閱（不宣讀）確認（略）。

參、報告事項：略。

第三案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額 113 年第 4 季點值結算報告。

說明：

一、依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。

二、113年第4季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值如下表：

區/項目	浮動點值	平均點值
臺北	0.88311247	0.94121858
北區	0.92476870	0.95973074
中區	0.91505178	0.95588414
南區	0.99109641	0.98910881
高屏	0.98863766	0.98997986
東區	1.04356676	1.01115505
全區	0.92871691	0.96210641

三、結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

四、癌症治療品質改善計畫自114年起改由公務預算支應，113年第4季結算，刻正由衛生福利部國民健康署及口腔健康司審核

資料，另地區醫院全人全社區照護計畫因結算作業尚未完成，爰前2項專款項目之結算傳票日期延至114年6月30日，本署將俟結算完成後，修正並公布結算報表。

決定：洽悉。

附帶事項：

結算說明表二、專款專用費用總額(九)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案專款，依據113年度醫院醫療給付費用總額及其分配決定事項，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，補充說明本方案未支用金額由「4,875,159元」(全年預算115,000,000元~~減~~ － 暫結金額110,124,841元)，修正為「0元」(附件2~~，頁次78~~)(「全年預算115,000,000元－暫結金額110,124,841元－支應西醫基層總額同項專款不足款4,875,159元）」)(附件6)。

附件 6

==========

二、專款專用費用總額**(節錄)**

(九)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案　全年預算＝ 115 百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)**(修正版)**

第 1 季:

預算＝　115,000,000/4＝　28,750,000

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數J1：　已支用點數　7,238,954(J1)

(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數J2：　已支用點數　7,809,023(J2)

(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)J3：　已支用點數　10,813,400(J3)

(4)合計：　已支用點數　25,861,377(J9)

暫結金額＝ 1 元/點×已支用點數＝　25,861,377　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝　2,888,623

第 2 季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝　115,000,000/4＋　2,888,623＝　31,638,623

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數K1：　已支用點數　7,373,500(K1)

(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數K2：　已支用點數　8,151,522(K2)

(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)K3：　已支用點數　11,850,300(K3)

(4)合計：　已支用點數　27,375,322(K9)

暫結金額＝ 1 元/點×已支用點數＝　27,375,322　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝　4,263,301

第 3 季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝　115,000,000/4＋　4,263,301＝　33,013,301

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數L1：　已支用點數　7,532,166(L1)

(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數L2：　已支用點數　8,482,018(L2)

(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)L3：　已支用點數　12,093,300(L3)

(4)合計：　已支用點數　28,107,484(L9)

暫結金額＝ 1 元/點×已支用點數＝　28,107,484　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝　4,905,817

第 4 季:

預算＝當季預算＋ 前一季未支用金額＝ 115,000,000/4＋ 4,905,817＝ 33,655,817

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數M1：　已支用點數　8,142,344(M1)

(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數M2：　已支用點數　8,418,414(M2)

(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)M3：　已支用點數　12,219,900(M3)

(4)合計：　已支用點數　28,780,658(M9)

暫結金額＝ 1 元/點×已支用點數＝ 28,780,658　未支用金額＝ 本季預算 － 暫結金額＝ 4,875,159

合計:

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數N1：　已支用點數　30,286,964(N1)

(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數N2：　已支用點數　32,860,977(N2)

(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)N3：　已支用點數　46,976,900(N3)

(4)合計：　已支用點數　110,124,841(N9)

暫結金額 ＝ 1 元/點×已支用點數＝ 110,124,841

支應西醫基層總額同項專款移撥不足款= 4,875,159

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額 －支應西醫基層總額同項專款移撥不足款

＝ 115,000,000 － 110,124,841 － 4,875,159 ＝ 0

註：依據「113 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，本方案依部門別預算按季均分，醫院部門先扣除診察費加成、藥費及藥事服務費，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘，可流用至下季。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。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。