

衛生福利部中央健康保險署北區業務組
115年「醫院前瞻式預算分區共管方式」

壹、目的

- 一、強化醫院財務明確可控性、降低事後攤扣連動之不穩定性。
- 二、加強醫院自主費用管控，保障醫院合理費用成長，落實總額風險分攤比例原則，兼顧醫療服務品質提升目標。

貳、依據

- 一、保險人為審查保險醫事服務機構提供全民健康保險醫療服務項目，依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」規定辦理審查，另依本辦法第 22 條，保險人得就保險醫事服務機構申報醫療費用案件進行分析，依分析結果，得免除抽樣審查、減少隨機抽樣審查件數、增加立意抽樣、加重審查或全審。
- 二、基於「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第 2 條，保險人依本辦法管理保險醫事服務機構時，應本於公平、對等、尊重及互信原則為之，暨經衛生福利部中央健康保險署北區業務組 114 年第 4 次『醫院總額共同管理委員會』~~臨時~~會議決議辦理。

參、實施期間及申請程序

- 一、實施期間：115 年 1 月（費用月）至 115 年 12 月（費用月）止。
- 二、轄區內特約醫院自設立後(以有完整季申報資料起算)第 5 季起，皆應參與本方案並簽立附約。
 - (一) 一般醫院：設立時間 3 年以上(第 13 季起)醫院。
 - (二) 新設醫院：設立時間 3 年以內醫院。

肆、方案內一般服務點數

- 一、涵蓋範圍：
 - (一) 醫院醫療給付費用總額門住診之一般服務(不含洗腎總額範圍費用)。
 - (二) 當季門、住診送核、補報、追扣、補付及其他未明列於排除範圍事項。
- 二、排除範圍：專款專用、其他總額部門及代辦業務之費用（操作型定義詳附表 1、附表 2，依健保會協定公告之年度總額預算分配架構辦理）。
- 三、基期計算：
 - (一) 當期為 115 年各結算季之當季費用年月一般服務點數。
 - (二) 一般醫院基期為「114 年同結算季之校正後一般服務收入(元)」、新設醫院第 5~12 季基期為「最近一季結算校正後一般服務收入(元)」第 13~15

季以最近一季結算(第 11 季)為基期。第 16 季起回歸一般醫院採去年同期。

當期	一般醫院基期	新設醫院基期
115Q1	114Q1 結算並校正生物相似藥藥費差額、校正點值差額 ^{註1} 、無其他預算挹注 ^{註2} 後之一般服務收入	最近一季算並校正生物相似藥藥費差額、校正點值差額 ^{註1} 、無其他預算挹注 ^{註2} 後之一般服務收入
115Q2	114Q2 結算並校正生物相似藥藥費差額、校正點值差額 ^{註1} 、無其他預算挹注 ^{註2} 後之一般服務收入	最近一季結算並校正生物相似藥藥費差額、校正點值差額 ^{註1} 、無其他預算挹注 ^{註2} 後之一般服務收入
115Q3	114Q3 結算並校正生物相似藥藥費差額、校正點值差額 ^{註1} 、無其他預算挹注 ^{註2} 後之一般服務收入	最近一季結算並校正生物相似藥藥費差額、校正點值差額 ^{註1} 、無其他預算挹注 ^{註2} 後之一般服務收入
115Q4	114Q4 結算並校正生物相似藥藥費差額、校正點值差額 ^{註1} 、無其他預算挹注 ^{註2} 後之一般服務收入	最近一季結算並校正生物相似藥藥費差額、校正點值差額 ^{註1} 、無其他預算挹注 ^{註2} 後之一般服務收入

備註 1：校正點值差額：各院結算平均點值低於轄區平均點值，予補點值差額校正基期，補點值差額=(轄區結算平均點值－醫院自身結算平均點值)×結算核定點數。

備註 2：其他預算校正：以各院其他預算挹注前後之核定點數計算調整率(預算挹注前核定點數/預算挹注後核定點數)，校正各院基期收入，再依各院校正後基期收入占率分配全區基期。

伍、預算校正投保人口預估成長率差值後之預算保留項目：

- 一、額度校正：釋出處方依當期點數保留，自墊核退、申復爭審以及過季費用追扣補付等項目，依基期點數保留。
- 二、新設醫院：依新設醫院開床進度或門診科別醫師產值估算保留。
- 三、新診療項目：依衛生福利部公告預算額度保留，依當季較基期新增診療項目分配，分配不足比例限縮，如有剩餘則至超額分階折付分配。

陸、核付方式

- 一、基期收入內點數(0 階)以 1 點 1 元計算。惟有不適當轉診或減損重症病人權益之醫院，不予保障基期收入，改以當期預估平均點值計算且不高於 0.95。
- 二、住診量能下降醫院基期校正方式：
 - (一)啟動條件：連續 2 季達當季住院人日下降 15%且住院人數成長率<北區同儕平均成長率」醫院，於第 2 季啟動當季基期下修；啟動條件之住院人日、人數納入所有案件分類計算。
 - (二)下修基期額度=(當期住診人數成長率－當期前 4 季平均人數成長率)

× 自身基期住院人數 × 自身基期住診平均單價。

(三) 排除醫院：開放床數≤20 床者、婦幼、兒童及精神專科醫院。

三、 特定排除列計項目：含剛性保障項目、品質提升指標及新診療項目及政策鼓勵項目，計算各院當季一般服務超額分階折付點數前，先予排除列計予以保障給付，本階段總給付不得超過各院『當期一般服務點數-基期收入(0 階)』之差值。

(一) 剛性保障項目：

1、生產案件：當期生產人數>基期生產人數之醫院。

(1) 給付費用=基期各院生產案件每人實收金額×(當期生產人數-基期生產人數)

(2) 基期生產案件每人實收金額=
$$\frac{\text{基期住診實際收入} \times \frac{\text{生產案件點數}}{\text{住診整體案件一般服務點數}}}{\text{基期生產人數}}$$

(3) 生產住院案件定義：醫事類別 22(住院)、案件分類排除 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、C5、DZ、7、給付類別 6、7、部分負擔代碼：002。

2、精神科住院案件：當期精神科住院人日>基期精神科住院人日之醫院。

(1) 給付費用=基期各院精神科住院每人日實收金額×(當期精神科住院人日-基期精神科住院人日)。

(2) 基期精神科住院每人日實收金額=
$$\frac{\text{基期住診實際收入} \times \frac{\text{精神科住診案件點數}}{\text{住診整體案件一般服務點數}}}{\text{基期精神科住院人日}}$$

(3) 精神科住院案件定義：醫事類別 22(住院)、案件分類排除 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、C5、DZ、7、就醫科別：13

3、6 歲以下兒童照護案件：當期費用>基期費用之醫院，給付費用=當期一般服務點數超出基期之差額×基期北區醫院總額平均點值。

4、急診、重症、癌症及罕病照護案件(操作型定義詳附件 1)：

(1) 相關案件當期費用>基期費用之醫院。

(2) 以當季可運用額度 0.8%保留，如有剩餘則至超額分階折付分配，分配不足則等比例限縮，以超額分階折付階 1 點值或 0.75(取高者)給付。
給付費用=各項目當期一般服務點數超出基期之差額×基期北區醫院總額平均點值。

(二) 品質提升指標：

1、上限為當季可運用額度 0.8%，其中包含風險調整移撥款挹注，用於推動

本署重要政策項目。分配不足等比例限縮，如有剩餘則至超額分階折付分配。

2、計算範圍：採當季費用申報資料計算品質指標項目、操作型定義請詳附件 2。

3、品質提升獎勵點數：品質提升獎勵比率×基期一般服務收入+品質提升獎勵加計點數。

(三) 新診療項目：依該年度總額協商新增醫療服務項目計算當季新增加之診療項目點數，114 年起新增診療項目以連續反映 4 季處理，分配不足依比例限縮，若仍有剩餘則至超額分階折付分配。

(四) 政策鼓勵項目：保障當季申報之醫令成長點數，與新診療項目重複時，優先以新診療項目保障支應。

政策鼓勵項目	定義
門診靜脈抗生素治療獎勵方案 (OPAT)	任一特定治療項目代號為「DA：門診靜脈抗生素治療(OPAT)」且醫令類別 2 且醫令代碼 39027C-39030C 醫令點數
預立醫療照護諮商 (ACP)	申報醫令類別 0, 2, X, Z 且醫令代碼 02028C、02028B、02029B 醫令成長點數

四、 超額分階折付

(一) 超額點數=當期一般服務點數-基期收入(0 階)-特定排除列計項目，小於 0 者以 0 計。

(二) 超額成長率=超額點數÷基期收入。

(三) 合理成長率計算方式：指標項目之操作型定義詳附件 3。

1、門診指標成長率=門診人數成長率×75%+醫師人數成長率×20%+看診醫師人數成長率×5%。

2、住院指標成長率=住院人數成長率×70%+護理人數成長率×20%+CMI 成長率 10%(排除 Tw-DRGs 小於 20 件醫院)。

3、各項成長率指標值，倘北區值為負成長，則皆改採各院值-北區值做為該項指標採計之成長率。各指標值最高採計至 10%、最低採計至-5%

4、門住合計成長率=門診指標成長率×(1-基期住診占率)+住院指標成長率×基期住診占率。

5、指標加權成長率=門住合計成長率+當年度公告醫療服務成本及人口因素成長率(3.655%)。

6、階 1 上限及階 2、3 級距依醫院整體費用成長率之連動規則：

(1) [0 階+超額]較基期一般收入成長率(Y)：為排除交付費用、自墊核退、之前季別核付金額及特定排除列計項目費用後，相較基期一般收入之成長率。

(2) 各院合理成長率(A)：為該院指標加權成長率與階 1 上限值(Y)取小值，若 <0 則以 0 計；符合擴增病床醫院者(資格詳附件 4)，合理成長率加成 10%；符合「執登醫師數成長率+護理人數成長率」 $\geq 5\%$ ，依下方「指標加權成長率減合理成長率之差額」級距，依序疊加個別醫院合理成長率。

V (執登醫師數成長率+護理人數成長率) $\geq 5\%$	
W (指標加權成長率減合理成長率之差額)	階 1 級距增加值
$5.0\% \leq w \leq 6.0\%$	0.6%
$6.0\% < w \leq 7.0\%$	0.8%
$7.0\% < w \leq 8.0\%$	1.0%
$8.0\% < w \leq 9.0\%$	1.2%
$9.0\% < w \leq 10\%$	1.4%
$w > 10.0\%$	1.6%

(3) 階 2、階 3 的級距為 2.0%。

調整項目	[0 階+超額]較基期一般收入成長率(Y)	
	$Y \leq 2.5\%$	$Y > 2.5\%$
階 1 上限	2.5%	Y
階 2、3 級距	2.0%	2.0%

7、醫院超額成長率落在 $0\% \sim A$ 、 $A \sim A+2\%$ 、 $A+2\% \sim A+4\%$ 、 $>A+4\%$ 區間之階 1、階 2、階 3、階 4 點數，分別以 0.75 元/點、0.5 元/點、0.25 元/點、0 元/點給付。

五、超額分階折付調整及最終核定：

(一) 超額分階折付額度(B)=當季可使用額度-基期收入(0 階)-特定排除列計項目點數。

(二) 超額分階折付總金額(C)= Σ 醫院階 1、階 2、階 3、階 4 點數依點值 0.75、0.5、0.25、0 給付之總金額。

(三) $B > C$ ：意即預估預算剩餘

1、上調各階給付點值：若階 1、階 2、階 3 給付點值上調至 0.9、0.65、0.4

仍有剩餘預算，將續依階 1、階 2、階 3 的順序增加點值 0.05，直到預算用完，惟階 1、階 2、階 3 點值最多上調至 1，階 4 點值仍維持 0。

由左至右依序上調	階 1	階 2	階 3	階 1	階 2	階 3	階 1	階 2	階 3
點值上限	0.8	0.55	0.3	0.85	0.6	0.35	0.9	0.65	0.4

2、如上調至階 1 - 0.85、階 2 - 0.52 已將差距額度用完，則各階給付點值為 0.8、0.52、0.25、0。

(四) $B < C$: 意即預估預算不足：

1、下修各階給付點值：階 1、階 2、階 3、階 4 給付點值最多下修至 0.70、0.40、0.15、0，經調整後差距仍無法彌平將不再下修，超額支付點數將於點值反映。

由左至右依序下修	階 3	階 2	階 1	階 3	階 2
點值下限	0.2	0.45	0.7	0.15	0.4

(五) 為維持本方案財務保障措施及穩定轄區點值，若預估點值低於 0.98 則同步限縮分階折付點數。

(六) 最終核定點數：基期一般服務收入+特定排除列計項目點數(含剛性保障、品質提升點數、新診療項目)+超額分階折付點數，且不超過當季初核定點數。

五、「醫院費用波動調控機制」：計算超額分階折付額度(B)時，先行保留當季所有未超額醫院之結餘額度作為調控預算來源，經核算各院核付點值後，優先補足點值未達 0.95 之小型醫院(基期季實收 $\leq$ 5,000 萬)，如仍有餘額，再針對點值未達 0.9 且費用成長率 $<$ 轄區成長率 2 倍之不分層級醫院補足至 0.9；分配不足等比例限縮、倘剩餘則回歸點值。

六、醫療服務費用管控

(一) 藥費管理（藥費定義詳附件 5）

1、季申報藥費計算範圍：不含總額外、「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」藥費、愛滋病藥費、癌症藥費、移植及抗排斥藥費、罕病及血友病藥費、矯正機關藥費、精神科長效針劑藥費、無適應症規定之事前審查藥品藥費、抗毒蛇血清注射劑及生物相似藥品及學名藥鼓勵試辦計畫之藥費，含釋出處方藥費(本區與跨區合計)。

2、為因應每年度藥價調整，藥價調整當季起基期(去年同期)季申報藥費校正藥價調整影響降幅：

(1) 基期季申報藥費校正=基期季申報藥費*(1-預估降幅*反應成數)。

(2) 反應成數：若該季該院藥費成長 > 全國平均藥費成長率反應 8 成；餘反應 6 成。

3、費用核減原則：

(1) 當季申報藥費成長率(X)及藥費占率成長百分點(Z)依下表成長級距核減藥費比率，並依門住診藥費占比，核減該部門點數(採一段式核減)。

核減比率		藥費成長率(X)				
		$X \leq 0\%$	$Y \geq X > 0\%$	$Y * 1.5 \geq X > Y$	$Y * 2 \geq X > Y * 1.5$	$X > Y * 2$
藥費占率成長百分點(Z)	$Z \leq 0$	-	-	1%	2%	3%
	$0 < Z \leq 0.5$	0.25%	0.5%	1.5%	2.5%	4%
	$0.5 < Z \leq 1$	0.5%	1%	2%	4%	6%
	$Z > 1$	1.5%	3%	5%	6%	8%

註 1：X：當期藥費成長率、Y：115 年醫院總額成長率 5.101%、Z：藥費占率成長百分點。

註 2：115 年基期：藥費成長率及藥費占率成長百分點以 114 年同期計算。

(2) 核減點數加成因素：各類虛擬代碼(排除 R006、R007)總件數占給藥件數占率大於全國同儕 P70/P80/P90 則加成核減 0.1%/0.2%/0.3%之比率。(註：虛擬代碼件數占率係指各院自身占率：分母為自身門診給藥件數；分子為自身各類虛擬代碼總申報件數；各類虛擬代碼總件數 10 件以下者不列入扣減)。

(3) 當季釋出處方一般藥費成長率大於 7%醫院，其超出 7%之釋出處方藥費點數予以核減 10%。

(4) 高價藥品(支付價大於 1 萬點)成長異常監測機制：如基期申報高價藥品人數大於 5 人且藥費點數負成長達 30%，或高價藥品藥費占率降幅大於 1 個百分點之醫院，請敘明理由送本組備查。

(二) 呼吸照護費用管理：以每季最近 3 個月呼吸照護申報點數較去年同期成長率、超長期(累計使用呼吸器 > 500 日)費用占率訂定抽審比率，呼吸照護費用正成長醫院得配合其近一季醫療品質指標執行結果減審。採立意抽樣審查超長期住院及 ICU 案件，依樣本月專審結果回推非樣本月核付；逐季檢視呼吸照護費用成長情形，滾動式檢討調整抽審比率或恢復目標點數管理。操作定義及抽審比率詳附件 6。

(三) 復健費用管理：依專科屬性(有/無復健專科)暨層級別(區域級以上醫院/地區(含地教)醫院)分群管理，分別計算型態別折付率、每人復健費用折付率(分為物理/職能 2 類)。定義及核減點數計算詳附件 7。

七、抽樣審查作業原則：為確保醫療專業品質，視醫院申報情形進行檔案分析，辦理異常案件標註樣本審查或專案立意抽審，審查結果未核定前併入核

定作業中核算，已核定者一律採追扣處理。

八、醫療費用審核行政配合事項

- (一) 為維護申報資料之正確及完整，醫院應按月依實際發生費用申報，不得自行減量申報。
- (二) 參與方案期間採減量抽審作業，未參與方案醫院(新設醫院 1-34 季)依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」規定辦理審查
- (三) 補報案件：
 - 1、當季補報案件申報應於每季季後次月底前完成申報，逾時補報之案件不予受理。
 - 2、每季第三個月之出院病患其抗酸菌培養(13012C)、抗酸菌培養-限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之液態培養系統(13026C)及其後續必要之去氧核糖核酸類定性擴增試驗(12182C)、抗酸菌鑑定檢查(13013C、13014B、13015C)之醫令補報案件、專款專用、總額外及部分負擔案件補報不受上述限制，惟應與總額內費用拆分補報並註明補報案件類別。
- (四) 來函申請更正案件倘屬影響核定相關醫療費用計算者(如總額內費用、專款專用、品質指標等項目)，或註銷醫療費用申報自行清查之異常案件者，應於每季季後次月底前完成，逾期將不重新計算，未核定前併入核定作業中核算、已核定者逕予追扣、補付。
- (五) 除全國專案另有規定外，屬醫院總額門住診之範圍費用(不含洗腎總額範圍費用)之追扣、補付，未核定前併入核定作業中核算、已核定者逕予追扣、補付。
- (六) 核定結果未超過基期上限(基期收入_0 階+特定排除列計項目點數)得進行各類核減案件之申復、爭審，如已核付至基期上限，則不論其申復或爭審結果，均不再補付費用，另屬藥費管理核減、復健管理項目核減可申復、不可爭審。
- (七) 核定結果屬超額分階折付醫院，倘對於專業審查有特殊疑義者，於核定通知到達之日起 60 日內，以綜整複審理由以公文形式申請複查，並以 1 次為限，逾期自願放棄論，不論其複查結果，均不再補付費用。
- (八) 申請集團醫院合併核定及額度流用原則：
 - 1. 115 年以前已完成申請並核定適用合併核定之集團醫院，得於 115 年延續適用，倘原核定內容有所變更，應另行來文辦理；自 115 年起新增集團醫院須為(1)合併評鑑通過或(2)於年度方案簽約時一併提出申請，經提

報第 1 次共管會議同意。

2. 流用額度以集團合計之基期收入(0 階)+特定項目點數 1%為限。

(九) 醫院若有規劃減少一般急性(含精神)病床 ≥ 50 床之開放床者應主動向本組函文報備及說明。

急、重症、癌照護操作型定義

一、急症照護操作型定義

部門	操作型定義
門診	案件類別為"02"且申報檢傷分類為一至三級(醫令代碼 00201B、00202B、00203B) 案件之醫療費用點數。
住診	急診轉住院案件申報急診診察費及護理費代碼 00201B、00202B、00248B、00249B 之點數計算。

二、重症照護操作型定義

重症項目	操作型定義
RCC	住診：案件分類"4"、給付類別"9"、且當次有申報醫令代碼 "P1005K、P1006K、P1007A、P1008A"。
ICU 案件	住診：當季入住 ICU 之新病患前 7 天 ICU 病房費、護理費、診察費點數。(病房費醫令為 03010E、03011F、03012G、03017A、03014A、03025B；護理費醫令為 03047E、03048F、03049G、03041A、03037A、03039B、03095A、03096B、03098A、03104E、03105F、03106G；診察費醫令為 02011K、02012A、02013B)
自發性急性腦血管疾病	住診：ICD-10-CM 主診斷為 I60.00-I63.9 或主診斷碼為 G45.0-G45.2、G45.4-G46.8、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.850、I67.858、I67.89、I67.9、I68.0、I68.8、P91.821-P91.829，且部分負擔代碼為"001"或"011"。
急性心肌梗塞	住診：主診斷 ICD-10-CM 為 I21-I22、I5A 或 R09.89 且執行 PrimaryPCI 醫令代碼為 18020B、18021B、18022B、33076B、33077B、33078B 案件之申請點數+部分負擔。
罕見疾病	1. 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。 2. 國健署重大傷病罕病通報紀錄檔註記審核通過，但未領有重大傷病卡(罕見疾病註記為 Y)之保險對象，任一主、次診斷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)且申報符合罕見疾病藥物品項之案件。 3. 申請點數+部分負擔，扣除藥費。
重大創傷	符合下列條件[醫事類別：22(住診)、案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C4、C5、DZ]且部分負擔代碼=001 案件之申請點數+部分負擔： 1. 符合下列主診斷碼且重大傷病卡類別為12(ISS≥16)者：

	(1) T07.XXXA (2) S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79(前述第7位碼皆須為"A") (3) S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92(前述第7位碼皆須為"A"或"B") (4) S52、S72、S82(前述第7位碼皆須為"A"或"B"或"C") 2. 體表面積>20%之重大燒傷，主診斷為：T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA
主動脈剝離	符合下列條件案件之申請點數+部分負擔： 1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ ICD10-CM 且主診斷為 I7100-I7103 且執行 stent 及置換醫令代碼為68043B、69023B、69024B、69027B、69035B、69036B、69037B者

三、癌症照護操作型定義

部門	操作型定義
門診	同時符合 1 及 2 之條件 1、ICD-10-CM 主、次診斷碼前三碼為 C00-C96(不含 94.4、94.6)、C4A、C7A、C7B、D03、D45、Z510、Z5111、Z5112、E3122、Z08、Z09。 2、申報醫令為 36001B~37048B、26078A 或癌症用藥（藥理分類代碼為 100000、100099 之癌症用藥）或 ATC 碼為 L01EB03，L01FG01，L01XG01，L01FE01，L01EA02，L01EB02，L01EG02，L01EB01，L01EA01，L01EH01，L01EA03，L01EX03，L01FA01，L01EX02，L01EX01，L01EG01，L01FD01，L01EX05，L01ED01，L01EC01，L01FE02，L01FX05，L01EK01，L01EJ01，L01EL01，L01ED02，L01ED03，L02BB03，V10XX03，L01XX41，L02AE04，L01BC53，L02AB02，L02BB01，L02BG03，L02BG06，L03AX03，L04AX02，L03AB04，L03AC01，L01BB05，L01BC02，L04AX01 之醫令點數。
住診	ICD-10-CM 主診斷碼前三碼為 C00-C96(不含 94.4、94.6)、D03、D45、Z510、Z5111、Z5112、E3122、Z08、Z09。

115 年品質提升獎勵指標項目

附件 2

【共 29 項(含加分指標 7 項)，合計獎勵比率 1.2%、減項比率 0.3%，總計 0.9%】

編號	指標項目	獎勵方式								
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值	獎勵/ 扣減 比率						
1	安寧照護服務人數成長及在宅善終率	操作型定義： X=當季照護人數，採安寧照護+院所+ID 歸戶(醫院含附設居護所)。 Y1=住院安寧照護人數，住診案件分類 6 Y2=安寧共照照護人數，住診醫令代碼 P4401-03B Y3=安寧居家照護人數，門診案件分類 A5 且申報醫令代碼 05312C-05316C、05323C-05327C、05336C-05341C Y4=機構安寧照護人數，門診案件分類 A5 且申報醫令代碼 05362C-05374C F=居家安寧照護對象在宅善終比率 分子：居家安寧收案對象於死亡前 14 日未住院治療人數 分母：當季居家安寧收案對象於照護期間死亡人數	獎勵點數：(Y1+Y2)*5,000+(Y3+Y4)*15,000 點 <table><tr><th>目標值</th><th>獎勵方式</th></tr><tr><td>X>全國同儕 P90 且 X>去年同期或 X>全國同儕 P90 且 F>北區目標值(81.6%)</td><td>加成 1.3</td></tr><tr><td>X>全國同儕 P80 且 X>去年同期或 X>全國同儕 P80 且 F>北區目標值(81.6%)</td><td>加成 1.2</td></tr></table>	目標值	獎勵方式	X>全國同儕 P90 且 X>去年同期或 X>全國同儕 P90 且 F>北區目標值(81.6%)	加成 1.3	X>全國同儕 P80 且 X>去年同期或 X>全國同儕 P80 且 F>北區目標值(81.6%)	加成 1.2	本區 0 階額度 0.1%為上限，如有剩餘點數挹注各院執行超出 0 階 0.1%醫院予分配完畢
目標值	獎勵方式									
X>全國同儕 P90 且 X>去年同期或 X>全國同儕 P90 且 F>北區目標值(81.6%)	加成 1.3									
X>全國同儕 P80 且 X>去年同期或 X>全國同儕 P80 且 F>北區目標值(81.6%)	加成 1.2									

編號	指標項目	獎勵方式											
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值	獎勵/ 扣減 比率									
2	醫院居家 照護人數 成長比率	操作型定義： X=居家照護人數，醫院當季申報特定治療項目 代號 EC 個案數(ID 歸戶計算) Y=醫院收案對象前、後每人每月平均門診就醫 次數差異值(DA:3135)。	獎勵點數：X*10,000 點		本區 0 階額度 0.1%為 上限， 如有剩 餘點數 挹注各 院執行 超出 0 階 0.1% 醫院予 分配完 畢								
			目標值	獎勵方式									
			X>全國同儕 P60 且 X>去年同期或 X>全國同儕 P60 且 Y>全國平均值	加成 1.3									
			X>全國同儕 P50 且 X>去年同期或 X>全國同儕 P50 且 Y>全國平均值*0.8	加成 1.2									
			X>去年同期*1.1	加成 1.1									
3	出院準備 轉銜率	操作型定義： (1)分子：分母於出院後 30 天內申報居家醫療照 護(案件分類 A1、A2、A5、A6、A7)、PAC(醫 令代碼 P5113B、P5118B、P5114B)、居家醫療 整合照護計畫(特定治療項目為 EC)、家醫(家庭 醫師整合性照護計畫收案對象至收案院所就 醫) (2)分母：申報出院準備(02025B)、PAC(P5113B、 P5116B、P5117B、P5118B、P5123B) X=當季(每季前 2 個月與前 1 季最後 1 個月)後 續接受醫療照護轉銜率。	<table><tr><th>項目</th><th>目標值</th><th>獎勵方式</th></tr><tr><td rowspan="2">出院準備後續 接受醫療照護 轉銜率</td><td>X>=全國同儕 P90</td><td>0.10%</td></tr><tr><td>X>=全國同儕 P80</td><td>0.05%</td></tr></table>		項目	目標值	獎勵方式	出院準備後續 接受醫療照護 轉銜率	X>=全國同儕 P90	0.10%	X>=全國同儕 P80	0.05%	0.1%
			項目	目標值	獎勵方式								
			出院準備後續 接受醫療照護 轉銜率	X>=全國同儕 P90	0.10%								
X>=全國同儕 P80	0.05%												

編號	指標項目	獎勵方式																																												
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值	獎勵/ 扣減 比率																																										
4	急性後期 照護計畫 照護個案 數	照護數：腦中風(含復健病房)、燒燙傷、脆弱性骨折、創傷性神經、衰弱高齡、心臟衰竭成功收案數及下轉數。 X=收案數+下轉數 X1=收案數(接受他院下轉，含復健病房) X2=下轉數(含復健病房) Z=112Q3-114Q2 平均照護數 P 值=112Q3-114Q2 全國同儕醫院百分位 <u>Y=復健病房腦中風收案數</u> <table><tr><td>層級別</td><td>P90</td><td>P75</td></tr><tr><td>醫學中心</td><td>126</td><td>103</td></tr><tr><td>區域醫院</td><td>40</td><td>24</td></tr><tr><td>地區醫院</td><td>34</td><td>18</td></tr></table> <table><tr><td>X1 的 P 值</td><td>P90</td><td>P75</td></tr><tr><td>醫學中心</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>區域醫院</td><td>8</td><td>4</td></tr><tr><td>地區醫院</td><td>27</td><td>11</td></tr></table> <table><tr><td>X2 的 P 值</td><td>P90</td><td>P75</td></tr><tr><td>醫學中心</td><td>113</td><td>84</td></tr><tr><td>區域醫院</td><td>7</td><td>3</td></tr><tr><td>地區醫院</td><td>-</td><td>-</td></tr></table>	層級別	P90	P75	醫學中心	126	103	區域醫院	40	24	地區醫院	34	18	X1 的 P 值	P90	P75	醫學中心	-	-	區域醫院	8	4	地區醫院	27	11	X2 的 P 值	P90	P75	醫學中心	113	84	區域醫院	7	3	地區醫院	-	-	<table><tr><td>目標值</td><td>獎勵比率</td></tr><tr><td>X>=全國同儕 P90 或 X>Z*1.5 或 X1 或 X2>全國同儕 P90</td><td>0.10%</td></tr><tr><td>X>=全國同儕 P75 或 X>Z 或 X1 或 X2>全國同儕 P75</td><td>0.05%</td></tr></table>	目標值	獎勵比率	X>=全國同儕 P90 或 X>Z*1.5 或 X1 或 X2>全國同儕 P90	0.10%	X>=全國同儕 P75 或 X>Z 或 X1 或 X2>全國同儕 P75	0.05%	0.1%
		層級別	P90	P75																																										
醫學中心	126	103																																												
區域醫院	40	24																																												
地區醫院	34	18																																												
X1 的 P 值	P90	P75																																												
醫學中心	-	-																																												
區域醫院	8	4																																												
地區醫院	27	11																																												
X2 的 P 值	P90	P75																																												
醫學中心	113	84																																												
區域醫院	7	3																																												
地區醫院	-	-																																												
目標值	獎勵比率																																													
X>=全國同儕 P90 或 X>Z*1.5 或 X1 或 X2>全國同儕 P90	0.10%																																													
X>=全國同儕 P75 或 X>Z 或 X1 或 X2>全國同儕 P75	0.05%																																													
		<u>獎勵點數：Y*10,000 點</u>	<u>點數</u>																																											

編號	指標項目	獎勵方式								
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值	獎勵/ 扣減 比率						
5	居家、遠距及一般門住診(含視訊)之虛擬健保卡執行件數	操作型定義： 一般門住診：醫事類別 12、22。 1.居家醫療照護：醫事類別 12、案件分類 A1、E1、A5 及任一特定治療項目 EC 或 EN。 2.遠距醫療照護：醫事類別 12 且案件分類 07。 計算公式： X1=一般門住診(含視訊診療場域)執行虛擬健保卡照護件數 X2=居家及遠距醫療執行虛擬健保卡照護件數 X3=首次開通且以虛擬健保卡就醫申報個案：申報就醫序號 V001 或 W001 且從未以虛擬健保卡申報之個案	獎勵點數：X1*100+X2*1500 點+X3*250 點	整體 0 階 0.1% 為上限，超過則同步限縮						
6	早期療育門診醫療給付改善方案	操作型定義： 1.推動與運作獎勵：當年度申請參與方案且收案人數>0 2.個案管理獎勵：當季收案且照護人數(申報 P5301C 且於 VPN 登錄者歸戶人數)	<table><tr><th>目標項目</th><th>計算方式</th></tr><tr><td>推動與運作獎勵</td><td>自參加季起至年底每季 30,000 點</td></tr><tr><td>個案管理獎勵</td><td>每人 8,000 點(本區早療個案平均醫療費用 5,000 點+加計 3,000 點) *本署舊個案者得加計 50%</td></tr></table>	目標項目	計算方式	推動與運作獎勵	自參加季起至年底每季 30,000 點	個案管理獎勵	每人 8,000 點(本區早療個案平均醫療費用 5,000 點+加計 3,000 點) *本署舊個案者得加計 50%	整體 0 階 0.1% 為上限，超過則同步限縮
目標項目	計算方式									
推動與運作獎勵	自參加季起至年底每季 30,000 點									
個案管理獎勵	每人 8,000 點(本區早療個案平均醫療費用 5,000 點+加計 3,000 點) *本署舊個案者得加計 50%									
7	糖尿病及初期慢性腎臟病照	操作型定義： 1. 分子：當年度累計申報醫令代碼 P7001C-P7003C 者。	<table><tr><th>目標值</th><th>獎勵比率</th></tr><tr><td>X>Y</td><td>0.10%</td></tr></table>	目標值	獎勵比率	X>Y	0.10%	0.1%		
目標值	獎勵比率									
X>Y	0.10%									

編號	指標項目	獎勵方式				獎勵/ 扣減 比率
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值			
	護 整 合 方 案	2. 分母：去年度個案於同院有申報糖尿病 DM(醫令代碼 P1407C-P1411C)及慢性腎臟病 CKD(醫令代碼 P4301C-P4302C)者或申報 DKD 共病(醫令代碼 P7001C-P7002C)者。 院所+ID 歸戶計算。 計算公式： X=實績值 Y=北區同儕值 Z=去年同期值 *各項值均以年度累計計算		X≥Z	0.05%	

編號	指標項目	獎勵方式														
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值	獎勵/ 扣減 比率												
8	地區醫院 全人全社區 照護計畫	1.參與醫院獎勵：申請加入 115 年全人全社區照護計畫且經分區業務組核定參與，於 Q1 獲獎勵比率 0.2%，另 114 年已加入計畫之醫院，如 114 年評核指標未達 70 分，115Q1 不支付參與獎勵。 2.收案率：115 年全人全社區照護計畫收案率達目標值 80%以上於 Q2 獲獎勵比率 0.2%；收案率大(等)於北區同儕平均值於 Q2 獲獎勵比率 0.1%。 (1) 分子：於計畫公告期限內上傳 VPN 之收案會員人數 (2) 分母：VPN 交付之可收案名單總數 3.三高疾病(高血壓、高血糖、高血脂)照護提升率：Q3、Q4 收案會員之三高疾病(高血壓、高血糖、高血脂)檢驗(查)結果有進步或控制良好人數之比率達目標值 80%，獲獎勵比率 0.2%；大(等)於北區同儕平均值獲獎勵比率 0.1% (1) 分子：收案會員所列檢驗(查)項目之檢驗(查)結果有進步或最後一次檢驗(查)結果位於控制良好範圍之人數(1 項疾病有進步或控制良好即列入) (2) 分母：醫院於計畫公告期限內上傳 VPN 之收案會員人數 註 1：進步定義為「檢驗(查)結果後測-前測<0」，後測「就醫/檢驗(查)日期」應於當年度 7 月 1 日	<table><tr><th>季別</th><th>目標值 (地教及地區醫院)</th><th>獎勵比率</th></tr><tr><td>Q1</td><td>申請加入全人全社區照護計畫</td><td>0.2%</td></tr><tr><td>Q2</td><td>收案率>=80% 收案率>=北區同儕平均值</td><td>0.2% 0.1%</td></tr><tr><td>Q3-Q4</td><td>照護提升率>=80% 照護提升率>=北區同儕平均值</td><td>0.2% 0.1%</td></tr></table>	季別	目標值 (地教及地區醫院)	獎勵比率	Q1	申請加入全人全社區照護計畫	0.2%	Q2	收案率>=80% 收案率>=北區同儕平均值	0.2% 0.1%	Q3-Q4	照護提升率>=80% 照護提升率>=北區同儕平均值	0.2% 0.1%	0.2%
		季別	目標值 (地教及地區醫院)	獎勵比率												
Q1	申請加入全人全社區照護計畫	0.2%														
Q2	收案率>=80% 收案率>=北區同儕平均值	0.2% 0.1%														
Q3-Q4	照護提升率>=80% 照護提升率>=北區同儕平均值	0.2% 0.1%														

編號	指標項目	獎勵方式																	
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值	獎勵/ 扣減 比率															
		之後，前後測日期應間隔 84 天(含)以上。 註 2：控制良好範圍如下 <table><tr><th>疾病</th><th>檢驗(查) 項目</th><th>控制良好範圍</th></tr><tr><td>高血壓</td><td>血壓</td><td>收縮壓<130 mmHg 且舒張壓 <80 mmHg</td></tr><tr><td>高血糖</td><td>HbA1c、 LDL</td><td>HbA1c < 7%(80 歲以上病人 為<8%)且 LDL<100mg/dL</td></tr><tr><td>高血脂</td><td>LDL</td><td>LDL <100mg/dL</td></tr><tr><td>ASCVD</td><td>LDL</td><td>非常高：<70 mg/ dL ； 極高：<55 mg/ dL</td></tr></table>	疾病	檢驗(查) 項目	控制良好範圍	高血壓	血壓	收縮壓<130 mmHg 且舒張壓 <80 mmHg	高血糖	HbA1c、 LDL	HbA1c < 7%(80 歲以上病人 為<8%)且 LDL<100mg/dL	高血脂	LDL	LDL <100mg/dL	ASCVD	LDL	非常高：<70 mg/ dL ； 極高：<55 mg/ dL		
疾病	檢驗(查) 項目	控制良好範圍																	
高血壓	血壓	收縮壓<130 mmHg 且舒張壓 <80 mmHg																	
高血糖	HbA1c、 LDL	HbA1c < 7%(80 歲以上病人 為<8%)且 LDL<100mg/dL																	
高血脂	LDL	LDL <100mg/dL																	
ASCVD	LDL	非常高：<70 mg/ dL ； 極高：<55 mg/ dL																	

編號	指標項目	獎勵方式																	
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值	獎勵/ 扣減 比率															
9	區域級以上醫院門診輕症占率(115Q3起實施)	1. 操作型定義： (1)醫院總額之門診案件類別排除代辦案件。 (2)醫療費用=申請金額+部分負擔。 (3)分子：門診案件經排除以下項目。 (4)分母：門診案件不含代辦案件之醫療費用。 (5)排除項目：重大傷病、罕見疾病、化放療、急診、門診手術、政策鼓勵項目(含轉診、山地離島、OPAT、0-6 歲兒童照護。 2. 計算公式： X=當期自身值、Y=去年同期自身值 Y1=北區同儕平均值、Y2=全國同儕平均值 註：依 114 年醫院評鑑結果，臺大生醫竹東院區不列入計算	<table><tr><th>目標值</th><th>獎勵比率</th></tr><tr><td>X<Y 且 Y<去年同期全國同儕平均值 或 X<50%</td><td>0.10%</td></tr><tr><td>X<Y 且 Y>去年同期全國同儕平均值</td><td>0.075%</td></tr><tr><td>X>=Y 且 X<Y1 或 X<Y2</td><td>0.05%</td></tr></table>	目標值	獎勵比率	X<Y 且 Y<去年同期全國同儕平均值 或 X<50%	0.10%	X<Y 且 Y>去年同期全國同儕平均值	0.075%	X>=Y 且 X<Y1 或 X<Y2	0.05%	0.1%							
目標值	獎勵比率																		
X<Y 且 Y<去年同期全國同儕平均值 或 X<50%	0.10%																		
X<Y 且 Y>去年同期全國同儕平均值	0.075%																		
X>=Y 且 X<Y1 或 X<Y2	0.05%																		
10	新使用呼吸器病人於連續使用呼吸器1~21日期間脫離成功比率	統計資料由本署 DA 指標 704 產製 1. 操作型定義： (1)新使用呼吸器病人：係擷取統計期間前2月的資料且往前5天沒有使用呼吸器者。 (2)分母(X)：前季新使用呼吸器病人數。 (3)分子(Y)：分母個案於連續使用呼吸器1~21日期間脫離呼吸器超過5日之人數，排除死亡者。 (4)資料範圍：前2月~統計期間~後3個月。 例如：統計期間為 114Q2，資料範圍即 11402~11409 2. 計算公式： Z=脫離成功比率 Y/X。 *目標值係參考 113 年全署同儕百分位階季平	<table><tr><th>層級</th><th>P90</th><th>P75</th></tr><tr><td>醫中</td><td>77.9%</td><td>75.7%</td></tr><tr><td>區域</td><td>79.1%</td><td>74.6%</td></tr><tr><td>地教+地區</td><td>76.1%</td><td>63.6%</td></tr><tr><td>獎勵比率</td><td>0.1%</td><td>0.05%</td></tr></table>	層級	P90	P75	醫中	77.9%	75.7%	區域	79.1%	74.6%	地教+地區	76.1%	63.6%	獎勵比率	0.1%	0.05%	0.1%
層級	P90	P75																	
醫中	77.9%	75.7%																	
區域	79.1%	74.6%																	
地教+地區	76.1%	63.6%																	
獎勵比率	0.1%	0.05%																	

編號	指標項目	獎勵方式		
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值	獎勵/ 扣減 比率
		均值訂定。		
1 1	以病例組合校正之住院案件出院後3日內急診率(限導入之DRGs)	VPN 定義代碼：934 1. 分子：住院 DRGs 案件之出院後 3 日內跨院急診率(限導入之 DRGs)。 住院 DRGs 案件出院後 3 日內跨院急診案件數/DRGs 出院案件數。 2. 分母：CMI_3 日內跨院急診率(限導入之 DRGs)。 $\Sigma(\text{各 DRG 案件數} \times \text{各 DRG 相對權重}_3 \text{日內跨院急診率}) / \text{DRGs 總案件數}$ 。 3. DRGs 出院案件數(限導入之 DRGs)低於 30 者不列入考核。 4. 配合署本部跨月彙算需求、指標計算結果產製期程較晚，上述各項數據皆使用最近 3 個月(當季第 1、2 個月及前季第 3 個月)資料。	實績值 $\leq$ 北區同儕值	0.1%
1 2	同院所慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率	VPN 定義代碼：1202 操作型定義： 1. 分子：精神科已出院案件中 30 日內至同院所門診精神科追蹤之案件數。 2. 分母：精神科慢性精神病人之出院案件數。 3. 配合署本部跨月彙算需求、指標計算結果產製期程較晚，上述各項數據皆使用前 1 季資料。 計算公式：	當季精神慢性病人之出院件數 ≥ 5 件，且 $X \geq Y$	0.1%

編號	指標項目	獎勵方式		
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值	獎勵/ 扣減 比率
		X=實績值 Y=目標值=全國平均值		
13	呼吸器依賴所有病人於連續使用呼吸器 ≥ 64 日期間回轉ICU人數比率	統計資料由本署 DA 指標 724 產製 1.操作型定義： (1) 呼吸器依賴個案：連續使用呼吸器 >21 日之病人。 (2) 分母(X)：前季呼吸器依賴總病人數。 (3) 分子(Y)：分母個案於連續使用呼吸器 ≥ 64 日後回轉ICU 人數。 2.計算公式： $Z = \text{回轉ICU 人數比率 } Y/X$ 。 *目標值係參考 113 年北區平均值(15.5%)訂定。	$Z < \text{北區平均值}$	0.1%
14	子宮肌瘤手術後 14 日內再住院率	VPN 定義代碼：473.01 操作型定義： 1. 分子：分母案件出院 14 日內因該手術相關診斷再住院人次數。 2. 分母：申報子宮肌瘤診斷(排除癌症診斷)且有施行子宮肌瘤摘除或子宮切除手術治療住院人次數。 3. 配合署本部跨月彙算需求、指標計算結果產製期程較晚，上述各項數據皆使用前 1 季資料。	實績值 $\leq$ 全國同儕平均值	0.1%

編號	指標項目	獎勵方式																		
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值	獎勵/ 扣減 比率																
15	癌症病人存活率	統計資料由本署 NHI_BI 統一產製 1.操作型定義： (1) 以全國 10 大死亡率癌症中，北區人數前 5 大且第 1 年存活率<90%之癌症別為重點管理癌別，依據本署新申請癌症重大傷病卡個案，串接承保檔死亡註記，追蹤各癌別病人 1 年存活情形。 (2)分子：計算重點管理癌別之第 1 年存活總人數。 (3)分母：計算重點管理癌別之新申請癌症重大傷病卡總個案數。 (4)排除條件：個案數≤10 人之醫院不列入本項品質指標計算。 2.計算公式： X：當期第 1 年存活率=當期第 1 年總存活人數/當期總個案數 Y：基期(去年同期)第 1 年存活率=基期第 1 年總存活人數/基期總個案數 Z：當期全國同儕實績值 備註：以北區 113 年申請癌症重大傷病卡病人第 1 年存活率認定，納入肺癌、結直腸癌(含肛門)、肝及肝內膽管癌、口腔癌(含口咽、下咽及唇等)、胃癌等 5 項為重點管理癌別。	<table><tr><th>目標值</th><th>獎勵比率</th></tr><tr><td>X>Y 且 X≥Z</td><td>0.1%</td></tr><tr><td>X>Y 或 X≥Z</td><td>0.05%</td></tr></table> <table><tr><th colspan="2">全國同儕值</th></tr><tr><th>層級別</th><th>第 1 年存活率(%)</th></tr><tr><td>1 醫學中心</td><td>76.05</td></tr><tr><td>2 區域醫院</td><td>67.58</td></tr><tr><td>3 地區醫院</td><td>73.05</td></tr></table> (暫以署本部最新年度 112 年估算，後續待署本部更新 114Q1 數據)	目標值	獎勵比率	X>Y 且 X≥Z	0.1%	X>Y 或 X≥Z	0.05%	全國同儕值		層級別	第 1 年存活率(%)	1 醫學中心	76.05	2 區域醫院	67.58	3 地區醫院	73.05	0.1%
目標值	獎勵比率																			
X>Y 且 X≥Z	0.1%																			
X>Y 或 X≥Z	0.05%																			
全國同儕值																				
層級別	第 1 年存活率(%)																			
1 醫學中心	76.05																			
2 區域醫院	67.58																			
3 地區醫院	73.05																			

編號	指標項目	獎勵方式																							
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值	獎勵/ 扣減 比率																					
16	病患權益管理-申訴、違規案件(扣減指標)	1. 病人申訴案、違規案件或經本組查證屬實且可歸責於醫院者，並經本組依違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第 38-40 條處分之案件，列入本組首次函文裁罰該案件之季別扣減。 2. 重大人球、負向新聞報導、違約新聞事件(經回復醫院確認)。	<table><tr><th>項目</th><th>扣減比率</th></tr><tr><td>病人申訴案、違規案件</td><td>每事件 0.01%</td></tr><tr><td>重大人球、負向新聞報導、違約新聞事件</td><td>每事件 0.1%</td></tr></table>	項目	扣減比率	病人申訴案、違規案件	每事件 0.01%	重大人球、負向新聞報導、違約新聞事件	每事件 0.1%	0.1%															
項目	扣減比率																								
病人申訴案、違規案件	每事件 0.01%																								
重大人球、負向新聞報導、違約新聞事件	每事件 0.1%																								
17	門診檢查驗單價管理(扣減指標)	1. 門診檢查(驗)每件費用單價：〔門診檢查(驗)費用/門診檢查(驗)件數〕。 2. 門診檢查(驗)每人費用單價：〔門診檢查(驗)費用/門診檢查(驗)人數〕。 3. 門診檢查(驗)費用範圍：門診西醫醫院(醫事類別 12)不含釋出處方，醫令代碼前 2 碼為 06~32 及特殊造影醫令(330 及 331 開頭)等檢驗檢查項目。 4. 排除條件： [1] 總額外案件：案件分類 B7, B8, B9, B6, B1, D1, BA, C4, DF, C5, D2, A3 [2] 排除門診手術：案件分類 03 [3] 申請金額+部分負擔為 0 [4] 論病例計酬：案件分類 C1 [5] 部分負擔代碼：001、011 [6] 急診科別 22 及案件分類 02 [7] 當年度新增之檢查(驗)健保支付項目	<table><tr><th colspan="2">目標值</th><th>扣減比率</th></tr><tr><td rowspan="4">X1</td><td>≥ P95</td><td>0.05%</td></tr><tr><td>≥ P90</td><td>0.04%</td></tr><tr><td>≥ P85</td><td>0.03%</td></tr><tr><td>≥ P80</td><td>0.02%</td></tr><tr><td rowspan="4">X2</td><td>≥ P95</td><td>0.05%</td></tr><tr><td>≥ P90</td><td>0.04%</td></tr><tr><td>≥ P85</td><td>0.03%</td></tr><tr><td>≥ P80</td><td>0.02%</td></tr></table> 說明： 1. 全國同儕值為醫學中心、區域醫院、地區醫院(總床數一百床(含)以上)及地區醫院(總床數未達一百床)。 2. X1=當季自身每件檢查(驗)費用單價。 3. X2=當季自身每人檢查(驗)費用單價。 4. PR 值以 113Q4-114Q3 各分組之全國同儕百分位階平均值計算。 5. 扣減折付比率： (1) X1 或 X2 較去年同期下降 ≥ 10%，X1 或 X2 之扣減點數減 10%。	目標值		扣減比率	X1	≥ P95	0.05%	≥ P90	0.04%	≥ P85	0.03%	≥ P80	0.02%	X2	≥ P95	0.05%	≥ P90	0.04%	≥ P85	0.03%	≥ P80	0.02%	0.1%
目標值		扣減比率																							
X1	≥ P95	0.05%																							
	≥ P90	0.04%																							
	≥ P85	0.03%																							
	≥ P80	0.02%																							
X2	≥ P95	0.05%																							
	≥ P90	0.04%																							
	≥ P85	0.03%																							
	≥ P80	0.02%																							

編號	指標項目	獎勵方式							獎勵/ 扣減 比率																																														
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值																																																				
		[8] 糖尿病醫療給付改善方案、CKD 醫療給付改善方案、末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫、BC 肝醫療給付改善方案、C 肝全口服新藥健保給付執行計畫、愛滋病毒感染服藥滿 2 年後(E2、E3)等有明訂追蹤期程之檢查(驗)項目 [9] 當季重大傷病(部分負擔代碼 001)之當季排程檢查案件(部分負擔代碼 009) 本核減先以品質提升獎勵加項指標獎勵點數抵扣，如抵扣後超出加項指標獎勵點數，逕予扣減。	(2) X1 或 X2 較去年同期下降$\geq 20\%$，X1 或 X2 之扣減點數減 20%。 <table><tr><th>群組別</th><th>每件 檢查 費用 P80</th><th>每件 檢查 費用 P85</th><th>每件 檢查 費用 P90</th><th>每件 檢查 費用 P95</th><th>每人 檢查 費用 P80</th><th>每人 檢查 費用 P85</th><th>每人 檢查 費用 P90</th><th>每人 檢查 費用 P95</th></tr><tr><td>醫學中心</td><td>1,704</td><td>1,744</td><td>1,802</td><td>1,864</td><td>2,815</td><td>2,885</td><td>2,936</td><td>3,037</td></tr><tr><td>區域醫院</td><td>1,588</td><td>1,640</td><td>1,688</td><td>1,778</td><td>2,447</td><td>2,499</td><td>2,585</td><td>2,703</td></tr><tr><td>地區醫院(總床數一百床(含)以上)</td><td>1,488</td><td>1,549</td><td>1,629</td><td>1,870</td><td>2,278</td><td>2,380</td><td>2,523</td><td>2,900</td></tr><tr><td>地區醫院(總床數未達一百床)</td><td>1,094</td><td>1,191</td><td>1,276</td><td>1,441</td><td>1,567</td><td>1,692</td><td>1,789</td><td>2,034</td></tr></table>							群組別	每件 檢查 費用 P80	每件 檢查 費用 P85	每件 檢查 費用 P90	每件 檢查 費用 P95	每人 檢查 費用 P80	每人 檢查 費用 P85	每人 檢查 費用 P90	每人 檢查 費用 P95	醫學中心	1,704	1,744	1,802	1,864	2,815	2,885	2,936	3,037	區域醫院	1,588	1,640	1,688	1,778	2,447	2,499	2,585	2,703	地區醫院(總床數一百床(含)以上)	1,488	1,549	1,629	1,870	2,278	2,380	2,523	2,900	地區醫院(總床數未達一百床)	1,094	1,191	1,276	1,441	1,567	1,692	1,789	2,034	
群組別	每件 檢查 費用 P80	每件 檢查 費用 P85	每件 檢查 費用 P90	每件 檢查 費用 P95	每人 檢查 費用 P80	每人 檢查 費用 P85	每人 檢查 費用 P90	每人 檢查 費用 P95																																															
醫學中心	1,704	1,744	1,802	1,864	2,815	2,885	2,936	3,037																																															
區域醫院	1,588	1,640	1,688	1,778	2,447	2,499	2,585	2,703																																															
地區醫院(總床數一百床(含)以上)	1,488	1,549	1,629	1,870	2,278	2,380	2,523	2,900																																															
地區醫院(總床數未達一百床)	1,094	1,191	1,276	1,441	1,567	1,692	1,789	2,034																																															
18	全藥類藥品重複用藥日數比率(扣減指標)	1. 操作型定義： 分子：全藥類藥品之重複用藥日數 分母：全藥類藥品總給藥日數 配合本署跨區彙算，指標數據產製期程較晚，故自身值採前 1 季資料 2. 計算公式： X=實績值	<table><tr><th>結果</th><th>扣減比率</th></tr><tr><td>X>全國同儕 P95</td><td>0.10%</td></tr><tr><td>X>全國同儕 P90</td><td>0.05%</td></tr><tr><td>X>全國同儕 P80</td><td>0.03%</td></tr></table> <table><tr><th>層級別</th><th>全國同儕 P95</th><th>全國同儕 P90</th><th>全國同儕 P80</th></tr><tr><td>醫學中心</td><td>0.324%</td><td>0.276%</td><td>0.226%</td></tr><tr><td>區域醫院</td><td>0.483%</td><td>0.384%</td><td>0.317%</td></tr><tr><td>地區醫院</td><td>0.751%</td><td>0.575%</td><td>0.414%</td></tr></table>							結果	扣減比率	X>全國同儕 P95	0.10%	X>全國同儕 P90	0.05%	X>全國同儕 P80	0.03%	層級別	全國同儕 P95	全國同儕 P90	全國同儕 P80	醫學中心	0.324%	0.276%	0.226%	區域醫院	0.483%	0.384%	0.317%	地區醫院	0.751%	0.575%	0.414%	0.1%																					
結果	扣減比率																																																						
X>全國同儕 P95	0.10%																																																						
X>全國同儕 P90	0.05%																																																						
X>全國同儕 P80	0.03%																																																						
層級別	全國同儕 P95	全國同儕 P90	全國同儕 P80																																																				
醫學中心	0.324%	0.276%	0.226%																																																				
區域醫院	0.483%	0.384%	0.317%																																																				
地區醫院	0.751%	0.575%	0.414%																																																				
19	矯正機關醫療服務(加分項)	1. 與本署訂有相關合約，且確有依約完成矯正機關醫療服務提供者。 2. 依合約為承作醫院者給予承作獎勵，承作及參與醫院均依服務診次。	X1=當季實際服務診次(一般) X2=當季實際服務診次(愛滋) X3=承作醫院承作矯正機關數							點數																																													

編號	指標項目	獎勵方式		
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值	獎勵/ 扣減 比率
			$2,000 \times X1 + 30,000 \times X2 + 60,000 \times X3$	
20	鼓勵在地就醫-每萬人口醫人比 $\leq$ 鄉鎮市區增聘專任醫師(加分項)	1. 定義： (1)符合每萬人口醫人比≤ 10 鄉鎮市區所在地之醫院名單於 115 年第一次共管會報告。醫院應申請提報當季增聘專任醫師名單，方可計算本項獎勵。 (2)以執業資料記錄檔統計當季期間有效之執登醫師數。 (3)當季執登醫師數應高於近 2 年季平均值，醫師須於執登醫院提供醫療服務，若醫師支援其他醫院或診所之工作日數$>20\%$則不列計。 2. 計算公式： X=當季專任醫師數 Z=前一年同期專任醫師數 3. 符合上述資格醫院須於每季季後次月底前來函提報新增聘專任醫師名單(含科別、姓名、執業登記日期)，以 115 年第 1 季為例，需於 4 月底前來函提報，餘類推。	$X > Z$： $(X - Z) \times 100,000$ 點	點數

編號	指標項目	獎勵方式					獎勵/ 扣減 比率																							
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值																											
21	政策與品質優良經驗分享-參與本署(組)舉辦之政策推動分享會(加分項)	醫院推派代表擔任發表者，或完成參賽及發表者，以每場次分列計算	<table><tr><th rowspan="2">活動性質 辦理區域</th><th rowspan="2">參與或競賽 或分會 (萬點)</th><th colspan="3">得名加計(萬點)</th></tr><tr><th>第 1 名</th><th>第 2 名</th><th>第 3 名</th></tr><tr><td>全國</td><td>30</td><td>50</td><td>40</td><td>30</td></tr><tr><td>北區</td><td>10</td><td>20</td><td>15</td><td>10</td></tr><tr><td>期刊/海報分享與推廣</td><td>1</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr></table>				活動性質 辦理區域	參與或競賽 或分會 (萬點)	得名加計(萬點)			第 1 名	第 2 名	第 3 名	全國	30	50	40	30	北區	10	20	15	10	期刊/海報分享與推廣	1	-	-	-	點數
活動性質 辦理區域	參與或競賽 或分會 (萬點)	得名加計(萬點)																												
		第 1 名	第 2 名	第 3 名																										
全國	30	50	40	30																										
北區	10	20	15	10																										
期刊/海報分享與推廣	1	-	-	-																										
22	在宅急症照護(加分項)	操作型定義：以當季 VPN 登錄收案日納入計算。 計算公式： X1=當季醫院照護居家個案件數。 X2=當季醫院照護機構個案件數。 X3=當季醫院照護急診個案件數。 <u>X4=當季醫院照護提早出院個案件數。</u>	<table><tr><td rowspan="5">在宅急症照護件數</td><td>實績值</td><td>獎勵點數</td></tr><tr><td>X1</td><td>10,000 點</td></tr><tr><td>X2</td><td>5,000 點</td></tr><tr><td>X3</td><td>10,000 點</td></tr><tr><td><u>X4</u></td><td><u>7,000 點</u></td></tr></table>				在宅急症照護件數	實績值	獎勵點數	X1	10,000 點	X2	5,000 點	X3	10,000 點	<u>X4</u>	<u>7,000 點</u>	點數												
在宅急症照護件數	實績值	獎勵點數																												
	X1	10,000 點																												
	X2	5,000 點																												
	X3	10,000 點																												
	<u>X4</u>	<u>7,000 點</u>																												
23	急診檢傷 1、2 級病人停留超過 48 小時比率(加分項)	1.定義： (1) VPN 定義代碼：1811。 (2) 急診案件：門、住診案件申報「急診診察費醫令 00201B、00202B」及「急診起、迄時間醫令」者。 (3) 區域級以上醫院。 (4) 配合署本部跨月彙算需求、指標計算結果產製期程較晚，上述各項數據皆使用最近 3 個		目標值	獎勵比率		點數																							
				X≤Y	0.10%																									
				X<Z	0.05%																									

編號	指標項目	獎勵方式																		
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值	獎勵/ 扣減 比率																
		月(當季第 1、2 個月及前季第 3 個月)資料。 2.計算公式： X=自身實績值 Y=全國同儕(同層級醫院)平均值 Z=去年同期自身實績值																		
24	醫療資訊數位轉型以電子病歷(FHIR 格式)申請獎勵(加分項)	操作型定義： 1. 事前審查： (1) 癌藥事前審查： i. 成功上線獎勵：參與「癌藥事前審查以電子病歷申請(FHIR)」實作，並經本署通知正式上線，並有案件正式上傳者。 ii. 申請案件獎勵：當季以「癌藥事前審查以電子病歷申請(FHIR)」上傳案件，成功受理且經本署核定結果為同意或部分同意者。 (2) 免疫製劑事前審查： i. 成功上線獎勵：癌藥事前審查已提供一次性獎勵，爰不再重複獎勵。 ii. [申請案件獎勵：當季以「免疫製劑事前審查以電子病歷(FHIR)」上傳案件，成功受理且經本署核定結果為同意或部分同意者。 2. 癌症重大傷病 (1) 成功上線獎勵：參與癌症重大傷病以電子病歷(FHIR)申請當季，測試上傳成功達 10 件且正式上線之院所(一次性獎勵)。 (2) 申請案件獎勵：癌症重大傷病以電子病歷(FHIR)上傳案件，當季申請案件經本署核定同意者。	1. 事前審查： (1) 癌藥事前審查： <table><tr><td>目標項目</td><td>計算方式</td></tr><tr><td>成功上線獎勵</td><td>當季完成上線每家獎勵 300,000 點</td></tr><tr><td>申請案件獎勵</td><td>每件獎勵 300 點</td></tr></table> (2) 免疫製劑事前審查： <table><tr><td>目標項目</td><td>計算方式</td></tr><tr><td>申請案件獎勵</td><td>每件獎勵 150 點</td></tr></table> 2. 癌症重大傷病 <table><tr><td>目標項目</td><td>計算方式</td></tr><tr><td>成功上線獎勵</td><td>當季完成上線每家獎勵 100,000 點(一次性獎勵)</td></tr><tr><td>申請案件獎勵</td><td>當季申請案件經本署核定同意者，每件獎勵 100 點</td></tr></table>	目標項目	計算方式	成功上線獎勵	當季完成上線每家獎勵 300,000 點	申請案件獎勵	每件獎勵 300 點	目標項目	計算方式	申請案件獎勵	每件獎勵 150 點	目標項目	計算方式	成功上線獎勵	當季完成上線每家獎勵 100,000 點(一次性獎勵)	申請案件獎勵	當季申請案件經本署核定同意者，每件獎勵 100 點	點數
		目標項目	計算方式																	
成功上線獎勵	當季完成上線每家獎勵 300,000 點																			
申請案件獎勵	每件獎勵 300 點																			
目標項目	計算方式																			
申請案件獎勵	每件獎勵 150 點																			
目標項目	計算方式																			
成功上線獎勵	當季完成上線每家獎勵 100,000 點(一次性獎勵)																			
申請案件獎勵	當季申請案件經本署核定同意者，每件獎勵 100 點																			

編號	指標項目	獎勵方式									
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值	獎勵/ 扣減 比率							
25	提升癌症 照護品質_ 鼓勵篩檢 醫院上轉 (加分項)	1. 為達到及早發現及早治療目的，鼓勵未能收治癌症病人醫院積極轉介篩檢陽性或疑似罹患癌症病人至有能力收治醫院接受確診治療，轉出及轉入醫院皆可獲得獎勵。 2. 操作型定義：當期區間接受轉診醫院成功勾稽轉出醫院(0-90 日)癌症病人(含原位癌及良性腫瘤)個案數(ID+醫院歸戶)。 (1) 勾稽區間：轉出醫院「前季費用年月至當季費用年月」與接受轉診醫院「當季費用年月」。 (2) 癌症病人定義：轉入醫院之門診 ICD-10-CM 主次診斷碼及住診主診斷碼前 1 碼為 C、前 2 碼為 D0、D1、D2、D3、D4、前 3 碼為 Z08、Z09、Z51 及前 4 碼為 E312。 (3) 接受轉診及轉出醫院定義：轉出醫院申報轉出代碼(01036C)且「病患是否轉出」欄位為'Y'，接受轉診醫院門診之「轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記」為'1'(接受他院轉入)或住診之「病患來源」為'3'(轉診)，並勾稽「接受轉診醫院之轉入院所代碼與轉出醫院代碼相符」且「轉出醫院之轉往院所代碼與接受轉診醫院相符」。 3. 計算方式： X=轉出醫院勾稽成功之癌症病人個案數，每件獎勵 2,000 點。 Y=轉入醫院勾稽成功之癌症病人個案數，每件獎勵 1,000 點。	<table><tr><td rowspan="3">癌症病人上轉件數</td><td>實績值</td><td>獎勵點數</td></tr><tr><td>X</td><td>X*2,000 點</td></tr><tr><td>Y</td><td>Y*1,000 點</td></tr></table>	癌症病人上轉件數	實績值	獎勵點數	X	X*2,000 點	Y	Y*1,000 點	點數
			癌症病人上轉件數		實績值	獎勵點數					
X	X*2,000 點										
Y	Y*1,000 點										

編號	指標項目	獎勵方式			獎勵/扣減比率									
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值											
26	慢性病照護精進計畫(風險移撥款)	獎勵方式詳如 115 年風險移撥款項目計畫(附件 8)。			點數									
27	術後加速康復(ERAS)推廣計畫(風險移撥款)	獎勵方式詳如附件 115 年風險移撥款項目計畫(附件 8)。			點數									
28	區域聯防急重症疾病跨院合作計畫(風險移撥款)	獎勵方式詳如附件 115 年風險移撥款項目計畫(附件 8)。			點數									
29	門診靜脈抗生素(OPAT)轉診獎勵計畫(風險移撥款)	操作型定義： 以當季收案且下轉件數納入計算 計算公式： X1=醫學中心、區域醫院急診收案下轉至他院門診件數 X2=醫學中心、區域醫院住診出院下轉至他院門診件數 X3=地區醫院急診轉介在宅急症團隊照護件數	<table><tr><td rowspan="4">OPAT 下轉件數</td><td colspan="2">計算方式</td></tr><tr><td>X1</td><td>X1*1,200 點</td></tr><tr><td>X2</td><td>X2*1,200 點</td></tr><tr><td>X3</td><td>X3*1,560 點</td></tr></table>		OPAT 下轉件數	計算方式		X1	X1*1,200 點	X2	X2*1,200 點	X3	X3*1,560 點	點數
OPAT 下轉件數	計算方式													
	X1	X1*1,200 點												
	X2	X2*1,200 點												
	X3	X3*1,560 點												
	總計				0.9%									

註：第 11 項至第 15 項品質保證保留款精進指標，各院所選擇其中 1 項獎勵指標。

合理成長率各項指標操作型定義

附件 3

診別	指標項目 (皆為成長率)	權重	操作型定義												
門診	門診人數	75%	1. 依申報資料歸戶而得就醫人數。 2. 排除案件分類 01、A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、D4、BA、DF、E2、E3 及診察費=0、醫令補報之個案												
	醫師人數	20%	全季皆執登服務於該院計 1 人，不足季則依天數比率計算												
	看診醫師人數	5%	1. 依申報資料歸戶而得看診醫師人數。 2. 排除案件分類 01、A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、D4、BA、DF、E2、E3 及診察費=0、醫令補報之案件。												
住診	住院人數	70%	1. 依申報資料歸戶而得就醫人數。 2. 排除案件分類 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ、7, 及醫令補報												
	護理人數	20%	全季皆執登服務於該院計 1 人，不足季則依天數比率計算。												
	CMI	10%	3. 公式=採計件數之RW總值/採計件數 4. 採計件數：健保署公告之Tw-DRG案件(含尚未導入案件) 5. 排除案件分類A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ及給付類別9、醫令補報之個案、當季申報Tw-DRG案件(含尚未導入案件)<20件醫院。 6. 署本部每半年更新Tw-DRG之RW，計算採用時間如下表：												
			<table><tr><th>當期</th><th>基期</th><th>RW 採用年份</th></tr><tr><td>115Q1</td><td>114Q1</td><td>皆採 114 上半年</td></tr><tr><td>115Q2</td><td>114Q2</td><td>皆採 114 上半年</td></tr><tr><td>115Q3</td><td>114Q3</td><td>皆採 114 下半年</td></tr><tr><td>115Q4</td><td>114Q4</td><td>皆採 114 下半年</td></tr></table>	當期	基期	RW 採用年份	115Q1	114Q1	皆採 114 上半年	115Q2	114Q2	皆採 114 上半年	115Q3	114Q3	皆採 114 下半年
當期	基期	RW 採用年份													
115Q1	114Q1	皆採 114 上半年													
115Q2	114Q2	皆採 114 上半年													
115Q3	114Q3	皆採 114 下半年													
115Q4	114Q4	皆採 114 下半年													

一、新增開放床數

(一)急性一般(精神)病床：醫學中心 ≥ 200 床；其餘醫院 ≥ 50 床，且擴增床數須達已開放床數 15%以上

(二)ICU： ≥ 9 床

(三)擴增病床數以 2 年內該病床類別淨增加床數計算。

二、近 1 年占床率達 80% (排除 1、2 月，共 10 個月平均急性一般(精神)病床占床率)；ICU 無占床率門檻。

三、應函文通知本組；分階段開設應於每次開放分別來函通知，並以 1 年內為限。

(一)占床率計算以第 1 次開床前近 1 年計算，不符占床率門檻即不符資格。

(二)分階段開設床數採累計，淨增加床數以第 1 次開床前 2 年內計算。

四、符合資格醫院自次季起適用 4 季。

定義	
1、總額外藥費：總額外(1)門診：案件分類=A1、A2、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、BA、C5；(2)住院：案件分類=A1-A4、B1、C1-C4、AZ、DZ、C5。	
2、C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」藥費(全口服 C 肝新藥(專款))：門診/住診清單醫令明細檔-藥品之醫令代號(長度 10)前六碼為「HCVDA」之醫令點數(醫令類別 1 或 Z 加總)。	
3、愛滋病藥費(後天免疫缺乏病毒治療藥費-專款)：門診案件分類「E2」或「E3」、住診案件分類「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；後天免疫缺乏病毒治療藥品醫令代碼詳本署全球資訊網。	
4、門住診抗癌藥物-需同時符合條件(1)及(2)	
(1) ICD-10-CM 主、次診斷碼前三碼為 C00-C96(不含 94.4、94.6)、C4A、C7A、C7B、D03、D45、Z510、Z5111、Z5112、E3122、Z08、Z09。	
(2) 藥理分類代碼 100000 或 100099 抗癌藥物或 ATC 碼為 L01EB03，L01FG01，L01XG01，L01FE01，L01EA02，L01EB02，L01EG02，L01EB01，L01EA01，L01EH01，L01EA03，L01EX03，L01FA01，L01EX02，L01EX01，L01EG01，L01FD01，L01EX05，L01ED01，L01EC01，L01FE02，L01FX05，L01EK01，L01EJ01，L01EL01，L01ED02，L01ED03，L02BB03，V10XX03，L01XX41，L02AE04，L01BC53，L02AB02，L02BB01，L02BG03，L02BG06，L03AX03，L04AX02，L03AB04，L03AC01，L01BB05，L01BC02，L04AX01	
5、移植及抗排斥、罕見疾病、血友病、精神科長效針劑及矯正機關藥費之定義同總額結算作業之定義。	
7、無適應症規定之事前審查藥品藥費：無適應症規範須全數事前審查藥品之醫令點數加總。	
8、抗毒蛇血清注射劑：ATC 碼 J06AA03	

呼吸照護費用管理作業

定義
同一病患年齡≥ 17（計算方式為：費用年月-出生年月≥ 17，計算後取其「年」，若「月」為負值，則「年」-1）於當季申報 57001B、57002B、57023B 醫令合計≥ 21者，即為呼吸器依賴患者；認定是否為依賴患者時，以各段申報資料認定，一旦認定為依賴患者，則該個案當季於加護中心、亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房及一般病房中有申報呼吸器醫令之各段費用，即為呼吸照護費用，納入計算。 備註：本呼吸器依賴患者定義取自署本部訂定之評核標準定義，與試辦計畫中的定義不同。
醫療品質指標項目
一、DA 醫療服務指標： 1. 704_新使用呼吸器病人於連續使用呼吸器 1-21 日期間脫離呼吸器超過 5 日之人數比率(正向) 2. 711_連續使用呼吸器≥ 22 日病人於連續使用呼吸器 22-63 日期間脫離呼吸器超過 5 日之人數比率(正向) 3. 713_連續使用呼吸器≥ 22 日病人於連續使用呼吸器 22-63 日期間回轉 ICU 人數比率(負向) 4. 722_呼吸器依賴病人於第 124 日內脫離人數比率(正向) 5. 724_呼吸器依賴所有病人於連續使用呼吸器≥ 64 日期間回轉 ICU 人數比率(負向) 二、RCW(含一般病房)長期住院率
醫療品質指標計分方式
一、DA 醫療服務指標：依轄區醫院上述醫療品質指標表現情形分 5 等級給分(1 級：$\geq P81$：5 分、2 級：$P61 \sim 80$；4 分、3 級：$P41 \sim 60$：3 分、4 級：$P21 \sim 40$：2 分、5 級：$\leq P20$：1 分)，並校正各院未執行之項目。 備註：指標代號 704、711、722 並以「脫離人數貢獻度」校正之(脫離率與脫離人數貢獻度權重各為 50%)。 二、RCW(含一般病房)長期住院率：截取申報資料，統計 RCW(含一般病房)累計使用呼吸器天數> 365 天人數占率，RCW(含一般病房)長期住院率$\geq 30\%$者，依該類個案平均累計呼吸器天數扣分(365-500 天：-1；501-730 天：-2；731-1,095 天：-3；1,096-1,460 天：-4；1,461-1,825 天：-5；$> 1,825$ 天：-6)。

三、加總 DA 醫療服務指標及 RCW(含一般病房)長期住院率得分後，依據各院得分百分位階分 5 等級(A 級： $\geq P81$ 、B 級：P61~80、C 級：P41~60、D 級：P21~40、E 級： $\leq P20$)。

專業審查抽審比率設定

以每季最近 3 個月呼吸照護費用申報點數較去年同期成長率、超長期(累計使用呼吸器 >500 日)費用占率訂定抽審比率，呼吸照護費用正成長醫院得配合其近一季醫療品質指標執行結果減審。

一、超長期住院：

RCW(一般病房)費用較去年同期成長率		$>0\%$		$\leq 0\%$
近一季醫療品質指標總得分		E	非 E	
超長期費用占率	0%	0%	0%	0%
	0-20%(含)	10%	5%	0%
	20-50%(含)	15%	10%	5%
	50%以上	20%	15%	10%

二、ICU 抽審案件：

ICU 及一般病房呼吸照護費用較去年同期成長率	醫療品質指標總得分	
	A	非 A
$\leq 0\%$	0%	0%
0%-10%(含)	5%	10%
10%-20%(含)	10%	20%
20%以上	20%	30%

復健費用管理作業

一、型態別折付率：以延長治療超過合理強度案件(橫軸)或平均復健次數(縱軸)並以 50 百分位區分為四個象限，再依各象限訂出核減比率。

【說明 1：延長治療件數執行頻率

分子：當季延長治療病人分別計算物理或職能醫令數量

分母：門診延長治療復健(物理或職能)人數

延長治療病人平均執行物理(職能)復健次數，取最大值】

【說明 2：合理治療強度】

疾病分類名稱	黃金治療療程	閾值	合理治療強度 (物理或職能)
1.腦血管意外 輕癱 偏癱	6 個月 12 個月	13-24 個月 25 個月以上	中度複雜以下 中度以下
2.頸部症候群	3 個月	4 個月以上	物理中度以下 職能簡單以下
3.下背症候群	3 個月	4 個月以上	物理中度以下 職能簡單以下
4.脊索(髓)損	12 個月	13-24 個月 25 個月以上	中度複雜以下 中度以下
5.截肢	3 個月	4-6 個月 7 個月以上	中度複雜以下 中度以下
6.冷凍肩(五十肩)	6 個月	7 個月以上	中度複雜以下
7.顏面麻痺	3 個月	4 個月以上	中度複雜以下
8.關節炎	3 個月	4 個月以上	中度以下
9.骨折(排除攣縮)	6 個月	7 個月以上	中度以下
10.肌腱炎	1 個月	2 個月以上	中度以下
11.扭傷或挫傷	3 個月	4 個月以上	物理中度以下 職能簡單以下
12.頭部外傷	12 個月	13-24 個月 25 個月以上	中度複雜以下 中度以下
13.週邊神經傷害	9 個月	10 個月以上	中度複雜以下
14.全人工膝(股)關節置 換術後	3 個月	4-6 個月 7 個月以上	中度複雜以下 中度以下
15.胸腔復健(COPD)	3 個月	4 個月以上	中度以下

備註：黃金治療療程：全民健康保險醫院醫療費用審查注意事項明訂

二、依據延長治療型態別、每人物理/職能治療費用及復健費用成長率、CIS 指標「門診年復健次數>180 次」篩異件數，分別計算核減比率如下表：

A.型態別折付率		B.每人物理(職能)治療費用折付率			
		復健費用成長率加計	>P50	>P75	>P90
象限一(高強度高頻率)	20%	≤0%	5%	15%	25%
象限二(低強度高頻率)	10%	≤5%	15%	25%	35%
象限三(低強度低頻率)	5%	≤10%	20%	30%	40%
象限四(高強度低頻率)	10%	>10%	25%	35%	45%
		CIS 篩異件數加計(物理)	5%	10%	15%

備註：

1. 每人物理(職能)治療費用=門診物理(職能)治療醫令點數÷物理(職能)治療人數，並且排除早療(0-6 歲)、職災代辦案件及 PAC 案件。
2. 每人物理(職能)治療費用百分位、每人物理(職能)治療費用成長貢獻點數同儕平均值，均依專科群組暨層級別分群計算(有復健專科之區域級以上醫院、有復健專科之地區(含地教)醫院、無復健專科之地區醫院)。
3. CIS 指標「門診年復健次數>180 次」篩異件數居轄區 P90 以上之醫院，每人物理治療費用折付率再加計 5%~15%。
4. 復健費用成長率以 114 年同期申報復健費用為計算基期。

5.當季門診復健核減點數=A+B

A.當季延長治療醫令點數×型態別折付率

B.每人物理(職能)治療費用成長貢獻點數×物理(職能)治療費用折付率

§每人物理(職能)治療費用成長貢獻點數=【每人物理(職能)治療費用-群組內平均每人物理(職能)治療費用】×物理(職能)治療人數

【範例】甲醫院型態別為象限一、每人物理治療費用>P75、每人職能治療費用>P50、復健費用成長率≤10%、CIS 指標「門診年復健次數>180 次」篩異件數居轄區 P95(>P90)，則甲醫院各項折付率分別為：型態別折付率 20%、每人物理治療費用折付率 40%(30%+10%)、每人職能治療費用折付率 20%。

中央健康保險署北區業務組-
115 年北區醫院總額風險移撥款計畫書

中央健康保險署北區業務組-115 年北區醫院總額風險移撥款

慢性病照護精進計畫書

公開徵求作業說明

壹、計畫依據

依據 115 年公告醫院總額風險調整移撥款及北區醫院前瞻式預算分區共管方式辦理。

貳、預算經費

115 年度醫院總額風險調整移撥款辦理。

參、計畫目的

- 一、為推動「健康臺灣三高防治 888」政策，支持醫療院所擴大慢性病患照護網絡，發展全人且個別化的慢病管理模式，鼓勵醫療院所透過導入健康生活策略與非藥物照護處方，並結合社會資源，協助病人養成健康生活模式，以延長平均壽命並減少不健康餘命。
- 二、目前國內推動社會處方服務對象以高齡且失智症或多重慢病為主，這些對象容易因疾病產生功能衰退、孤立及情緒困擾，影響日常生活進而導致疾病嚴重加劇，如能適時透過運動課程、園藝、藝術文化、觀光旅遊、飲食規劃等資源，強化社會參與減緩醫療負擔。

肆、計畫辦理期程：核定日起至 115 年 12 月 31 日止。

伍、申請要件及申請方式

- 一、申請醫院基本要件：照護慢性病或失智症個案醫院。
- 二、申請方式：115 年 2 月 26 日(星期四)前（以郵戳為憑）檢具正式公文及計畫申請書(請參考附件 1)向健保署北區業務組提出申請（申請文件請自行備份，經受理後不予檢還）。
- 三、醫院申請書由健保署北區業務組審查，審查結果將函文通知。

陸、計畫內容

一、組織運作

(一)院內-跨專業照護團隊。

(二)院外-可運用之社區機構及資源(如：社區整合型服務中心 ABC 據點、社福機構、宗教團體等)。

二、執行內容

(一)規劃收案條件及人數：擇定多重慢性病(高血壓、高血脂、高血糖、ASCVD 等 2 項以上疾病)或失智症(亦可皆執行)，並規劃預計收案人數(收案截止日為 115 年 6 月 30 日，並於 7 月 15 日前提交收案名單，如附件 2-1)。

(二)收案評估及服務流程：含計畫執行時程、收案評估方式、開立健康處方之程序、院內專業人員合作模式、院外社區資源連結及轉介、個案追蹤及關懷機制等。

(三)成效評估：

1. 多重慢性病：自行擇定慢性病人認知改善評估工具【如：社團法人臺灣生活型態醫學會-生活型態評估量表，如為自行開發或制訂之量表請說明參考依據及合理性】，並執行前後測。

註：生活型態評估量表連結如下

<https://sub.chimei.org.tw/talm/index.php/academic/academic01>

2. 失智症：自行擇定失智症認知評估工具【如：極早期失智症篩檢量表(AD-8)、簡易認知功能評估表(SPMSQ)、簡短式智能評估(MMSE)、臨床失智評估量表(CRD)等，如為自行開發或制訂之量表請說明參考依據及合理性並檢附量表】，並執行前後測。

(四)規劃辦理成效觀摩(主辦或分享執行成果)。

柒、提交計畫執行成效評估表：

一、115年7月15日前依附件2-1格式提交收案名單(包含個案姓名、身分證號、生日、疾病類別、收案日期)，加密後以電子郵件傳送本組窗口。

二、10月15日、116年1月15日前依個案實際開立處方及前後測執行情形填報「計畫執行成效評估表」(附件2-2)，加密後以電子郵件傳送本組窗口。

三、個案健康處方箋(電子或實體)、前後測量表、相關評估及病歷資料請自行

留存備查。

捌、獎勵費用核付說明

期程	項目	評核內容	獎勵費用 上限/家
115Q2	健康處方收 案獎勵	1. 多重慢病：接受健康處方人數達 120 人以上獎勵 15 萬點，達 180 人以上獎勵 30 萬點。 2. 失智症：接受健康處方人數達 10 人以上獎勵 15 萬點，達 20 人以 上獎勵 30 萬點。 註：多重慢病及失智症人數分別列計。	60 萬點
115Q4	成效評估獎 勵	依據成效評估表之前後測得分： 1. 多重慢性病：認知改善(進步)之 病人比率>70%給予 20 萬、 >80% 給予 30 萬。 2. 失智症：認知未退化或改善之病 人比率>70%給予 20 萬、 >80%給 予 30 萬。	60 萬點
	辦理成效觀 摩會獎勵	桃竹竹苗各辦理 1 場成效觀摩會， 主辦醫院每家 20 萬、分享執行成果 之醫院每家 5 萬。	25 萬點

玖、經費預算及撥付方式

一、本計畫全年總經費 2,420 萬點。

二、參與團隊所提計畫內容及指標訂定，由健保署北區業務組審核，如有需專業審查部分，提交北區審查執行分會協助審核。

中央健康保險署北區業務組-115 年北區醫院總額風險移撥款

慢性病照護精進計畫-申請書(參考格式)

一、書寫格式：由左而右，由上而下，A4 版面，楷書 14 號字型，橫式書寫。

二、計畫封面(至少包含下列項目)：

(一) 計畫名稱：慢性病照護精進計畫

(二) 醫院名稱：○○醫院

(三) 計畫主持人：

(四) 計畫聯絡人及聯絡方式：

(五) 計畫執行期間：自核定日起至 115 年 12 月 31 日

三、計畫本文：至少包含下列章節內容

(一) 前言：醫院醫療概況、失智症/慢性病照護模式介紹。

(二) 組織運作

1. 院內-照護團隊成員及分工。

2. 院外-社區機構及資源連結情形。

(三) 慢性病照護精進計畫執行規劃(如同時執行多重慢性病及失智症請分別說明)

3. 規劃收案條件及人數：擇定多重慢性病(高血壓、高血脂、高血糖、ASCVD 含 2 項以上疾病)或失智症，並規劃預計收案人數(收案截止日為 115 年 6 月 30 日)。

4. 收案評估及服務流程：含計畫執行時程、收案評估方式、開立健康處方之程序、院內專業人員合作模式、院外社區資源連結及轉介、個案追蹤及關懷機制等。

5. 成效評估：針對多重慢病或失智症說明認知評估工具(量表)、評估方式(如：病人自評、電訪、面訪等)、前後測執行時間。

6. 規劃辦理成效觀摩(主辦或分享執行成果)。

(四) 其他事項(加值創新項目)：開發智能 APP，功能涵蓋：醫療紀錄、處方地圖、友善定位、視訊診療或諮詢、長照諮詢、活動報名、日常紀錄等。

附件 2-1

衛生福利部中央健康保險署北區業務組

115 年慢性病照護精進計畫收案明細表

[illegible]

衛生福利部中央健康保險署北區業務組

115 年慢性病照護精進計畫執行成效評估表

序號	醫院代碼	個案姓名	個案身分證號	個案生日	疾病類別	處方日期	處方類別	前測日期	前測得分	後測日期	後測得分

中央健康保險署北區業務組-115 年北區醫院總額風險移撥款
術後加速康復(ERAS)輔導及推廣計畫
公開徵求作業說明

壹、計畫依據

依據 115 年公告醫院總額風險調整移撥款及北區醫院前瞻式預算分區共管方式辦理。

貳、預算經費

115 年醫院總額風險調整移撥款辦理。

參、計畫目的

- 一、為提供以病人為中心手術全期照護新模式，鼓勵醫院結合跨領域團隊，提供重大手術入院前、術前、術中、術後 4 階段照護，建立標準照護流程，降低院內感染、縮短照護天數、減少術後併發症，實現最佳手術價值。
- 二、本轄區已有多家醫院陸續於各術式導入 ERAS，為鼓勵轄區醫院導入本項新醫療照護模式(排除膝關節及髖關節置換術)，由醫院自行擇定術式(如大腸直腸癌手術、肺部腫瘤切除術、高危險妊娠等)，各項疾病由 1-2 家擔任主責醫院成立輔導團隊，引導轄區醫院推動執行，共同達成標準化醫療照護、優化手術成果、促進術後回復及降低整體醫療支出等目的。

肆、計畫辦理期程：核定日起至 115 年 12 月 31 日止。

伍、實施方法及申請要件

- 一、申請醫院基本要件：設有院級專責 ERAS 編制單位之醫院，已實施且持續運行 ERAS 照護模式，並能提供相關實施成果與成效(請於計畫書內敘明)，不同疾病須分別請提出申請計畫書。
- 二、申請送件截止日：於 115 年 2 月 26 日(四)前(以郵戳為憑)，檢具正式公文及申請計畫書(附件 1)向健保署北區業務組提出申請(申請文件請自行備份，經受理後不予檢還)。
- 三、申請醫院評選作業：由北區審查執行分會審查，並依醫院計畫書規劃之服務內容，含輔導團隊合作模式、輔導他院之運作模式及策略等面向評核，由分會擇定三項疾病推動，且同一疾病擇優核定最多 2 家主責醫院，審查結果將函文通知。

陸、計畫內容：

- 一、應至少辦理下列工作項目：

- (一) 辦理能力認證工作坊至少 1 場：確認有意願參與之合作醫院名單，並協助增進合作醫院專業醫療人員之執行知能。
- (二) 建立標準化 ERAS 作業流程，並確認合作醫院落實作業程序。
- (三) 建立評核指標：擇定評核指標，含過程及結果面至少 5 項指標，並收集合作醫院指標資料，分析團隊執行成果，依執行成效輔導改善。
- (四) 與合作醫院召開團隊會議至少 3 場：進行個案討論、指標達成狀況（含未達成原因）檢討及費用分析等。
- (五) 輔導尚未執行醫院：完成導入至少 2 家（其中 1 家須為地區醫院），每家醫院至少執行 5 名個案。

二、其他創新輔導推廣方式。

柒、評核指標及獎勵費用核付說明：

一、申請計畫書評選重點

評核項目	評核內容	評核占比
主責醫院	1. 有院級專責 ERAS 編制單位(委員會、工作小組、中心等)且該單位主管為醫師 2. 積極參與 ERAS 學會實務推廣(如合辦工作坊) 3. 具有輔導地區醫院執行 ERAS 經驗 4. 執行及規劃團隊運作模式經驗(含照護案件數)	30%
現況分析及問題	含導入前之評估分析、分階段導入過程、執行成效等、現行作業流程，包含須解決問題	10%
運作方式	1. 建立 ERAS 照護服務模式 2. 輔導團隊資源協調整合 3. 定期召開團隊會議及辦理期中期末成效發表	30%
團隊運作及確保品質	1. 輔導合作醫院團隊組成 2. 輔導團隊提高專業能力 3. 輔導地區運作模式及策略 4. 訂定品質指標並監控指標達成情形	30%

二、訂定評核指標及預期成果：訂定品質指標(含過程面、結果面至少 5 項指標)，另預估執行成效及輔導他院成果。

三、獎勵費用核付說明：

辦理項目	評核內容	獎勵費用
主責醫院 指導費	1. 115Q1 辦理能力認證工作坊至少 1 場 2. 115Q2 提交合作醫院團隊成員名單 3. 115Q3 提交期中報告(含團隊運作情形、團隊會議紀錄、指標執行成效) 4. 115Q4~11601 辦理期末成效觀摩會或交期末報告(含團隊運作情形、團隊會議紀錄、指標執行成效) 5. 獎勵金 115Q1 預撥、未達成評核內容 115Q4 扣回	30 萬/家， 辦理成效 觀摩 再加 5 萬
主責醫院 輔導費	1. 實地輔導醫院執行 ERAS，含輔導紀錄、被輔導醫院執行 ERAS 個案照護紀錄(至少 5 名) 2. 成功輔導醫院執行 EARS 每家獎勵 10 萬，最多 30 萬 3. 上述輔導醫院應至少 1 家為地區醫院，倘有特殊情形請敘明原因來文申請	10 萬，最 多 30 萬
個案照護 費	1. 提供個案照護項目紀錄給主責醫院 2. 提供個案品質指標執行結果給主責醫院 3. 由主責醫院評估並提供符合名單(電子檔)，當季符合個案 1.8 萬，每群(即主責醫院及其合作醫院)給付上限 200 人	1.8 萬

捌、經費預算及撥付方式

- 一、本計畫全年總經費 2,550 萬。
- 二、由主責醫院所提計畫內容及指標訂定，並由北區審查執行分會審核。

附件 1

中央健康保險署北區業務組-115 年北區醫院總額風險移撥款 術後加速康復(ERAS)輔導及推廣計畫-申請計畫書(參考格式)

一、書寫格式：

由左而右，由上而下，A4 版面，楷書 14 號字型，橫式書寫。

二、計畫封面(至少包含下列項目)：

- (一) 計畫名稱：術後加速康復(ERAS)輔導及推廣計畫-○○術式
- (二) 計畫執行中心（主責醫院）：○○醫院
- (三) 團隊成員：○○學/協會、○○醫療院所
- (四) 計畫主持人：
- (五) 計畫聯絡人：
- (六) 計畫執行期間：自核定日起至 115 年 12 月 31 日

三、計畫本文：至少包含下列章節內容

(一) 前言

相關臨床醫療概況及該項疾病 ERAS 照護模式介紹。

(二) 現況及本院 ERAS 執行模式

- 1、請提出貴院擔任主責醫院資格(有院級專責 ERAS 編制單位、積極參與 ERAS 學會實務推廣、具有輔導地區醫院執行 ERAS 經驗、執行及規劃團隊運作模式經驗)

- 2、現況分析及問題（含導入前之評估分析、分階段導入過程、執行成效等）、現行作業流程，需具體事由及數據資料輔佐說明。

(三) 計畫推動時程：請具體列述成立團隊、流程整合、團隊運作及輔導（含必要之工作項目：辦理能力認證工作坊、團隊會議及完成他院導入模式）等項目規劃時程。

(四) 團隊運作方式：建立 ERAS 照護服務模式、輔導團隊資源協調整合、定期召開團隊會議及辦理期中期末成效發表，各項作業規畫及執行方式。

(五) 團隊輔導作及確保品質：輔導合作醫院團隊組成、輔導團隊提高專業能力、輔導地區運作模式及策略，各項作業規畫及執行方式。

(六) 訂定評核指標及預期成果：訂定品質指標(含過程面、結果面至少 5 項指標)，另預估執行成效及輔導他院成果。

(七) 其他創新作為。

中央健康保險署北區業務組-115 年北區醫院總額風險移撥款
區域聯防輔導及推廣計畫
公開徵求作業說明

壹、計畫依據

依據衛生福利部每年公告醫院總額風險調整移撥款及北區醫院總額管理方案辦理。

貳、預算

115 年醫院總額風險調整移撥款辦理。

參、計畫目的

北區自 113 年起執行急性心肌梗塞及重大創傷等急重症疾病跨院際區域聯防合作照護模式，為擴大聯防照護項目，除急性心肌梗塞及重大創傷，另新增高危險妊娠疾病，每種疾病原則由 1 家至多 2 家主責醫院成立團隊，並加強團隊院際間轉診合作效率，提升網絡覆蓋率及照護品質，讓病人可以在黃金治療時間內得到適當救治，降低死亡率或失能率。

肆、計畫辦理期程：115 年 1 月 1 日起至 115 年 12 月 31 日止。

伍、實施方法及申請要件

- 一、申請醫院基本要件：可 24 小時值班醫院，已實施且持續運行區域聯防照護模式，並能提供相關實施成果與成效（請於計畫書內敘明）。
- 二、申請送件截止日：於 115 年 2 月 26 日（四）前（以郵戳為憑），檢具正式公文及申請計畫書（附件 1）向健保署北區業務組提出申請（申請文件請自行備份，經受理後不予檢還）。
- 三、申請醫院評選作業：由北區審查執行分會審查，並依醫院計畫書規劃之現況分析、預定達成目標或目的、團隊組成、團隊合作模式、院內緊急應變模式及提升團隊合作及能力等面向評核，同一疾病擇優核定最多 2 家主責醫院、每家醫院最多核定 2 項疾病，審查結果將函文通知。

陸、計畫內容：

一、工作項目：

- (一)團隊組成：內外部合作單位。
- (二)團隊合作模式建立：24 小時緊急會診合作機制(含排班方式)、緊急轉診應變流程及其他。
- (三)院內緊急應變模式建立：急診會診機制、院內綠色通道啟動流程。
- (四)提升團隊合作及能力：建立品質監測指標、定期召開檢討會議、優化緊

急轉診及綠色通道應變流程等。

二、其他創新輔導推廣方式。

柒、評核指標及獎勵費用核付說明：

一、申請計畫書評選重點

評核項目	評核內容	評核占比
現況分析	貴院執行經驗、現行作業流程，需具體事由及數據資料輔佐說明	10%
目的或目標	團隊欲達成之目的或目標	5%
團隊組成	內、外部跨院整合名單	5%
團隊合作模式	1. 24 小時緊急會診合作機制(含排班方式) 2. 緊急轉診應變流程 3. 其他(如創新推廣、水平展開、智能輔助工具等)	30%
院內緊急應變模式	1. 急診會診機制 2. 院內綠色通道啟動流程	30%
提升團隊合作及能力	1. 建立品質監測指標 2. 定期召開檢討會議 3. 優化緊急轉診及綠色通道應變流程	20%

二、獎勵費用核付說明：

面向	辦理項目	評核內容	獎勵費用
主責醫院	組成團隊及運作獎勵	1. 115Q1 提交合作醫院團隊名單 2. 115Q4 辦理期末成效觀摩會或交期末報告(含團隊運作情形、院內緊急應變模式、團隊會議記錄、其他) 3. 獎勵金 115Q1 預撥，未達成效評核內容 115Q4 扣回	50 萬/每家
	個案管理費	符合緊急轉診會診應變溝通流程之收案獎勵案件(由主責醫院依附件 2 提報個案名單)。	1,500 點/人

面向	辦理項目	評核內容	獎勵費用
收案獎勵費	轉診個案	當季符合下列緊急處置操作型定義之轉診人數，前 2 項疾病收治機構及轉出機構需為醫院，收治醫院指申報緊急處置之醫院。 1、急性冠心症：符合 ICD-10-CM 主診斷 I21.0-I21.3、I21.9、I21.A1、I21.A9、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9，且於進入急診後 90 分鐘內接受經皮冠狀動脈擴張術之個案數(同次案件申報 33076B、33077B 或 33078B 及 P4601B)。 2、重大外傷疾病：符合主診斷碼及進入急診 4 小時內執行手術或處置且 ISS 分數≥ 16分或有重大傷病資格(代碼 12：重大創傷嚴重程度十六分以上者)或傷重不治(當次手術 7 日內死亡)者之個案數。 (1) 主診斷碼：T07.XXXA、[S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79 (前述第 7 位碼皆須為"A")]、S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99 (前述第 7 位碼皆須為"A"或"B")]、[S52、S72、S82 (前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"或"C")] 或體表面積$>20\%$之重大燒傷主診斷碼為 T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XAT26.92XA。 (2) 手術處置碼：33075B、33144B、	20,000 點/人(收治醫院 15,000 點，轉出醫院 5,000 點)

面 向	辦理項目	評核內容	獎勵費用
		48014C、48015B、48016B、 48017B、48029B、48030B、 64022B、64023B、64024B、 64197C、64158B、69038C、 64237C、67013B、67002B、 67010B、67011B、67022B、 67023B、67024B、68036B、 68006B、68005B、68001B、 69009B、75007B、75009B、 75805B、83036C、83037C、 83039B、73010B、71206B、 72014B、73017B、74206B、 70001B、70002B 及 83080B。 3、高危險妊娠孕產婦：符合 ICD-10- CM 主、次診斷前 3 碼為 002、 010-011、013-14、020、023- 024、026、034-036、041-046、 060、063、066-067、069、071- 072、074-077、086、088、098- 099、09A，且執行緊急手術或緊 急處置之人數。 (1) 緊急手術：包括 81005C、 81011C、81018C、81028C、 81029C、81034C、80403B 或 80421B。 (2) 緊急處置：包括 55015C、 94001C、55016C 或呼吸器使用 (57001B、57002B、57023B)。	
	自行收治個案	當季符合下列緊急處置操作型定義之 自行收治人數。 1、急性冠心症：符合 ICD-10-CM 主 診斷 I21.0-I21.3、I21.9、 I21.A1、I21.A9、I22.0-I22.1、	5,000 點/ 人

面 向	辦理項目	評核內容	獎勵費用
		I22.8-I22.9，且於進入急診後90分鐘內接受經皮冠狀動脈擴張術之個案數(同次案件申報33076B、33077B或33078B及P4601B)。 2、重大外傷疾病：符合主診斷碼及進入急診4小時內執行手術或處置且ISS分數≥ 16分或有重大傷病資格(代碼12：重大創傷嚴重程度十六分以上者)或傷重不治(當次手術7日內死亡)者之個案數。 (1) 主診斷碼：T07.XXXA、[S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79(前述第7位碼皆須為"A")]、S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99(前述第7位碼皆須為"A"或"B")]、[S52、S72、S82(前述第7位碼皆須為"A"或"B"或"C")]或體表面積$>20\%$之重大燒傷主診斷碼為T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA。 (2) 手術處置碼：33075B、3144B、48014C、48015B、48016B、48017B、48029B、48030B、64022B、64023B、64024B、64197C、64158B、69038C、64237C、67013B、67002B、67010B、67011B、67022B、	

面 向	辦理項目	評核內容	獎勵費用
		67023B、67024B、68036B、 68006B、68005B、68001B、 69009B、75007B、75009B、 75805B、83036C、83037C、 83039B、73010B、71206B、 72014B、73017B、74206B、 70001B、70002B 及 83080B。 3、高危險妊娠孕產婦：符合 ICD-10-CM 主、次診斷前 3 碼為 002、010-011、013-14、020、023-024、026、034-036、041-046、060、063、066-067、069、071-072、074-077、086、088、098-099、09A，且執行緊急手術或緊急處置之人數。 (1) 緊急手術：包括 81005C、81011C、81018C、81028C、81029C、81034C、80403B 或 80421B。 (2) 緊急處置：包括 55015C、94001C、55016C 或呼吸器使用 (57001B、57002B、57023B)。	

捌、經費預算及撥付方式

- 一、本計畫全年總經費 5,017 萬點。
- 二、由參與團隊所提計畫內容及指標訂定，並由北區審查執行分會及健保署北區業務組審核。

附件 1

衛生福利部中央健康保險署北區業務組

區域聯防合作計畫書內容與格式

一、書寫格式：以 word 建檔，A4 版面，由上而下，由左而右，標楷體 14 號字型，橫式書寫。

二、計畫書撰寫說明：計畫書(含電子檔)內容應包含下列項目：

(一)主責醫院名稱及聯防疾病別

(二)現況分析

(三)目的及目標

(四)團隊組成

1. 內部跨科整合名單

2. 外部跨院整合名單

(五)團隊合作模式

1. 建立緊急轉診聯繫管道：如通訊軟體、專線或本署電子平台即時傳輸病歷資料。

2. 24 小時緊急會診合作機制：與合作院所共同研議並訂定主責醫院專科醫師 24 小時(含夜間及假日)緊急會診方式及標準化作業流程。

3. 緊急轉診應變流程：與合作院所共同研議並訂定聯防個案之轉院標準作業流程(包含主責醫院綠色通道機制建立)。

(六)院內緊急應變模式

1. 急診會診機制

2. 院內綠色通道啟動流程

(七)提升合作團隊專業能力：

1. 定期召開檢討會議：主責醫院須與團隊定期召開聯防合作模式精進檢討會議，並將會議紀錄送至本組備參(每年至少 2 次)。

2. 品質監測指標及輔導方式：自行訂定監測指標及監控方式，及未達目標值之輔導方式。

附件 2

符合緊急轉診會診應變溝通流程之收案獎勵案件名單

備註：

- 55

115 年醫院總額總額外費用定義

附表 1

項目	部門別	定義
其他部門總額	門診	1、案件分類為 A1：居家照護，A2：精神疾病社區復健，A5：安寧居家療護，A6：護理之家居家照護，A7：安養、養護機構院民之居家照護 2、總額外點數=申請點數+部分負擔
其他部門-初期慢性腎臟病醫療給付改善方案	門診	1、醫令類別為 2，且醫令代碼為 P4301C、P4302C、P4303C 2、總額外點數=醫令數量×醫令單價
代辦業務	門診	1、案件分類為 B6：職災，B7：戒菸計畫，B8：精神科強制住院，B9：孕婦愛滋病篩檢，BA：愛滋防治替代治療計畫，C5：嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件 2、總額外點數=申請點數+部分負擔
兒童衛教指導服務方案	門診	1、醫令類別=2 且醫令代碼為 01、02、03、04、05、06、07 2、總額外點數=醫令數量×醫令單價
兒童預防保健	門診	1、醫令類別=2 且醫令代碼為 71-79 2、總額外點數=醫令數量×醫令單價
孕婦產檢費用	門診	1、醫令類別=2 且醫令代碼為 40~56、60~70、5A、5B、5C、5D、5E、5F、5G、5H、5I、5J、5K、5L、5M、5N、6A、6B、6C、6D、6E、 2、總額外點數=醫令數量×醫令單價
婦女子宮頸抹片檢查	門診	1、醫令類別=2 且醫令代碼為 31、33、35、37、38 2、總額外點數=醫令數量×醫令單價
婦女乳房攝影檢查	門診	1、醫令類別=2 且醫令代碼為 91 2、總額外點數=醫令數量×醫令單價
成人預防保健	門診	1、醫令類別=2 且醫令代碼為 21~28、L1001C、L1002C(114.7.1 生效)、3D、3E、3F 2、總額外點數=醫令數量×醫令單價
定量免疫法糞便潛血檢查	門診	1、醫令類別=2 且醫令代碼為 85、94 2、總額外點數=醫令數量×醫令單價
口腔黏膜檢查	門診	1、醫令類別=2 且醫令代碼為 95、97 2、總額外點數=醫令數量×醫令單價
新生兒聽力篩檢補助服務方案	門診	1、醫令類別=2 且醫令代碼為 20 2、總額外點數=醫令數量×醫令單價
流感疫苗接種及兒童常規疫苗接種處置費	門診	1、案件分類=D2 2、醫令類別=2 且醫令代碼為 A2001C、A2051C、A3001C

項目	部門別	定義
		3、總額外點數=醫令點數加總 <u>衛生福利部疾病管制署 114 年 12 月 29 日疾管防字第 1140201156 號函，自 115 年 3 月 1 日起調整為以 NIDS 核付清冊撥付費用，院所無需申報。</u>
愛滋病檢驗治療	門診	1、案件分類 D1 2、總額外點數=申請點數+部分負擔 3、包括 30 歲以下 HIV 女性個案每年一次之「子宮頸抹片檢查」
無健保結核病患之醫療費用	門診	1、案件分類 C4 2、總額外點數=申請點數+部分負擔
性病者全面篩檢愛滋病毒	門診	1、案件分類 B1 2、總額外點數=申請點數+部分負擔
職災	住診	1、職災：案件分類 A1、A2、A3、A4 2、總額外點數=申請點數+部分負擔
精神科強制住院	住診	1、精神科強制住院：案件分類 B1 2、總額外點數=申請點數+部分負擔
代辦疾管署給付案件	住診	1、案件分類： (1) 愛滋病案件：案件分類 C1 (2) 無健保結核病患之醫療費用：C4 (3) 法定傳染病通報且隔離案件：C5 2、總額外點數=申請點數+部分負擔
代辦住院膳食費	住診	1、勞工保險職業傷病住院膳食費：案件分類 AZ 2、低收入戶住院膳食費：案件分類 DZ 3、總額外點數=申請點數+部分負擔
孕產婦全程照護醫療給付改善方案	門診 住診	1、醫令類別為 2、X，醫令代碼為 P3904C、P3905C、P3915C、P3921C、P3922C、P3923C、P3924C 2、總額外點數=醫令點數加總
慢性腎臟病照護及病人衛教	門診	末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫 1、醫令類別為 2，且醫令代碼 P3402C、P3403C、P3404C、P3405C、P3406C、P3407C、P3408C、P3409C、P3410C、P3411C、P3412C、P3413C、P3414C、P3415C、P3416C、P3417C、P6802C、P6803C、P6806C、P6807C、P6808C、P6809C、P6814C、P6815C 2、總額外點數=醫令數量×醫令單價
	門診	初期慢性腎臟病醫療給付改善方案 1、醫令類別為 2，且醫令代碼為 P4301C、P4302C、P4303C

項目	部門別	定義
		2、總額外點數=醫令數量×醫令單價
狂犬病治療藥費	門診 住診	1、門診醫令類別為 1、住診醫令類別為 1 或 Z 2、醫令代碼 K000894214、X000126214、X000127266、 X000128210、X000129209、KC00894214、 KC00969214、XC00169266 3、總額外點數=醫令點數加總
孕婦產前健康照護衛教 指導服務方案	門診	1、醫令類別=2 且醫令代碼為 98、99 2、總額外點數=醫令數量×醫令單價
代辦登革熱 NS1 抗原快 速篩檢試劑	門診	1、案件分類 DF 2、總額外點數=申請點數+部分負擔
居家醫療照護整合計畫	門診	1、 案件分類 E1 或 A1 或 A5，且任一特定治療項目代號 EC、門診醫令類別=2、居家醫療照護整合計畫支付標 準醫令 05301C、05302C、05303C、05304C、 05305C、05306C、05307C、05308C、05312C、 05313C、05314C、05315C、05316C、05321C、 05322C、05323C、05324C、05325C、05326C、 05327C、05336C、05337C、05338C、05339C、 05340C、05341C、P5401C、P5402C、P5403C、 P5404C、P5405C、P5406C、P5407C(115 年 4 月 1 日 起改為 02020C)、P5408C、P5409C、P5411C、 P5412C、P5413C。 2、 總額外點數=醫令點數加總
失智症門診照護家庭諮 詢費用	門診	1、主診斷碼為失智症病患且醫令代碼 P5201C、 P5202C(醫令類別為 0)之醫令點數加總。 2、失智症病患定義診斷碼(ICD-10-CM)：F01~F03、 F0670、F0671、F1027、F1097、F1327、F1397、 F1827、F1897、F1927、F1997、G30、G31。 3、總額外點數=醫令數量×醫令單價
急性後期整合照護計畫- 腦中風	門住診	1、門診案件分類「E1」、整合式照護計畫註記 (CARE_MARK)「1」;住診案件分類「4」試辦計畫代碼 (TRIAL_PLAN)「1」 2、醫令代碼前五碼 P5132、P5113、P5118、P5114、 P5115、P5117、P5123、P5124、P5125、P5126、 P5127、P5128(醫令類別 2、X、Z) 3、總額外點數=醫令數量×醫令單價
急性後期整合照護計畫- 燒燙傷	門住診	1、門診案件分類「E1」、整合式照護計畫註記 (CARE_MARK)「N」;住診案件分類「4」試辦計畫代碼

項目	部門別	定義
		(TRIAL_PLAN)「2」 2、醫令代碼前五碼 P5132、P5113、P5118、P5114、P5115、P5117、P5123、P5124、P5125、P5126、P5127、P5128、P5504、P5505、P5516、P5517(醫令類別 2、X、Z) 3、總額外點數=醫令數量×醫令單價
急性後期整合照護計畫-創傷性神經損傷	門住診	1、門診案件分類「E1」、整合式照護計畫註記(CARE_MARK)「3」;住診案件分類「4」試辦計畫代碼(TRIAL_PLAN)「3」 2、醫令代碼前五碼 P5132、P5113、P5118、P5114、P5115、P5117、P5123、P5124、P5125、P5126、P5127、P5128(醫令類別 2、X、Z) 3、總額外點數=醫令數量×醫令單價
急性後期整合照護計畫-脆弱性骨折	門住診	1、門診案件分類「E1」、整合式照護計畫註記(CARE_MARK)「4」;住診案件分類「4」試辦計畫代碼(TRIAL_PLAN)「4」 2、醫令代碼前五碼 P5132、P5113、P5118、P5114、P5115、P5117、P5123、P5124、P5125、P5126、P5127、P5128(醫令類別 2、X、Z) 3、總額外點數=醫令數量×醫令單價
急性後期整合照護計畫-心臟衰竭	門住診	1、門診案件分類「E1」、整合式照護計畫註記(CARE_MARK)「5」;住診試辦計畫代碼(TRIAL_PLAN)「5」 2、醫令代碼前五碼 P5132、P5113、P5118、P5114、P5115、P5117、P5123、P5124、P5125、P5126、P5127、P5128、P5135(醫令類別 2、X、Z) 3、總額外點數=醫令數量×醫令單價
急性後期整合照護計畫-衰弱高齡	門住診	1、門診案件分類「E1」、整合式照護計畫註記(CARE_MARK)「6」;住診案件分類「4」試辦計畫代碼(TRIAL_PLAN)「6」 2、醫令代碼前五碼 P5132、P5113、P5118、P5114、P5115、P5117、P5123、P5124、P5125、P5126、P5127、P5128(醫令類別 2、X、Z) 3、總額外點數=醫令數量×醫令單價
急性後期整合照護計畫-轉出醫院出院準備及評估相關獎勵費	門住診	1、不屬於前開急性後期整合照護計畫案件且申報醫令代碼前五碼為 P5132、P5113、P5118、P5114、P5115、P5117、P5123、P5124、P5125、P5126、P5127、P5128(醫令類別 2、X、Z)

項目	部門別	定義
		2、總額外點數=醫令數量×醫令單價
全民健康保險復健病房 試辦計畫(自 115 年 9 月 起)	門住診	1、 <u>門診案件分類「E1」、整合式照護計畫註記 (CARE MARK)「7」;住診案件分類「4」試辦計畫代 碼(TRIAL PLAN)「7」</u> 2、 <u>醫令代碼前五碼 P9013B、P9014B、P9015B、 P9016B、P9017B、P9018B、P9019B、P9020B、 P9021B、P9022B(醫令類別 2、X、Z)</u> 3、 <u>總額外點數=醫令數量×醫令單價</u>
門診整合診察費	門診	4、試辦計畫代碼「AY」且「d13(整合式照護計畫註記)」 欄位註記申報「Q、R、S」且申報醫令代碼 P5203C、 P5204C 5、總額外點數=醫令點數加總
遠距醫療給付計畫-遠距 會診費	門診	1、案件分類=07 且任一特定治療項目代號 GC 2、醫令代碼為 P6601C、P6602C、P6603C、P6604C、 P6605C、P6606C 3、總額外點數=醫令點數加總
矯正機關醫療費用(103 年起移列其他部門)	門診、 住診	1、門診：「特定治療項目代號」為 JA、JB、JV，住診： 「醫療服務計劃」為 K 2、「矯正機關代號」欄應依規定正確填報 3、總額外費用=申請點數+部分負擔
兒童發展篩檢服務	門診	1、醫令類別 2 且醫令代碼為 7A-7F 2、總額外點數=醫令數量×醫令單價
婦女人類乳突病毒檢測	門診	1、醫令類別 2 且醫令代碼為 3A-3C 2、總額外點數=醫令點數加總
住院整合照護服務試辦 計畫(114 年起移出總額)	住診	1、案件分類為 B2、醫令類別 2 且醫令代碼為 P7201B 2、總額外點數= 醫令數量*醫令單價
癌症治療品質改善計畫 (114 年起移出總額)	門診	1、案件分類 A3 2、醫令類別 G 且醫令代碼為 P7701C、P7702C、P7703C、 P7704C、P7705C、P7706C、P7707B、P7708B、P7709C、 P7710B、P7711C、P7712C、P7713C、P7714B、P7715B 3、總額外點數=醫令點數加總
慢性傳染病照護品質計 畫(114 年起移出總額)	門診	1、潛伏結核感染治療品質支付服務計畫：案件分類 C4、 任一特定治療項目代號 EG、醫令代碼為 E7801C ~E7804C

項目	部門別	定義
		2、愛滋照護管理品質支付計畫：案件分類 D1、任一特定治療項目代號 EH、醫令代碼為 E7901C ~E7904C 3、長照機構加強型結核病防治計畫：案件分類 C4、任一特定治療項目代號 EJ、醫令代碼為 E8001C ~E8004C 4、總額外點數=醫令點數加總
在宅急症照護試辦計畫	門診	1、案件分類 E1、任一特定治療項目代號 EN、醫令代碼為 P8401C~ P8467C 2、提早出院返家治療(申報 P8460C~ P8467C)個案之藥費醫令點數(醫令類別 1) 3、總額外點數=醫令點數加總
產後健康照護服務方案	門診	1、醫令類別 2 且醫令代碼為 5P、5Q 2、總額外點數=醫令點數加總
<u>醫院推動代謝症候群防治試辦計畫</u> <u>(114 年 9 月起)</u>	<u>門診</u>	<u>1、案件分類 A3、特定治療項目代號(一)EM、部分負擔 009、就醫序號「MSPT」、醫令類別 2、醫令代碼為 P7501C、P7502C、P7503C 及衍生之檢查費用 09001C、09004C、09005C、09006C、09043C、09044C</u> <u>2、總額外點數=醫令點數加總</u>
暫時性支付(癌藥)	門診 住診	申報下列醫令代碼(醫令類別為 1、X 或 Z)之醫令點數加總： 1、醫令代碼 KC01025219、KC01050238、KC01258235、 <u>KC01233224(115 年 5 月 1 日生效)、KC01310229(115 年 8 月 1 日生效)</u> ，且勾稽事前審查檔之申請適應症類別(PAY_CODE)符合癌藥基金適用範圍，且事前審查檔核定註記(DECIDE_MARK)為 1-同意備查或 3-部份同意。 2、醫令代碼 BC28160100 且經勾稽事前審查檔之申請原因(APPL_REASON)符合癌藥基金適用範圍，事前審查檔核定註記(DECIDE_MARK)為 1-同意備查或 3-部份同意。 3、醫令代碼 BC28198100、BC28199100、KC01123243、KC01177224、KC01216216、KC012172F0、KC01232214、KC01232229、KC012592A3、KC012602A3、KC012612A7、KC01276263、 <u>KC01312212(115 年 10 月 1 日生效)</u> 。
週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫	門診	1、案件分類 02、B6、07 且任一特定治療項目代號為 UC、GC 且醫令代碼為 P8801C、P8802C、P8803C 2、總額外點數=申請金額+部分負擔金額

註：各項總額外費用均依醫院總額結算邏輯辦理。

115 年醫院總額專款專用費用定義

附表 2

項目	部門別	定義
罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材	門診、 住診	1、 罕見疾病藥費： (1) 部分負擔代碼=001 且主、次診斷任一亦符合衛生署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) 費用年月 112 年 1 月(含)起增列，國健署重大傷病罕病通報紀錄檔註記審核通過，但未領有重大傷病卡(罕見疾病註記為 Y)之保險對象，任一主、次診斷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)且申報符合罕見疾病藥物品項之醫令點數加總。 (3) 領有重大傷病卡係指：重大傷病檔「罕病註記(RARE_SICK_MARE)」為「Y」且費用年月在重大傷病檔之有效生效起迄年月間(如持卡註記異動日期(CARD_MARK_DATE)有值，以持卡註記異動日期為生效迄日)，另持卡註記(CARD_MARK)為 1(重覆)、5(更正/補發註銷)不計 2、 血友病藥費： (1) 先天性凝血因子異常(ICD-10-CM/PCS 為 D66、D67、D68.1、D68.2)：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) 後天性凝血因子缺損(ICD-10-CM/PCS 為 D6832、D684)、類血友病(ICD-10-CM/PCS 為 D68.0)：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 及 B02BX06 之藥品醫令代碼。 (4) 104 年新增罕病特材：罕病特材代碼：FBN07321004P(醫令類別 3、Z)。 (5) 領有重大傷病卡係指：重大傷病檔「重大傷病類別(HV_TYPE)為「02」且費用年月在重大傷病檔之有效生效起迄年月間(如持卡註記異動日期(CARD_MARK_DATE)有值，以持卡註記異動日期為生效迄日)，另持卡註記(CARD_MARK)為 1(重覆)、5(更正/補發註銷)不計。

項目	部門別	定義
		3、專款專用點數=藥費點數合計 4、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費： (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/健保服務/健保藥品與特材/健保藥品/健保藥品品項查詢/健保用藥品項/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。
鼓勵器官移植病 確保術後追蹤照 護品質 鼓勵器官移植病 確保術後追蹤照 護品質	門診、 住診	1、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)、骨髓移植(94201B、94202B、94204B、94206B、94207B)、胰臟移植(75418B)、腸移植(73049B)。 2、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項醫令——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)、腸摘取(73050B)、腹腔鏡活體捐肝摘取(75034B)、腹腔鏡活體捐腎切除術(76036B)。 3、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及抗排斥藥醫令碼(門診醫令類別「1」；住診醫令類別「1」或「Z」)。 (1) 前開主次診斷：腎臟移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z940)、心臟移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z941、Z943)、肺臟移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z942、Z943)、肝臟移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z944)、胰臟移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z9483)、骨髓移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z9481、Z9484)、腎臟移植併發症(ICD-10-CM/PCS 為 T861)、肝臟移植併發症(ICD-10-CM/PCS 為 T864)、心臟移植併發症(ICD-10-CM/PCS 為 T862、T863)、肺臟移植併發症(ICD-10-CM/PCS 為 T863、T8681)、骨髓移植併發症(ICD-10-CM/PCS 為 T860)、胰臟移植併發症(ICD-10-CM/PCS 為 T8689)、

項目	部門別	定義
		腸移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z9482)、腸移植併發症(ICD-10-CM/PCS 為 T86850-T86859)。 (2) 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 L04AD01、L04AA03、L04AA04、L04AD02、L04AA06、L04AH01(自 113Q3 結算季起)、L04AH02(自 113Q3 結算季起)之藥品醫令代碼。 (3) HBIG 免疫球蛋白: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,限定為肝臟移植病人(主次診斷 ICD-10-CM/PCS 為 Z944、T864)之術後使用。 4、角膜處理費:醫令代碼 53034B(醫令類別 2、Z、X)之醫令點數加總。
C 型肝炎用藥		1、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)。費用年月 109 年 7 月起不擷取案件分類及特定治療項目欄位。 (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)。費用年月 109 年 7 月起不擷取案件分類及給付類別欄位。 (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 J05AP01、L03AB04、L03AB05、L03AB09、L03AB10、L03AB11 醫令點數(醫令類別 1 或 Z)。 (4) 且保險對象須於費用年月有使用 ATC 藥理分類為 J05AP01 之醫令代碼(醫令類別為 1 或 Z)。 2、全口服 C 肝新藥:門診點數清單明細檔及住院點數清單明細檔:以藥品醫令代號前六碼為「HCVDA」者之醫令點數加總。 3、藥品調劑案件列入計算。
氣喘醫療給付改善方案	門診	1、醫令類別為 2 且醫令代碼為 P1612C、P1613C、P1614B、P1615C 2、總額外點數=醫令數量×醫令單價
糖尿病醫療給付改善方案	門診	1、醫令類別為 2 且醫令代碼為 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C 2、總額外點數=醫令數量×醫令單價
B、C 型肝炎醫	門診	1、醫令類別為 2 且醫令代碼為 P4201C、P4202C、P4203C、

項目	部門別	定義
療給付改善方案		P4204C、P4205C 2、總額外點數=醫令點數加總
醫院支援西醫基層醫療資源缺乏地區之方案	門診	1、案件分類為 D4、E1、08 且特定治療項目代號(一)至(四)為 G5 2、總額外點數=申請點數+部分負擔
急診品質提升方案	門診、 住診	1、醫令類別為 2、X、K、Z、G 且醫令代碼為 P4601B- <u>P4602B、P4606B-P4611B、P4614B-P4620B、P4626B -P4629B</u> 2、總額外點數=醫令點數加總
早期療育門診醫療給付改善方案	門診	1、醫令類別為 2 且醫令代碼為 P5301C 2、總額外點數=醫令數量×醫令單價
慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案		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。
精神科長效針劑藥費	門診、 住診	1、核價劑型為注射劑(藥品代碼倒數第 3 碼為 2)者，且 ATC 碼及成分含量為以下：N05AD01 且成分含量為 50mg/mL、N05AB02、N05AF01、N05AX08、N05AX13、N05AX12 之醫令點數(醫令類別為 1 或 Z)加總 2、總額外點數=醫令點數加總
糖尿病合併初期慢性腎臟病	門診	1、醫令類別為 2 且醫令代碼為 P7001C、P7002C、P7003C 2、總額外點數=醫令數量×醫令單價
思覺失調症	門診	1、 <u>案件分類 E1、特定治療項目代號(一)為 ES、醫令類別為 2 且醫令代碼 P7401C、P7402B、P7403B、P7404C(115 年 8 月起)</u> 2、總額外點數=醫令點數加總
暫時性支付(非癌藥)	門診 住診	1、依「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」決議納入藥物醫令代碼為 BC27923100(生效迄日 1160131)、KC01210225(生效迄日 1150630) 2、總額外點數=醫令點數加總
抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	門診 住診	1、醫令類別 G 且醫令代碼為 P8301B 2、總額外點數=醫令點數加總
主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護	門診 住診	1、門診醫令類別為 G 或 2、住診醫令類別為 G 或 K 2、醫令代碼 P8201B~P8212B 3、總額外點數=醫令點數加總
地區醫院全人全社區照護計畫	門診	1、醫令代碼為 P8501B、P8502B 2、總額外點數=醫令點數加總
全民健康保險高	門診	1、 <u>特定治療項目代號(一)~(四)任一為「EL」、案件分類為「E1」</u>

項目	部門別	定義
血脂醫療給付改善方案		2、醫令類別為 2，醫令代碼為 P8901B~ P8903B <u>P8902B</u> 3、 <u>醫令類別為 G，醫令代碼為 P8903B</u> 4、總額外點數=醫令點數加總
<u>全民健康保險侵襲性呼吸器優化管理計畫</u>	<u>住診</u>	1、 <u>醫令類別為 K，醫令執行時間為「評估日期」、醫令代碼為 P9101B(115 年 8 月起)</u> 2、 <u>總額外點數=醫令點數加總</u>

註：各項專款專用費用均依醫院總額結算邏輯辦理。

115 年醫院總額醫療給付費用一般服務之保障項目及條件

- 一、依據 115 年 3 月 4 日醫院總額 115 年度第 1 次研商議事會議報告事項第 7 案決定略以，115 年醫院總額一般服務點值保障項目，比照中醫部門、透析部門增列「若當季/區一般服務浮動點值大於 1 元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於 1 元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付作業」之規定。
- 二、惟對應申請區域醫院評鑑之地區醫院，如經評鑑不符合區域醫院者，自評鑑不符合之日起，1 年內不得適用地區醫院保障項目【地區醫院急診診察費、地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)、地區醫院住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費】，惟其護病比符合區域醫院評鑑標準者，其醫療服務得比照區域醫院保障【區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費】；另自醫院評鑑不符合之日起 1 年後，仍不符合區域醫院評鑑者，不得適用地區醫院保障項目，亦不得比照區域醫院保障。

三、115 年醫院總額保障項目如下表：

<u>(一) 門診、住診之藥事服務費</u>	<u>(八) 經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院</u>
<u>(二) 門診手術</u>	<u>(九) 地區醫院假日及夜間案件(不含藥費)</u>
<u>(三) 急救責任醫院之急診醫療服務點數</u>	<u>(十) 區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費</u>
<u>(四) 住診手術費</u>	<u>(十一) 區域級(含)以上醫院加護病床住院診察費、區域級(含)以上醫院加護病床住院病房費</u>
<u>(五) 住診麻醉費</u>	<u>(十二) 地區醫院住院病房費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)。地區醫院一般病床住院診察費。地區醫院住院護理費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)。</u>
<u>(六) 血品費</u>	<u>(十三) 醫院生產案件</u>
<u>(七) 地區醫院急診診察費</u>	<u>(十四) 若當季/區一般服務浮動點值大於 1 元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於 1 元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付作業</u>

衛生福利部中央健康保險署北區業務組-特約醫院附約

- 一、本院參加「衛生福利部中央健康保險署北區業務組 115 年醫院前瞻式預算分區共管方式」(以下簡稱本共管方式)，並同意依相關規定辦理。本共管方式之內容如有因應總額管理之需要，同意經由衛生福利部中央健康保險署北區業務組與該區醫院總額管理委員會會議決議方式修訂之。
- 二、本院同意本共管方式為全民健康保險特約醫事服務機構合約之一部分，其效力與全民健康保險特約醫事服務機構合約同。

此致

衛生福利部中央健康保險署北區業務組（以下簡稱甲方）

申請醫院（以下簡稱乙方）

醫院代號：

醫院名稱：

醫事機構特約章戳：

（醫療院所印章）

（負責醫師印章）

中 華 民 國 年 月 日