

**全民健康保險醫療給付費用醫院總額
115 年第 3 次研商議事會議紀錄**

時間：115 年 8 月 26 日(三)下午 2 時

地點：本署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：陳署長亮好

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	蔡蕙如(代)	陳建志代表	(請假)
朱文洋代表	朱文洋	陳建宗代表	游進邦(代)
朱益宏代表	朱益宏	陳相國代表	陳相國
余忠仁代表	黃雪玲(代)	陳穆寬代表	林慶雄(代)
吳永全代表	吳永全	童敏哲代表	張碧玉(代)
吳淑芬代表	吳淑芬	黃冠棠代表	黃冠棠
吳鏘亮代表	吳鏘亮	黃榮男代表	(請假)
李飛鵬代表	李飛鵬	黃遵誠代表	林佩菽(代)
周思源代表	周思源	楊邦宏代表	楊邦宏
周雯雯代表	周雯雯	廖振成代表	廖振成
孟令好代表	孟令好	劉林義代表	劉林義
林宏榮代表	林宏榮	劉碧珠代表	劉碧珠
侯勝茂代表	廖秋燭(代)	蔡易廷代表	蔡易廷
施壽全代表	(請假)	賴信亨代表	賴信亨
洪世欣代表	洪世欣	謝文輝代表	謝文輝
洪瑜黛代表	洪瑜黛	謝景祥代表	(請假)
張文瀚代表	林富滿(代)	顏鴻順代表	(請假)
張克士代表	張克士	羅永達代表	羅永達
張國寬代表	張國寬	嚴玉華代表	嚴玉華
郭錫卿代表	郭錫卿	蘇主榮代表	蘇主榮
陳志強代表	陳志強	蘇慧真代表	李懿軒(代)
陳威明代表	楊慕華(代)		

列席單位及人員：(*為線上與會人員名單)

台灣醫院協會	董家琪、賴彥伶、顏正婷、 連敬芳、王秀貞
中華民國醫師公會全國聯合會	謝沁妤、蘇慧珂
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會	(請假)
社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	李承光
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	黃國明
臺灣生技醫療器材工業同業公會	(請假)
台灣輸血學會	朱芳業
台灣感染症醫學會	林德宇
社團法人台灣感染管制學會	陳宜君
台灣婦產科醫學會	(請假)
社團法人中華民國糖尿病學會	李亭儀
台灣外科醫學會	林有德
中華民國心臟學會	林亮宇
台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會	戴志展
台灣神經學學會	劉濟弘、鄭建興
社團法人台灣腦中風醫學會	陳龍、湯頌君
社團法人台灣急診醫學會	李智晃
台灣胸腔及心臟血管外科學會	柯宏彥
社團法人台灣神經外科醫學會	(請假)
中華民國癌症醫學會	陳仁熙、何景良
台灣胸腔暨重症加護醫學會	陳威志、林定佑
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴
衛生福利部社會保險司	蔣翠蘋

衛生福利部疾病管制署
本署署長室
本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

周偉惠、沈文凡

張淑雅

黃育文、成庭甄、陳怡蓓、
涂巧玲、林雨亭、陳盈如、
劉亭吟

林右鈞、賴彥壯、陳依婕、
洪于淇、黃怡娟、黃瓊萱、
曾琬茜、陳世卿、張祐禎、
李珮芳、何懿庭、楊閨璘、
蕭之宣、高翊庭、陳聿萱、
黃胤學、陳香然、翁子雯

李純馥*、潘尹婷*、張志銘*、
許佩真*、高軒偉*、潘思潔*、
賴佩伶*

許菁菁*、蔡秀幸*、王慈錦*、
廖佩琦*、蔡宜珊*、陳怡潔*、
吳秋芬*、胡嘉儒*、邱冠霆*、
陳彥容*

丁增輝*、劉上惠*、陳雪姝*、
謝秋萍*、游姿瑗*、林琬倩*、
鄭佩甄*、林宸由*、黃意婷*、
嚴道宇*

賴大年*、吳佩寧*、蔡玉淇*、
張智傑*、陳嘉浚*、曾荃璞*
林純美*、謝明雪*、郭怡妤*、
呂佳青*、陳祈君*、黃雨潔*、
劉彥均*、蕭晟儀*、劉蘋琄*、
王詩雅*、吳奕蓁*

陳珮毓*、江曉倩*、林祉萱*

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄

決定：確認。

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：有關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，請台灣醫院協會就建議放寬之特殊情形，另提本會議討論。
- 二、序號2：個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫建議案，同意解除列管；惟另請本署監測分級醫療成效。
- 三、序號3：『修訂115年全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫案(下稱醫不足計畫)』及『地區醫院代表就本計畫第肆點申請醫院資格之第一款基本要件第(二)目規定，建議刪除「排除已設立區域級(含)以上醫院(不含精神科醫院)之鄉鎮(區)」，請就條文修正文字及配套措施討論案。』：
有關前開第(二)目規定，本署於會上建議若係因醫院評鑑升級為區域醫院而受影響者，給予3年緩衝期(115年~117年)，期間內仍保留申請資格，惟會上共識如下：
 - (一)若係因他醫院評鑑升級為區域醫院而受影響者，給予2年緩衝期(115年~116年)，期間內仍保留申請資格。
 - (二)惟前開評鑑升格之區域醫院，已達一定經濟規模，不適用緩衝期保障。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額 115 年第 1 季點值結算報告。

說明：

一、115年第1季各分區一般服務點值確認如下：

區/項目	浮動點值	平均點值
臺北	0.95402634	0.97903657
北區	1.02713457	1.00679279
中區	0.97785588	0.98906047
南區	1.08362874	1.03195773
高屏	1.03158163	1.01357416
東區	1.11287627	1.04506682
全區	0.99778211	0.99887110

二、依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

決定：確認 115 年第 1 季點值，餘洽悉。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：健保用血現況及指標回饋。

決定：洽悉。

肆、討論事項

第一案

提案單位：台灣社區醫院協會、台灣感染症醫學會、本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」案。

決議：本案修訂通過如附件 1，重點如下：

- 一、支付標準代碼P8301B「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」及醫院感染管制品質獎勵之獎勵費用分配：考量部分醫院受法規限制而無法分配六成以上予相關醫事人員，爰原分配六成修正為分配一定比

率予相關醫事人員。

- 二、有關與會代表反應案內醫院感染管制品質獎勵之過程面指標配分方式疑義一節，請本署醫務管理組於會後確認積分數並修正文字。
- 三、餘照案通過，將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。
- 四、有關台灣社區醫院協會反映地區醫院感染症專科醫師不足以及感染防治一節，建議~~由衛生福利部疾病管制署之One Health計畫研議~~請本署醫務管理組邀請衛生福利部疾病管制署、衛生福利部食品藥物管理署及相關學協會持續討論。

第二案

提案單位：社團法人中華民國糖尿病學會、本署醫務管理組。

案由：修訂「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」。

決議：

- 一、本案修訂通過如附件2，重點如下：

- (一) 品質提升費刪除上開第5項(院所向「自行要求剖腹產」產婦收取之自費醫療費用)指標，併同調整計畫文字。
- (二) 有關社團法人中華民國糖尿病學會建議修正如下，因事涉專業且無涉財務評估，請該會於會後與台灣婦產科醫學會討論確認之文字，納入方案修正：
 1. 妊娠糖尿病-產後第1年至第3年追蹤及轉診結案(P3917C~P3920C)管理照護費：由…或餐後2小時血糖(PC2hr)者始得申報，修正為…及醣化血色素(HbA1c)者始得申報。
 2. 備註1，由抽血檢驗結果需包含醣化血色素(HbA1c)、醣化白蛋白、血液及體液葡萄糖-空腹(AC)或血液及體液葡萄糖-餐後(PC)，修正為…包含醣化血色素(HbA1c)或醣化白蛋白…。

- 二、本案將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

第三案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫師全聯會)

案由：配合西醫基層總額修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目」案。

決議：

- 一、通過手術、創傷處置及換藥等6項診療項目支付點數各調升50點，並於蒸氣或噴霧吸入治療等2項診療項目增列兒童加成。
- 二、另有關調整18001C「心電圖」支付點數，考量本項支付點數調升150點，財務影響甚鉅，爰建議比照手術、創傷處置及換藥診療項目調升50點，並請醫師全聯會攜回討論。
- 三、本案通過項目將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

第四案

提案單位：中華民國癌症醫學會、社團法人台灣腦中風學會

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目」暨「全民健康保險區域聯防-提升急重症照護品質計畫(下稱區域聯防計畫)」案。

決議：本案修訂通過，重點如下：

- 一、調升「靜脈血管內化學藥物注射費」支付點數11%~35%。
- 二、提升重症支付：
 - (一)調升腦中風重症支付：
 1. 調升47101B「急性缺血性腦中風處置費」，由現行14,559點調升至18,251點。
 2. 新增「急性缺血性腦中風溶栓及取栓治療處置費」，支付點數26,988點。
 - (二)調升胸腔重症支付：配合28006C「支氣管鏡檢查」調升7項相關檢查及治療處置及4項手術支付點數。
- 三、通過修訂區域聯防計畫，如附件3：
 - (一)增訂P8203B「二十四小時急性缺血性腦中風整合治療

評估費」夜間及假日加成100%規範。

(二) 新增「急診收治並於6小時內進入ICU」獎勵，比照急診品質提升方案以每人次給予5,000點獎勵計算。

四、本案將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

第五案

提案單位：台灣醫院協會

案由：修訂醫院門診及住院診察費支付點數案。

決議：

一、照案通過調升門診及住院診察費支付點數。

(一) 門診診察費（共37項）：

1. 醫院一般門診診察費。
2. 醫院精神科門診診察費。
3. 高危險早產兒特別門診診察費。

(二) 住院診察費（含住院會診費共38項）：

1. 一般病床住院診察費。
2. 加護病床住院診察費。
3. 其他住院診察費（包含急診觀察床、燒傷病床、隔離病床、慢性病床、高危險妊娠）及住院會診費。
4. 以包裹點數支付之相關診療項目：包含一般慢性精神病床住院照護費、精神科日間住院治療費、安寧住院照護費及亞急性／慢性呼吸照護病床論日計酬費用。

二、本案將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

第六案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4 版支付通則暨 116 年 1-6 月適用之相對權重統計結果案。

決議：本案修訂通過，重點如下：

- 一、116年1-6月SPR值為54,100點。
- 二、通過修訂通則六「先天性疾病個案主診斷列表」，增列Q53.23「雙側高陰囊睪丸」。
- 三、通過修訂通則十三「DRG參數計算方式及頻率」。
- 四、本案將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

伍、臨時動議：

第一案

提案單位：中華民國醫事放射師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

案由：新增「115-116 年度全民健康保險提升醫事放射師及醫事檢驗師醫療品質獎勵方案」。

決議：與會代表表示醫事人員薪資調整涉醫療機構薪資制度及待遇衡平，宜審慎研議；醫事人力問題建議併同人才培育、考選制度及人力配置整體考量，本案未具共識，爰暫保留。

全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫

113年5月31日健保醫字第1130110860號公告實施

114年5月29日健保醫字第1140110568號公告修訂

115年 0 月 0 日健保醫字第0000000000號公告修訂

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

- 一、鼓勵醫院推動、落實或提升感染管制及抗微生物製劑管理。
- 二、提升醫療品質，保障病人安全。
- 三、鼓勵醫院管理階層對感染管制的實質支援。

參、實施期間

自 ~~114~~115 年 1 月 1 日起至 ~~114~~115 年 12 月 31 日止。

肆、預算來源

~~114~~115 年全民健康保險(以下稱本保險)醫院醫療給付費用總額「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」專款項下 ~~225~~300 百萬元。

伍、計畫內容

一、參與醫院資格：

(一)經~~113~~114年公告符合本計畫參與資格，且未申請退出之醫院。

(二)非前項醫院，須同時符合下列條件，並於指定期限前向全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組提出申請，經同意後始可申報：

- 1.~~112~~113年或~~113~~114年醫院感染管制查核合格(符合率 $\geq 60\%$)；~~113~~114至~~114~~115年新設立致未曾辦理醫院感染管制查核之醫院；~~113~~114年辦理醫院評鑑且~~112~~113年或~~113~~114年未辦理感染管制查核醫院，其醫院評鑑感染管制章節結果為符合者。
- 2.須參與衛生福利部疾病管制署「台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統」(以下稱 THAS 系統)之抗生素抗藥性管理模組(AR)之抗藥性監測通報，並於指定期限前至少通報~~111~~112年至~~114~~115年間任一月份之抗藥性監測通報資料。

(三)參與醫院須同意其通報 THAS 系統與本計畫相關資料，供保險人運用於本計畫指標計算及合於法定職務必要範圍內使用，且不對外公開醫院通報資料。不同意使用者應於指定期限前通知保險人退出本計畫。

二、高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護評估

(一)執行人員資格：專任感染症專科醫師。

(二)照護對象：嚴重感染症之住院病人，包含複雜性感染、嚴重敗血症、困難治療照護處置，及免疫不全之病人(操作型定義詳附件1)，並經專任感染症專科醫師進行感染症及高度管制性抗微生物製劑(附件2)使用評估。

(三)給付項目及支付標準

編號	診療項目	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P8301B	高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費 註： 1.適應症：嚴重感染症之住院病人，包含複雜性感染、嚴重敗血症、困難治療照護處置，及免疫不全之病人(詳附件1)，並經專任感染症專科醫師進行感染症及高度管制性抗微生物製劑使用評估。 2.須完成「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表」(附件3)，並併入病人之病歷紀錄備查。 3. 須完成「台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)」抗藥性監測模組通報。 4.前項量表評估時機如下： (1) 於使用高度管制性抗微生物製劑前。 (2) 於使用高度管制性抗微生物製劑期間，每週評估並以 <u>每次住院療程申報兩次為限</u> 每週申報一次為限 (滿七天得申報一次)。	V	V	V	1,000

(五)本項費用須分配六成以上予感染症專科醫師。

三、醫院感染管制品質獎勵

(一)依下列指標達成情形計分，操作型定義詳附件4

1.過程面指標(308 分)

(1)感染症專科醫師配置(108 分)

A.醫院總病床數每 100 床(含)以下設有專任感染症專科醫師 1 位，得 10 分；每 100 床至 200 床(含)設有感染症專科醫師 1 位，得 5 分；每 200 床至 300 床(含)設有專任感染症專科醫師 1 位，得 3 分。

~~B.若醫院急性一般病床登記許可床數 249 床以下，且設有感染症專科醫師(專任或支援)，以 3 分計。~~
若醫院急性一般病床登記許可床數 50 床以下，且設有感染症專科醫師(專任或支援)，得 5 分；51 床以上至 150 床以下，且設有感染症專科醫師(專任或支援)，得 4 分；151 床以上至 249 床以下，且設有感染症專科醫師(專任或支援)，得 3 分。

C. 急性一般病床登記許可床數 249 床以下之地區醫院設有專任具衛生福利部疾病管制署認可專業學會甄審合格領有感染管制證照之感染管制人員，得 3 分。

(2)管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫(10 分)

A.保障薪資或額外證照津貼，得 2 分。

B.提供公假進修或補助參與學會及相關學術活動，得 2 分。

C.針對重點單位提供感染管制種子培訓，得 2 分。

D.訂有感染管制人力育才計畫，得 2 分。

E.提供留任獎金，得 2 分。

(3)~~管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予感染管制師或相關醫事人員的百分比(10 分)。~~
針對抗微生物製劑管理及感染管控品質提升計畫之獎勵金，訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予感染管制師或相關醫事人員的百分比(10 分)。

2.結果面指標(55 分)

(1)全院重點監測抗藥菌占率改善成果(10 分)

- A.重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA(定義如附表2)，分別計算前揭菌種占率之下降率。
- B.單一抗藥菌占率較基期(前一年度)下降2-5%，得1分；較基期下降超過5%，得2分。

(2)重點監測抗藥菌感染密度(30 分)

A.全院重點監測抗藥菌感染密度(15 分)

- a.改善成果個別計分，重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA。
- b.全院感染密度較基期(該院全院過去3年之數據)下降未達2%，得1分；較基期下降2-5%，得2分；較基期下降超過5%，得3分。

B.加護病房重點監測抗藥菌感染密度(15 分)

- a.改善成果個別計分，重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA。
- b.加護病房感染密度較基期(該院加護病房過去3年之數據)下降未達2%，得1分；較基期下降2-5%，得2分；較基期下降超過5%，得3分。

- C.依醫療機構設置標準規定，無須設置加護病房之醫院，「加護病房重點監測抗藥菌感染密度」指標得不計分，於「全院重點監測抗藥菌感染密度」指標最高計分由15分調升為30分。

(3)高度管制性抗微生物製劑管理成果(15 分)

針對本保險抗微生物製劑藥品給付規定須經感染症專科醫師會診確認需要使用藥品(共23項，附件2所列須經感染症專科醫師會診確認需使用之抗微生物製劑)，

其定義每日劑量(以下稱 DDD)耗用量或住院抗生素耗用量密度(以下稱 DID)較基期(前一年度)下降未達2%，得 5 分；較基期下降 2-5%，得 10 分；較基期下降超過 5%，得 15 分。

(4)加護病房中心導管相關血流感染密度(暫不列入 ~~114~~115 年度積分計算)：加護病房中心導管相關血流感染密度較基期(該院加護病房過去 3 年之數據)之降幅。

(5)手術部位感染發生率(暫不列入 115 年度積分計算)：手術部位感染發生率較基期之降幅。

(二)獎勵費計算方式

1.各醫院獎勵費分配＝

$$\frac{\text{該院之(指標達成積分} \times \text{權重)}}{\sum \text{各醫院(指標達成積分} \times \text{權重)}} \times \text{獎勵金額}$$

2.按達成指標積分獎勵，並依醫院總病床數給予權重加成，分配權重如下：

(1)病床數未滿500床分配權重=1

(2)病床數501至1250床分配權重=1.5

(3)病床數1251至2000床分配權重=2

(4)病床數2001床以上分配權重=3

3.每一積分之獎勵費(獎勵金額/∑各醫院(指標達成積分×權重))以 5,000 元為上限。

4.本獎勵費須分配六成以上予感染管制師或相關醫事人員。

陸、醫療費用申報、審查及核付作業

一、除另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、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，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

二、「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」申

報規定：

(一)「台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)」抗藥性監測模組未完整通報門診、急診及住院案件之月份，不予支付該月份量表評估費。

(二)申報時醫令類別填報「G」，醫令總量、單價、支付點數、支付成數填報0，執行醫事人員代號填報執行之專任感染症專科醫師 ID，醫令執行時間填報「評估日期」，由保險人每季勾稽院所 THAS 系統抗藥性監測模組通報情形，進行補付作業。

三、點值結算：

(一)「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」之結算：預算為 ~~180~~240 百萬元，按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元，當季預算若有結餘則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。若年度結算後尚有結餘，則流用至「醫院感染管制品質獎勵」。

(二)「醫院感染管制品質獎勵」預算為 ~~45~~60 百萬元，每年結算一次，由保險人計算參與計畫之醫院名單及分配金額後，辦理撥付事宜。

四、相關資料通報及辦理時程：

(一)醫院應於次年1月底前完成通報相關指標資料，如相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。

(二)醫院應於指定期限前彙整當年度「醫院感染管制品質獎勵」中「管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫」及「管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予感染管制師或相關醫事人員的百分比」兩項指標相關計畫及獎勵制度內容送保險人分區業務組，保險人將請台灣感染症醫學會審查。台灣感染症醫學會應將審查核定名單，於次年1月底前函送保險人。

(三)醫院應於次年6月底前，彙整本計畫「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費分配予感染症專科醫師

之成數」及「醫院感染管制品質獎勵提分配予感染管制師或相關醫事人員之成數」等資料，函送保險人分區業務組備查，如未達指定分配成數醫院，應提出具體說明，經審核認定無正當理由者，將得取消其次年度本計畫參與資格。

五、醫療費用核付依據：由衛生福利部相關單位提供下列資料予保險人：符合參與資格醫院名單、THAS 系統抗藥性監測通報醫院名單、全院重點監測抗藥菌占率、全院重點監測抗藥菌感染密度、加護病房重點監測抗藥菌感染密度。

六、醫療費用申復：辦理本計畫核發作業後，若有未列入本計畫核發名單之特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度醫院總額「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」專款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季醫院總額一般服務項目預算中支應。

柒、關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標(定義詳附件4)如下：

- 一、參與醫院重點監測抗藥菌占率不高於~~113年~~前一年。
- 二、參與醫院全院/加護病房重點監測抗藥菌感染密度不高於過去3年。
- 三、參與醫院高度管制性抗微生物製劑 DDD 耗用量或 DID(住院抗生素耗用量密度)不高於~~113年~~前一年。

捌、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。

玖、訂定與修正程序

本計畫由保險人與醫院總額相關團體共同擬訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險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。

附件1、高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表

適用對象操作型定義

適用對象	說 明
複雜性感染	複雜性感染症包含複雜性泌尿道感染，複雜性腹腔內感染，院內感染肺炎，複雜性感染皮膚軟組織，中樞神經，手術部位感染，血流感染等。
嚴重敗血症	確定或疑似感染所引起的 SIRS 症狀，並至少符合嚴重敗血症灌流不良與器官衰竭規範之一項以上之個案。 嚴重敗血症灌流不良與器官衰竭規範包含： 1. 心血管：給予適當之輸液急救，維持適當之血管內容積，或使用昇壓劑情況下，收縮壓仍$\leq 90\text{mmHg}$，或平均動脈壓$\leq 70\text{mmHg}$並持續一小時以上。 2. 腎臟：給予適當之輸液急救，排尿量$< 0.5\text{ml/Kg/hr}$。 3. 呼吸：$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 250$，或肺功能喪失時，$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200$。 4. 血液：血小板數$< 80,000/\text{mm}^3$，或血小板數於3日內下降50%無法解釋之代謝性酸中毒：$\text{pH} \leq 7.3$，或血漿乳酸濃度高於正常值上限1.5倍以上，合併鹼基不足（Base deficit）$\geq 5\text{mEq/L}$。
困難治療照護處置	困難治療病人之照護處置包括： 1. 抗藥性菌株感染：如抗甲氧苯青黴素金黃色葡萄球菌(MRSA)，抗碳青黴烯類綠膿桿菌(CRPA)，抗碳青黴烯類鮑氏不動桿菌(CRAB)，抗碳青黴烯類腸道菌(CRE，含CRE. coli 及CRKP)，或抗萬古黴素腸球菌(VRE)等。 2. 器官功能衰竭等宿主因素導致困難選擇藥物，如腎毒性藥物使用在因嚴重敗血症併發腎衰竭之病人，triazole抗黴菌藥物使用在QT prolongation之病人。 3. 藥物交互作用，如抗微生物製劑與治療原本疾病的藥物有交互作用。 4. 依據國內外指引之建議藥物治療失敗之情境。
免疫不全	因免疫力下降的疾病、處置或情況導致病人免疫缺失，包括原發性先天免疫不全、惡性血液腫瘤疾病、器官移植使用抗排斥藥物、血液幹細胞移植使用抗排斥藥物、免疫抑制處置、抗癌化學治療、人類免疫不全病毒（human immunodeficiency virus；HIV）感染等。

附件2、高度管制性抗微生物製劑清單

序號	章節	抗微生物製劑	備註
1	10.3.5.	Ceftaroline fosamil	須經感染症 專科醫師會 診確認需要 使用
2	10.3.6.	Ceftazidime + avibactam sodium	
3	10.3.7.	Ceftolozane + tazobactam	
4	10.4.2.	Erythromycin lactobionate 注射劑	
5	10.4.4. (3)	Clarithromycin 注射劑	
6	10.5.1.	Imipenem + cilastatin	
7	10.5.1.	Meropenem	
8	10.5.2.	Ertapenem	
9	10.5.3.	Doripenem	
10	10.5.4.	Imipenem+ Cilastatin + Relabactam	
11	10.6.3.2.	Itraconazole 注射劑	
12	10.6.6.	Caspofungin Injection 劑型	
13	10.6.10.	Posaconazole	
14	10.6.11.	Isavuconazole	
15	10.8.1.1.	Teicoplanin及Vancomycin 注射劑	
16	10.8.2.1.	Moxifloxacin 注射劑	
17	10.8.3.	Linezolid	
18	10.8.5.	Tigecycline	
19	10.8.6.	Colistin 可用於靜脈注射劑	
20	10.8.7.	Daptomycin 注射劑	
21	10.8.8.	Fidaxomicin	
22	10.8.9.	Minocycline 注射劑	

序號	章節	抗微生物製劑	備註
23	10.8.10.	Polymyxin B sulfate 靜脈注射劑	
24	10.1.	Cefepime	
25	10.1.	Cefpirome	
26	10.1.	Piperacillin + tazobactam	
27	10.6.1.	Fluconazole	
28	10.6.5.	Amphotericin B	
29	10.6.7.	Micafungin Injection 劑型	
30	10.6.8.	Flucytosine	
31	10.6.9.	Anidulafungin 注射劑	
32	10.8.2.	Ciprofloxacin 注射劑	
33	10.8.2.3.	Levofloxacin 注射劑	
34	10.8.2.4.	Nemonoxacin 注射劑	
35	10.3.8	Cefiderocol	須經感染症專科醫師確認需要使用。
36	10.1.	Voriconazole	
37	10.1.	Cefoperazone + Sulbactam	

*備註：本清單須經感染症專科醫師會診確認需使用之抗微生物製劑(序號1至23、35)，係依保險人公告之藥品給付規定辦理，如計畫執行期間有增減項目，併同藥品給付規定修正。

附件3、高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表

一、個案基本資料

醫院代號		醫院名稱		填表日期	
病人姓名		性別		出生日期	
身分證號		病歷號碼			

二、用藥前感染症評估暨管制性藥品用藥評估

內容如感染症病灶、可能之病原菌、使用此藥物之特別考慮、延長使用之理由等。

三、抗微生物製劑治療策略評估

☐ 同意使用
☐ 建議修改
☐ 需臨床照會

四、使用藥品（經評估之建議用藥）

建議藥品	藥品名（藥品代碼）	
建議用法	劑量	
	頻次	
	天數	
	輸液與輸注速度	

五、說明欄位

--

醫師（簽名蓋章）：_____ 醫事機構章戳：_____

附件4、抗藥性監測通報及醫院感染管制品質指標操作型定義

一、抗藥性監測通報：

- (一) 醫院藥敏試驗之結果建議均通報台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)抗生素抗藥性管理模組(AR)之抗藥性監測，優先通報菌種或菌屬如附表1。如醫院確實無任何藥敏試驗菌株之月份，應於THAS系統進行「零通報」，否則將認定為未通報。
- (二) 通報原則以採檢月份結束後2個月內完成通報，惟AR模組目前未設定資料通報截止期限，醫院得隨時上傳、修正或更正資料。因此，指標數值以次年1月底THAS系統制式報表數值為準；醫院於次年2月1日起所上傳、修正或更新之資料，將不列入指標計算。
- (三) THAS系統制式報表操作說明置於健保署全球資訊網首頁/健保服務/健保醫療計畫/全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫專區。如有THAS系統問題，請洽THAS系統客服諮詢窗口02-27841059。

二、全院重點監測抗藥菌占率

- (一) 指標說明：執行期全院重點監測抗藥菌(MRSA、VRE、CRKP、CRAB及CRPA定義如附表2)抗藥性百分比相較該院過去1年(基期)之降幅。
- (二) 統計期間：執行期為114~115年，以113~114年為基期。醫院基期及執行期應每月都有通報資料。醫院基期或執行期任一月份未通報，則該項指標不予計分。
- (三) 計算公式：MRSA、VRE、CRKP、CRAB及CRPA分別計算。

1. 重點監測抗藥菌抗藥性百分比(%)：

$$\frac{\text{重點監測抗藥菌菌株數}}{\text{藥敏試驗菌株數}} \times 100$$

2. 重點監測抗藥菌抗藥性百分比改善成果(%)：

$$\frac{[\text{執行期抗藥性百分比} - \text{基期抗藥性百分比}]}{\text{基期抗藥性百分比}} \times 100$$

三、重點監測抗藥菌感染密度

- (一) 指標說明：執行期全院住院及加護病房重點監測抗藥菌(MRSA、VRE、CRKP、CRAB 及 CRPA 定義如附表2)感染密度相較該院過去3年(基期)之降幅。
- (二) 統計期間：執行期為~~114~~115年，以~~111~~112-~~113~~114年為基期。醫院基期及執行期應每月都有通報資料。醫院基期或執行期任一月份未通報，則該項指標不予計分。
- (三) 計算公式：MRSA、VRE、CRKP、CRAB 及 CRPA 分別計算。

1. 重點監測抗藥菌感染密度(‰)：

$$\frac{\text{重點監測抗藥菌個案數}}{\text{總住院人日數}} \times 1000$$

2. 重點監測抗藥菌感染密度改善成果(%)：

$$\frac{[\text{執行期感染密度} - \text{基期感染密度}]}{\text{基期感染密度}} \times 100$$

[註]：基期感染密度(‰)計算公式：

$$\frac{\text{過去3年重點監測抗藥菌個案數加總}}{\text{過去3年總住院人日數加總}} \times 1000$$

四、高度管制性抗微生物製劑管理成果

- (一) 指標說明：針對保險人公告抗微生物製劑藥品給付規定須經感染症專科醫師會診確認需要使用藥品(共23項，附件2所列須經感染症專科醫師會診確認需使用之抗微生物製劑)，其 DDD 耗用量或 DID(住院抗生素耗用量密度)與過去1年(基期)之降幅。
- (二) 統計期間：執行期為~~114~~115年，以~~113~~114年為基期，並統計至~~115~~116年1月底前完成申報之~~114~~115年資料。
- (三) 計算公式：

1. 定義每日劑量(Defined Daily Dose, DDD)：

(1) 為 WHO 制定的標準化單位，表示藥物使用在主要適應症時，70 公斤成人每日所需之平均維持劑量，可用於藥物耗用量之評比與監測。

(2) 以0.5克口服劑型之 ampicillin 為例：

A. WHO 定義之 ampicillin 的 DDD 為2.0公克/天，故一錠0.5公克之 ampicillin 錠劑經換算後為0.25 DDD。(公式換算說明： $0.5 \div 2 = 0.25$)

B. 如113年全國共開立1,000,000錠0.5克的 ampicillin，則113年 ampicillin 之總耗用量為250,000 DDD。[公式換算說明：
 $1,000,000 \times (0.5 \div 2) = 250,000$]

2. 住院抗生素耗用量密度(Defined Daily Dose per 1000 inpatients per day, DID)，即每千住院人日之定義每日劑量，定義如下：

(1) 公式：住院抗生素耗用量密度(DID) =

$$\frac{\text{所選擇條件下之 DDD 數加總}}{\text{所選擇條件下之住院人日數加總}} \times 1000$$

(2) 續以前述0.5公克口服劑型之 ampicillin 為例：

若所有醫院 113 年累計總住院人日數為 100,000 人日，該年度全國住院開立口服劑型 ampicillin 之總耗用量為 250,000 DDD，則 113 年住院口服劑型之 ampicillin 之 DID 為： $(250,000 \text{ DDD/年}) / (100,000 \text{ 住院人日/年}) \times 1000 =$ 每千住院人日 2,500 DDD。

3. 高度管制性抗微生物製劑管理成果(%)：

$$\frac{[\text{執行期 DDD 耗用量(或 DID)} - \text{基期 DDD 耗用量(或 DID)}]}{\text{基期 DDD 耗用量(或 DID)}} \times 100$$

五、加護病房中心導管相關血流感染密度(暫不列入~~114~~115年度積分計算)

(一) 指標說明：執行期全院加護病房中心導管相關血流感染密度相較該院過去3年(基期)之降幅。

(二) 統計期間：以114-115年為基期。

(三) 計算公式：加護病房中心導管相關血流感染密度(‰) =

$$\frac{\text{加護病房中心導管相關血流感染人次數}}{\text{加護病房中心導管使用人日數}} \times 1000$$

六、手術部位感染發生率(暫不列入115年度積分計算)：

(一)指標說明：執行期手術部位感染發生率相較該院過去1年(基期)之降幅。

(二)統計期間：以115年為基期。

(三)計算公式：手術部位感染發生率(%) 或 清淨手術術後傷口感染率(%)

$$1. \frac{\text{手術部位感染之個案數}}{\text{手術個案數}} \times 100\% \quad \text{或}$$

$$2. \frac{\text{執行清淨手術且傷口感染之人數}}{\text{執行清淨手術之人數}} \times 100\%$$

附表1、THAS 系統 AR 模組抗藥性監測優先通報項目

114年1月1日起適用

編號	通報項目	備註
1	<i>Escherichia</i> spp.	1. 需通報左列項目下之所有菌種資料，如<i>Escherichia</i> spp. 包括<i>E. coli</i>、<i>E. vulneris</i>...等；<i>Klebsiella</i> spp.包括<i>K. pneumoniae</i>、<i>K. ozaenae</i>、<i>K. rhinoscleromatics</i>...等。 2. <i>Burkholderia cepacia</i> complex 包含<i>B. cepacia</i>、<i>B. multivorans</i>、<i>B. cenocepacia</i> 等。 3. <i>Acinetobacter baumannii</i> complex 包含<i>A. baumannii</i>、<i>A. calcoaceticus</i>、<i>A. calcoaceticus-A. baumannii</i> complex、<i>A. nosocomialis</i>、<i>A. pittii</i>、<i>A. seifertii</i> 等。 4. 如無法分型之醫院，可通報 spp./complex/group。
2	<i>Klebsiella</i> spp.	
3	<i>Enterobacter</i> spp.	
4	<i>Proteus</i> spp.	
5	<i>Salmonella</i> spp.	
6	<i>Shigella</i> spp.	
7	<i>Citrobacter</i> spp.	
8	<i>Morganella</i> spp.	
9	<i>Providencia</i> spp.	
10	<i>Serratia</i> spp.	
11	<i>Elizabethkingia</i> spp.	
12	<i>Enterococcus</i> spp.	
13	<i>Burkholderia cepacia</i> complex	
14	<i>Acinetobacter baumannii</i> complex	
15	Group A Streptococci	
16	Group B Streptococci	
17	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	
18	<i>Staphylococcus aureus</i>	
19	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	
20	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	
21	<i>Clostridioides difficile</i>	
22	<i>Helicobacter pylori</i>	
23	<i>Haemophilus influenzae</i>	
24	<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	
25	<i>Chryseobacterium indologenes</i>	
26	<i>Bacteroides fragilis</i>	

附表2、重點監測抗藥菌之監測菌株及抗生素(含 THAS 系統代碼)

重點抗藥菌	操作型定義	監測菌株 (THAS 代碼)	抗生素 (THAS 代碼)
MRSA (Methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i>)	對 oxacillin 具抗藥性*之 <i>Staphylococcus aureus</i>	• <i>Staphylococcus aureus</i> (FP00061)	oxacillin (O-006)
VRE (Vancomycin-resistant Enterococci)	對 vancomycin 具抗藥性*之 Enterococci	•<i>Enterococcus faecalis</i> (FP00056) •<i>Enterococcus faecium</i> (FP00057) •<i>Enterococcus</i> spp. (FP00068) •<i>Enterococcus avium</i> (FP00186) •<i>Enterococcus durans</i> (FP00493) •<i>Enterococcus malodoratus</i> (FP00497) •<i>Enterococcus mundtii</i> (FP00498) •<i>Enterococcus hirae</i> (FP00506) •<i>Enterococcus raffinosus</i> (FP01109)	vancomycin (V-001)
CRKP (Carbapenem-resistant <i>Klebsiella pneumoniae</i>)	對 carbapenem 類中的 imipenem、meropenem、ertapenem 或 doripenem 任一抗生素具抗藥性*之 <i>Klebsiella pneumoniae</i>	•<i>Klebsiella ozaenae</i> (FP00020) •<i>Klebsiella pneumoniae</i> (FP00021) •<i>Klebsiella rhinoscleromatics</i> (FP00597) •<i>Klebsiella pneumoniae</i> (ESBL) (FP01128)	imipenem (I-001) meropenem (M-001) ertapenem (E-009) doripenem (D-008)
CRAB (Carbapenem-resistant <i>Acinetobacter baumannii</i> complex)	對 carbapenem 類中的 imipenem 或 meropenem 任一抗生素具抗藥性*之 <i>Acinetobacter baumannii</i> complex	•<i>Acinetobacter baumannii</i> (FP00002) •<i>Acinetobacter calcoaceticus</i> (FP00254) •<i>Acinetobacter calcoaceticus-Acinetobacter baumannii</i> complex (FP01130) •<i>Acinetobacter nosocomialis</i> (FP01167) •<i>Acinetobacter pittii</i> (FP01168) •<i>Acinetobacter seifertii</i> (FP01335)	imipenem (I-001) meropenem (M-001)

重點抗藥菌	操作型定義	監測菌株 (THAS 代碼)	抗生素 (THAS 代碼)
CRPA (Carbapenem-resistant <i>Pseudomonas aeruginosa</i>)	對 carbapenem 類中的 imipenem 或 meropenem 任一抗生素具抗藥性*之 <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	• <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (FP00029)	imipenem (I-001) meropenem (M-001)

*抗藥性包括抗藥性測試結果為 NS (nonsusceptible, 不敏感)、R (resistant, 抗藥)、I (intermediate, 中度)、SDD (susceptible-dose dependent, 敏感劑量依賴性) 共四類。

全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案(修正草案)

(99.4.1~103.12.31 屬醫療發展基金項下計畫)

104.01.01 第一版實施

108.01.01 第二版實施

112.01.01 第三版實施

113.12.01 第四版實施(~~自就醫案件之費用年月113年12月起~~)115.00.00 第五版實施

壹、前言

有鑑於我國生育率逐年下降，為提升孕產婦醫療照護品質，爰自 99 年起，以衛生福利部醫療發展基金推動本方案(原名：孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫)，將「懷孕」至「生產」期間視為一完整療程以達全人照護，並透過全程醫療照護諮詢管理模式，提供孕產婦在懷孕期間至產後 3 個月內之 24 小時無間斷之優質醫療照護諮詢服務，期能提升孕產婦在同一醫療院所全程醫療照護之品質，並降低生產風險，達到確保照護品質之目的。本方案實施後，孕產婦全程照護率持續增加，辦理成效良好，經醫療發展基金審議小組 103 年 3 月 17 日委員會議決議，應回歸健保基金支應，並經全民健康保險會(以下稱健保會)104 年總額協商同意，於醫院及西醫基層總額醫療給付改善方案專款項目項下增列本方案。

貳、依據

依據健保會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

參、目的

促進孕產婦健康，提供完整產程檢查、指定期間之 24 小時醫療照護諮詢服務、強化高危險族群照護及優化產程多元共照，增進孕產婦及新生兒之健康。

肆、收案條件

- (一) 一、為達全人優質醫療照護之目的，本方案收案條件為在該院所接受全程產前檢查及生產全程照護者。
- (二) 二、妊娠糖尿病管理照護：最近90天曾在該院所診斷為妊娠糖尿病（ICD-10-CM前四碼為O24.4）一次以上者，惟須以當次主、次診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段之國際疾病分類碼（一）】收案。

伍、參與院所及人員資格

醫事人員及醫事服務機構須向全民健康保險保險人(以下稱保險人)之分區業務組申請同意，惟 103 年已參加原「孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫」之醫事服務機構得持續辦理。資格如下：

一、孕產期管理照護(全程產檢及生產)

(一)醫院診所須登記有婦產科診療科別及專任婦產科專科醫師資格，並設有符合醫療機構設置標準規定之產房及嬰兒室。

(二)院所配合條件：提供孕產婦於懷孕期間及產後 1 個月內電話或網路等各類 24 小時無間斷之醫療照護諮詢服務。

~~(三)~~二、妊娠糖尿病管理照護~~：~~

~~1.~~(一)醫療院所須組成照護團隊，包括以下成員：

~~(1)~~1.醫師(專或兼任)。

~~(2)~~2.護理師或助產師(士)，至少 1 人為專任。

~~(3)~~3.營養師，得為專任、兼任(每月 2 診次以上)或轉介。

~~2.~~(二)團隊成員須接受相關學會辦理妊娠糖尿病管理照護課程且認證合格，認證後向保險人之所屬分區業務組申請同意。上開認證單位須經保險人審查核定。

~~(四)~~三、產科醫師與助產人員共同照護~~：~~

(一)醫療院所聘有專任婦產科專科醫師至少 2 人~~→~~。

(二)~~且~~月平均生產數[院所提供已完成申報之前 12 個月月平均生產人數(剖腹產與自然產合計)]至少 30 人~~→~~。

(三)~~並~~須有主要執業登記為助產人員師(士)至少 4 人，並於產房參與產婦接生或產程管理等工作。

陸、給付項目與支付標準

參與本方案之院所，提供懷孕至產後 3 個月整合性醫療照護之孕產期全程管理照護，得依本方案規定申報以下各項費用。但產檢、生產及相關門、住診診療服務仍得依現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱醫療服務支付標準)規定申報。

一、孕產期全程管理照護

(一)孕產期管理照護費(詳附件一)

- 1.母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間產檢至生產皆在同一院所執行，且生產當次非採自行要求剖腹產之產婦，每一案件得合併生產申報「母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)」(P3904C/1,200點)。
- 2.非母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間產檢至生產皆在同一院所執行，且生產當次非採自行要求剖腹產之產婦，每一案件得合併生產申報「非母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)」(P3905C/900點)。
- 3.如產婦自行要求剖腹產，不得申報「孕產期管理照護費」。
- 4.本項孕產期管理照護費所指全程產檢，係指完成衛生福利部國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」所列之11次以上孕婦產前檢查，惟孕產婦如因早產等醫療因素僅執行9次以上產檢者，得比照申報孕產期管理照護費。

(二)品質提升費

由保險人各分區業務組每年針對參與院所進行評核。院所符合下列指標者，保險人得於次年依該院所當年度所有核定「孕產期管理照護費」之案件數，每件加給「品質提升費」：符合第1、2、4、~~5~~項指標者，每件加給450點；符合第6項指標者，按「助產人員執業登記人數」，每有一名助產人員，每件加給50點，每件最高加給300點。

- 1.孕產期全程照護率 $\geq 45\%$ 。

分子：院所年度符合申報全程照護案件數。

分母：院所年度申報不含自行要求剖腹產之生產案件數。

- 2.產後14日內再住院率(含跨院) $< 1\%$ 。

分子：院所年度生產後14日再入院之案件數。

分母：院所年度申報生產案件數。

- 3.剖腹產管控率（不納入獎勵計算，僅監測使用）：院所剖腹產率不超過保險人各分區業務組所轄地區院所之70百分位，且低於該年全國平均值。

分子：院所年度申報剖腹產含自行要求剖腹產案件數。

分母：院所年度申報生產案件數。

4.低出生體重率不超過院所前一年度低出生體重率1%。

分子：院所年度出生體重小於 2500 公克之活產人數。

分母：院所年度出生通報之活產人數。

公式：「本年度之低出生體重率」－「上一年度低出生體重率」≤
1% (四捨五入至小數點第一位)。

5.院所向「自行要求剖腹產」產婦收取之自費醫療費用(非屬健保給付之醫療費用項目不納入計算)，未超過下表所列上限金額：

層級	上限(元)
醫學中心	21,800
區域醫院	19,995
地區醫院	18,252
基層診所	14,901

註：本表係參照各層級院所原論病例計酬支付之生產點數與「自行要求剖腹產」(編號97014C)點數之價差(每點以1元計算)推算而得。

6.助產人員執業登記人數：年度內於保險人「醫事人員基本資料檔」登錄且實際執行助產業務之助產師(士)人數，最高採計上限為6人。

二、妊娠糖尿病管理照護(詳附件二)

本方案提供確診至產後 3 個月起 3 年內妊娠糖尿病相關醫療管理照護，得依規定申報下列各項費用。

(一)妊娠糖尿病管理照護費(P3911C～P3916C)：須依時程執行管理照護必要服務項目並登錄系統。轉介他院營養師者，以主要照護孕產婦之院所進行申報，不得另行收費。~~P3916C(產後追蹤)限於產後 3 個月內執行。~~

(二)產後追蹤執行口服葡萄糖耐受試驗(以下稱 OGTT)之費用，以 24029B「空腹及口服 75 公克葡萄糖兩小時後血漿葡萄糖測定」申報，由本方案專款支應。

(三)胰島素注射獎勵費：按妊娠糖尿病病人中新增胰島素注射個案數計算(計算定義為「前一年度(1 月 1 日至 12 月 31 日)未注射胰島素或注射未達 28 天者且當年度胰島素注射天數達 28 天以上」)，每新增加 1 人，獎勵 500 點，本項不得與「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合

方案」、「家庭醫師整合性照護計畫」重複獎勵。

(四)結案條件：

1、個案完成 P39169C 管理照護或。

2、確診糖尿病經轉診至「糖尿病照護方案」、「家庭醫師整合性照護計畫」院所收案治療。

3、可歸因於病人者，如長期失聯(生產後超過 6 個月未回診、年度應追蹤期限超過 6 個月未回診)、拒絕接受追蹤或死亡等。

三、產科醫師與助產人員共同照護

申請本項須依規定確實填寫「產科醫師與助產人員共同照護評估指導表」(詳附件三)，並存放於病歷備查。

(一)產科醫師主導：每件支付醫師 2,000 點(P3921C)、助產師(士)10,000 點(P3922C)之共同照護費。

(二)助產師(士)主導：每件支付助產師(士)2,000 點(P3923C)、產科醫師 10,000 點(P3924C)之共同照護費。

(三)本照護費須分配一定成數予生產共同照護相關醫事人員。

柒、醫療費用之申報、暫付、審查及核付方式

一、申報

(一)門診醫療費用點數申報格式點數清單段及醫令清單段填表說明：

1.各次產檢請依現行規定申報。

2.屬妊娠糖尿病管理照護收案之保險對象→：

(1)管理照護費(P3911C~P3914C、P3916C)依各時程上傳必填欄位之時間申報，申報費用時，門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填「E1」、特定治療項目代號(一)應填「EGP」；醫令類別填報 G，支付點數填報 0，由保險人於結算獎勵金時依院所申報資料勾稽比對，排除重複申報案件後，依實際狀況每年統一補付費用(點數同轉入院所)；另 P3916C~P3919C 須併同執行「24029B」申報費用，基層院所填報「24029B」醫令類別為 4。

(2)管理照護費(P3917C~P3920C)依各時程上傳必填欄位之時間申報，申報費用時，門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填「E1」、特定治療項目代號(一)應填「EP」；醫令清單

段之醫令類別請填寫「2」，醫令代碼請填寫「P3917C~P3920C」。

3.申報方式：併當月份送核費用申報。

(二)生產部分依特約醫事服務機構住院醫療費用點數申報格式及填表說明申報：

1.Tw-DRGs 案件之欄位同現行 Tw-DRGs 案件申報規定，另加計申報項目：醫令清單段之醫令類別請填寫「X」，醫令代碼請填寫「P3904C」、「P3905C」、「P3915C」及「P3921C~P3924C」。

2.論病例計酬案件之欄位同現行論病例計酬案件申報規定，另加計申報項目：醫令清單段之醫令類別請填寫「2」，醫令代碼請填寫「P3904C」、「P3905C」、「P3915C」及「P3921C~P3924C」。

二、暫付、審查及核付

(一)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」辦理。

(二)保險人視審查需要得請院所提供門診各次產檢資料送審，如經查有採「自行要求剖腹產」未確實申報、或共同照護主導人員資格不符者，除核減溢領費用，自通知日起一年內不得申請本方案相關費用。

(三)院所申報「孕產期管理照護費」、「妊娠糖尿病管理照護費」及「產科醫師與助產人員共同照護費」，經勾稽門診申報資料發現未符本方案規定者，不予支付該項費用。

三、點值結算方式：本方案給付項目及支付標準，於全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

捌、品質監控及評估方式（依附件四格式填寫）

參與院所每季最後一個月須提報下列一至五項相關指標供保險人各分區業務組進行監控。

一、結構指標：人員專業素質與醫療行政品質（專科資格、在職教育）。

二、過程指標：方案前後平均住院天數比較。

三、結果指標：全院性之產檢利用率、週產期死亡率、出生性別比。

四、危險因子指標：子癰前症、子癰症、早產兒、低體重兒比率。

六五、其他指標：住院期間總母乳哺育率、住院期間純母乳哺育率。

五六、妊娠糖尿病監測指標：~~未完整提報本項指標者不予支付妊娠糖尿病管理照護費。~~

(一)孕產婦相關

1.自我血糖監控率 $\geq 99\%$

分子：所有進行完成P3912C申報個案中，每日自我血糖檢監測的妊娠糖尿病孕婦收案個案頻率至少達1次（含）以上之人數。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦收案完成P3912C申報個案數。

2.孕期血糖控制良率 $>95\%$

分子：所有完成P3913C申報個案中，糖化血紅素 $<6.5\%$ 或糖化白蛋白 $<15.8\%$ 之妊娠糖尿病孕婦收案個案人數。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦收案完成P3913C申報個案數。

3.產後4-12週內進行75g OGTT比率

分子：所有妊娠糖尿病孕婦收案個案中，產後4-12週內有進行75g OGTT檢測之妊娠糖尿病孕婦收案個案人數。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

4.血糖達標率

分子：該院所所有完成P3913C申報的GDM孕婦之個案中，血糖控制達標之人數(血糖控制達標定義為所有有登錄之抽血檢驗值均須達標：包括AC $<95\text{mg/dL}$ 、PC1hr $<140\text{mg/dL}$ 或PC2hr $<120\text{mg/dL}$)。

分母：該院所所有的妊娠糖尿病孕婦完成P3913C申報之個案數。

5.營養師衛教比率 $\geq 99\%$

分子：經診斷妊娠糖尿病後有接受過2次營養師衛教的(完成P3911C及P3912C)之妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

6.完整收案率

分子：該院所完成P3911C+P3912C+P3913C+P3915C申報的之妊娠糖尿病孕婦個案數。

分母：該院所所有加入此計畫的妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

7.新收案率

分子：該院所完成P3911C申報的之妊娠糖尿病孕婦個案數。

分母：該院所所有的妊娠糖尿病孕婦個案數。

8.四度產道裂傷比率

分子：分娩時發生四度產道裂傷的之妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

(二)新生兒相關

1.胎兒出生體重為巨嬰之比例<5%

分子：產下新生兒體重>4,000公克之妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

2.胎死腹中比例<5‰

分子：胎死腹中之妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

玖、方案修正程序：本方案之修訂，屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險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。

附件一

全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案 「孕產期管理照護」給付項目及支付標準

通則：

- 一、不符醫學上適應症而自行要求剖腹產者，須回歸現行醫療服務支付標準申報，依自行要求剖腹產點數支付，不得申報本方案各項支付標準。
- 二、其他未列入本方案之支付標準規定項目，依現行醫療服務支付標準規定辦理。
- 三、高風險及急重症孕產婦經醫師診斷如有需要之必要轉診，依醫療服務支付標準及相關轉診規定辦理，不得申報本方案。
- 四、每一孕產婦就下列 P3904C 及 P3905C，擇一申報。

代碼	診療項目	支付點數	給付時程	服務項目
P3904C	母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)	1,200	確定懷孕至產後 1 月	母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間產檢至生產皆在同一院所執行者，且生產當次非採自行要求剖腹產時，合併生產申報。 註：母嬰親善機構認證及效期若有異動，各參與計畫院所需檢附證明向保險人分區業務組申請更新維護，本計畫費用檢核以該筆費用年月申報時，保險人之醫管資料檔為準。
P3905C	非母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)	900	確定懷孕至產後 1 月	非母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間產檢至生產皆在同一院所執行者，且生產當次非採自行要求剖腹產時，合併生產申報。

全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案
「妊娠糖尿病管理照護」給付項目及支付標準

代碼	診療項目	支付點數	必要服務項目及時程
P3911C	妊娠糖尿病-孕期追蹤(第 1 次)	600	1.個案登錄系統必填欄位：建立病人基本資料、孕期新收案日期、預產期、孕次(G)、產次(P)、基本檢查數據、慢性病史及家族史、抽血檢驗結果、妊娠糖尿病治療方式、其他用藥。 2.P3911C 須轉介營養師。
P3912C	妊娠糖尿病-孕期追蹤(第 2 次)	500	1.個案登錄系統必要照護項目欄位：孕期追蹤日期、基本檢查數據、血糖機檢驗、妊娠糖尿病治療方式。 2.新收案後至少須間隔二週始得申報。 3.P3912C 須轉介營養師。
P3913C	妊娠糖尿病-孕期追蹤(第 3 次)	200	1.個案登錄系統必填欄位：孕期追蹤日期、基本檢查數據、抽血檢驗及妊娠糖尿病治療方式。 2.與 P3912C 至少須間隔二週始得申報。
P3914C	妊娠糖尿病-孕期追蹤(第 4 次)	200	1.個案登錄系統必填欄位：孕期追蹤日期、基本檢查數據、血糖機檢驗及妊娠糖尿病治療方式。 2.與 P3913C 至少須間隔二週始得申報。
P3915C	妊娠糖尿病-生產評估	500	1.個案登錄系統必填欄位：基本檢查數據(待產或產前體重)、抽血檢驗、生產日期、方式、懷孕胎數、胎兒性別、出生週數、出生體重、孕期合併症、胎兒併發症(新生兒低血糖、入住 NICU、新生兒生產創傷、死胎、死胎原因等)。 2.須生產後才能申報本項，限完成 P3911C、P3912C 及 P3913C 者始得申報。 <u>若個案為近期診斷 GDM 或早產之產婦，得依其孕期執行照護期程，比照申報 P3915C。</u>
P3916C	妊娠糖尿病-產後 4-12 週追蹤	400	1.個案登錄系統必填欄位：基本檢查數據、抽血檢驗。 2.限有執行產後 75 克葡萄糖耐受試驗(OGTT)及 P3915C 者始得申報。 3.限產後三個月內申報。
<u>P3917C</u>	<u>妊娠糖尿病-產後第 1 年追蹤</u>	<u>400</u>	1.個案登錄系統必填欄位：基本檢查數據、抽血檢驗。 2.限有執行空腹血糖(AC)及糖化血色素(HbA1c)者始得申報。 3.限同胎次產後 12 週起第一年內申報。

代碼	診療項目	支付點數	必要服務項目及時程
P3918C	妊娠糖尿病-產後第2年追蹤	400	1.個案登錄系統必填欄位：基本檢查數據、抽血檢驗。 2.限有執行空腹血糖(AC)及醣化血色素(HbA1c)者始得申報。 3.限同胎次產後12週起第二年內申報。
P3919C	妊娠糖尿病-產後第3年追蹤	400	1.個案登錄系統必填欄位：基本檢查數據、抽血檢驗。 2.限有執行空腹血糖(AC)及醣化血色素(HbA1c)者始得申報。 3.限同胎次產後12週起第三年內申報。
P3920C	妊娠糖尿病-轉診結案	400	1.限個案符合確診糖尿病，並經轉診至參與「糖尿病照護方案」、「家庭醫師整合性照護計畫」院所，確認經該計畫收案後方可申報，每人限申報一次。 2.跨院需填寫「全民健康保險轉診單」(附件五)，一份留存院所，一份提供個案予被轉診機構參考。 3.若為院內跨科轉診，則須保留院內轉診單於病歷內，且於新陳代謝科、家醫科等收案追蹤後方予支付。 4.結案原因為正常、長期失聯(一百八十天以上)、拒絕接受治療或死亡者，不可申報本項。 5.執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。

備註：1.抽血檢驗結果需包含醣化血色素(HbA1c)、醣化白蛋白、血液及體液葡萄糖-空腹(AC)或血液及體液葡萄糖-餐後(PC)。

2.產前追蹤第1~4次，每次間隔二週。

3.申報時未完成該項個案登錄系統填報欄位者，不予支付。

附件三

全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案
「產科醫師與助產人員共同照護評估指導表」

主導人員：☐醫師：產科醫師主導接生加上助產師(士)產程管理

☐助產師(士)：助產師(士)主導接生及產程管理

助產師(士)的產程管理(labor and delivery management)

針對以下項目先行評估，再給予適切的處理/指導(確實執行項目請打勾)

評估及健康指導項目
1. ☐ 孕婦入院的判斷與處理
2. ☐ 破水的判斷與處理
3. ☐ 產程進展的判斷與處理
4. ☐ 非藥物減痛方法
5. ☐ 知情同意、關懷及支持
6. ☐ 尊重、隱私及保密
7. ☐ 對伴侶執行陪產的協助與支持
8. ☐ 導引第二產程正確用力方法及時機
9. ☐ 新生兒即刻處理
10. ☐ 第四產程的照護處理
完成率：

助產師(士)簽章：

醫師簽章：

附件四

全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案 醫療品質指標報告表

院所名稱：

院所代號：

○年第○季

一、結構、過程、結果指標

項目 過程	專科資格	在職教育
結構面		
過程面	1.參與本方案前之平均住院天數	天
	2.參與本方案後之平均住院天數	天
結果面	產檢利用率（分子： 分母： ） 週產期死亡率（分子： 分母： ） 出生性別比（男嬰數/女嬰數）	

二、危險因子指標

項目	個案人數（A）	孕婦/新生兒人數 （B）	比率%（A/B）
子癇前症			
子癇症			
早產兒			
低體重兒			

三、其他指標

項目	哺育母乳人數(A)	產婦人數(B)	比率%(A/B)
住院期間總母乳哺育率			
住院期間純母乳哺育率			

四、妊娠糖尿病監控指標

序 號	指標名稱定義	分子 A	分母 B	比率% (A/B)
1	自我血糖監控率 分子： <u>所有進行完成 P3912C 申報個案中，每日自我血糖檢監測的妊娠糖尿病(Gestational Diabetes Mellitus，以下稱 GDM)孕婦收案個案頻率至少達 1 次（含）以上之人數</u>			

序 號	指標名稱定義	分子 A	分母 B	比率% (A/B)
	分母：所有 GDM 孕婦收案完成 P3912C 申報 個案數			
2	孕期血糖控制良率>95% 分子：<u>所有完成 P3913C 申報個案中，糖化血紅素 <6.5% 或糖化白蛋白 <15.8% 之</u>妊娠糖尿病孕婦收案個案<u>人數</u> 分母：所有 妊娠糖尿病孕婦收案完成 P3913C 申報 個案數			
3	產後 4-12 週內進行 75g OGTT 比例 分子：GDM <u>所有妊娠糖尿病孕婦收案個案中，產後 4-12 週內有進行 75g OGTT 檢測者</u> <u>人數</u> 分母：所有 GDM <u>妊娠糖尿病孕婦收案個案數</u>			
4	血糖達標率 分子：該院所 <u>所有完成 P3913C 申報的</u> GDM 孕婦之個案中， <u>血糖控制達標之人數</u> <u>(血糖控制達標定義為所有有登錄之抽血檢驗值均須達標：包括 AC<95mg/dL、PC1hr<140mg/dL 或 PC2hr<120mg/dL)</u> 分母：該院所 <u>所有</u> 的 GDM 孕婦 <u>完成 P3913C 申報之</u> 個案數。			
5	營養師衛教比率 分子：經診斷 GDM 妊娠糖尿病後有接受過 <u>2 次</u> 營養師衛教 的 <u>(完成 P3911C 及 P3912C) 之</u> 妊娠糖尿病孕婦收案個案數。 分母：所有 GDM <u>妊娠糖尿病孕婦收案個案數</u>			
6	完整收案率 分子：該院所 <u>完成 P3911C+P3912C+P3913C+P3915C 申報的之</u> GDM 妊娠糖尿病孕婦個案數 分母：該院所 <u>所有</u> 加入此計畫的 <u>GDM 妊娠糖尿病孕婦</u> <u>收案個案數</u>			
7	新收案率 分子：該院所 <u>完成 P3911C 申報的之</u> GDM 妊娠糖尿病孕婦個案數 分母：該院所 <u>所有</u> 的 GDM 妊娠糖尿病孕婦個案數			
8	四度產道裂傷 分子：分娩時發生四度產道裂傷 的 <u>之</u> GDM 孕婦收案個案數 分母：所有 GDM <u>妊娠糖尿病孕婦收案個案數</u>			
9	胎兒出生體重為巨嬰之比例 分子：GDM 妊娠糖尿病孕婦收案個案產下之 <u>新生兒體重 >4,000 公克個案數</u> 分母：所有 GDM <u>妊娠糖尿病孕婦收案個案數</u>			
10	胎死腹中比例 分子：GDM 妊娠糖尿病孕婦收案個案 <u>胎死腹中個案數</u> 分母：所有 GDM <u>妊娠糖尿病孕婦收案個案數</u>			

- 註： 1.本表請於每季最後 1 月(3、6、9、12 月)申報醫療費用時一併提供分區業務組，~~另未完整提報妊娠糖尿病監控指標者不予支付妊娠糖尿病管理照護費。~~
- 2.總母乳哺育~~母乳~~率之哺育母乳人數係指有哺育母乳之產婦人數。
- 3.純母乳哺育~~母乳~~率之哺育母乳人數係指純哺育純母乳(僅餵母乳或加維他命、礦物補充劑或藥品)之產婦人數。
- 4.專科資格：本方案相關專科醫師人數、相關專業人員數(如護理師)。
- 5.在職教育：本方案相關訓練如新生兒急救等教育訓練時數。
- 6.週產期死亡率： $(\text{懷孕 28 週以上之死胎數} + \text{活產後 1 週內死亡數}) / (\text{懷孕 28 週以上之死胎數} + 1 \text{ 年中的活產數}) * 1,000$ 。
- 7.所有妊娠糖尿病孕婦收案個案數：有完成 P3911C、P3912C、P3913C、P3914C、P3915C 或 P3916C 其中一項申報。
- 8.所有妊娠糖尿病孕婦個案數：所有診斷為 GDM(ICD-10 為 O24.4)孕婦之個案數，包含未收案及收案個案。

附件五

全民健康保險院所轉診單

全民健康保險

院(所)轉診單(轉診至

院所)(院所參考)

保險醫事服務機構代號：

原 診 醫 院 診 所	保險對象基本資料	姓 名	性 別	出 生 日 期	身 分 證 號	
			☐ 男 ☐ 女	民國(前) 年 月 日		
療 醫 院 診 所	病 歷 摘 要	聯 絡 人	聯 絡 電 話	聯 絡 地 址		
所	轉診目的	A.病情摘要(主訴及簡短病史)				D.藥物過敏史：
		B.診斷 ICD-10-CM 病名				
一	院所住址	1.(主診斷)				
		2.				
診 治 醫 師	姓 名	科 別	聯 絡 電 話	醫 師 簽 章		
建 議 轉 診 院 所 科 別	(必填)醫院 (必填)科 醫師	轉診院所地址及專線電話				地址：
						電話：
接 受 轉 診 醫 院 診 所	處 理 情 形	1. ☐ 已予急診處置並轉診至 醫院 2. ☐ 已予急診處置，並住本院 病房治療中				
		3. ☐ 已安排住本院 病房治療中 4. ☐ 已安排本院 科門診治療中				
診 治 醫 師	姓 名	科 別	醫 師 簽 章	回 覆 日 期	年 月 日	
療 醫 院 診 所	治療摘要	1.主診斷 ICD-10-CM： 病名：				
		2.治療藥物或手術名稱				
院 所 名 稱	姓 名	科 別	醫 師 簽 章	回 覆 日 期	年 月 日	
診 治 醫 師	姓 名	科 別	醫 師 簽 章	回 覆 日 期	年 月 日	
建 議 轉 診 院 所 科 別	(必填)醫院 (必填)科 醫師	轉診院所地址及專線電話				地址：
						電話：
接 受 轉 診 醫 院 診 所	處 理 情 形	1. ☐ 已予急診處置並轉診至 醫院 2. ☐ 已予急診處置，並住本院 病房治療中				
		3. ☐ 已安排住本院 病房治療中 4. ☐ 已安排本院 科門診治療中				
診 治 醫 師	姓 名	科 別	醫 師 簽 章	回 覆 日 期	年 月 日	
療 醫 院 診 所	治療摘要	1.主診斷 ICD-10-CM： 病名：				
		2.治療藥物或手術名稱				
院 所 名 稱	姓 名	科 別	醫 師 簽 章	回 覆 日 期	年 月 日	
診 治 醫 師	姓 名	科 別	醫 師 簽 章	回 覆 日 期	年 月 日	

第一聯：接受轉診(轉入)醫院、診所留存
第二聯：接受轉診(轉入)醫院、診所留存
第三聯：原診療醫院、診所留存

第三聯：原診療醫院、診所留存

※本轉診單限使用一次

※以上欄位均屬必填，如無則填無

全民健康保險區域聯防-提升急重症照護品質計畫

113.6.28健保醫字第1130112834號公告自113年7月1日起生效

113.11.22健保醫字第113013928號修訂自114年1月1日起生效

114.7.15健保醫字第1140663391號修訂自114年7月1日起生效

115.1.5健保醫字第1140666309號修訂自115年1月1日起生效

115.○.○健保醫字第○○○○○○○○○○號修訂自○年○月○日起生效

壹、依據：全民健康保險會（下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項。

貳、計畫說明

急性主動脈剝離為一種複雜且致死率高之心血管疾病，病人發病後如未獲得適當處置，死亡率將隨時間增加，每小時增加1%死亡率，約有50%的病人在送達醫院24小時內死亡、71%的人在2個月內死亡；另依據衛生福利部近10年統計資料顯示，腦血管疾病列為國人十大死因第2至第4位，平均每年約有1萬多的人死於該疾病。腦中風病人發病後即使存活後通常會留下不同程度的神經功能障礙，而失能之後遺症亦是我國成人殘障的主因之一，不僅造成病人與照顧者的負擔，也嚴重影響生活品質。

為使上述疾病之急重症個案於黃金治療期內接受完善的治療及照顧，以提升功能性預後機率，早日回歸社會，全民健康保險保險人（以下稱保險人）邀集社團法人台灣急診醫學會、台灣胸腔及心臟血管外科學會、社團法人台灣腦中風醫學會、社團法人台灣神經外科醫學會及台灣神經學學會共同研擬本計畫，鼓勵醫院建立完整之上、下游區域聯防合作機制，共同擔任主動脈剝離及腦中風病人之健康守門員。

參、目標

- 一、建立醫院間合作溝通機制。
- 二、確保急重症個案疾病照護品質及效率。
- 三、落實以品質為導向轉診制度。

肆、預算來源：全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款項目之「區域聯防-提升急重症照護品質」支應。

伍、參與資格及申請程序：

- 一、參與醫院須組成合作團隊，並由主責醫院於每年度1月31日前向保險人分區業務組提出參與計畫申請書(附表一)，並經保險人分區業務組核定後，始得參與本計畫。
- 二、本計畫為持續性計畫，於新計畫核定前，前述核定醫院依計畫內容持續辦理並以新年度預算支應。

陸、收案條件

一、主動脈剝離：

門、急、住診主或次診斷（ICD-10-CM）為 I71.00-I71.03且執行68043B「A 型急性主動脈剝離術」之病人。

二、腦中風：

門、急、住診主或次診斷（ICD-10-CM）為 I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.850、I67.858、I67.89、I67.9、P91.821、P91.822、P91.823及 P91.829病人。

柒、支付方式

- 一、網絡建置費：單一疾病每分區業務組100萬點，由保險人各分區業務組統籌運用及核發。

二、給付項目及支付標準

通則：同一疾病申報本計畫獎勵項目與「全民健康保險急診品質提升方案」任一獎勵不得重複申報。

編號	項目	點數
一、急重症疾病照護獎勵		
P8201B	個案管理費 主動脈剝離個案管理費 註： 1. 限門、急、住診主或次診斷（ICD-10-CM）為 I71.00-I71.03 且執行 68043B「A 型急性主動脈剝離術」之病人。 2. 由負責資源分配及管理調度之醫院申報，同個案每次事件限申報一次。	3,000
P8202B	腦中風個案管理費 註： 1. 門、急、住診主或次診斷（ICD-10-CM）為 I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.850、I67.858、I67.89、I67.9、P91.821、P91.822、P91.823 及 P91.829 且有執行 83106B「急性缺血性腦中風機械取栓術」之病人。 2. 由負責資源分配及管理調度之醫院申報，同個案每次事件限申報一次。	3,000
P8203B	二十四小時急性缺血性腦中風整合治療評估費 註： 1. 限腦中風病人於發作後二十四小時內到院進行術前評估，且評估結果不符施作靜脈溶栓治療（IVT）或導管取栓治療（EVT）治療資格者。同個案每次事件限申報一次。 2. 前述評估項目應包含神經影像（CT/MRI）檢查、中風嚴重度（NIHSS）評估、健保雲端與在院病歷整合查詢、不同治療藥物適應症與禁忌症之評估、轉診評估、神經外科介入之可能性討論。並應製作於病歷中，保險人將不定期進行抽查。 3. <u>夜間（晚上十時至隔日早上六時）或例假日（週六零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時）加計百分之百。</u>	3,000

編號	項目	點數
二、跨院合作執行費獎勵		
P8204B	(一)主動脈剝離（限於轉入醫院有執行68043B者申報） 1.轉出醫院獎勵：以第一間醫院轉出時間區分 -轉出醫院主動脈剝離病人於二小時以內轉出獎勵	20,000
P8205B	-轉出醫院主動脈剝離病人超過二小時且四小時以內轉出獎勵	10,000
P8206B	2.接受主動脈剝離病人轉入醫院獎勵	90,000
P8208B	(二)腦中風（限於轉入醫院有執行83106B者申報） 1.轉出醫院獎勵：以第一間醫院轉出時間區分 -轉出醫院腦中風病人於一小時以內轉出獎勵	20,000
P8209B	-轉出醫院腦中風病人超過一小時且二小時以內轉出獎勵	15,000
P8210B	-轉出醫院腦中風病人於超過二小時且四小時以內轉出獎勵	10,000
P8211B	2.接受腦中風病人轉入醫院獎勵	35,000
三、自行收治病人獎勵		
P8207B	主動脈剝離（限有執行68043B者申報）	50,000
P8212B	腦中風（限有執行83106B者申報）	25,000

三、P8203B「二十四小時急性缺血性腦中風整合治療評估費」須分配至少八成以上予執行之醫療人員。

四、醫院自行收治或經轉診完成主動脈剝離/腦中風經動脈取栓手術之病人進入加護病房<6小時，每人次給予5,000點獎勵。

捌、醫療費用申報、審查與點值結算

一、本計畫醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療服務費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

二、跨院合作執行費獎勵申報規定如下：

(一) 轉出醫院：醫令類別填報 G，支付點數填報 0，d55「轉往之醫事服務機構代號」須填報轉往之院所代號，由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內容進行勾稽後，每季統一補付費用。

(二) 接受轉診醫院：接受轉診醫院於申報時須填報 d107「轉入服務機構

代號」。

三、醫院自行收治或經轉診完成主動脈剝離/腦中風經動脈取栓手術之病人進入加護病房<6小時獎勵，由保險人依轉入或自收院所申報內容進行勾稽符合規範後，每季統一補付費用。

四、本計畫之醫令類別，以門診申報格式申報者為「2」、以住院申報格式申報者為「K」。

五、點值結算方式：依本計畫各該預算先扣除網絡建置費後，按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。於年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。

六、經保險人審查發現登載不實者，除核刪計畫相關費用外，經確證日起至次年底不納入本計畫之獎勵。

七、醫療費用申復：辦理本計畫年度結算作業後，若有特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度醫院總額「區域聯防-提升急重症照護品質」專款項下支應。

玖、品質監測指標（詳附表二）

一、整體指標：

(一) 總死亡率：主、次診斷為主動脈剝離/腦中風病人之死亡人數比率。

(二) 總手術死亡率：當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後48小時內死亡之人數比率。

(三) 總失能率：因該疾病執行手術且出院時、發病後90天失能評估量表（Modified Rankin Scale，mRS）之分數達失能標準之人數比率。

(四) 腦中風病人經整合評估且完成處置率：符合腦中風收案條件之病人，於發作後24小時內完成術前評估且執行治療之人數比率。

二、醫院別指標：

(一) 效率指標：

1. 急診病人停留時間之達標比率：

(1) 病人不須轉診：符合收案條件之病人進入收治醫院急診後立即

評估（到急診時至完成影像檢查於25分鐘內）之人次比率。

(2)經轉診病人：符合收案條件之病人抵達第一間醫院後，2小時內轉出之人次比率。

2. 醫院自行收治或經轉診主動脈剝離/腦中風經動脈取栓手術病人之時間達標比率：

(1)主動脈剝離手術：

A. 醫院自行收治之病人入院後，4小時內進入開刀房之人次比率。

B. 病人抵達第一間醫院後，4小時內轉診至轉入醫院之人次比率。

(2)腦中風：依病人來源區分（入院至接受取栓手術之時間）：

A. 病人不經轉診至收治醫院接受取栓治療 $\leq$ 2小時之人次比率。

B. 病人經轉診至轉入醫院接受取栓治療 $\leq$ 1.5小時之人次比率。

(二) 結果面指標：

1. 死亡率：醫院收治主、次診斷為主動脈剝離/腦中風個案死亡之人數比率，倘於轉院途中之個案死亡應列計於轉出醫院之死亡人數。

2. 手術死亡率：當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後48小時內死亡之人數比率。

3. 失能率：因該疾病執行手術且出院時、發病後90天失能評估量表（Modified Rankin Scale，mRS）之分數達失能標準之人數比率。

拾、品質資訊之登錄

一、參加本計畫醫院應依規定，於保險人健保資訊網服務系統之 VPN 登載急診重大疾病照護品質及轉診品質相關資料，格式如附表三（建置於健保資訊網服務系統），如健保相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。

二、有關資料登錄作業，因重大行政或系統問題導致延誤或錯誤者，由保險人分區業務組衡酌處理，且同醫院一年不得超過1次。

三、另為確保急重症照護成效及追蹤個案預後情形，參加本計畫醫院除依前述規定填報出院評估結果外，醫院應追蹤出院個案失能情形，並於發病後90天再評估，登載 mRS 分數於 VPN。

拾壹、資訊之分享與公開

- 一、保險人各分區業務組得舉辦計畫執行概況檢討或發表會，由參與本計畫之特約醫院報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。
- 二、保險人得公開參與本計畫之醫院名單及相關品質資訊供民眾參考。

拾貳、訂定與修正程序

本計畫由保險人與醫院總額相關團體共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，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。

附表一、全民健康保險區域聯防-提升急重症照護品質計畫申請書

疾病別：

基本資料	主責醫院		醫事機構代碼	
	聯絡人		聯絡電話	
	E-mail			
配套措施	轉診後送機制			
	合作醫院名單	醫事機構代號	合作醫院名稱	

本院及團隊內醫院同意於計畫執行期間，依照本計畫及全民健康保險法等相關規定，提供保險對象醫療服務。

健保合約大小章用印處

中華民國 年 月 日

附表二、品質監測指標定義

序號	指標名稱	指標定義
整體指標		
1	總死亡率	主、次診斷為主動脈剝離/腦中風病人之死亡人數比率 分子：分母人數中，死亡之病人數 分母：主、次診斷為主動脈剝離（ICD-10-CM：I71.00-I71.03）/腦中風（ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.850、I67.858、I67.89、I67.9、P91.821、P91.822、P91.823及P91.829）之住院病人數
2	總手術死亡率	當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後48小時內死亡之人數比率 分子：分母人數中，執行68043B/83106B 且術後48小時內死亡之人數 分母：主動脈剝離（ICD-10-CM：I71.00-I71.03）/腦中風（ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.850、I67.858、I67.89、I67.9、P91.821、P91.822、P91.823及P91.829）且執行68043B/83106B 之病人數
3	總失能率	因該疾病執行手術且出院時、發病後90天失能評估量表之分數達失能標準之人數比率 分子：分母人數中，量表分數符合失能之病人數 分母：執行該項手術之病人數
4	腦中風病人經整合評估且完成處置率	符合腦中風收案條件之病人，於發作後24小時內完成術前評估且執行治療之人數比率 分子：分母人數中，有執行24小時腦中風整合治療評估且執行83106B 人數 分母：主、次診斷為腦中風（ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.850、I67.858、I67.89、I67.9、P91.821、P91.822、P91.823及P91.829），且有申報83106B 或 P8203B 之病人數

序號	指標名稱	指標定義
醫院別指標		
(一) 效率指標		
5	急診停留時間之達標比率	1. 病人不須轉診：符合收案條件之病人進入收治醫院急診後立即評估（到急診時至完成影像檢查於25分鐘內）之人次比率。 2. 病人須轉診：符合收案條件之病人進入收治醫院急診後，於2小時內轉出醫院之人次比率。 分子：分母人次中，達指標規範時間之人次 分母：符合收案條件之病人次
6	醫院自行收治或經轉診主動脈剝離/腦中風經動脈取栓手術病人之時間之達標比率	1. 主動脈剝離手術： (1) 自行收治之醫院於病人入院後，4小時內進入開刀房之人次比率。 (2) 病人抵達第一間醫院後，4小時內轉診至轉入醫院之人次比率。 2. 腦中風：依病人來源區分（入院至接受取栓治療時間）： (1) 病人不經轉診至收治醫院接受取栓治療≤ 2小時之人次比率。 (2) 病人經轉診至轉入醫院接受取栓治療≤ 1.5小時之人次比率。 分子：分母人次中，達指標規範時間之人次 分母：符合收案條件之病人次

序號	指標名稱	指標定義
(二) 結果面指標		
7	死亡率	醫院收治主、次診斷為主動脈剝離/腦中風個案死亡之人數比率，倘於轉院途中之個案死亡應列計於轉出醫院之死亡人數 分子：主、次診斷為主動脈剝離/腦中風之病人於收治醫院死亡之人數（含轉診途中死亡） 分母：醫院收治主、次診斷為主動脈剝離/腦中風之住院病人數
8	手術死亡率	當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後48小時內死亡之人數比率 分子：醫院執行68043B/83106B 且術後48小時內死亡之人數 分母：醫院收治主動脈剝離（ICD-10-CM：I71.00-I71.03）/腦中風（ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.850、I67.858、I67.89、I67.9、P91.821、P91.822、P91.823及P91.829）且執行68043B/83106B 之病人數
9	失能率	因該疾病執行手術且出院時、發病後90天失能評估量表之分數達失能標準之人數比率 分子：分母人數中，量表分數符合失能之病人數 分母：執行該項手術之病人數

附表三、全民健康保險區域聯防-提升急重症照護品質計畫個案登錄系統
(VPN) 必要欄位表

一、基本資料由系統自動帶入

1.院所代碼、2.疾病別、3.病人 ID 及姓名、4.出生日期、5.最後一次正常時間(年月日)(僅腦中風)、6.入院時間、7.出院時間。

二、重大疾病照護品質必填欄位

1.主動脈剝離(共2欄):結案日期、結案原因(病人動向)。

2.腦中風(共4欄):出院時 mRS 分數(由系統帶入,院所可修改)、發病後90天之 mRS 分數(0-5分)、結案日期、結案原因(病人動向)。

三、結案日期為院所登錄 VPN 之日期;惟若屬死亡個案,則結案日期方可等於死亡/出院日期。