全民健康保險急診品質提升方案

101.05.01第一版公告實施
102.01.01第二版公告實施
104.01.01第三版公告實施
104.05.25第四版公告實施
105.03.01第五版公告實施
108.02.01第六版公告實施
111.04.01第七版公告實施
112.06.01第八版公告實施
112.12.01第九版公告實施
113.10.1第九版公告自114年1月1日實施
114.11.18第十版公告自115年1月1日實施
115.11.19第十一版公告自115年12月1日實施

壹、前言

中央衛生主管機關為加速醫院急診部門檢傷分類作業，參採國外經驗，於99年公告施行急診五級檢傷分類基準，期快速檢定病人病況危急與嚴重度，讓真正急重症患者，能及時獲得緊急醫療服務，挽回寶貴的生命。為確保急診重大疾病照護品質、落實以品質導向提升急診病人處置效率，全民健康保險自101年起以論質計酬方式，鼓勵醫院重視並提升急重症照護品質及效率。

依據美國醫療機構評鑑聯合會(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 簡稱 JCAHO)的報告，超過53%延誤治療的警訊事件(sentinel event)是發生在急診，而因急診壅塞所造成的事件就占了31%。Chalfin(2007)、Nicholas(2020)等的報告，急診重症病人如果無法在6小時內入住加護病房，結果不僅住院天數會因此拉長，病人的死亡率也會增高(從8.4%上升至10.7%)。Richardson(2006)、Adam(2011)等的報告，在壅塞時段，相同疾病嚴重度的病人有較高的死亡。Sprivulis(2006)等的報告，壅塞時段，急診病人在第2天及第7天的病人死亡率增加了30%。顯示，急診壅塞不僅影響病人的安全，同時也會造成醫療品質的下降。

全民健康保險保險人(以下稱保險人)為加強急重症之醫療照護百年衛生醫療改革計畫，邀集急診醫學會、急診管理學會、主管機關及相關專科醫學會共同研擬本方案，並與醫界協商，以論質計酬方式，期提升急重症照護品質及效能，適切滿足民眾就醫需求，保障全體國民生命安全與健康。

貳、目標

一、確保重大疾病照護品質。

二、落實品質導向轉診制度。

三、提升急診病人處置效率。

參、預算來源：全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「急診品質提升方案」專款項目。

肆、參與資格：須為全民健康保險特約醫院，並依本方案規定據實登錄相關資料者。

伍、計畫構面

一、急診重大疾病照護品質：

針對急性心肌梗塞、嚴重敗血症、到院前心跳停止，訂定到院一定時間內接受必要治療處置之標準及獎勵。適用之個案定義及其獎勵條件如下：

(一)急性心肌梗塞：

主診斷碼(ICD-10-CM，以下同)為：I21.0-I21.3、I21.9、I21.A1、I21.A9、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9之病人，從進入急診後經檢查適合者，於90分鐘內接受緊急介入性心導管治療(診療項目為33076B 至33078B 經皮冠狀動脈擴張術)之個案(door to wire time < 90 min)。

(二)嚴重敗血症：

主診斷或次診斷碼如下所列，符合國際嚴重敗血症指引定義之急診敗血症病人，從進入急診後3小時內給予第一劑抗生素及6小時內完成敗血症治療組套(sepsis bundle)同時申報：09059B 乳酸檢查（或09135B 乳酸-丙酮酸檢查）、收縮壓，及至少完成13016B 及「13001C 至13026C 中之任1項」細菌學及黴菌檢查之個案。

主診斷或次診斷碼：A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21。

(三)到院前心跳停止(OHCA)：

1.於收治急診之醫院治療後出院：主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9及 R99，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003者)或存活出院(轉歸代碼為1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。

2.經轉院治療後出院：主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9及 R99，於地區醫院急救恢復自發性循環後，因醫療需要轉診至其他適當醫院，並於1小時內完成緊急處置或入住加護病房，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003者)或存活出院(轉歸代碼為1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。

3.申報本項 OHCA 獎勵之急救責任醫院，應依衛生福利部公告之「到院前心跳停止（OHCA）病摘交換欄位與格式之標準規範」使用電子病歷交換中心（E.M.R. Exchange Center，EEC）上傳資料。

二、轉診品質：

為強化急診室重症病人上轉及穩定病人下轉之機制，針對符合轉診品質保證之個案，給予轉出及轉入醫院獎勵，希望透過有品質的轉診機制，使各急救責任醫院能各司其職，於第一時間依其能力完成病人醫療處置。

(一)向上或平行轉診：中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，因重大疾病之緊急狀況，醫院照護能力未符需求，須轉診至上一級或同層級急救責任醫院或區域級以上醫院接受專業處理。疾病主診斷包括急性心肌梗塞，急性腦中風、主動脈剝離、食道靜脈瘤出血、敗血症、重大外傷及體表面積>20%之重大燒傷(詳附表一)。

(二)向下或平行轉診：重度級或中度級急救責任或區域級以上醫院，為讓病床更有效率運用，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至同等級或下一級急救責任醫院或同層級或下一層級醫院之適當醫療機構。疾病主診斷包括胃腸道出血、大量腸胃道出血、腸阻塞、急性膽囊炎、膽結石併急性

膽囊炎併阻塞、膽管炎、急性胰臟炎、肺炎、慢性氣道阻塞、其他蜂窩組織炎及膿瘍、充血性心臟衰竭、發燒、泌尿道感染、腎盂腎炎、慢性腎衰竭、肝硬化，未提及酒精性者、及肝性昏迷(詳附表二)。

(三)轉診作業

1. 醫院應設有專責辦理轉診作業之窗口。
2. 轉出醫院：向病人說明轉診原因；填寫轉診同意書及轉診單。
3. 轉入醫院：接收醫院要同意，並提供必要醫療照護；填寫處置情形轉診回覆單。

(四)獎勵方式：

1. 符合向上轉診或平行轉診之病人直接轉至加護病房（不經轉入醫院之急診)，可申報之獎勵如下：
   (1) 轉出醫院：每個案獎勵5,000 點。
   (2) 轉入醫院：每個案獎勵5,000 點。
2. 符合向下轉診之直接轉至住院病人，可申報之獎勵如下：
   (1)每個案獎勵7,000點。轉出與轉入醫院各給予50%。
   (2)自醫學中心或區域醫院下轉之病人，得另申報以下費用：
   A.轉入醫院該次住院之基本診療費用(包括：急性病房病房費、護理費、醫師診察費及藥事服務費)得比照醫學中心或區域醫院標準支付，其差額以「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第一天）」、「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第二天起）」、「地區醫院接受區域醫院急診病人下轉住院獎勵（第一天）」及「地區醫院接受區域醫院急診病人下轉住院獎勵（第二天起）」另行申報。
   B.轉出醫院之主治醫師至轉入醫院探訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情者，可申報「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」，每次支付3,000點，當次住院最多申報3次。
3. 所有轉診案件獎勵皆排除同體系醫院間互轉。

三、急診處置效率

本項係以各項指標結果進行獎勵，藉以提升急診處置效率，提升急診病人照護品質。

(一)完成急性呼吸衰竭於急診緊急插管(門診案件分類為02，插管代碼為47031C、47105C、47106C，其中醫令47105C 及47106C 依支付標準公告日起實施) 之病人進入加護病房< 6小時，或完成急診重大疾病照護之病人進入加護病房< 6小時：每人次給予5,000點獎勵。倘同時符合緊急插管及重大疾病之案件，以重大疾病計算。

(二)檢傷一、二、三級急診病人轉入病房< 8小時：每人次給予50點獎勵。

(三)地區醫院急診病人增加：

1. 計算基準：以檢傷分類等級申報所有急診病人次計算
2. 計算方式：本年急診人次 > 上年急診人次
3. 地區醫院急診人次較上年增加

每增加1人次支給500點獎勵。針對新成立之地區醫院，急診增加人次採下列方式計算：

(1)有基期可比較之月份：計算較基期相同月份增加之人次。

(2)無基期可比較之月份：以該月份之「月平均人次」減「基期月份之月平均人次」，乘以「無基期月份數」。

四、補助急診專科醫師人力

(一)補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務：

1.同體系醫院間（含委託經營）之支援不予補助，包括：

同法人醫院體系、國軍退除役官兵輔導委員會醫院體系、國軍醫院體系、衛生福利部醫院體系、同醫學院附設醫院體系、同縣市政府所屬醫院體系、同醫院總分院(院區)。若對保險人認定有異議，醫院可舉證非屬同體系醫院，經保險人分區業務組同意後認定。

2.補助方式：

(1)以急診專科醫師支援急診之班次計算，每人次每月補助上限3萬點。

(2)支援人力計算方式：以全院每月急診專科醫師支援急診服務班次之總和，每15班算1人次(1班至少8小時)。支援不足1人次則依班次比例核算。

(3)派出支援醫院與接受支援醫院皆可接受本項補助。

3.支援規定：

支援醫師均應依醫事法規相關規定向當地衛生主管機關辦理報備支援，並請醫師考量負擔能力提供支援服務。

(二)補助地區醫院增聘急診專科醫師人力：

1.補助方式：

當年度地區醫院每增聘1名急診專科醫師執行急診業務，每人每月補助3萬點。

2.增聘急診專科醫師人數計算方式：

(1)該地區醫院當年每月平均執業登記急診專科醫師人數與前一年每月平均執業登記急診專科醫師人數相比較。

以111年為例：【111年每月10日該院有效執業登記急診專科醫師人數總和÷12個月】減【110年每月10日該院有效執業登記急診專科醫師人數總和÷12個月】

(2)增聘醫師未滿1人則依比例核算。

(三)前述兩項補助合計，每家醫院全年申請上限為1,800,000點，超過點數不予補助。

(四)本補助不適用對象：

1.「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之保障醫院。

2.「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」補助之門診支援服務。

3.衛生福利部醫事司「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」及「緊急醫療資源不足地區改善計畫」之補助醫師或補助開診費用。

(五)地區醫院醫療利用監測指標：

1. 接受本方案補助之急診專科醫師急診看診量：

(1) 指標定義：

當年度接受補助之地區醫院支援及增聘急診專科醫師，平均每位醫師每月急診申報件數。

(2) 目標值：大於去年同期值。

2. 接受醫學中心、區域醫院下轉急診案件之七日內回轉比率：

(1) 指標定義：

分子：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉之急診案件，七日內回轉醫學中心、區域醫院之急診件數。

分母：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉急診件數。

(2) 目標值：不超過3%。

陸、醫療費用申報、支付及審查

一、急診重大疾病照護及轉診品質獎勵及申報規定如下(如附表四)：

(一)急診重大疾病照護品質方面：採每月申報。

1. 第一項急性心肌梗塞疾病完成照護個案：以代碼 P4601B「急性心肌梗塞照護獎勵」申報，支付點數6,000點。

2. 第二項嚴重敗血症疾病完成照護個案：以代碼 P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」申報，支付點數2,000點。

3. 第三項 OHCA 完成照護個案：

(1)於收治急診之醫院治療後出院：出院時意識清醒者以代碼 P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院」申報，支付點數35,000點；存活出院者以代碼 P4615B「OHCA 照護獎勵_存活出院」申報，支付點數10,000點(兩者擇一申報)

(2)經轉院治療後出院：

A.轉出院所：以代碼P4616B「OHCA轉出院所照護獎勵」申報，醫令類別填報G，支付點數填報0，d55「轉往之醫事服務機構」需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，依病人出院實際狀況每季統一補付費用(點數同轉入院所)。

B.轉入院所：以病人出院時狀態申報，清醒出院者以代碼P4617B「OHCA轉入院所照護獎勵_清醒出院」申報，支付點數15,000點；存活出院者以代碼P4618B「OHCA轉入院所照護獎勵_存活出院」申報，支付點數5,000點。P4617B及P4618B兩者不得同時申報，且住診申報格式d107「轉入服務機構代號」需填報轉診來源院所代號。

(二)轉診品質獎勵方面：採每月申報

1.上轉個案：

(1) 轉出醫院：符合本項轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵5,000點，由保險人每

季勾稽轉入院所申報 P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（上轉）」之案件，進行補付作業。

(2) 接受轉診醫院：符合轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵5,000點。由轉入醫院以代碼 P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（上轉）」申報，d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。

2.下轉個案：

(1)轉出醫院：符合本項轉診之病人，若能直接入住轉入醫院之病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵3,500點，由保險人每季勾稽轉入院所申報 P4606B「急診病人直接入住轉入醫院病房獎勵（下轉）」之案件，進行補付作業。

(2)接受轉診醫院：

A. 符合轉診之病人，若能直接入住轉入醫院之病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵3,500點。由轉入醫院以代碼P4606B「急診病人直接入住轉入醫院病房獎勵（下轉）」申報，d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。

B. 以代碼P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」3,000點、P4609B-P4610B、P4626B-P4627B「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵」、P4628B-P4629B「地區醫院接受區域醫院急診病人下轉住院獎勵」。

3.平轉個案：

(1)轉出醫院：符合本項轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵5,000點，由保險人每季勾稽轉入院所申報 P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（平轉）」之案件，進行補付作業。

(2)接受轉診醫院：符合轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵5,000點。由轉入醫院以代碼 P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（平轉）」申報，d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。

二、本方案之醫令類別，除上述有特別說明（P4616B）外，屬門診案件者為「2」、屬住診案件者為「K」。

三、年度結束後4月底前，辦理前一年度急診處置效率獎勵、急診專科醫師人力補助結算作業，急診專科醫師人力補助以撥入接受支援之地區醫院為原則。

四、結算方式：本方案預算先扣除預估之急診處置效率獎勵費用及補助急診專科醫師人力額度後，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，則流用至下一季；第四季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於1元。

五、醫療費用申報、暫付、審查及核付，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。

六、經保險人審查發現登載不實者，除不支付方案相關費用外，經確證日起至次

年底不納入本方案之獎勵。

七、未達醫學中心評鑑基準急診48小時置留率三年「達零或小於同儕平均值」之目標，經主辦機關調降其醫院評鑑合格類別或註銷評鑑合格資格者，當年度不予撥付急診處置效率獎勵金。

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

柒、品質資訊之登錄

一、參加本方案醫院應依規定，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，格式如附表四（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、醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務中，地區醫院（接受支援醫院）應於每月申報時，一併將接受醫師支援明細資料登錄於健保資訊網服務系統 VPN 中。

三、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。

捌、資訊之分享與公開

一、保險人各分區業務組得舉辦方案執行概況檢討或發表會，由參與本方案之特約醫院報告，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方案之醫院名單及相關品質資訊供民眾參考。

三、參與醫院所獲得本方案之獎勵金，應用於改善急診工作人力或病人服務。保險人得要求參與醫院提報獎勵金之運用情形並得酌情予以公開。

玖、訂定與修正程序

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、向上轉診或平行轉診疾病別

診斷碼中文名稱	ICD-10-CM
急性心肌梗塞	I21、I22
急性腦中風	I60-I66、G45、P91.821、P91.822、P91.823、P91.829
主動脈剝離	I71.00-I71.03
食道靜脈瘤出血	主診斷需為肝硬化 K70.0、K70.10、 K70.11、K70.2、K70.30、K70.31、K70.40、K70.41、 K70.9、 K73.0、 K73.1、K73.2、K73.8 K73.9、K74.0、K74.1、K74.2、K74.3、K74.4、K74.5、K74.60、K74.69、K75.4、K75.81、K76.0、K76.89、K76.9； 或門脈高壓 K76.6，且次診斷為 I85.01、I85.11。
敗血症	1.A40.0 、 A40.1 、 A40.3 、 A40.8 、 A40.9 、 A41.01 、 A41.02 、 A41.1 、 A41.2 、 A41.3 、 A41.4 、 A41.50 、 A41.51 、 A41.52 、 A41.53 、A41.59 、A41.81 、A41.89 、A41.9 、R65.10 、R65.11 、 R65.20 、R57.1 、R57.8 、R65.21 2.A02.1、A20.7、A21.7、A22.7、A23.0、A23.8、A23.9、A24.1、A26.7、A28.2、A32.7、A39.2、A39.3、A39.4、A42.7、A48.3、A54.86、B00.7、B37.7 3.O75.3、O85、O86.0、O03.37、O03.87、O04.87、O07.37、O08.2、O08.82 4.P36、P37.5
重大外傷	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、S99 （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"）
體表面積>20%之重大燒傷	T31.20-T31.99、T32.20~T32.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T26.00XA~T26.92XA

附表二、向下轉診或平行轉診疾病別

診斷碼中文名稱	ICD-10-CM
胃腸道出血	K92.2
大量腸胃道出血	K25.0-K25.2、K31.82、K26.0-K26.2、K27.0-K27.2、K25.4-K25.6、K26.4-K26.6、K27.4-K27.6、K28.0-K28.2、K28.4-K28.6、K29.01、K29.21、K29.31、K29.41、K29.51、K29.61、K29.71、K29.81、K29.91、K31.811、K50.011、K50.111、K50.811、K50.911、K51.011、K51.211、K51.311、K51.411、K51.511、K51.811、K51.911、K55.21、K57.01、K57.11、K57.13、K57.21、K57.31、K57.33、K57.41、K57.51、K57.53、K57.81、K57.91、K57.93、K65.2
腸阻塞	K56.60、K56.69、K56.7、K31.5、K50.012、K50.112、K50.812、K50.912、K51.012、K51.212、K51.312、K51.412、K51.512、K51.812、K51.912、K56.0、K56.3、K56.5、E84.11
急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞	K80.00、K80.01、K80.11-K80.13、K80.18-K80.21、K80.30-K80.37、K80.40-K80.47、K80.50、K80.51、K80.60-K80.67、K80.70、K80.71、K80.80、K80.81、K81.0-K81.2、K81.9、K82.0-K82.4、K82.8、K82.9
膽管炎	K74.3、K80.3、K83.0、K80.4
急性胰臟炎	K85
肺炎	A01.03、A02.22、A37.01、A37.11、A37.81、A37.91、A50.04、A54.84、B01.2、B05.2、B06.81、B25.0、B59、B77.81、J09.X1、J10.00-J10.08、J11.00- J11.08、J12.0-J16.8(排除 J12.82)、J18.0-J18.9、J68.0、J69.0-J69.8、J84.111-J84.117、J84.2、J84.89-J84.9、J85.1、J85.2、J95.851
慢性氣道阻塞	J43、J44、J47
其他蜂窩組織炎及膿瘍	K12.2、L02-L03、L98.3、L05.01-L05.02、K61.0-K61.4、K61.5、N48.21-N48.22、N73.0- N73.2、N76.4、H00.031-H00.039、H60.00-H60.13、J34.0
充血性心臟衰竭	I50.2-I50.9、I09.81
發燒	R50.2-R50.9
泌尿道感染	N36.0、N36.1、N36.2、N36.4、N36.5、N36.8、N39、N13.9、R31、B37.41、B37.49、N30.00-N30.91、N34.1、N34.2、N41.3
腎盂腎炎	N12、A02.25、D86.84、N10-N12
慢性腎衰竭	N18.1-N18.6

診斷碼中文名稱	ICD-10-CM
肝硬化，未提及酒精性者	K74.60、K74.69、K74.1-K74.5
肝性昏迷	K72.91、K70.41、K71.11、K72.01、K72.11、K76.82

附表三

全民健康保險急診品質方案
獎勵個案登錄系統(VPN)必要欄位表

一、基本資料

1. 院所代碼、2.病人 ID、3.出生日期、4.進入急診時間(年月日時分)

二、急診重大疾病照護品質必登欄位

1.急性心肌梗塞(共2欄)：治療項目醫令代碼(33076B 至33078B 任一項)、開始執行時間。

2.嚴重敗血症(共11欄)：收縮壓、治療項目醫令代碼及開始時間如下

(1) 抗生素藥品代碼、給藥時間

(2) 09059B 或09135B、開始執行時間

(3) 13016B、開始執行時間

(4) 13001C 至13026C 中任一檢查項目 、開始執行時間

3. OHCA(共1欄)：出院前 MRS 分數(0-5分)。

4. OHCA 且轉院治療_轉出院所(共1欄)：轉院前心跳數。

5. OHCA 且轉院治療_轉入院所(共1欄)：出院前 MRS 分數(0-5分)。

三、轉診獎勵品質必登欄位

1.轉出醫院：轉出時間、轉出醫院代號

2.接受轉診醫院：轉入時間、轉入醫院代號

四、急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務必登欄位

1.費用年月、2.接受支援(地區)醫院業務組別、3.接受支援(地區)醫院名稱、4.接受支援(地區)醫院代號、5.支援醫師 ID、6.支援醫師姓名、7.派出支援醫院代號、8.派出支援醫院名稱、9.支援班次數、10.支援開始時間(年月日時分)、11.支援結束時間(年月日時分)。

附表四　急診重大疾病照護及轉診獎勵給付項目及支付標準

一、急診重大疾病照護品質

編號	項目	點數
P4601B	急性心肌梗塞照護獎勵 註： 1.適用對象：主診斷碼(ICD-10-CM)為：I21.0-I21.3、I21.9、I21.A1、I21.A9、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9之急診病人。 2.支付條件及規範：從進入急診後經檢查適合者，於90分鐘內接受緊急介入性心導管治療(診療項目為33076B 至33078B 經皮冠狀動脈擴張術)之個案(door to wire time < 90 min)。	6,000
P4602B	嚴重敗血症照護獎勵 註： 1.適用對象：主診斷或次診斷碼為：A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21，符合國際嚴重敗血症指引定義之急診敗血症病人。 2.獎勵條件及規範：進入急診後3小時內給予第一劑抗生素及6小時內完成敗血症治療組套(sepsis bundle)同時申報09059B 乳酸檢查（或09135B 乳酸-丙酮酸檢查）、收縮壓，及至少完成13016B 及「13001C 至13026C 中之任1項」細菌學及黴菌檢查。	2,000
	到院前心跳停止(OHCA)於收治急診之醫院治療後出院	
P4614B	－OHCA 照護獎勵_清醒出院	35,000
P4615B	－OHCA 照護獎勵_存活出院	10,000
	OHCA 經轉院治療後出院	
P4616B	－OHCA 轉出院所照護獎勵	同轉入院所
P4617B	－OHCA 轉入院所照護獎勵_清醒出院	15,000
P4618B	－OHCA 轉入院所照護獎勵_存活出院	5,000
	註： 1.適用對象：主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9及 R99之急診病人。	

編號	項目	點數
	2.支付條件及規範： (1)P4614B、P4615B(於收治急診之醫院治療後出院)：出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003者)或存活出院(轉歸代碼為1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L者)。 (2)P4616B~P4618B(經轉院治療後出院)：於地區醫院急救恢復自發性循環後，因醫療需要轉診至其他適當醫院，並於1小時內完成緊急處置或入住加護病房，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼I600000- I600003者)或存活出院(轉歸代碼為1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。 (3)P4616B 由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內容進行勾後，依病人出院實際狀況，每季統一補付(點數同轉入院所)。 (4)申報本項獎勵之急救責任醫院，應依衛生福利部公告之「到院前心跳停止（OHCA）病摘交換欄位與格式之標準規範」使用電子病歷交換中心（E.M.R. Exchange Center，EEC）上傳資料。	

二、急診轉診品質獎勵

編號	項目	點數
—	(一)向上轉診 1.轉出醫院 －重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（上轉）【本項由保險人勾稽計算】	5,000
P4619B	2.接受轉診醫院 －重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（上轉） 註： 1.中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，轉診至上一級急救責任醫院或區域級以上醫院接受專業處理。 2.適用向上轉診之疾病主診斷如附表一。	5,000
—	(二)向下轉診 1.轉出醫院 －急診病人直接入住轉入醫院病房(不經轉入醫院之急診)獎	3,500

編號	項目	點數
	勵（下轉）【本項由保險人勾稽計算】	
	2.接受轉診醫院	
P4606B	－急診病人直接入住轉入醫院病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（下轉）	3,500
P4611B	－急性醫療醫院醫師訪視獎勵費：轉出醫院之主治醫師至轉入醫院探訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情者，每次支付3,000點，當次住院最多申報3次。	3,000
P4626B	－區域醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第一天）	詳註3
P4609B	－區域醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第二天起）	詳註3
P4627B	－地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第一天）	詳註3
P4610B	－地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第二天起）	詳註3
P4628B	－地區醫院接受區域醫院急診病人下轉住院獎勵（第一天）	詳註3
P4629B	－地區醫院接受區域醫院急診病人下轉住院獎勵（第二天起）	詳註3
	註： 1.向下轉診係指重度級或中度級急救責任醫院或區域級以上醫院，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至下一級急救責任醫院或下一層級之醫院之適當醫療機構。 2.適用向下轉診之疾病主診斷如附表二。 3.P4609B、P4610B、P4626B 及 P4627B、P4628B 及 P4629B 為轉診病人當次住院之基本診療費用，該院層級與醫學中心或區域醫院層級支付標準點數之差額。	
	(三)平行轉診 1.轉出醫院	
－	－重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（平轉）【本項由保險人勾稽計算】	5,000
	2.接受轉診醫院	
P4620B	－重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（平轉）	5,000
	註： 1.適用平行轉診之疾病主診斷如附表一、附表二。	