

衛生福利部中央健康保險署北區業務組

112 年醫院總額點值暨品質提升方案

壹、目的

- 一、尊重醫院醫療專業自主管理，並兼顧醫療服務品質提升目標。
- 二、維持本區醫院總額點值穩定，俾利醫院營運管理穩健發展。
- 三、提升醫療服務審查效益，導引醫療服務利用趨向適當合理發展。

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 111 年第 4 次『醫院總額共同管理委員會』決議辦理。

參、實施期間及申請程序

- 一、實施期間：112 年 1 月（費用月）至 112 年 12 月（費用月）止。
- 二、申請程序：

（一）由衛生福利部中央健康保險署北區業務組（以下簡稱甲方）對於轄區醫院（以下簡稱乙方），通知參與本方案，乙方應於期限內以正式公文向甲方提出申請參加 A 案或 B 案，設立時間 3 年以內(以有完整季申報資料起算)之乙方則向甲方提出申請參加 A2 案或 B2 案；未於期限內提出申請之醫院視為加入 B/B2 案，乙方於實施期間得改選方案並以 1 次為限，以公文正式函知甲方，公文送達日於每季第 2 個月 15 日前自當季生效，逾期則自次季生效。

（二）有下列情事者，甲方得重新評估乙方之參與類別或調整目標管理點數或加強專業審查：

1. 經檔案分析或費用審查發現異常，疑有不實申報、損及民眾就醫權益或違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第五章第 38、39

、40 條規定者。

2. 執行期間乙方因故醫療服務大幅萎縮（較去年同期負成長 40%為認定標準）。

肆、方案內容

一、目標管理點數分配原則

（一）基本目標管理點數

1. 乙方目標管理點數以基期（110 年 Q4~111 年 Q3）5 項點數合計占率分配。
 - (1) 核定點數
 - A. 110 年 Q4、111 年 Q1 及 111 年 Q3：基期核定點數以最終核定點數 80% + 初核定點數 20%計算。
 - B. 111 年 Q2 採基本目標點數計算。
 - C. 因應醫院總額之醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準，以基期核定點數擇定之區間校正支付標準點數(基期期間無調整)。
 - (2) 急重癌校正點數：急重癌點數反映 20%計算。110 年 Q4、111 年 Q1 及 111 年 Q3 採實績值、111 年 Q2 採(110Q4、111Q1、111Q3)3 季平均值。
 - (3) 地區(含地教)層級分級轉診校正：地區(含地教)層級醫院成功接收下轉個案數×同儕平均單價計算。110 年 Q4、111 年 Q1 及 111 年 Q3 採實績值、111 年 Q2 採(110Q4、111Q1、111Q3)3 季平均值。
 - (4) 品質指標表現校正：品質獎勵點數。110 年 Q4、111 年 Q1 及 111 年 Q3 採實績值、111 年 Q2 採(110Q4、111Q1、111Q3)3 季平均值。
 - (5) 專審核減：110 年 Q4~111 年 Q3 啟動醫療費用異常專案管理且辦理專家輔導會議者之異常費用核減點數。
2. 管理目標點數下限：基期(110 年 Q4~111 年 Q3)總額內費用正成長醫院以不低於去年同期基本目標為原則；負成長醫院以不低於去年同期基本目標點數或最終核定點數或最近 2 季(111 年 Q2~111 年 Q3)總額內平均申報點數(取小值)為原則，本項所需點數由點值反映；集團醫院採合併計算。
3. 新設醫院滿 3 年後，第 4 年(第 13~16 季)基期均以第 12 季為基期。

以第 12 季核定點數，依工作日數校正作為第 13-16 季基本目標管理點數。第 5 年起回歸一般醫院採去年同期。方案獎勵及管理基期皆採第 12 季為基準計算。

(二) 品質提升獎勵點數

1. 規劃總點數之 1.9%，若總獎勵點數大於規劃獎勵點數上限則等比例限縮。品質指標項目、操作型定義請詳附件 1。
2. 計算基期：採當季費用申報資料計算。
3. 分配方式：乙方品質提升獎勵比率×目標管理點數。
4. 分配時點：當季費用核定時，依執行結果加計目標管理點數核定。
5. 品質提升獎勵點數若不足~~再由當季新診療項目保留點數剩餘點數支應，若仍不足~~則等比例限縮，如有剩餘再依品質獎勵點數占率分配。

(三) A 案超出管理目標回饋

1. 規劃總點數之 1.35%，以預估方式估算當季超額回饋點數，倘估算當季超額回饋超出 1.35%保留點數，則當季超額回饋點數依估算結果等比例限縮，如有剩餘點數由點值反映。
2. 分配資格：核定後整體超出管理目標者，依下列 3 項計算超額補付點數，最高補付至超額點數 85%。
 - (1) 品質指標表現大於等於同儕 P90，超額點數補付 10%。
 - (2) 依總額內就醫人數(排除當季門診就醫一次人數)成長高於轄區所增加之醫療費用，以轄區同儕每人平均單價或自身平均單價擇低者校正，計算補付點數；區域級以上醫院門診減量措施暫緩期間之就醫人數校正修訂為與地區層級相同，後續俟本署回復執行門診減量措施時評估調整校正方式。
 - (3) 前 2 項補付後，再依據當季急重癌及生產成長點數與超額點數比值(急重癌及生產成長點數/超額點數)，分段補付比率如下表~~(次醫療區每萬人口西醫師數小於 10 人之急救責任醫院補付比率加計 10%，符合名單自 112 年 Q1 起實施且為期 1 年)~~：

超出管理目標分級補付分級	急重癌及生產成長點數與超出目標點數比值				
	≥0.7	0.5~0.7(不含)	0.3~0.5(不含)	0~0.3(不含)	<0
0%~2%(含)	60%	50%	40%	30%	20%
2%~4%(含)	50%	40%	30%	20%	10%
4%~6%(含)	40%	30%	20%	10%	5%
6%以上	0%	0%	0%	0%	0%

註：112 年急重癌及生產成長點數比較基期為 111 年同期

3. 分配時點：當季費用核定時，依乙方執行成果計算符合調整之點數併入核定作業。

4. 急症、重症、癌症及生產操作型定義如附件 2。

二、醫療費用涵蓋範圍：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)，不含專款專用、其他總額部門及代辦業務之費用。

(一) 涵蓋範圍：當季門、住診送核、補報、追扣、補付及交付機構點數(均含部分負擔)及其他未明列於不包括項目事項。

(二) 排除範圍：(操作型定義詳附表 1-3，依健保會協定公告之年度總額預算分配架構辦理)

1. 專款專用。

2. 其他總額及代辦業務。

三、申報及核定

(一) 為維護申報資料之正確及完整，乙方應按月依實際發生費用申報，不得自行減量申報。

(二) 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。

3. 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)，應於每季季後次月 20 日前完成更正，逾期將不重新計算。

(三) 有關乙方醫療費用申報自行清查之異常案件，並來函註銷案件應於每季季後次月底前完成註銷，逾時視同已核定採追扣處理，未核定前併入核定作業中核算，已核定者一律採追扣處理，北區醫院資源管理小組專案決議事項不在此限。

(四) 乙方申報死亡後醫療費用、未具健保身分之例外就醫醫療費用及與藥局重複調劑費用，未核定前併入核定作業中核算、已核定者一律採追扣處理。

- (五) 對於醫療費用監測專案、實地審查專審案件、民眾申訴案件等，經專業審查遭核扣者，未核定前併入核定作業中核算，已核定者一律採追扣處理。
- (六) 乙方如參與方案期間醫療費用核定後仍查有屬本保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 5 條之情事，甲方得於查證後依規定核扣。
- (七) 對於健保代辦費用之追扣、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。
- (八) 乙方釋出處方之核定除計算當季釋出費用外，對過季但未計入前季核定點數計算之釋出處方亦計入當季乙方醫院釋出處方費用。
- (九) 對於甲方實地訪查或媒體公開、民眾投訴有縮減醫療服務，減診、縮減病床等情事，經查證屬實者，甲方將依縮減服務情形，調整該期間目標管理點數。

四、醫療服務費用管控

(一) 藥費管理（藥費定義詳附件 3）

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，含釋出處方藥費(本區與跨區合計)。

(1) 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：

A. 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)。

B. 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。

(2) 癌症藥費暫時排除於季申報藥費計算範圍，惟將持續監控轄區癌症藥費成長率，如成長情形異常將調整列入季申報藥費計算範圍。

2. 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：112 年醫院總額規劃成長率 2.69%、Z：藥費占率成長百分點。

註 2：112 年基期：112 年第 1 季及第 4 季藥費成長率及藥費占率成長百分點以 111 年同期計算；112 年第 2 季及第 3 季基期因應疫情因素，藥費成長率及藥費占率成長百分點以 109/110/111 年同期擇高者計算。

(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。

(二) 呼吸照護費用管理(詳附件 4)

1. 目標點數設定：以 111 年呼吸照護目標點數為總目標點數，個別醫院目標點數計算原則詳附件 4，並維持年度目標點數不低於 110Q4~111Q3 最終核定點數，各季點數依總額基本目標管理點數占率分配。
2. 各季呼吸器依賴個案 ICU 階段及呼吸器使用累計 > 500 日之案件加強審查，並依當季專業審查結果核付。

(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 5。

五、抽樣審查作業原則：為確保醫療專業品質，甲方得視乙方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。

六、醫療費用審核行政配合事項

(一) 穩定點值調校機制：乙方參加本方案期間，均依減量抽審作業辦理，以目標管理點數上限為核定費用，依據參與類別，乙方同意將超出目標管理點數(A/A2 案)或核定點數調整(B/B2 案)部分視為核減率，且不得提出申復、爭議審議及行政訴訟等行政救濟程序，核定作業如下：

1. A 案：超出目標管理點數由甲方逕予核減。
2. B 案：核定點數點值風險攤扣調整作業

(1) 啟動條件：當季季結算前預估點值低於規劃點值。

(2) 計算方式：

A. 應攤扣之總醫療服務點數=B 案醫院總初核定點數-B 案醫院總基本目標點數。

B. 乙方攤扣點數=應攤扣之總醫療服務點數×乙方攤扣占率-乙方品質提升獎勵點數。

C. 乙方攤扣占率依轄區整體醫療費用成長率調整核減比例，如下表：

轄區整體醫療費用成長率	申報占率	成長貢獻
<8%	50%	50%
8%(含)~10%	30%	70%
≥10%	20%	80%

註：

1. 成長貢獻以去年同期總額內醫療費用為基期

2. 轄區整體醫療費用成長率之同期值以 111 年計算

3. 新設醫院穩定點值調校機制：設立時間 3 年以內(以有完整季申報資料起算)之乙方，自設立後第 4 季起參與 B2 案並採減量抽審作業辦理，第 2 年起則依據參與類別(A2/B2)共同承擔點值風險：

(1) A2 案

A. 設立後第 2 年(第 5~8 季)：超出目標管理點數逕予核減；目標點數採基期最近 1 季最終核定點數以總額預算季間占率推估各季基本目標點數×(1+總額一般預算成長率)。

B. 設立後第 3 年(第 9~12 季)：超出目標管理點數逕予核減；目標點數與 A 案計算方式相同。

(2) B2 案

A. 應攤扣之總醫療服務點數=整體醫院總初核定點數-整體醫院總基本目標點數

B. 乙方攤扣點數=應攤扣之總醫療服務點數×乙方攤扣占率-乙方品質提升獎勵點數。

C. 乙方攤扣占率如下表：

設立時間	申報占率	成長貢獻
------	------	------

(以有完整季申報資料起算)		
第 1 年第 1~3 季	不攤扣	
第 1 年第 4 季	100%	0
第 2 年(第 5~8 季)	85%	15%
第 3 年(第 9~12 季)	70%	30%

註：成長貢獻基期：核定前一季總額內醫療費用點數

- (二) 參加 A/A2 案且核定結果未超過目標管理點數上限之乙方，各類核減案件後續申復爭審作業辦理如下；惟各項可申復、爭審項目，如已核付至本方案目標管理點數上限，則不論其申復或爭審結果，均不再補付費用。

案件類別	辦理方式
行政審查、醫療費用專案審查、實地審查送專審案件、民眾申訴案件審查	可申復、爭審
藥費管理核減、呼吸照護費用管理目標核減、復健費用管理項目核減、品質指標管控項目	可申復、不可爭審

- (三) 參加 A/A2 案核定點數已逾目標管理點數上限或為參加 B/B2 案之乙方，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。
- (四) 醫療費用申報異常（未執行）案件，經甲方核減之點數，乙方不得提申復及爭審作業。
- (五) 其他未規定事項，依全民健康保險相關規定辦理。

七、甲方視業務管理需求，依本保險相關規定進行立意專業審查及實地審查等管理，乙方若有特殊異常成長項目，得視需要邀請至醫療資源管理小組會議或共同管理委員會議報告。另甲方得依政策目標變更調整品質獎勵指標及各項費用管理措施，上述調整提共同管理委員會討論，會議決議以會議紀錄形式置於 VPN 周知乙方。

八、病患就醫權益確保措施

乙方應確實辦理各項病患就醫權益確保措施(附件 6)，以確保民眾就醫醫療品質權益，甲方將視需要實地查證，如有不符規定明顯影響病患就醫權益者，將提分區共管委員會議輔導，並依本保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法調整審查管理類別。

112 年品質提升獎勵指標項目、操作型定義及獎勵方式__加項指標

指標項目	操作型定義		獎勵方式【註 5】		
			計算公式	結果	獎勵比率
論質計酬 【正向指標】 【1.22%】 【地區醫院、專科醫院獎勵比率加權 15%】	參與糖尿病試辦計畫病人比率	VPN 定義代碼：568 分母扣除「糖尿病合併初期慢性腎臟病」申報醫令代碼 P7001C、P7002C、P7003C 之人數	X=實績值 Y=目標值=全國平均值(以全國或轄區值取高者) Z=去年同期值 *各項值均以年度累計計算	X>轄區醫院 P90 且 $X \geq Y$	0.15%
				$X \geq Y$	0.10%
				$Y > X \geq 0.5Y$ 且 $X > Z * 1.1$	0.05%
	B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案照護率	分子：當年度累計至統計月份之收案人數(案件分類為 E1 且申報醫令 P4201C、P4202C) 分母：當年度累計至統計月份之符合收案條件(最近 6 個月內因 B 型肝炎帶原或 C 型肝炎感染就醫，至少達 2 次(含)以上者)或已收案之患者)	X=實績值 Y=目標值=全國平均值(以全國或轄區值取高者) Z=去年同期值 *各項值均以年度累計計算	X>轄區醫院 P90 且 $X \geq Y$	0.15%
				$X \geq Y$	0.10%
				$Y > X \geq 0.5Y$ 且 $X > Z * 1.1$	0.05%
	初期慢性腎臟病醫療給付改善方案照護率	VPN 定義代碼 1203 分母扣除「糖尿病合併初期慢性腎臟病」申報醫令代碼 P7001C、P7002C、P7003C 之人數	X=實績值 Y=目標值=轄區平均值(以全國或轄區值取高者) Z=去年同期值 *各項值均以年度累計計算	X>轄區醫院 P90 且 $X \geq Y$	0.15%
				$X \geq Y$	0.10%
				$Y > X \geq 0.5Y$ 且 $X > Z * 1.1$	0.05%
	糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案照護率	分子：當年度累計申報醫令代碼 P7001C-P7003C 者。 分母：上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。	X=實績值 Y=全國同儕值	$X \geq$ 轄區醫院 P90 且 $X \geq Y$	0.20%
				$X \geq$ 轄區醫院 P80 且 $X \geq Y$	0.15%
				$X \geq Y$	0.10%
				$Y > X \geq 0.5Y$ 且 $X >$ 上一季自身值*1.1	0.05%
				$X >$ 上一季自身值 或	0.02%

指標項目	操作型定義		獎勵方式【註 5】		
			計算公式	結果	獎勵比率
				當季新申報整合照護追蹤醫令>0(屬 1 次性獎勵)	
末期腎臟病前期(Pre-ESRD)計畫照護率(不含 Stage3)	1、VPN 定義代碼 2337 2、自第 2 季起優先收案名單定義及計算方式如下： (1) 優先收案名單定義：以前 1 年未收案且以病人就醫次數最高科別歸戶為腎臟內科之忠誠病人名單(排除就醫次數 ≤ 1 及死亡者)。 (2) 優先收案人數目標累計達成率=當季優先收案名單中已收案人數/當季優先收案名單人數。 (3) 優先收案人數目標累計達成目標值： 第 2 季：30% 第 3 季：50% 第 4 季：70%	X=實績值 X1=非腎臟科之優先照護對象如經轉介成功收案數 Y=目標值=轄區平均值(以全國或轄區值取高者) Z=去年同期值 *各項值均以年度累計計算 R=優先收案人數目標累計達成率 W=優先收案人數目標累計達成目標值	Q1	X>轄區醫院 P90 且 $X \geq Y$	0.15%+500 點*X1
				$X \geq Y$	0.10%+500 點*X1
				$Y > X \geq 0.5Y$ 且 $X > Z * 1.1$	0.05% + 500 點*X1
				$X > Z$ 或 當季新加入醫院且 $X > 0$	0.02% + 500 點*X1
			Q2 起	$X > \text{轄區醫院 P90}$ 且 $X \geq Y$	0.15%+500 點*X1
				$X \geq Y$	0.10%+500 點*X1
				$Y > X \geq 0.5Y$ 且 $X > Z * 1.1$ 且 $R \geq W$	0.05% + 500 點*X1
				$Y > X \geq 0.5Y$ 且 $X > Z * 1.1$ 且 $R < W$	0.0375%+500 點*X1
				$X > Z$ 且 $R \geq W$ 或 當季新加入醫院且 $X > 0$	0.02% + 500 點*X1
				$X > Z$ 且 $R < W$ (自第 2 季起適用)	0.01%+500 點*X1

指標項目	操作型定義		獎勵方式【註 5】		
			計算公式	結果	獎勵比率
思覺失調症醫療給付改善方案照護率	1.分子：各類收案病人數，採年度累計方式計算 分母：VPN 交付名單病人總數+已收案新診斷病人 2.新診斷病人定義及計算方式如下： (1)新診斷病人：當年度新診斷為思覺失調症且至少就醫 2 次以上者。 (2)新診斷病人累計收案率=新診斷病人累計已收案人數/新診斷病人累計人數 (3)新診斷病人累計收案率目標值(W)： 第 1 季：10% 第 2 季：30% 第 3 季：50% 第 4 季：70%	X=實績值 X1=當季新診斷病人收案人數 Y=目標值=轄區平均值(以全國或轄區值取高者) Z=去年同期值 *各項值均以年度累計計算 R=新診斷病人累計收案率 W=新診斷病人累計收案率目標值 R≥W 加計 300 點 R<W 加計 100 點	X>轄區醫院 P90 且 $X \geq Y$	0.12% +(新診斷病人加計點數*X1)	
			$X \geq Y$	0.05% +(新診斷病人加計點數*X1)	
			$Y > X \geq 0.5Y$ 且 $X > Z * 1.1$	0.02% +(新診斷病人加計點數*X1)	
氣喘醫療給付改善方案照護率	VPN 定義代碼 3120	X=實績值 Y=目標值=轄區平均值(以全國或轄區值取高者) Z=去年同期值 *各項值均以年度累計計算	$X > \text{轄區醫院 P90}$ 且 $X \geq Y$	0.15%	
			$X \geq Y$	0.10%	
			$Y > X \geq 0.5Y$ 且 $X > Z * 1.1$	0.05%	
慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案照護率	分子：當年度累計至統計月份之收案人數 分母：當年度累計至統計月份之門診主診斷符合收案條件人數(且 90 日內同院就醫達 2 次以上) ※倘本署訂定全國一致照護率指標，將依其定義計算。	X=實績值 Y=目標值=轄區平均值(以全國或轄區值取高者) Z=去年同期值 *各項值均以年度累計計算	$X > \text{轄區醫院 P90}$ 且 $X \geq Y$	0.15%	
			$X \geq Y$	0.10%	
			$Y > X \geq 0.5Y$ 且 $X > Z * 1.1$	0.05%	

指標項目	操作型定義		獎勵方式【註 5】		
			計算公式	結果	獎勵比率
早期療育門診醫療給付改善方案【正向指標】 【各院以 0.15% 為上限】	1. 參與醫院獎勵	推動與運作獎勵	當年度申請參與方案且收案人數>0	自參加季起至年底每季 30,000 點	
		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)	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%	
	2. 轉介醫院獎勵 (聯評中心)	轉介個案獎勵	當季完成評估需執行早療個案，協助轉介且收案人數 *乙方於每季次月月底前提報轉介名單，並附轉介單佐證，且轉介單下半聯有收案機構回覆填寫處理情形。 *當季轉介人數請以收案機構回覆日期為依據	轉介至集團院所每人 1,000 點 轉介至集團外院所每人 2,000 點	
安寧緩和照護【正向指標】 【0.35%】 【地區醫院、專科醫院獎勵】	1. 死亡前 1 年接受安寧照護人數比率	(1) 分子：分母於一年內有在該院接受住院安寧(住診案件分類 6)、安寧共照(醫令代碼 P4401-03B)、安寧居家(門診案件分類 A5) 分母：當季死亡及病危人數(出院轉歸代碼 4、A) (2) 院所+ID 歸戶計算	X=當季值 X1=去年同期值	X≥全國同儕 P95	0.35%
				X≥全國同儕 P90	0.30%
				X≥全國同儕 P80	0.25%
				X≥全國同儕 P70	0.20%
				X≥全國同儕 P60	0.15%
				X>X1 或 X≥P50	0.10%

指標項目	操作型定義		獎勵方式【註 5】			
			計算公式	結果	獎勵比率	
比率加權 15%】	2.緩和諮詢 人數	(1) 採院所+ID 歸戶 (2) 緩和諮詢人數:當季申報含急、住 診醫令代碼 02020B (3) 安寧療護:當季申報住院安寧(住 診案件分類 6)、安寧共照(醫令代 碼 4401-03B)、安寧居家(門診案 件分類 A5)	X=接受緩和諮詢但未接受 安寧療護人數 Y=接受緩和諮詢且後續接 受安寧療護人數 Z=X+Y R=Z 較去年自身季平均人 數成長率	(X*500 點+Y*1000 點)*(1+W)		
			成長率(R)			加成比率(W)
			20%≤R<50%			10%
			R≥50%			20%
	3.安寧居家 照護人數	(1) 採院所+ID 歸戶(醫院含附設居護 所) (2) 安寧居家照護人數(門診案件分 類 A5)	X=當季醫院及附設居護所 申報安寧居家照護人數 Z=去年同期照護人數	X>Z 且 X≥5 人	X*12,000 點	
				X>Z 且 X<5 人	X* 8,000 點	
				X≤Z	X* 5,000 點	
	4.新增完成 安寧療護教 育時數人數	(1)乙方於每季季末月底前完成安寧 甲、乙類醫事人員資格報備作業程 序，以生效起日為給付獎勵季別（如 醫事人員安寧資格生效起日 110/01/01～110/03/31，獎勵季別為 110Q1） (2)本組得視實際執行現況抽審查 證。	X=安寧療護甲類新增完成 教育時數人數 Y=安寧療護乙類新增完成 教育時數人數	X*5,000 點+Y*1,500 點		
居家醫療 照護整合 計畫【正向	1.參與計畫 團隊獎勵	團隊照護人數以團隊院所申報特定 治療項目代號 EC、ID 歸戶計算	X=當季團隊照護人數 Y=全國平均值	X≥Y	60,000 點	
				Y>X≥0.5Y 或團隊首次照護當季 X>0	30,000 點	

指標項目	操作型定義		獎勵方式【註 5】										
			計算公式	結果	獎勵比率								
指標】 【地區醫院、專科醫院獎勵點數加權 15%】	2.醫院照護人數獎勵	(1) 醫院照護人數以醫院申報特定治療項目代號 EC、ID 歸戶計算 (2) 山地 IDS 地區：申報山地離島訪視醫令 (3) 居家醫療階段(S1)：收案申請照護階段為「1 居家醫療」且申報案件分類 E1。 (4) 收案前後月平均門診就醫下降次數：當季醫院照護人數(排除收案申請照護階段為「3 安寧療護」)，收案前 6 個月，月平均門診就醫次數與收案後月平均門診就醫次數差值。	X=當季醫院照護人數 Z1=收案前 6 個月，月平均門診就醫次數 Z2=收案後，月平均門診就醫次數 Y=收案前後月平均門診就醫下降次數(Z1-Z2) R=當季醫院照護人數(X)較去年同期成長率 W=加成比率 <table><tr><td>R</td><td>W</td></tr><tr><td>R ≥ 50%</td><td>30%</td></tr><tr><td>20% ≤ R < 50%</td><td>20%</td></tr><tr><td>0% ≤ R < 20%</td><td>10%</td></tr></table>	R	W	R ≥ 50%	30%	20% ≤ R < 50%	20%	0% ≤ R < 20%	10%	Y>1.5	X * 5,000 點*(1+W) ❖山地 IDS 地區加計 1,500 點/人 ❖居家醫療階段(S1)個案加計 1,000 點/人
				R	W								
				R ≥ 50%	30%								
				20% ≤ R < 50%	20%								
0% ≤ R < 20%	10%												
1.0<Y ≤ 1.5	X * 4,000 點*(1+W) ❖山地 IDS 地區加計 1,500 點/人 ❖居家醫療階段(S1)個案加計 1,000 點/人												
0.5<Y ≤ 1.0	X * 3,000 點*(1+W) ❖山地 IDS 地區加計 1,500 點/人 ❖居家醫療階段(S1)個案加計 1,000 點/人												
0 ≤ Y ≤ 0.5	X * 2,000 點*(1+W) ❖山地 IDS 地區加計 1,500 點/人 ❖居家醫療階段(S1)個案加計 1,000 點/人												
出院準備轉銜【正向指標】	1.出院準備轉銜後續照護單位收案	(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	X:實績值 Y:全國同儕平均值 Z:當季轉銜人次	X>Y	Z*2,000 點								

指標項目	操作型定義		獎勵方式【註 5】		
			計算公式	結果	獎勵比率
		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)。 (3) 當季轉銜人次:分子排除 PAC 案件。 備註:本指標署本部跨月彙算計算結果產製期程較晚,上述各項數據為最近 3 個月(當季 1、2 月及前季第 3 個月資料)		$X \leq Y$	$Z * 1,000$ 點
	2. 出院後 7 日內銜接長照 2.0 比率	分子:分母中於出院後 7 日內接受長照 2.0 服務件數 分母:申報出院準備(02025B)且登錄照顧管理評估量表者 備註:本指標署本部跨月彙算計算結果產製期程較晚,上述各項數據為最近 3 個月(當季 1、2 月及前季第 3 個月資料)	X:實績值 Y:全國同儕平均值	$X > Y$ $X \leq Y$	5,000 點/每件 3,000 點/每件
門診整合照護計畫【正向指標】	照護率 分子:收案人數(照護註記 Q,R,S),採年度累計。 分母:110Q4~111Q3 符合收案條件人數 收案條件:		X=照護率(以轄區開設整合門診模式醫院排百分位) Y=收案人數占轄區收案人	$X > P90$	0.15%
				$P80 < X \leq P90$	0.1%

指標項目	操作型定義		獎勵方式【註5】		
			計算公式	結果	獎勵比率
【0.15%】 【地區醫院、專科醫院獎勵加權15%】	1.給藥日份≥28天之案件中，最近3個月申報之主診斷中有3種(含)以上慢性病，並經2位(含)以上醫師看診者。 2.最近3個月至少申報2次(含)以上慢性病連續處方箋且最近3個月申報之慢性病連續處方箋用藥之藥品品項數合計達10種(含)以上，並經2位(含)以上醫師看診者。 註：分母數據由本組依條件統計，後續若署本部有提供則以署本為主。		數比率	$P60 < X \leq P80$	0.05%
				$P40 < X \leq P60$ 或 $Y > 30\%$	0.02%
				<u>$X \leq P40$ 且當季收案人數較前一季成長>10%，且收案人數≥10位(112Q2起)</u>	<u>當季收案人數*1000點且以獎勵比率0.016%為上限</u>
矯正機關醫療服務 【正向指標】	承作或參與矯正機關醫療服務獎勵	(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)當年度最近一次滿意度未達90分者獎勵比率以9折計；未達80分者以8折計；未達70分者不予獎勵。 (3)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給予獎勵。	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	承作醫院	$2,000 * X1 + 30,000 * X2 + 60,000 * X3$
				參與醫院	$2,000 * X1 + 30,000 * X2$
健保資訊推動 【0.70%】 【地區醫院、專科醫院獎勵點數加權15%】	1.各院雲端資訊查詢率 【正向指標】	查詢率=查詢人數/就醫病人數	門診查詢率(X1)： 門診(含急診)申報資料(院所+ID)歸戶人數	$X1 \geq 92\%$	0.12%
				$X1 \geq 89\%$	0.08%
				$X1 \geq 85\%$ 或 ≥ 全國平均值	0.05%
			住診查詢率(X2)： 住診申報資料(院所+ID)歸戶人數	$X2 \geq 97\%$	0.03%
				$X2 \geq 95\%$	0.02%
				$X2 \geq 90\%$ 或 ≥ 全國平均值	0.01%
			X1=108年自身值	分層	結果
					獎勵比率

指標項目	操作型定義		獎勵方式【註 5】			
			計算公式	結果		獎勵比率
2.重要檢查(驗)再次執行率【負向指標】	(1) 分子：門診檢查(驗)再次執行醫令數 分母：門診檢查(驗)申報醫令數 排除急診及代辦案件 (2) 管理項目配合本署公告。 (3) 配合本署跨月彙算，指標數據產製期程較晚，故實績值及全國同儕平均值數據採最近 3 個月(當季第 1、2 個月及前季第 3 個月)資料	X2=當季自身值 Y= 108 年同期自身值 Z= 108 年全國同儕值 P10、P30：區域及地區(含地教)醫院為轄區同層級，醫學中心採全國同層級之第 10、30 百分位	X1<Z	1.X2≤Y*0.9 或 2.X2≤P10 且<Y	0.15%	
				1.X2≤Y*0.95 或 2.X2≤P30 且≤Y*0.97	0.1%	
				X2≤Y	0.05%	
			X1≥Z	X2≤Y*0.85	0.15%	
				X2≤Y*0.9	0.1%	
				X2≤Y*0.95	0.05%	
3.檢查(驗)結果暨影像上傳【正向指標】	影像上傳項目包含 CT、MRI、X 光(不含齒顎)、超音波、鏡檢、齒顎全景 X 光等 6 類	X1=檢查(驗)結果即時上傳率(報告日期 24 小時內) Y1=檢驗(查)所有上傳(報告日期 72 小時內上傳) X2=影像即時上傳率(實際執行日期 24 小時內) Y2=影像所有上傳(實際執行日期 72 小時內上傳) 註： 計算範圍：以當年度鼓勵即時查詢方案公告範圍為主	指標	目標值		獎勵比率
				X1	X1≥99%	0.15%
			99%>X1≥95%		0.12%	
			95%>X1≥全國平均值		0.1%	
			Y1	Y1≥93%	0.05%	
			X2	X2=100%	0.15%	
				100%>X2≥98%	0.12%	
				98%>X2≥94%	0.1%	
			Y2	Y2≥95%	0.05%	
			急性後期照護計畫【0.50%】	1.醫學中心腦中風下轉數	當季 VPN 登錄腦中風成功下轉收案人次(擷取時間為當季最後一個月次月底)	X=當季下轉數 Y=基本目標值(以當季全國同儕下轉率推估下轉人數)
		X≥Y*1.4				0.40%
		X≥Y*1.2				0.30%

指標項目	操作型定義		獎勵方式【註 5】			
			計算公式		結果	獎勵比率
			目標值)		X≧Y	0.20%
【正向指標】	2.承作醫院腦中風收案數	(1) 適用層級別：區域、地區(含地教)醫院 (2) 收案數：當季 VPN 登錄收案人數，區域醫院下轉地區(含地教)醫院個案數亦列入計算	X1=當季收案數 X2=當季收案率 Y=基本值 Z=去年同期收案率 P 值=轄區同層級醫院百分位 N=季腦中風新發個案(詳下表)		X1>P90 且 X1>Y 或 X2>P90 且 X1>5 人	0.5%
					X1>P75 且 X1>Y 或 X2>P75 且 X1>5 人	0.4%
					X1>Y 或 X2> Z*1.1 且 X1>5 人	0.3%
					X1=Y	0.2%
			N(腦中風新發個案)		Y(基本值)	
			N≧60		收案 45 人	
			45≦N<60		收案 20 人	
			25≦N<45		收案 15 人	
			15≦N<25		收案 10 人	
			8≦N<15		收案 5 人	
0≦N<8		收案 2 人				
	3.其他 5 類 PAC 個案照護獎勵	(1) 照護數：燒燙傷、脆弱性骨折、創傷性神經損傷、衰弱高齡、心臟衰竭成功收案人數 (含當季 VPN 登錄下轉及院內收案) (2) 日間及居家模式：當季 VPN 登錄照護模式 04(日間照護)或 05(居家照護)人數	X1=當季各類照護人數 X2=日間及居家個案 Z=去年同期各類照護人數 P 值=全國同層級醫院百分位		X1≧P90	X1*50,000 點+ X2*15,000 點
					X1> P80	X1*40,000 點+ X2*15,000 點
					X1> Z *1.3 且 X1>5 人	X1*30,000 點+ X2*15,000 點
					X1> Z *1.15 且 X1>5 人	X1*25,000 點+ X2*15,000 點
					X1> Z	X1*20,000 點+ X2*15,000 點

指標項目	操作型定義		獎勵方式【註 5】		
			計算公式	結果	獎勵比率
急診管理 【0.4%】	1.急診後同 院住院置留 急診超過48 小 時 比 率 【負向指標】	(1) VPN 定義代碼：1652 (2) 急診案件：門、住診案件申報 「急診診察費醫令」或「急診 起、迄時間醫令」者 (3) 區域級以上醫院或當季急診案件 數≥5000 件之醫院或急救責任醫 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 個月(當季 第 1、2 個月及前季第 3 個月)資 料	(一) 醫學中心 X=自身實績值 Y=全國醫學中心平均值 Z=108 年平均自身實績值 P75=全國醫學中心第 75 百分位 P85=全國醫學中心第 85 百分位	$X \leq Y$	0.2%
				$Y < X \leq P75$	0.15%
				$X < Z$ 且 $X \leq P85$	0.1%
			(二) 醫學中心以外醫院 X=自身實績值 Y=同儕平均值 Z=108 年平均自身實績值 P10=轄區同層級醫院第 10 百 分位 ※符合下列任 1 條件者，獎勵 比率加權 20%，即(獎勵比 率×1.2) (1) 上轉率≤全國同儕平均 值 (2) 上轉率≤108 年平均自身 實績值 ※上轉率定義： A. 分母：門診或住院有申報急 診起、迄時間醫令之案件數 B. 分子：分母案件中，有轉院 且上轉至他院急診或住院案 件數(非醫學中心之重度急 救責任醫院為上轉或平轉之	(1) $X \leq Y$ 且 $X \leq Z$ (2) $X \leq Y$ 且 $X \leq P10$	0.1%
				(1) $X \leq Y$ (2) $X > Y$ 且 $X \leq Z \times 0.8$	0.08%
				$X > Y$ 且 $Z \times 0.8 < X \leq Z \times 0.9$	0.05%

指標項目	操作型定義	獎勵方式【註 5】		
		計算公式	結果	獎勵比率
		案件數) <u>C.</u> 轉院：分母案件中有申報 【轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記】欄位為 1 或 【病患是否轉出】欄位為 Y 或【轉歸代碼】欄位為 6。 <u>D.</u> 轉出至他院急診： $0 \leq (\text{他院急診治療起時} - \text{分母案件急診治療迄時}) \leq 1440$ 分 <u>E.</u> 轉出至他院住院： $0 \leq (\text{他院住院日期} - \text{分母案件急診治療迄日}) \leq 1$ 日 <u>F.</u> 上轉：符合下列任 1 情況 (優先以急救責任分級進行判斷，如其中 1 家為非急救責任醫院，則以特約類別判斷) ✓ 急救責任醫院註記 3(一般)轉到註記 1(重度)、註記 2(中度) ✓ 急救責任醫院註記 2(中度)轉到註記 1(重度) ✓ 特約類別地區醫院轉到醫學中心、區域醫院 ✓ 特約類別區域醫院轉到醫學中心 ✓ 非醫學中心之重度急救責任		

指標項目	操作型定義		獎勵方式【註 5】					
			計算公式		結果		獎勵比率	
			醫院轉到急救責任醫院註記 1(重度)或特約類別醫學中心、區域醫院 註：各層級同儕平均值取轄區同儕與全國同儕二者之較低者					
2.醫學中心急診轉出率(含平轉及下轉個案) 【正向指標】	(1) 分母：門診及住院有申報急診起迄時間醫令之案件數 分子：分母案件中，有轉院(含平轉及下轉)至他院急診或住院案件數 (2) 轉院、轉出至他院急診/住院之定義同第 1 項指標	X=自身實績值	X≥全國同儕 P85		0.2%			
			X≥全國同儕 P75		0.15%			
			X≥全國同儕 P65		0.1%			
政策與品質優良經驗分享交流 【正向指標】	1.參與本署(組)舉辦之政策推動分享會	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	活動性質 辦理區域		參與競賽或分享會 (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	-	-	-
	2.配合本署政策推動，	通知提報認證項目經本組審核確認	X1=認證項目總件數		X1*10,000 點			

指標項目	操作型定義		獎勵方式【註5】			
			計算公式		結果	獎勵比率
	本組通知提報認證項目、案例、小故事、創新作法提案獎勵	(1)依提報格式及內容提供案例、小故事≥1例 (2)提供有關本署(組)政策創新作法(如雲端創新)並獲本組參採者，逐案提供獎勵	X2=獲本組參採之案例或小故事或創新作法總件數		X2*6,000 點	
		3. 推動分級醫療媒體宣導	(1)記者會形式：主題需為執行成效足為全國表率，或具分級轉診特色為創新做法等，邀請函需於會前30日(不含例假日)、新聞稿於會前10天(不含例假日)，送達本組核備。	X=刊登則數 1.醫院於事實發生後3天內填報「媒體宣導統計表」 2.於實體報或電子媒體(不含FB及官網)報導分級醫療推動成果，媒體刊登則數依宣導形式分別累計。	記者會	X≥35
	35>X≥25					150,000
	25>X≥15					100,000
	(2)新聞稿形式：新聞稿需含分級轉診相關內容(包括合作方式、特色及成果、或轉診受惠民眾案例分享…等)，篇幅需占整篇新聞稿1/2以上或達300字以上，且於發佈前4天(不含例假日)向本組核備內容。		新聞稿		X≥35	50,000
					35>X≥25	40,000
					25>X≥15	30,000
C肝新藥推動【正向指標】	1.C肝完治個案追蹤檢查(驗)費用【適用所有醫院】	依當季完成C肝療程結案人數 註：係C肝全口服新藥登錄系統結案原因為完成療程結案人數	X= C肝完治人數			X * 10,000 點

指標項目	操作型定義		獎勵方式【註 5】		
			計算公式	結果	獎勵比率
2. 當季 C 肝收案成長率	當季 C 肝新藥收案人數 註：C 肝新藥收案人數係 C 肝全口服新藥登錄系統取號成功人數	X=當季 C 肝新藥收案人數 Y=當季 C 肝新藥收案人數較 109 年同期成長率 Z=全國同儕收案人數成長率 參與計畫之醫院包含下列： (1)為全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫承作醫院 *矯正機關 C 肝個案定義：門診「特定治療項目代號」申報 JA、JB 或住診「醫療服務計畫」申報 K，且申報 C 肝新藥藥品。 (2)109 年提報「發掘 C 肝風險潛勢 5~7 級鄉鎮全口服新藥潛在病患」計劃醫院，且於每季季末次月月底前提報計畫執行成果(附件 7)至本組備查。	X>0 人	X*2,000 點 ❖參與計畫醫院之計畫內收案人數，加計 800 點/人	
			X>0 人 且 Y>Z	X*2,400 點 參與計畫醫院之計畫內收案人數，加計 800 點/人	
3.當季 C 肝轉介成功人數	當季檢驗 c 肝 anti HCV(+)或 RNA(+)並轉介成功人數	X= C 肝轉介成功人數 (1)每季季末次月月底前提報 C 肝 anti HCV(+)或 RNA(+)且轉介成功名單(附件 8)，並附轉介單佐證，且轉介單下半聯有院所回覆填寫處理情形。 (2)當季轉介人數以收案院	X>0 人	X*1,000 點	

指標項目	操作型定義		獎勵方式【註 5】								
			計算公式		結果	獎勵比率					
			所回覆日期計算 (如 112Q1 以回覆日期為 112/1/1~112/3/31 計算)								
推動健保卡資料上傳 2.0 版【地區醫院、專科醫院獎勵點數加權 15%】	1. 完成健保卡資料上傳 2.0 正式版就醫資料上傳 2. 公告正式版上線期程以本組發文通知之月份起算，本項獎勵配合本署公告事項及推動進度，保有彈性調整獎勵內容。 (如：112 年 2 月發文通知，則 2 月底前完成給予 20 萬點獎勵、3 月底前完成則給予 10 萬點獎勵，以此類推)。		X=公告正式版後完成期限 本署系統勾稽 2.0 版正式上傳 Log 紀錄，完成正式版上傳，依完成期程予以獎勵（屬 1 次性獎勵）		X=第 1 個月完成	20 萬點					
					X=第 2 個月完成	10 萬點					
					X=第 3 個月完成	5 萬點					
虛擬健保卡【正向指標】 【總規劃點數 0.20%為限】	1. 虛擬健保卡資訊整合獎勵	執行虛擬健保卡：參與 VC 虛擬健保卡就醫模式試辦計畫且完成虛擬健保卡醫事機構 SDK 安裝並測試取號成功，申報為 V 開頭就醫序號(例如：V001)且當年度各場域累計件數≧基本值： 1.一般門住診(含視訊診療場域)： (1)一般門住診:醫事類別 12、22 (2)視訊診療:醫事類別 12 且特定治療項目 EE 2.居家醫療場域:醫事類別 12、案件分類 A1、E1、A5 及特定治療項目 EC 3.遠距醫療場域:醫事類別 12 且案件分類 07	X=當年度各場域累計件數 ≧基本值之場域數 X1=一般門住診(含視訊診療場域)累計申報件數 X2=居家醫療累計申報件數 X3=遠距醫療累計申報件數 Y=基本值 Z=醫院病床數 (排除急診處暫留床、洗腎治療床、嬰兒床、產科病床、其他觀察床、腹膜透析床) W=獎勵項目		X _n ≧Y	X*W					
<table><tr><td>場域</td><td>病床數 Z</td><td>Y(基本值)</td><td>獎勵點數(W)</td></tr><tr><td>一般門</td><td>Z≧</td><td>200</td><td>50</td></tr></table>		場域	病床數 Z	Y(基本值)			獎勵點數(W)	一般門	Z≧	200	50
場域	病床數 Z	Y(基本值)	獎勵點數(W)								
一般門	Z≧	200	50								

指標項目	操作型定義		獎勵方式【註 5】			
			計算公式		結果	獎勵比率
			住診(含視訊診療場域)	100 Z<100	萬點 50 30萬點	
			居家醫療	10	10萬點	
			遠距醫療	5	10萬點	
			每場域給予一次性獎勵			
	2. 居家、遠距及一般門住診(含視訊)逾基本值之虛擬健保卡看診件數獎勵	執行虛擬健保卡當年度累積申報件數達基本值。 1、居家醫療照護：醫事類別 12、案件分類 A1、E1、A5 及特定治療項目 EC 2、遠距醫療照護：醫事類別 12 且案件分類 07 3、一般門住診(含視訊診療場域)： (1)一般門住診：醫事類別 12、22 (2)視訊診療：醫事類別 12 且特定治療項目 EE 4、 <u>首次開通且以虛擬健保卡就醫申報個案：申報就醫序號 V001</u> 備註： <u>1.視政策方向滾動式調整獎勵項目</u> <u>2.自 112 年第 2 季起申報就醫序號 V001 列加計獎勵項目</u>	X1=居家醫療執行虛擬健保卡照護件數 X2=遠距醫療執行虛擬健保卡照護件數 X3=一般門住診(含視訊診療)執行虛擬健保卡照護累計件數 <u>X4=當季申報就醫序號 V001 個案數(以人歸戶)</u> Y=基本值(同指標項目 1 之一般門住診基本值) Z=當年度已獎勵之一般門住診(含視訊診療)執行虛擬健保卡件數		X3>Y	$(X1+X2) * 1,000 \text{ 點}$ $+(X3-Y-Z)*250 \text{ 點}$ <u>$+X4*250 \text{ 點}$</u>
					X3≤Y	$(X1+X2) * 1,000 \text{ 點}$

指標項目	操作型定義		獎勵方式【註 5】												
			計算公式	結果	獎勵比率										
住院整合照護服務試辦計畫【正向指標】	依 112 年公告「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」申請參加且審核核定通過者。		審核核定通過 給予一次性獎勵	500,000 點											
分級醫療推動【總規劃點數 0.15% 為限，超過同步限縮】 【地區、專科醫院獎勵比率加權 15%】	1. 區域級（含）以上醫院下轉非同體系社區院所件數	(一)地區醫院及西醫診所門住診申報接受區域級(含)以上醫院轉入之件數(排同體系)。 (二)「同體系院所」依本署全球網公告之「轉診支付標準之同體系院所名單」認定。	X=實績值 Y=去年同期值 Z1=自身成長率 Z2=全國成長率 W 正成長貢獻度=(X-Y)/ Σ (X-Y) R=加成比率 <table><tr><td>當季值(W)</td><td>加成比率(R)</td></tr><tr><td>W>30%</td><td>0.15</td></tr><tr><td>30%≥W>20%</td><td>0.10</td></tr><tr><td>20%≥W>10%</td><td>0.05</td></tr><tr><td>10%≥W>0%</td><td>0.02</td></tr></table>	當季值(W)	加成比率(R)	W>30%	0.15	30%≥W>20%	0.10	20%≥W>10%	0.05	10%≥W>0%	0.02	Z1>Z2	1,500*X*(1+R)
				當季值(W)	加成比率(R)										
				W>30%	0.15										
				30%≥W>20%	0.10										
				20%≥W>10%	0.05										
				10%≥W>0%	0.02										
	Z1≤Z2	1,000*X*(1+R)													
	2. 地區醫院門診承接下轉人數	(一)當季地區醫院門診申報接受轄區區域級(含)以上醫院轉入之人數。 (二)獎勵人數上限：以轄區同體系區域級(含)以上醫院下轉非同體系社區院所人數，為「承接同體系下轉人數」之上限。 (三)「同體系院所」認定條件同上。	X=承接非同體系下轉人數 Y=承接同體系下轉人數 Z=獎勵人數上限	Y≤Z	1,500*(X+Y)										
				Y>Z	1,500*(X+Z)										
				3. 緊急轉診合作		當季符合下列緊急處置操作型定義之轉診人數，前 3 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。	X=收治人數 Y=轉出人數	15,000*X + 5,000*Y							

指標項目	操作型定義		獎勵方式【註 5】		
			計算公式	結果	獎勵比率
		(一)急性冠心症：符合全民健康保險急診品質提升方案申報急性心肌梗塞照護獎勵(P4601B)人數。 (二)重大外傷疾病：符合全民健康保險急診品質提升方案申報重大外傷照護獎勵(P4612B、P4613B)之人數。 (三)急性腦中風：符合 ICD-10-CM 主診斷為 I60-I61、I63、I67.89、I67.9，且完成下列任一緊急處置之人數。 (1)符合適應症接受動脈血栓移除(33143B)之急性腦中風病人數。 (2)符合適應症接受靜脈血栓溶解治療(47101B)，自病人抵達急診至護理紀錄開始施行溶栓治療時間差小於 60 分鐘內者，由轄區醫院於次季第 1 個月 15 日前填報「急性腦中風聯防合作成果表」(附件 9)，逾期視同無符合個案。 (四)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。			

指標項目	操作型定義		獎勵方式【註 5】		
			計算公式	結果	獎勵比率
		(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)。			
4. 區域級(含)以上醫院回轉率	(一)分母：醫院接受非同體系院所上轉之門住診申報件數。 (二)分子：分母中次層級院所上轉後於 90 日內接受原醫院回轉件數，台北長庚(1101010012)回轉件數資料併入林口院區(1132070011)計算。 (三)轉診單有 90 日之遞延效應，故實績值為前季值。	X=實績值 Y=前一季實績值 P 值為全國同儕值	X≥P75	0.075%	
			X≥P50	0.05%	
			X>Y	0.02%	
5. 電子轉診平台回復率	(一)分母：電子轉診平台轉出件數+接受轉診件數。 (二)分子：分母中轉出件數接受轉診院所已完成回復者+接受轉診件數已完成回復者 (三)排除：測試、重複、平轉、同體系(或中、牙醫)互轉及已標註「接受_聯繫處理註記」件數。 (四)轉診單有 90 日之遞延效應，故實績值為前季值。	X=實績值 Y=前一季實績值	X≥75%	0.075%	
			75%>X≥70%	0.05%	
			X>Y	0.02%	

112 年品質提升獎勵指標項目、操作型定義及獎勵方式__減項指標

指標項目	操作型定義	扣減方式【註 5】												
		計算公式	結果	扣減比率										
病患權益管理 【負向指標】	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，或重大人球、負向新聞報導、違約新聞事件	病人申訴或違規案件經本組查證屬實且可歸責於醫院，並且本組處以行政追扣或虛報追扣或扣減十倍醫療費用等裁罰之案件，如「違反全民健康保險特約醫事服務機構合約」、「違反特約管理辦法」、「未經醫師診斷逕行提供醫事服務」、「未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務」、「未依規定收取部分負擔費用或自費」等情事，經回復醫院確認後，列入本組首次函文裁罰該案件之季別扣減		每事件 0.01%										
		重大人球或負向新聞報導或違約新聞事件(經回復醫院確認)		每事件 0.1%										
門診檢查(驗)單價管理 【負向指標】	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. 校正比率：〔當季門診檢查(驗)費用/當季門診醫療費用〕。 4. 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。 5. 排除條件： (1) <u>當季門診醫療費用：排除總額外案件分類 B7,B8,B9,B6,B1,D1,BA,C4,DF,C5,D2,A3</u> (2) <u>當季門診檢查驗費用：</u>	X=每件檢查(驗)費用單價。 加成比率(Y)=每人檢查(驗)費用單價(X2)與全國同儕百分位階比較：	X ≥ P95 (112 年第 1 季起實施)	2%(1+Y) × W										
		<table><tr><th>每人檢查費用單價(X2) 全國同儕百分位階</th><th>加成比率_Y</th></tr><tr><td>X2 ≥ P95</td><td>80%</td></tr><tr><td>P95 > X2 ≥ P90</td><td>60%</td></tr><tr><td>P90 > X2 ≥ P75</td><td>50%</td></tr><tr><td>X2 < P75</td><td>0%</td></tr></table>	每人檢查費用單價(X2) 全國同儕百分位階	加成比率_Y	X2 ≥ P95	80%	P95 > X2 ≥ P90	60%	P90 > X2 ≥ P75	50%	X2 < P75	0%	X ≥ P90 (112 年第 2 季起實施)	1.5%(1+Y) × W
		每人檢查費用單價(X2) 全國同儕百分位階	加成比率_Y											
		X2 ≥ P95	80%											
		P95 > X2 ≥ P90	60%											
P90 > X2 ≥ P75	50%													
X2 < P75	0%													
W=當季門診檢查(驗)費用占門診醫療費用比率。 說明：		X ≥ P85 (112 年第 3 季起實施)	1%(1+Y) × W											
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. 本指標於 112 年第 1 季先實施高於全國同儕 P95(含)以上始核減，第 2		X ≥ P75 (112 年第 4 季起實施)												

指標項目	操作型定義	扣減方式【註5】		
		計算公式	結果	扣減比率
	[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 [8] <u>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</u> [9] <u>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)</u> 6. 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。	季開始實施 $X \geq P90$，第 3 季開始實施 $X \geq P85$，第 4 季開始實施 $X \geq P75$。		
全藥類藥品重複用藥日數比率	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	$X = \text{前一季自身值}$ $P \text{ 值} = \text{全國同層級百分位}$	$X > P95$	$(1.0\% * W) - Z$

指標項目	操作型定義	扣減方式【註 5】		
		計算公式	結果	扣減比率
		$W = \text{當季藥費}$ $Z = \text{前一季重複藥費}$	$X > P90$ $X > P80$	$(0.5\% * W) - Z$ $(0.3\% * W) - Z$

備註：

- 品質指標總額外案件定義：詳附表 1。
- 品質指標之操作型定義依本署訂定為準，若於季中操作型定義有所修正，甲方將依修正後定義擷取資料。
- 醫學中心之同儕值以全國醫學中心之同儕值或甲方績效目標值比較。
- 品質指標定義未明述者，請由健保資訊網服務系統查詢。
- 品質提升獎勵加項指標獎勵比率合計最高 3.47%。
- 各院品質提升獎勵點數分配說明：
 - 分配公式=個別醫院基本目標管理點數×實際獲得獎勵比率。
 - 本項獎勵之門住診分配點數依據目標管理點數分配之門住診占率計算。
- 品質指標係依本署推動重要政策及本組加強管理項目訂定，按醫院層級別任務特性訂定優先達成項目：
 - 地教以上醫院須達成 6 項、地區及專科醫院 3 項，始得參與品質獎勵剩餘之重分配。
 - 優先達成項目達成定義：以加項每項目有獲得獎勵比率(或點數)列計 1 項、另減項無扣減即算達成。
 - 各類醫院優先達成項目如下，自 112 年第 2 季起實施。

項 目		地教以上	地區	專科醫院
加 項	論質計酬(DM、BC 肝、CKD、DKD、Pre_ESRD、思覺失調、氣喘、COPD、早療)		V	V
	安寧緩和照護	V		
	居家醫療照護整合計畫			
	出院準備轉銜	V		
	門診整合照護計畫			
	矯正機關醫療服務			

	健保資訊推動	V	V	V
	急性後期照護計畫	V		
	急診管理	V		
	政策與品質優良經驗分享交流			
	C 肝新藥推動	V	V	
	推動健保卡資料上傳 2.0 版	V	V	V
	虛擬健保卡	V		
	住院整合照護服務試辦計畫			
	分級醫療推動	V		
減項	病患權益管理	V	V	V
	門診檢查(驗)單價管理			
	全藥類藥品重複用藥日數比率			

8、新設醫院第 4 季參與 B2 案，品質指標計算公式涉及去年同期自身值等基期認定，若無基期，則採該年同期北區同儕平均值。

112 年醫院總額點值暨品質提升方案 急、重症、癌症暨生產照護操作型定義

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"之醫療費用點數
住診	1、6 歲（含）以下，急診轉住院且急性病房住院日數 ≤ 10 天案件點數計算。 2、排除條件 1 之急診轉住院案件申報急診診察費代碼 00201B、00202B、01047B 及 01048B 之急診診察費點數計算。

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-I67.4、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89、I67.9、I68.0、I68.8，且部分負擔代碼為"001"或"011"。
體重低於 1499 公 克之極端未熟兒與 早產兒	住診：主診斷或次診 1 或次診 2 申報 ICD-10-CM 為 P07.01-P07.03、P07.14-P07.15、P07.20-P07.26、P07.30-P07.39（新生兒依附就醫且符合定義者亦納入計算）
1 歲以下幼兒及新 生呼吸疾病	住診：1 歲以下且主診斷或次診 1 或次診 2 申報 ICD-10-CM/PCS 為 J84.83、J84.841-J84.848、P03.82、P19.0-P19.9、P91.60-P91.63、P84 或前 3 碼 P22-P28（主診斷

	排除：體重低於 1499 公克之極端未熟兒與早產兒，新生兒依附就醫且符合定義者亦納入計算)
急性心肌梗塞	住診：主診斷 ICD-10-CM 為 I21-I22 或 R09.89 且執行 PrimaryPCI 醫令代碼為 18020B、18021B、18022B、33076B、33077B、33078B 之醫令點數

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，L01EX09，L01ED03，L04AA23，L04AC08，L02BB03，V10XX03，L01XX41，L02AE04，<u>L01BC53，L02AB02，L02BB01，L02BG03，L02BG06，L03AX03，L04AX02，L03AB04，L03AC01</u>或藥品醫令為 A027978100，A043698100，A046018100，A047539100，A048909100，AB47539100，AB48969100，AC43698100，AC46018100，AC47539100，AC48969100，AC55555100，AC57915100，B012554100，B015543100，B021150100，B022282100，B022803100，B023097100，B023291100，B023484100，B024027100，B024794100，B024813100，B024834100，B025206100，B025251100，B025288100，BA15543100，BA21150100，BA22282100，BA22803100，BA23097100，BA23291100，BA23484100，BA24027100，BA24794100，BA24813100，BA24834100，BA25206100，BA25288100，BB15543100，BB21150100，BB22282100，BB22803100，BB23097100，BB23291100，BB23484100，BB24027100，BB24794100，BB24813100，BB24834100，BB25206100，BB25288100，BC12554100，BC15543100，BC21150100，BC22282100，BC22803100，BC23097100，BC23291100，BC23484100，BC24027100，BC24794100，BC24813100，BC24834100，BC25206100，BC25288100

	K0003692BC 、 K0006252B5 、 K000650237 、 K000755248 、 K000756265 、 K000757255 、 K0009242FO 、 K0009612B5 、 KA003692BC 、 KA006252B5 、 KA00650237 、 KA00755248 、 KA00756265 、 KA00757255 、 KA009242FO 、 KB003692BC 、 KB006252B5 、 KB00650237 、 KB00755248 、 KB00756265 、 KB00757255 、 KB009242FO 、 KC003692BC 、 KC006252B5 、 KC00650237 、 KC00755248 、 KC00756265 、 KC00757255 、 KC009242FO 、 X000116248 、 XA00116248 、 XB00116248 、 XC00116248 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。

四、生產照護操作型定義

部門	操作型定義
住診	1. 含自然產及剖腹產案件。 2. 自然產案件醫令代碼 81017C、81018C、81019C、97001K、97002A、97003B、97004C、97005D、81024C、81025C、81026C、97931K、97932A、97933B、97934C。 3. 剖腹產案件醫令代碼 81004C、97006K、97007A、97008B、97009C、81028C、81005C、81029C、81034C、81011C 4. 申請點數+部分負擔

112 年醫院總額點值暨品質提升方案

藥費管理項目--藥費費用定義

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，L01EX09，L01ED03，L04AA23，L04AC08，L02BB03，V10XX03，L01XX41，L02AE04，<u>L01BC53</u>，<u>L02AB02</u>，<u>L02BB01</u>，<u>L02BG03</u>，<u>L02BG06</u>，<u>L03AX03</u>，<u>L04AX02</u>，<u>L03AB04</u>，<u>L03AC01</u> 或醫令代碼為 A027978100，A043698100，A046018100，A047539100，A048909100，AB47539100，AB48969100，AC43698100，AC46018100，AC47539100，AC48969100，AC55555100，AC57915100，B012554100，B015543100，B021150100，B022282100，B022803100，B023097100，B023291100，B023484100，B024027100，B024794100，B024813100，B024834100，B025206100，B025251100，B025288100，BA15543100，BA21150100，BA22282100，BA22803100，BA23097100，BA23291100，BA23484100，BA24027100，BA24794100，BA24813100，BA24834100，BA25206100，BA25288100，BB15543100，BB21150100，BB22282100，BB22803100，BB23097100，BB23291100，BB23484100，BB24027100，BB24794100。

定義

~~BB24813100, BB24834100, BB25206100, BB25288100, BC12554100, BC15543100, BC21150100, BC22282100, BC22803100, BC23097100, BC23291100, BC23484100, BC24027100, BC24794100, BC24813100, BC24834100, BC25206100, BC25288100, K0003692BC, K0006252B5, K000650237, K000755248, K000756265, K000757255, K0009242FO, K0009612B5, KA003692BC, KA006252B5, KA00650237, KA00755248, KA00756265, KA00757255, KA009242FO, KB003692BC, KB006252B5, KB00650237, KB00755248, KB00756265, KB00757255, KB009242FO, KC003692BC, KC006252B5, KC00650237, KC00755248, KC00756265, KC00757255, KC009242FO, X000116248, XA00116248, XB00116248, XC00116248~~

5、移植及抗排斥、罕見疾病、血友病及矯正機關藥費之定義同總額結算作業之定義。

6、精神科長效針劑藥品代碼為 AC35671209, AC35671219, AC35430209, AC35430216, BC19475209, BC05037209, BC23857240, BC23858248, BC238592EV, ~~BC24083229~~, BC25394206, BC25394207, BC25394209, BC25394210, BC269422EW, BC269422FV, BC269422FW, BC269422FX, BC26985266, BC26987271, BC28202217, BC28202221。

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。

112 年醫院總額點值暨品質提升方案

呼吸照護費用管理作業

- 一、目標點數設定：以 111 年呼吸照護目標點數為總目標點數，依據乙方基期(110Q4~111Q3)呼吸照護初核定點數占率為分配點數占率，以最近一年呼吸照護醫療品質指標、安寧療護執行率調整(詳附件 4.1)，計算各院年度目標點數，維持年度目標點數不低於基期最終核定點數，各季點數依總額基本目標管理點數占率分配。
- 二、費用核減原則(由申報點數核減)：
 - (一) 季核定時，先排除專案審查核減及呼吸照護溢報 P1011C 等行政審查核減、呼吸器依賴個案之「全民健康保險安寧共同照護試辦計畫方案」之照護費(P4401B~P4403B)及緩和醫療家庭諮詢費(02020B)醫療點數總和後，再就超出目標部分進行核減。
 - (二) 超出目標點數核減比率，採分段核減：
 1. 超出目標點數 10% 以內（含）者：
 - (1) 最近一季醫療品質指標總得分為「A」級：
 - A. 當季安寧療護執行率全階段>80%者：核減超出目標點數之 10%。
 - B. 當季安寧療護執行率全階段≤80%：核減超出目標點數之 20%。
 - (2) 最近一季醫療品質指標總得分為非「A」級：
 - A. 當季安寧療護執行率全階段>80%者：核減超出目標點數之 20%。
 - B. 當季安寧療護執行率全階段≤80%：核減超出目標點數之 35%。
 2. 超出目標點數 10% 以上者：
 - (1) 最近一季醫療品質指標總得分為「A」級：
 - A. 當季安寧療護執行率全階段>80%者：超出目標點數 10% 以內之點數核減 10%，超出目標點數 10% 以上之點數核減 20%。
 - B. 當季安寧療護執行率全階段≤80%：超出目標點數 10% 以內之點數核減 20%，超出目標點數 10% 以上之點數核減 30%。
 - (2) 最近一季醫療品質指標總得分為非「A」級：
 - A. 當季安寧療護執行率全階段>80%者：超出目標點數 10% 以內之點數核減 20%，超出目標點數 10% 以上之點數核減 40%。
 - B. 最近一季醫療品質指標總得分為非「A」級且當季安寧療護執行率全階段≤80%：超出目標點數 10% 以內之點數核減 35%，超出目標點數 10% 以上之點數核減 55%。

超出 目標 點數 比率	近一季醫療品質指標總得分	A 級		非「A」級	
	當季安寧療護執行率	全階段 >80%	全階段 ≤80%	全階段 >80%	全階段 ≤80%
≤10%	分段核減比率	10%	20%	20%	35%
>10%		20%	30%	40%	55%

備註：安寧療護執行率=呼吸器依賴個案接受安寧緩和及家庭諮詢、安寧共照及安寧住院服務人數/入住於 ICU、RCC、RCW 及一般病房之呼吸器依賴個案人數

三、專案審查：呼吸器依賴個案 ICU 階段及呼吸器使用累計>500 日之案件加強審查，並依當季專業審查結果核付。依呼吸照護費用較目標點數成長率、超長期(累計使用呼吸器>500 日)費用占率訂定抽審比率。

(一) RCW 專業審查：

1、抽審比率

超長期費用占率	呼吸照護費用較目標點數成長率	
	≥0%	<0%
0%	0%	0%
0-20%(含)	10%	0%
20-50%(含)	20%	10%
50%以上	30%	20%

(二) ICU 階段專業審查：呼吸照護費用正成長，ICU 或一般病房案件抽審 30%。

112 年醫院總額點值暨品質提升方案

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）於當年度中任何一段申報費用資料期間(申報人次)，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，則該個案當年度中於加護中心、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： $P61 \sim 80$ 、C 級： $P41 \sim 60$ 、D 級： $P21 \sim 40$ 、E 級： $\leq P20$)。

安寧療護執行率

- 一、指標項目：呼吸器依賴個案接受安寧療護人數比率(比照全國定義採年度累計)
 分母=呼吸器依賴個案(排除呼吸器脫離、自動出院、死亡及尚未申報個案數)
 分子=分母個案已接受緩和醫療家庭諮詢、安寧共照或安寧住院人數
- 二、計分方式：依轄區醫院安寧療護執行率指標表現情形分 5 等級給分(A 級： $\geq P81$ 、B 級： $P61 \sim 80$ 、C 級： $P41 \sim 60$ 、D 級： $P21 \sim 40$ 、E 級： $\leq P20$)

目標點數設定

- 一、以去年呼吸照護目標點數為分配總點數，依據各院基期初核定點數占率並參酌呼吸照護醫療品質指標及安寧療護執行率酌增、減分配點數占率(醫療品質指標占率成長率為：A 級+2%、B 級+1.5%、C 級+1%、D 級+0.5%、E 級+0%、安寧療護執行率占率成長率為：A 級+2%、B 級+1%、C 級+0%、D 級-1%、E 級-2%)，並以不低於基期各院最終核定點數為原則，各季點數依總額基本目標管理點數占率分配。
- 二、基期呼吸照護申報點數(含部分負擔) ≥ 100 萬點者為目標點數設定院所。

112 年醫院總額點值暨品質提升方案

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 108/111 年各季同期擇高者為計算基期。

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%。

112 年醫院總額點值暨品質提升方案 病患就醫權益確保措施

- 一、為維護病人用藥品質及療效，應由醫師或藥師依專業判斷用藥，診治醫師或藥師應主動說明用藥注意事項。
- 二、乙方需提供用藥安全諮詢服務，並對病人明確指示，醫學中心並應設立用藥安全諮詢服務專線電話。
- 三、不得無故拒絕收治罕見疾病及重大傷病病患的診療。
- 四、不得拒絕收治急診檢傷分類一、二、三級病人之診療。
- 五、乙方應提供門診及住診衛教諮詢相關服務。
- 六、乙方應於適當場所(診間、候診室)，將正確就醫相關衛教文宣公布周知，使就醫民眾瞭解。
- 七、乙方如已參加 TQIP、THIS、TCHA 者，應依上開各單位規定，按月或按季向前述單位提報病人安全指標數據（例如：住院病人跌倒發生率、住院藥物錯誤率、住院期間輸錯血事件發生率）。
- 八、配合衛生福利部之「全民健康保險藥價整體管控策略」，乙方應定期公布及更新「藥品採購資訊」及「換藥資訊」於網站上或公開場所，供民眾查閱下載。
- 九、乙方應依「全民健康保險特約醫療院所收取自費特材費用規範」及「全民健康保險轉診實施辦法」相關規定辦理，以維護民眾就醫權益。

「發掘 C 肝風險潛勢 5~7 級鄉鎮 C 肝全口服潛在病患」計畫_執行成果表

_____醫院(院所代號：_____) 112 年____季

外展日期	活動地點	合作機關	篩檢人數 (A)	antiHCV 陽性人數 或發現新個案人數 (B)	陽篩率 (C=B/A)	證明文件

備註：

證明文件：與衛生主管機關或其他單位篩檢活動公文或其他足以證明活動目的為發掘潛在個案之文件、工作人員簽到表

C 肝全口服新藥健保給付執行計畫_轉介明細表

112 年____季

編號	病患姓名	病患 ID	出生日期 (民國年月日 6-7 位數) 例：330101	轉診單開單日 (民國年月日) 例：1120101	收案院所代號	收案院所簡稱	轉診單回覆日期 (民國年月日) 例：1120331
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

註：請於每季次月底前提報轉介人數，並附轉介單佐證(掃描檔)，轉介單下半聯有收案院所回復填寫處理情形

醫院總額點值暨品質提升方案急性腦中風聯防合作成果表_北區業務組

醫院代號/名稱：

費用 年月	申報 類別	申報 日期	案件 分類	流水 號	病患 姓名	身份證號 (明碼)	轉入機 構代號	轉入機 構名稱	抵達急診時間 (A)	緊急處置項目	開始治療時間 (B)	緊急處置耗時 (B-A)
									(年月日時分)	(醫令代碼)	(年月日時分)	(單位：分鐘)

填表說明：

- (1) 轄區內緊急轉診個案，本表由收治醫院統一填報；如為跨區緊急轉診個案，本表由轄區醫院填報，「轉入機構代號/名稱」欄位名稱請改為「收治機構代號/名稱」，「抵達急診時間」、「緊急處置項目」及「開始治療時間」請自行洽詢收治醫院。
- (2) 急性腦中風聯防合作個案指符合靜脈血栓溶解治療(47101B)適應症，或符合動脈血栓移除術(33143B)適應症之急性腦中風轉診病人。
- (3) 「抵達急診時間」：指病人抵達收治醫院急診室之時間；「開始治療時間」指護理紀錄開始施行 47101B 或 33143B 之時間。
- (4) 本表請於次季第 1 個月 15 日前送達本組備查，個案如超過 3 位以上，可自行增加列數。資料確認後，請於空白處蓋醫院大小印。

112 年醫院總額總額外費用定義

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 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、93 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 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 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 3、總額外點數=醫令點數加總
愛滋病檢驗治療	門診	1、案件分類 D1

附表 1

項目	部門別	定義
		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
性病患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
孕產婦照護品質確保及諮詢服務	住診	1、醫令代碼為 P3903C、P3904C、P3905C 2、總額外點數=醫令數量×醫令單價
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 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	門診	1、醫令類別=2 且醫令代碼為 98、99

附表 1

項目	部門別	定義
指導服務方案		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、P5413C、P5408C、P5409C、P5413C、P5408C、P5409C。 2、創傷處理：案件分類 E1 或 A1 或 A5，且任一特定治療項目代號 EC，居家醫療照護整合計畫附件 1 之附表 1 項目 48004C、48005C(醫令類別=2)。 3、居家醫療照護整合計畫附件 1 之附表 3 備註特殊材料(醫令類別=3)得另行申報特材。 4、居家藥事照護：案件分類 E1 或 A1 或 A5，醫令類別=2 且醫令代碼 P5411C、P5412C。 5、總額外點數=醫令數量×醫令單價
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、F1027、F1097、F1327、F1397、F1827、F1897、F1927、F1997、G30、G31、 G91 。 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(TRIAL_PLAN)「2」 2、醫令代碼前五碼 P5132、P5113、P5118、P5114、P5115、P5117、P5123、P5124、P5125、P5126、

附表 1

項目	部門別	定義
		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) 2、總額外點數=醫令數量×醫令單價

附表 1

項目	部門別	定義
門診整合診察費	門診	1、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 2、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、醫令類別=2 且醫令代碼為 P6601C、P6602C、P6603C、P6604C、P6605C、P6606C 3、總額外點數=醫令點數加總
COVID-19 檢驗費	門診	1、案件分類=D2 2、醫令類別=2 且醫令代碼為 E5002C、E5003C(費用年月 110 年 5 月起新增)、E5004C(費用年月 110 年 8 月起新增)、E5005C(費用年月 110 年 9 月起新增) 3、總額外點數=醫令點數加總

註：各項總額外費用均依醫院總額結算邏輯辦理。

112 年醫院總額專款專用費用定義

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。 3、 專款專用點數=藥費點數合計

附表 2

項目	部門別	定義
		4、後天免疫缺乏<u>症候群抗</u>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)。 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)、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

附表 2

項目	部門別	定義
		品主檔「ATC 藥品分類碼 7 (DRUG_ATC7_CODE)」欄位)為 L04AD01、L04AA03、L04AA04、L04AD02、L04AA06、L04AA10、L04AA18 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 型肝炎醫療給付改善方案	門診	1、醫令類別為 2 且醫令代碼為 P4201C、P4202C、P4203C、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 且特定治療項目代號(一)G5 2、案件分類為 E1 且特定治療項目代號(二)G5 3、案件分類 08 且特定治療項目代號(一)G5

附表 2

項目	部門別	定義
		4、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、急診重大疾病照護：醫令類別為 2、X、Z、K 且醫令代碼為 P4601B~P4611B、P4612B~P4627B。 2、OHCA 照護獎勵：醫令類別為 2、X、Z、K 且醫令代碼為 P4614B、P4615B、P4617B、P4618B 3、總額外點數=醫令點數加總
矯正機關醫療費用	門診、 住診	1、門診：「特定治療項目代號」為 JA、JB，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
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、精神科長效針劑藥費醫令代碼 AC35671209、AC35671219、AC35430209、AC35430216、BC19475209、BC05037209、BC23857240、BC23858248、BC238592EV、 BC24083229 、BC25394206、BC25394207、BC25394209、BC25394210、BC269422FV、BC269422FW、BC269422EW、BC269422FX、BC26985266、BC26987271、A034301209、 <u>BC28202217</u> 、 <u>BC28202221</u> 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、醫令代碼 P7401C、P7402B、P7403B (111 年 5 月起) 2、總額外點數=醫令點數加總
<u>住院整合照護服務試辦計畫</u>	<u>住診</u>	<u>1、醫令類別 2、X、Z 且醫令代碼為 P7201B</u> <u>2、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。

112 年醫院總額醫療給付費用一般服務之固定點值項目擷取順序及條件

擷取 順序	項目	投保 分區	條件	保障分類	
				每點1 元	前1季各區 門住診平均點值
一	門診、住診之 藥事服務費	區分	門診、住院醫療服務點數清單 段之藥事服務費乙欄	藥事服 務費	
二	門診手術	區分	1.門診案件分類=03(西醫門診 手術) 2.門診案件分類=C1(論病例計 酬案件，不含體外電震波腎 臟碎石術)	申請費 用+部 分負擔	
三	急救責任醫院 之急診醫療服 務點數	區分	1.主管機關公告之緊急醫療資 源不足地區急救責任醫院 2.門診案件分類=02(西醫急診)	申請費 用+部 分負擔	
四	住診手術費	區分	住院醫療服務點數清單段之手 術費乙欄	手術費	
五	住診麻醉費	區分	住院醫療服務點數清單段之麻 醉費乙欄	麻醉費	
六	促進供血機制 合理運作	區分	門診、住院醫療服務醫令清單 段之醫令碼為93001C~93023C	醫令點 數	
七	地區醫院急診 診察費	區分	1.門診住院醫令清單段之醫令 碼為01015C、00201B、 00202B、00203B、00204B、 00225B、01021C(醫令類別門 診0；住診2、Z)之醫令點數。 2.費用年月106年10月起新增。	醫令點 數	
八	經主管機關核 定，保險人公 告之分區偏遠 認定原則醫院	區分	經主管機關核備，保險人公告 之「醫院總額結算執行架構之 偏遠地區醫院認定原則」(簡 稱分區偏遠認定原則)所列醫 院之核定醫療服務點數		申請費用+部分負擔， 惟結算後如前一季該 分區平均點值小於當 季該分區浮動點值， 該季該分區偏遠地區 醫院之浮動點數以當

附表 3

					季該分區浮動點值核付。
九	地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)	區分	操作型定義詳註2 費用年月110年4月起新增	申請費用+部分負擔-藥費	
十	區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費	區分	操作型定義詳註2 費用年月110年4月起新增	醫令點數	
十一	區域級(含)以上醫院加護病床住院診察費、住院病房費	區分	操作型定義詳註2 費用年月111年4月起新增	醫令點數	
十二	地區醫院住院病房費、住院診察費、住院護理費	區分	操作型定義詳註2 費用年月111年4月起新增	醫令點數	

註：1.藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

2.地區醫院及區域級含以上醫院之固定點值操作型定義

執行項目	定義
一、地區醫院	地區醫院係指非區域級以上醫院含特約類別3、4之地區醫院，即含未經評鑑通過之醫院
(一)假日、夜間門診案件不含藥費。	一、假日門診案件： 該案件門診診察費>0且就醫日期屬假日者，假日之規定依行政院人事行政總處公告辦理(各年度政府行政機關辦公日曆表所列之上班日及放假日，其中補行上班日視為上班日，調整放假日則視為國定假日。 ※門診診察費係指點數清單段之「診察費點數」。 二、夜間門診案件： 該案件門診診察費(醫令類別為0)之醫令「執行時間-起」欄位符合18:00~23:59或00:01~05:59者(排除當日申報時間為00:00)。 藥費：係指點數清單段之「用藥明細點數小計」。
(二)住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費	
1.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)	住院病房費係指「醫令代碼」為03004B、03008B、03057B、03063B(醫令類別為2、X、Z)之醫令點數

附表 3

2. 一般病床住院診察費	一般病床住院診察費係指「醫令代碼」為02008B(醫令類別為2、X、Z)之醫令點數
3. 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)	住院護理費係指「醫令代碼」為03079B、03029B、03082B、03033B、03088B、03060B、03091B、03066B(醫令類別為2、X、Z)之醫令點數
二、區域級(含)以上醫院	區域級以上醫院係指特約類別為醫學中心及區域醫院者
(一)加護病床住院護理費	加護病床住院護理費係指「醫令代碼」03104E、03105F、03106G、03047E、03048F、03049G、03095A、03096B、03037A、03039B、03098A、03041A(醫令類別2、X、Z)之醫令點數
(二)加護病床住院診察費、病房費	
1. 加護病床住院診察費	加護病床住院診察費係指「醫令代碼」為02011K、02012A(醫令類別為2、X、Z)之醫令點數
2. 加護病床住院病房費	加護病床住院病房費係指「醫令代碼」為03010E、03011F、03012G、03014A、03025B、03017A(醫令類別為2、X、Z)之醫令點數