

**衛生福利部中央健康保險署北區業務組
醫院總額共同管理委員會 110 年第 3 次會議紀錄**

時 間：110 年 12 月 8 日（星期三）14 時

地 點：北區業務組七樓第一會議室

主 席：張組長溫溫

彭會長家勛

紀錄：江謝佩妘

出席人員：

翁副會長順隆	翁順隆	詹委員鼎正	楊宏智（代）
陳榮譽會長振文	陳振文	吳委員家勳	吳家勳
江特別顧問銘基	江銘基	蔡委員芳生	陳志忠（代）
陳秘書長旗昌	陳旗昌	謝委員麗玲	謝麗玲
游委員進邦	請 假	李委員興中	請 假
林委員志郎	林政漢（代）	周委員勝傑	黃俊雄（代）
王委員國明	王國明	張委員達人	張達人
徐委員永年	陳厚全（代）	李委員順安	李順安
林委員致穎	林致穎	鍾委員蝶起	鍾蝶起
呂委員炳榮	呂炳榮	陳委員忠信	陳忠信
劉委員宜廉	劉宜廉		

列席人員：(職稱敬略)

臺北榮民總醫院新竹分院	王宏文
新竹馬偕醫院	林劭芸
為恭醫院	彭桂秋
林口長庚紀念醫院	朱映愷
衛生福利部桃園醫院	郭靜燕

國軍桃園總醫院	商仕達	楊惠芳
聖保祿醫院	連麗君	
敏盛綜合醫院	劉美君	
新竹臺大分院新竹醫院	戰琬珍	
怡仁綜合醫院	莊瑋芷	
楊梅天成醫院	陸浩瑜	
中壢長榮醫院	彭竟琳	
國軍桃園總醫院新竹分院	林筱萍	
仁慈醫院	曾綉伶	
苑裡李綜合醫院	郭咏臻	
弘大醫院	劉惠敏	
重光醫院	吳秀珍	
臺北榮民總醫院桃園分院	羅素惠	
聯新國際醫院	侯雅菁	謝泉發
衛生福利部桃園療養院	陳玉蘭	
東元綜合醫院	盧文婷	
衛生福利部苗栗醫院	溫靜微	
中國醫藥大學新竹附設醫院	葉坤祥	林益民 黃國正
台灣醫院協會北區分會	李雅菁	
衛生福利部中央健康保險署北區業務組 (職稱敬略)		
陳輝發	王玲玲	楊秀文 倪意梅 方淑雲 曹麗玲
黃毓棠	王慈錦	葉鑫亮 吳秋芬 林俊仰 林美霞

壹、主席致詞(略)

貳、確認 110 年第 2 次會議及第 2 次臨時會議會議紀錄。

結論：確定。

參、報告事項

第一案、110 年第 2 次會議及第 2 次臨時會議結論事項辦理情形

決定：洽悉。

第二案、北區醫院總額執行現況暨重要業務管理報告

決定：洽悉。

一、分級醫療轉診情形：110 年 Q3 區域以上醫院轉入社區院所 4,242 件(全國第 3)，成長率大幅下滑至-34%(109Q2：10%)，請積極提升下轉量能；電子轉診平台轉診案件回復率 60%(全國第 5)，本組每月回饋管理指標報告卡，請落實管理。

二、急診管理：110 年 Q3 急診暫留率居全國第 5(前一季為全國第 2)，醫學中心已低於全國同儕，請持續落實改善。

三、藥費管理：

(一) 110 年 Q3 藥費成長率 0.6%、占率成長 2.3 百分點，全國第 2 高，癌藥、血友病、罕病藥費成長貢獻高，請持續加強管理高成長貢獻及高價藥使用合理性。

(二) 門診特定藥品重複用藥管理：110 年 Q2 重複藥費>10 萬醫院(署重點管理)、重複藥費轄區前 20 名醫師，請加強輔導特定專科/醫師善用健保雲端資訊系統或 API 提示，降低重複用藥。

四、健保雲端醫療資訊

(一)醫療影像及檢驗(查)結果即時上傳：110 年 Q3 影像及檢驗(查)結果上傳率均為 91%，高於全國；本署以「有申報就應上傳」為目標，且每月回饋各院改善情況，請醫學中心提升上傳檢驗(查)比率，地區醫院提升檢驗(查)上傳率達 95%、影像上傳率達 87%目標。

(二)查詢現況：110 年 Q3 區域以上醫院及門診西醫、牙醫查詢率低於全國平均，請持續落實查詢雲端系統，減少不必要之醫療浪費。

(三)重要檢查(驗)管理

1、重要檢查(驗)管理方案：110 年 Q3 轄區 30/10 項檢查再執行率分別為 3.5%及 1.8%，低於全國，惟 10 項再執行成長率各層級均未達下降 5%目標；持續每月回饋再執行率及費用成長率供管理參考，請加強管理檢查(驗)執行之必要性，以減少重複檢查。

2、CT、MRI 案件管理：110 年 Q3 CT、MRI 初級照護案件占率分別為 1.4%及 1.6%，低於全國，110 年 Q2-Q3 受疫情影響暫緩抽審，111 年 Q1 起針對前季占率正成長且高於全國同儕平均值之醫院加強審查。

五、論質計酬照護率：110 年 Q3 轄區 Pre-ESRD 低於全國，CKD、Pre-ESRD 及 BC 肝收案率全國第 4，請持續積極收案照護。另 110 年 10 月 22 日公告修訂「末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」，新增藥事服務等項目，請配合辦理。

六、門診整合照護計畫：110 年 Q3 累計收案 3,582 人，照護率

10.8%，收案偏低醫院請加強積極收案照護。

七、PAC：110 年 Q3 整體收案 396 人(全國第 3)，成長率-24%低於全國，各層級收案人數成長率均低於全國同儕，請提升收案數；醫學中心腦中風下轉率 4.5%低於同儕(23.5%)，請持續落實下轉。

八、出院準備：110 年 Q2「30 日內後續醫療轉銜率」為 32.9%(全國第 1)、「7 日內長照轉銜率」為 50.9%(全國第 4)，請持續推動提升出院準備(02025B)申報品質及轉銜率。

九、居家醫療整合：110 年 Q3 收案 9,637 人(全國第 5)，成長 6%，收案後平均門診就醫次數下降 0.58 次，請持續推動提升照護人數。感謝參與「虛擬健保卡」試辦計畫之醫院，請鼓勵居家醫護人員積極使用，本組將研議獎勵措施。

十、安寧療護：110 年 1~8 月死亡前 1 年安寧利用率 37%，高於全國；收案人數 6,834 人，成長率 9%高於全國(4%)，惟有 5 家醫院收案人數為負成長，請持續提升收案數。

十一、C 肝口服新藥：截至 110 年 11 月 12 日收案 1,898 人，較去年同期負成長 50%，請持續提升收案及完治率。另 110 年 10 月 22 日公告修訂，不再限制開立處方藥品醫師資格，向本業務組申請核准醫師資格後，即可於 VPN 取號收案。

十二、其他配合事項

(一)本署推動就醫識別碼之健保卡資料上傳格式改版 2.0 版：將自 111 年 1 月起開放預檢、111 年 4 月 1 日起正式上傳，請各醫院配合期程推動上傳改版作業。

(二)停止支援 Windows XP 作業系統：原預定於 110 年 7 月起

健保 VPN 及醫療雲端查詢系統停止支援 Windows XP 作業系統，因受疫情影響暫緩；將於疫情趨緩後 111 年 1 月 1 日起停止支援，相關訊息已於 110 年 9 月 27 日公告於 VPN，請儘速完成系統更新。

第三案、跨區醫療現況分析報告

決定：洽悉。

- 一、考量跨區就醫流出/流入額度情形改變，為維持轄區點值穩定，跨區額度差異將納入 111 年醫院總額保留額度校正。
- 二、請轄區醫院持續精進醫療服務品質，以提升跨區病人及提供在地優良醫療服務為共同努力目標。

第四案、110 年 Q3 醫院總額異常管理審查結果暨近期專案管理改善重點報告案

決定：洽悉；彙整近期執行之管理專案及管理重點如附件 1，其中項次 6~9 於 110 年 Q4 啟動，並進行 110 年 Q4 高成長醫院價量分析加強審查管理，請配合辦理本組審查(清查)作業，並務實自主管理改善。

第五案、111 年北區醫院總額共同管理委員會會議召開時程案

決定：

- 一、111 年會議時程如下表，請委員預留會議時間。

議次	共管會議	醫療資源管理小組會議
第 1 次	111 年 3 月 9 日(星期三)	111 年 2 月 17 日(星期四)
第 2 次	111 年 6 月 8 日(星期三)	111 年 5 月 19 日(星期四)
第 3 次	111 年 9 月 14 日(星期三)	111 年 8 月 25 日(星期四)

議次	共管會議	醫療資源管理小組會議
第 4 次	111 年 12 月 14 日(星期三)	111 年 11 月 24 日(星期四)

二、111 年委員名單(含代理人 2 名)請院長聯誼會於 111 年 1 月底前以公文函知本業務組，俾利會議運作事宜。

肆、討論事項

第一案、111 年「醫院總額點值暨品質提升方案」規劃案

決議：

- 一、北區在醫療資源穩定狀態下總額方案目標制行之多年，近年因新設立及擴床醫院逐年增加，現行總額方案難以因應，本組經參閱明年度他區方案內容及 110 年 Q2、Q3 結算方式，草擬配套方案供參考，以利未來持續滾動式檢討及因應。
- 二、111 年倘若全署未實施一致結算作業或政策方向，則依分區協定之總額方案核定。
- 三、111 年醫院總額點值暨品質提升方案，經決議規劃重點摘述如下：
 - (一)點值及預算規劃：依據 110 年 4 季推估結算預算占率估算 111 年各季預算，並預先保留新診療項目、跨區釋出處方、自墊及申復爭審、跨區淨流出校正、新設醫院等預算，年平均點值以 0.945 規劃，惟 111 年醫院總額預算成長率(付費者代表 2.669%、醫院代表 4.65%)尚未核定。如以成長率 3.65%計算(付費者及醫院代表之平均值)及 4.65%(醫院代表)分別試算基本目標成長率，如下表，屆時依衛生福利部公告成長率、111 年 4 季重分配預算

占率及本區規劃點值，辦理基本目標點數分配。

季別	111 年 點值規劃	總額一般服務成長率	
		估算 111 年規劃基本目標點數成長率	
		3.65%	4.65%
第 1 季	0.950	1.58%	2.58%
第 2 季	0.945	1.29%	2.29%
第 3 季	0.945	1.19%	2.20%
第 4 季	0.940	0.94%	1.94%
全年	0.945	1.24%	2.25%

(二) 基本目標管理點數分配原則：依基期(109Q4~110Q3)各院

A.核定點數 + B.急重癌校正點數 + C.地區(教)層級分級轉診校正點數 + D.品質指標表現校正- E.專審核減之總點數占率分配。

- 1、A.核定點數：基期範圍核定點數分為二部份，109 年 Q4、110 年 Q1 採最終核定點數 80%+ 初核定點數 20%計算，110 年 Q2、Q3 則採基本目標點數計算。另外 110 年 Q1 受疫情嚴重影響醫院(以向本組申請停診補償醫院為限)，110 年 Q1 採基本目標點數或最終核定點數加計停診補償點數擇優計算校正。
- 2、B.急重癌校正點數：109 年 Q4~110 年 Q1 急重癌點數 *20% * 2 計算。110 年 Q1 受疫情嚴重影響醫院(以向本組申請停診補償醫院為限)，以 109 年 Q4 急重癌點數校正天數(90 日/92 日)計算 110 年 Q1 基期點數。
- 3、C.地區(教)層級分級轉診校正點數：109 年 Q4~110 年 Q1 地區(教)層級醫院成功接收下轉個案數*同儕平均單價*2 計算。
- 4、D.品質指標表現校正：109 年 Q4~110 年 Q1 品質獎勵點數*2 計算。110 年 Q1 受疫情嚴重影響醫院(以向本組申

請停診補償醫院為限)，110 年 Q1 列計點數以「110Q1 實際獎勵點數」或以「109 年 Q4 品質指標獎勵點數占率*110 年 Q1 目標管理點數」擇優計算校正。

5、E.專審核減：109 年 Q4~110 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點數。

(三)重分配獎勵項目：保留規劃總點數 3.4%分配

1、政策鼓勵項目：保留0.25%推動分級醫療雁行計畫，若分配不足則等比例限縮、如有剩餘依品質提升獎勵點數占率分配。

2、品質獎勵：保留1.8%，111年品質指標原則維持(110年)既有項目(12項獎勵及1項扣減指標)，其中各論質計酬計畫依轄區執行情形微調獎勵比率。另論質計酬、安寧緩和照護、居家醫療照護、整合式照護計畫及健保資訊推動等6項指標，為地區醫院及專科醫院可加權項目，若有新增指標項目，彈性調整自Q2起實施。

3、超額回饋重分配：

(1) 保留1.35%，依品質指標表現、就醫人數成長及急重癌醫療服務成長3階段計算補付，個別醫院補付上限為超額85%，倘估算整體補付點數超出1.35%保留點數，則當季各院超額回饋點數同步限縮，倘剩餘點數回流反映至點值。另視總額公告成長率及持續觀察執行情形，滾動檢討保留比率。

(2) 就醫人數校正計算排除當季門診一次就醫人數、每人平均單價以轄區同儕/自身值取低者計算，當季生產成

長點數納入急重癌成長點數計算，急重癌成長與超額點數比值分段補付比率如下表。

超出管理目標 分級補付	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%

(四)穩定點值調校機制：設計 A/B(新設醫院為 A2/B2)案供醫院選擇，改選方案以 1 次為限，公文於當季第 2 個月 15 日前送達則當季生效，逾期則次季生效。

1、A 案：超出目標管理點數逕予核減。

2、B 案：核定點數調整作業。

(1) 啟動條件：當季核定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. 各院攤扣占率如下表：

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%

C. 各院攤扣點數=應攤扣之總醫療服務點數×攤扣占率 - 政策鼓勵點數 - 品質提升獎勵點數。

3、新設立醫院：設立後完整季 3 年(持續參考其他業務組規劃方式滾動式調整修訂)

(1) A2 案

A. 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 $\times(1+\text{總額成長率})$ 。

B. 第 3 年(第 9~12 季)：超出目標管理點數逕予核減；目標點數計算方式回歸 A 案。

(2) B2 案

A. 啟動條件：當季核定預估點值低於規劃點值。

B. 計算方式

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. 各院攤扣占率如下表：

設立時間 (以有完整季申報資料起算)	申報占率	成長貢獻
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%

c. 各院攤扣點數=應攤扣之總醫療服務點數 $\times$ 乙方攤扣占率－乙方政策鼓勵點數－乙方品質提升獎勵點數。

(五) 醫療服務費用管控

1、藥費管理

(1) 當季申報藥費計算範圍：不含總額外、C 型肝炎口服新藥藥費、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、抗精神病藥長效針劑藥費，含釋出處方藥費。另因應每年度藥價調整，藥價調整當季起基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) 費用核減原則：依當季藥費成長率及藥費占率成長百分點核減(詳下表)，基期值以 108/109/110 年同期藥費擇高者計算。

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：X：當期藥費成長率、Y：111 年總規劃點數成長率、Z：藥費占率成長百分點。

(3) 重複用藥虛擬代碼(R001~R005、R008)案件占自身給藥件數占率>全國同儕 P70/P80/P90，加成核減比率 0.1%/0.2%/0.3%。

2、復健管理：延長治療費用及每人物理(職能)治療費用成長貢獻點數，依據型態別、專科屬性暨層級別分群計算折付點數(如下表)，並依 CIS 指標「門診年復健次數>180 次」篩異件數居轄區 P90 以上醫院，每人物理治療費用折付率再加計 5%~15%。校正疫情影響因素，復健費用成長率比較基期採 108/109/110 年同期擇高計算。

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%	$\leq 0\%$	5%	15%	25%
象限二(低強度高頻率)	10%	$\leq 5\%$	15%	25%	35%
象限三(低強度低頻率)	5%	$\leq 10\%$	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%

3、呼吸照護目標管理：整體以 110 年總目標點數零成長為目標，基期(110 年分配點數)各季依各院支付標準調整校正目標管理點數，保障目標點數不低於基期最終核定點數，並依超出目標管理點數比率、醫療品質等級及安寧療護執行率，設定折付 10%~55%。

4、門診檢查(驗)單價管理：針對每件檢查(驗)費用高於全國同儕一定比率者進行費用管控為規劃方向，110 年 12 月將與秘書處溝通規劃內容，上半年採回饋輔導，下半年實施。

(六)費用審查：持續推動精準審查，辦理全國醫療費用分析專案及盤點支付標準或審查注意事項逐項檢視管理，高成長者加強立意篩異檢查；強化醫療資源管理小組運作，落實醫療費用專案異常管理輔導流程，借重專家輔導會議，提升醫療資源合理運用。

第二案、建請調整 110 年 Q4 北區醫院總額點值暨品質提升方案 品質獎勵項目之指標操作型定義

決議：考量疫情影響，修訂 110 年 Q4 論質計酬獎勵指標(7 項)目標值 Y 調整為全國或轄區平均值，如下表。另「全藥類藥品重複用藥日數比率」獎勵項目，考量指標表現與全國平均值有落差，爰維持原規劃管理。

指標項目	獎勵方式		
	計算公式	結果	獎勵比率
論質計酬【地區醫院、專科醫院獎勵比率加權 15%】	X=實績值 Y=目標值= 全國平均值(以全國或轄區值取高者) 全國	X>轄區醫院 P90 且 $X \geq Y$	0.15%
		$X \geq Y$	0.1%

指標項目	獎勵方式		
	計算公式	結果	獎勵比率
	(糖尿病、BC 肝、CKD、Pre-ESRD、思覺失調、氣喘、COPD 等 7 項)	或轄區平均值 $Z = \text{去年同期值}$ *各項值均以年度累計計算	$Y > X \geq 0.5Y$ 且 $X > Z * 1.1$ $X \geq Z$ 或當季新加入醫院 $X > 0$

第三案、辦理本區新醫療科技執行項目調整計算方式

決議：

- 一、分配原則：依 110 年第 1 次共管會議決議新診療項目預算保留剩餘點數分配，同意以無替代之新藥、新特材重分配，該品項需具有集中性、無替代率且經專家認定之新藥及特材為原則提報，預算分配方式及運作機制以不重複鼓勵為原則辦理。
- 二、分配方式：以新診療項目分配後剩餘點數依各院執行情形分配，倘超過可分配點數則等比例限縮；另是項新增藥品及特材項目分配點數，將於超額回饋之急重癌成長校正點數扣除，以符合不重複鼓勵之原則。
- 三、分配項目：自 110 年 Q4 起納入分配之項目計 22 項(藥品 15 項，特材 7 項)，如附件 2，適用至該項目納入本方案分配滿 1 年止，其中泰格莎(TAGRISSO，附件 2 之藥品項次 14、15)僅適用 110 年 Q4。
 - (一) 秘書處配合事項：針對前述納入之 7 項特材，均有替代品項，請秘書處於 111 年 2 月底前提供相對應之被替代特材品項代碼，俾利計算新特材項目差額。本組亦將請署本部協助提供相關被替代特材品項予秘書處參考。
 - (二) 111 年若有新增執行之新藥及新特材項目分配，請依會

議原則由秘書處提案討論。

第四案、雁行專案 4.0 版草案計畫-建請降低整體下轉件數基本目標值之成長倍數

決議：

- 一、雁行專案 4.0 版調整下轉件數基本目標倍數，111 年 Q1~Q4 分別調降為 1.65、1.7、1.8 及 1.9，未來將視轉診執行成效，滾動調整基本目標倍數成長幅度。
- 二、本計畫 4.0 版自 111 年 Q1 起實施，計畫內容如附件 3。

第五案、110 年第 3 季醫院總額結算應追蹤實際預算分配情形後同步限縮調整

決議：依現有署本部提供醫院總額一般服務醫療費用(含釋出交付機構)，轄區醫院總額一般服務申報點數為 162.4 億點；第一階段分配 154.1 億元(95.5%)，較共管臨時會議時增加補報點數，故第一階段保障增加；第二階段分配 5.3 億元(3.3%)、第三階段分配 2.0 億元(1.2%)，分配點數均較共管臨時會議公布時微幅減少，持續追蹤並試算各階段預算分配情況。最終核定數仍將依署本部提供數據作為本季結算之依據。

第六案、111 年轄區偏遠地區醫院資格認定案

決議：維持 110 年本區偏遠地區醫院之分區認定原則，將提報通霄光田及大順等 2 家醫院為本區偏遠地區醫院。

伍、臨時動議

醫療影像及檢驗(查)結果即時上傳將朝「未上傳就不給付」方向推動，相關建議及提醒事項：

- 一、少數小型地區醫院上傳率仍為 0%，資訊設備不足是主因，將來要實施「未上傳就不給付」時，對小型醫院衝擊大，醫院若有困難請向健保署提出，並希望健保署能提供協助及建立相關配套措施。
- 二、大型醫院執行醫令項目多，上傳條件欄位日趨繁瑣複雜，大型醫院要全面配合上傳，院內資訊系統需做大規模調整，爰建議給予充足時間及規劃配套，讓醫院努力調整配合推動；另就醫識別碼之健保卡資料上傳格式 2.0 版若上線，期待此現象可能改善，將來透過每一報告連結開立的醫令欄位，或許是解套方式。

決議：此為未來政策方向，將持續蒐集並彙整醫院意見提供署本部參考以利研議相關配套。

陸、散會：下午 3 點 50 分

北區醫院總額各項專案管理重點

項次	專案項目	相關規定及管理重點(緣起)
1	診斷性或治療性子宮擴張刮除術_非產科(80401C)併報子宮內管刮除術(81031C)	依專業審查結果 81031C 屬 80401C 處置內含項目，不得另行申報(0428A)。
2	安養機構院民醫療利用管控專案(北區專案)	1. 109 年下半年全國安養機構院民醫療利用之成長主要來自住院案件(7.3%)，北區轄區住院醫療費用漲幅有 1/5 來自安養機構院民，其中以地區醫院安養院民住院成長率(24.9%)最高。 2. 異常樣態：針對安養院民之醫療利用擬訂三項指標(門診一項，住院二項) 樣態 1-門診：每人醫療費用為正成長之科別 樣態 2-住院：安養機構院民住院占住院人數高占比之醫院 樣態 3-住院：半年期間安養機構院民住院大於 30 日。
3	關節內注射劑併報 NSAID 鎮痛消炎藥、類固醇注射劑	1. 「關節內注射劑」特殊材料給付規定，第三點：病人於注射關節內注射劑期間(一個療程第一針起算三十五天內)，不得以同一部位疾病因素使用 NSAID 鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。 2. 異常樣態：關節內注射劑併報 NSAID 鎮痛消炎藥、類固醇注射劑。
4	單純預防接種併報診察費案件	1. 依全民健康保險法第 51 條規定，特約院所施打疫苗，非本保險給付範圍，不得申報健保相關醫療費用。 2. 另依「衛生福利部法定傳染病醫療服務費用支付作業規範」辦理支付。 3. 異常樣態：申報診斷碼 Z23「來院接受疫苗接種」且僅申報診察費案件。
5	西醫門診同醫師、同日看診申報 2 筆診察費	1. 依現行本保險醫療服務給付項目及支付標準門診診察費通則：「由同一醫師診療之同日兩次以上之門診相同病情案件，限申報門診診察費一次」 2. 異常樣態：同病患、同日且同醫師申報 ≥ 2 筆門診診察費
6	Megestrol 用藥給付規定管理	藥品給付規定：本藥限用於已排除其他可治療之體重減輕之具惡病質的後天免疫缺乏症候群患者及癌症患者(109/3/1)。
7	吞嚥治療與語言治療重複申報	專審醫師發現，吞嚥治療(54032C)與復健語言治療(44005B 中度或 44008B 複雜或 44014B 中度-複雜)有重複申報情形
8	住院同日申報內分泌器手術(82001C-82019B)量 ≥ 2	1. 依本署支付標準第七節手術通則五、同一手術野內之對稱器官，除有特殊規定者外，係指兩側之手術費用。 2. 異常樣態：同日內分泌器(82001C~82019B)手術申報數量 ≥ 2 。
9	血管整形術專案	1. 依現行本保險醫療服務給付項目及支付標準規定施行 33074B 或 33115B「單純性/複雜性血管整形術」原則上應已含括 33048B「四肢血管造影」及 33062B「鎖骨下血管造影」(不得同時併報)，惟如因病情需要屬不同側時，得分別申報，其他特殊案例，則由專業審查認定。 2. 異常樣態： (1)樣態 1-為 33074B(單純性血管整形術)每件(同一案分流水號)申報數量大於 2 (2)樣態 2- 33074B 及 33115B 併報 33048B 或 33062B

新增藥品及新功能特材項目

項次	健保碼	藥品名稱	納入 健保
藥品	1	KC009492AX Kadcyła 160mg 賀癌寧凍晶注射劑	110/2/1
	2	KC00949255 Kadcyła 100mg 賀癌寧凍晶注射劑	110/2/1
	3	BC26818100 Mekinist 2mg 麥欣霓膜衣錠	110/3/1
	4	BC26579100 Tafinlar 75mg 泰伏樂膠囊	110/3/1
	5	AC58837277 PG2 inj.懷特血寶注射劑	110/3/1
	6	BC27801100 Talzena Capsules 0.25mg 達勝癌膠囊	110/3/1
	7	BC27802100 Talzena Capsules 1mg 達勝癌膠囊	
	8	BC27596100 Erleada Film-Coated Tablets 60mg 安列康膜衣錠	110/3/1
	9	KC00999229 CYRAMZA injection 10mg/10ml 欣銳擇注射劑	110/5/1
	10	KC00999248 CYRAMZA injection 10mg/50ml 欣銳擇注射劑	
	11	VC00064100 MAYZENT 2mg 美芬太膜衣錠	110/3/1
	12	VC00065100 MAYZENT 0.25mg 美芬太膜衣錠	
	13	BC27865100 Rozlytrek 200mg 羅思克膠囊	110/7/1
	14	BC26968100 TAGRISSO FILM-COATED TABLETS 80MG 泰格莎膜衣錠	109/4/1
	15	BC26969100 TAGRISSO FILM-COATED TABLETS 40MG 泰格莎膜衣錠	
特材	1	FHV04S3TA2ED 愛德華瑟皮恩三經導管心臟瓣膜及經心尖套管組(含瓣膜、裝載/輸送系統、導引器)EDWARDS SAPIEN 3 EDWARDS CERTITUDE KIT	110/2/1
	2	FHV04S3TF2ED 愛德華瑟皮恩三經導管心臟瓣膜及股動脈套管組 (含瓣膜、裝載/輸送系統、導引器)EDWARDS SAPIEN 3 EDWARDS COMMANDER KIT	110/2/1
	3	FHV04EVLTRM4 "美敦力"柯法經導管主動脈瓣膜及及"美敦力"經導管主動脈瓣膜輸送及裝載系統(含瓣膜、裝載/輸送系統、導引器)"MEDTRONIC"COREVALVE EVOLUT R TRANSCATHETER AORTIC VALVE;DELIVERY CATHETER AND LOADING SYSTEM	110/2/1
	4	FHVGW26959SB "波士頓科技"絲佛瑞導線"BOSTON SCIENTIFIC"SAFARI PRE-SHAPED TAVR/TAVI GUIDEWIRE	110/2/1
	5	FHP03MC1VRM4 "美敦力"脈克拉無導線節律系統+"美敦力"脈克拉親水性塗層血管導引鞘"MEDTRONIC" MICRA TRANSCATHETER LEADLESS PACEMAKER SYSTEM+"MEDTRONIC" MICRA INTRODUCER SHEATH WITH HYDROPHILIC COATING	110/2/1
	6	FBHU3RP931Z1 "邦美"康品恆禧福反置式肩關節系統(整組)	110/1/1
	7	SAU07TRS45M4 "柯惠"內視鏡自動手術縫合槍及縫合釘-縫合釘	110/1/1

中央健康保險署北區業務組
雁行專案-社區醫療合作推動計畫

1070705(第 1 次修訂)

1070912(第 2 次修訂)

1080223(第 3 次修訂)

1090214(第 4 次修訂)

1090909(第 5 次修訂)

1101125(第 6 次修訂)

壹、依據

健保署北區業務組「醫院總額點值暨品質提升方案」
(以下簡稱本區總額方案)辦理。

貳、目的

透過醫療團隊水平、垂直合作，使各層級之照護單位能發揮所職(急性、急性後期、慢性期照護)，提升轉診合作效率，讓民眾獲得連續及完整的醫療照護及生活照顧。

參、策略

- 一、透過醫院與社區院所的合作，以團隊經營的模式，提供完整醫療照護。
- 二、結合有共同理念的醫療單位，發展團隊水平、垂直合作，提供以人為中心的照護服務。
- 三、提供計劃誘因，促使醫院帶頭推動分級醫療，建立運作模式，期使分級醫療成功合作模式能擴大推廣。

肆、計畫期間：自 107 年 1 月 1 日至 111 年 12 月 31 日止。

伍、獎勵機制

於北區業務組「醫院總額點值暨品質提升方案」政策鼓

勵項目規劃總點數之比例設定獎勵機制，依執行成效於各季核定時分配獎勵點數，不足同步限縮，如有剩餘則流用至品質獎勵項目。

陸、執行內容

一、參與資格：參加本區總額方案之區域級(含)以上醫院。

二、照護對象：醫院及合作醫療院所照護之病患。

三、照護團隊及任務

(一) 建立照護團隊：申請醫院(主責醫院)得與次層級別之醫院(合作醫院)、基層診所、居護所等急性後期照護單位籌組團隊，地區醫院可跨團隊參加，主責醫院不可跨團隊參加。團隊名單更新以每季核備1次為原則，由主責醫院於當季第1個月20日前函文核備(附表1)。

(二) 建立共同照護模式：參加醫院評估病患急性後期照護需求，安排並連繫地區醫院、基層診所、居護所、長照機構及相關社區照護機構等，共同照護病患。

(三) 執行分級醫療：建立慢性病或輕症穩定病人轉診模式，提升合作之社區院所門、急、住照護能力，整合在地醫療需求，落實轉診制度，協助病患獲得完整醫療照護。

(四) 執行出院準備服務：提升出院準備品質，並縮短病人轉銜長照服務或後續照護單位收案之等待期。

(五) 發展轄區轉診服務特色：建構急重症聯防合作，確保病患緊急處置及轉診效率。

四、申請方式：新成立團隊於該年度第1季前提出計畫，向本組醫療費用一科申請。計畫書內容應包含下列事項(申請書

內容及格式詳附件 1)

- (一) 團隊組成之基本資料、組織架構。
- (二) 團隊整合(如醫療照護整合、資訊平台整合、服務流程整合等)、落實團隊合作之運作模式。
- (三) 與分級醫療及雙向轉診相關之執行內容及推動方式(包含基本獎勵項目推動策略及時程)。
- (四) 民眾權益維護及申訴管道。
- (五) 其他。

五、計畫審查：由本組依據團隊計畫書內容與實際情形，進行評選執行本計畫。

柒、評核方式：

核定通過之團隊，於申請通過當季核定行政溝通費用(主責醫院 50 萬點；合作醫院 5 萬點)，次季起各季依實際執行情形核定。

一、合作醫院

- (一) 分配點數：以雁行專案保留點數之 **25%** 分配，若有剩餘點數回歸主責醫院，超過則同步限縮。

- (二) 分配範圍：

1. 主責醫院下轉至合作醫院之病患所產生之醫療費用(含門診及居家病患)。但下轉同體系(含委託經營)之地區醫院人數超過下轉非同體系地區醫院及基層人數，則門診下轉獎勵人數以門診(排急診)下轉非同體系地區醫院及基層院所人數為計算體系合作醫院下轉獎勵人數之上限。

註：「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。

2. 為鼓勵地區醫院透過轉診合作承接非主責醫院下轉病人，合作醫院承接本轄區下轉門診病人，均可依分配公式計算點數。

(三) 地區醫院承接下轉獎勵

1. 分配公式=門診(排急診)及居家病患各類別同儕每人費用*下轉人數*(1.2+加權值)。

2. **加權**指標：電子轉診平台回復率(X)

分母：電子轉診平台接受轉診件數(Y1)，排除已標註「聯繫處理註記」件數(如：1-病人至他院就診、2-重複開立之轉診單、3-逾有效期限無法受理…等)。

分子：分母中完成電子轉診平台回復之件數(Y2)

回復率： $X=Y2/Y1$

3. 加權值詳下表

加權值	$Y1 \geq 10$ 人次	$Y1 < 10$ 人次
0.1	$X \geq P90$	$X = 100\%$
0.05	$P90 > X \geq P80$	$100\% > X \geq 90\%$
0.03	$P80 > X \geq P70$	$90\% > X \geq 80\%$
0.02	$P70 > X \geq P60$	-

備註：P 值為全國同儕值

二、主責醫院：分為基本獎勵 4 項及分級轉診成效獎勵

- (一) 基本獎勵：分配總點數以 1,000 萬點為上限，超過則同步限縮。

1. 媒體宣導獎勵

- (1) 分配條件：

A. 記者會需與本署合作或核備，且執行成效足為全國表

率，或具分級轉診特色為創新做法足為全國標竿等，以媒體宣導擴散。如與本組合辦記者會，邀請函原則需於會前 30 日(不含例假日)送達核備，且記者會議題及流程需與本組共同討論。

B. 媒體新聞稿需含雁行轉診相關內容(包括分級醫療合作方式、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。

(2)分配方式：於實體報或電子媒體(不含 FB 及官網)報導分級醫療_雁行專案推動成果。

宣導方式	媒體報導家數	獎勵點數
媒體新聞	3~5 家	1 萬點
	6~10 家	2 萬點
	>10 家	3 萬點
召開記者會	<10 家	10 萬點
	10~19 家	15 萬點
	20~29 家	20 萬點
	≥30 家	30 萬點

(3)請主責醫院於事實發生後 3 天內填報主責醫院獎勵申請總表「壹.媒體宣導統計表」(附件 3)。

2. 支援合作獎勵

(1)主責醫院支援團隊內地區醫院每診日獎勵 1,000 點(比照跨層級醫院合作計畫排除同體系醫院)、支援團隊內基層院所每診日獎勵 2,000 點，另排除看診未達 10 件者。

(2)支援醫師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，並請提供主責醫院獎勵申請總表「貳. 團隊跨層級支援清冊」(附件 3)，以計算獎勵點數。

3. 團隊運作獎勵：依本組「雁行專案主責醫院管理指標報告卡」每季責付之分級轉診成效指標資訊，應用於院內管理及與合作醫院共同研議改善對策以達成目標值。

(1)獎勵方式：依本組於前 1 個月以「雁行管理指標報告卡」責付「當季」轉診成效管理指標及目標值(例 110 年 12 月提供 111 年第 1 季管理指標項目及目標值)，再依各院目標達成率計算獎勵點數。

(2)獎勵點數=100,000 點*(當季個別醫院實績值/個別醫院目標值)。

4. 急重症聯防合作獎勵：與團隊內合作醫院成立「急性腦中風」、「急性冠心症」、「重大外傷疾病」或「高危險妊娠孕產婦」緊急轉診聯防合作機制(最多擇一項)，確保轄區病患緊急處置及轉診效率。

(1)主責醫院任務包括建立聯防合作團隊，負責規劃、協調運作緊急轉診聯防網絡，及提升合作團隊專業能力等。

(2)聯防合作醫院應配合主導醫院規劃之聯防模式，積極提升專業能力，協助急重症病患獲得即時醫療照護。

(3)分配方式：由主責醫院於 111 年 1 月底前填報「雁行專案_急重症聯防合作機制申請書」向北區業務組提出申請(申請書內容格式詳附件 4)，經本組審核通過後執行，獎勵項目如下：

A. 聯防機制有效運作獎勵：主責醫院聯防計畫通過之首季獎勵 5 萬點。

B. 緊急處置及轉診效率獎勵：透過聯防機制於時效內完成轉診個案緊急處置，收治醫院每人獎勵 15,000 點，轉出醫院每人獎勵 5,000 點，操作型定義詳附件 5，本組審核後予獎勵。

(二) 分級轉診成效獎勵(落實下轉社區院所獎勵)

1. 總分配點數：以基本獎勵核定後剩餘點數分配，超過時同步限縮。

2. 分配公式=1500 點*下轉社區院所件數*(1+加權指數)。

註：下轉社區院所件數指地區醫院(排除同體系)及基層院所申報接受主責醫院轉入之件數。

3. 加權指標項目及加權值：

(1)下轉社區院所目標達成率：下轉社區院所占當季個別醫院下轉目標件數比率。

A. 個別醫院下轉目標件數=整體下轉件數基本目標值*各院 106 年納入門診減量案件數占整體比率。惟不低於該院 109 年季平均下轉件數。

註：納入門診減量案件依醫院總額研商議事會議決議之操作型定義計算。

B. 加權值詳下表

<u>達成率</u>	<u>120%</u>	<u>110%</u>	<u>100%</u>	<u>90%</u>	<u>80%</u>	<u>70%</u>
加權值	0.7	0.6	0.5	0.3	0.2	0.1

C. 整體下轉件數基本目標值詳下表

<u>執行季別</u>	<u>基期</u>	<u>目標倍數</u>	<u>下轉件數目標</u>
<u>111Q1</u>	<u>6,878 件</u> <u>(108Q4)</u>	<u>1.65</u>	<u>11,349</u>
<u>111Q2</u>		<u>1.70</u>	<u>11,693</u>
<u>111Q3</u>		<u>1.80</u>	<u>12,380</u>
<u>111Q4</u>		<u>1.90</u>	<u>13,068</u>

註：倘新冠肺炎疫情加劇，各季目標件數依主責醫院當季門診就醫人次實際下降比率校正，正成長則不校正。

(2) 下轉社區院所件數成長率及成長貢獻度：

- A. 當季轉入社區院所件數需>109 年季平均件數。
- B. 成長貢獻度(Z)=(當季下轉件數(X)-去年同期下轉件數(X1))/Σ(各主責醫院下轉較去年同期正成長件數)。
- C. 轉入社區件數排名全國同儕前 3 大權值加計 0.3(第 1 名)、0.2(第 2 名)、0.1(第 3 名)
- D. 加權值詳下表

加權值		成長貢獻度≥						
		2%	5%	10%	<u>20%</u>	<u>30%</u>	<u>40%</u>	<u>50%</u>
成長率 ≥	<u>10%</u>	<u>0.01</u>	<u>0.02</u>	0.05	0.10	0.15	0.20	0.25
	<u>30%</u>	<u>0.02</u>	0.05	0.10	0.15	0.20	0.25	0.30
	<u>50%</u>	0.05	0.10	0.15	0.20	0.25	0.30	0.35
	<u>80%</u>	0.10	0.15	0.20	0.25	0.30	0.35	0.40
	<u>120%</u>	0.15	0.20	0.25	0.35	0.40	0.45	0.50

(3) 品質指標項目：操作型定義及加權值詳附件 2

- A. 特定慢性病下轉個案於社區院所固定就診比率。
- B. 區域級(含)以上醫院回轉率。
- C. 居家、PAC 及長照轉銜至社區院所或相關照護機構照

護人數較去年同期成長率。

D. 電子轉診平台回復率。

4. 監控指標項目：30 日內重複下轉人數

(1) 操作型定義：30 日內由轉出院所下轉(申報 01034B、01035B)至同轉入院所 2 次以上之人數。

(2) 本組定期監控各院重複下轉情形，必要時評估重複下轉件數列入校正各院下轉社區院所件數之依據。

三、核定結果併入總額方案季核定一併計算。

捌、配合事項

一、計畫執行期間本組得不定期實地輔導，期末主責醫院分享執行經驗。

二、醫院提報項目如下表，執行結果請主責醫院依時程完成提報作業，以計算獎勵點數，逾期則不予受理。

序號	提報項目(檢附資料)	提報時程
1	團隊成員異動(團隊組成院所清單_附表 1)	當季第 1 個月 20 日前 函文核備
2	主責醫院獎勵申請總表(附件 3) ● 媒體宣導統計表 ● 團隊跨層級支援清冊 ● <u>急性腦中風聯防合作成果表</u>	次季第 1 個月 15 日前 填報
3	<u>雁行專案_急重症聯防合作機制申請書(附件 4)</u>	<u>請於 111 年 1 月底前 提出申請</u>

「雁行專案-社區醫療合作推動計畫」申請書內容與格式

一、計畫書封面：至少包含計畫名稱、計畫執行單位、計畫執行期間。

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

三、計畫書撰寫說明：計畫書(含電子檔)內容應包含下列：

(一)現況分析：

(二)計畫目標：

(三)照護對象：

(四)團隊組成：

1. 組織架構

2. 團隊組成(基本資料詳附表 1)

3. 團隊整合(如照顧整合、資訊整合…)、運作模式

(五)執行內容及推動方式：分級醫療與雙向轉診之相關推動措施(需包含媒體宣導、支援合作、團隊運作、資訊共享等 4 大面向推動策略及期程)

1. 醫院及診所醫療合作服務

2. 急性後期病患連續性照護(出院準備、居家、長照服務…)

3. 提升團隊運作或民眾照護智能

4. 紓解急診壅塞

(六)民眾權益維護及申訴管道

北區業務組「雁行專案-社區醫療合作推動計畫」團隊組成院所清單 附件 1_附表 1

序號	異動 註記	院所名稱	院所代碼	聯絡人	連絡電話	聯絡網址
1						
2						
3						

備註：

1. 申請醫院請列序號 1，其餘團隊組成院所依序編號。
2. 團隊組成包括主責醫院(申請醫院)、合作醫院、基層診所、居護所、物理治療所、職能治療所…。
3. 異動註記：「A」新增、「D」刪除。

雁行專案-社區醫療合作推動計畫品質指標操作型定義及計分方式

附件 2

品質指標								
指標項目	操作型定義						核定標準	加權
1. 特定慢性 病下 轉個案 於社區 院所固 定就診 比率	分母：主責醫院下轉之慢性病個案，統計其當季慢性病就醫總件數。 分子：分母中於社區院所就醫件數。 1. 社區院所：地區醫院及基層院所。 2. 慢性病下轉個案： <u>半年</u> 社區院所申報接受主責醫院轉入，且特定治療項目代號(一)~(四)符合下表所列任一慢性病案件定義者。						固定就診率 $X \geq$ 轄區 P85	0.1
							轄區 $P85 > X \geq$ P70	0.075
							轄區 $P70 > X \geq$ P50 <u>或 X 較前季 增加 5%</u>	0.05
2. 區域級 (含)以 上醫院	分母：前季主責醫院接受非同體系院所上轉之門住診申報件數。 分子：分母中次層級院所接受主責醫院回轉件數。 1. 考量保險對象持轉診單後於 90 日內轉診，經治療後病情穩定才能轉						全國同儕比	加權
							回轉率 $X \geq P85$	0.2

品質指標			
指標項目	操作型定義	核定標準	加權
回轉率	回原院所，故本指標採追蹤半年內資料。 2. 回轉件數指同「身分證號」，依「轉入日期」(門診為「d9 就醫日期」；住診為「d12 申報起日」)先後，該筆轉入資料之「轉入機構代號」同後筆轉診資料之「接受機構代號」者，且兩筆資料就醫日期相差小於 90 天，視為回轉。	$P85 > X \geq P70$	0.15
		$P70 > X \geq \text{P60 或 } X \text{ 較前季增加 } 0.5\%$	0.1
3. 居家、PAC 及長照轉銜至社區院所或相關機構照護人數較去年同期成長率	成長率 $Z = X/Y - 1$ $X =$ 當季符合下列條件照護人數 1. 團隊居家醫療、PAC 照護人數：案件分類 E1、A1、A5 且特定治療項目代號 EC，或 PAC 案件申報 P5125B、P5126B、P5132C，照護人數以 ID 歸戶後計算。 2. 主責醫院 PAC 下轉社區院所照護人數：PAC 案件申報 P5113B、P5118B 者。 3. 轉銜或轉介長照人次：住院案件申報 02025B 且轉歸代碼為 G(依醫囑出院轉機構照護)、H(依醫囑出院並轉介照管中心/長照需求評估)、I(依醫囑出院並安排居家醫療)、J(依醫囑出院並轉社區精神醫療)計算轉銜人次(同院、同個案、同一出院日計一筆)。	$Z \geq 70\%$ 或 $X \geq$ 轄區 P90	0.1
		$70\% > Z \geq 50\%$ 或 轄區 $P90 > X \geq P80$	0.075
		$50\% > Z \geq 40\%$ 或 轄區 $P80 > X \geq P70$	0.05
		$40\% > Z \geq 25\%$	0.025

品質指標			
指標項目	操作型定義	核定標準	加權
	Y=去年同期照護人數		
4. 電子轉診平台回復率	回復率 $Z=(X1+X2)/(Y1+Y2)$ 分母：前季電子轉診平台轉出件數(Y1)+接受轉診件數(Y2) 分母排除測試、重複、平轉、同體系互轉或已標註「接受_聯繫處理註記」件數。 分子：分母中轉出件數完成回復者(X1)+接受轉診件數完成回復者(X2)	全國同儕比	加權
		$Z \geq P95$	0.1
		$P95 > Z \geq P85$	0.075
		$P85 > Z \geq P70$ <u>或</u> <u>Z 較前季增加 5</u> <u>%</u>	0.05

備註：核定方式採季核定。

北區業務組 雁行專案-主責醫院獎勵申請總表

附件 3

主責醫院名稱(代號)：

壹、媒體宣導統計表

項次	宣導日期	新聞主題	刊登方式	報導家數	報導則數
			(如：記者會、發佈新聞稿)		

備註：媒體報導連結另以電子檔提供。

貳、團隊跨層級支援清冊

序號	費用 年月	醫事機構代號 (接受支援)	醫事機構簡 稱	支援醫師 ID	支援醫師 姓名	醫院代號 (派出支援)	醫院名稱	支援開始時間 (年月日時分)	支援結束時間 (年月日時分)
1									

參、急性腦中風聯防合作成果表

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)	轉出機 構代號	轉出機 構名稱	抵達急診 時間(A) (年月日 時分)	緊急處 置項目	開始治療 時間(B) (年月日 時分)	緊急處置耗 時(B-A) (單位：分)	健保署審 核結果

備註：符合溶栓適應症之急性腦中風病人，自病人抵達急診至護理紀錄開始施行靜脈血栓溶解治療(47101B)時間差小於 60 分鐘內者、或符合適應症接受動脈血栓移除(33143B)之急性腦中風病人；「開始治療時間」指護理紀錄開始施行靜脈溶栓或執行動脈血栓移除術時間。

「雁行專案 急重症聯防合作機制申請書」內容與格式

- 一、書寫格式：以 word 建檔，A4 版面，由上而下，由左而右，標楷體 14 號字型，橫式書寫。
- 二、計畫書撰寫說明：計畫書(含電子檔)內容應包含下列：
 - (一)主責醫院名稱及聯防疾病別
 - (二)團隊合作目的及目標
 - (三)團隊組成：
 1. 組織架構
 2. 團隊組成
 - (四)聯防合作模式：
 1. 團隊合作模式：以下(1)-(3)至少執行 1 項。
 - (1)緊急會診合作機制：與合作院所共同研議並訂定主責醫院專科醫師 24 小時(含夜間及假日)緊急會診流程。
 - (2)緊急轉診應變流程：與合作院所共同研議並訂定聯防個案之轉院標準作業流程(包含主責醫院 24 小時主導回應並處理聯繫平台之緊急轉診事件)。
 - (3)支援合作院所：依聯防合作醫院需求派專科醫師支援急診室或心導管室。
 - (4)其他方式：(請說明)
 2. 建立緊急轉診聯繫管道：運用本署電子轉診平台即時傳輸病歷資料，並建立各聯防疾病別緊急轉診聯繫窗口互動平台。
 3. 落實互助聯防有效運作：前開 1~2 項需做成書面決議送達聯防合作醫院使其了解合作之權利義務，並適時列入院內流程。
 4. 提升合作團隊專業能力：

- (1) 主導醫院定期與團隊研討緊急照護應變的問題與解決方案(聯防合作醫院至少要參與 1 次)
 - (2) 主責訂定聯防疾病診斷評估及醫療處置流程 SOP，藉由醫學研討或其他具體方式通知聯防合作醫院。
5. **品質監控**：請自訂品質監控指標項目及目標值，例如：病患「急性腦中風病人接受靜脈血栓溶解治療時間<60 分鐘」及「急性心肌梗塞病人執行冠狀動脈介入術時，Door wire time<90 分鐘」治癒出院人數比例。

雁行專案急重症聯防合作緊急處置及轉診效率獎勵_操作型定義及計分方式

附件 5(110 年 5 月新增)

操作型定義	獎勵結果
當季團隊內「急性腦中風」、「急性冠心症」、「重大外傷疾病」或「高危險妊娠孕產婦」緊急轉診個案，透過聯防合作機制於時效內完成緊急處置之人數(A)。 說明： 1. 團隊內緊急轉診：收治及轉出醫院均為同一雁行團隊內之聯防合作醫院，且需透過本署電子轉診平台轉診及完成回復轉診單。 2. 急性腦中風緊急處置：符合溶栓適應症之急性腦中風病人，自病人抵達急診至護理紀錄開始施行靜脈血栓溶解治療(47101B)時間差小於 60 分鐘內者、或符合適應症接受動脈血栓移除(33143B)之急性腦中風病人數，請按季填報主責醫院獎勵申請總表「叁. 急性腦中風聯防合作成果表」(附件 3)。 3. 急性冠心症緊急處置：符合全民健康保險急診品質提升方案急性心肌梗塞疾病完成照護個案人數，即自病人抵達急診至接受緊急介入性心導管治療(33076B、33077B 或 33078B)之個案(door to balloon time < 90 min)，由本組擷取申報資料統計 P4601B 之人數。 4. 重大外傷疾病緊急處置：符合全民健康保險急診品質提升方案重大外傷疾病完成照護個案人數，即自病人抵達急診後 2 小時內(或 4 小時內)進入開刀房接受緊急搶救手術或處置者，由本組擷取申報資料統計 P4612B 及 P4613B 之人數。 5. 高危險妊娠孕產婦緊急處置：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-	收治醫院=15,000*A 轉出醫院=5,000*A

操作型定義	獎勵結果
072、074-077、086、088、098-099、09A，且執行緊急手術或緊急處置之人數。 (1) 緊急手術醫令代碼包括 81011C（有妊娠併發症之剖腹產術）、81018C（雙胎分娩）、81028C（前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產術）、81034C（有妊娠併發症之陰道產）、81005C(剖腹產合併次全子宮切除術)、81029C(剖腹產合併全子宮切除術)、80403B(一般全子宮切除術)或 80421B(複雜性全子宮切除術)。 (2) 緊急處置醫令代碼包括 55015C(產後出血止血術)、94001C(輸血)、55016C(子癰及子癰前症處置)或呼吸器使用(57001B，57002B、57023B)。	

備註：核定方式採季核定。