

衛生福利部中央健康保險署北區業務組

113 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 112 年第 4 次『醫院總額共同管理委員會』決議辦理。

參、實施期間及簽約程序

- 一、實施期間：113 年 1 月（費用月）至 113 年 12 月（費用月）止。

二、簽約程序：

- （一）轄區內特約醫院自設立後(以有完整季申報資料起算)第 4 季起，皆應參與本方案並簽立附約。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），通知本方案簽約。

1. 一般醫院：設立時間 3 年以上(第 13 季起)之乙方，採 A 案(目標管理點數)辦理。
2. 新設醫院：設立時間 3 年以內之乙方，第 4 季採 B2 案(攤扣)；第 5 季則向甲方提出選擇參加 A2 案(目標管理點數)或 B2 案(攤扣)。

- （二）有下列情事者，甲方得重新評估乙方之參與方案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、年度規劃點值：0.945，參考預算季間占率及工作天數調整各季點值如下：

季別	規劃點值
113Q1	0.950
113Q2	<u>0.930</u>
113Q3	0.950
113Q4	<u>0.950</u>

二、預算保留項目：

- （一）額度校正：跨區釋出處方、自墊核退、申復爭審以及過季費用追扣補付等項目，依近 4 季實際發生比率或點數保留。
- （二）新設醫院：依新設醫院開床進度或門診科別醫師產值估算保留。
- （三）新診療項目：依衛生福利部公告預算額度保留，並按各季新增診療項目分配，倘有餘額以無替代之新藥、新特材重分配，若仍有餘額將依新診療項目(含提報之無替代新藥、新特材)點數占率重分配；分配不足則等比例限縮。

三、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（111 年 Q4~112 年 Q3）5 項點數合計占率分配。
 - （1）核定點數：以最終核定點數 80% + 初核定點數 20%及基期支付標準校正點數(含醫院評鑑升格支付標準校正)計算之。
 - （2）急重癌及生產校正點數：以基期急重癌及生產點數反映 22%計算。
 - （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。
 - （4）品質指標表現校正：基期品質獎勵點數。
 - （5）扣減項目：
 - A. 111 年 Q4~112 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。
 - B. 為強化醫院自主管理效能，基期啟動項目(符合自清之異常管理專案，如醫院不同意自清或自行繳回率不符比例原則，經專業審查後核減點數、經實地訪查發現不合理或缺失經發文限期改善且經複查未改善異常費用點數)，經提報共管會議決議列入基期扣減。

2. 基本目標管理點數下限：基期(111年 Q4~112年 Q3)初核定點數正成長且單季 5,000 萬點以上醫院(轄區 P50 位階)不低於去年同期基本目標點數，單季未達 5,000 萬點醫院下限為基期初核定點數成長率五分之一，不超過 113 年各季基本目標點數成長率；初核定點數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(112年 Q2~112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%，其中包含由風險調整移撥款挹注用於署本部交辦之重要推動指標項目。總獎勵點數大於規劃獎勵點數上限則等比例限縮，如有剩餘以「優先達成項目」達到目標值醫院按品質獎勵點數占率分配。品質指標項目、操作型定義詳見附件 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×基本目標管理點數+品質提升獎勵點數；品質指標表現≥同儕 P90，分配點數加成 10%；≥同儕 P80，分配點數加成 5%。
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。

(三) A 案超出管理目標回饋

1. 規劃總點數之 1.50%，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 1.50%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 2 項計算超額補付點數，最高補付至超額點數 85%。
 - (1) 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。
 - (2) 前項補付後，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 113 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%

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。

5. **符合擴增病床醫院(資格詳附件 3)，住診人數成長補付點數加成 10%。**

四、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。

五、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，北區醫院總額共管會決議事項不在此限。
- (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。

六、醫療服務費用管控

(一) 藥費管理（藥費定義詳附件 4）

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及抗毒蛇血清注射劑，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：113 年醫院總額基本目標成長率 4.99%、Z：藥費占率成長百分點。

註 2：113 年基期：藥費成長率及藥費占率成長百分點以 112 年同期計算。

(2) 核減點數加成因素：各類虛擬代碼（排除 R006、R007）總件數占給藥件數占率大於全國同儕 P70/P80/P90 則加成核減 0.1%/0.2%/0.3%之比率。

註：虛擬代碼件數占率係指各院自身占率：分母為自身門診給藥件數；分子為自身各類虛擬代碼總申報件數；各類虛擬代碼總件數 10 件以下者不列入扣減。

（二）呼吸照護費用管理(詳附 5)

- 目標點數設定：以 112 年呼吸照護目標點數為總目標點數成長 3%，個別醫院目標點數計算原則詳附件 5，並維持年度目標點數不低於 111Q4~112Q3 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。
- 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 6。

七、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。

八、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(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. 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；基本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 $\times(1+\text{總額一般預算成長率})$ ；品質提升獎勵及超出管理目標回饋計算方式比照 A 案。
- 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 $\times$ 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 (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%

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 **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) 申請集團醫院合併核定及額度流用原則：

1. 113 年以前已適用合併核定集團醫院延續，自 113 年起新增集團醫院須為(1)合併評鑑通過或(2)於年度方案簽約時一併提出申請，經提報第 1 次共管會議同意。

2. 目標點數額度流用以集團合計品質提升獎勵後核付點數 1%為限。

(六) 其他未規定事項，依全民健康保險相關規定辦理。

九、 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。

十、 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 7)，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。

113 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： <u>3445</u> <u>分子：當年度累計申報醫令代碼前3碼為 P14 或 P70 之人數</u> <u>分母：去年度符合糖尿收案條件(同院就醫間隔 90 天)之門診主診斷為 E08-E13 之人數</u>	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 $\geq$ 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 $\geq$ 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 <u>3442</u> <u>分子：接受初期 CKD 或 DKD 方案照護之病人數(ID 歸戶數)</u> <u>分母：符合收案條件之初期 CKD 病人數(ID 歸戶數)</u>	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 $\geq$ 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：去年度個案於同院有申報糖尿病 DM(醫令代碼 P1407C-P1411C)及慢性腎臟病 CKD(醫令代碼 P4301C-P4302C)者或申報 DKD 共病(醫令代碼	X=實績值 Y=全國同儕值 <u>Z=去年同期值</u> <u>*各項值均以年度累計計算</u>	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> <u>Z</u> *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
			X> <u>Z</u> 或 當季新申報整合照護追蹤醫令>0(屬 1 次性獎勵)		0.02%
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 $\geq$ 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 $\geq$ 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
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】 【0.325%】 【地區醫院、專科醫院獎勵比率加權15%】	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≥Y1	0.325%
				X≥Y2	0.275%
				X≥Y3	0.225%
				X≥Y4	0.175%
				X≥Y5	0.125%
				X>X1 或 X≥Y6	0.075%
	2.緩和諮詢 後接受安寧療護人數	(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	Y=接受緩和諮詢且後續接受安寧療護人數 Z=去年同期照護人數 R=較去年同期自身成長率	(Y*1000 點)*(1+W)	

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							
	碼 4401-03B)、安寧居家(門診案件分類 A5)											
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 <table><tr><td>組別</td><td>轄區同儕平均值</td></tr><tr><td>醫中及區域</td><td>27 人</td></tr><tr><td>地教</td><td>12 人</td></tr><tr><td>地區</td><td>5 人</td></tr></table> *參考 112 年 1-9 月轄區同儕平均值訂定	組別	轄區同儕平均值	醫中及區域	27 人	地教	12 人	地區	5 人	X>Z 且 X≥ <u>轄區同儕平均值</u>	X*12,000 點
			組別	轄區同儕平均值								
			醫中及區域	27 人								
			地教	12 人								
地區	5 人											
X>Z 且 X< <u>轄區同儕平均值</u>	X* 8,000 點											
X≤Z	X* 5,000 點											
4.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) <u>採執業機構+ID 歸戶(醫院含附設 居護所)</u> ，本組得視實際執行現況抽 審查證。	<u>X1=安寧療護甲類新增完成教育時數人數 (80 小時)</u> <u>X2=安寧療護甲類完成繼續教育時數人數 (20 小時)</u> <u>Y1=安寧療護乙類新增完成教育時數人數 (21 小時)</u> <u>Y2=安寧療護乙類完成繼續教育時數人數 (4 小時)</u>	<u>X1*5,000 點+</u> <u>(X2+Y1)*3,000 點+</u> <u>Y2*1,500 點</u>									
5. 安寧居家 <u>臨終病患照 護</u>	(1) <u>採院所+ID 歸戶(醫院含附設居 護所)</u> (2) <u>臨終訪視人數：當季安寧居家個 案(門診案件分類 A5)申報臨終病患 訪視費(05326C、05327C)人數</u> (3) <u>前往案家開立死亡診斷人數：當 季安寧居家臨終個案，死亡前未再返 回急診或住院，由醫院醫師前往案家 開立死亡診斷之人數。請轄區醫院於</u>	<u>X=臨終訪視人數</u> <u>Y=前往案家開立死亡診斷人數</u>	<u>(X+Y)*10,000 點</u>									

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								
		<u>次季第 1 個月 15 日前填報「前往案家開立死亡診斷名冊」(附件 8)，經本組審核通過後獎勵，逾期視同無符合個案。</u>											
居家醫療 照護整合 計畫 【正向指標】 【地區醫院、專科醫院獎勵 點數加權 15%】	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	<u>10,000 點</u>								
				Y > X ≥ 0.5Y	<u>5,000 點</u>								
				<u>醫院首次加入團隊， 且當季照護 X>0</u>	<u>60,000 點</u>								
	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 <u>2,000</u> 點/人 ❖居家醫療階段 (S1) 個案加計 <u>1,500</u> 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 <u>2,000</u> 點/人 ❖居家醫療階段 (S1) 個案加計 <u>1,500</u> 點/人												
0.5<Y ≤ 1.0	X *3,000 點*(1+W) ❖山地 IDS 地區加 計 <u>2,000</u> 點/人 ❖居家醫療階段 (S1) 個案加計 <u>1,500</u> 點/人												

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
				$0 \leq Y \leq 0.5$	$X * 2,000 \text{ 點} * (1+W)$ ❖山地 IDS 地區加計 2,000 點/人 ❖居家醫療階段(S1) 個案加計 1,500 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:實績值 Y:全國同儕平均值 Z:當季轉銜人次	$X > Y$	$Z * 2,000 \text{ 點}$
				$X \leq Y$	$Z * 1,000 \text{ 點}$
	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	X:實績值 Y:全國同儕平均值	$X > Y$	5,000 點/每件

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
				$X \leq Y$	3,000 點/每件
	3.當季出院準備個案跨院轉介成功收案人數	當季出院準備個案跨院轉介居家醫療整合團隊或居家療護(限在宅)之成功收案人數	$X =$ 轉介成功人數 (1)每季季末次月月底前提報轉介成功名單(轉介單或提供收案電子檔)，若提供轉介單下半聯需有院所回覆填寫處理情形。 (2)每季季末次月月底前提報轉介成功名單(如 112Q2 應於 112/7/31 前提報)，且出院準備轉銜後續照護單位收案需於出院後 30 天內申報居家醫療照護、居家醫療整合照護計畫、安寧居家，方能列入獎勵，逾期補報或更正名單亦不列入獎勵。	$X > 0$ 人	$X * 3,000$ 點 (居家醫療整合團隊或居家療護(限在宅)) $X * 5,000$ 點 (安寧居家照護，限在宅)
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】	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 $\geq$ 全國平均值	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						
醫院獎勵 點數加權 15%】			住診查詢率(X2)： 住診申報資料(院所+ID)歸戶人數	X2≥97%	0.03%						
				X2≥95%	0.02%						
				X2≥90%或 ≥全國平均值	0.01%						
			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	X1= 112 年自身值 X2=當季自身值 Y= 112 年同期自身值 Z= 112 年全國同儕值	分層	結果	獎勵比率			
X1 <Z	X2≤Y*0.9	0.15%									
	X2≤Y*0.95	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≥98%	0.12%
			98%>X1≥全國 平均值	0.1%							
			Y1	Y1≥97%	0.05%						
			X2	X2=100%	0.15%						
				100%>X2≥99%	0.12%						
				99%>X2≥全國 平均值	0.1%						
			Y2	Y2≥98%	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
急性後期 照護計畫 【0.50%】 【正向指標】	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 估下轉人數目標值)	$X \geq Y * 1.6$	0.5%
				$X \geq Y * 1.4$	0.4%
				$X \geq Y * 1.2$	0.3%
				$X \geq Y$	0.2%
	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%
					0.4%
				$X1 > P75$ 且 $X1 > Y$ 或 $X2 > P75$ 且 $X1 > 5$ 人	0.3%
					0.2%
				$X1 > Y$ 或 $X2 > Z * 1.1$ 且 $X1 > 5$ 人	0.3%
				$X1 = Y$	0.2%
	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	$X1 \geq P90$	$X1 * 50,000$ 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
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，本組通知提報認證項目、案例、小故事、創新作法提案獎勵	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		
		(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		
C 肝新藥推動 【正向指標】	1.C 肝完治個案追蹤檢查(驗)費用	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* 15,000 點
	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 <u>符合加計獎勵條件：</u>		X>0 人		X* 4,000 點 <u>符合獎勵條件之個案 (ID 歸戶計算) 加計 1,000 點/人</u>
			(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之 C 肝新藥收案人數 *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		X>0 人 且 Y>Z		X* 6,000 點 <u>符合獎勵條件之個案 (ID 歸戶計算) 加計 1,000 點/人</u>

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
			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」計劃醫院之 <u>之 C 肝新藥收案人數</u> *請 於每季季末次月月底前提報計畫執行成果(附件 9)至本組備查。 <u>(3) 本組 112 年起回饋之 C 肝潛在病患之 C 肝新藥收案人數</u>		
	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 10) ，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所回覆日期計算 (如 113Q1 以回覆日期為 113/1/1~113/3/31 計算)	X>0 人	X*2,000 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	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	Xn ≥ Y	X*W

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	
		項目 EC 3、遠距醫療場域:醫事類別 12 且案件分類 07	場域	病床數 Z	Y(基本值)	獎勵點數(W)		
			一般門住診(含視訊診療場域)	Z≥100	200	50 萬點		
				Z<100	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， <u>曾獲獎勵點數不再獎勵。</u>					
2. 居家、遠距及一般門住診(含視訊)逾 <u>同儕值</u> 之虛擬健保卡看診件數獎勵		執行虛擬健保卡當 <u>季</u> 一般門住診申報件數 <u>高於同儕值或居家照護件數高於目標值</u> 。 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、首次開通且以虛擬健保卡就醫申報個案:申報就醫序號 V001 備註： 視政策方向滾動式調整獎勵項目	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件數 X4=申報就醫序號 V001 個案數(以人歸戶) Y= <u>全國同儕值</u>			X3>Y <u>或 X1 > 10</u>	<u>(X1+X2)*1,500 點</u> <u>+X3 *250 點</u> <u>+X4 *250</u>	
						<u>X3 > Y*50%</u>	<u>(X1+X2)*1,000 點</u> <u>+X4 *250 點</u>	
						X3≤Y	(X1+X2)*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									
住院整合照護服務試辦計畫【正向指標】	依 <u>113</u> 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 <u>曾獲獎勵點數不再獎勵</u>	500,000 點										
分級醫療推動【地區、專科醫院獎勵比率加權 15%】	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。 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≥ <u>Z1</u>	0.075%									
			<table><tr><td><u>目標值</u></td><td><u>醫學中心</u></td><td><u>區域醫院</u></td></tr><tr><td><u>Z1</u></td><td><u>6.48%</u></td><td><u>10.68%</u></td></tr><tr><td><u>Z2</u></td><td><u>3.27%</u></td><td><u>6.83%</u></td></tr></table>	<u>目標值</u>	<u>醫學中心</u>	<u>區域醫院</u>	<u>Z1</u>	<u>6.48%</u>	<u>10.68%</u>	<u>Z2</u>	<u>3.27%</u>	<u>6.83%</u>	X≥ <u>Z2</u>	0.05%
			<u>目標值</u>	<u>醫學中心</u>	<u>區域醫院</u>									
			<u>Z1</u>	<u>6.48%</u>	<u>10.68%</u>									
<u>Z2</u>	<u>3.27%</u>	<u>6.83%</u>												
<u>目標值：依 112 年 1-6 月全國同儕 P75(Z1)、P50(Z2)設定</u>		X>Y	0.02%											
<u>區域聯防合作推動【地區、專科醫院獎勵比率加權 15%】</u>	<u>1. 心肌梗塞 PTCA 手術照護</u>	(一)符合 ICD-10-CM 主診斷前四碼為 I21.0-I21.3、I22.0-I22.1 或 I22.8-I22.9，且於個案進入急診後 90 分鐘內接受經皮冠狀動脈擴張術之個案數(同次住院申報 33076B、33077B 或 33078B 及 P4601B)。	<u>團隊行政費：主責醫院核定當季獎勵 15 萬元，次季起每季 5 萬元。</u> <u>X=自行收治個案數</u> <u>Y=他院轉入個案數</u> <u>Z=跨院支援醫師數(排除集團醫院內支援)</u> <u>P=管理費之個案數(X+Y)</u> <u>W1=術後分母中死亡人數/(X+Y)</u>	<u>W1 術後死亡率≤ 8.3%；依 111/10 至 112/09 全國平均值(8.3%)、北區平均值(8.9%)取低者設定</u>	<u>(一)主責醫院核定當季 150,000+</u>									
					<u>(X*20,000+Y*30,000)+ Z*3,000+P*1,000</u>									
					<u>主責醫院核定次季起 50,000+</u>									
					<u>(X*20,000+Y*30,000)+ Z*3,000+P*1,000</u>									
					<u>(二)合作醫院 (X*20,000+Y*30,000)+ Z*3,000+P*1,000</u>									
					<u>(三)W1 ≤ 8.3% = (X+Y)*5,000</u>									

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
	(二)基本獎勵費：以當次「手術執行起日」之該筆案件之「費用年月」為獎勵月份。 (三)成效獎勵費：以當次「出院日期」之該筆案件之「費用年月」為獎勵月份。 (四)團隊開辦費：以計畫核定公文日期當季起計算 (五)基層診所礙於醫療設備無法於轉診前確立診斷，其轉入之個案視同醫院自收個案。 (六)主責醫院：指負責整合建立區域聯防團隊並依(附件 11)格式提報計畫書之醫院。 (七)收治醫院：指申報手術之醫院。 (八)轉出醫院：指收治醫院申報之轉入院所。 (九)死亡人數：出院申報轉歸代碼為 4 或 A，及門(急)診就醫迄日 2 日(含)內死亡之人數。 (十)存活個案數：出院申報轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J 或 L 之個案數。 (十一)跨院支援醫師：以手術(33076B、33077B 或 33078B)執行之醫事人員 ID 判定且以執登醫院為獎勵醫院。 (十二)個案管理費：指完成個案資料登錄及申報 P4601B。	$R = \text{轉出接受手術個案數}$ $W2 = \text{分母中存活個案數} / R$	W2 轉出術後存活率 $\geq 89.4\%$；依 111/10 至 112/09 全國平均值(89.4%)及北區平均值(87.5%)取高者設定	轉出醫院 $R * 10,000$ $W2 \geq 89.4\% = R * (10,000 + 3,000)$

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. 重大創傷 疾病	(一)符合全民健康保險急診品質提升方案重大外傷照護主診斷碼及申報手術及獎勵(P4612B、P4613B)之個案數。 <table><tr><th>醫令代碼</th><th>中文名稱</th></tr><tr><td>P4612B</td><td>重大外傷照護獎勵 2 小時內進開刀房</td></tr><tr><td>P4613B</td><td>重大外傷照護獎勵 4 小時內進開刀房</td></tr></table> (二)基本獎勵費：以當次「手術執行起日」之該筆案件之「費用年月」為獎勵月份。 (三)成效獎勵費：以當次「出院日期」之該筆案件之「費用年月」為獎勵月份。 (四)團隊開辦費：以計畫核定公文日期當季起計算。 (五)基層診所礙於醫療設備無法於轉診前確立診斷，其轉入之個案視同醫院自收個案。 (六)主責醫院：指負責整合建立區域聯防團隊並依(附件 11)格式提報計畫書之醫院。 (七)收治醫院：指申報手術之醫院。 (八)轉出醫院：指收治醫院申報之轉入院所。 (九)死亡人數：出院申報轉歸代碼為 4 或 A，門(急)診就醫迄日 2	醫令代碼	中文名稱	P4612B	重大外傷照護獎勵 2 小時內進開刀房	P4613B	重大外傷照護獎勵 4 小時內進開刀房	團隊行政費：主責醫院核定當季獎勵 15 萬元，次季起每季 5 萬元。 X=自行收治個案數 Y=他院轉入個案數 Z=跨院支援醫師數(排除集團醫院內支援) P=管理費之個案數(X+Y) W1=術後分母中死亡人數/(X+Y)	W1 術後死亡率≤ 9.5%；依 111/10 至 112/09 全國平均值(10%)、北區平均值(9.5%)取低者設定	(一)主責醫院核定當季 150,000+ (X*20,000+Y*30,000)+ Z*3,000+P*1,000 主責醫院核定次季起 50,000+ (X*20,000+Y*30,000)+ Z*3,000+P*1,000 (二)合作醫院 (X*20,000+Y*30,000)+ Z*3,000+P*1,000 (三)W1≤9.5% = (X+Y)*5,000
		醫令代碼	中文名稱							
P4612B	重大外傷照護獎勵 2 小時內進開刀房									
P4613B	重大外傷照護獎勵 4 小時內進開刀房									
R=轉出接受手術個案數 W2=分母中存活個案數/R	W2 轉出術後存活率 ≥ 83.4%；依 111/10 至 112/09 全國平均值(83%)及北區平均值(83.4%)取高者設定	轉出醫院 R*10,000 W2 ≥ 83.4% = R*(10,000+3,000)								

指標項目	操作型定義		獎勵方式【註5】		
			計算公式	結果	
				結果	獎勵比率
		<u>日(含)內死亡之人數。</u> (十)<u>存活個案數：出院申報轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J 或 L 之個案數</u> (十一)<u>跨院支援醫師：以手術執行之醫事人員 ID 判定且以執登醫院為獎勵醫院。</u> (十二)<u>個案管理費：指完成個案資料登錄及申報 P4612B 或 P4613B。</u>			
<u>鼓勵在地就醫</u>	1. <u>提升在地就醫獎勵</u> (總規劃點數 0.20%為限，超過同步限縮)	(1)<u>前一年投保北區且戶籍北區且曾於他區醫院就醫個案，計算在他區醫院總額醫療費用占率</u> (2)<u>追蹤前項個案當季在他區醫院總額醫療費用占率較前一年下降 5 個百分點以上之人數，歸回當季曾在轄區就醫醫院獎勵</u> (3)<u>計算範圍(排除急診與急診轉住院案件)</u> <u>門診：醫事類別 12、案件分類 01, 03, 04, 06, 07, 08, 09, C1, E1, E2, E3</u> <u>，非急診案件 ED_MARK=0</u> <u>住診：醫事類別 22、案件分類 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7，非急診案件 ED_MARK=0</u>	<u>X=較前一年他區醫院總額醫療費用占率下降 5 個百分點以上之在地就醫人數</u>	<u>X*500 點</u>	

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. 每萬人口醫人比 ≤ 10 鄉鎮市區增聘專任醫師	(1)符合每萬人口醫人比≤ 10 鄉鎮市區所在地之醫院名單於 113 年第一次共管會報告。醫院應申請提報當季增聘專任醫師名單，方可計算本項獎勵。 (2)以執業資料記錄檔統計當季期間有效之執登醫師數。 (3)當季執登醫師數應高於近 2 年季平均值，醫師須於執登醫院提供醫療服務，若醫師支援其他醫院或診所之工作日數$>20\%$則不列計。		$X = \text{當季專任醫師數}$ $Z = \text{前一年同期專任醫師數}$	$X > Z$	$\frac{(X-Z)}{100,000} \times 100 \text{ 點}$

113 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) 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 (2) 當季門診檢查驗費用： [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	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	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	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： 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)。															
		X ≥ P85	1%(1+Y) × W												
		X ≥ P75													

指標項目	操作型定義	扣減方式【註 5】										結果	扣減比率
		計算公式											
		群組別	每件 檢查 費用 P75	每件 檢查 費用 P85	每件 檢查 費用 P90	每件 檢查 費用 P95	每人 檢查 費用 P75	每人 檢查 費用 P85	每人 檢查 費用 P90	每人 檢查 費用 P95			
[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] 糖尿病醫療給付改善方案、CKD 醫療給付改善方案、末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫、BC 肝醫療給付改善方案、C 肝全口服新藥健保給付執行計畫、愛滋病毒感染服藥滿 2 年後(E2、E3)等有明訂追蹤期程之檢查(驗)項目 [9] 當季重大傷病(部分負擔代碼 001)之當季排程檢查案件(部分負擔代碼 009) 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。	醫學中心	1,671	1,820	1,838	1,871	2,706	2,978	3,009	3,104				
	區域醫院	1,507	1,585	1,663	1,759	2,313	2,407	2,487	2,602				
	地區醫院(總床數一百床(含)以上)	1,405	1,525	1,632	1,768	2,119	2,284	2,480	2,813				
	地區醫院(總床數未達一百床)	987	1,137	1,256	1,464	1,389	1,626	1,728	2,005				
	*PR 值以 111Q4-112Q3 各分組之百分位階平均值計算												
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 配合本署跨區彙算，指標數據產製期程較晚，故自身值及重複用藥管理方案核減藥費數據皆採前 1 季資料	X=前一季自身值								X>Y1	(1.0%*W)-Z		
		Y1=111Q4-112Q3 全國同儕 P95 平均值											
		Y2=111Q4-112Q3 全國同儕 P90 平均值											
		Y3=111Q4-112Q3 全國同儕 P80 平均值								X>Y2	(0.5%*W)-Z		
		W=當季藥費											
		Z=前一季重複用藥管理方案核減藥費											
層級		Y1	Y2	Y3									
醫學中心		0.351%	0.292%	0.250%									
區域醫院		0.485%	0.443%	0.351%									
地區醫院		0.750%	0.598%	0.440%									

備註：1、品質指標總額外案件定義：詳附表 1。

2、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。

3、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。

4、品質指標定義未明述者，請由健保資訊網服務系統查詢。

5、各院品質提升獎勵點數分配說明：

(1) 分配公式=個別醫院基本目標管理點數×實際獲得獎勵比率+品質提升獎勵點數；品質指標表現≥同儕 P90，品質提升獎勵點數加成 10%。；≥同儕 P80，品質提升獎勵點數加成 5%。

(2) 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。

6、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：

(1) 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。

(2) 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。

(3) 各類醫院優先達成項目如下：

項 目		地教以上	地區及專科醫院
加 項	論質計酬(DM、BC 肝、CKD、DKD、Pre_ESRD、思覺失調、氣喘、COPD、早療)		V
	安寧緩和照護	V	
	居家醫療照護整合計畫		
	出院準備轉銜	V	
	矯正機關醫療服務		
	健保資訊推動	V	V
	急性後期照護計畫	V	
	政策與品質優良經驗分享交流		
	C 肝新藥推動	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	
	<u>區域聯防合作推動</u>		
	<u>鼓勵在地就醫</u>		
減 項	病患權益管理	V	V
	門診檢查(驗)單價管理		
	全藥類藥品重複用藥日數比率		

7、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。

8、指標依各層級別任務特性及配合署本部重要政策推動為要件，調整指標項目及獎勵比率，以達各層級醫院品質獎勵衡平性。

(1)評估退場指標以執行獎勵 5 年以上、非本署近期重要政策、未訂有本署目標值等。

(2)新政策、重要政策或待加強政策調增獎勵、已穩定且優於全國指標調降獎勵。

9、風險調整移撥款挹注用於署本部交辦之重要推動指標項目：區域聯防。

113 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
罕見疾病	1. 部分負擔代碼=001 且主、次診斷任一亦符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼(診斷碼完全符合才列入計算)之所有案件且領有重大傷病卡者。 2. 國健署重大傷病罕病通報紀錄檔註記審核通過，但未領有重大傷病卡(罕見疾病註記為 Y)之保險對象，任一主、次診斷符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼(診斷碼完全符合才列入計算)且申報符合罕見疾病藥物品項之案件。 3. 申請點數+部分負擔，扣除藥費。

三、癌症照護操作型定義

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

北區業務組擴增病床醫院資格

1. 新增開放床數

- 急性一般(精神)病床：醫學中心 ≥ 200 床；其餘醫院 ≥ 50 床，且擴增床數須達已開放床數 15%以上
- ICU： ≥ 9 床

2. 擴增病床數以 2 年內該病床類別淨增加床數計算。

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

4. 應函文通知本組，符合資格醫院自次季起適用 4 季。

113 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，L01ED03，L02BB03，V10XX03，L01XX41，L02AE04，L01BC53，L02AB02，L02BB01，L02BG03，L02BG06，L03AX03，L04AX02，L03AB04，L03AC01
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，BC25394206，BC25394207，BC25394209，BC25394210，BC269422EW，BC269422FV，BC269422FW，BC269422FX，BC26985266，BC26987271，BC28202217，BC28202221， A034301209 。
7、無適應症規定之事前審查藥品藥費：無適應症規範須全數事前審查藥品之醫令點數加總。
8、抗毒蛇血清注射劑：ATC 碼 J06AA03

113 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 112 年呼吸照護目標點數為總目標點數成長 3%，依據乙方基期(111Q4~112Q3)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 5.1)，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) 季核定时，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和家庭諮詢、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%。

113 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：P61~80、C 級：P41~60、D 級：P21~40、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：P61~80、C 級：P41~60、D 級：P21~40、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。

113 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 112 年各季為計算基期。

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%。

113 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。

安寧居家臨終病患照護_前往案家開立死亡診斷名冊

填報醫院代號 / 名稱：

序 號	病患 ID	病患 姓名	出生 日期 (西元 年月 日)	死亡 日期 (西元 年月 日)	開立 死亡 診斷 醫師 ID	最後 1 次安寧居家訪視申報資料									健保署查證結果		
						收案 機構 代號	收案 機構 名稱	費用 年月	申報 類別	申報 日期 (西元 年月 日)	案件 分類	流水 號	訪視 費醫 令代 碼	訪視 日期 (西元 年月 日)	臨終 前返 回住 院	臨終 前返 回急 診	審核 結果

填表說明：

1. 本表請於次季第 1 個月 15 日前送達本組備查(如 113Q1 應於 113/4/15 前提報)，個案如超過 3 位以上，可自行增加列數。資料確認後，請於右上方空白處蓋醫院大小印。
2. 訪視費醫令包括：臨終病患訪視費(05326C, 05327C)、在宅個案醫師訪視費(05312C, 05323C, 05336C, 05337C)、護理訪視費(05313C, 05314C, 05324C, 05325C, 05338C, 05339C, 05340C, 05341C)及其他人員訪視費(05315C)。
3. 本表資料需經本組審核通過後獎勵，請自行檢視資料正確性，若檢送資料不正確，致比對勾稽無申報資料，皆不列入獎勵，逾期視同無符合個案。

「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：_____) 113 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

113 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：1130101	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：1130331
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

區域聯防合作計畫書內容與格式

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

二、計畫書撰寫說明：計畫書(含電子檔)內容應包含下列項目：

(一)主責醫院名稱及聯防疾病別

(二)團隊合作目的及目標

(三)團隊組成：

1. 內部跨科整合名單

2. 外部跨院整合名單

(四)聯防合作模式：

1. 團隊合作模式

(1)24 小時緊急會診合作機制：與合作院所共同研議並訂定主責醫院專科醫師 24 小時(含夜間及假日)緊急會診方式及標準化作業流程。

(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(包含主責醫院綠色通道機制建立)。

(3)24 小時運作模式建立方式：如醫師排班表公布事宜。

(4)其他。

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

3. 落實聯防合作有效運作：前開 1-2 項需做成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)主責醫院與團隊定期(至少每季 1 次)召開聯防合作模式精進檢討會議，並將會議紀錄送至本組備參。

(2)主責醫院訂定

113 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、 G94 。 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。

113 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、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費： (1) 費用年月 106 年 2 月以後，門診就醫日期為 2 月 4 日(含)以後之案件分類「E2」或「E3」；住診案件住院日為 2 月 4 日(含)以後案件分類「7」之後天免疫缺乏病毒治療藥品(醫令類別 1、X、Z) 之醫令點數加總。 (2) 後天免疫缺乏病毒治療藥品醫令代碼詳本署全球資訊網/健保服務/健保藥品與特材/健保藥品/健保藥品品項查詢/健保用藥品項/本署代辦衛生福利部疾病管制署後天免疫缺乏症候群治療藥品。
鼓勵器官移植病 確保術後追蹤照 護品質 鼓勵器官移植病 確保術後追蹤照 護品質	門診、 住診	1、移植手術個案之當次住診費用：移植手術個案係指當次手術包含下列任一項醫令——心臟移植(68035B)、肺臟移植(68037B-單側)、肺臟移植(68047B-雙側)、肝臟移植(75020B)、腎臟移植(76020B)、骨髓移植(94201B、94202B、94204B、94206B、94207B)、胰臟移植(75418B)、腸移植(73049B)。 2、器官移植捐贈手術個案之當次住診費用：捐贈手術個案係指與受贈者分開申報之當次手術包含下列任一項醫令——心臟摘取(68034B)、肺臟摘取(68038B)、屍體肝臟摘取(75021B)、活體肝臟摘取(75022B)、屍體腎臟摘取(76018B)、活體腎臟摘取(76019B)、屍體胰臟摘取(75419B)、骨髓移植-抽髓(94205B)、腸摘取(73050B)。 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

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、E1、08 且特定治療項目代號(一)至(四)為 G5 2、總額外點數=申請點數+部分負擔

附表 2

項目	部門別	定義
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、BC25394206、BC25394207、BC25394209、BC25394210、BC269422FV、BC269422FW、BC269422EW、BC269422FX、BC26985266、BC26987271、A034301209、BC28202217、BC28202221 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
住院整合照護服務試辦計畫	住診	1、醫令類別 2、X、Z 且醫令代碼為 P7201B 2、總額外點數=醫令點數加總
癌症治療品質改善計畫	門診	1、醫令類別 G 且醫令代碼為 P7701C、P7702C、P7703C、P7704C、P7705C、P7706C、P7707B、P7708B、P7709C、P7710B、P7711C、P7712C、P7713C、P7714B、P7715B 2、總額外點數=醫令點數加總
慢性傳染病照護品質計畫	門診	1、潛伏結核感染治療品質支付服務計畫：案件分類 E1、任一特定治療項目代號 EG、醫令代碼為 P7801C~P7804C 2、愛滋照護管理品質支付計畫：案件分類 E1、任一特定治療項目代號 EH、醫令代碼為 P7901C~P7904C 3、長照機構加強型結核病防治計畫：案件分類 E1、任一特定治療項目代號 EJ、醫令代碼為 P8001C~P8004C 4、總額外點數=醫令點數加總

註：各項專款專用費用均依醫院總額結算邏輯辦理。

113 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