

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 113 年第 2 次會議紀錄

時間：113 年 6 月 19 日（星期三）14 時

地點：北區業務組 8 樓禮堂

主席：林組長寶鳳

翁會長順隆

紀錄：胡嘉儒

出席人員：

張副會長達人

李委員文源

林金龍^(代)

江特別顧問銘基

陳委員文鍾

劉美君^(代)

陳秘書長旗昌

侯委員雅菁

洪委員嗣豪

吳委員家勳

陳委員秀枝

朱映愷^(代)

鄭委員貴麟

黃盈焜^(代)

楊委員宏智

吳志成^(代)

謝委員麗玲

陳委員日昌

郭靜燕^(代)

周委員勝傑

黃俊雄^(代)

邱委員獻章

黃俊卿^(代)

陳委員曾基

徐委員國芳

溫靜微^(代)

劉委員有漢

劉惠敏^(代)

王委員智弘

羅素惠^(代)

李委員順安

黃委員禹仁

張委員曜任

趙委員正芬

徐委員千剛

列席人員：(職稱敬略)

新竹馬偕紀念醫院

林劭芸

聖保祿醫院

謝志偉

為恭紀念醫院

湯佳玲

聯新國際醫院

謝泉發

怡仁綜合醫院

李詩潔

楊梅天成醫院

陸浩瑜

中壢長榮醫院	傅淑姮
仁慈醫院	王亮堯 曾綉伶
臺北榮民總醫院新竹分院	沈靜茹
苑裡李綜合醫院	郭咏臻
南門綜合醫院	宋易芸
東元綜合醫院	劉雅文 盧文婷
大千綜合醫院	羅涓華
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)

許菁菁 倪意梅 蔡秀幸 楊秀文 謝明珠 呂淑文 曹麗玲 陳韻寧 林巽音
吳煥如 鄧寶珠 林俊仰 廖佩琦 邱冠霆 胡嘉儒

壹、主席致詞(略)

貳、確認 113 年第 1 次共管會會議紀錄：確認。

參、報告事項

第一案、113 年第 1 次會議結論事項辦理情形

決定：洽悉；追蹤事項共 6 項，5 項解除列管，1 項(序號 6)因 113 年「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」及「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」專款計畫未公告，致繼續列管。

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、門診醫療費用申報占率：113 年第 1 季北區醫院門診占率 58%，各層級別門診占率分別為醫學中心 49%、區域醫院 51%、地區醫院 60%，本署將朝落實分級醫療，訂定「各層級醫院門、住診比例」原則，並列入各分區 114 年醫院總額方案規劃。

二、區域聯防：「心肌梗塞」共 9 個團隊，共執行 344 件手術，168 件符

合獎勵條件(獎勵比率 48.8%)；「重大創傷」共 8 個團隊，共執行 347 件手術，67 件符合獎勵條件(獎勵比率 19.3%)，請提升符合緊急處置案件比例。

- 三、急診管理：急診病人停留超過 24 小時比率 3.77%，高於全國(3.44%)；急診後同院住院置留急診超過 48 小時比率 7.25%，高於全國(4.39%)，請加強改善急診壅塞情形。
- 四、藥費管理：藥費成長貢獻主要為一般藥費，成長率 4.2%高於全國(1.9%)，請持續加強管理高成長貢獻及高價藥使用合理性。
- 五、推動使用生物相似藥之鼓勵試辦計畫：113 年 6 月 14 日公告，7 月 1 日實施，計畫設有處方開立獎勵(每一處方 150 點)，並於 114 年總額方案基期校正藥費差額，且藥費管理範圍排除本計畫藥品，請踴躍使用。
- 六、C 肝口服新藥：截至 113 年 5 月 20 日收案人數 611 人(全國第 5)、成長 12%；請善加利用健保雲端查詢系統 2.0 發掘潛在病患、上傳 HCV RNA 檢驗結果，另總額方案設有收案獎勵，請積極推動。
- 七、健保卡資料上傳格式 2.0：113 年 9 月 1 日起全面實施健保卡上傳格式 2.0(單軌)，截至 113 年 5 月 23 日計 22 家醫院未完成，請儘速完成改版及測試後上線。
- 八、居家醫療整合：38 群居家團隊，照護 8,848 人，成長率 2%，低於全國(3%)，請積極收案。
- 九、強化住院護理照護量能方案：「急性一般病床護理人員夜班獎勵」每月撥付時程已公告於本署全球資訊網，並請於費用年月次月 20 日前完成填報 VPN「護理人員夜班排班資料」。
- 十、在宅急症照護試辦計畫：113 年 5 月 24 日公告，7 月 1 日實施，本計畫公告 1 個月內申請參加，申請截止日為 6 月 24 日，有參加意願之醫院請儘速提出申請。收案對象為肺炎、尿路感染、軟組織感染疾病，且符合在宅照護病患，鼓勵參與計畫醫院積極收案。
- 十一、提升在地就醫獎勵：為鼓勵在地就醫，總額方案訂有 2 項獎勵指標「提升在地就醫獎勵」、「每萬人口醫人比 ≤ 10 鄉鎮市區增聘專任醫師」，113 年第 1 季投保及戶籍皆在北區且曾他區醫院就醫之醫療費

用占率 68.68%較 112 年下降 2.79%，計 68 家醫院獲得 3,349 萬點獎勵，本組將定期監控執行成效，並列入各季例行報告。

第三案、113 年第 1 季總額方案新診療項目及品質提升獎勵執行情形

決定：洽悉；新診療項目保留點數已全數分配。依據 113「醫院總額點值暨品質提升方案」肆、三、(二)品質提升獎勵點數規定，品質提升獎勵剩餘點數將依參與方案中有達「優先達成項目」目標值之 49 家，依提升獎勵點數占率重分配。

第四案、113 年第 1 季轄區醫院異常費用管理現況

決定：洽悉；113 年第 1 季執行之異常費用管理專案共計 7 項，彙整如附件 1，提供相關篩異邏輯與專業見解、適用法規等內容，請各院參考以利自主管理及正確申報。

第五案、112 年第 4 季因應新冠疫情之補助費用 1.05 億元，預計 6 月底前撥付案。

決定：洽悉。

- 一、依據「北區醫院總額共同管理委員會 112 年第 1 次臨時會議」決議，補助經費先以交付機構初核定浮動點數占轄區醫院總額浮動點數占率保留，剩餘金額以轄區 68 家醫院各季 50%初核定浮動點數占率、50%最終核定點數占率分配。
- 二、補助金額 1.05 億元，交付機構 782 家補付 6.3 萬元，68 家醫院補助金額 1.05 億元，預計 6 月底撥付補助金額。

第六案、113 年「醫院總額點值暨品質提升方案」指標項目-區域聯防合作推動之「心肌梗塞 PTCA 手術照護」及「重大創傷疾病」2 項指標文字修訂案。

決定：洽悉；113 年「醫院總額點值暨品質提升方案」指標項目「區域聯防合作推動」，為使指標操作型定義更為明確，補充計算公式及獎勵比

率之文字說明(如附件 2)，將公告於本署網站。

肆、討論事項

第一案、有關醫院跨院調閱或提供CT、MRI及PET影像及報告之獎勵機制，提請討論。

決議：

- 一、影像資源共享醫令(P2101C~P2108C)屬醫院總額一般服務之醫療費用，北區總額方案與全國做法一致歸屬醫院總額額度內醫療費用。
- 二、考量原檢查醫院因被調閱影像而產生醫療費用影響超額點數，得以個別醫院檢具具體理由向本組提出申請評估，評估後提會報告。

第二案、調整醫院總額點值暨品質提升方案中各類醫院優先達成項目其中「區域聯防合作推動及鼓勵在地就醫」之列計內容，提請討論。

決議：

- 一、113 年第 1 季轄區 10 家地區教學醫院已全數達成「優先達成項目」目標值，爰維持方案規劃必要達成項目(地教以上醫院 8 項、地區及專科醫院 4 項)。
- 二、考量品質指標必要達成項目之「區域聯防合作推動」，涉及醫院因地域性限制(病人黃金治療時間需跨至中區醫院聯防)造成無法計算該項指標，得以個別醫院檢具跨區區域聯防具體執行成果，提供本組評估該項指標達成情形，評估後提會報告。

伍、散會：下午 3 點 10 分

醫院異常費用專案推動現況彙整表

(一) 已結案

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減點數	
1	同日開立 (執行)正 子造影_ 全身 (PET, 26072B) 與電腦斷 層 (CT_3307 0B、 33071B、 33072B) 之合理性	<input type="checkbox"/> 全國 <input checked="" type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	<p>1. 相關法規: 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定, 適用於腫瘤之分期、治療及懷疑復發或再分期, 經 CT、MRI 或核子醫學掃描檢查後, 仍無法分期再執行 PET; 非腫瘤適應症_存活心肌偵測、癲癇病灶術前評估。</p> <p>2. 篩選指標: 同病患同日開立(執行)PET 全身(26072B)併報 CT(33070B、33071B、33072B)案件。</p> <p>3. 操作型定義: (1)費用區間 112/07 至 112/10; 排除代辦案件。 (2)同病人 ID、生日、以就醫日期(門診)或醫令執行起日</p>	<p>1. 應經 CT、MRI 或核子醫學掃描檢查後仍無法分期, 再執行 PET。</p> <p>2. PET 為功能性影像檢查, 不同於 CT/MRI 解剖型態檢查, 及與其他核子醫學檢查之施行目的有所區隔, 是否同時開立, 應評估病人病情、治療之急迫性及各項檢查目的</p>	<p>專業審查: 抽審併報率高於全國平均值之醫院及重點醫師, 計 7 家、70 件, 核扣 26 件、767, 825 點。</p> <p>後續管理: 針對併報件數及核減率均高之醫師, 持續列管加強審查。</p>			70	26	767, 825	767, 825 (15%)

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減點數	
			(住診)歸戶，同日 開立 PET 及 CT(醫 令類別 2 之計價醫 令)。								
2	特定藥品 應事前審 查未經事 前審查或 經事前審 查不同意 仍申報專 案	<input type="checkbox"/> 全國 <input type="checkbox"/> 自訂 <input checked="" type="checkbox"/> 他區 (台北)	1. 相關法規: 全民健康 保險藥物給付項目及 支付標準規定，返利 凝 25 毫克膜衣錠 (BC25272100, 1, 078 點)、基利克膜衣錠 100 毫克 (BC24027100, 474 點)及莫須瘤注射劑 (KC00928229, 100mg, 7, 826 點)及 (KC00928248, 500mg, 37, 801 點)等 4 項癌藥之「部分適 應症須經事前審查核 准後使用」。 2. 篩選指標: (1)樣態一：申報特定 藥品未經事前審 查。	未經報備及核 准，不得使用 該藥品	專業審查: 1. 樣態一： 抽審 10 家 醫院、39 人、195 件，核減 9 件(件數核 減率 5%)、 537, 091 點。 2. 樣態二： 抽審 1 家 醫院、5 件，核減 0 件。 後續管理: 1. 列管 2 家醫 院，113Q1 追蹤審查 16 件，核減 3 件、			216	12	644, 881	644, 881 (6.6%)

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減點數	
			<p>(2)樣態二：特定藥品經事前審查核定不同意仍申報。</p> <p>3. 操作型定義：</p> <p>(1)資料區間 111 年 5 月至 112 年 11 月，醫事類別 12、22</p> <p>(2)申報前述 4 項藥品，且 102 年至 112 年無事前審查受理紀錄或核定不予同意案件。</p> <p>(3)申報基利克膜衣錠 (BC24027100)，篩選主診斷前 3 碼為 C16、C17、C26 及 C494 與腸胃道相關診斷。</p> <p>(4)申報莫須瘤注射劑 (KC00928229 及 KC00928248)，排除主次診斷為瀰漫性巨大 B-細胞淋巴瘤(C833，不須事審)。</p>		<p>107,790 點。</p> <p>2. 持續列管 1 家醫院，如未改善則 113 年第 4 季(費用年季)回推核減。</p>						

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減點數	
3	軍人因適應疾患診斷住院專案[論人審查]	<input type="checkbox"/> 全國 <input type="checkbox"/> 自訂 <input checked="" type="checkbox"/> 他區 (南區)	<p>1. 篩選指標：主、次診斷為適應障礙症(F4320~ F4325、F4329)」、單位類目屬性志願役、軍校生、義務役等軍人。</p> <p>(1) 樣態一(頻繁跨院住院): 跨 2 家以上住院且住院天數>60 天。</p> <p>(2) 樣態二(超長住院天數): 同院住院天數>40 天。</p> <p>(3) 樣態三(輕病住院): 住院基本診療(病房費+診察費)費用占率>60%。</p> <p>3. 操作型定義: 費用區間 111/5 至 112/06, 排除代辦案件。</p>	依病歷記載, 前次出院已症狀穩定, 病患再住院, 病歷上無明顯醫療需求, 屬輕病住院。	專業審查: 抽審 3 家醫院、22 件, 核減 1 家、4 件, 件數核減率 22%、188,547 點。			22	4	188,547	188,547 (9%)

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減點數	
4	CT/MRI 急診加成不符規定核扣(自清)/(行政逕扣)	<input type="checkbox"/> 全國 <input checked="" type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	<p>1. 相關法規:全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二章通則五及全民健康保險醫療費用審查注意事項急診審查原則:略以...急診病人因緊急傷病必須立即檢查時,得按支付標準所訂點數加算 20%;放射線診療之檢查醫囑時間至報告記載以 3 小時內為限。</p> <p>2. 篩選指標:申報 CT(醫令代碼 33070B、33071B、33072B)及 MRI(醫令代碼 33084B、33085B)之報告日時減醫囑日時大於 3 小時。</p> <p>3. 操作型定義:費用年月 11110-11209。</p>	CT/MRI 急診加成不符規定(報告日時減醫囑日時大於 3 小時)。	<p>1. 函請轄區 26 家醫院計 11,035 件自行清查,倘醫院反映行政困難無法全數自清,則以抽樣審查方式回推核減。</p> <p>2. 全數自清:共 8 家追扣 647,502 點。</p> <p>3. 部分自清全數審查:共 10 家追扣 5 家,自清 1,111,071 點(均為自清點數,審查無核扣)。</p>	1,944	1,758,573	769	9	115,354	1,873,927 (20%)

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減點數	
					4. 另抽審後 回推：共 8 家追扣 2 家 115,354 點。						
5	住院高價 抗生素未 進行藥物 敏感試驗 審查合理 性	<input type="checkbox"/> 全國 <input type="checkbox"/> 自訂 <input checked="" type="checkbox"/> 他區 (南區)	<p>1. 相關法規:依藥品給付規定 10.1 抗微生物劑用藥給付規定通則 6: 醫師得按病情及診斷於進行微生物培養及藥物敏感試驗後直接使用第一線以外抗微生物製劑。</p> <p>2. 篩選指標:住院高價抗生素申報件數>50 件未進行藥物敏感試驗比率高於北區值之醫院</p> <p>3. 操作型定義: (1)費用年月 112 年 1 月至 113 年 1 月 (2)支付單價>400 元，且經審查醫師建議管理之 14 項抗生素(醫令代碼:BC27156100、</p>	專業審查核減理由前 3 大為「抗生素未依敏感試驗結果變更適當藥品」、「無培養報告支持使用後線抗生素」及「培養報告未顯示對其他抗微生物製劑均具抗藥性」	<p>專業審查:</p> <p>1. 抽審 9 家醫院、92 件，核減 51 件、2,427,429 點，件數核減 55%。</p> <p>2. 續追蹤篩選使用後線抗生素藥費占率較高之醫院進行管理。</p>			92	51	2,427,429	2,427,429 (12%)

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減點數	
			BC23181100、 BC27705214、 BC27087210、 BC26611280、 BC24565277、 AB57783248、 BC24443248、 AC59855248、 AC61092248、 AC60447255、 AC59221266、 BC27354266、 BC23186266) (3)排除當次住院曾入 住加護病房案件， 及3個月內曾執行 藥敏試驗分類(醫 令代碼 13009C、 13010C、13011C、 13020C、13021B、 13022B)案件。								

(二) 辦理中

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查意見	現況 (管理措施)	自清		專業審查			合計核減點數 (點數核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減 點數	
6	112年白內障手術回溯審查(專審)	<input type="checkbox"/> 全國 <input checked="" type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	<p>1. 相關法規:因應支付標準自 111 年 3 月起修訂，醫師每月門住診執行白內障手術第 41 例起，由事前審查改為事前登錄，須至 VPN「白內障手術個案登錄系統」，取得「登錄完成序號」，於申報時填列此序號方得支付，爰啟動監測白內障手術品質審查。</p> <p>2. 篩選指標： (1)白內障手術併報微創玻璃體切除術合理性 (2)白內障手術每月申報大於 40 例醫師</p> <p>3. 操作型定義：資料區間 112 年度、門住診申報白內障手術醫令(86006C、86007C、86008C、86011C、86012C、86414B、86415B)之案件</p>		<p>專業審查： 刻正辦理回溯性審查中，計抽審 9 家醫院、236 件。</p>			236			辦理中

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查意見	現況 (管理措施)	自清		專業審查			合計核減點數 (點數核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減 點數	
7	執行尿失禁電刺激治療(47087C)未先施作棉墊試驗(30519C)、壓力尿流速圖(21011C)或錄影尿流動力學(21006B)	<input type="checkbox"/> 全國 <input type="checkbox"/> 自訂 <input checked="" type="checkbox"/> 他區 (台北)	<p>1. 相關法規:「全民健康保險醫療費用審查注意事項」規定:尿失禁電刺激治療(47087C)需經診斷為尿失禁後,方可採行。「棉墊試驗(30519C)」、「壓力尿流速圖(21011C)」或「錄影尿流動力學(21006B)」等檢查項目為診斷依據,並應檢附檢查結果。</p> <p>2. 篩選指標:申報尿失禁電刺激治療(47087C),且2年內(110-112年間)未先施作棉墊試驗(30519C)、壓力尿流速圖(21011C)或錄影尿流動力學(21006B)。</p> <p>3. 操作型定義:費用區間112年1月至12月,門住診案件,排除代辦案件。</p>		<p>專業審查: 抽審申報47087C未施作30519C、21011C或21006B案件比率高之醫院,計3家醫院、305件,刻正辦理審查中。</p>			305			辦理中

修訂後 113 年區域聯防合作推動、操作型定義及獎勵方式

指標項目	操作型定義		獎勵方式【註 5】			修訂重點
			計算公式	結果	獎勵比率	
區域聯防合作推動【地區、專科醫院獎勵比率加權】	1. 心肌梗塞 PTCA 手術照護 (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)。 醫令代碼 中文名稱 33076B 經皮冠狀動脈擴張術—一條血管 33077B 經皮冠狀動脈擴張術—二條血管 33078B 經皮冠狀動脈擴張術—三條血管 P4601B 急性心肌梗塞照護獎勵 (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	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 <u>(X+Y 中 VPN 登錄個案數)</u> W1=術後分母中死亡人數/ <u>符合主診斷碼及執行手術個案</u> R=轉出接受手術個案數 W2=分母中存活個	<u>W1 ≤ 8.3%</u> <u>依 111/10 至 112/09 全國平均值(8.3%)、北區平均值(8.9%)</u> <u>取低者設定</u>	(一)主責醫院核定當季 150,000+ <u>基本獎勵</u> (X*20,000+Y*30,000+Z*3,000+P*1,000)+ <u>加成獎勵</u> (X+Y)*5,000 主責醫院核定次季起 50,000+ <u>基本獎勵</u> (X*20,000+Y*30,000+Z*3,000+P*1,000)+ <u>加成獎勵</u> (X+Y)*5,000 (二)合作醫院 <u>基本獎勵</u> (X*20,000+Y*30,000+Z*3,000+P*1,000) + <u>加成獎勵</u> (X+Y)*5,000	1. P=個案管理費之個案數(X+Y 中 VPN 登錄個案數)及轉出醫院獎勵分層表示：補充說明計算公式及獎勵比率。 2. W1=術後分母中死亡人數/符合主診斷碼及執行手術個案：指標原本設定目的為全面監測轄區因該疾病手術個案之死亡率並訂定目標值，為符合原定義計算方式，修正文字說明。	
			<u>W1 > 8.3%</u>	(一)主責醫院核定當季 150,000+ <u>基本獎勵</u> (X*20,000+Y*30,000+Z*3,000+P*1,000) 主責醫院核定次季起 50,000+ <u>基本獎勵</u> (X*20,000+Y*30,000+Z*3,000+P*1,000) (二)合作醫院 <u>基本獎勵</u> (X*20,000+Y*30,000+Z*3,000+P*1,000)		
			<u>W2 ≥ 89.4%</u> <u>依 111/10 至 112/09 全國平均值(89.4%)及北區平均值(87.5%)</u> <u>取高者設定</u>	<u>基本獎勵</u> (R*10,000)+ <u>加成獎勵</u> (R*3,000)		

指標項目	操作型定義	獎勵方式【註5】			修訂重點
		計算公式	結果	獎勵比率	
	<p>「出院日期」之該筆案件之「費用年月」為獎勵月份。</p> <p>(四)團隊開辦費：以計畫核定公文日期當季起計算</p> <p>(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。</p> <p>(六)主責醫院：指負責整合建立區域聯防團隊並依附件1格式提報計畫書之醫院。</p> <p>(七)收治醫院：指申報手術之醫院。</p> <p>(八)轉出醫院：指收治醫</p>	案數/R	<u>W2 <89.4%</u>	<u>基本獎勵=R*10,000</u>	

指標項目	操作型定義	獎勵方式【註5】			修訂重點
		計算公式	結果	獎勵比率	
	<p>院申報之轉入院所。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(十二)個案管理費：指完成個案資料登錄及申報P4601B。</p>				
2. 重大創傷	<p>(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。</p>	<p>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。</p> <p>X=自行收治個案數 Y=他院轉入個案數</p>	<p>$W1 \leq 9.5\%$</p> <p><u>依111/10至112/09全國平均值(10%)、北區平均值(9.5%)取低者設定</u></p>	<p>(一)主責醫院核定當季 150,000+<u>基本獎勵</u>(X*20,000+Y*30,000+Z*3,000+P*1,000)+<u>加成獎勵</u>(X+Y)*5,000</p> <p>主責醫院核定次季起 50,000+<u>基本獎勵</u>(X*20,000+Y*30,000+Z*3,000+P*1,000)+<u>加成獎勵</u>(X+Y)*5,000</p>	

指標項目	操作型定義	獎勵方式【註5】			修訂重點
		計算公式	結果	獎勵比率	
	<p>核定公文日期當季起計算。</p> <p>(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。</p> <p>(六)主責醫院：指負責整合建立區域聯防團隊並依附件格式提報計畫書之醫院。</p> <p>(七)收治醫院：指申報手術之醫院。</p> <p>(八)轉出醫院：指收治醫院申報之轉入院所。</p> <p>(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日(含)內死亡之人數。</p> <p>(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</p>	案數/R	<u>W2 < 83.4%</u>	<u>基本獎勵 = R * 10,000</u>	

指標項目	操作型定義	獎勵方式【註5】			修訂重點
		計算公式	結果	獎勵比率	
	<p>(十一)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。</p> <p>(十二)個案管理費：指完成個案資料登錄及申報 P4612B 或 P4613B。</p>				

