

# 113 年全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈 取栓術病人跨院合作照護計畫問答輯【醫院版】

## 壹、醫院資格及申報作業

Q	A
<p>1. 計畫年度執行期間，新設醫院或非合作團隊內醫院得否事後加入團隊？非合作團隊內醫院，倘遇此兩類疾病個案就醫，得否申報計畫相關獎勵費 P 碼，如轉出醫院獎勵費？非主責醫院是否能參加多個團隊？</p>	<p>1. 計畫目的係為建立急重症區域聯防網絡，若非合作團隊內醫院可申請健保診療項目相關醫令代碼，惟不得申報本計畫之獎勵費。</p> <p>2. 主責醫院檢送之申請書經分區業務組核定後，若執行期間有醫院欲加入計畫，須以正式公文事先向分區業務組進行異動申請，新加入團隊之醫院經分區業務組核定後始能執行本計畫。</p> <p>3. 本計畫以加入一個照護團隊為原則，惟考量醫院地域性及合作模式，得加入不同團隊。</p>
<p>2. 本計畫主動脈剝離收案條件(診斷碼 I71.00-I71.03)與「急診品質提升方案(主動脈剝離需緊急開刀)」之收案條件(診斷別 I71.00-I71.03、I71.1、I71.3、I71.8、I71.5)不完全相同，惟跨院合作執行費不得重複申報，是否有相關檢核機制？如：申報本計畫「跨院合作執行費」獎勵 P 碼之任一主次診斷碼為 I71.00-I71.03。</p>	<p>1. 同一個案於本計畫獎勵項目(P8204B-P8206B 及 P8207B)與「全民健康保險急診品質提升方案(急診重大傷病品質照護-主動脈剝離需緊急開刀且存活出院個案申報 P4621B-P4623B)請擇一申報，重複申報者不予支付。</p> <p>2. 另急診品質提升方案所列轉診品質獎勵皆不得與本計畫之「跨院合作執行費獎勵」任一醫令重複申報。</p>
<p>3. 腦中風病人收案條件為【主或次診斷】若評估後為 TIA(短暫性腦缺血)或 ICH(腦出血)因主診斷不符但次診斷符合，此情況也能申報 P8202B 嗎？</p>	<p>經醫師專業評估符合任一主或次診斷碼條件者，即符合收案條件。惟申報 P8202B 者除主或次診斷外，亦須執行 33143B「急性缺血性腦中風機械取栓術」之病人，才能申報。</p>
<p>4. 計畫中的 P 碼應該都是要等到合作團隊經分區業務組核定後才可以開始申報？申報本計畫相關醫令是否計算部分負擔？</p>	<p>1. 計畫自 113 年 7 月 1 日起實施，故團隊經分區業務組首次核定後，費用申報可追溯自 113 年 7 月 1 日。</p> <p>2. 有關計算部分負擔之法源係依全民健康保險法第 43 條第 1 項及第 47 條規定辦理：門診醫療費用採定額、住診醫療費用採定率收取部分</p>

## 113 年全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈 取栓術病人跨院合作照護計畫問答輯【醫院版】

Q	A
	<p>負擔費用，另本計畫規範如下：</p> <p>(1) 住診：醫令類別為 G 或 K-不列計醫療點數費用合計欄位項目，得不列入醫療費用中收取部分負擔費用。</p> <p>(2) 門診：醫令類別為 2，門診收取定額部分負擔，爰增報本案 P 碼不影響部分負擔金額。</p>
<p>5. P8203B 二十四小時急性缺血性腦中風整合治療評估費，是否會檢核「發作後 24 小時內到院前進行評估」，如何檢核？或以抽審方式檢視其病歷及申報適當性？另「二十四小時急性缺血性腦中風整合治療評估費」(P8203B)評估細項、評估深度程度？「不同治療藥物適應症與禁忌症之評估、轉診評估、神經外科介入之可能性討論？是否有學會公版評估表樣式或由醫院自行制定？</p>	<p>1. 有關本計畫相關之時間檢核，皆會訂定檢核邏輯進行時間差之計算，請醫院確實填報各項醫令「執行起迄時間」欄位。</p> <p>2. 請依病人病情需要，由臨床專業評估提供適當醫療評估、檢查與治療，並將診治內容與結果記載於病歷中備查。</p> <p>3. 另有關 NIHSS 分數填報，請申報虛擬醫令(NIHSS)，醫令類別填報 G，「藥品批號」填報 NIHSS 評估分數(值應介於 0-42 分之間)。</p>
<p>6. 不符合 rt-PA、EVT 資格者可申報 P8203B，因中風嚴重度(NIHSS)分數太低(很多&lt;4 分)，或拒絕接受治療也可以申報嗎？</p>	<p>本評估費經醫師評估後不符合施作 IVT 或 EVT 者，得依計畫規範申報，不侷限 NIHSS 分數之高低。若病人經過完整評估後卻拒絕接受治療，執行評估之醫院仍可以申報，並依規定檢附相關紀錄於病歷備查。</p>
<p>7. 自行收治病人(指未經跨院合作轉診)的個案，是否也能申報 P8201B、P8202B？是主責醫院申報？或是收治醫院申報？</p>	<p>自行收治病人之醫院應負有病人出院後追蹤管理責任，須完成 VPN 登錄病人相關資訊(如出院後是否轉介至機構、長照服務，腦中風病人須另填報 mRS 分數)，以申報本計畫之個案管理費獎勵。</p>

## 113 年全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈 取栓術病人跨院合作照護計畫問答輯【醫院版】

Q	A														
<p>8. 臨床上，一個病人可能於 A 醫院評估後未做 IVT，而轉至 B 醫院，B 醫院後續再做 EVT 評估亦不合適執行，因兩院兩位醫師皆有執行評估，請問 A 院與 B 院是否均可申報 1 次二十四小時急性缺血性腦中風整合治療評估費(P8203B)?</p>	<p>A 醫院評估結果應於轉院時交付 B 醫院，若 B 醫院有治療需要而加作 1 次 NIHSS，應於病歷備載，並將病歷送健保署進行書面審查認定其必要性。</p>														
<p>9. P8208B、P8209B 由轉出院所申報，轉出醫院如何知道轉入醫院是否有執行 33143B？</p>	<p>轉出醫院申報左述 P 碼，醫令類別填報「G」，支付點數填報 0，每季由保險人勾稽申報資料後統一補付費用。</p>														
<p>10. 出院時 mRS 分數該如何填列？</p>	<p>「出院時 mRS 分數」欄位請比照 Tw-DRGs 模式，於申報時於<u>次診斷</u>填報虛擬代碼 I60000-I600005，並填報 mRS 分數。</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="padding: 5px;">虛擬代碼</th> <th style="padding: 5px;">對應之 mRS 分數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">I600000</td> <td style="padding: 5px;">0(完全無症狀)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">I600001</td> <td style="padding: 5px;">1(有症狀但無明顯功能障礙)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">I600002</td> <td style="padding: 5px;">2(輕度失能)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">I600003</td> <td style="padding: 5px;">3(中度失能)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">I600004</td> <td style="padding: 5px;">4(中重度失能)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">I600005</td> <td style="padding: 5px;">5(重度失能)</td> </tr> </tbody> </table>	虛擬代碼	對應之 mRS 分數	I600000	0(完全無症狀)	I600001	1(有症狀但無明顯功能障礙)	I600002	2(輕度失能)	I600003	3(中度失能)	I600004	4(中重度失能)	I600005	5(重度失能)
虛擬代碼	對應之 mRS 分數														
I600000	0(完全無症狀)														
I600001	1(有症狀但無明顯功能障礙)														
I600002	2(輕度失能)														
I600003	3(中度失能)														
I600004	4(中重度失能)														
I600005	5(重度失能)														
<p>11. 本計畫與急診品質提升方案重複申報之認定：</p> <p>(1) 除計畫所列不得併報項目外，急診品質提升方案仍有其他相同獎勵性質之醫令，如 P4603B、P4624B，能否併同申報？</p> <p>(2) 若轉出醫院於 6 月 30 日轉出、接受轉入醫院於 7 月 1 日接收病人並執行相關手術，是否符合本計</p>	<p>(1) 相同獎勵性質之醫令，皆不能重複申報。</p> <p>(2) 考量計畫自 113 年 7 月 1 日實施，轉出醫院可依當下之支付標準或計畫(方案)獎勵項目進行申報，以本案例為例，僅接受轉入醫院符合本</p>														

## 113 年全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈 取栓術病人跨院合作照護計畫問答輯【醫院版】

Q	A
<p>畫獎勵條件？</p> <p>(3)若轉出醫院及接受轉入醫院各自申報急診品質提升方案和本計畫獎勵醫令項目，是否符合獎勵條件？</p>	<p>計畫獎勵條件。</p> <p>(3)考量醫院已投入相關人力、時間診治病人，本署尊重醫院的申報方式，結算獎勵金時若完成各該方案(計畫)之規範，將在不重複支付之原則下從寬認定。</p>

### 貳、照護獎勵及指標項目

Q	A
<p>12.病人最後一次正常時間的定義為何？</p>	<p>病人最後一次正常時間係指最後一次看到病人正常的時間，用以推估發作時間，如：昨天晚上 10 點睡覺時還未發病，今天早上 8 點起床時出現單側肢體異常，最後一次正常時間即為 10 小時前。</p>
<p>13.請問失能評估量表(mRS)之分數達失能標準之定義(分數)為何？死亡是否列計為失能？</p>	<p>經徵詢台灣腦中風學會有關 mRS 達失能標準之定義如下： 2 分為輕度失能、3 分為中度失能、4 分為中重度失能、5 分為重度失能、6 分為死亡，惟失能率之計算係了解病人出院後續轉銜至其他機構進行照護之情形，故失能率之分母、分子皆會排除死亡病人數。</p>
<p>14.指標之時間定義：</p> <p>(1)病人抵達第一間醫院後，4 小時內轉診至轉入醫院→是指至轉入醫院之急診或開刀房？</p> <p>(2)「入院至接受取栓手術之時間」，係擷取手術醫令之[醫令執行起迄]時間，是指進入開刀房或開始麻醉時間或下刀的時間？</p> <p>(3)進入醫院(急診)時間：是檢傷取號時間或急診掛號登錄時間？</p>	<p>(1) 4 小時內轉診至轉入醫院，係指病人進入急診之時間。</p> <p>(2) 入院至接受取栓手術之時間，係以病人進入急診到取栓的時間(Door to puncture time)認定，爰「醫令執行-起」以取栓下針時間認定。</p> <p>(3) 以病人到急診室檢傷分類時間起算，若掛號時間較檢傷分類時間早，亦得以掛號時間當為起算時間。</p>

## 113 年全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈 取栓術病人跨院合作照護計畫問答輯【醫院版】

Q	A
15.若病人因故未於發病後 90 天回診(如:第 100 天回診評估),如何填報發病後 90 天之 mRS 分數?醫院若未於個案發病後 90 天再評估,登載 mRS 分數於 VPN,是否有相關提醒或檢核機制?	本署已規劃 VPN 畫面,收治醫院可進行單筆或批次上傳作業,若醫院未完整登載 VPN 致系統自動結案(結案條件:系統擷取醫院申報日+90 天),後續將追扣個案管理費。