

衛生福利部中央健康保險署北區業務組
114年「醫院前瞻式預算分區共管方式」

壹、目的

- 一、強化醫院財務明確可控性、降低事後攤扣連動之不穩定性。
- 二、加強醫院自主費用管控，保障醫院合理費用成長，落實總額風險分攤比例原則，兼顧醫療服務品質提升目標。

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 114 年第 1 次『醫院總額共同管理委員會』臨時會議決議辦理。

參、實施期間及申請程序

- 一、實施期間：114 年 1 月（費用月）至 114 年 12 月（費用月）止。
- 二、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。
 - (一) 一般醫院：設立時間 3 年以上(第 13 季起)醫院。
 - (二) 新設醫院：設立時間 3 年以內醫院。

肆、方案內一般服務點數

- 一、涵蓋範圍：
 - (一) 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)。
 - (二) 當季門、住診送核、補報、追扣、補付及其他未明列於排除範圍事項。
- 二、排除範圍：專款專用、其他總額部門及代辦業務之費用（操作型定義詳附表 1、附表 2，依健保會協定公告之年度總額預算分配架構辦理）。
- 三、基期計算：
 - (一) 當期為 114 年各結算季之當季費用年月一般服務點數。
 - (二) 一般醫院基期為「113 年同結算季之校正後一般服務收入(元)」、新設醫院第 4~12 季基期為「最近一季結算校正後一般服務收入(元)」。

年(第 13~16 季)以最近一季結算(第 11 季)為基期。第 5 年起回歸一般醫院採去年同期。

當期	一般醫院基期	新設醫院基期
114Q1	113Q1 結算之一般服務收入	最近一季(113Q3)結算並校正生物相似藥藥費差額後之一般服務收入
114Q2	113Q2 結算之一般服務收入	最近一季(113Q4)結算並校正生物相似藥藥費差額後之一般服務收入
114Q3	113Q3 結算並校正生物相似藥藥費差額後之一般服務收入	最近一季(114Q1)結算並校正生物相似藥藥費差額後之一般服務收入
114Q4	113Q4 結算並校正生物相似藥藥費差額後之一般服務收入	最近一季(114Q2)結算並校正生物相似藥藥費差額後之一般服務收入

註:113 年 7 月起各季生物相似藥藥費差額:依「全民健康保險推動使用生物相似藥之鼓勵試辦計畫」之「藥費差額回饋點數定義」計算。

伍、 預算校正投保人口預估成長率差值後之預算保留項目：

- 一、 額度校正：釋出處方依當期點數保留，自墊核退、申復爭審以及過季費用追扣補付等項目，依基期點數保留。
- 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，依當季較基期新增診療項目分配，分配不足比例限縮，如有剩餘則至超額分階折付分配。

陸、 核付方式

- 一、 基期收入內點數(0 階)以 1 點 1 元計算。惟有不適當轉診或減損重症病人權益之醫院，不予保障基期收入，改以當期預估平均點值計算且不高於 0.95。
- 二、 特定排除列計項目：含剛性保障項目、品質提升指標、新診療項目及移轉風險調校機制，計算各院當季一般服務超額分階折付點數前，先予排除列計予以保障給付，本階段總給付不得超過各院『當期一般服務點數-基期收入(0 階)』之差值。

(一) 剛性保障項目：

- 1、生產案件：當期生產人數>基期生產人數之醫院。

(1) 給付費用=基期各院生產案件每人實收金額×(當期生產人數-基期生產人數)

(2) 基期生產案件每人實收金額=
$$\frac{\text{基期住診實際收入} \times \frac{\text{生產案件點數}}{\text{住診整體案件一般服務點數}}}{\text{基期生產人數}}$$

(3) 生產住院案件定義：醫事類別 22(住院)、案件分類排除 A1、A2、A3

、A4、AZ、B1、C1、C4、C5、DZ、7、給付類別 6、7、部分負擔代碼：002。

2、精神科住院案件：當期精神科住院人日>基期精神科住院人日之醫院。

(1) 給付費用=基期各院精神科住院每人日實收金額×(當期精神科住院人日-基期精神科住院人日)。

(2) 基期精神科住院每人日實收金額=
$$\frac{\text{基期住診實際收入} \times \frac{\text{精神科住診案件點數}}{\text{住診整體案件一般服務點數}}}{\text{基期精神科住院人日}}$$

(3) 精神科住院案件定義：醫事類別 22(住院)、案件分類排除 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、C5、DZ、7、就醫科別：13

3、6歲以下兒童特定住院照護案件：符合下列(1)(2)(3)項目案件，當期費用>基期費用之醫院，給付費用=當期一般服務點數超出基期之差額×基期北區醫院總額平均點值。

(1) 6歲以下急診轉住院且急性病床住院日數≤10天案件。

(2) 體重低於1499公克之極端未熟兒與早產兒：主診斷或次診斷1或次診斷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)

(3) 1歲以下幼兒及新生兒呼吸疾病：主診斷或次診斷1或次診斷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(主診斷或次診1或次診2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)。

4、急診、重症、癌症及罕病照護案件(操作型定義詳附件1)：

(1) 相關案件當期費用>基期費用之醫院。

(2) 上限為當季可運用額度0.6%以當季可運用額度0.8%保留，如有剩餘則至超額分階折付分配，分配不足則等比例限縮，若等比例限縮致點值低於0.75則以超額分階折付(階1)點值0.75給付。給付費用=各項目當期一般服務點數超出基期之差額×基期北區醫院總額平均點值。

(二) 品質提升指標：

1、上限為當季可運用額度0.9%，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。分配不足等比例限縮，如有剩餘則至超額分階折付分配。

2、計算範圍：採當季費用申報資料計算品質指標項目、操作型定義請詳附件2。

3、品質提升獎勵點數：品質提升獎勵比率×基期一般服務收入+品質提升獎勵加計點數。

(三) 新診療項目：依該年度總額協商新增醫療服務項目計算當季新增加之診療項目點數，114年起新增診療項目以連續反映4季處理，分配不足依比例限縮，如有剩餘以113年秘書處提報無替代之新特材(3項)進行分配，若仍有剩餘則至超額分階折付分配。

(四) 移轉風險調校機制：實施本計畫第一年，第1、2季以各院基期收入加計1.5%作為移轉風險調校點數，並暫定執行2季(114Q1、114Q2)、第3、4季以各院基期收入加計1%作為移轉風險調校點數。

三、超額分階折付

(一) 超額點數=當期一般服務點數-基期收入(0階)-特定排除列計項目，小於0者以0計。

(二) 超額成長率=超額點數÷基期收入。

(三) 合理成長率計算方式：指標項目之操作型定義詳附件3。

1、門診指標成長率=門診人數成長率×75%+醫師人數成長率×20%+看診醫師人數成長率×5%。

2、住院指標成長率=住院人數成長率×870%+護理人數成長率×20%+CMI成長率10%(排除Tw-DRGs小於20件醫院)。

3、各項成長率指標值，倘北區值為負成長，則皆改採各院值-北區值做為該項指標採計之成長率。各指標值最高採計至10%、最低採計至-5%

4、門住合計成長率=門診指標成長率×(1-基期住診占率)+住院指標成長率×基期住診占率。

5、指標加權成長率=門住合計成長率+當年度公告醫療服務成本及人口因素成長率(4.344%)。

6、階1上限及階2、3級距依醫院整體費用成長率之連動規則：

(1) [0階+超額]較基期一般收入成長率(Y)：為排除交付費用、自墊核退、之前季別核付金額及特定排除列計項目費用後，相較基期一般收入之成長率。

(2) 各院合理成長率(A)：為該院指標加權成長率與階1上限值(Y)取小值，若<0則以0計。符合擴增病床醫院者(資格詳附件4)，合理成長率加成10%。

(3) 階2、階3的級距為3%。

調整項目	[0 階+超額]較基期一般收入成長率(Y)	
	$Y \leq 2.5\%$	$Y > 2.5\%$
階 1 上限	2.5%	Y
階 2、3 級距	3.0%	3.0%

7、醫院超額成長率落在 0% ~ A、A ~ A+3%、A+3% ~ A+6%、>A+6% 區間之階 1、階 2、階 3、階 4 點數，分別以 0.75 元/點、0.5 元/點、0.25 元/點、0 元/點給付。

四、超額分階折付調整及最終核定：

(一) 超額分階折付額度(B)=當季可使用額度-基期收入(0 階)-特定排除列計項目點數。其中**基期(季)實收 $\leq 5,000$ 萬之醫院**，先行保留個別醫院相較自身基期之結餘額度，作為「小型醫院費用波動」調控機制預算。

(二) 超額分階折付總金額(C)= Σ 醫院階 1、階 2、階 3、階 4 點數依點值 0.75、0.5、0.25、0 給付之總金額。

(三) $B > C$ ：意即預估預算剩餘

1、上調各階給付點值：若階 1、階 2、階 3 給付點值上調至 0.95、0.65、0.4 仍有剩餘預算，將續依階 1、階 2、階 3 的順序增加點值 0.05，直到預算用完，惟階 1、階 2、階 3 點值最多上調至 1，階 4 點值仍維持 0。

由左至右依序上調	階 1	階 2	階 3	階 1	階 2	階 3	階 1	階 2	階 3
點值上限	0.8	0.55	0.3	0.85	0.6	0.35	0.9	0.65	0.4

2、如上調至階 1 - 0.8、階 2 - 0.52 已將差距額度用完，則各階給付點值為 0.8、0.52、0.25、0。

(四) $B < C$ ：意即預估預算不足：

1、下修各階給付點值：階 1、階 2、階 3、階 4 給付點值最多下修至 0.70、0.40、0.15、0，經調整後差距仍無法彌平將不再下修，超額支付點數將於點值反映。

由左至右依序下修	階 3	階 2	階 1	階 3	階 2
點值下限	0.2	0.45	0.7	0.15	0.4

(五) 為維持本方案財務保障措施及穩定轄區點值，若預估點值低於 0.98 則同步限縮分階折付點數。

(六) 最終核定點數：基期一般服務收入+特定排除列計項目點數(含剛性保障、品質提升點數、新診療項目、移轉風險調校點數)+超額分階折付點數

，且不超過當季初核定點數。

五、「小型醫院(基期季實收 $\leq$ 5,000 萬)費用波動」調控：以所有小型醫院基期之結餘額度，經計算各院核付點值後，針對點值未達 0.9 者，補付其點值至 0.9，分配不足等比例限縮、倘剩餘則回歸點值。

六、醫療服務費用管控

(一) 藥費管理(藥費定義詳附件 5)

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、抗毒蛇血清注射劑及生物相似藥鼓勵試辦計畫之生物相似藥品藥費，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：114 年醫院總額成長率 **6.237%**、Z：藥費占率成長百分點。

註 2：114 年基期：藥費成長率及藥費占率成長百分點以 113 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)。

(3) 當季釋出處方一般藥費成長率大於 7%醫院，其超出 7%之釋出處方藥費點數予以核減 10%，並執行 2 季後滾動式檢討。

(二) 呼吸照護費用管理：以每季最近 3 個月呼吸照護申報點數較去年同期成長率、超長期(累計使用呼吸器 > 500 日)費用占率訂定抽審比率，呼吸照護費用正成長醫院得配合其近一季醫療品質指標執行結果減審。採立意抽樣審查超長期住院及 ICU 案件，依樣本月專審結果回推非樣本月核付；逐季檢視呼吸照護費用成長情形，滾動式檢討調整抽審比率或恢復目標點數管理。操作定義及抽審比率詳附件 6。

(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 7。

七、抽樣審查作業原則：為確保醫療專業品質，視醫院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) 為維護申報資料之正確及完整，醫院應按月依實際發生費用申報，不得自行減量申報。

(二) 參與方案期間採減量抽審作業，未參與方案醫院(新設醫院 1-3 季)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

(三) 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。

(四) 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)，或註銷醫療費用申報自行清查之異常案件者，應於每季季後次月底前完成，逾期將不重新計算，未核定前併入核定作業中核算、已核定者逕予追扣、補付。

(五) 除全國專案另有規定外，屬醫院總額門住診之範圍費用(不含洗腎總額範

圍費用)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。

- (六) 核定結果未超過基期上限(基期收入 0 階+特定排除列計項目點數)得進行各類核減案件之申復、爭審，如已核付至基期上限，則不論其申復或爭審結果，均不再補付費用，另屬藥費管理核減、復健管理項目核減可申復、不可爭審。
- (七) 核定結果屬超額分階折付醫院，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。
- (八) 申請集團醫院合併核定及額度流用原則：
1. 114 年以前已適用合併核定集團醫院延續，自 114 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. 流用額度以集團合計之基期收入(0 階)+特定項目點數 1%為限。

急、重症、癌照護操作型定義

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	急診轉住院案件申報急診診察費及護理費代碼 00201B、00202B、 00248B、00249B (114 年 5 月起)01047B 及 01048B 之點數計算。

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-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、 I67.850、I67.858、I67.89 、I67.9、I68.0、I68.8、 P91.821-P91.829 ，且部分負擔代碼為"001"或"011"。
急性心肌梗塞	住診：主診斷 ICD-10-CM 為 I21-I22、 I5A 或 R09.89 且執行 PrimaryPCI 醫令代碼為 18020B、18021B、18022B、33076B、33077B、33078B 之醫令點數案件之申請點數+部分負擔(114Q3 起生效)
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。
重大創傷 (114Q3 起生效)	符合下列條件[醫事類別：22(住診)、案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C4、C5、DZ]且部分負擔代碼=001 案件之申請點數+部分負擔： 1. 符合下列主診斷碼且重大傷病卡類別為12(ISS≥16)者：

	<u>(1) T07.XXXA</u> <u>(2) S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79(前述第7位碼皆須為"A")</u> <u>(3) S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92(前述第7位碼皆須為"A"或"B")</u> <u>(4) S52、S72、S82(前述第7位碼皆須為"A"或"B"或"C")</u> <u>2. 體表面積>20%之重大燒傷，主診斷為：T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA</u>
<u>主動脈剝離</u> <u>(114Q3 起生效)</u>	<u>符合下列條件案件之申請點數+部分負擔：</u> <u>1. 醫事類別：22(住診)</u> <u>2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ</u> <u>ICD10-CM 且主診斷為 I7100-I7103 且執行 stent 及置換醫</u> <u>令代碼為68043B、69023B、69024B、69027B、69035B、</u> <u>69036B、69037B者</u>

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。

114 年品質提升獎勵指標項目

附件 2

【共 25 項(含加分指標 5 項)，合計獎勵比率 1.6%、減項比率 0.3%，總計 1.3%】

編號	指標項目	獎勵方式																									
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值	獎勵/ 扣減 比率																							
1	安寧療護推動-服務人數成長率及死亡前安寧利用與在宅善終率	1. 安寧照護服務人數成長貢獻度 操作型定義： (1) 安寧照護服務：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 且申報安寧居家訪視費醫令)。 (2) 服務人數採院所+ID 歸戶(醫院含附設居護所) 計算公式： X=當季安寧照護服務人數 Y=去年同期值 Z=正成長人數 X-Y。 P=成長貢獻度 Z/ΣZ。 目標值： <table><tr><td>層級別</td><td>醫中</td><td>區域</td><td>地區</td></tr><tr><td>P90</td><td>904</td><td>351</td><td>61</td></tr></table> 2. 死亡前安寧利用與在宅善終率 A.死亡前 1 年接受安寧照護人數比率 操作型定義：	層級別	醫中	區域	地區	P90	904	351	61	<table><tr><td>項目</td><td>目標值</td><td>獎勵比率</td></tr><tr><td rowspan="2">安寧照護服務人數成長貢獻度</td><td>P≥5%或 X≥全國同儕P90</td><td>0.1%</td></tr><tr><td>X>Y</td><td>0.05%</td></tr><tr><td rowspan="3">死亡前安寧利用與在宅善終率</td><td>C>S 且 F≥80%</td><td>0.1%</td></tr><tr><td>C>S 且 80%>F≥66%或 F>F1</td><td>0.075%</td></tr><tr><td>C>S 或 F≥80%</td><td>0.05%</td></tr></table>	項目	目標值	獎勵比率	安寧照護服務人數成長貢獻度	P≥5%或 X≥全國同儕P90	0.1%	X>Y	0.05%	死亡前安寧利用與在宅善終率	C>S 且 F≥80%	0.1%	C>S 且 80%>F≥66%或 F>F1	0.075%	C>S 或 F≥80%	0.05%	0.2%
層級別	醫中	區域	地區																								
P90	904	351	61																								
項目	目標值	獎勵比率																									
安寧照護服務人數成長貢獻度	P≥5%或 X≥全國同儕P90	0.1%																									
	X>Y	0.05%																									
死亡前安寧利用與在宅善終率	C>S 且 F≥80%	0.1%																									
	C>S 且 80%>F≥66%或 F>F1	0.075%																									
	C>S 或 F≥80%	0.05%																									

編號	指標項目	獎勵方式										
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值	獎勵/ 扣減 比率								
		(1) <u>分子(a): 分母於 1 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)</u> (2) <u>分母(b): 當季死亡及病危人數(出院轉歸代碼 4、A)</u> (3) <u>院所+ID 歸戶計算</u> 計算公式: <u>C=死亡前 1 年接受安寧比率 a/b</u> <table><tr><td><u>目標值</u></td><td><u>醫中</u></td><td><u>區域</u></td><td><u>地教及地</u></td></tr><tr><td><u>S</u></td><td><u>48.36%</u></td><td><u>39.80%</u></td><td><u>21.50%</u></td></tr></table> <u>*參考 113 年 1-11 月全國各層級醫療院所利用率平均值訂定目標值。</u> <u>B.居家安寧個案死亡前 7 日未就醫比率</u> 操作型定義: (1) 安寧居家個案：門診案件分類 A5 且申報安寧居家訪視費醫令。 (2) 服務人數採院所+ID 歸戶(醫院含附設居護所) (3) 死亡前 7 日未就醫：比對全國健保就醫紀錄，該個案查無死亡日前 7 日返回急診就醫或住院者。 計算公式: <u>D=分母個案死亡前 7 日未就醫之人數。</u> <u>E=當季安寧居家死亡人數。</u>	<u>目標值</u>	<u>醫中</u>	<u>區域</u>	<u>地教及地</u>	<u>S</u>	<u>48.36%</u>	<u>39.80%</u>	<u>21.50%</u>		
<u>目標值</u>	<u>醫中</u>	<u>區域</u>	<u>地教及地</u>									
<u>S</u>	<u>48.36%</u>	<u>39.80%</u>	<u>21.50%</u>									

編號	指標項目	獎勵方式																		
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值		獎勵/ 扣減 比率															
		F=死亡前 7 日未就醫比率 D/E 。 F1=去年同期值 *「死亡前 7 日未就醫比率」閾值係參考轄區醫院 112Q4 至 113Q3 實績值(P90:80%;P50:66%)訂定。																		
2	醫院居家照護人數成長比率及出院準備轉銜率	1. 醫院居家照護人數成長比率 操作型定義: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。 計算公式: 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。 2. 出院準備轉銜率 操作型定義: (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) X=當季後續接受醫療照護轉銜率。	<table><tr><th>項目</th><th>目標值</th><th>獎勵比率</th></tr><tr><td rowspan="3">醫院居家照護人數</td><td>$X \geq \text{北區 P70}$ 且 $Y \geq 0.7$</td><td>0.10%</td></tr><tr><td>$X \geq \text{北區 P70}$ 且 $0.3 \leq Y < 0.7$</td><td>0.075%</td></tr><tr><td>$R > 0\%$ 或 $X \geq 50$ 且 $Y > 0$</td><td>0.05%</td></tr><tr><td rowspan="2">出院準備後續接受醫療照護轉銜率</td><td>$X \geq \text{全國同儕 P90}$</td><td>0.10%</td></tr><tr><td>$X \geq \text{全國同儕 P80}$</td><td>0.05%</td></tr></table>		項目	目標值	獎勵比率	醫院居家照護人數	$X \geq \text{北區 P70}$ 且 $Y \geq 0.7$	0.10%	$X \geq \text{北區 P70}$ 且 $0.3 \leq Y < 0.7$	0.075%	$R > 0\%$ 或 $X \geq 50$ 且 $Y > 0$	0.05%	出院準備後續接受醫療照護轉銜率	$X \geq \text{全國同儕 P90}$	0.10%	$X \geq \text{全國同儕 P80}$	0.05%	0.2%
			項目	目標值	獎勵比率															
醫院居家照護人數	$X \geq \text{北區 P70}$ 且 $Y \geq 0.7$	0.10%																		
	$X \geq \text{北區 P70}$ 且 $0.3 \leq Y < 0.7$	0.075%																		
	$R > 0\%$ 或 $X \geq 50$ 且 $Y > 0$	0.05%																		
出院準備後續接受醫療照護轉銜率	$X \geq \text{全國同儕 P90}$	0.10%																		
	$X \geq \text{全國同儕 P80}$	0.05%																		
3	檢查(驗)結果暨影像上傳	1.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)、	<table><tr><th>指標</th><th>目標值</th><th>獎勵比率</th></tr><tr><td>X1</td><td>$X1 \geq 99\%$</td><td>0.1%</td></tr></table>	指標	目標值	獎勵比率	X1	$X1 \geq 99\%$	0.1%	0.2%										
指標	目標值	獎勵比率																		
X1	$X1 \geq 99\%$	0.1%																		

編號	指標項目	獎勵方式																					
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值		獎勵/ 扣減 比率																		
		超音波、鏡檢、齒顎全景 X 光等 6 類 2.計算公式： X1=檢查(驗)結果即時上傳率(報告日期 24 小時內) X2=影像即時上傳率(實際執行日期 24 小時內) 註：計算範圍：以當年度鼓勵即時查詢方案公告範圍為主		<table><tr><td></td><td><u>99% > X1 ≥ 全國平均值</u></td><td>0.05%</td></tr><tr><td rowspan="2">X2</td><td>X2 ≥ 99.5%</td><td>0.1%</td></tr><tr><td><u>99.5% > X2 ≥ 全國平均值</u></td><td>0.05%</td></tr></table>		<u>99% > X1 ≥ 全國平均值</u>	0.05%	X2	X2 ≥ 99.5%	0.1%	<u>99.5% > X2 ≥ 全國平均值</u>	0.05%											
	<u>99% > X1 ≥ 全國平均值</u>	0.05%																					
X2	X2 ≥ 99.5%	0.1%																					
	<u>99.5% > X2 ≥ 全國平均值</u>	0.05%																					
4	急性後期照護計畫照護個案數	照護數：腦中風、燒燙傷、脆弱性骨折、創傷性神經、衰弱高齡、心臟衰竭成功收案數及下轉數。 X=實績值 Z=111Q4-113Q3 平均照護數 P 值=111Q4-113Q3 全國同儕醫院百分位 <table><tr><td>層級別</td><td>P80</td><td>P50</td></tr><tr><td>醫學中心</td><td>118</td><td>84</td></tr><tr><td>區域醫院</td><td>49</td><td>22</td></tr><tr><td>地區醫院</td><td>39</td><td>12</td></tr></table>	層級別	P80	P50	醫學中心	118	84	區域醫院	49	22	地區醫院	39	12	<table><tr><td>目標值</td><td>獎勵比率</td></tr><tr><td>X>=全國同儕 P80 或 <u>X>Z*1.5</u></td><td>0.10%</td></tr><tr><td>X>=全國同儕 P50 或 <u>X>Z</u></td><td>0.05%</td></tr></table>		目標值	獎勵比率	X>=全國同儕 P80 或 <u>X>Z*1.5</u>	0.10%	X>=全國同儕 P50 或 <u>X>Z</u>	0.05%	0.1%
層級別	P80	P50																					
醫學中心	118	84																					
區域醫院	49	22																					
地區醫院	39	12																					
目標值	獎勵比率																						
X>=全國同儕 P80 或 <u>X>Z*1.5</u>	0.10%																						
X>=全國同儕 P50 或 <u>X>Z</u>	0.05%																						
5	居家、遠距及一般門住診(含視訊)之虛擬健保卡執行件數	操作型定義： 1.一般門住診(含視訊診療場域)：醫事類別 12、22。 視訊診療：醫事類別 12 且特定治療項目 EE。 1.居家醫療照護：醫事類別 12、案件分類 A1、E1、A5 及任一特定治療項目 EC 或 EN。 2.遠距醫療照護：醫事類別 12 且案件分類 07。 計算公式：	<u>獎勵點數：X1*100+X2*1500 點+X3*250 點</u>		<u>整體 0 階</u> 0.1% <u>為上限，超過則同步限縮</u>																		

編號	指標項目	獎勵方式				
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值			獎勵/ 扣減 比率
		X1=一般門住診(含視訊診療場域)執行虛擬健保卡照護件數 X2=居家及遠距醫療執行虛擬健保卡照護件數 <u>X3=首次開通且以虛擬健保卡就醫申報個案:申報就醫序號 V001 且從未以虛擬健保卡申報之個案</u>				
6	鼓勵在地就醫 -提升在地就醫獎勵 <u>114Q3 起停止實施</u>	操作型定義: 1. 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 2. 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 3. 計算範圍(排除急診與急診轉住院案件) 門診:醫事類別 12、案件分類 01, 03, 04, 06, 07, 08, 09, C1, E1, E2, E3、非急診案件 ED_MARK=0 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	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,每人 500 點			各院上限 0.1%
7	分級醫療推動-區域級(含)以上醫院回轉率	操作型定義: 1. 分母:醫院接受非同體系院所上轉之門住診申報件數。 2. 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。		目標值	獎勵比率	0.1%
				X≥Z1	0.10%	
				X≥Z2	0.075%	
				<u>X>Y</u>	<u>0.050%</u>	

編號	指標項目	獎勵方式											
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值	獎勵/ 扣減 比率									
		計算公式： X=實績值 Y=去年同期實績值 <table><tr><td>目標值</td><td>醫學中心</td><td>區域醫院</td></tr><tr><td>Z1</td><td>6.71%</td><td>10.41%</td></tr><tr><td>Z2</td><td>4.17%</td><td>6.36%</td></tr></table> 目標值：依 113 年 1-6 月全國同儕 P75(Z1)、P50(Z2)設定。 轉診單有 90 日之遞延效應，故實績值為前季值。	目標值	醫學中心	區域醫院	Z1	6.71%	10.41%	Z2	4.17%	6.36%		
目標值	醫學中心	區域醫院											
Z1	6.71%	10.41%											
Z2	4.17%	6.36%											
8	早期療育門診醫療給付改善方案	操作型定義： 1.推動與運作獎勵：當年度申請參與方案且收案人數>0 2.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)	<table><tr><th>目標項目</th><th>計算方式</th></tr><tr><td>推動與運作獎勵</td><td>自參加季起至年底每季 30,000 點</td></tr><tr><td>個案管理獎勵</td><td>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%</td></tr></table>	目標項目	計算方式	推動與運作獎勵	自參加季起至年底每季 30,000 點	個案管理獎勵	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%	各院上限 0.1%			
目標項目	計算方式												
推動與運作獎勵	自參加季起至年底每季 30,000 點												
個案管理獎勵	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%												
9	糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案	操作型定義： 1. 分子：當年度累計申報醫令代碼 P7001C-P7003C 者。 2. 分母：去年度個案於同院有申報糖尿病	<table><tr><th>目標值</th><th>獎勵比率</th></tr><tr><td>X>Y</td><td>0.10%</td></tr></table>	目標值	獎勵比率	X>Y	0.10%	0.1%					
目標值	獎勵比率												
X>Y	0.10%												

編號	指標項目	獎勵方式				獎勵/扣減比率																		
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)		目標值																				
		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。 計算公式： X=實績值 Y=全國同儕值 Z=去年同期值 *各項值均以年度累計計算		X≥Z0.05%																				
10	C 肝新藥推動收案人數	操作型定義： 以 C 肝全口服新藥登錄系統取號成功人數納入計算。 計算公式： X=當季 C 肝新藥收案人數。 Y=當季 C 肝新藥收案人數較去年同期成長率。 <table><tr><th>項目</th><th>醫學中心</th><th>區域</th><th>地區</th></tr><tr><td>全國同儕 P80 收案數</td><td>36</td><td>22</td><td>6</td></tr><tr><td>全國同儕平均值成長率</td><td>-21%</td><td>-18%</td><td>-17%</td></tr></table>		項目	醫學中心	區域	地區	全國同儕 P80 收案數	36	22	6	全國同儕平均值成長率	-21%	-18%	-17%	<table><tr><th>目標值</th><th>獎勵比率</th></tr><tr><td>X≥全國同儕 P80</td><td>0.10%</td></tr><tr><td>Y≥全國同儕平均值 且 X≥5 人</td><td>0.05%</td></tr></table>		目標值	獎勵比率	X≥全國同儕 P80	0.10%	Y≥全國同儕平均值 且 X≥5 人	0.05%	0.1%
項目	醫學中心	區域	地區																					
全國同儕 P80 收案數	36	22	6																					
全國同儕平均值成長率	-21%	-18%	-17%																					
目標值	獎勵比率																							
X≥全國同儕 P80	0.10%																							
Y≥全國同儕平均值 且 X≥5 人	0.05%																							

編號	指標項目	獎勵方式																																
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值	獎勵/ 扣減 比率																														
1 1	區域聯防-心肌梗塞 PTCA 手術個案術後死亡率及轉出存活率	操作型定義： 1. 符合 ICD-10-CM 主診斷 <u>I21.0-I21.3</u>、<u>I21.9</u>、<u>I21.A1</u>、<u>I21.A9</u>、<u>I22.0-I22.1</u>、<u>I22.8-I22.9</u>，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)。 <table><tr><th>醫令代碼</th><th>中文名稱</th></tr><tr><td>33076B</td><td>經皮冠狀動脈擴張術 — 一條血管</td></tr><tr><td>33077B</td><td>經皮冠狀動脈擴張術 — 二條血管</td></tr><tr><td>33078B</td><td>經皮冠狀動脈擴張術 — 三條血管</td></tr><tr><td>P4601B</td><td>急性心肌梗塞照護獎勵</td></tr></table> 2. 主責醫院：<u>負責整合建立區域聯防團隊並依格式提報計畫書(附件 8)之醫院(113 年原團隊不需再檢送計畫書)</u>，視需要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。 3. 收治醫院：指申報手術之醫院。 4. 轉出醫院：指收治醫院申報之轉入院所。 5. 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，排除次診斷碼為 R570、I462、I468 及 I469 之死亡個案。 6. 存活個案數：出院申報轉歸代碼為 1、3、	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	<table><tr><th>目標值</th><th>獎勵比率</th><th>主責醫院 加成比率</th></tr><tr><td>$X+Y \geq \text{全國各層級醫院 P50 個案數且}(W1 \leq 3.1\% \text{ 或 } W2 \geq 92.9\%)$</td><td>0.085%</td><td>0.015%</td></tr><tr><td>$X+Y > Z$</td><td>0.06%</td><td>0.0125%</td></tr><tr><td>$X+Y > 0$</td><td>0.04%</td><td>0.01%</td></tr></table> W1 目標值依 112Q4-113Q3 北區平均值(3.1%)、全國平均值(3.1%)取低者。 W2 目標值依 112Q4-113Q3 北區平均值(89.1%)、全國平均值(92.9%)取高者。 <table><tr><th>項目</th><th>醫學中心</th><th>區域</th><th>地區</th></tr><tr><td>P50 個案數</td><td>21</td><td>7</td><td>1</td></tr></table> P50 個案數(收治及轉出個案)：依 113 年 1-9 月全國同儕 P50 設定	目標值	獎勵比率	主責醫院 加成比率	$X+Y \geq \text{全國各層級醫院 P50 個案數且}(W1 \leq 3.1\% \text{ 或 } W2 \geq 92.9\%)$	0.085%	0.015%	$X+Y > Z$	0.06%	0.0125%	$X+Y > 0$	0.04%	0.01%	項目	醫學中心	區域	地區	P50 個案數	21	7	1	0.2%
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																																	
目標值	獎勵比率	主責醫院 加成比率																																
$X+Y \geq \text{全國各層級醫院 P50 個案數且}(W1 \leq 3.1\% \text{ 或 } W2 \geq 92.9\%)$	0.085%	0.015%																																
$X+Y > Z$	0.06%	0.0125%																																
$X+Y > 0$	0.04%	0.01%																																
項目	醫學中心	區域	地區																															
P50 個案數	21	7	1																															

編號	指標項目	獎勵方式									
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值		獎勵/ 扣減 比率						
		5、6、D、E、F、G、H、I、J 或 L 之個案數。 7. 個案數：以當次手術之該筆案件之「費用年月」為計算月份。 8. 死亡率及術後存活率：以出院之該筆案件之「費用年月」為計算月份。 計算公式： X=個案數 W1=術後分母中死亡人數/符合主診斷碼及執行手術個案(排除次診斷碼為 R570、I462、I468 及 I469 之死亡個案) Y=轉出接受手術個案數(排除次診斷碼為 R570、I462、I468 及 I469 之死亡個案) W2=分母中存活個案數/Y Z=X+Y 去年同期值									
1 2	區域聯防-重大創傷疾病手術個案術後死亡率及轉出存活率	操作型定義：									
		1. 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且有重大傷病資格(代碼 12：重大創傷嚴重程度十六分以上者)或傷重不治(當次手術 7 日內死亡)者之獎勵(P4612B、P4613B)個案數。									
		<table><tr><td>醫令代碼</td><td>中文名稱</td></tr><tr><td>P4612B</td><td>重大外傷照護獎勵_2 小時內進開刀</td></tr><tr><td>P4613B</td><td>重大外傷照護獎勵_4 小時內進開刀</td></tr></table>	醫令代碼	中文名稱	P4612B	重大外傷照護獎勵_2 小時內進開刀	P4613B	重大外傷照護獎勵_4 小時內進開刀			
		醫令代碼	中文名稱								
		P4612B	重大外傷照護獎勵_2 小時內進開刀								
		P4613B	重大外傷照護獎勵_4 小時內進開刀								
2. 主責醫院：負責整合建立區域聯防團隊並依格式提報計畫書(附件 8)之醫院(113 年原團隊不需再檢送計畫書)，視需要召開聯防合作模式精進檢討會議，並將會議紀錄送至本											

編號	指標項目	獎勵方式			獎勵/扣減比率							
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值									
		組備參。 3. 收治醫院：指申報手術之醫院。 4. 轉出醫院：指收治醫院申報之轉入院所。 5. 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。 6. 存活個案數：出院申報轉歸代碼為 1、3、5、6、D、E、F、G、H、I、J 或 L 之個案數。 7. 個案數：以當次手術之該筆案件之「費用年月」為計算月份。 8. 死亡率及術後存活率：以出院之該筆案件之「費用年月」為計算月份。 計算公式： X=個案數 W1=術後分母中死亡人數/符合主診斷碼及執行手術個案且有重大傷病資格(代碼 12：重大創傷嚴重程度十六分以上者)或傷重不治(當次手術 7 日內死亡)者。 Y=轉出接受手術個案數 W2=分母中存活個案數/Y Z=X+Y 去年同期值	<table><tr><th>項目</th><th>醫學中心</th><th>區域</th><th>地區</th></tr><tr><td>P50 個案數</td><td>6</td><td>2</td><td>1</td></tr></table> P50 個案數(收治及轉出個案)：依 113 年 1-9 月全國同儕 P50 設定		項目	醫學中心	區域	地區	P50 個案數	6	2	1
項目	醫學中心	區域	地區									
P50 個案數	6	2	1									

編號	指標項目	獎勵方式														
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值	獎勵/ 扣減 比率												
1 3	地區醫院全人 全社區照護計 畫	1.參與醫院獎勵：申請加入 114 年全人全社區照護計畫且經分區業務組核定參與，於 Q1 獲獎勵比率 0.2%。 2.收案率：114 年全人全社區照護計畫收案率達目標值 80%以上於 Q2 獲獎勵比率 0.2%；收案率大(等)於全國同儕平均值於 Q2 獲獎勵比率 0.1%。 (1) 分子：於計畫公告期限內上傳 VPN 之收案會員人數 (2) 分母：VPN 交付之可收案名單總數 3.三高疾病(高血壓、高血糖、高血脂)照護提升率： <u>Q3、Q4</u> 收案會員之三高疾病(高血壓、高血糖、高血脂)檢驗(查)結果有進步或控制良好人數之比率達目標值 80%，獲獎勵比率 0.2%； <u>大(等)於北區同儕平均值獲獎勵比率 0.1%</u> (1) 分子：收案會員所列檢驗(查)項目之檢驗(查)結果有進步或最後一次檢驗(查)結果位於控制良好範圍之人數(1 項疾病有進步或控制良好即列入) (2) 分母：醫院於計畫公告期限內上傳 VPN 之收案會員人數 註 1：進步定義為「檢驗(查)結果後測-前測<0」，後測「就醫/檢驗(查)日期」應於當年度 8-7 月 1 日之後，前後測日期應間隔 84 天(含)以上。 註 2：控制良好範圍如下	<table><tr><th>季別</th><th>目標值 (地教及地區醫院)</th><th>獎勵比率</th></tr><tr><td>Q1</td><td>申請加入全人全社區照護計畫</td><td>0.2%</td></tr><tr><td>Q2</td><td>收案率>=80% 收案率>=全國同儕平均值</td><td>0.2% 0.1%</td></tr><tr><td>Q3-Q4</td><td>照護提升率>=80%</td><td>0.2%</td></tr></table>	季別	目標值 (地教及地區醫院)	獎勵比率	Q1	申請加入全人全社區照護計畫	0.2%	Q2	收案率>=80% 收案率>=全國同儕平均值	0.2% 0.1%	Q3-Q4	照護提升率>=80%	0.2%	
		季別	目標值 (地教及地區醫院)	獎勵比率												
Q1	申請加入全人全社區照護計畫	0.2%														
Q2	收案率>=80% 收案率>=全國同儕平均值	0.2% 0.1%														
Q3-Q4	照護提升率>=80%	0.2%														
		<table><tr><th>疾病</th><th>檢驗(查) 項目</th><th>控制良好範圍</th></tr></table>	疾病	檢驗(查) 項目	控制良好範圍											
疾病	檢驗(查) 項目	控制良好範圍														

編號	指標項目	獎勵方式			
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)		目標值	獎勵/ 扣減 比率
		高血壓	血壓	收縮壓<130 mmHg 且舒張壓 <80 mmHg	
		高血糖	HbA1c、 LDL	HbA1c < 7% <u>(80 歲以上病人 為<8%)</u> 且 LDL<100mg/dL	
		高血脂	LDL	LDL <100mg/dL	
		<u>ASCV</u> <u>D</u>	<u>LDL</u>	<u>非常高：<70 mg/ dL；</u> <u>極高：<55 mg/ dL</u>	

編號	指標項目	獎勵方式		
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值	獎勵/ 扣減 比率
14	以病例組合校正之住院案件出院後3日內急診率(限導入之DRGs)	VPN 定義代碼：934 1. 分子：住院 DRGs 案件之出院後 3 日內跨院急診率(限導入之 DRGs)。 住院 DRGs 案件出院後 3 日內跨院急診案件數/DRGs 出院案件數。 2. 分母：CMI_3 日內跨院急診率(限導入之 DRGs)。 $\Sigma(\text{各 DRG 案件數} \times \text{各 DRG 相對權重}_3 \text{日內跨院急診率}) / \text{DRGs 總案件數}$ 。 3. DRGs 出院案件數(限導入之 DRGs)低於 30 者不列入考核。 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。	實績值 $\leq$ 北區同儕值	0.1%
15	同院所慢性精神病人出院30日內門診追蹤率	VPN 定義代碼：1202 操作型定義： 1. 分子：精神科已出院案件中 30 日內至同院所門診精神科追蹤之案件數。 2. 分母：精神科慢性精神病人之出院案件數。 3. <u>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前 1 季資料。</u> 計算公式： X=實績值 Y=目標值=全國平均值	當季精神慢性病人之出院件數 ≥ 5 件，且 $X \geq Y$	

編號	指標項目	獎勵方式		
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值	獎勵/ 扣減 比率
16	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	統計資料由本署 DA 指標 724 產製 1.操作型定義： (1) 呼吸器依賴個案：連續使用呼吸器>21 日之病人。 (2) 分母(X)：前季呼吸器依賴總病人數。 (3) 分子(Y)：分母個案於連續使用呼吸器≥64 日後回轉 ICU 人數。 2.計算公式： Z=回轉 ICU 人數比率 Y/X。 *目標值係參考 112Q3 至 113Q2 全國平均值 (13.6%)訂定。	Z<全國平均值	
17	子宮肌瘤手術後 14 日內再住院率	VPN 定義代碼：473.01 操作型定義： 1. 分子：分母案件出院 14 日內因該手術相關診斷再住院人次數。 2. 分母：申報子宮肌瘤診斷(排除癌症診斷)且有施行子宮肌瘤摘除或子宮切除手術治療住院人次數。 3. 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前 1 季資料。	實績值≤同儕平均值(以全國同儕或轄區同儕值取低者)	

編號	指標項目	獎勵方式																							
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值	獎勵/ 扣減 比率																					
18	病患權益管理-申訴、違規案件(扣減指標)	1. 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，並經本組依違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第 38-40 條處分之案件，列入本組首次函文裁罰該案件之季別扣減。 2. 重大人球、負向新聞報導、違約新聞事件(經回復醫院確認)。	<table><tr><th>項目</th><th>扣減比率</th></tr><tr><td>病人申訴案、違規案件</td><td>每事件 0.01%</td></tr><tr><td>重大人球、負向新聞報導、違約新聞事件</td><td>每事件 0.1%</td></tr></table>	項目	扣減比率	病人申訴案、違規案件	每事件 0.01%	重大人球、負向新聞報導、違約新聞事件	每事件 0.1%	0.10%															
項目	扣減比率																								
病人申訴案、違規案件	每事件 0.01%																								
重大人球、負向新聞報導、違約新聞事件	每事件 0.1%																								
19	門診檢查驗單價管理(扣減指標)	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	<table><tr><th colspan="2">目標值</th><th>扣減比率</th></tr><tr><td rowspan="4">X1</td><td>≥ P95</td><td>0.05%</td></tr><tr><td>≥ P90</td><td>0.04%</td></tr><tr><td>≥ P85</td><td>0.03%</td></tr><tr><td>≥ P75</td><td>0.02%</td></tr><tr><td rowspan="4">X2</td><td>≥ P95</td><td>0.05%</td></tr><tr><td>≥ P90</td><td>0.04%</td></tr><tr><td>≥ P85</td><td>0.03%</td></tr><tr><td>≥ P75</td><td>0.02%</td></tr></table> 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)。 2. X1=當季自身每件檢查(驗)費用單價。 3. X2=當季自身每人檢查(驗)費用單價。 4. PR 值以 112Q4-113Q3 各分組之全國同儕百分位階平均值計算。	目標值		扣減比率	X1	≥ P95	0.05%	≥ P90	0.04%	≥ P85	0.03%	≥ P75	0.02%	X2	≥ P95	0.05%	≥ P90	0.04%	≥ P85	0.03%	≥ P75	0.02%	0.10%
目標值		扣減比率																							
X1	≥ P95	0.05%																							
	≥ P90	0.04%																							
	≥ P85	0.03%																							
	≥ P75	0.02%																							
X2	≥ P95	0.05%																							
	≥ P90	0.04%																							
	≥ P85	0.03%																							
	≥ P75	0.02%																							

編號	指標項目	獎勵方式							獎勵/ 扣減 比率																																														
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值																																																				
		[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] 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) 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。	5. <u>扣減折付比率：</u> (1) <u>X1 或 X2 較去年同期下降$\geq 10\%$，X1 或 X2 之扣減點數減 10%。</u> (2) <u>X1 或 X2 較去年同期下降$\geq 20\%$，X1 或 X2 之扣減點數減 20%。</u> <table><tr><th>群組別</th><th>每件 檢查 費用 P75</th><th>每件 檢查 費用 P85</th><th>每件 檢查 費用 P90</th><th>每件 檢查 費用 P95</th><th>每人 檢查 費用 P75</th><th>每人 檢查 費用 P85</th><th>每人 檢查 費用 P90</th><th>每人 檢查 費用 P95</th></tr><tr><td>醫學中心</td><td>1,625</td><td>1,732</td><td>1,819</td><td>1,839</td><td>2,624</td><td>2,820</td><td>2,968</td><td>3,010</td></tr><tr><td>區域醫院</td><td>1,513</td><td>1,609</td><td>1,654</td><td>1,765</td><td>2,325</td><td>2,445</td><td>2,505</td><td>2,643</td></tr><tr><td>地區醫院 (總床數一百床(含)以上)</td><td>1,377</td><td>1,520</td><td>1,625</td><td>1,772</td><td>2,140</td><td>2,288</td><td>2,468</td><td>2,765</td></tr><tr><td>地區醫院 (總床數未達一百床)</td><td>987</td><td>1,147</td><td>1,255</td><td>1,444</td><td>1,402</td><td>1,667</td><td>1,775</td><td>2,023</td></tr></table>							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	醫學中心	1,625	1,732	1,819	1,839	2,624	2,820	2,968	3,010	區域醫院	1,513	1,609	1,654	1,765	2,325	2,445	2,505	2,643	地區醫院 (總床數一百床(含)以上)	1,377	1,520	1,625	1,772	2,140	2,288	2,468	2,765	地區醫院 (總床數未達一百床)	987	1,147	1,255	1,444	1,402	1,667	1,775	2,023	
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																																															
醫學中心	1,625	1,732	1,819	1,839	2,624	2,820	2,968	3,010																																															
區域醫院	1,513	1,609	1,654	1,765	2,325	2,445	2,505	2,643																																															
地區醫院 (總床數一百床(含)以上)	1,377	1,520	1,625	1,772	2,140	2,288	2,468	2,765																																															
地區醫院 (總床數未達一百床)	987	1,147	1,255	1,444	1,402	1,667	1,775	2,023																																															
20	全藥類藥品重複用藥日數比率(扣減指標)	1. 操作型定義： 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	<table><tr><th>結果</th><th>扣減比率</th></tr><tr><td>X>全國同儕 P95</td><td>0.10%</td></tr><tr><td>X>全國同儕 P90</td><td>0.05%</td></tr></table>							結果	扣減比率	X>全國同儕 P95	0.10%	X>全國同儕 P90	0.05%	0.10%																																							
結果	扣減比率																																																						
X>全國同儕 P95	0.10%																																																						
X>全國同儕 P90	0.05%																																																						

編號	指標項目	獎勵方式				獎勵/扣減比率																				
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值																							
		自身值採前 1 季資料 2. 計算公式： X=實績值	<table><tr><td colspan="2">X>全國同儕 P80</td><td colspan="2">0.03%</td></tr><tr><td>層級別</td><td>全國同儕 P95</td><td>全國同儕 P90</td><td>全國同儕 P80</td></tr><tr><td>醫學中心</td><td>0.279%</td><td>0.267%</td><td>0.219%</td></tr><tr><td>區域醫院</td><td>0.489%</td><td>0.431%</td><td>0.336%</td></tr><tr><td>地區醫院</td><td>0.750%</td><td>0.593%</td><td>0.440%</td></tr></table>			X>全國同儕 P80		0.03%		層級別	全國同儕 P95	全國同儕 P90	全國同儕 P80	醫學中心	0.279%	0.267%	0.219%	區域醫院	0.489%	0.431%	0.336%	地區醫院	0.750%	0.593%	0.440%	
X>全國同儕 P80		0.03%																								
層級別	全國同儕 P95	全國同儕 P90	全國同儕 P80																							
醫學中心	0.279%	0.267%	0.219%																							
區域醫院	0.489%	0.431%	0.336%																							
地區醫院	0.750%	0.593%	0.440%																							
21	矯正機關醫療服務(加分項)	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。	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 2,000*X1+30,000*X2+60,000*X3			點數																				
22	鼓勵在地就醫-每萬人口醫人比≤鄉鎮市區增聘專任醫師(加分項)	1. 定義： (1)符合每萬人口醫人比≤10 鄉鎮市區所在地之醫院名單於 114 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。 2. 計算公式：	X>Z： (X-Z)*100,000 點			點數																				

編號	指標項目	獎勵方式			獎勵/ 扣減 比率																								
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值																										
		X=當季專任醫師數 Z=前一年同期專任醫師數																											
2 3	政策與品質優良經驗分享- 參與本署(組) 舉辦之政策推動分享會(加分項)	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	<table><tr><th rowspan="2">活動性質 辦理 區域</th><th rowspan="2">參與或 競賽分會 (萬點)</th><th colspan="3">得名加計(萬點)</th></tr><tr><th>第 1 名</th><th>第 2 名</th><th>第 3 名</th></tr><tr><td>全國</td><td>30</td><td>50</td><td>40</td><td>30</td></tr><tr><td>北區</td><td>10</td><td>20</td><td>15</td><td>10</td></tr><tr><td>期刊/海報分享 與推廣</td><td>1</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr></table>			活動性質 辦理 區域	參與或 競賽分會 (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	-	-	-	點數
活動性質 辦理 區域	參與或 競賽分會 (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 4	在宅急症照護 (加分項)	操作型定義：以當季 VPN 登錄收案日納入計算。 計算公式： <u>X=實績值(當季醫院照護件數)。</u> X1=當季醫院照護居家個案件數。 X2=當季醫院照護機構個案件數。 X3=當季醫院照護急診個案件數。 <u>備註：X=X1+X2+X3</u> <u>Y=當年醫院核定照護案件量/4</u> <u>Z=X/Y(%)</u>	<table><tr><th rowspan="4">在宅急症照護件數</th><th>實績值</th><th>獎勵點數</th></tr><tr><th>X1</th><td>10,000 點</td></tr><tr><th>X2</th><td>5,000 點</td></tr><tr><th>X3</th><td>5,000 點 <u>10,000 點</u></td></tr></table> Z≥80%，獎勵點數加成 20%；Z≥60%，獎勵點數加成 10%。			在宅急症照護件數	實績值	獎勵點數	X1	10,000 點	X2	5,000 點	X3	5,000 點 <u>10,000 點</u>	點數														
在宅急症照護件數	實績值	獎勵點數																											
	X1	10,000 點																											
	X2	5,000 點																											
	X3	5,000 點 <u>10,000 點</u>																											

編號	指標項目	獎勵方式								
		指標定義 (含操作型定義及計算公式)	目標值	獎勵/ 扣減 比率						
25	急診檢傷 1、2 級病人停留超過 48 小時比率(加分項)	1.定義： (1) VPN 定義代碼：1811。 (2) 急診案件：門、住診案件申報「急診診察費醫令 00201B、00202B」及「急診起、迄時間醫令」者。 (3) 區域級以上醫院。 (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。 2.計算公式： X=自身實績值 Y=全國同儕(同層級醫院)平均值 Z=去年同期自身實績值	<table><tr><th>目標值</th><th>獎勵比率</th></tr><tr><td>$X \leq Y$</td><td>0.10%</td></tr><tr><td>$X < Z$</td><td>0.05%</td></tr></table>	目標值	獎勵比率	$X \leq Y$	0.10%	$X < Z$	0.05%	點數
目標值	獎勵比率									
$X \leq Y$	0.10%									
$X < Z$	0.05%									
26	114Q2 起實施 癌症醫療資訊數位轉型以電子病歷(FHIR 格式)申請獎勵	操作型定義： 1. 成功上線獎勵：參與「癌藥事前審查以電子病歷申請(FHIR)」實作，並經本署通知正式上線 2. 申請案件獎勵：當季以「癌藥事前審查以電子病歷申請(FHIR)」上傳案件，成功受理且經本署核定結果為同意或部分同意者	<table><tr><th>目標項目</th><th>計算方式</th></tr><tr><td>成功上線獎勵</td><td>當季完成上線每家獎勵 100,000 300,000 點</td></tr><tr><td>申請案件獎勵</td><td>每件獎勵 100 300 點</td></tr></table>	目標項目	計算方式	成功上線獎勵	當季完成上線每家獎勵 100,000 300,000 點	申請案件獎勵	每件獎勵 100 300 點	點數
目標項目	計算方式									
成功上線獎勵	當季完成上線每家獎勵 100,000 300,000 點									
申請案件獎勵	每件獎勵 100 300 點									
	總計			1.3%						

註：

1. 第 11 至 12 項為醫學中心及區域醫院執行項目(獎勵比率各 0.1%)，13 為地教及地區醫院執行項目(獎勵比率 0.2%)第 11 至第 12 項(獎勵比率 0.2%)與第 13 項(獎勵比率 0.2%)，地教及地區醫院擇優執行
2. 第 14 項至第 17 項品質保證保留款精進指標，各院所選擇其中 1 項獎勵指標。

合理成長率各項指標操作型定義

附件 3

診別	指標項目 (皆為成長率)	權重	操作型定義														
門診	門診人數	75%	1. <u>依申報資料歸戶而得就醫人數。</u> 2. 排除案件分類 01、A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、D4、BA、DF、E2、E3 及診察費=0、醫令補報之個案														
	醫師人數	20%	全季皆執登服務於該院計 1 人，不足季則依天數比率計算														
	看診醫師人數	5%	1. 依申報資料歸戶而得看診醫師人數。 2. <u>排除案件分類 01、A1、A2、A3、A5、A6、 A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、C5、 D1、D2、D4、BA、DF、E2、E3 及診察費=0、醫令補報之案件。</u>														
住診	住院人數	80% 70%	1. <u>依申報資料歸戶而得就醫人數。</u> 2. 排除案件分類 A1、A2、A3、A4、AZ、 B1、B2、C1、C4、C5、DZ、7, 及醫令補報														
	護理人數	20%	全季皆執登服務於該院計 1 人，不足季則依天數比率計算。														
	CMI (114Q3起實施)	10%	1. <u>公式=採計件數之RW總值/採計件數</u> 2. <u>採計件數:健保署公告之Tw-DRG案件(含尚未導入案件)</u> 3. <u>排除案件分類A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ及給付類別9、醫令補報之個案、當季申報Tw-DRG案件(含尚未導入案件)<20件醫院。</u> 4. <u>署本部每半年更新Tw-DRG之RW，計算採用時間如下表：</u> <table><tr><th>當期</th><th>基期</th><th>RW 採用年份</th></tr><tr><td><u>114Q1</u></td><td><u>113Q1</u></td><td><u>皆採 113 上半年</u></td></tr><tr><td><u>114Q2</u></td><td><u>113Q2</u></td><td><u>皆採 113 上半年</u></td></tr><tr><td><u>114Q3</u></td><td><u>113Q3</u></td><td><u>皆採 113 下半年</u></td></tr><tr><td><u>114Q4</u></td><td><u>113Q4</u></td><td><u>皆採 113 下半年</u></td></tr></table>	當期	基期	RW 採用年份	<u>114Q1</u>	<u>113Q1</u>	<u>皆採 113 上半年</u>	<u>114Q2</u>	<u>113Q2</u>	<u>皆採 113 上半年</u>	<u>114Q3</u>	<u>113Q3</u>	<u>皆採 113 下半年</u>	<u>114Q4</u>	<u>113Q4</u>
當期	基期	RW 採用年份															
<u>114Q1</u>	<u>113Q1</u>	<u>皆採 113 上半年</u>															
<u>114Q2</u>	<u>113Q2</u>	<u>皆採 113 上半年</u>															
<u>114Q3</u>	<u>113Q3</u>	<u>皆採 113 下半年</u>															
<u>114Q4</u>	<u>113Q4</u>	<u>皆採 113 下半年</u>															

北區業務組擴增病床醫院資格

附件 4

一、新增開放床數

(一)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

(二)ICU： ≥ 9 床

(三)擴增病床數以 2 年內該病床類別淨增加床數計算。

二、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。

三、應函文通知本組；分階段開設應於每次開放分別來函通知，並以 1 年內為限。

(一)占床率計算以第 1 次開床前近 1 年計算，不符占床率門檻即不符資格。

(二)分階段開設床數採累計，淨增加床數以第 1 次開床前 2 年內計算。

四、符合資格醫院自次季起適用 4 季。

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、**精神科長效針劑**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

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）於當季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，則該個案當季年度中於加護中心、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： $\leq P20$)。

專業審查抽審比率設定

以每季最近 3 個月呼吸照護費用申報點數較去年同期成長率、超長期(累計使用呼吸器 >500 日)費用占率訂定抽審比率，呼吸照護費用正成長醫院得配合其近一季醫療品質指標執行結果減審。

一、超長期住院：

RCW(一般病房)費用較去年同期成長率		$>0\%$		$\leq 0\%$
近一季醫療品質指標總得分		E	非 E	
超長期費用占率	0%	0%	0%	0%
	0-20%(含)	10%	5%	0%
	20-50%(含)	15%	10%	5%
	50%以上	20%	15%	10%

二、ICU 抽審案件：

ICU 及一般病房呼吸照護費用較去年同期成長率	醫療品質指標總得分	
	A	非 A
$\leq 0\%$	0%	0%
0%-10%(含)	5%	10%
10%-20%(含)	10%	20%
20%以上	20%	30%

114 年醫院前瞻式預算分區共管方式

附件 7

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 113 年同期申報復健費用為計算基期。
 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%。

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：主責醫院與團隊視需要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。

5. 品質監測指標：

(1)主動脈剝離手術和腦中風經動脈內取栓術病人死亡率：分為整體和手術死亡率。

(2)醫院自行收治或經轉診主動脈剝離手術和腦中風經動脈內取栓術病人之時間(病人抵達第一間醫院急診時間至手術時間)。

(3)若非主動脈剝離及腦中風疾病，自行訂定監測指標。

114年醫院總額總額外費用定義

附表 1

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、38 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、 L1002C(114.7.1 生效) 、3D、3E 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、 94 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	門診	1、案件分類=D2

項目	部門別	定義
規疫苗接种處置費		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 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
<u>孕產婦全程照護醫療給付改善方案</u>	<u>門診</u> <u>住診</u>	1、醫令類別為 2、X，醫令代碼為 P3904C、P3905C、 <u>P3915C、P3921C、P3922C、P3923C、P3924C</u> 2、總額外點數=醫令點數加總
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

項目	部門別	定義
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 指導服務方案	門診	1、醫令類別=2 且醫令代碼為 98、99 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、 F0670、F0671 、F1027、F1097、F1327、F1397、 F1827、F1897、F1927、F1997、G30、G31。 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、

項目	部門別	定義
		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、 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、

項目	部門別	定義
		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
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
矯正機關醫療費用(103 年起移列其他部門)	門診、住診	1、門診：「特定治療項目代號」為 JA、JB、 <u>JV</u> ，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
<u>兒童發展篩檢服務</u>	<u>門診</u>	1、 <u>醫令類別 2 且醫令代碼為 7A-7F</u> 2、 <u>總額外點數=醫令數量×醫令單價</u>
<u>婦女人類乳突病毒檢測</u>	<u>門診</u>	1、 <u>醫令類別 2 且醫令代碼為 3A-3C</u> 2、 <u>總額外點數=醫令點數加總</u>
<u>住院整合照護服務試辦計畫(114 年起移出總額)</u>	<u>住診</u>	1、 <u>案件分類為 B2、醫令類別 2 且醫令代碼為 P7201B</u> 2、 <u>總額外點數= 醫令數量*醫令單價</u>
<u>癌症治療品質改善計畫(114 年起移出總額)</u>	<u>門診</u>	1、 <u>案件分類 A3</u> 2、 <u>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</u> 3、 <u>總額外點數=醫令點數加總</u>
<u>慢性傳染病照護品質計畫(114 年起移出總額)</u>	<u>門診</u>	1、 <u>潛伏結核感染治療品質支付服務計畫：案件分類 C4、任一特定治療項目代號 EG、醫令代碼為 E7801C ~E7804C</u> 2、 <u>愛滋照護管理品質支付計畫：案件分類 D1、任一特定治療項目代號 EH、醫令代碼為 E7901C ~E7904C</u>

項目	部門別	定義
		3、 <u>長照機構加強型結核病防治計畫：案件分類 C4、任一特定治療項目代號 EJ、醫令代碼為 E8001C ~E8004C</u> 4、 <u>總額外點數=醫令點數加總</u>
<u>在宅急症照護試辦計畫</u> <u>(114 年起由專款移列其他部門)</u>	<u>門診</u>	1、 <u>案件分類 E1、任一特定治療項目代號 EN、醫令代碼為 P8401C~P8435C P8447C</u> 2、 <u>總額外點數=醫令點數加總</u>
<u>全日護病比(114 年起移出總額)</u> <u>(114 年 5 月起暫停實施)</u>	<u>住診</u>	1、 <u>案件分類 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 且醫令類別 K 且醫令代碼為 03077K、03078A、03079B、03026K、03027A、03029B、03080K、03081A、03082B、03030K、03031A、03033B、03086K、03087A、03088B、03058K、03059A、03060B、03089K、03090A、03091B、03064K、03065A、03066B</u> 2、 <u>總額外點數=醫令點數加總</u>
<u>產後健康照護服務方案</u>	<u>門診</u>	1、 <u>醫令類別 2 且醫令代碼為 5P、5Q</u> 2、 <u>總額外點數=醫令點數加總</u>
<u>醫院推動代謝症候群防治試辦計畫</u> <u>(114 年 9 月起)</u>	<u>門診</u>	1、 <u>案件分類 A3、特定治療項目代號(一) EM、部分負擔 009、就醫序號「MSPT」、醫令代碼為 P7501C、P7502C、P7503C 及衍生之檢查費用 09001C、09004C、09005C、09006C、09043C、09044C</u> 2、 <u>總額外點數=醫令點數加總</u>

註：各項總額外費用均依醫院總額結算邏輯辦理。

114 年醫院總額專款專用費用定義

附表 2

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

項目	部門別	定義
		(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 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)、腹腔鏡活體捐肝摘取(75034B)、腹腔鏡活體捐腎切除術(76036B)。 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

項目	部門別	定義
		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(藥品主檔「ATC 藥品分類碼 7 (DRUG_ATC7_CODE)」欄位)為 L04AD01、L04AA03、 L04AA04、L04AD02、L04AA06、L04AA10 <u>L04AH01(自 113Q3 結算季起)</u>、L04AA18 <u>L04AH02 (自 113Q3 結算季起)</u>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

項目	部門別	定義
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
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、G 且醫令代碼為 P4601B~P4627B。 2、總額外點數=醫令點數加總
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、核價劑型為注射劑(藥品代碼倒數第 3 碼為 2)者，且 ATC 碼及成分含量為以下：N05AD01 且成分含量為 50mg/mL、N05AB02、N05AF01、N05AX08、N05AX13、N05AX12 之醫令點數(醫令類別為 1 或 Z)加總 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	門診	3、 醫令類別 G 且醫令代碼為 P7701C、P7702C、P7703C、

項目	部門別	定義
善計畫		P7704C、P7705C、P7706C、P7707B、P7708B、P7709C、 P7710B、P7711C、P7712C、P7713C、P7714B、P7715B 4、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
暫時性支付(新 藥、新特材)	門診 住診	1、依「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」 決議納入藥物醫令代碼為 BC27923100(生效起訖日： 113/2/1~116/1/31)、KC01123243(生效起訖日： 113/2/1~115/1/31)、BC28193100(生效起訖日：113/6/1- 115/5/31)、KC01210225(生效起訖日：113/7/1-115/6/30) 2、總額外點數=醫令點數加總
抗微生物製劑管 理及感染管制品 質提升計畫	門診 住診	1、醫令類別 G 且醫令代碼為 P8301B 2、總額外點數=醫令點數加總
在宅急症照護試 辦計畫	門診	1、 案件分類 E1、任一特定治療項目代號 EN、醫令代碼為 P8401C、P8435C 2、總額外點數=醫令點數加總
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	門診 住診	1、門診醫令類別為 G 或 2、住診醫令類別為 G 或 K 2、醫令代碼 P8201B ~ P8212B 3、總額外點數=醫令點數加總
地區醫院全人全 社區照護計畫	門診	1、醫令代碼為 P8501B、P8502B 2、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。

衛生福利部中央健康保險署北區業務組-特約醫院附約

- 一、本院參加「衛生福利部中央健康保險署北區業務組 114 年醫院前瞻式預算分區共管方式」(以下簡稱本共管方式)，並同意依相關規定辦理。本共管方式之內容如有因應總額管理之需要，同意經由衛生福利部中央健康保險署北區業務組與該區醫院總額管理委員會會議決議方式修訂之。
- 二、本院同意本共管方式為全民健康保險特約醫事服務機構合約之一部分，其效力與全民健康保險特約醫事服務機構合約同。

此致

衛生福利部中央健康保險署北區業務組（以下簡稱甲方）

申請醫院（以下簡稱乙方）

醫院代號：_____

醫院名稱：_____

醫事機構特約章戳：

（醫療院所印章）

（負責醫師印章）

中 華 民 國 年 月 日