

全民健康保險醫療給付費用醫院總額
115年第2次研商議事會議紀錄

時間：115年6月3日(三)下午2時

地點：本署18樓禮堂/視訊會議

主席：陳署長亮好

紀錄：張毓芬

出席代表（依姓氏筆劃排列）：

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王照元代表	蔡蕙如(代)	陳建志代表	(請假)
朱文洋代表	黃明典(代)	陳建宗代表	游進邦(代)
朱益宏代表	朱益宏	陳相國代表	陳相國
余忠仁代表	黃雪玲(代)	陳穆寬代表	林慶雄(代)
吳永全代表	吳永全	童敏哲代表	張碧玉(代)
吳淑芬代表	吳淑芬	黃冠棠代表	(請假)
吳鏘亮代表	張淑琴(代)	黃榮男代表	黃榮男
李飛鵬代表	李飛鵬	黃遵誠代表	黃遵誠
周思源代表	周思源	楊邦宏代表	楊邦宏
周雯雯代表	周雯雯	廖振成代表	廖振成
孟令好代表	孟令好	劉林義代表	劉林義
林宏榮代表	林宏榮	劉碧珠代表	劉碧珠
侯勝茂代表	廖秋鐳(代)	蔡易廷代表	蔡易廷
施壽全代表	(請假)	賴信亨代表	賴信亨
洪世欣代表	洪世欣	謝文輝代表	謝文輝
洪瑜黛代表	洪瑜黛	謝景祥代表	謝景祥
張文瀚代表	林富滿(代)	顏鴻順代表	張嘉興(代)
張克士代表	張克士	羅永達代表	羅永達
張國寬代表	(請假)	嚴玉華代表	嚴玉華
郭錫卿代表	郭錫卿	蘇主榮代表	蘇主榮
陳志強代表	陳志強	蘇慧真代表	陳智芳(代)
陳威明代表	洪芳明(代)		

列席單位及人員：(*為線上與會人員名單)

台灣醫院協會	林佩菽、董家琪、賴彥伶、顏正婷、連敬芳、王秀貞
中華民國醫師公會全國聯合會	謝沁妤
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
中華民國物理治療師公會全國聯合會	歐育志
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	(請假)
中華民國藥師公會全國聯合會	(請假)
中華民國醫事放射師公會全國聯合會	楊邦宏
臺灣醫療暨生技器材工業同業公會	(請假)
台灣婦產科醫學會	黃閔照、黃建霖
臺灣兒科醫學會	彭純芝
臺灣兒童心臟學會	黃書健、曾偉杰
台灣整形外科醫學會	林有德、蔡嘉軒
台灣神經外科醫學會	楊孟寅
台灣精神醫學會	黃名琪
台灣兒童青少年精神醫學會	賴柔吟、邱佩寧
中華民國骨科醫學會	盧永昌、陳昆輝
中華民國小兒骨科醫學會	(請假)
台灣消化系外科醫學會	沈延盛、王尚煜
中華民國大腸直腸外科醫學會	林金龍、邵彥誠
台灣新生兒科醫學會	(請假)
台灣早產兒基金會	張瑞幸
台灣兒童胸腔暨重症醫學會	簡佑軒
中華民國呼吸治療師公會全國聯合會	李昆達
台灣術後加速康復學會	郭書麟

台灣胸腔及心臟血管外科學會	郭順文
台灣胸腔外科醫學會	郭順文
台灣胸腔暨重症加護醫學會	周昆達、陳威志、林定佑
台灣大腸直腸醫學會	(請假)
台灣感染症醫學會	(請假)
台灣感染管制學會	(請假)
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、劉于鳳
衛生福利部社會保險司	陳淑華
衛生福利部疾病管制署	沈文凡
本署署長室	張淑雅
本署醫審及藥材組	黃育文、賴秋伶、成庭甄、 林雨亭、陳盈如
本署醫務管理組	黃珮珊、陳依婕、洪于淇、 王智廣、許博淇、曾琬茜、 陳世卿、莊玉芬、何懿庭、 蕭之宣、陳聿萱、陳翊婷、 李珮芳、李忻庭、陳香然
本署臺北業務組	李純馥*、潘尹婷*、張志銘*、 許佩真*、高軒偉*、潘思潔*、 游博雁*
本署北區業務組	張溫溫*、蔡秀幸*、楊秀文*、 廖佩琦*、林巽音*、蔡宜珊*、 蕭琬瑜*、林杰穎*、詹媛媛*、 陳彥容*、吳秋芬*、胡嘉儒*
本署中區業務組	丁增輝*、陳雪姝*、謝秋萍*、 李秀霞*、張傳慧*、戴婷豫*、 黃意婷*、林琬倩*、鄭佩甄*、 林宸由*、李筱婷*、張毓芹*、 張念賓*、鄭瑛琳*
本署南區業務組	韓佩軒*、賴大年*、吳佩寧*、 張智傑*、曾荃璞*
本署高屏業務組	林純美*、謝明雪*、郭怡姁*

本署東區業務組

邱珮穎*、陳祈君*、黃雨潔*、
劉彥均*、蕭晟儀*、劉蘋瑢*
黃兆杰*、陳珮毓*、江曉倩*、
林祉萱*

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄

決定：確認。

參、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。

決定：下列 5 項繼續列管，其餘解除列管。

- 一、序號 1：有關慢性病人得一次領取慢性病連續處方箋總用藥量之適用條件案，請本署蒐集各界意見一節，予以解列，並請台灣醫院協會就建議放寬之特殊情形，另提本會議討論。
- 二、序號 2：個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫建議案。
- 三、序號 11：修訂 115 年全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫案。
- 四、序號 13：「醫院總額品質保證保留款實施方案」修訂案。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額 114 年第 3 季點值結算報告。

說明：

- 一、114 年第 4 季各分區一般服務點值確認如下：

區/項目	浮動點值	平均點值
臺北	0.93901492	0.97010188
北區	0.99802611	0.99406263
中區	0.97536518	0.98659981
南區	1.04204755	1.01449596
高屏	1.04000202	1.01679913
東區	1.07765845	1.03001345
全區	0.98332324	0.99118299

二、醫療給付改善方案之早期療育門診、地區醫院全人全社區照護計畫、抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫及區域聯防-提升急重症照護品質之術後加速康復推廣計畫(下稱 ERAS)等 4 項專款項目，因結算作業尚未完成，爰前 3 項專款項目之結算傳票日期延期，另第 4 項之 ERAS 專款項目尚未計算完成，本署將俟結算完成後，修正結算報表，並公布

三、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

四、結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

決定：確認 114 年第 4 季點值，餘洽悉。

肆、討論事項

第一案

提案單位：臺灣兒科醫學會、臺灣兒童心臟學會、台灣婦產科醫學會、台灣精神醫學會、台灣兒童青少年精神醫學會、台灣整形外科醫學會、台灣神經外科醫學會、中華民國骨科醫學會、台灣消化系外科醫學會、中華民國大腸直腸外科醫學會

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目」。

決議：

一、本案除「增列新生兒手術加成」暫保留外，餘項目通過(附件 1)，續將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及

支付標準共同擬訂會議報告，重點如下：

(一) 提升兒童重症支付：

1. 放寬「一般、加護病床、隔離病床住院診察費」、「急診觀察床診察費」及「住院會診費」兒科專科醫師加成上限規範，並調整前述醫令之年齡加成率及延伸加成範圍至未滿 19 歲。
2. 增列先天性心臟病 (Q20.0-Q28.9) 之病人，執行手術章節第六項「心臟及心包膜」、第七項「動脈與靜脈」所列手術項目者不折付規範。
3. 調升先天性心臟病相關診療項目 (含心導管 4 項、手術 11 項) 支付點數。

(二) 提升產科支付：

1. 調升一般生產項目點數 50%。
2. 調升高危險妊娠項目點數 100%。
3. 調升困難重症生產項目點數 200%。

(三) 提升人力流失相關科別支付：

1. 調升「痙攣性電療法」支付點數，並依年齡級距 (未滿 7 歲、7 歲以上至未滿 19 歲、成人) 拆分「團體心理治療」及「精神科日間住院治療費」診療項目及調整其對應支付點數。
2. 調升「皮面創傷處理」等 10 項燒燙傷處置/手術及「多層皮膚移植」等 28 項手術項目支付點數。
3. 修訂「多重創傷 (ISS \geq 16) 符合重大創傷之重大傷病資格」者之中樞神經手術折付規範。
4. 新增「髌白周圍截骨術」、「早發性脊柱側彎非融合性矯正手術」，並調升 4 項骨科手術支付點數。
5. 調升「肝部分切除術」等 18 項手術項目支付點數，並將「胰臟體部分切除術」等 3 項手術項目拆分為良性/惡性項目。
6. 調升「降結腸或乙狀結腸切除術併行吻合術及淋巴節

清掃」等 11 項手術支付點數。

- 二、日後相關學協會如有其他一般提案欲提本會議討論，請提案單位於開會前 1 個月前以書面或電子郵件提送本署權責單位，以利辦理財務評估及議程公告相關事宜，如未於時限內提案，延至下次會議再議。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)3.4 版支付通則暨 115 年 7-12 月適用之相對權重統計結果案。

決議：

- 一、115 年下半年 SPR 值為 52,609 點，續將併同本次會議通過之支付標準修訂更新 DRG 權重，另本署將評估未來配合支付標準公告時程，修訂更新 DRG 權重之可行性。
- 二、另「不適用 TW-DRGs 之生產案件及其診斷碼」增列「生產合併高危險妊娠及罕見內外科合併症」(附件 2)。
- 三、本案將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「『全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式』計畫增列居家照護階段兒童加成等項目」案。

決議：本案修訂通過如附件 3，重點如下：

- 一、因 02020B「緩和醫療家庭諮詢費」於 115 年 1 月 1 日起修訂為 02020C「緩和醫療家庭諮詢費」，爰併同修訂本計畫「緩和醫療家庭諮詢費」診療項目代碼為 02020C。
- 二、居家照護階段增列兒童加成：未滿六個月者加成 60%；六個月以上至未滿二歲者加成 30%；二歲以上至未滿七歲者加成 20%。
- 三、本案將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

第四案

提案單位：台灣精神醫學會

案由：修訂「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」。

決議：本案修訂通過如附件 4，重點如下：

- 一、照案通過修訂高風險病人出院後追蹤訪視費、長效針劑注射獎勵措施、收案品質獎勵費及高風險病人出院追蹤品質獎勵費，
- 二、另社區關懷訪視共訪比率目標值維持 100%，調整操作型定義為分母排除拒訪病人。
- 三、本案將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

第五案

提案單位：台灣術後加速康復學會、本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險術後加速康復推廣計畫」。

決議：本案修訂通過如附件 5，重點如下：

- 一、新增「冠狀動脈繞道手術」、「肺臟重大手術」及「大腸直腸重大手術」等好發癌症及易致重症之術式，並修訂計畫執行細節。
- 二、本案將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

第六案

提案單位：台灣胸腔暨重症加護醫學會

案由：新增「全民健康保險侵襲性呼吸器優化管理計畫」案。

決議：本案新增通過如附件 6，重點如下：

- 一、預算來源：115 年全民健康保險醫院醫療給付費用總額之「醫療給付改善方案」專款項下 2.5 億元。
- 二、計畫訂有胸腔科醫師評估處置費每次 1,000 點，並訂有品質獎勵措施，包含專科醫師配置、攬/育/留才計畫及訂有內部獎勵制度等 3 項過程面及病人接受專科醫師評估處置涵蓋率及 ICU 呼吸器脫離率等 2 項結果面品質指標。

- 三、本案將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

第七案

提案單位：台灣社區醫院協會、台灣感染症醫學會、本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」案。

決議：因非所有提案單位均出席會議，故本案保留。

第八案

提案單位：

案由：修正 115 年醫院總額「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」計畫(草案)。

決議：本案修訂通過如附件 7，重點如下：

- 一、增加獎勵一定比率回饋醫療人員、增訂提升急診醫療量能評估指標：每季急診病人轉出率不高於去年同期及急診轉住院人次占率。
- 二、將依程序報請衛生福利部核定及公告事宜；115 年第 1 季、第 2 季預算，俟計畫核定狀況辦理後續事宜。

第九案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂 115 年度「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案(下稱品質確保方案)」之專業醫療服務品質指標案。

決議：本案修訂通過如附件 8，重點如下：

- 一、調整「門診注射劑使用率」操作型定義，新增排除全民健康保險在宅急症照護試辦計畫(ACAHC)、全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案(OPAT)案件。
- 二、「糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率」參考值調整為「80%」。
- 三、將依會議決議，辦理後續品質確保方案專業醫療服務品質指

標修訂行政作業。

第十案

提案單位：台灣社區醫院協會

案由：「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」修訂案。

決議：本案修訂通過如附件 9，重點如下：

- 一、新增「個管費-定期檢驗(查)達成加成費」、將檢驗(查)結果進步個案納入「血糖、血脂管理提升費」獎勵範圍並調升獎勵點數及修訂「成人預防保健檢查率」等計畫評核指標之得分條件及級距。
- 二、本案將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

第十一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：地區醫院代表就全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫案(下稱醫不足提升計畫)第肆點申請醫院資格之第一款基本要件第(二)目規定，建議刪除「排除已設立區域級(含)以上醫院(不含精神科醫院)之鄉鎮(區)」，請就條文修正文字及配套措施討論案。

決議：本案無共識，請台灣社區醫院協會參考與會代表意見後，提出修訂計畫後再議。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 5 時 24 分。

序號	修訂內容	項目數	財務影響評估(百萬點)		
			合計	醫院	基層
		總計	3,150.8	2,964.9	185.9
(一) 提升兒童重症支付					
1	刪除兒科專科醫師加成上限	-	34.2	34.2	-
2	調整部分住院診察費年齡加成範圍	-	87.5	87.5	-
小計(兒童基本診療)			121.7	121.7	-
3	增列先天性心臟病手術不折付規範	-	48.5	48.5	-
4	調升心導管及心臟手術支付點數	15	44.5	44.5	-
小計(兒童手術)			93.0	93.0	-
提升兒童重症支付-總計			214.7	214.7	-
(二) 提升產科支付					
5	提升一般生產支付	2	720.3	545.2	175.0
6	提升高危險妊娠支付	4	904.0	902.8	1.2
7	提升困難重症剖腹產支付	8	141.0	133.2	7.9
提升產科支付-總計			1,765.2	1,581.1	184.1
(三) 提升人力流失相關科別支付					
8	調升「痙攣性電療法」支付點數	1	29.8	29.8	-
9	依年齡拆分「團體心理治療」及「日間住院治療」項目並調升支付點數	13	10.4	10.4	-
小計(精神醫療)			40.2	40.2	-
10	調升燒燙傷處置/手術及整形外科手術支付點數	38	294.8	293.0	1.8
小計(整形外科)			294.8	293.0	1.8
11	增列重大外傷中樞神經手術不折付規範	-	304.5	304.5	-
小計(神經外科)			304.5	304.5	-
12	新增「髌白周圍截骨術」、「早發性脊柱側彎非融合性矯正手術」	2	2.4	2.4	-
13	調升骨科手術支付點數	4	49.6	49.6	-
小計(骨科)			52.0	52.0	-
14	調升肝膽胰胃手術支付點數	24	259.8	259.8	-
小計(消化系外科)			259.8	259.8	-
15	調升大腸直腸手術支付點數	11	219.6	219.6	-
小計(大腸直腸外科)			219.6	219.6	-
提升人力流失相關科別支付-總計			1,170.9	1,169.1	1.8

第七部 全民健康保險住院診斷關聯群 (Taiwan Diagnosis Related Groups , Tw-DRGs)

第一章 Tw-DRGs 支付通則

(前略)

三、下列案件不適用第七部支付標準：

(前略)

(十一)生產有合併植入性胎盤、產後大出血、或產後血液凝固缺損、羊水栓塞、極重度子癩前症合併器官衰竭、肺動脈高壓、發紺性先天性心臟病或心肌病變之案件。

	ICD-10-CM
合併植入性胎盤	O43.011-O43.199 O43.211-O43.239 O43.811-O43.93、O72.0-O72.3、 O73.0- O73.1
產後大出血	O72.1
產後血液凝固缺損	O72.3
羊水栓塞	O88.111-O88.13
極重度子癩前症合併器官衰竭	O14.20-O14.25
肺動脈高壓	I27.0、I27.21- I27.29
發紺性先天性心臟病	Q20.0、Q20.3、Q20.4、Q21.3、 Q22.0、Q22.4、Q23.4
心肌病變	I25.5、I42.0、I42.8、I42.9、I50.9

(下略)

「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫

保險人(89年5月2日) 第一次修訂(89年6月27日)

第二次修訂(89年8月19日) 第三次修訂(91年11月01日)

第四次修訂(99.01費用月份起適用，98年07月24日)

第五次修訂(99.01費用月份起適用，98年11月06日)

第六次修訂(99.09費用月份起適用，99年08月10日)

第七次修訂(102.01費用月份起適用，101年11月22日)

第八次修訂(102.08費用月份起適用，102年07月29日)

第九次修訂(104年5月25日)

第十次修訂(105.04費用月份起適用，105年4月1日)

第十一次修訂(108.04費用月份起適用，108年4月1日)

第十二次修訂(109.08費用月份起適用，109年8月1日)

第十三次修訂(110.07費用月份起適用，110年7月1日)

第十四次修訂(111.04費用年月份起適用，111年4月1日)

第十五次修訂(111.10費用年月份起適用，111年10月1日)

第十六次修訂(114.01費用年月份起適用，113年10月1日)

壹、前言

我國由於慢性照護的發展緩慢，因此長期依賴呼吸器患者佔用急性病房或甚至加護病房的情形時有所聞。為有效利用加護病房之資源，提升重症病患照護品質，避免因不當的利用加護病床致急症患者面臨一床難求的窘境，行政院衛生署(衛生福利部前身)於87年提出「改善醫院急診重症醫療計畫」，訂定「急性呼吸治療病床」及「呼吸照護病床」之設置標準，並責由全民健康保險保險人(以下稱保險人)研訂相關醫療費用支付標準，以落實計畫之推行。

為促使醫療資源有效應用，保險人研擬從支付制度改革，由現行論量計酬改為論日、論人計酬等前瞻性支付制度，並導入管理式照護模式，然而呼吸器依賴患者從急性、亞急性到慢性等階段，臨床上的變化非常多樣，而國內對於呼吸器使用者臨床預後、照護方式及成本、醫療利用狀況及醫療品質指標等，尚缺乏完整的資料，為此，保險人特邀請台灣胸腔暨重症加護醫學會各方面的臨床專家及學者組成「工作小組」，借重其專業及臨床實務經驗，共同規劃研訂呼吸器依賴患者之照護模式及支付方式，在規劃支付方式之過程，除廣泛蒐集各國近期實施之支付制度外，

並考量本國以下現況，訂定本計畫：

- 一、制度面上本國現有之組織架構如醫療組織、財務、體制是否能充分配合。
- 二、財務風險分攤之能力及責任歸屬。
- 三、藉支付機制提升照護體系運作的效率之誘因。
- 四、呼吸器依賴患者之特性如費用、利用率的分析及發生率、盛行率等(流行病學之考量)。

由於至目前為止，我國尚無以特定疾病按時程多元支付之實際運作經驗，如能透過本計畫之運作及評估，找出缺點防治之道，並提出呼吸器依賴患者最具成本效益之支付制度之建議，使呼吸器依賴患者獲得整體性、高品質之照護，以為未來規劃其他疾病論日或論人計酬支付制度之參考，是本計畫規劃之最大期許。

貳、計畫目的

- 一、改善現行論量計酬之支付方式，加強醫療院所進行垂直性及水平性服務整合的誘因，以利提供呼吸器依賴病患完整性的醫療保健服務，並提升照護品質。
- 二、鼓勵醫療院所引進管理式照護，藉由設立亞急性呼吸照護病房(下稱RCC)、慢性呼吸照護病房(下稱RCW)或發展呼吸器依賴病患之居家照護模式，以降低長期使用呼吸器病人占用加護病房或急性病房之情況，促使醫療資源合理使用。
- 三、評估不同階段之支付方式，包括論日計酬及論人計酬，對於呼吸器依賴患者之醫療照護品質及成效之影響，以做為日後全面辦理時品質監控及支付方式設計之參考。

參、經費來源

- 一、本計畫住院照護階段之照護費用，由醫院總額一般服務預算項下支應；居家照護階段之照護費用，由其他預算項下支應。
- 二、本計畫獎勵費用由醫院總額「鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署

DNR及安寧療護計畫」專款預算項下支應。

肆、計畫內容

一、參與計畫醫院之資格

(一)鼓勵組成整合性照護系統，提供含括加護病房、亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房及居家照護各階段照護。

(二)設置基準

各階段特約醫事服務機構需符合衛生福利部「醫療機構設置標準」及本計畫居家照護團隊組成條件(詳附表9.2)。

(三)申請書格式

由各參與之特約醫療機構檢附「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫申請書(附件一)向保險人分區業務組提出申請。

(四)其他

各參與之特約醫療機構應設有個案管理人制度，由專任或兼任之個案管理人員負責協調、溝通及個案管理安排事宜。個案管理人員可由醫師、呼吸治療人員、護理人員或社工人員擔任。

二、給付項目及支付標準：詳附件二

三、RCC、RCW住院階段獎勵項目及費用：

(一)獎勵項目個案定義：

1.脫離呼吸器案件(A)：當年度該院成功脫離呼吸器之案件(以登錄VPN資料計算)。

2.簽署DNR個案(B)：符合下列任一條件者；同院所同病人限獎勵一次。申報「DNR01」或「DNR」虛擬醫令，院所須留有相關證明文件備查。

(1)當年度該院完成「預立選擇安寧緩和醫療意願書(本人簽署)」，並申報DNR虛擬醫令「DNR01」(大寫)，醫令類別填報G(專案支付參考數值)，「支付成數」、「總量」、「單價」及「點數」等欄位填報「0」之案件。

(2)當年度該院完成「不施行心肺復甦術 (Do Not Resuscitate) 同意書」，並申報DNR虛擬醫令「DNR」(大寫)，醫令類別填報G(專案支付參考數值)，「支付成數」、「總量」、「單價」及「點數」等欄位填報「0」之案件。

3.臨終前接受緩和醫療照護個案(C)：當年度及過去年度該院曾簽署DNR者(以申報健保卡註記及申報DNR、DNR01者計)，該名個案臨終前14天內未使用CPR；且醫院曾與該名個案家屬進行緩和醫療家庭會議(以365天內曾申報02020BC者計)之個案。

(二)獎勵計算：除獎勵個案外，並針對醫院整體表現進行評比，以鼓勵院所積極協助病人脫離呼吸器及提升病人臨終生活品質。

1.個案獎勵

(1)以當年度本計畫獎勵費用之三分之一為上限，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

(2)獎勵方式(區分RCC、RCW計算)：

A.脫離呼吸器個案(A)每件獎勵5,000點。

B.簽署DNR個案(B)每件獎勵5,000點。

C.臨終前接受緩和醫療照護個案(C)每件獎勵20,000點。

2.醫院評比獎勵

(1)以當年度本計畫獎勵費用之三分之二為上限，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

(2)獎勵方式：

A.區分RCC、RCW二組，以該年度曾申報RCC、RCW住院階段呼吸器依賴P碼醫令且至少執行1件獎勵項目案件之醫院參加評比。

B.評比指標：

各院之脫離呼吸器個案(A)、簽署DNR個案(B)、臨終前接受緩和醫療照護個案(C)占該院本計畫收案個案數(申報本計畫RCC、RCW之P碼之人數)之比率，分別以2:1:3加權計算後，由高至低進行排序。

C.獎勵點數：依下列百分位對照之獎勵點數計算，以該院RCC或RCW收案個案數(申報本計畫RCC、RCW住院階段P碼人數)計算該院總獎勵點數：

醫院排序結果	RCC (每一收案個案)	RCW (每一收案個案)
--------	-----------------	-----------------

前25百分位	12,000點	24,000點
前26百分位至前50百分位	9,000點	18,000點
前51百分位至前75百分位	6,000點	12,000點

(三)本獎勵費用採年度結算，由保險人依獎勵計算核定金額。

四、醫療費用之申報

(一)參與計畫之申報

1、第一到第三階段以住院案件申報，第四階段以門診案件申報。

(1).第一到第三階段使用呼吸器之各病房異動皆應「獨立」切帳申報。

(2).第三階段未結案之個案至少須每60天始得申報乙次。

(3).第四階段未結案之個案按月申報。

2、住院醫療費用點數申報格式總表段支付制度計畫案件醫療費用點數=點數清單申請費用點數(欄位 IDd85)+部分負擔點數(欄位 IDd84)。

3、門診及住院醫療點數申報格式填報：

(1).總表段之申報類別：請填報【1：送核】

(2).點數清單段之給付類別：請填報【9：呼吸照護】

(3).第一階段者，除申報類別填【1：送核】、案件分類【4：支付制度試辦計畫案件】、給付類別填【9：呼吸照護】外，其餘依論量計酬之現行申報方式申報；病患於本階段使用呼吸器但<21天即轉出至亞急性呼吸照護病房或慢性呼吸照護病房時，仍依上述規定申報，餘應暫緩申報，俟確認病患使用呼吸器滿21天為呼吸器依賴患者，或脫離呼吸器滿5天非屬呼吸器依賴患者後，依相關規定申報。

(4).第二階段~第三階段者，除申報類別填【1：送核】、案件分類【4：支付制度試辦計畫案件】、給付類別請填【9：呼吸照護】外，其他欄位申報方式如下：

住院醫療費用點數申報格式點數清單段欄位填報：

A.欄位 IDd66「診察費點數」欄位 IDd82「嬰兒費點數」分項費用欄位：將醫令清單醫令類別「4」實際發生之醫療費用，比照論病例計酬案件之歸屬方式申報。

B.合計點數(欄位 IDd83)及部分負擔點數(欄位 IDd84)：比

照論病例計酬案件之方式申報。

C. 醫療費用點數合計(欄位IDd86、88、90、92、94、96、98)：
比照論病例計酬案件之方式申報。醫療費用點數之計算(住院第61、63、65、67、69、71、73欄)：比照論病例計酬案件之方式申報。

D. 申請點數(欄位IDd85)。

(A) 若：定額申報費用>合計點數

則： $[申請點數]欄位 = 定額申報費用部分負擔點數$

(B) 若：亞急性呼吸照護病房定額申報費用<亞急性呼吸照護病房合計點數

則： $[申請點數]欄位 = (定額申報費用部分負擔點數) + 1/3 * (合計點數定額申報費用)$

(C) 欄位 IDd87、89、91、93、95、97、99 部分負擔欄位：
比照論病例計酬案件之方式申報，其他欄位比照現行申報方式。

(D) 同一月份同一個案申報二次以上者，流水號請連續編號。

(5). 第四階段者，除申報類別填【1：送核】、案件分類【A1：居家照護】、【A6：護理之家之居家照護】、【A7：安養、養護機構院民之居家照護】、給付類別請填【9：呼吸照護】、就醫科別【AC：胸腔內科】外，其他欄位申報方式如下：

A. 「就醫日期」及「治療結束日期」欄位分別填報該月第一次訪視日期及該月最後一次訪視日期。

B. $[申請點數]欄位 = 定額申報費用部分負擔點數$ 。

4、門診及住院醫療費用點數醫令清單段填報說明：

(1). 第一階段之申報：以論量計酬申報。

(2). 第二階段~第三階段之申報：

A. 定額醫令項目：醫令類別請填「2」，請集中於實際醫療費用醫令項目之前申報，並填列執行起迄日期。

B. 實際醫療費用醫令項目：醫令類別請填「4」，並填列執行起迄日期。

(3). 第四階段之申報：

A. 定額醫令項目：醫令類別請填「2」，請集中於實際醫療費用醫令項目之前申報。

B. 實際醫療費用醫令項目：醫令類別請填「4」。

C. 「總量」欄位填列實際申報天數。

(二)住院未參與計畫之申報：各病房異動皆應「獨立」切帳申報

病房	費用清單			醫令清單	
	申報類別	案件分類	給付類別	醫令代碼	醫令類別
ICU 呼吸器使用>21天	送核	依現行論量計酬申報方式申報	9	實際醫療費用醫令項目	依現行論量計酬申報方式申報
	申報時病患仍使用呼吸器但<21天，應暫緩申報，俟確認病患使用呼吸器滿21天為呼吸器依賴患者，或脫離呼吸器滿5天非屬呼吸器依賴患者後，依規定申報。				
亞急性呼吸照護病房	送核	依現行論量計酬申報方式申報	9	實際醫療費用醫令項目	依現行論量計酬申報方式申報
慢性呼吸照護病房	送核	依現行論量計酬申報方式申報	9	P10112C	2
				得另核實項目	1、2、3
				實際醫療費用醫令項目	依現行論病例計酬申報方式申報
	1. 「實際醫療費用」>「P碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+部分負擔」=「P碼」+「得另核實項目」 2. 當「實際醫療費用」<「P碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+部分負擔」=「實際醫療費用」。				
一般病房(含經濟病房)	送核	依現行論量計酬申報方式申報	9	P1005K P1012C	2
				得另核實項目	1、2、3
				實際醫療費用醫令項目	依現行論病例計酬申報方式申報
	1. 一般病房費用「實際醫療費用」>「P碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+部分負擔」=「P碼」+「得另核實項目」 2. 當「實際醫療費用」<「P碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+部分負擔」=「實際醫療費用」。				

五、病患轉介之流程：詳附圖。

六、品質監控指標

(一)結構指標

1、照護小組各類照護人員之專業資格。

2、照護小組各類照護人員與病患之比例。

3、照護小組各類照護人員再教育狀況。

(二)過程指標

1、照護小組各類照護人員之照護及在職教育品質。

2、內部品質監控指標：

(1)個案完整登錄比率。

(2)疾病嚴重度。

3、呼吸器依賴病患之個案管理與出院規劃完整性。

(三)結果指標：(以下之指標均以出院日為準)

1、品質監控指標

(1)平均住院日（不適用慢性呼吸照護病房）。

(2)平均呼吸器使用日（不適用慢性呼吸照護病房）。

(3)回轉率。

(4)死亡率。

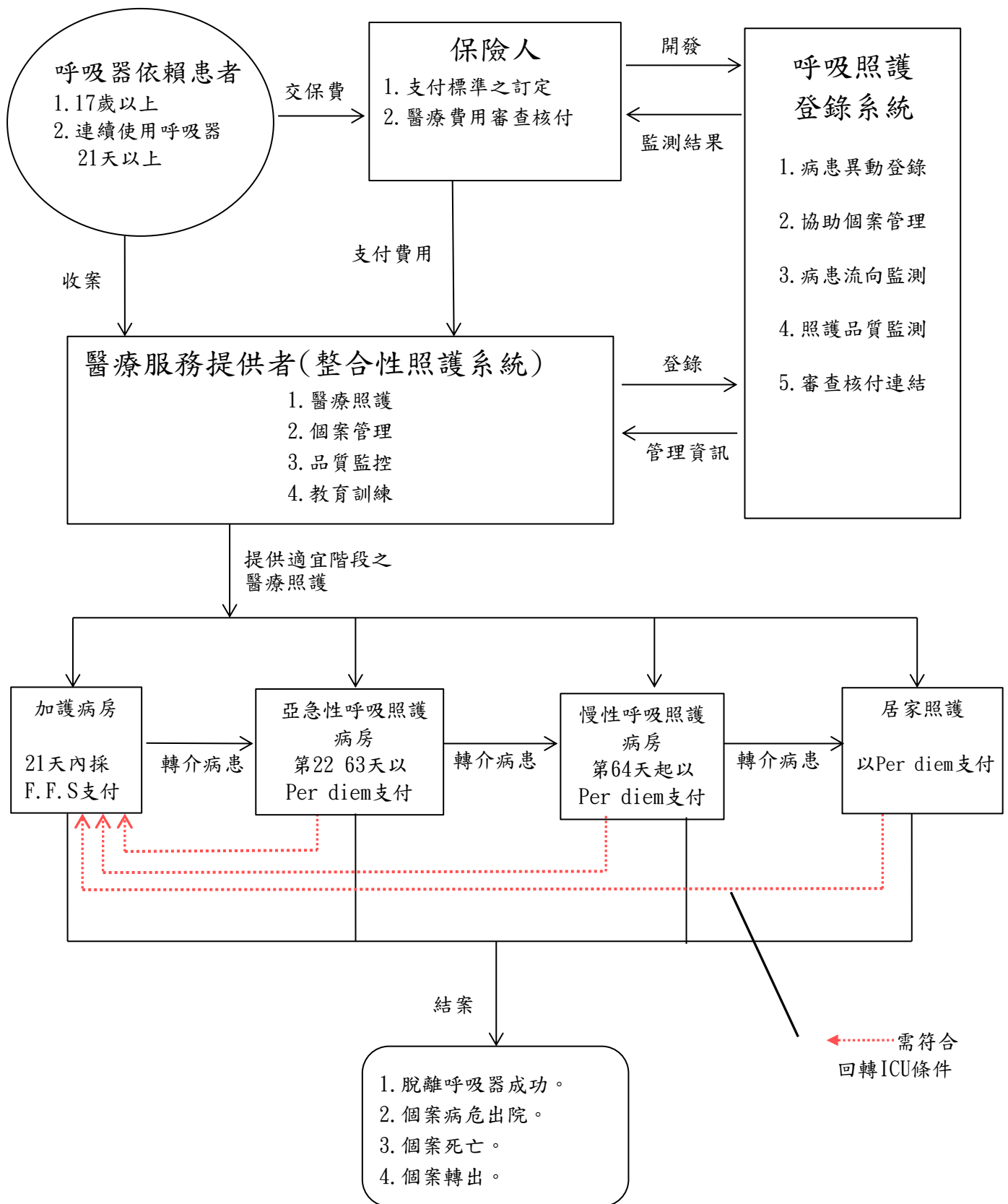
(5)呼吸器脫離成功率。

(6)未脫離呼吸器下轉居家照護比率

2、被保險人（或其家屬）之滿意度。

伍、計畫修正程序：本方案之修訂，屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附圖、呼吸器依賴患者整合性照護流程圖



附件一 特約醫療機構參與「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護」前瞻性支付方式計畫申請書

壹、整合性照護系統醫療機構名單

整合性照護系統								各照護階段病床數 (床)					
醫療機構名稱	醫療機構代號	整合關係(勾選)		層級(勾選)				加護病房				亞急性呼吸 照護病房	慢性呼吸 照護病房
		主要負責 醫院	系統內其他 醫療機構	醫學 中心	區域 醫院	地區 醫院	居家照 護機構	甲 級	乙 級	丙 級	丁 級		

第一聯
保險人存查
第二聯
醫院存底

- 備註：1. 主要負責機構需將整合性照護系統內所有醫療機構全數填列，系統內其他醫療機構只需填列自家機構及主要負責醫院。
 2. 整合關係依在整合性照護系統(IDS)內主要負責醫院或系統內其他醫療機構以勾選方式填送。
 3. 本計畫鼓勵組成整合性照護系統，未組成之院所得不填報整合關係欄位之醫療機構資料。

貳、配合措施：

一、個案管理人措施

個案管理人姓名：

學歷：

經歷：

聯絡電話：

職掌：1.

2.

二、個案轉介措施

三、系統內醫院輔導措施

四、醫療品質確保措施

參、預期達成效益

本申請書連同醫事人員暨設備資料表共 頁

請惠予核定為荷。此致

保險人

發文日期： 年 月 日

發文字號： 字第 號

申請醫療機構名稱及代號：

負責人： 簽章 院所經辦人： 簽章

備註：本申請書一式二聯由特約醫療機構填寫，經醫療機構負責人簽章後，逕寄本保險之分區辦理。

相關醫事人員暨設備資料表

亞急性呼吸照護病房
慢性呼吸照護病房
居家照護機構

全 頁，第 頁

序號	職稱代碼*	專任或兼任(勾選)		姓名	身分證字號	出生年月日	執業執照字號	設備	
		專任	兼任					名稱	型號

*職稱代碼：1: 胸腔專科醫師, 2:住院醫師, 3:護理人員, 4:病患服務員, 5:呼吸治療人員, 6:其他

附件二「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」 計畫給付項目及支付標準

第一章 呼吸器依賴患者全面納管

通則：

一、收案條件：呼吸器依賴患者係指連續使用呼吸器21天(含)以上，呼吸器使用中斷時間未符合脫離呼吸器成功之定義者，皆視為連續使用。其使用呼吸器之處置項目需為57001B(侵襲性呼吸輔助器使用)、57002B(負壓呼吸輔助器使用)或57023B(非侵襲性陽壓呼吸治療如Nasal PAP、CPAP、BiPAP)，惟使用57023B之呼吸器依賴患者，須由加護病房或亞急性呼吸照護病房使用57001B或57002B後，因病情好轉改用57023B之呼吸器依賴患者；或居家照護階段，經醫師診斷為肌萎縮性脊髓側索硬化症(ALS, Amyotrophic Lateral Sclerosis；ICD10CM：G12.21)、先天性肌肉萎縮症(Congenital Muscular Dystrophy；ICD10CM：G71.0)、脊髓肌肉萎縮症(Spinal muscular atrophy;ICD10CM：G12.9)或龐貝氏症(肝醣儲積症第二型Pompe disease;ICD10CM：E74.02)，且領有重大傷病證明並符合附表9.5之收案標準者，再經本保險人分區業務組審查符合醫療必須使用呼吸器處置項目57023B(非侵襲性陽壓呼吸治療如BiPAP，排除Nasal PAP、CPAP)之呼吸器依賴患者。註：呼吸器使用條件詳附表9.1。

先天性肌肉萎縮症ICD10CM(2023年版)：G71.00、G71.01、G71.02、G71.09、G71.031、G71.032、G71.033、G71.0340、G71.0341、G71.0342、G71.0349、G71.035、G71.038、G71.039、G71.20、G71.21、G71.220、G71.228、G71.29(自一百十四年一月一日起適用)。

二、所有呼吸器依賴個案，自其連續使用呼吸器超過21天起，所有異動(轉入、轉出及結案狀況等)，特約醫事服務機構應於5日(工作日)內上網登錄(含本計畫公告實施日前已開始使用呼吸器之所有個案)，未於5日內登錄者，自登錄日起才支付費用，若登錄不實者，費用不予支付，惟不可歸責於醫院者，不在此限，並由原登錄不實或未登錄者扣回相關點數。

三、脫離呼吸器成功之病患應改依本計畫以外支付標準申報，脫離呼吸

器成功之定義：脫離呼吸器 ≥ 5 日，5日中之第1日，若使用呼吸器小於6小時(不含)，則當日可視為未使用呼吸器(得計算為5日之第1日)；惟連續中斷之第2~5日必需是完全沒有使用呼吸器才能視為脫離成功。

四、結案條件：

- (一) 脫離呼吸器成功。
- (二) 個案病危出院。
- (三) 個案死亡。
- (四) 個案轉出。

註：嘗試脫離呼吸器但未成功之患者，在嘗試脫離期間，應累計其照護日數及呼吸器使用日數。

五、病患不論是否於同一特約醫事服務機構之住院、出院、轉入轉出次數，多次入住慢性呼吸照護病房或一般病房(含經濟病床)之照護日數均採論病人歸戶累計計算。

六、收治呼吸器依賴患者之院所應積極協助病患嘗試脫離呼吸器，一般病房(含經濟病床)或慢性呼吸照護病房收治之個案，在本次呼吸器依賴期間，非曾依規定階段由上游病房下轉者，均應提出事前核備，否則費用不予支付，依規定提出事前核備經專業審查認定確為長期呼吸器依賴患者，後續轉至其他病房得免事前核備，惟病患送事前核備結果如有後續追蹤之必要(如後續病況緩和時可再次嘗試脫離呼吸器等)，或經保險人分區業務組認定需加強審查者，應配合再次提出事前核備。

註：上游病房係指下列條件之一

- (一) 經保險人核准之亞急性呼吸照護病房。
- (二) 前述亞急性呼吸照護病房所屬醫療機構設立之加護病房。
- (三) 經保險人分區業務組依據 weaning rate 或 dependent rate 等條件認定之加護病房。

七、法定傳染病、燒傷病患或經疾病管制署感染控制措施規定建議入住隔離或特殊設備病房或罕見疾病病患得採核實申報醫療費用，惟仍需依本章通則二之規定辦理。

第二章 整合性照護

第一節 住院照護階段

通則：

一、符合下列(一)或(二)項條件者，需適用本節支付標準：

(一)事先報經保險人核准。

(二)收治符合呼吸器依賴病患定義之一般病床。

(三)17歲以上呼吸器依賴患者。若符合前二項條件惟未滿17歲需申請本支付標準者，可向保險人各分區業務組申請專案認定，若經同意應依本節通則規定申報醫療費用，未選擇依本章規定辦理者，當其滿17歲時，特約醫事服務機構應改依本章規定辦理。

註：年齡之認定採實際發生「費用年月」減「出生年月」計算，計算後取其「年」，若「月」為負值，則「年」減1，17歲以上係指前述計算結果大於等於17。

二、各階段特約醫事服務機構需符合衛生福利部「醫療機構設置標準」，17歲以下患者選擇適用本節支付標準規定者，亦應符合上述設置標準，惟其中病床若符合醫療機構設置標準嬰兒床或兒科病床之規定者，視同符合規定。

三、本計畫鼓勵組成整合性照護系統(IDS, Integrated Delivery System)，提供含括加護病房、亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房各階段照護；各照護階段之支付標準及規定如附表9.3及9.4，其中亞急性呼吸照護病房及慢性呼吸照護病房階段所訂點數已含本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準所訂相關醫療支付點數，除施行血液透析(58001C)、腹膜透析(58002C)(含透析液及特材)、連續性可攜帶式腹膜透析(58009B58012B、58017C、58028C)(含透析液)、氣管切開造口術(56003C)、緊急手術、施行安寧療護共同照護費(P4401BP4403B)及緩和醫療家庭諮詢費(02020BC)外，不得申報其他費用。

四、經醫生診斷為 Myasthenia gravis(重症肌無力症，ICD10CM：G70.00;G70.01)且領有重大傷病證明者，經神經內科專科醫師認定，需進行血漿交換術或輸血治療之病人，除依通則三規定及申報血液灌洗(58003C58006C)、連續性動靜脈血液過濾術(58007C)、血漿置換術(58008C)、腹水移除透析(58013C)、連續性全靜脈血液過濾術(每日)(58014C)、血小板分離術(58015C)、二重過濾血漿置換療法(58016C)、連續性全靜脈血液過濾透析術(每三日)(58018C)、緩慢低效率每日血液透析過濾治療(58030B)、輸血費(9300193023)、輸血技術費(9400194005)、抗感染安全尖端導管(CPC03A4703AR、CPC03A5123AR)等項目外，不得申報其他費用。

五、所有個案皆需依階段下轉(STEP DOWN CARE)之原則辦理，各階段若未依病情及本節通則規定入住，則依下階段或適宜入住階段之費用支付，並累計各階段照護日數：

(一)「加護病房階段」：除符合延長加護病房照護之狀況者外，照護日數最長為21天，主治醫師須隨時依患者病情判斷下轉，嘗試進行呼吸器脫離。

1. 應下轉而未下轉者，自應下轉日起每日醫療支付點數核扣標準如下：

(1) 醫學中心每日核扣6,710點

(2) 區域醫院每日核扣5,810點

(3) 地區教學醫院每日核扣3,750點

(4) 地區醫院每日核扣2,960點

2. 以上「應下轉而未下轉之部分」住院日數應累計於其應下轉之階段，第1日至42日累計於亞急性呼吸照護病房，亞急性呼吸照護病房累計超過42天部分累計於慢性呼吸照護病房。

(二)「亞急性呼吸照護病房階段」：

1. 照護日數最長為42天(含嘗試脫離期間)，未依患者病情及本規定下轉，自應下轉日起醫療支付點數以慢性呼吸照護病房或適

宜入住階段標準支付。

2. 加護病房下轉至本階段個案，若下轉後合計使用呼吸器日數未達呼吸器依賴患者定義即脫離成功、轉出或死亡(含自動出院)者，其於本階段之支付點數仍按本階段支付標準支付。

3. 亞急性呼吸照護病房合計醫療服務點數大於定額時，除定額外，得加計申報『「合計醫療服務點數」減「定額」』之三分之一。

(三)「慢性呼吸照護病房階段」：支付標準及規定如附表9.3。

六、呼吸器依賴個案於嘗試脫離呼吸器期間若仍住在亞急性呼吸照護病房或慢性呼吸照護病房，得按亞急性呼吸照護病房或慢性呼吸照護病房支付標準申報，嘗試脫離呼吸器但未成功之患者，在嘗試脫離期間，應累計其照護日數及呼吸器使用日數，呼吸器脫離成功者，即應轉出至一般病房。

七、因亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房滿床得轉至一般病房，採論量計酬並以病患適宜入住階段之費用為上限支付，餘應按本節支付標準規定入住各階段病房，病患俟後由一般病房再回轉至慢性呼吸照護病房、亞急性呼吸照護病房者，應累計其使用呼吸器之照護日數。

八、本整合性照護凡轉入各階段之日，不論何時，均作一天論，轉出該階段或出院之日，不論何時，其當日不予計算支付點數。

第二節 居家照護階段

通則：

一、適用本節之支付標準需事先報經保險人核准。

二、收案條件須符合下列(一)或(二)項條件：

(一)呼吸器依賴患者係指連續使用呼吸器21天(含)以上，呼吸器使用中斷時間未符合脫離呼吸器成功之定義者，皆視為連續使用。其使用呼吸器之處置項目需為57001B(侵襲性呼吸輔助器使用)、57002B(負壓呼吸輔助器使用)或57023B(非侵襲性陽壓呼吸治療如 Nasal PAP、CPAP、BiPAP)，惟使用57023B之呼吸器依賴患者，須由加護病房或亞急性呼吸照護病房使用57001B或57002B後，因病情好轉改用57023B之呼吸器依賴患者。

(二)經醫師診斷為肌萎縮性脊髓側索硬化症(ALS, Amyotrophic Lateral Sclerosis；ICD10CM：G12.21)、先天性肌肉萎縮症(Congenital Muscular Dystrophy；ICD10CM：G71.0、G71.2)、脊髓肌肉萎縮症(Spinal muscular atrophy；ICD10CM：G12.9)或龐貝氏症(肝醣儲積症第二型Pompe disease;ICD10CM：E74.02)，且領有重大傷病證明並符合附表9.5之收案標準者；病患經專業審查同意收案後，每年評估1次，3年以後除有特殊理由，原則不再評估。

先天性肌肉萎縮症ICD10CM(2023年版)：G71.00、G71.01、G71.02、G71.09、G71.031、G71.032、G71.033、G71.0340、G71.0341、G71.0342、G71.0349、G71.035、G71.038、G71.039、G71.20、G71.21、G71.220、G71.228、G71.29(自一百十四年一月一日起適用)。

三、特約醫事服務機構需按附表9.2辦理並向當地衛生主管機關核備。

四、符合本節收案條件之患者，因病情需要回轉加護病房或慢性呼吸照護病房時，視同符合住院照護階段收案條件，並適用本計畫第二章第一節相關規定。

五、支付標準及規定如附表9.3及9.4。本階段所訂點數已含本保險醫療服

務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準所訂相關醫療支付點數，除施行安寧居家照護外，不得申報其他費用。

- 六、呼吸器依賴個案若係由醫院轉回家中或健保特約之一般護理之家或「開業執照載有含收住呼吸器依賴個案之一般護理之家」或「依長期照顧服務法設立之住宿式長照機構或設有機構住宿式服務之綜合式長照機構，於設立許可證書載有服務對象含『呼吸器依賴者』」照護者，只需依規定上網登錄，惟若所收個案非由醫院轉回上述地點，則應由醫師評估其使用呼吸器之必要性，並檢具評估報告，送保險人分區業務組審查同意後上網登錄。未依規定辦理者，醫療費用不予支付。

附表9.1 呼吸器使用條件

臨床上使用呼吸器的目的如下：

一、生理上的目的：

- (一)支持肺氣體交換
- (二)藉減輕呼吸肌肉負擔而降低呼吸功率

二、臨床上的目的

- (一)矯正低血氧症
- (二)矯正急性呼吸性酸血症
- (三)緩解呼吸窘迫
- (四)避免或矯正肺塌陷
- (五)矯正通氣肌肉疲乏
- (六)允許使用鎮定劑或肌肉鬆弛劑

基於以上的目的，使用呼吸器最主要的適應症就是急性呼吸衰竭，而急性呼吸衰竭的臨床表現可以是無法獲得足夠動脈氧氣濃度或維持足夠的肺泡換氣量或兩者皆有。因此，**使用呼吸器的臨床認定條件應為如下：**

- 一、呼吸停止。
- 二、急性通氣衰竭(PaCO_2 上升，且大於55mmHg，伴隨酸血症， $\text{pH} < 7.20$)。
- 三、即將急性通氣衰竭：如每分鐘呼吸次數 > 35 次、自發性通氣量太小、呼吸驅動力不穩定、呼吸肌收縮力或耐力不足等。
- 四、嚴重低血氧症。

附表9.2 全民健康保險呼吸照護居家照護團隊組成條件

人員	條件
(一)醫師	<ol style="list-style-type: none"> 1. 由胸腔專科醫師、重症專科醫師、內科專科醫師、新生兒科醫師、兒童胸腔科醫師、兒童重症科醫師或兒科專科醫師至少一名（專任或兼任），可提供每位病患至少每二個月一次，每次至少一小時之訪視。 2. 前述新生兒科醫師、兒童胸腔科醫師或兒童重症科醫師，限訪視未滿17歲之呼吸器依賴患者。 3. 前述兒科專科醫師限訪視「全民健康保險醫療資源缺乏地區」之未滿17歲呼吸器依賴患者。
(二)呼吸治療人員	<p>由呼吸治療人員（專任或兼任，惟月個案數逾30名時，應至少有一名專任），可提供每位病患每個月至少二次，每次至少一小時之訪視。</p>
(三)護理人員	<p>至少一名專責訪視護理人員，可提供每位病患每個月至少二次，每次至少二小時之訪視。若每名專責訪視護理人員每月訪視超過四十五次後，則需增加一名。</p>
(四)個案管理人員	<p>由醫師、呼吸治療人員、護理人員或社會工作人員擔任（專任或兼任）。</p>
(五)其他人員	<p>需要時得設置物理治療人員、職能治療人員、臨床心理師及社會工作人員。</p>
<p>備註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、本項居家照護應由醫師指導之團隊提供服務。 2、呼吸治療人員依呼吸治療師法規定辦理，並具有二年（含）以上臨床呼吸治療工作經驗者（不含六個月受訓期間）。 3、專責訪視護理人員至少一名具備二年以上內外科臨床經驗。 	

附表9.3 各照護階段支付點數及規定

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
加護病房 (照護日數 ≤21日)	急性呼吸衰竭期		論量計酬	<p>一、患者符合以下狀況，得延長加護病房照護，每次以7日為原則：</p> <ol style="list-style-type: none"> 各器官系統呈現不穩定狀況： <ul style="list-style-type: none"> 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 肝衰竭表現者。 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 外科術後，2週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。 氧氣狀況不穩定者： <ul style="list-style-type: none"> 氧氣濃度(FIO₂)≥40%且吐氣末端陽壓 PEEP ≥10cm H₂O 仍無法維持 SaO₂ (SpO₂) ≥90% 或 PaO₂ ≥60mmHg. <p>二、各器官衰竭狀態已獲得控制時，應下轉亞急性呼吸照護病床積極脫離呼吸器。</p> <p>三、不同醫院之加護病房轉介，依下列原則辦理：</p> <ol style="list-style-type: none"> 同層級間轉介，照護日數累計。 高層級轉低層級，照護日數累計。 低層級轉高層級，照護日數不累計。 以上「層級」係指「特約類別」。
亞急性呼吸照護病床(照護日數≤42日)	呼吸器長期患者(積極嘗試脫離呼吸器患者)	<p>醫學中心</p> <p>P1005K</p> <p>P1006K</p> <p>區域醫院</p> <p>P1007A</p> <p>P1008A</p>	<p>論日計酬：</p> <p>第121天： 10,647點/日/人</p> <p>第2242天： 7,991點/日/人</p> <p>第121天： 9,660點/日/人</p> <p>第2242天： 7,256點/日/人</p>	<p>一、患者符合以下狀況，得回轉加護病房照護，每次以7日為原則：</p> <ol style="list-style-type: none"> 各器官系統呈現不穩定狀況： <ul style="list-style-type: none"> 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 肝衰竭表現者。 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 外科術後，2週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。

				<p>3. 氧氣狀況不穩定者：</p> <p>氧氣濃度(FIO₂)≥40%且吐氣末端陽壓 PEEP≥10cmH₂O 仍無法維持 SaO₂(SpO₂)≥90%或PaO₂≥60mmHg.</p> <p>二、符合以上狀況回轉加護病房照護者，病情好轉，應依患者病情下轉適當之照護階段，下轉亞急性呼吸照護病床者，累計回轉前亞急性呼吸照護病床之照護日數。</p> <p>三、病況若不適合積極嘗試脫離呼吸器者，不應轉入亞急性呼吸照護病床。</p> <p>四、專業認定未積極嘗試脫離且無其他醫學上特殊理由之亞急性呼吸照護病床病患，以下一階段慢性呼吸照護病房費用給付。</p> <p>五、本階段病患若有醫學上理由認定無須嘗試脫離呼吸器時，改以慢性呼吸照護病房費用支付。</p>
慢性呼吸 照護病房	呼吸器依賴 患者(經判 斷不易脫離 呼吸器者)	P1011C P1012C	<p>論日計酬：</p> <p>第190天： 4,451點/日/人</p> <p>第91天以後： 3,674點/日/人</p>	<p>一、患者符合以下狀況，得回轉加護病房照護，每次以7日為原則：</p> <p>1. 各器官系統呈現不穩定狀況：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 • 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 • 肝衰竭表現者。 • 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 • 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 <p>2. 2.外科術後，2週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。</p> <p>3. 氧氣狀況不穩定者：</p> <p>氧氣濃度(FIO₂)≥40%且吐氣末端陽壓 PEEP ≥ 10cm H₂O 仍無法維持 SaO₂ (SpO₂)≥90%或 PaO₂≥60mmHg.</p> <p>二、符合以上狀況回轉加護病房照護者，病情好轉，應回慢性呼吸照護病房，並累計回轉前慢性呼吸照護病房之照護日數。</p> <p>三、本階段申報項目，需依病患入住慢性呼吸照護病房或一般病房(含經濟病床)之照護日數累計計算。</p> <p>四、本階段審查原則：依據全民健康保險醫療費用審查注意事項審查原則辦理。</p>

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
居家照護	呼吸器依賴患者(經判斷不易脫離呼吸器者)	P1015C P1016C	論日計酬： 900點/日/人 310點/日/人	<p>一、患者符合以下狀況得轉居家照護：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病人與呼吸器配合良好，且呼吸器設定如下： <ol style="list-style-type: none"> a. 使用穩定的換氣方式。 b. 氧氣濃度$\leq 40\%$。 c. 呼吸道最高壓力變化不超過10cm H₂O。 d. 吐氣末端陽壓(PEEP)≤ 5 cm H₂O。 e. 不需調整吸氣靈敏度。 f. 每日有穩定的脫離時間(<18小時)或完全無法脫離。 2. 病人在使用呼吸器時，完全沒有呼吸困難的感覺。 3. 動脈血液氣體分析與酸鹼值均在合理的範圍(PaO₂≥ 55mmHg, PaCO₂≤ 55mmHg, pH: 7.30-7.50)。 4. 電解值在正常範圍內。 5. 心臟功能正常，且無威脅生命的心律不整出現。 6. 甲狀腺、肝、腎功能正常，中樞神經系統功能穩定。 7. 適當的營養狀態(Albumin≥ 3gm%)。 8. 無急性發炎狀態(體溫不超過38.5°C, 白血球不超過10000/mm³)。 <p>二、支付點數含下列各項費用：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 居家呼吸照護小組各類人員訪視費： <ul style="list-style-type: none"> • 呼吸治療專業人員訪視次數每一個案每月至少二次。 • 護理師訪視次數每一個案每月至少二次。 • 醫師訪視次數每一個案每二個月至少一次。 2. 治療處置費。 3. 治療材料費：含居家呼吸照護治療處置時所需治療材料之使用或更換。 4. 設備供應費：含居家呼吸照護所需一切設備及附件之供應。 5. 設備維修費用。 <p>三、收案時，個案已自備呼吸器等設備，以P1016C(支付點數含備註二1、2、3、5)申報。</p>

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
				<p>四、上項代採之檢體，委託代檢機構應以保險特約醫事服務機構或保險人指定之醫事檢驗機構為限。</p> <p>五、應確實記載訪視個案之訪視紀錄，訪視時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者或其家屬簽章，未記載訪視紀錄或記載不全或品質不佳者，予以核扣當日論日計酬醫療費用，首次申報費用應檢附訪視紀錄。</p> <p>六、申請本項給付者，不得再申請本保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第一章居家照護之支付。</p> <p>七、患者得依病情需要回轉加護病房或慢性呼吸照護病房，回轉加護病房者須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準加護病床使用適應症，不符合適應症而回轉者，以P1012C支付。</p> <p>八、回轉加護病房照護者，病情好轉，應回第三階段或第四階段，回第三階段者，以P1012C支付。</p> <p>九、本項為兒童加成項目：未滿六個月者加成百分之六十；六個月以上至未滿二歲者加成百分之三十；二歲以上至未滿七歲者加成百分之二十。</p>

附表9.4

項目名稱	編號	支付點數
醫學中心亞急性呼吸照護病房病床費/天	03012GA	1,638
醫學中心亞急性呼吸照護病房護理費/天	03049GA	2,457
區域醫院亞急性呼吸照護病房病床費/天	03013HA	1,218
區域醫院亞急性呼吸照護病房護理費/天	03050HA	1,827
慢性呼吸照護病房病床費/天	03003BA	404
慢性呼吸照護病房護理費/天	03028BA	451
呼吸治療人員訪視	05303CA	970
居家使用呼吸器/天	54007C1	590

註：本表所訂點數已含於定額內，申報費用時，應填報項目編號、名稱、數量及金額，醫令類別填4，本表未列者，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準其他章節規定辦理。

附表9.5 居家照護階段收案條件(二)之收案標準

一、居家個案須符合下列各項生理指標之審查規定：

- (一) PCO_2 exceeds 50 mmHg or when hemoglobin saturation remains $< 92\%$ while awake.
- (二) $FVC < 50\%$ predicted or P_{imax} less than 60 cm H_2O : Upright and supine position examination , history and examination every three months.
- (三) $PaCO_2 > 45\text{mmHg}$, with morning headache, abdomen paradox, and orthopnea
- (四) Sleep oximetry demonstrates oxygen saturation less than or equal to 88% for at least five continuous minutes, done while breathing the member's usual FIO_2 .

二、17歲以下(含)患者得依下列規定審查：

- (一) daytime hypercapnia ($PCO_2 > 50\text{mmHg}$).
- (二) sleep hypoventilation ($PCO_2 > 50\text{ mmHg}$) accompanied by oxyhemoglobin desaturation $\leq 92\%$ or a history of recurrent hospitalization for pneumonia or atelectasis.

全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案

115.O.O 第 O 版修訂

壹、依據：全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項。

貳、計畫目的

- 一、鼓勵醫療院所將財務誘因由量之競爭，逐步轉化為醫療品質之提升。
- 二、鼓勵醫師發掘病人，主動積極介入治療，使思覺失調症患者能固定規則接受治療，提高病人治療之依從性。
- 三、促使醫療院所提高思覺失調症疾病之醫療照護品質，以提升病人之生活功能與品質、降低社會成本。

參、預算來源

於醫院總額及西醫基層總額之專款項目「醫療給付改善方案」項下支應，如施行結果超過各該專款預算數時，採點值浮動方式處理。

肆、參與計畫之申請及管理

- 一、參與本方案之醫療院所應檢附計畫書(建議內容如附錄)向保險人分區業務組提出申請，經保險人分區業務組同意後實施。
- 二、參與本方案之醫療院所應成立專責窗口，負責接收收案名單及連繫等相關事宜，院方應依個人資料保護法之規定，負保險對象資料保密之責。

伍、收案對象及結案條件

- 一、收案對象：由全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組定期產製名單交給特定醫療院所或本方案參與院所收案。

(一)領有重大傷病卡之思覺失調症病人(主診斷碼為 ICD-9-CM：295；ICD-10-CM：F20、F25，下同)或前一年診斷為思覺失調症且至少就醫 2 次以上者：

1. 固定就醫病人：病人前一年於精神科拿藥 ≥ 8 次，且於特定醫療院所之精神科就醫次數，大於其全年精神科就醫次數 60%。

2.未固定就醫病人：病人前一年於精神科就醫次數(含門住診)未明顯集中於某特定醫療院所(即固定就醫以外及久未就醫以外之病人)。

3.久未就醫病人：病人前一年連續六個月以上無精神科就醫(含門住診)資料者。

(二)新診斷病人：當年度新診斷為思覺失調症且至少就醫 2 次以上者。

(三)排除條件：精神科慢性病房住院中病人。

二、結案條件：收案對象有下列情事之一者，於發生日起終止收案。

(一)死亡。

(二)入監服刑。

(三)失聯 6 個月以上。

(四)因轉診結案。

陸、費用申報與核付：本方案費用核付作業，除「居家追蹤訪視費」及「高風險病人出院後追蹤訪視費」外，其餘各項不併醫療費用申報，由保險人分區業務組依計畫執行結果核定金額後，於追扣補付系統辦理帳務處理。

一、確認收案人數

(一)固定就醫病人：由參與本方案院所於年度開始前，與保險人分區業務組確認應收案名單；除有正當理由外，需全數收案，不得選擇病人，收案率需 $\geq 80\%$ 。收案院所應按月上傳新收案名單。

(二)未固定就醫、久未就醫、新診斷病人：收案院所應按月上傳新收案名單。

(三)個案收案月數之計算，收、結案當月均納入計算。

二、病人群組風險校正：

(一)高風險病人(high risk patient, HRP)：

1.定義(符合下列條件之一者)：

(1)前一年曾因下列情形，門、住診就醫次數合計大於3次(不含切帳)者：

A.以思覺失調症主診斷入住急性病房者。

B.或以損傷(含自殺)及中毒(ICD-9-CM：800-999、E_CODE；ICD-10-CM：S00-T88、V00-Y99)於門、住診就醫者。

(2)前一年曾以思覺失調症主診斷強制住院者(案件分類 B1：精神病嚴重病人送醫及住院案件)。

(3)前一年因思覺失調症住院 2 次以上者。

(4)就醫紀錄載有施暴史之病人。

2.支付相對風險權值(relative risk)：1.5。

(二)一般病人(general patient, GP)：

1.定義：非屬高風險病人。

2.支付相對風險權值(relative risk)：1。

三、給付項目及支付標準

(一)發現費：為鼓勵早期介入，早期治療，以避免發病或減緩發病之嚴重度，且能輔導未規則就醫者積極尋求醫療協助，收案對象屬未固定就醫或久未就醫者，每一個案支付發現費 650 點，每一個案每一院所支付以一次為限，且跨院所不得重複收案。

(二)發現確診費：為發掘病人，主動介入積極治療，收案對象屬新診斷病人，每一個案支付發現確診費 650 點，每一個案每一院所支付以一次為限，且跨院所不得重複收案。

(三)管理照護費：

1.支付點數：

(1)固定就醫病人：每人每年 400 點。

(2)未固定就醫病人、久未就醫病人及新診斷病人：每人每年 800 點。

(3)另依病人群組之風險權值加權計算：一般病人×1，高風險病

人×1.5。

2.固定就醫病人收案率未達 80%之院所，本項不予支付。

(1)自個案收案當月起計算至年底，按一年所占月份數比例計算；
由保險人分區業務組依醫療院所上傳之實際收案情形辦理核付。

(2)計算公式=A+B+C+D

A. 固定就醫之一般病人：收案總人月數/12 × 400 點

B. 固定就醫之高風險病人：收案總人月數/12 × 400 點 × 1.5

C. 未固定就醫病人、久未就醫病人或新診斷病人之一般病人：
收案總人月數/12 × 800 點

D. 未固定就醫病人、久未就醫病人或新診斷病人之高風險病人：
收案總人月數/12 × 800 點 × 1.5

(四)居家追蹤訪視費：

1.適用條件：未固定就醫及久未就醫且非住院之病人。

2.服務內容：提供居家訪視(一年以申報4次為上限)。

3.申報費用時應檢附訪視紀錄(含精神症狀及心理健康狀況評估、藥物使用狀況、評估日常生活安排能力、家屬照顧個案狀態)，給付項目及支付標準如附表1。

4.停止訪視條件：

(1)病人轉回門診就醫、轉介至精神居家治療或全民健康保險居家醫療照護整合計畫。

(2)病人因病情轉變而住院。

(五)高風險病人出院後追蹤訪視費：

1.適用條件：針對高風險病人當年度過去一年內入住急性病房出院後三個月內，提供追蹤訪視服務。由該入住醫院負責追蹤。

2.服務內容：提供居家訪視。訪視期為出院後三個月內，訪視次數以 6 次為上限，且其中 3 次須與衛生局及其所屬護理人員或心理衛生社工或關懷訪視員共同訪視(以下稱共訪)。非共訪之居家訪視，以 3 次為上限。

3. 申報費用時應檢附訪視紀錄(含精神症狀及心理健康狀況評估、藥物使用狀況、評估日常生活安排能力、家屬照顧個案狀態)，給付項目及支付標準如附表 1。

4. 停止訪視條件：

(1) 病人轉介至精神居家治療、全民健康保險居家醫療照護整合計畫、社區復健機構或社會福利機構。

(2) 病人因病情轉變而再住院。

(六) 長效針劑注射獎勵措施:

1. 依當年度新增連續施打長效針劑個案人數計算，每新增加 1 人，固定就醫個案獎勵點數 1,000 點；未固定就醫、久未就醫或新診斷病人獎勵點數 1,500 點。

(1) 連續施打定義為「~~長效針劑連續施打 4 個月以上~~」「施打長效針劑可涵蓋藥物作用時間(以下簡稱藥效)達 3 個月以上」。

(2) 新增定義為「前一年未施打長效針劑或施打~~未滿 4 個月者藥效未滿 3 個月者~~」。

2. 長效針劑維持治療評估處置：為促使病人持續接受長效針劑治療，需運用心理治療技巧，以提升病識感、醫病關係與醫療遵囑性，並同時評估療效和副作用，長效針劑施打藥效達當年度 3 個月以上者，依其藥效所涵蓋月份，自第一個月起，就醫之月份每月獎勵點數 150 點。

四、醫療費用申報及審查原則

(一) 申報原則：

1. 醫療費用申報、暫付、審查及核付，除另有規定外，悉依「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。

2. 門診醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：

屬本方案收案之保險對象，符合申報 P7401C、P7402B、P7403B 者，採按月申報，案件分類填報「E1(支付制度試辦計畫)」，特定治療項目代號(一)填報「ES:全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」；醫令清單段之醫令類別請填寫「2」。

(二) 審查原則

1. 未依保險人規定內容登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付該筆費用並依相關規定辦理。
2. 其餘未規定事項，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。

柒、院所品質獎勵費

- 一、由保險人分區業務組辦理照護品質指標評量，依照醫療院所年度達成情形，於年度結束後核付。品質評量之指標項目、操作型定義、目標值及權值如附表 2。
- 二、醫療院所以上年度自身基礎值為比較基礎，各項收案品質指標依一般病人組及高風險病人組分別計算及獎勵。
- 三、品質獎勵項目

(一) 收案品質獎勵費(指標項目 1 至 4)：

1. 區分為基本品質獎勵($0\% < \text{較上年度進步率} \leq 1\%$)及進階品質獎勵($\text{較上年度進步率} > 1\%$)，給予品質獎勵費(~~一般病人 600 點~~“~~高風險病人 900 點~~”)並依照目標權值達成度計算，給予 25%、50%、75% 及 100% 獎勵費。
2. 基本品質獎勵計算公式=一般病人數 × 600 點 × 一般病人目標權值達成度 + 高風險病人數 × 900 點 × 高風險病人目標權值達成度。
3. 進階品質獎勵計算公式=一般病人數 × 1,200 點 × 一般病人目標權值達成度 + 高風險病人數 × 1,800 點 × 高風險病人目標權值達成度。

(二) 高風險病人出院追蹤品質獎勵費(指標項目 5 至 7)：

1. 當年度參與出院後追蹤照護服務之院所，得依照目標權值達成度計算，給予出院追蹤品質獎勵費。
2. 計算公式=出院後追蹤訪視達 3 次之高風險病人數 × ~~1,000~~200 點 × 達成目標值之指標項數。

捌、績效評估

參與本方案之醫療院所全年醫療照護品質指標執行結果，於次年 2 月份時進行總評，各參與院所全年品質指標權值達成度需 $\geq 50\%$ 。未達成之院所應提改善計畫，由所屬保險人分區業務組據以評量其是否得以續辦之資格。

玖、方案修正程序

本方案之修正，屬給付項目及支付標準與院所品質獎勵費之修正，依全民健康險保法第 41 條第 1 項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附表 1 居家追蹤訪視費及高風險病人出院後追蹤訪視費之給付項目及支付標準

通則：所訂點數已包括人事費、精神醫療治療費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等，不得申報其他費用。

編號	診療項目	支付點數
P7401C	<p>居家追蹤訪視費(次)</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.適用條件：未固定就醫及久未就醫且非住院之病人。 2.訪視次數：每一病人一年至多申報四次。 3.申報費用時應檢附訪視紀錄(含精神症狀及心理健康狀況評估、藥物使用狀況、評估日常生活安排能力、家屬照顧個案狀態)並由病人或病人家屬簽名。 4.停止訪視條件： <ol style="list-style-type: none"> (1)病人轉回門診就醫、轉介至精神居家治療或全民健康保險居家醫療照護整合計畫。 (2)病人因病情轉變而住院。 	1,500 點
<p>P7402B</p> <p>P7403B</p>	<p>高風險病人出院後追蹤訪視費(次)</p> <p>— 共同訪視</p> <p>— 非共同訪視</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.適用條件：高風險病人<u>過去一年內當年度</u>入住急性病房出院後三個月內。由入住醫院負責追蹤訪視。 2.P7402B 共同訪視：限與衛生局及其所屬護理人員或心理衛生社工或關懷訪視員共同訪視始可申報。 3.訪視次數(每一病人出院後三個月內)： <ol style="list-style-type: none"> (1)P7402B 至多申報六次。 (2)P7403B 至多申報三次。 (3)P7402B 與 P7403B 合計至多申報六次。 4.申報費用時應檢附訪視紀錄(含精神症狀及心理健康狀況評估、藥物使用狀況、評估日常生活安排能力、家屬照顧個案狀態)並由病人或病人家屬簽名。 5.停止訪視條件： <ol style="list-style-type: none"> (1)病人轉介至精神居家治療、全民健康保險居家醫療照護整合計畫、社區復健機構或社會福利機構。 	<p>3,0006,000 點</p> <p>3,0006,000 點</p>

	(2)病人因病情轉變而住院。	
P74034C	維持長效針劑維持治療評估處置費(月) 適用條件：長效針劑施打藥效達當年度3個月以上者，依其藥效所涵蓋月份，自第一個月起，就醫之月份每月獎勵點數150點。	150 點

附表 2 全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案品質評量指標

指標分類	指標項目	操作型定義		正負向	目標值	指標權值
		分子	分母			
收案品質獎勵指標	1.精神科規則門診比率	精神科門診間隔未滿30天人次	收案總人次	正	較上年度增加	25%
	2.六個月內精神科急性病房再住院率	半年住院二次以上人數(含跨院)	收案總住院人數	負	較上年度減少	25%
	3.急診使用人次比率	急診(含非精神科急診)人次(含跨院)	收案總人數	負	較上年度減少	25%
	4.失聯結案率	因失聯結案人數	總收案人數	負	較上年度減少	25%
出院追蹤品質獎勵指標	5.社區關懷訪視共訪比率	期間共訪至少3次之個案數	高風險病人當年度入住急性病房出院後追蹤訪視個案數 (排除拒訪病人)	正	100%	200 1,000 點/人
	6.出院後90日內轉入社區資源或回門診就醫比率	出院後90日內轉介至居家治療、社區復健機構或回門診就醫	高風險病人當年度入住急性病房出院後追蹤訪視個案數	正	較上年度增加	200 1,000 點/人
	7.出院後轉規則門診比率	病人出院後門診就醫間隔未滿30天之人數	高風險病人當年度入住急性病房出院後追蹤訪視個案數	正	較上年度增加	200 1,000 點/人
收案品質參考指標	8.強制住院發生人次比率	強制就醫人次	收案總人數	負	較上年度減少	參考
	9.固定就醫病人精神科急性病房平均住院天數	固定就醫病人精神科急性病房總住院天數(含跨院)	固定就醫病人總收案人數	負	較上年度減少	參考
	10.固定就醫病人精神科急性病房住院人次比率	固定就醫病人精神科急性病房住院人次(含跨院)	固定就醫病人總收案人數	負	較上年度減少	參考
	11.固定就醫且一般病人占率之年度增加率	固定就醫且屬一般病人人數	思覺失調症門住診歸戶病人數	正	較上年度增加	參考
	12.高風險病人規則門診比率	高風險病人門診就醫間隔未滿30天(含診療追蹤後就醫)人次	高風險病人總人次	正	較上年度增加	參考
	13.因轉診結案且後續無就醫比率	後續無就醫人數	因轉診結案人數	負	較上年度減少	參考
	14.住院率	一年內因思覺失調症住院人數	收案總人數	負	較上年度減少	參考

備註:指標項目年度自身比,以各醫療院所上年度全年值為比較基礎。

附錄

全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案申請書 建議內容

- 一、院所現況分析(簡要)
- 二、照護團隊組成
- 三、執行作法
- 四、預期效益及目標值(可參考品質指標)
- 五、指定專責窗口(負責人、聯絡方式)
- 六、照護團隊專業證照
- 七、院所對保險人交付病人資料保密條款切結書(詳後附件1)
- 八、個案或家屬參與方案同意書(格式)
- 九、個案照護評估表(格式)可參考附表(詳後附件2)或自行設計

附錄之附件 1

「思覺失調症醫療給付改善方案」病人資料保密條款切結書

立切結書人

參與「思覺失調症醫

療給付改善方案」，使用病人資料，聲明如下：

- 一、 相關病人資料僅限於院所內供「醫療業務施行」及「病患聯繫」使用。
- 二、 確實遵守電腦處理個人資料保護法規定，並盡力注意防止資料被竊取、竄改、販售及不當備份等情形發生。
- 三、 如違反以上聲明，本人願負一切法律責任。

此致 行政院衛生福利部中央健康保險署 業務組

聲明人基本資料

姓 名： (請簽名或蓋章，勿僅電腦繕打)

身份證字號：

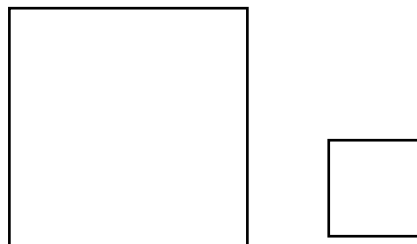
聯絡電話：

※電子郵件地址：

連帶負責院所基本資料

名稱及關防：

負責人姓名及章戳：



中華民國 年 月 日

※備註

1. 本切結書，請親送或郵寄送達。
2. 如需本組以電子檔方式傳送相關資料者，聲明人請填報電子郵件地址，本組將以加密方式傳送，並以電話聯繫解密。
3. 本切結書聲明人即為資料保管人，如資料保管人異動時，請重新填具切結書送本組。

附錄之附件 2

病人評估表(參考)

基本資料:			
年齡:	性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住所: <input type="checkbox"/> 家人 <input type="checkbox"/> 朋友, 宿舍, 康家 <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 機構	
患病時間: 年 月		精神科就醫: <input type="checkbox"/> 曾 <input type="checkbox"/> 否	住院次數:
收案: <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 復健機構		診斷亞型: ICD:	

*以下評估多項皆有者綜合考量, 採較嚴重者

臨床病況(近一週)	出現頻率	生活影響	合計
1.精神病症狀 <input type="checkbox"/> 幻聽 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 邏輯障礙 <input type="checkbox"/> 聯結障礙	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.偶而 <input type="checkbox"/> 3.隔 1-2 天 <input type="checkbox"/> 4.每天數小時 <input type="checkbox"/> 5.幾乎持續	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.僅一些想法意念 <input type="checkbox"/> 3.僅態度或心情改變 <input type="checkbox"/> 4.影響其多數決定,判斷 <input type="checkbox"/> 5.致行為改變	
2.情緒症狀: <input type="checkbox"/> 激躁 <input type="checkbox"/> 憂鬱 <input type="checkbox"/> 混亂	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.偶而 <input type="checkbox"/> 3.隔 1-2 天 <input type="checkbox"/> 4.每天數小時 <input type="checkbox"/> 5.幾乎持續	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.僅稍微波動 <input type="checkbox"/> 3.態度改變, 表情明顯 <input type="checkbox"/> 4.影響其多數決定,判斷 <input type="checkbox"/> 5.致行為改變	
3.負性症狀: <input type="checkbox"/> 社交退縮 <input type="checkbox"/> 情感遲滯 <input type="checkbox"/> 思考遲頓	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.偶而 <input type="checkbox"/> 3.隔 1-2 天 <input type="checkbox"/> 4.每天數小時 <input type="checkbox"/> 5.幾乎持續	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.僅稍微障礙 <input type="checkbox"/> 3.僅態度或心情改變 <input type="checkbox"/> 4.影響多數決定判斷 <input type="checkbox"/> 5.致行為或日常功能改變	
4.功能退化:	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.發生六個月以內 <input type="checkbox"/> 3.已一年以內 <input type="checkbox"/> 4.已一至三年 <input type="checkbox"/> 5.已三年以上	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.少數IADL差 <input type="checkbox"/> 3. ADL可, 半數IADL差 <input type="checkbox"/> 4. ADL部份差, 多數IADL差 <input type="checkbox"/> 5.個人衛生ADL皆差	
危險評估	出現頻率	生活影響(近一個月)	
5.干擾行為: <input type="checkbox"/> 怪異, 儀式 <input type="checkbox"/> 破壞, 污染 <input type="checkbox"/> 吵鬧, 噪音 <input type="checkbox"/> 其他: _____	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.偶而 <input type="checkbox"/> 3.隔 1-2 天 <input type="checkbox"/> 4.每天數小時 <input type="checkbox"/> 5.幾乎持續	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.沒什麼影響 <input type="checkbox"/> 3.輕微影響周圍 <input type="checkbox"/> 4.顯著影響周圍 <input type="checkbox"/> 5.極嚴重影響周圍	
6.自傷 <input type="checkbox"/> 直接受精神症狀影響(如命令式幻聽) <input type="checkbox"/> 非上述 共發生: _____次(全算)	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.以前有, 兩年內無 <input type="checkbox"/> 3.兩年內有, 六個月內無 <input type="checkbox"/> 4.六個月內有 <input type="checkbox"/> 5.一個月內有	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.僅有一些想法意念 <input type="checkbox"/> 3.有計畫或準備性動作 <input type="checkbox"/> 4.有危險行為(如開快車) <input type="checkbox"/> 5.有具體自傷行為	
7.他傷: <input type="checkbox"/> 直接受精神症狀影響 <input type="checkbox"/> 非上述 共發生: _____次(全算)	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.以前有, 兩年內無 <input type="checkbox"/> 3.兩年內有, 六個月內無 <input type="checkbox"/> 4.六個月內有 <input type="checkbox"/> 5.一個月內有	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.僅有一些想法意念 <input type="checkbox"/> 3.有計畫或口頭威脅 <input type="checkbox"/> 4.有破壞物品或粗暴行為 <input type="checkbox"/> 5.有傷人行為	

8.物質濫用: <input type="checkbox"/> 酒 <input type="checkbox"/> 安眠鎮定 <input type="checkbox"/> 幻覺劑 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.以前有，半年內無 <input type="checkbox"/> 3.近一個月，約每週 1-2 天 <input type="checkbox"/> 4.近一個月，約每週 4-5 日 <input type="checkbox"/> 5.近一個月，幾乎每天有	<input type="checkbox"/> 1.功能毫無影響 <input type="checkbox"/> 2.精神或注意力有影響，一般工作尚可 <input type="checkbox"/> 3.損及工作能力，身體健康無礙 <input type="checkbox"/> 4.損及身體健康(如:肝功能，嚴重戒斷，胃出血等) <input type="checkbox"/> 5.損及日常生活功能	
就醫型態與支持	態度觀念	行為 (最近三個月)	
9.病人治療態度	<input type="checkbox"/> 1.病識感良好 <input type="checkbox"/> 2.承認有某種精神病，但不完全正確 <input type="checkbox"/> 3.承認有某些情緒或精神問題(症狀)，但不是病 <input type="checkbox"/> 4.承認有某些非精神疾病 <input type="checkbox"/> 5.不承認有任何毛病	<input type="checkbox"/> 1.主動配合，門診及服藥規則 <input type="checkbox"/> 2.大致配合，偶有中斷或自行減藥 <input type="checkbox"/> 3.被動接受，常需提醒 <input type="checkbox"/> 4.要密切督導始接受治療 <input type="checkbox"/> 5.拒絕任何形式之治療	
10.家人支持度 關鍵支持者：	<input type="checkbox"/> 1.治療及疾病知識良好 <input type="checkbox"/> 2.認為病人有精神病，但治療觀念不足 <input type="checkbox"/> 3.雖認為病人精神疾，但明顯低估其嚴重度或治療之必要性 <input type="checkbox"/> 4.雖認為病人有精神疾病，但不想處理 <input type="checkbox"/> 5.不認為病人任何毛病	<input type="checkbox"/> 1.主動積極協助病人就醫 <input type="checkbox"/> 2.大致配合，偶有中斷或自行減藥 <input type="checkbox"/> 3.大致配合，但客觀能力上有困難，有心無力 <input type="checkbox"/> 4.很被動，常無法提供協助 <input type="checkbox"/> 5.無親屬或幾乎拒絕任形式之合作支持	
	以上總分		
GAF：	CGI-S： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.不確定 <input type="checkbox"/> 3.輕 <input type="checkbox"/> 4.中度 <input type="checkbox"/> 5.顯著 <input type="checkbox"/> 6.嚴重 <input type="checkbox"/> 7.極重		

六個月內治療計畫與意願：

治療／個管目標	治療方案／計畫	病人意見	家人意見
醫師：	個管師：	評估日期： / /	

114年全民健康保險術後加速康復推廣計畫(草案)

○年○月○日健保醫字第○○○○○○○○○○號公告實施

壹、依據：全民健康保險會(下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項。

貳、計畫說明

根據國發會的資料，台灣總人口已於 108 年達到約 2,360 萬的高峰，之後開始逐年下降，在 113 年已降為 2,340 萬人。但在醫療保健支出方面，台灣的醫療衛生支出占 GDP 的比例從 106 年的 6.23% 增至 111 年的 7.5%。這一增長部分歸因於人口老化，導致與老年相關的慢性疾病醫療費用增加，台灣每年花費約 2,600 億元照顧慢性疾病。為推動醫療支付標的從服務量轉變為醫療價值，「術後加速康復療程 (Enhanced Recovery After Surgery, ERAS)」(下稱 ERAS) 即是在這樣需求下產生的有效解決方案。其特色如下：

- 一、基於現有最佳證據力的系統性及嚴謹驗證的手術全期照護管理模型。
- 二、減少手術造成的創傷壓力，維持生理穩態並改善術後恢復狀態的最佳臨床實踐整合方案。
- 三、透過跨團隊合作的臨床管理策略，並且以多重備援方式處理複雜手術照護問題。

ERAS 完全實現價值醫療 (Value-based Healthcare) 的四重目標 (Quadruple Aim)：優質治療、周全感受、病人回饋及效率照護。以實證醫學提供個人化之精準醫療，並在手術麻醉醫療費用的框架中，運用最佳的醫療資源獲致最好的醫療結果。

參、目的

- 一、跨團隊「以病人為中心的全人照護 (Holistic Patient-centered Care)」運作模式，降低院內感染比率、縮短住院時間與提供心理層面的支持。
- 二、以實證醫療為主軸的「最佳實踐臨床作業準則 (Best Practices Clinical Guidelines)」，提供正確診斷給予實證根據的治療。

三、提升「手術全期病人照護 (Perioperative Care)」之醫療品質，減少術後併發症發生。

~~肆、實施期間：114年7月1日至114年12月31日。~~

肆、預算來源：由 ~~114年~~全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款項目之「~~區域聯防提升急重症照護品質全民健康保險術後加速康復推廣計畫 (ERAS)~~」預算支應。

伍、參與資格及申請程序：

一、本計畫申請醫院類別

包含「術式主責醫院」、「分區主責醫院」及「專案醫院」：

(一) 術式主責醫院：「血管冠狀動脈繞道手術」、「肺臟重大手術」及「大腸直腸重大手術」，各術式設一主責醫院。

(二) 分區主責醫院：「關節置換術」依保險人各分區業務組設一主責醫院。

(三) 專案醫院：依術式申請，配合術式主責醫院或分區主責醫院執行本計畫。

二、專案醫院資格及申請與展延程序

(一) 申請醫院須成立專責院級 ERAS 團隊，成員應至少包含各申請術式手術醫師、麻醉醫師、個管師、營養師、物理治療師、藥師及護理師，團隊成員可大於七人，此名單需院長核章(附表件一)，專案醫院經術式或分區主責醫院(以下併稱主責醫院)初審同意後，向保險人分區業務組申請核定。

(二) 該團隊所有成員須每年接受由「台灣術後加速康復學會」(以下簡稱 ERAS 學會) 辦理之「ERAS 共識工作坊」訓練，ERAS 學會將於課程結束後，提供「合格名單」予主責醫院及保險人，作專案醫院申請、展延或異動核心成員之認證憑證。

(三) ~~ERAS 團隊資格展延~~：專案醫院採逐年申請展延，新申請及申請展延之專案醫院須於保險人公告當年度主責醫院名單後 1 個

月內(或指定期限內)依附件一提供當年度 ERAS 專案團隊名單，~~若成員異動，須於3個月內補送名單，展延條件如下：~~

1. 提供定期團隊會議紀錄(格式如附件二)，團隊會議至少每季舉辦一次。
2. 醫院收案個案須完成登錄比率達 90%(登錄完整且數據正確案件數/該術式 ERAS 收案個案數)。

三、主責醫院資格及申請程序

(一)主責醫院必要條件為有院級專責 ERAS 編制單位(委員會、工作小組、中心…等)且該單位主管為醫師，積極參與 ERAS 學會實務推廣(如合辦工作坊)，且除醫學中心及區域醫院外，亦須輔導地區醫院執行 ERAS。

(二)主責醫院資格申請須檢附相關文件(附件三)，經 ERAS 學會初審同意後，向保險人分區業務組申請核定，~~本計畫第一年優先以 113 年醫院總額風險調整移撥款辦理 ERAS 獎勵計畫案之主責醫院，分配擔任本案各分區業務組主責醫院各相關遴選評定作業每兩年於年度總額公告(或本計畫修訂公告)後 1 個月內由保險人辦理，評審評比表如附件四。~~

四、人員異動程序

專案醫院以年度參與為原則，惟若成員異動，須於完成 ERAS 共識工作坊訓練後 3 個月內補送名單，向保險人分區業務組申請核定。

陸、收案條件

一、符合「適用術式」之 70 歲以上，且於門診階段收案，並於住院前完成職類評估及衛教之個案，其中髖關節及膝關節置換手術應依美國麻醉醫師學會(American Society of Anesthesiologists, ASA)麻醉風險分級(附件五)為第三級至第四級。

二、適用術式：

(一)髖關節及膝關節置換手術。DRG 項目如下表：

MDC 碼	DRG 碼	中文名稱
08	20901	髖關節再置換術，有合併症或併發症
08	20907	膝關節再置換術，有合併症或併發症
08	20902	髖關節再置換術，無合併症或併發症
08	20908	膝關節再置換術，無合併症或併發症
MDC 碼	DRG 碼	中文名稱
08	20903	全髖關節置換術
08	20904	部分髖關節置換術
08	20905	全膝關節置換術

(二)冠狀動脈繞道手術。DRG 項目如下表：

MDC 碼	DRG 碼	中文名稱
05	10701	多條血管冠狀動脈繞道手術，伴有心導管
05	10901	多條血管冠狀動脈繞道手術，無心導管
05	10702	單處血管冠狀動脈繞道手術，伴有心導管
05	10902	單處血管冠狀動脈繞道手術，無心導管

(三)肺臟重大手術。診療項目代碼如下表：

診療項目代碼	中文名稱
67023B	一葉肺葉切除
67042B	二葉肺葉切除
67050B	胸腔鏡肺葉切除術
67054B	胸腔鏡肺葉袖形切除術
67022B	全肺切除及胸廓成形術或支氣管成形術
67024B	肺全切除術
67049B	胸腔鏡全肺切除術

(四)大腸直腸重大手術。診療項目代碼如下表：

診療項目代碼	中文名稱
73011B	結腸部份切除術加吻合術
73012B	根治性半結腸切除術加吻合術，升結腸
73013B	降結腸或乙狀結腸切除術加吻合術
73014B	降結腸或乙狀結腸切除術併行吻合術及淋巴節清掃
73015B	結腸全切或次全切除術 - 良性
73017B	結腸全切除術併行直腸切除術及迴腸造口
73045B	經腹腔鏡右側大腸切除術加吻合術
73046B	經腹腔鏡乙狀結腸切除術加吻合術 - 良性
73047B	結腸全切或次全切除術 - 惡性

診療項目代碼	中文名稱
73048B	經腹腔鏡乙狀結腸切除術加吻合術 - 惡性
73056B	腹腔鏡部分大腸切除術
73057B	腹腔鏡左半結腸切除術
74205B	根治性直腸切除術 (含骨盆腔淋巴腺切除術)
74206B	Hartmann 氏直腸手術 - 良性
74213B	復原性直腸切除以及直腸、肛門吻合術
74214B	復原性大腸直腸切除迴腸儲存袋以及迴腸肛門吻合術
74216B	直腸癌腹部會陰聯合切除術
74217B	乙狀結腸及直腸切除後 Pull through 方法行直腸肛門吻合術
74221B	腹腔鏡低前位直腸切除術
74222B	乙狀結腸及直腸切除後 Pull through 方法行結腸造袋及結腸袋肛門吻合術
74223B	Hartmann 氏直腸手術 - 惡性
74225B	腹腔鏡 Hartmann 氏直腸手術

三、排除急診轉住院個案。

柒、支付方式

一、主責醫院指導費：每家 15 萬點，辦理事項包含提供該術式執行諮詢、指導院所執行作業、評核 ERAS 個案品質指標、案例數協調、資料彙整、分析各術式年度成果、期中及期末成果書面報告。

二、ERAS 個案照護費(P8601B)：每個案 18,000 元，優先分配實際執行計畫人員。

(一) 照護內容(附件六)須包含跨職類門診評估、居家準備、ERAS 團隊手術麻醉住院照護、出院追蹤及指標收集稽核。

(二) 須符合以下支付規範始可支付本項費用：

1. 個案於出院時，始得申報本項，並應依「拾壹、品質資訊之登錄」所定時間完成 VPN 登錄。

2. ERAS 個案照護執行項目清單(附件七)執行率須達 60%以上。

三、DRG 差額補付費(已導入之 DRG 項目)：

符合收案條件之高風險個案因推動 ERAS 致 DRG 費用低於下限臨

界點者，由保險人依該 DRG 定額計算差值，另以獎勵補付，不影響現行 DRG 申報方式。

四、ERAS 執行成效指標獎勵費：

(一) 執行成效指標：

1. ERAS 收案率：該術式 ERAS 收案個案數/該術式符合收案條件個案數(70 歲以上符合適用術式且術前於門診就醫之病人，排除急診轉住院個案)。
2. ERAS 收案個案符合支付規範比率：符合 ERAS 支付規範收案個案數/全部 ERAS 收案個案數。
3. DRG 進步率：每年該術式 DRG 項目申報超出上限臨界點之個案數占比下降。

(二) 計分方式：

1. 「髖關節及膝關節置換手術」及「冠狀動脈繞道手術」(已導入 DRG)

執行成效指標分數=(25 分*ERAS 收案率) + (25 分*收案個案符合支付規範比率) + (50 分*DRG 進步率)

2. 「肺臟重大手術」及「大腸直腸重大手術」(未導入 DRG)

執行成效指標分數=(50 分*ERAS 收案率) + (50 分*收案個案符合支付規範比率)

(三) 獎勵方式：

1. 各分區執行成效指標分數排名前 25%之醫院，給予其 ERAS 收案個案每案獎勵 1,000 點。
2. 經專業審查不符本計畫收案適應症或收案條件者，不列入前項 ERAS 收案個案獎勵。

五、「ERAS 個案照護費」、「DRG 差額補付費」及「ERAS 執行成效指標獎勵費」須給付一定成數(如 5 成)以上予 ERAS 團隊。

六、當年度預算 9 成分配於「主責醫院指導費」、「ERAS 個案照護費」及「DRG 差額補付費」，另 1 成分配於「ERAS 執行成效指標獎勵費」。

捌、醫療費用申報、審查與點值結算

- 一、本計畫醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療服務費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。
- 二、「ERAS 個案照護費(P8601B)」申報規定：
 - (一) 未填報 VPN 不予支付。
 - (二) 採每月申報，申報時醫令類別填報「G」，醫令總量、單價、支付點數填報 0，住院醫療服務醫令清單「執行醫事人員代號」填報 ERAS 外科醫師 ID，醫令執行時間填報「收案日期」，由保險人每季勾稽院所 VPN 通報情形，進行補付作業。
- 三、本計畫預算優先支應「主責醫院指導費」、「ERAS 個案照護費」及「DRG 差額補付費」後，餘款支應「ERAS 執行成效指標獎勵」。
- 四、費用撥付結算方式：
 - (一)「主責醫院指導費」：由保險人於專案主責醫院公告後完成辦理共識工作坊後一個月內撥支付。
 - (二)「ERAS 個案照護費」及「DRG 差額補付費」之結算：由保險人每季勾稽院所 VPN 通報情形進行補付。
 - (三)「ERAS 執行成效指標獎勵」之結算：由保險人年度勾稽院所 VPN 通報情形進行補付。每年結算一次，以浮動點值計算，每點金額不高於 1 元；由保險人於次年 3 月底前，計算參與計畫之醫院名單及分配金額後，辦理撥付事宜。
- 五、費用結算：預算扣除主責醫院指導費後按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元，當季預算若有結餘則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。
- 六、經保險人審查發現登載不實者，除核刪計畫相關費用外，經確證日起至次年底不納入本計畫之獎勵。

壹拾、ERAS 品質監測指標(附表八)

一、過程面指標：

- (一) 門診住院前準備：評估指導、共病治療、居家追蹤。

- (二) 住院術前準備：手術部位感染 (Surgical Site Infections, 下稱 SSI) 預防、禁食、術前止痛。
- (三) 手術麻醉：體溫、輸液管理、標準麻醉、止痛。
- (四) 住院術後恢復：及早活動、進食、生理功能恢復。
- (五) 出院後追蹤：定期追蹤、量表評估。
- (六) ERAS 個案照護執行清單：ERAS 個案照護執行項目完成率。

二、結果面指標：

- (一) 收案指標：美國麻醉醫師學會(American Society of Anesthesiologists, ASA)麻醉風險分級或查爾森共病指數(Charlson Comorbidity Index, CCI)。
- (二) 團隊品質指標：收案時間、評估時間、第一次下床時間、經口進食時間、疼痛指數紀錄、管路拔除時間。
- (三) 成效指標：住院天數、術後 ICU 天數、住院再手術、住院術後併發症。
- (四) 成本指標：健保費用 (手術、麻醉、住院)、自費費用。
- (五) 出院追蹤指標：出院 30 天術後併發症、再入院、再手術、再入急診。

拾壹、品質資訊之登錄

- 一、參加本計畫醫院應依規定，於保險人健保資訊網服務系統之 VPN 登載背景值案例指標、ERAS 個案過程面指標、住院期間及出院後 30 天內術後併發症程度分級、結果面指標，格式如附表九 (建置於健保資訊網服務系統)，如健保相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。
- 二、另為確保術後加速康復照護成效及追蹤個案預後情形，參加本計畫醫院除依前述規定填報出院評估結果外，醫院應追蹤出院後 30 天內術後併發症情形，並於出院後第 30 天登載出院後 30 天內術後併發症程度分級於 VPN。
- 三、資料登錄完成及回傳時程：本計畫案件須於個案出院日次季第 1 個

月 30 日前完成 VPN 登錄，以 114 年第三季為例，須於 114 年 10 月 30 日前登錄完成。

四、有關資料登錄作業，因重大行政或系統問題導致延誤或錯誤者，由保險人分區業務組衡酌處理，且同醫院一年不得超過 1 次。

拾貳、資訊之分享與公開

一、保險人各分區業務組得舉辦計畫執行概況檢討或發表會，由參與本計畫之特約醫院報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。

二、保險人得公開參與本計畫之醫院名單及相關品質資訊供民眾參考。

拾參、新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

拾肆、訂定與修正程序

本計畫由保險人與醫院總額相關團體共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件一、全民健康保險術後加速康復推廣計畫**專案醫院**申請書

基本資料	專案醫院		醫事機構代碼	
	聯絡窗口		聯絡電話	
	E-mail			
	申請術式別	<input type="checkbox"/> 1、關節置換術 <input type="checkbox"/> 2、冠狀動脈繞道手術 <input type="checkbox"/> 3、肺臟重大手術 <input type="checkbox"/> 4、大腸直腸重大手術		

ERAS 團隊成員表(若表格不足請自行新增)

序號	術式別	姓名	身份證字號	ERAS 職類	聯繫方式(EMAIL 及電話)
聯絡窗口					
1				專責外科醫師	
2				專責麻醉醫師	
3				專責個管師	
4				專責營養師	
5				專責物理治療師	
6				專責藥師	
7				專責護理師	
8				專責...	
9					
10					

註 1：請標明團隊負責人(需為醫師身分)

註 2：術式別請以代號呈現(可複選)：

- 1、關節置換術。
- 2、冠狀動脈繞道手術。
- 3、肺臟重大手術。
- 4、大腸直腸重大手術。

院長：

(核章)

本院同意於計畫執行期間，依照本計畫及全民健康保險法等相關規定，提供保險對象醫療服務。

健保合約大小章用印處

中華民國 年 月 日

提醒事項

- (1) ERAS 團隊成員應至少包含外科、麻醉、個管、營養、物理治療、藥及護理，其中外科及麻醉成員必需為醫師，團隊成員可大於七人。ERAS 團隊為院級專責，此名單需院長核章。
- (2) ERAS 團隊成員請務必全員參加 ERAS 共識工作坊，以取得人員 ERAS 能力認證。
- (3) 此文件核章電子檔，請寄回主責醫院 Email:○○○
核章紙本也請寄回主責醫院 ○○○

附件二、全民健康保險術後加速康復推廣計畫團隊會議紀錄

基本資料	專案醫院		醫事機構代碼	
	聯絡窗口		聯絡電話	
	E-mail			
	ERAS 術式別			

開會日期	
出席人員	
上期會議 追蹤事項	
討論事項	

附件三、全民健康保險術後加速康復推廣計畫「主責醫院」執行計畫內容

一、申請基本資料：

(一) 申請術式類別：

1. 術式主責醫院：適用冠狀動脈繞道手術、肺臟重大手術、大腸直腸重大手術。
2. 分區主責醫院：適用關節置換術。

(二) 申請術式(關節置換術、冠狀動脈繞道手術、肺臟重大手術、大腸直腸重大手術)。

二、計畫書格式：

(一) 封面：應包含縣市(地區)、醫院名稱、計畫起始時間。

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

(三) 計畫內容至少應包括：

1. 前言：計畫執行醫院現行適用術式術後康復情形、醫療資源現況及問題分析。
2. 服務內容及執行規劃：過往執行情形，預計執行術後加速康復內容，含門診、住院、手術全期及術後追蹤規劃等。
3. 其他(如 ERAS 推廣或輔導經驗)。

附件四、

衛生福利部中央健康保險署
「全民健康保險術後加速康復推廣計畫主責醫院評選」
評審評比表

院所名稱： 申請類別：術式主責醫院 分區主責醫院 日期：

項次	評審項目	重要性 (%) (配分)	醫院名稱
			評分
1	ERAS 團隊結構面 a. 具專責 ERAS 編制單位與團隊，且附有組織 SOP 及五職類完整團隊名單以及工作職掌 b. 單位主管為醫師，且具 ERAS 相關實務經驗	25%	
2	ERAS 團隊過程面與結果面 a. 提供常規 ERAS 服務，如 ERAS 門診、網頁專頁、衛教手冊、個管師聯絡資訊等 b. 具 ERAS 操作流程、會議紀錄、團隊進修紀錄 c. 具 ERAS 相關 IT 系統及統計分析專業，如術後併發症率、住院天數、再入院率 d. 具 ERAS 相關參賽得獎紀錄	25%	
3	ERAS 團隊推廣面 a. 曾擔任所屬分區醫院總額風險調整移撥款辦理 ERAS 獎勵計畫案之主責醫院 b. 積極參與 ERAS 學會實務推廣，如合辦工作坊或團隊成員擔任 ERAS 相關會議講師座長紀錄 c. 輔導地區醫院執行 ERAS	30%	
4	ERAS 團隊行政面 a. 政策配合度高且五年不具違約紀錄(違約期間、科別、事由) b. ERAS 相關申請資料完整	20%	
備註：評分 75 分以上為合格			
評分合計數			
評分合計數轉換為序位			
委員意見(優點、缺點)：			

委員簽名：

附件五、美國麻醉醫師學會(American Society of Anesthesiologists, ASA)麻醉風險分級

風險分級	定義	臨床例證
第一級	健康、無全身性疾病	沒有抽菸或喝酒習慣的健康人
第二級	有輕微的全身性疾病但無功能上的障礙	控制良好的糖尿病人
第三級	有嚴重的全身性疾病且造成部分的功能障礙	接受常規洗腎病人
第四級	有嚴重的全身性疾病且時常危及生命	最近三個月有置放冠狀動脈支架
第五級	瀕危狀態，預期若不接受手術將無法存活的	顱內出血且有壓迫症狀
第六級	已被宣告腦死且其器官正被移除以供器官捐贈	
<p>註：「E」的附加表示緊急手術 (Emergency surgery)：緊急狀況指的是若延遲治療，將導致患者生命或身體部位，面臨顯著增加的威脅</p>		

參考 ASA 網頁中「Statement on ASA Physical Status Classification System」(更新於 2020.12.13)

附件六、ERAS 個案照護費(P8601B)執行項目及參與成員

類別	階段	執行項目	醫院原有流程	ERAS 項目參與成員						預計投入時間(每案)	
				ERAS 介入							
				手術醫師	麻醉醫師	營養師	物理治療師	藥師	護理師		
結構	人員訓練	核心團隊成員參與 ERAS 教育訓練完成	X	V	V	V	V	V	V	學會提供工作坊訓練	
過程面	門診住院前準備	整體 ERAS 個案師評估衛教	X	V	V				V	2.5 小時	
		戒菸衛教	▲	V					V	0.5 小時	
		戒酒衛教	▲	V					V	0.5 小時	
		術前心肺功能評估	X	V		V			V	0.5 小時	
		術前血糖評估	X	V		V			V	0.5 小時	
		術前貧血評估	X	V					V	0.5 小時	
		術前營養評估	X	V		V			V	1 小時	
		術前復健評估	X	V			V		V	1 小時	
		術前藥物諮詢	▲	V				V	V	0.5 小時	
		等待住院	住院前成效追蹤	X	V	V	V	V		V	0.5 小時
		住院後術前準備	ERAS 麻醉計劃	X		V				V	1 小時
	PONV 風險評估		X		V				V	0.5 小時	
	多模式止痛計劃		X		V				V	1 小時	
		手術後	術後嘔吐預防	X		V	V			V	0.5 小時
	術後專科康復評估		X	V					V	1 小時	
	術後麻醉康復評估		X		V				V	1 小時	
	術後營養康復評估		X	V	V	V			V	1 小時	
		術後復健康復評估	X	V	V		V		V	1 小時	
	出院後	出院恢復追蹤	X	V	V	V	V		V	0.5 小時	
	手術全期	ERAS 共識清單指標收集輸入分析	X	V	V	V	V	V	V	2 小時	

- 註：1. 「X」係指沒有【常規進行】的 ERAS 作業流程。
 2. 「▲」係指限於【特定族群】的 ERAS 作業流程。
 3. 個案管理師可由各職類醫事人員兼任。

附件七、全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS 個案照護執行項目清單
(關節置換術)

全民健保 術後加速康復推廣計畫	關節置換術 ERAS 個案照護執行項目清單	____醫院 醫院簡碼：
案件號: -JOINT01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 入院日期(西元):	手術健保碼: 術式名稱: 手術日期(西元): 出院日期(西元):
◎門診		
項目	已執行	未執行/未達成
1.醫師說明 ERAS 療程	<input type="checkbox"/> 說明解釋 <input type="checkbox"/> 手術風險評估	說明:
2.ERAS 個管師教育與諮詢	<input type="checkbox"/> 完成說明流程	說明:
3.術前心肺功能評估	<input type="checkbox"/> CXR <input type="checkbox"/> EKG	說明:
4.術前檢驗	<input type="checkbox"/> CBC、BCS、PT、PTT、Albumin、HbA1C	說明:
5.復健諮詢	<input type="checkbox"/> 術前物理治療諮詢衛教 <input type="checkbox"/> 術前物理治療介入	說明:
6.營養諮詢	<input type="checkbox"/> 營養諮詢衛教(身高: 體重: BMI: Albumin:)	說明:
7.藥物諮詢	<input type="checkbox"/> 無長期用藥 <input type="checkbox"/> 用藥諮詢衛教 <input type="checkbox"/> 用藥評估 <input type="checkbox"/> 糖尿病用藥評估 (GLP-1、SGLT-2 等) <input type="checkbox"/> 抗凝血用藥評估	說明:
8.戒菸諮詢	<input type="checkbox"/> 無抽菸 <input type="checkbox"/> 戒菸諮詢衛教 <input type="checkbox"/> 行為介入治療 <input type="checkbox"/> 尼古丁替代	說明:
9.戒酒諮詢	<input type="checkbox"/> 無酗酒 <input type="checkbox"/> 戒酒諮詢衛教 <input type="checkbox"/> 轉介身心科	說明:
10.術前貧血評估	<input type="checkbox"/> Hb 檢驗	說明:
11.麻醉醫師術前訪視	<input type="checkbox"/> 麻醉風險評估(ASA:) <input type="checkbox"/> 術前 PONV 評估 <input type="checkbox"/> 多模止痛計畫	說明:
住院前已完成項目數(寫於右欄)		
◎住院當天		
項目	已執行	未執行/未達成
1.術前貧血評估及處置	<input type="checkbox"/> Hb: ___mg/dl <input type="checkbox"/> 處置: _____ (血品)	說明:
2.術前沐浴	<input type="checkbox"/> 肥皂或含抗菌劑	說明:
3.術前避免使用 BZDs	<input type="checkbox"/> 避免常規使用 BZDs	說明:
4.體液電解質治療	<input type="checkbox"/> 避免常規術前輸液	說明:
5.護理照護及術前準備	<input type="checkbox"/> 入院護理衛教 <input type="checkbox"/> 術前護理衛教 <input type="checkbox"/> 關懷陪伴	說明:
住院當天可完成項目數(寫於右欄)		
◎手術當天		
項目	已執行	未執行/未達成
1.術前禁食	<input type="checkbox"/> 澄清液體禁食兩小時	說明:
2.術前預防性抗生素	<input type="checkbox"/> 劃刀前 60 分鐘內投予	說明:
3.術前止痛	<input type="checkbox"/> 止痛口服藥 <input type="checkbox"/> 止痛針劑 <input type="checkbox"/> 施打神經阻斷 <input type="checkbox"/> 施打 Epidural	說明:
4.術前 PONV	<input type="checkbox"/> PONV 風險/用藥評估	說明:

<p>全民健保 術後加速康復推廣計畫</p>	<p>關節置換術 ERAS 個案照護執行項目清單</p>		<p>醫院 醫院簡碼：</p>
<p>案件號: -JOINT01 出生年月日(西元): 性別:</p>	<p>門診日期(西元): 入院日期(西元):</p>	<p>手術健保碼: 術式名稱:</p>	<p>手術日期(西元): 出院日期(西元):</p>
<p>手術當天可完成項目數(寫於右欄)</p>			
◎手術中			
<p>項目</p>	<p>已執行</p>	<p>未執行/未達成</p>	
<p>1.麻醉止痛</p>	<p><input type="checkbox"/>止痛針劑 <input type="checkbox"/>PCEA <input type="checkbox"/> PCA <input type="checkbox"/>nerve block <input type="checkbox"/>LIA</p>	<p>說明:</p>	
<p>2.術中 PONV</p>	<p><input type="checkbox"/>至少 2 類具實證效果止吐藥 <input type="checkbox"/>TIVA <input type="checkbox"/>未給予長效型鴉片藥</p>	<p>說明:</p>	
<p>3.術中保溫(體溫維持 36 度以上)</p>	<p><input type="checkbox"/>體溫量測<input type="checkbox"/>主動保溫<input type="checkbox"/>術前預保溫<input type="checkbox"/>輸血加溫器</p>	<p>說明:</p>	
<p>4.術中輸液控制</p>	<p><input type="checkbox"/>避免過度輸液 <input type="checkbox"/>Balanced crystalloids 優於 0.9% normal saline <input type="checkbox"/>因低血管張力造成低血壓·使用 vasopressors</p>	<p>說明:</p>	
<p>5.避免使用 BZDs</p>	<p><input type="checkbox"/>避免常規使用 BZDs</p>	<p>說明:</p>	
<p>6.手術失血預防</p>	<p><input type="checkbox"/>術中 Tranexamic acid 使用</p>	<p>說明:</p>	
<p>手術中可完成項目數(寫於右欄)</p>			
◎手術後			
<p>項目</p>	<p>已執行</p>	<p>未執行/未達成</p>	
<p>1.術後藥物止痛</p>	<p><input type="checkbox"/>口服止痛藥<input type="checkbox"/>PCEA <input type="checkbox"/> PCA <input type="checkbox"/>nerve block</p>	<p>說明:</p>	
<p>2.手術後暈吐評估</p>	<p><input type="checkbox"/>OP Day<input type="checkbox"/>POD1</p>	<p>說明:</p>	
<p>3.手術後疼痛指數評估</p>	<p><input type="checkbox"/>OP Day<input type="checkbox"/>POD1<input type="checkbox"/>POD2<input type="checkbox"/>POD3</p>	<p>說明:</p>	
<p>4.拔除尿管</p>	<p><input type="checkbox"/>未放置<input type="checkbox"/>術後該術式手術醫師每日評估拔除尿管時機</p>	<p>說明:</p>	
<p>5.拔除引流管</p>	<p><input type="checkbox"/>未放置<input type="checkbox"/>術後該術式手術醫師每日評估拔除引流管時機</p>	<p>說明:</p>	
<p>6.減少術後過多輸液</p>	<p><input type="checkbox"/>可以喝水則不給常規點滴</p>	<p>說明:</p>	
<p>7.術後物理治療介入</p>	<p><input type="checkbox"/>物理治療師術後訪視<input type="checkbox"/>協助下床</p>	<p>說明:</p>	
<p>8.術後營養照護</p>	<p><input type="checkbox"/>術後及早進食 <input type="checkbox"/>術後營養師評估及介入</p>	<p>說明:</p>	
<p>9.術後 24 小時內離床活動</p>	<p><input type="checkbox"/>床邊站立<input type="checkbox"/>下床走動</p>	<p>說明:</p>	
<p>10.血栓預防</p>	<p><input type="checkbox"/>及早下床活動<input type="checkbox"/>抗血栓藥物<input type="checkbox"/>機械式預防措施</p>	<p>說明:</p>	
<p>手術後可完成項目數(寫於右欄)</p>			
◎出院當天			
<p>項目</p>	<p>已執行</p>	<p>未執行</p>	
<p>1.出院傷口護理衛教</p>	<p><input type="checkbox"/>傷口護理衛教</p>	<p>說明:</p>	
<p>2.疼痛控制</p>	<p><input type="checkbox"/>疼痛指數≤3 分</p>	<p>說明:</p>	
<p>3.返診時間安排</p>	<p><input type="checkbox"/>返診時間(日期:_____)</p>	<p>說明:</p>	
<p>4.出院病人滿意度</p>	<p><input type="checkbox"/>滿意度填寫</p>	<p>說明:</p>	
<p>5.住院天數統計</p>	<p><input type="checkbox"/>住院天數：</p>	<p>說明:</p>	
<p>6.住院中術後併發症紀錄</p>	<p><input type="checkbox"/>無住院中併發症 <input type="checkbox"/>住院中術後併發症：</p>	<p>說明:</p>	

<p>全民健保 術後加速康復推廣計畫</p>	<p style="text-align: center;">關節置換術 ERAS 個案照護執行項目清單</p>		<p style="text-align: right;">醫院 醫院簡碼：</p>
<p>案件號: -JOINT01 出生年月日(西元): 性別:</p>	<p>門診日期(西元): 入院日期(西元):</p>	<p>手術健保碼: 術式名稱:</p>	<p>手術日期(西元): 出院日期(西元):</p>
<p>出院當天可完成項目數(寫於右欄)</p>			
◎ <u>出院追蹤</u>			
<p>項目</p>	<p>已執行</p>		<p>未執行/未達成</p>
<p>1.術後門診追蹤 2 次</p>	<p><input type="checkbox"/>門診追蹤 2 次(日期:____、日期:____)</p>		<p>說明:</p>
<p>2.出院 30 天內併發症紀錄</p>	<p><input type="checkbox"/>無出院 30 天內併發症 <input type="checkbox"/>出院 30 天內術後併發症：</p>		<p>說明:</p>
<p>3.出院 30 天內再次入院</p>	<p><input type="checkbox"/>無 30 天再次入院 <input type="checkbox"/>30 天再次入院(日期:____ ; 診斷:____ ; 處理醫院:)</p>		<p>說明:</p>
<p>4.出院 30 天內再次手術</p>	<p><input type="checkbox"/>無 30 天內手術 <input type="checkbox"/>30 天內手術(日期:____ ; 診斷:____ ; 處理醫院:)</p>		<p>說明:</p>
<p>5. 出院 30 天內再次急診就醫</p>	<p><input type="checkbox"/>無 30 天內急診就醫 <input type="checkbox"/>30 天內急診就醫(日期:____ ; 診斷:____ ; 處理醫院:)</p>		<p>說明:</p>
<p>出院追蹤可完成項目數(寫於右欄)</p>			
◎ <u>ERAS 執行率</u>			

**全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS 個案照護執行項目清單
(冠狀動脈繞道手術)**

全民健保 術後加速康復推廣計畫	冠狀動脈繞道手術 ERAS 個案照護執行項目清單	_____ 醫院 醫院簡碼：
案件號: -HEART01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 入院日期(西元):	手術健保碼: 術式名稱:
		手術日期(西元): 出院日期(西元):
◎門診		
項目	已執行	未執行/未達成
1.醫師說明 ERAS 療程	<input type="checkbox"/> 說明解釋 <input type="checkbox"/> 手術風險評估	說明:
2.ERAS 個管師教育與諮詢	<input type="checkbox"/> 完成說明流程	說明:
3.手術風險評估	<input type="checkbox"/> Euroscore II <input type="checkbox"/> STS score	說明:
4.術前檢驗	<input type="checkbox"/> CBC、BCS、PT、PTT、Albumin、HbA1c	說明:
5.復健諮詢	<input type="checkbox"/> 術前物理治療諮詢衛教 <input type="checkbox"/> 術前物理治療介入	說明:
6.營養諮詢	<input type="checkbox"/> 營養諮詢衛教(身高: 體重: BMI: Albumin:)	說明:
7.藥物諮詢	<input type="checkbox"/> 無長期用藥 <input type="checkbox"/> 諮詢衛教 <input type="checkbox"/> 用藥評估 <input type="checkbox"/> 糖尿病用藥評估 <input type="checkbox"/> 抗凝血用藥評估 <input type="checkbox"/> ACE-I/ARB 用藥評估	說明:
8.戒菸諮詢	<input type="checkbox"/> 無抽菸 <input type="checkbox"/> 戒菸諮詢衛教	說明:
9.戒酒諮詢	<input type="checkbox"/> 無飲酒 <input type="checkbox"/> 戒酒諮詢衛教	說明:
10.麻醉醫師術前訪視	<input type="checkbox"/> 麻醉風險評估(ASA:) <input type="checkbox"/> 術前 PONV 評估 <input type="checkbox"/> 多模止痛計畫	說明:
住院前已完成項目數(寫於右欄)		
◎住院當天		
項目	已執行	未執行/未達成
1.術前貧血評估及處置	<input type="checkbox"/> Hb: ___mg/dl <input type="checkbox"/> 處置: _____(血品)	說明:
2.術前血糖評估及處置	<input type="checkbox"/> Sugar: ___mg/dl <input type="checkbox"/> 處置:	說明:
3.術前沐浴	<input type="checkbox"/> 肥皂或含抗菌劑	說明:
4.術前避免使用 BZDs	<input type="checkbox"/> 避免常規使用 BZDs	說明:
5.體液電解質治療	<input type="checkbox"/> 避免常規術前輸液	說明:
6.護理照護及術前準備	<input type="checkbox"/> 入院護理衛教 <input type="checkbox"/> 術前護理衛教 <input type="checkbox"/> 關懷陪伴	說明:
住院當天可完成項目數(寫於右欄)		
◎手術當天		
項目	已執行	未執行/未達成
1.術前禁食	<input type="checkbox"/> 澄清液體/禁食兩小時 <input type="checkbox"/> 飲用含醣飲料	說明:
2.術前預防性抗生素	<input type="checkbox"/> 劃刀前 60 分鐘內投予	說明:
3.術前止痛	<input type="checkbox"/> 止痛針劑 <input type="checkbox"/> 施打神經阻斷 <input type="checkbox"/> 口服止痛藥物	說明:

<p style="text-align: center;">全民健保 術後加速康復推廣計畫</p>	<h2 style="color: red;">冠狀動脈繞道手術</h2> <h2 style="color: red;">ERAS 個案照護執行項目清單</h2>		<p style="text-align: right;">醫院 醫院簡碼：</p>
<p>案件號: -HEART01 出生年月日(西元): 性別:</p>	<p>門診日期(西元): 入院日期(西元):</p>	<p>手術健保碼: 術式名稱:</p>	<p>手術日期(西元): 出院日期(西元):</p>
<p>4.使用電動除毛器進行除毛</p>	<p><input type="checkbox"/>使用電動除毛器而非剃刀除毛</p>		<p>說明:</p>
<p>手術當天可完成項目數(寫於右欄)</p>			
<p>◎<u>手術中</u></p>			
<p>項目</p>	<p>已執行</p>		<p>未執行/未達成</p>
<p>1.麻醉止痛</p>	<p><input type="checkbox"/>止痛針劑 <input type="checkbox"/>神經阻斷 <input type="checkbox"/>LIA</p>		<p>說明:</p>
<p>2.術中 PONV</p>	<p><input type="checkbox"/>至少 2 類具實證效果止吐藥 <input type="checkbox"/>未給予長效型鴉片藥</p>		<p>說明:</p>
<p>3.術中保溫(體溫維持 36 度以上)</p>	<p><input type="checkbox"/>體溫量測 <input type="checkbox"/>主動保溫 <input type="checkbox"/>術前預保溫 <input type="checkbox"/>輸血加溫器</p>		<p>說明:</p>
<p>4.術中輸液控制</p>	<p><input type="checkbox"/>避免過度輸液 <input type="checkbox"/>Balanced crystalloids <input type="checkbox"/>使用 vasopressors</p>		<p>說明:</p>
<p>5.避免使用 BZDs</p>	<p><input type="checkbox"/>避免常規使用 BZDs</p>		<p>說明:</p>
<p>6.手術失血預防</p>	<p><input type="checkbox"/>術中 Tranexamic acid 使用</p>		<p>說明:</p>
<p>手術中可完成項目數(寫於右欄)</p>			
<p>◎<u>手術後</u></p>			
<p>項目</p>	<p>已執行</p>		<p>未執行/未達成</p>
<p>1.術後藥物止痛</p>	<p><input type="checkbox"/>止痛針劑 <input type="checkbox"/>施打神經阻斷 <input type="checkbox"/>口服止痛藥物</p>		<p>說明:</p>
<p>2.手術後暈吐評估</p>	<p><input type="checkbox"/>OP Day <input type="checkbox"/>POD1</p>		<p>說明:</p>
<p>3.手術後疼痛指數評估</p>	<p><input type="checkbox"/>OP Day <input type="checkbox"/>POD1 <input type="checkbox"/>POD2 <input type="checkbox"/>POD3</p>		<p>說明:</p>
<p>4. 手術後譫妄評估</p>	<p><input type="checkbox"/>OP Day <input type="checkbox"/>POD1 <input type="checkbox"/>POD2 <input type="checkbox"/>POD3</p>		<p>說明:</p>
<p>5.拔除呼吸管</p>	<p><input type="checkbox"/>6 小時內拔除 <input type="checkbox"/>術後醫師每日評估拔除時機</p>		<p>說明:</p>
<p>6.拔除尿管</p>	<p><input type="checkbox"/>未放置 <input type="checkbox"/>術後該術式手術醫師每日評估拔除尿管時機</p>		<p>說明:</p>
<p>7.拔除引流管</p>	<p><input type="checkbox"/>未放置 <input type="checkbox"/>術後該術式手術醫師每日評估拔除引流管時機</p>		<p>說明:</p>
<p>8.目標導向輸液治療</p>	<p><input type="checkbox"/>加護病房每日評估輸液量</p>		<p>說明:</p>
<p>9. 術後血糖監測與控制</p>	<p><input type="checkbox"/>OP Day <input type="checkbox"/>POD1 <input type="checkbox"/>POD2</p>		<p>說明:</p>
<p>10.術後物理治療介入</p>	<p><input type="checkbox"/>物理治療師術後訪視 <input type="checkbox"/>協助下床</p>		<p>說明:</p>
<p>11.術後營養照護</p>	<p><input type="checkbox"/>術後及早進食 <input type="checkbox"/>術後營養師評估及介入</p>		<p>說明:</p>
<p>12.術後離床活動</p>	<p><input type="checkbox"/>術後及早床邊站立 <input type="checkbox"/>下床走動</p>		<p>說明:</p>
<p>13.血栓預防</p>	<p><input type="checkbox"/>及早下床活動 <input type="checkbox"/>抗血栓藥物 <input type="checkbox"/>機械式預防措施</p>		<p>說明:</p>
<p>手術後可完成項目數(寫於右欄)</p>			
<p>◎<u>出院當天</u></p>			
<p>項目</p>	<p>已執行</p>		<p>未執行</p>
<p>1.出院護理衛教</p>	<p><input type="checkbox"/>傷口護理衛教 <input type="checkbox"/>心臟相關併發症護理衛教</p>		<p>說明:</p>
<p>2.疼痛控制</p>	<p><input type="checkbox"/>疼痛指數 ≤ 3 分</p>		<p>說明:</p>

<p style="text-align: center;">全民健保 術後加速康復推廣計畫</p>	<p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">冠狀動脈繞道手術</p> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">ERAS 個案照護執行項目清單</p>		<p style="text-align: right;">醫院 醫院簡碼：</p>
<p>案件號: -HEART01 出生年月日(西元): 性別:</p>	<p>門診日期(西元): 入院日期(西元):</p>	<p>手術健保碼: 術式名稱:</p>	<p>手術日期(西元): 出院日期(西元):</p>
<p>3.返診時間安排</p>	<p><input type="checkbox"/>返診時間(日期: _____)</p>		<p>說明:</p>
<p>4.出院病人滿意度</p>	<p><input type="checkbox"/>滿意度填寫</p>		<p>說明:</p>
<p>5.住院中術後併發症紀錄</p>	<p><input type="checkbox"/>無住院中併發症 <input type="checkbox"/>住院中術後併發症：</p>		<p>說明:</p>
<p>出院當天可完成項目數(寫於右欄)</p>			
<p>◎<u>出院追蹤</u></p>			
<p>項目</p>	<p>已執行</p>		<p>未執行/未達成</p>
<p>1.術後門診追蹤 2 次</p>	<p><input type="checkbox"/>門診追蹤 2 次(日期: _____、日期: _____)</p>		<p>說明:</p>
<p>2. 使用病人回報成效工具</p>	<p><input type="checkbox"/>已紀錄於工作表 <input type="checkbox"/>生活品質 <input type="checkbox"/>功能狀態</p>		<p>說明:</p>
<p>3.出院 30 天內併發症紀錄</p>	<p><input type="checkbox"/>無出院 30 天內併發症 <input type="checkbox"/>出院 30 天內術後併發症：</p>		<p>說明:</p>
<p>4.出院 30 天內再次入院</p>	<p><input type="checkbox"/>無 30 天再次入院 <input type="checkbox"/>30 天再次入院(日期: _____ ; 診斷: _____ ; 處理醫院:)</p>		<p>說明:</p>
<p>5.出院後 30 天內手術</p>	<p><input type="checkbox"/>無 30 天內手術 <input type="checkbox"/>30 天內手術(日期: _____ ; 診斷: _____ ; 處理醫院:)</p>		<p>說明:</p>
<p>6.出院後 30 天內急診就醫</p>	<p><input type="checkbox"/>無 30 天內急診就醫 <input type="checkbox"/>30 天內急診就醫(日期: _____ ; 診斷: _____ ; 處理醫院:)</p>		<p>說明:</p>
<p>出院追蹤可完成項目數(寫於右欄)</p>			
<p>◎<u>ERAS 執行率</u></p>			

**全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS 個案照護執行項目清單
(肺臟重大手術)**

全民健保 術後加速康復推廣計畫	<h2 style="color: red;">肺臟重大手術</h2> <h3 style="color: red;">ERAS 個案照護執行項目清單</h3>	_____ 醫院 醫院簡碼：
案件號: -CHEST01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 入院日期(西元):	手術健保碼: 術式名稱: 手術日期(西元): 出院日期(西元):
◎門診		
項目	已執行	未執行/未達成
1.醫師說明 ERAS 療程	<input type="checkbox"/> 說明解釋 <input type="checkbox"/> 手術風險評估	說明:
2.ERAS 個案教育與諮詢	<input type="checkbox"/> 完成說明流程	說明:
3.術前心肺功能評估	<input type="checkbox"/> CXR <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> 肺功能檢查	說明:
4.術前檢驗	<input type="checkbox"/> CBC、BCS、PT、PTT、Albumin、HbA1C	說明:
5.復健諮詢	<input type="checkbox"/> 術前物理治療諮詢衛教 <input type="checkbox"/> 術前物理治療介入	說明:
6.營養諮詢	<input type="checkbox"/> 營養諮詢衛教(身高: 體重: BMI: Albumin:)	說明:
7.藥物諮詢	<input type="checkbox"/> 無長期用藥 <input type="checkbox"/> 藥物諮詢衛教 <input type="checkbox"/> 用藥評估 <input type="checkbox"/> 糖尿病用藥評估 <input type="checkbox"/> 抗凝血用藥評估 <input type="checkbox"/> ACE-I/ARB 用藥評估	說明:
8.戒菸諮詢	<input type="checkbox"/> 無抽菸 <input type="checkbox"/> 戒菸諮詢衛教	說明:
9.戒酒諮詢	<input type="checkbox"/> 無飲酒 <input type="checkbox"/> 戒酒諮詢衛教	說明:
10.術前貧血評估	<input type="checkbox"/> Hb 檢驗	說明:
11.麻醉醫師術前訪視	<input type="checkbox"/> 麻醉風險評估(ASA:) <input type="checkbox"/> 術前 PONV 評估 <input type="checkbox"/> 多模止痛計畫	說明:
住院前已完成項目數(寫於右欄)		
◎住院當天		
項目	已執行	未執行/未達成
1.術前貧血評估及處置	<input type="checkbox"/> Hb: ___ mg/dl <input type="checkbox"/> 處置: _____ (血品)	說明:
2.術前沐浴	<input type="checkbox"/> 肥皂或含抗菌劑	說明:
3.術前避免使用 BZDs	<input type="checkbox"/> 避免常規使用 BZDs	說明:
4.護理照護及術前準備	<input type="checkbox"/> 入院護理衛教 <input type="checkbox"/> 術前護理衛教 <input type="checkbox"/> 關懷陪伴	說明:
住院當天可完成項目數(寫於右欄)		
◎手術當天		
項目	已執行	未執行/未達成
1.術前禁食	<input type="checkbox"/> 澄清液體/禁食兩小時 <input type="checkbox"/> 飲用含糖飲料	說明:
2.術前預防性抗生素	<input type="checkbox"/> 劃刀前 60 分鐘內投予	說明:

全民健保 術後加速康復推廣計畫	肺臟重大手術 ERAS 個案照護執行項目清單		_____醫院 醫院簡碼：
案件號: -CHEST01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 入院日期(西元):	手術健保碼: 術式名稱:	手術日期(西元): 出院日期(西元):
3.術前止痛	☐止痛口服藥 ☐止痛針劑 ☐施打神經阻斷 ☐施打 Epidural		說明:
4.術前 PONV	☐PONV 風險/用藥評估		說明:
手術當天可完成項目數(寫於右欄)			
◎手術中			
項目	已執行		未執行/未達成
1.麻醉止痛	☐止痛針劑 ☐PCEA ☐PCA ☐神經阻斷 ☐LIA		說明:
2.血栓預防	☐抗血栓藥物☐機械式預防措施		說明:
3.術中通氣調控	☐單肺通氣後使用肺泡再擴張術(recruitment maneuver) ☐保護性通氣策略		說明:
4.術中 PONV	☐至少 2 類具實證效果止吐藥 ☐TIVA ☐未給長效型鴉片藥		說明:
5.術中保溫(體溫維持 36 度以上)	☐體溫量測 ☐主動保溫 ☐術前預保溫 ☐輸血加溫器		說明:
6.術中輸液控制	☐避免過度輸液 ☐Balanced crystalloids 優於 0.9% normal saline ☐因低血管張力造成低血壓，使用 vasopressors		說明:
7.胸腔引流	☐單一引流管置放 ☐避免常規使用負壓引流		說明:
手術中可完成項目數(寫於右欄)			
◎手術後			
項目	已執行		未執行/未達成
1.術後藥物止痛	☐PCEA☐止痛針劑 ☐施打神經阻斷 ☐口服止痛藥物		說明:
2.手術後嘔吐評估	☐OP Day ☐POD1		說明:
3.手術後疼痛指數評估	☐OP Day ☐POD1 ☐POD2 ☐POD3		說明:
4.拔除尿管	☐未放置 ☐術後該術式手術醫師每日評估拔除尿管時機		說明:
5.拔除胸腔引流管	☐未放置 ☐每日評估是否拔除胸管 ☐無漏氣情況下，清激引流液 < 450 ml/24hr 可考慮拔除		說明:
6.減少術後過多輸液	☐可以喝水則不給常規點滴		說明:
7.預防心房震顫	☐常規服用 β-blockers 者術後應持續服用 ☐低風險		說明:
8.術後物理治療介入	☐物理治療師術後訪視 ☐協助下床		說明:
9.術後營養照護	☐術後及早進食 ☐術後營養師評估及介入		說明:
10.術後 24 小時內離床活動	☐床邊站立 ☐下床走動		說明:
手術後可完成項目數(寫於右欄)			

全民健保 術後加速康復推廣計畫	肺臟重大手術 ERAS 個案照護執行項目清單		_____醫院 醫院簡碼：
案件號: -CHEST01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 入院日期(西元):	手術健保碼: 術式名稱:	手術日期(西元): 出院日期(西元):
<u>◎出院當天</u>			
項目	已執行	未執行	
1. 出院傷口護理衛教	<input type="checkbox"/> 傷口護理衛教	說明:	
2. 疼痛控制	<input type="checkbox"/> 疼痛指數 ≤ 3 分	說明:	
3. 返診時間安排	<input type="checkbox"/> 返診時間(日期: _____)	說明:	
4. 出院病人滿意度	<input type="checkbox"/> 滿意度填寫	說明:	
5. 住院中術後併發症紀錄	<input type="checkbox"/> 無住院中併發症 <input type="checkbox"/> 住院中術後併發症：	說明:	
出院當天可完成項目數(寫於右欄)			
<u>◎出院追蹤</u>			
項目	已執行	未執行/未達成	
1. 術後門診追蹤	<input type="checkbox"/> 門診追蹤 (日期: _____)	說明:	
2. 使用病人回報成效工具	<input type="checkbox"/> 已紀錄於工作表 <input type="checkbox"/> 生活品質 <input type="checkbox"/> 功能狀態	說明:	
3. 出院 30 天內併發症紀錄	<input type="checkbox"/> 無出院 30 天內併發症 <input type="checkbox"/> 出院 30 天內術後併發症：	說明:	
4. 出院 30 天內再次入院	<input type="checkbox"/> 無 30 天再次入院 <input type="checkbox"/> 30 天再次入院(日期: _____ ; 診斷: _____ ; 處理醫院: _____)	說明:	
5. 出院後 30 天內手術	<input type="checkbox"/> 無 30 天內手術 <input type="checkbox"/> 30 天內手術(日期: _____ ; 診斷: _____ ; 處理醫院: _____)	說明:	
6. 出院後 30 天內急診就醫	<input type="checkbox"/> 無 30 天內急診就醫 <input type="checkbox"/> 30 天內急診就醫(日期: _____ ; 診斷: _____ ; 處理醫院: _____)	說明:	
出院追蹤可完成項目數(寫於右欄)			
<u>◎ERAS 執行率</u>			

全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS 個案照護執行項目清單
(大腸直腸重大手術)

全民健保 術後加速康復推廣計畫	<h2 style="margin: 0;">大腸直腸重大手術</h2> <h3 style="margin: 0;">ERAS 個案照護執行項目清單</h3>	_____ 醫院 醫院簡碼：
案件號: -CRS01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 入院日期(西元):	手術健保碼: 術式名稱:
		手術日期(西元): 出院日期(西元):
◎門診		
項目	已執行	未執行/未達成
1.醫師說明 ERAS 療程	<input type="checkbox"/> 說明解釋 <input type="checkbox"/> 手術風險評估 <input type="checkbox"/> 共病症評估與術前優化	說明:
2.ERAS 個管師教育與諮詢	<input type="checkbox"/> 完成說明流程 <input type="checkbox"/> 提供衛教說明資料	說明:
3.術前基本檢查	<input type="checkbox"/> CXR、ECG	說明:
4.術前檢驗	<input type="checkbox"/> CBC、BCS、PT、PTT、Albumin、HbA1C	說明:
5.復健諮詢	<input type="checkbox"/> 術前物理治療諮詢衛教 <input type="checkbox"/> 術前物理治療介入	說明:
6.營養諮詢	<input type="checkbox"/> 營養諮詢衛教(身高: 體重: BMI: Albumin:) <input type="checkbox"/> 設定術前營養目標(熱量、蛋白質) <input type="checkbox"/> 術前營養治療介入	說明:
7.用藥評估與諮詢	<input type="checkbox"/> 無長期用藥 <input type="checkbox"/> 用藥諮詢衛教 <input type="checkbox"/> 術前藥物調整與優化 <input type="checkbox"/> 糖尿病用藥指導(GLP-1、SGLT-2等) <input type="checkbox"/> 抗凝血劑用藥指導	說明:
8.菸品使用評估與諮詢	<input type="checkbox"/> 無抽菸 <input type="checkbox"/> 戒菸諮詢衛教 <input type="checkbox"/> 行為介入治療 <input type="checkbox"/> 尼古丁替代	說明:
9.酒品使用評估與諮詢	<input type="checkbox"/> 無酗酒 <input type="checkbox"/> 戒酒諮詢衛教 <input type="checkbox"/> 轉介身心科	說明:
10.術前貧血評估與處置	<input type="checkbox"/> Hb: _____mg/dl <input type="checkbox"/> 補充鐵劑 <input type="checkbox"/> 紅血球生成素 <input type="checkbox"/> 轉介血液科	說明:
11.麻醉醫師術前訪視	<input type="checkbox"/> 麻醉風險評估(ASA: _____) <input type="checkbox"/> PONV 風險評估 <input type="checkbox"/> 多模止痛計畫	說明:
住院前已完成項目數(寫於右欄)		
◎住院當天		
項目	已執行	未執行/未達成
1.護理照護及術前準備	<input type="checkbox"/> 入院護理衛教 <input type="checkbox"/> 術前護理衛教 <input type="checkbox"/> 關懷陪伴	說明:
2.完成貧血評估與處置	<input type="checkbox"/> Hb: _____mg/dl <input type="checkbox"/> 處置: _____(血品)	說明:
3.完成 PONV 風險評估	<input type="checkbox"/> PONV 風險評估 <input type="checkbox"/> PONV 預防與處置計畫	說明:
4.術前預防血栓計畫	<input type="checkbox"/> 血栓風險評估 <input type="checkbox"/> 抗血栓藥物 <input type="checkbox"/> 機械式預防措施	說明:
5.術前沐浴	<input type="checkbox"/> 肥皂或含抗菌劑	說明:
6.避免常規機械性清腸	<input type="checkbox"/> 未進行機械性腸道準備	說明:
住院當天可完成項目數(寫於右欄)		
◎手術當天		
項目	已執行	未執行/未達成
1.避免 Midnight NPO	<input type="checkbox"/> 口服澄清液至術前2小時 <input type="checkbox"/> 口服碳水化合物至術前2小時	說明:
2.術前體液與電解質平衡	<input type="checkbox"/> 術前未給予靜脈輸液 <input type="checkbox"/> 校正體液或電解質失衡	說明:

<p>全民健保 術後加速康復推廣計畫</p>	<h2 style="color: red;">大腸直腸重大手術</h2> <h2 style="color: red;">ERAS 個案照護執行項目清單</h2>		<p style="text-align: right;">醫院 醫院簡碼：</p>
<p>案件號: -CRS01 出生年月日(西元): 性別:</p>	<p>門診日期(西元): 入院日期(西元):</p>	<p>手術健保碼: 術式名稱:</p>	<p>手術日期(西元): 出院日期(西元):</p>
<p>3.避免常規使用 BZDs</p>	<p><input type="checkbox"/>未給予鎮定、抗焦慮用藥(長期使用者除外)</p>		<p>說明:</p>
<p>4.術前止痛計畫</p>	<p><input type="checkbox"/>止痛口服藥 <input type="checkbox"/>止痛針劑 <input type="checkbox"/>Nerve Block <input type="checkbox"/>Spinal <input type="checkbox"/>Epidural</p>		<p>說明:</p>
<p>5.預防傷口感染</p>	<p><input type="checkbox"/>劃刀前60分鐘內投予抗生素 <input type="checkbox"/>Chlorhexidine 皮膚消毒</p>		<p>說明:</p>
<p>手術當天可完成項目數(寫於右欄)</p>			
<p>◎手術中</p>			
<p>項目</p>	<p>已執行</p>	<p>未執行/未達成</p>	
<p>1.術中止痛計畫</p>	<p><input type="checkbox"/>止痛針劑 <input type="checkbox"/>Nerve Block <input type="checkbox"/>Spinal <input type="checkbox"/>Epidural <input type="checkbox"/>LIA</p>		<p>說明:</p>
<p>2.標準麻醉計畫</p>	<p><input type="checkbox"/>保護性通氣策略 <input type="checkbox"/>未長時間使用 100% FiO2 <input type="checkbox"/>短效麻醉藥物 <input type="checkbox"/>腦波麻醉深度監測 <input type="checkbox"/>未給予 BZDs <input type="checkbox"/>神經肌肉監測(TOF)</p>		<p>說明:</p>
<p>3.術中 PONV 預防計畫</p>	<p><input type="checkbox"/>至少2類具實證效果止吐藥 <input type="checkbox"/>TIVA <input type="checkbox"/>未給予長效型鴉片藥</p>		<p>說明:</p>
<p>4.術中保溫(體溫維持36度以上)</p>	<p><input type="checkbox"/>定時體溫量測 <input type="checkbox"/>主動保溫 <input type="checkbox"/>術前預保溫 <input type="checkbox"/>輸血加溫器</p>		<p>說明:</p>
<p>5.術中輸液控制</p>	<p><input type="checkbox"/>手術當天總輸液量控制在 ≥ 900 mL 至 ≤ 2700 mL 之間 <input type="checkbox"/>選用 Balanced crystalloids <input type="checkbox"/>目標導向輸液平衡 <input type="checkbox"/>避免術中低血壓，用 vasopressors 維持 MAP>65mmHg</p>		<p>說明:</p>
<p>6.手術方式</p>	<p><input type="checkbox"/>微創手術 Minimally invasive surgery</p>		<p>說明:</p>
<p>7.避免常規放置鼻胃管</p>	<p><input type="checkbox"/>未放置鼻胃管 <input type="checkbox"/>放置之鼻胃管，離開手術室時移除</p>		<p>說明:</p>
<p>8.避免常規放置引流管</p>	<p><input type="checkbox"/>未放置腹腔內引流管</p>		<p>說明:</p>
<p>手術中可完成項目數(寫於右欄)</p>			
<p>◎手術後</p>			
<p>項目</p>	<p>已執行</p>	<p>未執行/未達成</p>	
<p>1.術後止痛計畫</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>口服止痛藥 <input type="checkbox"/>PCEA <input type="checkbox"/>PCA <input type="checkbox"/>Nerve Block</p>		<p>說明:</p>
<p>2.手術後暈吐程度紀錄</p>	<p><input type="checkbox"/>OP Day <input type="checkbox"/>POD1</p>		<p>說明:</p>
<p>3.手術後疼痛指數紀錄</p>	<p><input type="checkbox"/>OP Day <input type="checkbox"/>POD1 <input type="checkbox"/>POD2 <input type="checkbox"/>POD3</p>		<p>說明:</p>
<p>4.拔除尿管</p>	<p><input type="checkbox"/>未放置 <input type="checkbox"/>術後該術式手術醫師每日評估拔除尿管時機</p>		<p>說明:</p>
<p>5.拔除引流管</p>	<p><input type="checkbox"/>未放置 <input type="checkbox"/>術後該術式手術醫師每日評估拔除引流管時機</p>		<p>說明:</p>
<p>6.避免術後輸液過量</p>	<p><input type="checkbox"/>可以喝水則不給常規點滴</p>		<p>說明:</p>
<p>7.預防腸阻塞策略</p>	<p><input type="checkbox"/>早期口服進食 <input type="checkbox"/>5-HT4 促進劑 <input type="checkbox"/>刺激性、滲透性瀉劑 <input type="checkbox"/>未使用長效型鴉片藥 <input type="checkbox"/>PCEA <input type="checkbox"/>NSAIDs <input type="checkbox"/>口香糖 <input type="checkbox"/>益生菌</p>		<p>說明:</p>
<p>8.術後營養照護</p>	<p><input type="checkbox"/>早期口服進食(排氣前) <input type="checkbox"/>術後營養師訪視 <input type="checkbox"/>紀錄營養攝取 <input type="checkbox"/>消化道功能評估工具，輔助進食決策(I-FEED Score 等) <input type="checkbox"/>漸進式營養目標(熱量 25 kcal/kg/d 與蛋白質1.5 g/kg/d)</p>		<p>說明:</p>

<p style="text-align: center;">全民健保 術後加速康復推廣計畫</p>	<h2 style="color: red;">大腸直腸重大手術</h2> <h2 style="color: red;">ERAS 個案照護執行項目清單</h2>		<p style="text-align: right;">醫院 醫院簡碼：</p>
<p>案件號: -CRS01 出生年月日(西元): 性別:</p>	<p>門診日期(西元): 入院日期(西元):</p>	<p>手術健保碼: 術式名稱:</p>	<p>手術日期(西元): 出院日期(西元):</p>
<p>9.術後24小時內離床活動</p>	<p><input type="checkbox"/>床邊站立 <input type="checkbox"/>下床走動</p>	<p>說明:</p>	
<p>10.術後物理治療照護</p>	<p><input type="checkbox"/>術後物理治療師訪視 <input type="checkbox"/>協助下床</p>	<p>說明:</p>	
<p>11.術後血糖控制</p>	<p><input type="checkbox"/>無糖尿病 <input type="checkbox"/>規則血糖量測 <input type="checkbox"/>血糖控制140 至180 mg/dL</p>	<p>說明:</p>	
<p>12.術後預防血栓計畫</p>	<p><input type="checkbox"/>及早下床活動 <input type="checkbox"/>抗血栓藥物 <input type="checkbox"/>機械式預防措施</p>	<p>說明:</p>	
<p>手術後可完成項目數(寫於右欄)</p>			
<p style="color: red;">◎<u>出院當天</u></p>			
<p>項目</p>	<p>已執行</p>	<p>未執行</p>	
<p>1.出院傷口護理衛教</p>	<p><input type="checkbox"/>傷口護理衛教</p>	<p>說明:</p>	
<p>2.疼痛控制</p>	<p><input type="checkbox"/>疼痛指數≤3分</p>	<p>說明:</p>	
<p>3.返診時間安排</p>	<p><input type="checkbox"/>返診時間(日期: _____)</p>	<p>說明:</p>	
<p>4.出院病人滿意度</p>	<p><input type="checkbox"/>滿意度填寫</p>	<p>說明:</p>	
<p>5.住院天數統計</p>	<p><input type="checkbox"/>住院天數：</p>	<p>說明:</p>	
<p>6.住院中術後併發症紀錄</p>	<p><input type="checkbox"/>已紀錄於工作表 <input type="checkbox"/>術後併發症：</p>	<p>說明:</p>	
<p>出院當天可完成項目數(寫於右欄)</p>			
<p style="color: red;">◎<u>出院追蹤</u></p>			
<p>項目</p>	<p>已執行</p>	<p>未執行/未達成</p>	
<p>1.術後門診追蹤2次</p>	<p><input type="checkbox"/>門診追蹤2次(日期: _____、日期: _____)</p>	<p>說明:</p>	
<p>2.出院30天內併發症紀錄</p>	<p><input type="checkbox"/>已紀錄於工作表 <input type="checkbox"/>術後併發症：</p>	<p>說明:</p>	
<p>3.出院30天內再次入院</p>	<p><input type="checkbox"/>無30天再次入院 <input type="checkbox"/>30天再次入院(日期: _____；診斷: _____)</p>	<p>說明:</p>	
<p>4.出院30天內再次手術</p>	<p><input type="checkbox"/>無30天再次手術 <input type="checkbox"/>30天再次手術(日期: _____；術式: _____)</p>	<p>說明:</p>	
<p>5. 出院30天內再次急診</p>	<p><input type="checkbox"/>無30天再次入急診 <input type="checkbox"/>30天再次入急診(日期: _____；診斷: _____)</p>	<p>說明:</p>	
<p>出院追蹤可完成項目數(寫於右欄)</p>			
<p style="color: red;">◎<u>ERAS 執行率</u></p>			

附件八、全民健康保險術後加速康復推廣計畫品質監測指標定義

序號	指標名稱	指標定義
(一)過程面指標		
1	門診住院前準備	1.評估指導：在住院前完成 ERAS 多科評估衛教門診 2.共病治療：針對原有全身性疾病強化治療及追蹤 3.居家追蹤：至少完成一次門診後住院前個案追蹤
2	住院術前準備	1.SSI 預防：運用 SSI bundle 於術前準備 2.禁食：澄清飲品可服用至術前兩小時 3.術前止痛：給予術前口服止痛藥或止痛導管置放
3	手術麻醉	1.體溫：手術全程避免低體溫發生 2.輸液管理：以 Zero-balance Individualized euvolemia 原則進行術中輸液管理 3.標準麻醉：運用實證建議標準麻醉進行 4.止痛：採多模式止痛(Multimodal Analgesia)
4	住院術後恢復	1.及早活動：確認安全後協助患者儘早離床活動 2.進食：以實證建議循序提供不同飲食，達成及早進食 3.生理功能恢復：及早移除管路，恢復自主生活功能
5	出院後追蹤	1.定期追蹤：針對出院 30 天併發症進行追蹤 2.量表評估：結案前進行生活機能再評估
6	全療程要素執行率	ERAS 清單指標完成率：綜合以上各時期指標完成度，計算出 ERAS 執行率(ERAS Compliance)
(二)結果面指標		
7	團隊品質指標	1.收案時間：個管師收案第一次訪視病人時間 2.評估時間：安排團隊成員評估時間 3.下床時間：術後第一次離床時間 4.經口進食時間：術後第一次經口進食時間 5.疼痛指數紀錄：術後第一次下床疼痛指數(VAS) 6.管路拔除時間：最後一根引流管拔除時間、Foley 拔除時間
8	成效指標	1.住院天數：系統計算 2.術後住院天數：系統計算 3.術後 ICU 天數：該次住院期間 ICU 總照護天數 4.術後併發症：Clavien-Dindo Classification
9	成本指標	1.健保費用（手術、麻醉、住院）：分項輸入 2.自費費用：所有自費
10	出院追蹤指標	1.出院 30 天術後併發症：Clavien-Dindo Classification 2.出院 30 天再入院：出院 30 天內 3.出院 30 天再手術：出院 30 天內

序號	指標名稱	指標定義
		4.出院 30 天再入急診：出院 30 天內

附件九、全民健康保險術後加速康復推廣計畫個案登錄系統(VPN)欄位

一、部分欄位將勾稽醫院已申報「ERAS 個案管理費」之案件資料自動帶入，其餘資料由收案醫院依計畫規定期限至 VPN 填報完成，必填欄位將於 VPN 以「*」註記。

二、術後加速康復照護品質指標欄位(依術式不同調整)：

(一) 基本資料：病人 ID、出生日期、術前門診日期、ASA 麻醉風險分級、查爾森共病指數、自費金額等。

(二) 過程面指標：

1. 門診：醫師說明 ERAS 療程、ERAS 個管師教育與諮詢、術前評估(心肺功能、貧血等)、術前檢驗與「麻醉醫師術前訪視」、復健／營養／藥物諮詢、戒菸戒酒諮詢等。

2. 住院當天：術前貧血評估及處置／檢驗、麻醉醫師術前訪視、術前沐浴、術前避免使用 BZDs、體液電解質治療、護理照護及術前準備等。

3. 手術當天：術前禁食／預防性抗生素／止痛／PONV 等。

4. 手術中：麻醉止痛、術中 PONV、術中保溫(體溫維持 36 度以上)、術中輸液控制、避免使用 BZDs、手術失血預防等。

5. 手術後：術後藥物止痛／疼痛指數評估／暈吐評估、拔除尿管／引流管、減少術後過多輸液、術後物理治療介入／營養照護、術後 24 小時內離床活動、血栓預防等。

6. 出院當天：出院傷口護理衛教、疼痛控制、返診時間安排、出院病人滿意度、住院天數統計、住院中術後併發症紀錄等。

7. 出院追蹤：術後門診追蹤 2 次、出院 30 天內併發症紀錄、出院 30 天內再次入院等。

(三) 住院期間及出院後 30 天內術後併發症程度分級欄位：

1. 呼吸相關併發症：肺葉塌陷、肺炎、肺積水、呼吸衰竭、氣胸、其他呼吸併發症等。

2. 感染相關併發症：傷口感染、泌尿道感染、腹膜膿瘍、敗血症、敗

血性休克、植入物感染、其他感染併發症等。

3. 心血管相關併發症：心臟衰竭、急性心肌梗塞、下肢靜脈栓塞、肝門脈栓塞、肺栓塞、腦血管病變、心律不整、心搏停止、其他心血管併發症等。
4. 內臟功能併發症：寡尿、腎損傷、腎衰竭、尿滯留、肝功能異常、胰臟炎、腸胃道出血、噁心／嘔吐、嚴重便秘／腹瀉、其他內臟併發症等。
5. 手術相關併發症：吻合處滲漏、泌尿道損傷、機械性腸阻塞、麻痺性腸阻塞、深處傷口裂開、術中大量出血、術後大量出血、其他手術損傷、血腫、其他手術併發症等。
6. 區域麻醉併發症：硬脊膜穿刺後頭痛、硬脊膜血腫或膿瘍、其他區麻併發症等。
7. 麻醉相關併發症：吸入性肺炎、低血壓、低血氧、術後甦醒延遲、其他麻醉併發症等。
8. 其他併發症：精神相關併發症、虛弱／疲累、頑固性疼痛、自發性跌倒／受傷、其他顯著併發症等。

(四) 結果面指標欄位：

1. 該術式專科：尿管拔除時間、住院期間再次手術、最後一根引流管拔除時間等。
2. 麻醉：術前最後飲用澄清液時間、術後第一次下床疼痛指數(VAS)、術後病房是否發生噁心嘔吐等。
3. 個管：第一次訪視病人時間、安排團隊評估時間、出院後最後連絡病人時間等。
4. 營養：初次執行營養評估及指導時間、術後第一次經口進食時間等。
5. 物理治療：初次執行活動度評估及指導時間、術後第一次離床時間等。
6. 綜合品質指標：ICU 照護總天數(days)、出院 30 天再次手術、出院 30 天內再次入住院、出院 30 天內再次入急診等。

全民健康保險侵襲性呼吸器優化管理計畫(草案)

壹、依據

全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、計畫說明

胸腔暨重症專科醫師(下稱胸重醫師)於重症照護領域扮演關鍵角色，尤其需要侵襲性呼吸器使用之病人管理，因其可能因罹患較嚴重的肺部疾病(如慢性阻塞性肺病、氣喘、肺纖維化等)或併發較嚴重的疾病(如敗血症、嚴重肺炎，急性呼吸窘迫症候群等)，而有長時間使用呼吸器(約4日至21日)需求，使這類病人更需要胸重醫師密切評估與積極介入。惟據調查，胸重醫師申報呼吸器健保給付僅約兩成；且嚴重度較高病人交由胸腔科醫師診治時給付卻無差異，徒然承擔較高風險，致投入擔任胸重醫師人數日漸減少。考量需長時間使用呼吸器的病人仰賴胸重醫師精確評估與處置，為維護病人就醫權益及培養留任胸重照護領域人才，新增本項計畫。

參、目的

- 一、鼓勵參與醫院推動、落實及提升侵襲性呼吸器管理。
- 二、優化侵襲性呼吸器照護品質，保障病人安全，減少呼吸器相關併發症及提升呼吸器脫離率。
- 三、減少長期使用呼吸器之健保支出。
- 四、依嚴重度提供連續性評估與處置，避免片段評估與單次會診之缺點。
- 五、鼓勵參與醫院管理階層對胸重照護的實質支援，提升胸重醫師於呼吸器照護角色，增加年輕醫師投入胸重醫學專科意願。

肆、預算來源

115年全民健康保險醫院醫療給付費用總額之「醫療給付改善方案」專款項下2.5億元。

伍、參與資格

- 一、參與醫事服務機構，須同時符合下列條件：
 - (一)本保險特約醫院。
 - (二)應具有專任胸腔暨重症專科醫師人力，且由胸腔暨重症專科醫師擔任執行人員。
- 二、須向保險人提出申請(申請書如附件1)，經保險人核定後始得參與本計畫。
- 三、退場機制：
 - (一)參與本計畫之特約醫院，未依所提計畫提供服務或參與本計畫有待改善事項(未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或登錄資訊經保險人審查發現登載不實)，經保險人2次通知限期改善而未改善者，或一年內因相同事由經保險人通知限期改善累計達3次者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。
 - (二)參與計畫之特約醫院及醫師，如涉及特管辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止執業執照處分，且經保險人違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)，應自保險人第一次核定違規函所載停約日起

退出執行本計畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。

陸、收案條件、評估處置及個案登錄管理內容

一、收案條件：加護病房使用侵襲性呼吸器 4 日至 21 日之病人。

二、評估處置：依「加護病房入住呼吸衰竭與呼吸器脫離評估處置表」(附件 2)項目辦理。

柒、給付項目及支付標準：

編號	診療項目	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
PXXXXB	侵襲性呼吸器優化管理胸腔科醫師評估處置費 註： 1. 適用對象：於加護病房使用侵襲性呼吸器 4 日至 21 日之病人。 2. 須完成「加護病房入住呼吸衰竭與呼吸器脫離評估」(附件 1)並併入病人病歷紀錄備查。 3. 每位病人每 7 天至多申報 2 次。 4. 每位病人至多申報 6 次。 5. 1 位醫師每週申報以 20 次為上限。	V	V	V	1000

註：本項費用優先分配一定比率予執行醫事人員。

捌、品質獎勵措施

(一) 品質獎勵指標與計分

1. 過程面指標(20 分)

(1) 胸重醫師配置(15 分)

A. 加護病床數每 10 床設有胸重醫師 1 位，15 分。

B. 加護病床數每 11 至 20 床設有胸重醫師 1 位，10 分。

C. 加護病床數每 21 床至 30 床設有胸重醫師 1 位，5 分。

(2) 管理階層對於胸重醫師訂有攬才、育才、留才計畫(3 分)。

(3) 管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予胸重醫師之百分比(2 分)。

2. 結果面指標(15分)

(1)病人接受胸重醫師評估處置涵蓋率

加護病房使用侵襲性呼吸器4日至21日病人接受胸重醫師評估處置百分比，達50%以上，5分。

(2)該年度加護病房使用侵襲性呼吸器4日至21日平均脫離率：(根據醫院評鑑以RCC脫離率超過50%為優良為下限)

A. 呼吸器脫離率60%以上，10分。

B. 呼吸器脫離率55%至59%以上，5分。

C. 呼吸器脫離率50%至54%以上，3分。

(二)醫院獎勵費計算方式

1. 醫院獎勵費：

$[\text{該院之(指標達成積分)} / \sum \text{各醫院(指標達成積分)}] \times \text{獎勵金額}$

註：品質獎勵金額為本計畫預算支應「侵襲性呼吸器優化管理胸腔科醫師評估處置費」後之餘款。

2. 每一積分之獎勵費 $[\text{獎勵金額} / \sum \text{各醫院(指標達成積分)}]$ ，以5,000元為上限。

3. 本獎勵費須分配一定成數予呼吸器照護相關醫事人員。

玖、醫療費用申報、審查及核付作業

除另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

一、「侵襲性呼吸器優化管理胸腔科醫師評估處置費」申報規定：

(一)未參與醫院評鑑者，不予支付

(二)採每月申報，申報時醫令類別填報「K」，醫令執行時間填報「評估日期」。

二、點值結算：

(一)本計畫預算優先支應「侵襲性呼吸器優化管理胸腔科醫師評估處置費」，餘款支應「醫院獎勵費」。

(二)「侵襲性呼吸器優化管理胸腔科醫師評估處置費」之結算：預算按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

(三)「醫院獎勵費」每年結算一次，由保險人於次年3月底，計算參與計畫之醫院名單及分配金額後，辦理撥付事宜。

三、相關資料通報及辦理時程：

參與醫院應於次年1月底前彙整當年度「胸腔暨重症專科醫師攬才、育才、留才計畫」及「內部獎勵制度」，並將相關計畫、獎勵制度內容及提撥獎勵予胸重醫師百分比，送保險人分區業務組，委由台灣胸腔暨重症加護醫學會審查。

四、醫療費用申復：辦理本計畫核發作業後，若有未列入本計畫核發名單之特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度醫院總額專款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季醫院總額一般服務項目預算中支應。

壹拾、計畫管理機制

一、保險人負責本計畫之研訂與修正。

二、保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之參與資格、核定與輔導轄區醫事服務機構執行計畫。

壹拾壹、 訂定與修正程序

本計畫由保險人與醫院總額相關團體共同擬訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件 1、侵襲性呼吸器優化管理計畫申請表

院所申請類別：新增 變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

基本資料	醫事機構 名稱		醫事機構代號	
	醫事機構 負責人			
	計畫聯絡人 姓名		計畫聯絡人電話	
	計畫聯絡人 e-mail			
照護團隊名單				
	姓名	身分證字號	職稱	專科別
備註： 1、參與照護團隊超過本表欄位時，可自行插入列。 2、參與醫院將申請表送至各分區業務窗口進行後續資料審查前，請務必確認表內所填之所有基本資料正確及完整。				

本院及團隊內醫院同意於計畫執行期間，依照本計畫及全民健康保險法等相關規定，提供保險對象醫療服務。

健保合約大小章用印處

中華民國 年 月

附件 2

侵襲性呼吸器優化管理胸腔科醫師評估處置表

病人基本資料

病歷號：_____ 姓名：_____ 年齡：_____ 性別：

目前主要診斷：

入住加護病房日期：_____年_____月_____日

侵襲性呼吸器已使用天數(含本日)：_____日(需在 21 日(含)內)

入住加護病房呼吸器使用原因分析

1. 呼吸系統：

A. 所需氧氣濃度 $FiO_2 \geq 60\%$

B. PEEP $\geq 10\text{cmH}_2\text{O}$ 仍無法維持 $SaO_2 \geq 90\%$ 或 $PaO_2 \geq 60\text{mmHg}$

C. 其他 _____

2. 循環系統：

A. 需升壓藥物維持血壓

B. 不穩定之心律不整

C. 其他 _____

3. 急性腎衰竭，或接受血液透析情況不穩定者

4. 急性肝衰竭表現者

5. 大量胃出血者

6. 急性腦幹衰竭者

7. 其他醫療狀況仍需住加護病房者，原因：_____

建議處理方式：

繼續加護照護以穩定生命徵象，以利脫離呼吸器

生命徵象穩定，積極脫離呼吸器中，預定近日可拔管轉出加護病房

其他：_____

胸腔暨重症專科醫師_____ 台胸學會證字第_____號 簽章_____

評估日期：_____年_____月_____日

115 年全民健康保險醫院醫療給付費用總額

「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」**專款**計畫

112 年 9 月 26 日健保醫字第 1120119309 號公告

113 年 4 月 15 日健保醫字第 1130661607 號公告

113 年 12 月 24 日健保醫字第 1130666089 號公告

114 年 7 月 4 日健保醫字第 1140663234 號公告

年**月**日健保醫字第**號公告

壹、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的

藉由本計畫實施，提升地區醫院住診及急診照護服務品質、平衡區域級（含）以上醫院門住診費用結構，以落實分級醫療策略。

參、預算來源

- 一、本計畫涉醫學中心及區域醫院之診療項目，由全民健康保險醫院醫療給付費用總額**專款**一般服務「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」**項下**10 億元支應。
- 二、本計畫涉地區醫院之診療項目，由全民健康保險醫院醫療給付費用總額**專款**一般服務「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」**項下**5 億元支應。

肆、醫療費用支付

- 一、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用審查及核付事宜。
- 二、「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」：區域級（含）以上醫院依表一所列急重症基本診療項目，支付其調整前後點數差額。

表一 區域級(含)以上醫院急重症基本診療項目支付點數調整表

單位：點

醫令代碼	診療項目	區域醫院	醫學中心	現行支付點數	調整後點數	補付差額
02011K	加護病床住院診察費(天)		v	1,925	2,034	109
02017K	新生兒中重度住院診察費(天)		v	1,229	1,922	693
02018A		v		1,166	1,273	107
	急診觀察床					
03073A	--病房費(第一天)	v	v	367	551	184
03018A	--病房費(第二天起)	v	v	167	334	167
03075A	--護理費(第一天)	v	v	914	1,200	286
03042A	--護理費(第二天起)	v	v	703	878	175
	加護病床 ICU					
03010E	--病房費(天)		v	2,852	3,177	325
03011F		v		2,406	3,000	594

註：本計畫依本表所列項目之「補付差額」點數支付，如適用支付標準加成規定者，依「調整後點數」計算加成後，補付其差額。

三、「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」：

地區醫院依下列診療項目支付其額外加成之點數：

(一)部分急重症診療項目額外加成，如表二。

表二 地區醫院急重症診療項目額外加成之補付點數表

單位：點

醫令代碼	診療項目	地區醫院	現行支付點數	額外加成	補付差額
P1011C	慢性呼吸照護病房論日計酬 (第 1-90 日 / 第 91 天以後)	v	4,451	3%	134
P1012C		v	3,674	3%	110
01015C	急診診察費	v	667 630	15% 15.87%	100
	急診診察費(按檢傷分類)				
00201B	檢傷分類第一級	v	1,800 1,345	15% 20%	270
00202B	檢傷分類第二級	v	1,000 748	15% 20%	150
00203B	檢傷分類第三級	v	776 580	15% 20%	116
00204B	檢傷分類第四級	v	449 336	15% 20%	67
00225B	檢傷分類第五級	v	390 292	15% 20%	59

註：本計畫依本表所列項目之「補付差額」點數支付。

(二)住院護理費：如地區醫院之全日平均護病比達區域級(含)以上醫院級距範圍，則依其護病比予以不同加成，如表三。

表三 地區醫院住院護理費依護病比額外加成之補付點數表

單位：點

住院護理費加成項目 編號及點數			急性一般病床(含精神)										
加成率			第一天 03079B、03088B/ 850 <u>977</u> 點						第二天起 03029B、03060B/ 654 <u>752</u> 點				
護病比 級距範圍	現行 加成率	調整後加成率	現行 支付點數		調整後點數		補付 差額	現行 支付點數		調整後點數		補付 差額	
11.5-11.9	20%	22% <u>21.74%</u>	1,020 <u>1,172</u>	1,037 <u>1,189</u>	17 <u>17</u>	785 <u>902</u>	798 <u>915</u>	13 <u>13</u>					
11.0-11.4	20%	24% <u>23.48%</u>	1,020 <u>1,172</u>	1,054 <u>1,206</u>	34 <u>34</u>	785 <u>902</u>	811 <u>929</u>	26 <u>26</u>					
10.5-10.9	20%	26% <u>25.22%</u>	1,020 <u>1,172</u>	1,071 <u>1,223</u>	51 <u>51</u>	785 <u>902</u>	824 <u>942</u>	39 <u>39</u>					
10.0-10.4	20%	28% <u>26.96%</u>	1,020 <u>1,172</u>	1,088 <u>1,240</u>	68 <u>68</u>	785 <u>902</u>	837 <u>955</u>	52 <u>52</u>					
9.0-9.9	20%	30% <u>28.70%</u>	1,020 <u>1,172</u>	1,105 <u>1,257</u>	85 <u>85</u>	785 <u>902</u>	850 <u>968</u>	65 <u>65</u>					
8.5-8.9	20%	32% <u>30.44%</u>	1,020 <u>1,172</u>	1,122 <u>1,274</u>	102 <u>102</u>	785 <u>902</u>	863 <u>981</u>	78 <u>78</u>					
8.0-8.4	20%	34% <u>32.18%</u>	1,020 <u>1,172</u>	1,139 <u>1,291</u>	119 <u>119</u>	785 <u>902</u>	876 <u>994</u>	91 <u>91</u>					
7.5-7.9	20%	36% <u>33.92%</u>	1,020 <u>1,172</u>	1,156 <u>1,308</u>	136 <u>136</u>	785 <u>902</u>	889 <u>1,007</u>	104 <u>104</u>					
7.0-7.4	20%	38% <u>35.66%</u>	1,020 <u>1,172</u>	1,173 <u>1,325</u>	153 <u>153</u>	785 <u>902</u>	903 <u>1,020</u>	118 <u>118</u>					
<7.0	20%	40% <u>37.40%</u>	1,020 <u>1,172</u>	1,190 <u>1,342</u>	170 <u>170</u>	785 <u>902</u>	916 <u>1,033</u>	131 <u>131</u>					

住院護理費加成項目 編號及點數			經濟病床(含精神)										
加成率			第一天 03082B、03091B/ 573 <u>663</u> 點						第二天起 03033B、03066B/ 441 <u>511</u> 點				
護病比 級距範圍	現行 加成率	調整後加成率	現行 支付點數		調整後點數		補付 差額	現行 支付點數		調整後點數		補付 差額	
11.5-11.9	20%	22% <u>21.66%</u>	688 <u>796</u>	699 <u>807</u>	11 <u>11</u>	529 <u>613</u>	538 <u>622</u>	9 <u>9</u>					
11.0-11.4	20%	24% <u>23.47%</u>	688 <u>796</u>	711 <u>819</u>	23 <u>23</u>	529 <u>613</u>	547 <u>631</u>	18 <u>18</u>					
10.5-10.9	20%	26% <u>25.20%</u>	688 <u>796</u>	722 <u>830</u>	34 <u>34</u>	529 <u>613</u>	556 <u>640</u>	27 <u>27</u>					
10.0-10.4	20%	28% <u>26.79%</u>	688 <u>796</u>	733 <u>841</u>	45 <u>45</u>	529 <u>613</u>	564 <u>648</u>	35 <u>35</u>					
9.0-9.9	20%	30% <u>28.60%</u>	688 <u>796</u>	745 <u>853</u>	57 <u>57</u>	529 <u>613</u>	573 <u>657</u>	44 <u>44</u>					
8.5-8.9	20%	32% <u>30.26%</u>	688 <u>796</u>	756 <u>864</u>	68 <u>68</u>	529 <u>613</u>	582 <u>666</u>	53 <u>53</u>					
8.0-8.4	20%	34% <u>32.07%</u>	688 <u>796</u>	768 <u>876</u>	80 <u>80</u>	529 <u>613</u>	591 <u>675</u>	62 <u>62</u>					
7.5-7.9	20%	36% <u>33.80%</u>	688 <u>796</u>	779 <u>887</u>	91 <u>91</u>	529 <u>613</u>	600 <u>684</u>	71 <u>71</u>					
7.0-7.4	20%	38% <u>35.54%</u>	688 <u>796</u>	791 <u>899</u>	103 <u>103</u>	529 <u>613</u>	609 <u>693</u>	80 <u>80</u>					
<7.0	20%	40% <u>37.19%</u>	688 <u>796</u>	802 <u>910</u>	114 <u>114</u>	529 <u>613</u>	617 <u>701</u>	88 <u>88</u>					

註 1：本表住院護理費，係指符合支付標準第二部第一章第三節通則九、(二)之全日平均護病比加成規範原則者。

註 2：依前述規範，地區醫院護病比<13.0 者，其加成率為 20%，爰本表之「現行支付點數」係以加計 21.66%~37.19% 後之點數呈現。

註 3：本計畫依本表所列項目之「補付差額」點數支付。

四、補付點數須給付一定成數予提供該項醫療服務之醫事人員。

五、結算方式：

(一)本計畫預算按季均分及結算，由全民健康保險保險人（下稱保險人）統一計算自費用年月當年度 1 月至 12 月之補付差額點數（受理日期於次年 2 月底前），並採浮動點值支付，每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘則流用至下季。

(二)補付點數之計算方式：

1. 「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」：依表一所列「補付差額」點數計算，如適用支付標準加成規定者，依「調整後點數」加成後，計算補付差額點數。
2. 「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」：依表二及表三所列之「補付差額」點數計算。

伍、評估指標

一、共同指標：

(一) 每季急診病人轉出率不高於去年同期（排除直接轉入他院之住院案件）。

(二) 急診轉住院人次占率。

二、個別指標：

(一) 區域級(含)以上醫院：十四日內再住院率不高於該層級別前一年度比率。(分子：十四日內再住院的案件數；分母：出院案件數。)

(二) 地區醫院：全日平均護病比<12.0 之地區醫院家數不低於前一年度。

陸、訂定與修正程序

- 一、本計畫係 115 年起全民健康保險醫院醫療給付費用總額「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」自專款項目移列一般服務項目，由保險人與醫院總額相關團體共同研訂，報請主管機關核定後

公告實施，並副知健保會。本計畫之修訂，屬給付項目及支付標準者，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

~~二、新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新-115~~ 年度計畫依保險人公告實施日期辦理，~~至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告~~
該項預算相關修訂支付標準生效日起停止辦理日之次月底止。

全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案

表一 醫院總額支付制度醫療服務品質指標(草案)

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
1.保險對象就醫調查					
(1)醫療服務品質調查	每年	每年於評核會公布前一年調查結果	由保險人研訂調查方式	保險人	調查內容得由保險人參考各界意見後研訂，並委託民調機構辦理。 註:105(含)年度以前實施保險對象滿意度調查，頻率為醫院總額實施前一次，實施後每半年一次，自98年起每年一次，比較其就醫可近性、醫療服務品質與差額負擔滿意度變化情形。
(2)保險對象申訴及檢舉案件數	每年	受託單位每年提出執行報告，內容包括成案件數、案件內容、處理情形及結果。	資料分析	受託單位	民眾申訴及其他反映案件數，受託單位配合提供資料。
2.專業醫療服務品質					
(1)門診 ^{註3}					
門診注射劑使用率	每季	以最近3年全區平均值×(1+15%)作為參考值	資料分析	保險人	1.分子：給藥案件之針劑藥品案件數。醫令代碼為10碼，且第8碼為「2」案件數，但排除表三所列藥物案件及排除全民健康保險在宅急症照護試辦計畫(ACAHI)及全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案(OPAT)案件。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					2.分母：給藥案件數。
門診抗生素使用率	每季	以最近3年全區平均值×(1+15%)作為參考值	資料分析	保險人	1.門診抗生素使用率=醫院門診開立抗生素藥品案件數／醫院門診開藥總案件數。 2.抗生素藥品：ATC 碼前3碼為 J01 (ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE)。
用藥日數重疊率					
(1) 同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服) (2) 同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂(口服) (3) 同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖 (4) 同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症 (5) 同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症	每季	以最近3年全區平均值×(1+15%)作為參考值 (「降血壓藥物(口服)」、「降血脂藥物(口服)」、「降血糖藥物(包含口服及注射劑)」等項目為參考指標，不另訂定參考值)	資料分析	保險人	1、本項指標包括「降血壓藥物(口服)」、「降血脂藥物(口服)」、「降血糖藥物(包含口服及注射劑)」、「精神疾病用藥(包括抗思覺失調症、憂鬱症及安眠鎮靜劑三類)」、「抗血栓藥物(口服)」及「前列腺肥大藥物(口服)」類費用占率高之藥品，進行同一醫院同一病患不同處方開立同類藥物之用藥日數重疊率統計。 2.前述藥物之「同類藥物」定義，依下列 ATC 藥理分類方式處理： (1) 降血壓藥物(口服)：ATC 前3碼為 C07(排除 C07AA05)或 ATC 前5碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第8碼為1。 (2) 降血脂藥物(口服)：ATC 前5碼為 C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第8碼為1。 (3) 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前5碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
(6) 同醫院門診同藥理 用藥日數重疊率-安 眠鎮靜(口服) (7) 同醫院門診同藥理 用藥日數重疊率-抗 血栓藥物(口服) (8) 同醫院門診同藥理 用藥日數重疊率-前 列腺肥大藥物(口服)					A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、 A10BK。 (4) 抗思覺失調症藥物：ATC 前 5 碼為 N05AA、N05AB(排 除 N05AB04)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、 N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX、N05AC、 N05AG。 (5) 抗憂鬱症藥物：ATC 前 5 碼為 N06AA(排除 N06AA02、 N06AA12)、N06AB、N06AG。 (6) 安眠鎮靜藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 N05CC、N05CD、 N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為 1。 (7) 抗血栓藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 B01AA、B01AC(排 除 B01AC07)、B01AE、B01AF，且醫令代碼第 8 碼為 1。 (8) 前列腺肥大藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 G04CA、 G04CB，且醫令代碼第 8 碼為 1。 3.本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」，即同 ID、 同院所給藥日數 ≥ 21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與 另一筆給藥日數 ≥ 21 天的用藥比對所產生，則在此原因 下，該筆用藥允許10天的空間不計入重疊日數，且排除特 定治療項目代號(一)~(四)為 H3、H6、H8、H9、HA、 HB、HC、HD者。 4.指標定義： 分子：同院所同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥 日期間有重疊之給藥日數。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					分母：各案件之「給藥日數」總和。 5.「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」。
(9) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服) (10) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂(口服) (11) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖 (12) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症 (13) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症 (14) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜(口服) (15) 跨醫院門診同藥理用	每季	以最近3年全區平均值×(1+15%)作為參考值 (「降血壓藥物(口服)」、「降血脂藥物(口服)」、「降血糖藥物(包含口服及注射劑)」等項目為參考指標，不另訂定參考值)	資料分析	保險人	1. 本項指標包括「降血壓藥物(口服)」、「降血脂藥物(口服)」、「降血糖藥物(包含口服及注射劑)」、「精神疾病用藥(包括抗思覺失調症、憂鬱症及安眠鎮靜劑三類)」、「抗血栓藥物(口服)」及「前列腺肥大藥物(口服)」類費用占率高之藥品，進行同一病患不同處方開立同類藥物之用藥日數重疊率統計。 2. 前述藥物之「同類藥物」定義，依下列 ATC 藥理分類方式處理： (1) 降血壓藥物(口服)：ATC 前 3 碼為 C07(排除 C07AA05)或 ATC 前 5 碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。 (2) 降血脂藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。 (3) 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前 5 碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、A10BK。 (4) 抗思覺失調症藥物：ATC 前 5 碼為 N05AA、N05AB(排除 N05AB04)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX、N05AC、N05AG。 (5) 抗憂鬱症藥物：ATC 前 5 碼為 N06AA(排除 N06AA02、N06AA12)、N06AB、N06AG。 (6) 安眠鎮靜藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 N05CC、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
藥日數重疊率-抗血栓藥物(口服) (16)跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-前列腺肥大藥物(口服)					N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第8碼為1。 (7) 抗血栓藥物(口服)：ATC前5碼為B01AA、B01AC(排除B01AC07)、B01AE、B01AF，且醫令代碼第8碼為1。 (8) 前列腺肥大藥物(口服)：ATC前5碼為G04CA、G04CB，且醫令代碼第8碼為1。 3.本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」，即同ID、跨院所給藥日數 ≥ 21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數 ≥ 21 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許10天的空間不計入重疊日數，且排除特定治療項目代號(一)~(四)為H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD者。 4.指標定義： 分子：同分區同ID不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。 分母：各案件之「給藥日數」總和。 5.「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」。
慢性病連續處方箋開立率	每季	以最近3年全區平均值 $\times(1-15\%)$ 作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：開立慢性病連續處方箋案件數。 2. 分母：慢性病案件數。 3. 開立慢性病連續處方箋的案件：(診察費項目代碼為慢箋)或(案件分類為E1且慢性病連續處方箋有效期間處方日份 $>$ 給藥天數且慢性病連續處方箋有效日份為給藥天數的倍數)。 (1)診察費項目代碼為慢箋：00155A、00157A、00170A、00171A、00131B、00132B、00172B、00173B、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					<p>00135B、00136B、00174B、00175B、00137B、00138B、00176B、00177B、00139C、00140C、00158C、00159C、00141C、00142C、00160C、00161C、00143C、00144C、00162C、00163C、00145C、00146C、00164C、00165C、00147C、00148C、00166C、00167C、00149C、00150C、00168C、00169C、00178B、00179B、00180B、00181B、00182C、00183C、00184C、00185C、00187C、00189C、00190C、00191C。</p> <p>(2) 慢性病給藥案件：案件分類為 04、E1。</p> <p>(3) 排除條件：</p> <p>A. 婦產科專科醫院：醫院型態別為專科醫院(03)，且門診就醫科別婦產科(05)之申請點數占率為各就醫科別中最高者。</p> <p>B. 小兒專科醫院：醫院型態別為專科醫院(03)，且門診就醫科別小兒科(04)之申請點數占率為各就醫科別中最高者。</p> <p>C. 呼吸照護病房(有申報醫令 P1011C 或 P1012C 之案件)申請點數占全院申請點數 80%(含)以上之醫院。</p>
門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率	每季	參考指標，不另訂定參考值	資料分析	保險人	<p>1. 分子：給藥案件之藥品品項數\geq10 項之案件數。</p> <p>2. 分母：給藥案件數</p> <p>3. 說明：</p> <p>(1) 給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方</p>

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					調劑方式為 1、0、6 其中一種，排除下列條件： A. 重大傷病(部分負擔代碼為 001)。 B. 居家醫療照護整合計畫(任一特定治療項目代號為 EC)。 C. 醫院以病人為中心門診整合照護計畫(整合式照護模式註記：111 年 7 月 1 日起為 Q,R,S；108 年起為 X,Q,R,S；107 年以前為 A,B,D,E,F)。 D. 急診案件(案件分類為 02)。 E. 門診手術案件(案件分類為 03)。 F. 立刻使用及需要時使用之藥品(藥品使用頻率為 STAT、PRN)。 (2) 藥品品項：醫令類別 1 或 4，且醫令代碼為 10 碼。 (3) 藥品品項數：藥品品項筆數。
住院 ^{註4}					
非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率	每年/季	以最近 3 年/同季全區平均值×(1+15%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：病人 14 日再住院數。 2. 分母：當季出院人數。 3. 分母分子均排除下列計畫性再住院案件後進行統計： (1) 精神科個案(就醫科別：13)。 (2) 乳癌試辦案件(案件分類 4+病患來源 N 或 R 或 C)。 (3) 癌症、性態未明腫瘤治療(主、次診斷 ICD-10-CM 前 3 碼為 C00-C96(排除 C94.4、C94.6)、D37-D48，全碼 Z51.0、Z51.11、Z51.12、Z08)。 (4) 早產安胎個案(主診斷 ICD-10-CM：前 5 碼 O42.91 及全碼 O44.10~O44.13、O44.30、O44.31、O44.32、O44.33、O44.50、O44.51、O44.52、O44.53、O46.90-O46.93、O47.02-O47.03、O60.02、O60.03)。 (5) 罕見疾病-黏多醣症(主診斷 ICD-10-CM E76.0-E76.3)。 (6) 轉院案件(轉歸代碼 5、6 或 7)。 (7) 新生兒未領卡(部分負擔註記 903)。 (8) 血友病(主診斷 ICD-10-CM D66、D67、D68.1、D68.2)。 (9) 執行心導管後再執行血管繞道手術或瓣膜置換術或支架置放術。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					<p>(10) 器官移植(醫令代碼前 5 碼)</p> <p>A. 心臟移植：68035</p> <p>B. 肺臟移植：68037 (單肺)、68047 (雙肺)</p> <p>C. 肝臟移植：75020</p> <p>D. 腎臟移植：76020</p> <p>E. 胰臟移植：75418</p> <p>F. 角膜移植：85213</p> <p>(11) 急性後期整合照護計畫案件(住院案件分類 4+ 試辦計畫代碼 1 腦中風、2 燒燙傷、3 創傷性神經損傷、4 脆弱性骨折、6 衰弱高齡)。</p> <p>(12) 安寧照護(給付類別 A)</p> <p>4.說明：</p> <p>(1) 心導管：醫令代碼前 5 碼為 18020、18021、97501、97502、97503、97506、97507、97508。</p> <p>(2) 心血管繞道手術：以冠狀動脈繞道手術為主，主、次處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 0210493、02100Z3、02100K3、02100J3、02104Z3、0210093、02104A3、02104J3、02104K3、02100A3、02104AW、021049W、02100KW、02100JW、02100AW、021009W、02104JW、02104KW、021109W、02110AW、02114KW、02114JW、02114AW、021149W、02110KW、02110JW、021209W、02124JW、02124AW、021249W、02120KW、02120JW、02120AW、02124KW、02134JW、02134KW、021309W、02130AW、02130JW、02130KW、021349W、02134AW、0210098、02104ZC、021009C、02100A8、02100A9、02100AC、02100J8、02100J9、02100JC、02100K8、02100K9、02100KC、02100Z8、02100Z9、02100ZC、0210498、0210499、021049C、02104A8、02104A9、02104AC、02104J8、02104J9、02104JC、02104K8、02104K9、02104KC、02104Z8、02104Z9、0210099、02120ZC、021249C、02124AC、02124JC、02124KC、02124ZC、021309C、02130AC、02130JC、02130KC、02130ZC、021349C、02134AC、02134JC、02134KC、02134ZC、0211098、0211099、021109C、02110A8、02110A9、02110AC、02110J8、02110J9、02110JC、02110K8、02110K9、02110KC、02110Z8、02110Z9、02110ZC、0211498、0211499、</p>

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					<p>021149C、02114A8、02114A9、02114AC、02114J8、02114J9、02114JC、02114K8、02114K9、02114KC、02114Z8、02114Z9、02114ZC、021209C、02120AC、02120JC、02120KC、02100ZF、02100KF、021049F、02104AF、02104JF、02104KF、02104ZF、021009F、02100AF、02100JF、0210083、0210483、021008W、021048W、021148W、021108W、021208W、021248W、021348W、021308W、0210088、0210089、021008C、0210488、0210489、021048C、021248C、021308C、021348C、0211088、0211089、021108C、0211488、0211489、021148C、021208C、021008F、021048F 且醫令代碼前 5 碼為 68023 或 68024 或 68025。</p> <p>(3) 瓣膜置換術：醫令代碼前 5 碼為 68016、68017、68018 且主診斷為 ICD-10-CM I00-I99、G90.A、I5A、P91.821、P91.822、P91.823、P91.829 且主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 02RF07Z、02RF37H、02RF37Z、02RF38H、02RF38N、02RF38Z、02RF3KH、02RF3KZ、02RF4KZ、02RF48N、02RF48Z、02RF47Z、02RF08N、02RF08Z、02RF0KZ、02RF4JZ、02RF0JZ、02RG47Z、02RG3KZ、02RG48Z、02RG4KZ、02RG38Z、02RG07Z、02RG08Z、02RG37Z、02RG0KZ、02RG3JZ、02RG0JZ、02RG4JZ、02RH07Z、02RH08Z、02RH0KZ、02RH37H、02RH37Z、02RH38H、02RH38L、02RH38M、02RH38Z、02RH3KH、02RH3KZ、02RH47Z、02RH48Z、02RH4KZ、02RH0JZ、02RH4JZ、02RJ07Z、02RJ08Z、02RJ0KZ、02RJ37H、02RJ37Z、02RJ38H、02RJ38Z、02RJ3KH、02RJ3KZ、02RJ3JH、02RJ3JZ、02RJ47Z、02RJ48Z、02RJ4KZ、02RJ0JZ、02RJ4JZ。</p> <p>(4) 支架置放術：同時申報「經皮冠狀動脈擴張術(PTCA)」及放置血管支架之案件。</p> <p>A. 經皮冠狀動脈擴張術(PTCA)：主、次處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 02703ZZ、02704ZZ、3E07317、02713ZZ、02714ZZ、02723ZZ、02724ZZ、02733ZZ、02734ZZ 且醫令代碼前 5 碼為 33076、33077、33078。</p> <p>B. 放置血管支架：主、次處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 027034Z、02703DZ、027044Z、02704DZ、027134Z、02713DZ、027144Z、02714DZ、027234Z、02723DZ、027244Z、02724DZ、027334Z、02733DZ、027344Z、02734DZ、0270346、02703D6、0270446、02704D6。</p>

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					0271346、02713D6、0271446、02714D6、0272346、02723D6、0272446、02724D6、0273346、02733D6、0273446、02734D6、027245Z、027246Z、027247Z、02724EZ、02724FZ、02724GZ、027335Z、027336Z、027337Z、02733EZ、02733FZ、02733GZ、027345Z、027346Z、027347Z、02734EZ、02734FZ、02734GZ、0270356、0270366、0270376、02703E6、02703F6、02703G6、0270456、0270466、0270476、02704E6、02704F6、02704G6、0271356、0271366、0271376、02713E6、02713F6、02713G6、0271456、0271466、0271476、02714E6、02714F6、02714G6、0272356、0272366、0272376、02723E6、02723F6、02723G6、0272456、0272466、0272476、02724E6、02724F6、02724G6、0273356、0273366、0273376、02733E6、02733F6、02733G6、0273456、0273466、0273476、02734E6、02734F6、02734G6 且特材代碼前 7 碼為 CBP02A1、CBP06A1、CBP06A2、CBP06A3。
意外事件發生率	每季		醫院申報	受託單位	意外事件發生人次數/住院、急診病人總人次數。
院內感染率	每季		醫院申報	受託單位	病人院內感染人次數/當季住院人次數。
剖腹產率-整體	每季	參考指標，不另訂定參考值	資料分析	保險人	1.分子：醫院剖腹產案件數 2.分母：醫院總生產案件數 3.總生產案件數=自然產案件數+剖腹產案件數。 4.自然產案件，符合下列任一條件： (1)TW-DRG 前 3 碼為 372-375。 (2)DRG_CODE 為 0373A、0373C。 (3)需符合任一自然產醫令代碼：81017C、81018C、81019C、97004C、97005D、81024C、81025C、81026C、97934C、81034C。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					5.剖腹產案件，符合下列任一條件： (1)TW-DRG 前 3 碼為 370、371、513。 (2)DRG_CODE 為 0371A、0373B。 (3)符合任一剖腹產醫令代碼：81004C、81028C、97009C、81005C、81029C、97014C。
剖腹產率-自行要求	每季	參考指標，不另訂定參考值	資料分析	保險人	1.分子：醫院不具適應症之剖腹產案件(自行要求剖腹產) 2.分母：醫院總生產案件數 3.自行要求剖腹產案件，符合下列任一條件： (1)醫令代碼為 97014C。 (2)DRG_CODE 為 0373B。 (3)TW-DRG 前 3 碼為 513。 4.總生產案件數=自然產案件數+剖腹產案件數。 5.自然產案件，符合下列任一條件： (1)TW-DRG 前 3 碼為 372-375。 (2)DRG_CODE 為 0373A、0373C。 (3)需符合任一自然產醫令代碼：81017C、81018C、81019C、97004C、97005D、81024C、81025C、81026C、97934C、81034C。 6.剖腹產案件，符合下列任一條件： (1)TW-DRG 前 3 碼為 370、371、513。 (2)DRG_CODE 為 0371A、0373B。 (3)符合任一剖腹產醫令代碼：81004C、81028C、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					97009C、81005C、81029C、97014C。
剖腹產率-具適應症	每季	參考指標，不另訂定參考值	資料分析	保險人	<p>1.分子：醫院具適應症之剖腹產案件</p> <p>2.分母：醫院總生產案件數</p> <p>3.具適應症之剖腹產案件＝剖腹產案件數－自行要求剖腹產案件</p> <p>4.自行要求剖腹產案件，符合下列任一條件：</p> <p>(1)醫令代碼為 97014C。</p> <p>(2)DRG_CODE 為 0373B。</p> <p>(3)TW-DRG 前 3 碼為 513。</p> <p>5.總生產案件數＝自然產案件數+剖腹產案件數。</p> <p>6.自然產案件，符合下列任一條件：</p> <p>(1)TW-DRG 前 3 碼為 372-375。</p> <p>(2)DRG_CODE 為 0373A、0373C。</p> <p>(3)需符合任一自然產醫令代碼：81017C、81018C、81019C、97004C、97005D、81024C、81025C、81026C、97934C、81034C。</p> <p>7.剖腹產案件，符合下列任一條件：</p> <p>(1)TW-DRG 前 3 碼為 370、371、513。</p> <p>(2)DRG_CODE 為 0371A、0373B。</p> <p>(3)符合任一剖腹產醫令代碼：81004C、81028C、97009C、81005C、81029C、97014C。</p>
剖腹產率-初次具適應症	每季	參考指標，不	資料分析	保險人	1.分子：總生產案件數中屬初次非自願剖腹產案件數。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
		另訂定參考值			<p>2.分母：醫院總生產案件數。</p> <p>3.說明：</p> <p>(1) 初次非自願剖腹產案件：醫令代碼為 81004C、81028C 或主處置代碼(ICD-10-PCS 手術代碼)為 10D00Z0、10D00Z1、10D00Z2 之案件，但需排除下列條件(符合下列任一項)：</p> <p>A. DRG 碼為 0373B(自行要求剖腹產)。</p> <p>B. 主處置代碼(ICD-10-PCS 手術代碼)為 10D00Z0、10D00Z1、10D00Z2 且主、次診斷 ICD-10-CM 前 4 碼為 O342 (前胎剖腹產生產)。</p> <p>(2) 總生產案件數=自然產案件數+剖腹產案件數。</p> <p>(3) 自然產案件，符合下列任一條件：</p> <p>A. TW-DRG 前 3 碼為 372-375。</p> <p>B. DRG_CODE 為 0373A、0373C。</p> <p>C. 需符合任一自然產醫令代碼：81017C、81018C、81019C、97004C、97005D、81024C、81025C、81026C、97934C、81034C。</p> <p>(4) 剖腹產案件，符合下列任一條件：</p> <p>A. TW-DRG 前 3 碼為 370、371、513。</p> <p>B. DRG_CODE 為 0371A、0373B。</p> <p>C. 符合任一剖腹產醫令代碼：81004C、81028C、97009C、81005C、81029C、97014C。</p>

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
住院案件出院後三日以內急診率	每季	以最近3年全區平均值×(1+10%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：3日內再急診案件數。 2. 分母：出院案件數。 3. 排除下列案件： (1) 精神科個案(就醫科別：13)。 (2) 乳癌試辦案件(案件分類4+病患來源N或R或C)。 (3) 化學治療及放射線治療、來院接受抗腫瘤免疫療法(主、次診斷ICD-10-CM Z51.0、Z51.11、Z51.12)。 (4) 早產安胎個案(主診斷ICD-10-CM：前5碼O42.91及全碼O44.10-O44.13、O44.30、O44.31、O44.32、O44.33、O44.50、O44.51、O44.52、O44.53、O46.90-O46.93、O47.02-O47.03、O60.02、O60.03)。 (5) 罕見疾病-黏多醣症(主診斷ICD-10-CM E76.0-E76.3)。 (6) 轉院案件(轉歸代碼5、6或7)。 (7) 新生兒未領卡(部分負擔註記903)。 (8) 血友病(主診斷ICD-10-CM D66、D67、D68.1、D68.2)。 (9) 器官移植(醫令代碼前5碼) A. 心臟移植：68035 B. 肺臟移植：68037(單肺)、68047(雙肺) C. 肝臟移植：75020 D. 腎臟移植：76020 (10)病患死亡或病危自動出院案件(轉歸代碼4或A)。
清淨手術術後使用抗生素超過三日比率	每季	以最近3年全區平均值×(1+10%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：手術後>3日使用抗生素案件數。 2. 分母：清淨手術案件數。 3. 資料範圍：住院西醫醫院 4. 說明： (1)清淨手術：案件分類為5且符合下列任一條件，但排除下列條件： A. 主診斷ICD-10-CM前3碼為C40、C41、D65-D68，或主診斷ICD-10-CM碼為C79.51-C79.52、R79.1。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					<p>B. 任一主、次診斷:中耳炎(ICD-10-CM 前 3 碼為 H65-H69)、肺炎 (ICD-10-CM 前 3 碼為 J12-J18)、UTI (ICD-10-CM 前 3 碼 N30、N34, 全碼 N39.0)。</p> <p>符合任一條件：</p> <p>A. 主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 0YQ50ZZ、0YQ53ZZ、0YQ54ZZ、0YQ60ZZ、0YQ63ZZ、0YQ64ZZ、0YQ70ZZ、0YQ73ZZ、0YQ74ZZ、0YQ80ZZ、0YQ83ZZ、0YQ84ZZ、0YQA0ZZ、0YQA3ZZ、0YQA4ZZ、0YQE0ZZ、0YQE3ZZ、0YQE4ZZ 且清淨手術支付標準碼為 75607C、75610B、75613C、75614C、75615C、88029C。</p> <p>B. 主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 0GBG0ZZ、0GBG3ZZ、0GBG4ZZ、0GBH0ZZ、0GBH3ZZ、0GBH4ZZ、0GTG0ZZ、0GTG4ZZ、0GTH0ZZ、0GTH4ZZ、0GTK0ZZ、0GTK4ZZ、0GBJ0ZZ、0GTJ0ZZ、0GBJ3ZZ、0GBJ4ZZ、0GTJ4ZZ 且主診斷 ICD-10-CM 碼前 3 碼為 E00-E07、E35, 全碼 E89.0 且清淨手術支付標準碼為 82001C、82002C、82003C、82004B、82008B、82015B、82016B、66012B、66013B、66014B、66023B。</p> <p>C. 主處置代碼(手術代碼)為 ICD-10-PCS 0SR9019、0SR901A、0SR901Z、0SR9029、0SR902A、0SR902Z、0SR9039、0SR903A、0SR903Z、0SR9049、0SR904A、0SR904Z、0SR907Z、0SR90J9、0SR90JA、0SR90JZ、0SR90KZ、0SRB019、0SRB01A、0SRB01Z、0SRB029、0SRB02A、0SRB02Z、0SRB039、0SRB03A、</p>

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					<p>OSRB03Z、OSRB049、OSRB04A、OSRB04Z、OSRB07Z、OSRB0J9、OSRB0JA、OSRB0JZ、OSRB0KZ、OSRC07Z、OSRC0J9、OSRC0JA、OSRC0JZ、OSRC0KZ、OSRD07Z、OSRD0J9、OSRD0JA、OSRD0JZ、OSRD0KZ、OSRT07Z、OSRT0J9、OSRT0JA、OSRT0JZ、OSRT0KZ、OSRU07Z、OSRU0J9、OSRU0JA、OSRU0JZ、OSRU0KZ、OSRV07Z、OSRV0J9、OSRV0JA、OSRV0JZ、OSRV0KZ、OSRW07Z、OSRW0J9、OSRW0JA、OSRW0JZ、OSRW0KZ、OSR9069、OSR906A、OSR906Z、OSRB069、OSRB06A、OSRB06Z、OSRC069、OSRC0L9、OSRC0M9、OSRC0N9、OSRC06A、OSRC0LA、OSRC0MA、OSRC0NA、OSRC06Z、OSRC0LZ、OSRC0MZ、OSRC0NZ、XRRG0L8、XRRG0M8、OSRD069、OSRD0L9、OSRD0M9、OSRD0N9、OSRD06A、OSRD0LA、OSRD0MA、OSRD0NA、OSRD06Z、OSRD0LZ、OSRD0MZ、OSRD0NZ、XRRH0L8、XRRH0M8 且清淨手術支付標準碼為 64162B、64164B、64169B、64170B。</p> <p>(2) 抗生素 ATC 碼前 3 碼為 J01 (ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE)。</p>
住院手術傷口感染率	每年/季	以最近 3 年/同季全區平均值×(1+10%)作為參考值	資料分析	保險人	<ol style="list-style-type: none"> 1. 分子：手術傷口感染病人數 2. 分母：所有住院手術病人數 3. 資料範圍：西醫醫院 4. 說明： <ul style="list-style-type: none"> (1) 手術：醫令代碼全長 6 碼且前 2 碼為 62-88 及 97 者。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					<p>(2) 傷口感染：依[院所、ID、生日、住院日]歸戶下有任一件之任一次診斷 ICD-10-CM 碼為 D78.01、D78.02、D78.21、D78.22、D78.31、D78.32、D78.33、D78.34、E36.01、E36.02、G97.31、G97.32、G97.51、G97.52、G97.61、G97.62、G97.63、G97.64、H59.111、H59.112、H59.113、H59.119、H59.121、H59.122、H59.123、H59.129、H59.311、H59.312、H59.313、H59.319、H59.321、H59.322、H59.323、H59.329、H59.331、H59.332、H59.333、H59.339、H59.341、H59.342、H59.343、H59.349、H59.351、H59.352、H59.353、H59.359、H59.361、H59.362、H59.363、H59.369、H95.21、H95.22、H95.41、H95.42、H95.51、H95.52、H95.53、H95.54、I97.410、I97.411、I97.418、I97.42、I97.610、I97.611、I97.618、I97.620、I97.621、I97.622、I97.630、I97.631、I97.638、I97.640、I97.641、I97.648、J95.61、J95.62、J95.830、J95.831、J95.860、J95.861、J95.862、J95.863、K68.11、K91.61、K91.62、K91.840、K91.841、K91.870、K91.871、K91.872、K91.873、L76.01、L76.02、L76.21、L76.22、L76.31、L76.32、L76.33、L76.34、M96.810、M96.811、M96.830、M96.831、M96.840、M96.841、M96.842、M96.843、N99.61、N99.62、N99.820、N99.821、N99.840、N99.841、N99.842、N99.843、R50.84、T80.211A、T80.212A、T80.218A、T80.219A、T80.22XA、T81.30XA、T81.31XA、T81.32XA、T81.33XA、T81.40XA、T81.41XA、T81.42XA、</p>

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					<p>T81.43XA 、 T81.44XA 、 T81.49XA 、 T82.6XXA 、 T82.7XXA 、 T83.510A 、 T83.511A 、 T83.512A 、 T83.518A 、 T83.590A 、 T83.591A 、 T83.592A 、 T83.593A 、 T83.598A 、 T83.61XA 、 T83.62XA 、 T83.69XA 、 T84.50XA 、 T84.51XA 、 T84.52XA 、 T84.53XA 、 T84.54XA 、 T84.59XA 、 T84.60XA 、 T84.610A 、 T84.611A 、 T84.612A 、 T84.613A 、 T84.614A 、 T84.615A 、 T84.619A 、 T84.620A 、 T84.621A 、 T84.622A 、 T84.623A 、 T84.624A 、 T84.625A 、 T84.629A 、 T84.63XA 、 T84.69XA 、 T84.7XXA 、 T85.71XA 、 T85.72XA 、 T85.730A 、 T85.731A 、 T85.732A 、 T85.733A 、 T85.734A 、 T85.735A 、 T85.738A 、 T85.79XA 、 T86.8421 、 T86.8422 、 T86.8423 、 T86.8429 、 T88.8XXA，則將納入計算。</p>
清淨手術術後傷口感染率	每年/季	以最近3年/同季全區平均值×(1+10%)作為參考值	資料分析	保險人	<ol style="list-style-type: none"> 1. 分子：執行清淨手術且傷口感染之人數。 2. 分母：執行清淨手術之人數。 3. 說明： <ul style="list-style-type: none"> (1) 清淨手術：案件分類為 5 且符合下列任一條件，但排除下列條件： <ul style="list-style-type: none"> A.主診斷碼前 3 碼為 C40、C41、D65-D68 或主診斷碼 C7951-C7952、R791； B.任一主次診斷碼為中耳炎(前 3 碼為 H65-H69)或肺炎(前 3 碼為 J12-J18)或 UTI(前 3 碼為 N30、N34，全碼 N390)。 符合任一條件：

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					<p>A. 主處置代碼(ICD-10-PCS 手術代碼)為 0YQ50ZZ、0YQ53ZZ、0YQ54ZZ、0YQ60ZZ、0YQ63ZZ、0YQ64ZZ、0YQ70ZZ、0YQ73ZZ、0YQ74ZZ、0YQ80ZZ、0YQ83ZZ、0YQ84ZZ、0YQA0ZZ、0YQA3ZZ、0YQA4ZZ、0YQE0ZZ、0YQE3ZZ、0YQE4ZZ 及清淨手術支付標準碼為 75607C、75610B、75613C、75614C、75615C、88029C。</p> <p>B. 主處置代碼(手術代碼)為 0GBG0ZZ、0GBG3ZZ、0GBG4ZZ、0GBH0ZZ、0GBH3ZZ、0GBH4ZZ、0GTG0ZZ、0GTG4ZZ、0GTH0ZZ、0GTH4ZZ、0GTK0ZZ、0GTK4ZZ、0GBJ0ZZ、0GTJ0ZZ、0GBJ3ZZ、0GBJ4ZZ、0GTJ4ZZ 且主診斷碼前 3 碼為 E00-E07、E35，全碼 E89.0 且清淨手術支付標準碼為 82001C、82002C、82003C、82004B、82008B、82015B、82016B、66012B、66013B、66014B、66023B。</p> <p>C. 主處置代碼(手術代碼)為 0SR9019、0SR901A、0SR901Z、0SR9029、0SR902A、0SR902Z、0SR9039、0SR903A、0SR903Z、0SR9049、0SR904A、0SR904Z、0SR907Z、0SR90J9、</p>

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					0SR90JA、0SR90JZ、0SR90KZ、0SRB019、 0SRB01A、0SRB01Z、0SRB029、0SRB02A、 0SRB02Z、0SRB039、0SRB03A、0SRB03Z、 0SRB049、0SRB04A、0SRB04Z、0SRB07Z、 0SRB0J9、0SRB0JA、0SRB0JZ、0SRB0KZ、 0SRC07Z、0SRC0J9、0SRC0JA、0SRC0JZ、 0SRC0KZ、0SRD07Z、0SRD0J9、0SRD0JA、 0SRD0JZ、0SRD0KZ、0SRT07Z、0SRT0J9、 0SRT0JA、0SRT0JZ、0SRT0KZ、0SRU07Z、 0SRU0J9、0SRU0JA、0SRU0JZ、0SRU0KZ、 0SRV07Z、0SRV0J9、0SRV0JA、0SRV0JZ、 0SRV0KZ、0SRW07Z、0SRW0J9、0SRW0JA、 0SRW0JZ、0SRW0KZ、0SR9069、0SR906A、 0SR906Z、0SRB069、0SRB06A、0SRB06Z、 0SRC069、0SRC06A、0SRC06Z、0SRC0L9、 0SRC0LA、0SRC0LZ、0SRC0M9、0SRC0MA、 0SRC0MZ、0SRC0N9、0SRC0NA、0SRC0NZ、 0SRD069、0SRD06A、0SRD06Z、0SRD0L9、 0SRD0LA、0SRD0LZ、0SRD0M9、 0SRD0MA、0SRD0MZ、0SRD0N9、 0SRD0NA、0SRD0NZ、XRRG0L8、 XRRG0M8、XRRH0L8、XRRH0M8 且清淨手術

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					<p>支付標準碼為 64162B、64164B、64169B、64170B。</p> <p>(2) 傷口感染：診斷碼全碼為 K68.11、R50.84、T80.211A、T80.212A、T80.218A、T80.219A、T80.22XA、T81.30XA、T81.31XA、T81.32XA、T81.33XA、T81.40XA、T81.41XA、T81.42XA、T81.43XA、T81.44XA、T81.49XA、T82.6XXA、T82.7XXA、T83.510A、T83.511A、T83.512A、T83.518A、T83.590A、T83.591A、T83.592A、T83.593A、T83.598A、T83.61XA、T83.62XA、T83.69XA、T84.50XA、T84.51XA、T84.52XA、T84.53XA、T84.54XA、T84.59XA、T84.60XA、T84.610A、T84.611A、T84.612A、T84.613A、T84.614A、T84.615A、T84.619A、T84.620A、T84.621A、T84.622A、T84.623A、T84.624A、T84.625A、T84.629A、T84.63XA、T84.69XA、T84.7XXA、T85.71XA、T85.72XA、T85.730A、T85.731A、T85.732A、T85.733A、T85.734A、T85.735A、T85.738A、T85.79XA、T86.8421、T86.8422、T86.8423、T86.8429。</p> <p>(3) 人數：按 ID 歸戶。</p>
(3)手術/檢查					

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
接受體外震波碎石術(ESWL)病人平均利用ESWL之次數	每年/季	以最近3年/同季全區平均值 $\times(1+10\%)$ 作為參考值	資料分析	保險人	ESWL總次數/使用ESWL人數。
(4)其他					
子宮肌瘤手術出院後十四日以內因該手術相關診斷再住院率	每季	以最近3年全區平均值 $\times(1+10\%)$ 作為參考值	資料分析	保險人	<ol style="list-style-type: none"> 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. 資料範圍：西醫醫院 4. 說明： <ol style="list-style-type: none"> (1) 子宮肌瘤診斷：住診案件任一主、次診斷之ICD-10-CM前3碼為D25。 (2) 癌症診斷：門、住診案件任一主、次診斷ICD-10-CM前3碼為C00-C96(但排除C94.4、C94.6)、D37-D48，全碼Z51.12、J84.81。 (3) 子宮肌瘤摘除術：住診案件，醫令類別2且醫令代碼97010K、97011A、97012B、97013B、80402C、80420C、80415B、80415C、80425C、97013C。 (4) 子宮切除術：住診案件，醫令類別2且醫令代碼97025K、97026A、97027B、97020K、97021A、97022B、97035K、97036A、97037B、80403B、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					<p>80404B、80421B、80416B、80412B、80404C、97027C。</p> <p>(5) 相關診斷：住診案件，任一主、次診斷 ICD-10-CM 前 3 碼 N70-N85。</p> <p>(6) 14 日內再住院率勾稽方式：</p> <p>A. 住診：(再次住院入院日－手術當次住院出院日) ≤ 14 (跨院)。</p> <p>B. 子宮肌瘤診斷與手術(子宮肌瘤摘除或子宮切除手術)需限定發生在同一清單案件(同案件分類、流水號)。</p>
人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率	每季	以最近 3 年全區平均值×(1+10%)作為參考值	資料分析	保險人	<p>1. 分子：分母案件中,人工膝關節置換後 90 天內發生置換物感染之案件數。</p> <p>2. 分母：當季內醫院人工膝關節置換術及半人工膝關節置換術執行案件數。</p> <p>3. 說明：</p> <p>(1) 人工膝關節置換執行案件數：</p> <p>A.人工膝關節置換術：醫令代碼為 64164B 且醫令類別為 2 或醫令代碼為 97805K、97806A、97807B 之住院案件。</p> <p>B.半人工膝關節置換執行案件數：醫令代碼為 64169B 之住院案件。</p> <p>(2) 置換物感染：西醫醫院之住診跨院案件中，以手術醫令執行起日往後推算 90 天，有執行 64053B、64198B 任一醫令之案件，排除執行人工膝關節置換術</p>

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					(64164B)同日申報 64198B 或半人工膝關節置換術 (64169B)同日申報 64198B。 (3) 跨院勾稽。
就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率	每季	以最近3年全區平均值×(1+20%)作為參考值	資料分析	保險人	<p>1. 分子：同院、同天、同診斷門診就醫2次以上人數。</p> <p>2. 分母：門診就診人數。</p> <p>3. 資料範圍：西醫醫院門診</p> <p>4. 說明：</p> <p>(1) 同院、同天、同診斷門診就醫2次以上人數：同一人、同一天、同一疾病(主診斷前3碼相同)、同一分區、同一院所，按ID歸戶，就診2次以上之人數。</p> <p>(2) 門診就診人數：按ID歸戶，計算分區下各院所之門診人數。</p> <p>(3) 分子、分母排除符合下列任一條件者：</p> <p>A. 癌症患者：主診斷前3碼為C00-C96。</p> <p>B. 部分負擔代號：001、008、901、A30、A31、A40、B30、B31、B40。</p> <p>C. 案件分類：02、03、08、A1、A2、A5、A6、A7、C1、E2、E3之案件。代辦案件：門診案件分類為A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、HN、BA、DF之案件。</p> <p>D. 案件分類=E1且慢性病連續處方箋有效期間總處方日份<84之案件。</p>

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					<p>E. 案件分類=E1 且任一特定治療項目為 EC。</p> <p>F. 任一特定治療項目為 EB、G5、G9、H1、HE、JA、JB、K1 之案件。</p> <p>G. 他院轉診：轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記為 1 之案件。</p> <p>H. 受理轉代檢：醫令調劑方式為 3、5 之案件。</p> <p>I. 主診斷碼前三碼：A22、A37、B25、B44、J09-J18。</p> <p>J. 診察費為 0 之案件。</p>
十八歲以下氣喘病人急診率	每年/季	以最近 3 年/同季全區平均值×(1+20%)作為參考值	資料分析	保險人	<p>1. 分子：急診氣喘人數；分母病人中因氣喘而急診就醫者，且急診就醫日期必大於視為氣喘病患之日期。</p> <p>2. 分母：18 歲氣喘病患人數(統計期間，符合下列任一項條件者視為氣喘病患)。</p> <p>(1) 有 1 次(含)以上因氣喘急診就醫。</p> <p>(2) 有 1 次(含)以上因氣喘住院。</p> <p>(3) 統計期間有因氣喘之門診就醫，且前一年跨院勾稽有 4 次(含)以上因氣喘門診就醫，且其中有 2 次(含)以上有使用任一項氣喘用藥者。</p> <p>A. 氣喘：主診斷 ICD-10-CM 前 3 碼為 J45。</p> <p>B. 前一年：依月往前一年(含當月，若為 9801 則觀察 9702~9801 這段期間)。</p>

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					<p>C. 氣喘用藥：ATC 碼為 R03AC02、R03AC03、R03AC12、R03AC13、R03BA01、R03BA02、R03BA05、R03AK06、R03AK07、R03AK08、H02AB06、H02AB07、R03DC03、R03DC01、R03DA05、R03AC04、R03AC06、R03AC16、R03AC18、R03BA08。</p> <p>D. 視為氣喘病患之日期：符合分母定義之案件經 ID 歸戶後，取第 1 筆資料作視為氣喘病患之日期。</p>
糖尿病病人醣化血紅素 (HbA1c) 或糖化白蛋白 (glycated albumin) 執行率	每年/季	以最近3年/同季全區平均值 × (1-20%) 作為參考值 <u>80%</u>	資料分析	保險人	<ol style="list-style-type: none"> 分子：分母 ID 中, 在統計期間於門診有執行醣化血紅素 (HbA1c) 或糖化白蛋白 (glycated albumin) 檢驗人數。 分母：統計累計自當年度 1 月至當期門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。 說明： <ol style="list-style-type: none"> 糖尿病：任一主、次診斷之 ICD-10-CM 前 3 碼為 E08-E13 之門診案件。 糖尿病用藥：指 ATC 前 3 碼為 A10。 有執行醣化血紅素 (HbA1c)、糖化白蛋白 (glycated albumin) 檢驗：指申報醫令代碼前 5 碼為 09006、09139 之案件。 計算符合分母條件之 ID 時，主、次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。 計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，只要

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					該 ID 於統計期間有執行糖化血紅素(HbA1c)、糖化白蛋白(glycated albumin)檢驗即成立。
急性心肌梗塞死亡率	每年/季	以最近 3 年/同季全區平均值×(1+10%)作為參考值	資料分析	保險人	<ol style="list-style-type: none"> 1. 分子：分母病患死亡個案數 2. 分母：18 歲以上且主診斷為急性心肌梗塞之病患數 3. 資料範圍：西醫醫院 4. 說明： <ol style="list-style-type: none"> (1) 18 歲以上：(費用年-出生年)≥18。 (2) 急性心肌梗塞：主診斷 ICD-10-CM 碼前 3 碼為 I21-I22。 (3) 死亡：門住診勾稽承保資料保險對象資訊檔註記為死亡者；此外，住院再依[院所、ID、生日、住院日]歸戶下有任一件之轉歸代碼為 4(死亡)、A(病危自動出院)，也視為死亡。 (4) 分母分子需排除轉院個案。轉院：門診之病患是否轉出為 Y；住院依[院所、ID、生日、住院日]歸戶下有任一件之轉歸代碼為 6(轉院)，則整件排除。
失智者使用安寧緩和服務使用率	每年	新增參考指標，不另訂定參考值	資料分析	保險人	<ol style="list-style-type: none"> 1. 分子：分母病人使用安寧緩和服務的人數。 2. 分母：失智症病人數。 3. 資料範圍：西醫醫院 4. 說明： <ol style="list-style-type: none"> (1)失智症病人：主、次診斷碼(ICD-10 CM)前 3 碼為 F01-F03、G30、G31 或全碼為 F06.70、F06.71、F10.27、F10.97、F13.27、F13.97、F18.27、F18.97、F19.27、F19.97。 (2)分子醫令範圍 <ol style="list-style-type: none"> A. 安寧住院照護醫令：05601K、05602A、05603B。 B. 全民健康保險安寧共同照護試辦方案醫令：P4401B、P4402B、P4403B。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					C. 安寧居家療護醫令：05312C-05316C、05323C-05327C、05336C-05341C、05362C-05374C。 (3)分母、分子計算之人數以身分證號及生日歸戶。
3. 預防保健 ^{註3}					
子宮頸抹片利用率	每年		資料分析	主管機關	合格受檢對象於醫院利用次數/子宮頸抹片合格受檢人數
成人預防保健利用率	每年		資料分析	主管機關	合格受檢對象於醫院利用次數/成人預防保健合格受檢人數
兒童預防保健利用率	每年		資料分析	主管機關	合格受檢對象於醫院利用次數/[$(一歲以下人數) \times 4 + (一歲至未滿二歲人數) \times 2 + (二歲至未滿三歲人數) + (三歲至未滿四歲人數) + (四歲至未滿七歲人數) / 3$]
4. 指標疾病 ^{註5}					
糖尿病人照護完整性	每年		資料分析	保險人	依「糖尿病醫療給付改善方案試辦計畫」的監測方法
氣喘病人照護完整性	每年		資料分析	保險人	依「氣喘醫療給付改善方案試辦計畫」的監測方法
精神病人出院 7 日及 30 日內追蹤治療率	每年		資料分析	保險人	精神病人出院 7 日及 30 日內至少接受一次以上的門診追蹤治療率
5. 中長程指標					
孕產婦死亡率	每年		資料分析	主管機關	一年內因為各種產褥原因所致孕產婦死亡數/一年內之活產總數*1000
低出生體重率	每年		資料分析	主管機關	年度出生體重小於 2500 公克之活產人數/年度出生通報之活產人數
可預防死亡率 (preventable death) ^{註6}	每年		資料分析	主管機關	依 European Community Working Group 所定義 (表二) 可避免死亡疾病計算

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
癌症病人 5 年存活率	每年		資料分析	保險人	
符合病歷紀錄規範比率	每年		資料分析	受託單位	符合病歷紀錄規範案件數/門住診總案件數
醫療糾紛比率	每年		醫院申報	受託單位	醫療糾紛案件數/門住診總案件數
符合各專科治療指引比率	每年		資料分析	受託單位	符合該專科治療指引人次/實際接受該專科治療人次

註 1：實施初期各項指標參考值暫不訂定，以其與前期比較的改變率為主要評估標準。

註 2：中長期指標項目為暫定，俟研議後若有更合適的指標項目再修正

註 3：參考西醫基層總額支付制度品質確保方案

註 4：參考鍾國彪：「全民健康保險的整體醫療品質之評估計畫」暨「全民健康保險整體醫療品質之研究－以建立指標之基本資料為主」健保局委託研究計畫, 1997; 2000

註 5：參考 The State of Managed Care Quality, 2000, NCQA(National Committee for Quality Assurance)

註 6：參考楊長興, 蔡尚學, 楊俊毓: 就醫可近性對於國民健康之影響－「可避免死亡率」之趨勢分析, 2000

表三 使用本表所列藥物個案不列入「門診注射劑使用率」分子

排除條件 A：因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品(依循本保險藥品給付規定)

給付規定內容	資料處理定義
1. Insulin (胰島素)及 GLP-1 受體促效劑(109/12/1) 「通則四(二)1.」	ATC 前 4 碼為 A10A INSULINS AND ANALOGUES ATC 前 5 碼為 A10BJ Glucagon-like peptide-1 (GLP-1) analogues
2. CAPD 使用之透析液 「通則四(二)2.」	ATC 前 5 碼為 B05DB，且劑型為透析用液劑(劑型代碼為”272”)。
3. CAPD 使用之抗生素及抗凝血劑 「通則四(二)3.」	門診當次申報血液透析治療相關處置代碼 (58001C – 58012C) 使用之注射劑 ATC 前 3 碼為 J01 (抗生素類)、前 5 碼為 B01AA 及 B01AB (抗凝血劑)。
4. Desferrioxamine (如 Desferal) 「通則四(二)4.」	ATC 碼：V03AC01 DESFERRIOXAMINE
5. 慢性腎臟功能衰竭，使用紅血球生成素 (如 Eprex、Recormon、Aranesp、Mircera)。 「通則四(二)5.」	ATC 碼： B03XA01 ERYTHROPOIETIN (如 Eprex、Recormon) B03XA02 DARBEPOETIN ALFA (如 Aranesp) B03XA03 METHOXY POLYETHYLENE GLYCOL-EPOETIN BETA (如 Mircera)
6. 治療白血病使用之 α -interferon 「通則四(二)6.」	ATC 碼： L03AB01 INTERFERON ALPHA NATURAL

給付規定內容	資料處理定義
	L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B
7. G-CSF(如 filgrastim ; lenograstim) (98/11/1) 「通則四(二)7.」	ATC 碼： L03AA02 FILGRASTIM L03AA10 LENOGRASTIM L03AA13 PEGFILGRASTIM
8. 生長激素(human growth hormone)。 「通則四(二)8.」	ATC 碼： H01AC01 SOMATOTROPIN
9. 門診之血友病人第八、第九凝血因子、繞徑治療藥物、第十三凝血因子。(109/2/1) 「通則四(二)9.」 繞徑治療藥物(活化的第七因子 rVIIa, 如 NovoSeven 和活化的凝血酶原複合物濃縮劑 APCC, 如 Feiba)。(109/12/1)「第 4 節 4.2.2.」 第十三凝血因子 Human plasma coagulation factor XIII (如 Fibrinogen)。(109/12/1) 「第 4 節 4.2.6.」 雙特異性單株抗體藥物(如 Hemlibra)。(109/12/1)	ATC 碼： B02BD02 FACTOR VIII B02BD04 FACTOR IX B02BD08 EPTACOG ALFA (ACTIVATED) (如 NovoSeven) B02BD03 FACTOR VIII INHIBITOR BYPASSING ACTIVITY (如 Feiba) B02BD06 von Willebrand factor and coagulation factor VIII in combination(含 von Willebrand factor 之第八凝血因子製劑) B02BD07 Human coagulation factor XIII

給付規定內容	資料處理定義
「第4節4.2.7.」	B02BX06 EMICIZUMAB
<p>10. 於醫院內完成調配之靜脈營養輸液 (TPN)，或不需調配之靜脈營養輸液。(111/1/1)</p> <p>「通則四(二)10.」</p>	<p>本項處置(39015B --TPN)限區域醫院以上層級申報，故基層診所不應申報。</p> <p>1.醫令代碼前3碼為 TPN 或 ATC 碼為 B05BA01、B05BA02、B05BA10。</p> <p>2.與上開品項同案件申報靜脈營養輸液調配所需之醣類、維生素、礦物質 ATC 碼：</p> <p>B05BA03 CARBOHYDRATES</p> <p>A11DA01 THIAMINE (VIT B1)</p> <p>A11EX VITAMIN B-COMPLEX, OTHER COMBINATIONS</p> <p>A11GA01 ASCORBIC ACID (VIT C)</p> <p>A12BA51 POTASSIUM CHLORIDE, COMBINATIONS</p> <p>B02BA01 PHYTOMENADIONE</p> <p>B03AC IRON, PARENTERAL PREPARATIONS</p> <p>B03BA01 CYANOCOBALAMIN</p> <p>B03BA03 HYDROXOCOBALAMIN</p> <p>B03BA05 MECOBALAMIN</p> <p>B05BB01 ELECTROLYTES</p>

給付規定內容	資料處理定義
	<p>B05BB02 ELECTROLYTES WITH CARBOHYDRATES</p> <p>B05XA01 POTASSIUM CHLORIDE</p> <p>B05XA02 SODIUM BICARBONATE</p> <p>B05XA03 SODIUM CHLORIDE</p> <p>B05XA05 MAGNESIUM SULFATE</p> <p>B05XA06 POTASSIUM PHOSPHATE, INCL. COMB. WITH OTHER POTASSIUM SALTS</p> <p>B05XA07 CALCIUM CHLORIDE</p> <p>B05XA08 SODIUM ACETATE HYDROUS</p> <p>B05XA14 SODIUM GLYCEROPHOSPHATE</p> <p>B05XA31 ELECTROLYTES IN COMBINATION WITH OTHER DRUGS</p> <p>B05XC VITAMINS</p>
<p>11. 肢端肥大症病人使用之 octreotide、lanreotide (如 Sandostatin、Somatulin 等)，octreotide (如 Sandostatin)，lanreotide inj 30 mg (如 Somatulin)，octreotide LAR(如 Sandostatin LAR Microspheres for Inj.) (89/7/1)。</p> <p>「通則四(二)11.」</p>	<p>1. 當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM 前 4 碼為：E220 Acromegaly and gigantism</p> <p>2. ATC 碼：</p> <p>H01CB02 OCTREOTIDE</p> <p>H01CB03 LANREOTIDE</p>

給付規定內容	資料處理定義
<p>12. 結核病病人持回之 streptomycin、kanamycin 及 enviomycin 注射劑。 (86/9/1) 「通則四(二)12.」</p>	<p>1. 當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM 前 4 碼為 A150 (肺結核相關診斷)： 2. ATC 碼： J01GA01 STREPTOMYCIN J01GB04 KANAMYCIN</p>
<p>13. 抗精神病長效針劑。(109/6/1) 「通則四(二)13.」</p>	<p>N05AD01 HALOPERIDOL，且成分含量為 50mg/mL N05AB02 FLUPHENAZINE N05AF01 FLUPENTIXOL N05AX08 RISPERIDONE N05AX13 PALIPERIDONE N05AX12 ARIPIPRAZOLE</p>
<p>14. 低分子量肝凝素注射劑：金屬瓣膜置換後之懷孕病患，可准予攜回低分子量肝凝素注射劑自行注射。(90/11/1) 「通則四(二)14.」</p>	<p>ATC 前 5 碼為 B01AB Heparin group</p>
<p>15. Apomorphine hydrochloride 10mg/ml (如 Apo-Go Pen)：限使用於帕金森氏病後期產生藥效波動 (on-and-off) 現象，且經使用其他治療方式無法改善之病患使用。(99/11/1) 「通則四(二)15.」</p>	<p>ATC 碼：N04BC07 APOMORPHINE</p>

給付規定內容	資料處理定義
<p>16. 罹患惡性貧血 (pernicious anemia) 及維他命 B12 缺乏病患，如不能口服者或口服不能吸收者，得攜回維他命 B12 注射劑。(91/4/1)</p> <p>「通則四(二)16.」</p>	<p>當次就醫主、次診斷代碼 ICD-10-CM 為 D510 (惡性貧血)、D511-D519 (維生素 B12 缺乏性貧血)、D531 (其他巨母紅血球性貧血，他處未歸類者)</p> <p>ATC 前 5 碼為 B03BA VITAMIN B12 (CYANOCOBALAMIN AND ANALOGUES)</p>
<p>17. aldesleukin(如 Proleukin Inj)。(91/12/1)</p> <p>「通則四(二)17.」</p>	<p>ATC 碼：L03AC01 ALDESLEUKIN</p>
<p>18. 慢性病毒性 B 型肝炎、慢性病毒性 C 型肝炎所使用之長效型干擾素或短效型干擾素。(92/10/1)</p> <p>「通則四(二)18.」</p>	<p>1. 參加慢性病毒性 B 型肝炎、慢性病毒性 C 型肝炎治療試辦計畫之病人，符合下列任一條件：</p> <p>(1)主、次診斷代碼 ICD-10-CM 為 B16.0-B16.9, B18.0-B18.1, B19.10-B19.11 (B 型肝炎)、B17.10-B17.11, B18.2, B19.20-B19.21 (C 型肝炎)。</p> <p>(2)同筆清單有併用 C 型肝炎用藥 ribavirin 醫令(ATC 碼為 J05AP01 且核價劑型代碼為 11)。</p> <p>2. ATC 碼：</p> <p>L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A</p>

給付規定內容	資料處理定義
	<p>L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B</p> <p>L03AB09 INTERFERON ALFACON-1</p> <p>L03AB10 PEGINTERFERON ALPHA-2B</p> <p>L03AB11 PEGINTERFERON ALPHA-2A</p>
<p>19. 類風濕性關節炎、僵直性脊椎炎、乾癬、乾癬性周邊關節炎、乾癬性脊椎病變與克隆氏症病患使用 etanercept；adalimumab、abatacept、tocilizumab、opinercept、certolizumab pegol、brodalumab 注射劑。</p> <p>(109/10/1)</p> <p>「通則四(二)19.」</p>	<p>1. 當次就醫診斷代碼 ICD-10-CM 為：前 3 碼 M05-M06(類風濕性關節炎)、M08.1, M45.0-M45.9 (僵直性脊椎炎)、K13.29, L40.0-L40.9 (乾癬)、L40.50-L40.59(L40.53 除外)(乾癬性周邊關節炎)、L40.53 (乾癬性脊椎病變)、K50.0-K50.9 (克隆氏症)</p> <p>2. ATC 碼：</p> <p>L04AB01 ETANERCEPT</p> <p>L04AB04 ADALIMUMAB</p> <p>L04AA24 ABATACEPT</p> <p>L04AC07 TOCILIZUMAB</p> <p>L04AB07 OPINERCEPT</p> <p>L04AB05 CERTOLIZUMAB PEGOL</p> <p>L04AC12 BRODALUMAB</p>
<p>20. 含 teriparatide 成分注射劑。(103/9/1)</p> <p>「通則四(二)22.」</p>	<p>ATC 碼：H05AA02</p>

給付規定內容	資料處理定義
21. 含 interferon beta-1a 成分注射劑。(103/9/1) 「通則四(二)23.」	ATC 碼：L03AB07
22. 含 interferon beta-1b 成分注射劑。(103/9/1) 「通則四(二)24.」	ATC 碼：L03AB08
23. 含 glatiramer 成分注射劑。(103/9/1) 「通則四(二)25.」	ATC 碼：L03AX13
24. Fondaparinux (如 Arixtra) 用於靜脈血栓高危險病患，接受人工髖或膝關節置換術或再置換術後，預防其術後之靜脈血栓(VTE)。(111/3/1) 「通則四(二)26.」 Fondaparinux (如 Arixtra)：靜脈血栓高危險病患，接受人工髖或膝關節置換術或再置換術後，預防其術後之靜脈血栓(VTE)，限用 2.5 mg 針劑皮下注射，每日一劑，最多 5 週(111/3/1) 「第 2 節 2.1.4.1.之 3.」	ATC 碼：B01AX05 且處方前 5 週內有申報人工髖或膝關節置換術或再置換術(醫令代碼 64162B、64164B、64202B、64169B、64170B、64201B、64258B)。

排除條件 B：門診化療注射劑以門診化療醫令代碼為 37005B、37031B~37041B 或癌症用藥(藥品 ATC 前 3 碼為 L01、L02 或 ATC 碼 H01AB01、L03AB01、L03AB04、L03AB05、L03AB15、L03AC01、L03AX03、L03AX16、L04AX01、M05BA02、M05BA03、M05BA06、M05BA08(且規格量 4.00 MG)、M05BX04、V10XX03，且醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2)

排除條件 C：急診注射劑以急診為主，案件分類代碼為 02。

排除條件 D：流感疫苗 ATC 前 5 碼 J07BB，且醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2。

排除條件 E：外傷緊處置使用之破傷風類毒素注射劑 TETANUS TOXOID ATC 碼：J07AM01。

排除條件 F：門診手術案件，案件分類為 03。

排除條件 G：事前審查藥品，藥品主檔之事前審查註記為 Y。

排除條件 H：立刻使用之藥品，藥品使用頻率為 STAT。

全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫(草案)

113年8月27日健保醫字第1130117666號公告

114年5月6日健保醫字第1140109432號公告修正

115年1月22日健保醫字第1150660061號公告修正

115年0月00日健保醫字第1150000000號公告修正

壹、計畫依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、預算來源

全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「地區醫院全人全社區照護計畫」專款項目。

參、計畫目的

- 一、由保險人分階段提供最適收案名單予地區醫院收案照護，藉由整合醫院的醫療及人力資源，使保險對象於其最常就醫之主要照護醫院中，獲得完善且整合性之醫療照護。
- 二、針對高血糖、高血脂及高血壓(下稱三高)疾病高風險族群納入照護管理，達到三高防治888(80%三高病人加入照護網、80%收案病人接受生活習慣諮商、80%收案病人達到三高控制)政策目標。

肆、組織運作

- 一、參與醫事機構資格：本保險特約之地區醫院。
- 二、參與計畫團隊組成：
 - (一)參與醫師應具有家庭醫學科、內科或兒科專科醫師資格。如地區醫院無前述三科專科醫師，得由其他專科醫師參與。
 - (二)專任或兼任營養師1名、專任個案管理人員1名。
 - (三)地區醫院應與社區民眾共同生活圈之1~2家區域級以上醫院及5家以上診所建立轉診及合作機制。如為當年度公告之本保險醫療資源缺乏地

區施行區域及本保險保險對象免自行負擔費用辦法所列之山地離島地區之醫院，得與1~2家區域級以上醫院及1家以上診所建立轉診及合作機制。

伍、執行內容：

- 一、會員之個人健康資料建檔(含家族史、生活型態)，並按健康狀況及疾病樣態，訂定治療計畫書。
- 二、提供及提醒相關預防保健、癌篩、疫苗注射等。
- 三、提供疾病治療及相關檢驗(查)，定期檢視個案健康數據(血糖/血壓/體重/檢驗檢查)，並給予疾病相關照護資訊、飲食與生活相關衛教。
- 四、定期評估會員健康狀況是否需轉介居家或長照服務。
- 五、定期辦理健康促進或疾病衛教宣導等活動，院內召集照護團隊舉辦個案研討，確保全人照護品質。
- 六、設立會員24小時諮詢專線：
 - (一) 提供會員於有需要時，能立即獲得醫療諮詢服務，進一步減少民眾不必要的就醫需求。所提供之具體服務項目如下：
 1. 提供健康照護之建議。
 2. 提供就醫地點並協助聯繫就醫。
 3. 緊急狀況發生時，適時轉介個案收案醫師協助。
 - (二) 應由執業登記於該醫院之醫事人員接聽，醫院於申請計畫書內述明諮詢專線接聽人員名單並檢附前開人員之醫事人員證書。
- 七、建立醫療照護品質提升及轉診機制：訂定團隊內合作照護機制及相關流程，併於申請計畫書送保險人分區業務組備查。合作內容至少需包含建立雙向轉診流程、共同照護機制、醫療品質提升計畫。
- 八、運用電話諮詢專線、即時通訊軟體、電子郵件等多元工具，優化諮詢服務。並規劃主動電訪(Call out)服務，以加強個案健康管理，提升慢性病會員照護品質。

- 九、醫院（含合作醫院）應提供收案會員加值服務，如就醫、檢查快速通道、掛號優先等。
- 十、鼓勵所屬會員下載個人健康存摺做好健康管理，並鼓勵會員利用健康存摺填寫會員滿意度調查。
- 十一、醫院應設置專任個案管理人員至少1名，應由執業登記於該醫院之醫事人員、具醫務管理或公共衛生背景之非醫事人員擔任，辦理下列事項：
- (一)協助調查個案健康狀況、聯繫及協調照護計畫。
 - (二)協助處理安排會員轉診及追蹤轉診會員治療結果。
 - (三)協助會員之個案管理與衛教宣導。
 - (四)對於穩定之慢性病會員提供持續性的追蹤關懷。
- 十二、應製作本計畫收案會員權利義務說明書或計畫會員通知(書面函、簡訊、電子郵件、即時通訊軟體等)，告知本計畫內容及其權益、義務，並提供收案對象確認回饋機制，並留存備查。
- 十三、應遵守「個人資料保護法」相關規定。如有運用本計畫之個人資料，執行非本計畫目的之行為(如商業促銷等)者，應即終止執行本計畫。

陸、收案對象(會員)

- 一、保險人依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年西醫醫院門診明細清單資料(排除外傷及代辦案件如：產檢、小兒健檢、流感注射等)後，針對三高就醫(以高血糖、高血脂及高血壓就醫並用藥)及動脈粥狀硬化心血管疾病(下稱 ASCVD)風險等級達非常高或極高之保險對象做為較需照護名單，交付參與計畫之地區醫院提供健康管理。
- 二、前述名單排除家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫(下稱代謝計畫)、醫院以病人為中心門診整合照護計畫、全民健康保險醫療給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(以下稱 P4P-DM/CKD/DKD)收案者。

三、交付原則：

以三高、ASCVD 就醫件數最高的地區醫院收案照顧；若就醫件數相同時，則由藥費最高的地區醫院收案。

四、每名醫師之收案人數以1,000人列計，並以參與計畫之醫師數計算醫院收案人數上限。

柒、管理登錄個案

一、參與本計畫之醫療院所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關規定辦理。

二、醫院需於計畫公告2個月內將會員資料批次上傳至健保資訊網服務系統 VPN(詳附件一)，並於收案後3個月內通知收案會員已被本計畫收案及取得收案會員同意，另於年底前完成會員健康資料建檔。前一年度已為會員之應照護族群，收案名單由保險人自動轉入健保資訊網服務系統 VPN。

三、參與本計畫之醫院應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。

捌、參與計畫醫院、醫師資格及基本要求

一、參與計畫之特約醫院或醫師於參與計畫之日起前2年內，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序中尚未執行者)。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。

二、因離職而退出醫師之會員，可由原參與醫院於一個月內來函述明其承接理由，經保險人各分區業務組同意後由符合資格醫師承接。如承接

會員之醫師非當年度原醫院已參加本計畫醫師，則需由醫院主動告知會員，其主要照護醫師更換，如會員不同意更換則不予承接。

三、醫院參與本計畫執行期間因涉及有特管辦法第三十八至第四十條中各條所列違規情事之一暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)，以保險人第一次核定違規函所載停約或終止特約日起同步終止本計畫。

四、教育訓練：

(一)照護團隊中至少1名個案管理人員於參與本計畫第一年接受台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之4小時之行政管理教育訓練課程並需取得證明；若於年度內未取得訓練證明，保險人將追扣該醫院之開辦建置費。

(二)醫師參與本計畫第一年應參與台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之家庭醫師訓練課程。具家庭醫學專科醫師資格之醫師應完成4小時之行政管理教育訓練課程；具內科、兒科專科醫師資格之醫師應完成4小時之行政管理教育訓練課程及8小時之家庭醫師專業教育訓練課程；具家庭醫學科、內科、兒科以外專科醫師資格之醫師除應完成4小時之行政管理教育訓練課程及8小時之家庭醫師專業教育訓練課程，另應完成8小時其他專科醫師專業教育訓練課程。完成前述課程之醫師並需取得證明；若於年度內未取得訓練認證之醫師，須退出本計畫，保險人將追扣該醫師當年度之相關費用。

(三)參與本計畫之醫師每年應接受8小時三高防治教育訓練課程（包含高血壓、高血糖、高血脂、心血管疾病防治）。

(四)上開教育訓練課程得由中華民國醫師公會全國聯合會(含各縣市公會)、台灣醫院協會(含各層級醫院協會)、各縣市衛生局、專科醫學

會、中華民國糖尿病衛教學會及台灣基層糖尿病協會等主辦。

玖、費用申報及支付方式

- 一、醫院原有之醫療服務及預防保健服務，依現行「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」、總額支付制度及主管機關公告之「醫事服務機構辦理預防保健注意事項」相關規定支付，依實際執行情況按月申報。
- 二、相關費用由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，於追扣補付系統辦理「“2AM”全人全社區計畫-開辦建置費補付」及「“1AM”全人全社區計畫-開辦建置費追扣」，「“2AN”全人全社區計畫-個案管理費補付」及「“1AN”全人全社區計畫-個案管理費追扣」，「“2AO”全人全社區計畫-績效獎勵費補付」及「“1AO”全人全社區計畫-績效獎勵費追扣」，「“1AP”全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費追扣」、「“2AP”全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費補付」、「“344”全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費全年結算追扣」及「“444”全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費全年結算補付」，「“2AQ”全人全社區計畫-多重慢性病人門診整合費補付」及「“1AQ”全人全社區計畫-多重慢性病人門診整合費追扣」，「“2AR”全人全社區計畫-血糖、血脂管理提升費補付」及「“1AR”全人全社區計畫-血糖、血脂管理提升費追扣」，「“2BZ”全人全社區計畫-糖尿病病人之胰島素注射獎勵費補付」，「“1BZ”全人全社區計畫-糖尿病病人之胰島素注射獎勵費追扣」。
- 三、參與計畫之醫院申報會員門診醫療費用請依門診醫療費點數申報格式規定申報。
- 四、給付項目：應回饋一定比率予參與計畫之績優人員。
 - (一) 開辦建置費：每家醫院支付15萬點。
 1. 未達下列任一條件者，不予支付：
 - (1) 收案會員之個人健康資料建檔率達80%。

- (2) 評核指標－「設立24小時諮詢專線」得3分(含)以上。
- (3) 家醫大平台每月至少使用4次。
- (4) 除24小時諮詢專線外，至少提供一種會員諮詢服務方式(如即時通訊軟體)。

2. 參與本計畫之醫院限支付1次，如參與期間因故中途退出本計畫，不予支付。

(二)個案管理費：

1. 支付項目：

(1) 基本費用：收案首年每人支付500點/年，收案次年起，每人支付250點/年。執行內容包含個人健康資料建檔上傳（含家族史、生活型態，詳附件二）、轉診、個案衛教宣導、24小時諮詢專線、個案研討。

(2) 定期檢驗（查）達成加成費：僅具高血糖或具2種以上特定疾病者，達定期追蹤照護者，每人支付100元/年：

甲、疾病類別：高血糖、高血脂、動脈粥狀硬化心血管疾病（下稱 ASCVD）風險等級達非常高或極高。

乙、定期追蹤照護之定義：

(甲)各類特定疾病對應之檢驗項目之檢查（驗）次數應至少上、下半年各一次；若個案前一年曾診斷為高血壓並開立相關用藥，亦須上傳血壓值（一年至少3次）。

(乙)各疾病組合對應之檢驗項目及應達到檢驗次數如下：

<u>疾病組合</u>	<u>當年度檢驗(查)項目應達到次數</u>		
	<u>糖化血紅素 (HbA1c)</u>	<u>低密度脂蛋白 (LDL)</u>	<u>血壓</u>
<u>高血糖</u>	<u>2次</u>	<u>2次</u>	<u>前一年曾診斷為高血壓並開立相關用藥者：3次</u>
<u>高血糖+高血脂</u>	<u>2次</u>	<u>2次</u>	
<u>高血糖+ASCVD</u>	<u>2次</u>	<u>2次</u>	
<u>高血脂+ASCVD</u>	<u>=</u>	<u>2次</u>	
<u>高血糖+高血脂+ASCVD</u>	<u>2次</u>	<u>2次</u>	

註.按各疾病治療指引建議頻率：DM 病人之 HbA1c 為1次/3個月、LDL 為1次/年(若血脂異常或使用降血脂藥物則為1次/3~6月)。ASCVD 風險等級達非常高或極高病人：若經治療達標，則維持治療，並每半年追蹤 LDL；若未達標，應檢視服藥狀況，並於更動治療後1至3個月內追蹤 LDL。

2. 支付條件：

- (1) 本計畫會員如為本保險居家醫療照護整合計畫或為 P4P-DM/CKD/DKD 之收案個案，若與本計畫屬同一收案醫院，自該計畫收案日起不予支付個案管理費；若與本計畫非同一醫院收案，則予以支付個案管理費，惟居家醫療照護整合計畫之收案個案除外。前開個案及死亡個案之個案管理費按收案月份等比例支付。
- (2) 考量會員照護之完整性，參與計畫之特約醫院或醫師於參與計畫期間，如因故中途退出本計畫，則依承作月份按比例核付個案管理費，其餘費用則不予核付。
- (3) 未於年底前完成「個人健康資料建檔」者，不予支付個案管理費。
- (4) 為達全人照護目標，視個案需要撰寫「個案醫療照護計畫書」(詳附件三)。

(三) 績效獎勵費用，每人支付550點/年：

1. 會員若於計畫執行期間於收案醫院無就醫紀錄，則不予核付本項費用。
2. 支付方式：
 - (1) 健康管理成效鼓勵：占本項經費之50%：醫院登錄收案會員(排除居家醫療照護整合計畫之個案)實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值回饋醫院：平均每人275點為上限。
 - (2) 品質提升費用：占本項經費之50%，依計畫評核指標達成情形，分五級支付：

- A. 特優級：計畫評核指標分數 ≥ 90 分，則支付品質提升費用會員每人275點。
- B. 良好級：計畫評核指標分數介於 $80 \leq \sim < 90$ 分，則支付品質提升費用會員每人210點。
- C. 普通級：計畫評核指標分數介於 $70 \leq \sim < 80$ 分，則支付品質提升費用會員每人175點。
- D. 輔導級：計畫評核指標分數介於 $60 \leq \sim < 70$ 分，則支付品質提升費用會員每人145點。
- E. 不支付：計畫評核指標分數 < 60 分則不予支付。

3.VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數 < 60 分者，則支付個案管理費之50%。

4.本計畫參與醫師當年度未於執業登記醫院申報醫療費用者(不含代辦案件)，不支付收案會員之「個案管理費用」及「績效獎勵費用」。

(四) 失智症門診照護家庭諮詢費用

- 1. 條件：參與本計畫之失智症會員，經神經科、精神科或老年醫學專科醫師評估有諮詢需要，且會員之失智症評估結果，符合臨床失智症評量表(Clinical Dementia Rating,CDR)值 ≥ 1 或簡易心智量表 ≤ 23 者。
- 2. 醫院得提供符合上述條件之收案會員家庭諮詢服務，並申報本項費用。
- 3. 每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件四)，併入會員病歷記錄留存。
- 4. 給付項目及支付標準：
 - (1) 每次諮詢服務時間15分鐘(含)以上，未達30分鐘者：支付點數300點，申報編號 P8501B。
 - (2) 每次諮詢服務時間30分鐘(含)以上者：支付點數500點，申報

編號 P8502B。

(3) 同院所每位會員每年最多給付2次費用。

(4) 同一會員當年度之本項費用不得與醫院以病人為中心門診整合照護計畫之失智症門診照護家庭諮詢費用重複申報。

(五) 多重慢性病人門診整合費用

1. 支付條件：須同時符合下列條件

(1) 會員有2種(含)以上慢性病並於收案醫院之門診就醫，且當年度每件慢性病連續處方箋需有兩類(含)以上慢性病用藥，總處方調劑日份須達56日(含)以上，並無「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重複用藥情形者。

本項慢性病係指：高血壓、糖尿病、高血脂、慢性腎臟病、動脈粥樣硬化、心臟病、腦血管病變、慢性肝炎、肝硬化、痛風、慢性貧血、慢性阻塞性肺病。

(2) 醫師提供整合照護後，應於會員之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之內容或藥品，以備查核，並於費用申報時，於「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」之「d13」欄位填報，註記「整合照護模式」。若醫師未於病歷中載明前述之整合資料者，不得註記「整合照護模式」。

2. 支付方式：符合前項條件者，當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達56日(含)以上，每一會員每年度支付550點；若當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達169日(含)以上，每一會員每年度再增加支付550點。

(六) 血糖、血脂管理提升費：

1. 適用對象：高血糖、高血脂及 ASCVD 會員，並依所具疾病監控下列檢驗項目：

- (1) 高血糖：HbA1c 及 LDL。
- (2) 高血脂：LDL。
- (3) ASCVD 之風險等級達非常高或極高：LDL。

2. 支付條件及支付方式：

- (1) 各疾病組合對應之檢驗項目及控制良好範圍如下表，依照個案達到控制良好或進步的檢驗項目數，支付相對應費用：

疾病組合	檢驗項目控制良好範圍		控制良好或 <u>進步</u> 檢驗項目數對應之提升費(點)	
	HbA1c	LDL	1項	2項
高血糖	< 7%；80歲以上病人為<8%	100 mg/ dL	150 <u>500</u>	250 <u>600</u>
高血脂		100 mg/ dL	150 <u>500</u>	
ASCVD		非常高：<70 mg/ dL； 極高：<55 mg/ dL	250 <u>600</u>	
高血糖+ 高血脂	< 7%；80歲以上病人為<8%	100 mg/ dL	150 <u>500</u>	250 <u>600</u>
高血糖+ ASCVD	< 7%；80歲以上病人為<8%	非常高：<70 mg/ dL； 極高：<55 mg/ dL	250 <u>600</u>	550 <u>900</u>
高血脂+ ASCVD		非常高：<70 mg/ dL； 極高：<55 mg/ dL	250 <u>600</u>	
高血糖+ 高血脂+ ASCVD	< 7%；80歲以上病人為<8%	非常高：<70 mg/ dL； 極高：<55 mg/ dL	250 <u>600</u>	550 <u>900</u>

- (2) 最後一次(或當年度半數以上)檢驗結果位於控制良好範圍。前述最後一次檢驗(查)結果應於當年度7月1日以後。僅具有高血糖、高血脂個案，若於當年度7月1日前之 LDL 檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受 LDL 檢驗者，亦視為控制良

好。

(3) 進步定義：檢驗結果後測-前測<0，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度7月1日以後，且前測及後測日期應間隔84天(含)以上。

- 3.資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。
- 4.參與醫師未於年度結束前完成三高防治教育訓練課程，不予支付。
- 5.當年度已獲 P4P-DM/CKD/DKD 品質獎勵金之醫院，同一個案不得重複領取該計畫品質獎勵金或本項費用。

(七) 糖尿病病人之胰島素注射獎勵費：

1. 適用對象：糖尿病收案會員。
2. 給付條件：持續施打胰島素，即前一年胰島素注射天數 ≥ 28 天，且當年度胰島素注射天數 ≥ 168 天。
3. 支付方式：符合上述條件者，每一個案支付300點/年。
註.新胰島素注射之糖尿病病人以現行「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」之胰島素注射獎勵措施予以獎勵。

五、於年度結束後，進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

六、醫療費用申報、暫付、審查及核付，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」辦理。

七、轉診規定：如有轉診之醫療院所請依「全民健康保險轉診實施辦法」規定，辦理轉診院所需填具轉診單，並依門診醫療費點數申報格式規定，於 d16-d18欄位依實際情形填報。

拾、計畫評核指標

一、結構面指標(20分)

(一)個案研討、社區衛教宣導(10分)：一年至少辦理12場，即平均每月

至少需辦理1場，且當年度至少1場社區衛教宣導包含三高防治(其中高血壓防治須包含「722原則」)，且年度內每位醫師至少應參與本項活動達3次(含)以上〔年底應檢附「參與各項活動次數之每月統計表」(附件五)及「衛教宣導紀錄表」(附件六)予分區業務組備查〕。

(二)設立24小時諮詢專線(全年至少抽測3次)(5分)：

鼓勵醫師 call out，有效回答會員問題，並依實際服務品質，分階段給分〔由台灣社區醫院協會進行抽測，以平均分數計算得分並將分數於當年度12月底前提供保險人計分，並於年底檢附「24小時諮詢專線服務每月統計及紀錄表」(附件七)予分區業務組備查，超過繳交期限以0分計算〕。

1. 醫院人員接聽，能即時轉達收案醫師，且收案醫師20分鐘內即時 callout 回電，得5分。
2. 醫院人員接聽，可以解答會員問題(可專業回答如發燒如何處理、瞭解會員狀況)，得5分。
3. 醫院人員接聽，無法解決會員問題(如不了解本計畫、簡單回答請他來醫院等)，得3分。
4. 無人接聽(連續測試3通，每次間隔10分鐘)，得0分。

(三)接受生活習慣諮商或衛教率(5分)

計算公式說明：

分子：會員接受生活習慣諮商或衛教人數(每次諮商或衛教紀錄留存備查)。

分母：會員人數。

1. 接受比率 $\geq 80\%$ ，得5分。
2. 接受比率 $\geq 60\%$ ，得4分。
3. 接受比率 $\geq 40\%$ ，得3分。

4. 接受比率 $\geq 20\%$ ，得1分。

二、過程面指標(25分)：

(一) 成人預防保健檢查率(5分)

1. 會員接受成人預防保健服務 \geq 較需照護族群70百分位數，得5分。
2. $<$ 較需照護族群70百分位數，但 \geq 較需照護族群60百分位數，得3分。

3. $<$ 較需照護族群60百分位數，但 \geq 較需照護族群55百分位數，得2分。

3.4. 計算公式說明：

分子：30歲(含)以上會員於院所接受成人健檢人數。

分母：(30歲至39歲會員數/5+40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)。

註.按國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，本項指標排除「已為代謝計畫、P4P-DM/CKD/DKD」之收案管理者。

(二) 子宮頸抹片檢查率(5分)

1. 會員接受子宮頸抹片服務 \geq 較需照護族群63百分位數，得5分。
2. $<$ 較需照護族群63百分位數，但 \geq 較需照護族群53百分位數，得3分。

3. 計算公式說明：

分子：25歲(含)以上女性會員於院所接受子宮頸抹片人數。

分母：25歲至29歲會員數/3+30歲(含)以上女性會員數。

(三) 65歲以上老人流感注射率(5分)

1. 會員接受流感注射服務 \geq 較需照護族群65百分位數，得5分。
2. $<$ 較需照護族群65百分位數，但 \geq 較需照護族群55百分位數，得2分。

3. 計算公式說明：

分子：65歲以上會員於院所接種流感疫苗人數。

分母：65歲以上總會員人數。

(四) 糞便潛血檢查率(5分)

1. 45歲以上至未滿75歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查率 \geq 45歲以上至未滿75歲較需照護族群檢查率之83百分位數，得5分。
2. $<$ 較需照護族群檢查率之83百分位數，但 \geq 較需照護族群檢查率之73百分位數，得3分。
3. $<$ 較需照護族群檢查率之73百分位數，但 \geq 較需照護族群檢查率之63百分位數，得2分。
4. $<$ 較需照護族群檢查率之63百分位數，但 \geq 較需照護族群檢查率之55百分位數，得1分。

4-5. 計算公式說明：

分子：45歲以上至未滿75歲會員於院所接受定量免疫糞便潛血檢查人數。

分母：45歲以上至未滿75歲會員人數/2。

(五) B、C 肝炎篩檢率(5分)

1. 符合 B、C 肝炎篩檢資格之會員接受 B、C 肝炎篩檢率 \geq 較需照護族群70百分位數，得5分。
2. $<$ 較需照護族群70百分位數，但 \geq 較需照護族群60百分位數，得3分。
3. $<$ 較需照護族群60百分位數，但 \geq 較需照護族群55百分位數，得1分

3-4. 計算公式說明：

分子：曾做過 B、C 肝炎篩檢之會員人數。

分母：符合 B、C 肝炎篩檢資格之會員人數(民國75年(含)以前出生

至79歲(原住民提前至40歲))。

三、結果面指標(45分)

(一) 潛在可避免急診率(5分)

1. \leq 收案會員30百分位，或與上年度同期自身比進步率 $\geq 10\%$ ，得5分。
2. $>$ 收案會員30百分位，但 \leq 收案會員45百分位，或與上年度同期自身比進步率 $\geq 5\%$ ，得3分。
3. $>$ 收案會員45百分位，但 \leq 收案會員65百分位，得1分。
4. 計算公式說明：

分子：潛在可避免急診慢性類疾病之案件。

分母：18歲以上本計畫會員罹患慢性類疾病人數。

(二) 會員急診率(排除外傷)(5分)

1. \leq 收案會員30百分位，或與上年度同期自身比進步率 $\geq 10\%$ ，得5分。
2. $>$ 收案會員30百分位，但 \leq 收案會員45百分位，或與上年度同期自身比進步率 $\geq 5\%$ ，得3分。
3. $>$ 收案會員45百分位，但 \leq 收案會員65百分位，得1分。
4. 計算公式說明：

分子：會員急診人次(排除外傷案件)。

分母：會員人數。

(三) 可避免住院率(5分)

1. \leq 收案會員30百分位，或與上年度同期自身比進步率 $\geq 10\%$ ，得5分。
2. $>$ 收案會員30百分位，但 \leq 收案會員45百分位，或與上年度同期自身比進步率 $\geq 5\%$ ，得3分。
3. $>$ 收案會員45百分位，但 \leq 收案會員65百分位，得1分。

4. 計算公式說明：

分子：可避免住院慢性類疾病之案件。

分母：18歲以上本計畫會員因慢性類疾病就醫人數。

(四) 初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率(5分)

1. \geq 初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率70百分位，得5分。
2. 與上年度同期自身比進步且 $<$ 初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率70百分位，但 \geq 初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率50百分位，得3分。

3. 計算公式說明：

分子：會員於收案醫院執行初期慢性腎臟病之檢驗人數。

分母：會員門診主診診斷為初期慢性腎臟病之人數。

註：「單次尿液白蛋白／尿液肌酸酐比例(UACR)」或「尿液總蛋白與肌酸酐比值(UPCR)」兩項檢查之一。

(五) 會員固定就診率(10分)

1. 會員在收案醫院之西醫門診固定就診率 \geq 當年較需照護族群65百分位且 $\geq 50\%$ ，得10分。
2. 當年較需照護族群60百分位 \leq 會員固定就診率 $<$ 「當年較需照護族群65百分位且 $\geq 50\%$ 」，得5分。
3. 當年較需照護族群55百分位 \leq 會員固定就診率 $<$ 當年較需照護族群60百分位，得3分。

4. 計算公式說明：

分子：會員在收案醫院(含合作醫院)就醫次數。

分母：會員在所有西醫門診就醫次數。

(六) 血糖、血脂監測數據控制良(或進步)率(10分)

1. HbA1c 控制良好(或進步)占率：

- (1) \geq 收案會員之60百分位數控制良好或進步占率 $\geq 70\%$ ，得5分。

(2) ~~收案會員之60百分位數，但 \geq 收案會員之50百分位數70%~~
控制良好或進步占率 \geq 67%，得3分。

(3) 計算公式說明：

分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步。

分母：高血糖收案會員數。

2. LDL 控制良好(或進步)占率：

(1) ~~收案會員之60百分位數控制良好或進步占率 \geq 55%~~，得5分。

(2) ~~收案會員之60百分位數，但 \geq 收案會員之50百分位數55%~~
控制良好或進步占率 \geq 54%，得3分。

(3) 計算公式說明：

分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步。

分母：高血糖、高血脂、ASCVD(風險等級達非常高或極高)
收案會員數。

3. 控制良好範圍：參照血糖、血脂管理提升費所訂之控制良好範圍。

4. 執行方式：

(1) 符合下列任一條件，即判斷為控制良好：

A. 當年度最後一次檢驗結果屬控制良好。最後一次檢驗結果應於當年度7月1日以後。僅具高血糖、高血脂個案，若於當年度7月1日前之 LDL 檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受 LDL 檢驗者，亦視為控制良好。

B. 當年度檢驗結果中，半數以上達控制良好範圍。

(2) 進步定義：檢驗結果後測-前測 <0 ，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度7月1日以後，且前測及後測日期應間隔84天(含)以上。

(3) 資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。

(七)糖尿病會員照護(5分)：下列兩項指標擇高分指標納入評分

1.糖尿病會員胰島素注射率(5分)

(1) \geq 糖尿病會員胰島素注射率60百分位，得5分。

(2) 與上年度同期自身比進步率 $>5\%$ ，或 $<$ 糖尿病會員胰島素注射率60百分位，但 ≥ 50 百分位，得3分。

計算公式說明：

分子：糖尿病會員於收案醫院胰島素注射天數 ≥ 28 天之人數。

分母：糖尿病會員門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數且 ≥ 100 人。

2.糖尿病人眼底檢查執行率(5分)

依據保險人「醫療品質資訊公開網」公開之院所別醫療品質資訊/糖尿病人執行檢查率-眼底檢查或眼底彩色攝影檢查執行率 \geq 全國平均值，得5分。

四、自選指標(10分)

醫院可就下列指標，選擇最優2項參加評分，於當年度10月底前將選定指標項目回復分區業務組。

(一)提升社區照護品質及健康(5分)

1. 與合作機構間，辦理照護或聯繫座談會，一年至少2場。
2. 與社區公、民營機構或團體，辦理健康促進活動。
3. 以上任一項，檢附佐證資料經分區業務組認可後得分。

(二)配合政策推動指標(5分)：

1. 提供全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務或「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護」服務或全民健康保險在宅急症照護試辦計畫。

- (1) 提供服務 ≥ 25 人，得5分。
- (2) 提供服務 ≥ 15 人，得23分。
- (3) 提供服務 ≥ 10 人，得1分。

2. 提供預立醫療照護諮商：提供民眾預立醫療照護諮商服務，並留有紀錄，得5分。
3. 提升全民健康保險急性後期整合照護計畫收案人數：收案人數較去年成長，得5分。

(三) 假日開診並公開開診資訊(5分)。

1. 於週日或國定假日當日開診，並於 VPN 登錄及公開開診資訊。
2. 以下列方式計分：
 - (1) 開診率 $\geq 50\%$ ，得5分。
 - (2) 開診率 $\geq 30\%$ ，得3分。
 - (3) 開診率 $\geq 20\%$ ，得1分。

3. 計算公式說明：

分子：收案醫院於當年度週日+國定假日開診天數。

分母：當年度週日天數+國定假日天數。

註：國定假日，依行政院人事行政總處公布放假之紀念日、節日及補假。

(四) 收案會員重複用藥情形(5分)

1. 當年度平均每位會員重複用藥率 ≤ 30 百分位，得5分。
2. 當年度平均每位會員重複用藥率 > 30 百分位，但當年度平均每位會員重複用藥率 ≤ 60 百分位，得3分。
3. 當年度平均每位會員重複用藥率 > 60 百分位，但當年度平均每位會員重複用藥率 ≤ 70 百分位，得1分。
4. 計算公式說明：

分子：收案會員重複用藥處方件數。

分母：收案會員調劑7日以上處方件數。

(五) 血壓上傳率(5分)

1. 所有收案會員皆適用。

2. 上傳率

(1) $\geq 70\%$ ，得5分。

(2) $< 70\%$ ，但 $\geq 60\%$ ，得3分。

(3) $< 60\%$ ，但 $\geq 50\%$ ，得1分。

3. 計算公式說明：

(1) 分子：收案會員中，每年至少上傳2筆血壓值(高血壓病人則每年至少上傳3筆)。

(2) 分母：會員人數。

4. 資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳數據。

拾壹、計畫管理機制

- 一、 保險人負責協調總體計畫架構模式與修正，並定期提供參與醫院各項評核指標達成情形，以提升照護品質。
- 二、 保險人分區業務組負責審核計畫與協調監督轄區各計畫之執行，並得邀請醫界代表(如總額執行單位)協助參與、輔導及評估。
- 三、 保險人分區業務組得召開觀摩會，邀請執行成效良好之地區醫院分享經驗，推廣優良的管理模式，促進計畫執行品質。

拾貳、計畫申請方式

參與計畫之地區醫院應於計畫公告2個月內，檢附申請文件向保險人分區業務組提出申請(附錄)(新增及異動者須檢附申請書；前一年度已經參與本計畫且參與醫師與前一年度相同者，可具函敘明前述事項向保險人分區業務組備查)。經保險人分區業務組同意並函復，計畫執行至當年度年底為限。

拾參、退場機制

- 一、評核期間以本計畫所訂指標執行之期程為原則。
- 二、保險人提供評核指標介於60分至70分($60分 \leq 評核指標 < 70分$)之醫院名單予台灣社區醫院協會協助輔導改善，且須於次年6月底前提具執行改善計畫書經保險人分區業務組備查後，始得加入本計畫；第2年仍未達70分續辦標準者(評核指標 $< 70分$)，應退出本計畫，1年內不得再加入本計畫，計畫參與醫師則於1年內不得再加入本計畫或家庭醫師整合性照護計畫。
- 三、如評核指標未達60分者(評核指標 $< 60分$)，應退出本計畫，1年內不得再加入本計畫。1年內不得再加入本計畫，計畫參與醫師則於1年內不得再加入本計畫或家庭醫師整合性照護計畫。
- 四、本計畫參與醫師當年度未於執業登記醫院申報醫療費用者(不含代辦案件)，1年內不得再加入本計畫。

拾肆、實施期程及評估

各醫院應於計畫執行後，年度結束提送執行結果(包含計畫運作執行現況、計畫評核指標執行率與社區衛教宣導)至保險人分區業務組。

拾伍、訂定與修正程序

本計畫由保險人與台灣社區醫院協會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫檢核邏輯

保險人網頁之個案通報及登錄系統說明

- 一、參與計畫之醫師需透過醫事服務機構行文至保險人分區業務組申請，待保險人分區業務組核准後，始能登入健保資訊網服務系統(VPN)傳輸會員資料。
- 二、醫師進入保險人資訊網服務系統網頁後登入試辦計畫登錄系統後，可以點選會員管理選項，進行會員資料之登錄、維護及查詢事項。

說明：

1. 保險人分區業務組需確實將參與院所名單登錄於 HMA 系統。
2. 醫療院所需請資訊廠商修改其自行維護的畫面，並將會員資料以批次經本系統上傳至健保資訊網服務系統(VPN)。
3. 相關會員資料之維護仍由保險人分區業務組維護；收案期限將設定2個月，保險人依權限擷取會員資料供分析用，對於資料登錄不完整之醫療院所於2個月內補正資料/或不予支付。
4. 身分證字號有重複登錄情形，則第2筆資料無法輸入。

地區醫院全人全社區照護計畫－收案會員健康資料

計畫附件二

個人基本資料(必填)			
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期	西元 年 月 日	職業別	
主要照顧者		居住地	_____鄉(鎮)
家庭生命週期： <input type="checkbox"/> 新婚夫婦 <input type="checkbox"/> 第一個小孩誕生 <input type="checkbox"/> 有學齡兒童 <input type="checkbox"/> 有青少年子女 <input type="checkbox"/> 子女外出創業 <input type="checkbox"/> 空巢 <input type="checkbox"/> 老化的家庭			
生活型態評估量表各領域總分(附表)(必填) *每個領域最高10分			
正向社會連結： 第 1、3、5、7、9 題的分數總和_____		身體活動： 第 13、19、22 題的分數總和_____	
避免危害物質： 第 6、11、15、16 題的分數總和_____		睡眠及壓力管理： 第 4、8、10、17 題的分數總和_____	
營養： 第 2、12、14、18、20、21 題的分數總和____		抽菸： 1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸10支菸以下、4.平均一天約吸10支菸(含)以上	
喝酒： 1.無、2.偶爾交際應酬(每週1-2天)、3.經常喝(每週>2天)		嚼檳榔： 1.無、2.偶爾交際應酬(每週1-2天)、3.經常嚼或習慣在嚼(每週>2天)	
醫療病史(必填)			
慢性病史 <input type="checkbox"/> 1.高血壓 <input type="checkbox"/> 2.糖尿病 <input type="checkbox"/> 3.腎臟病 <input type="checkbox"/> 4.缺血性心臟病 <input type="checkbox"/> 5.心律不整 <input type="checkbox"/> 6.心臟衰竭 <input type="checkbox"/> 7.腦血管疾病 <input type="checkbox"/> 8.腫瘤 <input type="checkbox"/> 9.貧血 <input type="checkbox"/> 10.關節炎 <input type="checkbox"/> 11.高膽固醇血症 <input type="checkbox"/> 12.痛風或高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 13.過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 14.氣喘 <input type="checkbox"/> 15.慢性肺疾病 <input type="checkbox"/> 16.消化性潰瘍 <input type="checkbox"/> 17.功能性腸胃問題 <input type="checkbox"/> 其他			
家族病史及相關健康問題 (若有親人有罹患下列疾病，請填入家屬代碼：A.父 B.母 C.兒女 D.兄弟姊妹 E.父系親戚 F.母系親戚 G.其他) <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.糖尿病【 】 <input type="checkbox"/> 3.高血壓【 】 <input type="checkbox"/> 4.心臟病【 】 <input type="checkbox"/> 5.腦血管病變(中風)【 】 <input type="checkbox"/> 6.高血脂【 】 <input type="checkbox"/> 7.腎臟病或尿毒症【 】 <input type="checkbox"/> 8.惡性腫瘤【 】 <input type="checkbox"/> 9.遺傳性腎臟疾病【 】 <input type="checkbox"/> 10.多囊腎【 】 <input type="checkbox"/> 11.痛風【 】 <input type="checkbox"/> 12.自體免疫性疾病【 】 <input type="checkbox"/> 13.其他【 】 <input type="checkbox"/> 14.不知			
長期藥物使用 (使用達3個月以上) <input type="checkbox"/> 降血壓藥 <input type="checkbox"/> 胰島素 <input type="checkbox"/> 降血糖藥 <input type="checkbox"/> 降血脂藥 <input type="checkbox"/> 降尿酸藥 <input type="checkbox"/> NSAID <input type="checkbox"/> 中草藥 <input type="checkbox"/> 其他_____			
食物過敏史 食物名稱：		藥物過敏史 藥物名稱：	
身體檢查(皆為必填)			
身高(cm)		血壓(收縮壓/舒張壓)(mmHg)	
體重(kg)		腰圍(cm)	
脈搏(次/每分鐘)			

(附表)資料來源: 社團法人臺灣生活型態醫學會-生活型態評估量表

編號	請想一想 <u>過去七天</u> ，並回答以下問題，你是否：
1	我感覺生活有目標。(是：2分；否：0分)
2	日常飲食我會避免油炸的食物，多以清蒸、水煮、涼拌等烹調方式為主。(是：1分；否：0分)
3	我有進行了兩次以上(含兩次)的靈性、宗教或民俗信仰活動(例如冥想、靜坐、祈禱、拜拜、參加宗教活動、祭拜家中神明或祖先等)。 (是：2分；否：0分)
4	我大部分時間都覺得能夠處理生活的各種壓力？(是：2分；否：0分)
5	我有參加團體聚會或活動(例如運動、社區、社團、學校團體等)？ (是：2分；否：0分)
6	我有抽菸、使用電子煙或其他菸品？(是：0分；否：5分)
7	我有和家人或朋友相聚或聊天三次以上？ (是：2分；否：0分)
8	大部分時間，我睡醒後覺得精神很好，有休息夠了？(是：2分；否：0分)
9	我總共花了兩小時以上的時間待在大自然中（例如：城市內外開放空間：公園、森林、海邊等）？ (是：2分；否：0分)
10	大部分時間，我覺得有足夠的時間照顧自己？(是：1分；否：0分)
11	我有嚼檳榔？(是：0分；否：1分)
12	我的飲食大多以原型食物（如新鮮蔬果、全穀、未加工肉類）為主。(是：1分；否：0分)
	請想一想 <u>過去七天</u> ，並提供您關於以下問題最好的估計值：
13	我總共進行了幾天的肌力訓練？(例如伏地挺身、深蹲、引體向上等) <u>0</u> 、 <u>1</u> 、2、3、4、5、6、7天(<u>0</u> 、 <u>1</u> 、2分)
14	我總共喝了幾杯含糖飲料？(例如果汁、含糖咖啡或茶、汽水、運動飲料)。 <u>少於1</u> 、 <u>1</u> 、2、3、4、5、6、7、8、9、10杯或更多(<u>2</u> 、0分)

15	<p>我一天中喝下含有酒精的飲料，最多共有幾單位？(1單位酒精=10公克純酒精)</p> <div style="background-color: #ffff00; padding: 5px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;"> <p> 1單位酒精 = 10公克純酒精</p> <p>酒品容量 (ml) x 酒精濃度 (%) x 0.785 (酒精密度) = 每瓶酒精含量 (公克)</p> </div> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="background-color: #ffff00; width: 14%;"> = 150ml 1單位 ml/天 </td> <td style="background-color: #008000; width: 14%;"> 啤酒 5% 254ml </td> <td style="background-color: #ff0000; width: 14%;"> 含酒精提神飲料 10% 127ml </td> <td style="background-color: #0000ff; width: 14%;"> 紅酒 12% 106ml </td> <td style="background-color: #008000; width: 14%;"> 米酒 19.5% 65ml </td> <td style="background-color: #0000ff; width: 14%;"> 烈酒 40% 31ml </td> <td style="background-color: #800080; width: 14%;"> 高粱酒 58% 21ml </td> </tr> </table> <p style="text-align: center; font-size: small;"> 臺灣生活型態醫學會 製作 參考資料：衛生福利部心理健康司 <small>Taiwan Association of Lifestyle Medicine</small> </p>	 = 150ml 1單位 ml/天	 啤酒 5% 254ml	 含酒精提神飲料 10% 127ml	 紅酒 12% 106ml	 米酒 19.5% 65ml	 烈酒 40% 31ml	 高粱酒 58% 21ml
 = 150ml 1單位 ml/天	 啤酒 5% 254ml	 含酒精提神飲料 10% 127ml	 紅酒 12% 106ml	 米酒 19.5% 65ml	 烈酒 40% 31ml	 高粱酒 58% 21ml		
	<p>(女3以下、男4以下，2分、0分)</p> <p>少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10單位或更多</p>							
16	<p>以有喝酒精飲料的那幾天來算，我每天平均喝幾單位？(如果過去七天都沒有喝酒精飲料，請選「少於1」)</p> <p>(女1以下、男2以下，2分、0分)</p> <p>少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10單位或更多</p>							
17	<p>我每晚大約睡幾個小時？</p> <p>少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10小時或更多(0、3、5分)</p>							
18	<p>我每天大約吃幾份水果？(1份是1拳頭大小或一碗8分滿)</p> <p style="text-align: center;">水果一份</p> <p style="text-align: center;">約一個拳頭大小，或切塊水果約一碗8分滿</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;"> 臺灣生活型態醫學會 製作 <small>Taiwan Association of Lifestyle Medicine</small> </p>							
	<p>少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10份或更多(0、1、2分)</p>							
19	<p>我每天坐著的總時間大約有幾小時？</p> <p>少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10小時或更多(3、1、0分)</p>							
20	<p>每天平均食用包裝零食(例如薯片、餅乾、糖果、蛋白營養棒等)的包數。</p> <p>少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10包或更多(2、0分)</p>							

21	<p>每天平均食用蔬菜的份數(1份為可食重約100公克)。</p> <p style="text-align: center;">蔬菜一份</p> <p style="text-align: center;">約100公克·或半碗至8分滿的煮熟蔬菜</p> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center;">  </div>
	<p>少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10份或更多(0、1、2分)</p>
22	<p>我累積的有氣運動時間，總共有幾分鐘？(例如快走、慢跑等)</p> <p>小於30、30、45、60、90、120、150、180、210、240、270、300、大於300分鐘(0、1、2、3、4、5分)</p>

● **各領域總分計算(每個領域最高10分)**

正向社會連結：第1、3、5、7、9題的分數總合_____

身體活動：第13、19、22題的分數總合_____

避免危害物質：第6、11、15、16題的分數總合_____

睡眠與壓力管理：第4、8、10、17題的分數總合_____

營養：第2、12、14、18、20、21題的分數總合_____

整體生活型態分數：_____ (最高50分)

● **整體生活型態分數解釋**

解釋	整體生活型態分數	
現在是您與醫師合作的好時機，幫助您養成顯著改善健康的生活習慣。	0-20	低於平均
您有一些不錯的健康習慣，但仍有很多生活方式可調整來改善您的健康，並降低疾病風險。	21-30	平均
您有許多良好的健康習慣，但仍有一些領域可以檢視並嘗試改善。	31-40	非常好
您做得很好，但可以對生活方式進行小調整，以達到更好的整體健康狀態。	41-50	優秀

一、疾病及健康狀態

(主要疾病及健康問題列表)

二、致病原因綜合評估

- (一) 疾病因素：
- (二) 家庭心理社會因素：
- (三) 其他因素：
- (四) 評估結果：

三、全人照護治療計畫

- (一) 藥物治療
- (二) 非藥物治療
- (三) 其他健康照護建議 (內容視個案情況而定)
 - 1. 慢性病風險評估及衛教
 - 2. 健康生活型態建議(戒菸、增加運動、飲食建議、減重目標等)
 - 3. 預防保健追蹤(如成人健檢、癌症篩檢、疫苗注射)
 - 4. 專科醫師會診
 - 5. 轉診或轉介(長照或其他醫療/社區資源)
 - 6. 其他

失智症門診照護諮詢溝通記載內容及規定

- 一、會員姓名及臨床失智症評量表(CDR)或簡易心智量表評量結果。
 - 二、依需要簡要敘述病況、照護技巧指導、藥物或營養諮詢、家屬心理支持、社會資源運用等內容。
 - 三、諮詢服務之日期及起迄時間至分。
 - 四、提供服務者職稱及簽章。
 - 五、接受諮詢服務者簽章及其與會員關係(接受諮詢服務者包括會員或主要照護者，且至少有1位家屬參與)。
- 註：諮詢服務時間不包括醫師診療及失智症評估量表填報時間

醫院參與各項活動次數之每月統計表

計畫附件五

為瞭解醫院參與各項活動之情況，作為未來醫療品質提升之建議，請依照表中所列項目，簡單記錄執行情形，若能提供相關附件尤佳，謝謝！

項目	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	總計
個案研討 (參與次數)													
社區衛教宣導 (辦理場數)													

團體衛教宣導紀錄表(範例)

日期：	年	月	日				
時間：	時	分	至	時	分	第	場
活動地點：							
相關人員簽名：							
活動成果：							

醫院24小時諮詢專線服務及主動電訪之每月統計

計畫附件七

項目	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	總計
24小時諮詢專線 (諮詢件數)													
主動電訪(Call out) (電訪人數)													

24小時諮詢專線服務紀錄表(範例)

日期	時間 (以24小時計)	會員姓名 會員電話	諮詢內容	處理情形	諮詢人員

_____年度全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫申請書

本院申請參加_____年度「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」，計畫執行期間將確實遵守個人資料保護法及依計畫相關規定辦理。

此致

衛生福利部中央健康保險署○○業務組

醫事機構代號：

醫事機構名稱：

醫事機構負責人：

業務窗口姓名：

(電話：_____、職稱：_____)

特約醫事機構印章	負責醫事人員印章
請蓋合約印鑑	

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

-----年度-----合作醫院基本資料

***合作醫院基本資料**

1. 合作醫院代號：

合作醫院名稱：

合作醫院印章	負責醫師印章

2. 合作醫院代號：

合作醫院名稱：

合作醫院印章	負責醫師印章

3. 合作診所代號：

合作診所名稱：

合作診所印章	負責醫師印章

請自行複製使用

年度計畫聯絡人及24小時諮詢專線設置情形

聯絡人	姓名	電話	電子郵件

為利計畫基本運作，聯絡人最多可填3位，請務必提供正確聯絡方式（含姓名、電話及電子信箱），以利計畫執行期間密切聯繫。

24小時諮詢專線號碼：

諮詢專線接聽人員名單

醫事人員類別	醫事人員姓名	醫事人員身分證號

*注意事項：

1. 接聽人員執業登記應為參與計畫之地區醫院。
2. 計畫執行期間如有人員異動，仍需檢送醫事人員證書影本供分區業務組查核。

諮詢專線接聽人員之醫事人員證書如附件一

個案管理人員名單

人員類別	姓名	身分證號

營養師名單

姓名	身分證號

附件一、諮詢專線接聽人員之醫事人員證書黏貼處

_____年度地區醫院提供醫療照護品質及轉診機制情形

會員資料		
(1) 會員書面資料應妥善保管	<input type="checkbox"/> 已確認	<input type="checkbox"/> 未確認
(2) 會員資料應完成建檔	<input type="checkbox"/> 已確認	<input type="checkbox"/> 未確認
(3) 提供會員權利義務說明書或會員通知	<input type="checkbox"/> 書面函 <input type="checkbox"/> 簡訊 <input type="checkbox"/> 電子郵件 <input type="checkbox"/> 即時通訊軟體 <input type="checkbox"/> 其他	
(4) 提供會員確認回饋機制	<input type="checkbox"/> 通知函 <input type="checkbox"/> 即時通訊軟體 <input type="checkbox"/> 看診告知 <input type="checkbox"/> 透過電子郵件 <input type="checkbox"/> 其他	
與區域級以上合作醫院之共同照護及雙向轉診機制建立		
(1) 與合作醫院訂定共同照護機制及相關流程	<input type="checkbox"/> 已完成	<input type="checkbox"/> 未完成
(2) 與合作醫院訂定實質合作內容(雙向轉診流程、病人共同照護、用藥及醫療品質提升計畫)	<input type="checkbox"/> 已完成 合作內容如附件二(必填)	<input type="checkbox"/> 未完成
(3) 與合作醫院轉診資料之分享	<input type="checkbox"/> 已完成	<input type="checkbox"/> 未完成
(4) 與合作醫院共同召開轉診個案照護研討會	<input type="checkbox"/> 是 每 月 次	<input type="checkbox"/> 否
優化諮詢服務		
(1) 24小時諮詢電話建置	<input type="checkbox"/> 已完成	<input type="checkbox"/> 未完成
(2) 建立24小時諮詢電話自我抽測檢討機制	<input type="checkbox"/> 已完成	<input type="checkbox"/> 未完成
(3) 規劃主動電訪(Call out)服務	<input type="checkbox"/> 已完成	<input type="checkbox"/> 未完成
(4) 除電話諮詢外,提供多元諮詢服務	<input type="checkbox"/> 即時通訊軟體諮詢 <input type="checkbox"/> 透過電子郵件諮詢 <input type="checkbox"/> 其他	
(5)接聽人員(醫事人員)	白天: <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 其他: _____ 晚上/半夜: <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 其他: _____	
運作機制		
(1) 是否設置專任個案管理人員	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
(2) 是否定期辦理院內個案研討	<input type="checkbox"/> 是 每 月 次	<input type="checkbox"/> 否
(3) 是否定期辦理社區衛教宣導	<input type="checkbox"/> 是 每 月 次	<input type="checkbox"/> 否
(4) 院內成員間定期會議	<input type="checkbox"/> 有辦理 每 月 次	<input type="checkbox"/> 未辦理
(5) 與區域級以上合作醫院定期會議	<input type="checkbox"/> 有辦理 每 月 次	<input type="checkbox"/> 未辦理
(6) 與區域級以上合作醫院定期辦理會員團體衛教指導	<input type="checkbox"/> 有辦理 每 月 次	<input type="checkbox"/> 未辦理
(7) 與區域級以上合作醫院提供收案會員跨院際合作 加值服務	<input type="checkbox"/> 掛號優先 <input type="checkbox"/> 醫療費用減免 <input type="checkbox"/> 檢驗/查快速通關 <input type="checkbox"/> 門診就醫快速通關 <input type="checkbox"/> 手術 /住院就醫快速通關 <input type="checkbox"/> 其他	

附件二、與區域級以上合作醫院實質合作內容

一、雙向轉診流程

二、共同照護機制

三、醫療品質提升計畫