

全民健康保險急診品質提升方案

101.05.01 第一版公告實施
102.01.01 第二版公告實施
104.01.01 第三版公告實施
104.05.25 第四版公告實施
105.03.01 第五版公告實施
108.02.01 第六版公告實施

壹、前言

中央衛生主管機關為加速醫院急診部門檢傷分類作業，參採國外經驗，於 99 年公告施行急診五級檢傷分類基準，期快速檢定病人病況危急與嚴重度，讓真正急重症患者，能及時獲得緊急醫療服務，挽回寶貴的生命，全民健康保險(以下稱全民健保)亦配合於 99 年 1 月 1 日起調增檢傷分類之急診診察費支付標準，並將夜間急診診察費用加成率由 2 成提高為 5 成，期盼醫院能因而提升急診照護之品質。

然而，國內多數醫學中心急診壅塞情形仍為外界及媒體關切，又依據全民健保 99 年 4 月至 100 年 3 月急救責任醫院相關統計，檢傷分類第 4 級及第 5 級病患病況較不危急，醫師可於 1 小時以後看診之病人，約占全部之 25%，此類病人應儘速加以紓解；第 1 級至第 3 級病況危急之病人急需住院個案中，仍有 17% 患者未於 6 小時內入住；急診病人滯留超過 24 小時者，檢傷分類第 1 級約占該類檢傷總病人次之 4.16%，又 23 家重度急救責任醫院檢傷分類計有 11 家占率大於 5%；顯示，醫院對於急診人力之安排，適時提供病人住院照護及適切的轉介作業流程未達相當的品質，除急診部門醫事人員工作負荷增加，並因而影響到急重症病患的醫療照護；急診服務品質仍有待進一步研擬改善之需要。

依據美國醫療機構評鑑聯合會(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 簡稱 JCAHO)的報告，超過 53% 延誤治療的警訊事件(sentinel event)是發生在急診，而因急診壅塞所造成的事件就占了 31%。Chalfin(2007)等的報告，急診重症病人如果無法在 6 小時內入住加護病房，結果不僅住院天數會因此拉長，病人的死亡率也會增高(從 8.4% 上升至 10.7%)。Richardson(2006)等的報告，在壅塞時段，相同疾病嚴重度的病人有較高的死亡。Sprivulis(2006)等的報告，壅塞時段，急診病人在第 2 天及第 7 天的病人死亡率增加了 30%。顯示，急診醫療品質的低落，不僅影響病人的安全，更對有限的醫療資源造成一種無形的浪費。

全民健康保險保險人(以下稱保險人)已加強宣導輕症病人不要到醫院急診外，並依主管機關有關加強急重症之醫療照護百年衛生醫療改革計畫，邀集急診醫學會、急診管理學會、主管機關及相關專科醫學會共同研擬本方案，並與醫界協商，以論質計酬方式，期提升急重症照護品質，縮短病人在急診室留置之時間。

貳、目標

- 一、確保重大疾病照護品質。
- 二、落實品質導向轉診制度。
- 三、提升急診病人處置效率。

參、經費來源：全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「急診品質提升方案」專款項目。

肆、參與資格：須為全民健保特約醫院，並依本方案規定據實登錄相關資料者。

伍、計畫構面

一、急診重大疾病照護品質：

針對急性心肌梗塞、重大外傷、嚴重敗血症惠及到院前心跳停止病人，訂定到院一定時間內接受必要治療處置之標準及獎勵

(一)急性心肌梗塞：

主診斷碼(ICD-10-CM，以下同)為：I21.0-I21.3、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9之病患，從進入急診後經檢查適合者，於90分鐘內接受緊急介入性心導管治療(診療項目為33076B至33078B經皮冠狀動脈擴張術)之個案(door to balloon time < 90 min)。

(二)重大外傷：

1. 符合下列主診斷碼，ISS \geq 16之急診病人，從進入急診後2或4小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)之個案。

主診斷碼：

(1)T07

(2)S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79 (前述第7位碼皆須為"A")

(3)S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92 (前述第7位碼皆須為"A"或"B")

(4)S52、S72、S82 (前述第7位碼皆須為"A"或"B"或"C")

2. 體表面積>20%之重大燒傷，診斷為下列代碼，從進入急診後2或4小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)之個案。

主診斷碼：T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA

(三)嚴重敗血症：

主診斷或次診斷碼如下所列，符合國際嚴重敗血症指引定義之急診敗血症病人，從進入急診後3小時內給與予第一劑抗生素及6小時內完成敗血症治療組套(sepsis bundle)同時申報：09059B 乳酸檢查(或09135B 乳酸-丙酮酸檢查)、收縮壓，及至少完成13016B及「13001C至13026C中之任1項」細菌學及黴菌檢查之個案。

主診斷或次診斷碼：A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21

(四)到院前心跳停止(OHCA)：

主診斷或次診斷碼為I46.2、I46.8、I46.9及R99，且出院時意識清醒(次診

斷碼申報虛擬碼 I60000- I60003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。

(五)到院前心跳停止(OHCA)且轉院治療：

主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99，於地區醫院急救恢復自發性循環後，因醫療需要轉診至其他適當醫院，並於 1 小時內完成緊急處置或入住加護病房，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I60000- I60003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。

二、轉診品質：

為強化急診室重症病患上轉及穩定病患下轉之機制，針對符合轉診品質保證之個案，給予轉出及轉入醫院獎勵，希望透過有品質的轉診機制，使各急救責任醫院能各司其職，於第一時間依其能力完成病患醫療處置。

(一)向上或平行轉診：中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，因重大疾病之緊急狀況，醫院照護能力未符需求，須轉診至上二級或同層級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。疾病主診斷包括急性心肌梗塞，急性腦中風、主動脈剝離、重大外傷須緊急手術、嚴重敗血症等(詳附表二)。

(二)向下或平行轉診：重度級或中度級急救責任或區域以上醫院，為讓病床更有效率運用，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至同等級或下一級急救責任院或同層級或下一層級之醫院之適當醫療機構。疾病主診斷包括上消化道出血，肺炎，泌尿道感染、肝硬化或肝昏迷、鬱血性心臟衰竭、軟組織之蜂窩組織炎等(詳附表三)。

(三)轉診作業

1. 醫院應設有專責辦理轉診作業之窗口。
2. 轉出醫院：向病人說明轉診原因；填寫轉診同意書及轉診單。
3. 轉入醫院：接收醫院要同意，並提供必要醫療照護；填寫處置情形轉診回覆單。

(四)獎勵方式：

1. 符合向上轉診或平行轉診之病人，每個案獎勵 1,000 點。轉出與轉入醫院各給予 50%。
2. 符合向下轉診之病人，可申報之獎勵如下：
 - (1)每個案獎勵 4,000 點。轉出與轉入醫院各給予 50%。
 - (2)自醫學中心下轉之病患，得另申報以下費用：
 - A.轉入醫院該次住院之基本診療費用(包括：急性病房病房費、護理費、醫師診察費及藥事服務費)得比照醫學中心標準支付，其差額以「醫學中心急診病患下轉住院獎勵」另行申報：區域醫院支付代碼 P4609B，地區醫院支付代碼 P4610B)。
 - B.轉出醫院之主治醫師至轉入醫院探訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情者，可申報「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費(支付代碼 P4611B)」，每次支付 1,000 點，每次住院最多申報 3 次。

三、急診處置效率

本項係以各項效率指標為基礎加以比較獎勵，藉以提升急診處置效率，舒緩急診的壅塞。

(一)觀察指標：

1. 非外傷病人檢傷分類各級住院比率

定義：大於等於 18 歲非外傷病人住院(包含普通病房及加護病房)

計算基準：由急診治療後住入同一醫院比率

計算方式：分子：大於等於 18 歲非外傷該級住院人次

分母：大於等於 18 歲非外傷該級病人次

(大於等於 18 歲非外傷該級住院人次 / 大於等於 18 歲非外傷該級病人次) * 100%

2. 外傷病人檢傷分類各級住院比率

定義：處置碼介於 48001C-48035C 之外傷病人住院(包含普通病房及加護病房)

計算基準：由急診治療後住入同一醫院比率

計算方式：分子：外傷病人該級住院人次

分母：外傷病人該級病人次

(外傷病人該級住院人次 / 外傷病人該級病人次) * 100%

3. 兒科病人檢傷分類各級住院比率

定義：小於 18 歲非外傷病人住院(包含普通病房及加護病房)

計算基準：由急診治療後住入同一醫院比率

計算方式：分子：小於 18 歲非外傷病人該級住院人次

分母：小於 18 歲非外傷病人該級病人次

(小於 18 歲非外傷病人各級住院人次 / 小於 18 歲非外傷病人各級病人次) * 100%

(二)壅塞指標：急診病人停留超過 24 小時之比率

計算基準：病人到院時間-病人離院或住院時間

計算方式：分子：急診病人停留超過 24 小時病人次

分母：所有急診病人次

(急診停留超過 24 小時病人次/所有急診病人次) * 100%

(三)效率指標

3.1 完成急診重大疾病照護病人進入加護病房 < 6 小時之人次

計算基準：完成急診重大疾病照護病人轉入加護病房時間-其到達急診時間 < 6 小時

計算方式：完成急診重大疾病照護於六小時內轉入加護病房病人次

3.2 檢傷一、二、三級急診病人轉入病房 < 8 小時之比率

計算基準：病人轉入同一家醫院病房時間-病人到達急診時間 < 8 小時

計算方式：分子：檢傷一、二、三級病人 8 小時內住院人次

分母：檢傷一、二、三級病人住院人次

(檢傷一、二、三級 8 小時內住院人次/檢傷一、二、三級病人住院人次)*100%

3.3 檢傷四、五級急診病人離開醫院< 4 小時之比率

計算基準：病人離院時間-病人到達急診時間< 4 小時

計算方式：分子：檢傷四、五級病人 4 小時內出院人次
分母：檢傷四、五級病人出院人次

(檢傷四、五級病人 4 小時內出院人次/檢傷四、五級病人出院人次)*100%

3.4 地區醫院急診病人增加

計算基準：以檢傷分類等級申報所有急診病人次計算

計算方式：本年急診人次 > 上年急診人次

(四)急診處置效率獎勵方式

1. 維持獎：壅塞指標小於或等於 1%，且當年度轉出比率低於同級醫院之 50 百分位之醫院，若當年度效率指標 3.2 及 3.3，均維持在同級醫院前 25 百分位，給予 20 點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數獎勵，若單項指標達到，則給予 1/2 獎勵。

2. 進步獎：

(1) 壅塞指標大於1%之醫院：

A. 效率指標3.2及3.3較前一年度進步8%以上：二項指標均達到者，每一醫院獎勵10點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數，若有單項指標達到，則給予1/2獎勵。

B. 效率指標3.2及3.3較前一年度進步10%以上：二項指標達到者，每一醫院獎勵30點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數，若有單項指標達到，則給予1/2獎勵。

(2) 效率指標3.4(地區醫院當年急診人次較上年增加)：每增加1人次支給 500點獎勵。針對新成立之地區醫院，急診增加人次採下列方式計算：

A. 有基期可比較之月份：計算較基期相同月份增加之人次。

B. 無基期可比較之月份：以該月份之「月平均人次」減「基期月份之月平均人次」，乘以「無基期月份數」。

3. 效率指標 3.1(完成急診重大疾病照護病人進入加護病房< 6 小時)：每人每次給予 5,000 點獎勵。

四、補助急診專科醫師人力

(一)補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務：

1. 同體系醫院間(含委託經營)之支援不予補助，包括：

同法人醫院體系、國軍退除役官兵輔導委員會醫院體系、國軍醫院體系、衛生福利部醫院體系、同醫學院附設醫院體系、同縣市政府所屬醫院體系、同醫院總分院(院區)。若對保險人認定有異議，醫院可舉證非屬同體系醫院，經保險人分區業務組同意後認定。

2. 補助方式：

- (1) 以急診專科醫師支援急診之班次計算，每人次每月補助上限3萬點。
- (2) 支援人力計算方式：以全院每月急診專科醫師支援急診服務班次之總和，每15班算1人次(1班至少8小時)。支援不足1人次則依班次比例核算。
- (3) 派出支援醫院與接受支援醫院皆可接受本項補助。

3. 支援規定：

支援醫師均應依醫事法規相關規定向當地衛生主管機關辦理報備支援，並請醫師考量負擔能力提供支援服務。

(二) 補助地區醫院增聘急診專科醫師人力：

1. 補助方式：

當年度地區醫院每增聘1名急診專科醫師執行急診業務，每人每月補助3萬點。

2. 增聘急診專科醫師人數計算方式：

(1) 該地區醫院當年每月平均執業登記急診專科醫師人數與前一年每月平均執業登記急診專科醫師人數相比較。

以104年為例：【104年每月10日該院有效執業登記急診專科醫師人數總和÷12個月】減【103年每月10日該院有效執業登記急診專科醫師人數總和÷12個月】

(2) 增聘醫師未滿1人則依比例核算。

(三) 前述兩項補助合計，每家醫院全年申請上限為1,800,000點，超過點數不予補助。

(四) 本補助不適用對象：

1. 「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之保障醫院。
2. 「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」補助之門診支援服務。
3. 衛生福利部醫事司「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」及「緊急醫療資源不足地區改善計畫」之補助醫師或補助開診費用。

(五) 地區醫院醫療利用監測指標：

1. 接受本方案補助之急診專科醫師急診看診量：

(1) 指標定義：

當年度接受補助之地區醫院支援及增聘急診專科醫師，平均每位醫師每月急診申報件數。

(2) 目標值：大於去年同期值。

2. 接受醫學中心、區域醫院下轉急診案件之七日內回轉比率：

(1) 指標定義：

分子：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉之急診案件，七日內回轉醫學中心、區域醫院之急診件數。

分母：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉急診件數。

(2) 目標值：不超過3%。

陸、醫療費用申報、支付及審查

一、急診重大疾病照護及轉診品質獎勵申報規定如下

(一) 急診重大疾病照護品質方面：採每月申報，醫令類別為「2」。

1. 第一項急性心肌梗塞疾病完成照護個案：以代碼 P4601B「急性心肌梗塞照護獎勵」申報，支付點數 6,000 點。
2. 第二項重大外傷疾病完成照護個案：進入急診後 2 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置者，以代碼 P4612B「重大外傷照護獎勵_2 小時內」申報，支付點數 10,000 點；進入急診後 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置者以代碼 P4613B「重大外傷照護獎勵_4 小時內」申報，支付點數 2,000 點。(兩者擇一申報)
3. 第三項嚴重敗血症疾病完成照護個案：以代碼 P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」申報，支付點數 2,000 點。
4. 第四項 OHCA 完成照護個案：出院時意識清醒者以代碼 P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院」申報，支付點數 30,000 點；存活出院者以代碼 P4615B「OHCA 照護獎勵_存活出院」申報，支付點數 10,000 點(兩者擇一申報)
5. 第五項 OHCA 且轉院治療完成照護個案：
 - (1) 轉出院所：以代碼 P4616B「OHCA 轉出院所照護獎勵」申報，醫令類別填報 G，支付點數填報 0，d55「轉往之醫事服務機構」需填報轉往之院所代號。由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內容進行勾稽後，依病患出院實際狀況每季統一補付費用(點數同轉入院所)。
 - (2) 轉入院所：以病人出院時狀態申報，清醒出院者以代碼 P4617B「OHCA 轉入院所照護獎勵_清醒出院」申報，支付點數 15,000 點；存活出院者以代碼 P4618B「OHCA 轉入院所照護獎勵_存活出院」申報，支付點數 5,000 點。P4617B 及 P4618B 兩者不得同時申報，且住診申報格式 d107「轉入服務機構代號」需填報轉診來源院所代號。

(二) 轉診品質獎勵方面：

1. 上轉個案：採每月申報，醫令類別為「2」。
 - (1) 轉出醫院：以代碼 P4603B「急診上轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。
 - (2) 接受轉診醫院：以代碼 P4604B「急診上轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。
2. 下轉個案：採每月申報，醫令類別為「2」。
 - (1) 轉出醫院：以代碼 P4605B「急診下轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數 2,000 點及 P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」1,000 點。
 - (2) 接受轉診醫院：以代碼 P4606B「急診下轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數 2,000 點及 P4609B-P4610B「醫學中心急診病患下轉住院獎勵」。
3. 平轉個案：採每月申報，醫令類別為「2」。

- (1) 轉出醫院：以代碼 P4607B「急診平轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。
 - (2) 接受轉診醫院：以代碼 P4608B「急診平轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。
- 二、年度結束後 4 月底前，辦理前一年度急診處置效率獎勵、急診專科醫師人力補助結算作業，急診專科醫師人力補助以撥入接受支援之地區醫院為原則。本方案各項獎勵以每點 1 元為上限，若有超支，則以浮動點值支付。
 - 三、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規定辦理。
 - 四、經保險人審查發現登載不實者，除不支付方案相關費用外，經確證日起至次年底不納入本方案之獎勵。
 - 五、未達醫學中心評鑑基準急診 48 小時置留率三年「達零或小於同儕平均值」之目標，經主辦機關調降其醫院評鑑合格類別或註銷評鑑合格資格者，當年度不予撥付急診處置效率獎勵金。

柒、品質資訊之登錄

- 一、參加本方案醫院應依規定，於保險人健保資訊網服務系統之 VPN 登載急診重大疾病照護品質及轉診品質相關資料，格式如附表四（建置於健保資訊網服務系統 <https://10.253.253.243/iwpe0000/iwpe0000s01.aspx>），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、醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務中，地區醫院（接受支援醫院）應於每月申報時，一併將接受醫師支援明細資料登錄於健保資訊網服務系統 VPN 中。
- 三、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。

捌、資訊之分享與公開

- 一、保險人各分區業務組得舉辦方案執行概況檢討或發表會，由參與本方案之特約醫院報告，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方案之醫院名單及相關品質資訊供民眾參考。
- 三、參與醫院所獲得本方案之獎勵金，應用於改善急診工作人力或病人服務。保險人得要求參與醫院提報獎勵金之運用情形並得酌情予以公開。

玖、訂定與修正程序

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。

附表一、緊急搶救手術或處置

健保碼	手術名稱
33075B	血管阻塞術
64197C	肌腱切開或筋膜切開
64158B	斷肢再接手術
69038C	末稍血管修補及吻合術併血管移植
64237C	骨骼外固定器裝置術
67013B	氣管支氣管傷修補術
67002B	開胸探查術
67010B	肺單元切除術
67011B	肺楔狀或部份切除術
67022B	全肺切除及胸廓成形術或支氣管成形術
67023B	一葉肺葉切除
67024B	肺全切除術
68036B	體外循環維生系統(ECMO)建立
68006B	探查性開心術
68005B	心臟縫補術
68001B	探查性心包膜切開術
69009B	動脈縫合
75007B	縫肝術(肝損傷縫合,小於5公分)
75009B	縫肝術(複雜肝損傷之縫合或大於5公分)
75805B	剖腹探查術
83036C	硬腦膜外血腫清除術
83037C	急性硬腦膜下血腫清除術
83039B	腦內血腫清除術
73010B	小腸切除術加吻合術
71206B	食道切除再造術
72014B	胃空腸造口吻合術
73017B	結腸全切除術併行直腸切除術及迴腸造口
74206B	Hartmann 氏直腸手術
70001B	脾臟切除術
70002B	脾臟修補術
83080B	顱內壓監視置入
64022B至64024B	四肢切斷術
48014C-48017C、 48029B-48030B	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒 膿瘍之處理及換藥)

附表二、向上轉診或平行轉診疾病別

診斷碼中文名稱	ICD-10-CM
急性心肌梗塞	I21.0-I21.3、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9
急性腦中風	I63-I66
主動脈剝離	I71.00-I71.02
食道靜脈瘤出血	主診斷需為肝硬化 K70.0、K70.10、K70.11、K70.2、K70.30、K70.31、K70.40、K70.41、K70.9、K73.0、K73.1、K73.2、K73.8、K73.9、K74.0、K74.1、K74.2、K74.3、K74.4、K74.5、K74.60、K74.69、K75.4、K75.81、K76.0、K76.89、K76.9； 或門脈高壓 K76.6，且次診斷為 I85.11。
敗血症	A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21
重大外傷	1.T07 2.S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79（前述第7位碼皆須為"A"） 3.S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92（前述第7位碼皆須為"A"或"B"） 4.S52、S72、S82（前述第7位碼皆須為"A"或"B"或"C"）
體表面積 >20% 之重大燒傷	T31.20-T31.99、T32.20~T32.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T26.00XA~T26.92XA

附表三、向下轉診或平行轉診疾病別

診斷碼中文名稱	ICD-10-CM
胃腸道出血	K92.2
大量腸胃道出血	K25.0-K25.2、K31.82、K26.0-K26.2、K27.0-K27.2
腸阻塞	K56.60、K56.69、K56.7
急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞	K80.00、K80.01、K80.11-K80.13、K80.18-K80.21、K80.30-K80.37、K80.40-K80.47、K80.50、K80.51、K80.60-K80.67、K80.70、K80.71、K80.80、K80.81、K81.0-K81.2、K81.9、K82.0-K82.4、K82.8、K82.9
膽管炎	K74.3、K80.3、K83.0
急性胰臟炎	K85
肺炎	J18.9
慢性氣道阻塞	J44
其他蜂窩組織炎及膿瘍	K12.2、L02-L03、L98.3
充血性心臟衰竭	I50.2-I50.9
發燒	R50.9
泌尿道感染	N36.0、N36.1、N36.2、N36.4、N36.5、N36.8、N39、N13.9、R31
腎盂腎炎	N12
慢性腎衰竭	N18.4、N18.5、N18.6
肝硬化，未提及酒精性者	K74.60、K74.69
肝性昏迷	K72.91

附表四

全民健康保險急診品質方案 獎勵個案登錄系統(VPN)必要欄位表

一、基本資料

1. 院所代碼、2. 病人 ID、3. 出生日期、4. 進入急診時間(年月日時分)

二、急診重大疾病照護品質必登欄位

1. 急性心肌梗塞(共 2 欄): 治療項目醫令代碼(33076B 至 33078B 任一項)、開始執行時間。

2. 重大外傷(共 3 欄): ISS 量表分數、治療項目醫令代碼(詳附表一任一項)、開始執行時間。

3. 嚴重敗血症(共 11 欄): 收縮壓、治療項目醫令代碼及開始時間如下

(1) 抗生素藥品代碼、給藥時間

(2) 09059B 或 09135B、開始執行時間

(3) 13016B、開始執行時間

(4) 13001C 至 13026C 中任一檢查項目、開始執行時間

4. OHCA(共 1 欄): 出院前 MRS 分數(0-5 分)。

5. OHCA 且轉院治療_轉出院所(共 1 欄): 轉院前心跳數。

6. OHCA 且轉院治療_轉入院所(共 1 欄): 出院前 MRS 分數(0-5 分)。

三、轉診獎勵品質必登欄位

1. 轉出醫院: 轉出時間、轉出醫院代號

2. 接受轉診醫院: 轉入時間、轉入醫院代號

四、急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務必登欄位

1. 費用年月、2. 接受支援(地區)醫院業務組別、3. 接受支援(地區)醫院名稱、4. 接受支援(地區)醫院代號、5. 支援醫師 ID、6. 支援醫師姓名、7. 派出支援醫院代號、8. 派出支援醫院名稱、9. 支援班次數、10. 支援開始時間(年月日時分)、11. 支援結束時間(年月日時分)。