

中央健康保險署臺北業務組
「個別醫院前瞻式預算分區共管方式」(劃線版)

114.03.06 第一版訂定

114.06.12 第二版修訂

114.09.19 第三版修訂

115.01.06 第四版修訂

115.03.25 第五版修訂

115.07.01 第六版修訂

115.09.18 第七版修訂

壹、目的

- 一、前瞻式預算，合理自我管控，降低醫院財務衝擊。
- 二、鼓勵醫院積極自主管理，提升醫療服務審查效率。

貳、依據

- 一、全民健康保險法第 61 條第 4 項規定，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者、研商及推動總額支付制度。

- 二、「全民健康保險醫療費用申報與給付及醫療服務審查辦法」第 22 條第 4 項規定，保險人得就保險醫事服務機構申報醫療費用案件進行分析，依分析結果，得免除、增減抽樣審查或全審。

參、實施對象：臺北區特約醫院(除牙醫醫院外)皆應參與並簽立附約(附件 1)。

肆、前瞻預算核算方式

- 一、目標點值：依臺北區醫院總額共管會議決議訂定。

二、費用核定：

- (一) 當季一般服務淨點數=申報一般服務點數(申請點數+部分負擔)-初核核減點數-單價管理核減點數。

- (二) 當季一般服務淨點數≤基期點數(0 階)：

核定點數=當季一般服務淨點數+ 品質補付+萎縮型地區醫院回補。

- (三) 當季一般服務淨點數>基期點數(0 階)：

核定點數=基期點數(0 階)+保障項目較基期成長之差值+總額成長保障點數+階 1+階 2+階 3+品質補付-交付處方超出上限應核減點數+小型醫院費用波動。

註：申報一般服務點數(申請點數+部分負擔)不含 0~6 歲費用申報【申報起日(或就醫日期)減「出生日期」<2,192 日】。

三、基期點數(0 階)：

(一) 費用範圍：

113 年各季結算之一般服務收入，含送核、補報、申復、追扣補付、爭議審議；不含風險移撥款、偏遠地區認定原則補付、專款專用、其他部門、各項代辦項目及 0~6 歲費用申報。

(二) 個別醫院基期點數(0 階)：

1. 非新設立醫院：

(1) 各院基期一般服務收入校正 113 年同期「藥品給付協議返還金額(PVA)」及「個別醫院生物相似藥及學名藥藥費差額」，依本分區醫院總額共管會議決議之當季預設點值調整。

(2) 個別醫院「藥品給付協議返還金額(PVA/MEA)」：

$$113 \text{ 年該季整體 PVA/MEA} \times \frac{\text{個別醫院一般服務之浮動點數}}{\text{總體一般服務之浮動點數}}$$

(3) 個別醫院生物相似藥及學名藥藥費差額：依「全民健康保險推動使用生物相似藥及學名藥之鼓勵試辦計畫」之「藥費差額回饋點數定義」計算方案內一般服務點數。

(4) 因各院浮動及非浮動點數占比不同，校正方式，如下：

基期點數校正公式

◆ 校正公式一

1. 各醫院校正後基期浮動收入(A)=各醫院浮動收入－藥品給付協議返還金額(PVA/MEA)
2. 各醫院校正後基期非浮動收入(B')=各醫院非浮動收入(B)+基期生物相似藥品及學名藥藥費差額
3. 將當季預設點值換算「推估浮動點值(C)」，「推估浮動點值(C)」僅作校正基期點數使用，非當季結算浮動點值。

(1)推估浮動點值(C)公式：

$$\text{當季預設點值} = \frac{\sum \text{各醫院基期收入加總}(A+B) + \sum \text{交付點數}}{\left(\frac{\sum \text{基期各醫院非浮動收入}(B) + \sum \text{交付}}{1} \right) + \left(\frac{\sum \text{基期各醫院浮動收入}(A)}{\text{推估浮動點值}(C)} \right)}$$

(2)範例：某季基期醫院收入加總 246 億，交付 11 億，非浮動收入含交付 130 億，浮動收入加總 127 億

● 若當季目標點值 0.96

$$0.96 = 257 \div [(130 \div 1) + (127 \div \text{推估浮動點值})], \text{ 則推估浮動點值} = 0.9222$$

4. 基期點數(0 階)校正當季共管會議決議之目標點值：

(1)校正點值後之基期點數(0 階)=

$$\left(\frac{\text{校正後基期浮動收入(A)}}{\text{推估浮動點值(C)}} \right) + \left(\frac{\text{校正後基期非浮動收入(B')}}{1} \right)$$

(2)範例：假設當季目標點值為 0.96，經計算推估浮動點值 0.9222

- 某醫院：校正後基期浮動收入 2,000 萬，校正後基期非浮動收入 1,000 萬，則基期點數(0 階)=(2,000 萬÷0.9222)+(1,000 萬÷1)=3,168.73 萬點

◆ 校正公式二=[基期一般服務收入－藥品給付協議返還金額(PVA/MEA) +基期生物相似藥品及學名藥藥費差額] ÷目標點值。

◆ 最終基期點數，以「校正公式一」及「校正公式二」計算之基期點數擇優計算。

(5) 住院量能下降校正個別額度，自 115Q1 起適用：

甲、啟動條件：連續 2 季達當季住院人日下降 15%且住院人數成長率<臺北區同儕平均成長率之醫院，於第 2 季啟動當季個別總額額度下修(如 114Q4、115Q1 均達閾值，則下修 115Q1 個別額度)；啟動條件之住院人日、人數納入所有案件分類計算。

乙、下修個別額度=(當期住診人數成長率－當期前 4 季平均人數成長率)×自身基期住院人數 × 自身基期住診平均單價。

註：「個別額度」係指個別醫院基期點數+總額成長保障點數。

丙、排除醫院：季申報≤6,000 萬者、婦兒專科及精神專科醫院。

2. 新設立醫院：

(1) 定義：自特約日起有完整季申報資料之第 1-12 季。

(2) 計算公式：

甲、完整季申報資料之第 1-4 季：計算原則如下，並得依新設立醫院病床開設期程另行商訂。

(甲) 住診額度：依據本署醫管檔之急性病床(急性一般病床、急性精神病床)、特殊病床(加護病床)開放床數，參考本分區同規模同經營型態醫院之平均每床醫療費用及占床率計算住診額度。

(乙) 門診額度：依前述住診額度及轄區同規模同經營型態醫院之門住比例據以計算。

乙、第 5 季以後：視分區預算額度與個別醫院商議基期點數。

(3) 如新設立醫院個別之發展規模與期程，致醫療費用成長有別於一般新設立醫院時，提臺北醫院總額共管會議討論。

- (4) 整體新設立醫院預算以當季一般服務預算之 0.1% 為原則，超過上限等比例折付之，如無新設醫院則不予保留此預算。

四、各醫院核定點數採分階計算方式：

(一) 保障項目較前一年成長之差值：

1. 計算個別醫院當季一般服務超額點數前，先予排除列計，保障核付。
2. 採計點數＝各項目當季較前一年之差值。
3. 採計點數上限：各院「當期一般服務淨點數－基期點數(0 階)－總額成長保障點數」。
4. 保障項目含剛性需求、急重難罕症照護及政策配合項目(操作型定義如附件 2)。
5. 其他項目屬醫院總額一般服務，依醫院總額研商議事會議決議，並經共管會議討論後納入。
6. 同一案件若同時符合多個保障項目時，以「整件案件(申+部)」優先採計且僅採計 1 次。

(二) 總額成長保障點數(自 115 年起適用)：

1. 計算個別醫院當季一般服務超額點數前，先予排除列計，保障核付。
2. 計算公式，自費用年月 115Q3 起採擇優計算：
 - (1) 基期點數(0 階)×114 年公告醫療服務成本及人口因素成長率。
 - (2) 114 年對 113 年的保障項目差值。
3. 另針對地區醫院加計前一年同期小型醫院費用波動回補點數。

(三) 超額分階核付：

1. 當季一般服務淨點數＝申報一般服務點數(申請點數＋部分負擔)－初核核減點數－單價管理核減點數。
2. 超額點數＝當季一般服務淨點數－基期點數(0 階)－保障項目較基期成長之差值－總額成長保障點數，小於 0 者以 0 計。
3. 超額成長率＝超額點數÷基期點數(0 階)。
4. 指標加權成長率(A)：
 - (3) 計算基期為前一年同期參數。
 - (4) 門診指標成長率(僅地區醫院採計)＝門診人數成長率×65%＋醫師人數成長率×20%＋看診醫師人數成長率×15%。

註：「地區醫院」係以醫事機構代號所屬特約類別認定。

(5) 住診指標成長率=住院人數成長率×40%+住院人日成長率×30%+護理人數成長率×20%+住診 CMI 成長率×10%。

(6) 各項成長率指標值，倘臺北整體平均值為負成長，則皆改採各院值減臺北值做為該項指標採計之成長率。各指標值最高採計至 10%、最低採計至-5%。自 115 年起，250 床以下且每季申報≤6,000 萬之地區醫院無最高採計上限。

(7) 門住合計成長率：

甲、區域以上：住院指標成長率。

乙、地區醫院：門診指標成長率 × (1－基期住診醫療點數占率) + 住院指標成長率×基期住診醫療點數占率。

(8) 指標加權成長率 (A)：門住合計成長率+支付標準調整率+當年度公告醫療服務成本及人口因素成長率－藥價調降率。

如:114 年度公告醫療服務成本及人口因素成長率為 4.344%。

115 年度公告醫療服務成本及人口因素成長率為 3.655%。

(9) 指標項目與操作型定義：

診別	價量	指標項目	權重	操作型定義
門診 (僅地區醫院)	量	門診人數成長率	65%	排除案件分類 01、A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF，及診察費=0、醫令補報之個案
		醫師人數成長率	20%	全季皆執登服務於該院計 1 人，不足季則依天數比率計算
		看診醫師人數成長率	15%	依申報資料歸戶而得，為免極端值影響，件數及費用均達全臺北醫師歸戶 P15 以上才列入計算
住診	量	住院人數成長率	40%	排除案件分類 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ，及醫令補報之個案
		住院人日成長率	30%	
		護理人數成長率	20%	全季皆執登服務於該院計 1 人，不足季則依天數比率計算

診別	價量	指標項目	權重	操作型定義																		
	價	住診 CMI 成長率	10%	(1) 公式=$\frac{\text{採計件數之 RW 總值}}{\text{採計件數}}$ (2) 採計件數:屬署本部公告之 Tw-DRG 案件 (含尚未導入案件)。 (3) 排除案件分類 A1、 A2、 A3、 A4、 AZ、 B1、B2、 C1、 C4、 C5、 DZ 及給付類別 9、醫令補報之個案 (4) 署本部每半年更新 Tw-DRG 之 RW，計算採用時間如下表： <table><tr><th>當期</th><th>基期</th><th>RW 採用年份</th></tr><tr><td>114Q4</td><td>113Q4</td><td>皆採 113 下半年</td></tr><tr><td>115Q1</td><td>114Q1</td><td>皆採 114 上半年</td></tr><tr><td>115Q2</td><td>114Q2</td><td>皆採 114 上半年</td></tr><tr><td>115Q3</td><td>114Q3</td><td>皆採 114 下半年</td></tr><tr><td>115Q4</td><td>114Q4</td><td>皆採 114 下半年</td></tr></table>	當期	基期	RW 採用年份	114Q4	113Q4	皆採 113 下半年	115Q1	114Q1	皆採 114 上半年	115Q2	114Q2	皆採 114 上半年	115Q3	114Q3	皆採 114 下半年	115Q4	114Q4	皆採 114 下半年
當期	基期	RW 採用年份																				
114Q4	113Q4	皆採 113 下半年																				
115Q1	114Q1	皆採 114 上半年																				
115Q2	114Q2	皆採 114 上半年																				
115Q3	114Q3	皆採 114 下半年																				
115Q4	114Q4	皆採 114 下半年																				
門住合計	價	支付標準調整率	100%	公式= $\frac{(\text{當期單價}-\text{基期單價})\times\text{當期醫令數}\times\text{支付成數}}{\text{申報點數}}$																		
	價	藥價調降率	100%	公式= $\frac{(\text{當期藥價}-\text{基期藥價})\times\text{當期醫令數}\times\text{支付成數}}{\text{申報點數}}$																		

5. 合理成長率(B)：

- (1) 臺北區整體可分配點數較基期點數成長率(Y)=[(該季預算－交付費用－自墊核退－之前季別核付金額－品質補付)÷目標點值－保障項目較基期成長之差值－總額成長保障點數]÷基期點數-1。

(2) 階 1 上限級距表：

調整項目	臺北區整體可分配點數較基期點數成長率(Y)	
	$Y \leq 2.5\%$	$Y > 2.5\%$
階 1 上限	2.5%	Y

- (3) 合理成長率 (B)：個別醫院指標加權成長率 (A) 與階 1 上限值取較小值計算，若計算結果<0 則以 0 計算。

(4) 階 1 級距可增加價值：

甲、依「醫師人數成長率＋護理人數成長率」、「指標加權成長率(A)－合理成長率(B)之差額」，再給予個別醫院階 1 級距可增加價值。

醫師人數成長率＋護理人數成長率(v)					
0%<v≤2%		2%<v≤5%		v>5%	
指標加權成長率(A) －合理成長率(B)之 差額 (w)	階 1 級 距可增 加值	指標加權成長率(A) －合理成長率(B)之 差額 (w)	階 1 級 距可增 加值	指標加權成長率(A) －合理成長率(B)之 差額 (w)	階 1 級 距可增 加值
w≤2.0%	0.0%	w≤2.0%	0.0%	w≤2.0%	0.0%
2.0%<w≤4.0%	0.4%	2.0%<w≤3.5%	0.4%	2.0%<w≤3.0%	0.4%
4.0%<w≤6.0%	0.8%	3.5%<w≤5.0%	0.8%	3.0%<w≤4.0%	0.8%
6.0%<w≤8.0%	1.2%	5.0%<w≤6.5%	1.2%	4.0%<w≤5.0%	1.2%
8.0%<w≤10.0%	1.6%	6.5%<w≤8.0%	1.6%	5.0%<w≤6.0%	1.6%
w>10.0%	2.0%	8.0%<w≤9.0%	2.0%	6.0%<w≤7.0%	2.0%
		9.5%<w≤10.0%	2.3%	7.0%<w≤8.0%	2.3%
		w>10.0%	2.5%	8.0%<w≤9.0%	2.5%
				9.0%<w≤10.0%	2.8%
				w>10.0%	3.0%

乙、效率指標：適用中重度急救責任醫院，若無指標案件則不計算該指標
(自 115 年 Q4 起適用)。

(甲) 急診轉住院比率：急診轉住院占住院案件之比率

- i. 比率差值＝當期比率－前一年比率。
- ii. 差值≥0 或≥同儕 P75 則+0.5%。
- iii. 資料採計原則：以擷取資料時可取得之完整季。

(乙) 急診檢傷 1-2 級滯留>24 小時比率：檢傷 1-2 級滯留超過 24 小時案件
占檢傷 1-2 級案件比率。

- i. 比率差值＝當期比率－前一年同期比率。
- ii. 差值<0 或≤同儕 P25 則+0.5%。
- iii. 資料採計原則：以 DA 指標可取得最近一季資料。

(5) 個別醫院階 1 級距 (C) = 合理成長率 (B) + 個別醫院階 1 可增加價值。

6. 階 2、階 3 級距：

(1) 臺北區整體成長率 (Z)：整體醫院當季一般服務點數相較基期點數(含總額成長保障點數)之成長率。

(2) 階 2、階 3 級距採下表：

調整項目	臺北區整體成長率(Z)				
	$Z \leq 4\%$	$4\% < Z \leq 5\%$	$5\% < Z \leq 6\%$	$6\% < Z \leq 7\%$	$Z > 7\%$
階 2 級距	2.0%	2.5%	3.0%	3.0%	3.0%
階 3 級距	2.0%	2.0%	2.0%	2.5%	3.0%

7. 個別醫院超額分階核付點數計算：

(1) 個別醫院超額成長率落在 $0\% \sim C$ (階1)、 $C \sim C+3\%$ (階2)、 $C+3\% \sim C+6\%$ (階3)、 $>C+6\%$ (階4)時，分別以不同核付率計算各院各階核付點數。

(2) 各階區間及核付率：(以階 2 及階 3 各為 3%為例)

分階	階 1	階 2	階 3	階 4
區間	$0\% \sim (C)$	$(C) \sim (C)+3\%$	$(C)+3\% \sim (C)+6\%$	$>(C)+6\%$
核付率	0.75	0.5	0.25	0

(3) 離島醫院(含衛生福利部金門醫院及連江醫院)，階 1 至階 3 核付率皆為 1。

五、品質補付：

(一) 保留當季一般服務預算之 0.2%，額外加計予達成品質指標之醫院。

(二) 品質指標項目、操作型定義及計算範圍如附件 3。

(三) 各院品質補付點數=

$$\text{整體品質補付點數} \times \frac{\text{該院品質指標達成項目數}}{\text{該醫院類別品質指標項目數}} \times \frac{\text{該院一般服務淨點數}}{\text{整體一般服務淨點數}}$$

註：一般服務淨點數=申請點數+部分負擔-初核核減-單價管理核減點數。

(四) 若醫院有停約以上處分，依本署第一次處分函所載停(終)約起日之當季起取消品質補付，並自該函所載迄日之次季恢復。

六、交付處方醫療費用管理：

(一) 為穩定分階核付可支用預算，各醫院當季交付處方醫療點數以較前一年同期(或 113 年同期)成長 7%兩者擇高為上限。

(二) 前一年同期交付處方醫療費用點數，不含前一年同期超出上限之核減點數。

(三) 超出上限之差值計算方式：

1. 差值公式=各院當季交付處方醫療費用點數-(各院前一年同期交付處方醫療費用點數 $\times 1.07$)，差值 <0 以0計算。
2. 差值 >0 之醫院逕予核減，如該院當季一般服務淨點數+當季交付處方醫療費用點數未超出該院基期點數(0階)則不核減。

(四) 離島醫院(含衛生福利部金門醫院及連江醫院)不執行此項。

七、超額分階核付預算與超額分階核付總點數(D)不平衡之調校方式：

(一) 超額分階核付預算=當季就醫分區預算(估算值)- Σ (各院基期點數(0階)-當季交付處方醫療費用點數-保障項目較前一年成長之差值-總額成長保障點數-品質補付-其他風險保留款(如：非當季核定點數、自墊醫療費用核退...等))。

(二) 整體超額分階核付總點數(D)= Σ (階1~3核付點數)。

(三) 預算剩餘：

1. 定義：超額分階核付預算-分階核付預估總點數(D) >0 。
2. 依下表左至右上調各階核付率，若依下表依序調整仍有預算，則依階1、階2、階3的順序增加點值0.05，直到預算用完，惟階1、階2、階3點值最多上調至1，階4點值仍維持0。

由左至右 依序上修	階1	階2	階3	階1	階2	階3	階1	階2	階3
核付率	0.85	0.55	0.3	0.9	0.6	0.35	0.95	0.65	0.4

(四) 預算不足：

1. 定義：超額分階核付預算-分階核付預估總點數(D) <0 。
2. 預算不足額度未達1.5億時，不執行下修各階核付率作業。
3. 依下表左至右下調各階核付率，若依下表依序調整預算仍有不足，則依階3、階2、階1的順序下修核付率0.05，階1、階2、階3、階4核付率最多下修至0.65、0.3、0.1、0，經上述調整後，差距仍無法彌平，將不再下修，超額核付的點數將反應在結算點值。

由左至右 依序下修	階3	階2	階1	階3	階2	階1	階3	階2
核付率	0.2	0.45	0.7	0.15	0.4	0.65	0.1	0.3

八、「地區醫院的萎縮額度」即地區醫院核定點數未達基期點數(0 階)剩餘之點數(下稱「結餘點數」)，分配如下：(自 114 年 Q2 起適用)

(一)「小型醫院費用波動」調控：

1. 適用對象：符合以下 2 項條件醫院：

(1) 當季申報一般服務點數(申請點數+部分負擔) $\leq 5,000$ 萬醫院。

(2) (核定點數 $\times$ 目標點值) $\div$ 當季一般服務淨點數 < 0.95 。

2. 回補方式：回補前點數核付率 $< 80\%$ ，回補點數至 0.9；回補前點數核付率 $\geq 80\%$ ，回補點數至當季預估之臺北醫院整體平均點值，惟不得超過 0.95。

3. 惟整體醫院回補上限 3000 萬，如超出回補上限，則參與回補醫院等比例調降回補點數。

(二)萎縮型地區醫院回補：使用結餘點數扣除「小型醫院費用波動回補」後之點數(下稱「結餘可分配點數」)。

1. 適用對象：當期一般服務點數較基期點數低，且預估平均點值低於 0.95 之地區醫院。

2. 回補方式：回補各院核付點數與預估收入以 0.95 計之差值。如超出結餘可分配點數，則參與回補醫院等比例調降回補點數。

3. 剩餘之結餘可分配點數，依浮動點數占比分配予萎縮型地區醫院並以回補至本分區當季預估平均點值為上限。

伍、醫療費用審查作業：

一、審查類別管理：

醫院類別	隨機審查	立意抽審	行政檢核
非新設立醫院	不執行	樣本月執行	樣本月執行
新設立醫院	1. 自特約日起完整季申報資料之第 1-4 季：逐月執行。 2. 第 5-12 季：不執行。	1. 自特約日起完整季申報資料之第 1-4 季：逐月審查。 2. 第 5-12 季：樣本月執行。	
違規醫院	自停約期滿之次月起逐月執行一年。		

註 1：「違規醫院」係指經查核有停約以上處分之醫院。

註 2：「立意抽審」包含異常電腦立意抽審(CIS)及本組自訂之立意抽審。

二、單價管理：

(一) 本分區所有醫院(除離島醫院(含衛生福利部金門醫院及連江醫院))，單價超出均應予以核減。

(二) 計算範圍及核減點數計算公式(如附件 4)。

三、專案篩異管理：依檔案分析結果，回饋篩異明細予醫院自行清查、執行專業審查或實地審查。

陸、補報作業規定：

一、為利費用歸屬，於該季結算前完成核算，各季一般服務費用申報期限(受理日期)至次季第 2 個月 10 日(含)前，逾期申報以 0 元核付，如 114 年 Q3 一般服務費用申報期限至 114 年 11 月 10 日(含)前。

二、重大傷病、身分變更、自墊核退或其他因素經業務組認定，非歸責於醫院之補報不在此限。

三、原屬代辦案件經權責機關(如:疾管署、國健署)不予給付之補報，依相關規定辦理。

柒、其他事項

一、病人就醫權益確保措施：

(一) 不當轉診(人球)及影響健保病人就醫權益定義：

1. 涉違規事件揭露(本署查核單位/檢調相關單位)或經司法單位判定結果須處以罰則。

2. 申訴或報載等有不當轉診(人球)及影響健保病人就醫權益情形，經「臺北區就醫品質管理小組」(如附件 5)確認。

(二) 當有以上不當轉診事件發生，該季即對該院執行以下措施：

1. 基期點數(0 階)乘以當季預估之臺北醫院整體平均點值計算。

2. 取消肆之五、品質補付。

3. 取消肆之八、「小型醫院費用波動」回補。

二、針對臺北業務組 114Q2 起(以本署發函日認定)請醫院自行檢視之專案(自清案件之費用年月不限)，倘醫院同意繳回率(件數自清率)低於臺北整體值且該專案標的醫令經專業審查點數核減率 $\geq 80\%$ (四捨五入至小數點後第一位)者，將標的醫令專業審查核減點數乘上 10 倍，於專案費用核扣當季調整基期點數(0 階)，醫院超出調整後基期點數(0 階)之超額點數續依本方案超額分階核付方式核付，惟醫院該項專案應清查件數 $\leq$ 臺北同儕 P25 值，則不予執行(如專案於 115/4

發函自清、115/7 月核扣，則下修 115Q3 基期)。

- 三、 針對本計畫肆、「前瞻預算核算方式」、各項管理機制所需執行之核減，醫院不得提出申復、爭議審議等行政救濟。
- 四、 若有特殊狀況影響醫院營運管理之訴求，須於先透過分會層級代表取得具體共識後，提臺北區醫院總額共管會議討論議定。

附件 1

臺北特約醫院附約一 辦理中央健康保險署臺北業務組 「個別醫院前瞻式預算分區共管方式」

- 一、本院申請參加「中央健康保險署臺北業務組個別醫院前瞻式預算分區共管方式」(以下簡稱本共管方式)，並同意依相關規定辦理。
- 二、本院瞭解本共管方式為全民健康保險特約醫事服務機構合約之一部分，其效力與全民健康保險特約醫事服務機構合約同。

此致

中央健康保險署臺北業務組

申請醫院

醫院代號：

醫院名稱：

醫事機構特約章戳：

(醫療院所印章)

(負責醫師印章)

中華民國 年 月 日

附件2 保障項目操作型定義(自115年起適用)

序號	項目	操作型定義	採計項目
1	生產案件 (剛性需求)	1. 醫事類別：22(住院) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 3. 給付類別：6(自然生產)、7(剖腹生產) 4. 部分負擔代碼：002(分娩)	申+部
2	精神科住院 案件 (剛性需求)	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 3. 就醫科別：13(精神科) 4. 精神科住診案件點數排除精神科長效針劑	申+部
3	地區醫院 RCW、所有 醫院 RCC	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 3. 給付類別：9(呼吸照護) 4. 地區醫院 RCW： (1) 層級別為地區醫院 (2) 該院試辦計畫代碼：05(呼吸照護-IDS)、14(呼吸照護-慢性呼吸照護病房(病床))。 (3) 申報 P1011C、P1012C 者。 5. 所有醫院 RCC：申報 P1005K、P1006K、P1007A、P1008A 者。	申+部
4	自發性急性 腦血管疾病	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 3. 符合下列條件之案件 (1) 部分負擔代碼 001(重大傷病)者，其 ICD10-CM 主診斷前三碼為 I60~I68、G45.0~G45.2、G45.4~G46.8。	申+部

序號	項目	操作型定義	採計項目
		(2) 部分負擔代碼 011(住院期間急性腦血管疾病發作後一個月內重大傷病)者，其 ICD10-CM 主次診斷前三碼為 I60~I68、G45.0~G45.2、G45.4~G46.8。 (3) 部分負擔代碼 001 或 011 者，ICD10-CM 主次診斷為 P91.821、P91.822、P91.823、P91.829、P52.0~P52.9。	
5	急性心肌梗塞	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 3. ICD10-CM 主診斷為 I2101~I229、I5A 且執行 PrimaryPCI 醫令代碼為 18020B、18021B、18022B、33076B、33077B、33078B 者。	申+部
6	主動脈剝離	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 3. ICD10-CM 主診斷為 I7100~I7103、且執行 stent 及置換醫令代碼為 69023B、69024B、69027B、69035B、69036B、69037B、68043B 者。	申+部
7	ICU -大於 6 歲 前 7 天之 ICU 基本診療費	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 3. 當季入住 ICU 病患前 7 天之 ICU 病房費、護理費、診察費點數（病房費醫令為 03010E、03011F、03012G、03017A；護理費醫令為 03104E、03105F、03106G、03041A、03047E、03048F、03049G、03098A；診察費醫令為 02011K、02012A、02013B）。 4. 排除呼吸器依賴個案回轉 ICU 之案件	醫令點數

序號	項目	操作型定義	採計項目
8	門診放療、化療注射案件(分別計算)	1. 醫事類別：12(門診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF 3. 放療案件：36001B~36015B、36018B~36021C、37006B~37019B、37026B、37030B、37046B、36022B、36023B、36024B、37028B、37029B、37047B。 4. 化療注射案件：有申報 ATC 碼前三碼為 L01、L02 及 ATC 碼為 L03AB04、L03AB05、L03AC01、L03AX、L03AX03、L03AX16、L04AX02、L04AX04、L04AX06、V10XX03、V10XA01~04、V10XA53，且為注射劑(藥品醫令第 8 碼為 2)之案件。	申+部
9	門診急診檢傷分類 1 級	1. 醫事類別：12(門診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF 3. 醫令代碼為 00201B 者。	申+部
10	使用 ECMO 之費用	1. 醫事類別及案件分類： (1) 醫事類別：12(門診)、案件分類≠A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF (2) 醫事類別：22(住診)案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 2. 使用 68036B【體外循環維生系統(ECMO)建立(第一次)】，47089B(體外循環維生系統管線更換)者。	醫令點數
11	使用主動脈內氣球幫浦(IABP)之費用	1. 醫事類別及案件分類： (1) 醫事類別：12(門診)、案件分類≠A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF	醫令點數

序號	項目	操作型定義	採計項目
		(2) 醫事類別：22(住診)案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 2. 使用 33079B(主動脈氣球裝置術)，47063B【主動脈氣球輔助器使用照護費(天)】者。	
12	地區醫院承作 PAC 個案、 <u>復健病房</u> 之一般服務費用	1. 層級別：地區醫院<u>或參與復健病房醫院</u> 2. 醫事類別及案件分類： (1) 醫事類別：12(門診)、案件分類≠A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF (2) 醫事類別：22(住診)案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 3. 醫令代碼<u>為：</u> (1) <u>PAC</u>：P5101B、P5102B、P5103B、P5107B、P5108B、P5109B、P5129B、P5130B、P5131B、P5132C、P5133B、P5134B、P5141B、P5142B、P5143B、P5144B、P5145B、P5146B、P5506B、P5507B、P5508B、P5509B。 (2) <u>復健病房</u>：P9001B~ P9012B。	醫令點數
13	門診手術	1. 醫事類別：12(門診) 2. 案件分類：03(西醫門診手術)、C1(論病例計酬案件) 3. 排除執行 ESWL(ICD-10-CM 主診斷碼為 N20.0-N20.9；ICD-10-PCS 主手術或處置碼:0TF3XZZ、0TF4XZZ、0TF6XZZ、0TF7XZZ、0TFBXZZ、0TFCXZZ、0WFRXZZ)及白內障手術(醫令代碼 86006C、86007C、86008C、86011C、86012C、97605K、97606A、97607B、97608C)者。	申+部

序號	項目	操作型定義	採計項目
14	地區醫院慢 連箋開立	1. 層級別：地區醫院(含院區評鑑為地區醫院) 2. 醫事類別：12(門診) 3. 案件分類:04、E1 4. 「慢性病連續處方箋有效期間總處方日份(d44)>給藥日份(d27)」且「慢性病連續處方箋有效期間總處方日份(d44)/給藥日份(d27)≥2」	申+部
15	心臟瓣膜手術及特定特材	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 3. ICD-10-PCS 處置碼為 02UJ0JZ、02UJ0JG、02UG0JZ、02UG0JE、02QF0ZZ、024F07J、024F08J、024F0JJ、024F0KJ、02QF0ZJ、02RJ08Z、02RF0JZ、02RG08Z、02QW0ZZ、02QX0ZZ、02RF38H、02RF38Z、02RF38N、02RF08Z、02RF08N、02RF07Z、02RF0KZ、02RG07Z、02RG0JZ、02RG0KZ、02RJ07Z、02RJ0JZ、02RJ0KZ、02UF07Z、02UF08Z、02UF0JZ、02UF0KZ、02UG07Z、02UG08Z、02UG0KZ、02UJ07Z、02UJ08Z、02UJ0KZ、02RF37Z、02RF3JZ、02RF3KZ、02RG37Z、02RG38Z、02RG3JZ、02RG3KZ、02RJ37Z、02RJ38Z、02RJ3JZ、02RJ3KZ、02UF37Z、02UF38Z、02UF3JZ、02UF3KZ、02UG37Z、02UG38Z、02UG3JZ、02UG3KZ、02UJ37Z、02UJ38Z、02UJ3JZ、02UJ3KZ、02RF47Z、02RF48Z、02RF4JZ、02RF4KZ、02RG47Z、02RG48Z、02RG4JZ、02RG4KZ、02RJ47Z、02RJ48Z、02RJ4JZ、02RJ4KZ、02UF47Z、02UF48Z、02UF4JZ、02UF4KZ、02UG47Z、02UG48Z、02UG4JZ、02UG4KZ、02UJ47Z、02UJ48Z、02UJ4JZ、02UJ4KZ、02QF3ZZ、	醫令點數

序號	項目	操作型定義	採計項目
		02QF4ZZ、02QG0ZZ、02QG3ZZ、02QG4ZZ、02QJ0ZZ、02QJ3ZZ、02QJ4ZZ、02RF37H、02RF3JH、02RF3KH 且醫令代碼為 68015B、68016B、68017B、68018B、69035B、68040B、68060B、TAVI 特材(即特材給付規定代碼 B102-8、B102-10)之醫令點數。	
16	「插入或置換永久性節律器」之手術及特定特材	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 3. ICD-10-PCS 處置碼為 0JH608Z、02HK3KZ、02H63KZ、02H63JZ、02HK3JZ、0JH606Z、02H63JZ、02H604Z、02H63JZ、02H605Z 且醫令代碼為 68012B、68041B、特材給付規定代碼 B103-1、B103-2 之醫令點數。	醫令點數
17	「主動脈瘤、急性心肌炎、末期心衰竭」之處置或手術及特定特材	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 3. ICD-10-CM 主診斷為 I71.0~I71.9、I40.0~I40.9、I50.1~I50.9 或任一次診斷為 I41、I42 或「主或任一次診斷為 I11.0、I13.0、I13.2」，且 ICD-10-PCS 處置碼為 027034Z、027035Z、027036Z、027037Z、027134Z、027135Z、027136Z、027137Z、027234Z、027235Z、027236Z、027237Z、027334Z、027335Z、027336Z、027337Z、02703DZ、02703EZ、02703FZ、02703GZ、02713DZ、02713EZ、02713FZ、02713GZ、02723DZ、02723EZ、02723FZ、02723GZ、02733DZ、02733EZ、02733FZ、02733GZ、5A02210、5A0221D、5A1522F、5A1522G、5A1522H、02HA0QZ、02HA3RS、02HA3RZ、02HA3RJ、前四碼為 02RW、02RX、	醫令點數

序號	項目	操作型定義	採計項目
		02VW、02VX、04R0、04V0 且醫令代碼為 33079B、47063B、68036B、68051B、68052B、 特材給付規定代碼 B201-6、B206-8 之醫令點數	
18	內視鏡射頻 消融術(RFA 食道)之處 置及特材	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、 C1、C4、C5、DZ 3. 37048B、特材給付規定代碼 E210-5 之醫令點數	醫令點數
19	心肺復甦術	1. 醫事類別及案件分類： (3)醫事類別：12(門診)、案件分類=02。 (4)醫事類別：22(住診)、案件分類≠A1、A2、 A3、A4、AZ、B1、B2、C4、C5、DZ 2. 醫令代碼為：47028C、47029C、47105C、47106C 及 47031C。	醫令點數
20	重大創傷	符合下列條件之住診案件[醫事類別：22(住診)、案件 分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C4、C5、 DZ]，及其住院前的當次急診案件[醫事類別：12(門 診)、案件分類=02]： 1. 符合下列主診斷碼， 且 ISS≥16 之病人： (1)T07.XXXA。 (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，主診斷為： T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、 T32.20-T32.99、 T26.00XA-T26.92XA 或次診斷 為 T31.20-T31.99、T32.20-T32.99。	申+部

序號	項目	操作型定義	採計項目
21	罕見疾病相關費用	1. 醫事類別及案件分類： (1) 醫事類別：12(門診)、案件分類≠A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF (2) 醫事類別：22(住診)案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 2. 罕見疾病： (1) 部分負擔代碼=001 且主、次診斷任一亦符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼(診斷碼完全符合才列入計算)之所有案件且領有重大傷病卡者。 (2) 國健署重大傷病罕病通報紀錄檔註記審核通過，但未領有重大傷病卡(罕見疾病註記為 Y)之保險對象，任一主、次診斷符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼(診斷碼完全符合才列入計算)且申報符合罕見疾病藥物品項之案件。	申+部，扣除藥費
22	藥品給付規定 9.103.Tisagenlecleucel 成分(ATC 代碼 L01XL04 藥品(CAR-T)	1. 醫事類別及案件分類： (1) 醫事類別：12(門診)、案件分類≠A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF (2) 醫事類別：22(住診)案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 2. Tisagenlecleucel 成分藥品(Kymriah、L01XL04、KC01176297)	醫令點數
23	新生兒依附就醫	1. 醫事類別及案件分類： (1) 醫事類別：12(門診)、案件分類≠A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF (2) 醫事類別：22(住診)案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 2. 部分負擔代碼 903(新生兒依附註記方式就醫者)。	申+部

附件3 品質指標項目(115Q3起適用)

醫院類別	指標名稱	項目數
醫學中心/ 區域醫院	1. 門診輕症占率 2. 生物相似藥及化療學名藥醫令量占率 3. 急診檢傷1、2級病人停留超48小時比率 4. 急診檢傷3-5級病人停留超過24小時比率 5. 門診10項重要檢查(驗)再執行率 6. 糖尿病方案累計照護率/初期慢性腎臟病方案累計照護率/精進糖尿病及初期慢性腎臟病整合照護 7. 接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率 8. 非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數成長率 9. 檢驗(查)結果時效內(3日內)上傳率 10. 醫療檢查影像時效內(3日內)上傳率 11. 西醫門診年復健次數>180次之案件數(同院) 12. 住院案件出院後3日內急診率 13. 西醫門診病人可避免住院率(季累計) 14. 以病例組合校正之住院案件出院後14日內再住院率	14
地區一般	5. 門診10項重要檢查(驗)再執行率 6. 糖尿病方案累計照護率/初期慢性腎臟病方案累計照護率/精進糖尿病及初期慢性腎臟病整合照護 7. 接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率 9. 檢驗(查)結果時效內(3日內)上傳率 10. 醫療檢查影像時效內(3日內)上傳率 11. 西醫門診年復健次數>180次之案件數(同院) 12. 住院案件出院後3日內急診率 13. 西醫門診病人可避免住院率(季累計) 14. 以病例組合校正之住院案件出院後14日內再住院率	9
精神專科	7. 接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率 9. 檢驗(查)結果時效內(3日內)上傳率 10. 醫療檢查影像時效內(3日內)上傳率 12. 住院案件出院後3日內急診率 15. 參加思覺失調症醫療給付改善方案	7

醫院類別	指標名稱	項目數
	16.同院所急性精神病人出院30日內門診追蹤率 17.同院所慢性精神病人出院30日內門診追蹤率	
呼吸照護	9. 檢驗(查)結果時效內(3日內)上傳率 10.醫療檢查影像時效內(3日內)上傳率 11.住院案件出院後3日以內急診率	3
婦兒專科	5. 門診10項重要檢查(驗)再執行率 9. 檢驗(查)結果時效內(3日內)上傳率 10.醫療檢查影像時效內(3日內)上傳率 12.住院案件出院後3日以內急診率	4

註：呼吸照護、精神專科及婦兒專科醫院相關費用占率需達 80%。

附件4 單價核減：(離島醫院不執行)

(一)計算範圍如下：

1. 排除門診手術(案件分類"03")、論病例計酬(案件分類"C1")之手術案件、預防保健(案件分類"A3")、代辦門診戒菸(案件分類"B7")、代辦孕婦全面篩檢愛滋計畫(案件分類"B9")、65歲以上老人流行性感疫苗接種(案件分類"D2")、代辦登革熱 NS1 抗原快速篩檢試劑(案件分類"DF")、急診檢傷分類第 1 級及 0~6 歲費用申報【申報起日(或就醫日期)減「出生日期」<2,192 日】及部分負擔代碼 903(新生兒依附註記方式就醫者)。
2. 住診：一般案件(案件分類"1")，排除 0~6 歲費用申報及部分負擔代碼 903(新生兒依附註記方式就醫者)。
3. 如各季因支付標準調整或藥價調降足以影響統計結果時，均將予以校正。

(二)門診計算公式：

1. 季每人非藥費平均醫療點數(排除管理照護費之 P 碼醫令點數、安寧居家訪視費、緩和醫療家庭諮詢費、門診靜脈抗生素治療獎勵費用、急診檢傷分類第 1 級及矯正機關內就醫案件)：
核減點數 = 【(門診季每人非藥費平均醫療點數 - 前一年同期門診季每人非藥費平均醫療點數) × 門診季非藥費病人數 × (1 - 當季門診初核核減率)】 × (50% + 各調控因子核減成數)
2. 季每人平均藥費：
 - (1) 含交付處方，排除：AIDS 藥費、專款專用藥費(血友病、罕病、器官移植術後抗排斥用藥、C 型肝炎用藥、暫時性支付藥品等)、精神科長效型針劑等；及當年度適應症放寬或當年度新增之癌藥，則自適應症放寬或新增當季起 2 年內排除等。
 - (2) 核減藥費 = 【[門診季每人平均藥費 - 前一年同期門診季每人平均藥費(含藥費差額回饋點數) × (1 + X × 50%)] × 門診季藥費病人數 × (1 - 當季門診初核核減率)】 × (50% + 各調控因子核減成數)
註：以年度總額預算人口結構改變率(X)之 50%反映前一年同期藥費之成長

(三)住診計算公式：

1. 季每人非藥費平均醫療點數(排除管理照護費之 P 碼醫令點數、安寧居家訪視費、緩和醫療家庭諮詢費、不適用 TW_DRG 特殊註記 F、J、K、L 及矯正機關內就醫案件)：

核減點數 = $\left[(\text{住診一般案件季每人非藥費平均醫療點數} - \text{前一年同期住診季一般案件每人非藥費平均醫療點數}) \times \text{住診季非藥費病人數} \times (1 - \text{當季住診初核核減率}) \right] \times (50\% + \text{各調控因子核減成數})$

2. 季每人平均藥費：

(1) 排除：AIDS 藥費、專款專用藥費(血友病、罕病、器官移植術後抗排斥用藥、C 型肝炎用藥、暫時性支付藥品等)、精神科長效型針劑等；及當年度適應症放寬或當年度新增之癌藥，則自適應症放寬或新增當季起 2 年內排除等。

(2) 核減藥費 = $\left[[\text{住診一般案件季每人平均藥費} - \text{前一年同期住診一般案件季每人平均藥費(含藥費差額回饋點數)} \times (1 + X \times 50\%)] \times \text{住診季藥費病人數} \times (1 - \text{當季住診初核核減率}) \right] \times (50\% + \text{各調控因子核減成數})$

註：以年度總額預算人口結構改變率(X)之 50%反映前一年同期藥費之成長

3. 住診人數 ≤ 20 人之醫院，不執行住診藥費/非藥費單價核減。

(四)調控因子：

1. 除因子 1 外，僅單價範圍內之人數及點數納入計算。

2. 各調控因子定義如下：

(1) 「因子 1：個別醫院全院一般服務點數(含交付)成長率」 = $\left[\frac{\text{一般服務點數(含交付)}}{\text{前一年同期一般服務點數(含交付)}} \right] - 1$

(2) 「因子 2：價量背離關係」 = 點數成長率 - 人數成長率

註 1：點數成長率 = $\left(\frac{\text{經藥費或支付標準校正之點數} - \text{前一年同期經藥費或支付標準校正之點數}}{\text{前一年同期經藥費或支付標準校正之點數}} \right) - 1$

註 2：人數成長率 = $\left(\frac{\text{人數} - \text{前一年同期人數}}{\text{前一年同期人數}} \right) - 1$

(3) 「因子 3：重大傷病/地區醫院門診藥費慢性病案件占率增加幅度」

(3-1) 重大傷病案件占率增加幅度 = $\text{重大傷病案件數占率} - \text{前一年同期重大傷病案件數占率}$

(3-2) 地區醫院門診藥費慢性病案件占率增加幅度 = $\text{慢性病案件占率} - \text{前一年同期慢性病案件占率}$

註 1：占率=分子案件數/分母案件數

註 2：重大傷病案件為部分負擔代碼 001 案件

註 3：門診慢性病案件為案件分類 04、08 案件，且給藥日份 ≥ 28 且總處方日份 ≥ 28

3. 上述因子對應之核減成數如表 1，各項單價核減採計之調控因子如表 2

表 1、調控因子反應之核減成數

因子 1		因子 2		因子 3		
全院一般服務點數成長率(-3.0~4.5%)		價量背離(0%~5%)		重大傷病及慢性病案件增加幅度(-10%~0%)		
成長率級距	核減成數	價量關係級距	核減成數	占率增加級距	核減成數(分別採計)	
					門診/住診 重大傷病案件	地區醫院門診 慢性病案件
X≤ 0%	-3.00%	X≤3%	0%	X≤0%	0%	
0% < X≤ 2.5%	-1.50%	3%<X≤5%	1%	0%<X≤3%	-3%	
2.5% < X≤ 5.0%	0.00%	5%<X≤8%	2%	>3%	-5%	
5.0% < X≤ 7.5%	1.50%	8%<X≤10%	3%			
7.5% < X≤ 10%	3.00%	10%<X≤20%	4%			
>10%	4.50%	X>20%	5%			

表 2、各項單價核減採計之調控因子

因子	門診		住診	
	非藥費	藥費	非藥費	藥費
1.一般服務點數成長率	V	V	V	V
2.價量背離關係	V	V	V	V
3-1.重大傷病案件占率增加幅度	V	V	V	V
3-2.地區醫院慢性病案件占率增加幅度		V		

附件5

「臺北分區就醫品質管理小組注意事項」

- 壹、為保障病人安全及民眾醫療權益，避免醫療人球，特設立本小組及訂定注意事項。
- 貳、小組任務針對民眾病人流向異常暨相關檢舉案、不當轉院(診)、影響醫療品質與醫界形象等事件進行管理。
- 參、本小組成員由醫院總額臺北分區共管會議之醫界主席代表擔任召集人。
- 肆、各層級醫院各推派代表3人，每次會議各層級至少應有1人出席；健保署臺北業務組得遴聘相關領域專家2-3名，每次會議視需要邀請專家出席。
- 伍、由健保署臺北業務組視需要不定期召開會議，會議時間由主席擇定，並邀請事涉相關醫院與會。

附件、115 年品質指標項目與操作型定義

序 號	適用醫院類別 (1.醫學中心、2.區域醫院、3.地區醫院、4.精神專科、5.呼吸照護、6.婦兒專科)	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	目標值
1	1、2(含三總北投、部八里)	門診輕症占率	門診輕症占率 定義： 1. 整體門診案件：醫事類別 12 且排除代辦(案件分類 A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF)。 2. 輕症案件：整體門診案件排除重大傷病、罕病、急診、門診手術、放療及化療注射案件及政策相關等。 (1) 重大傷病：部分負擔代碼 001。 (2) 罕病： 甲、部分負擔代碼=001 且主、次診斷任一亦符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼(診斷碼完全符合才列入計算)之所有案件且領有重大傷病卡者。 乙、國健署重大傷病罕病通報紀錄檔註記審核通過，但未領有重大傷病卡(罕見疾病註記為 Y)之保險對象，任一主、次診斷符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼(診斷碼完全符合才列入計算)且申報符合罕見疾病藥物品項之案件。 (3) 急診：案件分類為 02。 (4) 門診手術：案件分類 03(西醫門診手術)、C1(論病例計酬案件)，但 C1 論病例計酬案件不含 ESWL(ICD-10-CM 主診斷碼為 N20.0-N20.9；ICD-10-PCS 主手術或處置碼:0TF3XZZ、0TF4XZZ、0TF6XZZ、0TF7XZZ、0TFBXZZ、0TFCXZZ、0WFRXZZ)。 (5) 放療案件：醫令類別 2 且醫令代碼為 36001B~36015B、36018B~36021C、37006B~37019B、37026B、37030B、37046B、36022B、36023B、36024B、37028B、37029B、37047B、36025B、36026B、36027B。 (6) 化療注射案件：有申報 ATC 碼前三碼為 L01、L02 及 ATC 碼為 L03AB04、L03AB05、L03AC01、L03AX、L03AX03、L03AX16、L04AX02、L04AX04、L04AX06、V10XX03、V10XA01~04、V10XA53，且為注射劑(藥品醫令第 8 碼為 2)之案件。 (7) 門診靜脈抗生素治療(OPAT)案件：特定治療項目代號 DA。 (8) 在宅急症照護(HaH)案件：特定治療項目代號 EN。 3. 分子：輕症案件申報點數(申請點數＋部分負擔)。 4. 分母：整體門診案件申報點數(申請點數＋部分負擔)。 倘後續署本部公告全署一致之門診輕症定義，則依其規定辦理。	1. 醫學中心：當季門診輕症占率較前一年同期下降 1%或當季門診輕症占率≤同儕平均。 2. 區域醫院：當季門診輕症占率≤前一年同期或當季門診輕症占率≤同儕平均。
2	1、2	生物相似藥及化療學名藥醫令量占率	定義： 1. 門診：排除案件分類 A3、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF。 2. 住診：排除案件分類 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 之案件。 3. 生物相似藥醫令及化療學名藥醫令：依「全民健康保險推動使用生物相似性藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫」所列之藥品清單。 4. 生物相似藥醫令使用率： (1) 分子：門診+住診生物相似藥醫令申報量。 (2) 分母：門診+住診 8 類藥品成分(adalimumab、bevacizumab、etanercept、filgrastim、infliximab、pegfilgrastim、rituximab、teriparatide)醫令申報量。 5. 化療學名藥醫令使用率： (1) 分子：門診+住診化療學名藥醫令申報量。 (2) 分母：門診+住診 4513類藥品成分(capecitabine、carboplatin、docetaxel、doxorubicin、epirubicin、eribulin、irinotecan、melphalan、mitomycin-e、oxaliplatin、pemetrexed、tegafur、temozolomide、topotecan、vinorelbine)醫令申報量。 <u>(3) 病人就醫主或次診斷之國際疾病分類第十版(ICD-10)診斷碼為 C00~C97 者。</u> 6.倘後續署本部公告修訂該計畫之適用藥品清單，則依公告修訂之藥品清單範圍於公告實施日起適用。	1.當季生物相似藥醫令量占率≥30%或較前一年同期提升 5 個百分點。 2.當季化療學名藥醫令量占率≥70%或較前一年同期提升 10 個百分點。 3.生物相似藥及化療學名藥醫令量占率兩者皆達目標值，採計為達成 1 項品質指標；僅有其一達標則採計達成 0.5 項品質指標。

序號	適用醫院類別 (1.醫學中心、2.區域醫院、3.地區醫院、4.精神專科、5.呼吸照護、6.婦兒專科)	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	目標值
3	1、2	急診檢傷 1、2 級病人停留超 48 小時比率	定義： 1. 本署 DA 指標代碼：1811。 2. 急診案件：門、住診案件申報「急診診察費醫令 00201B、00202B」及「急診起、迄時間醫令」者。 3. 區域級以上醫院。 4. 配合署本部跨月彙算需求、指標計算結果產製期程較晚，上述各項數據皆使用最近一季資料。	自身實績值≤前一年同期自身實績值
4	1、2	急診檢傷 3-5 級病人停留超過 24 小時比率	定義： 1. 本署 DA 指標代碼：1336。 2. 急診案件：門、住診案件申報「急診診察費醫令 00203B、00204B、00225B」及「急診起、迄時間醫令」者。 3. 區域級以上醫院。 4. 配合署本部跨月彙算需求、指標計算結果產製期程較晚，上述各項數據皆使用最近一季資料。	自身實績值≤前一年同期自身實績值
5	1、2、3、6(115Q3 起適用)	門診 10 項重要檢查(驗)非合理區間再執行率 (10 項加總計算)	1. 門診 10 項重要檢查(驗)非合理區間再執行率 - 分子=分母之門診各項檢查(驗)同病人之非合理區間同(跨)院所再執行醫令數。 - 分母=門診申報歸併醫令前 5 碼 0801X、09044、18005、18007、1900X、26072、28016、28017、3307X、3308X 季醫令數合計。 ※歸併醫令項目如下： (1)0801X：08011、08012、08082 (2)1900X：19001、19009 (3)3307X：33070、33071、33072 (4)3308X：33084、33085 ※檢查項目及非合理區間包括： (1)28 天內：CT、MRI、正子造影-全身、上消化道泛內視鏡檢查、超音波心臟圖(包括單面、雙面)、腹部超音波及追蹤、低密度脂蛋白-膽固醇、杜卜勒氏彩色心臟血流圖及大腸鏡檢查等檢查。 (2)7 天內：全套血液檢查。 ※資料範圍：包括同(跨)院之西醫診所及西醫醫院。 (1)篩選醫事類別 12-門診西醫醫院 (2)醫令類別為 2-診療明細及醫令點數>0 (3)排除代辦案件(A3、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、D1、D2、DF、C5)，急診案件(02)，醫令類別 4。 2. 以 DA3347 指標最近一季可計算資料計分。	同病人非合理區間再執行率較前一年同期下降≥4%或再執行率=0 (將 依據 115 年抑制資源不當耗用指標予以訂定)

序號	適用醫院類別 (1.醫學中心、2.區域醫院、3.地區醫院、4.精神專科、5.呼吸照護、6.婦兒專科)	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	目標值																																																						
6	1、2、3	糖尿病方案累計照護率/初期慢性腎臟病方案累計照護率/糖尿病合併初期慢性腎臟病方案收案率	■ *糖尿病方案累計照護率操作型定義： 1. 分子：申報醫令代碼前 3 碼為 P14 或 P70 之人數 2. 分母：前一年度申報醫令代碼前 3 碼為 P14 或符合收案條件(同院就醫間隔 90 天)之門診主診斷為 E08-E13 之人數 3. 以當季資料計算。 4. 本署 DA 指標代碼：3453 ■ *初期慢性腎臟病方案累計照護率操作型定義： 1. 分子：分母病人中，接受初期 CKD 或 DKD 方案照護之病人數(分母病人(ID)中，申報醫令代碼前 3 碼為 P43 或 P70 之歸戶人數。) 2. 分母：前一年度申報醫令代碼前 3 碼為 P43 或符合收案條件之初期慢性腎臟病人數 3. 以當季資料計算。 4. 本署 DA 指標代碼：3455 ■ *糖尿病合併初期慢性腎臟病方案收案率操作型定義 1. 分子:分母病人中，申報醫令代碼前 3 碼為 P70 之人數 2. 分母:同院所同 ID 申報醫令代碼前 3 碼為 P14 及 P43，或 P70 之人數 3. 以當季資料計算。 4. 本署 DA 指標代碼：3431	糖尿病、慢性腎臟病、糖尿病合併初期慢性腎臟病方案收案率>前一年同期台北區醫院同儕 P75 或較自身前一年同期提升 5 個百分點。 (任一達標則得分) 115 年目標值(前一年台北區醫院同儕同期 P75) <table><tr><td></td><td>層級別</td><td>Q1</td><td>Q2</td><td>Q3</td><td>Q4</td></tr><tr><td rowspan="3">DM</td><td>醫學中心</td><td>60.57%</td><td>71.51%</td><td>72.44%</td><td>73.13%</td></tr><tr><td>區域醫院</td><td>58.28%</td><td>67.68%</td><td>68.60%</td><td>68.34%</td></tr><tr><td>地區醫院</td><td>58.53%</td><td>66.51%</td><td>65.41%</td><td>64.70%</td></tr><tr><td rowspan="3">CKD</td><td>醫學中心</td><td>21.48%</td><td>28.48%</td><td>30.91%</td><td>32.45%</td></tr><tr><td>區域醫院</td><td>22.44%</td><td>30.53%</td><td>25.98%</td><td>26.43%</td></tr><tr><td>地區醫院</td><td>12.59%</td><td>14.18%</td><td>12.5%</td><td>12.05%</td></tr><tr><td rowspan="3">DKD</td><td>醫學中心</td><td>78.72%</td><td>88.94%</td><td>85.75%</td><td>85.01%</td></tr><tr><td>區域醫院</td><td>68.00%</td><td>85.66%</td><td>89.99%</td><td>89.42%</td></tr><tr><td>地區醫院</td><td>76.57%</td><td>94.12%</td><td>92.59%</td><td>91.38%</td></tr></table>		層級別	Q1	Q2	Q3	Q4	DM	醫學中心	60.57%	71.51%	72.44%	73.13%	區域醫院	58.28%	67.68%	68.60%	68.34%	地區醫院	58.53%	66.51%	65.41%	64.70%	CKD	醫學中心	21.48%	28.48%	30.91%	32.45%	區域醫院	22.44%	30.53%	25.98%	26.43%	地區醫院	12.59%	14.18%	12.5%	12.05%	DKD	醫學中心	78.72%	88.94%	85.75%	85.01%	區域醫院	68.00%	85.66%	89.99%	89.42%	地區醫院	76.57%	94.12%	92.59%	91.38%
	層級別	Q1	Q2	Q3	Q4																																																					
DM	醫學中心	60.57%	71.51%	72.44%	73.13%																																																					
	區域醫院	58.28%	67.68%	68.60%	68.34%																																																					
	地區醫院	58.53%	66.51%	65.41%	64.70%																																																					
CKD	醫學中心	21.48%	28.48%	30.91%	32.45%																																																					
	區域醫院	22.44%	30.53%	25.98%	26.43%																																																					
	地區醫院	12.59%	14.18%	12.5%	12.05%																																																					
DKD	醫學中心	78.72%	88.94%	85.75%	85.01%																																																					
	區域醫院	68.00%	85.66%	89.99%	89.42%																																																					
	地區醫院	76.57%	94.12%	92.59%	91.38%																																																					
7	1、2、3、4	接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	1.接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率； ■ 分母：申報健保「出院準備及追蹤管理費(02025B)」及申報急性後期整合照護計畫中結案評估費(P5113B、P5117B、P5118B、P5123B)之件數，排除出院即死亡案件(轉歸代碼為 4、A)。 ■ 分子：分母案件中，出院後 30 日內接受各類居家醫療照護、居家醫療照護整合計畫、PAC(申報「承作醫院評估費(初評)P5114B」、「轉出醫院出院準備及評估費(同/不同團隊)P5113B、P5118B」)、「家庭醫師整合性照護計畫社區醫療群」之件數，並按出院人次歸戶。 2.以前季資料計算，e.g.109Q2 以 109Q1 資料計算。	較前一年同期成長>1%且當期分子>30， 或 ≥署訂定目標值(將 依據 115 年抑制資源不當耗用指標予以訂定) <table><tr><td>季別</td><td>目標值</td></tr><tr><td>115Q1</td><td>≥27.4%</td></tr><tr><td>115Q2</td><td>≥27.9% <u>27.5%</u></td></tr><tr><td>115Q3</td><td>≥28.4% <u>28.0%</u></td></tr><tr><td>115Q4</td><td>≥28.9% <u>28.5%</u></td></tr></table>	季別	目標值	115Q1	≥27.4%	115Q2	≥ 27.9% <u>27.5%</u>	115Q3	≥ 28.4% <u>28.0%</u>	115Q4	≥ 28.9% <u>28.5%</u>																																												
季別	目標值																																																									
115Q1	≥27.4%																																																									
115Q2	≥ 27.9% <u>27.5%</u>																																																									
115Q3	≥ 28.4% <u>28.0%</u>																																																									
115Q4	≥ 28.9% <u>28.5%</u>																																																									
8	1、2	非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數成長率	1. 以最近一季可計算資料計分。 ■ 資料範圍：區域級(含)以上醫院下轉(申報轉診醫令代碼 01034B、01035B(費用年月 114/08 前)、00192A(費用年月 114/09 起適用)，轉出院所層級高於接受轉診院所層級)且接受院所為地區醫院或基層診所之門住診件數合計。	成長率(較自身前一年同期)>0%																																																						

序號	適用醫院類別 (1.醫學中心、2.區域醫院、3.地區醫院、4.精神專科、5.呼吸照護、6.婦兒專科)	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	目標值
9	1、2、3、4、5、6 註：若醫院無此項業務不列計	檢驗(查)結果時效內(3 日內)上傳率	1. 檢驗(查)結果時效內(3 日內)上傳率： ■ 分子：時效內上傳「應上傳檢驗(查)結果項目」醫令數。 ■ 分母：申報「應上傳檢驗(查)結果項目」醫令數。 2. 計算範圍：以當年度鼓勵即時查詢病患就醫資訊方案公告範圍為主(方案附件 5 及附件 5-1)。 3. 排除監測項目請參照鼓勵即時查詢病患就醫資訊方案問答集附件 1(62 項)。 4. 檢驗(查)結果時效內上傳指報告日期起 3 日內上傳。 5. 若署本部已結算，以結算資料計算，若尚未結算，則由本組以當季資料自行計算。	上傳率≥98%
10	1、2、3、4、5、6 註：若醫院無此項業務不列計	醫療檢查影像時效內(3 日內)上傳率	1. 醫療檢查影像時效內(3 日內)上傳率： ■ 分子：時效內上傳「應上傳醫療檢查影像」醫令數。 ■ 分母：申報「應上傳醫療檢查影像」醫令數。 2. 計算範圍：以當年度鼓勵即時查詢病患就醫資訊方案公告範圍為主(方案附件 5-1)。 3. 排除監測項目請參照鼓勵即時查詢病患就醫資訊方案問答集附件 2(30 項)。 4. 影像時效內上傳指實際檢查日期後 3 日內上傳。 5. 若署本部已結算，以結算資料計算，若尚未結算，則由本組以當季資料自行計算。	上傳率≥98%
11	1、2、3→5 註：若醫院無此項業務不列計	西醫門診年復健次數>180 次之案件數(同院)	1.西醫門診年復健次數>180 次之案件數： 同院歸戶，依前一年門診費用資料，分別計算各治療類別(物理、職能、語言)之醫令數加總，其中某一治療類別醫令累計數量大於 180 次之病患列為管控名單，管控名單勾稽當月份之案件數(排除代辦、早療案件、簡單治療及 PAC 復健病人)，如：109 年 1 月的管控名單係依據 10801-10812(費用年月)之門診案件資料計算，再將管控名單勾稽 109 年 1 月之案件數。分別計算 109 年 1-3 月之案件數後，加總則得 109 年 Q1 案件數。 ■ 成長率： 分母：前一年同期西醫門診年復健次數>180 次之案件數 分子：當期西醫門診年復健次數>180 次之案件數-前一年同期西醫門診年復健次數>180 次之案件數 ■ 案件數：即同一療程之案件數，排除代辦、早療案件、簡單治療及 PAC 案件。 2.以當季資料計算。	每季案件數較自身前一年同期成長率≤0%
12	1、2、3、4、5、6	住院案件出院後 3 日以內急診率	■ 分子=分母出院案件中，距離出院日 0 日至 3 日內急診的案件數(含跨院)。 ■ 分母=出院案件數。 (以前一季資料計算) ※本署 DA 指標代碼：108.00。	115Q1≤2.49%、 115Q2≤ 2.51% <u>2.69%</u> 、 115Q3≤ 2.69% <u>2.73%</u> 、 115Q4≤ 2.48% <u>2.44%</u> (將 依據 115 年抑制資源不當耗用指標予以訂定)

序號	適用醫院類別 (1.醫學中心、2.區域醫院、3.地區醫院、4.精神專科、5.呼吸照護、6.婦兒專科)	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	目標值																				
13	1、2、3	西醫門診病人可避免住院率(季累計)	■ 分子：可避免住院疾病之案件數 ■ 分母：西醫門診病人數 ※門診病人數係為 18 歲以上之門診病人數。 ■ 分母說明： (1) 以 ID+生日視為一人。 (2) 統計期間：以費用年月進行月累積計算。 (3) 18 歲以上之成人，年齡計算方式就醫日期年-生日年 ■ 分子說明： (1) 同 ID，同住院日，同院所，同出院日，同申報迄日視為一件，排除出院日為空值並取最大清單編號(DTL_PKNO)為該住院案件診斷碼，用以決定該筆案件屬於哪種疾病。 (2) 統計期間：以費用年月進行月累積。 ■ 納入案件數： 主診斷包含#1(糖尿病短期併發症)、#3(糖尿病長期併發症)、#5(COPD 及成年氣喘)、#7(高血壓)、#8(心臟病)、#10(脫水)、#11(細菌性肺炎)、#12(尿道感染)、#13(心絞痛)、#14(控制不良之糖尿病)、#15(青年氣喘)、#16(糖尿病下肢截肢)之案件數。 註： (1) 資料擷取及定義係參照 VPN 指標-西醫門診病人可避免住院率(代碼 2112.00)。 (2) 疾病皆須 18(含)歲以上之病人。 (3) 本西醫門診病人每十萬人口可避免住院數：以全國 18 歲以上戶籍人口做為標準人口，採性別、5 歲年齡層進行校正。 (4) 本項指標為季累積指標值。 (5) 以當季資料計算。	較自身前一年同期成長率≤0% 或＜前一年同期全國同儕 P25 <table><tr><th>目標值</th><th>115Q1</th><th>115Q2</th><th>115Q3</th><th>115Q4</th></tr><tr><td>醫中</td><td>0.57%</td><td>0.99%</td><td>1.32%</td><td>1.58%</td></tr><tr><td>區域</td><td>0.70%</td><td>1.20%</td><td>1.58%</td><td>1.99%</td></tr><tr><td>地區</td><td>0.40%</td><td>0.81%</td><td>1.15%</td><td>1.51%</td></tr></table>	目標值	115Q1	115Q2	115Q3	115Q4	醫中	0.57%	0.99%	1.32%	1.58%	區域	0.70%	1.20%	1.58%	1.99%	地區	0.40%	0.81%	1.15%	1.51%
目標值	115Q1	115Q2	115Q3	115Q4																				
醫中	0.57%	0.99%	1.32%	1.58%																				
區域	0.70%	1.20%	1.58%	1.99%																				
地區	0.40%	0.81%	1.15%	1.51%																				
14	1、2、3	以病例組合校正之住院案件出院後 14 日內再住院率	1. 本署 DA 指標代碼：909。 2. 以最近一季可計算資料計分。 3. 分子分母之母體資料範圍皆需限定為 DRGs 案件。 4. 分母：CMI_14 日內跨院再住院率=Σ(各 DRG 案件數*各 DRG 相對權重_14 日內跨院再住院率)/DRGs 總案件數 5. 分子：住院 DRGs 案件之出院後 14 日內跨院再住院率=住院 DRGs 案件出院後 14 日內跨院再住院案件數/DRGs 出院案件數 6. DRGs 案件：本署醫管組公告的 DRG 碼範圍內，相對權重>0 的 DRG 碼，排除 DRG 支付通則所列不適用之住院案件。 *(以前 1 季資料計算)	當季以病例組合校正之住院案件出院後 14 日內再住院率≤前一年同期本分區同儕 P25 <table><tr><th>目標值</th><th>115Q1</th><th>115Q2</th><th>115Q3</th><th>115Q4</th></tr><tr><td>醫學中心</td><td>5.26%</td><td>5.32%</td><td>5.42%</td><td>5.59%</td></tr><tr><td>區域醫院</td><td>5.68%</td><td>5.39%</td><td>5.99%</td><td>5.86%</td></tr><tr><td>地區醫院</td><td>6.30%</td><td>6.48%</td><td>6.07%</td><td>5.51%</td></tr></table>	目標值	115Q1	115Q2	115Q3	115Q4	醫學中心	5.26%	5.32%	5.42%	5.59%	區域醫院	5.68%	5.39%	5.99%	5.86%	地區醫院	6.30%	6.48%	6.07%	5.51%
目標值	115Q1	115Q2	115Q3	115Q4																				
醫學中心	5.26%	5.32%	5.42%	5.59%																				
區域醫院	5.68%	5.39%	5.99%	5.86%																				
地區醫院	6.30%	6.48%	6.07%	5.51%																				
15	4	參加思覺失調症醫療給付改善方案	1.固定就醫病人收案人數占應收案人數當季比率≥90% ■分子：固定就醫收案人數 2.分母之個案試辦計畫申請資料檔「身分證號」欄位有值或精神科慢性病房住院中病人。 ■分母：應收案名單院所符合收案條件之固定就醫病人。 3.應收案名單之固定就醫名單(歸戶 ID 數) 4.應收案名單之固定就醫名單(由醫務管理組前一年年底固定提供該年之名單) *(以當季資料計算)	固定病人收案人數比率≥90%																				

序號	適用醫院類別 (1.醫學中心、2.區域醫院、3.地區醫院、4.精神專科、5.呼吸照護、6.婦兒專科)	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	目標值
16	4	同院所急性精神病人出院 30 日內門診追蹤率	1.分子 (1200)：精神科急性精神病人已出院案件(分母案件)中，30 日內至同院所門診精神科追蹤之案件數。 2.分母：精神科急性精神病人之出院案件數。 ※急性精神病人：醫令代碼為 03001K、03002A、03003B、03004B、03026K、03027A、03028B、03029B、03005K、03006A、03007B、03008B、03030K、03031A、03032B、03033B、03014A、03015B、03025B、03037A、03038B、03039B。03055K、03056A、03057B、03061K、03062A、03063B。 *(以前一季資料計算)	出院 30 日內門診追蹤率 $\geq$ 本分區同儕 P50
17	4	同院所慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率	1.分子 (1202)：精神科慢性精神病人已出院案件(分母案件)中，30 日內至同院所門診精神科追蹤之案件數。 2.分母：精神科慢性精神病人之出院案件數 ※慢性精神病人：醫令代碼為 04001A 或 04002B。 3.精神科已出院案件：出院日期在當月(例:108Q1 即出院日在 1080101 及 1080331 之間)且就醫科別為 13 的案件，且用院所、ID、住院日歸戶，取出院日最晚那一筆案件。 4.30 日內至同院所門診精神科追蹤之案件：以精神科出院案件之 ID 及出院日期追蹤 30 日內（門診就醫日期-出院日期 $\leq$ 30）至同院所門診精神科就醫之案件。 *(以前一季資料計算)	出院 30 日內門診追蹤率 $\geq$ 本分區同儕 P50