

健保署中區業務組 112 年醫院總額管理方案

品質指標項目操作型定義暨考核方式

制訂日期 111/02/18

修訂日期 111/05/18

- 一、目標值設定及其原則：依表中說明，各項分別設定目標值，目標值設定之上限(正向)或下限(負向)參考同儕平均值。
- 二、考核指標值之採用期間：因部份項目涉及跨季資料擷取，未能即時於當季結算時產製結果，故採前一季之指標值。依據下述表列之考核指標值採用期間，進行考核指標值結果予以計算，並將其考核結果作為當季結算之依據。
- 三、指標考核結果除採論量定額獎勵點數外，部份項次依達成結果計算表列之增減點數比率乘以當季送核案件(總額內不含專款專用、BC 肝醫令藥費及交付處方)之核定數，並反映於當季總額管理方案結算結果。
- 四、本組得視政策方向及各院改善情形予以調整各項指標(詳表 1_彙整表，表 2_各項指標操作型定義)。

表 1_112 年醫院總額管理方案品質指標項目_彙整表

編號	增修	指標型態	指標編號	項目	備註
1	修訂	品質監測管理	N4_0201	以病例組合校正之住院案件出院後三日再急診率(TW-DRGs V3.4 版)	
2	修訂	品質監測管理	N4_0301	以病例組合校正之住院案件出院後十四日再入院率(TW-DRGs V3.4 版)	
3	沿用	品質監測管理	N4_11	同院所急、慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率	
4	修訂	配合重要政策/計畫推動	N4_26	健保醫療資訊雲端查詢系統推動作業考核方式	
5	沿用	配合重要政策/計畫推動	N4_27	推動健保醫療服務無紙化審查方案	
6	修訂	抑制醫療資源不當耗用	N4_32	門診檢查(驗)合理區間內再執行率	
	刪除	抑制醫療資源不當耗用	N4_33	醫院推動轉診作業考核方案	
7	修訂	配合重要政策/計畫推動	N4_34	即時查詢病患就醫資訊方案_即時上傳檢驗(查)結果	
8	沿用	配合重要政策/計畫推動	N4_35	病患死亡前安寧利用率	
9	沿用	配合重要政策/計畫推動	N4_36	門診整合照護計畫	
10	沿用	配合重要政策/計畫推動	N4_37	居家醫療照護整合計畫	
11	修訂	配合重要政策/計畫推動	N4_38	即時查詢病患就醫資訊方案_即時上傳醫療檢查影像	
12	修訂	配合重要政策/計畫推動	N4_39	虛擬健保卡開發設定及使用獎勵(註1)	
	刪除	配合重要政策/計畫推動	N4_40	醫識別碼推動及上傳獎勵	
13	修訂	配合重要政策/計畫推動	N4_41	糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案照護獎勵	
14	新增	促進區域內醫療體系整合	N4_42	醫院總額風險調整移撥款_主動脈剝離手術病患照護區域聯防	
15	新增	促進區域內醫療體系整合	N4_43	醫院總額風險調整移撥款_腦中風經動脈內取栓術病患照護區域聯防	
16	新增	監測資訊回饋	N4_44	待公告	待公告

表 2_112 年醫院總額管理方案品質指標項目_操作型定義

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	指標值採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件
N4_0201	以病例組合校正之住院案件出院後 3 日內急診率 (TW-DRGs V3.4 版)	1. 分子： 住院 DRGs 案件之出院後 3 日內跨院急診率。 2. 分母：CMI_3 日內跨院急診率	◎112 年目標值設定採 111Q3 全國層級別同儕值及中區層級別同儕第 25 百分位，考核各院當期值達成情形。 ➤ <u>111Q3 全國同儕值</u> 醫學中心 2.19% 區域醫院 3.27% 地區醫院 4.51% ➤ <u>111Q3 中區同儕 P25</u> 醫學中心 2.04% 區域醫院 2.53 地區醫院 3.11%	前季	負向	A_當期值< 111Q3 中區同儕 P25， 增加點數比率 0.05%； B_當期值> 111Q3 全國同儕值， 扣減點數比率 0.05%。	1. 精神專科醫院及列計分母低於 30 者不列入考核。 2. 其他說明：依據本組公布之 112 年中區醫院總額管理方案品質指標項目_以病例組合校正之住院案件出院後 3 日內急診率操作型定義暨考核方式(附件 A)。
N4_0301	以病例組合校正之住院案件出院後 14 日內再入院率 (TW-DRGs V3.4 版)	1. 分子： 住院 DRGs 案件之出院後 14 日內跨院再住院率。 2. 分母： CMI_14 日內跨院再住院率	◎112 年目標值設定採 111Q3 全國層級別同儕值及中區層級別同儕第 25 百分位，考核各院當期值達成情形。	前季	負向	A_當期值< 111Q3 中區同儕 P25， 增加點數比率 0.05%； B_當期值> 111Q3 全國同儕值，	1. 精神專科醫院及列計分母低於 30 者不列入考核。 2. 其他說明：依據本組公布之 112 年中區醫院總額管理方案品質指標項目_以病例組合校正之住院案件

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	指標值採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件
			➤ <u>111Q3 全國同儕值</u> 醫學中心 6.01% 區域醫院 8.02% 地區醫院 10.34% ➤ <u>111Q3 中區同儕 P25</u> 醫學中心 5.31% 區域醫院 7.94% 地區醫院 7.47%			扣減點數比率 0.05%。	出院後 14 日內再入院率 操作型定義暨考核方式 (附件 B)。
N4_11	同院所急、慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率	<u>A01-急性精神病人</u> 1. 分子：精神科已出院 案件中 30 日內至同 院所門診精神科追 蹤之案件數 2. 分母：精神科急性精 神病人出院案件數 <u>A02-慢性精神病人</u> 1. 分子：精神科已出院 案件中 30 日內至同 院所門診精神科追 蹤之案件數	高於中區或全國同儕值 (擇高)	前季	正向	每件 500 點	1. 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。 2. 慢性精神病人：醫令代碼 04001A 或 04002B。

指標 編號	指標項目	操作型定義	目標值 設定	指標值 採用期 間	指標 性質	增減點數比率	備註或排除條件
		2. 分母：精神科慢性精神病人出院案件數					3. 相同【ID】視為同一保險對象。 4. 精神科已出院案件：出院日期在當月且就醫科別為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。排除轉歸代碼為2(繼續住院)、4(死亡)、6(轉院)、9(自殺)、A(病危自動出院)。 5. 30日內至同院所門診精神科追蹤案件：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≤ 30)至同院所門診精神科就醫案件，若二件以上門診追蹤件數則以一件計算(取門診就醫日第一筆)。

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	指標值採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件
N4_26	健保醫療資訊雲端查詢系統推動作業考核方式	依據本組公布之 112 年中區醫院總額管理方案品質指標項目_健保醫療資訊雲端查詢系統推動作業考核方式	詳方案	當季	正向	-0.1%~+0.05%	考核方式： 依據本組公布之 112 年中區醫院總額管理方案品質指標項目_健保醫療資訊雲端查詢系統推動作業考核方式(附件 C)。
N4_27	推動健保醫療服務無紙化審查方案	依據本組公布之 112 年中區醫院總額管理方案品質指標項目_推動健保醫療服務無紙化審查方案	詳方案	當季	正向	0.05%	考核方式： 依據本組公布之 112 年中區醫院總額管理方案品質指標項目_推動健保醫療服務無紙化審查方案(附件 D)。
N4_32	門診檢查(驗)合理區間內再執行率	依據本組公布之 112 年中區醫院總額管理方案品質指標項目_門診檢查(驗)合理區間內再執行率	詳方案	當季	負向	超出目標值核減門診給付核定數 0.1%	考核方式： 依據本組公布之 112 年中區醫院總額管理方案品質指標項目_門診檢查(驗)合理區間內再執行率(附件 E)。
N4_34	全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊	1. 分子： 24 小時內及 1-3 日內上傳檢驗(查)醫令數	1. 上傳率 $\geq 97\%$ ，則給付門、住診送核核定數 0.005%或獎勵 50,000 點，擇高給	當季	正向	門、住診送核核定數 0.005%或獎勵 50,000 點(擇高給付) /-0.01% /-25,000 點	獎勵項目：比照全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案內容，詳方案之附件 5、5-1(報告)

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	指標值採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件
	方案_上傳檢驗(查)結果	2. 分母： 門、住診申報應上傳檢驗(查)醫令數	付。 2. 區域級以上醫院上傳率<97%，則扣減門、住診送核核定數0.01%。 3. 地區醫院(含基層醫院)上傳率<90%，則扣減25,000點。				項目。
N4_35	病患死亡前安寧利用率	➤ 分子： 分母死亡或病危自動出院者死前1年利用安寧療護人數 ➤ 分母： 死亡人數為住院申報轉歸代碼為死亡(4)或病危自動出院(A)且主次診斷符合安寧收案人數 ➤ 利用安寧療護定義曾接受住院安寧、安寧共照及安寧居家	1. 當季病患死亡前安寧利用率大於50%(含)以上者且其成長率較去年同期成長大於0%(不含)者。 2. 當季病患死亡前安寧利用率40%(含)~50%(不含)者且其成長率較去年同期成長2%(含)以上者。 3. 當季病患死亡前安寧利用率小於	當季	正向	每人給付2,000點	次診斷擷取到次診斷(四)

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	指標值採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件
			40%(不含)以下且其成長率較去年同期成長5%(含)以上者。 4. 當季病患死亡前安寧利用率大於90%(含)者。				
N4_36	N4_36_1 收案人數	申報門診整合初診診察費(支付標準編號P5203C)人數		當季	正向	每人給付1,000點	
	N4_36_2 照護對象每人西醫門診醫療費用(院內與院外)	以收案個案照護滿1年之指標與收案前1年比較	成長率 ≤ 0	年度	負向	每人給付1,000點	
	N4_36_3 照護對象每人西醫門診藥品項數(院內與院外)	以收案個案照護滿1年之指標與收案前1年比較	成長率 ≤ 0	年度	負向	每人給付1,000點	
	N4_36_4 創意觀摩發表會	醫院依本組通知辦理時程，主動提出主辦或參與發表之意願，並檢附	1. 主辦及參與發表醫院：年度限定1家 2. 參與發表醫院：年度	年度	正向	如右欄	1. 主辦並發表具有創意與特色之照護醫院(含安排實地觀摩)，於當年度第4

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	指標值採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件
		具創意與特色之實務執行內容說明，經本組評選後擇優辦理。	以3家醫院為原則				季給付200,000點。 2. 參與發表具有創意與特色之照護醫院，於當年度第4季給付100,000點。
N4_37	N4_37_1 醫院總額風險調整移撥款 居家醫療照護整合計畫之新收案人數獎勵費	居家醫療照護整合計畫VPN登錄當季新收案人數		當季	正向	- 收案階段居家醫療/重度居家醫療：650點/人 - 收案階段安寧療護：1,350點/人	1. 每季依院所歸戶，醫院附設居家護理機構收案人數併入本院計算 2. 居家醫療/重度居家醫療新收案人數正成長(相較前一年同期)院所，獎勵點數予以加成 (1) 成長率1%-5%(含)：加成5% (2) 成長率5%-10%(含)：加成10% (3) 成長率大於10%：加成15%
	N4_37_2 醫院總額風險調整移撥款 居家醫療照護整合計畫之照	居家醫療照護整合計畫-當季醫師及護理人員訪視次數		當季	正向	- 居家醫療/重度居家醫療-醫事人員訪視：150點/次、<u>山地離島地區</u>300點/次 - 安寧療護-醫事人員訪視：	1. 擷取當季門診案件，醫事類別12、19，特定治療項目代號EC，依訪視費醫令數計算醫事人員(醫師、護理人員)訪視次數

指標 編號	指標項目	操作型定義	目標值 設定	指標值 採用期 間	指標 性質	增減點數比率	備註或排除條件
	護獎勵費					300點/次、 <u>山地離島地區600點/次</u>	2. 居家醫療/重度居家醫療-醫事人員訪視醫令(山地離島地區訪視醫令以粗體顯示)：05307C、05308C、05301C、05302C、05303C、05304C、05305C、05306C、05321C、05322C 3. 安寧療護-醫事人員訪視醫令(山地離島地區訪視醫令以粗體顯示)：05312C、05323C、05336C、05337C、05313C、05324C、05314C、05325C、05338C、05339C、05340C、05341C 4. 依院所計算，醫院附設居家護理機構訪視次數併入本院計算

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	指標值採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件
N4_38	全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案-上傳醫療檢查影像	1. 分子： 24 小時內及 1-3 日內上傳影像醫令數 2. 分母： 門、住診申報應上傳影像醫令數	1. 影像上傳率 $\geq 99\%$ ，則給付門、住診送核核定數 0.015%或獎勵 50,000 點，擇高給付。 2. 區域級以上醫院之影像上傳率 $< 99\%$ ，則扣減門、住診送核核定數 0.015%。 3. 地區醫院(含基層醫院)之影像上傳率 $< 90\%$ ，則扣減 25,000 點。	當季	正向	門、住診送核核定數 0.015%或獎勵 50,000 點(擇高給付) / -0.015%/-25,000 點	獎勵項目：比照全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案內容，詳方案之附件 5-1。
N4_39	N4_39_1 醫院總額風險調整移撥款- 虛擬健保卡建置獎勵	完成建置虛擬健保卡程式並申請使用權限		當季	正向	完成申請時間落在以下範圍將獲得不同獎勵點數，僅給付 1 次(111 年已給付之醫院不再給付) Q1：5 萬點/家/年 Q2：4 萬點/家/年 Q3：3 萬點/家/年 Q4：2 萬點/家/年	
	N4_39_2	醫院可受理以虛擬健保		當季	正向	醫院須達下表人數條件，達標	

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	指標值採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件															
	醫院總額風險調整移撥款_虛擬健保卡使用獎勵	卡就醫				者，每件給予 250 點 <table><tr><td>季別</td><td>3,600萬點以上</td><td>3,600萬點以下</td></tr><tr><td>Q1</td><td>200人</td><td>50人</td></tr><tr><td>Q2</td><td>300人</td><td>100人</td></tr><tr><td>Q3</td><td>400人</td><td>150人</td></tr><tr><td>Q4</td><td>500人</td><td>200人</td></tr></table>	季別	3,600萬點以上	3,600萬點以下	Q1	200人	50人	Q2	300人	100人	Q3	400人	150人	Q4	500人	200人	
季別	3,600萬點以上	3,600萬點以下																				
Q1	200人	50人																				
Q2	300人	100人																				
Q3	400人	150人																				
Q4	500人	200人																				
	N4_39_3 醫院總額風險調整移撥款_虛擬健保卡觀摩分享醫院獎勵	經評選為中區觀摩分享醫院		年度	正向	5 萬點/家																
	N4_39_4 醫院總額風險調整移撥款_虛擬健保卡觀摩分享及主辦醫院獎勵	經評選為中區觀摩分享醫院且「主辦」觀摩學習分享會		年度	正向	20 萬點/家																
	N4_39_5	參與本署虛擬健保卡標		年度	正向	1. 實機展示：10萬點/家																

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	指標值採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件
	醫院總額風險調整移撥款_ 虛擬健保卡標竿醫院獎勵	竿學習分享會				2. 現場報告：10萬點/家 3. 實機展示加現場報告：30萬點/家	
N4_41	醫院總額風險調整移撥款_ 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案照護獎勵	糖尿病與初期慢性腎臟病共病病人於同醫院同一次就診中，完成糖尿病及初期慢性腎臟病追蹤管理照護之人數（同醫院 P70xxC 歸戶數）		當季	正向	每人給付 <u>150 點</u>	
N4_42	醫院總額風險調整移撥款_ 主動脈剝離手術病患照護區域聯防			當季	正向	詳計劃書	依據本組公布之_112 年度醫院總額風險移撥款執行方式(附件 F)_主動脈剝離手術病患區域聯防跨院合作計畫書(附件 F-1)。
N4_43	醫院總額風險調整移撥款_ 腦中風經動脈內取栓術病患照護區域聯防			當季	正向	詳計劃書	依據本組公布之_112 年度醫院總額風險移撥款執行方式(附件 F)_腦中風經動脈內取栓術病患照護區域聯防計畫書(附件 F-2)。