

健保署中區業務組 111 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

訂定日期 111/03/16

- 一、表列指標項目 N4_0201、N4_0301 之列計分母低於 30 者不予列入考核。
- 二、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。
- 三、考核指標值之採用期間：
 1. 本署醫療服務指標系統之指標結果，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，故將採前一季之指標值。
 2. 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。
- 四、指標考核結果除採論量定額獎勵點數外，其餘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。
- 五、本業務組得視政策方向及各院改善情形予以調整各項指標。

指標 編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核 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 (NO_914)	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) ◎精神專科醫 院不列入考核	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	◎考量疫情影響，目標 值改以當季全國或中 區同儕值	前 1 季	負向	A_當期值 $\leq$ 全國同儕 P50 或中區同儕 P25(擇低)， 增加點數比 率 0.05%； B_全國同儕 P50<當期值 $\leq$ 中區同儕 P75，扣減點 數比率 0.04%； D_當期值>中 區同儕 P75， 扣減點數比 率 0.05%。	■分子分母之母體資料範圍皆需限定為 <u>DRGs</u> <u>案件</u> 。 (1) 分母定義： $CMI_{3日內跨院急診率} = \frac{\sum (各 DRG 案件數 * 各 DRG 相對權重)}{3日內跨院急診率} / DRGs 總案件數$ (2) 分子定義： 住院 DRGs 案件之出院後 3 日內跨院急 診率= 住院 DRGs 案件出院後 3 日內跨院急診 案件數/ DRGs 出院案件數 ■ <u>DRGs 案件</u> ：需為本署醫管組公告的 DRG 碼 範圍內，相對權重>0 的 DRG 碼，且排除下 列住院案件：(說明：在排除下列住院案件 時，除 DZ 案件直接排除該筆清單外，該住 院歸戶案件下任一筆清單符合排除條件 時，則該住院歸戶案件排除) 1. 主診斷為癌症(前 3 碼為 C00-C96、全碼 為 Z510、Z511、Z5111、Z5112、Z08)、 主診斷為性態未明腫瘤(前 3 碼為 D37-D48、全碼為 J8481、C944、C946) 案件 2. 主或次診斷為臟器移植併發症及後續住

指標 編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核 指標 值採 用期 間	指標 性質	增減點數比 率	備註或排除條件
							院(前 4 碼為 Z940-Z944、前 5 碼為 T8600-T8649、T8690-T8699、Z9481-Z9484、前 6 碼為 D89810-D89813、T86810-T86819、T86850-T86859、全碼為 T865、Z946、Z9489、Z949)案件 3. MDC19、MDC20 之精神科案件。 4. 主或次診斷為愛滋病(B20)、先天性凝血因子異常(D66、D67、D681、D682、D684)及衛生福利部公告之罕見疾病案件。 (1) 判斷罕見疾病案件的方式：住院清單檔中，案件分類非 5 且符合下列任一條件者即為衛生福利部公告之罕見疾病案件 ✓ 不適 Tw-DRGs 案件特殊註記為 5。 ✓ ICD 錯誤碼欄位第 1 碼到第 20 碼(費用年月「201001~201206」是抓第 1 碼到第 5 碼)中有出現 5 且 TW-DRGS 碼為空白。 5. 試辦計畫案件。 (1) 乳癌醫療給付改善方案試辦計畫：病患來源代碼=N、C、R

指標 編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核 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) 慢性肝炎醫療給付改善方案試辦計畫：給付類別=M (3) 安寧試辦計畫：(案件分類=4 且給付類別=A)或醫令代碼前三碼為 P44 (4) 呼吸器試辦計畫：案件分類=4 且給付類別=9 (5) 週產期試辦計畫：給付類別=D (6) 急性後期照護試辦計畫 (PAC) 的上游醫院：申報任一醫令代碼為 P5113B(下轉評估費)、P5118B(不同團隊下轉醫院評估費)、P5123B(急性醫療醫院轉銜作業獎勵費)； 承作醫院：案件分類為 4 且試辦計畫為 1，依歸戶排除。 6. 住院日超過 30 日之個案。 (1) 急性病床天數+慢性病床天數>30 天 (歸戶後，若該歸戶未申報醫令類別 Z，則以累積切帳的【急床+慢床】加總為住院天數；若有申報醫令類別 Z，則以切帳最後一筆(即代表案件)的【急床+慢床】為住院天數，住院天數>30 天

指標 編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核 指標 值採 用期 間	指標 性質	增減點數比 率	備註或排除條件
							則該歸戶下所有案件皆排除) 7. 使用 Extracorporeal Membrane Oxygenation(ECMO)(任一主次處置碼 5A15223)之案件。 8. 住院安寧照護案件(案件分類=6)。 9. 其他非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍之案件。 (1) 醫事機構代碼前二碼為 21-27 及 31-35 者。 (2) 特約類別非 1-4 者。 (3) 職業傷病案件：部分負擔代碼為 006 或案件分類=A1、A2、A3、A4 (4) 代辦膳食費： ✓ 職業傷病住院膳食費：案件分類=AZ，歸戶後，AZ 個案的醫療費用應為職業傷病案件，多筆住院案件均刪除。(即歸戶後，若該歸戶下有任一案件為 AZ 案件，則該歸戶的所有案件都排除) ✓ 低收入戶住院膳食費：案件分類=DZ，歸戶後，DZ 個案的醫療費用仍屬 DRG 範圍需保留。(即 DZ 案件直接排除) (5) 精神科強制住院：病患來源=S(代

指標 編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核 指標 值採用 期間	指標 性質	增減點數比 率	備註或排除條件
							辦精神病嚴重病人送醫及強制住院)或 案件分類=B1 (6) 結核病代辦案件：部分負擔代碼為 005 或案件分類=C4。 (7) 後天免疫缺乏症候群：案件分類為 =C1 (8) 資訊不完整或錯誤之資料排除(歸 戶後處理)： ✓ 編碼錯誤：審核結果 DRG 及審核結果 MDC 均為空白。 ✓ 尚未出院案件：出院日期為空白。 ✓ 申報起迄不連續：申報起日與申報迄 日不連續。同歸戶下的案件依申報起 日、申報迄日排序後，若每筆案件都 符合「後一筆的申報起日-該筆申報迄 日≤1」，就算有連續。 ✓ 第一筆資料申報起日與入院日期不相 等。 ✓ 費用為 0：申請費用點數+部分負擔金 額=0。 ✓ 住院日數為 0：急性病床天數+慢性病 床天數=0

指標 編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核 指標 值採 用期 間	指標 性質	增減點數比 率	備註或排除條件
							✓ 健康新生兒被視為病童：部分負擔代碼為 903 且僅申報 57114C、57115C、57116C 等 3 項醫令代碼之案件。 ✓ 暫以論量計酬申報之案件：不適 Tw-DRGs 案件特殊註記為 G。 ✓ 急慢性病床天數不符： * 出院日期=入院日期，且出院日期-入院日期+1≠急性病床天數+慢性病床天數。 * 出院日期-入院日期>急性病床天數+慢性病床天數且無任何一筆病患來源為 4 者。 * 出院日期-入院日期<急性病床天數+慢性病床天數 10. 使用主動脈內氣球幫浦(IABP)個案：任一處置碼為 5A02110、5A02210 且特材醫令前五碼為 CBA01。 11. 任一診斷為生產有合併植入性胎盤(前 4 碼為 0720-0723、0730-0731、前 5 碼為 04381-04393、前 6 碼為 043011-043199、043211-043239)、產後大出血(0721)或產後血液凝固缺損

指標 編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核 指標 值採 用期 間	指標 性質	增減點數比 率	備註或排除條件
							(0723)之案件。 12. 複雜性多重骨盆腔器官脫垂，須同時施行骨盆腔多器官重建手術之個案。 13. 【不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記】為 D 的案件(依清單排除)。 ■<u>案件數</u>：相同【院所、住院日、ID、生日】下，取出院日最晚的那一筆為代表歸戶，若相同【院所、住院日、ID、生日、出院日】仍有多筆，則取申報期間(起)最晚那一筆為代表作為一個案件，並以該代表案件之 DRG 為該歸戶之代表 DRG。 ■<u>3 日內跨院急診案件數</u>：以出院案件為母體，部分負擔非 903 之案件，按【ID、<u>生日</u>】跨院勾稽距離出院日 0 至 3 日內的部分負擔非 903 <u>急診案件</u>；部分負擔 903 之案件，按【ID、<u>生日</u>、<u>科別</u>】跨院勾稽距離出院日 0 至 3 日內的部分負擔 903 <u>急診案件</u>。 1. <u>急診案件</u>：案件分類 02 且部分負擔第 2 碼為 0。 2. <u>生日</u>：因急診沒有 CHILD_BIRTHDAY，改以 BIRTHDAY 勾稽。

指標 編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核 指標 值採用 期間	指標 性質	增減點數比 率	備註或排除條件
							3. 科別：若同歸戶同 DRG 申報多筆科別，取清單編號最大的科別為代表。 ■各 DRG 相對權重_{3 日內跨院急診率}：全國各 DRG 之 3 日內跨院急診率/全國所有 DRGs 案件之 3 日內跨院急診率。 ■說明：此權重由本系統運算，106 年起的權重以 104 年為基期計算。
N4_0301 (NO_909)	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) 精神專科醫院不列入考核	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}	◎考量疫情影響，目標值改以當季全國或中區同儕值	前 1 季	負向	A_當期值$\leq$全國同儕 P50 或中區同儕 P25(擇低)，增加點數比率 0.05%； B_全國同儕 P50<當期值$\leq$中區同儕 P75，扣減點數比率 0.04%； D_當期值>中	■分子分母之母體資料範圍皆需限定為 DRGs 案件。 (1) 分母定義： CMI_{14 日內跨院再住院率} = $\sum (\text{各 DRG 案件數} \times \text{各 DRG 相對權重}_{14 \text{ 日}}) / \text{DRGs 總案件數}$ (2) 分子定義： 住院 DRGs 案件之出院後 14 日內跨院再住院率 = $\text{住院 DRGs 案件出院後 14 日內跨院再住院案件數} / \text{DRGs 出院案件數}$ ■DRGs 案件：需為本署醫管組公告的 DRG 碼範圍內，相對權重>0 的 DRG 碼，且排除下列住院案件：(說明：在排除下列住院案件時，除 DZ 案件直接排除該筆清單外，該住院歸戶案件下任一筆清單符合排除條件時，則該住院歸戶案件排除)

指標 編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核 指標 值採 用期 間	指標 性質	增減點數比 率	備註或排除條件
						區同儕 P75， 扣減點數比 率 0.05%。	- 主診斷為癌症（前 3 碼為 C00-C96、全碼為 Z510、Z511、Z5111、Z5112、Z08）、主診斷為性態未明腫瘤（前 3 碼為 D37-D48、全碼為 J8481、C944、C946）案件 - 主或次診斷為臟器移植併發症及後續住院（前 4 碼為 Z940-Z944、前 5 碼為 T8600-T8649、T8690-T8699、Z9481-Z9484、前 6 碼為 D89810-D89813、T86810-T86819、T86850-T86859、全碼為 T865、Z946、Z9489、Z949）案件 - MDC19、MDC20 之精神科案件。 - 主或次診斷為愛滋病(B20)、先天性凝血因子異常(D66、D67、D681、D682、D684)及衛生福利部公告之罕見疾病案件。 (1) 判斷罕見疾病案件的方式：住院清單檔中，案件分類非 5 且符合下列任一條件者即為衛生福利部公告之罕見疾病案件 ✓ 不適 Tw-DRGs 案件特殊註記為 5。

指標 編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核 指標 值採用 期間	指標 性質	增減點數比 率	備註或排除條件
							✓ ICD 錯誤碼欄位第 1 碼到第 20 碼(費用年月「201001~201206」是抓第 1 碼到第 5 碼)中有出現 5 且 TW-DRGS 碼(TW-DRGS)為空白。 5. 試辦計畫案件。 (1) 乳癌醫療給付改善方案試辦計畫：病患來源代碼=N、C、R (2) 慢性肝炎醫療給付改善方案試辦計畫：給付類別=M (3) 安寧試辦計畫：(案件分類=4 且給付類別=A)或醫令代碼前三碼為 P44 (4) 呼吸器試辦計畫：案件分類=4 且給付類別=9 (5) 週產期試辦計畫：給付類別=D (6) 急性後期照護試辦計畫(PAC)的上游醫院：申報任一醫令代碼為 P5113B(下轉評估費)、P5118B(不同團隊下轉醫院評估費)、P5123B(急性醫療醫院轉銜作業獎勵費)； 承作醫院：案件分類為 4 且試辦計畫為 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)，

指標 編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核 指標 值採 用期 間	指標 性質	增減點數比 率	備註或排除條件
							依歸戶排除。 6. 住院日超過 30 日之個案。 (1) 急性病床天數+慢性病床天數>30 天 (歸戶後，若該歸戶未申報醫令類別 Z，則以累積切帳的【急床+慢床】加總為住院天數；若有申報醫令類別 Z，則以切帳最後一筆(即代表案件)的【急床+慢床】為住院天數，住院天數>30 天則該歸戶下所有案件皆排除) 7. 使用 Extracorporeal Membrane Oxygenation(ECMO)(任一主次處置碼 5A15223)之案件。 8. 住院安寧照護案件(案件分類=6)。 9. 其他非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍之案件。 (1) 醫事機構代碼前二碼為 21-27 及 31-35 者。 (2) 特約類別非 1-4 者。 (3) 職業傷病案件:部分負擔代碼為 006 或案件分類=A1、A2、A3、A4 (4) 代辦膳食費： ✓ 職業傷病住院膳食費：案件分類=AZ，

指標 編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核 指標 值採 用期 間	指標 性質	增減點數比 率	備註或排除條件
							歸戶後，AZ 個案的醫療費用應為職業傷病案件，多筆住院案件均刪除。(即歸戶後，若該歸戶下有任一案件為 AZ 案件，則該歸戶的所有案件都排除) ✓ 低收入戶住院膳食費：案件分類=DZ，歸戶後，DZ 個案的醫療費用仍屬 DRG 範圍需保留。(即 DZ 案件直接排除) (5) 精神科強制住院：病患來源=S(代辦精神病嚴重病人送醫及強制住院)或案件分類=B1 (6) 結核病代辦案件：部分負擔代碼為 005 或案件分類=C4。 (7) 後天免疫缺乏症候群：案件分類為=C1 (8) 資訊不完整或錯誤之資料排除(歸戶後處理)： ✓ 編碼錯誤：審核結果 DRG 及審核結果 MDC 均為空白。 ✓ 尚未出院案件：出院日期為空白。 ✓ 申報起迄不連續：申報起日與申報迄日不連續。同歸戶下的案件依申報起日、申報迄日排序後，若每筆案件都

指標 編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核 指標 值採用 期間	指標 性質	增減點數比 率	備註或排除條件
							符合「後一筆的申報起日-該筆申報迄日≤ 1」，就算有連續。 ✓ 第一筆資料申報起日與入院日期不相等。 ✓ 費用為 0：申請費用點數+部分負擔金額=0。 ✓ 住院日數為 0：急性病床天數+慢性病床天數=0 ✓ 健康新生兒被視為病童：部分負擔代碼為 903 且僅申報 57114C、57115C、57116C 等 3 項醫令代碼之案件。 ✓ 暫以論量計酬申報之案件：不適 Tw-DRGs 案件特殊註記為 G。 ✓ 急慢性病床天數不符： ✱ 出院日期=入院日期，且出院日期-入院日期+1$\neq$急性病床天數+慢性病床天數。 ✱ 出院日期-入院日期>急性病床天數+慢性病床天數且無任何一筆病患來源為 4 者。 ✱ 出院日期-入院日期<急性病床天數+慢性病床天數

指標 編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核 指標 值採 用期 間	指標 性質	增減點數比 率	備註或排除條件
							10. 使用主動脈內氣球幫浦(IABP)個案:任一處置碼為 5A02110、5A02210 且特材醫令前五碼為 CBA01。 11. 任一診斷為生產有合併植入性胎盤(前 4 碼為 0720-0723、0730-0731、前 5 碼為 04381-04393、前 6 碼為 043011-043199、043211-043239)、產後大出血(0721)或產後血液凝固缺損(0723)之案件。 12. 複雜性多重骨盆腔器官脫垂,須同時施行骨盆腔多器官重建手術之個案。 13. 【不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記】為 D 的案件(依清單排除)。 14. 轉歸代碼:D(醫院間轉急性後期照護案件)、E(院內轉急性後期照護案件)、F(因療程需要計劃性出院案件)。 ■<u>案件數</u>:相同【院所、住院日、ID、生日】下,取出院日最晚的那一筆為代表歸戶,若相同【院所、住院日、ID、生日、出院日】仍有多筆,則取申報期間(起)最晚那一筆為代表作為一個案件,並以該代表案件之 DRG 為該歸戶之代表 DRG。

指標 編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核 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>跨院再住院案件數</u>：以出院案件為母體，按【ID、生日】跨院勾稽距離出院日至14日內的住院案件。 說明：在勾稽出院案件是否發生再住院的情形時，其勾稽檔的資料範圍不需限定為DRGs案件，即勾稽檔為全部住院資料。排除下列四種案件： 1. 【不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記】為 E 的案件，依清單排除。 2. 安胎後轉生產案件：安胎(DRG 代碼為 37901、37902、37903、38301、38302、384)後轉生產(DRG 代碼為 370、371、37401、37402、372、37301、37302、37501、37502)且第一筆的出院日與第二筆入院日相同時，依歸戶排除。 3. 急性後期照護試辦計畫（PAC）的上游醫院：申報任一醫令代碼為 P5113B(下轉評估費)、P5118B(不同團隊下轉醫院評估費)、P5123B(急性醫療醫院轉銜作業獎勵費)； 承作醫院：案件分類為 4 且試辦計畫為 1(腦中風)、2(燒燙傷)、3(創傷性

指標 編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核 指標 值採用 期間	指標 性質	增減點數比 率	備註或排除條件
							神經損傷)、4(脆弱性骨折)、6(衰弱高齡)，依歸戶排除。 4. 轉歸代碼:D(醫院間轉急性後期照護案件)、E(院內轉急性後期照護案件)、F(因療程需要計劃性出院案件)，依歸戶排除。 ■各 DRG 相對權重_{14 日內跨院再住院率}：全國各 DRG 之 14 日日內跨院再住院率/全國所有 DRGs 案件之 14 日內跨院再住院率。 ■說明：此權重由本系統運算，106 年起的權重以 104 為基期計算。
N4_11	同院所急、慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率	A01-急性精神病人 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 A02-慢性精神病人 1. 分子：精神科已出院案件中 30 日內至同	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：醫令代碼為 04001A 或 04002B。 3. 相同【ID】視為同一保險對象。

指標 編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核 指標 值採 用期 間	指標 性質	增減點數比 率	備註或排除條件
		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出院案件數					4. 精神科已出院案件：慢性精神病人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。 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$\leq$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 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核 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 111 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%~+0.07 %	考核方式： 依據本組公布之 111 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 A)
N4_27	推動健保醫療 服務無紙化審 查方案	依據本組公布之 111 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 111 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 B)
N4_32	門診檢查(驗) 合理區間內再 執行率	依據本組公布之 111 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 111 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 C)
N4_33	醫院推動轉診 作業獎勵方案	依據本組公布之 111 年 中區醫院總額管理方案 品質指標項目_醫院推 動轉診作業獎勵方案	詳方案	當季	正向	論量定額獎 勵點數	考核方式： 待 111 年 4 月公告

指標 編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核 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_34	醫院總額風險 調整移撥款_ 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_即時上 傳檢驗(查)結 果	依據本組公布之 111 年 中區醫院總額管理方案 品質指標項目_醫院總 額風險調整移撥款_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_即時上傳 檢驗(查)結果	詳方案	當季	正向	門、住診送核 核定數 0.005 % 或 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)項目。 考核方式： 依據本組公布之 111 年中區醫院總額管理方 案品質指標項目_醫院總額風險調整移撥款_ 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_即時上傳檢驗(查)結果(附 件 D)

指標 編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核 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_35	病患死亡前安寧利用率	依據本組公布之 111 年中區醫院總額管理方案品質指標項目_病患死亡前安寧利用率	詳方案	當季	正向	每人給付 2,000 點	考核方式： 依據本組公布之 111 年中區醫院總額管理方案品質指標項目_病患死亡前安寧利用率(附件 E)
N4_36	醫院以病人為中心門診整合照護計畫	依據本組公布之 111 年中區醫院總額管理方案品質指標項目_醫院以病人為中心門診整合照護計畫	詳方案	當季/ 年度	正向/ 負向	1,000~200,000 點	考核方式： 依據本組公布之 111 年中區醫院總額管理方案品質指標項目_醫院以病人為中心門診整合照護計畫(附件 F)
N4_37	醫院總額風險調整移撥款	依據本組公布之 111 年中區醫院總額管理方案	詳方案	當季	正向	詳方案	考核方式： 依據本組公布之 111 年中區醫院總額管理方

指標 編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核 指標 值採用 期間	指標 性質	增減點數比 率	備註或排除條件
	居家醫療照護 整合計畫	品質指標項目_醫院總 額風險調整移撥款_居 家醫療照護整合計畫					案品質指標項目_醫院總額風險調整移撥款 _居家醫療照護整合計畫(附件D)
N4_38	醫院總額風險 調整移撥款_ 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_即時上 傳醫療檢查影 像	依據本組公布之 111 年 中區醫院總額管理方案 品質指標項目_醫院總 額風險調整移撥款_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_即時上傳 醫療檢查影像	詳方案	當季	正向	門、住診送核 核定數 0.015 % 或 50,000 點 (擇高給付) /-0.015 %	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。 考核方式： 依據本組公布之 111 年中區醫院總額管理方 案品質指標項目_醫院總額風險調整移撥款_ 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_即時上傳醫療檢查影像(附 件D)
N4_39 (新增)	醫院總額風險 調整移撥款_ 虛擬健保卡開 發設定及使用 獎勵	依據本組公布之 111 年 中區醫院總額管理方案 品質指標項目_醫院總 額風險調整移撥款-虛 擬健保卡開發設定及使 用獎勵	詳方案	當季	正向	詳方案	考核方式： 依據本組公布之111年中區醫院總額管理方 案品質指標項目_醫院總額風險調整移撥款_ 虛擬健保卡開發設定及使用獎勵(附件D)
N4_40 (新增)	醫院總額風險 調整移撥款_ 就醫識別碼推	依據本組公布之 111 年 中區醫院總額管理方案 品質指標項目_醫院總	詳方案	當季	正向	詳方案	考核方式： 依據本組公布之111年中區醫院總額管理方 案品質指標項目_醫院總額風險調整移撥款_

指標 編號 (指標系統 編號)	指標項目	操作型定義	目標值 設定	考核 指標 值採用 期間	指標 性質	增減點數比 率	備註或排除條件
	動及上傳獎勵	額風險調整移撥款-就 醫識別碼推動及上傳獎 勵					就醫識別碼推動及上傳獎勵(附件D)
N4_41 (新增)	醫院總額風險 調整移撥款_ DM與CKD收案 之共病病人以 糖尿病及初期 慢性腎臟病照 護整合方案照 護人數	依據本組公布之111年 中區醫院總額管理方案 品質指標項目_醫院總 額風險調整移撥款-糖 尿病及初期慢性腎臟病 照護整合方案照護人數	詳方案	當季	正向	詳方案	考核方式： 依據本組公布之111年中區醫院總額管理方 案品質指標項目_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 人數(附件D)