

健保署中區業務組 109 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 109/02/27

修改日期 109/06/16

- 一、 表列指標項目 N4_0201、N4_0301、N4_11 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	◎109 年目標值設定採 108Q3 全國層級別同儕 25、50、75 百分位，考 核各院當期值達成情 形。 • <u>醫學中心</u> p25=2.00%、 p50=2.16%、 p75=2.71%； • <u>區域醫院</u> p25=3.10%、 p50=3.59%、 p75=3.66%； • <u>地區醫院</u> p25=4.2%、 p50=5.19%、 P75=5.40%。	前 1 季	負向	A_當期值 ≤P25 ，增 加點數比率 0.05% ； B_25<當期 值≤P50 ， 增加點數比 率 0.01% ； C_P50<當 期值≤同儕 P75 ，扣減 點數比率 0.04% ； D_當期值> 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= $\frac{\sum (\text{各 DRG 案件數} * \text{各 DRG 相對權重}_{3 \text{ 日內跨院急診率}})}{\text{DRGs 總案件數}}$ (2) 分子定義： 住院 DRGs 案件之出院後 3 日內跨院急 診率= $\frac{\text{住院 DRGs 案件出院後 3 日內跨院急診}}{\text{DRGs 出院案件數}}$ ■ <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 (2)慢性肝炎醫療給付改善方案試辦計畫：

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
							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 天則該歸戶下所有案件皆排除) 7. 使用 Extracorporeal Membrane

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
							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(代辦精神病嚴重病人送醫及強制住院)或案件分類=B1

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
							(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 ✓ 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。

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
							✓ 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 O720-O723、O730-O731、前 5 碼為 O4381-O4393、前 6 碼為 O43011-O43199、O43211-O43239)、產後大出血(O721)或產後血液凝固缺損(O723)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。

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
							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。 3. <u>科別</u>：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 <u>DRG</u> 相對權重 <u>3 日內跨院急診率</u>：全國各 DRG 之

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 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}	◎109 年目標值設定採 108Q3 全國層級別同儕 25、50、75 百分位，考核各院當期值達成情形。 • <u>醫學中心</u> P25 為 6.54%、 P50 為 6.79%、 P75 為 7.02%； • <u>區域醫院</u> P25 為 8.54%、 P50 為 8.67%、 P75 為 9.24%； • <u>地區醫院</u> P25 為 10.31%、 P50 為 11.11%、	前 1 季	負向	A_當期值 ≤ P25 ，增加點數比率 0.05% ； B_25<當期值 ≤ P50 ，增加點數比率 0.01% ； C_P50<當期值 ≤ 同儕 P75 ，扣減點數比率 0.04% ； D_當期值 > 同儕 P75 ，	■分子分母之母體資料範圍皆需限定為 <u>DRGs 案件</u> 。 (1) 分母定義： CMI _{14 日內跨院再住院率} = $\Sigma (\text{各 DRG 案件數} * \text{各 DRG 相對權重}_{14 \text{ 日}}) / \text{DRGs 總案件數}$ (2) 分子定義： 住院 DRGs 案件之出院後 14 日內跨院再住院率 = $\text{住院 DRGs 案件出院後 14 日內跨院再住院案件數} / \text{DRGs 出院案件數}$ ■ <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

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
			P75 為 11.26%。 ◎109 年第 2 季起目標值設定採 108Q1 至 108Q3 全國平均層級別同儕 25、50、75 百分位，考核各院當期值達成情形。 • <u>醫學中心</u> P25 為 6.34%、 P50 為 6.74%、 P75 為 6.94%； • <u>區域醫院</u> P25 為 8.07%、 P50 為 8.44%、 P75 為 8.98%； • <u>地區醫院</u> P25 為 9.83%、 P50 為 10.95%、 P75 為 11.26%。			扣減點數比率 0.05%。	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(TW-DRGS)為空白。 5. 試辦計畫案件。

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
							(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)，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

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，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，

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，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。

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
							✓ 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≠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 O720-O723、O730-O731、前 5 碼為 O4381-O4393、前 6 碼為

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
							O43011-O43199、O43211-O43239)、產後大出血(O721)或產後血液凝固缺損(O723)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。 ■<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

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
							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。

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
							■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	精神科病人出院 30 日內門診追蹤治療率 ◎精神專科醫院外加項目	1.分子： 出院後三十日內有門診之人數。 1. 分母： 精神科已出院病人數。	各季目標值=0.75 (同儕參考值)	前 1 季	正向	0.15%	1. 跨院門住診歸戶。 2. 精神科已出院病人數： (1)擷取精神科(科別代碼 13)，出院日不為空值,且出院日於資料範圍內,按院所,ID,生日歸戶之人數。 (2)排除案件：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)之出院案件。 3. 出院後三十日內門診件數：以精神科已出院病人數為母體按[ID，生日]勾稽門診就醫日 0 至 30 日內的門診案件;排除急診案件(案件分類:02);分子同一出院日若有二件以上之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 (修訂)	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 109 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%~+0.0 7%	考核方式： 依據本組公布之 109 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_1081227(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 109 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 109 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 28 日 內再執行率	依據本組公布之 109 年 中區醫院總額管理方案 品質指標項目_門診檢 查 28 日內再執行率	待公告		負向	待公告	考核方式： 待公告
N4_33	醫院推動轉診 作業獎勵方案	依據本組公布之 109 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： 依據本組公布之 109 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 (附件 C)

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	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	1. 分子：24 小時上傳檢 驗(查)醫令數 2. 分母：門、住診申報 應上傳檢驗(查)醫令 數	1. 即時上傳率 $\geq 90\%$ ，則 給付門、住診送核核定 數 0.005%或獎勵 50,000 點，擇高給付。 2. 門、住診應上傳檢驗 (查)醫令數在 50,000 以上、上傳率 $<80\%$ ， 則扣減門、住診送核 核定數 0.005%。	當季	正向	門、住診送 核核定數 0.005 % 或 獎勵 50,000 點 (擇高給 付)/-0.005 %	1. 獎勵項目：方案附件 5、5-1(報告)項目。 2. 獎勵條件：須於報告日期 24 小時內將其檢 驗(查)結果上傳；如屬健保卡補卡案件， 且刷卡日期時間大於報告日期時間，須於補 卡後 24 小時內上傳。

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	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	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。 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。 當季病患死亡前安寧利用率小於40%(不含)以下且其成長率較去年同期成長5%(含)以上者。	當季	正向	每人給付 2,000 點	死亡人數當季 ≥ 10 人方列計。 次診斷擷取到次診斷(四)
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 <u>1,000 點</u>	
	N4_36_2 照護對象每人 西醫門診醫療 費用(院內與	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	

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
	院外)						
	N4_36_3 照護對象每人 西醫門診藥品 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	
	新增 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 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。	1. 主辦及參與發表醫 院：年度限定 1 家 2. 參與發表醫院：年度以 3 家醫院為原則	年度	正向	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 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	

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
						點。	
N4_37	N4_37_1 醫院總額風險 調整發展基金 － 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	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
	N4_37_2 醫院總額風險 調整發展基金 － 居家醫療照護 整合計畫之照 護獎勵費	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 安寧療護－ 醫事人員訪 視： 300 點/次	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 居家醫療/重度居家醫療－醫事人員訪視醫 令：05307C、05308C、05301C、05302C、05303C、 05304C、05305C、05306C、05321C、05322C 安寧療護－醫事人員訪視醫令：05312C、 05323C、05336C、05337C、05313C、05324C、 05314C、05325C、05338C、05339C、05340C、 05341C 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
N4_38 (新增)	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： 符合即時上傳影像 醫令數 2. 分母：	➤ 各項醫療影像即時 上傳率目標值，如下： 1. CT $\geq$ 95% 2. MRI $\geq$ 95%	當季	正向	門、住診送 核核定數 0.02 %或獎 勵 50,000	1. 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。 2. 醫療檢查影像：須於實際檢查日期後之 24 小時內上傳影像；如屬健保卡補卡案件， 且健保卡刷卡日期時間大於實際檢查日

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
	方案_即時上傳醫療檢查影像	門、住診申報應上傳影像醫令數	3. 牙科 X 光片攝影 $\geq 80\%$ 4. 鏡檢 $\geq 95\%$ 5. 超音波檢查等影像 $\geq 80\%$ 6. 其他 X 光片攝影 $\geq 95\%$ ➤ 前述 6 項考核皆需達成，給付點數比率 0.02% 或 50,000 點(擇高給付)，若其中一項未達成皆不予給付。			點(擇高給付)	期時間，須於補卡後 24 小時內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到影像日期 24 小時內上傳。