

# 健保署中區業務組 106 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 106/03/22

- 一、 指標項目不予考核之條件：
  1. 若表列指標項目除 N4\_0602\_1、N4\_0602\_2 外之列計分母低於(含)30 者不予列入考核。
  2. 若表列指標項目 N4\_0602\_1、N4\_0602\_2、N4\_0602\_3 之列計分母低於(含)1500 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、 指標考核結果除健康存摺應用推動(N4\_29)及**推動居家醫療照護整合計畫(N4\_30 項)**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 <sub>3 日內跨院急診</sub> 率	◎ 目標值設定參考 <b>105Q3 同儕值予以設 定。</b>  ◎ <b>106Q1 及 106Q2 目標 值設定：</b> • 若 105Q3 當期值*0.98< 同儕 P25，106Q1 及 106Q2 目標值=同儕 P25 • 若 105Q3 當期值*0.98> 同儕 P25，106Q1 及 106Q2 目標值=105Q3 當期值*0.98。  ◎ <b>106Q3 及 106Q4 目標 值設定：</b> <b>106Q1 目標值*0.96。</b>	前 1 季	負向	+0.1% -0.05%	1. 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 <sub>3 日內跨院急診率</sub> = $\frac{\sum(\text{各 DRG 案件數} * \text{各 DRG 相對權重}_{3\text{日內跨院急診率}})}{\text{DRGs 總案件數}}$ (2) 分子定義： 住院 DRGs 案件之出院後 3 日內跨院急診 率= $\frac{\text{住院 DRGs 案件出院後 3 日內跨院急診案件數}}{\text{DRGs 出院案件數}}$ 2. <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院 (前 4 碼為 Z940-Z944、前 5 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
							<p>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</p> <p>(3). MDC19、MDC20 之精神科案件。</p> <p>(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。</p> <p>➤ 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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 不適 Tw-DRGs 案件特殊註記為 5。</li> <li>◆ 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。</li> </ul> <p>(5). 試辦計畫案件。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 乳癌醫療給付改善方案試辦計畫：病患來 源代碼=N、C、R</li> <li>➤ 慢性肝炎醫療給付改善方案試辦計畫：給 付類別=M</li> <li>➤ 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</li> </ul>

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
							<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 呼吸器試辦計畫：案件分類=4 且給付類別=9</li> <li>➤ 週產期試辦計畫：給付類別=D</li> <li>➤ 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。</li> </ul> <p>(6). 住院日超過 30 日之個案。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 急性病床天數+慢性病床天數&gt;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&gt;30 天則該歸戶下所有案件皆排除)</li> </ul> <p>(7). 使用 Extracorporeal Membrane Oxygenation(ECMO)(任一主次處置碼 5A15223)之案件。</p> <p>(8). 住院安寧照護案件(案件分類=6)。</p> <p>(9). 其他非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍</p>

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
							<p>之案件。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 醫事機構代碼前二碼為 21-27 及 31-35 者。</li> <li>➤ 特約類別非 1-4 者。</li> <li>➤ 職業傷病案件：部分負擔代碼為 006 或案件分類=A1、A2、A3、A4</li> <li>➤ 代辦膳食費： <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 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)</li> <li>◆ 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)</li> </ul> </li> <li>➤ 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</li> <li>➤ 結核病代辦案件：部分負擔代碼為 005 或案件分類=C4。</li> <li>➤ 後天免疫缺乏症候群：案件分類為=C1</li> <li>➤ 資訊不完整或錯誤之資料排除(歸戶後處理)： <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 編碼錯誤：審核結果 DRG 及審核結果</li> </ul> </li> </ul>

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
							<p>MDC 均為空白。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 尚未出院案件：出院日期為空白。</li> <li>◆ 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<math>\leq 1</math>」，就算有連續。</li> <li>◆ 第一筆資料申報起日與入院日期不相等。</li> <li>◆ 費用為 0：申請費用點數+部分負擔金額=0。</li> <li>◆ 住院日數為 0：急性病床天數+慢性病床天數=0</li> <li>◆ 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。</li> <li>◆ 暫以論量計酬申報之案件：不適 Tw-DRGs 案件特殊註記為 G。</li> <li>◆ 急慢性病床天數不符： <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 出院日期=入院日期，且出院日期 - 入院日期+1<math>\neq</math>急性病床天數+慢性病床天數。</li> <li>■ 出院日期-入院日期&gt;急性病床天</li> </ul> </li> </ul>

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
							<p>數+慢性病床天數且無任何一筆病患來源為4者。</p> <p>■ 出院日期-入院日期&lt;急性病床天數+慢性病床天數</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(13).【不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記】為D的案件(依清單排除)。</p> <p>3. <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。</p> <p>4. <u>3日內跨院急診案件數</u>：以出院案件為母</p>

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
							<p>體，部分負擔非 903 之案件，按【ID、生日】跨院勾稽距離出院日 0 至 3 日內的部分負擔非 903 急診案件；部分負擔 903 之案件，按【ID、生日、科別】跨院勾稽距離出院日 0 至 3 日內的部分負擔 903 急診案件。</p> <p>(1). 急診案件：案件分類 02 且部分負擔第 2 碼為 0。</p> <p>(2). 生日：因急診沒有 CHILD_BIRTHDAY，改以 BIRTHDAY 勾稽。</p> <p>(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。</p> <p>5. 各 DRG 相對權重<sub>3 日內跨院急診率</sub>：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。</p> <p>6. 說明：此權重由本系統運算，104 年起的權重以 102 年為基期計算。105 年起的權重以 103 年為基期計算。</p>
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	1.分子： 住院 DRGs 案件之出 院後 14 日內跨院再 住院率。 2.分母：	◎ 目標值設定參考 105Q3 同儕值予以設 定。  ◎ 106Q1 及 106Q2 目標	前 1 季	負向	+0.1% -0.05%	1. 分子分母之母體資料範圍皆需限定為 DRGs 案件。 (1). 分母定義： $CMI_{14 日內跨院再住院率} = \frac{\sum (\text{各 DRG 案件數} * \text{各 DRG 相對權重}_{14 日})}{\text{DRGs 總案件數}}$

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
	(TW-DRGs V3.4 版)  精神專科醫 院不列入考 核	CMI <sub>14</sub> 日內跨院再住院率	<p><b>值設定：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 若 105Q3 當期值*0.98&lt; 同儕 P25，106Q1 及 106Q2 目標值=同儕 P25</li> <li>• 若 105Q3 當期值*0.98&gt; 同儕 P25，106Q1 及 106Q2 目標值=105Q3 當期值*0.98。</li> </ul> <p>◎ <b>106Q3 及 106Q4 目標值設定：</b> 106Q1 目標值*0.96。</p>				<p>(2). 分子定義： 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</p> <p>2. <u>DRGs 案件</u>：需為本署醫管組公告的 DRG 碼範圍內，相對權重&gt;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)</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(3). MDC19、MDC20 之精神科案件。</p> <p>(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)</p>

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
							<p>及衛生福利部公告之罕見疾病案件。</p> <p>(5). 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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 不適 Tw-DRGs 案件特殊註記為 5。</li> <li>➢ 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。</li> </ul> <p>(6). 試辦計畫案件。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 乳癌醫療給付改善方案試辦計畫：病患來源代碼=N、C、R</li> <li>➢ 慢性肝炎醫療給付改善方案試辦計畫：給付類別=M</li> <li>➢ 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</li> <li>➢ 呼吸器試辦計畫：案件分類=4 且給付類別=9</li> <li>➢ 週產期試辦計畫：給付類別=D</li> <li>➢ 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</li> </ul>

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
							<p>費)； 承作醫院：案件分類為 4 且試辦計畫為 1，依歸戶排除。</p> <p>(7). 住院日超過 30 日之個案。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 急性病床天數+慢性病床天數&gt;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&gt;30 天則該歸戶下所有案件皆排除)</li> </ul> <p>(8). 使用 Extracorporeal Membrane Oxygenation(ECMO)(任一主次處置碼 5A15223)之案件。</p> <p>(9). 住院安寧照護案件(案件分類=6)。</p> <p>(10). 其他非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍之案件。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 醫事機構代碼前二碼為 21-27 及 31-35 者。</li> <li>➢ 特約類別非 1-4 者。</li> <li>➢ 職業傷病案件：部分負擔代碼為 006 或案件分類=A1、A2、A3、A4</li> <li>➢ 代辦膳食費： <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 職業傷病住院膳食費：案件分類=AZ，</li> </ul> </li> </ul>

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
							<p>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)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 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)</li> <li>➤ 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</li> <li>➤ 結核病代辦案件：部分負擔代碼為 005 或案件分類=C4。</li> <li>➤ 後天免疫缺乏症候群：案件分類為=C1</li> <li>➤ 資訊不完整或錯誤之資料排除(歸戶後處理)： <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 編碼錯誤：審核結果 DRG 及審核結果 MDC 均為空白。</li> <li>◆ 尚未出院案件：出院日期為空白。</li> <li>◆ 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&lt;=1」，就算有連續。</li> </ul> </li> </ul>

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
							<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 第一筆資料申報起日與入院日期不相等。</li> <li>◆ 費用為 0：申請費用點數+部分負擔金額=0。</li> <li>◆ 住院日數為 0：急性病床天數+慢性病床天數=0</li> <li>◆ 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。</li> <li>◆ 暫以論量計酬申報之案件：不適 Tw-DRGs 案件特殊註記為 G。</li> <li>◆ 急慢性病床天數不符： <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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。</li> <li>■ 出院日期-入院日期&gt;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。</li> <li>■ 出院日期-入院日期&lt;急性病床天數+慢性病床天數</li> </ul> </li> </ul> <p>(11).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。</p>

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
							<p>(12).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。</p> <p>(13).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。</p> <p>(14).【不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記】為 D 的案件(依清單排除)。</p> <p>3. <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。</p> <p>4. <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。</p> <p>➤ 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。排除下列二種案件：</p> <p>(1).【不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記】為 E 的</p>

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
							<p>案件，依清單排除。</p> <p>(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。</p> <p>5. 各 DRG 相對權重<sub>14 日內跨院再住院率</sub>：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。</p> <p>6. 說明：此權重由本系統運算，104 年起的權重以 102 年為基期計算。105 年起的權重以 103 年為基期計算。</p>
N4_0602_1 (NO_1713 至 1715)	跨院所同藥理(降血壓、降血脂、降血糖)不同處方用藥日數重複率  (若分母 ≤1500 不列入考核)	1.分子： 擷取跨院之處方(降血壓、降血脂、降血糖)藥物重疊用藥日數之總和 2.分母： 擷取降血壓、降血脂、降血糖藥物給藥日數加總。	◎目標值設定參考 105Q4 同儕值予以設定。  ◎106Q1 及 106Q2 目標值設定： • 105Q4 當期值 < 同儕 P25，目標值=105Q4 當期值*0.9 • P50 < 105Q4 當期值 < 同儕 P25，目標值=105Q4	當季		該項為雲端藥歷系統應用之考核必要項。	1. 資料範圍： (1). 限定為西醫醫院及西醫基層之給藥案件 (2). 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。 (3). 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。 (4). 排除任一特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。 (5). 排除案件分類為 02(急診)、A2(精神疾病社

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
			<p><b>當期值*0.85</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>同儕 P50&lt;105Q4 當期值&lt;同儕 P75，目標值=105Q4 當期值*0.8</b></li> <li>• <b>105Q4 當期值&gt;同儕 P75，目標值=105Q4 當期值*0.75</b></li> <li>• <b>105Q4 當期值分子=0 或分母&lt;=1500，106Q1 及 106Q2 目標值=同儕 P25</b></li> </ul> <p>◎106Q3 及 106Q4 目標值設定： 目標值設定：106Q1 指標值*0.96。</p>				<p>區復健)的案件。</p> <p>(6). 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。</p> <p>(7). 排除安胎案件：主診斷全碼為 O200、O208、O209、O4400、O4401、O4402、O4403、O4410、O4411、O4412、O4413、O458X9、O4590、O458X1、O458X2、O458X3、O4591、O4592、O4593、O45009、O45019、O45029、O45099、O46009、O46019、O46029、O46099、O99119、O45001、O45002、O45003、O45011、O45012、O45013、O45021、O45022、O45023、O45091、O45092、O45093、O46001、O46002、O46003、O46011、O46012、O46013、O46021、O46022、O46023、O46091、O46092、O46093、O670、O99111、O99112、O99113、O9912、O468X9、O468X1、O468X2、O468X3、O678、O26859、O4690、O4691、O4692、O4693、O679、O26851、O26852、O26853、O6000、O6002、O6003、O4700、O479、O4702、O4703、O471、O6010X0、O6010X1、O6010X2、O6010X3、</p>

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
							<p><b>O6010X4、O6010X5、O6010X9、O6020X0、O6020X1、O6020X2、O6020X3、O6020X4、O6020X5、O6020X9、O6012X0、O6012X1、O6012X2、O6012X3、O6012X4、O6012X5、O6012X9、O6013X0、O6013X1、O6013X2、O6013X3、O6013X4、O6013X5、O6013X9、O6014X0、O6014X1、O6014X2、O6014X3、O6014X4、O6014X5、O6014X9、O6022X0、O6022X1、O6022X2、O6022X3、O6022X4、O6022X5、O6022X9、O6023X0、O6023X1、O6023X2、O6023X3、O6023X4、O6023X5、O6023X9。</b></p> <p><b>(8).</b> 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004、R005 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。</p> <p><b>2.</b> 降血壓、降血脂、降血糖藥物同藥理藥物之定義。</p> <p><b>(1).</b> 降血壓藥物(口服)：ATC 前三碼=C07(但需排除 C07AA05)或 ATC 前五碼為 C02AC、C02CA、C02DB、C02DC、</p>

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
							<p><b>C02DD→C02KX (排除 C02KX01→ C02KX02)、C03AA、C03BA、C03CA、 C03DA、C08CA (排除 C08CA06)、 C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫 令代碼第 8 碼為 1。</b></p> <p>(2). 降血脂藥物(口服)：ATC 前五碼=C10AA、 C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫 令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>(3). 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前五碼 =A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、 A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、 A10BX、A10BH。</p> <p>3. 分母：各案件之給藥日數總和。        ➤ 給藥日數：抓取醫令檔之醫令給藥日份， 若為空值則抓清單檔之給藥日份。</p> <p>4. 分子：全國跨院同 ID 同藥理不同處方之開 始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給 藥日數。</p> <p>5. 相關判斷：        (1). 開始用藥日期=就醫日期。        ➤ 08 案件其開始用藥日期為治療結束日期。        ➤ E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、 IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日</p>

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
							<p>期，倘若為空值則取就醫日期。</p> <p>(2). 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。</p> <p>(3). 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數 <math>\geq 21</math> 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數 <math>\geq 21</math> 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間(費用年月 10110(含)以前為 7 天)不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。</p> <p>(4). 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重疊(C07 為前三碼完全相同才視為用藥重疊)。</p> <p>(5). 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。</p> <p>(6). 計算 10301 時，分母為 10301 的給藥日數，分子為 10301 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10301 的案</p>

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
							件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到10212。
N4_0602_2 (NO_1729 至 1731)	跨院所同藥理(抗思覺失調、抗憂鬱症、安眠鎮靜)不同處方用藥日數重複率  (若分母<=1500 不列入考核)	1.分子： 擷取跨院之處方(抗思覺失調、抗憂鬱症、安眠鎮靜)藥物重疊用藥日數之總和 2.分母： 擷取抗思覺失調、抗憂鬱症、安眠鎮靜藥物給藥日數加總。	◎目標值設定參考 105Q4 同儕值予以設定。 ◎106Q1、106Q2 目標值設定： • 若 105Q4 當期值<同儕 P25，106Q1 及 106Q2 目標值=105Q4 當期值*0.9。 • 若同儕 P25<105Q4 當期值<同儕 P50，106Q1 及 106Q2 目標值=105Q4 當期值*0.85。 • 若同儕 P50<105Q4 當期值<同儕 P75，106Q1 及 106Q2 目標值=105Q4 當期值*0.8。 • 若 105Q4 當期值>同儕 P75，106Q1 及 106Q2 目標值=105Q4 當期值*0.7。	當季		該項為雲端藥歷系統應用之考核必要項	1. 資料範圍： (1). 限定為西醫醫院及西醫基層之給藥案件 (2). 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。 (3). 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。 (4). 排除任一特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。 (5). 排除案件分類為 02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。 (6). 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。 (7). 排除安胎案件：(同 N4_0602_1) (8). 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004、R005 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。 2. 抗思覺失調、抗憂鬱症、安眠鎮靜藥物同藥理藥物之定義。 ➤ 抗思覺失調藥物：ATC 前五碼=N05AA、

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
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• 若 105Q4 當期值分子 =0 或分母≤1500，106Q1 及 106Q2 目標值=同儕 P25。</li> <li>• 106Q3 及 106Q4 目標值設定： 106Q1 指標值*0.96。</li> </ul>				<p>N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN（排除 N05AN01）、N05AX。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 抗憂鬱症藥物：ATC 前五碼=N06AA（排除 N06AA12、N06AA02）、N06AB、N06AG。</li> <li>➢ 安眠鎮靜藥物：ATC 前五碼為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM 且醫令代碼第 8 碼為 1。</li> </ul> <p>3. 分母：各案件之給藥日數總和。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 給藥日數：抓取醫令檔之醫令給藥日份，若為空值則抓清單檔之給藥日份。</li> </ul> <p>4. 分子：全國跨院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。</p> <p>5. 相關判斷：</p> <p>(1). 開始用藥日期=就醫日期。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 08 案件其開始用藥日期為治療結束日期。</li> <li>➢ E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。</li> </ul> <p>(2). 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥</p>

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
							<p>日期。</p> <p>(3). 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數 <math>\geq 21</math> 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數 <math>\geq 21</math> 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間(費用年月 10110(含)以前為 7 天)不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。</p> <p>(4). 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重疊(C07 為前三碼完全相同才視為用藥重疊)。</p> <p>(5). 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。</p> <p>(6). 計算 10301 時，分母為 10301 的給藥日數，分子為 10301 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10301 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10212。</p>

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_0602_3 (NO_2230)	鼻竇炎使用 氟化恩菟類 抗生素 fluoroquinolones 案件比 率  (若分母 ≤1500 不列 入考核)	1.分子：分母案件中， 使用氟化恩菟類抗生 素 fluoroquinolones 的案件。 2.分母：主診斷為鼻竇 炎的門診案件。	◎目標值設定參考 105Q4 同儕值予以設定。  ◎106Q1 及 106Q2 目標值 設定： • 若 105Q4 當期值<同儕 P25，106Q1 及 106Q2 目標值=同儕 P25 • 若同儕 P25<105Q4 當 期值<同儕 P50，106Q1 及 106Q2 目標值 =105Q4 當期值*0.9。 • 若同儕 P50<105Q4 當 期值<同儕 P75，106Q1 及 106Q2 目標值 =105Q4 當期值*0.85。 • 若 105Q4 當期值>同儕 P75，106Q1 及 106Q2 目標值=105Q4 當期值 *0.8。 • 若 105Q4 當期值分子 =0 或分母≤1500， 106Q1 及 106Q2 目標	當季		該項為 雲端藥 歷系統 應用之 考核必 要項。	1. 資料範圍： (1). 分子分母為門診(西醫基層+西醫醫院)，排 除代辦案件：案件分類為 A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF 。 (2). 排除「補報原因註記」為 2(補報部分醫令 或醫令差額)之案件。 2. 氟化恩菟類抗生素 fluoroquinolones：藥品 ATC 碼前五碼為 J01MA。 3. 鼻竇炎：主診斷前三碼為 J01(急性)、J32(慢 性)。 4. 門診案件：以清單編號計算，一個清單編 號算一件。

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
			<p>值=同儕 P25。</p> <p>◎106Q3 及 106Q4 目標值 設定： 106Q1 目標值*0.96</p>				
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_17	住院全人整合醫療服務方案	依據本組公布之106年中區醫院總額管理方案品質指標項目_住院全人整合醫療服務」方案	詳方案	當季	正向	0.07%~0.1%	
N4_24 (No_1203)	初期慢性腎臟病(簡稱初期CKD)方案照護率-月累計  (精神專科醫院、婦產科專科醫院不列入考核)	依據100年1月1日公告「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」(簡稱初期CKD方案)  分子： 接受初期CKD方案照護(申報醫令代碼前3碼為P43)之病人數(ID歸戶人數)  分母： 符合收案條件之初期慢性腎臟病人數(ID歸戶數)	◎ 106Q1 目標值=19% ◎ <b>106Q2 目標值=38%</b> ◎ <b>106Q3 目標值=46%</b> ◎ <b>106Q4 目標值=52%</b>	當季	正向	0.1%	1. 基期人數≤30(含)者不予列計考核結果 2. 增加若分子>分母時，分母=分子之條件(以分子為主) 3. 分母資料範圍： (1). 門診西醫基層+門診西醫醫院 (2). 住院全部資料 4. 分子資料範圍： (1). 門診西醫基層+門診西醫醫院 (2). 不排除補報原因註記為‘2’之案件。 5. 分母計算步驟 (1). 分母年度執行1次即可，之後分母固定，如100年分母，執行99年健保申報資料。 ➢ 計算統計期間為10001指標值時，分母資料範圍為9901-9912 ➢ 計算統計期間為10002指標值時，分母直接採用10001已計算的分母值，不重新彙算。

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
							<p>(2). 依據國際定義之慢性腎臟病，1 年內以下主 次診斷門診出現 2 次或住診出現 1 次，歸 戶病人數。國際定義診斷碼(ICD_10_CM： A18.11、A52.75、C64.1、C64.2、C64.9、 C7A.093、Z51.12、D30.00、D30.01、 D30.02、D3A.093、D41.00、D41.01、 D41.02、D41.10、D41.11、D41.12、D41.20、 D41.21、D41.22、E11.21、E11.22、E11.29、 E13.21、E13.22、E13.29、E10.21、E10.22、 E10.29、E11.21、E11.22、E11.29、E11.65、 E10.21、E10.65、E74.8、M10.30、M10.311、 M10.312、M10.319、M10.321、M10.322、 M10.329、M10.331、M10.332、M10.339、 M10.341、M10.342、M10.349、M10.351、 M10.352、M10.359、M10.361、M10.362、 M10.369、M10.371、M10.372、M10.379、 M10.38、M10.39、N20.0、M10.30、D59.3、 I12.0、I12.9、I13.11、I13.2、I70.1、I75.81、 I72.2、I77.73、I77.3、K76.7、N00.0、N00.1、 N00.2、N00.3、N00.4、N00.5、N00.6、 N00.7、N01.0、N01.1、N01.2、N01.3、 N01.4、N01.5、N01.6、N01.7、N01.8、 N01.9、N08、N00.8、N00.9、N04.4、N02.1、</p>

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
							N02.2、N02.3、N04.1、N04.2、N02.4、 N02.5、N02.6、N02.7、N04.3、N04.4、 N04.5、N04.6、N02.0、N04.0、N02.8、 N04.7、N04.8、N02.9、N04.9、N03.2、 N03.1、N03.3、N03.4、N03.5、N03.6、 N03.7、N03.8、N03.0、N03.9、N05.9、 N05.2、N06.2、N07.2、N05.3、N05.4、 N05.5、N06.3、N06.4、N06.5、N07.3、 N07.4、N07.5、N05.9、N17.1、N17.2、 E10.21、E11.21、N16、N05.0、N05.1、 N05.6、N05.7、N05.8、N06.0、N06.1、 N06.6、N06.7、N06.8、N07.0、N07.1、 N07.6、N07.7、N07.8、N14.0、N14.1、 N14.2、N14.3、N14.4、N15.0、N15.8、 N05.9、N06.9、N07.9、N15.9、N17.0、 N17.1、N17.2、N17.8、N17.9、N18.4、 N18.5、N18.6、N18.9、N19、N26.1、N26.9、 N25.0、N25.1、N25.81、N25.89、N25.9、 N13.1、N13.2、N13.30、N13.39、O10.419、 O10.411、O10.412、O10.413、O10.42、 O10.43、O10.119、O10.219、O10.319、 O11.9、O10.111、O10.112、O10.113、 O10.12、O10.211、O10.212、O10.213、

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
							<p>O10.22、O10.311、O10.312、O10.313、O10.32、O11.1、O11.2、O11.3、O10.13、O10.313、O11.1、O11.2、O11.3、O10.13、O10.23、O10.33、Q61.01、Q61.3、Q61.2、Q61.11、Q61.19、Q61.4、Q61.5、Q61.5、Q61.02、Q61.8、Q62.39、Q62.11、Q62.12、Q62.31、Q62.32、Q62.0、Q62.10、Q62.11、Q62.2、R94.4)。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 主次診斷門診 5 個、住診 20 個都要看。門診 2 次是以上任一，如 1 次 A18.11，另 1 次 D30.00，就算有。</li> <li>➤ 一筆清單計為 1 次。</li> <li>➤ 診斷碼符合判定邏輯採全碼相同方式判定。</li> <li>➤ 例: A18.11 代表全碼為 A1811 即符合; Q61.3 代表全碼為 Q613。</li> <li>➤ 診斷碼定義中 x 代表 0~9 任一數字。</li> </ul> <p>(3). 排除洗腎病患作法，領有重大傷病卡證明主診斷前三或四碼為 N184-N189、N19 病人數(ID)。</p> <p><b>(4).</b> 排除末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫的病人，即門診申報醫令代碼為 P3402C、P3403C、P3404C、P3405C</p>

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
							<p>的病人予以排除。</p> <p><b>(5). 排除轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記 5、6。</b></p> <p><b>(6). 分母資料範圍排除死亡個案。</b></p> <p>6. 分子：申報醫令代碼前 3 碼為 P43 之歸戶人數(ID 數)。</p> <p>7. 分母：係年度開始時符合收案條件之人數，當收案率大於 100% 將配合實際收案數調整不大於分子(即若分子&gt;分母時，分母=分子(以分子為主)，收案率以 100% 計)。</p> <p>8. 運算範圍：月累計 每月計算當年度起始月份至該月之申報資料，如：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 彙算統計期間 10001 時，分子運算範圍為費用年月 10001-10001，分母運算範圍為 9901-9912。</li> <li>➢ 彙算統計期間 10002 時，分子運算範圍為費用年月 10001-10002，分母直接使用 10001 已計算的分母結果。</li> <li>➢ 彙算統計期間 10012 時，分子運算範圍為費用年月 10001-10012，分母直接使用 10001 已計算的分母結果。</li> </ul>

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應用	依據本組公布之106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應用考核方式	詳方案	當季	正/負向	-0.1%~+0.1%	考核方式： 依據本組公布之106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應用考核方式辦理(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106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106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_29	健康存摺應用推動	依據本組公布之106年中區醫院總額管理方案品質指標項目_健康存摺應用推動考核方式	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106年中區醫院總額管理方案品質指標項目_健康存摺應用推動考核方式(附件C)
4_30	推動居家醫療照護整合計畫	依據本組公布之106年中區醫院總額管理方案品質指標項目_推動居家醫療照護整合計畫	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106年中區醫院總額管理方案品質指標項目_推動居家醫療照護整合計畫(附件D)