

健保署中區業務組 104 年醫院總額管理方案 單價指標項目操作型定義暨考核方式

訂定日期：104 年 01 月 22 日

當季	指標編號 (指標系統 編號)	項目	操作型定義	目標值設定	指標 性質	增減點數方式	當季 反映 成數	下年度 同期反 映成數
V	N1_01	<p>住院每人次平均非藥費單價 A</p> <p>◎以本署 TW-DRG 編碼案件，依季、同院、同住院日、同 ID、同生日歸戶</p> <p>◎依據歸戶後之最終條件進行案件排除（排除條件詳附件 1-1）</p> <p>◎CMI 計算採所列計案件並引用全國公佈 104 年各 DRG 權重值予以計算之</p>	<p>1. 分子： 當季列計 DRG 編碼案件之每人次平均非藥費單價</p> <p>2. 分母：當季列計 DRG 案件計算之 CMI 值</p> <p>$CMI = \frac{\sum(\text{各院各季 DRG}_i \text{ 案件數} * \text{DRG}_i \text{ 權重})}{\text{各院當季列計 DRG 案件數}}$</p>	沿用 103 年第 4 季目標值。	負向	(目標單價-當期單價)* 當季列計 DRG 案件計算之 CMI 值* 當季列計案件數 (只扣不加)	50%	50%

當季	指標編號 (指標系統 編號)	項目	操作型定義	目標值設定	指標 性質	增減點數方式	當季 反映 成數	下年度 同期反 映成數
V	N1_03	門診每人平均非藥費 單價 以 CCS 編碼之 CMI 校 正後每人平均非藥費 單價(按季歸戶) ◎ 排除項目詳附件 1-2。	1. 分子： 當季以季歸戶之每人非藥 費點數。 2. 分母： 當季以 CCS 計算之 CMI 值。 註：CMI= Σ (各院當季 CCSi 件數*CCSi 權重)/各 院總件數	沿用 103 年第 4 季目標值。	負向	(目標單價-當期單 價)*當季以 CCS 計 算之 CMI 值*當期計 入單價的人數 (只扣不加)	60%	50%
V	N1_04	門住診每人平均一般 藥費單價	1. 分子： 當季門住診申報一般藥費 點數(含交付)。 註：參照管控點數計算邏 輯說明之(dr_in_amt_3) 及(in_amt_3)。 2. 分母： 當季列入門診每人平均非 藥費單價(N1_03)計算之 人數。	沿用 103 年第 4 季目標值。	負向	(目標單價-當期單 價)*當期計入單價 的人數 (只扣不加)	100%	100%

〈附件 1-1〉

住診非藥費單價(N1_01)說明

- 一、以本署 TW-DRG 編碼案件，依季、同院、同住院日、同 ID、同生日進行歸戶，並以歸戶後之最終條件進行案件排除。
- 二、若 103 年第 3 季列計案件數未達 100 件者，則該項不列入考核項目。若當季歸戶後列計案件數小於 100 件之醫院，則當季該項指標考核結果不予反映。
- 三、部分負擔代碼若為“903”新生兒依附父母就醫住院案件，其歸戶條件之生日則改以新生兒生日 (CHILD_BIRTHDAY) 進行歸戶。
- 四、本項列計非藥費點數計算為列計案件之〈申請點數+部分負擔-藥費〉，不包含案件分類“AZ”及“DZ”案件、高額案件（案件分類“3”且申請點數+部分負擔>500,000 點）與急性後期照護品質試辦計畫案件（案件分類“4”且試辦計畫（住院醫療服務點數清單 d111 欄位）“1”）。
- 五、住院非藥費單價之排除條件如下列：
 - (一) 住院醫療服務點數清單欄位之不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記中，所列下列註記之案件不予列計住院非藥費單價
 - 0：無（案件分類 5 者，本項次應為 0）即 401 項導入案件
 - 1：主診斷為癌症（140.XX-176.XX、179.XX-208.XX、V58.0、V58.1、V67.1、V67.2）、主診斷為性態未明腫瘤（235.XX、236.XX、237.XX、238.XX）案件
 - 2：主或次診斷為臟器移植併發症及後續住院(996.8X、V42.XX)案件
 - 3：MDC19、MDC20 之精神科案件

- 4：主或次診斷為愛滋病(042)、凝血因子異常(286.0-286.3、286.7)案件
- 5：主或次診斷為行政院衛生署公告之罕見疾病案件
- 6：試辦計畫、安寧療護案件(給付類別 9、A、M、D 或病患來源 N、C、R 者)
- 9：住院 30 日內未出院之切帳申報個案(如部分負擔代碼改變)，但仍為健保給付案件。申報本註記者，第 58 項次申請費用點數應為「0」，第 27 項次轉歸代碼應為「7」身分變更或「2 繼續住院」。
- B：其他非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍之案件(案件分類應為代辦案件之代碼或西醫基層診所住院案件)
- F：使用 Extracorporeal Membrane Oxygenation(ECMO)(處置碼 39.65)者
- G：原應屬 DRG 範圍暫以論量計酬方式申報個案
- J：執行 IABP (Intraaortic balloon pump) 手術之住院案件不適用 DRGs 範圍
- K：高危險生產疾病排除 DRGs 實施範圍
- L：施行骨盆腔多器官重建手術之個案

(二) 住院天數大於 60 日以上案件不予列計

(三) 案件分類為「2」論病例計酬案件不予列計

〈附件 1-2〉

門診非藥費單價(N1_03)說明

- (一) 本項含交付處方。
- (二) 門診醫療費用點數：列入計算案件之(申請醫療費用點數+部分負擔)。
- (三) 以 CCS 編碼之 CMI 校正後之每人平均單價(按季歸戶)。(CCS 以主診斷 ICD9 為分類基準(如附表))。
- (四) 符合下列條件者，整件排除。

1. 管控點數計算邏輯說明之欄位名稱為 B、C、D 所屬各項案件。

門診非藥費單價指標自 100 年第 2 季起癌症放射線治療案件(D_4_NEW2) 不列入排除條件。

2. 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫案件：申報類別=2 且特定治療項目代號(一)=G9 且為參加計畫醫院。

3. 門診預防保健：案件分類=A3。

4. 門診流感疫苗：案件分類=D2。

5. 門診或醫院交付調劑之藥費小計 6,000 以上。

6. 案件分類=C1(論病例計酬案件)。

- (五) 本項列入計算人數低於 300 者，則不予考核。

健保署中區業務組 104 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 104.2.17

(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 之列計分母低於 30 者不予列入考核。
2. 若表列指標項目 N4_0602_1、N4_0602_2 之列計分母低於 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，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 V3.2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}	◎暫公布 104Q1 目標值 =103Q4 目標值。 ◎104Q2、104Q3、104Q4 之目標值俟署本部公 布新的操作型定義設 定後，另行公布。 註：104Q1 沿用 102Q3 列 計分母案件數<30 者，暫 不予列入 104Q1 考核。	前 1 季	負向	+0.1% -0.05%	<p>➢ 分子分母之母體資料範圍皆需限定為 <u>DRGs 案件</u>。</p> <p>➢ 分母定義：CMI_{3 日內跨院急診率} = $\frac{\sum(\text{各 DRG 案件數} * \text{各 DRG 相對權重}_{3 \text{日內跨院急診率}})}{\text{DRGs 總案件數}}$</p> <p>➢ 分子定義： 住院 DRGs 案件之出院後 3 日內跨院急診率 = $\frac{\text{住院 DRGs 案件出院後 3 日內跨院急診案件數}}{\text{DRGs 出院案件數}}$</p> <p>※<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)</p> <p>(1) 主診斷為癌症(前 3 碼為 140-176、179-208、全碼為 V58.0、V58.1、V67.1、V67.2)、主診斷為性態未明腫瘤(前 3 碼為 235、236、237、238)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 996.8、前 3 碼為 V42)案件。</p> <p>(3) MDC19、MDC20 之精神科案件。</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>(4) 主或次診斷為愛滋病(042)、先天性凝血因子異常(286.0-286.3、286.7)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，ICD 錯誤碼(ICD9CM_ERR_CODE_1)欄位第 1 碼到第 5 碼中有出現 5 的案件即為衛生福利部公告之罕見疾病案件。</p> <p>(5) 試辦計畫案件。</p> <p>➤ 乳癌醫療給付改善方案試辦計畫：病患來源代碼=N、C、R</p> <p>➤ 慢性肝炎醫療給付改善方案試辦計畫：給付類別=M</p> <p>➤ 安寧試辦計畫：給付類別=A</p> <p>➤ 呼吸器試辦計畫：給付類別=9</p> <p>➤ 週產期試辦計畫：給付類別=D</p> <p>(6) 住院日超過 30 日之個案。</p> <p>➤ 急性病床天數+慢性病床天數>30 天 (歸戶後，該歸戶所有案件【急床+慢床】加總>30 天，則該歸戶下所有案件皆排除)</p> <p>(7) 使用 Extracorporeal Membrane Oxygenation(ECMO)(任一主次處置碼 39.65)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"> ➤ 職業傷病案件：案件分類=A1、A2、A3、A4 ➤ 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) ➤ 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 ➤ 結核病代辦案件：案件分類=C2、C3、C4 ➤ 後天免疫缺乏症候群：案件分類為=C1 <p>※ 案件數：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>

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>※3日內跨院急診案件數：以出院案件為母體，按【ID、生日】跨院勾稽距離出院日0至3日內的急診案件。(急診案件定義：案件分類02且部分負擔第2碼為0)</p> <p>※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，目前以97年為基期計算相對權重。</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(TW-DRGs V3.2版)	<p>1. 分子： 住院 DRGs 案件之出院後 14 日內跨院再住院率。</p> <p>2. 分母： $CMI_{14日內跨院再住院率}$</p>	<p>◎ 暫公布 104Q1 目標值 =103Q4 目標值。</p> <p>◎ 104Q2、104Q3、104Q4 之目標值俟署本部公布新的操作型定義設定後，另行公布。</p> <p>註：104Q1 沿用 102Q3 列計分母案件數<30 者，暫不予列入 104Q1 考核。</p>	前 1 季	負向	+0.1% -0.05%	<p>➢ 分子分母之母體資料範圍皆需限定為 <u>DRGs 案件</u>。</p> <p>➢ 分母定義： $CMI_{14日內跨院再住院率} = \frac{\sum(\text{各 DRG 案件數} * \text{各 DRG 相對權重}_{14日})}{\text{DRGs 總案件數}}$</p> <p>➢ 分子定義： 住院 DRGs 案件之出院後 14 日內跨院再住院率 = $\frac{\text{住院 DRGs 案件出院後 14 日內跨院再住院案件數}}{\text{DRGs 出院案件數}}$</p> <p>※<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，</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>則該住院歸戶案件排除)</p> <p>(1) 主診斷為癌症 (前 3 碼為 140-176、179-208、全碼為 V58.0、V58.1、V67.1、V67.2)、主診斷為性態未明腫瘤(前 3 碼為 235、236、237、238)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 996.8、前 3 碼為 V42)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(042)、先天性凝血因子異常(286.0-286.3、286.7)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，ICD 錯誤碼(ICD9CM_ERR_CODE_1)欄位第 1 碼到第 5 碼中有出現 5 的案件即為衛生福利部公告之罕見疾病案件。</p> <p>(5) 試辦計畫案件。</p> <p>➤ 乳癌醫療給付改善方案試辦計畫：病患來源代碼=N、C、R</p> <p>➤ 慢性肝炎醫療給付改善方案試辦計畫：給付類別=M</p> <p>➤ 安寧試辦計畫：給付類別=A</p> <p>➤ 呼吸器試辦計畫：給付類別=9</p> <p>➤ 週產期試辦計畫：給付類別=D</p> <p>(6) 住院日超過 30 日之個案。</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
							<ul style="list-style-type: none"> ➤ 急性病床天數+慢性病床天數>30 天 (歸戶後,該歸戶所有案件【急床+慢床】 加總>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 39.65)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。 ➤ 職業傷病案件：案件分類=A1、A2、A3、 A4 ➤ 代辦膳食費： A. 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) B. 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) ➤ 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 ➤ 結核病代辦案件：案件分類=C2、C3、C4 ➤ 後天免疫缺乏症候群：案件分類為=C1

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>※<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>※<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。</p> <p>※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，目前以 97 年為基期計算相對權重。</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	1. 分子： 擷取 <u>跨院</u> 之處方(降 血壓、降血脂、降血 糖)藥物重疊用藥日 數之總和	◎採計 103Q4 指標值 • 若 103Q4 指標值>同儕 參考值，104Q1 及 104Q2 目標值=同儕參考值， 104Q3 及 104Q4 目標值	當季		該項為 雲端藥 歷系統 應用之 考核必	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、

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
	複率 (若分母 <1500 不列入 考核)	2. 分母： 擷取降血壓、降血 脂、降血糖藥物給藥 日數加總。	=103Q1 目標值*0.98。 • 若 103Q4 指標值<同儕 參考值,則 104Q1 及 104Q2 目標值=自身指標值， 104Q3 及 104Q4 目標值= 自身指標值*0.98。			要項。	<p>B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。</p> <p>(4) 排除任一特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。</p> <p>(5) 排除案件分類為 02(急診)、A2(精神疾病社區復健)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：主診斷前 3 碼為 640、641、644。</p> <p>2. 降血壓、降血脂、降血糖藥物同藥理藥物之定義。</p> <p>➤ 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、C02DD、C02KX、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>➤ 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>➤ 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前五碼</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>=A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、 A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX。</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 (ORDER_DRUG_DAY)，若為空值則抓清單檔之 給藥日份(DRUG_DAYS)。</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：</p> <p>(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≥21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆 給藥日數≥21 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</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>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(SEQ_NO)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>
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)	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。	採計 103Q4 指標值 • 若 103Q4 指標值>同儕參考值，104Q1 及 104Q2 目標值=同儕參考值，104Q3 及 104Q4 目標值=103Q1 目標值*0.98。 • 若 103Q4 指標值<同儕參考值，則 104Q1 及 104Q2 目標值=自身指標值，	當季		該項為雲端藥歷系統應用之考核必要項	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、

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
	考核)		104Q3 及 104Q4 目標值 =104Q1 目標值*0.98				<p>H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。</p> <p>(5) 排除案件分類為 02(急診)、A2(精神疾病社區復健)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：主診斷前 3 碼為 640、641、644。</p> <p>2. 抗思覺失調、抗憂鬱症、安眠鎮靜藥物同藥理藥物之定義。</p> <p>➤ 抗思覺失調藥物：ATC 前五碼=N05AA、N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN、N05AX。</p> <p>➤ 抗憂鬱症藥物：ATC 前五碼=N06AA、N06AB、N06AG、N06AX。</p> <p>➤ 安眠鎮靜藥物(不含抗焦慮藥物)：ATC 前五碼為 N05BA、N05BE、N05CC、N05CD、N05CF、N05CM。</p> <p>3 分母：各案件之給藥日數總和。</p> <p>※給藥日數：抓取醫令檔之醫令給藥日份 (ORDER_DRUG_DAY)，若為空值則抓清單檔之給藥日份(DRUG_DAYS)。</p> <p>4. 分子：全國跨院同 ID 同藥理不同處方之開始</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>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"> ➤ 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期，倘若為空值則取就醫日期。 <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≥ 21天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數≥ 21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</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
							時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)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。 (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。
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： • 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。 • 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)。 4. 精神專科醫院外加項目。

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 ◎考核對象：104.01.29發函對象	發文日期與文號：104年1月29日健保中字第1044094535號函之方案內容辦理	◎依據計畫內容	當季	正向	0.1%	
N4_18	安養機構住民醫療利用整合性照護計畫 ◎考核對象：有支援安養機構者(104.02.11發函對象且有來函申請並提報計畫書)	依據104.02.11發文(健保中字第1044094551號函)之方案內容辦理。	◎依據計畫內容	當季	正向	0.15%	
N4_2202 (NO_568)	糖尿病方案 照護率_月累計 ◎列管對象：參加糖尿病照護計畫方	分子： 分母之案件中，有申報P14XXX(即醫令前3碼為P14者)之人數。 分母： 符合收案條件(同院再	◎ 104Q1 目標值=49% ◎ 104Q2、104Q3、104Q4 之目標值俟署本部公布新的操作型定義設定後，另行公布。	當季	正向	0.1%	<p>■ 101/01/10 定義修訂：自統計期間 10101 開始</p> <p>1. 若分子>分母時，修改成分母=分子(以分子為主)</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
	案者	醫師就醫間隔 90 天)之門診主診斷為 250(ICD_9_CM 前三碼為 250)之人數。					<p>2. 當年度的分母改採用上年度全年資料來產製，即分母固定</p> <p>■ 資料範圍：門診(西醫基層+西醫醫院)+住院(西醫基層+西醫醫院)</p> <p>1. 住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)</p> <p>2. 分母：門診主診斷為<u>糖尿病</u>且在同院、同 ID、同生日下，任 2 次就醫日期間隔介於 0 到 90 天之人數。</p> <p>3. 分子：門診及住院中，有申報 P14XXX(即醫令前 3 碼為 P14 者)之人數。</p> <p>4. <u>糖尿病</u>：ICD_9_CM 前三碼為 250。</p> <p>5. 分母需排除 08 案件及<u>補報原因註記為 2(即補報醫令者)</u>案件。</p> <p>➢ 統計期間 10101(含)之後：</p> <p>※分母、分子之資料範圍</p> <p>當年度的分母改採用上年度全年資料來產製且在統計期間為每年 1 月份時才執行，之後分母固定，例如：</p> <p>統計期間為 10101 時：</p> <p>分子資料範圍為 10101-10101；分母資料範圍為 10001-10012。</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>統計期間為 10102 時： 分子資料範圍為 10101-10102；分母直接使用 10101 已計算的分母結果。</p> <p>統計期間為 10106 時： 分子資料範圍為 10101-10106；分母直接使用 10101 已計算的分母結果。</p> <p>統計期間為 10112 時： 分子資料範圍為 10101-10112；分母直接使用 10101 已計算的分母結果。</p> <p>統計期間為 10201 時： 分子資料範圍為 10201-10201；分母資料範圍為 10101-10112。</p> <p>統計期間為 10212 時： 分子資料範圍為 10201-10212；分母直接使用 10201 已計算的分母結果。</p> <p>※分子>分母時之處理：若分子>分母時，則分母=分子(以分子為主)</p> <p>➤ 人數計算以【ID】歸戶。</p> <p>➤ 運算範圍：月累計(每月計算當年自 1 月累計至該月份之申報資料，如 1 月,1-2 月,1-3 月...1-12 月)。</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_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「全民健康報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)	◎ 104Q1 目標值=23% ◎ 104Q2、104Q3、104Q4 之目標值俟署本部公布新的操作型定義設定後，另行公布。	當季	正向	0.1%	<ul style="list-style-type: none"> ■ 基期人數<30 者不予列計考核結果 ■ 增加若分子>分母時，分母=分子之條件(以分子為主) ■ (102/05/22)定義修訂： (1)分母需再排除末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫的病人 (2)本指標每年產製一張院所分母簡單明細報表 (3)自統計期間 10001 開始重新產製) ■ 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 ■ 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。 ➢ 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。 (1)計算統計期間為10001 指標值時，分母資料範圍為 9901-9912 (2)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-9-CM： 016.0、095.4、189.0、189.9、223.0、236.91、 250.4、271.4、274.1、283.11、403.x1、 404.x2、404.x3、440.1、442.1、447.3、 572.4、580-588、591、642.1、646.2、 753.12-753.17、753.19、753.2、794.4)。 (1) 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016.0， 另1次223.0，就算有。 (2) 一筆清單計為1次。 (3) 診斷碼符合判定邏輯採前N碼相同方 式判定。例：<u>016.0</u>代表前4碼為 0160 即符合；<u>753.12</u>代表前五碼為75312 即 符合；<u>580-588</u>代表前三碼為 580、 581...588任一數字即符合。 (4) 診斷碼定義中x代表 0~9任一數字。</p> <p>3. 排除洗腎病患作法，領有重大傷病卡證明 主診斷前三碼為585、586病人數(ID)。</p> <p>4. 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 的病人予以排除。</p> <p>➤ 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>分母時，分母=分子</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>(以分子為主)，收案率以100%計)。</p> <p>■ 運算範圍：月累計</p> <p>每月計算當年度起始月份至該月之申報資料，如：</p> <p>⇒ 彙算 10001 時，分子運算範圍為費用年月 10001-10001，分母運算範圍為 9901-9912。</p> <p>⇒ 彙算 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。</p> <p>⇒ 彙算 10003 時，分子運算範圍為費用年月 10001-10003，分母直接使用 10001 已計算的分母結果。</p> <p>⇒ 彙算 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。</p> <p>⇒ 彙算 10201 時，分子運算範圍為費用年月 10201-10201，分母運算範圍為 10101-10112。</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_26	健保雲端藥 歷系統應用 方案	依據本組公布之104年 中區醫院總額管理方 案品質指標項目_雲端 藥歷系統應用考核方 式	◎ 依據本組公布之104 年中區醫院總額管理 方案品質指標項目_ 雲端藥歷系統應用考 核方式	當季	正/負 向	-0.1%~ 0.15%	<p>■ 考核方式：</p> <p>➤ 依據本組公布之104年中區醫院總額管理方案品質指標項目_雲端藥歷系統應用考核方式辦理(附件 A)</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_27	推動健保醫療服務無紙化審查方案	依據本組公布之104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	◎ 依據本組公布之104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	當季	正向	0%~0.05%	<p>■ 考核方式：</p> <p>➤ 依據本組公布之104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)</p>
N4_28	苯二氮平類 (BZD, Benzodiazepines) 用藥品質管理計畫	研議中	◎ 104Q1 暫不列入考核，其操作型定義及目標值另行公告				