

健保局中區業務組 102 年醫院總額管理方案
鼓勵指標項目操作型定義暨考核方式

修訂日期 102.6.6

- 一、 指標項目不予考核之條件：若表列指標項目之列計分母低於 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)考量同儕平均值。
- 三、 考核指標值之採用期間：
 1. 因本局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，若指標屬性為負向者且基期值之分子數為 0 或當期列計之分子數若小於 3(含)，則判定為達成項。
- 五、 指標考核結果，若達成則依表列之增加點數比率反映於當季增加送核案件(總額內不含專款專用、BC 肝醫令藥費及交付處方)之核定數，未達成者不予扣減。惟新增指標 N4_25(No_1326)，102 年 1、2 季不予考核，3、4 季未達成目標值則予扣減點數。
- 六、 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	◎ 102Q1 目標值=101Q4 目標值*0.98 ◎ 102Q2 目標值=101Q4 目標值*0.98 ◎ 102Q3 目標值=101Q4 目標值*0.96 ◎ 102Q4 目標值=101Q4 目標值*0.96 註：若目標值設定低於全 局同儕平均值，其目標值 則採全局同儕平均值。若 101Q2 列計分母案件數 <30 者，不予列入考核。	前 1 季	負向	0.15%	➤ 分子分母之母體資料範圍皆需限定為 <u>DRGs</u> <u>案件</u> 。 ➤ 分母定義：CMI_3 日內跨院急診率= $\frac{\sum (\text{各DRG案件數} * \text{各DRG相對權重}_{3\text{日內跨院急診率}})}{\text{DRGs總案件數}}$ ➤ 分子定義： 住院 DRGs 案件之出院後 3 日內跨院急診率= $\frac{\text{住院DRGs案件出院後3日內跨院急診案件數}}{\text{DRGs出院案件數}}$ ※ <u>DRGs案件</u> ：需為總局醫管處公告的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 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。 (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 996.8、前 3 碼為 V42)案件。 (3) MDC19、MDC20 之精神科案件。 (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)及行政院衛生署公告之罕見疾病案件。 ➤ 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 的案件即為行政院衛生署公告之罕見疾病案件。 (5) 試辦計畫案件。 ➤ 乳癌醫療給付改善方案試辦計畫：病患來源代碼=N、C、R ➤ 慢性肝炎醫療給付改善方案試辦計畫：給付類別=M ➤ 安寧試辦計畫：給付類別=A ➤ 呼吸器試辦計畫：給付類別=9 ➤ 週產期試辦計畫：給付類別=D (6) 住院日超過 30 日之個案。 ➤ 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。

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
							(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： ➤ 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 ※ <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

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
							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，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) ※各<u>DRG相對權重</u>_{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。
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)	1. 分子： 住院DRGs案件之出院後14日內跨院再住院率。 2. 分母： $CMI_{14日內跨院再住院率}$	◎ 102Q1 目標值=101Q4 目標值*0.98 ◎ 102Q2 目標值=101Q4 目標值*0.98 ◎ 102Q3 目標值=101Q4 目標值*0.96 ◎ 102Q4 目標值=101Q4 目標值*0.96 ◎ 註：若目標值設定低於全局同儕平均值，其目標值則採全局同	前1季	負向	0.15%	➢ 分子分母之母體資料範圍皆需限定為<u>DRGs案件</u>。 ➢ 分母定義： $CMI_{14日內跨院再住院率} = \frac{\sum (\text{各DRG案件數} * \text{各DRG相對權重}_{14日})}{\text{DRGs總案件數}}$ ➢ 分子定義： $\text{住院DRGs案件之出院後14日內跨院再住院率} = \frac{\text{住院DRGs案件出院後14日內跨院再住院案件數}}{\text{DRGs出院案件數}}$ ※<u>DRGs案件</u>：需為總局醫管處公告的DRG碼範圍內，相對權重>0的DRG碼，且排除下列住

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
			儕平均值。若 101Q2 列計分母案件數<30 者，不予列入考核。				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 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。 (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。 (3) MDC19、MDC20 之精神科案件。 (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)及行政院衛生署公告之罕見疾病案件。 ➤ 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 的案件即為行政院衛生署公告之罕見疾病案件。 (5) 試辦計畫案件。 ➤ 乳癌醫療給付改善方案試辦計畫：病患來源代碼=N、C、R ➤ 慢性肝炎醫療給付改善方案試辦計畫：給付類別=M ➤ 安寧試辦計畫：給付類別=A

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
							➤ 呼吸器試辦計畫：給付類別=9 ➤ 週產期試辦計畫：給付類別=D (6) 住院日超過 30 日之個案。 ➤ 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

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
							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 ※<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。 ※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。
N4_0601 (NO_1157.	同院所_同藥 理(六類)不	1. 擷取同院之處方右 2. 六項藥物重疊用藥	◎ 102Q1 目標值 =101Q3*0.98	當季	負向	0.1% (若與	1. 資料範圍： (1) 限定為西醫醫院及西醫基層之給藥案件

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
01 至 1162.01)	同處方用藥 日數重率	日數之總和 2. 分母： 擷取右 2. 六項藥物 給藥日數加總。	◎ 102Q2 目標值 =101Q3*0.98 ◎ 102Q3 目標值 =101Q3*0.96 ◎ 102Q4 目標值 =101Q3*0.96 註：若目標值設定低於中 區同儕平均值，則目標值 為中區同儕平均值。			N4_060 2 項擇 較高者 增加比 率)	(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。 2. 六類同藥理藥物之定義 - 降血壓藥物(口服)：ATC 前三碼=C07 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。 - 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。 - 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 - 抗精神分裂藥物：ATC 前五碼=N05AA、 N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、 N05AL、N05AN、A05AX - 抗憂鬱症藥物：ATC 前五碼=N06AA、

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
							N06AB、N06AG、N06AX。 安眠鎮靜藥物(不含抗焦慮藥物)：ATC 前五碼為 N05BA、N05BE、N05CC、N05CD、N05CF、N05CM。 3. 分母：各案件之「給藥日數」總和。 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。 4. 分子：<u>同院所同ID不同處方之開始用藥日期</u> 與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。 ✓ 若案件分類為 08,則開始用藥日期=治療結束日期; 其他案件分類,則開始用藥日期=就醫日期 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 ✓ 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日數欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。 ✓ 在同院或跨院的指標中，若牽涉到同 ID、

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
							同院所下，該筆給藥日數≥ 28天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數≥ 28天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許10天的空間不計入重複日數。 ✓兩案件ATC前五碼完全相同才視為用藥重複。
N4_0602 (NO_1163.01至1168.01)	跨院所_同藥理(六類)不同處方用藥日數重率	1. 分子： 擷取<u>跨院</u>之處方右2.六項藥物重疊用藥日數之總和 2. 分母： 擷取右2.六項藥物給藥日數加總。	◎ 102Q1 目標值 =101Q3*0.98 ◎ 102Q2 目標值 =101Q3*0.98 ◎ 102Q3 目標值 =101Q3*0.96 ◎ 102Q4 目標值 =101Q3*0.96 註：若目標值設定低於中區同儕平均值，則目標值為中區同儕平均值。	當季	負向	0.15%	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。 2. 六類同藥理藥物之定義 (1). 降血壓藥物(口服): ATC前三碼=C07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。 (2). 降血脂藥物(口服)：ATC前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫

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
							令代碼第 8 碼為 1。 (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 (4).抗精神分裂藥物：ATC 前五碼=N05AA、N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN、A05AX (5).抗憂鬱症藥物：ATC 前五碼=N06AA、N06AB、N06AG、N06AX。 (6).安眠鎮靜藥物(不含抗焦慮藥物)：ATC 前五碼為 N05BA、N05BE、N05CC、N05CD、N05CF、N05CM。 3. 分母：各案件之「給藥日數」總和。 「給藥日數」擷取該藥品醫令 之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。 4.分子：<u>跨院所同ID不同處方</u>之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。 ✓ 若案件分類為 08,則開始用藥日期=治療結

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
							束日期; 其他案件分類,則開始用藥日期=就醫日期 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 ✓ 「給藥日數」擷取該藥品醫令 之「醫令檔 給藥日數欄位」,若同案件同藥理下,有多 筆相關藥品醫令,則以給藥日份最大的那一 筆來代表該案件的給藥日數。 ✓ 在同院或跨院的指標中,若牽涉到同 ID、 同院所下,該筆給藥日數>=28 天,且該筆 給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數 >=28 天的用藥比對所產生,則在此原因下, 該筆用藥允許 10 天的空間不計入重複日 數。 ✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重 複。
N4_11	精神科病人 出院 30 日內 門診追蹤治 療率	1. 分子： 出院後三十日內有門 診之人數。 1. 分母：	◎ 102Q1 目標值=101Q4 目標值 ◎ 102Q2 目標值=101Q4 目標值	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

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
	◎精神專科醫 院外加項目	精神科已出院病人 數。	◎ 102Q3 目標值=101Q4 目標值 ◎ 102Q4 目標值=101Q4 目標值				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。
N4_17	住院全人整合醫療服務 ◎考核對象：101.12.26 發函對象	依據 101.12.26 發文（健保中字第 1014088696 號函）之方案內容辦理。	◎依據計畫內容	當季		0.15%	
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(102 年發函對象)	依據 102 年發文之方案內容辦理。	◎依據計畫內容	當季		0.15%	

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_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 案者	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(同院同 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。	◎ 102Q1 目標值=35% ◎ 102Q2 目標值=42% ◎ 102Q3 目標值=50% ◎ 102Q4 目標值=55%	當季	正向	0.1%	➢ 101/01/10 定義修訂：自統計期間 10101 開始 (1)若分子>分母時，修改成分母=分子(以分子為主) (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) ➢ 資料範圍：門診+住院 1. 住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」) 2. 分母：門診主診斷為<u>糖尿病</u>且在同院、同醫師、同ID、同生日下，任2次就醫日期間隔介於0到90天之人數。 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。 4. <u>糖尿病</u>：ICD_9_CM前三碼為 250。 5. 分母需排除<u>08 案件及補報原因註記為 2(即補報醫令者)</u>案件。 ➢ 統計期間 10101(含)之後： ※分母、分子之資料範圍 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： 統計期間為 10101 時：

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
							分子資料範圍為 10101-10101；分母資料範圍為 10001-10012。 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。 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。 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。 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。 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。 ※分子>分母時之處理：若分子>分母時，則分母=分子(以分子為主) ➤ 人數計算以【ID】歸戶。 ➤ 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)。

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)	◎ 102Q1 目標值=15% ◎ 102Q2 目標值=27% ◎ 102Q3 目標值=37% ◎ 102Q4 目標值=45%	當季	正向	0.1%	■ 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 3.排除補報原因註記為‘2’之案件(判斷末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫的病人時，則不排除補報原因註記為‘2’之案件)。 ■ 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

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. 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。 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: 016.0 代表前4碼為 0160 即符合;753.12代表前五碼為75312 即符合;580-588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。 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)。 4. 排除末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照

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
							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。 ➤ 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(以分子為主)，收案率以100%計)。 ■ 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： ⇒ 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。 ⇒ 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。 ⇒ 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。 ⇒ 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。 ⇒ 彙算 10201 時，分子運算範圍為費用年月 10201-10201，分母運算範圍為

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
							10101-10112。

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_25 (No_1326)	氣喘方案照 護率-月累計 (精神專科醫 院、婦產科專 科醫院不列 入考核)	分子： 申報醫令代碼前 3 碼 為 P16 之人數。 分母： 符合收案條件(同院同 醫師就醫間隔 90 天) 之門診主診斷為 493 之人數。	◎ 102Q1(不考核) ◎ 102Q2(不考核) ◎ 102Q3=32% ◎ 102Q4=32%			-0.05%	➤ 資料範圍：門診(西醫基層+西醫醫院)+住院 (西醫基層+西醫醫院) 住院需排除膳食費案件資料(案件分類為 「AZ」、「DZ」) ➤ 分母：門診主診斷為氣喘且在同院、同醫 師、同ID、同生日下，任 2 次就醫日期間隔 介於 0 到 90 天之人數。 ◆ 氣喘：ICD_9_CM前三碼為 493。 ◆ 分母需排除 08 案件及補報原因註記為 2(即 補報醫令者)案件。 ➤ 分子：門診及住院中，有申報 P16XXX(即 醫令前 3 碼為 P16 者)之人數。 ➤ 分母、分子之資料範圍 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： 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。 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。

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	CT 或 MRI 影 像上傳率	分子：CT 及 MRI 上傳全 國醫療影像交換中心 之影像次數 分母：門住診申報申報 CT 或 MRI 項目醫令 量。	◎ 研議中	當季	正向	0.1%	■ 尚未確定實施，待評估結果確定將立即予以 告之。