

100 年醫院總額管理方案各指標項目操作型定義暨考核方式

100.10.12 修訂

一、 單價指標

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
V	N1_03	<b>門診每人平均非藥費單價</b> 以CCS編碼之CMI校正後 每人平均非藥費單價 (按月歸戶) ◎ 排除項目詳附件 1-1。	1. 分子： 當季以月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	第 1 季採原 99 年目標值； 自第 2 季起依據原 99 年目標值再 加入放射線治療回歸之校正值。	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	正分(100%) 負分((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
V	N1_04	<u>門住診每人平均一 般藥費單價</u> ◎	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。	原 99 年目標值再加入 99 年第 3 季門診單張處方藥費小計大於 6000 點且非重大傷病之藥費校 正之	負向	(目標單價-當期單 價)*當期計入單價 的人數 (只扣不加)	50%

## 二、品質指標

(一) 指標項目不予考核之條件：

1. 慢箋開立比率：該季慢性病案件數低於 500 者。
2. 其他項目之分母低於 30 者。

(二) 目標值設定：

1. 依表中說明，各項分別設定目標值。
2. 目標值設定原則，若低於同儕 P25 以同儕 P25 為其目標值；正向指標項目，其目標值設定若高於同儕 P75 以同儕 P75 為其目標值。

(三) 考核指標值之採用期間：

1. 因本局醫療給付檔案分析系統之醫療指標結果，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 且同儕 P25 值亦為 0 者，其當期值之分子數若小於 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及交付處方)之核定數，未達成者不予扣減。

(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	增加點 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 <sub>3日內跨院急診率</sub>	◎ 100Q1 及 100Q2 結算目 標值設定 ● 基期值 ≥ P90 目標值 = 基期值 * 0.8 ● 基期值 介於 P75~P89 目標值 = 基期值 * 0.85 ● 基期值 介於 P50~P74 目標值 = 基期值 * 0.9 ● 基期值 介於 P25~P54 目標值 = 基期值 * 0.95 ● 基期值 ≤ P25 目標值 = P25 ◎ 100Q3 及 100Q4 結算目 標值設定 = 100Q1 結算目標值 * 0.98	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 <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 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

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	增加點 數比率	備註或排除條件
							<p>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。</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 的案件即為行政院衛生署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&gt;30 天 (歸戶後，該歸戶所有案件【急床+慢床】加總&gt;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」範圍之案件。</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	增加點 數比率	備註或排除條件
							<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 職業傷病案件：案件分類=A1、A2、A3、A4</li> <li>➤ 代辦膳食費：</li> <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> <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：案件分類=C2、C3、C4</li> <li>➤ 後天免疫缺乏症候群：案件分類為=C1</li> </ul> <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>3日內跨院急診案件數</u>：以出院案件為母體，</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	增加點 數比率	備註或排除條件
							<p>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<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>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： <math>CMI_{14日內跨院再住院率}</math></p>	<p>◎ 100Q1 及 100Q2 結算目 標值設定</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 基期值<math>\geq</math>P90 目標值=基期值*0.8</li> <li>● 基期值介於 P75~P89 目標值=基期值*0.85</li> <li>● 基期值介於 P50~P74 目標值=基期值*0.9</li> <li>● 基期值介於 P25~P54 目標值=基期值*0.95</li> <li>● 基期值<math>\leq</math>P25 目標值=P25</li> </ul> <p>◎ 100Q3 及 100Q4 結算目 標值設定</p>	前 1 季	負向	0.15%	<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： <math>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}}</math></p> <p>□ 分子定義： 住院DRGs案件之出院後 14 日內跨院再住院率 = <math>\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}}</math></p> <p>※<u>DRGs案件</u>：需為總局醫管處公告的DRG碼範圍內，相對權重<math>&gt;0</math>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</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	增加點 數比率	備註或排除條件
			=100Q1 結算目標值 *0.98				<p>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)及行政院衛生署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 的案件即為行政院衛生署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	增加點 數比率	備註或排除條件
							<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, 該歸戶所有案件【急床+慢床】 加總&gt;30 天, 則該歸戶下所有案件皆排除)</li> <li>(7) 使用 Extracorporeal Membrane Oxygenation(ECMO)(任一主次處置碼 39.65)之案件。</li> <li>(8) 住院安寧照護案件(案件分類=6)。</li> <li>(9) 其他非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍 之案件。</li> <li>➤ 職業傷病案件：案件分類=A1、A2、A3、 A4</li> <li>➤ 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)</li> <li>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)</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：案件分類=C2、C3、C4</li> <li>➤ 後天免疫缺乏症候群：案件分類為=C1</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	增加點 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<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。 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_04 (86.1)	慢性病案件 開立慢性病 連續處方箋 比率	1. 分子： 開立慢性病連續處方 箋案件數。 2. 分母： 慢性病給藥案件數。	各季目標值為 醫學中心：34% 區域醫院：32% 地區醫院：28% ◎ 該項達成需符合下列	前1季	正向	0.1%	1. 資料範圍：門診給藥案件（藥費不為0，或給藥天數不為0，或處方調劑方式為1、0、6其中一種）。 2. 開立慢性病連續處方箋的案件：(診察費項目代碼為慢箋)且(案件分類=04 且給藥日份

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	增加點 數比率	備註或排除條件
			條件： 1. 慢箋開立比率達目標 值且再調劑比率 >=85% 2. (當期慢箋開立比率* 再調劑率)>=(目標值 *85%				>=21)。 3. 診察費項目代碼為慢箋： 00155A、00157A、00170A、00171A、00131B、 00132B、00172B、00173B、00135B、00136B、 00174B、00175B、00137B、00138B、00176B、 00177B、00139C、00140C、00158C、00159C、 00141C、00142C、00160C、00161C、00143C、 00144C、00162C、00163C、00145C、00146C、 00164C、00165C、00147C、00148C、00166C、 00167C、00149C、00150C、00168C、00169C、 00178B、00179B、00180B、00181B、00182C、 00183C、00184C、00185C、00187C、00189C、 00190C、00191C。 4. 慢性病給藥案件：案件分類=04。 註：本局公告之九十七種慢性病，其費用申報 之案件分類應為「04：西醫慢性病」；若同 時有急性、慢性病一起診治時，其案件分 類應為「09：西醫其他專案」。 (門診醫療服務點數申報總表媒體申報格式及填表說明 94.10.3 彙 整) 5. 慢性病連續處方箋再調劑比率若低於 <u>85%</u> ， 則該項目列為未達成項目。
N4_04_01	慢箋再調劑 比率	1. 分子： 開立慢箋有再調劑案	N4_04 項之達成參考依 據。	前 1 季			1. 開立慢性病連續處方箋的案件：(診察費項目 代碼為慢箋)且(案件分類=04 且給藥日份

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	增加點 數比率	備註或排除條件
		件數。(案件分類:08) 2. 分母: 開立慢性病連續處方 箋案件數。					>=21)。 註:診察費項目代碼為慢箋:00155A、00157A、 00170A、00171A、00131B、00132B、00172B、 00173B、00135B、00136B、00174B、00175B、 00137B、00138B、00176B、00177B、00139C、 00140C、00158C、00159C、00141C、00142C、 00160C、00161C、00143C、00144C、00162C、 00163C、00145C、00146C、00164C、00165C、 00147C、00148C、00166C、00167C、00149C、 00150C、00168C、00169C、00178B、00179B、 00180B、00181B、00182C、00183C、00184C、 00185C、00187C、00189C、00190C、00191C。 2. 再調劑案件即以開立慢箋案件之 ID、原開立醫 院、原就醫日期、原就醫科別勾稽同院或藥局 申報之 08 案件。
N4_0601 (NO_405.1)	同院所門診 同藥理醫療 院所給藥日 數重複率	1. 分子(排除 08 案件): 擷取右 2. 表六項藥品 之「同院所不同處方 用藥日數重複率」指 標之「分子」值加總。 2. 分母: 擷取右 2. 表六項藥 品之「同院所不同處 方用藥日數重複率」	◎ 100Q1 及 100Q2 結算目 標值設定 ● 基期值>=P90 目標值=基期值*0.85 ● 基期值介於 P75~P89 目標值=基期值*0.9 ● 基期值介於 P50~P74 目標值=基期值*0.95 ● 基期值介於 P25~P54	當季	負向	0.1%	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。 2.

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	增加點 數比率	備註或排除條件															
		指標之分母值加總。	目標值=基期值*0.98 ● 基期值≤P25 目標值=P25 ◎ 100Q3 及 100Q4 結算目 標值 =100Q1 結算目標值 *0.98				<table border="1"> <tr> <td>藥物種類</td> <td>ATC 藥理分類</td> </tr> <tr> <td>降血壓藥物(口服)</td> <td>C02、C03、C07 C08、C09</td> </tr> <tr> <td>降血脂藥物(口服)</td> <td>C10</td> </tr> <tr> <td>降血糖藥物(包含口服及注射劑)</td> <td>A10</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">精神疾病用藥</td> <td>精神分裂</td> <td>N05A</td> </tr> <tr> <td>憂鬱症</td> <td>N06A</td> </tr> <tr> <td>安眠鎮靜</td> <td>N05B、N05C</td> </tr> </table> <p>3.分子(不包含 08 案件)：同院所、同 ID 不同處 方之就醫日期與結束用藥日期間有重疊之給藥 日數。            (1)結束用藥日期=就醫日期+給藥天數-1。            (2)若給藥天數=0，則結束用藥日期=就醫日 期。            (3)若給藥天數=0，則結束用藥日期=開始用藥 日期。</p>	藥物種類	ATC 藥理分類	降血壓藥物(口服)	C02、C03、C07 C08、C09	降血脂藥物(口服)	C10	降血糖藥物(包含口服及注射劑)	A10	精神疾病用藥	精神分裂	N05A	憂鬱症	N06A	安眠鎮靜	N05B、N05C
藥物種類	ATC 藥理分類																					
降血壓藥物(口服)	C02、C03、C07 C08、C09																					
降血脂藥物(口服)	C10																					
降血糖藥物(包含口服及注射劑)	A10																					
精神疾病用藥	精神分裂	N05A																				
	憂鬱症	N06A																				
	安眠鎮靜	N05B、N05C																				
N4_07 (原 N1_10)	門診每人就 醫次數 (季歸戶)	1. 分子： 門診申報件數(即就 醫總次數)。 2. 分母： 門診申報人數(季歸 戶)。	● 100Q1、100Q2 結算目標 值 =99Q4 結算目標值 ● 100Q3、100Q4 目標值 =99Q4 結算目標值 *0.98	當季	負向	0.1%	1. 醫院門診申報案件不含洗腎(案件分類=05) 並排除中牙醫案件。 2. 藥局次數不列入計算 分子、分母皆排除診察費為 0 及案件分類為 06、 08、A1、A2、A3、A5、A7、B1、B6、B7、B8、 B9、C4、D1、D2、E1 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	增加點 數比率	備註或排除條件
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。	● 100Q1、100Q2 結算目標 值 =99Q4 結算目標值 ● 100Q3、100Q4 結算目標 值 =99Q4 結算目標值 *0.98	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。 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_16	建構整合式 照護模式並 逐步朝促進 醫療體系整 合計畫		民眾申訴成案數需為 0 且 平均每人月就醫次數達 以下標準則列為達成。 ● 100Q1 結算目標值 =原 99Q4 結算目標值 ● 100Q2 結算目標值 =99Q2*0.9 ● 100Q3 結算目標值 =99Q3*0.9 ● 100Q4 結算目標值 =99Q4*0.9	當季		0.15%	1. 100Q1 第 1 季目標值且採 99Q4 目標值且執行 方式沿用 99 年。 2. 100 年第 2 季起，依據 100 年 6 月 24 日健保 醫字第 1000004644A 號公告修訂之「醫院以病 人為中心門診整合照護試辦計畫」辦理。(列 計照護對象係擷取於 100 年 7 月 12 日 24 時前 上傳至本局全球資訊網 VPN 之名單)。

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	增加點 數比率	備註或排除條件
N4_17	住院全人整合醫療服務	依據約定計畫內容辦理。(附件 1-2)	◎各季成果考核結果： 需於次季第 1 個月 20 日 前提成果報告書，依據計 畫內容核定。	當季		0.15%	99 年 7 至 12 月未參加醫院，若欲參加本計畫者， 請於 100 年 2 月 20 日前函送執行計畫書至本組 醫療費用一科
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 (100.1.21 發 函對象)	依據 100.1.21 發文(健 保中字第 1004085528 號函)之方案內容辦 理。		當季		0.15%	
N4_20	保險對象特 定醫療資訊 (關懷名單) 查詢比率	月平均點閱率=Σ點閱 次數/Σ分母人數	月平均點閱率=30%	當季		0.15%	
N4_21 (NO_278)	急診佔留床 2 日案件以上 比率 ◎列管對象： 區域醫院以 上且 98Q3 當	分子： 急診或住院案件中申 報急診暫留床醫令數 超過 1 之案件數 分母： 急診待床案件數	● 100Q1、100Q2 結算目標 值 =99Q4 結算目標值 ● 100Q3、100Q4 結算目標 值 =99Q4 結算目標值	當季	負向	0.1%	1. 急診暫留床醫令：前 5 碼為 03018、03019 任 一項。 2. 急診案件：案件分類為' 02'。 3. 病人來源：「PAT_SOUR」欄位為 2。 4. 急診待床案件數：

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	增加點 數比率	備註或排除條件
	期值 $\geq$ 5%以 上者		*0.98				符合下列任一條件之案件，且排除重複案件 (1) 急診案件中申報急診暫留床 (2) 住院案件中申報急診暫留床 (3) 住院案件中病人來源為急診 5. 排除重複之案件：因急診轉住院案件可合併申 報亦可分開申報，因此同一個案可能於急診或住 院計算 1 次，故依住院資料之 ID 及住院日期與 急診資料 ID 及治療結束日(若無，則以就醫日期 +急診暫留床醫令數之日期代替)比對，相同之案 件則僅算 1 次。

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	增加點 數比率	備註或排除條件
N4_2201 (NO_569)	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60天)之 門診主診斷為 250(ICD_9_CM前三碼 為 250)之人數。	◎ 100Q1 及 100Q2 結算目 標值設定 ● 基期值 $\geq$ 70% 目標值=基期值自 身 值 ● 基期值介於 47%~70% 目標值=基期值*1.05 ● 基期值 $\leq$ 47% 目標值=50%  100Q3 及 100Q4 結算目標 值 =100Q1 結算目標值*1.02	當季	正向	0.1%	<input type="checkbox"/> 該項僅適用於 100Q1 之結算 <input type="checkbox"/> 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60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)案件</u> 。 6. 在計算每年1月份之分母時，需往前多勾稽3個月(去年10月)的申報資料以便計算； 在計算每年2月份之分母時，需往前多勾稽3個月(去年10月)的申報資料以便計算； 在計算每年3月份之分母時，僅需往前多勾稽2個月(去年11月)的申報資料以便計算； 在計算每年4月份起之分母時，則不用往前多勾稽申報資料。  <input type="checkbox"/> 範例說明： 統計期間為9901時： 分母與分子資料範圍皆為 <u>9901</u> ；但分母會再

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	增加點 數比率	備註或排除條件
							<p>往前勾稽到 9810 以便計算。</p> <p>統計期間為 9902 時： 分母與分子資料範圍皆為<u>9901-9902</u>；但分母會再往前勾稽到 9810 以便計算。</p> <p>若統計期間為 9903 時： 分母與分子資料範圍皆為<u>9901-9903</u>；但分母會再往前勾稽到 9811 以便計算。</p> <p>若統計期間為 9904(非第一季)時： 分母與分子資料範圍皆為<u>9901-9904</u>；但分母不用往前多勾稽申報資料。</p> <p>若統計期間為 9906(非第一季)時： 分母與分子資料範圍皆為<u>9901-9906</u>；但分母不用往前多勾稽申報資料。</p> <p>若統計期間為 9912(非第一季)時： 分母與分子資料範圍皆為<u>9901-9912</u>；但分母不用往前多勾稽申報資料。</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	增加點 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。	◎ 100Q2 結算目標值設 定 ● 基期值 $\geq$ 67% 目標值=67% ● 基期值介於 45%-67% 目標值=基期值*1.05 ● 基期值 $<$ 45% 目標值=45% 100Q3 及 100Q4 結算目標 值 =100Q2 結算目標值*1.02	當季	正向	0.1%	<input type="checkbox"/> 該項目自 100Q2 起增列(取代原 N4_2201) <input type="checkbox"/> 資料範圍：門診+住院 7. 住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」) 8. 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。 9. 分子：門診及住院中，有申報 P14XXX(即醫令前3碼為 P14 者)之人數。 10. <u>糖尿病</u> ：ICD_9_CM前三碼為 250。 11. 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。 12. 在計算每年1月份之分母時，需往前多勾稽3個月(去年10月)的申報資料以便計算； 在計算每年2月份之分母時，需往前多勾稽3個月(去年10月)的申報資料以便計算； 在計算每年3月份之分母時，僅需往前多勾稽2個月(去年11月)的申報資料以便計算； 在計算每年4月份起之分母時，則不用往前多勾稽申報資料。 <input type="checkbox"/> 範例說明： 統計期間為 9901 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	增加點 數比率	備註或排除條件
							<p>分母與分子資料範圍皆為<u>9901</u>；但分母會再往前勾稽到 9810 以便計算。</p> <p>統計期間為 9902 時： 分母與分子資料範圍皆為<u>9901-9902</u>；但分母會再往前勾稽到 9810 以便計算。</p> <p>若統計期間為 9903 時： 分母與分子資料範圍皆為<u>9901-9903</u>；但分母會再往前勾稽到 9811 以便計算。</p> <p>若統計期間為 9904(非第一季)時： 分母與分子資料範圍皆為<u>9901-9904</u>；但分母不用往前多勾稽申報資料。</p> <p>若統計期間為 9906(非第一季)時： 分母與分子資料範圍皆為<u>9901-9906</u>；但分母不用往前多勾稽申報資料。</p> <p>若統計期間為 9912(非第一季)時： 分母與分子資料範圍皆為<u>9901-9912</u>；但分母不用往前多勾稽申報資料。</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	增加點 數比率	備註或排除條件
N4_24	初期慢性腎臟病醫療給付改善方案之收案人數(月累計)	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)	<p>◎ 100Q2(100年1月至6月)目標值： 99年申報CKD人數*0.06*基期值</p> <p>◎ 100Q3(100年1月至9月)目標值： 99年申報CKD人數*0.09*基期值</p> <p>◎ 100Q4目標值(100年1月至12月)： 99年申報CKD人數*0.12*基期值</p>	當季	正向	0.1%	<p>□ 自100Q2起增列</p> <p>□ 基期人數&lt;30者不予列計考核結果</p> <p>□ 99年1至12月列計申報CKD人數擷取條件，依照國際定義：</p> <p>1. 門診2次或住院1次有以下診斷者，主、次診斷為慢性腎臟疾病者(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)</p> <p>2. 排除洗腎病患(主診斷585、586領有重大傷病證明)</p>

## 門診非藥費單價說明

- (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(按月歸戶)。(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 500 者，則不予考核。

## 住院全人整合醫療服務

### 一、100 年上半年（1 月至 6 月）

（一）99 年下半年已參加本方案醫院：仍依辦理方式繼續執行，並按季提報執行成果。

（二）99 年下半年未參加本方案醫院：若有辦理意願，於 100 年 2 月 20 日前函送 100 年 1 月至 6 月期間執行計畫書，嗣後亦按季提報執行成果。

二、100 年下半年（7 月至 12 月）：辦理方式另行通知。

### 三、辦理方式：

（一）依據本局 99 年 5 月 27 日健保中字第 0994089755 號函送 99 年 5 月 20 日本局中區業務組與中區醫院代表聯繫會第 34 次會議提案六決議辦理。

（二）本項目申請辦理應具備下列資格：

- 1.訂有非以疾病為主之具體明確的收案標準與通報流程。
- 2.計畫執行過程設有專人負責管理與追蹤。
- 3.召集相關專業人員與病人或家屬共同討論治療計畫。
- 4.每季至少啟動收案人次佔住院人次 1%。

（三）年度執行計畫書內容至少應含括：收案標準、通報流程、運作模式、管理監控機制、檢附製定相關管理所需書面表單格式（包括：整體專責會議紀錄、個案討論會議紀錄、個案管理目標監控管制表、病人或家屬討論紀錄、滿意度調查問卷內容）。

（四）參加辦理醫院應按季提報執行成果應含括：通報個案數、通報率(通報個案人次占住院人次比

率)、收案個案數、收案率(收案人次佔住院人次比率)、收案個案摘要資料(包括:個案基本資料、收案理由、個案管理目標、目前病情狀況等)、滿意度調查。提報成果內容本局將視需要按季調整。

(五)為了解各辦理醫院實際運作情形,本局將不定期實地審查,查驗相關討論會議書面資料、運作流程、定期追蹤管理紀錄等。若實地審查發現醫院辦理方式與申請辦理資格不符或未落實執行運作,該季將不予給付醫院總額管理方案中所列「住院全人整合醫療服務」品質鼓勵款。