

99 年下半年穩定方案目標點數增減因子及提昇品質鼓勵項目考核作業方式暨操作型定義

991104 修訂

一、目標點數增減因子操作型定義及其說明事項：

當季	下年度同期	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	目標點數增減方式	調整成數	
								當季	下年度同期
V	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	原 98 年下半年目標值	負向	(目標單價-當期單價)*當期計入單價的人數	20%	100% (評估後再修訂)
V		N1_04	門住診每人平均一般藥費單價 ◎ 依據當期醫院總額點值穩定方案之目標點數計算邏輯	1. 分子： 當季門住診申報一般藥費點數(含交付)。 2. 分母： 當季列入門診每人平均非藥費單價計算之人數。	99Q3 及 99Q4 目標值 = 基準值*(1-個別醫院一般藥費降幅*0.7) ◎ 基準值係採 98 年 1-3 季門住診每人月一般藥費單價之季平均值為其基準，若低於 98 年第 3 季原目標單價者，採計 98 年第 3 季原目標單價	負向	(目標單價-當期單價)*當期計入單價的人數 (只扣不加)	70%	-

當季	下 年 度 同 期	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	目標點數 增減方式	調整成數	
								當季	下年度 同期
V		N1_05	<u>門住診每人癌症放 療治療單價</u> 以診斷別之 CMI 校正後每人平均單價 (按季歸戶)	1. 分子： 當季歸戶之每人癌症放射線診療點數。 2. 分母： 當季以診斷別計算之 CMI 值。 註： 1. 擷取條件： 支付標準代碼前 5 碼為 36001~36021 且 36012B 之醫令量>0 且 (當季同 ID 任一案件之主、次診斷任一碼='V580' 或前 3 碼='140' ~ '208')。 2. 診斷別擷取原則： 以最近就醫日 (或住院日) 且主診斷符合癌症診斷碼 (前 3 碼='140' ~ '208') 為優先。	定基值(118,785 點)	負向	(目標單價-當期單價)*當期計入單價的人數 (只扣不加)	100%	

當季	下 年 度 同 期	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	目標點數 增減方式	調整成數	
								當季	下年度 同期
V	V	N1_06	<u>急診案件人數(季 歸戶)</u>	每季歸戶急診案件申報 就醫人數 註：急診案件為門診申報 案件類別為 02 之案件。	99Q3 目標值=98Q3 人數 99Q4 目標值=98Q4 人數	正向	(當期人數-目標人 數)*96Q2 單價 ◎考 核 結 果 與 N1_06A 比較擇優 列計	5%	100% (評估後 再修訂)
		N1_06A	<u>急診檢傷分類第 1、2 級案件人數(季 歸戶)</u> ◎考核對象：去年 同期急診人數>50 人	每季歸戶急診案件之檢 傷分類為 <u>1、2 級</u> 之就醫 人數。 註： 1. 急診案件為門診申報 案件類別為 02 之案 件。 2. 急診檢傷分類之 <u>1、2 級</u> 診察費代碼： 00201B(檢傷分類第 1 級) 00202B(檢傷分類第 2 級)	99Q3 目標值=98Q3 人數 99Q4 目標值=98Q4 人數	正向	(當期人數-目標人 數)*96Q2 單價或 同儕單價(擇低) ◎若該項人數減少 則不予列計考核結 果。 ◎若無當期值者不 予列計考核結果。 ◎本項考核結果與 N1_06 比較之，擇 優列計。		

當季	下 年 度 同 期	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	目標點數 增減方式	調整成數	
								當季	下年度 同期
V	V	N1_07B	<u>住院案件特定項目 人數_重大創傷(季 歸戶)</u>	每季歸戶住院特定項目 重大創傷人數 註：住院特定項目 重大創傷：住院主診斷前 三碼為 800~959 且部分負 擔代碼為 001(重大傷病 檔 icd9cm_code 為 959.99、injury severity score>=16)之案件	99Q3 目標值=98Q3 人數 99Q4 目標值=98Q4 人數	正向	(當期人數-目標人 數)*96Q2 單價	20%	100% (評估後 再修訂)
V	V	N1_07C	<u>住院案件特定項目 人數_癌症人數(季 歸戶)</u>	每季歸戶住院特定項目 癌症人數 註：住院特定項目 癌症：住院診斷 DRG 碼 "YYY" 且手術費大於 3 萬 點。	99Q3 目標值=98Q3 人數 99Q4 目標值=98Q4 人數	正向	(當期人數-目標人 數)*96Q2 單價	20%	100% (評估後 再修訂)

當季	下年度同期	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	目標點數 增減方式	調整成數	
								當季	下年度同期
V	V	N1_10	<u>門診每人就醫次數</u> <u>(季歸戶)</u>	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)。 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 3. 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。	99Q3 目標值=98Q4 目標值*0.98 99Q4 目標值=98Q4 目標值*0.98	負向	達成目標值者增加點數，未達成者扣減點數 (0.1%*目標點數)	10%	100% (評估後再修訂)

當季	下年度同期	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	目標點數 增減方式	調整成數	
								當季	下年度同期
V	V	N1_11	實地審查 安養患者、慢性病患、長期復健、及其他容易輕病住院案件列為優先項目。	1. 專業審查判定，不符住院條件，每 1 個案負 1 分。 2. 專業審查判定，住院天數過長，每 1 個案負 0.5 分。 3. 抽樣病歷中，有 30%（含）以上個案，其病程記錄主治醫師未簽名，負 0.01 分。 4. 訪查前二天病程記錄未記載者（扣除假日），每 1 個案負 0.5 分。 ※有關病歷項目補充說明請參照附件 1-2。			總分*0.1%*目標點數*當季住院占率。	100%	100%

二、提昇品質鼓勵項目操作型定義及其說明事項：

- (一) 該大項指標項數，各院最多項數為 11 項，未及 11 項者不再另選項目。
- (二) 指標項目不列入計算之條件：
 - 1. 慢箋開立比率：該季慢性病案件數低於 500 件者。
 - 2. 分母低於 30 者。
 - 3. 特定項目醫令執行率(門住診 CT 及 MRI 執行率、門診婦產科超音波執行率)之分子低於 30 者。
- (三) 目標值設定：
 - 1. 若項目與 98 年執行項目相同者，以 98Q4 已設定之目標值再逐季調整。(負向指標，其目標值設定若低於同儕 P25 以同儕 P25 為其目標值；正向指標，其目標值設定若高於同儕 P75 以同儕 P75 為其目標值)。
 - 2. 所列項目(N4_01、N4_02、N4_03、N4_04、N4_06、N4_10、N4_11)之 99Q3 及 99Q4 目標值採用 99Q2 設定之目標值。
 - 3. 其他項目則依表中說明，各項分別設定目標值。
- (四) 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，故仍採前一季之指標值。
 - 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。
- (五) 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。
- (六) 指標考核結果，若達成則依表列之目標點數增加比率反映於當季增加目標點數，未達成者不予扣減。
- (七) 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	增加目 標點數 比率	備註或排除條件
N4_01	門住診 CT 及 MRI 醫令執行 率	1. 分子： 門住診施行 CT 及 MRI 醫令數量加總。 2. 分母： 門住診總病人數。(季 歸戶)	● 99Q3 結算： 99Q2 當期值≤目標 值 ● 99Q4 結算： 99Q3 當期值≤目標 值	前 1 季	負 向	0.15%	1. 門住診施行 CT 及 MRI 醫令數量加總<30 之醫院 本項不計。 2. 分子擷支付標準醫令代碼為 CT：33067B、33068B、33069B、 33070B、33071B、33072B MRI：33084B、33085B 且醫令類別為 2 者。 3. 分子及分母不包括 05、A3 案件。 4. 分母擷取條件：診察費>0 之案件。
N4_02 (NO_108)	住院案件出 院後三日內 再急診率	1. 分子： 三日內再急診的案件 數。 2. 分母： 出院案件數。	● 99Q3 結算： 99Q2 當期值≤目標 值 ● 99Q4 結算： 99Q3 當期值≤目標 值	前 1 季	負 向	0.15%	1. 出院案件：出院日在資料範圍內之案件，例：按 [院所, ID, 生日, 住院日]歸戶，因同一次住院，會 有申報多筆住院醫療費用的情形，可能有多個出 院日，以最晚之出院日為準。 2. 三日內再急診的案件：以出院案件為母體，按 [ID, 生日]勾稽距離出院日 0 至 3 日內含跨院的急 診案件。 3. 急診案件：案件分類 02，且部分負擔第 2 碼為 0。 4. 分子及分母均排除下列九項案件後再行統計。 (1) 精神科：就醫科別為 13。 (2) 乳癌試辦案件：案件分類為 4+病患來源 N 或 R 或 C。 (3) 化學治療及放射線治療：主次診斷為 V58.0、

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	增加目 標點數 比率	備註或排除條件
							V58.1。 (4) 早產安胎：主診斷為 64403。 (5) 罕見疾病（黏多醣症）：主診斷為 2775。 (6) 轉院案件：轉歸代碼為 5、6 或 7。 (7) 新生兒未領卡：部份負擔註記為 903。 (8) 血友病：主診斷為 2860、2861、2862、2863。 (9) 器官移植：醫令代碼前 5 碼為 ● 心臟移植：68035 ● 肺臟移植：68037（單肺）、68047（雙肺） ● 肝臟移植：75020 ● 腎臟移植：76020 (10)病患死亡或病危自動出院案件(轉歸代碼 4 或 A)(97/07/21 新增排除條件)
N4_03 (NO_107)	住院案件出院後十四日內再住院率	1. 分子： 出院後十四日內再住院的案件數。 2. 分母： 出院案件數。	● 99Q3 結算： 99Q2 當期值$\leq$目標值 ● 99Q4 結算： 99Q3 當期值$\leq$目標值	前 1 季	負向	0.15%	1. 出院案件：出院日在資料範圍內之案件，例：按 [院所, ID, 生日, 住院日] 歸戶，因同一次住院，會有申報多筆住院醫療費用的情形，可能有多個出院日，以最晚之出院日為準。 2. 十四日內再住院的案件：以出院案件為母體，按 [ID, 生日] 勾稽距離出院日 0 至 14 日內含跨院的住院案件。 3. 分子、分母均排除下列十一項案件後再行統計。 (1) 精神科：就醫科別 13。

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	增加目 標點數 比率	備註或排除條件
							(2) 乳癌試辦案件：案件分類 4+病患來源 N 或 R 或 C。 (3) 化學治療及放射線治療：主次診斷 V58.0、V58.1。 (4) 早產安胎：主診斷 64403。 (5) 罕見疾病（黏多醣症）：主診斷 2775。 (6) 轉院案件：轉歸代碼 5、6 或 7。 (7) 新生兒未領卡：部份負擔註記 903。 (8) 血友病：主診斷 2860、2861、2862、2863。 (9) 冠狀動脈繞道手術 (CABG)：醫令代碼前 5 碼為 68023、68024、68025 及論病例計酬代碼 97901K、97902A、97903B、97906K、97907A、97908B、97911K、97912A、97913B。 (10) 放置血管支架同時申報「經皮冠狀動脈擴張術 (PTCA)」及血管支架之案件。 A. 「經皮冠狀動脈擴張術 (PTCA)」：醫令代碼前 5 碼為 33076、33077、33078，論病例計酬代碼 97511K、97512A、97513B、97516K、97517A、97518B、97521K、97522A、97523B。 B. 特材代碼前 5 碼為「CBP01」且單價為 22750 或 36750 (92 年前價格為 49000 或 54000)。

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	增加目 標點數 比率	備註或排除條件
							(11) 器官移植：醫令代碼前 5 碼為 ● 心臟移植：68035 ● 肺臟移植：68037 (單肺)、68047 (雙肺) ● 肝臟移植：75020 ● 腎臟移植：76020
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。	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 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%)	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≥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

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	增加目 標點數 比率	備註或排除條件
							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件數。(案件分類:08) 2. 分母： 開立慢性病連續處方箋案件數。	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>=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。

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	增加目 標點數 比率	備註或排除條件																			
N4_06 (165.1)	門診同藥理 不同處方用 藥日數重複 率	1. 分子： 擷取右 2. 表六項藥品 之「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「不同處方用藥 日數重複率」指標之 分母值加總。	● 99Q3 結算： 99Q2 當期值<=目標 值 ● 99Q4 結算： 99Q3 當期值<=目標 值	前 1 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。 2.<table><tr><td colspan="2">藥物種類</td><td>ATC 藥理分類</td></tr><tr><td colspan="2">降血壓藥物(口服)</td><td>C02、C03、C07、 C08、C09</td></tr><tr><td colspan="2">降血脂藥物(口服)</td><td>C10</td></tr><tr><td colspan="2">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> 1. 分子(不包含 08 案件): 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。	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																								

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	增加目 標點數 比率	備註或排除條件
N4_10	門診婦產科 超音波執行 率 ◎婦產專科醫 院外加項目。	1. 分子： 門診婦產科超音波醫 令數。 2. 分母： 門診就醫病人數。 (季歸戶)	● 99Q3 結算： 99Q3 當期值≤目標 值 ● 99Q4 結算： 99Q4 當期值≤目標 值	當季	負 向	0.15%	1. 施行婦產科超音波醫令數量加總<30 之醫院本項 不計。 2. 婦產科超音波：醫令代碼為 19003C、19010C、 19011C 且醫令類別為 2。 3. 分子及分母不包括 05、A3 案件。 4. 分母擷取條件：診察費>0 之案件。
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。 2. 分母： 精神科已出院病人 數。	● 99Q3 結算： 99Q2 當期值≤目標 值 ● 99Q4 結算： 99Q3 當期值≤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	依 據 本 業 務 組 98.10.13 辦理說明會 之內容辦理。	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。 99Q3 結算：99Q3 當期值 ≤(98Q3*0.9)	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	增加目 標點數 比率	備註或排除條件
			99Q4 結算：99Q4 當期值 ≤(98Q4*0.9)				
N4_17	住院全人整合醫療服務 ◎列管對象： 98 年 8 月底 提出申請者	依據約定計畫內容辦理。	1. 99Q3 結算：99 年 10 月 20 日提成果報告書 2. 99Q4 結算：100 年 1 月 20 日提成果報告書	當季		0.15%	
N4_18	安養機構住民醫療利用 整合性照護計畫 ◎列管對象： 99 年 1 月底 提出參加計畫申請者	依據本業務組 99.1.20 辦理之說明會及其執行 辦法辦理	1. 有參加照護計畫者 2. 醫療費用在目標值以下 3. 住院率和急診率≤去 年同期值	當季		0.1%	
N4_19 (NO_861)	糖尿病人完整照護比率 (月累計) ◎列管對象 98 年 12 月之 案件人數	分子： 接受完整糖尿病照護 之病人數 分母： 糖尿病病人數	● 99Q3 結算： 9906 當期值≥30% ● 99Q4 結算： 9909 當期值≥45%	前 1 季 季末 月	正 向	0.15%	□ 分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人 ID 歸戶人數。 ※ 糖尿病：任一主、次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 250 之門診案件。 ※ 糖尿病用藥：指 ATC 前 5 碼為 A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、

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	增加目 標點數 比率	備註或排除條件
	>=50 人者						A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE □ 分子：分母 ID 中，在統計期間於門、住診有接受<u>完整糖尿病照護</u>之病人 ID 歸戶人數。 ※ <u>完整糖尿病照護</u>：糖尿病病人統計期間內有接受下列所有 9 類篩檢者： (1)尿液檢查(06012C 或 06013C 或 12111C 或 27065B) (2)血清總膽固醇(09001C) (3)空腹血清中性脂肪(09004C) (4)空腹血糖(09005C) (5)糖化血色素(09006B 或 09006C) (6)血清肌酸酐(09015C)或 SGPT or ALT (09026C) (7)高密度脂蛋白膽固醇(09043C) (8)低密度脂蛋白膽固醇(09044C) (9)眼睛檢查(23501C 或 23502C 或 23702C) □ 計算符合分母條件之 ID 時，<u>主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥</u>這兩個條件限定要發生在同處方案件。 □ 計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀

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	增加目 標點數 比率	備註或排除條件
							察，該 ID 於統計期間需執行以上全部 9 類篩檢才能算分子。 □ 分母 ID 中，在統計期間於門、住診若有接受相關之預防保健(醫令代碼 21 或 22 或 25)，則視為已接受尿液檢查(06012C 或 06013C)、血清總膽固醇(09001C)、空腹血糖(09005C)、空腹血清中性脂肪(09004C)、血清肌酸酐(09015C)或 SGPT or ALT(09026C)等 5 類篩檢。
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=20%	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 當期值>=5%以上者	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	99Q3 結算：99Q3 當期值 ≤(98Q3*0.9) 99Q4 結算：99Q4 當期值 ≤(98Q4*0.9)	當季		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： 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

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	增加目 標點數 比率	備註或排除條件
							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。
N4_22 (NO_253)	糖尿病方案 照護率_主次 診斷不排除_ 季 ◎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 ID 歸戶人 數。 分母： 門住診主次診斷為糖 尿病(ICD_9_CM 前三 碼為 250)，之 ID 歸戶 人數。	99Q3 結算：99Q3 當期值 ≥35%或≥(98Q4+10%) 99Q4 結算：99Q4 當期值 ≥35%或≥(98Q4+10%)	當季	正 向	0.15%	□ 糖尿病一門住診主 次 診斷 ICD_9_CM 前三碼為 250。
N4_23 (NO_19)	剖腹產率 ◎列管對象： 98 年第 4 季 生產案件超 過 30 件者	分子：剖腹產案件數 分母：生產案件數	99Q3 結算：99Q3 當期值 ≤(98Q4*0.9) 99Q4 結算：99Q4 當期值 ≤(98Q4*0.9) ◎ 該項目標值設定， 98Q4*0.9 或	當季	負 向	0.15%	□ 剖腹產案件：醫令代碼 81004C、81028C、 97006K、97007A、97008B、97009C。 □ 自然產案件：醫令代碼 81017C、81018C、 81019C、97001K、97002A、97003B、97004C、 97005D、81024C、81025C、81026C、97931K、 97932A、97933B、97934C。 □ 一個案件有多個醫令，可能同時有剖腹產的醫令

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	增加目 標點數 比率	備註或排除條件
			98Q4*0.9<=上限值則 採上限值 (醫學中心：32% 區域醫院：25% 地區醫院：25% 婦產專科醫院：25%)				代碼，也有自然產的醫令代碼；但仍為同一個案件。

附件 1-1

門診非藥費單價排除項目說明

- (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. 目標點數計算邏輯說明之欄位名稱為 B、C、D 所屬各項案件。
 - 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)。

醫院實地審查病歷項目補充說明

※抽樣病歷中，有 30%(含)以上個案，其病程記錄主治醫師未簽章，負 0.01 分。

※審查前二天記錄未記載者(扣除假日)，每一個案負 0.5 分。

1. 選取件數：每一病房至少 10 件(少於 10 件全部抽查)，大型醫院至少 3 個病房。
2. 病歷記載以實體病歷為主，電子病歷未有電子簽章者視同未記載。
3. 任一不符事項將請醫院代表確認(代替病歷影印)。
4. 「抽樣病歷中主治醫師是否都有簽章」：已記載之每一天病程記錄查有主治醫師簽章，30%計算係採四捨五入方式計算。
5. 審查前二天記錄未記載者(扣除假日)意指審查當日往前第二天未記錄者即達計分條件；計算例子：本星期一審查，結果上星期四病歷病程記錄尚未書寫，則本項得負 0.5 分。
6. 前項說明僅為本組計分方式之措施，不代表每日不需書寫病歷，按本保險支付標準規定，醫師有巡房有病程記錄者才可申報診察費。