

附件 1

醫院總額點值風險管控暨品質提升方案 修訂對照表(依劃線版方案內之修訂頁次排序)

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明																				
1	貳、 四、 (二)、 2 【P.4】	貳、方案內容 四、當預估點值< 目標點值時 (二)點值核減作業 之 2	<u>1. 本分區各年度、各季目標點值依共 管會議決議訂定。</u>	1. 本分區各季之目標點值依當季 總額內醫療點數成長率浮動，對 照如下表。 <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">總額內醫療 點數 成長率(X)</th> <th colspan="2">111 年目標點值(元)</th> </tr> <tr> <th>Q1、Q2</th> <th>Q3、Q4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><math>X \leq -2\%</math></td> <td>0.96</td> <td>0.96</td> </tr> <tr> <td><math>-2\% &lt; X \leq 0</math></td> <td>0.955</td> <td>0.9555</td> </tr> <tr> <td><math>0\% &lt; X \leq 2\%</math></td> <td>0.945</td> <td>0.9450</td> </tr> <tr> <td><math>2\% &lt; X \leq 4\%</math></td> <td>0.935</td> <td>0.9375</td> </tr> <tr> <td><math>X &gt; 4\%</math></td> <td>0.925</td> <td>0.93</td> </tr> </tbody> </table>	總額內醫療 點數 成長率(X)	111 年目標點值(元)		Q1、Q2	Q3、Q4	$X \leq -2\%$	0.96	0.96	$-2\% < X \leq 0$	0.955	0.9555	$0\% < X \leq 2\%$	0.945	0.9450	$2\% < X \leq 4\%$	0.935	0.9375	$X > 4\%$	0.925	0.93	現行實務作業目標點值係依醫 院總額臺北分區共管會議決 定，而非依現行條文之表訂， 爰修正條文。
總額內醫療 點數 成長率(X)	111 年目標點值(元)																								
	Q1、Q2	Q3、Q4																							
$X \leq -2\%$	0.96	0.96																							
$-2\% < X \leq 0$	0.955	0.9555																							
$0\% < X \leq 2\%$	0.945	0.9450																							
$2\% < X \leq 4\%$	0.935	0.9375																							
$X > 4\%$	0.925	0.93																							
2	附件一、 一、 (一)、 2. 註 1. 【P.7】	附件一 『醫院總額點值 風險管控暨品質 提升方案』說明 一、目標管理醫療 點數 (一) 先依各層級 前三年目標管理 醫療點數占率分 配各層級總目標 管理醫療點數	<u>註：1.前三年之採計方式會排除疫情季 別，疫情季別為 109Q1-Q2、110Q2- Q3、111Q2。</u>	註:1.前三年為 106~108 年。	因係每年滾動前進，為避免頻 繁修訂採計年度，只明列排除 疫情季別。																				

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明
3	附件一、一、(二)、註【P.7】	附件一、一、目標管理醫療點數 (二)再計算個別醫院占該層級之醫療點數比率(Ci)	註： <u>因目標管理點數之計算 60%係按個別醫院前一年目標管理點數為基礎，地區醫院如欲調整前一年各季目標管理點數占率，請於各年度 1 月 15 號前以正式公文函送本組核備，限調整 1 次。</u>	註：地區醫院如欲調整前一年各季目標管理點數占率，請以正式公文函送本組核備。	因未說明函文時程，致屢有發生已完成計算後醫院始要求調整，另補述調整基期占率之原因，爰增修條文。
4	新增【P.11】	附件一、五、單價核減計算公式 (一)	<u>(一)如遇年度支付標準調整或藥價調降足以影響統計結果時，均將予以校正。藥價調整當季即反映 80%，次季起依序反映 70%、60%、60%。</u>	無	1. 於方案貳、二、註 1 提及「如遇大規模支付標準調整或藥價調降足以影響統計結果時，將予以校正。」 2. 為使方案與方案附件單價核減計算公式前後文字說明一致，爰增列條文。
5	附件一、五、(二)、1、2(2) (三)、1、2(2) 【P.11-12】	附件一、五、單價核減計算公式 (二)門診 1. 季每人非藥費平均醫療點數 2. 季每人平均藥費：	(二)門診： 1. 核減點數 = 【(門診季每人非藥費平均醫療點數 - 前一年同期門診季每人非藥費平均醫療點數) * 門診季非藥費病人數 * (1 - 當季門診初核核減率)】 * <u>(50% + 各調控因子核減成數)</u> 2. (2)核減藥費 = 【[門診季每人平均藥費 - 前一年同期門診季每人平均藥費 * (1 + X * 50%)] * 門診季藥費病人數 * (1 - 當季門診初核核減率)】 * <u>(50% + 各</u>	(一)門診： 1. 核減點數 = 【(門診季每人非藥費平均醫療點數 - 前一年同期門診季每人非藥費平均醫療點數) * 門診季非藥費病人數 * (1 - 當季門診初核核減率)】 * 50% 2. (2)核減藥費 = 【[門診季每人平均藥費 - 前一年同期門診季每人平均藥費 * (1 + X * 50%)] * 門診季藥費病人數 * (1 - 當季門診初核核減率)】 * 50%	依 113 年第 1 次醫院總額臺北分區共管會議決議，單價核減成數納入 3 項調控因子，另因新增前項條文，爰調整序號。

序號	修訂項次 【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明														
		(三)住診 1. 季每人非藥費平均醫療點數 2. 季每人平均藥費：	<u>調控因子核減成數)</u> (三)住診 1. 核減點數 = 【(住診一般案件季每人非藥費平均醫療點數 - 前一年同期住診季一般案件每人非藥費平均醫療點數) * 住診季非藥費病人數 * (1 - 當季住診初核核減率)】 * <u>(50% + 各調控因子核減成數)</u> 2. (2) 核減藥費 = 【[住診一般案件季每人平均藥費 - 前一年同期住診一般案件季每人平均藥費 * (1 + X * 50%)] * 住診季藥費病人數 * (1 - 當季住診初核核減率)】 * <u>(50% + 各調控因子核減成數)</u>	(二)住診 1. 核減點數 = 【(住診一般案件季每人非藥費平均醫療點數 - 前一年同期住診季一般案件每人非藥費平均醫療點數) * 住診季非藥費病人數 * (1 - 當季住診初核核減率)】 * 50% 2. (2) 核減藥費 = 【[住診一般案件季每人平均藥費 - 前一年同期住診一般案件季每人平均藥費 * (1 + X * 50%)] * 住診季藥費病人數 * (1 - 當季住診初核核減率)】 * 50%															
6	附件一、 五、 (一)、 3 【P.12】	附件一 五、單價核減計算公式 (一)門診 3 核減成數	條文 3.(1)、(2)刪除	3. 核減成數： (1) 不適用門診減量方案之醫院：50% (2) 適用門診減量方案之區域級(含) 以上醫院核減成數如下： <table border="1" data-bbox="1167 1134 1603 1457"> <thead> <tr> <th>個別醫院總額內點數成長率(X)</th> <th>核減成數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><math>X \leq 0\%</math></td> <td>47.5%</td> </tr> <tr> <td><math>0\% &lt; X \leq 1\%</math></td> <td>48.0%</td> </tr> <tr> <td><math>1\% &lt; X \leq 2\%</math></td> <td>48.5%</td> </tr> <tr> <td><math>2\% &lt; X \leq 3\%</math></td> <td>49.0%</td> </tr> <tr> <td><math>3\% &lt; X \leq 4\%</math></td> <td>49.5%</td> </tr> <tr> <td><math>X &gt; 4\%</math></td> <td>50.0%</td> </tr> </tbody> </table>	個別醫院總額內點數成長率(X)	核減成數	$X \leq 0\%$	47.5%	$0\% < X \leq 1\%$	48.0%	$1\% < X \leq 2\%$	48.5%	$2\% < X \leq 3\%$	49.0%	$3\% < X \leq 4\%$	49.5%	$X > 4\%$	50.0%	1. 依 113 年第 1 次醫院總額臺北分區共管會議決議，單價核減成數納入 3 項調控。 2. 現行門診減量方案停辦，爰刪除本條文，俟後續該方案實施後再另行討論，使符合實際狀況。
個別醫院總額內點數成長率(X)	核減成數																		
$X \leq 0\%$	47.5%																		
$0\% < X \leq 1\%$	48.0%																		
$1\% < X \leq 2\%$	48.5%																		
$2\% < X \leq 3\%$	49.0%																		
$3\% < X \leq 4\%$	49.5%																		
$X > 4\%$	50.0%																		

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明
7	新增【P.12-13】	附件一 五、單價核減計算公式 (四) 調控因子：	詳方案附件一、五、單價核減計算公式、(四)調控因子	無	依 113 年第 1 次醫院總額臺北分區共管會議決議，單價核減成數納入 3 項調控因子。
8	附件一、六【P.14-29】	附件一 『醫院總額點值風險管控暨品質提升方案』說明六、品質指標項目	1.品質指標對照表詳附件 2 2.操作型定義詳附件 3		依 113 年第 1 次醫院總額臺北分區共管會議決議修訂。

附件 2、風險管控暨品質提升方案-品質指標研修對照表

說明：底線為本次修訂處，**必**為必要指標、**黃底**為如該類別醫院無該項目資料(無分母)，則該指標配分挪移至其他項目

修訂日：113.03.07

類別	指標項目	113 年							112 年							本次修訂說明		
		新 序號	新目標值	配分						原 序號	目標值	配分						
				醫學 中心	區域 醫院	地區 醫院	精神 專科	呼吸 照護	婦產 專科			醫學 中心	區域 以上	地區 醫院	精神 專科		呼吸 照護	婦產 專科
署 抑 制 資 源 不 當 耗 用	門診 11 項重要檢驗 (查)再執行率(11 項 加總計算)	1-2	同病人非合理區間再執行率較去年同期下降 >1% 或再執行率=0	<b>必</b>	<b>必</b>	<b>必</b>				1-2	同病人非合理區間再執行率較 108 年同期下降 >5% 或再執行率=0	<b>必</b>	<b>必</b>	<b>必</b>				目標調整： 依署本部 113 年抑制資源不當耗用方案修訂，指標基期由「108 年同期」改為「去年同期」，並將原下降 >5% 改為 >1%。
		2-1		0.2	0.2	0.2	-	-	-	2-1		0.2	0.2	0.2	-	-	-	
		3-1				<b>(+0.1)</b>				3-1				<b>(+0.1)</b>				
西醫門診年復健次數 >180 次之案件數 (同院)	每季案件數較自身去年同期成長率 ≤ 0%	1-2		<b>必</b>	<b>必</b>	<b>必</b>			<b>必</b>	1-2	每季案件較自身 108 年同期下降 >10% 或當季案件數=0 件	<b>必</b>	<b>必</b>	<b>必</b>		<b>必</b>		1. 目標調整： 因應 113 年抑制資源不當耗用指標之基期由「108 年同期」改為「去年同期」，目標值維持零成長，爰本組品質指標同步修改基期為「去年同期」，並將原下降 >10% 改為零成長。  2. 因應新增指標調整配分。
		2-2		0.1	0.1	0.1	-	0.2	-	2-2		0.11	0.11	0.12	-	0.2	-	
		3-7				<b>(-0.1)</b>		<b>(-0.2)</b>		3-8				<b>(-0.12)</b>		<b>(-0.2)</b>		
5-1								5-1										
西醫門診病人可避免住院率(季累計)	較自身去年同期成長率 ≤ 0% 或 < 去年同期全國同儕 P25	1-3	112Q1： 醫中 0.44%、區域 0.57% 地區 0.32% 112Q2： 醫中 0.79%、區域 1.04% 地區 0.69% 112Q3： 醫中 1.07%、區域 1.43% 地區 1.02% 112Q4： 醫中 1.42%、區域 1.77% 地區 1.31%	0.1	0.1	0.1				1-3	較自身 108 年同期下降 >5% 或 <108 年同期全國同儕 P25	0.1	0.1	0.1	-	-	-	因應 113 年抑制資源不當耗用指標之基期由「109-111 年 3 年同期平均」改為「去年同期」，目標值維持零成長，爰本組品質指標由「較自身 108 年同期下降 >5% 或 <108 年同期全國同儕 P25」修改為「較自身去年同期成長率 ≤ 0% 或 < 去年同期全國同儕 P25」。
		2-3				<b>(+0.1)</b>				2-3				<b>(+0.12)</b>				
		3-2								3-2								

類別	指標項目	113年								112年								本次修訂說明
		新 序號	新目標值	配分						原 序號	目標值	配分						
				醫學 中心	區域 醫院	地區 醫院	精神 專科	呼吸 照護	婦產 專科			醫學 中心	區域 以上	地區 醫院	精神 專科	呼吸 照護	婦產 專科	
	即時查詢病患就醫資訊方案-時效內(3日內)上傳率-檢驗(查)結果	1-4 2-4 3-3 4-5 5-2 6-1	上傳率≥98%者 或 上傳率<98%者 (依下列項目分別計分) 1. 上傳率>該院 KPI (112/11/01 業已健保北字第 1128221808 號函檢送各院 KPI) 2. 上傳率>前季全國同儕平均值 (逐月回饋各月份各層級全國同儕平均值)	必 0.2 (+0.1) (+0.1) 0.125 (+0.0625) (+0.0625) 0.075 (+0.0375) (+0.0375)	必 0.2 (+0.1) (+0.1) 0.125 (+0.0625) (+0.0625) 0.075 (+0.0375) (+0.0375)	必 0.2 (+0.1) (+0.1) 0.125 (+0.0625) (+0.0625) 0.075 (+0.0375) (+0.0375)	必 0.45	必 0.5	必 0.5	1-4 2-4 3-3 4-5 5-2 6-1	上傳率≥95%者 或 上傳率<95%者 (依下列項目分別計分) 1. 上傳率>該院 KPI 2. 上傳率>前季全國同儕平均值	必 0.4 0.25 0.15	必 0.4 0.25 0.15	必 0.4 0.25 0.15	必 0.45 0.25 0.2	必 0.5 0.3 0.2	必 0.5 0.3 0.2	1. 列計醫令範圍調整：配合即時查詢方案問答集中排除監測項目(62 項)，爰同步調整指標醫令範圍予以排除。 2. 目標值調整：因應上開醫令範圍調整以及 113 年抑制資源不當耗用指標之醫療檢查影像上傳率目標值由 95%提升為 98%，爰同步調整本指標目標值為 98%。
	即時查詢病患就醫資訊方案-時效內(3日內)上傳率-醫療檢查影像	1-5 2-5 3-4 4-6 5-3 6-2	上傳率≥98%者 或 上傳率<98%者 (依下列項目分別計分) 1. 上傳率>該院 KPI (112/11/01 業已健保北字第 1128221808 號函檢送各院 KPI) 2. 上傳率>前季全國同儕平均值 (逐月回饋各月份各層級全國同儕平均值)	必 0.2 (+0.1) (+0.1) 0.125 (+0.0625) (+0.0625) 0.075 (+0.0375) (+0.0375)	必 0.2 (+0.1) (+0.1) 0.125 (+0.0625) (+0.0625) 0.075 (+0.0375) (+0.0375)	必 0.2 (+0.1) (+0.1) 0.125 (+0.0625) (+0.0625) 0.075 (+0.0375) (+0.0375)	必 0.2	必 0.4	必 0.5	1-5 2-5 3-4 4-6 5-3 6-2	上傳率≥95%者 或 上傳率<95%者 (依下列項目分別計分) 1. 上傳率>該院 KPI 2. 上傳率>前季全國同儕平均值	必 0.4 0.25 0.15	必 0.4 0.25 0.15	必 0.4 0.25 0.15	必 0.2 0.1 0.1	必 0.4 0.25 0.15	必 0.5 0.3 0.2	1. 列計醫令範圍調整：配合即時查詢方案問答集中排除監測項目(30 項)，爰同步調整指標醫令範圍予以排除。 2. 目標值調整：因應上開醫令範圍調整以及 113 年抑制資源不當耗用指標之醫療檢查影像上傳率目標值由 95%提升為 98%，爰同步調整本指標目標值為 98%。
	死亡前安寧利用率	1-7 2-7 5-5	各季利用率≥30%、32%、34%、36% 各季利用率≥20%、22%、24%、26% 各季利用率≥10%、12%、14%、16%	0.1 - -	0.1 - -	- - -	- - -	- - 0.25	- - -	1-7 2-7 3-6 5-5	各季利用率≥30%、32%、34%、36% 各季利用率≥20%、22%、24%、26% 各季利用率≥10%、12%、14%、16%	0.1 - -	0.1 - -	- - 0.1	- - -	- - 0.25	- - -	地區一般配分 0.1 挪至其他三項指標： 1. 接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率，配分從 0.05 增加為 0.1。( +0.05) 2. 查詢「健保醫療資訊雲端查詢系統」-門、住診病人(整併為總查詢率)，配分從 0.27 增加為 0.3(+0.03)。 3. 糖尿病方案累計照護率/初期慢性腎臟病方案累計照護率/精進糖尿病及初期慢性腎臟病整合照護，配分從 0.18 增加為 0.2(+0.02)。

類別	指標項目	113年								112年								本次修訂說明
		新 序號	新目標值	配分						原 序號	目標值	配分						
				醫學 中心	區域 醫院	地區 醫院	精神 專科	呼吸 照護	婦產 專科			醫學 中心	區域 以上	地區 醫院	精神 專科	呼吸 照護	婦產 專科	
	接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	1-9 2-9 <b>3-8</b> 4-8	較去年同期成長>1% 或 達署本部抑制資源不當耗用各季目標值 <u>113Q1: 27.6%</u> <u>113Q2: 28.1%</u> <u>113Q3: 28.6%</u> <u>113Q4: 29.1%</u>	0.1	0.1	<b>0.1</b> (-0.1)	0.1 (-0.1)	-	-	1-9 2-9 3-9 4-8	較去年同期成長>1% 或 達署本部抑制資源不當耗用各季目標值 112Q1: 28.5% 112Q2: 29% 112Q3: 29.5% 112Q4: 30%	0.1	0.1	0.05 (-0.05)	0.1 (-0.1)	-	-	1.依署本部抑制資源不當耗用目標值修訂。 2.地區一般醫院從死亡前安寧利用率挪至本指標+0.05分
	提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)	1-10 2-10	較自身前一季增加0.1個百分點	<b>必</b>	<b>必</b>					1-10 2-10	較自身前一季增加0.1個百分點	<b>必</b>	<b>必</b>					1.補充操作型定義計算區間。 2.因應新增指標調整配分。
	住院案件出院後3日內急診率(加分項)	1-13 2-13 <b>3-12</b> 4-11 5-9 6-7	<u>113Q1 ≤ 2.64%</u> 、 <u>113Q2 ≤ 2.58%</u> 、 <u>113Q3 ≤ 2.51%</u> 、 <u>113Q4 ≤ 2.45%</u>	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	1-13 2-13 3-13 4-11 5-9 6-7	112Q1 ≤ 2.49%、 112Q2 ≤ 2.47%、 112Q3 ≤ 2.43%、 112Q4 ≤ 2.41%	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	<b>目標值調整:</b> 參考本分區111Q4-112Q3之平均指標值減0.15%為113Q4目標值。
本組風險管控	查詢「健保醫療資訊雲端查詢系統」-門、住診病人(整併為總查詢率)	1-6 2-6 3-5 4-7 5-4 6-3	總查詢率 ≥ 同儕 <u>111年</u> <b>全年P80</b> (醫學中心:83%) (區域醫院:83%) (地區一般:83%) 或 總查詢率 ≥ 70% 或 總查詢率 ≥ 同儕 <u>111年</u> <b>全年P80</b> (呼吸照護:77%) (精神專科:94%) (婦產專科:83%) 或 總查詢率 ≥ 70%  註: 婦產專科併於地區一般計算	擇一 <b>0.20</b> 0.15	擇一 <b>0.20</b> 0.15	擇一 <b>0.30</b> 0.2	<b>必</b>	<b>必</b>	<b>必</b>	1-6 2-6 3-5 4-7 5-4 6-3	總查詢率 ≥ 同儕 110 年全 年 P80 或 總查詢率 ≥ 70%  總查詢率 ≥ 同儕 110 年全 年 P80 或 總查詢率 ≥ 50%  註: 婦產專科併於地區一 般計算	擇一 0.28 0.15	擇一 0.28 0.15	擇一 0.35 0.2	<b>必</b>	<b>必</b>	<b>必</b>	1. 目標調整: P80 目標值由 110 年修訂為 111 年, 基本目標值沿用該類別原指標目標值(70%及50%)。 2. 因應新增指標調整配分。 (醫中 0.28->0.20) (區域 0.28->0.20) (地區一般 0.35->0.27) (婦產專科 0.5->0.4) 3. 地區一般: 地區一般醫院從死亡前安寧利用率挪至本指標+0.03(0.27->0.30)。



類別	指標項目	113年								112年								本次修訂說明			
		新 序號	新目標值		配分					原 序號	目標值		配分								
					醫學 中心	區域 醫院	地區 醫院	精神 專科	呼吸 照護				婦產 專科	醫學 中心	區域 以上	地區 醫院	精神 專科		呼吸 照護	婦產 專科	
	<u>數位健保卡申報成長率</u> 健保 IC 卡上傳格式 2.0 完成率 (加分項)	1-11 2-11 3-10 4-9 5-7 6-5	Q1、Q2	申請 VC 計畫	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	1-11 2-11 3-11 4-9 5-7 6-5	門診特定案件上傳率 Q1: >10%、Q2: >20%	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	刪除並新增數位健保卡申報成長率。		
				>15%	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05				擇一	擇一	擇一	擇一	擇一		擇一	
				Q3>20%、 Q4>30%	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1			0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1			
	C 肝全口服新藥新收案及完治率 (加分項)	1-12 2-12 3-11 4-10 5-8 6-6		當季潛在 C 肝病人累計收案率或檢驗率任一 ≥ <u>113Q1: 25%、</u> <u>113Q2: 25%、</u> <u>113Q3: 30%、</u> <u>113Q4: 30%</u>	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	1-12 2-12 3-12 4-10 5-8 6-6	當季潛在 C 肝病人累計收案率或檢驗率任一 ≥ 112Q1: 10%、112Q2: 15%、112Q3: 20%、112Q4: 25%	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	目標調整: 1. 本署重要政策, 為鼓勵醫院提升 C 肝收案及完治率, 爰延續 112 年指標 C 肝口服新藥收案照護人數相關指標, 並調整「當季潛在 C 肝病人累計收案率或檢驗率」目標值。 2. 「當季潛在 C 肝病人累計收案率或檢驗率」本分區 112Q4 整體收案率或檢驗率為 25.49%, 考量收案困難度將越高, 爰調整每季目標值, 113 年上半年維持 25%、下半年提高為 30%。		
				當季 C 肝收案病人完成療程人次占已結案人次 ≥90%	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05		當季 C 肝收案病人完成療程人次占已結案人次 ≥90%	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05			
				當季非潛在 C 肝病人收案人次占本分區收案人次 >P75	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05		當季非潛在 C 肝病人收案人次占本分區收案人次 >P75	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05			
	清淨手術術後使用 抗生素超過三日比率 (加分項)	1-14 2-14 3-13 6-8		<u>醫學中心 10.97%</u> <u>區域醫院 11.84%</u> <u>地區醫院 17.37%</u>	0.1	0.1	0.1	-	-	0.1	1-14 2-14 3-14 6-8	醫學中心 9.53% 區域醫院 12.53% 地區醫院 16.95%	0.1	0.1	0.1	-	-	0.1	目標調整: 參考本分區 110-112 年各層級平均指標值減 0.15% 為 113 年目標值。		
新增	<u>完成 2023 年版 ICD-10-CM/PCS 預檢系統測試</u>	1-15 2-15 3-14 4-12 5-10 6-9		預檢系統開放後完成	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1									本署重要政策, 為鼓勵醫院即早完善 ICD10 轉版資訊系統, 爰新增完成 2023 年版 ICD-10-CM/PCS 預檢系統測試指標。		
	<u>CT 醫令執行率</u>	1-16 2-16 3-15		醫令執行率 ≤ 自身去年同期 或醫令量 ≤ 去年同期 *(1+總額成長率)*(1-初核核減率)	0.2 (-0.2)	0.2 (-0.2)	0.2 (-0.2)												本分區 CT 醫令執行量約占全署 35%, 醫令執行率位居第 2, 高於全署平均, 為加強管控力道新增本指標。		
	<u>MRI 醫令執行率</u>	1-17 2-17 3-16		醫令執行率 ≤ 自身去年同期 或醫令量 ≤ 去年同期 *(1+總額成長率)*(1-初核核減率)	0.2 (-0.2)	0.2 (-0.2)	0.2 (-0.2)												本分區 MRI 醫令執行量約占全署 37.5%, 醫令執行率位居第 1, 高於全署平均, 為加強管控力道新增本指標。		
修訂後合計分數 (項數)					2.45 (17)	2.45 (17)	2.45 (16)	2.45 (12)	2.45 (10)	2.45 (9)	修訂前合計分數 (項數)					2.45 (14)	2.45 (14)	2.45 (14)	2.35 (11)	2.35 (9)	2.45 (8)

類別	序號	指標項目	目標值	配分						操作型定義 (含計算期間)	113 年修訂說明
				醫學中心	區域醫院	地區醫院	精神專科	呼吸照護	婦產專科		
署 抑 制 資 源 不 當 耗 用	1-1 2-1 3-1	門診 11 項重要檢驗(查)再執行率(11 項加總計算)	同病人非合理區間再執行率較去年同期下降 ≥1% 108 年同期下降 ≥5% 或再執行率=0	0.2	0.2	0.2 (+0.1)	-	-	-	1.門診 11 項重要檢查(驗)再執行率 ■ 分子=分母之門診各項檢查(驗)同病人之非合理區間同(跨)院所再執行醫令數。 ■ 分母=門診申報歸併醫令 3307XB、3308XB、26072B、28016C、18005X、1900XC、0801XC、09044C、18007B、28017C、19003C 季醫令數合計。 ※檢查項目及非合理區間包括： (1) 28 天內：CT、MRI、正子造影-全身、上消化道泛內視鏡檢查、超音波心臟圖(包括單面、雙面)、腹部超音波及追蹤、低密度脂蛋白-膽固醇、杜卜勒氏彩色心臟血流圖、大腸鏡檢查及婦科超音波檢查等檢查。 (2) 7 天內：全套血液檢查。 ※資料範圍：包括同(跨)院之西醫診所及西醫醫院。 (1)篩選醫事類別 12-門診西醫醫院 (2)醫令類別為 2-診療明細及醫令點數 > 0 (3)排除代辦案件(A3、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、D1、D2、DF、HN、C5)，急診案件(02)，醫令類別 4。 2.小數點無條件進位。 3.序號 3-6 個別醫院無提供呼吸器照護且無呼吸器依賴個案者，指標配分挪移至 3-1(+0.1) 4.以當季資料計算。	修訂目標值及操作型定義
	1-2 2-2 3-8 3-7 5-1	西醫門診年復健次數 > 180 次之案件數(同院)	每季案件較自身 108 年同期下降 >10%或當季案件數=0 件 每季案件數較自身去年同期成長率 ≤ 0%	0.11 0.1	0.11 0.1	0.12 (-0.12) 0.1 (-0.1)	-	0.2 (-0.2)	-	1.西醫門診年復健次數>180 次異常件數(案件數)： 同院歸戶，依前 1 年門診費用資料，分別計算各治療類別(物理、職能、語言)之醫令數加總，其中某一治療類別醫令累計數量大於 180 次之病患列為管控名單，管控名單勾稽當月份之案件數(排除代辦、早療案件、簡單治療及 PAC 復健病人)，如：109 年 1 月的管控名單係依據 10801-10812(費用年月)之門診案件資料計算，再將管控名單勾稽 109 年 1 月之案件數。分別計算 109 年 1-3 月之案件數後，加總則得 109 年 Q1 季案件數。 ■ 成長率： 分母：去年同期西醫門診年復健次數>180 次之案件數 分子：當期西醫門診年復健次數>180 次之案件數-去年同期西醫門診年復健次數>180 次之案件數 ■ 案件數：即同一療程之案件數，排除代辦、早療案件、簡單治療及 PAC 案件。 2.以當季資料計算。 3. 序號 3-7 個別醫院有復健業務且年復健次數無 > 180 次之案件者則達標，無復健業務者則改為非必要指標，指標配分挪移至 3-2(+0.1)。 4. 序號 5-1 個別醫院有復健業務且年復健次數無 > 180 次之案件者則達標，無復健業務者則改為非必要指標，配分挪移至 5-4(+0.1)及 5-6(+0.1)。	1.修訂配分、目標值及操作型定義 2.因應新增指標調整配分。

類別	序號	指標項目	目標值	配分						操作型定義 (含計算期間)	113年修訂說明
				醫學中心	區域醫院	地區醫院	精神專科	呼吸照護	婦產專科		
	1-3 2-3 3-2	西醫門診病人可避免住院率(季累計)	較自身108年同期下降>5%或<108年同期全國同儕P25  <u>較自身去年同期成長率≤0%</u> 或 <u>&lt;去年同期全國同儕P25</u> (112年各季各層級全國同儕P25 112Q1: 醫中 0.44% 區域 0.57% 地區 0.32% 112Q2: 醫中 0.79% 區域 1.04% 地區 0.69% 112Q3: 醫中 1.07% 區域 1.43% 地區 1.02% 112Q4: 醫中 1.42% 區域 1.77% 地區 1.31%)	0.1	0.1	0.1 (+0.1)	-	-	-	1. 分子：可避免住院疾病之案件數 分母：西醫門診病人數 ※門診病人數係為18歲以上之門診病人數。 分母說明： (1)以ID+生日視為一人。 (2)統計期間：以費用年月進行月累積計算。 (3)18歲以上之成人，年齡計算方式就醫日期年-生日年 分子說明： (1)同ID，同住院日，同院所，同出院日，同申報迄日視為一件，排除出院日為空值並取最大清單編號(DTL_PKNO)為該住院案件診斷碼，用以決定該筆案件屬於哪種疾病。 (2)統計期間：以費用年月進行月累積。 納入案件數： 主診斷包含#1(糖尿病短期併發症)、#3(糖尿病長期併發症)、#5(COPD及成年氣喘)、#7(高血壓)、#8(心臟病)、#10(脫水)、#11(細菌性肺炎)、#12(尿道感染)、#13(心絞痛)、#14(控制不良之糖尿病)、#15(青年氣喘)、#16(糖尿病下肢截肢)之案件數。 註： (1)資料擷取及定義係參照VPN指標-西醫門診病人可避免住院率(代碼2112.00)。 (2)疾病皆須18(含)歲以上之病人。 (3)本西醫門診病人每十萬人口可避免住院數：以全國18歲以上戶籍人口做為標準人口，採性別、5歲年齡層進行校正。 (4)本項指標為季累積指標值。 2.以前一季資料計算。 3.序號3-7個別醫院有復健業務且年復健次數無>180次之案件者則達標，無復健業務者則改為非必要指標，指標配分挪移至3-2(+0.1)。	修訂目標值
	1-4 2-4 3-3 4-5 5-2 6-1	即時查詢病患就醫資訊方案-時效內(3日內)上傳率-檢驗(查)結果	上傳率≥ <u>9598%</u> 者 或 上傳率< <u>9598%</u> 者 (依下列項目分別計分) 1.上傳率>該院KPI (112/11/01業已健保北字第1128221808號函檢送各院KPI) 2.上傳率>前季全國同儕平均值 (逐月回饋各月份各層級全國同儕平均值)	0.4 0.2 (+0.1) 0.2 (+0.1) 0.25 0.125 (+0.0625) 0.125 (+0.0625) 0.15 0.075 (+0.0375) 0.075 (+0.0375)	0.4 0.2 (+0.1) 0.2 0.125 (+0.0625) 0.125 (+0.0625) 0.15 0.075 (+0.0375) 0.075 (+0.0375)	0.4 0.2 (+0.1) 0.25 0.125 (+0.0625) 0.125 (+0.0625) 0.15 0.075 (+0.0375) 0.075 (+0.0375)	0.45 0.25 0.2	0.5 0.3 0.2	0.5 0.3 0.2	1. 檢驗(查)結果時效內(3日內)上傳率： 分子：時效內上傳「應上傳檢驗(查)結果項目」醫令數。 分母：申報「應上傳檢驗(查)結果項目」醫令數。 2. 醫令代碼請參照方案之附件5及附件5-1。 3. <u>排除監測項目請參照方案問答集附件1(62項)。</u> 4. 檢驗(查)結果時效內上傳指報告日期起3日內上傳。 5. 若署本部已結算，以結算資料計算，若尚未結算，則由本組以 <u>當季資料自行計算。</u> 6. 以參加「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫方案」院所為本指標計算範圍。 7. <u>無序號1-16/2-16/3-15 CT醫令執行率/醫令量，則挪至1-4/2-4/3-4(+0.1)及1-5/2-5/3-4(+0.1)。</u> 8. <u>無序號1-17/2-17/3-16 MRI醫令執行率/醫令量，則挪至1-4/2-4/3-4(+0.1)及1-5/2-5/3-4(+0.1)。</u>	1.修訂目標值、操作型定義 2.因應新增指標醫中、區域、地區一般調降配分

類別	序號	指標項目	目標值	配分						操作型定義 (含計算期間)	113年修訂說明
				醫學中心	區域醫院	地區醫院	精神專科	呼吸照護	婦產專科		
	1-5 2-5 3-4 4-6 5-3 6-2	即時查詢病患就醫資訊 方案-時效內(3日內) 上傳率-醫療檢查影像	上傳率 $\geq$ 9598%者  或 上傳率 $<$ 9598%者 (依下列項目分別計分) 1. 上傳率 $>$ 該院 KPI (112/11/01 業已健保北字第 1128221808 號函檢送各院 KPI) 2. 上傳率 $>$ 前季全國同儕平均值 (逐月回饋各月份各層級全國同儕平均值)	0.4 0.2 (+0.1) (+0.1)	0.4 0.2 (+0.1) (+0.1)	0.4 0.2 (+0.1) (+0.1)	0.2	0.4	0.5	1. 醫療檢查影像時效內(3日內)上傳率： ■ 分子：時效內上傳「應上傳醫療檢查影像」醫令數。 ■ 分母：申報「應上傳醫療檢查影像」醫令數(包括 CT、MRI、X 光片攝影、上消化道泛內視鏡攝影、大腸鏡檢查、超音波檢查)等。 2. 醫令代碼請參照方案之附件 5-1。 3. 排除監測項目請參照方案問答集附件 2(30 項)。 4. 影像時效內上傳指實際檢查日期後 3 日內上傳。 5. 若署本部已結算，以結算資料計算，若尚未結算，則由本組以當季資料自行計算。 6. 以參加「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」院所為本指標計算範圍。 7.無序號 1-16/2-16/3-15 CT 醫令執行率/醫令量，則挪至 1-4/2-4/3-4(+0.1)及 1-5/2-5/3-4(+0.1)。 8.無序號 1-17/2-17/3-16 MRI 醫令執行率/醫令量，則挪至 1-4/2-4/3-4(+0.1)及 1-5/2-5/3-4(+0.1)。	1.修訂目標值、操作型定義 2.因應新增指標醫中、區域、地區一般調降配分
	1-7 2-7 3-6 5-5	死亡前安寧利用率	各季利用率 $\geq$ 113Q1：30%、 113Q2：32%、 113Q3：34%、 113Q4：36%  <del>各季利用率<math>\geq</math> 113Q1：20%、 113Q2：22%、 113Q3：24%、 113Q4：26%</del>  各季利用率 $\geq$ 113Q1：10%、 113Q2：12%、 113Q3：14%、 113Q4：16%	0.1	0.1	-	-	-	-	1.死亡前安寧利用率： ■ 分子：分母 ID 中有申報住院安寧醫令、安寧共照醫令、或安寧居家醫令。 ■ 分母：死亡且符合安寧收案條件者人數。 (1)「死亡且符合安寧收案條件者人數」係指符合以下任一條件者之歸戶人數： A. 統計期間有轉歸代碼為 4(死亡)、A(病危自動出院)且當次主次診斷為符合安寧收案條件之住院案件個案。 B. 不符合前述第 1 項條件，但統計期間有死亡退保紀錄(取最大退保日)，且退保日前 1 年內有主次診斷符合安寧收案門住診資料之個案。 (2)安寧人數係曾申報住院安寧(醫令代碼為 05601K、05602A、05603B)、安寧共照醫令(醫令代碼為 P4401B、P4402B、P4403B)或安寧居家(案件類別為 A5)服務者。 (3)死亡前一年：係為死亡退保轉出日減去使用安寧之就醫日期小於等於 365 天。 (4)人數：係以身分證字號、生日歸戶計算。 2.以當季資料計算	修訂配分： 地區一般配分 0.1 挪至其他三項指標： 1.接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率，配分從 0.05 增加為 0.1。( +0.05) 2.查詢「健保醫療資訊雲端查詢系統」-門、住診病人(整併為總查詢率)，配分從 0.27 增加為 0.3(+0.03)。 3.糖尿病方案累計照護率/初期慢性腎臟病方案累計照護率/精進糖尿病及初期慢性腎臟病整合照護，配分從 0.18 增加為 0.2(+0.02)。

類別	序號	指標項目	目標值	配分						操作型定義 (含計算期間)	113年修訂說明
				醫學中心	區域醫院	地區醫院	精神專科	呼吸照護	婦產專科		
	1-9 2-9 3-9 3-8 4-8	接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	較去年同期成長>1% 或 達署本部抑制資源不當耗用各季目標值 113Q1: 27.6% 113Q2: 28.1% 113Q3: 28.6% 113Q4: 29.1%	0.1	0.1	0.1 (-0.1)	0.1 (-0.1)	-	-	1. 接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率； ■ 分母：申報「出院準備及追蹤管理費(02025B)」及申報急性後期整合照護計畫中結案評估費(P5113B、P5117B、P5118B、P5123B)之件數。 ■ 分子：分母案件中，出院後30日內接受各類居家醫療照護(案件分類A1.A2.A5.A6.A7、居家醫療照護整合計畫(案件分類E1.A1.A5且特定治療代號EC)、家庭醫師整合式照護計畫(於收案院所就醫)其中計畫期別為10(108年收案)且於同一收案院所就醫、PAC申報「承作醫院評估費(初評)P5114B」、「轉出醫院出院準備及評估費(同/不同團隊)P5113B、P5118B」)之件數，並按出院人次歸戶，以出院後接受服務之類別列計。 2. 序號3-8個別醫院無提供出院準備服務且無個案者，指標配分挪移至3-9(+0.1)。 3. 序號4-8個別醫院無提供出院準備服務且無個案者，指標配分挪移至4-2(+0.05)及4-3(+0.05)。 4. 以前一季資料計算，e.g.109Q2以109Q1資料計算。	修訂目標值、配分： 地區一般醫院從死亡前安寧利用率挪至本指標+0.05分
	1-10 2-10	提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)	較自身前一季增加0.1個百分點	0.21 0.2	0.21 0.2	-	-	-	-	1. 提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計) ■ 分母：非同體系區域級(含)以上醫院接受上轉之門住診申報件數合計，自Q1逐季採累計值計算到Q4。 ■ 分子：分母案件中90天內之回轉件數，自Q1逐季採累計值計算到Q4。 2. 實績值計算方式：Q1為當季資料、Q2為當季及前季累計、Q3為當季及前2季累計、Q4為當季及前3季累計。	1. 補充操作型定義計算區間。 2. 因應新增指標調整配分。
	1-13 2-13 3-13 3-12 4-11 5-9 6-7	住院案件出院後3日內急診率	113Q1 ≤ 2.64%、 113Q2 ≤ 2.58%、 113Q3 ≤ 2.51%、 113Q4 ≤ 2.45%	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	1. 住院案件出院後3日內急診率： ■ 分子=分母出院案件中，距離出院日0日至3日內急診的案件數(含跨院)。 ■ 分母=出院案件數。 2. 以前季資料計算。	修訂目標值及操作型定義(資料計算期間)。

類別	序號	指標項目	目標值	配分						操作型定義 (含計算期間)	113年修訂說明
				醫學中心	區域醫院	地區醫院	精神專科	呼吸照護	婦產專科		
本分區共管指標	1-6 2-6 3-5 4-7 5-4 6-3	查詢「健保醫療資訊雲端查詢系統」-門、住診病人(整併為總查詢率)	總查詢率≥同儕 <u>111年全年P80</u> (醫學中心:83%) (區域醫院:83%) (地區一般:83%) 或 總查詢率≥70%	擇一 0.28 <u>0.20</u>	擇一 0.28 <u>0.20</u>	擇一 0.35 <u>0.30</u>	-	-	-	1.總查詢率(線上+批次) ■分子:查詢人數,分母ID的門、住診申報資料以【院所+ID】勾稽查詢稽核紀錄檔的查詢時間,查詢時間與任一門診就醫日期(08案件使用治療結束日期)相同,或查詢時間落在住院病人住院期間的歸戶人數。 ■分母(申報資料來源):門、住診就醫歸戶人數。 ■婦產專科併地區一般計算比較。 2.以當季資料計算 3.序號5-1個別醫院有復健業務且年復健次數無>180次之案件者則達標,無復健業務者則改為非必要指標,配分挪移至5-4(+0.1)及5-6(+0.1)。	1.修訂P80目標值(110年修訂為111年) 2.因應新增指標調整配分。 (醫中0.28->0.20) (區域0.28->0.20) (地區一般0.35->0.27) (婦產專科0.5->0.4) 3.地區一般:地區一般醫院從死亡前安寧利用率挪至本指標+0.03(0.27->0.30)。
		總查詢率≥同儕 <u>111年全年P80</u> (呼吸照護:77%) (精神專科:94%) (婦產專科:83%) 或 總查詢率≥50%	-	-	-	擇一 0.35 0.2	擇一 0.35 <u>(+0.1)</u> 0.2 <u>(+0.1)</u>	擇一 <u>0.4</u> 0.3			
	1-8 2-8 3-7 3-6 5-6	呼吸器依賴病人脫離呼吸器或簽署DNR比率	高於全區當季平均值	1-1 RCC 0.05 0.05 0.05	0.05	0.05	0.05	-	0.15 <u>(+0.05)</u>	1.呼吸器依賴病人脫離呼吸器或簽署DNR比率: ■分子: <u>當季</u> 呼吸器依賴病人脫離呼吸器案件數或自 <u>112年</u> 已簽署DNR人數(累計)。 ■分母:該季申報呼吸器計畫RCC、RCW之P碼案件數(註:P碼為P1005K~P1008K、P1011及P1012C)。 2.呼吸器依賴病人及呼吸器脫離者定義應符合「呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫。 3.上開指標區分為RCC、RCW兩項次指標,若該醫院同時設置RCC、RCW,則適用1-1、1-2,分子、分母、目標值及權重皆各自獨立分別計算;若醫院僅設RCC或RCW則適用2。 4.以當季資料計算。 5.3-6個別醫院無提供呼吸器照護且無呼吸器依賴個案者,指標配分挪移至3-1(+0.1)。 6.序號5-1個別醫院有復健業務且年復健次數無>180次之案件者則達標,無復健業務者則改為非必要指標,配分挪移至5-4(+0.1)及5-6(+0.1)。	修正操作型定義
6-4	婦科超音波再執行率(含跨院)	<108年全國同儕P25 <去年同期全國同儕P25 (112Q1:0%、 112Q2:0%、 112Q3:0%、 112Q4:0%)	-	-	-	-	-	-	0.5	1.門診婦科超音波再執行率(含跨院) ■分子=分母之門診各項檢查(驗)同病人之非合理區間同(跨)院所再執行醫令數。 ■分母=門診申報歸併醫令19003C季醫令數合計。 ※檢查項目包括:婦科超音波檢查。 ※資料範圍:包括同(跨)院之西醫診所及西醫醫院。 (1)篩選醫事類別12-門診西醫醫院 (2)醫令類別為2-診療明細及醫令點數>0 (3)排除代辦案件(A3、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、D1、D2、DF、HN、C5),急診案件(02),醫令類別4。 2.小數點無條件進位。 3.以當季資料計算。	修正目標值及操作型定義

類別	序號	指標項目	目標值	配分						操作型定義 (含計算期間)	113年修訂說明
				醫學中心	區域醫院	地區醫院	精神專科	呼吸照護	婦產專科		
	4-1	精神科門診每人日平均藥費	< 自身去年同期, 或 < 去年同期全國同儕 P50	-	-	-	0.3	-	-	1. 分子：精神科門診藥費(排除精神科病人長效型針劑藥費)。 分母：精神科門診給藥日份(排除精神科病人長效型針劑給藥日份)。 2. 以前一季資料計算	修正操作型定義
	4-2	同院所急精神病人出院30日內門診追蹤率	出院30日內門診追蹤率 ≥ 67%	-	-	-	0.15 (+0.05)	-	-	分子 (1200)：精神科急性精神病人已出院案件(分母案件)中，30日內至同院所門診精神科追蹤之案件數。 分母：精神科急性精神病人之出院案件數。 ※急性精神病人：醫令代碼為 03001K、03002A、03003B、03004B、03026K、03027A、03028B、03029B、03005K、03006A、03007B、03008B、03030K、03031A、03032B、03033B、03014A、03015B、03025B、03037A、03038B、03039B、03055K、03056A、03057B、03061K、03062A、03063B。 (以前一季資料計算) 序號 4-8 個別醫院無提供出院準備服務且無個案者，指標配分挪移至 4-2(+0.05)及 4-3(+0.05)。	未修訂
	4-3	同院所慢性精神病人出院30日內門診追蹤率	出院30日內門診追蹤率 ≥ 76%	-	-	-	0.15 (+0.05)	-	-	分子 (1202)：精神科慢性精神病人已出院案件(分母案件)中，30日內至同院所門診精神科追蹤之案件數。 分母：精神科慢性精神病人之出院案件數 ※慢性精神病人：醫令代碼為 04001A 或 04002B。 精神科已出院案件：出院日期在當月(例:108Q1 即出院日在 1080101 及 1080331 之間)且就醫科別為 13 的案件，且用院所、ID、住院日歸戶，取出院日最晚那一筆案件。 30日內至同院所門診精神科追蹤之案件：以精神科出院案件之 ID 及出院日期追蹤 30日內(門診就醫日期-出院日期 ≤ 30) 至同院所門診精神科就醫之案件。 (以前一季資料計算) 序號 4-8 個別醫院無提供出院準備服務且無個案者，指標配分挪移至 4-2(+0.05)及 4-3(+0.05)。	未修訂
	4-4	參加思覺失調症醫療給付改善方案	固定病人收案人數比率 ≥ 90%	-	-	-	0.3	-	-	固定就醫病人收案人數占應收案人數當季比率 ≥ 90% 分子：固定就醫收案人數 分母之個案試辦計畫申請資料檔「身分證號」欄位有值或精神科慢性病房住院中病人。 分母：應收案名單院所符合收案條件之固定就醫病人。 1. 應收案名單之固定就醫名單(歸戶 ID 數) 2. 應收案名單之固定就醫名單(由醫務管理組前一年年底固定提供該年之名單) (以當季資料計算)	未修訂

類別	序號	指標項目	目標值	配分						操作型定義 (含計算期間)	113年修訂說明												
				醫學中心	區域醫院	地區醫院	精神專科	呼吸照護	婦產專科														
	3-10 3-9	糖尿病方案累計照護率/初期慢性腎臟病方案累計照護率/精進糖尿病及初期慢性腎臟病整合照護	糖尿病、慢性腎臟病、糖尿病及初期慢性腎臟病整合方案 照護率>去年同期全國P75 (任一達標則得分)			0.2 (+0.1)				<p>*糖尿病方案累計照護率操作型定義：            ■ 分子：申報醫令代碼前3碼為P14 或 P70 之人數之人數            ■ 分母：符合收案條件(同院就醫間隔90天)之門診主診斷為E08-E13之人數            ■ 以前一季資料計算。</p> <p>*初期慢性腎臟病方案累計照護率操作型定義：            ■ 分子：接受初期CKD方案照護之病人數(ID歸戶數)            ■ 分母：符合收案條件之初期慢性腎臟病人數(ID歸戶數)            ■ 以前一季資料計算。</p> <p>*糖尿病及初期慢性腎臟病整合方案照護率操作型定義            ■ 分子：分母病人中，申報醫令代碼前3碼為P70、P14、P43之人數            ■ 分母：同時符合DA568(糖尿病照護率_月累計)分母條件及DA1203(初期慢性腎臟病照護率_月累計)分母條件之人數            ■ 以前一季資料計算。</p> <p>*序號3-8個別醫院無提供出院準備服務且無個案者，指標配分挪移至3-9(+0.1)。</p>	1.修正操作型定義及補充操作型定義(計算期間)。 2.地區一般：地區一般醫院從死亡前安寧利用率挪至本指標+0.02(0.18->0.20)。												
	1-11 2-11 3-10 4-9 5-7 6-5 (加分項)	數位健保卡申報成長率	<table border="1"> <tr> <td>Q1</td> <td>申請VC計畫</td> </tr> <tr> <td>Q2</td> <td>&gt;15%</td> </tr> <tr> <td>Q3</td> <td>Q3&gt;20%、</td> </tr> <tr> <td>Q4</td> <td>Q4&gt;30%</td> </tr> </table>	Q1	申請VC計畫	Q2	>15%	Q3	Q3>20%、	Q4	Q4>30%	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	<p>■ 分子=以數位健保卡申報之當季健保醫療費用件數(V卡序)，至少10件。</p> <p>■ 分母=112年數位健保卡季平均申報件數</p> <p>註： 1.如112年虛擬健保卡申報件數為0者，皆以1為基底。 2.VC計畫：虛擬健保卡就醫模式計畫</p>	新增指標 取代原指標「健保IC卡上傳格式2.0完成率」				
Q1	申請VC計畫																						
Q2	>15%																						
Q3	Q3>20%、																						
Q4	Q4>30%																						
	1-11 2-11 3-11 4-9 5-7 6-5	健保IC卡上傳格式2.0完成率	<table border="1"> <tr> <td>Q1</td> <td>門診特定案件上傳率</td> </tr> <tr> <td>Q2</td> <td>Q1:&gt;10%、</td> </tr> <tr> <td>Q3&amp;Q4</td> <td>Q2:&gt;20%</td> </tr> <tr> <td>Q3&amp;Q4</td> <td>門診特定案件上傳率</td> </tr> <tr> <td>Q3&amp;Q4</td> <td>&gt;80%</td> </tr> <tr> <td>Q3&amp;Q4</td> <td>50%-80%</td> </tr> </table>	Q1	門診特定案件上傳率	Q2	Q1:>10%、	Q3&Q4	Q2:>20%	Q3&Q4	門診特定案件上傳率	Q3&Q4	>80%	Q3&Q4	50%-80%	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	<p>■ 分子=健保IC卡上傳格式2.0當季時效內上傳總預檢成功件數。</p> <p>■ 分母=用當季申報資料中屬門診案件分類為04總案件數。</p> <p>註：健保IC卡上傳格式2.0作業預計於112年9月1日上線，如醫院申請改以健保IC卡上傳格式2.0上傳並核定成功，則自當季起達標；若因故降版為1.0格式，則自當季起仍依原指標方式計算。</p>	刪除該指標
Q1	門診特定案件上傳率																						
Q2	Q1:>10%、																						
Q3&Q4	Q2:>20%																						
Q3&Q4	門診特定案件上傳率																						
Q3&Q4	>80%																						
Q3&Q4	50%-80%																						

類別	序號	指標項目	目標值	配分						操作型定義 (含計算期間)	113年修訂說明
				醫學中心	區域醫院	地區醫院	精神專科	呼吸照護	婦產專科		
	1-12 2-12 <del>3-12</del> <b>3-11</b> 4-10 5-8 6-6 (加分項)	C肝全口服新藥新收案及完治率	當季潛在C肝病人累計收案率或檢驗率任一≥ <u>113Q1: 25%、</u> <u>113Q2: 25%、</u> <u>113Q3: 30%、</u> <u>113Q4: 30%</u>	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	<p>【當季潛在C肝病人收案率或檢驗率(累計)】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 分子：分母中已收案或已檢驗RNA人數</li> <li>■ 分母：本組提供之HCV RNA陽性應治療或ANTI-HCV陽性應檢驗RAN名單</li> </ul> <p>註： 分子收案人數係C肝全口服新藥登錄系統取號成功人數；檢驗人數係申報12185C且主診斷與肝病相關。</p> <p>【當季C肝收案病人完成療程人次占已結案人次≥90%】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 分子：分母人次中，C肝全口服新藥登錄系統結案原因為「完成療程」人次。</li> <li>■ 分母：C肝全口服新藥登錄系統取號成功人數中，當季結案人次。</li> </ul> <p>【當季非潛在C肝病人收案人次占本分區收案人次&gt;P75】 收案人次係C肝全口服新藥登錄系統取號成功個案，排除屬本組提供之HCV RNA陽性應治療或ANTI-HCV陽性應檢驗RAN名單</p>	修正目標值
	1-14 2-14 3-14 <b>3-13</b> 6-8 (加分項)	清淨手術術後使用抗生素超過三日比率	112年目標值 醫學中心 9.53% 區域醫院 12.53% 地區醫院 16.95% 醫學中心 <u>10.97%</u> 區域醫院 <u>11.84%</u> 地區醫院 <u>17.37%</u>	0.1	0.1	0.1	-	-	0.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 分子=手術後&gt;3日使用抗生素案件數。</li> <li>■ 分母=清淨手術案件數。</li> <li>■ 資料範圍：住院西醫醫院，案件分類為5且符合下列任一條件，但排除(1)主診斷碼前3碼為C40、C41、D65-D68或主診斷碼C7951-C7952、R791；(2)任一主、次診斷碼為中耳炎(前3碼為H65-H69)或肺炎(前3碼為J12-J18)或UTI(前3碼為N30、N34，全碼N390)。</li> </ul> <p>※任一條件： (1)主處置代碼(手術代碼)為ICD-10-PCS 0YQ50ZZ、0YQ53ZZ、0YQ54ZZ、0YQ60ZZ、0YQ63ZZ、0YQ64ZZ、0YQ70ZZ、0YQ73ZZ、0YQ74ZZ、0YQ80ZZ、0YQ83ZZ、0YQ84ZZ、0YQA0ZZ、0YQA3ZZ、0YQA4ZZ、0YQE0ZZ、0YQE3ZZ、0YQE4ZZ且清淨手術支付標準碼為75607C、75610B、75613C、75614C、75615C、88029C。 (2)主處置代碼(手術代碼)為ICD-10-PCS 0GBG0ZZ、0GBG3ZZ、0GBG4ZZ、0GBH0ZZ、0GBH3ZZ、0GBH4ZZ、0GTG0ZZ、0GTG4ZZ、0GTH0ZZ、0GTH4ZZ、0GTK0ZZ、0GTK4ZZ且主診斷ICD-10-CM碼前3碼為E00-E07、E35，全碼E89.0且清淨手術支付標準碼為82001C、82002C、82003C、82004B、82008B、82015B、82016B、66012B、66013B、66014B、66023B。 (3)主處置代碼(手術代碼)為ICD-10-PCS 0SR9019、0SR901A、0SR901Z、0SR9029、0SR902A、0SR902Z、0SR9039、0SR903A、0SR903Z、0SR9049、0SR904A、0SR904Z、0SR907Z、0SR90J9、0SR90JA、0SR90JZ、0SR90KZ、0SRB019、0SRB01A、0SRB01Z、0SRB029、0SRB02A、0SRB02Z、0SRB039、0SRB03A、0SRB03Z、0SRB049、0SRB04A、0SRB04Z、0SRB07Z、0SRB0J9、0SRB0JA、0SRB0JZ、0SRB0KZ、0SRC07Z、0SRC0J9、0SRC0JA、0SRC0JZ、0SRC0KZ、0SRD07Z、0SRD0J9、0SRD0JA、0SRD0JZ、0SRD0KZ、0SRTO7Z、0SRTOJ9、0SRTOJA、0SRTOJZ、0SRTOKZ、0SRU07Z、0SRU0J9、0SRU0JA、0SRU0JZ、0SRU0KZ、0SRV07Z、0SRV0J9、0SRV0JA、0SRV0JZ、0SRV0KZ、0SRW07Z、0SRW0J9、0SRW0JA、0SRW0JZ、0SRW0KZ且清淨手術支付標準碼為64162B、64164B、64169B、64170B。 抗生素ATC碼前3碼為J01 (ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE)。</p>	修正目標值
新增	<u>1-15</u> <u>2-15</u> <u>3-14</u> <u>4-12</u> <u>5-10</u> <u>6-9</u>	完成2023年版ICD-10-CM/PCS預檢系統測試	預檢系統開放後完成(113年內)	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	<p>註：2023年版ICD-10-CM/PCS預檢系統預計於113年7月31日上線，如醫院於預檢測試開放後完成且門住診各預檢正確至少一筆(無住診業務則僅計門診)，則自當季起達標。</p>	新增指標

類別	序號	指標項目	目標值	配分						操作型定義 (含計算期間)	113年修訂說明
				醫學中心	區域醫院	地區醫院	精神專科	呼吸照護	婦產專科		
新增	1-16 2-16 3-15	CT 醫令 執行 率/醫 令量	醫令執行率 ≤自身去年同期 或 醫令量≤ 去年同期* (1+總額成長 率)*(1-初核核減 率)	0.2	0.2	0.2				1. CT 醫令執行率 ■ 分子：門、住診 CT 醫令數。 ■ 分母：門、住診案件數。 2. 醫令量：門、住診 CT 醫令數。 3. 總額成長率以衛生福利部公告之當年數值計算，若尚未公告則以前次公告數值計算。 4. 初核核減率為當季初核核減率。 ※資料範圍： (1) 篩選醫事類別：12-門診西醫醫院、22-住診西醫醫院。 (2) 醫令代碼：前 5 碼為 33070、33071、33072、醫令類別為 2-診療明細及醫令點數 > 0。 (3) 申報類別：送核、補報。 (4) 排除代辦：門診排除案件分類(A3、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、D1、D2、DF、C5)；住診僅納入案件分類(1、2、3、4、5、6、7)。 (5) 以當季資料計算。 5.無序號 1-16/2-16/3-15 CT 醫令執行率/醫令量，則挪至 1-4/2-4/3-4(+0.1)及 1-5/2-5/3-4(+0.1)。 6.無序號 1-17/2-17/3-16 MRI 醫令執行率/醫令量，則挪至 1-4/2-4/3-4(+0.1)及 1-5/2-5/3-4(+0.1)。	新增指標
新增	1-17 2-17 3-16	MRI 醫令 執行 率/醫 令量	醫令執行率≤自 身去年同期 或 醫令量≤去年同 期*(1+總額成長 率)*(1-初核核減 率)	0.2	0.2	0.2				1. MRI 醫令執行率 ■ 分子：門、住診 MRI 醫令數。 ■ 分母：門、住診案件數。 2. 醫令量：門、住診 MRI 醫令數。 3. 總額成長率以衛生福利部公告之當年數值計算，若尚未公告則以前次公告數值計算。 4. 初核核減率為當季初核核減率。 ※資料範圍： (1) 篩選醫事類別：12-門診西醫醫院、22-住診西醫醫院。 (2) 醫令代碼：前 5 碼為 33084、33085、醫令類別為 2-診療明細及醫令點數 > 0。 (3) 申報類別：送核、補報。 (4) 排除代辦：門診排除案件分類(A3、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、D1、D2、DF、C5)；住診僅納入案件分類(1、2、3、4、5、6、7)。 (5) 以當季資料計算。 5.無序號 1-16/2-16/3-15 CT 醫令執行率/醫令量，則挪至 1-4/2-4/3-4(+0.1)及 1-5/2-5/3-4(+0.1)。 6.無序號 1-17/2-17/3-16 MRI 醫令執行率/醫令量，則挪至 1-4/2-4/3-4(+0.1)及 1-5/2-5/3-4(+0.1)。	新增指標

註：1. 黃底標示處為如該類別醫院無該項目資料(無分母)，則該指標配分挪移至其他項目。

2. 紅字為本次修正內容。

3. 藍字為無異動，只將原配分挪移及實績值計算季別標註。