

健保署中區業務組 113 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

制訂日期 113/01/18

修訂日期 113/09/19

- 一、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。
- 二、考核指標值之採用期間：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，故採前一季之指標值。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。
- 三、指標考核結果除採論量定額獎勵點數外，部份項次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。
- 四、本組得視政策方向及各院改善情形予以調整各項指標(詳表 1_彙整表，表 2_各項指標操作型定義)。

表 1_113 年醫院總額管理方案品質指標項目_彙整表

編號	增修	指標型態	指標編號	項目	負責人	分機
1	修改	品質監測管理	N4_0201	以病例組合校正之住院案件出院後三日再急診率(TW-DRGs V3.4 版)	林小姐	6506
2	修改	品質監測管理	N4_0301	以病例組合校正之住院案件出院後十四日再入院率(TW-DRGs V3.4 版)	林小姐	6506
3	沿用	品質監測管理	N4_11	同院所急、慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率	林小姐	6506
4	修改	配合重要政策/計畫推動	N4_26	健保醫療資訊雲端查詢系統推動作業考核方式	陳小姐	6510
5	沿用	配合重要政策/計畫推動	N4_27	推動健保醫療服務無紙化審查方案	陳小姐	6509
6	修改	抑制醫療資源不當耗用	N4_32	門診檢查(驗)合理區間內再執行率	陳小姐	6508
7	修改	配合重要政策/計畫推動	N4_34	即時查詢病患就醫資訊方案_即時上傳檢驗(查)結果	許小姐	6546
8	修改	配合重要政策/計畫推動	N4_35	安寧療護服務推展計畫	張小姐	6547
9	修改	配合重要政策/計畫推動	N4_36	門診整合照護計畫	張小姐	6547
10	修改	配合重要政策/計畫推動	N4_37	居家醫療照護整合計畫	陳小姐	6508
11	修改	配合重要政策/計畫推動	N4_38	即時查詢病患就醫資訊方案_即時上傳醫療檢查影像	許小姐	6546
12	修改	配合重要政策/計畫推動	N4_39	虛擬健保卡推動計畫	陳小姐	6513
13	沿用	配合重要政策/計畫推動	N4_41	糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案照護獎勵	黃小姐	6510
	專款	促進區域內醫療體系整合	N4_42	醫院總額風險調整移撥款_主動脈剝離手術病患照護區域聯防		
	專款	促進區域內醫療體系整合	N4_43	醫院總額風險調整移撥款_腦中風經動脈內取栓術病患照護區域聯防		
14	新增	品質監測管理	N4_44	住院精神科病人申報出院準備於 30 日內轉銜精神社區復健	張小姐	6547
15	新增	品質監測管理	N4_45	同院所同個案 30 日內轉診至同院所 2 次以上之比率	林小姐	6506
16	新增	配合重要政策/計畫推動	N4_46	主辦在宅醫療整合照護試辦計畫(R2)成果發表會	陳小姐 陳小姐	6513 6508
17	新增	配合重要政策/計畫推動	N4_47	主辦提升偏鄉區域資源整合照護試辦計畫(R3)成果發表會	黃小姐 許小姐	6510 6546
18	新增	配合重要政策/計畫推動	N4_48	在宅急症照護經驗分享會	陳小姐	6508

表 2_113 年醫院總額管理方案品質指標項目_操作型定義

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	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	以病例組合校正之住院案件出院後3日內急診率(TW-DRGs V3.4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	113年目標值設定採112Q3全國層級別同儕值及中區層級別同儕第25百分位，考核各院當期值達成情形。 (1)112Q3全國同儕值 醫學中心 2.54% 區域醫院 3.46% 地區醫院 4.83% (2)112Q3中區同儕P25 醫學中心 1.40% 區域醫院 2.44% 地區醫院 2.29%	前季	負向	1. 增減門住診核定數			1. 精神專科醫院及列計分母低於30者不列入考核。 2. 依據本組公布之113年中區醫院總額管理方案品質指標項目_以病例組合校正之住院案件出院後3日內急診率操作型定義暨考核方式(附件A)。
							獎勵 0.05%	扣減 0.05%	
						參考	112Q3 中區同儕P25	112Q3 全國同儕值	
						1-醫中	<1.40%	>2.54%	
						2-區域	<2.44%	>3.46%	
						3-地區	<2.29%	>4.83%	

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	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_0301	以病例組合校正之住院案件出院後14日內再入院率(TW-DRGs V3.4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	113 年目標值設定採112Q3 全國層級別同儕值及中區層級別同儕第 25 百分位，考核各院當期值達成情形。 (1)112Q3 全國同儕值 醫學中心 6.05% 區域醫院 7.96% 地區醫院 10.10% (2)112Q3 中區同儕P25 醫學中心 5.09% 區域醫院 8.36% 地區醫院 7.67%	前季	負向	1. 增減門住診核定數	1. 精神專科醫院及列計分母低於 30 者不列入考核。 2. 依據本組公布之 113 年中區醫院總額管理方案品質指標項目_以病例組合校正之住院案件出院後 14 日內再入院率操作型定義暨考核方式(附件 B)。		
								獎勵 0.05%	扣減 0.05%
						參考		112Q3 中區同儕 P25	112Q3 全國同儕值
						1-醫中		<5.09%	>6.05%
						2-區域		<7.96%	>7.96%
						3-地區		<7.67%	>10.1%
						註：因 112Q3 區域層級之中區同儕 P25>全國同儕，爰其目標值為<全國同儕 7.96%。			
N4_11	同院所急、慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率	急性精神病人 1. 分子：精神科已出院案件中 30 日內至同院所門診精神科追蹤之案件數 2. 分母：精神科急性精神病人出院案件數	高於中區或全國同儕值(擇高)	前季	正向	每件 500 點	1. 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、		
	N4_1101 同院所急性精神病人出院 30 日內門診追蹤率								

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	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_1102 同院所慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率	慢性精神病人 1. 分子：精神科已出院案件中 30 日內至同院所門診精神科追蹤之案件數 2. 分母：精神科慢性精神病人出院案件數					03038B、03039B、03055K、03056A、03057B、03061K、03062A、03063B。 2. 慢性精神病人：醫令代碼 04001A 或 04002B。 3. 精神科已出院案件：出院日期在當月且就醫科別為 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。排除轉歸代碼為 2(繼續住院)、4(死亡)、6(轉院)、9(自殺)、A(病危自動出院)。 4. 30 日內至同院所門診精神科追蹤案件：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 $\leq$ 30)至同院所門診精神科就醫案件，若二件以上門診追蹤件數則以一件計算(取門診就醫日第一筆)。

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	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	健保醫療資訊雲端查詢系統推動作業考核方式	依據本組公布之 113 年中區醫院總額管理方案品質指標項目_健保醫療資訊雲端查詢系統推動作業考核方式	詳方案	當季	正向		依據本組公布之 113 年中區醫院總額管理方案品質指標項目_健保醫療資訊雲端查詢系統推動作業考核方式(附件 C)。
N4_27	推動健保醫療服務無紙化審查方案	依據本組公布之 113 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	詳方案	當季	正向	0.05%	依據本組公布之 113 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 D)。

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	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_32	門診檢查(驗)非合理區間內再執行率	依據本組公布之 113 年中區醫院總額管理方案品質指標項目_門診檢查(驗)非合理區間內再執行率	詳方案	當季	負向	超出目標值核減門診給付核定數 0.1%	依據本組公布之 113 年中區醫院總額管理方案品質指標項目_門診檢查(驗)非合理區間內再執行率(附件 E)。
N4_34	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_上傳檢驗(查)結果	1. 分子：24 小時內及 1-3 日內上傳檢驗(查)醫令數 2. 分母：門、住診申報應上傳檢驗(查)醫令數	1. 上傳率 $\geq 98\%$ ，則給付門、住診送核核定數 0.005%或獎勵 50,000 點，擇高給付。 2. 區域級以上醫院上傳率 $< 98\%$ ，則扣減門、住診送核核定數 0.01%。 3. 地區醫院(含基層醫院)上傳率 $< 90\%$ ，則扣減 25,000 點。	當季	正向	門、住診送核核定數 0.005%或獎勵 50,000 點(擇高給付)/-0.01% /-25,000 點	獎勵項目：比照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內容，詳方案之附件 5、5-1(報告)項目。排除監測項目不納入指標計算。

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	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_35	安寧療護服務推展計畫						
	N4_3501 病患死亡前 安寧利用率	1. 分子：分母死亡或病危自動出院者死前 1 年利用安寧療護人數 2. 分母：死亡人數為住院申報轉歸代碼為死亡(4)或病危自動出院(A)且主 次診斷符合安寧收案人數 3. 利用安寧療護定義：曾接受住院安寧、安寧共照及安寧居家	1. 當季病患死亡前安寧利用率大於 50%(含)以上者且其成長率較去年同期成長大於 0%(不含)者。 2. 當季病患死亡前安寧利用率 40%(含)~50%(不含)者且其成長率較去年同期成長 2%(含)以上者。 3. 當季病患死亡前安寧利用率小於 40%(不含)以下且其成長率較去年同期成長 5%(含)以上者。 4. 當季病患死亡前安寧利用率大於 85%(含)者。	當季	正向	每人給付 2,000 點	次診斷擷取到次診斷(四)

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	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_3502 創意觀摩發表會	醫院依本組通知辦理時程，主動提出主辦或參與發表之意願，並檢附具創意與特色之實務執行內容說明，經本組評選後擇優辦理。	1. 主辦及參與發表醫院：年度限定 1 家。 2. 參與發表醫院：年度以 3 家醫院為原則	年度	正向	1. 主辦並發表具有創意與特色之照護醫院（含安排實地觀摩），於當季給付 200,000 點。 2. 參與發表具有創意與特色之照護醫院，於當季給付 100,000 點。	
N4_36	門診整合照護計畫						
	N4_3601 收案人數	申報門診整合初診診察費（支付標準編號 P5203C）人數		當季	正向	每人給付 1,000 點	
	N4_3602 照護對象每人西醫門診醫療費用（院內與院外）	以收案個案照護滿 1 年之指標與收案前 1 年比較	成長率 ≤ 0	年度	負向	每人給付 1,000 點	

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	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_3603 照護對象每人西醫門診藥品品項數(院內與院外)	以收案個案照護滿1年之指標與收案前1年比較	成長率 ≤ 0	年度	負向	每人給付1,000點	
N4_37	居家醫療照護整合計畫						
	N4_3701 新收案人數獎勵費	居家醫療照護整合計畫VPN登錄當季新收案人數		當季	正向	1. 收案階段居家醫療/重度居家醫療：650點/人。 2. 收案階段安寧療護：1,350點/人。	1. 每季依院所歸戶，醫院附設居家護理機構收案人數併入本院計算。 2. 居家醫療/重度居家醫療新收案人數正成長(相較前一年同期)院所，獎勵點數予以加成。 (1)成長率1%-5%(含)：加成5%。 (2)成長率5%-10%(含)：加成10%。 (3)成長率大於10%：加成15%。

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	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_3702 照護獎勵費	居家醫療照護整合計畫-當季醫師及護理人員訪視次數		當季	正向	1. 居家醫療/重度居家醫療-醫事人員訪視： 150 點/次、山地離島地區 300 點/次 2. 安寧療護-醫事人員訪視：300 點/次、山地離島地區 600 點/次	1. 擷取當季門診案件，醫事類別 12、19，特定治療項目代號 EC，依訪視費醫令數計算醫事人員(醫師、護理人員)訪視次數。 2. 居家醫療/重度居家醫療-醫事人員訪視醫令(山地離島地區訪視醫令以粗體顯示)：05307C、05308C、05301C、05302C、05303C、05304C、05305C、05306C、05321C、05322C 3. 安寧療護-醫事人員訪視醫令(山地離島地區訪視醫令以粗體顯示)：05312C、05323C、05336C、05337C、05313C、05324C、05314C、05325C、05338C、05339C、05340C、05341C 4. 依院所計算，醫院附設居家護理機構訪視次數併入本院計算。

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	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_3703 病人完成用藥整合獎勵費	- 對象：居家醫療照護整合計畫之收案病人且於收案前3個月有使用藥物紀錄或於照護期間有使用藥物者。 - 用藥整合定義：個案門診有開藥案件，皆為居家醫療照護整合計畫案件。 - 門診案件：醫事類別為12、19 案件。 - 有開藥案件或有使用藥物案件：藥費>0 案件。 - 排除案件：A2(精神疾病社區復健)及代辦案(A3, B1, B6, B7, B8, B9, C4, D1, D2, HN, DF, BA) - 每人用藥整合率=該位病人期間內居家醫療照護整合計畫有開藥的案件/該位病人期間		年度	正向	依每人用藥整合率進行獎勵 1. 用藥整合率 100%，獎勵 1,000 點。 2. 用藥整合率 80%(含)-100%：獎勵 800 點。 3. 用藥整合率 50%(含)-80%：獎勵 500 點。	醫院附設居護所併入該院計算。

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	指標值採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件
		內所有有開藥案件。 7. 期間=費用年月 113 年 1 月-12 月					
N4_38	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-上傳醫療檢查影像	1. 分子:24 小時內及 1-3 日內上傳影像醫令數 2. 分母:門、住診申報應上傳影像醫令數	1. 影像上傳率 $\geq 99\%$, 則給付門、住診送核核定數 0.01%或獎勵 50,000 點, 擇高給付。 2. 區域級以上醫院之影像上傳率 $< 99\%$, 則扣減門、住診送核核定數 0.01%。 3. 地區醫院(含基層醫院)之影像上傳率 $< 90\%$, 則扣減 25,000 點。	當季	正向	門、住診送核核定數 0.01% 或獎勵 50,000 點 (擇高給付) / -0.01% / -25,000 點	獎勵項目:比照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內容,詳方案之附件 5-1。排除監測項目不納入指標計算。
N4_39	虛擬健保卡推動計畫	依據本組公布之 113 年中區醫院總額管理方案品質	詳方案	當季	正向		依據本組公布之 113 年中區醫院總額管理方案品質指標

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	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_3901 完成虛擬健保卡試辦計畫申請並經核定	指標項目_113 年虛擬健保卡推動目標及時程		當季	正向	完成申請時間落在以下範圍將獲得不同獎勵點數，僅給付 1 次(已給付之醫院不再給付，配合醫療數位化政策，鼓勵院所參與) Q1：5 萬點/家/年 Q2：4 萬點/家/年 Q3：3 萬點/家/年 Q4：2 萬點/家/年	項目_113 年虛擬健保卡推動目標及時程(附件 F)。

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	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_3902 完成 虛擬健保卡 就醫流程建 置且費用申 報件數達 50 件			當季	正向	1. 虛擬健保卡就醫流程區分為「報到」、「看診」、「檢驗檢查」、「批價」、「領藥」等流程。 2. 完成虛擬健保卡就醫流程建置之院所，須提供各流程之畫面截圖資料，且該季以虛擬健保卡就醫費用申報達 50 件。 3. 完成就醫流程建置及案件申報時間落在以下範圍將獲得不同獎勵點數，僅給付 1 次。 Q1：10 萬點/家/年 Q2：9 萬點/家/年 Q3：8 萬點/家/年 Q4：7 萬點/家/年 4. 本組得實地至院所進行虛擬健保卡作業流程訪視。	

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	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_3903 虛擬健保卡 使用獎勵			當季	正向	1. 虛擬健保卡使用獎勵適用場域(居整/遠距/IDS)：250 點/件 2. 適用場域： (1) 居家醫療：就醫序號為 V 開頭且特定治療項目代號為「EC」。 (2) 遠距醫療給付計畫：醫令類別(A72)：「G」且診療項目代號(A73)：「TMR01」(在地端)或「TMP01」(遠距端)。 (3) 全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)：就醫序號為 V 開頭且「特定治療項目代號(一)」或「特定治療項目代號(二)」欄位應填「G9」。 (4) 視訊診療(俟署本部公布新方案後，另行規劃列入)。	

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	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_3904 虛擬健保卡 觀摩分享醫院獎勵			年度	正向	5 萬點/家	
	N4_3905 虛擬健保卡 觀摩分享且 主辦醫院獎勵			年度	正向	20 萬點/家	
	N4_3906 虛擬健保卡 標竿醫院獎勵			年度	正向	1. 實機展示：10 萬點/家 2. 現場報告：10 萬點/家 3. 實機展示加現場報告：20 萬點/家	
N4_41	糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案照護獎勵	糖尿病與初期慢性腎臟病共病病人於同醫院同一次就診中，完成糖尿病及初期慢性腎臟病追蹤管理照護之人數(同醫院 P70xxC 歸戶數)。		當季	正向	每人給付 150 點	

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	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_44	住院精神科病人接受出院準備服務於30日內轉銜精神社區復健	1. 住診病人接受出院準備服務，並於出院後30日內申報精神社區復健(案件分類 A2)之件數，並按出院人次歸戶。 2. 接受出院準備定義：住診申報健保「出院準備及追蹤管理費(02025B)」或申報急性後期整合照護計畫中結案評估費(P5113B、P5117B、P5118B、P5123B)之個案，排除出院即死亡案件(轉歸代碼為4、A)。		當季	正向	每人給付 1,000 點	—

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	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_45	同院所同個案 30 日內轉診至同院所 2 次以上之比率	1. 分子：分母個案中，30 日內由同轉出院所轉診至同轉入院所 2 次以上之人數。 2. 分母：轉診(醫令代碼 01034B、01035B、01036C、01037C)人數(下轉及上轉，不含平轉)。	低於全國同儕值	當季	負向	分子件數每件核減 3,000 點	1. 目的：管理院所轉診行為。依支付標準規定，院所針對同一病患之轉診，應同院整合後辦理，不應分科分次轉出。 2. 含門、住診案件，門診案件排除 05 洗腎案件。 3. 分子 ≥ 10 人才列計。 4. 113 年第 1 季結算 113 年 1~2 月(費用月)案件，113 年第 2 季結算 113 年 3~5 月(費用月)案件，以此類推。
N4_46	主辦在宅醫療整合照護試辦計畫(R2)成果發表會	1. 主辦「期中執行報告發表會」 2. 主辦「期末執行報告發表會」		第 2 季、第 4 季	正向	1. 期中 15 萬點 2. 期末 20 萬點	參考本組公布之 113 年中區醫院總額管理方案品質指標項目_在宅醫療整合照護試辦計畫(R2)。

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	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_47	主辦提升偏鄉區域資源整合照護試辦計畫(R3)成果發表會	1. 主辦「期中執行報告發表會」 2. 主辦「期末執行報告發表會」		第2季、第4季	正向	1. 期中 15 萬點 2. 期末 20 萬點	參考本組公布之 113 年中區醫院總額管理方案品質指標項目_提升偏鄉區域資源整合照護試辦計畫(R3)。
N4_48	在宅急症照護經驗分享會	1. <u>醫院依本組通知辦理時程，主動提出主辦或參與發表之意願，並檢附該院預計分享的實務內容，經本組評選後擇優辦理。</u> 2. <u>發表醫院須於 113 年 10 月 15 日前有收治本計畫(「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」)個案。</u>	1. <u>主辦及參與發表醫院：年度限定 1 家</u> 2. <u>參與發表醫院：年度以 3 家醫院為原則</u>	<u>年度</u>	<u>正向</u>	1. <u>主辦並參與發表醫院：於當年度第 4 季給付 150,000 點。</u> 2. <u>參與發表醫院：於當年度第 4 季給付 100,000 點。</u>	<u>建議發表內容面向：</u> 1. <u>在宅急症照護模式建立及照護經驗</u> 2. <u>在宅急症照護如何轉銜長期照護</u> 3. <u>智慧醫療之應用</u> 4. <u>執行本計畫遇到的困難及處理</u> 5. <u>具創意與特色的實務經驗</u>