

附件 2

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	肆、二【P.1】	肆、二、費用核定	<p>(二) 當季一般服務淨點數\leq基期點數(0 階)： 核定點數=當季一般服務淨點數+品質補付+<u>萎縮型地區醫院回補。</u></p> <p>(三) 當季一般服務淨點數$>$基期點數(0 階)： 1. 核定點數=基期點數(0 階)+保障項目較基期成長之差值+<u>總額成長保障點數</u>+階 1+階 2+階 3+品質補付-交付處方超出上限應核減點數+<u>小型醫院費用波動。</u> 2. 階 1~3 核定點數=Σ 基期點數×各階級距×各階核付率，再與超額點數相較取其小。 註:各階級距及核付率之相關定義詳肆、四。</p>	<p>(二) 當季一般服務淨點數\leq基期點數(0 階)： 核定點數=當季一般服務淨點數+ 品質補付。</p> <p>(三) 當季一般服務淨點數$>$基期點數(0 階)： 1. 核定點數=基期點數(0 階)+保障項目較基期成長之差值+階 1+階 2+階 3+品質補付-交付處方超出上限應核減點數。 2. 階 1~3 核定點數=Σ 基期點數×各階級距×各階核付率，再與超額點數相較取其小。 註:各階級距及核付率之相關定義詳肆、四。</p>	<p>1.依據 114 年第 4 次醫院總額共管會議決議辦理</p> <p>2.配合「總額成長保障點數」、「小型醫院費用波動」及「萎縮型地區醫院回補」新增</p>
2	肆、三、(二)【P.2】	肆、三、(二)個別醫院基期點數(0 階)	<p>(二) 個別醫院基期點數(0 階)：</p> <p>1. 非新設立醫院：</p> <p>(1) 計算公式=[基期一般服務收入-藥品給付協議返還金額(PVA/MEA)+基期生物相似藥品及學名藥藥費差額]÷目標點值</p> <p>(2) 個別醫院「藥品給付協議返還金額(PVA/MEA)」： $113 \text{ 年該季整體 PVA/MEA} \times \frac{\text{個別醫院一般服務之浮動點數}}{\text{總體一般服務之浮動點數}}$</p> <p>(3) 個別醫院生物相似藥及學名藥藥費差額：依「全民健康保險推動使用生物相似藥及學名藥之鼓勵試辦計畫」之「藥費差額回</p>	<p>(二) 個別醫院基期點數(0 階)：</p> <p>1. 非新設立醫院：</p> <p>(1)計算公式=[基期一般服務收入-藥品給付協議返還金額(PVA/MEA)+基期生物相似藥品及學名藥藥費差額]÷目標點值</p> <p>(2)個別醫院「藥品給付協議返還金額(PVA/MEA)」： $113 \text{ 年該季整體 PVA/MEA} \times \frac{\text{個別醫院一般服務之浮動點數}}{\text{總體一般服務之浮動點數}}$</p> <p>(3)個別醫院生物相似藥藥費差額：依「全民健康保險推動使用生物相似藥之鼓勵</p>	<p>1.依據 114 年第 4 次醫院總額共管會議決議辦理</p> <p>2.配合全民健康保險推動使用生物相似性藥品之鼓勵試辦計畫修訂。</p>

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明
			<p>饋點數定義」計算方案內一般服務點數。</p> <p>(4) <u>自 115 年起，若有不當關床(如醫院住院人日數降幅達一定百分比)則下修當季基期。</u></p>	<p>試辦計畫」之「藥費差額回饋點數定義」計算方案內一般服務點數。</p>	
3	肆、四、(一)【P.3】	肆、四、(一)保障項目基期成長之差值：	<p>(一) 保障項目較<u>前一年基期</u>成長之差值：</p> <p>2. 採計點數=各項目當季較<u>前一年基期</u>之差值。</p>	<p>(一)保障項目較基期成長之差值：</p> <p>2. 採計點數=各項目當季較基期之差值。</p>	依據 114 年第 4 次醫院總額共管會議決議辦理
4	肆、四、(二)【P.3】	肆、四、(二)總額成長保障點數	<p><u>(二)總額成長保障點數(自 115 年起適用)：</u></p> <p>1. <u>計算個別醫院當季一般服務超額點數前，先予排除列計，保障核付。</u></p> <p>2. <u>計算公式：基期點數(0 階)×114 年公告醫療服務成本及人口因素成長率。</u></p> <p>3. <u>另針對地區醫院加計前一年同期小型醫院費用波動回補點數。</u></p>	(原方案無)	依據 114 年第 4 次醫院總額共管會議決議辦理
5	肆、四、(三)、4【P.3-4】	肆、四、(三)、超額分階核付	<p>(三)超額分階核付：</p> <p>2. 超額點數=當季一般服務淨點數－基期點數(0 階)－保障項目較基期成長之差值－<u>總額成長保障點數</u>，小於 0 者以 0 計。</p> <p>4. 指標加權成長率(A)：</p> <p>(1) <u>計算基期為前一年各季參數。</u></p> <p>(2) 門診指標成長率(僅地區醫院採計)=門診人數成長率×65%+醫師人數成長率×20%+看診醫師人數成長率×15%。</p> <p>註：「地區醫院」係以醫事機構代號所屬特約類別認定。</p>	<p>(三)超額分階核付：</p> <p>2. 超額點數=當季一般服務淨點數－基期點數(0 階)－保障項目較基期成長之差值，小於 0 者以 0 計。</p> <p>4. 指標加權成長率(A)：</p> <p>(1) 門診指標成長率(僅地區醫院採計)=門診人數成長率×65%+醫師人數成長率×20%+看診醫師人數成長率×15%。</p> <p>註：「地區醫院」係以醫事機構代號所屬特約類別認定。</p> <p>(2) 住診指標成長率=住院人數成長率</p>	依據 114 年第 4 次醫院總額共管會議決議辦理

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明
5	肆、四、(三)、4【P.3-4】	肆、四、(三)、超額分階核付	<p>(3) 住診指標成長率=住院人數成長率×40%+住院人日成長率×30%+護理人數成長率×10%+住診 CMI 成長率×20%。</p> <p>(4) 各項成長率指標值，倘臺北整體平均值為負成長，則皆改採各院值減臺北值做為該項指標採計之成長率。各指標值最高採計至 10%、最低採計至-5%。<u>自 115 年起，250 床以下且每季申報≤6,000 萬之地區醫院無最高採計上限。</u></p> <p>(5) 門住合計成長率： 甲、區域以上：住院指標成長率。 乙、地區醫院：門診指標成長率 × (1 - 基期住診醫療點數占率) + 住院指標成長率×基期住診醫療點數占率。</p> <p>(6) 指標加權成長率 (A)：門住合計成長率 + 支付標準調整率 + 當年度公告醫療服務成本及人口因素成長率 - 藥價調降率。 如：114 年度公告醫療服務成本及人口因素成長率為 4.344%。<u>115 年度公告醫療服務成本及人口因素成長率為 3.655%。</u></p> <p>5. 合理成長率(B)： (1) 臺北區整體可分配點數較基期點數成長率 (Y)=[(該季預算 - 交付費用 - 自墊核退 - 之前季別核付金額 - 品質補付) ÷ 目標點值 - 保障項目較基期成長之差值 - <u>總額成長保障點</u></p>	<p>×40%+住院人日成長率×30%+護理人數成長率×10%+住診 CMI 成長率×20%。</p> <p>(3) 各項成長率指標值，倘臺北整體平均值為負成長，則皆改採各院值減臺北值做為該項指標採計之成長率。各指標值最高採計至 10%、最低採計至-5%。</p> <p>(4) 門住合計成長率： 甲、區域以上：住院指標成長率。 乙、地區醫院：門診指標成長率 × (1 - 基期住診醫療點數占率) + 住院指標成長率×基期住診醫療點數占率。</p> <p>(5) 指標加權成長率 (A)：門住合計成長率 + 支付標準調整率 + 當年度公告醫療服務成本及人口因素成長率 - 藥價調降率。 如：114 年度公告醫療服務成本及人口因素成長率為 4.344%。</p> <p>5. 合理成長率(B)： (1) 臺北區整體可分配點數較基期點數成長率(Y)=[(該季預算 - 交付費用 - 自墊核退 - 之前季別核付金額 - 品質補付) ÷ 目標點值 - 保障項目較基期成長之差值] ÷ 基期點數 - 1。</p>	依據 114 年第 4 次醫院總額共管會議決議辦理

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明																																	
			<u>數</u>]÷基期點數-1。																																			
6	肆、四、(三)、4、(7) 【P.5】	肆、四、(三)、4、(7) 指標項目與操作型定義：住診 CMI 成長率	(4) 署本部每半年更新 Tw-DRG 之 RW，計算採用時間如下表： <table border="1"> <thead> <tr> <th>當期</th> <th>基期</th> <th>RW 採用年份</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>114Q4</td> <td>113Q4</td> <td>皆採 113 下半年</td> </tr> <tr> <td><u>115Q1</u></td> <td><u>114Q1</u></td> <td><u>皆採 114 上半年</u></td> </tr> <tr> <td><u>115Q2</u></td> <td><u>114Q2</u></td> <td><u>皆採 114 上半年</u></td> </tr> <tr> <td><u>115Q3</u></td> <td><u>114Q3</u></td> <td><u>皆採 114 下半年</u></td> </tr> <tr> <td><u>115Q4</u></td> <td><u>114Q4</u></td> <td><u>皆採 114 下半年</u></td> </tr> </tbody> </table>	當期	基期	RW 採用年份	114Q4	113Q4	皆採 113 下半年	<u>115Q1</u>	<u>114Q1</u>	<u>皆採 114 上半年</u>	<u>115Q2</u>	<u>114Q2</u>	<u>皆採 114 上半年</u>	<u>115Q3</u>	<u>114Q3</u>	<u>皆採 114 下半年</u>	<u>115Q4</u>	<u>114Q4</u>	<u>皆採 114 下半年</u>	(4) 署本部每半年更新 Tw-DRG 之 RW，計算採用時間如下表： <table border="1"> <thead> <tr> <th>當期</th> <th>基期</th> <th>RW 採用年份</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>114Q1</td> <td>113Q1</td> <td>皆採 113 上半年</td> </tr> <tr> <td>114Q2</td> <td>113Q2</td> <td>皆採 113 上半年</td> </tr> <tr> <td>114Q3</td> <td>113Q3</td> <td>皆採 113 下半年</td> </tr> <tr> <td>114Q4</td> <td>113Q4</td> <td>皆採 113 下半年</td> </tr> </tbody> </table>	當期	基期	RW 採用年份	114Q1	113Q1	皆採 113 上半年	114Q2	113Q2	皆採 113 上半年	114Q3	113Q3	皆採 113 下半年	114Q4	113Q4	皆採 113 下半年	依年度條整採用年份
當期	基期	RW 採用年份																																				
114Q4	113Q4	皆採 113 下半年																																				
<u>115Q1</u>	<u>114Q1</u>	<u>皆採 114 上半年</u>																																				
<u>115Q2</u>	<u>114Q2</u>	<u>皆採 114 上半年</u>																																				
<u>115Q3</u>	<u>114Q3</u>	<u>皆採 114 下半年</u>																																				
<u>115Q4</u>	<u>114Q4</u>	<u>皆採 114 下半年</u>																																				
當期	基期	RW 採用年份																																				
114Q1	113Q1	皆採 113 上半年																																				
114Q2	113Q2	皆採 113 上半年																																				
114Q3	113Q3	皆採 113 下半年																																				
114Q4	113Q4	皆採 113 下半年																																				
7	肆、四、(三)、6 【P.6】	肆、四、(三)、6 階 2、階 3 級距	6.階 2、階 3 級距： (1) 臺北區整體成長率 (Z)：整體醫院當季一般服務點數相較基期點數 <u>(含總額成長保障點數)</u> 之成長率。	6.階 2、階 3 級距： (1) 臺北區整體成長率 (Z)：整體醫院當季一般服務點數相較基期點數之成長率。	配合總額成長保障點數新增																																	
8	肆、六 【P.7】	肆、六、交付處方醫療費用管理	(一) 為穩定分階核付可支用預算，各醫院當季交付處方醫療點數以較 <u>前一年同期基期</u> 成長 7% 為上限。 (二) <u>前一年同期交付處方醫療費用點數，不含前一年同期超出上限之核減點數。</u> (三) 超出上限之差值計算方式： 1. 差值公式=各院當季交付處方醫療費用點數－(各院 <u>前一年同期基期</u> 交付處方醫療費用點數×1.07)，差值<0 以 0 計算。 2. 差值>0 之醫院逕予核減，如該院當季一般服務淨點數+當季交付處方醫療費用點數未超出該院基期點數(0 階)則不核減。	(一) 為穩定分階核付可支用預算，各醫院當季交付處方醫療點數以較基期成長 7% 為上限。 (二) 超出上限之差值計算方式： 1. 差值公式=各院當季交付處方醫療費用點數－(各院基期交付處方醫療費用點數×1.07)，差值<0 以 0 計算。 2. 差值>0 之醫院逕予核減，如該院當季一般服務淨點數+當季交付處方醫療費用點數未超出該院基期點數(0 階)則不核減。	依據 114 年第 4 次醫院總額共管會議決議辦理																																	

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明
			(四) <u>離島醫院(含衛生福利部金門醫院及連江醫院) 不執行此項。</u>		
9	肆、七、(一)【P.7】	肆、七、(一)超額分階核付預算	(一) 超額分階核付預算=當季就醫分區預算(估算值)- Σ (各院基期點數(0階)-當季交付處方醫療費用點數-保障項目較 <u>前一年基期</u> 成長之差值- <u>總額成長保障點數</u> -品質補付-其他風險保留款(如：非當季核定點數、自墊醫療費用核退…等)。	(一) 超額分階核付預算=當季就醫分區預算(估算值)- Σ (各院基期點數(0階)-當季交付處方醫療費用點數-保障項目較成長之差值-品質補付-其他風險保留款(如：非當季核定點數、自墊醫療費用核退…等)。	配合總額成長保障點數新增
10	伍、二、(一)【P.9】	伍、二、單價管理	(一) 本分區所有醫院(<u>除離島醫院(含衛生福利部金門醫院及連江醫院)</u>)，單價超出均應予以核減。	本分區所有醫院單價超出均應予以核減。	依據 114 年第 4 次醫院總額共管會議決議辦理
11	陸、一【p.9】	陸、一補報作業規定	一、 為利費用歸屬，於該季結算前完成核算，各季一般服務費用申報期限(<u>受理日期</u>)至次季第 2 個月 10 日(含)前，逾期申報以 0 元核付，如 114 年 Q3 一般服務費用申報期限至 114 年 11 月 10 日(含)前。	一、 為利費用歸屬，於該季結算前完成核算，各季一般服務費用申報期限至次季第 2 個月 10 日(含)前，逾期申報以 0 元核付，如 114 年 Q3 一般服務費用申報期限至 114 年 11 月 10 日(含)前。	依據 114 年第 4 次醫院總額共管會議決議辦理
12	附件 2、保障項目操作型定義【p.16】	序號 16、地區醫院慢連箋開立	1. 層級別：地區醫院(<u>含院區評鑑為地區醫院</u>) 2. 醫事類別：12(門診) 3. 案件分類:04、E1 4. 「慢性病連續處方箋有效期間總處方日份(d44)>給藥日份(d27)」且「慢性病連續處方箋有效期間總處方日份(d44)/給藥日份(d27) ≥ 2 」	1. 層級別：地區醫院 2. 醫事類別：12(門診) 3. 案件分類:04、E1 4. 「慢性病連續處方箋有效期間總處方日份(d44)>給藥日份(d27)」且「慢性病連續處方箋有效期間總處方日份(d44)/給藥日份(d27) ≥ 2 」	依據 114 年第 4 次醫院總額共管會議決議辦理

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明
13	附件 2-2、保障項目操作型定義(自 115 年起適用)【p.19-20】	序號 4、自發性急性腦血管疾病	<p>1. 醫事類別：22(住診)</p> <p>2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ</p> <p>3. 符合下列條件之案件</p> <p>(1) 部分負擔代碼 001(重大傷病)且給付類別不為 9(呼吸照護)者，其 ICD10-CM 主診斷前三碼為 I60~I68、G45.0~G45.2、G45.4~G46.8。</p> <p>(2) 部分負擔代碼 011(住院期間急性腦血管疾病發作後一個月內重大傷病)且給付類別不為 9 者，其 ICD10-CM 主次診斷前三碼為 I60~I68、G45.0~G45.2、G45.4~G46.8。</p> <p>(3) 部分負擔代碼 001 或 011 且給付類別不為 9(呼吸照護)者，ICD10-CM 主次診斷為 P91.821、P91.822、P91.823、P91.829、<u>P52.0~P52.9</u>。</p>	<p>1. 醫事類別：22(住診)</p> <p>2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ</p> <p>3. 符合下列條件之案件</p> <p>(1) 部分負擔代碼 001(重大傷病)且給付類別不為 9(呼吸照護)者，其 ICD10-CM 主診斷前三碼為 I60~I68、G45.0~G45.2、G45.4~G46.8。</p> <p>(2) 部分負擔代碼 011(住院期間急性腦血管疾病發作後一個月內重大傷病)且給付類別不為 9 者，其 ICD10-CM 主次診斷前三碼為 I60~I68、G45.0~G45.2、G45.4~G46.8。</p> <p>(3) 部分負擔代碼 001 或 011 且給付類別不為 9(呼吸照護)者，ICD10-CM 主次診斷為 P91.821、P91.822、P91.823、P91.829。</p>	依據 114 年第 4 次醫院總額共管會議決議辦理
14	附件 2-2、保障項目操作型定義(自 115 年起適用)【p.20】	序號 8、主動脈剝離	<p>1. 醫事類別：22(住診)</p> <p>2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ</p> <p>3. ICD10-CM 主診斷為 I7100~I7103、且執行 stent 及置換醫令代碼為 69023B、69024B、69027B、69035B、69036B、69037B、<u>68043B</u> 者。</p>	<p>1. 醫事類別：22(住診)</p> <p>2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ</p> <p>3. ICD10-CM 主診斷為 I7100~I7103、且執行 stent 及置換醫令代碼為 69023B、69024B、69027B、69035B、69036B、69037B 者。</p>	依據 114 年第 4 次醫院總額共管會議決議辦理
15	附件 2-2、保障項目操作型定義(自 115 年起適用)	序號 10、門診放療、化療注射案件	<u>(分別計算)</u>	原方案為合併計算	依據 114 年第 4 次醫院總額共管會議決議辦理

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明
	【p.21】				
16	附件 2-2、保障項目操作型定義(自 115 年起適用)【p.23-24】	序號 17、心臟瓣膜手術及特定特材 序號 17、心臟瓣膜手術及特定特材	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 3. ICD-10-PCS 處置碼為 02UJ0JZ、02UJ0JG、02UG0JZ、02UG0JE、02QF0ZZ、024F07J、024F08J、024F0JJ、024F0KJ、02QF0ZJ、02RJ08Z、02RF0JZ、02RG08Z、02QW0ZZ、02QX0ZZ、02RF38H、02RF38Z、02RF38N、02RF08Z、02RF08N、 <u>02RF07Z、02RF0KZ、02RG07Z、02RG0JZ、02RG0KZ、02RJ07Z、02RJ0JZ、02RJ0KZ、02UF07Z、02UF08Z、02UF0JZ、02UF0KZ、02UG07Z、02UG08Z、02UG0KZ、02UJ07Z、02UJ08Z、02UJ0KZ、02RF37Z、02RF3JZ、02RF3KZ、02RG37Z、02RG38Z、02RG3JZ、02RG3KZ、02RJ37Z、02RJ38Z、02RJ3JZ、02RJ3KZ、02UF37Z、02UF38Z、02UF3JZ、02UF3KZ、02UG37Z、02UG38Z、02UG3JZ、02UG3KZ、02UJ37Z、02UJ38Z、02UJ3JZ、02UJ3KZ、02RF47Z、02RF48Z、02RF4JZ、02RF4KZ、02RG47Z、02RG48Z、02RG4JZ、02RG4KZ、02RJ47Z、02RJ48Z、02RJ4JZ、02RJ4KZ、02UF47Z、02UF48Z、02UF4JZ、02UF4KZ、02UG47Z、02UG48Z、02UG4JZ、02UG4KZ、02UJ47Z、02UJ48Z、02UJ4JZ、02UJ4KZ、02QF3ZZ、</u>	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 3. ICD-10-PCS 處置碼為 02UJ0JZ、02UJ0JG、02UG0JZ、02UG0JE、02QF0ZZ、024F07J、024F08J、024F0JJ、024F0KJ、02QF0ZJ、02RJ08Z、02RF0JZ、02RG08Z、02QW0ZZ、02QX0ZZ、02RF38H、02RF38Z、02RF38N、02RF08Z、02RF08N 且醫令代碼為 68015B、68016B、68017B、69035B、68040B、TAVI 特材(即特材給付規定代碼 B102-8)之醫令點數。	依據 114 年第 4 次醫院總額共管會議決議辦理

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明
16			<u>02QF4ZZ、02QG0ZZ、02QG3ZZ、02QG4ZZ、02QJ0ZZ、02QJ3ZZ、02QJ4ZZ、02RF37H、02RF3JH、02RF3KH</u> 且醫令代碼為68015B、68016B、68017B、 <u>68018B</u> 、69035B、68040B、TAVI特材(即特材給付規定代碼B102-8)之醫令點數。		依據114年第4次醫院總額共管會議決議辦理
17	附件2-2、保障項目操作型定義(自115年起適用) 【p.24】	序號18、「插入或置換永久性節律器」之手術及特定特材	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 3. ICD-10-PCS處置碼為0JH608Z、02HK3KZ、02H63KZ、 <u>02H63JZ、02HK3JZ、0JH606Z、02H63JZ、02H604Z、02H63JZ、02H605Z</u> 且醫令代碼為68012B、68041B、特材給付規定代碼B103-1、B103-2之醫令點數。	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 3. ICD-10-PCS處置碼為0JH608Z、02HK3KZ、02H63KZ且醫令代碼為68012B、68041B、特材給付規定代碼B103-1、B103-2之醫令點數。	依據114年第4次醫院總額共管會議決議辦理
18	附件2-2、保障項目操作型定義(自115年起適用) 【p.26】	序號22、重大創傷	符合下列條件之住診案件[醫事類別：22(住診)、案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C4、C5、DZ]，及其住院前的當次急診案件[醫事類別：12(門診)、案件分類=02]： 1. 符合下列主診斷碼，且ISS≥16之病人： (1) T07.XXXA。 (2) S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79(前述第7位碼皆須為"A") (3) S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92(前述第7位碼皆須為"A"或"B")	符合下列條件之住診案件[醫事類別：22(住診)、案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C4、C5、DZ]，及其住院前的當次急診案件[醫事類別：12(門診)、案件分類=02]： 1. 符合下列主診斷碼，且ISS≥16之病人： (1) T07.XXXA。 (2) S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79(前述第7位碼皆須為"A") (3) S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92(前述第7位碼皆須為"A"或"B")	依據114年第4次醫院總額共管會議決議辦理

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明
18			<p>(4) S52、S72、S82(前述第7位碼皆須為"A"或"B"或"C")</p> <p>2. 體表面積 >20%之重大燒傷，主診斷為：T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA <u>或次診斷為 T31.20-T31.99、T32.20-T32.99。</u></p>	<p>(4) S52、S72、S82(前述第7位碼皆須為"A"或"B"或"C")</p> <p>2. 體表面積 >20%之重大燒傷，主診斷為：T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA。</p>	依據114年第4次醫院總額共管會議決議辦理
19	附件 2-2、保障項目操作型定義(自115年起適用) 【p.26】	序號 23、罕見疾病相關費用	<p><u>1. 醫事類別及案件分類：</u></p> <p><u>(1) 醫事類別：12(門診)、案件分類≠A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF</u></p> <p><u>(2) 醫事類別：22(住診)案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ</u></p> <p><u>2. 罕見疾病：符合重大傷病罕病註記為Y者，其任一診斷碼符合國健署公告之罕病疾病分類且部分負擔=001。</u></p> <p><u>申+部，扣除藥費</u></p>	(原方案無)	依據114年第4次醫院總額共管會議決議辦理
20	附件 2-2、保障項目操作型定義(自115年起適用) 【p.26】	序號 24、藥品給付規定 9.103.Tisagenlecleucel 成分(ATC代碼 L01XL04	<p><u>1. 醫事類別及案件分類：</u></p> <p><u>(1) 醫事類別：12(門診)、案件分類≠A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF</u></p> <p><u>(2) 醫事類別：22(住診)案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ</u></p> <p><u>2. Tisagenlecleucel 成分藥品(Kymriah、L01XL04、KC01176297)</u></p>	(原方案無)	依據114年第4次醫院總額共管會議決議辦理

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明																																								
		藥品 (CAR-T)																																											
21	附件 4、 (二)、1 【p.21】	單價核減 門診計算 公式	季每人非藥費平均醫療點數(排除管理照護費之 P 碼醫令點數、安寧居家訪視費、緩和醫療家庭諮詢費、 <u>門診靜脈抗生素治療獎勵費用</u> 、急診檢傷分類第 1 級及矯正機關內就醫案件)	季每人非藥費平均醫療點數(排除管理照護費之 P 碼醫令點數、安寧居家訪視費、緩和醫療家庭諮詢費、急診檢傷分類第 1 級及矯正機關內就醫案件)	依據 114 年第 4 次醫院總額共管會議決議辦理																																								
22	附件、114 年品質指 標項目與 操作型定 義 【附件、 p.5】	序號 17 「以病例 組合校正 之住院案 件出院後 14 日內再 住院率」 之目標值	當季以病例組合校正之住院案件出院後 14 日內再住院率 ≤ 前一年同期本分區同儕 P25 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>114Q1</th> <th>114Q2</th> <th>114Q3</th> <th>114Q4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>醫學中心</td> <td>5.70%</td> <td>5.45%</td> <td>5.73%</td> <td>5.30% <u>5.26%</u></td> </tr> <tr> <td>區域醫院</td> <td>6.27%</td> <td>6.11%</td> <td>6.24%</td> <td>5.48% <u>5.68%</u></td> </tr> <tr> <td>地區醫院</td> <td>7.34%</td> <td>7.09%</td> <td>6.56%</td> <td>5.71% <u>6.30%</u></td> </tr> </tbody> </table> <p>114Q4 目標值係以 113/10-113/11 計算，後續將俟 113/12 數據統計後予以調整</p>		114Q1	114Q2	114Q3	114Q4	醫學中心	5.70%	5.45%	5.73%	5.30% <u>5.26%</u>	區域醫院	6.27%	6.11%	6.24%	5.48% <u>5.68%</u>	地區醫院	7.34%	7.09%	6.56%	5.71% <u>6.30%</u>	當季以病例組合校正之住院案件出院後 14 日內再住院率 ≤ 前一年同期本分區同儕 P25 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>114Q1</th> <th>114Q2</th> <th>114Q3</th> <th>114Q4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>醫學中心</td> <td>5.70%</td> <td>5.45%</td> <td>5.73%</td> <td>5.30%</td> </tr> <tr> <td>區域醫院</td> <td>6.27%</td> <td>6.11%</td> <td>6.24%</td> <td>5.48%</td> </tr> <tr> <td>地區醫院</td> <td>7.34%</td> <td>7.09%</td> <td>6.56%</td> <td>5.71%</td> </tr> </tbody> </table> <p>114Q4 目標值係以 113/10-113/11 計算，後續將俟 113/12 數據統計後予以調整</p>		114Q1	114Q2	114Q3	114Q4	醫學中心	5.70%	5.45%	5.73%	5.30%	區域醫院	6.27%	6.11%	6.24%	5.48%	地區醫院	7.34%	7.09%	6.56%	5.71%	依據 114 年第 4 次醫院總額共管會議決議辦理
	114Q1	114Q2	114Q3	114Q4																																									
醫學中心	5.70%	5.45%	5.73%	5.30% <u>5.26%</u>																																									
區域醫院	6.27%	6.11%	6.24%	5.48% <u>5.68%</u>																																									
地區醫院	7.34%	7.09%	6.56%	5.71% <u>6.30%</u>																																									
	114Q1	114Q2	114Q3	114Q4																																									
醫學中心	5.70%	5.45%	5.73%	5.30%																																									
區域醫院	6.27%	6.11%	6.24%	5.48%																																									
地區醫院	7.34%	7.09%	6.56%	5.71%																																									
23	附件、115 年品質指 標項目與 操作型定 義 【附件、 p.1】	序號 1「門 診占率」	定義： 1. 門診：排除案件分類 A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF 及保障項目之「序號 10-門診放療、化療注射案件」、「序號 11-門診急診檢傷分類 1 級」及「序號 15-門診手術」之案件、 <u>OPAT 案件、及專款專用與其他部門案件點數</u> 。 2. 住診：排除案件分類 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 之案件及專款專用	定義： 1. 門診：排除案件分類 A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF 及保障項目之「序號 10-門診放療、化療注射案件」、「序號 11-門診急診檢傷分類 1 級」及「序號 15-門診手術」之案件。 2. 住診：排除案件分類 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 之案件。 3. 分子：門診申報點數(申請點數+部分負擔)。	依據 114 年第 4 次醫院總額共管會議決議辦理																																								

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明
			<p><u>與其他部門案件點數。</u></p> <p>3. 分子：門診申報點數(申請點數+部分負擔)。</p> <p>4. 分母：門診+住診申報點數(申請點數+部分負擔)。</p> <p>115Q1 起目標值： 當季門診占率較<u>基期年(113年)前一年</u>同期下降 <u>2 個百分點</u>或當季門診占率≤同儕平均</p>	<p>4. 分母：門診+住診申報點數(申請點數+部分負擔)。</p> <p>114Q4 起目標值 當季門診占率較基期年(113年)同期下降 2 個百分點或當季門診占率≤同儕平均</p>	
24	附件、115年品質指標項目與操作型定義【附件、p.1】	序號 5「門診 10 項重要檢查(驗)非合理區間再執行率(10 項加總計算)」	<p>115Q1 起目標值： 同病人非合理區間再執行率較前一年同期下降≥4%或再執行率=0 <u>(將依據 115 年抑制資源不當耗用指標予以訂定)</u></p>	<p>114Q4 起目標值： 同病人非合理區間再執行率較前一年同期下降≥4%或再執行率=0</p>	依據 114 年第 4 次醫院總額共管會議決議辦理
25	附件、115年品質指標項目與操作型定義【附件、p.3】	序號 7「糖尿病方案累計照護率/初期慢性腎臟病方案累計照護率/ <u>精進糖尿病及初期慢性腎臟病整合照護</u>	<p>定義：</p> <p>■ *糖尿病方案累計照護率操作型定義：</p> <p>1. 分子：申報醫令代碼前 3 碼為 P14 或 P70 之人數</p> <p>2. 分母：<u>前一年度申報醫令代碼前 3 碼為 P14 或符合收案條件(同院就醫間隔 90 天)之門診主</u>診斷為 E08-E13 之人數</p> <p>3. 以當季資料計算。</p> <p>4. 本署 DA 指標代碼：<u>3445 3453</u></p> <p>■ *初期慢性腎臟病方案累計照護率操作型定義：</p> <p>1. 分子：<u>接受初期 CKD 及 DKD 方案照護之病</u></p>	<p>定義：</p> <p>■ *糖尿病方案累計照護率操作型定義：</p> <p>1. 分子：申報醫令代碼前 3 碼為 P14 或 P70 之人數</p> <p>2. 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</p> <p>3. 以當季資料計算。</p> <p>4. 本署 DA 指標代碼：3445</p> <p>■ *初期慢性腎臟病方案累計照護率操作型定義：</p> <p>1. 分子：接受初期 CKD 及 DKD 方案照護之</p>	依據 114 年第 4 次醫院總額共管會議決議辦理

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明															
25		糖尿病合併初期慢性腎臟病方案收案率」	<p><u>人數(ID 歸戶數) 分母病人中，接受初期 CKD 或 DKD 方案照護之病人數(分母病人(ID)中，申報醫令代碼前 3 碼為 P43 或 P70 之歸戶人數。)</u></p> <p>2. 分母：<u>符合收案條件之初期慢性腎臟病人數 (ID 歸戶數)前一年度申報醫令代碼前 3 碼為 P43 或符合收案條件之初期慢性腎臟病人數</u></p> <p>3. 以當季資料計算。</p> <p>4. 本署 DA 指標代碼：<u>3442 3455</u></p> <p>■ *<u>糖尿病及初期慢性腎臟病整合方案照護率糖尿病合併初期慢性腎臟病方案收案率</u>操作型定義</p> <p>1. 分子:分母病人中，申報醫令代碼前 3 碼為 <u>P70、P14、P43</u> 之人數</p> <p>2. 分母:<u>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)分母條件之人數同院所同 ID 申報醫令代碼前 3 碼為 P14 及 P43，或 P70 之人數</u></p> <p>3. 以當季資料計算。</p> <p>4. 本署 DA 指標代碼：<u>3324 3431</u></p> <p>115Q1 起目標值： 糖尿病、慢性腎臟病、<u>糖尿病及初期慢性腎臟病整合方案照護率糖尿病合併初期慢性腎臟病方案收案率</u>>前一年同期<u>全國台北區醫院同儕 P75</u> (任一達標則得分) <u>目標值(前一年同期全國 P75)</u></p>	<p>病人數(ID 歸戶數)_</p> <p>2. 分母：符合收案條件之初期慢性腎臟病人數(ID 歸戶數)</p> <p>3. 以當季資料計算。</p> <p>4. 本署 DA 指標代碼：3442</p> <p>■ *<u>糖尿病及初期慢性腎臟病整合方案照護率</u>操作型定義</p> <p>1. 分子:分母病人中，申報醫令代碼前 3 碼為 <u>P70、P14、P43</u> 之人數</p> <p>2. 分母:<u>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)分母條件之人數同院所同 ID 申報醫令代碼前 3 碼為 P14 及 P43，或 P70 之人數</u></p> <p>3. 以當季資料計算。</p> <p>4. 本署 DA 指標代碼：3324 <u>3431</u></p> <p>114Q4 起目標值： 糖尿病、慢性腎臟病、<u>糖尿病及初期慢性腎臟病整合方案照護率</u>>前一年同期全國 P75 (任一達標則得分) 目標值(前一年同期全國 P75)</p> <table border="1" data-bbox="1256 1305 1935 1447"> <thead> <tr> <th></th> <th>Q1</th> <th>Q2</th> <th>Q3</th> <th>Q4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DM</td> <td>59.38%</td> <td>70.16%</td> <td>75.51%</td> <td>79.36%</td> </tr> <tr> <td>CKD</td> <td>20.92%</td> <td>32.54%</td> <td>37.56%</td> <td>41.06%</td> </tr> </tbody> </table>		Q1	Q2	Q3	Q4	DM	59.38%	70.16%	75.51%	79.36%	CKD	20.92%	32.54%	37.56%	41.06%	依據 114 年第 4 次醫院總額共管會議決議辦理
	Q1	Q2	Q3	Q4																
DM	59.38%	70.16%	75.51%	79.36%																
CKD	20.92%	32.54%	37.56%	41.06%																

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文					現行條文					說明
				Q1	Q2	Q3	Q4	DKD	67.47%	78.27%	81.05%	83.01%	
25	附件、115年品質指標項目與操作型定義【附件、p.3】	序號 7「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合併初期慢性腎臟病方案收案率」		Q1	Q2	Q3	Q4	DKD	67.47%	78.27%	81.05%	83.01%	依據 114 年第 4 次醫院總額共管會議決議辦理
			DM	59.38%	70.16%	75.51%	79.36%						
			CKD	20.92%	32.54%	37.56%	41.06%						
			DKD	67.47%	78.27%	81.05%	83.01%						
			<u>115 年目標值(前一年台北區醫院同儕同期 P75)</u>										
				層級別	Q1	Q2	Q3	Q4					
			DM	醫學中心	60.57%	71.51%	俟資料產出後更新	俟資料產出後更新					
				區域醫院	58.28%	67.68%							
				地區醫院	58.53%	66.51%							
			CKD	醫學中心	21.48%	28.48%	俟資料產出後更新	俟資料產出後更新					
				區域醫院	22.44%	30.53%							
				地區醫院	12.59%	14.18%							
			DKD	醫學中心	78.72%	88.94%	俟資料產出後更新	俟資料產出後更新					
				區域醫院	68.00%	85.66%							
				地區醫院	76.57%	94.12%							

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明																				
26	附件、115年品質指標項目與操作型定義【附件、p.3】	序號 8「接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率」	<p>115Q1 起目標值： 較前一年同期成長>1%且當期分子>30， 或 ≥署訂定目標值(將依據 115 年抑制資源不當耗用指標予以訂定)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>季別</th> <th>目標值</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>115Q1</td> <td>≥27.4%</td> </tr> <tr> <td>115Q2</td> <td>≥27.9%</td> </tr> <tr> <td>115Q3</td> <td>≥28.4%</td> </tr> <tr> <td>115Q4</td> <td>≥28.9%</td> </tr> </tbody> </table>	季別	目標值	115Q1	≥27.4%	115Q2	≥27.9%	115Q3	≥28.4%	115Q4	≥28.9%	<p>114Q4 起目標值： 較前一年同期成長>1%且當期分子>30， 或 ≥署訂定目標值</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>季別</th> <th>目標值</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>114Q1</td> <td>≥27.4%</td> </tr> <tr> <td>114Q2</td> <td>≥27.9%</td> </tr> <tr> <td>114Q3</td> <td>≥28.4%</td> </tr> <tr> <td>114Q4</td> <td>≥28.9%</td> </tr> </tbody> </table>	季別	目標值	114Q1	≥27.4%	114Q2	≥27.9%	114Q3	≥28.4%	114Q4	≥28.9%	依據 114 年第 4 次醫院總額共管會議決議辦理
季別	目標值																								
115Q1	≥27.4%																								
115Q2	≥27.9%																								
115Q3	≥28.4%																								
115Q4	≥28.9%																								
季別	目標值																								
114Q1	≥27.4%																								
114Q2	≥27.9%																								
114Q3	≥28.4%																								
114Q4	≥28.9%																								
27	附件、115年品質指標項目與操作型定義【附件、p.4】	序號 9「急性後期照護計畫下轉及收案照護數」	<p>定義： 急性後期照護計畫個案數：腦中風、燒燙傷、脆弱性骨折、創傷性神經、衰弱高齡、心臟衰竭成功收案數及下轉數。 P 值=近 2 年(112Q1-113Q4)平均各季全國同儕醫院百分位 註： 1.收案定義：擷取當季申報資料 P5114B(初評費) 2.下轉定義：擷取當季申報資料 P5113B 或 P5118B(下轉評估費) 3.下轉至同院收案者，只採計收案數 4.四捨五入取至整數 115Q1 起目標值： 實績值≥全國同儕P80 或 實績值≥本分區同儕P50且>前一年同期值</p>	<p>定義： 急性後期照護計畫個案數：腦中風、燒燙傷、脆弱性骨折、創傷性神經、衰弱高齡、心臟衰竭成功收案數及下轉數。 P 值=近 2 年(112Q1-113Q4)平均各季全國同儕醫院百分位 註： 1.收案定義：擷取當季申報資料 P5114B(初評費) 2.下轉定義：擷取當季申報資料 P5113B 或 P5118B(下轉評估費) 3.下轉至同院收案者，只採計收案數 4.四捨五入取至整數 114Q4 起目標值： 實績值≥全國同儕P80</p>	依據 114 年第 4 次醫院總額共管會議決議辦理																				

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文					現行條文					說明
			層級別	Q1	Q2	Q3	Q4	層級別	Q1	Q2	Q3	Q4	
			層級別	Q1	Q2	Q3	Q4	層級別	Q1	Q2	Q3	Q4	
			醫學中心	110				醫學中心	110				
			區域醫院	24				區域醫院	24				
			地區一般	22				地區一般	22				
28	附件、115年品質指標項目與操作型定義【附件、p.4】	序號 10 「安寧療護照護人數成長率 <u>註：若醫院無此項業務不列計</u> 」	115Q1 起目標值： 成長率(較自身前一年同期) <u>≥8% >0%</u>					114Q4 起目標值： 成長率(較自身前一年同期)≥8%					依據 114 年第 4 次醫院總額共管會議決議辦理
29	附件、115年品質指標項目與操作型定義【附件、p.4】	序號 11 「非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數成長率」	115Q1 起目標值： 成長率(較自身前一年同期) <u>≥1% >0%</u>					114Q4 起目標值： 成長率(較自身前一年同期)≥1%					依據 114 年第 4 次醫院總額共管會議決議辦理
30	附件、115年品質指標項目與操作型定義【附件、p.5】	序號 15 「住院案件出院後 3 日以內急診率」	115Q1 起目標值： 115Q1 ≤2.49%、 115Q2 ≤2.51%、 115Q3 ≤2.69%、 115Q4 ≤2.48% <u>(將依據 115 年抑制資源不當耗用指標予以訂定)</u>					114Q4 起目標值： 114Q1 ≤2.49%、 114Q2 ≤2.51%、 114Q3 ≤2.69%、 114Q4 ≤2.48%					依據 114 年第 4 次醫院總額共管會議決議辦理

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明																																								
31	附件、115年品質指標項目與操作型定義【附件、p.6】	序號 17「以病例組合校正之住院案件出院後 14 日內再住院率」	<p>115Q1 起目標值： 當季以病例組合校正之住院案件出院後 14 日內再住院率 ≤ 前一年同期本分區同儕 P25</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>114Q1</th> <th>114Q2</th> <th>114Q3</th> <th>114Q4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>醫學中心</td> <td>5.70% <u>5.26%</u></td> <td>5.45% <u>5.32%</u></td> <td>5.73% <u>5.42%</u></td> <td>5.26% <u>5.68%</u></td> </tr> <tr> <td>區域醫院</td> <td>6.27% <u>5.68%</u></td> <td>6.11% <u>5.39%</u></td> <td>6.24% <u>5.99%</u></td> <td>6.30% <u>俟資料產出後更新</u></td> </tr> <tr> <td>地區醫院</td> <td>7.34% <u>6.30%</u></td> <td>7.09% <u>5.93%</u></td> <td>6.56% <u>5.79%</u></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		114Q1	114Q2	114Q3	114Q4	醫學中心	5.70% <u>5.26%</u>	5.45% <u>5.32%</u>	5.73% <u>5.42%</u>	5.26% <u>5.68%</u>	區域醫院	6.27% <u>5.68%</u>	6.11% <u>5.39%</u>	6.24% <u>5.99%</u>	6.30% <u>俟資料產出後更新</u>	地區醫院	7.34% <u>6.30%</u>	7.09% <u>5.93%</u>	6.56% <u>5.79%</u>		<p>114Q4 起目標值： 當季以病例組合校正之住院案件出院後 14 日內再住院率 ≤ 前一年同期本分區同儕 P25</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>114Q1</th> <th>114Q2</th> <th>114Q3</th> <th>114Q4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>醫學中心</td> <td>5.70%</td> <td>5.45%</td> <td>5.73%</td> <td>5.26%</td> </tr> <tr> <td>區域醫院</td> <td>6.27%</td> <td>6.11%</td> <td>6.24%</td> <td>5.68%</td> </tr> <tr> <td>地區醫院</td> <td>7.34%</td> <td>7.09%</td> <td>6.56%</td> <td>6.30%</td> </tr> </tbody> </table>		114Q1	114Q2	114Q3	114Q4	醫學中心	5.70%	5.45%	5.73%	5.26%	區域醫院	6.27%	6.11%	6.24%	5.68%	地區醫院	7.34%	7.09%	6.56%	6.30%	依據 114 年第 4 次醫院總額共管會議決議辦理
	114Q1	114Q2	114Q3	114Q4																																									
醫學中心	5.70% <u>5.26%</u>	5.45% <u>5.32%</u>	5.73% <u>5.42%</u>	5.26% <u>5.68%</u>																																									
區域醫院	6.27% <u>5.68%</u>	6.11% <u>5.39%</u>	6.24% <u>5.99%</u>	6.30% <u>俟資料產出後更新</u>																																									
地區醫院	7.34% <u>6.30%</u>	7.09% <u>5.93%</u>	6.56% <u>5.79%</u>																																										
	114Q1	114Q2	114Q3	114Q4																																									
醫學中心	5.70%	5.45%	5.73%	5.26%																																									
區域醫院	6.27%	6.11%	6.24%	5.68%																																									
地區醫院	7.34%	7.09%	6.56%	6.30%																																									
32	附件、115年品質指標項目與操作型定義【附件、p.6】	序號 22「門診婦科超音波非合理區間再執行率(含跨院)」	<p>115Q1 起目標值： 實績值 ≤ 前一年同期全國同儕 P50</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>季別</th> <th>全國同儕 P50</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>115Q1</td> <td>2.32%<u>1.83%</u></td> </tr> <tr> <td>115Q2</td> <td>2.38%<u>1.93%</u></td> </tr> <tr> <td>115Q3</td> <td>2.23%<u>2.25%</u></td> </tr> <tr> <td>115Q4</td> <td>2.16%<u>俟資料產出後更新</u></td> </tr> </tbody> </table>	季別	全國同儕 P50	115Q1	2.32% <u>1.83%</u>	115Q2	2.38% <u>1.93%</u>	115Q3	2.23% <u>2.25%</u>	115Q4	2.16% <u>俟資料產出後更新</u>	<p>114Q4 起目標值： 實績值 ≤ 前一年同期全國同儕 P50</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>季別</th> <th>全國同儕 P50</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>113Q1</td> <td>2.32%</td> </tr> <tr> <td>113Q2</td> <td>2.38%</td> </tr> <tr> <td>113Q3</td> <td>2.23%</td> </tr> <tr> <td>113Q4</td> <td>2.16%</td> </tr> </tbody> </table>	季別	全國同儕 P50	113Q1	2.32%	113Q2	2.38%	113Q3	2.23%	113Q4	2.16%	依據 114 年第 4 次醫院總額共管會議決議辦理																				
季別	全國同儕 P50																																												
115Q1	2.32% <u>1.83%</u>																																												
115Q2	2.38% <u>1.93%</u>																																												
115Q3	2.23% <u>2.25%</u>																																												
115Q4	2.16% <u>俟資料產出後更新</u>																																												
季別	全國同儕 P50																																												
113Q1	2.32%																																												
113Q2	2.38%																																												
113Q3	2.23%																																												
113Q4	2.16%																																												