

全民健康保險醫院總額臺北分區 115 年第 2 次共管會議紀錄

時間：中華民國 115 年 6 月 16 日 14 時

地點：中央健康保險署臺北業務組壽德大樓 9 樓第 1 會議室

主席：

余院長忠仁

李組長純馥

紀錄：潘思潔

出席會議代表及人員(職稱略)：

一、醫界代表：

陳威明代表	李偉強 (代)	鄒繼群代表	鄒繼群
張文瀚代表	林富滿 (代)	賴旗俊代表	賴旗俊
蔡宜廷代表	蔡宜廷	施俊明代表	鄭如珊 (代)
侯勝茂代表	廖秋錫 (代)	項正川代表	項正川
簡志誠代表	李妮真 (代)	廖茂宏代表	周麗娟 (代)
劉燦宏代表	劉岸瑛 (代)	朱益宏代表	朱益宏
邱冠明代表	洪芳明 (代)	劉靜怡代表	劉靜怡
李明哲代表	黃雅姿 (代)	吳淑芬代表	吳淑芬
趙有誠代表	蕭仁良 (代)	康義勝代表	康義勝
王智弘代表	黃遵誠 (代)	黃銘德代表	謝政賢 (代)
林三齊代表	林三齊	潘為鏡代表	潘為鏡
楊純豪代表	胡太晉 (代)	徐德福代表	徐德福
盧進德代表	盧進德	傅振輝代表	傅振輝
陳欣宏代表	孟令妤 (代)		
黃瑞仁代表	徐明洸 (代)		

二、指定列席代表(職稱略)：

許育瑞	林華卿	江雪萍	陳盈如	孫建偉
許育嘉	林佳霈	應思漢	游素秋	

三、醫院陪同及審查分會台北分會列席人員：如簽到表

四、中央健康保險署臺北業務組代表及人員：

潘尹婷	張志銘	尤明村	曹麗玲	許佩真	劉家雯
蔡金玲	高軒偉	潘思潔	游博雁	何欣穎	李仰皓
潘姿澣	賴佩伶	尤藪蓉	張靈	林鈺馨	江秉融
宋晨新	魏妤娟	陳慧如			

壹、主席致詞(略)

貳、本會前次會議紀錄確認

參、歷次會議決議之辦理情形追蹤(共 2 案，2 案解除列管，洽悉。)

肆、報告事項

報告單位：健保署臺北業務組

第一案

案由：本分區醫院總額執行概況及宣導事項。

決定：洽悉。

第二案

案由：有關中央健康保險署臺北業務組「個別醫院前瞻式預算分區共管方式」115Q1 核定估算概況。

說明：本分區 115Q1 估算整體點數核付率為 98.2%，預估點值將自 0.9727 提升至 0.9839。

第三案

案由：有關中央健康保險署臺北業務組「個別醫院前瞻式預算分區共管方式」配合 115 年 0-6 歲結算方式調整一案。

說明：

一、因應 115 年醫院總額將 0-6 歲兒童醫療量能預算(醫院部門 125.50 億元)獨立支應政策，本分區共管方式調整如下：

(一)定義：申報起日(或就醫日期)-出生日期<2,192 日〔署本部 115/5/13 版〕

(二)預算：不含 0-6 歲醫療費用(署本部統一計算)。

(三)當期申報一般服務點數：排除 0-6 歲申報點數。

(四)基期點數(0 階)：排除 0-6 歲醫療費用。

(五)保障項目：

1. 配合調整 0-6 歲相關之保障項目，移入獨立結算範圍：

(1)序號 5「體重低於 2499 公克或未滿 32 週之早產兒」。

(2)序號 6「1 歲以下幼兒及新生兒呼吸疾病」。

(3)序號 9「ICU:6 歲(含)以下前 14 天之 ICU 基本診療費」。

2. 新增保障項目：「新生兒依附就醫」，因署本部針對 0~6 歲定義未納入，爰另增列保障其費用差額。(註：定義為部分負擔代碼 903/新生兒依附註記方式就醫者)

(六)單價核減：排除 0-6 歲及部分負擔代碼 903(新生兒依附註記方式就醫者)申報點數後計算。

(七)品質指標、門住指標成長率：因係監測全院品質概況及成長規模樣態，爰按原方案計算，不另排除 0~6 歲案件。

二、本組總額管理方案點值結算方式擬配合調整，將基期、當期一般服務點數、保障項目等扣除 0-6 歲點數，修訂文字如附件 2，並回溯自費用年月 115Q1 起實施。

決定：洽悉。

討論事項

第一案

提案單位：健保署臺北業務組

案由：115Q3-Q4 本分區醫院目標點值修訂(且階 3 核付率上限 0.75、住診指標成長率權重調整)案。

決議：

- 一、115Q3 目標點值提高至「0.965」，115Q4 之目標點值待 115Q2 申報完成後啟動工作小組，並於下次會議討論。
- 二、暫不修訂階 3 核付率上限。
- 三、另為鼓勵護理人力成長及與其他分區權重一致，爰自費用年月 115Q1 起調整護理人數成長率權重為 20%(原為 10%)、住診 CMI 成長率權重為 10%(原為 20%)。

第二案

提案單位：健保署臺北業務組

案由：有關中央健康保險署臺北業務組「個別醫院前瞻式預算分區共管方式」品質指標修訂案，提請討論。

決議：新增 2 項、刪除 7 項及更新目標值 3 項(詳附件 1)。

類型	原指標序號	指標名稱	實施期程	
新增指標		門診輕症占率	115Q3	
		生物相似藥及化療學名藥醫令量占率	115Q3	
刪除指標	指標重複	1	門診占率	115Q3
		22	門診婦科超音波非合理區間再執行率(含跨院)	115Q3
	指標效益偏低 為實質獎勵醫院執行成效，移列至本分區風險移撥款予以獎勵	2	一般服務藥費占率	115Q3
		6	地區醫院全人全社區照護計畫	115Q3
		9	急性後期照護計畫下轉及收案照護數	115Q3
		10	安寧療護照護人數成長率	115Q3
已達國家目標	18	C 肝全口服新藥收案人次	115Q3	
更新目標值	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/糖尿病合併初期慢性腎臟病方案收案率	115Q2	
	16	西醫門診病人可避免住院率(季累計)	115Q1	
	17	以病例組合校正之住院案件出院後 14 日內再住院率	115Q1	

第三案

提案單位：健保署臺北業務組

案由：鼓勵醫院強化住院服務量能，共管方式增列階1級距增加值，提請討論。

決議：暫不實施，重新研擬後至工作小組討論。

第四案

提案單位：健保署臺北業務組

案由：有關民眾反映醫院之牙科門診疑有自費病人優先治療情事，為確保病人就醫權益，擬列入管理，提請討論。

決議：

為維護病人就醫權益，增訂「個別醫院前瞻式預算分區共管方式」如下：

一、有關病人就醫權益確認措施(原共管方式)：

柒、其他事項

一、病人就醫權益確保措施：

(一) 不當轉診(人球)定義：

1. 涉違規事件揭露(本署查核單位/檢調相關單位)或經司法單位判定結果須處以罰則。
2. 申訴或報載等有不當轉診(人球)情形，經「臺北區就醫品質管理小組」(如附件5)確認。

(二) 當有以上不當轉診事件發生，該季即對該院執行以下措施：

1. 基期點數(0階)依乘以當季預估之臺北醫院整體平均點值計算。
2. 取消肆之五、品質補付。
3. 取消肆之八、「小型醫院費用波動」回補。

二、修訂「不當轉診(人球)定義」為「不當轉診(人球)及影響健保病人就醫權益定義」，另增訂「2.申訴或報載等有不當轉診(人球)及影響健保病人就醫權益情形，經「臺北區就醫品質管理小組」(如附件5)確認。」。

臨時提案

提案單位：全民醫院、祥頤醫院

案由：有關調整「小型醫院費用波動」回補方式及個別醫院回補上限，提請討論。

決議：照案通過，「小型醫院費用波動」調控回補點數至 0.95，並取消個別醫院回補上限 250 萬，修改如下：

(一) 「小型醫院費用波動」調控：

1. 適用對象：符合以下 2 項條件醫院：

(1) 當季申報一般服務點數(申請點數+部分負擔) \leq 5,000 萬醫院。

(2) (核定點數 \times 目標點值) \div 當季一般服務淨點數 $<$ ~~0.9~~ 0.95。

2. 回補方式：回補點數至 ~~0.9~~ 0.95，惟設有~~上限，規定如下：~~

~~(1) 個別醫院回補上限 250 萬。~~

~~(2) 整體醫院回補上限 3000 萬，如超出回補上限，則參與回補醫院等比例調降回補點數。~~

散會 (16 時 45 分)

說明	擬修訂之品質指標				現行品質指標					
	序號	適用醫院類別	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	115Q3 起目標值	序號	適用醫院類別	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	目標值
新增指標	1	1、2(含三總北投、部八里)	門診輕症占率	<p>門診輕症占率 定義：</p> <p>1. 整體門診案件：醫事類別 12 且排除代辦(案件分類 A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF)。</p> <p>2. 輕症案件：整體門診案件排除重大傷病、罕病、急診、門診手術、放療及化療注射案件及政策相關等。</p> <p>(1) 重大傷病：部分負擔代碼 001。</p> <p>(2) 罕病：</p> <p>甲、部分負擔代碼=001 且主、次診斷任一亦符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼(診斷碼完全符合才列入計算)之所有案件且領有重大傷病卡者。</p> <p>乙、國健署重大傷病罕病通報紀錄檔註記審核通過，但未領有重大傷病卡(罕見疾病註記為 Y)之保險對象，任一主、次診斷符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼(診斷碼完全符合才列入計算)且申報符合罕見疾病藥物品項之案件。</p> <p>(3) 急診：案件分類為 02。</p> <p>(4) 門診手術：案件分類 03(西醫門診手術)、C1(論病例計酬案件)，但 C1 論病例計酬案件不含 ESWL(ICD-10-CM 主診斷碼為 N20.0-N20.9；ICD-10-PCS 主手術或處置碼：0TF3XZZ、0TF4XZZ、0TF6XZZ、0TF7XZZ、0TFBXZZ、0TFCXZZ、0WFRXZZ)。</p> <p>(5) 放療案件：醫令類別 2 且醫令代碼為 36001B~36015B、36018B~36021C、37006B~37019B、37026B、</p>	<p>1. 醫學中心：當季門診輕症占率較前一年同期下降 1%或當季門診輕症占率≤同儕平均。</p> <p>2. 區域醫院：當季門診輕症占率≤前一年同期或當季門診輕症占率≤同儕平均。</p>					

說明	擬修訂之品質指標				現行品質指標					
	序號	適用醫院類別	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	115Q3 起目標值	序號	適用醫院類別	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	目標值
				<p>37030B、37046B、36022B、36023B、36024B、37028B、37029B、37047B、36025B、36026B、36027B。</p> <p>(6)化療注射案件：有申報 ATC 碼前三碼為 L01、L02 及 ATC 碼為 L03AB04、L03AB05、L03AC01、L03AX、L03AX03、L03AX16、L04AX02、L04AX04、L04AX06、V10XX03、V10XA01~04、V10XA53，且為注射劑(藥品醫令第 8 碼為 2)之案件。</p> <p>(7)門診靜脈抗生素治療(OPAT)案件：特定治療項目代號 DA。</p> <p>(8)在宅急症照護(HaH)案件：特定治療項目代號 EN。</p> <p>3. 分子：輕症案件申報點數(申請點數+部分負擔)。</p> <p>4. 分母：整體門診案件申報點數(申請點數+部分負擔)。</p> <p>5. 倘後續署本部公告全署一致之門診輕症定義，則依其規定辦理。</p>						
刪除指標：因(序號 1)門診占率與門診輕症占率相似	1	1、2	門診占率	<p>定義：</p> <p>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、OPAT 案件、及專款專用與其他部門案件點數。</p> <p>2. 住診：排除案件分類 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 之案件及專款專用與其他部門案件點數。</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>	當季門診占率較前一年同期下降或當季門診占率≤同儕平均	1	1、2	門診占率	<p>定義：</p> <p>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、OPAT 案件、及專款專用與其他部門案件點數。</p> <p>2. 住診：排除案件分類 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 之案件及專款專用與其他部門案件點數。</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>	當季門診占率較前一年同期下降或當季門診占率≤同儕平均

說明	擬修訂之品質指標				現行品質指標					
	序號	適用醫院類別	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	115Q3 起目標值	序號	適用醫院類別	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	目標值
刪除指標：因指標效益偏低	2	1、2、3、4、5、6	一般服務藥費占率	<p>定義：</p> <p>1. 門診：排除案件分類 A3、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF 案件。</p> <p>2. 住診：排除案件分類 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 之案件。</p> <p>3. 分子：排除醫院申報其他部門及專款專用藥費，現行其他部門及專款專用藥費為「狂犬病治療藥費、矯正機關及戒護外就醫藥費、抗排斥用藥、血友病藥費點數、愛滋病藥費點數滿 2 年、C 肝藥費、罕病藥費、精神科長效針劑藥費、居家照護藥費(不含特定治療項目 EC)、巡迴醫療服務藥費、器官移植案件藥費」。</p> <p>4. 分母：一般服務點數。</p>	<p>當季自身實績值 ≤ 基期年(113 年)同期自身實績值</p>	2	1、2、3、4、5、6	一般服務藥費占率	<p>定義：</p> <p>1. 門診：排除案件分類 A3、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF 案件。</p> <p>2. 住診：排除案件分類 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 之案件。</p> <p>3. 分子：排除醫院申報其他部門及專款專用藥費，現行其他部門及專款專用藥費為「狂犬病治療藥費、矯正機關及戒護外就醫藥費、抗排斥用藥、血友病藥費點數、愛滋病藥費點數滿 2 年、C 肝藥費、罕病藥費、精神科長效針劑藥費、居家照護藥費(不含特定治療項目 EC)、巡迴醫療服務藥費、器官移植案件藥費」。</p> <p>4. 分母：一般服務點數。</p>	<p>當季自身實績值 ≤ 基期年(113 年)同期自身實績值</p>
新增指標	2	1、2	生物相似藥及化療學名藥醫令量占率	<p>定義：</p> <p>1. 門診：排除案件分類 A3、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF。</p> <p>2. 住診：排除案件分類 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 之案件。</p> <p>3. 生物相似藥醫令及化療學名藥醫令：依「全民健康保險推動使用生物相似性藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫」所列之藥品清單。</p> <p>4. 生物相似藥醫令使用率： (1) 分子：門診+住診生物相似藥醫令申報量。 (2) 分母：門診+住診 8 類藥品成分 (adalimumab、bevacizumab、etanercept、filgrastim、infliximab、pegfilgrastim、rituximab、teriparatide) 醫令申報量。</p> <p>5. 化療學名藥醫令使用率： (1) 分子：門診+住診化療學名藥醫令申報量。 (2) 分母：門診+住診 15 類藥品成分</p>	<p>1. 當季生物相似藥醫令量占率 ≥ 30% 或較前一年同期提升 5 個百分點。</p> <p>2. 當季化療學名藥醫令量占率 ≥ 70% 或較前一年同期提升 10 個百分點。</p> <p>3. 生物相似藥及化療學名藥醫令量占率兩者皆達目標值，採計為達成 1 項品質指標；僅有一達標則採計達成 0.5 項品質指標。</p>					

說明	擬修訂之品質指標				現行品質指標					
	序號	適用醫院類別	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	115Q3 起目標值	序號	適用醫院類別	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	目標值
				分(capecitabine、carboplatin、docetaxel、doxorubicin、epirubicin、eribulin、irinotecan、melphalan、mitomycin c、oxaliplatin、pemetrexed、tegafur、temozolomide、topotecan、vinorelbine)醫令申報量。 6.倘後續署本部公告修訂該計畫之適用藥品清單,則依公告修訂之藥品清單範圍於公告實施日起適用。						
無調整	3	1、2	急診檢傷 1、2 級病人停留超 48 小時比率	定義： 1. 本署 DA 指標代碼：1811。 2. 急診案件：門、住診案件申報「急診診察費醫令 00201B、00202B」及「急診起、迄時間醫令」者。 3. 區域級以上醫院。 4. 配合署本部跨月彙算需求、指標計算結果產製期程較晚,上述各項數據皆使用最近一季資料。	自身實績值≤前一年同期自身實績值	3	1、2	急診檢傷 1、2 級病人停留超 48 小時比率	定義： 1. 本署 DA 指標代碼：1811。 2. 急診案件：門、住診案件申報「急診診察費醫令 00201B、00202B」及「急診起、迄時間醫令」者。 3. 區域級以上醫院。 4. 配合署本部跨月彙算需求、指標計算結果產製期程較晚,上述各項數據皆使用最近一季資料。	自身實績值≤前一年同期自身實績值
無調整	4	1、2	急診檢傷 3-5 級病人停留超過 24 小時比率	定義： 1. 本署 DA 指標代碼：1336。 2. 急診案件：門、住診案件申報「急診診察費醫令 00203B、00204B、00225B」及「急診起、迄時間醫令」者。 3. 區域級以上醫院。 4. 配合署本部跨月彙算需求、指標計算結果產製期程較晚,上述各項數據皆使用最近一季資料。	自身實績值≤前一年同期自身實績值	4	1、2	急診檢傷 3-5 級病人停留超過 24 小時比率	定義： 1. 本署 DA 指標代碼：1336。 2. 急診案件：門、住診案件申報「急診診察費醫令 00203B、00204B、00225B」及「急診起、迄時間醫令」者。 3. 區域級以上醫院。 4. 配合署本部跨月彙算需求、指標計算結果產製期程較晚,上述各項數據皆使用最近一季資料。	自身實績值≤前一年同期自身實績值
新增「6. 婦兒專科」適用	5	1、2、3、6	門診 10 項重要檢查(驗)非合理區間再	1. 門診 10 項重要檢查(驗)非合理區間再執行率 ■ 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=門診申報歸併醫令前 5 碼 0801X、09044、18005、18007、1900X、26072、28016、28017、3307X、3308X 季醫令數合計。 ※歸併醫令項目如下：	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 (將依據 115 年抑制資源不當耗用指標予以訂定)	5	1、2、3	門診 10 項重要檢查(驗)非合理區間再	1.門診 10 項重要檢查(驗)非合理區間再執行率 ■ 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=門診申報歸併醫令前 5 碼 0801X、09044、18005、18007、1900X、26072、28016、28017、3307X、3308X 季醫令數合計。	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 (將依據 115 年抑制資源不當耗用指標予以訂定)

說明	擬修訂之品質指標				現行品質指標																										
	序號	適用醫院類別	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	115Q3 起目標值	序號	適用醫院類別	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	目標值																					
			執行率 (10項加總計算)	(9)0801X：08011、08012、08082 (10) 1900X：19001、19009 (11) 3307X：33070、33071、33072 (12) 3308X：33084、33085 ※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及大腸鏡檢查等檢查。 (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、C5)，急診案件(02)，醫令類別 4。 2. 以 DA3347 指標最近一季可計算資料計分。				執行率 (10項加總計算)	※歸併醫令項目如下： (1) 0801X：08011、08012、08082 (2)1900X：19001、19009 (3)3307X：33070、33071、33072 (4)3308X：33084、33085 ※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及大腸鏡檢查等檢查。 (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、C5)，急診案件(02)，醫令類別 4。 2.以 DA3347 指標最近一季可計算資料計分。																						
刪除指標：為實質獎勵醫院執行成效，移列至本分區風險移撥款予以獎勵。	6	3-	地區醫院全人全社區照護計畫	<p>1.參與醫院獎勵：參與當年度全人全社區照護計畫且經分區業務組核定。</p> <p>2.健康資料建檔率：</p> <p>(1)分子：醫院當季會員健康資料累計上傳人數。</p> <p>(2)分母：醫院當年度於計畫公告期限內上傳VPN之預計收案會員人數。</p> <p>3.血糖、血脂監測數據控制良(或進步)率、血壓上傳率：3項小指標達成2項以上者。</p> <p>(1)血糖監測數據控制良(或進步)率：≥收案會員之50百分位數者達標</p> <p>a.分子：分母中，HbA1c檢驗結果達控制良好或進步</p> <p>b.分母：高血糖收案會員數</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>季別</th> <th>目標值</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>115Q1</td> <td>去年度之血糖、血脂監測數據控制良(或進步)率、血壓上傳率共≥2項達標</td> </tr> <tr> <td>Q2</td> <td>參與全人全社區照護計畫</td> </tr> <tr> <td>Q3</td> <td>健康資料建檔率≥20%</td> </tr> <tr> <td>Q4</td> <td>健康資料建檔率≥80%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Q4健康資料建檔率、血糖、血脂監測數據控制良(或進步)率及血壓上傳率，皆係依方案指標目標值作為風控方案品質指標目標值。</p>	季別	目標值	115Q1	去年度之血糖、血脂監測數據控制良(或進步)率、血壓上傳率共≥2項達標	Q2	參與全人全社區照護計畫	Q3	健康資料建檔率≥20%	Q4	健康資料建檔率≥80%		6	3	地區醫院全人全社區照護計畫	<p>1.參與醫院獎勵：參與當年度全人全社區照護計畫且經分區業務組核定。</p> <p>2.健康資料建檔率：</p> <p>(1)分子：醫院當季會員健康資料累計上傳人數。</p> <p>(2)分母：醫院當年度於計畫公告期限內上傳VPN之預計收案會員人數。</p> <p>3.血糖、血脂監測數據控制良(或進步)率、血壓上傳率：3項小指標達成2項以上者。</p> <p>(1)血糖監測數據控制良(或進步)率：≥收案會員之50百分位數者達標</p> <p>a.分子：分母中，HbA1c檢驗結果達控制良好或進步</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>季別</th> <th>目標值</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>115Q1</td> <td>去年度之血糖、血脂監測數據控制良(或進步)率、血壓上傳率共≥2項達標</td> </tr> <tr> <td>Q2</td> <td>參與全人全社區照護計畫</td> </tr> <tr> <td>Q3</td> <td>健康資料建檔率≥20%</td> </tr> <tr> <td>Q4</td> <td>健康資料建檔率≥80%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Q4健康資料建檔率、血糖、血脂監測數據控制良(或進步)率及血壓上傳率，皆係依方案指標目標值作為風控方案品質指標目標值。</p>	季別	目標值	115Q1	去年度之血糖、血脂監測數據控制良(或進步)率、血壓上傳率共≥2項達標	Q2	參與全人全社區照護計畫	Q3	健康資料建檔率≥20%	Q4	健康資料建檔率≥80%
季別	目標值																														
115Q1	去年度之血糖、血脂監測數據控制良(或進步)率、血壓上傳率共≥2項達標																														
Q2	參與全人全社區照護計畫																														
Q3	健康資料建檔率≥20%																														
Q4	健康資料建檔率≥80%																														
季別	目標值																														
115Q1	去年度之血糖、血脂監測數據控制良(或進步)率、血壓上傳率共≥2項達標																														
Q2	參與全人全社區照護計畫																														
Q3	健康資料建檔率≥20%																														
Q4	健康資料建檔率≥80%																														

說明	擬修訂之品質指標				現行品質指標					
	序號	適用醫院類別	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	115Q3 起目標值	序號	適用醫院類別	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	目標值
				<p>(2) 血脂監測數據控制良(或進步)率：≥收案會員之50百分位數者達標</p> <p>a.分子：分母中，LDL檢驗結果達控制良好或進步</p> <p>b.分母：高血糖、高血脂、ASCVD(風險等級達非常高或極高)收案會員數。</p> <p>(3) 血壓上傳率：≥50%者達標</p> <p>a.分子：收案會員中，每年至少上傳2筆血壓值(高血壓病人則每年至少上傳3筆)</p> <p>b.分母：會員人數</p> <p>註1：進步定義為檢驗結果後測-前測<0，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度7月1日以後，且前測及後測日期應間隔84天(含)以上。</p> <p>註2：控制良好定義及範圍如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 控制良好定義為當年度最後一次檢驗結果屬控制良好(最後一次檢驗結果應於當年度7月1日以後。僅具高血糖、高血脂個案，若於當年度7月1日前之LDL檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受LDL檢驗者，亦視為控制良好)或當年度檢驗結果中，半數以上達控制良好範圍。 ● 控制良好範圍如下： 					<p>b.分母：高血糖收案會員數</p> <p>(2) 血脂監測數據控制良(或進步)率：≥收案會員之50百分位數者達標</p> <p>a.分子：分母中，LDL檢驗結果達控制良好或進步</p> <p>b.分母：高血糖、高血脂、ASCVD(風險等級達非常高或極高)收案會員數。</p> <p>(3) 血壓上傳率：≥50%者達標</p> <p>a.分子：收案會員中，每年至少上傳2筆血壓值(高血壓病人則每年至少上傳3筆)</p> <p>b.分母：會員人數</p> <p>註1：進步定義為檢驗結果後測-前測<0，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度7月1日以後，且前測及後測日期應間隔84天(含)以上。</p> <p>註2：控制良好定義及範圍如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 控制良好定義為當年度最後一次檢驗結果屬控制良好(最後一次檢驗結果應於當年度7月1日以後。僅具高血糖、高血脂個案，若於當年度7月1日前之LDL檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受LDL檢驗者，亦視為控制良好)或當年度檢驗結果中，半數以上達控制良好範圍。 ● 控制良好範圍如下： 	

說明	擬修訂之品質指標				現行品質指標																																																																																																	
	序號	適用醫院類別	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	115Q3 起目標值	序號	適用醫院類別	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	目標值																																																																																												
				<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">疾病組合</th> <th colspan="2">檢驗項目控制良好範圍</th> </tr> <tr> <th>HbA1c</th> <th>LDL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>高血糖</td> <td><7% ; 80歲以上病人為<8%</td> <td>100 mg/dL</td> </tr> <tr> <td>高血脂</td> <td></td> <td>100 mg/dL</td> </tr> <tr> <td>ASCVD</td> <td></td> <td>非常高 : <70 mg/dL ; 極高 : <55 mg/dL</td> </tr> <tr> <td>高血糖+高血脂</td> <td><7% ; 80歲以上病人為<8%</td> <td>100 mg/dL</td> </tr> <tr> <td>高血糖+ASCVD</td> <td><7% ; 80歲以上病人為<8%</td> <td>非常高 : <70 mg/dL ; 極高 : <55 mg/dL</td> </tr> <tr> <td>高血脂+ASCVD</td> <td></td> <td>非常高 : <70 mg/dL ; 極高 : <55 mg/dL</td> </tr> <tr> <td>高血糖+高血脂+ASCVD</td> <td><7% ; 80歲以上病人為<8%</td> <td>非常高 : <70 mg/dL ; 極高 : <55 mg/dL</td> </tr> </tbody> </table>	疾病組合	檢驗項目控制良好範圍		HbA1c	LDL	高血糖	<7% ; 80歲以上病人為<8%	100 mg/dL	高血脂		100 mg/dL	ASCVD		非常高 : <70 mg/dL ; 極高 : <55 mg/dL	高血糖+高血脂	<7% ; 80歲以上病人為<8%	100 mg/dL	高血糖+ASCVD	<7% ; 80歲以上病人為<8%	非常高 : <70 mg/dL ; 極高 : <55 mg/dL	高血脂+ASCVD		非常高 : <70 mg/dL ; 極高 : <55 mg/dL	高血糖+高血脂+ASCVD	<7% ; 80歲以上病人為<8%	非常高 : <70 mg/dL ; 極高 : <55 mg/dL						<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">疾病組合</th> <th colspan="2">檢驗項目控制良好範圍</th> </tr> <tr> <th>HbA1c</th> <th>LDL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>高血糖</td> <td><7% ; 80歲以上病人為<8%</td> <td>100 mg/dL</td> </tr> <tr> <td>高血脂</td> <td></td> <td>100 mg/dL</td> </tr> <tr> <td>ASCVD</td> <td></td> <td>非常高 : <70 mg/dL ; 極高 : <55 mg/dL</td> </tr> <tr> <td>高血糖+高血脂</td> <td><7% ; 80歲以上病人為<8%</td> <td>100 mg/dL</td> </tr> <tr> <td>高血糖+ASCVD</td> <td><7% ; 80歲以上病人為<8%</td> <td>非常高 : <70 mg/dL ; 極高 : <55 mg/dL</td> </tr> <tr> <td>高血脂+ASCVD</td> <td></td> <td>非常高 : <70 mg/dL ; 極高 : <55 mg/dL</td> </tr> <tr> <td>高血糖+高血脂+ASCVD</td> <td><7% ; 80歲以上病人為<8%</td> <td>非常高 : <70 mg/dL ; 極高 : <55 mg/dL</td> </tr> </tbody> </table>	疾病組合	檢驗項目控制良好範圍		HbA1c	LDL	高血糖	<7% ; 80歲以上病人為<8%	100 mg/dL	高血脂		100 mg/dL	ASCVD		非常高 : <70 mg/dL ; 極高 : <55 mg/dL	高血糖+高血脂	<7% ; 80歲以上病人為<8%	100 mg/dL	高血糖+ASCVD	<7% ; 80歲以上病人為<8%	非常高 : <70 mg/dL ; 極高 : <55 mg/dL	高血脂+ASCVD		非常高 : <70 mg/dL ; 極高 : <55 mg/dL	高血糖+高血脂+ASCVD	<7% ; 80歲以上病人為<8%	非常高 : <70 mg/dL ; 極高 : <55 mg/dL																																								
疾病組合	檢驗項目控制良好範圍																																																																																																					
	HbA1c	LDL																																																																																																				
高血糖	<7% ; 80歲以上病人為<8%	100 mg/dL																																																																																																				
高血脂		100 mg/dL																																																																																																				
ASCVD		非常高 : <70 mg/dL ; 極高 : <55 mg/dL																																																																																																				
高血糖+高血脂	<7% ; 80歲以上病人為<8%	100 mg/dL																																																																																																				
高血糖+ASCVD	<7% ; 80歲以上病人為<8%	非常高 : <70 mg/dL ; 極高 : <55 mg/dL																																																																																																				
高血脂+ASCVD		非常高 : <70 mg/dL ; 極高 : <55 mg/dL																																																																																																				
高血糖+高血脂+ASCVD	<7% ; 80歲以上病人為<8%	非常高 : <70 mg/dL ; 極高 : <55 mg/dL																																																																																																				
疾病組合	檢驗項目控制良好範圍																																																																																																					
	HbA1c	LDL																																																																																																				
高血糖	<7% ; 80歲以上病人為<8%	100 mg/dL																																																																																																				
高血脂		100 mg/dL																																																																																																				
ASCVD		非常高 : <70 mg/dL ; 極高 : <55 mg/dL																																																																																																				
高血糖+高血脂	<7% ; 80歲以上病人為<8%	100 mg/dL																																																																																																				
高血糖+ASCVD	<7% ; 80歲以上病人為<8%	非常高 : <70 mg/dL ; 極高 : <55 mg/dL																																																																																																				
高血脂+ASCVD		非常高 : <70 mg/dL ; 極高 : <55 mg/dL																																																																																																				
高血糖+高血脂+ASCVD	<7% ; 80歲以上病人為<8%	非常高 : <70 mg/dL ; 極高 : <55 mg/dL																																																																																																				
目標值更新：配合資料可擷取日更新目標值。	6	1、2、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 / 糖尿病合併初期慢性腎臟病方案	<p>■ *糖尿病方案累計照護率操作型定義：</p> <ol style="list-style-type: none"> 分子：申報醫令代碼前 3 碼為 P14 或 P70 之人數 分母：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)之門診主診斷為 E08-E13 之人數 以當季資料計算。 本署 DA 指標代碼：3453 <p>■ *初期慢性腎臟病方案累計照護率操作型定義：</p> <ol style="list-style-type: none"> 分子：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。) 分母：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 以當季資料計算。 	<p>糖尿病、慢性腎臟病、糖尿病合併初期慢性腎臟病方案收案率>前一年同期台北區醫院同儕 P75 <u>或較自身前一年同期提升 5 個百分點。</u></p> <p>(任一達標則得分)</p> <p>115 年目標值(前一年台北區醫院同儕同期 P75)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>層級別</th> <th>Q1</th> <th>Q2</th> <th>Q3</th> <th>Q4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">DM</td> <td>醫中</td> <td>60.57%</td> <td>71.51%</td> <td><u>72.44%</u></td> <td><u>73.13%</u></td> </tr> <tr> <td>區域</td> <td>58.28%</td> <td>67.68%</td> <td><u>68.60%</u></td> <td><u>68.34%</u></td> </tr> <tr> <td>地區</td> <td>58.53%</td> <td>66.51%</td> <td><u>65.41%</u></td> <td><u>64.70%</u></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">CKD</td> <td>醫中</td> <td>21.48%</td> <td>28.48%</td> <td><u>30.91%</u></td> <td><u>32.45%</u></td> </tr> <tr> <td>區域</td> <td>22.44%</td> <td>30.53%</td> <td><u>25.98%</u></td> <td><u>26.43%</u></td> </tr> <tr> <td>地區</td> <td>12.59%</td> <td>14.18%</td> <td><u>12.5%</u></td> <td><u>12.05%</u></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">DKD</td> <td>醫中</td> <td>78.72%</td> <td>88.94%</td> <td><u>85.75%</u></td> <td><u>85.01%</u></td> </tr> <tr> <td>區域</td> <td>68.00%</td> <td>85.66%</td> <td><u>89.99%</u></td> <td><u>89.42%</u></td> </tr> <tr> <td>地區</td> <td>76.57%</td> <td>94.12%</td> <td><u>92.59%</u></td> <td><u>91.38%</u></td> </tr> </tbody> </table>		層級別	Q1	Q2	Q3	Q4	DM	醫中	60.57%	71.51%	<u>72.44%</u>	<u>73.13%</u>	區域	58.28%	67.68%	<u>68.60%</u>	<u>68.34%</u>	地區	58.53%	66.51%	<u>65.41%</u>	<u>64.70%</u>	CKD	醫中	21.48%	28.48%	<u>30.91%</u>	<u>32.45%</u>	區域	22.44%	30.53%	<u>25.98%</u>	<u>26.43%</u>	地區	12.59%	14.18%	<u>12.5%</u>	<u>12.05%</u>	DKD	醫中	78.72%	88.94%	<u>85.75%</u>	<u>85.01%</u>	區域	68.00%	85.66%	<u>89.99%</u>	<u>89.42%</u>	地區	76.57%	94.12%	<u>92.59%</u>	<u>91.38%</u>	7	1、2、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 / 糖尿病合併初期慢性腎臟病方案	<p>■ *糖尿病方案累計照護率操作型定義：</p> <ol style="list-style-type: none"> 分子：申報醫令代碼前 3 碼為 P14 或 P70 之人數 分母：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)之門診主診斷為 E08-E13 之人數 以當季資料計算。 本署 DA 指標代碼：3453 <p>■ *初期慢性腎臟病方案累計照護率操作型定義：</p> <ol style="list-style-type: none"> 分子：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。) 分母：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 	<p>糖尿病、慢性腎臟病、糖尿病合併初期慢性腎臟病方案收案率>前一年同期台北區醫院同儕 P75</p> <p>(任一達標則得分)</p> <p>115 年目標值(前一年台北區醫院同儕同期 P75)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>層級別</th> <th>Q1</th> <th>Q2</th> <th>Q3</th> <th>Q4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">DM</td> <td>醫學中心</td> <td>60.57%</td> <td>71.51%</td> <td colspan="2">DA 尚未完成會算尚無法產出</td> </tr> <tr> <td>區域醫院</td> <td>58.28%</td> <td>67.68%</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>地區醫院</td> <td>58.53%</td> <td>66.51%</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">CKD</td> <td>醫學中心</td> <td>21.48%</td> <td>28.48%</td> <td colspan="2">DA 尚未完成會算尚無法產出</td> </tr> <tr> <td>區域醫院</td> <td>22.44%</td> <td>30.53%</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>地區醫院</td> <td>12.59%</td> <td>14.18%</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>		層級別	Q1	Q2	Q3	Q4	DM	醫學中心	60.57%	71.51%	DA 尚未完成會算尚無法產出		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%	DA 尚未完成會算尚無法產出		區域醫院	22.44%	30.53%			地區醫院	12.59%	14.18%		
	層級別	Q1	Q2	Q3	Q4																																																																																																	
DM	醫中	60.57%	71.51%	<u>72.44%</u>	<u>73.13%</u>																																																																																																	
	區域	58.28%	67.68%	<u>68.60%</u>	<u>68.34%</u>																																																																																																	
	地區	58.53%	66.51%	<u>65.41%</u>	<u>64.70%</u>																																																																																																	
CKD	醫中	21.48%	28.48%	<u>30.91%</u>	<u>32.45%</u>																																																																																																	
	區域	22.44%	30.53%	<u>25.98%</u>	<u>26.43%</u>																																																																																																	
	地區	12.59%	14.18%	<u>12.5%</u>	<u>12.05%</u>																																																																																																	
DKD	醫中	78.72%	88.94%	<u>85.75%</u>	<u>85.01%</u>																																																																																																	
	區域	68.00%	85.66%	<u>89.99%</u>	<u>89.42%</u>																																																																																																	
	地區	76.57%	94.12%	<u>92.59%</u>	<u>91.38%</u>																																																																																																	
	層級別	Q1	Q2	Q3	Q4																																																																																																	
DM	醫學中心	60.57%	71.51%	DA 尚未完成會算尚無法產出																																																																																																		
	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%	DA 尚未完成會算尚無法產出																																																																																																		
	區域醫院	22.44%	30.53%																																																																																																			
	地區醫院	12.59%	14.18%																																																																																																			

說明	擬修訂之品質指標				現行品質指標																									
	序號	適用醫院類別	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	115Q3 起目標值	序號	適用醫院類別	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	目標值																				
			收案率	4. 本署 DA 指標代碼：3455 ■ *糖尿病合併初期慢性腎臟病方案收案率操作型定義 1. 分子:分母病人中，申報醫令代碼前 3 碼為 P70 之人數 2. 分母:同院所同 ID 申報醫令代碼前 3 碼為 P14 及 P43，或 P70 之人數 3. 以當季資料計算。 4. 本署 DA 指標代碼：3431				收案率	3. 以當季資料計算。 4. 本署 DA 指標代碼：3455 ■ *糖尿病合併初期慢性腎臟病方案收案率操作型定義 1. 分子:分母病人中，申報醫令代碼前 3 碼為 P70 之人數 2. 分母:同院所同 ID 申報醫令代碼前 3 碼為 P14 及 P43，或 P70 之人數 3. 以當季資料計算。 4. 本署 DA 指標代碼：3431																					
無調整	7	1、2、3、4	接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	1.接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率； ■ 分母：申報健保「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，排除出院即死亡案件(轉歸代碼為 4、A)。 ■ 分子：分母案件中，出院後 30 日內接受各類居家醫療照護、居家醫療照護整合計畫、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」)、「家庭醫師整合性照護計畫社區醫療群」之件數，並按出院人次歸戶。 2.以前季資料計算，e.g.109Q2 以 109Q1 資料計算。	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) <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <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%	8	1、2、3、4	接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	1.接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率； ■ 分母：申報健保「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，排除出院即死亡案件(轉歸代碼為 4、A)。 ■ 分子：分母案件中，出院後 30 日內接受各類居家醫療照護、居家醫療照護整合計畫、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」)、「家庭醫師整合性照護計畫社區醫療群」之件數，並按出院人次歸戶。 2.以前季資料計算，e.g.109Q2 以 109Q1 資料計算。	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) <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <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%
季別	目標值																													
115Q1	≥27.4%																													
115Q2	≥27.9%																													
115Q3	≥28.4%																													
115Q4	≥28.9%																													
季別	目標值																													
115Q1	≥27.4%																													
115Q2	≥27.9%																													
115Q3	≥28.4%																													
115Q4	≥28.9%																													
刪除指標：為實質獎勵醫院執行成效，移列至本分區風險撥款予以獎勵。	9	1、2、3	急性後期照護計畫下轉及收案照護數	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	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	9	1、2、3	急性後期照護計畫下轉及收案照護數	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	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																				

說明	擬修訂之品質指標				現行品質指標					
	序號	適用醫院類別	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	115Q3 起目標值	序號	適用醫院類別	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	目標值
刪除指標：為實質獎勵醫院執行成效，移列至本分區風險移撥款予以獎勵。	10	1、2、3、5	安寧療護照護人數成長率 註：若醫院無此項業務不列計	1. 當期相較前一年同期申報住院安寧、安寧共照或安寧居家醫令之人數成長率。 2. 依署本部提供資料，以當季(季累積)資料計算。 3. 資料範圍： ■ 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。 ■ 人數：以身分證字號、生日歸戶計算。	成長率(較自身前一年同期)>0%	10	1、2、3、5	安寧療護照護人數成長率 註：若醫院無此項業務不列計	1. 當期相較前一年同期申報住院安寧、安寧共照或安寧居家醫令之人數成長率。 2. 依署本部提供資料，以當季(季累積)資料計算。 3. 資料範圍： ■ 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。 ■ 人數：以身分證字號、生日歸戶計算。	成長率(較自身前一年同期)>0%
無調整	8	1、2	非同體系區域以上醫院下轉(含回轉)件數成長率	1. 以最近一季可計算資料計分。 ■ 資料範圍：區域級(含)以上醫院下轉(申報轉診醫令代碼 01034B、01035B(費用年月 114/08 前)、00192A(費用年月 114/09 起適用)，轉出院所層級高於接受轉診院所層級)且接受院所為地區醫院或基層診所之門住診件數合計。	成長率(較自身前一年同期)>0%	11	1、2	非同體系區域以上醫院下轉(含回轉)件數成長率	1. 以最近一季可計算資料計分。 ■ 資料範圍：區域級(含)以上醫院下轉(申報轉診醫令代碼 01034B、01035B(費用年月 114/08 前)、00192A(費用年月 114/09 起適用)，轉出院所層級高於接受轉診院所層級)且接受院所為地區醫院或基層診所之門住診件數合計。	成長率(較自身前一年同期)>0%
無調整	9	1、2、3、4、5、6 註：若醫院無此項業務不列計	檢驗(查)結果時效內(3日內)上傳率	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. 計算範圍：以當年度鼓勵即時查詢病患就醫資訊方案公告範圍為主(方案附件 5 及附件 5-1)。 3. 排除監測項目請參照鼓勵即時查詢病患就醫資訊方案問答集附件 1(62 項)。 4. 檢驗(查)結果時效內上傳指報告日期起 3 日內上傳。	上傳率≥98%	12	1、2、3、4、5、6 註：若醫院無此項業務不列計	檢驗(查)結果時效內(3日內)上傳率	5. 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。 6. 計算範圍：以當年度鼓勵即時查詢病患就醫資訊方案公告範圍為主(方案附件 5 及附件 5-1)。 7. 排除監測項目請參照鼓勵即時查詢病患就醫資訊方案問答集附件 1(62 項)。 8. 檢驗(查)結果時效內上傳指報告日期起 3 日內上傳。	上傳率≥98%

說明	擬修訂之品質指標				現行品質指標					
	序號	適用醫院類別	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	115Q3 起目標值	序號	適用醫院類別	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	目標值
				1. 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。					9. 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。	
無調整	10	1、2、3、4、5、6 註：若醫院無此項業務不列計	醫療檢查影像時效內(3日內)上傳率	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。 2. 計算範圍：以當年度鼓勵即時查詢病患就醫資訊方案公告範圍為主(方案附件 5-1)。 3. 排除監測項目請參照鼓勵即時查詢病患就醫資訊方案問答集附件 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。	上傳率 ≥ 98%	13	1、2、3、4、5、6 註：若醫院無此項業務不列計	醫療檢查影像時效內(3日內)上傳率	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。 2. 計算範圍：以當年度鼓勵即時查詢病患就醫資訊方案公告範圍為主(方案附件 5-1)。 3. 排除監測項目請參照鼓勵即時查詢病患就醫資訊方案問答集附件 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。	上傳率 ≥ 98%
適用醫院類別刪除「5.呼吸照護」	11	1、2、3 註：若醫院無此項業務不列計	西醫門診年復健次數 > 180 次之案件數(同院)	1. 西醫門診年復健次數 > 180 次之案件數： 同院歸戶，依前一年門診費用資料，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 案件數。 ■ 成長率： 分母：前一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 - 前一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	每季案件數較自身前一年同期成長率 ≤ 0% (將依據 115 年抑制資源不當耗用指標予以訂定)	14	1、2、3、5 註：若醫院無此項業務不列計	西醫門診年復健次數 > 180 次之案件數(同院)	1. 西醫門診年復健次數 > 180 次之案件數： 同院歸戶，依前一年門診費用資料，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 案件數。 ■ 成長率： 分母：前一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 - 前一年同期西醫門診年復健次數 > 180 次之案	每季案件數較自身前一年同期成長率 ≤ 0%

說明	擬修訂之品質指標				現行品質指標																																													
	序號	適用醫院類別	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	115Q3 起目標值	序號	適用醫院類別	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	目標值																																								
				PAC 案件。 2.以當季資料計算。					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。																																									
無調整	12	1、2、3、4、5、6	住院案件出院後 3 日內急診率	<ul style="list-style-type: none"> 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。(以前一季資料計算) ※本署 DA 指標代碼：108.00。 	115Q1 ≤ 2.49%、 115Q2 ≤ 2.51%、 115Q3 ≤ 2.69%、 115Q4 ≤ 2.48% (將依據 115 年抑制資源不當耗用指標予以訂定)	15	1、2、3、4、5、6	住院案件出院後 3 日內急診率	<ul style="list-style-type: none"> 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。(以前一季資料計算) ※本署 DA 指標代碼：108.00。 	115Q1 ≤ 2.49%、 115Q2 ≤ 2.51%、 115Q3 ≤ 2.69%、 115Q4 ≤ 2.48% (將依據 115 年抑制資源不當耗用指標予以訂定)																																								
目標值更新：配合資料可擷取日更新目標值。	13	1、2、3	西醫門診病人可避免住院率(季累計)	<ul style="list-style-type: none"> 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： <ol style="list-style-type: none"> 以 ID+生日視為一人。 統計期間：以費用年月進行月累積計算。 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： <ol style="list-style-type: none"> 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。 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)、 	較自身前一年同期成長率 ≤ 0% 或 < 前一年同期全國同儕 P25 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>113Q1</th> <th>113Q2</th> <th>113Q3</th> <th>113Q4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>醫中</td> <td>0.58%</td> <td>1.04%</td> <td>1.37%</td> <td>1.67%</td> </tr> <tr> <td>區域</td> <td>0.70%</td> <td>1.26%</td> <td>1.70%</td> <td>2.12%</td> </tr> <tr> <td>地區</td> <td>0.38%</td> <td>0.82%</td> <td>1.18%</td> <td>1.50%</td> </tr> </tbody> </table>		113Q1	113Q2	113Q3	113Q4	醫中	0.58%	1.04%	1.37%	1.67%	區域	0.70%	1.26%	1.70%	2.12%	地區	0.38%	0.82%	1.18%	1.50%	16	1、2、3	西醫門診病人可避免住院率(季累計)	<ul style="list-style-type: none"> 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： <ol style="list-style-type: none"> 以 ID+生日視為一人。 統計期間：以費用年月進行月累積計算。 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： <ol style="list-style-type: none"> 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。 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)、 	較自身前一年同期成長率 ≤ 0% 或 < 前一年同期全國同儕 P25 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>113Q1</th> <th>113Q2</th> <th>113Q3</th> <th>113Q4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>醫中</td> <td>0.58%</td> <td>1.04%</td> <td>1.37%</td> <td>1.67%</td> </tr> <tr> <td>區域</td> <td>0.70%</td> <td>1.26%</td> <td>1.70%</td> <td>2.12%</td> </tr> <tr> <td>地區</td> <td>0.38%</td> <td>0.82%</td> <td>1.18%</td> <td>1.50%</td> </tr> </tbody> </table>		113Q1	113Q2	113Q3	113Q4	醫中	0.58%	1.04%	1.37%	1.67%	區域	0.70%	1.26%	1.70%	2.12%	地區	0.38%	0.82%	1.18%	1.50%
	113Q1	113Q2	113Q3	113Q4																																														
醫中	0.58%	1.04%	1.37%	1.67%																																														
區域	0.70%	1.26%	1.70%	2.12%																																														
地區	0.38%	0.82%	1.18%	1.50%																																														
	113Q1	113Q2	113Q3	113Q4																																														
醫中	0.58%	1.04%	1.37%	1.67%																																														
區域	0.70%	1.26%	1.70%	2.12%																																														
地區	0.38%	0.82%	1.18%	1.50%																																														

說明	擬修訂之品質指標				現行品質指標																																													
	序號	適用醫院類別	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	115Q3 起目標值	序號	適用醫院類別	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	目標值																																								
				#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。 (5) 以當季資料計算。					#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。 (5) 以當季資料計算。																																									
目標值更新：配合資料可擷取日更新目標值。	14	1、2、3	以病例組合校正之住院案件出院後 14 日內再住院率	1. 本署 DA 指標代碼：909。 2. 以最近一季可計算資料計分。 3. 分子分母之母體資料範圍皆需限定為 DRGs 案件。 4. 分母： $CMI_{14日內跨院再住院率} = \frac{\sum(各DRG案件數 * 各DRG相對權重_{14日內跨院再住院率})}{DRGs總案件數}$ 5. 分子：住院 DRGs 案件之出院後 14 日內跨院再住院率=住院 DRGs 案件出院後 14 日內跨院再住院案件數/DRGs 出院案件數 6. DRGs 案件：本署醫管組公告的 DRG 碼範圍內，相對權重 >0 的 DRG 碼，排除 DRG 支付通則所列不適用之住院案件。 *(以前 1 季資料計算)	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>目標值</th> <th>115Q1</th> <th>115Q2</th> <th>115Q3</th> <th>115Q4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>醫學中心</td> <td>5.26%</td> <td>5.32%</td> <td>5.42%</td> <td>5.59%</td> </tr> <tr> <td>區域醫院</td> <td>5.68%</td> <td>5.39%</td> <td>5.99%</td> <td>5.86%</td> </tr> <tr> <td>地區醫院</td> <td>6.30%</td> <td>6.48%</td> <td>6.07%</td> <td>5.51%</td> </tr> </tbody> </table>	目標值	115Q1	115Q2	115Q3	115Q4	醫學中心	5.26%	5.32%	5.42%	5.59%	區域醫院	5.68%	5.39%	5.99%	5.86%	地區醫院	6.30%	6.48%	6.07%	5.51%	17	1、2、3	以病例組合校正之住院案件出院後 14 日內再住院率	1. 本署 DA 指標代碼：909。 2. 以最近一季可計算資料計分。 3. 分子分母之母體資料範圍皆需限定為 DRGs 案件。 4. 分母： $CMI_{14日內跨院再住院率} = \frac{\sum(各DRG案件數 * 各DRG相對權重_{14日內跨院再住院率})}{DRGs總案件數}$ 5. 分子：住院 DRGs 案件之出院後 14 日內跨院再住院率=住院 DRGs 案件出院後 14 日內跨院再住院案件數/DRGs 出院案件數 6. DRGs 案件：本署醫管組公告的 DRG 碼範圍內，相對權重 >0 的 DRG 碼，排除 DRG 支付通則所列不適用之住院案件。	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>比較基準值</th> <th>113Q4</th> <th>114Q1</th> <th>114Q2</th> <th>114Q3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>醫學中心</td> <td>5.26%</td> <td>5.32%</td> <td>5.42%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>區域醫院</td> <td>5.68%</td> <td>5.39%</td> <td>5.99%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>地區醫院</td> <td>6.30%</td> <td>5.93%</td> <td>5.79%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 後續俟 114Q3 完整一季資料彙算	比較基準值	113Q4	114Q1	114Q2	114Q3	醫學中心	5.26%	5.32%	5.42%		區域醫院	5.68%	5.39%	5.99%		地區醫院	6.30%	5.93%	5.79%	
目標值	115Q1	115Q2	115Q3	115Q4																																														
醫學中心	5.26%	5.32%	5.42%	5.59%																																														
區域醫院	5.68%	5.39%	5.99%	5.86%																																														
地區醫院	6.30%	6.48%	6.07%	5.51%																																														
比較基準值	113Q4	114Q1	114Q2	114Q3																																														
醫學中心	5.26%	5.32%	5.42%																																															
區域醫院	5.68%	5.39%	5.99%																																															
地區醫院	6.30%	5.93%	5.79%																																															

說明	擬修訂之品質指標				現行品質指標					
	序號	適用醫院類別	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	115Q3 起目標值	序號	適用醫院類別	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	目標值
										後再更新比較基準值。
刪除指標：已達國家目標	18	1、2	C 肝全口服新藥收案人次	收案人次以當季 C 肝全口服新藥登錄系統取號成功人次計算。	C 肝全口服新藥收案人次 ≥ 本分區同儕 P50	18	1、2	C 肝全口服新藥收案人次	收案人次以當季 C 肝全口服新藥登錄系統取號成功人次計算。	C 肝全口服新藥收案人次 ≥ 本分區同儕 P50
無調整	15	4	參加 思覺 失調 症醫 療給 付改 善方 案	1.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 2.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。 3.應收案名單之固定就醫名單(歸戶 ID 數) 4.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)	固定病人收案人數比率 ≥ 90%	19	4	參加 思覺 失調 症醫 療給 付改 善方 案	1.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 2.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。 3.應收案名單之固定就醫名單(歸戶 ID 數) 4.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)	固定病人收案人數比率 ≥ 90%
無調整	16	4	同院 所急 性精 神病 人出 院 30 日內 門診 追蹤 率	1.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。 2.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)	出院 30 日內門診追蹤率 ≥ 本分區同儕 P50	20	4	同院 所急 性精 神病 人出 院 30 日內 門診 追蹤 率	1.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。 2.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)	出院 30 日內門診追蹤率 ≥ 本分區同儕 P50

說明	擬修訂之品質指標				現行品質指標																									
	序號	適用醫院類別	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	115Q3 起目標值	序號	適用醫院類別	指標項目	操作型定義 (含計算期間)	目標值																				
無調整	17	4	同院所慢性精神病人出院 30日內門診追蹤率	1.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。 2.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。 3.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。 4.30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)	出院 30 日內門診追蹤率≥本分區同儕 P50	21	4	同院所慢性精神病人出院 30日內門診追蹤率	1.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。 2.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。 3.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。 4.30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)	出院 30 日內門診追蹤率≥本分區同儕 P50																				
刪除指標：因(序號 22)門診婦科超音波非合理區間再執行率(含跨院)與(序號5)門診10項重要檢查(驗)非合理區間再執行率相近	22	6	門診婦科超音波非合理區間再執行率(含跨院)	1.門診婦科超音波非合理區間再執行率(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。 ※檢查項目非合理區間：28日內 ※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、C5)、急診案件(02)、醫令類別 4。 2.以 DA3347 指標最近一季可計算資料計分。	實績值≤前一年同期全國同儕 P50 <table border="1" data-bbox="1012 1436 1501 1667"> <thead> <tr> <th>季別</th> <th>全國同儕 P50</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>115Q1</td> <td>1.83%</td> </tr> <tr> <td>115Q2</td> <td>1.93%</td> </tr> <tr> <td>115Q3</td> <td>2.25%</td> </tr> <tr> <td>115Q4</td> <td>2.57%</td> </tr> </tbody> </table>	季別	全國同儕 P50	115Q1	1.83%	115Q2	1.93%	115Q3	2.25%	115Q4	2.57%	22	6	門診婦科超音波非合理區間再執行率(含跨院)	1.門診婦科超音波非合理區間再執行率(含跨院) <ul style="list-style-type: none"> 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。 ※檢查項目非合理區間：28日內 ※資料範圍：包括同(跨)院之 2 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、C5)，急診案件(02)，醫令類別 4。 2. 以 DA3347 指標最近一季可計算資料計分。	實績值≤前一年同期全國同儕 P50 <table border="1" data-bbox="2368 1413 2858 1688"> <thead> <tr> <th>季別</th> <th>全國同儕 P50</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>114Q1</td> <td>1.83%</td> </tr> <tr> <td>114Q2</td> <td>1.93%</td> </tr> <tr> <td>114Q3</td> <td>2.25%</td> </tr> <tr> <td>114Q4</td> <td>俟該季實績值確定後再更新</td> </tr> </tbody> </table>	季別	全國同儕 P50	114Q1	1.83%	114Q2	1.93%	114Q3	2.25%	114Q4	俟該季實績值確定後再更新
季別	全國同儕 P50																													
115Q1	1.83%																													
115Q2	1.93%																													
115Q3	2.25%																													
115Q4	2.57%																													
季別	全國同儕 P50																													
114Q1	1.83%																													
114Q2	1.93%																													
114Q3	2.25%																													
114Q4	俟該季實績值確定後再更新																													