

**衛生福利部中央健康保險署南區業務組**  
**「南區醫院總額」115年第2次共管暨**  
**第1次院長會議會議紀錄**

時間：115年6月12日(星期五)下午2時40分

地點：南區業務組9樓第一會議室/Teams 視訊會議

主席：韓佩軒組長

紀錄：盧羽眉

謝景祥主委

**出席人員(\*為視訊與會)：**

委員姓名	出席代表	委員姓名	出席代表
謝景祥主委	謝景祥	陳煒委員	陳冠宏(代)*
許耿福委員	許耿福	楊仁宗委員	楊仁宗
李麗娟委員	李麗娟	劉啓舉委員	劉啓舉
林宏榮委員	鄭天浚(代)*	歐建慧委員	歐建慧
卓瑩祥委員	卓瑩祥*	蔡良敏委員	蔡良敏
馬惠明委員	馬惠明*	鄭天浚委員	鄭天浚*
曹承榮委員	曹承榮*	鄭名芳委員	鄭名芳
陳正榮委員	陳正榮	鄭雅敏委員	鄭雅敏

**衛生福利部中央健康保險署：**

韓佩軒	賴大年	吳佩寧	陳琨勝	張智傑	許寶茹
李美嫻*	吳淑女*	楊韻萱*	陳嘉泓	盧羽眉	廖俐惇
張美卉	曾荃璞	張家綾*	黃柏儒*	林亭儀*	陳秀宜*
呂宛諭*	李怡君*	蔡雅文*	陳等婷*	許涵琇*	翁修慧*

## 視訊旁聽人員：轄區醫院

壹、主席致詞：(略)

貳、上次會議紀錄確認：請參閱(不宣讀)確認(略)

參、報告事項：

一、醫院醫療服務審查執行會南區分會報告(略)

二、醫院總額執行概況暨業務宣導：115年Q1方案結算、待改善指標(急診檢傷滯留>24小時比率、急診轉住院滯留>48小時比率、出院後3日內再急診率、西醫可避免住院率、CT/MRI執行及再執行率、10類檢查(驗)再執行率等)、新增/持續監測指標(生物相似藥/學名藥醫令占率、區域以上醫院門診注射化療藥品占率、ICU/急性一般病床占床率、關床情形及護理人力分布、DKD照護率、居家安寧在宅善終比率、檢查(驗)非合理區間再執行率等、114年接受出院準備服務個案之後續醫療/長照銜接率)、重要計畫(地區醫院全人全社區照護、OPAT、ACAH)申請及收案現況、其他重要政策推動(ACP、FHIR、電子處方箋、乳癌照護品質提升方案)及管理宣導(115年Q1回溯性專案辦理情形、醫院查核案例宣導、近期陳情案常見額外收費問題)等。

## 肆、報告案

案由：本會歷次會議決議事項辦理情形。

說明：共 2 項，擬解除列管。

序號	案由	決定(議)事項	辦理情形	追蹤建議
1	115_1 共管會議討論(2)：南區方案「急重症排除列計」採計範圍增列及新增 2 項特定排除列計項目	1、原討論案所提事項照案通過 2、委員現場建議：重症照護「RCC」及「ICU 案件」之操作型定義與保障內容，另提修訂案於 115 年第 2 次共管會議討論	列為本次會議討論案第三案	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續追蹤
2	115_1 共管會議討論(3)：南區方案超額分階折付點值上限、陸之四機制操作型定義及其他文字調整	1、超額分階(階 1 至 3)點值上限調降：依「預算剩餘時，階 1~3 最高提升至 0.9/0.8/0.7，剩餘預算依各院階 0 所算得市占率，另以 RPG 補付」方向試算 2、「效率指標-急診滯留>24 小時案件比率」之獎勵方式，考量與全區值比較後修訂，另於 115 年第 2 次共管會議討論	列為本次會議討論案第三案	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續追蹤

決定：洽悉。

## 第二案

報告單位：南區業務組

案由：南區醫院總額 115 年風險移撥款指標「接受出院準備服務個案之後續醫療/長照銜接率」目標值更新。

說明：

- 一、本項操作型定義及分配方式業於南區醫院總額 115 年第 1 次共管會議決議通過，惟原目標值訂定時點尚未能取得 114 全年長照銜接資料，爰以 114 年 1 月至 10 月數據(全國同儕 P50、P75)暫訂。
- 二、查署本部業於 5 月初更新長照銜接之 114 全年值，經本組重新統計，全國同儕 P50 及 P75 皆較原數據略為上升；另以 114 年南區各院值試算達標情形，僅地區醫院家數及名單略為變動，區域以上醫院達標家數不變，如下表：

統計區間 (114 年)	區域以上					地區醫院				
	申報 出院 準備 案件 家數	≥P50		≥P75		申報 出院 準備 案件 家數	≥P50		≥P75	
		全國 值	達標 家數	全國 值	達標 家數		全國 值	達標 家數	全國 值	達標 家數
1-10 月	15	48.5%	10	55.8%	7	24	35.9%	12	51.0%	10
<b>全年</b>	<b>15</b>	<b>48.8%</b>	<b>10</b>	<b>57.4%</b>	<b>7</b>	<b>24</b>	<b>37.8%</b>	<b>12</b>	<b>53.3%</b>	<b>8</b>

註：地區醫院達標變動情形

1. ≥P50：減少 1 院（陽明醫院）、增加 1 院（部胸腔病院）
2. ≥P75：減少 3 院（部嘉義醫院、斗六慈濟、營新醫院）、新增 1 院（部胸腔病院）

三、更新本項分配方式／操作型定義如附表 1。

決定：洽悉。

附表 1、「接受出院準備服務個案之後續醫療/長照銜接率」指標操作型

定義

預算項目	114 年 (元) (占比)	115 年 (元) (占比)	分配方式/操作型定義(擷取條件)									
優化居家醫療，無縫連結長照	無	3,000,000 (4.0%) 【新增】	<p>■ 接受出院準備服務個案之後續醫療/長照銜接率 擷取區間：115.1~115.12</p> <p>■ 操作型定義</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>分母：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)之件數，排除出院即死亡案件(轉歸代碼為4、A)</li> <li>分子：分母案件符合以下任一轉銜類別，同次出院案件採歸戶計算             <ol style="list-style-type: none"> <li>轉銜醫療：                 <p>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」、「精神疾病社區復健」之件數。</p> </li> <li>轉銜長照：出院後7日內接受長照服務之件數。</li> </ol> </li> </ol> <p>■ 目標值：≥114年全國同儕 P75值或≥自身去年同期值(擇優，但不含0)。</p> <p>■ 分配方式：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>達標醫院依該院費用占南區整體占率支付。              達標醫院可獲配點數  <math display="block">= \text{本項預算額度} \times \frac{\text{該院一般服務收入}}{\text{南區醫院一般服務總收入}}</math> </li> <li>未達標醫院，但利用率介於114年全國同儕 P50值與115年目標值之間者，依較114年全國同儕 P50值增加比例計算獲配點數。</li> <li>114年全國同儕值(統計區間：114年1月至12月)：             <table border="1" data-bbox="683 1765 1471 1888"> <thead> <tr> <th>醫院層級(全國值)</th> <th>P50</th> <th>P75</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>區域以上</td> <td>48.8%</td> <td>57.4%</td> </tr> <tr> <td>地區</td> <td>37.8%</td> <td>53.3%</td> </tr> </tbody> </table> </li> </ol>	醫院層級(全國值)	P50	P75	區域以上	48.8%	57.4%	地區	37.8%	53.3%
醫院層級(全國值)	P50	P75										
區域以上	48.8%	57.4%										
地區	37.8%	53.3%										

## 伍、討論提案

### 提案一

提案單位：南區業務組

案由：115 年 Q1 南區方案階 1 至階 3 給付點值皆提升至 1 後預算仍有剩餘，剩餘款再以「品質指標」分配及「急重症排除列計」等項目改以 RPG 補付，提請討論。

說明：

- 一、115 年 Q1 南區醫院總額預算及支出業於今日簡報呈現：
  - (一) 可支應超額之額度為 7 億，超額總點數約 0.6 億點，階 1 至階 3 點值皆可上調至 1、階 4 維持不給付，約需追扣 0.2 億點(核減率 0.31%)，剩餘額度 6.4 億。
  - (二) 本季近 80%醫院未超額，其中 65%醫院達 1 點 1 元，經「地區醫院費用波動」調控後，所有醫院點值均達 0.95。
- 二、醫院總額 115 年第 1 次研商議事會議決議，考量各季一般服務預算業已進行四季重分配，為避免影響全區浮動點值，自 115 年起各分區預算不再保留至次季。爰為避免南區浮動點值過高、影響其他計畫補助，建議下方項目以 RPG 補付：
  - (一) 「急重症排除列計」：原計算各院當期較基期之增加總值約 6,748 萬點，未達本項額度上限(一般服務預算之 0.8%，本季約 1.6 億)。惟因多數醫院未超額，實際排除僅約 3,364 萬點。為鼓勵醫院投入急重症醫療照護，並適度反映臨床團隊辛勞，本項改以 6,748 萬點實際撥補醫院。
  - (二) 新增「品質指標」：
    - 1、目前其他分區皆已建置品質管理指標，每季透過指標監測引導醫院持續提升醫療品質，彙整各區方案作法如下表：

分區	品質指標運用
臺北	(1) 保留當季預算之 0.2%，額外加計予達成品質指標之醫院 (2) 各院品質補付點數 = 整體品質補付點數 $\times \frac{\text{該院品質指標達成項目數}}{\text{該醫院類別品質指標項目數}} \times \frac{\text{該院一般服務淨點數}}{\text{整體一般服務淨點數}}$
北區	(1) 上限為當季可用額度之 0.8%(含風險移撥款挹注)，作為特定排除列計，分配不足等比例限縮，如有剩餘則至超額分階折付分配 (2) 各院品質提升獎勵點數 = 品質提升獎勵比率 $\times$ 基期一般服務收入 + 品質提升獎勵加計點數
中區	上限為預算之 0.15%，作為特定排除列計
高屏	依品質指標達成情形，加計各院合理成長率(上限 2%)
東區	依指標達成比率計算品質指標金額，額外給付或核扣

2、為健全本區總額管理制度及強化品質改善機制，研擬南區品質指標項目及採計方式如下，詳如附件 1：

(1) **至多**保留當季一般服務預算之 0.6%，額外加計予達成品質指標之醫院。惟視南區整體當期一般服務點數相較基期一般服務收入成長及可用預算剩餘情形，提交共管會決議當季列為特定排除列計或另以 RPG 實際補付。

(2) 品質指標項目、操作型定義及計算範圍如附件 1。

(3) 各院品質補付點數

$$= \text{整體品質補付點數} \times \frac{\text{該院品質必選} + \text{替選指標達成項目數}}{\text{該醫院類別必選品質指標項目數}} \times \frac{\text{該院基期浮動點數}}{\text{整體基期浮動點數}}$$

(4) 若醫院有停約(含)以上處分，依本署第一次處分函所載停(終)約起日之當季起取消品質補付，並自該函所載迄日之次季恢復。

3、試算 115 年 Q1 各院指標達成情形及預計 RPG 撥補額度：整體達成率 81.9%，其中 25 家醫院指標達成率為 100%。考量本季預算尚有剩餘並反映各院努力，依額度上限放大各院按指標達成情形獲配點數(約 1.18 倍)，總計補付 1.2 億點。

(三) 「專款項目」預算併入一般服務結算：114年5月1日起調整急診、急救責任醫院及護理相關支付標準；原為其他部門預算，115年改以專款支應且併入醫院總額一般服務費用結算，總計約1.4億。

1、促進醫療服務診療項目支付衡平：本季南區整體約0.73億。

2、住院護理費用：0.68億。

(四) 彙整前揭調整項目及額度簡表如下：

項目	額度 (億元)	處理方式(單位：億元)	
		RPG 補付	提升 點值
目前階 1~3 點值皆為 1 之剩餘預算	6.4	(1)品質指標 1.2 (2)急重症排除列計 0.7	4.5
促進醫療服務診療項目支付衡平 (急診診療項目+急救責任醫院 ICU)	0.7	0.7	-
住院護理費用 (急性一般病床住院護理費)	0.7	0.7	-
合計	7.8	3.3	4.5

三、如獲通過，據以執行115年Q1南區方案結算及前揭調整項目RPG補付作業，並請各院依品質指標加強配合推動相關措施，後續季別將視預算剩餘情形比照適用。

決議：部分指標目標值及計算方式微調如附件(增列同儕比較或較自身去年同期進步之達標條件，並依醫院類別調整最低達標人數(次)等)，後續滾動檢討，餘照案通過。

## 南區品質指標項目(決議版)

附件 1

### 一、 各院適用類別指標數

醫院類別	必選指標	替選指標
區域以上(綜合型)醫院	8 項	5 項
大型地區醫院	7 項	6 項
其他地區醫院	5 項	7 項
精神專科	2 項	1 項
婦兒專科	3 項	1 項
呼吸照護	2 項	3 項

### 二、 各類型醫院適用指標列表

序號	品質指標項目名稱	醫院適用指標					
		區域以上 (綜合型)	大型 地區	其他 地區	精神 專科	婦兒 專科	呼吸 照護
		14 家	11 家	27 家	3 家	3 家	4 家
1	急診後轉住院滯留急診>48 小時案件比率(DA1652)	● (14/14)					
2	門診輕症占率	● (14/14)					
3	住院案件出院後 3 日內再急 診率(DA108)	● (14/14)	● (11/11)	○ (22/27)		● (3/3)	○ (2/4)
4	10 項門診重要檢查(驗)再執 行率	○ (14/14)	● (11/11)	● (27/27)			
5	分級醫療下轉(或回轉)件數	● (14/14)					
6	重複用藥管理(重複日數占 率)	○ (14/14)	● (11/11)	● (27/27)			
7	生物相似藥占率	● (14/14)	○ (11/11)				
8	學名藥占率	● (14/14)	○ (10/11)				
9	門診靜脈抗生素 OPAT 執行 人次	● (14/14)	● (11/11)	● (27/27)			
10	在宅急症 ACAH 收案人次	● (14/14)	○ (9/11)	○ (7/27)			

序號	品質指標項目名稱	醫院適用指標					
		區域以上 (綜合型)	大型 地區	其他 地區	精神 專科	婦兒 專科	呼吸 照護
		14 家	11 家	27 家	3 家	3 家	4 家
11	地區醫院全人全社區照護計畫收案率		● (11/11)	○ (9/27)			
12	預立醫療照護諮商(ACP)個案數	○ (14/14)	○ (7/11)				
13	急性後期照護計畫(PAC)管理		● (11/11)	○ (10/27)			○ (1/4)
14	西醫門診年復健次數 > 180 次之案件數(同院)		● (11/11)	● (27/27)			○ (1/4)
15	檢驗(查)結果時效內(3 日內)上傳率			● (27/27)		● (3/3)	● (4/4)
16	醫療檢查影像時效內(3 日內)上傳率			○ (26/27)		○ (2/3)	● (4/4)
17	手術傷口感染率(DA1658)			○ (9/27)		● (3/3)	
18	清淨手術後抗生素用藥>3 日比率(DA1155)			○ (6/27)			
19	思覺失調症醫療給付改善方案固定就醫收案率				● (3/3)		
20	同院所急性精神病人出院 30 日內門診追蹤率				○ (2/3)		
21	同院所慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率				● (3/3)		
22	癌症病人(結直腸癌)篩檢陽追率	○ (14/14)	○ (7/11)				
23	癌症病人(口腔癌)篩檢陽追率	○ (12/14)	○ (1/11)				

註 1：大型地區醫院為季規模>1 億；精神專科、婦兒專科、呼吸照護醫院，係該院相關費用占率 ≥60%

註 2：●為必選指標(當前重要政策)、○為替選指標

註 3：必選指標數為分母，如該院部分必選指標未達標，將以達標之替選指標代替，達標率最高採計至 100%

### 三、品質指標操作型定義

序號	品質指標項目名稱	操作型定義	目標值
1	急診後轉住院滯留急診>48小時案件比率 (DA1652)	<p><b>統計區間：(配合本項DA指標彙算時間)</b></p> <p><b>115Q1：114/12-115/02</b></p> <p><b>115Q2：115/03-115/05</b></p> <p><b>115Q3：115/06-115/08</b></p> <p><b>115Q4：115/09-115/11</b></p> <p>■ 分子：分母案件中急診滯留&gt;48小時之案件數</p> <p>■ 分母：同院急診後轉住院之案件數(門、住診案件中申報有「急診診察費相關醫令」或「急診起、迄時間醫令」者)</p> <p>※ 分母資料範圍：門診(西醫醫院)、住院(西醫醫院)</p> <p>※ 門診排除：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 案件分類 08、28、A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B7、B9、D2、HN、M1</li> <li>2. 轉代檢案件：申請金額+部分負擔為 0 且案件分類不為 E1</li> <li>3. 部份醫令補報案件：補報原因註記 2</li> <li>4. 就醫同時併開立 B 型或 C 型肝炎用藥：診察費點數為 0 且案件分類為 E1 且任一特定治療項目代號為 H1</li> </ol> <p>※ 住診排除：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 案件分類：AZ、DZ、C5</li> <li>2. 部份醫令補報案件：補報原因註記 2</li> <li>3. 就醫同時併開立 B 型或 C 型肝炎用藥案件：診察費點數為 0 且案件分類為 4 且給付類別為 M</li> </ol>	<p>115Q1：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 醫學中心&lt;10.6%</li> <li>■ 區域醫院&lt;4.9%</li> </ul> <p>115Q2：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 醫學中心&lt;11.0%</li> <li>■ 區域醫院&lt;4.3%</li> </ul> <p>115Q3：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 醫學中心&lt;12.0%</li> <li>■ 區域醫院&lt;4.4%</li> </ul> <p>115Q4：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 醫學中心&lt;9.9%</li> <li>■ 區域醫院&lt;3.5%</li> </ul>

序號	品質指標項目名稱	操作型定義	目標值
2	門診輕症占率 (參照北區定義)	<p><b>統計區間：</b>  <u>115Q1—該年度1月至3月，115Q2—該年度4月至6月，依此類推</u>  <b>操作型定義：</b>            1. 醫院總額之門診案件類別排除代辦案件            2. 醫療費用=申請金額+部分負擔            ■ 分子：門診案件經排除以下項目            ■ 分母：門診案件不含代辦案件之醫療費用            ※ 排除項目：重大傷病、罕見疾病、化放療、急診、門診手術、政策鼓勵項目(含轉診、山地離島、OPAT、0-6歲兒童照護)</p>	<p>≤<b>當期南區同儕值</b>  <b>或</b>            ≤自身去年同期值</p>
3	住院案件出院後3日內再急診率 (DA108.0 1)	<p><b>統計區間：(配合本項DA指標彙算時間)</b>  <u>115Q1：114/10-114/12</u>  <u>115Q2：115/01-115/03</u>  <u>115Q3：115/04-115/06</u>  <u>115Q4：115/07-115/09</u>            ■ 分子：3日內再急診的案件數(含跨院)            ■ 分母：出院案件數            ※ 分子、分母資料範圍：均排除下列十種情形後再行統計            1. 精神科個案(就醫科別13)            2. 乳癌試辦案件(案件分類4+病患來源N或R或C)            3. 化學治療、放射線治療及來院接受抗腫瘤免疫療法(主次診斷ICD_10_CM：Z510、Z5111、Z5112)            4. 早產安胎個案(自統計期間111Q1起改依主診斷『2014版ICD-10』：前五碼O4291及全碼O4410-O4413、O4690-O4693、O4702-O4703、O6002、O6003；</p>	<p>■ 115Q1：&lt;2.55%            ■ 115Q2：&lt;2.48%            ■ 115Q3：&lt;2.62%            ■ 115Q4：&lt;2.65%  <b>或</b>            ≤<b>自身去年同期值</b></p>

序號	品質指標項目名稱	操作型定義	目標值
		<p>『2023版ICD-10』：前五碼O4291及全碼O4410-O4413、O44.30、O44.31、O44.32、O44.33、O44.50、O44.51、O44.52、O44.53、O4690-O4693、O4702-O4703、O6002、O6003)，住院資料排除，門診資料不排除</p> <p>5. 罕見疾病(主診斷ICD_10_CM：E760-E763)—黏多醣症</p> <p>6. 轉院案件(轉歸代碼5、6或7)</p> <p>7. 病患死亡或病危自動出院案件(轉歸代碼4或A)</p> <p>8. 新生兒未領卡(部份負擔註記903)</p> <p>9. 血友病(ICD_10_CM：D66、D67、D681、D682)(主診斷)</p> <p>10. 器官移植(醫令代碼前5碼)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 心臟移植：68035</li> <li>● 肺臟移植：68037 (單肺)、68047 (雙肺)</li> <li>● 肝臟移植：75020</li> <li>● 腎臟移植：76020</li> </ul>	
4	10項門診重要檢查(驗)再執行率	<p><b>統計區間：</b></p> <p><b>115Q1—該年度1月至3月，115Q2—該年度4月至6月，依此類推</b></p> <p>1. 門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 分子：門診10項檢查(驗)醫令再次執行醫令數(依歸併醫令代碼檢核非合理區間內是否執行相同歸併醫令)</li> <li>■ 分母：門診10項檢查(驗)醫令總申報醫令數(相同歸併醫令)</li> </ul> <p>2. 10項醫令代碼包括(前五碼)：</p>	<p>≤當期南區同儕值 或 ≤自身去年同期值</p>

序號	品質指標項目名稱	操作型定義					目標值
		項次	歸併醫令前5碼	歸併醫令名稱	醫令代碼前5碼	非合理區間	
		1	3308X	磁振造影	33084	28日	
					33085		
		2	3307X	電腦斷層造影	33070	28日	
					33071		
					33072		
		3	09044	低密度脂蛋白-膽固醇	09044	28日	
		4	1900X	腹部超音波及追蹤	19001	28日	
					19009		
		5	18007	杜卜勒氏彩色心臟血流圖	18007	28日	
		6	26072	正子造影-全身	26072	28日	
		7	0801X	全套血液檢查	08011	7日	
					08012		
					08082		
8	18005	超音波心臟圖(包括單面、雙面)	18005	28日			
9	28016	上消化道泛內視鏡檢查	28016	28日			
10	28017	大腸鏡檢查	28017	28日			
※ 分子分母皆排除：代辦案件(案件分類 A3、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、D1、D2、DF、HN)、急診案件(案件分類 02)							

序號	品質指標項目名稱	操作型定義	目標值
5	分級醫療下轉(或回轉)件數	<p><b>統計區間：</b>  <b>115Q1—該年度1月至3月，115Q2—該年度4月至6月，依此類推</b></p> <p>※ 資料範圍：醫學中心或區域醫院申報轉出端轉診醫令代碼 01034B、01035B、00192A(醫令類別 2)且接受院所為地區醫院或基層診所</p> <p>1. 醫事類別：12、15、22；未排除代辦、其他部門案件</p> <p>2. 下轉(含回轉)案件(值)：轉出院所層級高於接受轉診院所層級之案件數</p>	<p>較自身去年同期成長<math>\geq 5\%</math>  <b>或</b>  <b>下轉件數<math>\geq</math>南區 P90 值</b></p>
6	重複用藥管理	<p><b>統計區間：</b>  <b>115Q1—該年度1月至3月，115Q2—該年度4月至6月，依此類推</b></p> <p>操作型定義：重複日數占率=重複用藥日數/給藥日數*100</p> <p>※資料來源：重複用藥管理方案全署概況及特定院所成長率之報表</p>	<p><math>\leq 114</math> 全年全國同儕值  或  <math>\leq</math> 自身去年同期值</p> <p>※114 全年全國同儕值：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 醫學中心：<math>\leq 0.16\%</math></li> <li>■ 區域醫院：<math>\leq 0.21\%</math></li> <li>■ 地區醫院：<math>\leq 0.26\%</math></li> </ul>
7	生物相似藥占率	<p><b>統計區間：</b>  <b>115Q1—該年度1月至3月，115Q2—該年度4月至6月，依此類推</b></p> <p>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公告之生物相似藥品項</p> <p>醫令占率=相似藥醫令量/(原廠藥+相似藥醫令量)</p>	<p>依當期醫令占率(<math>\chi</math>):</p> <p>(1)<math>\chi \geq 30\% \rightarrow 1</math>  (2)<math>20\% \leq \chi &lt; 30\% \rightarrow 0.8</math>  (3)<math>15\% \leq \chi &lt; 20\% \rightarrow 0.5</math>  (4)<math>\chi &lt; 15\%</math>但較自身去年同期成長<math>\rightarrow 0.3</math></p>

序號	品質指標項目名稱	操作型定義	目標值
8	學名藥占率	<p><b>統計區間：</b>  <b>115Q1—該年度 1 月至 3 月，115Q2—該年度 4 月至 6 月，依此類推</b>            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公告之學名藥品項            醫令占率=學名藥醫令量/(原廠藥+學名藥醫令量)</p>	依當期醫令占率( $\chi$ ): (1) $\chi \geq 70\% \rightarrow 1$ (2) $50\% \leq \chi < 70\% \rightarrow 0.8$ (3) $35\% \leq \chi < 50\% \rightarrow 0.5$ (4) $\chi < 35\%$ 但較自身去年同期成長 $\rightarrow 0.3$
9	門診靜脈抗生素(OPAT)執行人次	<p><b>統計區間：</b>  <b>115Q1—該年度 1 月至 3 月，115Q2—該年度 4 月至 6 月，依此類推</b>            1. OPAT 案件判定：任一特定治療項目代號為 DA            2. 人次判定：HOSP_ID+ID+BIRTHDAY+FUNC_SEQ_NO，上述四個欄位組合相同之所有申報資料，視為 1 人次</p>	依當期人次( $\chi$ ) (1) $\chi \geq 100 \rightarrow 1.2$ (2) $50 \leq \chi < 100 \rightarrow 1$ (3) $\chi < 50$ 但較自身去年同期成長 $\geq Y$ 人次 $\rightarrow 0.5$ <b>※註：</b> 區域以上 Y=5 大型地區醫院 Y=3 其他地區醫院 Y=1
10	在宅急症(ACA)收案人次	<p><b>統計區間：</b>  <b>115Q1—該年度 1 月至 3 月，115Q2—該年度 4 月至 6 月，依此類推</b>            以當季 VPN 登錄收案日納入計算人次</p>	依當期人次( $\chi$ ) (1) $\chi \geq 50 \rightarrow 1.2$ (2) $20 \leq \chi < 50 \rightarrow 1$ (3) $\chi < 20$ 但較自身去年同期成長 $\geq Y$ 人次 $\rightarrow 0.5$ <b>※註：</b> 區域以上 Y=5 大型地區醫院 Y=3 其他地區醫院 Y=1

序號	品質指標項目名稱	操作型定義	目標值
11	地區醫院 全人全社 區照護計 畫照護率	<p><b>統計區間：</b>  <u>115Q1：114/01-114/12</u>  <u>115Q2：115/01-115/06</u>  <u>115Q3：115/01-115/09</u>  <u>115Q4：115/01-115/12</u></p> <p>■ 分子：於計畫公告期限內上傳VPN之收案會員人數，排除拒絕名單(結案日為1150101)。          ■ 分母：本署當年度提供醫院之派案名單人數。          ※115年Q1本署尚未提供派案名單，故以114年照護率計算(四捨五入至整數)</p>	<p>依照護率(<math>\chi</math>)</p> <p>(1)<math>\chi \geq 40\% \rightarrow 1.2</math>          (2)<math>25\% \leq \chi &lt; 40\% \rightarrow 1</math>          (3)<math>10\% \leq \chi &lt; 25\% \rightarrow 0.5</math>          (4)<math>\chi &lt; 10\%</math>但較自身去年成長<math>\geq 10\% \rightarrow 0.2</math>          (照護率 0%不採計；若無基期值，則採當期照護率認定)</p>
12	預立醫療 照護諮商 (ACP) 個 案數	<p><b>統計區間：</b>  <u>115Q1—該年度 1 月至 3 月，115Q2—該年度 4 月至 6 月，依此類推</u>          預立醫療照護諮商(ACP)個案數：          申報醫令類別 0,2,X,Z 且醫令代碼 02020C、02028B、02029B、02028C 人數</p>	<p>當期每季 ACP 個案數<math>\geq 3</math>          人          或  <math>&gt;</math>自身去年同期值</p>

序號	品質指標項目名稱	操作型定義	目標值															
13	急性後期照護計畫(PAC)管理(參照台北風險款)	<p><b>統計區間：</b> <b>115Q1—該年度 1 月至 3 月，115Q2—該年度 4 月至 6 月，依此類推</b></p> <p>■ 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> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 收案定義：擷取當季申報資料 P5114B(初評費)</li> <li>2. 下轉定義：擷取當季申報資料 P5113B 或 P5118B(下轉評估費)</li> <li>3. 下轉至同院收案者，只採計收案數</li> <li>4. 四捨五入取至整數</li> </ol>	<p>≥近 2 年各季平均之全國同儕 P80 值 或 ≥南區同儕 P50 且 &gt; 自身去年同期值</p> <p>■ 地區醫院：</p> <table border="1" data-bbox="1671 571 2056 821"> <thead> <tr> <th>季別</th> <th>P50 (南區)</th> <th>P80 (全國)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Q1</td> <td>12</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>Q2</td> <td>14</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>Q3</td> <td>11</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>Q4</td> <td>12</td> <td>26</td> </tr> </tbody> </table>	季別	P50 (南區)	P80 (全國)	Q1	12	22	Q2	14	24	Q3	11	24	Q4	12	26
季別	P50 (南區)	P80 (全國)																
Q1	12	22																
Q2	14	24																
Q3	11	24																
Q4	12	26																
14	西醫門診年復健次數 > 180 次之案件數(同院)	<p><b>統計區間：</b> <b>115Q1—該年度 1 月至 3 月，115Q2—該年度 4 月至 6 月，依此類推</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 西醫門診年復健次數 &gt; 180 次</li> <li>2. 醫令類別為 2(診療明細)、4(不另計價)且醫令調劑方式為 1；醫令代碼為前兩碼 42(物理)、43(職能)、44(語言)之各項復健治療醫令並排除簡單治療項目、評估及副木等相關費用</li> </ol> <p>※ 排除代辦、早療案件、簡單治療、PAC 案件)之異常件數</p>	<p>「門診年復健次數 &gt; 180 次」案件數 = 0 或 &lt; 自身去年同期值</p>															
15	檢驗(查)結果時效內(3日內)上傳率	<p><b>統計區間：</b> <b>115Q1—該年度 1 月至 3 月，115Q2—該年度 4 月至 6 月，依此類推</b></p> <p>■ 分子：符合 3 日內即時上傳檢驗檢查醫令數 ■ 分母：健保申報醫令數</p> <p>註：醫院上傳作業若有特殊情形，由醫院發文，經健保署認定，則可排除該期間之上傳資料</p>	<p>≥ 96.8% (114 年全署地區醫院值) 或 &gt; 自身去年同期值 (擇優，但不含 0)</p>															

序號	品質指標項目名稱	操作型定義	目標值
16	醫療檢查影像時效內(3日內)上傳率	<p><b>統計區間：</b> <b>115Q1—該年度1月至3月，115Q2—該年度4月至6月，依此類推</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 分子：符合3日內即時上傳影像醫令數</li> <li>■ 分母：/健保申報醫令數</li> </ul> <p>註：醫院上傳作業若有特殊情形，由醫院發文，經健保署認定，則可排除該期間之上傳資料。</p>	<p>≥96.3%(114年南區地區醫院值) 或 &gt;自身去年同期值(擇優，但不含0)</p>
17	手術傷口感染率(DA1658)	<p><b>統計區間：</b> <b>115Q1—該年度1月至3月，115Q2—該年度4月至6月，依此類推</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 分子：手術傷口感染病人數</li> <li>■ 分母：所有住院手術病人數</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 手術：醫令代碼全長6碼且前2碼為62-88及97者</li> <li>2. 傷口感染：依[院所、ID、生日、住院日]歸戶下有任一件之任一次診斷ICD-10-CM碼為D78.01、D78.02、D78.21、D78.22、D78.31、D78.32、D78.33、D78.34、E36.01、E36.02、G97.31、G97.32、G97.51、G97.52、G97.61、G97.62、G97.63、G97.64、H59.111、H59.112、H59.113、H59.119、H59.121、H59.122、H59.123、H59.129、H59.311、H59.312、H59.313、H59.319、H59.321、H59.322、H59.323、H59.329、H59.331、H59.332、H59.333、H59.339、H59.341、H59.342、H59.343、H59.349、H59.351、H59.352、H59.353、H59.359、H59.361、H59.362、H59.363、H59.369、H95.21、H95.22、H95.41、H95.42、H95.51、H95.52、H95.53、H95.54、I97.410、I97.411、I97.418、I97.42、I97.610、I97.611、I97.618、I97.620、I97.621、I97.622、I97.630、I97.631、I97.638、I97.640、I97.641、I97.648、J95.61、J95.62、J95.830、J95.831、J95.860、J95.861、J95.862、J95.863、K68.11、K91.61、K91.62、K91.840、K91.841、K91.870、K91.871、K91.872、K91.873、L76.01、</li> </ol>	<p>(115年各季尚未公告，先以114年同期替代，後續修正)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 115Q1：≤1.24%</li> <li>■ 115Q2：≤1.29%</li> <li>■ 115Q3：≤1.31%</li> <li>■ 115Q4：≤1.31%</li> </ul> <p>或 ≤自身去年同期值</p>

序號	品質指標項目名稱	操作型定義	目標值
		L76.02、L76.21、L76.22、L76.31、L76.32、L76.33、L76.34、M96.810、M96.811、M96.830、M96.831、M96.840、M96.841、M96.842、M96.843、N99.61、N99.62、N99.820、N99.821、N99.840、N99.841、N99.842、N99.843、R50.84、T80.211A、T80.212A、T80.218A、T80.219A、T80.22XA、T81.30XA、T81.31XA、T81.32XA、T81.33XA、T81.40XA、T81.41XA、T81.42XA、T81.43XA、T81.44XA、T81.49XA、T82.6XXA、T82.7XXA、T83.510A、T83.511A、T83.512A、T83.518A、T83.59XA、T83.590A、T83.591A、T83.592A、T83.593A、T83.598A、T83.590A、T83.591A、T83.592A、T83.593A、T83.598A、T83.61XA、T83.62XA、T83.69XA、T84.50XA、T84.51XA、T84.52XA、T84.53XA、T84.54XA、T84.59XA、T84.60XA、T84.610A、T84.611A、T84.612A、T84.613A、T84.614A、T84.615A、T84.619A、T84.620A、T84.621A、T84.622A、T84.623A、T84.624A、T84.625A、T84.629A、T84.63XA、T84.69XA、T84.7XXA、T85.71XA、T85.72XA、T85.730A、T85.731A、T85.732A、T85.733A、T85.734A、T85.735A、T85.738A、T85.79XA、T86.8421、T86.8422、T86.8423、T86.8429、T88.8XXA	
18	清淨手術後抗生素用藥 >3 日比率 (DA1155)	<p><b>統計區間：</b>  <b>115Q1—該年度 1 月至 3 月，115Q2—該年度 4 月至 6 月，依此類推</b></p> <p>■ 分子：手術後&gt;3日使用抗生數案件數。          ■ 分母：清淨手術案件數。</p> <p>1. 清淨手術：住院西醫醫院，案件分類為 5 且符合下列任一條件，但排除(i) 主診斷 ICD-10-CM 前 3 碼為 C40、C41、D65-D68，或主診斷 C79.51-C79.52、R79.1 或(ii)任一主、次診斷:中耳炎(ICD-10-CM 前 3 碼為 H65-H69)、肺炎(前 3 碼為 J12-J18)、UTI(前 3 碼 N30、N34，全碼 N39.0)</p> <p>(1) 主處置代碼(ICD-10-PCS 手術代碼)為 0YQ50ZZ、0YQ53ZZ、0YQ54ZZ、0YQ60ZZ、0YQ63ZZ、0YQ64ZZ、0YQ70ZZ、0YQ73ZZ、0YQ74ZZ、</p>	<p>(115 年各季尚未公告，先以 114 年值替代，後續修正)          ≤11.17%          或          ≤自身去年同期值</p>

序號	品質指標項目名稱	操作型定義	目標值
		<p>0YQ80ZZ、0YQ83ZZ、0YQ84ZZ、0YQA0ZZ、0YQA3ZZ、0YQA4ZZ、0YQE0ZZ、0YQE3ZZ、0YQE4ZZ，且支付標準碼(醫令代碼)為 75607C、75610B、75613C、75614C、75615C、88029C</p> <p>(2) 主處置代碼(ICD-10-PCS 手術代碼)為 0GBG0ZZ、0GBG3ZZ、0GBG4ZZ、0GBH0ZZ、0GBH3ZZ、0GBH4ZZ、0GTG0ZZ、0GTG4ZZ、0GTH0ZZ、0GTH4ZZ、0GTK0ZZ、0GTK4ZZ、0GBJ0ZZ、0GTJ0ZZ、0GBJ3ZZ、0GBJ4ZZ、0GTJ4ZZ 且主診斷 ICD-10-CM 碼前 3 碼為 E00-E07、E35，全碼 E89.0，且支付標準碼(醫令代碼)為 82001C、82002C、82003C、82004B、82008B、82015B、82016B、66012B、66013B、66014B、66023B</p> <p>(3) 主處置代碼(ICD-10-PCS 手術代碼)為 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、0SRT07Z、0SRT0J9、0SRT0JA、0SRT0JZ、0SRT0KZ、0SRU07Z、0SRU0J9、0SRU0JA、0SRU0JZ、0SRU0KZ、0SRV07Z、0SRV0J9、0SRV0JA、0SRV0JZ、0SRV0KZ、0SRW07Z、0SRW0J9、0SRW0JA、0SRW0JZ、0SRW0KZ、0SR9069、0SR906A、0SR906Z、0SRB069、0SRB06A、0SRB06Z、0SRC069、0SRC0L9、0SRC0M9、0SRC0N9、0SRC06A、0SRC0LA、0SRC0MA、0SRC0NA、0SRC06Z、0SRC0LZ、0SRC0MZ、0SRC0NZ、XRRG0L8、XRRG0M8、0SRD069、0SRD0L9、0SRD0M9、0SRD0N9、0SRD06A、0SRD0LA、0SRD0MA、0SRD0NA、0SRD06Z、0SRD0LZ、0SRD0MZ、0SRD0NZ、XRRH0L8、XRRH0M8，且支付標準碼(醫令代碼)為 64162B、64164B、64169B、64170B。</p>	

序號	品質指標項目名稱	操作型定義	目標值
		2. 抗生素：ATC 碼前三碼為 J01 (ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE)。找出執行手術的醫令(取執行迄日最大者代表)，再找出使用抗生素的醫令(取執行迄日最大者代)，後者-前者 $\geq 4$ 。	
19	思覺失調症醫療給付改善方案固定就醫收案率 (DA1481)	<p><b>統計區間：(為月累計指標)</b></p> <p><b><u>115Q1：115/01-115/03</u></b></p> <p><b><u>115Q2：115/01-115/06</u></b></p> <p><b><u>115Q3：115/01-115/09</u></b></p> <p><b><u>115Q4：115/01-115/12</u></b></p> <p>固定就醫病人收案率</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 分子：DWM_SCH_DATA 思覺失調試辦計畫申請資料檔「身分證號」欄位有值，且個案類別為固定就醫(含一般及高風險病人)之收案人數。</li> <li>■ 分母：可收案人數(應收案名單)，且個案類別為固定就醫(含一般及高風險病人)。</li> <li>■ 應收案名單(歸戶 ID 數)(由醫務管理組前一年年底固定提供該年之名單)</li> </ul> <p>※ 排除條件：【不含無法分區久未就醫之人數】即應收案名單中排除掉院所代碼為'999999999'的資料</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 115Q1：<math>\geq 55\%</math></li> <li>■ 115Q2：<math>\geq 65\%</math></li> <li>■ 115Q3：<math>\geq 75\%</math></li> <li>■ 115Q4：<math>\geq 85\%</math></li> </ul>
20	同院所急性精神病人出院30日內門診追蹤率 (DA1200)	<p><b>統計區間：(配合本項DA指標彙算時間)</b></p> <p><b><u>115Q1：114/10-114/12</u></b></p> <p><b><u>115Q2：115/01-115/03</u></b></p> <p><b><u>115Q3：115/04-115/06</u></b></p> <p><b><u>115Q4：115/07-115/09</u></b></p> <p>出院30日內門診追蹤率</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 分子：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。</li> </ul>	<p><math>\geq</math>當期南區同儕值 或 <math>&gt;</math>自身去年同期值(擇優，但不含0)</p>

序號	品質指標項目名稱	操作型定義	目標值
		<p>■ 分母：精神科急性精神病人之出院案件數。</p> <p>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、03038B、03039B、03055K、03056A、03057B、03061K、03062A、03063B</p> <p>※ 排除條件：(一)分子：案件分類為02(西醫急診)(二)分母：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)</p> <p>2. 精神科已出院案件：出院日期在當月(例:115Q1 即出院日在 1150101 及 1150331 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</p> <p>3. 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</p>	
21	同院所慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率 (DA1202)	<p><b>統計區間：(配合本項DA指標彙算時間)</b></p> <p><b>115Q1：114/10-114/12</b></p> <p><b>115Q2：115/01-115/03</b></p> <p><b>115Q3：115/04-115/06</b></p> <p><b>115Q4：115/07-115/09</b></p> <p>出院 30 日內門診追蹤率</p> <p>■ 分子：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</p> <p>■ 分母：精神科慢性精神病人之出院案件數</p> <p>1. 慢性精神病人：醫令代碼為 04001A 或 04002B</p>	<p>≥當期南區同儕值 或 &gt;自身去年同期值(擇優，但不含 0)</p>

序號	品質指標項目名稱	操作型定義	目標值
		<p>※ 排除條件：(一)分子：案件分類為02(西醫急診)(二)分母：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)</p> <p>2. 精神科已出院案件：慢性精神病人出院日期在當月(例:115Q1 即出院日在1150101 及 1150331 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</p> <p>3. 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</p>	
22	癌症病人(結直腸癌)篩檢陽追率	<p><b>統計區間：(為季累計指標)(配合國健署名單更新時間)</b></p> <p><b><u>115Q1：114/01-114/12</u></b></p> <p><b><u>115Q2：115/01-115/03</u></b></p> <p><b><u>115Q3：115/01-115/06</u></b></p> <p><b><u>115Q4：115/01-115/09</u></b></p> <p>■ 分子：分母個案完成追蹤數</p> <p>■ 分母：執行大腸癌篩檢且篩檢結果為陽性個案數</p> <p>※資料範圍：</p> <p>1. 統計區間以門診日期計算</p> <p>2. 大腸癌篩檢人數：篩檢個案年齡範圍=(篩檢年)-(出生年)介於40-75之間(40-44歲需具大腸癌家族史)，支付方式為「1.預防保健」、「4.其他公務預算補助」、「5.自費健康檢查」、「9.其他」</p> <p>3. 大腸癌篩檢去重複方式：依政府補助大腸癌篩檢政策，每2年1次大腸FIT檢查計算；若重複篩檢，則以「預防保健」為優先，其他則依序以癌症、癌前病變(含增生性瘻肉)、陽性及最早檢驗日為條件取一筆有效資料</p>	≥去年自身同期值(但不含0)

序號	品質指標項目名稱	操作型定義	目標值
		4. 大腸癌篩檢陽性個案追蹤完成定義：「非大腸癌者在申報資料大腸鏡檢報告C不存在的情況下，申報資料大腸確診表單B診斷結果已填，檢查方法為大腸鏡，或在申報資料大腸鏡檢報告C存在的情況下，申報資料大腸鏡檢報告C診斷結果已填，且檢查方法為大腸鏡」或「大腸癌者不論確診方式，皆列為完追」	
23	癌症病人 (口腔癌) 篩檢陽追 率	<p><u>統計區間：(為季累計指標)(配合口腔健康司彙算時間)</u></p> <p><b><u>115Q1：11501-11503</u></b></p> <p><b><u>115Q2：11501-11506</u></b></p> <p><b><u>115Q3：11501-11509</u></b></p> <p><b><u>115Q4：11501-11512</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 分子：口腔黏膜檢查陽性個案已追蹤完成數</li> <li>■ 分母：口腔黏膜檢查陽性個案數</li> </ul> <p>1. 口腔黏膜檢查陽性個案：</p> <p>(1) 7種高癌化病人或非7種高癌化病人，在申報資料口腔黏膜病變個案複檢(確診)結果表單C存在者</p> <p>(2) 7種高癌化病人，在申報資料口腔黏膜病變個案複檢(確診)結果表單C不存在者</p> <p>2. 口腔黏膜檢查陽性個案追蹤完成定義：</p> <p>(1) 7種高癌化病人，在申報資料口腔黏膜病變個案複檢(確診)結果表單C存在的情況下，臨床診斷(複檢)結果或病理診斷(確診)結果已填」(Oral C表)</p> <p>(2) 非7種高癌化病人，在申報資料口腔黏膜病變個案複檢(確診)結果表單C存在的情況下，臨床診斷(複檢)結果或病理診斷(確診)結果已填；</p>	≥自身去年同期值(但不含0)

序號	品質指標項目名稱	操作型定義	目標值
		<p>或在申報資料口腔黏膜病變個案複檢(確診)結果表單 C 不存在的情況下，申報資料個案複檢(確診)結果表單 B 臨床診斷（複檢）或病理診斷（確診）已填。</p> <p>3. 分類說明：</p> <p>(1) 7 種高癌化：紅斑、紅白斑、非均質性白斑、疣狀增生、疑似口腔癌、口腔內外不明原因之持續性腫塊、均質性厚白斑</p> <p>(2) 非 7 種高癌化：其他</p>	

註：屬 DA 指標之項目操作型定義，依最新公告內容更新(置於本署 VPN/下載專區/院所醫療服務指標查詢/03\_醫療服務指標操作型定義說明\_ICD10 版)，達標與否依據業務組計算當下之 DA 彙算結果為主

提案二

提案單位：南區業務組

案由：南區方案新增「新設醫院」基期計算及相關管理規定，提請討論。

說明：

一、南區近 6 年(109 至 114 年)無新設醫院，現行南區方案尚未設定是類醫院適用機制。惟 115 年至 120 年預計陸續有 7 家新設醫院(如下表)，其中雙福基督教醫院預計於 7 月 15 日開始營運。

預計營運年度	縣市別	鄉鎮區	醫院名稱	急性一般病床	精神急性一般病床	特殊病床	合計床數	體系院所
115 (下半年)	嘉義縣	民雄鄉	雙福基督教	45	0	29	74	戴德森醫療財團法人(嘉基醫院)
	嘉義縣	太保市	寶島醫院	49	0	49	98	
116	台南市	安南區	維馨乳房外科	36	0	3	39	高屏維馨乳房外科
	台南市	北區	成大老人	270	30	109	409	成大體系
117	台南市	新市區	南科奇美	200	0	70	270	奇美體系
	雲林縣	虎尾鎮	中國醫大雲林附設	76	0	0	76	中國醫體系
118	雲林縣	虎尾鎮	台大雲林虎尾醫院	236	100	186	522	台大體系
合計				1,043	130	446	1,619	

二、綜整各分區方案現行內容如下表，簡述如下：

(一) 基期設定及預算保留：第 1 年基期除北區未設限、但依新設醫院開床進度或門診科別醫師產值估算保留預算外，其他均參考轄區同規模醫院之平均每床(每人日)費用、占床率推估住診額度，再依門住比例(或逕以 2 倍)推估全院額度。

(二) 審查方式：原則上皆為逐月審查並執行隨機抽審，俟有基期季後改減量抽審。

分區別	定義	基期計算	保留預算與支付調整	審查方式
臺北	自特約日起有完整申報資料之第 1-12 季	Q1-Q4：參考轄區同規模同經營型態醫院(每床費用、占床率、門住比例)估算 Q5 起：視分區預算個別商議	以當季預算 0.1% 為原則，超過上限等比例折付	Q1-Q4：逐月執行隨機、立意審查及行政檢核 Q5 起：僅樣本月執行立意抽審及行政檢核

分區別	定義	基期計算	保留預算與支付調整	審查方式																					
北區	設立時間 3 年以內醫院 (第 5 季起應參與方案)	Q5-Q12: 採最近一季點值結算並校正後之收入 Q13-Q15: 採 Q11 點值結算並校正後之收入 Q16 起: 回歸採去年同期	依開床進度或門診科別醫師產值估算	Q1-Q4: 逐月執行隨機、立意抽審及行政檢核 Q5 起: 參與方案起採減量抽審																					
中區	自特約日起 4 年內	Q1-Q4: 參考轄區同規模醫院(每床費用、占床率)計算住診額度，整體額度為住診之 2 倍。 Q5-Q16: 最近一季方案結算預估收入 ※開設期程如集中於 Q4 之後，則視開床期程由業務組評估後另通知醫院依前揭原則再議定	1. 若開床率不如預期或占床率 < 同儕，得下修基期 2. 超額點數 (經排除列計後) 不予支付	Q1-Q2: 逐月+送審率 100% Q3-Q8: 減量抽審+送審率 100% Q9 起: 列入分級審查作業，惟 Q5-Q8 整體初核核減率 > 整體醫院 P85，則 Q9-Q12 維持送審率 100%																					
高屏	自特約日起有完整申報資料之第 1-12 季	Q1-Q4: 參考轄區同規模醫院(每人日費用、占床率、門住比例)估算 ※開設期程如集中於 Q4 之後，Q5-Q8 得經業務組評估後另通知醫院依前揭原則再議定	若占床率不同於轄區同規模醫院，得依實際占床率、CMI 及門住單價等調整	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Q1: 逐月抽審</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Q2-Q12: 審一推二(減量抽審)</td> </tr> <tr> <td>季別</td> <td>隨機比例</td> <td>CIS 比例</td> </tr> <tr> <td>Q1-Q2</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Q3-Q4</td> <td>70%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Q5-Q8</td> <td>40%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Q9(含)起</td> <td>0%</td> <td>依規模及成長率決定</td> </tr> </table>	Q1: 逐月抽審			Q2-Q12: 審一推二(減量抽審)			季別	隨機比例	CIS 比例	Q1-Q2	100%	100%	Q3-Q4	70%	100%	Q5-Q8	40%	100%	Q9(含)起	0%	依規模及成長率決定
Q1: 逐月抽審																									
Q2-Q12: 審一推二(減量抽審)																									
季別	隨機比例	CIS 比例																							
Q1-Q2	100%	100%																							
Q3-Q4	70%	100%																							
Q5-Q8	40%	100%																							
Q9(含)起	0%	依規模及成長率決定																							
東區	有新設醫院再個案研擬，並提共管會議討論																								
<p>註 1、減量抽審為當季 3 個月只抽 1 個月，並以核減率回推其他 2 個月</p> <p>註 2、審查分級表係中區、高屏依醫院類別決定隨機抽審比率</p> <p>註 3、同規模同經營型態醫院額度採計病床別：依本署醫管檔之急性病床(急性一般、急性精神)、特殊病床(加護病床)開放床數</p>																									

三、結合各區特點並考量南區適用情形，研擬新增南區方案規定概述如下：

(一) 新設醫院定義：自特約日當季及有完整季申報資料之第 1-12 季，完整季係指該季各費用年月均有申報資料。

(二) 基期設定依下列原則商定基準值(0 階)，不另匡列預算：

1、採計病床別：依本署醫管檔之急性 **一般** 病床、急性精神 **病床(僅限精神專科醫院)**、特殊病床(加護病床)開放床數。

- 2、第 1 至 4 季：參考轄區同規模(以許可床數認定)同經營型態醫院之平均每人日費用、占床率及門住比例計算額度。

$$\text{整體額度} = \frac{(\text{開床數} \times \text{同儕占床率} \times \text{同儕平均每人日點數} \times \text{該季日數})}{\text{同儕住診比例}}$$

- 3、第 5 至 12 季：採最近一季點值結算並校正後之收入，第 13 季起回歸一般醫院採去年同期，如有特殊需求，後續提共管會商議。
- 4、病床開設期程如集中於第 4 季之後，則視開床期程，得由本組評估後另通知醫院採前揭原則協商議定基期收入。

(三) 審查方式：

- 1、第 1 至 4 季：逐月執行隨機(比例 100%)、立意審查及行政檢核。
- 2、第 5 至 12 季：減量抽審，其中第 5 至 8 季隨機比例 70%、第 9 季起 40%，惟倘第 5 至 8 季初核核減率 > 整體南區醫院 P85，則維持 70%。

(四) 其他：

- 1、如實際開床情形不如預期或占床率低於同儕，本組得於季末前下修基期。
- 2、第 1 至 4 季超額點數(經排除列計後)支付比例為 0%，第 5 季起方適用超額分階折付及相關計算。
- 3、第 1 至 12 季皆不適用「自主季間風險調控」、「擴增床數」、「暫時性住院容量調整」及「地區醫院費用波動」等調控機制。
- 4、費用高成長(有別於同規模或其他新設醫院)或檔案分析異常者，本組得移請南區醫院總額審查執行分會輔導，或請該院至南區醫院總額共管會議報告。

四、如獲通過，自 115 年 Q3 起適用，並同步修改南區方案。

決議：照案通過。

### 提案三

提案單位：南區業務組

案由：南區方案超額分階折付點值上限調降、重症照護「RCC」及「ICU 案件」操作型定義及「效率指標-急診滯留>24 小時案件比率」達標條件調整，提請討論。

說明：

一、依南區醫院總額 115 年第 1 次共管會會議紀錄決議事項，旨揭議題列入本次會議討論。

二、說明本組試算結果及建議：

(一) 超額分階點值上限調降，預算剩餘時，階 1~3 最高提升至 0.9/0.8/0.7，剩餘預算依各院階 0 所算得市占率，另以 RPG 補付：

1、以 115Q1 試算階 1~3 上限調降結果如下：

醫院層級	核減情形	A-原始 (1/1/1)	B-上限調降 (0.9/0.8/0.7)	(B-A) 增加核減
區域 以上	家數	1	2	1
	點數(萬)	435	655	220
地區	家數	12	19	7
	點數(萬)	1,678	2,118	440
合計	家數	13	21	8
	點數(萬)	2,114	2,731	617
	點值影響	--	--	增加 0.0003

註、核減情形包含陸之一單價核減

2、考量於方案結算階段，各階點值代入後之計算結果僅為決定各院當季「方案核減點數」，且本季區域以上醫院多數無超額、超額點數達階 4 者以地區醫院為主，為避免此項調整可能影響層級醫院間之衡平性，爰建議維持現行作法。

(二) 重症照護「RCC」及「ICU」案件操作型定義：

1、查各分區多數皆有採計前揭項目，與南區現行方案操作型定義之差異如下表，簡述如下：

- (1) RCC：僅高屏、東區未予保障，臺北、北區操作型定義與南區相同，中區則另以「長期使用呼吸器管理方案」管理。
- (2) ICU：僅中區未予保障，惟臺北、北區及高屏(另列「非以一般總額預算支應之支付標準調整項目」)多數增列燒傷加護病床、精神科加護病床相關醫令。

分區	RCC	ICU
臺北	○相同	○ 1、進一步區分 (1) >6歲：採前7天 (2) ≤6歲：採前14天 2、含燒傷加護病床相關醫令
北區	○相同	○含燒傷加護病床、精神科加護病床相關醫令
中區	○另列「長期使用呼吸器管理方案」	X
高屏	X	○另列「非以一般總額預算支應之支付標準調整項目」： 1、含燒傷加護病床、精神科加護病床等相關醫令 2、限試辦計畫代碼HQ、HP醫院，並依指標達成結果計算調整點數差額
東區	X	○相同

- 2、為維持政策鼓勵積極脫離呼吸器，並考量南區方案急重症排除列計方自115年Q1起新增「重大外傷(燒傷及創傷)」、且精神科住院原即為剛性需求保障項目，爰建議本項不予調整。

(三) 「效率指標-急診滯留>24小時案件比率」達標條件：

- 1、前揭指標目前共7家醫院適用。
- 2、現行方案規定僅針對自身當期較基期進步(即滯留率下降)者，方給予個別醫院階1(合理成長率)可成長級距。為客觀反映醫院改善情形及指標落點，建議新增該院與全國同儕值比較之達標條件及修訂對應之可成長級距：

(1)比率差值 1=該院當期比率-該院基期比率

(2)比率差值 2=該院當期比率-全國同儕值當期比率

		比率差值2	
		≥0	<0
比率差值1	<0	+0.25%	+1%
	≥0	+0%	+0.5%

3、以 115 年 Q1 試算調整後 7 家醫院之指標適用情形如下：

增加級距/對應家數	調整前	調整後
+1%	5	0
+0.5%	0	0
+0.25%	0	5
+0%	2	2

三、如獲通過，調整項目自 115 年 Q3 起適用，並同步修改南區方案。

決議：以上 3 項定義皆不予調整，維持現行規定。

#### 提案四

提案單位：陳仁德醫院

案由：陳仁德醫院因呼吸照護病房(RCW)轉型為急性後期照護病房(PAC)，整修期間將致 115 年服務量及收入下降，建請 116 年該院方案基期得比照 114 年基準核定，提請討論。

#### 說明：

一、陳仁德醫院配合國家分級醫療政策及急性後期照護制度發展，規劃將原 RCW 病床 20 床轉型為 PAC 病床，惟轉型期間(115/5/1~115/9/30)病床暫停收治致醫療服務量明顯下降、影響來年基期偏低問題，將影響該院未來營運及投入 PAC 服務之發展動能(原提案內容詳如附件 2)。

二、南區業務組回應：

- (一) 該院計畫性關床類別為 RCW，不適用南區方案「暫時性住院容量調整」機制；惟「PAC 住院下轉個案」屬南區政策鼓勵項目，當期較基期增加之一般服務差額為方案排除列計，不列入超額計算。
- (二) 試算該院 RCW 及 PAC 平均產能如下表，一季費用約短少 300 萬。

病床類別	床數	占床率	每人日點數	申報點數
RCW	20	64.4%	4,451	5,159,599
PAC	20	34.2%	3,171	1,952,068

註 1.RCW 占床率採 114Q2 南區地區醫院平均值；每人日點數為 P1011C 單價點數

註 2.PAC 占床率及每人日點數採南區地區醫院平均值

- (三) 考量 PAC 下轉案件已列入當期排除列計予以保障，並另由其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」支應 PAC 評估費及獎勵費，爰建議不予調整，倘當季遇有其他特殊情形再另予考量。

決議：不予調整，遇有其他特殊情形再另予考量。

案序 3

案由：本院因辦理呼吸照護病房（RCW）轉型為急性後期照護病房（PAC）之裝修工程，致 115 年度健保醫療服務量及收入短期下降，建請 116 年度總額計算得比照 114 年度基準核定，以維持醫療服務體系穩定發展，提請討論。

說明：

- 一、本院配合國家推動分級醫療政策及急性後期照護（PAC）制度發展，規劃將原呼吸照護病房（RCW）20 床轉型為 PAC 病房 20 床，以提升病人銜按照護品質及整體醫療效能。
  - 二、轉型期間自 115 年 05 月 01 日至 115 年 09 月 30 日進行病房裝修工程，期間病床暫停收治，致醫療服務量明顯下降，連帶影響健保申報點數及整體醫療收入。
  - 三、本次收入下降係屬政策性配合及階段性工程影響，並非醫療服務能力減弱或經營效率不佳所致。工程完成後，預期可提升醫療照護品質、強化急性後期照護量能，並符合健保政策發展方向。
  - 四、若以 115 年度實際申報結果作為 116 年度總額核算基準，恐因短期因素造成基期偏低，影響本院未來營運及持續投入 PAC 服務之發展動能。
  - 五、本院「不符合南區醫院總額穩定方案(四)暫時性住院容量調整」原因：此次申請關床類別為「呼吸照護病房」，並在關床期間整修改為 PAC 病房，而暫時性住院容量調整適用病床類別「無」呼吸照護病房。
- 建議：建請於核定 116 年度醫院總額時，考量本院屬政策配合之轉型個案，排除裝修期間之特殊影響因素，得比照 114 年度原正常營運期間之服務量基準計算，以維護醫療機構永續經營及政策推動之穩定性。

陸、散會：下午 4 時 30 分