



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會
Joint Commission of Taiwan

醫學中心任務指標 審查說明會

任務一

提供重、難症及特殊疾病之醫療服務，並具成效

簡報人：林宏榮院長

服務機關：奇美醫療財團法人奇美醫院

簡報日：112年4月28日



- 各任務基準條文一覽表
- 基準研修方向
- 任務一基準及評分說明
 - 基準項目重要修訂
 - 試評委員共識

各任務基準條文一覽表



任務別	基準	總條數	試評條文數
一	提供重、難症及特殊疾病之醫療服務，並具成效	9	0
二	提升區域醫療水準並落實分級醫療	6	0
三	卓越的醫療品質與病人安全	9	1
四	投入創新研發，帶動醫療健康科技發展	7	0
五	配合國家政策，肩負社會公益責任	8	2
總計		39	3



任務一基準條文分類統計表



項次	基準	條文數
1.1	提供門診重、難症及特殊疾病之醫療服務並具成效	3
1.1.1	門診服務人次比例適當	
1.1.2	提升門診重、難症及特殊疾病之服務佔率、照護成效及持續改善	
1.1.3	門診醫療過程面及結果面之品質指標合理	
1.2	提供急診重、難症及特殊疾病之醫療服務並具成效	3
1.2.1	急診服務人次比例適當	
1.2.2	提升急診重、難症及特殊疾病之服務佔率、照護成效及持續改善	
1.2.3	急診醫療過程面及結果面之品質指標合理	
1.3	提供住診重、難症及特殊疾病之醫療服務並具成效	3
1.3.1	住診服務人次比例適當	
1.3.2	提升住診重、難症及特殊疾病之服務佔率、照護成效及持續改善	
1.3.3	住診醫療過程面及結果面之品質指標合理	

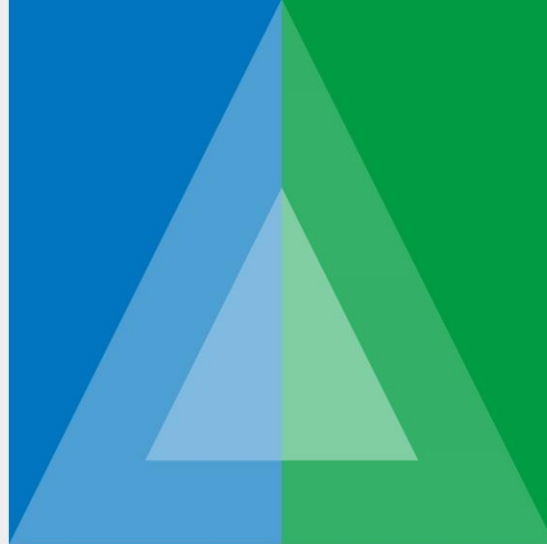


基準研修方向



- 呼應基準內容將任務別名調整為「提供重、難症及特殊疾病之醫療服務，並具成效」。
- 依門診、急診及住診三大面向重新架構基準，並納入重、難症、特殊疾病服務之成效，分別如下：
 - 門診：「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」之收案率、門診手術比率，以及糖尿病共同照護成效。
 - 急診：主動脈剝離、重大創傷、急性心肌梗塞以及急性缺血性腦中風等疾病個案數及其處置品質。
 - 住院：癌症登記之新診斷個案數及留治率以及死亡數較高之癌症治療統計。
- 門診、急診、住診之「醫院執行CT與MRI比率」指標，納入「90日內同部位再執行率」。





1.1

提供門診重、難症及特殊疾病
之醫療服務並具成效

1.1.1 門診服務人次比例適當



■ 評分說明

審查醫院門診服務量與比重：

1. 審查過去4年健保給付之門、住診比率，如：健保門診與住診點數之比率。
2. 參考健保申報資料之過去4年各院「申報健保門診醫療服務」及「申報健保住診醫療服務」人次及點數之統計資料。
3. 參考健保申報資料之過去4年各院申報健保門診服務中，「重症及特殊醫療服務」之人次，以及申報健保點數與佔率。

[註]

「重症及特殊醫療服務」係包括重大傷病(含癌症、罕病、血友病等)、愛滋病及門診手術。



1.1.2 提升門診重、難症及特殊疾病之服務佔率、照護成效及持續改善(1/3)



■ 評分說明

1. 審查醫院為提升門診重、難症服務佔率所擬定之具體方案及成效。
2. 審查過去4年醫院門診重、難症照護之持續性品質改善計畫及推動執行績效，計畫內容包括醫院設定之目標、評量指標、實際推動過程(組織與流程及方法等)、結果及改善情形。



1.1.2 提升門診重、難症及特殊疾病之服務佔率、照護成效及持續改善(2/3)



■ 評分說明

3. 審查過去4年門診特殊疾病之服務量及結果品質統計：

(1) 腹膜透析與血液透析執行之數量與比率之增減。

(2) 末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫收案率。

(3) 門診手術比率。

(4) 糖尿病共同照護成效。

(5) 醫院自訂其他特殊疾病之執行成效。



1.1.2提升門診重、難症及特殊疾病之服務佔率、照護成效及持續改善(3/3)



■ 評分說明

[註]

1. 持續性品質改善計畫可包含目前執行中或已完成。
2. 請重點摘要計畫執行成果紀錄及未來持續性品質改善計畫。
3. 評分說明3之定義如下：
 - (1)腹膜透析比率：分母為腹膜透析人數及血液透析人數，分子為腹膜透析人數；血液透析比率：分母為腹膜透析人數及血液透析人數，分子為血液透析人數。
 - (2)末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫收案率：分母為前12個月門診2次或住診1次就醫主診斷N184~186或049符合收案條件之病人數(排除洗腎及死亡病人數)，分子為已收案照護之病人數。
 - (3)門診手術比率：分母為門診及住院手術總人次，分子為門診手術人次，皆須包含健保及自費。
 - (4)糖尿病共同照護成效係指提供跨醫療專業領域之共同照護服務，且結合社區基層醫療資源，接受重難症病人之轉介或特殊檢查，作為其他醫療院所之支持後盾。



1.1.3 門診醫療過程面及結果面之品質指標合理(1/3)



■ 評分說明

1. 審查門診重、難症醫療過程、結果品質指標及改善情形：

- (1) 醫療過程及結果品質指標統計。
- (2) 特殊疾病之服務量、結果品質統計及執行成效。
- (3) 上述相關指標改善情形之說明。
- (4) 可比較性指標(如：健保指標、TCPI及THIS等)之同儕比較。



1.1.3 門診醫療過程面及結果面之品質指標合理(2/3)



■ 評分說明

2. 審查過去4年醫院執行CT及MRI之執行率統計：

- (1) 由醫院提供門診之CT與MRI執行率統計。
- (2) 參考健保申報資料之門診CT與MRI統計值及病人90日內同部位再執行率，以確保重、難症病人執行檢查之適切性。
- (3) 審查醫院提供資料與健保署資料進行比較。

[註]

品質指標項目係指：

1. 適用全國之品質指標。
2. 適用分區內醫院之品質指標。
3. 醫院依發展重點自訂之品質指標，另可找出內、外、婦、兒及癌症等特色指標。



1.1.3 門診醫療過程面及結果面之品質指標合理(3/3)



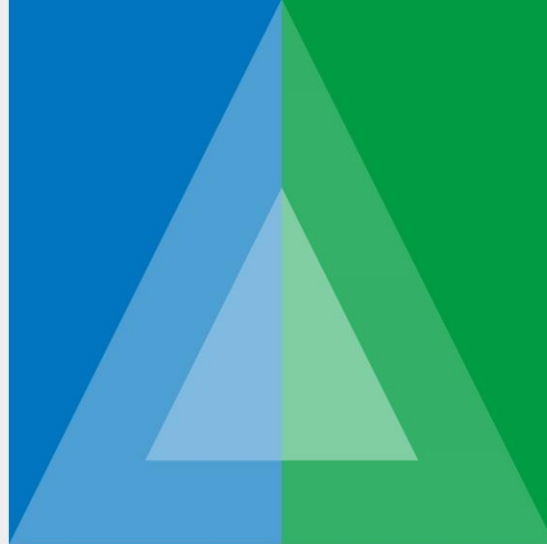
■ 資料表填寫說明

➤ 門診手術比率統計

說明：健保人次計算，除健保手術外，含部分自費手術(如:自費耗材)，以申報自衛生福利部中央健康保險署數據為主。

年度	門診手術人次			門診及住院手術總人次			比率(%) (A/B)
	健保	<u>全</u> 自費	小計(A)	健保	<u>全</u> 自費	小計(B)	
108 年							
109 年							
110 年							
111 年							





1.2

提供急診重、難症及特殊疾病
之醫療服務並具成效

1.2.1 急診服務人次比例適當



■ 評分說明

審查醫院急診重、難症病人之佔率：

1. 依據急診5級檢傷分類定義統計重、難症病人服務量與床數之佔率。
2. 醫院自陳過去4年急診住院入住加護病房比例。
3. 參考健保申報資料之過去4年各院急診檢傷分類資料。
4. 參考健保申報資料之過去4年急診留觀24小時及48小時以上置留率及急診住院佔全院住院比率資料。
5. 參考健保申報資料之過去4年急診轉住院病人置留急診24小時及48小時以上人數和比率。
6. 急診接受其他醫院轉入且住院之人次。



1.2.2 提升急診重、難症及特殊疾病之服務佔率、照護成效及持續改善(1/3)



■ 評分說明

1. 審查醫院為提升急診重、難症服務佔率所擬定之具體方案及成效。
2. 審查過去4年醫院急診重、難症照護之持續性品質改善計畫及推動執行績效，計畫內容包括醫院設定之目標、評量指標、實際推動過程(組織與流程及方法等)、結果及改善情形。



1.2.2 提升急診重、難症及特殊疾病之服務佔率、照護成效及持續改善(2/3)



■ 評分說明

3. 審查過去4年急診特殊疾病之服務量及結果品質統計：

(1)主動脈剝離個案數及處置品質。

(2)重大創傷個案數及處置品質。

(3)ST段上升之急性心肌梗塞個案數，及執行緊急冠狀動脈介入術時，Door to wire time小於90分鐘之處置品質。

(4)急性缺血性腦中風個案數，分別接受靜脈血栓溶解治療(recombinant tissue plasminogen activator, rt-PA)或動脈取栓(Intra-arterial thrombectomy, IAT)之統計及處置品質。

(5)醫院自訂其他特殊疾病之執行成效。



1.2.2 提升急診重、難症及特殊疾病之服務佔率、照護成效及持續改善(3/3)



■ 評分說明

[註]

1. 持續性品質改善計畫可包含目前執行中或已完成。
2. 請重點摘要計畫執行成果紀錄及未來持續性品質改善計畫。
3. 「急診特殊疾病」係參考健保申報資料之定義及數據資料。



1.2.3 急診醫療過程面及結果面之品質指標合理(1/2)



■ 評分說明

1. 審查急診重、難症醫療過程、結果品質指標及改善情形：
 - (1) 醫療過程及結果品質指標統計。
 - (2) 特殊疾病之服務量、結果品質統計及執行成效。
 - (3) 上述相關指標改善情形之說明。
 - (4) 可比較性指標(如：健保指標、TCPI及THIS等)之同儕比較。



1.2.3 急診醫療過程面及結果面之品質指標 合理(2/2)



■ 評分說明

2. 審查過去4年醫院執行CT及MRI之執行率統計：

(1) 由醫院提供急診之CT與MRI執行率統計。

(2) 參考健保申報資料之急診CT與MRI統計值及病人90日內同部位再執行率，以確保重、難症病人執行檢查之適切性。

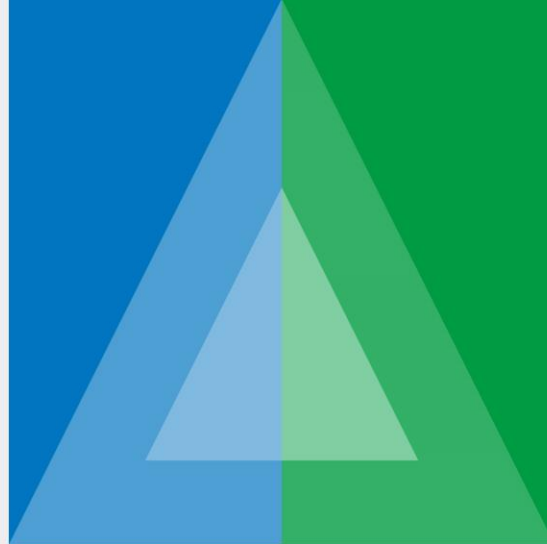
(3) 審查醫院提供資料與健保署資料進行比較。

[註]

品質指標項目係指：

1. 適用全國之品質指標。
2. 適用分區內醫院之品質指標。
3. 醫院依發展重點自訂之品質指標，另可找出內、外、婦、兒及癌症等特色指標。





1.3

提供住診重、難症及特殊疾病之
醫療服務並具成效

1.3.1 住診服務人次比例適當(1/3)



■ 評分說明

審查醫院住診重、難症病人之佔率：

1. 醫院自陳過去4年住診病人之嚴重度，並以急性生理及慢性健康評估系統(Acute Physiological And Chronic Health Evaluation System, APACHE II)量表與創傷嚴重程度分數(Injury Severity Score, ISS)進行統計。
2. 審查醫院過去4年健保申報資料，依Tw-DRG(3.4版)(包含所有住院案件，惟排除代辦及不完整資料、精神病患、入住慢性呼吸照護病房及一般病房的呼吸器依賴患者之住院案件)進行統計分析之CMI指數(含全院及內、外、婦、兒)。



1.3.1 住診服務人次比例適當(2/3)



■ 評分說明

3. 醫院應有緊急調度床位以妥適收治重症病人之機制，如：主動脈剝離、重大創傷等。

[註]

兒科加護病房得採用兒童死亡危險度評估表(Pediatric Risk of Mortality Score, PRISM III Score)、新生兒加護病房得採用新生兒治療介入系統指標(Neonatal Therapeutic Intervention Scoring System, NTISS)為病人疾病嚴重度之評估系統。



1.3.1 住診服務人次比例適當(3/3)



■ 試評委員共識

醫院仍應依評分說明及備註所列之評估系統數據進行填報，特殊ICU可依照特殊需求採用適用的疾病嚴重度指標，於資料表說明中註明。



1.3.2 提升住診重、難症及特殊疾病之服務佔率、照護成效及持續改善(1/5)



■ 評分說明

1. 審查醫院為提升住診重、難症服務佔率所擬定之具體方案及成效。
2. 審查過去4年醫院住診重、難症照護之持續性品質改善計畫及推動執行績效，計畫內容包括醫院設定之目標、評量指標、實際推動過程(組織與流程及方法等)、結果及改善情形。



1.3.2 提升住診重、難症及特殊疾病之服務佔率、照護成效及持續改善(2/5)



■ 評分說明

3. 審查過去4年住診特殊疾病之服務量及結果品質統計：

(1) 連續使用呼吸器22~63日病人於期間脫離呼吸器超過5日之人數比率。

(2) 剖腹產率。

(3) 癌症登記之新診斷個案數及留治率。

(4) 死亡數較高之癌症(乳癌、大腸癌、口腔癌、肺癌、肝癌)治療統計。

(5) 醫院自訂其他特殊疾病之執行成效，如：特別器官移植。



1.3.2 提升住診重、難症及特殊疾病之服務佔率、照護成效及持續改善(3/5)



■ 評分說明

[註]

1. 持續性品質改善計畫可包含目前執行中或已完成。
2. 請重點摘要計畫執行成果紀錄及未來持續性品質改善計畫。
3. 評分說明3-(3)及(4)之定義及公式如下：
 - (1)新診斷癌症個案數為Class 0~3，含原位癌。
 - (2)留治率：分母為當年度院內常見癌別新診斷(Class 0~3)個案數，分子為分母中有在本院治療之個案數(含緩和治療)。
 - (3)死亡數較高之癌症治療統計係參考癌症醫療品質管理考核資訊系統之重要核心測量指標數據資料。



1.3.2 提升住診重、難症及特殊疾病之服務佔率、照護成效及持續改善(4/5)



■ 資料表填寫說明

• 剖腹產率計算定義：

1. 總生產數=剖腹產數+自然產數；排除因先天異常等原因立意終止妊娠或死產。
2. 剖腹產係指符合下列任一條件：TW-DRGs碼前3碼為370、371、513；DRG參考碼為0371A、0373B；符合任一剖腹產醫令代碼：81004C、81028C、97009C、81005C、81029C、97014C。
3. 自然產係指符合下列任一條件：TW-DRGs碼前3碼為372-375；2DRG參考碼0373A、0373C；需符合任一自然產醫令代碼：81017C、81018C、81019C、97004C、97005D、81024C、81025C、81026C、97934C、81034C。

年度	<u>剖腹產數(A)</u>	<u>總生產數(B)</u>	比率(%) (A/B)
108年			
109年			
110年			
111年			



1.3.2 提升住診重、難症及特殊疾病之服務佔率、照護成效及持續改善(5/5)



■ 資料表填寫說明

• 死亡數較高之癌症治療統計

1. 各治療指標係參考「癌症醫療品質管理考核資訊系統」之重要核心測量指標，且配合填報時程填報108年至110年。
2. 本表原以指標代碼呈現，考量109年起，部分指標代碼異動，故以「指標名稱」呈現。

5-4 肝癌

指標名稱	108年	109年	110年
1.極早期和早期肝癌病人接受治癒性療法的比率。			
2-1.Curative(內科治癒性療法)或 TA(C)E 治療後的肝癌病人，2 個月內追蹤影像學(US or CT or MRI)的比率。 <small>註</small>			
2-2.Curative(內科治癒性療法)或 TA(C)E 治療後的肝癌病人，3 個月內追蹤影像學(US or CT or MRI)的比率。 <small>註</small>			
3.Curative(外科治癒性療法)治療後的肝癌病人，3 個月內追蹤影像學(US or CT or MRI)的比率。			
4.Curative 或 TA(C)E 治療後的肝癌病人 1 年內追蹤影像學(US or CT or MRI，任一項)≥3 次的比率。			

依據國民健康署110年1月公告，修改 Curative 或 TA(C)E 治療後肝癌病人其3個月內追蹤影像學的比率。



1.3.3 住診醫療過程面及結果面之品質指標合理(1/2)



■ 評分說明

1. 審查住診重、難症醫療過程、結果品質指標及改善情形：
 - (1) 醫療過程及結果品質指標統計。
 - (2) 特殊疾病之服務量、結果品質統計及執行成效。
 - (3) 上述相關指標改善情形之說明。
 - (4) 可比較性指標(如：健保指標、TCPI及THIS等)之同儕比較。



1.3.3 住診醫療過程面及結果面之品質指標合理(2/2)



■ 評分說明

2. 審查過去4年醫院執行CT及MRI之執行率統計：

(1) 由醫院提供住診之CT與MRI執行率統計。

(2) 參考健保申報資料之住診CT與MRI統計值及病人90日內同部位再執行率，以確保重、難症病人執行檢查之適切性。

(3) 審查醫院提供資料與健保署資料進行比較。

[註]

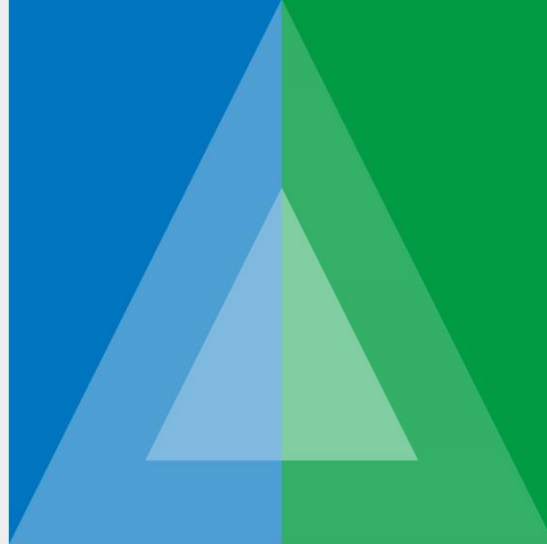
品質指標項目係指：

1. 適用全國之品質指標。

2. 適用分區內醫院之品質指標。

3. 醫院依發展重點自訂之品質指標，另可找出內、外、婦、兒及癌症等特色指標。





感謝聆聽 敬請指教

說明會提問將納入本年度委員共識，
再放置本會網站供各界下載

邀請您掃描加入
醫策會Line@，
與我們一同關心
國家醫療大小事！



請掃描QR Code加入醫策會Line@

