

健保署中區業務組 114 年中區醫院總額前瞻式預算管理方案

品質指標項目操作型定義暨考核方式

制訂日期 114/02/12

修訂日期 114/04/21、114/05/19、114/09/23、114/12/12

- 一、目標值設定及其原則：依表中說明，各項分別設定目標值，目標值設定之上限(正向)或下限(負向)參考同儕平均值。
- 二、考核指標值之採用期間：因部份項目涉及跨季資料擷取，未能即時於當季結算時產製結果，故採前一季之指標值。依據下述表列之考核指標值採用期間，進行考核指標值結果予以計算，並將其考核結果作為當季結算之依據。
- 三、指標考核結果除採論量定額獎勵點數外，部份項次依達成結果計算表列之增減點數比率乘以當季送核案件(總額內不含專款專用、BC 肝醫令藥費及交付處方等)之核定數，並反映於當季總額管理方案結算結果。
- 四、本組得視政策方向及各院改善情形予以調整各項指標(詳表 1_彙整表，表 2_各項指標操作型定義)。

表 1_114 年中區醫院總額前瞻式預算管理方案品質指標項目彙整表

編號	增修	指標型態	指標編號	項目	屬性	負責人	分機
1	修改	品質監測管理	N4_0201	以病例組合校正之住院案件出院後三日再急診率(TW-DRGs V3.4 版)	負向	林小姐	6506
2	修改	品質監測管理	N4_0301	以病例組合校正之住院案件出院後十四日再入院率(TW-DRGs V3.4 版)	負向	林小姐	6506
3	沿用	品質監測管理	N4_11	同院所急、慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率	正向	林小姐	6506
4	修改	配合重要政策/計畫推動	N4_26	健保醫療資訊雲端查詢系統推動作業考核方式	正向	陳小姐	6510
5	修改	配合重要政策/計畫推動	N4_27	推動健保醫療服務無紙化審查方案	正向	紀小姐	6509
6	修改	抑制醫療資源不當耗用	N4_32	門診檢查(驗)合理區間內再執行率	負向	陳小姐	6508
7	沿用	配合重要政策/計畫推動	N4_34	即時查詢病患就醫資訊方案_即時上傳檢驗(查)結果	正向	許小姐	6546
8	沿用	配合重要政策/計畫推動	N4_35	病患死亡前安寧利用率	正向	張小姐	6547
9	修改	配合重要政策/計畫推動	N4_37	居家安寧療護服務獎勵	正向	張小姐	6547
10	沿用	配合重要政策/計畫推動	N4_38	即時查詢病患就醫資訊方案_即時上傳醫療檢查影像	正向	許小姐	6546
11	修改	配合重要政策/計畫推動	N4_39	虛擬健保卡推動計畫	正向	陳小姐	6513
12	沿用	配合重要政策/計畫推動	N4_41	糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案照護獎勵	正向	黃小姐	6510
13	沿用	品質監測管理	N4_44	住院精神科病人申報出院準備於 30 日內轉銜精神社區復健	正向	張小姐	6547
14	新增	品質監測管理	N4_45	住院病人接受出院準備且進行長照 2.0 需求評估比率	正向	張小姐	6547
15	修改	配合重要政策/計畫推動	N4_46	落實分級醫療-下轉地區醫院和診所件數(純慢性病、非重大個案)	正向	林小姐	6506
16	新增	配合重要政策/計畫推動	N4_47	急性後期整合照護計畫下轉人數	正向	林小姐	6541
17	修改	配合重要政策/計畫推動	N4_48	重要計畫推展經驗分享會(如在宅急症、雲端查詢、居家安寧、R2 在宅醫療、R3 偏鄉資源整合、地區全人全社區等)	正向	林小姐	6506
18	新增	品質監測管理	N4_49	急診照護監測(急診病人停留超過 24 小時、48 小時比率)	負向	陳小姐	6513
19	新增	配合重要政策/計畫推動	N4_50	慢性病處方箋再調劑率	正向	黃小姐	6510
20	新增	品質監測管理	N4_51	門診年復健次數 > 180 次之案件數	負向	張小姐	6528
21	新增	配合重要政策/計畫推動	N4_52	癌藥事前審查以電子病歷申請(以 FHIR 格式)作業之獎勵計畫	正向	紀小姐	6509

表 2_114 年中區醫院總額前瞻式預算管理方案品質指標項目操作型定義及考核方式

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	指標值採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件
N4_0201	以病例組合校正之住院案件出院後 3 日內急診率 (TW-DRGs V3.4 版)	1. 分子： 住院 DRGs 案件之出院後 3 日內跨院急診率。 2. 分母：CMI _{3 日內跨院急診率}	詳方案	前季	負向	詳方案	1. 精神專科醫院及列計分母低於 30 者不列入考核。 2. 依據本組公布之 114 年中區醫院總額前瞻式預算管理方案品質指標項目_以病例組合校正之住院案件出院後 3 日內急診率操作型定義暨考核方式(附件 A)。
N4_0301	以病例組合校正之住院案件出院後 14 日內再入院率 (TW-DRGs V3.4 版)	1. 分子： 住院 DRGs 案件之出院後 14 日內跨院再住院率 2. 分母：CMI _{14 日內跨院再住院率}	詳方案	前季	負向	詳方案	1. 精神專科醫院及列計分母低於 30 者不列入考核。 2. 依據本組公布之 114 年中區醫院總額前瞻式預算管理方案品質指標項目_以病例組合校正之住院案件出院後 14 日內再入院率操作型定義暨考核方式(附件 B)。

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	指標值採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件
N4_11	同院所急、慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率						
N4_1101	同院所急性精神病人出院 30 日內門診追蹤率	急性精神病人 1. 分子：精神科已出院案件中 30 日內至同院所門診精神科追蹤之案件數 2. 分母：精神科急性精神病人出院案件數	高於中區或全國同儕值(擇高)	前季	正向	每件 500 點	1. 急性精神病人：醫令代碼為 03001K、03002A、03003B、03004B、03026K、03027A、03028B、03029B、03005K、03006A、03007B、03008B、03030K、03031A、03032B、03033B、03014A、03015B、03025B、03037A、03038B、03039B、03055K、03056A、03057B、03061K、03062A、03063B。 2. 精神科已出院案件：出院日期在當月且就醫科別為 13 的案件，且用院所、ID、住院日歸戶，取出院日最晚那一筆案件。排除轉歸代碼為 2(繼續住院)、4(死亡)、6(轉院)、9(自殺)、A(病危自動出院)。 3. 30 日內至同院所門診精神科追蹤案件：以精神科出

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	指標值採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件
							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案件, 若二件以上門診追蹤件數則以一件計算 (取門診就醫日第一筆)。
N4_1102	同院所慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率	慢性精神病人 1. 分子: 精神科已出院案件中 30 日內至同院所門診精神科追蹤之案件數 2. 分母: 精神科慢性精神病人出院案件數	高於中區或全國同儕值 (擇高)	前季	正向	每件 500 點	1. 慢性精神病人: 醫令代碼 04001A 或 04002B。 2. 精神科已出院案件: 出院日期在當月且就醫科別為 13 的案件, 且用院所、ID、住院日歸戶, 取出院日最晚那一筆案件。排除轉歸代碼為 2(繼續住院)、4(死亡)、6(轉院)、9(自殺)、A(病危自動出院)。 3. 30 日內至同院所門診精神科追蹤案件: 以精神科出院案件之 ID 及出院日期追蹤 30 日內 (門診就醫日期

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	指標值採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件
							- 出院日期 ≤ 30) 至同院所門診精神科就醫案件，若二件以上門診追蹤件數則以一件計算(取門診就醫日第一筆)。
N4_26	健保醫療資訊雲端查詢系統推動作業考核方式	依據本組公布之 114 年中區醫院總額前瞻式預算管理方案品質指標項目_健保醫療資訊雲端查詢系統推動作業考核方式	詳方案	當季	正向	詳方案	依據本組公布之 114 年中區醫院總額前瞻式預算管理方案品質指標項目_健保醫療資訊雲端查詢系統推動作業考核方式(附件 C)。
N4_27	推動健保醫療服務無紙化審查方案	依據本組公布之 114 年中區醫院總額前瞻式預算管理方案品質指標項目_推動健保醫療服務無紙化審查方案	詳方案	當季	正向	詳方案	依據本組公布之 114 年中區醫院總額前瞻式預算管理方案品質指標項目_推動健保醫療服務無紙化審查方案(附件 D)。
N4_32	門診檢查(驗)非合理區間內再執行率	1. 分子：分母之門診各項檢查(驗)之非合理區間內再次執行醫令量 2. 分母：電腦斷層造影等 9 項門診檢查醫令量 註：	1. 目標值：以 113 年第 3 季為基期予以設定。 (1) 同儕百分位值：醫學中心以全署同層級進行計算；區	當季	負向	超出目標值核減門診給付核定數 0.1% 註： 1. 核減點數計算公式=門診給付核定數 0.1%*未達目	1. 考核項目：電腦斷層造影、核磁造影、全套血液檢查、血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶、低密度脂蛋白-膽固醇、超音波導引、癌胚胎抗原檢驗、腹部超音

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	指標值採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件
		<p>1. 排除條件： (1) 分母：醫令量小於 50 者。 (2) 分子：代辦、急診。 2. 醫令類別為 2。 3. 再執行比對範圍：同院及跨院之西醫診所及醫院門診(醫令類別 2 且醫令點數>0)及住診。</p>	<p>域醫院及地區醫院分別以中區同層級進行計算。 (2) 自身值>同儕 P50，則目標值為同儕 P50 (3) 同儕 P25<自身值 ≤P50，則目標值為自身值 (4) 自身值≤同儕 P25，則目標值為同儕 P25 2. 9 項指標權重如下 (1) 電腦斷層造影：25% (2) 核磁造影：15% (3) 全套血液檢查：10% (4) 血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶：10% (5) 低密度脂蛋白-膽固醇：10%</p>			<p>標值項目之權重。 2. 門診給付核定數：當季門診送核案件(總額內不含專款專用、BC 肝醫令藥費及交付處方)之核定數。</p>	<p>波及追蹤、陰道超音波等 9 項考核項目。 2. 監測項目：超音波心臟圖、都卜勒氏彩色心臟血流圖、正子造影、上消化道泛內視鏡檢查、大腸鏡檢查，共計 5 項。 3. 考核項目及監測項目之非合理區間及歸併醫令(附件 F)。 4. 監測項目為中區 P90 院所，再執行案件列入審查。</p>

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	指標值採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件
			(6) 超音波導引：10% (7) 癌胚胎抗原檢驗：10% (8) 腹部超音波及追蹤：5% 陰道超音波：5% 註：無目標值或基期值未達目標值設定之項目，以同儕P50 為目標值。				
N4_34	全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案_上傳檢驗(查)結果	1. 分子：24 小時內及 1-3 日內上傳檢驗(查)醫令數 2. 分母：門、住診申報應上傳檢驗(查)醫令數	1. 上傳率 $\geq 98\%$ ，則給付門、住診送核核定數 0.005%或獎勵 50,000 點，擇高給付。 2. 區域級以上醫院上傳率 $< 98\%$ ，則扣減門、住診送核核定數 0.01%。 3. 地區醫院(含基層醫院)上傳率 $< 90\%$ ，則	當季	正向	門、住診送核核定數 0.005%或獎勵 50,000 點(擇高給付) / -0.01% / -25,000 點	獎勵項目：比照全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案內容，詳方案之附件 5、5-1(報告)項目。排除監測項目不納入指標計算。

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	指標值採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件
			扣減 25,000 點。				
N4_35	病患死亡前安寧利用率	<p>1. 分子：分母死亡或病危自動出院者死前1年利用安寧療護人數</p> <p>2. 分母：死亡人數為住院申報轉歸代碼為死亡(4)或病危自動出院(A)且主次診斷符合安寧收案人數</p> <p>3. 利用安寧療護定義：曾接受住院安寧、安寧共照及安寧居家</p>	<p>1. 當季病患死亡前安寧利用率大於50%(含)以上者且其成長率較去年同期成長大於0%(不含)者。</p> <p>2. 當季病患死亡前安寧利用率40%(含)~50%(不含)者且其成長率較去年同期成長2%(含)以上者。</p> <p>3. 當季病患死亡前安寧利用率小於40%(不含)以下且其成長率較去年同期成長5%(含)以上者。</p> <p>4. 當季病患死亡前安寧利用率大於85%</p>	當季	正向	每人給付 2,000 點	次診斷擷取到次診斷(四)

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	指標值採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件
			(含)者。				
N4_37	居家安寧療護服務獎勵						
N4_3701	居家安寧新收案人數獎勵費	居家醫療照護整合計畫VPN 登錄當季安寧療護新收案人數		當季	正向	每人給付 2,000 點	每季依院所歸戶，醫院附設居家護理機構收案人數併入本院計算。
N4_3702	居家安寧照護獎勵費	居家醫療照護整合計畫之居家安寧階段當季醫師及護理人員訪視次數		當季	正向	醫事人員訪視：500 點/次、山地離島地區 1,000 點/次	<p>1. 擷取當季門診案件，醫事類別 12、19，特定治療項目代號 EC，依訪視費醫令數計算醫事人員(醫師、護理人員)訪視次數。</p> <p>2. 安寧療護-醫事人員訪視醫令(山地離島地區訪視醫令以粗體顯示)：</p> <p>【在宅】 05312C、05323C、05336C、05337C、05313C、05324C、05314C、05325C、05338C、05339C、05340C、05341C</p> <p>【機構】</p>

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	指標值採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件
							05362C、05363C、05364C、05365C、05366C、05367C、05368C、05369C、05370C、05371C、05372C、05373C 3. 依院所計算，醫院附設居家護理機構訪視次數併入本院計算。
N4_3703	居家安寧照護對象在宅善終比率	居家安寧個案(A5)於照護期間內，其死亡前 14 日無住院或急診情形。 1. 分子：分母居家安寧收案個案於照護期間內死亡者，其死亡前 14 日(含)無住院或急診就醫情形。 2. 分母：居整計畫安寧療護階段收案及居家安寧收案個案，於當季照護期間內死亡人數。	1. 當季在宅善終率大於 70%(含)以上者。 2. 當季在宅善終率小於 70%(不含)且當季居家安寧個案死亡人數大於 10 人(含)，其善終率較去年同期成長 10 個百分點(含)以上者。 3. 當季在宅善終率小於 70%(不含)且當季居家安寧個案死亡人數小於 10 人(不含)，其善終人數較去年同期成長 2	當季	正向	每人給付 2,000 點	

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	指標值採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件
			人(含)以上者。				
N4_38	全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案-上傳醫療檢查影像	1. 分子：24 小時內及 1-3 日內上傳影像醫令數 2. 分母：門、住診申報應上傳影像醫令數	1. 影像上傳率 $\geq 99\%$ ，則給付門、住診送核核定數 0.01%或獎勵 50,000 點，擇高給付。 2. 區域級以上醫院之影像上傳率 $< 99\%$ ，則扣減門、住診送核核定數 0.01%。 3. 地區醫院(含基層醫院)之影像上傳率 $< 90\%$ ，則扣減 25,000 點。	當季	正向	門、住診送核核定數 0.01%或獎勵 50,000 點(擇高給付) / -0.01% / -25,000 點	獎勵項目：比照全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案內容，詳方案之附件 5-1。排除監測項目不納入指標計算。
N4_39	虛擬健保卡推動計畫						
N4_3901	完成虛擬健保卡試辦計畫申請並經核定	依據本組公布之 114 年中區醫院總額前瞻式預算管理方案品質指標項目_114 年虛擬健保卡推動計畫	詳方案	當季	正向	詳方案	依據本組公布之 114 年中區醫院總額前瞻式預算管理方案品質指標項目_114 年虛擬健保卡推動計畫(附件 F)。

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	指標值採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件
N4_3902	完成虛擬健保卡就醫流程建置，並以虛擬健保卡進行費用申報件數達 50 件						
N4_3903	虛擬健保卡使用獎勵						
N4_41	糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案照護獎勵	糖尿病與初期慢性腎臟病共病病人於同醫院同一次就診中，完成糖尿病及初期慢性腎臟病追蹤管理照護之人數(同醫院 P70xxC 歸戶數)。		當季	正向	每人給付 150 點	
N4_44	住診病人接受出院準備服務於 30 日內轉銜精神社區復健	1. 住診病人接受出院準備服務，並於出院後 30 日內申報精神社區復健(案件分類 A2)之件數，並按出院人次歸戶。 2. 接受出院準備定義：住		當季	正向	每人給付 1,000 點	

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	指標值採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件
		診申報健保「出院準備及追蹤管理費(02025B)」或申報急性後期整合照護計畫中結案評估費(P5113B、P5117B、P5118B、P5123B)之個案，排除出院即死亡案件(轉歸代碼為4、A)。					
N4_45	住院病人接受出院準備且進行長照2.0需求評估比率	分子：出院前接受出院準備且進行長照2.0需求評估之住診病人，並按人次歸戶。 分母：住診申報出院準備(02025B)之病人，並按申報人次歸戶。	當季住院病人接受出院準備且進行長照2.0需求評估比率為中區醫院P75(含)以上者。 當季住院病人接受出院準備且進行長照2.0需求評估比率為中區醫院P75以下，且較去年同期成長5個百分點者。	最近月份(於指標結算時署本部可提供之月份資料統計)	正向	每人給付1,000點	

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	指標值採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件														
N4_46	落實分級醫療-下轉地區醫院和診所件數(純慢性病、非重大個案)	<ol style="list-style-type: none"> 分母：門診慢性病、非重大傷病之就醫案件。 分子：門診申報下轉醫令(01034B、01035B)且轉診至地區醫院和基層診所 分子：自費用月 114 年 9 月起，門診申報下轉醫令 00192A)，轉診至地區醫院和基層診所 	分成 2 項 <ol style="list-style-type: none"> 下轉件數高於個別醫院去年同期值。 下轉率高於 113 年全區同儕值。 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">113 年全區同儕值</td> </tr> <tr> <td>醫中</td> <td>0.32%</td> </tr> <tr> <td>區域</td> <td>0.21%</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">自費用月 114 年 9 月起</td> </tr> <tr> <td colspan="2">113 年全區同儕值</td> </tr> <tr> <td>醫中</td> <td>0.29%</td> </tr> <tr> <td>區域</td> <td>0.21%</td> </tr> </table>	113 年全區同儕值		醫中	0.32%	區域	0.21%	自費用月 114 年 9 月起		113 年全區同儕值		醫中	0.29%	區域	0.21%	當季	正向	擇高獎勵 <ol style="list-style-type: none"> 下轉件數高於個別醫院去年同期值，每件給付 300 點 下轉率高於 113 年全區同儕值，每件給付 600 點 	<ol style="list-style-type: none"> 排除項目：排除代辦、急診、重大傷病等就醫案件及同體系轉診案件。 慢性病案件：案件分類為 04、05、06、08、E1、E2、E3 或開藥天數大於 14 日或診察費代碼為開立慢連箋者。 自 114 年第 2 季起，因應支付標準自 114 年 9 月 1 日調整部分診療項目(衛福部 114 年 8 月 29 日衛部保字第 114126035 號令)，修改分子範圍及目標值。 每季追蹤下轉案件申報概況，必要時，據以調整考核方式。
113 年全區同儕值																					
醫中	0.32%																				
區域	0.21%																				
自費用月 114 年 9 月起																					
113 年全區同儕值																					
醫中	0.29%																				
區域	0.21%																				

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	指標值採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件
N4_47	急性後期整合照護計畫下轉人數	<ol style="list-style-type: none"> 下轉人數：當季門診或住診申報 P5113B 或 P5118B 之人數，依 PAC 六種照護疾病別(腦中風、脆弱性骨折、創傷性神經損傷、衰弱高齡、心臟衰竭及燒燙傷)分別採計。 符合 P5113B 或 P5118B 規定，限醫學中心轉區域醫院或地區醫院、區域醫院轉地區醫院收案成功；區域醫院、地區醫院轉本院 PAC 不納入。 資料擷取時間：以當季結束的次月底為擷取資料時點，如第 1 季於 114 年 4 月 30 日擷取申報資料，以此類推。 	較去年同期實際下轉人數成長 1%	當季	正向	達到目標值設定後，依當季實際下轉人數每 1 人補付 1,000 點	
N4_48	重要計畫推展經驗分享會(如在宅急症、雲端查詢、居家安寧、R2在宅醫療、R3偏鄉資源整合、地區全人全社區等)						

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	指標值採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件
N4_4801	健保醫療資訊雲端查詢系統			當季	正向	1. 經評選為中區觀摩分享醫院：5 萬點 2. 經評選為中區觀摩分享醫院且「主辦」觀摩學習分享會：20 萬點 3. 參與本署健保醫療資訊雲端查詢系統標竿學習分享會(最多 2 至 3 家) (1) 僅現場報告：5 萬點 (2) 僅實機展示：10 萬點 (3) 實機展示加現場報告：15 萬點	
N4_4802	虛擬健保卡			當季	正向	1. 經評選為中區觀摩分享醫院：5 萬點 2. 經評選為中區觀摩分享醫院且「主辦」觀摩學習分享會：20 萬點/家 3. 參與本署虛擬健保卡標竿學習分享會 (1) 僅現場報告：5 萬點 (2) 實機展示：10 萬點	

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	指標值採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件
						(3) 實機展示加現場報告：15 萬點	
N4_4803	提升偏鄉區域資源整合照護試辦計畫(R3)執行成果發表會			當季	正向	<p>1. 「主辦」期中執行成果報告發表</p> <p>(1) 報告主題包含所有 R3 承作團隊。</p> <p>(2) 辦理事項：會議場地安排布置(150 人)、會議議程安排執行、發表團隊聯繫協調、邀請轄區醫院參與、媒體露出。</p> <p>(3) 獎勵點數:15 萬點</p> <p>2. 「主辦」期末執行成果報告發表</p> <p>(1) 報告主題包含所有 R3 承作團隊。</p> <p>(2) 辦理事項：會議場地安排布置(200 人)、會議議程安排執行、發表團隊聯繫協調、邀請轄區</p>	

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	指標值採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件
						醫院參與、媒體露出。 (3) 獎勵點數:20 萬點	
N4_4803	辦理電子處方箋成果發表會	1. 須於預定時間(暫定114年10月)前完成院內電子處方箋開立機制,並釋出至民眾端 2. 藥局成功調劑及上傳處方達10張以上。 3. 年底前辦理成果發表會一場次,獎勵15萬點/家。		當季	正向	獎勵15萬點/家	
N4_49	急診照護監測						
N4_4901	急診病人停留超過24小時比率	依據本組公布之114年中區醫院總額前瞻式預算管理方案品質指標項目_114	詳方案	當季	正向	詳方案	依據本組公布之114年中區醫院總額前瞻式預算管理方案品質指標項目_114年急診照護監測(急診病人停留超過24小時、48小時比率)(附件G)。
N4_4902	急診病人停留超過48小時比率	年急診照護監測(急診病人停留超過24小時、48小時比率)					

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	指標值採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件
N4_50	慢性病處方箋開立及再調劑率	<p>1. 慢性病連續處方箋開立比率</p> <p>(1) 分子：開立慢性病連續處方箋案件數。</p> <p>(2) 分母：慢性病給藥案件數。</p> <p>2. 慢性病處方箋再調劑比率</p> <p>(1) 分子：開立慢箋有再調劑案件數。(案件分類：08)</p> <p>(2) 分母：開立慢性病連續處方箋案件數。</p>	1. 慢箋開立比率 75%以上且再調劑比率 $\geq 90\%$ 。	前 1 季	正向	達目標值者，獎勵門診核定點數比率： 醫學中心及區域醫院 0.05%、地區醫院 0.1%	<p>1. 本指標排除慢性病連續處方箋開立件數小於 300 件以下之院所。</p> <p>2. 資料範圍：門診給藥案件（藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種）。</p> <p>3. 慢性病給藥案件：案件分類=04。</p> <p>4. 開立慢性病連續處方箋的案件：(診察費項目代碼為慢箋)且(案件分類=04 且給藥日份≥ 21)。</p> <p>5. 再調劑案件即以開立慢箋案件之 ID、原開立醫院、原就醫日期、原就醫科別勾稽同院(08 案件)或藥局申報再調劑案件。</p> <p>註：診察費項目代碼為慢箋： '00131B' '00132B' '00135B' '00136B' '00137B' '00138B'</p>

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	指標值採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件								
							'00155A' '00157A' '00170A' '00171A' '00172B' '00173B' '00174B' '00175B' '00176B' '00177B' '00178B' '00179B' '00180B' '00181B' '00187C' '00189C' '00190C' '00191C'。								
N4_51	門診年復健次數 > 180 次之案件數	同院歸戶之門診年復健次數 > 180 次之案件數。	>180 次件數低於中區 P50	當季	負向	<p>若超出目標值，依落於件數百分位值，扣減 >180 次案件其超過 100 件以上之每件點數。</p> <p>核減點數計算公式= (超過 180 次案件數-100 件) *扣減點數</p> <table border="1" data-bbox="1339 1054 1720 1305"> <thead> <tr> <th>中區百分位實績值</th> <th>每件扣減點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>P90</td> <td>≥400 件 1,000</td> </tr> <tr> <td>P75</td> <td>≥200 件 750</td> </tr> <tr> <td>P50</td> <td>>100 件 500</td> </tr> </tbody> </table>	中區百分位實績值	每件扣減點數	P90	≥400 件 1,000	P75	≥200 件 750	P50	>100 件 500	<p>1. 復健醫令：醫令前 5 碼為 42005-42019、43005-43009、43027-43032、44005-44016，不含 42016C、44010C。</p> <p>2. 排除代辦、早療案件(年齡小於 84 個月)、簡單治療、PAC 案件。</p> <p>3. 復健治療類別（物理職能語言）分別累計，任一治療類別 1 年內醫令累計數量大於 180 次之病患其大於 180 次之案件。</p> <p>4. 個別醫院當期有申報復健</p>
中區百分位實績值	每件扣減點數														
P90	≥400 件 1,000														
P75	≥200 件 750														
P50	>100 件 500														

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	指標值採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件
							點數且年復健次數>180次無案件者則達標，無復健業務者則不列入考核。 5. 百分位實績值取4季(112Q4-113Q3)平均取百位數整數計算
N4_52	癌藥事前審查以電子病歷申請(FHIR 格式)作業之獎勵計畫						
N4_5201	申請上線獎勵	1. 經署本部確認並通知可正式以 FHIR 格式申請上線醫院。 2. 日期區間： 4/1 至 6/30 受理日 7/1 至 9/30 受理日 10/1 至 12/31 受理日 3. 申請類別： (1) 送核(含補件) (2) 申復(含補件)		當季	正向	正式上線申請受理時間落在下列範圍者，將獲得不同獎勵點數，依季別遞減，僅給付1次(已給付者不再給付) Q2：15 萬點/家/年 Q3：10 萬點/家/年 Q4：5 萬點/家/年	1. 目的：鼓勵醫院及早上線(配合醫療數位化政策)。 2. 依據本組公布之114年中區醫院總額前瞻式預算管理方案品質指標項目_114年癌藥事前審查以電子病歷申請(FHIR 格式)作業之獎勵計畫(附件H)。

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	指標值採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件
N4_5202	癌藥事審 FHIR 格式上 傳件數獎勵	<ol style="list-style-type: none"> 1. 癌藥事審案件：申請藥品為藥品給付規定第 9 章節規範之藥品。 2. 日期區間： 4/1 至 6/30 受理日 7/1 至 9/30 受理日 10/1 至 12/31 受理 3. 申請類別： (1) 送核(含補件) (2) 申復(含補件) 		當季	正向	支付 150 點/件。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 目的：事前審查案件雙軌上傳情況下，鼓勵醫院盡速全面利用 FHIR 格式申請，上傳件數愈多，獲得點數愈多。 2. 依據本組公布之 114 年中區醫院總額前瞻式預算管理方案品質指標項目_114 年癌藥事前審查以電子病歷申請(FHIR 格式)作業之獎勵計畫(附件 H)。