

全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案

行政院衛生署 92 年 3 月 7 日衛署健保字第 0920013693 號公告訂定
行政院衛生署 95 年 10 月 17 日衛署健保字第 0952600407 號公告修正
行政院衛生署 96 年 3 月 27 日衛署健保字第 0962600216 號公告修正附表
行政院衛生署 97 年 6 月 16 日衛署健保字第 0970027316 號公告修正
行政院衛生署 97 年 10 月 14 日衛署健保字第 0970084689 號公告修正
行政院衛生署 98 年 8 月 19 日衛署健保字第 0980022477 號公告修正附表
行政院衛生署 99 年 1 月 5 日衛署健保字第 0982600461 號公告修正
行政院衛生署 100 年 9 月 28 日衛署健保字第 1002660194 號公告修正附表
行政院衛生署 101 年 7 月 2 日衛署健保字第 1012600114 號公告修正附表
衛生福利部 103 年 1 月 15 日衛部保字第 1021280302 號公告修正

一、為確保全民健康保險醫院總額支付制度(以下稱本制度)實施後，全民健康保險特約醫院(以下稱醫院)醫療服務品質與可近性，特訂定本方案。

二、保險對象就醫權益的確保：

(一)全民健康保險保險人(以下稱保險人)每年應針對本制度之各分區保險對象就醫可近性、醫療服務品質滿意度、民眾自費情形等進行調查，其調查內容設計，應會同本制度醫療服務審查業務受委託專業機構、團體(以下稱受託單位)研訂，並得委託民意調查機構辦理。

(二)保險人每半年應統計分析本制度各分區保險對象申訴及檢舉案件數變化情形。

(三)受託單位應於本制度受委託辦理後三個月內，建立保險對象諮詢、申訴及檢舉案件處理機制，並廣為宣導。

(四)各分區保險對象就醫可近性及醫療服務品質滿意度，如有下降且達統計上顯著差異，或民眾自付金額及申訴、檢舉案件顯著增加，經保險人檢討結果認為應歸責於醫院者，應函知受託單位立即督導改善，並逐案追蹤。

三、專業醫療服務品質的確保：

(一)醫院提供服務範圍及品質，不得低於本制度實施前水準。

(二)受託單位應於本制度受委託辦理一年內，研擬下列規範：

1.訂定臨床診療指引：

(1)邀集各專科醫學會逐年訂定各科臨床診療指引，並對爭議性大或易浮濫使用的醫療服務或醫材訂定更明確的診

療指引，針對須即時治療的病人訂定治療黃金期及標準療程，以鼓勵或抑制即時或無效的治療，做為臨床診療作業及審查費用的參考。

(2)前述臨床診療指引應配合總額預算額度及相關科技發展，逐年檢討修正。

2.訂定審查手冊：

(1)除一般性服務的專業審查手冊外，針對危險性高或易浮濫使用的手術、昂貴藥材或將長期使用的服務、超長住院或久住 ICU 等，應訂定事前審查或同步審查作業規範，依據病人需要或治療成效，決定持續給付服務的必要性，並訂定實地訪查手冊，以評估服務提供的真實性與品質。前述各專科臨床治療指引，應納入編訂審查手冊的參考。

(2)本制度受委託辦理第二年起，保險人應每半年定期評量各分區醫院依照審查手冊執行醫療服務專業審查情形，並將檢討報告函送全民健康保險會（以下稱健保會）及主管機關備查。

3.提升病歷紀錄品質：

為加強病歷紀錄品質管理，受託單位應製作病歷紀錄規範，並辦理相關研習，協助醫院培訓病歷紀錄人員，持續輔導醫院，提升病歷品質。

(三) 建立持續性醫療服務品質改善方案：

受託單位應確實執行下列醫療服務品質監控或改善計畫，並定期檢討其實施成效，以建立持續性醫療服務品質改善及確保方案，提升醫療服務品質。

1.建立專業醫療服務品質指標：

逐年發展本土化臨床醫療服務品質監測指標，並輔導醫院藉品質監控系統資料，建立持續品質改善機制。

2.訂定醫療服務品質改善計畫：

(1)提升門診病人醫療服務品質：

①針對高盛行率、高成本或治療模式複雜的疾病試辦疾病管

理照護模式，除提高診療指引的遵循度，確保照護的適當性外，並加強病人個案管理及衛生教育，使醫療院所以最具成本效益方式，提升病人照護品質及療效。

②建立病患重複就診、重複拿藥，或醫療院所不當用藥、病人複診率過高(開藥天數過低)個案輔導方式。

(2)提升住院病人醫療服務品質：

①要求醫院確實執行病人出院計畫，並分發「住院病人須知」(包含治療計畫及出院狀況適當性說明)，除確保照護的適當性外，並應加強病人個案管理及衛教。

②建立一般品質篩檢計畫及論病例計酬醫療服務品質監控計畫，定期監控醫院病人出院狀況的適當性及醫療服務品質結果。

3.監測診療型態及服務品質：

藉由檔案分析，比較同儕團體診療型態及品質差異，同時特別加強重複(不當)用藥、檢查檢驗的減少、病人複診率的降低，以及必要服務的確保，以作為專業審查參考指標，並將其資訊定期回饋醫院，促使其改變行為。另對每位病人就醫紀錄加以歸戶，據以建立病患重複就診、重複拿藥、重複檢查檢驗的輔導方式，以抑制病人浪費醫療資源。

4.建立醫院輔導系統：

受託單位應於建立醫院輔導系統，對於診療型態異常或提供醫療服務品質不符合規範者，應予以輔導及提供改善建議；情節重大者，應提報保險人依合約處理。

5.建立個別醫院評鑑檔案：

前述診療型態分析及相關品質監測計畫，應建立個別醫院資料檔，以作為未來發展獎懲計畫，如審查豁免、支付獎勵、擇優特約等參考。

6.受託單位及保險人，每半年應將前述醫療服務品質監控或改善計畫施行結果，提報健保會及主管機關。

四、醫療服務風險監控機制的建立：

(一)醫院醫療服務利用及每點支付金額變動的監控：

1. 保險人應訂定各區平均每點支付金額(含浮動及非浮動點數)改變率的容許變動範圍。
2. 前述容許變動範圍訂為正負百分之五，其比較基準為每點一元。
3. 保險人應按季分析各區醫院醫療服務利用率及平均每點支付金額，並於次季製成報表，函送受託單位、健保會及主管機關。
4. 各分區醫院每點支付金額變動比率不在前述容許變動範圍內者，保險人應立即與受託單位共同檢討原因，必要時提出改進對策，並輔導改善。

(二) 醫院各層級間風險監控：

為避免本制度實施後，特定層級醫院過度膨脹服務量，影響其他層級的合理運作，應建立監控機制，以利受託單位與保險人費用控管。

1. 監控指標：

- (1)每人各層級醫院門診次數(費用)及其占每人醫院門診次數(費用)百分比 (應校正醫師人數的變動)。
- (2)各層級醫院及偏遠地區醫院家數及其病床數變動情形。
- (3)各層級醫院初(次)級照護病人門診次數(費用)及其占該層級門診次數(費用)百分比。
- (4)各層級醫院每位醫師服務門診病人次數及費用。
- (5)其他相關指標。

2. 定期檢討與處理原則：

透過各層級醫療服務量、費用、家數或病床數消長的監控，每半年檢討前述指標，如遇異常情形，提請保險人「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」討論，並就支付標準、合理門診量及審查準則等層面，適時提出因應方案，或檢討預先扣除期間與範圍，以避免特定地區或特定層級醫院過度消長，而導致其他醫院經營困難的問題。

(三) 醫院與西醫基層間風險監控：

為避免醫院實施總額支付制度後，因病人大量湧入或流出所導

致的財務風險，影響醫院服務可近性及品質，保險人應建立醫院與西醫基層醫療機構間的財務風險分擔機制，並由保險人會同醫院及西醫基層總額受託單位定期監控與檢討。

1. 監控指標：

- (1)每人醫院與西醫基層門診次數(總點數)及其占西醫每人門診次數(總點數)百分比。
- (2)每人急診就醫次數(費用)及占每人門診次數(費用)百分比。
- (3)醫院急診(未區分檢傷分類者)及其檢傷分類第一至五級各占急診量百分比。
- (4)醫院與基層醫師人數比。
- (5)醫院與基層慢性病案件數比。
- (6)區域以上醫院初(次)級照護病人門診次數(費用)比例。

2. 定期檢討與處理原則：

- (1)每半年檢討一次：每半年檢討前述監控指標，若有異常，提健保會討論。俟制度運作較為成熟時，再訂定相關監控指標的閾值，作為西醫基層及醫院總額的調整機制。
- (2)每年檢討一次：作為次年度醫院總額協商時，增加或減少總額的依據。

五、醫院醫療服務品質監控與輔導：

- (一)本制度醫療服務品質指標項目及其監測時程、監測方法、參考值與負責主辦單位，詳如表一。所列品質指標項目，可參考前述專業醫療服務品質指標的發展狀況，逐年檢討修訂。
- (二)保險人應將前述醫療服務品質監測指標及醫療費用相關資訊，出版各分區「報告卡」(Report card)，以供保險人與受託單位輔導醫院持續性改善服務品質，並供保險對象查詢參考。
- (三)受託單位與保險人應訂定辦法，以輔導醫療服務品質有待改善的地區(或機構)，促成醫療服務品質的持續提升。

六、獎懲：

- (一)本方案所訂各項醫療服務品質指標的執行結果，納入次年度醫

院總額協商因素的一項參採數據。

- (二) 前項協商結果為正值時，受託單位與保險人除得將其部分獎勵金額用於調整支付標準，以直接獎勵醫院提升品質外，並得協商提列一定百分比或金額的保留款，於年度結束時，依各區醫療服務品質指標執行達成率分配之。保留款提列及分配辦法，由受託單位與保險人共同訂定，報請主管機關核定後公告，並送健保會備查。

七、本制度若因故未能委託辦理，原應由受託單位執行之項目，改由保險人自行辦理。

全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案

表一 醫院總額支付制度醫療服務品質指標

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
1. 保險對象就醫權益					
醫療服務品質滿意度調查	每年		問卷調查	保險人	實施前一次，實施後每半年一次，自 98 年起每年一次，比較其就醫可近性、醫療服務品質與民眾自費滿意度變化情形，問卷內容應會同醫院團體代表研訂
門診病人品質滿意度調查			問卷調查	保險人	參考值：下降達統計上顯著差異（單端 $\alpha = 0.05$ ）
急診病人品質滿意度調查			問卷調查	保險人	參考值：下降達統計上顯著差異（單端 $\alpha = 0.05$ ）
住院病人品質滿意度調查			問卷調查	保險人	參考值：下降達統計上顯著差異（單端 $\alpha = 0.05$ ）
保險對象申訴及檢舉案件數	每半年		資料分析	保險人	民眾申訴及其他反映案件數，醫院團體代表配合提供資料
2. 專業醫療服務品質					
(1)門診^{註3}					
門診注射劑使用率	每季	以最近 3 年全區平均值 $\times (1+15\%)$ 作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：醫令代碼為 10 碼，且第 8 碼為「2」案件數，但排除表三所列藥物案件。 2. 分母：給藥案件數。
門診抗生素使用率	每季	以最近 3 年全區平均值 $\times (1+15\%)$ 作為參考值	資料分析	保險人	1. 門診抗生素使用率=醫院門診開立抗生素藥品案件數/醫院門診開藥總案件數。 2. 抗生素藥品：ATC 碼前三碼為 J01 (ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE)。
門診上呼吸道感染病人就診後滿七日因同疾病再次就診率	每季	以最近 3 年全區平均值 $\times (1+10\%)$ 作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：按院所、ID 歸戶，計算因 URI 於同一院所，二次就診日期小於 7 日之人次。 2. 分母：按院所、ID 歸戶，計算院所 URI 人次。 3. 說明 (1). URI：主診斷前 3 碼為「460」、「462」、「465」、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					「487」。 (2). [分區+特約類別]或[分區]，以各院所的分母或分子人數直接加總。 (3). 資料範圍：每季，程式會以亂數取得一月的日期範圍。
用藥日數重疊率					1. 本項指標包括「降血壓藥物(口服)」、「降血脂藥物(口服)」、「降血糖藥物(包含口服及注射劑)」及「精神疾病用藥(包括精神分裂、憂鬱症及安眠鎮靜劑三類)」四大類費用佔率高之藥品，進行同一醫院同一病患不同處方開立同類藥物之用藥日數重複率統計。
(1)同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服)	每季	以最近3年全區平均值x(1+15%)作為參考值	資料分析	保險人	2. 前述四大類藥物之「同類藥物」定義，依下列ATC藥理分類方式處理： (1) 降血壓藥物(口服)：ATC前三碼為C07或ATC前五碼為C02AC、C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第8碼為1。
(2)同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂(口服)	每季	以最近3年全區平均值x(1+15%)作為參考值	資料分析	保險人	(2) 降血脂藥物(口服)：ATC前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第8碼為1。
(3)同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖	每季	以最近3年全區平均值x(1+15%)作為參考值	資料分析	保險人	(3) 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC前五碼=A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX
(4)同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗精神分裂症	每季	以最近3年全區平均值x(1+15%)作為參考值	資料分析	保險人	(4) 精神分裂藥物：ATC前五碼=N05AA、N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN、A05AX。
(5)同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症	每季	以最近3年全區平均值x(1+15%)作為參考值	資料分析	保險人	
(6)同醫院門診同藥理用藥日	每季	以最近3年	資料分析	保險人	

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
數重疊率-安眠鎮靜		全區平均值 x(1+15%)作 為參考值			<p>(5) 憂鬱症藥物： ATC 前五碼=N06AA、N06AB、N06AG、N06AX。</p> <p>(6) 安眠鎮靜藥物(不含抗焦慮藥物)：前五碼為N05BA、N05BE、N05CC、N05CD、N05CF、N05CM。</p> <p>3. 本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」，即同 ID、同院所給藥日數≥ 28 天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數≥ 28 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 7 天的空間不計入重複日數。</p> <p>4. 指標定義： 分子：同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數(允許慢性病連續處方箋提早拿藥)。 分母：各案件之「給藥日數」總和。</p> <p>5. 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。</p>
(7)跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服)	每季	原未訂參考值，待實施 1 年後再訂。	資料分析	保險人	1. 本項指標包括「降血壓藥物(口服)」、「降血脂藥物(口服)」、「降血糖藥物(包含口服及注射劑)」及「精神疾病用藥(包括精神分裂、憂鬱症及安眠鎮靜劑三類)」四大類費用占率高之藥品，進行同一醫院同一病患不同處方開立同類藥物之用藥日數重複率統計。
(8)跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂(口服)	每季	原未訂參考值，待實施 1 年後再訂。	資料分析	保險人	2. 前述四大類藥物之「同類藥物」定義，依下列 ATC 藥理分類方式處理：
(9)跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖	每季	原未訂參考值，待實施 1 年後再訂。	資料分析	保險人	(1) 降血壓藥物(口服)：ATC 前三碼為 C07 或 ATC 前五碼為 C02AC、C02CA、C02DB、C02DC、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
(10)跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗精神分裂症	每季	原未訂參考值,待實施1年後再訂。	資料分析	保險人	C02DD、C02KX、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA,且醫令代碼第8碼為1。
(11)跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症	每季	原未訂參考值,待實施1年後再訂。	資料分析	保險人	(2) 降血脂藥物(口服): ATC 前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX,且醫令代碼第8碼為1。
(12)跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜	每季	原未訂參考值,待實施1年後再訂。	資料分析	保險人	(3) 降血糖藥物(不分口服及注射): ATC 前五碼=A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX (4) 精神分裂藥物: ATC 前五碼=N05AA、N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN、A05AX (5) 憂鬱症藥物: ATC 前五碼=N06AA、N06AB、N06AG、N06AX。 (6) 安眠鎮靜藥物(不含抗焦慮藥物): ATC 前五碼為N05BA、N05BE、N05CC、N05CD、N05CF、N05CM。 3. 本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」,即同ID、同院所給藥日數 ≥ 28 天,且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數 ≥ 28 天的用藥比對所產生,則在此原因下,該筆用藥允許7天的空間不計入重複日數。 4. 指標定義: 分子:藥物重複用藥日數(允許慢性病連續處方箋提早拿藥) 分母:降血壓藥物(口服)之給藥日數 5. 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」,若同案件同藥理下,有多筆相關藥品醫令,則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
慢性病開立慢性病連續處方箋百分比	每季	以最近3年全區平均值x(1-15%)作為參考值	資料分析	保險人	<p>1. 分子：開立慢性病連續處方箋案件數。</p> <p>2. 分母：慢性病案件數。</p> <p>3. 開立慢性病連續處方箋的案件：(診察費項目代碼為慢箋)或(案件分類=E1 且慢性病連續處方箋有效期間處方日份 > 給藥天數且慢性病連續處方箋有效日份為給藥天數的倍數)。</p> <p>(1) 診察費項目代碼為慢箋：00155A、00157A、00170A、00171A、00131B、00132B、00172B、00173B、00135B、00136B、00174B、00175B、00137B、00138B、00176B、00177B、00139C、00140C、00158C、00159C、00141C、00142C、00160C、00161C、00143C、00144C、00162C、00163C、00145C、00146C、00164C、00165C、00147C、00148C、00166C、00167C、00149C、00150C、00168C、00169C、00178B、00179B、00180B、00181B、00182C、00183C、00184C、00185C、00187C、00189C、00190C、00191C。</p> <p>(2) 慢性病給藥案件：案件分類=04、E1。</p> <p>(3) 排除條件：</p> <p>A. 婦產科專科醫院：醫院型態別為專科醫院(03)，且門診就醫科別婦產科(05)之申請點數占率為各就醫科別中最高者。</p> <p>B. 小兒專科醫院：醫院型態別為專科醫院(03)，且門診就醫科別小兒科(04)之申請點數占率為各就醫科別中最高者。</p> <p>C. 呼吸照護病房(有申報醫令 P1011C 或 P1012C 之案件)申請點數占全院申請點數 80%(含)以上之醫院。</p>

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
(2)住院**4					
急性病床住院案件住院日數超過三十日比率	每季	以最近3年全區平均值x(1+20%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：住院超過30日的案件數。 2. 分母：出院案件數。 3. 說明： (1) 出院案件：出院日在資料範圍內之案件，按[院所, ID, 生日, 住院日]歸戶，因作帳之緣故，可能有多個出院日，以最晚之出院日為準。 (2) 住院超過30日的案件：以出院案件為範圍，按[院所, ID, 生日, 住院日]歸戶，找出住院日距離出院日超過30日的案件。 (3) 排除條件： A. 排除呼吸照護個案，主次診斷碼51881、51883、51884或主次處置碼96.70-96.72、9390。 B. 排除精神病案件，精神科就醫科別代碼13。 C. 排除乳癌試辦計劃案件：案件類別為「4：試辦計劃」及疾病患來源為“N”或“C”或“R”。 D. 排除早產兒案件：主次診斷前三碼為764~765。E. 安寧照護(給付類別A)。 (4) 急性床案件，不含急慢性床混合案件。
非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率	每季	以最近3年全區平均值x(1+15%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：病人14日再住院數。 2. 分母：當季出院人數。 3. 分母分子均排除下列計畫性再住院案件後進行統計： (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). 化學治療及放射線治療(V58.0、V58.1)。 (4). 早產安胎個案(ICD-9-CM：64403)。 (5). (罕見疾病(ICD-9-CM：2775)—黏多醣症。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					<p>(6). 轉院案件(轉歸代碼 5、6 或 7)。</p> <p>(7). 新生兒未領卡(部份負擔註記 903)。</p> <p>(8). 血友病(ICD-9-CM: 2860、2861、2862、2863)。</p> <p>(9). 執行心導管後再執行心血管繞道手術或支架置放術。</p> <p>(10). 器官移植(醫令代碼前 5 碼)</p> <p>A. 心臟移植：68035</p> <p>B. 肺臟移植：68037 (單肺)、68047 (雙肺)</p> <p>C. 肝臟移植：75020</p> <p>D. 腎臟移植：76020</p> <p>E. 胰臟移植：75418</p> <p>F. 角膜移植：85213</p> <p>4.說明：</p> <p>(1) 心導管：醫令代碼前 5 碼為 18020、18021、97501、97502、97503、97506、97507、97508。</p> <p>(2) 心血管繞道手術：以冠狀動脈繞道手術為主，主次處置代碼(手術代碼)為 36.10、36.11、36.12、36.13、36.14、36.15、36.16、36.17、36.19 且醫令代碼前 5 碼為 68023 或 68024 或 68025。</p> <p>(3) 瓣膜置換術：醫令代碼前 5 碼為 68016、68017、68018 且主診斷碼前 3 碼為 390-459 且主處置代碼(手術代碼)為 35.21、35.22、35.23、35.24。</p> <p>(4) 支架置放術：同時申報「經皮冠狀動脈擴張術 (PTCA)」及放置血管支架之案件。「經皮冠狀動脈擴張術 (PTCA)」： 主次處置代碼(手術代碼)為 36.06 且特材代碼前 5 碼為「CBP01」或「CBP06」且單價為 16293 (92 年前價格為 49000 或 54000；92 年至 97 年 12 月 31 日價格為 27000 或 36750，98 年起價格</p>

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					為 19940。)
意外事件發生率	每季		醫院申報	受託單位	意外事件發生人次數/住院、急診病人總人次數。
院內感染率	每季		醫院申報	受託單位	病人院內感染人次數/當季住院人次數。
剖腹產率-整體	每季	以最近3年全區平均值x(1+10%)作為參考值	資料分析	保險人	1.分子：醫院剖腹產案件數 2.分母：醫院總生產案件數 3.總生產案件數=自然產案件數+剖腹產案件數。 4.自然產案件：符合下列任一條件： (1)TW-DRG 前三碼為 372~375。 (2)DRG_CODE 為 0373A、0373C。 (3)需符合任一自然產醫令代碼：81017C、81018C、81019C、97004C、97005D、81024C、81025C、81026C、97934C、81034C。 5.剖腹產案件：符合下列任一條件： (1)TW-DRG 前三碼為碼為 370、371。 (2)DRG_CODE 為 0371A、0373B。 (3)符合任一剖腹產醫令代碼：81004C、81028C、97009C、81005C、81029C、97014C。
剖腹產率-自行要求	每季	以最近3年全區平均值x(1+10%)作為參考值	資料分析	保險人	1.分子：醫院不具適應症之剖腹產案件(自行要求剖腹產) 2.分母：醫院總生產案件數 3.自行要求剖腹產案件：符合下列任一條件： (1)醫令代碼為 97014C。 (2)DRG_CODE 為 0373B。 4.總生產案件數=自然產案件數+剖腹產案件數。 5.自然產案件：符合下列任一條件： (1)TW-DRG 前三碼為 372~375。 (2)DRG_CODE 為 0373A、0373C。 (3)需符合任一自然產醫令代碼：81017C、81018C、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					81019C、97004C、97005D、81024C、81025C、81026C、97934C、81034C。 6.剖腹產案件：符合下列任一條件： (1)TW-DRG 前三碼為碼為 370、371。 (2)DRG_CODE 為 0371A、0373B。 (3)符合任一剖腹產醫令代碼：81004C、81028C、97009C、81005C、81029C、97014C。
剖腹產率-具適應症	每季	以最近3年全區平均值x(1+10%)作為參考值	資料分析	保險人	1.分子：醫院具適應症之剖腹產案件 2.分母：醫院總生產案件數 3.具適應症之剖腹產案件=剖腹產案件數-自行要求剖腹產案件 4.自行要求剖腹產案件：符合下列任一條件： (1)醫令代碼為 97014C。 (2)DRG_CODE 為 0373B。 5.總生產案件數=自然產案件數+剖腹產案件數。 6.自然產案件：符合下列任一條件： (1)TW-DRG 前三碼為 372~375。 (2)DRG_CODE 為 0373A、0373C。 (3)需符合任一自然產醫令代碼：81017C、81018C、81019C、97004C、97005D、81024C、81025C、81026C、97934C、81034C。 7.剖腹產案件：符合下列任一條件： (1)TW-DRG 前三碼為碼為 370、371。 (2)DRG_CODE 為 0371A、0373B。 (3)符合任一剖腹產醫令代碼：81004C、81028C、97009C、81005C、81029C、97014C。
剖腹產率-初次具適應症	每季	以最近3年全區平均值x(1+10%)作	資料分析	保險人	1.分子：總生產案件數中屬初次非自願剖腹產案件數。 2.分母：總生產案件數。 3.說明：

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
		為參考值			(1). 初次非自願剖腹產案件：醫令代碼為 81004C、81005C、81028C、81029C 之案件，但需排除下列條件(符合下列任一項)： A. DRG 碼為 0373B(自行要求剖腹產)。 B. 主次診斷碼前四碼為 6542(前胎剖腹產生產)。 (2). 總生產案件數：自然產案件數+剖腹產案件數。 (3). 自然產案件：醫令代碼 81017C、81018C、81019C、81024C、81025C、81026C、81034C。 (4). 剖腹產案件：醫令代碼為 81004C、97014C、81028C、81005C、81029C。
住院案件出院後三日以內急診率	每季	以最近3年全區平均值x(1+10%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：3日內再急診案件數。 2. 分母：出院案件數。 3. 排除下列案件： (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). 化學治療及放射線治療(V58.0、V58.1)。 (4). 早產安胎個案(ICD-9-CM：64403)。 (5). 罕見疾病(ICD-9-CM：2775)—黏多醣症。 (6). 轉院案件(轉歸代碼5、6或7)。 (7). 新生兒未領卡(部份負擔註記903)。 (8). 血友病(ICD-9-CM：2860、2861、2862、2863)。 (9). 器官移植(醫令代碼前5碼)心臟移植：68035 肺臟移植：68037(單肺)、68047(雙肺) 肝臟移植：75020 腎臟移植：76020。 (10). 病患死亡或病危自動出院案件(轉歸代碼4或A)。
清淨手術術後使用抗生素超過	每季	以最近3年	資料分析	保險人	1.分子：手術後>3日使用抗生素案件數。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
三日比率		全區平均值 x(1+10%)作 為參考值			2.分母：清淨手術案件數。 3.資料範圍：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)主診斷碼前 3 碼為 170、286 或主診斷碼 198.5、790.92 或(ii)任一主次診斷:中耳炎(前 3 碼為 381-382)、肺炎(前 3 碼為 480-486)、UTI(前 3 碼為 595,597,全碼 599.0)。 (1) 主處置代碼(手術代碼)為 53.00、53.01、53.02、53.29、53.10、53.11、53.12、53.13、53.39。 (2) 主處置代碼(手術代碼)為 06.2、06.39、06.4、06.50、06.51、06.52 且主診斷碼前 3 碼為 240~246。 (3) 主處置代碼(手術代碼)為 81.51、81.54。 4.抗生素 ATC 碼前三碼為 J01 (ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE)。
(3)手術/檢查					
接受體外震波碎石術(ESWL)病人平均利用 ESWL 之次數	每年	以最近 3 年 全區平均值 x(1+10%)作 為參考值	資料分析	保險人	ESWL 總次數／使用 ESWL 人數。
(4)其他					
子宮肌瘤手術出院後十四日以內因該手術相關診斷再住院率	每季	以最近 3 年 全區平均值 x(1+10%)作 為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：分母案件出院 14 日內因該手術相關診斷再住院人次數 2. 分母：申報子宮肌瘤診斷(排除癌症診斷)且有施行子宮肌瘤摘除或子宮切除手術治療住院人次數 3. 資料範圍：西醫醫院 4. 說明： (1). 子宮肌瘤診斷：住診案件任一主次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 218。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					<p>(2). 癌症診斷：門、住診案件任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼為 140~208、230~238。</p> <p>(3). 子宮肌瘤摘除術：住診案件，醫令類別 2 且醫令代碼 97010K、97011A、97012B、97013B、80402C、80420C、80415B。</p> <p>(4). 子宮切除術：住診案件，醫令類別 2 且醫令代碼 97025K、97026A、97027B、97020K、97021A、97022B、97035K、97036A、97037B、80403B、80404B、80421B、80416B、80412B。</p> <p>(5). 相關診斷：住診案件，任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼 614~621。</p> <p>(6). 14 日內再住院率勾稽方式： A、住診：(再次住院入院日－手術當次住院出院日) ≤ 14 (跨院)。 B、子宮肌瘤診斷與手術(子宮肌瘤摘除或子宮切除手術) 需限定發生在同一清單案件(同案件分類、流水號)。</p>
人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率	每季	以最近 3 年全區平均值 x(1+10%) 作為參考值	資料分析	保險人	<p>1. 分子：分母案件中,人工膝關節置換後 3 個月(90 天)內發生置換物感染之案件數。</p> <p>2. 分母：當季內醫院人工膝關節置換術執行案件數。</p> <p>3. 說明： (1). 人工膝關節置換執行案件數：醫令代碼為 64164B 且醫令類別為 2 或醫令代碼為 97805K、97806A、97807B 之住院案件。 (2). 置換物感染：西醫醫院之住診跨院案件中，以手</p>

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					術醫令執行起日往後推算 3 個月(90 天), 有執行 64053B、64004C、64198B 任一醫之案件。 (3). 跨院勾稽。
就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率	每季	以最近 3 年全區平均值 x(1+20%) 作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：排除診察費=0 之案件，同一人、同一天、同一疾病(主診斷前三碼相同)、同一分區、同一院所，按 ID 歸戶，就診 2 次以上之人數。 2. 分母：排除診察費=0 之案件，按 ID 歸戶，計算分區下各院所下之門診人數。
十八歲以下氣喘病人急診率	每季	以最近 3 年全區平均值 x(1+20%) 作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子：急診氣喘人數：分母病人中因氣喘而急診就醫者，且急診就醫日期必大於視為氣喘病患之日期。 2. 分母：18 歲氣喘病患人數(統計期間，符合下列任一項條件者視為氣喘病患)。 (1). 有 1 次(含)以上因氣喘急診就醫。 (2). 有 1 次(含)以上因氣喘住院。 (3). 統計期間有因氣喘之門診就醫，且前一年跨院勾稽有 4 次(含)以上因氣喘門診就醫，且其中有 2 次(含)以上有使用任一項氣喘用藥者。 A. 氣喘：主診斷 ICD9-CM 前三碼為 493。 B. 前一年：依月往前一年(含當月，若為 9801 則觀察 9702~9801 這段期間)。 C. 氣喘用藥：ATC 藥品分類碼 7 為 R03AC02、R03AC03、R03AC12、R03AC13、R03BA01、R03BA02、R03BA05、R03AK06、R03AK07、H02AB06、H02AB07、R03DC03、R03DC01、R03DA05。 D. 視為氣喘病患之日期：符合分母定義之案件經

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					ID 歸戶後，取第 1 筆資料作視為氣喘病患之日期。
糖尿病病人糖化血紅素 (HbA1c) 執行率	每年	以最近 3 年全區平均值 x(1-20%) 作為參考值	資料分析	保險人	<ol style="list-style-type: none"> 分子：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行糖化血色素(HbA1c)檢驗人數。 分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。 說明： <ol style="list-style-type: none"> 糖尿病一任一主、次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 250 之門診案件。 糖尿病用藥一指 ATC 前 5 碼為 A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE。 糖化血色素(HbA1c)案件係指申報醫令代碼前五碼為 09006 之案件。 計算符合分母條件之 ID 時，主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。 計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，只要該 ID 於統計期間有執行糖化血色素(HbA1c)檢驗即成立。
預防保健^{註3}					
子宮頸抹片利用率	每年		資料分析	主管機關	合格受檢對象於醫院利用次數/子宮頸抹片合格受檢人數
3 成人預防保健利用率	每年		資料分析	主管機關	合格受檢對象於醫院利用次數/成人預防保健合格受檢人數
兒童預防保健利用率	每年		資料分析	主管機關	合格受檢對象於醫院利用次數/[(-一歲以下人數)x4+(-一歲至未滿二歲人數)x2+(二歲至未滿三歲人數)+(三歲至未滿四歲人數)+(四歲至未滿七歲人數)/3]
指標疾病^{註5}					

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
糖尿病人照護完整性	每年		資料分析	保險人	依「糖尿病醫療給付改善方案試辦計畫」的監測方法
4 氣喘病人照護完整性	每年		資料分析	保險人	依「氣喘醫療給付改善方案試辦計畫」的監測方法
精神病人出院 7 日及 30 日內 追蹤治療率	每年		資料分析	保險人	精神病人出院 7 日及 30 日內至少接受一次以上的門診 追蹤治療率
中長程指標					
孕產婦死亡率	每年		資料分析	主管機關	一年內因為各種產褥原因所致孕產婦死亡數/一年內之活產總 數*1000
5 低出生體重率(新增)	每年		資料分析	主管機關	年度出生體重小於 2500 公克之活產人數/年度出生通 報之活產人數
可預防死亡率 (preventable death) ^{註 6}	每年		資料分析	主管機關	依 European Community Working Group 所定義 (表二) 可避免死亡疾病計算
癌症病人 5 年存活率	每年		資料分析	保險人	
符合病歷紀錄規範比率	每年		資料分析	受託單位	符合病歷紀錄規範案件數/門住診總案件數
醫療糾紛比率	每年		醫院申報	受託單位	醫療糾紛案件數/門住診總案件數
符合各專科治療指引比率	每年		資料分析	受託單位	符合該專科治療指引人次/實際接受該專科治療人次

註 1：實施初期各項指標參考值暫不訂定，以其與前期比較的改變率為主要評估標準。

註 2：中長期指標項目為暫定，俟研議後若有更合適的指標項目再修正

註 3：參考西醫基層總額支付制度品質確保方案

註 4：參考鍾國彪：「全民健康保險的整體醫療品質之評估計畫」暨「全民健康保險整體醫療品質之研究—以建立指標之基本資料為主」健保局委託研究計畫，1997；2000。

註 5：參考 The State of Managed Care Quality, 2000, NCQA(National Committee for Quality Assurance)

註 6：參考楊長興，蔡尚學，楊俊毓：就醫可近性對於國民健康之影響—「可避免死亡率」之趨勢分析，2000。

表二：可避免死亡疾病的定義：依據European community working Group(1991)的定義，可避免死亡疾病包含下列兩大類：

第一大類：與醫療照護有關，包括下列16類疾病：

疾病名稱	ICD-9
肺結核	010-018、137
子宮頸惡性腫瘤	180
子宮惡性腫瘤	179
子宮體惡性腫瘤	182
何杰金氏病	201
慢性風濕性心臟病	393-398
呼吸道疾病	460-519
氣喘	493
闌尾炎	540-543
腹腔疝氣	550-553
膽石病、膽囊炎、膽管炎	574-576
高血壓	401-405
腦血管疾病	430-438
妊娠、生產及產褥期的併發症	630-676
新生兒一週內死亡率	
傳染病：傷寒、百日咳、破傷風、麻疹、骨髓炎、骨膜炎、其他侵及骨的感染	002、033、037、055、730

第二大類：與國家政策相關，包括下列三類疾病：氣管、支氣管及肺惡性腫瘤(ICD9：162)、慢性肝病及肝硬化(ICD9：151)、機動車交通事故與非交通事故(ICD9：E810-E825)。

註：本制度醫療服務品質指標，不包含第二大類中「機動車交通事故與非交通事故」一項。

表三 使用本表所列藥物個案不列入「各區同院所門診注射劑使用率」分子

排除條件 A：因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品

給付規定內容	資料處理定義
1. Insulin (胰島素)	ATC 碼前四碼為 A10A INSULINS AND ANALOGUES
2. CAPD 使用之透析液	ATC 碼前五碼為 B05DB，且劑型為透析用液劑。
3. CAPD 使用之抗生素及抗凝血劑(至多攜回二週)	門診當次申報 血液透析治療相關處置代碼(58001C-58012C)使用之注射劑 ATC 碼前三碼為 J01 (抗生素類)、前五碼為 B01AA 及 B01AB (抗凝血劑)。
4. desferrioxamine (如 Desferal)	ATC 碼：V03AC01 DESFERRIOXAMINE
5. 慢性腎臟功能衰竭，使用紅血球生成素(至多攜回二週，如因特殊病情需要，需敘明理由，得以臨床實際需要方式給藥，惟一個月不超過 20,000U (如 Eprex、Recormon) 或 100mcg (如 Aranesp、Mircera) 為原則)。	ATC 碼： B03XA01 ERYTHROPOIETIN (如 Eprex、Recormon) B03XA02 DARBEPOETIN ALFA (如 Aranesp) B03XA03 METHOXY POLYETHYLENE GLYCOL-EPOETIN BETA (如 Mircera)
6. 治療白血病使用之 α -interferon (至多攜回二週)	ATC 碼： L03AB01 INTERFERON ALPHA NATURAL L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B
7. G-CSF(如 filgrastim; lenograstim) (至多攜回六天) (98/11/1)	ATC 碼： L03AA02 FILGRASTIM L03AA10 LENOGRASTIM
8. 生長激素(human growth hormone)(至多攜回一個月)。	ATC 碼： H01AC01 SOMATOTROPIN
9. 門診之血友病人得攜回二~三劑量(至多攜回一個月)第八、第九凝血因子備用，繼續治療時，比照化療以「療程」方式處理，並查驗上次治療紀錄(如全民健康保險藥品給付規定通則附表十八—全民健康保險血友病患者使用第八、第九凝血因子在家治療紀錄)(86/9/1、92/5/1)	ATC 碼： B02BD02 FACTOR VIII B02BD04 FACTOR IX
10. 於醫院內完成調配之靜脈營養輸液(TPN)，攜回使用。(85/10/1、93/12/1)	本項處置(39015A--TPN)限區域醫院以上層級申報，故基層診所不應申報。
11. 肢端肥大症病人使用之 octreotide、lanreotide (如 Sandostatin、Somatuline 等)，另 octreotide (如 Sandostatin) 需個案事前報准(93/12/01 刪除)。lanreotide inj 30 mg (如 Somatuline) 每次注射間隔兩	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 前 4 碼為： 2530 Acromegaly and gigantism 2. ATC 碼： H01CB02 OCTREOTIDE H01CB03 LANREOTIDE

週 (88/6/1)，octreotide LAR(如 Sandostatin LAR Microspheres for Inj.) 每次注射間隔四週 (89/7/1)。	
12. 結核病病人持回之 streptomycin、kanamycin 及 enviomycin 注射劑 (至多攜回二週)。(86/9/1)	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 前三碼為 011(肺結核相關診斷)： 2. ATC 碼： J01GA01 STREPTOMYCIN J01GB04 KANAMYCIN
13. 抗精神病長效針劑 (至多攜回一個月)。(87/4/1)	ATC 碼前四碼為 N05A ANTIPSYCHOTICS
14. 低分子量肝凝素注射劑：金屬瓣膜置換後之懷孕病患，可准予攜回低分子量肝凝素注射劑自行注射，但給藥天數以不超過兩週為限。(90/11/1)	ATC 碼前五碼為 B01AB Heparin group
15. Apomorphine hydrochloride 10mg/ml (如 Britaject Pen)：限使用於巴金森氏病後期產生藥效波動 (on-and-off) 現象，且經使用其他治療方式無法改善之病患使用，每人每月使用量不得超過 15 支。(91/2/1)	ATC 碼： N04BC07 APOMORPHINE
16. 罹患惡性貧血 (perniciousanemia) 及維他命 B12 缺乏病患，如不能口服者或口服不能吸收者，得攜回維他命 B12 注射劑，每次以一個月為限，且每三個月應追蹤一次。(91/4/1)	ATC 碼前五碼為 B03BA VITAMIN B12 (CYANOCOBALAMIN AND ANALOGUES)
17. 患者初次使用 aldesleukin(如 Proleukin Inj) 治療期間 (第一療程)，應每週發藥，俾回診觀察是否有無嚴重之副作用發生。第一療程使用若未發生嚴重副作用，在第二療程以後可攜回兩週之處方量。(91/12/1)	ATC 碼： L03AC01 ALDESLEUKIN
18.慢性病毒性 B 型肝炎、慢性病毒性 C 型肝炎所使用之長效型干擾素或短效型干擾素，其攜回之數量，至多為四週之使用量。(92/10/1)	1. 參加慢性病毒性 B 型肝炎、慢性病毒性 C 型肝炎治療試辦計畫之病人。 2. ATC 碼： L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B L03AB09 INTERFERON ALFACON-1 L03AB10 PEGINTERFERON ALPHA-2B L03AB11 PEGINTERFERON ALPHA-2A
19.類風濕性關節炎病患使用	

<p>etanercept ; adalimumab 注射劑，需個案事前審查核准後，並在醫師指導下，至多可攜回四週之使用量。(93.08.01)</p>	<p>1. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 為： 類風濕性關節炎:714.0</p> <p>2. ATC 碼： L04AA11 ETANERCEPT L04AA17 ADALIMUMAB</p>
---	---

排除條件 B 門診化療注射劑：以門診化療醫令代碼為 37005B、37031B~37041B 為主。

排除條件 C 急診注射劑：以急診為主，案件分類代碼為 02 碼。

排除條件 D 流感疫苗：以案件分類代碼為 D2。

排除條件 E 外傷緊處置使用之破傷風類毒素注射劑 TETANUS TOXOID ATC 碼：J07AM01。