

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 公告

10634

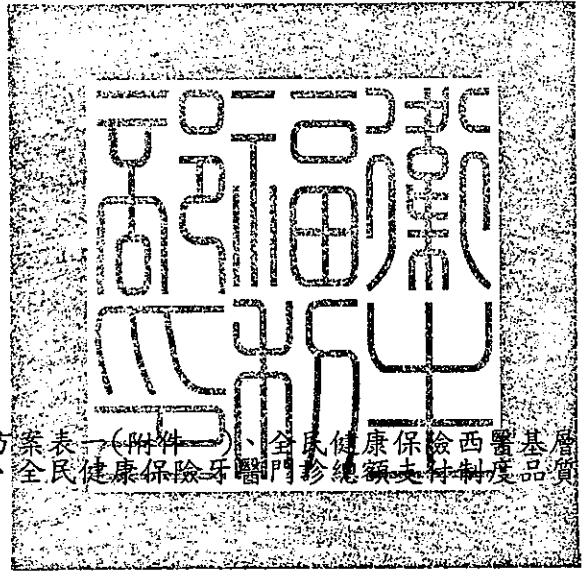
臺北市大安區信義路三段140號

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國104年5月7日

發文字號：衛部保字第1041260322號

附件：全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案表一(附件一)、全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案附表(附件二)、全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案附表(附件三)



主旨：公告修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一、「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」附表、「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案」附表，如附件一至附件三。

副本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部國民健康署、衛生福利部疾病管制署、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會(均含附件)

部長 蔣丙煌

總收文104年5月8日收到

健保醫 中央健康保險署
署 1040058402

100

100

100

100

100

全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案

附件一

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					
(1) 醫療服務品質滿意度調查					
門診病人品質滿意度調查	每年	下降達統計上顯著差異(單端 $\alpha=0.05$)	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。
急診病人品質滿意度調查	每年	下降達統計上顯著差異(單端 $\alpha=0.05$)	問卷調查	保險人	
住院病人品質滿意度調查	每年	下降達統計上顯著差異(單端 $\alpha=0.05$)	問卷調查	保險人	
(2) 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					
門診注射劑使用率	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：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。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
門診抗生素使用率	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. 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未滿七日因同疾病再次就診率	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: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、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)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	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(包括抗思覺失調症、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疊率統計。 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3碼為C07(排除C07AA05)或ATC前5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)降血脂藥物(口服):ATC前5碼為C10AA、
(2)同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂(口服)					
(3)同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖					
(4)同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症					
(5)同醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症					
(6)同醫院門診同藥理用藥					

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
日數重疊率-安眠鎮靜					<p>C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第8碼為1。</p> <p>(3) 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC前5碼為A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX</p> <p>(4) 抗思覺失調症藥物：ATC前5碼為N05AA、N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN、N05AX。</p> <p>(5) 憂鬱症藥物：ATC前5碼為N06AA、N06AB、N06AG、N06AX。</p> <p>(6) 安眠鎮靜藥物(不含抗焦慮藥物)：前5碼為N05BA、N05BE、N05CC、N05CD、N05CF、N05CM。</p> <p>3. 本項指標「允許慢性連續處方箋提早拿藥」，即同ID、同院所給藥日數≥ 21天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數≥ 21天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許10天的空間不計入重疊日數，且排除特定治療項目代號(一)~(四)為H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD者。</p> <p>4. 指標定義： 分子：同院所同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。 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」。</p>
(7) 跨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年全區平均值作X(1+15%)	資料分析	保險人	<p>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(包括抗思覺失調症、憂鬱症及安眠鎮</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
(8) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂(口服)	為參考值	上限			<p>靜劑三類)」四大類費用占率高之藥品，進行同一病患不同處方開立同類藥物之用藥日數重疊率統計。</p> <p>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：</p> <p>(1) 降血壓藥物(口服)：ATC前3碼為C07(排除C07AA05)或ATC前5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。</p> <p>(2) 降血脂藥物(口服)：ATC前5碼為C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第8碼為1。</p> <p>(3) 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC前5碼為A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX</p> <p>(4) 抗思覺失調症藥物：ATC前5碼為N05AA、N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN、N05AX</p> <p>(5) 憂鬱症藥物：ATC前5碼為N06AA、N06AB、N06AG、N06AX。</p> <p>(6) 安眠鎮靜藥物(不含抗焦慮藥物)：ATC前5碼為N05BA、N05BE、N05CC、N05CD、N05CF、N05CM。</p>
(9) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖					
(10) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症					<p>3. 本項指標「允許慢性連續處方箋提早拿藥」，即同ID、跨院所給藥日數≥ 21天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數≥ 21天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許10天的空間不計入重疊日數，且排除特定治療項目代號(一)~(四)為H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD者。</p>
(11) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症					
(12) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜					

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>4. 指標定義： 分子：同分區同 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。 分母：各案件之「給藥日數」總和。 5. 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」。</p>
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。 2. 分母：慢性病案件數。 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(案件分類為 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)。 (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。 (2) 慢性病給藥案件：案件分類為 04、E1。 (3) 排除條件： 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</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
每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率	每季	為新增訂指 標，實施一 年後訂定參 考值	資料分析	保險人	數占率為各就醫科別中最高者。 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。 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。 1. 分子：給藥案件之藥品項數 ≥ 10 項之案件數。 2. 分母：給藥案件數 3. 說明： (1) 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。 (2) 藥品項：醫令類別 1 或 4，且醫令代碼為 10 碼。 (3) 藥品項數：藥品項筆數。
(2)住院					
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 $\times (1+20\%)$ 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、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率	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	<p>51883、51884 或主次處置碼 96.70-96.72、9390。</p> <p>B. 排除精神病案件，精神科就醫科別代碼 13。</p> <p>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。</p> <p>D. 排除早產兒案件：主、次診斷前 3 碼為 764~765。</p> <p>E. 安寧照護(給付類別 A)。</p> <p>(4) 急性床案件，不含急慢性床混合案件。</p> <p>1. 分子：病人 14 日再住院數。</p> <p>2. 分母：當季出院人數。</p> <p>3. 分母分子均排除下列計畫性再住院案件後進行統計：</p> <p>(1) 精神科個案(就醫科別：13)。</p> <p>(2) 乳癌試辦案件(案件分類 4+病患來源 N 或 R 或 C)。</p> <p>(3) 化學治療及放射線治療(V58.0、V58.1)。</p> <p>(4) 早產安胎個案(ICD-9-CM：64403)。</p> <p>(5) 罕見疾病(ICD-9-CM：2775)一黏多醣症。</p> <p>(6) 轉院案件(轉歸代碼 5、6 或 7)。</p> <p>(7) 新生兒未領卡(部分負擔註記 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>

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					C. 肝臟移植：75020 D. 腎臟移植：76020 E. 胰臟移植：75418 F. 角膜移植：85213 4. 說明： (1) 心導管：醫令代碼前 5 碼為 18020、18021、97501、97502、97503、97506、97507、97508。 (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。 (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。 (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。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
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	<p>1. 分子：醫院剖腹產案件數</p> <p>2. 分母：醫院總生產案件數</p> <p>3. 總生產案件數=自然產案件數+剖腹產案件數。</p> <p>4. 自然產案件：符合下列任一條件： (1)TW-DRG 前3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。</p> <p>5. 剖腹產案件：符合下列任一條件： (1)TW-DRG 前3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。</p>
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	<p>1. 分子：醫院不具適應症之剖腹產案件(自行要求剖腹產)</p> <p>2. 分母：醫院總生產案件數</p> <p>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。</p> <p>4. 總生產案件數=自然產案件數+剖腹產案件數。</p> <p>5. 自然產案件：符合下列任一條件： (1)TW-DRG 前3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。</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
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	<p>6. 剖腹產案件：符合下列任一條件： (1)TW-DRG 前3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。</p> <p>1. 分子：醫院具適應症之剖腹產案件 2. 分母：醫院總生產產案件數 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3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3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。</p>
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%)作為參考值	資料分析	保險人	<p>1. 分子：總生產產案件數中屬初次非自願剖腹產案件數。 2. 分母：總生產產案件數。 3. 說明：</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
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(1+10%)作為參考值	資料分析	保險人	<p>(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)：</p> <p>A. DRG 碼為 0373B(自行要求剖腹產)。</p> <p>B. 主次診斷碼前 4 碼為 6542(前胎剖腹產生產)。</p> <p>(2) 總生產案件數：自然產案件數+剖腹產案件數。</p> <p>(3) 自然產案件：醫令代碼 81017C、81018C、81019C、81024C、81025C、81026C、81034C。</p> <p>(4) 剖腹產案件：醫令代碼為 81004C、97014C、81028C、81005C、81029C。</p>
					<p>1. 分子：3 日內再急診案件數。</p> <p>2. 分母：出院案件數。</p> <p>3. 排除下列案件：</p> <p>(1) 精神科個案(就醫科別：13)。</p> <p>(2) 乳癌試辦案件(案件分類 4+病患來源 N 或 R 或 C)。</p> <p>(3) 化學治療及放射線治療(V58.0、V58.1)。</p> <p>(4) 早產安胎個案(ICD-9-CM：64403)。</p> <p>(5) 罕見疾病(ICD-9-CM：2775)—黏多醣症。</p> <p>(6) 轉院案件(轉歸代碼 5、6 或 7)。</p> <p>(7) 新生兒未領卡(部分負擔註記 903)。</p> <p>(8) 血友病(ICD-9-CM：2860、2861、2862、2863)。</p> <p>(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。</p> <p>(10) 病患死亡或病危自動出院案件(轉歸代碼 4 或 A)。</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
清淨手術術後使用抗生素超過三日比率	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：手術後>3日使用抗生素案件數。</p> <p>2. 分母：清淨手術案件數。</p> <p>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，但排除主診斷碼前3碼為170、286或主診斷碼198.5、790.92或任一主次診斷：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)。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(3) 主處置代碼(手術代碼)為81.51、81.54。</p> <p>4. 抗生素ATC碼前3碼為J01 (ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE)。</p>
住院手術傷口感染率	每季	為新增訂指標，實施一年後訂定參考值	資料分析	保險人	<p>1. 分子：手術傷口感染病人數</p> <p>2. 分母：所有住院手術病人數</p> <p>3. 資料範圍：西醫醫院</p> <p>4. 說明： (1) 手術：醫令代碼全長6碼且前2碼為62-97者。 (2) 傷口感染：依[院所、ID、生日、住院日]歸戶下有任一件之任一主診斷碼前4碼為9966、9981、9983、9985，則將納入計算。</p>
(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	資料分析	保險人	ESWL總次數/使用ESWL人數。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
(4)其他		$x(1+10\%)$ 作為參考值			
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	<p>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</p> <p>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</p> <p>3. 資料範圍：西醫醫院</p> <p>4. 說明：</p> <p>(1) 子宮肌瘤診斷：住診案件任一主、次診斷之ICD-9-CM前3碼為218。</p> <p>(2) 癌症診斷：門、住診案件任一主、次診斷ICD-9-CM前3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3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</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
					<p>日)≤ 14 (跨院)。</p> <p>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。</p>
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	<p>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。</p> <p>2. 分母：排除診察費=0之案件，按ID歸戶，計算分區下各院所之門診人數。</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
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	<p>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。</p> <p>2. 分母：18歲氣喘病患人數(統計期間，符合下列任一條件者視為氣喘病患)。</p> <p>(1) 有1次(含)以上因氣喘急診就醫。</p> <p>(2) 有1次(含)以上因氣喘住院。</p> <p>(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。</p> <p>A. 氣喘：主診斷 ICD-9-CM 前3碼為493。</p> <p>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)。</p> <p>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、R03AC04、R03AC06、R03AC16、R03AC18、R03BA08。</p> <p>D. 視為氣喘病患之日期：符合分母定義之案件經ID歸戶後，取第1筆資料作為視為氣喘病患之日期。</p>
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	<p>1. 分子：分母ID中，在統計期間於門診有執行糖化血紅素(HbA1c)檢驗人數。</p> <p>2. 分母：門診主診診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。</p> <p>3. 說明：</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
					<p>(1) 糖尿病一任一主、次診斷之 ICD-9-CM 前 3 碼為 250 之門診案件。</p> <p>(2) 糖尿病用藥一指 ATC 前 5 碼為 A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE。</p> <p>(3) 糖化血紅素(HbA1c)案件係指申報醫令代碼前五碼為 09006 之案件。</p> <p>(4) 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一處方案件。</p> <p>(5) 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紅素(HbA1c)檢驗即成立。</p>
急性心肌梗塞死亡率	每季	為新增訂指 標，實施一 年後訂定參 考值	資料分析	保險人	<p>1. 分子：分母病患死亡個案數</p> <p>2. 分母：18 歲以上且主診斷為急性心肌梗塞之病患數</p> <p>3. 資料範圍：西醫醫院</p> <p>4. 說明：</p> <p>(1) 18 歲以上：(費用年-出生年)≥18。</p> <p>(2) 急性心肌梗塞：主診斷碼前 3 碼為 410。</p> <p>(3) 死亡：門住診勾稽承保資料保險對象資訊檔(V_DWU_BASINS_INF)註記為死亡者；此外，住院再依[院所、ID、生日、住院日]歸戶下有任一件之轉歸代碼(TRAN_CODE)為 4(死亡)、A(病危自動出院)，也視為死亡。</p> <p>(4) 分母分子需排除轉院個案。轉院：門診之病患是否轉出(PAT_TRAN_OUT)為 Y；住院依[院所、ID、生日、住院日]歸戶下有任一件之轉歸代碼(TRAN_CODE)為 6(轉院)，則整件排除。</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
3. 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
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) × 4 + (一歲至未滿二歲人數) × 2 + (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
4. 指標疾病^{註5}					
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
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
5. 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
低出生體重率	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 ^{註6} (preventable death)	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/門診總案件數

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
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

全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案

附件二

附表 西醫基層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					
醫療品質滿意度調查	每年	下降顯著，單端異， $\alpha=0.05$ 。	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，問卷內容應會同總額受託單位研訂。
民眾申訴及其他反映成案件數	每半年	受託單位每年提出執行報告，內容包括成案件內數、案件內容、處理情形及結果。	資料分析	保險人	民眾申訴及其他反映成案件數，受託單位配合提供資料。
基層醫療機構開立藥品明細比率	每半年	100%	問卷調查	保險人	開立藥品明細基層醫療機構家數/基層醫療機構家數。
2. 專業醫療服務品質					
門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率	每季	$\leq 17.13\%$	資料分析	保險人	<p>1. 資料範圍：每季，程式會以亂數取得一個費用年月資料範圍計算。</p> <p>2. 公式： 分子：按院所、ID 歸戶，計算因 URI 於同一院所，2 次就診日期小於 7 日之人次。 分母：按院所、ID 歸戶，計算院所 URI 人次。URI：主診斷前 3 碼為 460、462、465、487。</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
平均每張慢性病處方箋開藥日數-糖尿病、高血壓、高血脂	每月	以最近3年全區平均值(1-20%)作為下限值	資料分析	保險人	<p>1. 公式： 分子：開立慢性病疾病別處方箋案件給藥日份加總 分母：開立慢性病疾病別處方箋給藥次數加總 例如：某病患罹患糖尿病、高血壓、高血脂，醫師開立處方箋日數為7天，則分子、分母計算如下： 分子：給藥天數=7天*3種疾病 分母：給藥次數=1案件*3種疾病</p> <p>2. 慢性病定義：主診斷為糖尿病(ICD-9-CM前3碼為250及A181者)、高血壓(ICD-9-CM診斷碼前3碼為401、402、403、404)或高血脂(ICD-9-CM診斷碼前3碼為272)。</p> <p>3. 疾病別：先以主診斷屬慢性病定義者，其次診斷慢性出現次數一併納入統計。</p> <p>4. 慢性處方箋：案件分類為04、08，排除給藥日份<3。</p>
門診注射劑使用率	每季	以最近3年全區平均值x(1+20%)作為上限值	資料分析	保險人	<p>1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之門診給藥案件(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>2. 公式： 分子：給藥案件之針劑藥品(醫令代碼為10碼，且第8碼為2)案件數，但排除門診化療注射劑、急診注射劑及流感疫苗及依全民健康保險藥品給付規定通則，經醫師指導使用方法後，得由病人攜回注射之藥品，及外傷緊急處置使用之破傷風類毒素注射劑(排除條件詳附表1) 分母：給藥案件數。</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
門診抗生素使用率	每季	以最近3年全區平均值x(1+20%)作為上限值	資料分析	保險人	1. 公式： 基層醫療機構抗生藥劑使用率 = 門診處方總數 / (門診總數 × 門診處方總數) 2. 抗生藥劑：ATC 碼前 3 碼為 J01 (ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE)。
不當用藥案件數					例如用藥天數過短(長)、用藥可能有不當的交互作用等。以降血壓、降血脂、降血糖、抗精神分裂、抗憂鬱症及安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重疊率」等 6 類用藥日數重疊率監測。
(1) 跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓 (口服)	每季	跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症 (≤4.33%)，其餘以最近3年全區平均值(1+20%)作為上限值。	資料分析	保險人	1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之同類藥物給藥案件(給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6) 2. 公式 分子：同分區同 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。 分母：各案件之「給藥日數」總和。 「給藥日數」：擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」。 降血壓藥物(口服)：ATC 前 3 碼為 C07(排除 C07AA05)或 ATC 前 5 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。 降血脂藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。
(2) 跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂 (口服)					
(3) 跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖					
(4) 跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症					
(5) 跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症					
(6) 跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜					

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>降血糖藥物(不分口服及注射):ATC前5碼為A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX。</p> <p>抗思覺失調症藥物:ATC前5碼為N05AA、N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN、N05AX。</p> <p>憂鬱症藥物:ATC前5碼為N06AA、N06AB、N06AG、N06AX。</p> <p>安眠鎮靜藥物(不含抗焦慮藥物):ATC前5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、跨院所給藥日數≥ 21天,且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數≥ 21天的用藥比對所產生,則在此原因下,該筆用藥允許10天的空間不計入重疊日數,且排除特定治療項目代號(一)~(四)為H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD者。</p>
(7)同院所門診同藥理用藥日數 重疊率-降血壓(口服)	每季	以最近3年 全區值平均 值(1+20%)作 為上限值	資料分析	保險人	<p>1.資料範圍:每季所有屬西醫基層總額之同類藥物給藥案件(藥費不為0,或給藥天數不為0,或處方劑方式為1、0、6其中一種)。</p> <p>2.公式: 分子:同院所同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。 分母:各案件之「給藥日數」總和。 「給藥日數」:擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」。</p>
(8)同院所門診同藥理用藥日數 重疊率-降血脂(口服)					
(9)同院所門診同藥理用藥日數 重疊率-降血糖					
(10)同院所門診同藥理用藥日數 重疊率-抗思覺失調症					
(11)同院所門診同藥理用藥日數					

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辨單位	計算公式及說明
數重疊率-抗憂鬱症 (12)同院所門診同藥理用藥日 數重疊率-安眠鎮靜					<p>降血壓藥物(口服): ATC 前 3 碼為 C07(排除 C07AA05)或前 5 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。</p> <p>降血脂藥物(口服): ATC 前 5 碼為 C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX, 且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>降血糖藥物(不分口服及注射): ATC 前 5 碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX</p> <p>抗思覺失調症藥物: ATC 前 5 碼為 N05AA、N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN、N05AX。</p> <p>憂鬱症藥物: ATC 前 5 碼為 N06AA、N06AB、N06AG、N06AX。</p> <p>安眠鎮靜藥物(不含抗焦慮藥物): 前 5 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≥ 21天, 且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數≥ 21天的用藥比對所產生, 則在此原因下, 該筆用藥允許10天的空間不計入重疊日數, 且排除特定治療項目代號(一)~(四)為H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD者。</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
慢性病開立慢性病連續處方箋百分比	每季	以95年全年平均值(≥61.6%)為參考值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之門診給藥案件數(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)。 2. 公式： 分子：開立慢性病連續處方箋的案件數(案件分類為02、04、08且給藥日份≥21)。 分母：慢性病給藥案件數(案件分類為02、04、08)。
就診後同日於同院所再次就診率	每季	以最近3年全區值平均值(1+20%)作為上限值	資料分析	保險人	公式： 分子：同一費用年月、同一就醫日期、同一院所，同一人(身分證號)就診2次(含)以上，按身分證號歸戶之門診人數。 分母：同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數。
糖尿病病人醣化血紅素(HbA1c)執行率	每年	以最近3年全區值平均值(1-20%)作為下限值	資料分析	保險人	資料範圍：西醫基層總額之門診案件 分子：分母ID中，在統計期間於門診有執行醣化血紅素(HbA1c)檢驗人數。 分母：門診主診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。
每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率	每季	為新增訂指標，實施一年後訂定參考值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：西醫基層總額 2. 公式： 分子：給藥案件之藥品項數≥十項之案件數 分母：給藥案件數 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。

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>藥品項：醫令類別 1 或 4，且醫令代碼為 10 碼。</p> <p>藥品項數：藥品項筆數。</p>
剖腹產率-整體、自行要求、具適應症	每季	為新增訂指標，實施一年後訂定參考值	資料分析	保險人	<p>1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之住院案件</p> <p>2. 公式： 分子： (1) 整體：剖腹產案件數 (2) 自行要求：不具適應症之剖腹產案件數 (3) 具適應症：分子(1) - 分子(2) 分母：總生產案件數 = 自然產案件數 + 剖腹產案件數。</p> <p>自然產案件：符合下列任一條件： (1) TW-DRG 前 3 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。</p> <p>剖腹產案件：符合下列任一條件： (1) TW-DRG 前 3 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、81005C、81028C、81029C、97009C、97014C。</p> <p>不具適應症之剖腹產案件：符合下列任一條件： (1) 醫令代碼為 97014C。 (2) DRG_CODE 為 0373B。</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
3.其他醫療服務品質					
醫師平均門診時間	每半年	8小時/每天	問卷調查	保險人	每位醫師平均每日看診時間(以醫療品質滿意度調查中醫師每週工作總時數調查結果排除不知道部分加權計算後除以5.5天為參考值)
每位病人平均看診時間	每半年	5分鐘	問卷調查	保險人	每位病人平均看診時間(以醫療品質滿意度調查中醫師看診及診療時間之中位數為參考值)
醫師參加繼續教育時數	每年	24小時/年	資料分析	全聯會	每位醫師平均每年參加繼續教育時數
4. 利用率指標					
子宮頸抹片利用率	每年	≥16%	資料分析	主管機關	合格受檢對象於基層醫療機構利用次數/子宮頸抹片合格受檢人數
成人預防保健利用率	每年	≥20%	資料分析	主管機關	合格受檢對象於基層醫療機構利用次數/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	合格受檢對象於基層醫療機構利用次數/[(一歲以下人數) $\times 4 +$ (一歲至未滿二歲人數) $\times 2 +$ (二歲至未滿三歲人數) $\times 1 +$ (三歲至未滿四歲人數) $\times 1 +$ (四歲至未滿七歲人數) $\times 3$]
年齡別剖腹產率	每年	≤34%	資料分析	保險人	1. 基層醫療機構剖腹產案件數/基層醫療機構生產案件數(自然產案件+剖腹產案件) 2. 年齡組別: 19歲以下, 20~34歲, 35歲以上
門診手術案件成長率	每年	≥10%	資料分析	保險人	(基層醫療機構實施年門診手術案件數-基層醫療機構實施前一年門診手術案件數)/基層醫療機構實施前一年門診手術案件數
六歲以下兒童氣喘住院率	每年	≤0.29%	資料分析	保險人	六歲以下(就醫年-出生年 ≤ 5)保險對象氣喘住院件數

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
住院率	每年	≤13%	資料分析	保險人	保險對象住院人次/保險對象總人數
轉診率 ^{註4}	每年		資料分析	保險人	基層醫療機構轉診人次/基層醫療機構門診次數
平均每人住院日數	每年	≤1.10	資料分析	保險人	平均每人住院日數
每人急診就醫率	每年	≤1.9%	資料分析	保險人	每人急診就醫次數/每人平均門診次數
5.中長程指標					
符合慢性病患治療指引比率	每年		資料分析	受託單位	符合慢性病患治療人次/實際接受慢性病患治療人次
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/基層醫療機構總案件數
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1：100年3月2日健保署(為原健保局)召開「西醫基層總額醫療品質指標項目及監測值討論會議」討論醫療品質指標項目，為指標監測值能接近實際值，考量其趨勢及醫療之不確定性與變異性，以最近3年全局值平均值x(1±20%)〔註：負向指標取加號(+)作上限值、正向指標取減號(-)作下限值〕為西醫基層總額醫療品質指標項目；又參酌全民健康保險監理委員會第190次會議委員意見，若修訂後專業醫療服務品質較原品質寬鬆，則維持原監測值。為求一致，專業醫療服務指標，皆以相同原則修訂監測值。

註2：藥品類別一致，修訂後藥品、降血脂、降血糖、抗憂鬱症及安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重複率等6項指標，原品質確保方案僅列「跨院所」為監測指標，「同院所」健保署亦已監測多年，本次修訂將跨院所亦列入品質確保方案中以符實際監測現況。

註3：降血壓、降血脂、降血糖、抗憂鬱症及安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重複率等6項指標，原品質確保方案僅列「跨院所」為監測指標，「同院所」健保署亦已監測多年，本次修訂將跨院所亦列入品質確保方案中以符實際監測現況。

註4：為暫不執行項目。

註5：西醫基層總額支付制度醫療服務品質指標之「專業醫療服務品質指標」，皆不含委代辦案件，僅統計西醫基層總額範圍內案件。

附表 1

西醫基層總額門診注射劑使用率--附表

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 4 碼為 A10A INSULINS AND ANALOGUES
2. CAPD 使用之透析液	ATC 碼前 5 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 3 碼為 J01 (抗生素類)、前 5 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

給付規定內容	資料處理定義
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，比照治療以「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) 每次注射間隔兩週 (88/6/1)，octreotide LAR(如 Sandostatin LAR Microspheres for Inj.) 每次注射間隔四週	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 前 4 碼為：Acromegaly and gigantism 2. ATC 碼： H01CB02 OCTREOTIDE H01CB03 LANREOTIDE

給付規定內容	資料處理定義
(89/7/1)。	
12. 結核病人持回之 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 3 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 4 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 5 碼為 B01AB Heparin group
15. Apomorphine hydrochloride 10mg/ml (如 Britaject Pen):限使用於帕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)	當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 為: 281.0 (惡性貧血)、281.1(維生素 B12 缺乏性貧血) ATC 碼前 5 碼為 B03BA VITAMIN B12 (CYANOCOBALAMIN AND ANALOGUES)

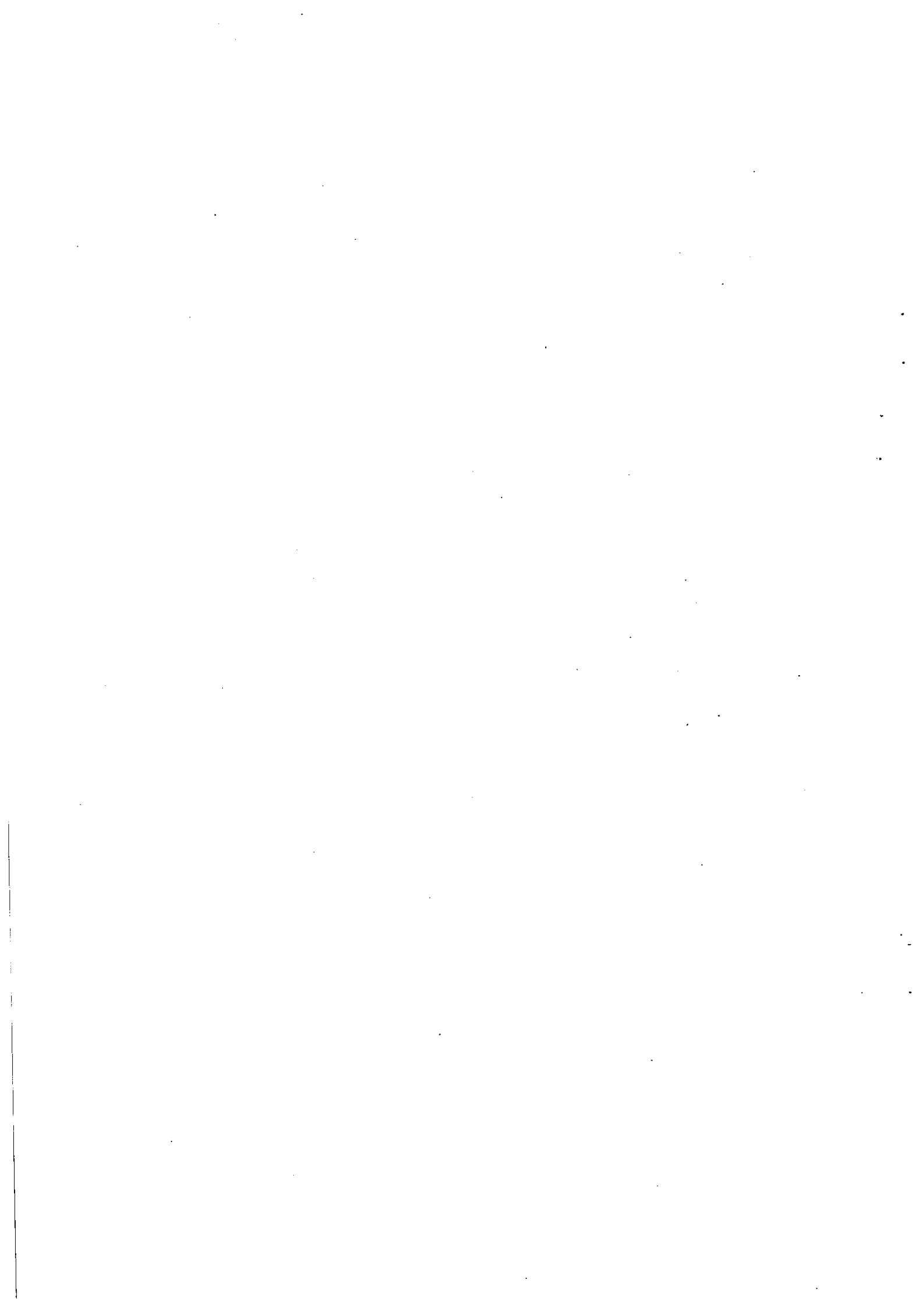
給付規定內容	資料處理定義
<p>17. 患者初次使用 aildesleukin(如 Proleukin Imj) 治療期間 (第一療程)，應每週發藥，俾回診觀察是否有無嚴重之副作用發生。第一療程使用若未發生嚴重副作用，在第二療程以後可攜回兩週之處方量。(91/12/1)</p>	<p>ATC 碼：L03AC01 ALDESLEUKIN</p>
<p>18. 慢性病毒性 B 型肝炎、慢性病毒性 C 型肝炎所使用之長效型干擾素或短效型干擾素，其攜回之數量，至多為四週之使用量。(92/10/1)</p>	<p>1. 參加慢性病毒性 B 型肝炎、慢性病毒性 C 型肝炎治療試辦計畫之病人。 2. ATC 碼： L03AB04 INTERFERON ALPHA-2A L03AB05 INTERFERON ALPHA-2B L03AB09 INTERFERON ALFACON-1 L03AB10 PEGINTERFERON ALPHA-2B L03AB11 PEGINTERFERON ALPHA-2A</p>
<p>19. 類風濕性關節炎病患使用 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。(93/8/1)</p>	<p>1. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 為：類風濕性關節炎:714.0 2. ATC 碼： L04AA11 ETANERCEPT L04AA17 ADALIMUMAB</p>

排除條件 B 門診治療注射劑：以門診治療醫令代碼為 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：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。



全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案

附表 牙醫門診總額支付制度醫療服務品質指標參考值

附件三

指標項目	時程	參考值及監測執行方案	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
1. 醫療利用率					
人次利用率	每季	±10% (與前一年同期比較)	資料分析	保險人	每季實際門診件數/季中保險對象總人數
每點支付金額改變率	每季	±10% (與每點一元比較)	資料分析	保險人	(每季每點支付金額-1)/1
2. 保險對象就醫權益					
滿意度調查	每年	下降達統計上顯著差異(單端 $\alpha=0.05$)	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，比較就醫可近性、醫療服務品質滿意度及民眾自費狀況變化。
民眾諮詢及申訴檢舉案件數	每半年	受託單位每年提出執行報告，內容包括案件數、案件內容、處理情形及結果。	資料分析	受託單位	受託單位將處理情形提報保險人
3. 專業醫療服務品質					
訂定臨床治療指引	三個月內	依限完成，並逐年檢討改善，成果列入受託單位執行報告。		受託單位	逐年檢討修正臨床治療指引
編訂審查手冊	第二年一起	依限完成，並逐年檢討改善，成果列入受託單位執行報告。		受託單位	依據臨床治療指引編訂
審查手冊執行率	第三年起	100% (目標值)		受託單位	每半年函送保險人評量成效
建立牙醫醫療機構輔導系統	第三期內	依限完成，並逐年檢討改善，成果列入受託單位執行報告。		受託單位	給予醫療機構輔導等並提供改善建議；情節重大者，提報保險人處理。

指標項目	時程	參考值及監測執行方案	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
建立牙醫醫療服務專業品質規範	第四年起	依限完成，並逐年檢討改善，成果列入受託單位執行報告。	資料分析	受託單位	受託單位每季將監控結果提報保險人
牙體復形同牙位再補率-一年以內	每季 每年	<2.5%	資料分析	保險人	1. 定義：同顆牙申報銀粉充填、玻璃離子體充填、複合樹脂充填，乳牙及恆牙一或二年內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補。 2. 計算公式：【一（二）年內自家重覆填補顆數 / 一（二）年內填補顆數】
牙體復形同牙位再補率-二年以內	每季 每年	<4.6%			
保險對象牙齒填補保存率-一年以內	每季 每年	以最近3年全國平均值x(1-10%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：以同一區同一保險對象於統計時間內執行過牙體復形醫令的牙位(FDI牙位表示法之內的牙位資料，成人32顆牙，小孩20顆牙，除此之外牙位資料全部排除)，追蹤1年或2年內是否重新填補比率。 2. 公式說明： 分子(同牙位重補數)：以分母之牙位追蹤1年或2年(365天或730天)內重覆執行牙體復形醫令牙位數。 分母(填補牙位數)：依同區同院所同保險對象同一牙位歸戶，統計執行牙體復形之牙位數。 ※牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C、89012C。 ※排除中度以上身心障礙、化療、放射線治療患者係指牙體復形醫令不含89101C、89102C、

指標項目	時程	參考值及監測執行方案	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
保險對象牙齒填補保存率-二年以內	每季 每年	以最近3年全國平均值 x(1-10%)作為參考值	資料分析	保險人	89103C、89104C、89105C、89108C、89109C、 89110C、89111C、89112C。 ※費用年月介於9001~9306間，因無「前牙三面 複合樹脂充填」醫令，故院所以89004C併 89005C申報，因此同診所、同病患、同牙位、 同就醫日期，同時申報89004C及89005C則 不算重補，不計入分子。 3. 指標計算：1- (分子 / 分母)
同院所九十日以內根管治 療完成率	每季 每年	以最近3年全國平均值 x(1-10%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：以同一區同一院所同一保險對象於統計 時間內執行過根管開擴及清創醫令的牙位 (FDI 牙位表示法之內的牙位資料，成人32顆牙，小孩 20顆牙，除此之外的牙位資料全部排除)，追蹤3 個月 (90天) 內是否於同院所執行根管治療醫令 比率。 2. 公式說明： 分子：以分母之牙位追蹤其3個月 (90天) 內於 同院所執行根管治療單根(90001C)、雙根 (90002C)、三根以上(90003C)、恆牙根管治 療(四根)(90019C)、恆牙根管治療(五根(含 以上)(90020C)、乳牙根管治療(90016C)、 乳牙多根管治療(90018C)之牙位數。 分母：依同院所同病患同牙位歸戶，統計執行根管 開擴及清創(90015C)之牙位數。 3. 指標計算：分子 / 分母。

指標項目	時程	參考值及監測執行方案	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
十三歲以上牙醫就醫病人 全口牙結石清除率	每季 每年	以最近3年全國平均值 x(1-10%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：當季13歲(含)以上就醫人數。 2. 公式說明： 分子：當季13歲(含)以上就醫人口中執行牙結石清除—全口醫令(91004C)之人數。 分母：當季13歲(含)以上就醫人數。 3. 指標計算：分子 / 分母。
六歲以下牙醫就醫兒童牙 齒預防保健服務人數比率	每季 每年	以最近三年全國平均值 x(1-10%)作為參考下限值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：就醫人口中6歲以下兒童執行牙齒預防保健服務之人數。 2. 公式說明： 分子：執行兒童牙齒預防保健服務之人數。 分母：當季就醫人口中6歲以下兒童人數。 ※年齡之計算為就醫年月-出生年月≤72。 ※兒童牙齒預防保健服務為健保卡序號欄位為「IC81」、「IC87」。 3. 指標計算：分子 / 分母。
院所感染管制申報率	每季 每年	以最近三年全國平均值 x(1-10%)作為參考值	資料分析	保險人	1. 分子定義：申報感染管制的院所數 2. 分母定義：申報總院所數 3. 指標計算：分子 / 分母
執行感染管制院所查核合 格率	自97年 起每年 (每年一 最後一 季)	參考值：前5年統計加權平均 值*(1-20%)	由全聯會按 年提供統計 結果予健保 局彙整納入 第4季品質 報告中。	受託單位	1. 分子定義：申報感染管制經查核合格的院所數 2. 分母定義：申報感染管制被查核的院所數 3. 指標計算：分子 / 分母

指標項目	時程	參考值及監測執行方案	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
保險對象牙齒填補保存率-恆牙二年以內	每季 每年	以最近三年全國平均值 x(1-10%)作為參考值	資料分析	保險人	<p>1.資料範圍：以同一區同一保險對象於統計時間內執行過牙體復形醫令的牙位(FDI牙位表示法之內的牙位資料，成人32顆牙，除此之外的牙位資料全部排除)，追蹤2年內是否重新填補比率。</p> <p>2.公式說明： 分子(同牙位重補數)：以分母之牙位追蹤2年(730天)內重覆執行牙體復形醫令牙位數。 分母(填補牙位數)：依同區同院所同保險對象同一牙位歸戶，統計執行牙體復形之牙位數。 ※ ※牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C、89012C。 ※ ※排除中度以上身心障礙、化療、放射線治療患者係指牙體復形醫令不含89101C、89102C、89103C、89104C、89105C、89108C、89109C、89110C、89111C、89112C。 ※ ※恆牙牙位：11-19、21-29、31-39、41-49</p> <p>3.指標計算：1- (分子 / 分母)</p>

指標項目	時程	參考值及監測執行方案	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
保險對象牙齒填補保存率-乳牙一年六個月以內	每季 每年	以最近三年全國平均值x(1-10%)作為參考值	資料分析	保險人	<p>1.資料範圍：以同一區同一保險對象於統計時間內執行過牙體復形醫令的牙位 (FDI牙位表示法之內的牙位資料，小孩20顆牙，除此之外的牙位資料全部排除)，追蹤1年半內是否重新填補比率。</p> <p>2.公式說明： 分子(同牙位重補數)：以分母之牙位追蹤1年半(545天)內重覆執行牙體復形醫令牙位數。 分母(填補牙位數)：依同區同院所同保險對象同一牙位歸戶，統計執行牙體復形之牙位數。 ※ 牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C、89012C。 ※ 排除中度以上身心障礙、化療、放射線治療患者係指牙體復形醫令不含 89101C、89102C、89103C、89104C、89105C、89108C、89109C、89110C、89111C、89112C。 ※ 乳牙牙位：51-55、61-65、71-75、81-85 3.指標計算：$[1 - (\text{分子}/\text{分母})] \times 100\%$</p>
恆牙根管治療六個月以內保存率	每季 每年	以最近三年全國平均值x(1-10%)作為參考值	資料分析	保險人	<p>1.資料範圍：醫事機構往後追溯半年所有根管治療醫令。 2.公式說明： 分子：醫事機構就醫者根管治療後，半年內再施行(自家+他家)恆牙根管治療(充填)醫令的牙齒顆數或拔牙(醫令代碼 92013C、92014C)的顆數。 分母：同時期各醫事機構申報 RCF 之顆數。 3.指標計算：$[1 - (\text{分子}/\text{分母})] \times 100\%$</p>

指標項目	時程	參考值及監測執行方案	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
牙周病統合照護計畫執行率	每季 每年	暫不訂定	資料分析	保險人	1.公式說明： 分子：P4002C之執行件數。 分母：牙周病統合照護計畫執行目標(件數)。 2.指標計算：(分子/分母) x 100%。
醫療費用核減率	每季	暫不訂定	資料分析	保險人	1.資料範圍：全民健保門住診醫療費用統計檔。 2.公式說明：初核核減率 = (申請點數 - 核定點數) / 醫療費用點數 分子：申請點數 - 核定點數。 分母：醫療費用點數。 3.指標計算：(分子/分母) x 100%。
三歲兒童奶瓶性齲齒盛行率		≤ 75%	資料分析	主管機關	
四歲兒童乳牙齲齒盛行率		≤ 89%	資料分析	主管機關	
五歲兒童乳牙齲齒盛行率		≤ 89%	資料分析	主管機關	
十二歲兒童齲蝕指數		≤ 3.31	資料分析	主管機關	
國中一年級學生恆齒治療率		≥ 56%	資料分析	主管機關	
三十五歲至四十四歲人口社區牙周治療需求指數		≤ 25%	資料分析	主管機關	
平均自然齒數		≥ 26顆	資料分析	主管機關	

