

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

一、為確保全民健康保險醫院總額支付制度(以下簡稱本制度)實施後，全民健康保險特約醫院(以下簡稱醫院)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) 中央健康保險局(以下簡稱健保局)每半年應針對各分局保險對象就醫可近性、醫療服務品質滿意度、差額負擔情形等進行調查，其調查內容設計，應會同本制度受委託辦理單位(以下簡稱受託單位)研訂，並得委託民意調查機構辦理。

(二) 健保局每半年應統計分析各分局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) 各分局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，或差額負擔金額及申訴、檢舉案件顯著增加，經健保局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，健保局應每半年定期評量各分局轄區醫院依照審查手冊執行醫療服務專業審查情形，並將檢討報告函送行政院衛生署（以下簡稱衛生署）及全民健康保險醫療費用協定委員會（以下簡稱費協會）備查。

3. 提昇病歷紀錄品質：

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，提昇病歷品質。

(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，其細部規劃方案應於本制度受委託辦理後一年內提交衛生署、健保局及費協會備查，並定期檢討計畫實施成效，以建立持續性醫療服務品質改善及確保方案，提昇醫療服務品質。

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)提昇門診病人醫療服務品質：

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，提昇病人照護品質及療效。

- 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)提昇住院病人醫療服務品質：

- 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。

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：

受託單位應於本制度受委託辦理第一年內，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，應提報健保局依合約處理。

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. 健保局及受託單位，每半年應將前述醫療服務品質監控或改善計畫施行結果，提報衛生署及費協會。

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. 健保局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. 前述容許變動範圍暫訂為正負百分之五。
3. 健保局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、衛生署及費協會。
4. 各分局醫院每點支付金額變動比率不在前述容許變動範圍內者，健保局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：

為避免總額支付制度實施後，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，以利受託單位與健保局的費用控管。

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「中央健康保險局醫院總額支付委員會」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，健保局

應建立醫院與西醫基層醫療機構間的財務風險分擔機制，並由健保局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、二、三、四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，提費協會討論。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)本制度實施初期醫療服務品質指標項目及其監測時程、監測值與負責主辦單位，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)健保局應將前述醫療服務品質監測指標及醫療費用相關資訊，出版各分局「報告卡」(Report card)，以供健保局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)健保局與受託單位應訂定辦法，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昇。

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，健保局與受託單位除得將其部分獎勵金額用於調整支付標準，以直接獎勵醫院提昇品質外，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，由健保局與受託單位共同訂定，報請衛生署核定後公告，並送費協會備查。

七、本制度若因故未能委託辦理，則原應由受託單位執行之項目，改由健保局自行辦理。

八、本方案經費協會委員會議通過，報請衛生署核定公告。

表一 醫院總額支付制度醫療服務品質指標

指標項目	時程	監測值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
1. 保險對象就醫權益	第一年起				
醫療服務品質滿意度調查	每半年		問卷調查	健保局	實施前一次，實施後每半年一次，比較其就醫可近性、醫療服務品質與差額負擔滿意度變化情形，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	健保局	監測值：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	健保局	監測值：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	健保局	監測值：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	健保局	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	第二年起				
(1)門診^{註3}					
各區同院所門診注射劑使用率	每季	5.43% ×(1±10%)	資料分析	健保局	1. 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（排除門診化療：醫令代碼為37005B, 37031B~37041B；急診：案件分類代碼為02碼；流感疫苗：案件分類代碼為D2碼）。 2. 分母：給藥案件數。
各區同院所門診抗生素使用率	每季	8.82% ×(1±10%)	資料分析	健保局	醫院開立抗生素藥品案件數／醫院開藥總案件數。
各區同院所上呼吸道感染病人7日內複診率	每季	9.85% ×(1±10%)	資料分析	健保局	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. URI：主診斷前3碼為「460」、「462」、「465」、「487」。 4. [分局+特約類別]或[分局]，以各院所的分母或分子人數直接加總。 5. 資料範圍：每季，程式會以亂數取得一月的日期範圍。
不當用藥案件數(各區同院所門診同一處方制酸劑重複使用率)	每季	1.55% ×(1±10%)	資料分析	健保局	1. 分子—制酸劑重複案件數。 2. 分母—制酸劑案件數。 3. 說明： (1) 制酸劑：係指藥理分類為下列之一者：1.藥理分類代碼560400 Antacids And Adsorbents 制酸劑及吸附劑 560499 Antacids And Adsorbents Composite 制酸劑及吸附劑複方 2.排除下列成份代碼：下列品項為藥物中毒急救用藥，用途為吸附劑，而非制酸劑。

指標項目	時程	監測值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					5604001500 (CHARCOAL) 9600065500 (CARBON) 3.下列成份之單方劑型，係參照衛生署藥品許可證資料，修訂藥理分類代碼，不列入制酸劑重複使用之計算：4008000700 (SODIUM BICARBONATE)：400800 鹼化劑 5604002500(MAGNESIUM HYDROXIDE)：561200 緩瀉劑 5604002501(MAGNESIUM HYDROXIDE WET GEL)：561200 緩瀉劑 5604002900 (OXETHAZAINE)：720000 局部麻醉劑 5604001200 (CALCIUM CARBONATE)：401200 補充溶液 5612001300 (MAGNESIUM OXIDE)：561200 緩瀉劑。 (2) 制酸劑重複案件：同一處方，含有兩筆不同制酸劑醫令，方計為重複案件。
用藥日數重複率					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。 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：降血壓藥物(口服) C02、C03、C07、C08、C09；降血脂藥物(口服) C10；降血糖藥物(包含口服及注射劑) A10；精神疾病用藥 精神分裂 N05A；精神疾病用藥憂鬱症 N06A；精神疾病用藥安眠鎮靜 N05B、N05C。 3. 本項指標原則將同一病患前後次慢性病連續處方箋重複之給藥日份排除計算。 4. 分子：按病人 ID、分局別、特約類別、醫院別歸戶，計算每個 ID 的同一 ATC 藥理分類用藥的重複給藥日加總。 5. 分母：給藥案件之給藥日份加總。
(1)各區同院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率	每季	4.82% ×(1±10%)	資料分析	健保局	
(2)各區同院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率	每季	2.93% ×(1±10%)	資料分析	健保局	
(3)各區同院所降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率	每季	1.95% ×(1±10%)	資料分析	健保局	
(4)各區同院所抗精神分裂藥物-不同處方用藥日數重複率	每季	3.41% ×(1±10%)	資料分析	健保局	
(5)各區同院所抗憂鬱症藥物-不同處方用藥日數重複率	每季	3.54% ×(1±10%)	資料分析	健保局	
(6)各區同院所安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重複率	每季	7.02% ×(1±10%)	資料分析	健保局	
各區同院所慢性病開立慢性病連續處方箋百分比	每季	14.55% ×(1±10%)	資料分析	健保局	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=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、

指標項目	時程	監測值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					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=04。
(2)住院^{註4}					
各區同院所三十日以上住院率	每季	2.19% ×(1±10%)	資料分析	健保局	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) 資料範圍：每季。 (2) 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。 (3) 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。 (4) 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”。
各區住院案件出院後十四日內再住院率	每季	6.98% ×(1±10%)	資料分析	健保局	1. 分子：病人 14 日再住院數。 2. 分母：當季出院人數。 3. 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。(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)執行心導管後再執行心血管繞道手術或支架置放術。(10)器官移植(醫令代碼前 5 碼)心臟移

指標項目	時程	監測值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					植：68035 肺臟移植：68037 (單肺)、68047 (雙肺) 肝臟移植：75020 腎臟移植：76020。 4. 說明：(1)冠狀動脈繞道手術 (CABG) 醫令代碼前 5 碼為 68023、68024、68025 及論病例計酬代碼 97901K、97902A、97903B、97906K、97907A、97908B、97911K、97912A、97913B。(2)放置血管支架—同時申報「經皮冠狀動脈擴張術 (PTCA)」及血管支架之案件 1「經皮冠狀動脈擴張術 (PTCA)」醫令代碼前 5 碼為 33076、33077、33078，輪病例計酬代碼 97511K、97512A、97513B、97516K、97517A、97518B、97521K、97522A、97523B。1 特材代碼前 5 碼為「CBP01」且單價為 22750 或 36750 (92 年前價格為 49000 或 54000)。
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	每季	33.84% ×(1±10%)	資料分析	健保局	醫院剖腹產案件數/醫院生產案件數。
各區住院案件出院後三日內急診率	每季	2.64% ×(1±10%)	資料分析	健保局	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。
初次剖腹產佔總生產件數比率	每季	19.03% ×(1±10%)	資料分析	健保局	1. 分子：初次非自願剖腹產案件數；排除 DRG 碼為 0373B(自行要求剖腹產)及 0371A(一般剖腹產)前胎剖腹產生產(主次診斷碼前四碼為 6542)。 2. 分母：總生產數。
(3)手術/檢查					
手術病理檢驗陽性率	每年		資料分析	健保局	手術病理檢驗結果呈陽性病人數/該年手術病人總數
CT/MRI 檢查陽性率	每年		資料分析	健保局	檢查結果呈陽性之人次數/CT/MRI 檢查總次數

指標項目	時程	監測值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
3 預防保健 ^{註3}	每年	1.155 ×(1±10%)	資料分析	健保局	ESWL 總次數/使用 ESWL 人數
子宮頸抹片利用率	每年		資料分析	健保局	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	健保局	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	健保局	合格受檢對象於醫院利用次數/[<u>(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]</u>]
4 指標疾病 ^{註5}	第三年起				
糖尿病人照護完整性	每年		資料分析	健保局	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	健保局	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	健保局	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	第三年起				
孕產婦死亡率	每年		資料分析	衛生署	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
可預防死亡率 (preventable death) ^{註6}	每年		資料分析	衛生署	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	健保局	
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：實施初期各項指標監測值暫不訂定，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.

註7：本表所列時程自九十二年起算。

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。