

## 參、附 錄 篇

附錄 1 行政院核定年度醫療給付費用總額範圍及費協會協定結果(每人醫療費用成長率)

年別 部門別		90 年度		91 年度		92 年度	93 年度	94 年度
		上半年	下半年	上半年	下半年			
行政院核定範圍		2.21~4.54%		1.67~4%		1.55~4.02%	0.51~4.00%	1.34%~4.03%
費 協 會 協 定	總體	4.11%		2.342~3.707%	3.883%	3.899%	3.813%	3.605%
	牙醫門診	3.32%		2.50%		2.48%	2.64%	2.90%
	中醫門診	6.33%	3%	2.00%		2.07%	2.41%	2.51%
	西醫基層	2.21~3.97 % (目標值)	3.727%		2.898%	2.70%	3.228%	
	醫院	2.21~3.97% (目標值)		1.61~3.727% (目標值)	4%	4.01%	4.10%	3.53%
	其他	-		-		增加 13 億元	增加 10 億元	增加 11.41 億元

說明：1. 中醫門診第 1 期總額支付制度實施期程為 89 年 7 月至 90 年 6 月，第 2 期為 90 年 7 月至 12 月。

2. 西醫基層第 1 期總額支付制度實施期程為 90 年 7 月至 91 年 12 月。

3. 醫院第 1 期總額支付制度實施期程為 91 年 7 月至 91 年 12 月。

附錄 2 牙醫門診醫療給付費用成長率協定結果(每人醫療費用成長率)

項別	期別 期程	—	二	90 年度	91 年度	92 年度	93 年度	94 年度
		87.7~88.6	88.7~89.12	90.1~90.12	91.1~91.12	92.1~92.12	93.1~93.12	94.1~94.12
<b>一般服務項目成長率(%)</b>		-	-	-	-	-	-	<b>3.02%</b>
-非協商因素		<u>3.80%</u>	<u>3.72%</u>	<u>2.16%</u>	<u>1.39%</u>	<u>1.55%</u>	<u>0.06%</u>	<u>1.63%</u>
人口結構改變率		-0.10%	-0.02%	-0.04%	0.11%	-0.12%	0.18%	0%
醫療服務成本指數改變率		3.90%	3.74%	2.20%	1.28%	1.67%	-0.31%	1.63%
其他		-	-	-	-	-	0.19% <sup>註3</sup>	-
-協商因素		<u>2.91%</u>	<u>2.56%</u>	<u>1.16%</u>	<u>1.11%</u>	<u>0.93%</u>	<u>2.58%</u>	<u>1.39%</u>
鼓勵醫療品質提升				0.50%	0.64%	0.51%	1.30%	0.47%
保險給付範圍改變		2.91%	2.56%	-	-	-	0.78%	0.92%
利用與密集度改變				-	-	-	-	0.20%
政策改變及政策誘因之影響				-	-	0.23%	-	-
醫療服務效率提升		-	-	-	-	-	-0.14%	-0.20%
其他		-	-	0.66% <sup>註2</sup>	-	-	-	-
<b>專款項目預算(%, 百萬元)</b>		-	-	-	-	-	-	<b>249.8</b>
鼓勵醫療品質提升		-	-	-	-	-	0.45%	41.5
利用與密集度改變		-	-	-	0.47%	0.19%	0.19%	208.3
<b>總計</b>		<b>6.71%<sup>註1</sup></b>	<b>6.28%<sup>註1</sup></b>	<b>3.32%</b>	<b>2.50%</b>	<b>2.48%</b>	<b>2.64%</b>	<b>2.90%</b>

註：1 牙醫門診總額第一、二期總額係協定醫療給付費用成長率而非每人醫療費用成長率，非協商因素中尚包括投保人口成長率乙項，一、二期分別為

1.29% 及 1.72%，合計牙醫門診總額第一期及第二期之醫療給付費用成長率皆為 8%。

2. 回補跳空未計的牙醫醫療服務成本指數改變率。

3. 因應健保 IC 卡措施所額外增加之成本納入總額非協商因素，惟為避免重覆計算，將以打折方式一次納入(本會第 79 次委員會議)。

4. 94 年度起預算之協定，修正為協定一般服務成長率與專款項目預算額度；94 年度以前，專款項目屬協商因素。

附錄 3 中醫門診醫療給付費用成長率協定結果(每人醫療費用成長率)

項別	期別 期程	—	二	91 年度	92 年度	93 年度	94 年度
		89.7~90.6	90.7~90.12	91.1~91.12	92.1~92.12	93.1~93.12	94.1~94.12
<b>一般服務項目成長率(%)</b>		-	-	-	-	-	<b>2.72%</b>
-非協商因素		<u>4.33%</u>	<u>1.68%</u>	<u>1.67%</u>	<u>1.20%</u>	<u>0.28%</u>	<u>1.68%</u>
人口結構改變率		0.39%	0.56%	0.43%	0.36%	0.61%	0.66%
醫療服務成本指數改變率		3.94%	1.12%	1.24%	0.84%	-0.48%	1.02%
其他		-	-	-	-	0.15% <sup>註3</sup>	-
-協商因素		<u>2.00%</u>	<u>1.32%</u>	<u>0.33%</u>	<u>0.87%</u>	<u>2.13%</u>	<u>1.04%</u>
鼓勵醫療品質提升			0.50%	0.33%	0.35%	1.43% <sup>註4</sup>	0.42%
保險給付範圍改變			-	-	-	0.18%	0.30% <sup>註6</sup>
利用與密集度改變			-	-	-	0.35% <sup>註5</sup>	0.39%
政策改變及政策誘因之影響		2.00%	-	-	-	-	-
醫療服務效率提升			-	-	-	-0.12%	-0.07%
其他			0.82% <sup>註1</sup>	-	0.15% <sup>註2</sup>	-	-
<b>專款項目預算(%, 百萬元)</b>		-	-	-	-	-	<b>75.0</b>
鼓勵醫療品質提升		-	-	-	-	-	-
利用與密集度改變		-	-	-	0.37%	0.29%	75.0
<b>總計</b>		<b>6.33%</b>	<b>3.00%</b>	<b>2.00%</b>	<b>2.07%</b>	<b>2.41%</b>	<b>2.51%</b>

註：1. 鼓勵醫療可近性改善

2. 鼓勵中醫結合現代科技，提升中醫門診診斷的正確性，以加強服務，酌予鼓勵。

3. 因應健保 IC 卡措施所額外增加之成本納入總額非協商因素，惟為避免重覆計算，將以打折方式一次納入(本會第 79 次委員會議)。

4. 含中醫門診醫療品質提升計畫、加強感染控制及品質保證保留款。

5. 鼓勵中醫結合現代科技加強醫療服務。

6. 含擴大辦理中醫鼓勵結合現代科技加強醫療服務、中醫門診醫療品質提升計畫

7. 94 年度起預算之協定，修正為協定一般服務成長率與專款項目預算額度；94 年度以前，專款項目屬協商因素。

附錄 4 西醫基層醫療給付費用成長率協定結果(每人醫療費用成長率)

項別	期別 期程	—	92 年度	93 年度	94 年度
		90.7~91.12	92.1~92.12	93.1~93.12	94.1~94.12
<b>一般服務項目成長率(%)</b>		-	-	-	<b>2.223%</b>
-非協商因素		<u>2.111%</u>	<u>0.95%</u>	<u>-0.20%</u>	<u>0.50%</u>
人口結構改變率		0.297%	0.20%	0.36%	0.41%
醫療服務成本指數改變率		1.814%	0.75%	-0.66%	0.09%
其他		-	-	0.10% <sup>註3</sup>	-
-協商因素		<u>1.616%</u>	<u>1.948%</u>	<u>2.90%</u>	<u>1.723%</u>
鼓勵醫療品質提升		1.053%	0.25000%	0.610%	0.45%
保險給付範圍改變		-	0.44652%	0.075%	0.510%
利用與密集度改變		0.053%	0.38206%	-	0.763%
政策改變及政策誘因之影響		0.110%	-	0.916%	-
醫療服務效率提升		-	-	-0.257%	-
<b>專款項目預算(%, 百萬元)</b>		-	-	-	<b>920</b>
鼓勵醫療品質提升		-	0.07272%	0.75%	50
利用與密集度改變		0.40%	0.19058%	0.10%	770
保險給付範圍改變		-	-	0.10%	100
<b>門診洗腎服務成長率(%)</b>		註1	0.60579% <sup>註2</sup>	0.606% <sup>註2</sup>	15.32% <sup>註4</sup>
<b>總計</b>		<b>3.727%</b>	<b>2.898%</b>	<b>2.70%</b>	<b>3.228%</b>

註1. 洗腎與西醫基層一般門診服務，占西醫基層總額 89.418%，洗腎與一般門診服務比值為 1：12.535。

2. 西醫基層門診洗腎服務與醫院門診洗腎服務合併為獨立預算，共同辦理整合性醫療照護服務。92 年與 93 年西醫基層門診洗腎服務總預算成長率分別為 10%與 8%。

3. 因應健保 IC 卡措施所額外增加之成本納入總額非協商因素，惟為避免重覆計算，將以打折方式一次納入(本會第 79 次委員會議)。

4. 94 年度西醫基層門診洗腎服務成長率 15.32%為總預算成長率，非每人費用成長率；西醫基層洗腎與醫院門診洗腎服務合併為獨立預算，總預算成長率為 7.2%，其中 0.2%成長率為品質保證保留款。

5. 94 年度起預算之協定，修正為協定一般服務成長率與專款項目預算額度；94 年度以前，專款項目屬協商因素。

附錄 5 醫院醫療給付費用成長率協定結果(每人醫療費用成長率)

項別	期別	—	92 年度	93 年度	94 年度
	期程	91.7~91.12	92.1~92.12	93.1~93.12	94.1~94.12
<b>一般服務項目成長率(%)</b>		-	-	-	<b>3.71%</b>
-非協商因素		<u>1.070%</u>	<u>1.79%</u>	<u>0.96%</u>	<u>1.57%</u>
人口結構改變率		1.01%	1.17%	1.47%	1.80%
醫療服務成本指數改變率		0.06%	0.62%	-0.60%	-0.23%
其他		-	-	0.09% <sup>註3</sup>	-
-協商因素		<u>2.93%</u>	<u>2.22%</u>	<u>3.14%</u>	<u>2.14%</u>
鼓勵醫療品質提升		-	0.0202%	0.803%	0.226%
保險給付範圍改變		-	0.0297%	0.391%	0.830%
利用與密集度改變		-	1.7394%	-	0.770%
政策改變及政策誘因之影響		-	-	2.996%	1.70%
醫療服務效率提升		-	-	-2.397%	-1.39%
<b>專款項目預算(%, 百萬元)</b>		-	-	-	<b>3734.1</b>
利用與密集度改變		-	-	-	2234.1
保險給付範圍改變		-	0.0564%	0.813%	1500
<b>門診洗腎服務新增預算</b>		註1	0.3744% <sup>註2</sup>	0.534% <sup>註2</sup>	4.10% <sup>註4</sup>
<b>總計</b>		<b>4.00%</b>	<b>4.01%</b>	<b>4.10%</b>	<b>3.53%</b>

註1. 每人醫院費用成長率業包含洗腎服務項目。

2. 西醫基層門診洗腎服務與醫院門診洗腎服務合併為獨立預算，共同辦理整合性醫療照護服務。92 年與 93 年醫院門診洗腎服務總預算成長率分別為 6%與 8%。

3. 因應健保 IC 卡措施所額外增加之成本納入總額非協商因素，惟為避免重覆計算，將以打折方式一次納入(本會第 79 次委員會議)。

4. 94 年度醫院門診洗腎服務成長率 4.10%為總預算成長率，非每人費用成長率；西醫基層洗腎與醫院門診洗腎服務合併為獨立預算，總預算成長率為 7.2%，其中 0.2%成長率為品質保證保留款。

5. 94 年度起預算之協定，修正為協定一般服務成長率與專款項目預算額度；94 年度以前，專款項目屬協商因素。

附錄 6 牙醫門診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.醫療利用率					
第1年起					
人次利用率	每季	±10% (與前1年同期比較)	資料分析	健保局	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1元比較)	資料分析	健保局	$[(\text{每季分配總額}/\text{每季審查後總點數})-1] \times 100\%$
2.保險對象就醫權益					
第1年起					
滿意度調查	每半年	下降達統計上顯著差異(單端=0.05)	問卷調查	健保局	實施前1次,實施後每半年1次,比較就醫可近性、醫療服務品質滿意度及差額負擔狀況變化。
民眾諮詢及申訴檢舉案件數	每半年	全聯會每年提出執行報告,內容包括案件數、案件內容、處理情形及結果。	資料分析	全聯會	全聯會將處理情形提報健保局
3.專業醫療服務品質					
訂定臨床治療指引	3個月內	依限完成,並逐年檢討改善,成果列入全聯會執行報告。		全聯會	逐年檢討修正
編訂審查手冊	第2年起	依限完成,並逐年檢討改善,成果列入全聯會執行報告。		全聯會	依據臨床治療指引編訂
審查手冊執行率	第3年起	100% (目標值)		全聯會	每半年函送健保局評量成效
建立牙醫醫療機構輔導系統	第3期內	依限完成,並逐年檢討改善,成果列入全聯會執行報告。		全聯會	給予醫療機構輔導並提供改善建議;情節重大者,提報健保局處理。
建立牙醫醫療服務專業品質規範	第4年起	依限完成,並逐年檢討改善,成果列入全聯會執行報告。	資料分析	全聯會	全聯會每季將監控結果提報健保局

指 標 項 目		時 程	監 測 值	監測方法	主辦單位	計 算 公 式 及 說 明
牙體復形重補率	1年平均重複率	第4年起 每年	< 3.13%	資料分析	全聯會	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，乳牙及恒牙1或2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：【1（2）年內自家重覆填補顆數 / 1（2）年內填補顆數】
	2年平均重複率	第4年起 每年	< 7.45%			
根管治療未完成率		第4年起 每年	< 34.09%	資料分析	全聯會	1. 定義：根管治療單根、雙根、3根以上，加上乳牙根管治療除以根管開擴及清創。 2. 計算公式： 【1-(90001C+90002C+90003C+90016C) / 90015C】
4. 口腔健康指標						
3歲兒童奶瓶性齲齒盛行率			75%	資料分析	衛生署	
4歲兒童乳牙齲齒盛行率			89%	資料分析	衛生署	
5歲兒童乳牙齲齒盛行率			89%	資料分析	衛生署	
12歲兒童齲蝕指數			3.31	資料分析	衛生署	
國中1年級學生恆齒治療率			56%	資料分析	衛生署	
35歲至44歲人口社區牙周治療需求指數	牙周囊袋比率		25%	資料分析	衛生署	
	平均自然齒數		26顆	資料分析	衛生署	

## 附錄 7 中醫門診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	監測單位	計算公式及說明
<b>1.門診醫療利用率</b> 第一年起					
人次利用率	每季	±10% (與前一年同期比較)	資料分析	健保局	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% (與一點一元比較)	資料分析	健保局	$[(\text{每季分配總額}/\text{每季審核後之總點數})-1] \times 100\%$
<b>2.保險對象就醫權益</b> 第一年起					
滿意度調查	每半年	下降達統計上顯著差異 (單端 =0.05)	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
民眾申訴檢舉成案件數	每半年	全聯會每年提出執行報告, 內容包括成案件數、案件內容、處理情形及結果	資料分析	健保局	半年內民眾申訴檢舉成案件數
<b>3.專業醫療服務品質</b> 第二年起					
中西醫同時利用率-傷科替代性	每季	$1.26\% \times (1 \pm 10\%)$	資料分析	健保局	同一人同一週就診中西醫門診人數/中醫傷科門診人數, 其得數超過監測值時, 應予檢討
中西醫同時利用率-癌症病患	每季	$21.48\% \times (1 \pm 10\%)$	資料分析	健保局	健保局每年擇兩類癌症案件分析中西醫同時 (據同一週同一疾病) 利用率, 如超過監測值, 應予檢討
重複就診率	每季	0.18%	資料分析	健保局	同一人同一天重複就診中醫門診人數/中醫門診人數 (重複就診指同一人同一天重複就診中醫門診同類案件)
用藥日數重複率	每季	2.10%	資料分析	健保局	用藥重複日數/處方總日數
<b>4.其他醫療服務品質(中長程指標)</b> 第三年起					
符合針灸治療規範比率	每季	前一年同期符合針灸治療規範比率	資料分析	全聯會	符合針灸治療規範人次/實際接受針灸治療人次(監測值啟開第一年各季, 均以91年7-9月為基期)
符合傷科治療規範比率	每季	前一年同期符合傷科治療規範比率	資料分析	全聯會	符合傷科治療規範人次/實際接受傷科治療人次(監測值啟開第一年各季, 均以91年7-9月為基期)

## 附錄 8 西醫基層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
<b>1. 保險對象就醫權益</b> 第1年起					
醫療品質滿意度調查	每半年	下降達統計上顯著差異，單端 $\alpha=0.05$	問卷調查	健保局	實施前1次，實施後每半年1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，問卷內容應會同全聯會研訂
民眾申訴及其他反映成案件數	每半年	全聯會每年提出執行報告，內容包括成案件數、案件內容、處理情形及結果	資料分析	健保局	民眾申訴及其他反映成案件數，全聯會配合提供資料
基層醫療機構開立藥品明細比	每半年	100%	問卷調查	健保局	開立藥品明細基層醫療機構家數/基層醫療機構家數
<b>2. 專業醫療服務品質</b> 第2年起					
病人複診率-2次	每季	13.51%	資料分析	健保局	同一疾病1週內複診次數 / 基層醫療機構門診次數 【健保局先以上呼吸道感染為例每季最後1個月選1週試算複診2次及3(含)次以上之次數】
病人複診率-3次		2.47%			
平均每張處方箋開藥天數	每季	4.46	資料分析	健保局	處方箋平均開藥天數
注射劑使用率	每季	<b>10%</b>	資料分析	健保局	基層醫療機構注射藥品案件數/基層醫療機構開藥總案件數
抗生素使用率	每季	<b>20%</b>	資料分析	健保局	基層醫療機構抗生素藥品案件數/基層醫療機構開藥總案件數
重複就診率	每年		資料分析	健保局	同1人同1天重複就診基層醫療機構門診人數/基層醫療機構門診人數
不當用藥案件數	每季		資料分析	健保局	例如用藥天數過短(長)、用藥可能有不當的交互作用等
用藥日數重複率	每季	8.88%	資料分析	健保局	用藥重複日數/處方總日數
開立慢性病連續處方箋百分比	每季	0.09%	資料分析	健保局	基層醫療機構開立慢性病連續處方箋張數 / 基層醫療機構處方箋總數 (指西醫基層機構開立案件分類08且開藥天數21天以上案件處方箋張數/西醫基層機構處方箋總數)
處方箋釋出率	每季	<b>20%</b>	資料分析	健保局	基層醫療機構處方箋釋出張數 / 基層醫療機構處方箋總張數
<b>3. 其他醫療服務品質</b> 第1年起					
醫師平均門診時間	每半年	8小時/每天	問卷調查	健保局	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五天為監測值)
每位病人平均看診時間	每半年	5分鐘	問卷調查	健保局	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監測值)
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
媒體申報率	每年	98%	資料分析	健保局	基層醫療機構媒體申報家數 / 基層醫療機構總特約家數

指標項目	時程	監測值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
4. 利用率指標		第1年起			
子宮頸抹片利用率	每年	16%	資料分析	健保局	合格受檢個案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	健保局	合格受檢個案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	43%	資料分析	健保局	合格受檢個案於基層醫療機構利用次數/[(1歲以下人數)×4+(1歲至未滿3歲)/2+(3歲至未滿4歲人數)]
剖腹產率	每年	34%	資料分析	健保局	基層醫療機構剖腹產案件數/基層醫療機構生產案件數
門診手術案件成長率	每年	10%	資料分析	健保局	(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年門診手術案件數)/基層醫療機構實施前年門診手術案件數
六歲以下兒童氣喘住院率	每年	0.29%	資料分析	健保局	6歲以下(就醫年-出生年-5)保檢個案氣喘住院件數/6歲以下(就醫年-出生年-5)保檢個案總人數
住院率	每年	13%	資料分析	健保局	保檢個案住院人次/保檢個案總人數
轉診率	每年		資料分析	健保局	基層醫療機構轉診人次/基層醫療機構門診人次數
平均每人住院日數	每年	1.10	資料分析	健保局	平均每人住院日數
每人急診就醫率	每年	1.9%	資料分析	健保局	每人急診就醫次數/每人平均門診次數
5. 中長期指標		第3年起			
符合慢性病患治療百分比率	每年	由全聯會於92年3月前研訂	資料分析	全聯會	符合慢性病患治療人次/實際接受慢性病患治療人次
符合病歷登錄規範比率	每年	由全聯會於92年3月前研訂	資料分析	全聯會	符合病歷登錄規範案件數/基層醫療機構總案件數
符合各專科治療百分比率	每年	由全聯會於92年3月前研訂	資料分析	全聯會	符合該專科治療人次/實際接受該專科治療人次

說明：列為次要的指標項目，暫不監測。

附錄 9 醫院總額支付制度醫療服務品質指標

指 標 項 目	時程	監測方法	主辦單位	計 算 公 式 及 說 明
<b>1. 保險對象就醫權益</b>	<b>第一年起</b>			
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，問卷內容應會同受託單位研訂
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 $\alpha=0.05$ )
保險對象申訴及反映成案件數	每半年	資料分析	健保局	民眾申訴及其他反映案件數，受託單位配合提供資料
<b>2. 專業醫療服務品質</b>	<b>第二年起</b>			
<b>(1)門診<sup>#3</sup></b>				
注射劑使用率	每季	資料分析	健保局	醫院注射藥品案件數/醫院開藥總案件數
抗生素使用率	每季	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
重複就診率	每年	資料分析	健保局	同一人同一天重複就診醫院門診人數/醫院全年總門診人數
不當用藥案件數	每季	資料分析	健保局	同成分藥品重覆用藥或藥品有不當的交互作用等
用藥日數重複率	每季	資料分析	健保局	用藥重複日數/處方總日數
開立慢性病連續處方箋百分比	每季	資料分析	健保局	醫院開立慢性病連續處方箋張數 / 醫院處方箋總數
<b>(2)住院<sup>#4</sup></b>				
超長期住院率	每季	資料分析	健保局	住院超過 30 日人次數 / 當季總出院人次數
再住院率	每季	資料分析	健保局	病人(14 日 or14-30 日 or30 日以上)再住院數/當季出院人數
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	每年	資料分析	健保局	醫院剖腹產案件數 / 醫院生產案件數
符合論病例計酬基本診療項目執行率	每季	資料分析	健保局	符合論病例計酬基本診療項目案件數 / 醫院論病例計酬案件數
<b>(3)手術/檢查</b>				
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
<b>指 標 項 目</b>	<b>時程</b>	<b>監測方法</b>	<b>主辦單位</b>	<b>計 算 公 式 及 說 明</b>

CT(MRI)檢查陽性率	每年	資料分析	健保局	檢查結果呈陽性病人次數/CT(MRI)檢查總次數
使用 ESWL 者每人平均利用次數	每年	資料分析	健保局	ESWL 總次數/使用 ESWL 人數
<b>3 預防保健<sup>註3</sup></b>				
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/[(1 歲以下人數)×4+(1 歲至未滿 3 歲)/2+(3 歲至未滿 4 歲人數)]
<b>4 指標疾病<sup>註5</sup></b>	<b>第 3 年起</b>			
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 1 次以上的門診追蹤治療率
<b>5 中長程指標</b>	<b>第 3 年起</b>			
孕產婦死亡率	每年	資料分析	衛生署	(1 年內因為各種產褥原因所致孕產婦死亡數/1 年內活產總數)×1000
可預防死亡率(preventable death) <sup>註6</sup>	每年	資料分析	衛生署	依 European Community Working Group 所定義(附表)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 92 年起算，92 年自受委託辦理之日起算。

附表

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 1 大類：與醫療照護有關，包括下列 16 類疾病：

疾病名稱	ICD-9	疾病名稱	ICD-9
肺結核	010-018、137	闌尾炎	540-543
子宮頸惡性腫瘤	180	腹腔疝氣	550-553
子宮惡性腫瘤	179	膽石病、膽囊炎、膽管炎	574-576
子宮體惡性腫瘤	182	高血壓	401-405
何杰金氏病	201	腦血管疾病	430-438
慢性風濕性心臟病	393-398	妊娠、生產及產褥期的併發症	630-676
呼吸道疾病	460-519	新生兒一週內死亡率	
氣喘	493	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 2 大類：與國家政策相關，包括下列 3 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 2 大類中「機動車交通事故與非交通事故」一項。

## 洗腎總額支付制度醫療服務品質指標（HD 部分）

指標項目	檢驗頻率	監測時程	監測方法	監測單位	監 測
<b>一、人口學資料</b>					
1. 病患總數	每 3 個月	每 3 個月	院所申報	健保局或台灣 腎臟醫學會	
2. 年齡 (mean, ±SD)	每 3 個月	每 3 個月	院所申報	健保局或台灣 腎臟醫學會	
3. 年齡 > 65 歲	每 3 個月	每 3 個月	院所申報	健保局或台灣 腎臟醫學會	個案數; 百分比
4. 糖尿病病人	每 3 個月	每 3 個月	院所申報	健保局或台灣 腎臟醫學會	個案數; 百分比
5. 死亡個案	每 3 個月	每 3 個月	院所申報	健保局或台灣 腎臟醫學會	個案數; 病患轉院後 3 個月內死亡者, 其死亡記錄 權責歸屬原轉出之院所, 但轉入之院所告知死 亡個案之病歷摘要至原透析院所之義務。
<b>二、保險對象就醫權益</b>					
1. 醫療品質滿意度調查	每半年	每半年	問卷調查	健保局	建議應增列病患自覺之健康狀況
<b>三、專業醫療服務品質</b>					
1. 血清血蛋白 (Albumin)	每個月	每 3 個月	資料分析	健保局或台灣 腎臟醫學會	受檢率、全體平均值 低於 3.0mg/dl (BCP 法) 之百分比
2. Kt/V	每個月	每 3 個月	資料分析	健保局或台灣 腎臟醫學會	受檢率、全體平均值 低於 0.9mg/dl (Dougidus 公式) 之百分比
3.Hct	每 3 個月	每 3 個月	資料分析	健保局或台灣	受檢率、全體平均值

				腎臟醫學會	低於 24%之百分比
4.住院率：平均每人每年住院次數及原因	每 3 個月	每 6 個月	資料分析	健保局或台灣 腎臟醫學會	平均每人每年住院次數； 住院率=（所有病人之總住院次數）×12/當年 1 月 1 日起所有病人被追蹤至死亡或觀察至截止日期止之所有病人月數
5.死亡率（每 100 病人月）	每 3 個月	每 3 個月	院所申報	健保局或台灣 腎臟醫學會	死亡率=（死亡個案數）×100/當年 1 月 1 日起所有病人被追蹤至死亡或觀察日期止之所有病人月數
6.瘻管重建率（人月）	每 6 個月	每年	資料分析	健保局或台灣 腎臟醫學會	重建率=（所有病人須重新接受動靜脈瘻管或人工血管之總次數）/當年 1 月 1 日起所有病人被追蹤至死亡或觀察至截止日期止之所有病人月數
7.脫離率	每 6 個月	每年	資料分析	健保局或台灣 腎臟醫學會	脫離率=原洗腎病人不再需要或未再洗腎之人數/ 洗腎病人數

## 洗腎總額支付制度醫療服務品質指標（PD 部分）

指標項目	檢驗頻率	監測時程	監測方法	監測單位	監 測
<b>一、人口學資料</b>					
1. 病患總數	每 3 個月	每 3 個月	院所申報	健保局或台灣腎臟醫學會	
2. 年齡 (mean, ±SD)	每 3 個月	每 3 個月	院所申報	健保局或台灣腎臟醫學會	
3. 年齡 > 65 歲	每 3 個月	每 3 個月	院所申報	健保局或台灣腎臟醫學會	個案數; 百分比
4. 糖尿病病人	每 3 個月	每 3 個月	院所申報	健保局或台灣腎臟醫學會	個案數; 百分比
5. 死亡個案	每 3 個月	每 3 個月	院所申報	健保局或台灣腎臟醫學會	個案數; 病患轉院後 3 個月內死亡者, 其死亡記錄權責歸屬原轉出之院所, 但轉入之院所有告知死亡個案之病歷摘要至原透析院所之義務。
<b>二、保險對象就醫權益</b>					
1. 醫療品質滿意度調查	每半年	每半年	問卷調查	健保局	建議應增列病患自覺之健康狀況
<b>三、專業醫療服務品質</b>					
1. 血清血蛋白 (Albumin)	每個月	每 3 個月	資料分析	健保局或台灣腎臟醫學會	受檢率、全體平均值 低於 3.0mg/dl (BCP 法) 之百分比
2. Kt/V	每個月	每 3 個月	資料分析	健保局或台灣腎臟醫學會	受檢率、全體平均值 低於 0.9mg/dl (Dougidus 公式) 之百分比
3.Hct	每 3 個月	每 3 個月	資料分析	健保局或台灣腎臟醫學會	受檢率、全體平均值 低於 24%之百分比

4.住院率：平均每人每年住院次數及原因	每 3 個月	每 6 個月	資料分析	健保局或台灣 腎臟醫學會	平均每人每年住院次數； 住院率= (所有病人之總住院次數) ×12/當年 1 月 1 日起所有病人被追蹤至死亡或觀察至截止日期 止之所有病人月數
5.死亡率 (每 100 病人月)	每 3 個月	每 3 個月	院所申報	健保局或台灣 腎臟醫學會	死亡率=(死亡個案數)×100/當年 1 月 1 日起所有 病人被追蹤至死亡或觀察日期止之所有病人月數
6.腹膜炎發生率 (人月)	每 6 個月	每年	資料分析	健保局或台灣 腎臟醫學會	腹膜炎發生率= (所有病人發生腹膜炎之總次 數) /當年 1 月 1 日起所有病人被追蹤至死亡或觀 察至截止日期止之所有病人月數