

附表一 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.保險對象就醫調查					
醫療服務品質調查	每年	每年於評核會公布前一年調查結果	由保險人研訂調查方式	保險人	調查內容得由保險人參考各界意見後研訂，並得委託民調機構辦理。 註：105(含)年度以前實施保險對象滿意度調查，頻率為西醫基層總額實施前一次、實施後每半年一次，自98年起每年一次，比較其就醫可近性、醫療服務品質與差額負擔滿意度變化情形。
民眾申訴及其他反映成案件數	每年	受託單位每年提出執行報告，內容包括成案件數、案件內容、處理情形及結果。	資料分析	受託單位	民眾申訴及其他反映成案件數，受託單位配合提供資料。
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	以最近3年全區值平均值 $\times(1+15\%)$ 作為上限值	資料分析	保險人	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。 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日之人數。 分母：按院所、ID歸戶，計算院所URI人數。URI：主診斷ICD-10-CM前3碼為J00、J02、J06、J09-J11。
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年全區值平均值 $\times(1-20\%)$ 作為下限值	資料分析	保險人	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

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					例如：某病患罹患糖尿病、高血壓、高血脂，醫師開立該等疾病藥物處方箋日數為 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 2. 說明 (1) 慢性病定義：主診斷為糖尿病(ICD-10-CM 前 3 碼為 E08-E13)、高血壓(ICD-10-CM 前 3 碼為 I10、I11、I12、I13)或高血脂(ICD-10-CM 前 3 碼為 E78)。 (2) 慢性病處方箋：案件分類為 04、08，排除給藥日份<3。 (3) 疾病別：以主診斷屬慢性病定義者，其次診斷亦屬慢性病並且處方該慢性病藥物之出現次數一併納入統計【降血壓藥物、降血脂藥物、降血糖藥物之醫令其 ATC 碼範圍同「跨院所門診同藥理用藥日數重疊率」之定義(不分口服及注射)。】。
門診注射劑使用率	每季	以最近 3 年全區值平均值×(1+15%)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）。 2. 公式： 分子：醫令代碼為 10 碼，且第 8 碼為「2」案件數，但排除附表 2 所列藥物案件。 分母：給藥案件數。
門診抗生素使用率	每季	以最近 3 年全區值平均值×(1+15%)作為上限值	資料分析	保險人	1. 公式： 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 2. 抗生素藥品：ATC 碼前 3 碼為 J01

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					(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) (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(口服)	每季	跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-以最近 3 年全區值平均值 $\times$ (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 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA (排除 C08CA06)、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。 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、A10BH、A10BJ、A10BK。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
(7)同院所門診同藥理用藥 日數重疊率-降血壓 (口服) (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	每季	以最近3年全區值 平均值 $\times(1+20\%)$ 作為上限值	資料分析	保險人	抗思覺失調症藥物：ATC 前 5 碼為 N05AA、N05AB(排除 N05AB04)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX。 抗憂鬱症藥物：ATC 前 5 碼為 N06AA(排除 N06AA02、N06AA12)、N06AB、N06AG。 安眠鎮靜藥物(口服)：ATC 前 5 碼為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為 1。 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。 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，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種）。 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」。 降血壓藥物(口服)：ATC 前 3 碼為 C07(排除

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
(11)同院所門診同藥理用藥 日數重疊率-抗憂鬱症 (12)同院所門診同藥理用藥 日數重疊率-安眠鎮靜 (口服)					C07AA05)或前 5 碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、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。 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、A10BH、A10BJ、A10BK。 抗思覺失調症藥物:ATC 前 5 碼為 N05AA、N05AB(排除 N05AB04)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX。 抗憂鬱症藥物:ATC 前 5 碼為 N06AA(排除 N06AA02、N06AA12)、N06AB、N06AG。 安眠鎮靜藥物(口服):ATC 前 5 碼為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為 1。 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。

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 年全區值平均值 $\times(1-15\%)$ 作為下限值	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 $\times(1+20\%)$ 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。
糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)執行率	每年	以最近 3 年全區值平均值 $\times(1-20\%)$ 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糖化血紅素(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。
每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率	每季	以最近 3 年全區值平均值 $\times(1+20\%)$ 作為上限值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：西醫基層總額 2. 公式： 分子：給藥案件之藥品品項數 ≥ 10 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。 藥品品項：醫令類別 1 或 4，且醫令代碼為 10 碼。 藥品品項數：藥品品項筆數。

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、自行要求、具適應症	每季	以最近 3 年全區值平均值 $\times(1+10\%)$ 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住院案件 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。 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。 剖腹產案件：符合下列任一條件： (1) TW-DRG 前 3 碼為 370、371、513。 (2) DRG_CODE 為 0371A、0373B。 (3) 符合任一剖腹產醫令代碼：81004C、81005C、81028C、81029C、97009C、97014C。 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。 (3) TW-DRG 前 3 碼為 513。
3.其他醫療服務品質					
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(以醫療服務品質調查中醫師看診及診療時間之中位數為參考值)

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	$\geq 16\%$	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	$\geq 20\%$	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/[$(1 \text{ 歲以下人數}) \times 4 + (1 \text{ 歲至未滿 } 2 \text{ 歲人數}) \times 2 + (2 \text{ 歲至未滿 } 3 \text{ 歲人數}) + (3 \text{ 歲至未滿 } 4 \text{ 歲人數}) + (4 \text{ 歲至未滿 } 7 \text{ 歲人數}) / 3]$
年齡別剖腹產率	每年	$\leq 34\%$	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	$\geq 10\%$	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	$\leq 0.29\%$	資料分析	保險人	6 歲以下（就醫年-出生年 ≤ 5 ）保險對象氣喘住院件數／6 歲以下（就醫年-出生年 ≤ 5 ）保險對象人數
住院率	每年	$\leq 13\%$	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	$\leq 1.9\%$	資料分析	保險人	每人急診就醫次數／每人平均門診次數

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
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績值，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 $\times(1\pm 20\%)$ 〔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監測值；又參酌全民健康保險監理委員會第 190 次會議委員意見，若修訂後監測值較原監測值寬鬆，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：品質確保方案之專業醫療服務品質指標，部分指標資料處理定義原以「藥理分類代碼」，為使資料定義與世界衛生組織(WHO)採用的藥品分類一致，修正為「ATC 碼」。

註 3：降血壓、降血脂、降血糖、抗思覺失調症、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，100 年 9 月 28 日公告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。