

全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案

行政院衛生署 90 年 6 月 6 日衛署健保字第 0900038728 號公告訂定
行政院衛生署 91 年 8 月 29 日衛署健保字第 0910051058 號公告修正附表
行政院衛生署 94 年 2 月 23 日衛署健保字第 0942600085 號公告修正附表
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 1 月 9 日衛署健保字第 0950063228 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 17 日衛署健保字第 0970027904 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 99 年 1 月 5 日衛署健保字第 0982600461 號公告修正

一、為確保西醫基層總額支付制度(以下稱本制度)實施後，醫療服務之品質與可近性，特訂定本方案。

二、保險對象就醫權益之確保：

- (一) 全民健康保險保險人(以下稱保險人)每年應針對本制度各分區西醫基層特約醫事服務機構(以下簡稱基層醫療機構)就醫可近性、醫療服務品質滿意度、差額負擔、藥品明細提供情形等進行調查，其調查內容之設計，應會同本制度專業自主事務受委託單位(以下稱受託單位)研訂，並得委託民意調查機構辦理，其調查結果經整理後，提供受託單位參考。
- (二) 保險人每半年應統計分析民眾申訴及其他反映案件數之變化情形。
- (三) 受託單位應於本制度實施後三個月內，建立民眾諮詢、申訴及其他反映案件處理機制，並與保險人共同廣為宣導。
- (四) 本制度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，或差額負擔金額、申訴及其他反映案件顯著增加，經保險人檢討結果認為有歸責於基層醫療機構者，應函知受託單位立即督導改善。

三、專業醫療服務品質之確保：

- (一) 基層醫療機構所提供服務範圍及服務品質，不得低於本制度實施前之水準。
- (二) 受託單位應確實執行下列服務品質監控或改善計畫，其細部方案應於本制度實施後三個月內，提交保險人：

1. 訂定臨床診療指引：

- (1) 受託單位應逐年訂定各科臨床診療指引，分送基層醫療機構做為臨床診療作業及申報費用之參考。

(2) 受託單位應配合總額預算額度及相關科技發展，逐年檢討修正臨床診療指引。

2. 訂定審查手冊：

(1) 本制度實施後一年內，受託單位應編訂審查手冊，做為提供醫療服務與專業審查之依據，前述臨床診療指引應納入編訂審查手冊之參考。

(2) 本制度實施第三期起，受託單位每半年應將各分區依照審查手冊執行醫療服務專業審查之檢討報告，函送保險人評量成效。

3. 提昇病歷紀錄品質：

為加強病歷紀錄品質管理，受託單位應於本制度實施前製作病歷紀錄規範，並持續輔導基層醫療機構，提昇病歷品質。

4. 建立基層醫療機構輔導系統：

受託單位應於本制度實施後一年內，建立基層醫療機構輔導系統，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. 建立持續性醫療服務品質改善方案：

(1) 受託單位應於本制度實施第三年起，研訂中長期持續性醫療品質改善及確保計畫，並與保險人共同推動之，以提昇醫療服務品質。

(2) 在上述計畫未提出前，受託單位應在本制度實施第二期起，開始與保險人共同推動下列相關品質改善計畫：

- 提昇慢性病醫療服務品質：逐漸建立慢性病疾病管理制度，除提高診療指引之遵循度，確保照護之適當性外，並應加強病人之個案管理及衛生教育。
- 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)之輔導方式。
- 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之差異，作為專業審查參考指標，並將其資訊定期回饋基層醫療機構，促使其改變行為。另對每位病人就醫紀錄加以歸戶，以抑制病人浪費醫療資

源或發現基層醫療機構虛報、浮報醫療費用。

- 上述診療型態之分析應特別加強重複(不當)用藥之減少，病人複診率之降低，慢性病長期處方之增加，以及必要服務之確保。受託單位每半年應將前項監控結果提報保險人、全民健康保險醫療費用協定委員會(以下稱費協會)及行政院衛生署(以下稱衛生署)。

四、 醫療服務風險監控機制之建立：

(一) 基層醫療機構利用率及支付標準每點支付金額變動之監控：

保險人每季應對本制度各分區基層醫療機構利用率及支付標準每點支付金額進行分析，並製成報表函送受託單位、費協會及衛生署。

(二) 基層醫療機構與醫院之醫師與病人流動之監控：

為避免基層醫療機構實施總額支付制度後，因病人(或醫師)大量流入(或流出)基層醫療機構就醫(看診)，進而影響基層醫療機構服務可近性及品質，保險人應定期提出下列監控指標：

1. 每季提供基層醫療機構每人門診次數(或總點數)及其占西醫每人門診次數(或總點數)之比率。
2. 每季提供基層醫療機構與醫院醫師數之變動，即基層醫療機構醫師與醫院醫師人數比。
3. 每年提供每人急診就醫次數(費用)及其占每人平均門診次數(費用)百分比。
4. 每年提供每人醫院初級照護病人之門診次數(費用)及其占每人醫院門診次數(費用)之比率。

五、 建立基層醫療機構服務品質指標：

(一) 指標項目及其監測時程、監測值與負責主辦單位，詳如附表。

(二) 保險人應將前述醫療服務品質監測指標，出版地區「品質報告卡」(Report card)，供受託單位輔導基層醫療機構持續性改善服務品質及供保險對象查詢之參考。

六、 處理方式：

(一) 醫療服務品質指標：

1. 本方案附表醫療服務品質指標中，各項監測值請保險人會同受託

單位研訂，提報費協會確定。

2. 本方案附表所列各項醫療服務品質指標之執行結果，納入下一期西醫基層總額協商因素有關醫療品質與民眾健康改善狀況之協商參考。
3. 前述醫療品質與民眾健康改善因素若為正值時，保險人與受託單位得將該協商因素成長率部分用於支付標準之調整，以直接獎勵醫師提升品質，其餘保留於年度結束時，依本制度各分區基層醫療機構醫療服務品質指標執行達成率分配之。
4. 保險人與受託單位應訂定辦法，以輔導醫療服務品質有待改善之地區或機構，促成醫療服務品質之持續提昇。

(二) 每點支付金額變動率：

1. 保險人應訂定各分區基層醫療機構利用率或每點支付金額改變率之變動範圍。
2. 前述變動範圍暫訂為正負百分之十，其比較基礎為每點一元。
3. 若各分區基層醫療機構每點支付金額變動比率不在上述容許範圍內，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，並進行輔導改善。

(三) 基層醫療機構與醫院之財務風險分擔：

1. 本制度實施後，醫療機構與醫院間之財務風險分擔，由保險人會同西醫基層及醫院受託單位訂定其監控指標，提報費協會確定。
2. 前述指標變動有異常時，作為下一年西醫基層總額協定之參考。

七、獎懲：

本方案所訂各項醫療服務品質指標之執行結果，列為下一年西醫基層總額協商因素之一項參採數據。

八、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。

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	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					
	醫療品質滿意度調查	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、醫療服務品質與差額負擔滿意度變化情形，問卷內容應會同受託單位研訂
	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					
	各區同院所上呼吸道感染病人 7 日內複診率	自 95 年第 3 季起每季	$\leq 17.13\%$	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」。
	各區門診平均每張處方箋開藥天數	自 95 年第 3 季起每季	≥ 4.46	資料分析	保險人	處方箋平均開藥天數
	各區門診注射劑使用率	自 95 年第 3 季起每季	$\leq 6\%$	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：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，及外傷緊處置使用之破傷風類毒素注射劑（詳附表 1）（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）。 分母：給藥案件數。

指標項目	時程	監測值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
各區門診抗生素使用率	自 95 年第 3 季起每季	≤16%	資料分析	保險人	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	保險人	同一人同一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	保險人	例如用藥天數過短(長)、用藥可能有不當的交互作用等
1.「各區降血壓藥物(口服)-不同處方用藥日數重複率」 2.「各區降血脂藥物(口服)-不同處方用藥日數重複率」 3.「各區降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率」 4.「各區抗精神分裂藥物-不同處方用藥日數重複率」 5.「各區抗憂鬱症藥物-不同處方用藥日數重複率」 6.「各區安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重複率。」	自 95 年第 3 季起每季	1.各區降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率(≤9.18%) 2.各區降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率(≤3.17%) 3.各區降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率(≤6.03%) 4.各區抗精神分裂藥物-不同處方用藥日數重複率(≤4.33%) 5.各區抗憂鬱症藥物-不同處方用藥日數重複率(≤8.44%) 6.各區安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重複率(≤14.96%)	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(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：按病人 ID、分區局別、特約類別、院所別歸戶, 計算每個 ID 的同一 ATC 藥理分類用藥的重複給藥日加總。 分母：同類藥物給藥案件之給藥日份加總。
各區慢性病開立慢性病連續處方箋百分比	自 95 年第 3 季起每季	以 95 年全年平均值為監測值	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=02、04、08 且給藥日份≥21)。 分母：慢性病給藥案件數(案件分類=02、04、08)。
各區處方箋釋出率	自 95 年第 3 季起每季	≥25%	資料分析	保險人	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
感染控制評量表(詳附表 2)實評符合率	每年	為新增訂指要, 實施一年後訂定監測值	由保險人實地訪查後統計	保險人	分子：符合感染控制評量表總分 85 分以上之家數 分母：當季健保特約之診所數×1/50 指標計算：分子/分母

	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. 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 天為監測值）
	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
4. 利用率指標						
	子宮頸抹片利用率	每年	$\geq 16\%$	資料分析	衛生署	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	衛生署	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	衛生署	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）+（三歲至未滿四歲人數）+（四歲至未滿七歲人數）/3]
	剖腹產率	每年	$\leq 34\%$	資料分析	保險人	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	$\geq 10\%$	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	六歲以下（就醫年-出生年 ≤ 5 ）保險對象氣喘住院件數/六歲以下（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★	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
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

附表 1：

降低基層診所注射率方案，不列入分子計算之品項及情形

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	藥理分類 682008 (胰島素)
2. CAPD 使用之透析液	藥理分類代碼：403699 藥理名稱電解質、卡洛里及水份平衡，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 藥理分類代碼為 840404 (抗生素類)、840409 (抗感染劑複方)、201204 (抗凝血劑)。
4. desferrioxamine (如 Desferal)	主成分代碼：64000010 (DESFERRIOXAMINE MESYLATE (=DESFERAL)注射劑。
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 為原則)。	藥品成分代碼： 1600001120 EPOETIN BETA (GENETICAL RECOMBINANT) 2004000210 RECOMBINANT HUMAN ERYTHROPOIETIN
6. 治療白血病使用之 α -interferon (至多攜回二週)	● 藥品成分代碼： 0818000710 (INTERFERON ALPHA- 2B) 0818000720 INTERFERON ALPHA- 2A 0818000750 INTERFERON ALFACON-1 0818000770 PEGINTERFERON-ALFA-2A 8019000199 PEGINTERFERON ALPHA-2B
7. G-CSF (如 Filgrastim ; lenograstim)(至多攜回三天)	● 藥品成份代碼： 1002000500 FILGRASTIN

給付規定內容	資料處理定義
	9200035800 LENOGRASTIM (GENETICAL RECOMBINATION)
8. 生長激素(human growth hormone) (至多攜回一個月)。	● 藥品成份代碼： 6828001001 SOMATOTROPIN HUMAN
9. 門診之血友病人得攜回二~三劑量(至多一個月)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)	● 藥品成份代碼： 8004000100 ANTIHEMOPHILIC FACTOR 8004003300 FACTOR VIII 8004003100 FACTOR IX 2012100700 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)(93/12/01 刪除) 931104 健保審字第 0930050506 號公告修正	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 (89/7/1)。931104 健保審字第 0930050506 號公告修正	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 前 4 碼為： 2530 Acromegaly and gigantism 2. 藥品成份代碼： 6828001300 OCTREOTIDE 6828091210 SOMATOSTATIN
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. 藥品成份代碼： 0812109410 KANAMYCIN (SULFATE) 0812700500 STREPTOMYCIN 0812709520 STREPTOMYCIN (SULFATE)

給付規定內容	資料處理定義
13. 抗精神病長效針劑(至多攜回一個月)。(87/4/1)	藥品成分代碼： 2816100100 DROPERIDOL 2816100300 HALOPERIDOL 2816100310 HALOPERIDOL DECANOATE 2816100600 RISPERIDONE 2816109310 HALOPERIDOL (DECANOATE) 2816200810 ZUCLOPENTHIXOL ACETATE 2816200820 ZUCLOPENTHIXOL DECANOATE 2816400900 SULPIRIDE 2816600110 AMITRIPTYLINE HCL 2816601520 CLOPENTHIXOL DEANOATE 2816800620 FLUPENTIXOL DECANOATE 2816900310 CHLORPROMAZINE HCL 2816900520 FLUPHENAZINE DECANOATE 2816900800 PERPHENAZINE 2816900810 PERPHENAZINE 2HCL 2816900910 PIPOTIAZINE PALMITATE 2816901000 PROCHLORPERAZINE Z102100911 ZIPRASIDONE
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)	藥品成分代碼： 2012400510 HEPARIN CALCIUM 2012400520 HEPARIN SODIUM 2012401510 NADROPARINE CALCIUM 2012401520 DALTEPARIN SODIUM 2012401610 ENOXAPARIN SODIUM 9902002110 TINZAPARIN SODIUM
15. apomorphine hydrochloride 10mg/ml (如 Britaject)	藥品成分代碼： 5620000110 APOMORPHINE HCL

給付規定內容	資料處理定義
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)	
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)	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) 2. 藥品成分代碼： 8811200300 CYANOCOBALAMIN (=VIT B12)
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)	藥品成分代碼： 9200041800 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. 藥品成分代碼： 0818000710 INTERFERON ALPHA- 2B 0818000720 INTERFERON ALPHA- 2A 0818000750 INTERFERON ALFACON-1 0818000770 EGINTERFERON- ALFA-2A 8019000199 PEGINTERFERON ALPHA-2B
19.類風濕性關節炎病患使用 etanercept 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)	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 為： 類風濕性關節炎:714.0 2. 藥品成分代碼： 9200042400 ETANERCEPT

B：外傷緊急處置使用之破傷風類毒素：藥品成分代碼 8008000200 TETANUS TOXOID

附表 2 (新增)
 感染管控評量表

編號	項目 (配分)		得分
1	有洗手台或洗手槽 (20 分)	無洗手台或洗手槽 (0 分)	
2	有洗手液或肥皂及擦手紙 (10 分)	無洗手液或肥皂及擦手紙 (0 分)	
3	環境清潔 (10 分)	環境髒亂 (0 分)	
4	空氣流通 (10 分)	空氣不流通 (0 分)	
5	有專人定期處理感染性廢棄物 (20 分)	無專人定期處理感染性廢棄物 (0 分)	
6	有依規定通報法定傳染病 (10 分)	未依規定通報法定傳染病 (0 分)	
7	有依規定通報新興傳染病 (20 分)	未依規定通報新興傳染病 (0 分)	
8	有參加衛生署定點醫師通報 (10 分, 額外加分項目)		