



94年醫院總額專業審查措施

中央健康保險局

94年8月25日



報告大綱

- 前言
- 醫院總額專業審查管理目標
- 醫院總額專業審查措施
- 執行成果
- 努力方向



前 言

- 背景
 - ⊕ 94年醫院總額專業審查未委託
- 外界期待
 - ⊕ 醫界：點值
 - ⊕ 民眾：品質
- 策略
 - ⊕ 分級目標管理
- 法律依據
 - ⊕ 健保法第52、53條
 - ⊕ 全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第16條
- 決策與管考
 - ⊕ 總局：監控會議
 - ⊕ 分局：分區共管會議



醫院總額專業審查 - 目標

- 健全醫療專業審查功能
- 抑制不當醫療利用成長
- 確保專業醫療服務品質



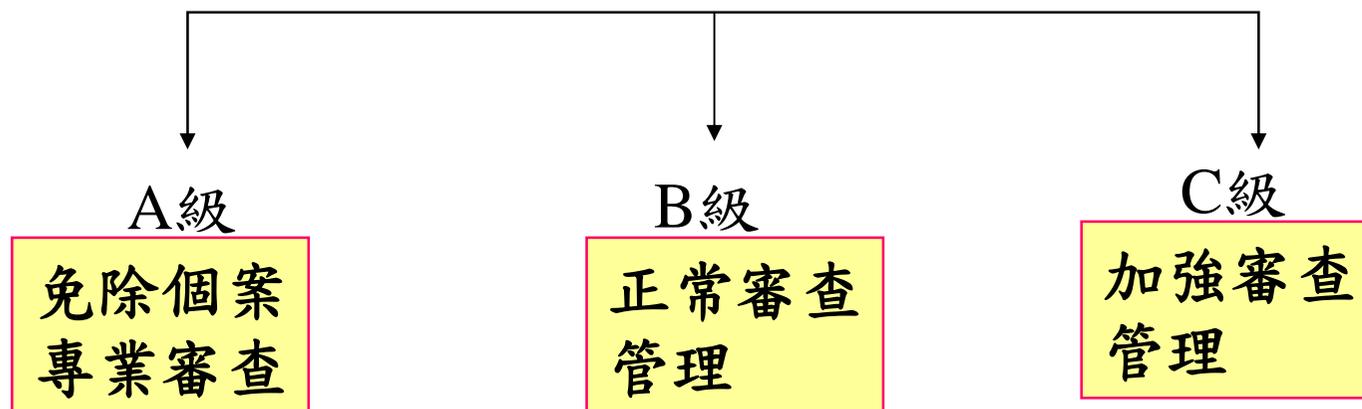
醫院總額專業審查－措施

- 醫院分級管理
- 以檔案分析為主軸之審查
- 專業醫療品質監控及輔導
- 檔案分析審查不予支付指標



措施一：醫院分級管理

- 依「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」第16條辦理。
- 原則分三級管理，各級醫院家數比例由轄區分局依實際管理需要決定。





措施二：以檔案分析為主軸之審查

➤ 重點管理項目

✿ 選擇高利用、高費用或易浮濫使用之及疾病或醫療照護項目，透過醫療費用專業檔案分析，發展異常管理指標

- 用藥品質：高血壓、糖尿病、上呼吸道感染(感冒)、精神分裂症用藥、非類固醇抗發炎藥物(NSAIDs，包含COX II)
- 手術項目：白內障手術、髖關節及全膝關節置換術
- 檢查檢驗項目：電腦斷層掃描(CT)及核磁共振掃描(MRI)、超音波、胃鏡
- 醫療照護項目：呼吸照護、洗腎



措施三：專業醫療品質監測及輔導

- 實施「全民健康保險總額支付制度品質確保方案」
 - ⊕ 建立專業醫療服務品質指標之監測機制，確保病患就醫之可近性及醫療品質，並列為年度總額預算之協商因素。
- 建立「醫療給付檔案分析系統」
 - ⊕ 陸續開發72大項指標，進行品質監測及異常管理。每季定期監控整體醫療服務品質之變化，供擬定管理策略參考，另，健保局各分局均已利用各項指標，偵測轄區疑有異常之醫療院所，並採行相關審查管理及輔導措施。



措施四：檔案分析審查不予支付指標

➤ 目的

- ⊕ 確保民眾就醫安全
- ⊕ 提升醫療品質
- ⊕ 降低醫療資源不當利用
 - ❖ 不當用藥、檢查、手術、醫療處置
- ⊕ 提升審查效率

➤ 作法

- ⊕ 針對各指標值設定閾值，就超過部分，以程序審查方式進行核減(統扣)，以導正異常之醫療行為。



執行成果

管理/品質/數量



94Q2醫院分級管理-整體執行概況

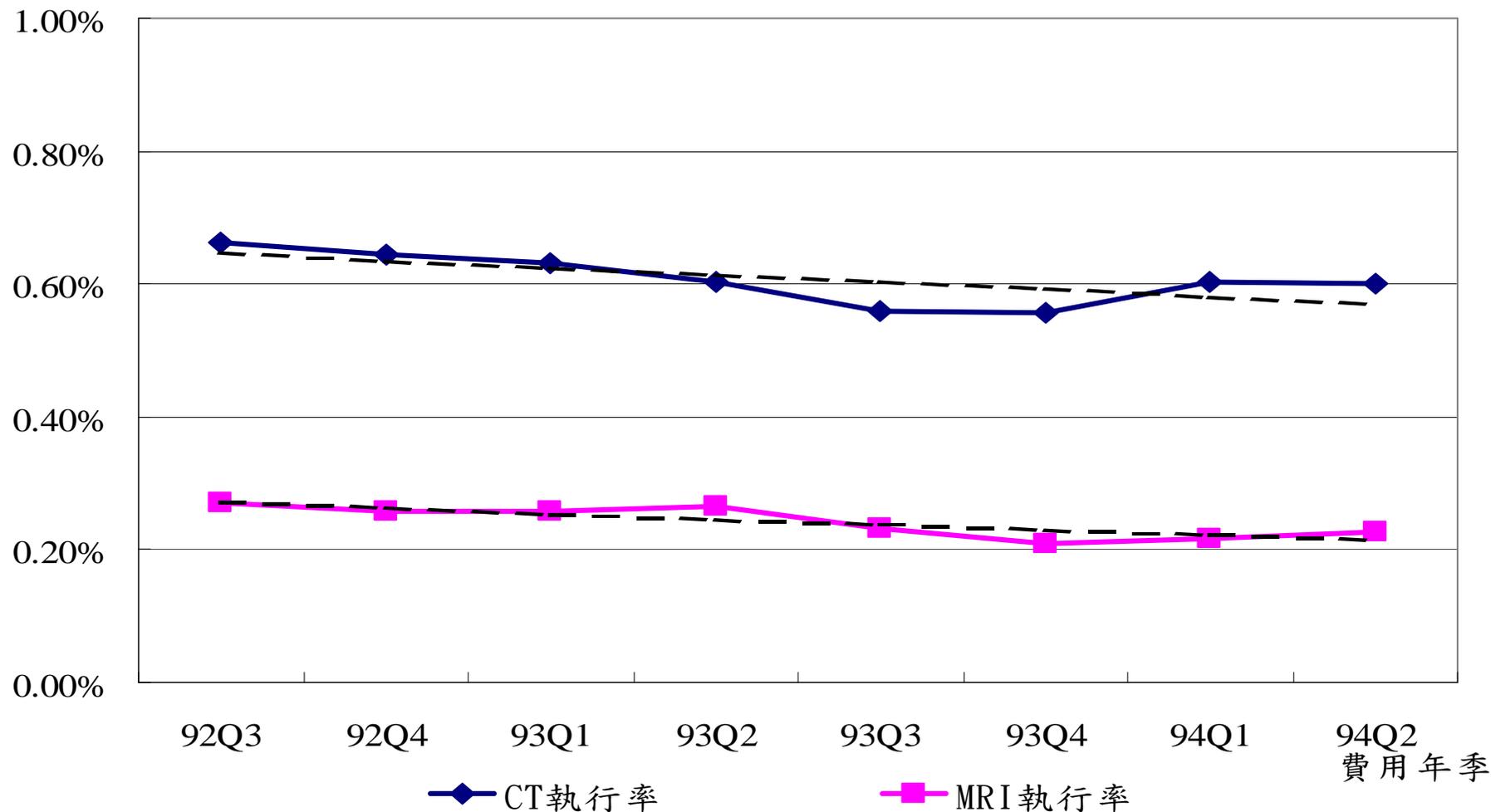
分級	全局合計			
	家數	家數佔率	申報費用	費用佔率
A	286	37%	23,233,428,215	34.1%
B	213	27%	27,663,292,585	40.7%
C	263	34%	12,620,499,626	18.5%
A轉B	13	2%	2,335,147,918	3.4%
A轉C	3	0%	2,001,018,460	2.9%
B轉C	2	0%	186,815,269	0.3%
總計	780	100%	68,040,202,073	100%

台北分局、高屏分局、東區分局之醫院分級管理為門、住診分開列計，故醫院家數有重複計算之情形。 截至94年6月止



門診CT、MRI 執行率趨勢圖

執行率%





醫院總額專業醫療服務品質執行成果

九十四年第一季 醫院總額專業醫療服務品質報告



中央健康保險局
94年7月



醫院總額專業醫療服務品質執行成果 (續)

目 錄

壹、專業醫療服務品質指標項目及定義-----	2
貳、指標值監測結果-----	7
參、本季結論-----	12
肆、前季問題回顧及各分局採行對策-----	18
伍、建議-----	27

附 表

指標1.1 門診重複就診率-----	30
指標1.2 門診用藥日數重複率-----	32
指標1.3 門診開立慢性病連續處方箋百分比-----	36
指標1.4 門診注射劑使用率-----	40
指標1.5 門診抗生素使用率-----	44
指標1.6 門診同一處方制酸劑重複使用率-----	48
指標1.7 住院案件出院後十四日內再住院率-----	52
指標1.8 住院案件出院後三日內急診率-----	56
指標1.9 三十日以上超長期住院率-----	60
指標1.10 剖腹產率-----	64
指標1.11 使用ESWL人口平均利用人次-----	68
指標1.12 符合論病例計酬基本診療項目比率-----	72



醫療服務品質執行成果

建立個別醫療院所及時監測與管理「品質報告卡選單系統」

- 及早偵測異常採行適當管理措施：
 - ⊕ 醫療利用
 - ⊕ 專業醫療服務品質
 - ⊕ 同儕比較
- 連結「醫療給付檔案分析系統」
 - ⊕ 開發72大項醫療利用及專業醫療服務品質監測指標，以利製作醫療院所品質報告卡。
- 各分局分析製作個別醫療院所之品質報告卡
 - ⊕ 異常之指標項目，加強審查並採行必要之管理措施
 - ⊕ 定期回饋各醫療院所，供其自我改善之重要參考
 - ⊕ 各總額擬公布之指標項目已提案至各額支付委員會討論確定



「檔案分析審查不予支付指標」執行成果

➤ 已公告並自94.7.1起實施之項目

指標項目	實施目的
眼科門診局部處置申報率	降低不必要/不當之醫療處置
婦產科門診局部處置申報率	降低不必要/不當之醫療處置
耳鼻喉科門診局部處置申報率	降低不必要/不當之醫療處置
白內障手術一年內後囊混濁發生率	降低手術不良率，提升手術品質
看診次數超過10（含）次	減少不當之重複申報



「檔案分析審查不予支付指標」執行成果

➤ 已公告並預計自94.9.1起實施之項目

指標項目	實施目的
初次使用ticlopidine 或Plavix前未使用aspirin比率	降低不當之用藥型態
基層診所01及09案件藥品申報超過31天	降低不當之用藥型態
西醫院所門診上呼吸道感染抗生素處方率	降低抗生素濫用
西醫基層總額門診注射劑使用率	減少不必要/不當之注射
西醫院所門診同一處方開立制酸劑重複率	減少不當用藥



「檔案分析審查不予支付指標」執行成果

➤ 94.8.10新增衛署核定項目，辦理公告作業中

指標項目	實施目的
不合理轉診型態	降低不當之醫療行為



努力方向



努力重點 1

- 疾病別或照護項目別專業醫療品質管理指標之發展
 - ⊕ 選擇高利用之疾病或照護項目，融入以實證醫學為基礎之醫療專業內涵，透過醫療費用檔案分析，發展異常管理指標。
 - ⊕ 目前已初步完成白內障手術、新一代非類固醇抗發炎藥物(COX II)、糖尿病、高血壓、全髖關節及全膝關節置換術等項目。
 - ⊕ 刻正發展上呼吸道感染、精神分裂症用藥、電腦斷層掃瞄(CT)及核磁共振掃瞄(MRI)、呼吸照護、洗腎、胃鏡、心臟超音波等項目。
- 院所別品質資訊公開
 - ⊕ 依費協會決議，與各總額部門受託單位合作，選擇2~3項品質指標，進行個別醫療院所品質資訊公布事宜。
 - ⊕ 各總額部門可公開項目已於94年6月間獲各總額支付委員會通過，將儘速與相關團體溝通公開方式。



努力重點 2

- 持續推動「檔案分析審查不予支付指標」業務，規劃辦理項目如下：

指標項目	實施目的
診所不合理處方釋外型態	降低不當之醫療行為
基層診所檢查單月執行超過1次	降低不必要/不當之檢查
西醫院所門診上呼吸道感染平均就醫次數	降低不必要/不當之醫療處置
CT 90日內重複執行率	降低不必要/不當之檢查
MRI 90日內重複執行率	降低不必要/不當之檢查



努力重點 2 (續)

➤ 「檔案分析審查不予支付指標」規劃辦理項目 (續) :

指標項目	實施目的
醫院看診人次超過9次	降低不必要/不當之醫療處置
初次剖腹產率	降低不必要/不當之醫療處置
COX II用藥不符給付規定比率	降低不當用藥
高血壓併氣喘病患使用 β -blocker比率	降低用藥禁忌之發生
超音波申報率	降低不必要/不當之檢查
制酸劑不當利用率	降低不當用藥型態
幽門桿菌藥物治療療程超過14日以上比率	降低不必要/不當之醫療處置及用藥型態