

97 年度「全民健保醫療業務監理指標」

壹、指標項目、監測意義及目標值

監理指標之選擇，以可直接由健保局電腦資料庫（特約醫事服務機構每月申報之醫療服務量資料）統計而得之項目，方予列入。

考量部分指標不易（宜）訂定適當的目標值，本年度監理指標分【監測指標】及【觀察指標】兩種。前者訂有目標值，並利用紅、黃、綠燈來檢視健保局執行之成果；後者不訂目標值，將請健保局以時間序列方式呈現近三年之發展趨勢，供委員瞭解健保醫療業務執行概況。

一、監測指標

共 5 項，目標值設定，係參考健保局 96 年執行實績及 97 年業務執行計畫目標值訂定。各項指標監測意義如下：

| 項次 | 指標項目 | 指標趨向 | 指標監測意義 | 97 年目標值 | 96 年實績 | 96 年目標值 |
|----|--------------------|------|---|-----------------------------------|--------|---------|
| 1 | 高診次保險對象人數占率 | 負向 | 為合理利用健保門診資源，健保局建立異常偵測及輔導機制，針對每月門診就醫次數達 20(含)次以上之保險對象，進行就醫輔導，爰利用兩項指標檢視高診次保險對象人數減少及輔導成效。 | 0.144 | 0.16 | — |
| 2 | 高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率 | 正向 | 為防杜醫療資源浪費，善盡保險人之管理責任，健保局利用檔案分析，辦理專案稽核。惟為免專案稽核過於浮濫，影響醫事服務機構之正常運作，檔案異常之篩選，應慎重選擇，故訪查查獲率不宜太低。 | 50% | 50% | 50% |
| 3 | 專案稽核查獲率 | 正向 | 為防杜醫療資源浪費，善盡保險人之管理責任，健保局利用檔案分析，辦理專案稽核。惟為免專案稽核過於浮濫，影響醫事服務機構之正常運作，檔案異常之篩選，應慎重選擇，故訪查查獲率不宜太低。 | 65% (前 3 年平均值 60.3%，目標值訂為 65%) | 83.13% | 55.21% |

| 項次 | 指標項目 | 指標趨向 | 指標監測意義 | 97年目標值 | 96年實績 | 96年目標值 |
|----|-----------------------|------|--|--------|--------|--------|
| | | | 註：為兼顧專案查處品質，避免查核人員為衝績效，執行過程為外界所質疑，本項目目標值訂為65%，以維持專案查處率品質。 | | | |
| 4 | 慢性病連續處方箋開立率 (西醫基層) | 正向 | 為照顧慢性病患便於領取慢性病用藥，健保局擬定「提升慢性病連續處方箋開立計畫」，逐年提升慢性病連續處方箋開立率，每年增加4%，預計99年達成平均目標值30%。 | 21% | 17.28% | 17% |
| 5 | 慢性病連續處方箋開立率 (醫院) | 正向 | 註：本項目目標值，依健保局97年度業務執行計畫所訂目標值，訂定之。 | 24% | 22.7% | 20% |

二、觀察指標

共 12 項，無目標值，將請健保局以時間序列方式呈現近三年執行趨勢。其觀察意義如下：

| 項次 | 指標項目 | 指標趨向 | 指標觀察意義 |
|----|--------------|------|--|
| 1 | | 西醫 | 查我國每人每年健保門診(含西、中、牙醫)次數，96年為13.94次，與OECD會員國比較，仍有改進空間，爰觀察保險對象之健保門診就醫利用情形。 |
| 2 | 平均每人每年健保門診次數 | 中醫 | 註：門診次數的下降，有可能是因部分負擔調高的效果，使得民眾改以自費就診，而未列入健保資料統計，實際上並非已達改變民眾就醫行為的效果，本項爰由監測指標改列為觀察指標。 |
| 3 | | 牙醫 | |

| 項次 | 指標項目 | 指標 趨向 | 指標觀察意義 |
|----|----------------------|----------|--|
| 4 | 門診部分負擔比率 | | 觀察保險對象於門診就醫時，平均所自行負擔費用之比率。(本項排除免部分負擔案件) 註：考量本項數值變動不大，爰由監測指標改列為觀察指標。 |
| 5 | 區域醫院以上住診 服務點數占率 | 正向 | 依分級醫療概念，大型醫院應著重住院及重症治療，爰觀察區域級以上醫院之健保住診服務占率。 |
| 6 | 區域醫院以上 初級門診照護比率 | 負向 | 為使各層級可發揮其功能，落實分級診療，對於初級門診個案，鼓勵回社區醫療接受照護，爰觀察區域醫院以上初級門診照護比率是否下降，以瞭解實施成效。(本項不含門診透析資料) |
| 7 | 處方箋釋出率 (西醫基層) | 正向 | 配合醫藥分業的推動，醫師將處方箋交給病人，可讓病人有選擇領藥地點的機會，亦可藉由社區藥局確認是否有產生藥品交互作用或重複用藥之情形，確保民眾用藥安全。 註：考量醫藥分業非健保局主要責任，本項爰由監測指標改列為觀察指標。 |
| 8 | 慢性病連續處方箋 釋出率 (醫院) | 正向 | 醫院釋出慢性病連續處方箋，可讓慢性病患者免於奔波醫院與等待看診之苦，還可透過藥師與病患當面溝通，有效掌控用藥安全，避免發生濫用或誤用，既節省時間，亦節省金錢(掛號、診察及藥品費之部分負擔等)。 註：同上。 |
| 9 | 每人每年平均藥費 | | 95年11月1日起，健保調整5,300餘項藥品價格後，國人每人每年之健保藥費支出，是否有降低效果，應予了解及觀察。 |
| 10 | 門診手術後2日內 急診/住院率 | 負向 | 品質不好的門診手術，會導致病人返回急診或住院處理，爰觀察手術醫療品質及門診醫師對病患之診療品質。 |

| 項次 | 指標項目 | 指標 趨向 | 指標觀察意義 |
|----|------------------|----------|---|
| 11 | 出院後3日內 急診/住院率 | 負向 | 醫院若為了病床週轉率或論病例計酬個案，導致病人出院後返回急診或再住院診療，表示醫療過程有品質不佳之虞。 註：考量本項不易訂定目標值，爰由監測指標改列為觀察指標。 |
| 12 | 腹膜透析占率 | 正向 | 腹膜透析可提供末期腎病病患優質的居家透析治療，並可使資源使用更具效率。依門診透析服務品質保證保留款實施方案，腹膜透析推廣目標值為：新增腹膜透析病患增加10%。 註：考量本項屬個別總額指標，爰由監測指標改列為觀察指標。 |

貳、指標執行成效

一、監測指標

指標之執行成效，以紅、黃、綠燈號顯示，「綠燈」表示已達目標值，執行成果良好；「黃燈」為待觀察燈號，表示較去(96)年實績或基準值進步，但未達成目標；「紅燈」表示較去(96)年實績退步，有待檢討，健保局應專案提出說明及因應措施。

二、觀察指標

屬正向之觀察指標，若時間序列曲線圖呈現上升趨勢，表執行成果良好，若呈下降曲線圖形，則表情況不佳，尚有努力之空間；反之，負向指標之時間序列曲線圖形，應呈下降趨勢，否則宜加強改善。

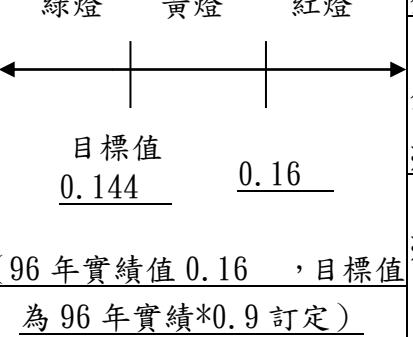
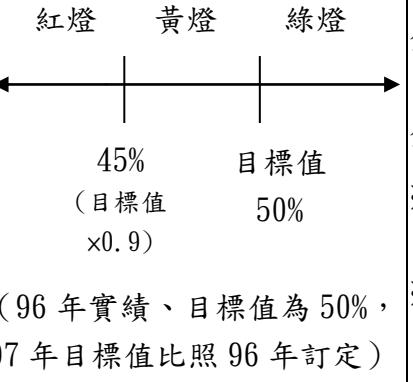
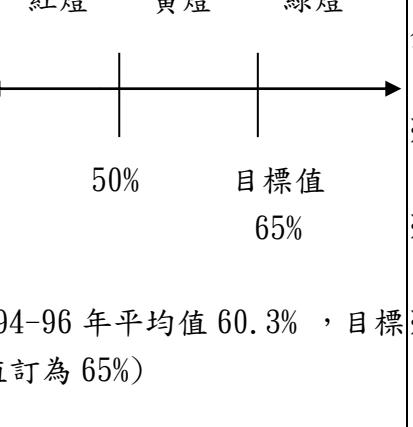
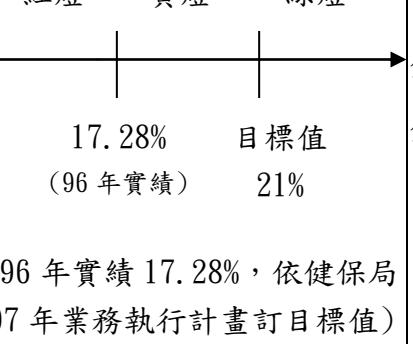
三、指標定義及燈號標準

各項指標定義（公式）、監測指標燈號標準，詳附件。

參、預期效益

本監理指標經委員會議討論通過後，將請健保局於 97 年 9 月及 98 年 3 月，將執行成果呈現於業務執行報告中，並針對監測指標呈現黃、紅燈，以及觀察指標之執行曲線與指標正負向顯著背離者，另以專題報告進行深入檢討。期在配合本會「健保財務指標」監測下，提供本會委員於監理整體健保業務時之參考或依據。

一、監測指標

| 項次 | 指標項目 | 指標趨向 | 目標值 | 燈號標準 | 指標定義(公式) |
|----|--------------------|------|-------|---|---|
| 1 | 高診次保險對象人數占率 | 負向 | 0.144 |  | <p>分子：每季門診申報就醫次數≥ 50次之保險對象歸戶人數。</p> <p>分母：納保人口數。</p> <p>※高診次保險對象係指每季門診申報就醫次數≥ 50次之保險對象。</p> <p>※包含西、牙、中醫門診案件，扣除代辦案件及慢性病連續處方調劑等特定案件。</p> |
| 2 | 高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率 | 正向 | 50% |  | <p>分子：(輔導後相同期間平均就醫次數 - 輔導前相同期間平均就醫次數)</p> <p>分母：輔導前相同期間平均就醫次數</p> <p>※高診次保險對象係指每月健保 IC 卡門診上傳就醫次數≥ 20次之保險對象。</p> <p>※含西、牙、中門診之高就診輔導專案個案。</p> |
| 3 | 專案稽核查獲率 | 正向 | 65% |  | <p>分子：違規處分之醫事服務機構家次</p> <p>分母：各稽核專案訪查之醫事服務機構總家次</p> <p>※處分含限期改善、違約記點、扣減費用、罰鍰、停止特約及終止特約。</p> <p>※不同稽核專案，查核同一家醫事服務機構，訪查家次分開計算。</p> <p>※不同稽核專案，同一家醫事服務機構受違規處分，分別計算違規家次；同一稽核專案，違規醫事服務機構若有 2 項以上處分，僅計算 1 家次。</p> |
| 4 | 慢性病連續處方箋開立率(西醫基層) | 正向 | 21% |  | <p>分子：開立慢性病連續處方箋案件數</p> <p>分母：慢性病給藥案件數</p> |

| 項次 | 指標項目 | 指標趨向 | 目標值 | 燈號標準 | 指標定義(公式) |
|----|-----------------|------|-----|--|---------------------------------|
| 5 | 慢性病連續處方箋開立率(醫院) | 正向 | 24% | 紅燈 黃燈 綠燈  (96年實績 22.7%，依健保局 97 年業務執行計畫訂目標值) | 分子：開立慢性病連續處方箋案件數 分母：慢性病給藥案件數 |

二、觀察指標

| 項次 | 指標項目 | 指標趨向 | 指標定義(公式) |
|----|----------------|------|--|
| 1 | 平均每人每年健保門診次數 | 西醫 | 分子：門診案件數 (半年執行成果：門診案件 $\times 2$) 分母：納保人口數 ※分子各依西、中、牙醫門診案件分別計算。 |
| 2 | | 中醫 | |
| 3 | | 牙醫 | ※排除慢性病連續處方調劑、預防保健及代辦費用等非健保給付項目之門診案件。 |
| 4 | 門診部分負擔比率 | | 分子：部分負擔申報點數 分母：門診醫療服務申報總點數 ※分母排除免部分負擔案件 |
| 5 | 區域醫院以上住診服務點數占率 | 正向 | 分子：住診醫療服務點數 分母：門、住診合計總醫療服務點數 ※資料範圍含括醫學中心、區域醫院。 |
| 6 | 區域醫院以上初級門診照護率 | 負向 | 分子：符合初級照護之門診案件數 分母：門診總案件數 (不含門診透析) ※資料範圍含括醫學中心、區域醫院。 ※初級照護案件定義，參考吳肖琪老師「總額支付制度下建立基層及醫院門診分級醫療指標之研究」之定義 A 類項目 (排除急診案件、國際疾病分類碼為 E code 案件，及台灣醫學中心協會建議非屬 A 類項目)。 |
| 7 | 處方箋釋出率(西醫基層) | 正向 | 分子：社區藥局申報由西醫基層交付處方案件數(含慢性病連續處方箋各次調劑數) 分母：西醫基層給藥案件+藥局申報案件數 |

| 項 次 | 指標項目 | 指標 趨向 | 指標定義(公式) |
|--------|---------------------|----------|--|
| 8 | 慢性病連續處方箋 釋出率(醫院) | 正向 | 分子：社區藥局申報由醫院交付慢性病連續處方箋之案 件數(依慢性病連續處方箋調劑次數計) 分母：醫院慢性病連續處方箋給藥案件數+藥局申報慢性 病連續處方箋調劑案件數 |
| 9 | 每人每年平均藥費 | 負向 | 分子：總藥費(半年執行成果=總藥費×2) 分母：納保人口數 |
| 10 | 門診手術後2日內 急診/住院率 | 負向 | 分子：門診病患經手術後於2日內重返急診就診或住院 之案件數 分母：門診手術案件數 |
| 11 | 出院後3日內 急診/住院率 | 負向 | 分子：出院病患於3日內重返急診就診或住院之案件數 分母：出院案件數 ※排除下列案件：1.精神科個案 2.乳癌試辦案件 3. 化學治療及放射線治療 4.早產安胎個案 5.罕見疾 病—黏多醣症 6.轉院案件 7.新生兒未領卡 8.血友 病 9.器官移植案件。 |
| 12 | 腹膜透析占率 | 正向 | 分子：新增洗腎病患人數中採用腹膜透析之人數 分母：新增洗腎病患人數 |