

2012

醫療品質政策白皮書

行政院衛生署醫療品質政策諮詢委員會編印

中華民國 101 年 05 月

目次

目次.....	I
章節目錄.....	II
圖目錄.....	VI
表目錄.....	VIII
前言.....	X
總結報告提要.....	- 1 -
第一章 背景.....	1
第二章 運作方式與規劃歷程.....	21
第三章 醫療照護品質政策.....	54
第四章 醫院醫療照護品質量測系統及運用.....	180
第五章 健康照護品質的系統性落差.....	242
第六章 政策建議.....	253
致謝.....	260
縮寫.....	262
附錄.....	265

章節目錄

目次.....	I
章節目錄.....	II
圖目錄.....	VI
表目錄.....	VIII
前言.....	X
總結報告提要.....	- 1 -
壹、背景.....	- 1 -
貳、運作方式與規劃歷程.....	- 1 -
參、醫療照護品質政策.....	- 2 -
肆、醫院醫療照護品質量測系統及運用.....	- 2 -
伍、系統性落差指標.....	- 2 -
陸、政策建議.....	- 3 -
一、推動成立國家級品質專責組織.....	- 3 -
二、統合並推廣品質資訊.....	- 4 -
三、建立品質政策科學證據之收集與運用機制.....	- 5 -
第一章 背景.....	1
1.1 目前醫療照護服務品質政策環境.....	1
1.1.1 歷年與醫療品質相關之政策建議.....	1
1.1.2 醫療品質相關政策現況.....	9
1.2 國家醫療照護品質量測系統之展望.....	17
參考文獻.....	20
第二章 運作方式與規劃歷程.....	21
2.1 運作方式.....	21
2.1.1 委員會沿革與組成.....	21
2.1.2 委員會運作與幕僚作業.....	22
2.1.3 目標與範圍設定.....	29
2.1.4 品質任務與指標之選擇流程.....	39
2.1.5 委員會大事紀.....	43
2.2 規劃架構與歷程.....	48
2.2.1 規劃架構.....	48
2.2.2 規劃歷程.....	51
參考文獻.....	53
第三章 醫療照護品質政策.....	54
3.1 衛生署與醫院醫療品質之相關組織.....	54
3.1.1 醫政單位醫院醫療品質管理.....	54
壹、醫事處.....	55
3.1.2 全民健保醫院醫療品質管理.....	67
3.1.3 醫政、健保外衛生署內其它與醫院醫療品質相關之單位.....	78
壹、護理及健康照護處.....	78
貳、疾病管制局.....	80
參、食品藥物管理局.....	81

肆、國民健康局	84
3.2 衛生署與醫院醫療品質之相關業務與計畫	86
3.2.1 醫政單位醫院醫療品質業務與計畫	86
壹、醫事處-醫院評鑑	86
貳、醫事處-醫療品質與病人安全推廣作業	90
3.2.2 全民健保醫院醫療品質業務與計畫	94
3.2.3 醫政、健保外衛生署內其它單位與醫院醫療品質相關之業務與計畫	100
壹、護理及健康照護處	100
一、護理人力監測資料庫建置計畫	100
貳、疾病管制局	101
一、健康照護績效提升計畫，加強醫院感染控制—加強手部衛生計畫	101
參、食品藥物管理局	102
一、全國藥品不良反應通報系統計畫	102
肆、國民健康局	104
一、兒童預防保健服務品質提升計畫	104
二、母嬰親善醫療院所認證計畫	105
三、門診戒菸治療服務計畫	106
四、發展糖尿病健康促進機構	108
五、醫院癌症醫療品質提升計畫	109
六、5 歲以下兒童牙齒塗氟服務	110
七、孕婦產前檢查	111
八、成人預防保健服務	112
3.2.4 醫院醫療品質資訊基礎設施與醫院領導者對品質的態度調查結果	114
3.3 醫院醫療品質政策國際比較	115
3.3.1 各國醫療品質專責機構	115
壹、美國	115
貳、英國	130
參、加拿大	139
肆、澳洲	149
3.3.2 各國醫療品質專責機構之比較	155
3.4 病人經驗問卷調查	169
3.4.1 背景說明	169
3.4.2 美國 H-CAHPS Survey 介紹	172
3.4.3 台灣病人經驗調查介紹	173
3.4.4 結論與建議	175
參考文獻	177
第四章 醫院醫療照護品質量測系統及運用	180
4.1 醫院評鑑	180
4.1.1 醫院評鑑內容	181
4.1.2 醫院評鑑品質量測指標項目	186
4.2 全民健保	189
4.2.1 全民健保品質指標系統	189
4.2.2 全民健保品質量測系統指標項目	193

4.3 醫療協學會.....	197
4.3.1 醫療協學會醫院品質指標系統	197
4.3.2 醫療協學會醫院品質量測系統指標項目	203
4.4 品質通報.....	210
4.4.1 業務中與醫院品質有關之通報系統	210
壹、醫事處.....	211
一、醫事管理系統(供衛生署內使用之管理監測系統).....	211
二、台灣病人安全通報系統(TPR).....	213
貳、護理及健康照護處.....	215
一、護理人力通報資料庫.....	215
參、疾病管制局.....	215
一、院內感染監測資訊系統(TNIS)	215
二、症狀監視期通報系統.....	216
三、追蹤管理系統(結核、隔離病床).....	217
四、慢性傳染病追蹤管理-愛滋及漢生病子系統.....	217
五、法定傳染病監視通報系統.....	218
六、人口密集機構傳染病監視通報系統.....	219
肆、食品藥物管理局.....	220
一、全國藥品不良反應通報系統.....	220
二、膠囊錠狀食品非預期反應通報系統.....	221
三、全國藥物不良品通報系統.....	221
四、醫療器材不良反應通報系統.....	222
五、管制藥品管理資訊系統(CDMIS).....	222
六、管制藥品濫用通報資訊系統.....	223
七、濫用藥物檢驗通報系統.....	224
伍、國民健康局.....	224
一、癌症登記系統.....	224
二、出生通報系統.....	225
三、兒童健康管理系統.....	226
四、癌症篩檢系統.....	226
4.4.2 醫院品質通報系統指標項目	227
4.5 指標建議.....	234
4.6 醫院品質量測系統運用狀況調查結果.....	238
參考文獻.....	240
第五章 健康照護品質的系統性落差.....	242
5.1 背景.....	242
5.1.1 健康差異存在	242
5.1.2 健康照護品質落差與健康差異的關聯	245
5.1.3 與健康照護品質系統性落差相關的決策資訊	246
5.2 國內外相關政策.....	247
5.2.1 美國 NHDR 介紹	247
5.2.2 2020 健康白皮書之建議	248
5.3 系統性落差的品質量測.....	249

5.3.1 品質量測與系統性落差變項.....	249
5.3.2 健康照護品質系統性落差報告規劃.....	249
5.4 結論與建議.....	251
參考文獻.....	252
第六章 政策建議.....	253
6.1 醫療品質政策建議之整體架構.....	253
6.2 推動成立國家級品質專責組織.....	255
6.2.1 籌備專責組織.....	256
6.3 統合並推廣品質資訊.....	256
6.3.1 精進品質指標.....	257
6.3.2 流通品質資訊.....	257
6.4 確保品質持續進步.....	258
6.4.1 推動科學證據.....	258
6.4.2 鼓勵專業精進.....	259
致謝.....	260
縮寫.....	262
附錄.....	265

圖目錄

圖 1.2-1：國家醫療品質資訊平台之架構	19
圖 2.1-1：醫療品質政策諮詢委員會之沿革	22
圖 2.1-2：醫療品質政策諮詢委員會組織架構圖	25
圖 2.1-3：品質資訊平台建構水流模式示意圖	29
圖 2.1-4：醫療品質資訊應用流程圖	30
圖 2.1-5：醫療品質政策諮詢委員會之策略地圖	32
圖 2.1-6：美國 NHQR 與 NHDR 之品質量測架構，2001.....	33
圖 2.1-7：美國 NHQR 與 NHDR 之品質量測架構，2010.....	33
圖 2.1-8：OECD 國家健康照護體系效能評估架構	35
圖 2.1-9：醫院臨床品質指標品質面向	36
圖 2.1-10：臨床品質指標品質面向與應用範圍	36
圖 2.1-11：臨床品質指標品質面向與應用範圍	37
圖 2.1-12：指標評選流程與委員會 4 個小組之任務分工圖	40
圖 2.2-1：白皮書規劃架構圖	48
圖 2.2-2：醫療品質政策白皮書章節分工圖	49
圖 3.1-1：醫政單位之醫院醫療品質管理架構-3.1.1 章節示意圖	54
圖 3.1-2：醫事處組織圖	55
圖 3.1-3：衛生署、醫策會與醫院間之關係示意圖	57
圖 3.1-4：醫策會組織架構示意圖	58
圖 3.1-5：醫策會業務內容簡介	58
圖 3.1-6：醫院評鑑基準革新歷程	60
圖 3.1-7：全民健保之醫院醫療品質管理架構-3.1.2 章節示意圖	67
圖 3.1-8：行政院衛生署中央健康保險局組織圖	73
圖 3.1-9：其它業務單位之醫院醫療品質管理架構-3.1.3 章節示意圖	78
圖 3.1-10：行政院衛生署護理及健康照護處組織圖	79
圖 3.1-11：行政院衛生署疾病管制局組織圖	80

圖 3.1-12：行政院衛生署食品藥物管理局組織圖.....	82
圖 3.1-13：行政院衛生署國民健康局組織圖.....	84
圖 3.2-1：醫政單位之醫院醫療品質管理架構-3.2.1 章節示意圖	86
圖 3.2-2：94～99 年台灣病人安全通報家數與案件數.....	93
圖 3.2-3：全民健保之醫院醫療品質管理架構-3.2.2 章節示意圖	94
圖 3.2-4：其它業務單位之醫院醫療品質管理架構-3.2.3 章節示意圖	100
圖 3.2-5：母嬰親善醫療院所認證計畫主要成果.....	106
圖 3.2-6：84～99 年孕婦產前檢查平均利用率.....	112
圖 3.3-1：AHRQ 組織圖	118
圖 3.3-2：NICE 組織架構圖	131
圖 4.1-1：醫政單位之醫院醫療品質管理架構-4.1.1&4.1.2 章節示意圖	181
圖 4.2-1：全民健保之醫院醫療品質管理架構-4.2.1&4.2.2 章節示意圖	189
圖 4.3-1：醫政單位之醫院醫療品質管理架構-4.3.1&4.3.2 章節示意圖	197
圖 4.3-2：TQIP 指標系統使用流程圖.....	198
圖 4.3-3：TCHA 指標系統提報流程圖	203
圖 4.4-1：醫院醫療品質管理架構-4.4.1&4.4.2 章節示意圖	210
圖 4.4-2：醫事系統與外部系統關聯示意圖.....	211
圖 4.4-3：衛生署醫事管理系統架構圖.....	212
圖 4.4-4：衛生署醫事管理系統示意圖.....	212
圖 5.1-1：99 年台灣平均餘命與死亡率.....	243
圖 5.1-2：OECD 國家健康照護體系效能評估架構.....	246
圖 6.1-1：醫療品質政策建議之架構圖.....	254

表目錄

附表陸之一：國家層級醫療品質政策建議.....	- 3 -
表 1.1-1、提升醫療品質改革短、中、長期規劃表	5
表 1.1-2、衛生署全人健康照護計畫與新世代健康領航計畫內容對照表	11
表 1.1-3、衛生署內各部門與品質提升相關業務	14
表 1.1-4、醫療協學會倡導之品質量測系統與計畫	15
表 1.1-5、品質資訊公開-六項疾病/手術--治療成果指標項目	16
表 2.1-1、行政院衛生署醫療品質政策諮詢委員會組織架構與任務	26
表 2.1-1、指標推動等級對照表	42
表 2.2-1、醫療品質政策白皮書章節分工表	50
表 3.1-1、各年度醫院評鑑重點	59
表 3.1-2、藥物安全監視之主要資訊來源	82
表 3.2-1、96~99 年醫院評鑑結果	89
表 3.2-2、96~99 年教學醫院評鑑結果	89
表 3.2-3、93~100 年兒童牙齒塗氟服務成果	110
表 3.3-1、AHRQ 依活動分類年度預算表	126
表 3.3-2、AHRQ 全職人員分配表(Full-Time Equivalent Employment)	127
表 3.3-3、西元 2007~2012 年度 AHRQ 目標與執行結果	127
表 3.3-4、西元 2007~2011 年度 AHRQ 會議主軸及重點	129
表 3.3-5、NICE 已發表與發展中指引表	136
表 3.3-6、NICE 年度預算與人力表	137
表 3.3-7、NICE 以計畫項目分類之經費支出表	138
表 3.3-8、CIHI 預算收入來源	147
表 3.3-9、西元 2010~2011 年依 CIHI 策略方向分類之營運花費	147
表 3.3-10、營運所產生的費用(Operating Expenses).....	147
表 3.3-11、2011 / 2012 CIHI 各單位組織人員分布	148
表 3.3-12、CIHI 員工分布情形(截至西元 2010 年 4 月 1 日)	148

表 3.3-13、西元 2011~2012 年 ACSQHC 預算來源表	154
表 3.3-14、各國醫療品質專責機構比較表.....	162
表 3.4-1、各國或組織所進行與病人滿意度或病人經驗相關之研究.....	169
表 4.1-1、醫院評鑑品質量測指標項目-篩選候選指標列表	186
表 4.1-2、醫院評鑑品質量測指標項目-獲選指標說明簡表	187
表 4.1-3、醫院評鑑品質量測指標項目-指標之品質面向摘要表	188
表 4.1-4、醫院評鑑品質量測指標項目-指標之屬性摘要表	188
表 4.2-1、全民健保品質量測系統指標項目-獲選指標說明簡表	194
表 4.2-2、全民健保品質量測系統指標項目-指標之品質面向摘要表	196
表 4.2-3、全民健保品質量測系統指標項目-指標之屬性摘要表	196
表 4.3-1、醫療協學會醫院品質量測系統指標項目-篩選候選指標列表	204
表 4.3-2、醫療協學會醫院品質量測系統指標項目-獲選指標說明簡表	208
表 4.3-3、醫療協學會醫院品質量測系統指標項目-指標之品質面向摘要表	209
表 4.3-4、醫療協學會醫院品質量測系統指標項目-指標之屬性摘要表	209
表 4.4-1、醫院品質通報系統指標項目-篩選候選指標列表	229
表 4.4-2、醫院品質通報系統指標項目-獲選指標說明簡表	231
表 4.4-3、醫院品質通報系統指標項目-指標之品質面向摘要表	233
表 4.4-4、醫院品質通報系統指標項目-指標之屬性摘要表	233
表 4.5-1、臨床建議指標說明簡表.....	235
表 4.5-2、臨床建議指標項目-指標之品質面向摘要表	237
表 4.5-3、臨床建議指標項目-指標之屬性摘要表	237
表 5.1-1、平均餘命國內比較(區域別)我國各地區零歲平均餘命之比較.....	244
表 5.1-2、平均餘命國內比較(族群別)原住民與全體國民平均餘命之差距.....	245
表 5.3-1、系統性落差的品質量測.....	250

前言

98 年底，二代健保法案進入最後攻防，楊前署長決定將醫療品質及病人安全委員會與全民健康保險醫療品質委員會合併為「醫療品質政策諮詢委員會」，預備因應後二代健保之醫療體系發展。99 年委員會成立，委員們同感於我國醫療品質指標系統的複雜，故以「建構國家醫療照護品質量測系統」為主軸，承諾在行政協助下完成醫療品質政策白皮書，作為署長未來施政藍圖。100 年 2 月邱署長接任後，不但支持既有規劃，並期許白皮書應於年底完成。100 年 3 月委員會終於獲得衛生署委託台北醫學大學的協作，得以展開相關作業。

鑑於近來醫療品質的政策建議多為問題導向、針砭時事，委員會則以較積極態度，將「建立品質競爭機制及縮小健康照護落差」作為目標，按策略地圖規劃，由委員們依組別分工合作，並由醫療品質政策辦公室擔任主要幕僚、台北醫學大學協作，衛生署內醫事處、健保局、國民健康局、食品藥物管理局、疾病管制局、護理及健康照護處等單位同仁共同參與。研究的方法包括對以往建議的整理、對既有制度與指標系統的回顧、國際經驗彙整、醫院調查、分區論壇、國際工作坊等，然後再以務實的態度歸納出總結建議。

我國醫療體系雖然由單一保險人提供主要財源，但已經是「民營為主、公有為輔」的情況。過多的品質管理機制，如準則(criteria)、規範(protocol)、指引(guideline)、審查(review)、評核(evaluate)、稽核(audit)等，立意良善，但容易引發爭議造成屈就，不但擾民，折損政府威信，還常常將專業議題轉化為政治問題。在統一的支付標準下，醫療體系已經擅長成本競爭，導致人民醫療權利受限，但政府不應該違背自由競爭的可貴，而是應該將成本競爭導引到品質競爭，也就是 Michael Porter 所推崇的價值基準(value-based)與非零合(non-zero)競爭。

我國人民向來習慣自由選擇醫療服務供給者，醫療服務已經視為消費行為，病人是顧客。在「以客為尊」的情境中，病人或家屬對醫療品質的期望，很容易就逾越現有科學知識範疇，所以供給者和政府除了要有瞭解與回應病人需求的能力，也應該有醫療品質測量報告系統以協助民眾就醫選擇。

為了營造品質競爭的環境，為了提供病人選擇，客觀且符合科學的品質測量系統是絕對需要的。當然，有競爭一定會有差異。依統計的觀念，差異包括系統性和隨機性。健康已經是一種基本人權，不應該受地域、性別、種族、貧富等系統性因素而有別。醫療體系以人民健康為目標，因此，醫療品質測量系統也應該負有呈現系統性落差的功能，以督促和協助政府對公平的追求。

委員會深刻瞭解，只靠醫療品質量測系統不足以解決醫療品質問題，但是這個系統應該是瞭解和解決醫療品質問題的基礎，政府應該在全民健保的財務制度改革後，將這個基礎建立起來。因此，我們建議衛生署下列的策略及工作重點，並應立即展開：

推動成立國家級品質專責組織：籌設專責組織

統合並推廣品質資訊：精進品質指標、流通品質資訊

確保品質持續進步：推動科學證據、鼓勵專業精進

上列建議，同時也是未來醫療品質政策諮詢委員會的工作重點，委員會不但要坐而決，也要起而行，希望讀到這本白皮書的人能給予支持和協助，如果有質疑也歡迎利用本報告所列的通訊方式提出。

在整個研議過程中，要感激的人太多了，醫療品質政策諮詢委員會的委員、衛生署的同仁、研究團隊、接受調查的醫院、參與論壇或國際工作坊的醫界同仁等等。沒有你們的參與，不會有這本報告。但是我們的能力實在有限，報告的文字沒有辦法完全表達你們熱誠的投入，謹在此致謝也致歉。

醫療品質政策諮詢委員會 主任委員 賴美淑

總結報告提要

壹、背景

傳統上對醫療品質問題的處理態度，大都根據 Donabedian 在 1980 年代所提出的三個構面--結構、過程、結果；政府對醫療品質政策的介入則多分集中在結構面上。自從西元 2001 年美國醫學研究院(IOM,2001)提出品質改善的六大目標，醫療品質政策發展逐漸朝向以此六大目標為改善架構。藉由對六大目標的品質測量及相關政策的推動，追求改善臨床醫療品質與合理分配資源，以回應民眾對高品質照護的需求及對政府治理的期待。

我國自 84 年實施全民健保後，大幅降低民眾就醫之經濟障礙並改善醫療之可近性，也提升了健康照護體系之效能。然而為使國人就醫時之照護品質可獲得保障，挑戰品質改善成為當前需努力的方向。國家醫療品質政策諮詢委員會成立後，回顧我國歷年所推動之重大醫療品質政策與建議，並編撰白皮書以形成醫療品質政策之整體架構，藉由綜整現行之政策，提出醫療品質之議題及明確目標，期能提升整體國人照護品質。

貳、運作方式與規劃歷程

國家醫療品質政策諮詢委員會於 99 年成立，提出「建立品質競爭機制及縮小健康照護落差」作為核心目標，並根據四項品質政策白皮書之建議與現行品質相關政策之內容，歸納可立即進行的內容，初期之工作重點：

- 一、 粗構國家醫療品質量測系統之架構
- 二、 篩選國家醫療照護品質指標，建立可課責之品質量測系統
- 三、 建立國家醫療系統性落差指標
- 四、 建議設立國家健康照護品質資訊溝通平台，品質提升數位基礎架構

委員會設有四個小組：醫療品質指標小組負責醫院評鑑及專業醫學會所維護之品質量測指標；全民健康保險品質指標小組負責全民健保之品質量測指標；其他醫療品質指標小組則依重要性、可改善性、涵蓋性及科學證據等原則評選衛生署內除醫政、健保以外單位所提出與醫院醫療品質相關之業務與該業務項下所包含的品質指標；醫療品質政策研議小組則規劃推動以病人經驗為觀點之醫療品質測量。

此外結合國內各醫院從事醫療品質相關業務之專家共 10 位成立「醫療品質指標專家工作小組」，協助各小組依重要性、可改善性、相關性及科學證據等原則，進行品質指標資料之蒐集整理與評選。

除委員會之運作外，並以委託計畫方式辦理四場全國醫療品質政策發展分區論壇、一場醫療品質國際工作坊以及兩項醫院品質管理問卷調查，以廣泛收集醫療品質政策之不同意見，研擬適當之政策建議。

品質政策白皮書之規劃，秉持在現有之基礎上進行整合，希望能提出一套適合我國之醫療品質指標，作為建構國家醫療照護品質量測系統的基礎，期盼能建立可課責之品質量測系統及品質提升數位基礎架構。

參、醫療照護品質政策

衛生署內包含醫事處、中央健康保險局、護理及健康照護處、疾病管制局、食品藥物管理局及國民健康局等單位，其部份業務與醫院醫療品質相關，經委員會盤點並依照重要性、可改善性、涵蓋性及科學證據等四個原則評選後，共計 16 項相關業務納入本白皮書中。

而綜觀國際發展經驗，美國、英國、加拿大及澳洲等國在醫療品質政策發展過程中均以成立醫療品質專責機構，建立不同的醫療品質管理制度，並透過立法使專責機構具備實質法律位階與獨立預算，成為國家醫療品質的主要負責單位。

此外，病人為醫療處置的接受者，其對醫療品質的評估有其不可替代性，透過病人經驗為觀點之醫療品質測量，可發展具備明確且客觀、民眾容易理解的醫療品質指標，作為滿意度指標及臨床專業指標的補充，三者互補使醫療品質監測與改善之工具更趨完整。

肆、醫院醫療照護品質量測系統及運用

委員會整理國內目前實際運用的 25 項醫療照護品質量測系統（附表肆之一），共包含了超過一千項以上之品質量測指標，這些眾多的品質量測指標背後各有其任務與意義，但也反映了我國目前在指標發展上重複投入、缺乏一致之評估架構，以及對於指標資料收集之事前協調與事後資訊回饋機制的不足。

爰此，委員會依重要性、可改善性、相關性及科學證據等四個原則進行指標篩選，並委請「醫療品質指標專家工作小組」協助評選指標之優先順序，最終之評選結果呈現於本白皮書第四章。

伍、系統性落差指標

檢視我國當前之健康照護環境，改善品質是目前提升健康照護體系效能重要且可改善的主要構面，同時 OECD 強調群體健康的公平性與效率，亦呼應委員會提出「建立品質競爭機制及縮小健康照護落差」的核心目標，期盼透過品質競爭的手段，達到品質改善的目

的，同時避免因競爭造成系統性的落差，犧牲少數族群的照護品質，危害到品質競爭下的公平性基礎。

醫療照護品質的系統性落差是指族群之間存在照護品質差異，因而在有效性、病人安全、即時性、以病人為中心等品質面向上，呈現婦女、兒童、老人、原住民、低收入等系統性變項間的落差。綜觀「2020 健康國民白皮書」建議，著重在減少健康差異，促進健康公平性。而對應 OECD 組織的健康評估架構，在醫療照護層面著力於健康照護體系效能的提升，其中又以改善不同族群或區域間醫療照護品質的落差為重點，如此將有助於提高醫療照護體系的效能，從而縮減國民健康差異，促進國人健康公平性，達到「延長國人健康平均餘命」及「促進國人健康平等性」等兩大目標。

本白皮書提出出版系統性落差報告之目的在於藉此檢視不同族群的健康照護品質差異情形，不僅作為政策研議參考，更希望由此促進國人健康公平性，以達到全民健康目標。

陸、政策建議

為體現本白皮書規劃之整體性，規劃小組以「建立品質競爭機制及縮小健康照護落差」為明確核心目標，對未來三年的國家層級醫療品質政策提出了三項策略與五項工作重點(附表陸之一)，有關各策略之工作重點將分別論述。

附表陸之一：國家層級醫療品質政策建議

策略	工作重點
推動成立國家級品質專責組織	籌備專責單位
統合并推廣品質資訊	精進品質指標
	流通品質資訊
確保品質持續進步	推動科學證據
	鼓勵專業精進

一、推動成立國家級品質專責組織

從國外經驗中可發現，在醫療品質政策發展中成立醫療品質專責機構，配合專業人士的投入加上政府獨立預算的支持，除建立醫療品質管理制度外，亦可讓國家的品質政策更協調、資源分配更合理、有限資源更有效率、政策目標更符合人民健康目標。

因此，本白皮書建議為促成專責組織，立即強化現行醫療品質政策諮詢委員會的行政幕僚單位為任務編組型組織，而近期內應由醫療品質政策辦公室或委外辦理的工作重點：

- (一)舉辦焦點團體會議：爭取各利益相關團體的支持、修正原本的概念、化解反對者的疑慮、促成更具體的方案。
- (二)舉辦政策決策者之共識會議：對象包括與本案相關的政府機構與立法委員，就政策取得共識，或瞭解可能的疑慮或反對意見。
- (三)草擬組織章程：依據上列會議的結論或是透過上述會議的修正，設計專責組織的任務、職掌、組織架構、所需人力等，並以法案形式呈現。

二、統合並推廣品質資訊

以簡化醫療業務來達成精進品質指標為目標，透過彙整、篩選、檢討及替換品質量測指標等工作，建立品質量測指標收集之統一規格與收集機制，作為建構國家醫療照護品質量測系統的基礎，同時以此系統為基礎，運用資訊科技推動品質資訊之流通，協助醫院運用品質資訊。工作重點包含：

(一) 精進品質指標

國內現有指標系統非常複雜，但都各有其背後的任務與意義。故本白皮書建議應將指標群簡化並精進指標定義與用途，以建立我國醫療品質指標的知識管理系統，促使指標能真正落實到醫療品質的改善。同時以此為基礎，建立品質量測指標收集之統一規格與收集機制，以及指標循環週期與汰換機制，作為建構國家醫療照護品質量測系統的基礎。

(二) 流通品質資訊

我國現行指標系統複雜的原因除了其發展的背景因素多元之外，流通性不足也是重大原因之一。由於指標背後的目的與任務本來就不同，但追溯到其源頭的醫療服務時，又會造成臨床人員與醫院管理人員非常大的困擾。透過資訊科技與科學研究方法，並善用我國既有之優秀品質量測系統基礎，設置品質資訊交換平台，除了驗證所收集之品質資料的正確性，亦能運用資訊科技使指標能流通與分享，除了可先緊急緩解醫院人員的負擔與壓力，以利其專心於病人照護外，亦可將指標資訊透明化並回饋資訊，協助醫院運用指標資訊，使其能應用於品質改善。同時協調大型醫院援助小型醫院，透過品質資訊合作，共同提升醫療品質。

三、建立品質政策科學證據之收集與運用機制

醫療品質需持續改善，才能促進民眾之健康，而醫療品質指標之測量應結合實證醫學之證據，才能讓品質指標的目的回歸到真正的品質改善和全民健康的提升，避免指標系統流於形式或因過度強調利益分配而扭曲。醫療品質的持續改善，除了追求更具科學證據之測量指標外，更重要的必須落實個別醫院對醫療照護品質改善之具體行動，因此工作重點包含：

(一) 推動科學證據

我國的醫療品質指標發展向來未導入病人嚴重度校正或風險校正的技術，致使專業人士輕易的以可比性有問題的簡單理由，規避盡責度的要求，因此透過發展風險校正之模式，可促進品質指標之可比較性。在科學的基礎上，鼓勵品質與健康服務研究的發展，使我國醫療保健服務從研究到應用都能與品質的改善相結合，同時具備科學之專業性同時兼顧管理上的意義。另外，建議推動病人經驗調查之制度與發展相關工具，以反應更完整的品質改善狀況。

(二) 鼓勵專業精進

制度性的辦理鼓勵專業精進並能讓醫院整體成長的工作，透過組織學習與系統學習的方式，將符合科學證據之結果，適當地透過資訊平台進行流通，分享、發佈、運用與學習，促進指標相關使用者或管理人員的專業素質，才能讓指標有良性的發展，能夠藉此提升醫療品質的專業以及醫院醫療品質。

第一章 背景

傳統上對醫療品質問題的處理態度，大都根據 Donabedian 在 1980 年代所提出的三個構面--結構、過程、結果；政府對醫療品質政策的介入則多分集中在結構面上。西元 2001 年美國醫學研究院(IOM,2001)提出品質改善的六大目標為安全、有效性、病人為中心、即時性、效率以及公平性；並認為健康照護系統若能達到此六大目標，將更可符合病人之健康照護需求。此後，醫療品質政策發展逐漸朝向以此六大目標為改善架構。藉由對六大目標的品質測量及相關政策的推動，追求改善臨床醫療品質與合理分配資源，以回應民眾對高品質照護的需求及對政府治理的期待。

盱衡國內、外衛生政策之發展趨勢，改善醫療照護品質已經成為提升國家醫療照護體系效能的主要核心價值之一。我國自 84 年實施全民健保以來，大幅降低民眾就醫之經濟障礙與改善了就醫的可近性，同時提升了健康照護體系之效能。然而在醫療品質改善的方面，為使國人就醫時之照護品質獲得保障，挑戰品質改善成為當前需努力的方向，政府應就醫療品質之議題提出明確目標，提升整體國人照護品質，為此醫療品質政策諮詢委員會成立的任務之一便是「編撰白皮書，形成醫療品質政策之整體架構」。而為使白皮書之建議能更貼近政策需求，本文先就目前我國醫療照護服務品質的政策環境進行回顧分析，主要內容包含兩部份，第一部份先回顧自 89 年以來國內與醫療品質政策相關之政策建議；第二部份則對現行醫療品質政策之現況整理。歸納過去相關白皮書之建議與現行政策之內容，同時檢視當前國內醫療品質提升的策略中，在國家層級應優先處理的部份，以此為基礎，規劃本白皮書之具體目標，提出建構國家醫療照護品質量測系統之任務與展望，作為「行政院衛生署醫療品質政策諮詢委員會」規劃出版「醫療品質政策白皮書」之開始。

1.1 目前醫療照護服務品質政策環境

本節說明我國現行醫療照護服務品質政策之環境與背景。先就 89 年以來與醫療品質相關之政策建議進行回顧與整理；接著回顧我國歷年所推動重大之醫療品質政策。

1.1.1 歷年與醫療品質相關之政策建議

89 年以來與醫療品質相關之具體政策建議有四本報告：「國家醫療品質政策白皮書(草案)」，由和信治癌中心醫院於 92 年出版(和信治癌中心醫院，92 年)；「二代健保規劃小組總結報告」，二代健保規劃小組於 93 年出版(行政院二代健保規劃小組，93 年)；「醫療品質及病人安全委員會共識會議」(賴，鍾，陳，& 廖，95 年)；以及中央研究院在 98 年所出版之「醫療保健政策建議書」(中央研究院，98 年)。本節就各報告內容中所論述之醫療品質政策建議，進行整理。

壹、國家醫療品質政策白皮書(草案)，和信治癌中心醫院(92 年)

「國家醫療品質政策白皮書(草案)」主要透過探討國內面臨之醫療品質問題，再藉由收集各國(美國、英國、加拿大與澳洲)醫療品質政策及醫療品質改善與監控計畫，瞭解各國政策發展趨勢，學習其解決問題之經驗，同時探討其國家醫療品質改善與監控機制之發展架構，作為我國擬訂提升醫療品質政策之參考。以「全國醫療改革會議」與「後 SARS

台灣重建計畫」之系列會議記錄中所提及關於醫療品質的相關問題，再經專家深入討論後，以檢視「醫療照護機構」、「檢視醫學教育」、「檢視民眾教育」以及「檢視全面醫療品質提升與監控機制」四個面向說明國內面臨重要的醫療品質問題。同時參考各國(美國、英國、加拿大及澳洲)醫療品質政策發展經驗，以及國內現有組織概況與發展現況，提出提升醫療品質重點工作內容分為「關於醫療照護服務機構的環境」、「關於醫療專業教育」、「關於民眾疾病與就醫知識教育」、「關於建立醫療品質改善與監控系統」等四個面向。

- 一、關於醫療照護服務機構的環境：機構內部醫療品質管理機制(包含診療準則/臨床路徑、標準作業規範遵循、專責單位收集品質指標、診療準則/臨床路徑以及標準作業規範遵循情形)；醫院評鑑內容與制度的改善；健保制度設計需以實證醫學為基礎之專業審查、確保醫療品質與合理成本之支付標準。
- 二、關於醫療專業教育：基本醫學教育強調診療病人「全人」的觀念，並加強醫療品質與經濟效率的概念；專科教育學習加強訓練與其他科別醫師共同照護病人；在職繼續教育需規範醫療照護服務人員在職繼續教育。
- 三、關於民眾疾病與就醫知識教育：國民健康教育應提供重要疾病預防與就醫治療相關知識納入九年一貫教育課程中，並製作標準衛生教育的教材；民眾衛生宣導教育應系統性進行重要疾病預防與就醫治療相關知識的宣導，並將其集結成手冊供民眾索取。架設網站提供重要疾病介紹、預防、診療準則與就醫相關注意事項...等重要資訊供民眾查詢。
- 四、關於建立醫療品質改善與監控組織：研擬醫療品質改善與監控組織/機構、建立醫療品質改善與監控組織/機構、架設醫療品質相關知識與醫療品質指標的資訊平台。醫療品質改善與監控組織/機構規劃之任務為負責制定診療準則、訂定確保醫療品質作業規範指引或標準，以及負責評鑑與提供醫事人員教育、監控醫療機構與全國之醫療品質、民眾疾病與就醫相關知識宣導、病人與照顧者滿意度調查、制定民眾診療準則、進行醫療照護服務經濟評估、建立醫療照護服務價格合理性機制、進行提升醫療品質相關研究並將研究結果導入政策中。

貳、二代健保規劃小組總結報告，二代健保規劃小組(93 年)

「二代健保規劃小組總結報告」，內容主要著重在對全民健保制度實施以來，隨著醫療服務供給之成長、整體經濟情勢變化及民眾期待高漲，現行制度中存在之財務收支、社會參與、醫療品質提升等議題進行檢討與建議。二代健保規劃小組以「提升品質」、「平衡財務」、「擴大參與」為三大目標，提出四大層面之政策建議：

- 一、強化資訊提供以提升醫療品質。
- 二、平衡財務且提高服務購買效率。
- 三、擴大社會多元化參與健保政策。
- 四、建構權責相符之健保組織體制。

與品質相關之內容，主要集中在「強化資訊提供以提升醫療品質」乙節，並從保險人、醫療照護提供者、民眾及政府的角色提出四項具體建議：

一、 健保局須強化醫療品質確保之組織功能再造

在總額支付制度之下，為避免醫療提供者因財務考量而犧牲保險對象之醫療品質，健保局應以進行醫療品質為中心之組織功能再造以確保療品質。具體內容有(1)提出保險對象手冊等形式之全方位品質確保承諾；(2)研發醫療品質管理策略並建立健保局組織內部競爭機制；(3)建構全民健保資訊平台提升管理與決策效率。

二、 醫療專業-協助醫療專業盡責

在全民健保制度下，造成醫療專業自主性、民眾期待與健保永續經營間之利益衝突。因此，應協助醫療專業能夠在全民健保體制下盡責。具體內容有(1)強化醫療專業組織功能以重造專業新倫理；(2)檢討支付制度與配套措施以朝向醫療品質之提升；(3)醫療專業應參與醫療品質指標與品質提升機制之訂定；(4)建立以持續提升醫療品質為目標之雙向資訊回饋機制。

三、 民眾-提供以民眾為需求之醫療品質資訊

透過有效的資訊提供，確保民眾就醫權益。具體內容有(1)彙整、公布與提供「民眾就醫指引」；(2)推動「醫院報告卡」制度並適度公布部分結果；(3)蒐集民眾就醫經驗資料並設計參與醫療品質政策管道。

四、 衛生署-成立全民健保醫療品質專責單位

欲建立可靠之醫療品質機制，政府應展現具體之決心，而透過成立醫療品質專責單位，提供民眾可信任與理解之品質資訊。具體內容有(1)設定全民健保醫療品質專責單位之4項主要目標為：促進健保局、醫療專業與民眾對醫療品質決策之對話；監督健保局履行醫療品質承諾；提供民眾所需的醫療品質資訊；推動全民健保資訊之隱私保護政策。(2)設定全民健保醫療品質專責單位之任務為：強化公民參與醫療品質決策之能力與管道；監督健保局落實品質承諾；提供醫療品質相關資訊；推動醫療資訊隱私權之具體保護措施。

參、 醫療品質及病人安全委員會共識會議建議，醫療品質及病人安全委員會(95年)

為了釐清政策菁英對於政府推動醫療品質相關政策的角色與功能，95年3月25日行政院衛生署醫療品質及病人安全委員會於台大醫院國際會議中心舉行共識會議，以名目團體技術(Nominal Group Technique, NGT)的討論形式，藉此凝聚醫療品質及病人安全委員會委員之共識，進而有效促進我國醫療品質政策之推行。共識會議是以事先準備好的兩個議題，進行有系統的團體討論。這個兩個議題為：

一、 您認為我國亟需處理的醫療品質及病人安全的問題是什麼？

二、 您認為政府在提升醫療品質上最應該要作的是什麼？

最後將全體參與者對於兩個問題的集體共識，以排序的方式表達出來。全體表決結果，認為我國亟需處理的醫療品質及病人安全的問題，依序為：

一、 缺少國家級品質指標持續監測機制。

二、 缺乏醫療品質資訊的公開。

三、 健保財務不足，影響醫療品質。

醫療品質及病人安全委員會共識會議的建議內容，同時也收錄在衛生署 94 年委託台灣大學賴美淑教授等人所進行之「中央衛生主管機關在提升醫療品質及保障病人安全方面之角色與功能」研究報告中。該份研究整合共識會議的建議內容，針對當前醫療品質及病人安全的議題中衛生署所扮演的角色與應具有之功能，提出建議 (賴，鍾，陳，& 廖，95 年)。該研究分別從品質指標建構、資訊平台以及執行動力等三方面，提出具體的政策建議內容：

一、 指標建構刻不容緩：從既有的資訊中選取，再配合新指標的建構

需要一個資訊平台，做轉化精簡，收集可比較的指標，來反映台灣的醫療品質現況。測量指標是品質資訊的基本資料，除了能表現醫療院所對民眾的照護品質的課責度 (professional accountability)，也是政府的政策工具之一，以顯現政府的政府課責度 (public accountability)。而選擇一個有一致性 (coherent)，有力 (robust) 的醫療體系成效測量指標，必須是有以下的條件：有清楚的目的、方法及定義，操作上是可行的，透明的方法，收集及資料分析，同時也應與國家品質政策的優先順序能相結合。

二、 資訊平台的設立：由指標資訊的建構，到設立醫療品質與病安揭露平台

由共識會議中得到之結論，建立國家級品質指標持續監測機制是被列為最優先的共識。強調「建構全國性醫療品質核心指標與資料庫並予公開」，並從指標測量中獲取課責。在課責過程中的應用，是以資訊揭露為課責機制最重要內涵，透過資訊揭露作為糾正市場失靈的手段，或是作為政府介入醫療品質市場失靈的政策工具。

設立品質專責機構，作為一個中介機構，透過自行研究去建立品質資訊或是委外建立品質資訊；透過建立平台，成為彙整與交流資料的管道，促成資訊的流通，讓醫院與醫師的努力得以呈現、展現醫療照護的價值，讓醫療消費的疑慮能得到紓解；或者成為專業盡責的成果中心。

三、 執行動力的改善：制定專責機構法、成立專責機構、專責機構角色與功能

我國醫療品質與病安政策，有政府介入行動上統合不足的問題，因此，制定專責機構法、成立專責機構、專責機構角色與功能，是一項值得努力的方向。

具體內容分為短中長期三個階段，分別從法令修訂、決策層級以及機構功能三個方面提出具體建議。短期中以現狀組織下，賦予全民健保醫療品質委員會更清楚的任務，以方案評估的技術，評估並監理目前衛生署內各項提升醫療品質方案，另外，應賦予其三項特定任務：醫療品質白皮書製作、法令通盤修改與增訂的規劃，以及相關品質資訊公開系統建構的規劃等任務，中程時期乃是在衛生署改制為衛生福利部後，建構獨立的醫療品質運作法，並且同時將全民健保醫療品質委員會提升為新部門下的一個醫療品質行政單位 (醫療品質與病人安全處)，長期來看，該單位配合行政首長的政策目標順序，轉換成為行政院所屬的獨立機關。

表 1.1-1、提升醫療品質改革短、中、長期規劃表

	短程	中程	長程
法令修訂	修改健保品質委員會設置要點第二條，將下列明確任務納入： 1. 品質白皮書製作 2. 品質相關法規修訂立法規劃 3. 品質資訊公開系統建構規劃	1. 新部會下通過醫療品質獨立運作法(例，醫療品質促進法)，內容包括品質與病安目標、資訊公開與隱私、品質與病安研究等 2. 新部會下修組織法設立處級單位	1. 訂立獨立機構組織法，使之具有管制功能 2. 修改醫療品質促進法
決策層級	衛生署長所屬的政策諮詢單位	新部會下的行政單位	行政院下的獨立機構
機構功能	1. 醫療品質與病人安全白皮書的研擬(一年內公佈) 2. 品質相關法規修訂的規劃與建議 3. 衛生署內各單位品質提升方案的評估與建議 4. 醫療品質與病人安全資訊平台的規劃與建構(指標發展與平台設計)	1. 醫療品質與病人安全政策方向的建構與掌握 2. 品質法規的主管與修訂 3. 部內各單位品質提升方案的評估與考核 4. 醫療品質與病人安全資訊平台的操作與維繫 5. 醫療品質與病人安全相關研究經費支援	1. 醫療品質與病人安全政策方向的建構與掌握 2. 品質相關法規之主管機構 3. 行政院內各單位醫療品質與病人安全相關方案的管制與考核 4. 醫療品質與病人安資訊平台的操作與維繫 5. 醫療品質與病人安全相關研究經費支援

資料來源：賴美淑、鍾國彪、陳敦源、廖薰香。中央衛生主管機關在提升醫療品質及保障病人安全方面之角色與功能。DOH- 94F5033，2006。(賴，鍾，陳，& 廖，95 年)

肆、醫療保健政策建議書，中央研究院 (98 年)

「醫療保健政策建議書」，內容主要著重在全民健保制度實施後，造成對醫療體系的供需之影響，以及整體醫療產業的發展，所衍生之相關問題提出建議。針對三大主要議題進行政策建議之討論，此三項議題為(1)健康照護的根本改革；(2)醫療保險制度的改善—「醫學教育」；(3)公眾教育與參與。主要著重在全民健保制度下之醫療照護體系改革與公民教育與參與之建議，該建議書中包含了下列六大項建議：

- 一、拉高全民健保層次，從保險立場到國家觀點。
- 二、建立合理支付制度，健全醫療照護服務體系。
- 三、增加醫療保健支出，完備醫療產業發展基礎。
- 四、重新檢視健保支付，依資源耗用及風險計費。
- 五、提升醫學教育品質，建構完善醫學教育體制。
- 六、強化民眾參與機制，共同維護全民健保體制。

本報告僅就建議書內容中與品質相關之內容整理。首先，在上述六大項建議中，與醫療品質相關的內容有下列兩項。

(一)「二、建立合理支付制度，健全醫療照護服務體系」

健保支付制度應以論質計酬 (pay for performance; pay for quality) 取代論量計酬 (fee-for-service)。政府應編列預算投入品質測量方法的研究，並藉由明確規範必須達成的醫療品質指標 (process and outcome) 以及提供醫療機構適度的財務誘因，將醫療服務的提供導向醫療品質而非降低成本，俾建立一個以品質為競爭機制的醫療照護模式。檢討現行「醫院評鑑」制度，回歸以提升醫療服務品質為目標，合理反映相關品質。

(二)「三、增加醫療保健支出，完備醫療產業發展基礎」

政府應該重視醫療資訊系統。開發具前瞻性、以輔助提升醫療品質為目標的國家醫療衛生資訊系統，如電子病歷 (electronic medical record, EMR) 或電子健康記錄 (electronic health record, HER) 應完善建立，藉以蒐集醫療品質指標，支持建立品質導向的照護模式，並逐步落實論質計酬支付制度的實施。此外，政府亦應提供誘因，鼓勵醫療院所進行老舊醫療資訊系統的替換或更新。

另外，於三大主要議題中「(1)健康照護的根本改革」議題中，提到與醫療品質有關之內容：

1. 「提升醫療品質」的具體建議如下：

- (1) 衛生署與健保局應擬定確保國家醫療品質的衛生政策。
- (2) 醫療照護應逐漸朝向以基層與各院所合作的整合性照護 (integrated care) 模式發展。
- (3) 健保支付制度應該逐步朝向論品質計酬的方向發展，並投資預算於研究品質測量方法。
- (4) 政府應研究提供誘因建立以前瞻性、以輔助提升醫療品質為目的的國家醫療衛生資訊系統。

2. 「健保組織與行政治理」的具體建議如下：

- (1) 建議朝向單一支付制度、多元管理組織 (single payer; multiple plans) 的國民健康保險體制發展，藉由醫療品質資訊的公布與公開，建立保險人之間的品質競爭機制，民眾也可自由選擇參加保險計畫。
- (2) 健保決策流程，包括政策規劃、執行及評估階段，應公開透明，讓所有公民可以參與監督，然而如何建立一個可執行的公民參與機制，是必須努力思考的方向。
- (3) 政府應該委託第三者組織 (如 CHI¹ 或類似的組織)，提供可信的公開資訊給醫療提供者或民眾，例如新科技評估資訊、醫療品質資訊等。

¹ CHI 是指品質改善指標

於三大主要議題中「(2)醫療保險制度的改善—「醫學教育」議題」中，與品質有關之內容：

全面檢討改善健保論量計酬的給付制度，導入依品質與結果給付機制。在全面採用DRG之給付方式之前，應審慎評估對醫學教育可能產生之衝擊，擬訂適當之措施以為因應。

於三大主要議題中「(3)公眾教育與參與議題」中，與品質有關之內容：

3. 健康照護品質與民眾資訊需求

- (1) 透過修法賦予政府強制醫療院所定期公佈與說明健康照護品質資訊的義務，同時在擬定立法與指標之際，須邀集相關團體凝聚共識，以兼顧專業自律、醫療品質提升與民眾需求。
- (2) 政府應成立健康照護品質監督的機構，作為健保與醫療提供者之外的公正第三者，蒐集健康照護品質資訊，並將蒐集到的資訊，適當轉化提供給民眾參考，縮短公告資訊與民眾之間的距離。
- (3) 政府應要求各醫學會扮演醫療品質稽核與監督的角色，並將醫療品質稽核與醫療人員繼續教育連結起來，同時健保得以透過給付制度提供專業團體確實稽核醫療品質的誘因。
- (4) 政府應建立適當輔導機制，對於健康照護品質表現較差的醫療院所，進行協助與改善。
- (5) 健康照護品質資訊的建立，需要有稽核、監測系統，並評估品質資訊公佈的正面與負面效應。

健康照護品質的確保與提升，就中長期來看，以減少區域落差，兼顧質量均衡為目標。

伍、 小結

綜整四大品質相關政策建議中，我們依去異存同的原則大致歸納分成三個主要核心內容：建立國家健康照護品質資訊溝通平台、成立國家醫療品質專責機構以及篩選國家醫療照護品質指標等。底下分就各項核心內容整理：

一、 建立國家健康照護品質資訊溝通平台

建立國家健康照護品質資訊溝通平台是四項政策建議中都提及的建議內容。在「國家醫療品質政策白皮書(草案)」的建議中，提到架設醫療品質相關知識與醫療品質指標的資訊平台，透過資訊及時回饋得以及早獲得新資訊與面對問題。「二代健保規劃小組總結報告」中，以強化資訊提供以提升醫療品質為主題，內容包含在保險人的角色中，須建構全民健保品質資訊平台，促使健保局提出品質承諾、進行健保局內部品質競爭、提高管理與決策效率；就醫療供給者之專業課責中，建立以持續提升醫療品質為目標之雙向資訊回饋機制；就提供民眾為需求之品質資訊，須推動醫院報告卡制度與適度公布；就衛生署之角色，須建立專責機構，其中一項任務為提供醫療品質相關資訊。「醫療品質與病人安全委員會之共識會議結論」提出三項共識：我國當前缺少國家級品質指標持續監測機制、缺乏醫療品質資訊的公開及健保財務不足，影響醫療品質。而在賴美淑教授的研究報告中，則呼應上述三項共識，以指標建構、資訊平台設立與執行動力改善三項建議。而透過資訊平台之

建立，彙整與流通品質資訊，使醫療專業具有專業課責度、政府具有治理之課責度，而民眾醫療消費之疑慮得以紓解。中研院「醫療保健政策建議書」，建議政府應提供誘因建立以前瞻性、輔助提升醫療品質為目的之國家醫療衛生資訊系統。

二、成立國家醫療品質專責機構

「國家醫療品質政策白皮書(草案)」建議研擬醫療品質改善與監控組織/機構、建立醫療品質改善與監控組織/機構，規劃之任務為負責制定診療準則、訂定確保醫療品質作業規範指引或標準，以及負責評鑑與提供醫事人員教育、監控醫療機構與全國之醫療品質、民眾疾病與就醫相關知識宣導、病人與照顧者滿意度調查、制定民眾診療準則、進行醫療照護服務經濟評估、建立醫療照護服務價格合理性機制、進行提升醫療品質相關研究並將研究結果導入政策中。

「二代健保總結報告」中建議成立全民健保醫療品質專責單位，主要任務為促進健保局、醫療專業與民眾對醫療品質決策之對話；監督健保局履行醫療品質承諾；提供民眾所需的醫療品質資訊；推動全民健保資訊之隱私保護政策。

「醫療品質與病人安全委員會之共識會議及賴教授研究報告」建議，專責單位之功能為醫療品質與病人安全白皮書的研擬、醫療品質與病人安全政策方向的建構與掌握、品質相關法規修訂的規劃與建議、署內各單位品質提升方案的評估與建議、醫療品質與病人安全資訊平台的規劃與建構(指標發展與平台設計)、操作與維繫以及醫療品質與病人安全相關研究經費支援。

中研院「醫療保健政策建議書」建議政府應該委託第三者組織，提供可信的公開資訊給醫療提供者或民眾，例如新科技評估資訊、醫療品質資訊等；政府應成立健康照護品質監督的機構，作為健保與醫療提供者之外的公正第三者，蒐集健康照護品質資訊，並將蒐集的資訊，適當轉化提供給民眾參考，縮短公告資訊與民眾之間的距離。

三、篩選國家醫療照護品質指標

「國家醫療品質政策白皮書(草案)」內容中提到：檢視全面醫療品質提升與監控機制，我國尚未有全國適用的一套醫療品質監控指標；「二代健保總結報告」也提出：醫療品質承諾的內涵與績效競爭之評量指標需依靠健全的資訊為後盾，健保局應系統性蒐集、整理，轉化成可管理與可追蹤之醫療品質資訊與監測指標。同時醫療專業應主動參與品質指標之測量方法訂定，品質資訊之回饋或公開選取之依據，品質資訊回饋與監測之過程等；「醫療品質與病人安全委員會之共識會議及賴教授研究報告」建議：我國亟需處理的醫療品質及病人安全問題中，缺少國家級品質指標持續監測機制列為最優先的共識，並建議從既有指標的整合開始；中研院「醫療保健政策白皮書」建議：政府應訂定「國家醫療品質政策」，提升醫療品質，並建置國家醫療衛生資訊系統，由政府提供研究預算委託專責機構建立與健康相關的基本資料並且定期更新，內容包含國人疾病分布型態(diseases pattern)、疾病負擔(burden of disease)以及降低疾病負擔所要花費的醫療支出等。政府(例如經建會、衛生署)應研究如何提供誘因以建立前瞻性、以輔助提升醫療品質為目的的國家醫療衛生資訊系統，例如電子病歷或電子健康記錄，此系統應能蒐集醫療品質指標(process and outcome)，支持建立品質導向的照護模式，逐步落實論品質計酬支付制度的實施。政府則應提供誘因，鼓勵醫療院所進行老舊醫療資訊系統的替換或更新。

四項政策白皮書提出之時空環境雖有不同，規劃之目的也不盡相同，但仍有上述三項

主要的共通建議，因此，此三項可被視為歷經年代更換，仍須投入改善的地方。而重新檢視三項共通建議中，仍有其優先順序或位階屬性之考量。

回顧四項政策建議中，「成立醫療品質專責組織」，會涉及複雜之組織改造工程。而在不涉及修法及組織改革下釐清我國目前需要之國家醫療品質政策之架構，此架構下須要量測的指標有哪些？此即為「篩選國家醫療照護品質指標」；篩選出國家醫療照護品質指標並完成指標資料之收集、分享與應用，則需要「建立國家健康照護品質資訊溝通平台」。

醫療品質政策諮詢委員會因此在規劃白皮書之初期，便以建構國家醫療照護品質量測系統之任務為主軸，雖然在品質專責單位概念尚未有明確共識之前，可優先粗構國家醫療品質量測架構，作為指標彙整之工具；並依此架構篩選國家醫療照護品質指標，建立可課責之品質量測系統；以品質量測系統為基礎，設立國家健康照護品質資訊溝通平台，同時作為醫院醫療品質提升之數位基礎架構。

1.1.2 醫療品質相關政策現況

壹、醫療網計畫 25 年來之成就

為均衡各地區醫療資源發展，使醫療人力及設施能合理成長並充分發揮功能，提升醫療服務品質，我國自 75 年起開始分期推動醫療網計畫，第一期(75 年～79 年)、第二期(80 年～85 年)、第三期(86 年～89 年底)計畫著重於硬體建設、人力規劃，主要在解決醫療資源數量不足及分布不均的問題。第四期「新世紀健康照護計畫」(90 年～93 年)及第五期「全人健康照護計畫」(94 年～97 年)除延續區域資源均衡發展外，還要追求醫療品質及重視病人安全。在後 SARS 醫療體系再造時，強調以病人為中心，發展社區醫療衛生體系。透過各時期醫療網計畫之實施，對我國醫療資源之合理分布，醫療品質之持续提升，已有顯著成效。

衛生署第五期「全人健康照護計畫」計畫依「體系面」、「機構面」和「人力面」三個面向規劃其計畫內容與目標；第六期「新世代健康領航計畫」則以「服務體系再造，健康產出加值」、「服務品質加值」、「照護人力加值」、「健康產業加值」為目標，延續過去的方向，同時也規劃一系列的策略和評估基準來協助達成預期的目標。詳細內容請參閱表 1.1-2。

目前我國正面臨人口老化、少子女化、疾病型態改變，及持續性與整合性照護需求增加等問題。為因應前開問題，提供民眾優質的健康照護服務，使全體國民不論身處何地，均能享有無差距的醫療資源，衛生署規劃繼「全人健康照護計畫」之後，於 98 年至 101 年推動「新世代健康領航計畫」。

新世代健康領航計畫的目的包括：

- 一、促進醫療資源合理分布，提供民眾適切、可近性之醫療服務。
- 二、強化社區醫療體系，建構整合性社區健康照護網絡，落實醫療資源之垂直與水平整合。
- 三、落實長照十年計畫及身心障礙醫療復健網絡，發展本土化中期照護模式，提供在地老化、多元連續之照護服務，以因應我國人口快速老化之照護需求。

- 四、關懷弱勢族群之特殊醫療照護需求，強化特殊醫療照護體系，積極培育各特殊照護體系之專業人力與醫事服務機構，健全各體系之發展，以全面提升醫療照護品質。
- 五、建構以病人安全、病人為中心之醫療作業與環境，全面提升醫事機構照護品質。
- 六、推展一般醫學訓練與健全專科醫師訓練制度，及藉由各類醫療品質提升方案之促進，期以提供全人醫療照護服務。
- 七、發展國際醫療援助合作及國際醫療衛生人員培訓，透過國際醫療衛生交流，培養我國國際衛生人才、協助友邦醫事人員能力提升與推動醫療服務國際化。

表 1.1-2、衛生署全人健康照護計畫與新世代健康領航計畫內容對照表

全人健康照護計畫(94~97)			新世代健康領航計畫(98~101)		
面向	計畫內容	衡量指標	目標	策略	衡量指標
體系面	均衡醫療資源	每萬人口急性一般病床數	服務體系再造，健康產出加值	均衡醫療資源	每萬人口急性一般病床數
		每萬人口急性精神病床數			
		每萬人口慢性精神病床數			
	發展社區醫療衛生體系	社區公衛群			
	強化基層醫療保健服務	衛生所重擴建及空間規劃			
	公立醫療資源整合與功能再造	公立醫院行政法人化及委託經營之立法及推動			
	建全緊急醫療救護體系	緊急事件應變中心(衛生系統)		建全緊急醫療救護體系	急救責任醫院急診病人滯留超過 24 小時人數之年平均比率
		創傷照護急救責任醫院			
		燒傷照護急救責任醫院			
		高危險妊娠緊急救護轉診系統(縣市)			
		毒化災區協調中心			
		核災區域協調中心			
		急診專科醫師			
	建立精神衛生管理及精神照護服務	建置社區精神病患個案管理系統		強化精神衛生體系及社區精神病人照護	全國 25 縣市成立 24 小時緊急處理機制
		建置自殺通報系統			
		設置自殺防治中心			
		精神病患居家治療服務醫療機構數			
		各類精神醫療專業人力			
	落實長照十年計畫及身心	建置長期照護資訊網		落實長照十年計畫及身心障礙	接受長期照護管理中心服務人

全人健康照護計畫(94~97)			新世代健康領航計畫(98~101)		
面向	計畫內容	衡量指標	目標	策略	衡量指標
	障礙醫療復健網			醫療復健網	數
		建置出院準備服務資訊系統			衛生署所屬醫院開辦失智失能社區照護
		建置社區居家照護及護理之家個案管理			導入遠距照護之醫療照護機構(目標:服務品質加值)
		建置失智老人病房(床)			
	加強山地離島、偏遠地區及原住民醫療保健服務	山地離島之社區健康營造		加強山地離島、偏遠地區及原住民醫療保健服務	山地離島衛生所重擴建
		山地離島衛生所重擴建			離島地區空中轉診人次逐年減少
		建置全國緊急醫療救護傷病患後送統一審核機制			山地離島之部落社區健康營造中心加數(目標:服務品質加值)
機構面	推動病人安全業務	參與全國病人安全通報系統醫院數	服務品質加值	推動病人安全業務	研訂醫院推動病人安全參考作業指引則數
		建立特殊疾病及族群用藥系統及照護準則			
	加強建立全國性醫療品質外部監督機制	建立具社區理念之醫院評鑑制度		建構整合型社區健康照護網絡	衛生所參與數
	提升住院病人照護品質	研訂醫療機構陪病人員管理指引			
	推動器官捐贈與移植	屍體器官捐贈人數		建全器官捐贈與移植網絡	屍體器官移植受惠人數
人力面	強化醫事人力規劃與品質提升	每萬人口西醫數	照護人力加值	強化醫事人力規劃與素質提升	每西醫師服務人口數
		培訓一般醫學指導教師人數			培訓一般醫學指導及臨床教師人數
		規劃專科護理師制度			每萬人口醫師最高與最低區域差距比
		培訓國際衛生行政人員數		護理人力規劃與培育	建置護理執業改善措施之多元

全人健康照護計畫(94~97)			新世代健康領航計畫(98~101)		
面 向	計畫內容	衡量指標	目 標	策略	衡量指標
					化模式
			健 康 產 業 加 值	國際醫療照護人才規劃與培育	具國際服務流程標準化之醫院
				國際衛生合作交流	執行短、中、長期醫療援助及公共衛生計畫
				國際緊急醫療援助制度化	國際緊急醫療對設置及人員資料庫
				國際醫療衛生人員培訓	開發國際醫療衛生訓練教材及培訓班

貳、全民健保實施，改善就醫之經濟障礙

除了上述衛生署建立醫療網計畫，對於提升台灣整體醫療水準及品質有相當大的幫助之外，最重要的政策莫過於84年3月實施之全民健康保險，該政策大大影響了台灣醫療照護體系，自此在台灣醫療的可近性不再是問題，而隨著可近性的改善，接踵而至的即是對醫療品質提升的關注。在經歷90年2月的全民健保體檢報告及4月的全民健保永續經營會議後，以二代健保改革為名於90年7月成立二代健保規劃小組，延攬各領域專家學者，參酌國際經驗與我國社會文化特質研討任務定位，並檢視現有健保制度，協助進行長遠性和前瞻性的規劃，並提出重要政策建議。二代健保規劃小組以「權責相符」為最終理想，並以全民健保總目標「提升民眾健康」和「健保永續經營」為依歸，希望能夠達成「提升醫療品質」、「平衡財務收支」、「擴大社會參與」的目標。

在二代健保總結報告書中，在提升醫療品質部分共提出四項建議，包括：

- 一、強化保險人品質確保之組織功能。
- 二、確保醫療專業盡責。
- 三、提供以民眾為考量之品質資訊。
- 四、成立全民健保醫療品質專責單位。

其中成立品質專責單位一項，在健保體檢小組與衛生署品質委員會時期就已經提出，衛生署在二代健保的規劃完成後，全力推動與落實規劃建議的內容，其中重點之一便是成立品質專責機構。

二代健保規劃建議成立之品質專責機構，於94年12月衛生署邀集各界專家成立「功能性全民健康保險醫療品質委員會」，以作為實踐二代健保醫療品質改善的先驅規劃編組，其任務為：整合醫療專業、病友團體及健保局之溝通平台、強化公民參與醫療品質決策的能力與管道、監督健保局落實品質承諾、提供健保品質相關資訊及推動全民健保醫療品質改善相關事項。

參、衛生署內各部門努力之成果

國內現今醫療品質提升工作多由行政院衛生署及各地方政府衛生局共同推動之，衛生署轄下各機關，包含醫事處、護理及健康照護處、中央健保局、國民健康局、疾病管制局、食品藥物管理局及財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會等，亦有許多品質提升試辦計畫(如下表 1.1-3)，冀由試辦計畫的推行，作為國內醫療品質提升之先驅。

表 1.1-3、衛生署內各部門與品質提升相關業務

單位	業務內容
醫事處	醫院評鑑及教學醫院評鑑
	醫療品質與病人安全推廣作業
中央健康保險局	推動總額支付制度下品質確保方案
	推動依品質支付之論質支付制度
	試辦論人計酬支付制度
護理及健康照護處	護理人力監測資料庫建置計畫

疾病管制局	健康照護績效提升計畫之「加強醫院感染控制—推廣手部衛生計畫」
食品藥物管理局	全國藥品不良反應通報系統計畫
國民健康局	兒童預防保健提升計畫
	母嬰親善醫療院所認證計畫
	門診戒菸治療服務計畫
	發展糖尿病健康促進機構
	醫院癌症醫療品質提升計畫
	5歲以下兒童牙齒塗氟服務
	孕婦產前檢查
	成人預防保健服務

肆、醫療協會對品質的貢獻

國內品質推動工作，除了衛生署及其相關機構之外，尚有許多民間機構積極的關注品質相關議題(表 1.1-4)，包括：台灣醫務管理學會、台灣社區醫院協會等，也扮演醫療品質改善的重要角色。

表 1.1-4、醫療協會倡導之品質量測系統與計畫

單位	品質計畫/品質指標系統
財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會	台灣病人安全通報系統(Taiwan Patient safety Reporting system, TPR)
	病人安全文化調查
	醫療品質獎
	舉辦病人安全週
	台灣醫療品質指標計畫(TQIP)
	台灣臨床成效指標系統(TCPI)
臺灣醫務管理學會	台灣醫療照護品質指標系統(THIS)
台灣社區醫院協會	台灣地區醫院品質指標系統(TCHA)

伍、歷年醫療品質委員會與病人安全委員會的政策重點

- 一、強化中央級醫療品質及病人安全委員會委員會功能。
- 二、持續輔導醫療機構設置醫療品質及病人安全相關組織或單位，期落實以病人為中心之醫療照護，逐步營造病人安全文化。
- 三、訂定中文版之病人安全名詞定義。
- 四、推廣臺灣病人安全通報系統，偵測並分析國內醫療不良事件發生件數、類型與因應策略，建立共同學習平台。
- 五、制訂與推廣醫院病人安全工作目標，並明列「一般原則」與「參考作法」，提供各醫院作為原則性之參考準據。
- 六、公告「醫院安全作業參考指引」與「診所安全作業參考指引」，推展以病人安全、病人為中心之醫療作業。

七、持續辦理醫療品質與病人安全相關研究。

八、鼓勵民眾參與醫療品質與病人安全活動，推廣病人重視就醫權益，並強化健康觀念以進行自我健康管理。

陸、全民健保醫療品質委員會的政策重點

全民健保醫療品質委員會以重要疾病之品質改善為目的，發掘現行有關健保醫療品質的問題，並對於該項問題提出具體可行的醫療品質改善方案，完成了「糖尿病醫療照護品質改善方案」、「膝關節炎人工關節置換治療品質改善方案」、「慢性腎臟病與透析治療品質改善方案」、「消化性潰瘍併胃幽門螺旋桿菌感染醫療照護品質改善方案」、「子宮肌瘤手術治療品質改善方案」及「骨質疏鬆治療品質改善方案」。

除此之外，於 97 年 4 月 25 日建立資訊平台—「全民健康保險醫療品質資訊公開網」，公開包含「糖尿病照護」、「人工膝關節置換手術」與「子宮肌瘤手術」等三類疾病/手術治療成果指標。99 年新增「透析治療」、「消化性潰瘍」、「氣喘」等三項疾病，嘗試透過建立評估治療的核心指標，以研擬醫療院所照護品質的改善方案。

目前公布之六項疾病/手術治療成果指標共有 24 項指標資訊(如下表 1.1-5)，民眾可以了解全民健保醫療品質及疾病照護資訊，並且獲得完整的疾病和就醫資訊。醫療品質資訊公開網不僅是未來醫療品質資訊全面透明化的起點，更是醫、病雙方共同關切醫療品質的里程碑。

表 1.1-5、品質資訊公開-六項疾病/手術--治療成果指標項目

疾病/手術別	治療成果指標項目
糖尿病照護	糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)執行率
	空腹血脂(Fasting lipid profile)執行率
	眼底檢查或眼底彩色攝影執行率
	尿液微量白蛋白檢執行率
	糖尿病人加入照護方案比率
人工膝關節置換手術	表層感染率
	深部感染率
	出院後 30 日內因相關問題再入院率
子宮肌瘤手術	子宮肌瘤手術當次住院日數大於七日比率
	子宮肌瘤手術後 14 日內有相關器官之損傷發生率
	子宮肌瘤手術後 14 日內有相關器官之徵候發生率
	子宮肌瘤手術後 14 日內，因該手術相關診斷再住院率
透析治療	血液透析效率(Kt/V)檢查比率
	血液透析血清白蛋白(Albumin)檢查比率
	血液透析血球比容(Hct)檢查比率
	血液透析瘻管重建率
	腹膜透析效率(Weekly Kt/V)檢查比率
	腹膜透析血清白蛋白(Albumin)檢查比率
	腹膜透析病患血球比容(Hct)檢查比率
消化性潰瘍	消化性潰瘍病患接受除菌藥物治療比率

疾病/手術別	治療成果指標項目
	消化性潰瘍病患開始治療 1 年內有用口服抗發炎劑比率
氣喘病	氣喘病人加入照護計畫比率
	氣喘病人出院後 14 天內再入院比率
	喘病人開立類固醇藥物吸入劑比率

(資料來源：全民健康保險醫療品質資訊公開網，<http://www.nhi.gov.tw/mqinfo/index.aspx>)

1.2 國家醫療照護品質量測系統之展望

根據四項品質政策白皮書之建議與現行品質相關政策之內容，委員會歸納目前可立即著手進行的內容，便以建構國家醫療照護品質量測系統之任務為主軸，初期之目標工作重點如下：

壹、粗構國家醫療品質量測系統之架構

由各國經驗得知，在建立醫療品質量測系統的同時，會發展適合本國制度與國情的量測架構作為衛生主管機關與相關品質主管機構、全國醫療照護機構遵循的共同標準架構，同時也以此架構作為醫療品質指標收集、彙整、分析與應用之工具，且在此架構下亦能檢視國家品質量測的優先順序。因此，優先粗構國家醫療品質量測系統架構，作為各方討論相關醫療品質議題時一致之工具。

貳、篩選國家醫療照護品質指標，建立可課責之品質量測系統

如同國外的經驗一般，我國也存在不同的組織根據其特殊目的分別發展不同的品質監控與指標系統，缺乏一套一致的國家標準可供比較參考。有鑑於此，在粗構國家醫療品質量測系統之架構後，依據此國家架構選擇適當之品質量測指標，作為國家醫療照護品質的核心指標，成為能夠量化的測量工具，此測量工具進一步透過資料收集分析，形成有用的資訊，再透過醫療品質資訊之應用與公開，作為對醫療機構專業課責(professional accountability)、促進以醫療品質競爭為導向的環境，同時也形成提升醫療照護品質與病人安全的政策工具。

參、建立國家醫療系統性落差指標

除了建立可課責之品質量測系統，對醫療機構進行專業課責之外，也須檢視政府實現品質承諾或顯現政府課責度(public accountability)。因此，需要建立國家醫療系統性落差的資訊來源，作為政府課責之基礎，同時也可以此資訊檢視我國健康照護系統之效能。這也呼應了中研院醫療保健政策建議書中所提到的健康照護品質的確保與提升，須以減少區域落差，兼顧質量均衡為目標。這也就是建立可課責之品質量測系統中，實現政府課責的部份。

肆、建議設立國家健康照護品質資訊溝通平台，品質提升數位基礎架構

透過資訊平台之建立，彙整與流通品質資訊，使醫療專業具有專業課責度、政府具有治理之課責度，而民眾醫療消費之疑慮得以紓解。為達到醫療品質資訊之收集就政府對醫療照護品質提升的責任上，政府應該負起建立這些品質資訊平台，實踐國家品質政策之承諾，以提升國家之醫療體系成效。並以此鼓勵醫院進行醫療資訊系統之更新，作為品質提

升數位基礎架構，而這正呼應中研院醫療保健政策建議書所提到中提升醫院資訊能力，改善品質資料之收集。未來以此作為發展品質課責(accountability)、品質改善(improvement)的量測系統、建立人口學系統落差指標、以及提升醫療照護品質數位系統基礎設施為目標。

伍、 建構國家品質資訊平台與量測系統之原則

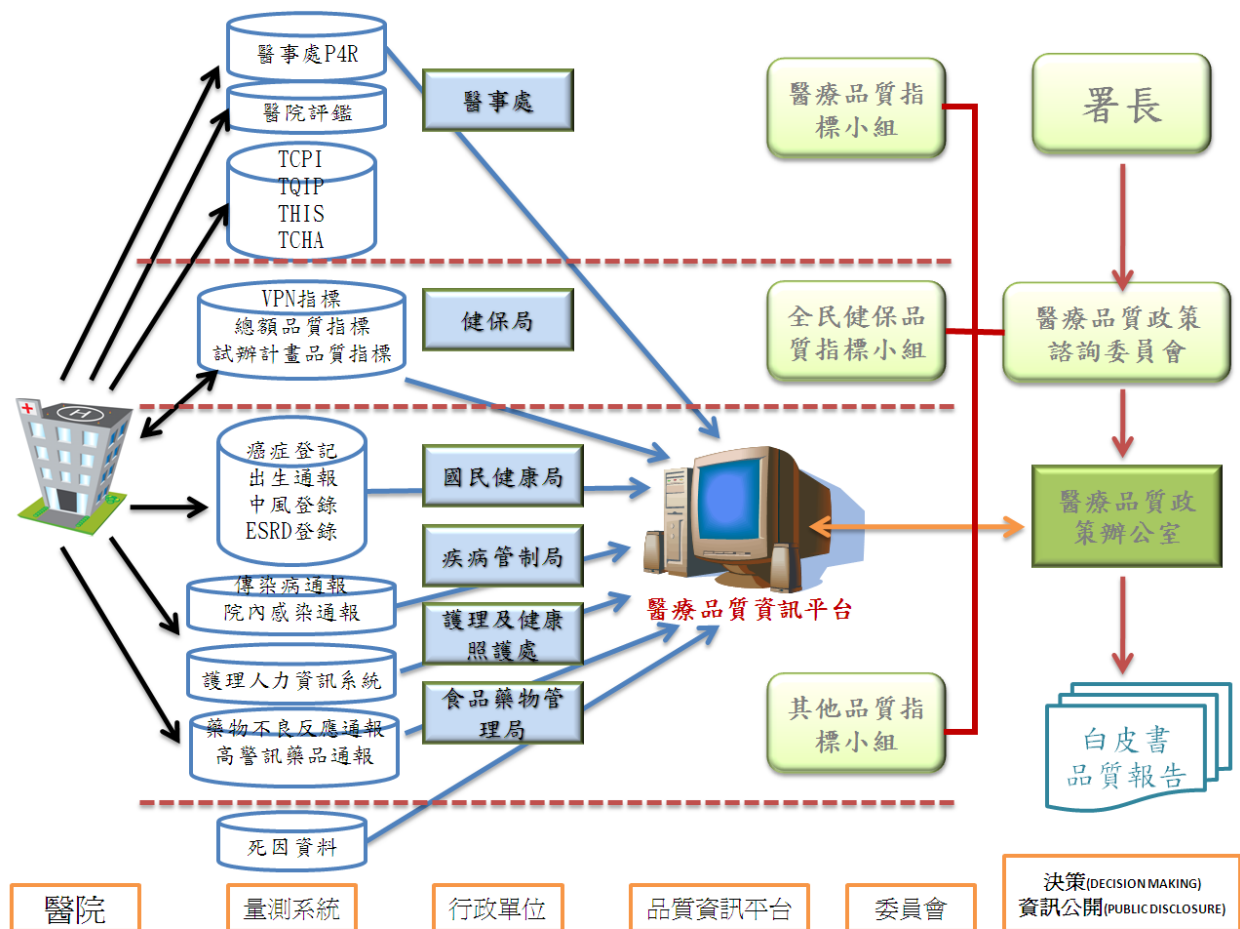
建構國家品質資訊平台與量測系統，除了須有足夠之行政資源推動建立軟、硬體基礎設施外，最重要的醫療品質資料的取得來源，還是必須回到衛生署內各業務單位負責品質量測系統資料與個別醫療機構提供的品質資料。為避免造成原業務單位之衝擊及對個別醫療機構品質管理上形成負擔，同時也設定該系統須能夠對醫療品質改善有所助益。委員會設定了當前建構資訊平台與量測系統的原則：

- 一、 不干擾各單位既定政策、不增加原測量負擔。
- 二、 找出適合且具代表性的品質測量指標。
- 三、 制定檢討機制，隨時修正指標與量測系統內容。
- 四、 適時回饋醫院適當的資料(有明確定義的分母)。

陸、 國家品質資訊平台與量測系統可能之使用者

國家品質資訊平台與量測系統應具備的功能之一為各相關人士之品質資訊溝通平台，讓政府、醫療照護供給者及消費者/病人三方面有統一的品質資訊。因此，最終的使用者將包含：

- 一、衛生署：醫事處、護理及健康照護處、中央健保局、國民健康局、食品藥物管理局、疾病管制局。
- 二、醫療供給者：醫院、院長、品質部門主管、醫師。
- 三、病人或一般民眾。



(資料來源：醫療品質政策辦公室)

圖 1.2-1：國家醫療品質資訊平台之架構

參考文獻

Donabedian A. (1980) The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Chicago: Health Administration Press,

INSTITUTE OF MEDICINE. (1990). MEDICARE: A Strategy for Quality Assurance. Washington D.C.: NATIONAL ACADEMY PRESS.

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: NATIONAL ACADEMY PRESS.

和信治癌中心醫院(92 年)。國家醫療品質政策白皮書(草案)。白皮書，和信治癌中心醫院。

行政院二代健保規劃小組. (93 年)。行政院二代健保規劃小組總結報告。總結報告。

賴美淑，鍾國彪，陳敦源，廖薰香(95 年)。中央衛生主管機關在提升醫療品質及保障病人安全方面之角色與功能。期末報告。

中央研究院(98 年)。醫療保健政策建議書。中央研究院報告。

第二章 運作方式與規劃歷程

本章就「行政院衛生署醫療品質政策諮詢委員會」之運作方式及「醫療品質政策白皮書」之規劃與編撰歷程進行描述。

2.1 運作方式

本節說明委員會之沿革與組成、運作與幕僚作業、目標與議題設定以及品質任務與指標之選擇流程等。

2.1.1 委員會沿革與組成

醫療品質一向是健康照護體系的焦點議題，如何評估與監督醫療品質，更為各界一致關心。近年來，醫療品質焦點逐漸轉向以病人為中心、強調病人安全為主的醫療服務。國際上，病人安全亦是世界衛生組織及歐美國家近年最重視的議題。在台灣，衛生署對於醫療品質提升以及病人安全的議題也相當重視，陸續成立與品質議題相關之委員會。

壹、醫療品質及病人安全委員會

衛生署為研議全國醫療品質政策方針，加強推動醫療品質提升相關計畫及教育訓練，於 87 年設置「醫療品質委員會」，另為減少醫療疏失之發生，維護病人安全，於 92 年邀集產官學界相關專家學者，另外成立國家級「病人安全委員會」。

為裨益醫療品質推動與落實病人安全，於 95 年將兩個委員會合併為「醫療品質及病人安全委員會」，擔負研議醫療品質與病人安全政策制定、年度方針、策略推動與輔導以及相關計畫審議等任務。

貳、全民健康保險醫療品質委員會

二代健保規劃中建議成立之品質專責機構，衛生署於 94 年 12 月邀集各界專家成立「全民健康保險醫療品質委員會」，以作為實踐二代健保醫療品質改善的先驅規劃編組，其任務為：整合醫療專業、病友團體及健保局之溝通平台、強化公民參與醫療品質決策的能力與管道、監督健保局落實品質承諾、提供健保品質相關資訊及推動全民健保醫療品質改善相關事項。

參、行政院衛生署醫療品質政策諮詢委員會

衛生署為求事權統一、善用各委員會功能，同時讓委員會發揮最佳的功效，於 99 年將「醫療品質及病人安全委員會」與「全民健康保險醫療品質委員會」，整併為「行政院衛生署醫療品質政策諮詢委員會」，陸續統整衛生署內包含醫政、健保及其他相關單位(護理及健康照護處、食品藥物管理局、疾病管制局及國民健康局)與醫療品質及病人安全有關之業務與政策。

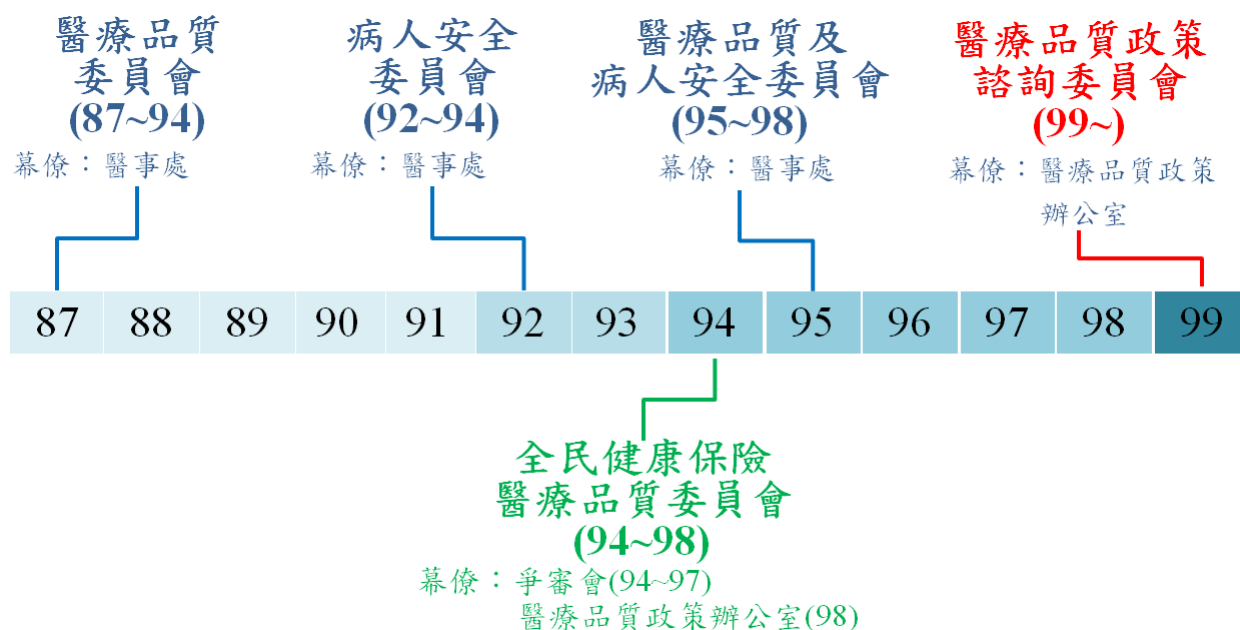


圖 2.1-1：醫療品質政策諮詢委員會之沿革

2.1.2 委員會運作與幕僚作業

醫療品質政策諮詢委員會成立於 99 年 3 月 29 日，主要任務為作為衛生署健康照護品質資訊溝通平台，提供醫療品質政策諮詢，並編撰白皮書，形成醫療品質政策之整體架構。同時作為溝通與分享如落實病人安全及醫療品質、促進醫事機構專業盡責度及落實健康照護品質資訊揭露等相關計畫之目的。

壹、委員會運作

委員會設置主任委員、副主任委員各一名及其他 18 位委員，共 20 名委員組成。由賴美淑教授擔任主任委員統籌委員會相關討論議題與運作，委員會另設有執行秘書與副執行秘書職位，分別由醫事處處長及醫療品質政策辦公室主任擔任，協助委員會幕僚行政作業。委員會依行政院衛生署醫療品質政策諮詢委員會設置要點(附錄一)規定每 3 到 4 個月召開委員大會。委員會自 99 年 6 月 4 日召開第 1 次委員會至 100 年底共召開 6 次委員大會。

委員會為順利執行交辦之業務，視工作需要得設立工作小組協助業務進行，委員會目前共成立 4 個小組，包括：醫療品質指標小組、全民健康保險品質指標小組、其他醫療品質指標小組以及醫療品質政策研議小組。委員會各小組分組及其主要任務如下：

一、醫療品質指標小組：(本小組統整之幕僚單位為行政院衛生署醫事處)

提供全國醫院有關健康照護品質監測架構建置之諮詢。根據適當性、重要性、實證性、可行性等原則，選定並評議全國醫院既有之健康照護品質核心指標，供施政參據。

二、全民健康保險品質指標小組：(本小組統整之幕僚單位為行政院衛生署中央健保局)

提供全民健康保險醫療品質管理架構之諮詢。根據適當性、重要性、實證性、可行性等原則，選定並評議全民健康保險既有醫療品質指標，供業務執行參據。

三、 其他醫療品質指標小組：(本小組統整之幕僚單位為行政院衛生署醫療品質政策辦公室)

提供醫院有關健康照護特定（衛生署醫事及全民健康保險醫療業務以外）品質管理之諮詢。根據適當性、重要性、實證性、可行性、一致性等原則，選定合宜之健康照護品質指標，進行評議。

四、 醫療品質政策研議小組：(本小組統整之幕僚單位為行政院衛生署醫療品質政策辦公室)

提供全國醫療品質政策有關整體架構、政策工具及重要議案等政策走向之諮詢。根據適當性、重要性、實證性、可行性、一致性等原則，選定並評議全國醫療品質整體政策，供施政參據。

「行政院衛生署醫療品質政策諮詢委員會」之組織架構圖詳如圖 2.1-2。詳細之小組委員組成與參與機關詳如表 2.1-1。

貳、 幕僚作業

為協助醫療品質政策諮詢委員會之運作，衛生署於 99 年 8 月 18 日成立「醫療品質政策辦公室」做為此委員會之幕僚單位，此辦公室之任務為：醫療品質政策諮詢委員會幕僚、國家醫療品質相關資料分析及運用。此辦公室與本報告相關之工作重點如下：

一、 做為醫療品質政策諮詢委員會之幕僚

協助醫療品質白皮書編撰、發展國家品質報告、品質資訊收集、建立品質資訊平台等型。

二、 台灣健康照護品質指標

醫療品質政策辦公室，依據國際經濟合作發展組織(Organisation for Economic of Co-operation and Development, OECD)健康照護品質計畫(Health Care Quality Indicator Project, HCQI)，收集我國醫療品質資料並與國際比較。已於 99 年 5 月完成「我國與 OECD 國家健康照護品質指標比較」、100 年 4 月出版「健康照護品質指標之國際與國內比較報告」。

三、 醫療照護品質議題分析

透過醫療可避免死亡及可避免住院率兩項指標評估我國醫療照護體系之成效等相關之醫療品質專題分析。「行政院衛生署醫療品質政策諮詢委員會」之組織架構圖詳如圖 2.1-2。詳細之小組委員組成與參與機關詳如表 2.1-1。

參、 協作計畫

為掌握行政效率、撙節經費支出，衛生署乃委託台北醫學大學執行「醫療品質政策辦公室協作計畫」，協助醫療品質政策辦公室推動衛生署醫療品質政策諮詢委員會及四個小組委員會之各項任務，確保相關工作順利進行。主要的工作內容：

一、 研究人力之支援

依協作計畫之內容支援包含醫院管理、公共衛生、資訊管理等專才之碩士級人力七名，協助依委員會討論之議題，進行蒐集、歸納、整理及分析相關資料、綜整相關議案以

及協助召開各項會議以及協助本白皮書內容之編纂。

二、辦理醫療品質政策發展論壇

於 100 年 9 月至 10 月間規劃辦理醫療品質政策發展分區論壇共四場，討論議題為：建構國家醫療照護品質量測系統之任務與展望、醫療品質指標在醫院之應用現況與未來規劃、衛生署現行與醫院相關通報系統的現況與未來整合、全民健康保險品質指標系統現況與展望、從病人滿意度到病人經驗之醫療品質測量等。透過分區論壇除闡述委員會規劃之白皮書架構與理念外，並收集醫院對醫療品質政策之建議(議程請詳附錄二)。論壇會後相關之建議綜整如下：

- (一) 資訊科技：建立醫療品質資料交換平台、進行資訊回饋、友善使用界面、開放原始碼及協助小型醫院。
- (二) 品質指標：品質指標以不增加醫院負擔、簡化指標、指標精進、指標真正應用於品質改善以及滿足特殊需求之指標。
- (三) 科學基礎：進行指標資料完整性、正確性驗證、發展嚴重度校正技術、發展與推廣病人經驗之品質量測工具與機制。
- (四) 專業人力與訓練：專業訓練、經驗分享。
- (五) 政策治理：籌設醫療品質專責組織。

三、辦理醫療品質國際工作坊

於 100 年 11 月辦理醫療品質國際工作坊，邀請 Vahé Kazandjian (Adjunct Professor, Johns Hopkins University)、Peter Howley (Senior Lecturer University of Newcastle, Australia)、Dr. Wenke Hwang (Associate Professor, Pennsylvania State University) 分享美國、澳洲之醫療品質政策發展經驗(議程請詳附錄三)。主要之建議內容如下：

- (一) 建構品質資訊網：建立品質資訊交換平台、建構品質資訊交換機制、規劃品質資訊回饋機制、支持醫院改善品質資訊系統。
- (二) 精進醫療品質指標：修正指標篩選之標準與機制、檢視指標之生命週期、加強品質指標之應用、增進品質資訊之知識管理。
- (三) 推動科學證據：發展本土化之風險校正工具、審查指標資料之完整性與正確性、建立指標之科學證據、導入指標異常之根本原因分析。
- (四) 促進專業精進：推廣病人經驗調查機制與發展相關工具、支持品質改善從業人員之專業訓練、促進標竿學習與分享。

四、執行醫院品質管理調查

分別於 100 年 11 月至 12 月執行「醫院領導者對品質的態度調查」及 100 年 8 月至 10 月執行「醫療品質量測系統運作狀況調查」，以收集了解我國醫院領導者對醫療品質之態度與醫療品質量測系統在醫院之運作現況資料。相關之調查結果呈現於本白皮書第三章第二節及第四章第六節。

本署醫療品質政策諮詢委員會組織架構

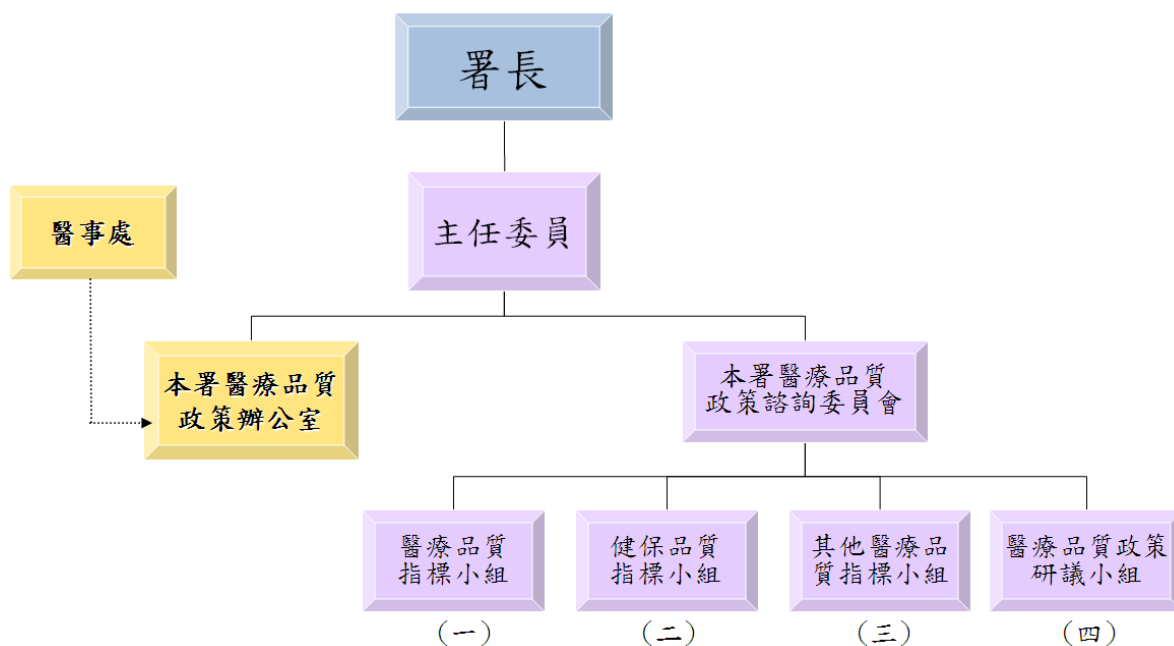


圖 2.1-2：醫療品質政策諮詢委員會組織架構圖

表 2.1-1、行政院衛生署醫療品質政策諮詢委員會組織架構與任務

99 年 6 月 4 日本會 99 年第 1 次會議通過

99 年 9 月 23 日奉核修訂；並自 99 年 8 月 1 日實施

各小組共同任務：（期程：99 年至 100 年）

一、作為衛生署健康照護品質相關工作之資訊溝通平台，針對既有資料研議具體可行之醫療品質政策，以提供諮詢。

二、共同編撰本會「醫療品質政策白皮書」，形成醫療品質政策之整體架構。

三、溝通與分享相關計畫之目的：

（一）落實病人安全及醫療品質。（二）促進醫事機構專業盡責度。（三）落實健康照護品質資訊揭露。

順序	分組	主要任務	小組成員					統整單位 (機關)	工作小組工作項目
			小組召集人	小組副召集人	本會委員	本署參與單位(機關)	專家學者或專業團體		
1	醫療品質指標小組	1.提供全國醫院有關健康照護品質管理架構建置之諮詢。 2.根據適當性、重要性、實證性、可行性等原則，選定並評議全國醫院既有之健康照護品質核心指標，供施政參據。	陳昱瑞委員	李偉強委員	(1)黃富源副主任委員、(2)李偉強委員、(3)林敏雄委員、(4)張聖原委員、(5)郭守仁委員、石崇良執行秘書	醫事處、醫療品質政策辦公室、健保局、健康局、疾管局、食品藥物管理局、照護處	視議題適時加入	醫事處	1.以醫療服務體系為基礎，蒐集、歸納、整理及選擇既有之醫院針對健康照護品質核心指標(搭配醫院評鑑持續性監測指標，包括品質指標通報、獎勵誘因、建立品質改善制度)。 2.設定全國醫院針對健康照護品質核心指標監

順序	分組	主要任務	小組成員					統整單位 (機關)	工作小組工作項目
			小組召集人	小組副召集人	本會委員	本署參與單位(機關)	專家學者或專業團體		
									測面向之優先順序。
2	全民健康保險品質指標小組	1.提供全民健康保險醫療品質管理架構之諮詢。 2.根據適當性、重要性、實證性、可行性等原則，選定並評議全民健康保險既有醫療品質指標，供業務執行參據。	陳明豐委員	曲同光委員	(1)黃富源副主任委員、(2)曲同光委員、(3)李玉春委員、(4)李伸一委員、(5)陳玉枝委員、(6)戴桂英委員	醫療品質政策辦公室、健保小組、爭審會、健保局	視議題適時加入	中央健康保險局	1.以支付體系為基礎，蒐集、歸納、整理及選擇全民健康保險既有醫療品質管理措施與品質指標（包括支付誘因、品質監控、審查查處與爭議審議等）。 2.設定全民健康保險醫療品質指標監測面向之優先順序。
3	其他醫療品質指標小組	1.提供醫院有關健康照護特定（本署醫事及全民健康保險醫療業務以外）品質管理之諮詢。 2.根據適當性、重要性、實證性、可行性、一致性等原則，選定合宜之健康照護品質指標，進行評議。	李玉春委員	鍾國彪委員	(1)賴美淑主任委員、(2)曲同光委員、(3)楊秀儀委員、(4)蔡宛芬委員、(5)鍾國彪委員、龐一鳴副執行秘書	醫療品質政策辦公室、照護處、健康局、疾管局、食品藥物管理局	視議題適時加入	醫療品質政策辦公室	1.以業務或研究計畫為基礎，蒐集、歸納及整理本署相關單位(機關)年度推動有關醫院病人安全及照護品質相關計畫，據以發展品質指標等工具運用之可行性。 2.協調本署各單位(機關)處理本小組評議結果相關事宜。

順序	分組	主要任務	小組成員					統整單位 (機關)	工作小組工作項目
			小組召集人	小組副召集人	本會委員	本署參與單位(機關)	專家學者或專業團體		
4	醫療品質政策研議小組	1.提供全國醫療品質政策有關整體架構、政策工具及重要議案等政策走向之諮詢。 2.根據適當性、重要性、實證性、可行性、一致性等原則，選定並評議全國醫療品質整體政策，供施政參據。	鄭守夏委員	李伸一委員	(1)賴美淑主任委員、(2)李伸一委員、(3)李淑娟委員、(4)陳金玲委員、(5)游開雄委員、(6)楊秀儀委員、(7)蔡宛芬委員、(8)戴桂英委員、石崇良執行秘書、龐一鳴副執行秘書	照護處、健保小組、健保局、健康局、疾管局、食品藥物管理局、醫事處、醫療品質政策辦公室	視議題適時加入	醫療品質政策辦公室	1.以本會各小組工作成果為基礎，有系統地蒐集、歸納、整理及選擇本署既有健康照護品質相關計畫、政策問題(包括醫院、基層醫療以及有關藥害救濟委員會、醫師懲戒委員會等優先議題)，據以評估與形成政策工具(包括醫政管理與法規命令、醫院評鑑、健保特約與支付等)，並回饋本會各小組。 2.設定全國醫療品質整體政策實施建議之優先順序。

2.1.3 目標與範圍設定

壹、目標

「醫療品質政策諮詢委員會」成立之主要任務：作為衛生署健康照護品質資訊溝通平台，提供醫療品質政策諮詢，並編撰白皮書，形成醫療品質政策之整體架構。

委員會參酌歷次醫療品質相關之白皮書與政策建議，同時對照目前衛生署在醫療品質的政策內容，發現目前我國存在許多醫療品質相關之量測系統，但無有效之整合，徒然增加醫療院所在管理上之負擔，同時也無法反映我國當前醫療品質之現況與醫療照護體系之效能。因此有必要建構一套整合之品質量測系統，作為國家級醫療體系成效量測系統，以反應我國當前醫療照護體系之成效與品質現況。而在建構國家級整合之品質量測系統之第一步驟，便是從既有的量測指標中整合選取，及配合新指標的建構。

由既有指標的整合選取，作為建構國家醫療照護品質量測系統的初步工作。而由建構國家醫療照護品質量測系統到設立國家級之醫療品質資訊平台，作為醫療品質資料交換、分析、整合、資訊回饋平台。

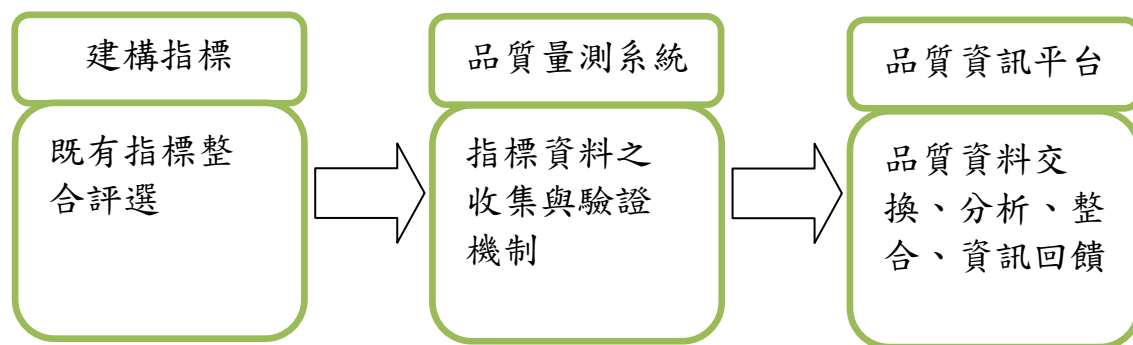


圖 2.1-3：品質資訊平台建構水流模式示意圖

設立國家醫療品質資訊平台目標是希望透過此平台，對醫療品質資訊進行收集、回饋、揭露與應用，讓醫療專業機構主動提報相關的品質資訊與績效；透過回饋機制，讓醫院以標竿學習作為改善的基礎，實現專業課責；讓保險人可應用可靠之品質資訊，將績效的測量結合給付設計，作為論質計酬修訂的參考。讓民眾可透過品質資訊之揭露增進消費者對於醫院與醫師的了解與信任，形成正確的口碑；讓生病的民眾，提供較具有差異性的資訊。讓主管機關可透過國家醫療品質資訊平台之資訊，整合調整相關品質政策，達到政府治理之課責。

因此，委員會及幕僚單位規畫建構國家醫療照護品質量測系統，作為可課責之品質量測系統，同時作為醫療品質提升之數位基礎架構。委員會認為將醫療品質資訊，透過資訊回饋或資訊公開等機制，可以讓不同的對象有不同之應用，如醫療機構之專業課責、政府治理、透過品質進行市場競爭以及民眾提高資訊透明度等，而能產生後續之正面影響，如醫療品質之改善、健康照護體系效能之提升以及增進群體健康等。

資訊 (Content)	機制 (Mechanism)	應用 (Application)	影響 (Impact)
醫療品質資訊	回饋(Feedback) 分享(Share) 公開(Disclosure)	課責(Accountability) 治理(Governance) 競爭(Competitions) 透明度(Transparency)	品質改善 (Quality Improvement) 健康照護體系效能提升 (Health care system performance) 增進群體健康 (population status)

圖 2.1-4：醫療品質資訊應用流程圖

貳、範圍

整個健康系統中限制在健康照護系統下，而健康照護系統下則聚焦在醫療品質之改善。

「醫療品質政策諮詢委員會」成立之任務之一為「形成醫療品質政策之整體架構」，委員會參酌 OECD 所採用之健康系統效能評估架構（如圖 2.1-8），將全體國民健康的影響因素因素區分為「非醫療照護層面」與「醫療照護層面」；「非醫療照護層面」之影響因素，包含個人生活型態、個人宿主因素、社會經濟狀態及環境等，而在「醫療照護層面」則以追求健康照護體系效能為主，將照護的維度分為三大構面：品質改善、提升可近性、成本控制等，其中品質改善分成有效性、病人安全、以病人為中心等三大品質面向，做為改善整體醫療照護體系之效能，進而提升群體之健康。

委員會考量「非醫療照護層面」上，有部分影響因素如生活型態等並非醫療照護體系容易影響與介入改善的，因此將焦點關注在「醫療照護決定層面」上，期望透過改善整體醫療照護體系之效能，進而提升全體國民之健康。

在此架構下，照護的維度分為三大構面：品質、可近性與成本控制。委員會考量我國目前實施之全民健保制度，大幅改善民眾就醫之可近性，同時也在此制度下，使得成本與支出間保有一定程度之效率情況下，提升整體醫療照護品質，則是增進醫療照護體系效能中重要且存在可改善空間的構面。

然而，單就靠著追求改善醫療照護品質，以期望透過提升醫療照護體系效能，是無法達到改善群體國民之健康，主要原因為影響健康的因素中，「非醫療照護層面」之因素中社會經濟狀態或居住環境等結構性或系統性因素所造成之影響，會導致醫療品質出現系統性落差，形成照護品質公平性的問題，也會大大影響群體國民的健康。因此，構思我國整體醫療品質之政策目標時，必須兼顧提升醫療照護之品質同時又能減少因社會經濟狀態或居住環境等結構性或系統性因素所造成之影響，達到改善健康照護之不公平，進而提升群體之健康。

目前我國主要提供醫療照護之機構，概分為醫院及診所兩類，回顧現行醫療品質量測系統中，包含醫院評鑑指標、持續性監測項目、專業醫療協會之 TCPI、TQIP、THIS、TCHA²以及健保醫療品質指標等品質量測系統中，除了全民健保品質指標有包含少數與診

² TCPI(Taiwan Clinical Performance Indicators)；THIS (Taiwan Healthcare Indicator Series)；TCHA (Taiwan Community Hospital Association)。

所醫療品質相關之指標外，其餘的系統皆是針對醫院所設計之品質量測系統，作為醫院內部改善或外部課責之用；與診所相關之醫療品質指標，則數量稀少或是無法普遍推廣使用。

因此，委員會在確定目標為建立國家醫療照護品質量測系統時，便設定將範圍先限定在醫院相關之醫療品質任務與指標，在這既有之基礎上建立醫療照護品質量測系統。

「醫療品質政策諮詢委員會」在成立之初，便設定聚焦在健康照護體系能夠影響改善的議題，考量以現有基礎下可行之方向進行規劃建議，於是提出在醫院的層次上，透過篩選國家醫療照護品質指標及建立國家醫療照護系統性落差指標，以建構國家醫療照護品質量測系統，提供可課責之醫療品質資訊，除了運用國家醫療照護品質指標作為建立以醫療品質為競爭的照護環境的基礎外，另一方面也運用國家醫療照護系統性落差指標，以避免在品質競爭的機制下造成少數族群照護品質的落差以促進照護品質的公平性。因此，提出「建立品質競爭機制及縮小健康照護落差」為委員會整體之目標。

參、策略地圖

「醫療品質政策諮詢委員會」以「建立品質競爭機制及縮小健康照護落差」為目標，並在此目標下，著手規畫實際可行的策略，同時結合執行工作，來營造以醫療品質為競爭與縮小照護落差的照護環境，追求醫療品質改善與落實健康照護公平性的目標。為達成此目標，必須先透過建構國家醫療照護品質量測系統，提供可課責之醫療品質資訊；而為達成建構國家醫療照護品質量測系統，必須先透過整合選取建構品質量測指標。

回顧目前國內相關之醫療品質政策與做法，這些政策或做法或有不同的焦點與理論的背景，但其共通點即是存在了許多不同的醫療品質量測指標，可以作為評估品質改善之依據。

委員會在擬定整體目標下之執行策略時，也希望能透過選擇適合之品質量測指標，作為評估採用整體之目標達成之依據。因此，便以建構「國家臨床品質指標」與「系統性落差指標」為主要的執行策略。

在此執行策略下，選定適合品質量測指標，作為國家之臨床品質指標與系統性落差指標。

有了清楚的執行策略後，委員會回顧目前國內實際使用的醫療品質量測指標系統，認為我國目前並無國家醫療照護系統績效測量標準。因此各醫療品質指標系統的建立是由各醫療照護相關單位或組織，根據其特殊目的而分別發展，如醫院評鑑的指標、全民健保品質相關指標以及各專業醫療學協會所發展的品質指標量測系統等，而各單位各自發展且缺乏溝通的結果，造成品質指標過多、甚至重複的現象。因此，委員會所設定之執行工作便以彙整、篩選、檢討及替換品質量測指標等工作，期望透過這個方式，建構一套「國家臨床品質指標」與「系統性落差指標」，作為衡量我國醫療照護系統績效測量的標準，同時藉由這個標準來達成所設定的目標。

委員會所規劃的策略地圖，明確闡述委員會的整體目標為建立品質競爭機制與縮小健康照護落差，策略為建構國家臨床品質指標及系統性落差指標，透過彙整、篩選、檢討及替換品質量測指標之工作來呈現我國目前健康落差的情況及透過品質資訊之收集與分析、回饋與公開，營造品質競爭之氣氛，作為醫療照護機構改善醫療品質之動機與目標。預期二年後能夠出版「國家醫療品質政策白皮書」以及建構「國家醫療照護品質量測系統」之雛型。詳圖 2.1-5。

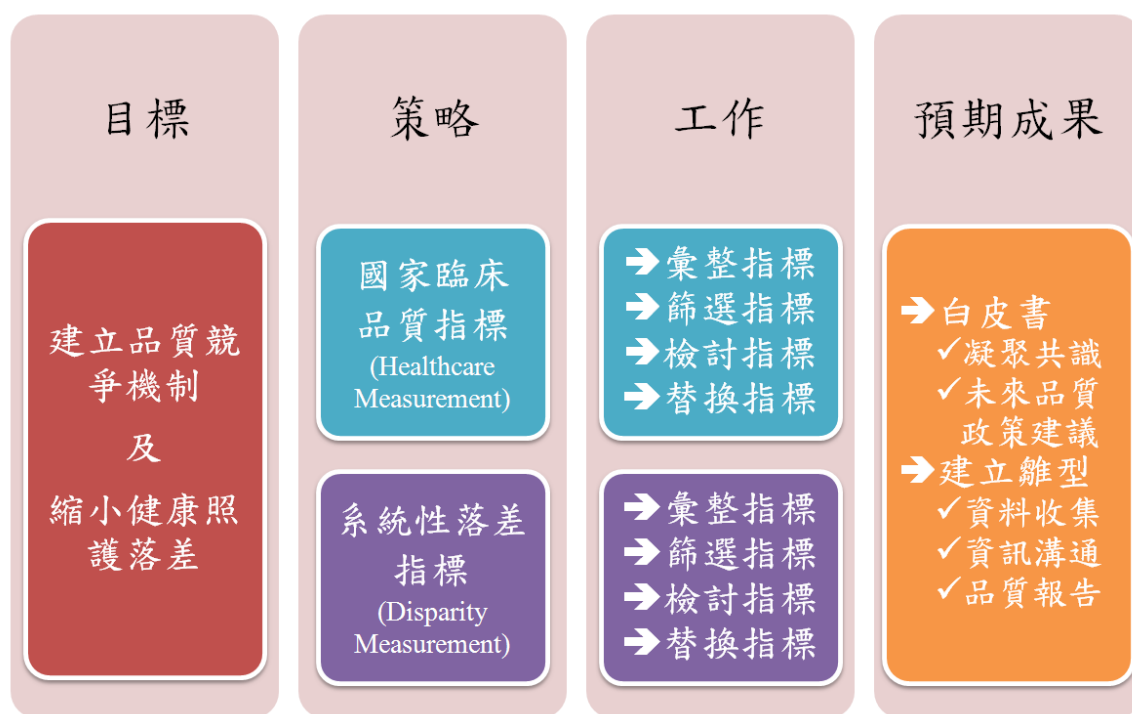


圖 2.1-5：醫療品質政策諮詢委員會之策略地圖

肆、品質量測架構

品質量測架構，成為較具體的概念，是來自西元 2001 年美國 IOM 出版的報告「Crossing the Quality Chasm」(Institute of Medicine, 2001)，該報告中提出品質改善的目標為：安全(safe)、有效性(effective)、病人為中心(patient-centered)、即時性(timely)、效率(efficient)以及公平性(equitable)等六大面向。健康照護系統若能達到這六大目標，將可更符合病人之健康照護需求。自此之後，這六大品質改善面向便成為討論健康照護之品質改善(quality improvement)與消除落差(disparities elimination)時之基本用語 (Institute of Medicine, 2010)。

品質量測架構的重要在於，當人們談論醫療品質的時候，能夠提供一個有條理且清晰的概念來描述醫療品質。它提供了品質量測、資料收集以及後續品質資訊公開的基礎。同時也在評估醫療品質與政策介入時，提供一個必須被測量之明確方向；品質架構以耐久的維度與面向，描述哪些(what)是必須被測量的，而同時有保有因時間造成測量方式(how)的差異。當一個通用的品質量測架構建立且廣泛使用時，它也可作為國與國之間醫療品質比較或不同醫療照護體系間比較之基礎架構。(Institute of Medicine, 2001)

一、美國的品质量測架構

在 IOM 出版的「Crossing the Quality Chasm」報告中提出策略性之方向，作為 21 世紀健康照護體系改革的目標，必須確保所有美國民眾獲得的照護是滿足安全、有效性、病人為中心、即時性、效率以及公平性等六大面向。強調整個健康照護體系改革的目標與架構。

隨後美國出版的國家健康照護品質報告(National Healthcare Quality Report, NHQR)與國家健康照護品質系統性落差(National Healthcare Disparity Report, NHDR)兩本報告，即以安全、有效性、病人為中心、即時性作為健康照護品質的主要面向 (Institute of Medicine, 2001)；公平性則必須橫跨安全、有效性、病人為中心、即時性等面向來評估，具有橫跨品

質面向之特質，所以將其移置在橫跨其他品質面向的位階。美國 NHQR 與 NHDR 之品質量測架構如圖 2.1-6。

Consumer Perspectives on Health Care Needs	Components of Health Care Quality			
	Safety	Effectiveness	Patient Centeredness	Timeliness
Staying healthy				
Getting better				
Living with illness or disability				
Coping with the end of life				

(資料來源：Institute of Medicine, 2001)

圖 2.1-6：美國 NHQR 與 NHDR 之品質量測架構，2001

西元 2010 年 IOM 出版了「Future Directions for the National Healthcare Quality and Disparities Reports」(Institute of Medicine, 2010)，透過這本報告找出能夠藉由 NHQR 與 NHDR 兩本報告改善的國家級優先品質改善項目，根據這個原則，針對原本之架構提出更新的版本，將原來的品質面向更新為有效性(effectiveness)、安全(safety)、即時性(timeliness)、病人/家庭為中心(patient/family-centeredness)、可近性(access)及效率(efficiency)，而將公平性(equity)與價值(value)列為橫跨這六個品質面向之位階。

Crosscutting Dimensions		Components of Quality Care	Type of Care			
			Preventive Care	Acute Treatment	Chronic condition management	
E Q U I T Y	V A L U E	Effectiveness				
		Safety				
		Timeliness				
		Patient/family-centeredness				
		Access				
		Efficiency				
		Care Coordination				
		Health Systems Infrastructure Capabilities				

(資料來源：2010NHRQ, AHRQ)

圖 2.1-7：美國 NHQR 與 NHDR 之品質量測架構，2010

二、經濟合作發展組織(OECD)的品質量測架構

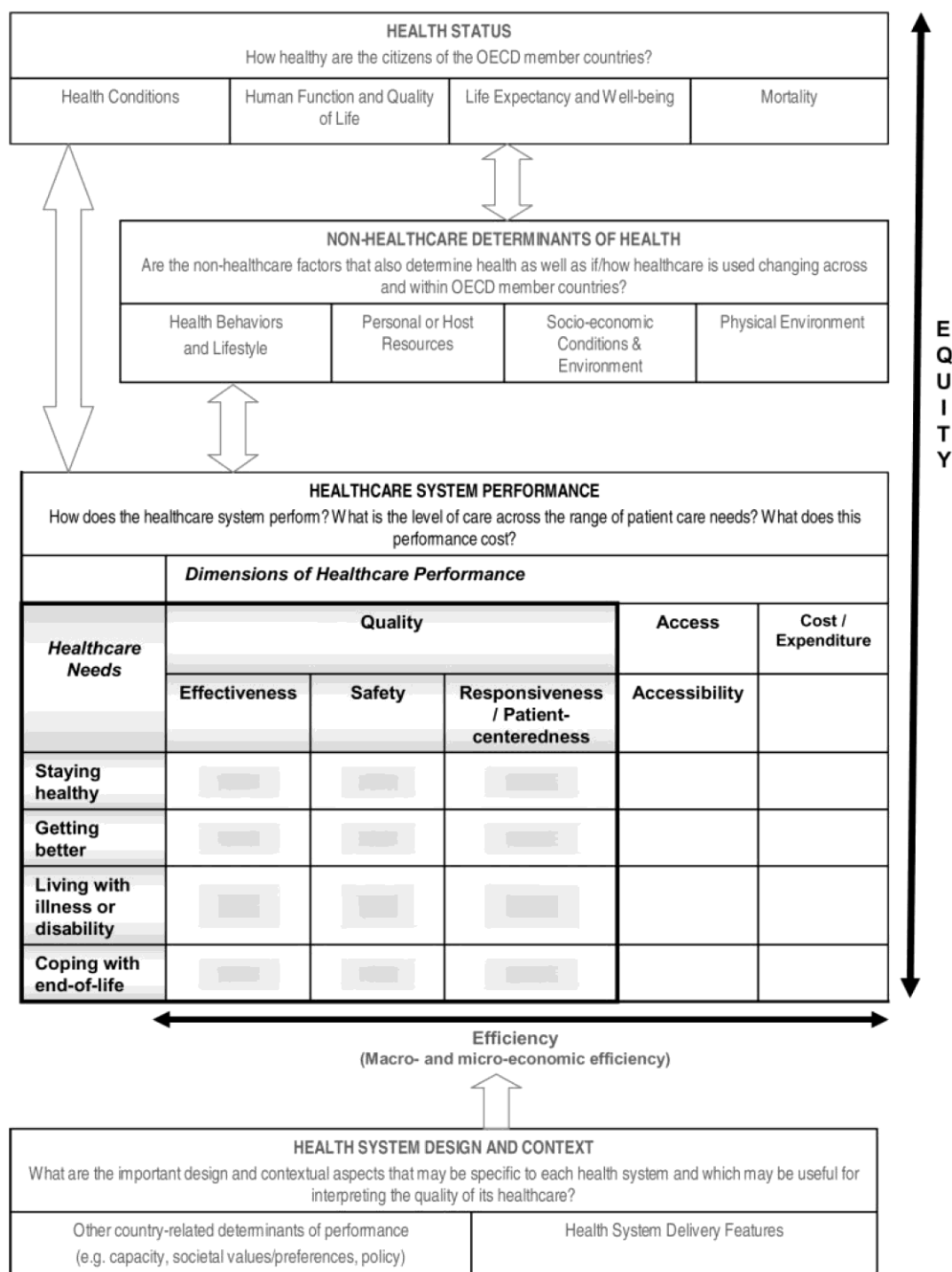
除了美國提出的國家健康照護品質架構，作為衡量健康照護品質的標準外，OECD 針對其會員國的健康照護體系效能進行跨國性的評估，也提出了一套概念性架構，作為 OECD HCQIP 中發展品質量測指標時，遵循之依據 (Arah, Westert, Hurst, & Klazinga, 2006)。OECD 所提出之概念性架構是屬於比較完整的健康系統效能評估架構，而 OECD HCQIP 則應用該架構中有關「健康照護系統效能」評估的部份，在健康照護系統的效能評估架構中，將健康照護效能的維度分成品質(quality)、可近性(access)與成本/支出(cost/expenditure)，將效率(efficiency)與公平(equity)視為跨維度之面向。現階段 OECD HCQIP 聚焦在健康照護的品質上，包含的面向為有效性(effectiveness)、安全(safety)及回應/病人為中心(responsiveness/patient-centeredness)。改善健康照護品質的同時，也需注意公平與效率。

三、醫院醫療品質量測架構

由於委員會提出在醫院的層次上，透過建構國家醫療照護品質量測系統，提供可課責之醫療品質資訊，作為建立以醫療品質為競爭的照護環境與促進照護品質公平性的基礎。

根據 Groene 等人比較 11 個醫院效能評估計畫的品質量測架構的研究，歸納醫院品質面向有臨床有效性(clinical effectiveness)、效率(efficiency)、病人中心(patient Centeredness)、安全(safety)、回應民眾(responsive governance)及人員訓練(staff orientation)等六大面向，其中有效性、效率、病人中心與安全等四個面向被最多醫院品質評估計畫所採用 (Groene, Skau, & Frolich, 2008)。

對應於美國與 OECD 所提出國家層級之醫療品質量測架構，兩者差別有二：(1)在人員訓練這個面向，對比美國與 OECD 所提出之架構，此部分在美國的架構中列屬健康系統基礎設施(health system infrastructure capabilities)，在 OECD 架構中屬健康系統之設計與架構(health system design and context)；(2)回應民眾(responsive governance)這個面向，在美國與 OECD 的架構中皆視為與病人中心(patient centeredness)相同之面向。



(資料來源：Arah, Westert, Hurst, & Klazinga, 2006)

圖 2.1-8：OECD 國家健康照護體系效能評估架構

四、台灣研究提出之品質量測架構

國內研究中也有提出類似之醫療品質量測架構，鍾國彪教授研提之臨床品質指標品質面向包含了臨床有效性(clinical effectiveness)、安全(safety)及病人中心(patient centeredness)等三個面向；而在品質指標之應用範圍則分成全院性指標與特定疾病別指標 (鍾國彪，100年)。

dimension of Quality	clinical effectiveness	efficiency	patient centeredness	safety	responsive governance	staff orientation
WIIO(PATII, 2003)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
澳洲(ACHS, 1989)	✓	✓		✓		
德國(BQS, 2000)	✓					
英國(CIST, 2000)	✓					
法國 (COMPAQH, 2003)	✓		✓			✓
美國(TJC, 1997)	✓	✓	✓	✓		
美國(QIP, 1984)	✓	✓	✓	✓		
美國(AHRQ, 1994)	✓	✓	✓	✓		
美國(CMS/TJC, 2001)	✓	✓	✓			
加拿大(OHA, 1997)		✓	✓		✓	
加拿大(CHARP, 2010)	✓	✓	✓	✓		
丹麥, 2000	✓	✓	✓	✓		
荷蘭, 2003	✓	✓	✓	✓		
瑞士, 2000	✓	✓	✓	✓	✓	

(資料來源：Groene, Skau, & Frolich, 2008)

圖 2.1-9：醫院臨床品質指標品質面向

domain of application	dimension of quality		
	Effectiveness	safety	patient centeredness
Hospital wide			
Disease Specific			
Surgery CABG, Hip/knee replacement, Hip fracture, General surgery Non-Surgery AMI, CVA, DM, Breast cancer, CAD, Hypertension, Peptic ulcer, Asthma, Child asthma, COPD, Pneumonia			

(資料來源：鍾國彪教授，發展台灣醫療品質共同加值平台計畫(鍾國彪，100 年))

圖 2.1-10：臨床品質指標品質面向與應用範圍

五、委員會提出之品質量測架構

委員會參酌美國及 OECD 的品質量測架構、國際上相關組織所使用之醫院品質量測系統架構及我國本土研究所列之品質量測架構，提出醫療品質的五大面向：安全(safety)、有效性(clinical effectiveness)、病人中心(patient centeredness)/回應民眾(responsive governance)、效率(efficiency)、人員訓練(staff orientation)。並依此五大面向訂定相關之品質政策目標與議題並挑選具國家代表性之品質指標。除了安全、有效性、病人中心/回應民眾、效率呼應了國際上對品質量測構面之趨勢外，考量本次所選定之範圍乃是在醫院之層次上建立國家級品質量測系統，故增加醫院臨床品質指標品質面向中的人員訓練這個面向。而由於現階段效率與人員訓練尚未有成熟之具體指標，初步之階段仍以安全、有效性及病人中心/回應民眾為主要之品質量測架構。同時本架構也採用鍾國彪老師之品質指標應用範圍的設計架構，將指標之應用分成全院性指標與特定疾病別指標。委員會建議之品質量測架構如圖 2.1-11。

臨床品質指標品質面向與應用範圍

domain of application	dimension of quality				
	safety	clinical effectiveness	patient centeredness/responsive governance	efficiency	staff orientation
Hospital wide					
Disease Specific					
Surgery CABG, Hip/knee replacement, Hip fracture, General surgery Non-Surgery AMI, CVA, DM, Breast cancer, CAD, Hypertension, Peptic ulcer, Asthma, Child asthma, COPD, Pneumonia					

圖 2.1-11：臨床品質指標品質面向與應用範圍

IOM 對醫療品質的定義為：「Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge.」(Institute of Medicine, 1990)

國內學者對品質提出的概念性定義為「醫療院所提供給個別病人醫療服務的等級，能與現有的專業知識及技術同步，以提升健康結果的可能性為目的」(賴，鍾，陳，& 廖，95 年)。

在此定義下，呼應委員會提出之醫療品質一個具體可操作的品質量測架構。底下就各個品質面向之定義進行說明：

安全(safety)是指「a dimension where the system has the right structures, renders services, and attains results in ways that prevent harm to the user, provider, or environment.」(Arah, Westert, Hurst, & Klazinga, 2006)。此面向相關之指標如 health care-associated infections、complications of medications。國內 99~100 年度醫療品質及病人安全工作目標及執行策略中，分別提出提升用藥安全、落實感染控制、提升手術安全、預防病人跌倒及降低傷害程度、鼓勵異常事件通報、提升醫療照護人員間溝通的有效性、鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作、提升管路安全及加強醫院火災預防與應變等。(翁惠瑛，99 年)

有效性(clinical effectiveness)是指「the degree of achieving desirable outcomes, given the correct provision of evidence-based health care services to all who could benefit but not to those who would not benefit.」(Arah, Westert, Hurst, & Klazinga, 2006)。此部份的品質量測指標包含癌症存活率、癌症篩檢率、急性心肌梗塞病人住院30日內死亡率等。

病人中心(patient centeredness)/回應民眾(responsive governance)是指「responsiveness refers to how a system facilitates people to meet their legitimate non-health expectations. Patient-centeredness captures the degree to which a system actually functions by placing the patient at the center of its delivery of health care and is increasing being measured as patient experiences of health care with emphasis on caring.」(Arah, Westert, Hurst, & Klazinga, 2006).病人中心與回應民眾常被視為相同之面向。相關之品質量測指標有病人滿意度調查與病人經驗之醫療品質測量。我國目前除各醫院進行病人滿意度調查外，也有研究單位發展住院病人經驗之醫療品質量測問卷，作為此面向之量測工具。

效率(efficiency) 是指involves finding the right level of resources for the system and ensuring that these resources are used to yield maximum benefits or results (Arah, Westert, Hurst, & Klazinga, 2006)。在可負擔的成本內能達到的最好治療效果，在國家層次上的目標為追求所投入的健康費用，仍能保持在一定的水準；在個別醫療服務的層次的目標為花費最少費用，達成預期的健康照護結果。相關之量測指標如Trends in potentially avoidable hospitalizations and costs.等。

人員訓練(staff orientation)：Staff orientation is the degree to which hospital staff are appropriately qualified to deliver required patient care, have the opportunity for continued learning and training, work in positively enabling conditions, and are satisfied with their work (Veillard, Champagne, Klazinga, Kazandjian, Arah, & Guisset, 2005)，相關之品質量測指標如人員教育訓練經費與時數等。

2.1.4 品質任務與指標之選擇流程

國內目前正在運用的醫療照護品質量測系統包括：官方所維護的如醫院評鑑之持續性監測系統、病人安全通報系統、健保局健保資訊網服務系統 (Virtual Private Network, VPN) 系統等；由專業醫學會所維護之品質量測系統如 TCPI、TQIP、THIS、TCHA 等；以及衛生署內各單位與醫療品質相關業務所衍生的品質量測系統如癌症照護品質改善、院內感染計畫等，各式品質量測系統合計包含了超過一千項以上之品質量測指標，這些為數眾多的品質量測指標反映了我國目前在指標發展上資源重複投入、缺乏一致之品質績效評估架構以及對於指標系統收集資料之事前協調整合與事後資訊回饋分享機制的不足。因此，建立一套一致且符合科學之指標評估選擇方法，篩選出適合的品質量測指標，作為代表國家整體品質量測之項目。此外，來自醫院聲音，也反應提供指標所造成的人力負擔。因此，挑選一組具有代表性且能反映目前療品質狀況之品質測量指標，便成為委員會規劃之白皮書內容中，非常重要的部份。底下分就指標彙整、指標評選之流程、指標評選之原則與方法進行說明：

壹、指標彙整

在進行指標之評選之前，必須對指標進行彙整，確認哪些指標適合納入，做為候選指標。國家醫療品質政策諮詢委員會下設有四個小組，依其分工醫療品質指標小組，負責評選有關醫院評鑑及專業醫學會所維護之品質量測指標如 TCPI、TQIP、THIS、TCHA；全民健康保險品質指標小組負責評選有關全民健保相關之品質量測指標；其他醫療品質指標小組負責衛生署內除醫政、健保以外單位品質相關任務之品質量測指標；而醫療品質政策研議小組負責研發以病人經驗為觀點之醫療品質測量。由於此次指標評選的前提，是以目前已經有的品質指標為基礎，進行整理，故醫療品質政策研議小組不進行指標彙整與評選之工作。

一、指標彙整工具：指標說明表

由於現行使用之各式品質量測系統合計包含了超過一千項以上之品質量測指標，為求各組彙整指標資料時能有一致性，醫療品質政策辦公室參考美國醫療照護研究及品質機構 (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ) 所使用之國家品質測量指標交換所 (National Quality Measures Clearinghouse, NQMC)³ 所使用之指標收集格式，訂定適合台灣國情之品質指標資料收集格式，指標說明表，作為統一彙整指標之標準格式。美國 AHRQ 的 NQMC 是一個網站為基礎的應用工具，讓醫師、健康照護提供者、整合照護提供系統、顧客以及其他有興趣人員，可在網站上搜尋到以實證醫學為基礎的醫療照護品質量測工具。

透過指標說明表，將個別指標之名稱與出處、屬性與面向、測量目標、運用方式、計算方式、資料來源、政策運用、證據性、影響性及其他等資訊整合。詳細之指標說明表，請詳見附錄四。

貳、指標評選之流程

由於醫療品質指標小組及全民健康保險品質指標小組所需負責評選的指標數量龐大且皆屬於目前正在運用的指標，為增加評選之效率，透過醫療品質指標小組委員會成立「醫

³ NQMC(National Quality Measures Clearinghouse, NQMC)是指美國 AHRQ 所建立之品質指標收集網站分享平台。<http://qualitymeasures.ahrq.gov/>

療品質指標專家工作小組」，結合國內各醫院從事醫療品質相關業務之專家共 10 位，協助有關醫院評鑑、專業醫學會所維護之品質量測指標及全民健康保險品質指標資料之蒐集與整理、篩選候選指標，並提供初步意見。由醫療品質政策辦公室負責整理相關候選指標之定義與屬性面向，提供各位專家，依指標優先順序進行排序以評選前 10 項優先推薦項目。分別於 100 年 3 月及 7 月進行指標評選工作。

其他醫療品質指標小組負責署內除醫政、健保以外單位品質相關任務之品質量測指標之評選，則是透過召開小組委員會討論的方式完成評選。首先透過小組委員會評選署內各單位(護理照護處、疾病管制局、食品藥物管理局、國民健康局)所提出與醫院醫療品質相關之業務或計畫，委員會委員依照該計畫或任務之重要性、可改善性、涵蓋性及科學證據等四個原則進行評選，評選決定納入的計畫或任務，則在進一步評選該計畫或任務項下所包含的品質指標，並依照指標的重要性、可改善性、相關性及科學證據等四個原則進行評選。決定最後的指標。醫療品質指標小組、全民健康保險品質指標小組及其他醫療品質指標小組在此階段完成了第一輪指標評選工作。

醫療品質政策諮詢委員會的三個小組完成第一輪的指標評選後，於 100 年 12 月將三組的評選出來的指標彙總後，再由「醫療品質指標專家工作小組」進行第二輪的指標評選。指標評選流程與委員會 4 個小組之任務分工，詳圖 2.1-12。

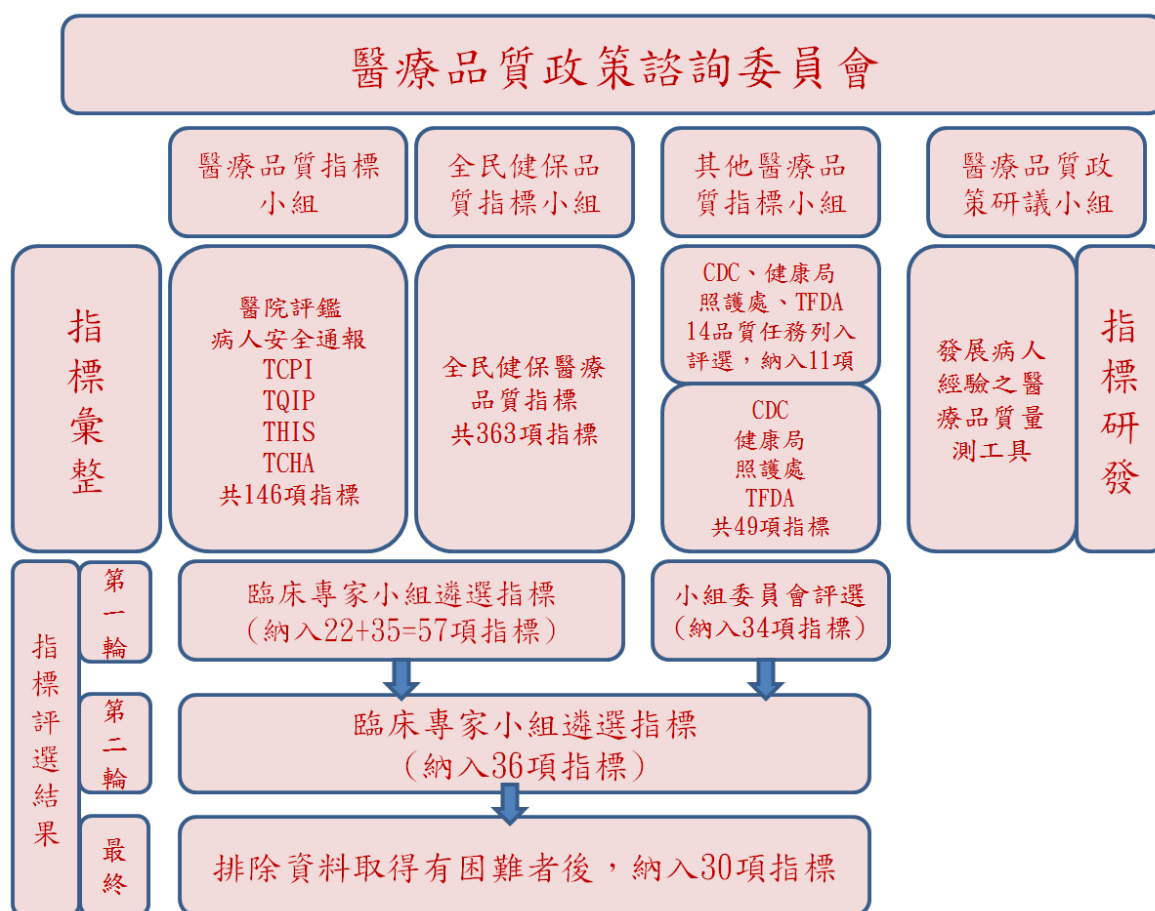


圖 2.1-12：指標評選流程與委員會 4 個小組之任務分工圖

參、指標評選之原則與方法

其他醫療品質指標小組委員會評選品質指標是先針對各單位提出之品質相關任務或計畫進行評選，再由評選納入白皮書的任務或計畫中評選出適合之品質指標。因此先介紹其他醫療品質指標小組委員會評選品質計畫或任務之原則。

一、品質計畫或任務之評選原則

其他醫療品質指標小組委員會評選品質計畫或任務之原則為重要性、可改善性、涵蓋性及科學證據等四個原則。各原則之定義如下：

原則	定義
重要性 (Impact/Importance)	本業務/計畫對病人和家屬及健康照護體系的影響程度。
可改善性 (Improvability/Actionability)	本業務/計畫對疾病、醫療照護體系、健康不平等所能提供的改善程度。
涵蓋性 (Inclusiveness)	本業務/計畫涵蓋病人、疾病、健康照護體系涵蓋的範圍。
科學證據 (Evidence Hierarchy)	本業務/計畫執行所參考的證據資料來源。

二、品質指標之評選原則

委員會委員評選品質指標之原則為重要性、可改善性、相關性及科學證據等四個原則。各原則之定義如下：

原則	定義
重要性 (Impact/Importance)	指標反映主要疾病負擔、照護費用、或決策者的優先事項的程度。
可改善性 (Improvability/Actionability)	指標可以受健康照護政策或健康照護提供系統介入影響的程度。
相關性 (Relevance)	指標可反應品質任務改善的相關程度。
科學證據 (Evidence Hierarchy)	本指標所參考的證據資料來源。

三、科學證據之證據等級分類如下：

A	參考的證據是來自於系統性回顧或個別的隨機對照試驗結果。
B	參考的證據是來自於系統性回顧或個別的世代研究；或結果研究；或生態研究；或系統性回顧或個別的病例對照研究的結果。
C	參考的證據是來自於病例分析的結果。
D	參考的證據是來自於專家意見或理論猜想。

四、品質任務評選方式：

「其他醫療品質指標小組」之委員根據品質計畫或任務之重要性、可改善性、涵蓋性之不同程度給予 1-5 分，高者給 5 分，其餘依此類推，計算各委員在重要性、可改善性、涵蓋性之平均分數後，再將其相加後，即為該項指標之評分合計。

各委員對於指標之重要性、可改善性、相關性評分由高至低分別為 5-1 分，計算各委

員在重要性、可改善性、相關性之平均分數後，再將其相加後，即為該項指標之評分合計。再以此評分之合計分數與證據等級搭配，決定該任務之推動等級(指標推動等級對照表)。

五、品質指標評選方式：

「其他醫療品質指標小組」之委員就評選納入白皮書的品質任務或計畫，請各單位提供該任務或計畫之品質指標作為評選之依據。根據指標之重要性、可改善性、相關性之不同程度給予 1-5 分，高者給 5 分，其餘依此類推，計算各委員在重要性、可改善性、相關性之平均分數後，再將其相加後，即為該項指標之評分合計。再以此評分之合計分數與證據等級搭配，決定該任務之推動等級(指標推動等級對照表)。

表 2.1-1、指標推動等級對照表

推動 等級	推動等級內容說明	評分 合計	證據 等級
I	委員會小組強力建議納入委員會白皮書內容。	10~15	A
II	委員會小組建議納入委員會白皮書內容。	7~9 7~15 10~15	A B C
III	委員會小組不建議納入委員會白皮書內容。	3~6 3~6 3~9	A B C
IV	委員會小組沒有充足的證據建議納入委員會白皮書內容。	3~15	D

透過品質指標的評選，確認我國未來醫療品質必須著力改善的地方，因此，指標的評選過程就必須符合一定的原則。建立一套透明且合理的指標評選機制，是這本白皮書很重要的一部份。

2.1.5 委員會大事紀

時間		分類	大事紀	政策重要性決定
起	迄			
99.3.29		大會	「醫療品質政策諮詢委員會」成立	
99.5.12		大會 會前會	召開「醫療品質政策諮詢委員會」 第 1 次委員大會會前會	本會擬設立「醫院品質指標組」、「全民健康保險品質指標組」、「其他醫療品質指標組」以及「醫療品質揭露組」等 4 組。
99.6.4		大會	召開「醫療品質政策諮詢委員會」 第 1 次委員大會	1.本會的定位為引導政策方向及提供署長諮詢。 2.小組統整單位：第 1 組-醫事處、第 2 組-中央健康保險局、第 3 組及第 4 組-醫療品質分析辦公室。 3.本會期「白皮書」之編撰，以 100 年底為完成目標。 4.「有效預防針扎之對策」及「診所醫師 85 歲或 90 歲以上，得不與健保特約」乙案，建議納入第 4 小組議程討論。 5.放寬各小組委員人數限制。
99.8.9		小組 3	召開「其他醫療品質指標小組」第 1 次會議	1.建立品質任務評估方法，請醫品辦公室收集適當性、重要性、實證性、可行性等定義，設計評估表請鍾國彪教授協助指導。 2.請參與單位提供最近三年醫院品質相關計畫內容以及主要監控指標
99.8.11		小組 1	召開「醫療品質指標小組」99 年度 第 1 次會議	1.通過本小組 99 年度及 100 年度工作重點與預定時程表。 2.本會「白皮書」編撰工作項目，由主委協調分工交工作小組作調整。
99.8.17		小組 4	召開「醫療品質政策研議小組」第 1 次會議	1.建立例行收集以病人經驗為主之醫療品質量測資料(共 4 項說明)。 2.杜絕借牌行為乙案:修訂「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」及建議醫事處責成地方主管機關辦理實際訪查。 3.有效預防針扎之對策乙案(共 2 項說明)。
99.8.18		小組 2	召開「全民健康保險品質指標小 組」第 1 次會議	1.全民健保醫療品質指標及支付誘因規劃現況之結論及建議(共 5 項)。 2.草擬 99 至 100 年度工作重點與預定時程表。 3.健保局研議：經過多家醫療院所診療未發現真正病因之病人，最

				後診斷出病因並予治療之醫師及醫療院所，獎勵之可行性。
99.11.24		大會	召開「醫療品質政策諮詢委員會」第 2 次委員大會	<ol style="list-style-type: none"> 1.本會例行常規業務如每年出版 national healthcare quality report，即以問題為導向的探討方式。 2.各小組討論時，請將延續性整理、IOM 六大目標及問題導向重點納入。 3.有關系統落差任務是提供給行政系統，目前以現有資料先行整理。 4.本會以擬定指標定位方向、諮詢方式提供為要務；並以問題聚焦的方式，作為指標選取的依據。
99.12.27		小組 2	召開「全民健康保險品質指標小組」第 2 次會議	<ol style="list-style-type: none"> 1.有關「研議獎勵方案以獎勵...病人並予治療之醫師及醫療院所」乙案，因操作型定義尚難明確，故難以設計獎勵方案。 2.增加糖尿病執行率公布頻率，增列「糖尿病人加入照護方案比率」1 項 3.總額協商院所別醫療品質資訊公開指標檢討案(共 4 項建議)。 4.本類指標整體性原則決議(共 2 項)。
99.12.29		小組 3	召開「其他醫療品質指標小組」第 2 次會議	<ol style="list-style-type: none"> 1.關於品質指標選取原則與證據等級(共 4 項說明)。 2.有關草擬醫院健康照護品質任務評估表乙案(共 3 項說明)。 3.有關草擬醫院健康照護品質任務調查表乙案(共 3 項說明)。
100.1.12		小組 4	召開「醫療品質政策研議小組」第 2 次會議	<ol style="list-style-type: none"> 1.全民健保滿意度調查與美國 H-CAHPS SURVEY(共 4 項說明)。 2.草擬「病人經驗為觀點之醫院品質調查」具體建議:(共 4 項說明)。
100.2.23		大會	召開「醫療品質政策諮詢委員會」第 3 次委員大會	<ol style="list-style-type: none"> 1.「病人經驗為觀點之醫院品質調查」建議權責單位為醫事處，以國衛院開發之病人經驗問卷作為調查工具(共 3 項說明)。 2.請各小組依白皮書架構規劃內容編撰，並於年底前完成白皮書初稿。 3.「醫療器材不良通報」醫事處將納入醫院評鑑基準修正參考」
100.3.22		小組 1	召開「醫療品質指標小組」工作小組第 1 次會議	<ol style="list-style-type: none"> 1.有關全國醫院健康照護品質管理之指標篩選工作，請主辦單位依專家意見檢討與增修，會後 e-mail 至醫品辦公室作蒐集及溝通協調。
100.4.8		小組 1	召開「醫療品質指標小組」工作小	<ol style="list-style-type: none"> 1.全國醫院健康照護品質管理之全院性(hospital wide)及特定疾病

			組第 2 次會議	(Disease Specific)指標大類選取。
100.4.27		小組 3	召開「其他醫療品質指標小組」第 3 次會議	1.有關醫療品質政策諮詢委員會白皮書分工項目(共 4 項說明)。 2.護理人力監測資料庫建置計畫乙案(共 1 項說明)。 3.健康照護績效提升計畫乙案(共 2 項說明)。 4.照護處、疾病管制局等醫院健康照護品質任務評估依照建議修正。
100.5.25		小組 4	召開「醫療品質政策研議小組」第 3 次會議	1.「病人經驗為觀點之醫院品質調查」進度報告(共 3 項說明)。 2.醫療品質政策諮詢委員會白皮書分工項目(共 2 項說明)。 3.前次會議政策建議議題追蹤進度(共 3 項說明)。 4.「我國醫療品質政策白皮書，第三章醫療照護品質政策:我國與國際經驗比較」之規劃:請鍾國彪、楊秀儀、陳金玲等委員與鄭守夏召集人，成立工作小組負責協助此部分撰寫，由鍾國彪委員擔任主席。 5.「我國醫療品質政策白皮書，第五章系統落差指標報告」之規劃:(共 2 項說明)。
100.6.1		小組 3	召開「其他醫療品質指標小組」第 4 次會議	1.關於全國藥品不良反應通報系統計畫，請食品藥物管理局補充醫院 performance 有多少與 drug 有關，並且說明醫院通報藥品不良反應為何為 positive 指標。 2.有關發展糖尿病健康促進機構乙案，請國民健康局提供委託衛教學會執行的成果報告書(99 年)。 3.食品藥物管理局、國民健康局等醫院健康照護品質任務評估建議:(共 1 項說明)。
100.6.1		小組 2	召開「全民健康保險品質指標小組」第 3 次會議	1.本會第 2 次小組會議結論事項辦理情形(共 2 項說明)。 2.「我國醫療品質政策白皮書，第三章醫療照護品質政策:醫院醫療品質管理組織及醫院醫療品質政策」之大綱規劃:編纂與健保相關之醫院醫療品質管理相關組織及醫院醫療品質，內容大綱如下(共 3 項說明)。
100.6.8		大會	召開「醫療品質政策諮詢委員會」第 4 次委員大會	1.未來各單位依照品質辦公式所提供之標準化白皮書品質指標資料收集格式，提供品質指標的相關內容。 2.請品質辦公室就健康照護品質指標資料收集架構部分內容，再與

				鍾國彪老師研議及修正。
100.7.27		小組 3	召開「其他醫療品質指標小組」第 5 次會議	1.請國健局提供:「母嬰親善醫療院所認證作業計畫」、「醫院癌症醫療品質提升計畫」、「門診戒菸治療服務計畫」及「兒童預防保健提升計畫」之評估指標相關內容。 2.國民健康局醫院健康照護品質任務評估建議(共 3 項說明)。
100.8.24		小組 4	召開「醫療品質政策研議小組」醫療品質系統落差專家小組第 1 次會議	1.規劃我國醫療品質政策白皮書第五章-系統性落差報告之系統性落差指標之分類與內容(共 3 項說明)。
100.8.25	100.9.3		參訪美國 AHRQ	以瞭解前瞻性醫療品質與病人安全之政策，促進我國與美國衛生界對品質績效量策指標系統、醫療品質改善、健康落差與不平等、論質計酬等醫療品質提升之實務與經驗交流，並吸取健康照護政策新知。
100.9.21		小組 3	召開「其他醫療品質指標小組」第 6 次會議	1.成人預防保健服務 (共 3 項說明)。 2.5 歲以下兒童牙齒塗氟服務(共 2 項說明)。 3.孕婦產前檢查(共 2 項說明)。 4.國民健康局醫院健康照護品質任務評估建議(共 2 項說明)。
100.9.23		小組 1	召開「醫療品質指標小組」第 3 次會議	1.醫療品質政策諮詢委員會白皮書辦理情形。 2.討論辦理醫療品質績效量測指標管理中心。 3.討論「101 年醫療品質及病人安全工作目標」。 4.基層醫療院所訪查規劃。
100.9.28		大會	舉辦「醫療品質政策諮詢委員會」第 5 次委員大會	1.「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」草案規劃應以民眾能了解的方式及內容呈現。 2.白皮書對國家政策架構之建議(共 3 項說明)。
100.9.29		論壇	舉辦「全國醫療品質政策發展分區論壇-台北區」	地點:台北醫學大學共 132 人參加。
100.10.13		論壇	分區論壇-南區	地點:嘉義長庚醫院，共 158 人參加。
100.10.18		論壇	分區論壇-北東區	地點:林口長庚醫院，共 103 人參加。

100.10.20		論壇	分區論壇-中區	地點:台中澄清醫院中港院區，共 122 人參加。
100.11.1	100.11.4	工作坊	舉辦「國家健康照護品質測量與公眾報告國際工作坊」	地點:台北醫學大學，共 85 人參加。
100.11.9		小組 3	召開「其他醫療品質指標小組」第 7 次會議	<ol style="list-style-type: none"> 1.重新檢視品質任務與品質指標的科學文獻，並將證據性等級再審視。 2.重新修正定義及檢視各單位品質指標說明表，確認填寫內容適當性。 3.請疾管局、食品藥物管理局、國民健康局：依照委員建議修正計畫內容。 4.糖尿病健康促進機構推展計畫—建議增加全院參加全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案照護率指標。 5.母嬰親善醫療院所認證計畫—建議不納入 6 個月純母乳哺育率指標。 6.指標評選結果(共 9 項說明)。
100.12.14		小組 3	召開「其他醫療品質指標小組」第 8 次會議	<ol style="list-style-type: none"> 1.成人預防保健服務—成人預防保健服務利用率指標的科學文獻重新檢視，並將科學證據性之等級再審視，指標之分子定義修正為人數。 2.孕婦產前計畫—建議修正孕婦產前檢查利用率之分母定義及增加三階段分程產檢率指標；將低體重新生兒出生百分比及早產兒出生百分比分為兩項個別指標評選。 3.5 歲以下兒童牙齒塗氟保健服務—建議增加其利用率指標。 4.指標評選結果(共 6 項說明)。
100.12.21		大會	舉辦「醫療品質政策諮詢委員會」第 6 次委員大會	<ol style="list-style-type: none"> 1.白皮書工作期程與進度報告：(1)請醫療品質政策辦公室彙整各委員意見，並修訂文字內容。(2)白皮書初稿完成後，完稿內容先請委員們參閱，並上網公開及徵求各方意見，再做最後定稿。

2.2 規劃架構與歷程

2.2.1 規劃架構

依據上節所述之策略地圖，委員會及幕僚單位規畫了「醫療品質政策白皮書」的架構，以建構國家醫療照護品質量測系統為目標，期盼此系統能建立可課責之品質量測系統及品質提升數位基礎架構。援此，將白皮書之章節規畫為：

第一章背景，闡述目前醫療照護服務品質政策環境、未來應發展品質課責(accountability)、品質改善(improvement)的量測系統、建立人口學系統落差指標、以及提升醫療照護品質數位系統基礎設施為目標。

第二章運作方式與規劃歷程，說明委員會任務及各小組運作情形、報告書之規劃歷程及規劃架構與方法。

第三章醫療照護品質政策，說明醫院醫療品質管理相關組織、醫院醫療品質政策、我國與國際發展經驗比較、病人經驗為觀點之醫療品質測量之發展介紹。

第四章醫院醫療照護品質量測系統及運用，說明現行醫療照護品質量測機制、項目、資料來源、資訊運用與公開情形。本章並將呈現醫療品質政策諮詢委員會評選出來的臨床品質指標結果。

第五章系統落差指標，說明系統性落差指標的重要性與國際發展經驗，並提出近期我國出版系統落差報告之規劃建議。

第六章政策建議，依據第一章至第五章之具體結果編寫。

白皮書規劃架構詳圖 2.2-1。

白皮書架構

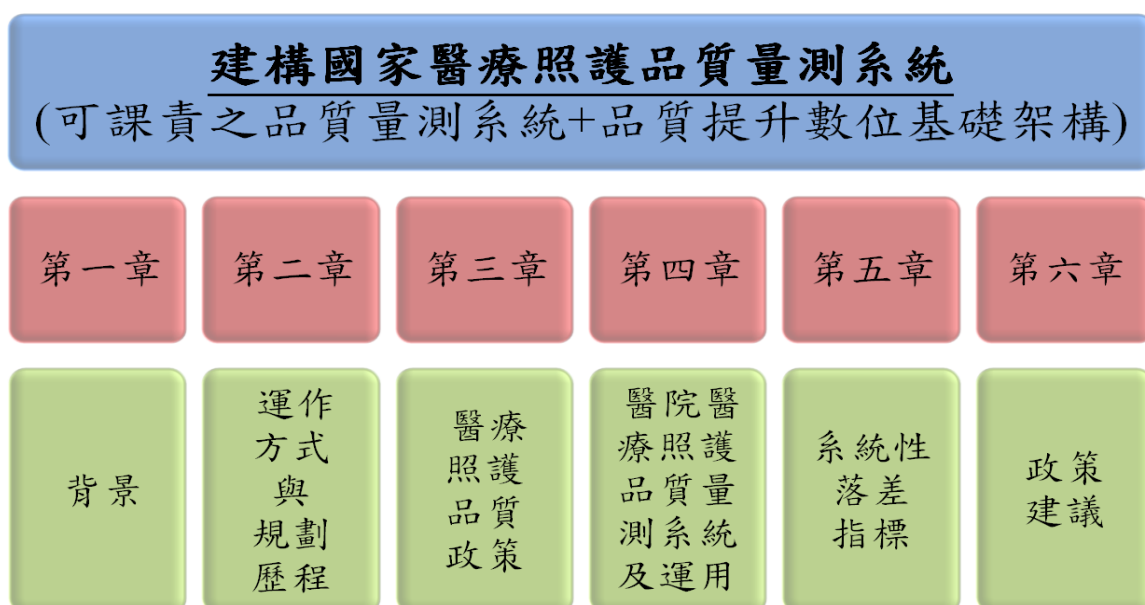


圖 2.2-1：白皮書規劃架構圖

委員會負責第一章背景、第二章運作與規劃與第六章政策建議之內容；四個小組委員會依照任務分工，分別負責相對應之章節內容。

醫療品質指標小組負責有關第三章醫院醫療品質管理相關組織中與醫政相關單位、任務或計畫之介紹及第四章中與醫院評鑑、品質通報及專業團體發展之品質量測系統；全民健保品質指標小組負責有關第三章健保制度對醫院醫療品質管理相關單位、任務或計畫之介紹及第四章全民健保品質指標量測系統；其他醫療品質指標小組負責第三章醫政、健保外署內其它單位與醫院醫療品質管理有關之政策或計畫及第四章醫政、健保管外其它衛生署業務中與醫院品質有關之通報系統及各項疾病通報系統；醫療品質政策研議小組負責第三章國際發展經驗比較、發展病人中心/回應民眾面向之品質量測工具-住診病人經驗之醫療品質量測問卷及第五章健康照護品質的系統性落差之介紹。詳細之分工請參閱圖 2.2-2 及表 2.2-1。

醫療品質政策白皮書章節內容分工

項目	大會討論	小組討論				
		醫療品質指標小組	全民健保品質指標小組	其他醫療品質指標小組	醫療品質政策研議小組	台北醫大團隊
第一章 背景	1*					
第二章 運作方式與規劃歷程	2*					
第三章 醫療照護品質政策						
(一)醫院醫療品質管理相關組織		3.1.1	3.1.2	3.1.3		
(二)醫院醫療品質政策		3.2.1	3.2.2	3.2.3		
醫院資訊基礎設施與領導者對品質的態度調查結果						3.2.4
(三)我國與國際發展經驗比較					3.3	
(四)病人經驗問卷調查					3.4	
第四章 醫院醫療照護品質量測系統及運用						
(一)醫院評鑑		4.1.1				
(二)全民健保			4.2.1			
(三)專業團體		4.3.1				
(四)品質通報		4.4.1		4.4.2		
(五)疾病別通報				4.5.1		
(六)品質量測系統運用狀況調查結果						4.6
第五章 系統性落差指標		5*				
第六章 政策建議		6*				

圖 2.2-2：醫療品質政策白皮書章節分工圖

表 2.2-1、醫療品質政策白皮書章節分工表

委員會	幕僚單位	提供資料單位	章節	整理重點
委員會 大會	醫療品質政策辦公室	醫療品質政策辦公室	第一章	陳述目前醫療照護服務品質政策環境。並提出應以發展品質課責、品質改善的量測系統、建立人口學系統落差指標以及提升醫療照護品質數位系統基礎設施為目標。
			第二章	陳述委員會任務及各小組運作情形、報告書之規劃歷程及規劃架構與方法。
			第六章	依第 1 章至第 5 章討論結果編寫具體之建議。
醫療品質指標小組	醫事處	醫事處醫策會	第三章	陳述醫政單位醫院醫療品質管理： 1. 相關設置及評鑑的規定、組織、沿革、人員與編制。 2. 策略訂定、執行、考核的方式。 3. 近期管理重點。 4. 未來發展方向。
			第四章	陳述醫政單位中與醫院評鑑、品質通報及專業團體發展之品質量測系統： 1. 陳述有關醫院品質指標系統之資料收集體系、指標的決定程序及指標應用方式。 2. 分析指標架構及其應用。 3. 分析比較及收集專家意見找出適合表現醫院醫療品質的指標。
全民健保品質指標小組	中央健保局	中央健保局	第三章	陳述健保制度對醫院醫療品質管理： 1. 相關特約、支付、審查制度的規定、組織、沿革、人員與編制。 2. 策略訂定、執行、考核的方式。 3. 申報資料的應用。 4. 近期管理重點。 5. 未來發展方向。
			第四章	陳述全民健保品質指標量測系統： 1. 陳述全民健保品質指標系統之資料收集體系、指標的決定程序及指標應用方式。 2. 分析指標架構及其應用。 3. 分析比較及收集專家意見找出適合表現醫院醫療品質的指標。
其他醫療品質指標小組	醫療品質政策辦公室	護理及健康照護處、疾病管制局、食品藥物管理局	第三章	陳述醫政、健保外署內其它單位與醫院醫療品質管理有關之政策或計畫： 1. 相關規定或計畫及其組織、沿革、人員與編制。 2. 策略訂定、執行、考核的方式。 3. 近期管理重點。

委員會	幕僚單位	提供資料單位	章節	整理重點
		物 管 理 局、 國 民 健 康 局		4. 未來發展方向。
			第四章	陳述醫政、健保管理外其它衛生署業務中與醫院品質有關之通報系統及各項疾病通報系統： 1. 資料收集體系、指標的決定程序及指標應用方式。 2. 分析比較及收集專家意見找出適合表現醫院醫療品質的指標。
醫 療 品 質 政 策 研 議 組	醫 療 品 質 政 策 辦 公 室	醫 療 品 質 政 策 辦 公 室	第三章	1. 比較美、英、澳、加等國之醫院醫療品質政策、品質專責機構。 2. 發展病人中心/回應民眾面向之品質量測工具-住診病人經驗之醫療品質量測問卷。
			第五章	說明系統性落差之背景、重要性及意涵、國際經驗。現行品質照護指標系統，如何擴充成為系統性落差報告。
	台 北 醫 學 大 學	台 北 醫 學 大 學	第三章	醫院資訊基礎設施與領導者對品質的態度調查結果。
			第四章	品質量測系統運用狀況調查結果。

2.2.2 規劃歷程

品質政策白皮書之規劃，秉持著在現有品質政策之基礎上，進行整合之基本原則，初步之目標是將目前的醫療品質量測指標進行整合，希望能夠提出一套適合我國之醫療品質指標，作為建構國家醫療照護品質量測系統的基礎，同時期盼能以此為基礎，建立可課責之品質量測系統及品質提升數位基礎架構。

白皮書初期規畫的目標，即是以找出國家級之醫療品質量測指標，作為建立可課責之品質量測系統及品質提升數位基礎架構。在此目標之下，醫療品質政策諮詢委員會規畫白皮書之歷程約可分為「品質指標收集期」、「指標彙整與評選期」、「白皮書內容編撰期」、「白皮書討論期」等四個階段：

壹、「品質指標收集期」：100 年 3 月～6 月

由醫療品質政策諮詢委員會下的四小組分工，依醫院成效量測之範疇收集現有之指標。醫療品質指標小組及全民健康保險品質指標小組成立「醫療品質指標專家工作小組」，結合國內各醫院從事醫療品質相關業務之專家共 10 位，協助有關醫院評鑑、專業醫學會所維護之品質量測指標及全民健康保險品質指標資料之蒐集與整理、篩選候選指標與評選指標。在此同時，其他醫療品質指標小組也收集衛生署內各單位(護理照護處、疾病管制局、食品藥物管理局、國民健康局)提出與醫院醫療品質相關之業務或計畫，委員會委員依照該計畫或任務之重要性、可改善性、涵蓋性及科學證據等四個原則，評選決定納入的計畫或任務。

貳、「指標彙整與評選期」：100 年 7 月～8 月

依據指標評選之原則及指標說明表之格式彙整品質指標。同時也依照指標之重要性、可改善性、相關性及科學證據等四個原則進行評選。同時間也請各單位依照白皮書規劃之章節內容，收集各單位與醫療品質相關之組織、量測系統與應用。

參、「白皮書內容編撰期」：100 年 9 月～10 月

此階段工作重點為彙總評選完成之指標以及白皮書各章節之內容，同時也開始編寫白皮書各章節之內容。

此外，也著手規劃辦理四場全國醫療品質政策發展論壇，100 年 9 月 29 日於台北區、100 年 10 月 13 日於南區、100 年 10 月 18 日於北區及 100 年 10 月 20 日於中區。

肆、「白皮書討論期」：100 年 11 月～12 月

這個階段，將白皮書之初步架構完成，並徵詢各界評論之意見。同時於 100 年 11 月 1 日辦理健康照護之國家品質測量與資訊公開國際工作坊(International Workshop on National Quality Measurement and Public Reporting in Health Care)，邀請美國與澳洲之醫療品質專家，就我國醫療品質之現況提出建議。

醫療品質政策諮詢委員會 主要工作期程規劃



參考文獻

Arah, O. A., Westert, G. P., Hurst, J., & Klazinga, N. S. (2006, September). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care* , pp. 5-13.

Groene, O., Skau, J. K., & Frolich, A. (2008, 3 13). An international review of project on hospital performance assessment. *International Journal for Quality in Health Care* , 20 (3), pp. 162-171.

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: NATIONAL ACADEMY PRESS.

Institute of Medicine. (2001). *Envisioning the National Health Care Quality Report*. Washington, D.C.: NATIONAL ACADEMY PRESS.

Institute of Medicine. (2010). *Future Directions for the National Healthcare Quality and Disparities Reports*. Washington, D.C.: The National Academies Press.

Veillard, J., Champagne, F., Klazinga, N., Kazandjian, V., Arah, O. A., & Guisset, A. .. (2005, September 9). A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *International Journal for Quality in Health Care* , 17 (6), pp. pp. 487-496.

翁惠瑛(99 年)。以評鑑面向談病人安全。以評鑑面向談病人安全研討會。

鍾國彪。(100 年)。發展臺灣醫療品質指標共同加值平台先驅計畫期末報告。期末報告，台灣大學公衛學院，醫療機構管理研究所。

INSTITUTE OF MEDICINE. (1990). *MEDICARE: A Strategy for Quality Assurance*. Washington D.C.: NATIONAL ACADEMY PRESS.

賴美淑，鍾國彪，陳敦源，& 廖薰香(95 年)。中央衛生主管機關在提升醫療品質及保障病人安全方面之角色與功能。期末報告。

第三章 醫療照護品質政策

第三章內容，主要回顧衛生署目前與醫療品質管理相關單位之沿革、組織、編制，以及所負責與醫療品質相關之業務與計畫。而在第四章則描述各項醫療品質任務與計畫中，對應之醫療品質量測系統，以及這些品質量測系統下，經由醫療品質政策諮詢委員會評選納入的醫院醫療品質量測指標。

由於第三章與第四章的內容具有連貫性，為清楚呈現彼此之關聯，於第三章開始之初，依醫政、全民健保及除醫政、健保外其他品質相關業務，就其單位組織、業務以及對應之量測系統與指標等，呈現醫院醫療品質管理之架構，同時增加閱讀之便利性。請參閱圖 3.1-1、3.1-7、3.1-9。

3.1 衛生署與醫院醫療品質之相關組織

3.1.1 醫政單位醫院醫療品質管理

◆ 醫政單位之醫院醫療品質管理架構

衛生署醫事處為辦理醫療品質管理，推行多項管理策略(概分為政策性推動及政策性鼓勵)，並建立指標系統作相關監控，示意圖如下所示：

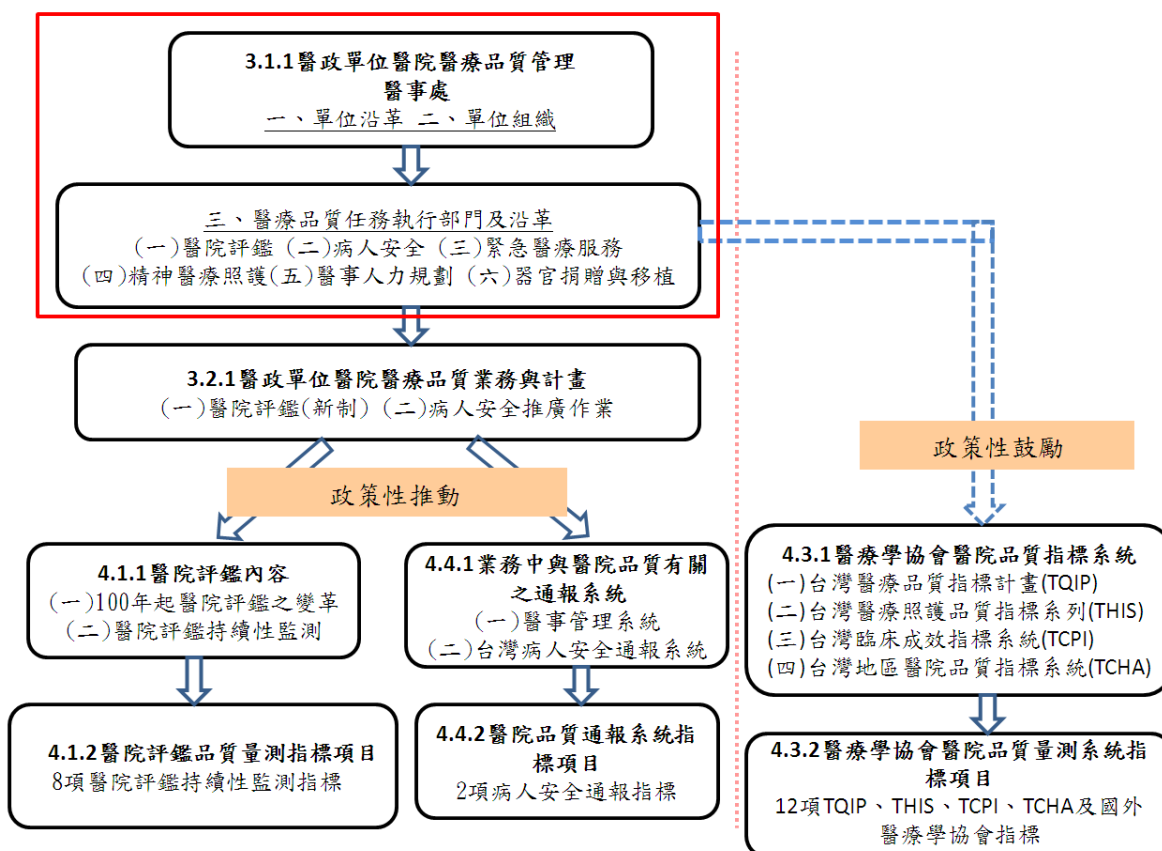


圖 3.1-1：醫政單位之醫院醫療品質管理架構-3.1.1 章節示意圖

壹、醫事處

一、單位沿革

4 年內務部衛生司，內分四科，分別掌理衛生會、地方衛生組合、環境衛生、防疫、禁煙、醫政及藥政。

17 年 11 月，於行政院下設衛生部，內置醫政、保健、防疫、總務、統計等五司。

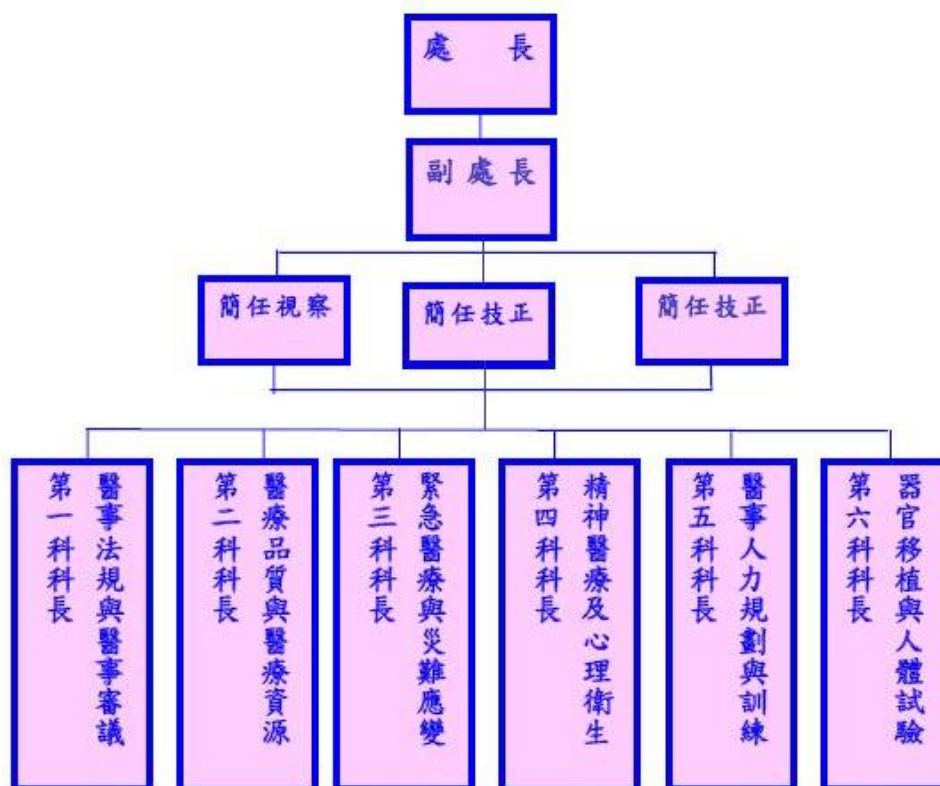
20 年 4 月，衛生部奉行政院令裁撤，在內政部下成立衛生署接掌其業務。組織縮小，置總務、醫政、保健三科。

60 年 3 月 17 日行政院衛生署成立，同時設立醫政處、藥政處、防疫處、保健處、環境衛生處及企劃室等五處一室。

後配合後 SARS 重建，進行衛生署組織再造工程，於 93 年 7 月 1 起，(1)將「醫政處」改名「醫事處」；(2)成立「護理及健康照護處」，專責推動山地離島醫療及長期照護服務業務；(3)「國際合作處」，專責國際衛生事務拓展業務；(4)成立「醫院管理委員會」，專責署立醫院及療養院之監督與管理。

二、單位組織

醫事處組織架構



(資料來源：行政院衛生署醫事處，101 年)

圖 3.1-2：醫事處組織圖

處長：綜理醫事處業務

副處長：襄理醫事處業務

簡任視察：督導一科及二科業務

簡任技正：督導四科及五科業務

簡任技正：督導三科及六科業務

一科：醫事法規與醫事審議：醫療法(含醫療廣告)、醫師法、醫師懲戒、醫療機構設置標準、醫療糾紛鑑定案件、人民醫事爭議陳情處理、醫療機構管理資訊、電子病歷系統等相關業務。

二科：醫療品質與醫療資源：醫院評鑑、醫療資源規劃及審議、醫療財團法人、公立醫療機構管理、醫療服務國際化管理、健康照護績效提升計畫等相關業務。

三科：緊急醫療及災難應變：緊急醫療救護法、救護車管理、災害防救緊急應變、毒藥物中毒諮詢、全民防衛衛生動員。

四科：精神醫療與心理衛生：精神衛生法及相關子法規、精神衛生行政管理、精神醫療資源規劃及精神醫療網、精神衛生之機構管理及評鑑、監獄醫療。

五科：醫事人力規劃與訓練：畢業後一般醫學訓練、教學醫院教學費用補助、醫療廢棄物管理、衛生財團法人申請設立及管理、公費及專科醫師分發、外籍醫師教學示範及臨床進修審核、醫事人員、專科醫師中英文證書核發及證書求證等相關業務。

六科：器官移植與人體試驗：醫事放射及檢驗機構品質、牙科品質及牙體技術人員特考資格審查、人體試驗(新醫療技術)申請案及相關法規、人體器官移植條例相關業務(含輸出入申辦案件)、人體試驗委員會訪視及醫療業務聯合訪查、特定醫療技術及危險性醫療儀器、安寧緩和醫療業務及醫學倫理。

三、醫療品質任務執行部門及沿革

(一) 二科：醫院評鑑

1. 醫院評鑑之沿革

我國醫院評鑑之沿革，可概分為：(1)教學醫院評鑑時期(67 年～76 年)；(2)醫院評鑑時期(77 年迄今)；(3)委託民間辦理時期(88 年迄今)。

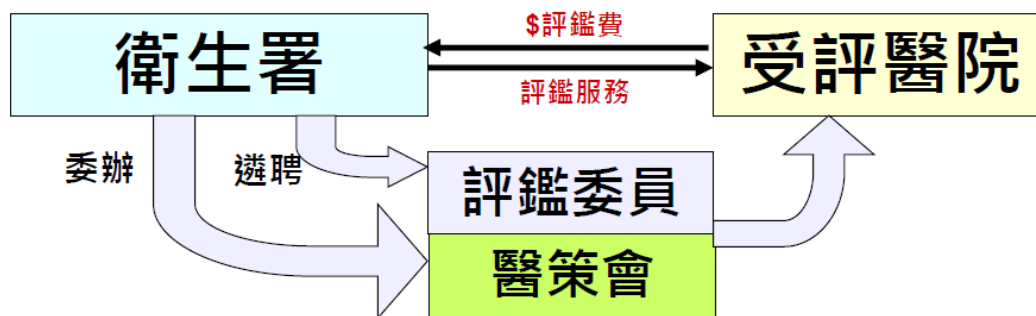
(1) 教學醫院評鑑時期：自 67 年起實施教學醫院評鑑，分為：一級(含準一級)教學醫院；二級(含準二級)教學醫院；三級(含準三級)教學醫院。每 2 年舉辦一次，至 74 年 6 月共完成 4 次評鑑，合格醫院家數達 56 家。

(2) 醫院評鑑時期：自 77 年起，衛生署依醫療法規定，實施全面性之醫院評鑑及持續原有之教學醫院評鑑，評鑑合格效期為 3 年，並依據醫療網計畫之政策，將醫院分為：醫學中心(含準醫學中心)－亦為教學醫院；區域醫院(含準區域醫院)－亦為教學醫院；地區醫院－又分為一般地區醫院、地區教學醫院。

- (3) 委託民間辦理時期：88 年財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(簡稱醫策會)正式成立，並於當年度起接受衛生署委託辦理地區醫院評鑑工作，89 年增加辦理區域醫院評鑑工作，93 年再增加辦理醫學中心之醫院評鑑工作。

醫策會成立於 88 年，係由行政院衛生署、台灣醫院協會、台灣私立醫療院所協會、中華民國醫師公會全國聯合會共同捐助成立之組織，亦為我國第一個由政府與民間醫事團體共同捐助設置之衛生財團法人機構，迄今已成為國際健康照護品質協會(International Society for Quality in Health Care Ltd., ISQua)認證的專業評鑑機構。

醫策會設立宗旨為(1)協助國家醫療品質政策推展與執行；(2)醫療品質之認證；(3)輔導醫療機構經營管理；(4)促進醫病關係和諧；(5)提升我國醫療品質。醫策會致力於宣導品質與病人安全理念、推廣品質管理工具之運用以及醫事人員教育訓練，藉以協助醫療機構管理人員及健康照護專業人員提升醫療品質，業務執行團隊分為五個小組，分別是醫院評鑑組、品質促進組、一般醫學組、研究發展組與行政管理組。



1999以前：衛生署自行辦理

1999以後：衛生署委辦

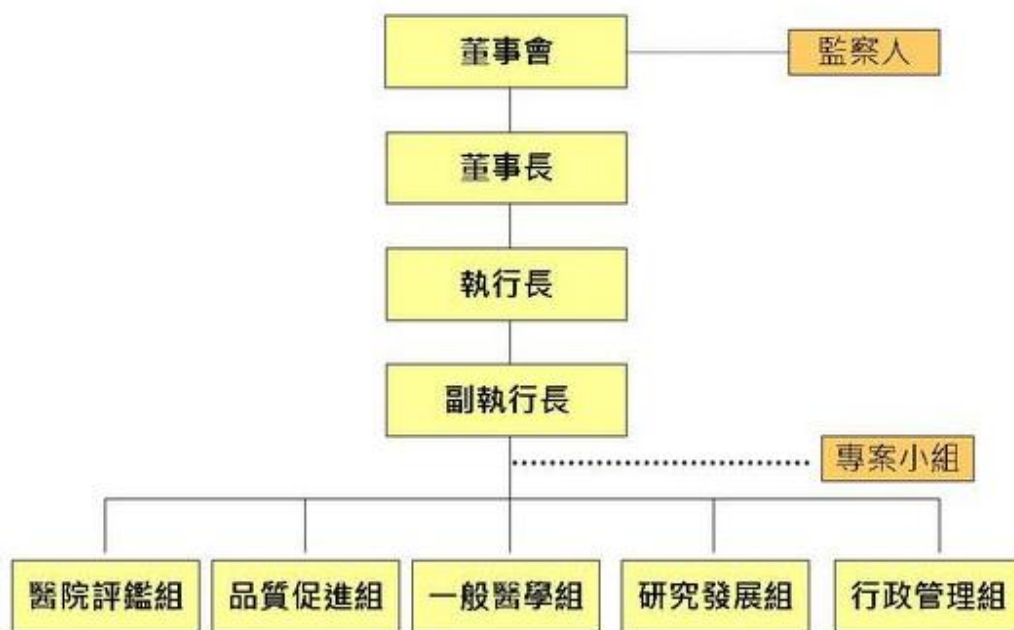
- 訂定公告「評鑑作業程序」、「評鑑基準」
- 遴聘「評鑑委員」
- 評定「評鑑結果」

1999以後：醫策會承辦：

- 訂定公告各基準之「評量項目」
- 嚴謹執行（執行者）
- 提供建議，協助遴聘/評核/評鑑委員；研擬政策/SOP/評鑑規範（智庫）

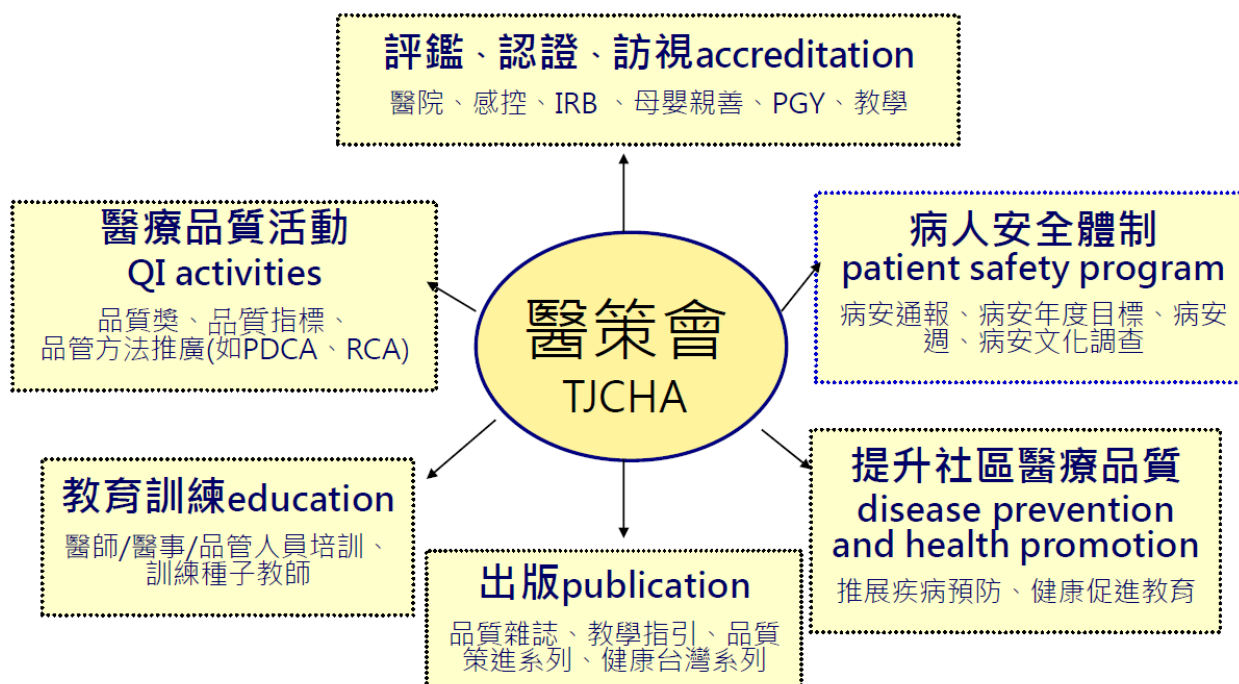
（資料來源：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，101 年）

圖 3.1-3：衛生署、醫策會與醫院間之關係示意圖



(資料來源：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，101 年)

圖 3.1-4：醫策會組織架構示意圖



(資料來源：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，101 年)

圖 3.1-5：醫策會業務內容簡介

醫策會的業務內容大致可區分為兩大類，第一類為健康照護成效量測，88 年有鑑於台灣各醫院之醫療品質指標大多未經整合，醫療訊息無法共享，因而借重美國馬里蘭醫療品質指標計畫(Maryland Quality Indicator Project, MQIP)已開發完成之系統，成立台灣醫療品質資料庫，結合國際經驗與台灣本土之發展整合出一套可供國際比較之台灣地區指標數值

資料庫，稱為「台灣醫療品質指標計畫(TQIP)」。於 100 年，因應醫療品質及指標需回歸臨床照護為核心之國際指標運用趨勢，和國內醫院期待獲得更符合國內環境的指標系統，運用 TQIP 的執行經驗，發展符合國內醫療體系照護模式之品質監測指標，轉型成台灣臨床成效指標計畫(TCPI)，並以臨床照護為指標系統核心。

第二類為健康照護品質促進與病人安全推動工作，主要內容有：台灣病人安全通報系統(TPR)、制定國家病人安全年度目標、舉辦醫療品質獎競賽、病人安全文化調查(patient safety culture survey)等。

2. 醫院評鑑基準革新歷程

88 年醫策會接受衛生署委託辦理地區醫院評鑑工作，89 年增加辦理區域醫院評鑑工作，93 年再增加辦理醫學中心之醫院評鑑工作，正式全面推行醫院評鑑。但由於地區醫院及區域醫院逐漸朝向社區化發展，民眾就醫需求轉變和地區醫院轉型，使得現行評鑑標準無法配合評量。加上北城婦幼醫院、崇愛診所重大醫療疏失，造成民眾對醫療之信心危機，以及嚴重急性呼吸道症候群(Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS)疫情的衝擊等因素，促使醫策會著手進行新制醫院評鑑的規劃工作，從過去舊制醫院評鑑對醫院基礎建設結構面的要求，進而提升至過程面與結果面之品質評估。

並於 96 年全面(適用於醫學中心、區域醫院、地區醫院及教學醫院)實施新制醫院評鑑與新制教學醫院評鑑。新制醫院評鑑的精神回歸以病人為中心之評鑑制度，以病人的醫療服務品質取勝，重視醫療團隊的整體合作，並以符合病人為中心來重新思考與規劃醫院應有的經營策略及制度；新制教學醫院評鑑方面，則由最初從結構面的鑑定醫院提供教學的能力，改變成聚焦醫院的教學任務與教學品質。

表 3.1-1、各年度醫院評鑑重點

88~90 年	加強地區醫院評鑑輔導功能。
88~90 年	評鑑流程及作業標準化。
90~91 年	醫學中心之評鑑標準改革。
92 年	因 SARS 疫情對醫療機構之衝擊，重新審視醫院評鑑標準，並加以修訂，包括：評鑑標準之整體審視、區域醫院及地區醫院評鑑新制制度及評鑑標準之研擬、醫院評鑑不定時追蹤訪查試辦，新增感染管制、危機管理、病人安全、醫護學員之指導與安全、全人教育、醫學倫理等評鑑項目。
93 年	醫院評鑑不定時追蹤機制正式上路、醫院評鑑新制基準(草案)執行試評事宜、醫院評鑑委員遴選暨評核機制啟動。
94 年	醫院評鑑新制基準正式上路。

年	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
評鑑基準版本	舊制醫院評鑑				新制全面實施 (醫院、教學)				實施 100 年版 評鑑 (醫院、 教學)	100 年版 評鑑 (納入 精神科 醫院評 鑑基準)
	研發 新制 醫院 評鑑	新制 試評	新制 實施 (250 床以 上)	新制 實施 (100 床以 上)						
					舊制教學醫院 評鑑		研發 新制 教學	教學 試評		
						教學 100 年版 修訂	教學 100 年版 試評			

(資料來源：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，101 年)

圖 3.1-6：醫院評鑑基準革新歷程

3. 推動醫療機構之外部監督機制－持續辦理醫院評鑑及教學醫院評鑑之工作重點：

- (1) 衛生署會同教育部自 77 年起辦理醫院評鑑及教學醫院評鑑工作，截至 100 年底，經衛生署評鑑合格之新制醫院評鑑特優醫院 41 家(含教學醫院 40 家)、新制醫院評鑑優等醫院 98 家(含教學醫院 69 家)、新制醫院評鑑合格醫院 287 家(含教學醫院 8 家)、新制精神科醫院評鑑優等醫院 10 家(含教學醫院 8 家)、新制精神科醫院評鑑合格醫院 30 家(含教學醫院 3 家)，總計 466 家，約佔臺閩地區醫院總數 92%。
- (2) 修訂「醫院評鑑基準」及「教學醫院評鑑基準」。新版「醫院評鑑基準」，從 505 項整併為 238 項、8 大章整併為 2 大主軸，並將 7 種醫事人力配置列為必要項目，同時加入我國過去缺乏的評鑑基準，以使評鑑內容更加周全。新版「教學醫院評鑑」整合「新制教學醫院評鑑」、「畢業後一般醫學訓練訪查」及「教學醫院教學費用補助計畫查核」等關於教學醫院之評鑑或訪查，共將 14 職類之醫事人員納入教學醫院評鑑範圍。
- (3) 進行評鑑流程方面的改善：提倡評鑑文件簡化，減少醫院為準備評鑑而作的文書作業；建立醫院評鑑持續性監測系統，平時即請醫院填報相關資料，評鑑時就不用再重新準備；引入新式評鑑方法，以實地訪問工作人員、病人、家屬等現場查證等方式，取代僅以書面資料審查，藉由推動醫院落實評鑑日常化，減少醫院準備評鑑的負擔。
- (4) 為強化醫學中心之任務與功能，衛生署自 94 年起邀集專家學者集思廣益、密集討論，蒐集彙整相關醫院及團體之意見，並期符合社會與政府期望之「醫學中心」定位與角色，於 95 年研擬完成醫學中心任務指標及具體衡量內容，並於 96 年至 98 年進行試評，並自 100 年正式辦理醫學中心任務指標審查作業。

- (5) 於衛生署網站設置「醫院評鑑資訊公開專區」，該專區公開之資訊包括：醫院基本資料、評鑑相關資料及醫院業務資料，目前民眾已能上網查閱醫院評鑑結果相關資訊，俾據以選擇適當之醫院就醫。

(二) 二科：病人安全

在推展以病人安全、病人為中心之醫療作業方面：

1. 我國於 87 年成立醫療品質委員會，因歷經數件病人安全不良事件，於 92 年邀集產官學界相關專家學者，另成立「病人安全委員會」，又 95 年將前揭兩委員會合併為「醫療品質及病人安全委員會」。後為求事權統一、善用委員會功能、以達目標一致與強化效能之行政整合效果，爰再將「醫療品質及病人安全委員會」與「全民健康保險醫療品質委員會」，於 99 年規劃整併為「行政院衛生署醫療品質政策諮詢委員會」，陸續統整並擬定國內病人安全與醫療品質政策。
2. 自 93 年起，衛生署均訂定年度醫院醫療品質與病人安全工作目標(目前工作包括：(1)提升用藥安全；(2)落實感染控制；(3)提升手術安全；(4)預防病人跌倒及降低傷害程度；(5)鼓勵異常事件通報；(6)提升醫療照護人員間溝通的有效性；(7)鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作；(8)提升管路安全；(9)加強醫院火災預防與應變等內容)及執行策略，並要求各衛生局輔導所轄醫院，列入醫療機構督導考核項目，辦理定期及不定期考核活動。
3. 依據前開所訂醫院病人安全工作目標，編撰其參考作法，在每一目標下列出「一般原則」與「參考作法」，提供各醫院作為原則性之參考準據，得依實際狀況彈性運用相關策略。
4. 為落實以病人為中心之醫療照護，逐步營造病人安全文化，建置一個不以懲罰為手段之學習環境，及避免錯誤重複發生，促進病人安全，建置「臺灣病人安全通報系統(TPR)」，近幾年藉由地方衛生機關協助推動，無論參與機構與通報件數，均有長足增長。另按季按年出版統計報表及不定期發布「臺灣病人安全通報系統(TPR)」通訊，即時提供醫療院所參考，已有 425 家醫院參與此系統。100 年截至 11 月底，通報件數達 55,959 件。又該系統所獲得不良事件通報資料，經專案分析討論後，於 98 年至今共撰寫警示訊息 24 則，學習案例 1 則，病人安全參考作業指引 5 則，並無償提供下載使用，俾利醫療院所交流學習。
5. 持續維護與更新病人安全資訊網，該網站依照「無障礙網頁開發規範」原則設計，遵循無障礙網站設計之規範辦理。內容主公告國內學習資訊、病人安全相關活動等訊息，並彙整國內期刊及碩博士論文中有關病人安全議題相關文獻，現行網站國內期刊與病安議題相關之文章。國際部分：整理國外期刊與相關文章、週知美國 National Patient Safety Foundation (NPSF)、愛爾蘭 ISQua、英國 National Patient Safety Agency (NPSA)及澳洲 Australasian Association for Quality in Health Care (AAQHC)等網站相關研討會訊息。本網站推廣多年已培養固定瀏覽族群，截至 100 年 11 月已達 274 萬瀏覽人次。
6. 檢討修訂「醫院安全作業參考指引」與「診所安全作業參考指引」，以俾利醫療院所參考辦理。

7. 為利推廣民眾與病人主動參與病人安全工作，賡續辦理病人安全週活動，98 年至 99 年推動「醫病總動員，安全靠你我」主議題，設計「Ask Me、Speak Up」與「醫病夥伴關係宣言」等活動。
8. 100 年至 101 年辦理「病人安全我會應」，鼓勵病人主動「回應、反應&響應」，以維護病人安全；另積極推動「手術安全」等相關活動。
9. 推廣手術前標示活動，於 95 年頒訂全膝關節置換術、脊椎融合術、全股關節置換術、截肢手術及周邊血管手術等 5 項術式之手術前標示參考作業指引，並由中央健康保險局進行實地查核作業。另於 17 家衛生署所屬醫院推動手術前標示作業，選出其中 9 家成為示範醫院，並於 95 年評選出 5 家為推動手術前標示之優良醫院。
10. 參與促進病人安全國際交流
 - (1) 98 至 101 年，持續出席 ISQua、Asian Society for Quality in Health Care (ASQua)、AHRQ、The American Public Health Association (APHA)、NPSF 等國際機構年會，並於會議中把握國際經驗交流機會，另進行海報展示與專題演講。
 - (2) 邀請醫療品質與病人安全領域之國際專家學者蒞臨台灣，辦理國際交流研討會議。
 - (3) 98 年於國際期刊完成 2 篇文章發表，另 99 年與 100 年各完成 1 篇，弘揚本國病人安全辦理績效。

(三) 三科：緊急醫療服務

1. 緊急醫療

為提升全國緊急醫療救護及救護品質，確保緊急傷病患之生命及健康，強化建置全國緊急醫療救護網，積極推展緊急醫療整合性應變機制。

- (1) 強化 6 大區域緊急醫療應變中心(REOC)能力，整合化災、輻傷、毒藥物等應變體系，提升應變速度與能力，並即時監控與掌握區域內災害有關緊急醫療事件、資源狀況與協助跨縣市重大災害之應變，強化轄內救護人員應變能力。
- (2) 衛生署於 98 年 7 月 13 日，依緊急醫療救護法第 38 條之授權發布「醫院緊急醫療能力分級標準」，進行急救責任醫院緊急醫療能力之分級評定，指定重度級醫院為最後一線轉診後送醫院，不得再將緊急之傷病患轉出，以落實轉診制度及確保病人權益。至 100 年 10 月底，計有 191 家急救責任醫院(其中有 23 家醫院通過重度級醫院評定，35 家醫院通過中度級醫院評定，餘 131 家為一般級急救責任醫院)，提供民眾第一線之緊急傷病救治服務。
- (3) 運用醫療發展基金辦理緊急醫療資源缺乏地區之改善計畫，強化資源缺乏地區全時或特殊時段(夜間與假日、觀光旅遊旺季)之緊急醫療服務，並提供當地民眾與遊客之緊急醫療需求。99 年度共獎勵 21 處辦理不同模式緊急醫療服務，包括設立 10 處「觀光地區急診醫療站」、3 處「夜間假日救護站」與 8 處「提升緊急醫療資源缺乏地區之醫院急診能力」；每年提供約 300,000 人次之醫療服務。

- (4) 獎勵偏遠地區醫院成立特殊急重症照護中心，以縣市作整體考量，評估民眾特殊之緊急醫療需求，提供急重症醫療服務，並以成立外傷、心導管、腦中風、周產期、急診、兒童重症等照護中心為重點發展方向。100 年已核定獎勵金門縣、連江縣、澎湖縣、新竹縣、苗栗縣、南投縣、雲林縣、屏東縣、臺東縣共 17 家醫院成立 24 個特殊急重症照護中心。
- (5) 98 年起，委託民間專業團體，針對企業或辦公處所之工作人員辦理「心肺復甦術加自動體外電擊去顫器(CPR+AED)」急救教育訓練。98~99 年共計完成 106 處，共約 8000 人次訓練。

2. 災害應變

- (1) 99 年衛生會報由醫政、藥政、傳染病防治及國軍醫療動員業管單位聯合編組，前往各縣市訪查動員業務；賡續配合中央防災業務機關辦理毒化災、港安、鐵安、反恐、空難、海難等、並補助地方政府辦理緊急醫療救護示範演練，計指導 8 個縣市演練各類災害之緊急醫療救護業務，達成整合地方衛生機關、醫療院所與消防機關共同進行救護，有效提升災難之緊急醫療能力。
- (2) 持續運用緊急醫療管理系統，加強重大災害事件發生時之即時資訊通報，了解與確保全國急救責任醫院醫療救護能量與品質，及掌握全國救護技術員及救護車資料，以提供各衛生、消防單位之緊急醫療救護資訊使用。
- (3) 依據衛生署災害防救緊急應變作業要點，設立緊急醫療、防疫保健、行政支援各工作小組，辦理減災、整備、緊急應變與災後復原各項工作，並融入我國災害防救指揮架構，擔任醫衛環保組主責成員，負責統籌緊急醫療救護等作為。99 年間中央災害應變中心計開設 7 次，總計開設時數 554 小時，衛生署亦適時發揮正面之效用。

(四)四科：心理衛生機關管理與精神醫療照護

1. 已完成精神衛生法修法：精神衛生法於 79 年公布施行 16 年以來，僅於 89 年、91 年做小幅度修正，惟隨著社會環境快速變遷，該法相關規定已不符精神病人權益保障之需求，爰衛生署自 94 年 11 月起，邀集精神醫學及法學領域之專家學者、臨床醫事人員及民間團體等，積極展開研修作業，該法業於 96 年 7 月 4 日修正公布，並將於 1 年後施行。該法修正重點主要為：(1)明定中央主管機關、直轄市、縣(市)主管機關及社區心理衛生中心應辦事項；(2)明確劃分中央社政、勞政及教育主管機關權責，並應建立社區照顧、支持與復健體系等，以確保精神病患照護體系之完整及分工；(3)充實病人權益保障措施與協助就醫、通報及追蹤保護措施，提供精神病人更完善的照護；針對嚴重病人之強制住院、緊急安置及強制社區治療，建立完整程序規範，讓強制住院制度更完善，對病人的保障更周延。
2. 訂修「醫院設立或擴充許可辦法」，促進病床有效運用：衛生署已於 99 年 1 月 25 日訂定發布「醫院設立或擴充許可辦法」，並再次於 100 年 9 月 16 日修正發布，主要內容除積極分區、分級管制精神病床之設立及擴充，強化事前審查機制，於精神醫療資源過賸區域(精神病床於二級醫療區域，其急性及慢性精神病床之合計數，每萬人逾 10 床)，嚴格限制精神醫療機構病床資源之設立或擴充之外，並提供衛生署及地方衛生主管機關得以針對長期佔用病床資源卻未能開放使用及

病床佔床率過低者，予以廢止許可或核減病床之法源依據，以強化衛生主管機關管控精神醫療資源之權責，提升醫院病床使用效率，以均衡醫療資源。

3. 建立完整之精神衛生行政體系、規劃精神照護及心理衛生資源，並強化社區精神病人通報、追蹤列管及送醫制度：目前所有衛生局均設有專責人員辦理精神衛生工作或社區心理衛生服務，且已建置 6 個精神醫療網核心醫院，每縣市建立精神科緊急聯絡中心或處置中心。
4. 充實精神照護設施及人力：精神醫療機構已從 74 年的 79 家，增加至 100 年 11 月底的 372 家；同期精神病床(含急性床及慢性床)由 11,066 床增加至 20,785 床；另許可興建中之全日住院病床已有 2,579 床，已達全國醫療網每萬人口十床之目標。在精神復健及精神護理機構部分，98 年至 100 年 10 月日間型精神復健機構由 68 家增加至 72 家、服務量由 2,836 人增加至 3,592 人；住宿型精神復健機構由 95 家增為 96 家、服務量由 3,258 床增加為 3,927 床；精神護理之家由 27 家增為 34 家、服務量由 1,898 床增加至 2,070 床。精神醫療專業人員數已從 74 年度的 1,196 人，增加為 100 年 11 月底的 7,978 人，其中精神科醫師 1,435 人，護理人員 4,860 人，臨床心理師 598 人，職能治療人員 606 人，社會工作人員 479 人。
5. 提升精神病人權益保障：依精神衛生法規定，衛生署指定醫療機構辦理精神疾病強制住院業務，自 88 年之 71 家至 100 年 11 月底，已有 107 家醫院辦理精神疾病強制住院，補助醫療費用；81 年度即開辦強制住院及鑑定業務，累積至 100 年 11 月底止，補助強制住院人次已至 116,233 人次，累積至 100 年 6 月底止，強制住院期間醫療費用金額，累計 31 億餘元。又自 97 年 7 月 4 日起至 100 年 3 月 31 日審查會受理強制住院審查案件總數為 4,694 件，許可案件數為 4,369 件、不許可案件為 325 件、許可率 93%、不許可率 7%。精神衛生法修法前，以 97 年 1～6 月為例強制住院 1,529 人次，平均每月 255 人次，修法後，98 年、99 年及 100 年平均每月強制住院人次分別 140 人次、141 人次及 54 人次，精神病人強制住院人次已明顯下降，顯見審查會制度對於精神病人權益，已有更周全之保障。
6. 健全社區精神疾病個案管理系統：為強化社區精神醫療保健工作，持續辦理精神照護通報系統個案登錄作業，針對關懷個案推動分級照護，定期追蹤管理，至 100 年 11 月底列冊關懷個案計有 123,620 名。另針對目前社區需要高度關懷之特殊個案，推動精神病患者社區照顧關懷個案管理計畫，聘請個案管理員，透過直接及加強訪視方式，協助精神障礙者，處理就醫、就養、就業、就學等多重之問題及需求。
7. 提升各類精神照護機構之服務品質：衛生署每年持續辦理精神醫療機構及精神復健機構評鑑。在精神醫療機構評鑑方面，於 95 年起辦理新制精神科醫院評鑑，將原偏重結構面之評鑑基準，研修著重於過程面及結果面之評核，並以品質、病人為中心及重視病人安全為導向，強調醫院應參與社區健康促進，建立以病人為中心之評鑑制度。未來並將建立持續品質監測制度，於醫療機構評鑑合格期間，持續監督其醫療服務品質。98 年度迄今合計完成 56 家次之精神專科醫院(含教學醫院)之評鑑，19 家次精神專科醫院之不定時追蹤輔導；在精神復健機構方面，合計完成 135 家次之精神復健機構評鑑，106 家次之不定時追蹤輔導。至於精神護理機構方面，則於 96 年實地訪查及輔導 12 家機構，並於 99 年辦理評鑑試評，

於 100 年正式辦理評鑑作業。目前精神醫療、精神復健及精神護理機構均已完成建置評鑑制度，以具體監督精神病人之照護工作。

8. 推動自殺防治工作：為期有效降低國人之自殺率，衛生署業奉行政院核定「自殺防治行動策略方案」，於 94 年 12 月成立全國自殺防治中心，以確立自殺防治之順序、面向、議題與策略，作為未來推廣至全國之基礎。另有鑑於 50% 以上自殺身亡個案，生前都曾經向身邊的親友直接或間接透露自殺訊息，故特別將 96 年訂為「自殺防治守門人年」，結合政府及民間之相關團體，針對自殺高危險群之家人、親友及照顧者或服務者等，推行自殺防治守門人訓練，以強化對自殺高危險群的辨識與轉介能力。94 年 11 月則啟用「自殺通報關懷系統」，依個案居住地，自動分案至當地衛生所或心理衛生中心，進行後續追蹤關懷服務，95 年 1 月至 100 年 10 月，各縣市累計通報 140,899 人次，100 年 10 月通報後分案訪視率則達 99.9%。衛生署並設立自殺防治諮詢「安心專線」0800-788-995，提供 24 小時心理諮詢服務，以協助民眾即時處理心理與情緒問題，至 100 年 10 月該專線累計服務 308,626 人次。全國自殺死亡率已從 95 年之每十萬人口 19.3 人之高峰下降至 99 年的每十萬人 16.8 人，自殺防治工作已初具成效。
9. 辦理藥癮防治計畫：衛生署已於 95 年 3 月公告、100 年 10 月修正公告「鴉片類物質成癮替代治療作業基準」，明定替代治療執行機構資格、替代治療收案對象、執行方式、配套措施及其他應遵行事項；另並於 99 年 12 月完成「鴉片類成癮物質替代治療臨床指引」，供各醫療機構參考辦理。又衛生署自 98 年起開始辦理非愛滋藥癮者替代治療補助計畫迄今，已指定替代治療執行機構共計 105 家，全國接受替代治療累計人數 98 年底 30,156 人、99 年底為 33,672 人，自 95 年 2 月 10 日國內提供第 1 位個案替代治療以來，全國目前仍在治療人數約為 12,000 人。為減少鴉片類藥癮者之戒斷症狀，增加參與替代治療之意願，同時提供藥癮者更多元化之治療選擇，衛生署已於 95 年公告將安全性及便捷性高之丁基原啡因(第三級管制藥品)，納為替代治療藥品，並於 100 年 5 月底起，比照美沙冬替代治療，予以部分補助。也因為替代治療之廣泛實施及政府予以部分補助，藥癮病人佔通報愛滋感染人數比率從 94 年的最高點 72.6%，下降至 98 年底的 10.8% 降，99 年底更下降至 5.8%，已有效減少新增藥癮愛滋病人數。且為提高替代治療服務之便捷性，並透過即時、網路化及保密性高之資訊管理系統，有效管理個案，已於 99 年完成建置「醫療機構替代治療作業管理系統」，該系統可即時查看個案資料，掌控個案動態，避免個案重複給藥，並可供個案異地服藥，不但增加個案服藥的便利性，提升個案在治療中的留置率，亦有助於強化個案接受藥癮戒治之意願。
10. 辦理酒癮防治處遇方案：為建立本土化、多元化之酒癮治療模式，於 21 縣市之 48 家戒治機構(其中 46 家醫院、1 家心理治療所及 1 家民間團體)試辦「酒癮戒治處遇服務方案」，對於家庭暴力加害人及高風險家庭成員中酒癮個案提供處遇服務，100 年截至 6 月底止，計提供住院治療 413 人日、門診治療 619 人次、個別心理治療 655 人次、認知教育輔導 1,975 人次及夫妻或家族輔導 137 人次服務及服務費用補助，以提供婦女、兒童及青少年等更安全健康之成長環境。
11. 改善矯正機關醫療狀況：為改善矯正機關收容人醫療及公共衛生問題，衛生署與法務部自 99 年 9 月起合作試辦「改善矯正機關醫療狀況獎勵計畫」，於全國擇定基隆、桃園、雲林監獄及台東泰源技能訓練所等 4 家矯正機關，分別由 1 家醫

院承作，提供 4 家矯正機關超過 5,800 名收容人一般科、家醫科、感染科、皮膚科、精神科、戒菸等門診服務以及口腔癌與大腸癌篩檢服務。99 年 9~12 月 4 家監所平均戒護外醫次數較前一年度同期下降 18.94%，收容人重症人數平均減少 30.83%；100 年 1 至 6 月平均戒護外醫次數也較 99 年同期下降 18.56%。依此模式提供收容人初級之健康促進、定期健康檢查、慢性病監測、癌症篩檢等服務，已達有效降低戒護外醫次數及重症比例等目標。又推動該計畫一年實際使用之經費，平均每名收容人為 8,784 元，約僅佔一般民眾一年門診給付(15,040 元)之 58.4%，為具實質經濟效益之服務模式，不但有利於與二代健保將矯正機關收容人納保之政策實施接軌，並可提供健保規劃矯正機關收容人醫療服務之參考。

12. 推動家庭暴力防治工作：各縣市衛生局 100 年委託執行家庭暴力加害人處遇計畫之處遇機構計有：精神治療 74 家、戒癮治療 58 家、心理治療 72 家、認知教育輔導 57 家。所委託執行處遇個案，98 年有 1,767 人，99 年有 2,363 人，100 年 1 至 8 月則有 2,459 人，與 98 年相較增加 39.16%。各項處遇項目執行人次，近三年來亦呈現逐年增加趨勢，並以認知教育輔導項目執行人次最多，佔 80% 以上，顯示多數加害人仍係因對兩性平權、夫妻關係及壓力紓解的錯誤認知，致衍生家暴事件之憾事。所委託執行處遇個案之執行率，則由 98 年 82.46%、99 年 84.05%，至 100 年 8 月達 88.82%；至未能完成處遇者，經分析近三年資料，則以個案拒報到 38.60%、被害人撤銷或變更保護令 26.00%、個案轉介其他縣市執行 14.94% 等原因所佔比率居多。
13. 推動性侵害防治工作：88 年 1 月至 99 年 12 月，累計實施身心治療及輔導教育之性侵害犯罪加害人計有 9,704 人，完成處遇者 5,494 人。經統計 100 年 1 月至 8 月，各縣市衛生局所執行性侵害犯罪加害人身心治療及輔導教育個案則有 3,178 人(男性 3,161 人、99.47%，女性 17 人 0.53%)，其中已完成處遇 487 人、尚執行中 2,244 人。

(五) 五科：醫事人力規劃

1. 在醫事人力規劃方面與推展全人照護訓練制度醫師人力自醫療網計畫推動以來，都會區醫師之成長已趨穩定，各地區醫師人力則大幅成長，城鄉之間差距並已逐漸縮短。醫師人口比例最高(花蓮醫療區每萬人口醫師數 21.99)與最低區域(苗栗醫療區每萬人口醫師數 9.38)差距比由 73 年底的 2.91 倍縮減為 99 年底的 2.34 倍。
2. 在提升醫療專業素質方面
 - (1) 自醫療網計畫實施以來，為提升醫療專業素質，衛生署業積極辦理專科醫師訓練醫院認證工作，98~100 年每年均委託 26 科之醫學會完成專科醫師訓練醫院認定工作。
 - (2) 為避免 26 個科分別至醫院進行訓練醫院訪視，影響醫院醫業務進行，業已辦理專科醫師訓練醫院聯合訪視作業。
 - (3) 在健全公費醫師培育方面
 - A. 64 年起，即開始培育公費醫師，畢業後分發基層醫療單位，及人才羅致困難科別服務，並於 82 年由教育部轉為生署辦理；截至 99 年，已培育 6,014 名

畢業生公費畢業生，分發至衛生署系統服務者共 3,363 人，計 1,214 人履行服務義務，其中 279 人服務於人才羅致困難科別，185 人於山地離島、衛生所及衛生署或地方政府所屬非教學醫院履行第 2 階段服務義務，其餘則正接受住院醫師訓練。

- B. 該制度實施 30 餘年以來，不論公立醫院、山地離島、偏遠地區醫師人力不足問題，都已逐步改善，已達成階段性之任務及政策之目的，因此衛生署經過審慎評估，決定自 95 年開始，逐年減招 40 名公費生，並至 98 年完全停止招收；地方養成公費醫師則增加培育名額由原來每年 6~9 名，增為 27 名。

(六) 六科：器官捐贈與移植

為建立公平、公正、透明的器官分配機制，讓珍貴的器官能優先用於最緊急、最合適的患者，將此寶貴的公共資產作公平的分配與有效的運用，衛生署已責成財團法人器官捐贈移植登錄中心，自 93 年 12 月已建置「器官捐贈移植登錄系統」，並於 94 年 4 月 1 日正式施行器官線上分配機制，避免人為的干預與操縱，使器官分配的機制更為公平。各年度死後器官捐贈及受惠人數分別為：98 年度捐贈人數 215 人，受惠人數 797 人；99 年度 209 人，受惠人數 756 人；100 年度(截至 100 年 11 月 30 日止)捐贈人數 211 人，受惠人數 812 人。

3.1.2 全民健保醫院醫療品質管理

◆ 全民健保之醫院醫療品質管理架構

中央健康保險局為辦理醫療品質管理，故推行多項管理策略(包括規範性措施及獎勵性措施等)，並建立指標系統作相關監控，示意圖如下所示：

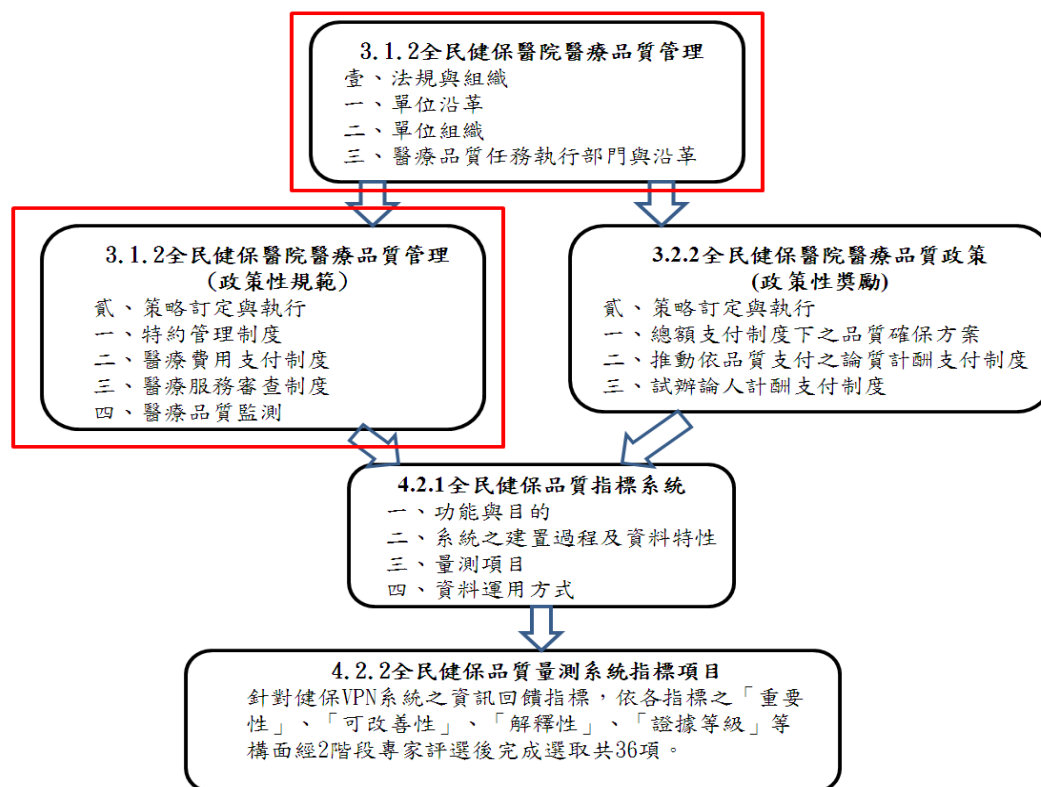


圖 3.1-7：全民健保之醫院醫療品質管理架構-3.1.2 章節示意圖

壹、法規與組織

一、單位沿革

為因應全民健保開辦，主管機關衛生署 84 年 1 月 1 日依照全民健康保險法(簡稱健保法)第 6 條規定成立衛生署中央健康保險局(簡稱健保局)，並編置下列單位處理相關業務：

(一) 承保處

1. 承保業務之規劃事項。
2. 承保作業規章之研擬事項。
3. 承保作業書表之設計及修訂事項。
4. 承保資料之查核事項。

(二) 財務處

1. 保險財務作業之規劃事項。
2. 保險費率之精算事項。
3. 保險費之收繳事項。
4. 保險安全準備之保管及運用事項。
5. 醫療費用之支付事項。
6. 其他有關財務管理事項。

(三) 醫務管理處

1. 醫療給付業務及標準之規劃、研擬事項。
2. 醫療給付標準及規章之研議事項。
3. 醫事服務機構之特約、輔導及管理事項。
4. 醫療費用之評估、分析事項。
5. 其他有關醫務管理事項。

(四) 企劃處

1. 社會保險醫療制度之研究及規劃事項。
2. 健保局業務之管制、考核事項。
3. 人員之教育、培訓事項。
4. 宣導事宜。
5. 申訴及法律事項。

6. 其他有關醫療保險業務事項。

(五) 資訊處

1. 資訊作業之整體規劃、研究發展及管理事項。
2. 資訊作業共通規範之研訂及推動事項。
3. 資訊作業之教育訓練及推廣事項。
4. 資訊設施之維護及管理事項。
5. 健保局及所屬機構辦公式自動劃之整體規劃及推動事項。
6. 衛生署所屬機構資訊作業之輔導及績效評估事項。
7. 其他有關資訊處理事項。

(六) 稽核室

1. 保險業務之稽核事項。
2. 保險財務及帳務之稽核事項。
3. 其他有關資訊處理事項。

(七) 秘書室

1. 印信典守事項。
2. 文書、收發及檔案管理事項。
3. 收納及庶務管理事項。
4. 工員管理事項。
5. 議事及公共關係事項。
6. 其他不屬於各處、室之事項。

(八) 台北、北區、中區、南區、高屏、及東區分局

1. 承保組：被保險人之加保、退保、投保資格及新資查核、保險費計算、資料建檔及異動管理等事項。
2. 財務組：保險費收繳、欠費處理、醫療費用支付及有關財務管理事項。
3. 醫務管理組：醫事服務機構之資格認定、輔導、考核、資料建檔及異動管理等事項。
4. 門診費用組：門診醫療費用申報案件之受理、資格審核、申報資料初審及門診費用核計等事項。

5. 住院費用組：住院醫療費用申報案件之受理、資格審核、申報資料初審及住院費用核計等事項。
6. 資訊組：資訊作業管理、硬體維護、程式設計、資料鍵入、資料庫管理、媒體管理及網路管理等事項。
7. 秘書室：印信、文書、出納、庶務、工員管理及其他不屬於各組、室事項。

除上述編制單位外，另以任務編組成立「醫審小組」負責醫療費用專業審查與專業醫療品質監控事宜、及「藥材小組」負責藥品及特殊材料之品項收載相關事宜。

成立伊始，為使當時承辦健康保險之中央信託局公務人員保險處及臺閩地區勞工保險局人員順利轉任，並期全民健保業務能順利接軌運作，組織仍沿用上述二機關所採公營金融保險事業機構用人制度，於「中央健康保險局組織條例」明定健保局之人事管理及職務列等，比照公營金融保險事業機構辦理。惟就全民健保之業務屬性而言，係強制性之社會保險，健保局為達成促進國民健康，增進公共利益之目的，辦理全民健保業務，須以強制性之手段及公權力之行使。且健保局業務具公法性質，經大法官解釋闡釋甚明，立法院亦作成多次決議，認為健保局性質應定位為行政機關。在各界共識下，立法院三讀通過將「中央健保局組織條例」修改為「行政院衛生署中央健康保險局組織法」，健保局的組織回歸行政機關，於 99 年 1 月正式改制為行政院衛生署中央健康保險局，相關編置如下所示：

1. 承保組

- (1) 承保法規之擬議、作業規則及標準作業流程之研訂。
- (2) 各類目投保金額調整之擬議及投保金額查核原則之研訂。
- (3) 保險費與滯納金之核計、徵收、催收、銷帳、強制執行及報列呆帳作業之規劃。
- (4) 保險憑證之規劃及管理原則之研訂。
- (5) 承保資料檔與作業系統之規劃及健保紓困基金貸款業務之規劃。
- (6) 投保單位或保險對象承保事項查處原則之研訂及違法案件之移送。
- (7) 承保業務之研究發展、統計分析及技術促進。
- (8) 其他有關承保事項。

2. 財務組

- (1) 財務法規之擬議、作業規則及標準作業流程之研訂。
- (2) 保險費率之精算、健保財務收支之研析及各項健保政策財務收支影響之分析。
- (3) 保險資金與安全準備之運用及資金運用收益之統計。
- (4) 代辦職業災害保險給付之收回及代位求償請款之辦理。
- (5) 政府補助款、保險收入、罰鍰之收繳及醫療費用之撥付。

- (6) 保險財務之現金、有價證券、票據之出納保管登記業務之規劃及執行。
- (7) 財務業務之研究發展、統計分析及技術促進。
- (8) 其他有關財務事項。

3. 醫務管理組

- (1) 醫務管理法規之擬議、作業規則及標準作業流程之研訂。
- (2) 醫療費用協定之擬議及各部門醫療費用總額之管理。
- (3) 支付方案之規劃及支付標準之擬訂。
- (4) 醫療費用申報與支付業務之規劃、醫療費用溢付款訴追及報列呆帳之處理。
- (5) 自墊醫療費用核退業務之規劃、山地離島與偏遠地區醫療業務之規劃及管理。
- (6) 保險醫事服務機構提供醫療給付或保險對象領取保險給付查處原則之研訂及違法案件之移送。
- (7) 醫務管理業務之研究發展、統計分析及技術促進。
- (8) 其他有關醫務管理事項。

4. 醫審及藥材組

- (1) 醫療服務審查、藥價基準與特殊材料法規之擬議、作業規則及標準作業流程之研訂。
- (2) 醫療服務審查人力、規範、作業之研訂及管理。
- (3) 電腦自動化審查及檔案分析審查之研訂。
- (4) 醫療服務品質指標、監控、輔導改善及資訊公開之研訂。
- (5) 藥品之收載、核價、交易價格之調查、調整或品項之刪除及費用之監控。
- (6) 特殊材料支付品項之收載、核價、價格調查、調整之研訂及費用之監控。
- (7) 醫療服務審查、藥品、特殊材料業務之研究發展、統計分析及技術促進。
- (8) 其他有關醫審及藥材事項。

5. 企劃組

- (1) 施政方針、施政計畫及目標之研訂。
- (2) 保險人業務興革及技術發展之促進。
- (3) 業務計畫執行之追蹤、管制與考核、業務作業規則及標準作業流程之考核。
- (4) 國際合作交流業務之聯繫、參與、規劃、辦理及國際健保資訊之蒐集。

(5) 相關法令執行疑義之意見提供、重要訴訟案件之協辦與業務相關法規之彙編及印行。

(6) 保險業務宣導與健保局人員專業培訓之規劃、辦理及評估。

(7) 其他有關企劃事項。

6. 資訊組

(1) 資訊系統與資訊安全之整體規劃、設計、推動、維護、檢討評核及教育訓練之籌辦。

(2) 電腦軟硬體設備、資料庫、整體網路之建置、規劃及管理。

(3) 電腦設備、網路之使用效率評估、監控、分析及調整。

(4) 電腦主機與其週邊設備之操作、管理、維護及故障處理。

(5) 保險憑證品質與安全之提升、資訊管理中心之建置及管理。

(6) 內、外部整合性資訊平臺之規劃及管理。

(7) 資訊業務之研究發展、統計分析及技術促進。

(8) 其他有關資訊事項。

7. 秘書室

(1) 文書、檔案、印信、出納、庶務及財產管理。

(2) 國會聯絡及公關業務。

(3) 不屬其他各組、室事項。

8. 臺北、北區、中區、南區、高屏及東區業務組

(1) 承保業務之受理及執行。

(2) 保險對象與投保單位之輔導、查核作業之執行及行政救濟事件之辦理、保險憑證之核發。

(3) 保險費及滯納金之收繳、欠費之催收、訴追、報列呆帳相關作業之辦理。

(4) 為民服務與輔導納保作業之執行及健保紓困基金貸款業務之辦理。

(5) 醫事服務機構申請特約作業、特約醫事服務機構之輔導、查核與違規案件之核處及行政救濟事件之辦理。

(6) 醫療費用核付業務之執行、醫療費用溢付款之訴追及報列呆帳之處理。

(7) 醫療品質提升業務與其他全民健康保險業務之執行及技術促進。

二、單位組織

健保局為辦理醫事機構特約管理、醫療費用支付及醫療費用審查業務等醫療品質相關業務，組織編制在總局設有醫務管理組、醫審及藥材組，及各分區業務組的醫務管理科、醫療費用科辦理相關業務。

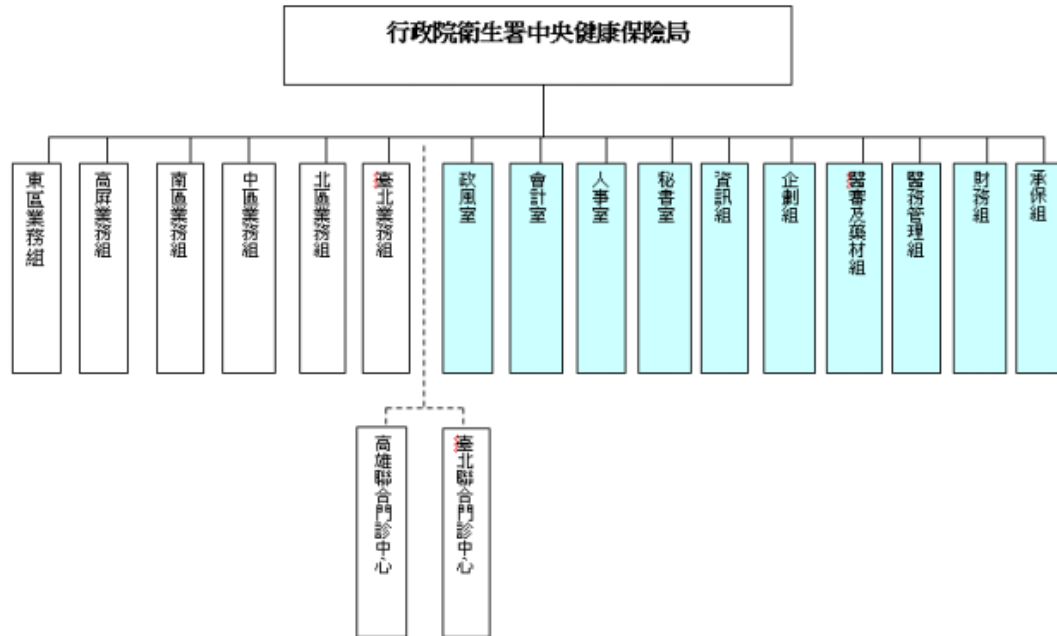


圖 3.1-8：行政院衛生署中央健康保險局組織圖

三、醫療品質任務執行部門與沿革

健保開辦時總局成立醫務管理處辦理醫事機構特約管理與醫療費用支付等業務，為因應醫療專業審查要求，另成立醫療服務審查委員會。分局則成立醫務管理組、門診費用組、住診費用組，辦理特約管理及審查相關業務。但隨著幾乎所有特約院所採用電子化申報健保醫療費用，及外界期待加強對醫療費用把關，陸續成立醫審小組之任務編組，初期下轄專審及品質監控等組。94 年 5 月因應健保醫療費用全面實施總額制度，醫務管理處由原先給付、支付、總額、查處等 4 科增加行政審查、點值監控成為 6 個科，另「醫審小組」與「藥材小組」合併，名稱配合改為「醫審暨藥材小組」。直到 99 年配合健保局改制行政機關，醫務管理處改為醫務管理組，下轄醫務行政、支付標準、總額規劃、給付規劃、違規查處等五科，與點值監控之任務編組，醫審暨藥材小組改為醫審及藥材組，下轄審查計畫、品質監控、藥品支付、特材支付等四科，分局之醫務管理組、醫療費用組亦改稱各分區業務組醫務管理科、醫療費用科，業務執掌並無變更。

為維護醫院醫療品質，健保局依據「全民健康保險法」第 55 條訂定之「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」等相關規定，辦理醫事服務機構的特約及管理事宜。另依據健保法第 51 條規定「訂定醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及保險醫事服務機構共同擬訂，報請主管機關核定。」，醫院應依據醫療費用支付標準及藥價基準，向健保局申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用。再依據健保法第 52 條及「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」，辦理保險醫事服務機構提供健保服務之項目、數量、適當性及品質之審查，並據以核付醫療費用。健保局為辦理特約管理、醫療費用支付及審

查業務，組織編制設有醫務管理組、醫審及藥材組、及各分區業務組的醫務管理科、醫療費用科辦理相關業務。

貳、策略訂定及執行

一、兼顧就醫可近性與醫療品質的特約管理

為確保醫院結構面的品質，醫院申請健保特約需符合一定的資格，分為積極條件及消極條件，分述如下：

積極條件：依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下簡稱特約管理辦法)第3條規定：「符合附表所定，領有開業執照之醫事機構，於向保險人申請特約為服務機構時，應檢具該附表所定相關文件。」且依照第28、29條規定，醫院之病房設置，包含設有急性一般病床、特殊病床或精神急性一般病床、慢性一般病床、慢性結核病床、漢生病病床或精神慢性一般病床等急性或慢性病房，需符合醫療機構設置標準之規定。

消極條件：

(一) 依照特約管理辦法第4條規定，申請特約之機構或其負責醫事人員有下列情事之一者，不予特約的情形如下：

1. 違反醫事法令，受停業處分期間未屆滿，或受罰鍰處分未繳清。
2. 違反全民健康保險(以下稱本保險)有關法令，經停止特約(以下稱停約)或終止特約，期間未屆滿，或受罰鍰處分未繳清。
3. 與保險人有未結案件，且拒絕配合辦結。
4. 對保險人負有債務未結清，且不同意由保險人於應支付之醫療費用中扣抵。
5. 負責醫事人員因罹患疾病，經保險人實地訪查，並請相關專科醫師認定有不能執行業務之情事。
6. 負責醫事人員執業執照逾有效期限，未辦理更新。
7. 容留受違約處分尚未完成執行之服務機構之負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員。

(二) 依特約管理辦法第5條規定，申請特約之機構或其負責醫事人員有下列情事之一者，十年內不予特約的情形如下：

1. 同址之機構累計曾受停約或終止特約二次以上處分。
2. 有受終止特約執行完畢後，再受停約或終止特約之紀錄。
3. 有受停約執行完畢後，再受終止特約或再受應停約二次以上之紀錄。
4. 有前項各款情事之一，逾十年後，經特約後再有前項各款情事之一者，不予特約。
5. 機構之部分服務項目或科別，經保險人實地訪查認有違反本保險規定之情事，或有具體事實認有違反本保險規定之虞者，於該情事或具體事實未消失前，得僅就

該部分之服務項目或科別，不予特約。

6. 第一項第一款至第三款所定情事，屬部分服務項目或科別停約或終止特約者，應以累計達五次或同一服務項目或科別累計達三次，始於十年內不予特約。

二、 建立合理的醫療支付制度

為平衡醫療發展，自全民健保開辦起，即積極增修醫療項目的支付標準，改善醫界普遍認為給付偏低而較不願投入或發展的項目，例如住院、急診、重症醫療、婦產科、小兒外科、一般外科等。93 年至 97 年底止有 42 次公告調整支付標準；其中以 93 年 6 月 14 日公告及 94 年 12 月公告增修診療項目為最多，主要是導入診療項目相對值表，共修訂 1,382 項診療項目的支付標準點數。在增修支付標準之外，為增進醫院醫療品質，中央健康保險局透過對支付制度的改革，可推動醫院對保險對象提供更有品質及全人的整體醫療保健服務。由健保開辦初期均採論量計酬支付，復因論量計酬下醫療費用大幅成長，自 87 年起陸續推動牙醫、中醫、西醫基層、醫院等部門總額支付制度，於 91 年全面採行總額預算制度。也可透過定期藥價調查修訂「全民健康保險藥價基準」，合理調整藥價提升用藥品質，將醫事機構議價之成果，反應於支付價格之調降，使民眾間接獲益。

台灣全民健保支付制度為兼顧醫療費用控管與提升醫療服務的效率及品質，在實施總額預算制度後，陸續根據不同醫療照護的特性，妥善運用各種支付制度之優點，如論病例計酬支付、診斷關聯群支付(Tw-DRGs)、論質支付、論日支付、論人支付、或試辦不同制度兼具的整合式支付，以具台灣特色的多元支付制度，促使醫療服務之提供更有效率與品質。

三、 醫療服務審查

為確保保險醫事服務機構提供醫療服務之項目、數量、適當性及品質，健保局依據「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」(以下簡稱審查辦法)辦理醫療服務審查作業，其審查內容係依「全民健康保險法」、「全民健康保險法施行細則」、「全民健康保險醫療辦法」、「全民健康保險醫療費用支付標準」、「全民健康保險藥品給付規定」、「全民健康保險醫療費用審查注意事項」等相關規定，其中包括程序審查及專業審查、事前審查、實地審查、及檔案分析等，分述如下：

(一) 程序審查與專業審查

1. 依審查辦法第 14 條，辦理程序審查項目如下：

- (1) 保險對象之資格。
- (2) 保險給付範圍之核對。
- (3) 保險支付標準及藥價基準正確性之核對。
- (4) 申報資料填載之完整性及正確性。
- (5) 檢附資料之齊全性。
- (6) 論病例計酬案件之基本診療項目之初審。

(7) 事前審查案件之核對。

(8) 其他醫療服務申報程序審查事項。

2. 依審查辦法第 18 條，專業審查係由審查委員及審查醫師、藥師等醫事人員依相關規定辦理，並基於醫療原理、病情需要、治療緩急、醫療能力及服務行為進行之。

(二) 事前審查

(三) 實地審查

依審查辦法第 25 條，保險人為增進審查效能、輔導保險醫事服務機構醫療服務品質，得派員至特定機構就其醫療服務之人力設施、治療中之醫療服務或已申報醫療服務點數項目之服務內容進行實地審查。

(四) 檔案分析

依審查辦法第 29 條，保險人得針對醫事服務醫療服務點數申報資料，就機構別、科別、醫師別、保險對象別、案件分類、疾病別或病例別等，分級分類進行該類案件之醫療資源耗用、就醫型態、用藥類型及治療型態等進行檔案分析，並得依分析結果予以輔導改善，經一定期間未改善者，保險人得採立意抽樣審查、加重審查或全審，必要時得移請稽核。

四、醫療品質監測

健保局除透過醫療費用審查督促醫療品質外，另為促進醫療院所進行自我品質管理，自 95 年起建置封閉型的健保資訊網服務系統(VPN)作為保險特約醫療院所查詢醫療服務品質指標資訊之管道，資訊內容包括：指標定義、院所自身醫療服務指標值、同儕醫療服務指標值等，截至 100 年可查詢之指標類別包括：各總額品質確保方案指標類、各總額部門院所別醫療品質資訊公開指標類、疾病別指標類、及其他管理類指標等逾 400 項。

健保局另依行政院衛生署核定之各總額品質確保方案(共分醫院、西醫基層、中醫、牙醫、透析服務等五個部門)產製整體性專業醫療服務品質指標統計季報與年報公布於健保局全球資訊網，以讓民眾共同監督健保醫療品質，費協會亦會針對品保方案品質指標達成情形經總額品質及績效評核會，評核結果作為隔年協商醫療費用總額之參考。

參、近期管理重點

全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法於 84 年 1 月 27 日立法至 99 年 9 月 15 日總共歷經 14 次的修正；在這期間，陸續有醫事相關法規再行修正，外界亦有提出修正意見，為使特約及管理辦法之規定符合時宜，以及配合保險人管理實務作業，並進一步釐清本辦法應予之規範事項及範疇，以確實遵循全民健康保險法之授權目的，所以也將不定期針對本辦法全盤檢討，以求更為周延，為民眾提供更優質的服務。尤其最新一次於 99 年 9 月 15 日修正「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」，對於不能改善且屢次違約之醫事服務機構與醫事人員，以及同址多次違約之醫事服務機構，明定保險人不予特約。

為確保醫療品質及節制醫療浪費，對特約醫院違反健保相關規定，應有適度規範，才能達到處分之效果，因此特約醫院如有特約管理辦法第 34 條、第 35 條、36 條，第 37 條、

第 38 條規定之情事，如未經醫師診斷逕行提供醫事服務、未記載病歷或未製作紀錄卻申報醫療費用、容留非依醫事人員法令規定之人員執行應由特定醫事人員執行之業務、未診治保險對象卻自創就醫紀錄虛報醫療費用、拒絕對保險對象提供適當之醫事服務且情節重大，健保局將分別依規定予以通知其限期改善、違約記點、扣減其申報之相關醫療費用之 10 倍金額、停約 1 至 3 個月、終止特約之處分，另強調涉及刑責或違反醫事法規者，移送司法機關或當地衛生主管機關查處。

為增加平衡醫療發展，自 97 年起，為鼓勵器官移植、重大疾病診療及照顧幼童，將腎臟、心臟、肺臟及肝臟移植等手術技術費用支付點數一併調高，腎臟移植提高至現行支付點數的 3 倍，心、肺及肝臟移植等手術之支付點數，調高至 2 倍，而 2 歲(含)以下之兒童門診診察費加成 20%，98 年修改為 3 歲(含)以下之兒童門診診察費加成 20%，另 98 年及 99 年陸續增列胰臟移植、心室輔助裝置植入、深部腦核電生理定位、腦部多巴神經元斷層造影、光動力療法、自體螢光支氣管鏡檢查、小血袋無菌分裝處理費及氟-18 氟化鈉正子造影等新醫療技術診療項目。100 年起調增婦、兒、外科醫師之門診診察費加成 17% 及 4 歲以下兒童診察費加成 20%。100 年下半年更啟動 RBRVS 的檢討，調整支付標準，邀請各科專業醫學會及相關團體參與評量，提供成本分析，使支付更合理。

現行全民健康保總額支付制度下仍採用論量計酬支付方式，醫療院所無提升效率之誘因，健保局為提升醫療服務效率，於 99 年開始實施住院 Tw-DRGs 制度，第 1 階段導入項目共計 164 項。實施第 1 年整體之平均每件住院天數由 4.39 天下降為 4.19 天，整體下降 4.60%，初步顯示提升醫療效率之成效，對於國內病床的週轉率，有正面的助益。

推動各項疾病別論質計酬方案，透過調整支付的方式，提供適當誘因，引導醫療服務提供者提供符合治療指引的照護，並以醫療品質及效果做為支付費用的依據。90 年起陸續試辦糖尿病、氣喘、高血壓、乳癌、精神分裂症、B 型與 C 型肝炎帶原者、初期慢性腎臟病等 7 項論質計酬方案。99 年新增精神分裂症方案，引導病患規律就醫，控制病情，減少高風險行為，經評估 99 年成效，減少高風險病人的再住院率、急診率、強制住院的發生。另 99 年新增 B 型及 C 型肝炎帶原者，做好帶原者追蹤，早期發現肝癌，減少肝癌發生及死亡，99 年成效參與方案者各項指引遵循率如 GOT、GPT 等肝功能檢查、腹部超音波檢查均較未參與方案者高。更於 100 年新增初期慢性腎臟病，提供追蹤治療及衛教措施，期減少洗腎發生率。經評估執行成效，參加方案者成效優於未參加者，如各項疾病之病人治療指引遵循率參與方案者顯著高於未參與方案者，結果面而言，乳癌個案存活率提升，追蹤糖尿病方案糖化血色素不良(>9.5%)個案，參加方案 1 年後 66% 的個案有改善；參與氣喘方案患者的急診及住院次數減少，參與高血壓方案患者完成一年療程後追蹤其血壓 50% 個案血壓下降至正常標準，目前整體論質方案受益個案數 50 萬人。

目前健保論量計酬，做多少領多少，誘發過多之就醫次數，因此醫療機構於就醫民眾，不會用心促進民眾身體健康，為有所突破，於 100 年下半年起試辦論人計酬，期發展新的照護模式，讓民眾健康加值。

肆、未來發展方向

醫事服務機構管理目的是為推動健保各項業務之順利進行，健保局透過特約管理、支付制度、及審查制度的改革，持續提升各項醫療服務品質與醫療資訊透明化，擴大在地化服務及便捷效率，以造福民眾，並使健保能永續經營，而為讓全國民眾都能獲得完善高品質的醫療照護。

3.1.3 醫政、健保外衛生署內其它與醫院醫療品質相關之單位

◆ 除醫政及健保外，其它業務單位之醫院醫療品質管理架構

除醫政及健保外，衛生署內與醫院醫療品質相關之單位另包含護理及健康照護處(照護處)、疾病管制局(CDC)、食品藥物管理局(TFDA)及國民健康局(國健局)，各單位辦理醫療品質管理，以及建立指標系統作相關監控之示意圖如下所示：

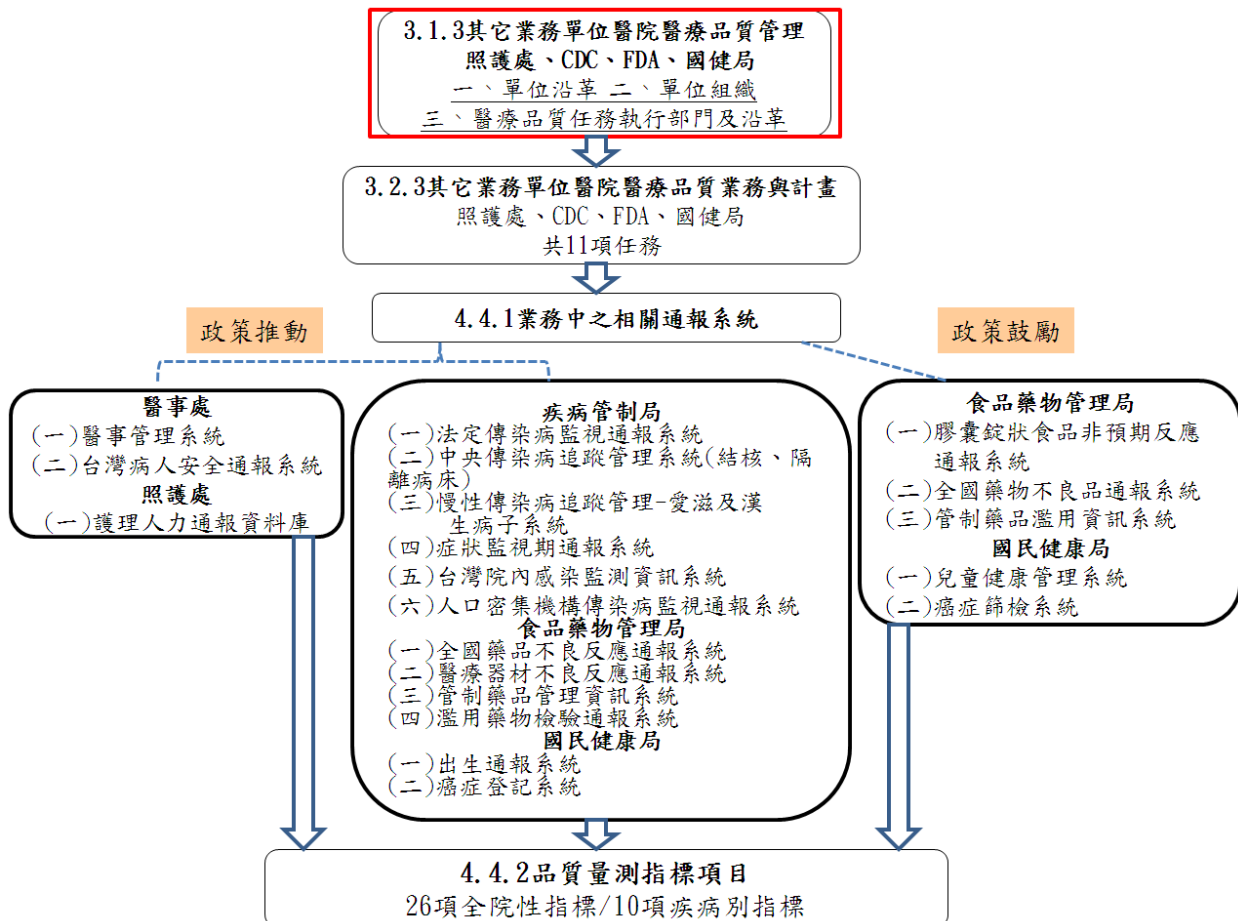


圖 3.1-9：其它業務單位之醫院醫療品質管理架構-3.1.3 章節示意圖

壹、護理及健康照護處

一、單位沿革

衛生署護理及健康照護處於 93 年 7 月成立，依照業務職掌分為三科，第一科長期照護科主要業務內容為長期照護政策擬定、身心障礙醫療復健規劃、一般護理之家管理及品質提升、長照人力規劃及培訓、遠距照護服務整合與發展及其他照護相關等業務，第二科護理科主要業務內容為推動護理助產業務政策規劃、社區護理人力規劃發展及培育、臨床護理人力規劃及培育、專科護理師之培育及制度規範、護理助產人員倫理事項等相關事項，第三科山地離島科主要業務內容為培育在地養成公費生、改善醫療保健設施、整合相關醫療資源事宜、加強醫療支援計畫、強化緊急後送體系、遠距醫療設備更新、推動社區健康營造以及擴大照護特定族群等相關事項。

二、單位組織

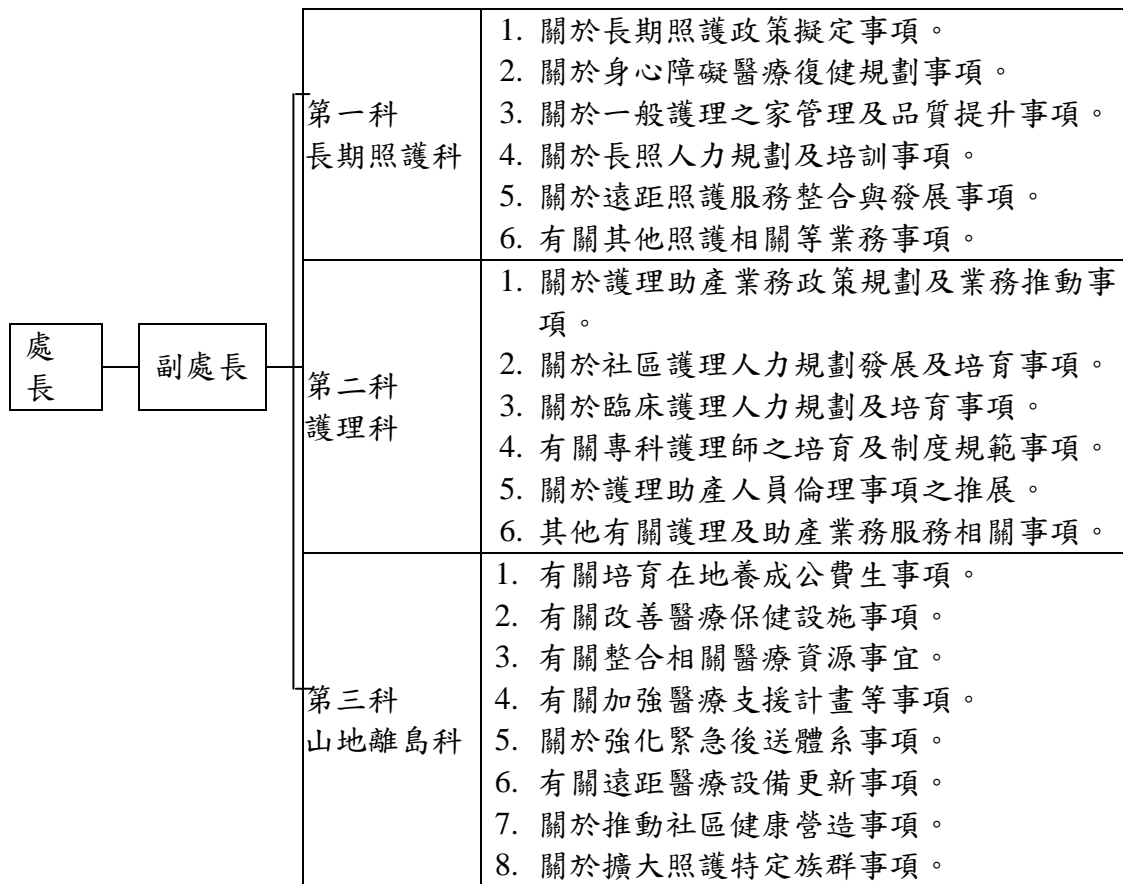


圖 3.1-10：行政院衛生署護理及健康照護處組織圖

三、醫療品質任務執行之沿革

衛生署護理及健康照護處自 94 年起依據 94~97 年全人健康照護計畫及 98~101 年新世代健康領航計畫辦理醫院之醫療照護品質任務，長期照護科自 94 年起陸續辦理社區失能者長期照護行政工作、建構社區化長期照護體系，97 年起推動長照十年計畫及身心障礙醫療復健網，99 年完成全國首度跨部會長照資源盤點，並在 100 年推動長期照護制度及法制業務；此外，94 年新制醫院評鑑暨教學醫院評鑑將出院準備服務納入評量項目，落實納入醫院評鑑評核項目推動，回歸醫院管理。

護理科自 94 年起積極規劃專科護理師制度，自 96 年起辦理專科護理師甄審及繼續教育積分審定工作，98 年起辦理專科護理師訓練醫院認定工作，100 年透過實地訪評改善專科護理師訓練醫院品質，公告專科護理師甄審筆試試題範圍以改善命題品質，並持續修訂專科護理師分科及甄審辦法；另依 94 年規劃之護理政策白皮書建議，於 95~98 年委託辦理護理人力監測資料庫建置計畫，自 97 年起已依計畫成果每年透過衛生署醫療服務量專案調查，收集醫院護理空缺率及離職率等人力資料，俾便了解醫院是否因人力不足影響醫療照護品質；此外，自 94 年起積極推動全責照護醫院照顧服務員共聘模式，以解決醫院病人生活照顧之負擔，改善醫院病人照護品質。

山地離島科自 94 年起辦理山地離島醫療保健行政工作。為解決山地離島及原住民偏

遠地區醫療資源相對匱乏之問題，衛生署多年來，以醫療在地化為主要目標，並積極培育在地醫事人才及強化衛生所功能，提供便捷數位化及現代化的醫療環境，以縮短城鄉醫療落差。

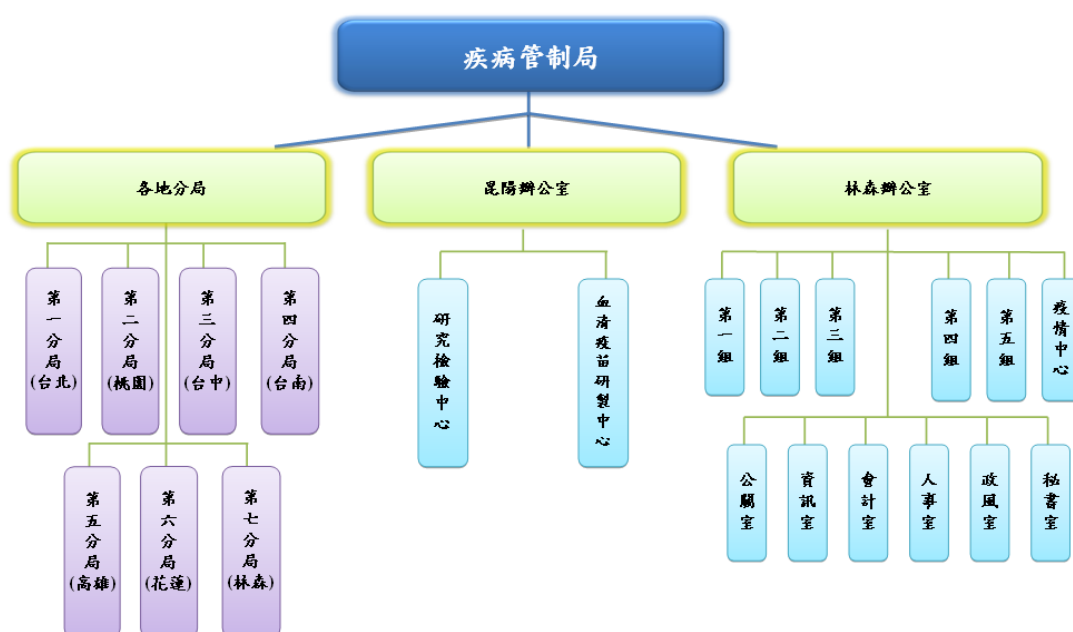
貳、疾病管制局

一、單位沿革

為因應傳染病型態變遷，整合防疫資源，建構防疫體系，以迎接二十一世紀挑戰，依「行政院衛生署疾病管制局組織條例」，合併原行政院衛生署防疫處、預防醫學研究所及檢疫總所三單位，於88年7月1日成立疾病管制局。並於90年7月1日合併納入原台灣省慢性病防治局結核病防治之公共衛生組織。

台灣近年來國際交流、旅遊頻繁及引進外勞等均使境外移入傳染病機會大幅增加，面對未來新興疫病之威脅，加上本土性傳染病亦蠢蠢欲動，當前我國防疫政策、檢疫、疫情監視及檢驗研究能力，已不敷疫病管制需求。在高科技、國際化發展的大遠景之下，防疫工作必須具有整體性、迅速性、有效性及國際性之功能。因此疾病管制局之成立即以建立現代化防疫體系，維護國人健康為宗旨。

二、單位組織



(資料來源：行政院衛生署疾病管制局，101年)

圖 3.1-11：行政院衛生署疾病管制局組織圖

三、醫療品質任務執行之沿革

疾病管制局共分為七個分局及七個組，分別為第一組到第五組、研究檢驗中心及血清疫苗研製中心。

第二組之業務範圍為腸道傳染病防治政策之規劃及推動、病媒傳染病防治政策之規劃

及推動、急性呼吸道傳染病防治政策之規劃及推動、國家預防接種政策及實務之規劃及推動、其他有關腸道、病媒與急性呼吸道傳染病防治及預防接種事項。其自 80 年起陸續進行加強預防接種計畫及根除三麻一風計畫，100 年起推動「急性傳染病流行風險監控與管理計畫—病媒、腸道傳染病及腸病毒、肝炎防治暨根除三麻一風整合計畫」。

第三組之業務範圍為愛滋病、結核病、漢生病及性病防治政策之規劃及推動。其自 88 年起推動愛滋防治第二期五年計畫，89 年起進行結核病、漢生病及其他慢性傳染病防治，94 年推動藥癮愛滋減害計畫，95 年宣示結核病十年減半計畫。

第四組之業務範圍為生物病原災害應變整備政策之規劃及推動、防疫物資整備政策之規劃及推動、傳染病防治醫療網之規劃及推動、其他有關生物病原災害應變、防疫物資整備及傳染病防治醫療網事項。自 92 年 9 月建置「感染症防治醫療網」，並於 96 年 7 月因應傳染病防治法修訂正名為「傳染病防治醫療網」。

第五組之業務範圍為實驗室生物安全政策與系統管理之規劃及推動、醫療照護相關感染管制政策與通報系統之規劃及推動、其他有關感染性生物材料管理及感染管制事項。其於 94~95 年協助推動與執行全民健康保險醫院總額「加強感染控制」實施方案評量作業，94 年起督導辦理年度醫院感染控制查核作業，99~100 年於健康照護績效提升計畫項下辦理醫院手部衛生認證與建置手部衛生示範中心。

參、食品藥物管理局

一、單位沿革

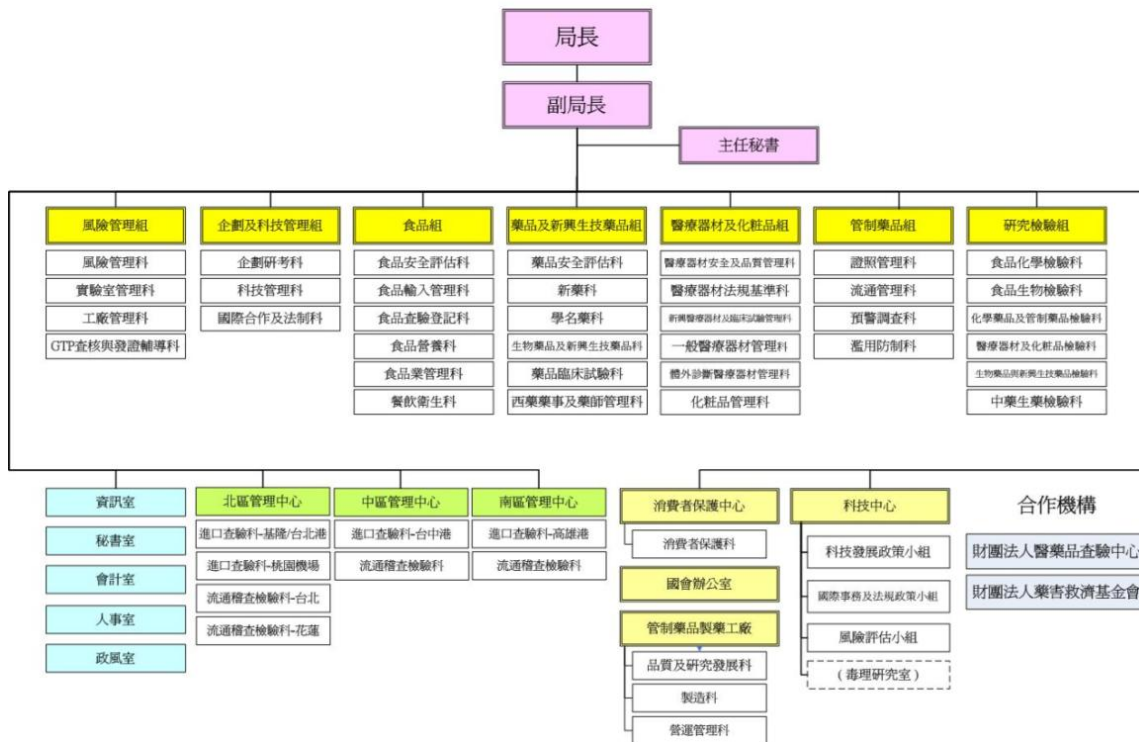
食品藥物管理局於 98 年底由衛生署食品處、藥政處及藥物食品檢驗局、管制藥品管理局改制整併，其施政規劃重點，在強化食品、藥物、新興生技產品、化粧品之管理及風險評估，落實源頭管理，健全輸入食品管理體系，發展核心檢驗科技，提升管理、檢驗與研究水準。其核心理念是改變過去以產品管理為中心之概念，轉變成以消費者為中心之管理。透過統一的對外聯繫與發言制度，積極及迅速的與外界溝通，期望達到食品、藥物管理一元化的理想。

二、單位組織

食品藥物管理局共分為七組，分別為風險管理組、企劃及科技管理組、食品組、藥品及新興生技藥品組、醫療器材及化粧品組、管制藥品組以及研究檢驗組，另有兩個合作機構，分別為財團法人醫藥品查驗中心及財團法人藥害救濟基金會。

行政院衛生署食品藥物管理局

99.04.14



(資料來源：行政院衛生署食品藥物管理局，101 年)

圖 3.1-12：行政院衛生署食品藥物管理局組織圖

三、醫療品質任務執行之沿革

自西元 1960 年代發生 thalidomide 造成嬰幼兒海豹肢(phocomelia)事件後，Finney 博士率先提出藥物相關製劑造成不良事件的監視議題，各國政府單位、公共衛生機關、以及藥廠也開始進行有關藥物監視計畫的討論及政策，以期達到偵測上市後藥物不良事件訊號的艱鉅任務。監測藥物安全的主要資料來源有四：自動通報(spontaneous reports)、文獻案例報告、臨床試驗流行病學研究與藥理毒理實驗(如表 3.1-2)。其中，自動通報機制為最主要的資訊來源，所代表的意思即是「不良反應的案例是經由通報者主動提供給廠商與政府機關，而非來自醫學文獻與研究計畫」。因為自動通報系統能提供大量資訊而且費用低，使其成為上市後藥品監視的基礎工具之一。

表 3.1-2、藥物安全監視之主要資訊來源

自動通報	研究計畫
通報給廠商	臨床試驗
通報給政府機構	流行病學研究
文獻案例報告	臨床前藥毒理實驗
單一個案	細胞培養實驗
個案整合	動物實驗
	毒理學實驗

鑑於藥物不良反應自主性通報系統為先進國家對上市後藥品安全性監視評估的必備機制，行政院衛生署逐步推行藥品上市後監視政策，首先在 72 年公告實施新藥安全監視制度，並於 82 年提出修訂，規定國內新藥上市後有七年監視期。於 93 年參考 International Conference on Harmonisation (ICH)精神，將藥品安全監視期修改為五年。在藥品安全監視期間，藥品許可證持有藥商應向中央衛生主管機關提供國內、外有關該藥品安全有關之最新情報，並定期(每六個月或每年)檢送國內外之藥品不良反應與藥品安全報告。自 87 年行政院衛生署以計畫委辦方式建置藥物不良反應通報系統來蒐集國內藥品之不良反應資料，至今已執行超過 12 年，在衛生署積極推動下，迄 100 年 12 月 31 日止，全國藥物不良反應通報資料累積超過六萬件上市後藥品不良反應通報案例，年度通報案件數也持續增加中。全國藥物不良反應通報中心係接受衛生署委託執行，包含藥品與醫療器材之不良反應的通報作業及宣導，強化醫療人員對使用藥品引起之不良反應的認識。也對廠商檢送的監視期間之藥品定期安全性報告進行初步評估，並對監視期滿藥品，提出整體資料之分析及評估。同時也做為藥物上市前臨床試驗計畫執行期間，受試者發生嚴重不良事件(serious adverse event, SAE)之通報之窗口並與財團法人醫藥品查驗中心(Center for Drug Evaluation, CDE)合作整合評估；此 SAE 案件太多，反而容易忽略真正有意義之藥品安全疑慮訊號，因此衛生署於 99 年 7 月 19 日公告修正「優良藥品臨床試驗準則(Good Clinical Practice, GCP)」，規定臨床試驗期間，受試者發生之「可疑未預期嚴重不良反應(suspected unexpected serious adverse reaction, SUSAR)」才需要通報，更能有效偵測出藥品於臨床試驗期間之安全疑慮，建立本土之藥品上市前、後使用安全資料，以達保護臨床試驗受試者、上市後合理用藥，進而強化臺灣民眾藥品使用安全性。

提升病人安全一直以來都是各國醫療改革的重要議題，世界各地的專家學者對於醫療錯誤發生的情形與原因皆有諸多的研究與探討，病人自主意識的高漲，病人安全(patient safety)已成為世界衛生組織(World Health Organization, WHO)及歐美國家最重視的課題，據 IOM 在西元 1999 年估計美國每年因醫療疏失(medical adverse events)而死亡的人數約有 44,000 人至 98,000 人之間，其中藥品是醫院中最容易造成的醫療疏失，在美國據估計不適當藥品使用造成的問題，每年大約需花費 1,770 億美元。為提高專業人員對安全性較低的藥物有所警覺，以避免對病患不必要的傷害，根據美國 Institute for Safe Medication Practices (ISMP)的定義：凡經由不當使用，而可能對病人造成嚴重傷害的藥物，稱為高警訊藥物。而衛生署訂定的 93 年度醫院病人安全工作目標中，其中一個為「避免藥物錯誤」，執行策略即為落實正確給藥程序、有效管理高警訊藥品，次年(94)公告之病人安全六大工作目標中，亦將「提升用藥安全：落實正確給藥程序、有效管理高警訊藥物」列為其中的目標之一。

藥政處(99 年起為藥品及新興生技藥品組)自 95 年起委託社團法人台灣臨床藥學會執行建立高警訊藥品管理機制計畫，藉由蒐集國內外相關資料，建立國內高度警訊藥品(high alert medication)品項及管理機制，並作為藥政管理之依據，有效管理可能對病人造成嚴重傷害的藥物，以達到提升病人用藥安全之目標。99 年更持續更新高警訊藥品品項清單，並提出我國對高警訊藥品管理上可行之措施與建議如了解國外相關配合或鼓勵機制提出我國高警訊藥品於產品登記及臨床照護實務面之可行建議及擇定優先標示之高警訊藥品提出 3 個特定標示等。

肆、國民健康局

一、單位沿革

衛生署將保健處，公共衛生研究所，家庭計畫研究所，以及婦幼衛生研究所等單位合併，在 90 年 7 月 12 日成立國民健康局，並且將業務分為婦幼與生育保健、兒童及青少年保健、成人及中老年保健以及預防保健等。

國民健康局其下設有業務單位五組二中心，其任務主要為訂定健康促進政策及法規；建構健康友善的支持環境；規劃及推動生育健康、婦幼健康、兒童及青少年健康、中老年健康、菸品及檳榔等健康危害防制；癌症、心血管疾病及其他主要非傳染性疾病防治、國民健康監測與研究發展及特殊健康議題等健康促進業務。行政單位負責全方位健康專案的執行，除協同縣市衛生局所，及各級醫療院所，並結合民間力量，共同實踐政府的健康政策，為全民打造一個時時健康，處處健康的優質生活環境。

二、單位組織



(資料來源：行政院衛生署國民健康局，101 年)

圖 3.1-13：行政院衛生署國民健康局組織圖

三、醫療品質任務執行之沿革

人口健康調查中心負責建立制度化的人口與國民健康監測系統，為健康政策的擬定與保健計畫成效評估，提供客觀正確的參考數據。其於 90 年完成台閩地區國民健康訪問調查、台灣地區國民健康促進知識態度與行為調查，自 91 年起進行人口生育與保健及健康調查研究。

衛生教育中心推動菸害防制工作，修訂菸害防制相關法規，提供多元化戒菸服務，補助地方政府推動菸害防制，規劃菸害防制研究及監測，辦理菸害防制人才培育及國際交

流，並負責民眾衛生教育宣導。其中 91 年起辦理菸害防制，自 91 年起實施門診戒菸治療服務計畫。

婦幼及生育保健組之業務範圍包括婦幼健康營造、生育保健、生育遺傳服務、兒童視力、聽力、口腔、青少年保健及照顧罕病病患等弱勢團體，其自 93 年 5 歲以下兒童牙齒塗氟服務。

成人及中老年保健組之業務範疇為成人及中老年保健、重要慢性病防治與健康老化。近年推動與提升慢性病醫療品質相關之計畫，自 91 年起積極推動糖尿病人保健推廣機構等糖尿病防治工作，93 年起發展腎臟保健推廣機構，94 年建置「慢性腎臟病個案管理共同照護資訊系統」，95 年為呼應世界衛生組織健康促進醫院之理念，將糖尿病人保健推廣機構轉型為「糖尿病健康促進機構」，並持續推展。另因應健保財務改革採以「多元微調方式」進行，針對公共衛生支出之預防保健等經費，逐年回歸公務預算編列，成人預防保健服務 96 年移至國健局賡續辦理；同年將腎臟保健推廣機構更名為腎臟病健康促進機構。97 年起推動慢性腎臟病防治研究發展計畫。

癌症防治組之業務範圍包括癌症防治宣導、重要癌症篩檢、癌症診療、病友服務及安寧療護等。衛生署於 84 年起補助 30 歲以上婦女子宮頸抹片篩檢，其後分別於 88 年、91 年與 94 年起陸續補助口腔癌、乳癌與大腸癌篩檢，並於 99 年起將口腔癌、大腸癌篩檢納入預防保健服務項目。另依癌症防治法規定，於 94 年公布「癌症診療品質保證措施準則」，並補助醫院辦理癌症醫療品質提升計畫；另為降低癌症對國人健康威脅，分別於 94 年與 99 年奉行政院核定辦理「第一期國家癌症防治五年計畫(94~98 年)」與「第二期國家癌症防治計畫-癌症篩檢(99 年~102 年)」；且於 99 年起補助 228 家醫院辦理癌症醫療品質提升計畫，建立以病人為中心的癌症篩檢與診療服務。。

社區健康組之業務範圍包括衛生所功能再造、各類場域的健康促進包括健康城市、健康社區、健康醫院、健康學校及健康職場等。期推動健康生活社區化，希望透過民眾的參與，結合社區中各種資源和力量，量身訂做適合的健康方針，解決社區的健康問題，讓社區民眾都健康。

3.2 衛生署與醫院醫療品質之相關業務與計畫

3.2.1 醫政單位醫院醫療品質業務與計畫

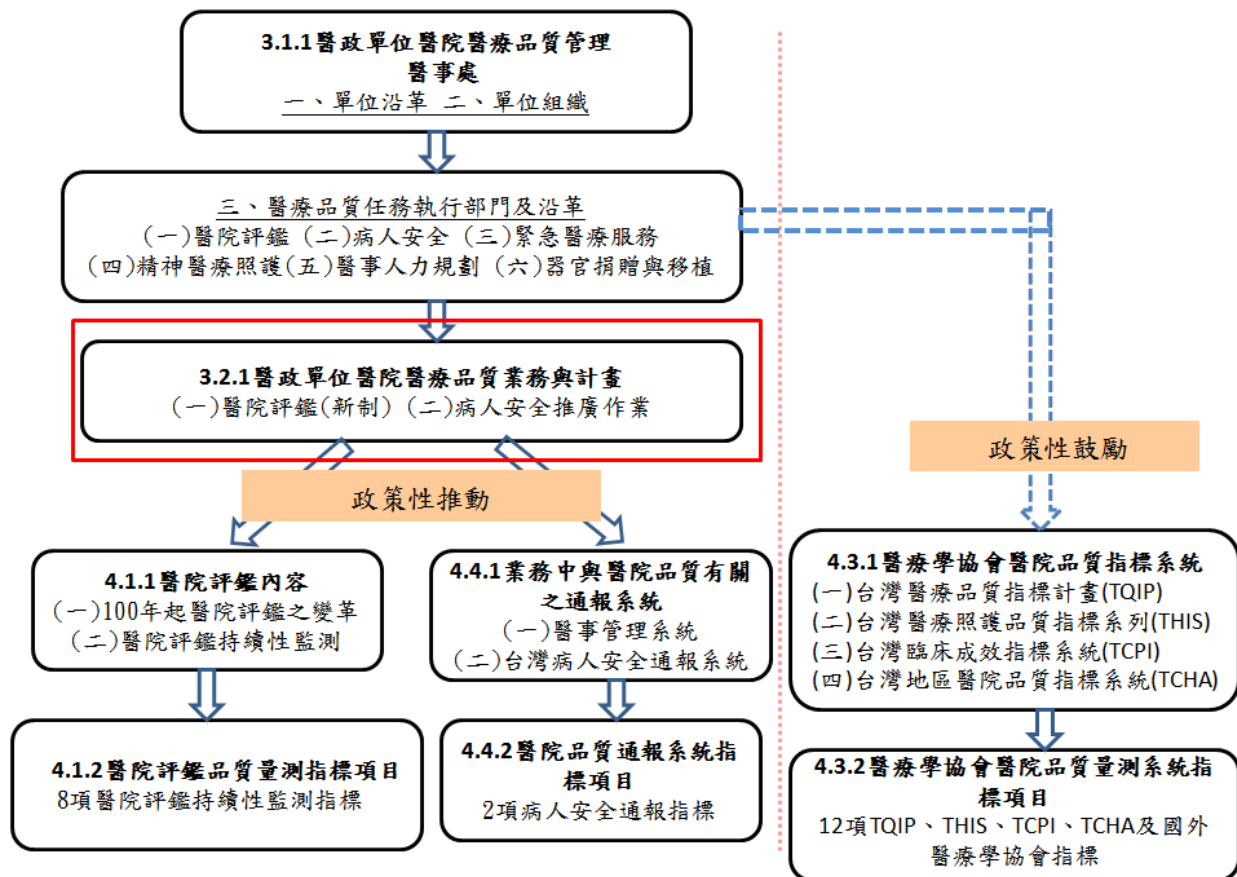


圖 3.2-1：醫政單位之醫院醫療品質管理架構-3.2.1 章節示意圖

壹、醫事處-醫院評鑑

一、醫院評鑑及教學醫院評鑑執行起迄年月

自 77 年起迄今。

二、醫院評鑑及教學醫院評鑑法源依據

(一) 醫院評鑑法源依據

醫療法第 28 條

中央衛生主管機關，得視需要辦理醫院評鑑。

(二) 教學醫院評鑑法源依據

醫療法第 94 條

為提高醫療水準，醫院得申請評鑑為教學醫院。

醫療法第 95 條

教學醫院之評鑑，由中央主管機關會商中央教育主管機關定期辦理。中央主管機關應將教學醫院評鑑結果，以書面通知申請評鑑醫院，並將評鑑合格之教學醫院名單及其資格有效期間等有關事項公告之。

醫療法第 96 條

教學醫院應擬具訓練計畫，辦理醫師及其他醫事人員訓練及繼續教育，並接受醫學院、校學生臨床見習、實習。前項辦理醫師與其他醫事人員訓練及接受醫學院、校學生臨床見習、實習之人數，應依核定訓練容量為之。

醫療法第 97 條

教學醫院應按年編列研究發展及人才培訓經費，其所占之比率，不得少於年度醫療收入總額百分之三。

三、 主要目的

為落實醫院評鑑針對「過程面」與「結果面」之評量，配合國家衛生政策，順應國際醫院評鑑趨勢，並建置「以病人為中心」及「病人安全」之醫療照護環境，衛生署自 92 年著手進行新制醫院評鑑改善作業，邀請專家學者組成「新制醫院評鑑改善小組」研擬「新制醫院評鑑標準(草案)」，即為現行新制醫院評鑑基準之前身。新制醫院評鑑基準歷經 93 年之試評作業，並於試評作業後召開相關檢討會議蒐集試評醫院及試評委員之意見，檢討修正後成為「新制醫院評鑑基準」。該基準亦依規劃期程分階段正式上路，於 94 年度先採以急性病床 250 床以上醫院為第一階段適用對象，95 年以急性病床 100 床以上醫院為第二階段適用對象，並自 96 年全面實施於全國醫院。

另為使教學醫院充分發揮其教學之功能與角色，衛生署自 94 年起亦開始進行教學醫院評鑑制度改革，朝加強對實習醫學生、住院醫師，及其他醫事人員臨床訓練計畫執行成果之評核，研訂新制教學醫院評鑑基準，並於 95 年度進行新制教學醫院評鑑之試評作業，自 96 年全面實施「新制教學醫院評鑑基準」。

四、 策略訂定、執行、考核方式

96 年全面實施之新制醫院評鑑改善重點：

(一) 在內容改善重點上

1. 加強過程及結果面之評核

醫療評鑑標準減少結構面之要求，將以過程面與結果面之評核為重點，以疾病的醫療處置過程來作評鑑，確實瞭解醫院的醫療作業、品質及態度，亦能避免醫院評鑑資料申報不實的情況。

2. 建立醫院評鑑委員遴選暨評核機制

舊制醫院評鑑的委員遴選過程因公開性與客觀性不足，新制建立了評鑑委員的遴選和評核機制，並加強委員對評鑑之評量共識。

3. 強化輔導醫院之機制

包含重點複查與全院複評之機制。

4. 促進合格醫院持續改進機制

不定時追蹤輔導機制。

(二) 在評鑑技術之改善重點上

1. 實地評鑑之分組簡化

舊制實地評鑑的分組過細，過份強調專業；新制則簡化分為醫療、護理、管理負責八大領域之評鑑，以病人就醫流程，及以病人為中心的宗旨為評核重點。

2. 強調醫院自評

醫院自評傳達了醫院的現況及優缺點，委員依醫院自評結果查核，給予醫院適當肯定及改善建議。

3. 增加評鑑時間

由舊制的稽核式評鑑轉變為新制的輔導式評鑑，透過與院方人員訪談，進一步了解受評醫院並提供建議。

五、 近期管理重點

「新制醫院評鑑基準」及「新制教學醫院評鑑基準」自 96 年起全面實施，期間每年度微調，於 98 年起參考歷年各界意見及成績分析，著手研修新版「醫院評鑑基準」及「教學醫院評鑑基準」，99 年公佈試評版基準，辦理試評及研修作業，100 年起正式實施新版醫院評鑑基準及教學醫院評鑑基準，期能更符合醫療機構實務需要，及協助推展與提升醫院管理與臨床照護品質。

100 年起實施的新版醫院評鑑基準，除進行評鑑基準的整併，衛生署同時進行評鑑流程方面的改善：提倡評鑑文件簡化，減少醫院為準備評鑑而作的文書作業；建立醫院評鑑持續性監測系統，平時即請醫院填報相關資料，評鑑時就不用再重新準備；引入新式評鑑方法，以實地訪問工作人員、病人、家屬等現場查證等方式，取代僅以書面資料審查。希望藉此推動醫院落實評鑑日常化，同時減少醫院準備評鑑的負擔。

六、目前成果

(一) 96~99 年醫院評鑑結果

(經初評、重點複查、全院複評後結果)

表 3.2-1、96~99 年醫院評鑑結果

年度	初評醫院								重點複查及全院複評醫院		經初評、重點複查、全院複評後結果	
	受評醫院	特優醫院	優等醫院	合格醫院	重點複查	全院複評	不合格	合格率	合格醫院	不合格	合格以上醫院	合格率
96 年	134	6	31	82	13	2	0	88.8%	12	1	131	97.8%
97 年	120	12	15	83	10	0	0	91.7%	10	0	120	100.0%
98 年	159	11	28	109	10	0	1	93.1%	10	0	158	99.4%
99 年	124	12	29	82	1	0	0	99.2%				

(資料來源：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，101 年)

註：

- 1.醫院家數統計以當年度實際接受評鑑家數為主，年度依「初評年度」計，不以公告合格年度計。
- 2.合格率:評鑑結果為合格(含)以上家數/當年度受評醫院家數。
- 3.評鑑結果達合格以上之醫院，若因不符醫療機構設置標準者，於期限內未完成改善者，得由衛生署逕予核定為「不合格」醫院。
- 4.99 年第二階段評定之重點複查醫院尚未完成重點複查作業，故未能有重點複查後之結果資料。

(二) 96~99 年教學醫院評鑑結果

(經初評、重點複查、全院複評後結果)

表 3.2-2、96~99 年教學醫院評鑑結果

年度	初評醫院						重點複查及全院複評醫院		經初評、重點複查、全院複評後結果	
	受評醫院	優等醫院	合格醫院	重點複查	不合格	合格率	合格醫院	不合格	合格以上醫院	合格率
96 年	37	6	25	4	2	83.8%	4	0	35	94.6%
97 年	30	10	15	3	2	83.3%	3	0	28	93.3%
98 年	54	10	40	40	0	92.6%	4	0	54	100.0%
99 年	32	7	23	2	0	93.8%				

(資料來源：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，101 年)

註：

- 1.醫院家數統計以當年度實際接受評鑑家數為主，年度依「初評年度」計，不以公告合格年度計。
- 2.合格率：評鑑結果為合格(含)以上家數/當年度受評醫院家數。
- 3.99 年第二階段評定之重點複查醫院尚未完成重點複查作業，故未能有重點複查後之結果資料。

七、未來發展方向

衛生署已於 100 年正式實施「新版醫院評鑑基準」及「新版教學醫院評鑑基準」，並將逐步導入「新式評鑑方法」及「持續性監測制度」，藉以落實以病人照護流程為主體之評鑑。

貳、醫事處-醫療品質與病人安全推廣作業

一、執行起迄年月

自 92 年起迄今。

二、法源依據

醫療法第 62 條

醫院應建立醫療品質管理制度，並檢討評估。

為提升醫療服務品質，中央主管機關得訂定辦法，就特定醫療技術、檢查、檢驗或醫療儀器，規定其適應症、操作人員資格、條件及其他應遵行事項。

醫療法施行細則第 42 條

醫院依本法第六十二條第一項所定醫療品質管理制度，至少應包括下列事項：

- (一) 醫療品質管理計畫之規劃、執行及評估。
- (二) 醫療品質教育訓練。
- (三) 院內感染管制制度。
- (四) 設有醫事檢驗及血庫作業部門者，其作業品質管制制度。
- (五) 病人安全制度。
- (六) 人員設施依醫療機構設置標準規定，實施自主查核制度。

醫療法施行細則第 45 條

醫院建立第四十二條第五款所定病人安全制度，應依下列規定辦理：

- (一) 推動實施病人安全作業指引及標準作業基準。
- (二) 推行病人安全教育訓練。
- (三) 建立院內病人安全通報及學習制度。
- (四) 建立醫院危機管理機制。

三、主要目的

近年來，醫療品質與病人安全的議題受到世界各國的重視，包括美、英、澳等各國除發表各式報告外，並進行數項探討醫療疏失大型的流行病學研究，如美國智囊機構 IOM 在

西元 1999 年出版的報告「To Err is Human」中指出，估計美國每年約有 44,000 人至 98,000 人死於醫療疏失，在同年國民主要死因中排名第八，揭露了在醫療環境中存在著相當程度的危險。若以醫療錯誤所造成的財物損失估算，如額外的住院天數和補救處置，大約每年耗資三億七千萬至五億美金，其中一億七千萬至二億九千萬美金則是來自於可避免之醫療錯誤。

而西元 2002 年第 55 屆世界衛生大會(World Health Assembly, WHA)中，WHO 正式對各會員國提出呼籲各國應重視病人安全的工作，並且發起國際性病人安全的結盟，於西元 2004 年 10 月成立世界病人安全聯盟(World Alliance for Patient Safety)。

查我國於 87 年成立醫療品質委員會，因歷經數件病人安全不良事件，於 92 年邀集產官學界相關專家學者，另成立「病人安全委員會」，又 95 年將前揭兩委員會合併為「醫療品質及病人安全委員會」。後為求事權統一、善用委員會功能、以達目標一致與強化效能之行政整合效果，爰再將「醫療品質及病人安全委員會」與「全民健康保險醫療品質委員會」，於 99 年規劃整併為「行政院衛生署醫療品質政策諮詢委員會」，陸續統整並擬定國內病人安全與醫療品質政策。

四、策略訂定、執行、考核方式

衛生署為提升病人安全、營造安全的就醫文化，分別辦理病人安全相關推廣計畫、建置台灣病人安全通報系統、醫品圈、提升門診醫療品質計畫、各項醫療品質促進研討會、醫療品質獎、病人安全新興科技運用、老年用藥安全、預防跌倒、健康照護促進中心、病歷書寫品質計畫、各專科品質促進計畫、術前標示計畫、根本原因分析法(root cause analysis)推廣、手部衛生計畫、發展臺灣醫療品質指標共同加值平台先驅計畫...等多項計畫，其中以建置台灣病人安全通報系統為主要推動主軸。

衛生署於 92 年委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會進行「台灣病人安全通報系統(TPR)」之評值與規劃，此系統以匿名、自願、保密、不究責以及共同學習五大宗旨為出發點，以促進醫療機構間經驗分享與共同學習，其規劃發展依以下各階段逐步進行：

(一) 93 年 1 月至 93 年 12 月(先導期)

工作項目：

1. 國內外各類通報系統經驗蒐集。
2. 系統網頁建置與維護。
3. 資料庫與報告格式設計。

(二) 94 年 1 月至 94 年 12 月(試辦期)

工作項目：

1. 系統運作及接收通報資料。
2. 報告彙整與分析。
3. 出版學習案例、通訊、季報。

4. 教育推廣宣導。
5. 評值試辦成效並擴大試辦對象。

(三) 95 年 1 月至 95 年 12 月(推廣期)

工作項目：

1. 全面開放通報機構擴大至基層診所及護理之家。
2. 成立通報工作小組委員會。
3. 出版警示訊息、學習案例、通訊、季報及年報(94 年)。
4. 教育推廣宣導。

(四) 96 年 1 月至 98 年 12 月(持續擴展期)

工作項目：

1. 針對基層診所及長照機構持續進行推廣。
2. 修訂通報類別與內容。
3. 更新提升通報系統功能。
4. 通報系統評值。
5. 出版警示訊息、學習案例、通訊、病人安全參考作業指引、季報及年報。
6. 教育推廣及辦理教育訓練課程 -規劃及民眾通報之評估及試行。

(五) 99 年 1 月迄今

工作項目：

1. 針對基層診所及長照機構持續進行推廣。
2. 檢討通報類別與內容。
3. 試行民眾通報病人安全異常事件。
4. 更新提升通報系統功能。
5. 通報系統評值。
6. 出版警示訊息、學習案例、病人安全參考作業指引、季報及年報。
7. 教育推廣宣導及辦理教育訓練課程。
8. 鼓勵機構投稿「警示訊息」，擴大學習分享機制。

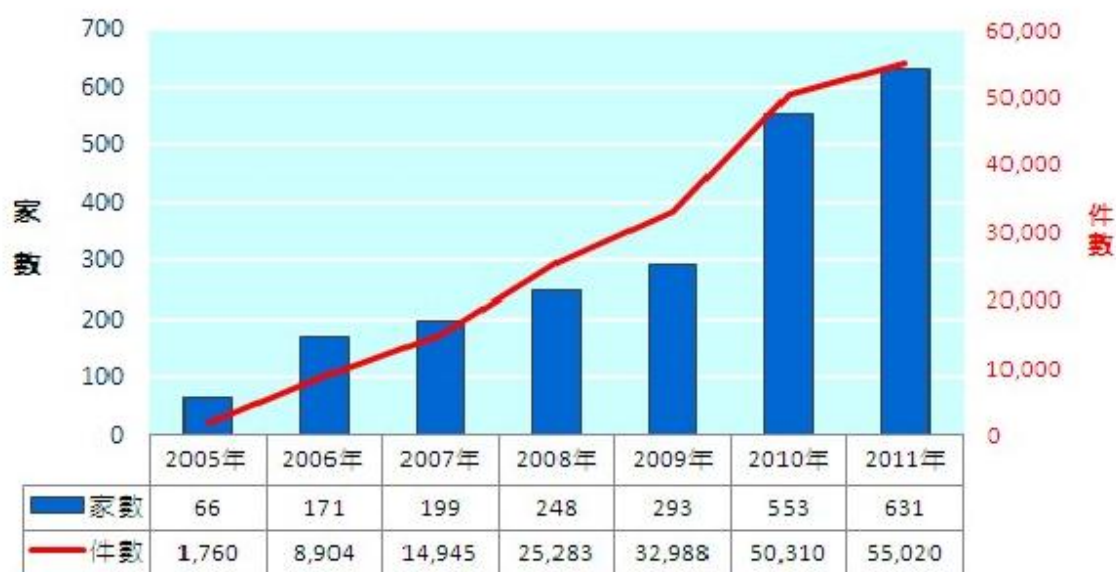
五、 近期管理重點

近年來病人安全通報系統除增加各式通報類別外，未來將以開發主題導向之通報類別為發展方向。另通報對象除現行醫療人員外，業試辦民眾通報介面，未來更擬議增加特殊通報對象，例如：醫院志工、病友團體等。至通報機構方面，從醫院、養護照護機構，持續擴展到醫事機構與基層醫療院所。希望藉由點線面多方位的延伸與擴展，能持續精進該系統功能。

六、 目前成果

衛生署致力於健康照護過程中，積極採取避免、預防與改善措施，以避免可能引起的不良結果或損害(包含錯誤、偏差與意外)。本系統為自願性通報，雖難全窺全國醫療機構現況，但藉由政策配套方案介入，例如列為醫院評鑑相關基準條文中或設為地方衛生機關考評項目，近年來通報家數與案件數呈現大幅成長趨勢，逐漸建立國內通報文化與宣導病人安全理念。

本系統通報件數持續進行逐案監測分析作業，並摘錄具有積極改善案例，彙整成警示訊息、學習案例或辦理相關研討訓練會議課程，以提醒醫界從業人員減少重複犯錯事件發生，並提供相互交流共享的學習平台。



(資料來源：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，100 年)

圖 3.2-2：94～99 年台灣病人安全通報家數與案件數

七、 未來發展方向

從醫療提供者與醫療接受者的角度，提升整體性醫療品質，發展病人安全的機制，期許提高國內醫療品質水平，並落實以病人為中心之醫療照護，逐步營造病人安全文化。

3.2.2 全民健保醫院醫療品質業務與計畫

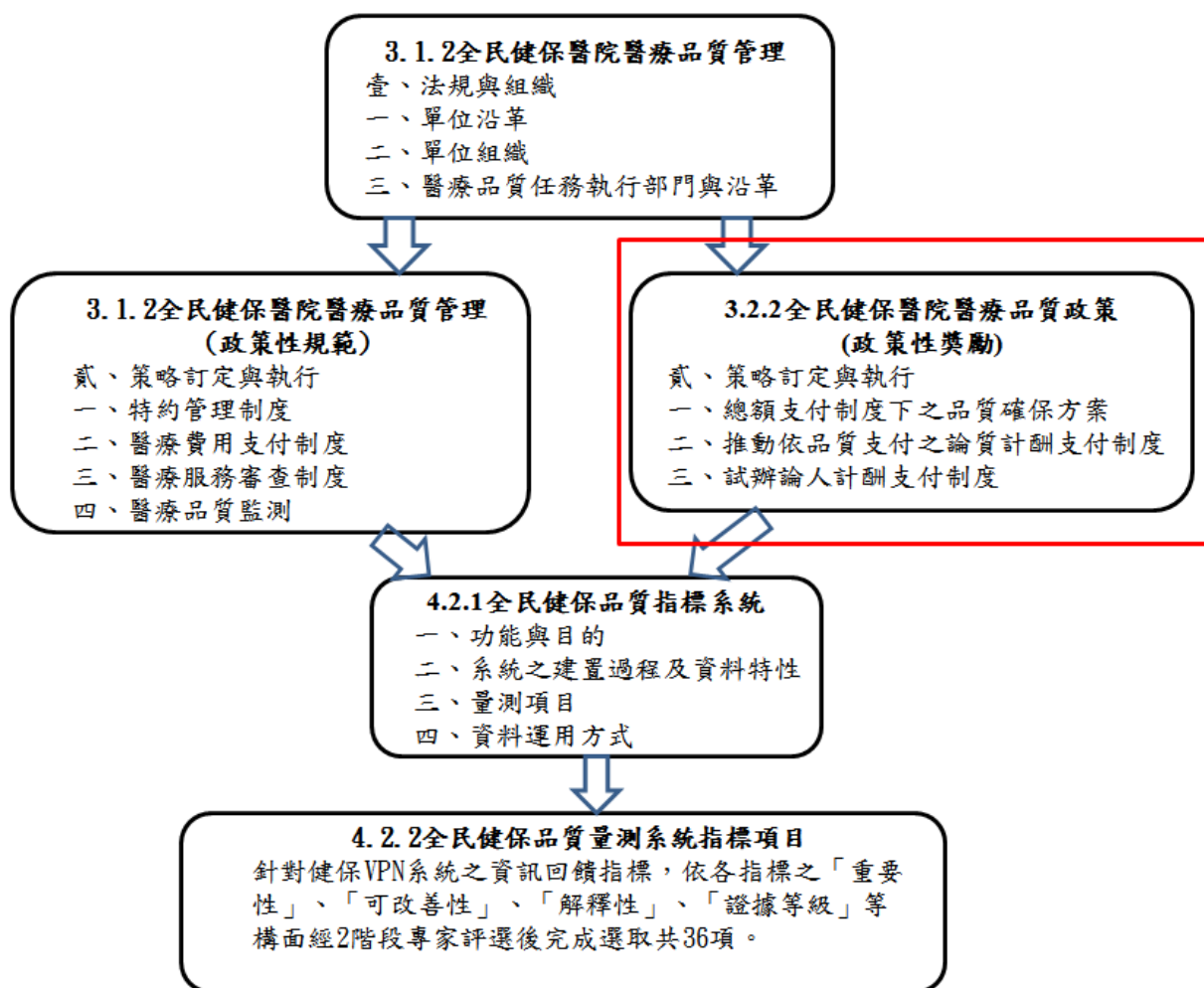


圖 3.2-3：全民健保之醫院醫療品質管理架構-3.2.2 章節示意圖

壹、主要目的

我國全民健保採用多元支付制度，健保開辦初期，為利制度之導入，健保的支付制度仍承襲過去公、勞保的醫療支付方式，以論量計酬為主，在此種支付方式之下，醫師較不考量成本效益，只要服務量愈多，收入即愈多，因而缺乏讓醫師追求醫療品質的誘因，也使得醫療費用節節高升。因此，健保局開始鉅細彌遺地為保險人思考，每一項醫療服務訂價是否恰當？還是應該逐漸擴大支付單位，讓醫療服務提供者擁有更多專業自主權，並承擔醫療品質與成本控制的責任？最重要的是支付制度改革的目的，除了費用控制之外，亦希望醫師對病患的照護品質能夠提升，增進病患健康，避免疾病的合併症及併發症的發生，減少嚴重度及後續的醫療。於是在近十年來，在有限的醫療資源範圍內，推動健保支付制度改革、實施總額支付制度、擴大支付單位、增進醫療服務團隊與體系的整合，以及推動以獎勵提升品質的論質計酬支付。民眾愈健康，需要的醫療服務愈少，醫界所獲得鼓勵與報酬則愈大。具台灣特色的多元支付制度，促使醫療服務有效率與合理提供，達成全民健保照顧全民健康的使命。

貳、策略訂定及執行

一、推動總額支付制度下品質確保方案

總額支付制度為一種宏觀(macro)的控制醫療費用之手段，至於微觀(micro)部分，大部分的支付仍以論量計酬為主，尚須不斷透過支付制度之改革，如論病例計酬、論質計酬等配套，方能確實有效減少論量計酬之浪費與無效率，達到改變醫師診療行為的目的，近而增進醫療品質。為確保總額支付制度實施後，民眾享有品質更好的醫療服務，各部門總額支付制度實施前，均會訂定醫療服務品質確保方案，並由健保局與總額承辦團體，依方案內容進行持續性的品質監控管理。當年度品質確保方案實施成果，經專家學者及委員會評核後，列為下一年度總額協商項目，品質確保方案執行績效良好者，則酌予實質獎勵。

在協定醫療費用總額的同時，各總額部門均由衛生署訂定品質確保方案，以確保醫事服務機構提供的照護品質及範圍，不致因總額支付制度的實施，而衍生負面的影響；自 91 年度起，費協會委員會議決議：除規定各部門品質確保項目應訂定指標監測值外，並設定品質保證保留款，採專款專用方式，鼓勵品質實施績效卓著的醫療院所，以有效落實提升醫療服務品質的政策目標。

二、推動依品質支付之論質支付制度

由於論量計酬無法有誘因提升醫療品質，論質計酬(pay for performance)則為近年各國提倡之改革主流，但醫療品質之衡量不易，跟疾病之醫療品質亦有極大之差異，如何提升疾病照護的效果及效率，達到以最符合成本效益的原則，即為台灣推行論質計酬之主要思考方向。疾病之選擇主要針對費用大、罹病人數多、照護模式有改善空間之疾病為優先。採取論「品質」付費的支付方式，提供適當誘因，引導醫療服務提供者朝向提供「以病人為中心」完整性、連續性的醫療照護，並以符合實證醫學指引、確保醫療品質及治療效果，做為支付費用的依據。

90 年健保局宣示為民眾購買健康的健保創新理念，於 90 年 10 月起分階段選擇子宮頸癌、乳癌、結核病、糖尿病及氣喘等 5 項疾病進行論質計酬支付方式之醫療給付改善方案。95 年加入西醫基層試辦高血壓方案，96 年高血壓醫療給付改善方案擴及醫院執行。99 年新增精神分裂症、慢性 B 型及 C 型肝炎帶原者等 2 項方案，100 年再新增初期慢性腎臟病方案，歷年共計實施 9 項論質計酬方案。其中結核病於實施 5 年後，因照護率高達 91.81%，自 97 年起導入支付標準全面實施，子宮頸癌方案 95 年因業務移轉至國民健康局辦理，其餘 7 項醫療給付改善方案，97 年起爭取在總額預算內編列專款的方式予以保障，仍積極推廣辦理中。

三、試辦論人計酬支付制度

現今醫療制度除部分論質計酬方案及專案計畫之外，多採論量計酬方式，也就是說民眾就醫次數越高，開藥及開立檢驗越多，醫院的健保收入就越多。相對來說，若預防保健及輕症醫療作得越好，民眾整體健康狀況改善，就醫次數、開藥及開立檢驗次數降低，院所的收入減少；明顯缺乏使特約院所促進民眾健康之誘因。有鑑於此，以民眾為導向「論人計酬」制度，事先議定每人之費用，由醫院或診所結合若干家以上為主體，選定地區，申請承辦，醫療團隊提出健康促進計畫書，除一般治療外，醫療提供者積極對病人進行衛教，民眾越健康，醫療提供者報酬越高，雙方均獲利。

全民健康保險法修正版已於 100 年 1 月 26 日由總統公告，其中第 44 條：「保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度。前項家庭責任醫師制度之給付，應採論人計酬為實施原則，並依照顧對象之年齡、性別、疾病等校正後之人頭費，計算當年度之給付總額。」，本來為推展論人計酬，需要先有不同模式之試辦，尋求最佳模式，作為未來全面推展時的依據，健保局參酌各界意見，研擬「全民健康保險論人計酬試辦計畫」，並於 100 年 2 月 23 日公告實施，由衛生署中央健康保險局對外正式公告徵求參與意願，由醫院或診所組成團隊或個別醫院申請承辦，醫療服務範圍包含門診、住診與透析，不含移植、牙醫與中醫，而且不限制民眾就醫地點。

大部分院所在地深耕多年，早與附近居民培養出深厚感情，對於社區發起的健康促進活動一向熱烈參與，對於社區民眾的健康型態瞭若指掌，卻苦無主動出擊的機會。針對這一部分，試辦初期，健保局提出「區域整合」、「社區醫療群」、「忠誠病人」三種試辦模式，讓不同規模的院所可依自己的能力作出貢獻。分別如下：

(一) 區域整合模式(由上往下整合)

以最小單位鄉鎮市區的所有戶籍人口民眾為照護對象，以選定區域之醫院及診所組成院所團隊提供整合性照護。組成團隊後提供整合的醫療服務，除了更加健全雙向轉診制度、避免病人重複看診或檢查造成旅途奔波之外，另外可再向上延伸，與當地衛生局所甚至中央衛生單位合作進行大規模的健康促進活動。另外可根據社區不同人口、職業及生活習慣之特性，提供民眾更加符合需求的服務，如依居民早起習慣設立早安門診、針對老年人口的預防跌倒、三高族群的營養飲食衛生教育及體適能活動等。

(二) 社區醫療群模式

參與「全民健保家庭醫師整合性照護計畫」之社區醫療群承辦，擴展至合作醫院為院所團隊提供整合服務，並擴大範圍含住院服務。照護對象除院所團隊自行選擇外，另由健保局提供服務區域內應照護對象名單。家醫計畫自 92 年施行迄今，部分早期已參與之院所，也累積了服務社區民眾之經驗，與民眾建立照護情感，藉由參與社區醫療群模式之論人計酬照護計畫，除照顧已有的照護對象外，健保局另提供區域內應照護對象名單，社區醫療群團隊除增加服務對象外，向上整合至地區醫院以上的院所，一同提供照護服務，能力所不及的病人，則及時轉診至醫院，並提供病人出院後之後續追蹤及疾病管理。在慢性病的定期追蹤及癌症篩檢後的追蹤處理上，病人可得到更完善的整體醫療服務，團隊更能發揮照護能量。

(三) 醫院忠誠病人模式(由上往下整合)

參與「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」所收之忠誠病人為對象，並擴大含住院服務。對象除醫院已持續照護之忠誠病人外，並由健保局提供服務區域內應照護對象名單。鎖定照護對象後，提供已有的科別整合服務，可免除民眾往返奔波，另可建立民眾用藥整合服務，避免民眾重複用藥或承受不適當的交互作用。除院內之間的整合外，另可向下與基層院所整合，提供定期慢性病追蹤、出院後追蹤服務或向上整合衛生單位，提供符合國家重大政策的健康促進活動。

健保局已遴聘學者專家組成評選小組，選出 7 個試辦團隊，涵蓋三種試辦理模式，自 100 年 7 月開始試辦，為期 3 年，將藉由試辦累積經驗，提供資訊回饋、組成專家團隊實地輔導、辦理觀摩、進行試辦方案檢討，以及導入新照護模式，使醫療資源升級為健康資

源，同時減少健保耗用，以健康加值為目的，有效增進民眾健康。

參、管理重點

衛生署中央健康保險局定期檢討各支付制度執行成效，是否達成品質確保及提升，包含總額、論質及論人支付等試辦方案，均需提報執行成果並接受醫療費用協定委員會組成的專家評核小組委員每年定期評核，依照評核結果檢討、逐步擴大執行良好的支付制度，提供民眾最佳的整合照護服務，以增進全民健康為最終目標。

一、總額支付制度下品質確保方案

(一) 為保障保險對象就醫品質，每年針對民眾對就醫可近性、醫療服務品質滿意度、差額負擔情形等進行調查，並定期統計民眾申訴及檢舉案件數。上述各項數值若有顯著上升或下降，經健保局檢討結果認為應歸責於醫院者，則由醫院總額受託單位立即督導改善。

(二) 專業醫療服務品質的確保

1. 訂定服務品質監控及改善計畫，內容包括：訂定審查手冊、提升病歷紀錄品質、建立專業醫療服務品質指標、訂定醫療服務品質改善計畫、監測診療型態及服務品質、建立醫院輔導系統及個別醫院評鑑檔案等。

2. 建立醫療服務風險監控機制

(1) 醫療服務利用及每點支付金額變動監控：訂定各區平均每點支付金額(含浮動及非浮動點數)改變率容許變動範圍為 $\pm 5\%$ 。

(2) 醫院各層級間風險監控指標：各層級醫院的門診次數(費用)及其占每人醫院門診次數(費用)百分比、醫院及偏遠地區醫院家數及其病床數變動、初(次)級照護病人門診次數(費用)、每位醫師服務門診次數及費用等。

(3) 醫院與西醫基層間風險監控：與西醫基層同時監控相同指標項目。

(4) 醫院醫療服務品質監控與輔導：除訂定醫療服務品質指標項目及其監測時程外，同時由健保局將上述醫療服務品質監測指標及醫療費用相關資訊，除透過 VPN 回饋院所自主管理，另產製整體性專業醫療服務指標統計季報及年報公布於健保局全球資訊網供各界查詢參考。

(三) 考核方式

費協會每年召開總額品質及績效評核會，請專家學者評核各總額部門實施績效，如：民眾權益之確保、可近性及醫療品質滿意度、專業品質指標、專案計畫執行狀況、醫療效率與品質改善、費用控制等。評核結果良好者，在協商預算時會酌予獎勵，以提供醫界改善醫療品質之誘因。

二、論質計酬支付制度

疾病別論質支付係依據個別疾病品質評量之結果支付，品質評量指標的選擇是否符合實證醫學指引至為重要。健保局論質方案的設計包括結構面、過程面或結果面等 3 方面。

結構面品質包含各疾病均要求醫療院所及醫師需有一定之資格，且醫療院所需組成照護團隊，由專任專科醫師、護理人員、醫檢師、營養衛教師、社工師等專業人員共同照護患者，以提供以病人為中心最適合患者的照護計畫。

過程面品質則要求醫療院所應遵循疾病治療指引提出完整照護，監測其在照護個案之過程是否有達到要求，符合要求才支付個案管理照護費。指標則有治療指引遵循程度、疾病管理照護達成率、重要檢查執行率等。另為嚴格執行照護品質之管控，針對醫師追蹤率未達一定目標者，實施退場機制。

結果面品質係要求達到結果面指標改善後才予以加成給付，例如：糖尿病方案有HbA1C 糖化血色素、LDL 低密度脂蛋白等結果指標；乳癌方案有五年整體存活率與無病存活率、乳癌手術後局部復發率、乳癌手術後再度治療率等結果指標；高血壓方案有血壓值；氣喘方案有嚴重度降階治療成功率；初期腎臟病方案有腎功能值(eGFR)增加為結果面指標。為確保遵循指引照護及辦理結果面獎勵，參與糖尿病方案之特約醫療院所除申報糖尿病方案個案管理費外，依方案規定必需於健保資訊網服務系統(VPN)之個案管理子系統下，登錄參與個案品質相關資訊，包含：收案日期、基本檢查數據(身高、體重、收縮壓、舒張壓)、血液檢驗結果(檢查日期、HbA1c、Glucose、LDL)、尿液檢驗結果(尿蛋白或微量白蛋白值)，由參與方案院所根據檢查結果採個案登錄或連結院內系統轉換成健保局格式後上傳等兩種方式辦理。為簡化院所行政作業，健保局只蒐集必要的欄位約 10 項檢驗數據，且因本項系統收載資料涉及病人隱私，目前僅由健保局自行統計運用。

除品質指標外，各疾病另訂有品質獎勵措施，如糖尿病方案依結果面品質指標「HbA1C <7.0%控制良好率」、「病人完整追蹤率」、「HbA1C>9.5%不良率」、「LDL>130mg/dl 不良率」共 4 項指標，進行品質加成計算，給予照護病人品質優良及進步之醫師獎勵；乳癌方案個案第零期至第三期之無病存活率及第四期之整體存活率達一定程度者，則核撥獎勵金；初期腎臟病方案給予提升病人腎功能值(eGFR)的醫師加成獎勵。

三、論人計酬支付制度

健保局已公告實施論人計酬試辦計畫，遴聘學者專家組成評選小組，選出 7 個試辦團隊，自 100 年 7 月開始試辦，為期 3 年，將提供醫療利用回饋，進行初步成效分析，邀請專家學者前往試辦團隊進行實地之訪查及輔導，進行試辦方案檢討，發展論人計酬風險評估模型、論人計酬成效評估、照護對象權益及滿意度調查，藉由試辦累積相關經驗，為二代健保之論人計酬制度，做好奠基工作。

肆、目前成果

實施各總額支付制度需制定及執行醫療服務的品質確保方案，其執行結果評核成績列為次年度總額協商項目之一。另外，透過行政和專業審查，醫事服務提供者的自律與同儕制約，及建立完整的臨床診療指引等，使醫療服務的提供，能落實確保民眾的就醫品質。另外，費協會於當年度年中召開全民健保各部門總額執行成果發表暨評核會，除邀請 4~8 位具理論與實務的學者專家擔任評核委員，並邀請相關機關團體(如：民間監督健保聯盟、病友團體、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會、消費者基金會、醫療改革基金會)與衛生署相關機關，共同針對各部門總額協商因素項目研擬之計畫進行評核，評核結果作為隔年協商之參考。評核結果依所獲分數分為特優、優、良、可、劣五等，評核結果作為次年度總額協商之參考，評等「良」級以上之部門，酌給協商因素下「品質保證保留款」項目之

成長率。總額制度施行迄今已屆 12 年，在總額制度之下，近年來大約維持 3~5% 的成長率，若以歷年申報點數平均成長率 6.1% 來估計，近五年來每年約節省 300 多億元，可謂在制度上最有效率之控制費用方法。但總額預算制度為一種宏觀(macro)的控制醫療費用之手段，至於微觀(micro)部分，大部分之支付仍以論量計酬為主，尚須不斷透過支付制度之改革，如論 DRG 計酬、論質計酬、論人計酬等配套，方能確實有效減少論量計酬之浪費與無效率，達到改變醫師診療行為的目的，近而增進醫療品質。

90 年推動論質方案迄今，99 年已有超過 50 萬人接受各項論質方案之照護。根據台灣推動論質方案成效的文獻，研究結果均指出參與論質方案者相較於未參與者所獲得的品質指標表現較佳。如國際文獻研究糖尿病論質支付之成效發現，加入糖尿病方案的病患較未加入方案者平均每人接受血糖、糖化血色素、血脂、眼底檢查等 7 項重要檢驗檢查種類較未加入者增加 2.5 種、平均每人就醫次數較未加入者增加 2.01 次、因糖尿病住院，參加方案者平均每百人就醫次數較未加入者減少 2.7 次、住院費用則較未加入者減少 3,878 元。整體而言，因糖尿病而住院的機會以及住院醫療費用則顯著減少。健保局委請學者研究乳癌方案之治療成效結論顯示，對於參與試辦計畫的醫院，其治療之試辦個案在照護品質與存活率上顯著高於一般個案；氣喘患者參與氣喘論質方案前後，門診次數、門診費用及總次數有顯著減少，且相對於未參與方案者在門診次數、門診費用、急診次數、急診費用及總次數上有顯著差異等。另根據健保局自行統計成果顯示，參與方案者治療指引的遵循率均較未參與方案者高，顯示照護品質得到提升；另乳癌個案之照護患者存活率較試辦前為高；糖尿病患者的重要指標，如糖化血色素(HbA1C)及低密度脂蛋白(LDL)，參加方案後個案有明顯改善、洗腎的發生率也較低；氣喘方案患者的急診及住院次數逐漸減少；高血壓方案患者參與方案後約 50% 高血壓具顯著改善情形；精神分裂方案高風險病人在急性病房在住院率、急診使用均下降，表示論質方案具結果面品質提升之成效。

論人計酬試辦計畫目前有 7 家團隊參與，3 家醫院採忠誠病人模式團隊與 1 家社區醫療群模式團隊已自 100 年 7 月開始執行，3 家區域整合模式將自 101 年 1 月開始執行，照護對象人數計 15 餘萬。未來將視各種模式試辦的經驗與結果，選擇最具成效的模式據以推廣。

伍、未來發展方向

台灣之全民健保制度因採社會保險，且全民納保，在大數法則下確實達到全民風險分擔之效果，並解除民眾就醫的障礙。在醫療費用之支付上，除部份昂貴或訂有臨床適應症之手術、檢查或用藥採事前審查外，其餘均採事後申報，在不同支付制度下之誘因，確有可能影響醫療行為。台灣 15 年之經驗，支付制度由論量計酬，過渡至總額支付，住院診斷關聯群(diagnosis related groups, DRG)制度，甚至試辦疾病別之論質計酬，以及山地離島之論人計酬，每一階段之改革與創新均面臨不同之挑戰。其中論質計酬對品質達到標準者再給予額外之獎勵，在規劃與推動過程中，建立醫界與健保局之合作模式，推動過程中較平和，阻礙較少，但也有不易全面推展之困難。總而言之，全民健保下之支付制度改革因與醫療行為息息相關，為增進醫療之效率與品質，改革之路將無法停止。

3.2.3 醫政、健保外衛生署內其它單位與醫院醫療品質相關之業務與計畫

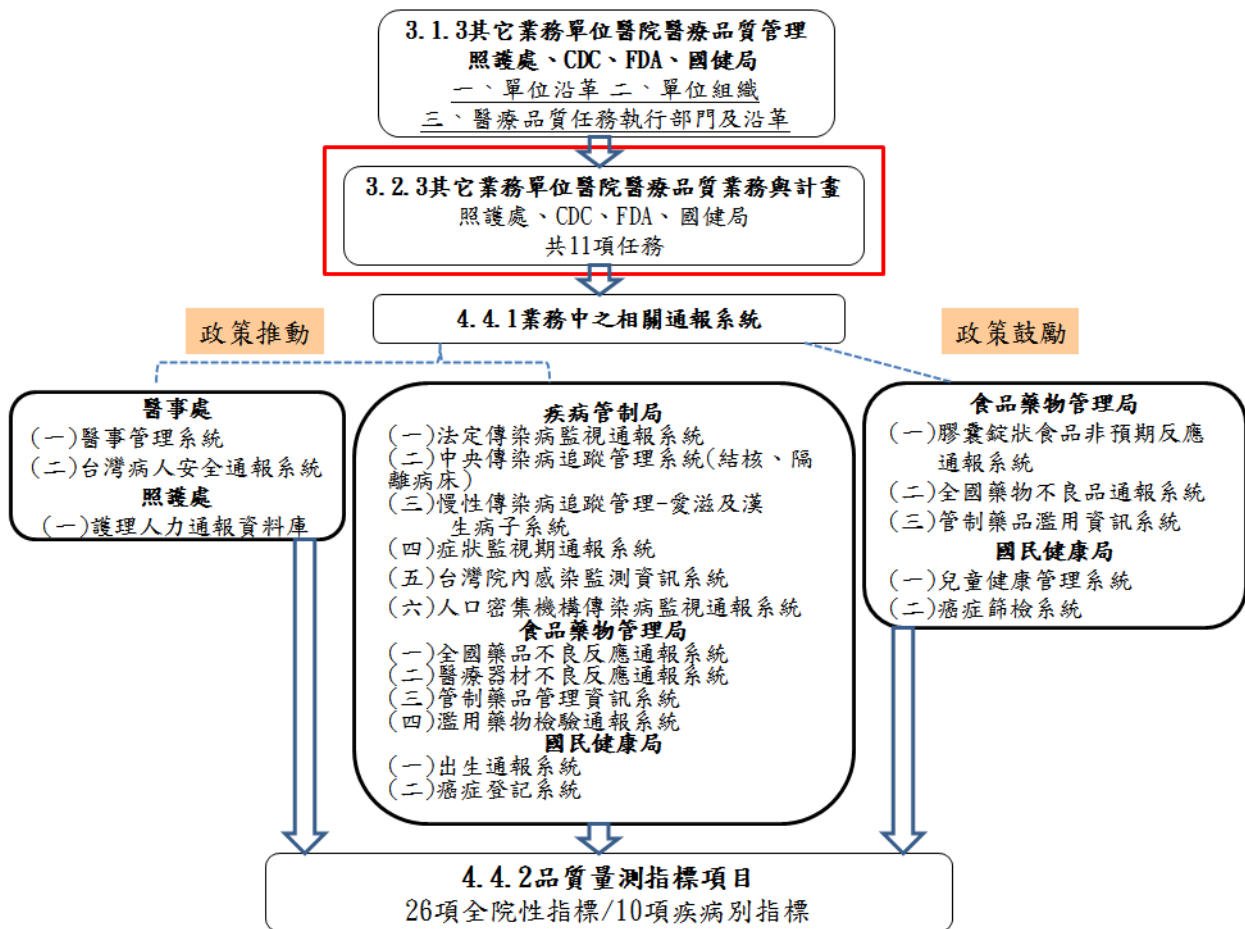


圖 3.2-4：其它業務單位之醫院醫療品質管理架構-3.2.3 章節示意圖

壹、護理及健康照護處

衛生署照護處於 95 年發展護理人力監測資料庫建置計畫，負責的部門為護理科。

一、護理人力監測資料庫建置計畫

(一) 執行起迄年月

95 年起迄今。

(二) 主要目的

目標為建置護理人力通報資料庫以及研議護理人力管理指標及護理人力供需推估模式。

(三) 策略訂定、執行、考核方式

本計畫參考國內外文獻及邀集專家意見研擬「護理人力管理指標」，並以衛生署 95

年建置之「護理人力資源管理資訊系統」雛形為基礎，建置並維護「護理人力資源管理資訊系統」資料庫，並完成自動產出「護理人力現況統計報表」程式。

其建立以「機構」為調查單位之調查工具，通報護理人力資料來補足現有資料庫無法提供之資料，並確立搭配衛生署「醫院醫療服務量」通報「醫院」護理人力資料機制之可行性，為醫院建立一套「醫院護理人力統計軟體」，逐步推廣填報「護理人力調查表」，達成全面實施護理人力資料通報。

(四) 近期管理重點

管理重點在於監測護理時數、護病比、空缺率及離職率。

(五) 目前成果

目前已建立「護理人力資源管理資訊系統」資料庫以及「護理人力供需推估模式」，其所包含的護理人力管理指標有護理時數、護病比、空缺率以及離職率；另於 99 年完成「98 年醫院護理人力資源資料統計結果」之報告。

(六) 未來發展方向

未來發展方向為(1)「護理人力資源管理資訊系統」資料庫功能永續經營與維護；(2)每月定期匯出護理人力管理指標統計報表，每年定期提供與出版「護理人力概況資料」，以便外界參考；(3)對醫事人員管理系統資料庫中有誤與缺損資料之補救措施；(4)增加收集各類進階護理人員數量及素質之資料；(5)持續定期調查護理人力資料；(6)建立「護理人力中心」。

貳、疾病管制局

衛生署疾病管制局於 98 年底發展「推廣手部衛生計畫」，依據為行政院 98 年 10 月 2 日院授主孝一字第 0980005916 號函核定「健康照護績效提升計畫」之子計畫「加強醫院感染控制計畫」及衛生署 99 年 1 月 29 日衛署醫字第 0990260149 號公告委任疾病管制局辦理依醫療事業發展獎勵辦法第 5 條第 4 項第 2 款「醫院醫療照護感染控制品質提升」之獎勵及其配合措施等相關事項。計畫內容包括建置手部衛生示範中心與辦理醫院手部衛生認證計畫二大部分。

一、健康照護績效提升計畫，加強醫院感染控制—加強手部衛生計畫

(一) 執行起迄年月

建置手部衛生示範中心：98 年 11 月 6 日起至 100 年 12 月 31 日止。

醫院手部衛生認證計畫：99 年 11 月 3 日起至 100 年 12 月 31 日止。

(二) 主要目的

響應 WHO 手部衛生推廣活動，運用 WHO 發展的 5 大策略，按 5 大階段期程推動，導入醫護人員手部衛生 5 時機的觀念，並推廣酒精性乾洗手液的設置與使用，將手部衛生形塑成為機構內的文化，全面提升醫護人員手部衛生遵從性，進而減少醫療照護相關感染發生。

(三) 策略訂定、執行、考核方式

1. 建置手部衛生示範中心

透過公開評選方式，委託台大、高榮及三總等 3 家醫學中心辦理，依據 WHO 所擬定之 5 大策略，按 5 大階段期程推動建置成為我國手部衛生示範中心。

2. 醫院手部衛生認證計畫

「醫院手部衛生認證計畫」申請作業說明於 99 年 8 月 10 日公告。該計畫由醫院採自願報名參加，經審核計畫通過後，授予「手部衛生推廣醫院」證明，並依計畫執行期程分階段核予補助；申請醫院於計畫執行期間，應配合完成 4 次實地稽核，並定期依據績效指標提報資料，通過認證評定基準之醫院，授予「手部衛生認證醫院」證明；另為提升醫院執行成效，依醫院規模及屬性進行同儕評比，以領導統御、稽核成效、品質提升及創新普及四大面向進行評比，採執行成效擇優錄取，核發獎勵金。

(四) 近期管理重點

訂定醫院手部衛生設備設置原則，並按醫院屬性，分別建立「綜合醫院、醫院、專科醫院、慢性醫院」與「精神科醫院」的手部衛生績效指標與認證評定基準，做為外部稽核評定之依據。

(五) 目前成果

1. 3 家示範中心計畫以 WHO 手部衛生指引、推廣策略指引及各項工具為藍本，共同完成手部衛生工作手冊；高榮與台大榮獲「2011 年亞太手部衛生卓越獎項(Asia Pacific Hand Hygiene Excellence Award)」入圍之國際肯定(計有 8 個以上國家參與，已開發國家僅 3 家醫院入圍，我國即佔 2 家)。經國際專家實地評定，由台大獲得優勝，並接受主辦單位邀請，前往澳洲墨爾本領獎。
2. 醫院手部衛生推廣認證：計有 325 家醫院申請參與，323 家醫院全程完成 4 次外部稽核與資料提報(其中 2 家因歇業中止計畫執行)，其中 96%(311 家)通過認證。病房酒精性乾洗手液設備完整率由 62.6%提升至 99.1%，手部衛生遵從率由 75.8%提升至 87.1%。

(六) 未來發展方向

未來將透過醫院評鑑與醫院感染管制查核等外部稽核方式，督導醫院持續在照護點提供伸手可及的酒精性乾洗手液，並自主推動各項策略，落實醫護人員手部衛生。

參、食品藥物管理局

衛生署食品藥物管理局(Taiwan Food and Drug Administration, TFDA)於 89 年起發展全國藥品不良反應通報系統計畫，負責部門為財團法人藥害救濟基金會；99 年發展高警訊藥品標示及管理計畫，負責部門為藥品組。

一、全國藥品不良反應通報系統計畫

(一) 執行起迄年月

89 年 7 月 1 日迄今。

(二) 主要目的

收集及評估上市後藥品不良反應自發性通報個案、執行藥品安全監視業務，及藥品臨床試驗計畫之可疑未預期嚴重不良反應通報相關業務；協助 TFDA 落實藥品再評估機制及風險管理制度；協助 TFDA 推廣「藥品優良安全監視規範(Good Pharmacovigilance Practice, GPvP)」；配合並協助 TFDA 各項藥品安全措施有關政策之執行與宣導。

(三) 策略訂定、執行、考核方式

藥品安全監視的基本工作，作為藥品安全疑慮訊號偵測(即 signal detection 及 hypothesis generation)之用。此處所指之藥品安全疑慮訊號(signals)可能是具臨床意義之未知的(unknown)、已知但有異常高頻次的(known but with unusual higher reporting frequency, cluster or series)藥品不良反應。

產出藥品安全性評估報告，資料收集(包括 ADR 通報案例及國內外文獻)、分析綜合評估後做出結論或建議。最終評估報告在於是否發現藥品安全疑慮訊號，應採取何措施降低或預防風險，而非針對個案的相關性(個案之相關性只是資料分析過程之參考)。

(四) 近期管理重點

近期管理重點在(1)死亡通報案件之藥品(自發性 ADR 通報系統)；(2)監視期滿藥品(新藥安全監視)；(3)具安全疑慮訊號之藥品；(4)國內、外新聞發布具安全疑慮藥品(新聞監控)；(5)國內特殊關注事件或藥品(如疫苗)。

(五) 目前成果

本計畫以建立臺灣藥物上市後之不良反應通報系統及資料庫作為藥品安全疑慮之訊號偵測，目前已累積了 64000 件通報案例，其對公共衛生整體價值上是在提升社會整體的用藥安全。99 年度已評估完成案例共 8,448 筆(佔當年度之 82.05%)。評估項目包含藥物不良反應型態、特性、嚴重度、是否記載於仿單文獻、是否有合理時序性、通報資料完整性、藥物與不良反應相關性評估等。個案嚴重度為重度者有 678 件，死亡案件共 328 件，並完成監視期滿藥品之整體評估 82 項，其中 23 項藥品之仿單已修訂完成。

(六) 未來發展方向

未來發展方向為：

1. 國內高關注藥品不良反應通報案件之監控。
2. 藥物不良反應資料庫經統計模式分析具安全疑慮藥品(ADR 系統)。

肆、國民健康局

國健局於中央健康保險局自民國 85 年起開始實施成人預防保健服務，該服務於 96 年回歸公務預算編列改由國健局辦理；84 年起開始執行兒童預防保健服務，99 年開始推行兒童預防保健服務品質提升計畫；91 年執行門診戒菸治療服務計畫；93 年執行 5 歲以下兒童牙齒塗氟服務；95 年發展糖尿病健康促進機構；於 99 年執行醫院癌症醫療品質提升計畫及發展糖尿病健康促進機構。

一、兒童預防保健服務品質提升計畫

(一) 執行起迄年月

99 年 2 月開始推動。

(二) 主要目的

1. 定期提供 7 歲以下兒童健康監測，及早發現並轉介疑似異常兒童。
2. 未來透過 P4P/P4P4P 之設計，將適度財務誘因與適當的兒童預防保健品質指標結合，進而改善我國兒童預防保健服務品質。

(三) 策略訂定、執行、考核方式

1. 優先檢討利用率較低之服務時程，強化發展篩檢項目。
2. 建置兒童預防保健結果登錄系統，定期監測服務成果。
3. 透過發展遲緩兒確診費制度，加強醫院通報轉介。
4. 提供多元服務型態，專案核定 3 至 7 歲兒童預防保健之社區外展服務。
5. 99 年業核定彰化縣衛生局申辦該縣之兒童預防保健社區外展服務。
6. 積極宣導家長於孩童入小學前，儘速接受最後 1 次兒童預防保健。
7. 業於 99 年徵求委辦兒童預防保健論質計酬之品質指標及支付誘因模式研究計畫。

(四) 近期管理重點

提高兒童預防保健利用率達 80% 以上。

(五) 目前成果

兒童預防保健服務利用率由原本 18.09%，100 年達 80.5%，成長近 4.5 倍。100 年 1-6 月 1.5-2 歲及 3-7 歲之檢查結果上傳比率（99 年 76.5%）提升至 93%。一歲以內至少接受一次以上兒童預防保健服務之達成率，98 年達 99.4%，99 年 98.3%。

(六) 未來發展方向

未來透過 P4P/P4P4P 之設計，將適度財務誘因與適當的兒童預防保健品質指標結合，提升專業人員知能，進而改善我國兒童預防保健服務品質。

二、母嬰親善醫療院所認證計畫

(一) 執行起迄年月

90 年開始認證作業。

(二) 法源依據

生育保健法。

(三) 主要目的

鼓勵國內醫療機構加入母嬰親善醫療院所認證，使醫療院所認同母嬰親善醫院之作法，以提升我國母乳哺育率。

(四) 策略訂定、執行、考核方式

項目別	十大認證措施
措施一	訂定明確的支持哺餵母乳政策。
措施二	提供照護母嬰相關工作人員教育訓練。
措施三	提供孕婦哺餵母乳之相關衛教與指導。
措施四	幫助產婦產後儘早開始哺餵母乳。
措施五	提供母親哺餵母乳及維持奶水分泌等相關指導及協助。
措施六	除有醫療上的需求之外，不得提供哺餵母乳的嬰兒母乳以外的食物或飲料給嬰兒。
措施七	實施親子同室。
措施八	鼓勵依嬰兒的需求哺餵母乳。
措施九	不得提供嬰兒人工奶嘴餵食或安撫奶嘴。
措施十	鼓勵院所內成立母乳哺餵支持團體，並建立轉介系統。

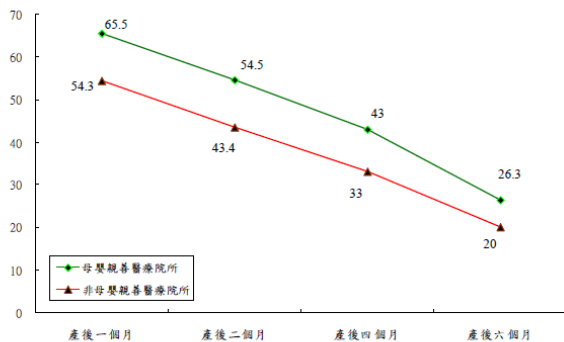
(五) 近期管理重點

管理重點在於監測產後立即肌膚接觸率、住院期間純母乳哺育率、住院期間總母乳哺育率、6 個月純母乳哺育率。

(六) 目前成果

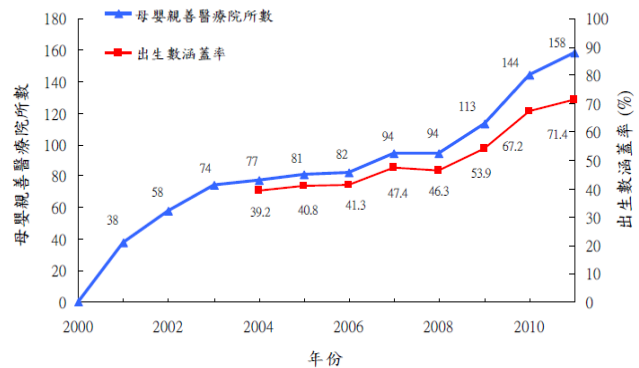
婦產科醫療院所通過認證之比率從 92 年之 12% 增加至 100 年之 41.58%，母嬰親善醫療院所至 100 年共 158 家，包含 124 家醫院及 34 家診所，其出生數涵蓋率為 71.4%，母嬰親善醫療院之純母乳哺育率較非母嬰親善醫療院所高。

母嬰與非母嬰親善醫療院所 純母乳哺育率之比較，100年



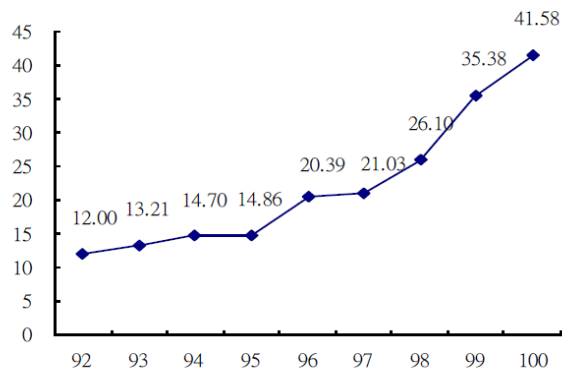
資料來源：全國性母乳哺育率調查，國民健康局，99年。

母嬰親善醫療院所成長數 與出生數涵蓋率



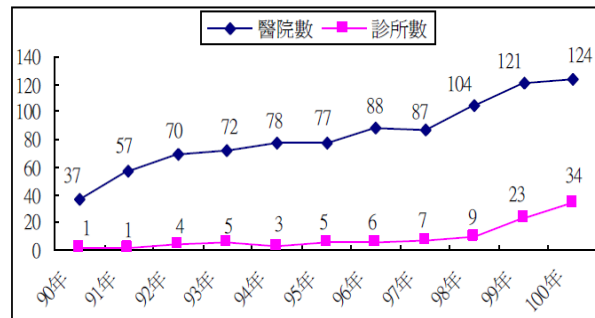
資料來源：台灣地區母嬰親善醫療院所認證結果分析報告，國民健康局，90-100年。

婦產科醫療院所通過 母嬰親善醫療院所認證之比率



資料來源：台灣地區母嬰親善醫療院所認證結果分析報告，國民健康局，90-100年。

通過認證之母嬰親善醫療院所數



資料來源：台灣地區母嬰親善醫療院所認證結果分析報告，國民健康局，90-100年。

(資料來源：行政院衛生署國民健康局，台灣地區母嬰親善醫療院所認證結果分析報告，100年)

圖 3.2-5：母嬰親善醫療院所認證計畫主要成果

(七) 未來發展方向

鼓勵醫療院所投入母乳哺育推廣之行列，踴躍參加每年舉辦之母嬰親善醫療院所認證。另外推薦孕婦選擇母嬰親善醫療院所進行產檢及生產，以獲得正確之嬰兒餵食觀念，提供寶寶最完美之呵護。

三、門診戒菸治療服務計畫

(一) 執行起迄年月

91 年迄今。

(二) 法源依據

菸害防制法。

(三) 主要目的

為鼓勵及協助吸菸者戒菸，提供更便利可近戒菸服務，透過辦理醫事相關人員訓練，鼓勵醫療院所參與門診戒菸服務，加強宣導與轉介利用戒菸門診與戒菸專線服務。

(四) 策略訂定、執行、考核方式

1. 個案追蹤管理：以面對面或電話定期進行後續追蹤(至少執行自開始戒菸治療日起後 3 個月)。
2. 追蹤及填報個案 3 個月戒菸成功情形：自個案接受戒菸治療日(初診日)起算 3 個月(90 天，可於 85~95 天擇 1 日)追蹤戒菸成功與否，並於醫療院所戒菸服務系統(VPN 系統)填報戒菸個案之 3 個月戒菸成功情形。
3. 施予 5A 簡短諮詢。
4. 接受抽樣調查。
5. CO 檢測前驅計畫(第 1、2、4、8 週及 3 個月檢測)。

(五) 近期管理重點

1. 管理重點在於監測戒菸介入以及之吸菸病人經轉介後利用戒菸服務之狀況，例如病人吸菸之比率、醫事人員給予吸菸病人勸戒建議之比率、轉介吸菸病人接受戒菸服務之比率、戒菸服務追蹤管理、3 個月戒菸情形追蹤完成率、3 個月戒菸成功率及 6 個月戒菸情形追蹤完成率。
2. 自 101 年 3 月起增加住院及急診亦可提供戒菸治療服務。
3. 補助戒菸藥物費用由每週 250 元，改為全額補助，僅需自付部分負擔。

(六) 目前成果

1. 98 年擴大禁菸場所、提高菸捐菸價與菸品申報與管理等多重策略實施。
2. 成人吸菸率由 97 年 21.92% 下降至 100 年 19.1%，吸菸人口約下降 42 萬人。
3. 民眾主動尋求門診戒菸、戒菸專線、戒菸就贏、戒菸班、社區戒菸諮詢站量增加。
4. 民眾戒菸需求增加(專業人力、醫療服務體系等之因應)。

(七) 未來發展方向

1. 增加可近性。
2. 降低經濟障礙。
3. 全程關懷追蹤，提供衛教服務。
4. 加強服務品質管理。

四、發展糖尿病健康促進機構

(一) 執行起迄年月

95 年迄今。

(二) 主要目的

預防或減少糖尿病及併發症之發生並且提升糖尿病共同照護網醫事人員之糖尿病防治知能(提供見/實習、繼續教育等)。

(三) 策略訂定、執行、考核方式

醫院等級機構之必備條件

1. 參加全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案。
2. 人員配置及資格：醫師至少一人為專任，護理師、營養師至少一人為專任，兼任每週須達 4 小時以上之工作時數，醫護營三人均須有縣市共同照護網認證，且其中至少有一人須取得 CDE 資格，並可具體呈現糖尿病共同照護門診時段。
3. 照護設備：身高體重計、血壓計、血糖機(教學、活動)、臨床生化檢驗設備、糖化血色素檢驗設備(或外送)：獲中華民國醫事檢驗學會認證通過或國際認證、尿液常規、尿蛋白檢查設備、尿液白蛋白檢查設備：檢驗或外送、視力表、眼底檢查設備、單股纖維(Monofilament)、肌腱反射扣診槌、半定量音叉。
4. 資料與紀錄保存：病歷紀錄完整，並有資料可查詢之。
5. 衛教空間：有獨立的衛教空間，檢附照片為憑。

(四) 近期管理重點

1. 服務品質：合格衛教人員數、照護盡責度（如全院參加全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案照護率、糖化血色素檢查率達 4 次之比率、年度尿液微量白蛋白檢查率、眼底年度檢查率、足部年度檢查率、使用胰島素比率），及照護品質（如糖化血色素＜7%比率、糖化血色素＞9.5%比率、血壓＜130/80mmhg 及低密度脂蛋白膽固醇＜100mg/dl 等之比率）。
2. 護理及營養衛教品質：個別衛教診次、團衛次數、衛教流程完整性、衛教年度完成率及衛教成效統計等。
3. 其他服務：提供糖尿病照護人員見(實)習情形、辦理糖尿病高危險群健康促進(含減重)情形、辦理病前期(IGT,IFG)之健康促進情形、病友團體運作情形、戒菸相關業務之推動情形、品管監控機制、行政院衛生署全民健康保險醫療品質資訊公開網之成果。

(五) 目前成果

糖尿病健康促進機構迄 100 年共 174 家，分佈於全國 25 縣市，其中醫學中心 19 家、區域醫院 73 家、地區醫院 43 家、診所(含衛生所)39 家，分別占各醫院層級之 95%、89%、

12%、0.7%。又機構參與糖尿病健保醫療給付改善方案計 21 萬 3,413 人，佔全國參與該方案之 75.2%。

(六) 未來發展方向

糖尿病患之照護及其高危險群之健康促進，同時提供糖尿病共同照護網醫事人員之見(實)習、繼續教育等。

五、醫院癌症醫療品質提升計畫

(一) 執行起迄年月

99 年 1 月 1 日迄今。

(二) 法源依據

癌症防治法。

(三) 主要目的

1. 提升子宮頸癌、乳癌及大腸癌及口腔癌 4 項癌症篩檢率。
2. 提升男女前 10 大癌症診療照護品質，以提高五年存活率。

(四) 策略訂定、執行、考核方式

為改善醫院重醫療和輕預防與篩檢之思維與作法，營造醫護人員主動關懷病人的醫療文化，主動提供民眾癌症篩檢服務，提升國人接受癌症篩檢之比率，並能持續落實「癌症診療品質保證措施準則」之規範，對癌症個案，給予適切治療，進而提高國人癌症五年存活率；評量指標為提升國人子宮頸癌、乳癌及大腸癌及口腔癌 4 癌之篩檢率，以及國人男女前 10 大癌症之五年相對存活率。

(五) 近期管理重點

管理重點在於提升癌症篩檢率以及癌症五年存活率。

(六) 目前成果

99 年參與醫院癌症醫療品質提升計畫之醫院，共計完成 4 癌篩檢 242.1 萬人次，佔當年全部四癌篩檢 460.3 萬人次的 53.3%；前述醫院其 99 年完成 4 癌篩檢量相較這些醫院 98 年完成的 128.9 萬人次，成長 1.9 倍；參與本計畫之醫院其 99 年 4 癌篩檢，發現 7,652 名癌症(含原位癌)與 20,084 名癌前病變。

國民健康局全面推動 4 癌篩檢，已使 30-69 歲子宮頸癌 3 年篩檢率、45-69 歲乳癌 2 年篩檢率、50-69 歲大腸癌 2 年篩檢率與 30 歲以上吸菸或嚼檳榔者口腔癌 2 年篩檢率，分別由民國 98 年的 58%、11%、10%與 28%，提升至 100 年的 62%、29.5%、33.5%與 40%；其中子宮頸癌標準化死亡率與發生率由民國 84 年至今已下降達 5-6 成。

本計畫另一重點為補助每年新診斷癌症個案達 450 例以上醫院，落實「癌症診療品質保證措施準則」，以目前最新 94-98 年新診斷個案之癌症五年相對存活率，男女分別為 43

%及 59.9%，相較 81-85 年的 37.3%及 56.4%為高。

(七) 未來發展方向

藉由本計畫促使醫院主動投入癌症篩檢及診療品質提升工作，以發現早期癌症個案，並予以優質診療照護，進而提升其五年存活率。

六、5 歲以下兒童牙齒塗氟服務

(一) 執行起迄年月

93 年 7 月迄今。

(二) 法源依據

口腔健康法。

(三) 主要目的

提供 5 歲以下兒童牙齒塗氟、口腔檢查及衛生教育，以預防兒童齲齒。

(四) 策略訂定、執行、考核方式

1. 由照顧者帶幼童持健保卡至所有健保特約牙科醫療院所接受服務。
2. 服務項目：牙醫師專業塗氟服務/口腔檢查/口腔衛教指導(健康飲食、定期口腔檢查、正確潔牙、適量使用氟化物)。
3. 頻率：每半年一次。
4. 單價：500 元。

(五) 近期管理重點

口腔衛教指導：使用適量氟化物、定期口腔檢查、餐後潔牙、健康飲食等。

(六) 目前成果

兒童牙齒塗氟服務成果，自 93 年 52,574 服務人次、利用率 2.5%，每年逐漸上升，截至 100 年止已達 308,760 服務人次、利用率 19.2%。

表 3.2-3、93~100 年兒童牙齒塗氟服務成果

93~100 年兒童牙齒塗氟服務成果 (當年度兒童塗氟人次數 / 當年度 5 歲以下兒童數 * 2 次)		
年度	服務人次數	利用率 (%)
93(半年)	52,574	2.53
94	118,645	6.25
95	160,068	8.89
96	196,134	11.4

93~100 年兒童牙齒塗氟服務成果 (當年度兒童塗氟人次數 / 當年度 5 歲以下兒童數 * 2 次)		
年度	服務人次數	利用率 (%)
97	221,260	13.2
98	251,580	15.3
99	277,639	17.3
100	308,760	19.2

(資料來源：行政院衛生署國民健康局，兒童牙齒塗氟塗氟服務計畫簡報資料，100 年)

(七) 未來發展方向

1. 評估 3 歲以下兒童牙齒塗氟利用率(年度內至該院 3 歲以下兒童接受牙齒塗氟之人數/年度內該院 3 歲以下兒童就醫人數)。
2. 提高塗氟服務之利用率：規劃 101 年起開放受理「社區巡迴塗氟服務」，牙醫師向衛生局申請核可後，到幼稚園托兒所為兒童提供服務。

七、孕婦產前檢查

(一) 執行起迄年月

84 年 4 月迄今。

(二) 主要目的

1. 提供懷孕婦女 10 次包裹式產前檢查與 1 次超音波檢查之補助。
2. 透過與孕婦產前檢查相關的品質指標結合，進而提升我國孕婦產前檢查服務品質。

(三) 策略訂定、執行、考核方式

1. 孕婦產前檢查補助時程：
 - (1) 妊娠第一期(未滿 17 週)：補助 2 次。
 - (2) 妊娠第二期(17 至未滿 29 週)：補助 2 次。
 - (3) 妊娠第三期(29 週以後)：補助 6 次。
2. 孕婦產前檢查服務內容
 - (1) 身體檢查：個人及家族病史、個人孕產史查詢、成癮習慣查詢、身高、體重、血壓、胸部、腹部檢查等。
 - (2) 實驗室檢查：血液檢查及尿液檢查，德國麻疹抗體檢查於第 1 次產檢時提供。
 - (3) 超音波檢查：於妊娠第二期提供 1 次。因特殊情況無法於妊娠第二期檢查者，可

改於妊娠第三期提供本項檢查。

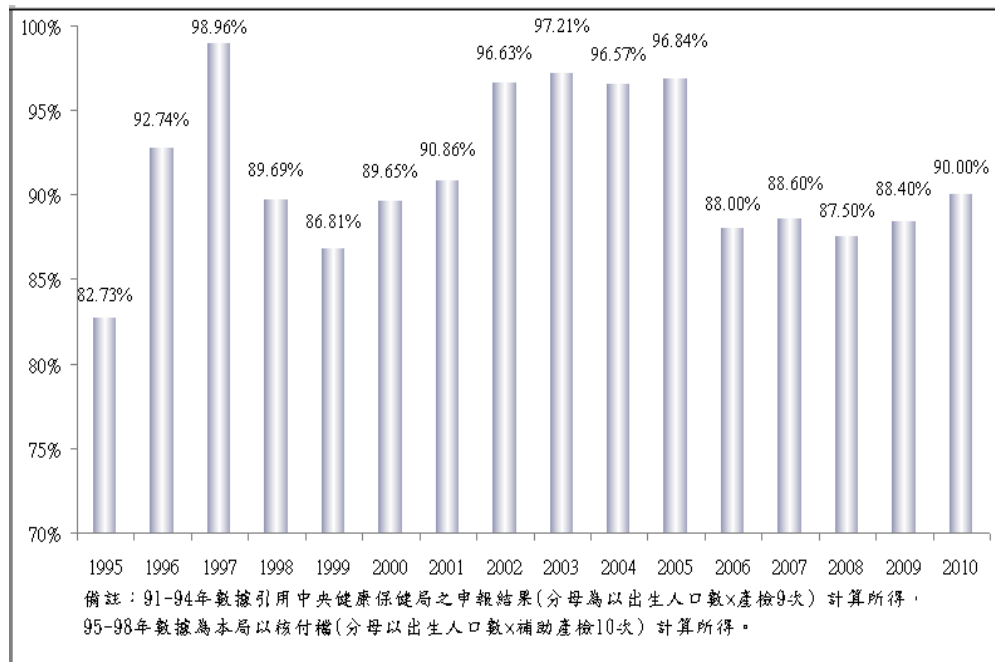
- (4) 衛教指導：孕期生活須知、產前遺傳診斷、營養、生產徵兆、母乳哺育、成癮習慣戒除與轉介等。

(四) 近期管理重點

管理重點在於監測孕婦產前檢查之平均利用率以及至少 4 次產檢之比率。

(五) 目前成果

孕婦產前檢查平均利用率由 84 年的 82.73% 上升至 99 年 90.9%。



(資料來源：行政院衛生署國民健康局，孕婦產前檢查簡報資料，100 年)

圖 3.2-6：84～99 年孕婦產前檢查平均利用率

(六) 未來發展方向

使孕產婦保持良好的健康，每個嬰兒出生後均能健康的發育成長。

八、成人預防保健服務

(一) 執行起迄年月

85 年 4 月迄今。

(二) 主要目的

瞄準國人健康四大敵(代謝症候群、慢性腎臟病、肝病、憂鬱症)出擊，早期發現疾病、早期治療，以期降低慢性疾病嚴重合併症及死亡率。

(三) 策略訂定、執行、考核方式

85 年 4 月 1 日起開辦成人預防保健服務，目前全國約有 5 千多家醫療院所提供本服務；另外，有關提供本服務之執行醫師資格規定，應有登記執業並符合「專科醫師分科及甄審辦法」第三條所規定之專科醫師，且除家庭醫學科及內科專科醫師外，自 100 年 5 月 13 日起新申辦之執行科別醫師，均應接受相關訓練通過後，始能取得辦理本方案之資格。

國健局提供 40~64 歲每 3 年 1 次、65 歲以上每年 1 次之成人預防保健服務，為加強原住民之預防保健服務，國健局自 99 年 7 月 1 日起，特別針對 55~64 歲原住民提供每年一次健康檢查，另外，國健局亦提供罹患小兒麻痺民眾自 35 歲起，每年一次之成人預防保健服務，以期改善健康不平等。

（四）近期管理重點

管理重點在於監測成人預防保健服務利用率。

（五）目前成果

在利用率方面，成人預防保健服務 85 年剛開始時，服務期間為每年 4 月~9 月，利用率前 3 年（86~89 年）僅達 20~30%。其後為提高服務之利用率，除自 91 年起將該服務延長為全年實施，帶給民眾更多的便利外，亦配合各縣市衛生局整合性篩檢服務推動，適度開放此一項目可以經由社區設站提供服務，讓部分不方便前往醫療院所接受服務民眾，亦可就近利用。在一連串政策之鼓勵下，成人預防保健服務之利用率於 91 年起，首次達到 40%，92~93 年亦維持在 40% 左右。但隨著健保逐步實施總額支付制度，醫療院所擔心成人預防保健服務之服務量，會對其他醫療服務造成排擠，致使對於該服務之提供意願下降，利用率從原來 91~93 年所維持的 40%，於 94 年後下降至約 35%，目前利用率亦維持在 35% 左右。另外，成人預防保健服務雖自 96 年回歸公務預算編列，惟因礙於國家財政困難，因此，僅能在有限之預算額度內，鼓勵符合受檢資格之民眾多利用該服務，利用率約為 3~4 成。

提供成人預防保健服務之專科醫師，中央健康保險局原規定僅內科及家醫科可以提供，後於 92 年開放小兒科、外科及婦產科之專科醫師亦可提供，自 100 年 5 月 13 日起有登記執業並符合「專科醫師分科及甄審辦法」第三條所規定之專科醫師即具備申請辦理資格，惟除家庭醫學科及內科專科醫師外，自 100 年 5 月 13 日起新申辦之執行科別醫師，均應接受相關訓練通過後，始能取得辦理本方案之資格。

成人預防保健服務內容包含提供服務之醫師需針對檢查結果提出後續建議，國健局並訂定各項篩檢項目之結果判讀與後續相關服務流程，提供醫療院所參考。

（六）未來發展方向

早期發現慢性病，早期介入及治療。

3.2.4 醫院醫療品質資訊基礎設施與醫院領導者對品質的態度調查結果

壹、背景說明

醫院領導者對於醫療品質重視程度及其營造之組織文化，對於醫療品質改善計畫的落實及品質的提升有相當重要的影響，衛生署為推動醫療品質政策之考量，期從了解各醫院領導統御與組織價值之狀況為基礎，進行「領導統御及組織價值現況調查」調查，並將調查結果列於本白皮書中。

貳、醫院領導者對品質的態度調查介紹

衛生署於 100 年委託台北醫學大學進行醫院領導者對品質的態度，調查工具為「醫院領導統御及組織價值現況調查」問卷，問卷經 5 位專家進行表面效度測試修改後完成，採用 Likert Scale 五分量表，即非常同意、同意、沒意見、不同意及非常不同意，由填答者勾選。問卷共分為四個部分包括：填答者及其服務醫院之基本資料、醫院管理團隊的領導統御、醫院在醫療品質方面表現出的氣氛況、及個人在組織價值觀之自我評估，共計 28 個題目。調查期間為 100 年 11 月至 12 月，採郵寄問卷方式(問卷詳附錄五)。

調查對象為衛生署公布截至 99 年之全國健保特約醫療院所，共 482 家，每家醫院由負責醫療品質管理或病人安全相關業務之人員填寫問卷，每家醫院填寫 1 份，有效問卷數 165 份(回收率：34.2%)。

參、調查結果

在醫院管理團隊的領導統御部份，結果顯示醫院領導者對於醫療品質非常重視並親自參與相關活動及策略擬訂。在醫療品質氣氛的構面上，能感受到以病人為中心的照護理念。在價值觀之自我評估構面上，品管人員在醫院工作能得到適當的協助、自我成長、長官肯定與自信心。但領導及品管人員之執行力與教育能力偏弱。(詳細之結果詳附錄六)

肆、研究建議

根據調查之結果，顯示醫院對於醫療品質氣氛之營造已相當重視，領導者參與度亦相當高，唯在執行力與教育能力偏弱。建議應由國家級之醫療品質專責機構建立全國一致性之目標，並協助醫院品質改善及監測並促進組織學習。

3.3 醫院醫療品質政策國際比較

盱衡醫院醫療品質政策之國際現況與發展，包含美國、英國、加拿大及澳洲等國醫療品質政策發展中均成立醫療品質專責機構，作為統理醫療品質任務之單位。因此，透過回顧各國成立醫療品質專責機構的歷史脈絡和背景因素（包括：法源／法案、事件／政治因素、報告或圓桌會議等），來了解為何要成立醫療品質專責機構，以及其任務和功能，同時因應其任務和功能有不同的產出及所需的資源和人力配置，作為我國未來政策之參考。

本節選取美國、英國、澳洲、加拿大等四國的品質專責機構發展作為國際比較之參考，選取此四個國家主要之原因為：

1. 以 2003 醫療品質政策白皮書為主進行更新，因此以相同國家進行做比較。
2. 上述國家以英文撰寫報告較易查詢資料及閱讀。
3. 上述國家有發展完整之醫療體系、架構和指標。（ARAH, KLAZINGA, DELNOIJ, TEN ASBROEK, & CUSTERS, 2003）

各國品質專責機構之比較部份，則簡介各國醫療品質專責單位目前業務狀況，內容陳述架構包含：背景簡介、任務及定位、編制及性質、業務內容、投入資源及其他等。

3.3.1 各國醫療品質專責機構

壹、美國

一、背景簡介

美國的健康照護體系具有多元性的特質，大部份的醫療照護由私人醫療保險提供健康照護之資金需求；聯邦政府提供 65 歲以上老人公部門之健康保險(Medicare)，聯邦政府與州政府則分攤殘障人士與低收入的健康保險(Medicaid)。

西元 1994 年美國國家科學院(National Academy of Sciences)下的 IOM 出版一份白皮書，其內容特別強調：確實維護及促進醫療照護品質是醫療系統改革的重心，因此醫療品質必須被測量、監控及持續改善(Council of the Institute of Medicine,1994) (Institute of Medicine (IOM). (1994). *America's health in transition:Protecting and improving quality*. Washington, DC: National Academies Press.)。

在白皮書出版之後，IOM 於西元 1995 年成立國家醫療照護品質圓桌會議(National Roundtable on Health Care Quality)，並於西元 1996 至西元 1998 年間舉行六次會議，其主要目的為探討美國國內與醫療照護品質相關的議題，包括醫療品質測量、評估及如何改善等。這幾次會議所討論內容及形成的結論，經由美國國家科學研究院的研究委員會(National Research Council)的正式審核過程後，於西元 1998 年提出正式共識文件(Consensus Statement)-The Urgent Need to Improve Health Care Quality (Chassin and Galvin,1998)。

美國政府也同時透過立法，以進一步促進醫療品質的改善工作。西元 1997 年 3 月，美國柯林頓總統任命組成醫療照護產業消費者保護及品質諮詢委員會(Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry)，成員包括消費

者、企業、勞工、醫療照護提供者、醫療計畫保險人、州及地方政府等各界代表及醫療品質專家所組成。該委員會任務為隨時掌握醫療照護系統變遷狀況、提出如何確保醫療照護品質及測量之建議，以保護醫療照護系統之消費者及工作人員，而其中一項最重要工作就是負責草擬消費者權利法案（Consumer Bill of Rights）。

完成消費者權利法案立法之後，該委員會接著於西元 1998 年 3 月發表一份共識報告，名為：「Quality First: Better Health Care for All Americans」。該份報告開宗明義即指出，國家有責任對民眾提出改善醫療照護品質的承諾。

為了達成上述共識報告中所提關於改善民眾醫療照護品質的承諾，美國國會隨即於西元 1999 年通過醫療照護研究及品質法案(Healthcare Research and Quality Act of 1999)，並將原本的「醫療照護政策及研究機構(Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR)」改名為「醫療照護研究及品質機構(AHRQ)」，同時確立了醫療照護研究及品質機構的目標和優先研究項目。此後，由隸屬美國聯邦衛生及人類服務部(Department of Health and Human Services, DHHS)的 AHRQ 統整改善國家醫療照護品質的工作，負責向總統及國會報告國家整體醫療照護品質趨勢。該法案也明訂，自西元 2003 年起，AHRQ 必須每年定期出版國家醫療照護品質報告，讓民眾瞭解當前國家醫療照護品質相關資訊及整體趨勢。

AHCPR 自西元 1995 年開始運作以來一直接受美國國會的預算支應，但是並沒有明確的法律地位。因此，醫療照護研究及品質法案的通過，除了將醫療照護政策及研究機構 AHCPR 名稱改為醫療照護研究及品質機構 AHRQ 之外，同時也確立醫療照護研究及品質機構 AHRQ 的法律地位。法案通過後醫療照護研究及品質機構 AHRQ 正式成為聯邦機構的一份子，除了接受國會預算的支援之外，也重新審視和規劃醫療照護研究及品質機構的角色及責任。

二、任務及定位

AHRQ 主要任務是為改善美國人民健康照護的品質、安全、效率及效用。AHRQ 為美國 DHHS 12 個部門其中之一，AHRQ 的研究主要是協助民眾能夠做出更有依據的決定以及協助改善醫療照護服務的品質。

AHRQ 透過發展良好、成功的合作關係，以及提出長期改善所需的知識和工具，來改善健康照護的安全和品質。AHRQ 的主要目標是希望能夠實際了解美國民眾健康照護改善的狀況，包括：生活品質的改善、治療成果、挽救生命(lives saved)以及花費所獲得的價值(value gained for what we spend)等。

為了達成 AHRQ 的目標以及成為執行卓越的機構，AHRQ 透過各項計畫的執行將資源及效能極大化。AHRQ 整體的焦點包括：

- (一) 安全和品質：提供最好的醫療照護降低傷害風險。
- (二) 有效性：透過鼓勵利用實證為依據進行醫療照護選擇以改善醫療照護成果。
- (三) 效能：將研究轉化為實際行動，促進有效醫療照護服務的可近性和降低不必要的風險。

AHRQ 服務的使用者非常的廣泛，包括：

- (一) 醫師和其他醫療提供者(醫院)。
- (二) 病患。
- (三) 聯邦政府、州政府、以及地方各層級的醫療照護政策制定者。
- (四) 其他衛生單位，例如：醫療體系和醫學院職員。
- (五) 購買者及付費者：雇主或保險購買者。

三、編制及性質

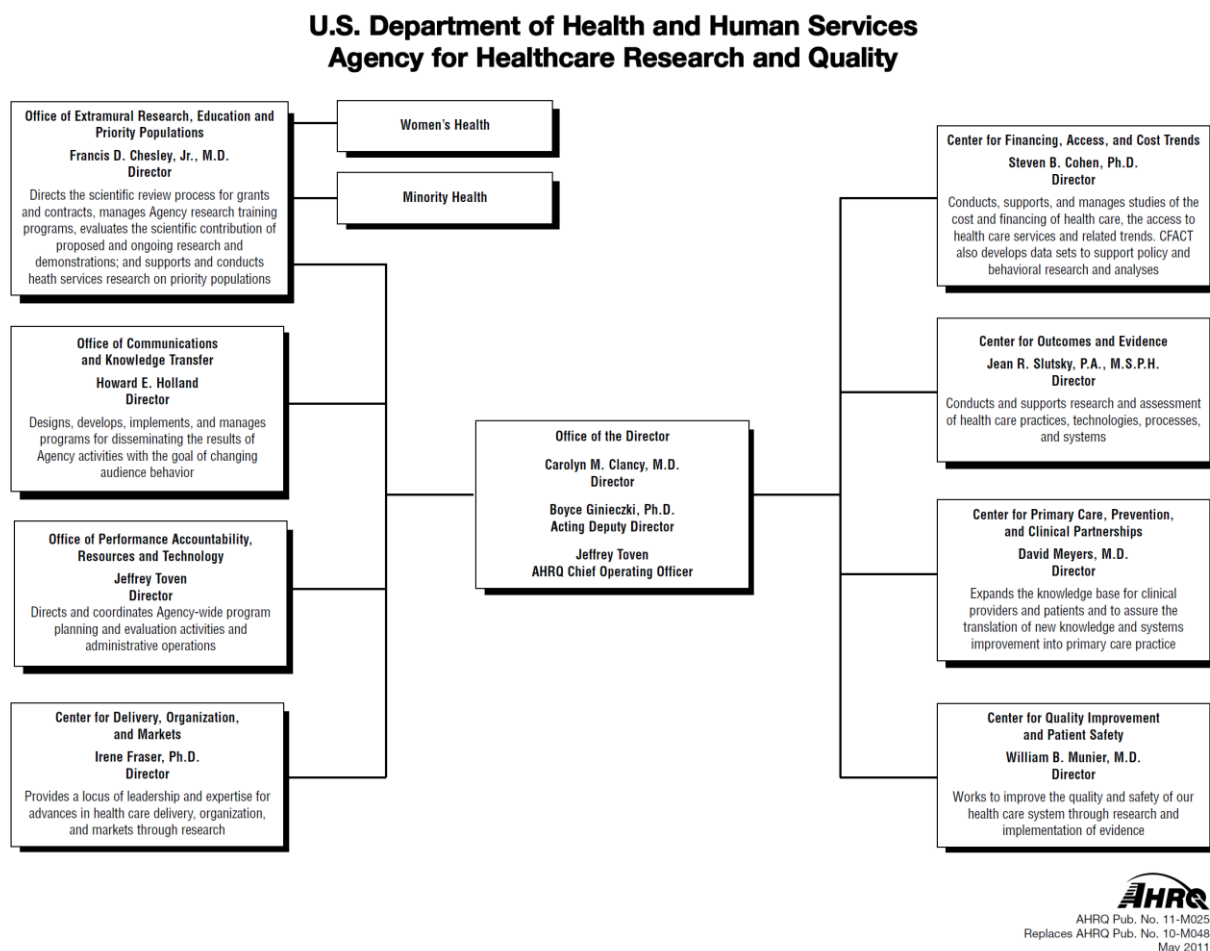
AHRQ 的前身為 AHCPR，AHCPR 成立於西元 1989 年，美國國會於西元 1999 年通過醫療照護研究及品質法案(Healthcare Research and Quality Act of 1999)，將其改名為「醫療照護研究及品質機構(AHRQ)」。AHRQ 負責改善健康照護品質、降低成本以及改善醫療服務可近性等相關研究。AHRQ 由局長室以及其他功能單位共九個單位所組成，各單位介紹如下：

- (一) 局長辦公室(Office of the Director)
監督機構內的活動以確保能夠達成單位的策略目標。
- (二) 課責、資源和技術辦公室(Office of Performance Accountability, Resources, and Technology)
監督和協調機構內研究計畫的規劃、評估活動及管理。
- (三) 研究、教育和弱勢族群辦公室(Office of Extramural Research, Education and Priority Populations)
 - 1. 研究方面：以科學方法進行計畫補助和 Small Business Innovation Research SBIR 的審查
 - 2. 教育：舉辦研究教育訓練以及評估進行中計畫的科學貢獻
 - 3. 弱勢族群：評估、支援和執行弱勢團體醫療服務研究
- (四) 溝通和知識轉移辦公室(Office of Communications and Knowledge Transfer)
設計、發展、執行和管理推廣 AHRQ 活動結果的宣傳計畫，以達成改變民眾行為的目標。
- (五) 成果及實證中心(Center for Outcomes and Evidence)
執行和支持醫療照護實務、科技、流程和體系的研究和評估。
- (六) 基礎照護、預防和臨床合作關係中心(Center for Primary Care, Prevention, and Clinical Partnerships)
協助臨床照護者和病患擴展知識基礎，以及確保新知識和體系改善能轉移到基礎照護。
- (七) 服務提供、組織和市場中心(Center for Delivery, Organization, and Markets)
透過研究提供領導者和專家們有關健康照護提供、組織和市場等方面的發展趨勢。
- (八) 財務與成本趨勢中心(Center for Financing, Access and Cost Trends, CFACT)
執行、支援和管理與醫療照護成本及財務、醫療照護服務相關的研究，以及醫療服務可近性和相關趨勢的研究。CFACT 也發展數據資料來支援政策和行為的研究和分析。
- (九) 品質促進與病人安全中心(Center for Quality Improvement and Patient Safety)
透過實證研究和執行來改善健康照護系統的品质及安全。

除了上述 9 個單位之外，還有健康照護研究和品質諮詢委員會(National Advisory

Council for Healthcare Research and Quality)，此委員會委員由衛生部部長派任，委員的任期為三年一任，共有 21 名委員。委員會成員包含私人機構的代表，例如：健康服務提供者、消費者等，以及政府單位的官員與專家。

委員會的任務主要為決定 AHRQ 要執行的健康服務研究之優先順序，以及針對社會關注的健康議題提出建議，以提供給 AHRQ 局長以及衛生部參考。



(資料來源：Agency for Healthcare Research and Quality, 2012)

圖 3.3-1：AHRQ 組織圖

四、業務內容

AHRQ 的業務內容的介紹主要分成三個部分，分別為健康成本、品質和結果研究 (Research on Health Cost, Quality, and Outcomes)、醫療費用調查 (Medical Expenditure Panel Survey, MEPS) 以及計畫支持 (Program Support)，以下為其業務內容詳細之介紹。

(一) 健康成本、品質和結果研究 (Research on Health Cost, Quality, and Outcomes)

1. 以病人為中心結果與比較效果研究 (Patient-Centered Outcomes Research/Comparative Effectiveness)

此研究的目的是希望能夠提供及時和實證醫學為主的資訊，讓所有使用者在進行醫療照護選擇時有足夠的資訊做決定。相關研究活動包括：

(1) 比較效果研究審查 (Comparative Effectiveness Research Review, CERs)

實證醫學中心 (Evidence-based Practice Centers, EPCs) 將現有的科學研究與治療和健康策略進行比較，找出不同選擇所帶來的好處和危害，並且了解哪些領域是需要更多的研究。相關報告及資料可於 AHRQ 網站 (<http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/index.cfm>) 查詢，西元 2010 年 AHRQ 提出 3 份有關比較效果研究的報告，如下：

- A. Comparative Effectiveness of Core-Needle and Open Surgical Biopsy for the Diagnosis of Breast Lesions
- B. Comparative Effectiveness and Safety of Radiotherapy Treatments for Head and Neck Cancer
- C. Comparative Effectiveness of Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors or Angiotensin II Receptor Blockers Added to Standard Medical Therapy for Treating Stable Ischemic Heart Disease

(2) 技術概要 (Technical Briefs)

技術概要主要是提供與臨床介入 (clinical intervention) 和健康照護服務相關重要議題的整體概述。西元 2010 年所發行的概要主題為「Percutaneous Heart Valve Replacement」。

(3) 新研究報告 (New Research Report)

新研究報告是依據健康照護資料庫和其他科學資源和方法所做的臨床研究，藉此發掘與效果及安全有關的實務上的問題和適當的健康照護項目及服務。西元 2010 年 Effective Health Care Program 共發表的 14 篇新研究報告。

(4) 摘要指引 (Summary Guides)

摘要指引是使用簡短且簡單的文字敘述，有關治療選擇項目的效果和風險的最新資訊給醫師、健康照護人員、政策制訂者和病患。

(5) Slides Sets and CME/CE Credit

西元 2010 年 AHRQ 成立了 Effective Health Care Program Slide Library，提供教育訓練課程給簽約的醫事人員、研究員和健康專業人員等教育訓練的機會。教育訓練有提供課程

簡報、討論重點、文獻等資料，同時與 PubMed 資料庫連結，可以透過關鍵字搜尋更多與上課主題相關的資料。

(6) EHC Program Webcasts

EHC Program Webcasts 定期會舉辦討論會議，將方法學家、研究人員和醫事人員集合在一起討論最近的研究結果以及未來研究的需求。

(7) 實證醫學中心(Evidence-based Practice Centers)

在實證醫學中心研究計畫下，美國及加拿大的機構可獲得多數年的研究合約，可以有系統的探討以及嚴謹的評論相關的科學文獻。目前實證醫學中心(EPCs)研究的主題包括：

- A. Safety of Probiotics Used to Reduce Risk and Prevent or Treat Disease
- B. Management of Acute Otitis Media, Update
- C. Enabling Health Care Decisionmaking Through the Use of Health IT
- D. Assessment of Thiopurine Methyltransferase Activity in Patients Prescribed Azathioprine or Other Thiopurine-based Drugs
- E. Alcohol Consumption and Cancer Risk
- F. Inhaled Nitric Oxide in Preterm Infants
- G. Comparative Effectiveness of Treatments for Carotid Artery Stenosis
- H. Effectiveness of Cochlear Implants
- I. Lifestyle Interventions for Four Conditions: Breast Cancer, Prostate Cancer, Type 2 Diabetes Mellitus, and Metabolic Syndrome

(8) 治療學教育及研究中心(Centers for Education and Research on Therapeutics, CERTs)

治療學教育及研究中心(CERTs)是西元 1997 年國會授權所成立的計畫，由 AHRQ 基金補助並管理，同時美國食品藥物管理局(FDA)為該計畫的諮詢單位。

(9) 健康諮詢資訊網絡(Clinician-Consumer Health Advisory Information Network, CHAIN)

AHRQ 於西元 2009 年建立 CHAIN 網站，主要是要提供在各項議題上專家們的觀點、建議以及指引，包括藥物、生物性產品及醫療器材等。治療方法領域一直不斷更新及改變，醫事人員和病患可以透過這個網站在治療方法資訊上有所連結，可以協助臨床實務以及健康照護進行。

2. 病人安全(Patient Safety)

病人安全研究主要是要找出醫療錯誤所造成的危害及風險，以及避免病患在醫療照護服務提供的過程中受傷。病人安全研究重要的目標有：提供醫療錯誤的範圍和影響等相關資訊、辨識威脅病人安全的根本原因、評估有效的方法藉由系統性的改變來協助避免錯誤。除此之外，希望能夠在健康照護體系內建立病人安全文化和環境，鼓勵醫療人員分享

及報告醫療錯誤的資訊，同時找出預防醫療錯誤的方法。

(1) 病人安全與醫療責任研究計畫(Patient Safety and Medical Liability Demonstration Projects)

政府為了將病人安全與醫療責任相連結，AHRQ 一共投入 25 百萬美元協助全美各州和醫療體系執行及評估病人安全方法(approach)及醫療責任改造。

(2) 醫療照護感染預防(Prevention Healthcare-Associated Infections)

醫療照護所引起的院內感染(Healthcare-Associated Infections, HAIs)是醫療院所內最常發生的併發症，西元 2002 年疾病控制與預防中心報告顯示，全美每年有 1.7 百萬人因為醫療照護行為而發生感染，並且造成 99,000 人死亡。每年因為院內感染所增加的財務負擔約有 28~33 百萬美元。根據西元 2007 年全國住院抽樣(Nationwide Inpatient Sample)，因為醫療或手術造成院內感染的病患其住院天數平均比沒有發生感染的病患多 19 天(24 天 vs 5 天)，死亡率前者為後者的 6 倍(9% vs 1.5%)，住院期間醫療費用前者比後者多 43,000 美元(52,096 vs 9,377)。

AHRQ 補助減少院內感染計畫的機構主要有急診照護醫院、非住院醫療手術及透析中心、末期依賴性疾病照護中心以及長期照護中心。AHRQ 預防院內感染的主要工作重點為執行以單位為基礎的安全計畫(Comprehensive Unit-based Safety Program, CUSP)。

(3) 病人安全組織(Patient Safety Organizations)

病人安全組織(Patient Safety Organizations, PSOs)是依據西元 2005 年病人安全及品質改善法案(Patient Safety and Quality Improvement Act of 2005)而成立，主要任務為收集及分析與病人安全相關事件的資料，協助醫師及醫療機構提高醫療照護的品質。

(4) TeamSTEPPS

TeamSTEPPS 是一個根據實證醫學所設計的團隊工作系統，主要是要提供及增進醫療照護體系內的專業人員的溝通和技術交流。AHRQ 發展一份 TeamSTEPPS Teamwork Perception Questionnaire (T-TPQ) 問卷，T-TPQ 是一種測量工具，可以幫助測量個人對於組織內目前團隊工作狀況的認知。

(5) 病人安全文化調查(Patient Safety Culture Surveys)

IOM 引用西元 1999 年的研究報告「To Err Is Human:Building a Safer Health System」指出，全美國的醫院每年約有 98,000 名病患因為可預防的醫療疏失而死亡。為了回應此項研究結果，AHRQ 發展了醫院、護理之家以及醫療辦公室(medical office)版本的病人安全文化測量工具，而藥局版本的也已正在發展中。醫療照護組織可以透過此項測量工具來評估組織內的病人安全文化、隨時針對病人安全問題進行改善，以及評估特定醫療介入行為對病人安全的影響。

目前 AHRQ 從西元 2007 年開始每年皆會出版醫院版本的評估報告，目前最新的報告為「Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2011Comparative Database Report」，一共包含 512 家醫院的資料。

護理之家版本的評估報告，目前分別在西元 2008 年及西元 2011 年出版，最新的報告

為「Nursing Home Survey on Patient Safety Culture: 2011 User Comparative Database Report」，一共包含 226 家護理之家的資料。

(6) 消費者指引(Consumer Guides)

西元 2010 年 AHRQ 發展了各式各樣的工具讓病患和家屬更了解醫療照護，AHRQ 整合了所有病人安全相關的研究結果，結合成一本簡單易懂的指引「Taking Care of Myself: A Guide for When I Leave the Hospital」。當醫院員工或病患填寫相關資料後，指引便會引導去追蹤用藥時程、預約門診時間、以及其他重要電話等，也就是 AHRQ 發展的 AHRQ-funded Re-Engineered Hospital Discharge project (Project RED)。其他與消費者相關的工具：

- A. 病人安全網絡 (Patient Safety Network, PSNet) 是一個提供病人安全最新資訊及相關訊息的網路平台。
- B. Morbidity & Mortality (WebM&M) 是有關病人安全和健康照護品質的線上期刊和討論區。

3. 健康資訊技術(Health Information Technology)

從西元 2004 年開始，AHRQ 的健康資訊計畫就開始發展及宣傳以實證醫學為基礎可能會影響健康照護的品質、安全、有效性、及結果的健康資訊技術。AHRQ 在健康資訊技術的策略焦點著重在以下三個領域：

- (1) 改善健康照護決策
- (2) 改善用藥管理的品質與安全
- (3) 支援以病人為中心的照護，協調及使用健康訊息資訊交換服務。

AHRQ 投入超過 3 億美金並且與 48 州內超過 200 個社區、醫院、醫療提供者以及健康照護體系簽約合作或補助經費，改善健康資訊系統及鼓勵各組織電子化。

A. Medicaid/CHIP Technical Assistance

AHRQ 為殘障人士與低收入戶的健康保險(Medicaid)以及孩童健康保險(Children's Health Insurance Program)機構提供技術上的協助，協助他們發展、執行以及參與健康資訊科技(Health IT)和醫療資訊交換(Health Information Exchange, HIE)。

B. 病人為中心居家醫療照護網站(Patient-Centered Medical Home Web Site, PCMH)

以病人為中心居家醫療照護(PCMH)是醫療組織和基礎醫療照護改革可行的模式，健康資訊技術是此模式成功推廣和執行的主要關鍵之一。

C. 國家健康資訊技術資源中心(National Resource Center for Health Information Technology, NRC)

AHRQ 於西元 2004 年成立國家健康資訊技術資源中心(NRC)，主要是要提供受補助機構技術上的溝通和協助。此中心也是公共資源，提供給健康資訊研究員、實際執行人員以及政策決策者相關的研究結果、教育訓練等資源。

D. 支援經濟與臨床健康資訊技術法案(Support for Health Information Technology for Economic and Clinical Health, HITECH Act)

因應西元 1999 年制訂的 Recovery Act，健康資訊技術協助改善國家健康照護品質的角色有了重大的改變。AHRQ 與國家健康資訊技術協調辦公室(Office of the National Coordinator for Health Information Technology, ONC)合作成立健康資訊技術研究中心(HITRC)，成為經濟與臨床健康資訊技術法案的一部分(HITECH Act)

4. 預防/照護管理(Prevention /Care Management)

預防/照護管理的目標是改善實證預防醫學服務及醫療機構慢性照護管理服務的品質、安全、效率及效果。預防/照護管理的任務為藉由產生新知識綜合實證以及宣傳和執行實證醫學等方式來協助進行預防照護服務的臨床決策，同時透過執行健康照護設計(Health Care Design)、社區臨床關聯(Clinical-community Linkages)、自我管理支持(Self-management Support)、整合健康資訊技術(Integration of Health Information Technology)、照護協調(Care Coordination)等活動來協助改善基礎照護和臨床結果。

除此之外，也有 AHRQ 美國預防服務支援專門小組(AHRQ Support of the United States Preventive Services Task Force, USPSTF)與以臨床實務為導向的基礎照護研究網路(Primary Care Practice-Based Research Networks)來協助計畫執行。

AHRQ 美國預防服務支援專門小組(USPSTF)是一個由預防醫學以及實證醫學領域的專家學者所組成的非官方的獨立專家小組。西元 1984 年第一次 USPSTF 會議是由美國公共衛生服務部(Public Health Services)召集，西元 1995 年開始將 USPSTF 的運作轉移至 AHRQ。

(1) 美國預防服務專門小組網站(USPSTF Web Site)

美國預防服務專門小組網站於西元 2010 年度完成上線，網站內容包括專門小組的資訊以及所做建議及方法等。

(2) USPSTF 建議發行的出版品(Publication Based on USPSTF Recommendations)，包括：

- A. 臨床預防服務指引(The Guide to Clinical Preventive Services)
- B. Men: Stay Healthy at Any Age and Women: Stay Healthy at Any Age
- C. Men: Stay Healthy at 50+, Checklist for Your Health
- D. Women: Stay Healthy at 50+, Checklist for Your Health

(3) 預防服務電子選擇器(Electronic Preventive Services Selector, ePSS)

醫事人員可以透過網站或是將預防服務電子選擇器(ePSS)下載到 PDA、iPhone 或 iPad，讓醫事人員能隨時參考 USPSTF 的建議、臨床考慮(clinical consideration)以及照護工具。透過 ePSS 可依照特定的病患特徵提供目前 USPSTF 所提出的實證醫學的建議。

5. 價值(Value)

價值研究的目的是要協助確保健康照護機構在維持及保持提供給顧客或病患照護服務品質時，不會造成多餘的成本(浪費)。執行的策略包括重新規劃流程、領導和管理策略、組織或社區的品質促進計畫、法規改變、顧客選擇、公開報告、誘因以及給付改變等。價值研究也執行和支持方法學的工作和改造來改善資料與研究，以及在政策和管理上實際執行。

(1) MONAHRQ-Input Your Data-Output Your Website

西元 2010 年 5 月 AHRQ 建立 MONAHRQ (My Own Network, powered by AHRQ)，這個以網站為基礎的應用程式，可以讓政府及地方的資料處理機構(data organizations)、社區品質合作機構(community quality collaboratives)、醫院、健康計畫、以及醫療服務提供者將他們醫院的管理資料上傳到網站，同時產生以這些數據為主的結果。

MONAHRQ 主要是以建立 AHRQ 的指標為主，現在也將功能擴充到提供使用者和決策者制式的表格，以進行健康照護利用、rates of conditions and procedures、照護品質的分析、彙整及報告。

(2) 社區品質合作機構(Community Quality Collaboratives)

社區品質合作機構是一個以社區為基礎由所有的利害關係人(stakeholders)共同組成的組織，共同合作進行地方健康照護改革的工作。

6. 跨界活動(Crosscutting Activities)

跨界活動(Crosscutting Activities)包含許多支持上述五個研究群組(portfolio)而且是與品質、效益及效果有關的研究計畫。

(1) 健康照護成本與效用計畫(Healthcare Cost and Utilization Project, HCUP)

健康照護成本與效用計畫是一個健康照護資料庫，以及 AHRQ 資助透過 Federal-State-industry partnership 發展相關的軟體工具和產品。

(2) AHRQ 品質指標(AHRQ Quality Indicators)

AHRQ 品質指標主要目的希望透過指標發現潛在可能的品質問題、未來需要研究的領域和議題，以及追蹤相關的變化。有一些測量指標會被用在製作醫院比較報告，或是做為品質給付的標準。AHRQ 發展了 4 組指標，包括：

A. 預防品質指標 Prevention Quality Indicators (PQIs)

B. 住院品質指標 Inpatient Quality Indicators (IQIs)

C. 病人安全指標 Patient Safety Indicators (PSIs)

D. 兒童品質指標 Pediatric Quality Indicators (PDIs)

(3) 國家健康照護品質報告與國家健康照護系統性落差報告(The National Healthcare Quality and Disparities Reports)

國家健康照護品質及系統性落差報告在測量品質改善和減少落差上扮演十分重要的

角色，IOM 透過 AHRQ 所出版的兩本報告對改善和加強健康照護品質及公平性的測量提出建議，同時提供足夠的資訊協助進行決策，以及協助制定國家品質改善的策略方向。

(4) State Snapshots

State Snapshots 工具主要目的是要讓全國各州政府或私人醫療衛生機構更加了解全國醫療照護品質以及落差的情形，包含全美國 51 州的(包含華盛頓特區)健康照護品質資料，內容分成三個面向：1.照護形式(例如：預防、急性或慢性照護)；2.照護方式(例如：護理之家或醫院)；3.臨床範圍(例如：癌症、糖尿病或氣喘等病患的照護)。

(5) Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS®)

AHRQ 不斷得發展和宣傳標準化及實證醫學為基礎的研究，以及測量與醫療服務體系相關的病人經驗問卷調查工具。CAHPS 是以病患與消費者角度來了解醫療照護品質與醫療服務經驗最主要的工具，CAHPS 可以從病患及消費者的角度來測量及改善健康照護服務體系的品質。CAHPS 運用廣泛和以家庭為主的問卷方式，來詢問病患及消費者在不同醫療體系就醫的就醫經驗。

(6) National Guideline Clearinghouse™

National Guideline Clearinghouse, NGC 提供一個容易使用的機制，讓醫師、其他醫療人員、健康照護提供者、消費者、以及其他相關人員獲得客觀且詳細的臨床指引。NGC 是一個以網站為基礎的應用工具，網站的資源包含 2000 種以上的實證醫學臨床指引(Evidence-based Clinical Practice Guidelines)。從西元 1999 年網站正式上線開始到目前已經有超過 6 千 3 百萬人次瀏覽這個網站，每個月網站瀏覽人數大約有超過 50 萬的人次。

(7) Accelerating Change and Transformation in Organizations and Networks (ACTION)

ACTION 是一個以領域為主的五年期研究計畫，主要是希望能夠應用計畫結果來加速公私立醫療服務體系的合作。

(8) 健康照護創新交流(Health Care Innovations Exchange)

健康照護創新交流主要目的是要加速醫療體系之間創新服務的交流。這個計畫以配合 AHRQ 增進醫療照護服務的品質、效率及效能、即時性和公平性等目標為主。同時也將重點放在減少醫療照護服務的系統性落差。健康照護創新交流主要是由以下元素構成：

- A. 可研究的創新(Searchable Innovations)。
- B. 可研究的品質工具(Searchable Quality Tools)。
- C. 學習機會(Learning Opportunities)。
- D. 建立關係網路的機會(Networking Opportunities)。

(二) 醫療費用調查(MEPS)。

AHRQ 除了研究計畫之外，同時也資助另一項醫療費用調查研究(MEPS)。醫療費用調查的資料包含國會要求的各項資訊的回覆，包含雇主的健康保險成本、健康花費以及醫療補助的比例等資訊。同時醫療費用調查的資料也應用在更新慢性疾病成本的計算，可以用

來計算慢性疾病醫療補助受益者的醫療負擔及成本。西元 2010 年度醫療費用調查總共發展 17 個公開文件以及 35 個統計相關刊物，西元 2010 年發表的重點主要是在雇主投入醫療補助比例的趨勢以及特定醫療項目的費用。

醫療費用調查是唯一國家級的年度資料，用來統計美國民眾的特定醫療項目之成本、費用以及給予民眾的醫療給付資源等。醫療費用調查設計用來協助管理者以及國家健康照護體系的使用者，了解私人醫療保險變動的趨勢以及其他影響醫療照護體系市場趨勢的動力等因素對美國健康照護服務的影響。

(三) 計畫支持(Program Support)

這個部分主要是支持 AHRQ 策略方向以及總體經營等相關費用，包含 AHRQ 人員的薪資和津貼等費用。

五、投入資源

(一) 年度預算

AHRQ 為隸屬於聯邦政府衛生部下的單位，每年都必須將過去一年的執行成果、預算使用情形以及未來規劃等向國會進行報告，以爭取明年度單位的預算。在西元 2012 會計年度 AHRQ 爭取的預算為 366.40 百萬美元(President Budget)，比西元 2010 年實際撥付的金額減少 30.66 百萬美金(7.7%)。

表 3.3-1、AHRQ 依活動分類年度預算表

DHHS/AHRQ 預算項目--依照活動分類				(千美元)
	2010 實際	2011 Continuing Resolution	2012 President Budget	+/- 2010
健康成本、品質和結果之研究				
以病人為中心結果研究	2,100	2,100	21,600	600
預防/照護管理	15,904	15,904	23,304	7,400
價值	3,730	3,730	3,730	0
健康資訊技術	27,645	27,645	27,572	-73
病人安全	90,585	90,585	64,622	-25,963
Crosscutting Activities related to Quality, Effectiveness, and Efficiency	111,789	111,789	97,784	-20,005
(研究者發起計畫之研究補助款)	(43,364)	(47,074)	(33,022)	-(10,42)
健康成本、品質和結果之研究總計	270,653	270,653	232,612	-38,041
醫療費用調查	58,800	58,800	59,300	500
計畫支持	67,600	67,600	74,485	6,885
總計	397,053	397,053	366,397	-30,656

(資料來源：AHRQ, 2010 AHRQ Annual Highlights and Report, 2011)

(二) 投入人力

AHRQ 的人力配置大約在 300 人左右，西元 2010 年有 312 人、西元 2011 年 300 人以及西元 2012 年 304 人，詳細之部分人力配置請參閱下表。

表 3.3-2、AHRQ 全職人員分配表(Full-Time Equivalent Employment)

	2010 Actual Total	2011 Actual Total	2012 Actual Total
局長辦公室	21	21	21
課責、資源和技術辦公室	55	55	55
研究、教育和弱勢族群辦公室	38	38	38
基礎照護、預防和臨床合作關係中心	22	22	25
成果及實證中心	27	27	27
服務提供、組織和市場中心	27	27	27
財務與成本趨勢中心	44	44	44
品質促進與病人安全中心	29	29	29
溝通和知識轉移辦公室	37	37	38
總計	300	300	304

(資料來源：AHRQ, 2010 AHRQ Annual Highlights and Report, 2011)

六、其他

(一) 主要成果(Key Performance)

1. 各年度目標與執行結果(Summary of Targets and Results Table)

表 3.3-3、西元 2007~2012 年度 AHRQ 目標與執行結果

會計 年度	預計 目標	Targets with Results Reported	Percent of Targets with Results Reported	達成目標	目標達成率(%)
2007	41	41	100%	39	95%
2008	47	46	98%	44	96%
2009	40	39	98%	38	97%
2010	45	43	96%	41	95%
2011	45	0	0%	0	0%
2012	45	0	0%	0	0%

(資料來源：AHRQ, 2010 AHRQ Annual Highlights and Report, 2011)

2. 成果概要(Performance Overview)

AHRQ 每年皆會出版執行成果概要(annual performance report)報告，依據 AHRQ 業務活動分類，詳細羅列分類項目定義、預計目標、達成目標測量方式以及執行情形等，詳細資料請參閱 AHRQ 各年度成果概要報告。

(二) 出版品(Publication)

AHRQ 出版的刊物相當多，重要年度報告有國家健康照護品質報告書 NHQR、國家醫療照護系統性落差報告 NHDR、AHRQ 年度報告、AHRQ 年度成果報告等。

1. 國家健康照護品質報告書(National Healthcare Quality Report, 2003~2010)/ 國家健康照護系統性落差報告書(National Healthcare Disparities Report, 2003~2010)

國家健康照護品質及系統性落差報告在測量品質改善和減少落差上扮演十分重要的角色，IOM 透過 AHRQ 所出版的兩本報告對改善和加強健康照護品質及公平性的測量提出建議，同時提供足夠的資訊協助進行決策，以及協助制定國家品質改善的策略方向。

國家健康照護品質報告書(NHQR)透過品質測量，例如：心臟病患抵達醫院時接受建議治療項目的比例或兒童接受建議疫苗的比例等，來追蹤健康照護體系的情形。國家健康照護系統性落差報告書(NHDR)綜合不同種族宗教收入弱勢團體等族群的健康照護品質和可近性的資料，例如：郊區居民或民眾失能(disability)的情形。

2. State Snapshots (2006~2010) (<http://www.ahrq.gov/qual/kt/statesnapsumm.htm>)

State Snapshots 工具主要目的是要讓全國各州政府或私人醫療衛生機構更加了解全國醫療照護品質以及落差的情形，包含全美國 51 州的(包含華盛頓特區)健康照護品質資料，內容分成三個面向：1.照護形式(例如：預防、急性或慢性照護)；2.照護方式(例如：護理之家或醫院)；3.臨床範圍(例如：癌症、糖尿病或氣喘等病患的照護)。評估結果以簡單五分法(五種顏色)呈現，從「非常差(very weak)」到「非常好(very strong)」，透過這些資料可以了解醫療照護服務各州比較結果。

State Snapshots 工具的資料來源是依據 NHRQ 收集的資料進行整理，所有的資料每年會更新一次，內容包含上述的三個面向。資料以簡單的圖表呈現，可透過 AHRQ 線上系統(<http://statesnapshots.ahrq.gov/statesnapshots/index.jsp>)取得，同時可以下載各州詳細及客製化的資料。目前共有超過 149 個測量指標可供查詢，其中包含 129 個與醫療照護品質相關的指標。

3. AHRQ Annual Highlights and Report (2005~2010)

AHRQ 從西元 2000 年起每年固定會出版 AHRQ 年度研究成果報告，從西元 2000 年「2000 Accountability Report」、「2001-2004 Annual Report on Research and Management」、以及西元 2005 年以後的「AHRQ Annual Highlights and Report」，內容呈現 AHRQ 年度業務執行狀況及研究成果等資訊。

(三) 年度會議

AHRQ 自西元 2007 年開始每年舉辦 AHRQ 年度大會(AHRQ's Annual Conference)，主要是讓大家了解 AHRQ 所進行的研究以及執行的成果，同時提供一個平台讓大家進行意見交流及分享。各年度會議主軸及重點如下：

表 3.3-4、西元 2007～2011 年度 AHRQ 會議主軸及重點

年度	會議主題	各場次主題
2007		<ol style="list-style-type: none"> 1. Data Sharing, Health Care Reporting, and the Public Trust 2. Medication Management and Safety 3. Strategies and Tools for Quality/Safety Improvement 4. Value and Sustainability in Health IT 5. Improving Health Care Decision Making 6. System Design and Organizational Change 7. HHS' Value-Driven Health Care Initiative: Strategies and Tools for Success
2008	Promoting Quality... Partnering for Change	<ol style="list-style-type: none"> 1. Health Information Technology (Health IT) 2. Prevention/Care Management 3. Effective Healthcare 4. Patient Safety 5. Value/Innovations/Emerging Issues
2009	Promoting Quality... Partnering for Change	<ol style="list-style-type: none"> 1. Health Reform and Health System Change: The View Ahead Forging a Path to Achieving High-Quality, Affordable Care 2. Health Care Infrastructure 3. Organization of How Services Are Delivered 4. Health Care Quality and Safety 5. Improving Americans' Health Status 6. Provider Performance and Payment Reform 7. Increasing Patient and Consumer Involvement in Their Care
2010	Better Care, Better Health: Delivering on Quality for All Americans	<ol style="list-style-type: none"> 1. 21st Century Health Care: What Does it Mean to Achieve Success in Quality, Value, and Access to Care? 2. Transformation and Change: Making a Complex System Safe and Right 3. Transforming Health Care Delivery 4. Developing New Patient Care Models 5. Strengthening Preventive Care and Reducing Health Disparities 6. Improving Quality and Patient Safety 7. Measuring and Reporting on Provider and System Performance
2011	AHRQ: Leading Through Innovation & Collaboration	
2012	Moving Ahead: Leveraging Knowledge and Action to Improve Health Care Quality	

貳、英國

一、背景簡介

英國的醫療照護體制基本上是屬於單一國家醫療照護體系的公醫系統，最早於西元 1948 年導入國家健康服務(National Health Service, NHS)，以政府公務部門資金提供國民健康所需之醫療照護。西元 1990 年以前的醫療照護體系強調中央集權控制醫療照護系統，到西元 1990 年代後則開始強調醫療內部市場競爭。

英國政府於西元 1997 年提出衛生政策白皮書(The new NHS Modern and Dependable)，強調建立一個伙伴關係(based on partnership)與以績效為導向(driven by performance)的整合式照護(Integrated care)醫療系統，取代醫療內部市場競爭機制。亦即宣告醫療照護體系改革行動的開始。白皮書內容一開始即對醫療照護系統改革目標作以下宣示：政府應該對人民提出承諾，只要民眾有需要，無論什麼時間或在任何地點，醫療照護系統應該適時地提供民眾高品質醫療服務。

衛生白皮書發表之後，英國 NHS 緊接著在西元 1998 年出版「A First Class Service: Quality in the New NHS」，在此份報告中，NHS 將提升國家醫療服務品質架構分為三大部分，分別為「設定國家醫療服務標準(Setting standards)」、「提供符合標準之醫療服務(Delivering standards)」以及「監控醫療品質(Monitoring standards)」。NHS 認為整個醫療服務架構中設立國家標準為提升醫療品質的第一步，因此特別成立了國家優良臨床研究院(The National Institute for Clinical Excellence, NICE)，負責訂定符合臨床標準及成本效益的國家醫療照護服務指引。

在西元 1997 年出版的衛生政策白皮書中(The New NHS Modern and Dependable)建議應該成立一個專責機構，該機構需具有權威且可信賴的特質，其主要工作為訂定醫療照護或疾病治療的國家指引(guidance)。在這樣的建議下，NICE 於西元 1999 年正式成立，隸屬於 NHS 體系下的特別醫療委員會(Special Health Authority)。

國家優良臨床研究院(NICE) 成立於西元 1999 年 4 月 1 日，主要目的是要確保全國民眾能夠獲得相同的醫療和高品質的醫療照護。

二、任務及定位

NICE 為一個獨立的機構，隸屬於 NHS 體系下的特別醫療委員會(Special Health Authority)，負責訂定和提供各項治療及照護指引。NICE 成立主要目的是為了增進國人臨床醫療、公共衛生和社會照顧(social care)的品質和產能(productivity)，同時也要確保其所發展各項指引(guidance)的品質。

NICE 提供符合 NHS 實證(evidence)的服務和資訊，並且讓所有健康和社會服務機構的工作人員能夠輕易地獲得相關的健康資訊，以提供國人高品質的照護服務。NICE 希望透過各項執行的計畫讓大眾理解所發展的各項指引，同時透過不斷的練習，鼓勵民眾改變並且適時提供實際的支持工具(support tools)。

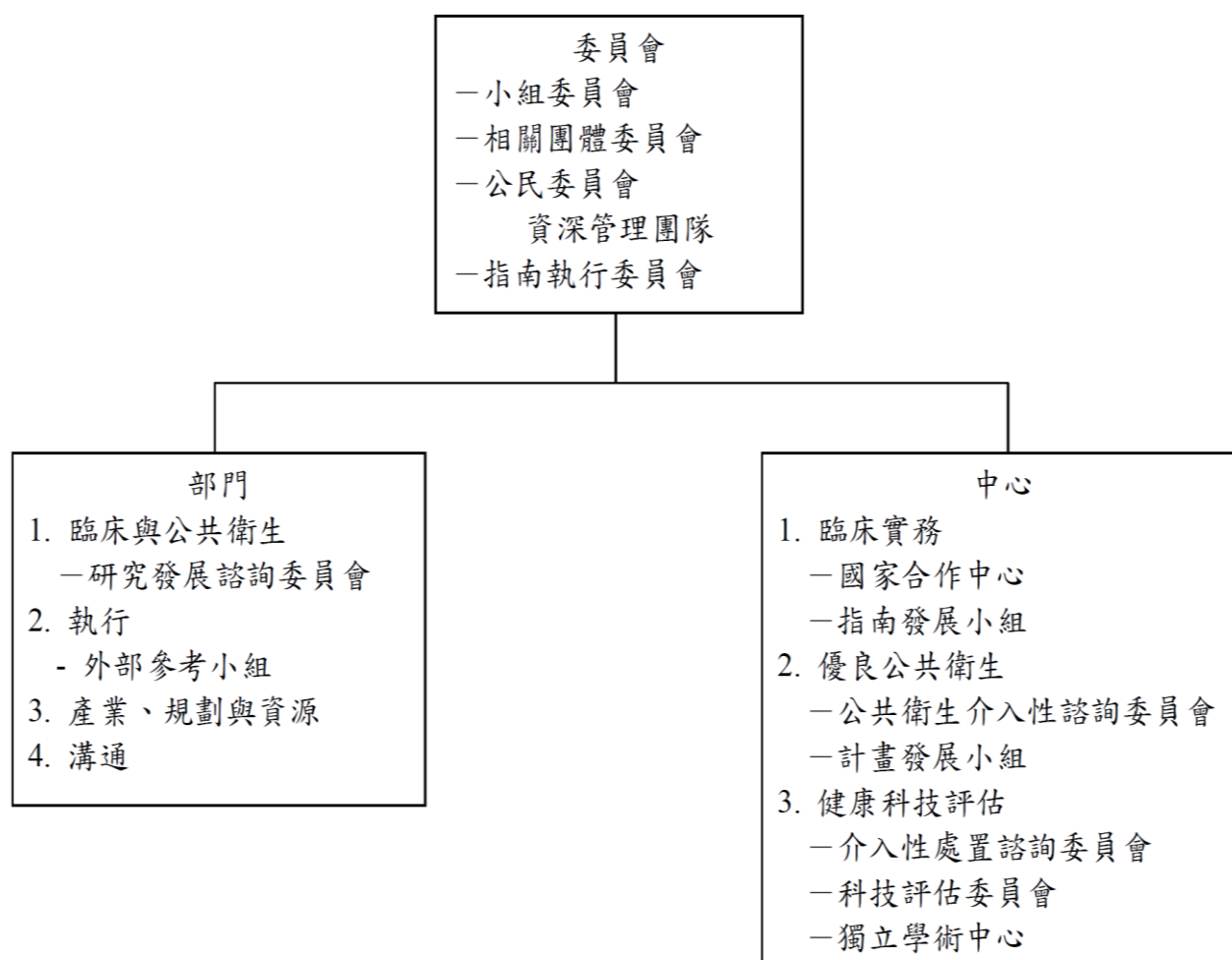
NICE 的目標是要成為英國健康和社會照護體系中，實證醫學、委員會和地方政策決策者的主要資源提供者，其中包括透過實際的支持協助將各項建議付諸實現。NICE 為 NHS 所發展的指引和品質標準是為了要讓 NHS 的使用者能夠輕易的獲得及使用，讓 NHS

evidence 成為英國首屈一指的資源。NICE 也將繼續與研究機構(research community)合作繼續發展以實證醫學為基礎的品質相關指引和方法，此外，預計西元 2012 年將服務延伸到社會照護服務領域。

NICE 主要服務對象包括：病患和一般大眾、健康和社會照護以及地方政府的專業人員、地方政府單位、NHS 組織、第三方團體。

三、編制及性質

NICE 由委員會及資深管理小組共同管理運作，其下設有 3 個中心(centre)和 4 個處室(directorate)，以下為國家優良臨床研究中心組織架構下各單位的介紹：



(資料來源：NICE, 2012)

圖 3.3-2：NICE 組織架構圖

(一) 委員會(Board)

NICE 委員會直接對英國最高衛生首長負責。委員會成員廣泛納入各領域成就卓越的專家，包括臨床專家、病人及消費者團體、NHS 管理人員以及研究組織。底下設有小組委員會(Sub-committee)、相關團體委員會(Partner Council)及公民委員會(Citizen Council)。

1. 小組委員會(Sub-committee)

(1) 稽核委員會(Audit Committee)

提供 NICE 獨立且客觀的內部控制機制。

(2) 公民議事委員會(Citizens Council Committee)

決定公民委員會(Citizens Council)要討論的問題。

(3) 人力資源委員會(Human Resources Committee)

同意、監督和審查 NICE 人力資源的策略和政策。

(4) 服務薪酬和任期委員會(Remuneration and Terms of Service Committee)

設立資深人員的薪資水準和任期，以與 NHS practice 相符。

(5) 風險管理委員會(Risk Management Committee)

風險管理委員會於西元 2005 年 4 月起與稽核委員會合併。

2. 相關團體委員會(Partners Council)

相關團體委員會是由 Secretary of State 指派。此委員會的委員必須每年針對 NICE 年度報告進行審閱，同時也是交換想法、意見以及未來計畫方向的溝通平台。在西元 2010 年 5 月 19 日的委員會會議上決議將停止此委員會運作，並要求衛生部將此委員會從 NICE 法定架構中移除。

3. 公民委員會(Citizens Council)

此委員會能提供大眾的觀點讓 NICE 了解其所面對的各種挑戰和議題。公民委員會負責確保大眾的意見是支持 NICE 的想法和步驟。同時，公民委員會的委員必須評估 NICE 指引(NICE guidelines)可能所衍生的社會和道德議題，並且聽取各方不同的意見並將結果呈報給 NICE。

(二) 資深管理團隊(Senior Management Team)

1. 指引管理委員會(Guidance Executive)

指引管理委員會主要任務是考慮和批准要公告執行的指引，NICE 每個星期會召開一次指引管理委員會會議。

(三) 各中心和處室(Centres & Directorates)

1. 優良公共衛生中心(Centre for Public Health Excellence)

此中心的任務為發展健康促進和預防疾病的相關指引，這些指引會提供給在 NHS 管轄之下的地方政府單位、一般大眾、私人和志工中心等機構。優良公共衛生中心設有公共衛生介入性諮詢委員會以及計畫發展小組，其介紹如下：

(1) 公共衛生介入性諮詢委員會(Public Health Interventions Advisory Committee,

PIHAC)

PHIAC 主要負責考慮和解釋公共衛生介入的有效性和成本效益，並且提供執行公共衛生介入的建議。

(2) 計畫發展小組(Programme Development Groups)

每一個公共衛生計畫主題發展時，NICE 皆會成立一個獨立的計畫發展小組(PDG)。在正式指引公佈前計畫發展小組會審閱指引內所提供的實證的有效性及各種建議。

2. 健康科技評估中心(Centre for Health Technology Evaluation)

健康科技評估中心主要任務為發展新的或現有藥物、治療和處置的指引。

(1) 介入性處置諮詢委員會(Interventional Procedures Advisory Committee, IPAC)

介入性程序諮詢委員會(IPAC)成員包括 NHS 的醫療衛生專業人員以及熟悉各項影響病患和照護議題的專家。委員會會接納各方專家的建議，此委員會的委員由使用這些介入性處置的醫療專業團體提名。

(2) 科技評估委員會(Technology Appraisal Committee)

科技評估委員會主要提供 NICE 科技評估建議，委員從 NHS、照護機構、學術單位、藥廠和醫療器材公司等各方延聘，委員任期三年一聘。

(3) 獨立學術中心(Independent Academic Centres)

NICE 在發展科技評估指引時，獨立學術中心負責收集相關已發表的文獻資料，以做為指引的證據基礎。

3. 臨床實務中心(Centre for Clinical Practice)

臨床實務中心負責發展適合各種疾病狀況的臨床指引。

(1) 國家合作中心(National Collaborating Centres)

NICE 有四個國家合作中心，每個合作中心有其不同的專業領域，分別為：

- A. 國家癌症合作中心(National Collaborating Centre for Cancer)
- B. 國家心理健康合作中心(National Collaborating Centre for Mental Health)
- C. 國家婦女及兒童健康合作中心(National Collaborating Centre for Women and Children's Health)
- D. 國家急性及慢性疾病合作中心(National Clinical Guidelines Centre for Acute and Chronic Conditions)

(2) 指引發展小組(Guidance Development Groups)

在發展臨床指引時，國家發展中心皆會成立一個獨立的指引發展小組，小組成員由相關領域的醫療專業人員、照護人員，以及具有相關經驗的病患共同組成。

4. 臨床及公共衛生部(Clinical and Public Health Directorate)

(1) 研究與發展(Research and Development)

負責領導 NICE 的研究與發展工作，協助改善指引發展的方法並且鼓勵 NICE 的合作夥伴進行相關的研究工作。

(2) 資訊服務(Information Services)

在 NICE 發展指引及執行計畫時，提供高品質的資訊服務。包括：主題評估建議、有系統的文獻搜尋機制、協助發展快速臨床指引和介入性處置、確保外部合作對象所提供的資料的品質、文獻搜尋以協助發展科技評估、公共衛生主題和指引評估計畫等。

(3) 病患與民眾參與計畫 (Patient and Public Involvement Programme, PPIP)

協助發展和支持病患、照護者和一般大眾參與 NICE 的各項工作。

5. 溝通部(Communications Directorate)

負責管理及宣傳 NICE 所發行的紙本或線上指引，以及負責支援媒體及大眾的需求。

6. 執行部(Implementation Directorate)

藉由發展各種支援工具、說明成本影響和評估指引被理解力(evaluating guidance uptake)等，協助確保 NICE 指引的落實。

(1) 外部參考小組(External Reference Group)

外部參考小組主要是提供 NICE 特定執行支援工具、成本工具和稽核標準等快速及非正式的回饋。共分為三組，包括：

A. 成本影響專家小組(Cost Impact Panel)

具有實際財務經驗的專家針對成本工具提供意見。

B. 執行支援專家小組(Implementation Support Panel)

各領域具實務經驗的專家和終端用戶(end-users)針對實際執行結果提供意見。

C. 稽核專家小組(Audit Panel)

實務臨床稽核專家針對稽核標準的發展提供意見。

7. 產業、規劃及資源部(Business, Planning and Resources Directorate)

負責管理 NICE 的財務、人力資源、合作單位和資訊服務等。

四、業務內容

NICE 的業務內容主要可以分為八類，分別為指引計畫(Guidance Programmes)、NHS 實證(NHS Evidence)、研究與發展(Research and Development)、NICE 國際合作(NICE International)、品質標準(Quality Standards)、品質與結果架構指標(Quality and Outcomes

Framework, QOF) indicators)、NHS 實證認證(NHS Evidence Accreditation)、研究員與學者計畫(Fellows and Scholars Programme)，詳細內容介紹如後：

(一) 指引計畫(Guidance Programmes)

NICE 出版公共衛生指引、健康科技指引(包括藥品、介入性處置、器材、診斷等)以及臨床實務指引，每個領域的指引分別由以下三個中心負責：

1. 優良公共衛生中心(Centre for Public Health Excellence)

優良公共衛生中心負責發展公共衛生指引，公共衛生指引包含健康促進和疾病預防。

2. 健康科技評估中心(Centre for Health Technology Evaluation)

健康科技評估中心負責發展科技評估和介入性處置指引，內容包含：

(1) 科技評估(Technology appraisals)

針對新的和既有的藥物及治療提供建議。

(2) 介入性處置指引(Interventional Procedure Guidance)

評估診斷或治療等處置的安全性和功效。

(3) 醫療科技評估計畫(Medical Technologies Evaluation Programme)

針對新穎或創新的醫療科技(包含器材和診斷)進行評估及選擇。

(4) 診斷評估計畫(Diagnostics Assessment Programme)

特別針對醫療診斷科技進行評估。

3. 臨床實務中心 (Centre for Clinical Practice)

臨床實務中心負責發展臨床指引，以實證醫學為基礎，對各種疾病和病情提出適當的治療和照護建議。

4. 執行支援 (Supporting Implementation)

在選擇和發展指引的過程中，NICE 與合作利害關係人(engaging stakeholders)、病患及一般大眾合作，以協助指引的執行。此外，NICE 也提供各種資源和工具(例如：協助地方預估執行指引的成本)以協助實際執行者確實執行各項 NICE 所出版的指引。

至西元 2011 年 11 月 07 日 NICE 共出版了 773 個指引，發展中的指引為 237 個(如下表 3.3-5)。NICE 所發表的指引一直不斷增加及更新，詳細最新資料請參閱 <http://guidance.nice.org.uk/Type>，下表為 NICE 已發展以及正在發展中的指引總數。

表 3.3-5、NICE 已發表與發展中指引表

	Published	In development
Clinical guidelines	153	60
Diagnostics guidance	3	9
Interventional procedures	370	18
Medical technologies guidance	10	11
Public health guidance	38	30
Technology appraisals	262	137
Total guidance	836	265

This page was last updated: **25 July 2012**

(二) NHS 實證 (NHS Evidence)

NHS 實證於西元 2009 年 4 月 30 日正式上線，提供 NHS 體系內公共衛生及醫療工作人員高品質的臨床和非臨床的實證資訊，以協助其發展較佳的決策。各式各樣的資訊透過 NHS 網站進行整合，資料的呈現可以依據每個人不同的使用習慣進行客製化的呈現，此項服務以開放使用為原則，內容和功能都是沒有限制的。NHS 實證上線的第一年，一共有 9 百萬筆的搜尋資料。目前使用者可同時搜尋 150 個可用的資料庫，包括國際公認的 Cochrane Library 以及 NICE 補助發展的 British National Formulary (BNF) 資料庫等，內容包含指引、藥物資訊、基礎研究以及臨床摘要，此外還有其他額外須付費的電子書、期刊等。

NHS 實證除了提供資料庫、電子書和期刊之外，還有 Specialist Collection、Quality, Innovation, Productivity and Prevention、NHS Evidence Accreditation 等計畫，以協助 NHS 實證每年進行資料更新、品質改善以及提供使用單位認證等。

(三) 研究與發展 (Research and Development)

NICE 藉由與研究單位合作發展各項指引，同時也在發展指引的過程當中獲得未來研究建議。

(四) 全球 NICE (NICE International)

全球 NICE 成立於西元 2008 年，主要是提供英國以外的政府或政府單健康政策和決策的建議，並且提供策略性的實證醫學決策建議、於重要的評估和健康科技評估時提供技術協助、協助加強現有或設計新的決策架構、以及協助評估新的健康體系的效果等。

西元 2009 年全球 NICE 幫助 10 個不同的國家(包括：約旦、土耳其、哥倫比亞、中國、印度、愛沙尼亞等)將實證醫學實務應用到其衛生體系內，全球 NICE 的工作包括辦理訓練課程以及協助各國發展臨床指引。例如：在約旦，全球 NICE 協助約旦建立高血壓的臨床指引，並於西元 2009 年 8 月出版。

(五) 品質標準(Quality Standards)

NICE 希望能夠發展和定義民眾期望獲得的健康照護標準。在考慮臨床治療(或臨床處置)進行時，能夠依循這些標準時，可以獲得正面的病患經驗，同時具有較高的成本效益而且安全。

NICE 品質標準是所有實務經驗的精華，從最佳的實證、NICE 指引或其他 NHS 認證的實證所獲得，並且提供一系列簡明的品質聲明和相關措施。

(六) 品質和結果架構指標(Quality and Outcomes Framework Indicators)

品質和結果架構指標於西元 2004 年推出，是 General Medical Services Contract 的一部分計畫，NICE 近年來主要著重在推動臨床和健康預防上，例如：心血管疾病和高血壓等。家庭醫師(GP)可以自由選擇是否加入此計畫，品質和結果架構計畫包含許多指標，參與計畫的家庭醫師依據照護結果所達到的目標會得到評分，分數越高可以獲得更多的財務獎勵。

NICE 的角色是要管理此計畫臨床和健康預防指標發展的過程，包括：挑選領域、發展和挑選新指標，以及確保有諮詢相關的關係人和團體。NICE 也提供一系列的指標手冊(menu)，透過這些指標，家庭醫師所提供的服務可以維持一定的品質及穩定性。未來不再提供額外的財務誘因來鼓勵家庭醫師參與這個計畫，希望這個指標架構能夠成為臨床標準作業流程的一部分。

(七) NHS 實證認證(NHS Evidence Accreditation)

此計畫主要是要表揚長期發展高品質臨床指引和致力於提高標準的組織，透過獨立的評選委員會，通過的組織可以獲得為期 3 年的認證標章，在獲得認證期間會不定期進行訪查。除此之外，民眾可以透過這個認證標章輕易且快速的搜尋到這些組織。

(八) 研究員與學者計畫(Fellows and Scholars Programme)

西元 2009 年 3 月，由發展與研究部推出此計畫，在一般醫學、公共衛生、精神疾病以及放射醫學等領域，一共補助 10 位研究員和 10 位學者。參與此計畫的研究人員及學者會被分派到當地的 NICE，並且有機會參與臨床稽核、教育訓練以及政策發展等工作。

五、投入資源

(一) 經費與人力

NICE 為英國衛生部的直屬單位，預算主要由國家編列預算支應，NICE 年度預算從 2009/10 的 605,000,000 英鎊增加到 2010/11 773,000,000 英鎊，最後年度預算核定為 737,000,000 英鎊。NICE 年度預算來源包括：來自衛生部所編列的預算 704,000,000 英鎊，以及 NHS 機構和政府部門的額外營業收入 33,000,000 英鎊。人力的部分也從 2009/10、435 人，增加到 2010/11、552 人。

表 3.3-6、NICE 年度預算與人力表

		2009/2010	2010/2011
年度預算	衛生部	-	704,000,000 英鎊
	NHS 機構和政府部門	-	33,000,000 英鎊
	總計	605,000,000 英鎊	737,000,000 英鎊
人力	Whole-time Equivalent	435	552

(資料來源：NICE, Annual Report and Account 2009/10, 2011))

(二) 年度支出費用分布

以西元 2010/11 年度 NICE 支出費用為例，最主要的花費為與外部簽約費用以及員工薪資，簽約費用為 254,000,000 英鎊、薪資為 255,000,000 英鎊。簽約費用包括：國家合作中心協助發展臨床指引和公共衛生指引、英國皇家藥學會和 BMJ 出版集團合作發行的「British National Formulary」、外部評估中心協助提供醫療科技指引等。除此之外其他花費包含：租金和稅 24,000,000 英鎊、書籍/期刊 25,000,000 英鎊、差旅費用 19,000,000 英鎊、資本支出 3,000,000 英鎊、其他 64,000,000 英鎊。若以計畫項目分類，經費支出分布如下表所示。計畫支出費用項目如下：

表 3.3-7、NICE 以計畫項目分類之經費支出表

計畫項目分類	經費支出(英鎊)
實證與實務	149,000,000
British National Formulary	61,000,000
臨床實務	116,000,000
計畫與資源	75,000,000
公共衛生	41,000,000
臨床與公共衛生	23,000,000
溝通	24,000,000
出版品與宣傳	24,000,000
健康科技評估中心	77,000,000

(資料來源：NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2012)

六、其他

(一) 出版品

NICE 除了出版各種指引之外，每年皆會出版 NICE 年度報告書以及 NICE 年度會計報告。

(二) NICE 年度會議

NICE 除了定期的委員會會議之外，固定每年會舉辦 NICE 年度大會，透過年會的舉辦彙集各方專家及民眾的意見，互相交流及分享。NICE 年度會議為每年為期 2 天的會議，平均共有超過 50 位的講者參加，以及超過 500 人參加。

西元 2012 年 NICE 年度會議預計將於西元 2012 年 5 月 15~16 日舉行，主要討論議題包括：Health Landscape Future Think Tank、NICE Implementation Stream、Extended Shared Learning、Facilitated Sector-specific Networking Tables。

參、 加拿大

一、 背景簡介

加拿大的健康照護體系，在聯邦制度的架構下，包含了省及地方自治區單位，主要是透過公務預算所執行的公醫系統(Medicare)，涵括所有健康照護所需之醫師或醫院所提供之服務。

西元 1991 年加拿大政府組成一個國家衛生資訊特別工作小組(National Task Force on Health Information)，在該小組提出的報告中建議國家需要發展一套整體性的衛生資訊系統。加拿大聯邦、各省及區域的衛生首長是在西元 1992 年正式批准成立加拿大衛生資訊研究院(Canadian Institute for Health Information, CIHI)，並於西元 1994 年正式運作。

西元 1998 年初，加拿大衛生部衛生基礎建設諮詢委員會、加拿大衛生資訊研究院(CIHI)以及加拿大統計部(Statistics Canada)召集超過 500 名衛生管理者、研究員、健康照護提供者、政府官員、衛生倡議團體(health advocacy groups)以及消費者針對加拿大健康資訊需求提出建議。各方團體所提出的衛生資訊需求建議，也將做為國家衛生資訊體系的願景及行動方案。

西元 1998 年底，加拿大政府於衛生部長會議公布加拿大衛生資訊願景，也就是後續的加拿大衛生資訊藍圖計畫(Roadmap Initiative)。西元 1999 年編列 4 年(1999~2003) 9 千 5 百萬加幣的預算來支應特定優先的衛生資訊計畫及活動，將用來擴大或加速現有國家健康資訊計畫以及支持新成立的相關計畫。而在加拿大的衛生資訊藍圖計畫中，將評估健康照護體系的效能列為其指標架構中的一部分，作為評估整體健康照護體系效能的依據。於西元 2001 年又增列增加了 4 年(2003~2007) 9 千五百萬加幣繼續支持衛生資訊藍圖計畫，讓加拿大衛生資訊研究院與加拿大統計部繼續提供品質和衛生資訊服務，同時也將繼續針對加拿大衛生資訊及衛生體系提出相關報告。

此外，西元 2003 年 2 月加拿大部長級會議(First Ministers)中針對加拿大衛生體系的改革達成了一項協議(Health Accord)，在這個衛生協議裡面提到為了讓加拿大公共衛生體系維持在一定的水準，同意增加額外的預算在基礎照護、居家照護及重大傷病藥品補助(catastrophic drug coverage)的部分。加拿大政府認為政府應該把資源投資在提供更好和可比較性的衛生資訊上，並且改善績效報告(performance reporting)。因此，加拿大政府於西元 2003 年又增列額外的 7 千萬加幣的預算給 CIHI，主要是要與加拿大統計部合作，確保衛生資訊的收集和有效的提供給加拿大人民。

CIHI 的主要任務之一為與加拿大衛生部以及加拿大統計部共同負責國家衛生資訊藍圖(Roadmap Initiative)計畫。國家衛生資訊藍圖計畫主要項目如下：

- (一) 衛生報告及指標計畫(Reports and Indicators Projects)。
- (二) 整合性衛生服務計畫(Integrated Health Services Projects)。
- (三) 衛生資源管理計畫(Health Resources Management Projects)。
- (四) 衛生資訊基礎建設及技術標準計畫(Infrastructure and Technical Standards Projects)。

(五) 人口衛生計畫(Population Health Projects)。

二、 成立宗旨及任務

CIHI 是一個獨立的非營利組織，主要藉由提供高品質、可信賴且及時的衛生資訊，以改善加拿大醫療照護系統以及促進民眾的健康。CIHI 主要是由聯邦政府、各省份以及地方政府編列預算支應，並且由全國各地衛生領域的專家組成委員會來領導 CIHI 的運作。

加拿大 CIHI 成立時規劃的願景，是希望衛生領導者以 CIHI 所提供的公正、可信任及可比較的衛生資訊為依據決定衛生相關的決策，同時可以協助改善衛生體系並提升人民的衛生福祉。CIHI 主要的任務為：

(一) 協調、發展及維護一套具廣泛性及整合性的方法，以建立加拿大醫療照護衛生資訊。

(二) 提供精確、及時的資訊，以達成下列工作目標：

1. 擬定合理的衛生政策。
2. 有效管理加拿大的衛生系統。
3. 建立影響民眾健康因素的認知機制。

CIHI 與其利害關係人(stakeholders)共同建置及維持各種形式的衛生資料庫、測量和標準。CIHI 利用其原本既有的資料以及其他外部的資源出版相關的報告及執行分析工作。同時，CIHI 也協助其利害關係人(stakeholders)更了解並且協助他們在每天進行決策時使用 CIHI 的以實證為基礎的分析報告。CIHI 主要功能包括：

- (一) 發展國家衛生指標。
- (二) 協調及促進國家衛生資訊標準的發展及維護。
- (三) 發展及管理衛生資料庫及資訊系統。
- (四) 進行特定的研究分析並參與研究計畫。
- (五) 出版及傳播衛生資訊報告。
- (六) 協調與設計教育課程及舉辦相關會議。

CIHI 提供公共資源給衛生體系內的利害關係人，包括 CIHI 的衛生資訊及研究報告。在設定優先順序時，為了符合利害關係人的需求，CIHI 將服務的焦點放在：

- (一) 制定衛生政策的政府資深領導人及其他相關人員。
- (二) 領導、管理和規劃第一線衛生服務的相關人員。
- (三) 一般民眾。

CIHI 也支援使用衛生資訊進行衛生及衛生服務研究的衛生專業人員，以及協助資料收集和訓練人員。

三、組織架構

CIHI 的最高單位為 16 人組成的指導委員會，其成員為加拿大聯邦、各省及地區政府的衛生部門代表。該委員負責對 CIHI 及衛生統計部門提出策略性建議。同時也在加拿大政府內固定召開的副衛生首長會議(Conference of Deputy Ministers of Health)，提出有關國家衛生資訊事務的諮詢建議。

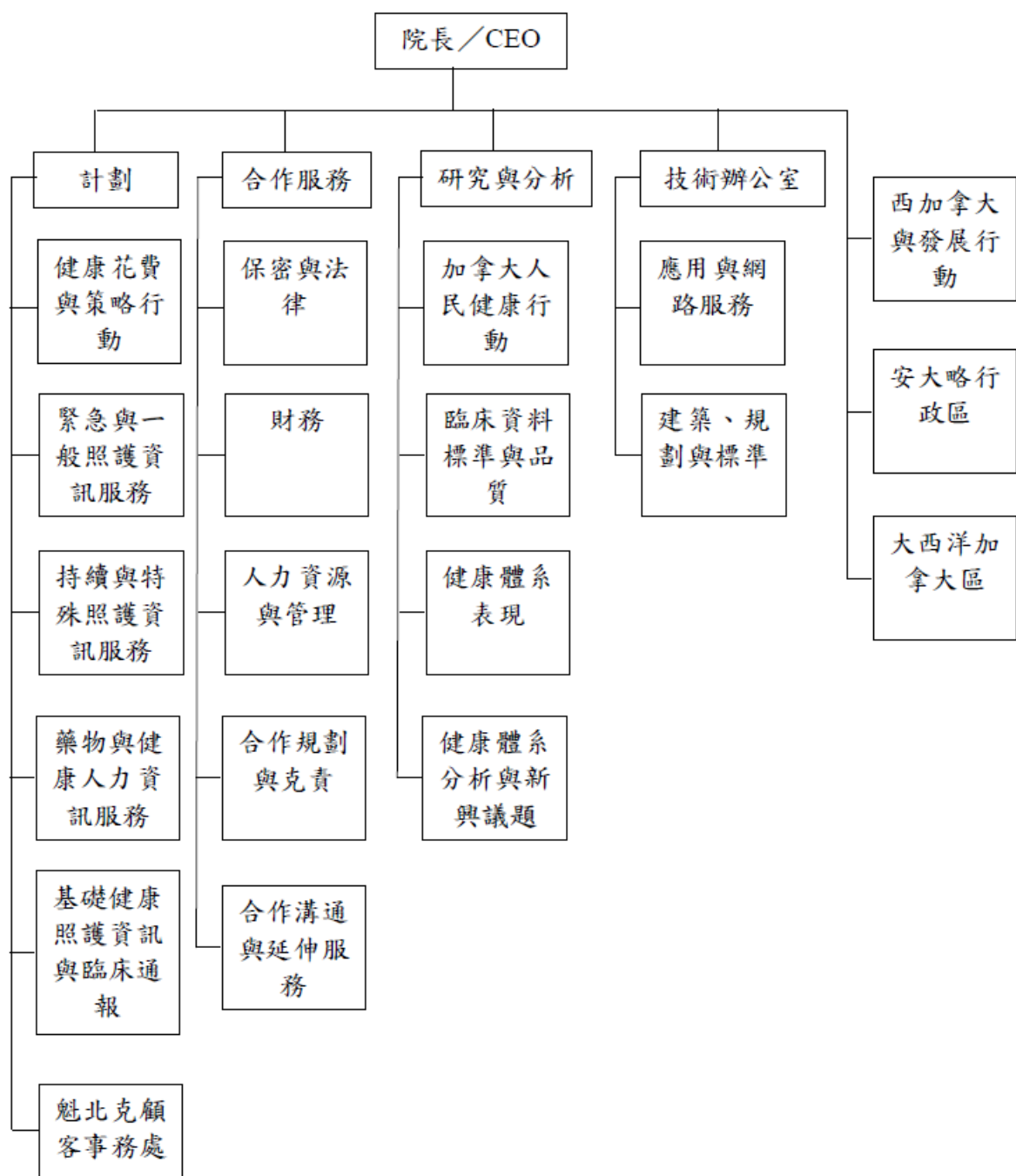
除了指導委員會之外，CIHI 將組織分為 4 個主要業務單位，一共包含 19 個類別的單位，以及超過 700 位的員工，其中編制有：資深管理人、管理者、專業技術人員以及一般工作人員等人員。

其中 4 個主要業務單位為：「計畫」、「合作服務」、「研究與分析」與「技術辦公室」，CIHI 的 19 個類別的單位分別為：「行政辦公室」、「健康花費與策略行動」、「緊急與一般照護資訊服務」、「持續與特殊照護資訊服務」、「藥物與健康人力資訊服務」、「基礎健康照護資訊與臨床通報」、「保密與法律」、「財務」、「人力資源與管理」、「合作規劃與課責」、「合作溝通與延伸服務」、「加拿大人民健康行動」、「臨床資料標準與品質」、「健康體系表現」、「健康體系分析與新興議題」、「資訊科技服務」、「應用與網路服務」、「建築、規劃與標準」、「區域辦公室」。

CIHI 的財務來源主要來自於加拿大聯邦(Federal)與省區(Provincial/Territorial)衛生首長訂定的雙邊基金協定(Bilateral Funding Agreements)及個別醫療照護機構。另外也接受特定計畫專用基金，如衛生資訊藍圖規劃組織(Health Information Roadmap Initiative)。產品及服務的販售收益則僅占微小的比例。組織運作主要是以合作計畫(Collaborative Planning)方式與利害關係團體(stakeholder groups)共同合作，這些團體包括各級政府、國家醫療照護機構以及服務提供者。

CIHI 深信透過以下六個承諾的整合運作，是 CIHI 成功的關鍵因素。

- (一) 品質(Quality)。
- (二) 資料保密與安全(Privacy and Security of Data)。
- (三) 團隊合作與夥伴關係(Teamwork and Partnership)。
- (四) Value for Money。
- (五) 堅固的資訊科技基礎建設(Strong Information Technology (IT) Infrastructure)。
- (六) 活力的組織(Dynamic Organization)。



(資料來源：CIHI, CIHI 2010 Annual Report, 2011)

圖 3.3-3：CIHI 組織架構圖

四、業務內容

CIHI 業務活動依照其所規劃的策略方向，分別為「更多更好的資訊」、「相關性與行動分析」與「增進了解與使用」三個部分進行說明。

(一) 更多與更好的資訊 (More and Better Data)

醫療照護體系相關的決策是依據我們所收集到的資訊而定，這也正是我們主要的任務。資料可以協助政府單位依照資源的分布、範圍、組織等重新設計醫療照護服務及公共衛生機構，以及決定其目標。

1. 藥品資料(More Pharmaceutical Data)

在加拿大，處方藥的使用日漸升高，因此為了有效管理藥品計畫以及藥品相關的政策發展，好的資訊是很重要的。國家處方藥品利用資訊系統資料庫(National Prescription Drug Utilization Information System Database, NPDUIS)可以讓健康計畫者(health planner)用來比較各區藥品的使用情形、成本和隨著時間藥品使用的改變。

藥品事件在病患照護中是最常見的不良事件，當我們對於藥品更了解時就更能夠來預防不良事件的發生。為了幫助我們的利害關係人(stakeholders)改善病患照護安全及品質，以及落實相關的承諾，並且在西元 2010 年 4 月 1 日推出了國家事件通報系統(National System for Incident Reporting)。

2. 居家和持續照護資料(More Home and Continuing Care Data)

隨著人口逐漸老化，了解持續照護提供方式對於整體照護體系管理效率的提升是相當重要的。包括：

(1) 持續照護通報系統(Continuing Care Reporting System)。

(2) 居家照護通報系統(Home Care Reporting System)。

3. 健康人力資源資料(More Health Human Resources Data)。

為了確保加拿大民眾能夠及時獲得所需的醫療健康服務以及達成健康計畫的目標，好的健康專業人員供給和成本資訊是相當重要的。為了更了解醫師的薪資情況，強化了國家醫師資料庫(National Physician Database)讓各行政區能夠提交各層級醫師的給付資料。此目的是要整合醫療服務費用資訊，而透過此整合的資訊能夠更了解加拿大各層級醫師薪資的全貌。

目前正在與魁北克執業治療學會(Ordre des ergothérapeutes du Québec)討論預計從西元 2011~2012 年開始提交職業治療人員登錄的資料。

4. 即時成本與非臥床照護資料(More Timely Costing and Ambulatory Care Data)

醫院的費用占了加拿大衛生醫療支出的絕大部分，過去一年強化了加拿大管理資訊系統資料庫(Canadian Management Information Systems, MIS)，資料庫包含了醫院和衛生醫療部分的財務和統計資訊，這些資訊可以讓各行政管理單位能夠獲得更有用以及更即時的資料來進行相關的分析。

國家非臥床照護通報系統(National Ambulatory Care Reporting System)包含急診部、日間手術和門診服務。這個系統主要是呈現急診通報情形，可以降低資料收集的障礙以及在每個月月底提供利害關係人近三週的急診等待時間報告(ED Wait Times Reports)。

5. 為基礎健康照護建立更好的資料(Setting the Foundation for Better Primary Health Care Data)

基礎健康照護(Primary Health Care, PHC)是加拿大民眾最常接觸的照護類型，同時前端的基礎照護做得好，可以讓病患獲得較好的健康以及較少的併發症。加拿大政府也持續加強基礎健康照護資料及資訊的建置及確保其安全性，以適用在基礎健康照護電子病歷(Electronic Medical Records, EMRs)上。

6. 其他資料發展(Other Data Developments)

(1) 社區心理健康(Community Mental Health)。

(2) 原住民健康(Aboriginal Health)。

(3) 強化資料品質(Data Quality Enhancements)。

(4) Health System Use of EHRs/EMRs。

(5) 分類(Classifications)。

(二)相關性與行動分析(Relevant and Actionable Analysis)

過去一年加拿大政府持續增加依據資料庫資料所發展的分析及報告的深度和廣度，一共發表了超過 34 份的分析報告。

1. 績效測量(Performance Measurement)

加拿大於西元 2010 年推出第一份電子泛加拿大醫院績效報告(Electronic Pan-Canadian Hospital Performance Reports)。這份報告包含臨床效果(clinical effectiveness)、病人安全(patient safety)和財務績效(financial performance)等 33 個可比較的指標。

2. 緊急事件與照護可近性(Emerging Issue and Access to Care)

為協助未來全國流行病的計畫，發表了「H1N1 流行對加拿大醫院的影響(The Impact of the H1N1 Pandemic on Canadian Hospitals)」，探討有關健康照護體系如何因應像 H1N1 爆發時蜂擁而至的病患。

在「Wait Times in Canada - A Comparison by Province, 2011」報告中呈現某些國家指標，這些指標可以呈現弱勢地區加拿大民眾等待照護需要多久的時間，並且與醫療建議基準(medically recommended benchmarks)來做比較

3. 影響健康的因素(Factors Affecting Health)

加拿大政府持續推動加拿大民眾健康行動計畫(Canadian Population Health Initiative Action Plan)，這個計畫的發展主要是為了要形成政策，來減少不公平以及改善加拿大人民的健康及福祉。

在這個計畫內也發表了一份與「城市物質環境與健康的不公平性」相關的報告。

4. 健康照護成本(Health Care Costs)

健康照護花費在加拿大仍然是一個相當重要且爭論的議題，對決策者來說也是一個相當關鍵的議題。過去一年，執行了一個與健康照護成本相關的分析計畫，這個計畫會清楚闡釋過去 10 年影響成本的原因以及未來會影響整個加拿大健康照護費用的趨勢。

西元 2010~2011 年 CIHI 所發表具有高度影響力的研究

(1) Health Care in Canada 2010

討論加拿大潛在不適當的醫療照護以及運用實證醫學提供更好的健康照護的重要性。

(2) Supply, Distribution and Migration of Physicians, 2009 and Regulated Nurses: Canadian Trends, 2005 to 2009

加拿大年度醫師與護理人力報告，提供健康照護提供者人力成長情形。

(3) Health Indicators 2010

此年度的 2010 健康指標報告，包含加拿大健康照護在社會經濟上的差異分析報告。

(4) Seniors and the Health Care System: What Is the Impact of Multiple Chronic Conditions?

針對慢性疾病，老年人使用健康照護系統的原因不只是年紀的因素，在這份報告裡面探討影響慢性疾病健康指體系的各種原因。

(5) National Health Expenditure Trends, 1975 to 2010

為加拿大依照省份呈現有關健康照護花費的綜合年度報告，包括財務和花費項目等。

(6) Supporting Informal Caregivers—The Heart of Home Care & Caring for Seniors With Alzheimer's Disease and Other Forms of Dementia

西元 2010 年發表兩本有關社區中與老人相關的健康照護報告。

Top 10 Products in Media Coverage

(1) National Health Expenditure Trends, 1975 to 2010

(2) Supply, Distribution and Migration of Canadian Physicians, 2009

(3) Health Care in Canada 2010 and HSMR 2010 results

(4) Supporting Informal Caregivers—The Heart of Home Care and Caring for Seniors With Alzheimer's Disease and Other Forms of Dementia

(5) Regulated Nurses: Canadian Trends, 2005 to 2009

(6) Drug Expenditure in Canada, 1985 to 2009

(7) Wait Times in Canada—A Comparison by Province, 2011

(8) Health Indicators 2010

(9) The Impact of the H1N1 Pandemic on Canadian Hospitals

(10) Depression Among Seniors in Residential Care

(三) 增進了解與使用 (Improved Understanding and Use)

CIHI 承諾提供利害關係人可信賴的資料和工具，並提供所需的資源讓大家能夠了解並使用這些資料及工具。同時我們也致力於實行更多不同的策略來達到所有利害關係人的需求。

1. CIHI Portal

CIHI Portal 提供設備和權力以獲得加拿大民眾的資料來進行有關決策、績效管理以及改善等研究工作。

2. 電子報與新網站(eReporting and New Website)

為了改善資訊的可近性與即時性，我們為消費者發展了許多電子報告工具，包括：電子報工具(eReporting tool)，可以透過這個工具即時的將健康照護人力資源相關資料呈現出來，並且提供標準化、互動性與人性化的版面。

3. 資料隱密性與安全性 (Data Privacy and Security)

不論執行的工作任務為何，CIHI 對於加拿大民眾健康資訊的隱密性和安全性相當的重視。CIHI 依據西元 2004 年 Ontario's Personal Health Information Protection Act 法案成立的單位，這個法案讓政府單位例如：健康與長期照護部，以及醫院和醫師等，可以不用經過個人的同意直接取得其相關的健康資訊來執行與健康照護體系相關的分析及統計研究。

政府單位每三年會針對實際運作與流程進行審查，同時也會定期針對組織進行內外部的稽核，以確保組織的運作符合法律的規定、政府的政策以及確實符合隱密性及安全。

五、投入資源

1. CIHI 年度預算

自西元 1999 年起，加拿大衛生部(Health Canada)藉由 Roadmap Initiative 或 Health Information Initiative 補助 CIHI 建立國家健康資訊系統及基礎建設，並且提供加大民眾所需的資訊以及改善加拿大的健康體系及民眾的健康。

CIHI 的年度預算來自聯邦政府、各省/地方政府以及其他單位，西元 2010~2011 年預算分布如下表所示，預算來源包含：聯邦政府加幣 98.5 百萬元(84%)、各省/地方政府加幣 18.4 百萬元(15%)、其他單位加幣 2.1 百萬元(1%)。

表 3.3-8、CIHI 預算收入來源

年度預算收入來源	2011~2012	2010~2011		2009~2010
(百萬元)	預算	實際	預算	實際
聯邦政府	97.0	98.5	97.0	92.3
各省/地方政府	18.9	18.4	17.7	17.3
其他單位	2.2	2.1	2.1	1.8
年度預算收入總計	118.1	119.0	116.8	111.4

(資料來源：CIHI, 2011)

西元 2010~2011 年 CIHI 業務實際執行的費用總計為加幣 107.1 百萬元，比西元 2009~2010 年上升加幣 4.8 百萬元。在 CIHI 主要的三個策略方向的經費分布的比例與往年相比是類似的，其分佈情形如下表所示。

表 3.3-9、西元 2010~2011 年依 CIHI 策略方向分類之營運花費

CIHI 策略方向	費用(百萬元)	百分比(%)
更多與更好的資訊	\$ 44.1	41%
增進了解與使用	\$ 35.3	33%
相關性與行動分析	\$ 27.7	26%
總計	\$ 107.1	100%

(資料來源：CIHI, 2011)

若依據 CIHI 的營運花費進行分類，其中薪資與津貼的部分西元 2010~2011 年實際花費為加幣 71.9 百萬元、占有所有花費的 67%，比西元 2009~2010 年上升加幣 7.5 百萬元。相關數據請參見下表。

表 3.3-10、營運所產生的費用(Operating Expenses)

營運費用	2011~2012	2010~2011		2009~2010
(百萬元)	預算	實際	預算	實際
薪資與津貼	73.9	71.9	71.1	64.4
專業服務、差旅與顧問費	15.0	17.4	18.9	20.3
occupancy、資訊技術與其他	18.4	17.8	18.8	17.6
總計	107.3	107.1	108.8	102.3

(資料來源：CIHI, 2011)

2. CIHI 所投入人力資源

西元 2011 年 CIHI 預計編制內的工作人員，包含管理者、專家學者、技術人員以及一般人員等，大約有 769 人。截至西元 2010 年 4 月 1 日止，CIHI 實際聘任工作人員共有 765 人，依據在 CIHI 工作年資、年齡及性別區分，主要分布為 5 年以下占 75% 最多、30~39 歲占 40%、女性人員占 69%，其他相關分佈數據如下表 3.3-11。

表 3.3-11、2011 / 2012 CIHI 各單位組織人員分布

單位 \ 員工類別	行政/資深管 理人	管理 人	專業/資深 技術人員	支援 員工	總計
行政辦公室	5		2	5	12
健康花費與策略行動	1	3	27	10	41
緊急與一般照護資訊服務	1	4	40	17	62
持續與特殊照護資訊服務	1	4	56	17	78
藥物與健康人力資訊服務	1	3	40	20	64
基礎健康照護資訊與臨床通報	1	2	17	12	32
保密與法律	1		8	1	10
財務	1	2	12	7	22
人力資源與管理	1	2	11	25	39
合作計畫與克責	1	2	12	1	16
合作溝通與延伸服務	1	4	34	28	67
加拿大人民健康行動	1	2	10	10	23
臨床資料標準與品質	1	2	40	6	49
健康體系表現	1	2	25	7	35
健康體系分析與新興議題	1	3	23	7	34
資訊科技服務		3	31	23	57
應用與網路服務	1	4	41	10	56
建築、規劃與標準	1	3	41	4	49
區域辦公室	3	6	8	6	23
總計	24	51	478	216	769

(資料來源：CIHI, 2011)

表 3.3-12、CIHI 員工分布情形(截至西元 2010 年 4 月 1 日)

人員總數	765 人
年資	
5 年以下	573 人 (75%)
6~10 年	142 人(18%)
11~15 年	22 人(3%)
16 年以上	28 人(4%)
年齡	
29 歲以下	93 人(12%)
30~39 歲	304 人(40%)
40~49 歲	230 人(30%)
50 歲以上	138 人(18%)
性別	
女性	69%

(資料來源：CIHI, 2011)

肆、 澳洲

一、 背景簡介

澳洲的健康照護體系具有全國可近性高的國家健康照護系統，由聯邦政府與州政府提供資金與管理，提供民眾健康照護之需求。

西元 1995 年澳洲醫療照護品質研究結果(Quality in Australian Health Care Study, QAHCS)發表後，受到當時澳洲聯邦人類服務及衛生部 (Commonwealth Minister for Human Services and Health) 的重視，因此在與各州及地方衛生首長討論後立即組成澳洲醫療品質工作小組(Taskforce on Quality in Australian Health Care)，並於西元 1996 年提出期末工作報告。在醫療品質工作小組之後，澳洲政府接著於西元 1998 年成立澳洲醫療品質及安全專家諮詢小組 (National Expert Advisory Group on Safety and Quality in Australian Health Care)，該小組於西元 1999 年提出期末報告 (National Expert Advisory Group on Safety and Quality in Australian Health Care, 1999)。報告內容建議，國家衛生部門應該針對醫療品質議題提出具體行動方案。

此後，澳洲國家衛生部於西元 2002 年成立澳洲醫療安全與品質諮詢委員會(Australian Council for Safety and Quality in Health Care)，直到西元 2005 年完成其階段性任務。隨後，澳洲政府於西元 2006 年 1 月成立澳洲醫療安全與品質委員會(The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, ACSQHC)，定位為 5 年期的任務，繼續推動醫療品質相關業務及活動。在這期間委員會的工作由衛生與老年部(Department of Health and Ageing)負責執行。

ACSQHC 由澳洲聯邦政府、各州政府和地方政府共同成立，以發展澳洲國家的策略架構和結合工作計畫來引導協助改善健康照護體系的安全與品質。澳洲醫療安全與品質委員會主要係發展安全與品質策進的標準和指標，同時也進行相關的計畫來協助改善澳洲健康照護體系的安全和品質。

西元 2010 年 4 月澳洲政府議會同意現行澳洲醫療安全與品質委員會的角色應持續並且加以拓展，目的是要建置國家臨床安全與品質標準。依據西元 2011 國家健康與醫院網絡法案(The National Health and Hospitals Network Act 2011)，從西元 2011 年 7 月 1 日起 ACSQHC 成為常設且獨立的單位，主要是要領導與協調澳洲健康照護安全和品質的改善。

澳洲醫療品質委員會應澳洲衛生部長諮議委員會(Australian Health Ministers Advisory Council)之要求，提列了一些國家安全與品質目標，並於西元 2011 年 11 月發表了一份諮詢文件(Consultation Paper)「澳洲醫療健康照護安全與品質目標(Australian Safety and Quality Goals for Health Care)」列出建議之優先目標。同時，委員會也列出一系列問題，例如：「您認為要達成這些目標有哪些阻礙？要如何突破這些障礙？」、「您對目標和優先領域的分類覺得如何？是否太廣泛或是太狹隘？」。希望透過各界(一般民眾、醫療人員、醫事機構、政府單位、教育機構以及其他單位)所提供的寶貴意見來協助委員會提出最符合需求的目標和優先領域。意見收集的時間預計將到西元 2012 年 2 月 10 日為止。

二、 委員會編制與功能

ACSQHC 由 10 位來自不同領域的專家代表組成，包含專業醫師、護士、政府代表以及一般民眾代表等。

委員會的主要任務是要領導與協調澳洲健康照護安全和品質的改善，目的是要建置國家臨床安全與品質標準。依據「2011 國家健康與醫院網絡法案(The National Health and Hospitals Network, Act 2011)」委員會主要的功能為：

- (一) 促進、支持及鼓勵健康照護安全和品質相關的計畫執行。
- (二) 收集、分析、解釋及宣導健康照護安全和品質相關的資訊。
- (三) 發表與健康照護安全和品質相關之報告與論文。
- (四) 制訂、推廣及支持與健康照護安全和品質相關的標準、指引及指標，並且監督其執行與影響。
- (五) 對國家臨床標準進行建議。
- (六) 制定健康照護服務機構以及健康照護安全和品質相關的國家評鑑計畫典範。
- (七) 與民眾、組織和政府針對健康照護安全和品質工作進行商議與合作。
- (八) 推廣、支持、鼓勵、執行及評估與委員會功能績效有關的訓練計畫與研究。

三、業務內容

ACSQHC 的業務內容範圍相當廣泛，包含醫院評鑑、與品質或資訊系統相關的研究計畫等，共有 14 個工作項目，以下為業務內容之詳細說明。

(一) 評鑑 - 國家安全與品質健康服務標準(National Safety and Quality Health Service Standards)

國家安全與品質健康服務標準(National Safety and Quality Health Service Standards, NSQHS) 被視為改善病患照護安全與品質的基本條件，這個標準提供一個詳細且清楚的描述，讓病患能夠知道他們對於健康服務的期待可以有多少。

委員會所設立的 NSQHS 標準是可以適用於所有的健康照護服務類別，藉由定期的評鑑來進行評估與檢討，同時促進病人照護的安全以及持續改善健康服務組織的改善。因此，藉由 NSQHS 標準的設立以及評鑑可以建立安全與高品質照護的里程碑。

澳洲健康服務安全與品質評鑑計畫以現有的評鑑制度為基準，透過這個計畫來促進全國評鑑流程的統合，這樣可以讓改善後的評鑑制度廣泛的運用在健康服務組織上。

NSQHS 標準於西元 2011 年 7 月公布，預計在西元 2013 年 1 月 1 日實行，在全面實行之前將會有一段約 18 個月的過渡期。在新的制度實施之前，健康服務機構可以自行選擇要採用新的標準或使用其原有的系統來進行評鑑工作。委員會也正在發展了相關的指引來協助健康服務機構實施 NSQHS 標準。

(二) 澳洲醫療權利章程(Australian Charter of Healthcare Rights)

這個計畫主要是發展澳洲醫療權利章程，讓所有澳洲民眾在所有的照護體系下都能夠接受或尋找到適合的健康照護服務。西元 2008 年 7 月 22 日澳洲衛生部長簽署了澳洲醫療權利章程並建議全國推行。

為了讓民眾了解其醫療權利，委員會製作了一系列的出版品，例如：「澳洲醫療權利章程：病患、消費者、照護者以及家庭指引(About the Australian Charter of Healthcare Rights: A guide for patients, consumers, carers and families)」、「使用澳洲醫療權利章程(Using the Australian Charter of Healthcare Rights)」、「使用澳洲健康權利章程時所扮演的角色(Your role in using the Australian Charter of Healthcare Rights)」等，讓民眾及醫療人員了解醫療權利章程的內涵以及民眾自身的權利及義務。

(三) 澳洲健康照護安全與品質架構(Australian Safety and Quality Framework for Health Care)

澳洲健康照護安全與品質架構為所有澳洲民眾描繪了安全及高品質健康照護的願景，同時也規劃了要達到此願景所必須要執行的活動。此架構為安全與高品質的照護羅列了三個核心原則，包括：以消費者為中心、以資訊為動力(driven by information)以及建立安全機制。健康照護安全與品質架構是在西元 2010 年 11 月由衛生部部長所簽屬，成為澳洲國家安全與品質架構。

此架構提供了 21 個活動來促進健康照護系統安全與品質的改善，此架構的主要功能為：

1. 做為安全與品質計畫策略與執行的基礎。
2. 提供現有安全與品質改善活動及健康服務改善目標設定一個重新聚焦的機制。
3. 做為檢視安全與品質投資和研究的指引。
4. 促使消費者、醫療人員、管理者、研究者以及政策制訂者之間對如何在安全和品質上形成最佳的合作關係進行討論。

(四) 臨床交接(Clinical Handover)

臨床交接是指將病患部分或全部的專業照護責任和義務暫時或永久轉移給另一個人或另一個專業團體。這個計畫主要的目的是要定義、發展及改進在臨床交接上的溝通。臨床交接計畫專注的重點為公立和私立醫院、基礎和非臥床照護之間臨床交接溝通的改善。

委員會的工作包括進行大規模的國家臨床轉移先導計畫(National Clinical Handover Initiative Pilot Program)，發展國家臨床交接促進指引(the OSSIE Guide Clinical Handover Improvement)、發行澳洲醫學雜誌副刊(Supplement Issue of the Medical Journal of Australia)以及兩本結構式實證文獻評論(Structured Evidence-based Literature Reviews)。另外，委員會也完成了國家臨床轉移先導計畫外部評估(External Evaluation of the National Clinical Handover Initiative Pilot Program)以及執行電子病歷系統對安全與品質的影響(Evaluation of the Safety and Quality Impacts of Implementing Electronic Discharge Summary Systems)。

(五) 醫療專業人員認證(Credentialling for Health Professionals)

透過醫療服務機構認證的過程，可以檢視醫療人員的資格及經歷是否有能力在特定的醫療照護狀況下提供安全及高品質的醫療服務。在醫療照護產業裡，認證(credentialling)以及臨床實務範圍(scope of clinical practice)的定義有很多，委員會所採用的定義是過去 ACSQHC 所使用的定義。認證指的是一個正式的過程來檢視專業醫師(medical practitioner)

的資格、經驗、專業地位以及其他相關的專業態度，目的是希望他們能夠在特定的組織環境內，能夠藉由他們的能力、表現以及專業素養來提供安全和高品質的醫療照護服務。

(六) 跌倒預防(Falls Prevention)

ACSQHC 將跌倒視為國家安全與品質的優先項目，因此建立了預防跌倒指引(Falls Prevention Guidelines)。預防跌倒的主要計畫為預防老人跌倒，委員會發展了一份預防跌倒的指引「2009 醫院、老人照護機構以及社區照護之最佳實務指引：老年人跌倒預防及避免跌倒造成的傷害」。

(七) 健康照護合併感染(Healthcare Associated Infection, HAI)

HAI 計畫為西元 2007 年的優先執行項目，主要目標是建立設備以及計畫來發展國家層級的方法，透過辨識和提出系統性問題和落差來減少健康照護合併感染的情形。並且確保公立和私立健康照護機構的領導人和決策者，能夠透過與國家的合作確保所有的行動確實執行。

同時也成立了健康照護合併感染委員會(HAI Committee)，包含諮詢委員會(HAI Advisory Committee)、執行諮詢委員會(HAI Implementation Advisory Committee)、抗菌管理諮詢委員會(Antimicrobial Stewardship Advisory Committee)、國家手部衛生諮詢委員會(National Hand Hygiene Advisory Committee)。

(八) 資訊策略(Information Strategy)

資訊策略是設計用來強調委員會對於下列工作的責任：

1. 各州健康照護安全與品質報告。
2. 領導與整合安全和品質資訊標準化的發展及推廣。
3. 投入國家健康 e 化(e-health)，讓臨床體系發展的安全與品質更加完善。
4. 並且有效地使用次級健康訊息(secondary uses of health information)來改善健康照護的安全與品質。

除此之外，也提供委員會其他計畫相關的健康資訊協助，包括：健康照護合併感染(Healthcare Associated Infection)、用藥安全(Medication Safety)以及臨床交接(Clinical Handover)等計畫。委員會的資訊策略五個主要工作組成：

1. 國家報告與指標(National Reporting and Indicators)。
2. 安全與品質健康資訊標準(Health Information Standards for Safety and Quality)。
3. 病人安全測量與報告模式(A Patient Safety Measurement and Reporting Model)。
4. 健康 e 化之安全(Safety in E-Health)。
5. 臨床品質通報(Clinical Quality Registries)。

(九) 用藥安全(Medication Safety)。

提升用藥安全及品質以減少用藥錯誤和傷害是委員會相當重要的工作之一，同時也能協助委員會達成引領及整合國家健康照護安全及品質改善的目標。

用藥安全計畫的主要目標是要改善澳洲藥品使用的安全。用藥的效果和安全在健康照護的安全與品質內是非常具有改善潛力的一個領域。委員會將重點放在以下 5 個部分：

1. 標準化與系統的改善(Standardisations and Systems Improvement)包括：用藥紀錄和其他標準化工具來協助系統改善。
2. 減少臨床落差(Reducing Practice Gaps)。
3. 用藥管理的持續(Continuity of Medicines Management)。
4. 科技的利用(Using Technology)。
5. 提倡用藥安全與品質必須透過與國家用藥政策管理以及其他提倡國家用藥安全與品質的組織共同合作。

(十) 資訊揭露(Open Disclosure)

資訊揭露是一個公開討論的方式，來討論病患在接受健康照護時因為意外而造成傷害時的相關事宜。西元 2008 年 4 月澳洲衛生部部長同意朝向每個健康照護機構皆要執行國家資訊揭露標準的方向來執行，揭露的資訊包括：

1. 道歉聲明(An Expression of Regret)。
2. 事情發生真實的解釋(A Factual Explanation of What Happened)。
3. 可能產生的結果(The Potential Consequences)。
4. 為了避免再次發生相同事件所要採取的管理及預防措施。

委員會資訊揭露的計畫主要目的是要發展知識和工具來支援各行政區和機構執行這些標準，同時也希望能夠了解執行資訊揭露在法律上的障礙以及建議的方法。

(十一) 以病人為中心的照護(Patient and Consumer Centred Care)

西元 2009 年委員會發表了國家安全與品質架構的計畫，這個架構指出以病人為中心的照護是架構中三個面向中，澳洲健康照護體系達成安全與高品質的最重要因子。將病人為中心視為國家安全與品質架構的其中一個面向，可以反映出病人在健康照護體系內的重要性。當委員會與病患、照護者、顧客、醫療服務提供者、管理者以及政策制定者討論安全與品質架構時，大家對於以病人為中心的照護以及安全與品質架構都相當支持，也認為此架構將引領澳洲未來十年國家安全與品質的策略方向。

(十二) 病人辨識(Patient Identification)

有很多原因為造成病人辨識錯誤的發生，另外也嘗試用各式各樣的策略來加強病人辨識。委員會的病人辨識計畫(Patient Identification Program)包含了許多行動著眼在病人辨識錯誤的不同部分，而這些行動最主要的目的就是要減少辨識錯誤以及改善病人辨識的流程。病人辨識計畫包含下列各種不同的行動：

1. 病人辨識手環國家標準。
2. 加強確認工作，正確的病人、地點、流程規範。
3. 將確認工作，正確的病人、地點、流程規範，擴大應用到其他治療領域。
4. 改善警訊事件(sentinel events)與根本原因分析法(Root Cause Analyses, RCAs)的學習。
5. 研究技術性的解決辦法來找出病患辨識錯誤。

(十三) 基層健康照護的病人安全(Patient Safety in Primary Health Care)

這個計畫要讓大家清楚了解在基層健康照護體系內的病人安全相關議題，包含現有用來找出病人安全議題的研究、工具和活動，並且辨識其中的差異和機會來協助組織加強其優勢，在基層健康照護領域內更有效率的解決病人安全的問題。

(十四) 辨識與回應病情惡化(Recognising and Responding to Clinical Deterioration)

確保病患獲得適切與即時的照護是安全與品質的重要挑戰。委員會開始一個新的計畫，目標是要改善醫院及其他急性醫療照護機構對於病情惡化的辨識與回應。這個計畫主要的活動是要支援各項國家層級的任務，包括全國共識文件、計畫執行與行動指引，以及實證為基礎的一般成人觀察表，可以透過以上相關計畫協助病情惡化的辨識與回應。

四、投入資源

(一) 預算

ACSQHC 營運成本主要是由澳洲政府與地方州政府以 50：50 的比例分攤補助。西元 2011～12 年預計經費為澳幣 28.2 百萬，其中政府補助為澳幣 15,224,000、其他來源為澳幣 12,976,000，如下表 3.3-12 所示。

表 3.3-13、西元 2011～2012 年 ACSQHC 預算來源表

年度預算來源	2011～2012 預算
	(單位千元澳幣)
1.聯邦政府	15,224
2.其他單位	
(1)州政府	12,567
(2)利息	409
其他--小計	12,976
總計	28,200

(資料來源：Department of Health and Ageing, 2011)

(二) 人力

人力投入的部分，西元 2011～12 年預計投入的平均人力約有 39 人，大約比前一年度增加 6 人。

3.3.2 各國醫療品質專責機構之比較

壹、成立背景

從上述各國醫療品質專責機構的介紹，可以發現由於各國健康照護體系發展的背景不同，因而必須面對不同的醫療照護的挑戰，也因此發展出不同的醫療品質管理制度，然而各國醫療品質專責機構成立的背景，皆始於共同的濫觴，各國品質相關法案、白皮書或報告的出版，強調醫療品質的改善為醫療照護體系改革的重點。之後透過立法，使得專責機構具備實質法律位階與獨立預算，成為國家醫療品質的主要負責單位。包括美國的 AHRQ 始於西元 1999 年之聯邦法案(Healthcare Research and Quality Act, 1999)、英國的 NICE 始於國家衛生政策白皮書(The New NHS: Modern, Dependable, 1997)、加拿大的 CIHI 源自國家衛生資訊特別工作小組期末報告(National Task Force on Health Information)以及澳洲的 ACSQHC 則是源自澳洲醫療品質及安全專家諮詢小組期末報告(National Expert Advisory Group on Safety and Quality in Australian Health Care)。

另一個共通點則是，四個國家中的品質專責機構，主要都是透過委員會的形式，主導該機構的任務與方向。美國 AHRQ 的委員會為健康照護研究和品質諮詢委員會(National Advisory Council for Healthcare Research and Quality)，委員會委員由衛生部部長派任，任務主要為決定 AHRQ 要執行的健康服務研究之優先順序，以及針對社會關注的健康議題提出建議，以提供給 AHRQ 局長以及衛生部參考；英國 NICE 的委員會(Board)直接對英國最高衛生首長負責；加拿大 CIHI 的最高單位為 16 人組成的指導委員會(Board of Directors)，其成員為加拿大聯邦、各省及地區政府的衛生部門代表。該委員負責對 CIHI 及衛生統計部門提出策略性建議。同時也在加拿大政府內固定召開的副衛生首長會議 (Conference of Deputy Ministers of Health)，提出有關國家衛生資訊事務的諮詢建議；澳洲 ACSQHC，主要任務為發展安全與品質策進的標準和指標，同時也進行相關的計畫來協助改善澳洲健康照護體系的安全和品質。

我國自 89 年以來，出版過不同的醫療品質政策白皮書，包含國家醫療品質政策白皮書(草案)，和信治癌中心醫院(92 年)、二代健保規劃小組總結報告，二代健保規劃小組(93 年)、醫療品質及病人安全委員會共識會議，醫療品質及病人安全委員會(95 年)。在二代健保規劃總結報告中提出四大政策建議第一項強化資訊提供以提升醫療品質的內容中，則明確建議衛生署成立全民健保醫療品質專責單位，作為政府展現品質改革之決心。而後有 94 年成立之「全民健保醫療品質委員會」，負責推動與健保相關之品質改善計畫。

除了「全民健保醫療品質委員會」之外，衛生署為研議全國醫療品質政策方針，早於 87 年設置「醫療品質委員會」，另為減少醫療疏失之發生，維護病人安全，於 92 年成立國家級「病人安全委員會」。為裨益醫療品質推動與落實病人安全，於 95 年將前揭兩委員會合併為「醫療品質及病人安全委員會」，擔負研議醫療品質與病人安全政策制定、年度方針、策略推動與輔導以及相關計畫審議等任務。

而隨著衛生署於 99 年將原本之「醫療品質及病人安全委員會」與「全民健康保險醫療品質委員會」，整併為「行政院衛生署醫療品質政策諮詢委員會」後，我國病人安全與醫療品質之政策才慢慢統整，並以國家觀點和角度來探討醫療品質提升的議題與規劃國家級醫療品質政策架構。

貳、所屬層級與任務

四個國家的醫療品質專責機構的位階，皆為國家層級，包括：美國 AHRQ 為直屬美國衛生部的機構之一、英國 NICE 為隸屬英國衛生部之特別醫療委員會以及澳洲 ACSQHC 直屬於澳洲衛生與老年部，而加拿大 CIHI 雖為獨立運作之非營利機構，但仍是以前國家觀點，提供衛生部所需之健康決策資訊。

AHRQ 的主要任務為改善美國人民健康照護的品質、安全、效率及效用；NICE 的主要任務為增進國人臨床醫療、公共衛生和社會照顧(social care)的品質和產能(productivity)，同時也要確保其所發展各項指引(guidance)的品質；CIHI 成立之目標為藉由提供高品質、可信賴且及時的衛生資訊，以改善加拿大醫療照護系統以及促進民眾的健康，主要任務為建立加拿大醫療照護衛生資訊，提供精確且即時的資訊；ACSQHC 成立之目的是要建置國家臨床安全與品質標準，主要任務是要領導與協調澳洲健康照護安全和品質的改善。

我國衛生署於 99 年整併成立之「醫療品質政策諮詢委員會」，主要任務為作為衛生署健康照護品質資訊溝通平台，提供醫療品質政策諮詢，並編撰白皮書，形成醫療品質政策之整體架構。此一委員會之運作模式，大致上已具備與四國成立醫療品質專責機構之指導委員會之功能及類似之任務。

參、定位與業務內容

AHRQ 將自己定位為研究單位及幕僚單位，業務內容包含 1.健康成本、品質和結果研究，包含以病人為中心結果與比較效果研究、病人安全、健康資訊技術、預防/照護管理等 2.醫療花費調查。NICE 則是定位於研究及建立臨床標準，業務內容有指引計畫、NHS 實證、研究與發展、NICE 國際合作、品質標準、品質與結果架構指標等。CIHI 定位於研究及衛生資訊提供與整合，主要業務有 1.提供更多更好的衛生資訊 2.相關性與行動分析 3.增進衛生資訊之瞭解與使用。ACSQHC 與 NICE 一樣定位在研究及建立標準，業務內容有評鑑—國家安全與品質健康服務標準、澳洲醫療權利章程、澳洲健康照護安全與品質架構、臨床交接、醫療專業人員認證、跌倒預防、健康照護合併感染、資訊策略、用藥安全、資訊揭露、以病人為中心的照護、病人辨識、基層健康照護的病人安全、辨識與回應病情惡化等。

美國 AHRQ、英國 NICE、澳洲 ACSQHC 其功能及定位主要為研究單位、補助計畫執行、以及設立醫療品質標準等；另外，加拿大的 CIHI 其主要功能除了研究之外，主要是要進行資訊提供與整合的工作，主要是要建立加拿大醫療照護衛生資訊，提供精確且即時的資訊。

肆、投入資源與產出

各國醫療品質專責機構其預算來源多數都是由中央政府支應，或是由中央政府與地方政府共同支應相關預算，例如：美國 AHRQ 每年由國會編列預算，英國 NICE 由衛生部和衛生部相關機構以及其他政府部門支應，加拿大 CIHI 由加拿大政府，各省份及地方政府共同編列預算支應，澳洲 ACSQHC 則由澳洲政府與地方州政府以 50:50 的比例分攤補助。

在預算及人力編制的部分，以英國 NICE 每年約 737 百萬英鎊最多，其次為美國 AHRQ 每年 366 百萬美金、加拿大 CIHI 每年 118 百萬加幣以及澳洲 ACSQHC 每年 28.2 百萬澳幣；人力編制的部分，分別為美國 AHRQ 約 304 人、英國 NICE 約 552 人、加拿大 CIHI 約 765

人，以及澳洲 ACSQHC 約 39 人。此外，在組織管理部份，美國 AHRQ 雖是以功能性組織來進行管理運作，但健康照護研究和品質諮詢委員會，主要決定 AHRQ 要執行的健康服務研究之優先順序，以及針對社會關注的健康議題提出建議，以提供給 AHRQ 局長以及衛生部參考；其他包括英國 NICE、加拿大 CIHI 和澳洲 ACSQHC 都是以委員會的方式來帶領組織的管理和運作。

美國 AHRQ 以及英國 NICE 每年都固定舉辦年度大會，作為全國醫療品質提升以及意見交流的平台，凝聚全國的共識，促使政府以及人民對該議題的重視和改善，也能夠促進國際交流及意見交換。

各國醫療品質專責機構產出的部分，將從四個部份來進行描述包括：發展品質測量工具、品質資訊整合與公開、建構國家級醫療品質架構與指標、發展臨床標準或指引，各國產出情形詳細描述如下：

一、發展品質測量工具

美國 AHRQ 所發展的品質測量工具包含品質指標(quality indicators)以及病人經驗調查(Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, CAHPS)，品質指標共有 4 個類別包含：預防品質指標(Prevention Quality Indicators, PQIs)、住院品質指標(Inpatient Quality Indicators, IQIs)、病人安全指標(Patient Safety Indicators, PSIs)、兒童品質指標(Pediatric Quality Indicators, PDIs)。CAHPS 是以病患與消費者角度來了解醫療照護品質與醫療服務經驗最主要的工具，可以從病患及消費者的角度來測量及改善健康照護服務體系的品質。

NICE 所發展的品質測量工具為品質和結果架構(NICE Quality and Outcomes Framework)中所採用的品質標準的指標，目前品質和結果架構指標包括：心血管(Cardiovascular)、中樞神經系統(Central Nervous System)、內分泌、營養與代謝(Endocrine, Nutritional and Metabolic)、身心健康與行為狀況(Mental Health and Behavioral Conditions)、肌肉與骨骼(Musculoskeletal)、呼吸(Respiratory)、公共衛生(Public Health)等 7 類。

加拿大健康指標(Health Indicators)是由加拿大統計部和 CIHI 共同合作，指標的資料由許多不同的資料來源彙集而成，指標的架構包含五個面向包括：健康狀況(Health Status)、非醫療健康決策(Non-medical Determinations of Health)、健康體系成果(Health System Performance)、溝通和健康體系特質(Community and Health System Characteristics)和公平(Equity/Disparity)。

澳洲 ACSQHC 為了建立國家級的病人安全與品質資料庫，透過國家指標計畫(Commission's National Indicators project)定義六個面向做為指標發展的方向，包括：醫院核心指標(Core, Hospital-based Outcomes Indicators)、醫院病人安全報告(Patient Safety Reporting for Hospitals)、醫院的病人經驗與病人滿意度(Patient Experience and Patient Satisfaction in Hospitals)、基礎健康照護安全與品質指標(Practice-level Indicators of Safety and Quality for Primary Health Care)、臨床適當性與有效性的測量(Clinically Specific Measures of Appropriateness and Effectiveness)、系統整體指標(Whole-of-system)。

二、品質資訊整合與公開

各國醫療品質專責機構其品質資訊整合與公開之產出情形，包含品質資訊平台的建構以及專責機構例行出版的國家級品質報告等相關資訊。

(一) 品質資訊平台建構

美國 AHRQ 在有關品質資訊整合與公開的部分，透過網路的方式建立了許多相關的連結與功能，以便其使用者進行查詢與使用，包括：健康諮詢資訊網絡(CHAIN)，提供在各項議題上專家們的觀點、建議以及指引，包括藥物、生物性產品及醫療器材等，可以透過這個網站在治療方法資訊上有所連結，可以協助臨床實務以及健康照護進行；National Guideline Clearinghouse (NGC)是一個以網站為基礎的應用工具，讓醫師、其他醫療人員、健康照護提供者、消費者、以及其他相關人員獲得客觀且詳細的臨床指引，網站的資源包含 2000 種以上的實證醫學臨床指引(Evidence-based Clinical Practice Guidelines)；National Quality Measurement Clearinghouse (NQMC)是一個以網站為基礎的應用工具，讓醫師、健康照護提供者、整合照護提供系統、顧客以及其他有興趣人員，都可以在網站上搜尋到以實證醫學為基礎的醫療照護品質量測工具。NQMC 共分成兩個面向，分別為健康照護提供(Health Care Delivery Measures)和人類健康(Population Health Measures)，目前 NQMC 收錄的量測指標共有 2,022 個，正在審核中的有 779 個。

英國 NICE 途徑(NICE Pathway)為一線上工具(online tool)，以互動式和主題的方式整合 NICE 的臨床指引、品質標準與其他相關的產品，可以透過此網站知道 NICE 對於各項臨床或健康議題的相關建議，也讓使用者更容易且直覺得可以找到他們所需要的臨床指引。NICE 途徑將 NICE 的資訊透過網路的方式整理呈現，即使不瞭解 NICE 指引及各項臨床標準的分類方式，仍然可以輕易的連結到所需要的主題。

NHS 實證(NHS Evidence)於西元 2009 年 4 月 30 日正式上線，提供高品質的臨床和非臨床的實證資訊，各式各樣的資訊透過網站進行整合，資料的呈現可以依據每個人不同的使用習慣進行客製化的呈現，此項服務以開放使用為原則，內容和功能都是沒有限制的。內容包含指引、藥物資訊、基礎研究以及臨床摘要，此外還有其他額外須付費的電子書、期刊等。

加拿大健康指標(Health Indicators Series)是包含量測健康狀況(Health Status)、非醫療健康決策(Non-medical Determinations of Health)、健康體系成果(Health System Performance)、與溝通和健康體系特質(Community and Health System Characteristics)等指標，經過篩選編輯而成的年度報告。這些資料從不同的資料來源彙集而成，內容包括定義資料來源健康指標提供架構，從西元 2007 年開始，報告中包含了解釋指標分析結果以及使用該指標的目的和如何解釋指標的資料。

加拿大政府建立了一套加拿大健康服務組織資訊管理系統標準(Standards for Management Information Systems in Canadian Health Service Organizations, MIS Standards)，MIS Standards 為用來收集加拿大境內健康照護系統組織內所有健康服務組織每天營運的財務和統計資料，同時也提出資訊管理原則以及提供資料收集、財務資訊整合與報告、統計與臨床數據等工作一個整合性的標準架構。

澳洲 ACSQHC 在品質資訊整合的部分，以強化品質和安全資訊標準化的發展和推廣為主要工作項目，包括：安全與品質健康資訊標準(Health Information Standards for Safety and Quality) 以及臨床品質通報(Clinical Quality Registries)。安全與品質健康資訊標準的部分包括：資料庫、指標規格說明(indicator specifications)以及 e-Health 標準。臨床品質通報為一

臨床資料庫，有系統的收集健康照護的品質、安全與成果資訊。其主要目的是希望透過定期收集與分析病患的照護和照護提供方式等資訊，來促進健康照護的品質。同時這些資料也可以提供健康照護適切性和有效性的相關資訊。

(二) 國家級品質報告

AHRQ 從西元 2003 年起，每年固定出版國家健康照護品質(NHQR)及系統性落差報告(NHDR)，這兩本報告對改善和加強健康照護品質及公平性的測量提出建議，同時提供足夠的資訊協助進行決策，以及協助制定國家品質改善的策略方向。

加拿大 CIHI 定期出版健康指標，協助改善照護體系與促進民眾健康。澳洲 ACSQHC 定期出版澳洲臨床指標報告(Australasian Clinical Indicator Report)，協助找出特定之醫療品質問題，與進行改善。

三、 建構國家級醫療品質架構與指標

AHRQ 從西元 2003 年起出版國家健康照護品質報告(NHQR)與國家健康照護品質系統性落差(NHDR)兩本報告中所使用之國家醫療品質架構，即以安全、有效性、病人為中心、即時性作為健康照護品質的主要面向，公平性則必須橫跨安全、有效性、病人為中心、即時性等面向來評估，具有橫跨品質面向之特質；之後西元 2010 年有提出修正之架構，將原來的品質面向更新為有效性(effectiveness)、安全(safety)、即時性(timeliness)、病人/家庭為中心(patient/family-centeredness)、可近性(access)及效率(efficiency)，而將公平性(equity)與價值(value)列為橫跨這六個品質面向之位階。AHRQ 於西元 2011 年發表新的國家品質策略(National Quality Strategy)，邀集超過 300 個不同的團體、組織、專家學者和個人參與並提供意見及想法，以上述建議為基礎發展出三個主要目標，並訂定六個優先項目。同時也訂定了 10 個原則，希望不論是公家或私人機構都能夠以此原則來達成品質改善的目標。

美國國家品質策略有三個目標，透過這三個目標指引全國健康照護體系醫療品質的改善，三個目標分別為：更好的照護(better care)、健康人民與社區(healthy people/ healthy community)、可負擔的照護(affordable care)。除此之外，也訂定了六個優先項目以及 10 個執行原則。

國家品質策略的六個優先項目分別為：

1. 確保每一位民眾和家庭皆能成為健康照護體系的一份子。
2. 促進有效的溝通與照護合作。
3. 促進各項主要死亡原因的有效預防和治療，從心血管疾病開始。
4. 與社區合作，促進廣泛使用 best practice 以維持健康生活。
5. 透過發展和推展新的健康照護提供模式，使高品質的健康照護成為個人、家庭、受雇者以及政府可負擔的項目。
6. 透過減少醫療照護提供的錯誤以提供更安全的照護。

10 個原則分別為：

- 1.以個人和家庭為中心
- 2.特定健康考量
- 3.消除照護落差
- 4.結合公立與私人機構的努力成果
- 5.品質改善
- 6.一致的國家標準
- 7.基礎照護是未來的重點
- 8.加強合作
- 9.整合健康照護提供
- 10.提供詳細資訊

在英國，NICE 於西元 2004 年推出 NICE 品質和結果架構(NICE Quality and Outcomes Framework)，此架構包含一系列的指標，主要的目標是希望能夠透過指標的應用，逐步提升國內醫療品質，在全國各個都能提供高品質的醫療服務。在此架構內會依據照護結果所達到的目標得到評分，分數越高可以獲得更多的財務獎勵，每年也都會出版相關的年報。

加拿大 CIHI 國家品質的架構，具有相當之完整性，包括五大部份(1)健康狀況(health status)、(2)非醫療健康指標 (non-medical determinants of health)、(3)社區及醫療體系特性 (community/health system characteristics)、(4) 健康體系執行成效 (health system performance)。與品質有關之架構屬於(4)健康體系執行成效 (health system performance)，包含之次領域有：可接受性 (Acceptability)、可近性 (accessibility)、適當性 (appropriateness)、能力 (competence)、持續性 (continuity)、有效性 (effectiveness)、效率 (efficiency) 及安全 (safety)。公平性(equity) 列為橫跨這六個品質面向之位階。CIHI 為了讓民眾了解政府政策、支援健康照護管理以及讓民眾了解影響健康因素等工作，其所收集資訊的品質為主要的關鍵。CIHI 的資訊品質架構(Data Quality Framework)建立系統性的策略來達成所有資訊評估(assess)、改善(improve)和文件化(document)的品質。這個架構讓資訊管理人員可以發現資訊需要加強和改進的部分，以切合使用者的需求。CIHI 資訊品質架構共有五個面向，包含：正確性(accuracy)、即時性(timeliness)、可比較性(comparability)、可用性(usability)和相關性(relevance)。

澳洲健康照護安全與品質架構(Australian Safety and Quality Framework for Health Care)描繪了安全及高品質健康照護的願景，同時也規劃了要達到此願景所必須要執行的活動。此架構為安全與高品質的照護羅列了三個核心原則，包括：以消費者為中心、以資訊為動力以及建立安全機制。健康照護安全與品質架構是在西元 2010 年 11 月由衛生部部長所簽署，成為澳洲國家安全與品質架構。

四、發展臨床標準或指引

美國 AHRQ 於西元 1992 年至西元 1996 年之間資助發展了一系列共 19 個臨床指引，後續這些臨床指引已經不再進行檢視，因此也不適用於現行的臨床醫療，但其相關資料仍

可在 AHRQ 的網站上查詢。自西元 1998 年起，AHRQ 成立 NGC 並與 American Medical Association 和 America's Health Insurance Plans, AHIP 合作，建立公開的查詢網站並訂定相關指引納入的條件和標準，通過 NGC 的審查納入後即可在網站上公開給需要的民眾進行查閱。目前在 NGC 的網站上有超過 2000 個以上已審查完的臨床指引可供查閱，審查中的共有 234 個，臨床指引的相關資訊可參閱 NGC 網站(<http://www.guideline.gov/index.aspx>)。

英國 NICE 依據 NICE 實證所提供的資訊，發展一系列的 NICE 指引與 NICE 品質標準 (NICE Quality Standards)。NICE 指引可分為公共衛生指引、健康科技指引與臨床實務指引等三類，至西元 2011 年 11 月 07 日共出版 773 個指引，發展中的指引為 237 個。NICE 品質標準是所有實務經驗的精華，內容包含品質聲明 (Qualitative Statements) 以及品質測量方法 (Qualitative measures)，其中測量方法是以指標的方式呈現，這些指標即為 NICE 品質和結果架構中所採用的指標。

澳洲 ACSQHC 委員會所設立的國家安全與品質健康服務標準 (NSQHS) 提供一個詳細且清楚的描述，讓病患能夠知道他們對於健康服務的期待可以有多少，並且適用於所有的健康照護服務類別，同時藉由定期的評鑑來進行評估與檢討，促進病人照護的安全以及健康服務組織的改善。NSQHS 標準於西元 2011 年 7 月公布，預計在西元 2013 年 1 月 1 日實行。委員會也正在發展了相關的指引來協助健康服務機構實施 NSQHS 標準。

表 3.3-14、各國醫療品質專責機構比較表

	美國 AHRQ	英國 NICE	加拿大 CIHI	澳洲 ACSQHC	台灣
	醫療照護研究及品質機構	國家優良臨床研究院	加拿大衛生資訊研究院	澳洲醫療安全與品質委員會	
成立時間	1989	1999	1994	2002	
單位成立依據 (法源/報告/圓桌會議/政治因素等)	聯邦法案 (Healthcare Research and Quality Act, 1999)	國家衛生政策白皮書 (1997 The New NHS Modern Dependable)	國家衛生資訊特別工作小組期末報告 (National Task Force on Health Information)	澳洲醫療品質及安全專家諮詢小組期末報告 (National Expert Advisory Group on Safety and Quality in Australian Health Care)	
指導委員會	健康照護研究和品質諮詢委員會(National Advisory Council for Healthcare Research and Quality) 此委員會委員由衛生部部長派任，委員的任期為三年一任，共有 21 名委員。委員會成員包含私人機構的代表，例如：健康服務提供者、消費者等，以及政府單	NICE 委員會直接對英國最高衛生首長負責。委員會成員廣泛納入各領域成就卓越的專家，包括臨床專家、病人及消費者團體、NHS 管理人員以及研究組織。底下設有小組委員會 (Sub-committee)、相關團體委員會 (Partner Council) 及公民委員會 (Citizen	CIHI 的最高單位為 16 人組成的指導委員會，其成員為加拿大聯邦、各省及地區政府的衛生部門代表。該委員負責對 CIHI 及 Statistics Canada 的衛生統計部門 (Health Statistics Division) 提出策略性建議。同時也在加拿大政府內固定召開的副衛生首長會議 (Conference of Deputy Ministers of	澳洲醫療安全與品質委員會 (The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, ACSQHC) 由澳洲聯邦政府、各洲政府和地方政府共同成立，由 10 位來自不同領域的專家代表組成，包含專業醫師、護士、政府代表以及一般民眾代表等。以發展澳洲國家的策略架構和結合工作計畫來引導協助改善健康照護	醫療品質政策諮詢委員會，由衛生署長任命 20 位委員，包含主任委員、副主任委員各一名及其他 18 位委員。委員的組成來自臨床專業、民間團體、消費者代表及衛生署代表等。主要任務為作為衛生署健康照護品質資訊溝通平台，提供醫療品

	美國 AHRQ	英國 NICE	加拿大 CIHI	澳洲 ACSQHC	台灣
	醫療照護研究及品質機構	國家優良臨床研究院	加拿大衛生資訊研究院	澳洲醫療安全與品質委員會	
	位的官員與專家。 委員會的任務主要為決定 AHRQ 要執行的健康服務研究之優先順序，以及針對社會關注的健康議題提出建議，以提供給 AHRQ 局長以及衛生部參考。	Council)。	Health)，提出有關國家衛生資訊事務的諮詢建議。	體系的安全與品質。澳洲醫療安全與品質委員會主要係發展安全與品質策進的標準和指標，同時也進行相關的計畫來協助改善澳洲健康照護體系的安全和品質。	質政策諮詢，並編撰白皮書，形成醫療品質政策之整體架構。
單位所屬層級 (國家/地方)	直屬衛生部(Department of Health & Human Services Organization, DHHS)下之機構	隸屬英國衛生部之特別醫療委員會(Special Health Authority)	獨立運作之非營利機構	隸屬澳洲衛生與老年部	直屬衛生署下之委員會(國家)
經費來源	國會編列年度預算	衛生部 NHS 機構 其他政府部門	聯邦政府、各省分以及地方政府編列預算支應	由澳洲政府與地方州政府以 50：50 的比例分攤補助	醫療發展基金
預算	366 百萬美金 (2012 預算)	737 百萬英鎊 (2010/2011 預算)	118 百萬加幣 (2011/2012)	28.2 百萬澳幣 (2011/2012)	
組織架構	由 10 個單位組成，其中包括局長室以及其他 9 個功能單位	由委員會及資深管理小組共同管理運作，其下設有 3 個中心(centre)和 4 個處室(directorate)	由指導委員會領導，共分為 4 個主要業務單位，共包含 19 個類別的單位	由 10 位專家代表組成委員會領導委員會之運作	20 位委員，包含主任委員、副主任委員各一名及其他 18 位委員。下分四個小組。
人力編制	約 304 人	約 552 人	約 765 人	約 39 人	

	美國 AHRQ	英國 NICE	加拿大 CIHI	澳洲 ACSQHC	台灣
	醫療照護研究及品質機構	國家優良臨床研究院	加拿大衛生資訊研究院	澳洲醫療安全與品質委員會	
任務及目標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 主要任務是為改善美國人民健康照護的品質、安全、效率及效用 2. 主要目標是希望能夠實際了解美國民眾健康照護改善的狀況，包括：生活品質的改善、治療成果、lives saved 以及花費所獲得的價值(value gained for what we spend)等。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 目的是為了增進國人臨床醫療、公共衛生和社會照顧 (social care)的品質和產能 (productivity)，同時也要確保其所發展各項指引(guidance)的品質。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 藉由提供高品質、可信賴且及時的衛生資訊，以改善加拿大醫療照護系統以及促進民眾的健康。 2. 主要任務為建立加拿大醫療照護衛生資訊，提供精確且即時的資訊。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 主要任務是要領導與協調澳洲健康照護安全和品質的改善 2. 目的是要建置國家臨床安全與品質標準 	作為衛生署健康照護品質資訊溝通平台，提供醫療品質政策諮詢，並編撰白皮書，形成醫療品質政策之整體架構。
功能定位	<ol style="list-style-type: none"> 1. 研究 2. 幕僚單位 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 研究 2. 建立標準 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 研究 2. 資訊提供與整合 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 研究 2. 建立標準 	<ol style="list-style-type: none"> 1、政策諮詢與整合 2、發展國家品質政策白皮書
服務對象	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫師和其他醫療提供者(醫院) 2. 病患 3. 聯邦政府、州政府、以及地方各層 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病患和一般大眾 2. 健康和社會照顧以及地方政府的專業人員 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 制定衛生政策的政府資深領導人及其他相關人員 2. 領導、管理和規劃第一線衛生服務 		

	美國 AHRQ	英國 NICE	加拿大 CIHI	澳洲 ACSQHC	台灣
	醫療照護研究及品質機構	國家優良臨床研究院	加拿大衛生資訊研究院	澳洲醫療安全與品質委員會	
	級的醫療照護政策制定者 4. 其他衛生單位，例如：醫療體系和醫學院職員 5. 購買者及付費者：雇主或保險購買者	3. 地方政府單位 4. NHS 組織 5. 第三方團體	的相關人員 3. 一般民眾		
業務內容	1. 健康成本、品質和結果研究 (1) 以病人為中心結果與比較效果研究 (2) 病人安全 (3) 健康資訊技術 (4) 預防/照護管理 (5) 價值 (6) Crosscutting Activities 跨界活動 2. 醫療費用調查	1. 指引計畫 2. NHS 實證 3. 研究與發展 4. NICE 國際合作 5. 品質標準 6. 品質與結果架構指標 7. NHS 實證認證 8. 研究員與學者計畫	1. 更多更好的資訊 (1) 藥品資料 (2) 居家和持續照護資料 (3) 健康人力資源資料 (4) 即時成本與非臥床照護資料 (5) 基礎健康照護資料 (6) 其他資料 2. 相關性與行動分析 (1) 績效測量 (2) 緊急事件與	1. 評鑑－國家安全與品質健康服務標準 2. 澳洲醫療權利章程 3. 澳洲健康照護安全與品質架構 4. 臨床交接 5. 醫療專業人員認證 6. 跌倒預防 7. 健康照護合併感染 8. 資訊策略 9. 用藥安全 10. 資訊揭露 11. 以病人為中心的照護 12. 病人辨識 13. 基層健康照護的病	

	美國 AHRQ	英國 NICE	加拿大 CIHI	澳洲 ACSQHC	台灣
	醫療照護研究及品質機構	國家優良臨床研究院	加拿大衛生資訊研究院	澳洲醫療安全與品質委員會	
			照護可近性 (3) 影響健康的因素 (4) 健康照護成本 3. 增進了解與使用 (1) CIHI Portal (2) 電子報與新網站 (3) 資料隱密性與安全性	人安全 14. 辨識與回應病情惡化	
品質量測工具	1. 品質指標(quality indicators) 2. 病人經驗調查 (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, CAHPS)	NICE 品質和結果架構(NICE Quality and Outcomes Framework)中所採用的品質標準的指標	加拿大健康指標 (Health Indicators)	國家指標計畫 (Commission's National Indicators project)	
品質資訊平台	1. 健康諮詢資訊網絡 (Clinician-Consumer Health Advisory Information)	1. NICE 途徑 (NICE Pathway) 2. NHS 實證(NHS	1. 加拿大健康指標 (Health Indicators Series) 2. 加拿大健康服務	1. 安全與品質健康資訊標準(Health information standards for safety)	

	美國 AHRQ	英國 NICE	加拿大 CIHI	澳洲 ACSQHC	台灣
	醫療照護研究及品質機構	國家優良臨床研究院	加拿大衛生資訊研究院	澳洲醫療安全與品質委員會	
	Network, CHAIN) 2. National Guideline Clearinghouse 3. National Quality Measurement Clearinghouse	Evidence)	組織資訊管理系統標準(Standards for Management Information Systems in Canadian Health Service Organizations, MIS Standards)	and quality) 2. 臨床品質通報 (Clinical Quality Registries)	
國家級品質架構	國家品質策略(National Quality Strategy)	NICE 品質和結果架構(NICE Quality and Outcomes Framework)	資訊品質架構(Data Quality Framework)	澳洲健康照護安全與品質架構(Australian Safety and Quality Framework for Health Care)	
臨床標準／ 臨床指引	1. 西元 1992 年至西元 1996 年之間資助發展了一系列共 19 個臨床指引。(已停用) 2. 自西元 1998 年起，AHRQ 成立 NGC(National Guidelines Clearinghouse)，建立公開的查詢網站並訂定相關指引納	1. NICE 指引 (NICE Guidelines) 至西元 2011 年 11 月 07 日共出版 773 個指引，發展中的指引為 237 個。 2. NICE 品質標準 (NICE Quality Standards)		國家安全與品質健康服務標準(National Safety and Quality Health Service Standards, NSQHS)	

	美國 AHRQ	英國 NICE	加拿大 CIHI	澳洲 ACSQHC	台灣
	醫療照護研究及品質機構	國家優良臨床研究院	加拿大衛生資訊研究院	澳洲醫療安全與品質委員會	
	入的條件和標準。				
定期報告或刊物	1. 年度報告(AHRQ annual highlight) 2. 年度成果概要報告(AHRQ annual performance report) 3. 國家健康照護品質報告書(NHQR) 4. 國家健康照護系統性落差報告書(NHDR) 5. State Snapshots 6. 各項計畫報告	1. 各項指引 2. 年度報告書 3. 年度會計報告 4. 各項計畫報告	1. 年度報告(CIHI annual report) 2. 健康指標(Health Indicators, 2002~2011) 3. 各項計畫報告	1. 澳洲臨床指標報告(Australasian Clinical Indicator Report) 2. 各項以業務分類之報告	
其他	定期年會	定期年會			

3.4 病人經驗問卷調查

3.4.1 背景說明

近年來醫療技術、資訊傳播與醫療可近性的提升，消費者意識抬頭以及對醫療品質的重視，促使各醫療機構更加重視醫療品質的發展且執行醫療品質改善活動更加頻繁，醫療品質改善儼然已成為一種趨勢以及日常工作之一。醫療品質一直是醫療體系所重視的三大議題之一，多年來，醫界竭盡心力發展品質測量的方法，從早期以同儕審查為主，直到 Donabedian 提出評估醫療品質的三架構--結構、過程、結果之後，醫療品質測量才有較完整的架構，也開始朝向量化測量。而目前多數量化的醫療品質指標中，仍以醫療專業觀點的指標為主，如健保局之品質資訊公開網站所公布之品質指標，大部分是民眾較無法理解意義的指標，這些公開的資訊對民眾判斷醫療品質或是作為就醫的參考是有困難的。

西元 2000 年 WHO 出版的世界衛生年度報告以健康照護體系之績效評估為題，評估各國健康照護體系的績效架構，將增進健康(health)、財務負擔公平性(fairness in financial contribution)及回應民眾需求(responsiveness)視為健康照護體系的三大「目標」。美國 IOM 於西元 2001 年出版「Crossing The Quality Chasm」一書，書中指出 21 世紀的健康照護體系必須包含六個要素：安全(safe)、有效(effective)、病人中心(patient-centered)、適時(timely)、效率(efficient)及公平(equitable)，其中「病人中心」是主軸。另外，西元 2006 年 OECD 所提出的 HCQIP 的架構，也將回應民眾(responsiveness)以及病人為中心(patient-centeredness)列為醫療品質中重要的一個面向。由此可知回應民眾需求以及以病人為中心逐漸成為全球醫療品質發展的趨勢。因此，醫療品質的測量也轉向發展能夠使民眾理解且回應民眾之病人觀點或就醫經驗的品質測量。

在歐美地區，包括：WHO、美國 AHRQ 與 Commonwealth Fund、英國 NHS、Picker Institute Europe、荷蘭、丹麥、挪威和加拿大等國家和組織，發展了許多以問卷方式收集與調查和病人經驗以及健康照護系統回應資料相關的研究和調查(請參考下表 3.4-1)，其中美國 AHRQ 以科學方法發展一系列具信度和效度且有系統之 Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS)病人經驗調查工具，能夠完整且有效率的進行病人經驗資料收集和提供民眾相關資訊。

除此之外，CAHPS 問卷調查工具也是各國發展病人問卷經驗調查時相當重要的參考工具，許多國家或組織在發展適合自己的病人經驗問卷調查工具時，也都會參考 CAHPS 的問卷工具，例如：荷蘭健康照護顧客經驗調查中心(Dutch Center for Consumer Experience in Health Care)發展的 Consumer Quality Index (CQI)以及 WHO 於西元 2000~2001 年所進行的多國健康與回應民眾的調查等。

表 3.4-1、各國或組織所進行與病人滿意度或病人經驗相關之研究

國家或組織	調查名稱
WHO http://www.who.int/responsiveness/surveys/en/	The World Health Survey (WHS), 1999-2007
加拿大	Canadian Community Health Survey (CCHS), 2006
英國 NHS	Outpatient Department Survey

國家或組織	調查名稱
http://www.nhssurveys.org/surveys	2002/03, 2004, 2005, 2011
	Adult Inpatient Survey 2002/03, 2004-2011
	Emergency Department survey 2002/03, 2004/05, 2008
	Primary Care Trusts surveys 2003, 2004, 2005, 2008
	Mental Health Trust Survey 2004, 2005, 2007, 2008, 2010
	Mental Health Inpatient Survey 2009
	General Practice Survey 1998, 2002
	Condition specific surveys --Cancer 1999/2000 --Coronary Heart Disease Survey 1999, 2004 -- Diabetes Survey 2006 -- Stroke Survey 2004, 2005
美國 The Commonwealth Fund	Survey of Public Views of The US Health Care System 2006
	1999International Health Policy Survey of The Elderly
	2001 International Health Policy Survey
	International Health Perspectives 2007
	The 2008 International Health Policy Survey of Sicker Adults
	2009 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians
美國 AHRQ https://www.cahps.ahrq.gov/Surveys-Guidance.aspx	CAHPS Health Plan Survey
	CAHPS Clinician & Group Survey
	CAHPS Supplemental Item Sets Survey
	CAHPS Surgical Care Survey
	CAHPS American Indian Survey
	CAHPS Dental Plan
	CAHPS Experience of Care and Health Outcomes (ECHO) Survey
	CAHPS Home Health Care Survey
	CAHPS Hospital Survey
	CAHPS In-Center Hemodialysis Survey
	CAHPS Nursing Home Survey
Picker Institute Europe	Inpatient experiences in five countries ,1998-2000 (Germany, Sweden, Switzerland, UK and USA)
	Patients' views on the responsiveness of health systems and health care providers in eight countries, 2002 (Germany, Italy, Poland, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, UK)
荷蘭	Enrolees of all Dutch Health Insurers, 2007

國家或組織	調查名稱
Dutch Center for Consumer Experience in Health Care	Care for People with Disabilities, 2007
挪威 Norwegian Knowledge Centre for the Health Services	Hospital outpatients, 2003-2004 (To assess and report on patient experiences with outpatient care in Norway)
	Psychiatric inpatients, 2005 (To assess and report psychiatric patients' experiences with inpatient care)
	Psychiatric outpatients, 2004 (To assess psychiatric patients' experiences with outpatient care)
	Hospital inpatients 1996, 1998, 2003, 2006 (To assess and report on patient experiences with inpatient hospital care in Norway)
	Next-of-kin of paediatric inpatients, 2005 (To assess and report parent experiences with Norwegian paediatric health care services)
丹麥 Unit of Patient Evaluation http://www.patientoplevelse.r.dk/index.asp?id=210	Hospital Inpatient Survey 2000, 2002, 2004, 2006, 2009, 2010 (Cross-sectional and longitudinal comparisons of patient experiences at the hospital and medical specialties level)

資料來源：(Andrew, Erling, & Kirsten, 2008)

目前台灣多數醫療機構較常運用的品質改善手法和測量指標包括：全面品質管理(Total Quality Management, TQM)、品管圈(Quality Control Circle, QCC)、國際標準化組織(International Organization for Standardization, ISO)、臨床路徑(Clinical Path, CP)、品質指標專案(Quality Indicator Project, QIP)、台灣醫療照護品質指標系列 (THIS) 以及台灣醫療品質指標計畫 (TCPI) 等，上述改善計畫及測量指標皆是屬於臨床專業資訊，一般民眾不易了解，也難以從資料中獲得所需訊息，更何況是要作為就醫的參考。

在回應民眾需求的方式上，過去較廣泛被使用的方法分別為「病人滿意度調查」。滿意度調查指的是，反應病人對所接受到之照護服務的觀點，易受個人特質、喜好、期望、意向所影響，通常結果是主觀與非確切性；病人經驗之測量則是透過結構式問卷工具，收集病人接受醫療照護服務之經驗，找出影響醫療品質的重要因素，讓病人參與醫療品質測量的方法。它是藉由科學方法建立之標準問卷，收集病人經驗的資訊，避免病人主觀價值判斷影響測量結果。

病人為醫療處置的接受者，病人對醫療品質的評估有其不可替代性，而專業的醫療品質指標民眾一般不容易了解，也無法作為參考依據，因此經驗口碑成為民眾就醫選擇的主要決策依據。以病人經驗為基礎的品質指標，具備明確且客觀、民眾容易理解的優點，可作為滿意度指標及臨床專業指標的補充，三者互補使醫療品質監測與改善之工具更趨完整。

3.4.2 美國 H-CAHPS Survey 介紹

近年來歐美國家致力於開發及公布醫療品質指標相關資訊，提供給醫療保險、醫療提供者以及醫療服務購買者參考。例如：美國 NCQA (National Committee for Quality Assurance) 發展的 HEDIS (Healthcare Effectiveness Data and Information Set) 以及品質報告卡系統 (Report Card System)、AHRQ 與 CMS 合作發展的 CAHPS、以及歐洲國家較常使用的 Picker Institute Europe 發展的 Picker's Survey。

美國 CAHPS 是一個大規模的醫療照護相關的研究系統，是在西元 1995 年由 AHRQ 資助與 CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) 共同發展出來的一套綜合的研究工具組，適用於各方面與醫療照護相關的調查，透過這套問卷工具詢問消費者和病患他們在各方面的醫療照護經驗。在這個系統內包含 5 種調查工具，包括：論量計酬 (FFS CAHPS)、醫院 (H CAHPS)、血液透析中心 (ICH CAHPS)、優良醫療保險 (Medicare Advantage CAHPS)、護理之家 (NH CAHPS)。其中與醫院端相關的照護經驗調查工具為 Hospital CAHPS (H CAHPS)，即為目前台灣發展病人經驗問卷調查的主要參考資訊。

H-CAHPS Survey 的目的主要是用來收集病人觀點的重要照護經驗，同時客觀且有意義地比較醫院之間差異的測量工具，同時以該調查結果所作之公開報告，也可成為醫院改善照護品質的動機。另外，透過公開報告增加醫院照護品質的透明度，以增進醫療照護的課責 (Accountability)。

CMS 從西元 1995 年開始接受 AHRQ 資助共同發展提供健康計畫與醫療提供者的資訊的研究和通報工具，範圍包括各類別與各層級的醫療照護體系。AHRQ 於西元 2002 年開始發展醫院端的 CAHPS 調查工具，開始收集各方的建議、進行文獻蒐集以及認知測試等工作，並且於西元 2003 年完成 HCAHPS 工具初稿。初稿完成後，仍持續進行測試以及收集意見，於同年 6 月至 8 月期間於亞利桑納、馬里蘭和紐約三州進行小規模的測試 (pilot test)，這個小規模測試計畫共有 132 家醫院參加，共回收 19,000 份問卷。除了小規模測試之外，AHRQ 與 CMS 於西元 2003 年 10 月以及西元 2004 年 3 月分別舉行了 6 場和 10 場的焦點團體會議，邀請有醫院經驗的病患或照顧者參加。除此之外，也在西元 2003 年秋天於 5 個自願的醫院進行問卷的施做，透過以上測試結果以及收集的建議，可以事先了解問卷發放過程、抽樣方式、問卷回收以及其他事務是否有需要改進的地方，讓問卷工具更加完善。

在經過不斷的測試和修改後，在西元 2004 年秋天 AHRQ 與 CMS 將 HCAHPS 共 25 題的問卷題交給 National Quality Forum (NQF) 審核，再經過審核並且與民眾討論後取得共識，最後完成的問卷共有 27 題，同時也加入電話調查的項目，並於西元 2005 年 5 月 21 日獲得 NQF 的認可，且在同年 12 月 the Federal Office of Management and Budget 的同意可作為全國公開報告。在西元 2006 年 2 月第一版的 HCAHPS Quality Assurance Guidelines 手冊正式出版，同年 10 月份開始全國執行以及準備公開報告事宜。經過長時間的規劃和測試，在西元 2008 年 3 月出版第一本 HCAHPS 結果公開報告。

美國政府於西元 2005 年公佈削減赤字法案 (Deficit Reduction Act of 2005) 提供醫院導入 HCAHPS 的動機，除此之外，西元 2010 年頒佈病人保護與支付照護法案 (Patient Protection and Affordable Care Act of 2010) 預計將 HCAHPS 納入，從西元 2012 年 10 月開始作為實施測量醫院購買價值計畫 (Hospital Value-Based Purchasing Program) 之計費工具。

從西元 2006 年 HCAPHS 第一版研究工具發展完成後，每年有更新的版本、翻譯版、修正以及補充，另外也包含標準化、資料校正以及教育訓練等，以確保資料的可比較性和可信度，使用者可以在自行在網站上挑選有興趣的醫院進行查詢與比較。目前醫院參與的情形，在西元 2010 年 12 月底出版的公開報告中，共有 3,798 間醫院參加，回收有效問卷約有 260 萬筆資料。(資料來源： AHRQ, 2010)

HCAHPS 研究問卷一共包含 27 個問題，由以下項目組合而成：

一、 綜合測量(Composite Measures)

- (一) 與護理人員的溝通(Communication with Nurses)。
- (二) 與醫師的溝通(Communication with Doctors)。
- (三) 醫院員工的回應(Responsiveness of Hospital Staff)。
- (四) 疼痛管理(Pain Management)。
- (五) 藥物說明(Communication About Medicines)。
- (六) 出院準備服務(Discharge Information)。

二、 個別項目(individual items)

- (一) 醫院環境清潔程度(Cleanliness of Hospital Environment)。
- (二) 醫院環境安靜程度(Quietness of Hospital Environment)。

三、 全面性測量(global items)

- (一) 是否推薦醫院(Recommend the Hospital)。
- (二) 醫院整體評價(Overall Hospital Rating)。

3.4.3 台灣病人經驗調查介紹

在台灣，由於醫院評鑑的規定，要求醫院定期實行病人滿意度調查，以確保醫院應提供親切合宜，以病人為導向的醫療服務。因此為配合醫院評鑑之要求，大部分醫院皆會定期執行包括急診、門診、住院病人或家屬的滿意度調查，目前醫院大部分是使用自行開發或 THIS 系統的滿意度調查問卷。

台灣目前有關病人經驗相關的調查大部分是屬於病人滿意度調查，但以詢問滿意度為基礎的問卷調查，再加上問卷調查執行的方式和抽樣等問題，以至於滿意度調查的客觀性和結果較難具有代表性。因此，後續以整體病人經驗為基礎之研究也慢慢受到重視，包括出院病人經驗調查、病人報告之醫院品質調查、以及目前正在發展的以病人經驗為基礎的醫療品質調查工具等。過去有關台灣病人經驗調查相關之研究介紹如下：

一、 出院病人調查--病人報告的醫療品質(資料來源：鄭守夏，病人報告的醫療品質(NSC92-2416-H002-044)，93 年)

- (一) 樣本選取

1. 六種常見診斷/手術：闌尾切除、剖腹產、糖尿病、肺炎、中風、氣喘。
2. 選取地區教學以上且樣本數較多之醫院(共 108 家)。
3. 在醫院總額實施前後針對上述出院病人各實施一次郵寄問卷調查。
4. 調查實施時間：前測 91 年 1~3 月、後測 93 年 3~5 月。

(二) 調查方式

國立台灣大學衛生政策與管理研究所鄭守夏教授與衛生署中央健康保險局合作，由各分局協助抽樣、病人資料取得、問卷郵寄以及電話催覆。

(三) 抽樣方法

1. 依每家醫院每一疾病，由申報檔中隨機抽取 1/2 個案。
2. 每家醫院每一疾病每月抽樣以不超過 15 個個案為原則。

(四) 資料處理

1. 問卷回收後，先由台大研究室進行 coding、key-in 與除錯。
2. 請健保局協助提供問卷受訪者的住院申報資料，將問卷資料與醫院申報資料進行串檔並作分析。

(五) 問卷內容

問卷內容參照 87、88 年度由國科會補助的一項計畫—「出院病人調查」研究計畫中間卷架構及內容，除個人基本資料，如年齡、性別、教育程度、自覺疾病嚴重度相關資料外，本研究著重於病人觀點醫療品質的測量，也就是住院期間病人所感受到的醫療品質(patient perceived quality)。

問卷內容包含三個部分的測量變項，分別為人際面品質表現、技術面品質表現以及臨床指引的執行程度，其中人際面品質與技術面品質表現採 Likert Scale 1-5 分計分，分數越高表現越佳；臨床指引的執行程度以「有/無」計分，以下為問卷所包含的測量變項：

1. 人際面品質表現：

護士態度友善、呼叫護士回應、護士和病患溝通、醫師是否記得做過醫療處理、醫師診療態度、醫師詢問且重視病患意見。

2. 技術面品質表現：

護士專業能力、醫師醫術、醫院儀器設備、病房環境是否滿意、治療結果與預期比較、對診療或藥物有無清楚說明。

3. 臨床指引的執行程度：(以氣喘為例)

是否安排後續照護計畫、是否提供書面衛教資料、是否告知氣喘過敏原及如何避免、是否給予全身性類固醇。

(六) 研究結果

第一次調查寄出問卷14,408份，有效回收問卷6,725份，回收率46.7%；第二次調查寄出問卷15,481份，有效回收問卷6,736份，回收率43.5%。

此研究顯示在「病人報告醫療品質」中的新式指標，包括人際面及技術面，各自面項的內部一致性相當高。在檢測病人報告品質與醫療評鑑指標時，發現層級越高則病人報告品質分數越高，顯示兩者呈現一致的相關性。由上述證據顯示，這些指標可以做為病人的觀點的品質指標，並可以用來做為各醫院間醫療服務品質好壞的比較。未來可考慮繼續發展這類型的指標，針對不同的醫療科別或疾病別；或針對醫師表現或護士表現做分析，並將不同的醫療機構排名，提供機構內自我改進或給民眾參考用。

二、病人報告之醫院品質--問卷發展

病人報告之醫院品質調查問卷工具的發展是由國家衛生研究院與國立台灣大學衛生政策與管理研究所鄭守夏教授合作所執行之研究計畫，問卷工具之信度與效度分析之結果，也發表在期刊台灣衛誌，名稱為「病人報告之醫院品質：問卷發展與信效度分析」。(資料來源：姚，蕭，郭，& 鄭，99年)

研究目的是希望能夠發展一份適用台灣、以病患經驗為主軸之醫院醫療照護品質測量工具。本研究參考美國 CAHPS2.0、Picker survey of Patient experience questionnaire (PPE)、Patient Judgments of Hospital Quality (PJHQ)及 Short form of the Quality from Patient's Perspective (Qpp-short)等問卷改良而成。

利用便利取樣，全台灣 20 間自願參與研究之醫院，選取出院急性病人 2,676 名為樣本，進行問卷調查，有效回收問卷數為 2,005 份(回收率 75%)。以心理計量項目分析程序選取核心題目，並檢驗核心問卷之信、效度。信度分析使用 Cronbach's α 值與以 Spearman-Brown formula 修正後之折半信度值驗證量表內部一致性信度；效度分析使用皮爾森相關係數值評估量表內容效度與同時效度；量表之建構效度以因素分析進行驗證。

驗證結果最後醫院品質核心問卷共計 27 題，包含 6 個向度（醫師照護、護理照護、整體醫病互動、社會心理支持、尊重與醫院環境）。信度與效度驗證的結果顯示此問卷工具擁有良好之信、效度，未來將可藉由問卷資料的收集，健全國內目前已具有專業面之醫療照護品質指標。

3.4.4 結論與建議

醫療照護品質一直以來是民眾關心的議題，隨著消費者意識抬頭，民眾越來越重視所接受到的醫療照護品質。醫療品質具有多個面向，並沒有一個簡單的測量工具或指標，不論是結構、過程、與結果面，或者是臨床、專業、與病人觀點，都有其間互補的功用。而提供一套能夠讓民眾理解且客觀運用的醫療品質資訊，是目前促進品質改善中非常重要的一項工作。對照現今民眾可參考之醫療品質資訊大多著重在民眾不易理解之臨床專業指標；而民眾可理解的病人滿意度調查，則因調查之問卷題目不夠明確，容易有主觀上之判斷，而失去參考之價值。目前以病人經驗為基礎的醫療品質測量結果，已經在歐洲與美國被普遍使用，因此，發展一套適用於台灣、以病患照護經驗為主軸的醫療照護品質測量工具，並將之推廣使用，作為提供民眾能夠理解且客觀運用的醫療品質資訊，將是我國未來在追求醫療品質改善上，必須著重的地方。

目前本土化的測量工具已有初步結果，包含基本測量工具之信度與效度測試、小規模試測、問卷使用手冊等，未來需要發展及改善的部分仍相當多，包含擴及門診與急診、抽樣方式規劃、執行方式、資料比較等等。而由於台灣醫院規模大小差異極大，醫院間的病例組合也相當不同，未來還需要在樣本選取與資料蒐集上精緻化，病人經驗的品質測量結果的才會具有可比較性與進一步的應用。

根據我國目前已有的研究結果與經驗，提出兩項建議：

一、 短期建議

以我國現有之「病人報告之醫院品質」為基礎，發展問卷使用手冊，做為推廣使用之參考。另針對樣本之選取與問卷發放之流程，結合醫院例行之作業，發展標準作業流程，同時為利於未來進行跨院比較報告，規劃建立完整之資料收集標準。目前醫療品質政策辦公室已將「病人報告之醫院品質」問卷標準化及經委員會確認，並完成問卷使用手冊(詳附錄七)，已透過醫策會推廣使用。

二、 中長期建議

由於目前我國現有之「病人報告之醫院品質」乃是針對住院的照護經驗所發展之工具，未來規劃將照護服務的範圍擴及門診與急診等，發展符合我國國情且具信、效度之病人報告之品質測量工具。

另外，由於台灣醫院規模大小差異極大，醫院間的病例組合也相當不同，未來進行跨院比較的資料分析時，也需要發展相關之病例組合校正方法，使病人經驗的品質測量結果更具有可比較性與可觀性。

參考文獻

- ACSQHC. (2012). *The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care*. Retrieved from <http://www.safetyandquality.gov.au/>
- AHRQ. (2012). *Agency for Healthcare Research and Quality*. Retrieved from <http://www.ahrq.gov/>
- AHRQ. (2011). *2010 AHRQ Annual Highlights and Report*. Agency for Healthcare Research and Quality.
- AHRQ. (2010, July). HCAHPS Fact Sheet.
- AHRQ. (2012). *State Snapshots*. Retrieved from <http://www.ahrq.gov/qual/kt/statesnapsumm.htm>
- Andrew, G., Erling, S., & Kirsten, D. (2008). *National and cross-national surveys of patient experiences: a structure review*. Norwegian Knowledge Center for the Health Services.
- CIHI. (2011). *Canadian Institute for Health Information*. Retrieved from <http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/Home/home/cihi000001>
- CIHI. (2011). *CIHI 2010 Annual Report*.
- Department of Health and Ageing. (2011). *Health and Ageing Portfolio, Portfolio Budget Statements 2011~2012*. Department of Health and Ageing, Australia.
- Lee, T.-T., Chen, C.-C., Cheng, S.-H., & Lai, M.-S. (2010, 1). A Pay-for-Performance Program for Diabetes Care in Taiwan: A Preliminary Assessment. *American Journal of Managed Care*, 16 (1), pp. 65-69.
- NICE. (2011). *Annual Report and Account 2009/10*.
- NICE. (2012). *National Institute for Health and Clinical Excellence*. Retrieved from <http://www.nice.org.uk/>
- 台灣病人安全通報系統(TPR)。(101 年)。擷取自 <http://www.tpr.org.tw/index01.php>
- 石崇良。(100 年 02 月 01 日)。行政院衛生署醫事處業務簡報資料。行政院衛生署醫事處。
- 江東亮。(97 年)。糖尿病方案實施品質加成之初步效益評估。行政院衛生署中央健康保險局。
- 行政院衛生署 99 年度醫療品質政策諮詢委員會醫療品質政策研議小組第 1 次會議報告資料。(99 年)。
- 行政院衛生署食品藥物管理局。(101 年)。擷取自 <http://www.fda.gov.tw/>
- 行政院衛生署食品藥物管理局。(100 年 06 月 01 日)。全國藥品不良反應通報系統計畫簡報資料。
- 行政院衛生署疾病管制局。(101 年)。擷取自 <http://www.cdc.gov.tw/mp.asp?mp=1>

行政院衛生署疾病管制局。(94 年)。全民健保醫院總額加強感染控制實施方案評量方式。行政院衛生署疾病管制局。

行政院衛生署疾病管制局。(100 年 04 月 27 日)。健康照護績效提升計畫「加強醫院感染控制第二期」－醫院手部衛生認證計畫 簡報資料。

行政院衛生署國民健康局。(99 年)。2010 國民健康局年報。行政院衛生署國民健康局。

行政院衛生署國民健康局。(101 年)。擷取自 <http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/>

行政院衛生署國民健康局。(100 年)。99-100 年糖尿病健康促進機構促進計畫－糖尿病健康促進機構認證作業及其執行成效評審之成果報告。行政院衛生署國民健康局。

行政院衛生署國民健康局。(100 年)。台灣地區母嬰親善醫療院所認證結果分析報告。

行政院衛生署國民健康局。(100 年 09 月 21 日)。孕婦產前檢查簡報資料。

行政院衛生署國民健康局。(100 年 07 月 27 日)。母嬰親善醫療院所認證作業計畫簡報資料。

行政院衛生署國民健康局。(100 年 09 月 21 日)。成人預防保健服務簡報資料。

行政院衛生署國民健康局。(100 年 09 月 21 日)。兒童牙齒塗氟塗氟服務計畫簡報資料。

行政院衛生署國民健康局。(100 年 07 月 27 日)。兒童預防保健提升計畫簡報資料。

行政院衛生署國民健康局。(100 年 07 月 27 日)。門診戒菸服務計畫簡報資料。

行政院衛生署國民健康局。(100 年 07 月 27 日)。醫院癌症醫療品質提升計畫簡報資料。

行政院衛生署醫事處。(101 年)。擷取自

http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=1&now_fod_list_no=4069&level_no=1&doc_no=76089

行政院衛生署護理及健康照護處。(101 年)。擷取自

http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=211&now_fod_list_no=6571&level_no=1&doc_no=39350

行政院衛生署護理及健康照護處。(100 年 04 月 27 日)。護理人力監測資料庫建置計畫簡報資料。

余玉眉。(94 年)。台灣護理政策白皮書。行政院衛生署委託研究。

姚開屏，蕭宇佑，郭耿南，& 鄭守夏。(99 年)。病人報告之醫院品質：問卷發展與信效度分析。台灣衛誌，29 (5)，頁 440-451。

翁慧卿。(91 年)。全民健保連續性完整照護氣喘病患之疾病管理模式先導研究。行政院衛生署中央健康保險局。

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會。(101 年)。擷取自

<http://www.tjcha.org.tw/FrontStage/page.aspx?ID=66875137-F99A-4C88-9750-FB3F169AF8BE>

陳珮嘉。(96 年 11 月 28 日)。新制醫院評鑑之推動與作業流程說明簡報資料。行政院衛生署醫事處。

鄭守夏。(93 年)。病人報告的醫療品質(NSC92-2416-H002-044)。行政院國家科學委員會。

鄭守夏。(100 年)。從病人滿意度到病人經驗之醫療品質測量。100 年度全國醫療品質政策發展論壇。台北。

賴美淑。(96 年)。乳癌試辦計畫五年效益評估。行政院衛生署中央健康保險局。

鍾國彪，& 游宗憲。(98 年)。醫療品質指標發展的挑戰與展望。台灣衛誌，28 (5) ，頁 345-360。

蘇瑞勇。(95 年 02 月 01 日)。介紹醫院評鑑簡報資料。高雄市立聯合醫院。

第四章 醫院醫療照護品質量測系統及運用

4.1 醫院評鑑

自 96 年全面實施新制醫院評鑑及教學醫院評鑑後，為改善評鑑標準的缺失並順應國際醫院評鑑趨勢，從 98 年起進行基準及制度之革新工作，99 年公佈試評版基準，辦理試評及研修作業，100 年起正式實施新版醫院評鑑基準及教學醫院評鑑基準，並全面進行實地評鑑方式、評鑑基準評估、評鑑與成效指標之結合、評鑑委員專業訓練等制度上的變革，主要策略有四：

- 一、進行評鑑基準之刪減或整併：減少書面資料，簡化整併評鑑基準，以病人安全、醫療品質為導向，並將政府重要政策融入評鑑基準中。
- 二、規劃並建置持續監測系統：為落實醫院評鑑持續改善的機制，配合 100 年度評鑑基準，修訂「100 年醫院評鑑持續性監測項目試辦指標(草案)」，且同步建置「醫院評鑑持續性監測系統」，使符合新版評鑑基準之精神，並於同年實施試辦作業，作為未來醫院評鑑持續性監測制度規劃之參考。
- 三、導入新式評鑑技術與方法：以觀察與面談的實地訪查取代紙上考評，並擴大病人安全範圍至家屬訪客及照護人員，使評鑑結果更貼近事實。
- 四、強化評鑑委員制度：實地評鑑時，不同於以往兩組委員分開評核的方式，兩組委員(醫療與護理)將共同至現場進行系統性評鑑；捨棄過去依「評分說明」的逐條計分方式，委員須對基準融會貫通，以進行流暢的實地評鑑。

4.1.1 醫院評鑑內容

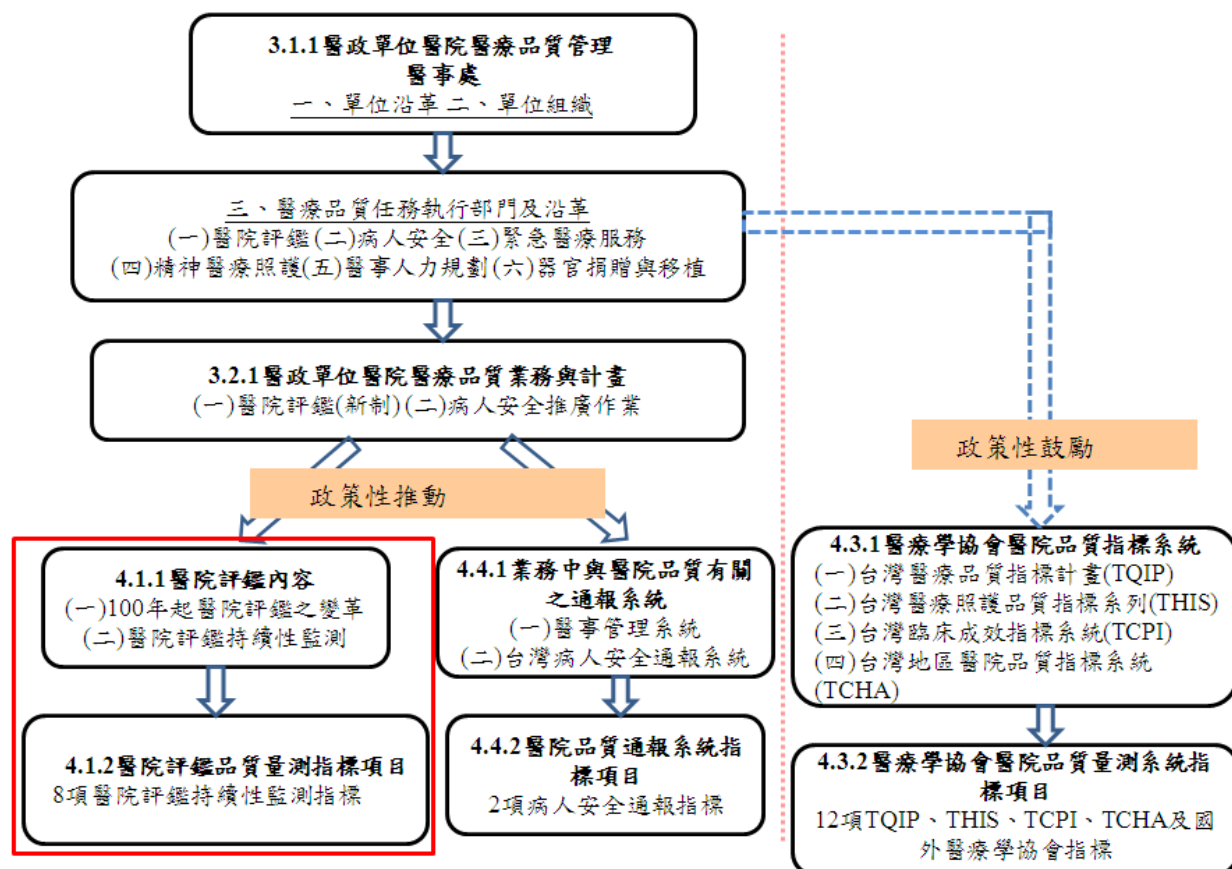


圖 4.1-1：醫政單位之醫院醫療品質管理架構-4.1.1&4.1.2 章節示意圖

壹、100 年起醫院評鑑及教學醫院評鑑之變革

一、功能與目的

新制醫院評鑑基準及新制教學醫院評鑑基準自 96 年起所有醫院完成了一次評鑑後，從 98 年起參考歷年各界意見及成績分析，進行新版「醫院評鑑基準」及「教學醫院評鑑基準」修訂工作，期能更符合醫療機構實務需要，及協助推展與提升醫院管理與臨床照護品質。99 年公佈試評版基準，並辦理試評及研修作業，100 年起正式實施新版醫院評鑑基準及教學醫院評鑑基準。

100 年起醫院評鑑的改革重點如下：

- (一) 簡化評鑑種類：簡化為醫院評鑑(含精神科)及教學醫院評鑑(包含各類醫事人員)，整併衛生業務查訪項目於評鑑基準中，減少對醫院業務之干擾。
- (二) 章節架構修訂：以「功能」檢視及歸類基準，僅分為「經營管理」、「醫療照護」兩大主軸，協助醫院了解各「功能」於醫療品質、病人安全之意義，有別以往以部門式評核結果回推整體醫療品質的評量方式。
- (三) 評鑑基準及委員分組：將新制醫院評鑑原有的醫療組和護理組整併為「醫療護理

組」，實地評鑑時，醫療與護理的委員共同進行評鑑，改善過去兩個小組委員獨立實地評鑑的方式。

- (四) 評分條文：各評量項目中，依 PDCA 循環、法令達成情形調整評分說明內容，明確列出符合 A、B、C 各等級的條文，且需所有條文皆符合才能評定為該評鑑等級；並重新檢視各項基準之評分說明，容許有些項目，僅有「符合/不符合」。
- (五) 醫院評鑑申請類別：回復到醫學中心、區域醫院及地區醫院三類，醫學中心需為醫院評鑑優等，且申請「醫學中心」評鑑之醫院應依「醫學中心任務指標基準」辦理。
- (六) 評定等級：評鑑等級由「合格、優等、特優」改為「合格、優等」。
- (七) 評鑑效期：評鑑合格效期自 100 年起一律改為 4 年，拉平醫院及教學醫院合格效期不同時間之問題，以降低醫院年年評鑑干擾。

差異項目	94~99 年新制醫院評鑑	100 年起醫院評鑑
評鑑基準	8 大章，505 項	2 大主軸，各為 8 個章節及 9 個章節，238 項
委員分組	管理組、醫療組及護理組	經營管理組、醫療照護組
評定等級	合格、優等及特優	合格、優等
評分條文	A、B、C	A、B、C；符合/不符合
評鑑效期	3 年或 4 年	4 年

(資料來源：中國醫訊 100.09)

100 年起教學醫院評鑑的改革重點如下：

- (一) 整合衛生署現有教學醫院評鑑、畢業後一般醫學訓練及教學醫院教學費用補助計畫，全面評估所有職類之教學訓練與成果(包括實習學生與畢業後二年內新進在職人員)。
- (二) 更聚焦於教學功能之發揮，各類訓練計畫可以單獨評定為通過與否。
- (三) 降低研究論文發表的門檻，提升鼓勵研究與進行研究教學機制。
- (四) 以通過與否取代 ABCDE 的評量方式。

二、通報項目/量測項目(詳細評鑑基準見附錄八)

(一) 100 年新版醫院評鑑

新版「醫院評鑑基準」，從 505 項整併為 238 項、8 大章整併為 2 大主軸(「經營管理」主軸及「醫療照護」主軸)，並將 7 類醫事人力項目「醫師」、「醫事放射」、「護產」、「藥劑」、「醫事檢驗」、「營養」及「復健人力」等列為必要項目，醫院如該等項目不合格，將被評為「評鑑不合格醫院」。另外，也加入我國過去缺乏的評鑑基準，如：呼吸照護服務、透析照護服務、出院規劃與持續性照護、電子病歷等，以使評鑑內容更加周全。

第一篇經營管理的評鑑項目為醫院經營策略、員工管理與支持制度、人力資源管理、員工教育訓練、病歷、資訊與溝通管理、安全的環境與設備、病人導向之服務與管理及危機管理與緊急災害應變等 8 章節。第二篇醫療照護的評鑑內容為病人及家屬權責、醫療照護品質管理、醫療照護之執行與評估、特殊照護服務、用藥安全、麻醉及手術、感染控制、檢驗、病理與放射作業、出院準備及持續性照護服務等 9 章節。

(二) 100 年新版教學醫院評鑑

新版「教學醫院評鑑」整合衛生署對於教學醫院的相關評鑑、訪查內容：「新制教學醫院評鑑」、「畢業後一般醫學訓練訪查」及「教學醫院教學費用補助計畫查核」等關於教學醫院之評鑑或訪查，除原有的「西醫」、「護理」、「藥事」、「醫事放射」、「醫事檢驗」職類外，新增加「中醫」、「牙醫」、「職能治療」、「物理治療」、「呼吸治療」、「營養」、「臨床心理」、「諮商心理」、「助產」等職類，共 14 職類之醫事人員納入教學醫院評鑑範圍。

100 年教學醫院評鑑項目為教學資源與管理、師資培育、跨領域教學與學術交流、教學與研究成果、實習醫學生及醫師之訓練及成果、其他醫學生及醫事人員之訓練及成果等六大章。

三、資料來源

(一) 醫院評鑑資料表

由各醫院提出評鑑申請且資格初審通過後，醫院進行網路申報及繳交書面資料，評鑑委員根據醫院提供之書面資料進行審查(醫院評鑑資料表)，審查通過之醫院才安排實地評鑑。

(二) 個別醫院必要項目/人力配置項目評量結果

評鑑委員於個別醫院實地評鑑之評鑑結果。

四、資訊運用與公開情形

(一) 衛生署醫院評鑑資訊公開專區

1. 功能與目的

醫院評鑑資訊公開資料係以行政院衛生署之醫事機構開業登記中之醫院名單為主，彙整各醫院之基本資料、評鑑相關資料及業務資料等資訊供民眾參考。

2. 通報項目/量測項目

一、基本資料	1. 機構代碼 2. 負責人 3. 電話 4. 地址 5. 縣市區碼 6. 權屬別 7. 型態別	8. 型態別代碼 9. 縣市區名 10. 健保特約註記 11. 設置科別 12. 病床開放數量 13. 醫事人員數 14. 各專科證書張數
二、評鑑相關資料	1. 醫院評鑑結果 2. 教學醫院評鑑結果 3. 醫院評鑑合格效期 4. 教學醫院評鑑合格效期 5. 最近一次醫院評鑑年度 6. 必要項目評量結果 (按 95~99 年新制評鑑基準，共 26 項) 7. 人力配置項目評量結果 (按 95~99 年新制評鑑基準，共 11 項)	
三、業務資料	1. 每日門診人次 2. 每日住院人次 3. 平均住院人日	

3. 資料來源

- (1) 基本資料：衛生署醫事機構開業登記。
- (2) 評鑑相關資料：醫院評鑑委員於個別醫院實地評鑑之結果，包含個別醫院必要項目及人力配置項目評鑑結果。(資料來源：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，101 年)
- (3) 業務資料：由健保局提供。

4. 資訊運用與公開情形

醫院評鑑資訊公開資料係以行政院衛生署之醫事機構開業登記中之醫院名單為主，彙整各醫院之基本資料(機構代碼、名稱、所在縣市、健保特約類別、電話、代表地址、科別、病床數及醫事人力)、評鑑相關資料(最近一次醫院評鑑年度、評鑑結果、評鑑合格效期、必要項目評量結果及人力配置項目評量結果)及業務資料(行政院衛生署中央健康保險局提供之各醫院每日門診人次、每日住院人次、平均住院日、佔床率)等資訊供民眾參考。

貳、醫院評鑑持續性監測

一、功能與目的

醫院評鑑除過程面之評量標準外，鑑於評鑑項目繁多，且 3 或 4 年一次的評鑑方式，使得醫院與委員僅能以片段性、回溯性的方式，就某一時點之醫療品質進行審查，未能經常性、即時性的掌握醫療品質狀況。再者亦有受評醫院反應評鑑準備過程過於繁瑣、文件

紙張作業太多，委員必須花費相當比例時間於書面審閱以致於讓評鑑過程失焦。為能落實以病人照護為流程主體之評鑑，爰配合醫院評鑑基準，以經營管理、醫療照護兩大主軸為基礎，強調團隊醫療照護，建構一套持續性監測制度，並依此制度建置資訊平台；藉由醫院定期回報相關資料或紀錄，可於平時即能監測醫院之醫療相關品質數據資料，並在評鑑時提供委員參考，以簡化醫院評鑑資料準備作業，亦可作為醫院自我持續品質改善之機制。

二、 通報項目/監測項目

醫策會已於 98 年底發布「醫院評鑑持續性監測項目(草案)」提供醫院參考使用。該草案包含 69 項監測項目，並依項目性質區分為必填(28 項)與選填(41 項)，內容包含醫療各面向如財務管理、服務量、醫療廢棄物等 19 項分類、各分類之監測目的、指標編碼、操作型定義、資料來源、監測頻率、可否選填等。該草案於發布後，醫策會邀請約 40 家醫院參與系統外部測試作業，且於試辦期間，持續參考國內外臨床指標系統，並透過舉辦定義交流座談會，蒐集測試醫院回饋意見及組織專案小組，辦理多次小組會議討論，彙整多方意見，完成持續性監測項目修訂作業；包含各項目分類之監測目的說明、指標項目刪修、操作型定義再確認、資料填報來源、監測頻率與項目必選填設定等。

為配合 100 年度修訂之評鑑基準，業於 100 年度修訂「100 年醫院評鑑持續性監測項目試辦指標(草案)」，使符合新版評鑑基準之精神，評鑑項目除包含醫院服務量等 11 大類 27 項監測指標外，亦加入評鑑基準中「醫事人力必要項目」之業務量指標，總計共 40 項(附錄九)。現已有約 130 家醫院參與試辦。

三、 資料來源

1. 通報者

經衛生署認定之醫院評鑑合格及優等之醫院。

2. 通報方式

經衛生署認定之醫院評鑑合格及優等之醫院，於每年 1 月、4 月、7 月及 10 月之 1 日~30 日登入「醫院評鑑持續性監測系統(<http://qip.tjcha.org.tw:8080>)進行資料線上填報，填報資料以上一季(三個月)資料為限。

四、 資訊運用與公開情形

衛生署自 96 年起即委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(以下簡稱醫策會)發展新制醫院評鑑之持續性品質監測指標，於 100 年實施試辦作業，試辦作業結果將彙整相關資料呈報衛生署，作為醫院評鑑持續性監測制度規劃之參考。

此外，醫策會並同步建置「醫院評鑑持續性監測系統」(目前尚在建置中)，為提供醫院定期填報上傳與醫療品質監測相關資料之傳輸平台。該系統亦建置與衛生署「醫事管理系統資料」醫院基本資料、病床數等資料介接之功能，以減輕醫院彙整資料之負擔，並有利於進行評鑑整體作業之精進改善，預計未來逐步對外開放使用。

4.1.2 醫院評鑑品質量測指標項目

案經檢視國內醫院評鑑及配合 100 年度修訂之評鑑基準，發現衛生署 100 年度修訂「100 年醫院評鑑持續性監測項目試辦指標(草案)」，已符合醫療品質政策諮詢委員會品質指標之篩選原則，惟其指標數量偏多，須進一步挑選，以利於與衛生署政策工具相結合。因此委請「醫療品質指標小組」委員、衛生署醫院管理委員會指派或推薦醫院之專家，共同參與資料蒐集與整理、篩選候選指標，並提供初步意見，提送小組委員會討論。

本調查採用「100 年醫院評鑑持續性監測項目試辦指標(草案)」，包含醫院服務量等 11 大類 27 項監測指標(表 4.1-1)。評選方式為請各位專家依照指標分類，同一類項下的指標，依其優先順序進行排序以評選前 10 項優先推薦項目，指標列為最優先者給排序 1、次優先者給排序 2、餘依此類推，至排序 10；另評選出不推薦項目列為 NR。

專家評選出建議採用與醫院評鑑相關之指標計有 8 項指標，獲選指標說明簡表詳見表 4.1-2。

獲選指標依照其屬性分為四個構面，分別為結構面、過程面、結果面及醫療利用面，並依照其評估醫療品質之層面將指標分為三個品質面向，分別為安全性、有效性及效率，指標之分佈詳見表 4.1-3 及表 4.1-4。

表 4.1-1、醫院評鑑品質量測指標項目-篩選候選指標列表

指標名稱	指標名稱
門診人次	住院病人及家屬滿意度
急診人次	異常事件通報件數
急性一般病床佔床率	ADR藥物不良反應通報件數
住院人日	急診轉住院比率
平均住院日	手術後48小時內死亡率
門診手術人次	預防性抗生素在手術劃刀前1小時內給予比率
住院手術人次	加護病房平均住院日
住院死亡率	加護病房死亡率
14天內再住院率	全院腹膜透析病人比率
48小時加護病房重返率	ST段上升之急性心肌梗塞病人於90分鐘內完成PCI之人次
急診病人72小時再返診率	ST段上升之急性心肌梗塞病人接受PCI之人次
出院病歷7日(日曆日)內完成率	急性缺血性腦中風病人接受靜脈注射溶栓治療之人數
門診病人及家屬滿意度	所有符合給予靜脈注射溶栓治療適應症之急性缺血性腦中風病人數
急診病人及家屬滿意度	

表 4.1-2、醫院評鑑品質測指標項目-獲選指標說明簡表

指標名稱	應用範圍	屬性	品質面向	提出單位
48 小時(含)內加護病房重返率	急重症照護	結果(outcome)	有效性	醫策會-醫院評鑑持續性監測項目
急診病人 72 小時內再返診比率	急重症照護	結果(outcome)	有效性	醫策會-醫院評鑑持續性監測項目
預防性抗生素在手術劃刀前 1 小時內給予比率	院內感染與術後併發症控制	過程(process)	安全	醫策會-醫院評鑑持續性監測項目
全院腹膜透析病人比率	醫療技術利用	結果(outcome)	效率	醫策會-醫院評鑑持續性監測項目
ST 段上升之急性心肌梗塞病人於 90 分鐘內完成 PCI 之人次	心血管疾病	過程(process)	有效性	醫策會-醫院評鑑持續性監測項目
ST 段上升之急性心肌梗塞病人接受 PCI 之人次	心血管疾病	過程(process)	安全	醫策會-醫院評鑑持續性監測項目
所有符合給予靜脈注射溶栓治療適應症之急性缺血性腦中風病人數	中風照護	過程(process)	安全	醫策會-醫院評鑑持續性監測項目
急性缺血性腦中風病人接受靜脈注射溶栓治療之人數	中風照護	過程(process)	安全	醫策會-醫院評鑑持續性監測項目

表 4.1-3、醫院評鑑品質測指標項目-指標之品質面向摘要表

domain of application	dimension of quality			Total
	safety	clinical effectiveness	efficiency	
Hospital wide	1	2	1	4
急重症照護		2		2
院內感染與術後併發症控制	1			1
醫療技術利用			1	1
Disease Specific	3	1		4
心血管疾病	1	1		2
中風照護	2			2
Total	4	3	1	8

表 4.1-4、醫院評鑑品質測指標項目-指標之屬性摘要表

domain of application	dimension of quality		Total
	過程	結果	
Hospital wide	1	3	4
急重症照護		2	2
院內感染與術後併發症控制	1		1
醫療技術利用		1	1
Disease Specific	4		4
心血管疾病	2		2
中風照護	2		2
Total	5	3	8

4.2 全民健保

4.2.1 全民健保品質指標系統

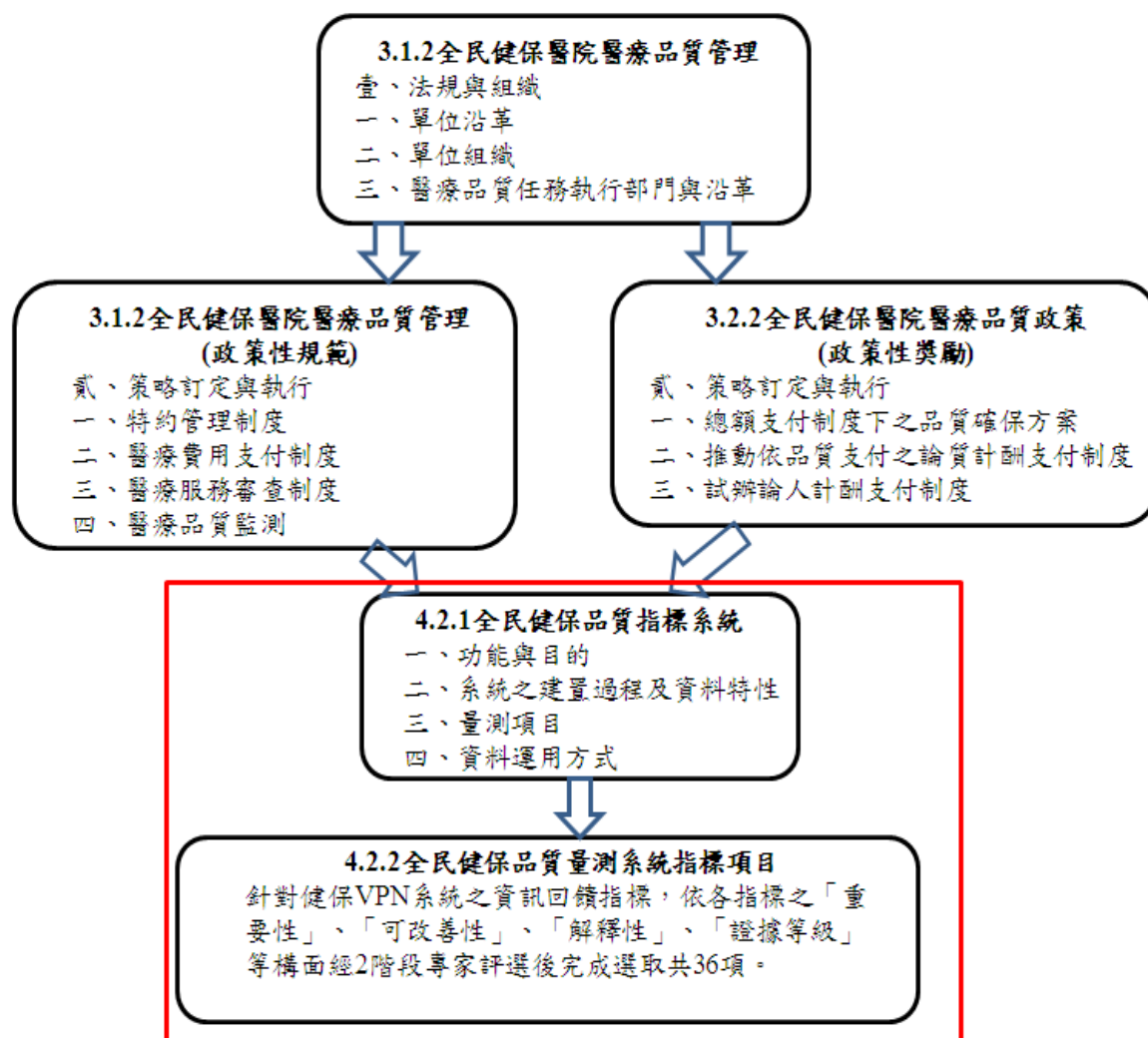


圖 4.2-1：全民健保之醫院醫療品質管理架構-4.2.1&4.2.2 章節示意圖

壹、功能與目的

健保局為有效收集處理每月為數龐大之醫療申報資料，故建立以多種醫療主題導向式之醫療給付檔案分析系統，避免資料擷取時間點不同造成資料判讀錯誤之困擾，此資料可供各業務單位為各式資料分析及決策之用，並建立同儕指標以供各分區業務組重點管理，提升醫療費用暨品質監控效能。

此分析系統可提高整體資訊作業效率，使資訊能快速取得且及時提供決策參考，為具有主題導向的(subject oriented)、整合的(integrated)、不常異動的(non-volatile)、保留時間序的資料(values over time)及支援管理決策(support management decisions)等特性之線上分析作業系統。

貳、系統之建置過程及資料特性

一、醫療給付檔案分析系統之建置過程

(一) 由健保局各相關業務單位及資訊單位指派專人成立檔案分析系統規劃工作小組，並確認資料收載內容。後續由業務權責單位訂定專業醫療指標增修作業標準流程，流程如下：

1. 收集提案單位之提案表，洽相關業務組意見(含 6 分區業務組)評估指標增修之效益，決定是否增修並排列優先順序。
2. 邀請資訊單位說明增修之指標定義及處理時程。
3. 指標完成後進行資料測試。
4. 資料測試無誤後指標建置。

(二) 各時期之業務需求重點

1. 系統導入初期，以分局醫療申報明細資料為分析資料來源，定期產製不同分析角度之彙總資料，將監控作業電腦化，提供分局承辦人員彈性點選查詢分析資料，協助分局進行費用審查作業。
2. 在健保全面實施總額支付制度，配合各總額醫療品質監控、品質資訊公開、費用審查管理之需，自 91 年起逐年新增發展各個總額專業醫療品質指標，並擴及開發重要疾病或照護項目之醫療服務品質指標(如糖尿病、子宮肌瘤、人工膝關節手術等)，提供各觀察面(分局、總額別、層級別、院所、醫師等)之指標值以作監測，同時產置應監測之就醫明細個案。
3. 持續針對保險藥品、特殊材料等申報醫令進行彙總分析，提供各總額別、各層級等維度之成長率、佔醫療費用比率、使用率高之品項等藥品或特材之資訊，提供業務單位費用審查、異常成長管控，支援價量分析與調查之參考。

二、醫療給付檔案分析系統之資料特性

本系統資料來源主要為本局資料倉儲系統，其內容主要係各保險醫事服務機構醫療費用申報資料，故資料具下列特性：

- (一) 定期自動化資料轉檔作業：因資料倉儲系統具自動化轉檔及排程，故檔案分析系統產製之指標資料亦具有定期自動化轉檔作業，以避免資料擷取時間點不同造成資料判讀錯誤之困擾。
- (二) 資料加密：敏感欄位如身分證字號、投保單位代碼、醫事機構代碼等皆加密存放。
- (三) 資料清理：包含異常資料檢核、代碼值域檢核、資料間的平衡檢查等。
- (四) 資料管理作業：包含資料收載管理作業及轉出清檔管理作業，以維護系統之正常運作。

另為鼓勵透析院所提供完整性之個案照護，進而預防慢性腎衰竭病人病情惡化，提升

門診透析醫療品質及病人安全，衛生署訂定「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」，相關監測指標係源自台灣腎臟醫學會收集之院所別透析醫療品質資料，並納入健保局檔案分析系統，其資料內容如下：

(一) 血液透析

1. 血清白蛋白(Albumin)
2. 血尿素氮透析效率(Kt/V)
3. 血球比容(Hct)
4. 住院率
5. 死亡率
6. 瘻管重建率
7. B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率
8. C 型肝炎抗體(anti-HCV)轉陽率
9. 脫離率
10. 55 歲以下透析病患移植登錄率

(二) 腹膜透析

1. 血清白蛋白
2. 血尿素氮透析效率(Kt/V)
3. 血球比容(Hct)
4. 住院率
5. 死亡率
6. 瘻管重建率
7. B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率
8. C 型肝炎抗體(anti-HCV)轉陽率
9. 脫離率
10. 55 歲以下透析病患移植登錄率
11. 腹膜炎發生率

參、量測項目

發展多元化監控指標以瞭解醫療服務情形，主要係依各總額支付制度品質確保方案、品質保證保留款方案、論質計酬試辦計畫、或醫療治療指引等，主要分類如下：

一、資源管理類：選擇高利用、高費用或易浮濫使用之疾病或醫療照護項目，透過指標開發以加強異常管理避免浪費。

(一) 不同處方用藥日數重複率及連續處方箋開立率。

(二) 檢驗/檢查重複執行率。

二、 疾病管理類：依疾病治療指引訂定各類疾病之重要診療執行率，評估照護情形，例如：糖尿病之 HbA1C 檢查率。

三、 結果評估類：再住院率、再急診率、死亡率等指標。

肆、 資訊運用方式

一、 提供各業務單位進行審查作業或相關決策之用

依醫事服務醫療服務點數申報資料，建置各類案件之醫療資源耗用、就醫型態、用藥類型及治療型態等指標，以作為醫療服務審查作業之參考，並有助於發現異常的申報資料，必要時抽調病歷以進一步審查。

二、 回饋院所以加強自主管理

健保局除透過醫療費用審查督促醫療品質外，另為促進醫療院所進行自我品質管理，自 95 年起建置封閉型的健保資訊網服系統(Virtual Private Network, VPN)作為保險特約醫療院所查詢醫療服務品質指標資訊之管道，資訊內容包括：指標定義、院所自身醫療服務指標值、同儕醫療服務指標值等，截至 100 年可查詢之指標類別包括：各總額品質確保方案指標類、各總額部門院所別醫療品質資訊公開指標類、疾病別指標類、及其他管理類指標等逾 400 項指標。

三、 辦理醫療品質資訊公開

健保局為促進健保醫療品質資訊透明化及提供病人就醫選擇之資訊，於全球資訊網設立「醫療品質資訊公開」主題專區，其主要內容如下所列：

(一) 服務類指標：自 94 年起，經與總額醫界代表及消費者團體討論，就普遍性及可行性高的服務類項目進行院所別醫療品質資訊公開的作業，涵蓋醫院、西醫診所、中醫、牙醫、及透析醫療服務等服務類別。

(二) 疾病類指標：自 97 年起陸續發展疾病別或照護項目別之專業醫療服務品質指標，除藉公開資訊激勵醫界更努力提升個別院所之醫療服務品質外，並結合衛教資訊以供民眾就醫選擇及提升民眾衛教知識，目前共公開糖尿病、人工膝關節、子宮肌瘤、消化性潰瘍、氣喘、及透析治療等 6 類疾病。

(三) 健保局另依行政院衛生署核定之各總額品質確保方案產製整體性專業醫療服務品質指標統計季報與年報公布於健保局全球資訊網，以讓民眾共同監督健保醫療品質。

4.2.2 全民健保品質測系統指標項目

檢視全民健保 VPN 指標系統，收載超過 500 項以上之指標，經「全民健保指標小組」初步篩選後，共計 363 項指標列為篩選候選指標，包含全院性指標：未分類(21 項)、再住院率(11 項)、再急診率(8 項)、住院天數(10 項)、慢性病連續處方箋(8 項)、藥品管理(39 項)、急診照護(4 項)、預防性抗生素使用(4 項)、高科技利用(22 項)、超長期住院(5 項)、中醫(11 項)、牙醫(20 項)、呼吸器照護(23 項)、及健康檢查(4 項)；及疾病別指標：Hip/Knee replacement(12 項)、General Surgery(10 項)、CABG(1 項)、CAD(4 項)、CVA(3 項)、Hypertension(19 項)、DM(23 項)、Peptic ulcer(23 項)、Asthma(9 項)、Pneumonia(3 項)、精神病(15 項)、上呼吸道感染(4 項)、高血脂(5 項)、肺結核(1 項)、抗發炎及風濕(3 項)、婦產科(16 項)、及透析治療 ESRD(22 項)。詳見附錄十。

除指標數量偏多外，多數指標並非為醫療品質相關之指標，須進一步挑選，以利與衛生署政策工具相結合，因此委請「醫療品質指標小組」專家工作小組協助有關全民健康保險品質指標之評選。

本項調查所包含的指標共計有全院性指標 14 類，191 項指標；特定疾病指標 17 類，172 項指標。評選方式為請 10 位專家依照指標分類，同一類項下的指標，依其優先順序進行排序以評選前 10 項優先推薦項目，指標列為最優先者給排序 1、次優先者給排序 2、餘依此類推，至排序 10；另評選出不推薦項目列為 NR。

為利於比較各項指標之權重，先將優先順序排序分數進行轉換以計算各指標之平均分數，並扣除不推薦項數計數後，得分大於 5 分之指標列為建議採用指標，共計 74 項。

而後經「全民健保指標小組」刪除部份重覆或是已不敷使用之指標，共計納入 35 項指標，獲選指標說明簡表詳見表 4.2-2。

獲選指標依照其屬性分為四個構面，分別為結構面、過程面、結果面及醫療利用面，並依照其評估醫療品質之層面將指標分為三個品質面向，分別為安全性、有效性及效率，指標之分佈詳見表 4.2-3 及表 4.2-4。

表 4.2-1、全民健保品質測系統指標項目-獲選指標說明簡表

指標名稱	應用範圍	屬性	品質&面向	提出單位
124'住院案件出院後三日內再急診或再住院率'	病人安全	結果(outcome)	有效性	中央健康保險局
187'膽囊切除病人 0-3 日內再住院率'	病人安全	結果(outcome)	有效性	中央健康保險局
239'2 歲以下幼兒使用 CODEINE 製劑人數比率'	病人安全	結果(outcome)	安全	中央健康保險局
353'置換物感染_深部感染率'	病人安全	結果(outcome)	安全	中央健康保險局
473'子宮肌瘤手術後 14 日內因該手術相關診斷再住院率'	病人安全	結果(outcome)	有效性	中央健康保險局
68'三日內再住院率	病人安全	結果(outcome)	有效性	中央健康保險局
33.1'3 日急診返診率'	急重症照護	結果(outcome)	有效性	中央健康保險局
108'住院案件出院後三日內再急診率	急重症照護	結果(outcome)	有效性	中央健康保險局
1121'急診轉住院暫留 2 日以上案件比率	急重症照護	過程(process)	效率	中央健康保險局
69'同日急診返診比率'	急重症照護	結果(outcome)	有效性	中央健康保險局
1140'門診抗生素使用率	院內感染與術後併發症控制	醫療利用(utilization of care)	安全	中央健康保險局
1151'清淨手術抗生素 1 日以下使用率	院內感染與術後併發症控制	過程(process)	有效性	中央健康保險局
1154'清淨手術抗生素 3 日以上使用率	院內感染與術後併發症控制	過程(process)	有效性	中央健康保險局
814 牙醫門診院所感染控制申報率	院內感染與術後併發症控制	結構(structure)	安全	中央健康保險局
2200'血液透析血清白蛋白(Albumin)檢查比率	醫療技術利用	結果(outcome)	有效性	中央健康保險局
2201'血液透析血球比容(Hct)檢查比率	醫療技術利用	結果(outcome)	有效性	中央健康保險局
腹膜透析血清白蛋白(Albumin)檢查比率	醫療技術利用	結果(outcome)	有效性	中央健康保險局
腹膜透析血球比容(Hct)檢查比率	醫療技術利用	結果(outcome)	有效性	中央健康保險局

指標名稱	應用範圍	屬性	品質&面向	提出單位
74'超長期住院率(大於 30 日)(二)	長期住院	醫療利用(utilization of care)	效率	中央健康保險局
892'超長期住院率_僅急性床案件，不含急慢性床混合案件(大於 30 日)	長期住院	醫療利用(utilization of care)	效率	中央健康保險局
893'超長期住院率_僅慢性床案件，不含急慢性床混合案件(大於 30 日)(二)'	長期住院	醫療利用(utilization of care)	效率	中央健康保險局
889'慢性病開立慢性病連續處方箋百分比	門診利用	醫療利用(utilization of care)	效率	中央健康保險局
103'西醫重複就診率(三)'	門診利用	過程(process)	效率	中央健康保險局
867'成人健康檢查普及率 ≥ 65 歲_季'	預防保健服務	結果(outcome)	效率	中央健康保險局
868'小兒健康檢查普及率 < 3 歲_季'	預防保健服務	醫療利用(utilization of care)	效率	中央健康保險局
166'心肌梗塞病人 0-3 日內再住院率'	心血管疾病	結果(outcome)	有效性	中央健康保險局
167'心肌梗塞病人 0-14 日內再住院率'	心血管疾病	結果(outcome)	有效性	中央健康保險局
169'中風病人 0-3 日內再住院率'	中風照護	結果(outcome)	有效性	中央健康保險局
170'中風病人 0-14 日內再住院率'	中風照護	醫療利用(utilization of care)	有效性	中央健康保險局
110'糖尿病病患糖化血色素 (HbA1c) 執行率_年'	糖尿病照護	過程(process)	有效性	中央健康保險局
513'跨院所消化性潰瘍用藥不同處方醫療院所給藥日數重複率'	消化性潰瘍照護	醫療利用(utilization of care)	效率	中央健康保險局
176'肺炎病人 0-14 日內再住院率'	呼吸道感染	結果(outcome)	有效性	中央健康保險局
73'上呼吸道感染抗生素使用率	呼吸道感染	結果(outcome)	安全	中央健康保險局
105'上呼吸道感染病人 7 日內複診率'	呼吸道感染	結果(outcome)	有效性	中央健康保險局
175'肺炎病人 0-3 日內再住院率'	呼吸道感染	結果(outcome)	有效性	中央健康保險局

表 4.2-2、全民健保品質測系統指標項目-指標之品質面向摘要表

domain of application	dimension of quality			Total
	safety	clinical effectiveness	efficiency	
Hospital wide	4	13	8	25
病人安全	2	4		6
急重症照護		3	1	4
院內感染與術後併發症控制	2	2		4
醫療技術利用		4		4
長期住院			3	3
門診利用			2	2
預防保健服務			2	2
Disease Specific	1	8	1	10
心血管疾病		2		2
中風照護		2		2
糖尿病照護		1		1
消化性潰瘍照護			1	1
呼吸道感染	1	3		4
Total	5	21	9	35

表 4.2-3、全民健保品質測系統指標項目-指標之屬性摘要表

domain of application	dimension of quality				Total
	結構	過程	結果	醫療利用	
Hospital wide	1	4	14	6	25
病人安全			6		6
急重症照護		1	3		4
院內感染與術後併發症控制	1	2		1	4
醫療技術利用			4		4
長期住院				3	3
門診利用		1		1	2
預防保健服務			1	1	2
Disease Specific		1	7	2	10
心血管疾病			2		2
中風照護			1	1	2
糖尿病照護		1			1
消化性潰瘍照護				1	1
呼吸道感染			4		4
Total	1	5	21	8	35

4.3 醫療協學會

目前國內已推行的品質指標系統主要為台灣醫療品質指標計畫(TQIP)、台灣醫療照護品質指標系列(THIS)、台灣臨床成效指標系統(TCPI)、台灣地區醫院品質指標系統(TCHA)。本章節將針對各品質指標系統之(1)功能與目的；(2)通報項目/量測項目；(3)指標之資料來源；(4)資訊運用與公開情形；(5)對醫院的資訊回饋；(6)國內醫院參與程度等項目逐一介紹。

4.3.1 醫療協學會醫院品質指標系統

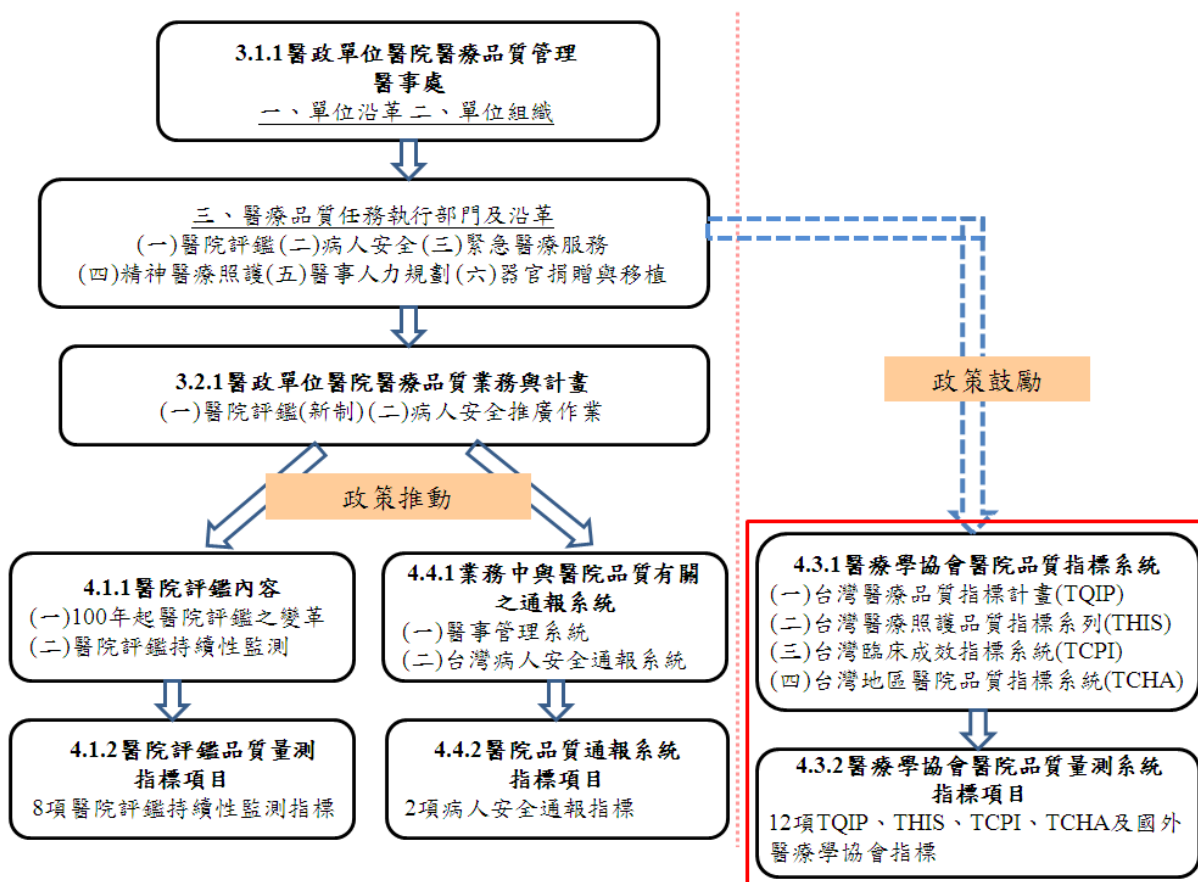


圖 4.3-1：醫政單位之醫院醫療品質管理架構-4.3.1&4.3.2 章節示意圖

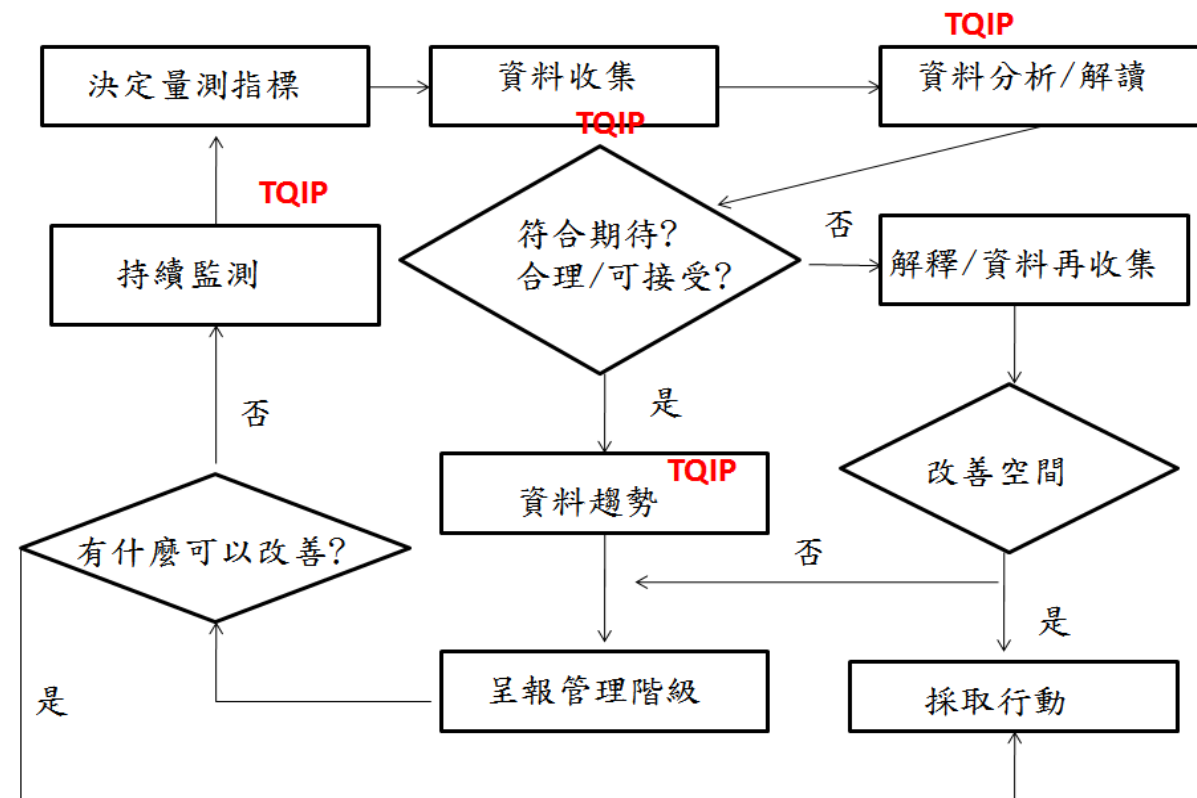
壹、台灣醫療品質指標計畫(TQIP)

一、功能與目的

醫療品質指標計畫(Quality Indicator Project, QIP) 西元 1985 年由美國馬里蘭州的「馬里蘭州醫院協會」協助發展，希望透過指標定期監測，瞭解各醫院的臨床成效，以尋求品質改善的空間及參與國際性醫療品質活動為主要考量。醫策會於 88 年 8 月引進國內，推動「臺灣醫療品質指標計畫」稱之。以全球地區性、廣泛性、開放性為依歸之醫療品質活動考量，藉由長期趨勢達到自我品質監測目的，並藉由國際及同等級醫院數據比較達到改善品質之目的。醫策會已於 100 年停止辦理。

二、通報項目/量測項目(指標內容如附錄十一)

主要為過程面與結果面指標:急性照護指標 25 類 533 項；精神科照護指標：9 類 127 項；長期照護指標：6 類 68 項，台灣目前居家照護指標尚未導入。



(資料來源：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，101 年)

圖 4.3-2：TQIP 指標系統使用流程圖

三、資料來源

(一) 通報者

醫院

(二) 通報方式

醫院採院方層級自願性參與，參與醫院由院內各單位固定提報給醫院負責人(例如：品質管理中心)，彙整全院性資料後，每季統一提報至 TQIP 網站。

四、資訊運用與公開情形

(一) 國際性比較，不易配合國內衛生政策而做修正。例：15 天內再入院率、無國內系統現行之醫院評鑑指標納入。

(二) 詳細定義品質指標閾值。

(三) 以醫院內部改善為目的。

(四) 提供實證資料於國際發表。

五、對醫院的資訊回饋

- (一) 將資料中文化，方便醫院使用。
- (二) 定期回饋國內及國際品質統計資料，以供參加醫院參考。
- (三) 每季透過網路，用一致性評估問卷(Conformance Assessment Survey, CAS)的方法，強化資料填報品質。
- (四) 舉辦種子人員訓練及各類研討會；提供醫院提升醫療品質改善理論與方法及做經驗分享。
- (五) 提供一年一次免費到院現場服務。

六、國內醫院參與程度

醫學中心 19 家、區域醫院 41 家、地區醫院 4 家、精神專科 8 家，共 72 家醫院(統計至 99 年止)。

貳、台灣醫療照護品質指標系列(THIS)

一、功能與目的

行政院衛生署於 88 年委託臺灣醫務管理學會進行本土化醫療指標系統的研究開發，整合臺灣地區醫療學術界和實務界，群策群力著手進行臺灣醫療品質指標系統(Taiwan Quality Indicator System, TQIS)的發展，但於 90 年度始由參與醫院以會員制方式依層級付費，以專款專用原則進行此計畫，故為區分兩大歷史階段，前兩年稱為 TQIS，而後則稱為臺灣醫療照護品質指標系列(Taiwan Health Care Indicator Series, THIS)。THIS 是以台灣地區等屬性，本土性為依歸之醫療品質活動，旨在提升醫院醫療品質、顧客滿意、符合健保審查、通過醫院評鑑，奠定台灣醫療品質在國際之地位。

二、通報項目/量測項目(指標內容如附錄十二)

包括了結構面、過程面與結果面指標：門診指標 17 項、急診指標 40 項、住院指標 56 項、加護指標 26 項、病人安全指標 46 項，共 185 項。(實測階段指標：管理性指標 47 項、長期照護指標 82 項、呼吸照護指標 37 項、精神醫療指標 46 項，共 212 項)。

三、資料來源

1. 通報者

醫院

2. 通報方式

醫院採院方層級自願性參與，參與醫院由院內各單位固定提報給醫院負責人(例如：品質管理中心)，彙整全院性資料後，每月統一提報至 THIS 網站。

四、資訊運用與公開情形

- (一) 國內衛生主管機關、醫院評鑑、法規等常見指標及規範。例：平均住院日、總佔

床率、14 天內再入院率等。

(二) 可藉由結構、過程面看出投入/產出經營管理指標。

(三) 過程面指標-重視實證醫學。

(四) 結果面增列顧客滿意度指標做為參考之依據。

五、對醫院的資訊回饋

(一) 輔導系統：成立專案輔導小組，視會員需要提出到院服務申請，不定期至醫院進行品質教育訓練。

(二) 提供教育訓練：依計畫推行所需舉行各類型之教育訓練活動。

(三) 研討會：定期每年舉辦 THIS 大會，另外不定期舉辦相關研討會、說明會。

(四) 季報表資料回饋：含總體及群組(層級)比較分析報表。

(五) 個別性資料需求權-會員可至互動式網頁自行下載需要之資料。

(六) 詳盡的執行手冊：手冊內含指標項目、指標操作型定義、提報流程、品質指標作業注意事項。

(七) 提供書面參考資料：(1)電子報(每月)；(2)刊物(規劃)，包括會員品質分享園區、最新品質趨勢發展、論文/海報發表園地。

(八) 資料收集軟體：互動式網頁界面之資料收集，不僅建立指標資料庫，並可提供醫院製作統計報表及圖表。

(九) 網路資料查詢：互動式網頁供醫院依個別需求下載所需之報表及圖表。

六、國內醫院的參與程度

醫學中心 10 家、區域醫院 46 家、地區醫院 32 家、精神專科 87 家，共 175 家(至 99 年)。

參、台灣臨床成效指標系統(TCPI)

一、功能與目的

醫策會運用十年醫療品質指標經驗，參考國內外各種指標系統及發展趨勢，配合國內衛生政策，原 TQIP 自 100 年起更名為台灣臨床成效指標計畫(Taiwan Clinical Performance Indicator, TCPI)。以臨床照護為指標系統核心，發展符合國內醫療體系照護模式之品質監測指標，因應醫療品質及指標需回歸臨床照護為核心之國際指標運用趨勢，和國內醫院期待獲得更符合國內環境的指標系統，期增加指標於臨床的運用性，並建構即時性高且易於管理的系統，協助醫院進行機構內部成效監測及改善。

二、通報項目/量測項目(指標內容如附錄十三)

主要為過程面與結果面指標：分為綜合照護、精神照護、長期照護等三類指標。

(一) 綜合照護類別：急診照護、住院照護、加護照護、手術照護、重點照護。

(二) 精神照護類別：急性照護、慢性照護、重點照護。

(三) 長期照護：護理之家住民照護共 173 項指標。

三、資料來源

(一) 通報者

醫院

(二) 通報方式

醫院採院方層級自願性參與，參與醫院由院內各單位固定提報給醫院負責人(例如：品質管理中心)，彙整全院性資料後，每季統一提報至 TCPI 網站。

四、資訊運用與公開情形

(一) 與國內醫院合作開發，以使用者為導向。

(二) 指標內容更注重臨床成效的指標，符合國內臨床照護需求。

五、對醫院的資訊回饋

(一) 提供資訊報表

1. 收集初始數據提報，系統自動運算，減少主觀判斷及重複作業，並可匯出至其他系統。
2. 報表採用 3D 及儀表板(Dashboard)功能，方便快速掌握重點資訊。
3. 提升指標管理靈活度，可依需求自行建立套裝指標、閾值及交叉分析報表。
4. 提供及時與多元報表，如醫院落點分析。
5. 匯入 TQIP 指標歷年提報值(定義相同指標)，以利持續監測。

(二) 教育訓練

1. 種子人員訓練、數據解讀、統計分析教學。
2. 重點指標提供國際參考值。
3. 主題式品質改善活動。
4. 指標運用研討會，促進醫院經驗交流分享與標竿學習。

(三) 輔導系統

1. 線上專人服務。
2. 專家諮詢服務。

3. 指標門診服務。

4. 每年一次到院服務。

六、國內醫院的參與程度

醫學中心 19 家、區域醫院 48 家、地區醫院 8 家、精神專科 7 家(至 100 年 8 月)。

肆、台灣地區醫院品質指標系統(TCHA)

一、功能與目的

自 91 年由衛生署委託台灣社區醫院協會進行地區醫院品質輔導計畫，發展地區醫院品質指標管理系統，並自 95 年起為加強醫療院所對於醫務管理、醫學倫理、病人安全、護理臨床照護能力、醫院評鑑作業準備及醫療品質之改善，協助地區醫院進行醫院內部品質、經營管理及健保監測業務，並提供品質指標系統供全體會員免費使用，以促進品質持續改善。

二、通報項目/量測項目(指標內容如附錄十四)

包含結構面、過程面與結果面指標：門診指標 36 項、住院指標 69 項、急診指標 7 項、RCW 指標 4 項、精神科指標 6 項、管理指標 66 項，共 188 項。

指標提報方式依屬性區分為：健保指標 5 項(強制提報)；必要性指標共 93 項，選擇 20 項以上提報；選擇性指標共 90 項，選擇 15 項以上提報。

三、資料來源

(一) 通報者

醫院

(二) 通報方式

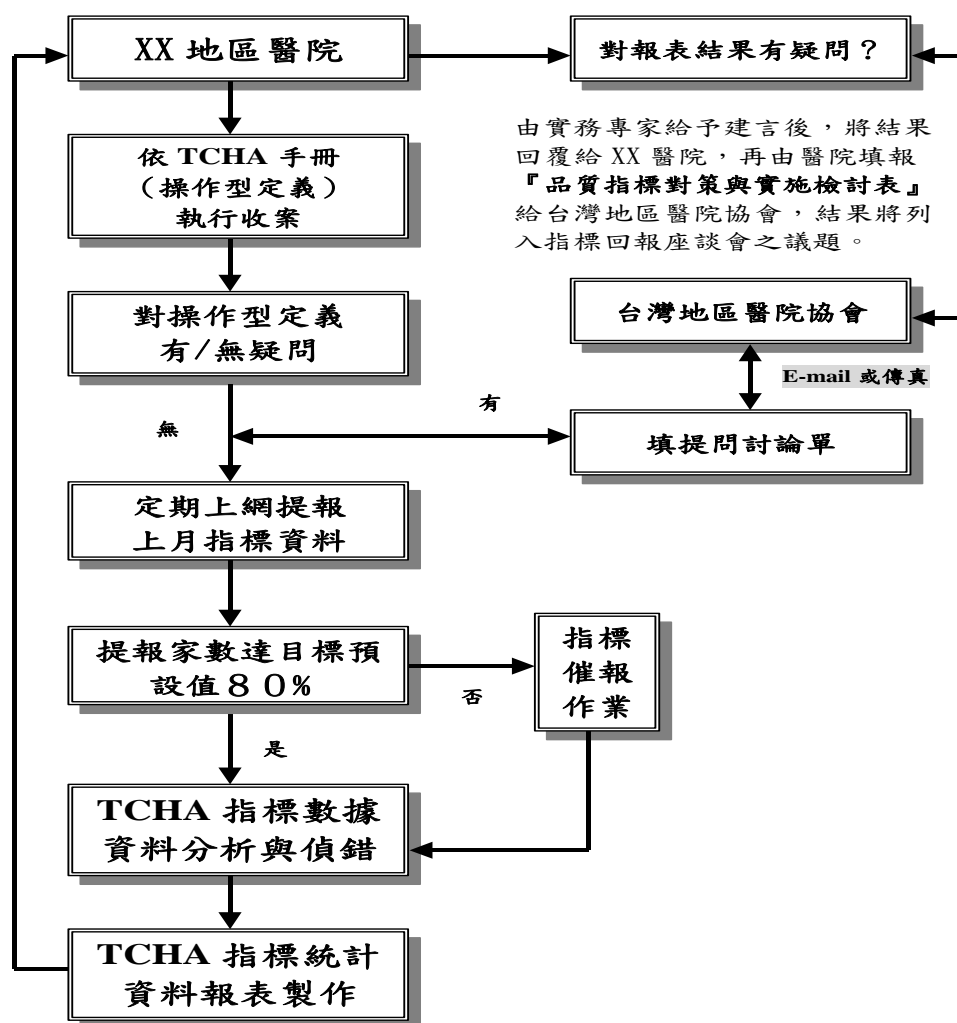
醫院採院方層級自願性參與，參與醫院由院內各單位固定提報給醫院負責人(例如：品質管理中心)，彙整全院性資料後，每月統一提報至 TCHA 網站。

四、資訊運用與公開情形

主要提供數據與統計報表分析供參與之地區醫院查詢，可區分為：

(一) 一般查詢：可按提報月份查詢個別醫院提報之指標數據資料。

(二) 進階查詢：可按時間(月/季/年)與醫院特性(如權屬別、專科別、分區等)查詢同儕統計報表並製作趨勢圖。



(資料來源：台灣地區醫院品質指標系統)

圖 4.3-3：TCHA 指標系統提報流程圖

五、對醫院的資訊回饋

- (一) 當提報家數達到目標預設值 80%時，由協會進行指標數據資料分析與偵錯，再回報指標統計報表給各醫院。
- (二) 醫院若對報表結果有疑問，協會之實務專家將給予建言，再由醫院填報「品質指標對策與實施檢討表」給協會，此結果將列入指標回報座談會之議題。

六、國內醫院的參與程度

地區醫院 200 多家(至 100 年 9 月)。

4.3.2 醫療協會醫院品質測量系統指標項目

案經檢視國內常用之品質指標系統，包括台灣醫療品質指標系統(TQIP)、台灣醫療照護品質指標系列(THIS)、地區醫院品質指標管理系統(TCHA)等，以及健保相關系統，發現由衛生署委託台灣大學研究之「發展台灣醫療品質指標共同加值平台先驅計畫」，已符合

醫療品質政策諮詢委員會品質指標之篩選原則，惟其指標數量偏多，須進一步挑選，以利於與衛生署政策工具相結合。因此委請「醫療品質指標小組」委員、衛生署醫院管理委員會指派或推薦醫院之專家，共同參與資料蒐集與整理、篩選候選指標，並提供初步意見，提送小組委員會討論。

本項調查所包含的指標共計有全院性指標 7 類，39 項指標；特定疾病指標 12 類，78 項指標，合計 117 項指標(表 4.3-1)。評選方式為請各位專家依照指標分類，同一類項下的指標，依其優先順序進行排序以評選前 10 項優先推薦項目，指標列為最優先者給排序 1、次優先者給排序 2、餘依此類推，至排序 10；另評選出不推薦項目列為 NR。

專家評選出建議採用與醫院評鑑相關之指標計有 12 項指標，獲選指標說明簡表詳見表 4.3-2。

獲選指標依照其屬性分為四個構面，分別為結構面、過程面、結果面及醫療利用面，並依照其評估醫療品質之層面將指標分為三個品質面向，分別為安全性、有效性及效率，指標之分佈詳見表 4.3-3 及表 4.3-4。

表 4.3-1、醫療協學會醫院品質量測系統指標項目-篩選候選指標列表

指標名稱	指標名稱
符合各院感控委員會之控制用抗生素處方百分比	經皮冠狀動脈介入手術病人住院死亡率
使用抗生素治療指引之社區型肺炎病人百分比	出院 30 天內再次進行經皮冠狀動脈介入手術比率
病歷記載不良藥物反應之百分比	使用抗血小板藥/抗凝血藥治療之病人比率
依醫院化療準則接受細胞毒性化療之百分比	使用 β 阻斷劑治療冠心病之病人比率
手術病人使用預防性抗生素之百分比	冠心病病人最近之膽固醇指數維持可接受範圍之比率
手術病人依現行指引使用預防性抗生素百分比(因特定手術而異)	冠心病死亡率
住院期間輸血錯誤事件發生率	經皮冠狀動脈介入手術死亡率
呼吸器相關肺炎	急性心肌梗塞病人出院時接受阿斯匹靈或其他抗血小板藥物之比率
院內感染記錄-術後傷口感染	抵達急診到完成心電圖檢查中位時間
手術部位錯誤	急性心肌梗塞病人到院 90 分中內接收經皮冠狀動脈介入治療病人百分比
院內感染率	ST 段上升或左束枝傳導阻塞之急性心肌梗塞病人於到院後接受立即性經
MRSA 感染發生率，每 1,000 天	病人出院時因低密度脂蛋白上升接受降血脂藥之百分比
住院病患褥瘡發生率	出院期間接受血管收縮素轉換酵素抑制劑或血管張力素受體阻斷劑之心臟衰竭或左心室收縮功能

指標名稱	指標名稱
	不全病人百分比
急診留觀大於 72 小時率	急性心肌梗塞病人入院 24 小時內給予阿斯匹靈之比率
0-24 小時內重返急診率	心肌梗塞病人院內 30 天死亡率
依風險指數分類 0 之冠狀動脈繞道手術(開胸及取大隱靜脈)病患之傷口感染	已受控制之高血壓病人比率
所有依風險指數分類之髖關節成形術病人之手術傷口感染* (CPS 自動加總)	初次診斷高血壓病人之基礎實驗室檢驗之三個月內完成率
所有依風險指數分類之膝關節成形術病人之手術傷口感染* (CPS 自動加總)	氣喘病人近期接受嚴重度評估或氣喘控制(門診或電訪)之比率
術後敗血症	5~40 歲經診斷為輕度、中度或重度持續性氣喘且接受長期的藥物控制(吸入性皮質類固醇)或可接受性的代替療法之病人百分比
住院期間內再手術率	過去 15 個月內具有第一秒吐氣量紀錄之慢性阻塞性肺病病人百分比
加護病房專任護理人員病床比	慢性阻塞性肺病病人入院率
加護病房專任呼吸治療師病床比	第一級慢性阻塞性肺病病人入院率
加護病房醫護人員 ACLS 相關受訓率	第二級慢性阻塞性肺病病人入院率
非計畫性的重返加護病房	第三級慢性阻塞性肺病病人入院率
24 小時內非計畫性的重返加護病房	第四級慢性阻塞性肺病病人入院率
>24 小時但≤48 小時之非計畫性的重返加護病房	病人轉院/入院到加護病房的 24 小時內或 24 小時後完成血液培養之病人百分比
加護病房氣管內管滑脫率	社區型肺炎病人到院後 6 個小時內接受第一劑抗生素的百分比
加護病房醫師病床比	輸血錯誤發生率
冠狀動脈繞道手術住院死亡率	因醫療照護造成之感染比率
冠狀動脈繞道手術引起之死亡率	呼吸器引起之肺炎比率
麻醉合併症比率	六十五歲以上的糖尿病病人曾接受過肺炎鏈球菌疫苗的百分比
術後併發肺栓塞或深部靜脈栓塞之比率	氣喘急診率
術後敗血症發生率	肺炎病人 0~14 日內因相同診斷再住院率
72 小時內相關性非計畫性急診返診率	術後髖關節骨折發生率

指標名稱	指標名稱
冠狀動脈繞道手術住院間之死亡率	65 歲以上髖部(股骨頭)骨折病人入院後等待手術時間小於(等於)48 小時之比率
冠狀動脈繞道手術病人出院後 6 個月內再次接受冠狀動脈手術之比率	病人歸戶之主診斷為出血性腦中風之住院病人入院後 30 日內之院內(任一醫院)死亡率
冠狀動脈繞道手術後一年內之死亡率	病人歸戶之主診斷為缺血性腦中風之住院病人入院後 30 日內之院內(任一醫院)死亡率
經皮冠狀動脈成形術住院病人之死亡率	主診斷為中風之住院病人入院後 30 日院內死亡率：出血性中風
經皮冠狀動脈成形術病人出院後三十天內重新執行經皮冠狀動脈成形術之比率	主診斷為中風之住院病人入院後 30 日院內死亡率：缺血性中風
經皮冠狀動脈成形術當天執行冠狀動脈繞道手術之比率	乳癌五年觀察存活率
腹腔鏡膽囊切除率	乳癌第一期五年觀察存活率
食道切除死亡率	乳癌第二期五年觀察存活率
胰臟切除死亡率	乳癌第三期五年觀察存活率
膝關節成形術使用預防性抗生素小於或等於 24 小時	乳癌第四期五年觀察存活率
膝關節成形術劃刀前 30 分鐘內使用預防性抗生素	乳癌五年相對存活率
髖關節置換術死亡率	乳癌第一期五年相對存活率
急性心肌梗塞死亡率	乳癌第二期五年相對存活率
急性心肌梗塞死亡率(排除轉院病例)	乳癌第三期五年相對存活率
經皮冠狀動脈介入治療量	乳癌第四期五年相對存活率
消化道出血死亡率	兒童氣喘病人可避免住院率
糖尿病患者過去 12 個月內有總膽固醇檢測紀錄的百分比	實施人工膝關節置換術出院後 30 日內因相關問題再入院率
糖尿病病人過去一年內至少有一次以上檢測低密度脂蛋白膽固醇的百分比	糖尿病病患糖化血色素執行率
糖尿病患者過去 12 個月內測量糖化血色素(A1C)值至少二次以上的百分比	空腹血脂(Fasting lipid profile)執行率
糖尿病病人最近一次糖化血色素值大於 9.0%(控制不佳)的百分比	眼底檢查或眼底彩色攝影執行率
糖尿病病人在統計的一年期間至少有一次檢測微量白蛋白;或有證據顯示醫療上已對於現存的腎病變有所注意 (腎病變	尿液微量白蛋白檢查執行率

指標名稱	指標名稱
的診斷或是或微量蛋白尿或蛋白尿的紀錄)的百分比	
被診斷為蛋白尿或微量蛋白尿紀錄的糖尿病病人有使用血管張力素轉化酶抑制劑(或是血管加壓張力素 A2 拮抗體)的百分比	消化性潰瘍病患開始治療 1 年內有用口服抗發炎劑比率
糖尿病患者過去 12 個月內有血清肌氨酸酐檢測紀錄的百分比	消化性潰瘍病患接受除菌藥物治療比率
糖尿病病人過去 12 個月內有腎絲球過濾率估計值或是血清肌氨酸酐檢測紀錄的百分比	
糖尿病患者過去 12 個月有紀錄身體質量指數(BMI)的百分比	
五十歲以上的糖尿病病人在接受當期流感疫苗接種的百分比(去年九月到今年二月)	

表 4.3-2、醫療協學會醫院品質量測系統指標項目-獲選指標說明簡表

指標名稱	應用範圍	屬性	品質&面向	提出單位
一般住院壓瘡總發生密度	病人安全	結果(outcome)	安全	醫策會-TCPI
住院期間再手術率	病人安全	結果(outcome)	安全	台灣醫務管理學會-THIS
住院期間輸血錯誤事件發生率	病人安全	結果(outcome)	安全	台灣醫務管理學會-THIS
加護病房氣管內管滑脫率	急重症照護	過程(process)	安全	台灣醫務管理學會-THIS
綜合科加護病房呼吸器相關之肺炎	急重症照護	結果(outcome)	安全	醫策會-TCPI
所有住院病人手術部位感染率	院內感染與術後併發症控制	結果(outcome)	安全	醫策會-TCPI
院內感染率	院內感染與術後併發症控制	結果(outcome)	安全	台灣醫務管理學會-THIS
麻醉合併症比率	院內感染與術後併發症控制	結果(outcome)	安全	OECD(AHRQ/CIHI Safety Indicators-PSI1)
依醫院化療準則接受細胞毒化治療之百分比	醫療技術利用	過程(process)	有效性	NSW Therapeutic Advisory Group
急診氣喘率	婦幼健康	結果(outcome)	有效性	健保局-醫療品質改善方案
住院 AMI 病人使用乙型阻斷劑治療比率	心血管疾病	過程(process)	安全	醫策會-TCPI
糖尿病患者過去 12 個月內測量糖化血色素(A1C)值至少二次以上的百分比	糖尿病照護	過程(process)	有效性	Quality and Outcomes Framework, 2009

表 4.3-3、醫療協學會醫院品質量測系統指標項目-指標之品質面向摘要表

	dimension of quality		Total
	safety	clinical effectiveness	
Hospital wide	8	2	10
病人安全	3		3
急重症照護	2		2
院內感染與術後併發症控制	3		3
醫療技術利用		1	1
婦幼健康		1	1
Disease Specific	1	1	2
心血管疾病	1		1
糖尿病照護		1	1
Total	9	3	12

表 4.3-4、醫療協學會醫院品質量測系統指標項目-指標之屬性摘要表

domain of application	dimension of quality		Total
	過程	結果	
Hospital wide	3	7	10
病人安全		3	3
急重症照護	1	1	2
院內感染與術後併發症控制		3	3
醫療技術利用	1		1
婦幼健康	1		1
Disease Specific	2		2
心血管疾病	1		1
糖尿病照護	1		1
Total	5	7	12

4.4 品質通報

業務中與醫院品質相關的通報系統大致可分兩大類，分別為政策推動與政策鼓勵。政策推動之通報系統包含：台灣病人安全通報系統、醫事管理系統、護理人力通報資料庫、院內感染監測資訊系統、全國藥品不良反應通報系統、醫療器材不良反應通報系統、管制藥品管理資訊系統、濫用藥物檢驗通報系統、出生通報系統、癌症登記系統、症狀監視期通報系統、追蹤管理系統(結核、隔離病床)、慢性傳染病追蹤管理-愛滋及漢生病子系統、法定傳染病監視通報系統。政策鼓勵之通報系統包含：膠囊錠狀食品非預期反應通報系統、全國藥物不良品通報系統、管制藥品濫用資訊系統、兒童預防保健登錄系統、人口密集機構傳染病監視通報系統、癌症篩檢系統。

4.4.1 業務中與醫院品質有關之通報系統

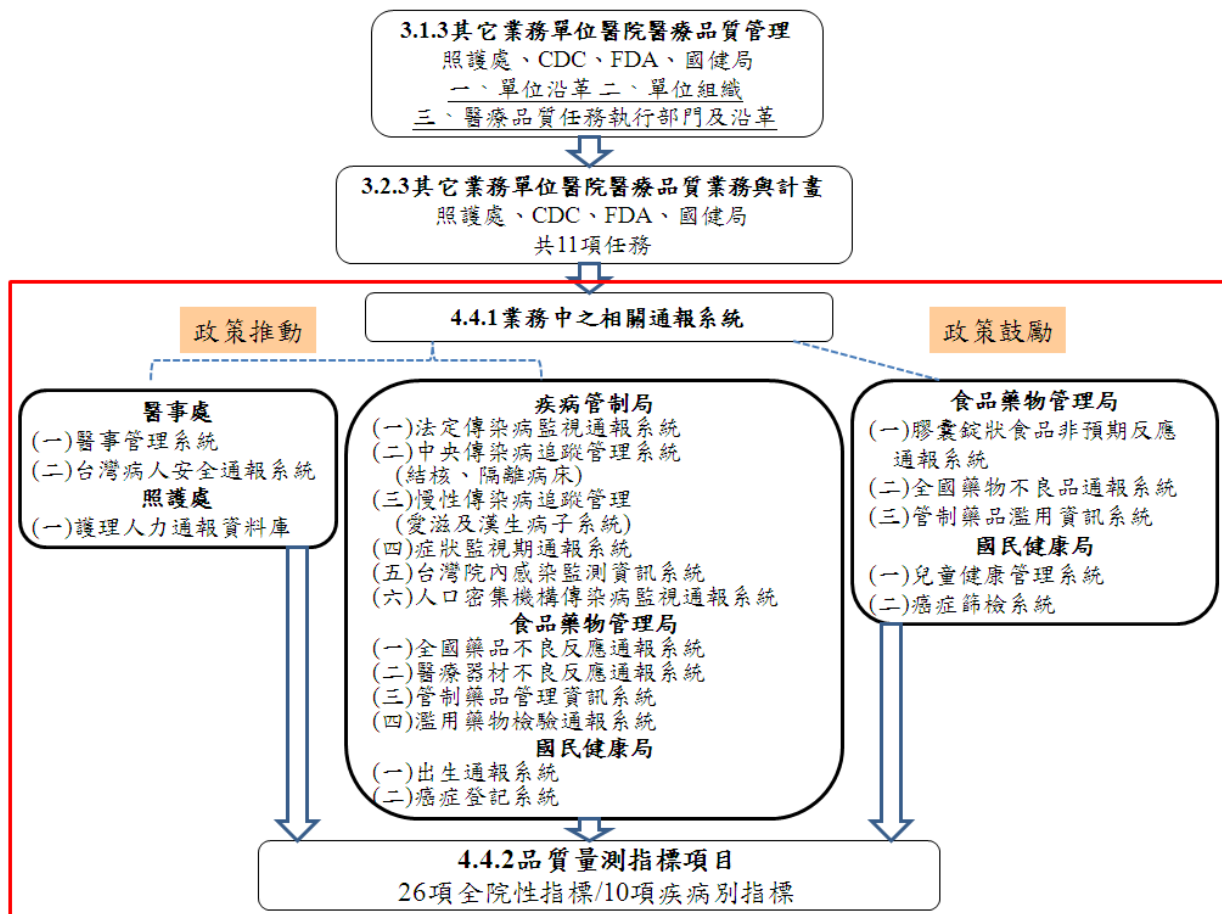


圖 4.4-1：醫院醫療品質管理架構-4.4.1&4.4.2 章節示意圖

壹、醫事處

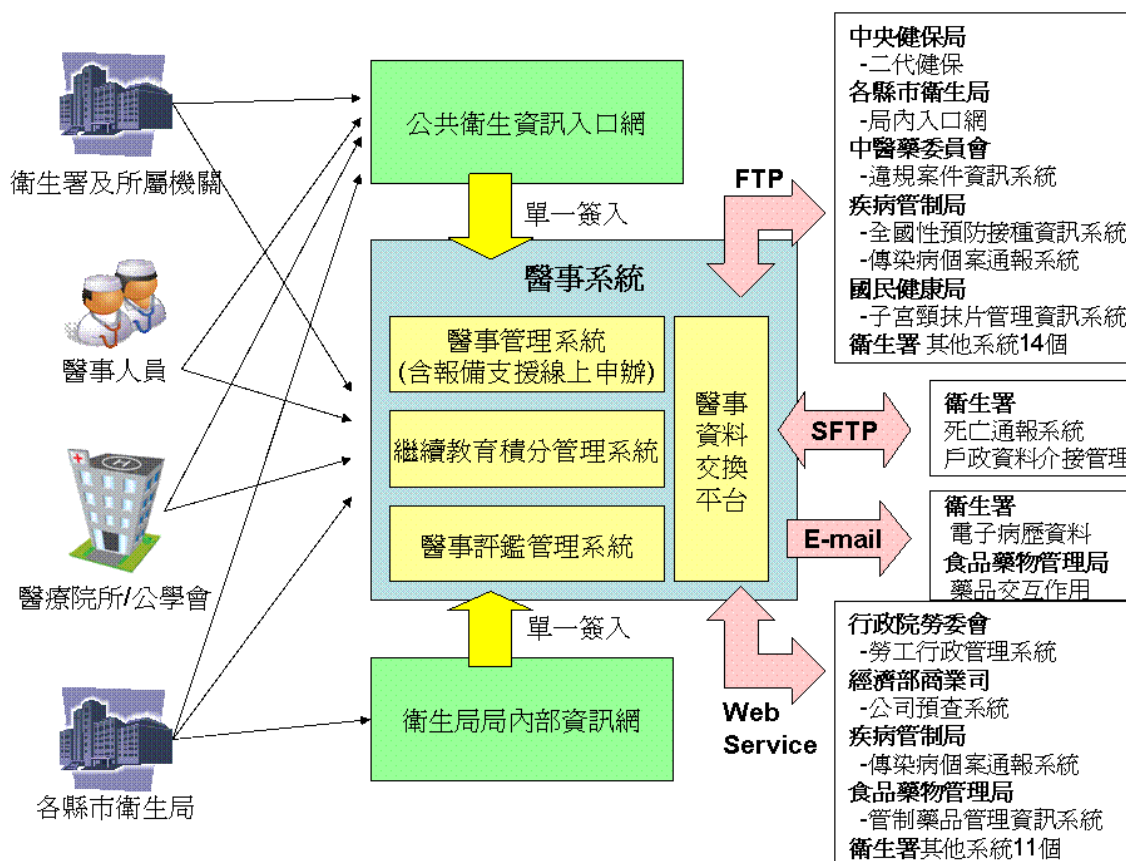
一、醫事管理系統(供衛生署內使用之管理監測系統)

(一) 功能與目的

衛生署於 95 年起規劃整合多項單一功能的資訊系統，經系統開發建置完成及資料轉置後持續維運至今，現有「衛生署醫事管理系統」含衛生行政系統及行政罰鍰管理系統，冀能提供醫事衛生、醫事統計等項目資訊和因應醫事相關法規之修改，及能即時掌握醫事人員及機構等資源分配情形，提高系統決策支援能力，以協助政策之制定。

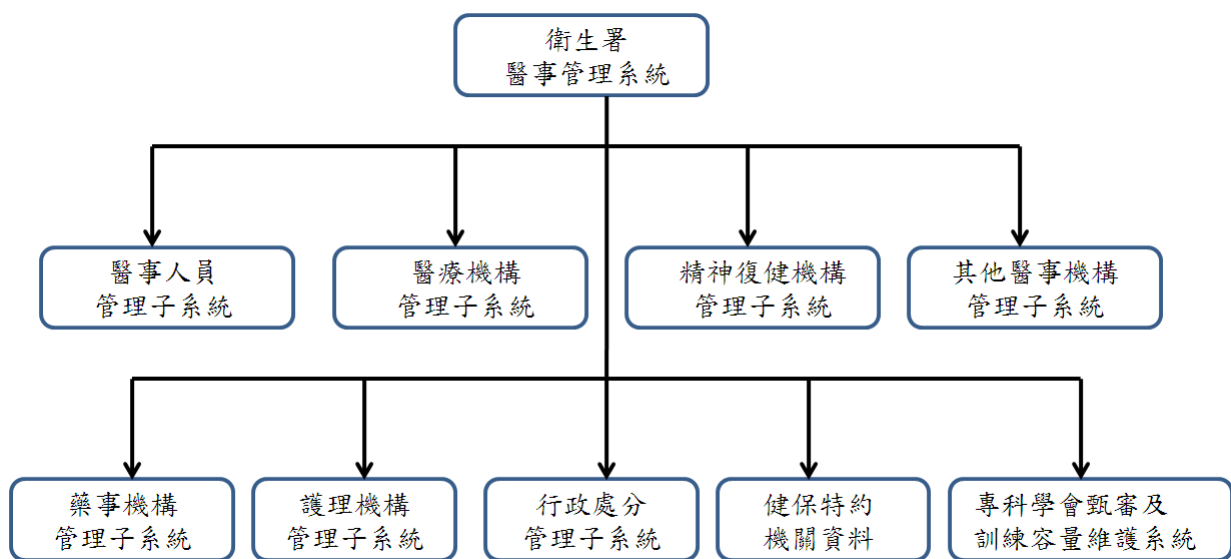
(二) 通報項目/量測項目

本系統係屬衛生單位行政庶務控管系統，其資訊內容包含：醫事人員執業及醫事機構停業復業歇業線上申辦系統、行政罰鍰電子支付系統、醫事廣告線上申辦系統、醫療院所帳號線上申請系統、醫事人員管理基本資料變更網路申辦、醫事人員報備支援線上申辦系統、醫事機構及醫事人員開執業登記資料查詢系統、醫事人員繼續教育積分管理系統、醫事機構評鑑管理系統等內容。



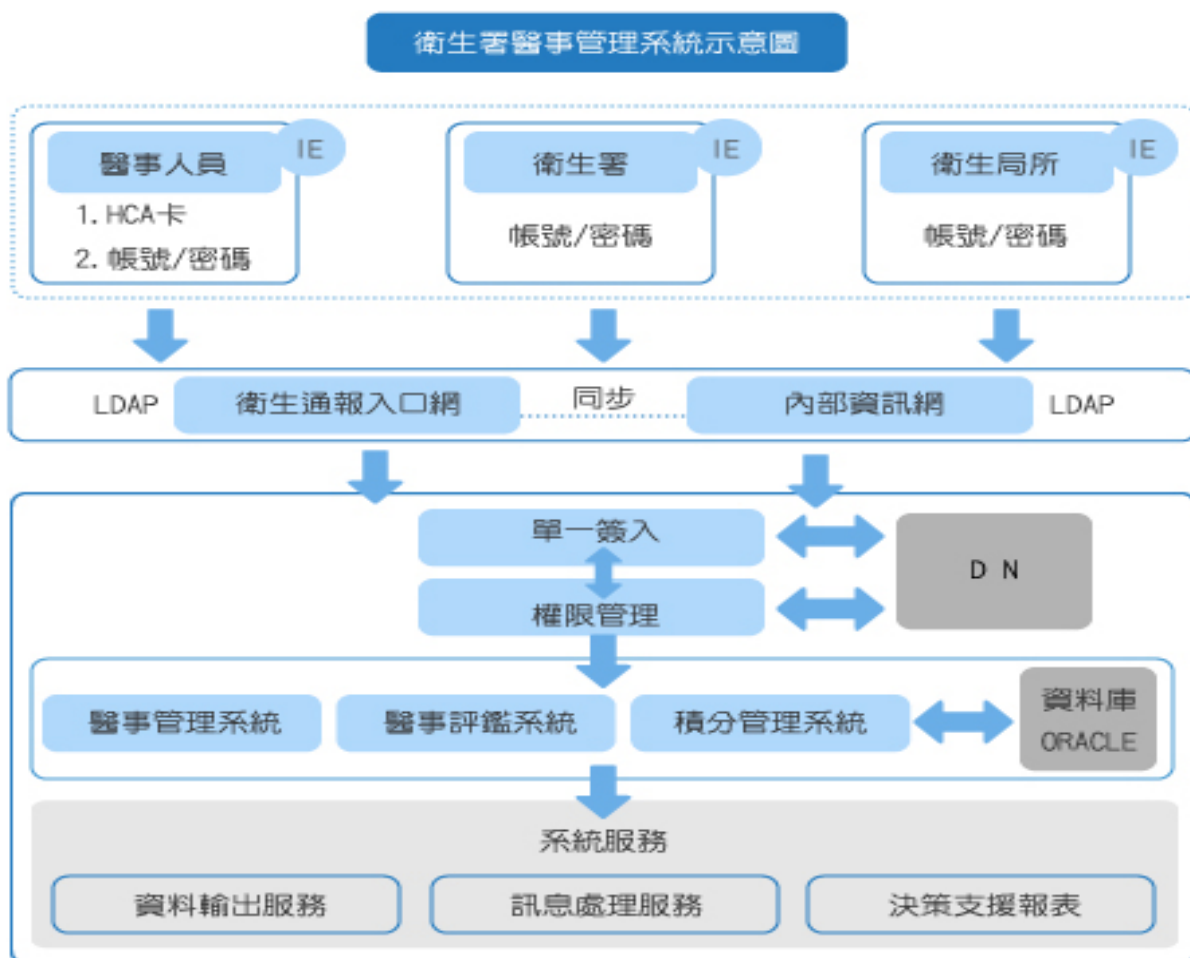
(資料來源：行政院衛生署醫事處，101 年)

圖 4.4-2：醫事系統與外部系統關聯示意圖



(資料來源：行政院衛生署醫事處，101 年)

圖 4.4-3：衛生署醫事管理系統架構圖



(資料來源：衛生署醫事處，101 年)

圖 4.4-4：衛生署醫事管理系統示意圖

(三) 資料來源

1. 通報者

衛生署及所屬機關、醫事人員、醫療院所/公學會及各縣市衛生局所有人員。

2. 通報方式

由衛生署及所屬機關、醫事人員、醫療院所/公學會及各縣市衛生局所有人員經由公共衛生資訊入口網，單一簽入至「衛生署醫事管理系統」進行各系統之線上通報。

(四) 資訊運用與公開情形

本系統資訊不對外公開，僅授權有權限之衛生局所與衛生署人員使用，系統係利用全國醫療資訊網串連全國衛生行政單位，除了協助其業務電腦化外，更經由網路傳送資料，即時掌握醫事人員領證與執業的情形，全國醫事機構的資源分配情形，並彙總全國醫事人員、醫事機構及其行政處分之資訊，供主管機關擬定管理方針，並且提供相關單位查詢之用，以增進資料的流通與分享，提高政府的行政效率，進而達成便民的目標。

二、 台灣病人安全通報系統(TPR)

(一) 功能與目的

通報制度的推動，不僅可藉此發覺錯誤、分析錯誤的本質與原因，進而建立預防錯誤發生的機制，避免同樣的錯誤反覆發生於不同的機構或個人，同時，亦可經由鼓勵異常事件的通報，改變一般人員面對錯誤的態度。藉由推動無苛責的自願性通報系統，促使國人以更健康的態度來看待錯誤的發生，經由通報、分析、策略與持續監測，進而達到建立安全醫療環境的目標。

美國醫院評鑑機構(The Joint Commission)從西元 1996 年開始建立全國性的通報制度，接受各醫療機構針對美國醫院評鑑機構所定義的警訊事件作自願性通報。截至西元 2009 年已接受 6,600 件通報事件，藉由這些案例的收集與分析，美國醫院評鑑機構陸續歸納出多項重要事件之根本原因，並提出年度醫院之病人安全目標及預防錯誤發生的建議和做法公布於網頁。

台灣病人安全通報系統接受各醫療照護與院內同仁通報，以所見所聞、實際發生之各類醫療異常事件，包括不經意或經即時介入後，未真正發生於病人身上的事件(跡近錯失)，提供機構間經驗分享之學習平台。TPR 不受理任何因醫療糾紛導致訴訟行為有關之資訊，亦不受理惡意毀謗與中傷等告發行為。

(二) 通報項目/量測項目

事件類別	事件分類說明
藥物事件	與給藥過程相關之異常事件。
跌倒事件	因意外跌落至地面或其他平面。
手術事件	在手術前、手術中、手術後過程中之異常事件。
輸血事件	自醫囑開立備血及輸血過程相關之異常事件。
醫療照護事件	醫療、治療及照護措施相關異常事件。

事件類別	事件分類說明
公共意外事件	醫院建築物、通道、其他工作物、天災、有害物質外洩等相關之事件(受影響對象往往很廣泛，不只侷限一人)。
治安事件	如偷竊、騷擾、誘拐、侵犯、病患失蹤、他殺事件。
傷害行為事件	如言語衝突、身體攻擊、自殺/企圖自殺、自傷等事件。
管路事件	如管路滑脫、自拔、錯接、阻塞、未開啟等異常事件。
院內不預期心跳停止事件	發生在醫療院所內非原疾病病程可預期之心跳停止事件。
麻醉事件	與麻醉過程相關之異常事件。
檢查/檢驗/病理切片事件	與檢查/檢驗/病理切片等過程相關之異常事件。
其他事件	非上列之異常事件。

(資料來源：台灣病人安全通報系統(TPR)，101 年)

(三) 資料來源

1. 通報者

醫療院所

2. 通報方式

該系統目前開放醫療人員以個人匿名方式或以機構為事件通報單位進行通報，鼓勵通報者儘可能提供詳盡且有利事件分析的相關背景資訊。

(1) 機構通報：分為網路線上通報、軟體上傳和資料庫匯入。

- A. 網路線上通報：請至首頁點選「線上通報」後，以醫策會提供之永久帳號及密碼登入。
- B. 軟體上傳：安裝醫策會網站提供之 TPR 院內通報軟體，每月定期上傳上個月資料至 TPR 資料庫(建議每月超過 10 件者使用此方式)。
- C. 資料庫匯入：醫院資訊人員以醫策會提供之資料庫欄位格式對照表進行欄位比對後，由病安管理人員定期上傳資料至 TPR 資料庫。

(2) 個人通報：分為網路線上通報和書面通報。

- A. 網路線上通報：請點選「線上通報」後，個人可線上註冊申請後通報。
- B. 書面通報：可於 TPR 網站下載通報單，傳真或郵寄至財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 TPR 工作小組。

(四) 資訊運用與公開情形

台灣病人安全通報系統的規劃，採匿名、自願、不究責、保密與共同學習五大原則，通報者無須表達個人之真實姓名，所通報之事件內容若牽涉到個人或機構名稱的部分亦遭系統去除，且在完成必要之資料編碼、轉譯後，原始通報資料即遭銷除，同時本系統之通

報不具強制性，亦無任何究責機制，純粹以共同學習避免錯誤為出發點，藉由專家群對通報事件的分析，定期發表統計分析之結果，並不定期針對重大事件提出提醒與建議，以期建立正面且不斷進步的安全文化，提升病人安全，造福更多之國人。

貳、護理及健康照護處

一、護理人力通報資料庫

(一) 功能與目的

建置護理人力通報資料庫以及研議護理人力管理指標及護理人力供需推估模式。

(二) 通報項目/量測項目

護理時數、護病比、空缺率、離職率

(三) 資料來源

1. 通報者

醫院、公共衛生(衛生局所)、職業衛生(廠護)、學校衛生(校護)、護產及精神復健機構、護理教育單位。

2. 通報方式

(1) 衛生署醫事人員管理系統。

(2) 配合衛生署「醫院醫療服務量」之醫院護理人力調查，為醫院建立一套「醫院護理人力統計軟體」填報「護理人力調查表」，達成全面實施護理人力資料通報。

(3) 以護理人力調查問卷方式收集資料。

(四) 資訊運用與公開情形

每月定期匯出護理人力管理指標統計報表，每年定期提供與出「護理人力概況資料」，以便外界參考。

參、疾病管制局

一、院內感染監測資訊系統(TNIS)

(<https://tnis.cdc.gov.tw/>)

(一) 功能與目的

協助醫院發展適當監測機制及方法，建立我國醫療照護相關感染之資料庫與評估年代趨勢，並藉由自我監控及院際間的同儕比較，提升醫療照護相關感染管制品質。

(二) 通報項目/量測項目

1. 依據醫療照護相關感染監測定義收案之個案資料。

2. 醫院病房別住院人日數、導管使用人日數等月維護資料。
3. 指定菌種與抗生素藥敏試驗結果之實驗室菌株統計資料。

(三) 資料來源

1. 通報者

全國志願參與 TNIS 系統通報之醫院。

2. 通報方式

- (1) 線上輸入：適用於醫院內部未建置有院內感染系統者，醫院端可透過網際網路，將醫療照護相關感染個案資料直接鍵入。
- (2) 交換中心上傳：適用於醫院已自行建置有院內通報系統者，醫院端依據疾病管制局公告之相關工作說明書，開發院所端所需之介接程式，經由系統對系統之資訊交換方式進行通報，可避免醫院同仁需在醫院系統及本局系統重複鍵入資料之困擾。

(四) 資訊運用與公開情形

於 100 年出版「台灣院內感染監視資訊系統(TNIS)100 年第 1 季監視報告」。

二、症狀監視期通報系統

(<http://www.cdc.gov.tw/professional/list.aspx?treeid=4C19A0252BBEF869&nowtreeid=96258F1403CB127C>)

(一) 功能與目的

及早偵測 SARS 或符合新型流感採檢病例，與類流感群聚、不明原因發燒、腹瀉、咳嗽持續三週以上、上呼吸道感染、腸病毒群聚事件之發生。

(二) 通報項目/量測項目

H5N1 流感調查病例、類流感群聚、不明原因發燒、腹瀉、咳嗽持續三週以上、上呼吸道感染、腸病毒群聚。

(三) 資料來源

1. 通報者

醫療院所(僅可通報符合新型流感採檢病例、腹瀉)、衛生局。

2. 通報方式

透過網際網路通報，將資料鍵入傳染病個案通報系統—症狀通報系統。

(四) 資訊運用與公開情形

衛生局所、本局分局及相關單位可藉由 BO(Business Objects)將系統內的通報、送驗及

檢驗結果等相關欄位資料下載分析。

三、追蹤管理系統(結核、隔離病床)

(<https://tb.cdc.gov.tw/slow/CA/LoginByCard.asp>)

(一) 功能與目的

為杜絕傳染病之發生、傳染及蔓延。以及控制結核病疫情、追蹤、負壓病床、橫向聯繫窗口適用。

(二) 通報項目/量測項目

結核病、隔離病床數。

(三) 資料來源

1. 通報者

醫師、院內感染管制小組或專人窗口。

2. 通報方式

將資料鍵入中央傳染病追蹤管理系統，並衛生署疾病管制局資料庫接收。

(四) 資訊運用與公開情形

1. 凡衛生局所、醫療院所獲本局具系統使用權限者，插卡(自然人憑證或醫事人員卡)確認身分後，可查詢個案追蹤管理過程中的歷次詳細就醫及檢驗資料，同時也提供醫療院所跨院查詢功能。
2. 醫療院所、衛生局所及本局具系統權限者，插卡確認身分後，皆可查詢各醫院通報之病床使用情形。
3. 衛生局及本局授權同仁，可透過疫情資料倉儲(BO)或中央傳染病追蹤管理系統下載通報個案之詳細資料(通報資料、都治日誌、就醫日誌、接觸者檢查等資料)進行分析。

四、慢性傳染病追蹤管理-愛滋及漢生病子系統

(<https://hcdweb.cdc.gov.tw/HASWeb/Security/Public/LoginForm.aspx?ReturnUrl=%2fHasweb%2fdefault.aspx>)

(一) 功能與目的

處理愛滋病及漢生病子之即時警訊、個案追蹤管理、資料匯出、個案管理報表、預警查詢報表及管理特殊個案報表。

(二) 通報項目/量測項目

愛滋病、漢生病。

(三) 資料來源

1. 通報者

地方衛生機關公衛人員及指定醫事機構個案管理師。

2. 通報方式

將資料鍵入慢性傳染病追蹤管理，並由衛生署疾病管制局資料庫接收。

(四) 資訊運用與公開情形

資訊尚未對外公開。

五、法定傳染病監視通報系統

(<http://www.cdc.gov.tw/professional/list.aspx?treeid=4C19A0252BBEF869&nowtreeid=F63A8F5D6B43EE45>)

(一) 功能與目的

建立此傳染病通報的目的基於維護全民的健康，政府單位為落實傳染病通報，因此對於加強疾病通報定義的宣導一直不遺餘力，並將傳染病通報之精神予以法制化，於傳染病防治法中訂定應依法通報之各項傳染病，各項疾病之通報定義亦配合修正及出版，提供各醫事人員瞭解並依據現行傳染病防治法第三十九條規定，通報當地衛生主管機關。

(二) 通報項目/量測項目

包含五類法定傳染病，分別如下：

1. 第一類：天花、鼠疫、嚴重急性呼吸道症候群、狂犬病、炭疽病、H5N1 流感。
2. 第二類：白喉、傷寒、登革熱、流行性腦脊髓膜炎、副傷寒、小兒麻痺症、桿菌性痢疾、阿米巴性痢疾、瘧疾、麻疹、急性病毒性A型肝炎、腸道出血性大腸桿菌感染症、漢他病毒症候群、霍亂、德國麻疹、多重抗藥性結核病、屈公病、西尼羅熱、流行性斑疹傷寒。
3. 第三類：百日咳、破傷風、日本腦炎、結核病(除多重抗藥性結核病外)、先天性德國麻疹症候群、急性病毒性肝炎(除A型外)、流行性腮腺炎、退伍軍人病、侵襲性B型嗜血桿菌感染症、梅毒、淋病、新生兒破傷風、腸病毒併發重症、人類免疫缺乏病毒感染、漢生病(Hansen's disease)。
4. 第四類：疱疹B病毒感染症、鉤端螺旋體病、類鼻疽、肉毒桿菌中毒、侵襲性肺炎鏈球菌感染症、Q熱、地方性斑疹傷寒、萊姆病、兔熱病、恙蟲病、水痘、貓抓病、弓形蟲感染症、流感併發症、庫賈氏病、NDM-1 腸道菌感染症、布氏桿菌病。
5. 第五類：裂谷熱、馬堡病毒出血熱、黃熱病、伊波拉病毒出血熱、拉薩熱。

(三) 資料來源

1. 通報者

醫師或法醫師或負責專人或院內感染管制小組。

2. 通報方式

將資料鍵入疾管局「傳染病個人(含疑似病例)報告單」線上通報。

(四) 資訊運用與公開情形

歷年法定傳染病統計、法定傳染病境外移入確定病例統計(97~100 年)、傳染病統計資料查詢。

六、 人口密集機構傳染病監視通報系統

(<http://www.cdc.gov.tw/professional/list.aspx?treeid=4C19A0252BBEF869&nowtreeid=9E411E75899935BA>)

(一) 功能與目的

為預防人口密集機構中如發生疑似傳染病個案或疑似群聚事件設立。若發生同時，機構人員即刻通知所屬主管機關，以早期偵測機構內發生傳染病群聚事件，並使防疫人員即時妥適處理及採取必要防疫措施。

(二) 通報項目/量測項目

包含以下四大類，分別為：

1. 呼吸道傳染病

(1) 類流感(須同時符合下列二項條件)

突然發病有發燒(耳溫超過 38°C)及呼吸道感染

有肌肉酸痛或頭痛或極度厭倦感

(2) 咳嗽持續三週

2. 因應腸道傳染病：每日腹瀉三次(含)以上，且合併下列任何一項以上症狀者。

(1) 嘔吐

(2) 發燒

(3) 黏液狀或血絲

(4) 水瀉

3. 因應不明原因發燒：耳溫量測超過 38°C 者(若為慢性病患或長期臥床者，則指耳溫量測超過 37.5°C 者)。

4. 因應群聚事件：發生傳染病且有人、時、地關聯性，判定為疑似群聚感染且有擴散之虞。

(三) 資料來源

1. 通報者

醫師、院內感染管制小組或專人窗口。

2. 通報方式

將資料鍵入人口密集機構傳染病監視作業登錄系統進行線上通報。

(四) 資訊運用與公開情形

資訊尚未對外公開。

肆、食品藥物管理局

一、全國藥品不良反應通報系統

(<http://adr.doh.gov.tw/default.asp>)

(一) 功能與目的

收集及評估上市後藥品不良反應自發性通報個案、執行藥品安全監視業務，及藥品臨床試驗計畫之可疑未預期嚴重不良反應通報相關業務。

(二) 通報項目/量測項目

全國藥物不良反應通報系統之業務範圍含括「上市後藥品不良反應通報」、「藥物安全監視之定期安全性報告」、「新藥臨床試驗嚴重不良事件(SAE)通報」以及「醫療器材不良反應通報」。

(三) 資料來源

1. 通報者

醫院、藥局、病患、委外研發組織(CRO)及藥商。

2. 通報方式

採自主性通報，根據「嚴重藥物不良反應通報辦法」第七條：「醫療機構、藥局及藥商依本辦法辦法通報，得以郵寄、傳真、或網路等方式為之。」其中，網路通報包含 ADR 網站之線上通報及電子郵件 e-mail 通報等。

(四) 資訊運用與公開情形

每季出版「藥物安全簡訊」，藥品安全有關資訊掛網(或另以電子郵件寄予訂閱者)。

二、 膠囊錠狀食品非預期反應通報系統

(<http://hf.doh.gov.tw/Huas/Home.aspx>)

(一) 功能與目的

為促進我國民眾使用衛生署核定之「健康食品」及錠膠劑型之食品的安全性因而設立此通報系統。藉由健康食品及膠囊錠狀食品非預期反應通報系統之運作，使醫事人員、廠商、民眾、經銷商、消保團體、消費通路等發現「健康食品」及膠囊錠狀之保健食品的非預期反應時可即時通報。

(二) 通報項目/量測項目

「健康食品」及膠囊錠狀之保健食品的非預期反應。保健食品之非預期反應。

(三) 資料來源

1. 通報者

醫事人員、廠商、民眾、經銷商、消保團體或消費通路。

2. 通報方式

採自主性通報，食用健康食品或任何保健用產品後有任何不適皆可通報，分為紙本通報及線上通報 2 種。

(四) 資訊運用與公開情形

未來期望建立「保健食品」安全資料庫、通報資料評估及資訊回饋制度；並教育醫事人員、廠商、民眾、經銷商、消保團體、消費通路等，加強其對食用「保健食品」引起之非預期反應的認識與防患。

三、 全國藥物不良品通報系統

(<http://recall.doh.gov.tw/>)

(一) 功能與目的

本系統之建置目的，為方便發現藥物不良品之人員，於第一時間發現藥物不良品之通報，以便即時利用網路反應藥品品質，交由衛生主管機關迅速了解並處理；此外，另藉由網站上公告不良品名稱與批號廣佈訊息，減少誤用藥物不良品之機會，保障全國民眾之用藥安全。

(二) 通報項目/量測項目

藥品不良品、醫材不良品(一般醫材及耗材)。醫材不良品、體外診斷醫療器材不良品、體外檢驗試劑不良品。

(三) 資料來源

1. 通報者

醫療人員、藥商、醫療器材商及民眾。

2. 通報方式

填寫藥物不良品通報表格之上市後藥物不良品通報表，以郵寄、傳真或線上通報的方式進行藥物不良品通報作業。

(四) 資訊運用與公開情形

藥品不良品通作業執行現況(98 年、100 年)。

四、醫療器材不良反應通報系統

(<http://adr.doh.gov.tw/adr-med/>)

(一) 功能與目的

將醫療儀器設備不良事件之通報與其整合運作，增加病患、操作者、甚至維修工程師在使用儀器設備時的安全性，並成為上市後產品品質管理的利器及改良的依據，以達到合理使用醫療器材及提升台灣民眾藥物使用安全性的設置宗旨。

(二) 通報項目/量測項目

醫材不良反應、醫材不良品(一般醫材及耗材)。醫材不良品、體外診斷醫療器材不良品、檢驗試劑不良品。

(三) 資料來源

1. 通報者

醫療人員、廠商以及民眾。

2. 通報方式

採自主性通報，由全國藥物不良反應通報中心為單一窗口受理各界通報，以郵寄、傳真、或網路等方式進行通報，其中網路通報包含 ADR 網站之線上通報及電子郵件 e-mail 通報等。

(四) 資訊運用與公開情形

醫材安全簡訊、ADR 資料統計(ADR 歷年通報案件數、ADR 通報來源分析、ADR 可疑醫材分類分析、ADR 最常通報之可疑醫材前 10 名)、ADR 答客問。

五、管制藥品管理資訊系統(CDMIS)

(<http://cdmis.fda.gov.tw/>)

(一) 功能與目的

管制藥品管理資訊系統主要提供管制藥品相關證照之核發及管制藥品流通管理，藉由利用上下游之間所有合法藥品流向紀錄鉤稽與串聯，達到完整掌握合法藥品流向之目標。

(二) 通報項目/量測項目

上游業者不論第一級至第四級管制藥品均為每月（20 日前）申報，其申報內容與簿冊登載內容相同，依管制藥品品項批號，申報收、支日期、原因及對象資料、結存情形。機構第一級至第四級管制藥品為年報(每年 1 月申報)，其申報內容與簿冊登載內容相同，但如為調劑研究使用者，僅需申報當期總支出量。

(三) 資料來源

1. 通報者

領有管制藥品登記證之機構或業者。

2. 通報方式

業者為月報，機構為年報，採網路及紙本方式申報

(四) 資訊運用與公開情形

查詢管制藥品證照核發進度、管制藥品檔查詢、使用執照查詢及管制藥品年限量購買查詢。

六、 管制藥品濫用通報資訊系統

(<https://dars.fda.gov.tw/>)

(一) 功能與目的

為掌握國內藥物濫用現況及其濫用趨勢，衛生署食品藥物管理局特依管制藥品管理條例第 34-1 條規定，建置「管制藥品濫用通報資訊系統」，供醫療院所及藥癮戒治機構辦理藥物濫用個案用藥情形之通報，以期隨時監測國內藥物濫用情況，適時提出警訊，提醒國人注意，以達藥物濫用預警之機制，提供衛生署研訂藥物濫用防制政策之參考運用。

(二) 通報項目/量測項目

藥物濫用個案來源、藥物濫用基本資料、藥物濫用就診地點、藥物濫用就診原因、濫用藥物原因、取得藥物場所、取得藥物來源對象、用藥史、用藥種類。

(三) 資料來源

1. 通報者

各醫療院所或民間戒癮之人員。

2. 通報方式

發現非經醫囑，不當或過度使用成癮物質而至醫療院所/民間戒癮團體就診、戒毒者，先向行政院衛生署食品藥物管理局申請管制藥品濫用通報資訊系統之帳號及密碼後，再通報管制藥品濫用個案。

(四) 資訊運用與公開情形

每月進行通報相關資料之流行病學分析，同時亦蒐集台灣地區濫用藥物尿液檢驗、涉嫌毒品及管制藥品案件之非尿液檢體檢驗、緝獲毒品等統計資料，彙編為「藥物濫用案件暨檢驗統計資料」及提供國內各反毒相關部會及基層衛生單位參閱，並定期分析統計年度資料，以呈現國內藥物濫用歷年的流行趨勢。

七、 濫用藥物檢驗通報系統

(<https://udars.fda.gov.tw/>)

(一) 功能與目的

為瞭解國內藥物濫用情形，掌握用藥流行趨勢，依濫用藥物尿液檢驗及醫療機構認可管理辦法第二十六條規定訂定之。

(二) 通報項目/量測項目

濫用藥物之尿液及非尿液檢體檢驗量及結果。

(三) 資料來源

1. 通報者

濫用藥物尿液檢驗認可機構、毒品檢驗機構及機關。

2. 通報方式

先向衛生署食品藥物管理局申請濫用藥物檢驗通報系統之帳號及密碼後，通報尿液及非尿液之檢驗量。

(四) 資訊運用與公開情形

由食品藥物管理局管制藥品組預警調查科每月進行彙編，並刊登於局網。

伍、 國民健康局

一、 癌症登記系統

(<http://tcr.cph.ntu.edu.tw/main.php?Page=A1>)

(一) 功能與目的

衛生署為規劃癌症防治工作，在 68 年以行政命令方式針對 50 床以上醫院建立癌症登記系統，要求申報新發癌症個案的流行病學和診斷治療摘要資料，癌症登記自 85 年 7 月由衛生署委託「癌症登記工作小組」進行癌症資料收集，以建立長期完整而正確的癌症資料庫，提供衛生主管機構及國內外學術機構的施政與研究參考，促進癌症預防與診治之進步，增進人類健康福祉。

(二) 通報項目/量測項目

新診斷所有癌症個案，分短表與長表通報，其中短表通報項目有個案基本資料、癌症部位、組織型態、首次療程摘要等欄位，長表通報項目含個案基本資料、癌症部位、組織型態、癌症最初診斷期別、詳細治療與追蹤等欄位。

(三) 資料來源

1. 通報者

醫院癌症登記人員或專人通報；目前約 212 家醫院參與通報。

2. 通報方式

所有 50 床以上醫院需於新診斷癌症個案完成治療後 1 年內，以線上方式按季申報(每年 3、6、9、12 月)前一診斷年該季之短表或長表資料。

(四) 資訊運用與公開情形

每年於國民健康局網站公布癌症登記年度報告；另提供參與癌症醫療品質提升計畫之醫院其院內癌症期別五年存活率及有參與計畫所有醫院期別平均存活率。

二、 出生通報系統

(<http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/Them.aspx?No=201109200003>)

(一) 功能與目的

為了迅速、正確、完整掌握國人口出生動態，提高婦幼保健服務時效性，並提升與新生兒有關之各項人口資料的正確性。

(二) 通報項目/量測項目

活產新生兒出生體重、活產新生兒懷孕週數、活產新生兒是否為先天缺陷、活產新生兒之新生兒性別、活產新生兒產婦年齡、活產新生兒產婦國籍、活產及死產分布、活產新生兒生產方式、活產新生兒出生場所、活產新生兒接生者。

(三) 資料來源

1. 通報者

接生醫療院所。

2. 通報方式

以網路通報，由接生醫療院所鍵入法定之相關出生資料，由國民健康局監控所有通報紀錄，並統計全國出生狀況及分布。

(四) 資訊運用與公開情形

出生通報年報統計表、出生通報資料庫。

三、 兒童健康管理系統

(<https://chp.bhp.doh.gov.tw/>)

(一) 功能與目的

由於醫師認為給付太低、服務時間太長、易增醫療糾紛，而家長則認為服務品質有待加強(89 年資料)，政府部門則限於無申報檢查結果，致無法掌握執行成效，因而設立兒童預防保健登錄系統。

(二) 通報項目/量測項目

身體檢查：個人及家族病史查詢、身高、體重、聽力、視力、口腔檢查、生長發育評估等。

衛教指導：母乳哺育、營養、幼兒發展、口腔保健、視力保健及事故傷害預防等。

(三) 資料來源

1. 通報者

醫療院所。

2. 通報方式

醫療院所於兒童接受預防保健服務日之次月 1 日起 60 日內，以「批次傳輸」或「單筆登錄」至國民健康局兒童健康管理系統，資料可由健保提供申報檔案估算。

(四) 資訊運用與公開情形

兒童預防保健利用率。

四、 癌症篩檢系統

(<http://mscs.bhp.doh.gov.tw/>) (<https://www.screening.tw/>)

(一) 功能與目的

癌症篩檢系統包含台灣子宮頸抹片申報及追蹤管理資料系統以及大腸癌、乳癌、口腔癌篩檢資料庫。

每年有將近 9,000 人死於乳癌、子宮頸癌、大腸癌與口腔癌。篩檢可以早期發現癌症或其癌前病變，經治療後可以降低死亡率外，還可以阻斷癌前病變進展為癌症。篩檢系統之目的主要為有效掌握國內婦女接受子宮頸、乳癌、口腔癌及大腸直腸癌篩檢監測資料，以利篩檢計畫實施之成效分析。

(二) 通報項目/量測項目

1. 乳房攝影檢查

45~69 歲婦女、40~44 歲二等親曾有乳癌家族史之婦女，每 2 年 1 次。

2. 子宮頸抹片檢查

30 歲以上婦女，補助每年 1 次，建議婦女們每 3 年至少接受 1 次，並自民國 99 年起提供 36 歲以上且超過 6 年未做抹片婦女人類乳突病毒檢測服務(HPV testing)。

3. 糞便潛血檢查

50~69 歲民眾，每 2 年 1 次。

4. 口腔黏膜檢查

30 歲以上嚼檳榔或吸菸者，每 2 年 1 次。

(三) 資料來源

1. 通報者

健保特約醫療院所，提供子宮頸癌、乳癌、大腸癌與口腔癌篩檢服務，依規定申報 4 癌篩檢資料。

2. 通報方式

(1) 台灣子宮頸抹片申報及追蹤管理資料系統

進入此抹片資料庫直接線上申報抹片篩檢個案資料。

(2) 大腸癌、乳癌、口腔癌篩檢資料庫

進入大腸癌、乳癌資料庫直接線上申報篩檢個案資料，口腔癌則經由健保局 VPN 上傳篩檢個案資料。

(四) 資訊運用與公開情形

委託單位將所有結果彙整統計，出版年報供衛生機關訂定防治政策、病理醫療機構提升檢驗品質的參考，亦讓地方衛生單位、醫療機構瞭解篩檢實施之概況。

4.4.2 醫院品質通報系統指標項目

經衛生署醫事處、護理及健康照護處(照護處)、衛生署疾病管制局(CDC)、衛生署食品藥物管理局(TFDA)及衛生署國民健康局(國健局)篩選其與醫療品質相關任務中之指標；醫事處提出每住院人次之病人安全通報數、每病床之病人安全通報數兩項病人安全通報指標，其他衛生署相關單位提出 49 項指標，共計 51 項指標列為篩選候選指標，詳見表 4.4-1。

部份指標並非為醫療品質相關之指標，須進一步挑選，以利與衛生署政策工具相結合，因此委請「其他醫療品質指標小組」之委員，依照指標之重要性、可改善性、相關性與證據性，計算指標之推動等級並決定納入之指標。

重要性為指標反映主要疾病負擔、照護費用、或決策者的優先事項的程度；可改善性為指標可以受健康照護政策或健康照護提供系統介入影響的程度；相關性為指標可反應品質任務改善的相關程度；證據等級為本指標所參考的證據資料來源。「其他醫療品質指標小組」之委員根據上述定義，將指標依照重要性、可改善性、相關性之不同程度給予 1~5 分，高者給 5 分，其餘依此類推。證據等級之計算為：

A	參考的證據是來自於系統性回顧或個別的隨機對照試驗結果。
B	參考的證據是來自於系統性回顧或個別的世代研究；或結果研究；或生態研究；或系統性回顧或個別的病例對照研究的結果。
C	參考的證據是來自於病例分析的結果。
D	參考的證據是來自於專家意見或理論猜想。

根據指標評分合計以及其證據等級，可將指標之建議採用推動等級區分為

推動等級	推動等級內容說明	評分合計	證據等級
I	委員會小組強力建議納入委員會白皮書內容。	10~15	A
II	委員會小組建議納入委員會白皮書內容。	7~9 7~15 10~15	A B C
III	委員會小組不建議納入委員會白皮書內容。	3~6 3~6 3~9	A B C
IV	委員會小組沒有充足的證據建議納入委員會白皮書內容。	3~15	D

依以上評選方式，建議採用計有 26 項指標，獲選指標說明簡表詳件表 4.4-2。

獲選指標依照其屬性分為四個構面，分別為結構面、過程面、結果面及醫療利用面，並依照其評估醫療品質之層面將指標分為三個品質面向，分別為安全性、有效性及效率，指標之分佈詳見表 4.4-3 及表 4.4-4。

表 4.4-1、醫院品質通報系統指標項目-篩選候選指標列表

計畫名稱	候選指標名稱
全國藥品不良反應通報系統計畫	藥品不良反應通報案件數量
侵入性醫療裝置相關感染監測	加護病房中心導管相關血流感染密度
	加護病房呼吸器相關肺炎感染密度
	加護病房導尿管相關泌尿道感染密度
健康照護績效提升計畫：加強醫院感染控制	固定式乾洗手設備完整率
	病室內乾洗手設備完整率
	醫療照護工作人員隨身攜帶酒精性乾洗手液比率
	手部衛生遵從率
護理人力監測資料庫建置計畫	護理時數
	護病比
	空缺率
	離職率
兒童預防保健提升計畫	1.5 歲至 2 歲兒童預防保健服務利用率
	兒童預防保健異常發現率（1）疑似發展遲緩兒童
	兒童預防保健異常發現率（2）發展性髖關節發育不良
母嬰親善醫療院所認證計畫	出生後 1 小時內有母嬰肌膚接觸之嬰兒所占之比例
	住院期間純母乳哺育率
	住院期間總母乳哺育率
	新生兒出院 6 個月純母乳哺育率
門診戒菸治療服務計畫	醫療院所戒菸服務 3 個月戒菸情形追蹤完成率
	醫療院所戒菸服務 6 個月戒菸情形追蹤完成率
	醫療院所戒菸服務 3 個月戒菸成功率
	醫療院所戒菸服務 6 個月戒菸成功率
5 歲以下兒童牙齒塗氟服務	3 歲以下兒童牙齒塗氟利用率
	5 歲以下兒童牙齒塗氟利用率
孕婦產前檢查	低體重新生兒出生百分比

計畫名稱	候選指標名稱
	早產兒出生百分比
成人預防保健服務	成人預防保健服務利用率
發展糖尿病健康促進機構	糖尿病病人眼底檢查率
	糖尿病病人低密度膽固醇(LDL)檢查率
	糖尿病病人腎病變篩檢率
	糖尿病病人糖化血色素(HbA1c)<7% 比率
	糖尿病病人糖化血色素(HbA1c)>9.5% 比率
	糖尿病病人血壓<140/90 mmHg 比率
	糖尿病病人低密度膽固醇(LDL)<100 mg/dL 比率
	糖尿病病人肥胖率
	全院糖尿病人全民健保糖尿病醫療給付改善方案參與率
	糖尿病病人糖化血色素檢查率
	糖尿病人長期併發症住院率
	糖尿病人短期併發症住院率
	控制不良糖尿病病人住院率
	糖尿病病人下肢截肢率
	糖尿病人低密度膽固醇(LDL)≥130 mg/dL 比率
	糖尿病病人吸菸率
醫院癌症醫療品質提升計畫	30~69 歲門診婦女 3 年內接受子宮頸癌篩檢率
	45~69 歲門診婦女 2 年內接受乳房攝影篩檢率
	50~69 歲就醫民眾 2 年內接受糞便潛血篩檢率
	30 歲以上嚼檳榔或吸菸就醫民眾 2 年內接受口腔黏膜篩檢率
	癌症治療五年觀察/相對存活率
台灣病人安全通報系統	每住院人次之病人安全通報數
	每病床之病人安全通報數

表 4.4-2、醫院品質通報系統指標項目-獲選指標說明簡表

指標名稱	應用範圍	屬性	品質&面向	提出單位
藥品不良反應通報案件數量	病人安全	結果(outcome)	安全	食品藥物管理局
每住院人次之病人安全通報數	病人安全	結果(outcome)	安全	醫事處
每病床之病人安全通報數	病人安全	結果(outcome)	安全	醫事處
加護病房中心導管相關血流感染密度	院內感染與術後併發症控制	結果(outcome)	有效性	疾病管制局
加護病房呼吸器相關肺炎感染密度	院內感染與術後併發症控制	結果(outcome)	有效性	疾病管制局
30~69 歲門診婦女 3 年內接受子宮頸癌篩檢率	預防保健服務	過程(process)	有效性	國民健康局
30 歲以上嚼檳榔或吸菸就醫民眾 2 年內接受口腔黏膜篩檢率	預防保健服務	過程(process)	有效性	國民健康局
45~69 歲門診婦女 2 年內接受乳房攝影篩檢率	預防保健服務	過程(process)	有效性	國民健康局
50~69 歲就醫民眾 2 年內接受糞便潛血篩檢率	預防保健服務	過程(process)	有效性	國民健康局
成人預防保健服務利用率	預防保健服務	過程(process)	有效性	國民健康局
兒童預防保健異常發現率 (1) 疑似發展遲緩兒童	預防保健服務	結果(outcome)	有效性	國民健康局
兒童預防保健異常發現率 (2) 發展性髒關節發育不良	預防保健服務	結果(outcome)	有效性	國民健康局
1.5 歲至 2 歲兒童預防保健服務利用率	預防保健服務	過程(process)	有效性	國民健康局
醫療院所戒菸服務 3/6 個月戒菸成功率	預防保健服務	結果(outcome)	有效性	國民健康局
醫療院所戒菸服務 3/6 個月戒菸情形追蹤完成率	預防保健服務	過程(process)	有效性	國民健康局
出生後 1 小時內有母嬰肌膚接觸之嬰兒所占之比例	婦幼健康	過程(process)	有效性	國民健康局
住院期間總母乳哺育率	婦幼健康	過程(process)	有效性	國民健康局
住院期間純母乳哺育率	婦幼健康	過程(process)	有效性	國民健康局
3 歲以下兒童牙齒塗氟利用率	婦幼健康	過程(process)	有效性	國民健康局
5 歲以下兒童牙齒塗氟利用率	婦幼健康	過程(process)	有效性	國民健康局
早產兒出生百分比	婦幼健康	結果(outcome)	有效性	國民健康局
低體重新生兒出生百分比	婦幼健康	結果(outcome)	有效性	國民健康局

指標名稱	應用範圍	屬性	品質&面向	提出單位
空缺率	人力資源	結構(structure)	有效性	護理及健康照護處
離職率	人力資源	結構(structure)	有效性	護理及健康照護處
護病比	人力資源	結構(structure)	有效性	護理及健康照護處
護理時數	人力資源	結構(structure)	有效性	護理及健康照護處
糖尿病病人低密度膽固醇(LDL)檢查率	糖尿病照護	過程(process)	有效性	國民健康局
糖尿病病人血壓<140/90 mmHg 比率	糖尿病照護	結果(outcome)	有效性	國民健康局
糖尿病病人糖化血色素(HbA1c)<7% 比率	糖尿病照護	結果(outcome)	有效性	國民健康局
糖尿病病人糖化血色素(HbA1c)>9.5% 比率	糖尿病照護	結果(outcome)	有效性	國民健康局
糖尿病病人低密度膽固醇(LDL)<100 mg/dL 比率	糖尿病照護	結果(outcome)	有效性	國民健康局
全院糖尿病人全民健保糖尿病醫療給付改善方案參與率	糖尿病照護	過程(process)	有效性	國民健康局
糖尿病病人肥胖率	糖尿病照護	結果(outcome)	有效性	國民健康局
糖尿病病人眼底檢查率	糖尿病照護	過程(process)	有效性	國民健康局
糖尿病病人腎病變篩檢率	糖尿病照護	過程(process)	有效性	國民健康局
癌症治療五年觀察/相對存活率	癌症照護	結果(outcome)	有效性	國民健康局

表 4.4-3、醫院品質通報系統指標項目-指標之品質面向摘要表

domain of application	dimension of quality				Total
	safety	clinical effectiveness	patient centeredness	staff orientation	
Hospital wide	3	17	4	2	26
病人安全	3				3
院內感染與術後併發症控制		2			2
服務人力			2	2	4
預防保健服務		8	2		10
婦幼健康		7			7
Disease Specific		9			10
癌症照護		1			1
糖尿病照護		9			9
Total	3	27	4	2	36

表 4.4-4、醫院品質通報系統指標項目-指標之屬性摘要表

domain of application	dimension of quality				Total
	結構	過程	結果	醫療利用	
Hospital wide	4	8	10	4	26
病人安全			3		3
院內感染與術後併發症控制			2		2
服務人力	4				4
預防保健服務		5	3	2	10
婦幼健康		3	2	2	7
Disease Specific		3	6	1	10
癌症照護			1		1
糖尿病照護		3	5	1	9
Total	4	11	16	5	36

4.5 指標建議

經「醫療品質指標小組」、「全民健保指標小組」以及「其他醫療品質指標小組」之指標篩選作業後，共計 130 項與醫療品質相關之指標。唯指標數量偏多，且部份指標之定義相似，須進一步挑選，因此委請「醫療品質指標小組」專家工作小組協助篩選指標之優先順序。

本次調查所包含的指標共計有全院性指標 10 類，80 項指標；疾病別/項目別指標 9 類，50 項指標。

全院性指標分類分別為病人安全(15 項)、急重症照護(16 項)、院內感染與術後併發症控制(11 項)、醫療技術利用(6 項)、長期住院(4 項)、門診利用(2 項)、服務人力(4 項)、預防保健服務(13 項)、母嬰親善(6 項)、牙醫(3 項)，疾病別/項目別分類分別為心血管疾病(12 項指標)、中風照護(5 項指標)、子宮肌瘤手術(2 項指標)、癌症照護(1 項指標)、膝關節與髖關節置換(6 項指標)、糖尿病照護(13 項指標)、消化性潰瘍照護(3 項指標)、呼吸道感染(5 項指標)、氣喘(3 項指標)。

評選方式為請 11 位專家依照指標分類，同一類項下的指標，依其優先順序進行排序以評選前 10 項優先推薦項目，指標列為最優先者給排序 1、次優先者給排序 2、其餘依此類推，至排序 10。將優先順序排序分數進行轉換以計算各指標之平均分數，若是指標排序票數大於 4 且平均分數在該指標分類中分數較高者則建議採用。

依以上操作型定義，醫療品質指標專家建議採用計有 36 項指標。然考量部份指標尚未成熟或是其資料來源取得困難，因此最後採用指標共計 30 項(表 4.5-1)，並依照其指標之定義重新分類為病人安全(5 項指標)、重症照護(6 項指標)、醫療利用(5 項指標)、預防保健與婦幼健康(5 項指標)、心血管疾病(3 項指標)、中風照護(2 項指標)及糖尿病照護(4 項指標)。

獲選指標依照其屬性分為四個構面，分別為結構面、過程面、結果面及醫療利用面，並依照其評估醫療品質之層面將指標分為三個品質面向，分別為安全性、有效性及效率，指標之分佈詳見表 4.5-2 及表 4.5-3。

表 4.5-1、臨床建議指標說明簡表

指標名稱	疾病別	屬性	品質&面向	提出單位
住院期間輸血錯誤事件發生率	病人安全	結果(outcome)	安全	台灣醫務管理學會-THIS
住院期間再手術率	病人安全	結果(outcome)	安全	台灣醫務管理學會-THIS
473'子宮肌瘤手術後 14 日內因該手術相關診斷再住院率'	病人安全	結果(outcome)	有效性	中央健康保險局
353'置換物感染_深部感染率'	病人安全	結果(outcome)	安全	中央健康保險局
加護病房氣管內管滑脫率	病人安全	過程(process)	安全	台灣醫務管理學會-THIS
48 小時(含)內加護病房重返率	重症照護	結果(outcome)	有效性	醫策會-醫院評鑑持續性監測項目
加護病房中心導管相關血流感染密度	重症照護	結果(outcome)	有效性	疾病管制局
加護病房呼吸器相關肺炎感染密度	重症照護	結果(outcome)	有效性	疾病管制局
所有住院病人手術部位感染率	重症照護	結果(outcome)	安全	醫策會-TCPI
院內感染率	重症照護	結果(outcome)	安全	台灣醫務管理學會-THIS
預防性抗生素在手術劃刀前 1 小時內給予比率	重症照護	過程(process)	安全	醫策會-醫院評鑑持續性監測項目
護病比	醫療利用	結構(structure)	病人中心	護理及健康照護處
全院腹膜透析病人比率	醫療利用	結果(outcome)	效率	醫策會-醫院評鑑持續性監測項目
892'超長期住院率_僅急性床案件，不含急慢性床混合案件(大於 30 日)	醫療利用	醫療利用(utilization of care)	效率	中央健康保險局
103'西醫重複就診率(三)'	醫療利用	過程(process)	效率	中央健康保險局
醫療院所戒菸服務 3/6 個月戒菸情形追蹤完成率	預防保健與 婦幼健康	過程(process)	病人中心	國民健康局
30-69 歲門診婦女 3 年內接受子宮頸癌篩檢率	預防保健與 婦幼健康	過程(process)	有效性	國民健康局

指標名稱	疾病別	屬性	品質&面向	提出單位
45-69 歲門診婦女 2 年內接受乳房攝影篩檢率	預防保健與婦幼健康	過程(process)	有效性	國民健康局
院所年度生產之活產新生兒中，哺育母乳之活產新生兒所占之比例	預防保健與婦幼健康	過程(process)	有效性	國民健康局
5 歲以下兒童牙齒塗氟利用率	預防保健與婦幼健康	醫療利用(utilization of care)	有效性	國民健康局
18 歲以下急診氣喘率	醫療利用	結果(outcome)	有效性	健保局-醫療品質改善方案
住院 AMI 病人使用乙型阻斷劑治療比率	心血管疾病	過程(process)	安全	醫策會-TCPI
ST 段上升之急性心肌梗塞病人於 90 分鐘內完成 PCI 之人次	心血管疾病	過程(process)	有效性	醫策會-醫院評鑑持續性監測項目
ST 段上升之急性心肌梗塞病人接受 PCI 之人次	心血管疾病	過程(process)	安全	醫策會-醫院評鑑持續性監測項目
急性缺血性腦中風病人接受靜脈注射溶栓治療之人數	中風照護	過程(process)	安全	醫策會-醫院評鑑持續性監測項目
所有符合給予靜脈注射溶栓治療適應症之急性缺血性腦中風病人數	中風照護	過程(process)	安全	醫策會-醫院評鑑持續性監測項目
糖尿病病人眼底檢查率	糖尿病照護	過程(process)	有效性	國民健康局
110'糖尿病病患糖化血色素 (HbA1c) 執行率_年'	糖尿病照護	過程(process)	有效性	中央健康保險局
糖尿病病人低密度脂蛋白膽固醇檢查率	糖尿病照護	過程(process)	有效性	國民健康局
糖尿病病人腎病變篩檢率	糖尿病照護	過程(process)	有效性	國民健康局

表 4.5-2、臨床建議指標項目-指標之品質面向摘要表

domain of application	dimension of quality				Total
	safety	clinical effectiveness	patient centeredness	efficiency	
Hospital wide	7	9	2	3	21
病人安全	4	1			5
重症照護	3	3	1		7
醫療利用				3	3
預防保健與婦幼健康		5	1		6
Disease Specific	4	5			9
心血管疾病	2	1			3
中風照護	2				2
糖尿病照護		4			4
Total	11	14	2	3	30

表 4.5-3、臨床建議指標項目-指標之屬性摘要表

domain of application	dimension of quality				Total
	結構	過程	結果	醫療利用	
Hospital wide	1	6	12	2	21
病人安全		1	4		5
重症照護	1	1	5		7
醫療利用		1	1	1	3
預防保健與婦幼健康		3	2	1	6
Disease Specific		9			9
心血管疾病		3			3
中風照護		2			2
糖尿病照護		4			4
Total	1	15	12	2	30

4.6 醫院品質量測系統運用狀況調查結果

壹、背景說明

近幾十年世界各先進國家來對於醫療照護的要求，從疾病的治療結果到醫療技術的精進，逐漸演變為重視醫療品質的提升。而醫療品質的改善與提升則需要有精確之品質量測系統，作為衡量之基準。衛生署為推動建構國家醫療照護品質量測系統之任務，以整合現有之品質量測系統、協助醫療院所簡化指標收集負擔與促進醫療品質指標資訊的即時性、有效性與正確性，將醫療品質指標之整合列為重要之醫療品質政策發展，於是進行「醫療品質量測系統運作狀況調查」，期從了解各醫院對內、外部品質量測系統運用狀況，以做為政策規劃之參考，並將調查結果列於本白皮書中。

貳、醫療品質量測系統運作狀況調查介紹

衛生署於 100 年針對台灣醫療品質指標計畫(TQIP)、台灣醫療照護品質指標(THIS)、台灣臨床成效指標系統(TCPI)、地區醫院品質指標系統(TCHA)、中央健保局醫療給付改善方案、全民健康保險醫療品質資訊公開系統及中央健保局醫療服務指標(VPN)等醫療品質指標系統，委託台北醫學大學進行醫療品質量測系統運作狀況之調查，調查工具為「醫療品質相關資源調查—醫療品質指標」問卷，問卷經 5 位專家進行表面效度測試修改後完成，問卷共分為四個部分包括：填答者及其服務醫院之基本資料、醫院參加醫療指標計畫之現況，及影響醫院收集與運用醫療品質指標計畫之相關因素，共計 73 個題目。調查期間為 100 年 8 月至 10 月，採郵寄問卷方式(問卷詳附錄十五)。

調查對象為衛生署公布截至 99 年之全國健保特約醫療院所，共 482 家，每家醫院由負責醫療品質管理或病人安全相關業務之人員填寫問卷，每家醫院填寫 1 份，有效問卷數 130 份(回收率：27%)。

參、調查結果

一、各醫院參加及運用指標計畫之原因

(一) 外部指標計畫(系統)

醫院參加 TQIP、THIS、TCPI 及 TCHA 的原因大多數乃為：參加指標有助於醫院評鑑、監測醫院醫療品質指標；而運用指標的原因則為提升全院醫療品質、辦理品質改善活動、院際比較與標竿學習及績效考量。

(二) 全民健康保險相關方案、系統與指標

醫院參加「中央健保局醫療給付改善方案」、「全民健康保險醫療品質資訊公開系統」與「中央健保局醫療服務指標(VPN)」的原因主要是：管理階層認為對於醫院營運有實質幫助、有助於監測醫院醫療品質指標及可增加收入或給付。指標運用的原因皆為提升全院醫療品質、院際比較與標竿學習及提升財務管理績效等。

(三) 內部指標

醫院參加「醫院體系內自行設計之體系共用指標」與「單一醫院自行設計之指標(內部

使用)」的原因主要皆為有助於醫院評鑑。而運用指標的原因為提升全院醫療品質及全院績效及有助於論文發表。綜合來看，醫院對於內部指標系統之時效、正確性及報告內容難易度等之認同度高於外部指標系統。

二、 影響醫院收集與運用醫療品質指標之因素

根據醫院不同層級(醫院醫學中心 22 家，區域醫院 39 家，地區醫院 76 家)及不同規模(100 床以下醫院 58 家，100-499 床 45 家，500-999 床 17 家，1000 床以上 3 家)分析收集與運用醫療品質指標之影響因素發現人力不足、缺乏資訊軟體為影響醫院收集與運用醫療品質指標的重要因素。(詳細之結果詳附錄十六)

肆、 研究建議

根據調查結果顯示，多數醫療院所使用自行設計之指標系統；收集與運用困難因素主要為人力不足與缺乏資訊軟體；醫院對於內部指標系統之時效、正確性及報告內容難易度等之認同度高於外部指標系統。建議應辦理內部指標系統運作之標竿學習；應整合現有指標系統避免重覆收集與提報；同時檢討現行指標之適用性，包含指標收集循環週期、實證研究基礎、精進指標並促進適用於品質之改善。

參考文獻

- 台灣地區醫院品質指標系統(TCHA)。(101 年)。擷取自 <http://1062757.fol.com.tw/>
- 台灣病人安全通報系統(TPR)。(101 年)。擷取自 <http://www.tpr.org.tw/index01.php>
- 台灣臨床照護成效指標系統(TCPI)。(101 年)。擷取自 <http://tcpi.tjcha.org.tw/tcpi/>
- 台灣醫療照護品質指標系列(THIS)。(101 年)。擷取自 <http://www.tcche.org.tw/UI/N/N10001.aspx?type=N>
- 石崇良。(無日期)。台灣醫院評鑑之新發展簡報資料。行政院衛生署醫事處。
- 朱益宏。(無日期)。TCHA 品質指標管理系統功能簡介簡報資料。台灣社區醫院協會。
- 行政院衛生署。(101 年)。行政院衛生署藥品不良反應系統。擷取自 <http://adr.doh.gov.tw/default.asp>
- 行政院衛生署食品藥物管理局。(100 年 06 月 01 日)。全國藥品不良反應通報系統計畫簡報資料。
- 行政院衛生署食品藥物管理局。(101 年)。管制藥品管理資訊系統(CDMIS)。擷取自 <http://cdmis.fda.gov.tw/>
- 行政院衛生署食品藥物管理局。(101 年)。管制藥品濫用通報資訊系統。擷取自 <https://dars.fda.gov.tw/>
- 行政院衛生署食品藥物管理局。(101 年)。膠囊錠狀食品非預期反應通報系統。擷取自 <http://hf.doh.gov.tw/Huas/Home.aspx>
- 行政院衛生署食品藥物管理局。(101 年)。醫療器材不良反應通報系統。擷取自 <http://adr.doh.gov.tw/adr-med/>
- 行政院衛生署疾病管制局。(96 年 11 月 16 日)。人口密集機構傳染病防治及監視作業注意事項。
- 行政院衛生署疾病管制局。(94 年)。全民健保醫院總額加強感染控制實施方案評量方式。
行政院衛生署疾病管制局。
- 行政院衛生署疾病管制局。(99 年 11 月)。法定傳染病監測工作指引。
- 行政院衛生署疾病管制局。(100 年 04 月 27 日)。健康照護績效提升計畫「加強醫院感染控制第二期」－醫院手部衛生認證計畫簡報資料。
- 行政院衛生署國民健康局。(101 年)。出生通報系統。擷取自 <http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/Them.aspx?No=201109200003>
- 行政院衛生署國民健康局。(101 年)。台灣癌症登記小組。擷取自 <http://tcr.cph.ntu.edu.tw/main.php?Page=A1>

行政院衛生署國民健康局。(100 年 07 月 27 日)。兒童預防保健提升計畫簡報資料。

行政院衛生署國民健康局。(100 年)。新一代兒童預防保健服務問答集 99 年。

行政院衛生署國民健康局。(101 年)。癌症篩檢系統(大乳口專用)。擷取自
<https://www.screening.tw/>

行政院衛生署國民健康局。(100 年 07 月 27 日)。醫院癌症醫療品質提升計畫簡報資料。

行政院衛生署醫事處。(101 年)。擷取自
http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=1&now_fod_list_no=4069&level_no=1&doc_no=76089

行政院衛生署醫院評鑑資訊公開專區。(101 年)。擷取自
http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=472&now_fod_list_no=11244&level_no=3&doc_no=75595

行政院衛生署護理及健康照護處。(98 年)。醫院護理人力資源資料統計結果。行政院衛生署護理及健康照護處。

行政院衛生署護理及健康照護處。(100 年 04 月 27 日)。護理人力監測資料庫建置計畫簡報資料。

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會。(100 年)。100 年新版教學醫院評鑑基準及評量說明。

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會。(100 年)。100 年新版醫院評鑑基準及評量說明。

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會。(101 年)。擷取自
<http://www.tjcha.org.tw/FrontStage/page.aspx?ID=66875137-F99A-4C88-9750-FB3F169AF8BE>

財團法人藥害救濟基金會。(99 年)。財團法人藥害救濟基金會 99 年年報。

陳怡安。(無日期)。台灣醫療品質指標系統-回顧與創新簡報資料。財團法人醫療品質策進會。

陳思樺。(94 年 08 月)。地區醫院品質指標系統(TCHA)功能介紹與作業說明簡報資料。台灣社區醫院協會。

黃雅娟。(100 年 09 月)。醫院評鑑暨教學醫院評鑑新變革。中國醫訊。

廖薰香。(無日期)。從內部改善到外部運用-以 TCPI 疾病人安全文化調查為例簡報資料。財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會。

醫院評鑑持續性監測系統。(101 年)。擷取自 <http://qip.tjcha.org.tw/2009TJCHA/>

第五章 健康照護品質的系統性落差

健康是基本人權之一，要改善並提升國民整體的健康，必須從保障健康照護品質著手。「醫療品質政策諮詢委員會」在成立之初，便提出「建立品質競爭機制及縮小健康照護落差」為委員會整體之目標。期盼透過建立品質競爭之機制達到醫療照護品質之改善，然而，在關注健康照護品質的同時，仍應避免在品質競爭的機制下，犧牲了少數族群的照護品質，進而危害到照護品質的公平性基礎。因此，我們也必須將焦點放在：不同族群的民眾，例如婦女、兒童、老人、原住民、低收入戶等，與一般民眾接受的照護品質可能存在明顯的差異，此即所謂的「系統性落差(disparities)」；健康照護品質的系統性落差，即是指不同族群間，其享有的健康照護品質在有效性、即時性、病人安全、以病人為中心等面向上的差異。

我們相信，唯有關注並改善健康照護品質的系統性落差，才能提昇整體健康照護品質，進而促進國民健康的公平性，達到全民健康的目標。

本章節即在概述健康照護品質系統性落差的背景及國際發展經驗，並說明我國發展系統性落差現況及品質量測的報告。

5.1 背景

台灣過去在公共衛生上的成就，國際上有目共睹，當時為因應疫病流行，多著重傳染病控制及初級預防措施，這些努力已可從延長國民平均餘命、縮短健康差距得到印證。近數十年來，台灣在社會、經濟各方面均可見長足的進步，醫藥科技發達、資源較從前豐富、生活水準也大幅提升，公共衛生工作因而也有了明顯的轉型；從過去注重整體公共衛生成效，轉而為滿足個人層次的醫療照護需求，強調其可近性與醫療照護的品質。尤其是，全民健保開辦十七年來，國人就醫可近性已見大幅改善，醫療照護品質因而成為國人對整體健康照護所追求的目標。

盱衡國際發展趨勢，以會員國已涵蓋全球重要已開發國家的經濟合作與發展組織(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD)為例，其對各會員國所揭櫫的追求國民健康目標，即明訂為追求健康的公平性與效率；值此我國正逐步邁向已開發國家之際，OECD 強調健康的公平性與效率，亦可做為檢視我國醫療服務和健康照護品質的重要方向。

5.1.1 健康差異存在

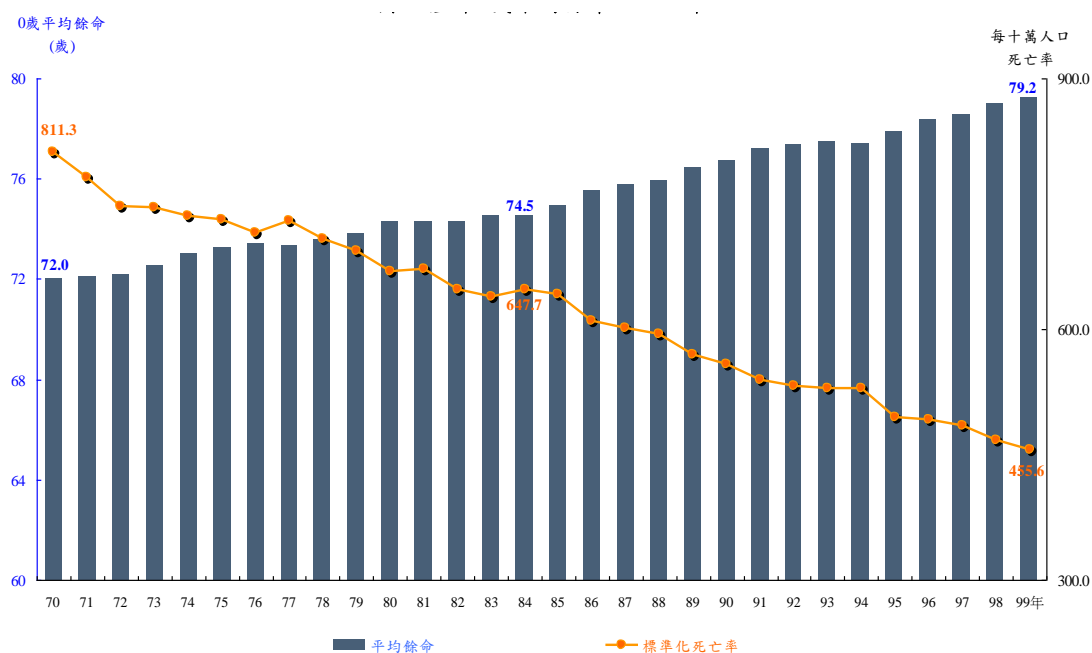
試以下列統計為例：99 年國人死亡人口為 14 萬 4,709 人，標準化死亡率為每十萬人口 455.6 人，且有逐年降低的趨勢(衛生署，99 年死因統計結果分析，100 年)(如圖 5.1-1)。參考內政部簡易生命表可知，99 年國人零歲平均餘命為 79.18 歲，其中，男性為 76.13 歲、女性為 82.55 歲；與 90 年相比，增加了 2.43 歲，其中，男性增加 2.06 歲、女性增加 2.63 歲，也呈逐年增加的趨勢(行政院內政部統計處，99 年簡易生命表提要分析，100 年)。

由此指標可看出，國人健康已逐步改善，但是，証諸不同族群卻可發現，其明顯的差距讓我們不得不正視健康不平等的事實。以原住民來說，99 年其平均餘命為 70.30 歲(行政院內政部統計處，99 年原住民簡易生命表提要分析，100 年)，相較於當年全體國民平均

餘命 79.18 歲足足少了近九歲；再據以檢視各縣市之間同一數據，也發現存在明顯的落差(行政院內政部統計處，99 年簡易生命表提要分析，100 年)(如表 5.1-1、表 5.1-2)。

另外，有學者就全民健康保險實施前後，探討國人健康改善及差異情形：如溫啟邦的研究顯示，71-73 年、81-83 年、91-93 年平均餘命各為 69.56 歲、71.83 歲、74.22 歲，而依死亡率高低分組檢視期間平均餘命差距分別為 8.37 歲、10.65 歲、10.03 歲，可知全民健保實施後，國人平均餘命延長了 2.39 歲且健康差距縮小 0.62 歲 (Wen, Tsai, & Chung, 2008)。此研究固然顯示健康改善且健康差異縮小，然也告訴我們：健康差異普遍存在的事實，例如收入較低、菸酒檳榔使用率較高、肥胖率較高且居住偏遠地區等族群，健保實施後平均餘命雖已延長，但比起其他組別的健康狀態仍明顯較差。此研究建議，唯有對這些相對下存在健康差異的族群，在政策上加強初級預防，教育並輔導其改善生活型態，才有助於縮減健康差異。

事實上，不止弭平健康差異需要政策上的輔導，不少公衛專家學者也憂心：由於社經發展及貧富差距等因素影響，會造成國民所享有的健康照護不平等現象，因而呼籲政府以「人人健康」為社經發展政策的最高原則；亦即政府各部門在制定社經發展政策同時，即須特別考量其對國民健康所造成的衝擊，如經濟部的香菸開放進口政策、農委會對檳榔種植的政策，均足以造成使用者的健康風險行為，從而使整體國民健康付出代價；因此，舉凡足以影響或衝擊國民健康的政策，衛生署基於為國民健康把關立場，必須責無旁貸地主動提出預警，並與各部會積極溝通；再者，針對可能影響國民健康議題，必須展開實證研究，發掘實況、提出因果認定，從而提供實際建議與做法，供決策參考 (江東亮，97 年)。



(資料來源：衛生署，99 年死因統計結果分析，100 年)

圖 5.1-1：99 年台灣平均餘命與死亡率

表 5.1-1、平均餘命國內比較(區域別)我國各地區零歲平均餘命之比較

單位：歲

地 區 別	99年			98年			增 減 值		
	兩 性 (1)	男 性 (2)	女 性 (3)	兩 性 (4)	男 性 (5)	女 性 (6)	兩 性 (7)=(1)-(4)	男 性 (8)=(2)-(5)	女 性 (9)=(3)-(6)
總計	79.18	76.13	82.55	79.01	76.03	82.34	0.18	0.10	0.21
按直轄市分									
新北市	80.30	77.51	83.38	79.92	77.21	82.96	0.38	0.30	0.42
臺北市	82.42	80.06	84.81	82.16	79.86	84.53	0.25	0.19	0.29
臺中市	78.86	76.11	81.85	78.60	75.94	81.53	0.26	0.17	0.32
臺南市	78.26	75.21	81.69	77.99	74.94	81.44	0.28	0.27	0.25
高雄市	77.81	74.86	81.13	77.49	74.56	80.82	0.32	0.30	0.31
按臺灣省各縣市分									
宜蘭縣	78.34	75.16	82.03	77.94	74.80	81.61	0.40	0.36	0.42
桃園縣	79.52	76.84	82.84	79.27	76.72	82.45	0.24	0.13	0.40
新竹縣	78.51	75.65	81.93	78.59	75.81	81.95	-0.08	-0.16	-0.02
苗栗縣	78.31	75.03	82.28	77.89	74.60	81.94	0.42	0.42	0.35
彰化縣	78.81	75.42	82.71	78.39	74.98	82.36	0.41	0.44	0.35
南投縣	77.44	74.07	81.47	77.03	73.56	81.21	0.42	0.51	0.26
雲林縣	77.08	73.41	81.56	76.54	72.96	80.95	0.54	0.46	0.61
嘉義縣	77.70	74.25	81.92	77.48	74.12	81.57	0.22	0.12	0.35
屏東縣	75.96	72.52	80.05	75.75	72.24	80.00	0.20	0.28	0.05
臺東縣	74.24	70.69	78.72	73.73	70.06	78.53	0.51	0.63	0.20
花蓮縣	74.96	71.42	79.29	74.36	70.68	79.00	0.60	0.74	0.29
澎湖縣	79.35	76.03	83.25	79.30	75.92	83.35	0.05	0.11	-0.09
基隆市	78.26	75.30	81.59	78.11	75.23	81.38	0.15	0.07	0.21
新竹市	80.20	77.14	83.50	79.69	76.74	82.89	0.51	0.40	0.61
嘉義市	78.89	75.99	81.84	78.77	75.86	81.79	0.13	0.13	0.05

- 註：
1. 金馬地區因人數太少，故無法單獨編算。
 2. 各直轄市及臺灣省各縣市 99 年平均餘命係利用 97-99 三年合併人口資料編算，98 年平均餘命係利用 96-98 三年合併人口資料編算；其中臺中市、臺南市、高雄市平均餘命均以改制合併後所轄範圍編算並回溯至 96 年資料。
 3. 本表數字係經實際數字編算後四捨五入至小數點第二位，故部分增減值尾數有捨位誤差。

資料來源：行政院內政部統計處，99 年簡易生命表提要分析，100 年

表 5.1-2、平均餘命國內比較(族群別)原住民與全體國民平均餘命之差距

單位：歲

年別	全體國民(1)			原住民人口(2)			差距(3) = (2) - (1)		
	兩性	男性	女性	兩性	男性	女性	兩性	男性	女性
90 年	76.75	74.07	79.92	67.74	63.51	72.69	-9.01	-10.56	-7.23
91 年	77.19	74.58	80.24	68.51	64.61	72.89	-8.68	-9.98	-7.35
92 年	77.35	74.77	80.33	68.67	64.63	73.19	-8.68	-10.14	-7.14
93 年	77.48	74.68	80.75	68.14	63.89	72.95	-9.34	-10.79	-7.80
94 年	77.42	74.50	80.80	68.19	63.85	73.06	-9.23	-10.65	-7.74
95 年	77.90	74.86	81.41	68.49	64.04	73.41	-9.41	-10.82	-8.01
96 年	78.38	75.46	81.72	68.98	64.82	73.72	-9.40	-10.64	-8.00
97 年	78.57	75.59	81.94	69.53	65.15	74.22	-9.03	-10.43	-7.73
98 年	79.01	76.03	82.34	70.08	65.76	74.63	-8.93	-10.27	-7.70
99 年	79.18	76.13	82.55	70.30	66.00	74.78	-8.89	-10.14	-7.77

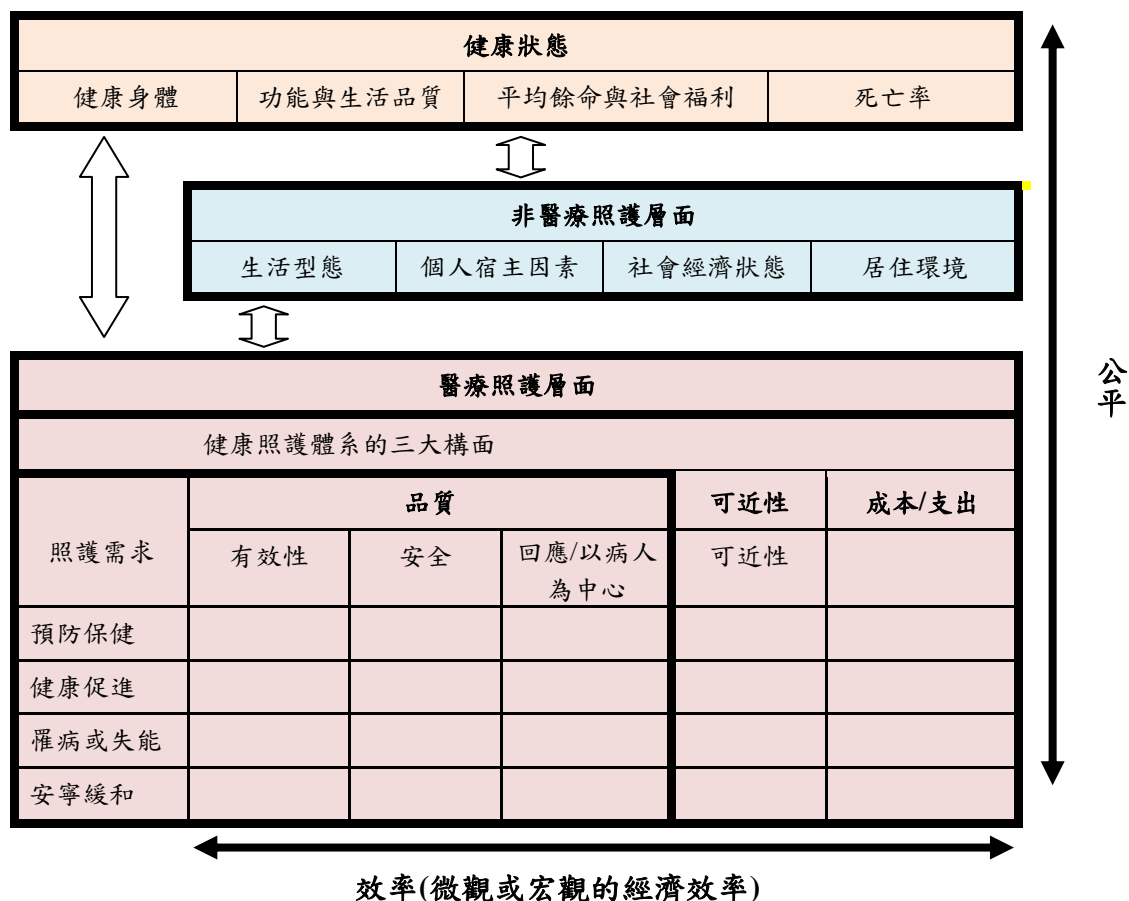
資料來源：行政院內政部統計處，99 年原住民簡易生命表提要分析，100 年。

5.1.2 健康照護品質落差與健康差異的關聯

前已提及，OECD 將追求健康的公平性與效率列為改善國民健康的主要目標。根據圖 5.1-2 OECD 國家健康照護體系效能評估架構，影響全體國民健康的因素區分為「非醫療照護層面」與「醫療照護層面」，效率可由橫向各層面之間以經濟學觀點來探討，而公平則需考量二者垂直之間的運作情形 (Arah, Westert, & Klazinga, 2006)。

「非醫療照護層面」的影響因素中，生活型態等並非可藉醫療照護體系影響或介入來尋求改善，然而因社會經濟狀態或居住環境等結構性或系統性因素的影響，卻可透過政策實施，達到改善群體健康、進一步消除健康不平等的目標。「醫療照護層面」之影響因素則可藉由改善品質、提升可近性、控制成本，達到改善整體醫療照護體系效能，進而提昇群體健康。健康照護品質的系統性落差即是在此架構下，探討社會經濟狀態或居住環境等結構性或系統性因素，所形成之醫療照護品質的差異。

檢視我國當前之健康照護環境，全民健保開辦後，大幅改善民眾就醫的可近性，而健保預算總額制度的實施，在成本與支出間求取一定程度的效率性，在此前提下，改善品質是目前提昇健康照護體系效能重要且可改善的主要構面。



(資料來源：Arah, Westert, & Klazinga, 2006)

圖 5.1-2：OECD 國家健康照護體系效能評估架構

5.1.3 與健康照護品質系統性落差相關的決策資訊

台灣對健康照護的政策或相關研究，向來著重在健康差異或稱健康不均、醫療利用不均等等議題，如溫啟邦之研究以平均餘命來呈現健康差異 (Wen, Tsai, & Chung, 2008)，衛生統計呈現不同族群平均餘命、死亡率、癌症死亡率等之落差 (衛生署，99 年死因統計結果分析，100 年) (行政院內政部統計處，99 年簡易生命表提要分析，100 年) (行政院內政部統計處，99 年原住民簡易生命表提要分析，100 年)；李妙純以西醫門診次數、蔡文正以預防保健利用次數等呈現醫療利用不均的情形 (李 & 沈，97 年) (Tsaia, Kungb, & Wang, 2011)；另外，國民健康訪問調查結果則提及，山地居民的急、重症醫療利用度較高，且心臟病、高血壓、中風等盛行率也較高，呈現健康需求的落差 (國家衛生研究院，90 年)。

而在呈現健康照護品質差異的資訊方面，衛生署 100 年四月出版的「健康照護品質指標之國際與國內比較報告」，其採用 OECD 組織健康照護品質指標(Health Care Quality Improvement Program, HCQIP)進行分析，且部分指標已有性別、年齡分組、區域等分層，但仍缺少社經狀態或原住民族等焦點族群的分層資訊。依照美國相關經驗及國內專家學者意見，以國家層級的資料如全民健康保險資料、癌症登記資料等來分析檢視不同社經狀態、族群或區域之間的健康照護品質差異，可提供系統性落差相關的決策參考。

5.2 國內外相關政策

5.2.1 美國 NHDR 介紹

美國「健康照護研究與品質法案」(Healthcare Research and Quality Act of 1999)明定，國家應定期出版反映整體醫療照護品質的報告，並於其中呈現種族、社會經濟狀態或優先族群(priority population)與一般民眾所接受的照護品質差異，此即「國家健康照護品質」(National Healthcare Quality Report, NHQR)報告與「國家健康照護系統性落差」(National Healthcare Disparities Report, NHDR)報告的由來。

美國在西元 2003 年推出 NHDR 第一份年報，自此每年定期出版。這份報告以全國資料進行分析，從有效性、病人安全、及時性、病人為中心、效率等品質面向切入，呈現不同族群或族裔、社經階層之間健康照護品質的差異情形。透過 NHDR 報告可供醫療提供者或決策者了解：醫療品質與系統性落差現況及其改變情形，藉以尋求改善之道。

西元 2003 年 NHDR 第一份年報中，對於為何要做系統性落差、系統性落差定義、為何需與品質報告(National Healthcare Quality Report, NHQR)搭配呈現等問題，均已清楚敘述。西元 2004 年接續提出系統性落差普遍存在的事實，並強調可藉由努力加以改善，未來則可由長期趨勢分析來顯示其逐年改善情形，但這份報告也忠實反映：某些疾病或族裔受限於資料不足，短期內仍無法提出健康差異實況的困境。

西元 2005 年以後，NHDR 開始以歷年資料呈現落差是否改善及其改善情形；其中可看出，部分落差已有改善，例如 AIDS 新診斷的病人數、就醫即時性、醫病溝通等，不止資料的蒐集已有進步，落差已見縮小。

西元 2006~2009 年間 NHDR 形貌與內容並無太大改變，到了西元 2010 年則與品質報告(NHQR)編撰相同的重點摘要(highlights)，並新增效率、醫療照護整合、醫療體系架構等章節，強調在評估整體醫療體系同時，亦需考量醫療照護品質與系統性落差。

NHDR 呈現的系統性落差現況，包含少數族群或較貧窮的病人，其癌症診斷期別較差且死亡率高；社經狀態較差的病人，其糖尿病照護也較差；黑人或較貧窮的病人其住院次數中有較高比率是可避免的。

NHDR 強調，這些差異均可藉由飲食或生活習慣改變、提高篩檢率、加強衛教、提高兒童疫苗接種率或流感疫苗注射率等方式，來改善這些族群的健康照護品質，從而縮小系統性落差。

NHDR 報告已連續出版八年，西元 2010 年配合政策，重點檢視醫療照護體系品質改善情形；結論指出，不同領域，其照護品質改善程度也不一，例如安寧療護方面，病人與家屬的參與情形已有改善；在疾病有效性、病人安全、可近性方面，品質仍未見改善，而醫療照護整合、醫療資源過度使用、健康體系評估等面向，仍存有系統性落差，亟需改善。

西元 2010 年 NHDR 最後建議，可針對特定疾病如癌症篩檢、糖尿病管理、特定地理分區如偏遠地區、特定族群如偏遠地區民眾，或特定面向如預防篩檢、可近性等提出專案，改善其健康照護品質，以減少系統性落差。

5.2.2 2020 健康白皮書之建議

衛生署委託國家衛生研究院於 97 年五月出版「2020 健康國民白皮書」，特別在衛生、醫療層次之外，提出「健康」、「平等」的主張，強調衛生政策應著重「延長國人健康平均餘命」及「促進國人健康平等性」兩大目標，並提出公平性的確保、醫療服務效率的改善及醫療效果與品質的提升等政策建議。

為了促進國人健康公平性，「2020 健康國民白皮書」建議：健康政策應考慮增進性別、教育程度與收入、地區差異及族群的平等，致力於縮減生命週期、社經背景，以及身體及心理狀況所致之健康差距，並建議應進行包括性別、教育程度與收入、地區差異，以及兒童與青少年、老年、性別、原住民、社經弱勢、身心障礙等焦點群體的指標監測及相關資料蒐集，以定期監控並確保民眾的就醫公平。

「2020 健康國民白皮書」也依章節陳述焦點團體的健康需求、健康差異及相關政策目標與監測指標。照護品質部份，提及兒童與青少年有疫苗接種、發展評估、肥胖、近視、吸菸、喝酒、藥物濫用、事故傷害等照護需求；老年人有高血壓、白內障、骨質疏鬆等慢性病，以及跌倒、憂鬱、長期照護、跨專科整合等照護需求；婦女應加強乳癌、子宮頸癌等癌症防治，充分告知並尊重其決定，增設婦女整合照護門診，注重高危險妊娠或弱勢群體的孕產婦照護等；原住民照護需求有就醫可近性、緊急醫療、婦幼衛生、精神與心理衛生照護、建立監測資料庫等；社經弱勢群體有納保率低、就醫可近性等照護需求，且因健康狀態較一般民眾差，其醫療照護利用率也較高；身心障礙群體持重大傷病卡有醫療費用部分負擔減免等補助，但就醫交通不變、就醫時缺乏各項協助等，可近性仍需改善。

綜觀「2020 健康國民白皮書」建議，其內容已具體呼應了 OECD 對國民健康的改善目標，著重減少健康差異，促進健康公平性。而對應 OECD 組織的健康評估架構，在醫療照護層面著力於健康照護體系效能的提升，其中又以改善不同族群或區域間醫療照護品質的落差為重點，如此將有助於提高醫療照護體系的效能，從而縮減國民健康差異，促進國人健康公平性，達到「延長國人健康平均餘命」及「促進國人健康平等性」等兩大目標。

5.3 系統性落差的品質量測

5.3.1 品質量測與系統性落差變項

健康照護品質的系統性落差是指族群之間存在照護品質差異，因而在婦女、兒童、老人、原住民、低收入等系統性變項，呈現有效性、病人安全、即時性、以病人為中心等品質面向的落差。因此，健康照護品質的系統性落差量測內容包含了兩部份：一是關於健康照護的品質量測指標，另一則是系統性落差變項。

在品質量測指標方面，OECD 採用的健康照護品質指標，著重慢性病照護、急性照護、癌症照護、風險行為、病人安全等面向，進行品質量測與跨國評比；透過這些品質量測指標，反映各會員國在健康照護品質上的異同。美國 NHQR 與 NHDR 報告則是以全國資料，從有效性、病人安全、即時性、以病人為中心、效率、健康照護整合及健康系統架構等面向為指標，進行品質量測，呈現美國整體以及在種族、社經狀態等分組變項下的照護品質差異。

在系統性落差變項方面，美國 NHDR 呈現了包含低收入戶、婦女、小孩、老人、種族、偏遠地區的居民及有特殊健康需求之個人等優先族群，其照護品質與一般民眾的差異 (Arah, Westert, & Klazinga, 2006) (AHRQ, National Healthcare Disparities Report 2003, 2003)，而 2020 健康國民白皮書則以婦女、兒童與青少年、老年人、原住民、社經弱勢群體、身心障礙族群等分章節陳述各焦點族群的健康照護需求及健康差異 (2020 健康白皮書，97 年)。

5.3.2 健康照護品質系統性落差報告規劃

綜合上述，衛生署規劃出版的首份「健康照護品質系統性落差報告」，採用 OECD 健康照護品質指標，如癌症篩檢率、氣喘死亡率、慢性阻塞性肺病住院率、糖尿病人血糖控制不良率、疫苗接種涵蓋率、輸血反應率、吸菸率等品質量測(詳見表 5.3-1)，內容則參考美國 NHDR 及「2020 健康國民白皮書」建議，選取急性照護、慢性病照護、癌症照護等臨床有效性及病人安全等品質面向，增加性別、年齡分組、區域別、族群、社經狀態等系統性落差變項，以檢視各組別間是否有差異存在，作為系統性落差的現況描述，並進一步探討不同族群間的健康照護品質是否有差異、哪些品質面向有差異，並以量化指標追蹤其後改善情形。統計結果可作為健康照護品質系統性落差之基期對照資料，亦可作為政策研議實施及監測改善之參考。

表 5.3-1、系統性落差的品質量測

品質面向	品質指標
臨床有效性	<ul style="list-style-type: none"> ● 氣喘住院率 ● 慢性阻塞性肺病住院率 ● 糖尿病病人眼底檢查率 ● 糖尿病病人醣化血色素檢查率 ● 糖尿病下肢截肢率 ● 糖尿病短期併發症住院率 ● 糖尿病長期併發症住院率 ● 控制不良糖尿病住院率 ● 糖尿病病人血糖控制不良率 ● 充血性心臟衰竭住院率 ● 高血壓住院率 ● 無手術之心絞痛住院率 ● 5-39 歲氣喘死亡率 ● 急性心肌梗塞住院病人 30 日死亡率 ● 出血性腦中風住院病人 30 日死亡率 ● 缺血性腦中風住院病人 30 日死亡率 ● 子宮頸癌篩檢率 ● 子宮頸癌存活率及死亡率 ● 乳房攝影篩檢率 ● 乳癌存活率及死亡率 ● 結直腸癌存活率及死亡率 ● 疫苗可預防疾病發生率（B 型肝炎、麻疹、百日咳） ● 2 歲以下基本疫苗接種完成率 （B 型肝炎、麻疹、百日咳） ● 65 歲以上流感疫苗注射率 ● 65 歲以上髖部（股骨頸）骨折病人入院後手術等待時間符合率 ● 吸菸率
病人安全	<ul style="list-style-type: none"> ● 輸血反應率

5.4 結論與建議

系統性落差報告呈現社經狀態、地理、性別、族群等系統性因素形成之健康照護品質落差，目的為避免在競爭機制下，犧牲特定族群的照護品質。

台灣健保實施至今，國人健康改善且健康差異縮小，但收入較低、原住民或居住偏遠地區的民眾，其所享有的健康照護與一般民眾仍有落差存在。「2020 健康國民白皮書」建議對於婦女、兒童與青少年、老年人、原住民、身心障礙等焦點族群，應定期蒐集並監測其健康照護品質，以促進健康公平。

參照 OECD 國家健康照護體系效能評估，健康的公平性與效率是全民健康的主要目標，其中「醫療照護層面」可著手改善的因素，是藉由改善照護品質、提升可近性、控制成本等，達到增進醫療體系效能，進而提昇群體健康。系統性落差即是在此架構下，探討社會經濟狀態或居住環境等結構性或系統性因素，所形成之醫療照護品質差異。

美國「健康照護研究與品質法案」明定 AHRQ 定期出版醫療照護品質報告，藉由呈現種族、社經狀態或優先族群與一般民眾的照護品質差異，以促進社會正義與資源分配，並強調可藉由飲食、生活型態、預防保健等方式改善其健康照護品質，縮小健康差異。

系統性落差報告以「2020 健康國民白皮書」為本，採用 OECD 健康照護品質指標，並參考國際經驗，提出之目的在於藉此檢視不同族群的健康照護品質差異情形，可作為政策實施之資訊來源，及政策實施後改善狀況的基期對照資料。

對於改善系統性落差，歸納提出近期與中長期建議：

壹、 近期建議：出版「健康照護品質系統性落差報告」

衛生署 100 年四月出版的「健康照護品質指標之國際與國內比較報告」，與 OECD 組織採用相同健康照護品質指標，進行國際比較與國內跨區域分析。因而近期建議以該報告為基礎，採用癌症篩檢率、氣喘死亡率、慢性阻塞性肺病病人住院率、糖尿病人血糖控制不良率、疫苗接種完成率、輸血反應率、吸菸率等品質量測指標，並增加原住民、社經狀態等分層資訊，出版我國第一版「健康照護品質系統性落差報告」。

貳、 中長期建議：系統性落差之趨勢監測與改善

在系統性落差的資料蒐集、呈現與政策運用上，可參考國際經驗，逐年檢視並監測系統性落差之趨勢與改善情形，未來可再新增或細分收入、教育程度、新住民、老老人等系統性落差變項，以確實反應國內系統性落差現況，希望對於促進國人健康公平性有所助益，以達到全民健康目標。

參考文獻

AHRQ. (2003). National Healthcare Disparities Report 2003. Agency for Healthcare Quality and Research.

AHRQ. (2011). *National Healthcare Disparities Report 2010*. Agency for Healthcare Research and Quality.

Arah, O., Westert, G., & Klazinga, N. (2006). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care* (1), pp. 5-13.

Tsaia, W. C., Kungb, P. T., & Wang, J.-Y. (2011). Disparities in the use of preventive health care among children with disabilities in Taiwan. *Research in Development Disabilities* (33), pp. 324-333.

Wen, C. O., Tsai, S., & Chung, W.-S. I. (2008). A 10-Year Experience with Universal Health Insurance in Taiwan: Measuring Changes in Health and Health Disparity. *Annals of Internal Medicine* (148), pp. 258-267.

江東亮。(97 年)。醫療窮人不再有：全民健康保險論文集。國立臺灣大學出版中心。

行政院內政部統計處。(100 年 10 月 22 日)。99 年原住民簡易生命表提要分析。擷取自 <http://sowf.moi.gov.tw/stat/Life/T04-analysis.html>

行政院內政部統計處。(100 年 10 月 22 日)。99 年簡易生命表提要分析。擷取自 <http://sowf.moi.gov.tw/stat/Life/T04-analysis.html>

行政院衛生署。(100 年)。健康照護品質指標之國際與國內比較報告。行政院衛生署。

行政院衛生署。(100 年 7 月 29 日)。99 年死因統計結果分析。擷取自 http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=11962&class_no=440&level_no=4

李妙純，& 沈茂庭。(97 年 6 月)。全民健保下不同所得群體醫療利用不均因素分析。台灣衛誌，27 (3)，頁 223-231。

國家衛生研究院、行政院衛生署。(97 年)。2020 健康白皮書。行政院衛生署。

國家衛生研究院。(90 年)。2001 國民健康訪問調查。擷取自 <http://nhis.nhri.org.tw/2001nhis.html>

第六章 政策建議

追求群體健康的基本目標，即在追求健康的公平性與效率，對於健康的公平性與效率則可透過提升健康照護的公平與效率得以實現。而健康照護之公平與效率的評價，則可透過改善品質、提升可近性、控制成本等三方面著手；以此檢視我國當前之健康照護環境發現，開辦全民健保制度之後，大幅改善民眾就醫之可近性，同時也於健保總額制度的實施之下，在成本與支出間保有一定程度上的效率性，現階段面臨的是缺乏改善品質，落實健康照護的公平性的整體目標。

本章回顧歷年與醫療品質政策相關之建議、現行醫療品質政策之形成與執行現況、歷次委員會會議討論事項、台北醫學大學對醫院品質管理的二項調查、四場醫療品質政策論壇與會者之建議及國際工作坊國外專家之建議，並考量最近三年內的可行性及不影響相關單位目前已執行中的計畫或政策，綜合研提適合我國國情與制度且於未來三年內實際可行之具體政策建議。

6.1 醫療品質政策建議之整體架構

為體現本白皮書規劃之整體性，規劃小組以「建立品質競爭機制及縮小健康照護落差」為明確核心目標下。對未來三年的國家層級醫療品質政策提出了三項策略與五項工作重點：

壹、三項策略為：

- 一、推動成立國家級品質專責組織。
- 二、統合並推廣品質資訊。
- 三、確保品質持續進步。

貳、五項工作重點為：

- 一、籌備專責組織。
- 二、精進品質指標。
- 三、流通品質資訊。
- 四、推動科學證據。
- 五、鼓勵專業精進。

有關各策略與工作重點之架構請參見附圖 6.1-1

接下來本章各節，即依照所提出之三項策略，分別說明推動此策略之理由及建議之工作重點與內容。

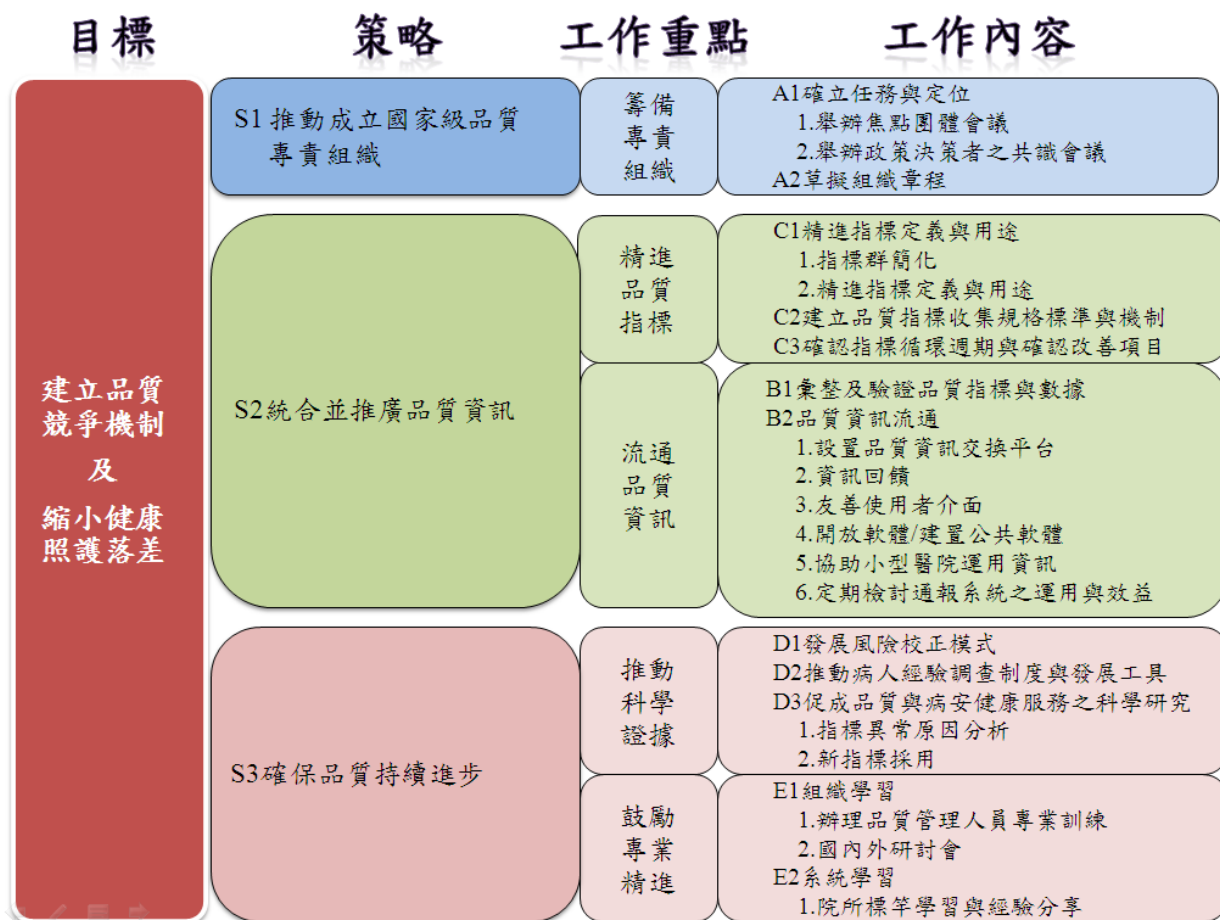


圖 6.1-1：醫療品質政策建議之架構圖

6.2 推動成立國家級品質專責組織

成立品質專責組織或單位向來是歷次相關的專家會議或政策研究結論中的重要建議，而從國際上醫療品質的發展經驗來看，成立專責組織也已是現今的趨勢，然而在規劃白皮書的過程中，關於此項政策建議雖然有許多支持的聲音，但同時也存在質疑的意見，這些意見包括：

- 一、與現行相關組織或單位功能如何區分：財團法人醫醫療品質策進會已是衛生署成立之醫療品質專責單位，負責醫院評鑑、醫院品質改善輔導以及病人安全等業務已行之有年，近期還擴大評鑑或類評鑑工作至醫院以外之醫療機構，在醫療業界享有尊崇又專業之地位，具有其他單位無法取代的重要性；醫療財務負擔由健保總額支付制度承擔後，未來提高健保醫療品質的要求將會與日俱增，而同時支付制度也面臨朝向論品質計酬改革；財團法人國家衛生研究院為衛生署支持之研究單位，目前已有醫療品質政策的研究能量；其他如疾病管制局、護理及健康照護處、食品藥物管理局及國民健康局等單位各有與醫療品質相關之政策，品質專責組織的成立，可能會與現行組織之任務疊床架屋。
- 二、組織改制時程：衛生署改制為衛生福利部之方案規劃已久，且將合併現行內政部轄下許多社福部門，改革幅度非常大，短期內要籌設新的組織或部門，除可能凸顯當初之規劃不足外，也不符合行政慣例。

其支持本項建議的理由以及對上述質疑的說明則包括：

- 一、以國際經驗看來，成立國家級醫療品質專責組織為必然的趨勢。依本書第 3 章第 3 節的討論，國家級醫療品質專責組織已經是近年來先進國家開始採納的專責組織，品質組織受民主制度監督而非僅為專業共識或同儕制約，有專業人士投入而非僅專業態度的改變，有政府獨立預算的支持而非佔用健保或醫政經費，積極與民眾溝通而非完全假手臨床人員。
- 二、以我國的國家發展，需要國家級醫療品質專責組織負責品質政策協調、品質政策實證化以及傳散專業與全民的醫療品質知識。我國在國際間引以為傲的醫療保健系統與健保制度深受國際學者專家肯定，惟這些對台灣的肯定仍是專注在醫療衛生普及率、健保覆蓋率、單一保險之效率性以及國家醫療保健支出的控制能力。這些仍停留在對「開辦」全民健保的肯定。面對我國全民健保開辦即將邁入 20 歲的「成年」階段，健保制度已經是人民生活的一部分，初開辦的「恩典」效應正逐漸消失，而現階段除了有二代健保來因應財務困境外，亦應調整醫療體系以回應人民對健康和醫療品質的要求。故現階段我國已經到了需要國家級的醫療品質專責機構的時機，用以協調現行各單位關於醫療品質的政策、提供以及發展實證基礎的品質政策支持體系，提高專業人員的品質素養，藉由實證知識的傳散協助民眾得到高品質的醫療服務。
- 三、國家級醫療品質專責組織為獨立於醫院管理、醫療事務管理、健保制度等傳統衛生行政體系。醫院管理、醫療事務管理或健保制度等，都事涉醫療品質，而醫療品質則都是其眾多「重要」的使命之一。各單位處理品質議題時，往往不是因為問題過於急迫而被迫暫時擱置而造成問題延宕，就是受單一品質議題同時受到過多重視而重覆投入過多資源造成分配與浪費問題。故成立國家級醫療品質專責組織，不是在取代傳統醫

療品質相關單位的任務或功能，而是讓國家的品質政策更協調、資源分配更合理、有限資源更有效率、政策目標更符合人民健康目標。

6.2.1 籌備專責組織

為推動成立國家級醫療品質專責組織，應有具體的籌備計畫。首先是要確立此組織的任務與定位。

根據過去政策白皮書的建議，對於成立醫療品質專責機構已具有共識，但是專責機構的任務與定位，則有不同的建議。而在本書規劃過程中，參與討論的醫療專業人員對於專責組織的必要性及其功能並未有一致的共識。而要設立一個政府的組織，不但需要專業人員的認同與支持，更包括國會、人民、上級政府及其它政府部門，最後還必須經歷政治的運作與民主制度的洗禮。以公共政策的觀點，這是一個政策法制化的過程，而現階段還只是初步的概念具體化。因此，本白皮書建議為促成專責組織，近期內應由醫療品質政策辦公室或委外辦理：

- 一、舉辦焦點團體會議：爭取各利益相關團體的支持、修正原本的概念、化解反對者的疑慮、促成更具體的方案。
- 二、舉辦政策決策者之共識會議：對象包括與本案相關的政府機構與立法委員，就政策取得共識，或瞭解可能的疑慮或反對意見。
- 三、草擬組織章程：依據上列會議的結論或是透過上述會議的修正，設計專責組織的任務、職掌、組織架構、所需人力等，並以法案形式呈現。

衛生署可立即強化現行醫療品質政策諮詢委員會的行政幕僚單位為任務編組型組織。參考全民健保規劃、長期照護保險規劃等經驗，在重大政策型階段，成立任務編組型組織(task-force)是有必要且有助於後續發展的。由於衛生福利部的組織改革案已進入最後的立法階段，衛生署已不宜再提修正意見。而仿健保小組、長照保險小組或醫院管理委員會的任務型編組則可在衛生署的權責下成立，並賦予適當的行政權責，使品質政策諮詢委員會的運作更趨於常態，並為未來的專責組織預作準備。

6.3 統合並推廣品質資訊

依據本白皮書對現行衛生署相關單位的任務回顧、指標收集，對衛生署外專業團體、學協會的指標系統探討，分區論壇中醫院代表所回應的意見，以及對醫院品質管理的調查等，綜合之結論，我國不但不缺乏醫療品質指標，反而醫院在實務上會因過多的指標系統而造成困擾。故現有的公、民營醫療品質指標系統，或衛生署基於公共衛生治理所收集之醫療品質相關資料，應有必要加以統合並推廣應用，以簡化醫療業務，並在政府與醫院都能產生最大的效用。因此，透過彙整、篩選、檢討及替換品質量測指標等工作，來達成精進品質指標的目標。同時建立品質量測指標收集之統一規格與收集機制，作為建構國家醫療照護品質量測系統的基礎。同時以此系統為基礎，運用資訊科技推動品質資訊之流通，協助醫院運用品質資訊。善用我國既有之優秀品質量測系統基礎，並參酌國外國家級醫療品質指標發展之經驗與證據醫學的原理，做成下列政策建議及未來工作內容。

6.3.1 精進品質指標

國內現有指標系統非常複雜，但都是其來有自，各有其背後的任務與意義。故本白皮書建議應依據證據醫學的原理並參酌第2章第1節所採用的方法整理及盤點，以建立我國醫療品質指標的知識管理系統，供現行指標系統參採精進其用途，促使能真正落實到醫療品質的改善。同時以此為基礎，建立品質量測指標收集之統一規格與收集機制，作為建構國家醫療照護品質量測系統的基礎。除此之外，須透過資訊科技與科學研究方法，協助驗證所收集之品質資料的正確性，同時推動品質資訊之流通，協助醫院運用品質資訊，故必須完成的工作包括：

壹、精進指標定義與用途

一、指標群簡化。

二、精進指標定義與用途。

貳、建立品質指標收集規格標準與機制

一、建立品質指標收集之統一規格。

二、推動品質指標收集機制。

參、確認指標循環週期與確認改善項目

一、建立指標循環週期與汰換機制。

二、協助指標應用於品質改善。

6.3.2 流通品質資訊

我國現行指標系統複雜的原因除了其發展的背景因素多元之外，流通性不足也是重大理由。由於指標背後的目的與任務本來就不同，是否有流通必要？當然可議。但是當不同目的的任務與指標都追溯到其源頭的醫療服務時，又會造成臨床人員與醫院管理人員非常大的困擾，這就是在分區論壇時，醫院代表的心聲所在。故指標的流通與分享可先緊急的緩解醫院人員的負擔與壓力，以利其專心於病人照護，而不減各指標系統背後的任務功能。此外，分區論壇時醫院代表也表達了對品質資料正確性的疑慮，因此，必須透過資訊科技與科學研究方法，協助驗證所收集之品質資料的正確性、完整性與一致性，同時推動品質資訊之流通，協助醫院運用正確的品質資訊。

現今資訊科技發達，「醫療雲」也是政府的施政重點。故結合政策主流、科技發展與大家對醫療品質管理的要求，應該對醫療品質資訊的流通有非常大的幫助。建議相關工作內容為：

壹、彙整及驗證品質指標與數據：透過不同之資料來源與科學研究方法，驗證包含指標資料的正確性、完整性與一致性。

貳、品質資訊流通

一、設置品質資訊交換平台。

- 二、 資訊透明與回饋。
- 三、 友善使用者介面。
- 四、 開放軟體/建置公共軟體。
- 五、 協助醫院運用資訊：大型醫院與小型醫院的需求不同。應協調大型醫院援助小型醫院，透過品質資訊合作，共同提供醫療品質。
- 六、 定期檢討通報系統之運用與效益。

6.4 確保品質持續進步

醫療品質的持續改善，才能持續促進民眾之健康，是一種不斷修正的流程與實務運作。醫療品質指標之測量應結合實證醫學之證據，讓品質指標的目的回歸到真正的品質改善和全民健康的提升，避免指標系統流於形式或因過度強調利益分配而扭曲，並透過發展風險校正之模式，促進品質指標之可比較性。此外，鼓勵品質與病安健康服務之科學研究，適當地將目標與研究成果相連結，一方面可具備科學之專業性同時兼顧管理上的意義。

另外，就醫療照護品質的三大面向中，病人為中心之品質面向方面，國內對這部份可供實際運用的品質量測指標仍然缺乏。因此，建議必須推動病人經驗調查之制度與發展相關工具，以補足這方面的測量指標，如此才能反應更完整的品質改善狀況。

醫療品質的持續改善，除了追求更具科學證據之測量指標外，更重要的必須落實的個別醫院對醫療照護品質改善之具體行動，透過組織學習與系統學習的方式，將符合科學證據之結果，適當地透過資訊平台進行流通、分享、發佈、運用與學習，促進指標相關使用者或管理人員的專業素質，才能讓指標有良性的發展，能夠藉此提升醫療品質的專業，因而提升醫院醫療品質。本白皮書建議應推動下列工作：

6.4.1 推動科學證據

醫療知識本來就具有高度的專業性，我國的醫療品質指標發展向來未導入病人嚴重度校正(severity adjustment)或風險校正(risk adjustment)的技術，致使專業人士輕易的以可比性有問題的簡單理由，規避盡責度(accountability)的要求。

另外，過去我國指標的發展都是偏重在專業功能，忽略病人觀感。雖然醫院評鑑要求醫院一定要辦理滿意度調查，但也不盡符合科學上要求的信、效度及可比性。在分區論壇中，各醫院對於衛生署醫療品質政策辦公室導入之住院病人經驗調查工具亦非常支持，故建議應在科學基礎上繼續發展。

接續上述建議推動的工作要項，我國應該將醫療品質指標的管理，在科學的基礎上，促進健康服務研究(Health Service Research)的發展，使我國醫療保健服務從研究到應用都能與品質的改善相結合。

故本白皮書建議在推動科學證據議題上，應推動下列工作：

壹、發展風險校正模式

貳、推動病人經驗調查制度與發展工具

參、促成品質與病安健康服務之科學研究

一、指標異常原因分析：以健康服務研究的方法，找出問題原因，以提供解決問題及提升品質的方法。

二、新指標採用：新指標的採用需在證據醫學的基礎下，以健康服務研究的結果為依循方向。

6.4.2 鼓勵專業精進

無論是從分區論壇中的結論或醫院品質管理調查的結果，醫院管理者及從事品質實務的醫界同仁，均要求政府應該主動協助他們的專業能力，以共同促進品質的發展。我們從國外的經驗中也看到，品質專責組織負有帶動專業人員素質提升的任務與活動。故本白皮書建議應即時起以品質為目的，制度性的辦理鼓勵專業精進並能讓醫院整體成長的工作，包括組織學習及以系統為對象的學習，內容為：

壹、組織學習

有別於傳統個人學習或個人專業進步，以整體組織的進步為目的。工作內容包括：

一、辦理品質管理人員專業訓練。

二、國內研討會或工作坊以及與國際交流的研討會。

貳、系統學習

以系統或組織為學習對象，辦理院所標竿學習與經驗分享。

致謝

醫療品質政策諮詢委員會與工作人員，在此要感謝許多付出心血與努力的單位與人員，有這些單位與人員的辛勞，才能完成這本白皮書。首先要感謝的是這一年多來參與開會討論之委員：

黃富源副主任委員，財團法人台灣基督長老教會馬偕紀念醫院
曲同光委員，行政院衛生署健保小組
李玉春委員，陽明大學衛生福利研究所
李伸一委員，建業法律事務所
李偉強委員，財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會
李淑娟委員，國立臺灣大學新聞研究所
林敏雄委員，國泰醫療財團法人國泰綜合醫院
張聖原委員，臺北市立聯合醫院
郭守仁委員，財團法人彰化基督教醫院
陳玉枝委員，行政院國軍退除役官兵輔導委員會臺北榮民總醫院
陳明豐委員，國立臺灣大學醫學院附設醫院
陳金玲委員，中華民國家庭照顧者關懷總會
陳昱瑞委員，財團法人林口長庚紀念醫院
游開雄委員，消費者文教基金會
楊秀儀委員，國立陽明大學公共衛生研究所
蔡宛芬委員，臺灣女人連線
鄭守夏委員，國立臺灣大學健康政策與管理研究所
戴桂英委員，行政院衛生署中央健康保險局
鍾國彪委員，國立臺灣大學健康政策與管理研究所
石崇良執行秘書，行政院衛生署醫事處
龐一鳴副執行秘書，行政院衛生署醫療品質政策辦公室

其次要感謝協助提供資料與協助編寫的單位：

醫事處
護理及健康照護處
中央健保局
國民健康局
疾病管制局
食品藥物管理局
財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

另外，要感謝 11 位專家所組成的「醫療品質指標專家工作小組」協助醫療品質指標的彙整與評選並提供許多寶貴之實務經驗：

李偉強執行長，醫院評鑑暨醫療品質策進會
王拔群主任，財團法人國泰綜合醫院
林宏榮主任，財團法人奇美醫院
林紹雯執行秘書，行政院衛生署中南區區域聯盟
張旭東高專，財團法人彰化基督教醫院

黃雪玲組長，國立臺灣大學醫學院附設醫院
廖熏香組長，財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會
趙子傑主任，財團法人林口長庚紀念醫院
潘錫光主任，行政院國軍退除役官兵輔導委員會臺中榮民總醫院
黎憶萍課長，財團法人馬偕紀念醫院
闕瑞紋主任，臺北市立聯合醫院

此外，也要感謝下列委員細心協助本白皮書之校稿：

李淑娟委員，國立台灣大學新聞研究所
李玉春委員，國立陽明大學衛生福利研究所
鄭守夏委員，國立臺灣大學健康政策與管理研究所
鍾國彪委員，國立臺灣大學健康政策與管理研究所

感謝下列單位協助辦理醫療品質政策發展分區論壇：

財團法人林口長庚紀念醫院
澄清醫院中港院區
財團法人嘉義長庚紀念醫院

同時也要感謝醫事處及醫療品質政策辦公室同仁的協助，以及台北醫學大學郭乃文教授承接「醫療品質政策辦公室協作計畫」協助辦理醫療品質政策發展分區論壇與醫療品質國際工作坊。

醫療品質政策諮詢委員會 主任委員 賴美淑

縮寫

➤ 英文縮寫

英文縮寫	英文名稱	中文名稱
AAQHC	Australasian Association for Quality in Health Care	澳洲健康照護品質學會
ACSQHC	Australian Commission on Safety and Quality in Health Care	澳洲醫療安全與品質委員會
ACTION	Accelerating Change and Transformation in Organizations and Networks	
ADR	Adverse Drug Reaction	藥物不良反應
AHCPR	Agency for Health Care Policy and Research	醫療照護政策及研究機構
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality	醫療照護研究及品質機構
AMI	Acute Myocardial Infarction	急性心肌梗塞
APHA	The American Public Health Association	美國公共衛生學會
ASQua	Asian Society for Quality in Health Care	亞洲健康照護品質協會
CAHPS	Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems	
CDE	Center for Drug Evaluation	財團法人醫藥品查驗中心
CDMIS	Controlled Drugs Management Information System	管制藥品管理資訊系統
CERTs	Centers for Education and Research on Therapeutics	治療學教育及研究中心 (AHRQ)
CHAIN	Clinician-Consumer Health Advisory Information Network	健康諮詢資訊網絡
CIHI	Canadian Institute for Health Information	加拿大衛生資訊研究院
CMS	Centers for Medicare and Medicaid Services	
CP	Clinical Path	臨床路徑
CQI	Consumer Quality Index	
CRO	Contract Research Organization/Clinical Research Organization	委外研發組織
CUSP	Comprehensive Unit-based Safety Program	以單位為基礎的安全計畫 (AHRQ)
DHHS	Department of Health and Human Services	美國聯邦衛生及人類服務部
DRG	Diagnosis Related Groups	診斷關聯群
EMR	Electronic Medical Record	電子病歷
ePSS	Electronic Preventive Services Selector	預防服務電子選擇器 (AHRQ)
FDA	Food and Drug Administration	美國食品藥物管理局
GCP	Good Clinical Practice	優良藥品臨床試驗準則
GPvP	Good Pharmacovigilance Practice	藥品優良安全監視規範
HAIs	Healthcare-Associated Infections	健康照護合併感染
HCQI	Health Care Quality Indicator Project	健康照護品質計畫
HER	Electronic Health Record	電子健康記錄

HIE	Health Information Exchange	醫療資訊交換(AHRQ)
HITECH Act	Support for Health Information Technology for Economic and Clinical Health	美國支援經濟與臨床健康資訊技術法案
ICH	International Conference on Harmonisation	國際協合組織
IOM	Institute of Medicine	
IQIs	Inpatient Quality Indicators	住院品質指標(AHRQ)
ISMP	Institute for Safe Medication Practices	美國安全用藥協會
ISO	International Organization for Standardization	國際標準化組織
ISQua	The International Society for Quality in Health Care	愛爾蘭國際健康照護品質協會
MEPS	Medical Expenditure Panel Survey	醫療費用調查(AHRQ)
MEPS	Medical Expenditure Panel Survey	AHRQ 醫療費用調查研究
MIS	Canadian Management Information Systems	加拿大管理資訊系統資料庫
MIS Standards	Standards for Management Information Systems in Canadian Health Service Organizations	加拿大健康服務組織資訊管理系統標準
MONAHRQ	My Own Network, powered by AHRQ	
MQIP	Maryland Quality. Indicator Project	馬里蘭醫療品質指標計畫
NGT	Nominal Group Technique	名目團體技術
NHDR	National Healthcare Disparity Report	國家健康照護品質系統性落差
NHDR	The National Healthcare Disparities Reports	美國國家健康照護系統落差報告
NHQR	National Healthcare Quality Report	國家健康照護品質報告
NHQR	The National Healthcare Quality Reports	美國國家健康照護品質報告
NHS	National Health Service	英國國家健康服務
NICE	The National Institute for Clinical Excellence	英國國家優良臨床研究院
NPDUIS	National Prescription Drug Utilization Information System Database	加拿大國家處方藥品利用資訊系統資料庫
NPSA	National Patient Safety Agency	英國國家病人安全機構
NPSF	National Patient Safety Foundation	美國國家病人安全基金會
NQMC	National Quality Measures Clearinghouse	國家品質測量指標交換所
NRC	National Resource Center for Health Information Technology	國家健康資訊技術資源中心(AHRQ)
NSQHS	National Safety and Quality Health Service Standards	澳洲國家安全與品質健康服務標準
OECD	Organisation for Economic of Co-operation and Development	國際經濟合作發展組織
ONC	Office of the National Coordinator for Health Information Technology	國家健康資訊技術協調辦公室(AHRQ)
PCI	Percutaneous Coronary Intervention	經皮冠狀動脈介入治療
PCMH	Patient-Centered Medical Home	病人為中心居家醫療照護
PDG	Programme Development Groups	NICE 計畫發展小組
PDIIs	Pediatric Quality Indicators	兒童品質指標(AHRQ)
PIHAC	Public Health Interventions Advisory Committee	NICE 公共衛生介入性諮詢

PPIP	Patient and Public Involvement Programme	委員會
PQIs	Prevention Quality Indicators	NICE 病患與民眾參與計畫
PSIs	Patient Safety Indicators	預防品質指標(AHRQ)
PSNet	Patient Safety Network	病人安全指標(AHRQ)
PSOs	Patient Safety Organizations	病人安全網絡
QCC	Quality Control Circle	病人安全組織
QIP	Quality Indicator Project	品管圈
QOF	Quality and Outcomes Framework Indicators	品質指標專案
RCAs	Root Cause Analyses	NICE 品質和結果架構指標
SAE	Serious Adverse Event	根本原因分析法
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome	嚴重不良事件
SUSAR	Suspected Unexpected Serious Adverse Reaction	嚴重急性呼吸道症候群
SUSAR	suspected unexpected serious adverse reaction	可疑未預期嚴重不良反應
TCHA	Taiwan Community Hospital Association	可疑未預期嚴重不良反應
TCPI	Taiwan Clinical Performance Indicators	台灣地區醫院品質指標系統
TFDA	Taiwan Food and Drug Administration	台灣臨床成效指標系統
THIS	Taiwan Healthcare Indicator Series	食品藥物管理局
TNIS	Taiwan Nosocomial Infections Surveillance System	台灣醫療照護品質指標系列
TPR	Taiwan Patient safety Reporting system	院內感染監測資訊系統
TQIP	Taiwan Quality Indicator Project	台灣病人安全通報系統
TQM	Total Quality Management	台灣醫療品質指標計畫
USPSTF	AHRQ Support of the United States Preventive Services Task Force	全面品質管理
VPN	Virtual Private Network	AHRQ 美國預防服務支援專門小組
WHA	World Health Assembly	健保資訊網服務系統
WHO	World Health Organization	世界衛生大會
		世界衛生組織

➤ 中文縮寫

中文縮寫	中文全名
特約管理辦法	全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法
疾管局	衛生署疾病管制局
健保局	衛生署中央健康保險局
健保法	全民健康保險法
國健局/健康局	衛生署國民健康局
照護處	衛生署護理及健康照護處
審查辦法	全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法
醫策會	財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

附錄

附錄一、行政院衛生署醫療品質政策諮詢委員會設置要點

附錄二、醫療品質政策發展論壇議程及建議彙總

附錄三、醫療品質國際工作坊議程

附錄四、指標說明表

附錄五、「醫院領導統御及組織價值現況調查」問卷

附錄六、醫院領導者對品質的態度調查結果

附錄七、「病人住院經驗調查」問卷使用手冊

附錄八、100 年醫院評鑑評鑑基準及指標項目

附錄九、100 年醫院評鑑持續性監測項目試辦指標

附錄十、全民健保品質量測系統指標項目-篩選候選指標列表(共 363 項)

附錄十一、台灣醫療品質指標計畫指標 (TQIP)

附錄十二、台灣醫療照護品質指標 (THIS)

附錄十三、台灣臨床成效指標(TCPI)

附錄十四、99 年度社區醫院品質指標(TCHA)指標所引

附錄十五、「醫療品質相關資源調查—醫療品質指標」問卷

附錄十六、「醫療品質相關資源調查—醫療品質指標」問卷調查結果

附錄十七、醫療品質政策白皮書工作人員名單

附錄十八、行政院衛生署各單位提供協助之人員名單

附錄一、行政院衛生署醫療品質政策諮詢委員會設置要點

行政院衛生署醫療品質政策諮詢委員會設置要點

99 年 3 月 29 日訂定

99 年 7 月 28 日衛署醫字第 0990262726 號函修正第七點

99 年 9 月 24 日衛署醫字第 0990263674 號函修正第三點、第五點；並自 99 年 8 月 1 日實施

- 一、行政院衛生署(以下簡稱本署)為促進健康照護品質，特設醫療品質政策諮詢委員會(以下簡稱本會)。
- 二、本會任務如下：
 - (一)有關醫療照護品質促進事項之研議及諮詢。
 - (二)有關醫療照護體系成效量測之研議及諮詢。
 - (三)有關醫療照護體系成效量測與品質資訊揭露事項之研議及諮詢。
 - (四)有關醫療服務口碑品質之研議及諮詢。
 - (五)有關確保全民健康保險醫療品質事項之研議及諮詢。
 - (六)其他與促進健康照護品質有關事項之研議及諮詢。
- 三、本會置委員十七人至二十一人，其中一人為主任委員，一人為副主任委員，均由本署署長就與本會任務相關領域之專家、學者、社會賢達公正人士及本署有關人員中遴聘(兼)之，聘期為二年，期滿得續聘。
- 四、本會置執行秘書一人，承主任委員之命，綜理本會業務；並視業務需要置副執行秘書一人，襄理執行秘書處理本會業務。前述人員均由本署署長就本署及所屬機關現職人員派兼之。
- 五、為推動本會業務，本署得設立常設性之任務組織，置工作人員數名，由本署署長就本署及所屬機關現職人員派充(兼)之，其中六人為專責人員。
- 六、本會每三個月至四個月開會一次，必要時得召開臨時會議。開會時以主任委員為主席；主任委員未能出席時，由副主任委員為主席；副主任委員未能出席時，由主任委員指定委員一人為主席。
- 七、本會得視業務需要設立小組，分別辦理本會交付事項；各小組由本會委員五人至十一人兼任，並以其中一人為召集人，由主任委員分別指派，其小組副召集人及成員由小組召集人選定，各小組成員得重複之。小組會議得視實際需要召開之，以召集人為主席，召集人未能出席時，以副召集人為主席；必要時得邀請相關專家、學者擔任委員或與會。
- 八、本會或小組會議，須有全體委員或小組成員過半數出席，出席委員或小組成員過半數之同意始得決議，惟小組會議決議事項應提報本會委員會議通過。議案表決可否同數時，得由主席裁決之。
- 九、本會開會時，得視實際需要，邀請有關單位、團體代表或專家學者列席。
- 十、本會所需經費由本署相關業務費項下支應。
- 十一、本會主任委員、委員、小組召集人、小組成員、執行秘書及副執行秘書，均為無給職。
- 十二、本會之決議事項，以本署名義行之。

附錄二、醫療品質政策發展論壇議程及建議彙總

行政院衛生署委託辦理

100 年度全國醫療品質政策發展論壇(台北區)

日期：100 年 9 月 29 日(星期四)

地點：臺北醫學大學綜合大樓前棟 4 樓誠樸廳(台北市信義區吳興街 250 號)

指導單位：行政院衛生署

主辦單位：臺北醫學大學

協辦單位：臺北醫學大學醫務管理學系、臺北醫學大學衛生政策暨健康照護研究中心

時間	主 題	講 者
0840-0900	報 到	
0900-0910	長官致詞	行政院衛生署署長
0910-0940	建構國家醫療照護品質量測系統之任務與展望	臺灣大學公共衛生學院賴美淑教授
0940-1010	醫療品質指標在醫院之應用現況與未來規劃	引言人：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會李偉強執行長
1010-1110	綜合討論： 1.醫院如何利用資訊系統收集醫療品質指標？ 2.醫院如何應用醫療品質指標資料以提升品質績效及病人安全？ 3.針對建構國家醫療品質資訊平台之建議(促進與獎勵)	主持人：賴美淑教授 與談人： 台北榮民總醫院林芳郁院長 康寧醫院尹長生院長 國泰綜合醫院黃政華副院長
1110-1120	Coffee Break	
1120-1140	衛生署現行與醫院相關通報系統的現況與未來整合	引言人：行政院衛生署 醫療品質政策辦公室龐一鳴主任
1140-1240	綜合討論： 1.醫院在收集衛生署相關通報系統(院內感染監視資訊系統、護理人力通報資料庫、癌症登記系統、藥物上市後之不良反應通報系統、病人安全通報系統)資料對醫院管理之效益與遭遇之困難 2.醫院如何應用衛生署上述相關通報系統資料以提升品質績效及病人安全？	主持人：賴美淑教授 與談人： 永和耕莘醫院馬漢光院長 臺北市立聯合醫院黃瑞美副總院長 國軍松山總醫院羅慶徽院長
1240-1330	Lunch	
1330-1400	全民健康保險品質指標系統現況與展望	引言人：行政院衛生署 中央健康保險局李丞華副局長
1400-1,500	綜合討論： 1.醫院如何運用全民健康保險品質指標系統資料以提昇品質績效與病人安全 2.醫院對全民健康保險品質指標系統的未來方向建議 3.醫院對於推動醫療品質資訊公開的建議	主持人：郭乃文教授 與談人： 振興醫療財團法人振興醫院林淑霞主任 仁康醫院康義勝院長 台北馬偕醫院蔡正河院長
1,500-1530	Coffee Break	
1530-1600	從病人滿意度到病人經驗之醫療品質測量	引言人：臺灣大學健康政策與管理研究所 鄭守夏教授
1600-1700	綜合討論： 1.醫院如何收集與運用病人滿意度資料 2.醫院對於推動從病人滿意度到病人經驗之醫療品質測量之建議	主持人：郭乃文教授 與談人： 臺大醫院洪冠予副院長 郵政醫院陳健煜院長 臺北醫學大學附設醫院羅文政副院長
1700-1710	醫院回饋與綜合討論	

行政院衛生署委託辦理

100 年度全國醫療品質政策發展論壇(南區)

日期：100 年 10 月 13 日(星期四)

地點：嘉義長庚醫院綜合醫學大樓 B1 國際會議廳(嘉義縣朴子市嘉朴路西段 6 號)

指導單位：行政院衛生署

主辦單位：臺北醫學大學

協辦單位：臺北醫學大學醫務管理學系、臺北醫學大學衛生政策暨健康照護研究中心、
嘉義長庚紀念醫院

時間	主 題	講 者
0840-0900	報 到	
0900-0940	建構國家醫療照護品質量測系統之任務與展望	臺灣大學公共衛生學院賴美淑教授
0940-1010	醫療品質指標在醫院之應用現況與未來規劃	引言人：林口長庚紀念醫院陳昱瑞教授
1010-1110	綜合討論： 1.醫院如何利用資訊系統收集醫療品質指標？ 2.醫院如何應用醫療品質指標資料以提升品質績效及病人安全？ 3.針對建構國家醫療品質資訊平台之建議(促進與獎勵)	主持人：賴美淑教授 與談人： 嘉義長庚醫院蔡榮煌院長 奇美醫學中心林宏榮副院長 行政院衛生署嘉義醫院許家禎院長
1110-1120	Coffee Break	
1120-1140	衛生署現行與醫院相關通報系統的現況與未來整合	引言人：行政院衛生署 醫療品質政策辦公室龐一鳴主任
1140-1240	綜合討論： 1.醫院在收集衛生署相關通報系統(院內感染監視資訊系統、護理人力通報資料庫、癌症登記系統、藥物上市後之不良反應通報系統、病人安全通報系統)資料對醫院管理之效益與遭遇之困難 2.醫院如何應用衛生署上述相關通報系統資料以提升品質績效及病人安全？	主持人：賴美淑教授 與談人： 天主教聖馬爾定醫院廖學志副院長 高雄醫學大學附設中和醫院吳俊仁院長 義大醫院鄭勝峯副院長
1240-1330	Lunch	
1330-1400	全民健康保險品質指標系統現況與展望	引言人：行政院衛生署 中央健康保險局李丞華副局長
1400-1,500	綜合討論： 1.醫院如何運用全民健康保險品質指標系統資料以提昇品質績效與病人安全 2.醫院對全民健康保險品質指標系統的未來方向建議 3.醫院對於推動醫療品質資訊公開的建議	主持人：龐一鳴主任 與談人： 佳里奇美醫院邵詩媛副院長 郭綜合醫院邱榮章副院長 成大醫院楊俊佑副院長
1,500-1530	Coffee Break	
1530-1600	從病人滿意度到病人經驗之醫療品質測量	引言人：臺灣大學健康政策與管理研究所 鄭守夏教授
1600-1700	綜合討論： 1.醫院如何收集與運用病人滿意度資料 2.醫院對於推動從病人滿意度到病人經驗之醫療品質測量之建議	主持人：龐一鳴主任 與談人： 東港安泰醫院蘇清泉院長 台南市立醫院品管中心鍾國謀主任 高雄市立鳳山醫院廖上智院長
1700-1710	醫院回饋與綜合討論	

行政院衛生署委託辦理

100 年度全國醫療品質政策發展論壇(北區與東區)

日期：100 年 10 月 18 日(星期二)

地點：林口長庚紀念醫院復健大樓第一會議廳

指導單位：行政院衛生署

主辦單位：臺北醫學大學

主辦單位：臺北醫學大學醫務管理學系、臺北醫學大學衛生政策暨健康照護研究中心、
林口長庚紀念醫院

時間	主 題	講 者
0840-0900	報 到	
0900-0940	建構國家醫療照護品質量測系統之任務與展望	臺灣大學公共衛生學院賴美淑教授
0940-1010	醫療品質指標在醫院之應用現況與未來規劃	引言人：林口長庚紀念醫院陳昱瑞教授
1010-1110	綜合討論： 1.醫院如何利用資訊系統收集醫療品質指標？ 2.醫院如何應用醫療品質指標資料以提升品質績效及病人安全？ 3.針對建構國家醫療品質資訊平台之建議(促進與獎勵)	主持人：賴美淑教授 與談人： 羅東聖母醫院管理中心林全和召集人 怡仁醫院行政室吳家勳主任
1110-1120	Coffee Break	
1120-1140	衛生署現行與醫院相關通報系統的現況與未來整合	引言人：臺灣大學健康政策與管理研究所 鍾國彪副教授
1140-1240	綜合討論： 1.醫院在收集衛生署相關通報系統(院內感染監視資訊系統、護理人力通報資料庫、癌症登記系統、藥物上市後之不良反應通報系統、病人安全通報系統)資料對醫院管理之效益與遭遇之困難 2.醫院如何應用衛生署上述相關通報系統資料以提升品質績效及病人安全？	主持人：賴美淑教授 與談人： 行政院衛生署台北醫院企劃室楊士賢主任 行政院衛生署基隆醫院許振榮副院長 天晟醫院病安暨醫品管理中心翁國益主任
1240-1330	Lunch	
1330-1400	全民健康保險品質指標系統現況與展望	引言人：行政院衛生署 中央健康保險局沈茂庭組長
1400-1,500	綜合討論： 1.醫院如何運用全民健康保險品質指標系統資料以提昇品質績效與病人安全 2.醫院對全民健康保險品質指標系統的未來方向建議 3.醫院對於推動醫療品質資訊公開的建議	主持人：郭乃文教授 與談人： 門諾醫院周恬弘副院長 行政院衛生署雙和醫院吳志雄院長 新國民醫院李允文副執行長
1,500-1530	Coffee Break	
1530-1600	從病人滿意度到病人經驗之醫療品質測量	引言人：行政院衛生署 醫療品質政策辦公室龐一鳴主任
1600-1700	綜合討論： 1.醫院如何收集與運用病人滿意度資料？ 2.醫院對於推動從病人滿意度到病人經驗之醫療品質測量之建議	主持人：郭乃文教授 與談人： 林口長庚紀念醫院王正儀院長 竹東榮民醫院游漢欽院長
1700-1710	醫院回饋與綜合討論	

行政院衛生署委託辦理

100 年度全國醫療品質政策發展論壇(中區)

日期：100 年 10 月 20 日(星期四)

地點：澄清醫院中港院區 17 樓國際會議廳 (台中市台中港路三段 118 號)

指導單位：行政院衛生署

主辦單位：臺北醫學大學

協辦單位：臺北醫學大學醫務管理學系、臺北醫學大學衛生政策暨健康照護研究中心、
澄清醫院

時間	主 題	講 者
0840-0900	報 到	
0900-0940	建構國家醫療照護品質量測系統之任務與展望	臺灣大學公共衛生學院賴美淑教授
0940-1010	醫療品質指標在醫院之應用現況與未來規劃	引言人：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會李偉強執行長
1010-1110	綜合討論： 1.醫院如何利用資訊系統收集醫療品質指標？ 2.醫院如何應用醫療品質指標資料以提升品質績效及病人安全？ 3.針對建構國家醫療品質資訊平台之建議(促進與獎勵)	主持人：賴美淑教授 與談人： 澄清醫院中港院區鍾元強副院長 彰化基督教醫院二林分院詹賜貳院長 彰化基督教醫院資訊部許天成主任
1110-1120	Coffee Break	
1120-1140	衛生署現行與醫院相關通報系統的現況與未來整合	引言人：陽明大學衛生福利研究所 李玉春教授
1140-1240	綜合討論： 1.醫院在收集衛生署相關通報系統(院內感染監視資訊系統、護理人力通報資料庫、癌症登記系統、藥物上市後之不良反應通報系統、病人安全通報系統)資料對醫院管理之效益與遭遇之困難 2.醫院如何應用衛生署上述相關通報系統資料以提升品質績效及病人安全？	主持人：賴美淑教授 與談人： 台中榮民總醫院李三剛副院長 台中慈濟醫院莊淑婷副院長 竹山秀傳醫院蔡味娟副院長
1240-1330	Lunch	
1330-1400	全民健康保險品質指標系統現況與展望	引言人：行政院衛生署 中央健康保險局李丞華副局長
1400-1,500	綜合討論： 1.醫院如何運用全民健康保險品質指標系統資料以提昇品質績效與病人安全 2.醫院對全民健康保險品質指標系統的未來方向建議 3.醫院對於推動醫療品質資訊公開的建議	主持人：行政院衛生署 醫療品質政策辦公室龐一鳴主任 與談人： 澄清醫院中港院區黃仁杰副院長 衛生署台中醫院醫品中心許俊正主任
1,500-1530	Coffee Break	
1530-1600	從病人滿意度到病人經驗之醫療品質測量	引言人：臺灣大學健康政策與管理研究所 鄭守夏教授
1600-1700	綜合討論： 1.醫院如何收集與運用病人滿意度資料？ 2.醫院對於推動從病人滿意度到病人經驗之醫療品質測量之建議	主持人：龐一鳴主任 與談人： 中國醫藥大學附設醫院吳錫金主任秘書 弘光科技大學附設老人醫院施博文副院長 大千綜合醫院陳台英副院長
1700-1710	醫院回饋與綜合討論	

論壇建議彙總	建議人次總計
國家建立品質 IT 系統改善品質資料申報、IT 技術輔助、申報標準化、統一建立公用軟體協助申報	24
資料回饋機制不足	21
RISK ADJUSTMENT、DATA VERIFYING、AUDITING、COMPLETNESS/跨資料庫整合驗證	14
人才訓練與報表判讀能力	14
指標定義一致	13
指標需有檢討汰換機制、精簡指標、整合指標、指標持續性	13
目標架構要明確(與評鑑、健保之政策結合)、政策整合	13
鼓勵通報取代罰則	10
通報系統界面不友善、無操作手冊	10
考慮疾病別、區域別、層級別之差異	9
指標重覆、矛盾	7
資訊公開(Public DISCLOURSE)、區分民眾與醫療專業者、官方公布、市場競爭	7
品質改善管理、成本投入	6
建立國家品質指標資料庫、整合品質指標系統、統一平台	5
資訊回饋不夠即時、不夠詳細	5
資訊公開網站之內容	5
系統維護不佳	4
醫療品質資訊與電子病歷之結合	3
建立通報文化	3
健保指標應用於品質改善不多	3
人工收集指標	2
國際比較	2
設立專責單位	2
標竿學習、經驗分享機制	2
設置用於鼓勵醫療品質改善與投入之經費	1
資訊保密機制不足	1

附錄三、醫療品質國際工作坊議程

International Workshop on National Quality Measurement and Public Reporting in Health Care

Date : November 1st, 2011

日期 : 100 年 11 月 1 日

Venue: United Medical Building (Front Building) 4F Conference Hall, Taipei Medical University

地點 : 台北醫學大學綜合醫學大樓四樓誠樸廳(台北市信義區吳興街 250 號)

Invited speakers:

Vahé A. Kazandjian (Adjunct Professor, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health)

Peter Howley (Senior Lecturer, University of Newcastle)

Wenke Hwang (Associate Professor, College of Medicine, Pennsylvania State University)

Sponsored by: Department of Health, Taiwan

指導單位 : 行政院衛生署

Hosted by: National Advisory Council for Healthcare Quality and Policy

Office for HealthCare Quality Measurement

Taipei Medical University

主辦單位 : 行政院衛生署醫療品質政策諮詢委員會

行政院衛生署醫療品質政策辦公室

台北醫學大學

Supported by: School of Health Care Administration, Taipei Medical University

Health Policy and Care Research Center, Taipei Medical University

Taiwan College of Health Executives

協辦單位 : 台北醫學大學醫務管理學系

台北醫學大學衛生政策暨健康照護研究中心

台灣醫務管理學會

Contact information

Monica Chen

E-mail: monica64@tmu.edu.tw

TEL: +886-2-27361661ext:6592

FAX: +886-2-27361661ext:6594

聯絡方式 :

聯絡人: 陳欣欣小姐

電子郵件: monica64@tmu.edu.tw

電話: (02)27361661 分機 6592

傳真: (02)27361661 分機 6594

備註 :

1.免報名費,無學分認證及公務人員終身學習時數。

2.全程以英語進行(English only),無同步翻譯。

3.僅接受線上報名,報名網站:<http://event.tmu.edu.tw/actnews/?Sn=261>

4.報名截止日期:100 年 10 月 28 日

**International Workshop on National Quality Measurement and
Public Reporting in Health Care
Workshop Agenda
議 程**

TIME 時間	TOPIC 主題	SPEAKER 講者
08:30-08:50	Registration	
08:50-09:00	Opening Remarks 開幕致詞	Dr. Wen-Ta Chiu Minister, Department of Health 行政院衛生署 邱文達署長
09:00-09:10	Welcome Remarks 致詞	Ching-Hua Su, Ph.D. Vice President, Taipei Medical University 臺北醫學大學 蘇慶華副校長
Chair: 主持人		
09:10-10:30	Keynote Speech The refinement of accountability for continuous improvement through national programs – international comparison	Vahé Kazandjian Adjunct Professor Johns Hopkins University
10:30-10:50	Coffee Break	
10:50-12:10	National quality measurement reporting: Australian method for risk adjustment and accreditation association	Peter Howley Senior Lecturer University of Newcastle, Australia
12:10-13:30	Lunch	
Chair: Associate Professor Kuo-Piao Chung Committee, National Advisory Council for Healthcare Quality and Policy 主持人：行政院衛生署醫療品質政策諮詢委員會 鍾國彪委員		
13:30-14:40	Application of quality indicators on Pay for Performance: Recent enhancements in the US	Dr. Wenke Hwang Associate Professor, Pennsylvania State University
14:40-15:10	National Healthcare Quality Policy Development	Mr. I-ming Parn, MPH Director, Office for HealthCare Quality Measurement 行政院衛生署醫療品質政策辦公室 龐一鳴主任
15:10-15:30	Coffee Break	
Chair: Professor Mei-shu Lai Chairman, National Advisory Council for Healthcare Quality and Policy 主持人：行政院衛生署醫療品質政策諮詢委員會 賴美淑主任委員		
15:30-17:00	Panel Discussion -Suggestions for national white paper -Challenges of National quality indicators reporting -Focus areas of application of quality indicators for accountability and internal improvement	Introducers: Dr. Wei-Chiang Lee Professor Nai-Wen Kuo (Being invited 邀請中) Discussants: Dr. Vahé Kazandjian Dr. Peter Howley Dr. Wenke Hwang

註：此議程僅供參考，以活動當天公告為主。

附錄四、指標說明表

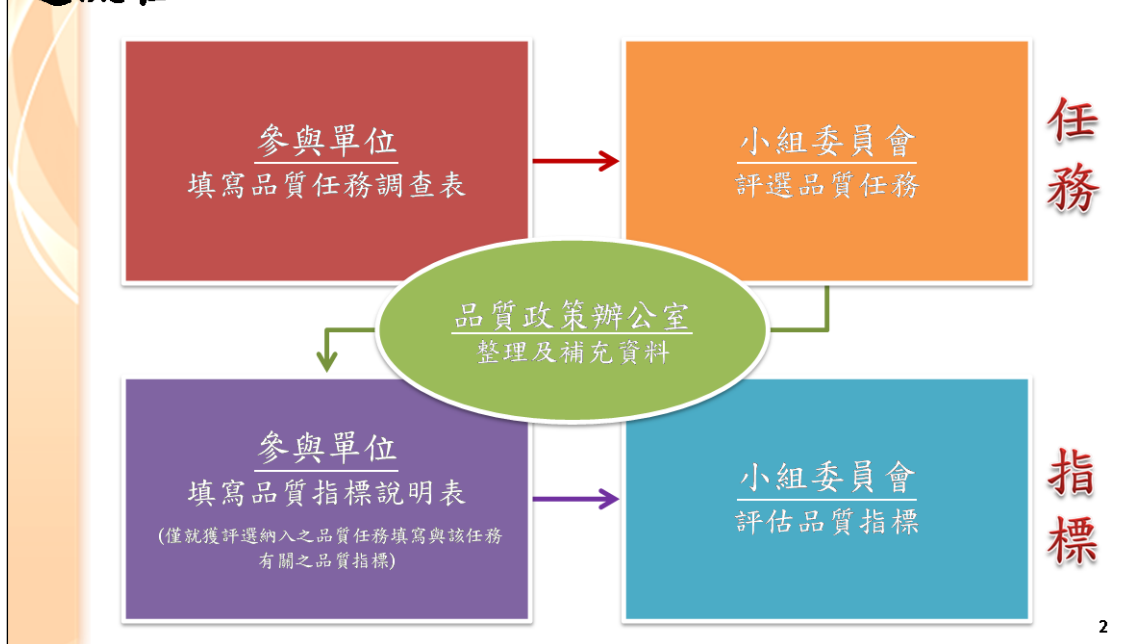


醫院健康照護品質任務與品質 指標評選

行政院衛生署
醫療品質政策辦公室
2011年月日

1

衛生署醫療品質政策諮詢委員會 「其他醫療品質指標小組」品質任務與指標評 選流程



評選原則

➤ 業務/計畫評估原則

項目	重要性 (Impact/Importance)	可改善性 (Improvability/Actionability)	涵蓋性 (Inclusiveness)	證據等級 (Evidence Hierarchy)
定義	本業務/計畫對病人和家屬及健康照護體系的影響程度。	本業務/計畫對疾病、醫療照護體系、健康平等所能提供的改善程度。	本業務/計畫涵蓋病人、疾病、健康照護體系涵蓋的範圍。	本業務/計畫執行所參考的證據資料來源。

➤ 指標評估原則

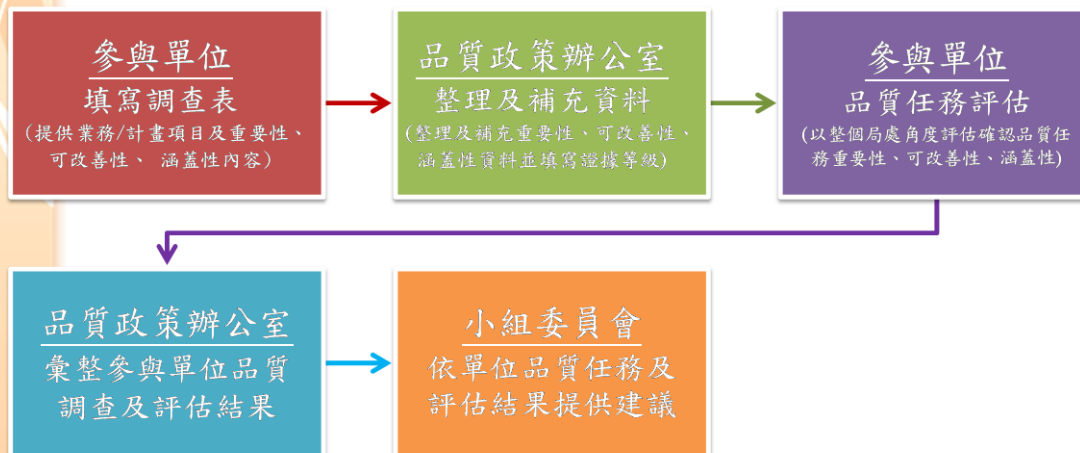
項目	重要性 (Impact/Importance)	可改善性 (Improvability/Actionability)	相關性 (Relevance)	證據等級 (Evidence Hierarchy)
定義	指標反映主要疾病負擔、照護費用、或決策者的優先事項的程度。	指標可以受健康照護政策或健康照護提供系統介入影響的程度。	指標可反應品質任務改善的相關程度。	本指標所參考的證據資料來源。

➤ 證據等級

A	參考的證據是來自於系統性回顧或個別的隨機對照試驗結果。
B	參考的證據是來自於系統性回顧或個別的世代研究；或結果研究；或生態研究；或系統性回顧或個別的病例對照研究的結果。
C	參考的證據是來自於病例分析的結果。
D	參考的證據是來自於專家意見或理論猜想。

3

衛生署醫療品質政策諮詢委員會 「其他醫療品質指標小組」品質任務評選流程



4

品質任務評分作業

委員評選
依重要性、可改善性、
涵蓋性現場評分

品質政策辦公室
計算評估項目評分
結果

品質任務推動建議
提供後續政策研擬及
白皮書編寫參考

業務/計畫名稱	業務/計畫評估			證據等級評估	
	重要性	可改善性	涵蓋性	證據等級	參考資料
護理人力監測資料庫建置計畫	單位自評			A B C D	
	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1		
	委員評分				
	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1		
加強院內感染控制	單位自評			A B C D	
	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1		
	委員評分				
	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1		

5

品質任務推動建議

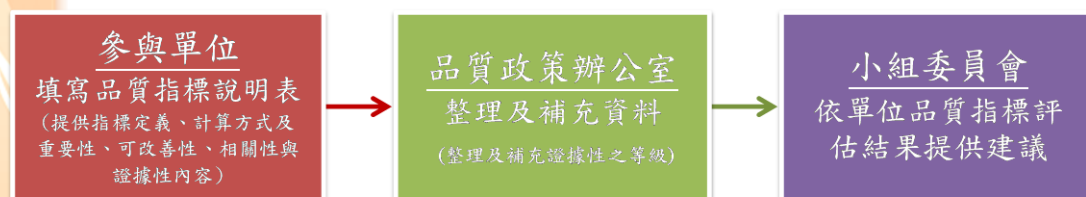
推動等級	推動等級內容說明	評分合計*	證據等級
A	委員會小組強力建議持續推動此項業務/計畫、指標。	10~15	A
B	委員會小組建議持續推動此項業務/計畫、指標。	7~9	A
		7~15	B
		10~15	C
C	委員會小組不建議持續推動此項業務/計畫、指標。	3~6	A
		3~6	B
		3~9	C
D	委員會小組沒有充足的證據建議持續推動此項業務/計畫、指標。	3~15	D

*指標評分合計係將各委員所評定之各項指標分數平均，再將所計算之各項指標平均分數加總。

指標評分	證據等級			
	A	B	C	D
5~4	A	B	B	D
3	B	B	C	D
2~1	C	C	C	D

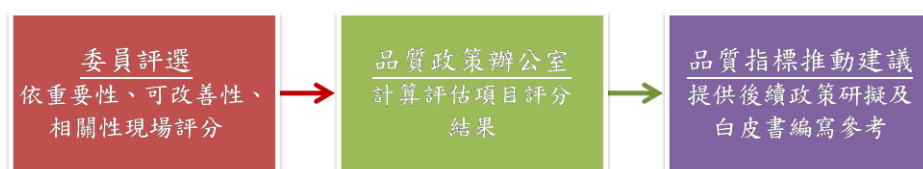
6

衛生署醫療品質政策諮詢委員會 「其他醫療品質指標小組」品質指標評選流程



7

品質指標評分作業



業務/計畫名稱	護理人力監測資料庫建置計畫(95年)				
指標	指標評選*			證據等級	證據等級評估** 參考資料
	重要性	可改善性	相關性		
護理時數	委員評分			A B C D	1. Devine C, McClean S, & Reid N. Nurse manpower demand: a review of United Kingdom methodologies. J Adv Nurs. 1993 ;18(11):1833-9.
	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1		
護病比	委員評分			A B C D	1. 顏妙芬、黃美智、陳立祥、曾弘富、許素珍：護理人力資源對病患照顧結果之影響成果報告。行政院衛生署97-100年委託科技研究計劃。2011。
	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1		

8

品質指標推動建議

推動等級	推動等級內容說明	評分合計*	證據等級
I	委員會小組強力建議納入委員會白皮書內容。	10~15	A
II	委員會小組建議納入委員會白皮書內容。	7~9 7~15 10~15	A B C
III	委員會小組不建議納入委員會白皮書內容。	3~6 3~6 3~9	A B C
IV	委員會小組沒有充足的證據建議納入委員會白皮書內容。	3~15	D

*指標評分合計係將各委員所評定之各項指標分數平均，再將所計算之各項指標平均分數加總。

指標評分	證據等級			
	A	B	C	D
5~4	I	II	III	IV
3	II	II	III	IV
2~1	III	III	III	IV

9

品質指標說明表

大類	說明	範例
類別		
名稱與出處		
名稱	請寫出指標之完整名稱	住院歸戶之主診斷為急性心肌梗塞之住院病人入院後 30 日內之院內(同一醫院)死亡率
名稱_英文	請寫出指標之完整英文名稱(若無可省略)	Admission-based AMI 30day in-hospital (same hospital) case-fatality rates
簡稱	請寫出指標之簡稱	急性心肌梗塞病人入院後 30 日內死亡率
指標計算單位	詳述計算該指標之單位是：中央健保局、疾病管制局、國民健康局、統計室、護理及健康照護處、食品藥物管理局、醫療品質政策辦公室、醫策會、醫院協會、台灣醫務管理學會等	中央健保局
建議單位	詳述建議該指標之單位是：中央健保局、疾病管制局、國民健康局、統計室、護理及健康照護處、食品藥物管理局、醫療品質政策辦公室、醫策會、醫院協會、台灣醫務管理學會等	醫療品質政策辦公室
關鍵字	詳述該指標之相關之關鍵字(至多 5 個)：	Acute myocardial infarction (AMI)、急性心肌梗塞、院內死亡率
屬性與面向		
屬性	請由下列 6 項中，選擇一適合的屬性：結構(structure)、過程(process)、結果(outcome)、可近性(access to care)、醫療利用(utilization of care)、體健康(population health)。其中結構(structure)、過程(process)、結果(outcome)、可近	結果(outcome)

	性(access to care)4 類是屬於臨床效能指標 (clinical performance measures)。	
品質面向	請由下列 6 項中，選擇一適合的面向：安全(safety)、有效性(clinical effectiveness)、病人中心 (patient centeredness)、效率(efficiency)、回應民眾(responsive governance)、人員訓練(staff orientation)。	有效性(clinical effectiveness)
測量目標		
課責單位	詳述該指標課責之單位：地區/分局、醫療院所、科別、醫師	醫院
服務部門	詳述該指標適用之服務部門：住院、門診、牙醫、中醫	住院
臨床特性 1	請由下列 2 項中，選擇一適合的之臨床特性(運用範圍)，僅適用於屬於臨床效能指標(clinical performance measures)者。：全院性、疾病別/項目別	疾病別/項目別
臨床特性 2	請由下列 2 項中，選擇一適合的之臨床特性(運用範圍)，僅適用於屬於臨床效能指標(clinical performance measures)者： 手術類、非手術類	非手術類
臨床特性 3	詳述該指標之運用之疾病別/項目別分類，僅適用於屬於臨床效能指標 (clinical performance measures) 者： AMI、CVA、DM、Breast cancer、CAD、Hypertension、Peptic ulcer、Asthma、Child asthma、COPD、Pneumonia、 精神病、上呼吸道感染、高血脂、TB(肺結核)、抗發炎及風濕(發炎)、感冒、透析治療 ESRD 等	AMI
運用方式		
指標分期	詳細說明該指標目前運用之期別：鼓勵期(推廣使用或試用階段者)、成熟期(已公開或長期使用者)	成熟期(已公開或長期使用者)
收集頻率	詳細說明該指標更新資料之頻率：月、季、半年、1 年、2 年	每年

運用狀況	就該指標目前使用狀況選擇適合之選項：使用中、暫停使用、規劃中	使用中
呈現型態	詳述該指標以何種方式呈現：書面報告(報告名稱)、網頁公開(網址)、VPN 系統呈現	書面報告(健康照護品質指標之國際與國內比較報告)
計算方式		
分子	詳述分子之定義，包含疾病操作型定義、納入條件與排除條件。 診斷碼 ICD-9-CM CODE 定義： 診斷碼 ICD-10 CODE 定義：	15 歲以上因主診斷 AMI 住院且入院日後 30 日內同院所之院內死亡之住院次數)
分母	詳述分母之定義，包含疾病操作型定義、納入條件與排除條件。 診斷碼 ICD-9-CM CODE 定義： 診斷碼 ICD-10 CODE 定義：	在特定年份中，15 歲以上因主診斷為 AMI 住院之住院歸戶次數。 AMI 診斷碼：ICD-9 410 or ICD-10 I21, I22.
指標計算邏輯	詳述該指標之計算邏輯	住院歸戶是指以病人+院所+入院日歸戶後所計算得到之住院次數
產製系統	詳述該指標是否有例行產製之系統：例如健保局檔案分析/VPN 系統、癌症登記系統	健保局檔案分析/VPN 系統
指標量數	詳述該指標之量數單位： 比率(rate)、分率(proportional rate, %)、比例(ratio)	分率(proportional rate, %)
量數解釋	詳述該指標量數之解釋： 分數愈高品質愈好 分數愈低品質愈好 分數界於區間內品質愈好 分數界於區間外品質愈好	分數愈低品質愈好
嚴重度校正因子	詳述該指標之嚴重度校正因子：例如年齡、性別、既有疾病、合併症、BMI 指數等	年齡 性別
資料來源		
資料來源	詳述該指標之資料來源是屬於： 1.申報資料(例如：健保資料庫)、 2.登記/通報資料(例如：死因資料庫、癌症登記資料庫、法定傳染病監視通報系統、院內感染監視通報系統)、 3.臨床資料	申報資料-健保資料庫
政策運用		

適用之品質 任務或計畫	<p>詳細說明該指標適用之品質任務或計畫：例如</p> <p>加強醫院感染控制:手部衛生認證計畫、</p> <p>全國藥品不良反應通報系統計畫、</p> <p>護理人力監測資料庫建置計畫、</p> <p>發展糖尿病健康促進機構計畫、</p> <p>醫院癌症醫療品質提升計畫、</p> <p>門診戒菸治療服務計畫、</p> <p>兒童預防保健提升計畫、</p> <p>全民健保論質計酬試辦方案...等</p>	
證據性		
證據性	請詳細列出此指標的科學證據文獻	<p>1.Centers for Disease Control and Prevention. Preventing heart disease and stroke: addressing the Nation's leading killers. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2004. Available at:http://www.cdc.gov/nccdphp/aag/pdf/aag_cvh2004.pdf.</p> <p>2.Davies SM, Geppert J, McClellan M, McDonald KM, Romano PS, Shojania KJ. “Refinement of the HCUP quality indicators.” AHRQ publication 01-0035, May 2001.</p> <p>3.Davies SM, Geppert J, McClellan M, McDonald KM, Romano PS, Shojania KJ. “Refinement of the HCUP quality indicators.” AHRQ publication 01-0035, May 2001.</p> <p>4.Organisation for Economic Cooperation and Development. A Disease-Based Comparison of Health Systems: What is Best at What Cost? (Paris: OECD, 2003).</p> <p>5.Davies SM, Geppert J, McClellan M, McDonald KM, Romano PS, Shojania KJ. “Refinement of the HCUP quality indicators.” AHRQ publication 01-0035, May 2001.</p>
影響性		

影響性	<p>請詳述此疾病或此狀況之盛行率、發生率等流行病學資料或疾病負擔與醫療利用狀況。分為下列三類填寫：</p> <p>流行病學資料：人數、盛行率、發生率</p> <p>疾病負擔：醫療費用、醫療利用</p> <p>生活品質：</p> <p>(1)生活品質指標量表(the Quality of Life Index ; QLI) 、</p> <p>(2)生活品質 36 題簡短版 (Short-Form-36 Health Survey ; SF-36) 、</p> <p>(3)世界衛生組織生活品質測量量表(World Health Organization Quality Of Life Questionnaire ; WHOQOL)</p>	
其他		
評估單位	請詳述評估此指標適用性之單位。	

附錄五、「醫院領導統御及組織價值現況調查」問卷

行政院衛生署委託辦理 「醫療品質政策辦公室」協作計畫

醫療品質相關資源調查-領導統御及組織價值現況調查

您好：

行政院衛生署為規劃未來醫療品質政策，並提出醫療品質政策白皮書，委託台北醫學大學進行「醫療品質政策辦公室」協作計畫。

本問卷係了解各醫院領導統御與組織價值之狀況，以協助衛生署擬定醫療品質政策之參考。

敬請 貴院負責醫療品質管理之人員協助填寫此份問卷。貴院的意見對本計畫非常重要，煩請撥冗協助填寫，若有任何疑問，請與本計畫聯絡人陳欣欣小姐聯繫(電話：(02) 2736-1661 轉 6592；傳真：(02) 2736-1661 轉 6594，電子郵件：monica64@tmu.edu.tw)。為感謝您協助填寫問卷，本計畫將致贈 7-11 百元商品卡一份。

誠摯感謝您的協助。肅此順頌 時祺！

台北醫學大學郭乃文、莊秀文、邱弘毅、林金龍 敬上
中華民國 100 年 11 月 22 日

寄回完成之問卷將致贈 7-11 百元
商品卡一份，感謝您的協助。

「醫療品質領導統御及組織價值現況調查」問卷

第一部分：基本資料

- 請問 貴院健保特約類別為：☐①醫學中心 ☐②區域醫院 ☐③地區醫院
- 請問 貴院一般急性病床數幾床？
☐①100 床以下 ☐②100-499 床 ☐③500-1000 床 ☐④1000 床以上
- 請問貴院權屬別？☐①公立 ☐②財團法人或私立
- 請問您目前在品管相關部門主要職稱為何？
☐①全職正/副主管 ☐②全職專員/管理師/護理師
☐③兼職正/副主管 ☐④兼職醫師/專員/管理師/護理師
☐⑤品管顧問 ☐⑥醫療品質/病人安全委員
- 請問 貴院是否有醫療品質管理或病人安全相關單位？
☐①否
☐②是，單位名稱：_____。
此單位全職人員：_____人，兼職人員：_____人
此單位近三年平均一年預算(不含人事費預算)：_____千元
- 請問您在 貴院服務年資多久？
☐①少於 1 年 ☐②1 至 3 年 ☐③4 至 7 年
☐④8 至 12 年 ☐⑤13 至 20 年 ☐⑥21 年以上
- 請問您在品管部門服務年資多久？
☐①少於 1 年 ☐②1 至 3 年 ☐③4 至 7 年
☐④8 至 12 年 ☐⑤13 至 20 年 ☐⑥21 年以上

第二部份主要了解 貴院管理團隊的領導統御，請依據您的感受於下表勾選。

	非常不同意	不同意	沒意見	同意	非常同意
1 本院管理階層已提出對醫院未來的發展願景	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 本院管理階層把持續不斷的品質改善視為院方的使命之一	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 本院年度計畫有依據未來的發展願景訂定全院性的品質改善推動計畫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 全院的醫療品質管理策略有經過管理階層的參與制定與核定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 院長親自擔任醫品/病安委員會的主任委員，並親自出席	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 本院管理階層積極推動一系列從基礎到進階的品質管理教育訓練	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 本院管理階層定期監控醫療品質指標資料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 本院管理階層有效地帶領組織進行品質管理及提升病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	非常不同意	不同意	沒意見	同意	非常同意
人安全服務					
9 在執行大型院內改革時，能同時兼顧醫療服務品質與員工實際需求	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第三部份主要希望能了解 貴院在醫療品質方面表現出的氣氛，請依據您的感受於下表勾選。

	非常不同意	不同意	沒意見	同意	非常同意
1 本院強調以病人為中心的照護理念	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 本院在病人照護品質方面的口碑非常好	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 本院對員工在品質改善方面的表現要求標準相當高	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 本院非常重視醫療品質，院方會主動協助個人達到品質表現的要求	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 本院對員工在進行品質改善活動的落實度非常要求	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 本院極為重視員工對推行的品質改善事務所提出建議，並有適當及有效的回饋機制	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 本院有設定清楚的品質改善目標，可以協助員工達到優良的表現	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 如果我是病人，我會很樂意在本院接受照護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第四部份希望探討個人在組織價值觀之自我評估，請依據您的感受於下表勾選。

	非常不同意	不同意	沒意見	同意	非常同意
1 在本院工作，能展現自己的專長	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 在本院工作，能獲取新知與自我成長的機會	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 在本院工作，可經由工作獲得自我的肯定與信心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 在本院，工作表現能受到他人的肯定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 在本院工作中，能獲得主管的充分授權	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 在本院的工作時間能充分配合生活作息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 在本院工作，我的抱怨及意見時常被忽略	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 在本院工作遇到問題時，能得到同事適當的協助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 在本院工作，我不太願意主動通報病安事件(不良醫療事件)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

本問卷到此結束，感謝您的填寫！

寄回完成之問卷將致贈百元商品卡一份，感謝您的協助。

商品卡之核銷需要您填寫右列資料，此資料絕不會作任何記名之用，請勿擔心，感謝您的配合。	姓名：
	身分證字號：
	戶籍地址：

附錄六、「醫院領導統御及組織價值現況調查」問卷調查結果

1. 填答者其服務醫院管理團隊領導統御之表現

管理團隊領導統御構面	正向百分比
本院管理階層持續不斷的品質改善視為院方的使命之一	91.50%
院長親自擔任醫品/病安委員會的主任委員，並親自出席	90.90%
醫療品質管理策略有經過管理階層的參與制定與核定	90.90%
管理階層定期監控醫療品質指標資料	89.10%
管理階層已提出對醫院未來的發展願景	87.90%
管理階層有效地帶領組織進行品質管理及提升病人安全服務	86.70%
年度計畫有依據未來的發展願景訂定全院性的品質改善推動計畫	84.80%
在執行大型院內改革時，能同時兼顧醫療服務品質與員工實際需求	81.20%
管理階層積極推動一系列從基礎到進階的品質管理教育訓練	77.00%

註：n=165

2. 填答者表示醫院在醫療品質方面之氣氛

醫療品質氣氛構面	正向百分比
強調以病人為中心的照護理念	97.0%
如果我是病人，我會很樂意在本院接受治療	85.5%
在病人照護品質方面的口碑非常好	81.2%
極為重視員工對推行的品質改善事務所提出建議，並有適當及有效的回饋機制	80.6%
非常重視醫療品質，院方會主動協助個人達到品質表現的要求	77.0%
對員工在進行品質改善活動的落實度非常要求	76.4%
有設定清楚的品質改善目標，可以協助員工達到優良的表現	74.5%
對員工在品質改善方面的表現要求標準相當高	73.3%

註：n=165

3. 填答者自我評估其在所服務醫院工作中之價值觀

組織價值觀之自我評估構面	正向百分比
在本院工作，能展現自己的專長	87.9%
在本院工作遇到問題時，能得到同事適當的協助	87.9%
在本院工作，能獲取新知與自我成長的機會	86.7%
在本院工作中，能獲得主管的充分授權	86.7%
在本院，工作表現能受到他人的肯定	85.5%
在本院工作，可經由工作獲得自我的肯定與信心	84.2%
在本院工作時間能充分配合生活作息	72.7%
在本院工作，我的抱怨及意見時常被忽略	20.6%
在本院工作，我不太願意主動通報病安事件	7.3%

註：n=165

備註：上述調查問卷採用 Likert Scale 五分量表，即非常同意、同意、沒意見、不同意及非常不同意，由填答者勾選。結果以同意百分比呈現，分子為勾選同意及非常同意樣本數，分母為醫院問卷回覆份數。

附錄七、「病人住院經驗調查」問卷使用手冊

「病人住院經驗調查」 問卷使用手冊

衛生署醫療品質政策辦公室
100 年 5 月

「病人住院經驗調查」問卷使用手冊

為方便您順利且有效地進行「病人住院經驗調查」，請參閱問卷使用手冊，

本手冊內容包含：

一、「病人住院經驗調查」問卷使用說明

二、「病人住院經驗調查」問卷

三、問卷 key in 格式範例與 coding 定義（提供 excel 檔）

四、病人住院經驗調查申報格式說明

請詳細閱讀並遵守使用規則，若在問卷進行方面有任何問題或疑問，請與

醫療品質政策辦公室聯繫，謝謝。

醫療品質政策辦公室

聯絡人：陳龍生副研究員

連絡電話：02-2326-1540

E-mail：lschen@nhi.gov.tw

mqlschen@doh.gov.tw

「病人住院經驗調查」問卷使用說明

2011.04.26

醫療照護品質一直以來是民眾關心的議題，隨著消費者意識抬頭，民眾越來越重視所接受到的醫療照護品質。為此而發展一套適用於台灣、以病患住院照護經驗為主軸的醫院住院醫療照護品質測量工具^{附註1}。以下為問卷內容說明及其使用說明：

一、適用範圍：本問卷適用於調查醫院服務量最大之急性病床病患的住院經驗。

二、問卷內容

分為兩部分包括：醫院醫療照護品質核心問題和基本資料，問卷內容說明如下：

1. 醫院醫療照護品質核心問題

(1) 住院情形 (4 題)

目的是要了解回答這份問卷者的身分是病患本人或是家人或照顧者代答、怎麼進來住院、自覺的病情嚴重程度與住院時間的適當性。

(2) 醫師表現 (4 題)

目的是要了解醫師於病患住院期間是否提供足夠與適切的醫療行為，並且具有解決病患問題的能力。

(3) 護理人員表現 (5 題)

目的是要了解護理人員於病患住院期間是否提供足夠與適切的護理照顧，並且具有解決病患問題的能力。

(4) 其他醫療人員(藥師、檢驗與技術人員等)的表現 (1 題)

目的是要了解其他醫療人員於病患住院期間是否提供足夠與適切的醫療照顧，並且具有解決病患問題的能力。

(5) 整體醫療人員的表現 (13 題)

目的是要了解整體醫療人員(醫師、護理人員、藥師、檢驗與技術人員等)與病患之間的互動情形以及醫療團隊的照護一致程度

(6) 其他服務 (5 題)

目的是要了解醫療團隊與病患之間心理面上的互動，例如：給予同理心、提供安全感等。此外還包含病患對於醫療環境與服務的觀感，藉此了解民眾對醫院環境、醫療設施和服務的主觀感受。

(7) 院內感染 (2 題)

目的是要了解病患住院期間是否有感受到發燒或傷口發炎情形。

(8) 住院整體評估 (4 題)

目的是要了解病患住院期間的整體滿意度。

2. 基本資料；用以了解受試民眾之性別、年齡、教育程度、收入以及所在地區等。

三、注意事項

1. 與病患溝通時不可誘導其填寫有利於醫院之結果。
2. 個別醫院可自行補充合理題數之特定問卷題目到此問卷工具中，但請遵循下列規則：
 - (1) 既有之核心問題及基本資料不可擅自更改。
 - (2) 問卷引言文字「先生/小姐您好：因為最近您於本院住過院，……並請依據您的實際經驗填答，完成後免貼郵票放回信封內投入郵筒即可。……」請依照問卷發放方式(郵寄或電子問卷)，自行修改內容以符合實際需求。
 - (3) 醫院自行補充之問卷必須放在核心問卷項目之後，這個方式可以確保未來在不同醫院間執行調查時的一致性。
 - (4) 基本資料中的「請問您的個人資料」及「請問代答者的個人資料」這兩部份的問卷項目，必須放在核心問卷項目後的任何地方。
 - (5) 核心問卷項目與醫院自行補充的問卷項目之間必須增加「短語」，作為兩者過渡之標識。「短語」之簡單範例如下：

「現在我們想額外再請教您幾個問題，這些問題有別於上述問題，測量不同的主題，詢問您對這些特定問題的意見」
 - (6) 醫院自行補充問卷項目時應避免造成下列情形：
 - a. 造成病人填答問卷時額外的負擔(如：問卷項目的數量過多、長度過長與太過複雜)
 - b. 補充的問卷項目會影響核心問卷項目的結果
 - c. 可能造成病人停止填答問卷的題目(如：問卷項目涉及敏感性的醫療、健康及個人問題等)
 - d. 危害病患個人隱私(如：問卷項目問到病患個人身分證字號等)
 - e. 要求病患解釋所回答的特定問卷項目，例如：要求病患解釋為何不推薦本醫院給其他的親友，這樣的問卷項目是不被允許的。
3. 問卷回收後之資料輸入處理
 - (1) 以所附之 excel 進行資料輸入：
 - a. 請以所提供之「問卷 KEYIN 格式 2011.04.22.xls」做為輸入資料的工具。
 - b. 同一院所的問卷中「本次是從_____醫院出院」，請自行統一輸

入醫院代號即可。

c.問卷回收後之資料輸入處理，請依據所提供既有之格式進行資料彙整，請勿擅自更改。

d.輸入回收問卷結果前，請先閱讀問卷 coding 定義(包含在 excel 表格中)；遺漏值(missing value)資料請統一輸入「.」。

e.資料輸入順序為右向，要輸入下一個項目時請按「Tab 鍵」向右輸入下一個題目的資料。

(2)以其他方式進行資料輸入(如：網路電子問卷)：

a.請以所提供之「病人住院經驗服務調查申報格式說明(2011.04.22).doc」做為資料輸入的統一標準。

b.同一院所的問卷中「本次是從_____醫院出院」，請自行輸入醫院代號即可。

c.問卷回收後之資料輸入處理，請依據所提供既有之格式進行資料彙整，請勿擅自更改。

d.輸入回收問卷結果前，請先閱讀問卷 coding 定義(包含在申報格式說明檔中)；遺漏值(missing value)資料請統一輸入「.」。

附註 1：本問卷為財團法人國家衛生研究院及國立台灣大學共同發展並提供使用。

病人住院經驗調查

先生/小姐您好：因為最近您於本院住過院，所以我們懇請您幫個忙。這份意見調查是屬於本院病人接受住院醫療照護服務相關的調查。評估結果能幫助本院評估所提供的住院照護服務的具體內容，進一步改善所提供之醫療照護服務。請您撥冗回覆這份問卷，並請依據您的實際經驗填答，完成後免貼郵票放回信封內投入郵筒即可。若您不方便作答，可請住院時主要照顧您的人協助填寫。

請在閱讀完題目之後勾選最符合您實際狀況的選項。您的舉手之勞，讓我們瞭解本院的醫療照護情形，期待早日收到您的回覆。祝您健康，謝謝！

XXXX 醫院 敬啟

如有任何疑問，請洽承辦人 XXX 先生，電話：(02)****-**** 電子信箱：

根據規定，您的所有回答將受到法律保護，不得公開，請安心作答。

填答者身份：☐住院者本人 ☐家人或照顧者代答

本次是從_____醫院出院。

1. 這次住院是怎麼進來的？☐急診轉住院 ☐門診安排 ☐他院轉進來的
2. 這次住院您覺得病情嚴重程度為何？☐輕微 ☐普通 ☐嚴重 ☐病危
3. 您覺得住院期間的長短是不是恰當？
☐可以早些出院 ☐恰當，時間剛剛好 ☐可以晚些出院 ☐不知道

醫師表現（住院期間）：

1. 您認為醫師的醫術是否足以處理您的狀況？
☐非常足夠 ☐足夠 ☐普通 ☐不足夠 ☐非常不足夠
2. 請問醫師是否有用您能了解的方式清楚地回答您的問題？
☐總是有 ☐常常有 ☐有時候有 ☐偶爾有 ☐從來沒有
3. 您覺得主治醫師來探視您的停留時間是否足夠？
☐非常足夠 ☐足夠 ☐普通 ☐不足夠 ☐非常不足夠
4. 您信賴您的醫師嗎？
☐非常信賴 ☐信賴 ☐普通 ☐不信賴 ☐非常不信賴

護理人員表現（住院期間）：

1. 您認為護理人員的技術是否足以處理您的狀況？
☐非常足夠 ☐足夠 ☐普通 ☐不足夠 ☐非常不足夠
2. 請問護理人員是否有用您能了解的方式清楚地回答您的問題？
☐總是有 ☐常常有 ☐有時候有 ☐偶爾有 ☐從來沒有
3. 您覺得護理人員來探視您的停留時間是否足夠？
☐非常足夠 ☐足夠 ☐普通 ☐不足夠 ☐非常不足夠
4. 護理人員是否有清楚地向您說明各種藥物的使用方式？
☐總是有 ☐常常有 ☐有時候有 ☐偶爾有 ☐從來沒有
5. 您信賴協助您的護理人員嗎？
☐非常信賴 ☐信賴 ☐普通 ☐不信賴 ☐非常不信賴

其他醫療人員(例如藥師、檢驗與技術人員等)的表現(住院期間)

1. 您覺得其他醫事人員的能力是否足以解決您所遇到的問題？
☐非常足夠 ☐足夠 ☐普通 ☐不足夠 ☐非常不足夠

整體醫療人員(包括醫師、護理人員、藥師、檢驗與技術人員)的表現(住院期間)：

1. 在您感到疼痛時，醫療人員會適時給予適當的減輕疼痛的處置嗎？
☐總是有 ☐常常有 ☐有時候有 ☐偶爾有 ☐從來沒有 ☐不適用(沒有感到疼痛)
2. 請問是否有醫療人員和您的家人溝通，回答他們的問題？
☐總是有 ☐常常有 ☐有時候有 ☐偶爾有 ☐從來沒有
3. 醫療人員向您解說病情時的說法是否一致？
☐總是有 ☐常常有 ☐有時候有 ☐偶爾有 ☐從來沒有
4. 您覺得醫療人員之間對您的醫療照護過程是否有一貫性？
☐總是有 ☐常常有 ☐有時候有 ☐偶爾有 ☐從來沒有
5. 醫療人員是否清楚地向您說明治療的效益和可能的危險？
☐總是有 ☐常常有 ☐有時候有 ☐偶爾有 ☐從來沒有
6. 醫療人員是否尊重您的價值觀、宗教信仰等等？
☐總是有 ☐常常有 ☐有時候有 ☐偶爾有 ☐從來沒有
7. 醫療人員是否尊重您的選擇？
☐總是有 ☐常常有 ☐有時候有 ☐偶爾有 ☐從來沒有
8. 醫療人員是否有提供您疾病需要的衛教資訊？
☐總是有 ☐常常有 ☐有時候有 ☐偶爾有 ☐從來沒有
9. 醫療人員是否能夠瞭解您在治療過程中的感受？
☐總是有 ☐常常有 ☐有時候有 ☐偶爾有 ☐從來沒有
10. 醫療人員是否有給予您情緒上的支持？
☐總是有 ☐常常有 ☐有時候有 ☐偶爾有 ☐從來沒有
11. 您對醫療人員的照護感到安全嗎？
☐非常安全 ☐安全 ☐普通 ☐不安全 ☐非常不安全
12. 您可以在需要幫忙時及時得到醫療照護、協助嗎？
☐總是有 ☐常常有 ☐有時候有 ☐偶爾有 ☐從來沒有
13. 當您需要協助時，醫院是否有提供志工服務？
☐總是有 ☐常常有 ☐有時候有 ☐偶爾有 ☐從來沒有 ☐不適用(沒有需要志工協助的地方)

其他服務：

1. 您覺得在住院中是否保有自己的隱私？
☐總是有 ☐常常有 ☐有時候有 ☐偶爾有 ☐從來沒有
2. 您是否滿意病房的溫度舒適度？
☐非常滿意 ☐滿意 ☐普通 ☐不滿意 ☐非常不滿意
3. 您是否滿意病房內的陪病設施(例如：陪病床、廚房、洗衣間等等)？
☐非常滿意 ☐滿意 ☐普通 ☐不滿意 ☐非常不滿意
4. 您是否滿意醫院整體的清潔？
☐非常滿意 ☐滿意 ☐普通 ☐不滿意 ☐非常不滿意
5. 您是否滿意醫院的交通便利性？

☐非常滿意 ☐滿意 ☐普通 ☐不滿意 ☐非常不滿意

本次住院，我是☐內科/☐外科的病人(內科病人請答題目甲；外科病人請答題目乙)

甲、請問您在入院三日後是否開始有發燒的現象？

☐有 ☐沒有 ☐不確定

乙、請問您在手術三日後是否有傷口發炎的現象？

☐有 ☐沒有 ☐不確定

住院整體評估

1. 整體而言，這次住院的治療結果跟您預期中的情況相比是：

☐好很多 ☐比較好 ☐差不多 ☐比較差 ☐差很多

2. 您覺得醫院自費金額是否適當？

☐非常貴 ☐貴 ☐普通 ☐便宜 ☐非常便宜

3. 整體而言，您是否滿意這間醫院所提供的住院照護？

☐非常滿意 ☐滿意 ☐普通 ☐不滿意 ☐非常不滿意

4. 請問您是否願意推薦這間醫院給您的親友？

☐非常願意 ☐願意 ☐普通 ☐不願意 ☐非常不願意

請問您的個人資料：

◆請問住院者住在那個縣市？ _____(縣、市) _____(區、鎮、鄉)

◆住院者每月平均收入約：

☐無固定收入 ☐2 萬元以下 ☐2-3 萬元 ☐3-5 萬元 ☐5-8 萬元 ☐8-12 萬元
☐12 萬元以上

◆請問住院者整個家庭每個月的收入約 _____萬 _____仟元。

◆請問住院者的最高學歷：

☐不識字或未接受正規教育 ☐國小 ☐國中或初中畢(肄)業 ☐高中(職)畢
(肄)業

☐專科畢(肄)業 ☐大學畢(肄)業或以上

◆請問住院者的年齡： _____歲及性別：☐男性 ☐女性

請問代答者的個人資料(若是本人填答，問卷到此結束，謝謝您)：

◆請問代答者的最高學歷：

☐未接受正規教育 ☐國小 ☐國中或初中畢(肄)業 ☐高中(職)畢(肄)業
☐專科畢(肄)業 ☐大學畢(肄)業或以上

◆請問代答者的年齡： _____歲及性別：☐男性 ☐女性

(本問卷到此結束，請再檢查一遍，謝謝您，祝您健康！)

問卷 key in 格式範例

[illegible]

問卷 coding 定義		
編號	題目	coding 定義
A 住院情形	1 住院醫院	依照填答者填寫之醫院填寫
	2 填答者身份	本人=0 非本人=1
	3 這次住院是怎麼進來的？	急診轉住院=1 門診安排=2 他院轉進來的=3
	4 這次住院您覺得病情嚴重程度為何？	輕微=1 普通=2 嚴重=3 病危=4
	5 您覺得住院期間的長短是不是恰當？	可以早些出院=1 恰當，時間剛剛好=2 可以晚些出院=3 不知道=4
B 醫師	1 您認為醫師的醫術是否足以處理您的狀況？	非常足夠=5 足夠=4 普通=3 不足夠=2 非常不足夠=1
	2 請問醫師是否有用您能了解的方式清楚地回答您的問題？	總是有=5 常常有=4 有時候有=3 偶爾有=2 從來沒有=1
	3 您覺得主治醫師來探視您的停留時間是否足夠？	非常足夠=5 足夠=4 普通=3 不足夠=2 非常不足夠=1
	4 您信賴您的醫師嗎？	非常信賴=5 信賴=4 普通=3 不信賴=2 非常不信賴=1
C 護理人員	1 您認為護理人員的技術是否足以處理您的狀況？	非常足夠=5 足夠=4 普通=3 不足夠=2 非常不足夠=1
	2 請問護理人員是否有用您能了解的方式清楚地回答您的問題？	總是有=5 常常有=4 有時候有=3 偶爾有=2 從來沒有=1
	3 您覺得護理人員來探視您的停留時間是否足夠？	非常足夠=5 足夠=4 普通=3 不足夠=2 非常不足夠=1
	4 護理人員是否有清楚地向您說明各種藥物的使用方式？	總是有=5 常常有=4 有時候有=3 偶爾有=2 從來沒有=1
	5 您信賴協助您的護理人員嗎？	非常信賴=5 信賴=4 普通=3 不信賴=2 非常不信賴=1
D 其他人員	1 您覺得其他醫事人員的能力是否足以解決您所遇到的問題？	非常足夠=5 足夠=4 普通=3 不足夠=2 非常不足夠=1
E 整體醫療人員	1 在您感到疼痛時，醫療人員會適時給予適當的減輕疼痛的處置嗎？	總是有=5 常常有=4 有時候有=3 偶爾有=2 從來沒有=1
	2 請問是否有醫療人員和您的家人溝通，回答他們的問題？	總是有=5 常常有=4 有時候有=3 偶爾有=2 從來沒有=1
	3 醫療人員向您解說病情時的說法是否一致？	總是有=5 常常有=4 有時候有=3 偶爾有=2 從來沒有=1
	4 您覺得醫療人員之間對您的醫療照護過程是否有一貫性？	總是有=5 常常有=4 有時候有=3 偶爾有=2 從來沒有=1

	5	醫療人員是否清楚地向您說明治療的效益和可能的危險？	總是有=5 常常有=4 有時候有=3 偶爾有=2 從來沒有=1
	6	醫療人員是否尊重您的價值觀、宗教信仰等等？	總是有=5 常常有=4 有時候有=3 偶爾有=2 從來沒有=1
	7	醫療人員是否尊重您的選擇？	總是有=5 常常有=4 有時候有=3 偶爾有=2 從來沒有=1
	8	醫療人員是否有提供您疾病需要的衛教資訊？	總是有=5 常常有=4 有時候有=3 偶爾有=2 從來沒有=1
	9	醫療人員是否能夠瞭解您在治療過程中的感受？	總是有=5 常常有=4 有時候有=3 偶爾有=2 從來沒有=1
	10	醫療人員是否有給予您情緒上的支持？	總是有=5 常常有=4 有時候有=3 偶爾有=2 從來沒有=1
	11	您對醫療人員的照護感到安全嗎？	非常安全=5 安全=4 普通=3 不安全=2 非常不安全=1
	12	您可以在需要幫忙時及時得到醫療照護、協助嗎？	總是有=5 常常有=4 有時候有=3 偶爾有=2 從來沒有=1
	13	當您需要協助時，醫院是否有提供志工服務？	總是有=5 常常有=4 有時候有=3 偶爾有=2 從來沒有=1
F 其他服務	1	您覺得在住院中是否保有自己的隱私？	總是有=5 常常有=4 有時候有=3 偶爾有=2 從來沒有=1
	2	您是否滿意病房的溫度舒適度？	非常滿意=5 滿意=4 普通=3 不滿意=2 非常不滿意=1
	3	您是否滿意病房內的陪病設施（例如：陪病床、廚房、洗衣間等等）？	非常滿意=5 滿意=4 普通=3 不滿意=2 非常不滿意=1
	4	您是否滿意醫院整體的清潔？	非常滿意=5 滿意=4 普通=3 不滿意=2 非常不滿意=1
	5	您是否滿意醫院的交通便利性？	非常滿意=5 滿意=4 普通=3 不滿意=2 非常不滿意=1
G 院內感染	1	本次住院為內科 or 外科	內科=0 外科=1
	2	請問您在入院三日後是否開始有發燒的現象？	有=1 沒有=0 不確定=2
	3	請問您在手術三日後是否有傷口發炎的現象？	有=1 沒有=0 不確定=2

H 住院整體 評估	1	整體而言，這次住院的治療結果跟您預期中的情況相比是：	好很多=5 比較好=4 差不多=3 比較差=2 差很多=1
	2	您覺得醫院自費金額是否適當？	非常貴=5 貴=4 普通=3 便宜=2 非常便宜=1
	3	整體而言，您是否滿意這間醫院所提供的住院照護？	非常滿意=5 滿意=4 普通=3 不滿意=2 非常不滿意=1
	4	請問您是否願意推薦這間醫院給您的親友？	非常願意=5 願意=4 普通=3 不願意=2 非常不願意=1
I 住院者基 本資料	1	請問住院者住在那個縣市？	依照填答者填寫之縣市填寫
	2	請問住院者住在哪個區、鄉或鎮？	依照填答者填寫之區鄉鎮填寫
	3	住院者每月平均收入約	無固定收入=1, 2 萬元以下=2, 2-3 萬元=3, 3-5 萬元=4, 5-8 萬元=5, 8-12 萬元=6, 12 萬元以上=7
	4	請問住院者整個家庭每個月的收入約	依照填答者填寫之金額填寫數字
	5	請問住院者的最高學歷	不識字或未接受正規教育=1 國小=2 國中或初中畢（肄）業=3 高中(職) 畢（肄）業=4 專科畢（肄）業=5 大學畢（肄）業或以上=6
	6	請問住院者的年齡	依照填答者填寫之年齡填寫數字
	7	住院者性別	男性=1 女性=0
I 代填者基 本資料	8	請問代答者的最高學歷	未接受正規教育=1 國小=2 國中或初中畢（肄）業=3 高中(職) 畢（肄）業=4 專科畢（肄）業=5 大學畢（肄）業或以上=6
	9	請問代答者的年齡	依照填答者填寫之年齡填寫數字
	10	代答者性別	男性=1 女性=0
於適用於所有變項的選項數值代碼			遺漏值(missing value)請輸入「.」

「病人住院經驗調查」資料格式說明

2011.04.26

若醫療院所透過其他方式蒐集病人經驗調查資料，如網路電子問卷，則可以根據底下的資料格式，輸出成標準的資料格式，有利於在不同醫院間執行調查時達到資料收集的一致性，同時也方便後續資料分析作業。此處提供固定長度的 ASCII 文字檔格式，醫療院所可以此檔案作為每個欄位長度設計之標準。

病人住院經驗調查資料格式							
長度 98							
題目編號	題目內容	資料型態	長度	起始位置	迄末位置	資料描述	備註
	問卷回收編號	N	10	1	10	右靠，不足補0	
A1	住院醫院代號	C	10	11	20	依照填答者填寫之醫院填寫醫院代號	
A2	填答者身份	N	1	21	21	本人=0 非本人=1	
A3	這次住院是怎麼進來的？	N	1	22	22	急診轉住院=1 門診安排=2 他院轉進來的=3	
A4	這次住院您覺得病情嚴重程度為何？	N	1	23	23	輕微=1 普通=2 嚴重=3 病危=4	
A5	您覺得住院期間的長短是不是恰當？	N	1	24	24	可以早些出院=1 恰當，時間剛剛好=2 可以晚些出院=3 不知道=4	
B1	您認為醫師的醫術是否足以處理您的狀況？	N	1	25	25	非常足夠=5 足夠=4 普通=3 不足夠=2 非常不足夠=1	
B2	請問醫師是否有用您能了解的方式清楚地回答您的問題？	N	1	26	26	總是有=5 常常有=4 有時候有=3 偶爾有=2 從來沒有=1	
B3	您覺得主治醫師來探視您的停留時間是否足夠？	N	1	27	27	非常足夠=5 足夠=4 普通=3 不足夠=2 非常不足夠=1	
B4	您信賴您的醫師嗎？	N	1	28	28	非常信賴=5 信賴=4 普通=3 不信賴=2 非常不信賴=1	
C1	您認為護理人員的技術是否足以處理您的狀況？	N	1	29	29	非常足夠=5 足夠=4 普通=3 不足夠=2 非常不足夠=1	
C2	請問護理人員是否有用您能了解的方式清楚地回答您的問題？	N	1	30	30	總是有=5 常常有=4 有時候有=3 偶爾有=2 從來沒有=1	
C3	您覺得護理人員來探視您的停留時間是否足夠？	N	1	31	31	非常足夠=5 足夠=4 普通=3 不足夠=2 非常不足夠=1	
C4	護理人員是否有清楚地向您說明各種藥物的使用方式？	N	1	32	32	總是有=5 常常有=4 有時候有=3 偶爾有=2 從來沒有=1	
C5	您信賴協助您的護理人員嗎？	N	1	33	33	非常信賴=5 信賴=4 普通=3 不信賴=2 非常不信賴=1	
D1	您覺得其他醫事人員的能力是否足以解決您所遇到的問題？	N	1	34	34	非常足夠=5 足夠=4 普通=3 不足夠=2 非常不足夠=1	
E1	在您感到疼痛時，醫療人員會適時給予適當的減輕疼痛的處置嗎？	N	1	35	35	總是有=5 常常有=4 有時候有=3 偶爾有=2 從來沒有=1	
E2	請問是否有醫療人員和您的家人溝通，回答他們的問題？	N	1	36	36	總是有=5 常常有=4 有時候有=3 偶爾有=2 從來沒有=1	
E3	醫療人員向您解說病情時的說法是否一致？	N	1	37	37	總是有=5 常常有=4 有時候有=3 偶爾有=2 從來沒有=1	
E4	您覺得醫療人員之間對您的醫療照護過程是否有一貫性？	N	1	38	38	總是有=5 常常有=4 有時候有=3 偶爾有=2 從來沒有=1	

「病人住院經驗調查」資料格式說明

2011.04.26

病人住院經驗調查資料格式							
長度 98							
題目編號	題目內容	資料型態	長度	起始位置	迄末位置	資料描述	備註
E5	醫療人員是否清楚地向您說明治療的效益和可能的危險？	N	1	39	39	總是有=5 常常有=4 有時候有=3 偶爾有=2 從來沒有=1	
E6	醫療人員是否尊重您的價值觀、宗教信仰等等？	N	1	40	40	總是有=5 常常有=4 有時候有=3 偶爾有=2 從來沒有=1	
E7	醫療人員是否尊重您的選擇？	N	1	41	41	總是有=5 常常有=4 有時候有=3 偶爾有=2 從來沒有=1	
E8	醫療人員是否有提供您疾病需要的衛教資訊？	N	1	42	42	總是有=5 常常有=4 有時候有=3 偶爾有=2 從來沒有=1	
E9	醫療人員是否能夠瞭解您在治療過程中的感受？	N	1	43	43	總是有=5 常常有=4 有時候有=3 偶爾有=2 從來沒有=1	
E10	醫療人員是否有給予您情緒上的支持？	N	1	44	44	總是有=5 常常有=4 有時候有=3 偶爾有=2 從來沒有=1	
E11	您對醫療人員的照護感到安全嗎？	N	1	45	45	非常安全=5 安全=4 普通=3 不安全=2 非常不安全=1	
E12	您可以在需要幫忙時及時得到醫療照護、協助嗎？	N	1	46	46	總是有=5 常常有=4 有時候有=3 偶爾有=2 從來沒有=1	
E13	當您需要協助時，醫院是否有提供志工服務？	N	1	47	47	總是有=5 常常有=4 有時候有=3 偶爾有=2 從來沒有=1	
F1	您覺得在住院中是否保有自己的隱私？	N	1	48	48	總是有=5 常常有=4 有時候有=3 偶爾有=2 從來沒有=1	
F2	您是否滿意病房的溫度舒適度？	N	1	49	49	非常滿意=5 滿意=4 普通=3 不滿意=2 非常不滿意=1	
F3	您是否滿意病房內的陪病設施（例如：陪病床、廚房、洗衣間等等）？	N	1	50	50	非常滿意=5 滿意=4 普通=3 不滿意=2 非常不滿意=1	
F4	您是否滿意醫院整體的清潔？	N	1	51	51	非常滿意=5 滿意=4 普通=3 不滿意=2 非常不滿意=1	
F5	您是否滿意醫院的交通便利性？	N	1	52	52	非常滿意=5 滿意=4 普通=3 不滿意=2 非常不滿意=1	
G1	本次住院為內科or外科	N	1	53	53	內科=0 外科=1	
G2	請問您在入院三日後是否開始	N	1	54	54	有=1 沒有=0 不確定=2	
G3	請問您在手術三日後是否有傷	N	1	55	55	有=1 沒有=0 不確定=2	
H1	整體而言，這次住院的治療結果跟您預期中的情況相比是：	N	1	56	56	好很多=5 比較好=4 差不多=3 比較差=2 差很多=1	
H2	您覺得醫院自費金額是否適當？	N	1	57	57	非常貴=5 貴=4 普通=3 便宜=2 非常便宜=1	
H3	整體而言，您是否滿意這間醫院所提供的住院照護？	N	1	58	58	非常滿意=5 滿意=4 普通=3 不滿意=2 非常不滿意=1	
H4	請問您是否願意推薦這間醫院給您的親友？	N	1	59		非常願意=5 願意=4 普通=3 不願意=2 非常不願意=1	
I1	請問住院者住在那個縣市？	C	10	60	69	依照填答者填寫之縣市填寫	
I2	請問住院者住在哪個區、鄉或	C	10	70	79	依照填答者填寫之區鄉鎮填寫	

「病人住院經驗調查」資料格式說明

2011.04.26

病人住院經驗調查資料格式							
長度 98							
題目編號	題目內容	資料型態	長度	起始位置	迄末位置	資料描述	備註
I3	住院者每月平均收入約	N	1	80	80	無固定收入=1, 2 萬元以下=2, 2-3 萬元=3, 3-5 萬元=4, 5-8 萬元=5, 8-12 萬元=6, 12 萬元以上=7	
I4	請問住院者整個家庭每個月的	N	8	81	88	依照填答者填寫之金額填寫數字	
I5	請問住院者的最高學歷	N	1	89	89	不識字或未接受正規教育=1 國小=2 國中或初中畢(肄)業=3 高中(職)畢(肄)業=4 專科畢(肄)業=5 大學畢(肄)業或以上=6	
I6	請問住院者的年齡	N	3	90	92	依照填答者填寫之年齡填寫數字	
I7	住院者性別	N	1	93	93	男性=1 女性=0	
I8	請問代答者的最高學歷	N	1	94	94	未接受正規教育=1 國小=2 國中或初中畢(肄)業=3 高中(職)畢(肄)業=4 專科畢(肄)業=5 大學畢(肄)業或以上=6	
I9	請問代答者的年齡	N	3	95	97	依照填答者填寫之年齡填寫數字	
I10	代答者性別	N	1	98	98	男性=1 女性=0	

附錄八、100 年醫院評鑑評鑑基準及指標項目

(一)醫院評鑑及教學醫院評鑑基本資料表

章節	大綱	指標
1.醫院名稱		
2.設備容量	1.病床資料	
	2.其他醫療相關設備或機構	
3.醫院員工人數統計	1.醫師人數	
	2.專科醫師人數	
	3.其他醫事專門職業人員數	
	4.行政及其他人員數	
4.醫療業務統計	1.門急診業務	全年門診人次(不含門診健檢)
		平均每日門診人次
		門診健診人次
		全年急診人次
		平均每日急診人次
		門診(各就醫科別)之平均每診人次統計
	2.住院業務	病床數(以衛生局登記之開放床數計)
		各類病床全年住院人次(不含日間照護)
		各類病床全年住院人日(不含日間照護)
		各類病床平均每日住院人數
		各類病床平均佔床率
		各類病床平均住院日
	3.手術業務	全年門、住、急診手術人次(含剖腹產及人工流產)
		全年接生人次(分為自然產及剖腹產)
		總剖腹產率%
	4.其他業務	血液透析人次
		腹膜透析人次
		粗死亡人數
		淨死亡人數
		住院 48 小時內死亡人數
		總出院病人數
		粗死亡率
		淨死亡率
		病理解剖數

章節	大綱	指標
	5.門診、急診之轉診統計	門診轉診人次統計
		門診接受轉診人次統計
		急診轉診人次統計
		急診接受轉診人次統計
	6.住院病人 20 大疾病別統計表	
	7.門診病人 20 大疾病別統計表	
	8.住院病人 20 大手術別統計表	
	9.門診病人 20 大手術別統計表	

(二)醫院評鑑補充資料表:第一篇、經營管理

章節	大綱	指標
一、醫院經營管理	1.五項主要醫療業務管理指標名稱與近 3 年實績表	
	2.近 3 年較高風險之侵入性或放射性檢查(或治療)，但診斷結果為陰性之比率	
二、財務管理及會計制度	1.近 3 年醫院資產收支狀況	流動比率%
		負債比率%
	2.近 3 年醫院收支狀況	全院門、住、急診之健保和自費收入%
		醫療作業收入%
		人事、藥材、衛材、其他等支出%
	3.近 3 年醫院支出面其他參考指標	人事費支出佔率%
		主治和住院醫師費支出佔率%
三、員工管理	1.人員別工作年資統計表	教育與研究支出%
	2.人員別近 3 年離職率統計表	
	3.近 3 年員工滿意度調查最滿意及最不滿意之前 5 項指標	
四、外包業務管理	1.目前外包情形(填表)	
五、員工之教育及進修	1.員工教育訓練及進修之實際執行成果統計資料(分為醫師、護理人員、醫事人員與行政人員)	院內教育總時數
		院內教育總人數
		院內教育每人年平均(時)
		院外教育總時數
		院外教育總人數
		院外教育每人年平均(時)
	2.必要之教育及進修課程內容調查	合計每人年平均時數
六、營養與膳食	1.近 3 年醫院病人訂餐統計	住院人日數

衛生管理作業		
		普通、治療飲食、管灌人日數
		訂餐人日數
		訂餐比率
七、門診病人等候時間統計	1.門診病人平均等候時間 2.病人安排各項門診檢查工作平均等候時間	
八、全院性病人或家屬意見滿意度調查	1.門、急、住診病人或家屬意見滿意度%	1.門、急、住診病人或家屬意見滿意度%
九、院內、外緊急災難之應變	1.大量傷患演練在近3年中實施日期 2.院內急救小組在近3年中已處理之個案數 3.近3年各單位舉辦之災難演習次數 4.因應緊急災難之發生是否有衛材、食品之儲備及具有完備之通訊器材 5.近3年醫院暴力事件發生次數 6.醫院有無暴力事件應變之機制;有無與附近警察單位完成良好支援機制之證明 7.近3年有關醫院暴力事件應變之演習	

(三) 醫院評鑑補充資料表:第二篇、醫療照護

章節	大綱	指標
一、醫學倫理或法律相關教育訓練	1.近3年對院內醫師及醫療工作人員施行全院性醫學倫理或法律相關教育訓練情形	
二、異常事件	1.近3年異常事件類別統計(每年)	
三、精神科病人職能收益管理	1.是否訂定精神復健基金管理辦法 2.復健基金加工收入有多少比例為病人工作獎勵金	
四、確立護理管理之組織架構	1.病房單位護理人員配置表(各科)	1.床位数 2.佔床率 3.護理長人數 4.副護理長人數 5.具有護理師證書人數(N-N4) 6.具有護士證書人數(N-N4)

章節	大綱	指標
		7.助產士人數
		8.實習護士人數
		9.部分工時護理人員人數
		10.護理人員床位比
		11.專科護理師人數
		12.書記人數
		13.工友人數
		14.其他輔助人員
	2.其他單位(含行政、教學、任務編組)護理人員配置表	(指標同上 1~14)
	3.護理時數	1.護理人員數
		2.床位數
		3.全年佔床率
		4.每日平均上班護理人員數(白天、小夜、大夜)
		5.護理時數
	4.是否有合適之護理人員負責督導夜間及假日之護理業務	
	5.從事護理工作而非屬護理部門管理人員表	
五、安寧緩和醫療	1 是否訂定安寧緩和醫療適用作業常規與實施之程序	
	2.是否設置安寧緩和醫療相關病房	
	3.近3年安寧病房接到申請請求轉入人數與實際收療人數比	1.申請轉入人數
		2.實際住進人數
		3.比率
	4.遇有需要安寧緩和醫療病人之處理方式	
六、營養管理及飲食指導	1.是否實施飲食計畫及飲食指導	1.一個月平均營養指導件數(個人、團體)
	2.是否實施居家病人營養飲食指導	1.居家病人營養餐飲指導平均每月件數
七、急診	1.99 年總急診病人數;專任專科醫師數佔所需專科醫師數比率	
	2.急診服務量與品質監督(每月)	1.急診就醫人次
		2.檢傷分類第一~五級病人的比率%
		3.急診病人住進一般病床比率%
		4.急診病人安排住進一般病床而未住

章節	大綱	指標
		院比率%
		5.全院一般病床病人從急診住進之比率%
		6.急診病人安排住進加護病床而未住院比率%
		7.急診病人住進加護病床比率%
		8.全院加護病床病人從急診住進之比率%
		9.急診病人於 72 小時內再返診之比率%
		10.病人滯留急診 24-48 小時之比率%
		11.病人滯留急診 48-72 小時之比率%
		12.病人滯留急診超過 72 小時之比率%
		13.應住一般病床而未能 12 小時內住進的比率%
		14.應住加護病房而未能一小時內住進的比率%
		15.等手術時間超過一小時的比率%
		16.從急診轉院的比率%
		17.從急診自動出院的比率%
		18.到院前心臟停止(OHCA)的病人數
		19.OHCA 病人轉出急診時 ROSC 的比率%
八、加護病房	1.個別加護病房	1.開放病床數
		2.使用病床數
		3.隔離病床數
		4.加護病房主任姓名
		5.專責主治醫師人數
		6.專任主治醫師人數
		7.夜間及假日有無專責之 R3 以上資深醫師值班
		8.專責呼吸治療師人數
		9.呼吸治療師是否 24 小時服務
		10.疾病嚴重程度評估工具
	2.加護病房組織	1.年平均住院日
		2.年平均佔床率%
		3.48 小時重返 ICU 率%
		4.年平均死亡率%
		5.年平均自動出院比率%

章節	大綱	指標
		6.年平均轉院比率%
		7.年平均加護病房感染率%
		8.呼吸器台數
		9.脈搏血氧監視器個數
		10.血液透析設備床數
		11.洗手台設備個數
		12.有無動脈血液氣體分析儀
		13.有無專用超音波設備
		14.有無臨床藥師固定評估病人
		15.有無營養師固定評估病人
		16.有無社工師固定評估病人
	3.加護病房護理人力及素質資料表	1.床位數
		2.年平均佔床率%
		3.護理人員數
		4.護理人員床位比
		5.ICU 訓練合格人數
		6.ICU 合格率
		7.持 ACLS 證書人數
		8.持 ACLS 證書之比率
		9.加護病房工作 2 年以上且領有 ACLS 證書及加護訓練證書者
		10.加護病房工作 2 年以上且領 ACLS 證書及加護訓練證書者之比率
九、精神科醫療作業	1.精神科人員配置	
	2.精神科業務資料	1.門診人次
		2.急診人次
		3.急/慢性全日住院人次
		4.日間住院人次
		5.強制住院人次
		6.平均每日門診人次
		7.平均每日急診人次
		8.急/慢性全日住院人日
		9.日間住院人日
		10.平均每日全日住院人數
		11.平均每周日間住院人數
		12.全日住院病床佔床率%
		13.日間住院病床佔床率%
		14.急性精神病床平均住院日
		15.慢性精神病床平均住院日

章節	大綱	指標
		16.日間住院病床平均住院日
		17.精神科全日住院病人粗死亡率%
	3.精神科醫療設施	各項臨床醫護人員人員數
	4.照會及轉診服務	1.接受照會轉介後，回覆之百分比%
十、呼吸照護服務		1.近3年呼吸照護病人脫離呼吸器之比率
十一、藥事作業	1.藥品管理	
	2.藥物不良反應通報統計表	1.藥品及醫療器材之不良反應或不良品每年之通報件數
	3.用藥品質監測(異常事件件數)統計表	1.門、急、住診各階段(醫囑開立、藥局調劑、給藥及其他)異常事件件數
十二、手術及麻醉部門	1.各科之手術人次統計(含門診及住院)	
	2.術後病人併發症發生率；併發症之死亡率	2.術後病人併發症發生率；併發症之死亡率
	3.麻醉執行狀況	1.神經阻斷術、脊椎麻醉、硬膜外麻醉(腰部)、硬膜外麻醉(頸部、胸部)、全身麻醉(ASA-PS1 和 2)、全身麻醉(ASA-PS3 以上或是開心術、新生兒手術、肝臟手術、脊髓手術)、全身麻醉(心臟及肝臟移植)、硬膜外刺激電極植入術、硬膜外內視鏡等之實施狀況及全年病症病例數
	4.是否有麻醉醫師	1.專科醫師人數及其近3年每人每年麻醉病例數 2.兼科醫師人數及其近3年每人每年麻醉病例數
十三、衛材消毒設備及運作	1.滅菌鍋功能之評估	
十四、醫事檢驗或臨床病理	1.是否有外包制度	
	2.輸血作業及血液管理	
	3.外送委託檢查項目	
	4.常規臨床檢驗於收到檢體後8小時內完成檢驗發出報告之比率%	常規臨床檢驗於收到檢體後8小時內完成檢驗發出報告之比率%
	5.檢查項目及檢查件數	
	6.微生物檢查	
十五、解剖病理作業	1.過去3年內全年之解剖病理總服務量	
	2.99年中做過之件數或轉介之件數及轉介地點	

章節	大綱	指標
	3.外科病理作業服務量(例/年)	
	4.細胞病理作業服務量(例/年)	
	5.成人解剖平均服務量(例/年)	
	6.與臨床各科召開聯合討論會頻率	
	7.病理報告於規定時間內完成	1.簡單病例之病理報告在 3 個工作天內完成之比率
		2.小件規定完成時間天數及依規定時間完成之比率
		3.大件規定完成時間天數及依規定時間完成之比率
		4.細胞抹片規定完成時間天數及依規定時間完成之比率
		5.冰凍切片於收到檢體後 20 分鐘內完成檢驗發出報告比率
十六、結合服務區域健康相關資源，推動健康照護工作	1.是否接受服務區域相關照護或社福機構之轉介	1.接受服務區域相關照護或社福機構之轉介平均個案數(人次/年)
	2.是否有轉診之統計	1.每年平均轉出人次;每年平均轉入人次
	3.是否有轉檢之統計	1.每年平均轉出人次;每年平均轉入人次
十七、貫徹醫療責任制度與病歷紀錄之完整性		1.出院後一週以內的病例摘要完成率 %
十八、居家照護	1.是否有實施居家醫療服務	1.實施居家醫療每月平均件數
		2.實施居家護理每月平均件數
		3.實施安寧居家照護每月平均件數
		4.實施居家呼吸治療每月平均件數

附錄九、100 年醫院評鑑持續性監測項目試辦指標

分類	監測目的	編碼	監測項目	操作型定義	資料來源	監測頻率	是否可選擇填
1. 服務量	1. 評估經營狀況，亦可作為人力需求評估依據 2. 評估醫院手術處置能力，若搭配疾病及手術之排名，可見醫院醫療型態及專長	1-1	門診人次	門診掛號後，實際就診各科別之門診人次累計	醫院	每月	必填
		1-2	急診人次	急診掛號後，急診就診人次累計	醫院	每月	可選填
		1-3	急性一般病床佔床率	分子：急性一般病床住院人日數 分母：急性一般病床開放數×監測期間日數	醫院	每月	必填
		1-4	住院人日	每日有辦理住院手續之住院人數累計	醫院	每月	必填
		1-5	平均住院日	分子：住院人日 分母：住院人次	醫院	每月	必填
		1-6	門診手術人次	醫院施行門診手術之次數累計	醫院	每月	可選填
		1-7	住院手術人次	醫院施行住院手術之次數累計	醫院	每月	可選填
		1-8	住院死亡率	分子：死亡人數（含病危自動出院） 分母：出院病人次	醫院	每月	必填
2. 重返治療	短期內再重返治療對病人造成困擾，亦導致資源耗用增加，可反映醫療品質	2-1	14 天內再住院率	分子：14 天內再住院的人次 分母：出院人次	醫院	每月	必填
		2-2	48 小時加護病房重返率	分子：48 小時（含）內非計畫性重返加護病房人次 分母：加護病房轉出人次	醫院	每月	可選填
		2-3	急診病人 72 小時再返診比率	分子：72 小時內相關性急診返診人次 分母：急診人次	醫院	每月	可選填

3. 病歷完成率	評估病歷管理效率，以利病人再求診時有充足資訊可供參考	3-1	出院病歷 7 日（日曆日）內完成率	分子：出院病歷 7 日內完成本數 分母：出院病歷數	醫院	每月	必填
4. 滿意度調查	滿意度調查及反應意見可作為醫療服務評估及改善之參考	4-1	門診病人及家屬滿意度	分子：該次門診滿意度調查結果，各細項平均分數之加總 分母：該次門診滿意度調查表之各細項滿分之加總	醫院	年	可選填
		4-2	急診病人及家屬滿意度	分子：該次急診滿意度調查結果，各細項平均分數之加總 分母：該次急診滿意度調查表之各細項滿分之加總	醫院	年	可選填
		4-3	住院病人及家屬滿意度	分子：該次住診滿意度調查結果，各細項平均分數之加總 分母：該次住診滿意度調查表之各細項滿分之加總	醫院	年	可選填
5. 異常事件管理	1. 收集醫療異常事件資訊的機制，為改善醫院安全的重要步驟，進而檢討改善對策以確認效果，控制最低傷害 2. 建立完善之藥物錯誤、藥物不良反應通報體系，以促進病人安全 3. 評估醫院對醫事人員安全工作環節的注意	5-1	異常事件通報件數	醫院異常事件通報件數之累計	醫院	每月	必填
		5-2	ADR 藥物不良反應通報件數	全國藥物不良反應通報系統之件數 + 醫材不良反應通報系統之件數	財團法人藥害救濟基金會	每月	必填

6. 急診作業	1. 可藉以掌握急診病人資訊，分析運作狀況 2. 評估急診病人醫療處理適當性	6-1	急診轉住院比率	分子：由急診就診後直接辦理住院之人次 分母：急診人次	醫院	每月	可選填
7. 麻醉及手術照護	麻醉及手術皆屬重大醫療行為，需安全有效的施行，並正確合理使用抗生素以降低抗藥性，而術後照護之成效，應降低併發症之產生，以利病人安全	7-1	手術後48小時內死亡率	分子：住院病人手術術後 48 小時內死亡人數（含病危自動出院） 分母：住院病人手術數	醫院	每月	可選填
		7-2	預防性抗生素在手術劃刀前1小時內給予比率	分子：劃刀前 60 分鐘內接受預防性抗生素之手術次數 分母：接受預防性抗生素之所有手術次數	醫院	每月	可選填
8. 加護病房照護	收集相關資料，並加以分析檢討改進，可提升加護病房診療品質，有效促進加護病房使用率	8-1	加護病房平均住院日	分子：加護病房出院+轉出人日 分母：加護病房出院+轉出人次	醫院	每月	可選填
		8-2	加護病房死亡率	分子：加護病房內死亡人數+加護病房病危自動出院人數 分母：加護病房轉出及出院人次	醫院	每月	可選填
9. 洗腎服務	評估洗腎治療作業及腹膜透析之推廣成效	9-1	全院腹膜透析病人比率	分子：腹膜透析個案數 分母：腹膜透析個案數+血液透析個案數	中央健康保險局	每月	可選填
10. 急性心肌梗塞	評估治療急性心肌梗塞病人接受PCI的情形	10-1	ST段上升之急性心肌梗塞病人於90分鐘內完成PCI之人次	STEMI到急診90分鐘內施予經皮冠狀動脈介入術病人人次	醫院	每月	可選填
		10-2	ST段上升之急性心肌梗塞病人接受PCI之人次	所有STEMI到急診施予經皮冠狀動脈介入術人次	醫院	每月	可選填
11. 急性	評估急性缺血性腦中	11-1	急性缺血性腦中風病人	急性缺血性腦中風病人接受靜脈注射	醫院	每月	可選填

缺血 性腦 中風	風病人接受靜脈注射 溶栓治療的情形		接受靜脈注射溶栓治療 之人數	溶栓治療之人數			
		11-2	所有符合給予靜脈注射 溶栓治療適應症之急性 缺血性腦中風病人數	所有符合給予靜脈注射溶栓治療適應 症之急性缺血性腦中風病人數	醫院	每月	可選填

100 年 醫院評鑑持續性監測-醫事人力業務量項目

分類	監測項目	操作型定義	資料來源	監測頻率	是否可選擇填
其他業務量 1.各類病床佔床率	精神急性一般病床佔床率	分子：精神急性一般病床住院人日數 分母：精神急性一般病床開放數×監測期間日數	醫院	每月	可選填
	慢性一般病床佔床率	分子：慢性一般病床住院人日數 分母：慢性一般病床開放數×監測期間日	醫院	每月	可選填
	加護病床佔床率	分子：加護病床住院人日數 分母：加護病床開放數×監測期間日數	醫院	每月	可選填
	燒傷病床佔床率	分子：燒傷病床住院人日數 分母：燒傷病床開放數×監測期間日數	醫院	每月	可選填
	嬰兒病床佔床率	分子：嬰兒病床住院人日數 分母：嬰兒病床開放數×監測期間日數	醫院	每月	可選填
	嬰兒床佔床率	分子：嬰兒床住院人日數 分母：嬰兒床開放數×監測期間日數	醫院	每月	可選填
	待產室佔床率	分子：待產室住院人日數 分母：待產室床數×監測期間日數	醫院	每月	可選填
	其他特殊病床佔床率	分子：其他特殊病床住院人日數 分母：其他特殊病床開放數×監測期間日數	醫院	每月	可選填
其他業務量 2.藥事調劑服務	採單一劑量床數	監測期間醫院採單一劑量作業床數	醫院	每月	可選填
	門診處方張數	監測期間門診調劑處方張數	醫院	每月	必填
	實際門診日數	監測期間實際門診日數	醫院	每月	必填
	急診處方張數	監測期間急診調劑處方張數	醫院	每月	可選填
	特殊藥品處方張數	監測期間特殊藥品調劑處方張數	醫院	每月	可選填

備註：

其他特殊病床包括急診觀察病床、其他觀察病床、手術恢復床、血液透析床、安寧病床、呼吸病床、急性結核病床、精神加護病床、產科病床、腹膜透析病床、呼吸照護中心床、呼吸照護病床、國際醫療床。

特殊藥品係指全靜脈營養輸注液、化學治療藥品、含放射性物質藥品癌症化學治療針劑、PCA等。

附錄十、全民健保品質測系統指標項目-篩選候選指標列表(共 363 項)

指標名稱	指標名稱	指標名稱
103'西醫重複就診率(三)'	368'西醫門診 MRI 案件執行率(不含排程及代檢)'	116'糖尿病病患尿液微量白蛋白檢查執行率_年'
236'平均就醫次數(95 年品保方案)'	369'住診 CT 醫令執行率(不含排程及代檢)'	123'糖尿病病患醣化血色素(HbA1c)執行率_月'
237'隔日重複就診率(95 年品保方案)(月)'	370'住診 CT 案件執行率(不含排程及代檢)'	146'跨院所降血糖藥物(不分口服及注射)-不同處方醫療院所給藥日數重複比率(月)'
6.'平均每張處方箋開藥天數	371'住診 MRI 醫令執行率(不含排程及代檢)'	510'跨院所降血糖藥物(不分口服及注射)-不同處方醫療院所給藥日數重複比率(月)'
7'一般處方 每張處方用藥品項數(月)'	372'住診 MRI 案件執行率(不含排程及代檢)'	196'糖尿病合併腎臟病者使用 Biguanides 人次比率'
8'慢性病 每張處方用藥品項數(月)'	499'門診手術(含 ESWL)後 2 日內急診或住院率--排除同日先急診後手術案件'	197'糖尿病同時使用 Glitazones 及 Insulins 人次比率'
9'平均每張處方藥用藥品項數(月)'	74'超長期住院率(大於 30 日)(二)'	198'糖尿病同時使用四種以上降血糖藥物人次比率'
286'慢性病案件平均每件給藥日份(月)'	892'超長期住院率_僅急性床案件，不含急慢性床混合案件(大於 30 日)(二)'	207'糖尿病新病患初次用藥即使用 \xA3\x5C-Glucosidase inhibitors 人數比率'
841'門診申報復健複雜職能治療不符支付標準規定診斷代碼比率'	893'超長期住院率_僅慢性床案件，不含急慢性床混合案件(大於 30 日)(二)'	208'糖尿病新病患初次用藥即使用 Glitazones 人數比率'
900'各 DRG Outlier 案件數占率百分位值_超出上限臨界點(TW-DRGs 第 3.2 版-98 年公告實施版)'	894'超長期住院率_加排安寧照護(大於 30 日)(二)'	241'慢性病 開立慢性病連續處方箋百分比-糖尿病(月)'
901'各 DRG Outlier 案件數占率百分位值_低於下限臨界點(TW-DRGs 第 3.2 版-98 年公告實施版)'	59'當季住院超過 90 日繼續住院至超過 120 日之比率(一)'	250'糖尿病方案 LDL 執行率_季'
1149'頭部外傷使用類固醇'	66'中醫重複就診率'	253'糖尿病方案照護率_主次診斷不排除_季'

指標名稱	指標名稱	指標名稱
1069'痔瘡治療，採冷凍痔瘡療法使用率'	233'中醫傷科病患 7 日內同時利用西醫復健比率(95 年品保方案)'	256'糖尿病方案照護率_主次診斷+用藥_季'
903'所有住院 DRGs 案件之平均醫療費用(TW-DRGs 第 3.2 版-98 年公告實施版)'	234'中醫癌症病患同時利用西醫人數比率(95 年品保方案)'	386'同院所降血糖藥物(不分口服及注射)-不同處方醫療院所給藥日數重複比率(月)'
916'MDC 與 DRG 之件數及其佔率(TW-DRGs 第 3.2 版-98 年公告實施版)'	235'中醫同日重複就診率(95 年品保方案)'	544'同院所降血糖藥物(不分口服及注射)-不同處方醫療院所給藥日數重複比率(月)'
917'MDC 與 DRG 之醫療費用點數及其佔率(TW-DRGs 第 3.2 版-98 年公告實施版)'	283'申請診察費次數 6 次(含以上)占率(月)'	387'同院所降血糖藥物(不分口服及注射)-不同處方醫療院所給藥日數重複比率(排除 08 案件)(月)'
920'各 DRG Outlier 案件數占率百分位值_超出上限臨界點(TW-DRGs 第 3.2 版-98 年公告實施版)(限導入之 DRGs)'	284'同院針傷及內科案件交替比率_月(月)'	482'糖尿病方案當季追蹤率'
921'各 DRG Outlier 案件數占率百分位值_低於下限臨界點(TW-DRGs 第 3.2 版-98 年公告實施版)(限導入之 DRGs)'	373'中醫同日重複就診率_季(95 年品保方案)'	568'糖尿病方案照護率_月累計(同院同醫師就醫間隔 90 天)'
923'所有住院 DRGs 案件之平均醫療費用(TW-DRGs 第 3.2 版-98 年公告實施版)(限導入之 DRGs)'	495'中醫同一院所同一患者同月看診次數過高病患就診 8 次以上比例'	862'糖尿病人完整照護比例_季'
936'MDC 與 DRG 之件數及其佔率(TW-DRGs 第 3.2 版-98 年公告實施版)(限導入之 DRGs)'	799'申報診察費次數大於 6 次以上占率(中醫預算分配)'	888'糖尿病病患血液肌酸酐(換算 eGFR)檢查執行率_季累計'
937'MDC 與 DRG 之醫療費用點數及其佔率(TW-DRGs 第 3.2 版-98 年公告實施版)(限導入之 DRGs)'	800'同一院所平均就醫次數之加總平均(中醫預算分配)'	148'跨院所消化性潰瘍用藥不同處方醫療院所給藥日數重複率(月)'
18'出院案件十四日內再住院率'	839'針傷科處置次數每月大於 15 次以上占率(中醫預算分配)'	181'潰瘍病人 0-3 日內再住院率'

指標名稱	指標名稱	指標名稱
50'15-30 日內再住院率'	38'牙體復形 1 年平均重補率'	182'潰瘍病人 0-14 日內再住院率'
68'三日內再住院率'	39'牙體復形 2 年平均重補率'	183'潰瘍病人 15-30 日內再住院率'
107'住院案件出院後十四日內再住院率'	41'根管治療 1 年完成率'	388'同院所消化性潰瘍用藥-不同處方醫療院所給藥日數重複比率(月)'
929'住院 DRGs 案件之出院後 14 日內再住院率_跨院(TW-DRGs 第 3.2 版-98 年公告實施版)(限導入之 DRGs)'	55'牙周病案件比率'	389'同院所消化性潰瘍用藥-不同處方醫療院所給藥日數重複比率_排 08 案件(月)'
930'住院 DRGs 案件之出院後 30 日內再住院率_跨院(TW-DRGs 第 3.2 版-98 年公告實施版)(限導入之 DRGs)'	227'各區同院所 90 日內根管治療完成率'	448'門診_消化性潰瘍用藥診斷不符案件比率'
931'住院 CMI_3 日內再住院率_跨院(TW-DRGs 第 3.2 版-98 年公告實施版)(限導入之 DRGs)'	225'各區保險對象牙齒填補 1 年保存率'	449'住院_消化性潰瘍用藥診斷不符案件比率'
932'住院 CMI_14 日內再住院率_跨院(TW-DRGs 第 3.2 版-98 年公告實施版)(限導入之 DRGs)'	226'各區保險對象牙齒填補 2 年保存率'	450'門診_消化性潰瘍 H2RA 用藥診斷不符案件比率'
933'住院 CMI_30 日內再住院率_跨院(TW-DRGs 第 3.2 版-98 年公告實施版)(限導入之 DRGs)'	228'各區 13 歲(含)以上全口牙結石清除率'	451'住院_消化性潰瘍 H2RA 用藥診斷不符案件比率'
1077'各區非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率(99 年 DRG 實施後)_人數'	229'各區 5 歲以下兒童牙齒預防保健服務人數比率'	452'門診_消化性潰瘍 PPI 用藥診斷不符案件比率'
1078'各區非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率(99 年 DRG 實施後)_案件數'	230'乳牙 1.5 年保存率'	453'住院_消化性潰瘍 PPI 用藥診斷不符案件比率'

指標名稱	指標名稱	指標名稱
297'門診手術 2 日內再急診率'	231'恆牙 2 年內自家再補率'	454'門診消化性潰瘍 H2RA 用藥處方併用交互作用藥物案件比率'
298'門診手術 2 日內再急診或再住院率'	238'未滿 5 歲兒童牙齒預防保健服務人數比率'	455'門診消化性潰瘍 PPI 用藥處方併用交互作用藥物案件比率'
108'住院案件出院後三日內再急診率'	463'初診診察費執行率'	456'消化性潰瘍出院病患 30 日內門診追蹤治療率'
124'住院案件出院後三日內再急診或再住院率'	465'牙周疾病控制基本處置執行率'	657'消化性潰瘍新病患執行幽門桿菌清除治療比率'
656'住院案件出院後 3 日內同院所再急診率'	791'醫事機構乳牙根管治療後 90 天保存率'	458'同一病患於 180 日內重複於不同院所執行幽門桿菌治療比率'
35'住院期間再手術率'	789'醫事機構恆牙根管治療後 180 天保存率'	459'接受幽門桿菌治療後 90 日內上消化道泛內視鏡或碳-13 尿素呼氣檢查幽門螺旋桿菌感染檢驗執行率'
934'住院 DRGs 案件之出院後 3 日內急診率_跨院(TW-DRGs 第 3.2 版-98 年公告實施版)(限導入之 DRGs)'	804'根管治療後半年之保存率'	462'幽門螺旋桿菌治療藥物 clarithromycin 總劑量超過 28 顆之比率'
935'住院 CMI_3 日內急診率_跨院(TW-DRGs 第 3.2 版-98 年公告實施版)(限導入之 DRGs)'	814'院所感染控制執行率'	474'跨院所消化性潰瘍用藥不同處方醫療院所給藥日數重複率(月)(二)'
310'住院 DRGs 案件之平均住院天數'	864'醫事機構看診天數'	476'同院所消化性潰瘍用藥-不同處方醫療院所給藥日數重複比率(月)(二)'
311'住院 CMI_平均住院天數'	865'簡單性拔牙後 30 天內不需要術後特別處理的比率'	816'消化性潰瘍病患接受除菌藥物治療比率_季'
904'住院 DRGs 案件之算術平均住院天數(TW-DRGs 第 3.2 版-98 年公告實施版)'	701'新使用呼吸器病人於連續使用呼吸器 1~21 日期間住 ICU 日數比率'	818'消化性潰瘍病患開始治療 1 年內有用口服抗發炎劑比率_季'
905'住院 CMI_算數平均住院天數(TW-DRGs 第 3.2 版-98 年公告實施版)'	702'新使用呼吸器病人於連續使用呼吸器 1~21 日期間平均住 ICU 日數'	178'氣喘病人 0-3 日內再住院率'
906'住院 DRGs 案件之幾何平均住院天數'	703'新使用呼吸器病人於連續使用呼吸器 1~21 日期間平均住 ICU 日數'	179'氣喘病人 0-14 日內再住院率'

指標名稱	指標名稱	指標名稱
數(TW-DRGs 第 3.2 版-98 年公告實施版)'	1~21 日期間死亡率'	
907'住院 CMI_幾何平均住院天數(TW-DRGs 第 3.2 版-98 年公告實施版)'	704'新使用呼吸器病人於連續使用呼吸器 1~21 日期間脫離呼吸器超過 5 日之人數比率'	180'氣喘病人 15-30 日內再住院率'
924'住院 DRGs 案件之算術平均住院天數(TW-DRGs 第 3.2 版-98 年公告實施版)(限導入之 DRGs)'	705'新使用呼吸器病人連續使用呼吸器>21 日人數比率'	211'具氣喘、慢性阻塞性肺病或支氣管痙攣病史之高血壓病患 β -Blocker 比率'
925'住院 CMI_算數平均住院天數(TW-DRGs 第 3.2 版-98 年公告實施版)(限導入之 DRGs)'	707'連續使用呼吸器 \geq 22 日病人於連續使用呼吸器 22~63 日期間住 ICU 日數比率'	496'氣喘病人平均住院次數'
926'住院 DRGs 案件之幾何平均住院天數(TW-DRGs 第 3.2 版-98 年公告實施版)(限導入之 DRGs)'	708'連續使用呼吸器 \geq 22 日病人於連續使用呼吸器 22~63 日期間有住過 RCC 人數比率'	821'氣喘病人加入照護計畫比率_季'
927'住院 CMI_幾何平均住院天數(TW-DRGs 第 3.2 版-98 年公告實施版)(限導入之 DRGs)'	709'連續使用呼吸器 \geq 22 日病人於連續使用呼吸器 22~63 日期間未住過 ICU 且未住過 RCC 人數比率'	822'氣喘病人出院後 14 天內再入院比率_分子 1_季'
62'開立慢性病連續處方箋百分比(二)(月)'	710'連續使用呼吸器 \geq 22 日病人於連續使用呼吸器 22~63 日期間死亡率'	825'氣喘病人開立吸入式類固醇比率_季'
63'慢性病 開立慢性病連續處方箋百分比(二)(月)'	711'連續使用呼吸器 \geq 22 日病人於連續使用呼吸器 22~63 日期間脫離呼吸器超過 5 日之人數比率'	99'六歲以下兒童氣喘住院率_季'
122'慢性病 開立慢性病連續處方箋百分比(四)(月)'	712'連續使用呼吸器 \geq 22 日病人中連續使用呼吸器>63 日人數比率'	175'肺炎病人 0-3 日內再住院率'
223'慢性病開立慢性病連續處方箋百分	713'連續使用呼吸器 \geq 22 日病人於連續使用	176'肺炎病人 0-14 日內再住院率'

指標名稱	指標名稱	指標名稱
比(95 年西醫基層品保方案)(月)'	呼吸器 22~63 日期間回轉 ICU 人數比率'	
889'慢性病 開立慢性病連續處方箋百分比(二)(排特殊醫院與病房案件)'	715'呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器>=64 日期間住 ICU 日數比率'	177'肺炎病人 15-30 日內再住院率'
16'處方箋釋出率(月)'	716'呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器 1~63 日期間未住過 ICU 但住過 RCC 人數比率'	98'精神病人出院 30 日內門診追蹤治療率(月)'
842'慢性病連續處方箋釋出率'	717'呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器 1~63 日期間未住過 ICU 且未住過 RCC 人數比率'	136'跨院所精神分裂不同處方醫療院所給藥日數重複率(月)'
1070'平均每張慢性病連續處方箋開藥天數'	718'呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器>=64 日期間死亡率'	500'跨院所精神分裂不同處方醫療院所給藥日數重複率(月)'
10'注射劑使用率(月)'	719'呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器>=64 日期間使用抗生素 3 日以上人數比率'	138'跨院所憂鬱症不同處方醫療院所給藥日數重複率(月)'
104'門診注射劑使用率(95 年品保方案)(月)'	720'呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器>=64 日期間使用抗生素 7 日以上人數比率'	502'跨院所憂鬱症不同處方醫療院所給藥日數重複率(月)'
1150'門診注射劑使用率	721'呼吸器依賴病人於第 94 日內脫離人數比率'	376'同院所精神分裂不同處方醫療院所給藥日數重複率(月)'
224'門診注射劑使用率(95 年西醫基層品保方案)(月)'	722'呼吸器依賴病人於第 124 日內脫離人數比率'	534'同院所精神分裂不同處方醫療院所給藥日數重複率(月)'
11'抗生素使用率(月)'	723'呼吸器依賴所有病人於連續使用呼吸器>=64 日期間住 ICU 人數比率'	377'同院所精神分裂不同處方醫療院所給藥日數重複率_排 08 案件(月)'
1139'抗生素使用率(門診及急診)	724'呼吸器依賴所有病人於連續使用呼吸器>=64 日期間回轉 ICU 人數比率'	380'同院所安眠鎮靜不同處方醫療院所給藥日數重複率(月)'
1140'抗生素使用率(門診)	725'住 ICU 病人有使用呼吸器人數比率'	381'同院所安眠鎮靜不同處方醫療院所給藥日數重複率_排 08 案件(月)'
1141'抗生素使用率(急診)	866'成人健康檢查普及率>=40 且<65 歲_季'	532'跨院所精神疾病用藥(安眠鎮靜)-不同處方醫療院所給藥日數重複率(不含抗焦慮藥物)'
13'同一院所 用藥日數重複率(一)'	867'成人健康檢查普及率>=65 歲_季'	566'同院所精神疾病用藥(安眠鎮靜)-不同處方醫療院所給藥日數重複率(不含抗焦慮藥物)'

指標名稱	指標名稱	指標名稱
71'類固醇藥理重複案件數比率(二)(月)'	868'小兒健康檢查普及率<3 歲_季'	378'同院所憂鬱症不同處方醫療院所給藥日數重複率(月)'
95'類固醇用藥案件重複率(月)'	869'小兒健康檢查普及率>=3 且<7 歲_季'	536'同院所憂鬱症不同處方醫療院所給藥日數重複率(月)'
160'跨院所類固醇不同處方醫療院所給藥日數重複率(月)'	184'全髖或全膝關節置換病人 0-3 日內再住院率'	379'同院所憂鬱症不同處方醫療院所給藥日數重複率_排 08 案件(月)'
72'抗生素藥理重複案件數比率(二)(月)'	185'全髖或全膝關節置換病人 0-14 日內再住院率'	17'上呼吸道感染抗生素使用率(月)'
96'抗生素用藥案件重複率(月)'	186'全髖或全膝關節置換病人 15-30 日內再住院率'	105'上呼吸道感染病人 7 日內複診率'
162'跨院所抗生素不同處方醫療院所給藥日數重複率(月)'	479'髖關節成形術住院期間抗生素使用費用'	125'上呼吸道感染病人複診率(三)2 次'
75'制酸劑藥理重複案件數比率(三)(月)'	351'手術傷口感染_表層感染率'	126'上呼吸道感染病人複診率(三)3 次以上'
1148'制酸劑藥理重複案件數比率	353'置換物感染_深部感染率'	144'跨院所降血脂(口服)不同處方醫療院所給藥日數重複率(月)'
94'制酸劑用藥案件重複率(月)'	355'實施人工膝關節置換手術出院後 30 日內因相關問題再住院率'	508'跨院所降血脂(口服)不同處方醫療院所給藥日數重複率(月)'
158'跨院所制酸劑不同處方醫療院所給藥日數重複率(月)'	359'靜脈栓塞率'	384'同院所降血脂(口服)不同處方醫療院所給藥日數重複率(月)'
87'特定藥品併用制酸劑比率(月)'	361'肺梗塞率'	542'同院所降血脂(口服)不同處方醫療院所給藥日數重複率(月)'
77'同一院所 門診用藥日數重複率(二)_季'	363'術後心肌梗塞死亡率	385'同院所降血脂(口服)不同處方醫療院所給藥日數重複率_排 08 案件(月)'
81'同一院所 慢性病門診用藥日數重複率_季'	355'實施人工膝關節置換術出院後 30 日內因相關問題再入院率'	271'結核病方案照護率_門住主次診斷_季'

指標名稱	指標名稱	指標名稱
85'同一院所 7 日內處方用藥日數重複 2 日以上比率_月'	357'再置換率'	390'同院所抗發炎及風濕性之非類固醇抗發炎制劑-不同處方醫療院所給藥日數重複比率(月)'
140'跨院所安眠鎮靜不同處方醫療院所給藥日數重複率(月)'	187'膽囊切除病人 0-3 日內再住院率'	392'同院所抗發炎及風濕性之肌肉鬆弛劑-不同處方醫療院所給藥日數重複比率(月)'
141'跨院所安眠鎮靜不同處方醫療院所給藥日數重複率_排 08 案件(月)'	188'膽囊切除病人 0-14 日內再住院率'	394'同院所抗發炎及風濕性之 Antigout-不同處方醫療院所給藥日數重複比率(月)'
150'跨院所非類固醇抗發炎制劑不同處方醫療院所給藥日數重複率(月)'	189'膽囊切除病人 15-30 日內再住院率'	19'剖腹產率(月)'
152'跨院所肌肉鬆弛劑不同處方醫療院所給藥日數重複率(月)'	190'前列腺切除病人 0-3 日內再住院率'	1136'剖腹產案件數'
154'跨院所痛風用藥(Antigout)不同處方醫療院所給藥日數重複率(月)'	191'前列腺切除病人 0-14 日內再住院率'	1137'不具適應症之剖腹產案件'
156'跨院所感冒制劑不同處方醫療院所給藥日數重複率(月)'	192'前列腺切除病人 15-30 日內再住院率'	1138'具適應症之剖腹產案件'
164'跨院所門診同藥理醫療院所給藥日數重複率(月)'	193'子宮切除病人 0-3 日內再住院率'	805'同院所生產案件出院後 14 日內再住院率'
239'2 歲以下幼兒使用 CODEINE 製劑人數比率'	194'子宮切除病人 0-14 日內再住院率'	437'剖腹產個案同一院所產檢執行率_季'
404'同院所門診同藥理醫療院所給藥日數重複率(月)'	195'子宮切除病人 15-30 日內再住院率'	440'剖腹產個案妊娠第 1 期於同一院所產檢執行率_季'
940'Tw-DRGs 用藥平均品項數 (TW-DRGs 第 3.2 版-98 年公告實施版)'	351'手術傷口感染_表層感染率'	443'剖腹產個案妊娠第 2 期於同一院所產檢執行率_季'
942'Tw-DRGs 原廠藥之品項數占率 (TW-DRGs 第 3.2 版-98 年公告實施版)'	478'冠狀動脈繞道手術(CABG)住院期間抗生素使用費用'	446'剖腹產個案妊娠第 3 期於同一院所產檢執行率_季'
943'Tw-DRGs BA/BE 藥之品項數占率 (TW-DRGs 第 3.2 版-98 年公告實施版)'	166'心肌梗塞病人 0-3 日內再住院率'	1075'初次非自願剖腹產率(99 年 DRG 實施後)'
944'Tw-DRGs 一般學名藥之品項數占	167'心肌梗塞病人 0-14 日內再住院率'	470'育齡婦女(15 至 49 歲(含))罹患子宮肌瘤經子宮切除

指標名稱	指標名稱	指標名稱
率(TW-DRGs 第 3.2 版-98 年公告實施版)'		併卵巢或輸卵管切除比率'
948'Tw-DRGs 原廠藥之藥費占率 (TW-DRGs 第 3.2 版-98 年公告實施版)'	168'心肌梗塞病人 15-30 日內再住院率'	471'子宮肌瘤手術當次住院日數大於 7 日比率'
949'Tw-DRGs BA/BE 藥之藥費占率 (TW-DRGs 第 3.2 版-99 年公告實施版)'	212'具二度或三度心臟傳導隔斷病史之高血壓病患使用 β -Blocker 比率'	472'子宮肌瘤手術後 14 日內門診或住院有侵及泌尿系統或腹部或骨盆之徵候或胃腸道或骨盆器官之損傷診斷人次比例'
950'Tw-DRGs 一般學名藥之藥費占率 (TW-DRGs 第 3.2 版-99 年公告實施版)'	169'中風病人 0-3 日內再住院率'	473'子宮肌瘤手術後 14 日內因該手術相關診斷再住院率'
33.1'3 日急診返診率'	170'中風病人 0-14 日內再住院率'	494'子宮肌瘤手術後 14 日內門、住診有輸尿管或膀胱或腸道損傷診斷發生率'
69'同日急診返診比率'	171'中風病人 15-30 日內再住院率'	815'子宮肌瘤手術後 14 日內有相關器官之癥候發生率'
278'急診暫留 2 日以上案件比率 (二)(月)'	142'跨院所降血壓(口服)不同處方醫療院所給藥日數重複率(月)'	755'死亡率-血液透析(每 100 人月)_季'
279'急診暫留 2 日以上未住院之案件比率(月)'	506'跨院所降血壓(口服)不同處方醫療院所給藥日數重複率(月)'	757'死亡率-腹膜透析(每 100 人月)_季'
1095'清淨手術抗生素(1 日以下)使用率 (99 年 DRG 實施後)'	209'具痛風病史之高血壓病患使用 Thiazide diuretics 之比率'	2200'血液透析血清白蛋白(Albumin)檢查比率
1098'清淨手術抗生素(3 日以上)使用率 (99 年 DRG 實施後)'	210'具低鈉血症病史之高血壓病患使用 Thiazide diuretics 之比率'	2201'血液透析血球比容(Hct)檢查比率
1142'清淨手術抗生素(3 日以上)使用率 (99 年 DRG 實施後)'	213'高血壓懷孕婦女使用 ACEI 或 ARB 之比率'	2202'血液透析瘻管重建率
1100'清淨手術抗生素(未使用) 使用率 (99 年 DRG 實施後)'	214'具血管水腫病史之高血壓病患使用 ACEI 之比率'	2203'血液透析效率(Kt/V)檢查比率

指標名稱	指標名稱	指標名稱
20'使用 ESWL 人口平均利用人次'	215'具高鉀血症病史之高血壓病患使用 Potassium-sparing diuretics 或 Aldosterone antagonist 之比率'	2204'血液透析脫離率(腎移植率)(百分比)
31'西醫門診 CT 醫令執行率(月)'	216'高血壓合併缺血性心臟病伴隨穩定心絞痛之病患，使用 β -Blocker 或 Long acting CCBs 之比率'	2205'血液透析 B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率
45'西醫門診 CT 案件執行率(月)'	217'高血壓合併缺血性心臟病伴隨不穩定心絞痛或心肌梗塞之病患，使用 β -Blocker 或 ACEI 之比率'	2206'血液透析 C 型肝炎抗體轉陽率
46'住院 CT 醫令執行率(月)'	218'高血壓合併心肌梗塞病患，使用 β -Blocker 或 ACEI 或 Aldosterone antagonist 之比率'	2207'血液透析住院率
47'住院 CT 案件執行率(月)'	219'高血壓合併心臟衰竭病患，使用 Loop diuretics 或 β -Blocker 或 ACEI 或 ARB 或 Aldosterone antagonist 之比率'	2208'血液透析死亡率
101'門診心臟超音波案件執行率'	220'高血壓合併糖尿病病患，使用 Thiazide diuretics 或 β -Blocker 或 ACEI 或 ARB 或 CCB 之比率'	2209'血液透析 B 肝、C 肝是否設立透析專屬機器
102'門診心臟超音波醫令執行率'	221'高血壓合併慢性腎疾病病患，使用 ACEI 或 ARB 之比率'	2210'腹膜透析血清白蛋白(Albumin)檢查比率
200'MRI 檢查後 90 天內 CT、MRI 利用率_跨院'	222'高血壓合併中風病患，使用 Thiazide diuretics 或 ACEI 之比率'	2211'腹膜透析病患血球比容(Hct)檢查比率
202'MRI 檢查後 90 天內 CT、MRI 利用率_同院'	240'慢性病 開立慢性病連續處方箋百分比-高血壓(月)'	2212'腹膜透析腹膜炎發生率(年)
204'CT 檢查後 90 天內 CT、MRI 利用率_跨院'	266'高血壓方案照護率_主次診斷_季'	2213'腹膜透析效率(Weekly Kt/V)檢查比率
206'CT 檢查後 90 天內 CT、MRI 利用	382'同院所降血壓(口服)不同處方醫療院所	2214'腹膜透析脫離率(腎移植率)(百分比)

指標名稱	指標名稱	指標名稱
率_同院'	給藥日數重複率(月)'	
289'MRI 檢查後 180 天內 CT、MRI 利用率_跨院'	540'同院所降血壓(口服)不同處方醫療院所給藥日數重複率	2215'腹膜透析 B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率
291'CT 檢查後 180 天內 CT、MRI 利用率_跨院'	383'同院所降血壓(口服)不同處方醫療院所給藥日數重複率_排 08 案件(月)'	2216'腹膜透析 C 型肝炎抗體轉陽率
365'西醫門診 CT 醫令執行率(不含排程及代檢)'	110'糖尿病病患醣化血色素 (HbA1c) 執行率_年'	2217'腹膜透析各院所新增透析病人之腹膜透析人數及占率
366'西醫門診 CT 案件執行率(不含排程及代檢)'	112'糖尿病病患空腹血脂(Fasting lipid profile)執行率_年'	2218'腹膜透析住院率
367'西醫門診 MRI 醫令執行率(不含排程及代檢)'	114'糖尿病病患眼底檢查或眼底彩色攝影執行率_年'	2219'腹膜透析死亡率

附錄十一、台灣醫療品質指標計畫指標(TQIP)

*表示非美國地區使用

指標 1a：加護病房醫療裝置相關感染
1a.1 綜合科加護病房中心導管相關之血流感染
1a.2 心臟科加護病房中心導管相關之血流感染
1a.3 內科加護病房中心導管相關之血流感染
1a.4 內外科加護病房中心導管相關之血流感染
1a.5 外科加護病房中心導管相關之血流感染
1a.6 神經科加護病房中心導管相關之血流感染*
1a.7 綜合科加護病房呼吸器相關的肺炎
1a.8 心臟科加護病房呼吸器相關的肺炎
1a.9 內科加護病房呼吸器相關的肺炎
1a.10 內外科加護病房呼吸器相關的肺炎
1a.11 外科加護病房呼吸器相關的肺炎
1a.12 神經科加護病房呼吸器相關的肺炎*
1a.13 綜合科加護病房存留導尿管相關的尿路感染
1a.14 心臟科加護病房存留導尿管相關的尿路感染
1a.15 內科加護病房存留導尿管相關的尿路感染
1a.16 內外科加護病房存留導尿管相關的尿路感染
1a.17 外科加護病房存留導尿管相關的尿路感染
1a.18 神經科加護病房存留導尿管相關的尿路感染*
指標 1b：加護病房的醫療裝置使用
1b.1 綜合加護病房中心導管使用
1b.2 心臟科加護病房中心導管使用
1b.3 內科加護病房中心導管使用
1b.4 內外科加護病房中心導管使用
1b.5 外科加護病房中心導管使用
1b.6 神經科加護病房中心導管使用*
1b.7 綜合加護病房呼吸器使用
1b.8 心臟科加護病房呼吸器使用
1b.9 內科加護病房呼吸器使用
1b.10 內外科加護病房呼吸器使用
1b.11 外科加護病房呼吸器使用
1b.12 神經科加護病房呼吸器使用*
1b.13 綜合加護病房存留導尿管使用
1b.14 心臟科加護病房存留導尿管使用
1b.15 內科加護病房存留導尿管使用
1b.16 內外科加護病房存留導尿管使用

1b.17 外科加護病房存留導尿管使用
1b.18 神經科加護病房存留導尿管使用*
指標 2a：手術傷口感染
2a.1 手術傷口感染*
2a.2 所有依風險指數分類之冠狀動脈繞道手術(僅作開胸)病人之手術傷口感染* (CPS 自動加總)
2a.2a 依風險指數分類 0 之冠狀動脈繞道手術(僅作開胸)病人之手術傷口感染
2a.2b 依風險指數分類 1 之冠狀動脈繞道手術(僅作開胸)病人之手術傷口感染
2a.2c 依風險指數分類 2 之冠狀動脈繞道手術(僅作開胸)病人之手術傷口感染
2a.2d 依風險指數分類 3 之冠狀動脈繞道手術(僅作開胸)病人之手術傷口感染
2a.3 所有依風險指數分類之冠狀動脈繞道手術(開胸及取大隱靜脈) 病人之手術傷口感染* (CPS 自動加總)
2a.3a 依風險指數分類 0 之冠狀動脈繞道手術(開胸及取大隱靜脈)病人之手術傷口感染
2a.3b 依風險指數分類 1 之冠狀動脈繞道手術(開胸及取大隱靜脈)病人之手術傷口感染
2a.3c 依風險指數分類 2 之冠狀動脈繞道手術(開胸及取大隱靜脈)病人之手術傷口感染
2a.3d 依風險指數分類 3 之冠狀動脈繞道手術(開胸及取大隱靜脈)病人之手術傷口感染
2a.4 所有冠狀動脈繞道手術病人之手術傷口感染* (CPS 自動加總)
2a.5 所有依風險指數分類之其他心臟手術病人之手術傷口感染* (CPS 自動加總)
2a.5a 依風險指數分類 0 之其他心臟手術病人之手術傷口感染*
2a.5b 依風險指數分類 1 之其他心臟手術病人之手術傷口感染*
2a.5c 依風險指數分類 2 之其他心臟手術病人之手術傷口感染*
2a.5d 依風險指數分類 3 之其他心臟手術病人之手術傷口感染*
2a.6 所有依風險指數分類之血管手術病人之手術傷口感染* (CPS 自動加總)
2a.6a 依風險指數分類 0 之血管手術病人之手術傷口感染*
2a.6b 依風險指數分類 1 之血管手術病人之手術傷口感染*
2a.6c 依風險指數分類 2 之血管手術病人之手術傷口感染*
2a.6d 依風險指數分類 3 之血管手術病人之手術傷口感染*
2a.7 所有依風險指數分類之大腸直腸手術病人之手術傷口感染* (CPS 自動加總)
2a.7a 依風險指數分類 0 之大腸直腸手術病人之手術傷口感染*
2a.7b 依風險指數分類 1 之大腸直腸手術病人之手術傷口感染*
2a.7c 依風險指數分類 2 之大腸直腸手術病人之手術傷口感染*
2a.7d 依風險指數分類 3 之大腸直腸手術病人之手術傷口感染*
2a.8 肝臟、膽管、胰臟或膽囊手術之手術傷口感染*
2a.9 闌尾切除術之手術傷口感染*
2a.10 疝氣手術之手術傷口感染*
2a.11 所有依風險指數分類之腹式子宮切除術病人之手術傷口感染* (CPS 自動加總)
2a.11a 依風險指數分類 0 之腹式子宮切除術病人之手術傷口感染
2a.11b 依風險指數分類 1 之腹式子宮切除術病人之手術傷口感染
2a.11c 依風險指數分類 2 之腹式子宮切除術病人之手術傷口感染

2a.11d 依風險指數分類 3 之腹式子宮切除術病人之手術傷口感染
2a.12 所有依風險指數分類之陰道式子宮切除術病人之手術傷口感染* (CPS 自動加總)
2a.12a 依風險指數分類 0 之陰道式子宮切除術病人之手術傷口感染*
2a.12b 依風險指數分類 1 之陰道式子宮切除術病人之手術傷口感染*
2a.12c 依風險指數分類 2 之陰道式子宮切除術病人之手術傷口感染*
2a.12d 依風險指數分類 3 之陰道式子宮切除術病人之手術傷口感染*
2a.13 所有依風險指數分類之子宮切除術病人之手術傷口感染* (CPS 自動加總)
2a.14 所有依風險指數分類之剖腹產病人之手術傷口感染* (CPS 自動加總)
2a.14a 依風險指數分類 0 之剖腹產病人之手術傷口感染*
2a.14b 依風險指數分類 1 之剖腹產病人之手術傷口感染*
2a.14c 依風險指數分類 2 之剖腹產病人之手術傷口感染*
2a.14d 依風險指數分類 3 之剖腹產病人之手術傷口感染*
2a.15 所有依風險指數分類之髖關節成形術病人之手術傷口感染* (CPS 自動加總)
2a.15a 依風險指數分類 0 之髖關節成形術病人之手術傷口感染
2a.15b 依風險指數分類 1 之髖關節成形術病人之手術傷口感染
2a.15c 依風險指數分類 2 之髖關節成形術病人之手術傷口感染
2a.15d 依風險指數分類 3 之髖關節成形術病人之手術傷口感染
2a.16 所有依風險指數分類之膝關節成形術病人之手術傷口感染* (CPS 自動加總)
2a.16a 依風險指數分類 0 之膝關節成形術病人之手術傷口感染
2a.16b 依風險指數分類 1 之膝關節成形術病人之手術傷口感染
2a.16c 依風險指數分類 2 之膝關節成形術病人之手術傷口感染
2a.16d 依風險指數分類 3 之膝關節成形術病人之手術傷口感染
2a.17 所有提報指標的手術傷口感染*(CPS 自動加總)
指標 2b：手術預防性抗生素
2b.1 冠狀動脈繞道手術使用預防性抗生素
2b.1a 冠狀動脈繞道手術劃刀前 30 分鐘內使用預防性抗生素
2b.1b 冠狀動脈繞道手術劃刀前 1 小時內使用預防性抗生素
2b.1c 冠狀動脈繞道手術劃刀前 2 小時內使用預防性抗生素
2b.1d 冠狀動脈繞道手術使用預防性抗生素小於或等於 24 小時
2b.2 其它心臟手術使用預防性抗生素*
2b.2a 其它心臟手術劃刀前 30 分鐘內使用預防性抗生素*
2b.2b 其它心臟手術劃刀前 1 小時內使用預防性抗生素*
2b.2c 其它心臟手術劃刀前 2 小時內使用預防性抗生素*
2b.2d 其它心臟手術使用預防性抗生素小於或等於 24 小時*
2b.3 血管手術使用預防性抗生素*
2b.3a 血管手術劃刀前 30 分鐘內使用預防性抗生素*
2b.3b 血管手術劃刀前 1 小時內使用預防性抗生素*
2b.3c 血管手術劃刀前 2 小時內使用預防性抗生素*
2b.3d 血管手術使用預防性抗生素小於或等於 24 小時*
2b.4 大腸直腸手術使用預防性抗生素*

2b.4a 大腸直腸手術劃刀前 30 分鐘內使用預防性抗生素*
2b.4b 大腸直腸手術劃刀前 1 小時內使用預防性抗生素*
2b.4c 大腸直腸手術劃刀前 2 小時內使用預防性抗生素*
2b.4d 大腸直腸手術使用預防性抗生素小於或等於 24 小時*
2b.5 肝臟、膽道、胰臟或膽囊手術使用預防性抗生素*
2b.5a 肝臟、膽道、胰臟或膽囊手術劃刀前 30 分鐘內使用預防性抗生素*
2b.5b 肝臟、膽道、胰臟或膽囊手術劃刀前 1 小時內使用預防性抗生素*
2b.5c 肝臟、膽道、胰臟或膽囊手術劃刀前 2 小時內使用預防性抗生素*
2b.5d 肝臟、膽道、胰臟或膽囊手術使用預防性抗生素小於或等於 24 小時*
2b.6 闌尾切除術使用預防性抗生素
2b.6a 闌尾切除術劃刀前 30 分鐘內使用預防性抗生素
2b.6b 闌尾切除術劃刀前 1 小時內使用預防性抗生素
2b.6c 闌尾切除術劃刀前 2 小時內使用預防性抗生素
2b.6d 闌尾切除術使用預防性抗生素小於或等於 24 小時
2b.7 腹式子宮切除術使用預防性抗生素
2b.7a 腹式子宮切除術劃刀前 30 分鐘內使用預防性抗生素
2b.7b 腹式子宮切除術劃刀前 1 小時內使用預防性抗生素
2b.7c 腹式子宮切除術劃刀前 2 小時內使用預防性抗生素
2b.7d 腹式子宮切除術使用預防性抗生素小於或等於 24 小時
2b.8 陰道式子宮切除術使用預防性抗生素
2b.8a 陰道式子宮切除術劃刀前 30 分鐘內使用預防性抗生素
2b.8b 陰道式子宮切除術劃刀前 1 小時內使用預防性抗生素
2b.8c 陰道式子宮切除術劃刀前 2 小時內使用預防性抗生素
2b.8d 陰道式子宮切除術使用手術預防性抗生素小於或等於 24 小時
2b.9 所有子宮切除術使用手術預防性抗生素(CPS 會自動加總)
2b.10 剖腹產使用預防性抗生素*
2b.10d 剖腹產使用預防性抗生素小於或等於 24 小時*
2b.11 髖關節成形術使用預防性抗生素
2b.11a 髖關節成形術劃刀前 30 分鐘內使用預防性抗生素
2b.11b 髖關節成形術劃刀前 1 小時內使用預防性抗生素
2b.11c 髖關節成形術劃刀前 2 小時內使用預防性抗生素
2b.11d 髖關節成形術使用預防性抗生素小於或等於 24 小時
2b.12 膝關節成形術使用預防性抗生素
2b.12a 膝關節成形術劃刀前 30 分鐘內使用預防性抗生素
2b.12b 膝關節成形術劃刀前 1 小時內使用預防性抗生素
2b.12c 膝關節成形術劃刀前 2 小時內使用預防性抗生素
2b.12d 膝關節成形術使用預防性抗生素小於或等於 24 小時
2b.13 在此指標提報中所有手術使用預防性抗生素總數(CPS 會自動加總)*
指標 3：住院死亡率
3.1 急性住院病人總死亡率

3.2 急性住院病人 DRG064 與 065 死亡率
3.3 急性住院病人 DRG177 與 178 死亡率
3.4 急性住院病人 DRG190,191 與 192 死亡率
3.5 急性住院病人 DRG193 與 194 死亡率
3.6 急性住院病人 DRG291,292 與 293 死亡率
3.7 急性住院病人 DRG377 與 378 死亡率
3.8 急性住院病人 DRG682,683 與 684 死亡率
3.9 急性住院病人 DRG870,871 與 872 死亡率
3.10 急性住院病人 DRG207 及 208 死亡率
3.11 急性住院病人 DRG974,975 與 976 死亡率
3.12 急性住院病其他非屬上列分類之 DRGs 死亡率
3.13 急性住院病人主診斷為急性心肌梗塞之死亡率*
3.14 急性住院病人主診斷為心衰竭之死亡率*
3.15 急性住院病人主診斷為肺炎之死亡率*
指標 4：新生兒死亡率
4.1 直接入院新生兒死亡率(出生體重£ 750 公克)
4.2 直接入院新生兒死亡率(出生體重為 751-1,000 公克)
4.3 直接入院新生兒死亡率(出生體重為 1,001-1,800 公克)
4.4 直接入院新生兒死亡率(出生體重³1,801 公克)
4.5 他院轉入新生兒死亡率(出生體重£ 750 公克)
4.6 他院轉入新生兒死亡率(出生體重為 751-1,000 公克)
4.7 他院轉入新生兒死亡率(出生體重為 1,001-1,800 公克)
4.8 他院轉入新生兒死亡率(出生體重³1,801 公克)
指標 5：手術死亡率
5.1 所有 ASA 分類之手術總死亡率
5.2 按 ASA 分類 P1 之手術死亡率
5.3 按 ASA 分類 P2 之手術死亡率
5.4 按 ASA 分類 P3 之手術死亡率
5.5 按 ASA 分類 P4 之手術死亡率
5.6 按 ASA 分類 P5 之手術死亡率
5.7 冠狀動脈繞道手術之手術死亡率*
5.8 其它心臟手術之手術死亡率*
5.9 血管手術之手術死亡率*
5.10 大腸直腸手術之手術死亡率*
5.11 肝臟、膽管、胰臟或膽囊手術之手術死亡率*
5.12 闌尾切除術之手術死亡率*
5.13 腹式子宮切除術之手術死亡率*
5.14 陰道式子宮切除術之手術死亡率*
5.15 所有子宮切除術之手術死亡率(CPS 自動加總)*

5.16 髖關節成形術之手術死亡率*
5.17 膝關節成形術之手術死亡率*
指標 6：剖腹產管理
6.1 初次剖腹產率
6.2 再次剖腹產率
6.3 總剖腹產率
6.4 剖腹產後自然產(VBACs)比率
6.5 剖腹產後嘗試自然產成功(VBACs)率
指標 7：非計畫性再住院
7.1 出院 15 天內因相同或相關病情非計畫性再住院
7.2 出院 15 天內因 DRG079 或相關病情非計畫性再住院
7.3 出院 15 天內因 DRG088 或相關病情非計畫性再住院
7.4 出院 15 天內因 DRG089 或相關病情非計畫性再住院
7.5 出院 15 天內因 DRG127 或相關病情非計畫性再住院
7.6 出院 15 天內因 DRG140 與 143 或相關病情非計畫性再住院
7.7 出院 15 天內因主診斷急性心肌梗塞或相關病情非計畫性再住院*
7.8 出院 15 天內因主診斷心衰竭或相關病情非計畫性再住院*
7.9 出院 15 天內因主診斷肺炎或相關病情非計畫性再住院*
7.10 出院 31 天內因相同或相關病情非計畫性再住院
7.11 出院 31 天內因 DRG079 或相關病情非計畫性再住院
7.12 出院 31 天內因 DRG088 或相關病情非計畫性再住院
7.13 出院 31 天內因 DRG089 或相關病情非計畫性再住院
7.14 出院 31 天內因 DRG127 或相關病情非計畫性再住院
7.15 出院 31 天內因 DRG140 與 143 或相關病情非計畫性再住院
7.16 出院 31 天內因主診斷急性心肌梗塞或相關病情非計畫性再住院
7.17 出院 31 天內因主診斷心衰竭或相關病情非計畫性再住院
7.18 出院 31 天內因主診斷肺炎或相關病情非計畫性再住院
指標 8：門診處置後非計畫性留院
8.1 心導管處置後非計畫性留院
8.1a 心導管處置後非計畫性住院
8.1b 心導管處置後非計畫性留觀
8.2 消化、呼吸或泌尿系統診斷性內視鏡處置後非計畫性留院
8.2a 消化、呼吸或泌尿系統診斷性內視鏡處置後非計畫性住院
8.2b 消化、呼吸或泌尿系統診斷性內視鏡處置後非計畫性留觀
8.3 其他門診處置後非計畫性留院
8.3a 其他門診處置後非計畫性住院
8.3b 其他門診處置後非計畫性留觀
指標 9：非計畫性的重返加護病房
9.1 非計畫性的重返加護病房

9.1a 24 小時內之非計畫性的重返加護病房
9.1b >24 小時但≤48 小時之非計畫性的重返加護病房
9.1c >48 小時但≤72 小時之非計畫性的重返加護病房
9.1d >72 小時之非計畫性的重返加護病房
9.2 病人主診斷為急性心肌梗塞非計畫性的重返加護病房*
9.3 病人主診斷為心衰竭非計畫性的重返加護病房*
9.4 病人主診斷為肺炎非計畫性的重返加護病房*
指標 10：非計畫性重返手術室
10.1 非計畫性重返手術室
10.2 病人接受周邊血管手術後非計畫性重返手術室
10.3 病人接受胸腔開心手術後非計畫性重返手術室
10.4 病人接受冠狀動脈繞道手術後非計畫性重返手術室*
10.5 病人接受其它心臟手術後非計畫性重返手術室*
10.6 病人接受血管手術後非計畫性重返手術室*
10.7 病人接受大腸直腸手術後非計畫性重返手術室*
10.8 病人接受肝臟、膽道、胰臟或膽囊手術後非計畫性重返手術室*
10.9 病人接受闌尾切除術後非計畫性重返手術室*
10.10 病人接受疝氣手術後非計畫性重返手術室*
10.11 病人接受腹式子宮切除術後非計畫性重返手術室*
10.12 病人接受陰道式子宮切除術後非計畫性重返手術室*
10.13 所有子宮切除術後非計畫性重返手術室* (CPS 自動加總)
10.14 病人接受剖腹產後非計畫性重返手術室*
10.15 病人接受髖關節成形術後非計畫性重返手術室*
10.16 病人接受膝關節成形術後非計畫性重返手術室*
指標 11：單純性冠狀動脈繞道術(CABG)手術死亡率
11.1 單純性冠狀動脈繞道術手術實際死亡率，ASA P1
11.2 單純性冠狀動脈繞道術手術實際死亡率，ASA P2
11.3 單純性冠狀動脈繞道術手術實際死亡率，ASA P3
11.4 單純性冠狀動脈繞道術手術實際死亡率，ASA P4
11.5 單純性冠狀動脈繞道術手術實際死亡率，ASA P5
11.6 單純性冠狀動脈繞道術手術實際總死亡率，全部 ASA 分類
指標 12：身體約束的使用
12.1 身體約束事件
12.1a 身體約束事件持續小於 1 小時
12.1b 身體約束事件持續 >1 小時但≤4 小時
12.1c 身體約束事件持續 >4 小時但≤8 小時
12.1d 身體約束事件持續 >8 小時但≤16 小時
12.1e 身體約束事件持續 >16 小時但≤24 小時
12.1f 身體約束事件持續 >24 小時

12.1g 因認知障礙而使用身體約束
12.1h 因跌倒可能而使用身體約束
12.1i 因行為紊亂而使用身體約束
12.1j 因協助治療而使用身體約束
12.1k 因所有其他之原因而使用身體約束
12.1l 使用身體約束開始於上午 7 點與下午 2 點 59 分之間
12.1m 使用身體約束開始於下午 3 點與下午 10 點 59 分之間
12.1n 使用身體約束開始於下午 11 點與隔日清晨 6 點 59 分之間
12.2 經歷一次或一次以上身體約束之病人
12.3 經歷二次或二次以上身體約束之病人
12.4 身體約束時數
指標 13：跌倒指標
13.1 有記錄的跌倒
13.1a 因病人健康狀況而造成跌倒
13.1b 因治療、藥物和/或麻醉反應而造成跌倒
13.1c 因環境中危險因子而造成跌倒
13.1d 因其他因素而造成跌倒
13.2 跌倒造成傷害
13.2a 跌倒傷害嚴重度 1 級
13.2b 跌倒傷害嚴重度 2 級
13.2c 跌倒傷害嚴重度 3 級
13.3 重複發生跌倒
指標 14a：加護病房之鎮靜及止痛
14a.1 「鎮靜及止痛」事件中病人 ASA 分級為 P1
14a.2 「鎮靜及止痛」事件中病人 ASA 分級為 P2
14a.3 「鎮靜及止痛」事件中病人 ASA 分級為 P3
14a.4 「鎮靜及止痛」事件中病人 ASA 分級為 P4
14a.5 「鎮靜及止痛」事件中病人 ASA 分級為 P5
14a.6 「鎮靜及止痛」事件中病人未做 ASA 分級
14a.7 有血氧飽和濃度紀錄的「鎮靜及止痛」
14a.7a 發生血氧輕度未飽和的「鎮靜及止痛」
14a.7b 發生血氧重度未飽和的「鎮靜及止痛」
14a.8 發生吸入性併發症的「鎮靜及止痛」
14a.9 發生呼吸道阻塞的「鎮靜及止痛」
14a.10 發生收縮壓下降的「鎮靜及止痛」
14a.11 使用催醒復甦劑的「鎮靜及止痛」
14a.12 麻醉人員介入照護的「鎮靜及止痛」
14a.13 非計畫性的意識喪失的「鎮靜及止痛」
指標 14b：心導管室之鎮靜及止痛

14b.1 「鎮靜及止痛」事件中病人 ASA 分級為 P1
14b.2 「鎮靜及止痛」事件中病人 ASA 分級為 P2
14b.3 「鎮靜及止痛」事件中病人 ASA 分級為 P3
14b.4 「鎮靜及止痛」事件中病人 ASA 分級為 P4
14b.5 「鎮靜及止痛」事件中病人 ASA 分級為 P5
14b.6 「鎮靜及止痛」事件中病人未做 ASA 分級
14b.7 有血氧飽和濃度紀錄的「鎮靜及止痛」
14b.7a 發生血氧輕度未飽和的「鎮靜及止痛」
14b.7b 發生血氧重度未飽和的「鎮靜及止痛」
14b.8 發生吸入性併發症的「鎮靜及止痛」
14b.9 發生呼吸道阻塞的「鎮靜及止痛」
14b.10 發生收縮壓下降的「鎮靜及止痛」
14b.11 使用催醒復甦劑的「鎮靜及止痛」
14b.12 麻醉人員介入照護的「鎮靜及止痛」
14b.13 非計畫性的意識喪失的「鎮靜及止痛」
指標 14c：內視鏡室之鎮靜及止痛
14c.1 「鎮靜及止痛」事件中病人 ASA 分級為 P1
14c.2 「鎮靜及止痛」事件中病人 ASA 分級為 P2
14c.3 「鎮靜及止痛」事件中病人 ASA 分級為 P3
14c.4 「鎮靜及止痛」事件中病人 ASA 分級為 P4
14c.5 「鎮靜及止痛」事件中病人 ASA 分級為 P5
14c.6 「鎮靜及止痛」事件中病人未做 ASA 分級
14c.7 有血氧飽和濃度紀錄的「鎮靜及止痛」
14c.7a 發生血氧輕度未飽和的「鎮靜及止痛」
14c.7b 發生血氧重度未飽和的「鎮靜及止痛」
14c.8 發生吸入性併發症的「鎮靜及止痛」
14c.9 發生呼吸道阻塞的「鎮靜及止痛」
14c.10 發生收縮壓下降的「鎮靜及止痛」
14c.11 使用催醒復甦劑的「鎮靜及止痛」
14c.12 麻醉人員介入照護的「鎮靜及止痛」
14c.13 非計畫性的意識喪失的「鎮靜及止痛」
指標 14d：急診室之鎮靜及止痛
14d.1 「鎮靜及止痛」事件中病人 ASA 分級為 P1
14d.2 「鎮靜及止痛」事件中病人 ASA 分級為 P2
14d.3 「鎮靜及止痛」事件中病人 ASA 分級為 P3
14d.4 「鎮靜及止痛」事件中病人 ASA 分級為 P4
14d.5 「鎮靜及止痛」事件中病人 ASA 分級為 P5
14d.6 「鎮靜及止痛」事件中病人未做 ASA 分級
14d.7 有血氧飽和濃度紀錄的「鎮靜及止痛」

14d.7a 發生血氧輕度未飽和的「鎮靜及止痛」
14d.7b 發生血氧重度未飽和的「鎮靜及止痛」
14d.8 發生吸入性併發症的「鎮靜及止痛」
14d.9 發生呼吸道阻塞的「鎮靜及止痛」
14b.10 發生收縮壓下降的「鎮靜及止痛」
14d.11 使用催醒復甦劑的「鎮靜及止痛」
14d.12 麻醉人員介入照護的「鎮靜及止痛」
14d.13 非計畫性的意識喪失的「鎮靜及止痛」
指標 14e：放射線單位之鎮靜及止痛
14e.1 「鎮靜及止痛」事件中病人 ASA 分級為 P1
14e.2 「鎮靜及止痛」事件中病人 ASA 分級為 P2
14e.3 「鎮靜及止痛」事件中病人 ASA 分級為 P3
14e.4 「鎮靜及止痛」事件中病人 ASA 分級為 P4
14e.5 「鎮靜及止痛」事件中病人 ASA 分級為 P5
14e.6 「鎮靜及止痛」事件中病人未做 ASA 分級
14e.7 有血氧飽和濃度紀錄的「鎮靜及止痛」
14e.7a 發生血氧輕度未飽和的「鎮靜及止痛」
14e.7b 發生血氧重度未飽和的「鎮靜及止痛」
14e.8 發生吸入性併發症的「鎮靜及止痛」
14e.9 發生呼吸道阻塞的「鎮靜及止痛」
14b.10 發生收縮壓下降的「鎮靜及止痛」
14e.11 使用催醒復甦劑的「鎮靜及止痛」
14e.12 麻醉人員介入照護的「鎮靜及止痛」
14e.13 非計畫性的意識喪失的「鎮靜及止痛」
指標 15：急性照護的壓瘡*
15.1 急性照護單位的壓瘡點盛行率
15.2 急性照護的第一級壓瘡點盛行率
15.3 急性照護的第二級壓瘡點盛行率
15.4 急性照護的第三級壓瘡點盛行率
15.5 急性照護的第四級壓瘡點盛行率
15.6 入住急性照護單位有壓瘡之病人
15.7 入住急性照護單位有第一級壓瘡之病人
15.8 入住急性照護單位有第二級壓瘡之病人
15.9 入住急性照護單位有第三級壓瘡之病人
15.10 入住急性照護單位有第四級壓瘡之病人
15.11 由住家入住急性照護單位且有壓瘡之病人
15.12 由長期照護機構入住急性照護單位且有壓瘡之病人
15.13 由其他醫院入住急性照護單位且有壓瘡之病人
15.14 由其他來源入住急性照護單位且有壓瘡之病人

15.15 急性照護單位壓瘡總發生率
15.16 薦骨處壓瘡發生率
15.17 坐骨處壓瘡發生率
15.18 股骨粗隆處壓瘡發生率
15.19 跟骨處壓瘡發生率
15.20 足踝處壓瘡發生率
15.21 肩胛骨處壓瘡發生率
15.22 枕骨處壓瘡發生率
15.23 其他部位之壓瘡發生率
15.24 急性照護單位多處壓瘡發生率
指標 16a：手術後深部靜脈栓塞及肺栓塞*
16a.1 手術後深部靜脈栓塞
16a.2 手術後肺栓塞
16a.3 冠狀動脈繞道手術(CABG)術後深部靜脈栓塞
16a.4 冠狀動脈繞道手術(CABG)術後肺栓塞
16a.5 其它心臟手術術後深部靜脈栓塞
16a.6 其它心臟手術術後肺栓塞
16a.7 血管手術術後深部靜脈栓塞
16a.8 血管手術術後肺栓塞
16a.9 大腸直腸手術術後深部靜脈栓塞
16a.10 大腸直腸手術術後肺栓塞
16a.11 肝臟、膽道、胰臟或膽囊手術術後深部靜脈栓塞
16a.12 肝臟、膽道、胰臟或膽囊手術術後深部肺栓塞
16a.13 腹式子宮切除術術後深部靜脈栓塞
16a.14 腹式子宮切除術術後肺栓塞
16a.15 陰道式子宮切除術術後深部靜脈栓塞
16a.16 陰道式子宮切除術術後肺栓塞
16a.17 所有子宮切除術術後深部靜脈栓塞(CPS 自動加總)
16a.18 所有子宮切除術術後肺栓塞(CPS 自動加總)
16a.19 剖腹產後深部靜脈栓塞
16a.20 剖腹產後肺栓塞
16a.21 髖關節成形術術後深部靜脈栓塞
16a.22 髖關節成形術術後肺栓塞
16a.23 膝關節成形術術後深部靜脈栓塞
16a.24 膝關節成形術術後肺栓塞
指標 16b：手術後之栓塞預防*
16b.1 冠狀動脈繞道手術(CABG)術後之栓塞預防
16b.2 其它心臟手術術後之栓塞預防
16b.3 血管手術術後之栓塞預防

16b.4 大腸直腸手術術後之栓塞預防
16b.5 肝臟、膽道、胰臟或膽囊手術術後之栓塞預防
16b.6 腹式子宮切除術術後之栓塞預防
16b.7 陰道式子宮切除術術後之栓塞預防
16b.8 所有提報手術術後之栓塞預防(CPS 自動加總)
16b.9 髖關節成形術術後之栓塞預防
16b.10 膝關節成形術術後之栓塞預防
16b.11 指標提報之手術術後之栓塞預防(CPS 自動加總)
指標 17a：因抗藥性金黃色葡萄球菌(MRSA)造成之加護病房醫療裝置相關感染*
17a.1 綜合科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成中心導管相關之血流感染，每 1,000 個中心導管使用日數
17a.2 綜合科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成中心導管相關之血流感染，每 1,000 個血流感染數
17a.3 心臟科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成中心導管相關之血流感染，每 1,000 個中心導管使用日數
17a.4 心臟科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成中心導管相關之血流感染，每 1,000 個血流感染數
17a.5 內科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成中心導管相關之血流感染，每 1,000 個中心導管使用日數
17a.6 內科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成中心導管相關之血流感染，每 1,000 個血流感染數
17a.7 內外科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成中心導管相關之血液感染，每 1,000 個中心導管使用日數
17a.8 內外科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成中心導管相關之血流感染，每 1,000 個血流感染數
17a.9 外科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成中心導管相關之血液感染，每 1,000 個中心導管使用日數
17a.10 外科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成中心導管相關之血流感染，每 1,000 個血流感染數
17a.11 神經科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成中心導管相關之血液感染，每 1,000 個中心導管使用日數
17a.12 神經科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成中心導管相關之血流感染，每 1,000 個血流感染數
17a.13 在指標提報中所有加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成中心導管相關之血液感染加總(CPS 會自動加總)
17a.14 綜合科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成呼吸器相關的肺炎，每 1,000 個呼吸器使用日數
17a.15 綜合科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成呼吸器相關的肺炎，每 1,000 個肺炎個案數
17a.16 心臟科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成呼吸器相關的肺炎，每 1,000 個呼吸器使用日數
17a.17 心臟科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成呼吸器相關的肺炎，每 1,000 個肺炎

個案數
17.a.18 內科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成呼吸器相關的肺炎，每 1,000 個呼吸器使用日數
17.a.19 內科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成呼吸器相關的肺炎，每 1,000 個肺炎個案數
17.a.20 內外科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成呼吸器相關的肺炎，每 1,000 個呼吸器使用日數
17.a.21 內外科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成呼吸器相關的肺炎，每 1,000 個肺炎個案數
17.a.22 外科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成呼吸器相關的肺炎，每 1,000 個呼吸器使用日數
17.a.23 外科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成呼吸器相關的肺炎，每 1,000 個肺炎個案數
17.a.24 神經科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成呼吸器相關的肺炎，每 1,000 個呼吸器使用日數
17.a.25 神經科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成呼吸器相關的肺炎，每 1,000 個肺炎個案數
17.a.26 在指標提報中所有加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成呼吸器相關的肺炎個案數加總(CPS 會自動加總)
17.a.27 綜合科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成存留導尿管相關的尿路感染，每 1,000 個存留導尿管使用日數
17.a.28 綜合科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成存留導尿管相關的尿路感染，每 1,000 個尿路感染個案數
17.a.29 心臟科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成存留導尿管相關的尿路感染，每 1,000 個存留導尿管使用日數
17.a.30 心臟科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成存留導尿管相關的尿路感染，每 1,000 個尿路感染個案數
17.a.31 內科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成存留導尿管相關的尿路感染，每 1,000 個存留導尿管使用日數
17.a.32 內科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成存留導尿管相關的尿路感染，每 1,000 個尿路感染個案數
17.a.33 內外科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成存留導尿管相關的尿路感染，每 1,000 個存留導尿管使用日數
17.a.34 內外科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成存留導尿管相關的尿路感染，每 1,000 個尿路感染個案數
17.a.35 外科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成存留導尿管相關的尿路感染，每 1,000 個存留導尿管使用日數
17.a.36 外科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成存留導尿管相關的尿路感染，每 1,000 個尿路感染個案數
17.a.37 神經科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成存留導尿管相關的尿路感染，每 1,000 個存留導尿管使用日數

17.a.38 神經科加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成存留導尿管相關的尿路感染，每 1,000 個尿路感染個案數
17.a.39 在指標提報中所有加護病房因抗藥性金黃色葡萄球菌造成存留導尿管相關的尿路感染加總(CPS 會自動加總)
指標 17b：多重抗藥性菌株(MDROs)*
17b.1 MRSA 感染發生率，每 1,000 天
17b.2 MRSA 感染發生率，每 100 個住院病人
17b.3 MRSA 院內感染發生率，每 1,000 天
17b.4 MRSA 院內感染發生率，每 100 個住院病人
17b.5 入院 MRSA 盛行率
17b.6 平均每日 MRSA 負荷量
17b.7 MRSA 院內感染住院人日
17b.8 所有因 MRSA 造成之手術傷口感染
17b.9 MRSA 血液培養為金黃色葡萄球菌陽性
17b.10 MSSA 血液培養為金黃色葡萄球菌陽性
17b.11 MRSA 血液培養為陽性之佔床日數
17b.12 MRSA 分離率
17b.13 65 歲以上感染梭狀芽胞桿菌屬細菌相關疾病之患者(UK)
17b.14 梭狀芽胞桿菌屬細菌相關疾病
17b.15 ICD 碼相關的梭狀芽胞桿菌屬細菌相關疾病
17b.16 VRE 感染的發生率
指標 17c：主動培養監測(ASC)抗藥性金黃色葡萄球菌(MRSA)*
17c.1 入院時接受主動培養監測 MRSA 之病人
17c.2 入院時以主動培養監測篩檢出 MRSA 陽性之病人
17c.3 在入院時就已知為 MRSA 陽性之病人
17c.4 所有入院時篩檢出 MRSA 陽性之病人
指標 A1：非計畫性急診返診
A1.1 24 小時內相關性非計畫性急診返診
A1.1a 24 小時內相關性非計畫性急診返診後住院
A1.1b 24 小時內相關性非計畫性急診返診後留觀
A1.2 48 小時內相關性非計畫性急診返診
A1.2a 48 小時內相關性非計畫性急診返診後住院
A1.2b 48 小時內相關性非計畫性急診返診後留觀
A1.3 72 小時內相關性非計畫性急診返診
A1.3a 72 小時內相關性非計畫性急診返診後住院
A1.3b 72 小時內相關性非計畫性急診返診後留觀
A1.4 72 小時內主診斷急性心肌梗塞相關性非計畫性急診返診*
A1.5 72 小時內主診斷心衰竭相關性非計畫性急診返診*
A1.6 72 小時內主診斷肺炎相關性非計畫性急診返診*

A1.7 7 天內非計畫性急診返診(相關或不相關)
A1.7a 7 天內非計畫性急診返診後住院(相關或不相關)
A1.7b 7 天內非計畫性急診返診後留觀(相關或不相關)
A1.8 14 天內非計畫性急診返診(相關或不相關)
A1.8a 14 天內非計畫性急診返診後住院(相關或不相關)
A1.8b 14 天內非計畫性急診返診後留觀(相關或不相關)
A1.9 30 天內非計畫性急診返診(相關或不相關)
A1.9a 30 天內非計畫性急診返診後住院(相關或不相關)
A1.9b 30 天內非計畫性急診返診後留觀(相關或不相關)
A1.10 30 天內 2 次或 2 次以上非計畫性急診返診(相關或不相關)
指標 A2：急診已掛號病人停留時間
A2.1 停留時間£ 2 小時
A2.1a 停留時間£ 2 小時：出院返家
A2.1b 停留時間£ 2 小時：轉住院
A2.1c 停留時間£ 2 小時：轉留觀
A2.1d 停留時間£ 2 小時：轉到其他急性照護機構
A2.1e 停留時間£ 2 小時：所有其他的處置結果
A2.2 停留時間> 2 但£ 4 小時
A2.2a 停留時間> 2 但£ 4 小時：出院返家
A2.2b 停留時間> 2 但£ 4 小時：轉住院
A2.2c 停留時間> 2 但£ 4 小時：轉留觀
A2.2d 停留時間> 2 但£ 4 小時：轉到其他急性照護機構
A2.2e 停留時間> 2 但£ 4 小時：所有其他的處置結果
A2.3 停留時間> 4 但£ 6 小時
A2.3a 停留時間> 4 £ 6 小時：出院返家
A2.3b 停留時間> 4 £ 6 小時：轉住院
A2.3c 停留時間> 4 £ 6 小時：轉留觀
A2.3d 停留時間> 4 £ 6 小時：轉到其他急性照護機構
A2.3e 停留時間> 4 £ 6 小時：所有其他的處置結果
A2.4 停留時間> 6 小時
A2.4a 停留時間> 6 小時：出院返家
A2.4b 停留時間> 6 小時：轉住院
A2.4c 停留時間> 6 小時：轉留觀
A2.4d 停留時間> 6 小時：轉到其他急性照護機構
A2.4e 停留時間> 6 小時：所有其他的處置結果
指標 A-3：急診 X 光判讀差異而需改變病人醫療處置
A3.1 因 X 光判讀差異而需改變病人醫療處置
指標 A-4：完成治療之前即離開急診室之掛號病人
A4.1 病人在完成急診治療前即離開急診

指標 A5：排程當日取消的門診處置
A5.1 排程當日取消的門診心導管處置
A5.1a 由醫療機構在排程當日取消的門診心導管處置
A5.1b 由病人在排程當日取消的門診心導管處置
A5.2 排程當日取消的門診消化系統診斷內視鏡處置
A5.2a 由醫療機構在排程當日取消的門診消化系統診斷內視鏡處置
A5.2b 由病人在排程當日取消的門診消化系統診斷內視鏡處置
A5.3 排程當日取消的其他門診處置
A5.3a 由醫療機構在排程當日取消的其他門診處置
A5.3b 由病人在排程當日取消的其他門診處置
指標 A6：門急診跌倒指標*
A6.1 門急診有記錄的跌倒
A6.1a 門急診因病人健康狀況而造成跌倒
A6.1b 門急診因治療、藥物和/或麻醉反應而造成跌倒
A6.1c 門急診因環境中危險因子而造成跌倒
A6.1d 門急診因其他因素而造成跌倒
A6.2 門急診跌倒造成傷害
A6.2a 門急診跌倒傷害嚴重度 1 級
A6.2b 門急診跌倒傷害嚴重度 2 級
A6.2c 門急診跌倒傷害嚴重度 3 級
A6.3 門急診重複發生跌倒

附錄十二、台灣醫療照護品質指標(THIS)

(一)門診指標

指標代碼	門診指標--結構面
OPS001	看診專任主治醫師率
OPS002	看診兼任主治醫師率
OPS003	看診主治醫師平均門診診數
OPS004	主治醫師平均西醫門診看診人次
OPS005	專任主治醫師平均西醫門診看診人次
OPS006	兼任主治醫師平均西醫門診看診人次
OPS007	門診超過 60 人次率
OPS008	門診初診率
OPS009	專科醫師率
指標代碼	門診指標--過程面
OPP001	門診病人住院率
OPP002	門診手術取消率-由病人取消
OPP003	門診手術取消率-由醫院取消
OPP004	門診檢查取消率-由病人取消
OPP005	門診檢查取消率-由醫院取消
指標代碼	門診指標--結果面
OPU001	門診醫師處方箋錯誤率
OPU002	門診處方箋調劑錯誤率
OPU003	門診病患滿意度

(二)急診指標

指標代碼	急診指標--結構面
ERS001	急診專科主治醫師率
ERS002	急診住院醫師率
ERS003	急診專任主治醫師平均每班工作時數
指標代碼	急診指標--過程面
ERP001	第一級急診病人率
ERP002	第二級急診病人率
ERP003	第三級急診病人率
ERP004	第四級急診病人率
ERP005	急診轉院率
ERP006	急診留觀小於 24 小時率

ERP007	急診留觀 24-48 小時率
ERP008	急診留觀 48-72 小時率
ERP009	急診留觀大於 72 小時率
ERP010	急診會診率
ERP011	急診會診逾時率
ERP012	急診停留時間率 (≤ 2 小時)
ERP013	急診停留時間率 (> 2 小時, ≤ 4 小時)
ERP014	急診停留時間率 (> 4 小時, ≤ 6 小時)
ERP015	急診停留時間率 (> 6 小時)
ERP016	急診轉住一般病房率
ERP017	急診轉住加護病房率
ERP018	急診病患平均候診時間
ERP019	急診檢查平均等候時間
ERP020	急診檢驗報告平均等候時間
ERP021	急診等候手術時間超過 30 分鐘率
指標代碼	急診指標--結果面
ERU001	急診住院病患佔全院住院病患率
ERU002	急診病患實施 CPR 率
ERU003	OHCA 病患急救後心跳回復率
ERU004	急診就診後死亡率
ERU005	0-24 小時內重返急診率
ERU006	0-48 小時內重返急診率
ERU007	0-72 小時內重返急診率
ERU008	0-24 小時內重返急診住院率
ERU009	0-48 小時內重返急診住院率
ERU010	0-72 小時內重返急診住院率
ERU011	急診病患意外及事故傷害發生率
ERU012	急診病患跌倒事件發生率
ERU013	急診病患輸血錯誤事件發生率
ERU014	急診醫師處方箋錯誤率
ERU015	急診處方箋調劑錯誤率
ERU016	急診病患滿意度

(三)住院指標

指標代碼	住院指標--結構面
IPS001	醫師病床比

IPS002	住院醫師病床比
IPS003	主治醫師病床比
IPS004	護理人員病床比
IPS005	其他醫事人員病床比
IPS006	行政人員病床比
指標代碼	住院指標--過程面
IPP001	院內感染率
IPP002	住院病患轉入加護病房比例
IPP003	住院手術取消率
IPP004	剖腹產手術傷口感染率
IPP005	子宮肌瘤切除手術傷口感染率
IPP006	闌尾切除手術傷口感染率
IPP007	股及腹股溝疝氣(單側)手術傷口感染率
IPP008	前列腺切除手術術後相關感染率
IPP009	心導管檢查傷口感染率
IPP010	手術前 2 小時抗生素使用率
IPP011	手術後 3 天內抗生素使用率
IPP012	手術後 3-7 日連續使用抗生素率
IPP013	手術後 >7 日連續使用抗生素率
IPP014	住院會診率
IPP015	住院會診逾時率
IPP016	第一級臨床診斷與病理報告診斷之結果相符率
IPP017	第二級臨床診斷與病理報告診斷結果類似率
IPP018	第三級臨床診斷與病理報告診斷之結果不符率
IPP019	解剖率
指標代碼	住院指標--結果面
IPU001	總佔床率
IPU002	病床週轉率
IPU003	平均住院日
IPU004	14 日內再住院率
IPU005	15-29 日內再住院率
IPU006	30 日內再住院率
IPU007	住院超過 30 天率
IPU008	粗死亡率
IPU009	病患年齡小於 44 歲之住院死亡率

IPU010	病患年齡 41-69 歲之住院死亡率
IPU011	病患年齡大於 70 歲之住院死亡率
IPU012	自動出院率(違背醫囑)
IPU013	住院藥物錯誤率
IPU014	住院期間內再手術率
IPU015	手術後 24 小時內死亡率
IPU016	手術後 48 小時內死亡率
IPU017	麻醉恢復室再度插管率
IPU018	產婦死亡率
IPU019	剖腹產率
IPU020	再次剖腹產率
IPU021	VBAC 生產率
IPU022	新生兒死亡率
IPU023	新生兒轉入率
IPU024	週產期新生兒死亡率
IPU025	新生兒 14 天再住院率
IPU026	住院病患褥瘡發生率
IPU027	住院期間護理人員給藥錯誤率
IPU028	住院期間跌倒事件發生率
IPU029	住院期間輸血錯誤事件發生率
IPU030	全院員工針扎事件發生率
IPU031	住院病患滿意度

(四)加護指標

指標代碼	加護指標--結構面
ICS001	加護病房專任主治醫師病床比
ICS002	加護病房專任住院治醫師病床比
ICS003	加護病房專任護理人員病床比
ICS004	加護病房專任呼吸治療師病床比
ICS005	加護病房病床配備呼吸器比
ICS006	加護病房醫護人員 ACLS 相關受訓率
ICS007	小兒加護病房醫護人員 PALS 受訓率
指標代碼	加護指標--過程面
ICP001	加護病房中心靜脈導管使用率
ICP002	加護病房留置導尿管使用率
ICP003	加護病房呼吸器使用率

ICP004	加護病房中心靜脈導管相關血流感染率
ICP005	加護病房留置導尿管相關泌尿道感染率
ICP006	加護病房呼吸器相關呼吸道感染率
ICP007	加護病房中心靜脈導管滑脫率
ICP008	加護病房留置導尿管滑脫率
ICP009	加護病房氣管內管滑脫率
指標代碼	加護指標--結果面
ICU001	加護病房佔床率
ICU002	加護病房粗死亡率
ICU003	24 小時重返加護病房率
ICU004	48 小時重返加護病房率
ICU005	同一病程重返加護病房率
ICU006	住加護病房超過 14 天率
ICU007	加護病房急救後心跳回復率
ICU008	加護病房自動出院率
ICU009	加護病房平均住院日
ICU010	加護病房病患褥瘡發生率

(五)病人安全

指標代碼	用藥安全監測指標
PSI001 (同 OPU001)	門診醫師處方箋錯誤率
PSI002 (同 ERU014)	急診醫師處方箋錯誤率
PSI003 (同 OPU002)	門診處方箋調劑錯誤率
PSI004 (同 ERU015)	急診處方箋調劑錯誤率
PSI005 (同 IPU013)	住院期間藥物錯誤率
PSI006	急診病人產生嚴重藥物不良反應的發生率
PSI007	住院期間病人產生嚴重藥物不良反應的發生率
PSI008 (同 IPU027)	住院期間護理人員給藥錯誤率
PSI009	化學治療藥物外滲率
指標代碼	醫療機構感染控制指標
PSI010 (同 IPP001)	院內感染率

PSI011 (同 IPP004)	剖腹產手術傷口感染率
PSI012 (同 IPP005)	子宮肌瘤切除手術傷口感染率
PSI013 (同 IPP006)	闌尾切除手術傷口感染率
PSI014 (同 IPP007)	股及腹股溝疝氣(單側)手術傷口感染率
PSI015 (同 IPP008)	前列腺切除手術術後相關感染率
PSI016 (同 IPP009)	心導管檢查傷口感染率
PSI017 (同 ICP004)	加護病房中心靜脈導管相關血流感染率
指標代碼	醫療機構感染控制指標
PSI018 (同 ICP005)	加護病房留置導尿管相關泌尿道感染率
PSI019	住院期間手術後敗血症發生率
PSI020 (同 ICP006)	加護病房呼吸器相關呼吸道感染率
PSI021	住院期間呼吸器引發相關肺炎發生率
指標代碼	手術正確性監測指標
PSI022	門診手術部位錯誤率
PSI023	住院手術部位錯誤率
指標代碼	病人辨識監測指標
PSI024	急診病人檢體異常標示之比率
PSI025	住院期間病人檢體異常標示之比率
指標代碼	預防病人跌倒監測指標
PSI026 (同 IPU028)	住院期間跌倒事件發生率
PSI027 (同 ERU012)	急診病患跌倒事件發生率
指標代碼	異常事件通報監測指標
PSI028 (同 ERU013)	急診病患輸血錯誤事件發生率
PSI029 (同 IPU029)	住院期間病患輸血錯誤事件發生率
PSI030 (同 ICP007)	加護病房病人中心靜脈導管滑脫率
PSI031 (同 ICP008)	加護病房病人留置導尿管滑脫率

PSI032 (同 ICP009)	加護病房病人氣管內管滑脫率
PSI033	急診暴力事件病人受傷率
PSI034	住院期間暴力事件病人受傷率
指標代碼	醫療照護監測指標
PSI035 (同 ERU007)	0-72 小時內重返急診率
PSI036 (同 IPU004)	14 天內再住院率
PSI037 (同 ICU010)	加護病床病人褥瘡發生率
PSI038 (同 IPU026)	住院期間病人褥瘡發生率
PSI039 (同 IPU014)	住院期間內再手術率
PSI040	嬰兒出生創傷比率
PSI041	住院手術後髖關節骨折發生率
PSI042	住院手術後肺栓塞或深部靜脈栓塞發生率
PSI043	住院手術後急性呼吸衰竭發生率
指標代碼	醫療照護監測指標
PSI044	住院病人因治療引起氣胸發生率
PSI045	住院病人因鼻胃管進食而產生吸入性併發症的比率
PSI046	非預期的心跳停止個案比率

附錄十三、台灣臨床成效指標(TCPI)

整體綜合急性照護指標		
全院非計畫性再住院	Hosp-UnR-01	出院 14 天內因相同或相關病情非計畫性再住院
	Hosp-UnR-02	主診斷為急性心肌梗塞出院 14 天內因相同或相關病情非計畫性再住院
	Hosp-UnR-03	主診斷為心臟衰竭出院 14 天內因相同或相關病情非計畫性再住院
	Hosp-UnR-04	主診斷為肺炎出院 14 天內因相同或相關病情非計畫性再住院
	Hosp-UnR-05	子宮肌瘤手術出院 14 天內因相同或相關病情非計畫性再住院
	Hosp-UnR-06	人工膝關節置換術出院 30 天內因相同或相關病情非計畫性再住院
住院死亡率	Hosp-Mort-01	全院死亡率(含病危自動出院)
	Hosp-Mort-02	全院死亡率(不含病危自動出院)
加護病房整體性指標		
非計畫性重返 ICU	ICU-UnR-01	非計畫性重返加護病房
	ICU-UnR-01a	24 小時(含)以內非計畫性重返加護病房
	ICU-UnR-01b	大於 24 小時但 48 小時(含)內非計畫性重返加護病房
	ICU-UnR-01c	48 小時以上非計畫性重返加護病房
加護病房死亡率	ICU-Mort-01	加護病房死亡率 (含病危自動出院)
	ICU-Mort-02	加護病房死亡率 (不含病危自動出院)
內科加護病房指標		
MICU 約束	MI-Res-01	內科加護病房身體約束事件
	MI-Res-01-a1	內科加護病房身體約束時間 ≤ 4 小時
	MI-Res-01-a2	內科加護病房身體約束時間 >4 小時但 ≤ 8 小時
	MI-Res-01-a3	內科加護病房身體約束時間 >8 小時但 ≤ 24 小時
	MI-Res-01-a4	內科加護病房身體約束時間 >24 小時
	MI-Res-01-b1	內科加護病房白班開始使用身體約束
	MI-Res-01-b2	內科加護病房小夜班開始使用身體約束
	MI-Res-01-b3	內科加護病房大夜班開始使用身體約束
	MI-Res-01-c1	內科加護病房因跌倒危險而使用身體約束
	MI-Res-01-c2	內科加護病房因協助治療而使用身體約束

	MI-Res-01-c3	內科加護病房因其他原因而使用身體約束
MICU 壓瘡	MI-PU-01	內科加護病房壓瘡總發生密度
	MI-PU-01a	內科加護病房薦骨處壓瘡發生密度
	MI-PU-01b	內科加護病房坐骨處壓瘡發生密度
	MI-PU-01c	內科加護病房股骨粗隆處壓瘡發生密度
	MI-PU-01d	內科加護病房跟骨處壓瘡發生密度
	MI-PU-01e	內科加護病房足踝處壓瘡發生密度
	MI-PU-01f	內科加護病房肩胛骨處壓瘡發生密度
	MI-PU-01g	內科加護病房枕骨處壓瘡發生密度
	MI-PU-01h	內科加護病房因醫療裝置壓迫引起的顏面壓瘡發生密度
	MI-PU-01i	內科加護病房其他部位壓瘡發生密度
	MI-PU-02	內科加護病房壓瘡點盛行率
	MI-PU-03	內科加護病房第一級壓瘡點盛行率
	MI-PU-04	內科加護病房第二級壓瘡點盛行率
	MI-PU-05	內科加護病房第三級壓瘡點盛行率
	MI-PU-06	內科加護病房第四級壓瘡點盛行率
內科加護病房指標		
MICU 醫療裝置使用 與感染	MI-BSI-01	內科加護病房中心導管相關血流感染率
	MI-BSI-02	內科加護病房中心導管使用
	MI-BSI-03	內科加護病房中心導管感染發生間隔的天數
	MI-VAP-01	內科加護病房呼吸器相關肺炎率
	MI-VAP-02	內科加護病房呼吸器使用
	MI-VAP-03	內科加護病房呼吸器相關肺炎發生間隔的天數
	MI-UTI-01	內科加護病房留置導尿管相關尿路感染率
	MI-UTI-02	內科加護病房留置導尿管使用
MICU 管路滑脫	MI-UE-01	內科加護病房有紀錄的中心導管滑脫事件發生率
	MI-UE-02	內科加護病房有紀錄的氣管內管滑脫事件發生率
	MI-UE-03	內科加護病房氣管內管滑脫事件發生間隔的天數
外科加護病房指標		
SICU 約束	SI-Res-01	外科加護病房身體約束事件
	SI-Res-01-a1	外科加護病房身體約束時間 ≤ 4 小時
	SI-Res-01-a2	外科加護病房身體約束時間 >4 小時但 ≤ 8 小時

	SI-Res-01-a3	外科加護病房身體約束時間>8 小時但≤24 小時
	SI-Res-01-a4	外科加護病房身體約束時間>24 小時
	SI-Res-01-b1	外科加護病房白班開始使用身體約束
	SI-Res-01-b2	外科加護病房小夜班開始使用身體約束
	SI-Res-01-b3	外科加護病房大夜班開始使用身體約束
	SI-Res-01-c1	外科加護病房因跌倒危險而使用身體約束
	SI-Res-01-c2	外科加護病房因協助治療而使用身體約束
	SI-Res-01-c3	外科加護病房因其他原因而使用身體約束
SICU 壓瘡	SI-PU-01	外科加護病房壓瘡總發生密度
	SI-PU-01a	外科加護病房薦骨處壓瘡發生密度
	SI-PU-01b	外科加護病房坐骨處壓瘡發生密度
	SI-PU-01c	外科加護病房股骨粗隆處壓瘡發生密度
	SI-PU-01d	外科加護病房跟骨處壓瘡發生密度
	SI-PU-01e	外科加護病房足踝處壓瘡發生密度
	SI-PU-01f	外科加護病房肩胛骨處壓瘡發生密度
	SI-PU-01g	外科加護病房枕骨處壓瘡發生密度
	SI-PU-01h	外科加護病房因醫療裝置壓迫引起的顏面壓瘡發生密度
	SI-PU-01i	外科加護病房其他部位壓瘡發生密度
	SI-PU-02	外科加護病房壓瘡點盛行率
	SI-PU-03	外科加護病房第一級壓瘡點盛行率
	SI-PU-04	外科加護病房第二級壓瘡點盛行率
	SI-PU-05	外科加護病房第三級壓瘡點盛行率
	SI-PU-06	外科加護病房第四級壓瘡點盛行率
SICU 醫療裝置使用 與感染	SI-BSI-01	外科加護病房中心導管相關血流感染率
	SI-BSI-02	外科加護病房中心導管使用
	SI-BSI-03	外科加護病房中心導管感染發生間隔的天數
	SI-VAP-01	外科加護病房呼吸器相關肺炎率
	SI-VAP-02	外科加護病房呼吸器使用
	SI-VAP-03	外科加護病房呼吸器相關肺炎發生間隔的天數
	SI-UTI-01	外科加護病房留置導尿管相關尿路感染率
	SI-UTI-02	外科加護病房留置導尿管使用
SICU	SI-UE-01	外科加護病房有紀錄的中心導管滑脫事件發生率

管路滑脫	SI-UE-02	外科加護病房有紀錄的氣管內管滑脫事件發生率
	SI-UE-03	外科加護病房氣管內管滑脫事件發生間隔的天數
綜合科加護病房指標		
APICU 約束	API-Res-01	綜合科加護病房身體約束事件
	API-Res-01-a1	綜合科加護病房身體約束時間 ≤ 4 小時
	API-Res-01-a2	綜合科加護病房身體約束時間 > 4 小時但 ≤ 8 小時
	API-Res-01-a3	綜合科加護病房身體約束時間 > 8 小時但 ≤ 24 小時
	API-Res-01-a4	綜合科加護病房身體約束時間 > 24 小時
	API-Res-01-b1	綜合科加護病房白班開始使用身體約束
	API-Res-01-b2	綜合科加護病房小夜班開始使用身體約束
	API-Res-01-b3	綜合科加護病房大夜班開始使用身體約束
	API-Res-01-c1	綜合科加護病房因跌倒危險而使用身體約束
	API-Res-01-c2	綜合科加護病房因協助治療而使用身體約束
	API-Res-01-c3	綜合科加護病房因其他原因而使用身體約束
APICU 壓瘡	API-PU-01	綜合科加護病房壓瘡總發生密度
	API-PU-01a	綜合科加護病房 <u>薦骨</u> 處壓瘡發生密度
	API-PU-01b	綜合科加護病房 <u>坐骨</u> 處壓瘡發生密度
	API-PU-01c	綜合科加護病房 <u>股骨粗隆</u> 處壓瘡發生密度
	API-PU-01d	綜合科加護病房 <u>跟骨</u> 處壓瘡發生密度
	API-PU-01e	綜合科加護病房 <u>足踝</u> 處壓瘡發生密度
	API-PU-01f	綜合科加護病房 <u>肩胛骨</u> 處壓瘡發生密度
	API-PU-01g	綜合科加護病房 <u>枕骨</u> 處壓瘡發生密度
	API-PU-01h	綜合科加護病房因醫療裝置壓迫引起的顏面壓瘡發生密度
	API-PU-01i	綜合科加護病房其他部位壓瘡發生密度
	API-PU-02	綜合科加護病房壓瘡點盛行率
	API-PU-03	綜合科加護病房第一級壓瘡點盛行率
	API-PU-04	綜合科加護病房第二級壓瘡點盛行率
	API-PU-05	綜合科加護病房第三級壓瘡點盛行率
	API-PU-06	綜合科加護病房第四級壓瘡點盛行率
APICU 醫療裝置使用	API-BSI-01	綜合科加護病房中心導管相關血流感染率
	API-BSI-02	綜合科加護病房中心導管使用

與感染	API-BSI-03	綜合科加護病房中心導管感染發生間隔的天數
	API-VAP-01	綜合科加護病房呼吸器相關肺炎率
	API-VAP-02	綜合科加護病房呼吸器使用
	API-VAP-03	綜合科加護病房呼吸器相關肺炎發生間隔的天數
	API-UTI-01	綜合科加護病房留置導尿管相關尿路感染率
	API-UTI-02	綜合科加護病房留置導尿管使用
APICU 管路滑脫	API-UE-01	綜合科加護病房有紀錄的中心導管滑脫事件發生率
	API-UE-02	綜合科加護病房有紀錄的氣管內管滑脫事件發生率
	API-UE-03	綜合科加護病房氣管內管滑脫事件發生間隔的天數
心臟科加護病房指標		
CCU 約束	CCU-Res-01	心臟科加護病房身體約束事件
	CCU-Res-01-a1	心臟科加護病房身體約束時間 ≤ 4 小時
	CCU-Res-01-a2	心臟科加護病房身體約束時間 >4 小時但 ≤ 8 小時
	CCU-Res-01-a3	心臟科加護病房身體約束時間 >8 小時但 ≤ 24 小時
	CCU-Res-01-a4	心臟科加護病房身體約束時間 >24 小時
	CCU-Res-01-b1	心臟科加護病房白班開始使用身體約束
	CCU-Res-01-b2	心臟科加護病房小夜班開始使用身體約束
	CCU-Res-01-b3	心臟科加護病房大夜班開始使用身體約束
	CCU-Res-01-c1	心臟科加護病房因跌倒危險而使用身體約束
	CCU-Res-01-c2	心臟科加護病房因協助治療而使用身體約束
	CCU-Res-01-c3	心臟科加護病房因其他原因而使用身體約束
CCU 壓瘡	CCU-PU-01	心臟科加護病房壓瘡總發生密度
	CCU-PU-01a	心臟科加護病房薦骨處壓瘡發生密度
	CCU-PU-01b	心臟科加護病房坐骨處壓瘡發生密度
	CCU-PU-01c	心臟科加護病房股骨粗隆處壓瘡發生密度
	CCU-PU-01d	心臟科加護病房跟骨處壓瘡發生密度
	CCU-PU-01e	心臟科加護病房足踝處壓瘡發生密度
	CCU-PU-01f	心臟科加護病房肩胛骨處壓瘡發生密度
	CCU-PU-01g	心臟科加護病房枕骨處壓瘡發生密度
	CCU-PU-01h	心臟科加護病房因醫療裝置壓迫引起的顏面壓瘡發生密度
	CCU-PU-01i	心臟科加護病房其他部位壓瘡發生密度

	CCU-PU-02	心臟科加護病房壓瘡點盛行率
	CCU-PU-03	心臟科加護病房 第一級 壓瘡點盛行率
	CCU-PU-04	心臟科加護病房 第二級 壓瘡點盛行率
	CCU-PU-05	心臟科加護病房 第三級 壓瘡點盛行率
	CCU-PU-06	心臟科加護病房 第四級 壓瘡點盛行率
CCU 醫療裝置使用 與感染	CCU-BSI-01	心臟科加護病房中心導管相關血流感染率
	CCU-BSI-02	心臟科加護病房中心導管使用
	CCU-BSI-03	心臟科加護病房中心導管感染發生間隔的天數
	CCU-VAP-01	心臟科加護病房呼吸器相關肺炎率
	CCU-VAP-02	心臟科加護病房呼吸器使用
	CCU-VAP-03	心臟科加護病房呼吸器相關肺炎發生間隔的天數
	CCU-UTI-01	心臟科加護病房留置導尿管相關尿路感染率
	CCU-UTI-02	心臟科加護病房留置導尿管使用
CCU 管路滑脫	CCU-UE-01	心臟科加護病房有紀錄的中心導管滑脫事件發生率
	CCU-UE-02	心臟科加護病房有紀錄的氣管內管滑脫事件發生率
	CCU-UE-03	心臟科加護病房氣管內管滑脫事件發生間隔的天數
手術照護指標		
預防性 抗生素	SC-AntiP-01a	所有接受預防性抗生素的手術病人在劃刀前 30 分鐘內接受預防性抗生素
	SC-AntiP-01b	所有接受預防性抗生素的手術病人在劃刀前 60 分鐘內接受預防性抗生素
	SC-AntiP-01c	所有接受預防性抗生素的手術病人接受小於等於 24 小時預防性抗生素
	SC-AntiP-02a	腹式子宮切除術病人在劃刀前 30 分鐘內接受預防性抗生素
	SC-AntiP-02b	腹式子宮切除術病人在劃刀前 60 分鐘內接受預防性抗生素
	SC-AntiP-02c	腹式子宮切除術病人接受小於等於 24 小時預防性抗生素
	SC-AntiP-03a	陰道式子宮切除術病人在劃刀前 30 分鐘內接受預防性抗生素
	SC-AntiP-03b	陰道式子宮切除術病人在劃刀前 60 分鐘內接受預防性抗生素
	SC-AntiP-03c	陰道式子宮切除術病人接受小於等於 24 小時預防性抗生素
	SC-AntiP-04a	髖關節置換術病人在劃刀前 30 分鐘內接受預防性抗生素

	SC-AntiP-04b	髖關節置換術病人在劃刀前 60 分鐘內接受預防性抗生素
	SC-AntiP-04c	髖關節置換術病人接受小於等於 24 小時預防性抗生素
	SC-AntiP-05a	膝關節置換術病人在劃刀前 30 分鐘內接受預防性抗生素
	SC-AntiP-05b	膝關節置換術病人在劃刀前 60 分鐘內接受預防性抗生素
	SC-AntiP-05c	膝關節置換術病人接受小於等於 24 小時預防性抗生素
	SC-AntiP-06a	冠狀動脈繞道手術病人在劃刀前 30 分鐘內接受預防性抗生素
	SC-AntiP-06b	冠狀動脈繞道手術病人在劃刀前 60 分鐘內接受預防性抗生素
	SC-AntiP-06c	冠狀動脈繞道手術病人接受小於等於 24 小時預防性抗生素
	SC-AntiP-07a	闌尾切除術病人在劃刀前 30 分鐘內接受預防性抗生素
	SC-AntiP-07b	闌尾切除術病人在劃刀前 60 分鐘內接受預防性抗生素
	SC-AntiP-07c	闌尾切除術病人接受小於等於 24 小時預防性抗生素
	SC-AntiP-08a	大腸直腸手術病人在劃刀前 30 分鐘內接受預防性抗生素
	SC-AntiP-08b	大腸直腸手術病人在劃刀前 60 分鐘內接受預防性抗生素
	SC-AntiP-08c	大腸直腸手術病人接受小於等於 24 小時預防性抗生素
手術傷口 感染	SC-Infe-01	住院期間手術傷口感染率
	SC-Infe-02	所有手術病人手術傷口感染率
	SC-Infe-03	腹式子宮切除術病人住院期間手術傷口感染率
	SC-Infe-04	腹式子宮切除術病人手術傷口感染率
	SC-Infe-05	陰道式子宮切除術病人住院期間手術傷口感染率
	SC-Infe-06	陰道式子宮切除術病人手術傷口感染率
	SC-Infe-07	髖關節置換術病人住院期間手術傷口感染率
	SC-Infe-08	髖關節置換術病人手術傷口感染率
	SC-Infe-09	膝關節置換術病人住院期間手術傷口感染率
	SC-Infe-10	膝關節置換術病人手術傷口感染率
	SC-Infe-11	冠狀動脈繞道手術病人住院期間手術傷口感染率
	SC-Infe-12	冠狀動脈繞道手術病人手術傷口感染率
	SC-Infe-13	闌尾切除術病人住院期間手術傷口感染率
	SC-Infe-14	闌尾切除術病人手術傷口感染率

	SC-Infe-15	大腸直腸手術病人住院期間手術傷口感染率
	SC-Infe-16	大腸直腸手術病人手術傷口感染率
手術死亡率	SC-Mort-01	所有手術術後 48 小時內死亡率(含病危自動出院)
	SC-Mort-02	所有手術術後 48 小時內死亡率(不含病危自動出院)
非計畫性重返手術室	SC-UnR-01	所有手術病人住院期間非計畫重返手術室
一般住院照護指標		
一般住院 身體約束	Inpt-Res-01	身體約束事件
	Inpt-Res-01-a1	身體約束時間 ≤ 4 小時
	Inpt-Res-01-a2	身體約束時間 >4 小時但 ≤ 8 小時
	Inpt-Res-01-a3	身體約束時間 >8 小時但 ≤ 24 小時
	Inpt-Res-01-a4	身體約束時間 >24 小時
	Inpt-Res-01-b1	白班開始使用身體約束
	Inpt-Res-01-b2	小夜班開始使用身體約束
	Inpt-Res-01-b3	大夜班開始使用身體約束
	Inpt-Res-01-c1	因跌倒危險而使用身體約束
	Inpt-Res-01-c2	因協助治療而使用身體約束
	Inpt-Res-01-c3	因其他原因而使用身體約束
一般住院 壓瘡	Inpt-PU-01	一般住院壓瘡總發生密度
	Inpt-PU-01a	一般住院薦骨處壓瘡發生密度
	Inpt-PU-01b	一般住院坐骨處壓瘡發生密度
	Inpt-PU-01c	一般住院股骨粗隆處壓瘡發生密度
	Inpt-PU-01d	一般住院跟骨處壓瘡發生密度
	Inpt-PU-01e	一般住院足踝處壓瘡發生密度
	Inpt-PU-01f	一般住院肩胛骨處壓瘡發生密度
	Inpt-PU-01g	一般住院枕骨處壓瘡發生密度
	Inpt-PU-01h	一般住院因醫療裝置壓迫引起的顏面壓瘡發生密度
	Inpt-PU-01i	一般住院其他部位壓瘡發生密度
	Inpt-PU-02	一般住院壓瘡點盛行率
	Inpt-PU-03	一般住院第一級壓瘡點盛行率
	Inpt-PU-04	一般住院第二級壓瘡點盛行率

	Inpt-PU-05	一般住院 第三級 壓瘡點盛行率
	Inpt-PU-06	一般住院 第四級 壓瘡點盛行率
	Inpt-PU-07	一般住院發生多處壓瘡比率
	Inpt-PU-08	一般住院入住單位時已有壓瘡率
一般住院 跌倒	Inpt-Fall-01	一般住院跌倒
	Inpt-Fall-01a	因病人健康狀況而跌倒
	Inpt-Fall-01b	因治療/藥物及麻醉反應造成跌倒
	Inpt-Fall-01c	因環境危險因子造成跌倒
	Inpt-Fall-01d	因其他因素造成跌倒
	Inpt-Fall-02	65 歲以上病人跌倒
	Inpt-Fall-03	一般住院跌倒造成傷害
	Inpt-Fall-03a	跌倒造成輕度傷害
	Inpt-Fall-03b	跌倒造成中度傷害
	Inpt-Fall-03c	跌倒造成重度傷害
	Inpt-Fall-03d	跌倒造成極重度傷害
	Inpt-Fall-03e	跌倒造成死亡
	Inpt-Fall-04	跌倒造成頭部傷害比率
	Inpt-Fall-05	65 歲以上病人跌倒造成頭部傷害比率
	Inpt-Fall-06	重複跌倒比率
一般住院 醫療裝置相關 感染	Inpt-BSI-01	一般住院中心導管相關血流感染(CLABSI)
	Inpt-VAP-01	一般住院呼吸器相關肺炎(VAP)
	Inpt-UTI-01	一般住院導尿管相關泌尿道感染(CAUTI)
兒科照護		
兒科 死亡率	Ped-Mort-01	一個月至十九歲住院總死亡率(含病危自動出院)
	Ped-Mort-02	一個月至十九歲住院總死亡率(不含病危自動出院)
	Ped-Mort-03	一個月至一歲以下兒童住院死亡率(含病危自動出院)
	Ped-Mort-04	一個月至一歲以下兒童住院死亡率(不含病危自動出院)
	Ped-Mort-05	一歲(含)至四歲兒童住院死亡率(含病危自動出院)
	Ped-Mort-06	一歲(含)至四歲兒童住院死亡率(不含病危自動出院)
	Ped-Mort-07	五歲至九歲兒童住院死亡率(含病危自動出院)
	Ped-Mort-08	五歲至九歲兒童住院死亡率(不含病危自動出院)

	Ped-Mort-09	十歲至十四歲兒童住院死亡率(含病危自動出院)
	Ped-Mort-10	十歲至十四歲兒童住院死亡率(不含病危自動出院)
	Ped-Mort-11	十五歲至十九歲住院死亡率(含病危自動出院)
	Ped-Mort-12	十五歲至十九歲住院死亡率(不含病危自動出院)
新生兒 死亡率	Neo-Mort-01	直接入院新生兒(出生體重 ≤ 750 公克)死亡率(含病危自動出院)
	Neo-Mort-02	直接入院新生兒(出生體重 ≤ 750 公克)死亡率(不含病危自動出院)
	Neo-Mort-03	直接入院新生兒(750 公克 $<$ 出生體重 $\leq 1,000$ 公克)死亡率(含病危自動出院)
	Neo-Mort-04	直接入院新生兒(750 公克 $<$ 出生體重 $\leq 1,000$ 公克)死亡率(不含病危自動出院)
	Neo-Mort-05	直接入院新生兒($1,000$ 公克 $<$ 出生體重 $\leq 1,500$ 公克)死亡率(含病危自動出院)
	Neo-Mort-06	直接入院新生兒($1,000$ 公克 $<$ 出生體重 $\leq 1,500$ 公克)死亡率(不含病危自動出院)
	Neo-Mort-07	直接入院新生兒($1,500$ 公克 $<$ 出生體重 $\leq 2,500$ 公克)死亡率(含病危自動出院)
	Neo-Mort-08	直接入院新生兒($1,500$ 公克 $<$ 出生體重 $\leq 2,500$ 公克)死亡率(不含病危自動出院)
	Neo-Mort-09	直接入院新生兒(出生體重 $> 2,500$ 公克)死亡率(含病危自動出院)
	Neo-Mort-10	直接入院新生兒(出生體重 $> 2,500$ 公克)死亡率(不含病危自動出院)
	Neo-Mort-11	他院轉入新生兒(出生體重 ≤ 750 公克)死亡率(含病危自動出院)
	Neo-Mort-12	他院轉入新生兒(出生體重 ≤ 750 公克)死亡率(不含病危自動出院)
	Neo-Mort-13	他院轉入新生兒(750 公克 $<$ 出生體重 $\leq 1,000$ 公克)死亡率(含病危自動出院)
	Neo-Mort-14	他院轉入新生兒(750 公克 $<$ 出生體重 $\leq 1,000$ 公克)死亡率(不含病危自動出院)
	Neo-Mort-15	他院轉入新生兒($1,000$ 公克 $<$ 出生體重 $\leq 1,500$ 公克)死亡率(含病危自動出院)
	Neo-Mort-16	他院轉入新生兒($1,000$ 公克 $<$ 出生體重 $\leq 1,500$ 公克)死亡率(不含病危自動出院)
	Neo-Mort-17	他院轉入新生兒($1,500$ 公克 $<$ 出生體重 $\leq 2,500$ 公克)死亡率(含病危自動出院)
	Neo-Mort-18	他院轉入新生兒($1,500$ 公克 $<$ 出生體重 $\leq 2,500$ 公克)死亡率(不含病危自動出院)

	Neo-Mort-19	他院轉入新生兒(出生體重>2,500 公克)死亡率(含病危自動出院)
	Neo-Mort-20	他院轉入新生兒(出生體重>2,500 公克)死亡率(不含病危自動出院)
醫療裝置使用 及相關 感染	Neo-BSI-01	新生兒中心導管相關之血流感染率
	Neo-BSI-02	新生兒中心導管使用
	Neo-BSI-03	新生兒中心導管感染發生間隔的天數
產科照護		
產科照護	Obs-01	總剖腹產率
	Obs-02	初次剖腹產率
	Obs-03	再次剖腹產率
	Obs-04	剖腹產後自然產比率
	Obs-05	剖腹產後嘗試自然產成功率
	Obs-06	產程中會陰切開比率
	Obs-07	產程中會陰四度裂傷發生率
	Obs-08	低新生兒生命指數發生率
	Obs-09	新生兒產傷發生率
	Obs-10	住院期間純母乳哺餵率
急診照護		
急診 處理率	ER-Tria-02	急診檢傷 2 級病人 10 分鐘內處理率
	ER-Tria-03	急診檢傷 3 級病人 30 分鐘內處理率
	ER-Tria-04	急診檢傷 4 級病人 60 分鐘內處理率
	ER-Tria-05	急診檢傷 5 級病人 120 分鐘內處理率
急診 停留動向	ER-Los-01	檢傷後停留時間 ≤ 2 小時
	ER-Los-01a	檢傷後停留時間 ≤ 2 小時後出院返家
	ER-Los-01b	檢傷後停留時間 ≤ 2 小時後轉住院
	ER-Los-01c	檢傷後停留時間 ≤ 2 小時後轉留觀
	ER-Los-01d	檢傷後停留時間 ≤ 2 小時後轉院
	ER-Los-01e	檢傷後停留時間 ≤ 2 小時後其他處置結果
	ER-Los-02	檢傷後停留時間 > 2 小時且 ≤ 6 小時
	ER-Los-02a	檢傷後停留時間 2 至 6 小時後出院返家
	ER-Los-02b	檢傷後停留時間 2 至 6 小時後轉住院
	ER-Los-02c	檢傷後停留時間 2 至 6 小時後轉留觀

	ER-Los-02d	檢傷後停留時間 2 至 6 小時後轉院
	ER-Los-02e	檢傷後停留時間 2 至 6 小時後其他處置結果
	ER-Los-03	檢傷後停留時間 > 6 小時且 ≤ 24 小時
	ER-Los-03a	檢傷後停留時間 6 至 24 小時後出院返家
	ER-Los-03b	檢傷後停留時間 6 至 24 小時後轉住院
	ER-Los-03c	檢傷後停留時間 6 至 24 小時後轉留觀
	ER-Los-03d	檢傷後停留時間 6 至 24 小時後轉院
	ER-Los-03e	檢傷後停留時間 6 至 24 小時後其他處置結果
	ER-Los-04	檢傷後停留時間 > 24 小時
	ER-Los-04a	檢傷後停留時間 > 24 小時後出院返家
	ER-Los-04b	檢傷後停留時間 > 24 小時後轉住院
	ER-Los-04c	檢傷後停留時間 > 24 小時後轉留觀
	ER-Los-04d	檢傷後停留時間 > 24 小時後轉院
	ER-Los-04e	檢傷後停留時間 > 24 小時後其他處置結果
急診 留觀後動向	ER-Ob-01	急診留觀率
	ER-Ob-02	急診留觀後出院返家
	ER-Ob-03	急診留觀後轉住院
	ER-Ob-04	急診轉留觀後非計畫重返急診核心照護區
急診病人未 完成治療即離開 比率	ER-Leav-01	急診病人未完成治療即離開比率
急診返診	ER-UnR-01	24 小時內相關性急診返診
	ER-UnR-02	72 小時內相關性急診返診
重點照護-急性心肌梗塞照護		
評估診斷	AMI-01	到急診 10 分鐘內完成 ECG
	AMI-02	病人之初次肌鈣蛋白結果於檢體收件時間 60 分鐘內產 出報告之比率
	AMI-03	低密度脂蛋白膽固醇評估
治療處置	AMI-04	STEMI 到急診 6 小時內給予雙重血小板抑制劑治療(阿 斯匹靈+ADP 受體拮抗劑)
	AMI-05	STEMI 到急診 30 分鐘內給予血栓溶解劑治療
	AMI-06	STEMI 給予直接經皮冠狀動脈介入術治療時間的中位 數

	AMI-07	STEMI 到急診 90 分鐘內施予直接經皮冠狀動脈介入術比率
	AMI-08	STEMI 院內無法執行直接經皮冠狀動脈介入術者，於 30 分鐘內轉出病人比率
	AMI-09	STEMI 住院期間給予血栓溶解劑治療或經皮冠狀動脈介入術的比率
	AMI-10	住院期間給予乙型阻斷劑
	AMI-11	左心室收縮功能不良(LVSD)患者給予血管張力素轉換酶抑制劑(ACEI)或血管張力素接受器阻斷劑(ARB)
	AMI-12	出院給予雙重血小板抑制劑治療處方(阿斯匹靈+ADP 受體拮抗劑)
	AMI-13	出院給予降血脂藥物
預後照護	AMI-14	病人主診斷為急性心肌梗塞之住院期間非計畫性重返加護病房
	AMI-15	住院中死亡率(含病危自動出院)
	AMI-16	出院後 72 小時內因主診斷為急性心肌梗塞或相關病情之非計畫性急診返診
	AMI-17	出院 14 天內(含)因主診斷急性心肌梗塞或相關病情非計畫性再住院
衛生教育	AMI-18	曾吸菸 AMI 病人住院期間接受戒菸衛教執行率
	AMI-19	心血管治療藥物衛教執行率
	AMI-20	心臟復健衛教執行率

急性精神照護指標	
(一) 評估相關指標	
轉出/出院至急性住院照護	
PSYA-Tran-01	精神科住院 24 小時(含)內轉出/出院至急性照護住院
PSYA-Tran-02	精神科住院 24 至 72 小時(含)內轉出/出院至急性照護住院
PSYA-Tran-03	精神科住院大於 72 小時內轉出/出院至急性照護住院
(二) 住院期間照護指標	
傷害行為	
PSYA-Inj-01	精神科病人自傷事件
PSYA-Inj-02	精神科病人身體攻擊事件
PSYA-Inj-03	精神科病人企圖自殺事件
PSYA-Inj-04	精神科病人自殺死亡事件
非計畫性離院導致出院	
PSYA-UnD-01	非計畫的離院導致出院
PSYA-UnD-01a	因為自動出院導致的非計畫離院

PSYA-UnD-01b	因為私自離院導致的非計畫離院
非自願性身體約束	
PSYA-Res-01	非自願性約束事件
PSYA-Res-02	非自願性約束平均事件數
PSYA-Res-03	精神分裂異常非自願性約束事件
PSYA-Res-04	情感性精神病非自願性約束事件
隔離的使用	
PSYA-Sec-01	非自願性隔離事件
PSYA-Sec-01a	時間小於或等於 1 小時的隔離事件
PSYA-Sec-01b	時間大於 1 小時但小於或等於 6 小時的隔離事件
PSYA-Sec-01c	時間大於 6 小時但小於或等於 12 小時的隔離事件
PSYA-Sec-01d	時間大於 12 小時的隔離事件
PSYA-Sec-02	非自願性隔離平均事件數
PSYA-Sec-03	精神分裂異常非自願性隔離事件
PSYA-Sec-04	情感性精神疾患非自願性隔離事件
有紀錄的跌倒	
PSYA-Fall-01	有紀錄的跌倒
PSYA-Fall-01a	因病人健康狀況而造成跌倒
PSYA-Fall-01b	因藥物反應而造成跌倒
PSYA-Fall-01c	因環境中危險因子而造成跌倒
PSYA-Fall-01d	因其他因素而造成跌倒
PSYA-Fall-02	跌倒造成之傷害
PSYA-Fall-02a	跌倒造成輕度傷害
PSYA-Fall-02b	跌倒造成中度傷害
PSYA-Fall-02c	跌倒造成重度傷害
PSYA-Fall-02d	跌倒造成極重度傷害
PSYA-Fall-02e	跌倒造成死亡
急性精神科病人住院天數	
PSYA-LOS-01	精神分裂異常病人住院天數
PSYA-LOS-02	情感性精神病病人住院天數
(二) 出院	
精神科住院病人再住院	
PSYA-UnR-01	精神科病人於出院後 14 天內再住院
PSYA-UnR-01a	精神科病人於出院後 14 天內再住院，且前次精神科住院時間≤72 小時
PSYA-UnR-01b	精神科病人於出院後 14 天內再住院，且前次精神科住院時間>72 小時但≤15 天
PSYA-UnR-01c	精神科病人於出院後 14 天內再住院，且前次精神科住院時間在 15 天以上
PSYA-UnR-02	精神科病人於出院後第 15 至 30 天內再住院
PSYA-UnR-03	精神科病人於出院後第 31 至 60 天內再住院

慢性精神照護	
(一) 評估相關指標	
轉出/出院至急性住院照護	
PSYC-Tran-01	精神科住院 24 小時(含)內轉出/出院至急性照護住院
PSYC-Tran-02	精神科住院 24 至 72 小時(含)內轉出/出院至急性照護住院
PSYC-Tran-03	精神科住院大於 72 小時內轉出/出院至急性照護住院
(二) 住院期間照護指標	
住院期間傷害行為	
PSYC-Inj-01	精神科病人自傷事件
PSYC-Inj-02	精神科病人身體攻擊事件
PSYC-Inj-03	精神科病人企圖自殺事件
PSYC-Inj-04	精神科病人自殺死亡事件
精神科非計畫性離院導致出院	
PSYC-UnD-01	非計畫的離院導致出院
PSYC-UnD-01a	因為自動出院導致的非計畫離院
PSYC-UnD-01b	因為私自離院導致的非計畫離院
非自願性身體約束	
PSYC-Res-01	非自願性約束事件
PSYC-Res-02	非自願性約束平均事件數
PSYC-Res-03	精神分裂異常非自願性約束事件
隔離的使用	
PSYC-Sec-01	非自願性隔離事件
PSYC-Sec-01a	時間小於或等於 1 小時的隔離事件
PSYC-Sec-01b	時間大於 1 小時但小於或等於 6 小時的隔離事件
PSYC-Sec-01c	時間大於 6 小時但小於或等於 12 小時的隔離事件
PSYC-Sec-01d	時間大於 12 小時的隔離事件
PSYC-Sec-02	非自願性隔離平均事件數
PSYC-Sec-03	精神分裂異常非自願性隔離事件
有紀錄的跌倒	
PSYC-Fall-01	有記錄的跌倒
PSYC-Fall-01a	因病人健康狀況而造成跌倒
PSYC-Fall-01b	因藥物反應而造成跌倒
PSYC-Fall-01c	因環境中危險因子而造成跌倒
PSYC-Fall-01d	因其他因素而造成跌倒
PSYC-Fall-02	跌倒造成之傷害
PSYC-Fall-02a	跌倒造成輕度傷害
PSYC-Fall-02b	跌倒造成中度傷害
PSYC-Fall-02c	跌倒造成重度傷害

PSYC-Fall-02d	跌倒造成極重度傷害
PSYC-Fall-02e	跌倒造成死亡
疥瘡感染	
PSYC-Sca-01	疥瘡感染期盛行率
非計畫性體重改變	
PSYC-Nutr-01	非計畫性體重減輕 5% 以上的比率
PSYC-Nutr-02	非計畫性體重增加 5% 以上的比率
異物哽塞	
PSYC-Chok-01	異物哽塞
PSYC-Chok-02	異物哽塞致死事件
PSYC-Chok-03	異物重複哽塞事件
(三) 出院	
精神科住院病人再住院	
PSYC-UnR-01	精神科病人於出院後 14 天內再住院
PSYC-UnR-01a	精神科病人於出院後 14 天內再住院，且前次精神科住院時間≤72 小時
PSYC-UnR-01b	精神科病人於出院後 14 天內再住院，且前次精神科住院時間>72 小時但≤15 天
PSYC-UnR-01c	精神科病人於出院後 14 天內再住院，且前次精神科住院時間在 15 天以上
PSYC-UnR-02	精神科病人於出院後第 15 至 30 天內再住院
PSYC-UnR-03	精神科病人於出院後第 31 至 60 天內再住院

長照（護理之家）指標	
營養	
LC-Nutr-01	非計畫性體重減輕
LC-Nutr-02	體重過輕住民點盛行率
跌倒	
LC-Fall-01	有記錄的跌倒
LC-Fall-02	跌倒造成傷害比率
LC-Fall-02a	跌倒造成輕度傷害
LC-Fall-02b	跌倒造成中度傷害
LC-Fall-02c	跌倒造成重度傷害
LC-Fall-02d	跌倒造成極重度傷害
LC-Fall-02e	跌倒造成死亡
LC-Fall-03	重複跌倒比率
壓瘡	
LC-PU-01	壓瘡期盛行率
LC-PU-02	第一級壓瘡期盛行率

LC-PU-03	第二級壓瘡期盛行率
LC-PU-04	第三級壓瘡期盛行率
LC-PU-05	第四級壓瘡期盛行率
LC-PU-06	入住機構已有壓瘡之比率
LC-PU-07	壓瘡發生率
約束	
LC-Res-01	使用身體約束率
LC-Res-01a	因預防跌倒使用身體約束率
LC-Res-01b	因協助治療使用身體約束率
LC-Res-01c	因其他因素使用身體約束率
LC-Res-02	重覆使用身體約束率
管路使用	
LC-Tube-01	使用鼻胃管點盛行率
LC-Tube-02	使用存留導尿管點盛行率
LC-Tube-03	使用氣切點盛行率
LC-Tube-04	鼻胃管移除率
LC-Tube-05	存留導尿管移除率
LC-Tube-06	氣切移除率
LC-Tube-07	鼻胃管非計畫性滑脫率
LC-Tube-08	存留導尿管非計畫性滑脫率
LC-Tube-09	氣切非計畫性滑脫率
感染	
LC-Infe-01	有接受治療的下呼吸道感染
LC-Infe-02	有接受治療的下呼吸道感染的住民/病人人日
LC-Infe-03	有症狀且接受治療的泌尿道感染
LC-Infe-04	使用存留導尿管且接受治療的有症狀泌尿道感染
LC-Infe-05	未使用存留導尿管且接受治療的有症狀泌尿道感染
轉出/出院至急性照護	
LC-Tran-01	入機構後 48 小時內非計畫性轉出/出院至急性住院照護
LC-Tran-02	非計畫性轉出/出院至急性住院照護總率
LC-Tran-02a	因心血管代償機能減退而非計畫性轉出/出院至急性住院照護
LC-Tran-02b	因骨折之治療或評估而非計畫性轉出/出院至急性住院照護
LC-Tran-02c	因腸胃道出血而非計畫性轉出/出院至急性住院照護率
LC-Tran-02d	因感染而非計畫性轉出/出院至急性住院照護
LC-Tran-02e	因呼吸系統困難而非計畫性轉出/出院至急性住院照護
LC-Tran-02f	因其他內外科原因非計畫性轉出/出院至急性住院照護
藥物使用	
LC-Med-01	多重藥物使用比率
LC-Med-02	長效型鎮靜劑藥物使用率
LC-Med-03	長效型鎮靜劑藥物連續使用率

LC-Med-04	口服抗生素藥物使用率
LC-Med-05	口服抗生素藥物連續使用率
LC-Med-06	口服短效型非類固醇止痛藥物使用率
LC-Med-07	口服短效型非類固醇止痛藥物連續使用率
LC-Med-08	口服 Warfarin 抗凝血劑藥物凝血時間(INR)監測
LC-Med-09	口服 Digoxin 毛地黃藥物血清毛地黃藥物濃度監測
日常活(行)動	
LC-Act-01	日常生活功能改善

附錄十四、地區醫院品質指標(TCHA)

99年度社區醫院品質指標 (TCHA)指標索引

99年3月起適用

	指標編號	指標名稱	指標屬性	評估面	部門	分子定義	分母定義	本指標的分子或分母=後者指之分子或分母		指標特色	
健保指標	TCHA選033	住院藥物異常率	健保指標	過程面	住院	當月住院病人藥物異常總人次	當月總住院人日數	分母	TCHA必003、必028、選035	分母	95年度健保分區病人權益確保措施監測指標項目之一。
	TCHA選033	住院藥物異常率	健保指標	過程面	住院	當月住院病人藥物異常總人次	當月總住院人日數	分母	TCHA必007-1、必009-1	分子	95年度健保分區病人權益確保措施監測指標項目之一。
	TCHA選034	住院期間輸血錯誤事件發生率	健保指標	結果面	住院	當月住院期間發生輸血錯誤事件總人次	當月住院期間輸血總袋數				95年度健保分區病人權益確保措施監測指標項目之一。
	TCHA選035	住院期間跌倒事件發生率	健保指標	過程面	住院	當月住院期間發生跌倒事件總人次	當月總住院人日數	分母	TCHA必003、必028、選033	分母	95年度健保分區病人權益確保措施監測指標項目之一。
	TCHA選035	住院期間跌倒事件發生率	健保指標	過程面	住院	當月住院期間發生跌倒事件總人次	當月總住院人日數	分母	TCHA必007-1、必009-1		
必要性	TCHA必001	門診初診率	必要性	結構面	門診	當月門診初診總人數	當月門診總人次	分母	TCHA必002	分母	1.醫院服務病患指標-太高：病患回診意願低。太低：缺乏新客源。 2.必須配合門診看診總人數來看。
	TCHA必001-1	急診初診率	必要性	結構面	急診	當月急診初診總人數	當月急診總人次				了解急診病人就醫情形。
	TCHA必001-2	初診病人平均候診時間	必要性	結構面	門診	當年初診門診掛號至診間看診時間合計	當年初診總人次				1.了解醫院初診病人等候看診時間 2.對應新制醫院評鑑資料表第七章
	TCHA必002	門診病人住院率	必要性	過程面	門診	當月由門診直接住院之總病人人次	當月門診總人次	分母	TCHA必001	分母	1.配合三日內住院率來看，若兩者數值均高，則門診病人疾病嚴重度高。 2.高-病患住院浮濫、病患疾病嚴重度高 低-醫師收治意願及病患滿意度低。
	TCHA必003	院內感染率	必要性	過程面	住院	當月院內感染總人次	當月總住院人日數	分母	TCHA必028、選033、選035 分母 TCHA必007-1、必009-1	分母 分子	1.醫院醫療照護基礎指標。 2.醫院評鑑之必要項次，平時準備以便評鑑資料呈現。 3.健保局監測指標之一。
	TCHA必003-1	一般病房呼吸器使用病人感染率	必要性	過程面	住院	當月一般病房呼吸器使用病人感染總人次	當月一般病房呼吸器使用病人總住院人日數	分母	TCHA必028-1	分母	1.醫院醫療照護基礎指標。 2.評鑑必要項次，平時準備以便評鑑資料呈現。 3.健保局監測指標之一。
	TCHA必004	門診健保申報醫療費用點數成長率	必要性	結果面	門診	(當月門診健保申報總醫療費用點數-去年同期門診健保申報總醫療費用點數)	去年同期門診健保申報總醫療費用點數				1.健保申報為醫院收入主要來源。 2.健保局監測指標之一(門診、住院費用分級審查)。 3.醫院總額後點值浮動監測。
	TCHA必005	門診健保申報平均每件醫療費用點數	必要性	結果面	門診	當月門診健保申報總醫療費用點數[註]	當月門診健保申報總案件數[註]	分母	TCHA必006	分母	健保局監測指標之一(門診費用分級審查)。
	TCHA必006	門診健保申報平均每件診療點數	必要性	結果面	管理	當月門診健保申報總診療點數	當月門診健保申報總案件數[註]	分母	TCHA必005	分母	1.監測每件診療點數，點數過高-是否檢驗檢查浮濫。(可再分析門診手術、CT、ESWL是否增加) 2.健保局監測指標之一。 3.各分局回饋資料做比較。

99年度社區醫院品質指標 (TCHA)指標索引

99年3月起適用

指標編號	指標名稱	指標屬性	評估面	部門	分子定義	分母定義	本指標的分子或分母=後者指之分子或分母		指標特色
TCHA必007	一般急性病房平均住院天數	必要性	結果面	住院	當月一般急性病房出院病患之住院總人日	當月一般急性病房總出院人次			1.可配合佔床率、病床週轉率一起監測。 2.高-慢性病住院 低-輕病住院(配合3天內住院比率)。 3.平均住院日高，醫院醫療成本高(前三天完成診療項次)。
TCHA必007-1	平均住院日	必要性	結果面	住院	當月總住院人日數	當月總住院人次數	分子 分子 分子 分母	TCHA必009-1 TCHA必003、必028、選033、選035 TCHA必047、選012、選014 TCHA選013、選019、選003	分子 分子 分母 分母 1.可配合佔床率、病床週轉率一起監測。 2.高-慢性病住院 低-輕病住院(配合3天內住院比率)。 3.平均住院日高，醫院醫療成本高(前三天完成診療項次)。 4.對應新制醫院評鑑基準第二章
TCHA必007-2	手術病人平均住院日	必要性	結果面	住院	當月住院手術病人總住院人日數	當月住院手術病人總人次	分母	TCHA必013、選019、選003	分母 1.可配合佔床率、病床週轉率一起監測。 2.對應新制醫院評鑑資料表第四章
TCHA必008	住院3天內比率	必要性	結果面	住院	當月3天出院人次	當月總出院人次	分母	TCHA必010	分母 1.輕病住院指標。 2.高-不當收治轉院、非必要住院。
TCHA必009	一般急性病床佔床率	必要性	結構面	住院	當月一般急性病床總住院人日數	當月一般急性病床總病床日數			1.了解病床使用情形。 2.未來朝新增「病床週轉率」配合監測。
TCHA必009-1	總佔床率	必要性	結果面	住院	當月總住院人日數	當月總病床日數	分子 分子	TCHA必007-1 TCHA必003、必028、選033、選035	分子 分母 1.了解病床使用情形。 2.未來朝新增「病床週轉率」配合監測。 3.對應新制醫院評鑑基準第二章。
TCHA必010	粗死亡率	必要性	結果面	住院	當月總死亡人數	當月總出院人次	分母	TCHA必008	分母 1.醫院醫療照護基礎指標。(若本院開立的「死亡診斷證明書」計算之，則AAD需算)。 2.評鑑必要項次，平時準備評鑑呈現。 3.配合CMI值，探討疾病嚴重度對死亡率之可能影響。
TCHA必011	門診抗生素使用率	必要性	過程面	門診	當月門診健保申報抗生素藥品案件數	當月門診健保申報總開藥案件數	分母	TCHA必014、必016、必017、必019	分母 1.抗生素濫用情形，健保局監測指標之一。 2.健保專案核減重點，可參照健保局審查作業規範。 (1)運行使用第一線以外抗生素、其他高價抗生素嚴格審查。 (2)抗生素糖漿劑限八歲以下兒童同使用，以上因病情需要使用者應註明理由。 (3)抗生素以同時不超過2種為限，否則須附相關微生物培養報告。 (4)預防性使用以3天為原則，如必要延長，每次以7天為限，>7天須證明使用必要性。
TCHA必012	門診藥費點數佔總醫療費用點數之佔率	必要性	結果面	管理	當月門診健保申報總藥費點數	當月門診健保申報總醫療費用點數	分母 分母 分子	TCHA必026 TCHA必013	分子 分子 1.藥品耗用資源分析，門、住診加總約佔總醫療費用1/3；門診約佔費用1/2。 2.藥品耗用資源分析，門診藥費比例高。
TCHA必012-1	住院藥費點數佔總醫療費用點數佔率	必要性	結果面	管理	當月住院健保申報總藥費點數	當月住院健保申報總醫療費用點數	分母	TCHA必027	分子 1.藥品耗用資源分析，門、住診加總約佔總醫療費用1/3；門診約佔費用1/2。 2.藥品耗用資源分析，門診藥費比例高。
TCHA必012-2	門住診藥費點數佔總醫療費用點數佔率	必要性	結果面	管理	當月門、住診健保申報總藥費點數	當月門、住診健保申報總醫療費用點數	分母	TCHA必026、必027	分母 1.藥品耗用資源分析，門、住診加總約佔總醫療費用1/3；門診約佔費用1/2。 2.藥品耗用資源分析，門診藥費比例高。

99年度社區醫院品質指標 (TCHA)指標索引

99年3月起適用

指標編號	指標名稱	指標屬性	評估面	部門別	分子定義	分母定義	本指標的分子或分母=後者指之分子或分母			指標特色
TCHA必012-3	門診健保藥費成長率	必要性	結果面	門診	當月門診健保申報總藥費-去年同期門診健保申報總藥費	去年同期門診健保申報總藥費				1.監測院內門診健保申報藥費之支出狀況，進而了解及管控醫師用藥情形，以利院內分析及檢討
TCHA必012-4	住診健保藥費成長率	必要性	結果面	住院	當月住診健保申報總藥費-去年同期住診健保申報總藥費	去年同期住診健保申報總藥費				1.監測院內住診健保申報藥費之支出狀況，進而了解患者病況之恢復及管控醫師用藥情形，以利院內分析及檢討
TCHA必012-5	精神科門診藥費點數佔總醫療費用點數之佔率	必要性	結果面	管理	當月精神科門診健保申報總藥費點數	當月精神科門診健保申報總醫療費用點數	分子	TCHA必013-1	分子	1.監測院內精神科門診健保申報藥費之支出狀況，進而了解及管控醫師用藥情形，以利院內分析及檢討
TCHA必012-6	精神科住院藥費點數佔總醫療費用點數之佔率	必要性	結果面	管理	當月精神科住院健保申報總藥費點數	當月精神科住院健保申報總醫療費用點數				1.監測院內精神科住診健保申報藥費之支出狀況，進而了解患者病況之恢復及管控醫師用藥情形，以利院內分析及檢討
TCHA必012-7	精神科門、住診藥費點數佔總醫療費用點數之佔率	必要性	結果面	管理	當月精神科門、住診健保申報總藥費點數	當月精神科門、住診健保申報總醫療費用點數				1.藥品耗用資源分析，門、住診加總約佔總醫療費用1/3；門診約佔費用1/2。 2.藥品耗用資源分析，門診藥費比例高。
TCHA必013	門診平均人日藥費	必要性	結果面	管理	當月門診健保申報總藥費點數	當月門診健保申報總開藥天數	分子	TCHA必012	分子	1.門診藥品收入。(每人約30-40元/日)。
							分母	TCHA必016	分母	2.健保監測指標之一(高貴藥使用)。
							分母	TCHA選036	分母	3.健保監測指標-門診醫療費用異常追蹤管控：科別、醫師別。
TCHA必013-1	精神科門診平均人日藥費	必要性	結果面	門診	當月精神科門診健保申報總藥費點數	當月精神科門診健保申報總開藥天數	分子	TCHA必012-5	分子	1.監測院內精神科門診每位患者就醫藥費之平均費用，以了解精神科門診健保申報藥費之支出情形及醫師之用藥習慣
TCHA必014	平均每張處方箋用藥品項數	必要性	結果面	管理	當月門診健保申報總開藥品項數	當月門診健保申報總開藥案件數	分母	TCHA必011.必016.必017.必019	分母	1.健保藥事審查之監測機制。 2.平均約控制五項/張以內。
TCHA必014-1	精神科平均每張處方箋用藥品項數	必要性	結果面	管理	當月精神科門診健保申報總開藥品項數	當月精神科門診健保申報總開藥案件數				1.精神科醫療服務管理。
TCHA必014-2	處方箋釋出比率	必要性	結果面	管理	當月門診處方箋釋出案件數	當月門診處方箋數				1.了解醫院門診處方箋釋出之狀況
TCHA必015	慢性病平均每張處方箋用藥天數	必要性	結果面	管理	當月門診健保申報慢性病總開藥天數	當月門診健保申報慢性病總開藥案件數	分母	TCHA必025	分母	1.慢性病醫療服務管理。 2.可配合指標 TCHA019 開立慢性病連續處方箋率一同探討。
TCHA必016	平均每張處方箋用藥天數	必要性	結果面	管理	當月門診健保申報總開藥天數	當月門診健保申報總開藥案件數	分母	TCHA必011.必014.必017.必019	分母	1.健保局重視用藥指標。
							分子	TCHA必013.選036	分母	
TCHA必016-1	精神科平均每張處方箋用藥天數	必要性	結果面	管理	當月精神科門診健保申報精神科總開藥天數	當月精神科門診健保申報精神科總開藥案件數				1.精神科醫療服務管理。
TCHA必017	門診注射針劑使用率	必要性	結果面	管理	當月門診健保申報注射藥品總案件數	當月門診健保申報總開藥案件數	分母	TCHA必011.必014.必016.必019	分母	1.健保局醫療服務品質管理指標。 2.監測針劑使用率。
TCHA必018	門、急診CT執行率	必要性	結果面	門診	當月門、急診健保申報CT總案件數	當月門、急診健保申報總案件數				1.健保局監測指標之一。

99年度社區醫院品質指標 (TCHA)指標索引

99年3月起適用

	指標編號	指標名稱	指標屬性	評估面	部門	分子定義	分母定義	本指標的分子或分母=後者指之分子或分母	指標特色
必要性	TCHA必018-1	CT 30日內重複率	必要性	結果面	管理	當月門、住診執行CT案件之ID追蹤30日內有重複執行二次或二次以上CT的筆數	當月門、住診執行CT之案件數		1.健保局重要監控指標之一。
	TCHA必019	開立慢性病連續處方箋率	必要性	結果面	門診	當月門診健保申報開立慢性病連續處方箋總張數	當月門診健保申報總開藥案件數	分母 TCHA必011、必014、必016、必017	1. 慢性病醫療服務管理。 2. 健保鼓勵慢性病連續處方箋釋出，可以此指標監控。
	TCHA必020	每年轉出人次	必要性	結果面	管理	當年轉出人次	分母請務必填寫"1"	分母 TCHA必043、必043-1、必043-2、必020-1	1. 對應新制醫院評鑑資料表第一章
	TCHA必020-1	每年他院轉入病人數	必要性	結果面	管理	當年他院轉入病人數	分母請務必填寫"1"	分母 TCHA必043、必043-1、必043-2、必020	1. 對應新制醫院評鑑基準第二章 2. 對應新制醫院評鑑資料表第一章
	TCHA必021	出院後14日內非計劃性再住院率	必要性	結果面	住院	當月健保申報14日內非計劃性再住院總人次【1】	當月健保申報總出院人次【不含死亡】	分母 TCHA必021-1、選016、選016-1	1. 健保局監測醫院規避長期住院核退，ICD-9cm前三碼不相同(醫院分級指標)。
	TCHA必021-1	出院後14日內非計劃性再住院率【排除主診斷碼前三碼不相同者】	必要性	結果面	住院	當月健保申報14日內非計劃性再住院總人次【2】	當月健保申報總出院人次【不含死亡】	分母 TCHA必021、選016、選016-1	1. 健保局監測醫院規避長期住院核退，ICD-9cm前三碼相同(醫院分級指標)。
	TCHA必022	剖腹產率	必要性	結果面	住院	當月健保申報剖腹產總人次	當月健保申報總生產人次	分母 TCHA必022-1	1. 醫院婦產科醫療處置基礎指標。 2. 評鑑必要項次，平時準備以便評鑑資料呈現。 3. 健保醫院分級指標。
	TCHA必022-1	初次剖腹產佔總生產數比率	必要性	結果面	住院	當月健保申報初次非自願剖腹產總人次	當月健保申報總生產人次	分母 TCHA必022	1. 醫院婦產科醫療處置基礎指標。 2. 評鑑必要項次，平時準備以便評鑑資料呈現。 3. 健保醫院分級指標。
	TCHA必023	門診與住診健保申報醫療費用點數成長率	必要性	結果面	管理	當月門、住診健保申報總醫療費用點數—去年同期門、住診健保申報總醫療費用點數	去年同期門、住診健保申報總醫療費用點數		1. 健保監測，醫院申報成長率費用分級審查。 2. 健保分級指標(成長率佔整體費用成長百分比)。
	TCHA必024	30日以上超長住院率	必要性	結果面	住院	當月一般急性病人住院超過30日以上的案件數	當月總出院申報案件數		1. 健保局重要監控指標之一。
	TCHA必025	慢性病平均每張處方箋用藥品項數	必要性	結果面	管理	當月門診健保申報慢性病總開藥藥品項數	當月門診健保申報慢性病總開藥案件數	分母 TCHA必015	1. 為慢性病用藥品項監測指標。 2. 健保局監測指標之一。
	TCHA必026	門診醫療費用點數佔率	必要性	結果面	管理	當月門診健保申報總醫療費用點數	當月門、住診健保申報總醫療費用點數	分子 TCHA必012 分母 TCHA必027、TCHA必012-2	1. 健保局監測指標之一。
	TCHA必027	住院醫療費用點數佔率	必要性	結果面	管理	當月住院健保申報總醫療費用點數	當月門、住診健保申報總醫療費用點數	分母 TCHA必026、TCHA必012-2 分子 TCHA必012-1	1. 健保局監測指標之一。

99年度社區醫院品質指標 (TCHA)指標索引

99年3月起適用

指標編號	指標名稱	指標屬性	評估面	部門	分子定義	分母定義	本指標的分子或分母=後者指之分子或分母			指標特色
TCHA必028	住院病人壓瘡發生率	必要性	結果面	住院	當月住院病人發生壓瘡總人次	當月總住院人日數	分母 TCHA必003、選033、選035	分母	分母	監測住院病人醫療照護品質。
TCHA必028-1	一般病房呼吸器使用病人壓瘡發生率	必要性	結果面	住院	當月一般病房呼吸器使用病人發生壓瘡總人次	當月一般病房呼吸器使用病人總住院人日數	分母 TCHA必007-1、必009-1	分母	分母	1.監測使用吸器之病人醫療照護品質。 2.呼吸器使用後新增壓瘡才算。
TCHA必029	一般病房呼吸器脫離成功個案比率【72小時】	必要性	結果面	住院	當月一般病房呼吸器連續脫離≥72小時成功總人次	當月一般病房呼吸器使用總個案數	分母 TCHA必029-1	分母	分母	1.監測使用呼吸器之病人醫療照護品質。 2.第1-2日每日開歇使用呼吸器總計不超過6小時，第3天起完全不使用呼吸器。3.必029分子數值應≥必029-1分子數值。
TCHA必029-1	一般病房呼吸器脫離成功個案比率【120小時】	必要性	結果面	住院	當月一般病房呼吸器連續脫離≥120小時成功總人次	當月一般病房呼吸器使用總個案數	分母 TCHA必029	分母	分母	1.監測使用呼吸器之病人醫療照護品質。 2.第1-4日每日開歇使用呼吸器總計不超過6小時，第5天起完全不使用呼吸器。3.必029分子數值應≥必029-1分子數值。
TCHA必030	一般慢性病床佔床率	必要性	結果面	住院	當月一般慢性病床總住院人日數	當月一般慢性病床總病床日數				1.了解病床使用情形。 2.未來朝新增「病床週轉率」配合監測。
TCHA必031	速動比率	必要性	結果面	管理	速動資產	流動負債	分母 TCHA必031-1	分母	分母	1.對應新制醫院評鑑基準第二章。 2.做為醫院會計業務管理機制，確實掌握部門別（科別、單位別）收入及費用，並有相關報表。
TCHA必031-1	流動比率	必要性	結果面	管理	流動資產	流動負債	分母 TCHA必031	分母	分母	1.對應新制醫院評鑑基準第二章。 2.做為醫院會計業務管理機制，確實掌握部門別（科別、單位別）收入及費用，並有相關報表。
TCHA必032	固定資產週轉率(次)	必要性	結果面	管理	當年醫務總收入	平均固定資產				1.對應新制醫院評鑑基準第二章。 2.做為醫院會計業務管理機制，確實掌握部門別（科別、單位別）收入及費用，並有相關報表。
TCHA必032-1	存貨週轉率(次)	必要性	結果面	管理	藥品及醫療衛材成本	平均存貨				1.對應新制醫院評鑑基準第二章。 2.做為醫院會計業務管理機制，確實掌握部門別（科別、單位別）收入及費用，並有相關報表。
TCHA必033	員工生產力	必要性	結果面	管理	當月醫療總收入	當月員工總人數	分母 TCHA必033-1	分母	分母	1.對應新制醫院評鑑基準第八章。
TCHA必033-1	門診員工服務力	必要性	結果面	管理	當月門診人次	當月員工總人數	分母 TCHA必033	分母	分母	1.對應新制醫院評鑑基準第八章。
TCHA必033-2	專任醫師生產力	必要性	結果面	管理	當月專任醫師醫療收入	當月專任醫師總人數				1.對應新制醫院評鑑基準第八章。
TCHA必034	人事費用占醫療收入比率	必要性	結果面	管理	當月人事費用	當月醫務收入				1.對應新制醫院評鑑基準第二章。 2.做為醫院會計業務管理機制，確實掌握部門別（科別、單位別）收入及費用，並有相關報表。
TCHA必035	出院病歷於出院後3日內完成率	必要性	結果面	管理	當月出院病歷於出院後3日內完成本數	當月出院病歷總數	分母 TCHA必035-1	分母	分母	1.病歷管理指標監測之一。 2.做為醫院病歷管理機制，以維護病歷完整性。 3.對應新制醫院評鑑基準第二章。

99年度社區醫院品質指標 (TCHA)指標索引

99年3月起適用

指標編號	指標名稱	指標屬性	評估面	部門別	分子定義	分母定義	本指標的分子或分母=後者指之分子或分母		指標特色
TCHA必035-1	出院病歷於出院後7日內完成率	必要性	結果面	管理	當月出院病歷於出院後7日內完成本數	當月出院病歷總數	分母	TCHA必035	1.病歷管理指標監測之一。 2.做為醫院病歷管理機制，以維護病歷完整性。 3.對應新制醫院評鑑基準第二章。
TCHA必036	門診病歷品質審查完整率	必要性	結果面	管理	當月門診病歷品質審查項目達7項(含)以上之本數	當月門診病歷品質審查調閱總量			1.病歷管理指標監測之一。 2.做為醫院病歷管理機制，以確保病歷紀錄完整性及品質。
TCHA必037	病歷記錄藥物過敏反應執行率	必要性	結果面	管理	當月門診病歷數量藥物過敏未記載完成本數	當月病歷調閱總量			1.病歷管理指標監測之一。 2.做為醫院病歷管理機制，以維護病歷完整性。 3.對應新制醫院評鑑基準第二章。
TCHA必038	MRI 30日內重複率	必要性	結果面	管理	當月該院門診就診病人30天內有重複執行二次或二次以上MRI的次數	當月門、住執行MRI之案件數			1.健保局重要監控指標之一。 2.降低不必要/不當之檢查。
TCHA必039	醫管人員及行政人員每人每年院外在職教育時數24小時以上之比率	必要性	結果面	管理	當年醫管人員及行政人員院外在職教育總時數24小時以上之人數	當年醫管人員及行政人員每月平均總人數	分母	TCHA必039-1	1.提昇醫管人員及行政人員之專業能力及醫療服務品質。2.監測院內醫管人員及行政人員每人每年院外在職教育之比率，藉此觀察醫管人員及行政人員接受院外在職教育訓練之普遍性。3.探討醫院推動在職教育之結果。
TCHA必039-1	醫管人員及行政人員每人每年院外在職教育平均時數	必要性	結果面	管理	當年醫管人員及行政人員院外在職教育授課總時數	當年醫管人員及行政人員每月平均總人數	分母	TCHA必039	1.對應新制醫院評鑑基準第八章。2.監測院內醫管人員及行政人員每人每年院外在職教育之比率，藉此觀察醫管人員及行政人員接受院外在職教育訓練之普遍性。3.探討醫院推動在職教育之結果。
TCHA必039-2	護理人員每人每年在職教育時數25小時以上之比率	必要性	結構面	管理	當年護理人員每人在職教育時數25小時以上人數	全院護理人員數			1.對應新制醫院評鑑基準第八章。
TCHA必039-3	全院員工接受感染管制教育訓練時數符合CDC規範的比率	必要性	結構面	管理	全院員工接受感染管制教育訓練時數符合CDC規範人數	全院在職員工數			1.對應新制醫院評鑑基準第三章。
TCHA必040	精神科急性住院病患每人精神治療費	必要性	結果面	管理	當月精神科急性住院病患精神治療總費用	當月精神科急性住院病患人數			1.了解精神科急性住院病患於精神治療時醫療費用使用情形。
TCHA必041	複雜醫令點數成長率	必要性	結果面	管理	當月門診復健複雜醫令總點數-去年同期門診復健複雜醫令總點數	去年同期門診復健複雜醫令總點數			1.健保局重要監控指標之一。
TCHA必042	在職員工完成健康檢查率	必要性	結果面	管理	完成健康檢查之員工數	全院應體檢之人數			1.對應新制醫院評鑑基準第八章。
TCHA必042-1	員工每年流感疫苗注射比率	必要性	結果面	管理	當年接受流感疫苗人數	全院員工符合接受流感疫苗注射人數			1.對應新制醫院評鑑基準第八章。
TCHA必043	醫療異常事件通報件數	必要性	結果面	管理	當月醫療異常事件通報件數	分母請務必填寫"1"	分母	TCHA必043-1、必043-2	1.對應新制醫院評鑑基準第三章。
TCHA必043-1	藥物不良反應通報件數	必要性	結果面	管理	當月藥物不良反應通報件數	分母請務必填寫"1"	分母	TCHA必043、必043-2	1.對應新制醫院評鑑基準第三章。
TCHA必043-2	尖銳物扎傷數	必要性	結果面	管理	當月院內發生尖銳物針傷人次	分母請務必填寫"1"	分母	TCHA必043、必043-1	1.對應新制醫院評鑑基準第三章。

99年度社區醫院品質指標 (TCHA)指標索引

99年3月起適用

指標編號	指標名稱	指標屬性	評估面	部門別	分子定義	分母定義	本指標的分子或分母=後者指之分子或分母		指標特色
TCHA必044	簡單病例之病理報告在3個工作天內完成之比率	必要性	結果面	管理	當月簡單病例之病理報告在3個工作天內完成數	當月簡單病例總數			1.對應新制醫院評鑑基準第四章。
TCHA必045	洗手技術評核正確率	必要性	結果面	管理	正確洗手人數	監測洗手總人數			1.對應新制醫院評鑑基準第三章。
TCHA必046	急性一般病房白班護理人員與照護病人數比	必要性	住院面	管理	當月急性一般病房白班護理人員數	當月急性一般病房照護病人數			1.對應新制醫院評鑑基準第六章。
TCHA必046-1	護理人員在該院服務年資具2年以上的比率	必要性	結構面	管理	護理人員在該院服務年資具2年以上人數	全院護理人員數			1.對應新制醫院評鑑基準第六章。
TCHA必046-2	精神科急性一般病房白班護理人員與照護病人數比	必要性	住院面	管理	當月精神科急性一般病房白班護理人員數	當月精神科急性一般病房照護病人數			1.對應新制醫院評鑑基準第六章。
TCHA必047	身體約束率	必要性	過程面	管理	當月經歷1次或1次以上身體約束事件之住院病人數	當月住院人次			1.對應新制醫院評鑑基準第六章。
TCHA必048	門診手術取消率--病人取消	必要性	過程面	門診	當月門診手術排程由病人取消人次	當月門診排程手術人次	分母	TCHA選048-1	分母 1.病人取消率高，是因醫護人員未充分告知病人相關醫療訊息，還是醫療團隊讓病人無信心、等造成取消率高
TCHA必048-1	門診手術取消率--醫院取消	必要性	過程面	門診	當月門診手術排程由醫院取消人次	當月門診排程手術人次	分母	TCHA選048	分母 1.醫院取消率高，主因是醫院手術排程時間未安排其適當性，或是與醫生排程時間有相關性，進而導致取消率高
TCHA必048-2	門診檢查取消率--病人取消	必要性	過程面	門診	當月門診檢查排程由病人取消人次	當月門診排程檢查人次	分母	TCHA必048-3	分母 1.病人取消率高，是因醫護人員未充分告知病人相關醫療訊息，還是醫療團隊讓病人無信心、等造成取消率高
TCHA必048-3	門診檢查取消率--醫院取消	必要性	過程面	門診	當月門診檢查排程由醫院取消人次	當月門診排程檢查人次	分母	TCHA必048-2	分母 1.醫院取消率高，主因是醫院檢查排程時間未安排其適當性，或是與醫生排程時間有相關性，進而導致取消率高
TCHA必049	感染性廢棄物床日比	必要性	結果面	管理	當月感染性廢棄物總公斤數	當月總病床人日數	分母	TCHA必049-1	分母 1.對應新制醫院評鑑基準第二章 2.對應新制醫院評鑑資料表第二章
TCHA必049-1	非感染性廢棄物床日比	必要性	結果面	管理	當月非感染性廢棄物總公斤數	當月總病床人日數	分母	TCHA必049	分母 1.對應新制醫院評鑑資料表第二章
TCHA必050	住院會診24小時完成比率	必要性	過程面	住院	當月住院會診24小時完成件數	當月住院會診案件數	分母	TCHA必050-1、 TCHA必050-2	分母 1.對應新制醫院評鑑基準第五章
TCHA必050-1	住院會診48小時完成比率	必要性	過程面	住院	當月住院會診48小時完成件數	當月住院會診案件數	分母	TCHA必050、 TCHA必050-2	分母 1.對應新制醫院評鑑基準第五章
TCHA必050-2	住院會72小時完成比率	必要性	過程面	住院	當月住院會診72小時完成件數	當月住院會診案件數	分母	TCHA必050、 TCHA必050-1	分母 1.對應新制醫院評鑑基準第五章
TCHA必051	手術前1小時內抗生素使用率	必要性	過程面	住院	當月手術前1小時抗生素使用人次	當月手術總人次			1.對應新制醫院評鑑基準第三章

99年度社區醫院品質指標（TCHA）指標索引

99年3月起適用

指標編號	指標名稱	指標屬性	評估面	部門別	分子定義	分母定義	本指標的分子或分母=後者指之分子或分母			指標特色		
選擇性	TCHA選001	看診專任主治醫師平均每月門診診數	選擇性	結構面	管理	當月專任主治醫師總診數	專任主治醫師總人數			1. 可了解實際看診主治醫師人數，配合門診總人次及門診超過60人次率。		
	TCHA選002	看診兼任主治醫師平均每月門診診數	選擇性	結構面	管理	當月兼任主治醫師總診數	兼任主治醫師總人數			1. 增加主治醫師人數或看診科別，提高服務範圍。 2. 建議增加兼任醫師看診人數，可看出兼任醫師生產力。		
	TCHA選003	住院手術傷口感染率	選擇性	過程面	住院	當月住院病患手術傷口感染總人次	當月住院手術病人總人次	分母	TCHA選013、選019、必007-2	分母	1. 監測醫療品質及成本，指標數值越低越好。	
	TCHA選004	門診病患滿意度	選擇性	結果面	門診	門診病患滿意度調查各細項平均分數之加總	門診病患滿意度調查各細項滿分之加總				1. 瞭解門診病患對醫療服務滿意程度。 2. 各細項分析進行改善提高滿意度。	
	TCHA選004-1	急診病患滿意度	選擇性	結果面	門診	急診病患滿意度各細項平均分數之加總	急診病患滿意度調查各細項滿分之加總				1. 瞭解急診病患對醫療服務滿意程度。 2. 各細項分析進行改善提高滿意度。 3. 對應新制醫院評鑑基準第七章之規範	
	TCHA選005	住院病患滿意度	選擇性	結果面	住院	住院滿意度各細項平均分數之加總	住院滿意度調查各細項滿分之加總				1. 瞭解住院病患對醫療服務滿意程度。 2. 各細項分析進行改善提高滿意度。	
	TCHA選006	門診超過60人次率	選擇性	結構面	門診	當月門診超過60人次總診數	當月門診總診數				1. 明星醫師人數。 2. 醫院可作為續聘特約醫師之參考。	
	TCHA選007	醫師人力病床比	選擇性	結構面	管理	全院醫師總數	登記總病床數(人床比專用)	分母	TCHA選008、選009、選010	分母	1. 醫院評鑑需要。	
	TCHA選008	護理人力病床比	選擇性	結構面	管理	護理人員總人數	登記總病床數(人床比專用)	分母	TCHA選007、選009、選010	分母	1. 醫院評鑑需要。	
	TCHA選009	藥師人力病床比	選擇性	結構面	管理	藥師人員總人數	登記總病床數(人床比專用)	分母	TCHA選007、選008、選010	分母	1. 醫院評鑑需要。	
	TCHA選010	其他醫療技術（醫事）人員病床比	選擇性	結構面	管理	其他醫療技術（醫事）人員總人數	登記總病床數(人床比專用)	分母	TCHA選007、選009、選008	分母	1. 了解醫事人員充裕程度(放射、復健、營養、呼吸治療、非醫師及護理人員之總數)。 2. 醫院評鑑需要。	
	TCHA選011	急診轉院率	選擇性	過程面	急診	當月急診轉院總人次	當月急診總人次（排除DOA）	分母	TCHA選015、選027	分母	1. 轉院率高-醫院病床及設備不足。 2. 病患滿意度反應。 3. 醫師拒絕收某種病患。	
	TCHA選012	住院轉院率	選擇性	過程面	住院	當月住院轉院總人次	當月住院總人次	分母	TCHA選014、007-1、必047	必	分母	1. 簽訂建教合作機制。 2. 處理急、重症病患能力。 3. 可配合3天內住院比率來探討。
	TCHA選013	住院手術後連續使用抗生素>7天使用率	選擇性	過程面	住院	當月手術後連續使用抗生素>7天總人次	當月住院手術總人次	分母	TCHA選003、019、必007-2	選	分母	1. 健保局監測指標之一。
	TCHA選014	住院病人轉入加護病房比率	選擇性	過程面	住院	當月住院病人轉入加護病房總人次	當月住院總人次	分母	TCHA選012、007-1、必047	必	分母	1. 醫療照護能力。
TCHA選015	急診病人48小時內再急診率	選擇性	結果面	急診	當月48小時內重返急診總人次	當月急診總人次（排除DOA）	分母	TCHA選011、選027		分母	1. 探討急診醫療照護品質有效性。	

選擇性

99年度社區醫院品質指標 (TCHA)指標索引

99年3月起適用

指標編號	指標名稱	指標屬性	評估面	部門別	分子定義	分母定義	本指標的分子或分母=後者指之分子或分母			指標特色
TCHA選016	出院三日內再急診率	選擇性	結果面	住院	當月健保申報3日內再急診總人次	當月健保申報總出院人次 【不含死亡】	分母	TCHA必021、必021-1、選016-1	分母	1. 健保局監測指標之一
TCHA選016-1	出院三日內再急診率【排除主診斷碼前3碼不相同者】	選擇性	結果面	住院	當月健保申報3日內再急診總人次	當月健保申報總出院人次 【不含死亡】	分母	TCHA必021、021-1、選016	必分母	1. 健保局監測指標之一
TCHA選017	論病例計酬14天內再入院率	選擇性	結果面	住院	當月論病例計酬案件14天內再入院總人次	當月論病例計酬總案件數	分母	TCHA選018	分母	1. 健保局監測病患是否未應出院，ICD-9cm前三碼相同。
TCHA選018	論病例計酬48小時內再急診率	選擇性	結果面	急診	當月論病例計酬案件48小時內再急診總人次	當月論病例計酬總案件數	分母	TCHA選017	分母	1. 病患病情變化及醫療品質監測指標。 2. 應加強出院準備服務：預約三天後門診約診，電話問候及衛教。
TCHA選019	住院手術後48小時內死亡率	選擇性	結果面	住院	當月住院手術後48小時內死亡總人數	當月住院手術總人次	分母	TCHA選003、選013、必007-2	分母	1. 麻醉及手術醫療品質。
TCHA選020	新生兒14日內死亡率	選擇性	結果面	住院	當月年齡小於14日之新生兒總死亡數	當月新生兒總住院人次				1. 新生兒照護品質監測指標。 2. 此指標為哨兵指標。
TCHA選021	門診醫師處方箋異常率	選擇性	過程面	門診	當月門診醫師處方箋異常總張數	當月門診處方箋總張數	分母	TCHA選022	分母	1. 門診處方箋異常狀況之監測。 2. 為病患安全管理指標。
TCHA選021-1	急診醫師處方箋異常率	選擇性	過程面	急診	當月急診醫師處方箋異常總張數	當月急診處方箋總張數	分母	TCHA選022-1	分母	1. 急診處方箋異常狀況之監測。 2. 為病患安全管理指標。
TCHA選022	門診處方箋調劑異常率	選擇性	過程面	門診	當月門診處方箋調劑異常總張數	當月門診處方箋總張數	分母	TCHA選021	分母	1. 門診處方箋異常狀況之監測。 2. 注意隱藏異常案件。 3. 為病患安全管理指標。
TCHA選022-1	急診處方箋調劑異常率	選擇性	過程面	急診	當月急診處方箋調劑異常總張數	當月急診處方箋總張數	分母	TCHA選021-1	分母	1. 急診處方箋異常狀況之監測。 2. 注意隱藏異常案件。 3. 為病患安全管理指標。
TCHA選023	門診抗精神分裂藥物-不同處方用藥日數重複率	選擇性	結果面	門診	當月門診精神分裂藥物重複用藥日數	當月門診精神分裂藥物之給藥日數				1. 健保局重要監控指標之一。
TCHA選023-1	門診抗憂鬱症藥物-不同處方用藥日數重複率	選擇性	結果面	門診	門診憂鬱症藥物重複用藥日數	門診憂鬱症藥物之給藥日數				1. 健保局重要監控指標之一。
TCHA選023-2	門診安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重複率	選擇性	結果面	門診	門診安眠鎮靜藥物重複用藥日數	門診安眠鎮靜藥物之給藥日數				1. 健保局重要監控指標之一。
TCHA選023-3	門診降血壓(口服)藥物-不同處方用藥日數重複率	選擇性	結果面	門診	門診降血壓(口服)藥物重複用藥日數	門診降血壓(口服)藥物之給藥日數				1. 健保局重要監控指標之一。
TCHA選023-4	門診口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率	選擇性	結果面	門診	門診口服降血脂藥物重複用藥日數	門診口服降血脂藥物之給藥日數				1. 健保局重要監控指標之一。
TCHA選023-5	門診降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率	選擇性	結果面	門診	門診降血糖藥物重複用藥日數(不分口服及注射)	門診降血糖藥物之給藥日數(不分口服及注射)				1. 健保局重要監控指標之一。
TCHA選025	精神科慢性病房平均住院天數	選擇性	結果面	門診	當月精神科慢性病房出院病患之總住院人次	當月精神科慢性病房總出院人次				1. 平均住院日高，醫院醫療成本高

99年度社區醫院品質指標 (TCHA)指標索引

99年3月起適用

指標編號	指標名稱	指標屬性	評估面	部門	分子定義	分母定義	本指標的分子或分母=後者指之分子或分母		指標特色
TCHA選026	淨死亡率	選擇性	結果面	住院	當月住院後48小時後總死亡人數	(當月總出院人次-48小時內總死亡人數)			1. 衛生署年報要求指標項目之一。 2. 有助於了解急性醫療品質。
TCHA選027	急診轉住院率	選擇性	過程面	急診	當月由急診直接轉住院之總病患人次	當月急診總人次(排除DOA)	分母	TCHA選011選015	1. 可進一步討論急診轉ICU的比例。 2. 評估醫院處理急重症病人之能力。
TCHA選028	RCW病房感染率	選擇性	過程面	門診	當月RCW病房感染總人次	當月RCW病房總住院人日數	分母	TCHA選028-1、選028-9、選028-6	1. 醫院醫療照護基礎指標。 2. 評鑑必要項次，平時準備以便評鑑資料呈現。 3. 健保局監測指標之一。
TCHA選028-1	RCW病房病人壓瘡發生率	選擇性	結果面	門診	當月RCW病房病人發生壓瘡總人次	當月RCW病房總住院人日數	分母	TCHA選028、選028-9、選028-6	1. 監測RCW病房病人醫療照護品質。
TCHA選028-2	RCW病房呼吸器脫離成功個案比率【72小時】	選擇性	結果面	住院	當月RCW呼吸器連續脫離≥72小時成功總人次	當月RCW呼吸器使用總個案數	分母	TCHA選028-3	1. 監測RCW病房使用呼吸器之病人醫療照護品質。 2. 健保局監測指標之一。
TCHA選028-3	RCW病房呼吸器脫離成功個案比率【120小時】	選擇性	結果面	門診	當月RCW呼吸器連續脫離≥120小時成功總人次	當月RCW呼吸器使用總個案數	分母	TCHA選028-2	1. 監測RCW病房使用呼吸器之病人醫療照護品質。 2. 健保局監測指標之一。
TCHA選028-4	廣義RCW轉ICU比率	選擇性	結果面	住院	當月廣義RCW轉出至本院或他院ICU總人次	當月廣義RCW呼吸器使用總個案數			1. 監測RCW醫療照護品質之指標(轉院含RCU、RCC)。
TCHA選028-5	RCW病房針劑抗生素使用率	選擇性	過程面	門診	當月RCW病房健保申報針劑抗生素藥品總案件數	當月RCW病房健保申報總開藥案件數			1. 監測RCW病房病人醫療照護品質。 2. RCW實地訪查評量重點之一。
TCHA選028-6	RCW病房病人疥瘡發生率	選擇性	結果面	RCW	當月RCW病房病人疥瘡發生總人次數	當月RCW病房總住院人日數	分母	TCHA選028、選028-1、選028-9	1. 監測RCW病房疥瘡發生之病人，以提升醫療照護品質。
TCHA選028-7	RCW病房呼吸道管路滑脫率	選擇性	結果面	RCW	當月RCW病房病人呼吸道管路滑脫總人次	當月RCW病房病人使用導管總人日數			1. 監測RCW病房使用呼吸道管路之病人醫療照護品質。 2. 監測護理人員照護品質。
TCHA選028-8	RCW病房呼吸器上呼吸道感染率	選擇性	結果面	RCW	當月RCW病房呼吸器上呼吸道感染總人次	當月RCW病房呼吸器使用總人日數			1. 監測RCW病房使用呼吸器之病人醫療照護品質。
TCHA選028-9	RCW病房身體約束盛行率	選擇性	結果面	RCW	當月RCW病房病人受約束總人日數	當月RCW病房總住院人日數	分母	TCHA選028、選028-1、選028-6	1. 對應於新制醫院評鑑基準第六章。
TCHA選029	精神科急性病房平均住院天數	選擇性	結果面	住院	當月精神科急性病房出院病患之總住院人日數	當月精神科急性病房總出院人次			1. 了解急性精神病床利用情形，病人嚴重度。 2. 可配合佔床率一起監測。
TCHA選029-1	精神科急性病床佔床率	選擇性	結果面	住院	當月精神科急性病床總住院人日數	當月精神科急性病床總病床日			1. 了解精神科病床使用情形。 2. 未來朝新增「病床週轉率」配合監測。
TCHA選029-2	精神科慢性病床佔床率	選擇性	結果面	住院	當月精神科慢性病床總住院人日數	當月精神科慢性病床總病床日			1. 了解精神科病床使用情形。 2. 未來朝新增「病床週轉率」配合監測。
TCHA選029-3	精神病患出院7日內追蹤治療率	選擇性	過程面	住院	當月精神科出院7日內接受精神科門診追蹤總案件數	當月精神科總出院人數	分母	TCHA選029-4	1. 健保局監測指標之一。 2. 門診治療以精神相關疾病為限。

99年度社區醫院品質指標 (TCHA)指標索引

99年3月起適用

指標編號	指標名稱	指標屬性	評估面	部門別	分子定義	分母定義	本指標的分子或分母=後者指之分子或分母		指標特色		
選擇性	TCHA選029-4	精神病患出院30日內追蹤治療率	選擇性	過程面	住院	當月精神科出院30日內接受精神科門診追蹤總案件數	當月精神科總出院人數	分母	TCHA選029-3	分母	1. 健保局監測指標之一。 2. 門診治療以精神相關病為限。
	TCHA選029-5	精神科病房住院期間護理人員給藥異常率	選擇性	結果面	精神科	當月精神科病房住院期間護理人員給藥異常總人次	當月精神科病房總住院人日數	分母	TCHA選029-9	分母	1.精神科病房護理人員給藥異常狀況之監測。 2.為病患安全管理指標。
	TCHA選029-6	精神科病人住院期間暴力事件發生率	選擇性	過程面	精神科	當月精神科病人住院期間發生暴力事件總件數	當月精神科病房總住院人次	分母	TCHA選029-7、選029-8	分母	1.為病患安全管理指標。
	TCHA選029-7	精神科病人住院期間逃跑事件發生率	選擇性	過程面	精神科	當月精神科病人住院期間發生逃跑事件總件數	當月精神科病房總住院人次	分母	TCHA選029-6、選029-8	分母	1.為病患安全管理指標。
	TCHA選029-8	精神科病房身體約束率	選擇性	過程面	精神科	當月精神科病房病人受約束總人數	當月精神科病房病人總住院人次	分母	TCHA選029-6、選029-7	分母	1. 建立適切地行動限制（隔離、約束）監測機制。
	TCHA選029-9	精神科病人疥瘡感染率	選擇性	過程面	精神科	當月精神科病人疥瘡感染總人數	當月精神科病房總住院人日數	分母	TCHA選029-5	分母	1.為病患衛生、院內環境清潔管理指標。
	TCHA選030	門診上呼吸道感染病人7日內複診率	選擇性	結果面	門診	當月門診健保申報因URI重複就診兩次以上總人次	當月門診健保申報URI總人次				1.健保局重要監控指標之一。
	TCHA選031	門診同一處方開立制酸劑重複率	選擇性	過程面	門診	當月門診健保申報制酸劑藥理重複總案件數	當月門診健保申報制酸劑總案件數				1.健保局重要監控指標之一。
	TCHA選032	門診平均就醫次數	選擇性	結果面	門診	當月門診健保申報總案件數	當月門診健保申報就醫病人歸戶總人數				1.健保局重要監控指標之一。
	TCHA選036	門診用藥日數重複率	選擇性	結果面	門診	當月門診健保申報ATC藥理分類給藥日重複總天數	當月門診健保申報總開藥天數	分母	TCHA必013	分母	1.健保局重要監控指標之一。
	TCHA選036	門診用藥日數重複率	選擇性	結果面	門診	當月門診健保申報ATC藥理分類給藥日重複總天數	當月門診健保申報總開藥天數	分母	TCHA必016	分子	1.95年度個別醫院品質資訊公開之指標之一。
	TCHA選037	DOA案件死亡率	選擇性	結果面	急診	當月急診DOA案件急救後總死亡人數	當月急診DOA總案件數				1. 建議地教層級以上之地區醫院應提報。
	TCHA選038	ESWL門診醫令點數同期成長率	選擇性	結果面	門診	當月門診ESWL醫令總點數-去年同期門診ESWL醫令總點數	去年同期門診ESWL醫令總點數				1.健保局重要監控指標之一。
	TCHA選038-1	門、住診使用ESWL人口平均利用人次	選擇性	結果面	門診	當月門、住診ESWL使用次數	當月門、住診ESWL使用人數				1.健保局重要監控指標之一。
	TCHA選039	中度治療-複雜醫令點數成長率	選擇性	結果面	管理	當月門診復健中度複雜醫令總點數-去年同期門診復健中度複雜醫令總點數	去年同期門診復健中度複雜醫令總點數				1.健保局重要監控指標之一。
TCHA選040	初診重覆掛號率	選擇性	結果面	管理	當月初診重覆病歷合併數	當月初診病歷總量				1.病歷管理指標監測之一。 2.做為醫院病歷管理機制，以維護病歷完整性。 3.新制醫院評鑑基準第二章規範。	
TCHA選041	外包人員健康檢查率	選擇性	結果面	管理	當年完成健康檢查外包人員之總人次數	當年全院外包人員需參加健康檢查總人次數				1.新制醫院評鑑基準第二章規範	

99年度社區醫院品質指標（TCHA）指標索引

99年3月起適用

指標編號	指標名稱	指標屬性	評估面	部門別	分子定義	分母定義	本指標的分子或分母=後者指之分子或分母			指標特色
TCHA選042	加護病房感染率	選擇性	結果面	管理	當月加護病房病人感染總人次	當月加護病房病人總住院人日數				1.新制醫院評鑑基準第三章規範
TCHA選042-1	加護病房急救心跳回復率	選擇性	結果面	管理	當月加護病房急救後心跳回復人次	當月加護病房急救總人次				1.新制醫院評鑑基準第四章規範
TCHA選043	各DRG Outlier案件數比率【超出上限】	TW-DRG指標	結果面	住院	各DRG案件費用點數超出上限臨界點之案件數	DRGs範圍內之案件數	分母	TCHA選043-1	分母	
TCHA選043-1	各DRG Outlier案件數比率【低於下限】	TW-DRG指標	結果面	住院	各DRG案件費用點數低於下限臨界點之案件數	DRGs範圍內之案件數	分母	TCHA選043	分母	
TCHA選043-2	各DRG Outlier案件數比率【超出上限(限導入之DRGs)】	TW-DRG指標	結果面	住院	各DRG案件費用點數超出上限臨界點之案件數(限導入之DRGs)	DRGs範圍內之案件數(限導入之DRGs)	分母	TCHA選043-3	分母	
TCHA選043-3	各DRG Outlier案件數比率【低於下限(限導入之DRGs)】	TW-DRG指標	結果面	住院	各DRG案件費用點數低於下限臨界點之案件數(限導入之DRGs)	DRGs範圍內之案件數(限導入之DRGs)	分母	TCHA選043-2	分母	
TCHA選044	以病例組合校正之平均每件醫療費用	TW-DRG指標	結果面	住院	住院DRGs案件之平均醫療費用	CMI值				
TCHA選044-1	以病例組合校正之平均每件醫療費用(限導入之DRGs)	TW-DRG指標	結果面	住院	住院DRGs案件之平均醫療費用(限導入之DRGs)	CMI值(限導入之DRGs)				
TCHA選045	以病例組合校正之住院案件算術平均住院天數	TW-DRG指標	結果面	住院	住院DRGs案件之算術平均住院天數	CMI_算術平均住院天數				
TCHA選045-1	以病例組合校正之住院案件算術平均住院天數(限導入之DRGs)	TW-DRG指標	結果面	住院	住院DRGs案件之算術平均住院天數(限導入之DRGs)	CMI_算術平均住院天數(限導入之DRGs)				
TCHA選045-2	以病例組合校正之住院案件幾何平均住院天數	TW-DRG指標	結果面	住院	住院DRGs案件之幾何平均住院天數	CMI_幾何平均住院天數				
TCHA選045-3	以病例組合校正之住院案件幾何平均住院天數(限導入之DRGs)	TW-DRG指標	結果面	住院	住院DRGs案件之幾何平均住院天數(限導入之DRGs)	CMI_幾何平均住院天數(限導入之DRGs)				
TCHA選046	以病例組合校正之住院案件出院後3日內再住院率	TW-DRG指標	結果面	住院	住院DRGs案件之出院後3日內再住院率	CMI_3日內再住院率				
TCHA選046-1	以病例組合校正之住院案件出院後3日內再住院率(限導入之DRGs)	TW-DRG指標	結果面	住院	住院DRGs案件之出院後3日內再住院率(限導入之DRGs)	CMI_3日內再住院率(限導入之DRGs)				
TCHA選046-2	以病例組合校正之住院案件出院後14日內再住院率	TW-DRG指標	結果面	住院	住院DRGs案件之出院後14日內再住院率	CMI_14日內再住院率				
TCHA選046-3	以病例組合校正之住院案件出院後14日內再住院率(限導入之DRGs)	TW-DRG指標	結果面	住院	住院DRGs案件之出院後14日內再住院率(限導入之DRGs)	CMI_14日內再住院率(限導入之DRGs)				
TCHA選046-4	以病例組合校正之住院案件出院後30日內再住院率	TW-DRG指標	結果面	住院	住院DRGs案件之出院後30日內再住院率	CMI_30日內再住院率				
TCHA選046-5	以病例組合校正之住院案件出院後30日內再住院率(限導入之DRGs)	TW-DRG指標	結果面	住院	住院DRGs案件之出院後30日內再住院率(限導入之DRGs)	CMI_30日內再住院率(限導入之DRGs)				

99年度社區醫院品質指標（TCHA）指標索引

99年3月起適用

指標編號	指標名稱	指標屬性	評估面	部門別	分子定義	分母定義	本指標的分子或分母=後者指之分子或分母			指標特色
TCHA選047	以病例組合校正之住院案件出院後3日內再急診率	TW-DRG指標	結果面	住院	住院DRGs案件之出院後3日內急診率	CMI_3日內急診率				
TCHA選047-1	以病例組合校正之住院案件出院後3日內再急診率(限導入之DRGs)	TW-DRG指標	結果面	住院	住院DRGs案件之出院後3日內急診率(限導入之DRGs)	CMI_3日內急診率(限導入之DRGs)				
TCHA選048	MDC與DRG案件數佔總案件數之佔率	TW-DRG指標	結果面	住院	各DRG案件數	所有DRGs範圍內總案件數				
TCHA選048-1	MDC與DRG案件數佔總案件數之佔率(限導入之DRGs)	TW-DRG指標	結果面	住院	各DRG案件數(限導入之DRGs)	所有DRGs範圍內總案件數(限導入之DRGs)				
TCHA選048-2	MDC與DRG醫療費用點數佔總醫療費用點數之佔率	TW-DRG指標	結果面	住院	各DRG案件總醫療費用點數	DRGs範圍內總醫療費用點數				
TCHA選048-3	MDC與DRG醫療費用點數佔總醫療費用點數之佔率(限導入之DRGs)	TW-DRG指標	結果面	住院	各DRG案件總醫療費用點數(限導入之DRGs)	DRGs範圍內總醫療費用點數(限導入之DRGs)				

附錄十五、「醫療品質相關資源調查—醫療品質指標」問卷

行政院衛生署委託辦理
「醫療品質政策辦公室」協作計畫

醫療品質相關資源調查-醫療品質指標部分

您好：

行政院衛生署為規劃未來醫療品質之政策，並提出醫療品質政策白皮書，委託台北醫學大學進行「醫療品質政策辦公室」協作計畫。

這份調查問卷乃針對全國進行「醫院醫療品質指標計畫」調查，旨在請教各醫院醫療品質指標計畫運用的情形及其影響因素，進而做為擬定政策白皮書之參考。

請由 貴院品管相關部門主管或適當人員填寫此份問卷。您的意見對本計畫非常重要，麻煩您撥冗協助填寫，若有任何疑問，敬請與本計畫聯絡人陳欣欣小姐聯繫(電話：(02) 2736-1661 轉 6592；傳真：(02) 2736-1661 轉 6594，電子郵件：monica64@tmu.edu.tw)。在您寄回完整填答之問卷後，本校將致贈 7-11 百元商品卡一份，以感謝您的協助。

誠摯感謝您的協助。肅此順頌 時祺！

台北醫學大學郭乃文、莊秀文、邱弘毅、林金龍 敬上
中華民國 100 年 8 月 29 日

寄回完成之問卷將致贈 7-11 百元
商品卡一份，感謝您的協助。
A1005

「醫院醫療品質指標計畫調查」問卷

第一部分：基本資料

1. 請問您在 貴院目前服務之部門為何(含兼職)? (可複選)

- ☐ ①護理部 ☐ ②各醫療專科 ☐ ③藥品醫材部門
☐ ④社工、營養 ☐ ⑤醫技部門(如：放射、檢驗、病理、其他檢查)
☐ ⑥醫事部門(如：掛號、批價、病歷、入出院等)
☐ ⑦行政部門(如：院長室、秘書室、人事、會計、總務、勞安、教研等)
☐ ⑧品管相關部門(如：醫品/病安委員會、品管中心/小組等)
☐ ⑨其他，請說明：_____

2. 請問您目前主要之職務為何?(單選)

- ☐ ①護理 ☐ ②醫師 ☐ ③藥劑
☐ ④社工 ☐ ⑤營養 ☐ ⑥技術
☐ ⑦醫療事務 ☐ ⑧行政 ☐ ⑨品管相關
☐ ⑩其他，請說明：_____

3. 請問 貴院品管相關部門組織之性質為何?(單選)

- ☐ ①正式組織編制單位 ☐ ③常設委員會組織型態(如：醫品病安委員會)
☐ ②臨時任務編組 ☐ ④其他，請說明：_____

4. 請問您目前於品管相關部門主要擔任的業務為何?(可複選)

- ☐ (1)行政督導與人員管理 ☐ (2)病人滿意度調查
☐ (3)醫療品質相關指標收集 ☐ (4)醫療品質相關指標分析、檢討與應用
☐ (5)品管活動規劃與執行(如：品管圈、教育訓練)
☐ (6)衛生主管機關督導考核 ☐ (7)醫院相關認證或評鑑
☐ (8)異常事件通報 ☐ (9)異常事件調查與檢討改善
☐ (10)病人安全年度工作目標推動 ☐ (11)規劃、制定或輔導標準作業規範(含臨床路徑)
☐ (12)病人投訴抱怨處理 ☐ (13)行政工作(會議召開、聯繫，資料收集整理等)
☐ (14)其他，請說明：_____

5. 請問您目前在品管相關部門主要職稱為何?

- ☐ ①主管(組長、執行長、主任、處長、部長等)
☐ ②全職專員/管理師/護理師 ☐ ③兼職專員/管理師/護理師
☐ ④品管顧問 ☐ ⑤品管或病安委員

6. 請問您在 貴院服務年資多久?

- ☐ ①少於 1 年 ☐ ②1 至 3 年 ☐ ③4 至 7 年
☐ ④8 至 12 年 ☐ ⑤13 至 20 年 ☐ ⑥21 年以上

7. 請問您在品管部門服務年資多久?

- ☐ ①少於 1 年 ☐ ②1 至 3 年 ☐ ③4 至 7 年
☐ ④8 至 12 年 ☐ ⑤13 至 20 年 ☐ ⑥21 年以上

第二部分：貴院參加醫療品質指標計畫狀況

1.請問 貴院目前參加的醫療品質指標計畫有哪些？(複選)

外部 指標 計畫	<input type="checkbox"/> ①台灣醫療品質指標計畫(TQIP)，今年參加指標數：_____
	<input type="checkbox"/> ②台灣醫療照護品質指標(THIS)，今年參加指標數：_____
	<input type="checkbox"/> ③台灣臨床成效指標系統(TCPI)，今年參加指標數：_____
	<input type="checkbox"/> ④地區醫院品質指標系統(TCHA)，今年參加指標數：_____
健保 指標 計畫	<input type="checkbox"/> ⑤中央健保局醫療給付改善方案(如：乳癌、氣喘、糖尿病、高血壓、精神分裂症、B、C 肝炎、初期慢性腎臟病、Pre-ESRD、護理品質方案等)
	<input type="checkbox"/> ⑥行政院衛生署全民健康保險醫療品質資訊公開系統(疾病別指標)
	<input type="checkbox"/> ⑦中央健保局醫療服務指標(VPN)(如：中風、心肌梗塞、糖尿病、氣喘病等)
內部 指標 計畫	<input type="checkbox"/> ⑧醫院體系(如：台大、長庚、秀傳、北醫體系等)內自行設計之體系共用指標
	<input type="checkbox"/> ⑨單一醫院自行設計之指標(供內部使用)
	<input type="checkbox"/> ⑩其他，請說明：_____

註：⑥醫療服務指標、⑦醫療給付改善方案之資料乃由醫院健保申報資料建置而成，不需醫院另行提報。

2.請問 貴院參加醫療品質指標計畫之原因為何。(複選)

①TQIP ②THIS ③TCPI ④TCHA ⑤醫療給付改善方案 ⑥醫療品質資訊公開系統 ⑦醫療服務指標
⑧醫院體系內自行設計之共用指標 ⑨單一醫院自行設計之指標。

指標計畫編號	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
參加指標計畫原因									
1.有助於醫院評鑑	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.有助於專科、國際認證(如：JCI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.僅為符合醫療法規規範	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.大部分醫院都參加醫療品質計畫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.管理階層認為參加醫療品質指標計畫對於醫院營運有實質幫助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.有助於監測本院醫療品質指標	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.可增加收入或給付	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.提供研究的資料或方向	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.其他理由，請說明：_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

說明：以下 3-5 題中，各醫療品質指標計畫代碼編號如下：

①TQIP、②THIS、③TCPI、④TCHA、⑤醫療給付改善方案、⑥醫療品質資訊公開系統、
⑦醫療服務指標、⑧醫院體系內自行設計之共用指標、⑨單一醫院自行設計之指標。

3.請您於下表中勾選過去一年中 貴院各部門曾**收集與提報**的醫療品質指標計畫。(複選)

指標系統編號 部門	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	未收集與提報 任何指標計畫
(1)護理部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)內科系	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)藥品醫材部門	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)社工營養部門	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)醫技部門	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)醫事部門	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7)行政部門	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8)品管部門	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.請問 貴院過去一年中，各部門於推行醫療品質改善活動中，**運用**之醫療品質指標計畫為何，請您於下表中勾選。(各部門都需勾選，可複選)

指標系統編號 部門	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	未運用任何 指標計畫
①護理部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②內科系科部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③外科系科部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤小兒科部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥婦產科部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦其他醫療科部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧藥品醫材部門	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨醫技部門	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.請您於下列選項中勾選 貴院各種醫療品質指標計畫之**運用目的**。(複選)

指標計畫編號 運用目的	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
1.提升醫師個人績效	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.提升部門績效	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.提升全院績效	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.提升全院財務管理績效	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.提升全院醫療品質	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.降低醫院成本支出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.進行院際比較與標竿學習	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.辦理品質改善活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.有助於論文發表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.其他：									

第三部份：影響 貴院收集與運用醫療品質指標之相關因素

	非常不同意	不同意	沒意見	同意	非常同意
1 同仁們因工作忙碌，而較無時間參與醫療品質指標計畫之改善活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 本院缺乏相關教育訓練，造成醫療品質指標計畫收集與提報之困難	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 本院因有充分的教育訓練，同仁們運用醫療品質指標計畫於品質改善上較容易	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 本院因缺乏人力，造成醫療品質指標計畫之收集及分析困難	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 指標收集/分析人員變動頻繁，影響指標收集之一致性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 本院資訊部門對於醫療品質指標資料提供的配合度高	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 本院因缺乏自動彙整指標數據之資訊軟體，造成醫療品質指標之收集需耗費很多時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 本院彙整指標數據之資訊軟體使用介面操作不易，造成醫療品質指標計畫收集之困難	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 本院具備足夠之分析軟體供醫療品質指標分析之用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 本院因缺乏醫療品質指標分析報告之使用介面，導致各部門人員無法即時運用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 本院管理階層積極監測醫療品質指標數據	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 本院醫療品質指標分析人員具備足夠之分析技術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 外部醫療品質指標計畫提供報告的時效快	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 外部醫療品質指標計畫提供之資料正確性高	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 外部醫療品質指標計畫之分析報告內容容易了解	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 外部醫療品質指標建置機構指標定義不夠清楚或常修改，造成指標收集之困難	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 健保醫療品質指標計畫提供報告的時效快	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 健保醫療品質指標計畫提供之資料正確性高	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 健保醫療品質指標計畫之分析報告內容容易了解	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 內部醫療品質指標計畫提供報告的時效快	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 內部醫療品質指標計畫提供之資料正確性高	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 內部醫療品質指標計畫之分析報告內容容易了解	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

外部醫療指標計畫：①TQIP ②THIS ③TCPI ④TCHA

健保醫療指標計畫：⑤醫療品質資訊公開系統⑥醫療服務指標⑦醫療給付改善方案

內部醫療指標計畫：⑧醫院體系內自行設計之共用指標⑨單一醫院自行設計之指標

本問卷到此結束，感謝您的填寫！

寄回完成之問卷將致贈百元商品卡一份，感謝您的協助。

商品卡之核銷需要您填寫右列資料，此資料絕不會作任何記名之用，請勿擔心，感謝您的配合。

姓名：
身分證字號：
戶籍地址：

附錄十六、「醫療品質相關資源調查—醫療品質指標」問卷調查結果

一、外部指標計畫(系統)

1. 問卷填答醫院參加及運用 TQIP 指標之原因

參加 TQIP 計畫原因	樣本數%	運用 TQIP 指標原因	樣本數%
有助於醫院評鑑	12(92.3)	提升全院醫療品質	11(84.6)
有助於監測本院醫療品質指標	12(92.3)	辦理品質改善活動	9(69.2)
大部分醫院都參加醫療品質計畫	10(76.9)	進行院際比較與標竿學習	7(53.8)
管理階層認為對於醫院營運有實質幫助	9(69.2)	有助於論文發表	6(46.2)
		提升部門績效	3(23.1)
提供研究的資料或方向	6(46.2)	提升全院績效	3(23.1)
有助於專科、國際認證(如：JCI)	3(23.1)	降低醫院成本支出	2(15.4)
僅為符合醫療法規規範	2(15.4)	提升醫師個人績效	1(7.7)
可增加收入或給付	0(0)	提升全院財務管理績效	0(0)

註：n (TQIP)=13

2. 問卷填答醫院參加及運用 THIS 指標之原因

參加 THIS 計畫原因	樣本數%	運用 THIS 指標原因	樣本數%
有助於醫院評鑑	69(95.8)	提升全院醫療品質	67(93.1)
有助於監測本院醫療品質指標	65(90.3)	辦理品質改善活動	57(79.2)
管理階層認為參加醫療品質指標計畫對於醫院營運有實質幫助	54(75.0)	進行院際比較與標竿學習	50(69.4)
		提升全院績效	28(38.9)
大部分醫院都參加醫療品質計畫	50(69.4)	提升部門績效	25(34.7)
提供研究的資料或方向	31(43.1)	降低醫院成本支出	22(30.6)
有助於專科、國際認證(如：JCI)	17(23.6)	有助於論文發表	22(30.6)
可增加收入或給付	11(15.3)	提升全院財務管理績效	13(18.1)
僅為符合醫療法規規範	10(13.9)	提升醫師個人績效	8(11.1)

註：n (THIS)=72

3. 問卷填答醫院參加及運用 TCPI 指標之原因

參加 TCPI 計畫原因	樣本數%	運用 TCPI 指標原因	樣本數%
有助於醫院評鑑	38(97.4)	提升全院醫療品質	34(87.2)
有助於監測本院醫療品質指標	36(92.3)	辦理品質改善活動	32(82.1)
大部分醫院都參加醫療品質計畫	32(82.1)	進行院際比較與標竿學習	30(76.9)
管理階層認為參加醫療品質指標計畫對於醫院營運有實質幫助	28(71.8)	有助於論文發表	20(51.3)
		提升部門績效	12(30.8)
有助於專科、國際認證(如：JCI)	18(46.2)	降低醫院成本支出	12(30.8)
提供研究的資料或方向	17(43.6)	提升全院績效	11(28.2)
僅為符合醫療法規規範	4(10.3)	提升全院財務管理績效	3(7.7)
可增加收入或給付	2(5.1)	提升醫師個人績效	1(2.6)

註：n (TCPI)=39

4. 問卷填答醫院參加及運用 TCHA 指標之原因

參加 TCHA 計畫原因	樣本數%	運用 TCHA 指標原因	樣本數%
--------------	------	--------------	------

參加 TCHA 計畫原因	樣本數%	運用 TCHA 指標原因	樣本數%
有助於醫院評鑑	29(80.6)	提升全院醫療品質	28(77.8)
管理階層認為參加醫療品質指標計畫 對於醫院營運有實質幫助	27(75.0)	提升全院績效	16(44.4)
		進行院際比較與標竿學習	16(44.4)
有助於監測本院醫療品質指標	26(72.2)	辦理品質改善活動	16(44.4)
大部分醫院都參加醫療品質計畫	14(38.9)	提升部門績效	12(33.3)
提供研究的資料或方向	10(27.8)	提升全院財務管理績效	9(25.0)
可增加收入或給付	5(13.9)	降低醫院成本支出	8(22.2)
僅為符合醫療法規規範	3(8.3)	提升醫師個人績效	5(13.9)
有助於專科、國際認證(如：JCI)	2(5.6)	有助於論文發表	4(11.1)

註：n (TCHA)=36

二、全民健康保險相關方案、系統與指標

5. 問卷填答醫院參加及運用中央健保局醫療給付改善方案之原因

參加中央健保局醫療給付改善方案原因	樣本數%	運用中央健保局醫療給付改善方案原因	樣本數%
管理階層認為參加醫療品質指標計畫 對於醫院營運有實質幫助	47(54.7)	提升全院醫療品質	35(40.7)
		提升全院財務管理績效	21(24.4)
有助於監測本院醫療品質指標	41(47.7)	進行院際比較與標竿學習	19(22.1)
有助於醫院評鑑	37(43.0)	提升全院績效	17(19.8)
可增加收入或給付	37(43.0)	降低醫院成本支出	15(17.4)
大部分醫院都參加醫療品質計畫	28(32.6)	提升部門績效	13(15.1)
僅為符合醫療法規規範	23(26.7)	辦理品質改善活動	9(10.5)
提供研究的資料或方向	17(19.8)	提升醫師個人績效	8(9.3)
有助於專科、國際認證(如：JCI)	13(15.1)	有助於論文發表	8(9.3)

註：n (改善方案)=86

6. 問卷填答醫院參加及運用全民健康保險醫療品質資訊公開系之原因

參加全民健康保險醫療品質資訊公開系原因	樣本數%	運用全民健康保險醫療品質資訊公開系原因	樣本數%
管理階層認為參加醫療品質指標計畫 對於醫院營運有實質幫助	39(57.4)	提升全院醫療品質	37(54.4)
		提升全院財務管理績效	20(29.4)
有助於監測本院醫療品質指標	37(54.4)	進行院際比較與標竿學習	18(26.5)
有助於醫院評鑑	35(51.5)	提升全院績效	17(25.0)
可增加收入或給付	26(38.2)	降低醫院成本支出	17(25.0)
大部分醫院都參加醫療品質計畫	25(36.8)	提升部門績效	12(17.6)
僅為符合醫療法規規範	19(27.9)	辦理品質改善活動	12(17.6)
提供研究的資料或方向	17(25.0)	提升醫師個人績效	11(16.2)
有助於專科、國際認證(如：JCI)	12(17.6)	有助於論文發表	7(10.3)

註：n (品質公開)=68

7. 問卷填答醫院參加及運用 VPN 之原因

參加 VPN 計畫原因	樣本數%	運用 VPN 指標原因	樣本數%
可增加收入或給付	40(61.5)	提升全院醫療品質	35(53.8)

管理階層認為參加醫療品質指標計畫 對於醫院營運有實質幫助	36(55.4)	降低醫院成本支出	23(35.4)
有助於監測本院醫療品質指標	35(53.8)	提升全院財務管理績效	20(30.8)
有助於醫院評鑑	32(49.2)	提升全院績效	17(26.2)
大部分醫院都參加醫療品質計畫	26(40.0)	提升醫師個人績效	12(18.5)
僅為符合醫療法規規範	18(27.7)	進行院際比較與標竿學習	12(18.5)
提供研究的資料或方向	15(23.1)	提升部門績效	10(15.4)
有助於專科、國際認證(如：JCI)	13(20)	辦理品質改善活動	7(10.8)
		有助於論文發表	7(10.8)

註：n (VPN)=65

三、內部指標

8. 問卷填答醫院參加及運用醫院體系內自行設計指標之原因

參加醫院體系內自行設計指標之原因	樣本數%	運用醫院體系內自行設計 指標之原因	樣本數%
有助於醫院評鑑	11(78.6)	提升全院醫療品質	10(71.4)
有助於專科、國際認證(如：JCI)	11(78.6)	提升全院績效	7(50.0)
僅為符合醫療法規規範	10(71.4)	有助於論文發表	7(50.0)
大部分醫院都參加醫療品質計畫	8(57.1)	提升部門績效	6(42.9)
管理階層認為參加醫療品質指標計畫 對於醫院營運有實質幫助	6(42.9)	降低醫院成本支出	6(42.9)
有助於監測本院醫療品質指標	3(21.4)	進行院際比較與標竿學習	6(42.9)
可增加收入或給付	2(14.3)	辦理品質改善活動	6(42.9)
提供研究的資料或方向	2(14.3)	提升醫師個人績效	5(35.7)
		提升全院財務管理績效	4(28.6)

註：n (醫院體系)=14

9. 問卷填答醫院參加及運用單一醫院自行設計指標之原因

參加單一醫院自行設計指標之原因	樣本數%	運用單一醫院自行設計指 標之原因	樣本數%
有助於監測本院醫療品質指標	50(65.8)	提升全院醫療品質	42(55.3)
有助於醫院評鑑	43(56.6)	提升部門績效	28(36.8)
管理階層認為參加醫療品質指標計畫 對於醫院營運有實質幫助	34(44.7)	辦理品質改善活動	28(36.8)
提供研究的資料或方向	18(23.7)	提升全院績效	26(34.2)
有助於專科、國際認證(如：JCI)	17(22.4)	降低醫院成本支出	25(32.9)
大部分醫院都參加醫療品質計畫	12(15.8)	提升全院財務管理績效	19(25.0)
可增加收入或給付	11(14.5)	進行院際比較與標竿學習	16(21.1)
僅為符合醫療法規規範	8(10.5)	提升醫師個人績效	15(19.7)
		有助於論文發表	12(15.8)

註：n (單一醫院)=76

四、影響醫院收集與運用醫療品質指標之因素按醫院特性(層級及規模)分析探討

10. 不同醫院層級收集與運用醫療品質指標之影響因素

影響收集與運用醫療品質指標之因素	醫學中心 N (%)	區域醫院 N (%)	地區醫院 N (%)
同仁們因工作忙碌，而較無時間參與醫療品質指標計畫之改善活動	75.0%	71.1%	67.1%
本院缺乏相關教育訓練，造成醫療品質指標計畫收集與提報之困難	12.5%	35.9%	38.2%
本院因有充分的教育訓練，同仁們運用醫療品質指標計畫於品質改善上較容易	75.0%	48.7%	42.1%
本院因缺乏人力，造成醫療品質指標計畫之收集及分析困難	50.0%	48.7%	50.0%
指標收集/分析人員變動頻繁，影響指標收集之一致性	62.5%	41.0%	34.2%
本院資訊部門對於醫療品質指標資料提供的配合度高	37.5%	33.3%	47.4%
本院因缺乏自動彙整指標數據之資訊軟體，造成醫療品質指標之收集需耗費很多時間	87.5%	69.2%	72.4%
本院彙整指標數據之資訊軟體使用介面操作不易，造成醫療品質指標計畫收集之困難	37.5%	41.0%	36.8%
本院具備足夠之分析軟體供醫療品質指標分析之用	25.0%	23.1%	25.0%
本院因缺乏醫療品質指標分析報告之使用介面，導致各部門人員無法即時運用	50.0%	59.0%	64.5%
本院管理階層積極監測醫療品質指標數據	75.0%	51.3%	56.6%
本院醫療品質指標分析人員具備足夠之分析技術*	75.0%	53.8%	26.3%
外部醫療品質指標計畫提供報告的時效快	37.5%	28.2%	27.6%
外部醫療品質指標計畫提供之資料正確性高	37.5%	46.2%	34.2%
外部醫療品質指標計畫之分析報告內容容易了解	37.5%	59.0%	40.8%
外部醫療品質指標建置機構指標定義不夠清楚或常修改，造成指標收集之困難	50.0%	46.2%	27.6%
健保醫療品質指標計畫提供報告的時效快	25.0%	20.5%	31.6%
健保醫療品質指標計畫提供之資料正確性高	37.5%	35.9%	42.1%
健保醫療品質指標計畫之分析報告內容容易了解	25.0%	33.3%	46.1%
內部醫療品質指標計畫提供報告的時效快	37.5%	51.3%	51.3%
內部醫療品質指標計畫提供之資料正確性高	25.0%	51.3%	61.8%
內部醫療品質指標計畫之分析報告內容容易了解	50.0%	61.5%	57.9%

註 1：同意百分比之分子為勾選同意及非常同意樣本數，分母為按醫院層級之問卷回覆份數。

註 2：問卷回收醫院醫學中心 22 家，區域醫院 39 家，地區醫院 76 家。

註 3：* $p < 0.05$ 。

11. 不同醫院規模收集與運用醫療品質指標之影響因素

影響收集與運用醫療品質指標之因素	100 床 以下	100-499 床	500-999 床	1,000 床 以上
同仁們因工作忙碌，而較無時間參與醫療品質指標計畫之改善活動	63.8%	75.6%	70.6%	66.7%
本院缺乏相關教育訓練，造成醫療品質指標計畫收集與提報之困難	37.9%	40.0%	17.6%	33.3%
本院因有充分的教育訓練，同仁們運用醫療品質指標計畫於品質改善上較容易	39.7%	48.9%	58.8%	66.7%
本院因缺乏人力，造成醫療品質指標計畫之收集及分析困難	50.0%	48.9%	52.9%	33.3%
指標收集/分析人員變動頻繁，影響指標收集之一致性	36.2%	28.9%	58.8%	100%
本院資訊部門對於醫療品質指標資料提供的配合度高	46.6%	35.6%	47.1%	33.3%
本院因缺乏自動彙整指標數據之資訊軟體，造成醫療品質指標之收集需耗費很多時間	74.1%	68.9%	70.6%	100%
本院彙整指標數據之資訊軟體使用介面操作不易，造成醫療品質指標計畫收集之困難	37.9%	40.0%	29.4%	66.7%
本院具備足夠之分析軟體供醫療品質指標分析之用	22.4%	24.4%	29.4%	33.3%
本院因缺乏醫療品質指標分析報告之使用介面，導致各部門人員無法即時運用	58.6%	73.3%	41.2%	66.7%
本院管理階層積極監測醫療品質指標數據	51.7%	55.6%	64.7%	100%
本院醫療品質指標分析人員具備足夠之分析技術	25.9%	42.2%	64.7%	66.7%
外部醫療品質指標計畫提供報告的時效快	20.7%	37.8%	23.5%	66.7%
外部醫療品質指標計畫提供之資料正確性高	29.3%	40.0%	58.8%	66.7%
外部醫療品質指標計畫之分析報告內容容易了解	32.8%	57.8%	58.8%	66.7%
外部醫療品質指標建置機構指標定義不夠清楚或常修改，造成指標收集之困難	25.9%	37.8%	52.9%	66.7%
健保醫療品質指標計畫提供報告的時效快	32.8%	24.4%	17.6%	33.3%
健保醫療品質指標計畫提供之資料正確性高	41.4%	40.0%	35.3%	33.3%
健保醫療品質指標計畫之分析報告內容容易了解	44.8%	40.0%	29.4%	33.3%
內部醫療品質指標計畫提供報告的時效快	48.3%	48.9%	52.9%	100%
內部醫療品質指標計畫提供之資料正確性高	56.9%	57.8%	47.1%	66.7%
內部醫療品質指標計畫之分析報告內容容易了解	58.6%	55.6%	58.8%	100%

註 1：同意百分比之分子為勾選同意及非常同意樣本數，分母為按醫院規模之問卷回覆份數。

註 2：100 床以下醫院 58 家，100-499 床 45 家，500-999 床 17 家，1,000 床以上 3 家。

附錄十七、醫療品質政策白皮書工作人員名單

職 稱	姓 名
醫療品質政策辦公室主任	龐一鳴
醫療品質政策辦公室技士	周青慧
醫療品質政策辦公室秘書	張淑貞
醫療品質政策辦公室副研究員	陳龍生
醫療品質政策辦公室副研究員	賴秋伶
醫事處科長	陳真慧
醫事處研究員	黃敏玲
中央健保局醫審及藥材組科長	王本仁
中央健保局醫審及藥材組科員	潘尹婷
醫療品質政策辦公室協作計畫專任研究助理	高汶珊
醫療品質政策辦公室協作計畫專任研究助理	卓聖威
醫療品質政策辦公室協作計畫專任研究助理	張玉芬
醫療品質政策辦公室協作計畫專任研究助理	曾淑怡
醫療品質政策辦公室協作計畫專任研究助理	呂雅雲
醫療品質政策辦公室協作計畫專任研究助理	連怡甄
醫療品質政策辦公室協作計畫專任研究助理	林筱涵

附錄十八、行政院衛生署各單位提供協助之人員名單

職 稱	姓 名
護理及健康照護處科長	陳妙青
護理及健康照護處技正	李清冠
國民健康局科員	謝雅薰
疾病管制局	王昱凱
食品藥物管理局	林淑梅