

2014年群體健康服務 品質指標報告

2014 Population Healthcare Quality Indicators Report



對健康服務品質指標的期許

繼 2007 至 2008 年全球爆發金融危機之後，國際間更重視健康支出控制的議題，而備受衝擊的經濟合作發展組織(OECD)會員國紛紛轉向高成本效益、經濟實惠的健康政策，健康服務品質指標也扮演著衡量健康投資效益及反映健康服務體系運作效能的關鍵角色。OECD 為健康服務品質指標特別推動的 Health Care Quality Indicators Project (HCQIP) 順應決策者的需求，近兩年特別標舉「初級照護」類指標，旨在凸顯高成本效益的照護政策；而藉由國際比較，綜觀不同體系的品質產出。



為取法乎上，本部健康服務品質政策諮詢會決定採用 HCQIP 已選定的指標，作為我國國家群體健康指標(population health indicators)。去年，曾編印《101 年健康服務品質測量暨系統性落差報告》，就 19 項品質指標，以我國資料與 HCQIP 2011 年公布的國際資料相較。今年，經多方蒐集實證資料，使可比較的品質指標增加至 32 項，並納入本報告書。過去付之闕如的病人經驗類別，今年亦勉力蒐集到 2 項指標資料，俾能更完整地涵蓋我國健康服務品質的面向。目前與 OECD 國家最大的落差在於欠缺心理衛生及病人安全這二類指標，這將是本部未來努力之方向，冀與 OECD 同步營造品質適足且可永續經營的健康服務體系。

衛生福利部 部長

蔣為志

壹、前言.....	16
貳、群體健康服務指標.....	20
一、初級照護 (PRIMARY CARE).....	22
1.1 氣喘病人住院率 (Asthma admission rate).....	24
1.2 慢性阻塞性肺病病人住院率 (COPD admission rate).....	26
1.3 充血性心臟衰竭病人住院率 (Congestive heart failure hospital admission rate)	28
1.4 高血壓病人住院率 (Hypertension hospital admission rate)	30
1.5 糖尿病病人住院率 (Diabetes complications hospital admission rate)	32
1.5.1 控制不良糖尿病但無併發症住院率 (Uncontrolled diabetes without complications hospital admission rate)	32
1.5.2 糖尿病短期併發症住院率 (Diabetes short-term complications hospital admission rate)	33
1.5.3 糖尿病長期併發症住院率 (Diabetes long-term complications hospital admission rate)	33
1.6 糖尿病之併發症 (Diabetes complications).....	38
1.6.1 糖尿病病人下肢截肢率(Diabetes lower extremity amputation rate).....	38
1.6.2 糖尿病病人眼底檢查率 (Annual retinal exam for diabetics rate)	38
二、急性照護(ACUTE CARE).....	42
2.1 急性心肌梗塞死亡率 (Mortality following acute myocardial infarction)	44
2.2 腦中風死亡率 (Mortality following stroke)	46
2.3 住院後 48 小時內執行髖骨骨折手術率 (Hip fracture surgery initiated within 48 hours after admission to the hospital)	50
三、癌症照護(CANCER CARE).....	52
3.1 子宮頸癌(Cervical cancer).....	54

3.1.1 子宮頸癌篩檢率 (Cervical cancer screening rate)	54
3.1.2 子宮頸癌五年相對存活率 (Cervical cancer five-year relative survival rate)	56
3.1.3 子宮頸癌死亡率 (Mortality from cervical cancer rate)	58
3.2 乳癌(Breast cancer).....	60
3.2.1 乳房攝影篩檢率 (Mammography screening rate)	60
3.2.2 乳癌五年相對存活率 (Breast cancer five-year relative survival rate)	62
3.2.3 乳癌死亡率 (Mortality from breast cancer rate)	64
3.3 結腸直腸癌(Colorectal cancer).....	66
3.3.1 結腸直腸癌五年相對存活率 (Colorectal cancer five-year relative survival rate)	66
3.3.2 結腸直腸癌死亡率 (Mortality from colorectal cancer rate).....	68
四、傳染病照護(CARE FOR COMMUNICABLE DISEASES).....	70
4.1 2歲兒童基本疫苗接種完成率(百日咳) (Vaccination rates for pertussis, children aged 2)	72
4.2 2歲兒童基本疫苗接種完成率(麻疹) (Vaccination rates for measles, children aged 2)	74
4.3 2歲兒童基本疫苗接種完成率(B型肝炎) (Vaccination rates for hepatitis B, children aged 2)	76
4.4 百日咳發生率(Incidence of pertussis).....	78
4.5 麻疹發生率(Incidence of measles).....	80
4.6 B型肝炎發生率(Incidence of hepatitis B).....	82
五、病人經驗(PATIENT EXPERIENCES).....	84
5.1 醫師時間足夠為病人看診 (Doctor spending enough time with patients during the consultation)	86

5.2 醫師對病人解說簡單易懂 (Doctor providing easy-to-understand explanations).....	88
參、結論.....	90
肆、參考文獻.....	98

圖目錄

圖 1.1.1	氣喘病人住院率之國際比較.....	25
圖 1.1.2	氣喘病人住院率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	25
圖 1.2.1	慢性阻塞性肺病病人住院率之國際比較.....	27
圖 1.2.2	慢性阻塞性肺病病人住院率之國內六大醫療區域各年度總體比較...	27
圖 1.3.1	充血性心臟衰竭病人住院率之國際比較.....	29
圖 1.3.2	充血性心臟衰竭病人住院率之國內六大醫療區域各年度總體比較...	29
圖 1.4.1	高血壓病人住院率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	31
圖 1.5.1.1	控制不良糖尿病但無併發症住院率之國際比較.....	35
圖 1.5.1.2	控制不良糖尿病但無併發症住院率之國內六大醫療區域各年度 總體比較.....	35
圖 1.5.2.1	糖尿病短期併發症住院率之國際比較.....	36
圖 1.5.2.2	糖尿病短期併發症住院率之國內六大醫療區域各年度總體比較....	36
圖 1.5.3.1	糖尿病長期併發症住院率之國際比較.....	37
圖 1.5.3.2	糖尿病長期併發症住院率之國內六大醫療區域各年度總體比較....	37
圖 1.6.1.1	糖尿病病人下肢截肢率之國際比較.....	40
圖 1.6.1.2	糖尿病病人下肢截肢率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	40
圖 1.6.2.1	糖尿病病人眼底檢查率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	41
圖 2.1.1	急性心肌梗塞住院病人入院後30日內(同一醫院)及(包含院內 與院外)死亡率之國際性比較.....	45
圖 2.1.2	住院歸戶之主診斷為急性心肌梗塞住院病人入院後30日內(同 一醫院)死亡率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	45
圖 2.1.3	病人歸戶之主診斷為急性心肌梗塞住院病人入院後30日內(包 含院內與院外)死亡率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	45
圖 2.2.1	出血性腦中風之住院病人入院後30日內(同一醫院)及(包含院 內與院外)死亡率之國際性比較.....	48
圖 2.2.2	住院歸戶之主診斷為出血性腦中風住院病人入院後30日內(同 一醫院)死亡率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	48
圖 2.2.3	病人歸戶之主診斷為出血性腦中風住院病人入院後30日內(包 含院內與院外)死亡率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	48
圖 2.2.4	缺血性腦中風之住院病人入院後30日內(同一醫院)及(包含院 內與院外)死亡率之國際性比較.....	49

圖 2.2.5	住院歸戶之主診斷為缺血性腦中風住院病人入院後30日內(同一醫院)死亡率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	49
圖 2.2.6	病人歸戶之主診斷為缺血性腦中風住院病人入院後30日內(包含院內與院外)死亡率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	49
圖 2.3.1	住院後48小時內執行髌骨骨折手術率之國際比較.....	51
圖 2.3.2	住院後48小時內執行髌骨骨折手術率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	51
圖 3.1.1.1	子宮頸癌篩檢率之國際比較.....	55
圖 3.1.1.2	子宮頸癌篩檢率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	55
圖 3.1.2.1	子宮頸癌五年相對存活率之國際比較.....	57
圖 3.1.2.2	子宮頸癌五年相對存活率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	57
圖 3.1.3.1	子宮頸癌死亡率之國際比較.....	59
圖 3.1.3.2	子宮頸癌死亡率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	59
圖 3.2.1.1	乳房攝影篩檢率之國際比較.....	61
圖 3.2.1.2	乳房攝影篩檢率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	61
圖 3.2.2.1	乳癌五年相對存活率之國際比較.....	63
圖 3.2.2.2	乳癌五年相對存活率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	63
圖 3.2.3.1	乳癌死亡率之國際比較.....	65
圖 3.2.3.2	乳癌死亡率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	65
圖 3.3.1.1	結腸直腸癌五年相對存活率之國際比較.....	67
圖 3.3.1.2	結腸直腸癌五年相對存活率之國內六大醫療區域各年度總體比較...	67
圖 3.3.2.1	結腸直腸癌死亡率之國際比較.....	69
圖 3.3.2.2	結腸直腸癌死亡率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	69
圖 4.1.1	2歲兒童基本疫苗接種完成率(百日咳)之國際比較..	73
圖 4.1.2	2歲兒童基本疫苗接種完成率(百日咳)之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	73
圖 4.2.1	2歲兒童基本疫苗接種完成率(麻疹)之國際比較.....	75
圖 4.2.2	2歲兒童基本疫苗接種完成率(麻疹)之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	75
圖 4.3.1	2歲兒童基本疫苗接種完成率(B型肝炎)之國際比較.....	77
圖 4.3.2	2歲兒童基本疫苗接種完成率(B型肝炎)之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	77
圖 4.4.1	百日咳發生率之國際比較.....	79

圖 4.4.2	百日咳發生率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	79
圖 4.5.1	麻疹發生率之國際比較.....	81
圖 4.5.2	麻疹發生率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	81
圖 4.6.1	B型肝炎發生率之國際比較.....	83
圖 4.6.2	B型肝炎發生率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	83
圖 5.1.1.1	醫師時間足夠為病人看診(西醫基層)之國際比較.....	87
圖 5.1.1.2	醫師時間足夠為病人看診(醫院)之國際比較.....	87
圖 5.1.2.1	醫師時間足夠為病人看診之國內六大醫療區域比較(西醫基層).....	87
圖 5.1.2.2	醫師時間足夠為病人看診之國內六大醫療區域比較(醫院).....	87
圖 5.2.1.1	醫師對病人解說簡單易懂(西醫基層)之國際比較.....	89
圖 5.2.1.2	醫師對病人解說簡單易懂(醫院)之國際比較.....	89
圖 5.2.2	醫師對病人解說簡單易懂之國內六大醫療區域比較.....	89

國際比較表目錄

表 1-1-1	氣喘病人住院率之國際比較.....	108
表 1-2-1	慢性阻塞性肺病病人住院率之國際比較.....	109
表 1-3-1	充血性心臟衰竭病人住院率之國際比.....	110
表 1-5-1-1	控制不良糖尿病但無併發症住院率之國際比.....	111
表 1-5-2-1	糖尿病短期併發症住院率之國際比.....	112
表 1-5-3-1	糖尿病長期併發症住院率之國際比.....	113
表 1-6-1-1	糖尿病病人下肢截肢率之國際比.....	114
表 2-1-1	住院歸戶之主診斷為急性心肌梗塞住院病人入院後30日內 (同一醫院)及(包含院內與院外)死亡率之國際比較.....	115
表 2-2-1	病人歸戶之主診斷為急性心肌梗塞住院病人入院後30日內之 院內(院內與院外)死亡率之國際比較.....	116
表 2-3-1	住院歸戶之主診斷為出血性腦中風住院病人入院後30日內之 院內(同一醫院)死亡率之國際比較.....	117
表 2-4-1	病人歸戶之主診斷為出血性腦中風住院病人入院後30日內之 院內(院內與院外)死亡率之國際比較.....	118
表 2-5-1	病人歸戶之主診斷為出血性腦中風住院病人入院後30日內之 院內(院內與院外)死亡率之國際比較.....	119
表 2-6-1	病人歸戶之主診斷為缺血性腦中風住院病人入院後30日內之 院內(含院內與院外)死亡率之國際比較.....	120
表 2-7-1	住院後48 小時內執行髌骨骨折手術率之國際比較.....	121
表 3-1-1-1	子宮頸癌篩檢率之國際比較.....	122
表 3-1-2-1	子宮頸癌五年相對存活率之國際比較.....	123
表 3-1-3-1	子宮頸癌死亡率之國際比較.....	124
表 3-2-1-1	乳房攝影篩檢率之國際比較.....	125
表 3-2-2-1	乳癌五年相對存活率之國際比較.....	126
表 3-2-3-1	乳癌死亡率之國際比較.....	127
表 3-3-1-1	結腸直腸癌五年相對存活率之國際比較.....	128
表 3-3-2-1	結腸直腸癌死亡率之國際比較.....	129
表 4-1-1	2歲兒童基本疫苗接種完成率(百日咳)之國際比較..	130
表 4-2-1	2歲兒童基本疫苗接種完成率(麻疹)之國際比較.....	131

表 4-3-1	2 歲兒童基本疫苗接種完成率(B 型肝炎)之國際比較.....	132
表 4-4-1	百日咳發生率之國際比較.....	133
表 4-5-1	麻疹發生率之國際比較.....	134
表 4-6-1	B 型肝炎發生率之國際比較.....	135
表 5-1-1	醫師時間足夠為病人看診之國際比較.....	136
表 5-2-1	醫師對病人解說簡單易懂之國際比較.....	137

國內六大醫療區域表目錄

表 1-1-2	氣喘病人住院率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	138
表 1-2-2	慢性阻塞性肺病病人住院率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	138
表 1-3-2	充血性心臟衰竭病人住院率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	139
表 1-4-2	高血壓病人住院率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	139
表 1-5-1-2	控制不良糖尿病但無併發症住院率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	140
表 1-5-2-2	糖尿病短期併發症住院率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	140
表 1-5-3-2	糖尿病長期併發症住院率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	141
表 1-6-1-2	糖尿病病人下肢截肢率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	141
表 1-6-2-2	糖尿病病人眼底檢查率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	142
表 2-1-2	住院歸戶之主診斷為急性心肌梗塞住院病人入院後 30 日內之院內(同一醫院)死亡率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	142
表 2-2-2	病人歸戶之主診斷為急性心肌梗塞住院病人入院後 30 日內之院內(院內與院外)死亡率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	143
表 2-3-2	住院歸戶之主診斷為出血性腦中風住院病人入院後 30 日內之院內(同一醫院)死亡率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	143
表 2-4-2	病人歸戶之主診斷為出血性腦中風住院病人入院後 30 日內之院內(院內與院外)死亡率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	144
表 2-5-2	住院歸戶之主診斷為缺血性腦中風住院病人入院後 30 日內之院內(同一醫院)死亡率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	144

表 2-6-2	病人歸戶之主診斷為缺血性腦中風住院病人入院後 30 日內之院內(院內與院外)死亡率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	145
表 2-7-2	住院後 48 小時內執行髖骨骨折手術率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	145
表 3-1-1-2	子宮頸癌篩檢率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	146
表 3-1-2-2	子宮頸癌五年相對存活率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	146
表 3-1-3-2	子宮頸癌死亡率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	147
表 3-2-1-2	乳房攝影篩檢率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	147
表 3-2-2-2	乳癌五年相對存活率之國內六大醫療區域各年度總體比較..	148
表 3-2-3-2	乳癌死亡率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	148
表 3-3-1-2	結腸直腸癌五年相對存活率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	149
表 3-3-2-2	結腸直腸癌死亡率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	149
表 4-1-2	2歲兒童基本疫苗接種完成率(百日咳)之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	150
表 4-2-2	2歲兒童基本疫苗接種完成率(麻疹)之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	150
表 4-3-2	2歲兒童基本疫苗接種完成率(B型肝炎)之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	151
表 4-4-2	百日咳發生率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	151
表 4-5-2	麻疹發生率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	152
表 4-6-2	B型肝炎發生率之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	152
表 5-1-2	醫師時間足夠為病人看診之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	153
表 5-2-2	醫師對病人解說簡單易懂之國內六大醫療區域各年度總體比較.....	153

排名表

表一	我國與HCQIP參與國共同排名結果一覽表.....	93
表二	我國與 OECD 病人安全指標對照表.....	96

附錄

附錄一	指標操作型定義.....	154
附錄二	我國與OECD HCQIP指標對照表.....	169
附錄三	我國2006年及2011年人口學資料.....	172
附錄四	OECD 2010標準人口數.....	173
附錄五	癌症標準化權重.....	174



壹—前言





一、背景

為客觀呈現我國健康服務之水準，提供實證資料作為政策依據，本部長期致力於品質指標之選取及資料蒐集。另為與國際接軌，掌握全球品質議題發展之最新趨勢，亦多方瞭解重要國際組織用以衡量比較一個國家健康服務品質時所採用的關鍵指標。

在諸多國際組織中，經濟合作發展組織(Organization for Economic Cooperation and Development, 下稱 OECD)對於健康服務的指標管理著力甚深。自 2002 年起，即推動健康照護品質指標計畫(Health Care Quality Indicators Project, 下稱 HCQIP)，其目的在於長期追蹤會員國健康照護之品質與效能，在經過標準化之資料基礎上，進行品質測量與跨國評比；嗣由各國間品質表現差異與其相關健康政策之分析，促進跨國學習。由於 OECD HCQIP 品質指標架構係經各國學界及實務界菁英審慎研議而建立之共識，復藉由多年資料蒐集、驗證修正而得，指標之適當性、全面性及可比性皆為各國所肯定，我國乃沿用其架構，蒐集國內可取得之資料，於 2012 年出版「101 年健康服務品質測量暨系統性落差報告」，踏出與 HCQIP 接軌之第一步。

本報告繼續以 OECD HCQIP 最新公開的指標評比架構及格式作為藍本，依照其於 2013 年建議會員國定期蒐集並通報之 7 類 75 項指標定義為標準，對照我國現有指標量測系統，共蒐集到 5 類 32 項指標，並與 OECD 34 個會員國及 HCQIP 其他參與國(包括巴西、中國、哥倫比亞、賽普勒斯、印尼、拉脫維亞、俄羅斯、新加坡、印度及南非)共同作評比。

二、指標蒐集

OECD 於 2013 年建議會員國應定期檢視之 75 項健康服務品質指標區分為 7 大類：初級照護(Primary Care)、急性照護(Acute Care)、癌症照護(Cancer Care)、精神照護(Mental Health Care)、傳染病照護(Care for Communicable Diseases)、病人安全(Patient Safety)及病人經驗(Patient Experiences)。然而，由 HCQIP 網站公布之資料顯示，並非所有國家都能完成 75 項指標資料之蒐集，有足夠國家資料可作國際比較者僅 45 項。

因我國並非 OECD 會員國，亦未固定參與 HCQIP，國外資料係由本部健康服務品質政策辦公室(以下稱品質辦公室)取得 HCQIP 公開於網站之資料，

復就有疑義部分與 HCQIP 窗口聯絡加以確認。我國部分，則由中央健康保險署(下稱健保署)、國民健康署(下稱健康署)、疾病管制署(下稱疾管署)及本部統計處等指標主管單位，依其業務範圍蒐集提供與 HCQIP 定義相同的指標資料。

三、國際與國內醫療區域間之比較

納入本報告之品質指標共計 32 項，包括 9 項初級照護指標、7 項急性照護指標、8 項癌症照護指標、6 項傳染病照護指標，以及 2 項病人經驗指標。與 OECD 公開指標之差異如附錄二、我國與 OECD 指標對照表。另為瞭解我國不同醫療區域之健康照護品質，故就國內六大醫療區域(依照健保署之六個地區分組，分為台北區、北區、中區、南區、高屏區及東區)，於可蒐集到資料之期間(2010-2012 年)分別計算各品質指標之區域別資料，以檢視區域間是否有品質落差，以及近年來各自進步或退步之情形。

本報告係經由各單位跨部門合作完成，指標主管單位提供國內標準化實證資料與相關政策說明，並協助檢視資料與報告內容之正確性；品質辦公室統一指標定義與標準化方法、蒐集國外資料、彙整、製圖、蒐集文獻及撰稿，進而參酌國內、外重要健康服務政策或指引，提出討論。

為增進可比性，本報告之資料皆依 HCQIP 建議完成標準化。其中初級照護指標、急性照護指標、子宮頸癌死亡率、乳癌死亡率、結腸直腸癌死亡率及病人經驗指標係以 OECD 2010 之標準人口數為基礎進行年齡、性別校正(詳見附錄四)；乳癌、子宮頸癌及結腸直腸癌三種癌症之五年存活率則以癌症標準化權重作計算(詳見附錄五)。



貳—群體健康 服務指標



初級照護(PRIMARY CARE)

全球十大死因統計顯示缺血性心臟病、下呼吸道感染及慢性阻塞性肺病等慢性病在過去十年中皆係名列前茅的主要殺手。我國 2013 年全國十大死因中，心臟疾病、高血壓、糖尿病及慢性下呼吸道疾病等慢性疾病即占 7 項。由此可見，提升慢性病防治品質已為不容忽視之議題。

有鑑於慢性病威脅國人健康之嚴重性，我國已陸續推動氣喘、高血壓及糖尿病等慢性病防治計畫，並建立品質指標，持續監測，以提升對病人之醫療照護品質。

OECD HCQIP 於 2013 年將慢性病照護指標併入初級照護層面，作為主要品質面向之一。初級照護是健康服務的第一環，具有可近性(accessibility)、周全性(comprehensiveness)、協調性(coordination)、持續性(continuity)及可責性(accountability)五個面向，而多數慢性疾病可藉由高品質的初級照護體系提供整合性照護，而達到預防、改善及疾病控制的效益。

OECD 定期蒐集有關初級照護之品質指標：

- 呼吸道疾病(氣喘、慢性阻塞性肺病住院率)
- 心臟疾病(充血性心臟衰竭住院率)
- 糖尿病(控制不良但無併發症、短期、長期併發症住院率及下肢截肢率)

本章節以我國上述 7 項指標資料與 OECD HCQIP 參與國作比較，再就我國六大醫療區域的指標值呈現。由於 OECD 於 2013 年度報告中並未公開高血壓病人住院率及糖尿病病人眼底檢查率，故該 2 項指標之資料，僅就我國國內作區域間比較。

- 1.1 氣喘病人住院率
(Asthma admission rate)
- 1.2 慢性阻塞性肺病病人住院率
(COPD admission rate)
- 1.3 充血性心臟衰竭病人住院率
(Congestive heart failure hospital admission rate)
- 1.4 高血壓病人住院率
(Hypertension hospital admission rate)
- 1.5 糖尿病病人住院率
(Diabetes complications hospital admission rate)
 - 1.5.1 控制不良糖尿病但無併發症住院率
(Uncontrolled diabetes without complications hospital admission rate)
 - 1.5.2 糖尿病短期併發症住院率
(Diabetes short-term complications hospital admission rate)
 - 1.5.3 糖尿病長期併發症住院率
(Diabetes long-term complications hospital admission rate)
- 1.6 糖尿病之併發症
(Diabetes complications)
 - 1.6.1 糖尿病病人下肢截肢率
(Diabetes lower extremity amputation rate)
 - 1.6.2 糖尿病病人眼底檢查率
(Annual retinal exam for diabetics rate)

1.1 氣喘病人住院率 (Asthma admission rate)

指標定義：	
分子	15 歲以上住院主診斷為氣喘之非生產案件數
分母	15 歲以上人口(每十萬人口)
操作型定義—詳見附錄	

重要性：

氣喘是一種常見的慢性疾病，根據 WHO 2011 年統計資料，全球約有 3 億人口罹患氣喘疾病，而每年約有 25 萬人因此死亡。

氣喘症狀雖能持續甚久，多數個案卻可控制。特別是兒童氣喘，大部分可以痊癒或因有效控制而過正常生活(OECD, 2013)。同時，基層醫療體系即足以擔負治療及照護之責，無需住院。因此，OECD 選定氣喘病人住院率作為衡量初級照護的指標：住院率愈低，代表初級照護品質愈可信賴。

國際及區域比較：

我國 2011 年之指標值為每十萬人口 74.4，若與 33 個 HCQIP 參與國共同評比，於 34 個國家中居第 28 位。較 2006 年降低 13.7%，但降幅不如其他國家[詳見圖 1.1.1 及附錄表 1-1-1]。

就我國六大醫療區域 2010 至 2012 年三年之資料來觀察，台北區逐年下降且為各區中最低；東區一直在全國平均的 2 倍以上，而南區雖然較全國平均低，然呈現逐年上

升趨勢[詳見圖 1.1.2 及附錄表 1-1-2]。

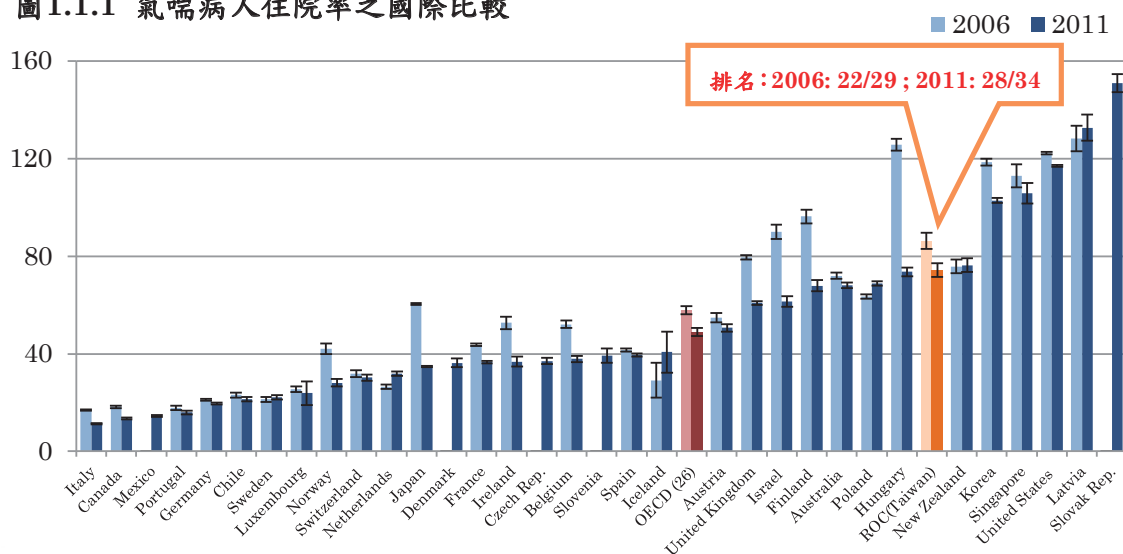
政策討論：

本項指標我國在國際間的表現落後，顯示氣喘之初級照護有很大改進空間。東區住院率特別高，或許因就醫較不便，故病患傾向留院觀察；南區住院率不降反升，應特別瞭解這兩區初級照護不足之原因，並及時改善。

健康署從 1997 年起推動全國之氣喘防治，草擬我國之國家氣喘診療指引，供醫師參考。健保署於 2001 年推出氣喘論質計酬試辦方案，鼓勵院所定期追蹤病人，增加定期疾病管理之照護費作為支付誘因。多個研究探討本方案實施後急診及住院率是否下降，但結果不一致，惟在病人自我照護能力及就醫滿意度提升有相同結果。

國際氣喘專家組成 GINA 組織(Global Initiative for Asthma)強調氣喘自我處置及病人衛生教育推廣。而我國氣喘患者普遍缺乏氣喘知識及未遵從醫囑服藥(健保署，2012)，且 2011 年參與健保署試辦計畫之人數偏低，照護率僅 45.5%。故未來應加強病人衛教，提升氣喘治療指引遵從率及服藥順從性，並持續品質導向之支付制度。

圖1.1.1 氣喘病人住院率之國際比較



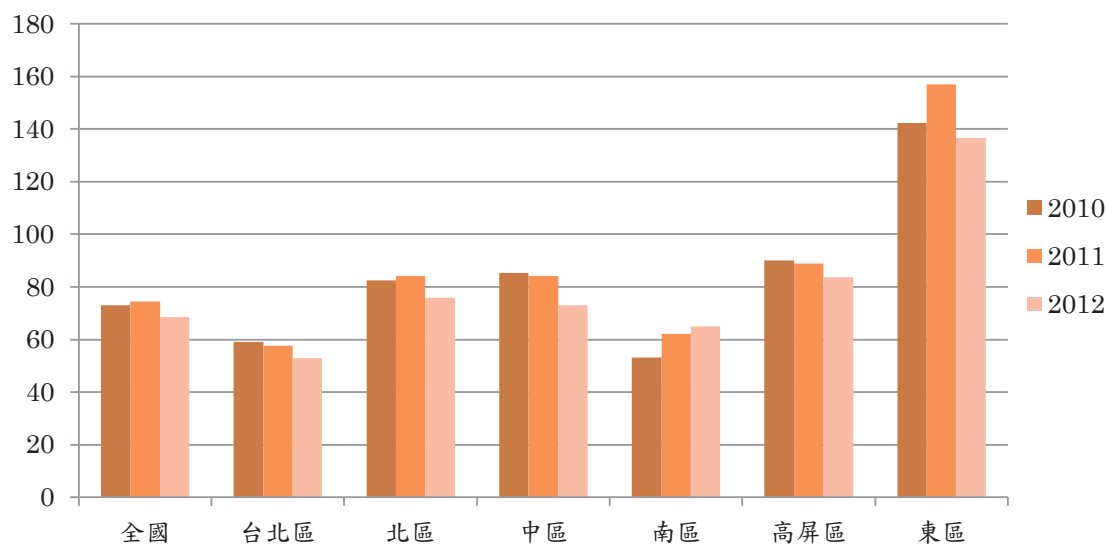
Age-sex standardised rates per 100 000 population

註：H 符號代表 95%信賴區間

資料年度：2006 年及 2011 年(或最近資料)

資料來源：OECD Health Statistics 2013.；衛生福利部中央健康保險署

圖1.1.2 氣喘病人住院率之國內六大醫療區域各年度總體比較



資料年度：2010 年至 2012 年；單位：每十萬人口

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

1.2 慢性阻塞性肺病病人住院率 (COPD admission rate)

指標定義：	
分子	15 歲以上住院主診斷為慢性阻塞性肺病之非生產/非新生兒的案件數
分母	15 歲以上人口(每十萬人口)
操作型定義—詳見附錄	

重要性：

慢性阻塞性肺病(下稱 COPD)是一種慢性發炎造成呼吸道阻塞的疾病。WHO 指出，全球每年約有 300 萬人死於 COPD，占總死亡人數的 5%，於全球死因排名第 4 位(健康署，2013)。

OECD 另指出本疾病可藉由加強初級照護品質(如提高戒菸率)有效預防或控制病情惡化，因此，選定此疾病之住院率作為反映初級照護品質之指標。

國際及區域比較：

我國 2011 年 COPD 住院率為每十萬人口 227.7，與 2006 年相較降低 15.2%；若與 31 個 HCQIP 參與國共同評比，於 32 個國家中居第 24 位[詳見圖 1.2.1 及附錄表 1-2-1]。就我國六大醫療區域 2010 至 2012 年的資料來看，台北區、北區、南區及高屏區四區皆逐年下降，其他兩區消長互見，但差異不大；中區及東區為六區中最高[詳見圖 1.2.2 及附錄表 1-2-2]。

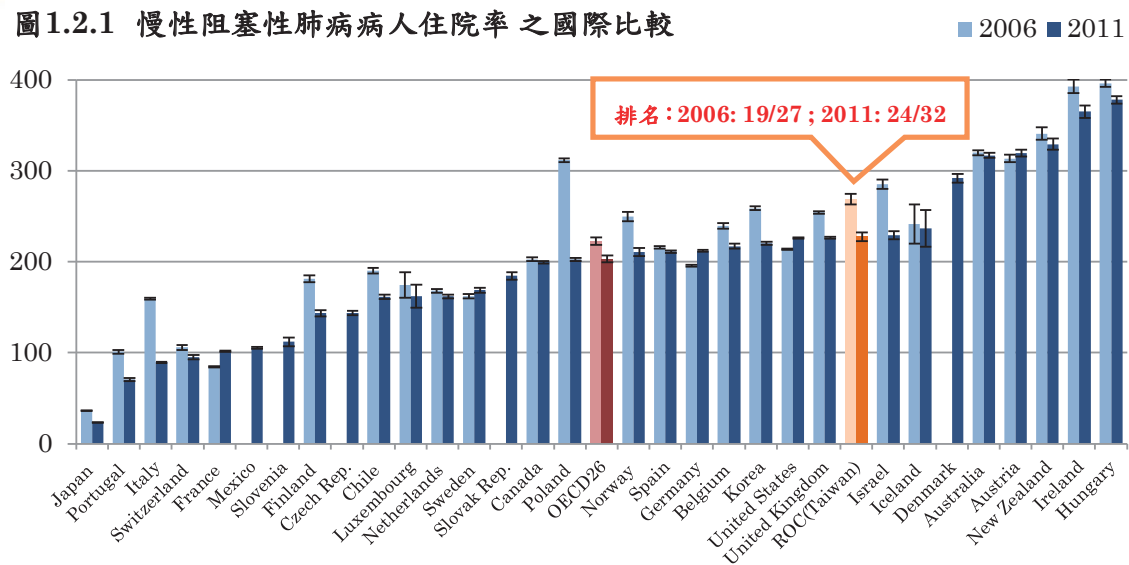
政策討論：

本項指標我國在國際間的表現落後，顯示 COPD 之初級照護有很大改進空間。我國中區及東區住院率高，東區人口結構以藍領階級及原住民為主，為我國吸菸盛行率較高人口(國家衛生研究院，2005)。另依健保署 2011 年資料，中區新使用呼吸器的病人數偏高，此可能為中區住院率偏高原因之一，惟仍需進一步探討。

全球 COPD 倡議組織 GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) 發布 2014 年 COPD 診治指引，建議預防及治療 COPD 最重要方法為確認危險因子並減少暴露(GOLD, 2014)。

因吸菸(含二手菸)是 COPD 最主要的危險因子，故應鼓勵患者戒菸。我國已積極推動菸害防制工作，目前 COPD 照護品質所面臨的問題為患者普遍認知不足包括：疾病病程、戒菸重要性及治療不夠積極(台灣胸腔暨重症加護醫學會，2012)。建議持續推動戒菸，比照氣喘醫療改善方案，對 COPD 患者進行個案管理、追蹤及病患教育宣導，促進早期積極治療。

圖 1.2.1 慢性阻塞性肺病病人住院率之國際比較



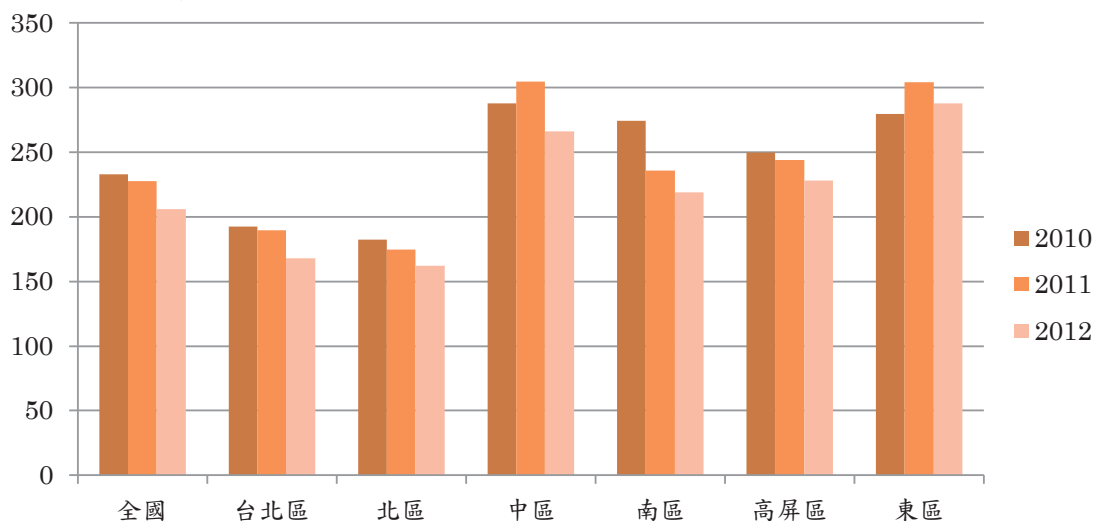
Age-sex standardised rates per 100 000 population

註：H 符號代表 95%信賴區間

資料年度：2006 年及 2011 年(或最近資料)

資料來源：OECD Health Statistics 2013.；衛生福利部中央健康保險署

圖 1.2.2 慢性阻塞性肺病病人住院率之國內六大醫療區域各年度總體比較



資料年度：2010 年至 2012 年；單位：每十萬人口

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

1.3 充血性心臟衰竭病人住院率 (Congestive heart failure hospital admission rate)

指標定義：	
分子	15 歲以上住院主診斷為充血性心臟衰竭之非生產/非新生兒的病例數
分母	15 歲以上人口(每十萬人口)
操作型定義—詳見附錄	

重要性：

充血性心臟衰竭(下稱 CHF)是兼具高盛行率及高復發率的疾病。全球約有 1,700 萬人受到其威脅 (WHO, 2009)。歐洲心臟調查 II(Euro Heart Survey II) 實證報告顯示, CHF 出院後 12 週再住院率達 24% (OECD, 2009)。

然而研究指出約有 50% 的 CHF 發病或反覆入院可以避免 (Schwarz & Elman, 2003), 且病患需住院治療的情形有限, 故建議病患於門診治療並進行自我管理 (OECD, 2009)。

國際及區域比較：

2011 年我國 CHF 住院率為每十萬人口 193.3, 若與 26 個 HCQIP 參與國共同評比, 於 27 個國家中居第 13 位, 與 2006 年相比則上升 10.4% [詳見圖 1.3.1 及附錄表 1-3-1]。

就我國六大醫療區域 2010 至 2012 年的資料比較, 東區最高, 台

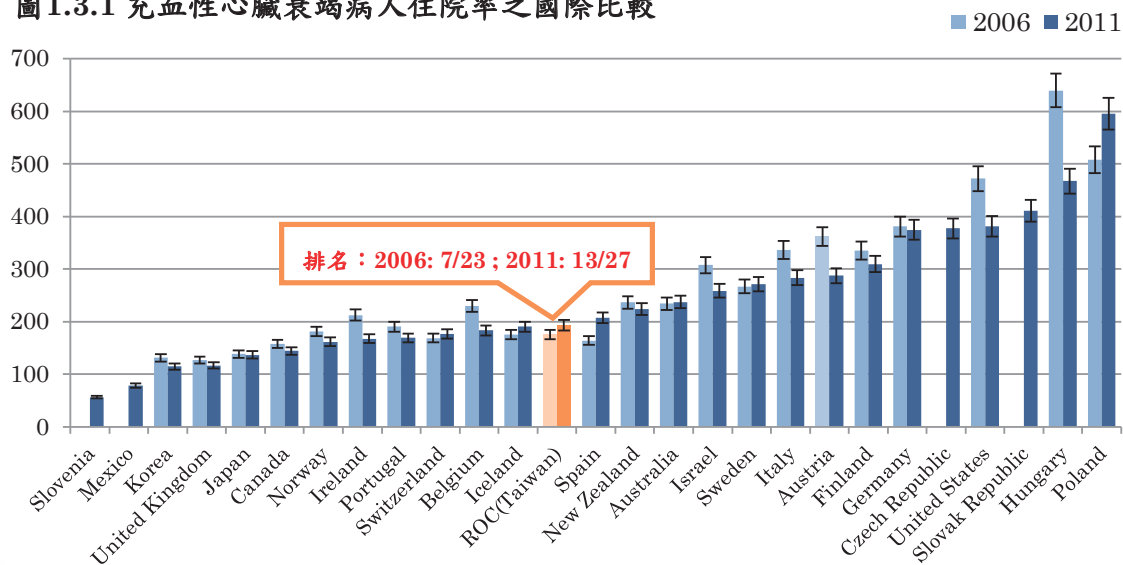
北區的住院率明顯低於其他區。而高屏區、東區及全國平均已見自 2010 年有逐年下降趨勢 [詳見圖 1.3.2 及附錄表 1-3-2]。

政策討論：

本項指標我國在國際間的表現居中, 顯示國內基層醫療體系對於 CHF 患者之照顧已有相當水準。東區住院率較高, 可能是初級照護資源相對缺乏, 且病人因為沒有按時服藥及執行日常保健行為而導致再次入院治療 (魏嘉儀、章淑娟, 2010)。

心臟疾病從 2007 年至 2012 年連續六年高居我國十大死因第二位, 已是癌症以外嚴重威脅國人健康的疾病。2013 年美國心臟協會 AHA (American Heart Association) 公布的治療指引, 強調以病人為中心的照護, 如共同制定決策及治療協調等, 期藉由病人參與照護計畫之決定過程, 提高病人的接受度及遵從度, 並進行自我管理。未來我國亦應多加利用家庭醫師及社區醫療群等基層醫療單位, 協助病患進行疾病之自我管理, 提供整合性醫療照護平台。

圖 1.3.1 充血性心臟衰竭病人住院率之國際比較



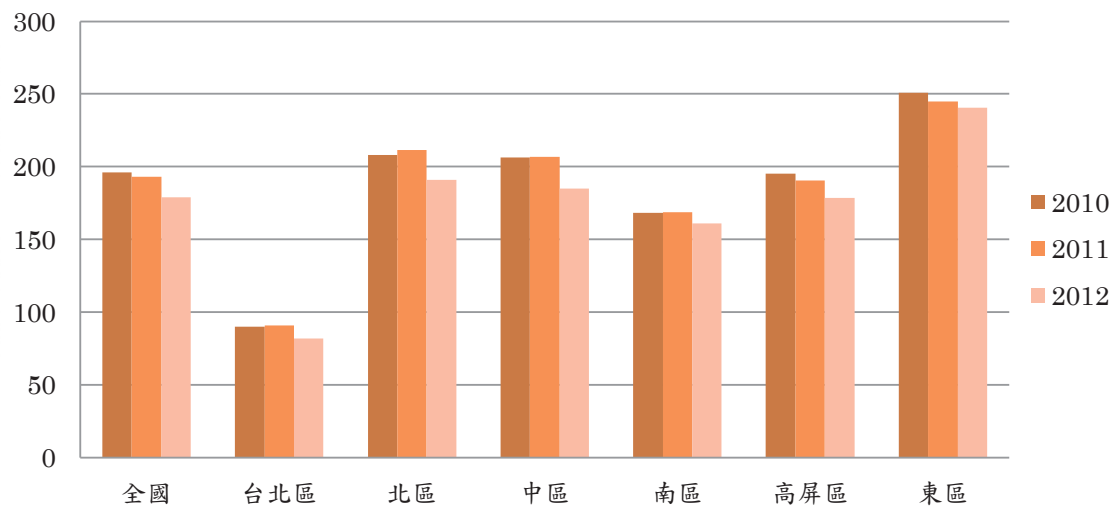
Age-sex standardised rates per 100 000 population

註：H 符號代表 95%信賴區間

資料年度：2006 年及 2011 年(或最近資料)

資料來源：OECD Health Statistics 2013.；衛生福利部中央健康保險署

圖 1.3.2 充血性心臟衰竭病人住院率之國內六大醫療區域各年度總體比較



資料年度：2010 年至 2012 年；單位：每十萬人口

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

1.4 高血壓病人住院率 (Hypertension hospital admission rate)

指標定義：	
分子	15 歲以上住院主診斷為高血壓之非生產/非新生兒的 案件數
分母	15 歲以上人口(每十萬人口)
操作型定義—詳見附錄	

重要性：

高血壓為成人最常見慢性疾病，且與許多慢性疾病有密切關係。2000 年全球罹患高血壓的成人占 26%(OECD, 2009)。依健康署 2002 年調查，我國 15 歲以上國民有近 400 萬人罹患高血壓，占 21.4%，且盛行率隨著年齡增加而增加，我國 2013 年之十大死因中，高血壓性疾病名列第 8 名。

高血壓症狀不易察覺，罹病前期容易輕忽其嚴重性，導致合併症發生而需住院治療。若能早期治療，則可有效控制，減少合併症發生而避免住院。故 OECD 以高血壓住院率來評估會員國的初級照護品質。

國際及區域比較：

本項指標受限於 HCQIP 各參與國提供資料不全，故未公開國際比較資料。我國 2010 至 2012 年高血壓病人住院率分別為每十萬人口 25、21 及 19。就我國六大醫療區域 2010 至 2012 年的資料比較，南區較低，高屏區與東區較高。除北區及東區外，其他區域皆逐年下降，

其中以南區下降最快[詳見圖 1.4.1 及附錄表 1-4-2]。

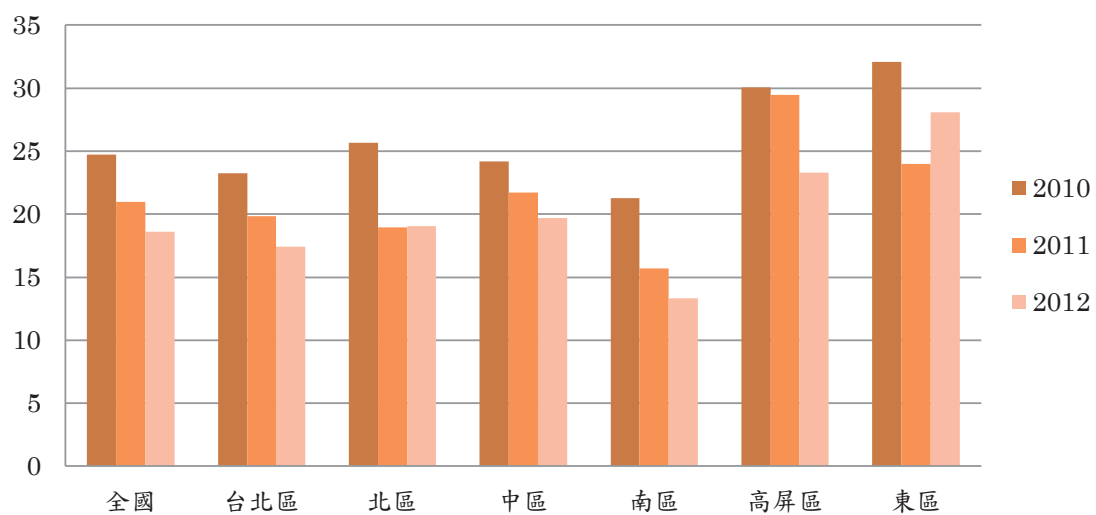
政策討論：

高血壓住院率近年皆呈現下降趨勢，顯示初級照護已有成效，惟高屏區及東區一直較高值得重視。依健康署綜合高血壓之相關研究，發現在相同國家中，鄉村地區高血壓盛行率常高於城市(孫建安，2007)，或許是高屏區及東區住院率高的影響因素之一，惟若當地初級照護體系健全，應可給予患者適當照護而避免住院。故建議業務主管單位能分析高屏區及東區之高血壓初級照護困難之處，協助改善。

健保署曾於 2007 年推動論質計酬試辦方案，鼓勵醫療院所提供高血壓病人完整照護，藉由血壓控制避免合併症發生，於 2013 年停辦。健康署亦無高血壓防治具體方案，但推動健康飲食、生活型態、體重控制、量血壓及訂定治療準則等措施，對於高血壓防治應有助益。

依美國國家委員會聯合會公布高血壓治療指引，治療目標仍在於將血壓控制在合理之血壓值降低合併症，故未來健保署仍應考慮給予醫療院所獎勵，以控制病人之血壓在適當範圍。

圖1.4.1 高血壓病人住院率之國內六大醫療區域各年度總體比較



資料年度：2010 年至 2012 年；單位：每十萬人口
 資料來源：衛生福利部中央健康保險署

1.5 糖尿病病人住院率

(Diabetes complications hospital admission rates)

指標定義：	
1.5.1 控制不良糖尿病但無併發症住院率 (Uncontrolled diabetes without complications hospital admission rate)	
分子	15 歲以上住院主診斷為控制不良糖尿病，且次診斷未提及有短期或長期之糖尿病併發症之非生產/非新生兒的案件數。
分母	15 歲以上人口(每十萬人口)
1.5.2 糖尿病短期併發症住院率 (Diabetes short-term complications hospital admission rate)	
分子	15 歲以上住院主診斷為糖尿病短期併發症之非生產/非新生兒的案件數
分母	15 歲以上人口(每十萬人口)
1.5.3 糖尿病長期併發症住院率 (Diabetes long-term complications hospital admission rate)	
分子	15 歲以上住院主診斷為糖尿病長期併發症之非生產/非新生兒的案件數
分母	15 歲以上人口(每十萬人口)
操作型定義—詳見附錄	

重要性：

糖尿病照護主要依賴門診服務，若因控制不良而住院，則顯示初級照護出現問題，故以住院率來反映初級醫療照護品質之良窳(Kim., 2007)。

OECD 於 2011 年之前，公布糖尿病住院率指標時僅有「糖尿病控制不良住院率」一項，2013 年公布的國際比較資料時，將此指標依併發症之程度細分為「無併發症」、「短期併發症」及「長期併發症」3 項住院率。此 3 項住院率皆屬門診照護敏感狀況(Ambulatory Care Sensitive Condition, ACSC)。換言之，病人若能於門診或社區中獲得適當照護，即可避免住院。而 3 項住院率間之差異在於併發症之型態 (OECD, 2007, 2014；AHRQ, 2013)。

1.5.1 控制不良糖尿病但無併發症住院率

糖尿病控制不良的高血糖住院，與下一指標(糖尿病短期併發症住院率)關係密切，兩者在疾病嚴重程度上差異不大，且有可能是疾病編碼造成。因此在分析上，建議 2 項指標應一併檢視(AHRQ, 2013)。

1.5.2 糖尿病短期併發症住院率

OECD 定義糖尿病的短期併發症包括高血糖高滲透壓狀態 (Hyperosmolar Hyperglycemic State, HHS)、酮酸中毒 (Diabetic Ketoacidosis, DKA) 及低血糖 (Hypoglycemia) (OECD, 2013 ; 2014)。主要原因為病人的胰島素管理失當，引起血糖與胰島素間不平衡 (AHRQ, 2003)。

1.5.3 糖尿病長期併發症住院率

OECD 定義糖尿病長期併發症包括腎臟病變 (Nephropathy)、視網膜病變 (Retinopathy) 及神經系統病變 (Neuropathy) (OECD, 2013 ; 2014)。此係長期血糖控制不良，而引發前述不可逆之慢性併發症。

國際及區域比較：

我國 2011 年「控制不良糖尿病但無併發症住院率」為每十萬人口 45.1，若與 HCQIP 27 個參與國共同排名，於 28 個國家中居第 18 位。與 2006 年相較，本指標下降 17.3% [詳見圖 1.5.1.1 及附錄表 1-5-1-1]。就我國六大醫療區域 2010 至 2012 年三年之資料觀察，除北區及南區外，其他區域呈現逐年下降趨勢，尤以東區降幅最為明顯 [詳見圖 1.5.1.2 及附錄表 1-5-1-2]。

我國 2011 年「糖尿病短期併發症住院率」為每十萬人口 44.1，若

與 HCQIP 28 個參與國共同排名，於 29 個國家中居第 20 位。與 2006 年相較，微幅下降 1.3% [詳見圖 1.5.2.1 及附錄表 1-5-2-1]。就我國六大醫療區域 2010 至 2012 年三年之資料觀察，台北區最低，南區最高；而除了台北區及北區外，另四區於 2012 年皆為下降 [詳見圖 1.5.2.2 及附錄表 1-5-2-2]。

我國 2011 年「糖尿病長期併發症住院率」為每十萬人口 119.6，若與 HCQIP 21 個參與國共同排名，於 22 個國家中居第 14 位。與 2006 年相較下降 18.6% [詳見圖 1.5.3.1 及附錄表 1-5-3-1]。就我國六大醫療區域 2010 至 2012 年三年之資料觀察，除了東區近兩年呈穩定現象，其餘各區域皆多呈現逐年下降趨勢 [詳見圖 1.5.3.2 及附錄表 1-5-3-2]。

政策討論：

我國糖尿病住院率的 3 項指標與 HCQIP 參與國相比，皆屬中後段，結果一致，顯示我國初級照護確實有待加強。若就國內 2010 至 2012 年資料顯示，3 項指標亦皆呈現下降趨勢。其中，短期併發症之住院率台北區明顯低於其他五區。研究顯示，糖尿病病人若居住在都市化程度較高區域，因有較高醫療資源使用，故在死亡率及住院率的風險相對較低 (張順全、賴美淑、徐豈庸, 2005)；另參與健保署糖尿病論質計酬方案之病人比率，以台北

區最高，增加之速度亦最快，爰該區照護品質較佳(邱亨嘉等人，2013)。

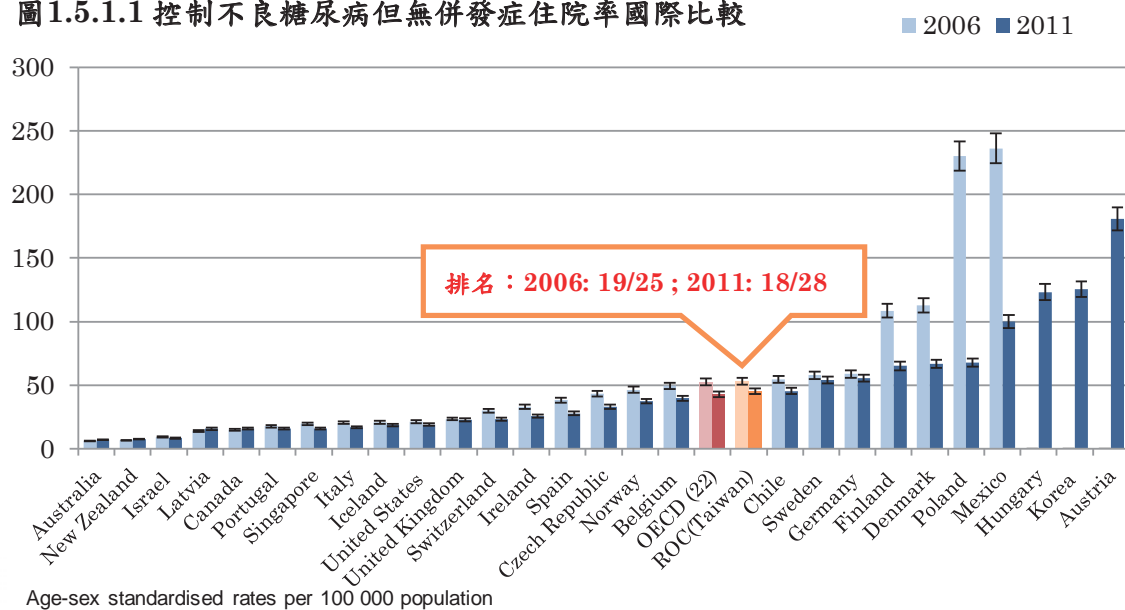
美國糖尿病學會(American Dental Association, 下稱 ADA)指出，良好的糖尿病照護能降低併發症產生。美國進行的一項長期追蹤研究顯示，改善病人生活方式及藥物治療能減少併發症，尤其於前期(prediabetes)介入成效更佳(ADA, 2014)。英國糖尿病協會則建議定期檢驗血糖值及回診可降低住院率，關鍵在於加強病人對疾病的認知以及自我管理能力(Diabetes UK, 2014)。

健保署自 2001 年起，推動糖尿病論質計酬方案，透過支付誘因，以提升醫療院所對糖尿病病人照護。依該署統計，2013 年糖尿病病人參與此方案之比率為 37.37%。研究顯示，參與糖尿病論質計酬方案之病人，血糖及住院風險控制皆優於未參與者(林文德等人，2010；黃憶玫、張慈桂，2011)。此外，健康署從 2006 年起配合該方案，推動糖尿病健康促進機構，持續提供醫事人員糖尿病防治教育，亦加強推動高危險群體之健康促進。

我國雖有糖尿病防治相關政策，但國際表現仍不盡理想，代表

我國在執行面仍有改善空間。糖尿病論質計酬方案實施至今已有十餘年，參與之病患數雖有成長，惟仍不足四成。另外該方案之財務誘因為提供管理照護費、醫師診療費、檢驗費用及針對個別醫師的品質獎勵費用給醫療院所，但對於其他醫療人員(如護理人員、營養師等)並無相關獎勵措施(陳光文等人，2011)，故應再檢討誘因機制，使醫療團隊皆能得到鼓勵。另建議該方案可與糖尿病治療臨床指引之重要指標結合，並獎勵醫療機構促成病人定期回診(邱亨嘉等人，2013)。在操作面，建構一個統一的論質計酬資訊分享及回饋系統，協助醫療院所及醫師能即時掌握病人獲得醫療照護之資訊，避免重複治療而影響病人安全及資源的耗費。

圖1.5.1.1 控制不良糖尿病但無併發症住院率國際比較



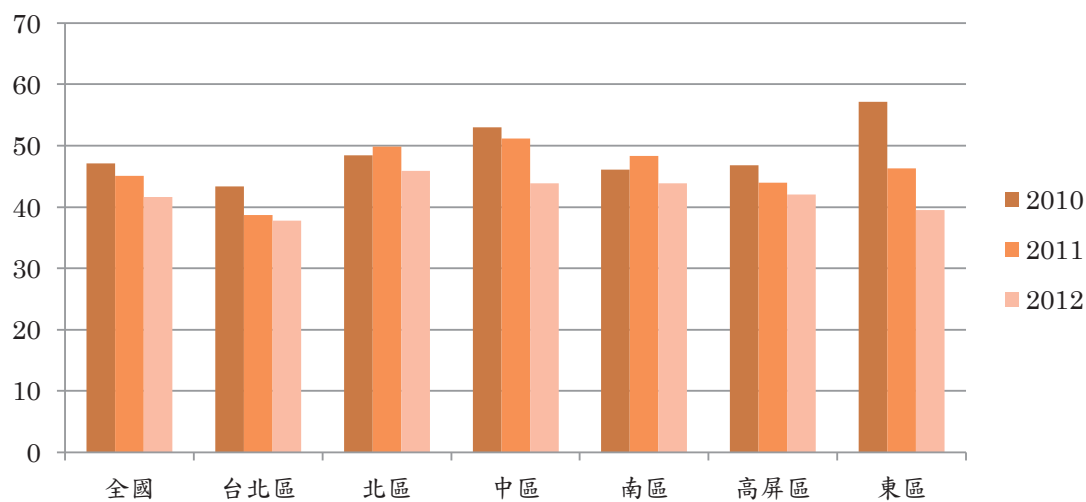
Age-sex standardised rates per 100 000 population

註：H 符號代表 95%信賴區間

資料年度：2006 年及 2011 年(或最近資料)

資料來源：OECD Health Statistics 2013.；衛生福利部中央健康保險署

圖1.5.1.2 控制不良糖尿病但無併發症住院率國內六大醫療區域各年度總體比較



資料年度：2010 年至 2012 年；單位：每十萬人口

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

圖1.5.2.1 糖尿病短期併發症住院率之國際比較

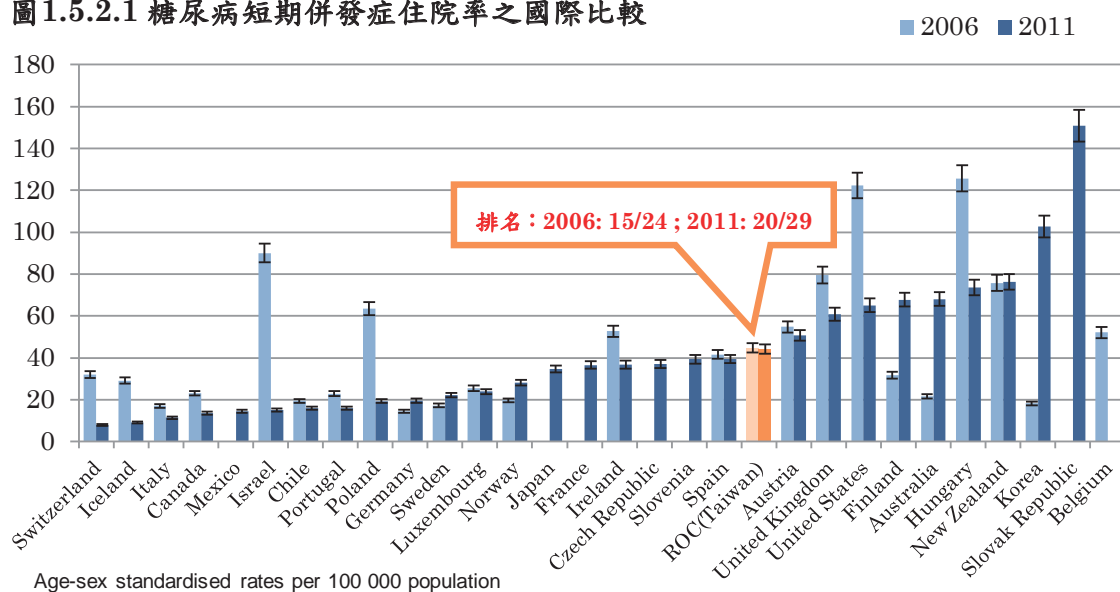


圖1.5.2.2 糖尿病短期併發症住院率之國內六大醫療區域各年度總體比較

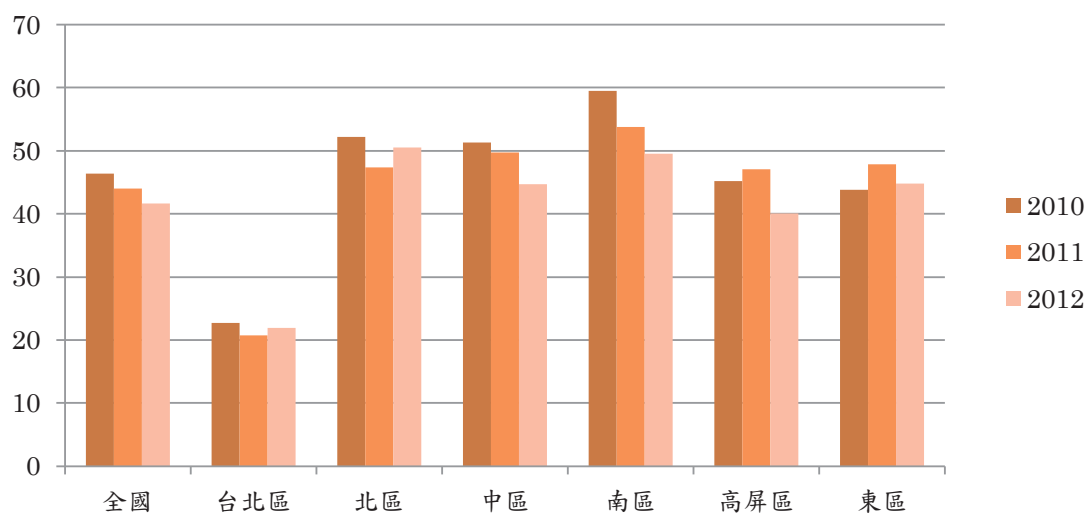
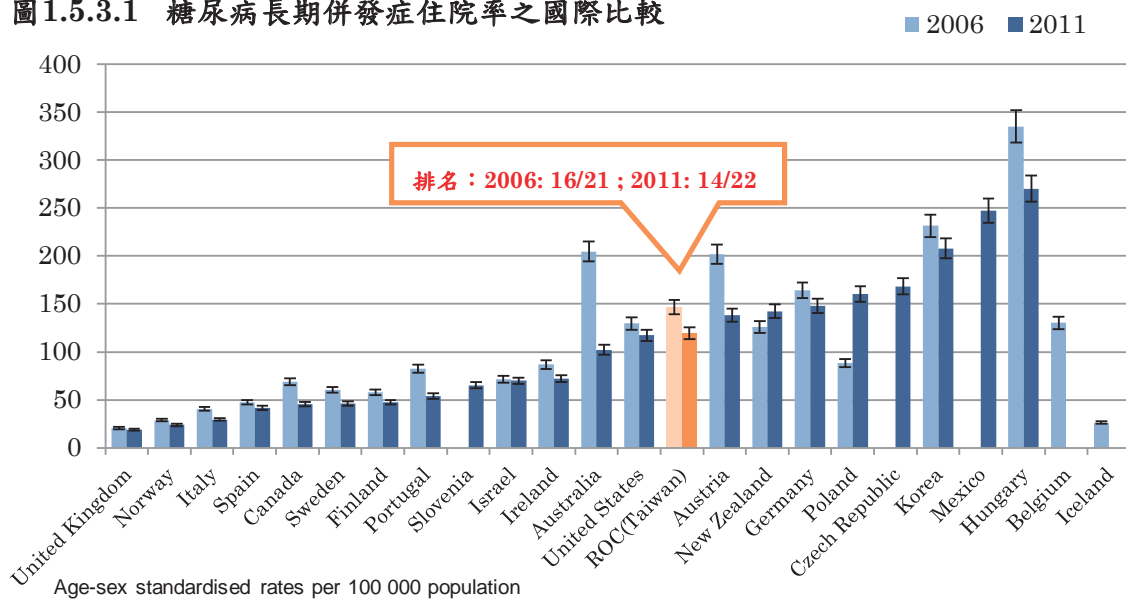
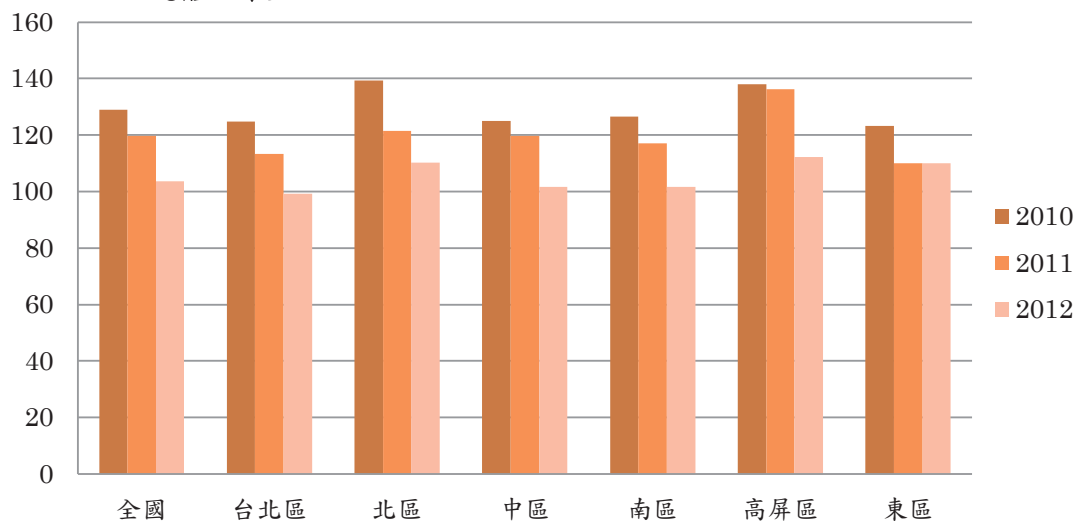


圖1.5.3.1 糖尿病長期併發症住院率之國際比較



Age-sex standardised rates per 100 000 population
 註：H 符號代表 95%信賴區間
 資料年度：2006 年及 2011 年(或最近資料)
 資料來源：OECD Health Statistics 2013.；衛生福利部中央健康保險署

圖1.5.3.2 糖尿病長期併發症住院率之國內六大醫療區域各年度總體比較



資料年度：2010 年至 2012；單位：每十萬人口
 資料來源：衛生福利部中央健康保險署

1.6 糖尿病之併發症 (Diabetes Complications)

指標定義：	
1.6.1 糖尿病病人下肢截肢率 (Diabetes lower extremity amputation rate)	
分子	15 歲以上，有任何下肢截肢手術碼(不包含趾部)並有糖尿病之非生產/非新生兒的案件數
分母	15 歲以上人口(每十萬人口)
1.6.2 糖尿病病人眼底檢查率 (Annual retinal exam for diabetics rate)	
分子	在分母的糖尿病病人中，有至少一次經由眼科醫師或驗光師執行瞳孔放大眼睛檢查或視網膜攝影術檢驗的個案數
分母	15~74 歲之糖尿病病人數 (type I and type II)
操作型定義—詳見附錄	

重要性：

1.6.1 糖尿病病人下肢截肢率

糖尿病足部截肢肇因於長期血糖控制不佳所引起之下肢病變。

在糖尿病人中約 15%-25% 的人會發生足部潰瘍，其中有一半會因感染而需要住院，而截肢的危險性為一般人的 15-25 倍(Singh et al., 2005；劉伯瑜等人，2012)。因此，OECD 將下肢截肢視為糖尿病照護不良的結果(OECD, 2004)。

OECD 指出糖尿病病人接受初級照護時，若有適當飲食、運動、藥物治療及良好足部照護，即可降低截肢風險。

1.6.2 糖尿病病人眼底檢查率

長期血糖上升會引起眼部視網膜微細血管病變，嚴重時易導致失明。根據 OECD 資料顯示，在美國，糖尿病是造成 20 歲至 74 歲成年人失明的主要原因，糖尿病人伴隨視網膜病變之比率為 34.6%，其中第二型糖尿病人有 21% 於初次確診為糖尿病時已有視網膜病變徵狀。然民眾多未意識此疾病嚴重性，需賴專業的眼底檢查，始可早期發現與處置，防止病變的發生或惡化(OECD, 2007；2014；Yau et al., 2012)。

由於執行眼底檢查及妥善管理糖尿病避免截肢，皆屬初級照護體系之責，故 OECD 以此 2 項指標評定一個國家初級照護體系之表現。

國際及區域比較：

2011 年我國糖尿病病人下肢截肢率為每十萬人口 11.0，與 HCQIP 25 個參與國共同排名，於 26 個國家中居第 17 位。與 2006 年相較，本指標下降了 1.1% [詳見圖 1.6.1.1 及附錄表 1-6-1-1]。

我國南區及高屏區之糖尿病病人下肢截肢率呈現逐年下降趨勢，

惟東區逐年上升趨勢[詳見圖 1.6.1.2 及附錄表 1-6-1-2]。

OECD 在進行「糖尿病病人眼底檢查率」國際資料蒐集，受限於 HCQIP 各參與國提供資料不全，因而未公開資料，故僅就我國國內作六大醫療區域之比較。在 2010 至 2012 年間，南區及高屏區眼底檢查率呈現逐年上升，而北區及東區則呈現較不穩定之變動 [詳見圖 1.6.2.1 及附錄表 1-6-2-1]。

政策討論：

我國糖尿病下肢截肢率與 HCQIP 各參與國相比，排名偏中後段。多數國家 2011 年之截肢率較 2006 年大幅下降，而我國雖亦有進步，但幅度不夠大。

東區之下肢截肢率逐年上升，值得注意；有研究顯示，東部地方 6 成的糖尿病病人未曾接受足部自我照護衛教，平均每 2 位糖尿病人就有一人有足部問題(游雪峰等人，2012)，且糖尿病併發症及死亡率，東區一直高於其他區域(賴美淑等人，2008)。建議相關主管機關應強化東區糖尿病病人醫療照護及衛教指導。

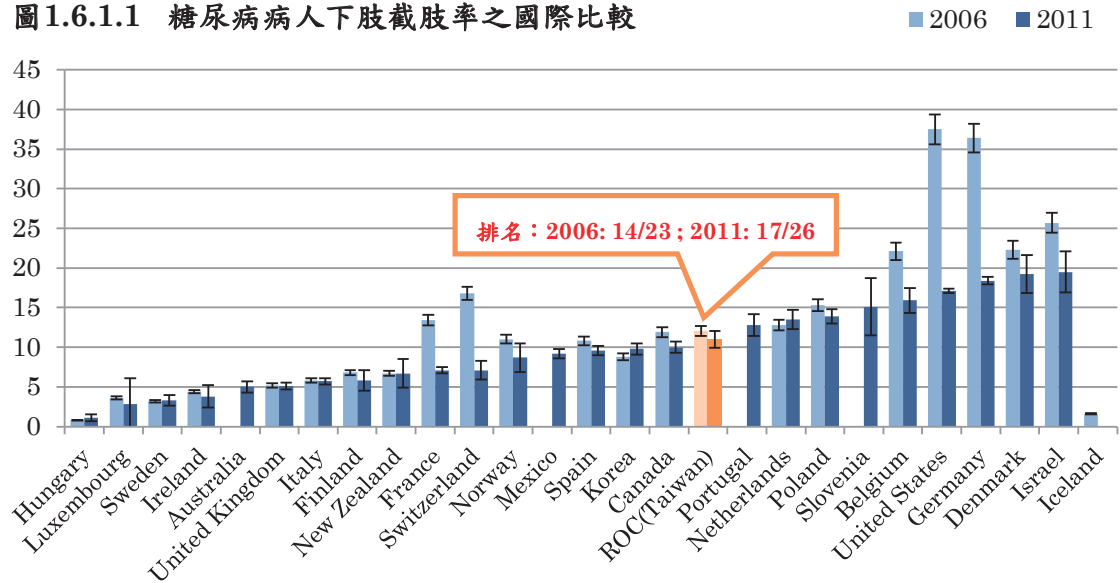
再者，眼底檢查率整體而言，呈現平穩狀態。有研究指出或許是因為健保署「糖尿病論質計酬方案」僅設定 4 項指標作為獎勵依據，而未獲獎勵之檢查項目(包括眼底鏡及

視網膜之檢查)執行率偏低(邱亨嘉，2013)。

ADA 建議糖尿病病人應每年進行 1 次的足部檢查及眼底檢查(ADA, 2012)，美國公共健康協會(American Public Health Association, 下稱 APHA)則建議醫護人員應適當協助病人轉介至眼部及足部之專科，進行後續治療及追蹤(APHA, 2000)。此外，ADA 亦發展一套足部照護指南(ADA, 2014)，以強化對於糖尿病病人足部照護。這些都值得我國參考，訂入糖尿病病人照護指引之中。

另建議醫院社區健康中心能協助整合醫療及社區衛生資源，透過社區導向之基層照護模式，建構良好之醫療及健康生活支持環境，提供糖尿病病人獲得「專業性」及「可近性」的健康服務。

圖1.6.1.1 糖尿病病人下肢截肢率之國際比較



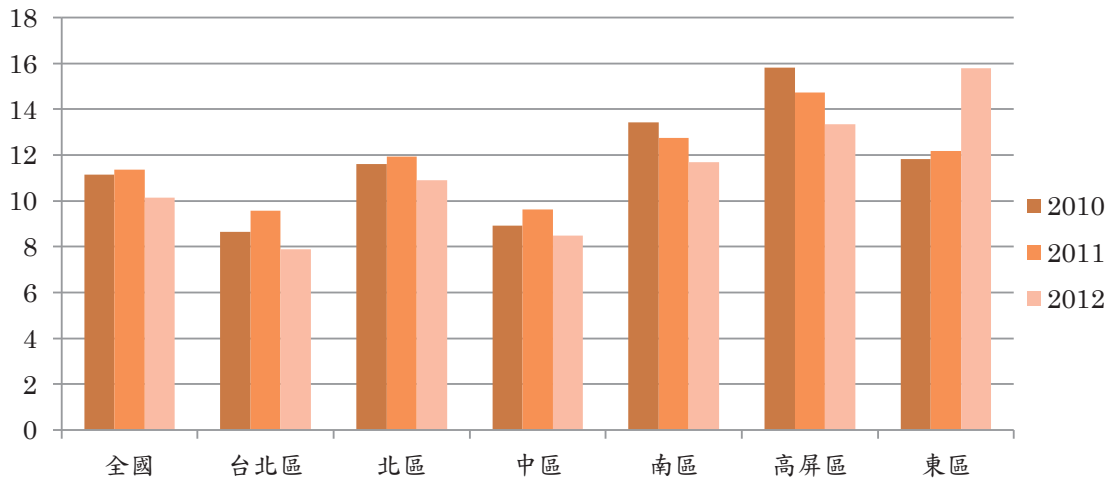
Age-sex standardised rates per 100 000 population

註：H 符號代表 95%信賴區間

資料年度：2006 年及 2011 年(或最近資料)

資料來源：OECD Health Statistics 2013.；衛生福利部中央健康保險署

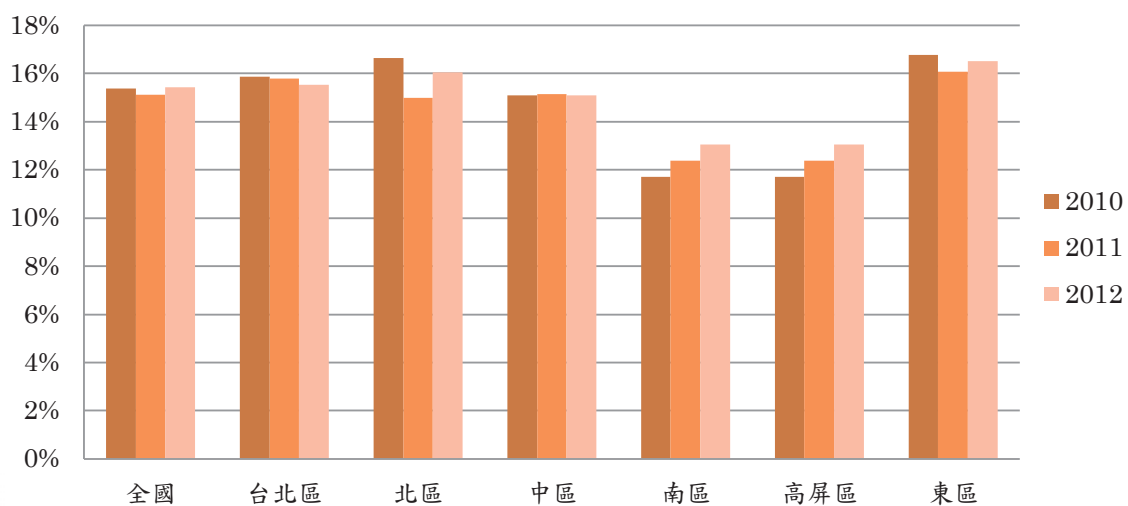
圖1.6.1.2 糖尿病病人下肢截肢率之國內六大醫療區域各年度總體比較



資料年度：2010 年至 2012；單位：每十萬人口

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

圖1.6.2.1 糖尿病病人眼底檢查率之國內六大醫療區域各年度總體比較



資料年度：2010年至2012；單位：%
 資料來源：衛生福利部中央健康保險署

急性照護(ACUTE CARE)

WHO(2014)公布全球十大死因中，心臟疾病列居首位，每年約有 740 萬人死於心血管疾病，腦血管疾病則居第 2 位，每年約有 670 萬人死於中風。我國十大死因中，心臟疾病及腦血管疾病則自 2007 年起至今分別蟬聯第 2 名及第 3 名；其中，腦血管疾病的年齡標準化死亡率我國高於許多西歐國家及美國，對國人健康的威脅可見一斑。

OECD 認為急性照護應重視品質及效率，如急性併發症的預防及高效率的手術等，讓民眾在最緊急或有重度醫療需求的時候，能得到最佳照護，以降低併發症、殘障及死亡之預後。急性照護品質的關鍵是能在發病後最短時間內進行搶救，例如急性心肌梗塞、腦中風及髖骨骨折，皆需在發生之初的黃金時段內進行急救或手術，否則易導致病情惡化或死亡。是故，OECD 選定上述需及時處理之疾病或手術，作為反映急性照護品質的指標，共 7 項：

- 急性心肌梗塞住院病人入院後 30 日內死亡率(包含同一醫院、院內與院外)
- 出血性腦中風住院病人入院後 30 日內死亡率(包含同一醫院、院內與院外)
- 缺血性腦中風住院病人入院後 30 日內死亡率(包含同一醫院、院內與院外)
- 住院後 48 小時內執行髖骨骨折手術率

本章節以我國上述 7 項指標與 OECD HCQIP 參與國作比較，再就我國六大醫療區域的指標值分別呈現。其中急性心肌梗塞及腦中風死亡率又分別訂定住院歸戶(同一醫院)及病人歸戶(含院內與院外)2 項，前者用以評估醫院之醫療照護品質，而病人歸戶則能用以衡量急性照護轉介機制及整體照護之品質。

2.1 急性心肌梗塞死亡率

(Mortality following Acute Myocardial Infarction)

2.1.1 住院歸戶之主診斷為急性心肌梗塞住院病人入院後 30 日內(同一醫院)院內死亡率

Admission-based AMI 30 day in-hospital mortality

2.1.2 病人歸戶之主診斷為急性心肌梗塞住院病人入院後 30 日內(包含院內與院外)死亡率

Patient-based AMI 30 day (in-hospital and out of hospital) mortality

2.2 腦中風死亡率

(Mortality following stroke)

2.2.1 住院歸戶之主診斷為出血性腦中風之住院病人入院後 30 日內(同一醫院)院內死亡率

Admission-based Hemorrhagic stroke 30 day in-hospital mortality

2.2.2 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(包含院內與院外)死亡率

Patient-based Hemorrhagic stroke 30 day (in-hospital and out of hospital) mortality

2.2.3 住院歸戶之主診斷為缺血性腦中風之住院病人入院後 30 日內(同一醫院)院內死亡率

Admission-based Ischemic stroke 30 day in-hospital mortality

2.3.4 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(包含院內與院外)死亡率

Patient-based Ischemic stroke 30 day (in-hospital and out of hospital) mortality

2.3 住院後 48 小時內執行髌骨骨折手術率

Hip fracture surgery initiated within 48 hours after admission to the hospital

2.1 急性心肌梗塞死亡率

(Mortality following Acute Myocardial Infarction)

指標定義：	
住院歸戶(同一醫院)	
分子	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	15 歲以上因主診斷為 AMI 住院之住院歸戶次數
病人歸戶(含院內與院外)	
分子	15 歲以上因主診斷 AMI 住院之病人且入院日後 30 日內死亡病人數
分母	15 歲以上因主診斷 AMI 住院之病人數
詳見附錄—指標操作型定義	

重要性：

心血管疾病(CAD)是全球死亡最主要的疾病，其死亡率為 44-50% (Nadja et al., 2009)。急性心肌梗塞死亡率能反映照護過程之品質，且能呈現病人轉送及時性及醫療可近性(OECD, 2009；2013)。

國際與區域比較：

我國 2011 年住院歸戶死亡率為 8.8%，與 HCQIP 32 個參與國共同評比，於 33 個國家中居第 25 位[詳見圖 2.1.1 及附錄表 2-1-1]。就我國六大醫療區域三年之資料來看，東區呈逐年降低，高屏區則每年攀升[詳見圖 2.1.2 及附錄表 2-2-1]。

另就病人歸戶來看，2011 年死亡率為 10.1%，與 HCQIP 16 個參

與國共同評比，於 17 個國家中居第 9 名[詳見圖 2.1.1 及附錄表 2-1-2]。我國六大醫療區域中，高屏區逐年增加，全國平均亦小幅攀升 [詳見圖 2.1.3 及附錄表 2-2-2]。

政策討論：

本指標我國在國際上表現落後。國內高屏區死亡率逐年升幅甚大，健保署採取因應對策於 2012 年辦理「101 年度高屏區醫療區域輔導與資源整合計畫」中，即將急性冠心症照護計畫納入重點項目。

健保署參考美國心臟學會(American Heart Association)提出心肌梗塞治療相關的醫療品質項目，依病人住院期間過程面評估、出院持續藥物治療評估，以及治療結果面評估等共 19 項指標，以掌握醫療院所照護之品質(健保署，2014)。另外，OECD 亦提及轉診制度的好壞會影響心肌梗塞病人之疾病情況(OECD, 2013)。健保署於 2012 年辦理「急診品質提升方案」，針對急重症病人加強適當轉診及提升其處置效率(健保署，2012)。建議持續性監控各急救責任醫院轉診情形及效能，俾利急重症病人獲得適切的照護品質。

圖 2.1.1 急性心肌梗塞住院病人入院後 30 日內(同一醫院)及(包含院內與院外)死亡率之國際性比較

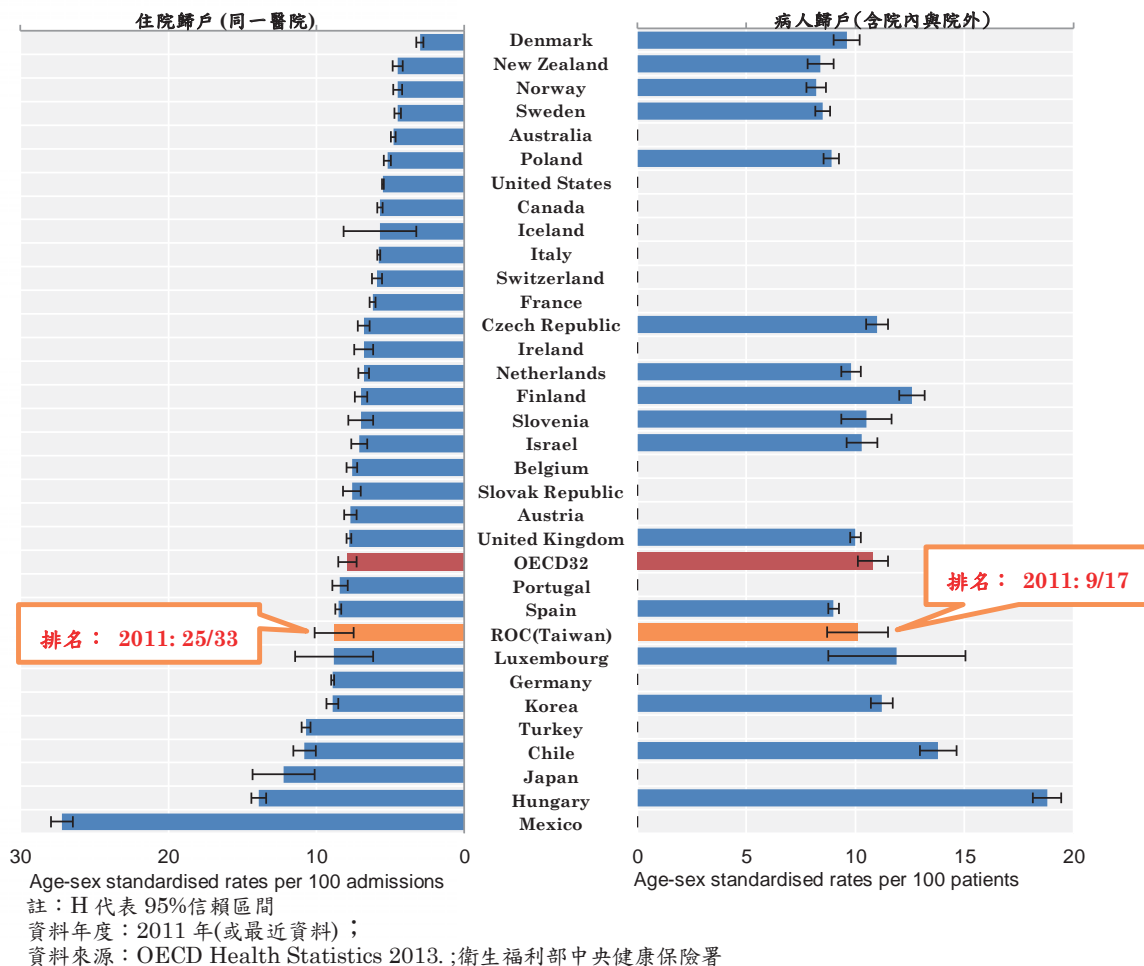


圖 2.1.2 住院歸戶之主診斷為急性心肌梗塞住院病人入院後 30 日內(同一醫院)死亡率之國內六大醫療區域各年度總體比較

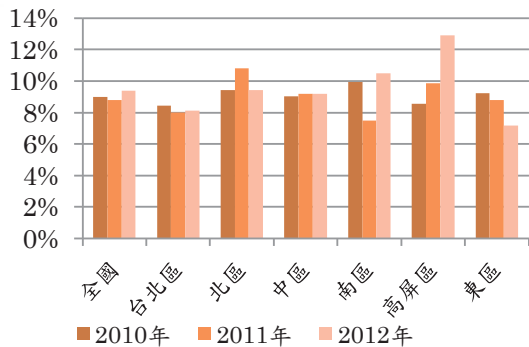
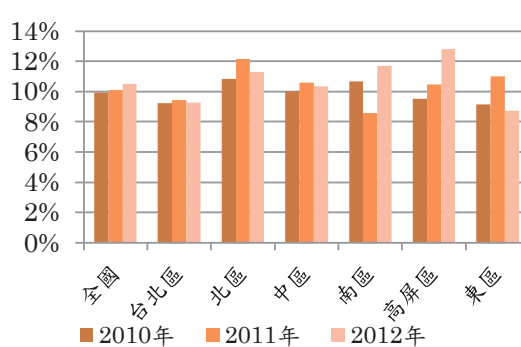


圖 2.1.3 病人歸戶之主診斷為急性心肌梗塞住院病人入院後 30 日內(包含院內與院外)死亡率之國內六大醫療區域各年度總體比較



資料年度：2010 年至 2012 年；單位：%

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

2.2 腦中風死亡率 (Mortality following stroke)

指標定義：	
出血性腦中風	
住院歸戶(同一醫院)	
分子	15 歲以上因主診斷出血性腦中風住院且入院日後 30 日內同院所之院內死亡之住院次數
分母	15 歲以上因主診斷出血性腦中風住院之住院歸戶次數
病人歸戶(含院內與院外)	
分子	15 歲以上因主診斷出血性腦中風住院之病人且入院日後 30 日內死亡病人數
分母	15 歲以上因主診斷出血性腦中風住院之病人數

缺血性腦中風	
住院歸戶(同一醫院)	
分子	15 歲以上因主診斷缺血性腦中風住院且入院日後 30 日內同院所之院內死亡之住院次數
分母	15 歲以上因主診斷缺血性腦中風住院之住院歸戶次數
病人歸戶(含院內與院外)	
分子	15 歲以上因主診斷缺血性腦中風住院之病人且入院日後 30 日內死亡病人數
分母	15 歲以上因主診斷缺血性腦中風住院之病人數
詳見附錄—指標操作型定義	

重要性：

腦中風是國人常見的急性疾病之一，其致死率頗高，更是老年人的頭號殺手。腦中風可分為出血性腦中風(Hemorrhagic stroke)及缺血性腦中風(Ischemic stroke)，其中缺血性腦中風是目前我國最常見的腦中風型態，約占所有腦中風的 7 成(健康署，2006)。不論在美國或歐洲，腦中風皆是成人失能最主要的因素。全球每年約有 1500 萬人罹患腦中風，其中 500 萬人死亡，500 萬人遺留永久性失能；因此所衍生的財政負擔比心臟疾病與癌症這 2 項全球兩大死因更為沉重(WHO, 2012)。

國際與區域比較：

出血性腦中風

我國 2011 年出血性腦中風住院歸戶死亡率為 17.6%，與 HCQIP 33 個參與國共同評比，於 34 個國家中居第 11 位[詳見圖 2.2.1 及附錄表 2-3-1]。

就我國六大醫療區域 2010 至 2012 年三年之資料來觀察，東區稍高，但下降趨勢明顯[詳見圖 2.2.2 及附錄表 2-3-2]。

另就出血性腦中風病人歸戶資料來看，2011 年死亡率為 18.7%，與 HCQIP 16 個參與國共同評比，於 17 個國家中居第 2 名，僅次於韓國[詳見圖 2.2.1 及附錄表 2-4-1]。

就我國六大醫療區域比較中，高屏區及東區死亡率皆呈現逐年下降，其他區域消長互見，差異不大[詳見圖 2.2.3 及附錄表 2-4-2]。

缺血性腦中風

我國 2011 年缺血性腦中風住院歸戶死亡率為 3%，與 HCQIP 31 個參與國共同評比，於 32 個國家中居第 2 名，僅次於日本[詳見圖 2.2.4 及附錄表 2-5-1]。

就我國六大醫療區域 2010 至 2012 年三年之資料來觀察，北區、中區、南區及高屏區的死亡率皆呈現逐年下降[詳見圖 2.2.5 及附錄表 2-5-2]。

另就缺血性腦中風病人歸戶資料來看，2011 年死亡率為 3.5%，與 HCQIP 15 個參與國共同評比，於 16 個國家中居第 1 名，居所有國家之首[詳見圖 2.2.4 及附錄表 2-6-1]。

就過去三年我國六大醫療區域資料來觀察，北區及南區皆呈現下降趨勢，而東區之死亡率仍為六區中最高，且高於全國平均[詳見圖 2.2.6 及附錄表 2-6-2]。

政策討論：

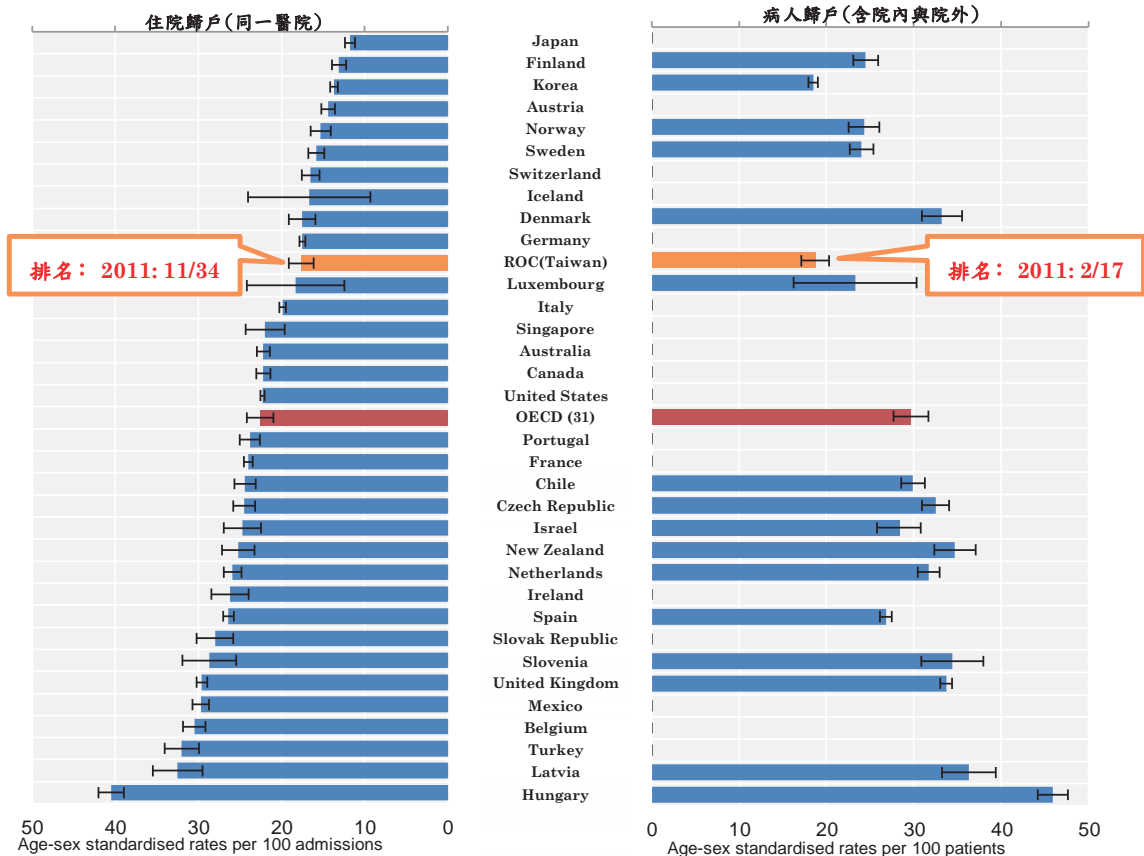
我國於 HCQIP 各參與國腦中風死亡率名列前茅，顯示我國其防治政策及服務體系已領先世界水準。於 2009 年實施的醫院緊急醫療能力分級制度，針對腦中風分別以完善處置流程、處置品質及即時處置

三大面向作急救責任醫院之評級(衛福部，2014)。此外，台灣腦中風學會接受健康署委託於 2006 年全面推動的「台灣腦中風登錄系統」，蒐集及呈現最高品質之臨床資料作為腦中風急性照護與預防再度中風之參考，可作為腦中風防治政策制定的依據(邱弘毅、連立明，2007)。

就區域差異而言，東區死亡率比其他區域稍高，可能歸因於東區老化指數較高(內政部統計處，2014)，而年齡是腦中風重要的危險因子，其死亡率亦隨著年齡增加而遞增(徐瑞祥，2008)。再者，東區急重症跨區就醫比例幾乎達百分之百(李虹映等人，2014；馬惠明等人，2009)；因此如何規劃急重症醫療資源及提升其照護品質有其迫切性。

此外，為更進一步降低腦中風之復發及死亡，在歐洲國家已將腦中風病人與預後照護作連結。而我國於 2012 年將急性腦中風納入「全民健康保險急診品質提升方案」獎勵措施中(健保署，2012)；並於 2014 年開始推展急性後期照護(健保署，2014)將可使腦中風照護體系更加完善，品質更上一層樓。

圖 2.2.1 出血性腦中風之住院病人入院後 30 日內(同一醫院)及(包含院內與院外)死亡率之國際性比較

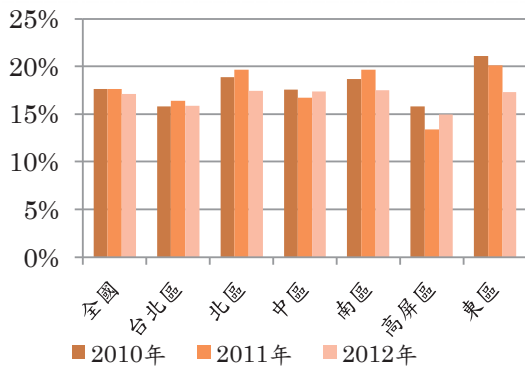


註：H 代表 95%信賴區間

資料年度：2011 年(或最近資料)；

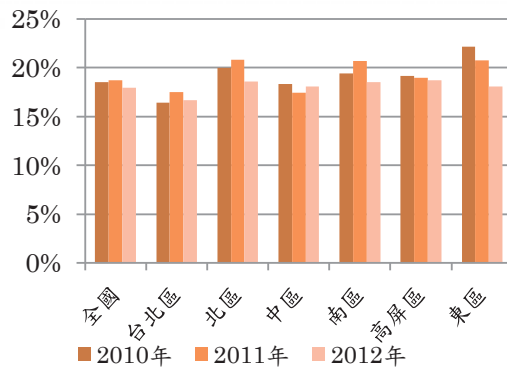
資料來源：OECD Health Statistics 2013.；衛生福利部中央健康保險署

圖 2.2.2 住院歸戶之主診斷為出血性腦中風住院病人入院後 30 日內(同一醫院)死亡率之國內六大醫療區域各年度總體比較



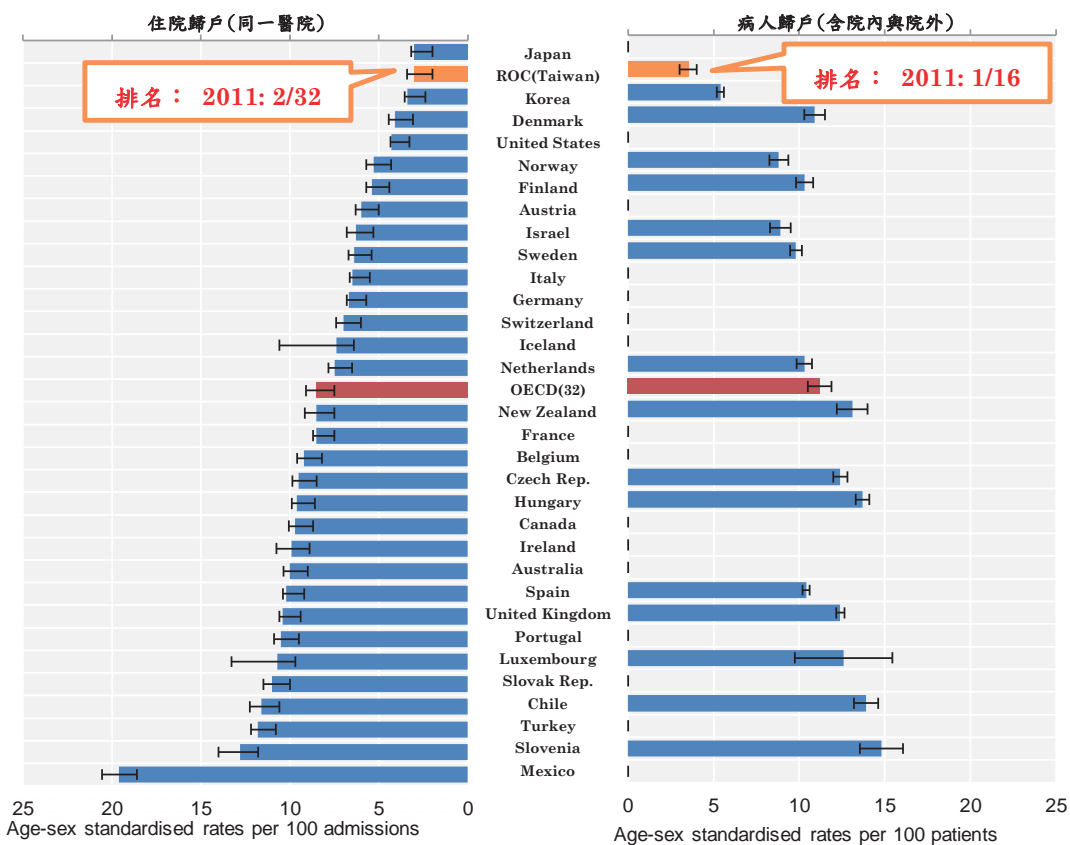
資料年度：2010 年至 2012 年；單位：%

圖 2.2.3 病人歸戶之主診斷為出血性腦中風住院病人入院後 30 日內(包含院內與院外)死亡率之國內六大醫療區域各年度總體比較



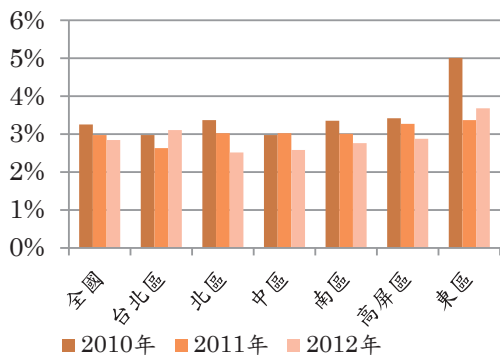
資料來源：衛生福利部中央健康保險署

圖 2.2.4 缺血性腦中風之住院病人入院後 30 日內(同一醫院)及(包含院內與院外)死亡率之國際性比較



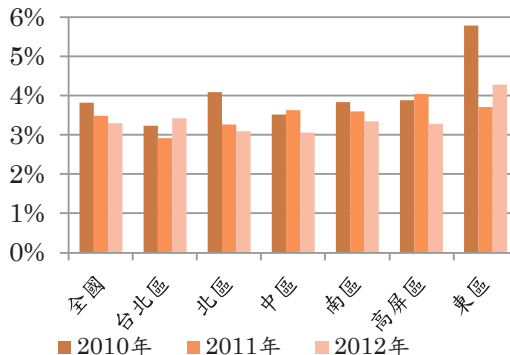
註：H 代表 95%信賴區間
資料年度：2011 年(或最近資料)
資料來源：OECD Health Statistics 2013.；衛生福利部中央健康保險署

圖 2.2.5 住院歸戶之主診斷為缺血性腦中風住院病人入院後 30 日內(同一醫院)死亡率之國內六大醫療區域各年度總體比較



資料年度：2010 年至 2012 年；單位：% 資料來源：衛生福利部中央健康保險署

圖 2.2.6 病人歸戶之主診斷為缺血性腦中風住院病人入院後 30 日內(包含院內與院外)死亡率之國內六大醫療區域各年度總體比較



資料年度：2010 年至 2012 年；單位：% 資料來源：衛生福利部中央健康保險署

2.3 住院後 48 小時內執行髖骨骨折手術率 (Hip fracture surgery initiated within 48 hours after admission to the hospital)

指標定義：	
分子	65 歲以上住院診斷為上股骨骨折並且在入院後 48 小時內開始接受手術之人數
分母	65 歲以上住院診斷為上股骨骨折並且有接受髖骨骨折手術之人數
詳見附錄—指標操作型定義	

重要性：

老年人口骨質日漸流失，因跌倒而導致髖骨骨折的情形頗為常見。在過去 30 年中，大多數亞洲國家髖部骨折發生率均增長 2 至 3 倍（國際骨質疏鬆基金會，2013）。老年人髖骨骨折儼然成為重要醫療議題。

老年人因常合併多種慢性疾病，故需照會多種專科，謹慎完成術前評估，且待病人狀況穩定後再進行手術（黃喜南、楊榮森，2010）。但 OECD 及許多研究證實，病人若能及時於 48 小時內接受手術治療，能有效降低術前、術後併發症以及死亡率（OECD, 2009; 2013; Kristensen et al., 2014; Boddaert et al., 2014）。因此，本指標係綜合反映急性照護團隊的整體表現。

國際與區域比較：

我國 2011 年本指標值為 73.9%，若與 HCQIP 18 個參與國共同評比，

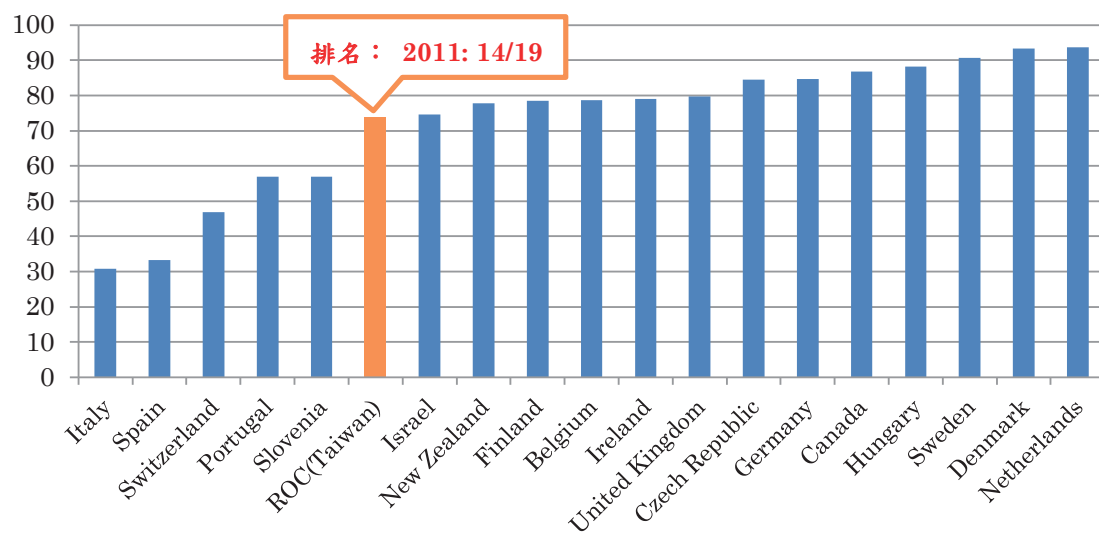
於 19 個國家中居第 14 位。荷蘭、丹麥及瑞典三國則高達 90% 以上 [詳見圖 2.3.1 及附錄表 2-7-1]。

我國六大醫療區域中，高屏區在過去三年皆為最低；中區表現漸入佳境，其他區域在 2012 年皆微幅下降 [詳見圖 2.3.2 及附錄表 2-7-2]。

政策討論：

本指標目前在國際水準排名較落後，在國內各區域又以高屏、東區及北區連續三年低於全國水準。過去研究指出，我國醫療院所普遍存在急診壅塞之現象（紀志賢、莊書琳，2011），其中又以高屏區醫學中心最為嚴重。急診部門壅塞可能會錯過病人治療的最佳時間，或許是本指標值低落以及高屏區特別嚴重的原因。除此之外，醫院轉診機制不完善亦是導致 65 歲以上老人髖骨骨折手術延遲之因素（Canadian Institute for Health Information, 2013）。本部於 2013 年辦理「提升急診暨轉診品質計畫」，紓解急診壅塞及提升急診品質效率。建議持續監測分級醫療及轉診制度成效，並強化到院前分流機制，建構以區域為基礎的急重症照護網絡。

圖2.3.1 住院後48小時內執行髌骨骨折手術率之國際比較

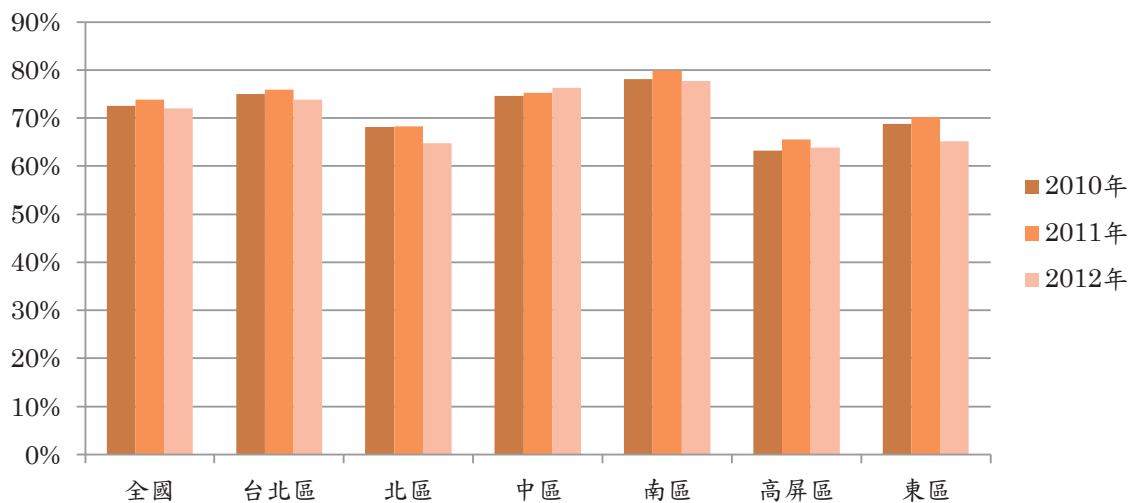


Age-sex standardised rates per 100 admissions

資料年度：2011年(或最近資料)

資料來源：OECD Health Statistics 2013.；衛生福利部中央健康保險署

圖2.3.2 住院後48小時內執行髌骨骨折手術率之國內六大醫療區域各年度總體比較



資料年度：2010年至2012年；單位：%

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

癌症照護(CANCER CARE)

癌症被 OECD 會員國視為重大公共衛生議題，癌症位居死亡原因的第 2 位(僅次於心血管疾病)，在許多 OECD 會員國死亡人口中有四分之一歸因於癌症。癌症照護在國際間成為重要健康服務品質指標，是因為至少有三分之一的癌症可以預防，另有三分之一的癌症可以及早發現與有效治療。

OECD會員國每年約有500萬個癌症新發案例，存活率在不同國家間差異高達四倍，其原因在於許多國家缺乏正確有效的防治政策。高品質的癌症照護可提高存活率，因此，近年來癌症照護品質調查著重於存活時間的長短；癌症存活率較高的國家，被認為癌症照護優於其他國家。此外，存活率調查可以反映各國癌症醫療支出以及資源配置的適當性，被視為國家癌症防治計畫的關鍵。OECD HCQIP以子宮頸癌、乳癌及結腸直腸癌等疾病之多項指標呈現，期藉此反映出該疾病照護品質面向，以提供有品質癌症照護，並不斷提高癌症治療的品質。

OECD各國癌症死亡率自1995年起雖有些微下降，但與其他疾病相比，癌症死亡率仍居高不下。肺癌、子宮頸癌、乳癌及結腸直腸癌分別為OECD各會員國醫療費用最高四種癌症，其中子宮頸癌、乳癌及結腸直腸癌三種癌症如透過癌症篩檢而早期發現，治癒機會高，另依據WHO亦指出，子宮頸癌、乳癌及結腸直腸癌是可經由篩檢而早期偵測來降低死亡率，故OECD癌症照護品質挑選這三種作為指標。

OECD 定期蒐集下列有關癌症治療的品質指標：

- 篩檢率(子宮頸癌及乳癌)
- 癌症五年存活率(子宮頸癌、乳癌及結腸直腸癌)
- 癌症死亡率(子宮頸癌、乳癌及結腸直腸癌)

從我國之死因統計顯示，自 1982 年起，癌症已連續 32 年高居國人死因首位。國內各界均冀望癌症死亡率能下降，為達到國人期許及與國際接軌，故我國遵循 OECD 癌症照護品質蒐集這三種指標資料進行比較。

3.1 子宮頸癌(Cervical cancer)

3.1.1 子宮頸癌篩檢率

(Cervical cancer screening rate)

3.1.2 子宮頸癌五年相對存活率

(Cervical cancer five-year relative survival rate)

3.1.3 子宮頸癌死亡率

(Mortality from cervical cancer rate)

3.2 乳癌(Breast cancer)

3.2.1 乳房攝影篩檢率

(Mammography screening rate)

3.2.2 乳癌五年相對存活率

(Breast cancer five-year relative survival rate)

3.2.3 乳癌死亡率

(Mortality from breast cancer rate)

3.3 結腸直腸癌(Colorectal cancer)

3.3.1 結腸直腸癌五年相對存活率

(Colorectal cancer five-year relative survival rate)

3.3.2 結腸直腸癌死亡率

(Mortality from colorectal cancer rate)

3.1.1 子宮頸癌篩檢率(Cervical cancer screening rate)

指標定義	
分子	30-69 歲女性過去 3 年曾接受子宮頸癌篩檢的人數
分母	30-69 歲女性人口 (OECD 標準為 20-69 歲)
操作型定義—詳見附錄	

重要性：

實證資料顯示抹片篩檢，可降低 60-90%子宮頸癌發生率及死亡率(衛福部，2009)。

本項篩檢已在多數國家推行，但不同國家篩檢對象的年齡範圍及篩檢頻率有差異(OECD, 2013)。常規婦科及抹片檢查可阻斷癌前病變進展為癌症，還可以早期發現癌症及改善存活率。故 OECD 將篩檢率作為癌症治療的品質指標。

國際及區域比較：

我國 2011 年子宮頸癌篩檢率為 57.5%，若與 33 個 HCQIP 參與國共同評比，於 34 個國家中居第 22 位，篩檢率與 2001 年相比有些微下降[詳見圖 3.1.1.1 及附錄表 3-1-1-1]。

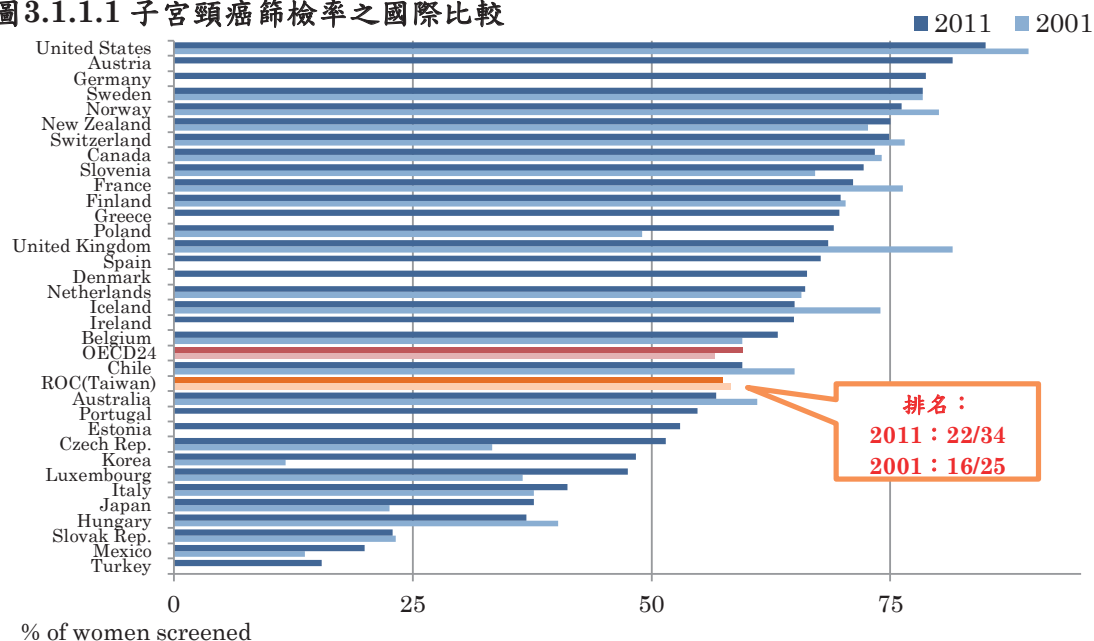
就我國 2010 至 2012 年六大醫療區域比較下，高屏與東區篩檢率低，北區、中區及南區雖然高，惟均呈現逐年下降趨勢[詳見圖 3.1.1.2 及附錄表 3-1-1-2]。

政策討論：

我國本指標偏低，於國際間表現落後。雖然因資料未列入自費篩檢人數致有偏低之虞，但多數醫療區域及全國平均皆呈下降趨勢，值得警惕。婦女本身對疾病認知不足及東方保守文化背景使得子宮頸抹片推廣阻力較大，鄰近國家日本及韓國篩檢率亦較歐美低，但日、韓兩國近十年間大幅進步，顯示文化因素可以克服。

健保署自 2001 年 11 月起推行論質計酬方案，分二階段進行，第一階段以「提高子宮頸抹片檢查受檢率」為目標，惟目標並未達成。自 2006 年起改由健康署以公務預算推動。該署利用通路辦理宣導教育活動、請衛生局寄通知單及電話邀請等；2011 年起增加抹片車及設站篩檢辦理社區篩檢服務。建議未來更加主動及積極，增加篩檢之方便性，由衛生局(所)或醫療院所定期通知民眾並為其預約安排篩檢，另以獎勵制度，對篩檢率達到目標值之單位給予適度之獎勵。

圖3.1.1.1 子宮頸癌篩檢率之國際比較

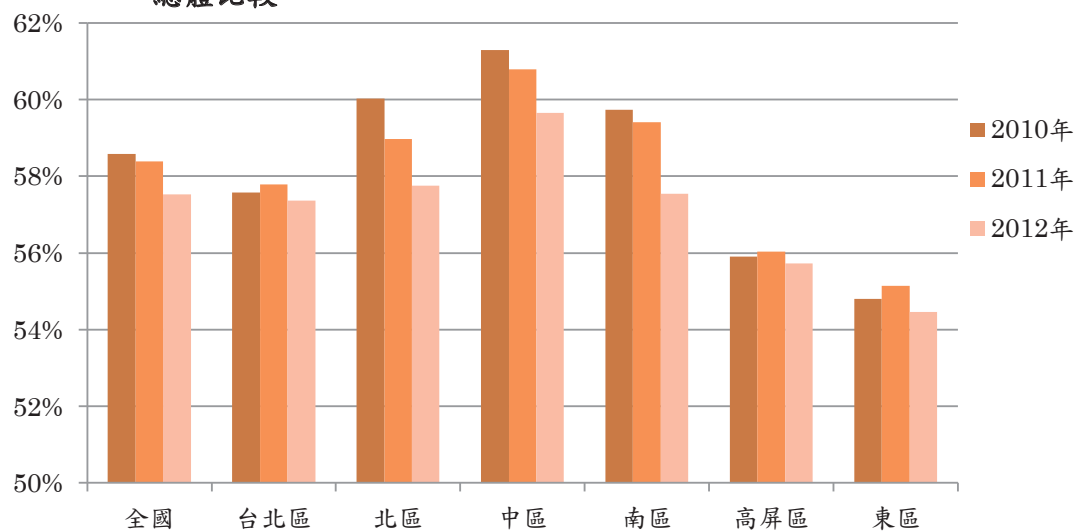


% of women screened

資料年度：2001年及2011年(或最近資料)

資料來源：OECD Health Statistics 2013.；衛生福利部國民健康署

圖3.1.1.2 子宮頸癌篩檢率之國內六大醫療區域各年度總體比較



資料年度：2010年至2012年

資料來源：衛生福利部國民健康署

3.1.2 子宮頸癌五年相對存活率

(Cervical cancer five-year relative survival rate)

指標定義	
分子	子宮頸癌五年觀察存活率
分母	子宮頸癌五年期望存活率
操作型定義—詳見附錄	

重要性：

子宮頸癌是全球婦女發生率第 2 大癌症，根據 WHO 統計，每年約有 50 萬婦女罹患子宮頸癌。相對存活率是一項用來量測健康照護體系有效性之重要指標，通常用來追蹤疾病經過一段時間後，治療的情形，本指標可反映國家有能力在早期檢測出癌症及提供有效之治療方法，故 HCQIP 早自 2006 年起，即選定相對存活率為測量癌症照護品質的指標。

國際及區域比較：

我國 2006-2011 年之子宮頸癌五年相對存活率為 73.5%，若與 21 個 HCQIP 參與國共同評比，於 22 個國家中居第 2 位，僅次於韓國，惟與 2001-2006 年相較，降低 3.5% [詳見圖 3.1.2.1 及附錄表 3-1-2-1]。

國內六大醫療區域之間差別不大；除南區外，各區域在五年間皆有下降情形，又以東區下降較明顯 [詳見圖 3.1.2.2 及附錄表 3-1-2-2]。

政策討論：

我國子宮頸癌五年相對存活率

表現優異，高於絕大多數 HCQIP 參與國，惟近年有下降趨勢，反觀大多數 HCQIP 參與國在本項指標呈現上升趨勢，雖然無統計學上差異，另六大醫療區域及全國平均亦有下降之趨勢。惟仍然超越國際水準，顯示我國子宮頸癌之診斷及治療表現優異。

我國在本項指標國際間表現突出可歸功於從公務預算提供之子宮頸抹片檢查至進一步之陰道鏡檢及核磁共振皆為健保給付項目，另治療的完整給付，包括早期之子宮頸癌之手術治療，到侵略性子宮頸癌之手術、放射療法及化學療法。更值得慶幸的是 2009 年起健保已給付晚期子宮頸癌的化療藥物。病患在無經濟負擔的壓力下，得到有品質的醫療照護。另國家衛生研究院於 2011 年參考美國 NCCN(National Comprehensive Cancer Network)及國內專家建立了子宮頸癌篩檢臨床指引，供醫師參考。

為能保持領先優勢，除提供合理之治療給付，另持續以國際指引為藍本建立我國之臨床指引。

圖3.1.2.1 子宮頸癌五年相對存活率之國際比較

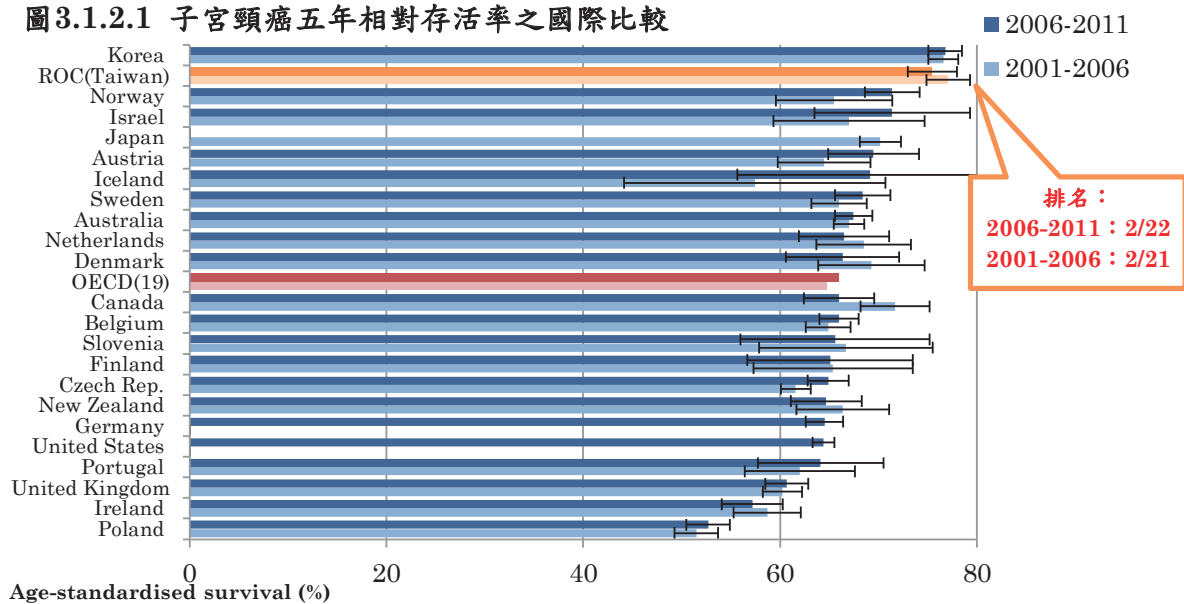
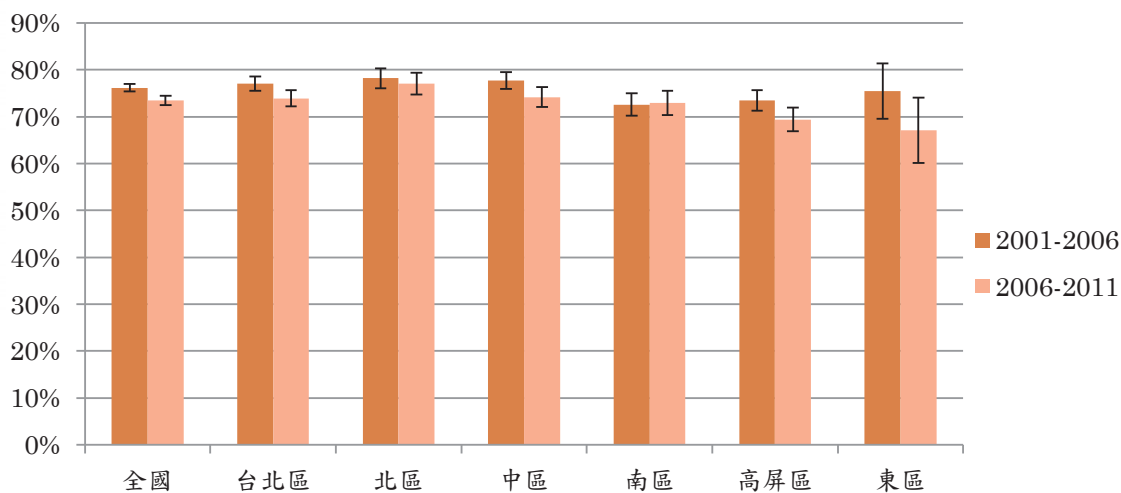


圖3.1.2.2 子宮頸癌五年相對存活率之國內六大醫療區域各年度總體比較



3.1.3 子宮頸癌死亡率(Mortality from cervical cancer rate)

指標定義	
分子	原死因為子宮頸癌診斷之死亡人數
分母	15 歲以上女性人口 (每十萬女性)
操作型定義—詳見附錄	

重要性：

OECD 指出 95%子宮頸癌是經由性行為感染人類乳突病毒(HPV)所致，並於日後發生子宮頸癌前病變甚至子宮頸癌(OECD, 2013)。

子宮頸癌死亡率主要反映一個國家能早期診斷出癌症的能力，以及過去幾年內對於子宮頸癌患者照護的效果。而對已實施大規模子宮頸癌篩檢計畫的國家而言，死亡率亦可反映篩檢計畫的成效。

此外，死亡率雖無法反映即時的醫療服務品質，但可反映過去幾年癌症醫療照護品質及疾病發生率的變化(OECD, 2013)。

國際及區域比較：

我國 2011 年子宮頸癌死亡率為每十萬女性人口 8.1，若與 36 個 HCQIP 參與國共同評比，於 37 個國家中居第 33 位；2001 至 2011 年之十年間變化不明顯[詳

見圖 3.1.3.1 及附錄表 3-1-3-1]。

國內六大醫療區域別 2010 至 2012 年比較下，中區及東區下降趨勢，以東區下降幅度最為顯著[詳見圖 3.1.3.2 及附錄表 3-1-3-2]。

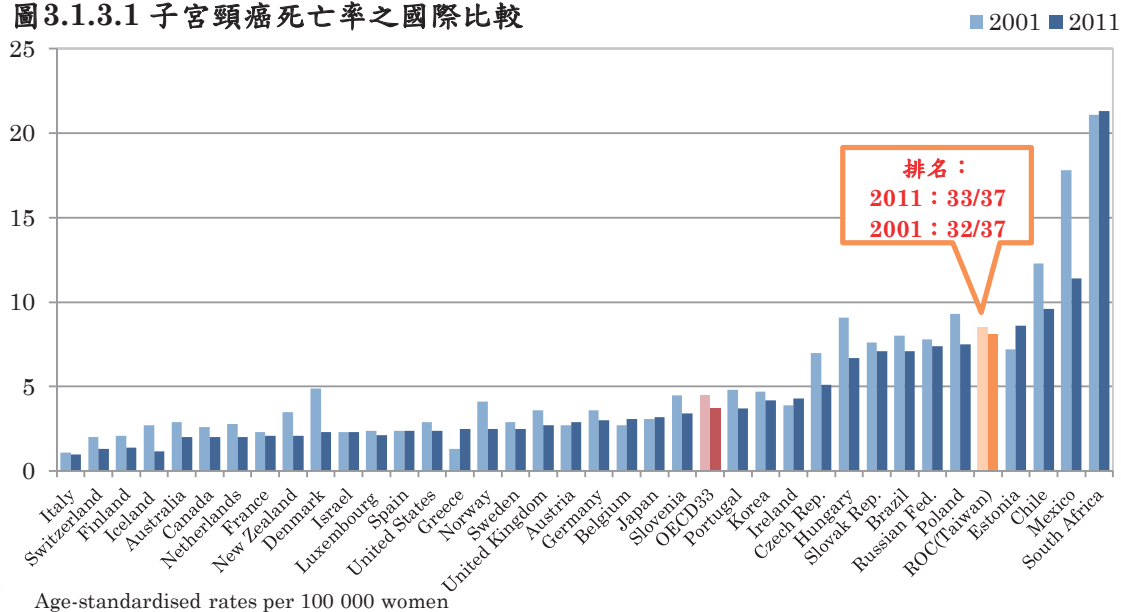
政策討論：

大多數 OECD 會員國在近十年的子宮頸癌死亡率，均呈現下降趨勢，我國相較其他國家，指標值偏高，惟仍有下降之趨勢。我國因篩檢率近年有下降趨勢，故死亡率之表現亦落後其他國家。

我國推動子宮頸癌防治，著重在抹片檢查，補助 30 歲以上婦女免費每三年 1 次抹片檢查，另補助 HPV 疫苗注射，對象為中低及低收入戶、山地原住民及離島地區國中青少年。在提高癌前病變發現率，健保署於 2004 年推出第二階段試辦方案，藉由篩檢率提高，使癌前病變發現率增加，試辦方案因抹片業務自 2006 年移由健康署而停辦。

有效提升子宮頸癌篩檢率，使死亡率下降，是目前國際趨勢，亦是我國未來應努力之方向。

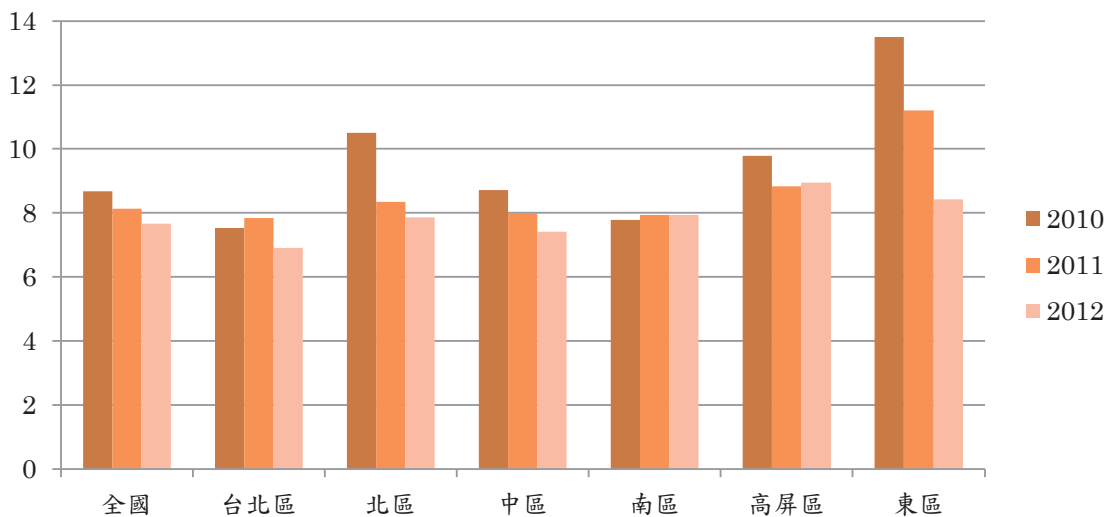
圖3.1.3.1 子宮頸癌死亡率之國際比較



資料年度：2001 年及 2011 年(或最近資料)

資料來源：OECD Health Statistics 2013.；衛生福利部

圖3.1.3.2 子宮頸癌死亡率之國內六大醫療區域各年度總體比較



資料年度：2010 年及 2012 年；單位：每十萬人口

資料來源：衛生福利部

3.2.1 乳房攝影篩檢率(Mammography screening rate)

指標定義	
分子	50-69 歲女性過去 3 年曾接受乳癌篩檢的人數
分母	50-69 歲女性人口
操作型定義—詳見附錄	

重要性：

乳癌是婦女最常見癌症，依據統計，全球 1/9 婦女於一生中會罹患乳癌，患者中的 1/30 會因而喪失生命 (OECD, 2013)。

經由乳房篩檢能早期發現乳癌，進而早期治療。乳房攝影應用於乳癌篩檢，在全世界已有完整研究證實可減少死亡率；多數 OECD 會員國提供 50-69 歲以上婦女每兩至三年 1 次篩檢服務(OECD, 2013)，因此 HCQIP 挑選本項指標反映參與國家乳癌防治的品質。

國際及區域比較：

我國 2011 年乳房攝影篩檢率為 32.9%，若與 33 個 HCQIP 參與國共同評比，於 34 個國家中居第 30 位；2011 與 2001 年相較，上升 1.8 倍 [詳見圖 3.2.3.1 及附錄表 3-2-3-1]。

國內六大醫療區域 2010 至 2012 年的乳癌篩檢率差別不大，且皆呈現上升趨勢[詳見圖 3.2.1.2 及附錄表 3-2-1-2]。

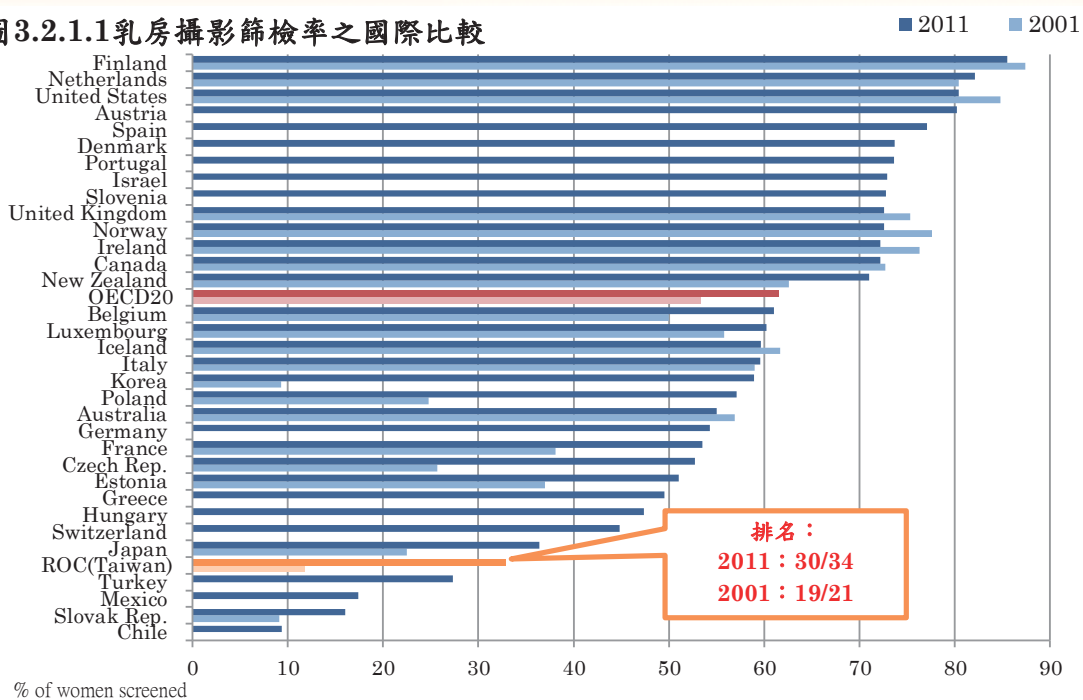
政策討論：

我國指標值偏低，或許是起步較晚所致；我國於 2004 年始全面提供 50-69 歲婦女每兩年 1 次乳房 X 光攝影檢查，嗣因乳癌年輕化，45-69 歲婦女為我國婦女罹患乳癌的高峰，故自 2009 年起擴大篩檢對象至 45-69 歲，又自 2010 年起將 40-44 歲二等血親內曾罹患乳癌之婦女納入補助範圍。

篩檢率偏低的其他因素尚有：民眾認為沒有症狀不需要檢查、醫療院所未善用提示系統、勞工健檢未納入必辦項目及自費篩檢未列入統計。所幸過去十年已見快速成長，且醫療區域差異不明顯，皆呈攀升趨勢，反映出乳房攝影篩檢已循著普及的公共衛生體系被推廣，未來值得期待。

建議未來應對婦女持續宣導受檢，並針對不願意受檢之原因研擬對策，檢討改善醫療院所對符合資格婦女提示系統不足之處，另進行跨部會溝通，將乳癌篩檢納入勞工健檢。

圖3.2.1.1乳房攝影篩檢率之國際比較

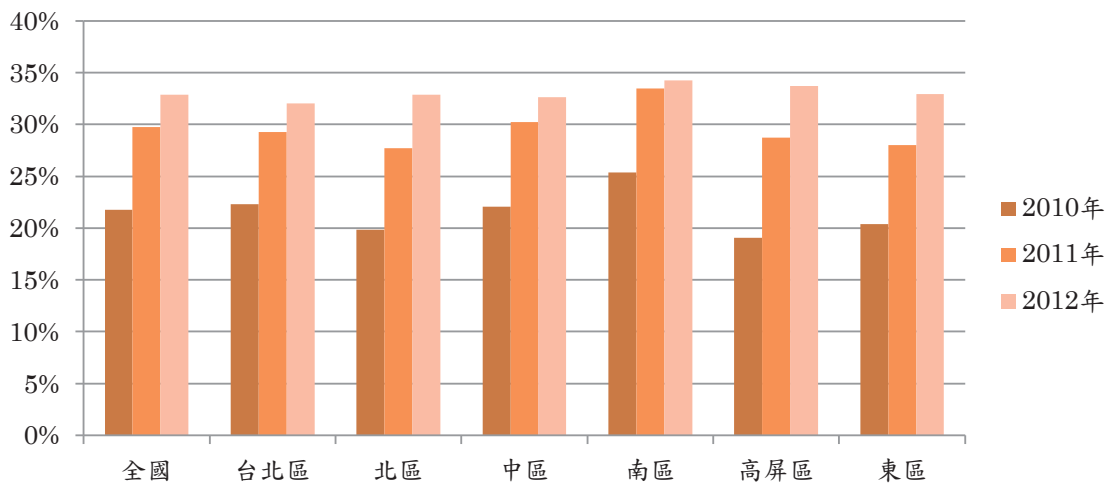


% of women screened

資料年度：2001 年及 2011 年(或最近資料)

資料來源：OECD Health Statistics 2013.；衛生福利部國民健康署

圖3.2.1.2乳房攝影篩檢率之國內六大醫療區域各年度總體比較



資料年度：2010 年至 2012 年

資料來源：衛生福利部國民健康署

3.2.2 乳癌五年相對存活率

(Breast cancer five-year relative survival rate)

指標定義	
分子	乳癌五年觀察存活率
分母	乳癌五年期望存活率
操作型定義—詳見附錄	

重要性：

相對存活率反映了治療方法的進步，以及公共衛生推廣，透過篩檢計畫使乳癌早期發現及得到重視。

治療方式進步如合併乳腺癌乳房保留手術、放射療法及常規輔助化學療法，不但可提升乳癌的治癒率，並改善患者的生活品質進而提高存活率。測量及比較存活率可以呈現出不同健康服務體系對乳癌照護品質的高低，因此，HCQIP 以本項指標反映 OECD 會員國癌症照護的表現(OECD, 2013)。

國際及區域比較：

我國 2006-2011 年之五年相對存活率為 82.1%，若與 21 個 HCQIP 參與國共同評比，於 22 個國家中居第 18 位；與 2001-2006 年的指標值相較，則上升 4.1% [詳見圖 3.2.2.1 及附錄表 3-2-2-1]。

國內六大醫療區域之間以東區近期的表現最佳；與 2001-2006 年相比較各區域皆上升，又以東區上升幅度最大 [詳見圖 3.2.2.2 及附錄表 3-2-2-2]。

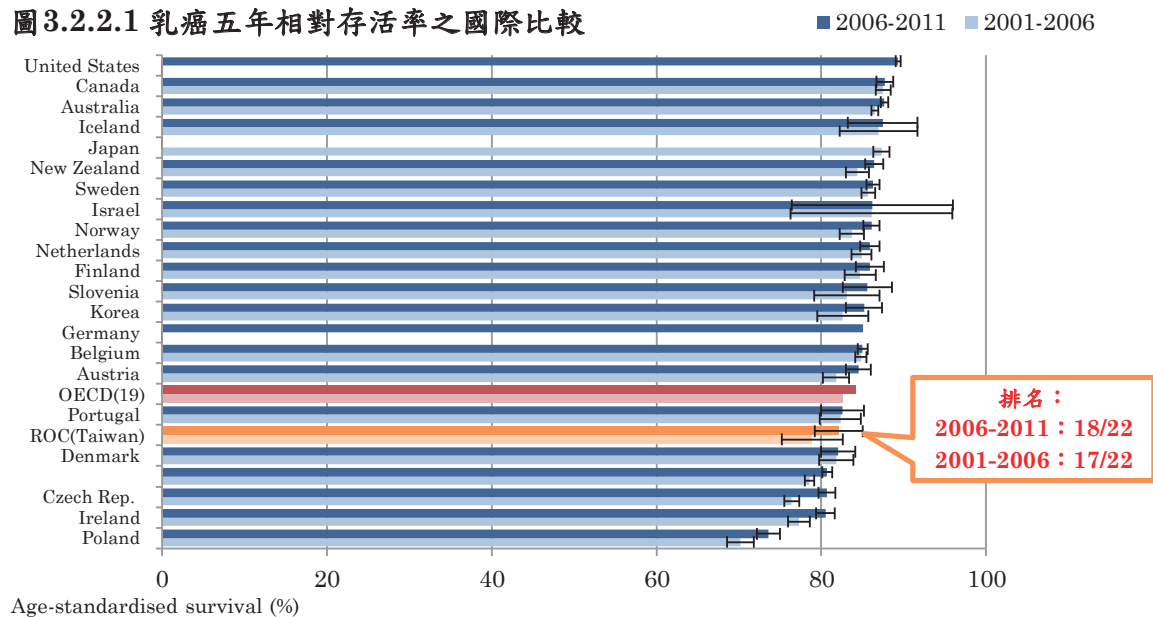
政策討論：

雖然我國本指標偏低，於國際表現偏後，惟於國內六大醫療區域差異不大，各區皆攀升，其中以東區進步最多。

對於乳癌治療，目前健保署給付外科手術、輔助化學治療、賀爾蒙治療及放射線治療，再諮詢及一年後之追蹤檢查亦屬給付項目。健保署並於 2001 年推出乳癌試辦計畫，以診療組合(診斷、治療及追蹤等)定額加成支付，2011 年的照護率為 13.67%。依健保署資料，治療指引的遵循率參與試辦者較未參與者高，但僅 7 家醫療院所參與試辦，看不出具體成果。

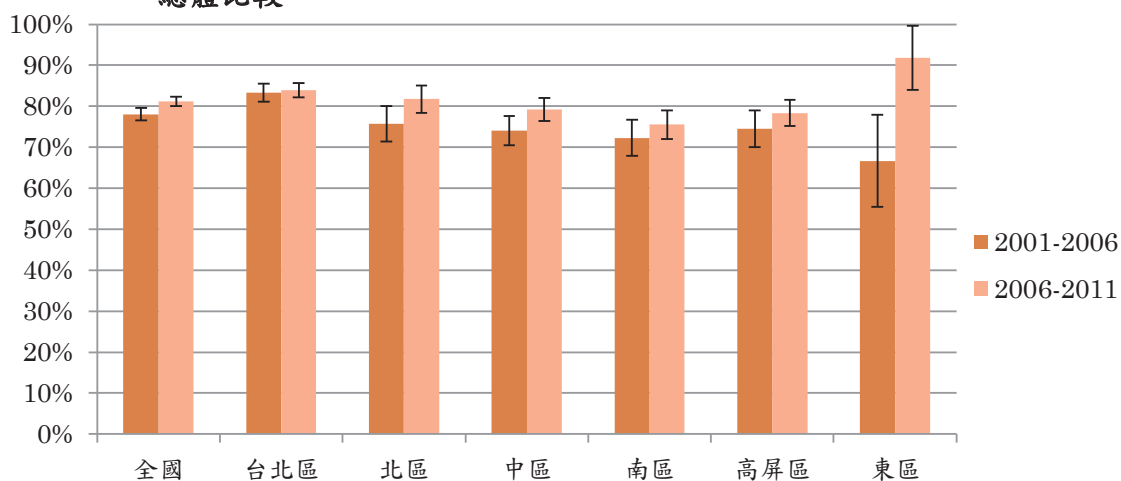
從國際比較看來，我國對於乳癌病患之照護品質仍有待提升。發展並落實執行診療指引，可提升醫療照護品質(陳杰峰、邱文達，2008)，而我國乳癌診療指引為 2004 年由國家衛生研究院所編撰，目前仍有醫療院所參考，另健保署應檢討試辦計畫，使更多醫療院所參與，同時將結果指標列為提高支付的依據。

圖3.2.2.1 乳癌五年相對存活率之國際比較



排名：
2006-2011：18/22
2001-2006：17/22

圖3.2.2.2 乳癌五年相對存活率之國內六大醫療區域各年度總體比較



資料年度：2001-2006 年及 2006-2011 年

資料來源：衛生福利部國民健康署

3.2.3 乳癌死亡率 (Mortality from Breast cancer rate)

指標定義	
分子	原死因為乳癌診斷之死亡人數
分母	15 歲以上女性人口 (每十萬女性)
操作型定義—詳見附錄	

重要性：

OECD 指出乳癌的危險因子：具乳腺癌家族病史、雌激素替代療法、飲酒、飲食及生活型態等。

透過篩檢的早期診斷、專業化醫療照護及經由評估後給予有效治療方式等各照護階段的努力，應可提升治療效果及改善預後，進而降低婦女因本疾病死亡的比率，故 HCQIP 選定本項指標來反映 OECD 會員國癌症防治體系的總體表現。

國際及區域比較：

我國 2011 年乳癌死亡率每十萬女性人口 20.0，若與 36 個 HCQIP 參與國共同評比，於 37 個國家中居第 5 位，惟 2011 年與 2001 年相較上升 9.9% [詳見圖 3.2.3.1 及附錄表 3-2-3-1]。

國內六大醫療區域 2010 至 2012 年比較下，東區偏高，且北區、中區及高屏區有上升趨勢 [詳見圖 3.2.3.2 及附錄表 3-2-3-2]。

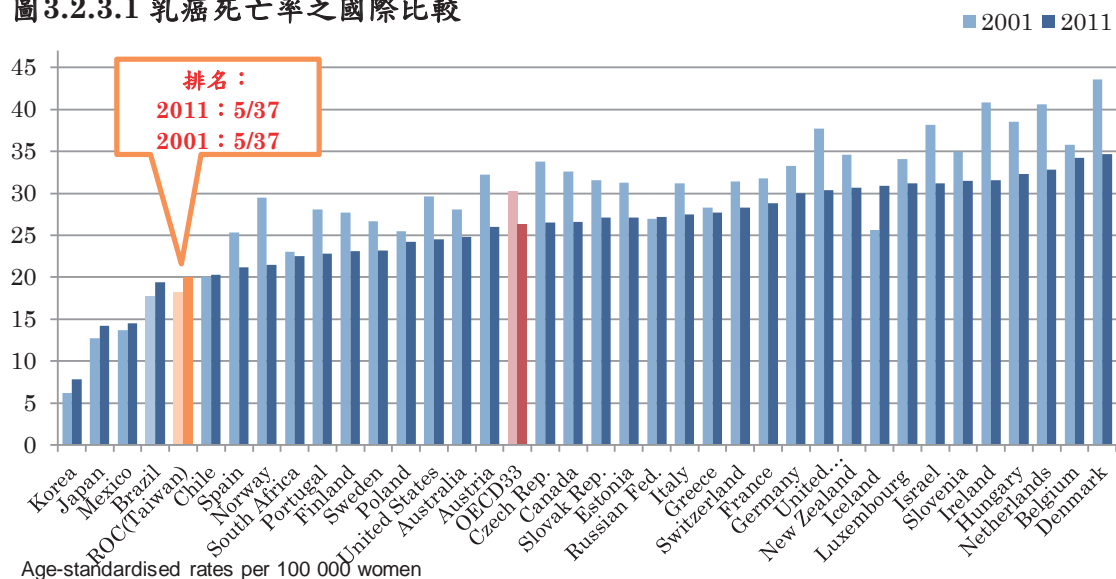
政策討論：

大多數 OECD 會員國近十年的乳癌死亡率呈現下降趨勢，顯示乳癌防治有具體成效。我國指標值低，僅高於韓國、日本、墨西哥及巴西，應是我國乳癌發生率相較歐美國家為低之故。但因近年飲食西化，乳癌發生率及死亡率近年皆呈現上升趨勢 (財團法人乳癌防治基金會，2014)。

國內六大醫療區域以東區之死亡率較高，有研究顯示，花蓮地區婦女對於乳癌疾病知識普遍不足，乳癌篩檢定期執行時間不清楚等因素可能是原因之一 (方淑華，2010)。

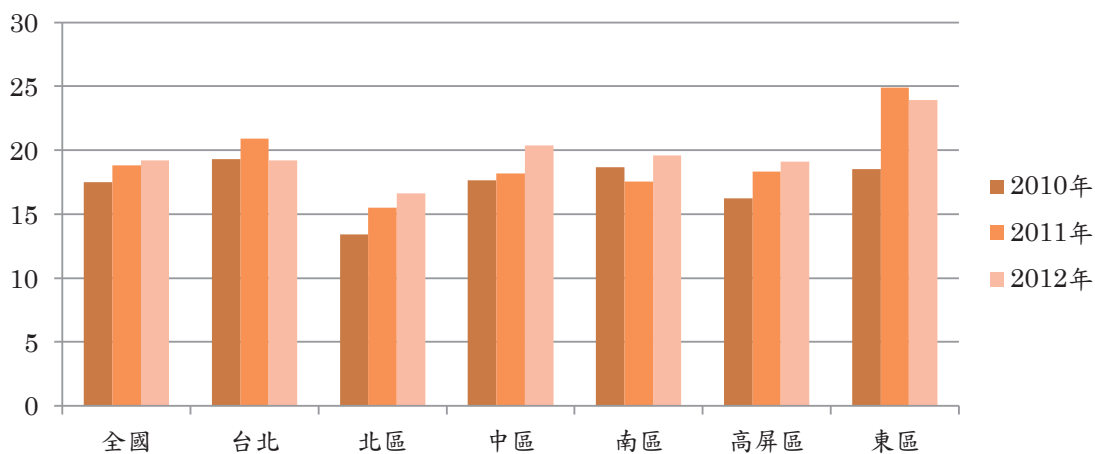
研究顯示，每一至三年 1 次乳房 X 光攝影可以降低 50-69 歲婦女死亡率 21-34% (衛生福利部，2014)。我國 2011 年癌症登記年報顯示 (健康署，2014a)，乳癌發生人數之臨床期別中，第三期以上者占 13.7%。依健康署統計，第三、四期乳癌的五年存活率僅有 70.6% 及 24.0%，故篩檢率仍待努力提升。惟降低死亡率的根本手段在於遏止發生率之上升，避免飲酒、高脂肪食物、避免體重過重、避免太晚生育、多運動、定期乳癌篩檢、早期發現、早期治療，並建立良好的生活習慣是防治乳癌的不二法則 (財團法人乳癌防治基金會，2014)。

圖3.2.3.1 乳癌死亡率之國際比較



資料年度：2001 年及 2011 年(或最近資料)
資料來源：OECD Health Statistics 2013.；衛生福利部

圖3.2.3.2 乳癌死亡率之國內六大醫療區域各年度總體比較



資料年度：2010 年及 2012 年；單位：每十萬人口
資料來源：衛生福利部

3.3.1 結腸直腸癌五年相對存活率

(Colorectal cancer relative five-year survival rate)

指標定義	
分子	結腸直腸癌五年觀察存活率
分母	結腸直腸癌五年期望存活率
操作型定義—詳見附錄	

重要性：

OECD 報告指出結腸直腸癌僅次於肺癌及乳癌，是全球第 3 位最常被診斷出的癌症，每年有超過 120 萬個新診斷個案。結腸直腸癌的治療以手術、放射及化學療法為主，存活率受臨床技術影響，故 HCQIP 以五年相對存活率反映結腸直腸癌診斷與治療能力的進展(OECD, 2013)。

國際及區域比較：

我國 2006-2011 年之指標值為 59.1%，若與 18 個 HCQIP 參與國共同評比，我國於 19 個國家中居第 13 位。名列前 2 名的為韓國及以色列，相對存活率均超過 65%；我國 2006-2011 年與 2001-2006 年相較上升 5.9%[詳見圖 3.3.1.1 及附錄表 3-3-1-1]。

就國內六大醫療區域 2001-2006 年與 2006-2011 年比較，台北區及北區較高，東區最低；各區域都有上升趨勢，惟東區升幅較小[詳見圖 3.3.1.2 及附錄表

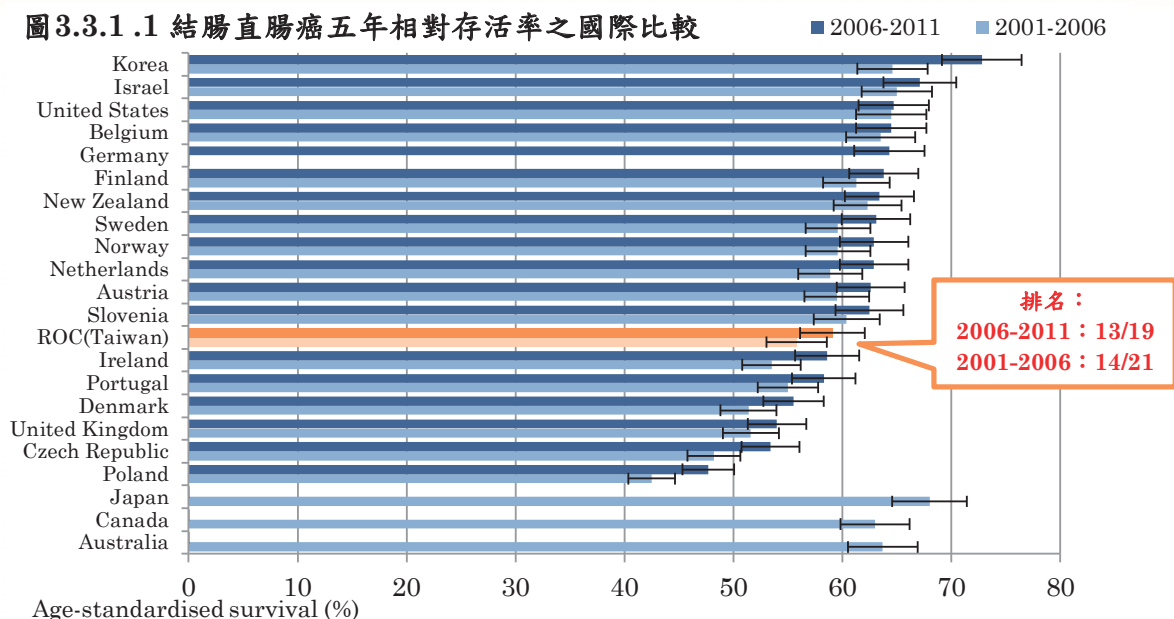
3-3-1-2]。

政策討論：

本項指標我國在國際間之表現屬中後段，與同在東亞的韓國相比更明顯偏低。2001-2006 年至 2006-2011 年間雖見提升，惟因各國亦同樣進步，故排名並未改善。

我國全民健保過去尚無結腸直腸癌品質提升計畫，國家衛生研究院鑒於國內尚未有全國通行的臨床指引可供參考，因此邀集國內大腸癌診療領域的專家組成編撰小組著手撰寫，於 2010 年 11 月出版大腸癌臨床診療指引，供參加「癌症診療品質認證」之醫院參考，大腸直腸外科學會列入 2010 年會之討論議題；建議未來定期檢討臨床指引，並推動相關鼓勵措施，促使醫院投入品質提升工作，進而提升相對存活率。美國癌症協會或美國國家綜合癌症網絡所訂定的臨床指引 American Cancer Society Guidelines, NCCN(National Comprehensive Cancer Network) clinical practice guidelines 或其他於本指標表現優異國家之臨床指引皆值得參考。

圖3.3.1.1 結腸直腸癌五年相對存活率之國際比較



Age-standardised survival (%)

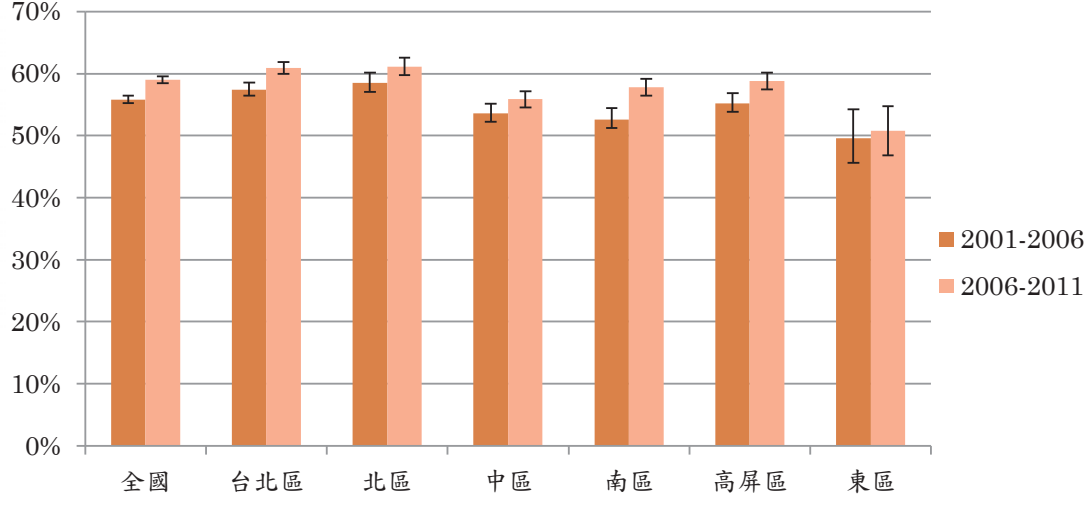
註：H 符號代表 95%信賴區間

資料年度：2001-2006 年及 2006-2011 年(或最近資料)

資料來源：OECD Health Statistics 2013.；衛生福利部國民健康署

圖3.3.1.2 結腸直腸癌五年相對存活率之國內六大醫療區域

各年度總體比較



資料年度：2001-2006 年及 2006-2011 年

資料來源：衛生福利部國民健康署

3.3.2 結腸直腸癌死亡率

(Mortality from colorectal cancer rate)

指標定義	
分子	原死因為結腸直腸癌診斷之死亡人數
分母	15 歲以上人口 (每十萬人口)
操作型定義—詳見附錄	

重要性：

結腸直腸癌在歐美為第 2 大癌症死因，在全球癌症死因則排名第 4。亞洲原不多見，但隨著飲食西化，發現有上升趨勢。

因飲食習慣可以降低結腸直腸癌的發生，篩檢計畫的落實執行可使個案早期發現、早期治療，臨床診療的進步，可以提升病人的存活，綜合以上各項服務的成效則可降低死亡率。因此，HCQIP 選本指標反映一個國家結腸直腸癌防治體系整體運作成效及照護品質 (OECD, 2013)。

國際及區域比較：

我國 2011 年結腸直腸癌死亡率每十萬人口 25.1，若與 36 個 HCQIP 參與國共同評比，我國於 37 個國家中居第 21 位。多數國家本項指標在 2001 至 2011 年之十年間下降，而我國與韓國卻皆為上升 [詳見圖 3.3.2.1 及附錄表 3-3-2-1]。

就國內六大醫療區域比較，南

區一直較高；除高屏區以外，各區域皆有上升趨勢 [詳見圖 3.2.2.2 及附錄表 3-2-2-2]。

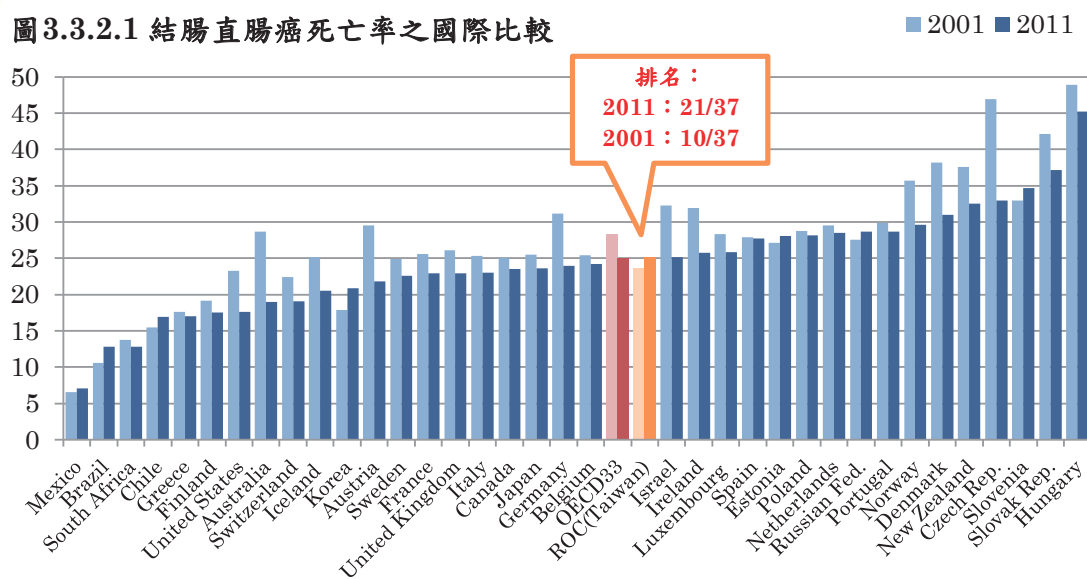
政策討論：

本項指標我國在國際間之表現，2001 年本屬前段，也優於日本；惟十年來其他國家進步者多，我國反而退步，故 2011 年排名退到中後段，也落居同在東亞的日、韓之後。

保持適當的飲食、體能及體重等健康生活型態，加以提升篩檢品質、參與率及早期治療，是降低結腸直腸癌死亡率應採的多元政策 (American Cancer Society, 2014)。美國的死亡率已超過 20 年持續下降，即是藉由上述多面向努力所致。

健康署自 2004 年進行結腸直腸癌防治試辦計畫，辦理 50-69 歲 (2013 年 6 月起已擴大為 50-74 歲) 每兩年 1 次糞便潛血檢驗，自 2010 年起正式將糞便潛血檢查列入預防保健服務項目，篩檢率由 2010 年 23.4% 升至 2013 年 38.2% (健康署, 2014b)，冀能更積極推動；另建議在治療面推出具體品質提升計畫，以降低死亡率。

圖3.3.2.1 結腸直腸癌死亡率之國際比較

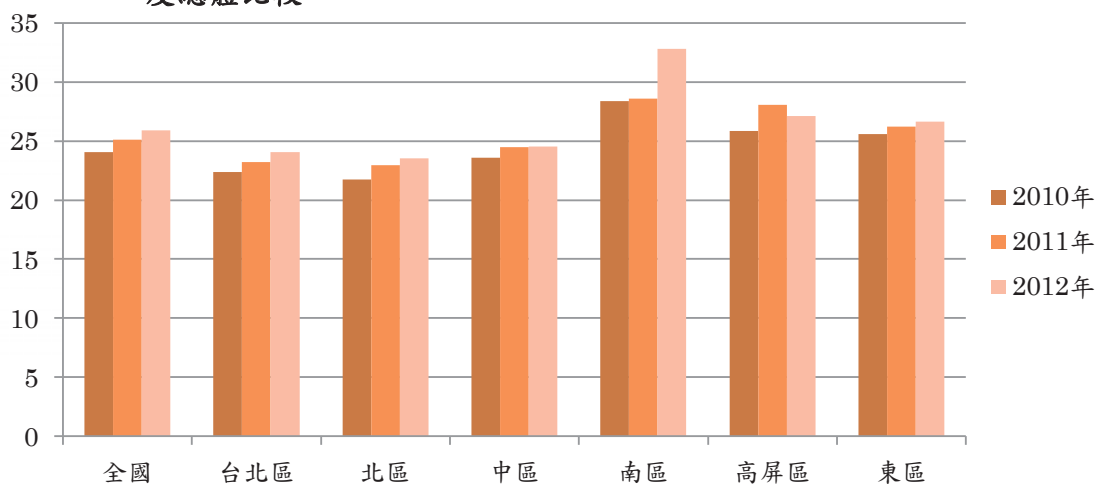


Age-standardised rates per 100 000 population

資料年度：2001 年及 2011 年(或最近資料)

資料來源：OECD Health Statistics 2013 年；衛生福利部

圖3.3.2.2 結腸直腸癌死亡率之國內六大醫療區域各年度總體比較



資料年度：2010 年至 2012 年；單位：每十萬人口

資料來源：衛生福利部

傳染病照護(CARE FOR COMMUNICABLE DISEASES)

傳染病爆發對國家社會的傷害不言可喻，雖然公共衛生與醫療的進步讓傳染病威脅大幅下降，但在交通發達、人類往來密切的地球村時代，疾病的傳播已無疆界，因此各國的防疫體系及措施益顯重要。而控制傳染病主要有 2 個策略：透過預防減少發生率以及早期發現與有效治療來降低死亡率。

世界各國研究顯示，預防接種是預防傳染病最直接、最有效及最經濟的方法。根據 WHO 統計，預防接種每年促使約 250 萬名兒童免於死亡。基於降低風險以及提供有效保護，所有 OECD 會員國都有疫苗接種計畫，並將其納入照護品質指標評比(OECD, 2013)。

傳染病照護品質主要以疫苗接種率與疾病發生率呈現。在接種率指標選擇百日咳(Pertussis)、麻疹(Measles)及 B 型肝炎(Hepatitis B) 3 項疫苗，因為該等疫苗在接種時序及頻率上足以代表基本疫苗全貌，堪稱國家疫苗接種計畫的縮影，且疫苗被證實非常安全有效 (OECD, 2011)。

OECD 定期蒐集有關傳染病的品質指標：

- 疫苗接種率(百日咳、麻疹、B 型肝炎)
- 65 歲以上流感疫苗注射率
- 傳染病發生率(百日咳、麻疹、B 型肝炎)

由於本國流感疫苗接種率易受媒體及疫情影響，本章節以百日咳、麻疹、B 型肝炎 3 項傳染病的疫苗接種率(Vaccination rates)及發生率(Incidence)與 HCQIP 參與國作國際性之比較。

- 4.1 2 歲兒童基本疫苗接種完成率（百日咳）
(Vaccination rates for pertussis, children aged 2)
- 4.2 2 歲兒童基本疫苗接種完成率（麻疹）
(Vaccination rates for measles, children aged 2)
- 4.3 2 歲兒童基本疫苗接種完成率（B 型肝炎）
(Vaccination rates for hepatitis B, children aged 2)
- 4.4 百日咳發生率
(Incidence of pertussis)
- 4.5 麻疹發生率
(Incidence of measles)
- 4.6 B 型肝炎發生率
(Incidence of hepatitis B)

4.1 2 歲兒童基本疫苗接種完成率（百日咳）

(Vaccination rates for pertussis, children aged 2)

指標定義	
分子	兒童於 2 歲前完成 3 劑五合一疫苗接種人數
分母	2 歲兒童人數
操作型定義—詳見附錄	

重要性：

白喉、破傷風及百日咳 (diphtheria、tetanus、pertussis, DTP) 三合一疫苗是所有 OECD 會員國常規疫苗項目(OECD, 2013)。

我國 1954 年開始供應 DTP 疫苗，1955 年起全面實施 2 歲以下嬰幼兒接種。現行接種時程為出生滿 2、4、6 及 18 個月時各接種一劑 DTP 與 b 型嗜血桿菌、不活化小兒麻痺的五合一疫苗 (DTaP-IPV-Hib)，並於滿 5 歲至入小學前，追加一劑減量破傷風白喉非細胞性百日咳及不活化小兒麻痺混合疫苗(Tdap-IPV)。

國際及區域比較：

2011 年我國 2 歲兒童百日咳疫苗接種率為 98%，若與 40 個 HCQIP 參與國共同評比，於 41 個國家中居第 12 位，高於 OECD 會員國的平均值 96%[詳見圖 4.1.1 及附錄表 4-1-1]。

就我國六大醫療區域 2010 至 2012 年的資料來看，皆以南區接種

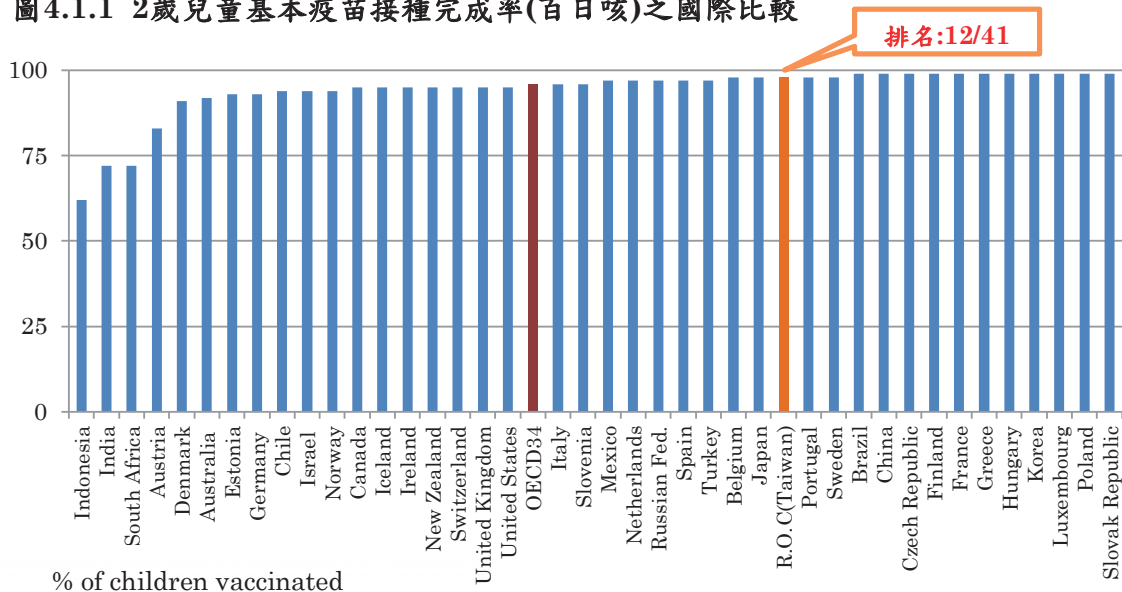
率最高，東區落後於其它區域，但 2012 年有明顯進步。除台北區及北區於 2012 年略有下降外，其它區域的接種率皆逐年上升[詳見圖 4.1.2 及附錄表 4-1-2]。

政策討論：

HCQIP 多數參與國百日咳疫苗的接種率皆在 90%以上，可見本項指標備受重視。我國於其中排名前段，顯示我國健康服務體系落實基本疫苗接種政策之能力已達世界先進水準。

更進一步避免嬰幼兒感染百日咳的最佳方法，是使直接接觸者也接種百日咳疫苗。因此美國預防接種諮詢委員會 (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) 建議，與嬰幼兒有親密接觸的父母親、祖父母、褓姆、醫護人員、妊娠滿 20 週或產後婦女，皆應接種一劑成人百日咳疫苗，保護自己及避免傳染他人。OECD 若干會員國，如澳洲、法國、德國及奧地利皆採行此策略。我國疾管署在成人預防接種建議上，亦將 DTP 相關疫苗列為高危險群應自費接種之項目，以加強充足的群體免疫效果，間接增進對嬰幼兒的保護。

圖4.1.1 2歲兒童基本疫苗接種完成率(百日咳)之國際比較

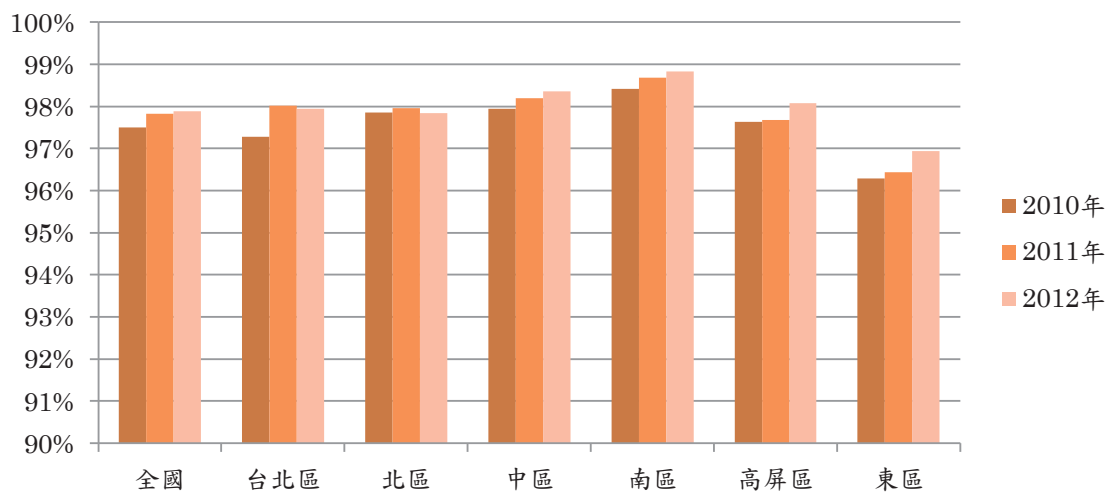


% of children vaccinated

資料年度：2011 年

資料來源：OECD Health Statistics 2013.；衛生福利部疾病管制署

圖4.1.2 2歲兒童基本疫苗接種完成率(百日咳)之
國內六大醫療區域各年度總體比較



資料年度：2010 年至 2012 年

資料來源：衛生福利部疾病管制署

4.2 2 歲兒童基本疫苗接種完成率（麻疹）

(Vaccination rates for measles, children aged 2)

指標定義	
分子	兒童於 2 歲前完成 1 劑 MMR 疫苗接種人數
分母	2 歲兒童人數
操作型定義—詳見附錄	

重要性：

在疫苗尚未使用前，麻疹被視為孩童期不可倖免的疾病。我國自 1978 年起全面實施活性疫苗接種。目前我國政府提供出生滿 12 個月及滿 5 歲至入國小前各接種一劑麻疹、腮腺炎及德國麻疹(measles、mumps、rubella, MMR)混合疫苗。麻疹病例雖已大幅降低，但每隔幾年，只要未接種疫苗的易感人口累積到一定數目，就會爆發流行。2013 年，北英格蘭及威爾斯地區爆發麻疹疫情，其可追溯到 2000 年初早期，當時疫苗安全性受到質疑，故兒童接種率降至 80%。(OECD, 2013)。

1975 年起，OECD 即在特定國家蒐集 DTP 及麻疹接種率資料。隨時間經過，多數 OECD 國家的兒童免疫接種率保持高水平的穩定成長。OECD 自 2001 年出版「Health at a Glance」時，即將嬰幼兒 DTP 及麻疹接種率列入常規統計項目。

國際及區域比較：

2011 年我國 2 歲兒童麻疹疫苗接種率接近 97%，若與 40 個

HCQIP 參與國共同評比，於 41 個國家中居第 13 位[詳見圖 4.2.1 及附錄表 4-2-1]。

就我國六大醫療區域 2010 至 2012 年的資料來看，皆以南區接種率最高，但南區 2012 年略有下降外，其它區域各年度接種率皆逐步上升[詳見圖 4.2.2 及附錄表 4-2-2]。

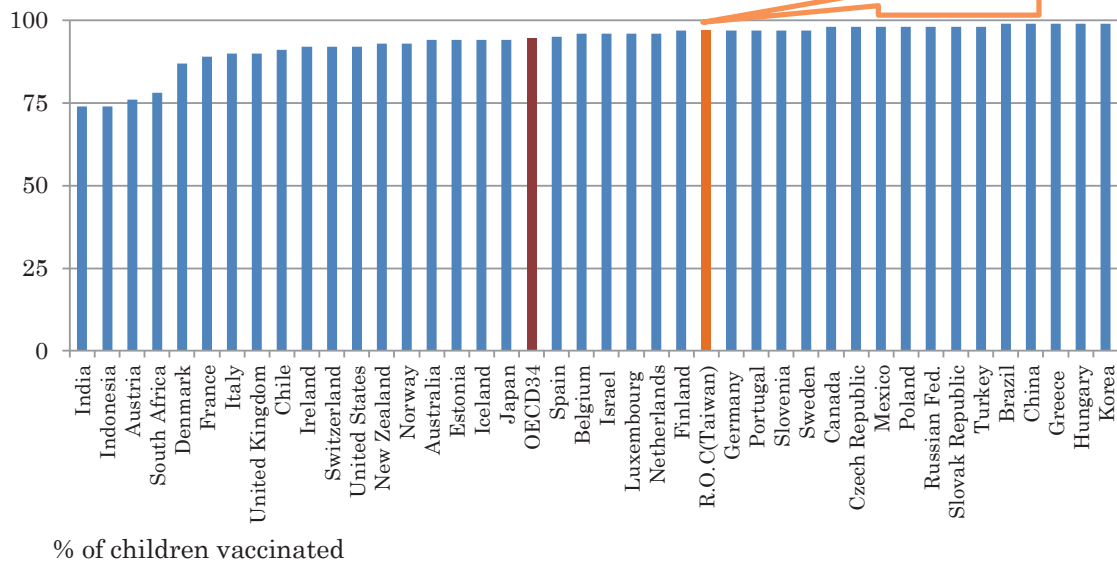
政策討論：

HCQIP 多數參與國麻疹疫苗接種率皆在 90% 以上，我國於其中排名前段，顯示我國麻疹消除政策及防制措施保持世界領先水準。

根據 WHO 統計，2012 年全世界約有 84% 的兒童在 1 歲前透過常規衛生服務獲得一劑麻疹疫苗，比 2000 年的 72% 上升許多。但約有 15% 的兒童在接種一劑疫苗後未產生免疫。為完善周全的預防接種措施，建議務必依時程完成二劑疫苗以達到充足的群體免疫效果(WHO, 2014)。

我國疾管署針對麻疹防治標準也提到，每個地區各出生世代對麻疹的免疫力都要維持在 95% 以上，將具感受性人數降至低水準，維持高群體免疫，以有效且持續性地阻絕麻疹之傳播。

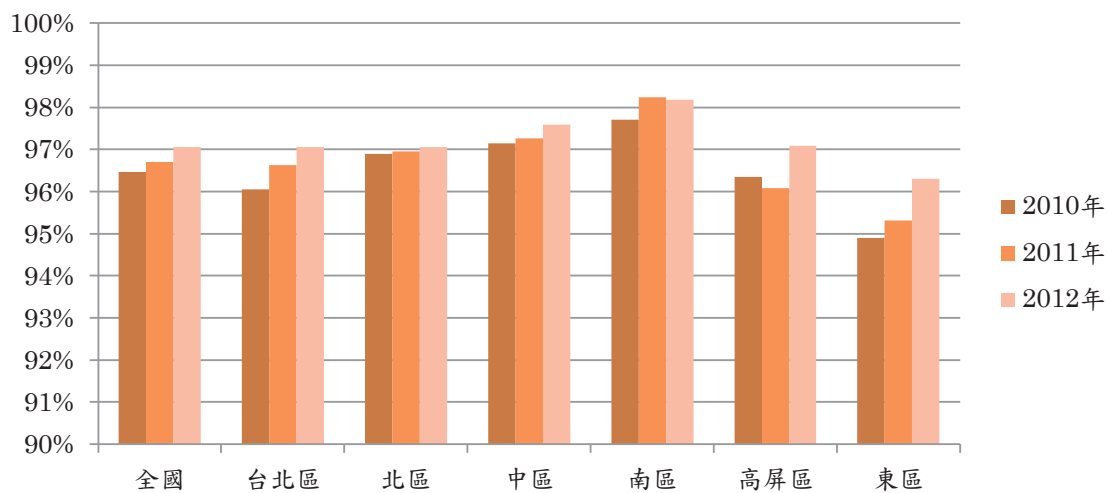
圖4.2.1 2歲兒童基本疫苗接種完成率(麻疹)之國際比較



資料年度：2011 年

資料來源：OECD Health Statistics 2013.；衛生福利部疾病管制署

圖4.2.2 2歲兒童基本疫苗接種完成率(麻疹)之國內六大醫療區域各年度總體比較



資料年度：2010 年至 2012 年

資料來源：衛生福利部疾病管制署

4.3 2 歲兒童基本疫苗接種完成率 (B 型肝炎) (Vaccination rates for hepatitis B, children aged 2)

指標定義	
分子	兒童於 2 歲前完成 3 劑 B 型肝炎疫苗接種人數
分母	2 歲兒童人數
操作型定義—詳見附錄	

重要性：

WHO 指出，自 1982 年 B 型肝炎疫苗問世後，證實有 95% 的有效性可預防感染以及避免後續的肝硬化及肝癌；也是第一支可以對抗人類主要癌症的疫苗。2007 年，全球有超過 170 個國家依照 WHO 的建議將 B 型肝炎疫苗納入嬰幼兒免疫接種計畫(OECD, 2011)。

B 型肝炎一度被稱為我國的國病，因此我國係全球第一個實施新生兒全面接種 B 型肝炎疫苗的國家。自 1984 年 7 月起針對 B 型肝炎表面抗原陽性母親之新生兒實施 B 型肝炎疫苗注射計畫，1986 年 7 月起全面實施嬰幼兒 B 型肝炎預防接種。此後，六歲兒童 B 型肝炎帶原率由 1989 年 10.5% 顯著下降至 2007 年 0.8% (疾管署，2014)。

國際及區域比較：

2011 年我國 2 歲兒童 B 型肝炎疫苗接種率接近 98%，若與 29 個 HCQIP 參與國共同評比，於 30 個國家中居第 5 名[詳見圖 4.3.1 及附錄表 4-3-1]。

就我國六大醫療區域 2010 至 2012 年的資料來看，皆以南區接種率最高，東區則稍微落後於其他區域[詳見圖 4.3.2 及附錄表 4-3-2]。

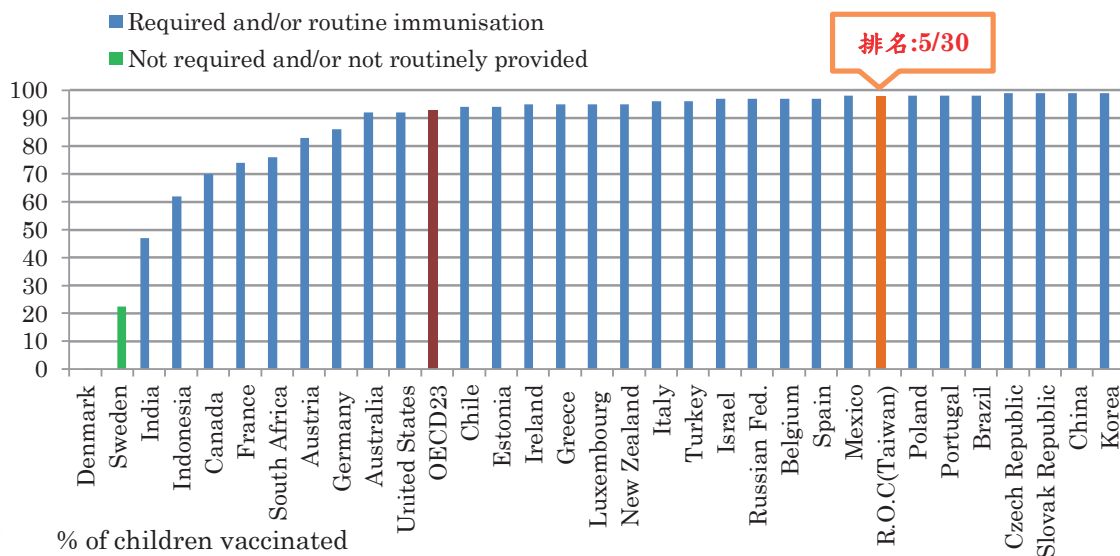
政策討論：

HCQIP 多數參與國 B 型肝炎疫苗接種率皆在 90% 以上，我國於其中排名前五名，顯示國人對於 B 型肝炎防治的重視，以及疫苗接種體系的高效率。

相關研究顯示，出生 24 小時內接種 B 型肝炎疫苗可更早發揮預防母子間 B 型肝炎垂直感染的效益。WHO 建議嬰兒第一劑 B 型肝炎疫苗應於出生 24 小時內儘速接種，因此我國於 2011 年 5 月將 B 型肝炎疫苗第 1 劑接種時程修訂為出生 24 小時內接種。

由於年幼時期的感染易演變成慢性帶原者，為有效追蹤母親為高傳染性 B 型肝炎帶原者之幼兒，疾管署於 2010 年起實施「B 型肝炎高危險群幼兒追蹤檢查與追加接種作業計畫」，期望儘早發現幼兒之 B 型肝炎接種成效與感染狀況，以採取後續措施，降低該等幼兒發生肝炎、肝硬化甚至肝癌之機率(疾管署，2014)。

圖4.3.1 2歲兒童基本疫苗接種完成率(B型肝炎)之國際比較

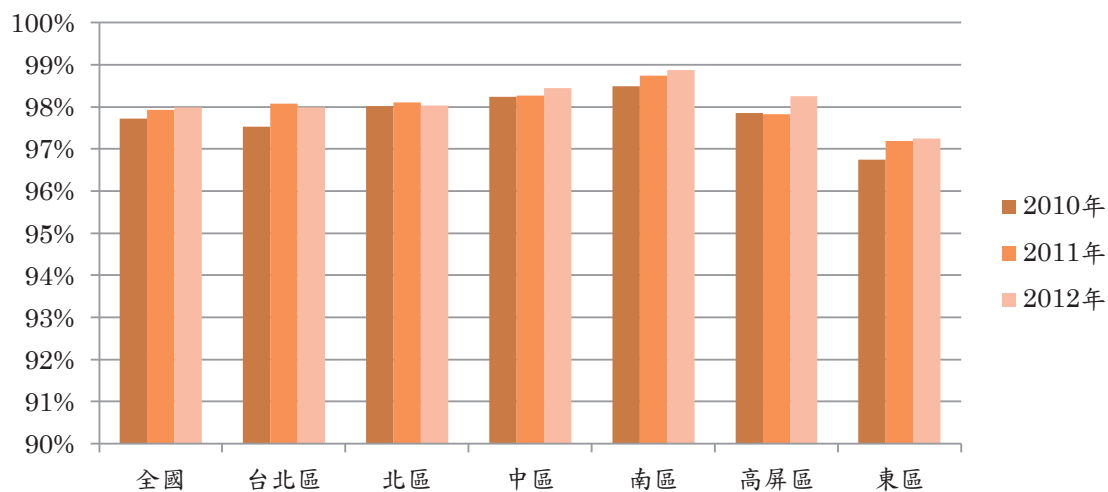


資料年度：2011 年

資料來源：OECD Health Statistics 2013.；衛生福利部疾病管制署

註:僅常規接種疫苗國家參與排名，丹麥及瑞典未列入排名。

圖4.3.2 2歲兒童基本疫苗接種完成率(B型肝炎)之國內六大醫療區域各年度總體比較



資料年度：2010 年至 2012 年

資料來源：衛生福利部疾病管制署

4.4 百日咳發生率(Incidence of pertussis)

指標定義	
分子	百日咳確定病例數
分母	年中人口數
操作型定義—詳見附錄	

重要性：

百日咳是經由空氣或飛沫傳染的傳染性疾病，病患多為5歲以下兒童，好發年齡為6個月以下嬰幼兒。在未具免疫力之群體，特別是營養狀況不良或併有許多腸道及呼吸道感染時，百日咳最容易導致嬰幼兒死亡；併發症中以肺炎為主要死因，另外亦可能併發呼吸停止、缺氧、癲癇，或因持續性嘔吐引起營養失調等(疾管署，2014)。

根據OECD統計，歐盟成員國每年約有14,000個百日咳案例，發生率約為十萬分之5(OECD, 2012)。而我國由於疫苗接種普及，發生率逐年下降，從1955年十萬分之7.75降至1977年十萬分之0.04左右，而1977年之後，每年僅零星病例發生(疾管署，2014)。

國際及區域比較：

2011年我國有76例個案通報，發生率為十萬分之0.33，若與32個HCQIP參與國共同評比，於33個國家中居第6位。其中發生率最低的是希臘與冰島，2011年幾無

個案通報[詳見圖4.4.1及附錄表4-4-1]。

由我國六大醫療區域2010至2012年資料來看，由於個案數少，因此指標值波動較大；其中南區與高屏區的發生率一直較低[詳見圖4.4.2及附錄表4-4-2]。

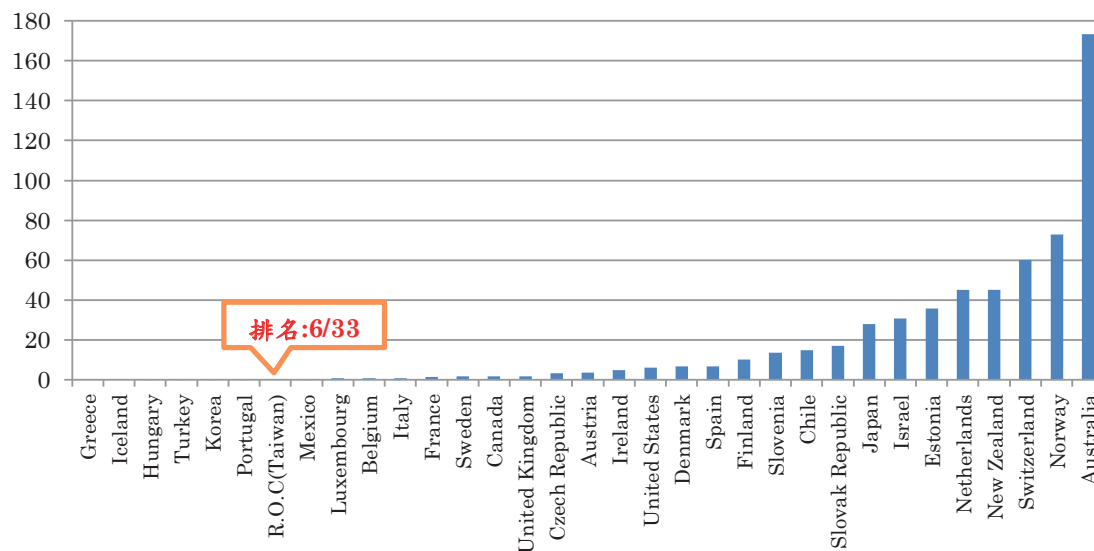
政策討論：

HCQIP有半數參與國百日咳發生率在十萬分之10以下。我國於其中排名前段，顯示我國針對空氣及飛沫傳染病在疫情監視上有完整健全的體系。

我國由於疫苗接種率高，百日咳變得較為少見，因此有些醫師在第一時間往往不容易發現病患罹患百日咳，而延誤了治療時機。患者之預後與年齡有關，在年紀較大兒童與成人預後良好，但在嬰兒則有較高的死亡率。因此對於懷疑與確診百日咳感染患者及家屬需要有適當的隔離與處置(賴俊甫，莊宗憲，2013)。

近幾年除了家庭群聚感染外，亦發生過數起醫院新生兒病房、坐月子中心以及中學學生之群聚感染。因此，對自身疫苗接種史不清楚或可能接觸一歲以下嬰兒之成人，建議自費接種百日咳疫苗，以降低風險(陳如欣等，2013)。

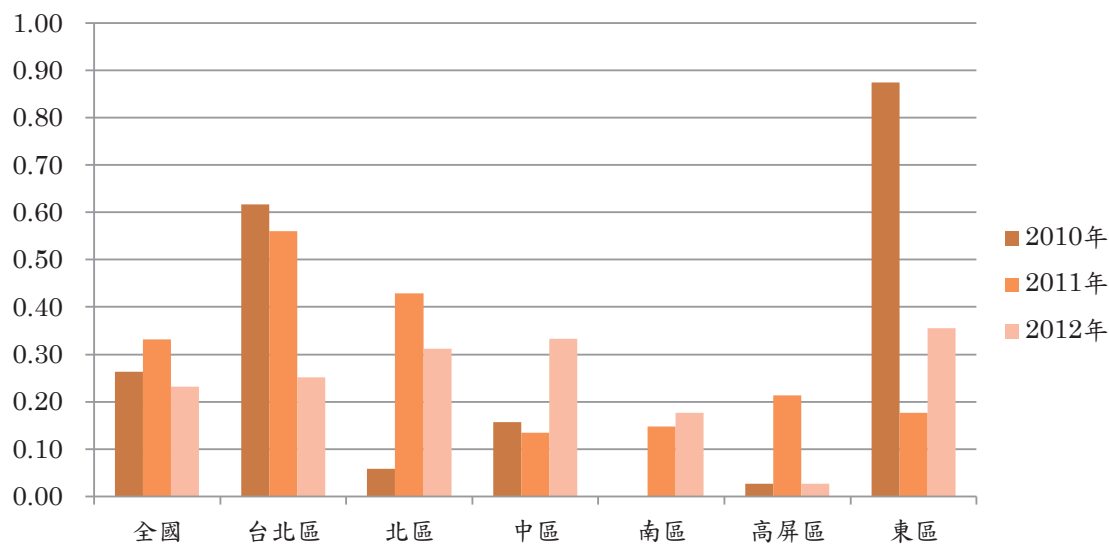
圖4.4.1 百日咳發生率之國際比較



資料年度：2011年；單位：每十萬人口

資料來源：OECD Health Statistics 2013.；衛生福利部疾病管制署

圖4.4.2 百日咳發生率之國內六大醫療區域各年度總體比較



資料年度：2010年至2012年；單位：每十萬人口

資料來源：衛生福利部疾病管制署

4.5 麻疹發生率 (Incidence of measles)

指標定義	
分子	麻疹確定病例數
分母	年中人口數
操作型定義—詳見附錄	

重要性：

麻疹是經由空氣、飛沫傳播或是直接與病人鼻腔或咽喉分泌物接觸而感染，發疹前後各 4 天都具傳染性，是高傳染力的疾病。在廣泛展開疫苗接種之前，估計麻疹每年造成 260 萬人死亡。儘管目前已具備安全且有效的疫苗，麻疹仍是全球幼兒死亡的主因之一。

根據統計，2000 至 2011 年期間，全球麻疹死亡人數從 54.2 萬人減至 15.8 萬人，下降了 71%。同一時期，新病例數從 2000 年的 85.3 萬例降至 2011 年的 35.5 萬例，下降了 58% (WHO, 2013)。

國際及區域比較：

2011 年我國麻疹發生率為每十萬分之 0.1，若與 33 個 HCQIP 參與國共同評比，於 34 個國家中居第 6 位。其中發生率最低的是智利、冰島、墨西哥、葡萄牙與斯洛伐克共和國，2011 年幾無個案通報 [詳見圖 4.5.1 及附錄表 4-5-1]。

就我國六大醫療區域 2010 至 2012 年資料來看，東區發生率為 0，而台北區因 2011 年發生人口密集機構群聚事件，變化幅度較大 [詳見圖 4.5.2 及附錄表 4-5-2]。

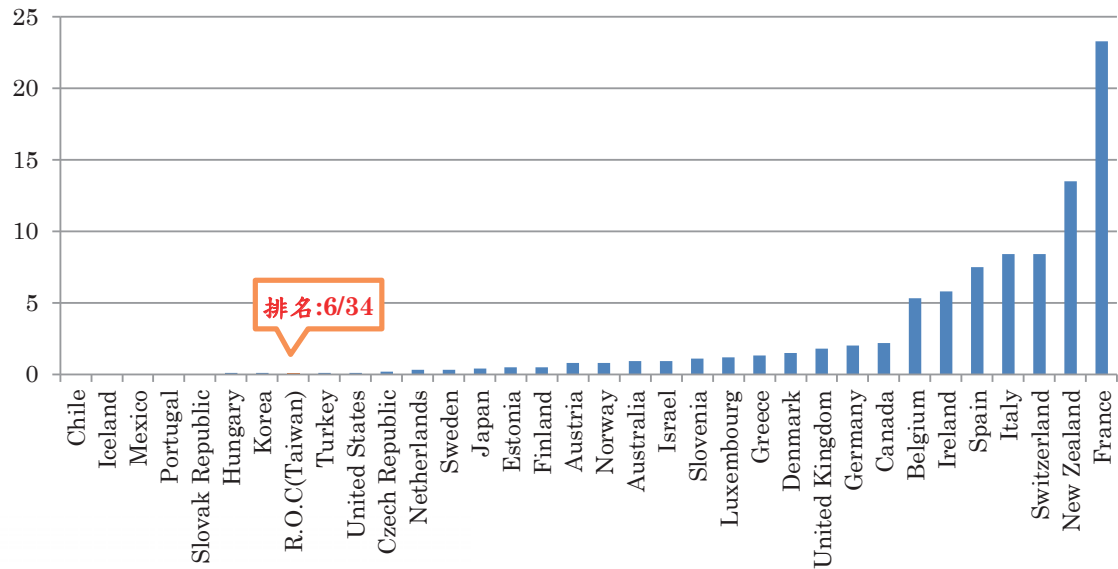
政策討論：

HCQIP 多數參與國麻疹發生率在十萬分之 2 以下。我國於其中排名前段，顯示我國傳染病防疫體系及措施達先進水準。

注射二劑麻疹疫苗後，可使 95% 以上的人產生主動免疫。經由持續提升預防接種完成率及強化監測系統效能，我國至 1995 年以後，麻疹案例皆為零星個案，近期確定個案多為境外移入，僅少數因境外移入造成後續傳染。

為防堵境外移入個案及降低流行風險，除針對外籍人士申請居留、定居簽證體檢要求需檢具麻疹疫苗接種或抗體陽性證明外，另針對軍人、醫療照護人員及大專院校學生等高風險青年族群提出預防接種建議，同時建議民眾盡量避免攜帶未滿 1 歲及未完成 MMR 疫苗接種之嬰幼兒前往麻疹流行地區。若要前往麻疹流行地區之民眾，可於出發前先至國內 23 家國際預防接種合約醫院評估接種需求，且於接種至少 2 週後再前往，以獲得預期之保護效力，降低感染機會(疾管署，2014)。

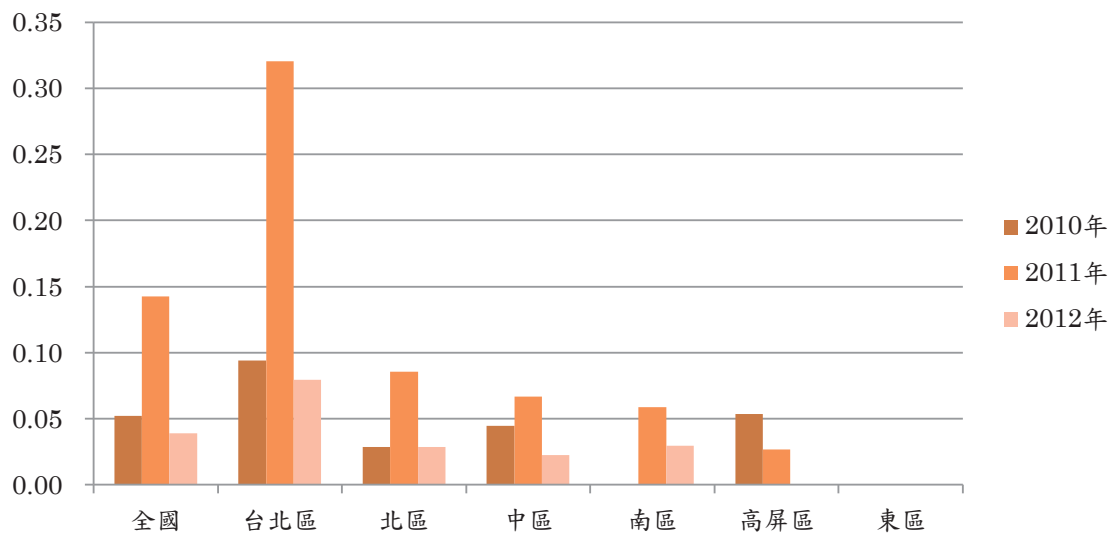
圖4.5.1 麻疹發生率之國際比較



資料年度：2011 年；單位:每十萬人口

資料來源：OECD Health Statistics 2013.；衛生福利部疾病管制署

圖4.5.2 麻疹發生率之國內六大醫療區域各年度總體比較



資料年度：2010 年至 2012 年；單位:每十萬人口

資料來源：衛生福利部疾病管制署

4.6 B 型肝炎發生率(Incidence of hepatitis B)

指標定義	
分子	B 型肝炎確定病例數
分母	年中人口數
操作型定義—詳見附錄	

重要性：

B 型肝炎病毒主要是藉由體液或血液，經由親密接觸、輸血、注射等途徑而傳染。一般分為垂直傳染及水平傳染兩類。(一)垂直傳染：指帶原的母親在生產前後將 B 型肝炎病毒傳染給新生兒，我國約有 40-50% 的帶原者係經由此途徑傳染。(二)水平傳染：含有病毒的血液或體液透過皮膚或粘膜進入體內而感染。因此輸血、共用針頭或針灸、刺青、共用牙刷或刮鬍刀、性行為等行為，都可能因為器具消毒不全或接觸感染者體液導致傳染。

在北美地區，成人無症狀 B 型肝炎帶原率為 0.5%；我國一般成人帶原率約達 15% (疾管署，2014)。B 型肝炎帶原者臨床可發展成慢性肝炎、肝硬化或是肝癌。據估計，每年約有 78 萬人死於急性或慢性 B 型肝炎；約有 2.4 億人患有慢性(長期)肝臟感染疾病 (WHO, 2014)。2013 年我國十大死因中，慢性肝病及肝硬化為第 9 名；而十大癌症死因中，肝癌位居第 2 名。

國際及區域比較：

2011 年我國 B 型肝炎發生率為十萬分之 0.7，若與 32 個 HCQIP 參與國共同評比，於 33 個國家中居第 7 位。其中發生率最低的是葡萄

牙的十萬分之 0.1 [詳見圖 4.6.1 及附錄表 4-6-1]。

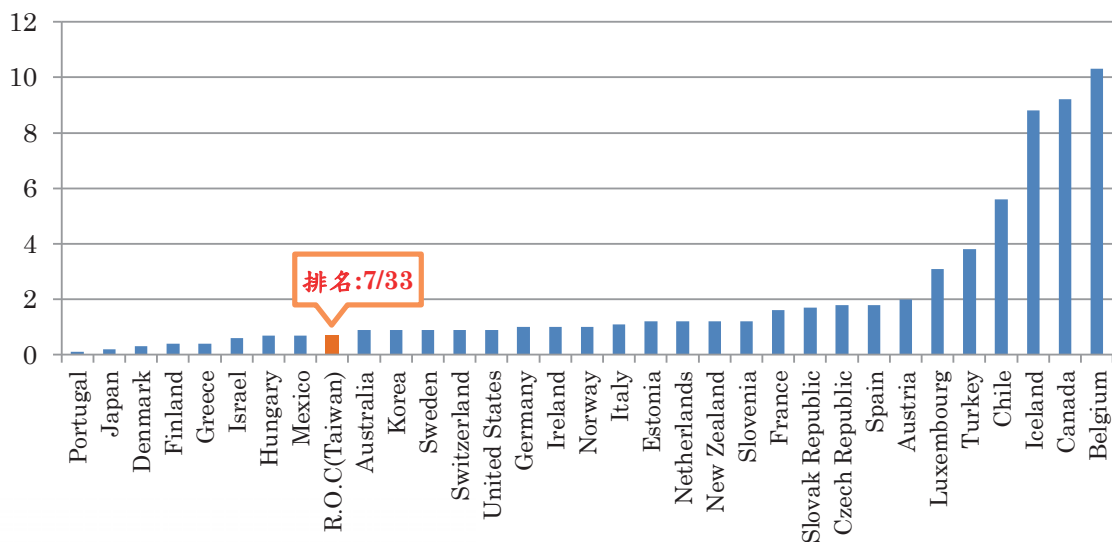
就我國六大醫療區域 2010 至 2012 年資料來看，除高屏區變化較大，其餘區域皆呈現穩定下降 [詳見圖 4.6.2 及附錄表 4-6-2]。

政策討論：

HCQIP 多數參與國 B 型肝炎發生率在十萬分之 2 以下。我國於其中排名前段，顯示我國 B 型肝炎防治措施有階段性成效。

我國在全面嬰幼兒 B 型肝炎疫苗接種政策實施後，已大幅改善母嬰感染的問題，但仍無法完全阻斷具高傳染力之 B 型肝炎帶原母親的母嬰感染。未來應持續進行降低高傳染力 B 型肝炎帶原母親 (HBeAg 陽性) 之母嬰垂直傳播風險相關研究。另應加強辦理預防 B 型肝炎水平感染(性行為、共用針具或穿刺行為等) 相關衛教事宜，以避免發生危險暴露行為。而針對疫苗接種世代未具抗體之高風險族群，應持續宣導自費追加接種 B 型肝炎疫苗，使其獲得充足的保護力 (劉嘉玲等，2014)。

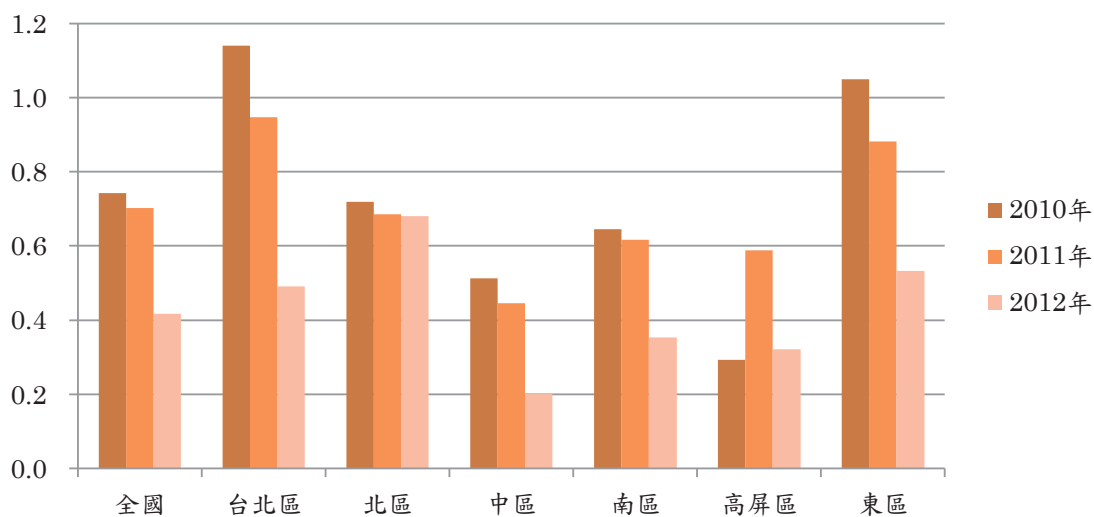
圖4.6.1 B型肝炎發生率之國際比較



資料年度：2011年；單位：每十萬人口

資料來源：OECD Health Statistics 2013.；衛生福利部疾病管制署

圖4.6.2 B型肝炎發生率之國內六大醫療區域各年度總體比較



資料年度：2010年至2012年；單位：每十萬人口

資料來源：衛生福利部疾病管制署

病人經驗(PATIENT EXPERIENCES)

OECD 與 WHO 皆強調從病人觀點評估健康服務的品質。雖然病人滿意度調查對於照護結果亦具有顯著影響力(Devadasan et al., 2011)，然而，病人經驗調查係以結構式問卷為測量工具，有系統地蒐集病人接受健康服務期間各種面向的經驗，比病人滿意度更具客觀性(Arain, Nicholl & Campbell, 2013)。

自 1990 年中期開始，英國、荷蘭及挪威等國家即致力於發展病人就醫經驗測量工具，定期瞭解與分析病人經驗，提供主管機關另一種觀點的實證資料，例如英國將調查結果視為「以病人為中心」指標，成為 NHS 支付醫療提供者的影響因子(Department of Health, 2011)。自 2006 年起，OECD 自行投入量測工具的發展，2012 年更將病人經驗列為 HCQIP 獨立一類的品質指標(OECD, 2013)，以彰顯其重要性。

我國則自 2006 年起首次以就醫病人為對象，調查對於全民健康保險醫療服務利用的滿意度，並依此修訂保險對象就醫權益的監測指標(楊銘欽等, 2013)。由於各國自行蒐集的數據，尚無法判斷不同政策是否影響病人就醫經驗，因此，HCQIP 建議透過國際比較與經驗學習，以提出更具建設性之政策建議。

目前 OECD 定期蒐集 14 項病人經驗指標且已公布 12 項調查結果，其中 2 項與我國健保署長期進行之就醫權益調查採行的指標相近。本章節遂以該 2 項指標資料與 HCQIP 參與國作國際比較，並就我國六大醫療區域間作比較。

5.1 醫師時間足夠為病人看診

(Doctor spending enough time with patients during the consultation)

5.2 醫師對病人解說簡單易懂

(Doctor providing easy-to-understand explanations)

5.1 醫師時間足夠為病人看診(Doctor spending enough time with patients during the consultation)

指標定義	
分子	15 歲以上且於受訪日前三個月內曾至診所或醫院就醫者
分母	15 歲以上人口
操作型定義—詳見附錄	

重要性：

看診時間會影響就醫滿意度，滿意度對照護結果具有顯著影響(楊銘欽等，2013；Devadasan et al., 2011)。OECD 國家中，有 9 個國家蒐集家庭(或固定)醫師看診時間的數據，另有 5 個國家蒐集一般(或任何)醫師看診時間資料(OECD, 2013)，顯示此項指標開始得到國際重視。我國健保署將此項指標視為醫療服務利用與可近性構面，自 2008 年蒐集數據，惟遷就總額協商，分牙醫、中醫、西醫基層及醫院等不同部門實施。

國際及區域比較結果：

我國 2013 年之指標值，西醫基層為 68.9%，醫院為 68.3%，若與 HCQIP 15 個參與國共同評比，則二者皆位居第 16 位 [詳見圖 5.1.1.1~5.1.1.2 及附錄表 5-1-1]。

就我國六大醫療區域 2012 及 2013 年二年之資料來觀察，在西醫基層部分，除了中區及南區上升外，其餘各區皆呈下降趨勢；在醫院部分，除了中區及東區呈下降，其餘

各區皆為上升或持平 [詳見圖 5.1.2.1~5.1.2.2 及附錄表 5-1-2]。

政策討論：

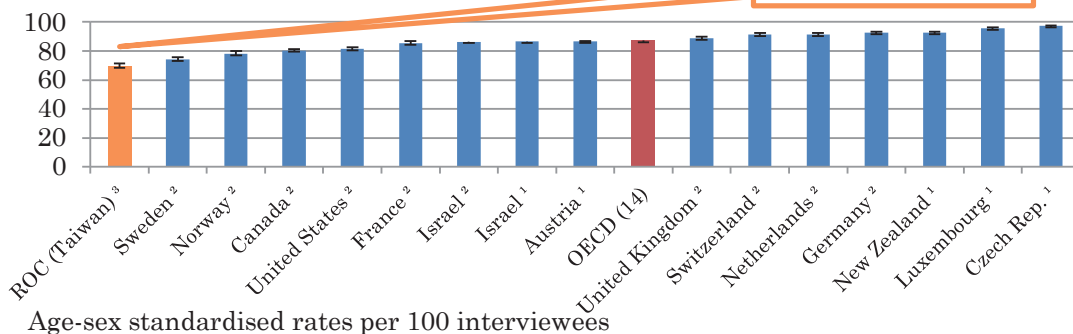
我國民眾認同醫師看診時間足夠的比率低，與國際間呈現相當差距，其中醫院又較西醫基層低。另區域比較整體則以東區西醫基層之表現最差。我國醫療體系一向備受質疑者即醫師照顧之病人量大。健保署雖自 2006 年起實施門診合理量，但病人認為醫師看診時間足夠的比率仍偏低。

本項指標低另一可能原因為資料蒐集量尺不一致。我國過去習慣使用 5 點量尺，提供中間選項(如「普通」)，而統計時將中間選項視為滿意。OECD 則建議只提供「是」與「否」二個選項，而以回答「是」的肯定率作為國際比較基礎。縱然少數 HCQIP 參與國(如英國、加拿大)於調查時亦有中間選項，惟於國際比較時，中間選項不納入滿意計算。

此外，我國一直採用電話訪問方式，惟較多的問題亦引起受訪者不耐。健保署委託研究的團隊過去亦建議採郵寄問卷，讓受訪者有充裕時間回答(楊銘欽等，2013)。

圖5.1.1.1 醫師時間足夠為病人看診(西醫基層)之國際比較

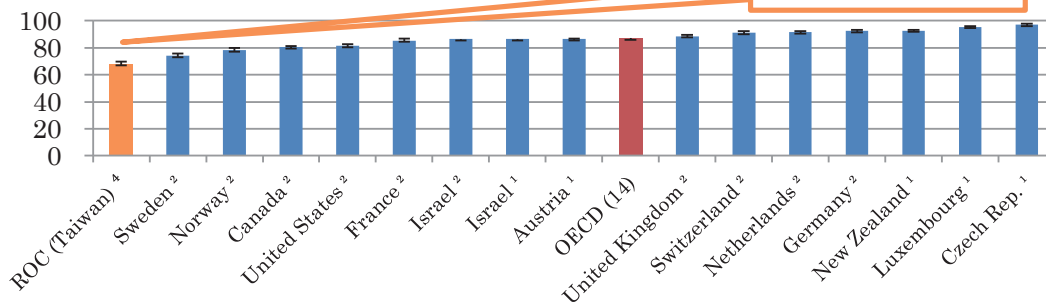
排名：2012:16/16



Age-sex standardised rates per 100 interviewees

圖5.1.1.2 醫師時間足夠為病人看診(醫院)之國際比較

排名：2012:16/16



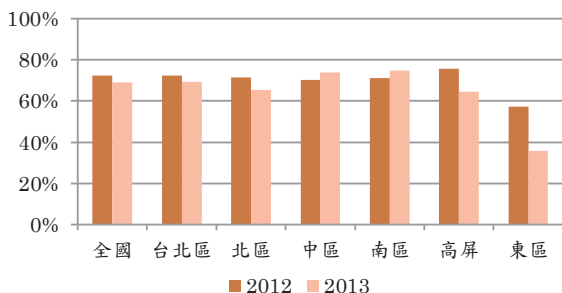
Age-sex standardised rates per 100 interviewees

註：¹any doctor(任何一位醫師)；²their regular doctor(固定/習慣看診的醫師)；³西醫基層；⁴醫院

資料年度：2012年(或最近資料)；單位：%

資料來源：OECD Health Statistics 2013. ;衛生福利部中央健康保險署

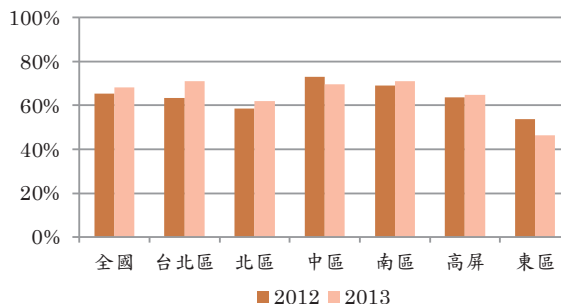
5.1.2.1 醫師時間足夠為病人看診之國內六大醫療區域比較(西醫基層)



資料年度：2012年及2013年；

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

5.1.2.2 醫師時間足夠為病人看診之國內六大醫療區域比較(醫院)



5.2 醫師對病人解說簡單易懂

(Doctor providing easy-to-understand explanations)

指標定義	
分子	15 歲以上且於受訪日前三個月內曾至診所或醫院就醫者
分母	15 歲以上人口
操作型定義—詳見附錄	

重要性：

醫師解說的方式及態度會影響病人對疾病的認知；當病人對其疾病有較高認知時，則會有較好的照護結果(Boulding et al.,2011)。此外，醫病溝通會影響就醫滿意度，滿意度是病人照護結果的影響因素(楊銘欽等，2013)。

OECD 國家中，有 10 個國家蒐集病人認同家庭(或固定)醫師解說簡單易懂之數據，另有 5 個國家蒐集一般(或任何)醫師在此項指標的數據(OECD, 2013)。我國健保署意識到此項指標之重要性，2012 年參照美國與英國經驗，將此項指標列為滿意度與治療效果評估構面，並自 2013 年起蒐集指標數據(楊銘欽等，2013)。

國際及區域比較結果：

我國 2013 年之指標值，西醫基層為 71.1%，醫院為 66.9%，若與 HCQIP 16 個會員國共同評比，皆位居第 17 位。此項指標係自 2013 年開始蒐集，目前落後 OECD 各會員國之表現[詳見圖 5.2.1.1~5.2.1.2

及附錄表 5-2-1]。

就我國六大醫療區域 2013 年之資料來觀察，整體以南區的西醫基層最佳，東區的西醫基層則落後於全國[詳見圖 5.2.2 及附錄表 5-2-2]。

政策討論：

我國目前在此項指標之調查結果，無論是醫院或西醫基層，皆明顯落後於 HCQIP 各參與國；各醫療區域除東區外，其餘各區域的差別不大，因只有一年資料，尚無法看出趨勢。

台灣醫療改革基金會曾指出，看診時間不足不利醫病溝通(醫改會，2002)。本項指標國際排名敬陪末座，可能是受前一項指標(醫師看診時間)影響。我國亦未制訂提升醫病溝通的具體計畫或獎勵措施，顯示此項品質指標尚未獲得應有之重視。

未來健保署除應持續本項指標資料蒐集外，宜進一步瞭解病人無法聽懂醫師解說的原因。另建議將溝通技巧列為醫事人員再教育課程，加強宣導對病人解說之重要性。同時也應導入醫學院課程，從醫師養成教育即開始奠定基礎。

圖5.2.1.1 醫師對病人解說簡單易懂(西醫基層)
之國際比較

排名：2012:17/17

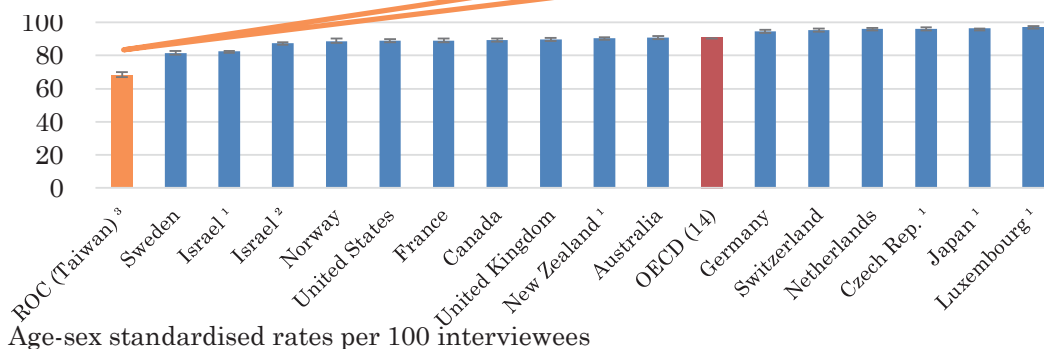
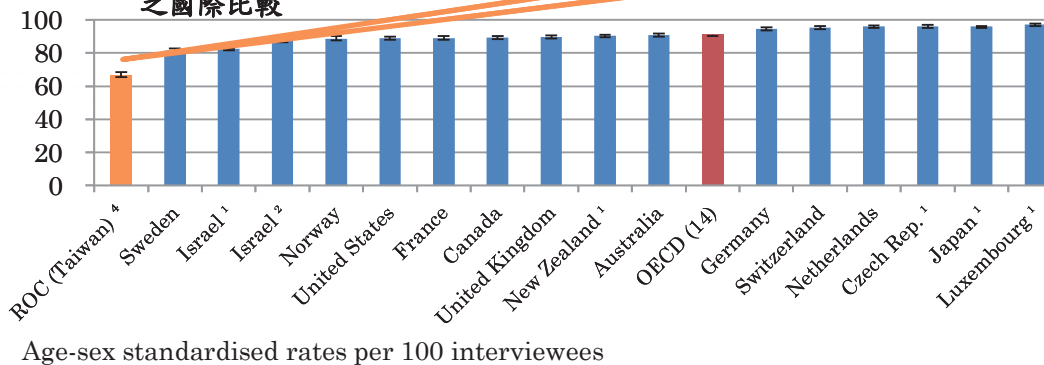


圖5.2.1.2 醫師對病人解說簡單易懂(醫院)
之國際比較

排名：2012:17/17



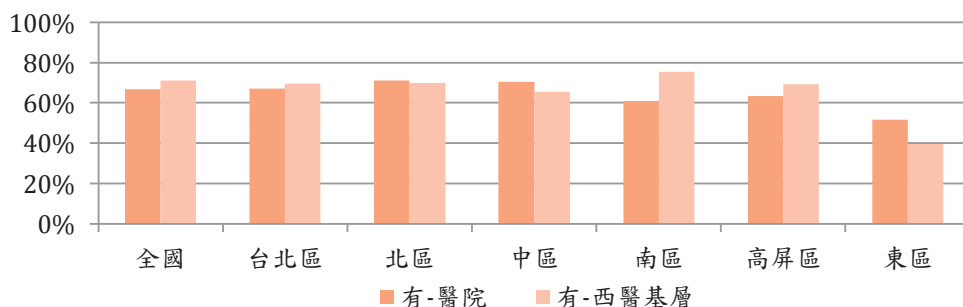
註：H 符號代表 95%信賴區間

註：¹any doctor (任何一位醫師)；²their regular doctor (固定/習慣看診的醫師)；³西醫基層；⁴醫院

資料年度：2012 年(或最近資料)；單位：%

資料來源：OECD Health Statistics 2013. ;衛生福利部中央健康保險署

圖5.2.2 醫師對病人解說簡單易懂之國內六大醫療區域比較



資料年度：2013 年；單位：%

資料來源：衛生福利部中央健康保險署



參—結論



本報告以宏觀角度與 HCQIP 各參與國進行品質量測之跨國評比，反映我國健康照護體系在服務品質上的表現；另針對國內六大醫療區域之比較，檢視我國健康服務品質之區域落差。進而參酌專業團體與國內、外研究建議，以及我國重要健康服務計畫設定之目標，提出品質改善之相關建議。

在國際比較方面，這是第二年嘗試。與去年之報告相較，今年最大突破為新增病人經驗類別，將健保署執行之 2 項保險對象就醫權益監測指標列入。指標數目雖然不多，但可昭顯我國已將使用者經驗列為衡量健康服務品質之重要面向，與先進國家之發展趨勢相契合。此外，今年共新增 13 項 OECD 重視指標之資料，顯示我國對實證資料之蒐集亦在持續進步中。

綜觀我國健康照護品質與國際比較之結果如下：

- 初級照護：整體的初級照護指標如加入 HCQIP 各參與國評比，排名偏中後。顯示我國可避免之住院率偏高，未來應加強初級照護專業品質以及整合能力；協助民眾作好健康促進、疾病預防、早期診斷、適當治療、定期追蹤及自我管理，以提升民眾對初級照護之信心，降低不必要住院。
- 急性照護：本類指標我國在國際間居領先地位，值得欣慰。為更進上層樓，可參考 OECD 之建議，加強醫護人員警覺性，提供及時、具實際效益之治療，並持續監測分級醫療之成效及強化轉診制度，以改善急性病人之預後狀況。
- 癌症照護：子宮頸癌五年相對存活率及乳癌死亡率皆在國際水準之上，但二種癌症之篩檢率皆偏低，應是未來著力之項目，協助癌症及早發現以把握治療黃金時間。
- 傳染病照護：此類指標我國在國際間居領先地位，顯示傳染病防制成果卓越。若欲百尺竿頭更進一步，未來可考量加強成人高風險族群預防接種，以擴大免疫保護範圍。
- 病人經驗：現行國內能蒐集到資料之二項指標——醫師看診時間是否足夠及解說是否清楚易懂，表現皆落後於其他國家。此或與我國醫師普遍照顧病人較多，以致可分配給每位病人的時間不符期待有關，因此仍需從檢討病人量著手，另應向醫療提供者宣導醫病溝通之重要。

各指標於國際間之表現整理如下表：

表一、我國與 HCQIP 參與國共同排名結果一覽表

類別	指標名稱	排名等級
初級照護	氣喘病人住院率	D
	慢性阻塞性肺病病人住院率	C
	充血性心臟衰竭病人住院率	B
	高血壓病人住院率	OECD 無 公開資料
	控制不良糖尿病且無併發症之住院率	C
	糖尿病短期併發症住院率	C
	糖尿病長期併發症住院率	C
	糖尿病病人下肢截肢率	C
	糖尿病病人眼底檢查率	OECD 無 公開資料
急性照護	住院歸戶之主診斷為急性心肌梗塞住院病人入院後 30 日內 (同一醫院) 院內死亡率	D
	病人歸戶之主診斷為急性心肌梗塞住院病人入院後 30 日內(包含院內與院外)死亡率	C
	住院歸戶之主診斷為出血性腦中風住院病人入院後 30 日內 (同一醫院) 院內死亡率	B
	病人歸戶之主診斷為出血性腦中風住院病人入院後之 30 日內(包含院內與院外)死亡率	A
	住院歸戶之主診斷為缺血性腦中風住院病人入院後 30 日內 (同一醫院) 院內死亡率	A
	病人歸戶之主診斷為缺血性腦中風住院病人入院後 30 日內(包含院內與院外)死亡率	A
	住院後 48 小時內執行髌骨骨折手術率	C
癌症照護	子宮頸癌篩檢率	C
	子宮頸癌五年相對存活率	A
	子宮頸癌死亡率	D

類別	指標名稱	排名等級
	乳房攝影篩檢率	D
	乳癌五年相對存活率	D
	乳癌死亡率	A
	結腸直腸癌五年相對存活率	C
	結腸直腸癌死亡率	C
傳染病照護	2歲兒童基本疫苗接種完成率(百日咳)	B
	2歲兒童基本疫苗接種完成率(麻疹)	B
	2歲兒童基本疫苗接種完成率(B型肝炎)	A
	百日咳發生率	A
	麻疹發生率	A
	B型肝炎發生率	A
病人經驗	醫師時間足夠為病人看診	D(醫院) D(西醫基層)
	醫師對病人解說簡單易懂	D(醫院) D(西醫基層)

註：排名等級標準—我國與 HCQIP 參與國共同排名（表現優良者在前），從優分為四等級：A 級：排名前 25%、B 級：排名 26%~50%、C 級：排名 51%~75%及 D 級：排名 76%或以上。

我國醫療區域間差異達 1.5 倍以上之指標共有 10 項，包括初級照護 6 項(氣喘病人住院率、慢性阻塞性肺病病人住院率、充血性心臟衰竭病人住院率、高血壓病人住院率、糖尿病短期併發症住院率、糖尿病病人下肢截肢率)、急性照護 1 項(住院歸戶之主診斷為急性心肌梗塞住院病人入院後 30 日內院內(同一醫院)死亡率)、癌症照護 1 項(子宮頸癌五年相對存活率)及病人經驗 2 項(醫師時間足夠為病人看診、醫師對病人解說簡單易懂)，針對這些落差大的項目，未來應優先檢討落後區域面臨的問題。

最後就我國品質指標資料蒐集部分提出建議。OECD HCQIP 中精神照護指標及病人安全指標這 2 類指標尚未呈現於本報告中。其中，精神照護品質指標實證資料之蒐集才剛起步，未來會逐步新增。至於 OECD 所公開之 10 項病人安全指標我國皆無實證資料，且目前本部病人安全指標係藉由「醫院品質績效量測指標系統與落實品質試辦計畫(P4P)」蒐集資料，然選定之 10 項指標則重於急診照護、加護病房、手術照護及兒科照護指標方面，與 OECD 建議之醫療過程中不良或警訊事件之相關指標截然不同(詳見表二)，故短期內與 OECD 接軌之可能性不高。此外，病人經驗類別可與國際比較之指標雖嫌不足，但健保署已考慮調整資料蒐集計畫，在指標完整性上應可很快迎頭趕上。

藉由關鍵性群體健康指標數據之持續蒐集、分析與公布，使國家健康服務體系之效能量化，可顯示醫療從業人員及政府部門多年努力深耕之豐碩成果，亦有助於未來將珍貴之健康資源分配到最重要且最具改善效益之領域，可更激勵國內決策者及相關產業持續精進，讓國人普遍享有領先國際之高品質健康服務。

表二、我國與 OECD 病人安全指標對照表

	指標中文名稱	指標英文名稱
我國	48 小時(含)內加護病房重返率	尚無英文名稱
	加護病房呼吸器相關肺炎	
	加護病房留置導尿管相關尿路感染	
	預防性抗生素在手術劃刀前 1 小時內給予比率	
	所有手術病人住院期間非計畫重返手術室	
	所有住院病人手術部位感染	
	兒科加護病房中心導管相關血流感染率	
	兒童急診病人 72 小時再返診比率	
	急診病人 72 小時再返診比率	
	住院 AMI 病人使用乙型阻斷劑治療比率	
OECD	手術後遺留器具在病患體內之百分比	Retained surgical item or unretrieved device fragment
	手術後病人肺栓塞和靜脈血栓率—所有手術	Postoperative PE or DVT-all surgical discharge
	手術後病人肺栓塞和靜脈血栓率—髖膝手術	Postoperative PE or DVT-hip & knee discharge
	手術後病人敗血症—所有手術	Postoperative sepsis-all surgical discharge
	手術後病人敗血症—腹部手術	Postoperative sepsis-abdominal surgical discharge
	儀器導致之產道傷口	Obstetric trauma vaginal delivery with instrument
	非儀器導致之產道傷口	Obstetric trauma vaginal delivery without instrument
	手術後病人傷口裂開率	Postoperative wound dehiscence
	意外刺傷或割傷之百分比	Accidental puncture or laceration
	手術後病人出血或血腫率	Postoperative haemorrhage or haematoma





肆—參考文獻

中文參考文獻

- 方淑華、李茹萍、章淑娟、王麗花、張惠冠(2010)。花蓮地區婦女對乳癌疾病及篩檢知識之探討。志為護理，80-89。
- 台灣胸腔暨重症加護醫學會(2012)。慢性阻塞性肺病診療指引。
- 內政部統計處(2014)。103年第3週內政統計通報(102年底人口結構分析)。
- 李虹映、黃信忠、許怡欣、林文德(2014)。台灣急重症跨區就醫之變化情形：2001-2010年。臺灣公共衛生雜誌，33(1)，64-74。
- 邱亨嘉、謝慧敏、辛錫璋、黃明賢、黃明賢、黃尚志等人(2013)。健保論質計酬支付成效評估與前瞻研究。衛生福利部中央健康保險署委託研究計畫報告(計畫編號：DOH101-NH-9018)。高雄市：高雄醫學大學。
- 邱弘毅、連立明(2007)。台灣腦中風登錄(Taiwan Stroke Registry)“順利邁進第二年，收案突破一萬例”。台灣腦中風學會學會會訊。14(2)。
- 林文德、謝其政、邱尚志、吳慧俞、黃一展(2010)。以傾向分數配對法評估糖尿病論質計酬方案之成效。臺灣公共衛生雜誌，29(1)，54-63。
- 紀志賢、莊書琳(2011)。急診壅塞之成因探討與解決之道。行政院衛生署委託科技研究計畫全程研究報告(計畫編號：DOH099-TD-M-113-098017-2)。台北市：社團法人台灣急診醫學會。
- 財團法人乳癌防治基金會(2014)。2014年12月16日取自：
<http://www.breastcf.org.tw/index.php/knowledge-base/knowning-breast-cancer-and-diagnostic>
- 財團法人乳癌防治基金會(2014)。2014年12月16日取自：
<http://www.breastcf.org.tw/>
- 財團法人台灣醫療改革基金會(2002)。醫療品質民調結果凸顯醫病溝通困境。2014年12月9日取自：
http://www.thrf.org.tw/Page_Show.asp?Page_ID=491
- 馬惠明、柯昭穎、林志豪、江文莒、溫在弘(2009)。台灣地區跨區域緊急醫療救護體系之建置規劃。行政院衛生署委託研究計畫(計畫編號：DOH97-TD-H-113-96002)。台北市：社團法人台灣急診醫學會。
- 徐瑞祥(2008)。中風防治之概況與展望。台灣腦中風學會會訊，15(3)，4-6。
- 孫建安(2007)。2007年台灣地區高血壓、高血糖、高血脂之追蹤調查研究。衛生福利部國民健康署委託之專題研究報告。台中市：台灣流行病醫學會。
- 國際骨質疏鬆基金會(2013)。2013年骨質疏鬆症的流行病學、花費負擔統計結果。亞太地區年鑒，1-32。
- 國家衛生研究院(2005)。論壇十年。
- 陳如欣、趙雁南、陳淑芳、劉定萍(2013)。成人破傷風、白喉及百日咳相關疫苗(Td/Tdap)之建議。衛生福利部疫情報導，29(6)，75-77。
- 陳光文、葉鳳君、黃鈴雅、鄭昌錡、石博仁(2011)。全民健保糖尿病給付改善

- 方案分析與建議。中華民國糖尿病衛教學會，30-34。
- 陳杰峰、邱文達(2008)。評估及選擇臨床指引。醫療爭議審議報導，1-8。
- 張順全、賴美淑、徐豈庸(2005)。台灣地理區域社經差異與糖尿病罹病、死亡的關聯性探討。醫護科技學刊，7(2)，140-148。
- 黃憶玫、張慈桂(2011)。糖尿病照護成效與影響因素之探討：以臺東某區域醫院糖尿病共同照護網為例。臺灣公共衛生雜誌，30(1)，19-28。
- 黃喜南、楊榮森(2010)。老年人髖部骨折手術前後的考量。台灣老年醫學暨老年學雜誌，5(1)，22-35。
- 游雪峰、章淑娟、葉秀真(2012)。台灣東部社區糖尿病患足部評估。中華民國糖尿病衛教學會會訊，8(3)，b1-b4。
- 楊銘欽、董鈺琪、譚家惠、蘇健智、廖彩涵、陳祐安、管元浩(2013)。保險對象就醫權益監測模式之先趨研究。衛生福利部中央健康保險署委託研究計畫執行總報告(計畫編號：DOH102-NH-9004)。台北市：台灣公共衛生學會。
- 劉伯瑜、施智源、許惠恒(2012)。糖尿病足感染的最新診斷與治療建議。內科學誌，23，431-441。
- 劉嘉玲、黃志傑、林思鳳、楊志元、蘇韋如、劉定萍(2014)。B型肝炎疫苗接種世代發生急性B型肝炎感染個案之預後調查。衛生福利部疫情報導，30(14)，276-284。
- 賴俊甫、莊宗憲(2013)。百日咳之診斷與治療。當代醫學，40(12)，926-931。
- 賴美淑、林正清、詹士賢、呂宗學、郭宜瑾(2008)。糖尿病相關研究三年計畫(第三年)。衛生福利部中央健康保險署委託研究計畫報告(計畫編號：DOH94-NH-1001)。台北市：台灣醫學會。
- 魏嘉儀、章淑娟(2007)。運用個案管理模式於充血性心臟衰竭住院病患照護之成效。志為護理，9(4)，71-83。
- 衛生福利部(2014)。103年醫院緊急醫療能力分級評定基準及評分說明。
- 衛生福利部(2009)。第二期國家癌症防治計畫-癌症篩檢(99-102年)。
- 衛生福利部疾病管制署(2014)。2014年10月9日取自：
<http://www.cdc.gov.tw/>
- 衛生福利部中央健康保險署(2014)。醫療資訊品質公開：院所別之醫療品質資訊—糖尿病。2014年12月25日取自：
<http://www.nhi.gov.tw/mqinfo/Content.aspx?List=3&Type=DM>
- 衛生福利部中央健康保險署(2014)。醫療資訊品質公開：院所別之醫療品質資訊—急性心肌梗塞。2014年12月10日取自：
<http://www.nhi.gov.tw/mqinfo/Content.aspx?Type=AMI&List=3>

衛生福利部國民健康署(2014a)。2011年癌症登記報告。

衛生福利部國民健康署(2014b)。2014國民健康署年報中文版。

衛生福利部國民健康署(2013)。2014年11月13日取自：

<http://www.hpa.gov.tw/BHPNet/Web/News/News.aspx?No=201311190001>

衛生福利部中央健康保險署(2014)。全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫。

衛生福利部中央健康保險署(2012)。全民健康保險氣喘醫療給付改善方案 101年第八版。

衛生福利部中央健康保險署(2012)。全民健康保險急診品質提升方案 101年第一版。

衛生福利部國民健康署(2006)。92-94年腦中風防治計畫研究成果。

英文參考文獻

- ADA(2014). Newsroom-press releases 2014. Retrieved October 3, 2014, from:<http://www.diabetes.org/newsroom/press-releases/2014/long-term-follow-up-of-diabetes-prevention-program-shows-reduction-in-diabetes-development.html>
- ADA(2014). Standards of medical care in diabetes—2014. *Diabetes Care*. 37(1): S14-S80.
- ADA(2012). Standards of Medical Care in Diabetes—2012. *Diabetes Care*, 35(1): S11-S63.
- AHRQ (2013). Prevention Quality Indicators. Retrieved October 3, 2014, from:<http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/browse/by-organization-in-div.aspx?objid=25963>.
- AHRQ (2003). National Healthcare Disparities Report 2003. Agency for Healthcare Research and Quality.
- American Cancer Society (2014). American Cancer Society Colorectal Cancer Guidelines 2014. Retrieved December 23, 2014, from: <http://www.cancer.org/cancer/colonandrectumcancer/detailedguide/index>.
- APHA(2000).Policy Database: Reducing the Incidence of Blindness Lower Extremity Amputation and Oral Health Complications. Retrieved December 27, 2014, from: <http://www.apha.org/policies-and-advocacy/public-health-policy-statements/policy-database/2014/07/29/08/39/reducing-the-incidence-of-blindness-lower-extremity-amputation-and-oral-health-complications>
- Arain, M., Nicholl, J., & Campbell, M.(2013). Patients' experience and satisfaction with GP led walk-in centres in the UK; a cross sectional study. [Electronic version]. *BMC Health Services Research*, 13: 142.
- Boddaert, J., Raux, M., Khiami, F., & Riou, B.(2014) .Perioperative Management of Elderly Patients with Hip Fracture. *Anesthesiology*. 121:1336-41.
- Boulding, W., Glickman, S. W., Manary, M. P., Schulman, K. A., & Staelin, R. (2011). Relationship between patient satisfaction with inpatient care and hospital readmission within 30 days. *The American journal of managed care*. 17I:1-41.
- Canadian Institute for Health Information (2013). *Health Indicators 2013: Definitions, Data Sources and Rationale*.

- Devadasan N, Criel B, Van Damme W, Lefevre P, Manoharan S, Van der Stuyft P. (2011). Community health insurance schemes & patient satisfaction-evidence from India. [Electronic version]. *The Indian journal of medical research*, 133(1), 40-49.
- Diabetes UK(2014). Guide to diabetes: diabetes complications. Retrieved October 18, 2014, from:
<http://www.diabetes.org.uk/Guide-to-diabetes/Complications/>.
- GINA (2014). Pocket guide for asthma management and prevention.
- GOLD(2014). Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD.
- Jacques Boddaert, Mathieu Raux, Frédéric Khiami and Bruno Riou (2014). Perioperative Management of Elderly Patients with Hip Fracture. *Anesthesiology*, 121: 1336-1341.
- Kim. S. (2007). Burden of hospitalizations primarily due to uncontrolled diabetes. [Implications of inadequate primary health care in the United States]. *Diabetes Care*, 30(5): 1281-1282.
- Kristensen PK, Thillemann TM and Johnsen SP (2014). Is bigger always better? A nationwide study of hip fracture unit volume, 30-day mortality, quality of in-hospital care, and length of hospital stay. *Med Care*, 52(12):1023-9.
- Nadja, K., Schreier, E. V., Moltchanova, N. M., Lammi, M. L., Karvonen, J. G., & Erikson, J.G. (2009). Temporal variation in case fatality of acute myocardial infarction in Finland. *Annals of Medicine*, 41(1), 73-80.
- NCCN (2014). National Comprehensive Cancer Network Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) 2014. Retrieved December 3, 2014, from:
http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp.
- OECD(2014). Description of the OECD Health Care Quality Indicators as well as indicator-specific information. Retrieved September 27, 2014, from:
http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2014/Tr20_14_Appendix1.pdf
- OECD (2013). Health at a glance 2013: OECD indicators. OECD publishing.
- OECD (2013). Patient experience with ambulatory care. Retrieved September 17, 2014, from:

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013/patient-experience-with-ambulatory-care_health_glance-2013-56-en.

- OECD (2012). Health at a Glance: Europe 2012.
- OECD (2011). Health at a glance 2011: OECD indicators. OECD publishing.
- OECD (2009). Health at a glance 2009: OECD indicators. OECD publishing.
- OECD(2007) Health care quality indicators project 2006 data collection update report. OECD Health Working Papers, 29(4).
- OECD(2004). Selecting indicators for the quality of diabetes care at the health systems level in OECD countries. Sheldon Greenfield, Antonio Nicolucci and Soeren Mattke, 15.
- Schwarz, K. A, Elman, C. S.(2003). Identification of factors predictive of hospital readmissions for patients with heart failure. The Journal of Acute and Critical Care. 32(2): 88-99.
- Singh, N., Armstrong, DG., & Lipsky, BA.(2005) Preventing foot ulcers in patients with diabetes. JAMA, 293, 217-228.
- WHO (2009). World Health Statistics 2009. Retrieved October 17, 2014, from: <http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/>.
- WHO (2011). Asthma, Fact sheet no. 307. Retrieved October 6, 2014, from:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/index.html>.
- WHO (2012). World Health Statistics 2012. Retrieved October 3, 2014, from:http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/
- WHO (2012). Measles deaths decline, but elimination progress stalls in some regions. Retrieved November 2, 2014, from: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2013/measles_20130117/en/
- WHO (2014). Measles. Fact sheet no. 286. Retrieved November 2, 2014, from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/en/>
- WHO (2014). Hepatitis B. Fact sheet no. 204. Retrieved September 30, 2014, from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>
- WHO (2014). The top 10 causes of death. Retrieved October 3, 2014, from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>.
- Yau, J. W., Rogers, S. L., Kawasaki, R., Lamoureux, E. L., Kowalski, J. W., & Bek, T., et al.(2012). Global prevalence and major risk factors of diabetic retinopathy. Diabetes Care 35, 556-564.



5
伍、統計表
及附錄



Norway	1	78.4	(2002)
New Zealand	1	80.1	(2003)
Switzerland	2	72.7	(2005)
Canada	2	76.5	(2003)
Slovenia	1	74.1	(2003)
France	2	67.1	(2003)
Finland	1	70.3	(2003)
Greece	2	...	(2003)
Poland	2	49.0	(2003)
United Kingdom	1	81.5	(2003)
Spain	2	...	(2003)
Denmark	1	65.7	(2003)
Netherlands	1	74.0	(2000-2002)
Ireland	1*	59.5	(2000-2002)
Ireland	1	58.7	(2000-2002)
Belgium	1	65.0	(2006-2008)
OECD24		58.3	(2006-2008)
Chile	1	61.1	(2006-2008)
ROC(Taiwan)		53.3	(2006-2008)
Australia	1	...	(2006-2008)
Portugal	2	...	(2006-2008)
Estonia	1	...	(2006-2008)
Czech Rep.	1	...	(2006-2008)
Korea Rep.	1	...	(2006-2008)
Japan	1	...	(2006-2008)

表 1-1-1 氣喘病人住院率(Asthma admission rate) 之國際比較

Country	2006 (or nearest year) Value		2011 (or nearest year) Value	
Italy	17.0		11.4	
Canada	18.3	(2007)	13.6	
Mexico		14.5	
Portugal	17.8	(2007)	16.0	
Germany	21.1	(2007)	19.6	
Chile	23.1	(2007)	21.3	(2010)
Sweden	21.3	(2007)	22.2	
Luxembourg	25.5		23.9	
Norway	42.0	(2007)	28.1	
Switzerland	31.9		30.2	(2010)
Netherlands	26.4	(2005)	31.8	(2010)
Japan	60.4	(2005)	34.7	
Denmark	...		36.3	(2009)
France	43.6	(2007)	36.6	
Ireland	52.7		36.8	
Czech Rep.	...		37.0	
Belgium	52.1		37.9	(2009)
Slovenia	...		39.3	
Spain	41.6		39.5	
Iceland	29.1		40.7	(2009)
OECD (26)	57.9		49.0	
Austria	54.8		50.6	
United Kingdom	79.5		60.8	
Israel	90.0		61.4	(2010)
Finland	96.3	(2007)	67.8	
Australia	71.9	(2008)	68.1	
Poland	63.4		68.7	(2010)
Hungary	125.7		73.6	
ROC(Taiwan)	86.2		74.4	
New Zealand	75.8		76.3	
Korea	118.5	(2007)	102.8	
Singapore	112.8	(2007)	105.7	
United States	122.2		117.0	(2010)
Latvia	128.2	(2007)	132.6	
Slovak Rep.	...		150.9	

單位:每十萬人口

表 1-2-1 慢性阻塞性肺病病人住院率 (COPD admission rate) 之國際比較

Country	2006 (or nearest year)		2011 (or nearest year)	
	Value		Value	
Japan	36.2	(2005)	23.5	
Portugal	101.0	(2007)	70.5	
Italy	159.7		89.6	
Switzerland	105.8		95.1	
France	84.5	(2007)	101.9	
Mexico	...		105.4	
Slovenia	...		112.0	
Finland	181.6	(2007)	143.4	
Czech Rep.	...		143.7	
Chile	190.1	(2007)	161.5	(2010)
Luxembourg	174.5		162.1	
Netherlands	168.1	(2005)	162.1	(2010)
Sweden	162.2	(2007)	168.8	
Slovak Rep.	...		184.5	
Canada	202.7	(2007)	199.5	
Poland	311.6		202.3	(2010)
OECD (26)	222.9		203.0	
Norway	249.8	(2007)	210.6	
Spain	215.8		211.3	
Germany	195.6	(2007)	211.8	
Belgium	239.4		217.2	(2009)
Korea	258.8	(2007)	220.2	
United States	213.9		226.1	(2010)
United Kingdom	254.4		226.5	
ROC(Taiwan)	268.5		227.7	
Israel	285.4		229.2	(2010)
Iceland	241.2		236.7	(2009)
Denmark	...		291.8	(2009)
Australia	319.8	(2008)	317.0	
Austria	313.3		319.6	
New Zealand	340.8		329.3	
Ireland	392.6		365.0	
Hungary	396.2		378.1	

單位:每十萬人口

表 1-3-1 充血性心臟衰竭病人住院率 (Congestive heart failure hospital admission rate) 之國際比較

Country	2006 (or nearest year) Value		2011 (or nearest year) Value	
Slovenia	...		56.5	
Mexico	...		78.4	
Korea	131.1	(2007)	114.8	
United Kingdom	127.1		116.6	
Japan	138.6	(2008)	136.9	
Canada	157.5	(2007)	144.5	
Norway	181.2	(2007)	161.8	
Ireland	212.6		167.3	
Portugal	190.4	(2007)	169.3	
Switzerland	168.8		176.7	(2010)
Belgium	229.6		183.2	(2009)
Iceland	175.3		190.7	(2009)
ROC(Taiwan)	175.1		193.3	
Spain	164.0		207.6	
New Zealand	236.5		224.2	
Australia	234.4	(2008)	237.2	
Israel	307.9		258.5	(2010)
Sweden	267.0	(2007)	271.6	
Italy	336.5		283.3	
Austria	361.8		287.6	
Finland	335.2	(2007)	309.6	
Germany	380.7	(2007)	374.4	
Czech Republic	...		377.6	
United States	471.8		381.2	(2010)
Slovak Republic	...		411.1	
Hungary	639.5		467.1	
Poland	508.0		595.4	(2010)

單位:每十萬人口

表 1-5-1-1 控制不良糖尿病但無併發症住院率(Uncontrolled diabetes without complications hospital admission rate) 之國際比較

Country	2006 (or nearest year) Value		2011 (or nearest year) Value	
Australia	6.4	(2008)	6.9	
New Zealand	9.2		7.4	
Israel	5.9		8.4	(2010)
Latvia	33.0	(2008)	15.6	
Canada	14.7	(2007)	15.8	
Portugal	20.7	(2007)	16.0	
Singapore	19.7	(2007)	16.0	
Italy	29.8		16.8	
Iceland	14.0		18.6	(2009)
United States	21.3		19.0	(2010)
United Kingdom	23.4		22.8	
Switzerland	17.7		23.3	(2010)
Ireland	38.2		25.6	
Spain	20.3		27.8	
Czech Republic	...		33.0	
Norway	49.5	(2007)	37.4	
Belgium	46.4		39.7	(2009)
OECD (22)	53.0		42.7	
ROC(Taiwan)	54.5		45.1	
Chile	58.8	(2007)	45.4	(2010)
Sweden	57.9	(2007)	53.8	
Germany	52.7	(2007)	55.5	
Finland	112.9	(2007)	65.1	
Denmark	...		66.8	(2009)
Poland	43.3		67.7	(2010)
Mexico	...		100.1	
Hungary	230.5		123.3	
Korea	108.6	(2007)	125.5	
Austria	236.3		180.7	

單位:每十萬人口

表 1-5-2-1 糖尿病短期併發症住院率(Diabetes short-term complications hospital admission rate) 之國際比較

Country	2006 (or nearest year) Value		2011 (or nearest year) Value	
Switzerland	31.9		8.0	(2010)
Iceland	29.1		9.1	(2009)
Italy	17.0		11.4	
Canada	23.1	(2007)	13.6	
Mexico	...		14.5	
Israel	90.0		15.1	(2010)
Chile	19.4	(2007)	16.0	(2010)
Portugal	22.9	(2007)	16.0	
Poland	63.4		19.3	(2010)
Germany	14.6	(2007)	19.6	
Sweden	17.2	(2007)	22.2	
Luxembourg	25.5		23.9	
Norway	19.7	(2007)	28.1	
Japan	...		34.7	
France	...		36.6	
Ireland	52.7		36.8	
Czech	...		37.0	
Slovenia	...		39.3	
Spain	41.6		39.5	
ROC(Taiwan)	44.7		44.1	
Austria	54.8		50.6	
United	79.5		60.8	
United States	122.2		65.0	(2010)
Finland	31.8	(2007)	67.8	
Australia	21.6	(2008)	68.1	
Hungary	125.7		73.6	
New Zealand	75.8		76.3	
Korea	18.3	(2007)	102.8	
Slovak	...		150.9	
Belgium	52.1		...	

單位:每十萬人口

表 1-5-3-1 糖尿病長期併發症住院率 (Diabetes long-term complications hospital admission rate) 之國際比較

Country	2006 (or nearest year) Value		2011 (or nearest year) Value	
United Kingdom	20.6		18.8	
Norway	29.0	(2007)	23.9	
Italy	40.6		29.6	
Spain	47.7		41.7	
Canada	68.8	(2007)	45.7	
Sweden	60.6	(2007)	46.2	
Finland	57.9	(2007)	47.7	
Portugal	82.4	(2007)	53.9	
Slovenia	...		65.2	(2010)
Israel	71.4		69.9	
Ireland	86.8		72.2	
Australia	204.6	(2008)	102.1	(2010)
United States	129.8		117.4	
ROC(Taiwan)	146.9		119.6	
Austria	201.8		138.3	
New Zealand	125.9		142.4	
Germany	164.0	(2007)	148.0	(2010)
Poland	88.4		160.4	
Czech Republic	...		168.2	
Korea	231.5	(2007)	207.9	
Mexico	...		247.2	
Hungary	335.0		270.2	
Belgium	130.2		...	
Iceland	26.2		...	

單位:每十萬人口

表 1-6-1-1 糖尿病病人下肢截肢率(Diabetes lower extremity amputation rate) 之國際比較

Country	2006 (or nearest year) Value		2011 (or nearest year) Value	
Hungary	0.8		1.1	
Luxembourg	3.6		2.8	
Sweden	3.2	(2007)	3.3	
Ireland	4.4		3.8	
Australia	...		5.0	
United Kingdom	5.2		5.1	
Italy	5.8		5.7	
Finland	6.8	(2007)	5.8	
New Zealand	6.7		6.7	
France	13.4	(2007)	7.1	
Switzerland	16.8		7.1	(2010)
Norway	11.0	(2007)	8.7	
Mexico	...		9.2	
Spain	10.8		9.6	
Korea	8.8	(2007)	9.8	
Canada	11.9	(2007)	10.0	
ROC(Taiwan)	12.1	(2009)	11.0	
Portugal	...		12.8	
Netherlands	12.8	(2007)	13.5	(2010)
Poland	15.3		13.9	(2010)
Slovenia	...		15.1	
Belgium	22.1		15.9	(2009)
United States	37.5		17.1	(2010)
Germany	36.4	(2007)	18.4	
Denmark	22.3	(2007)	19.2	(2009)
Israel	25.7		19.5	(2010)
Iceland	1.6		...	

單位: 每十萬人口

表 2-1-1 住院歸戶之主診斷為急性心肌梗塞住院病人入院後 30 日內之院內(同一醫院)死亡率(Admission-based AMI 30 day in-hospital mortality)之國際比較

Country	2011(or nearest year) Value	
Denmark	3.0	
New Zealand	4.5	
Norway	4.5	
Sweden	4.5	
Australia	4.8	
Poland	5.2	
United States	5.5	
Canada	5.7	(2010)
Iceland	5.7	
Italy	5.8	
Switzerland	5.9	
France	6.2	(2010)
Czech Republic	6.8	(2010)
Ireland	6.8	
Netherlands	6.8	
Finland	7.0	(2010)
Slovenia	7.0	
Israel	7.1	
Belgium	7.6	(2010)
Slovak Republic	7.6	(2009)
Austria	7.7	
United Kingdom	7.8	
OECD(32)	7.9	
Portugal	8.4	
Spain	8.5	
ROC(Taiwan)	8.8	
Luxembourg	8.8	
Germany	8.9	
Korea	8.9	
Turkey	10.7	
Chile	10.8	(2010)
Japan	12.2	(2010)
Hungary	13.9	
Mexico	27.2	(2009)

單位：%

表 2-2-1 病人歸戶之主診斷為急性心肌梗塞住院病人入院後 30 日內之院內(院內與院外)死亡率(Patient-based AMI 30 day (in-hospital and out of hospital) mortality)之國際比較

Country	2011 (or nearest year) Value	
Norway	8.2	
New Zealand	8.4	
Sweden	8.5	
Poland	8.9	
Spain	9.0	
Denmark	9.6	
Netherlands	9.8	
United Kingdom	10.0	
ROC(Taiwan)	10.1	
Israel	10.3	
Slovenia	10.5	
OECD(32)	10.8	
Czech Republic	11.0	(2010)
Korea	11.2	
Luxembourg	11.9	
Finland	12.6	(2010)
Chile	13.8	(2010)
Hungary	18.8	
Australia	...	
United States	...	
Canada	...	
Iceland	...	
Italy	...	
Switzerland	...	
France	...	
Ireland	...	
Belgium	...	
Slovak Republic	...	
Austria	...	
Portugal	...	
Germany	...	
Turkey	...	
Japan	...	
Mexico	...	

單位： %

表 2-3-1 住院歸戶之主診斷為出血性腦中風住院病人入院後 30 日內之院內(同一醫院)死亡率(Admission-based Hemorrhagic stroke 30 day in-hospital mortality)之國際比較

Country	2011 (or nearest year) Value	
Japan	11.8	
Finland	13.1	
Korea	13.7	
Austria	14.4	
Norway	15.3	
Sweden	15.8	
Switzerland	16.5	(2010)
Iceland	16.7	
Denmark	17.5	
Germany	17.5	
ROC(Taiwan)	17.6	
Luxembourg	18.3	
Italy	19.9	
Singapore	22.0	
Australia	22.2	
Canada	22.2	
United States	22.3	(2010)
OECD (31)	22.6	
Portugal	23.8	
France	24.0	(2010)
Chile	24.4	(2010)
Czech Republic	24.5	
Israel	24.7	(2010)
New Zealand	25.2	
Netherlands	25.9	(2010)
Ireland	26.2	
Spain	26.4	
Slovak Republic	28.0	
Slovenia	28.7	
United Kingdom	29.6	
Mexico	29.7	
Belgium	30.5	(2009)
Turkey	32.0	(2012)
Latvia	32.5	(2009)
Hungary	40.5	(2009)

單位：%

表 2-4-1 病人歸戶之主診斷為出血性腦中風住院病人入院後 30 日內之院內(院內與院外)死亡率(Patient-based Hemorrhagic stroke 30 day (in-hospital and out of hospital) mortality)之國際比較

Country	2011 (or nearest year) Value	
Korea	18.5	
ROC(Taiwan)	18.7	
Luxembourg	23.3	
Sweden	24.0	
Norway	24.3	
Finland	24.5	
Spain	26.8	
Israel	28.3	(2010)
OECD (31)	29.7	
Chile	29.9	(2010)
Netherlands	31.7	(2010)
Czech Republic	32.5	
Denmark	33.2	
United Kingdom	33.7	
Slovenia	34.4	
New Zealand	34.7	
Latvia	36.3	(2009)
Hungary	45.9	(2009)
Germany	...	
Australia	...	
Austria	...	
Belgium	...	
Canada	...	
France	...	
Iceland	...	
Ireland	...	
Italy	...	
Japan	...	
Mexico	...	
Portugal	...	
Singapore	...	
Slovak Republic	...	
Switzerland	...	
Turkey	...	
United States	...	

單位：%

表 2-5-1 住院歸戶之主診斷為缺血性腦中風住院病人入院後 30 日內之院內(同一醫院)死亡率(Admission-based Ischemic stroke 30 day in-hospital mortality)之國際比較

Country	2011 (or nearest year) Value	
Japan	3.0	
ROC(Taiwan)	3.0	
Korea	3.4	
Denmark	4.1	
United States	4.3	(2010)
Norway	5.3	
Finland	5.4	
Austria	6.0	
Israel	6.3	(2010)
Sweden	6.4	
Italy	6.5	
Germany	6.7	
Switzerland	7.0	(2010)
Iceland	7.4	
Netherlands	7.5	(2010)
OECD(32)	8.5	
New Zealand	8.5	
France	8.5	(2010)
Belgium	9.2	(2009)
Czech Rep.	9.5	
Hungary	9.6	(2009)
Canada	9.7	
Ireland	9.9	
Australia	10.0	
Spain	10.2	
United Kingdom	10.4	
Portugal	10.5	
Luxembourg	10.7	
Slovak Rep.	11.0	
Chile	11.6	(2010)
Turkey	11.8	(2012)
Slovenia	12.8	
Mexico	19.6	

單位：%

表 2-6-1 病人歸戶之主診斷為缺血性腦中風住院病人入院後 30 日內之院內(含院內與院外)死亡率(Patient-based Ischemic stroke 30 day (in-hospital and out of hospital) mortality)之國際比較

Country	2011 (or nearest year) Value	
ROC(Taiwan)	3.5	
Korea	5.4	
Norway	8.8	
Israel	8.9	(2010)
Sweden	9.8	
Finland	10.3	
Netherlands	10.3	(2010)
Spain	10.4	
Denmark	10.9	
OECD(32)	11.2	
Czech Rep.	12.4	
United Kingdom	12.4	
Luxembourg	12.6	
New Zealand	13.1	
Hungary	13.7	(2009)
Chile	13.9	(2010)
Slovenia	14.8	
Japan	...	
United States	...	
Austria	...	
Italy	...	
Germany	...	
Switzerland	...	
Iceland	...	
France	...	
Belgium	...	
Canada	...	
Ireland	...	
Australia	...	
Portugal	...	
Slovak Rep.	...	
Turkey	...	
Mexico	...	

單位：%

表 2-7-1 住院後 48 小時內執行髖骨骨折手術率(Hip fracture surgery initiated within 48 hours after admission to the hospital)之國際比較

Country	2011 (or nearest year)	
Netherlands	93.7	
Denmark	93.3	
Sweden	90.7	(2008)
Hungary	88.2	
Canada	86.7	
Germany	84.6	(2008)
Czech Republic	84.5	(2009)
United Kingdom	79.8	
Ireland	79.0	
Belgium	78.7	
Finland	78.5	
New Zealand	77.7	
Israel	74.6	
ROC(Taiwan)	73.9	
Portugal	57.0	(2008)
Slovenia	57.0	(2009)
Switzerland	46.9	
Spain	33.3	
Italy	30.8	

單位：%

表 3-1-1-1 子宮頸癌篩檢率(Cervical cancer screening rate) 之國際比較

Country	2001 (or nearest year) Value		2011 (or nearest year) Value	
United States ²	89.5	(2003)	85.0	(2010)
Austria ²	...		81.5	(2006)
Germany ²	...		78.7	(2009)
Sweden ¹	78.4		78.4	(2007)
Norway ¹	80.1		76.2	
New Zealand ¹	72.7		75.0	
Switzerland ²	76.5	(2002)	74.9	(2007)
Canada ²	74.1	(2003)	73.4	(2012)
Slovenia ¹	67.1	(2005)	72.2	
France ²	76.3	(2004)	71.1	(2010)
Finland ¹	70.3		69.8	(2009)
Greece ²	...		69.7	(2009)
Poland ²	49.0	(2004)	69.1	(2009)
United Kingdom	81.5		68.5	
Spain ²	...		67.7	
Denmark ¹	...		66.3	(2009)
Netherlands ¹	65.7		66.1	(2008)
Iceland ^{1*}	74.0	(2000-2002)	65.0	(2009-2011)
Ireland ¹	...		64.9	(2012)
Belgium ¹	59.5		63.2	(2008)
OECD24	56.7		59.6	
Chile ¹	65.0		59.5	(2010)
ROC(Taiwan)	58.3	(2006-2009)	57.5	(2010-2012)
Australia ¹	61.1		56.8	
Portugal ²	...		54.8	(2005)
Estonia ¹	...		53.0	
Czech Rep. ¹	33.3		51.5	
Korea ¹	11.7	(2002)	48.4	
Luxembourg ^{1*}	36.5	(2000-2002)	47.5	(2009-11)
Italy ¹	37.7	(2004)	41.2	
Japan ²	22.6		37.7	(2010)
Hungary ¹	40.2	(2005)	36.9	
Slovak Rep. ¹	23.2	(2002)	22.9	(2009)
Mexico ¹	13.7		20.0	
Turkey ¹	...		15.5	

單位：%

註：1.Programme. 2. Survey. * Three-year average.

表 3-1-2-1 子宮頸癌五年相對存活率(Cervical cancer five-year relative survival rate) 之國際比較

Country	2001-2006(or nearest period) Value		2006-2011(or nearest period) Value	
Korea	76.6		76.8	
ROC(Taiwan)	76.2		73.5	
Israel	67.0		71.4	(2004-2009)
Norway	65.5		71.4	
Austria	64.5		69.5	
Iceland	57.4	(2000-2005)	69.2	(2005-2010)
Sweden	66.0		68.4	
Australia	67.0		67.5	(2005-2010)
Netherlands	68.5		66.5	
Denmark	69.3		66.4	
Canada	71.7		66.0	(2003-2008)
Belgium	64.9	(2004-2009)	66.0	(2005-2010)
OECD(19)	64.8		66.0	
Slovenia	66.7		65.6	
Finland	65.4		65.1	(2005-2010)
Czech Rep.	61.6	(2002-2007)	64.9	(2005-2010)
New Zealand	66.4	(2003-2008)	64.7	
Germany	...		64.5	(2004-2009)
United States	...		64.4	(2003-2008)
Portugal	62.0	(2002-2007)	64.1	(2005-2010)
United Kingdom	60.2		60.7	
Ireland	58.7		57.2	(2005-2010)
Poland	51.5	(2002-2007)	52.7	(2003-2008)
Japan	70.2	(2000-2005)	...	

單位：%

表 3-1-3-1 子宮頸癌死亡率(Mortality from cervical cancer rate) 之國際比較

Country	2001 (or nearest year) Value	2011 (or nearest year) Value
Italy	1.1	1.0 (2010)
Iceland	2.7 (2000-02)	1.2 (2007-09)
Switzerland	2.0	1.3 (2010)
Finland	2.1	1.4
Australia	2.9	2.0
Canada	2.6	2.0 (2009)
Netherlands	2.8	2.0
France	2.3	2.1 (2009)
New Zealand	3.5	2.1 (2009)
Luxembourg	2.4 (2000-02)	2.1 (2009-11)
Denmark	4.9	2.3
Israel	2.3	2.3 (2010)
Spain	2.4	2.4
United States	2.9	2.4 (2010)
Greece	1.3	2.5 (2010)
Norway	4.1	2.5
Sweden	2.9	2.5 (2010)
United	3.6	2.7 (2010)
Austria	2.7	2.9
Germany	3.6	3.0
Belgium	2.7 (2003)	3.1 (2009)
Japan	3.1	3.2
Slovenia	4.5	3.4 (2010)
OECD33	4.5	3.7
Portugal	4.8	3.7
Korea	4.7	4.2
Ireland	3.9	4.3 (2010)
Czech Rep.	7.0	5.1
Hungary	9.1	6.7
Slovak Rep.	6.8 (2009)	7.1 (2010)
Brazil	7.6	7.1 (2010)
Russian Fed.	8.0	7.4 (2010)
Poland	7.8	7.5
ROC(Taiwan)	8.5 (2009)	8.1
Estonia	7.2	8.6
Chile	12.3	9.6 (2009)
Mexico	17.8	11.4 (2010)
South Africa	21.1	21.3 (2009)

單位：每十萬女性人口

表 3-2-1-1 乳房攝影篩檢率(Mammography screening rate) 之國際比較

Country	2001(or nearest year)Value		2011 (or nearest year)Value	
Finland ¹	87.4		85.5	(2009)
Netherlands ¹	80.4		82.1	(2009)
United States ²	84.8	(2003)	80.4	(2010)
Austria ²	...		80.2	(2006)
Spain ²	...		77.1	
Denmark ¹	...		73.7	(2008)
Portugal ²	...		73.6	(2005)
Israel ¹	...		72.9	
Slovenia ¹	...		72.8	
Norway ¹	77.6		72.6	(2010)
United	75.3		72.6	
Ireland ¹	76.3	(2002)	72.2	
Canada ²	72.7	(2000)	72.2	(2012)
New Zealand ¹	62.6	(2002)	71.0	
OECD20	53.3		61.5	
Belgium ¹	50.0		61.0	(2006)
Luxembourg ^{1*}	55.8	(2000-2002)	60.2	(2009-2011)
Iceland ^{1*}	61.7	(2000-2002)	59.7	(2009-2011)
Italy ¹	59.0	(2004)	59.6	
Korea ¹	9.3	(2002)	58.9	
Poland ²	24.8	(2004)	57.1	(2009)
Australia ¹	56.9		55.0	
Germany ¹	..		54.3	(2009)
France ¹	38.1	(2004)	53.5	
Czech Rep. ¹	25.7	(2004)	52.7	
Estonia ¹	37.0	(2003)	51.0	
Greece ²	...		49.5	(2009)
Hungary ¹	...		47.4	
Switzerland ²	...		44.8	(2007)
Japan ²	22.5		36.4	(2010)
ROC(Taiwan)	11.7	(2006-2009)	32.9	(2010-2012)
Turkey ¹	...		27.3	
Mexico ¹	...		17.4	(2010)
Slovak Rep. ¹	9.1		16.0	(2009)
Chile ¹	9.4	(2010)

單位： %

註：1.Programme. 2. Survey. * Three-year average.

表 3-2-2-1 乳癌五年相對存活率(Breast cancer five-year relative survival rate) 之國際比較

Country	2001-2006(or nearest period)Value		2006-2011(or nearest period) Value	
United States	...	(2002-2007)	89.3	(2003-2008)
Australia	86.5		87.7	(2005-2010)
Canada	87.5		87.7	(2003-2008)
Iceland	87.0	(2000-2005)	87.4	(2005-2010)
New Zealand	84.4	(2003-2008)	86.4	
Sweden	85.7		86.3	
Israel	86.1		86.2	(2004-2009)
Norway	83.7		86.1	
Finland	84.7		85.9	(2005-2010)
Netherlands	84.9		85.9	
Slovenia	83.1		85.6	
Korea	82.6		85.2	
Belgium	84.8	(2004-2009)	85.0	(2005-2010)
Germany	...		85.0	(2004-2009)
Austria	81.8		84.5	
OECD(19)	82.6		84.2	
Portugal	82.3	(2002-2007)	82.6	(2005-2010)
Denmark	81.8		82.0	
ROC(Taiwan)	78.0		81.2	
Czech Rep.	76.4	(2002-2007)	80.7	(2005-2010)
United Kingdom	78.6		80.7	
Ireland	77.3		80.5	(2005-2010)
Poland	70.2	(2002-2007)	73.6	(2003-2008)
Japan	87.3	(2000-2005)	...	

單位：%

表 3-2-3-1 乳癌死亡率 (Mortality from Breast cancer) 之國際比較

Country	2001 (or nearest year) Value		2011 (or nearest year) Value	
Korea	6.2		7.8	
Japan	12.7		14.2	
Mexico	13.7		14.5	(2010)
Brazil	17.8		19.4	(2010)
ROC(Taiwan)	18.2	(2009)	20.0	
Chile	20.1		20.3	(2009)
Spain	25.3		21.2	
Norway	29.5		21.5	
South Africa	23.0		22.5	(2009)
Portugal	28.1		22.8	
Finland	27.7		23.1	
Sweden	26.7		23.2	(2010)
Poland	25.5		24.2	
United States	29.6		24.5	(2010)
Australia	28.1		24.8	
Austria	32.2		26.0	
OECD33	30.2		26.3	
Czech Rep.	33.8		26.5	
Canada	32.6		26.6	(2009)
Slovak Rep.	31.6		27.1	(2010)
Estonia	31.3		27.1	
Russian Fed.	27.0		27.2	(2010)
Italy	31.2		27.5	(2010)
Greece	28.3		27.7	(2010)
Switzerland	31.4		28.3	(2010)
France	31.8		28.8	(2009)
Germany	33.3		30.0	
United Kingdom	37.7		30.4	(2010)
New Zealand	34.6		30.7	(2009)
Iceland	25.6	(2000-2002)	30.9	(2007-2009)
Luxembourg	34.1	(2000-2002)	31.2	(2009-2011)
Israel	38.2		31.2	(2010)
Slovenia	35.0		31.5	(2010)
Ireland	40.8		31.6	(2010)
Hungary	38.5		32.3	
Netherlands	40.6		32.8	
Belgium	35.8	(2003)	34.2	(2009)
Denmark	43.6		34.7	

單位：每十萬女性人口

表 3-3-1-1 結腸直腸癌五年相對存活率(Colorectal cancer relative five-year survival rate) 之國際比較

Country	2001-2006 (or nearest period) Value		2006-2011 (or nearest period) Value	
	Korea	64.6		72.8
Israel	65.0		67.1	(2004-2009)
United States	64.5	(2003-2008)	64.7	(2004-2009)
Belgium	63.5	(2004-2009)	64.5	(2005-2010)
Germany	...		64.3	(2004-2009)
Finland	61.3		63.8	(2005-2010)
New Zealand	62.3	(2003-2008)	63.4	
Sweden	59.6		63.1	
Netherlands	58.9		62.9	
Norway	59.6		62.9	
Austria	59.5		62.6	
Slovenia	60.4		62.5	
ROC(Taiwan)	55.8		59.1	
Ireland	53.5		58.6	(2005-2010)
Portugal	55.0	(2002-2007)	58.3	(2005-2010)
Denmark	51.4		55.5	(2004-2009)
United Kingdom	51.6		54.0	
Czech Republic	48.2	(2002-2007)	53.4	(2005-2010)
Poland	42.5	(2002-2007)	47.7	(2003-2008)
Canada	63.0		...	
Australia	63.7		...	
Japan	68.0	(2000-2005)	...	

單位：%

表 3-3-2-1 結腸直腸癌死亡率(Mortality from colorectal cancer rate)
之國際比較

Country	2001 (or nearest year)Value	2011(or nearest year)Value
Mexico	6.6	7.1 (2010)
Brazil	10.6	12.8 (2010)
South Africa	13.8	12.8 (2009)
Chile	15.5	16.9 (2009)
Greece	17.6	17.0 (2010)
Finland	19.2	17.5
United States	23.3	17.6 (2010)
Australia	28.7	19.0
Switzerland	22.4	19.1 (2010)
Iceland	25.2 (2000-2002)	20.5 (2007-2009)
Korea	17.9	20.9
Austria	29.5	21.8
Sweden	24.9	22.6 (2010)
France	25.6	22.9 (2009)
United Kingdom	26.1	22.9 (2010)
Italy	25.3	23.0 (2010)
Canada	25.1	23.5 (2009)
Japan	25.5	23.6
Germany	31.2	24.0
Belgium	25.4 (2003)	24.2 (2009)
OECD33	28.3	25.0
ROC(Taiwan)	23.6 (2009)	25.1
Israel	32.3	25.2 (2010)
Ireland	31.9	25.8 (2010)
Luxembourg	28.4 (2000-2002)	25.8 (2009-2011)
Spain	27.9	27.7
Estonia	27.1	28.1
Poland	28.8	28.2
Netherlands	29.5	28.5
Russian Fed.	27.6	28.7 (2010)
Portugal	29.9	28.7
Norway	35.7	29.6
Denmark	38.2	31.0
New Zealand	37.6	32.5 (2009)
Czech Rep.	46.9	33.0
Slovenia	33.0	34.7 (2010)
Slovak Rep.	42.1	37.2 (2010)
Hungary	48.9	45.2

單位：每十萬人口

表 4-1-1 2 歲兒童基本疫苗接種完成率（百日咳）之國際比較
(Vaccination rates for pertussis , children aged 2)

Country	2011 (or nearest year) Value
Brazil	99
China	99
Czech Republic	99
Finland	99
France	99
Greece	99
Hungary	99
Korea	99
Luxembourg	99
Poland	99
Slovak Republic	99
R.O.C(Taiwan)	98
Belgium	98
Japan	98
Portugal	98
Sweden	98
Mexico	97
Netherlands	97
Russian Fed.	97
Spain	97
Turkey	97
OECD34	96
Italy	96
Slovenia	96
Canada	95
Iceland	95
Ireland	95
New Zealand	95
Switzerland	95
United Kingdom	95
United States	95
Chile	94
Israel	94
Norway	94
Estonia	93
Germany	93
Australia	92
Denmark	91
Austria	83
India	72
South Africa	72
Indonesia	62

單位： %

註：OECD HCQIP 公開資料無小數點位數

表 4-2-1 2 歲兒童基本疫苗接種完成率(麻疹)之國際比較
(Vaccination rates for measles, children aged 2)

Country	2011 (or nearest year) Value
Brazil	99
China	99
Greece	99
Hungary	99
Korea	99
Canada	98
Czech Republic	98
Mexico	98
Poland	98
Russian Fed.	98
Slovak Republic	98
Turkey	98
R.O.C(Taiwan)	97
Finland	97
Germany	97
Portugal	97
Slovenia	97
Sweden	97
Belgium	96
Israel	96
Luxembourg	96
Netherlands	96
Spain	95
Australia	94
Estonia	94
Iceland	94
Japan	94
OECD34	94
New Zealand	93
Norway	93
Ireland	92
Switzerland	92
United States	92
Chile	91
Italy	90
United Kingdom	90
France	89
Denmark	87
South Africa	78
Austria	76
India	74
Indonesia	74

單位：%

註：OECD HCQIP 公開資料無小數點位數

表 4-3-1 2 歲兒童基本疫苗接種完成率(B 型肝炎)之國際比較
(Vaccination rates for hepatitis B, children aged 2)

Country	2011(or nearest year)Value	
	Required and/or routine immunization	Not required and/or not routinely provided
Denmark	...	0.2
Sweden	...	22.5
Czech Republic	99	...
Slovak	99	...
China	99	...
Korea	99	...
R.O.C(Taiwan)	98	...
Mexico	98	...
Poland	98	...
Portugal	98	...
Brazil	98	...
Israel	97	...
Russian Fed.	97	...
Belgium	97	...
Spain	97	...
Italy	96	...
Turkey	96	...
Ireland	95	...
Greece	95	...
Luxembourg	95	...
New Zealand	95	...
Chile	94	...
Estonia	94	...
OECD23	93	...
Australia	92	...
United States	92	...
Germany	86	...
Austria	83	...
South Africa	76	...
France	74	...
Canada	70	...
Indonesia	62	...
India	47	...

單位： %

註：OECD HCQIP 公開資料無小數點位數

表 4-4-1 百日咳發生率(Incidence of pertussis)之國際比較

Country	2011 (or nearest year) Value
Greece	0
Iceland	0
Hungary	0.1
Turkey	0.1
Korea	0.2
R.O.C(Taiwan)	0.3
Portugal	0.3
Mexico	0.4
Luxembourg	0.8
Belgium	0.9
Italy	0.9
France	1.5
Sweden	1.9
Canada	2.0
United Kingdom	2.0
Czech Republic	3.5
Austria	3.7
Ireland	5.0
United States	6.1
Denmark	6.8
Spain	6.8
Finland	10.3
Slovenia	13.8
Chile	15.0
Slovak Republic	17.2
Japan	28.1
Israel	30.7
Estonia	35.7
Netherlands	45.3
New Zealand	45.3
Switzerland	60.0
Norway	72.8
Australia	173.4

單位：每十萬人口

表 4-5-1 麻疹發生率(Incidence of measles)之國際比較

Country	2011 (or nearest year) Value	
Chile	0	
Iceland	0	
Mexico	0	
Portugal	0	
Slovak Republic	0	
R.O.C(Taiwan)	0.1	
Hungary	0.1	
Korea	0.1	
Turkey	0.1	
United States	0.1	
Czech Republic	0.2	
Netherlands	0.3	
Sweden	0.3	
Japan	0.4	
Estonia	0.5	
Finland	0.5	
Austria	0.8	
Norway	0.8	
Australia	0.9	
Israel	0.9	
Slovenia	1.1	
Luxembourg	1.2	
Greece	1.3	(2010)
Denmark	1.5	
United Kingdom	1.8	
Germany	2.0	
Canada	2.2	
Belgium	5.3	
Ireland	5.8	
Spain	7.5	
Italy	8.4	
Switzerland	8.4	
New Zealand	13.5	
France	23.3	

單位:每十萬人口

表 4-6-1 B 型肝炎發生率(Incidence of hepatitis B)之國際比較

Country	2011 (or nearest year) Value	
Portugal	0.1	(2010)
Japan	0.2	
Denmark	0.3	
Finland	0.4	
Greece	0.4	
Israel	0.6	
R.O.C(Taiwan)	0.7	
Hungary	0.7	
Mexico	0.7	
Australia	0.9	
Korea	0.9	
Sweden	0.9	
Switzerland	0.9	
United States	0.9	
Germany	1.0	
Ireland	1.0	
Norway	1.0	
Italy	1.1	
Estonia	1.2	
Netherlands	1.2	
New Zealand	1.2	
Slovenia	1.2	
France	1.6	(2010)
Slovak Republic	1.7	
Czech Republic	1.8	
Spain	1.8	
Austria	2.0	
Luxembourg	3.1	
Turkey	3.8	
Chile	5.6	
Iceland	8.8	
Canada	9.2	
Belgium	10.3	(2010)

單位:每十萬人口

表 5-1-1 醫師時間足夠為病人看診(Doctor spending enough time with patients during the consultation)之國際比較

Country	2012 Value	
Czech Rep. ¹	97.2	(2010)
Luxembourg ¹	95.5	(2011)
New Zealand ¹	92.7	
Germany ²	92.5	(2010)
Netherlands ²	91.5	(2010)
Switzerland ²	91.3	(2010)
United Kingdom ²	88.6	(2010)
OECD ² (14)	87.1	(2010)
Austria ¹	86.6	
Israel ¹	86.5	
France ²	85.4	(2010)
Israel ²	84.1	
United States ²	81.4	(2010)
Canada ²	80.5	(2010)
Norway ²	78.2	(2010)
Sweden ²	74.0	(2010)
ROC (Taiwan) ³	68.9	(2013)
ROC (Taiwan) ⁴	68.3	(2013)

單位： %

註：

1: any doctor (任何一位醫師)

2: their regular doctor (固定/習慣看診的醫師)

3: 西醫基層

4: 醫院

表 5-2-1 醫師對病人解說簡單易懂(Doctor providing easy-to-understand explanations)之國際比較

Country	2012 Value	
Luxembourg ¹ (2011)	97.4	(2011)
Japan ¹ (2011)	96.3	(2011)
Czech Rep. ¹	96.2	(2010)
New Zealand ¹	96.0	(2010)
Netherlands	96.0	(2010)
Switzerland ²	95.3	(2010)
Germany ²	94.7	(2010)
OECD ² (14)	91.1	(2010)
Austria ¹	91.0	(2010)
New Zealand ¹	90.4	
United Kingdom ²	89.6	(2010)
Canada ²	89.5	(2010)
France ²	89.0	(2010)
United States ²	89.0	(2010)
Norway ²	88.7	(2010)
Israel ²	87.6	
Israel ¹	82.5	
Sweden ²	81.4	(2010)
ROC (Taiwan) ³ (2013)	71.1	(2013)
ROC (Taiwan) ⁴ (2013)	66.9	(2013)

單位：%

註：

1: any doctor (任何一位醫師)

2: their regular doctor (固定/習慣看診的醫師)

3: 西醫基層

4: 醫院

表 1-1-2 氣喘病人住院率(Asthma admission rate) 之國內六大醫療區域
各年度總體比較

區域\年度	2010	2011	2012
全國	73.1	74.4	68.6
台北區	58.9	57.5	52.9
北區	82.6	84.2	75.9
中區	85.3	84.2	72.9
南區	53.1	62.2	65.1
高屏區	90.0	89.0	83.7
東區	142.3	157.0	136.7

單位:每十萬人口

表 1-2-2 慢性阻塞性肺病病人住院率 (COPD admission rate) 之國內六
大醫療區域各年度總體比較

區域\年度	2010	2011	2012
全國	233.1	227.7	206.1
台北區	192.4	189.7	168.0
北區	182.3	174.6	162.3
中區	288.0	304.6	266.2
南區	274.5	235.9	218.9
高屏區	250.0	243.8	228.1
東區	279.6	304.1	287.9

單位:每十萬人口

國內六大醫療區域比較統計表

表 1-3-2 充血性心臟衰竭病人住院率(Congestive heart failure hospital admission rate) 之國內六大醫療區域各年度總體比較

區域\年度	2010	2011	2012
全國	196.2	193.3	178.9
台北區	90.0	91.0	82.1
北區	208.1	211.6	190.9
中區	206.5	206.6	185.1
南區	168.4	168.8	160.9
高屏區	195.4	190.7	178.4
東區	250.7	244.7	240.8

單位:每十萬人口

表 1-4-2 高血壓病人住院率(Hypertension hospital admission rate) 之國內六大醫療區域各年度總體比較

區域\年度	2010	2011	2012
全國	24.7	21.0	18.6
台北區	23.2	19.8	17.4
北區	25.7	19.0	19.0
中區	24.2	21.7	19.7
南區	21.3	15.7	13.3
高屏區	30.1	29.5	23.3
東區	32.1	24.0	28.1

單位:每十萬人口

表 1-5-1-2 控制不良糖尿病但無併發症住院率(Uncontrolled diabetes without complications hospital admission rate) 之國內六大醫療區域各年度總體比較

區域\年度	2010	2011	2012
全國	47.1	45.1	41.6
台北區	43.3	38.7	37.8
北區	48.4	49.9	45.9
中區	53.0	51.1	43.8
南區	46.1	48.3	43.8
高屏區	46.8	43.9	42.0
東區	57.2	46.3	39.5

單位:每十萬人口

表 1-5-2-2 糖尿病短期併發症住院率 (Diabetes short-term complications hospital admission rate) 之國內六大醫療區域各年度總體比較

區域\年度	2010	2011	2012
全國	46.4	44.1	41.7
台北區	22.7	20.7	22.0
北區	52.2	47.4	50.5
中區	51.3	49.7	44.7
南區	59.5	53.8	49.5
高屏區	45.2	47.1	40.1
東區	43.8	47.8	44.8

單位:每十萬人口

國內六大醫療區域比較統計表

表 1-5-3-2 糖尿病長期併發症住院率(Diabetes long-term complications hospital admission rate) 之國內六大醫療區域各年度總體比較

區域\年度	2010	2011	2012
全國	129.0	119.6	103.7
台北區	124.8	113.2	99.2
北區	139.4	121.4	110.2
中區	125.0	119.6	101.6
南區	126.6	117.0	101.7
高屏區	138.0	136.2	112.1
東區	123.2	110.0	110.1

單位:每十萬人口

表 1-6-1-2 糖尿病病人下肢截肢率(Diabetes lower extremity amputation rate) 之國內六大醫療區域各年度總體比較

區域\年度	2010	2011	2012
全國	11.2	11.4	10.1
台北區	8.6	9.6	7.9
北區	11.6	11.9	10.9
中區	8.9	9.6	8.5
南區	13.4	12.7	11.7
高屏區	15.8	14.7	13.4
東區	11.8	12.2	15.8

單位:每十萬人口

表 1-6-2-2 糖尿病病人眼底檢查率(Annual retinal exam for diabetics rate) 之國內六大醫療區域各年度總體比較

區域\年度	2010	2011	2012
全國	15.4	15.1	15.4
台北區	15.9	15.8	15.5
北區	16.6	15.0	16.1
中區	15.1	15.2	15.1
南區	11.7	12.4	13.1
高屏區	11.7	12.4	13.1
東區	16.8	16.1	16.5

單位：%

表 2-1-2 住院歸戶之主診斷為急性心肌梗塞住院病人入院後 30 日內之院內(同一醫院)死亡率(Admission-based AMI 30 day in-hospital mortality)之國內六大醫療區域各年度總體比較

區域\年度	2010	2011	2012
全國	9.0	8.8	9.4
台北區	8.4	8.0	8.1
北區	9.4	10.8	9.4
中區	9.0	9.2	9.2
南區	10.0	7.5	10.5
高屏區	8.6	9.9	12.9
東區	9.2	8.8	7.2

單位：%

國內六大醫療區域比較統計表

表 2-2-2 病人歸戶之主診斷為急性心肌梗塞住院病人入院後 30 日內之院內(院內與院外)死亡率(Patient-based AMI 30 day (in-hospital and out of hospital) mortality)之國內六大醫療區域各年度總體比較

區域\年度	2010	2011	2012
全國	9.9	10.1	10.5
台北區	9.2	9.4	9.3
北區	10.8	12.2	11.3
中區	10.0	10.6	10.4
南區	10.7	8.6	11.7
高屏區	9.5	10.5	12.8
東區	9.1	11.0	8.7

單位：%

表 2-3-2 住院歸戶之主診斷為出血性腦中風住院病人入院後 30 日內之院內(同一醫院)死亡率(Admission-based Hemorrhagic stroke 30 day in-hospital mortality)之國內六大醫療區域各年度總體比較

區域\年度	2010	2011	2012
全國	17.7	17.6	17.1
台北區	15.8	16.4	15.9
北區	18.9	19.7	17.4
中區	17.6	16.7	17.4
南區	18.7	19.7	17.5
高屏區	15.8	13.4	15.0
東區	21.1	20.1	17.3

單位：%

表 2-4-2 病人歸戶之主診斷為出血性腦中風住院病人入院後 30 日內之院內(院內與院外)死亡率(Patient-based Hemorrhagic stroke 30 day (in-hospital and out of hospital) mortality)之國內六大醫療區域各年度總體比較

區域\年度	2010	2011	2012
全國	18.5	18.7	18.0
台北區	16.4	17.5	16.6
北區	20.0	20.8	18.6
中區	18.3	17.4	18.1
南區	19.4	20.7	18.5
高屏區	19.2	19.0	18.7
東區	22.2	20.8	18.1

單位： %

表 2-5-2 住院歸戶之主診斷為缺血性腦中風住院病人入院後 30 日內之院內(同一醫院)死亡率(Admission-based Ischemic stroke 30 day in-hospital mortality)之國內六大醫療區域各年度總體比較

區域\年度	2010	2011	2012
全國	3.2	3.0	2.8
台北區	3.0	2.6	3.1
北區	3.4	3.0	2.5
中區	3.0	3.0	2.6
南區	3.4	3.0	2.8
高屏區	3.4	3.3	2.9
東區	5.0	3.4	3.7

單位： %

國內六大醫療區域比較統計表

表 2-6-2 病人歸戶之主診斷為缺血性腦中風住院病人入院後 30 日內之院內(院內與院外)死亡率(Patient-based Ischemic stroke 30 day (in-hospital and out of hospital) mortality)之國內六大醫療區域各年度總體比較

區域\年度	2010	2011	2012
全國	3.8	3.5	3.3
台北區	3.2	2.9	3.4
北區	4.1	3.3	3.1
中區	3.5	3.6	3.0
南區	3.8	3.6	3.4
高屏區	3.9	4.0	3.3
東區	5.8	3.7	4.3

單位：%

表 2-7-2 住院後 48 小時內執行髖骨骨折手術率(Hip fracture surgery initiated within 48 hours after admission to the hospital)之國內六大醫療區域各年度總體比較

區域\年度	2010	2011	2012
全國	72.5	73.9	72.1
台北區	75.0	76.0	73.8
北區	68.1	68.2	64.8
中區	74.7	75.3	76.2
南區	78.1	80.0	77.7
高屏區	63.3	65.5	63.8
東區	68.8	70.2	65.2

單位：%

表 3-1-1-2 子宮頸癌篩檢率(Cervical cancer screening rate) 之國內六大
醫療區域各年度總體比較

區域\年度	2010	2011	2012
全國	58.6	58.4	57.5
台北區	57.6	57.8	57.4
北區	60.0	59.0	57.8
中區	61.3	60.8	59.7
南區	59.7	59.4	57.5
高屏區	55.9	56.0	55.7
東區	54.8	55.1	54.5

單位： %

表 3-1-2-2 子宮頸癌五年相對存活率(Cervical cancer five-year relative
survival rate) 之國內六大醫療區域各年度總體比較

區域\年度	2001-2006	CI	2006-2011	CI
全國	76.2	0.85	73.5	0.96
台北區	77.0	1.49	73.9	1.74
北區	78.2	2.15	77.1	2.30
中區	77.7	1.80	74.2	2.11
南區	72.6	2.42	72.9	2.54
高屏區	73.5	2.16	69.4	2.49
東區	75.5	5.92	67.1	6.96

單位： %

國內六大醫療區域比較統計表

表 3-1-3-2 子宮頸癌死亡率(Mortality from cervical cancer rate) 之國內
六大醫療區域各年度總體比較

區域\年度	2010	2011	2012
全國	8.7	8.1	7.7
台北區	7.5	7.8	6.9
北區	10.5	8.3	7.9
中區	8.7	8.0	7.4
南區	7.8	7.9	7.9
高屏區	9.8	8.8	8.9
東區	13.5	11.2	8.4

單位：每十萬女性人口

表 3-2-1-2 乳房攝影篩檢率(Mammography screening rate) 之國內六大
醫療區域各年度總體比較

區域\年度	2010	2011	2012
全國	21.8	29.7	32.9
台北區	22.3	29.3	32.0
北區	19.9	27.7	32.9
中區	22.1	30.2	32.6
南區	25.4	33.5	34.2
高屏區	19.1	28.7	33.7
東區	20.4	28.0	32.9

單位：%

表 3-2-2-2 乳癌五年相對存活率(Breast cancer five-year relative survival rate) 之國內六大醫療區域各年度總體比較

區域\年度	2001-2006	CI	2006-2011	CI
全國	78.0	1.51	81.2	1.16
台北區	83.3	2.21	83.9	1.73
北區	75.7	4.35	81.8	3.33
中區	74.1	3.57	79.2	2.86
南區	72.3	4.45	75.5	3.51
高屏區	74.5	4.43	78.4	3.14
東區	66.7	11.26	91.9	7.83

單位：%

表 3-2-3-2 乳癌死亡率 (Mortality from Breast cancer) 之國內六大醫療區域各年度總體比較

區域\年度	2010	2011	2012
全國	19.0	20.0	20.2
台北區	21.0	21.7	20.4
北區	15.8	17.8	18.5
中區	19.5	19.9	22.1
南區	19.4	17.9	19.7
高屏區	17.3	19.5	19.6
東區	18.5	25.6	23.7

單位：每十萬女性人口

國內六大醫療區域比較統計表

表 3-3-1-2 結腸直腸癌五年相對存活率(Colorectal cancer relative five-year survival rate) 之國內六大醫療區域各年度總體比較

區域\年度	2001-2006	CI	2006-2011	CI
全國	55.8	0.66	59.1	0.55
台北區	57.4	1.13	60.9	0.97
北區	58.5	1.63	61.2	1.43
中區	53.6	1.56	55.9	1.31
南區	52.6	1.83	57.8	1.37
高屏區	55.2	1.67	58.8	1.37
東區	49.6	4.62	50.8	3.97

單位：%

表 3-3-2-2 結腸直腸癌死亡率(Mortality from colorectal cancer rate) 之國內六大醫療區域各年度總體比較

區域\年度	2010	2011	2012
全國	24.1	25.1	25.9
台北區	22.4	23.2	24.0
北區	21.7	23.0	23.5
中區	23.6	24.5	24.5
南區	28.4	28.6	32.8
高屏區	25.9	28.0	27.1
東區	25.6	26.2	26.6

單位：每十萬人口

表 4-1-2 2 歲兒童基本疫苗接種完成率(百日咳)之國內六大醫療區域各年度
總體比較(Vaccination rates for pertussis , children aged 2)

區域\年度	2010	2011	2012
全國	97.5	97.8	97.9
台北區	97.3	98.0	97.9
北區	97.8	98.0	97.8
中區	97.9	98.2	98.4
南區	98.4	98.7	98.8
高屏區	97.6	97.7	98.1
東區	96.3	96.4	96.9

單位：%

表 4-2-2 2 歲兒童基本疫苗接種完成率(麻疹)之國內六大醫療區域各年度總體
比較(Vaccination rates for measles, children aged 2)

區域\年度	2010	2011	2012
全國	96.5	96.7	97.1
台北區	96.0	96.6	97.1
北區	96.9	97.0	97.1
中區	97.1	97.3	97.6
南區	97.7	98.2	98.2
高屏區	96.4	96.1	97.1
東區	94.9	95.3	96.3

單位：%

國內六大醫療區域比較統計表

表 4-3-2 2歲兒童基本疫苗接種完成率(B型肝炎)之國內六大醫療區域各年度
總體比較(Vaccination rates for hepatitis B, children aged 2)

區域\年度	2010	2011	2012
全國	97.7	97.9	98.0
台北區	97.5	98.1	98.0
北區	98.0	98.1	98.0
中區	98.2	98.3	98.4
南區	98.5	98.7	98.9
高屏區	97.9	97.8	98.3
東區	96.7	97.2	97.2

單位：%

表 4-4-2 百日咳發生率(Incidence of pertussis)之國內六大醫療區域各年
度總體比較

區域\年度	2010	2011	2012
全國	0.26	0.33	0.23
台北區	0.62	0.56	0.25
北區	0.06	0.43	0.31
中區	0.16	0.13	0.33
南區	0.00	0.15	0.18
高屏區	0.03	0.21	0.03
東區	0.87	0.18	0.36

單位：每十萬人口

表 4-5-2 麻疹發生率(Incidence of measles)之國內六大醫療區域各年度總體比較

區域\年度	2010	2011	2012
全國	0.05	0.14	0.04
台北區	0.09	0.32	0.08
北區	0.03	0.09	0.03
中區	0.04	0.07	0.02
南區	0.00	0.06	0.03
高屏區	0.05	0.03	0.00
東區	0.00	0.00	0.00

單位：每十萬人口

表 4-6-2 B 型肝炎發生率(Incidence of hepatitis B)之國內六大醫療區域各年度總體比較

區域\年度	2010	2011	2012
全國	0.74	0.70	0.42
台北區	1.14	0.95	0.49
北區	0.72	0.69	0.68
中區	0.51	0.45	0.20
南區	0.64	0.62	0.35
高屏區	0.29	0.59	0.32
東區	1.05	0.88	0.53

單位：每十萬人口

國內六大醫療區域比較統計表

表 5-1-2 醫師時間足夠為病人看診(Doctor spending enough time with patients during the consultation)之國內六大醫療區域各年度總體比較

年度 區域	2012		2013	
	西醫基層	醫院	西醫基層	醫院
全國	72.3	65.3	68.9	68.3
台北區	72.4	63.3	69.2	71.0
北區	71.3	58.6	65.4	62.1
中區	70.2	72.9	73.8	69.5
南區	71.0	69.0	74.7	71.1
高屏區	75.7	63.8	64.5	64.9
東區	57.3	53.7	35.8	46.3

單位： %

表 5-2-2 醫師對病人解說簡單易懂(Doctor providing easy-to-understand explanations)之國內六大醫療區域各年度總體比較

年度 區域	2013	
	西醫基層	醫院
全國	71.1	66.9
台北區	69.5	67.1
北區	69.9	71.1
中區	65.5	70.4
南區	75.6	60.9
高屏區	69.3	63.3
東區	39.7	51.7

單位： %

附錄一、指標操作型定義-初級照護

1.1

指標名稱	氣喘病人住院率 (Asthma admission rate)
分子	15 歲以上住院主診斷為氣喘之非生產/非新生兒的案 件數 [排除條轉診、MDC 14、 MDC 15、同日入出院之 個案以及有任何診斷碼為囊性纖維化與呼吸道異常 之診斷者]
分母	15 歲以上人口
資料提供單位	衛生福利部中央健保署
備註	每十萬人口

1.2

指標名稱	慢性阻塞性肺病病人住院率 (COPD admission rate)
分子	15 歲以上住院主診斷為慢性阻塞性肺病之非生產/非 新生兒的案數 [排除轉診個案、MDC14、MDC15 及同日進出之住 院個案]
分母	15 歲以上人口
資料提供單位	衛生福利部中央健保署
備註	每十萬人口

1.3

指標名稱	充血性心臟衰竭病人住院率 (Congestive heart failure hospital admission rate)
分子	15 歲以上住院主診斷為充血性心臟衰竭之非生產/非新生兒的案件數 [排除轉診個案、有任何 MDC14、MDC15、心血管手術之案件及同日進出之住院個案]
分母	15 歲以上人口
資料提供單位	衛生福利部中央健保署
備註	每十萬人口

1.4

指標名稱	高血壓病人住院率 (Hypertension hospital admission rates)
分子	15 歲以上住院主診斷為高血壓之非生產/非新生兒的案件數 [排除轉診個案、有任何 MDC14、MDC15、心血管手術之案件及同日進出之住院個案]
分母	15 歲以上人口
資料提供單位	衛生福利部中央健保署
備註	每十萬人口

1.5 糖尿病病人住院率

1.5.1

指標名稱	控制不良糖尿病但無併發症住院率 (Uncontrolled diabetes without complications hospital admission rate)
分子	15 歲以上住院主診斷為控制不良糖尿病，且次診斷未提及有短期或長期之糖尿病併發症之非生產/非新生兒的案件數 [排除轉診、MDC14、MDC15、同日入出院個案]
分母	15 歲以上人口
資料提供單位	衛生福利部中央健保署
備註	每十萬人口

1.5.2

指標名稱	糖尿病短期併發症住院率 (Diabetes short-term complications hospital admission rate)
分子	15 歲以上住院主診斷為糖尿病短期併發症之非生產/非新生兒的案件數 [排除轉診個案、MDC14、MDC15 及同日進出之住院個案]
分母	15 歲以上人口
資料提供單位	衛生福利部中央健保署
備註	每十萬人口

1.5.3

指標名稱	糖尿病長期併發症住院率 (Diabetes long-term complications hospital admission rate)
分子	15 歲以上住院主診斷為糖尿病長期併發症之非生產/ 非新生兒的案件數 [排除轉診個案、MDC14、MDC15 及同日進出之住院個案]
分母	15 歲以上人口
資料提供單位	衛生福利部中央健保署
備註	每十萬人口

1.6 糖尿病之併發症

1.6.1

指標名稱	糖尿病病人下肢截肢率 (Diabetes lower extremity amputation rate)
分子	15 歲以上，有任何下肢截肢手術碼(不包含趾部)並有 糖尿病之非生產/非新生兒的案件數 [排除轉診個案、任一診斷為創傷者、MDC14、 MDC15 及同日進出之住院個案]
分母	15 歲以上人口
資料提供單位	衛生福利部中央健保署
備註	每十萬人口

1.6.2

指標名稱	糖尿病病人眼底檢查率 (Annual retinal exam for diabetics rate)
分子	在分母的糖尿病人中，有至少一次經由眼科醫師或驗光師執行瞳孔放大眼睛檢查或視網膜攝影術檢驗的個案數 *經由眼科醫師或驗光師執行定義：勾稽專科醫師證書主檔其科別為 A1100 者
分母	15 -74 歲之糖尿病病人數(type I and type II) *糖尿病病人：一次住院或一次急診或二次門診的糖尿病病人
資料提供單位	衛生福利部中央健保署
備註	百分比

指標操作型定義-急性照護

2.1 急性心肌梗塞死亡率

指標名稱	住院歸戶之主診斷為急性心肌梗塞住院病人入院後30日內院內(同一醫院)死亡率 (Admission-based AMI 30 day in-hospital mortality)
分子	住院歸戶之主診斷為急性心肌梗塞住院病人入院後30日內(同院所)院內死亡率
分母	15歲以上因主診斷為急性心肌梗塞住院之住院歸戶次數 *此處所指之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
資料提供單位	衛生福利部中央健保署
備註	百分比

2.2

指標名稱	病人歸戶之主診斷為急性心肌梗塞住院病人入院後30日內(包含院內與院外)死亡率 (Patient-based AMI 30 day (in-hospital and out of hospital) mortality)
分子	15歲以上因主診斷為急性心肌梗塞住院之病人且入院日後30日內在院內和院外發生的死亡數。
分母	15歲以上因主診斷為急性心肌梗塞住院之病人數 *此處所指之病人數是指以病人+院所歸戶後所計算得到之病人數
資料提供單位	衛生福利部中央健保署
備註	百分比

2.3

指標名稱	住院歸戶之主診斷為出血性腦中風之住院病人入院後 30 日內(同一醫院)院內死亡率 (Admission-based Hemorrhagic stroke 30 day in-hospital mortality)
分子	15 歲以上因主診斷出血性腦中風住院且入院日後 30 日內同院所之院內死亡之住院次數 *住院日至出院日後 7 日死亡，判定為院內死亡(死亡日介於入院日至出院日後 7 日內之死亡)
分母	15 歲以上因主診斷為出血性腦中風住院之住院歸戶次數 *此處所指之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
資料提供單位	衛生福利部中央健保署
備註	百分比

2.4

指標名稱	病人歸戶之主診斷為出血性腦中風住院病人入院後之 30 日內(包含院內與院外)死亡率 (Patient-based Hemorrhagic stroke 30 day (in-hospital and out of hospital) mortality)
分子	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(包含院內與院外)死亡率
分母	15 歲以上因主診斷出血性腦中風住院之病人且入院日後 30 日內在院內和院外發生的死亡數
資料提供單位	衛生福利部中央健保署
備註	百分比

2.5

指標名稱	住院歸戶之主診斷為缺血性腦中風之住院病人入院後 30 日內(同一醫院)院內死亡率 (Admission-based Ischemic stroke 30 day in-hospital mortality)
分子	15 歲以上因主診斷缺血性腦中風住院且入院日後 30 日內同院所之院內死亡之住院次數 *住院日至出院日後 7 日死亡，判定為院內死亡(死亡日介於入院日至出院日後 7 日內之死亡)
分母	15 歲以上因主診斷為缺血性腦中風住院之住院歸戶次數 *此處所指之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
資料提供單位	衛生福利部中央健保署
備註	百分比

2.6

指標名稱	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(包含院內與院外)死亡率 (Patient-based Ischemic stroke 30 day (in-hospital and out of hospital) mortality)
分子	15 歲以上因主診斷為缺血性腦中風住院之病人且入院日後 30 日內死亡之病人數
分母	15 歲以上因主診斷為缺血性腦中風住院之病人數。 *此處所指之病人數是指以病人+院所歸戶後所計算得到之病人數
資料提供單位	衛生福利部中央健保署
備註	百分比

2.7

指標名稱	住院後 48 小時內執行髖骨骨折手術率 (Hip fracture surgery initiated within 48 hours after admission to the hospital)
分子	65 歲(含)以上住院診斷為上股骨骨折並且在入院後 2 天或 48 小時內開始接受手術之人數 *48 小時：住院日 ≤ 醫令執行起日 ≤ 住院日+2 日
分母	65 歲(含)以上住院診斷為上股骨骨折並且有接受髖骨骨折手術之人數 *手術包含：醫令代碼 64029B(股骨頸骨折開放性復位術)、64170B(部份關節置換術併整型術 — 只置換髖臼或股骨或半股關節或半肩關節)、64169B(部份關節置換術併整形術 — 只置換股骨髁或脛骨高丘或半膝關節或只換髖骨)、64162B(全股關節置換術)、64041C(大腿骨骨折徒手復位術)、64030B(股骨頸骨折開放性復位術,帶肌肉血管骨移植)、97837K、97838B、97836K(股骨幹、股骨頸閉鎖性骨折開放性復位術 (AGE > 17), 無合併症或併發症 (住院))
資料提供單位	衛生福利部中央健保署
備註	百分比

指標操作型定義-癌症照護

3.1 子宮頸癌

3.1.1

指標名稱	子宮頸癌篩檢率 (Cervical cancer screening rate)
分子	30-69 歲女性過去 3 年曾接受子宮頸癌篩檢的人數
分母	30-69 歲女性分析人口
資料提供單位	衛生福利部國民健康署
備註	百分比

3.1.2

指標名稱	子宮頸癌五年相對存活率 (Cervical cancer five-year relative survival rate)
分子	15-99 歲初診斷為原發性子宮頸癌的女性之五年觀察存活率 [診斷碼：ICD-9 C:180.xx; ICD-10: C53.x]
分母	子宮頸癌五年期望存活率。 [診斷碼：ICD-9 C:180.xx; ICD-10: C53.x]
資料提供單位	衛生福利部國民健康署－癌症登記檔
備註	百分比

3.1.3

指標名稱	子宮頸癌死亡率 (Mortality from cervical cancer rate)
分子	主死因為子宮頸癌診斷之死亡人數 [診斷碼：ICD 9 C:180.xx; ICD 10: C53.x]
分母	15 歲以上女性人口
資料提供單位	衛生福利部統計處
備註	每十萬女性人口

3.2 乳癌

3.2.1

指標名稱	乳房攝影篩檢率 (Mammography screening rate)
分子	50-69 歲女性過去 3 年曾接受乳癌篩檢的人數，就醫序號代碼 91&93
分母	50-69 歲女性人口
資料提供單位	衛生福利部國民健康署
備註	1. 百分比 2. OECD 標準為 20-69 歲

3.2.2

指標名稱	乳癌五年相對存活率 (Breast cancer five-year relative survival rate)
分子	15-99 歲初診斷為原發性乳癌的女性之五年觀察存活率[診斷碼：ICD-9: 174.xx, ICD-10: C50.x]
分母	乳癌五年期望存活率 [診斷碼：ICD-9: 174.xx, ICD-10: C50.x]
資料提供單位	衛生福利部國民健康署—癌症登記檔
備註	百分比

3.2.3

指標名稱	乳癌死亡率 (Mortality from Breast cancer rate)
分子	主死因為乳癌診斷之死亡人數 [診斷碼：ICD-9: 174.xx, ICD-10: C50.x]
分母	15 歲以上女性人口
資料提供單位	衛生福利部統計處
備註	每十萬女性人口

3.3 結腸直腸癌

3.3.1

指標名稱	結腸直腸癌五年相對存活率 (Colorectal cancer relative five-year survival rate)
分子	結直腸癌五年觀察存活率 [診斷碼：ICD-9 C:153.xx, 154.xx; ICD-10: C18.xx, C19.xx, C20.xx, C21.xx]
分母	結直腸癌五年期望存活率 [診斷碼：ICD-9 C:153.xx, 154.xx; ICD-10: C18.xx, C19.xx, C20.xx, C21.xx]
資料提供單位	衛生福利部國民健康署—癌症登記檔
備註	百分比

3.3.2

指標名稱	結腸直腸癌死亡率 (Mortality from colorectal cancer rate)
分子	主死因為結腸直腸癌診斷之死亡人數 [診斷碼：ICD9 C:153.xx, 154.xx; ICD10: C18.xx, C19.xx, C20.xx, C21.xx]
分母	15 歲以上人口
資料提供單位	衛生福利部統計處
備註	每十萬人口

指標操作型定義-傳染病照護

4.1

指標名稱	2 歲兒童基本疫苗接種完成率(百日咳) (Vaccination rates for pertussis, children aged 2)
分子	兒童於 2 歲前完成 3 劑五合一疫苗接種人數
分母	2 歲兒童人數
資料提供單位	衛生福利部疾病管制署-全國性預防接種資訊管理系統(NIIS)
備註	<ol style="list-style-type: none"> 1. 百分比 2. 五合一疫苗(DTaP-IPV-Hib):白喉破傷風非細胞性百日咳、b 型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺混合疫苗 3. 我國現行五合一疫苗接種時程為出生滿 2、4、6 及 18 個月各接種一劑

4.2

指標名稱	2 歲兒童基本疫苗接種完成率(麻疹) (Vaccination rates for measles, children aged 2)
分子	兒童於 2 歲前完成 1 劑 MMR 疫苗接種人數
分母	2 歲兒童人數
資料提供單位	衛生福利部疾病管制署-全國性預防接種資訊管理系統(NIIS)
備註	<ol style="list-style-type: none"> 1. 百分比 2. MMR 疫苗: 麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗 3. 我國現行 MMR 疫苗接種時程為出生滿 12 個月接種第一劑, 滿 5 歲至入小學前接種第二劑

4.3

指標名稱	2 歲兒童基本疫苗接種完成率(B 型肝炎) (Vaccination rates for hepatitis B, children aged 2)
分子	兒童於 2 歲前完成 3 劑 B 型肝炎疫苗接種人數
分母	2 歲兒童人數
資料提供單位	衛生福利部疾病管制署-全國性預防接種資訊管理系統(NIIS)
備註	1. 百分比 2. 我國現行 B 肝疫苗接種時程為出生 24 小時內、 出生滿 1 個月及 6 個月各接種一劑

4.4

指標名稱	百日咳發生率(Incidence of pertussis)
分子	百日咳確定病例數
分母	年中人口數
資料提供單位	衛生福利部疾病管制署-傳染病統計暨監視年報
備註	每十萬人口

4.5

指標名稱	麻疹發生率(Incidence of measles)
分子	麻疹確定病例數
分母	年中人口數
資料提供單位	衛生福利部疾病管制署-傳染病統計暨監視年報
備註	每十萬人口

4.6

指標	B型肝炎發生率(Incidence of hepatitis B)
分子	B 型肝炎確定病例數
分母	年中人口數
資料提供單位	衛生福利部疾病管制署-傳染病統計暨監視年報
備註	每十萬人口

指標操作型定義-病人經驗

5.1

指標名稱	醫師對病人解說簡單易懂 (Doctor providing easy-to-understand explanations)
分子	15歲以上且於受訪日前三個月內曾至診所或醫院就醫者
分母	15歲以上人口
資料提供單位	衛生福利部中央健康保險署－102年度委託研究計畫：保險對象就醫權益監測模式之先趨研究
備註	百分比

5.2

指標名稱	醫師時間足夠為病人看診 (Doctor spending enough time with patients during the consultation)
分子	15歲以上且於受訪日前三個月內曾至診所或醫院就醫者
分母	15歲以上人口
資料提供單位	衛生福利部中央健康保險署－102年度委託研究計畫：保險對象就醫權益監測模式之先趨研究
備註	百分比

附錄二、我國與 OECD HCQIP 指標對照表

類別	指標名稱	本報告書已蒐集	資料提供單位
初級照護	氣喘病人住院率	◎	衛生福利部中央健康保險署
	慢性阻塞性肺病病人住院率	◎	
	充血性心臟衰竭病人住院率	◎	
	高血壓病人住院率	◎	
	控制不良糖尿病但無併發症住院率	◎	
	糖尿病短期併發症住院率	◎	
	糖尿病長期併發症住院率	◎	
	糖尿病病人下肢截肢率	◎	
	糖尿病病人眼底檢查率	◎	
	氣喘死亡率		
吸菸率			
急性照護	住院歸戶之主診斷為急性心肌梗塞住院病人入院後 30 日內 (同一醫院) 院內死亡率	◎	衛生福利部中央健康保險署
	病人歸戶之主診斷為急性心肌梗塞住院病人入院後 30 日內(包含院內與院外)死亡率	◎	
	病人歸戶之主診斷為急性心肌梗塞住院病人入院後 30 日內院內(任一醫院)死亡率		
	住院歸戶之主診斷為出血性腦中風住院病人入院後 30 日內 (同一醫院) 院內死亡率	◎	
	病人歸戶之主診斷為出血性腦中風住院病人入院後之 30 日內(包含院內與院外)死亡率	◎	
	病人歸戶之主診斷為出血性腦中風住院病人入院後之 30 日內院內(任一醫院)死亡率		
	住院歸戶之主診斷為缺血性腦中風住院病人入院後 30 日內 (同一醫院) 院內死亡率	◎	
	病人歸戶之主診斷為缺血性腦中風住院病人入院後 30 日內(包含院內與院外)死亡率	◎	
	病人歸戶之主診斷為缺血性腦中風住院病人入院後 30 日內院內(任一醫院)死亡率		
住院後 48 小時內執行髖骨骨折手術率	◎		

類別	指標名稱	本報告書 已蒐集	資料提供 單位
癌症照護	子宮頸癌死亡率	◎	衛生福利 部統計處
	乳癌死亡率	◎	
	結腸直腸癌死亡率	◎	
	子宮頸癌篩檢率	◎	衛生福利 部國民健 康署
	子宮頸癌五年相對存活率	◎	
	乳房攝影篩檢率	◎	
	乳癌五年相對存活率	◎	
	大腸直腸癌篩檢率		
	結腸直腸癌五年相對存活率	◎	
傳染病照護	2歲兒童基本疫苗接種完成率（百日咳）	◎	衛生福利 部疾病管 制署
	2歲兒童基本疫苗接種完成率（麻疹）	◎	
	2歲兒童基本疫苗接種完成率（B型肝炎）	◎	
	百日咳發生率	◎	
	麻疹發生率	◎	
	B型肝炎發生率	◎	
病人經驗	醫師時間足夠為病人看診	◎	衛生福利 部中央健 康保險署
	醫師對病人解說簡單易懂	◎	
	預約看診超過4個星期		
	候診時間超過1個小時		
	因為交通未就醫		
	因為費用未就醫		
	因為費用未再做醫療檢查或治療		
	因為費用未使用醫師開立的藥物		
	醫師提供病患詢問機會		
	醫師有讓病患參與治療或照護		
	固定看診醫師時間足夠為病患看診		
	固定看診醫師有用簡單易懂的說明		
	固定看診醫師有提供詢問機會		
	固定看診醫師有讓病患參與治療照護		

類別	指標名稱	本報告書 已蒐集	資料提供 單位
精神 照 護	因精神分裂症而致之 30 天內再住院率(任何院所)		衛生福利 部心理及 口腔健康 司
	因精神分裂症而致之 30 天內再住院率(同院所)		
	精神分裂症出院病人中，30 天內之再住院率(任何院所)		
	精神分裂症出院病人中，30 天內之再住院率(同院所)		
	因躁鬱症而致之 30 天內再住院率(任何院所)		
	因躁鬱症而致之 30 天內再住院率(同院所)		
	躁鬱症出院病人中，30 天內之再住院率(任何院所)		
	躁鬱症出院病人中，30 天內之再住院率(同院所)		
	精神疾病住院病人之自殺死亡率		
	精神分裂症或躁鬱症住院病人之自殺死亡率		
	精神疾病出院病人之自殺死亡率		
	精神分裂症或躁鬱症出院病人之自殺死亡率		
	精神分裂症病人之超額死亡率		
	躁鬱症病人之超額死亡率		
	自殺死亡率		
病 人 安 全	手術後遺留器具在病患體內之百分比		衛生福利 部醫事司
	意外刺傷或割傷之百分比		
	手術後病人出血或血腫率		
	手術後病人傷口裂開率		
	手術後病人肺栓塞和靜脈血栓率 - 所有手術		
	手術後病人肺栓塞和靜脈血栓率 - 髖膝手術		
	手術後病人敗血症- 所有手術		
	手術後病人敗血症- 腹部手術		
	儀器導致之產道傷口		
	非儀器導致之產道傷口		

附錄三、我國 2006 年及 2011 年人口學資料

年份	2006			2011		
性別 年齡	男性	女性	合計	男性	女性	合計
15-19	837,559	771,109	1,608,668	837,814	774,423	1,612,237
20-24	902,971	857,516	1,760,487	832,933	771,069	1,604,002
25-29	1,014,502	984,295	1,998,797	899,967	878,871	1,778,838
30-34	923,631	912,357	1,835,988	1,007,873	1,015,193	2,023,066
35-39	932,908	917,352	1,850,260	914,496	930,095	1,844,591
40-44	972,298	955,249	1,927,547	919,426	922,634	1,842,060
45-49	919,910	912,538	1,832,448	951,201	954,537	1,905,738
50-54	821,251	825,295	1,646,546	893,621	907,285	1,800,906
55-59	602,280	614,591	1,216,871	790,656	817,458	1,608,114
60-64	373,307	392,948	766,255	571,994	603,327	1,175,321
65-69	349,809	387,384	737,193	345,490	379,048	724,538
70-74	281,052	305,620	586,672	308,671	361,279	669,950
75-79	262,137	229,363	491,500	229,209	269,771	498,980
80-84	153,915	140,448	294,363	189,644	183,798	373,442
85+	82,997	94,304	177,301	125,534	135,805	261,339
全國	9,430,527	9,300,369	18,730,896	9,818,529	9,904,593	19,723,122

註：傳染病照護指標以內政部年中人口為母群體進行分析。

附錄四、OECD 2010 標準人口數 (2010 OECD Standard Population)

2010 OECD			
Age Group	Male	Female	Total
15-19	41,779,971	39,928,651	81,708,622
20-24	42,510,958	41,007,212	83,518,170
25-29	43,903,155	42,600,096	86,503,251
30-34	43,267,382	42,366,599	85,633,981
35-39	44,525,464	43,907,385	88,432,849
40-44	43,904,781	43,659,988	87,564,769
45-49	43,687,912	44,012,322	87,700,234
50-54	40,224,853	41,214,826	81,439,679
55-59	36,052,966	37,679,220	73,732,186
60-64	32,284,843	34,385,226	66,670,069
65-69	24,545,544	27,359,105	51,904,649
70-74	20,135,366	24,076,627	44,211,993
75-79	15,164,034	20,333,960	35,497,994
80-84	10,097,920	16,238,522	26,336,442
85+	6,845,013	15,563,267	22,408,280
Total	488,930,162	514,333,006	1,003,263,168

註：OECD 2010 應用於初級照護指標、急性照護指標、子宮頸癌死亡率、乳癌死亡率、結腸直腸癌死亡率及病人經驗之標準化計算。

附錄五、 癌症標準化權重 (International Cancer Survival Standard, ICSS)

年齡別	標準化權重	
	ICSS 1	ICSS 2
15-44	0.07	0.28
45-54	0.12	0.17
55-64	0.23	0.21
65-74	0.29	0.20
75+	0.29	0.14
Total	1	1

註：ICSS 1 應用於乳癌五年存活率、結直腸癌五年存活率之標準化計算。

ICSS 2 應用於子宮頸癌五年存活率之標準化計算。



群體健康服務品質指標報告. 2014 年 / 衛生福利部編.

-- 第一版. -- 臺北市：衛福部, 民 103.12

面；公分

ISBN 978-986-04-4064-5(平裝)

1.公共衛生 2.衛生政策 3.照護品質

412.133

103027676

2014 年群體健康服務品質指標報告

出版機關：衛生福利部

編印：衛生福利部

發行人：蔣丙煌

編輯群：王怡人、李芝蘭、李幸容、林思敏、許惠雯
陳麗玉、劉朝嘉 (依筆劃順序)

地址：11558 台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號

電話：(02)8590-6666

出版年月：103 年 12 月

版次：第一版

定價：新台幣 350 元整

國家書店松江門市 | 臺北市松江路 209 號 1 樓

展售處：(02)2518-0207

五南文化廣場 | 臺中市區中山路 6 號 (04)2226-0330

G P N：1010303253

I S B N：978-986-04-4064-5

本書保留所有權利，欲利用本書全部或部分內容者，需徵求衛生福利部同意或書面授權。

請洽衛生福利部，電話：(02)8590-6666。