



計畫編號：DOH91-CA-1002

全民健康保險醫療費用協定委員會九十一年度委託計畫

建立西醫基層總額支付制度績效指標
Performance Indicators of Global Budget Payment
Systems for Primary Care Services

研究報告

執行機構：中國醫藥學院醫務管理學研究所

計畫主持人：蔡文正

協同主持人：楊志良、龔佩珍、林正介

研究助理：郭媿吟、廖凱平、江怡如

執行期間：九十一年六月十日至九十二年六月九日

* *本研究報告僅供參考，不代表本署意見* *

摘要

全民健保實施後，充分保障民眾的基本就醫權利。但是，由於支付制度之設計，使得醫療費用成長遠高於保費收入成長，造成健保局面臨到相當吃緊的財務危機。在不易調整健保費率的情況下，健保局加強節流的措施，例如：嚴格的醫療審核、提高部分負擔、合理門診量制度等，一連串的政策，顯示出政府對醫療產業的關切，而其中總額支付制度的實施，尤為甚者。為了因應財務危機，健保局根據醫療服務型態與特性，於民國 87 年 7 月率先實施牙醫門診總額支付制度，繼而於民國 89 年 7 月實施中醫門診總額支付制度，基於基層醫療產業受到全民健保支付制度設計不當所導致的諸多問題，全民健保為了有效分配醫療資源、加速整合醫療體系，並鼓勵提升醫療效率及品質，促進醫療費用結構合理化，及提升專業自主與尊嚴，達到合理協商並控制醫療費用的目的，於民國 90 年 7 月實施西醫基層總額支付制度。

但是每年一定額度的預算，基層診所對總額支付制度執行成效如何，必須有一套完善的指標予以監測，因此透過本研究制定基本的監測指標以了解西醫基層執行之成效。

本研究參考國內外相關之指標與文獻，首先擬定了西醫基層總額支付制度草案，舉辦了四場以上專家學者座談會，經過與會之專家學者討論後，建立了“保險對象就醫權益指標”、“專業醫療服務品質指標”、“醫療效率指標”、“均衡醫療發展指標”、“預防保健指標”、“西醫基層總額執行委員會執行成效指標”等六大指標構面，共包含 42 項細指標。並依指標的內容與現實狀況考量將指標的監測頻率，分為每年、每半年或每季，資料來源分為初級資料或次級資料，監測範圍分為全國或六個健保

分區。同時也針對各指標的重要性、相對權重、資料蒐集與指標執行的困難度及政策可介入改善的程度加以評估。六個指標構面中以保險對象權益的平均重要性最高，各區西醫基層總額執行委員會執行成效的資料收集與執行困難度最高、政策介入性最低。

本研究將績效測量與支付制度相結合，發展建立起此套績效測量指標後，希望能提供衛生署與健保局對西醫基層總額支付制度之績效評估與監測，以期能提高台灣地區西醫基層醫療服務品質、效率及達到控制醫療費用與均衡資源分佈的目的。但是，無論指標系統之制訂如何完美，仍然必須定期依據當時的醫療環境、市場、或政策需要作一適當的更新與調整，才能反應未來之情形與符合未來之需要。

關鍵字：績效指標、總額支付制度、西醫基層

目 錄

第一章 研究動機與目的	1
一、研究動機與目的	1
第二章 文獻探討	3
一、西醫基層醫療概況	3
二、西醫基層總額支付制度	6
三、績效指標之建立方法	19
第三章 研究方法	26
第四章 研究結果	30
一、西醫基層總額支付制度績效指標項目	30
二、西醫基層總額支付制度績效指標專家會議	32
三、西醫基層總額支付制度績效指標	35
第五章 討論	51
一、研究結果之討論	51
二、研究限制	56
第六章 結論與建議	58
一、結論	58
二、建議	59
參考文獻	62
附錄一、歷次參與專家座談會之專家學者名單	67
附錄二、歷次專家座談會之會議記錄摘要	70
附錄三、西醫基層總額支付制度績效指標-完整版	75
附錄四、指標重要性評分	84
附錄五、指標困難性評分	86
附錄六、指標介入性評分	88
附錄七、指標重要性相對權重	90
附錄八、西醫基層總額支付制度績效指標重要性、困難度與介入性 評核表	92

圖表目錄

表一、歷年西醫醫院及西醫基層醫師人力之分佈.....	5
表二、全民健保西醫總額範圍醫院與診所醫療費用成長情形.....	5
表三、歷年西醫基層總額範圍各項費用之分佈.....	6
表四、九十二年度西醫基層總額每人醫療給付費用成長率.....	13
表五、西醫基層與醫院總額支付制度財務風險分擔監控指標.....	14
表六、西醫基層總額支付制度藥品費用監控指標.....	15
表七、西醫基層總額支付制度醫療服務品質指標監測值.....	16
表八、國外醫院管理指標.....	20
表九、績效構面的各種理論模式.....	25
表十、比對強度等級及說明.....	29
表十一、比對矩陣.....	29
表十二、西醫基層總額支付制度績效指標-精簡版.....	38
表十三、指標重要性評分.....	43
表十四、指標困難性評分.....	45
表十五、指標介入性評分.....	47
表十六、指標重要性相對權重.....	49
圖一、西醫基層第一期醫療給付費用總額架構.....	11
圖二、九十二年度西醫基層醫療給付費用總額分配架構.....	12

第一章 研究動機與目的

一、研究動機與目的

管理現代化國家，必須掌握數據事實，才能洞悉國家基本態勢；規劃國家發展正確軌跡，以不可搖撼的數字為政策的合理性辯護，數據究理，執簡馭繁，方能推動社會進步，增進福祉。同樣的，政府部門所實施的重大政策，亦應有一套衡量施政成效的績效指標系統（MacRae,1985）。

民國 84 年 3 月 1 日全民健保實施後，充分保障民眾的基本就醫權利，可說是政府的一大德政。但是，由於支付制度之設計，使得醫療費用成長遠高於保費收入成長，造成健保局面臨到相當吃緊的財務危機（楊志良，1996；楊漢淙，1997）。在無法調整保費的情況下，健保局加強節流的措施，例如：嚴格的醫療審核、提高部分負擔、合理門診量制度等，一連串的政策，顯示出政府對醫療產業的關切，而其中總額支付制度的實施，尤為甚者。為了因應財務危機，健保局根據醫療服務型態與特性，於民國 87 年 7 月率先實施牙醫門診總額支付制度，繼而於民國 89 年 7 月實施中醫門診總額支付制度，於民國 90 年 7 月實施西醫基層總額支付制度。

總額支付制度之實施，基本上達到了健保支出之有效控制，同時也提供了解決西醫基層逐漸萎縮之困境。雖然每年一定額度的醫療預算保護了西醫基層診所之醫療服務市場，但是基層診所之醫療服務表現如何？此筆年度總額預算支出之成效如何瞭解？因此，為了評斷西醫基層總額支付制度的績效好壞，實有必要訂定一套績效指標系統，以供評估

之用。過去對於醫療相關績效指標的建立，究竟應該包含哪些構面？應該如何建立有意義的指標？該使用多少指標進行衡量？仍缺乏一個共識。西醫基層總額支付制度為衛生署的一項重大政策，其成效不僅攸關健保體系的永續經營，與民眾健康權利的維護，亦代表著計畫經濟介入醫療產業於資源投入、產出、乃至於資源分配的價值。儘管過去對於全民健康保險這項重大的國家政策，政府投入了無限的努力，企圖控制醫療資源的合理使用與醫療費用的合理成長，面臨的改革浪潮卻未曾稍減（陳孝平等，2000；張蔡美、張睿詒，2000；黃耀輝，1998；李應元，1997）。究其原因乃出於過去缺乏對政策實施後的績效評估，其中績效指標的訂定更左右了績效評估的方向（莊逸洲、黃崇哲，2000）。如何發展一套適用於評量西醫基層總額支付制度的績效指標，必須借重國內相關專家學者，同時理應廣納國內醫療體系內之相關實務者如醫師等共同參與討論指標之訂定。

第二章 文獻探討

一項政策的成效或成敗，應有一套系統性而客觀的衡量標準足供評論，而非單就特定論點來進行批判。在建立績效指標前，本研究乃回顧過去文獻，以宏觀的系統層面檢視西醫基層醫療的結構與現況發展，乃至於瞭解健保重大支付政策—西醫基層總額支付制度的內涵，進而整理過去研究對於績效指標建立之方法與內容，以提供進一步設定合適的績效指標設計之用。

一、西醫基層醫療概況

根據全民健保醫療保健支出之用途之分類，西醫基層醫療體系與醫院本同屬於西醫醫療體系之下，然而，衛生署考量西醫醫院與基層診所角色分工、主要收入來源、資源重分配方向、費用控制策略及經營目標等不盡相同（中央健保局，2002），乃於政策規劃時區分出西醫醫院與西醫基層醫療兩大體系，其體系劃分依據乃自醫療網計畫一直延續至全民健保時代，顯示出西醫基層醫療在過去政策規劃下，已明顯出現不同於醫院的生態體系（張笠雲，1999），因此如何針對不同的醫療體系提出合適的政策，首先乃應了解該體系之架構與現況。

比較醫院與基層診所兩大產業，基層診所的資源投入規模明顯不同於醫院。在醫師人力部分，基層診所不僅人力不到醫院人力的一半（2000年為37.14%、2001年為36.38%），如表一所示，2000年至2001年，其年成長率（1.32%）遠低於醫院產業（4.67%）。衛生署指出（2002），民國79年與83年間，醫院醫師數均多於診所醫師數。自83年至86年間，診所醫師數增幅均大於醫院，診所醫師數明顯多於醫院醫師數。而87年與88年，醫院擴充迅速，大量吸收醫師，診所數雖仍持續

擴增，惟診所醫師數已不如醫院，兩者醫師數差距再次縮減至不到 1 成。至於在機構數目上，基層診所的成長變化一如醫師人力，呈現緩慢成長，如表一所示；並且新增診所又以設置於非都會區為主（衛生署，2002），顯示基層醫療體系有地理普及化發展的趨勢。相較之下，醫院則呈現相反的發展，一方面醫療機構的數目呈現減少的趨勢，另一方面，其組織規模確有大型化發展的趨勢（衛生署，2002；張笠雲，1998）。自民國 84 年實施全民健保以來，醫院家數逐年減少，但醫院平均病床數則呈逐年增加，至 88 年醫院共有病床 110,660 床，較民國 83 年增加 17.4%，同期間醫院家數減少 15.5%，致平均每家醫院病床數由民國 83 年之 114 床，增至 88 年之 158 床，增幅達 38.9%（衛生署，2002）。

探討醫療服務產出部分，西醫基層醫療費用為總醫療費用的近三成，如表二所示。其中主要以門診服務為主；細分其醫療服務內容，以診察費（1998 年為 51.01%，1999 年為 50.08%，2000 年為 49.30%，2001 年為 49.32%）為主要醫療費用來源，如表三所示。進一步分析醫療費用的成長變化情形，則藥事服務費（1998 年為 3.87%，1999 年為 4.42%，2000 年為 4.42%，2001 年為 4.24%）與治療明細金額（1998 年為 16.39%，1999 年為 17.42%，2000 年為 18.76%，2001 年為 20.10%）的成長較為可觀，其中治療明細金額佔總醫療費用的比例有增加的傾向。

就產業競爭的觀點而言，醫院與診所互相於同一個資源庫中競逐醫療資源，醫療組織的競爭能力依組織的規模、所有權和成立時間的長短而有所不同（張笠雲，1999）。相較於醫院產業，基層醫療體系不論資源投入與產出，其規模均不若大型醫院，基層醫療體系容易遭到淘汰。張笠雲（1999）研究指出，在台灣地區醫療產業經營的基礎在於「向制度靠攏的速度」，市場的力量不明顯；換句話說，醫療產業的競爭受到

政策制度的力量所影響。醫療產業的競爭乃存在於同一層級醫療組織的競爭，基層醫療體系的經營規模及產出，與醫院產業相比自是不可同日而語。然而基層醫療體系由於政策的刻意劃分，促使基層醫療產業成為一個對於醫院進可攻（擴張醫院規模），退可守（轉為診所）的體系，也可免於其與大型醫院競爭的弱勢，由此可見，基層醫療體系受到政策影響甚鉅。因此本研究於以下探討健保局對於西醫基層醫療體系的新支付制度-「西醫基層總額支付制度」，以利於進一步瞭解績效指標之訂定。

表一、歷年西醫醫院及西醫基層醫師人力之分佈

年度	西醫醫院		西醫診所		總計		每萬人口 西醫醫師數		診所西醫 師佔率
	家數	醫師數	家數	醫師數	家數	醫師數	醫院	診所	
2000年	617	18,559	9,402	10,963	10,019	29,522	8.33	4.92	37.14%
2001年	593	19,426	9,425	11,108	10,018	30,534	8.67	4.96	36.38%
成長率	-3.89%	4.67%	0.24%	1.32%	-0.01%	3.43%	4.07%	0.74%	-2.04%

資料來源：衛生統計（2000、2001）

表二、全民健保西醫總額範圍醫院與診所醫療費用成長情形

		1999年		2000年		2001年	
		佔率	佔率	佔率	佔率	佔率	佔率
門診	醫院	11.58%	41.58%	3.82%	42.45%	6.33%	42.86%
	診所	4.29%	28.33%	-2.39%	27.20%	-0.14%	25.79%
小計		8.51%	69.91%	1.30%	69.65%	3.80%	68.65%
住診	醫院	5.90%	30.08%	2.55%	30.34%	8.83%	31.34%
	診所	-27.21%	0.01%	-17.08%	0.01%	28.20%	0.01%
小計		5.89%	30.09%	2.54%	30.35%	8.83%	31.35%
總計	醫院	9.12%	71.66%	3.29%	72.79%	7.37%	74.20%
	診所	4.28%	28.34%	-2.40%	27.21%	-0.13%	25.80%
小計		7.70%	100.00%	1.68%	100.00%	5.33%	100.00%

資料來源：全民健康保險統計（1998、1999、2000、2001）

表三、歷年西醫基層總額範圍各項費用之分佈

	1998年	佔率	1999年	佔率	2000年	佔率	2001年	佔率
合計金額(百萬元)	68,981.41		71,943.81		70,233.35		70,128.54	
成長率			4.29%		-2.38%		-0.15%	
診察費(百萬元)	35,186.90	51.01%	36,032.31	50.08%	34,622.90	49.30%	34,587.24	49.32%
成長率			2.40%		-3.91%		-0.10%	
藥事服務費(百萬元)	2,671.62	3.87%	3,179.51	4.42%	3,106.51	4.42%	2,972.70	4.24%
成長率			19.01%		-2.30%		-4.31%	
藥品費用(百萬元)	19,814.19	28.72%	20,198.23	28.08%	19,321.02	27.51%	18,471.44	26.34%
成長率			1.94%		-4.34%		-4.40%	
治療明細金額(百萬元)	11,308.70	16.39%	12,533.76	17.42%	13,172.92	18.76%	14,097.16	20.10%
成長率			10.83%		5.10%		7.02%	

資料來源：全民健康保險統計（1998、1999、2000、2001）

二、西醫基層總額支付制度

總額預算(Global Budget)泛指未來一年運作費用支出的總數。此方法通常是由政府付給某醫療體系或醫療服務單位全年的收入來源，此支付方式是較簡化的方法(William, 1987)。總額預算付費方式的主要目的之一是預估力(Predictability)，這包括了預算以內的高度運用，此方法亦強迫醫療服務更有效率的重組，然而若未小心監測，此方法可能成為不良誘因，也可能減少服務來減少花費(William, 1987)。總額預算支付是一種前瞻性支付制度(Prospective Payment System)，付費者與醫療提供者就特定範圍的服務，預先透過集體協商(collective bargaining)規劃下一年度健康保險醫療費用總支出(總額預算)，並據以提供的醫療服務，以達健康保險財務收支平衡的一種醫療費用支付制度(李玉春，民 85)。其支付單位可分為兩類(李玉春，民 85)：

- (一) 以組織為支付單位，如以醫院或醫院某一部門為單位訂定年度預算。保險機構根據醫院之財務報表，參考醫院之類別、床數、占床

率等指標，再考慮該院過去之直接訂定總額預算，不考慮支付期間疾病之種類，或醫療費用之消耗細目。

- (二) 以服務類別(service type)以全包方式訂定預算，如依提供者型態(如門診、住院)及服務型態(如牙醫、中醫)，但是，個別費用之分配仍依據申報之服務量或以論人計酬決定。

總額支付制度在實際運作上可分為支出上限制與支出目標制兩種支付類型(李玉春，民85)，採行方式及實施部門(門診或住院)因不同需求或不同政策目的而有所不同：

- (一) 支出上限制(Expenditure Cap)即預先依據醫療服務成本及服務量的成長，設定健康保險支出年度總額，醫療服務是以相對點數反映各項服務成本，為每點之支付金額是採回溯性計價方式，由預算總額除以實際總服務量而得；當總服務點數大於原先協議總額時，每點支付金額將降低，反之則增加。由於固定年度總預算而不固定每點支付金額，故可精確控制年度醫療費用總額。當醫事團體減少不必要的醫療服務時，即可得到點值提高的回饋。此支付制度之優缺點如下：

1. 優點：(1)易發揮同儕制約，積極導正醫療行為，使醫療費用合理控制。

(2)各健保分區將積極要求控制供給量之成長。

2. 缺點：(1)點值浮動，不確定性高。

(2)無法節省年度醫療總費用。

- (二) 支出目標制(Expenditure Target)以前瞻的方式在年度開始之前，預先設定醫療支出價格及醫療服務利用量可容許的上漲率，當醫療實際利用量低於預先設定的目標值時，年度預算將會有結餘，但實際醫

療利用量超過目標值時，超出部分的費用將打折支付，以適度反映醫療服務變動成本；因此實際支出可能超出原先設定目標。當支出超過目標預算時，將於次季或次年調降支付標準(或降低支付標準調整幅度)，但實際支出若未達目標，則可於次季或次年調高支付標準(或提高支付標準調整幅度)。

1. 優點：
 - (1)預知點值，不確定性相對較低。
 - (2)可節省年度醫療總費用。
2. 缺點：
 - (1)同儕制約不易，費用控制成效較有限。
 - (2)要求控制供給量之壓力較小。
 - (3)支出超出預定支出目標時，需視實際狀況協定打折之幅度，易增加醫療團體的爭議。
 - (4)總額預算可能超出年度預算，有時難以控制預算。

基於基層醫療產業受到全民健保支付制度設計不當所導致的諸多問題（李玉春，2001），全民健保為有效分配醫療資源、加速整合醫療體系，並鼓勵提升醫療效率及品質，促進醫療費用結構合理化，以提升專業自主與尊嚴，達到合理協商並控制醫療費用的目的，且牙醫、中醫已於民國 87 年、89 年實施部門總額預算，因此於民國 90 年 7 月起實施「西醫基層總額支付制度」。

由於基層醫療產業多樣化的醫療服務內容，西醫基層總額支付制度在費用支付型態上乃依其涵蓋內容而有所不同。其所涵蓋的醫療服務內涵主要包括西醫門診服務（含分娩及門診手術）、藥品（含藥事服務費）及預防保健服務三大類。其中，預防保健服務、門診手術及論病例計酬、慢性病項目採支出目標制，即由健保費用協定委員會在年度初預

先設定醫療服務支付總額(圖一、圖二)，總額之設定以考量醫療服務利用量之可容許上漲率，以適度反應醫療服務變動成本支出(楊漢淙，1997)。另外，一般門診服務與洗腎則採支出上限制，即由健保費用協會在年度開始前，以協商方式所訂定的基層總額預算額為整年度門診所提供之醫療服務費用，而此總醫療費用給付不可超支(費用協定委員會2000)。

就醫療費用總額設定而言，因考量保險對象人數之成長難以估計，顧及其公平性，乃以每人年醫療費用為基準，其公式如下(中央健保局，2002)：

$$TPHE = f(PPHE) \times POP$$

TPHE：新年度西醫基層醫療給付費用總額

$f(PPHE)$ ：新年度每人西醫基層醫療給付費用

POP：保險對象人數(依實際投保人數算)

在給付費用成長的計算方面，除醫療給付費用總額之成長率應考慮付費者意願外，需考慮非協商因素(如人口年齡、性別結構變動、醫療服務成本指標改變率等)及協商因素(如醫療服務利用及密集度之改變、醫療品質及保險對象健康狀況之改變等)而訂定(表四)，現行西醫基層總額支付成長計算公式如下(中央健保局，2002)：

$$PPHE_t = PPHE_{t-1} \times [1 + GR_t] \times POP$$

$PPHE_t$ ：新年度西醫基層醫療給付費用總額

$PPHE_{t-1}$ ：基期年度每人西醫基層醫療給付費用

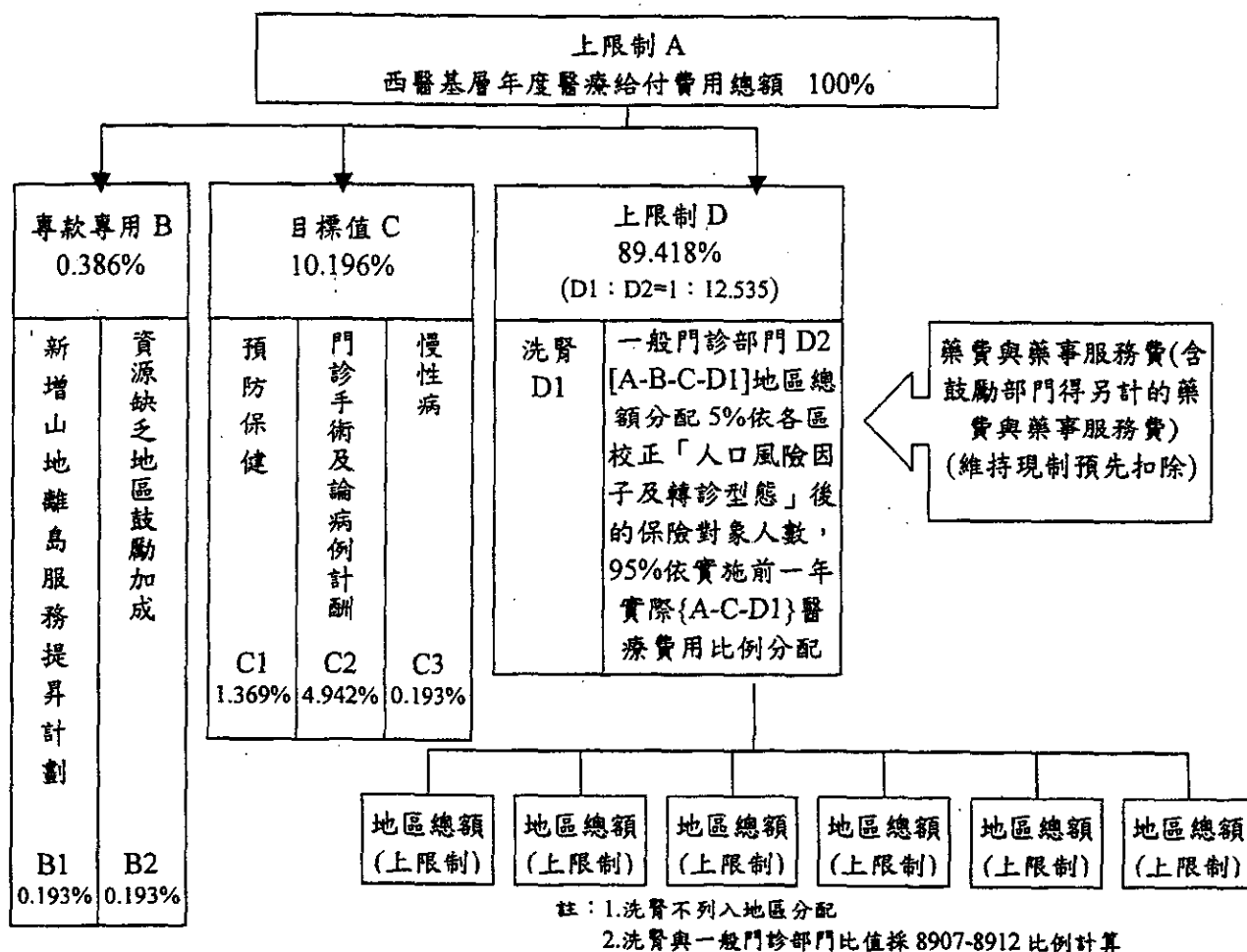
GR_t ：新年度成長率等於非協商因素成長率及協商因素成長率

POP: 實際保險對象人數

另外，為達到政策目標，並在西醫基層總額支付制度下建立三件策略配套與相關監控指標。其中，為促進醫院與診所風險分擔及合作機制，訂定有『西醫基層與醫院總額支付制度財務風險分擔監控指標』(表五)，主要藉由診所與醫院預算之分立，建立合作之動機，繼而強調疾病管理之重要性，建立共同照護網路模式，針對病患個案進行醫療服務整合，提升照護的成本效益、連續性及品質，並且進而分配區域總額預算，並考量基層診所與醫院服務之病人數量、金額之佔率與變動情形，以建立醫院與診所財務風險分擔機制 (risk sharing)。至於在醫療費用控制機制下，主要藉各區風險校正論人計酬方式 (Risk-Adjusted Capitation)、部門預算分配、門診論病例計酬支付基準、支付標準調整、訂定醫師高額折付制度等方案，以分散責任、權責對等的誘因，以達到醫療費用控制的目標。

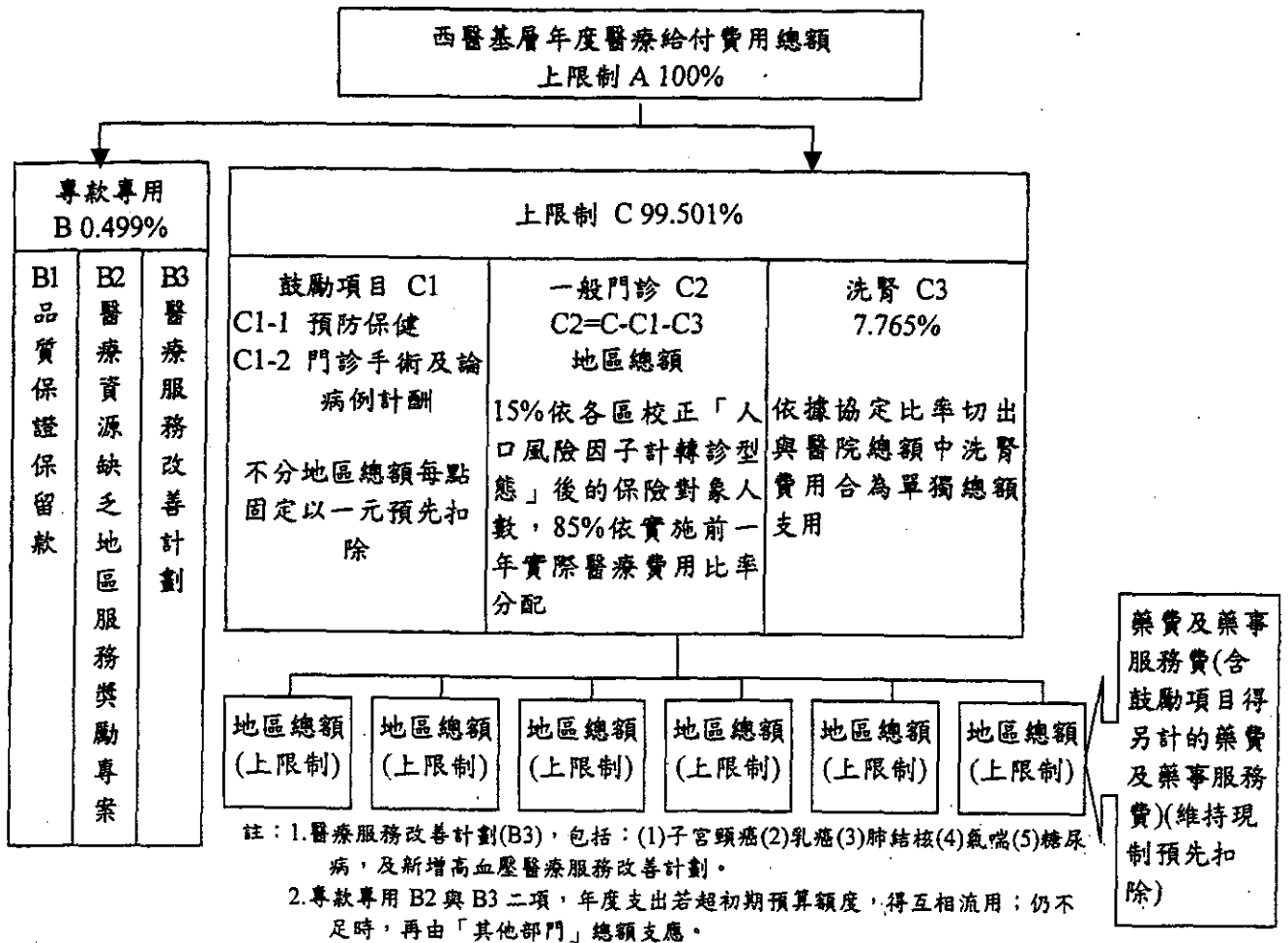
在醫療品質確保方面，西醫基層總額支付制度主要以監控指標達到對保險對象就醫權益之確保，包含保險對象就醫權益、專業醫療服務品質、其他醫療服務品質及中長期指標四大構面，其監控指標如下表四所示 (行政院衛生署，2001)。並且為了監控西醫基層總額支付制度實施後用藥之品質，訂定了『西醫基層總額支付制度藥品費用監控指標』(表六)，健保局每季將監控指標之申報統計結果，送中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會及藥品產業界參考。以瞭解西醫基層總額支付制度實施後，醫師用藥型態之變化，健保局每年針對申報件數排名前十名之疾病，選擇五項進行專案分析，並將分析結果，提送相關單位參考或檢討(衛生署費用協定委員會，2003)。

健保局自 1998 年開始試辦牙醫總額支付制度以來，已經過了四年的期間，有研究（李玉春，1999）指出實施總額預算制度後，醫療費用成長率已由 1998 年的 12% 降至 2000 年之 8%，控制醫療費用的目標可算奏效。西醫基層總額支付制度為健保局推行總額支付制度的第三項政策落實，究竟其成效如何？是否能如牙醫總額一般達到政策目標？又其政策長期效應如何？仍待往後研究進行評估，然首要之務乃建立合適的績效指標，以指標管理（MacRae,1985）、目標管理（莊逸洲、黃崇哲，2000）的概念達到健保局永續經營的目標。



(資料來源：衛生署費用協定委員會，2002)

圖一、西醫基層第一期醫療給付費用總額架構



(資料來源：衛生署費用協定委員會，2002)

圖二、九十二年度西醫基層醫療給付費用總額分配架構

表四、九十二年西醫基層總額每人醫療給付費用成長率

考量因素	影響因子	細項	成長率	備註
非協商因素	保險對象年齡性別結構改變率		0.20000%	醫療費用採 8901~8912 保險對象人數採 90/89 各季季末保險對象人數 90 年人口結構不含軍人納保
	醫療服務成本指數改變率	人事成本—非農業受雇員工每人月平均薪資指數 藥品—躉售物價指數中的藥品類 醫療設備—躉售物價指數中的醫療儀器類 其他—消費物價總指數及居住類房租項	0.75000%	採 9001~12/8901~12
	小計		0.950%	
協商因素	保險給付範圍或支付項目的改變、醫療品質及保險對象健康狀況的改變、其他服務利用及密集度的改變、付費者意願等	1.成人預防保健件數成長 20% 兒童預防保健件數成長 20% 子宮頸抹片件數成長 10%	0.10101% 0.03916% 0.03641%	
		2.門診手術案件數成長 9% 論病例計酬案件數成長 9%	0.04539% 0.16009%	
		3.洗腎部門費用成長 10%	0.60579%	
		4.已開放 82 項處置及檢查項目	0.03435%	
		5.新增特約檢驗及放射單位	0.41217%	
		6.醫療服務改善計畫 新增高血壓醫療服務改善計畫	0.01117% 0.06155%	
		7.醫療資源缺乏地區服務獎勵專案	0.19058%	
		8.鼓勵提昇醫療服務品質	0.25000%	
小計		1.948%		
合計		2.898%		

表五、西醫基層與醫院總額支付制度財務風險分擔監控指標

指標項目	計算公式	監控時程	監控單位	監測值變動容許範圍(與前一年同期比較)實施日期
診所病患就診人次(1)	西醫基層門診次數/實際納保人口數	每季	健保局	±3%
醫院門診病患就診人次(1)	醫院門診次數/實際納保人口數	每季	健保局	±3%
診所病患就診率(1)	西醫基層門診次數/西醫門診次數	每季	健保局	±3%
醫院門診病患就診率(1)	西醫醫院門診次數/西醫門診次數	每季	健保局	±3%
醫院及診所慢性病總開藥天數比	醫院慢性病申報案件分類碼為 04、08 及 09 且開藥天數大於 7(不含)總開藥天數/診所慢性病申報案件分類碼為 04、08 及 09 且開藥天數大於 7(不含)總開藥天數	每季	健保局	-
醫院及診所慢性病(分類碼為 04)總開藥天數比	醫院慢性病申報案件分類碼為 04 且開藥天數大於 7(不含)總開藥天數/診所慢性病申報案件分類碼為 04 且開藥天數大於 7(不含)總開藥天數	每季	健保局	-
醫院及診所慢性病(分類碼為 08)總開藥天數比	醫院慢性病申報案件分類碼為 08 且開藥天數大於 7(不含)總開藥天數/診所慢性病申報案件分類碼為 08 且開藥天數大於 7(不含)總開藥天數	每季	健保局	-
醫院及診所慢性病(分類碼為 09)總開藥天數比	醫院慢性病申報案件分類碼為 09 且開藥天數大於 7(不含)總開藥天數/診所慢性病申報案件分類碼為 09 且開藥天數大於 7(不含)總開藥天數	每季	健保局	-
醫院門診初級照護(2)比率	醫院初級照護病人門診次數/醫院門診次數	每季	健保局	±3%
急診就診率	急診次數/門診次數	每季	健保局	±3%
醫師數變動比	醫院醫師數/基層醫師數	每季	健保局	±3%

註 1：該四項指標的監測值如有異常時，應併同檢討。

註 2：初級照護定義：參照呂碧鴻教授 79 年「家庭醫師在全民健保及醫療網中的角色-現在與未來之探討」研究報告。

註 3：實施一季後，由健保局評估修訂的必要性。

資料來源：衛生署費用協定委員會，2001

表六、西醫基層總額支付制度藥品費用監控指標

指標項目	計算公式	監控時程	監測值變動容許範圍 (與前一年同期比較)	監控單位
藥費占率	藥費 / 醫療費用	每季	$-10% < x < 0%$	健保局
慢性病藥費占率	慢性病藥費 / 醫療費用	每季	$-5% < x < 10%$	健保局
慢性病每人次藥費	慢性病藥費 / 慢性病就醫人次	每季	$-5% < x < 10%$	健保局
每日藥費	藥費 / 開藥日數	每季	九十二年訂定監測值	健保局
慢性病每日藥費	慢性病藥費 / 慢性病開藥日數	每季	$\pm 10%$	健保局
簡表案件申報比率	簡表申報案件數 / 總申報案件數	每季	$\pm 10%$	健保局
簡表藥費申報比率	簡表申報藥費 / 總申報藥費	每季	$\pm 10%$	健保局

資料來源：衛生署醫療費用協定委員會，2003

表七、西醫基層總額支付制度醫療服務品質指標監測值

指標項目	時程	監測值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
1. 保險對象就醫權益					
第一年起					
醫療品質滿意度調查	每半年	顯著差異，單端 $\alpha=0.05$	問卷調查	健保局	實施前一次，實施後每半年一次，比較其就醫可近性、醫療服務品質與差額負擔滿意度變化情形，問卷內容應會同全聯會研訂
民眾申訴及其他反映成案件數	每半年	全聯會每年提出執行報告，內容包括成案件數、處理情形及結果	資料分析	健保局	民眾申訴及其他反映成案件數，全聯會配合提供資料
基層醫療機構開立藥品明細比率	按季	100%	資料分析	健保局	開立藥品明細基層醫療機構家數/基層醫療機構家數
2. 專業醫療服務品質					
第二年起					
病人複診率-2	每季	$\leq 13.51\%$	資料分析	健保局	同一疾病一週內複診次數/基層醫療機構門診次數
病人複診率-3	每季	$\leq 2.47\%$	資料分析	健保局	【健保局先以上呼吸吸道感染為例每季最後一個月選一週試算複診兩次及三(含)次以上之次數】
平均每張處方箋開藥天數	每季	≥ 4.46	資料分析	健保局	處方箋平均開藥天數
注射劑使用率	每季	$\leq 11.47\%$	資料分析	健保局	基層醫療機構注射藥品案件數/基層醫療機構開藥總案件數
抗生素使用率	每季	$\leq 22.07\%$	資料分析	健保局	基層醫療機構抗生素藥品案件數/基層醫療機構開藥總案件數
重複就診率★	每年		資料分析	健保局	同一人同一天重複就診基層醫療機構門診人數/基層醫療機構門診人數
不當用藥案件數★	每季		資料分析	健保局	例如用藥天數過短(長)、用藥可能有不當的交互作用等
用藥日數重複率	每季	$\leq 8.88\%$	資料分析	健保局	用藥重複日數/處方總日數
開立慢性病連續處方箋百分比	每季	$\geq 0.09\%$	資料分析	健保局	基層醫療機構開立慢性病連續處方箋張數/基層醫療機構處方箋總數(指西醫基層醫療機構開立案件分類 08 且開藥天數 21 天以上案件處方箋張數/西醫基層醫療機構處方箋總數)
處方箋釋出率	每季	$\geq 9.03\%$	資料分析	健保局	基層醫療機構處方箋釋出張數/基層醫療機構處方箋總張數

表七、西醫基層總額支付制度醫療服務品質指標監測值(續一)

指標項目	時程	監測值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
3.其他醫療服務品質					
醫師平均門診時間	每半年	8小時/每天	資料分析	全聯會	每位醫師平均每日看診時間(以醫療品質滿意度調查中醫師每週工作總時數調查結果排除不知道部分加權計算後除以五·五天為監測值)
每位病人平均看診時間	每年	5分鐘	資料分析	全聯會	每位病人平均看診時間(以醫療品質滿意度調查中醫師看診及診療時間之中位數為監測值)
醫師繼續參加教育時數	每年	24小時/年	資料分析	全聯會	每位醫師平均每年參加繼續教育時數
媒體申報率	每年	≥98%	資料分析	健保局	基層醫療機構媒體申報家數/基層醫療機構總特約家數
4.利用率指標					
子宮頸抹片利用率	每年	≥16%	資料分析	健保局	合格受檢對象於基層醫療機構利用次數/子宮頸抹片合格受檢人數
成人預防保健利用率	每年	≥20%	資料分析	健保局	合格受檢對象於基層醫療機構利用次數/成人預防保健合格受檢人數
兒童預防保健利用率	每年	≥43%	資料分析	健保局	合格受檢對象於基層醫療機構利用次數/【(一歲以下人數)×4+(一歲至未滿三歲)/2+(三歲至未滿四歲)】
剖腹產率	每年	≤34%	資料分析	健保局	基層醫療機構剖腹產案件數/基層醫療機構生產案件數
門診手術案件成長率	每年	≥10%	資料分析	健保局	(基層醫療機構實施年門診手術案件數-基層醫療機構實施前一年門診手術案件數)/基層醫療機構實施前一年門診手術案件數
六歲以下兒童氣喘住院率	每年	≤0.29%	資料分析	健保局	六歲以下(就醫年-出生年≤5)保險對象氣喘住院件數/六歲以下(就醫年-出生年≤5)保險對象人數
住院率	每年	≤13%	資料分析	健保局	保險對象住院人次/保險對象總人數
轉診率★	每年		資料分析	健保局	基層醫療機構轉診人次/基層醫療機構門診次數
平均每人住院日數	每年	≤1.10%	資料分析	健保局	平均每人住院日數
每人急診就醫率	每年	≤19%	資料分析	健保局	每人急診就醫次數/每人平均門診次數

表七、西醫基層總額支付制度醫療服務品質指標監測值(續二)

指標項目	時程	監測值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
5.中長期指標					
第三年起					
符合慢性病患治療指引比率	每年	由全聯會於九十二年三月底前研訂	資料分析	全聯會	符合慢性病患治療人次/實際接受慢性病患治療人次
符合病歷紀錄規範比率	每年	由全聯會於九十二年三月底前研訂	資料分析	全聯會	符合病歷紀錄規範案件數/基層醫療機構總案件數
符合各專科治療指引比率	每年	由全聯會於九十二年三月底前研訂	資料分析	全聯會	符合該專科治療指引人次/實際接受該專科治療人次

說明：★列為次要的指標項目，暫不監測。

資料來源：全民健康保險西醫基層總額支付制度研議方案，2001。

三、績效指標之建立方法

一項政策的成效或成敗，應有一套系統性而客觀的衡量標準足供評論，而非單就特定論點來進行批判。社會大眾對於實施何種支付制度並不是非常的瞭解，他們在意的是這項制度實施後，是否影響了就醫的便利性、醫療品質是否獲得保障、或整個制度的實施績效是否比以往更有效率。針對可近性的部分，將會在研究中討論可行性方案時加以討論，而醫療品質與績效將於下述中討論。

醫療品質的評估方法繁多，一般可粗定為臨床評估及行政評估兩類，無論哪一種分類，最基本的工作是妥善找出評估之的變項，然後援用合適的數量方法或邏輯方法妥善執行，求得客觀結果(韓揆，1994)。臨床評估可分為概念分類與實質分類，所謂概念分類，其歸納主張約可歸納如下：結構、過程、結果評估；體系評估及機構評估；外來評估及自我評估；全面評估或部門評估；技術性評估或功能評估；回溯性評估或進行中評估；規範性評估與準則性評估；專家評估與專業評估(Donabedian, 1980-85, 1987; Berwick, 1991; Palmer, 1991; JCAHO, 1989)。實際分類常見於實際執行或過程的層面，以數理技術方法的應用為主，常見的如 NDA 歸納的 10 種“工具”及全面品質管理(TQM)等多以數量作業或圖形建構取勝 (Berwick, 1991; Janes, 1984)。在行政評估方面，有效率的行政作業是品質保證的最重要部分。相對於臨床上的評估，為推動品質保證，行政對醫療服務的問題或績效更需經常進行評估(Bennett, 1989)。

醫療品質在於醫師對於臨床外部規範的奉行。醫師學養本身不全等於品質，唯有在進行診療時將學養充分及適當地運用與展現出來才是會有好的品質，其他醫事工作亦然。這部份的品質在醫療品質構成因素中最重要，但也最難評估。

依據 Medicare Quality Indicator System 發展品質指標的經驗，共包含四個步驟：一、指出臨床的焦點；二、延攬專家群；三、進行文獻探討；四、進行專家會議。從廣義的臨床焦點，經由專家群的合作將焦點縮小；專家群應包括相關專科醫師、方法學專家如衛生服務研究專家學者、醫療品質專家學者等 (Mayer-Oaks, Barnes, 1997；陳琇玲，鍾國彪，洪幼珊，1999)。然而澳洲 CEP 的發展方法是，先進行文獻回顧再與臨床專家討論，再進行檢討資料收集可行性，最後對指標達成共識，再將指標納入評鑑過程。指標的精細將會持續，很可能會減少指標的總數，並以核心群組維持堅強的指標 (Robust indicators)，同時會考慮評估較長期的結果 (陳琇玲，鍾國彪，洪幼珊，1999；Collopy et al., 2000)。

指標可就其意義取向和應用價值，區分不同的類別與主題。例如 NLHI 的指標分類是依照指標的內容及意義，包括臨床表現 (clinical performance)、健康狀況 (health status)、滿意度 (satisfaction)、行政財務指標 (administrative/financial index)、以及利用情形 (utilization) (表八) (徐慧娟、薛亞聖，2001)。

表八、國外醫院管理指標

指標名稱	取向	多元分類方法	對應主題
National Library of Healthcare Indicators (NLHI)	綜合性	分臨床表現、健康狀況、滿意度、行政財務指標、利用情形	投入、產出、品質、經營效率、系統整合
馬利蘭州 QIP	醫療品質	依服務病人類型區分；醫療利用、品質指標	品質

資料來源：徐慧娟、薛亞聖，2001

美國目前審核管理式照護機構最著名的非營利機構為全國品保協會 (The National Committee for Quality Assurance, NCQA)。藉由完善的評估項目、嚴謹的評比與審核過程，督促參與評比的醫療機構確實做好醫療品質確保工作。

結構 (Structure) 方面之品質評估，主要是評估醫療照顧機構是否有能力提供給病人最適當的照護。管理式照護在這方面強調人員專業資格審查與醫療機構設立是否在政府法令安全標準上。過程 (Process) 方面之品質評估，主要是評估醫療照顧提供的方式，包括病患主診次數、異常診斷結果追蹤率等。並發展臨床治療指引 (Clinical Practice Guidelines)、關鍵途徑 (Critical Pathways)、以及危機管理 (Risk Management) 等評估工具。結果 (Outcome) 方面之品質評估，主要是評估使用醫療照顧的結果及過程所得到的最終效應。管理式醫療利用廣泛的病患滿意度調查評估並監控結果面的品質。同儕審核 (Peer Review)，藉由同儕審查減少醫療提供者之醫療行為變異性，維持應有且較為一致的醫療服務品質。醫療步驟適當性之評估 (Appropriateness Evaluation)，為確保病患能得到管理式照護醫療機構即時且適當的醫療服務。而評估的重點都是針對成效仍有疑慮、或是非常昂貴的醫療步驟，例如冠狀動脈繞道手術等。醫療服務提供者檔案 (Provider Profiling)，藉此評估醫師個人執業行為，以選擇簽約醫師、控制醫療資源、及減少醫師行醫模式之間的變異性。報告卡 (Report Card)，以淺顯易懂的方式提供民眾管理式醫療機構的醫療品質表現及成本資料，以便做為民眾購買管理式醫療保險的依據 (林恆慶、陳楚杰，2003)。

績效指標與績效評估的觀念起源於第二次世界大戰之前，少數企業體與軍事機構所進行對員工產出的評量 (莊逸洲、黃崇哲，2000)。隨著企業管理的盛行，開始有學者專家大力提倡績效評估的重要性 (Drucker, 1993; Robbins, 1990; Quinn & Rohrbaugh, 1983; Campbell, 1977)，所謂指標，依 JCAHO 的定義：『臨床指標是指對病人醫療照顧在某一構面上“數量化”之測量，其可視為偵測、評估及改善醫療照顧品質與適當性的依據』。然而指標本身並無法直接測量品質與適當性，只是一種篩選的工具，用來監測組織在醫療照顧範圍內

仍需進一步重視、分析及評估的事項，以提供改善病人醫療照護品質的基礎。指標要能可行、正確、且可靠，必須經由指標的發展與測試（Kazandjian, Wood, Lawther, 1995）。

有學者提出政府政策的執行成效亦應該要有績效指標可供衡量，進行政策修正之依據（施宗應, 2000; 李允傑, 1997; 韋端, 1995, 1987; Osborne & Gaebler, 1992; MacRae, 1985; Orleans, 1974）。政策績效指標之建立方法與一般企業績效評估與指標建立相似，然而過去對於績效指標的建立方法十分零散，主要問題在於績效的定義、績效的構面、與績效的衡量具有不同的解讀（張笠雲, 1998; Goodman, 1983）。Robbins（1990）指出組織績效指標必須能反映組織達成其短期性及長期性目標的程度，反應顧客滿足、評估者本身利益，以及組織的生命週期階段。張笠雲（1998）則指出組織績效指標應能涵蓋「效能（effectiveness）」與「效率（efficiency）」。另外，Cameron（1986）認為組織績效具有基本的矛盾性質，一個組織要想達到所有績效，必須保持那些同時相反甚至相斥的屬性。可見得在建立績效指標前，必須先對績效的構面進行描繪，以利於進一步績效指標建立的合適性。

對於績效指標構面的探討，有許多研究針對其理論基礎與研究假設不同而分別提出看法互異的績效模式（Kaplan& Norton, 1999; 張笠雲, 1998; 黃旭男, 1998; Robbins, 1990; Quinn& Cameron, 1983），整理如表九所示。以目標模型為例，張笠雲（1998）指出最早的績效指標主要在於衡量「目標的達成」程度，因此這類文獻乃著重在組織目標的定義與衡量上，包括管理理論的「目標管理（Management by Objectives, MBO）」與「成本效益分析（Cost Benefit Analysis, CBA）」皆是建構在此績效構面的假設原則下。分析目前文獻對於績效指標應包含構面之探討，其仍無一定論，因此有必要針對主題與衡量目的，

參酌國內外相關研究之結論，並與理論模型進行相互比較，修飾歸納出合適的績效構面與初步的評估指標。

過去對於政策執行成效的衡量多以社會指標 (social indicators) 為評斷依據，然而，「社會指標既是關於社會整體趨勢的一種參考指標，自然與個別政策之間未必有直接的因果關係」，例如以國人平均壽命改變來判斷全民健康保險政策的績效即不甚恰當；因此，針對政府重大政策進行政策績效指標之建立，不僅必要且刻不容緩 (李允傑，1997)。

指標的發展有許多種不同的方法。Marder 認為，當發展指標時，需要描述四個主要的組成：1.對要評估的項目或對象的起始敘述；2.對指標為何重要的描述與所期望測量的東西；3.名詞定義、資料成分、族群、蒐集方式，以確保機構蒐集到的是同樣的東西；4.辨別指標所要測量的潛在原因，以協助組織從事解決問題的活動 (Lehmann, 1989)。

另外，對於建立績效指標的方法，Szilagyi (1984) 指出應包含下列概念：

1. 績效指標是多重性的，而非單一準則足以構成的。
2. 績效分析的層次，應由小至大進行，小至以個人為分析單位，次為群體或組織、產業，大至以整個社會為分析單位。
3. 績效指標必須涵蓋時間幅度，可以區分為短期、中期至長期為架構。
4. 績效衡量的方式，依照績效指標的特性分為主觀、客觀，定量、定性等分析方法。
5. 績效指標評估目的，可分為維持現狀、改善現狀與發展性的目標。

檢視國內對於政策績效指標之探討與研究，則多半著重在醫療品質指標之建立。鐘國彪 (1997) 以 1992 年到 1996 年的教學醫院為研究對象，指出以死亡率、院內感染率、實施剖腹產率、平均住院日作為評估全民健保後整體醫療

品質之指標。陳時中（1997）研究則以口腔衛生狀態指標、檢閱口腔病歷及放射線評估、臨床評估、治療評估四個構面作為牙醫總額支付制度醫療品質指標之評估依據。黃東琪（2000）與林雨菁（2001）則以 Donabedian（1980）所提出的結構—過程—結果三個構面分別進行中醫總額支付制度門診與住院醫療品質之指標評估，其指標建立之方法，則主要以文獻中所整理出來的品質指標加以應用，進而利用德菲法（Delphi method），或稱專家問卷，進行指標「篩選」與修正。對於所謂「專家」的資格，呂育、徐木蘭（1994）指出，在非營利服務組織中，完整的績效指標應同時考慮組織內外各類關係人的觀點，意即專家的選取必須能同時具有組織與體系內的關係人及代表人資格。

然而，有研究（王乃弘,1999;呂育& 徐木蘭,1994；Satty, 1980）指出，在人類遇到問題，須由多種選擇中決定時，常有不確定性（uncertainty）與不一致性（inconsistency），為降低專家問卷過程中對於績效指標的人為因素干擾，Satty（1980）提出分析層級程序法（Analytic Hierarchy Process）改善德菲法過程中的人為問題。有關 AHP 的原理與進行步驟，本研究將於研究方法進行介紹。

西醫基層總額支付制度的實施對政府、對醫療產業、對民眾而言，皆具有深遠的影響（楊漢淙，1997；周麗芳、陳曾基，2001），應建立合適的績效指標以供短期修正、長期監測。目前對於績效指標的建立方法，仍無一系統化建立的過程，所建立的指標也常因研究者個人定義與理論架設之差距而有所偏差，在指標建立過程雖以專家問卷進行評估，難免只能獲得共識性指標而非真實有意義的指標，也因此降低了績效指標的長期適用價值。有鑑於研究過程應盡量尋求更客觀的方法，力圖減少個人主觀因素之干擾，本研究採用上述 AHP 的方法，以數學模式改善德菲過程中主觀干擾的問題，期能增加績效指標建立過程之嚴謹。

表九、績效構面的各種理論模式

模式	定義	使用時機
目標模式	目標達成程度	目標清楚，具共識，時間限制，可衡量
內部程序模式	缺乏內部緊張，平穩內部互動	組織程序與績效間關係清楚
策略顧客模式	所有策略顧客都有最低程度的滿足	顧客有權力影響組織，組織必須回應其需求
競爭性價值模式	強調四個不同象限中的準則，以符合顧客偏好	組織不清楚本身的準則，或因時間改變重視的準則
自然系統模式	獲取所需資源	投入與績效間關係清楚
正統模式	以生存為加入合法活動的結果	組織所重視的是生存及死亡
瑕疵導向模式	較少瑕疵，或無效能的特性	績效指標難以定義或無法衡量
高績效系統模式	相對於同業，被評為卓越	希望與類似組織比較
平衡計分卡模式	透過四個構面的改善與衡量，完成策略目標度	強調永續經營

資料來源：Kaplan & Norton, 1999; 張笠雲, 1998; 黃旭男, 1998; Robbins, 1990; Quinn & Cameron, 1983

第三章 研究方法

此研究之方法參考過去文獻對於績效指標訂定方法的探討，進一步分為四階段進行，分述如下：

第一階段：文獻歸納

文獻歸納包含三大類，主要瞭解目前國內醫療產業政策之績效指標內涵、國內相關產業政策建立績效指標之經驗。輔以探討目前國內醫療產業與其他產業政策建立績效指標之經驗，統整眾人之專業經驗與指標建構歷程。

透過相關文獻研究之結果，整理歸納出合適的績效指標，以社會大眾的立場與角度建構指標，保障民眾權益，初期建構之指標暫且不考慮其執行的困難度與指標是否可行，單就指標之重要性為最主要之考量因素，作為進行第二階段擬定績效指標之內容；績效指標之構面(例如：保險對象就醫權益、醫療服務品質、醫療利用率、醫療費用、均衡醫療發展、總額執行委員會表現等)、各績效指標構面內之項目、定義說明、重要性、困難度、介入性、監測頻率、監測範圍與資料來源等。

第二階段：專家座談會

西醫基層總額支付制度之實施，乃政府介入醫療產業的一項重大健保政策，影響層面涵蓋整個社會體系，因此本研究舉辦專家座談會，進行專家意見之彙整。舉辦四場專家座談會，每場人數約 6-10 位相關之專家學者，針對本研究所擬定之指標進行討論與意見交流。相關專家為了兼顧其專業性與代表性，包含相關學者代表、基層醫師代表、消費者代表、衛政主管單位代表，共同討論西醫基層總額支付制度績效指標所需包含的範圍與指標內容等相關議題，在

指標確認後，原欲再次召開專家座談會進行指標之重要性、困難度、介入性及指標權重之討論，然因嚴重急性呼吸道症候群(SARS)之影響，而改以郵寄問卷之方式，進行指標重要性等與相對權重 AHP 之評分。

第三階段：以分析層級程序法 (AHP) 建立指標之權重

由於各種指標有不同之重要性，因此，指標決定後，本研究希望對於所建立之指標給予不同的權重，以區分指標之重要性。本研究以分析層級程序法 (Analytic Hierarchy Process, AHP) 來運算指標之權重。分析層級程序法為美國匹茨堡大學 Saaty (1980) 所提出的一種問題決策方法，它幫助決策者對事件作層級分析，進而作出在某一觀點下最好的決策。藉著一對一的比較，減少複雜的決策過程並綜合其結果。

決策者藉由 AHP 把到完成目標前可以選擇的每一動作以較簡單的準則取代，決策者藉由簡單的兩兩比較方式完成每一選擇的優先順序。主要可應用於績效評估、績效指標選擇、優先順序決定、資源分配、規劃、預測、方案選擇、確定需求、系統設計、解決衝突等方面 (Tarimcilar & Khaksari, 1991; Doloan & Bordley, 1992; Ross, 1992; Doloan, 1989, 1995; Hatcher, 1994; Matsuda, 1996)。運用 AHP 來決定指標重要性時，包含三大步驟 (王乃弘, 1999; Saaty, 1980)：

1. 建立決策層級 (decision hierarchy)：將績效指標之建構內涵分解成三個層級。第一層級為本研究最終目的，建構西醫基層總額支付制度之績效指標；第二層級為用來評估指標之各項構面；第三層級為在各構面之下再細分為決策選擇 (decision alternatives) 指標，即為被選的個別指標。

2. 進行指標之成偶比對評估，以求其相對重要性：比對強度等級採用 Satty 的 9 分法，如表十所示。如有 n 項指標進行比對，兩兩比對次數共 $n(n-1)/2$ 次，其結果轉化為相對應的「比對矩陣 (pairwise comparison)」，如表十一所示。成偶比對的目的在於獲得指標 e_i 對指標 e_j 比對後的相對重要性 (a_{ij})，假設成偶比對符合數學遞移性質 (transitivity)，則 $a_{ij} = a_{ik} \times a_{kj}$ ，矩陣 A 有 $(n-1)$ 個特性根 λ_i ($i=1,2,\dots,n-1$)。若成偶比對完全一致，則除 n 之外， A 的其他 $n-1$ 個特性根皆為零，則 A 的最大特性根 $\lambda_{\max}=n$ 。但事實上在複雜比對中，不可能達成完全一致性，因此將 λ_{\max} 與 n 的差異值轉化為「一致性指標」 (consistence index, CI)，作為一致性高低的評量準則，其公式為： $CI = (\lambda_{\max}-n) / (n-1)$ 。利用上式，隨機產生之比對矩陣所計算出來的平均 CI 值稱為「隨機指標」 (random index, RI)，其值隨矩陣階數 n 之增加而增加。比較 CI 值與 RI 值可得「一致性比率」 (consistency ratio, CR)，公式為 $CR = CI/RI$ 。Saaty (1980) 指出不一致性比率 (inconsistency ratio) 小於 0.1 才算滿意的「一致性」，在 0.21 以下則為可接受範圍。
3. 綜合運算決定績效指標之權重：經專家學者評估各指標的權重，以求得各績效指標之平均權重。

第四階段：精簡指標

本研究擬定之指標共有六個構面，71 項指標，針對西醫基層總額支付制度衡量期績效仍稍嫌過多，且指標是否困難度較高或可行性較低而不適於作為績效衡量之指標，因此本研究考量重要性、困難度、與介入性之程度，及衡量指標分布之情形與指標數目，僅取重要性評估在 3.7 分以上之指標，再以精簡後之指標，進行 AHP 法之指標權重計算，作為本研究之西醫基層總額支付制度之績效指標。

表十、比對強度等級及說明

強度	定義	說明
1	等重要 (Equal Intensity)	兩者對達到目標有相等重要性
3	稍重要 (Weak Intensity)	依經驗認定比他項略微重要
5	頗重要 (Strong Intensity)	依經驗肯定比他項更為重要
7	證實很重要 (Demonstrated Intensity)	舉出實例證指標之一較為重要
9	絕對重要 (Absolute Intensity)	有足夠證據肯定絕對最重要

2, 4, 6, 8 介於兩者間之強度

資料來源：Saaty, 1980; 王乃弘, 1999

表十一、比對矩陣

	E_1	E_2	E_3	...	...	...	E_n
E_1	1	a_{12}	a_{13}	...	...	...	a_{1n}
E_2	a_{21}	1	a_{23}	...	...	...	a_{2n}
E_3	a_{31}	a_{32}	1	...	...	...	...
...
...
...
E_n	a_{n1}	a_{n2}	a_{n3}	...	...	...	1

資料來源：Saaty, 1980; 王乃弘, 1999

第四章 研究結果

本研究參考國內外相關之指標與文獻，首先擬定了西醫基層總額支付制度草案，並於九十一年 10 月與 12 月及九十二年 1 月及 3 月分別舉辦專家座談會，經過與會之專家學者討論後，將修正過後之績效指標列於附錄二。

一、西醫基層總額支付制度績效指標項目

本研究在所訂定的指標中包含的項目如下：

- 分類：將指標依其內容、實行的可行性等因素，細分為三種指標，包含常規性指標、階段性重點指標、參考性指標。其中常規性指標泛指該指標之內容有必要長期監測並觀察其趨勢之指標；階段性指標泛指該指標內容只限於目前需要瞭解或為階段性政策鼓勵之相關項目，因而有必要於此階段加以監測；參考性指標為該指標確實有存在之必要，然而在現實狀況執行有困難或各界對此指標意見分歧，因而列為參考性指標。
- 指標：績效指標之名稱。
- 說明：該指標之定義、說明或計算公式。
- 目標值：好的指標的訂定，需要有基準或標準的參考值，作為績效之評估參考。本研究鑒請中央健保局協助進行資料庫分析，作為討論之依據。
- 重要性：指該指標用來評估西醫基層總額支付制度之績效的重要程度。
- 困難度：衡量每一指標監測或資料收集的困難度。
- 介入性：該指標的監測對於未來衛生主管機關或相關基層醫療機構能夠有效地採取措施而加以改善之程度。

- 監測頻率：每一指標監測的時間範圍，例如以季或年為單位。由於不同指標所反應之情況，其數據穩定性不同，有些數據於一年內變化不大，有些一年可能多變，因此，每一指標監測的時間頻率不同。
- 資料來源：指收集該指標數據之負責單位。
- 資料蒐集方法：將該指標的資料取得來源分為初級資料(Primary data) 與次級資料(Secondary data)。初級資料(Primary data)指平時健保相關單位未收集的相關數據，需另行收集；次級資料(Secondary data)，即平時健保相關單位已有收集的相關資料，或必須加以計算或重新串檔才能獲得所需的數據。問卷調查即屬初級資料，該資料必須透過問卷調查才能獲得資訊。
- 監測範圍：每一指標監測的地區，包含各個總額分區或全國性。

監測指標共分為六大構面，包括保險對象就醫權益、專業醫療服務品質指標、醫療效率指標、均衡醫療資源指標、預防保健指標、各區西醫基層執行委員會執行指標，共 71 項指標。保險對象就醫權益主要考量民眾就醫時的可近性、方便性與醫療費用的增減，以保障總額之後民眾的就醫權益；專業醫療服務品質主要是評核醫師所提供的服務，包括給藥狀況、藥品品項等醫療專業服務，監測醫療服務品質是否提昇；醫療效率指標監測醫療費用、醫療資源的使用情形等，以達到總額支付制度控制醫療費用之目的；總額支付制度以專款專用的支付方式鼓勵醫師往資源較缺乏的地區提供醫療服務，因此本指標定有均衡醫療發展指標監測醫療人力資源的分佈與費用使用狀況；西醫基層總額開辦初期，以目標制的支付方式鼓勵基層醫師多提供預防保健之服務，藉由平時的保健來減少疾病的發生，因此本研究針對預防保健訂定相關指標以監測預防保健的提供與利用情形；總額實施之後最重要的就是『協商』的機制與『專業自主權的提昇』，然而

這個負責協商的團體—執行委員會的運作是否達到我們所預期的目標，亦或只是分割總額的大餅，因此訂定了執委會執行指標。

二、西醫基層總額支付制度績效指標專家會議

本研究在參考國內相關指標，訂定了指標草案，並召開了四次的專家座談會，與會的人員包括了學界、基層醫師及消費者代表，會中對於指標的定義與意義提出了許多意見與建議，基層醫師更提出了許多關於資料收集時實務上的困難與可行性的建議，茲將此四次座談會中所提到各指標的修正或建議意見整理如下：

- 績效指標訂定時，除了目前資料可收集到的部分應加入外，對於目前並未有資料可監測或資料蒐集較困難的指標亦應加入，可作為政策未來的方向。同時，指標的重要性可以予以加權，計算其權重，並應將政策介入的可行性列入考慮。
- 對於民眾自付額的部分，應明確定義自付額的內容，但資料蒐集上有實際上的困難，因健保申報及資料庫上並沒有完整資料，必須藉由問卷調查才能獲得相關資訊，但是民眾對於其所付出的金額究竟是部分負擔或掛號費等並不完全清楚，因此建議指標必須以問卷才能獲得的部分簡化，以達到指標監測的意義。
- 指標『不當用藥案件數』，若採用衛生署公告之“西醫基層總額支付制度醫療服務品質指標監測值”公告之不當用藥案件數之計算公式不準確，因為該定義比較粗糙，範圍較大，並不容易監測出真正的不當用藥的案件，因此建議針對特定疾病，如：糖尿病，其臨床症狀較為確定的疾病作為監測項目，未來再逐步往其他疾病努力。

- 指標『抗生素使用率』，若當地或某一季節有流行性或傳染性疾病，或某種必須用抗生素治療之疾病例如結膜炎，則抗生素之使用率必然提昇，但抗生素使用率之所以必須監控，其原因在於不必使用抗生素治療的疾病卻使用抗生素治療，因此建議選擇一種較普遍的疾病，明確定義以作為監測指標，最後決定以『上呼吸道感染者抗生素使用率』作為指標，以達到監測之目的。
- 流感疫苗利用率：由於政府每年視經費與疫苗的數目決定流感疫苗免費施打的標準，因此應定義為合格施打流感疫苗之人數的利用情形，同時對於每年的標準不同提出校正方式。
- 處方箋釋出率：由於政府強力要求醫療院所應釋出處方箋，表面上看起來效果來不錯，然而，處方釋出後，藥局藥師有無盡到藥師再次確認處方的責任及是否有詳細解釋藥品禁忌及注意事項，值得留意。有關處方箋釋出率之問題，基層診所為了因應處方箋釋出之政策，不少診所有“門前藥局”之設立，似乎降低了處方箋釋出的意義。
- 過去由於支付制度的不適當，變相鼓勵醫師不斷的看診，然而，醫療技術日新月異，醫師及相關人員亦應有一定的進修時數，提昇自我的專業或相關知識，因次除了了解醫師繼續進修的時數外，醫師進修之比例亦有了解之必要。
- 總額目標制之下設有多項鼓勵醫師前往資源較為不足的地區提供醫療服務，然而此部份的資源應用情形如何，亦應加以瞭解或監控。
- 總額支付制度實施後，負責執行的執委會肩負至少數十億元的健保費用，因此，執委會的運作模式與執行情形及其所屬成員對執委會的滿意度亦非常重要，應將其相關指標列入此績效指標當中，作為未來之參考依據。

- 由於西醫基層有許多為聯合診所，若監測醫師的看診天數，可能會失真，因此建議將『醫師平均每週看診天數』變更為『診所平均每週看診天數』。
- 『民眾對處方箋解釋之滿意度』原定義為民眾對於診所醫師或藥師的處方箋內容解釋滿意度，由於醫藥分業及兼顧藥師之功能，因此建議細分為“醫師對處方的解釋滿意度”及“藥師對處方箋的解釋滿意度”，同時改為階段性指標，以監測目前政策鼓勵釋出處方箋之成效。
- 因為目前尚未訂有糖尿病的治療指引，因此建議將『糖尿病用藥不適當性之比率』改為參考性指標，等未來有治療指引後再考慮變更為常規指標。
- 『制酸劑重複使用率』建議將其定義為：同一處方箋制酸劑重複使用之處方箋張數/處方箋總張數，以監測醫師處方的品質作為用藥不適當之指標。
- 由於各界對於民眾的任意就醫(Doctor Shopping)及醫師是否誘導民眾重複回診的問題感到關心，然而在大部分的情形下很難去監測，因此建議將複診率定義為一般常見的感冒或病毒感染等疾病，例如上呼吸道疾病複診率作初步的了解與監控。
- 因合格施打感疫苗的標準每年會因經費不同來作調整，建議將『合格施打流感疫苗的利用率』之說明改為『施打流感疫苗人數/合格施打流感疫苗人數』。
- 因專業審查異常的定義有困難，建議以『申覆補付率：申覆後獲得核付的案件數/申覆的案件數』，與『爭審的撤銷率：爭議審議撤銷案件數/爭議審議的案件數』來替代專業審查異常個案的減少率。

三、西醫基層總額支付制度績效指標

在專家座談會確定指標項目與內容後，本研究邀請曾參與座談會的專家學者共 15 位，以郵寄問卷的方式，針對指標的重要性、困難度與介入性分別給予 1~5 分數之評估，其中重要性越高、困難性越高的指標分數越高，而政策越容易介入的指標，介入性的分數越高，其結果如附錄三、附錄四、附錄五、附錄六。此外，亦針對重要性的部分，利用分析層級程序法，將指標兩兩比較，分析其相對權重，所得結果如附錄七。

由於本研究所建構之指標多達六個構面、71 項指標，用來衡量西醫基層總額支付制度之績效難免失之枝節，因此本研究考慮指標重要性之分佈與精簡指標後之數目，決定以重要性 3.7 分為臨界點，作為指標刪減依據，最終用以衡量西醫基層總額支付制度之績效指標，共六大構面 42 指標，利用所得之指標分別計算其困難性、介入性、及相對權重，其結果如表十二、表十三、表十四、表十五、表十六。

在重要性的部分(表十三)，“保險對象就醫權益指標”平均得分為 4.12，最高的為『民眾門診滿意度』與『民眾對病情解釋的滿意度』分數高達 4.60 與 4.53 分，其次為『基層診所醫師成長率』、『診所開立藥品明細比率』、『申訴成案件數』。“專業醫療服務品質指標”之平均值為 3.99，被認為最重要的為『上呼吸道感染者抗生素使用率』，其次『醫師平均繼續教育時數』、『糖尿病用藥不適當性之比率』、『每位病人平均看診時間』其得分亦在 4 分以上。“醫療效率指標”中平均重要性為 3.92，被認為最重要用來衡量績效指標的是『基層診所就醫人數占率』，其次為『基層診所就醫人次占率』與『剖腹產率』。在“均衡醫療發展指標”中平均為 4.28，其中，『鄉鎮醫師服務人口數之分佈』與『資源缺乏地區醫師成長率』的得分最高(4.33)，被認為最重要。

“預防保健指標”中平均為 3.98，『子宮頸抹片利用率』重要性得分最高(4.20)。“執委會指標”中平均為 3.95，其中，『專業品質指標未達目標值之改善狀況』得分最高(4.20)，其次為『臨床治療指引建立案數』得分為 4.00。

在困難度的部分其分數普遍都不高(表十四)，代表指標的資料蒐集與執行的困難度並不高。六個構面中，以“各區總額執行委員會執行成效指標”的困難性最高，平均 2.74 分。在所有指標中，被認為最困難的包括『糖尿病用藥不適當性之比率』的 3.60 分、『病患轉診率』的 3.43 分以及『每位病人平均看診時間』的 3.40 分。

在介入性的部分(表十五)，其介入性平均值大約都在 3.1~3.6 之間，可見六個構面的介入程度差異不大，整體看來，最容易介入改善的構面為“預防保健指標”，若單看指標，『開立就醫收據比率』、『醫師平均繼續教育時數』以及『藥袋載明藥品名稱、劑量、用藥禁忌之比率』的介入性分數最高，代表著該項目最容易藉由政策的制訂而介入達到改善的目的。而介入性最低的有『病患轉診率』、『每位病人平均看診時間』及『基層診所成長率』。

最後是指標重要性相對權重的部分，本研究之績效指標分六個構面，經過專家學者的討論後，每一構面皆有其重要性，因此不比較構面間的權重，故設定其權重相同，只比較同一構面中指標的相對重要性。指標權重之評估，將來可提供各構面指標整體成效之比較，此為單純只對指標重要性之評估所無法達到之效果。在“保險對象就醫權益指標”中權重最重的為『民眾門診滿意度』(13.06%)及『民眾對病情解釋的滿意度』(12.46%)。在“專業醫療服務品質指標”中，權重最重的為『糖尿病用藥不適當性之比率』(24.27%)與『每位病人平均看診時間』(20.25%)。然而在“醫療效率指標”因指標較多，其權重差異並不大，以『基層就醫人次占率』權重最重(11.96%)。在“均衡醫療發展指標”上，『醫療資源分佈均衡指標』權重最重，約為 32.96%。“預防保健指

標” 權重最重的為『子宮頸抹片利用率』(43.28%)。最後在“執委會執行成效指標”中，『臨床治療指引建立案數』(24.94%)與『專業品質指標未達目標值之改善狀況』(21.44%)的權重最重(表十六)。

表十二、西醫基層總額支付制度績效指標-精簡版

分類 ¹	項次	指標	說明	目標值 ²	重要性 ³	困難度 ⁴	介入性 ⁵	監測頻率	資料來源	資料集方法	監測範圍	
	A	保險對象就醫權益										
常規	1	基層診所成長率	基層診所成長數/前一期診所數	2.03%	3.93	1.27	2.73	每年	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	2	基層診所醫師成長率	醫師成長數/前一期醫師數	6.92%	4.20	1.33	2.93	每年	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	3	診所每日平均門診時間	每家診所平均每日看診時間	8hr/天	3.73	3.07	3.07	每半年	健保局	問卷資料	全國/分區	
常規	4	診所平均每週看診天數	每家診所平均每週看診天數		4.13	2.20	3.80	每半年	健保局	問卷資料	全國/分區	
常規	5	民眾門診滿意度	民眾滿意度調查各項總分 門診滿意度調查各項平均加總/門診滿意度調查各項總分	96.8%	4.60	2.53	4.20	每季	健保局	問卷資料	全國/分區	
常規	6	民眾對病情解釋的滿意度	民眾對於診所醫師病情解釋的滿意度	97.9%	4.53	2.53	3.07	每年	健保局	問卷資料	全國/分區	
常規	7	平均每次自付費用	平均每人每次自行付費的部分(掛號費+部分負擔+自費部分)		4.07	3.33	3.07	每年	健保局	問卷資料	全國/分區	
常規	8	申訴成案件數	民眾向衛生署、健保局、消基會等申訴檢舉基層院所成案件數		4.20	2.40	3.20	每半年	衛生署、健保局、消基會	次級資料	全國/分區	
常規	9	基層診所開立藥品明細比率	開立藥品明細家數/診所總數		4.20	2.27	3.20	每季	健保局	問卷調查	全國/分區	
階段	10	民眾對醫師處方解釋之滿意度	民眾對於醫師的處方內容解釋滿意度	醫師96% 病人70%	4.13	2.87	2.93	每年	健保局	問卷調查	全國/分區	
階段	11	民眾對藥師處方箋解釋之滿意度	民眾對於藥師的處方箋內容解釋滿意度		3.80	2.80	3.13	每年	健保局	問卷調查	全國/分區	

表十二、西醫基層總額支付制度績效指標-精簡版(續一)

分類	項次	指標	說明	目標值	重要性	困難度	介入性	監測頻率	資料來源	資料蒐集方法	監測範圍
A 保險對象就醫權益(續)											
階段	12	藥袋載明藥品名稱、劑量、用藥禁忌之比率	藥袋有載明藥品名稱、劑量的診所家數/總診所家數		4.13	2.60	2.93	每季	健保局	問卷調查	全國/分區
階段	13	開立就醫收據比率	有開立就醫收據的家數/總診所家數		3.93	2.40	3.67	每季	健保局	問卷調查	全國/分區
B 專業醫療服務品質指標											
常規	1	用藥日數重複率	用藥重複日數/處方總日數	14.46%	3.93	2.33	3.33	每季	健保局	次級資料	全國/分區
常規	2	上呼吸道感染者抗生素使用率	上呼吸道感染抗生素案件數/上呼吸道感染開藥總件數	18.80	4.20	2.33	3.33	每季	健保局	次級資料	全國/分區
常規	3	醫師平均繼續教育時數	醫師繼續教育總時數/有參加繼續教育的醫師總數	24hr/年	4.00	2.47	3.87	每年	全聯會	次級資料	全國/分區
常規	4	醫師進修人數比率	有參加繼續教育的醫師數/總醫師數	≤13.51%	3.80	2.33	3.47	每季	健保局	次級資料	全國/分區
參考	5	糖尿病用藥不適當性之比率	糖尿病用藥不適當處方數/糖尿病處方數	5min	4.00	3.60	3.27	每季	健保局	次級資料	全國/分區
參考	6	每位病人平均看診時間	醫師總看診時間/總就醫人次		4.00	3.40	2.67	每年	全聯會	次級資料	全國/分區

註：以上指標若未特別說明，其所指均為西醫基層醫療院所醫師所實施之治療或處置。

1 常：常規指標、階：階段性重點指標、參：參考性指標。

2 目標值：績效指標之參考範圍或預期目標。

3 重要性：為區別每一指標的重要程度不同，分別給予1-5分，其中1分指非常不重要、5分指非常重要。

4 困難度：指該指標的監測困難度與資料取得的困難程度；分別給予1-5分，其中1分指非常不困難、5分指非常困難。

5 介入性：代表該指標利用政策或其他方案介入改善的程度；分別給予1-5分，其中1分指完全不具介入性、5分指可完全介入。

表十二、西醫基層總額支付制度績效指標-精簡版(續二)

分類	項次	指標	說明	目標值	重要性	困難度	介入性	監測頻率	資料來源	資料集方法	監測範圍	
	C	醫療效率指標										
常規	1	基層診所就醫人數占率	基層門診總就醫人數 ⁶ /總門診就醫人數		4.13	1.40	3.00	每年	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	2	基層診所就醫人次占率	基層門診總就醫人次/總門診就醫人次	63.10%	4.07	1.40	2.93	每季	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	3	處方箋釋出率	處方箋釋出張數/處方箋總張數	25.27%	3.87	1.53	3.33	每季	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	4	藥費占率	總藥費/總醫療費用	23.91%	3.87	1.67	3.33	每季	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	5	慢性病藥費占率	慢性病總藥費/總藥費	59.20%	3.87	1.40	3.40	每季	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	6	平均每人每次藥費	總藥費/總就醫人次	113.1	3.80	1.47	3.60	每季	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	7	平均每日藥費	總藥費/總開藥日數	27.3	3.80	1.47	3.60	每季	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	8	剖腹產率	剖腹產案件數/生產案件數		4.07	1.67	3.47	每季	健保局	次級資料	全國/分區	
階段	9	門診手術案件成長率	(每年實施門診手術案件數-前一年實施門診手術案件數)/前一年實施門診手術案件數		3.93	1.53	3.53	每年	健保局	次級資料	全國/分區	
階段	10	論病例計酬案件成長率	(每年實施論病例計酬案件數-前一年實施論病例計酬案件數)/前一年實施論病例計酬案件數		3.80	1.40	3.53	每年	健保局	次級資料	全國/分區	
參考	11	病患轉診率	轉診人次 ⁷ /總人次		3.93	3.43	2.64	每年	健保局	次級資料	全國/分區	

⁶ 基層總就醫人數：所有曾於基層就診之人數，無論其是否曾於醫院就診。

⁷ 轉診人次：指轉出至醫院之人次

表十二、西醫基層總額支付制度績效指標-精簡版(續三)

分類	項次	指標	說明	目標值	重要性	困難度	介入性	監測頻率	資料來源	資料蒐集方法	監測範圍	
	D	均衡醫療發展指標										
常規	1	鄉鎮醫師服務人口數之分佈	醫師數與服務人口數比在 1000 以下、1001~2000、2001~3000、3001~4000 與 4001 以上的鄉鎮數		4.33	1.87	3.00	每年	衛生署	次級資料	全國	
階段	2	資源缺乏地區醫師看診數成長率	資源缺乏地區醫師診數成長量 ⁸ /前一期總診數		4.20	2.33	3.47	每年	健保局、執委會	次級資料	分區	
階段	3	資源缺乏地區醫師成長率	資源缺乏地區(駐診+支援)醫師成長數/前一期醫師數 ⁹		4.33	1.87	3.27	每年	健保局、執委會	次級資料	全國	
階段	4	醫療資源分佈均衡指標	以基尼指標衡量醫師分佈情形(以鄉鎮為單位)		4.27	2.07	2.93	每年	衛生署、研究單位	次級資料		

8 資源缺乏區之定義：依據“基層醫師至醫療資源缺乏地區服務獎勵措施實施方案”之定義，每位西醫師服務投保人口數大於 4000 人之鄉鎮。

9 為避免因資源缺乏區域每年些許的變化，該項指標將監測前一年的所有資源缺乏區之醫師數與新一年度資源缺乏區的醫師數未來可做相同基準之比較。例如去年資源缺乏區有 34 個鄉鎮，而今年只有 30 個鄉鎮則我們將分別監測去年初 34 鄉鎮的醫師數、今年初比 34 鎮之醫師數及今年初仍列為資源缺乏區的 30 個鄉鎮的醫師數，以作為明年比較之基準。

表十二、西醫基層總額支付制度績效指標精簡版(續四)

分類	項次	指標	說明	目標值	重要性	困難度	介入性	監測頻率	資料來源	資料蒐集方法	監測範圍	
	E 預防保健指標											
常規	1	子宮頸抹片利用率	合格受檢對象利用次數/子宮頸抹片合格受檢人數	14.7%	4.20	1.67	3.47	每年	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	2	兒童預防保健利用率	合格受檢對象利用次數 / [(一歲以下人數)*4+(一歲至未滿三歲)/2+(三歲至未滿四歲人數)]	47.6%	4.00	1.67	3.67	每年	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	3	成人保健利用率	合格受檢對象利用次數/成人預防保健合格受檢人數	25.0%	3.73	1.47	3.47	每年	健保局	次級資料	全國/分區	
	F 西醫基層總額執行成效指標											
常規	1	臨床治療指引建立案數	完成臨床治療指引建立的項數		4.00	2.27	3.20	每年	執委會	次級資料	全國	
常規	2	健康促進與預防保健活動場次	舉辦健康促進或醫學講座相關之活動場次		3.87	2.36	3.71	每年	執委會	次級資料	全國/分區	
常規	3	基層醫師對全聯會在西醫基層總額支付制度下的運作模式滿意度	依據健保局委託專業機構調查之結果		3.73	2.33	2.87	每年	執委會	問卷調查	全國/分區	
階段	4	擬定異常個案指標之建立情形	是否有擬定異常個案之定義與指標		3.93	2.53	3.53	每年	執委會	次級資料	全國	
階段	5	專業品質指標未達目標值之改善狀況	未達品質確保方案目標值有改善件數/未達品質確保方案目標值件數		4.20	3.13	2.87	每季	執委會	次級資料	全國/分區	

表十三、指標重要性評分

項次	指 標	平均(標準差)
A	保險對象就醫權益	4.12
A5	民眾門診滿意度	4.60(0.61)
A6	民眾對病情解釋的滿意度	4.53(0.72)
A2	基層診所醫師成長率	4.20(0.83)
A9	基層診所開立藥品明細比率	4.20(0.83)
A8	申訴成案件數	4.20(0.65)
A12	藥袋載明藥品名稱、劑量、用藥禁忌之比率	4.13(0.88)
A10	民眾對醫師處方解釋之滿意度	4.13(0.81)
A4	診所平均每週看診天數	4.13(0.62)
A7	平均每次自付費用	4.07(1.12)
A13	開立就醫收據比率	3.93(1.12)
A1	基層診所成長率	3.93(0.85)
A11	民眾對藥師處方箋解釋之滿意度	3.80(0.83)
A3	診所每日平均門診時間	3.73(0.68)
B	專業醫療服務品質指標	3.99
B2	上呼吸道感染者抗生素使用率	4.20(0.65)
B3	醫師平均繼續教育時數	4.00(0.63)
B5	糖尿病用藥不適當性之比率	4.00(0.82)
B6	每位病人平均看診時間	4.00(1.03)
B1	用藥日數重複率	3.93(0.93)
B4	醫師進修人數比率	3.80(0.83)
C	醫療效率指標	3.92
C1	基層診所就醫人數占率	4.13(1.09)
C2	基層診所就醫人次占率	4.07(1.18)
C8	剖腹產率	4.07(1.18)
C9	門診手術案件成長率	3.93(1.06)
C11	病患轉診率	3.93(1.10)
C3	處方箋釋出率	3.87(1.15)
C4	藥費占率	3.87(1.09)
C5	慢性病藥費占率	3.87(0.88)
C6	平均每人次藥費	3.80(0.83)
C7	平均每日藥費	3.80(0.91)
C10	論病例計酬案件成長率	3.80(1.22)
D	均衡醫療發展指標	4.28
D1	鄉鎮醫師服務人口數之分佈	4.33(0.70)
D3	資源缺乏地區醫師成長率	4.33(0.79)
D4	醫療資源分佈均衡指標	4.27(0.77)
D2	資源缺乏地區醫師看診數成長率	4.20(0.98)

表十三、指標重要性評分(續)

項次	指標	平均(標準差)
E	預防保健指標	3.98
E1	子宮頸抹片利用率	4.20(0.98)
E2	兒童預防保健利用率	4.00(1.03)
E3	成人保健利用率	3.73(1.00)
F	各區西醫基層總額執行委員會執行成效指標	3.95
F5	專業品質指標未達目標值之改善狀況	4.20(0.91)
F1	臨床治療指引建立案數	4.00(0.97)
F4	擬定異常個案指標之建立情形	3.93(0.85)
F2	健康促進與預防保健活動場次	3.87(0.96)
F3	基層醫師對全聯會在西醫基層總額支付制度下的運作模式滿意度	3.73(1.00)

表十四、指標困難性評分

項次	指 標	平均(標準差)
A	保險對象就醫權益	2.43
A7	平均每次自付費用	3.33(1.25)
A3	診所每日平均門診時間	3.07(1.06)
A10	民眾對醫師處方解釋之滿意度	2.87(0.96)
A11	民眾對藥師處方箋解釋之滿意度	2.80(1.05)
A12	藥袋載明藥品名稱、劑量、用藥禁忌之比率	2.60(0.95)
A5	民眾門診滿意度	2.53(0.88)
A6	民眾對病情解釋的滿意度	2.53(0.96)
A8	申訴成案件數	2.40(1.25)
A13	開立就醫收據比率	2.40(1.02)
A9	基層診所開立藥品明細比率	2.27(1.06)
A4	診所平均每週看診天數	2.20(0.98)
A2	基層診所醫師成長率	1.33(0.60)
A1	基層診所成長率	1.27(0.57)
B	專業醫療服務品質指標	2.74
B5	糖尿病用藥不適當性之比率	3.60(1.36)
B6	每位病人平均看診時間	3.40(1.25)
B3	醫師平均繼續教育時數	2.47(1.31)
B1	用藥日數重複率	2.33(1.19)
B2	上呼吸道感染者抗生素使用率	2.33(1.14)
B4	醫師進修人數比率	2.33(1.01)
C	醫療效率指標	1.67
C11	病患轉診率	3.43(1.45)
C4	藥費占率	1.67(0.87)
C8	剖腹產率	1.67(0.70)
C3	處方箋釋出率	1.53(0.62)
C9	門診手術案件成長率	1.53(0.72)
C6	平均每人次藥費	1.47(0.62)
C7	平均每日藥費	1.47(0.62)
C1	基層診所就醫人數占率	1.40(0.49)
C2	基層診所就醫人次占率	1.40(0.49)
C5	慢性病藥費占率	1.40(0.61)
C10	論病例計酬案件成長率	1.40(0.61)
D	均衡醫療發展指標	2.04
D2	資源缺乏地區醫師看診數成長率	2.33(1.35)
D4	醫療資源分佈均衡指標	2.07(1.10)
D1	鄉鎮醫師服務人口數之分佈	1.87(0.96)
D3	資源缺乏地區醫師成長率	1.87(1.02)

表十四、指標困難性評分(續)

項次	指 標	平均(標準差)
E	預防保健指標	1.60
E1	子宮頸抹片利用率	1.67(0.70)
E3	成人保健利用率	1.67(0.79)
E2	兒童預防保健利用率	1.47(0.50)
F	各區西醫基層總額執行委員會執行成效指標	2.52
F5	專業品質指標未達目標值之改善狀況	3.13(1.26)
F4	擬定異常個案指標之建立情形	2.53(1.09)
F2	健康促進與預防保健活動場次	2.36(1.23)
F3	基層醫師對全聯會在西醫基層總額支付制度下的運作 模式滿意度	2.33(0.60)
F1	臨床治療指引建立案數	2.27(1.18)

表十五、指標介入性評分

項次	指 標	平均(標準差)
A	保險對象就醫權益	3.23
A13	開立就醫收據比率	4.20(0.65)
A12	藥袋載明藥品名稱、劑量、用藥禁忌之比率	3.80(0.65)
A9	基層診所開立藥品明細比率	3.67(1.01)
A4	診所平均每週看診天數	3.20(1.05)
A5	民眾門診滿意度	3.20(1.17)
A7	平均每次自付費用	3.13(1.26)
A2	基層診所醫師成長率	3.07(1.34)
A3	診所每日平均門診時間	3.07(1.06)
A11	民眾對藥師處方箋解釋之滿意度	3.07(0.93)
A6	民眾對病情解釋的滿意度	2.93(1.28)
A8	申訴成案件數	2.93(1.18)
A10	民眾對醫師處方解釋之滿意度	2.93(1.00)
A1	基層診所成長率	2.73(1.48)
B	專業醫療服務品質指標	3.32
B3	醫師平均繼續教育時數	3.87(0.81)
B4	醫師進修人數比率	3.47(1.09)
B1	用藥日數重複率	3.33(1.25)
B2	上呼吸道感染者抗生素使用率	3.33(1.25)
B5	糖尿病用藥不適當性之比率	3.27(1.06)
B6	每位病人平均看診時間	2.67(1.30)
C	醫療效率指標	3.31
C6	平均每人次藥費	3.60(1.14)
C7	平均每日藥費	3.60(1.14)
C9	門診手術案件成長率	3.53(1.02)
C10	論病例計酬案件成長率	3.53(1.09)
C8	剖腹產率	3.47(1.15)
C5	慢性病藥費占率	3.40(1.08)
C3	處方箋釋出率	3.33(1.19)
C4	藥費占率	3.33(1.19)
C1	基層診所就醫人數占率	3.00(1.15)
C2	基層診所就醫人次占率	2.93(1.12)
C11	病患轉診率	2.64(1.17)
D	均衡醫療發展指標	3.17
D2	資源缺乏地區醫師看診數成長率	3.47(0.96)
D3	資源缺乏地區醫師成長率	3.27(1.12)
D1	鄉鎮醫師服務人口數之分佈	3.00(1.10)
D4	醫療資源分佈均衡指標	2.93(1.22)

表十五、指標介入性評分(續)

項次	指 標	平均(標準差)
E	預防保健指標	3.54
E2	兒童預防保健利用率	3.67(0.94)
E1	子宮頸抹片利用率	3.47(1.02)
E3	成人保健利用率	3.47(0.96)
F	各區西醫基層總額執行委員會執行成效指標	3.24
F2	健康促進與預防保健活動場次	3.71(1.22)
F4	擬定異常個案指標之建立情形	3.53(0.96)
F1	臨床治療指引建立案數	3.20(1.28)
F3	基層醫師對全聯會在西醫基層總額支付制度下的運作 模式滿意度	2.87(0.88)
F5	專業品質指標未達目標值之改善狀況	2.87(1.26)

表十六、指標重要性相對權重

編號	指標名稱	權重
A	保險對象就醫權益指標	100.0
A5	民眾門診滿意度	13.06
A6	民眾對病情解釋的滿意度	12.46
A10	民眾對醫師處方解釋之滿意度	9.54
A12	藥袋載明藥品名稱、劑量、用藥禁忌之比率	9.15
A7	平均每次自付費用	8.33
A11	民眾對藥師處方箋解釋之滿意度	8.16
A13	開立就醫收據比率	8.15
A9	基層診所開立藥品明細比率	7.93
A8	申訴成案件數	6.66
A4	診所平均每週看診天數	5.21
A2	基層診所醫師成長率	4.39
A3	診所每日平均門診時間	3.75
A1	基層診所成長率	3.21
B	專業醫療服務品質指標	100.0
B5	糖尿病用藥不適當性之比率	24.27
B6	每位病人平均看診時間	20.25
B2	上呼吸道感染者抗生素使用率	16.23
B3	醫師平均繼續教育時數	14.58
B1	用藥日數重複率	12.86
B4	醫師進修人數比率	11.81
C	醫療效率指標	100.0
C2	基層診所就醫人次占率	11.96
C11	病患轉診率	10.93
C9	門診手術案件成長率	10.25
C8	剖腹產率	10.21
C7	平均每日藥費	9.11
C1	基層診所就醫人數占率	9.07
C6	平均每人次藥費	8.47
C10	論病例計酬案件成長率	8.45
C4	藥費占率	7.89
C5	慢性病藥費占率	7.34
C3	處方箋釋出率	7.32
D	均衡醫療發展指標	100.0
D4	醫療資源分佈均衡指標	32.96
D2	資源缺乏地區醫師看診數成長率	22.86
D3	資源缺乏地區醫師成長率	22.15
D1	鄉鎮醫師服務人口數之分佈	22.04

表十六、指標重要性相對權重(續)

編號	指標名稱	權重
E	預防保健指標	100.0
E1	子宮頸抹片利用率	43.28
E2	兒童預防保健利用率	33.03
E3	成人保健利用率	23.69
F	西醫基層總額執行委員會執行成效指標	100.0
F1	臨床治療指引建立案數	24.94
F5	專業品質指標未達目標值之改善狀況	21.44
F3	基層醫師對全聯會在西醫基層總額支付制度下的運作模式滿意度	20.91
F4	擬定異常個案指標之建立情形	20.44
F2	健康促進與預防保健活動場次	12.26

第五章 討論

本章共分為兩大部分：第一部份為本研究之結果提出進一步的討論，第二部分則說明本研究之研究限制。

一、研究結果之討論

在此部份共分為二大部分，第一部份為本研究所發展之西醫基層總額支付制度績效指標，第二部份為績效指標的重要性、困難度介入性的綜合討論。

(一)西醫基層總額支付制度績效指標

本研究所建立之績效指標中，共分為六大構面共 42 項指標，並逐項評估指標的重要性、資料收集及執行的困難度及政策介入可改善程度，茲就六大構面逐一加以探討：

1. 保險對象就醫權益指標：除了結構性的指標如基層診所成長率、醫師成長率、診所門診天數等等外，同時兼顧民眾就醫時的自付費用及民眾就醫時的滿意度、醫師對病情及處方解釋的滿意度。除了結構面需要監測外，在過程面及結果面也納入考量。又民眾對醫師及藥師處方箋之解釋的滿意度、開立就醫收據比率，希望藉由階段性的績效衡量，利用政策及民眾的滿意度等方法，養成醫師、藥師及民眾的就醫習慣，爾後或可改為參考性指標；而藥袋載明藥品名稱、劑量、用藥禁忌指標，礙於要求基層醫師投入成本以達成此目標的可能性較低，但此指標卻又有存在以保障民眾知的權益的必要，因此暫列為階段性指標。
2. 專業醫療服務品質指標：此構面主要衡量醫師在其專業醫療上，是否提供適當的服務，包括上呼吸道感染者抗生素的使用率用來衡量醫師是否提供不當的醫療服務。此外監測醫師的繼續教育時數及人數，衡量醫師

是否持續進修，目前醫師公會或相關單位雖有舉辦相關的繼續教育與講習等，然而教育之內容是否適當、是否符合基層醫師對內容的期望等非常重要，另外繼續教育是否落實，更是關鍵，因為目前許多繼續教育有流於形式之情形，因此確實落實繼續教育講習並且全程參與才是最重要的。

在專業醫療服務品質指標構面中共有二項指標定為參考性指標，如糖尿病的用藥不適當性比例，主要是因為糖尿病治療指引尚未訂定，為了避免爭議，故暫時列於參考性指標。至於每位病人看診時間之指標，因為醫師的執醫習慣，普遍存在看診時間短於 5 分鐘，因此本研究希望能藉由此指標，監測民眾就醫時的看診品質，然此指標數據之收集並不容易，因此暫列為參考性指標。

3. 醫療效率指標：過去研究有關指標性之研究多注重品質面，本研究除了重視醫療品質以外，更重視效率面問題，希望藉由資源的有效運用，達到總額支付制度控制費用並且有效率的運用資源之目的。西醫基層總額實施的主要目的之一是希望能有效控制醫療費用的成長，因此，此構面以各項醫療費用佔率來衡量醫療費用的支出是否有異於常理。

其中，階段性指標—門診手術及論病例計酬為政策性為了降低醫療費用與提高醫療效率，所提出的鼓勵政策，實施初期定為總額支出目標制，而後又變更為總額支出上限制中的優先項目，且此兩項目的疾病數每年不同，因此將其定為階段性指標。比較值得我們注意的病患轉診率問題，在健保法中雖有明定就醫應透過轉診，然因國情及民眾就醫習慣等因素，轉診在國內仍無法成功推動，目前雖有小規模的醫院轉診情形，然而卻無相關的統計資料可作為衡量的標準，因此將其歸為參考性指標。同時，目前(民國 92 年)台灣正因為 SARS 病情的蔓延，沒有完善

的轉診制度成為防疫體系的困擾，因為病患任意至醫療院所就診，若病患能透過家庭醫師制度或轉診制度就醫，則防疫更易執行，在此我們更建議健保局能藉由支付制度的改變，改善轉診率，提供民眾利用轉診之誘因，例如透過轉診可降低部分負擔。雖然我們瞭解此指標的重要性，但是，因過去並未執行轉診制度，目前健保局也無資料，所以本研究為了了解台灣不同醫療層級轉診之情形，因此將其列為監測指標。

4. 均衡醫療發展指標：在總額支付制度下，均衡醫療發展為重要目的之一，本研究認為有必要加以監測其執行成效。醫療費用的分配有一部份為專款專用，例如資源缺乏地區鼓勵給付加成，因此本研究將其執行狀況亦納入基層總額支付之績效指標中；其中較重要的是醫療資源分布均衡指標(以基尼指標表示)。

由於過去的研究資料中，對於何謂資源缺乏或飽和，並無明確或一致之定義與說明，費協會雖以每位醫師服務人口超過 4000 人以上的地區為資源缺乏地區，醫療網計劃也以每萬人口一般病床數多於 50 床的為資源過剩地區，WHO 的定義為每位醫師服務超過 1000 人為資源較不足區，但因並不合現實狀況所需。同時，各界對醫療資源之分布均衡並無定論，因此本研究在與各界討論後以鄉鎮醫師服務人口數之分布表示。

5. 預防保健指標：在總額支付制度下，希望能在有限的資源，多作健康的維護，預防重於治療。過去在健保制度下，預防保健一直不受醫療單位所重視，因此，總額支付制度下將預防保健訂為鼓勵政策，此構面內原有 6 項指標，經由重要性評分共篩選出 3 個指標，主要是監測總額目標制之中的預防保健利用情形。因為在監控醫療費用的同時，最應該提昇的正是民眾的健康，預防保健做得好，醫療的利用率自然就會降低，因此本研究訂定了此構面以作為預防保健的績效指標。

6. 西醫基層總額執行委員會執行成效指標：總額支付制度實施後，健保局的角色與功能與以往有很大的差異，其中最主要的包括將醫療支付標準調整的權利及專業審查的工作移交給總額執行委員會。健保局共分為六個分區，執委會亦分為六區，然而執行的情形並不同，執委會對於總額支付制度之成效扮演著很重要的角色。過去由於牙醫與中醫的執行經驗，各區的執委會與總額執行的績效有密切的關係，因此設定指標加以監測，以了解其執行的狀況，因此本研究特訂定此構面之指標，以衡量總額執委會的績效。然在此構面中，仍有『擬定異常個案指標之建立情形』與『專業品質指標未達目標值之改善狀況』等兩項指標，因總額支付制度初期尚無法有足夠的資訊以作為績效衡量的標準，因此將其列為階段性指標。

(二)績效指標之重要性、困難度、與介入性之綜合分析討論

由表十三及表十六中，將指標的重要性與權重合併來看，我們可以發現，重要性指標的得分較高者，其相對權重所得的權重分數亦較高，由此我們可以知道兩份問卷的內部一致性與信度相當高；以下以不同構面來進行綜合分析：

1. 保險對象就醫權益指標：在此構面中重要性得分最高的是『民眾門診滿意度』與『民眾對病情解釋的滿意度』，而權重最重的也是這兩項，而且此兩項的資料收集與執行困難度並不高；此兩項指標在過去關於品質方面之的研究中，也常被列入考量，因此將其列為績效指標應可有效的衡量其績效。而困難性較高的指標為『平均每次自付費用』，該指標的重要性、權重與介入性並不算低，因此若能有效改善資料收集的問題，例如由院所申報民眾每次自付費用，則此指標亦能有效反映民眾在總額支付制度下費用負擔情形。政策介入性最低的是『基層診所成長率』，

然而此指標的重要性頗高，顯示政策是不易改變醫師對執業地點之選擇。

2. 專業醫療服務品質指標：此構面中，最重要的前 3 項指標分別為『上呼吸道感染者抗生素使用率』、『糖尿病用藥不適當性』與『每位病人平均看診時間』，同樣地其權重也是最高的。但是其中『糖尿病用藥不適當性的比率』與『每位病人平均看診時間』的困難度較高，為所有指標中最困難的項目，主要可能是因為資料收集必須透過問卷與繁複的檔案分析，因此有較高的困難，這也充分反映本研究將其列為參考性指標的考慮因素。
3. 醫療效率指標：由於此構面中的指標其重要性與權重非常平均，不過在困難性的部份以『病患診轉率』相對於同一構面之其他指標，有較高的困難性，而其介入性最低，本研究認為除了因為民眾的就醫習慣外，醫師擔心將病患轉診後，病人容易流失，而此時支付制度並未針對醫師的轉診而提供誘因，同時對民眾透過轉診就醫也未提供誘因，造成執行上的困難。又此時台灣正飽受 SARS 疫情的困擾，政府正可將此危機化作轉機，教育民眾分級醫療與轉診的重要性，作為未來落實轉診制度的基石。
4. 均衡醫療發展指標：均衡醫療資源一直都是政府努力的方向，而此構面中的指標，經過篩選後之指標，重要性皆在 4.2 以上，而權重部份以醫療資源分布均衡指標的 32.96%最高，其餘亦皆在 22%左右，顯現所有參加學者皆認為均衡醫療發展是目前應發展的方向。
5. 預防保健指標：在此構面中，各指標的重要性與權重與政府介入的程度並沒有特別的差異；但在困難性的部分，因為合格施打流感疫苗的資格

每年都不同，因此造成了資料收集與比較基準上不同的困難，因此該指標在運用上必須特別留意。

6. 西醫基層總額執行委員會執行成效指標：總額支付制度的執行績效與執委會密切的關係，此構面中各指標的重要性與權重差異不大，然而因為『專業品質指標未達目標值之改善狀況』較難評估，故困難度較高，未來若有類似醫院評鑑或相關的組織或機制針對總額執委會的品質改善狀況作一公正的評估，相信此指標對於總額執行成效會有相當的貢獻。

二、研究限制

本研究所規劃之指標，在選取過程中，雖曾召開數次的專家座談會，然而專家學者的背景、立場不同，因此仍有一些有爭議與不足的地方，有關本研究之研究限制如下：

1. 本研究在規劃初期，僅規劃指標、定義、監測頻率、資料來源等，但在數次的專家座談中，曾討論應可同時將指標的監測值、重要性、困難度、介入性等一併評估，其中重要性、困難度與介入性等已在爾後的專家座談中於本研究中完成；然而在監測值的部分，由於監測值之討論與評估，必須對各指標之現值有初步之了解，因此有許多的資料數據必須來自各相關單位，主要來自中央健保局。由於委請健保局提供相關數據前，必須先將指標確定，再加上本研究中之指標，有不少指標是以往中央健保局並未收集或計算的資料，導致健保局提供所需之數據比較耗時。雖然本研究已委請中央健保局協助資料之提供，但是適逢 SARS 疫情嚴重，健保局雖已進行數個月之資料計算與蒐集，但是仍無法在本研究的執行期間內提供相關數據，對此本研究甚感可惜，必須留待未來執行績效評估時討論與制定。

2. 本研究所訂定之指標，主要之目的為用來評核西醫基層總額支付制度之績效，然而西醫至少包含 18 個專科或次專科，各專科間特性差異頗大，不易於指標中加以區分，尤其是在專業醫療服務品質與醫療效率之指標，其監測值會受不同科別有所影響，但是，若要求符合各科別間之差異性，則無法獲得全面性的績效資訊，同時，也增加指標之複雜化；另外，總額支付制度有關預算之分配並未區分科別，因此，本研究所訂之指標僅就一般西醫基層診所之績效加以評核。
3. 本研究曾試圖蒐集國外對於總額績效之指標，然而其他國家並無類似台灣總額支付制度相似之指標，尤其對於西醫基層指標尚無此方面之研究或報告可供參考，且國外之相關指標大多偏向於醫院內部之績效指標，較不適用於基層醫療服務，以致本研究較缺乏國外相關指標之參考資料。

一、結論

西醫基層總額支付制度的實施，對於醫療產業或民眾而言，皆具有深遠的影響，總額支付制度更避免了基層診所在大型醫院不斷地擴大擠壓下而逐漸萎縮。但是每年一定額度的醫療預算，基層診所對總額支付制度執行成效如何，必須有一套完善的指標予以監測，因此透過本研究制定基本的監測指標以了解西醫基層執行之成效。

本研究透過多次的專家會議討論，建立了“保險對象就醫權益指標”“專業醫療服務品質指標”“醫療效率指標”“均衡醫療發展指標”“預防保健指標”“西醫基層總額執行委員會執行成效指標”等六大構面指標，共 42 項細項指標。並依指標的內容與現實狀況考量將指標的監測頻率，分為每年、每半年或每季，資料來源分為初級資料、次級資料，監測範圍分為全國或六個分區。同時也針對各指標的重要性、資料蒐集與指標執行的困難度及政策可介入改善的程度加以評估。六個構面中以保險對象權益的平均重要性最高，西醫基層總額執行委員會執行成效指標的資料收集與執行困難度最高、政策介入性最低，或許這是因為過去從未有這一方面的資料可供參考。

本研究在擬定指標之初，曾經與多位專家、學者針對此議題討論，然因各位專家學者之立場與背景不同，對事件的著眼點或看法也有差異，雖經過多場的專家座談後仍存在一些不同的意見。本研究一直試圖擬定一個較客觀與公正之指標，並增加各專家學者間之共識，降低爭議，但指標影響之層面頗大，且必須涵蓋全面性之各項績效之衡量，又不至於使指標太過複雜而難以衡量計算，因此，也許尚有不足之處。另外，無論指標系統之制訂如何完美，指標只是一種評估的工具，仍然必須定期依據當時的醫療環境、市場、或政策需要作

一適當的更新與調整，才能反應未來之情形與符合未來之需要。最後，在有限的時間與經費內，本研究擬定此套指標，希望能對西醫基層總額支付制度的績效評估有所助益。

二、建議

本研究在擬定指標之時，將資料收集與執行之困難性暫不考慮，雖然有經過困難性之評分，然有部分指標仍因資料蒐集而有執行上之實際困難，在此提出本研究的一些建議：

1. 民眾就醫時自付費用：全民健保實施後，民眾就醫時的醫療費用已大部分由健保支出，然民眾仍有少部分的部分負擔與自費項目的支出，但過去一直未有針對此類支出做過相關的登記或調查，因此此指標只能透過民眾之問卷得到初步之資訊，建議未來是否能藉由院所申報民眾部分負擔與自費項目之收入，除了可以衡量總額後，是否有對民眾造成經濟障礙或財務負擔，也可藉此監控基層診所是否因為總額支付制度而刻意多提供自費服務。
2. 醫師繼續教育時數與進修人數：醫療科技技術是一日新月異的專業領域，因此醫療從業人員的繼續教育是非常重要且必須的，目前，醫師的繼續教育雖由醫師公會負責，然而繼續教育的內容與實施狀況與醫師的收穫、是否符合基層醫師在執醫上的需求等並無從得知，本研究建議未來可由衛生單位介入主導，避免繼續教育內容流於形式或不符合基層醫師之需求，甚至可以要求醫師應定期參加資格考試，以確保醫師能有最佳的執醫品質。
3. 建立轉診制度：過去國內一直都沒有落實分級轉診制度，平時狀況下也許看不出其影響，但在最近一波的嚴重急性呼吸道症候群(SARS)的疫情影響

下，轉診制度的重要可以見得，因此本研究建議健保局可以藉由支付制度的調整或其他相關方式，包括提供民眾就醫部分負擔減免或醫療院所給付提高的經濟誘因，鼓勵或強制轉診制度的實施，至少目前可以要求醫療院所申報轉診資訊，以便能從資料庫中得知病患就醫的動態，藉由循序漸進的方式，逐步落實轉診制度。

4. 訂定醫療資源充足性之指標或定義：國內醫療產業的人力、病床或儀器設備的數量，堪稱充足，然而醫療資源的分布卻常為人所詬病，但國內並未針對醫療資源的過剩或不足有明確且適用之定義，因此建議衛生署能參照國內外之資料儘速訂定醫療資源缺乏或過剩之定義，並採用鼓勵至偏遠地區服務或設置醫療儀器設備，或限制資源過剩區人力物力的投入等不同的方法，改善醫療資源分布不均的狀況，強調資源共享與均衡的重要，提供全民均等的醫療環境。
5. 建立用藥指引：由於目前對於各種疾病，尤其是重要且常見之疾病並未建立完善且符合基層醫療需求的用藥指引，因此在監測用藥品質時，會發生無法衡量用藥的適當性，在此建議衛生單位或醫事團體，應儘速建立各項疾病的用藥指引，以作為疾病治療之圭臬，並可藉此減少錯誤使用藥品的機會。
6. 抗生素使用狀況：過去，國人只要身體有任何不適，都習慣自行或請醫師開立抗生素藥品，然而，事實上大部分的疾病並不需要開立抗生素即可治癒；因為國人的用藥習慣，使得抗生素的使用過於氾濫，即使健保局以給付方法限制抗生素的使用，但由於抗生素藥品的費用頗低，使得許多診所自行吸收該費用，仍然開立抗生素以博取民眾至該診所就醫，所以抗生素藥品的使用狀況可能會有所低估，建議未來可以以實地抽查或從藥廠與診

所的申報量兩邊稽查的方式，積極介入抗生素的使用量，同時向民眾進行衛教，使民眾了解抗生素的使用時機與其危害，以維護民眾之健康。

參考文獻

1. 中央健康保險局，2002：<http://www.nhi.gov.tw/>
2. 中央健保局，1996，「全民健康保險統計」，台北：中央健保局。
3. 中央健保局，1997，「全民健康保險統計」，台北：中央健保局。
4. 中央健保局，1998，「全民健康保險統計」，台北：中央健保局。
5. 中央健保局，1999，「全民健康保險統計」，台北：中央健保局。
6. 王乃弘，1999，民眾偏好醫院類型之研究---AHP 法之應用，管理學報，16 (4)：661-681。
7. 王乃弘，1999，民眾就醫選擇之研究---分析層級成許法之應用，中華衛誌，18 (2)：138-151。
8. 全民健康保險西醫基層總額支付制度研議方案，2001，全民健康保險西醫基層總額支付制度研討會資料，高雄。
9. 全民健康保險費用協定委員會，2000，全民健保醫療費用總額預算制度問答輯，台北市：全民健康保險醫療費用協定委員會。
10. 行政院衛生署，1999，「衛生統計」，台北：行政院衛生署。
11. 行政院衛生署，2000，「衛生統計」，台北：行政院衛生署。
12. 行政院衛生署，2002：<http://www.doh.gov.tw/>
13. 吳凱勳，2001，加拿大健康保險醫療費用總額協定制度考察報告，行政院研考會。
14. 李允傑，1997，指標管理與公共政策分析---政策指標的建立，公共政策學報，18：133-146。
15. 李玉春，1999，全民健保多元化支付制度之規劃，健保支付制度多元化研討會，台北。
16. 李玉春，1999，各國總額支付制度之簡介及對我國之啟示，基層醫療協會會員大會演講資料。
17. 李玉春，2001，全民健保西醫總額支付制度之推動政策--基層與醫院預算之分立或統合？，臺灣醫界，44 (7)：43-47。
18. 李玉春，1998，健康保險支付制度。於楊志良編健康保險(第三版)，台北：巨流。

19. 李應元，1997，全民健保改革的必要性與改革方向，醫望，20：40-41。
20. 林雨菁，2001，總額支付制度中醫醫院門診醫療服務品質指標之研究，中國醫藥學院醫務管理學研究所碩士論文。
21. 林恆慶、陳楚杰，2003，管理室醫療用來控制醫療品質的方法介紹，醫院，36(1)：1-11。
22. 呂育、徐木蘭，1994，非營利組織績效指標之研究，台大管理論叢，5(1)：165-188。
23. 周麗芳、陳曾基，2001，由經濟政策觀點檢視全民健保總額支付制度，台灣醫界，44(1)：45-50。
24. 施宗英，2000，計畫績效衡量的運用推動策略，研考雙月刊，24(4)：44-53。
25. 莊逸洲、黃崇哲，2000，醫療機構管理制度，華杏出版。
26. 徐慧娟、薛亞聖，醫院管理指標的性質與應用。醫院，2001；34：29-41。
27. 張笠雲，1998，組織社會學，三民書局。
28. 張笠雲，1999，產業競爭本質的剖析：台灣醫療照顧產業生態結構的百年變遷，管理資本在台灣，遠流出版，189-226。
29. 張蔡美、張睿詒，2000，健保改革迷思後的新冀盼：風險校正門診健康儲蓄帳戶，政策月刊，56：34-36。
30. 陳時中，1997，研擬牙醫總額支付制度之審查及醫療品質確保計畫，行政院衛生署 86 年度委託研究計畫報告。
31. 陳孝平、鄭文輝、陳啟華、王憶秦，2000，大型醫療機構作為全民健保改革之動力--以醫療管理者之焦點團體法為基礎的可行性分析，臺灣社會福利學刊，01：41-70。
32. 黃東琪，2000，中醫門診總額支付制度醫療品質評估之研究，中國醫藥學院醫務管理學研究所碩士論文。
33. 黃旭男，1998，中央健康保險局績效評估制度之建構，行政院衛生署 87 年度委託研究計畫報告。
34. 黃耀輝，1998，全民健保改革應多管齊下，經濟前瞻，59：48-51。
35. 楊志良，1996，健康保險，巨流圖書出版。

36. 楊漢濂，1997，全民健康保險總額支付制度之實施背景及推展，台灣醫界，40 (7) : 10-12。
37. 韋端，1995，指標管理，理論與政策，9 (2) : 100-118。
38. 韋端，1987，中工統計工作之現況與評估，理論與政策，1 (2) : 120-127。
39. 鍾國彪，1997。全民健康保險的整體醫療品質之評估計畫，中央健康保險局 86 年度委託研究計畫報告。
40. 韓揆，醫療品質管理及門診服務品質定性指標。中華衛誌，1994；31：35-53。
41. Bennett WG, Delafield JP, Mishra SK, Tyler R. 1989. Quality assurance in ambulatory care. *Academic Medicine*, October Supplement, S22-7.
42. Berwick DM, Godfrey AB, Roessner J. 1991. *Curing health care: New strategies for quality improvement*. Jossey-Bass publishers.
43. Cameron KS. 1987. Measuring organizational effectiveness in institutions of higher education. *Administrative Science Quarterly*, 23: 604-632.
44. Campbell JP. 1977. On the nature of organizational effectiveness, new perspectives on organizational effectiveness. S.F., Jossey- Bass.
45. Dolan JG, Bordley DR. 1992. Using the analytic hierarchy process(AHP) to develop and disseminate guidelines. *Quality Review Bulletin*, 18: 440-447.
46. Dolan JG. 1995. Are patients capable of using the analytic hierarchy process and willing to use it to help make clinical decision? *Medical Decision Making*, 15:76-80.
47. Dolan JG. 1989. Medical decision making using the analytic hierarchy process: choice of initial antimicrobial therapy for acute pyelonephritis. *Medical Decision Making*, 09:51-56.
48. Donabedian A. 1980. *The definition of quality and approached to its assessment*. Michigan: Health Administration Press.
49. Donabedian A. 1980-1985. *Explorations in quality assessment and monitoring*. Health Administration Press. University of Michigan, Vol. I II III.
50. Donabedian A. 1987. Commentary on some studies of the quality of care. *Health care financing review annual supplement*.75-85.
51. Drucker PF. 1993. *Concept of the corporation*. Transaction Publishers.
52. Goodman P, Atkin R, Schoorman David. 1983. On the demise of organizational effectiveness studies. In Cameron, Kim and Whetten, David

Organizational Effectiveness: A Comparison of Multiple Models. New York: Academic Press.

53. Hatcher M. 1994. Voting and priorities in health care decision making, portrayed through a group decision support system, using analytic hierarchy process. *Journal of Medical Systems*, 18: 267-288.
54. Bartt KH. 1989. Patient care quality defined. *Joint Commission Perspectives*, 1: 7-9.
55. James E, Anita S. 1984. Assessing quality circles in health care settings – A guide for management. American Hospital Publishing Inc., Chicago.
56. Kaplan RS, Norton DP. 1999. The Balanced scorecard: translating strategy into action. the President and Fellows of Harvard College.
57. Matsuda S. 1996. An analysis of the vietnamese system of occupational safety and health and setting priorities with the analytic hierarchy process. *occupational Environmental Medicine*, 53(4): 281-6.
58. MacRae, Duncan, Jr. 1985. Policy Indicators. Chapel Hill, N.C.: University Press of North Carolina.
59. Orleans LA. 1974. Chinese statistics: the impossible dream. *The American Statistician*, 28 (2): 47-52.
60. Palmer RH, Donabedian A, Povar GJ. 1991. Considerations in defining quality of health care, in *Striving for Quality in Health Care: An Inquiry into Policy and Practice*. Health Administration Press, 3-58.
61. Quinn RE, Cameron K. 1983. Organizational Life Cycles and Shifting Criteria of Effectiveness: Some Preliminary Evidence. *Management Science*, 29(1): 33-51.
62. Quinn RE, Rohrbaugh J. 1983. A Spatial Model of Effectiveness Criteria Towards a Competing Values Approach to Organizational Analysis. *Management Science*, 29(3): 363-377.
63. Robbins, Stephen P. 1990. *Organization Theory: Structure, Design, and Applications*. Prentice-Hall International Inc., N. J.
64. Ross ME, Nydick RL. 1992. Selection of Licensing Candidates in the Pharmaceutical Industry: an Application of the Analytic Hierarchy Process. *Journal of Health Care Management*, 12:60.
65. Saaty TL. 1980. *The Analytic Hierarchy Process*. McGraw Hill.
66. Szilagyi AD. 1984. *Management and Performance*. Scott, Foresman and Company, N. J.

67. Tarimcilar MM, Khaksari SZ. 1991. Capital budgeting in hospital management using the analytic hierarchy process. *Socio-economic planning Sciences*, 25(1):27-38.

附錄一、歷次參與專家座談會之專家學者名單

姓名	職稱	單位
91年11月5日		
第一次		
楊志良(會議主持人)	副校長/教授	台中健康管理學院副校長
吳凱勳	主委/教授	費用協定委員會
陳宗獻	常務理事/醫師	基層醫療協會
李丞華	副教授	陽明大學醫管所
邱清華	名譽董事長/教授	消基會
龔佩珍(協同主持人)	助理教授	台中健康管理學院健康管理研究所
蔡文正(計劃主持人)	助理教授	中國醫藥學院醫管所
92年1月20日		
第二次		
吳肖琪	副教授	陽明大學衛福所
李玉春	副教授	陽明大學衛福所
何博基	常務理事/醫師	基層醫療協會
余忠直	監事/醫師	基層醫療協會
林宗熙	醫師	執委會台北分會-品質組
蔡文正(會議主持人)	助理教授	國醫藥學院醫管所
92年1月24日		
第三次		
鄭文輝	副教授	中正大學教授
何清松	主任	台中健康管理學院醫管系
林義龍	監事/醫師	基層醫療協會
李武波	理事長/醫師	彰化縣診所協會
龔佩珍(協同主持人)	助理教授	台中健康管理學院健康管理研究所
蔡文正(會議主持人)	助理教授	中國醫藥學院醫管所

附錄一、歷次參與專家座談會之專家學者名單(續)

姓名	職稱	單位
92年3月31日		第四次
吳肖琪	副教授	陽明大學衛福所
吳守寶	執行長/醫師	西醫基層執行委員會
林義龍	監事/醫師	基層醫療協會
王百盛	理事/醫師	醫師公會全聯會
廖倚林	常務理事/醫師	醫師公會全聯會
黃肇明	組長	健保局醫審小組
林寶鳳	專員	健保局醫管組
蔡文正(會議主持人)	助理教授	中國醫藥學院醫管所
92年5月5日		第五次(郵寄問卷)
李丞華	副教授	陽明大學醫管所
李玉春	副教授	陽明大學衛福所
吳肖琪	副教授	陽明大學衛福所
鄭文輝	副教授	中正大學教授
何清松	主任	台中健康管理學院醫管系
黃肇明	組長	健保局醫審小組
林寶鳳	專員	健保局醫管組
梁淑政	組長	衛生署健保小組
石賢彥	理事長/醫師	基層醫療協會
陳宗獻	常務理事/醫師	基層醫療協會

附錄一、歷次參與專家座談會之專家學者名單(續)

姓名	職稱	單位
王百盛	理事/醫師	醫師公會全聯會
林義龍	監事/醫師	基層醫療協會
李武波	理事長/醫師	彰化縣診所協會
何博基	常務理事/醫師	基層醫療協會
邱清華	名譽董事長/教授	消基會
林正介(協同主持人)	院長/教授	中國醫藥學院附設醫院
龔佩珍(協同主持人)	助理教授	台中健康管理學院健康管理研究所
蔡文正(會議主持人)	助理教授	中國醫藥學院醫管所

附錄二、歷次專家座談會之會議記錄摘要

第一次座談會

時間：11月5日

地點：台中健康管理學院

會議主持人：楊志良副校長

參加人員：吳凱勳教授、陳宗獻醫師、李承華教授、邱清華教授、
龔佩珍助理教授、蔡文正助理教授

紀錄：郭媿吟

內容：

1. 指標要考慮資料的取得與成本。
2. 加入指標的難易度評量。
3. 可考慮每一指標的重要性予以加權。
4. 指標權重大小、可用性、資料取得的困難度以 1-5 等分，分地區性或全國來表示。
5. 指標可分兩部分：實用性(資料取得沒問題，且符合其需要)、未來努力方向(資料取得有困難、但有其必要列入指標，建議未來要收集其資料)。
6. 該指標是否具有可介入性，排除政策因素。
7. 參考執委會之組織架構，針對其角色與功能訂定考核指標。
8. 執委會的制約能力可針對醫師進行其對執委會的功能與滿意度之問卷。
9. 差額負擔不等於部分負擔，部分負擔是健保的一項設計作為防弊用的。差額負擔是指超過保險負擔的範圍，與醫療院所的執醫行為及個人有關。建議更改為部分負擔費用較容易取得資料。

附錄二、歷次專家座談會之會議記錄摘要(續)

第二次座談會

時間：92年1月20日

地點：台北馬偕醫院16樓會議室

會議主持人：蔡文正助理教授

參加人員：吳肖琪教授、李玉春教授、何博基醫師、余忠直醫師、林宗熙醫師

紀錄：郭媿吟

內容：

1. 建議將常規指標放在年度重點指標之前，並將年度重點指標更名為階段性指標。
2. 建議新增民眾用藥安全監測指標：以民眾沒有處方箋自行自藥局買藥、配藥的比率及不實或誇大醫療廣告的比率來監控該指標。
3. 新增民眾就醫、社會成本監測指標：以民眾在地就醫比率、民眾登記在地家庭醫師的比率、民眾接受醫院、診所共同照護的比率來監控該指標。
4. 處方箋釋出率：診所釋出處方箋對民眾並不一定有益，因為診所若自聘藥師，對於醫師的用藥習慣較熟悉，出錯機會可能較少，且若出錯可立即更正或通知病患停藥，但若釋出處方箋，民眾至何處取藥並不一定，出錯的機會增加，若出錯了也較不容易找出錯誤的地方。因此建議另訂一指標，以發揮藥師再度確認及指導用藥的功能。結論為新增民眾對診所醫師或藥師對處方箋內容的解釋滿意度，並可與醫院做比較。
5. 建議新增民眾看完病後，就地領藥的滿意度。
6. 資源過剩區之指標應與缺乏區作對照，新增資源過剩區的鄉鎮數比率。
7. 新增基層醫師對於繼續教育的內容滿意度，以避免繼續教育內容不符合執醫需求。
8. 慢性病患雖然用藥較固定，但有些疾病有其必要經常回診監視其血壓、血糖之變化，建議刪除慢性病處方箋數。
9. 建議新增同一疾病至診所與至醫院就醫的醫療費用比例。
10. 建議新增於基層診所施打流感疫苗的人數。
11. 如何監測民眾任意到處就醫的行為？建議以同一病患在某一週或某一科總共在幾家診所或醫院就診過。
12. 建議新增基層醫師對衛生署、公會介入協調醫師的每日及每週看診時間的運作模式滿意度。
13. 新增各區執委會幹部之再教育時數，提昇公會或全聯會相關資訊交流機會促進合作。

附錄二、歷次專家座談會之會議記錄摘要(續)

第三次座談會

時間：92年1月24日

地點：台中香蕉新樂園餐廳

會議主持人：蔡文正助理教授

參加人員：鄭文輝教授、何清松助理教授、龔佩珍助理教授、
林義龍醫師、李武波醫師

紀錄：郭媿吟

內容：

1. 監測範圍不應只有分區，有些項目也許細分至縣市會更有意義。
2. 目前掛號費已不必申報，因此來源可能有問題，掛號費各縣市的上限不同(非院、省轄市上限為50元)，且其與績效不相關，建議拿掉。
3. 復健治療亦有部分負擔建議加入指標衡量，但部分負擔與醫療總費用的比率是固定的，因此可探討對此比率的滿意度。
4. 申訴案件之定義應清楚，例如與醫療相關或保險相關者才列入；又資料取得部分，因各單位對申訴的處理程序與定義不同，基準點不同，建議來源只要放衛生署、衛生局、健保局即可。
5. 可近性的定義與資源偏遠區雷同，建議以診所數來定義，或者以診所與醫師比來校正。目標是診所多而不是醫師多，醫師多不代表民眾可近性高(例如：聯合診所，一個診所所有二位醫師但民眾仍然要花30分鐘以上才能到達診所就診，可近性並沒有比一位醫師的地區佳)。
6. 流行性感冒的病情與症狀變化快速，是否有監測回診率之意義值得討論。
7. 抗生素使用狀況，建議改為監測超過某一定標準值之醫師或診所數。但事實上，因健保局有作監控，因此有許多醫師都沒有申報該項目而自行吸收掉了。
8. 高門診量之醫師其滿意度或醫療品質不見得比較差，往往高診量之醫師皆是所謂的名醫，監測是否有其意義。
9. 因西醫基層開放82項檢驗檢查項目，因此可從診所是否有提供檢驗、檢查之儀器設備來看服務品質好不好。
10. 資源缺乏地區的監測範圍以縣市較為適當。
11. 轉診之定義：平行或垂直轉出皆稱為轉診。
12. 執委會的管理組功能不彰，理論上應該是先管後審，現在卻是先審後管，是否可設立指標，藉以導正之。
13. 建議將指標再細分為重點指標、常規指標、階段性指標與參考指標。

附錄二、歷次專家座談會之會議記錄摘要(續)

第四次座談會

時間：92年3月31日

地點：台北馬偕醫院16樓會議室

主持人：蔡文正助理教授

參加人員：吳肖琪教授、吳守寶執行長、王百盛醫師、廖倚林醫師、
林義龍醫師、黃肇明組長、林寶鳳組長

列席：全聯會會務人員

紀錄：郭媿吟

內容：

1. 建議將表格中的來源細分為問卷、次級資料及負責單位。
2. 基層醫療院所不等於基層診所，因此指標中有提到之部分應該更改為基層診所。
3. “醫師平均每週看診天數”建議變更或者新增為“診所平均每週看診天數”。
4. “民眾對處方箋解釋之滿意度”原定義為民眾對於診所醫師或藥師的處方箋內容解釋滿意度，建議細分為“醫師對處方的解釋滿意度”及“藥師對處方箋的解釋滿意度”，同時皆改為階段性指標。
5. “平均每次健保部分負擔”應將免部分負擔之就醫人次扣除，建議在說明之部分變更為“健保各項部分負擔之總額/有部分負擔之總就醫人次”。
6. 因“平均每張慢性病處方箋開藥天數”是長或短並無定論，建議將其改為慢性病處方箋的佔率。
7. 因為目前尚未訂有糖尿病的治療指引，因此建議將其改為參考性指標，等未來有治療指引後考慮是否要監測。不過建議可以改為常規項目。
8. 基層診所就醫人數佔率因為總就醫人數在歸戶上有困難，因此監測時程改為每年。
9. 轉診率，因目前除了有合作的醫院診所間有轉診三聯單外，衛生署或其他單位皆沒有相關資料，建議將其改為參考指標，待誘因成熟再考慮變更。
10. 複診率，建議將其改為專業醫療品質指標的常規指標，並重新定義為上呼吸道疾病病患的複診率。
11. 鄉鎮醫師服務人口數之分佈，建議將其改為醫師數與服務人口數比為1：1000、1：2000、1：3000、1：4000的鄉鎮市區數，並改為常規指標。
12. 因資源過剩地區並無定論，且在市場力量的排擠下會自然淘汰，無監測之必要，建議刪除。

- 13.因合格施打流感疫苗的標準每年會視經費不同來作調整，建議將其改為“合格施打流感疫苗的利用率”，說明改為“施打流感疫苗人數/合格施打流感疫苗人數”。
- 14.因整體醫療費用控管成效的評核較不可行且並未訂有各科醫療費用，建議刪除。
- 15.因專業審查異常的定義有困難，建議以“申覆補付率”：申覆後獲得核付的案件數/申覆的案件數，與“爭審的撤銷率”：爭議審議被撤銷案件數/爭議審議的案件數。

附錄三、西醫基層總額支付制度績效指標-完整版

分類	項次	指標	說明	目標值 ²	重要性 ³	困難度 ⁴	介入性 ⁵	監測頻率	資料來源	資料蒐集方法	監測範圍	
	A	保險對象就醫權益										
常規	1	基層診所成長率	基層診所成長數/前一期診所數	2.03%				每年	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	2	基層診所醫師成長率	醫師成長數/前一期醫師數	6.92%				每年	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	3	診所每日平均門診時間	每家診所平均每日看診時間	8hr/天				每半年	健保局	問卷資料	全國/分區	
常規	4	診所平均每週看診天數	每家診所平均每週看診天數					每半年	健保局	問卷資料	全國/分區	
常規	5	民眾門診滿意度	門診滿意度調查各項總分	96.8%				每季	健保局	問卷資料	全國/分區	
常規	6	民眾對病情解釋的滿意度	民眾對於診所醫師病情解釋的滿意度	97.9%				每年	健保局	問卷資料	全國/分區	
常規	7	平均每次自付費用	平均每人每次自付費用(掛號費+部分負擔+自費部分)					每年	健保局	問卷資料	全國/分區	
常規	8	平均每次健保部分負擔	健保各項部分負擔之總額/有部分負擔之總就醫人次					每年	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	9	申訴成案件數	民眾向衛生署、健保局、消基會等申訴檢舉基層院所成案件數					每半年	衛生署、健保局、消基會	次級資料	全國/分區	
常規	10	基層診所開立藥品明細比率	開立藥品明細家數/診所總數	醫師96% 病人70%				每季	健保局	問卷調查	全國/分區	
階段	11	民眾對醫師處方解釋之滿意度	民眾對於醫師的處方內容解釋滿意度					每年	健保局	問卷調查	全國/分區	

附錄三、西醫基層總額支付制度績效指標-完整版(續一)

分類	項次	指標	說明	目標值	重要性	困難度	介入性	監測頻率	資料來源	資料蒐集方法	監測範圍	
	A	保險對象就醫權益(續)										
階段	12	民眾對藥師處方箋解釋之滿意度	民眾對於藥師的處方箋內容解釋滿意度					每年	健保局	問卷調查	全國/分區	
階段	13	藥袋載明藥品名稱、劑量、用藥禁忌之比率	藥袋有載明藥品名稱、劑量的診所家數/總診所家數					每季	健保局	問卷調查	全國/分區	
階段	14	開立就醫收據比率	有開立就醫收據的家數/總診所家數					每季	健保局	問卷調查	全國/分區	

註：以上指標若未特別說明，其所指均為西醫基層醫療院所醫師所實施之治療或處置。

1 常：常規指標、階：階段性重點指標、參：參考性指標。

2 目標值：績效指標之現值。

3 重要性：為區別每一指標的重要程度不同，分別給予1-5分，其中1分指非常重要、5分指不重要。

4 困難度：指該指標的監測困難度與資料取得的困難程度；分別給予1-5分，其中1分指非常困難、5分指非常不困難。

5 介入性：代表該指標利用政策或其他方案介入改善的程度；分別給予1-5分，其中1分指完全不具介入性、5分指可完全介入。

附錄三、西醫基層總額支付制度績效指標-完整版(續二)

分類	項次	指標	說明	目標值	重要性	困難度	介入性	監測頻率	資料來源	資料蒐集方法	監測範圍	
	B	專業醫療服務品質指標										
常規	1	慢性病處方箋占率	慢性病處方箋數/總處方箋數	0.26%				每季	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	2	西醫一般案件未開藥、開立一日、二日、三日、三日以上之藥品比例	一般案件未開藥、開立一日(二日、三日、三日以上)藥品處方箋數/一般案件總處方箋數					每季	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	3	用藥日數重複率	用藥重複日數/處方總日數	14.46%				每季	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	4	平均每張非慢性病、慢性病處方箋藥品項數	非慢性病、慢性病處方之總藥品數/總處方箋數	3.25				每季	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	5	上呼吸道感染者抗生素使用率	上呼吸道感染抗生素案件數/上呼吸道感染開藥總件數	18.80				每季	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	6	注射劑使用率	注射藥品案件數/開藥總件數	6.53%				每季	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	7	制酸劑重複使用比率	同一處方箋制酸劑重複使用之處方箋張數/總處方箋數					每季	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	8	醫師平均繼續教育時數	醫師繼續教育總時數/有參加繼續教育的醫師總數	24hr/年				每年	全聯會	次級資料	全國/分區	
常規	9	醫師進修人數比率	有參加繼續教育的醫師數/總醫師數	≤13.51%				每季	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	10	上呼吸道感染病人複診率	上呼吸道感染一週內複診次數/上呼吸道疾病病患就醫次數 ⁶	2次 12.18% 3次 1.06%				每年	健保局	次級資料	全國/分區	
參考	11	糖尿病用藥不適當性之比率	糖尿病用藥不適當處方數/糖尿病處方數					每季	健保局	次級資料	全國/分區	

附錄三、西醫基層總額支付制度績效指標-完整版(續三)

分類	項次	指標	說明	目標值	重要性	困難度	介入性	監測頻率	資料來源	資料蒐集方法	監測範圍
	B	專業醫療服務品質指標(續)									
參考	12	每位病人平均看診時間	醫師總看診時間/總就醫人次	5min				每年	全聯會	次級資料	全國/分區
參考	13	高門診量醫師比例	平均每月門診申報量超過 2400 人次之醫師數/總醫師數 ⁷					每季	健保局	次級資料	全國/分區

6 健保局每季最後一個月選一週試算複診 2 次、3 次以上之次數

7 若以每位病患平均看診 8 小時，每天看診 8 小時，每月看診 25 天則：(60 分*8 小時/5 分)*25 天=2,400 人次

附錄三、西醫基層總額支付制度績效指標-完整版(續四)

分類	項次	指標	說明	目標值	重要性	困難度	介入性	監測頻率	資料來源	資料蒐集方法	監測範圍	
	C	醫療效率指標										
常規	1	基層診所就醫人數占率	基層門診總就醫人數 ⁸ /總門診就醫人數					每年	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	2	基層診所就醫人次占率	基層門診總就醫人次/總門診就醫人次	63.10%				每季	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	3	處方箋釋出率	處方箋釋出張數/處方箋總張數	25.27%				每季	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	4	平均每人每次醫療點數	實際費用之總點數/總就醫人次					每季	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	5	總額上限制平均每點點值	總額上限之醫療費用/總點數					每季	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	6	平均每件檢驗檢查之費用	總檢驗檢查費/總檢驗檢查件數					每季	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	7	藥費占率	總藥費/總醫療費用	23.91%				每季	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	8	慢性病藥費占率	慢性病總藥費/總藥費	59.20%				每季	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	9	平均每處方箋用藥金額	總藥費/處方箋數					每季	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	10	平均每人每次藥費	總藥費/總就醫人次	113.1				每季	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	11	平均每日藥費	總藥費/總開藥日數	27.3				每季	健保局	次級資料	全國/分區	

附錄三、西醫基層總額支付制度績效指標-完整版(續五)

分類	項次	指標	說明	目標值	重要性	困難度	介入性	監測頻率	資料來源	資料蒐集方法	監測範圍	
	C	醫療效率指標(續)										
常規	12	慢性病每日藥費	慢性病總藥費/慢性病總開藥日數	26.9				每季	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	13	平均每處方箋注射劑金額	總注射劑藥費/總處方箋數					每季	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	14	平均每處方箋抗生素金額	抗生素藥費/總處方箋數					每季	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	15	簡表案件申報比率	簡表案件申報數/總申報案件數	61.53%				每季	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	16	簡表藥費申報比率	簡表申報藥費/總申報藥費	41.60%				每季	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	17	剖腹產率	剖腹產案件數/生產案件數	34.39%				每季	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	18	申報核減率	同健保局計算公式					每年	健保局	次級資料	全國/分區	
階段	19	門診手術案件成長率	(每年實施門診手術案件數-前一年實施門診手術案件數)/前一年實施門診手術案件數	7%				每年	健保局	次級資料	全國/分區	
階段	20	論病例計酬案件成長率	(每年實施論病例計酬案件數-前一年實施論病例計酬案件數)/前一年實施論病例計酬案件數					每年	健保局	次級資料	全國/分區	
參考	21	病患轉診率	轉診人次 ⁹ /總人次					每年	健保局	次級資料	全國/分區	

⁸ 基層總就診人數：所有曾於基層就診之人數，無論其是否曾於醫院就診。

⁹ 轉診人次：指轉出至醫院之人次

附錄三、西醫基層總額支付制度績效指標-完整版(續六)

分類	項次	指標	說明	目標值	重要性	困難度	介入性	監測頻率	資料來源	資料蒐集方法	監測範圍	
	D	均衡醫療發展指標										
常規	1	鄉鎮醫師服務人口數之分佈	醫師數與服務人口數比在 1000 以下、1001~2000、2001~3000、3001~4000 與 4001 以上的鄉鎮數					每年	衛生署	次級資料	全國	
階段	2	資源缺乏地區醫師看診數成長率	資源缺乏地區醫師診數成長量 ¹⁰ /前一期總診數					每年	健保局、執委會	次級資料	分區	
階段	3	資源缺乏地區醫師成長率	資源缺乏地區(駐診+支援)醫師成長數/前一期醫師數 ¹¹					每年	健保局、執委會	次級資料	全國	
階段	4	資源缺乏地區醫療費用成長率	(資源缺乏地區每年醫療費用-前一期醫療費用)/前一期醫療費用					每季	健保局、執委會	次級資料	分區	
階段	5	醫療資源分佈均衡指標	以吉尼指標衡量醫師分佈情形(以鄉鎮為單位)					每年	衛生署、研究單位	次級資料		

¹⁰ 資源缺乏區之定義：依據“基層醫師至醫療資源缺乏地區服務獎勵措施實施方案”之定義，每位西醫師服務投保人口數大於 4000 人之鄉鎮。

¹¹ 為避免因資源缺乏區域每年些許的變化，該項指標將監測前一年的所有資源缺乏區之醫師數與新一年度資源缺乏區的醫師數未來可做相同基準之比較。例如去年資源缺乏區有 34 個鄉鎮，而今年只有 30 個鄉鎮則我們將分別監測去年初 34 鄉鎮的醫師數、今年初比 34 鎮之醫師數及今年初仍列為資源缺乏區的 30 個鄉鎮的醫師數，以作為明年比較之基準。

附錄三、西醫基層總額支付制度績效指標-完整版(續七)

分類	項次	指標	說明	目標值	重要性	困難度	介入性	監測頻率	資料來源	資料蒐集方法	監測範圍	
	預防保健指標											
常規	1	合格施打流感疫苗利用率	施打流感疫苗人數/合格施打之人數					每年	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	2	子宮頸抹片利用率	合格受檢對象利用次數/子宮頸抹片合格受檢人數	14.7%				每年	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	3	兒童預防保健利用率	合格受檢對象利用次數 / [(一歲以下人數)*4+(一歲至未滿三歲)/2+(三歲至未滿四歲人數)]	47.6%				每年	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	4	成人保健利用率	合格受檢對象利用次數/成人預防保健合格受檢人數	25.0%				每年	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	5	成人預防保健提供率	有提供成人預防保健之診所數/該區合格可提供之診所數					每年	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	6	預防保健服務類費用占率	預防保健服務類費用/西醫基層總額上限制費用					每年	健保局	次級資料	全國/分區	

附錄三、西醫基層總額支付制度績效指標-完整版(續八)

分類	項次	指標	說明	目標值	重要性	困難度	介入性	監測頻率	資料來源	資料蒐集方法	監測範圍	
		西醫基層總額執行委員會執行成效										
常規	1	臨床治療指引建立案數	完成臨床治療指引建立的項數					每年	執委會	次級資料	全國	
常規	2	申覆補付率	申覆後獲得核付的案件數/申覆的案件數					每半年	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	3	爭審撤銷率	爭議審議被駁回或撤銷案件數/爭議審議的案件數					每半年	衛生署 爭審會	次級資料	全國/分區	
常規	4	移案回覆率	健保局行政審查異常移轉執委會輔導案件回覆數					每季	健保局	次級資料	全國/分區	
常規	5	健康促進與預防保健活動場次	舉辦健康促進或醫學講座相關之活動場次					每年	執委會	次級資料	全國/分區	
常規	6	醫師對專業審查的滿意度	依據健保局委託專業機構調查之結果					每年	執委會	問卷調查	全國/分區	
常規	7	基層醫師對全聯會在西醫基層總額支付制度下的運作模式滿意度	依據健保局委託專業機構調查之結果					每年	執委會	問卷調查	全國/分區	
常規	8	醫師對分區執委會基層總額的運作模式滿意度	依據健保局委託專業機構調查之結果					每年	執委會	問卷調查	全國/分區	
常規	9	醫師對分區執行委員會傳遞訊息的滿意度	依據健保局委託專業機構調查之結果					每年	執委會	問卷調查	全國/分區	
常規	10	執委會幹部再教育時數	平均各區執委會幹部每人參與醫藥衛生政策或管理之教育課程與研討會時數					每年	執委會	問卷調查	全國/分區	
階段	11	擬定異常個案指標之建立情形	是否有擬定異常個案之定義與指標					每年	執委會	問卷調查	全國/分區	
階段	12	專業品質指標未達目標值之改善狀況	未達品質確保方案目標值有改善件數/未達品質確保方案目標值件數					每年	執委會	次級資料	全國	
								每季	執委會	次級資料	全國/分區	

附錄四、指標重要性評分

項次	指標	平均 (標準差)
A	保險對象就醫權益	4.05
A5	民眾門診滿意度	4.60(0.61)
A6	民眾對病情解釋的滿意度	4.53(0.72)
A2	基層診所醫師成長率	4.20(0.83)
A10	基層診所開立藥品明細比率	4.20(0.83)
A9	申訴成案件數	4.20(0.65)
A13	藥袋載明藥品名稱、劑量、用藥禁忌之比率	4.13(0.88)
A11	民眾對醫師處方解釋之滿意度	4.13(0.81)
A4	診所平均每週看診天數	4.13(0.62)
A7	平均每次自付費用	4.07(1.12)
A14	開立就醫收據比率	3.93(1.12)
A1	基層診所成長率	3.93(0.85)
A12	民眾對藥師處方箋解釋之滿意度	3.80(0.83)
A3	診所每日平均門診時間	3.73(0.68)
A8	平均每次健保部分負擔	3.13(1.15)
B	專業醫療服務品質指標	3.73
B5	上呼吸道感染者抗生素使用率	4.20(0.65)
B8	醫師平均繼續教育時數	4.00(0.63)
B11	糖尿病用藥不適當性之比率	4.00(0.82)
B12	每位病人平均看診時間	4.00(1.03)
B3	用藥日數重複率	3.93(0.93)
B9	醫師進修人數比率	3.80(0.83)
B13	高門診量醫師比例	3.67(1.07)
B1	慢性病處方箋占率	3.60(0.88)
B2	西醫一般案件未開藥、開立一日、二日、三日、三日以上之藥品比例	3.53(1.02)
B4	平均每張非慢性病、慢性病處方箋藥品品項數	3.53(1.09)
B7	制酸劑重複使用比率	3.53(1.09)
B6	注射劑使用率	3.47(1.02)
B10	上呼吸道疾病病人複診率	3.20(0.98)
C	醫療效率指標	3.71
C1	基層診所就醫人數占率	4.13(1.09)
C2	基層診所就醫人次占率	4.07(1.18)
C17	剖腹產率	4.07(1.18)
C19	門診手術案件成長率	3.93(1.06)
C21	病患轉診率	3.93(1.10)
C3	處方箋釋出率	3.87(1.15)
C7	藥費占率	3.87(1.09)
C8	慢性病藥費占率	3.87(0.88)
C10	平均每人次藥費	3.80(0.83)
C11	平均每日藥費	3.80(0.91)

附錄四、指標重要性評分(續)

項次	指 標	平均 (標準差)
C	醫療效率指標	
C20	論病例計酬案件成長率	3.80(1.22)
C9	平均每處方箋用藥金額	3.67(0.94)
C18	申報核減率	3.67(1.25)
C4	平均每人每次醫療點數	3.60(1.02)
C5	總額上限制平均每點點值	3.60(1.25)
C6	平均每件檢驗檢查之費用	3.53(1.20)
C15	簡表案件申報比率	3.53(1.09)
C12	慢性病每日藥費	3.47(1.09)
C14	平均每處方箋抗生素金額	3.27(1.12)
C16	簡表藥費申報比率	3.27(1.12)
C13	平均每處方箋注射劑金額	3.20(0.98)
D	均衡醫療發展指標	4.15
D1	鄉鎮醫師服務人口數之分佈	4.33(0.70)
D3	資源缺乏地區醫師成長率	4.33(0.79)
D5	醫療資源分佈均衡指標	4.27(0.77)
D2	資源缺乏地區醫師看診數成長率	4.20(0.98)
D4	資源缺乏地區醫療費用成長率	3.60(1.02)
E	預防保健指標	3.79
E2	子宮頸抹片利用率	4.20(0.98)
E3	兒童預防保健利用率	4.00(1.03)
E4	成人保健利用率	3.73(1.00)
E6	預防保健服務類費用占率	3.67(0.94)
E5	成人預防保健提供率	3.60(0.95)
E1	合格施打流感疫苗利用率	3.53(1.02)
F	各區西醫基層總額執行委員會執行成效指標	3.73
F12	專業品質指標未達目標值之改善狀況	4.20(0.91)
F1	臨床治療指引建立案數	4.00(0.97)
F11	擬定異常個案指標之建立情形	3.93(0.85)
F5	健康促進與預防保健活動場次	3.87(0.96)
F7	基層醫師對全聯會在西醫基層總額支付制度下的運作模式滿意度	3.73(1.00)
F6	醫師對專業審查的滿意度	3.67(0.94)
F9	醫師對分區執行委員會傳遞訊息的滿意度	3.67(0.94)
F10	執委會幹部再教育時數	3.67(0.94)
F3	爭審撤銷率	3.60(1.02)
F8	醫師對分區執委會基層總額的運作模式滿意度	3.60(1.02)
F2	申覆補付率	3.47(0.88)
F4	移案回覆案件比率	3.40(1.08)

附錄五、指標困難性評分

項次	指 標	平均(標準差)
A	保險對象就醫權益	2.40
A7	平均每次自付費用	3.33(1.25)
A3	診所每日平均門診時間	3.07(1.06)
A11	民眾對醫師處方解釋之滿意度	2.87(0.96)
A12	民眾對藥師處方箋解釋之滿意度	2.80(1.05)
A13	藥袋載明藥品名稱、劑量、用藥禁忌之比率	2.60(0.95)
A5	民眾門診滿意度	2.53(0.88)
A6	民眾對病情解釋的滿意度	2.53(0.96)
A9	申訴成案件數	2.40(1.25)
A14	開立就醫收據比率	2.40(1.02)
A10	基層診所開立藥品明細比率	2.27(1.06)
A4	診所平均每週看診天數	2.20(0.98)
A8	平均每次健保部分負擔	2.00(1.03)
A2	基層診所醫師成長率	1.33(0.60)
A1	基層診所成長率	1.27(0.57)
B	專業醫療服務品質指標	2.31
B11	糖尿病用藥不適當性之比率	3.60(1.36)
B12	每位病人平均看診時間	3.40(1.25)
B8	醫師平均繼續教育時數	2.47(1.31)
B10	上呼吸道疾病病人複診率	2.47(0.96)
B3	用藥日數重複率	2.33(1.19)
B5	上呼吸道感染者抗生素使用率	2.33(1.14)
B9	醫師進修人數比率	2.33(1.01)
B7	制酸劑重複使用比率	2.20(1.05)
B6	注射劑使用率	2.13(1.02)
B4	平均每張非慢性病、慢性病處方箋藥品品項數	2.07(1.18)
B1	慢性病處方箋占率	1.60(0.80)
B2	西醫一般案件未開藥、開立一日、二日、三日、三日以上之藥品比例	1.60(0.61)
B13	高門診量醫師比例	1.47(0.62)
C	醫療效率指標	1.67
C21	病患轉診率	3.43(1.45)
C14	平均每處方箋抗生素金額	2.07(1.24)
C13	平均每處方箋注射劑金額	2.00(0.97)
C12	慢性病每日藥費	1.73(1.06)
C16	簡表藥費申報比率	1.73(1.06)
C7	藥費占率	1.67(0.87)
C15	簡表案件申報比率	1.67(1.07)
C17	剖腹產率	1.67(0.70)
C3	處方箋釋出率	1.53(0.62)

附錄五、指標困難性評分(續)

項次	指標	平均(標準差)
C	醫療效率指標	
C4	平均每人每次醫療點數	1.53(0.72)
C18	申報核減率	1.53(0.72)
C19	門診手術案件成長率	1.53(0.72)
C5	總額上限制平均每點點值	1.47(0.62)
C6	平均每件檢驗檢查之費用	1.47(0.62)
C9	平均每處方箋用藥金額	1.47(0.62)
C10	平均每人次藥費	1.47(0.62)
C11	平均每日藥費	1.47(0.62)
C1	基層診所就醫人數占率	1.40(0.49)
C2	基層診所就醫人次占率	1.40(0.49)
C8	慢性病藥費占率	1.40(0.61)
C20	論病例計酬案件成長率	1.40(0.61)
D	均衡醫療發展指標	1.67
D2	資源缺乏地區醫師看診數成長率	2.33(1.35)
D5	醫療資源分佈均衡指標	2.07(1.10)
D1	鄉鎮醫師服務人口數之分佈	1.87(0.96)
D3	資源缺乏地區醫師成長率	1.87(1.02)
D4	資源缺乏地區醫療費用成長率	1.73(0.77)
E	預防保健指標	1.74
E1	合格施打流感疫苗利用率	2.13(1.26)
E5	成人預防保健提供率	1.80(0.83)
E2	子宮頸抹片利用率	1.67(0.70)
E4	成人保健利用率	1.67(0.79)
E6	預防保健服務類費用占率	1.67(0.60)
E3	兒童預防保健利用率	1.47(0.50)
F	各區西醫基層總額執行委員會執行成效指標	2.35
F12	專業品質指標未達目標值之改善狀況	3.13(1.26)
F9	醫師對分區執行委員會傳遞訊息的滿意度	2.67(0.94)
F8	醫師對分區執委會基層總額的運作模式滿意度	2.60(0.80)
F11	擬定異常個案指標之建立情形	2.53(1.09)
F6	醫師對專業審查的滿意度	2.47(0.81)
F10	執委會幹部再教育時數	2.47(0.88)
F5	健康促進與預防保健活動場次	2.36(1.23)
F7	基層醫師對全聯會在西醫基層總額支付制度下的運作模式滿意度	2.33(0.60)
F1	臨床治療指引建立案數	2.27(1.18)
F4	移案回覆案件比率	1.93(0.93)
F2	申覆補付率	1.80(0.98)
F3	爭審撤銷率	1.60(0.71)

附錄六、指標介入性評分

項次	指標	平均(標準差)
A	保險對象就醫權益	3.25
A14	開立就醫收據比率	4.20(0.65)
A13	藥袋載明藥品名稱、劑量、用藥禁忌之比率	3.80(0.65)
A10	基層診所開立藥品明細比率	3.67(1.01)
A8	平均每次健保部分負擔	3.53(1.31)
A4	診所平均每週看診天數	3.20(1.05)
A5	民眾門診滿意度	3.20(1.17)
A7	平均每次自付費用	3.13(1.26)
A2	基層診所醫師成長率	3.07(1.34)
A3	診所每日平均門診時間	3.07(1.06)
A12	民眾對藥師處方箋解釋之滿意度	3.07(0.93)
A6	民眾對病情解釋的滿意度	2.93(1.28)
A9	申訴成案件數	2.93(1.18)
A11	民眾對醫師處方解釋之滿意度	2.93(1.00)
A1	基層診所成長率	2.73(1.48)
B	專業醫療服務品質指標	3.20
B8	醫師平均繼續教育時數	3.87(0.81)
B7	制酸劑重複使用比率	3.47(0.96)
B9	醫師進修人數比率	3.47(1.09)
B3	用藥日數重複率	3.33(1.25)
B5	上呼吸道感染者抗生素使用率	3.33(1.25)
B2	西醫一般案件未開藥、開立一日、二日、三日、三日以上之藥品比例	3.27(1.00)
B11	糖尿病用藥不適當性之比率	3.27(1.06)
B6	注射劑使用率	3.20(1.17)
B1	慢性病處方箋占率	3.07(1.00)
B13	高門診量醫師比例	3.07(1.29)
B4	平均每張非慢性病、慢性病處方箋藥品品項數	2.93(1.12)
B10	上呼吸道疾病病人複診率	2.67(1.01)
B12	每位病人平均看診時間	2.67(1.30)
C	醫療效率指標	3.34
C16	簡表藥費申報比率	3.93(0.77)
C15	簡表案件申報比率	3.73(0.93)
C10	平均每人次藥費	3.60(1.14)
C11	平均每日藥費	3.60(1.14)
C12	慢性病每日藥費	3.60(1.02)
C19	門診手術案件成長率	3.53(1.02)
C20	論病例計酬案件成長率	3.53(1.09)
C6	平均每件檢驗檢查之費用	3.47(1.15)
C17	剖腹產率	3.47(1.15)

附錄六、指標介入性評分(續)

項次	指 標	平均(標準差)
C	醫療效率指標	
C8	慢性病藥費占率	3.40(1.08)
C13	平均每處方箋注射劑金額	3.40(1.02)
C18	申報核減率	3.40(1.36)
C3	處方箋釋出率	3.33(1.19)
C7	藥費占率	3.33(1.19)
C9	平均每處方箋用藥金額	3.27(1.24)
C5	總額上限制平均每點點值	3.07(1.24)
C14	平均每處方箋抗生素金額	3.07(1.12)
C1	基層診所就醫人數占率	3.00(1.15)
C2	基層診所就醫人次占率	2.93(1.12)
C4	平均每人每次醫療點數	2.93(1.18)
C21	病患轉診率	2.64(1.17)
D	均衡醫療發展指標	3.25
D4	資源缺乏地區醫療費用成長率	3.60(0.88)
D2	資源缺乏地區醫師看診數成長率	3.47(0.96)
D3	資源缺乏地區醫師成長率	3.27(1.12)
D1	鄉鎮醫師服務人口數之分佈	3.00(1.10)
D5	醫療資源分佈均衡指標	2.93(1.22)
E	預防保健指標	3.48
E3	兒童預防保健利用率	3.67(0.94)
E6	預防保健服務類費用占率	3.60(0.88)
E2	子宮頸抹片利用率	3.47(1.02)
E4	成人保健利用率	3.47(0.96)
E1	合格施打流感疫苗利用率	3.33(1.14)
E5	成人預防保健提供率	3.33(1.01)
F	各區西醫基層總額執行委員會執行成效指標	3.13
F5	健康促進與預防保健活動場次	3.71(1.22)
F11	擬定異常個案指標之建立情形	3.53(0.96)
F10	執委會幹部再教育時數	3.40(0.95)
F4	移案回覆案件比率	3.27(0.93)
F1	臨床治療指引建立案數	3.20(1.28)
F9	醫師對分區執行委員會傳遞訊息的滿意度	3.13(1.02)
F2	申覆補付率	3.07(1.18)
F7	基層醫師對全聯會在西醫基層總額支付制度下的運作模式滿意度	2.87(0.88)
F8	醫師對分區執委會基層總額的運作模式滿意度	2.87(0.88)
F12	專業品質指標未達目標值之改善狀況	2.87(1.26)
F3	爭審撤銷率	2.80(1.11)
F6	醫師對專業審查的滿意度	2.80(0.75)

附錄七、指標重要性相對權重

編號	指標名稱	權重
A	保險對象就醫權益指標	100.0
A6	民眾對病情解釋的滿意度	12.1
A5	民眾門診滿意度	11.9
A11	民眾對醫師處方解釋之滿意度	9.1
A13	藥袋載明藥品名稱、劑量、用藥禁忌之比率	9.0
A10	基層診所開立藥品明細比率	8.0
A12	民眾對藥師處方箋解釋之滿意度	8.0
A7	平均每次自付費用	7.3
A14	開立就醫收據比率	7.2
A9	申訴成案件數	6.1
A8	平均每次健保部分負擔	5.2
A4	診所平均每週看診天數	5.0
A2	基層診所醫師成長率	4.4
A3	診所每日平均門診時間	3.5
A1	基層診所成長率	3.3
B	專業醫療服務品質指標	100.0
B11	糖尿病用藥不適當性之比率	12.8
B12	每位病人平均看診時間	11.3
B5	上呼吸道感染者抗生素使用率	9.0
B6	注射劑使用率	8.0
B8	醫師平均繼續教育時數	7.8
B9	醫師進修人數比率	7.7
B3	用藥日數重複率	7.4
B7	制酸劑重複使用比率	7.3
B13	高門診量醫師比例	7.2
B10	上呼吸道疾病病人複診率	6.7
B4	平均每張非慢性病、慢性病處方箋藥品品項數	5.3
B2	西醫一般案件未開藥、開立一日、二日、三日、三日以上之藥品比例	5.1
B1	慢性病處方箋占率	4.3
C	醫療效率指標	100.0
C17	剖腹產率	6.3
C21	病患轉診率	6.1
C2	基層診所就醫人次占率	5.9
C1	基層診所就醫人數占率	5.7
C5	總額上限制平均每點點值	5.5
C19	門診手術案件成長率	5.5
C18	申報核減率	5.4
C15	簡表案件申報比率	5.3
C20	論病例計酬案件成長率	5.2
C11	平均每日藥費	5.1

附錄七、指標重要性相對權重(續)

編號	指標名稱	權重
C	醫療效率指標	100.0
C10	平均每人藥費	5.0
C4	平均每人每次醫療點數	4.6
C16	簡表藥費申報比率	4.4
C9	平均每處方箋用藥金額	4.3
C3	處方箋釋出率	4.2
C7	藥費占率	4.2
C12	慢性病每日藥費	3.9
C8	慢性病藥費占率	3.8
C14	平均每處方箋抗生素金額	3.3
C13	平均每處方箋注射劑金額	3.2
C6	平均每件檢驗檢查之費用	3.1
D	均衡醫療發展指標	100.0
D5	醫療資源分佈均衡指標	28.2
D2	資源缺乏地區醫師看診數成長率	21.8
D3	資源缺乏地區醫師成長率	19.4
D1	鄉鎮醫師服務人口數之分佈	16.7
D4	資源缺乏地區醫療費用成長率	13.9
E	預防保健指標	100.0
E2	子宮頸抹片利用率	24.6
E3	兒童預防保健利用率	19.5
E6	預防保健服務類費用占率	17.0
E4	成人保健利用率	14.1
E5	成人預防保健提供率	13.2
E1	合格施打流感疫苗利用率	11.6
F	西醫基層總額執行委員會執行成效指標	100.0
F1	臨床治療指引建立案數	11.6
F12	專業品質指標未達目標值之改善狀況	10.4
F6	醫師對專業審查的滿意度	9.9
F11	擬定異常個案指標之建立情形	9.2
F7	基層醫師對全聯會在西醫基層總額支付制度下的運作模式滿意度	8.7
F10	執委會幹部再教育時數	8.4
F8	醫師對分區執委會基層總額的運作模式滿意度	7.9
F9	醫師對分區執行委員會傳遞訊息的滿意度	7.9
F2	申覆補付率	6.9
F3	爭審撤銷率	6.9
F5	健康促進與預防保健活動場次	6.4
F4	移案回覆案件比率	5.9

附錄八、西醫基層總額支付制度績效指標重要性、困難度與介入性評核表

非常感謝您於百忙之中，填答此問卷，本問卷為費協會委託計劃『建立西醫基層總額支付制度績效指標』之一部份，經由歷次的專家座談後訂定出績效指標，希望能藉此問卷，針對指標之重要性、困難度與介入性分別給予分數，並區別其相對重要性。

本問卷共分為兩大部分，第一部份為指標重要性、困難度與介入性之程度，其說明如下：

- 重要性：指該指標用來評估西醫基層總額支付制度之績效的重要程度。
(1~5分)
非常重要：5分、重要：4分、普通：3分、不重要：2分、非常不重要：1分。
- 困難度：該指標之執行或資料收集的困難程度。(1~5分)
非常困難：5分、困難：4分、普通：3分、不困難：2分、非常不困難：1分。
- 介入性：該指標反映出績效優劣後，可藉由政策介入的程度達到改善的目的。(1~5分)
非常容易介入：5分、容易介入：4分、普通：3分、不容易介入：2分、非常不容易介入：1分。

請您於填答第一部份問卷時，針對指標之重要性、困難度與介入性給予適當之分數，並請將問卷完整作答，以維持問卷之有效性！謝謝。

第二部份為衡量指標重要性之相對權重，經由兩兩比較，衡量其相對權重，以區別其相重要性，詳細內容如第二部分之說明。

研究主持人：蔡文正

聯絡電話：04-22053366 轉 7231

第一部分：西醫基層總額支付制度績效指標（問卷）

分類	項次	指標	說明	重要性	困難度	介入性	來源	監測範圍
保險對象就醫權益指標								
常規	A	基層診所成長率	基層診所成長數/前一期診所數				健保局	分區
常規	1	基層診所醫師成長率	醫師成長數/前一期醫師數				健保局	分區
常規	2	診所每日平均門診時間	每家診所平均每日看診時間				問卷調查	全國/分區
常規	3	診所平均每週看診天數	每家診所平均每週看診天數				問卷調查	全國/分區
常規	4	民眾門診滿意度	門診滿意度調查各項平均值加總/門診滿意度調查各項總分				問卷調查	全國/分區
常規	5	民眾對病情解釋的滿意度	民眾對於診所醫師病情解釋的滿意度				問卷調查	全國/分區
常規	6	平均每次自付費用	平均每人每次自付費用的部分(掛號費+部分負擔+自費部分)				問卷調查	全國/分區
常規	7	平均每次健保部分負擔	健保各項部分負擔之總額/有部分負擔之總就醫人次				問卷調查	全國/分區
常規	8	申訴成案件數	民眾向衛生署、健保局、消基會等申訴檢舉基層院所成案件數				健保局	全國/分區
常規	9	基層診所開立藥品明細比率	開立藥品明細家數/診所總數				衛生署、健保局、消基會	全國/分區
階段	10	民眾對醫師處方解釋之滿意度	民眾對於醫師的處方內容解釋滿意度				問卷調查	全國/分區
階段	11	民眾對藥師處方解釋之滿意度	民眾對於藥師的處方內容解釋滿意度				問卷調查	全國/分區
階段	12	藥袋載明藥品名稱、劑量、用藥禁忌之比率	藥袋有載明藥品名稱、劑量的診所家數/診所家數				問卷調查	全國/分區
階段	13	開立就醫收據比率	有開立就醫收據的家數/總診所家數				問卷調查	全國/分區
階段	14	開立就醫收據比率	有開立就醫收據的家數/總診所家數				院所申報、問卷調查	全國/分區
專業醫療服務品質指標								
常規	B	慢性病處方箋占率	慢性病處方箋數/總處方箋數				健保局	全國/分區
常規	1	西醫一般案件未開藥、開立一日、二日、三日、三日以上之藥品比例	一般案件未開藥、開立一日(二日、三日、三日以上)藥品處方箋數/一般案件總處方箋數				健保局	全國/分區

分類	項次	指標	說明	重要性	困難度	介入性	來源	監測範圍
常規	3	用藥日數重複率	用藥重複日數/處方總日數				健保局	全國/分區
常規	4	平均每張非慢性病、慢性病處方箋藥品項數	非慢性病、慢性病處方之總藥品數/總處方箋數				健保局	全國/分區
常規	5	上呼吸道感染患者抗生素使用率	上呼吸道感染抗生素案件數/上呼吸道感染開藥總件數				健保局	全國/分區
常規	6	注射劑使用率	注射藥品案件數/開藥總件數				健保局	全國/分區
常規	7	制酸劑重複使用比率	同一處方箋制酸劑重複使用之處方箋張數/總處方箋數				健保局	全國/分區
常規	8	醫師平均繼續教育時數	醫師繼續教育總時數/有參加繼續教育的醫師總數				全聯會	全國/分區
常規	9	醫師進修人數比率	有參加繼續教育的醫師數/總醫師數				全聯會	全國/分區
常規	10	上呼吸道感染病人複診率	上呼吸道感染一週內複診次數/上呼吸道感染病人患就醫次數 ⁱⁱ				健保局	全國/分區
參考	11	糖尿病用藥不適當性之比率	糖尿病用藥不適當處方數/糖尿病處方數				健保局	全國/分區
參考	12	每位病人平均看診時間	醫師總看診時間/總就醫人次				全聯會	全國/分區
參考	13	高門診量醫師比例	平均每月門診申報量超過 2400 人次之醫師數/總醫師數 ⁱⁱⁱ				健保局	全國/分區
C 醫療效率指標								
常規	1	基層診所就醫人數占率	基層門診總就醫人數 ^{iv} /總門診就醫人次				健保局	全國/分區
常規	2	基層診所就醫人次占率	基層門診總就醫人次/總門診就醫人次				健保局	全國/分區
常規	3	處方箋釋出率	處方箋釋出張數/處方箋總張數				健保局	全國/分區
常規	4	平均每人每次醫療點數	實際費用之總點數/總就醫人次				健保局	全國/分區
常規	5	總額上限制平均每點點值	總額上限之醫療費用/總點數				健保局	全國/分區
常規	6	平均每件檢驗檢查之費用	總檢驗檢查費/總檢驗檢查件數				健保局	全國/分區
常規	7	藥費占率	總藥費/總醫療費用				健保局	全國/分區
常規	8	慢性病藥費占率	慢性病總藥費/總藥費				健保局	全國/分區
常規	9	平均每處方箋用藥金額	總藥費/處方箋數				健保局	全國/分區

分類	項次	指標	說明	重要性	困難度	介入性	來源	監測範圍
常規	10	平均每人藥費	總藥費/總就醫人次				健保局	全國/分區
常規	11	平均每日藥費	總藥費/總開藥日數				健保局	全國/分區
常規	12	慢性病每日藥費	慢性病總藥費/慢性病總開藥日數				健保局	全國/分區
常規	13	平均每處方箋注射劑金額	總注射劑藥費/總處方箋數				健保局	全國/分區
常規	14	平均每處方箋抗生素金額	抗生素藥費/總處方箋數				健保局	全國/分區
常規	15	簡表案件申報比率	簡表案件申報數/總申報案件數				健保局	全國/分區
常規	16	簡表藥費申報比率	簡表申報藥費/總申報藥費				健保局	全國/分區
常規	17	剖腹產率	剖腹產案件數/生產案件數				健保局	全國/分區
常規	18	申報核減率	同健保局計算公式				健保局	分區
階段	19	門診手術案件成長率	(每年實施門診手術案件數-前一年實施門診手術案件數)/前一年實施門診手術案件數				健保局	全國/分區
階段	20	論病例計酬案件成長率	(每年實施論病例計酬案件數-前一年實施論病例計酬案件數)/前一年實施論病例計酬案件數				健保局	全國/分區
參考	21	病患轉診率	轉診人次 ^v /總人次				健保局	全國/分區
D 均銜醫療發展指標								
常規	1	鄉鎮醫師服務人口數之分佈	醫師數與服務人口數比在 1000 以下、1001~2000、2001~3000、3001~4000 與 4001 以上的鄉鎮數				衛生署	全國
階段	2	資源缺乏地區醫師看診數成長率	資源缺乏地區醫師診數成長量 ^{vi} /前一期總診數				健保局、執委會	分區
階段	3	資源缺乏地區醫師成長率	資源缺乏地區(駐診+支援)醫師成長數/前一期醫師數 ^{vii}				健保局、執委會	全國
階段	4	資源缺乏地區醫療費用成長率	(資源缺乏地區每年醫療費用-前一期醫療費用)/前一期醫療費用				健保局、執委會	分區
階段	5	醫療資源分佈均銜指標	以基尼指標衡量醫師分佈情形(以鄉鎮為單位)				衛生署、研究單位	全國

分類	項次	指標	說明	重要性	困難度	介入性	來源	監測範圍
	E 預防保健指標							
常規	1	合格施打流感疫苗利用率	施打流感疫苗人數/合格施打之人數				健保局	全國/分區
常規	2	子宮頸抹片利用率	合格受檢對象利用次數/子宮頸抹片合格受檢人數				健保局	全國/分區
常規	3	兒童預防保健利用率	合格受檢對象利用次數 / [(一歲以下人數)*4+(一歲至未滿三歲)/2+(三歲至未滿四歲)人數]				健保局	全國/分區
常規	4	成人保健利用率	合格受檢對象利用次數/成人預防保健合格受檢人數				健保局	全國/分區
常規	5	成人預防保健提供率	有提供成人預防保健之診所數/該區合格可提供之診所數				健保局	全國/分區
常規	6	預防保健服務類費用占率	預防保健服務類費用/西醫基層總額上限制費用				健保局	全國/分區
	F 西醫基層總額執行成效指標							
常規	1	臨床治療指引立案數	完成臨床治療指引建立的項數				執委會	全國
常規	2	申覆補付率	申覆後獲得核付的案數/申覆的案數				健保局	全國/分區
常規	3	爭審撤銷率	爭議審議被駁回或撤銷案數/爭議審議的案數				衛生署 爭審會	全國/分區
常規	4	移案回覆案件比率	健保局行政審查異常移轉執委會輔導案件回覆數				健保局	全國/分區
常規	5	健康促進與預防保健活動場次	舉辦健康促進或醫學講座相關之活動場次				執委會	全國/分區
常規	6	醫師對專業審查的滿意度	依據健保局委託專業機構調查之結果				問卷調查	全國/分區
常規	7	基層醫師對全聯會在西醫基層總額支付制度下的運作滿意度	依據健保局委託專業機構調查之結果				問卷調查	全國/分區
常規	8	醫師對分區執委會基層總額的運作滿意度	依據健保局委託專業機構調查之結果				問卷調查	全國/分區

分類	項次	指標	說明	重要性	困難度	介入性	來源	監測範圍
常規	9	醫師對分區執行委員會傳遞訊息的滿意度	依據健保局委託專業機構調查之結果				問卷調查	全國/分區
常規	10	執委會幹部再教育時數	平均各區執委會幹部每人參與醫藥衛生政策或管理之教育課程與研討會時數				執委會/問卷調查	全國/分區
階段	11	擬定異常個案指標之建立情形	是否有擬定異常個案之定義與指標				執委會	全國
階段	12	專業品質指標未達目標值之改善狀況	未達品質確保方案目標值有改善件數/未達品質確保方案目標值件數				執委會	全國/分區

註：以上指標若未特別說明，其所指均為西醫基層診所醫師所實施之治療或處置。

i 常：常規指標、階：階段性重點指標、參：參考性指標。

ii 健保局每季最後一個月選一週試算複診2次、3次以上之次數。

iii 若以每位病患平均看診5分鐘，每天看診8小時，每月看診25天則： $(60分*8小時/5分)*25天=2,400人次$

iv 基層總就診人數：所有曾於基層就診之人數，無論其是否曾於醫院就診。

v 轉診人次：指轉出至醫院之人數

vi 資源缺乏區之定義：依據“基層醫師至醫療資源缺乏地區服務獎勵措施實施方案”之定義，每位西醫師服務投保人口數大於4000人之鄉鎮。

vii 為避免因資源缺乏區域每年些許的變化，該項指標將監測前一年的所有資源缺乏區之醫師數與新一一年度資源缺乏區之醫師數，未來可做相同基準之比較。例如去年資源缺乏區有34個鄉鎮，而今年只有30個鄉鎮，則我們將分別監測去年初34鄉鎮的醫師數、今年初此34鄉鎮之醫師數及今年初仍列為資源缺乏區的30個鄉鎮的醫師數，以作為明年比較之基準。

第二部分 指標權重分析

運用 AHP(分析層級程序法)理論模型，針對西醫基層總額績效指標(共六大類)，分別進行成偶比對，定出指標之間兩兩相對強度。

一、比對強對等級說明

強度	定義	說明
1	相等重要	兩者對達到目標有相等強度
3	稍重要	依經驗認定比他項略為重要
5	頗重要	依經驗肯定比他項更為重要
7	證實很重要	舉出實例證據要素之一較重要
9	絕對重要	評比者有足夠證據肯定絕對重要
2、4、6、8 介於兩者之強度		

二、填答說明

本研究(建立西醫基層總額支付制度績效指標)之指標共分為『保險對象就醫權益』『專業服務品質指標』『醫療效率指標』『均衡醫療發展指標』『預防保健指標』『各區西醫基層總額執行委員會執行成效指標』等六大類，其中關於重要性希望能藉由您的協助，利用 AHP(分析層級程序法)經由兩兩相對重要性的比較訂定出相對權重。

在填答時，請依左右方之指標重要強度，依據其重要性於強度表中給分，若您覺得左側較為重要，請將分數圈選於左側；若您覺得右側較重要，則圈選於右側。其中重要性指的是區別指標的重要程度，並且不考慮其資料收集的困難或其他政策因素。例如：左側指標 A 的重要性依您的經驗肯定比右側指標 B 更為重要，則請您圈選左側 5；右側指標 C 的重要性依您的經驗認定比左側指標 A 略為重要，則請您圈選右側之 3(如下表)。

三、指標比對強度表

指	標	絕強	極強	頗強	稍強	等強	稍強	頗強	極強	絕強	指	標							
指標 A		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	指標 B
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	指標 C

指標之重要性(問卷)

A：保險對象就醫權益

指	標	絕強	極強	頗強	稍強	稍強	等強	稍強	稍強	頗強	極強	絕強	指	標					
	常規 1. 基層診所成長率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 2. 基層診所醫師成長率
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 3. 診所每日平均門診時間
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 4. 診所平均每週看診天數
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 5. 民眾對病情解釋的滿意度
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 6. 民眾對病情解釋的滿意度
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 7. 平均每次自付費用
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 8. 平均每次健保部分負擔
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 9. 申訴成案件數
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 10. 基層診所開立藥品明細比率
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 11. 民眾對醫師處方解釋之滿意度
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 12. 民眾對醫師處方解釋之滿意度
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 13. 藥袋載明藥品名稱、劑量、用藥禁忌之比率
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 14. 開立就醫收據比率
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 3. 診所每日平均門診時間
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 4. 診所平均每週看診天數
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 5. 民眾對病情解釋的滿意度
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 6. 民眾對病情解釋的滿意度
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 7. 平均每次自付費用
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 8. 平均每次健保部分負擔
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 9. 申訴成案件數
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 10. 基層診所開立藥品明細比率
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 11. 民眾對醫師處方解釋之滿意度
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 12. 民眾對醫師處方解釋之滿意度
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 13. 藥袋載明藥品名稱、劑量、用藥禁忌之比率
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 14. 開立就醫收據比率
	常規 3. 診所每日平均門診時間	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 4. 診所平均每週看診天數
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 5. 民眾對病情解釋的滿意度

指	標	絕強	極強	頗強	稍強	等強	稍強	頗強	極強	絕強	標	指							
常規 3. 診所每日平均門診時間	常規 6. 民眾對病情解釋的滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	民眾對病情解釋的滿意度
	常規 7. 平均每次自付費用	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	平均每次自付費用
	常規 8. 平均每次健保部分負擔	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	平均每次健保部分負擔
	常規 9. 申訴成案件數	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	申訴成案件數
	常規 10. 基層診所開立藥品明細比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	基層診所開立藥品明細比率
	常規 11. 民眾對醫師處方解釋之滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	民眾對醫師處方解釋之滿意度
	常規 12. 民眾對藥師處方箋解釋之滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	民眾對藥師處方箋解釋之滿意度
	常規 13. 藥袋載明藥品名稱、劑量、用藥禁忌之比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	藥袋載明藥品名稱、劑量、用藥禁忌之比率
	常規 14. 開立就醫收據比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	開立就醫收據比率
	常規 5. 民眾門診滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	民眾門診滿意度
	常規 6. 民眾對病情解釋的滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	民眾對病情解釋的滿意度
	常規 7. 平均每次自付費用	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	平均每次自付費用
	常規 8. 平均每次健保部分負擔	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	平均每次健保部分負擔
	常規 9. 申訴成案件數	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	申訴成案件數
常規 10. 基層診所開立藥品明細比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	基層診所開立藥品明細比率	
常規 11. 民眾對醫師處方解釋之滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	民眾對醫師處方解釋之滿意度	
常規 12. 民眾對藥師處方箋解釋之滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	民眾對藥師處方箋解釋之滿意度	
常規 13. 藥袋載明藥品名稱、劑量、用藥禁忌之比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	藥袋載明藥品名稱、劑量、用藥禁忌之比率	
常規 14. 開立就醫收據比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	開立就醫收據比率	
常規 6. 民眾對病情解釋的滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	民眾對病情解釋的滿意度	
常規 7. 平均每次自付費用	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	平均每次自付費用	
常規 8. 平均每次健保部分負擔	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	平均每次健保部分負擔	
常規 9. 申訴成案件數	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	申訴成案件數	
常規 10. 基層診所開立藥品明細比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	基層診所開立藥品明細比率	
常規 11. 民眾對醫師處方解釋之滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	民眾對醫師處方解釋之滿意度	
常規 12. 民眾對藥師處方箋解釋之滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	民眾對藥師處方箋解釋之滿意度	
常規 13. 藥袋載明藥品名稱、劑量、用藥禁忌之比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	藥袋載明藥品名稱、劑量、用藥禁忌之比率	
常規 14. 開立就醫收據比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	開立就醫收據比率	
常規 5. 民眾門診滿意度	常規 6. 民眾對病情解釋的滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	民眾對病情解釋的滿意度
	常規 7. 平均每次自付費用	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	平均每次自付費用
	常規 8. 平均每次健保部分負擔	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	平均每次健保部分負擔
	常規 9. 申訴成案件數	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	申訴成案件數
	常規 10. 基層診所開立藥品明細比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	基層診所開立藥品明細比率
	常規 11. 民眾對醫師處方解釋之滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	民眾對醫師處方解釋之滿意度
	常規 12. 民眾對藥師處方箋解釋之滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	民眾對藥師處方箋解釋之滿意度
	常規 13. 藥袋載明藥品名稱、劑量、用藥禁忌之比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	藥袋載明藥品名稱、劑量、用藥禁忌之比率
	常規 14. 開立就醫收據比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	開立就醫收據比率

指	標	絕強	稍強	頗強	極強	稍強	等強	稍強	頗強	極強	稍強	頗強	極強	指	標						
常規 6. 民眾對病情解釋的滿意度	常規 6. 民眾對病情解釋的滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	7. 平均每次自付費用		
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8. 平均每次健保部分負擔		
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9. 申訴成案件數		
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10. 基層診所開立藥品明細比率		
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	11. 民眾對醫師處方解釋之滿意度		
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	12. 民眾對醫師處方箋解釋之滿意度		
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	13. 藥袋載明藥品名稱、劑量、用藥禁忌之比率		
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	14. 開立就醫收據比率		
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8. 平均每次健保部分負擔		
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9. 申訴成案件數		
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10. 基層診所開立藥品明細比率		
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	11. 民眾對醫師處方解釋之滿意度		
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	12. 民眾對醫師處方箋解釋之滿意度		
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	13. 藥袋載明藥品名稱、劑量、用藥禁忌之比率		
9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	14. 開立就醫收據比率				
常規 8. 平均每次健保部分負擔	常規 8. 平均每次健保部分負擔	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9. 申訴成案件數		
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10. 基層診所開立藥品明細比率		
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	11. 民眾對醫師處方解釋之滿意度		
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	12. 民眾對醫師處方箋解釋之滿意度		
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	13. 藥袋載明藥品名稱、劑量、用藥禁忌之比率		
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	14. 開立就醫收據比率		
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10. 基層診所開立藥品明細比率		
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	11. 民眾對醫師處方解釋之滿意度		
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	12. 民眾對醫師處方箋解釋之滿意度		
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	13. 藥袋載明藥品名稱、劑量、用藥禁忌之比率		
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	14. 開立就醫收據比率		
		常規 9. 申訴成案件數	常規 9. 申訴成案件數	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10. 基層診所開立藥品明細比率
				9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	11. 民眾對醫師處方解釋之滿意度
				9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	12. 民眾對醫師處方箋解釋之滿意度
9	8			7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	13. 藥袋載明藥品名稱、劑量、用藥禁忌之比率		
9	8			7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	14. 開立就醫收據比率		
9	8			7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10. 基層診所開立藥品明細比率		
9	8			7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	11. 民眾對醫師處方解釋之滿意度		
9	8			7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	12. 民眾對醫師處方箋解釋之滿意度		
9	8			7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	13. 藥袋載明藥品名稱、劑量、用藥禁忌之比率		
9	8			7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	14. 開立就醫收據比率		
常規 10. 基層診所開立藥品明細比率	常規 10. 基層診所開立藥品明細比率			9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	11. 民眾對醫師處方解釋之滿意度

指	標	絕強	9	極強	8	7	6	5	4	3	2	1	等強	2	3	4	5	6	7	8	9	絕強	標	
	常規3.用藥日數重複率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規3.用藥日數重複率
	常規4.平均每張非慢性病、慢性病處方箋藥品項數	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規4.平均每張非慢性病、慢性病處方箋藥品項數
	常規5.上呼吸道感染者抗生素使用率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規5.上呼吸道感染者抗生素使用率
	常規6.注射劑使用率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規6.注射劑使用率
	常規7.制酸劑重複使用比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規7.制酸劑重複使用比率
	常規8.上呼吸道疾病病人複診率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規8.上呼吸道疾病病人複診率
	常規9.醫師平均繼續教育時數	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規9.醫師平均繼續教育時數
	常規10.醫師進修人數比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規10.醫師進修人數比率
	參考11.糖尿服用藥不適當性之比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	參考11.糖尿服用藥不適當性之比率
	參考12.每位病人平均看診時間	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	參考12.每位病人平均看診時間
	參考13.高門診量醫師比例	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	參考13.高門診量醫師比例
	常規4.平均每張非慢性病、慢性病處方箋藥品項數	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規4.平均每張非慢性病、慢性病處方箋藥品項數
	常規5.上呼吸道感染者抗生素使用率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規5.上呼吸道感染者抗生素使用率
	常規6.注射劑使用率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規6.注射劑使用率
	常規7.制酸劑重複使用比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規7.制酸劑重複使用比率
	常規8.上呼吸道疾病病人複診率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規8.上呼吸道疾病病人複診率
	常規9.醫師平均繼續教育時數	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規9.醫師平均繼續教育時數
	常規10.醫師進修人數比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規10.醫師進修人數比率
	參考11.糖尿服用藥不適當性之比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	參考11.糖尿服用藥不適當性之比率
	參考12.每位病人平均看診時間	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	參考12.每位病人平均看診時間
	參考13.高門診量醫師比例	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	參考13.高門診量醫師比例
	常規5.上呼吸道感染者抗生素使用率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規5.上呼吸道感染者抗生素使用率
	常規6.注射劑使用率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規6.注射劑使用率
	常規7.制酸劑重複使用比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規7.制酸劑重複使用比率
	常規8.上呼吸道疾病病人複診率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規8.上呼吸道疾病病人複診率
	常規9.醫師平均繼續教育時數	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規9.醫師平均繼續教育時數
	常規10.醫師進修人數比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規10.醫師進修人數比率
	常規5.上呼吸道感染者抗生素使用率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規5.上呼吸道感染者抗生素使用率
	常規6.注射劑使用率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規6.注射劑使用率
	常規7.制酸劑重複使用比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規7.制酸劑重複使用比率
	常規8.上呼吸道疾病病人複診率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規8.上呼吸道疾病病人複診率
	常規9.醫師平均繼續教育時數	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規9.醫師平均繼續教育時數
	常規10.醫師進修人數比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規10.醫師進修人數比率
	常規5.上呼吸道感染者抗生素使用率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規5.上呼吸道感染者抗生素使用率
	常規6.注射劑使用率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規6.注射劑使用率
	常規7.制酸劑重複使用比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規7.制酸劑重複使用比率
	常規8.上呼吸道疾病病人複診率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規8.上呼吸道疾病病人複診率
	常規9.醫師平均繼續教育時數	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規9.醫師平均繼續教育時數
	常規10.醫師進修人數比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	8	9	常規10.醫師進修人數比率

指	標	絕強	極強	頗強	稍強	等強	稍強	頗強	極強	絕強	指	標						
		9	8	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	常規10.平均每人藥費	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規11.平均每日藥費	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規12.慢性病每日藥費	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規13.平均每處方箋注射劑金額	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規14.平均每處方箋抗生素金額	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規15.簡表案件申報比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規16.簡表藥費申報比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規17.剖腹產率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規18.申報核減率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	階段19.門診手術案件成長率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	階段20.論病例計酬案件成長率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	參考21.病患轉診率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規3.處方箋釋出率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規4.平均每人每次醫療點數	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規5.總額上限制平均每點點值	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規6.平均每件檢驗檢查之費用	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規7.藥費占率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規8.慢性病藥費占率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規9.平均每處方箋用藥金額	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規10.平均每人藥費	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規11.平均每日藥費	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規12.慢性病每日藥費	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規13.平均每處方箋注射劑金額	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規14.平均每處方箋抗生素金額	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規15.簡表案件申報比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規16.簡表藥費申報比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規17.剖腹產率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9

常規1.基層診所就醫人數占率

常規2.基層診所就醫人次占率

指 標	標 指	絕 強	極 強	頗 強	稍 強	等 強	稍 強	頗 強	極 強	絕 強	標 指
常規 2. 基層診所就醫人次占率	常規 18. 申報核減率	9	8	6	3	2	3	5	7	9	絕 強
	階段 19. 門診手術案件成長率	9	8	7	3	2	3	5	7	9	極 強
	階段 20. 論病例計酬案件成長率	9	8	7	3	2	3	5	7	9	頗 強
	參考 21. 病患轉診率	9	8	7	3	2	3	5	7	9	稍 強
	常規 4. 平均每人每次醫療點數	9	8	6	3	2	3	5	7	9	等 強
常規 3. 處方箋釋出率	常規 5. 總額上限制平均每點點值	9	8	7	3	2	3	5	7	9	稍 強
	常規 6. 平均每件檢驗檢查之費用	9	8	7	3	2	3	5	7	9	頗 強
	常規 7. 藥費占率	9	8	7	3	2	3	5	7	9	極 強
	常規 8. 慢性病藥費占率	9	8	7	3	2	3	5	7	9	絕 強
	常規 9. 平均每處方箋用藥金額	9	8	6	3	2	3	5	7	9	絕 強
	常規 10. 平均每人每次藥費	9	8	7	3	2	3	5	7	9	絕 強
	常規 11. 平均每日藥費	9	8	7	3	2	3	5	7	9	絕 強
	常規 12. 慢性病每日藥費	9	8	7	3	2	3	5	7	9	絕 強
	常規 13. 平均每處方箋注射劑金額	9	8	7	3	2	3	5	7	9	絕 強
	常規 14. 平均每處方箋抗生素金額	9	8	7	3	2	3	5	7	9	絕 強
	常規 15. 簡表案件申報比率	9	8	7	3	2	3	5	7	9	絕 強
	常規 16. 簡表藥費申報比率	9	8	7	3	2	3	5	7	9	絕 強
	常規 17. 剖腹產率	9	8	6	3	2	3	5	7	9	絕 強
	常規 18. 申報核減率	9	8	7	3	2	3	5	7	9	絕 強
	階段 19. 門診手術案件成長率	9	8	7	3	2	3	5	7	9	絕 強
	常規 4. 平均每人每次醫療點數	階段 20. 論病例計酬案件成長率	9	8	7	3	2	3	5	7	9	絕 強
參考 21. 病患轉診率		9	8	7	3	2	3	5	7	9	絕 強
常規 5. 總額上限制平均每點點值		9	8	6	3	2	3	5	7	9	絕 強
常規 6. 平均每件檢驗檢查之費用		9	8	7	3	2	3	5	7	9	絕 強
常規 7. 藥費占率		9	8	7	3	2	3	5	7	9	絕 強
常規 8. 慢性病藥費占率	常規 8. 慢性病藥費占率	9	8	7	3	2	3	5	7	9	絕 強
	常規 9. 平均每處方箋用藥金額	9	8	6	3	2	3	5	7	9	絕 強

指	標	絕強	9	8	7	極強	6	5	頗強	4	3	稍強	2	1	等強	2	3	稍強	4	5	頗強	6	7	極強	8	9	指	標	
常規	7.藥費占率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	階段	19.門診手術案件成長率
常規	20.論病例計酬案件成長率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	階段	20.論病例計酬案件成長率
參考	21.病患轉診率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	參考	21.病患轉診率
常規	9.平均每處方箋用藥金額	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規	9.平均每處方箋用藥金額
常規	10.平均每人藥費	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規	10.平均每人藥費
常規	11.平均每日藥費	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規	11.平均每日藥費
常規	12.慢性病每日藥費	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規	12.慢性病每日藥費
常規	13.平均每處方箋注射劑金額	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規	13.平均每處方箋注射劑金額
常規	14.平均每處方箋抗生素金額	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規	14.平均每處方箋抗生素金額
常規	15.簡表案件申報比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規	15.簡表案件申報比率
常規	16.簡表藥費申報比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規	16.簡表藥費申報比率
常規	17.剖腹產率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規	17.剖腹產率
常規	18.申報核減率(同健保局計算公式)	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規	18.申報核減率(同健保局計算公式)
階段	19.門診手術案件成長率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	階段	19.門診手術案件成長率
階段	20.論病例計酬案件成長率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	階段	20.論病例計酬案件成長率
參考	21.病患轉診率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	參考	21.病患轉診率
常規	9.平均每處方箋用藥金額	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規	9.平均每處方箋用藥金額
常規	10.平均每人藥費	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規	10.平均每人藥費
常規	11.平均每日藥費	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規	11.平均每日藥費
常規	12.慢性病每日藥費	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規	12.慢性病每日藥費
常規	13.平均每處方箋注射劑金額	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規	13.平均每處方箋注射劑金額
常規	14.平均每處方箋抗生素金額	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規	14.平均每處方箋抗生素金額
常規	15.簡表案件申報比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規	15.簡表案件申報比率
常規	16.簡表藥費申報比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規	16.簡表藥費申報比率
常規	17.剖腹產率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規	17.剖腹產率
常規	18.申報核減率(同健保局計算公式)	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規	18.申報核減率(同健保局計算公式)
階段	19.門診手術案件成長率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	階段	19.門診手術案件成長率
階段	20.論病例計酬案件成長率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	階段	20.論病例計酬案件成長率

指 標	指 標	絕 強	極 強	頗 強	稍 強	等 強	稍 強	頗 強	極 強	絕 強	指 標
常規 9. 平均每處方箋用藥金額	參考 21. 病患轉診率	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	常規 11. 平均每日藥費	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	常規 12. 慢性病每日藥費	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	常規 13. 平均每處方箋注射劑金額	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	常規 14. 平均每處方箋抗生素金額	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	常規 15. 簡表案件申報比率	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	常規 16. 簡表藥費申報比率	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	常規 17. 剖腹產率	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	常規 18. 申報核減率(同健保局計算公式)	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	階段 19. 門診手術案件成長率	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	階段 20. 論病例計酬案件成長率	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	參考 21. 病患轉診率	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	常規 12. 慢性病每日藥費	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	常規 13. 平均每處方箋注射劑金額	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	常規 14. 平均每處方箋抗生素金額	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	常規 15. 簡表案件申報比率	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	常規 16. 簡表藥費申報比率	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	常規 17. 剖腹產率	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	常規 18. 申報核減率(同健保局計算公式)	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	階段 19. 門診手術案件成長率	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	階段 20. 論病例計酬案件成長率	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	參考 21. 病患轉診率	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	常規 13. 平均每處方箋注射劑金額	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	常規 14. 平均每處方箋抗生素金額	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	常規 15. 簡表案件申報比率	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	常規 16. 簡表藥費申報比率	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	常規 17. 剖腹產率	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	常規 18. 申報核減率(同健保局計算公式)	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	階段 19. 門診手術案件成長率	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	階段 20. 論病例計酬案件成長率	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	參考 21. 病患轉診率	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	常規 13. 平均每處方箋注射劑金額	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	常規 14. 平均每處方箋抗生素金額	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	常規 15. 簡表案件申報比率	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	常規 16. 簡表藥費申報比率	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	常規 17. 剖腹產率	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	常規 12. 慢性病每日藥費	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	常規 13. 平均每處方箋注射劑金額	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	常規 14. 平均每處方箋抗生素金額	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	常規 15. 簡表案件申報比率	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	常規 16. 簡表藥費申報比率	9	8	6	4	2	3	5	7	9	
	常規 17. 剖腹產率	9	8	6	4	2	3	5	7	9	

指	標	絕強	極強	頗強	稍強	等強	稍強	頗強	極強	絕強	指	標								
常規	12.慢性病每日藥費	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規	18.申報核減率(同健保局計算公式)
階段	19.門診手術案件成長率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	階段	19.門診手術案件成長率
階段	20.論病例計酬案件成長率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	階段	20.論病例計酬案件成長率
參考	21.病患轉診率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	參考	21.病患轉診率
常規	14.平均每處方箋抗生素金額	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規	14.平均每處方箋抗生素金額
常規	15.簡表案件申報比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規	15.簡表案件申報比率
常規	16.簡表藥費申報比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規	16.簡表藥費申報比率
常規	17.剖腹產率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規	17.剖腹產率
常規	18.申報核減率(同健保局計算公式)	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規	18.申報核減率(同健保局計算公式)
階段	19.門診手術案件成長率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	階段	19.門診手術案件成長率
階段	20.論病例計酬案件成長率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	階段	20.論病例計酬案件成長率
參考	21.病患轉診率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	參考	21.病患轉診率
常規	15.簡表案件申報比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規	15.簡表案件申報比率
常規	16.簡表藥費申報比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規	16.簡表藥費申報比率
常規	17.剖腹產率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規	17.剖腹產率
常規	18.申報核減率(同健保局計算公式)	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規	18.申報核減率(同健保局計算公式)
階段	19.門診手術案件成長率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	階段	19.門診手術案件成長率
階段	20.論病例計酬案件成長率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	階段	20.論病例計酬案件成長率
參考	21.病患轉診率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	參考	21.病患轉診率
常規	17.剖腹產率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規	17.剖腹產率
常規	18.申報核減率(同健保局計算公式)	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規	18.申報核減率(同健保局計算公式)

指	標	絕強	極強	頗強	稍強	等強	稍強	頗強	極強	絕強	極強	頗強	稍強	等強	稍強	頗強	極強	絕強	指	標
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
常規	16.簡表藥費申報比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	階段	19.門診手術案件成長率
常規	17.剖腹產率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	階段	20.論病例計酬案件成長率
常規	18.申報核減率(同健保局計算公式)	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	參考	21.病患轉診率
階段	19.門診手術案件成長率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規	18.申報核減率(同健保局計算公式)
階段	20.論病例計酬案件成長率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	階段	19.門診手術案件成長率
階段	21.病患轉診率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	階段	20.論病例計酬案件成長率
參考	21.病患轉診率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	參考	21.病患轉診率
參考	21.病患轉診率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	參考	21.病患轉診率

D. 均衡醫療發展指標

指	標	絕強	極強	頗強	稍強	等強	稍強	頗強	極強	絕強	極強	頗強	稍強	等強	稍強	頗強	極強	絕強	指	標
		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
常規	1. 鄉鎮醫師服務人口數之分佈	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	階段	2. 資源缺乏地區醫師看診數成長率
階段	2. 資源缺乏地區醫師看診數成長率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	階段	3. 資源缺乏地區醫師成長率
階段	3. 資源缺乏地區醫師成長率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	階段	4. 資源缺乏地區醫療費用成長率
階段	4. 資源缺乏地區醫療費用成長率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	階段	5. 醫療資源分布均衡指標
階段	5. 醫療資源分布均衡指標	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	階段	3. 資源缺乏地區醫師成長率
階段	3. 資源缺乏地區醫師成長率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	階段	4. 資源缺乏地區醫療費用成長率
階段	4. 資源缺乏地區醫療費用成長率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	階段	5. 醫療資源分布均衡指標
階段	5. 醫療資源分布均衡指標	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	階段	5. 醫療資源分布均衡指標

指 標	指 標	絕 強	極 強	頗 強	稍 強	等 強	稍 強	稍 強	頗 強	極 強	絕 強	指 標						
階段 3. 資源缺乏地區醫師成長率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	階段 4. 資源缺乏地區醫療費用成長率
階段 4. 資源缺乏地區醫師成長率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	階段 5. 醫療資源分布均衡指標
階段 5. 醫療資源分布均衡指標	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	階段 5. 醫療資源分布均衡指標

圖 3. 預防保健指標

指 標	指 標	絕 強	極 強	頗 強	稍 強	稍 強	等 強	稍 強	稍 強	頗 強	極 強	絕 強	指 標					
常規 1. 合格施打流感疫苗利用率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 2. 子宮頸抹片利用率
常規 2. 子宮頸抹片利用率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 3. 兒童預防保健利用率
常規 3. 兒童預防保健利用率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 4. 成人保健利用率
常規 4. 成人保健利用率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 5. 成人預防保健提供率
常規 5. 成人預防保健提供率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 6. 預防保健服務類費用占率
常規 6. 預防保健服務類費用占率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 3. 兒童預防保健利用率
常規 3. 兒童預防保健利用率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 4. 成人保健利用率
常規 4. 成人保健利用率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 5. 成人預防保健提供率
常規 5. 成人預防保健提供率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 6. 預防保健服務類費用占率
常規 6. 預防保健服務類費用占率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 5. 成人預防保健提供率
常規 5. 成人預防保健提供率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 6. 預防保健服務類費用占率
常規 6. 預防保健服務類費用占率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 6. 預防保健服務類費用占率

甲：各區西醫基層總額執行委員會執行成效指標

指	標	絕強	9	8	7	極強	6	5	頗強	4	3	稍強	2	1	等強	2	3	4	5	6	7	8	9	絕強	指	標				
常規 1. 臨床治療指引立案數	常規 2. 申覆補付率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	絕強	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規 2. 申覆補付率	
	常規 3. 爭審撤銷率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	絕強	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規 3. 爭審撤銷率	
	常規 4. 移案回覆案件比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	絕強	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規 4. 移案回覆案件比率	
	常規 5. 健康促進與預防保健活動場次	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	絕強	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規 5. 健康促進與預防保健活動場次	
	常規 6. 醫師對專業審查的滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	絕強	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規 6. 醫師對專業審查的滿意度	
	常規 7. 基層醫師對全聯會在西醫基層總額支付制度下的運作模式滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	絕強	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規 7. 基層醫師對全聯會在西醫基層總額支付制度下的運作模式滿意度	
	常規 8. 醫師對分區執委會基層總額的運作模式滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	絕強	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規 8. 醫師對分區執委會基層總額的運作模式滿意度	
	常規 9. 醫師對分區執行委員會傳遞訊息的滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	絕強	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規 9. 醫師對分區執行委員會傳遞訊息的滿意度	
	常規 10. 執委會幹部再教育時數	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	絕強	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規 10. 執委會幹部再教育時數	
	階段 11. 擬定異業個案指標之建立情形	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	絕強	9	8	7	6	5	4	3	2	1	階段 11. 擬定異業個案指標之建立情形	
	階段 12. 專業品質指標未達目標值之改善狀況	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	絕強	9	8	7	6	5	4	3	2	1	階段 12. 專業品質指標未達目標值之改善狀況	
	常規 2. 申覆補付率	常規 3. 爭審撤銷率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	絕強	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規 3. 爭審撤銷率
常規 4. 移案回覆案件比率		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	絕強	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規 4. 移案回覆案件比率	
常規 5. 健康促進與預防保健活動場次		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	絕強	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規 5. 健康促進與預防保健活動場次	
常規 6. 醫師對專業審查的滿意度		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	絕強	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規 6. 醫師對專業審查的滿意度	
常規 7. 基層醫師對全聯會在西醫基層總額支付制度下的運作模式滿意度		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	絕強	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規 7. 基層醫師對全聯會在西醫基層總額支付制度下的運作模式滿意度	
常規 8. 醫師對分區執委會基層總額的運作模式滿意度		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	絕強	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規 8. 醫師對分區執委會基層總額的運作模式滿意度	
常規 9. 醫師對分區執行委員會傳遞訊息的滿意度		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	絕強	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規 9. 醫師對分區執行委員會傳遞訊息的滿意度	
常規 10. 執委會幹部再教育時數		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	絕強	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規 10. 執委會幹部再教育時數	
階段 11. 擬定異業個案指標之建立情形		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	絕強	9	8	7	6	5	4	3	2	1	階段 11. 擬定異業個案指標之建立情形	
階段 12. 專業品質指標未達目標值之改善狀況		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	絕強	9	8	7	6	5	4	3	2	1	階段 12. 專業品質指標未達目標值之改善狀況	
常規 3. 爭審撤銷率		常規 4. 移案回覆案件比率	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	絕強	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規 4. 移案回覆案件比率
		常規 5. 健康促進與預防保健活動場次	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	絕強	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規 5. 健康促進與預防保健活動場次
	常規 6. 醫師對專業審查的滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	絕強	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規 6. 醫師對專業審查的滿意度	
	常規 7. 基層醫師對全聯會在西醫基層總額支付制度下的運作模式滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	絕強	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規 7. 基層醫師對全聯會在西醫基層總額支付制度下的運作模式滿意度	
	常規 8. 醫師對分區執委會基層總額的運作模式滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	絕強	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規 8. 醫師對分區執委會基層總額的運作模式滿意度	
	常規 9. 醫師對分區執行委員會傳遞訊息的滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	絕強	9	8	7	6	5	4	3	2	1	常規 9. 醫師對分區執行委員會傳遞訊息的滿意度	

指	標	絕強	9	8	7	6	5	4	3	2	1	等強	2	3	4	5	6	7	8	9	極強	7	8	9	絕強										
	常規 7. 基層醫師對全聯會在西醫基層總額支付制度下的運作模式滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規 8. 醫師對分區執委會基層總額的運作模式滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規 9. 醫師對分區執行委員會傳遞訊息的滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規 10. 執委會幹部再教育時數	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	階段 11. 擬定異業個案指標之建立情形	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	階段 12. 專業品質指標未達目標值之改善狀況	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規 5. 健康促進與預防保健活動場次	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規 6. 醫師對專業審查的滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規 7. 基層醫師對全聯會在西醫基層總額支付制度下的運作模式滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規 8. 醫師對分區執委會基層總額的運作模式滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規 9. 醫師對分區執行委員會傳遞訊息的滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規 10. 執委會幹部再教育時數	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	階段 11. 擬定異業個案指標之建立情形	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	階段 12. 專業品質指標未達目標值之改善狀況	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規 6. 醫師對專業審查的滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規 7. 基層醫師對全聯會在西醫基層總額支付制度下的運作模式滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規 8. 醫師對分區執委會基層總額的運作模式滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規 9. 醫師對分區執行委員會傳遞訊息的滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規 10. 執委會幹部再教育時數	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	階段 11. 擬定異業個案指標之建立情形	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	階段 12. 專業品質指標未達目標值之改善狀況	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規 7. 基層醫師對全聯會在西醫基層總額支付制度下的運作模式滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	常規 8. 醫師對分區執委會基層總額的運作模式滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9

指 標	絕 強	極 強	頗 強	稍 強	稍 強	等 強	稍 強	頗 強	極 強	絕 強	指 標							
常規 6. 醫師對專業審查的滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 9. 醫師對分區執行委員會傳遞訊息的滿意度
常規 7. 基層醫師對全聯會在西醫基層總額支付制度下的運作模式滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 10. 執委會幹部再教育時數
常規 8. 醫師對分區執委會基層總額的運作模式滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	階段 11. 擬定異常個案指標之建立情形
常規 9. 醫師對分區執行委員會傳遞訊息的滿意度	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	階段 12. 專業品質指標未達目標值之改善狀況
常規 10. 執委會幹部再教育時數	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 8. 醫師對分區執委會基層總額的運作模式滿意度
常規 11. 擬定異常個案指標之建立情形	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 9. 醫師對分區執行委員會傳遞訊息的滿意度
常規 12. 專業品質指標未達目標值之改善狀況	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	常規 10. 執委會幹部再教育時數
階段 11. 擬定異常個案指標之建立情形	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	階段 11. 擬定異常個案指標之建立情形
階段 12. 專業品質指標未達目標值之改善狀況	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	階段 12. 專業品質指標未達目標值之改善狀況
階段 12. 專業品質指標未達目標值之改善狀況	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	階段 12. 專業品質指標未達目標值之改善狀況