指標操作型定義

說明：1.擷取住院資料時皆排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)

2.系統年月 102 年 04 月開始，因應醫療費用申報資料次診斷碼及次處置碼欄位擴檔，相關指標程式將同步擴增次診斷碼及次處置碼欄位

一、醫療服務指標 18

(1).上呼吸道感染病人複診率（一） 18

(2).上呼吸道感染病人複診率（二） 19

(3).西醫重複就診率(一) 20

(6).平均每張處方箋開藥天數 20

(7)(1324)(1325).一般處方每張處方用藥品項數 21

(8).慢性病每張處方用藥品項數 22

(9).平均每張處方藥用藥品項數 22

(10).注射劑使用率 23

(13).同一院所用藥日數重複率 23

(14).開立慢性病連續處方箋百分比(一) 24

(15).慢性病開立慢性病連續處方箋百分比(一) 24

(16).處方箋釋出率 25

(16.01).處方箋釋出率 25

(17).上呼吸道感染抗生素使用率 26

(18).十四日內再住院率、三日內再急診率 26

(20).使用 ESWL 人口平均利用次數 27

(20.01).使用 ESWL 病人平均利用人次 27

(24).基層醫師在醫院、醫院醫師在基層發生案件數 28

(31).西醫門診 CT(MRI)醫令執行率 28

(32).一日急診返診率 29

(33).二日急診返診率 29

(35).住院期間再手術率 30

(40).牙體復形申報點數佔率 30

(42).牙周病緊急處理佔率 31

(43).牙結石清除－全口之檢測比率 31

(44).七項醫令合計佔率 32

(45).西醫門診 CT(MRI)案件執行率 32

(46).住院 CT(MRI)醫令執行率 33

(47).住院 CT(MRI)案件執行率 33

(48).基層醫師在醫院、醫院醫師在基層發生金額 34

(49).超長期住院率(大於 30 日) 34

(50).15-30 日內再住院率 35

(51).超長期住院率(大於 60 日) **35**
(52).超長期住院率(大於 90 日) **36**
(53).牙體復形三年重補(保存)率 **37**
(55).牙周病佔率 **38**
(57).類固醇藥理重複案件數比率(一) **38**
(61).西醫重複就診率(二) **39**
(62).開立慢性病連續處方箋百分比(二) **40**
(63).慢性病開立慢性病連續處方箋百分比(二) **41**
(66).中醫重複就診率 **42**
(68).三日內再住院率 **43**
(69).同日急診返診比率 **43**
(71).類固醇藥理重複案件數比率(二) **44**
(72).抗生素藥理重複案件數比率(二) **44**
(74)(890)(891)(892)(893)(894).超長期住院率(大於 30 日)(二) **45**
(74.01)(890.01)(891.01)(892.01)(893.01)(894.01).超長期住院率(大於 30 日)(二) **47**
(75).制酸劑藥理重複案件數比率(三) **49**
(77).同一院所門診用藥日數重複率(二)_季 **50**
(79).同一院所門診用藥日數重複率(二)_月 **50**
(81).同一院所慢性病門診用藥日數重複率_季 **51**
(83).同一院所 7 日內處方用藥日數重複 2 日以上比率_季 **53**
(85).同一院所 7 日內處方用藥日數重複 2 日以上比率_月 **56**
(86).慢性病開立慢性病連續處方箋百分比(三) **58**
(87).特定藥品併用制酸劑比率 **59**
(88).感冒佔健保支出比率 **60**
(94).制酸劑用藥案件重複率 **61**
(95).類固醇用藥案件重複率 **62**
(96).抗生素用藥案件重複率 **63**
(97)(98).精神病人出院 7 日及 30 日內門診追蹤治療率 **64**
(99).6 歲以下兒童氣喘住院率_季 **64**
(101).門診心臟超音波案件執行率 **65**
(102).門診心臟超音波醫令執行率 **65**
(103).西醫重複就診率（三） **66**
(105).上呼吸道感染病人 7 日內複診率 **67**
(105.01).上呼吸道感染病人 7 日內再次就診率 **68**
(106).初次非自願剖腹產率 **69**
(107).住院案件出院後十四日內再住院率 **70**
(108)(124).住院案件出院後三日內再急診率(或再住院率) **72**
(108.01)(124.01).住院案件出院後三日內再急診率(或再住院率) **74**

(109).糖尿病病患醣化血色素（HbA1c）執行率_季 76
(109.01).糖尿病病患醣化血色素（HbA1c）執行率_季 77
(111).糖尿病病患空腹血脂(Fasting lipid profile)執行率_季 78
(113).糖尿病病患眼底檢查或眼底彩色攝影執行率_季 79
(115).糖尿病病患尿液微量白蛋白檢查執行率_季 80
(122).慢性病開立慢性病連續處方箋百分比(四) 81
(123).糖尿病病患醣化血色素（HbA1c）執行率_月 82
(125)(126).上呼吸道感染病人複診率(三) 83
(166)(167)(168).心肌梗塞病人再住院率 84
(169)(170)(171).中風病人再住院率 84
(172)(173)(174).心臟衰竭病人再住院率 85
(175)(176)(177).肺炎病人再住院率 85
(178)(179)(180).氣喘病人再住院率 86
(181)(182)(183).潰瘍病人再住院率 86
(184)(185)(186).全髖或全膝關節置換病人再住院率 87
(187)(188)(189).膽囊切除病人再住院率 87
(190)(191)(192).前列腺切除病人再住院率 88
(193)(194)(195).子宮切除病人再住院率 88
(196).糖尿病患合併腎臟病者使用 Biguanides 人次比率 89
(197).糖尿病患同時使用 Glitazones 及 Insulins 人次比率.....90
(198).糖尿病患同時使用四種以上降血糖藥物人次比率.....91
(199)(200)(289).MRI 檢查後 30 天及 90 天及 180 天內 CT、MRI 利用率_跨院 92
(201)(202)(290).MRI 檢查後 30 天及 90 天及 180 天內 CT、MRI 利用率_同院 93
(203)(204)(291).CT 檢查後 30 天及 90 天及 180 天內 CT、MRI 利用率_跨院.....94
(205)(206)(292).CT 檢查後 30 天及 90 天及 180 天內 CT、MRI 利用率_同院.....95
(207).糖尿病新病患初次用藥即使用 a-glucosidase inhibitors 人數比率 96
(208).糖尿病新病患初次用藥即使用 Glitazones 人數比率.....97
(209).具痛風病史之高血壓病患使用 Thiazide diuretics 之比率 98
(210).具低鈉血症病史之高血壓病患使用 Thiazide diuretics 之比率 99
(211).具氣喘、慢性阻塞性肺病或支氣管痙攣病史之高血壓病患 B-Blocker 比率 100
(212).具二度或三度心臟傳導隔斷病史之高血壓病患使用 B-Blocker 比率 101
(213).高血壓懷孕婦女使用 ACEI 或 ARB 之比率 102
(214).具血管水腫病史之高血壓病患使用 ACEI 之比率.....103
(215).具高鉀血症病史之高血壓病患使用 Potassium-sparing diuretics 或 Aldosterone antagonist 之比率 104
(216).高血壓合併缺血性心臟病伴隨穩定心絞痛之病患，使用 B-Blocker 或 Long acting CCBs 之比率 105
(217).高血壓合併缺血性心臟病伴隨不穩定心絞痛或心肌梗塞之病患，使用 B

-BLOCKER 或 ACEI 之比率 106
(218).高血壓合併心肌梗塞病患，使用 B-BLOCKER 或 ACEI 或 ALDOSTERONE ANTAGONIST 之比率 107
(220).高血壓合併糖尿病病患，使用 THIAZIDE DIURETICS 或 B-BLOCKER 或 ACEI 或 ARB 或 CCB 之比率 108
(221).高血壓合併慢性腎疾病病患，使用 ACEI 或 ARB 之比率 109
(222).高血壓合併中風病患，使用 THIAZIDE DIURETICS 或 ACEI 之比率 110
(223).慢性病開立慢性病連續處方箋百分比 111
(225).保險對象牙齒填補 1 年保存率 112
(226).保險對象牙齒填補 2 年保存率 113
(227).同院所 90 日內根管治療完成率 114
(230).乳牙 1.5 年內自家再補率（95 年品質公開） 115
(231).恆牙 2 年內自家再補率（95 年品質公開） 116
(232).同院所 180 日內根管保存率（95 年品質公開） 117
(233).中醫傷科病患 7 日內同時利用西醫復健比率 117
(234).中醫癌症病患同時利用西醫人數比率 118
(235).中醫同日重複就診率 118
(236).中醫就醫病人平均就醫次數 119
(237).隔日重複就診率（95 年品保方案） 120
(239).2 歲以下幼兒使用 CODEINE 製劑人數比率 120
(241).慢性病開立慢性病連續處方箋百分比—糖尿病 121
(242).糖尿病方案 HBA1C 執行率_季 122
(244).糖尿病方案空腹血脂執行率_季 122
(246).糖尿病方案眼底檢查執行率_季 122
(248).糖尿病方案尿液微量白蛋白執行率_季 123
(250).糖尿病方案 LDL 執行率_季 123
(253).糖尿病方案照護率_主次診斷不排除_季 124
(256).糖尿病方案照護率_主次診斷+用藥_季 125
(259).氣喘方案照護率_主診斷_季 126
(262).氣喘方案照護率_主次診斷_季 126
(266).高血壓方案照護率_主次診斷_季 127
(274).乳癌方案照護率_主診斷_季 127
(276).乳癌方案照護率_主診斷_年 128
(277).急診暫留 2 日以上案件比率（一） 128
(278).急診暫留 2 日以上案件比率（二） 129
(279).急診暫留 2 日以上未住院之案件比率 130
(280)(281)(282).門診戒菸統計 131
(283).申請診察費次數 6 次(含以上)占率 132

(284).同院針傷及內科案件交替比率_月 134
(285).同院針傷及內科案件交替比率_季 136
(286).慢性病案件平均每件給藥日份 138
(287).就醫人數成長率 138
(293).糖尿病病患尿液生化檢查執行率_季 139
(295).糖尿病病患血液肌酸酐檢查執行率_季 140
(297)(298).門診手術 2 日內再急診/再住院率 141
(300).門診急重症病患服務點數佔率 142
(301).住診急重症病患服務點數佔率 143
(302～307).以 DRGs 校正之住院案件出院後 3 日內、14 日內、30 日內再住院率(TW-DRG 第三版) 145
(308)(309).以 DRGs 校正之住院案件出院後 3 日內急診率(TW-DRG 第三版) 149
(310)(311).以 DRGs 校正之住院案件平均住院天數(TW-DRG 第三版) 151
(351).手術傷口感染_表層感染率 152
(351.01).手術傷口感染_表層感染率 153
(353).置換物感染_深部感染率 154
(353.01).置換物感染_深部感染率 155
(355).實施人工膝關節置換術出院後 30 日內因相關問題再入院率 156
(355.01).實施人工膝關節置換術出院後 30 日內因相關問題再入院率 157
(357).再置換率 158
(359).靜脈栓塞率 159
(361).肺梗塞率 160
(363).術後心肌梗塞死亡率 161
(365)(367).西醫門診 CT(MRI)醫令執行率(不含排程及代檢) 162
(366)(368).西醫門診 CT(MRI)案件執行率(不含排程及代檢) 162
(369)(371).住院 CT(MRI)醫令執行率(不含排程及代檢) 163
(370)(372).住院 CT(MRI)案件執行率(不含排程及代檢) 163
(373).中醫同日重複就診率_季 164
(436).剖腹產個案同一院所產檢執行率_月 164
(437).剖腹產個案同一院所產檢執行率_季 165
(439)(442)(445).剖腹產個案在妊娠各期內於同一院所產檢執行率_月 165
(440)(443)(446).剖腹產個案在妊娠各期內於同一院所產檢執行率_季 166
(448).門診_消化性潰瘍用藥診斷不符案件比率 167
(449).住院_消化性潰瘍用藥診斷不符案件比率 168
(450).門診_消化性潰瘍 H2RA 用藥診斷不符案件比率 169
(451).住院_消化性潰瘍 H2RA 用藥診斷不符案件比率 169
(452).門診_消化性潰瘍 PPI 用藥診斷不符案件比率 170
(453).住院_消化性潰瘍 PPI 用藥診斷不符案件比率 170

(456).消化性潰瘍出院病患 30 日內門診追蹤治療率 171
(457).消化性潰瘍新病患執行幽門桿菌清除治療比率 172
(458).同一病患於 180 日內重複於不同院所執行幽門桿菌治療比率 173
(459)(460)(461).接受幽門桿菌治療後 90 日內上消化道泛內視鏡或碳-13 尿素呼氣檢查幽門螺旋桿菌感染檢驗執行率 174
(462).幽門螺旋桿菌治療藥物 CLARITHROMYCIN 總劑量超過 28 顆之比率 175
(468).育齡婦女(15-49 歲(含))罹患子宮肌瘤經子宮切除比率 176
(470).育齡婦女(15-49 歲(含))罹患子宮肌瘤經子宮切除併卵巢或輸卵管切除比率 177
(471).子宮肌瘤手術當次住院日數大於 7 日比率 178
(471.01).子宮肌瘤手術當次住院日數大於 7 日比率 179
(472).子宮肌瘤手術後 14 日內門診或住院有侵及泌尿系統或腹部或骨盆之徵候或胃腸道或骨盆器官之損傷診斷人次比例 181
(472.01).子宮肌瘤手術後 14 日內門診或住院有侵及泌尿系統或腹部或骨盆之徵候或胃腸道或骨盆器官之損傷診斷人次比例 183
(473).子宮肌瘤手術後 14 日內因該手術相關診斷再住院率 185
(473.01).子宮肌瘤手術後 14 日內因該手術相關診斷再住院率 186
(478).冠狀動脈繞道手術(CABG)住院期間抗生素使用費用 188
(479).髖關節成形術住院期間抗生素使用費用 189
(482).糖尿病方案當季追蹤率 190
(486).門診手術（含 ESWL）後 2 日內急診或住院率 192
(487).就醫病人門診月平均就醫次數(歸屬申報最多件數之科別) 193
(492).生產案件(不含自行要求剖腹產)出院後 14 日內再住院率 194
(494).子宮肌瘤手術後 14 日內門、住診有相關器官之損傷診斷發生率 195
(494.01).子宮肌瘤手術後 14 日內門、住診有相關器官之損傷診斷發生率 197
(495).中醫同一院所同一患者同月看診次數過高病患就診 8 次以上比例 199
(496).氣喘病人平均住院次數 201
(497).門診戒菸申報件數占率 X 202
(498).門診戒菸申報金額占率 X 203
(499).門診手術（含 ESWL）後 2 日內急診或住院率--排除同日先急診後手術案件 204
(568)(569).糖尿病方案照護率_月累計 205
(600).門診就醫人數 208
(601).門診申請件數 208
(602).門診給藥日份 208
(603).門診申請金額 208
(604).門診醫療費用 208
(605).門診部份負擔費用 208
(606).門診藥費 208
(607).門診診療處置費 209

(608).門診診察費 209
(609).門診藥事服務費 209
(610).門診執行醫師數 209
(611).門診平均每人醫療費用 209
(612).門診平均每人就醫次數 209
(613).門診每人日藥費 210
(614).門診平均每件醫療費用 210
(615).門診平均每件給藥日份 210
(616).門診平均每件藥費 210
(617).門診平均每件診療費 210
(618).門診藥費佔率 211
(619).門診診療費佔率 211
(620).門診部份負擔佔率 211
(621).住院就醫人數 211
(622).住院申請件數 211
(623).住院日數 211
(624).住院申請金額 211
(625).住院醫療費用 212
(626).住院部份負擔費用 212
(627).住院執行醫師數 212
(628).住院診察費 212
(629).住院病房費 212
(630).住院管灌膳食費 212
(631).住院檢查費 212
(632).住院放射線診療費 213
(633).住院治療處置費 213
(634).住院手術費 213
(635).住院復健治療費 213
(636).住院血液血漿費 213
(637).住院血液透析費 213
(638).住院麻醉費 213
(639).住院特殊材料費 213
(640).住院藥費 214
(641).住院藥事服務費 214
(642).住院精神科治療費 214
(643).住院注射技術費 214
(644).住院嬰兒費 214
(645).住院平均住院日數 214

(646).住院平均每件醫療費用 214
(647).住院每人日醫療費用 215
(648).住院部份負擔費用佔率 215
(649).住院藥費佔率 215
(656).住院案件出院後 3 日內同院所再急診率 216
(657).消化性潰瘍新病患執行幽門桿菌清除治療比率(二) 217
(755).死亡率-血液透析(每 100 人月)_季 219
(757).死亡率-腹膜透析(每 100 人月)_季 221
(789).恆牙根管治療 180 天保存率 223
(791).乳牙根管治療後 90 天保存率 224
(799).申報診察費次數大於 6 次以上占率(97 年中醫預算分配) 225
(800).就醫病人同一院所平均就醫次數之加總平均(97 年中醫預算分配) 227
(804).同院所 180 日內根管保存率（二） 229
(805).同院所生產案件(不含自行要求剖腹產)出院後 14 日內再住院率 230
(806).91004C 全口牙結石清除同一病患未超過 180 天即再次執行全口牙結石清除利用率_跨院 231
(816).消化性潰瘍病患接受除菌藥物治療比率_季 232
(818).消化性潰瘍病患開始治療 1 年內有用口服抗發炎劑比率_季 234
(821).氣喘病人加入照護計畫比率_季 236
(822)(824).氣喘病人出院後 14 天內再入院比率_季 238
(825).氣喘病人使用短效乙型作用劑或類固醇藥物吸入劑藥物控制比率_季 239
(839).針傷科處置次數每月大於 15 次以上占率(97 年中醫預算分配) 241
(841).門診申報復健複雜職能治療不符支付標準規定診斷代碼比率 243
(842).慢性病連續處方箋釋出率 245
(861).糖尿病人完整照護比例_月累計 246
(862).糖尿病人完整照護比例_季 246
(866)(867).成人健康檢查普及率 248
(868)(869).小兒健康檢查普及率 249
(888).糖尿病病患血液肌酸酐(換算 EGFR)檢查執行率_季累計 250
(889).慢性病開立慢性病連續處方箋百分比(二)(排特殊醫院與病房案件) 251
(889.01)(1318).慢性病開立慢性病連續處方箋百分比(二)(排特殊醫院與病房案件) 253
(1068).頭部外傷使用類固醇 255
(1069).痔瘡治療，採冷凍痔瘡療法使用率 256
(1069.01).痔瘡治療，採冷凍痔瘡療法使用率 257
(1070).平均每張慢性病連續處方箋開藥天數 258
(1075).初次非自願剖腹產率(99 年 DRG 實施後) 259
(1075.01).初次非自願剖腹產率(99 年 DRG 實施後) 260
(1077)(1078).各區非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率(99 年 DRG 實施後) 261

(1077.01).{1077.01，1078.01}各區非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率(99 年 DRG 實施後) 264
(1105).BC 肝醫療給付改善方案年度內累計收案率 267
(1121).急診轉住院暫留急診 2 日以上案件比率 269
(1124).死亡率-血液透析_季(透析總額) 273
(1125).死亡率-腹膜透析_季(透析總額) 274
(1136.1)(1136.2)(1136.3)(1137.1)(1137.2)(1137.3)(1138.1)(1138.2)(1138.3).剖腹產率(年齡別) 275
(1136.11)(1136.21)(1136.31)(1137.11)(1137.21)(1137.31)(1138.11)(1138.21)(1138.31). 剖腹產率(年齡別) 277
(1139)(1140)(1141).抗生素使用率(門診及急診) 279
(1139.01)(1140.01)(1141.01).抗生素使用率(門診及急診) 280
(1148).不當用藥案件數(各區同院所門診同一處方制酸劑重複使用率)(總額品保方案) 281
(1148.01).不當用藥案件數(各區同院所門診同一處方使用 2 種以上制酸劑比率)(總額品保方案) 282
(1149).頭部外傷使用類固醇(總額品保方案) 283
(1149.01).頭部外傷使用類固醇比率(總額品保方案) 284
(1150).門診注射劑使用率(總額品保方案) 285
(1150.01).門診注射劑使用率(總額品保方案) 289
(1151)(1152)(1153)(1154)(1155)(1156).清淨手術抗生素使用率(100 年總額品保方案) ..293
(1157).各區同院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率(100 年總額品保方案).294
(1158).各區同院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率(100 年總額品保方案).296
(1159).各區同院所降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率(100 年總額品保方案) 298
(1160).各區同院所抗思覺失調藥物-不同處方用藥日數重複率(100 年總額品保方案).300
(1161).各區同院所抗憂鬱症藥物-不同處方用藥日數重複率(100 年總額品保方案) 302
(1162).各區同院所安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重複率(100 年總額品保方案) 304
(1163).各區跨院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率(100 年總額品保方案).306
(1164).各區跨院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率(100 年總額品保方案).308
(1165).各區跨院所降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率(100 年總額品保方案) 310
(1166).各區跨院所抗思覺失調藥物-不同處方用藥日數重複率(100 年總額品保方案).312
(1167).各區跨院所抗憂鬱症藥物-不同處方用藥日數重複率(100 年總額品保方案) 314
(1168).各區跨院所安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重複率(100 年總額品保方案) 316
(1157.01).品質確保方案-各區同院所處方同藥理(口服降血壓藥物)用藥日數重疊率 ...318
(1158.01).品質確保方案-各區同院所處方同藥理(口服降血脂藥物)用藥日數重疊率 ...320
(1159.01).品質確保方案-各區同院所處方同藥理(降血糖藥物)用藥日數重疊率 322
(1160.01).品質確保方案-各區同院所處方同藥理(抗思覺失調症)用藥日數重疊率 324
(1161.01).品質確保方案-各區同院所處方同藥理(抗憂鬱症)用藥日數重疊率 326

(1162.01).品質確保方案-各區同院所處方同藥理(安眠鎮靜)用藥日數重疊率.....328
(1163.01).品質確保方案-各區跨院所處方同藥理(口服降血壓藥物)用藥日數重疊率...330
(1164.01).品質確保方案-各區跨院所處方同藥理(口服降血脂藥物)用藥日數重疊率...332
(1165.01).品質確保方案-各區跨院所處方同藥理(降血糖藥物)用藥日數重疊率.....334
(1166.01).品質確保方案-各區跨院所處方同藥理(抗思覺失調症)用藥日數重疊率.....336
(1167.01).品質確保方案-各區跨院所處方同藥理(抗憂鬱症)用藥日數重疊率.....338
(1168.01).品質確保方案-各區跨院所處方同藥理(安眠鎮靜)用藥日數重疊率.....340
(1169)(1170)(1171).平均每張慢性病疾病別處方箋每月開藥天數.....342
(1172).保險對象牙齒填補恆牙 2 年保存率_同院.....344
(1173).保險對象牙齒填補恆牙 2 年保存率_跨院.....344
(1174).保險對象牙齒填補乳牙 1 年半保存率_同院.....346
(1175).保險對象牙齒填補乳牙 1 年半保存率_跨院.....346
(1176).恆牙根管治療半年內保存率_同院.....348
(1177).恆牙根管治療半年內保存率_跨院.....348
(1199).{1199，1200}同院所急性精神病人出院 7 日內、30 日內門診追蹤率.....350
(1201)(1202).同院所慢性精神病人出院 7 日內、30 日內門診追蹤率.....352
(1203).初期慢性腎臟病(簡稱初期 CKD)方案照護率-月累計.....353
(1249).醫院 CT 檢查 30 日內同院再次執行比率.....356
(1255).醫院 MRI 檢查 30 日內同院再次執行比率.....357
(1278).急診人次總計_月.....358
(1314).{1314，1315}18 歲以下氣喘急診率_季.....361
(1319).西醫門診轉診率_月累計.....363
(1320).健保申報職災之服務點數比率.....365
(1321).西醫同院所同日再次就診率(101 西醫基層品保).....367
(1322).西醫同院同日同診斷再次就診率.....368
(1323).健保 IC 卡上傳正確率.....370
(1326).氣喘方案照護率_月累計.....371
(1336).急診病人停留超過 24 小時的比率_月.....373
(1339).完成急診重大疾病照護病人進入加護病房<6 小時之比率_月.....377
(1342).檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8 小時之比率_月.....380
(1345).檢傷四、五級急診病人離開醫院<4 小時之比率_月.....384
(1354).轉出率-排除特定疾病別(急診品質提升方案鼓勵轉診疾病)_月.....386
(1417).糖尿病病患醣化血色素（HbA1c）執行率_月累計.....390
(1418).糖尿病病患空腹血脂(Fasting lipid profile)執行率_月累計.....391
(1419).糖尿病病患眼底檢查或眼底彩色攝影執行率_月累計.....393
(1420).糖尿病病患尿液蛋白質檢查執行率_月累計.....394
(1421).糖尿病病患尿液生化檢查執行率_月累計.....395
(1422).糖尿病病患血液肌酸酐檢查執行率_月累計.....396

(1423).「緩和醫療家庭諮詢」成效_季.....397
(1425).接受安寧緩和醫療之意願_季.....398
(1427).{1427，1429}跨院際安寧共同照護資源分享_季.....399
(1432).生產案件出院後 14 日內再住院率(孕產婦計畫).....400
(1443).{1443，1445}慢性透析病人住院率(跨院)_半年.....401
(1444).{1444，1446}慢性透析病人住院率(跨院)_年.....401
(1447).{1447，1449，1451}透析時間＜1 年之慢性透析病人死亡率_季.....403
(1450).{1450，1452}透析時間＜1 年之慢性透析病人死亡率_年.....403
(1453).{1453，1455，1457}透析時間≧1 年之慢性透析病人死亡率_季.....405
(1456).{1456，1458}透析時間≧1 年之慢性透析病人死亡率_年.....405
(1459).慢性腹膜透析病人腹膜炎發生率_半年.....407
(1460).慢性腹膜透析病人腹膜炎發生率_年.....407
(1481).思覺失調症醫療給付改善方案收案率-月累計.....409
(1482).中醫特定疾病門診加強照護_小兒氣喘_院所家數比率.....410
(1483).中醫特定疾病門診加強照護_小兒腦性麻痺_院所家數比率.....411
(1484).出院後三日以內同院所再急診率.....412
(1487).藥歷查詢-跨院所處方同藥理「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率_季.....414
(1488).藥歷查詢-跨院所處方同藥理「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率_年.....414
(1499).藥歷查詢-跨院所處方同藥理「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率_季.....417
(1500).藥歷查詢-跨院所處方同藥理「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率_年.....417
(1511).藥歷查詢-跨院所處方同藥理「降血糖藥物」用藥日數重疊率_季.....420
(1512).藥歷查詢-跨院所處方同藥理「降血糖藥物」用藥日數重疊率_年.....420
(1523).藥歷查詢-跨院所處方同藥理「抗思覺失調症」用藥日數重疊率_季.....423
(1524).藥歷查詢-跨院所處方同藥理「抗思覺失調症」用藥日數重疊率_年.....423
(1535).藥歷查詢-跨院所處方同藥理「抗憂鬱症」用藥日數重疊率_季.....426
(1536).藥歷查詢-跨院所處方同藥理「抗憂鬱症」用藥日數重疊率_年.....426
(1547).藥歷查詢-跨院所處方同藥理「安眠鎮靜」用藥日數重疊率_季.....429
(1548).藥歷查詢-跨院所處方同藥理「安眠鎮靜」用藥日數重疊率_年.....429
(1580).藥歷查詢-同院所處方同藥理「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率_季.....432
(1766).藥歷查詢-同院所處方同藥理「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率_月.....432
(1592).藥歷查詢-同院所處方同藥理「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率_季.....435
(1767).藥歷查詢-同院所處方同藥理「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率_月.....435
(1604).藥歷查詢-同院所處方同藥理「降血糖藥物」用藥日數重疊率_季.....438
(1768).藥歷查詢-同院所處方同藥理「降血糖藥物」用藥日數重疊率_月.....438
(1616).藥歷查詢-同院所處方同藥理「抗思覺失調症」用藥日數重疊率_季.....441
(1769).藥歷查詢-同院所處方同藥理「抗思覺失調症」用藥日數重疊率_月.....441
(1628).藥歷查詢-同院所處方同藥理「抗憂鬱症」用藥日數重疊率_季.....444
(1770).藥歷查詢-同院所處方同藥理「抗憂鬱症」用藥日數重疊率_月.....444

(1640).藥歷查詢-同院所處方同藥理「安眠鎮靜」用藥日數重疊率_季 447
(1771).藥歷查詢-同院所處方同藥理「安眠鎮靜」用藥日數重疊率_月 447
(1658).手術傷口感染率_季.....455
(1662).急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)_季 456
(1670).{1670，1673，1676}慢性透析病人透析 1 年內因腎功能回復之脫離率_季.....457
(1674).{1674，1677}慢性透析病人透析 1 年內因腎功能回復之脫離率_半年.....457
(1675).{1675，1678}慢性透析病人透析 1 年內因腎功能回復之脫離率_年.....457
(1679).{1679，1682，1685}慢性透析病人因腎移植之脫離率_季.....459
(1683).{1683，1686}慢性透析病人因腎移植之脫離率_半年.....459
(1684).{1684，1687}慢性透析病人因腎移植之脫離率_年.....459
(1710).品質公開-同院所同藥理用藥日數重疊率_口服降血壓藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】.....462
(1711).品質公開-同院所同藥理用藥日數重疊率_口服降血脂藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】.....464
(1712).品質公開-同院所同藥理用藥日數重疊率_降血糖藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】.....466
(1713).品質公開-跨院所同藥理用藥日數重疊率_口服降血壓藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】.....468
(1714).品質公開-跨院所同藥理用藥日數重疊率_口服降血脂藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】.....470
(1715).品質公開-跨院所同藥理用藥日數重疊率_降血糖藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】.....472
(1716).同院所同核價成份劑型用藥日數重疊率_抗生素藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】.....474
(1717).同院所同核價成份劑型用藥日數重疊率_罕病藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】.....476
(1718).同院所同核價成份劑型用藥日數重疊率_標靶藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】.....483
(1719).同院所同核價成份劑型用藥日數重疊率_血友病藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】.....486
(1720).同院所同核價成份劑型用藥日數重疊率_ZOLPIDEM 藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】.....488
(1721).跨院所同核價成份劑型用藥日數重疊率_抗生素藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】.....490
(1722).跨院所同核價成份劑型用藥日數重疊率_罕病藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】.....492
(1723).跨院所同核價成份劑型用藥日數重疊率_標靶藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】.....499

(1724).跨院所同核價成份劑型用藥日數重疊率_血友病藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】 502
(1725).跨院所同核價成份劑型用藥日數重疊率_ZOLPIDEM 藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】 504
(1726).品質公開-同院所同藥理用藥日數重疊率_抗思覺失調藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】 506
(1727).品質公開-同院所同藥理用藥日數重疊率_抗憂鬱症藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】 508
(1728).品質公開-同院所同藥理用藥日數重疊率_安眠鎮靜藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】 510
(1729).品質公開-跨院所同藥理用藥日數重疊率_抗思覺失調藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】 512
(1730).品質公開-跨院所同藥理用藥日數重疊率_抗憂鬱症藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】 514
(1731).品質公開-跨院所同藥理用藥日數重疊率_安眠鎮靜藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】 516
(1733).瘻管重建率(跨院)_季 518
(1734).瘻管重建率(跨院)_半年 518
(1735).瘻管重建率(跨院)_年 518
(1737).具高鉀血症病史之高血壓病人使用保鉀利尿劑(POTASSIUM-SPARING DIURETICS)或醛固酮拮抗劑(ALDOSTERONE ANTAGONIST)兩種藥品，且有追蹤血鉀數值(執行血鉀檢查)之比率_季 520
(1739).{1739，1740}參加「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」之病人因氣喘發作而住院(或急診)之比率_季 522
(1743).十八歲以上慢型鼻竇炎病人手術前三個月內有做電腦斷層或鼻竇內視鏡檢查比率_季 525
(1749).每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率 527
(1765).醫院 MRI 檢查 30 日內同院再次執行比率(品質保證保留款) 528
(1772).同院所同藥理用藥日數重疊率_非類固醇抗發炎制劑(NSAID)【醫令日數(慢箋調劑版)】 529
(1773).跨院所同藥理用藥日數重疊率_非類固醇抗發炎制劑(NSAID)【醫令日數(慢箋調劑版)】 531
(1801).平均同一病人 ESWL 重複執行率 533
(1802).同院所同藥理用藥日數重疊率_非類固醇抗發炎制劑用藥(NSAID)【醫令日數(慢箋調劑版)】 534
(1803).跨院所同藥理用藥日數重疊率_非類固醇抗發炎制劑用藥(NSAID)【醫令日數(慢箋調劑版)】 536
(1811).急診病人停留超過 48 小時之比率 538

(1823).同院所同藥理用藥日數重疊率_抗焦慮藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】.....541
(1824).跨院所同藥理用藥日數重疊率_抗焦慮藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】.....543
(1827).瘻管重建率(同院)_季.....545
(1828).瘻管重建率(同院)_半年.....545
(1829).瘻管重建率(同院)_年.....545
(1835).{1835，1837}慢性透析病人住院率(同院)_半年.....547
(1836).{1836，1838}慢性透析病人住院率(同院)_年.....547
(1860).{1860，1861，1862}腦中風急性後期照護計畫(簡稱腦中風 PAC)結案病人-季累積.....549
(1863).{1863，1864，1865}燒燙傷急性後期整合照護計畫(簡稱燒燙傷 PAC)住院結案病人-季累積.....552
(1866).{1866，1867，1868}燒燙傷急性後期整合照護計畫(簡稱燒燙傷 PAC)日間照護結案病人-季累積.....555
(1956).{1956，1958，1959，2122}慢性透析病人(血液透析)營養狀態-血清白蛋白(ALBUMIN)受檢率(或合格率_BCG 或合格率_BCP)(同院)_季.....558
(1984).{1984，1986，1987}慢性透析病人(血液透析)營養狀態-血清白蛋白(ALBUMIN)受檢率(或合格率_BCG 或合格率_BCP)(同院)_年.....558
(1957).{1957，1960，1961，2123}慢性透析病人(腹膜透析)營養狀態-血清白蛋白(ALBUMIN)受檢率(或合格率_BCG 或合格率_BCP)(同院)_季.....560
(1985).{1985，1988，1989}慢性透析病人(腹膜透析)營養狀態-血清白蛋白(ALBUMIN)受檢率(或合格率_BCG 或合格率_BCP)(同院)_年.....560
(1962).{1962，1963}尿素氮透析效率-URR 受檢率(或合格率)(同院)_季.....562
(1990).{1990，1991}尿素氮透析效率-URR 受檢率(或合格率)(同院)_年.....562
(1964).{1964，1966}貧血檢查(血液透析)-HB 受檢率(或合格率)(同院)_季.....564
(1994).{1994，1996}貧血檢查(血液透析)-HB 受檢率(或合格率)(同院)_年.....564
(1965).{1965，1967}貧血檢查(腹膜透析)-HB 受檢率(或合格率)(同院)_季.....566
(1995).{1995，1997}貧血檢查(腹膜透析)-HB 受檢率(或合格率)(同院)_年.....566
(1980).{1980，1981}尿素氮透析效率-WEEKLYKT/V 受檢率(或合格率)(同院)_半年...568
(1992).{1992，1993}尿素氮透析效率-WEEKLY KT/V 受檢率(或合格率)(同院)_年.....568
(1998).B 型肝炎表面抗原(HBSAG)轉陽率(血液透析)(同院)_年.....569
(1999).B 型肝炎表面抗原(HBSAG)轉陽率(腹膜透析)(同院)_年.....571
(2000).C 型肝炎抗體(ANTI-HCV)轉陽率(血液透析)(同院)_年.....573
(2001).C 型肝炎抗體(ANTI-HCV)轉陽率(腹膜透析)(同院)_年.....575
(2002).55 歲以下透析病人移植登錄率(血液透析)(同院)_年.....577
(2003).55 歲以下透析病人移植登錄率(腹膜透析)(同院)_年.....578
(2024).建立對新病人血液透析治療模式選擇之充分告知機制.....579
(2025).建立對新病人腹膜透析治療模式選擇之充分告知機制.....580
(2110.01).全國可避免住院率.....581

(2111.01).全國潛在可避免急診率 584
(2112).西醫門診病人可避免住院率 586
(2113).西醫門診病人潛在可避免急診率 589
(2130).腦中風急性後期照護計畫(簡稱腦中風 PAC)結案病人_1 年內死亡率 606
(2131).燒燙傷急性後期整合照護計畫(簡稱燒燙傷 PAC)住院結案病人_1 年內死亡率607
(2132).燒燙傷急性後期整合照護計畫(簡稱燒燙傷 PAC)日間照護結案病人_1 年內死亡率.....608
(2133).住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_月 609
(2134).住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_季.....609
(2135).住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_年.....609
(2136).門診特定病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_月 610
(2137).門診特定病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_季.....610
(2138).門診特定病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_年.....610
(2139).門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_月 613
(2140).門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_季.....613
(2141).門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_年.....613
(2142).交付機構病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_月 615
(2143).交付機構病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_季.....615
(2144).交付機構病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_年.....615
(2151)呼吸器依賴病人接受緩和醫療家庭諮詢、住院安寧療護、安寧居家療護或全民健康保險安寧共同照護試辦方案之比率_月累計 617
(2222).B 型肝炎表面抗原(HBsAG)轉陽率(血液透析)(同院)_季累計 619
(2223).B 型肝炎表面抗原(HBsAG)轉陽率(腹膜透析)(同院)_季累計 621
(2224).C 型肝炎抗體(ANTI-HCV)轉陽率(血液透析)(同院)_季累計.....623
(2225).C 型肝炎抗體(ANTI-HCV)轉陽率(腹膜透析)(同院)_季累計.....625
(2226).55 歲以下透析病人移植登錄率(血液透析)(同院)_季累計 627
(2227).55 歲以下透析病人移植登錄率(腹膜透析)(同院)_季累計 629
(2228).建立對新病人血液透析治療模式選擇之充分告知機制_季累計.....630
(2229).建立對新病人腹膜透析治療模式選擇之充分告知機制_季累計.....631
(2233).雲端藥歷查詢鼻竇炎使用氟化恩菎類抗生素 FLUOROQUINOLONES 案件比率_季 632
(2257).傷科處置率 634
(2258).{2258,2259}腦中風病人住院日起一百八十日內之平均住院日數、平均住院醫療費用_季.....635
(2262).{2262,2263}腦中風病人住院日起一百八十日內之平均住院日數、平均住院醫療費用_年.....635
(2320).B 型肝炎表面抗原(HBsAG)受檢率(血液透析)(同院)_年 638
(2321).B 型肝炎表面抗原(HBsAG)受檢率(腹膜透析)(同院)_年 640

(2322).C 型肝炎抗體(ANTI-HCV)受檢率(血液透析)(同院)_年.....641
(2323).C 型肝炎抗體(ANTI-HCV)受檢率(腹膜透析)(同院)_年.....643
(2348).{2348,2350}鈣磷乘積指標(血液透析)受檢率(或合格率)(同院)_半年.....644
(2349).{2349,2351}鈣磷乘積指標(腹膜透析)受檢率(或合格率)(同院)_半年.....646
(2367).{2367,2368}尿素氮透析效率-WEEKLY KT/V 受檢率(或合格率)(同院)_季累計 .647
(2369).{2369,2371}鈣磷乘積指標(血液透析)受檢率(或合格率)(同院)_季累計.....648
(2370).{2370,2372}鈣磷乘積指標(腹膜透析)受檢率(或合格率)(同院)_季累計.....650
(2373).B 型肝炎表面抗原(HBSAG)受檢率(血液透析)(同院)_季累計 651
(2374).B 型肝炎表面抗原(HBSAG)受檢率(腹膜透析)(同院)_季累計 653
(2375).C 型肝炎抗體(ANTI-HCV)受檢率(血液透析)(同院)_季累計.....654
(2376).C 型肝炎抗體(ANTI-HCV)受檢率(腹膜透析)(同院)_季累計.....656
二、呼吸器監控指標 658
(一)病人分類定義.....658
(二)指標分類及病人分類計算資料範圍.....658
(三)病人分類計算邏輯說明.....659
(四)指標清單.....663
(五)指標計算規則.....665
(六)指標定義.....666
(700)新使用呼吸器病人於連續使用呼吸器 1~21 日期間住 ICU 人數比率 666
(701)新使用呼吸器病人於連續使用呼吸器 1~21 日期間住 ICU 日數比率 666
(702)新使用呼吸器病人於連續使用呼吸器 1~21 日期間平均住 ICU 日數 667
(703)新使用呼吸器病人於連續使用呼吸器 1~21 日期間死亡率.....667
(704)新使用呼吸器病人於連續使用呼吸器 1~21 日期間脫離呼吸器超過 5 日之人數比率 668
(705)新使用呼吸器病人連續使用呼吸器>21 日人數比率.....668
(706)連續使用呼吸器>=22 日病人於連續使用呼吸器 22~63 日期間住 ICU 人數比率 669
(707)連續使用呼吸器>=22 日病人於連續使用呼吸器 22~63 日期間住 ICU 日數比率 669
(708)連續使用呼吸器>=22 日病人於連續使用呼吸器 22~63 日期間有住過亞急性呼吸照護病房人數比率 670
(709)連續使用呼吸器>=22 日病人於連續使用呼吸器 22~63 日期間未住過 ICU 且未住過亞急性呼吸照護病房人數比率 670
(710)連續使用呼吸器>=22 日病人於連續使用呼吸器 22~63 日期間死亡率 671
(711)連續使用呼吸器>=22 日病人於連續使用呼吸器 22~63 日期間脫離呼吸器超過 5 日之人數比率 671
(712)連續使用呼吸器>=22 日病人中連續使用呼吸器>63 日人數比率.....672
(713)連續使用呼吸器>=22 日病人於連續使用呼吸器 22~63 日期間回轉 ICU 人數比率 672
(714)呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器>=64 日期間住 ICU 人數比率.....673

(715)呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器>=64 日期間住 ICU 日數比率.....673
(716)呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器 1~63 日期間未住過ICU但住過亞急性呼吸照護病房人數比率 674
(717)呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器 1~63 日期間未住過ICU且未住過亞急性呼吸照護病房人數比率 674
(718)呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器>=64 日期間死亡率 675
(719)呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器>=64 日期間使用抗生素 3 日以上人數比率 .675
(720)呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器>=64 日期間使用抗生素 7 日以上人數比率 .676
(721)呼吸器依賴病人於第 94 日內脫離人數比率.....676
(722)呼吸器依賴病人於第 124 日內脫離人數比率.....677
(723)呼吸器依賴所有病人於連續使用呼吸器>=64 日期間住 ICU 人數比率.....678
(724)呼吸器依賴所有病人於連續使用呼吸器>=64 日期間回轉 ICU 人數比率.....679
(725)住 ICU 病人有使用呼吸器人數比率 680
三、加權平均值及百分位運算邏輯說明 681
(一)加權平均值.....681
(二)百分位.....681

一、醫療服務指標

(1).上呼吸道感染病人複診率（一）

指標 1.1[分區]、[特約類別]、[院所]上呼吸道感染病人複診率（一）

- ■ 分子 1：按院所、ID 歸戶，計算因 URI 於同一院所，重複就診 2 次之人數。
- ■ 分子 2：按院所、ID 歸戶，計算因 URI 於同一院所，重複就診 3 次以上之人數。
- ■ 分母：按院所、ID 歸戶，計算院所 URI 人數。
- □ URI：主診斷前 3 碼為'460'，'462'，'464'，'465'，'466'，'487'。
- □ 要看到[分區+特約類別]或[分區]，以各院所的分母或分子人數'直接加總'，舉例如下：

此例為某人在某週的就診紀錄，按院所、ID 歸戶得下表：

特約類別	院所	次數
1	A	2
1	B	3
1	C	3
1	D	1

計算[院所]的分母及分子，得下表：

院所	分母人數	複診 2 次人數	複診 3 次以上人數
A	1	1	0
B	1	0	1
C	1	0	1
D	1	0	0

計算[特約類別]的分母及分子，得下表：

特約類別	分母人數	複診 2 次人數	複診 3 次以上人數
1	4	1	2

- ➢ 運算範圍：每季(最後一個月選一週)，程式會以亂數取得一週的日期範圍
- ➢ 展現維度：1.分區別
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
- ➢ 若維度不同，是否需重算-->No

指標 1.2[院所+醫事別]上呼吸道感染病人複診率（一）

- ■ 分子 1：按院所、ID、醫事別歸戶，計算因 URI 於同一院所同一醫事別，重複就診 2 次之人數。
- ■ 分子 2：按院所、ID、醫事別歸戶，計算因 URI 於同一院所同一醫事別，重複就診 3 次以上之人數。
- ■ 分母：按院所、ID、醫事別歸戶，計算院所各醫事別 URI 人數。
- □ URI：主診斷前 3 碼為'460'，'462'，'464'，'465'，'466'，'487'。
- ➢ 運算範圍：每季(最後一個月選一週)，程式會以亂數取得一週的日期範圍

(2).上呼吸道感染病人複診率（二）

指標 2.1[分區]、[特約類別]、[院所]上呼吸道感染病人複診率（二）

- ■ 分子 1：按院所、ID 歸戶，第二週有就診 URI，且就診日前一週沒有 URI，且就診日後一週內有 URI，計算重複就診 2 次之人數。
- ■ 分子 2：按院所、ID 歸戶，第二週有就診 URI，且就診日前一週沒有 URI，且就診日後一週內有 URI，計算重複就診 3 次以上之人數。
- ■ 分母：按院所、ID 歸戶，計算第二週有就診 URI，且就診日前一週內沒有 URI 的人數。
- □ 要看到[分區+特約類別]或[分區]，以各院所的分母或分子人數'直接加總'。
- ➢ 運算範圍：每月(選連續三週)，程式會以亂數取得三週的日期範圍
- ➢ 展現維度：1.分區別
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
- ➢ 若維度不同，是否需重算-->No

指標 2.2[院所+醫事別]上呼吸道感染病人複診率（二）

- ■ 分子 1：按院所、ID、醫事別歸戶，第二週有就診 URI，且就診日前一週沒有 URI，且就診日後一週內有 URI，計算重複就診 2 次之人數。
- ■ 分子 2：按院所、ID、醫事別歸戶，第二週有就診 URI，且就診日前一週沒有 URI，且就診日後一週內有 URI，計算重複就診 3 次以上之人數。
- ■ 分母：按院所、ID、醫事別歸戶，計算第二週有就診 URI，且就診日前一週內沒有 URI 的人數。
- ➢ 運算範圍：每月(選連續三週)，程式會以亂數取得三週的日期範圍

(3).西醫重複就診率(一)

指標 3.1 分區西醫重複就診率(一)

- ■ 分子：同一人、同一天、同一分區下，按 ID 歸戶，就診 2 次以上之人數。
- ■ 分母：按 ID 歸戶，計算分區門診人數。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每季

指標 3.2 總額部門西醫重複就診率(一)

- ■ 分子：同一人、同一天、同一分區、同一總額部門下，按 ID 歸戶，就診 2 次以上之人數。
- ■ 分母：按 ID 歸戶，計算分區下各總額部門別門診人數。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每季

指標 3.3 院所西醫重複就診率(一)

- ■ 分子：同一人、同一天、同一分區、同一院所，按 ID 歸戶，就診 2 次以上之人數。
- ■ 分母：按 ID 歸戶，計算分區下各院所下之門診人數。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每季

(6).平均每張處方箋開藥天數

- ■ 分子：給藥案件之給藥日份加總。
- ■ 分母：給藥案件數。
- □ 給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區別
  2.分區+總額部門
  3.分區+院所
- ➢ 若維度不同，是否需重算-->No

(7)(1324)(1325).一般處方每張處方用藥品項數

(101/09/10 定義修訂：於原指標增加年齡別變項，並修訂報表維度，新增之指標 1324~1325 自 95 年起產製，原指標 7 則由 10101 起重新產製。)

- ■ 分子 1(7)：給藥案件之藥品品項數(全部年齡)。
- ■ 分母 1(7)：給藥案件數(全部年齡)。
- ■ 分子 2(1324)：給藥案件之藥品品項數(<65 歲)。
- ■ 分母 2(1324)：給藥案件數(<65 歲)。
- ■ 分子 3(1325)：給藥案件之藥品品項數(>=65 歲)。
- ■ 分母 3(1325)：給藥案件數(>=65 歲)。
- □ 給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種。
- □ 藥品品項：醫令類別 1 或 4，且醫令代碼為 10 碼。
- □ 藥品品項數：藥品品項筆數。
- □ 年齡=費用年-出生年
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區別
  2.分區+總額部門
  3.分區+院所
  4.全國
  5.全國+總額部門
- ➢ 若維度不同，是否需重算-->No

(8).慢性病每張處方用藥品項數

- ■ 分子：慢性病給藥案件之藥品品項數。
- ■ 分母：慢性病給藥案件數。
- □ 給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種。
- □ 藥品品項：醫令類別 1 或 4，且醫令代碼為 10 碼。
- □ 藥品品項數：藥品品項筆數。
- □ 慢性病：案件分類 04 或 08。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區別
  2.分區+總額部門
  3.分區+院所
- ➢ 若維度不同，是否需重算-->No

(9).平均每張處方藥用藥品項數

- ■ 分子：含處方用藥給藥案件之藥品品項數。
- ■ 分母：含處方用藥之給藥案件數。
- □ 給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種。
- □ 藥品品項：醫令類別 1 或 4，且醫令代碼為 10 碼。
- □ 藥品品項數：藥品品項筆數。
- □ 處方用藥：醫令代碼檔 DRUG_MARK='N'。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區別
  2.分區+總額部門
  3.分區+院所
- ➢ 若維度不同，是否需重算-->No

(10).注射劑使用率

- ■ 分子：給藥案件之針劑藥品案件數。
- ■ 分母：給藥案件數。
- □ 給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種。
- □ 針劑藥品：醫令代碼為 10 碼，且第 8 碼為 2。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區別
  2.分區+總額部門+特約類別
  3.分區+院所
- ➢ 若維度不同，是否需重算-->No

(13).同一院所用藥日數重複率

指標 13.1[分區+總額部門+特約類別]同一院所用藥日數重複率

- ■ 分子：按[總額部門、特約類別、院所、ID]歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總。
- ■ 分母：給藥案件之給藥日份加總。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院、中醫
- ➢ 運算範圍：每季

指標 13.2[院所]同一院所用藥日數重複率

- ■ 分子：按[院所、ID]歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總。
- ■ 分母：給藥案件之給藥日份加總。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院、中醫
- ➢ 運算範圍：每季

指標 13.3[院所+醫事別]同一院所用藥日數重複率

- ■ 分子：按[院所、ID、醫事別]歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總。
- ■ 分母：給藥案件之給藥日份加總。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院、中醫
- ➢ 運算範圍：每季

(14).開立慢性病連續處方箋百分比(一)

- ■ 分子：開立慢性病連續處方箋的案件數。
- ■ 分母：給藥案件數。
- □ 給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種。
- □ 慢性病連續處方箋：案件分類 08，且給藥日份>=21。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門+特約類別
  2.分區+院所
- ➢ 若維度不同，是否需重算-->No

(15).慢性病開立慢性病連續處方箋百分比(一)

- ■ 分子：開立慢性病連續處方箋的案件數。
- ■ 分母：慢性病給藥案件數。
- □ 給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種。
- □ 慢性病：案件分類 04 或 08。
- □ 慢性病連續處方箋：案件分類 08，且給藥日份>=21。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門+特約類別
  2.分區+院所
- ➢ 若維度不同，是否需重算-->No

(16).處方箋釋出率

- ■ 分子：處方調劑方式為 1 的案件數。
- ■ 分母：給藥案件數。
- □ 給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門+特約類別
  2.分區+院所
- ➢ 若維度不同，是否需重算-->No

(16.01).處方箋釋出率

(建置時間：101/09/04)

- ■ 分子：處方調劑方式為 1 的案件數。
- ■ 分母：給藥案件數。
- □ 資料範圍：1.門診(西醫基層+西醫醫院)。
  2.排除「補報原因註記」為 2(補報部分醫令或醫令差額)之案件。
  3.排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
- □ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- □ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。
- □ 給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種。
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：維度間可向上累加
  1.全國
  2.全國+總額部門
  3.分區+總額部門+特約類別
  4.分區+院所

(17).上呼吸道感染抗生素使用率

(102/03/07 定義修訂：為與國際接軌，自費用年月 102 年 1 月起，抗生素藥品定義由原藥理代碼前 4 碼 0812，修訂為 ATC 前 3 碼為 J01。)

- ■ 分子：URI 且給予抗生素藥品的案件數。
- ■ 分母：URI 的給藥案件數。
- □ 給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種。
- □ URI：主診斷前 3 碼為'460'，'462'，'464'，'465'，'466'，'487'。
- □ 抗生素藥品：醫令代碼為 10 碼，且 ATC 前 3 碼為 J01。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門+特約類別
  2.分區+院所
- ➢ 若維度不同，是否需重算-->No

(18).十四日內再住院率、三日內再急診率

- ■ 分子 1：十四日內再住院的案件數。
- ■ 分子 2：三日內再急診的案件數。
- ■ 分母：出院案件數。
- □ 出院案件：出院日在資料範圍內之案件，例：按[院所，ID，生日，住院日]歸戶，因同一次住院，會有申報多筆住院醫療費用的情形，可能有多個出院日，以最晚之出院日為準。
- □ 急診案件：案件分類 02，且部分負擔第 2 碼為 0。
- □ 十四日內再住院的案件：以出院案件為母體，按[ID，生日]勾稽距離出院日 0 至 14 日內含跨院的住院案件。
- □ 三日內再急診的案件：以出院案件為母體，按[ID，生日]勾稽距離出院日 0 至 3 日內含跨院的急診案件。
- ➢ 運算範圍：每季（以 92Q1 為例，即為 920101~92031）。
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
- ➢ 若維度不同，是否需重算-->Yes

(20).使用 ESWL 人口平均利用次數

- ■ 分子：ESWL 使用次數。
- ■ 分母：ESWL 使用人數。
- □ ESWL 案件：醫令代碼 50023A、50024A、50025A、50026A、50023B、50024B、50025B、50026B。
- □ 資料範圍：限定在西醫醫院這一個總額部門，因為目前只有西醫醫院擁有電磁波碎石術(ESWL)機器。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
- ➢ 若維度不同，是否需重算-->Yes

(20.01).使用 ESWL 病人平均利用人次

(建置時間：101/09/04)

(104/08/05 定義修訂：1.新增全國+特約類別維度。2.自統計期間 101 年起重新產製。)

- ■ 分子：ESWL 使用次數。
- ■ 分母：ESWL 使用人數。
- □ 資料範圍：1.住院(西醫醫院)及門診(西醫醫院)。
  (限定在西醫醫院這一個總額部門，因為目前只有西醫醫院擁有電磁波碎石術(ESWL)機器。
  2.排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA；住院案件分類只計 1、2、3、4、5、6 即可排除代辦案件。
- □ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- □ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。
- □ ESWL 案件：醫令代碼 50023A、50024A、50025A、50026A、50023B、50024B、50025B、50026B。
- ➢ 運算範圍：季
- ➢ 展現維度：1.全國
  2.全國+特約類別
  3.分區
  4.分區+特約類別
  5.分區+院所

(24).基層醫師在醫院、醫院醫師在基層發生案件數

(99/11/26 定義修訂：在判斷是否為專任醫師時，使用倉儲醫事人員基本資料檔，費用年月 9909 開始使用新定義)

指標 1：西醫基層的專任醫師，在西醫醫院發生的案件數。

- □ 維度至院所時，需計算每一家基層院所，其醫師在西醫醫院發生的總案件數。

指標 2：西醫醫院的專任醫師，在西醫基層發生的案件數。

- □ 維度至院所時，需計算每一家西醫醫院，其醫師在西醫基層發生的總案件數。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 報表展現的變化格式：成長率
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+院所

(31).西醫門診 CT(MRI)醫令執行率

- ■ 分子 1：門診 CT 醫令數。
- ■ 分子 2：門診 MRI 醫令數。
- ■ 分母：門診案件數。
- □ CT：電腦斷層，醫令為 33067B、33068B、33069B、33070B、33071B、33072B。
- □ MRI：磁振造影，醫令為 33084A、33085A、33084B、33085B。
- □ 資料範圍：西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所

(32).一日急診返診率

- ■ 分子：按同一院所、同一人歸戶，兩次急診日差距<=1 天之人次。
- ■ 分母：急診人次。
- □ 例如：甲在 3/30 第一次急診，3/31 第二次急診，4/1 第三次急診，則分母=2，分子=2。
- □ 急診案件：案件分類 02，且部分負擔第 2 碼為 0。
- □ 資料範圍：以就醫日期擷取(一季+一天)的範圍，例如 1/1 至 4/1。
- □ 資料範圍：西醫醫院
- ➢ 篩選資料範圍的欄位：就醫日期
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所

(33).二日急診返診率

- ■ 分子：按同一院所、同一人歸戶，兩次急診日差距=2 天之人次。

三日急診返診率

- ■ 分子：按同一院所、同一人歸戶，兩次急診日差距=3 天之人次。

(35).住院期間再手術率

- ■ 分子：按同一院所、同一人、同生日、同住院日歸戶，計算再次手術之次數。
- ■ 分母：按同一院所、同一人、同生日、同住院日歸戶，計算手術之人次。
- □ 手術案件：醫令代碼第一碼為 6，7，8 者，另外需再排除牙醫醫令(89001C 至 89011C)。
- □ 再次手術案件：按執行日(起)排序，第二次手術執行日(起)與第一次手術執行日(迄)差距>=1 天，第二次手術即為再次手術案件。
- □ 例如：甲在 1/25 住院，住院期間有 4 件手術，則分母=1，分子=2

手術順序醫令代碼執行日(起)	執行日(迄)
1600029754910127	910127
2600029754910127	910127
3600000030910130	910130
4600029754910204	910204

- □ 資料範圍：西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所

(40).牙體復形申報點數佔率

- ■ 分子(牙體復形申報點數)：牙體復形的醫令金額(total_amt)。
- ■ 分母(處置申報點數)：所有牙醫處方的處置費(treat_amt)。
- □ 牙體復形：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C**(93 年 7 月 1 日起新增 89012C、89101C~89112C)**
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：分區+院所

(42).牙周病緊急處理佔率

(100/10/28 定義修訂：(1)分母新增全口牙結石清除醫令「91104C」(2)自統計期間 10009 開始產製)

- ■ 分子：牙周病緊急處理
- ■ 分母：所有牙周病學項目的醫令數量
- □ 資料範圍：門診牙醫
- □ 牙周病緊急處理：牙周病緊急處理(91001C)的醫令數量
- □ 牙周病學醫令：91001C、91002C、91003C、91004C、91006C、91007C、91008C、91009B、91010B、91011C、91012C、91013C、91104C
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：分區+院所

(43).牙結石清除－全口之檢測比率

(100/10/28 定義修訂：(1)分子新增全口牙結石清除醫令「91104C」(2)自統計期間 10009 開始產製)

- ■ 分子：牙結石清除－全口(91004C、91104C)的案件數。
- ■ 分母：牙醫總案件數。
- □ 資料範圍：門診牙醫
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：分區+院所

(44).七項醫令合計佔率

- ■ 分子(七項處理醫令)：牙醫門診特約醫療院所申報覆髓(89006C)、齒內治療緊急處理(90004C)、牙週病緊急處置(91001C)、牙結石清除(91003C、91004C)、手術後治療(92001C)、拔牙後特別處理(92012C)的申報點數合計。
- ■ 分母(牙醫申報總點數)：牙醫處方的申請金額+部分負擔金額。
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：分區+院所

(45).西醫門診 CT(MRI)案件執行率

- ■ 分子 1：門診 CT 案件數。
- ■ 分子 2：門診 MRI 案件數。
- ■ 分母：門診案件數。
- □ CT：電腦斷層，醫令為 33067B、33068B、33069B、33070B、33071B、33072B。
- □ MRI：磁振造影，醫令為 33084A、33085A、33084B、33085B。
- □ 資料範圍：西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所

(46).住院 CT(MRI)醫令執行率

- ■ 分子 1：住院 CT 醫令數。
- ■ 分子 2：住院 MRI 醫令數。
- ■ 分母：住院案件數。
- □ CT：電腦斷層，醫令為 33067B、33068B、33069B、33070B、33071B、33072B。
- □ MRI：磁振造影，醫令為 33084A、33085A、33084B、33085B。
- □ 資料範圍：西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所

(47).住院 CT(MRI)案件執行率

- ■ 分子 1：住院 CT 案件數。
- ■ 分子 2：住院 MRI 案件數。
- ■ 分母：住院案件數。
- □ CT：電腦斷層，醫令為 33067B、33068B、33069B、33070B、33071B、33072B。
- □ MRI：磁振造影，醫令為 33084A、33085A、33084B、33085B。
- □ 資料範圍：西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所

(48).基層醫師在醫院、醫院醫師在基層發生金額

(99/11/26 定義修訂：在判斷是否為專任醫師時，使用倉儲醫事人員基本資料檔，費用年月 9909 開始使用新定義)

指標 1：西醫基層的專任醫師，在西醫醫院發生的金額。

- □ 維度至院所時，需計算每一家基層院所，其醫師在西醫醫院發生的總金額。

指標 2：西醫醫院的專任醫師，在西醫基層發生的金額。

- □ 維度至院所時，需計算每一家西醫醫院，其醫師在西醫基層發生的總金額。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 報表展現的變化格式：成長率
- ➢ 展現維度：1.分區別
  2.分區+院所

(49).超長期住院率(大於 30 日)

- ■ 分子：住院超過 30 日的案件數。
- ■ 分母：出院案件數。
- □ 出院案件：出院日在資料範圍內之案件，按[院所，ID，生日，住院日]歸戶，因作帳之緣故，可能有多個出院日，以最晚之出院日為準。
- □ 住院超過 30 日的案件：以出院案件為範圍，按[院所，ID，生日，住院日]歸戶，找出住院日距離出院日超過 30 日的案件。
- ➢ 運算範圍：每季（以 92Q1 為例，即為 920101~920331）。
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
- ➢ 若維度不同，是否需重算-->No

(50).15-30 日內再住院率

- ■ 分子：15-30 日內再住院的案件數。
- ■ 分母：出院案件數。
- □ 出院案件：出院日在資料範圍內之案件，按[院所，ID，生日，住院日]歸戶，因作帳之緣故，可能有多個出院日，以最晚之出院日為準。
- □ 15-30 日內再住院的案件：以出院案件為母體，按[ID，生日]勾稽距離出院日 15 至 30 日內的住院案件。
- ➢ 運算範圍：每季（以 92Q1 為例，即為 920101~920331）
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
- ➢ 若維度不同，是否需重算-->Yes

(51).超長期住院率(大於 60 日)

- ■ 分子：住院超過 60 日的案件數。
- ■ 分母：出院案件數。
- □ 出院案件：出院日在資料範圍內之案件，按[院所，ID，生日，住院日]歸戶，因作帳之緣故，可能有多個出院日，以最晚之出院日為準。
- □ 住院超過 60 日的案件：以出院案件為範圍，按[院所，ID，生日，住院日]歸戶，找出住院日距離出院日超過 60 日的案件。
- ➢ 運算範圍：每季（以 92Q1 為例，即為 920101~920331）
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
- ➢ 若維度不同，是否需重算-->No

(52).超長期住院率(大於 90 日)

- ■ 分子：住院超過 90 日的案件數。
- ■ 分母：出院案件數。
- □ 出院案件：出院日在資料範圍內之案件，按[院所，ID，生日，住院日]歸戶，因作帳之緣故，可能有多個出院日，以最晚之出院日為準。
- □ 住院超過 90 日的案件：以出院案件為範圍，按[院所，ID，生日，住院日]歸戶，找出住院日距離出院日超過 90 日的案件。
- ➢ 運算範圍：每季（以 92Q1 為例，即為 920101~920331）
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
- ➢ 若維度不同，是否需重算-->No

(53).牙體復形三年重補(保存)率

(97/10/23 定義修訂：自 9701 起，分子多卡 1 個條件－「不同就醫日期」
100/10/28 定義修訂：(1)牙體復形醫令修正，刪除 89101C~89112C(2)分母定義新增「若為同案件、同病患、同牙位執行 2 筆以上牙體復形醫令時，該牙位仍視為 1」條件(3)自統計期間 9701 開始重新產製)

■ 分子：同牙位重補數。

■ 分母：填補總數。

□ 資料範圍：門診牙醫。

※本指標計算的範圍，是 FDI 牙位表示法之內的牙位資料
(成人 36 顆牙，小孩 20 顆牙，除此之外的牙位資料全部排除)。

□ 若統計期間為 9912，則
分母、分子資料範圍為費用年月 9701~9912 過去三年的資料。

□ 分母：同診所同病患同牙位，含有牙體復形醫令，則分母為 1；若為同案件、同病患、同牙位執行 2 筆以上牙體復形醫令時，該牙位仍視為 1。

※牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C、**89012C**。

□ 分子：同診所同病患同牙位，不同就醫日期有兩筆以上(含)的牙體復形醫令，則分子為 1。

(附註：若費用年月介於 9001~9306，則同診所、同病患、同牙位、同就醫日期，同時申報 89004C 及 89005C 則不算重補，不計入分子)。

(附註 2：若同診所、同病患、同牙位、同就醫日期，有兩筆以上(含)的牙體復形醫令為補報案件，不算重補，不計入分子)

➢ 運算範圍：每月

➢ 展現維度：分區+院所

(55).牙周病佔率

(100/10/28 定義修訂：(1)分子分母新增一排除條件：排除 14 及 16 案件(2)自統計期間 9701 開始重新產製)

※指標背景：100 年指標操作型定義檢討案，牙醫師全聯會對此指標之操作型定義提出改正建議，以供總額協商院所公開。

■ 分子：牙周病學項目的總案件數
■ 分母：牙醫總案件數
□ 資料範圍：門診牙醫
□ 牙周病學醫令：91001C、91002C、91003C、91004C、91006C、91007C、91008C、91009B、91010B、91011C、91012C、**91013C**
□ 分子分母皆需排除案件分類 14 及 16 **之案件**。
➢ 運算範圍：每月
➢ 展現維度：分區+院所

(57).類固醇藥理重複案件數比率(一)

■ 分子：類固醇藥理重複案件數。
■ 分母：類固醇藥理案件數。
□ 類固醇藥理：藥理分類前 4 碼 6804。
□ 類固醇藥理重複案件：同一處方，含有兩筆以上的任何類固醇醫令，計為一個重複案件。
□ 資料範圍：西醫醫院、西醫基層
➢ 運算範圍：每月
➢ 展現維度：1.分區+總額部門
2.分區+特約類別
3.分區+院所
4.分區+院所+科別
➢ 若維度不同，是否需重算-->No

(61).西醫重複就診率(二)

指標 61.1 分區西醫重複就診率(二)

- ■ 分子：排除診察費=0 之案件，同一人、同一天、同一分區下，按 ID 歸戶，就診 2 次以上之人數。
- ■ 分母：排除診察費=0 之案件，按 ID 歸戶，計算分區下之門診人數。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每季

指標 61.2 總額部門西醫重複就診率(二)

- ■ 分子：排除診察費=0 之案件，同一人、同一天、同一分區、同一總額部門下，按 ID 歸戶，就診 2 次以上之人數。
- ■ 分母：排除診察費=0 之案件，按 ID 歸戶，計算分區下各總額部門之門診人數。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每季

指標 61.3 院所西醫重複就診率(二)

- ■ 分子：排除診察費=0 之案件，同一人、同一天、同一分區、同一院所，按 ID 歸戶，就診 2 次以上之人數。
- ■ 分母：排除診察費=0 之案件，按 ID 歸戶，計算分區下各院所下之門診人數。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每季

(62).開立慢性病連續處方箋百分比(二)

- ■ 分子：開立慢性病連續處方箋案件數
- ■ 分母：給藥案件數
- □ 開立慢性病連續處方箋案件：(診察費項目代碼為慢箋)或(案件分類=E1 且慢性病連續處方箋有效期間處方日份>給藥天數且慢性病連續處方箋有效日日份為給藥天數的倍數。
- □ 診察費項目代碼為慢箋：00155A、00157A、00170A、00171A、00131B、00132B、00172B、00173B、00135B、00136B、00174B、00175B、00137B、00138B、00176B、00177B、00139C、00140C、00158C、00159C、00141C、00142C、00160C、00161C、00143C、00144C、00162C、00163C、00145C、00146C、00164C、00165C、00147C、00148C、00166C、00167C、00149C、00150C、00168C、00169C、00178B、00179B、00180B、00181B、00182C、00183C、00184C、00185C、00187C、00189C、00190C、00191C。
- □ 給藥案件：案件之醫令代碼至少一筆醫令「藥品(項目)代號」為 10 碼且案件分類<>08。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門+特約類別
  2.分區+院所
  3.分區+院所+科別

(63).慢性病開立慢性病連續處方箋百分比(二)

(97/08/19 修改定義給藥案件增加 E1 分類，新增三種疾病別維度)

- ■ 分子：開立慢性病連續處方箋案件數。
- ■ 分母：慢性病給藥案件數。
- □ 開立慢性病連續處方箋的案件：(診察費項目代碼為慢箋)或(案件分類=E1 且慢性病連續處方箋有效期間處方日份>給藥天數且慢性病連續處方箋有效日日份為給藥天數的倍數)。
- □ 診察費項目代碼為慢箋：00155A、00157A、00170A、00171A、00131B、00132B、00172B、00173B、00135B、00136B、00174B、00175B、00137B、00138B、00176B、00177B、00139C、00140C、00158C、00159C、00141C、00142C、00160C、00161C、00143C、00144C、00162C、00163C、00145C、00146C、00164C、00165C、00147C、00148C、00166C、00167C、00149C、00150C、00168C、00169C、00178B、00179B、00180B、00181B、00182C、00183C、00184C、00185C、00187C、00189C、00190C、00191C。
- □ 疾病別依「特定診療項目代號(一)」欄位分類，需限制為以下代碼：
  01、02、03、04、05、06、07、08、09、10、
  11、12、13、14、15、16、17、18、19、20、
  21、22、23、24、25、26、27、28、29、30、
  31、32、33、34、35、36、37、38、39、40、
  41、42、43、44、45、46、47、48、49、50、
  51、52、53、54、55、56、57、58、59、60、
  61、62、63、64、65、66、67、68、69、70、
  71、72、73、74、75、76、77、78、79、80、
  81、82、83、84、85、86、87、88、89、90、
  91、92、93、94、95、96、97、98、
  E3、E4、E6、E7、E8、F1、H1、N、C、R
- □ 慢性病給藥案件：案件分類=04、E1 或給藥天數>=14 日。
- □ 資料範圍：每月
- ➢ 運算範圍：西醫基層、西醫醫院。
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門+特約類別
  2.分區+院所
  3.分區+院所+科別
  4.分區+疾病別
  5.分區+總額部門+疾病別
  6.分區+院所+疾病別

(66).中醫重複就診率

(100/10/28 定義修訂：(1)分子分母歸戶條件同時刪除「同一案件分類」(2)自統計期間 97 年開始重新產製)

※指標背景：100 年指標操作型定義檢討案，中醫師全聯會對此指標之操作型定義提出改正建議，以供總額協商院所公開。

■ 分子：同一人、同一天就診 2 次以上之歸戶數。

■ 分母：同一人、同一天就醫之門診歸戶數。

□ 資料範圍：門診中醫

※需排除「補報原因註記」為 2 之案件【補報部分醫令或醫令差額】。

□ 分子、分母皆排除診察費=0 之案件。

□ 計算分子分母時，需依不同維度進行運算：

分區：分子為同一人、同一天、於同分區就診 2 次以上之歸戶數；

分母為同一人、同一天、於同分區就醫之門診歸戶數。

分區+院所：分子為同一人、同一天、於同院所就診 2 次以上之歸戶數；

分母為同一人、同一天、於同院所就醫之門診歸戶數。

➢ 運算範圍：每季

➢ 展現維度：1.分區

2.分區+院所

(68).三日內再住院率

- ■ 分子：三日內再住院的案件數。
- ■ 分母：出院案件數。
- □ 出院案件：出院日在資料範圍內之案件，例：按[院所，ID，生日，住院日]歸戶，因同一次住院，會有申報多筆住院醫療費用的情形，可能有多個出院日，以最晚之出院日為準。
- □ 三內再住院的案件：以出院案件為母體，按[ID，生日]勾稽距離出院日 0 至 3 日內含跨院的住院案件。
- ➢ 運算範圍：每季（以 92Q1 為例，即為 920101~920331）。
- ➢ 篩選運算範圍的欄位：就醫日期
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
- ➢ 若維度不同，是否需重算-->Yes

(69).同日急診返診比率

- ■ 分子：按同一院所、同一人歸戶，兩次急診日差距=0 天之人次。
- ■ 分母：急診人次。
- □ 急診案件：案件分類 02，且部分負擔第 2 碼為 0。
- □ 資料範圍：西醫醫院。
- ➢ 運算範圍：每季，以就醫日期擷取一季的範圍，例如 1/1 至 3/31。
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
- ➢ 若維度不同，是否需重算-->Yes

(71).類固醇藥理重複案件數比率(二)

- ■ 分子：類固醇藥理重複案件數。
- ■ 分母：類固醇藥理案件數。
- □ 類固醇藥理：藥理分類前 4 碼 6804。
- □ 類固醇藥理重複案件：同一處方，含有兩筆不同類固醇醫令，方計為重
- □ 複案件。
- □ 資料範圍：西醫醫院、西醫基層。
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 報表展現的資料範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
  4.分區+院所+科別

(72).抗生素藥理重複案件數比率(二)

(102/03/07 定義修訂：為與國際接軌，自費用年月 102 年 1 月起，抗生素藥品定義由原藥理代碼前 4 碼 0812，修訂為 ATC 前 3 碼為 J01。)

- ■ 分子：抗生素藥理重複案件數。
- ■ 分母：抗生素藥理案件數。
- □ 抗生素藥理：ATC 前 3 碼為 J01。
- □ 抗生素藥理重複案件：同一處方，含有兩筆不同抗生素醫令，方計為重複案件。
- □ 資料範圍：西醫醫院、西醫基層。
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
  4.分區+院所+科別

(74)(890)(891)(892)(893)(894).超長期住院率(大於 30 日)(二)

(97/07/21 定義修訂：增加排除早產兒案件，主次診斷前三碼為 764~765)
(98/11/20 程式修訂：排除條件皆以歸戶概念進行排除(原區分為歸戶或清單案件)，即歸戶下有任一件符合條件就整個排除，自 98Q3 開始重新產製)
(98/12/07 定義修訂：新增分子 2~6、分母 2~6 且於資料倉儲系統產製)
(106/05/05 定義修訂：(1)指標 892 分母新增排除條件：提升急性後期照護品質試辦計劃案件。(2)自統計期間 106Q1 起開始產製。)
※指標背景：醫院總額品質確保方案專業醫療品質指標（各區同院所 30 日以上住院率）

- ■ 分子 1(指標 74)：分母案件中住院超過 30 日的案件數
- ■ 分母 1(指標 74)：出院案件數
- ■ 分子 2(指標 894)：分母案件中住院超過 30 日的案件數
- ■ 分母 2(指標 894)：出院案件數(加排安寧照護)
- ■ 分子 3(指標 890)：分母案件中住院超過 30 日的案件數
- ■ 分母 3(指標 890)：出院案件數(急性床或急慢性床混合案件)
- ■ 分子 4(指標 891)：分母案件中住院超過 30 日的案件數
- ■ 分母 4(指標 891)：出院案件數(慢性床或急慢性床混合案件)
- ■ 分子 5(指標 892)：分母案件中住院超過 30 日的案件數
- ■ 分母 5(指標 892)：出院案件數(僅急性床案件，不含急慢性床混合案件)
- ■ 分子 6(指標 893)：分母案件中住院超過 30 日的案件數
- ■ 分母 6(指標 893)：出院案件數(僅慢性床案件，不含急慢性床混合案件)
- □ 資料範圍：住院
  ※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)
- □ 出院案件：出院日在資料範圍內之案件，按[院所、ID、生日、住院日]歸戶；因作帳之緣故，可能有多個出院日，以最晚之出院日為準。
  ※急性床案件：「急性病床天數」不為 0 且「慢性病床天數」為 0 之案件。
  ※急慢性床混合案件：「急性病床天數」不為 0 且「慢性病床天數」不為 0 之案件。
  ※慢性床案件：「急性病床天數」為 0 且「慢性病床天數」不為 0 之案件。
- □ 住院超過 30 日的案件：以出院案件為範圍，按[院所、ID、生日、住院日]歸戶，找出住院日距離出院日超過 30 日的案件。
- □ 排除條件：

(一)排除呼吸照護個案，主次診斷碼 51881、51883、51884 或主次處置碼 96.70-96.72、9390。

(二)排除精神病個案，精神科就醫科別代碼 13。

(三)排除乳癌試辦計劃個案：案件類別為「4：試辦計劃」及疾病患來源為”N”或”C”或”R“。

(四)排除早產兒個案：主次診斷前三碼為 764~765。

(五)安寧照護：給付類別 A(分子 1、分母 1 未排除此條件)。

(六)提升急性後期照護品質試辦計劃案件：住院案件分類 4 及試辦計畫代碼為 1 腦中風或 2 燒燙傷。

分母排除條件一覽表：

	排除條件 (一)之(1)、(2)	**排除條件 (二)**	**排除條件 (三)**	**排除條件 (四)**	**排除條件 (五)**	**排除條件 (六)**
分母 1	√	√	√	√		
分母 2~4、6	√	√	√	√	√	
分母 5	√	√	√	√	√	√

- 運算範圍：每季(以 92Q1 為例，資料範圍為出院日在 920101 至 920331 之案件)
- 展現維度：維度間可累加

  1.分區

  2.分區+特約類別

  3.分區+院所

(74.01)(890.01)(891.01)(892.01)(893.01)(894.01).超長期住院率(大於 30 日)(二)

(建置時間：101/09/04)

(106/05/05 定義修訂：(1)指標 892 分母新增排除條件：提升急性後期照護品質試辦計劃案件。(2)自統計期間 106Q1 起開始產製。)

※指標背景：醫院總額品質確保方案專業醫療品質指標（各區同院所 30 日以上住院率）。

- ■ 分子 1(74.01)：分母案件中住院超過 30 日的案件數
- ■ 分母 1(74.01)：出院案件數
- ■ 分子 2(894.01)：分母案件中住院超過 30 日的案件數
- ■ 分母 2(894.01)：出院案件數(加排安寧照護)
- ■ 分子 3(890.01)：分母案件中住院超過 30 日的案件數
- ■ 分母 3(890.01)：出院案件數(急性床或急慢性床混合案件)
- ■ 分子 4(891.01)：分母案件中住院超過 30 日的案件數
- ■ 分母 4(891.01)：出院案件數(慢性床或急慢性床混合案件)
- ■ 分子 5(892.01)：分母案件中住院超過 30 日的案件數
- ■ 分母 5(892.01)：出院案件數(僅急性床案件，不含急慢性床混合案件)
- ■ 分子 6(893.01)：分母案件中住院超過 30 日的案件數
- ■ 分母 6(893.01)：出院案件數(僅慢性床案件，不含急慢性床混合案件)
- □ 資料範圍：1.住院全部資料。
  2.排除代辦案件：住院案件分類只計 1、2、3、4、5、6 即可排除代辦案件。
- □ 此指標資料於資料倉儲系統產製。
- □ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。
- □ 分母：出院日在資料範圍內之案件，按[院所、ID、生日、住院日]歸戶；因作帳之緣故，可能有多個出院日，以最晚之出院日為準。

  ※急性床案件：「急性病床天數」不為 0 且「慢性病床天數」為 0 之案件。

  ※急慢性床混合案件：「急性病床天數」不為 0 且「慢性病床天數」不為 0 之案件。

  ※慢性床案件：「急性病床天數」為 0 且「慢性病床天數」不為 0 之案件。
- □ 分母排除條件：依[院所、ID、生日、住院日]歸戶下有任一件符合條件就整個排除

  (一)排除呼吸照護個案(下列任一點符合即排除)：

(1)主次診斷碼 51881、51883、51884。

(2)主次處置碼 96.70-96.72、9390。

(二)排除精神病個案，精神科就醫科別代碼 13。

(三)排除乳癌試辦計劃個案：案件類別為「4：試辦計劃」及疾病患來源為”N”或”C”或”R“。

(四)排除早產兒個案：主次診斷前三碼為 764~765。

(五)安寧照護：給付類別 A。

(六)提升急性後期照護品質試辦計劃案件：住院案件分類 4 及試辦計畫代碼為 1 腦中風或 2 燒燙傷。

分母排除條件一覽表：

	排除條件(一)之(1)、(2)	**排除條件(二)**	**排除條件(三)**	**排除條件(四)**	**排除條件(五)**	**排除條件(六)**
分母 1	√	√	√	√		
分母 2~4、6	√	√	√	√	√	
分母 5	√	√	√	√	√	√

- 分子：以出院案件為範圍，按[院所、ID、生日、住院日]歸戶，找出住院日距離出院日超過 30 日的案件。
- 運算範圍：每季(以 92Q1 為例，資料範圍為出院日在 920101 至 920331 之案件)
- 展現維度：維度間可累加

1.全國

2.全國+總額部門

3.分區

4.分區+特約類別

5.分區+院所

(75).制酸劑藥理重複案件數比率(三)

- ■ 分子：制酸劑藥理重複案件數。
- ■ 分母：制酸劑藥理案件數。
- □ 制酸劑藥理：藥理分類代碼為 560400 或 560499，再排除下列成份代碼 5604001500
  9600065500
  4008000700（僅排除單方劑型）
  5604002500（僅排除單方劑型）
  5604002501（僅排除單方劑型）
  5604002900（僅排除單方劑型）
  5604001200（僅排除單方劑型）
  5612001300（僅排除單方劑型）
- □ 制酸劑藥理重複案件：同一處方，含有兩筆不同制酸劑醫令，計為重複案件。
- □ 資料範圍：西醫醫院、西醫基層
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
  4.分區+院所+科別

(77).同一院所門診用藥日數重複率(二)_季

指標 77.1[分區+總額部門+特約類別]同一院所用藥日數重複率

- ■ 分子：按[總額部門、特約類別、院所、ID]歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總。
- ■ 分母：給藥案件之給藥日份加總。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院、中醫
- □ 排除 04，08 案件
- ➢ 運算範圍：每季

指標 77.2[院所]同一院所用藥日數重複率

- ■ 分子：按[院所、ID]歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總。
- ■ 分母：給藥案件之給藥日份加總。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院、中醫
- □ 排除 04，08 案件
- ➢ 運算範圍：每季

指標 77.3[院所+總額部門]同一院所用藥日數重複率

- ■ 分子：按[院所、ID、總額部門]歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總。
- ■ 分母：給藥案件之給藥日份加總。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院、中醫
- □ 排除 04，08 案件
- ➢ 運算範圍：每季

(79).同一院所門診用藥日數重複率(二)_月

指標 79.1[分區+總額部門+特約類別]同一院所用藥日數重複率

- ■ 分子：按[總額部門、特約類別、院所、ID]歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總。
- ■ 分母：給藥案件之給藥日份加總。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院、中醫
- □ 排除 04，08 案件
- ➢ 運算範圍：每月

指標 79.2[院所]同一院所用藥日數重複率

- ■ 分子：按[院所、ID]歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總。

(81).同一院所慢性病門診用藥日數重複率_季

(修改定義日期：95/06/16)

(102/10/17 定義修訂:「全民健康保險醫療辦法」於 101 年 11 月 6 日正式發布修正，其中慢性病連續處方箋原規定自上次給藥期間屆滿前 7 日起放寬為 10 日起,即可開始領取第 2 次或第 3 次用藥，本項規定自發布日(101.11.06)起實施。故自費用年月 10201 起修正本指標，慢箋提前 10 天領藥之日數不納入重複日數計算。)

指標 81.1[分區+總額部門+特約類別]同一院所用藥日數重複率

- ■ 分子：按[總額部門、特約類別、院所、ID]歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總。
- ■ 分母：給藥案件之給藥日份加總。
- □ 資料範圍一：西醫基層、西醫醫院
- □ 資料範圍二：限定為 04，08 案件
- □ 給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種
- □ 若案件分類為 08，則開始用藥日期=治療結束日期；
- □ 其他案件分類，則開始用藥日期=就醫日期
- □ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1
- □ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
- □ 同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天的空間不計入重複日數。
- □ 重複日數計算：日期相減後+1。例如：若兩筆日期重疊的起日是 2012/01/03，迄日是 2012/01/05，則重複日數為 3 天。
- ➢ 運算範圍：每季

指標 81.2[院所]同一院所用藥日數重複率

- ■ 分子：按[院所、ID]歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總。
- ■ 分母：給藥案件之給藥日份加總。
- □ 資料範圍一：西醫基層、西醫醫院
- □ 資料範圍二：限定為 04，08 案件
- □ 給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種
- □ 若案件分類為 08，則開始用藥日期=治療結束日期；
- □ 其他案件分類，則開始用藥日期=就醫日期
- □ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1
- □ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
- □ 同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天的空間不計入重複日數。
- □ 重複日數計算：日期相減後+1。例如：若兩筆日期重疊的起日是 2012/01/03，迄

日是 2012/01/05，則重複日數為 3 天。

- 運算範圍：每季

指標 81.3[院所+總額部門]同一院所用藥日數重複率

- ■ 分子：按[院所、ID、總額部門]歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總。
- ■ 分母：給藥案件之給藥日份加總。
- □ 資料範圍一：西醫基層、西醫醫院
- □ 資料範圍二：限定為 04，08 案件
- □ 給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種
- □ 若案件分類為 08，則開始用藥日期=治療結束日期；
- □ 其他案件分類，則開始用藥日期=就醫日期
- □ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1
- □ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
- □ 同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天的空間不計入重複日數。
- □ 重複日數計算：日期相減後+1。例如：若兩筆日期重疊的起日是 2012/01/03，迄日是 2012/01/05，則重複日數為 3 天。
- 運算範圍：每季

(83).同一院所 7 日內處方用藥日數重複 2 日以上比率_季

(修改定義日期：95/10/05)

(106/08/02 定義修訂：1.排除預防保健、職業災害(案件分類為 A3、B6)案件。2.自統計期間 106 年起重新產製。)

指標 83.1[分區+總額部門]同一院所 7 日內處方用藥日數重複 2 日以上比率_季

■ 分子：按[總額部門、特約類別、院所、ID]歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總

■ 分母：給藥案件之給藥日份加總。

□ 資料範圍：1.給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0

2.排除給藥日份大於 7 日之案件

3.排除針灸、傷科案件(案件分類為 26、29)(修改定義日期：95/10/05)

4.限定西醫基層、西醫醫院、中醫案件

5.排除預防保健、職業災害案件(案件分類為 A3、B6)

➢ 運算範圍：每季

➢ 分子(重覆給藥日數)運算邏輯說明：

1.擷取病患的各筆就醫記錄，並按照就醫日期、給藥日份排序

2.若[第一筆結束用藥日期]>=[第二筆就醫日期]，則表示第二筆有重覆用藥的情形，(說明：結束用藥日期=就醫日期+給藥日份-1)

3.重覆用藥日數=(前一筆結束用藥日期)-(後一筆就醫日期)+1

4.第二筆與第三筆比較…第三筆與第四筆比較..以此類推

5.排除重覆用藥日數=1 的案件後，將各筆重覆用藥日數加總，即為此病患(ID)重覆用藥日數

6.範例說明：

下列為甲病患 94Q4(9410~9412)期間之就醫記錄

就醫日期	給藥日份	結束用藥日期	重覆用藥日數
941005	6	941010	N/A
941008	6	941013	3
941012	6	941017	2
941015	6	941020	3
941020	6	941025	~~1~~
941026	6	941031	0
941123	6	941128	0
重覆給藥日數小計			**8**

不計入重複

指標 83.2[分區+總額部門+特約類別]同一院所 7 日內處方用藥日數重複 2 日以上比率_季

■ 分子：按[總額部門、特約類別、院所、ID]歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份

加總

■ 分母：給藥案件之給藥日份加總。

□ 資料範圍：1.給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0
2.排除給藥日份大於 7 日之案件
3.排除針灸、傷科案件(案件分類為 26、29)(修改定義日期：95/10/05)
4.限定西醫基層、西醫醫院、中醫案件
5.排除預防保健、職業災害案件(案件分類為 A3、B6)

➢ 運算範圍：每季

➢ 分子(重覆給藥日數)運算邏輯說明：同上

指標 83.3[院所]同一院所 7 日內處方用藥日數重複 2 日以上比率_季

■ 分子：按[院所、ID]歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總

■ 分母：給藥案件之給藥日份加總。

□ 資料範圍：1.給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0
2.排除給藥日份大於 7 日之案件
3.排除針灸、傷科案件(案件分類為 26、29)(修改定義日期：95/10/05)
4.限定西醫基層、西醫醫院、中醫案件
5.排除預防保健、職業災害案件(案件分類為 A3、B6)

➢ 運算範圍：每季

➢ 分子(重覆給藥日數)運算邏輯說明：同上

指標 83.4[院所+總額部門]同一院所 7 日內處方用藥日數重複 2 日以上比率_季

■ 分子：按[院所、ID、總額部門]歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總

■ 分母：給藥案件之給藥日份加總。

□ 資料範圍：1.給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0
2.排除給藥日份大於 7 日之案件
3.排除針灸、傷科案件(案件分類為 26、29)(修改定義日期：95/10/05)
4.限定西醫基層、西醫醫院、中醫案件
5.排除預防保健、職業災害案件(案件分類為 A3、B6)

➢ 運算範圍：每季

➢ 分子(重覆給藥日數)運算邏輯說明：同上

指標 83.5[院所+科別]同一院所 7 日內處方用藥日數重複 2 日以上比率_季

■ 分子：按[院所、ID、科別]歸戶

■ 分母：給藥案件之給藥日份加總。

□ 資料範圍：1.給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0
2.排除給藥日份大於 7 日之案件
3.排除針灸、傷科案件(案件分類為 26、29)(修改定義日期：95/10/05)
4.限定西醫基層、西醫醫院、中醫案件運算範圍
5.排除預防保健、職業災害案件(案件分類為 A3、B6)

- 運算範圍：每季
- 分子(重覆給藥日數)運算邏輯說明：同上

(85).同一院所 7 日內處方用藥日數重複 2 日以上比率_月

(修改定義日期：95/10/05)

指標 85.1[分區+總額部門]同一院所 7 日內處方用藥日數重複 2 日以上比率_月

■ 分子：按[總額部門、特約類別、院所、ID]歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總

■ 分母：給藥案件之給藥日份加總。

□ 資料範圍：1.給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0
2.排除給藥日份大於 7 日之案件
3.排除針灸、傷科案件(案件分類為 26、29)(修改定義日期：95/10/05)
4.限定西醫基層、西醫醫院、中醫案件

➢ 運算範圍：每月

➢ 分子(重覆給藥日數)運算邏輯說明：

1.擷取病患的各筆就醫記錄，並按照就醫日期、給藥日份排序

2.若[第一筆結束用藥日期]>=[第二筆就醫日期]，則表示第二筆有重覆用藥的情形，(說明：結束用藥日期=就醫日期+給藥日份-1)

3.重覆用藥日數=(前一筆結束用藥日期)-(後一筆就醫日期)+1

4.第二筆與第三筆比較…第三筆與第四筆比較..以此類推

5.排除重覆用藥日數=1 的案件後，將各筆重覆用藥日數加總，即為此病患(ID)重覆用藥日數

6.範例說明：

下列為甲病患 9410 期間之就醫記錄

就醫日期	給藥日份	結束用藥日期	重覆用藥日數
941005	6	941010	N/A
941008	6	941013	3
941012	6	941017	2
941015	6	941020	3
941020	6	941025	~~1~~
941026	6	941031	0
重覆給藥日數小計			**8**

不計入重複

指標 85.2[分區+總額部門+特約類別]同一院所 7 日內處方用藥日數重複 2 日以上比率_月

■ 分子：按[總額部門、特約類別、院所、ID]歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總

■ 分母：給藥案件之給藥日份加總。

□ 資料範圍：1.給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0
2.排除給藥日份大於 7 日之案件

3.排除針灸、傷科案件(案件分類為 26、29)(修改定義日期：95/10/05)
4.限定西醫基層、西醫醫院、中醫案件

- 運算範圍：每月
- 分子(重覆給藥日數)運算邏輯說明：同上

指標 85.3[院所]同一院所 7 日內處方用藥日數重複 2 日以上比率_月

- ■ 分子：按[院所、ID]歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總
- ■ 分母：給藥案件之給藥日份加總。
- □ 資料範圍：1.給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0
  2.排除給藥日份大於 7 日之案件
  3.排除針灸、傷科案件(案件分類為 26、29)(修改定義日期：95/10/05)
  4.限定西醫基層、西醫醫院、中醫案件
- 運算範圍：每月
- 分子(重覆給藥日數)運算邏輯說明：同上

指標 85.4[院所+總額部門]同一院所 7 日內處方用藥日數重複 2 日以上比率_月

- ■ 分子：按[院所、ID、總額部門]歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總
- ■ 分母：給藥案件之給藥日份加總。
- □ 資料範圍：1.給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0
  2.排除給藥日份大於 7 日之案件
  3.排除針灸、傷科案件(案件分類為 26、29)(修改定義日期：95/10/05)
  4.限定西醫基層、西醫醫院、中醫案件
- 運算範圍：每月
- 分子(重覆給藥日數)運算邏輯說明：同上

指標 85.5[院所+科別]同一院所 7 日內處方用藥日數重複 2 日以上比率_月

- ■ 分子：按[院所、ID、科別]歸戶
- ■ 分母：給藥案件之給藥日份加總。
- □ 資料範圍：1.給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0
  2.排除給藥日份大於 7 日之案件
  3.排除針灸、傷科案件(案件分類為 26、29)(修改定義日期：95/10/05)
  4.限定西醫基層、西醫醫院、中醫案件
- 運算範圍：每月
- 分子(重覆給藥日數)運算邏輯說明：同上

(86).慢性病開立慢性病連續處方箋百分比(三)

- ■ 分子：開立慢性病連續處方箋案件數。
- ■ 分母：慢性病給藥案件數。
- □ 資料範圍：門診給藥案件（藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種）。
- □ 開立慢性病連續處方箋的案件：(診察費項目代碼為慢箋)且(案件分類=04 且給藥日份>=21)。
- □ 診察費項目代碼為慢箋：00155A、00157A、00170A、00171A、00131B、00132B、00172B、00173B、00135B、00136B、00174B、00175B、00137B、00138B、00176B、00177B、00139C、00140C、00158C、00159C、00141C、00142C、00160C、00161C、00143C、00144C、00162C、00163C、00145C、00146C、00164C、00165C、00147C、00148C、00166C、00167C、00149C、00150C、00168C、00169C、00178B、00179B、00180B、00181B、00182C、00183C、00184C、00185C、00187C、00189C、00190C、00191C。
- □ 慢性病給藥案件：案件分類=04。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
  4.分區+院所+科別

(87).特定藥品併用制酸劑比率

- ■ 分子：同一處方同時使用特定藥品及制酸劑之案件數。
- ■ 分母：制酸劑案件數。
- □ 特定藥品：Tetracyclines ATC 藥理前 5 碼為 J01AA
  Aspirin ATC 藥理前 7 碼為 B01AC06 與 N02BA01
  Quinolone ATC 藥理前 4 碼為 J01M
- □ 制酸劑：ATC 藥理前 4 碼為 A02A
- □ 資料範圍：西醫醫院、西醫基層。
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
  4.分區+院所+科別

(88).感冒佔健保支出比率

- ■ 分子：申報感冒之案件醫療費用點數
- ■ 分母：總醫療費用點數。
- □ 資料範圍：西醫醫院、西醫基層、中醫、牙醫、洗腎、其他部門之「門住診」案件

說明一：西醫醫院、西醫基層、中醫、牙醫、洗腎皆排除總額外案件。

總額外案件：

門診：案件分類=B6、B7、B8、B9、A1、A2、A5、A6、A7

住院：1.部分負擔代碼＝006 且部分負擔金額=0

2.案件分類＝4 且部分負擔代碼＝009 且病患來源＝S

說明二：其他部門案件為門診 A1、A2、A5、A6、A7 案件。

說明三：此指標不包含藥局資料。

- □ 醫療費用點數：申請金額＋部分負擔
- □ 感冒案件：CCS=126(即主診斷 ICD-9-CM 為下表之案件：)

0320	460	462	4650
0321	4610	4640	4658
0322	4611	46410	4659
0323	4612	46411	4730
0340	4613	46420	4731
	4618	46421	4732
	4619	46430	4733
		46431	4738
		4644	4739

- □ 附加資訊：1 申報感冒之案件給藥日數

  2 申報感冒之案件藥費

- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門

  2.分區+特約類別

  3.分區+院所+門住診

  4.分區+院所+總額部門別

  5.分區+院所+科別

(94).制酸劑用藥案件重複率

- ■ 分子：制酸劑重複給藥案件
- ■ 分母：制酸劑之給藥案件
- □ 資料範圍：限定為西醫醫院及西醫基層之制酸劑給藥案件
  (給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6)
- □ 制酸劑藥物：藥理分類代碼為 560400 或 560499，再排除下列成份代碼 5604001500
  9600065500
  4008000700（僅排除單方劑型）
  5604002500（僅排除單方劑型）
  5604002501（僅排除單方劑型）
  5604002900（僅排除單方劑型）
  5604001200（僅排除單方劑型）
  5612001300（僅排除單方劑型）
- □ 制酸劑重複給藥案件：同 ID 不同處方之就醫日期、結束用藥日期間有重疊之給藥案件
  - ✓ 結束用藥日期=就醫日期+給藥天數-1
    若給藥天數=0，則結束用藥日期=就醫日期
  - ✓ 舉例運算 9407 資料時，分母為 9407 的給藥日數，分子為 9407 給藥案件的重複用藥日數；並且在運算分子，判斷 9407 的案件是否有重複給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 9406。
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 指標特性：可累加
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
  4.分區+院所+科別
  5.分區+院所+醫師

(95).類固醇用藥案件重複率

- ■ 分子：類固醇重複給藥案件
- ■ 分母：類固醇之給藥案件
- □ 資料範圍：限定為西醫醫院西醫基層之類固醇給藥案件
  (給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6)
- □ 類固醇藥物：藥理分類前 4 碼為 6804
- □ 類固醇重複給藥案件：同 ID 不同處方之就醫日期、結束用藥日期間有重疊之給藥案件
  - ✓ 結束用藥日期=就醫日期+給藥天數-1
    若給藥天數=0，則結束用藥日期=就醫日期
  - ✓ 舉例運算 9407 資料時，分母為 9407 的給藥日數，分子為 9407 給藥案件的重複用藥日數；並且在運算分子，判斷 9407 的案件是否有重複給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 9406。
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 指標特性：可累加
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
  4.分區+院所+科別
  5.分區+院所+醫師

(96).抗生素用藥案件重複率

(102/03/07 定義修訂：為與國際接軌，自費用年月 102 年 1 月起，抗生素藥品定義由原藥理代碼前 4 碼 0812，修訂為 ATC 前 3 碼為 J01。)

- ■ 分子：抗生素重複給藥案件
- ■ 分母：抗生素之給藥案件
- □ 資料範圍：限定為西醫醫院西醫基層之抗生素給藥案件
  (給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6)
- □ 抗生素藥物：ATC 前 3 碼為 J01。
- □ 抗生素重複給藥案件：同 ID 不同處方之就醫日期、結束用藥日期間有重疊之給藥案件
  - ✓ 結束用藥日期=就醫日期+給藥天數-1
    若給藥天數=0，則結束用藥日期=就醫日期
  - ✓ 舉例運算 9407 資料時，分母為 9407 的給藥日數，分子為 9407 給藥案件的重複用藥日數；並且在運算分子，判斷 9407 的案件是否有重複給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 9406。
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 指標特性：可累加
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
  4.分區+院所+科別
  5.分區+院所+醫師

(97)(98).精神病人出院 7 日及 30 日內門診追蹤治療率

(建置時間：95/04/07)

- ■ 分子 1(97)：分母案件中 7 日內至同院所門診精神科追蹤之案件數
- ■ 分子 2(98)：分母案件中 30 日內至同院所門診精神科追蹤之案件數
- ■ 分母：精神科已出院案件
- □ 精神科已出院案件：出院日期在當月(例：9401 即出院日在 940101 及 940131 之間)且就醫科別為 13 的案件，且用院所、ID、住院日歸戶，取出院日最晚那一筆案件。
- □ 7 日內至同院所門診精神科追蹤之案件：以精神科出院案件之 ID 及出院日期追蹤 7 日內（門診就醫日期-出院日期<=7）至同院所門診精神科就醫之案件
- □ 30 日內至同院所門診精神科追蹤之案件：以精神科出院案件之 ID 及出院日期追蹤 30 日內（門診就醫日期-出院日期<=30）至同院所門診精神科就醫之案件
- ➢ 每月(需勾稽次月資料)
- ➢ 報表展現的資料範圍：每月、每季(以月資料累加)
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門（同院歸戶）
  2.分區+總額部門+特約類別（同院歸戶）
  3.分區+總額部門+特約類別+院所（同院歸戶）

(99).6 歲以下兒童氣喘住院率_季

(建置時間：95/04/07)

- ■ 分子：6 歲以下兒童因氣喘住院人數
- ■ 分母：6 歲以下兒童曾因氣喘至門住診就醫人數
- □ 氣喘－主次診斷前 3 碼為 493
- □ 年齡計算方式：就醫年－出生年<=6
- □ 資料範圍：西醫醫院、基層這二個總額部門之案件
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區（跨院歸戶）
  2.分區+縣市別（跨院歸戶）
  3.分區+總額部門（跨院歸戶）
  4.分區+總額部門+特約類別（跨院歸戶）
  5.分區+總額部門+特約類別＋院所
  （分母同院歸戶、分子同分區歸戶）
  6.分區+總額部門+特約類別＋院所+醫師別
  （分母同院同醫師歸戶、分子同分區歸戶）

(101).門診心臟超音波案件執行率

(建置時間：95/04/28)

- ■ 分子：醫令代碼前 5 碼為 18005、18006、18007 且醫令類別為”2”的案件數
- ■ 分母：門診案件數
- □ 資料範圍：西醫醫院、西醫基層
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
  4.分區+院所+醫師

(102).門診心臟超音波醫令執行率

(建置時間：95/04/28)

- ■ 分子：醫令代碼前 5 碼為 18005、18006、18007 且醫令類別為”2”的醫令總量合計
- ■ 分母：門診案件數
- □ 資料範圍：西醫醫院、西醫基層
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
  4.分區+院所+醫師

(103).西醫重複就診率（三）

(建置時間：95/03/10)

指標 103.1 分區西醫重複就診率(三)

- ■ 分子：排除診察費=0 之案件，同一人、同一天、同一疾病(主診斷前三碼相同)、同一分區下，按 ID 歸戶，就診 2 次以上之人數。
- ■ 分母：排除診察費=0 之案件，按 ID 歸戶，計算分區下之門診人數。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每季

指標 103.2 總額部門西醫重複就診率(三)

- ■ 分子：排除診察費=0 之案件，同一人、同一天、同一疾病(主診斷前三碼相同)、同一分區、同一總額部門下，按 ID 歸戶，就診 2 次以上之人數。
- ■ 分母：排除診察費=0 之案件，按 ID 歸戶，計算分區下各總額部門下之門診人數。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每季

指標 103.3 院所西醫重複就診率(三)

- ■ 分子：排除診察費=0 之案件，同一人、同一天、同一疾病(主診斷前三碼相同)、同一分區、同一院所，按 ID 歸戶，就診 2 次以上之人數。
- ■ 分母：排除診察費=0 之案件，按 ID 歸戶，計算分區下各院所下之門診人數。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每季

(105).上呼吸道感染病人 7 日內複診率

(建置時間：95/03/10)

指標 105.1[分區+院所]上呼吸道感染病人 7 日內複診率

- ■ 分子：按院所、ID 歸戶，計算因 URI 於同一院所，二次就醫日期小於 7 日之人次
- ■ 分母：按院所、ID 歸戶，計算 URI 人次
- □ URI：主診斷前 3 碼為[460]、[462]、[465]、[487]
- □ 要看到[分區+特約類別]或[分區]，以各院所的分母或分子人數直接加總：
- ➢ 運算範圍：每季，程式會以亂數取得一個費用年月為資料範圍計算
- ➢ 展現維度：1.分區別
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
- ➢ 若維度不同，是否需重算-->No

指標 105.2[分區+院所+總額部門]上呼吸道感染病人 7 日內複診率

- ■ 分子：按院所、ID、總額部門歸戶，計算因 URI 於同一院所同一總額部門別，二次就醫日期小於 7 日之人次
- ■ 分母：按院所、ID、總額部門歸戶，計算 URI 人次
- □ URI：主診斷前 3 碼為[460]、[462]、[465]、[487]
- ➢ 運算範圍：每季，程式會以亂數取得一個費用年月為資料範圍計算

(105.01).上呼吸道感染病人 7 日內再次就診率

(建置時間：101/09/04)

計算[分區+院所]維度時

■ 分子：按院所、ID 歸戶，計算因 URI 於同一院所，二次就醫日期小於 7 日之人次。

■ 分母：按院所、ID 歸戶，計算 URI 人次。

計算[分區+院所+總額部門]維度時

■ 分子：按院所、ID、總額部門歸戶，計算因 URI 於同一院所同一總額部門別，二次就醫日期小於 7 日之人次。

■ 分母：按院所、ID、總額部門歸戶，計算 URI 人次。

□ 資料範圍：1.門診全部資料。
2.排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。

□ URI：主診斷前 3 碼為[460]、[462]、[465]、[487]

➢ 運算範圍：每季，程式會以亂數取得一個費用年月為資料範圍計算。

➢ 展現維度：1.全國(由分區+院所累加)
2.分區(由分區+院所累加)
3.分區+特約類別(由分區+院所累加)
4.分區+院所
5.全國+總額部門(由分區+院所+總額部門累加)
6.分區+總額部門(由分區+院所+總額部門累加)
7.分區+院所+總額部門

(106).初次非自願剖腹產率

(建置時間：95/03/10)

(本指標依據 97/05/29 會議決議指標名稱修正)

- ■ 分子：初次非自願剖腹產案件數
- ■ 分母：總生產件數
- □ 初次非自願剖腹產案件：醫令代碼為 81004C、97006K、97007A、97008B、97009C、81028C 之案件，但排除 DRG 碼為 0373B(自行要求剖腹產)或 0371A(一般剖腹產)且為前胎剖腹產生產(主次診斷前四碼為 6542)
- □ 總生產案件：自然產案件+剖腹產案件

  ※自然產案件：醫令代碼 81017C、81018C、81019C、97001K、97002A、97003B、97004C、97005D、81024C、81025C、81026C、97931K、97932A、97933B、97934C)

  ※剖腹產案件：醫令代碼為 81004C、97006K、97007A、97008B、97009C、81028C
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區

  2.分區+特約類別

  3.分區+院所
- ➢ 若維度不同，是否需重算-->No

(107).住院案件出院後十四日內再住院率

(建置時間：95/03/10)

- ■ 分子：十四日內再住院的案件數
- ■ 分母：出院案件數。
- □ 出院案件：出院日在資料範圍內之案件，例：按[院所，ID，生日，住院日]歸戶，因同一次住院，會有申報多筆住院醫療費用的情形，可能有多個出院日，以最晚之出院日為準。
- □ 十四日內再住院的案件：以出院案件為母體，按[ID，生日]勾稽距離出院日 0 至 14 日內含跨院的住院案件。
- □ 資料範圍一：每季
- □ 資料範圍二：分子分母均排除下列十一種情形後再行統計

(一)精神科個案(就醫科別=13)

(二)乳癌試辦案件(案件分類 4+病患來源 N 或 R 或 C)

(三)化學治療及放射線治療(主次診斷 V58.0、V58.1)(主次診斷)

(四)早產安胎個案(ICD–9–CM：64403)(主診斷)

(五)罕見疾病(ICD-9-CM：2775)—黏多醣症(主診斷)

(六)轉院案件(轉歸代碼 5、6 或 7)

(七)新生兒未領卡(部份負擔註記 903)

(八)血友病(ICD-9-CM：2860、2861、2862、2863)(主診斷)

(九)冠狀動脈繞道手術（CABG）醫令代碼前 5 碼為 68023、68024、68025 及論病例計酬代碼 97901K、97902A、97903B、97906K、97907A、97908B、97911K、97912A、97913B

(十)放置血管支架

同時申報「經皮冠狀動脈擴張術（PTCA）」及血管支架之案件

※「經皮冠狀動脈擴張術（PTCA）」醫令代碼前 5 碼為 33076、33077、33078，輪病例計酬代碼 97511K、97512A、97513B、97516K、97517A、97518B、97521K、97522A、97523B

※特材代碼前 5 碼為「CBP01」且單價為 22750 或 36750（92 年前價格為 49000 或 54000）

(十一)器官移植(醫令代碼前 5 碼)

1. 心臟移植：68035
2. 肺臟移植：68037（單肺）、68047（双肺）
3. 肝臟移植：75020
4. 腎臟移植：76020

- ➢ 運算範圍：每季（以 92Q1 為例，即為 920101~92031）。
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別

3.分區+院所

- 若維度不同，是否需重算-->Yes

(108)(124).住院案件出院後三日內再急診率(或再住院率)

(建置時間：95/03/10)

(97/07/21 修改定義增加排除病患死亡或病危自動出院案件(轉歸代碼 4 或 A))

(101/02/08 定義修訂：分子分母增加排除下列案件，且重新產製自 100 年起的指標值：

(1)「出院案件」排除條件：住診清單明細「TW_DRGS_SUIT_MARK(不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記)」為 D 之案件。

(2)「再住院案件」排除條件：住診清單明細「TW_DRGS_SUIT_MARK(不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記)」為 E 之案件。)

(106/05/05 定義修訂：(1)修改早產安胎個案定義，以 Tw-DRGs 判斷，取代主診斷為 ICD9：64403。(2)自統計期間 106Q1 起開始產製。)

- ■ 分子 1(108)：三日內再急診的案件數
- ■ 分子 2(124)：三日內再急診或再住院的案件數
- ■ 分母 1-2(108)：出院案件數。
- □ 出院案件：出院日在資料範圍內之案件，排除【不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記】為 D 的案件(依清單排除)後，例：按[院所，ID，生日，住院日]歸戶，因同一次住院，會有申報多筆住院醫療費用的情形，可能有多個出院日，以最晚之出院日的那一筆為代表案件。
- □ 三日內再急診的案件：以出院案件為母體往後勾稽下個月的資料，按[ID，生日]勾稽距離出院日 0 至 3 日內含跨院的急診案件
- □ 三日內再急診或再住院的案件：以出院案件為母體，按[ID，生日]勾稽距離出院日 0 至 3 日內含跨院的急診或住院案件，用來勾稽的再住院案件需排除【不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記】為 E 的案件(依清單排除)。
- □ 急診案件：案件分類 02，且部分負擔第 2 碼為 0

下表為 4 筆出院案件範例：

院所	ID	生日	住院日	出院日	案件分類	說明
A	甲	70.02.23	98.10.02		1	
A	甲	70.02.23	98.10.02	98.10.15	5	屬於分母 1-2 案件，且 3 日內再住院
B	甲	70.02.23	98.10.16	98.10.30	1	屬於分母 1-2 案件
C	乙	45.08.15	98.11.05		1	
C	乙	45.08.15	98.11.05	98.11.08	1	屬於分母 1-2 案件
D	乙	45.08.15	98.12.12	98.12.15	5	屬於分母 1-2 案件

- □ 資料範圍一：每季
- □ 資料範圍二：分子分母均排除下列九種情形後再行統計

(一)精神科個案(就醫科別=13)

(二)乳癌試辦案件(案件分類 4+病患來源 N 或 R 或 C)

(三)化學治療及放射線治療(主次診斷 V58.0、V58.1)(主次診斷)

(四)早產安胎個案(Tw-DRGs：37901、37902、37903、38301、38302、384)，住院資料排除，門診資料不排除。

(五)罕見疾病(ICD-9-CM：2775)—黏多醣症(主診斷)

(六)轉院案件(轉歸代碼 5、6 或 7)

(七)病患死亡或病危自動出院案件(轉歸代碼 4 或 A)

(八)新生兒未領卡(部份負擔註記 903)

(九)血友病(ICD-9-CM：2860、2861、2862、2863)(主診斷)

(十)器官移植(醫令代碼前 5 碼)

1. 心臟移植：68035
2. 肺臟移植：68037（單肺）、68047（双肺）
3. 肝臟移植：75020
4. 腎臟移植：76020

- 運算範圍：每季（以 92Q1 為例，即為出院日期 920101~920331）。
- 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所

(108.01)(124.01).住院案件出院後三日內再急診率(或再住院率)

(建置時間：101/09/04)

(106/05/05 定義修訂：(1)修改早產安胎個案定義，以 Tw-DRGs 判斷，取代主診斷為 ICD9：64403。(2)自統計期間 106Q1 起開始產製。)

■ 分子 1(108.01)：三日內再急診的案件數

■ 分子 2(124.01)：三日內再急診或再住院的案件數

■ 分母 1-2(108.01)：出院案件數。

□ 資料範圍：1.住院全部資料+門診全部資料。

2.排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA；住院案件分類只計 1、2、3、4、5、6 即可排除代辦案件。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。

□ 出院案件：出院日在資料範圍內之案件，排除【不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記】為 D 的案件(依清單排除)後，例：按[院所，ID，生日，住院日]歸戶，因同一次住院，會有申報多筆住院醫療費用的情形，可能有多個出院日，以最晚之出院日的那一筆為代表案件。

□ 三日內再急診的案件：以出院案件為母體往後勾稽下個月的資料，按[ID，生日]勾稽距離出院日 0 至 3 日內含跨院的急診案件。

□ 三日內再急診或再住院的案件：以出院案件為母體，按[ID，生日]勾稽距離出院日 0 至 3 日內含跨院的急診或住院案件，用來勾稽的再住院案件需排除【不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記】為 E 的案件(依清單排除)。

□ 急診案件：案件分類 02，且部分負擔第 2 碼為 0

下表為 4 筆出院案件範例：

院所	ID	生日	住院日	出院日	案件分類	說明
A	甲	70.02.23	98.10.02		1	
A	甲	70.02.23	98.10.02	98.10.15	5	屬於分母 1-2 案件，且 3 日內再住院
B	甲	70.02.23	98.10.16	98.10.30	1	屬於分母 1-2 案件
C	乙	45.08.15	98.11.05		1	
C	乙	45.08.15	98.11.05	98.11.08	1	屬於分母 1-2 案件
D	乙	45.08.15	98.12.12	98.12.15	5	屬於分母 1-2 案件

□ 分子分母均排除下列情形後再行統計

(一)精神科個案(就醫科別=13)

(二)乳癌試辦案件(案件分類 4+病患來源 N 或 R 或 C)

(三)化學治療及放射線治療(主次診斷 V58.0、V58.1)(主次診斷)

(四)早產安胎個案(Tw-DRGs：37901、37902、37903、38301、38302、384)，住

院資料排除，門診資料不排除。

(五)罕見疾病(ICD-9-CM：2775)—黏多醣症(主診斷)

(六)轉院案件(轉歸代碼 5、6 或 7)

(七)病患死亡或病危自動出院案件(轉歸代碼 4 或 A)

(八)新生兒未領卡(部份負擔註記 903)

(九)血友病(ICD-9-CM：2860、2861、2862、2863)(主診斷)

(十)器官移植(醫令代碼前 5 碼)

1. 心臟移植：68035
2. 肺臟移植：68037（單肺）、68047（双肺）
3. 肝臟移植：75020
4. 腎臟移植：76020

- 運算範圍：每季（以 92Q1 為例，即為出院日期 920101~920331）。
- 展現維度：1.全國
  2.全國+總額部門
  3.分區
  4.分區+特約類別
  5.分區+院所

(109).糖尿病病患醣化血色素（HbA1c）執行率_季

(建置時間：95/03/28)

(101/03/19 定義修訂：(1)修訂分母糖尿病用藥定義，由原 ATC 前五碼為(A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE)改為 ATC 前三碼為 A10(2)自統計期間 10101 開始依新定義產製；若需產製 10101 前的資料，則同樣以此次之定義進行產製)

- ■ 分子：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行醣化血色素(HbA1c)檢驗人數
- ■ 分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數
- □ 糖尿病－任一主、次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 250 之門診案件。
- □ 糖尿病用藥－指 ATC 前三碼為 A10。
- □ 醣化血色素(HbA1c)案件係指申報醫令代碼前五碼為 09006 之案件
- □ 計算符合分母條件之 ID 時，主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。
- □ 計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，只要該 ID 於統計期間有執行醣化血色素(HbA1c)檢驗即成立。
- □ 資料範圍：門診西醫基層、門診西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：分區+院所(分子跨院勾稽)

(109.01).糖尿病病患醣化血色素（HbA1c）執行率_季

(建置時間：101/09/04)

- ■ 分子：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行醣化血色素(HbA1c)檢驗人數。
- ■ 分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。
- □ 資料範圍：1.門診(西醫基層+西醫醫院)。
  2.排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
- □ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- □ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。
- □ 糖尿病－任一主、次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 250 之門診案件。
- □ 糖尿病用藥－指 ATC 前三碼為 A10。
- □ 醣化血色素(HbA1c)案件係指申報醫令代碼前五碼為 09006 之案件。
- □ 計算符合分母條件之 ID 時，主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。
- □ 計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，只要該 ID 於統計期間有執行醣化血色素(HbA1c)檢驗即成立。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：分區+院所(分子跨院勾稽)

(111).糖尿病病患空腹血脂(Fasting lipid profile)執行率_季

(建置時間：95/03/28)

(101/03/19 定義修訂：(1)修訂分母糖尿病用藥定義，由原 ATC 前五碼為(A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE)改為 ATC 前三碼為 A10(2)新增空腹血脂認定條件(3)自統計期間 10101 開始依新定義產製；若需產製 10101 前的資料，則同樣以此次之定義進行產製)

- ■ 分子：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行空腹血脂(Fasting lipid profile)檢驗人數
- ■ 分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數
- □ 糖尿病－任一主、次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 250 之門診案件。
- □ 糖尿病用藥－指 ATC 前三碼為 A10。
- □ 空腹血脂(Fasting lipid profile)人數係指年季內有申報醫令代碼前五碼有 09001(血清總膽固醇 CHOL)+09004(空腹血清中性脂肪 TG)+09043(高密度脂蛋白膽固醇 HDL)三項、或有申報醫令代碼前五碼有 09001(血清總膽固醇 CHOL)+09004(空腹血清中性脂肪 TG)+09044(低密度脂蛋白膽固醇 LDL)三項、或申報醫令代碼 21 及就醫序號 IC21、或醫令代碼 22 及就醫序號 IC22、或醫令代碼 25 及就醫序號 IC23、或醫令代碼 27 及就醫序號 IC24、或醫令代碼 21+L1001C 及就醫序號 IC21、或醫令代碼 25+L1001C 及就醫序號 IC23。
- □ 計算符合分母條件之 ID 時，主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。
- □ 計算符合分子條件之 ID 時，其中條件『申報醫令代碼前五碼有 09001(血清總膽固醇 CHOL)+09004(空腹血清中性脂肪 TG)+09043(高密度脂蛋白膽固醇 HDL)三項檢查』、及條件『有申報醫令代碼前五碼有 09001(血清總膽固醇 CHOL)+09004(空腹血清中性脂肪 TG)+09044(低密度脂蛋白膽固醇 LDL)』，上述兩個條件的三項檢查需限定要發生在同處方案件
- □ 計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，只要該 ID 於統計期間有執行空腹血脂(Fasting lipid profile)檢驗即成立。
- □ 資料範圍：門診西醫基層、門診西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：分區+院所(分子跨院勾稽)

(113).糖尿病病患眼底檢查或眼底彩色攝影執行率_季

(建置時間：95/03/28)

(101/03/19 定義修訂：(1)修訂分母糖尿病用藥定義，由原 ATC 前五碼為(A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE)改為 ATC 前三碼為 A10(2)自統計期間 10101 開始依新定義產製；若需產製 10101 前的資料，則同樣以此次之定義進行產製)

- ■ 分子：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行眼底檢查或眼底彩色攝影檢查人數
- ■ 分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數
- □ 糖尿病－任一主、次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 250 之門診案件。
- □ 糖尿病用藥－指 ATC 前三碼為 A10。
- □ 眼底檢查或眼底彩色攝影案件係指申報醫令代碼前五碼為 23501 或 23502 或 23702 之案件
- □ 計算符合分母條件之 ID 時，主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。
- □ 計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，只要該 ID 於統計期間有執行眼底檢查或眼底彩色攝影檢驗即成立。
- □ 資料範圍：門診西醫基層、門診西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：分區+院所(分子跨院勾稽)

(115).糖尿病病患尿液微量白蛋白檢查執行率_季

(建置時間：95/03/28)

(99/03/11 定義修訂：尿液微量白蛋白檢查醫令代碼除原有前 5 碼為 12111，再新增 27065，自 9601 開始重新產製)

(101/03/19 定義修訂：(1)修訂分母糖尿病用藥定義，由原 ATC 前五碼為(A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE)改為 ATC 前三碼為 A10(2)自統計期間 10101 開始依新定義產製；若需產製 10101 前的資料，則同樣以此次之定義進行產製)

- ■ 分子：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行尿液微量白蛋白檢查人數
- ■ 分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數
- □ 糖尿病－任一主、次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 250 之門診案件。
- □ 糖尿病用藥－指 ATC 前三碼為 A10。
- □ 尿液微量白蛋白檢查案件係指申報醫令代碼前五碼為 12111 或 27065 之案件。
- □ 計算符合分母條件之 ID 時，主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。
- □ 計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，只要該 ID 於統計期間有執行尿液微量白蛋白檢驗即成立。
- □ 資料範圍：門診西醫基層、門診西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：分區+院所(分子跨院勾稽)

(122).慢性病開立慢性病連續處方箋百分比(四)

(建置時間：96/02/08)

- ■ 分子：開立慢性病連續處方箋案件數。
- ■ 分母：慢性病給藥案件數。
- □ 門診給藥案件（藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種）。
- □ 開立慢性病連續處方箋的案件：(診察費項目代碼為慢箋)且(案件分類=04 且給藥日份>=21)或(案件分類=E1 且特定治療項目代號不等於 E3（結核病）(即四個特定治療項目欄位，皆不可等於 E3)且慢性病連續處方箋有效期間處方日份>給藥天數且慢性病連續處方箋有效日日份為給藥天數的倍數)。
- □ 慢性病給藥案件：案件分類=04 或(案件分類=E1 且特定治療項目代號不等於 E3（結核病）(即四個特定治療項目欄位，皆不可等於 E3)且慢性病連續處方箋有效期間處方日份>給藥天數且慢性病連續處方箋有效日日份為給藥天數的倍數)。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
  4.分區+院所+科別

(123).糖尿病病患醣化血色素（HbA1c）執行率_月

(建置時間：96/02/08)

(101/03/19 定義修訂：(1)修訂分母糖尿病用藥定義，由原 ATC 前五碼為(A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE)改為 ATC 前三碼為 A10(2)自統計期間 10101 開始依新定義產製；若需產製 10101 前的資料，則同樣以此次之定義進行產製)

- ■ 分子：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行醣化血色素(HbA1c)檢驗人數
- ■ 分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數
- □ 糖尿病－任一主、次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 250 之門診案件。
- □ 糖尿病用藥－指 ATC 前三碼為 A10。
- □ 醣化血色素(HbA1c)案件係指申報醫令代碼前五碼為 09006 之案件。
- □ 計算符合分母條件之 ID 時，主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。
- □ 計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，只要該 ID 於統計期間有執行醣化血色素(HbA1c)檢驗即成立。
- □ 資料範圍：門診西醫基層、門診西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：分區+院所(分子跨院勾稽)

(125)(126).上呼吸道感染病人複診率(三)

指標 1.1[分區]、[特約類別]、[院所]上呼吸道感染病人複診率（三）

- ■ 分子 1：按院所、ID 歸戶，計算因 URI 於同一院所，重複就診 2 次之人數。
- ■ 分子 2：按院所、ID 歸戶，計算因 URI 於同一院所，重複就診 3 次以上之人數。
- ■ 分母：按院所、ID 歸戶，計算院所 URI 人數。
- □ URI：主診斷前 3 碼為'460'，'462'，'465'，'487'。
- □ 要看到[分區+特約類別]或[分區]，以各院所的分母或分子人數'直接加總'，舉例如下：

  此例為某人在某週的就診紀錄，按院所、ID 歸戶得下表：

特約類別	院所	次數
1	A	2
1	B	3
1	C	3
1	D	1

  計算[院所]的分母及分子，得下表：

院所	分母人數	複診 2 次人數	複診 3 次以上人數
A	1	1	0
B	1	0	1
C	1	0	1
D	1	0	0

  計算[特約類別]的分母及分子，得下表：

特約類別	分母人數	複診 2 次人數	複診 3 次以上人數
1	4	1	2

- ➢ 運算範圍：每季(最後一個月選一週)，程式會以亂數取得一週的日期範圍
- ➢ 展現維度：1.分區別
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
- ➢ 若維度不同，是否需重算-->No

指標 1.2[院所+醫事別]上呼吸道感染病人複診率（三）

- ■ 分子 1：按院所、ID、醫事別歸戶，計算因 URI 於同一院所同一醫事別，重複就診 2 次之人數。
- ■ 分子 2：按院所、ID、醫事別歸戶，計算因 URI 於同一院所同一醫事別，重複就診 3 次以上之人數。
- ■ 分母：按院所、ID、醫事別歸戶，計算院所各醫事別 URI 人數。
- □ URI：主診斷前 3 碼為'460'，'462'，'465'，'487'。
- ➢ 運算範圍：每季(最後一個月選一週)，程式會以亂數取得一週的日期範圍

(166)(167)(168).心肌梗塞病人再住院率

(建置時間：95/04/07)

- ■ 分子 1：心肌梗塞病人 0~3 日內再住院的案件數
- ■ 分子 2：心肌梗塞病人 0~14 日內再住院的案件數
- ■ 分子 3：心肌梗塞病人 15~30 日內再住院的案件數
- ■ 分母：心肌梗塞病人出院案件數
- □ 心肌梗塞－主次診斷前 3 碼為 410 或 412 或前 4 碼為 4110 或 4297
- □ 出院案件：出院日在資料範圍內之案件，例：按[院所，ID，生日，住院日]歸戶，因同一次住院，會有申報多筆住院醫療費用的情形，可能有多個出院日，以最晚之出院日為準。
- □ 再住院的案件：以出院案件為母體，按[ID，生日]勾稽距離出院日 3、14、15-30 日內含跨院的住院案件。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區（跨院歸戶）
  2.分區+特約類別（跨院歸戶）
  3.分區+特約類別+院所（分母同院歸戶，分子跨院歸戶）

(169)(170)(171).中風病人再住院率

(建置時間：95/04/07)

- ■ 分子 1：中風病人 0~3 日內再住院的案件數
- ■ 分子 2：中風病人 0~14 日內再住院的案件數
- ■ 分子 3：中風病人 15~30 日內再住院的案件數
- ■ 分母：中風病人出院案件數
- □ 中風病人－主次診斷前 3 碼為 430-438
- □ 出院案件：出院日在資料範圍內之案件，例：按[院所，ID，生日，住院日]歸戶，因同一次住院，會有申報多筆住院醫療費用的情形，可能有多個出院日，以最晚之出院日為準。
- □ 再住院的案件：以出院案件為母體，按[ID，生日]勾稽距離出院日 3、14、15-30 日內含跨院的住院案件。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區（跨院歸戶）
  2.分區+特約類別（跨院歸戶）
  3.分區+特約類別+院所（分母同院歸戶，分子跨院歸戶）

(172)(173)(174).心臟衰竭病人再住院率

(建置時間：95/04/07)

- ■ 分子 1：心臟衰竭病人 0~3 日內再住院的案件數
- ■ 分子 2：心臟衰竭病人 0~14 日內再住院的案件數
- ■ 分子 3：心臟衰竭病人 15~30 日內再住院的案件數
- ■ 分母：心臟衰竭病人出院案件數
- □ 心臟衰竭－主次診斷前 3 碼為 428 或 5 碼為 39891、40201、40211、40401、40403、40411、40413、40491、40493
- □ 出院案件：出院日在資料範圍內之案件，例：按[院所，ID，生日，住院日]歸戶，因同一次住院，會有申報多筆住院醫療費用的情形，可能有多個出院日，以最晚之出院日為準。
- □ 再住院的案件：以出院案件為母體，按[ID，生日]勾稽距離出院日 3、14、15-30 日內含跨院的住院案件。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區（跨院歸戶）
  2.分區+特約類別（跨院歸戶）
  3.分區+特約類別+院所（分母同院歸戶，分子跨院歸戶）

(175)(176)(177).肺炎病人再住院率

(建置時間：95/04/07)

- ■ 分子 1：肺炎病人 0~3 日內再住院的案件數
- ■ 分子 2：肺炎病人 0~14 日內再住院的案件數
- ■ 分子 3：肺炎病人 15~30 日內再住院的案件數
- ■ 分母：肺炎病人出院案件數
- □ 肺炎病人－主次診斷前 3 碼為 480-486
- □ 出院案件：出院日在資料範圍內之案件，例：按[院所，ID，生日，住院日]歸戶，因同一次住院，會有申報多筆住院醫療費用的情形，可能有多個出院日，以最晚之出院日為準。
- □ 再住院的案件：以出院案件為母體，按[ID，生日]勾稽距離出院日 3、14、15-30 日內含跨院的住院案件。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區（跨院歸戶）
  2.分區+特約類別（跨院歸戶）
  3.分區+特約類別+院所（分母同院歸戶，分子跨院歸戶）

(178)(179)(180).氣喘病人再住院率

(建置時間：95/04/07)

- ■ 分子 1：氣喘病人 0~3 日內再住院的案件數
- ■ 分子 2：氣喘病人 0~14 日內再住院的案件數
- ■ 分子 3：氣喘病人 15~30 日內再住院的案件數
- ■ 分母：氣喘病人出院案件數
- □ 氣喘病人－主次診斷前 3 碼為 493
- □ 出院案件：出院日在資料範圍內之案件，例：按[院所，ID，生日，住院日]歸戶，因同一次住院，會有申報多筆住院醫療費用的情形，可能有多個出院日，以最晚之出院日為準。
- □ 再住院的案件：以出院案件為母體，按[ID，生日]勾稽距離出院日 3、14、15-30 日內含跨院的住院案件。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區（跨院歸戶）
  2.分區+特約類別（跨院歸戶）
  3.分區+特約類別+院所（分母同院歸戶，分子跨院歸戶）

(181)(182)(183).潰瘍病人再住院率

(建置時間：95/04/07)

- ■ 分子 1：潰瘍病人 0~3 日內再住院的案件數
- ■ 分子 2：潰瘍病人 0~14 日內再住院的案件數
- ■ 分子 3：潰瘍病人 15~30 日內再住院的案件數
- ■ 分母：潰瘍病人出院案件數
- □ 潰瘍－主次診斷前 3 碼為 531-534
- □ 出院案件：出院日在資料範圍內之案件，例：按[院所，ID，生日，住院日]歸戶，因同一次住院，會有申報多筆住院醫療費用的情形，可能有多個出院日，以最晚之出院日為準。
- □ 再住院的案件：以出院案件為母體，按[ID，生日]勾稽距離出院日 3、14、15-30 日內含跨院的住院案件。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區（跨院歸戶）
  2.分區+特約類別（跨院歸戶）
  3.分區+特約類別+院所（分母同院歸戶，分子跨院歸戶）

(184)(185)(186).全髖或全膝關節置換病人再住院率

(建置時間：95/04/07)

- ■ 分子 1：全髖或全膝關節置換病人 0~3 日內再住院的案件數
- ■ 分子 2：全髖或全膝關節置換病人 0~14 日內再住院的案件數
- ■ 分子 3：全髖或全膝關節置換病人 15~30 日內再住院的案件數
- ■ 分母：全髖或全膝關節置換病人出院案件數
- □ 全髖或全膝關節置換－住院醫令前五碼為 97805、97806、97807、64164、64202、97801、97802、97803、64162、97811、97812、97813、64201
- □ 出院案件：出院日在資料範圍內之案件，例：按[院所，ID，生日，住院日]歸戶，因同一次住院，會有申報多筆住院醫療費用的情形，可能有多個出院日，以最晚之出院日為準。
- □ 再住院的案件：以出院案件為母體，按[ID，生日]勾稽距離出院日 3、14、15-30 日內含跨院的住院案件。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區（跨院歸戶）
  2.分區+特約類別（跨院歸戶）
  3.分區+特約類別+院所（分母同院歸戶，分子跨院歸戶）

(187)(188)(189).膽囊切除病人再住院率

(建置時間：95/04/07)

- ■ 分子 1：膽囊切除病人 0~3 日內再住院的案件數
- ■ 分子 2：膽囊切除病人 0~14 日內再住院的案件數
- ■ 分子 3：膽囊切除病人 15~30 日內再住院的案件數
- ■ 分母：膽囊切除病人出院案件數
- □ 膽囊切除－住院醫令前五碼為 75203、75215
- □ 出院案件：出院日在資料範圍內之案件，例：按[院所，ID，生日，住院日]歸戶，因同一次住院，會有申報多筆住院醫療費用的情形，可能有多個出院日，以最晚之出院日為準。
- □ 再住院的案件：以出院案件為母體，按[ID，生日]勾稽距離出院日 3、14、15-30 日內含跨院的住院案件。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區（跨院歸戶）
  2.分區+特約類別（跨院歸戶）
  3.分區+特約類別+院所（分母同院歸戶，分子跨院歸戶）

(190)(191)(192).前列腺切除病人再住院率

(建置時間：95/04/07)(修改定義日期：95/06/16)

- ■ 分子 1：前列腺切除病人 0~3 日內再住院的案件數
- ■ 分子 2：前列腺切除病人 0~14 日內再住院的案件數
- ■ 分子 3：前列腺切除病人 15~30 日內再住院的案件數
- ■ 分母：前列腺切除病人出院案件數
- □ 前列腺切除－住院醫令前五碼為 79404、79405、79403、79410、79406、79411、79412(修改定義日期：95/06/16)
- □ 出院案件：出院日在資料範圍內之案件，例：按[院所，ID，生日，住院日]歸戶，因同一次住院，會有申報多筆住院醫療費用的情形，可能有多個出院日，以最晚之出院日為準。
- □ 再住院的案件：以出院案件為母體，按[ID，生日]勾稽距離出院日 3、14、15-30 日內含跨院的住院案件。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區（跨院歸戶）
  2.分區+特約類別（跨院歸戶）
  3.分區+特約類別+院所（分母同院歸戶，分子跨院歸戶）

(193)(194)(195).子宮切除病人再住院率

(建置時間：95/04/07)

- ■ 分子 1：子宮切除病人 0~3 日內再住院的案件數
- ■ 分子 2：子宮切除病人 0~14 日內再住院的案件數
- ■ 分子 3：子宮切除病人 15~30 日內再住院的案件數
- ■ 分母：子宮切除病人出院案件數
- □ 子宮切除－住院醫令前五碼為 80403、80412、80413、80414、80416
- □ 出院案件：出院日在資料範圍內之案件，例：按[院所，ID，生日，住院日]歸戶，因同一次住院，會有申報多筆住院醫療費用的情形，可能有多個出院日，以最晚之出院日為準。
- □ 再住院的案件：以出院案件為母體，按[ID，生日]勾稽距離出院日 3、14、15-30 日內含跨院的住院案件。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區（跨院歸戶）
  2.分區+特約類別（跨院歸戶）
  3.分區+特約類別+院所（分母同院歸戶，分子跨院歸戶）

(196).糖尿病患合併腎臟病者使用 Biguanides 人次比率

(建置時間：95/03/28)

(101/03/19 定義修訂：(1)修訂分母糖尿病用藥定義，由原 ATC 前五碼為(A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE)改為 ATC 前三碼為 A10(2)自統計期間 10101 開始依新定義產製；若需產製 10101 前的資料，則同樣以此次之定義進行產製)

- ■ 分子：分母之案件中申報 Biguanides 之案件數
- ■ 分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥且合併腎臟病主次診斷之案件數
- □ 糖尿病－任一主次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 250。
- □ 腎臟病－任一主、次診斷前四碼為 2504，或任一主、次診斷前三碼為 580、581、582、583、584、585、586、590 之門診案件。
- □ 糖尿病用藥－ATC 前三碼為 A10。
- □ Biguanides－ATC 前五碼為 A10BA。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門+特約類別
  2.分區+總額部門+縣市別
  3.分區+總額部門+特約類別＋院所
  4.分區+總額部門+特約類別＋院所+醫師

(197).糖尿病患同時使用 Glitazones 及 Insulins 人次比率

(建置時間：95/03/28)

(101/03/19 定義修訂：(1)修訂分母糖尿病用藥定義，由原 ATC 前五碼為(A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE)改為 ATC 前三碼為 A10(2)自統計期間 10101 開始依新定義產製；若需產製 10101 前的資料，則同樣以此次之定義進行產製)

- ■ 分子：分母之案件中同時申報 Glitazones 及 Insulins 之案件數
- ■ 分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之案件數
- □ 糖尿病－任一主次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 250 之門診案件。
- □ 糖尿病用藥－ATC 前三碼為 A10。
- □ Glitazones－ATC 前五碼為 A10BG。
- □ Insulins－ATC 前五碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門+特約類別
  2.分區+總額部門+縣市別
  3.分區+總額部門+特約類別＋院所
  4.分區+總額部門+特約類別＋院所+醫師別

(198).糖尿病患同時使用四種以上降血糖藥物人次比率

(建置時間：95/03/28)

(101/03/19 定義修訂：(1)修訂分母糖尿病用藥定義，由原 ATC 前五碼為(A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE)改為 ATC 前三碼為 A10(2)自統計期間 10101 開始依新定義產製；若需產製 10101 前的資料，則同樣以此次之定義進行產製)

- ■ 分子：分母之案件中同時申報四種以上降血糖藥物之案件數
- ■ 分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之案件數
- □ 糖尿病－任一主次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 250。
- □ 糖尿病用藥－ATC 前三碼為 A10。
- □ 種類數依不同醫令代碼計算。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門+特約類別
  2.分區+總額部門+縣市別
  3.分區+總額部門+特約類別＋院所
  4.分區+總額部門+特約類別＋院所+醫師別

(199)(200)(289).MRI 檢查後 30 天及 90 天及 180 天內 CT、MRI 利用率_跨院

(建置時間：95/11/13)

- ■ 分子 1(199)：以分母之案件的 ID 追蹤 30 天內有執行 CT 或 MRI 的筆數
- ■ 分子 2(200)：以分母之案件的 ID 追蹤 90 天內有執行 CT 或 MRI 的筆數
- ■ 分子 3(289)：以分母之案件的 ID 追蹤 180 天內有執行 CT 或 MRI 的筆數
- ■ 分母：門、住執行 MRI 之案件數
- □ CT：醫令代碼前 5 碼為 33067、33068、33069、33070、33071、33072
- □ MRI：醫令代碼前 5 碼為 33084、33085
- □ 門診執行 CT、MRI 案件需限制於醫令類別為”2”之案件
- □ 門診以就醫日期，住院以醫令執行(起)日往後勾稽 0~30 天、0~90 天及 0~180 天內是否有執行 CT 或 MRI。

  範例：在計算 97Q1A 醫院的指標值時，若某乙於 1/8 執行 MRI(A 醫院)、2/12 執行 MRI(A 醫院)、3/17 執行 MRI(A 醫院)、3/22 執行 MRI(B 醫院)、11/11(C 醫院)執行 CT，則：

  分母=3，分子=3

  說明：因為計算 97Q1A 醫院的指標值，故母體需為 97Q1A 醫院的案件，因此分母的 3 個案件分別為：1/8、2/12、3/17；而分子成立的 3 個案件為 1/8、2/12、3/17(分子同院跨院都算)。
- □ 資料範圍：西醫醫院、西醫基層
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區（跨院歸戶）

  2.分區+特約類別（跨院歸戶）

  3.分區+特約類別+院所（跨院歸戶）

  4.分區+特約類別+院所+醫師（跨院歸戶）

(201)(202)(290).MRI 檢查後 30 天及 90 天及 180 天內 CT、MRI 利用率_同院

(建置時間：95/11/13)

- ■ 分子 1(201)：以分母之案件的 ID 追蹤 30 天內有執行 CT 或 MRI 的筆數
- ■ 分子 2(202)：以分母之案件的 ID 追蹤 90 天內有執行 CT 或 MRI 的筆數
- ■ 分子 3(290)：以分母之案件的 ID 追蹤 180 天內有執行 CT 或 MRI 的筆數
- ■ 分母：門、住執行 MRI 之案件數
- □ CT：醫令代碼前 5 碼為 33067、33068、33069、33070、33071、33072
- □ MRI：醫令代碼前 5 碼為 33084、33085
- □ 門診執行 CT、MRI 案件需限制於醫令類別為”2”之案件
- □ 門診以就醫日期，住院以醫令執行(起)日往後勾稽 0~30 天、0~90 天及 0~180 天內是否有執行 CT 或 MRI。

  範例：在計算 97Q1A 醫院的指標值時，若某乙於 1/8 執行 MRI(A 醫院)、2/12 執行 MRI(A 醫院)、3/17 執行 MRI(A 醫院)、3/22 執行 MRI(B 醫院)、11/11(C 醫院)執行 CT，則：

  分母=3，分子=2

  說明：因為計算 97Q1A 醫院的指標值，故母體需為 97Q1A 醫院的案件，因此分母的 3 個案件分別為：1/8、2/12、3/17；而分子成立的 2 個案件為 1/8、2/12(分子限制需同院，故 3/17 那一筆不成立)。
- □ 資料範圍：西醫醫院、西醫基層
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區（同院歸戶）

  2.分區+特約類別（同院歸戶）

  3.分區+特約類別+院所（同院歸戶）

  4.分區+特約類別+院所+醫師（同院歸戶）

(203)(204)(291).CT 檢查後 30 天及 90 天及 180 天內 CT、MRI 利用率_跨院

(建置時間：95/11/13)

- ■ 分子 1(203)：以分母之案件的 ID 追蹤 30 天內有執行 CT 或 MRI 的筆數
- ■ 分子 2(204)：以分母之案件的 ID 追蹤 90 天內有執行 CT 或 MRI 的筆數
- ■ 分子 3(291)：以分母之案件的 ID 追蹤 180 天內有執行 CT 或 MRI 的筆數
- ■ 分母：門、住執行 CT 之案件數
- □ CT：醫令代碼前 5 碼為 33067、33068、33069、33070、33071、33072
- □ MRI：醫令代碼前 5 碼為 33084、33085
- □ 門診執行 CT、MRI 案件需限制於醫令類別為”2”之案件
- □ 門診以就醫日期，住院以醫令執行(起)日往後勾稽 0~30 天、0~90 天及 0~180 天內是否有執行 CT 或 MRI。

  範例：在計算 97Q1A 醫院的指標值時，若某乙於 1/8 執行 CT(A 醫院)、2/12 執行 CT(A 醫院)、3/17 執行 CT(A 醫院)、3/22 執行 CT(B 醫院)、11/11(C 醫院)執行 MRI，則：

  分母=3，分子=3

  說明：因為計算 97Q1A 醫院的指標值，故母體需為 97Q1A 醫院的案件，因此分母的 3 個案件分別為：1/8、2/12、3/17；而分子成立的 3 個案件為 1/8、2/12、3/17(分子同院跨院都算)。
- □ 資料範圍：西醫醫院、西醫基層
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區（跨院歸戶）

  2.分區+特約類別（跨院歸戶）

  3.分區+特約類別+院所（跨院歸戶）

  4.分區+特約類別+院所+醫師（跨院歸戶）

(205)(206)(292).CT 檢查後 30 天及 90 天及 180 天內 CT、MRI 利用率_同院

(建置時間：95/11/13)

- ■ 分子 1(205)：以分母之案件的 ID 追蹤 30 天內有執行 CT 或 MRI 的筆數
- ■ 分子 2(206)：以分母之案件的 ID 追蹤 90 天內有執行 CT 或 MRI 的筆數
- ■ 分子 3(292)：以分母之案件的 ID 追蹤 180 天內有執行 CT 或 MRI 的筆數
- ■ 分母：門、住執行 CT 之案件數
- □ CT：醫令代碼前 5 碼為 33067、33068、33069、33070、33071、33072
- □ MRI：醫令代碼前 5 碼為 33084、33085
- □ 門診執行 CT、MRI 案件需限制於醫令類別為”2”之案件
- □ 門診以就醫日期，住院以醫令執行(起)日往後勾稽 0~30 天、0~90 天及 0~180 天內是否有執行 CT 或 MRI。

  範例：在計算 97Q1A 醫院的指標值時，若某乙於 1/8 執行 CT(A 醫院)、2/12 執行 CT(A 醫院)、3/17 執行 CT(A 醫院)、3/22 執行 CT(B 醫院)、11/11(C 醫院)執行 MRI，則：

  分母=3，分子=2

  說明：因為計算 97Q1A 醫院的指標值，故母體需為 97Q1A 醫院的案件，因此分母的 3 個案件分別為：1/8、2/12、3/17；而分子成立的 2 個案件為 1/8、2/12(分子限制需同院，故 3/17 那一筆不成立)。
- □ 資料範圍：西醫醫院、西醫基層
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區（同院歸戶）

  2.分區+特約類別（同院歸戶）

  3.分區+特約類別+院所（同院歸戶）

  4.分區+特約類別+院所+醫師（同院歸戶）

(207).糖尿病新病患初次用藥即使用α-glucosidase inhibitors 人數比率

(建置時間：95/06/07)

(101/03/19 定義修訂：(1)修訂分母及病史檔糖尿病用藥定義，由原 ATC 前五碼為(A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE)改為 ATC 前三碼為 A10(2)自統計期間 10101 開始依新定義產製；若需產製 10101 前的資料，則同樣以此次之定義進行產製)

- ■ 分子：分母之病患於統計期間內第一次因糖尿病就醫即使用 α-glucosidase inhibitors 之人數
- ■ 分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥，且勾稽病史檔未曾申報糖尿病之病人數
- □ 糖尿病－任一主次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 250 之門診案件。
- □ 糖尿病用藥－指 ATC 前三碼為 A10。
- □ 病史檔：1.唯 DA 系統使用；記載病患特定疾病第一次就醫日期(全國資料)。
  2.自費用年月 9201 開始記載。
- □ 病史檔之糖尿病－主、次診斷碼前三碼為 250 之案件，且 ATC 前三碼為 A10。
- □ α-glucosidase inhibitors－ATC 前五碼為 A10BF。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門+特約類別
  2.分區+總額部門+縣市別
  3.分區+總額部門+特約類別＋院所
  4.分區+總額部門+特約類別＋院所+醫師

(208).糖尿病新病患初次用藥即使用 Glitazones 人數比率

(建置時間：95/06/07)

(101/03/19 定義修訂：(1)修訂分母及病史檔糖尿病用藥定義，由原 ATC 前五碼為(A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE)改為 ATC 前三碼為 A10(2)自統計期間 10101 開始依新定義產製；若需產製 10101 前的資料，則同樣以此次之定義進行產製)

- ■ 分子：分母之病患於統計期間內第一次因糖尿病就醫即使用 Glitazones 之人數
- ■ 分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥，且勾稽病史檔未曾申報糖尿病之病人數
- □ 糖尿病－任一主次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 250 之門診案件。
- □ 糖尿病用藥－指 ATC 前三碼為 A10。
- □ 病史檔：1.唯 DA 系統使用；記載病患特定疾病第一次就醫日期(全國資料)。
  2.自費用年月 9201 開始記載。
- □ 病史檔之糖尿病－主、次診斷碼前三碼為 250 之案件，且 ATC 前三碼為 A10。
- □ Glitazones－ATC 前五碼為 A10BG。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門+特約類別
  2.分區+總額部門+縣市別
  3.分區+總額部門+特約類別＋院所
  4.分區+總額部門+特約類別＋院所+醫師

(209).具痛風病史之高血壓病患使用 Thiazide diuretics 之比率

(建置時間：95/06/07)

(98/11/20 分子定義文字修訂：由分母病患中修訂為分母案件中)

- ■ 分子：分母案件中有使用 Thiazide diuretics 人數
- ■ 分母：高血壓且有高血壓用藥病患勾稽病史檔有痛風病史之人數
- □ 高血壓－任一主次診斷前三碼為 401~405，且有高血壓用藥紀錄之案件
- □ 高血壓用藥－指 ATC 代碼前三碼為 C02、C03、C07、C08、C09 及 terazosin（G04CA(五碼)）之品項
- □ 病史檔：1.唯 DA 系統使用；記載病患特定疾病第一次就醫日期(全國資料)
  2.自費用年月 9201 開始記載
- □ 病史檔之痛風(gout)－主、次診斷碼前三碼為 274 之案件
- □ Thiazide diuretics－ATC 前五碼為 C03AA、C03BA
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門+特約類別
  2.分區+總額部門+縣市別
  3.分區+總額部門+特約類別＋院所
  4.分區+總額部門+特約類別＋院所+醫師

(210).具低鈉血症病史之高血壓病患使用 Thiazide diuretics 之比率

(建置時間：95/06/07)

(98/11/20 分子定義文字修訂：由分母病患中修訂為分母案件中)

- ■ 分子：分母案件中有使用 Thiazide diuretics 人數
- ■ 分母：高血壓且有高血壓用藥病患勾稽病史檔有低鈉血症病史之人數
- □ 高血壓－任一主次診斷前三碼為 401~405，且有高血壓用藥紀錄之案件
- □ 高血壓用藥－指 ATC 代碼前三碼為 C02、C03、C07、C08、C09 及 terazosin（G04CA(五碼)）之品項
- □ 病史檔：1.唯 DA 系統使用；記載病患特定疾病第一次就醫日期(全國資料)
  2.自費用年月 9201 開始記載
- □ 病史檔之低鈉血症（hyponatremia）－主、次診斷碼前四碼為 2761 之案件
- □ Thiazide diuretics－ATC 前五碼為 C03AA、C03BA
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門+特約類別
  2.分區+總額部門+縣市別
  3.分區+總額部門+特約類別＋院所
  4.分區+總額部門+特約類別＋院所+醫師

(211).具氣喘、慢性阻塞性肺病或支氣管痙攣病史之高血壓病患β-Blocker 比率

(建置時間：95/06/07)

(98/11/20 分子定義文字修訂：由分母病患中修訂為分母案件中)

- ■ 分子：分母案件中有使用β-blocker 人數
- ■ 分母：高血壓且有高血壓用藥病患勾稽病史檔有氣喘或慢性阻塞性肺病或支氣管痙攣病史之人數
- □ 高血壓－任一主次診斷前三碼為 401~405，且有高血壓用藥紀錄之案件
- □ 高血壓用藥－指 ATC 代碼前三碼為 C02、C03、C07、C08、C09 及 terazosin（G04CA(五碼)）之品項
- □ 病史檔：1.唯 DA 系統使用；記載病患特定疾病第一次就醫日期(全國資料)
  2.自費用年月 9201 開始記載
- □ 氣喘或慢性阻塞性肺病或支氣管痙攣：
  1.病史檔之氣喘－主、次診斷碼前三碼為 493 之案件
  2.病史檔之慢性阻塞性肺病或支氣管痙攣－主、次診斷碼前三碼為 496、前四碼為 5191、前五碼為 49121 之案件
- □ b-Blockers－C07AA、C07AB
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門+特約類別
  2.分區+總額部門+縣市別
  3.分區+總額部門+特約類別＋院所
  4.分區+總額部門+特約類別＋院所+醫師

(212).具二度或三度心臟傳導隔斷病史之高血壓病患使用β-Blocker 比率

(建置時間：95/06/07)

(98/11/20 分子定義文字修訂：由分母病患中修訂為分母案件中)

- ■ 分子：分母案件中有使用β-blocker 人數
- ■ 分母：高血壓且有高血壓用藥病患勾稽病史檔有二度或三度心臟傳導隔斷病史之人數
- □ 高血壓－任一主次診斷前三碼為 401~405，且有高血壓用藥紀錄之案件
- □ 高血壓用藥－指 ATC 代碼前三碼為 C02、C03、C07、C08、C09 及 terazosin（G04CA(五碼)）之品項
- □ 病史檔：1 唯 DA 系統使用；記載病患特定疾病第一次就醫日期(全國資料)
  2.自費用年月 9201 開始記載
- □ 病史檔之二度或三度心臟傳導隔斷（2nd or 3rd degree heart block）－主、次診斷碼前四碼為 4260、前五碼為 42610、42612、42613 之案件
- □ b-Blockers－C07AA、C07AB
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門+特約類別
  2.分區+總額部門+縣市別
  3.分區+總額部門+特約類別＋院所
  4.分區+總額部門+特約類別＋院所+醫師

(213).高血壓懷孕婦女使用 ACEI 或 ARB 之比率

(建置時間：95/06/07)

(98/11/20 分子定義文字修訂：由分母病患中修訂為分母案件中)

- ■ 分子：分母案件中，使用 ACEI 或 ARB 之人數
- ■ 分母：高血壓且有高血壓用藥懷孕婦女人數
- □ 高血壓－任一主次診斷前三碼為 401~405，且有高血壓用藥紀錄之案件
- □ 高血壓用藥－指 ATC 代碼前三碼為 C02、C03、C07、C08、C09 及 terazosin（G04CA(五碼)）之品項
- □ 懷孕婦女：主、次診斷碼前三碼為 V22 及 640~648 或申報產檢醫令(41~62)之個案
- □ ACEI、ARB－ATC 前五碼為 C09AA、C09CA
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門+特約類別
  2.分區+總額部門+縣市別
  3.分區+總額部門+特約類別＋院所
  4.分區+總額部門+特約類別＋院所+醫師

(214).具血管水腫病史之高血壓病患使用 ACEI 之比率

(建置時間：95/06/07)

(98/11/20 分子定義文字修訂：由分母病患中修訂為分母案件中)

- ■ 分子：分母案件中有使用 ACEI 人數
- ■ 分母：高血壓且有高血壓用藥病患勾稽病史檔有血管水腫病史之人數
- □ 高血壓－任一主次診斷前三碼為 401~405，且有高血壓用藥紀錄之案件
- □ 高血壓用藥－指 ATC 代碼前三碼為 C02、C03、C07、C08、C09 及 terazosin（G04CA(五碼)）之品項
- □ 病史檔：1.唯 DA 系統使用；記載病患特定疾病第一次就醫日期(全國資料)
  2.自費用年月 9201 開始記載
- □ 病史檔之血管水腫（angioedema）－主、次診斷碼前四碼為 9951 之案件
- □ ACEI－ATC 前五碼為 C09AA
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門+特約類別
  2.分區+總額部門+縣市別
  3.分區+總額部門+特約類別＋院所
  4.分區+總額部門+特約類別＋院所+醫師

(215).具高鉀血症病史之高血壓病患使用 Potassium-sparing diuretics 或 Aldosterone antagonist 之比率

(建置時間：95/06/07)
(98/11/20 分子定義文字修訂：由分母病患中修訂為分母案件中)

- ■ 分子：分母案件中有使用 Potassium-sparing diuretics 或 Aldosterone Antagonist 人數
- ■ 分母：高血壓且有高血壓用藥病患勾稽病史檔有高鉀血症病史之人數
- □ 高血壓－任一主次診斷前三碼為 401~405，且有高血壓用藥紀錄之案件
- □ 高血壓用藥－指 ATC 代碼前三碼為 C02、C03、C07、C08、C09 及 terazosin（G04CA(五碼)）之品項
- □ 病史檔：1.唯 DA 系統使用；記載病患特定疾病第一次就醫日期(全國資料)
  2.自費用年月 9201 開始記載
- □ 病史檔之高鉀血症（hyperkalemia）－主、次診斷碼前四碼為 2767 之案件
- □ Potassium-sparing diuretics 或 Aldosterone Antagonist－ATC 前五碼為 C03DA、C03DB
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門+特約類別
  2.分區+總額部門+縣市別
  3.分區+總額部門+特約類別＋院所
  4.分區+總額部門+特約類別＋院所+醫師

(216).高血壓合併缺血性心臟病伴隨穩定心絞痛之病患，使用β-Blocker 或 Long acting CCBs 之比率

(建置時間：95/06/07)
(98/11/20 分子定義文字修訂：由分母病患中修訂為分母案件中)

- ■ 分子：分母案件中有使用 β-Blocker 或 Long acting CCBs 人數
- ■ 分母：高血壓且有高血壓用藥病患勾稽病史檔有缺血性心臟病伴隨穩定心絞痛病史之人數
- □ 高血壓－任一主次診斷前三碼為 401~405，且有高血壓用藥紀錄之案件
- □ 高血壓用藥－指 ATC 代碼前三碼為 C02、C03、C07、C08、C09 及 terazosin（G04CA(五碼)）之品項
- □ 病史檔：1.唯 DA 系統使用；記載病患特定疾病第一次就醫日期(全國資料)
  2.自費用年月 9201 開始記載
- □ 缺血性心臟病（ischemic heart disease）伴隨穩定之心絞痛(stable angina pectoris)：
  1.病史檔之心絞痛(angina pectoris)－主、次診斷碼前三碼為 413 之案件
  2.病史檔之其他型態之慢性缺血性心臟病－主、次診斷碼前三碼為 414 之案件
- □ β-Blocker 或 Long acting CCBs－ATC 前五碼為 C07AA、C07AB、C08CA、C08DA、C08DB
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門+特約類別
  2.分區+總額部門+縣市別
  3.分區+總額部門+特約類別＋院所
  4.分區+總額部門+特約類別＋院所+醫師

(217).高血壓合併缺血性心臟病伴隨不穩定心絞痛或心肌梗塞之病患，使用β-Blocker 或 ACEI 之比率

(建置時間：95/06/07)
(98/11/20 分子定義文字修訂：由分母病患中修訂為分母案件中)

- ■ 分子：分母案件中有使用 β-Blocker 或 ACEI 人數
- ■ 分母：高血壓且有高血壓用藥病患勾稽病史檔有缺血性心臟病伴隨不穩定心絞痛或心肌梗塞病史病史之人數
- □ 高血壓－任一主次診斷前三碼為 401~405，且有高血壓用藥紀錄之案件
- □ 高血壓用藥－指 ATC 代碼前三碼為 C02、C03、C07、C08、C09 及 terazosin（G04CA(五碼)）之品項
- □ 病史檔：1.唯 DA 系統使用；記載病患特定疾病第一次就醫日期(全國資料)
  2.自費用年月 9201 開始記載
- □ 缺血性心臟病（ischemic heart disease）伴隨不穩定之心絞痛或心肌梗塞(unstable angina or MI)：
  1.病史檔之急性心肌梗塞－主、次診斷碼前三碼為 410 之案件
  2.病史檔之其他急性及亞急性缺血性心臟病－主、次診斷碼前三碼為 411 之案件
- □ β-Blocker 或 ACEI－ATC 前五碼為 C07AA、C07AB、C09AA
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門+特約類別
  2.分區+總額部門+縣市別
  3.分區+總額部門+特約類別＋院所
  4.分區+總額部門+特約類別＋院所+醫師

(218).高血壓合併心肌梗塞病患，使用β-Blocker 或 ACEI 或 Aldosterone antagonist 之比率

(建置時間：95/06/07)
(98/11/20 分子定義文字修訂：由分母病患中修訂為分母案件中)

- ■ 分子：分母案件中有使用 β-Blocker 或 ACEI 或 Aldosterone antagonist 人數
- ■ 分母：高血壓且有高血壓用藥病患勾稽病史檔有心肌梗塞後病史之人數
- □ 高血壓－任一主次診斷前三碼為 401~405，且有高血壓用藥紀錄之案件
- □ 高血壓用藥－指 ATC 代碼前三碼為 C02、C03、C07、C08、C09 及 terazosin（G04CA(五碼)）之品項
- □ 病史檔：1.唯 DA 系統使用；記載病患特定疾病第一次就醫日期(全國資料)
  2.自費用年月 9201 開始記載
- □ 病史檔之心肌梗塞後（post-MI）－主、次診斷碼前三碼為 412 之案件
- □ β-Blocker 或 ACEI 或 Aldosterone antagonist－ATC 前五碼為 C07AA、C07AB、C09AA、C03DA
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門+特約類別
  2.分區+總額部門+縣市別
  3.分區+總額部門+特約類別＋院所
  4.分區+總額部門+特約類別＋院所+醫師

(220).高血壓合併糖尿病病患，使用 Thiazide diuretics 或β-Blocker 或 ACEI 或 ARB 或 CCB 之比率

(建置時間：95/06/07)
(98/11/20 分子定義文字修訂：由分母病患中修訂為分母案件中)
(101/03/19 病史檔定義修訂：(1)修訂糖尿病用藥定義，由原 ATC 前五碼為(A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE)改為 ATC 前三碼為 A10(2)自統計期間 10101 開始依新定義產製；若需產製 10101 前的資料，則同樣以此次之定義進行產製)

- ■ 分子：分母案件中有使用 Thiazide diuretics 或 β-Blocker 或 ACEI 或 ARB 或 CCB 人數
- ■ 分母：高血壓且有高血壓用藥病患勾稽病史檔有糖尿病病史之人數
- □ 高血壓－任一主次診斷前三碼為 401~405，且有高血壓用藥紀錄之案件。
- □ 高血壓用藥－指 ATC 代碼前三碼為 C02、C03、C07、C08、C09 及 terazosin（G04CA(五碼)）之品項。
- □ 病史檔：1.唯 DA 系統使用；記載病患特定疾病第一次就醫日期(全國資料)。
  2.自費用年月 9201 開始記載。
- □ 病史檔之糖尿病－主、次診斷碼前三碼為 250 之案件，且 ATC 前三碼為 A10。
- □ Thiazide diuretics 或β-Blocker 或 ACEI 或 ARB 或 CCB－ATC 前五碼為 C03AA、C03BA、C07AA、C07AB、C09AA、C09CA、C08CA、C08DA、C08DB。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門+特約類別
  2.分區+總額部門+縣市別
  3.分區+總額部門+特約類別＋院所
  4.分區+總額部門+特約類別＋院所+醫師

(221).高血壓合併慢性腎疾病病患，使用 ACEI 或 ARB 之比率

(建置時間：95/06/07)

(98/11/20 分子定義文字修訂：由分母病患中修訂為分母案件中)

- ■ 分子：分母案件中有使用 ACEI 或 ARB 人數
- ■ 分母：高血壓且有高血壓用藥病患勾稽病史檔有慢性腎疾病病史之人數
- □ 高血壓－任一主次診斷前三碼為 401~405，且有高血壓用藥紀錄之案件
- □ 高血壓用藥－指 ATC 代碼前三碼為 C02、C03、C07、C08、C09 及 terazosin（G04CA(五碼)）之品項
- □ 病史檔：1.唯 DA 系統使用；記載病患特定疾病第一次就醫日期(全國資料)
  2.自費用年月 9201 開始記載
- □ 慢性腎疾病（chronic kidney disease）：
  1.病史檔之高血壓性腎臟疾病－主、次診斷碼前三碼為 403 之案件
  2.病史檔之高血壓性心臟及腎臟疾病－主、次診斷碼前三碼為 404 之案件
- □ ACEI 或 ARB－ATC 前五碼為 C09AA、C09CA
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門+特約類別
  2.分區+總額部門+縣市別
  3.分區+總額部門+特約類別＋院所
  4.分區+總額部門+特約類別＋院所+醫師

(222).高血壓合併中風病患，使用 Thiazide diuretics 或 ACEI 之比率

(建置時間：95/06/07)

(98/11/20 分子定義文字修訂：由分母病患中修訂為分母案件中)

- ■ 分子：分母案件中有使用 Thiazide diuretics 或 ACEI 人數
- ■ 分母：高血壓且有高血壓用藥病患勾稽病史檔有中風病史之人數
- □ 高血壓－任一主次診斷前三碼為 401~405，且有高血壓用藥紀錄之案件
- □ 高血壓用藥－指 ATC 代碼前三碼為 C02、C03、C07、C08、C09 及 terazosin（G04CA(五碼)）之品項
- □ 病史檔：1.唯 DA 系統使用；記載病患特定疾病第一次就醫日期(全國資料)
  2.自費用年月 9201 開始記載
- □ 病史檔之中風（recurrent stroke prevention）－主、次診斷碼前三碼為 430~438 之案件
- □ Thiazide diuretics 或 ACEI－ATC 前五碼為 C03AA、C03BA、C09AA
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門+特約類別
  2.分區+總額部門+縣市別
  3.分區+總額部門+特約類別＋院所
  4.分區+總額部門+特約類別＋院所+醫師

(223).慢性病開立慢性病連續處方箋百分比

(建置時間：95/07/31)

(101/09/04 定義修訂：新增全國、全國+總額部門維度，已產製之歷史資料則由累加方式補上全國、全國+總額部門維度)

(104/08/05 定義修訂：1.新增全國+總額部門+特約類別、分區+總額部門維度。2.自統計期間 101 年起重新產製。)

■ 分子：開立慢性病連續處方箋的案件數。

■ 分母：慢性病給藥案件數。

□ 資料範圍：1.門診(西醫基層+西醫醫院)。

2.排除「補報原因註記」為 2(補報部分醫令或醫令差額)之案件。

□ 開立慢性病連續處方箋：案件分類為 02、04、08 且給藥日份>=21。

□ 慢性病：案件分類為 02、04、08。

□ 給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種。

➢ 運算範圍：月

➢ 展現維度：維度間可向上累加

1.全國

2.全國+總額部門

3.全國+總額部門+特約類別

4.分區

5.分區+總額部門

6.分區+總額部門+特約類別

7.分區+院所

8.分區+院所+科別

(225).保險對象牙齒填補 1 年保存率

(建置時間：95/07/31)

- ■ 分子(同牙位重補數)：以分母之牙位追蹤 1 年（365 天）內於不同案件重覆執行牙體復形醫令牙位數
- ■ 分母(填補牙位數)：依同區同院所同保險對象同一牙位，統計執行牙體復形之牙位數；若為同案件、同病患、同牙位執行 2 筆以上牙體復形醫令時該牙位仍視為 1

例如：輸入參數 9501，則分母資料範圍為 9402，分子資料範圍為 9402~9501。

- □ 牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C、89012C

費用年月介於 9001~9306 間，因無「前牙三面複合樹脂充填」醫令，故院所以 89004C 併 89005C 申報，因此同診所、同病患、同牙位、同就醫日期，同時申報 89004C 及 89005C 則不算重補，不計入分子

- □ 指標計算：1－（分子/分母）
- □ 資料範圍：以同一區同一保險對象於統計時間內執行過牙體復形醫令的牙位（FDI 牙位表示法之內的牙位資料，成人 36 顆牙，小孩 20 顆牙，除此之外的牙位資料全部排除），追蹤 1 年內是否重新填補比率。
- ➢ 運算範圍：每月(報表呈現每季彙總)
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+院所

(226).保險對象牙齒填補 2 年保存率

(建置時間：95/07/31)

- ■ 分子(同牙位重補數)：以分母之牙位追蹤 2 年（730 天）內於不同案件重覆執行牙體復形醫令牙位數
- ■ 分母(填補牙位數)：依同區同院所同保險對象同一牙位，統計執行牙體復形之牙位數；若為同案件、同病患、同牙位執行 2 筆以上牙體復形醫令時該牙位仍視為 1

例如：輸入參數 9501，則分母資料範圍為 9302，分子資料範圍為 9302~9501。

- □ 牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C、89012C

費用年月介於 9001~9306 間，因無「前牙三面複合樹脂充填」醫令，故院所以 89004C 併 89005C 申報，因此同診所、同病患、同牙位、同就醫日期，同時申報 89004C 及 89005C 則不算重補，不計入分子

- □ 指標計算：1－（分子/分母）
- □ 資料範圍：以同一區同一保險對象於統計時間內執行過牙體復形醫令的牙位（FDI 牙位表示法之內的牙位資料，成人 36 顆牙，小孩 20 顆牙，除此之外的牙位資料全部排除），追蹤 2 年內是否重新填補比率。
- ➢ 運算範圍：每月(報表呈現每季彙總)
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+院所

(227).同院所 90 日內根管治療完成率

(建置時間：95/07/31)(97/07/21 修改定義增加 90019C、90020C 醫令)

■ 分子：以分母之牙位追蹤其 3 個月（90 天）內於同院所執行任一根管治療單根(90001C)、雙根(90002C)、三根以上(90003C)、乳牙根管治療(90016C)、90018C(乳牙多根管治療)、90019C、90020C 之牙位數。(以就醫日期抓取資料)

■ 分母：依同案件同病患同牙位，統計執行根管開擴及清創(90015C)之牙位數；若為同案件、同病患、同牙位執行 2 筆以上根管開擴及清創(90015C)時該牙位仍視為 1。(以就醫日期抓取資料)

例如：輸入參數 9501，則分母資料範圍為就醫日期 941001~941031 分子資料範圍為就醫日期 941001~950131

□ 資料範圍：以同一區同一院所同一保險對象於統計時間內執行過根管開擴及清創醫令的牙位（FDI 牙位表示法之內的牙位資料，成人 36 顆牙，小孩 20 顆牙，除此之外的牙位資料全部排除），追蹤 3 個月（90 天）內是否於同院所執行根管治療醫令比率。

➢ 運算範圍：每月

➢ 展現維度：1.分區

2 分區+院所

(230).乳牙 1.5 年內自家再補率（95 年品質公開）

(建置時間：95/07/31)

- ■ 分子(同牙位重補數)：以分母之牙位追蹤同院所 1.5 年（18 個月）內於不同案件重覆執行牙體復形醫令牙位數
- ■ 分母(填補牙位數)：依同區同院所同保險對象同一乳牙牙位，統計執行牙體復形之牙位數；若為同案件、同病患、同牙位執行 2 筆以上牙體復形醫令時該牙位仍視為 1

例如：輸入參數 9501，則分母資料範圍為 9308，分子資料範圍為 9308~9501。

- □ 乳牙牙位：51-55、61-65、71-75、81-85
- □ 牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C、89012C

費用年月介於 9001~9306 間，因無「前牙三面複合樹脂充填」醫令，故院所以 89004C 併 89005C 申報，因此同診所、同病患、同牙位、同就醫日期，同時申報 89004C 及 89005C 則不算重補，不計入分子

- □ 資料範圍：以同一區同一保險對象於統計時間內執行過牙體復形醫令的牙位（FDI 牙位表示法之內的牙位資料，小孩 20 顆牙，除此之外的牙位資料全部排除）。
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+院所

(231).恆牙 2 年內自家再補率（95 年品質公開）

(建置時間：95/07/31)

- ■ 分子(同牙位重補數)：以分母之牙位追蹤同院所 2 年（730 天）內於不同案件重覆執行牙體復形醫令牙位數
- ■ 分母(填補牙位數)：依同區同院所同保險對象同一恆牙牙位，統計執行牙體復形之牙位數；若為同案件、同病患、同牙位執行 2 筆以上牙體復形醫令時該牙位仍視為 1

例如：輸入參數 9501，則分母資料範圍為 9302，分子資料範圍為 9302~9501。

- □ 恆牙牙位：11-19、21-29、31-39、41-49
- □ 牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C、89012C

費用年月介於 9001~9306 間，因無「前牙三面複合樹脂充填」醫令，故院所以 89004C 併 89005C 申報，因此同診所、同病患、同牙位、同就醫日期，同時申報 89004C 及 89005C 則不算重補，不計入分子

- □ 資料範圍：以同一區同一保險對象於統計時間內執行過牙體復形醫令的牙位（FDI 牙位表示法之內的牙位資料，成人 36 顆牙，除此之外的牙位資料全部排除）。
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+院所

(232).同院所 180 日內根管保存率（95 年品質公開）

(建置時間：95/07/31)(97/07/21 修改定義增加 90019C、90020C 醫令)

- ■ 分子：以分母之牙位追蹤其 6 個月（180 天）內於同院拔牙或再執行根管治療之牙位數。(以就醫日期抓取資料)
- ■ 分母：依同案件同病患同牙位，統計執行根管治療之牙位數；若為同案件、同病患、同牙位執行 2 筆以上根管治療時該牙位仍視為 1。(以就醫日期抓取資料)

  例如：輸入 9501，則分母資料範圍為就醫日期 940701~940731，分子資料範圍為就醫日期 940701~950131
- □ 根管治療醫令：90001C、90002C、90003C、90016C、90018C、90019C、90020C
- □ 拔牙醫令：92013C、92014C
- □ 指標：1-（分子/分母）
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區

  2.分區+院所

(233).中醫傷科病患 7 日內同時利用西醫復健比率

(建置時間：95/07/31)

(97/10/23 修改定義，97Q1 起，中醫傷科件數增加 B55-B57 醫令代碼)

- ■ 分子：以分母之身份証號及就醫日期，統計中醫傷科病患 7 日內曾至西醫門診復健件數。
- ■ 分母：計算各區中醫傷科門診件數。

  例如：輸入 95Q1，則分母資料範圍為就醫日期 950101~950331，分子資料範圍為就醫日期 950101~950407
- □ 中醫傷科件數係指醫令代碼申報 B53-B57 之案件
- □ 西醫復健係西醫門診資料中申報物理治療項目（醫令代碼前 2 碼為 42）案件
- □ 資料範圍：中醫傷科及西醫門診復健之案件
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區

  2.分區+院所(分子跨院勾稽)

(234).中醫癌症病患同時利用西醫人數比率

(建置時間：95/07/31)

(104/08/05 定義修訂：1.新增全國維度。2.自統計期間 101 年起重新產製。)

■ 分子：以分母之身份証號，統計中醫癌症病患當季曾至西醫門診人數。

■ 分母：各區癌症病患按分區別及病人 ID 歸戶，計算中醫門診就醫人數。

□ 癌症病患係申報資料中「國際疾病分類號（一）」前 3 碼介於 140 至 239 範圍之中醫和西醫門診案件。

□ 資料範圍：因癌症就醫之中醫、西醫門診案件

➢ 運算範圍：季

➢ 展現維度：1.全國(分子全國跨院勾稽)
2.分區(分子同分區下跨院勾稽)
3.分區+院所(分子同分區下跨院勾稽)

(235).中醫同日重複就診率

(建置時間：95/07/31)

(98/06/16 重新計算 9601-9603 資料：
為排除 96 年 1-3 月（費用年月）因前端申報異常造成「初診案件」診察費重複申報情形，申報診察費項目代碼 A90（初診門診診察費加計）者不納入計算案件（分子、分母皆不計），並限定計算 9601 時受理日期需為 96/03/31(含)之前；計算 9602 時受理日期需為 96/04/30(含)之前；計算 9603 時受理日期需為 96/05/31(含)之前)

■ 分子：按各區、病人 ID、就醫日期歸戶，計算就診 2 次（含）以上之筆數。

■ 分母：按各區、病人 ID、就醫日期歸戶之筆數。

□ 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費＞0 之門診案件

➢ 運算範圍：每月

➢ 展現維度：1.分區
2.分區+院所(分子跨院勾稽)

(236).中醫就醫病人平均就醫次數

(建置時間：95/07/31)

(101/02/22 修訂指標名稱：由「平均就醫次數」修訂為「中醫就醫病人平均就醫次數」)

(104/07/17 定義修訂：1.排除案件分類 B6、A3、30 案件及中醫專款專用案件。2.自統計期間 10201 起重新產製。)

(104/08/05 定義修訂：1.新增全國維度。2.自統計期間 101 年起重新產製。)

■ 分子：各區中醫門診總額診察費大於 0 之案件數。

■ 分母：各區中醫門診總額診察費大於 0 之人數。

□ 不含職業災害(案件分類 B6)案件、預防保健(案件分類 A3)、中醫特定疾病門診加強照護(案件分類 30)及中醫專款專用案件。

※中醫專款專用：符合下列任一條件

(1).案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)。

(2).案件分類：22，且任一特定治療項目為 C8，~~C9~~，~~C0~~，~~J8~~，J7，~~CA~~，J9。

✓ C8（腦血管疾病之西醫住院病患中醫輔助醫療）

✓ C9（小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫）[因自 102 年起不再試辦，回歸一般服務，費用年月 10201 起刪除]

✓ C0（小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫）[因自 102 年起不再試辦，回歸一般服務，費用年月 10201 起刪除]

✓ J8（褥瘡之西醫住院病患中醫輔助醫療）[費用年月 9801 起刪除]

✓ J7（腫瘤患者中醫輔助醫療試辦計畫）

✓ CA（腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫）[因自 103 年起不再試辦，回歸一般服務，費用年月 10301 起刪除]

✓ J9(中醫提升孕產照護品質計畫)[費用年月 10401 起新增]

(3).任一特定治療項目(CURE_ITEM1~CURE_ITEM4)為 JA、JB

✓ JA（收容對象醫療服務計畫—矯正機關內門診）[費用年月 10201 起新增]

✓ JB（收容對象醫療服務計畫—戒護就醫）[費用年月 10201 起新增]

➢ 運算範圍：季

➢ 展現維度：1.全國

2.分區

3.分區+院所

(237).隔日重複就診率（95 年品保方案）

(建置時間：95/07/31)

- ■ 分子：按各區、病人 ID 歸戶，計算同一人隔日就診之筆數。
- ■ 分母：各區申報總件數。
- □ 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費＞0 之門診案件
- ➢ 運算範圍：每月(報表呈現每季彙總)
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+院所(分子跨院勾稽)

(239).2 歲以下幼兒使用 codeine 製劑人數比率

(建置時間：95/08/21)

- ■ 分子：2 歲以下病人使用 codeine 製劑人數。
- ■ 分母：2 歲以下病人 ID 歸戶人數。
- □ 2 歲以下為就醫年－出生年<=2
- □ codeine 製劑為成分代碼為 2808800110
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區(跨院歸戶)
  2.分區+總額部門(跨院歸戶)
  3.分區+特約類別(跨院歸戶)
  4.分區+特約類別＋院所(同院歸戶)
  5.分區+特約類別＋院所+醫師(同醫師同院歸戶)
  6.分區+醫師(同醫師跨院歸戶)

(241).慢性病開立慢性病連續處方箋百分比—糖尿病

(建置時間：95/08/21)

- ■ 分子：糖尿病開立慢性病連續處方箋案件數。
- ■ 分母：糖尿病慢性病給藥案件數。
- □ 資料範圍：門診給藥案件（藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種）
- □ 糖尿病開立慢性病連續處方箋的案件：(診察費項目代碼為慢箋)且(案件分類=04 且給藥日份>=21 且國際分類代碼[一]前 3 碼為 250)。
- □ 診察費項目代碼為慢箋：155A、00157A、00170A、00171A、00131B、00132B、00172B、00173B、00135B、00136B、00174B、00175B、00137B、00138B、00176B、00177B、00139C、00140C、00158C、00159C、00141C、00142C、00160C、00161C、00143C、00144C、00162C、00163C、00145C、00146C、00164C、00165C、00147C、00148C、00166C、00167C、00149C、00150C、00168C、00169C、00178B、00179B、00180B、00181B、00182C、00183C、00184C、00185C、00187C、00189C、00190C、00191C。
- □ 糖尿病慢性病給藥案件：案件分類=04 且國際分類代碼[一]前 3 碼為 250。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
  4.分區+院所+科別

(242).糖尿病方案 HBA1C 執行率_季

(建置時間：95/10/02)

- ■ 分子：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行 HBA1C 之病人 ID 歸戶人數。
- ■ 分母：門診申報 P14XXX 之病人 ID 歸戶人數。
- □ HBA1C 係指申報醫令代碼前 5 碼為 09006 之案件。
- □ 計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，只要該 ID 於統計期間有執行醣化血色素(HbA1c)檢驗即成立。
- □ 資料範圍：門診西醫基層、門診西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：分區+院所(分子跨院勾稽)

(244).糖尿病方案空腹血脂執行率_季

(建置時間：95/10/02)

- ■ 分子：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行空腹血脂之病人 ID 歸戶人數。
- ■ 分母：門診申報 P14XXX 之病人 ID 歸戶人數。
- □ 空腹血脂係指申報醫令代碼前 5 碼為 09001+09004+09043 等三項，或申報醫令代碼前 5 碼為 09001+09004+09044 等三項。
- □ 計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，只要該 ID 於統計期間有執行空腹血脂檢驗即成立。
- □ 資料範圍：門診西醫基層、門診西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：分區+院所(分子跨院勾稽)

(246).糖尿病方案眼底檢查執行率_季

(建置時間：95/10/02)

- ■ 分子：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行眼底檢查之病人 ID 歸戶人數。
- ■ 分母：門診申報 P14XXX 之病人 ID 歸戶人數。
- □ 眼底檢查係指申報醫令代碼前 5 碼為 23501 或 23502 或 23702 者。
- □ 計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，只要該 ID 於統計期間有執行眼底檢查即成立。
- □ 資料範圍：門診西醫基層、門診西醫醫院。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：分區+院所(分子跨院勾稽)

(248).糖尿病方案尿液微量白蛋白執行率_季

(建置時間：95/10/02)

(99/03/11 定義修訂：尿液微量白蛋白檢查醫令代碼除原有前 5 碼為 12111，再新增 27065，自 9601 開始重新產製)

- ■ 分子:分母 ID 中,在統計期間於門診有執行尿液微量白蛋白之病人 ID 歸戶人數。
- ■ 分母：門診申報 P14XXX 之病人 ID 歸戶人數。
- □ 尿液微量白蛋白係指申報醫令代碼前 5 碼為 12111 或 27065 者。
- □ 計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，只要該 ID 於統計期間有執行尿液微量白蛋白檢驗即成立。
- □ 資料範圍：門診西醫基層、門診西醫醫院。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：分區+院所(分子跨院勾稽)

(250).糖尿病方案 LDL 執行率_季

(建置時間：95/10/02)

- ■ 分子：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行 LDL 之病人 ID 歸戶人數。
- ■ 分母：門診申報 P14XXX 之病人 ID 歸戶人數。
- □ LDL 係指申報醫令代碼前 5 碼為 09044 之案件。
- □ 計算符合分子之 ID 時,從分母的 ID 繼續觀察,只要該 ID 於統計期間有執行 LDL 檢驗即成立。
- □ 資料範圍：門診西醫基層、門診西醫醫院。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：分區+院所(分子跨院勾稽)

(253).糖尿病方案照護率_主次診斷不排除_季

(建置時間：95/10/02)

(99/02/26 程式修正：修正原程式未抓取住院之次診斷代碼(三)、(四)的申報資料，並自 96 年起重新產製)

- ■ 分子：分母之案件中，有申報 P14XXX(即醫令前 3 碼為 P14 者)之 ID 歸戶人數。
- ■ 分母：門住診主次診斷為糖尿病(ICD_9_CM 前三碼為 250)，之 ID 歸戶人數。
- □ 糖尿病－門住診主次診斷 ICD_9_CM 前三碼為 250。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(跨院歸戶)
  2.分區+縣市別(跨院歸戶)
  3.分區+總額部門(跨院歸戶)
  4.分區+總額部門+特約類別(跨院歸戶)
  5.分區+總額部門+特約類別＋院所(同院歸戶)
  6.分區+總額部門+特約類別＋院所+醫師(同醫師歸戶)

(256).糖尿病方案照護率_主次診斷+用藥_季

(建置時間：95/10/02)

(101/03/19 定義修訂：(1)修訂分母糖尿病用藥定義，由原 ATC 前五碼為(A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE)改為 ATC 前三碼為 A10(2)自統計期間 10101 開始依新定義產製；若需產製 10101 前的資料，則同樣以此次之定義進行產製)

- ■ 分子：分母之案件中，有申報 P14XXX(即醫令前 3 碼為 P14 者)之 ID 歸戶人數。
- ■ 分母：門住診主次診斷為糖尿病(ICD_9_CM 前三碼為 250)且使用糖尿病用藥之 ID 歸戶人數。
- □ 糖尿病－門住診主次診斷 ICD_9_CM 前三碼為 250。
- □ 糖尿病用藥－指 ATC 前三碼為 A10。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(跨院歸戶)
  2.分區+縣市別(跨院歸戶)
  3.分區+總額部門(跨院歸戶)
  4.分區+總額部門+特約類別(跨院歸戶)
  5.分區+總額部門+特約類別＋院所(同院歸戶)
  6.分區+總額部門+特約類別＋院所+醫師(同醫師歸戶)

(259).氣喘方案照護率_主診斷_季

(建置時間：95/10/02)

- ■ 分子：分母之案件中，有申報 P16XXX(即醫令前 3 碼為 P16 者)之 ID 歸戶人數。
- ■ 分母：門住診主診斷為氣喘(ICD_9_CM 前三碼為 493)之 ID 歸戶人數。
- □ 氣喘－門住診主診斷 ICD_9_CM 前三碼為 493。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(跨院歸戶)
  2.分區+縣市別(跨院歸戶)
  3.分區+總額部門(跨院歸戶)
  4.分區+總額部門+特約類別(跨院歸戶)
  5.分區+總額部門+特約類別＋院所(同院歸戶)
  6.分區+總額部門+特約類別＋院所+醫師(同醫師歸戶)

(262).氣喘方案照護率_主次診斷_季

(建置時間：95/10/02)
(99/02/26 程式修正：修正原程式未抓取住院之次診斷代碼(三)、(四)的申報資料，並自 96 年起重新產製)

- ■ 分子：分母之案件中，有申報 P16XXX(即醫令前 3 碼為 P16 者)之 ID 歸戶人數。
- ■ 分母：門住診主次診斷為氣喘(ICD_9_CM 前三碼為 493)之 ID 歸戶人數。
- □ 氣喘－門住診主次診斷 ICD_9_CM 前三碼為 493。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(跨院歸戶)
  2.分區+縣市別(跨院歸戶)
  3.分區+總額部門(跨院歸戶)
  4.分區+總額部門+特約類別(跨院歸戶)
  5.分區+總額部門+特約類別＋院所(同院歸戶)
  6.分區+總額部門+特約類別＋院所+醫師(同醫師歸戶)

(266).高血壓方案照護率_主次診斷_季

(建置時間：95/10/02)

(99/02/26 程式修正：修正原程式未抓取住院之次診斷代碼(三)、(四)的申報資料，並自 96 年起重新產製)

- ■ 分子：分母之案件中，有申報 P18XXX(即醫令前 3 碼為 P18 者)之 ID 歸戶人數。
- ■ 分母：門住診主次診斷為高血壓(ICD_9_CM 前三碼為 401-404)之 ID 歸戶人數。
- □ 高血壓－門住診主次診斷 ICD_9_CM 前三碼為 401-404。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(跨院歸戶)
  2.分區+縣市別(跨院歸戶)
  3.分區+總額部門(跨院歸戶)
  4.分區+總額部門+特約類別(跨院歸戶)
  5.分區+總額部門+特約類別＋院所(同院歸戶)
  6.分區+總額部門+特約類別＋院所+醫師(同醫師歸戶)

(274).乳癌方案照護率_主診斷_季

(建置時間：95/10/02)

(97/07/21 修改定義移除主診斷碼 175(男性乳房惡性腫瘤)、233.8 修改為 238.3)

- ■ 分子：分母之案件中，有申報 P15XXX(即醫令前 3 碼為 P15 者)之 ID 歸戶人數。
- ■ 分母：門住診主診斷碼為 174、198.2、198.81、233.0、238.3、V580、V581 之 ID 歸戶人數。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(跨院歸戶)
  2.分區+縣市別(跨院歸戶)
  3.分區+總額部門(跨院歸戶)
  4.分區+總額部門+特約類別(跨院歸戶)
  5.分區+總額部門+特約類別＋院所(同院歸戶)
  6.分區+總額部門+特約類別＋院所+醫師(同醫師歸戶)

(276).乳癌方案照護率_主診斷_年

(建置時間：95/10/02)

(97/07/21 修改定義移除主診斷碼 175(男性乳房惡性腫瘤)、233.8 修改為 238.3)

- ■ 分子：分母之案件中，有申報 P15XXX(即醫令前 3 碼為 P15 者)之 ID 歸戶人數。
- ■ 分母：門住診主診斷碼為 174、198.2、198.81、233.0、238.3、V580、V581 之 ID 歸戶人數。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- ➢ 運算範圍：每年
- ➢ 展現維度：分區+總額部門+特約類別＋院所(同院歸戶)

(277).急診暫留 2 日以上案件比率（一）

(建置時間：95/11/13)

- ■ 分子：急診案件中(即從分母案件中)申報急診處暫留床醫令數超過 1 之案件數。
- ■ 分母：急診案件中申報急診處暫留床之案件數。
- □ 急診處暫留床醫令：前五碼為 03018、03019 任一項。
- □ 急診案件：案件分類=02。
- □ 急診處暫留床醫令數：門診醫令檔的總量欄位加總
- □ 資料範圍：西醫醫院。
- ➢ 運算範圍：每月(報表呈現每季彙總)
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+特約類別＋院所

(278).急診暫留 2 日以上案件比率（二）

(建置時間：95/11/13)

- ■ 分子：急診或住院案件中(即從分母案件中)，申報急診暫留床醫令數超過 1 之案件數。
- ■ 分母：急診待床案件數。
- □ 急診處暫留床醫令：前五碼為 03018、03019 任一項。
- □ 急診案件：案件分類=02。
- □ 病人來源：「PAT_SOUR」欄位為 2。
- □ 急診待床案件數：
  符合下列任一條件之案件，且排除重複之案件
  (1)急診案件中申報急診暫留床。
  (2)住院案件中申報急診暫留床。
  (3)住院案件中病人來源為急診。
- □ 排除重複之案件：因急診轉住院案件可合併申報亦可分開申報，因此同一次個案可能會在急診計算 1 次，在住院計算 1 次，故要依住院資料之 ID 及住院日期與急診資料 ID 及治療結束日（若無，則以就醫日期+急診暫留床醫令數之日期代替）比對，相同之案件則僅計算 1 次。
- □ 資料範圍：西醫醫院。
- ➢ 運算範圍：每月(報表呈現每季彙總)。
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+特約類別＋院所

(279).急診暫留 2 日以上未住院之案件比率

(建置時間：95/11/13)

- ■ 分子:急診案件(即從分母案件中)申報急診處暫留床醫令數超過 1 之案件數且「急診就醫日+急診處暫留床醫令數」得一日期，以此日期往後推 14 日內跨院無住院記錄(以 ID、住院日比對)之案件數。
- ■ 分母：急診案件中申報急診處暫留床之案件數。
- □ 急診處暫留床醫令：前五碼為 03018、03019 任一項。
- □ 急診案件：案件分類=02。
- □ 資料範圍：西醫醫院。
- ➢ 運算範圍：每月(報表呈現每季彙總)。
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+特約類別＋院所

(280)(281)(282).門診戒菸統計

(建置時間：95/11/13)

此統計由兩個指標組合而成：

1.門診戒菸佔總申請金額佔率

■ 分子：門診戒菸案件之申請金額。

■ 分母：門診申請總金額。

2.每人平均門診戒菸件數

■ 分子：門診戒菸案件總就診人次。

■ 分母：門診戒菸案件總就診人數。

□ 門診戒菸案件：案件分類＝B7

□ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。

➢ 運算範圍：每季

➢ 展現維度：1.分區

2.分區+總額部門

3.分區+總額部門+院所(所有院所)

4.分區+總額部門+院所(高就診量院所名單)

高就診量院所篩選條件：

符合第 2 或第 3 或第 4 項條件，且再符合第 1 項條件，則定義為高就診量院所。

【高就診量院所＝（2or3or4）and1】

(1)「戒菸案件申請金額佔率-季」＞15% 之院所。

(2)「門診戒菸案件人次-季」>=100 次，且「每人平均門診戒菸件數-季」>=3.5 次。

(3)該季該院所各月「門診戒菸案件總人次-月」皆>=300 次。

(4)該季該院所單月「門診戒菸案件總人次-月」>=1000 次。

(283).申請診察費次數 6 次(含以上)占率

(建置時間：95/11/13)

(99/02/26 定義修訂：增加專款專用案件定義「案件分類 22 且特定治療項目為 J7(腫瘤患者中醫輔助醫療試辦計畫)」，自 9801 開始重新產製)

(99/11/26 定義修訂：增加專款專用案件定義「案件分類 22 且特定治療項目為 CA(腦血管疾病後遺症門診照護計畫)」，自 9901 開始重新產製)

(102/06/18 定義修訂：1.排除條件：(1)增加任一特定治療項目 JA、JB。(2)「案件分類 22 且特定治療項目為 J8」自 98 年起刪除，「案件分類 22 且特定治療項目為 C9、C0」自 102 年起刪除。(3)「案件分類 25」改為不限制特定治療項目為 C6、C7。2.自費用年月 10201 起重新產製)

(104/07/17 定義修訂：1.排除案件分類 A3、30 案件。2.「案件分類 22 且特定治療項目為 CA」自 103 年起刪除，「案件分類 22 且特定治療項目為 J9」自 104 年起新增。3.自統計期間 10301 起重新產製)

(106/07/24 定義修訂：1.增加專款專用案件定義「案件分類 22 且特定治療項目為 JC、JD、JE、JF、JG、JH」。2.自統計期間 105 年起重新產製)

■ 分子：各分區各季同一院所同一人同一月份申報診察費 6 次(含以上)件數之總合。

■ 分母：各分區該季申報診察費之總件數。

□ 保險對象：身分證號相同者計一人。

□ 不含職業災害(案件分類 B6)案件、預防保健(案件分類 A3)、中醫特定疾病門診加強照護(案件分類 30)及中醫專款專用案件。

※中醫專款專用：符合下列任一條件

(1).案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)。

(2).案件分類：22，且任一特定治療項目為 C8、C9、C0、J8、J7、CA、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH。

✓ C8（腦血管疾病之西醫住院病患中醫輔助醫療）

✓ C9（小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫）[因自 102 年起不再試辦，回歸一般服務，費用年月 10201 起刪除]

✓ C0（小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫）[因自 102 年起不再試辦，回歸一般服務，費用年月 10201 起刪除]

✓ J8（褥瘡之西醫住院病患中醫輔助醫療）[費用年月 9801 起刪除]

✓ J7（腫瘤患者中醫輔助醫療試辦計畫）

✓ CA（腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫）[因自 103 年起不再試辦，回歸一般服務，費用年月 10301 起刪除]

✓ J9(中醫提升孕產照護品質計畫)[費用年月 10401 起新增]

✓ JC(顱腦損傷西醫住院中醫輔助醫療試辦計畫)

✓ JD(脊髓損傷西醫住院中醫輔助醫療試辦計畫)

✓ JE(乳癌中醫門診加強照護醫療)
✓ JF(肝癌中醫門診加強照護醫療)
✓ JG(學齡兒童過敏性鼻炎照護計畫)
✓ JH（癌症放化療者中醫門診照護試辦計畫）

(3).任一特定治療項目(CURE_ITEM1~CURE_ITEM4)為 JA、JB

✓ JA(收容對象醫療服務計畫—矯正機關內門診)[費用年月 10201 起新增]
✓ JB（收容對象醫療服務計畫—戒護就醫）[費用年月 10201 起新增]

□ 排除診察費＝0 之案件。

□ 範例說明：統計期間 9710，在 A 院所
甲病患就診 8 次、乙病患就診 7 次、丙病患就診 5 次
就 A 院所在 9710 而言：
分母=8+7+5=20；
分子=8(>=6)+7(>=6)=15。

□ 資料範圍：中醫、牙醫門診總額。

➢ 運算範圍：每月(報表呈現每季彙總)。

➢ 展現維度：1.分區
2.分區+總額部門
3.分區+總額部門＋院所

(284).同院針傷及內科案件交替比率_月

(建置時間：95/11/13)

(99/02/26 定義修訂：增加專款專用案件定義「案件分類 22 且特定治療項目為 J7(腫瘤患者中醫輔助醫療試辦計畫)」，自 9801 開始重新產製)

(99/11/26 定義修訂：增加專款專用案件定義「案件分類 22 且特定治療項目為 CA(腦血管疾病後遺症門診照護計畫)」，自 9901 開始重新產製)

(102/06/18 定義修訂：1.排除條件：(1)增加任一特定治療項目 JA、JB。(2)「案件分類 22 且特定治療項目為 J8」自 98 年起刪除，「案件分類 22 且特定治療項目為 C9、C0」自 102 年起刪除。(3)「案件分類 25」改為不限制特定治療項目為 C6、C7。2.自費用年月 10201 起重新產製)

(106/07/24 定義修訂：1.增加專款專用案件定義「案件分類 22 且特定治療項目為 J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH」。2.刪除「案件分類 22 且特定治療項目為 CA」。3.自統計期間 105 年起重新產製)

- ■ 分子：各分區該季當月份同時申報針傷及內科案件人數之總合。
- ■ 分母：各分區該季當月份總申報人數。
- □ 保險對象：身分證號相同者計一人。
- □ 針傷案件(26 或 29 案件)。
- □ 內科案件為(21，22，24，28 案件)。
- □ 不含職業災害（案件分類 B6）案件及中醫專款專用案件。

※中醫專款專用：符合下列任一條件

(1).案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)。

(2).案件分類：22，且任一特定治療項目為 C0、C8、C9、J8、J7、CA、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH。

- ✓ C8（腦血管疾病之西醫住院病患中醫輔助醫療）
- ✓ C9（小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫）[因自 102 年起不再試辦，回歸一般服務，費用年月 10201 起刪除]
- ✓ C0（小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫）[因自 102 年起不再試辦，回歸一般服務，費用年月 10201 起刪除]
- ✓ J8（褥瘡之西醫住院病患中醫輔助醫療）[費用年月 9801 起刪除]
- ✓ J7（腫瘤患者中醫輔助醫療試辦計畫）
- ✓ CA（腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫）[因自 103 年起不再試辦，回歸一般服務，費用年月 10301 起刪除]
- ✓ J9(中醫提升孕產照護品質計畫)
- ✓ JC(顱腦損傷西醫住院中醫輔助醫療試辦計畫)
- ✓ JD(脊髓損傷西醫住院中醫輔助醫療試辦計畫)
- ✓ JE(乳癌中醫門診加強照護醫療)

✓ JF(肝癌中醫門診加強照護醫療)

✓ JG(學齡兒童過敏性鼻炎照護計畫)

✓ JH（癌症放化療者中醫門診照護試辦計畫）

(3).任一特定治療項目(CURE_ITEM1~CURE_ITEM4)為 JA、JB

✓ JA(收容對象醫療服務計畫—矯正機關內門診)[費用年月 10201 起新增]

✓ JB（收容對象醫療服務計畫—戒護就醫）[費用年月 10201 起新增]

- ☐ 先運算出「分區+院所」此維度組合的分子分母，而「分區」維度組合的分子分母則是由「分區+院所」之分子分母直接往上累加。
- ☐ 資料範圍：中醫門診總額。
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+院所

(285).同院針傷及內科案件交替比率_季

(建置時間：95/11/13)

(99/02/26 定義修訂：增加專款專用案件定義「案件分類 22 且特定治療項目為 J7(腫瘤患者中醫輔助醫療試辦計畫)」，自 98Q1 開始重新產製)

(99/11/26 定義修訂：增加專款專用案件定義「案件分類 22 且特定治療項目為 CA(腦血管疾病後遺症門診照護計畫)」，自 9901 開始重新產製)

(102/06/18 定義修訂：1.排除條件：(1)增加任一特定治療項目 JA、JB。(2)「案件分類 22 且特定治療項目為 J8」自 98 年起刪除，「案件分類 22 且特定治療項目為 C9、C0」自 102 年起刪除。(3)「案件分類 25」改為不限制特定治療項目為 C6、C7。2.自費用年月 10201 起重新產製)

(106/07/24 定義修訂：1.增加專款專用案件定義「案件分類 22 且特定治療項目為 J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH」。2.刪除「案件分類 22 且特定治療項目為 CA」。3.自統計期間 105 年起重新產製)

- ■ 分子：各分區該季當月份同時申報針傷及內科案件人數之總合。
- ■ 分母：各分區該季當月份總申報人數。
- □ 保險對象：身分證號相同者計一人。
- □ 針傷案件(26 或 29 案件)。
- □ 內科案件為(21，22，24，28 案件)。
- □ 不含職業災害（案件分類 B6）案件及中醫專款專用案件。

※中醫專款專用：符合下列任一條件

(1).案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)。

(2).案件分類：22，且任一特定治療項目為 C0、C8、C9、J8、J7、CA、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH。

- ✓ C8（腦血管疾病之西醫住院病患中醫輔助醫療）
- ✓ C9（小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫）[因自 102 年起不再試辦，回歸一般服務，費用年月 10201 起刪除]
- ✓ C0（小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫）[因自 102 年起不再試辦，回歸一般服務，費用年月 10201 起刪除]
- ✓ J8（褥瘡之西醫住院病患中醫輔助醫療）[費用年月 9801 起刪除]
- ✓ J7（腫瘤患者中醫輔助醫療試辦計畫）
- ✓ CA（腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫）[因自 103 年起不再試辦，回歸一般服務，費用年月 10301 起刪除]
- ✓ J9(中醫提升孕產照護品質計畫)
- ✓ JC(顱腦損傷西醫住院中醫輔助醫療試辦計畫)
- ✓ JD(脊髓損傷西醫住院中醫輔助醫療試辦計畫)
- ✓ JE(乳癌中醫門診加強照護醫療)

✓ JF(肝癌中醫門診加強照護醫療)

✓ JG(學齡兒童過敏性鼻炎照護計畫)

✓ JH（癌症放化療者中醫門診照護試辦計畫）

(3).任一特定治療項目(CURE_ITEM1~CURE_ITEM4)為 JA、JB

✓ JA(收容對象醫療服務計畫—矯正機關內門診)[費用年月 10201 起新增]

✓ JB（收容對象醫療服務計畫—戒護就醫）[費用年月 10201 起新增]

- □ 先運算出「分區+院所」此維度組合的分子分母，而「分區」維度組合的分子分母則是由「分區+院所」之分子分母直接往上累加。
- □ 資料範圍：中醫門診總額。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+院所

(286).慢性病案件平均每件給藥日份

(建置時間：95/11/13)

- ■ 分子：各分區該季慢性病案件「給藥日份」欄位數值之總合。
- ■ 分母：各分區該季慢性病案件給藥案件之件數總合。
- □ 給藥案件：以下任一條件成立
  (1)藥費不為 0。
  (2)給藥天數不為 0。
  (3)處方調劑方式為 1、0、6 其中一種。
- □ 慢性病案件：
  (1)西醫 04 及 08 案件。
  (2)中醫 24 及 28 案件。
- □ 資料範圍：醫院、西醫基層、中醫門診總額。
- ➢ 運算範圍：每月(報表呈現每季彙總)。
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+總額部門
  3.分區+總額部門+院所

(287).就醫人數成長率

(建置時間：95/11/13)

- ■ 分子：當季就醫人數-去年同季就醫人數
- ■ 分母：去年同季就醫人數
- □ 保險對象：身分證號相同者計一人。
- □ 資料範圍：醫院、西醫基層、中醫門診總額。
- ➢ 運算範圍：每季。
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+總額部門
  3.分區+總額部門+院所

(293).糖尿病病患尿液生化檢查執行率_季

(建置時間：96/06/28)

(101/03/19 定義修訂：(1)修訂分母糖尿病用藥定義，由原 ATC 前五碼為(A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE)改為 ATC 前三碼為 A10(2)自統計期間 10101 開始依新定義產製；若需產製 10101 前的資料，則同樣以此次之定義進行產製)

- ■ 分子：分母 ID 中，在統計期間有執行尿液生化檢查之病人 ID 歸戶人數。
- ■ 分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。
- □ 糖尿病－任一主、次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 250 之門診案件。
- □ 糖尿病用藥－指 ATC 前三碼為 A10。
- □ 尿液生化檢查係指申報醫令代碼前五碼為 06013 之案件。
- □ 計算符合分母條件之 ID 時，主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。
- □ 計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，只要該 ID 於統計期間有執行尿液生化檢查即成立。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- ➢ 運算範圍：每季。
- ➢ 展現維度：分區+院所(分子跨院勾稽)

(295).糖尿病病患血液肌酸酐檢查執行率_季

(建置時間：96/06/28)

(101/03/19 定義修訂：(1)修訂分母糖尿病用藥定義，由原 ATC 前五碼為(A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE)改為 ATC 前三碼為 A10(2)自統計期間 10101 開始依新定義產製；若需產製 10101 前的資料，則同樣以此次之定義進行產製)

- ■ 分子：分母 ID 中，在統計期間有執行血液肌酸酐檢查之病人 ID 歸戶人數。
- ■ 分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。
- □ 糖尿病－任一主、次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 250 之門診案件。
- □ 糖尿病用藥－指 ATC 前三碼為 A10。
- □ 血液肌酸酐檢查係指申報醫令代碼前五碼為 09015 之案件。
- □ 計算符合分母條件之 ID 時，主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。
- □ 計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，只要該 ID 於統計期間有執行血液肌酸酐檢查即成立。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- ➢ 運算範圍：每季。
- ➢ 展現維度：分區+院所(分子跨院勾稽)

(297)(298).門診手術 2 日內再急診/再住院率

(建置時間：96/8/10)

- ■ 分子 1(指標 297)：門診手術後 2 日(含)內再急診的人次。
- ■ 分子 2(指標 298)：門診手術後 2 日(含)內再急診或再住院的人次。
- ■ 分母：門診手術人次。
- □ 門診手術:醫令代碼前 2 碼為 62-88 且醫令代碼長度為 6 或 7 且排除案件分類「02」(急診)；
  門診手術係指門診醫令申報符合本署支付標準第二部第二章第七節(手術章節)者。
- □ 急診係指門診案件分類「02」，住院係指申報住院者。
- □ 2 日(含)內：例如 7/23 施行門診手術，則 7/23~7/25 有再急診(或再住院)者為符合分子條件。
- □ 判定分子有無再急診或再住院時：
  (1)用分母之 ID 進行勾稽。
  (2)分母部分若治療結束日不為空白，取治療結束日否則取就醫日期。
  (3)分子部分之再急診採用就醫日期與分母進行比對；再住院採用入院日與分母進行比對。
- □ 分母依不同維度同 1 人同 1 日若有多種手術僅計算 1 次，例如：
- □ 甲在同一天分別在西醫醫院總額下的 A 院所進行 2 次手術、B 院所 1 次手術，則在院所維度下 A、B 院所各計 1 次；而在總額部門維度下則僅只計為 1 次。
- □ 分子 2 日(含)內若有多次急診(或住院)亦僅採計 1 次。
- □ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- ➢ 運算範圍：每季。
- ➢ 展現維度：1.分區(分子跨院勾稽)
  2.分區+總額部門(分子跨院勾稽)
  3.分區+總額部門+院所(分子跨院勾稽)

(300).門診急重症病患服務點數佔率

(建置時間：96/01/15)
(97/07/18 修訂：罕病使用版本)
(100/06/16 修訂：(1)操作型定義及罕病版本(2)產製院所別明細(3)自統計期間 9901 重新產製)

■ 分子：急重症案件申報門診醫療費用點數
■ 分母：門診申報醫療費用點數
□ 資料範圍：門診(西醫醫院)
□ 醫療費用點數：申請金額+部分負擔
□ 急重症案件定義：符合下列任一條件
(1)急診案件：案件類別為 02
(2)癌症病患案件或性態未明腫瘤案件或做化學治療或同時做放射線治療案件。
※癌症病患：主診斷前三碼為 140~176、179~208
※性態未明腫瘤：主診斷前三碼為 235~238
※做化學治療或同時做放射線治療：主診斷為 V58.0、V58.1、V67.1、V67.2。
(3)先天性凝血因子異常案件或後天凝血因子異常案件
※先天性凝血因子異常：任一主、次診斷前四碼為 2860、2861、2862、2863。
※後天凝血因子異常：任一主、次診斷前四碼為 2867。
(4)罕見疾病案件：部分負擔代碼＝001 且主、次診斷任一亦符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼之所有案件且領有重大傷病卡者。
※罕見疾病診斷碼：使用版本如下
費用年月 9401~9609：使用衛生福利部 95.9 公告版本
費用年月 9610~9701：使用衛生福利部 96.10 公告版本
費用年月 9702~9906：使用衛生福利部 97.2 公告版本
費用年月 9907~新版本公告前：使用衛生福利部 99.7 公告版本
※重大傷病卡：重大傷病檔「罕病註(RARE_SICK_MARE)」為「Y」且生效起迄日不為空白者。
(5)接受腎臟、心臟、肺臟、肝臟、胰臟及骨髓移植後之追蹤治療案件：
任一主、次診斷前四碼為 V420、V421、V426、V427、V428 或任一主、次診斷為 99681、99682、99683、99684、99685、99686。

➢ 運算範圍：每月(報表呈現可累加至季)
➢ 展現維度：維度間可向上累加
1.分區
2.分區+特約類別
3.分區+院所
4.分區+院所+科別

(301).住診急重症病患服務點數佔率

(建置時間：96/01/15)
(97/07/18 修訂：罕病使用版本)
(100/06/16 修訂：(1)操作型定義、DRG 權值及罕病版本(2)產製院所別明細
(3)自統計期間 9901 重新產製)
(102/01/08 修訂名稱：因設置標準修訂，自 102 年 1 月 1 日起，原 RCC 名稱改為亞急性呼吸照護病房)
(106/02/22 修訂：接受腎臟、心臟、肺臟、肝臟、胰臟及骨髓移植後之追蹤治療案件部份 ICD10 碼從全碼改抓為前四或五碼(D8981、T860、T861、T862、T863、T864、T868)，自統計期間 10501 重新產製)
(106/08/07 修訂:(1)DRGs 權值隨 Tw-DRGs 適用權重表更新(使用 DRG3.4 版適用 105 年 1-3 月、4-8 月、9-12 月及 106 年 1 月起權重)。(2)自 10501 起重新產製。)

■ 分子：急重症案件申報住診醫療費用點數
■ 分母：住診申報醫療費用點數
□ 資料範圍：住院(西醫醫院)
※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)
□ 醫療費用點數：申請金額+部分負擔
□ 急重症案件定義：符合下列任一條件
(1)6 歲(含)以下由急診轉入院之病患：即年齡<=6 且病患來源='2'。
(2)DRGs 權值>2 之中高嚴重度疾病：DRGs 權值採用 Tw-DRG 分類表(3.2 版-981217 令修正)；自費用年月 10501 起則採用 Tw-DRGs 適用權重表。
(3)12 歲(含)以下長期使用呼吸器案件，以及入住 ICU、亞急性呼吸照護病房長期呼吸器依賴者：即年齡<=12 且入住 ICU 期間有使用呼吸器或年齡<=12 且入住亞急性呼吸照護病房)。
※呼吸器醫令：57001B、57002B、57023B。
※ICU 醫令：03009K，03023A，03024B，03010E，03011F，03012G，03013H，03014A，03015B，03025B，03016B，03017A，03022K。
※亞急性呼吸照護病房醫令：P1005K，P1006K，P1007A，P1008A，03012GA，03013HA 且醫令類別=2。
※ICU 期間有使用呼吸器之判斷邏輯：
同一案件中，先分別找出有申報 ICU 醫令及使用呼吸器的醫令資料；再比對彼此間的醫令執行起迄時間是否有重疊發生，若有，則此案件符合 ICU 期間有使用呼吸器之條件。
(4)癌症病患案件或性態未明腫瘤案件或做化學治療或同時做放射線治療案件。
※癌症病患：主診斷前三碼為 140~176、179~208。
※性態未明腫瘤：主診斷前三碼為 235~238。
※做化學治療或同時做放射線治療：主診斷為 V58.0、V58.1、V67.1、V67.2。

(5)先天性凝血因子異常案件或後天凝血因子異常案件。

※先天性凝血因子異常：任一主、次診斷前四碼為 2860、2861、2862、2863。

※後天凝血因子異常：任一主、次診斷前四碼為 2867。

(6)罕見疾病案件：部分負擔代碼＝001 且主、次診斷任一亦符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼之所有案件且領有重大傷病卡者。

※罕見疾病診斷碼：使用版本如下

費用年月 9401~9609：使用衛生福利部 95.9 公告版本

費用年月 9610~9701：使用衛生福利部 96.10 公告版本

費用年月 9702~9906：使用衛生福利部 97.2 公告版本

費用年月 9907~10412：使用衛生福利部 99.7 公告版本

費用年月 10501~新版本公告前：使用 10412 修正 ICD10 版本。

※重大傷病卡：重大傷病檔「罕病註(RARE_SICK_MARE)」為「Y」且生效起迄日不為空白者。

(7)接受腎臟、心臟、肺臟、肝臟、胰臟及骨髓移植後之追蹤治療案件：

任一主、次診斷前四碼為 V420、V421、V426、V427、V428 或任一主、次診斷為 99681、99682、99683、99684、99685、99686。

- □ 年齡定義：(入院年–出生年)
- ➢ 運算範圍：每月(報表呈現可累加至季)
- ➢ 展現維度：維度間可向上累加

1.分區

2.分區+特約類別

3.分區+院所

4.分區+院所+科別

(302～307).以 DRGs 校正之住院案件出院後 3 日內、14 日內、30 日內再住院率

(TW-DRG 第三版)

(建置時間：96/1/15)

- ■ 分子 1(指標 302)：住院 DRGs 案件之出院後 3 日內再住院率
- ■ 分子 2(指標 303)：住院 DRGs 案件之出院後 14 日內再住院率
- ■ 分子 3(指標 304)：住院 DRGs 案件之出院後 30 日內再住院率

- ■ 分母 1(指標 305)：$CMI_{_3\ 日內再住院率}$
- ■ 分母 2(指標 306)：$CMI_{_14\ 日內再住院率}$
- ■ 分母 3(指標 307)：$CMI_{_30\ 日內再住院率}$

※若要計算「以 DRGs 校正之住院案件出院後 3 日內再住院率」請將指標 302 數值除以指標 305 數值

※若要計算「以 DRGs 校正之住院案件出院後 14 日內再住院率」請將指標 303 數值除以指標 306 數值

※若要計算「以 DRGs 校正之住院案件出院後 30 日內再住院率」請將指標 304 數值除以指標 307 數值

□ 分子定義：

住院 DRGs 之出院後 3 日，14 日，30 日內再住院案件數/DRGs 出院案件數

- ● DRGs 出院案件需符合下列條件：
  1. 住院案件 DRG 需為本署醫管組提供的 DRG 碼範圍(代碼請參考下頁 DRG 範圍表)
  2. 限制出院日在本月，住院日在上月或本月，按院所、住院日、ID、生日歸戶，取出院日最晚的那一筆為代表作為一個案件。(若相同院所、住院日、ID、生日、出院日仍有多筆，則取申報期間(起)最晚的當代表)
- ● 再住院案件數：

  以出院案件為母體，按[ID，生日]勾稽距離出院日 0 至 3，14，30 日內含跨院的住院案件。
- ● 出院案件母體及再住院勾稽檔均排除下列十一種情形後再行統計

  (一)精神科個案(就醫科別=13)

  (二)乳癌試辦案件(案件分類 4+病患來源 N 或 R 或 C)

  (三)化學治療及放射線治療(主次診斷 V58.0、V58.1)

  (四)早產安胎個案(ICD–9–CM：64403)(主診斷)

  (五)罕見疾病(ICD-9-CM：2775)—黏多醣症(主診斷)

  (六)轉院案件(轉歸代碼 5、6 或 7)

  (七)新生兒未領卡(部份負擔註記 903)

  (八)血友病(ICD-9-CM：2860、2861、2862、2863)(主診斷)

(九)冠狀動脈繞道手術（CABG）醫令代碼前 5 碼為 68023、68024、68025 及論病例計酬代碼 97901K、97902A、97903B、97906K、97907A、97908B、97911K、97912A、97913B

(十)放置血管支架

同時申報「經皮冠狀動脈擴張術（PTCA）」及血管支架之案件

※「經皮冠狀動脈擴張術（PTCA）」醫令代碼前 5 碼為 33076、33077、33078，輪病例計酬代碼 97511K、97512A、97513B、97516K、97517A、97518B、97521K、97522A、97523B

※特材代碼前 5 碼為「CBP01」且單價為 22750 或 36750（92 年前價格為 49000 或 54000）

(十一)器官移植(醫令代碼前 5 碼)

1. 心臟移植：68035
2. 肺臟移植：68037（單肺）、68047（双肺）
3. 肝臟移植：75020
4. 腎臟移植：76020

□ 分母定義：

Σ(各 DRGs 案件數＊各 DRGs 相對權重_3 日、14 日、30 日內再住院率)/DRGs 總案件數。

● 各 DRGs 相對權重_3 日、14 日、30 日內再住院率＝

全國各 DRGs 之 3 日、14 日、30 日內再住院率/全國所有 DRGs 案件之 3 日、14 日、30 日內再住院率。(以 94 年住診 DRGs 資料計算)

➢ 運算範圍：每月(報表呈現可累加至季)

➢ 展現維度：1.分區

2.分區+特約類別

3.分區+院所

4.MDC

5.分區+MDC

6.分區+院所+MDC

➢ DRG 運算範圍：

008	253	498	04102	09702	14502	20903	28801	37501	46103
018	254	499	04103	09801	14503	21201	28802	37502	46201
019	255	500	04104	09802	14601	21202	28501	37701	46202
024	257	501	03601	09803	14602	21301	28502	37702	46203
025	258	502	03602	09804	14701	21302	28701	37703	46204
031	259	510	04201	09901	14702	21303	28702	37704	46801
032	260	511	04202	09902	14801	21304	28901	37705	46802
034	261	00101	03901	09903	14802	21305	28902	37601	46803
035	263	00102	03902	10001	14803	21306	29101	37602	46804
046	264	00201	03801	10002	14804	21601	29102	37603	47101
047	265	00202	03802	10003	14805	21602	29401	37604	47102
048	266	00301	04301	10101	14901	21701	29402	37605	47103
052	269	00302	04302	10102	14902	21702	29501	37901	47501
058	270	00401	04401	10103	14903	21703	29502	37902	47502
059	271	00402	04402	10104	14904	21704	29601	37903	47601

060	274	00501	04501	10105	14905	21801	29602	38101	47602
062	275	00502	04502	10106	15401	21802	29701	38102	47701
065	277	00601	04901	10201	15402	21901	29702	38001	47702
068	278	00602	04902	10202	15403	21902	29801	38002	47703
069	280	00701	05301	10203	15404	22001	29802	38301	47704
070	281	00702	05302	10204	15501	22002	29803	38302	47801
071	282	00703	05401	10205	15502	22003	29804	39201	47802
072	290	00704	05402	10206	15503	22004	29901	39202	47803
082	292	00901	05601	10301	15504	23101	29902	39301	47901
085	293	00902	05602	10302	15601	23102	29903	39302	47902
086	304	00903	05701	10401	15602	23001	29904	39401	47903
089	305	00904	05702	10402	15603	23002	30001	39402	48001
090	308	00905	05001	10403	15604	22601	30002	39501	48002
092	309	01001	05002	10404	15605	22602	30101	39502	48101
093	306	01002	05101	10405	15606	22701	30102	39503	48102
094	307	01101	05102	10406	15607	22702	30201	39601	48201
095	310	01102	05501	10407	15608	22501	30202	39602	48202
107	311	01201	05502	10408	15701	22502	30301	39603	48301
109	312	01202	06101	10501	15702	23201	30302	39701	48302
112	313	01203	06102	10502	15801	23202	31501	39702	48401
116	314	01301	06301	10503	15802	23501	31502	39703	48402
124	317	01302	06302	10504	16301	23502	31601	39704	48501
125	318	01303	06401	10505	16302	23503	31602	39705	48502
126	319	01304	06402	10506	17201	23504	31603	39706	48601
129	320	01401	06403	10507	17202	23601	31604	39801	48602
132	321	01402	06404	10508	17203	23602	32201	39802	48701
133	325	01403	06601	10801	17301	23701	32202	39803	48702
135	326	01404	06602	10802	17302	23702	32301	39804	49101
136	328	01405	06701	10601	17303	23801	32302	39901	49102
141	329	01406	06702	10602	17401	23802	32401	39902	49501
142	331	01501	07301	11001	17402	23803	32402	39903	49502
143	332	01502	07302	11002	17403	23804	32701	39904	50301
150	334	01503	07401	11003	17404	23805	32702	40001	50302
151	335	01504	07402	11004	17501	23806	33001	40002	50401
152	336	01505	07501	11101	17502	23901	33002	40301	50402
153	337	01506	07502	11102	17503	23902	33301	40302	50403
159	338	01601	07503	11103	17504	24001	33302	40401	50404
160	344	01602	07504	11104	17601	24002	33901	40402	50405
161	346	01701	07601	11301	17602	24003	33902	40801	50501
162	347	01702	07602	11302	17603	24101	34001	40802	50502
164	348	02001	07603	11501	17604	24102	34002	41101	50503
165	349	02002	07701	11502	17901	24103	34101	41102	50504
166	354	02003	07702	11401	17902	24201	34102	41501	50505
167	355	02004	07703	11402	17903	24202	34201	41502	50601
168	358	02101	07801	11701	18401	24203	34202	41601	50602
169	359	02102	07802	11702	18402	24204	34301	41602	50603
170	363	02103	07901	11801	18701	24205	34302	41701	50604
171	364	02104	07902	11802	18702	24206	34501	41702	50605
177	369	02201	07903	11901	18703	24301	34502	41801	50606
178	370	02202	07904	11902	18801	24302	35001	41802	50701
180	371	02301	07905	12001	18802	24601	35002	41803	50702
181	372	02302	08001	12002	18803	24602	35201	41804	50703
182	378	02601	08002	12101	18804	24701	35202	42101	50704

183	382	02602	08003	12102	18805	24702	35203	42102	50705
185	384	02701	08004	12201	18901	24801	35204	42201	50801
186	401	02702	08005	12202	18902	24802	35205	42202	50802
191	402	02801	08101	12301	18903	24901	35301	42301	50803
192	406	02802	08102	12302	18904	24902	35302	42302	50804
193	407	02803	08103	12701	18905	25601	35701	42303	50901
194	412	02901	08104	12702	19001	25602	35702	42304	50902
195	413	02902	08105	12801	19002	26201	36101	43901	50903
196	414	02903	08106	12802	19003	26202	36102	43902	50904
197	419	03001	08107	13001	19004	26701	36001	44001	N01
198	420	03002	08108	13002	19005	26702	36002	44002	N02
199	442	03003	08109	13101	19006	26801	35601	44101	N03
205	443	03004	08301	13102	19007	26802	35602	44102	N04
206	444	03005	08302	13401	19008	27201	36501	44601	N05
207	445	03006	08303	13402	19009	27202	36502	44602	N06
208	452	03301	08401	13701	19010	27203	36601	44701	N07
210	453	03302	08402	13702	20001	27301	36602	44702	N08
211	454	03701	08403	13801	20002	27302	36603	44801	N09
223	455	03702	08701	13802	20101	27303	36604	44802	N10
224	463	03703	08702	13803	20102	27601	36701	44901	N11
228	464	03704	08703	13901	20201	27602	36702	44902	N12
229	465	03705	08704	13902	20202	27901	36703	45001	N13
233	466	03706	08801	13903	20301	27902	36704	45002	N14
234	467	03707	08802	14001	20302	28301	36801	45101	N15
244	469	04001	09101	14002	20401	28302	36802	45102	N16
245	493	04002	09102	14401	20402	28401	37301	45103	N17
250	494	04003	09601	14402	20403	28402	37302	45104	N18
251	496	04004	09602	14403	20901	28601	37401	46101	N19
252	497	04101	09701	14501	20902	28602	37402	46102	

(308)(309).以 DRGs 校正之住院案件出院後 3 日內急診率(TW-DRG 第三版)

(建置時間：96/1/15)

■ 分子(指標 308)：住院 DRGs 案件之出院後 3 日內急診率

■ 分母(指標 309)：CMI_3 日內急診率

※若要計算「以 DRGs 校正之住院案件出院後 3 日內急診率」請將指標 308 數值除以指標 309 數值

□ 分子定義：

住院 DRGs 之出院後 3 日內急診案件數/DRGs 出院案件數

● DRGs 出院案件需符合下列條件：

1. 住院案件 DRG 需為本署醫管組提供的 DRG 碼範圍(代碼請參考指標 302 之 DRG 範圍說明)
2. 限制出院日在本月，住院日在上月或本月，按院所、住院日、ID、生日歸戶，取出院日最晚的那一筆為代表作為一個案件。(若相同院所、住院日、ID、生日、出院日仍有多筆，則取申報期間(起)

● 3 日內急診案件數：

以出院案件為母體，按[ID，生日]勾稽距離出院日 0 至 3 日內含跨院的急診案件。(急診案件定義：案件分類 02，且部分負擔第 2 碼為 0)

● 出院案件母體及急診勾稽檔均排除下列九種情形後再行統計

(一)精神科個案(就醫科別=13)

(二)乳癌試辦案件(案件分類 4+病患來源 N 或 R 或 C)

(三)化學治療及放射線治療(主次診斷 V58.0、V58.1)(主次診斷)

(四)早產安胎個案(ICD–9–CM：64403)(主診斷)

(五)罕見疾病(ICD-9-CM：2775)—黏多醣症(主診斷)

(六)轉院案件(轉歸代碼 5、6 或 7)

(七)新生兒未領卡(部份負擔註記 903)

(八)血友病(ICD-9-CM：2860、2861、2862、2863)(主診斷)

(九)器官移植(醫令代碼前 5 碼)

1. 心臟移植：68035
2. 肺臟移植：68037（單肺）、68047（双肺）
3. 肝臟移植：75020
4. 腎臟移植：76020

□ 分母定義：

Σ(各 DRGs 案件數＊各 DRGs 相對權重_3 日內急診率)/DRGs 總案件數。

● 各 DRGs 相對權重_3 日內急診率=全國各 DRGs 之 3 日內急診率/全國所有 DRGs 案件之 3 日內急診率。(以 94 年住診 DRGs 資料計算)

➢ 運算範圍：每月(報表呈現可累加至季)

➢ 展現維度：1.分區

2.分區+特約類別
3.分區+院所
4.MDC
5.分區+MDC
6.分區+院所+MDC

(310)(311).以 DRGs 校正之住院案件平均住院天數(TW-DRG 第三版)

(建置時間：96/1/15)

■ 分子(指標 310)：住院 DRGs 案件之平均住院天數

■ 分母(指標 311)：$CMI_{平均住院天數}$

※若要計算「以 DRGs 校正之住院案件平均住院天數」請將指標 310 數值除以指標 311 數值

□ 分子定義：

住院 DRGs 案件之總住院天數/DRGs 總案件數

● DRGs 案件需符合下列條件：

1. 住院案件 DRG 需為本署醫管組提供的 DRG 碼範圍(代碼請參考指標 302 之 DRG 範圍說明)
2. 限制出院日在本月，住院日在上月或本月，按院所、住院日、ID、生日歸戶，取出院日最晚的那一筆為代表作為一個案件。(若相同院所、住院日、ID、生日、出院日仍有多筆，則取申報期間(起)

● 住院天數=出院日-住院日(當日入出院計為 0 天)

□ 分母定義：

Σ(各 DRGs 案件數＊各 DRGs 相對權重$_{平均住院天數}$)/DRGs 總案件數。

● 各 DRGs 相對權重$_{平均住院天數}$=全國各 DRGs 之平均住院天數/全國所有 DRGs 案件之平均住院天數。(以 94 年住診 DRGs 資料計算)

➢ 運算範圍：每月(報表呈現可累加至季)

➢ 展現維度：1.分區
2.分區+特約類別
3.分區+院所
4.MDC
5.分區+MDC
6.分區+院所+MDC

(351).手術傷口感染_表層感染率

(建置時間：96/3/9)

- ■ 分子：分母案件中，人工膝關節置換後 3 個月(90 天)內發生手術傷口感染之案件數。
- ■ 分母：當季內醫院人工膝關節置換術執行案件數。
- □ 人工膝關節置換執行案件數：
  醫令代碼為 64164B 且醫令類別為 2 或醫令代碼為 97805K、97806A、97807B 之住院案件。
- □ 手術傷口感染：((1)or(2))and(3)：
  西醫醫院及西醫基層之門、住案件，(1)有執行 48004C、48005C、48006C 或(2)任一診斷碼為 99660、99666、99667、99669、9985、73025、73026、73028、71105、71106、71108 且(3)於術後 7 日後有使用抗生素藥品者。
  ※術後 7 日後有使用抗生素藥品：
  抗生素醫令迄日(取最大的迄日)-手術醫令起日>=7
  ※抗生素藥品：ATC7 分類碼為 J01CA12、J01CF01、J01CF02、J01CA04、J04CA05、J01DA11、J01DA24、J01EA01、J01EC01、J01XA01、J01XA02、J01DD02、J01DE01、A07AA09 之藥品。
- □ 勾稽 90 天內是否有發生手術傷口感染時，以實施人工膝關節置換的案件裡，最早的醫令起日往後勾稽 90 天。若勾稽到本身住院案件也需列入分子。
- □ 跨院勾稽。
- ➢ 運算範圍：每季(分子部分需往後勾稽 3 個月資料)
- ➢ 展現維度：1.分區(當季)
  2.分區+特約類別(當季)
  3.分區+特約類別+院所(當季)

(351.01).手術傷口感染_表層感染率

(建置時間：101/09/04)

■ 分子：分母案件中，人工膝關節置換後 3 個月(90 天)內發生手術傷口感染之案件數。

■ 分母：當季內醫院人工膝關節置換術執行案件數。

□ 資料範圍：1.分母為住院全部資料。
2.分子為住院(西醫基層+西醫醫院)及門診(西醫基層+西醫醫院)。
3.以上皆需排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA；住院案件分類只計 1、2、3、4、5、6 即可排除代辦案件。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。

□ 人工膝關節置換執行案件數：
醫令代碼為 64164B 且醫令類別為 2 或醫令代碼為 97805K、97806A、97807B 之住院案件。

□ 手術傷口感染：((1)or(2))and(3)：
跨院勾稽西醫醫院及西醫基層之門、住案件，(1)有執行 48004C、48005C、48006C 或(2)任一診斷碼為 99660、99666、99667、99669、9985、73025、73026、73028、71105、71106、71108 且(3)於術後 7 日後有使用抗生素藥品者。
※術後 7 日後：抗生素醫令迄日(取最大的迄日)-手術醫令起日>=7
※抗生素藥品：ATC7 分類碼為 J01CA12、J01CF01、J01CF02、J01CA04、J04CA05、J01DA11、J01DA24、J01EA01、J01EC01、J01XA01、J01XA02、J01DD02、J01DE01、A07AA09 之藥品。

□ 勾稽 90 天內是否有發生手術傷口感染時，以實施人工膝關節置換的案件裡，最早的醫令起日往後勾稽 90 天。若勾稽到本身住院案件也需列入分子。

➢ 運算範圍：每季(分子部分需往後勾稽 3 個月資料)

➢ 展現維度：1.分區(當季)
2.分區+特約類別(當季)
3.分區+特約類別+院所(當季)
4.全國(當季)
5.全國+特約類別(當季)
6.全國+總額部門(當季)

(353).置換物感染_深部感染率

(建置時間：96/3/9)

- ■ 分子:分母案件中,人工膝關節置換後 3 個月(90 天)內發生置換物感染之案件數。
- ■ 分母：當季內醫院人工膝關節置換術執行案件數。
- □ 人工膝關節置換執行案件數：
  醫令代碼為 64164B 且醫令類別為 2 或醫令代碼為 97805K、97806A、97807B 之住院案件。
- □ 置換物感染：
  西醫醫院之住診跨院案件中，以手術醫令執行起日往後推算 3 個月(90 天)，有執行 64053B、64004C、64198B 任一醫之案件。
- □ 跨院勾稽。
- ➢ 運算範圍：每季(分子部分需往後勾稽 3 個月資料)
- ➢ 展現維度：1.分區(當季)
  2.分區+特約類別(當季)
  3.分區+特約類別+院所(當季)

(353.01).置換物感染_深部感染率

(建置時間：101/09/04)

- ■ 分子:分母案件中,人工膝關節置換後 3 個月(90 天)內發生置換物感染之案件數。
- ■ 分母：當季內醫院人工膝關節置換術執行案件數。
- □ 資料範圍：1.分母為住院全部資料。
  2.分子為住院西醫醫院。
  3.以上皆需排除代辦案件：住院案件分類只計 1、2、3、4、5、6 即可排除代辦案件。
- □ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- □ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。
- □ 人工膝關節置換執行案件數：
  醫令代碼為 64164B 且醫令類別為 2 或醫令代碼為 97805K、97806A、97807B 之住院案件。
- □ 置換物感染：
  跨院勾稽西醫醫院之住診案件中，以手術醫令執行起日往後推算 3 個月(90 天)，有執行 64053B、64004C、64198B 任一醫令之案件。
- ➢ 運算範圍：每季(分子部分需往後勾稽 3 個月資料)
- ➢ 展現維度：1.分區(當季)
  2.分區+特約類別(當季)
  3.分區+特約類別+院所(當季)
  4.全國(當季)
  5.全國+特約類別(當季)
  6.全國+總額部門(當季)

(355).實施人工膝關節置換術出院後 30 日內因相關問題再入院率

(建置時間：96/3/9)

■ 分子：分母案件中，出院後 30 日內再住院，且再住院案件有下列任一情形者：
(1)執行 64053B、64004C、64198B、48004C、48005C、48006C 任一醫令且有使用抗生素藥品者。
(2)任一主次診斷碼為 99660、99666、99667、99669、9985、73025、73026、73028、71105、71106、71108 且有使用抗生素藥品者。

■ 分母：當季內醫院人工膝關節置換術執行案件數。

□ 人工膝關節置換執行案件數：
醫令代碼為 64164B 且醫令類別為 2 或醫令代碼為 97805K、97806A、97807B 之住院案件。

□ 抗生素藥品：ATC7 分類碼為 J01CA12、J01CF01、J01CF02、J01CA04、J04CA05、J01DA11、J01DA24、J01EA01、J01EC01、J01XA01、J01XA02、J01DD02、J01DE01、A07AA09 之藥品。

□ 跨院勾稽。

➢ 運算範圍：每季(分子部分需往後勾稽 1 個月資料)

➢ 展現維度：1.分區(當季)
2.分區+特約類別(當季)
3.分區+特約類別+院所(當季)

(355.01).實施人工膝關節置換術出院後 30 日內因相關問題再入院率

(建置時間：101/09/04)

■ 分子：分母案件中，出院後 30 日內跨院再住院，且再住院案件有下列任一情形者：

(1)執行 64053B、64004C、64198B、48004C、48005C、48006C 任一醫令且有使用抗生素藥品者。

(2)任一主次診斷碼為 99660、99666、99667、99669、9985、73025、73026、73028、71105、71106、71108 且有使用抗生素藥品者。

■ 分母：當季內醫院人工膝關節置換術執行案件數。

□ 資料範圍：1.分母為住院全部資料。

2.分子為住院(西醫基層+西醫醫院)。

3.以上皆需排除代辦案件：住院案件分類只計 1、2、3、4、5、6 即可排除代辦案件。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。

□ 人工膝關節置換執行案件數：

醫令代碼為 64164B 且醫令類別為 2 或醫令代碼為 97805K、97806A、97807B 之住院案件。

□ 抗生素藥品：ATC7 分類碼為 J01CA12、J01CF01、J01CF02、J01CA04、J04CA05、J01DA11、J01DA24、J01EA01、J01EC01、J01XA01、J01XA02、J01DD02、J01DE01、A07AA09 之藥品。

➢ 運算範圍：每季(分子部分需往後勾稽 1 個月資料)

➢ 展現維度：1.分區(當季)

2.分區+特約類別(當季)

3.分區+特約類別+院所(當季)

4.全國(當季)

5.全國+特約類別(當季)

6.全國+總額部門(當季)

(357).再置換率

(建置時間：96/3/9)

- ■ 分子：實施人工膝關節置換術出院後一年內同側再執行 64202B 之醫令筆數。
- ■ 分母：當季醫院人工膝關節置換術執行醫令筆數。
- □ 人工膝關節置換執行案件數：
  醫令代碼為 64164B 且醫令類別為 2 或醫令代碼為 97805K、97806A、97807B 之住院案件。
- □ 是否同側判斷：
  自費用年月 9510 開始，住院醫令檔之「診療部位(DRUG_PATH)」欄位會記載 R、L、B(右側、左側、雙側)
- □ 若住院醫令檔之「診療部位(DRUG_PATH)」欄位未填或空白則視為 B(雙側)。
- □ 因手術部位標示自 95 年 10 月公告，故本指標於 9612 產製之資料較具參考價值。
- □ 以計算 95Q4 為例：
  分母資料範圍為 9510~9512，分子資料範圍為 9510～9612。
- □ 跨院勾稽。
- □ 報表分兩種形式呈現：
  (1)形式一：當季
  例如參數輸入 95Q1-95Q4 時，即可看 95Q1-95Q4 各季分子分母的值。
  (2)形式二：每季往前 2 年加總
  例如參數輸入 95Q1-95Q4 時，即可看 95Q1-95Q4 各季各自往前推 2 年的分子分母的加總值。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(當季)
  2.分區+特約類別(當季)
  3.分區+特約類別+院所(當季)
  4.分區(每季往前 2 年加總)
  5.分區+特約類別(每季往前 2 年加總)
  6.分區+特約類別+院所(每季往前 2 年加總)

(359).靜脈栓塞率

(建置時間：96/3/9)

- ■ 分子：分母案件中，任一診斷碼前 4 碼為 4538 或執行 18009B、18012B 任一醫令之案件數。
- ■ 分母：當季內醫院人工膝關節置換術執行案件數。
- □ 人工膝關節置換執行案件數：
  醫令代碼為 64164B 且醫令類別為 2 或醫令代碼為 97805K、97806A、97807B 之住院案件。
- □ 報表分兩種形式呈現：
  (1)形式一：當季
  例如參數輸入 95Q1-95Q4 時，即可看 95Q1-95Q4 各季分子分母的值。
  (2)形式二：每季往前 2 年加總
  例如參數輸入 95Q1-95Q4 時，即可看 95Q1-95Q4 各季各自往前推 2 年的分子分母的加總值。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(當季)
  2.分區+特約類別(當季)
  3.分區+特約類別+院所(當季)
  4.分區(每季往前 2 年加總)
  5.分區+特約類別(每季往前 2 年加總)
  6.分區+特約類別+院所(每季往前 2 年加總)

(361).肺梗塞率

(建置時間：96/3/9)

- ■ 分子：分母案件中，任一診斷碼為 42519 或執行 26014B、26015B 任一醫令之案件數。
- ■ 分母：當季內醫院人工膝關節置換術執行案件數。
- □ 人工膝關節置換執行案件數：
  醫令代碼為 64164B 且醫令類別為 2 或醫令代碼為 97805K、97806A、97807B 之住院案件。
- □ 報表分兩種形式呈現：
  (1)形式一：當季
  例如參數輸入 95Q1-95Q4 時，即可看 95Q1-95Q4 各季分子分母的值。
  (2)形式二：每季往前 2 年加總
  例如參數輸入 95Q1-95Q4 時，即可看 95Q1-95Q4 各季各自往前推 2 年的分子分母的加總值。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(當季)
  2.分區+特約類別(當季)
  3.分區+特約類別+院所(當季)
  4.分區(每季往前 2 年加總)
  5.分區+特約類別(每季往前 2 年加總)
  6.分區+特約類別+院所(每季往前 2 年加總)

(363).術後心肌梗塞死亡率

(建置時間：96/3/9)

- ■ 分子：分母案件中，任一診斷碼為 41091 或執行 26023B、18007B 任一醫令且轉歸代碼為 4(死亡)之案件數。
- ■ 分母：當季內醫院人工膝關節置換術執行案件數。
- □ 人工膝關節置換執行案件數：
  醫令代碼為 64164B 且醫令類別為 2 或醫令代碼為 97805K、97806A、97807B 之住院案件。
- □ 報表分兩種形式呈現：
  (1)形式一：當季
  例如參數輸入 95Q1-95Q4 時，即可看 95Q1-95Q4 各季分子分母的值。
  (2)形式二：每季往前 2 年加總
  例如參數輸入 95Q1-95Q4 時，即可看 95Q1-95Q4 各季各自往前推 2 年的分子分母的加總值。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(當季)
  2.分區+特約類別(當季)
  3.分區+特約類別+院所(當季)
  4.分區(每季往前 2 年加總)
  5.分區+特約類別(每季往前 2 年加總)
  6.分區+特約類別+院所(每季往前 2 年加總)

(365)(367).西醫門診 CT(MRI)醫令執行率(不含排程及代檢)

(建置時間：96/1/30)

- ■ 分子 1：門診 CT 醫令數。
- ■ 分子 2：門診 MRI 醫令數。
- ■ 分母：門診案件數。
- □ CT：電腦斷層，醫令代碼前 5 碼為 33067、33068、33069、33070、33071、33072 且醫令類別為 2。
- □ MRI：磁振造影，醫令代碼前 5 碼為 33084、33085 且醫令類別為 2。
- □ 分母之門診案件需為有申報醫令之案件。
- □ 資料範圍：西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所

(366)(368).西醫門診 CT(MRI)案件執行率(不含排程及代檢)

(建置時間：96/1/30)

- ■ 分子 1：門診 CT 案件數。
- ■ 分子 2：門診 MRI 案件數。
- ■ 分母：門診案件數。
- □ CT：電腦斷層，醫令代碼前 5 碼為 33067、33068、33069、33070、33071、33072 且醫令類別為 2。
- □ MRI：磁振造影，醫令代碼前 5 碼為 33084、33085 且醫令類別為 2。
- □ 分母之門診案件需為有申報醫令之案件。
- □ 資料範圍：西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所

(369)(371).住院 CT(MRI)醫令執行率(不含排程及代檢)

(建置時間：96/1/30)

- ■ 分子 1：住院 CT 醫令數。
- ■ 分子 2：住院 MRI 醫令數。
- ■ 分母：住院案件數。
- □ CT：電腦斷層，醫令代碼前 5 碼為 33067、33068、33069、33070、33071、33072 且醫令類別為 2。
- □ MRI：磁振造影，醫令代碼前 5 碼為 33084、33085 且醫令類別為 2。
- □ 分母之門診案件需為有申報醫令之案件。
- □ 資料範圍：西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所

(370)(372).住院 CT(MRI)案件執行率(不含排程及代檢)

(建置時間：96/1/30)

- ■ 分子 1：住院 CT 案件數。
- ■ 分子 2：住院 MRI 案件數。
- ■ 分母：住院案件數。
- □ CT：電腦斷層，醫令代碼前 5 碼為 33067、33068、33069、33070、33071、33072 且醫令類別為 2。
- □ MRI：磁振造影，醫令代碼前 5 碼為 33084、33085 且醫令類別為 2。
- □ 分母之門診案件需為有申報醫令之案件。
- □ 資料範圍：西醫醫院
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所

(373).中醫同日重複就診率_季

(建置時間：96/03/23)

(98/07/21 重新計算 96Q1 資料：

為排除 96 年第 1 季（費用年月）因前端申報異常造成「初診案件」診察費重複申報情形，申報診察費項目代碼 A90（初診門診診察費加計）者不納入計算案件（分子、分母皆不計），並限定計算 9601 時受理日期需為 96/03/31(含)之前；計算 9602 時受理日期需為 96/04/30(含)之前；計算 9603 時受理日期需為 96/05/31(含)之前)

(104/08/05 定義修訂：1.新增全國維度。2.自統計期間 101 年起重新產製。)

- ■ 分子：按各區、病人 ID、就醫日期歸戶，計算就診 2 次（含）以上之筆數。
- ■ 分母：按各區、病人 ID、就醫日期歸戶之筆數。
- □ 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費＞0 之門診案件
- ➢ 運算範圍：季
- ➢ 展現維度：1.全國(分子全國跨院勾稽)
  2.分區(分子同分區下跨院勾稽)
  3.分區+院所(分子同分區下跨院勾稽)

(436).剖腹產個案同一院所產檢執行率_月

(建置時間：96/07/16)

- ■ 分子：分母之 ID 中同一院所執行產檢大於 5 次之 ID 歸戶人數。
- ■ 分母：院所別剖腹產案件之病人數。
- □ 資料範圍：西醫基層(不含助產所(排除特約類別=8))、西醫醫院
- □ 剖腹產案件：醫令代碼 81004C、81028C、97006K、97007A、97008B、97009C。
- □ 產檢案件：前項剖腹產個案住院日前 280 天，於同一醫療院所(勾稽門診資料)執行產檢醫令代碼 41、42、43、44、45、46、47、48、49、50，醫令(任一)次數加總大於 5 次之 ID 歸戶人數。
- □ 產檢醫令代碼如果重複僅計算一次。
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所

(437).剖腹產個案同一院所產檢執行率_季

(建置時間：96/07/16)

- ■ 分子：分母之 ID 中同一院所執行產檢大於 5 次之 ID 歸戶人數。
- ■ 分母：院所別剖腹產案件之病人數。
- □ 資料範圍：西醫基層(不含助產所(排除特約類別=8))、西醫醫院
- □ 剖腹產案件：醫令代碼 81004C、81028C、97006K、97007A、97008B、97009C。
- □ 產檢案件：前項剖腹產個案住院日前 280 天，於同一醫療院所(勾稽門診資料)執行產檢醫令代碼 41、42、43、44、45、46、47、48、49、50，醫令(任一)次數加總大於 5 次之 ID 歸戶人數。
- □ 產檢醫令代碼如果重複僅計算一次。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所

(439)(442)(445).剖腹產個案在妊娠各期內於同一院所產檢執行率_月

(建置時間：96/07/16)

- ■ 分子 1(指標 439)：分母之案件中同一院所執行產檢妊娠第 1 期之 ID 歸戶人數。
- ■ 分子 2(指標 442)：分母之案件中同一院所執行產檢妊娠第 2 期之 ID 歸戶人數。
- ■ 分子 3(指標 445)：分母之案件中同一院所執行產檢妊娠第 3 期之 ID 歸戶人數。
- ■ 分母：院所別剖腹產案件之病人數。
- □ 資料範圍：西醫基層(不含助產所(排除特約類別=8))、西醫醫院。
- □ 剖腹產案件：醫令代碼 81004C、81028C、97006K、97007A、97008B、97009C。
- □ 產檢案件：前項剖腹產個案住院日前 280 天，於同一醫療院所(勾稽門診資料)執行產檢妊娠第 1 期、妊娠第 2 期、妊娠第 3 期之 ID 歸戶人數。
  ※妊娠第 1 期：產檢醫令代碼 41、42 之 ID 歸戶人數。
  ※妊娠第 2 期：產檢醫令代碼 43、44 之 ID 歸戶人數。
  ※妊娠第 3 期：產檢醫令代碼 45、46、47、48、49、50 之 ID 歸戶人數。
- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所

(440)(443)(446).剖腹產個案在妊娠各期內於同一院所產檢執行率_季

(建置時間：96/07/16)

- ■ 分子 1(指標 440)：分母之案件中同一院所執行產檢妊娠第 1 期之 ID 歸戶人數。
- ■ 分子 2(指標 443)：分母之案件中同一院所執行產檢妊娠第 2 期之 ID 歸戶人數。
- ■ 分子 3(指標 446)：分母之案件中同一院所執行產檢妊娠第 3 期之 ID 歸戶人數。
- ■ 分母：院所別剖腹產案件之病人數。
- □ 資料範圍：西醫基層(不含助產所(排除特約類別=8))、西醫醫院。
- □ 剖腹產案件：醫令代碼 81004C、81028C、97006K、97007A、97008B、97009C。
- □ 產檢案件：前項剖腹產個案住院日前 280 天，於同一醫療院所(勾稽門診資料)執行產檢妊娠第 1 期、妊娠第 2 期、妊娠第 3 期之 ID 歸戶人數。
  ※妊娠第 1 期：產檢醫令代碼 41、42 之 ID 歸戶人數。
  ※妊娠第 2 期：產檢醫令代碼 43、44 之 ID 歸戶人數。
  ※妊娠第 3 期：產檢醫令代碼 45、46、47、48、49、50 之 ID 歸戶人數。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所

(448).門診_消化性潰瘍用藥診斷不符案件比率

(建置時間：96/07/16)

(99/03/11 定義修訂：消化性潰瘍定義刪除主次診斷碼 53081，自 98Q4 開始重新產製)

- ■ 分子：分母案件中，申報消化性潰瘍用藥但主次診斷皆無消化性潰瘍案件數。
- ■ 分母：全部消化性潰瘍用藥案件數。
- □ 資料範圍：門診西醫基層與醫院總額。
- □ 消化性潰瘍用藥：全民健康保險藥價基準收載，且符合全民健康保險消化性潰瘍藥品給付規定之藥品種類品項，如下。
  - (1)制酸懸浮劑：藥理分類代碼為 560400 或 560499 且藥品代碼最後二碼不為 00，再排除下列成份代碼 5604001500、9600065500、4008000700（僅排除單方劑型）、5604002500（僅排除單方劑型）、5604002501（僅排除單方劑型）、5604002900（僅排除單方劑型）、5604001200（僅排除單方劑型）、5612001300（僅排除單方劑型）。
  - (2)組織胺受器拮抗劑（H2RA）：藥理分類代碼為 560500 之藥品品項。
  - (3)氫離子幫浦抑制劑（PPI）：藥理分類代碼為 560900 之藥品品項。
  - (4)細胞保護劑及其他消化性潰瘍用藥：藥理分類代碼為 560700 之藥品品項。
- □ 消化性潰瘍診斷：任一主次診斷前三碼為 531-534。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+特約類別+院所

(449).住院_消化性潰瘍用藥診斷不符案件比率

(建置時間：96/07/16)

(99/03/11 定義修訂：消化性潰瘍定義刪除主次診斷碼 53081，自 98Q4 開始重新產製)

- ■ 分子：分母案件中，申報消化性潰瘍用藥但主次診斷皆無消化性潰瘍案件數。
- ■ 分母：全部消化性潰瘍用藥案件數。
- □ 資料範圍：住院西醫基層與醫院總額。
- □ 消化性潰瘍用藥：全民健康保險藥價基準收載，且符合全民健康保險消化性潰瘍藥品給付規定之藥品種類品項，如下。
  - (1)制酸懸浮劑：藥理分類代碼為 560400 或 560499 且藥品代碼最後二碼不為 00，再排除下列成份代碼 5604001500、9600065500、4008000700（僅排除單方劑型）、5604002500（僅排除單方劑型）、5604002501（僅排除單方劑型）、5604002900（僅排除單方劑型）、5604001200（僅排除單方劑型）、5612001300（僅排除單方劑型）。
  - (2)組織胺受器拮抗劑（H2RA）：藥理分類代碼為 560500 之藥品品項。
  - (3)氫離子幫浦抑制劑（PPI）：藥理分類代碼為 560900 之藥品品項。
  - (4)細胞保護劑及其他消化性潰瘍用藥：藥理分類代碼為 560700 之藥品品項。
- □ 消化性潰瘍診斷：任一主次診斷前三碼為 531-534。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+特約類別+院所

(450).門診_消化性潰瘍 H2RA 用藥診斷不符案件比率

(建置時間：96/07/16)

(99/03/11 定義修訂：消化性潰瘍定義刪除主次診斷碼 53081，自 98Q4 開始重新產製)

- ■ 分子：申報消化性潰瘍 H2RA 用藥但主次診斷皆無消化性潰瘍案件數。
- ■ 分母：全部消化性潰瘍 H2RA 用藥案件數。
- □ 資料範圍：門診西醫基層與醫院總額。
- □ 組織胺受器拮抗劑（H2RA）：藥理分類代碼為 560500 之藥品品項。
- □ 消化性潰瘍診斷：任一主次診斷前三碼為 531-534。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+特約類別+院所

(451).住院_消化性潰瘍 H2RA 用藥診斷不符案件比率

(建置時間：96/07/16)

(99/03/11 定義修訂：消化性潰瘍定義刪除主次診斷碼 53081，自 98Q4 開始重新產製)

- ■ 分子：申報消化性潰瘍 H2RA 用藥但主次診斷皆無消化性潰瘍案件數。
- ■ 分母：全部消化性潰瘍 H2RA 用藥案件數。
- □ 資料範圍：住院西醫基層與醫院總額。
- □ 組織胺受器拮抗劑（H2RA）：藥理分類代碼為 560500 之藥品品項。
- □ 消化性潰瘍診斷：任一主次診斷前三碼為 531-534。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+特約類別+院所

(452).門診_消化性潰瘍 PPI 用藥診斷不符案件比率

(建置時間：96/07/16)

(99/03/11 定義修訂：消化性潰瘍定義刪除主次診斷碼 53081，自 98Q4 開始重新產製)

- ■ 分子：申報消化性潰瘍 PPI 用藥但主次診斷皆無消化性潰瘍案件數。
- ■ 分母：全部消化性潰瘍 PPI 用藥案件數。
- □ 資料範圍：門診西醫基層與醫院總額。
- □ 氫離子幫浦抑制劑（PPI）：藥理分類代碼為 560900 之藥品品項。
- □ 消化性潰瘍診斷：任一主次診斷前三碼為 531-534。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+特約類別+院所

(453).住院_消化性潰瘍 PPI 用藥診斷不符案件比率

(建置時間：96/07/16)

(99/03/11 定義修訂：消化性潰瘍定義刪除主次診斷碼 53081，自 98Q4 開始重新產製)

- ■ 分子：申報消化性潰瘍 PPI 用藥但主次診斷皆無消化性潰瘍案件數。
- ■ 分母：全部消化性潰瘍 PPI 用藥案件數。
- □ 資料範圍：住院西醫基層與醫院總額。
- □ 氫離子幫浦抑制劑（PPI）：藥理分類代碼為 560900 之藥品品項。
- □ 消化性潰瘍診斷：任一主次診斷前三碼為 531-534。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+特約類別+院所

(456).消化性潰瘍出院病患 30 日內門診追蹤治療率

(建置時間：96/07/16)

(99/03/11 定義修訂：消化性潰瘍定義刪除主次診斷碼 53081，自 98Q4 開始重新產製)

■ 分子：以分母案件追蹤，出院日起 30 日內至同一院所門診且該次門診主、次診斷符合消化性潰瘍並有相關用藥。

■ 分母：消化性潰瘍出院病患人次。

□ 資料範圍：門住西醫基層與醫院總額。

□ 分母出院人次：(相同院所、ID、生日、住院日計為 1 個人次)且需同時符合下列條件：（同一次住院若分次申報者，取有出院日期的該筆資料）

(1)任一主、次診斷符合：前三碼為 531~534。

(2)當次就醫申報消化性潰瘍用藥

(3)出院轉歸代碼為 1(治療出院)或 3(改門診治療)

□ 分子 30 日內返診追蹤治療：分母案件同院所、同 ID、生日且同時符合下列條件：

(1)門診案件主、次診斷符合：前三碼為 531~534。

(2)當次就醫申報消化性潰瘍用藥

(3)0＜門診案件就醫日期-分母案件之出院日期≦30

□ 消化性潰瘍用藥：定義同『指標 448 消化性潰瘍用藥診斷不符案件比率』之消化性潰瘍用藥定義

➢ 運算範圍：每季

➢ 展現維度：1.分區

2.分區+特約類別

3.分區+特約類別+院所

(457).消化性潰瘍新病患執行幽門桿菌清除治療比率

(建置時間：96/07/16)

(99/03/11 定義修訂：消化性潰瘍定義刪除主次診斷碼 53081；其中，病史檔因資料面的限制先暫不修訂，自 98Q3 開始重新產製)

■ 分子：分母新病患於消化性潰瘍之相關治療中，同一處方合併使用消化性潰瘍與幽門桿菌治療藥物(ATCCODE 為 J01FA09)人數。

■ 分母：消化性潰瘍新病患人數。

□ 資料範圍：門住西醫基層與醫院總額。

□ 分母(消化性潰瘍新病患)：以前（9301 後）未有消化性潰瘍就醫並用藥案件，而當季有消化性潰瘍且使用消化性潰瘍用藥之病人數。

※在 DA 中將建立「消化性潰瘍且用藥」病史檔，從 9301 開始紀錄有消化性潰瘍診斷且用藥的病患的第一次就醫日期。(消化性潰瘍診斷：任一主、次診斷符合：前三碼為 531~534 或全五碼為 53081；消化性潰瘍用藥：定義同『指標 448 消化性潰瘍用藥診斷不符案件比率』之消化性潰瘍用藥定義。

□ 分子（執行幽門桿菌治療）：前述新病人於消化性潰瘍之相關治療中，同一處方曾合併使用消化性潰瘍與幽門桿菌治療藥物(ATCCODE 為 J01FA09)人數。

□ 消化性潰瘍用藥定義同『指標 448 消化性潰瘍用藥診斷不符比率』之用藥說明。

➢ 運算範圍：每季

➢ 展現維度：1.分區
2.分區+特約類別
3.分區+特約類別+院所

(458).同一病患於 180 日內重複於不同院所執行幽門桿菌治療比率

(建置時間：96/07/16)

(99/03/11 定義修訂：消化性潰瘍定義刪除主次診斷碼 53081；其中，病史檔因資料面的限制先暫不修訂，自 98Q2 開始重新產製)

■ 分子：180 日內於二家以上院所接受幽門桿菌清除治療之消化性潰瘍新病患人數。

■ 分母：消化性潰瘍新病患接受幽門桿菌清除治療人數。

□ 資料範圍：門住西醫基層與醫院總額。

□ 分母：以前（9301 後）未有消化性潰瘍就醫並用藥案件，而當季有消化性潰瘍且使用消化性潰瘍用藥之病人於消化性潰瘍之相關治療中，同一處方曾合併使用消化性潰瘍與幽門桿菌治療藥物(ATCCODE 為 J01FA09)人數。(分母即「指標 457 消化性潰瘍新病患執行幽門桿菌清除治療比率」之分子)

□ 分子：分母病患中，同一 ID 在 180 日內於二家以上院所執行**幽門桿菌清除療法**者視為重複院所就醫（自首次執行幽門桿菌清除治療日起 180 日內之所有幽門桿菌清除治療案件中，出現 2 筆以上之院所代號）

※說明一：門診資料用「就醫日期」，住院用使用幽門桿菌治療藥物的最小醫令起日來勾稽日期。

※說明二：**幽門桿菌清除療法**為同一處方同時符合下列三項條件：

(1)消化性潰瘍診斷：任一主、次診斷符合：前三碼為 531~534。

(2)消化性潰瘍用藥：定義同『指標 448 消化性潰瘍用藥診斷不符案件比率』之消化性潰瘍用藥定義。

(3)使用消化性潰瘍與幽門桿菌治療藥物(ATCCODE 為 J01FA09)。

➢ 運算範圍：每季

➢ 展現維度：1.分區(分子跨院所勾稽)

2.分區+特約類別(分子跨院所勾稽)

3.分區+特約類別+院所(分子跨院所勾稽)

(459)(460)(461).接受幽門桿菌治療後 90 日內上消化道泛內視鏡或碳-13 尿素呼氣檢查幽門螺旋桿菌感染檢驗執行率

(建置時間：96/07/16)

(99/03/11 定義修訂：消化性潰瘍定義刪除主次診斷碼 53081；其中，病史檔因資料面的限制先暫不修訂，自 98Q3 開始重新產製)

- ■ 分子 1(指標 459)：新病患於消化性潰瘍之相關治療中，合併使用消化性潰瘍與幽門桿治療藥物起 90 日內接受上消化道泛內視鏡或碳-13 尿素呼氣檢查幽門螺旋桿菌感染檢驗人數。
- ■ 分子 2(指標 460)：新病患於消化性潰瘍之相關治療中，合併使用消化性潰瘍與幽門桿菌治療藥物起 90 日內接受上消化道泛內視鏡檢驗人數。
- ■ 分子 3(指標 461)：新病患於消化性潰瘍之相關治療中，合併使用消化性潰瘍與幽門桿菌治療藥物起 90 日內接受碳-13 尿素呼氣檢查幽門螺旋桿菌感染人數。
- ■ 分母：新病患於消化性潰瘍之相關治療中，合併使用消化性潰瘍與幽門桿菌治療藥物(ATCCODE 為 J01FA09)人數。
- □ 資料範圍：門住西醫基層與醫院總額。
- □ 上消化道泛內視鏡檢查：醫令代碼 28016C。
- □ 碳-13 尿素呼氣檢查幽門螺旋桿菌感染：醫令代碼 30512C。
- □ 分母：以前（9301 後）未有消化性潰瘍就醫並用藥案件，而當季有消化性潰瘍且使用消化性潰瘍用藥之病人於消化性潰瘍之相關治療中，同一處方曾合併使用消化性潰瘍與幽門桿菌治療藥物(ATCCODE 為 J01FA09)人數。(分母即指標「457 消化性潰瘍新病患執行幽門桿菌清除治療比率」之分子)
- □ 分子：分母病患中，**0**<28016C 或 30512C 之醫令日期-幽門桿菌首次治療日期≦90 之人數。

  ※說明：

  (1)28016C 或 30512C 之醫令日期：門診用「治療結束日」，若治療結束日未填則用「就醫日期」；住院用「醫令執行起日」。

  (2)幽門桿菌首次治療日期：門診用「就醫日期」；住院用使用幽門桿菌治療藥物的最小醫令起日。

- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+特約類別+院所

(462).幽門螺旋桿菌治療藥物 clarithromycin 總劑量超過 28 顆之比率

(建置時間：96/07/16)

(99/03/11 定義修訂：消化性潰瘍定義刪除主次診斷碼 53081；其中，病史檔因資料面的限制先暫不修訂，自 98Q4 開始重新產製)

■ 分子：新病患於同一院所同一療程幽門螺旋桿菌治療藥物 clarithromyci 申報數量超過 28 顆之人次。

■ 分母：消化性潰瘍新病患之幽門桿菌療程人次。

□ 資料範圍：門住西醫基層與醫院總額。

□ 分母：消化性潰瘍新病患幽門桿菌清除治療總療程數。

□ 幽門桿菌清除治療：門診同處方或住院同清單需同時符合下列條件：

(1)任一主次診斷前三碼為 531-534。

(2)有使用潰瘍藥品(消化性潰瘍用藥定義同『指標 448 消化性潰瘍用藥診斷不符案件比率』之消化性潰瘍用藥定義)

(3)使用幽門桿菌治療藥物(ATCCODE 為 J01FA09)。

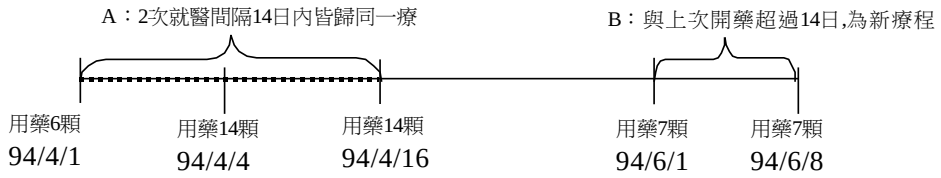
□ 分子：同一療程 clarithromycin(ATCCODE 為 J01FA09)總劑量>28 顆。

□ clarithromycin 申報總劑量：同一病人於同一院所之 14 日內就醫視為同一療程，該項用藥合併計算。

※舉例說明：

(1)同一院所 2 次就醫間隔<=14 天，為一個療程人次。

(2)門住資料需合併後來計算療程人次；門診資資料用「就醫日期」，住院資料用使用幽門桿菌治療藥物的最小醫令起日。



➢ 運算範圍：每季

➢ 展現維度：1.分區

2.分區+特約類別

3.分區+特約類別+院所

(468).育齡婦女(15-49 歲(含))罹患子宮肌瘤經子宮切除比率

(建置時間：96/09/20)

(104/12/23 定義修訂：(1)子宮肌瘤摘除術新增 3 個代碼 97013C、80415C、80425C。(2)子宮切除術新增 2 個代碼 97027C、80404C。自 103 年起重新產製)

- ■ 分子：分母個案中，於統計期間進行子宮切除術之病人數
- ■ 分母：15 至 49 歲(含)婦女各年齡分組有子宮肌瘤診斷(排除癌症診斷)且有施行子宮肌瘤摘除或子宮切除手術治療病人數
- □ 資料範圍：西醫醫院、西醫基層總額
- □ 子宮肌瘤診斷：住診案件任一主次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 218
- □ 癌症診斷：門、住診案件任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼為 140~208、230~238。(在判斷該婦女是否有癌症診斷時，需用其 ID 往前勾稽六個月的門住診資料來判斷，此部分為跨院勾稽。)
- □ 子宮肌瘤摘除術：住診案件，醫令類別 2、醫令代碼 97010K、97011A、97012B、97013B、80402C、80420C、80415B、97013C、80415C、80425C。
- □ 子宮切除術：住診案件，醫令類別 2、醫令代碼 97025K、97026A、97027B、97020K、97021A、97022B、97035K、97036A、97037B、80403B、80404B、80421B、80416B、80412B、97027C、80404C。
- □ 育齡婦女年齡：就醫年－出生年
- □ 子宮肌瘤診斷與手術(子宮肌瘤摘除或子宮切除手術)需限定發生在同一家院所；只有在計算醫師維度時，子宮肌瘤診斷與手術(子宮肌瘤摘除或子宮切除手術)需限定發生在同一家院所的同一位醫師。
- ➢ 運算範圍：每季

(470).育齡婦女(15-49 歲(含))罹患子宮肌瘤經子宮切除併卵巢或輸卵管切除比率

(建置時間：96/09/20)

(104/12/23 定義修訂：(1)子宮肌瘤摘除術新增 3 個代碼 97013C、80415C、80425C。(2)子宮切除術新增 2 個代碼 97027C、80404C。自 103 年起重新產製)

- ■ 分子：分母個案中，於同一住院案件進行子宮切除術併行卵巢或輸卵管切除病人數
- ■ 分母：15 至 49 歲(含)婦女各年齡分組有子宮肌瘤診斷(排除癌症診斷)且有施行子宮肌瘤摘除或子宮切除手術治療病人數
- □ 資料範圍：西醫醫院、西醫基層總額
- □ 子宮肌瘤診斷：住診案件任一主次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 218
- □ 癌症診斷：門、住診案件任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼為 140~208、230~238。(在判斷該婦女是否有癌症診斷時，需用其 ID 往前勾稽六個月的門住診資料來判斷，此部分為跨院勾稽。)
- □ 子宮肌瘤摘除術：住診案件，醫令類別 2、醫令代碼 97010K、97011A、97012B、97013B、80402C、80420C、80415B、97013C、80415C、80425C。
- □ 子宮切除術：住診案件，醫令類別 2、醫令代碼 97025K、97026A、97027B、97020K、97021A、97022B、97035K、97036A、97037B、80403B、80404B、80421B、80416B、80412B、97027C、80404C。
- □ 卵巢切除術：住診案件，醫令代碼前 3 碼 808
- □ 輸卵管切除術：住診案件，醫令代碼前 3 碼 806
- □ 育齡婦女年齡：就醫年－出生年
- □ 子宮肌瘤診斷與手術(子宮肌瘤摘除或子宮切除手術)需限定發生在同一家院所；只有在計算醫師維度時，子宮肌瘤診斷與手術(子宮肌瘤摘除或子宮切除手術)需限定發生在同一家院所的同一位醫師。
- □ 分子定義中，進行子宮切除術併行卵巢或輸卵管切除，係指下列三種情形均發生於同一住院案件(同案件分類、流水號)
  (1)子宮切除術+卵巢切除
  (2)子宮切除術+輸卵管切除
  (3)子宮切除術+卵巢切除+輸卵管切除
- ➢ 運算範圍：每季

(471).子宮肌瘤手術當次住院日數大於 7 日比率

(建置時間：96/09/20)(修改定義日期：97/03/27)
(104/12/23 定義修訂：(1)子宮肌瘤摘除術新增 3 個代碼 97013C、80415C、80425C。(2)子宮切除術新增 2 個代碼 97027C、80404C。
自 103 年起重新產製)

■ 分子：分母案件住院天數大於 7 日之人次數
■ 分母：申報子宮肌瘤診斷(排除癌症診斷)且有施行子宮肌瘤摘除或子宮切除手術治療住院人次數
□ 資料範圍：西醫醫院、西醫基層總額
□ 子宮肌瘤診斷：住診案件任一主次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 218
□ 癌症診斷：門、住診案件任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼為 140~208、230~238。
□ 以計算 96Q1 為例
(1)以 ID 跨院勾稽所屬費用年月之前至少 6 個月或是同一費用年月的門住診案件；依此例，勾稽範圍為 9507~9603。
(2)以入院日勾稽小於等於此日的門住診案件(門診：就醫日，住院：入院日)；若有二筆子宮肌瘤診斷案件入院日分別為 960110、960310，而癌症診斷發生在 960210，此時 960310 那筆將被排除而 960110 那筆則是被納入後續之計算。
□ 子宮肌瘤摘除術：住診案件，醫令類別 2 且醫令代碼 97010K、97011A、97012B、97013B、80402C、80420C、80415B、97013C、80415C、80425C。
□ 子宮切除術：住診案件，醫令類別 2 且醫令代碼 97025K、97026A、97027B、97020K、97021A、97022B、97035K、97036A、97037B、80403B、80404B、80421B、80416B、80412B、97027C、80404C。
□ 住院天數大於 7 日：當次住院急性病床天數＋當次住院慢性病床天數＞7
□ 子宮肌瘤診斷與手術(子宮肌瘤摘除或子宮切除手術)需限定發生在同一清單案件(同案件分類、流水號)
➢ 運算範圍：每季
➢ 展現維度：1.分區
2.分區＋特約類別
3.分區＋特約類別＋院所
4.分區＋特約類別＋院所+醫師
5.全國
6.全國+特約類別

(471.01).子宮肌瘤手術當次住院日數大於 7 日比率

(建置時間：101/09/04)
(104/12/23 定義修訂：(1)子宮肌瘤摘除術新增 3 個代碼 97013C、80415C、80425C。(2)子宮切除術新增 2 個代碼 97027C、80404C。
自 103 年起重新產製)

■ 分子：分母案件住院天數大於 7 日之人次數
■ 分母：申報子宮肌瘤診斷(排除癌症診斷)且有施行子宮肌瘤摘除或子宮切除手術治療住院人次數
□ 資料範圍：1.住院(西醫基層+西醫醫院)及門診(西醫基層+西醫醫院)。
2.排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA；住院案件分類只計 1、2、3、4、5、6 即可排除代辦案件。
□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
□ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。
□ 子宮肌瘤診斷：住診案件任一主次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 218
□ 癌症診斷：門、住診案件任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼為 140~208、230~238。
□ 以計算 96Q1 為例
(1)以 ID 跨院勾稽所屬費用年月之前至少 6 個月或是同一費用年月的門住診案件；依此例，勾稽範圍為 9507~9603。
(2)以入院日勾稽小於等於此日的門住診案件(門診：就醫日，住院：入院日)；若有二筆子宮肌瘤診斷案件入院日分別為 960110、960310，而癌症診斷發生在 960210，此時 960310 那筆將被排除而 960110 那筆則是被納入後續之計算。
□ 子宮肌瘤摘除術：住診案件，醫令類別 2 且醫令代碼 97010K、97011A、97012B、97013B、80402C、80420C、80415B、97013C、80415C、80425C。
□ 子宮切除術：住診案件，醫令類別 2 且醫令代碼 97025K、97026A、97027B、97020K、97021A、97022B、97035K、97036A、97037B、80403B、80404B、80421B、80416B、80412B、97027C、80404C。
□ 住院天數大於 7 日：當次住院急性病床天數＋當次住院慢性病床天數＞7
□ 子宮肌瘤診斷與手術(子宮肌瘤摘除或子宮切除手術)需限定發生在同一清單案件(同案件分類、流水號)
➢ 運算範圍：每季
➢ 展現維度：1.分區
2.分區＋特約類別
3.分區＋特約類別＋院所
4.分區＋特約類別＋院所+醫師
5.全國
6.全國+特約類別

7.全國+總額部門

(472).子宮肌瘤手術後 14 日內門診或住院有侵及泌尿系統或腹部或骨盆之徵候或胃腸道或骨盆器官之損傷診斷人次比例

(建置時間：96/09/20)(修改定義日期：97/03/27)
(指標名稱修改日期：97/07/18)(分子名稱及定義文字修訂：98/10/16)
(指標名稱修改日期：97/07/18)(分子名稱及定義文字修訂：98/10/16)
(104/12/23 定義修訂：(1)子宮肌瘤摘除術新增 3 個代碼 97013C、80415C、80425C。(2)子宮切除術新增 2 個代碼 97027C、80404C。
自 103 年起重新產製)

■ 分子：分母案件出院 14 日內門、住診有侵及泌尿系統或腹部或骨盆之徵候或胃腸道或骨盆器官損傷診斷之人次數
■ 分母：申報子宮肌瘤診斷(排除癌症診斷)且有施行子宮肌瘤摘除或子宮切除手術治療住院人次數
□ 資料範圍：西醫醫院、西醫基層總額
□ 子宮肌瘤診斷：住診案件任一主次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 218
□ 癌症診斷：門、住診案件任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼為 140~208、230~238。
□ 以計算 96Q1 為例
(1)以 ID 跨院勾稽所屬費用年月之前至少 6 個月或是同一費用年月的門住診案件；依此例，勾稽範圍為 9507~9603。
(2)以入院日勾稽小於等於此日的門住診案件(門診：就醫日，住院：入院日)；若有二筆子宮肌瘤診斷案件入院日分別為 960110、960310，而癌症診斷發生在 960210，此時 960310 那筆將被排除而 960110 那筆則是被納入後續之計算。
□ 子宮肌瘤摘除術：住診案件，醫令類別 2 且醫令代碼 97010K、97011A、97012B、97013B、80402C、80420C、80415B、97013C、80415C、80425C。
□ 子宮切除術：住診案件，醫令類別 2 且醫令代碼 97025K、97026A、97027B、97020K、97021A、97022B、97035K、97036A、97037B、80403B、80404B、80421B、80416B、80412B、97027C、80404C。
□ 侵及泌尿系統或腹部或骨盆之徵候：門、住診案件任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼 788、789
□ 胃腸道或骨盆器官損傷：門、住診案件任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼 863、867
□ 14 日內發生率勾稽方式：
門診：(門診就醫日期－手術當次住院出院日)＜＝14(跨院)
住診：(再次住院入院日－手術當次住院出院日)＜＝14(跨院)
□ 子宮肌瘤診斷與手術(子宮肌瘤摘除或子宮切除手術)需限定發生在同一清單案件(同案件分類、流水號)
➢ 運算範圍：每季

- 展現維度：1.分區
  2.分區＋特約類別
  3.分區＋特約類別＋院所
  4.分區＋特約類別＋院所+醫師
  5.全國
  6.全國+特約類別

(472.01).子宮肌瘤手術後 14 日內門診或住院有侵及泌尿系統或腹部或骨盆之徵候或胃腸道或骨盆器官之損傷診斷人次比例

(建置時間：101/09/04)
(104/12/23 定義修訂：(1)子宮肌瘤摘除術新增 3 個代碼 97013C、80415C、80425C。(2)子宮切除術新增 2 個代碼 97027C、80404C。
自 103 年起重新產製)

■ 分子：分母案件出院 14 日內門、住診有侵及泌尿系統或腹部或骨盆之徵候或胃腸道或骨盆器官損傷診斷之人次數
■ 分母：申報子宮肌瘤診斷(排除癌症診斷)且有施行子宮肌瘤摘除或子宮切除手術治療住院人次數
□ 資料範圍：1.住院(西醫基層+西醫醫院)及門診(西醫基層+西醫醫院)。
2.排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA；住院案件分類只計 1、2、3、4、5、6 即可排除代辦案件。
□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
□ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。
□ 子宮肌瘤診斷：住診案件任一主次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 218
□ 癌症診斷：門、住診案件任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼為 140~208、230~238。
□ 以計算 96Q1 為例
(1)以 ID 跨院勾稽所屬費用年月之前至少 6 個月或是同一費用年月的門住診案件；依此例，勾稽範圍為 9507~9603。
(2)以入院日勾稽小於等於此日的門住診案件(門診：就醫日，住院：入院日)；若有二筆子宮肌瘤診斷案件入院日分別為 960110、960310，而癌症診斷發生在 960210，此時 960310 那筆將被排除而 960110 那筆則是被納入後續之計算。
□ 子宮肌瘤摘除術：住診案件，醫令類別 2 且醫令代碼 97010K、97011A、97012B、97013B、80402C、80420C、80415B、97013C、80415C、80425C。
□ 子宮切除術：住診案件，醫令類別 2 且醫令代碼 97025K、97026A、97027B、97020K、97021A、97022B、97035K、97036A、97037B、80403B、80404B、80421B、80416B、80412B、97027C、80404C。
□ 侵及泌尿系統或腹部或骨盆之徵候：門、住診案件任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼 788、789
□ 胃腸道或骨盆器官損傷：門、住診案件任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼 863、867
□ 14 日內發生率勾稽方式：
門診：(門診就醫日期－手術當次住院出院日)＜＝14(跨院)
住診：(再次住院入院日－手術當次住院出院日)＜＝14(跨院)

- □ 子宮肌瘤診斷與手術(子宮肌瘤摘除或子宮切除手術)需限定發生在同一清單案件(同案件分類、流水號)
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區＋特約類別
  3.分區＋特約類別＋院所
  4.分區＋特約類別＋院所+醫師
  5.全國
  6.全國+特約類別
  7.全國+總額部門

(473).子宮肌瘤手術後 14 日內因該手術相關診斷再住院率

(建置時間：96/09/20)(修改定義日期：97/03/27)
(104/12/23 定義修訂：(1)子宮肌瘤摘除術新增 3 個代碼 97013C、80415C、80425C。(2)子宮切除術新增 2 個代碼 97027C、80404C。
自 103 年起重新產製)

■ 分子：分母案件出院 14 日內因該手術相關診斷再住院人次數
■ 分母：申報子宮肌瘤診斷(排除癌症診斷)且有施行子宮肌瘤摘除或子宮切除手術治療住院人次數
□ 資料範圍：西醫醫院、西醫基層總額
□ 子宮肌瘤診斷：住診案件任一主次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 218
□ 癌症診斷：門、住診案件任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼為 140~208、230~238。
□ 以計算 96Q1 為例
(1)以 ID 跨院勾稽所屬費用年月之前至少 6 個月或是同一費用年月的門住診案件；依此例，勾稽範圍為 9507~9603。
(2)以入院日勾稽小於等於此日的門住診案件(門診：就醫日，住院：入院日)；若有二筆子宮肌瘤診斷案件入院日分別為 960110、960310，而癌症診斷發生在 960210，此時 960310 那筆將被排除而 960110 那筆則是被納入後續之計算。
□ 子宮肌瘤摘除術：住診案件，醫令類別 2 且醫令代碼 97010K、97011A、97012B、97013B、80402C、80420C、80415B、97013C、80415C、80425C。
□ 子宮切除術：住診案件，醫令類別 2 且醫令代碼 97025K、97026A、97027B、97020K、97021A、97022B、97035K、97036A、97037B、80403B、80404B、80421B、80416B、80412B、97027C、80404C。
□ 相關診斷：住診案件，任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼 614~621
□ 14 日內再住院率勾稽方式：
住診：(再次住院入院日－手術當次住院出院日)＜＝14(跨院)
□ 子宮肌瘤診斷與手術(子宮肌瘤摘除或子宮切除手術)需限定發生在同一清單案件(同案件分類、流水號)
➢ 運算範圍：每季
➢ 展現維度：1.分區
2.分區＋特約類別
3.分區＋特約類別＋院所
4.分區＋特約類別＋院所+醫師
5.全國
6.全國+特約類別

(473.01).子宮肌瘤手術後 14 日內因該手術相關診斷再住院率

(建置時間：101/09/04)
(104/12/23 定義修訂：(1)子宮肌瘤摘除術新增 3 個代碼 97013C、80415C、80425C。(2)子宮切除術新增 2 個代碼 97027C、80404C。
自 103 年起重新產製)

■ 分子：分母案件出院 14 日內因該手術相關診斷再住院人次數
■ 分母：申報子宮肌瘤診斷(排除癌症診斷)且有施行子宮肌瘤摘除或子宮切除手術治療住院人次數
□ 資料範圍：1.住院(西醫基層+西醫醫院)及門診(西醫基層+西醫醫院)。
2.排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA；住院案件分類只計 1、2、3、4、5、6 即可排除代辦案件。
□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
□ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。
□ 子宮肌瘤診斷：住診案件任一主次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 218
□ 癌症診斷：門、住診案件任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼為 140~208、230~238。
□ 以計算 96Q1 為例
(1)以 ID 跨院勾稽所屬費用年月之前至少 6 個月或是同一費用年月的門住診案件；依此例，勾稽範圍為 9507~9603。
(2)以入院日勾稽小於等於此日的門住診案件(門診：就醫日，住院：入院日)；若有二筆子宮肌瘤診斷案件入院日分別為 960110、960310，而癌症診斷發生在 960210，此時 960310 那筆將被排除而 960110 那筆則是被納入後續之計算。
□ 子宮肌瘤摘除術：住診案件，醫令類別 2 且醫令代碼 97010K、97011A、97012B、97013B、80402C、80420C、80415B、97013C、80415C、80425C。
□ 子宮切除術：住診案件，醫令類別 2 且醫令代碼 97025K、97026A、97027B、97020K、97021A、97022B、97035K、97036A、97037B、80403B、80404B、80421B、80416B、80412B、97027C、80404C。
□ 相關診斷：住診案件，任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼 614~621
□ 14 日內再住院率勾稽方式：
住診：(再次住院入院日－手術當次住院出院日)＜＝14(跨院)
□ 子宮肌瘤診斷與手術(子宮肌瘤摘除或子宮切除手術)需限定發生在同一清單案件(同案件分類、流水號)
➢ 運算範圍：每季
➢ 展現維度：1.分區
2.分區＋特約類別
3.分區＋特約類別＋院所
4.分區＋特約類別＋院所+醫師

5.全國

6.全國+特約類別

7.全國+總額部門

(478).冠狀動脈繞道手術(CABG)住院期間抗生素使用費用

(建置時間：97/03/27)

(102/03/07 定義修訂：為與國際接軌，自費用年月 102 年 1 月起，抗生素藥品定義由原藥理代碼前 4 碼 0812，修訂為 ATC 前 3 碼為 J01。)

■ 分子：分母案件抗生素藥品醫令費用加總

■ 分母：冠狀動脈繞道手術(CABG)住院案件數

□ 分母：申報醫令為冠狀動脈繞道手術(CABG)之住院案件數。

✓ 同 ID、同院所、同住院日計為一個案件。

✓ 冠狀動脈繞道手術(CABG)：醫令類別為'2'且醫令代碼前五碼為 68023、68024、68025、97901、97902、97903、97906，97907、97908、97911、97912、97913、97916、97917、97918 之案件。

□ 分子：分母案件住院期間使用抗生素藥品之醫令費用加總。

✓ 抗生素藥品：醫令代碼為 10 碼，且 ATC 前 3 碼為 J01。

□ 資料範圍：住院日位於統計月份之案件始列為分母案件，並按同 ID、同院所、同住院日往後 2 個費用年月歸戶統計同一住院案件之住院期間抗生素藥品醫令費用加總。

□ 範例：統計月份 9602

資料範圍：住院日介於 960201~960228 且費用年月<=9604(往後觀察兩個月)

分母：資料範圍下之所有案件數。

分子：分母案件在資料範圍下，住院期間之所有案件抗生素藥品醫令費用加總。

➢ 運算範圍：每月

➢ 可累加

➢ 展現維度：1.分區

2.分區+特約類別

3.分區+院所

(479).髖關節成形術住院期間抗生素使用費用

(建置時間：97/03/27)

(102/03/07 定義修訂：為與國際接軌，自費用年月 102 年 1 月起，抗生素藥品定義由原藥理代碼前 4 碼 0812，修訂為 ATC 前 3 碼為 J01。)

■ 分子：分母案件抗生素藥品醫令費用加總

■ 分母：施行人工髖關節置換手術住院案件數

□ 分母：申報醫令為全人工髖關節置換之住院案件數。

✓ 同 ID、同院所、同住院日計為一個案件。

✓ 全人工髖關節置換術：醫令類別為'2'且醫令代碼前五碼為 97801、97802、97803、64162、97811、97812、97813 或人工髖關節再置換(64201)之案件。

□ 分子：分母案件住院期間使用抗生素藥品之醫令費用加總。

✓ 抗生素藥品：醫令代碼為 10 碼，且 ATC 前 3 碼為 J01。

□ 資料範圍：住院日位於統計月份之案件始列為分母案件，並按同 ID、同院所、同住院日往後 2 個費用年月歸戶統計同一住院案件之住院期間抗生素藥品醫令費用加總。

□ 範例：統計月份 9602

資料範圍：住院日介於 960201~960228 且費用年月<=9604(往後觀察兩個月)

分母：資料範圍下之所有案件數。

分子：分母案件在資料範圍下，住院期間之所有案件抗生素藥品醫令費用加總。

➢ 運算範圍：每月

➢ 可累加

➢ 展現維度：1.分區

2.分區+總額部門別

3.分區+特約類別

4.分區+院所

(482).糖尿病方案當季追蹤率

(建置時間：97/7/7)

(104/07/02 定義修訂：(1)刪除醫令 P1401C、P1402C、P1403C；(2)增列分子計算條件「(P1408C 或 P1409C)申報案件數>=1 且(P1410C 或 P1411C)申報案件數>=1」；(3)自 103Q3 開始重新產製。)

※指標背景：1、95 年 8 月糖尿病醫療給付改善方案增修項目。

2、啟動糖尿病醫療給付改善方案退場機制指標。

■ 分子：分母病患中完成當季追蹤人數

■ 分母：本季同院所門住診申報糖尿病試辦計畫收案人數

□ 資料範圍：門住診

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 95Q4 開始產製。

□ 分母定義：本季門住診申報糖尿病試辦計畫相關醫令，且醫令類別為 2 者，以院所代號、病患 ID 及病患生日勾稽 VPN 登錄檔於本季或次季未結案之病人數。

※糖尿病試辦計畫相關醫令：P1407C、P1408C、P1409C

※VPN 登錄檔：在 DA 中將轉檔 VPN 登錄檔，記載糖尿病試辦計畫所有病患的收案日期、結案日期資訊。

□ 分子定義：分母 ID 在本季或次季的門住診申報資料中，有下列情形者，視為完成追蹤，不管於本季或次季完成追蹤，均計入分子人數：

(1)(P1401C 或 P1407C)申報案件數>=1 且(P1402C 或 P1408C)申報案件數>=1

(2)(P1401C 或 P1407C)申報案件數>=1 且(P1403C 或 P1409C)申報案件數>=1

(3)(P1402C 或 P1408C)+(P1403C 或 P1409C)申報案件數>=2

(4)(P1408C 或 P1409C)申報案件數>=1 且(P1410C 或 P1411C)申報案件數>=1

※P1410C 及 P1411C 僅列入分子追蹤，且不限制醫令類別為 2

□ 上述申報案件數以案件數來計算，即同一案件申報 2 次以上相關醫令，仍以 1 次視之。

□ 在本季或次季若參與本方案之院所有變更醫療院所代碼，需以新代碼取代舊代碼，進行計算。

□ 維度 1-5 之歸戶方式，以同 HOSP_ID 及同 ID 視為同一筆(即雖然 ID 相同，但如院所代號不同，亦視為二筆)。

□ 維度 6 之歸戶方式，分母為該院所該醫師有申報 P 碼之 ID 歸戶數，分子則為分母的 ID 中，於該院所於本季或次季再次申報 P 碼即可，不限定為同醫師。

□ 針對維度 6 的報表，將另外呈現「VPN 登錄結案之個案數」及「追蹤率未達 20%註記」兩個欄位的資訊。

※「VPN 登錄結案之個案數」表分母病患中，由某院所某醫師在本季或次季於 VPN 登錄結案之病患人數。

➢ 運算範圍：每季

- 展現維度：1.分區(同院歸戶)
  2.分區+縣市別(同院歸戶)
  3.分區+總額部門(同院歸戶)
  4.分區+總額部門+特約類別(同院歸戶)
  5.分區+總額部門+特約類別＋院所(同院歸戶)
  6.分區+總額部門＋院所+醫師(分母同院同醫師，分子同院跨醫師歸戶)

(486).門診手術（含 ESWL）後 2 日內急診或住院率

(建置時間：97/06/24)

※指標背景：97 年度工作考成指標

■ 分子：門診手術後 2 日(含)內急診或住院的人次。

■ 分母：門診手術人次。

□ 門診手術：醫令代碼前 2 碼為 62-88 及 50023A、50024A、50025A、50026A、50023B、50024B、50025B、50026B。且醫令代碼長度為 6 或 7 且排除案件分類「02」(急診)。

□ 急診係指門診案件分類「02」，住院係指申報住院者。

□ 2 日(含)內：例如 7/23 施行門診手術，則 7/23~7/25 有再急診(或再住院)者為符合分子條件。

□ 判定分子有無再急診或再住院時：

(1)用分母之 ID 進行勾稽。

(2)分母部分若治療結束日不為空白，取治療結束日否則取就醫日期。

(3)分子部分之再急診採用就醫日期與分母進行比對；再住院採用入院日與分母進行比對。

□ 分母依不同維度同 1 人同 1 日若有多種手術僅計算 1 次，例如：

□ 甲在同一天分別在西醫醫院總額下的 A 院所進行 2 次手術、B 院所 1 次手術，則在院所維度下 A、B 院所各計 1 次；而在總額部門維度下則僅只計為 1 次。

□ 2 日(含)內若有多次急診(或住院)亦僅採計 1 次。

□ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。

➢ 運算範圍：每季。

➢ 展現維度：1.分區(分子跨院勾稽)

2.分區+總額部門(分子跨院勾稽)

3.分區+特約類別(分子跨院勾稽)

4.分區+總額部門+院所(分子跨院勾稽)

(487).就醫病人門診月平均就醫次數(歸屬申報最多件數之科別)

(建置時間：97/07/07)

(101/02/22 修訂指標名稱：由「門診月平均就醫次數(歸屬申報最多件數之科別)」修訂為「就醫病人門診月平均就醫次數(歸屬申報最多件數之科別)」)

※指標背景：全民健康保險西醫基層專業審查措施醫療利用類指標

■ 分子：月件數、季件數

■ 分母：月人數、月人數季總計

□ 排除符合下列任一條件之案件：

(1)案件分類為 08、A1、A2、A3、A4、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2。

(2)診察費為 0 之案件。

□ 分母：全診所排除案件後按月份歸戶計算之人數，

(1)月人數：排除案件後，按月份歸戶計算診所病人人數。

(2)月人數季總計：將按該季所含各月之月人數加總。

□ 分子：

(1)月件數：排除案件後之診所申報處方件數。

(2)季件數：將按該季所含各月之月件數加總。

=>月件數加總=季總計，診所歸戶科別為當季申報最多件數科別。

□ 歸屬科別定義：即為歸屬申報最多件數之科別。

以該診所當季申報最多件數之就醫科別，為該診所歸屬申報最多件數之科別，但計算全診所之人數與件數。

□ 資料範圍：門診(不含藥局)之西醫基層資料。

➢ 運算範圍：月(但逐季計算，因判斷歸屬科別需用到季件數)

➢ 展現維度：1.分區

2.分區+院所+原申報科別

3.分區+院所+歸屬科別

(492).生產案件(不含自行要求剖腹產)出院後 14 日內再住院率

(建置時間：97/07/18)

(102/08/05 修改指標名稱、分母名稱及定義文件之文字內容)

※指標背景：1、醫院總額 97 年度品質資訊公開項目

2、97 年工作考成指標項目

■ 分子：分母案件出院後 14 日內再住院案件數。

■ 分母：生產出院案件數(不含自行要求剖腹產)。

□ 資料範圍一：住院

□ 資料範圍二：西醫醫院

□ 此指標資料自統計期間 94 年開始產製。

□ 分母：於統計期間出院，且有申報生產醫令(不含自行要求剖腹產)之案件數

※出院：出院日在資料範圍內之案件(以 96Q1 為例，即為出院日期 960101~960331)，例：按[院所，ID，生日，住院日]歸戶，因同一次住院，會有申報多筆住院醫療費用的情形，可能有多個出院日，以最晚之出院日為準

※生產醫令(不含自行要求剖腹產)：81004C、81005C、81024C、81025C、81026C、81028C、81029C、97006K、97007A、97008B、97009C、81005B、81017C、81018C、81019C、97001K、97002A、97003B、97004C、97005D、97931K、97932A、97933B、97934C、81034C

□ 住院需排除膳食費案件(案件分類為「AZ」、「DZ」)。

□ 分子：以出院案件為母體往後勾稽至下個月的資料，按[ID，生日]勾稽距離出院日 0 至 14 日內(即 0<=再住院日-生產出院日<=14)，且符合分子條件的的住院案件。

※分子條件：

(1)部分負擔代碼不為 903

(2)再住院日＞生產住院日

➢ 運算範圍：季

➢ 展現維度：1.分區(分子同分區下跨院勾稽)

2.分區+特約類別(分子同分區同特約類別下跨院勾稽)

3.分區+特約類別+院所(分子同分區同特約類別下跨院勾稽)

(494).子宮肌瘤手術後 14 日內門、住診有相關器官之損傷診斷發生率

(建置時間：97/07/18)
(98/11/20：指標名稱、分子名稱及定義文字修訂)
(104/12/23 定義修訂：(1)子宮肌瘤摘除術新增 3 個代碼 97013C、80415C、80425C。(2)子宮切除術新增 2 個代碼 97027C、80404C。
自 103 年起重新產製)
※指標背景：無

■ 分子：分母案件出院 14 日內門、住診有相關器官損傷診斷之人次數
■ 分母：申報子宮肌瘤診斷(排除癌症診斷)且有施行子宮肌瘤摘除或子宮切除手術治療住院人次數
□ 資料範圍：西醫醫院、西醫基層總額
□ 住院需排除膳食費案件(案件分類為「AZ」、「DZ」)。
□ 子宮肌瘤診斷：住診案件任一主次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 218
□ 癌症診斷：門、住診案件任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼為 140~208、230~238。
□ 以計算 96Q1 為例
(1)以 ID 跨院勾稽所屬費用年月之前至少 6 個月或是同一費用年月的門住診案件；依此例，勾稽範圍為 9507~9603。
(2)以入院日勾稽小於等於此日的門住診案件(門診：就醫日，住院：入院日)；若有二筆子宮肌瘤診斷案件入院日分別為 960110、960310，而癌症診斷發生在 960210，此時 960310 那筆將被排除而 960110 那筆則是被納入後續之計算。
□ 子宮肌瘤摘除術：住診案件，醫令類別 2 且醫令代碼 97010K、97011A、97012B、97013B、80402C、80420C、80415B、97013C、80415C、80425C。
□ 子宮切除術：住診案件，醫令類別 2 且醫令代碼 97025K、97026A、97027B、97020K、97021A、97022B、97035K、97036A、97037B、80403B、80404B、80421B、80416B、80412B、97027C、80404C。
□ 相關器官損傷診斷包含：
(1)骨盆器官損傷：門、住診案件任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼 867。
(2)胃腸道損傷：門、住診案件任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼 863。
□ 14 日內發生率勾稽方式：
門診：(門診就醫日期－手術當次住院出院日)＜＝14(跨院)
住診：(再次住院入院日－手術當次住院出院日)＜＝14(跨院)
□ 子宮肌瘤診斷與手術(子宮肌瘤摘除或子宮切除手術)需限定發生在同一清單案件(同案件分類、流水號)
➢ 運算範圍：每季
➢ 展現維度：1.分區
2.分區＋特約類別
3.分區＋特約類別＋院所

4.分區＋特約類別＋院所+醫師

5.全國

6.全國+特約類別

(494.01).子宮肌瘤手術後 14 日內門、住診有相關器官之損傷診斷發生率

(建置時間：101/09/04)
(104/12/23 定義修訂：(1)子宮肌瘤摘除術新增 3 個代碼 97013C、80415C、80425C。(2)子宮切除術新增 2 個代碼 97027C、80404C。
自 103 年起重新產製)

■ 分子：分母案件出院 14 日內門、住診有相關器官損傷診斷之人次數
■ 分母：申報子宮肌瘤診斷(排除癌症診斷)且有施行子宮肌瘤摘除或子宮切除手術治療住院人次數
□ 資料範圍：1.住院(西醫基層+西醫醫院)及門診(西醫基層+西醫醫院)。
2.排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA；住院案件分類只計 1、2、3、4、5、6 即可排除代辦案件。
□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
□ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。
□ 子宮肌瘤診斷：住診案件任一主次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 218
□ 癌症診斷：門、住診案件任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼為 140~208、230~238。
□ 以計算 96Q1 為例
(1)以 ID 跨院勾稽所屬費用年月之前至少 6 個月或是同一費用年月的門住診案件；依此例，勾稽範圍為 9507~9603。
(2)以入院日勾稽小於等於此日的門住診案件(門診：就醫日，住院：入院日)；若有二筆子宮肌瘤診斷案件入院日分別為 960110、960310，而癌症診斷發生在 960210，此時 960310 那筆將被排除而 960110 那筆則是被納入後續之計算。
□ 子宮肌瘤摘除術：住診案件，醫令類別 2 且醫令代碼 97010K、97011A、97012B、97013B、80402C、80420C、80415B、97013C、80415C、80425C。
□ 子宮切除術：住診案件，醫令類別 2 且醫令代碼 97025K、97026A、97027B、97020K、97021A、97022B、97035K、97036A、97037B、80403B、80404B、80421B、80416B、80412B、97027C、80404C。
□ 相關器官損傷診斷包含：
(1)骨盆器官損傷：門、住診案件任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼 867。
(2)胃腸道損傷：門、住診案件任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼 863。
□ 14 日內發生率勾稽方式：
門診：(門診就醫日期－手術當次住院出院日)＜＝14(跨院)
住診：(再次住院入院日－手術當次住院出院日)＜＝14(跨院)
□ 子宮肌瘤診斷與手術(子宮肌瘤摘除或子宮切除手術)需限定發生在同一清單案件(同案件分類、流水號)
➢ 運算範圍：每季
➢ 展現維度：1.分區

2.分區＋特約類別
3.分區＋特約類別＋院所
4.分區＋特約類別＋院所+醫師
5.全國
6.全國+特約類別
7.全國+總額部門

(495).中醫同一院所同一患者同月看診次數過高病患就診 8 次以上比例

(建置時間：97/08/19)

(99/02/26 定義修訂及程式修正：增加專款專用案件定義「案件分類 22 且特定治療項目為 J7(腫瘤患者中醫輔助醫療試辦計畫)」；其中，原程式在排除條件的處理上，未完全排除掉不需之資料，在此一併修正並自 96 年起重新產製)

(99/11/26 定義修訂：增加專款專用案件定義「案件分類 22 且特定治療項目為 CA(腦血管疾病後遺症門診照護計畫)」，自 9901 開始重新產製)

(102/01/15 定義修訂：1.排除條件：(1).增加案件分類 B6、診察費=0、任一特定治療項目 CB，(2).「案件分類 22 且特定治療項目為 J8」自 98 年起刪除，「案件分類 22 且特定治療項目為 C9、C0」自 102 年起刪除。2.自費用年月 10101 起重新產製)

(102/06/18 定義修訂：1.排除條件：(1)增加任一特定治療項目 JA、JB。(2)任一特定治療項目為 CB 自 102 年起刪除。2.自費用年月 10201 起重新產製)

(105/08/18 定義修訂：1.排除條件：(1)「案件分類 22，且任一特定治療項目為 C0，C8，C9，J8，J7，CA」，自 10501 起修正為「案件分類 22 之全部案件」。(2)增加案件分類 A3。2.自費用年月 10501 起重新產製)

※指標背景：97 年中醫院所別品質資訊公開、中醫總額品質保證保留款指標

■ 分子：同一院所、同一病人、同月看診次數 8 次（含）以上人數。

■ 分母：同一院所、同月看診總人數。

□ 資料範圍一：門診

□ 資料範圍二：中醫

□ 分母：同一院所、同月看診總人數。

□ 分子：同一院所、同一病人、同月看診次數 8 次（含）以上人數。

□ 所有資料排除符合以下任一條件者

1. 診察費=0。
2. 案件分類為 B6(職災案件)。
3. 中醫專款專用案件(符合任一條件)：
   (1)案件分類為 25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)
   (2)任一特定治療項目為 CB(鼓勵偏遠地區中醫師長期進駐試辦計畫)[因不再試辦，費用年月 10201 起刪除]
   (3)案件分類為 22（中醫其他專案）。
   (4)任一特定治療項目(CURE_ITEM1~CURE_ITEM4)為 JA、JB。
      ✓ JA（收容對象醫療服務計畫─矯正機關內門診）[費用年月 10201 起新增]
      ✓ JB（收容對象醫療服務計畫─戒護就醫）[費用年月 10201 起新增]
   (5)案件分類為 A3（預防保健）[費用年月 10501 起新增]。

➢ 運算範圍：月

➢ 展現維度：1.分區

2.分區+院所

(496).氣喘病人平均住院次數

(建置時間：97/08/19)

※指標背景：97 年度分區績效指標

■ 分子：該季氣喘住院次數(跨院所住院)。

■ 分母：該季該院所之氣喘病人數。

□ 資料範圍一：門診+住診(門診不含藥局)

□ 資料範圍二：西醫基層+西醫醫院

□ 分母：該季同院所門診任一診斷為氣喘，至少就醫達 3(含)次以上者之就醫人數。

※氣喘：ICD-9-CM 前三碼為 493。

□ 分子：分母之病人中，該季因氣喘住院之住院人次(跨院所住院)。

※氣喘：主診斷前三碼為 493。

※住院人次：同一 ID、住院日視為同一人次。

※在判斷分母病患是否符合分子時，只要分母病患於該季有發生住院案件則計入分子，並未判斷時序性，亦即病患若該季先因氣喘住院，再於門診就醫 3 次以上也會被納入分子。

□ 計算住院人次時，以住院日是否落在統計期間判斷是否為住院案件。

□ 住院需排除膳食費案件(案件分類為「AZ」、「DZ」)。

□ 年齡分組分類如下：(年齡=費用年-出生年)

(1)未滿 18 歲(<18)

(2)18 歲以上，未滿 65 歲(>=18，<65)

(3)65 歲以上(>=65)

➢ 運算範圍：季

➢ 展現維度：1.分區+年齡分組

2.分區+特約類別+年齡分組

3.分區+特約類別+院所+年齡分組

(497).門診戒菸申報件數占率 X

(建置時間：97/10/23)

※指標背景：門診戒菸服務指標

- ■ 分子：該院所申報門診戒菸總件數。
- ■ 分母：該院所當月申報總件數。
- □ 資料範圍一：門診
- □ 資料範圍二：西醫基層、醫院總額
- □ 分母：該院所當月申報總件數。
- □ 分子：該院所申報門診戒菸總件數。
  ※門診戒菸：案件分類為 B7。
- □ X 參數係指分區人員可於報表上輸入某百分比，例如 30%，則報表會呈現申報金額占率>=30%的院所資料。輸入規則如下：
  (1)使用者輸入 0~100 的整數
  (2)參數預設值為 0(會呈現所有院所)
- ➢ 運算範圍：月
- ➢ 展現維度：分區+總額別+院所

(498).門診戒菸申報金額占率 X

(建置時間：97/10/23)

※指標背景：97 年門診戒菸服務共同性指標

- ■ 分子：該院所申報門診戒菸總金額。
- ■ 分母：該院所當月申報總金額。
- □ 資料範圍一：門診、特約藥局
- □ 資料範圍二：西醫基層、醫院總額
- □ 分母：該院所當月申報金額＋特約藥局調劑該院釋出處方金額。
  ※特約藥局調劑該院釋出處方金額：同費用年月下，該院釋出到各特約藥局的處方藥費及藥事服務費加總。
- □ 分子：該院所申報門診戒菸金額＋特約藥局調劑該院釋出門診戒菸處方金額。
  ※門診戒菸：案件分類為 B7。
  ※特約藥局調劑該院釋出門診戒菸處方金額：同費用年月下，該院釋出到各特約藥局的門診戒菸處方藥費及藥事服務費加總，藥局處方需限制以下條件：
  (1)案件分類為 5
  (2)原案件分類為 B7
- □ 藥局藥費依「原處方醫事機構代號」回串原開立處方院所，依該院所代號前 2 碼判定總額別，前 2 碼≧21 為西醫基層，前 2 碼＜21 為醫院總額。
- □ X 參數係指分區人員可於報表上輸入某百分比，例如 30%，則報表會呈現申報金額占率>=30%的院所資料。輸入規則如下：
  (1)使用者輸入 0~100 的整數
  (2)參數預設值為 0(會呈現所有院所)

- ➢ 運算範圍：月
- ➢ 展現維度：分區+總額別+院所

(499).門診手術（含 ESWL）後 2 日內急診或住院率--排除同日先急診後手術案件

(建置時間：97/08/25)

※指標背景：97 年度工作考成指標

■ 分子：門診手術後 2 日(含)內急診或住院的人次-排除同日先急診後手術案件。

■ 分母：門診手術人次。

□ 門診手術：醫令代碼前 2 碼為 62-88 及 50023A、50024A、50025A、50026A、50023B、50024B、50025B、50026B。且醫令代碼長度為 6 或 7 且排除案件分類「02」(急診)。

□ 急診係指門診案件分類「02」，住院係指申報住院者。

□ 2 日(含)內：例如 7/23 施行門診手術，則 7/23~7/25 有再急診(或再住院)者為符合分子條件。

□ 判定分子有無再急診或再住院時：

(1)用分母之 ID 進行勾稽。

(2)分母部分若治療結束日不為空白，取治療結束日否則取就醫日期。

(3)分子部分之再急診採用就醫日期與分母進行比對；再住院採用入院日與分母進行比對。

(4)當急診與手術同一日時，利用健保卡就醫序號排除當日先急診再門診手術之案件。(即：再急診之健保卡就醫序號>門診手術之健保卡就醫序號)

□ 分母依不同維度同 1 人同 1 日若有多種手術僅計算 1 次，例如：

甲在同一天分別在西醫醫院總額下的 A 院所進行 2 次手術、B 院所 1 次手術，則在院所維度下 A、B 院所各計 1 次；而在總額部門維度下則僅只計為 1 次。

□ 2 日(含)內若有多次急診(或住院)亦僅採計 1 次。

□ 住院需排除膳食費案件(案件分類為「AZ」、「DZ」)。

□ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。

➢ 運算範圍：每季。

➢ 展現維度：1.分區(分子跨院勾稽)

2.分區+總額部門(分子跨院勾稽)

3.分區+特約類別(分子跨院勾稽)

4.分區+總額部門+院所(分子跨院勾稽)

(568)(569).糖尿病方案照護率_月累計

(建置時間：99/07/29)

(99/12/24 定義修改：配合對外提供資料之嚴謹度，增加若分子>分母時，分子=分母之條件，並自統計期間 9801 重新產製。

100/10/12 新增分區+縣市別+特約類別維度，自統計期間 10009 開始產製。)

101/01/10 定義修訂：自統計期間 10101 開始(1)若分子>分母時，修改成分母=分子(以分子為主)(2)當年度的分母改採用上年度全年資料來產製，即分母固定)

(101/12/17 定義修訂：分母自 102 年 1 月(費用年月)起刪除收案條件需同醫師之規定。)

(105/11/22 定義修訂：加入院所新舊代碼合併處理並自統計期間 106 年起開始啟用。)

(106/03/06 定義修訂：(1)分母資料範圍排除轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記 5、6。(2)自統計期間 10501 重新產製。)

※指標背景：行政院列管本署至 100 年之重要施政績效項目

■ 分子：申報醫令代碼前 3 碼為 P14 之人數

■ 分母 1(568)：符合收案條件(同院就醫間隔 90 天)之門診主診斷為 250 之人數

■ 分母 2(569)：符合收案條件(同院就醫間隔 60 天)之門診主診斷為 250 之人數

□ 資料範圍：門診(西醫基層+西醫醫院)+住院(西醫基層+西醫醫院)

※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。

□ 分母 1：門診主診斷為糖尿病且在同院、同 ID、同生日下，任 2 次就醫日期間隔介於 0 到 90 天之人數。

□ 分母 2：門診主診斷為糖尿病且在同院、同 ID、同生日下，任 2 次就醫日期間隔介於 0 到 60 天之人數。

※糖尿病：ICD_9_CM 前三碼為 250。

※分母需排除 08 案件及補報原因註記為 2(即補報醫令者)案件及轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記 5、6 案件。

□ 分子：門診及住院中，有申報 P14XXX(即醫令前 3 碼為 P14 者)之人數。

□ **統計期間 10101(不含)之前**：

※分母、分子之資料範圍

計算每年 1 月份分母時，需往前多勾稽 3 個月(去年 10 月)申報資料以便計算；

計算每年 2 月份分母時，需往前多勾稽 3 個月(去年 10 月)申報資料以便計算；

計算每年 3 月份分母時，僅需往前多勾稽 2 個月(去年 11 月)申報資料以便計算；

計算每年 4 月份起之分母時，則不用往前多勾稽申報資料，例如：

統計期間為 9901 時：

分母與分子資料範圍皆為 9901；但分母會再往前勾稽到 9810 以便計算。

統計期間為 9902 時：

分母與分子資料範圍皆為 9901-9902；但分母會再往前勾稽到 9810 以便計算。
若統計期間為 9903 時：
分母與分子資料範圍皆為 9901-9903；但分母會再往前勾稽到 9811 以便計算。
若統計期間為 9904(非第一季)時：
分母與分子資料範圍皆為 9901-9904；但分母不用往前多勾稽申報資料。
若統計期間為 9906(非第一季)時：
分母與分子資料範圍皆為 9901-9906；但分母不用往前多勾稽申報資料。
若統計期間為 9912(非第一季)時：
分母與分子資料範圍皆為 9901-9912；但分母不用往前多勾稽申報資料。
※分子>分母時之處理：若分子>分母時，則分子=分母(以分母為主)。

□ **統計期間 10101(含)之後**：

※分母、分子之資料範圍

當年度的分母改採用上年度全年資料來產製且在統計期間為每年 1 月份時才執行，之後分母固定，例如：
統計期間為 10101 時：
分子資料範圍為 10101-10101；分母資料範圍為 10001-10012。
統計期間為 10102 時：
分子資料範圍為 10101-10102；分母直接使用 10101 已計算的分母結果。
統計期間為 10106 時：
分子資料範圍為 10101-10106；分母直接使用 10101 已計算的分母結果。
統計期間為 10112 時：
分子資料範圍為 10101-10112；分母直接使用 10101 已計算的分母結果。
統計期間為 10201 時：
分子資料範圍為 10201-10201；分母資料範圍為 10101-10112。
統計期間為 10212 時：
分子資料範圍為 10201-10212；分母直接使用 10201 已計算的分母結果。

※分子>分母時之處理：若分子>分母時，則分母=分子(以分子為主)

□ 人數計算以【ID】歸戶。

□ 統計期間之院所若曾變更院所代碼，將以最新代碼取代舊代碼進行計算，舊代碼之判斷由醫事機構基本資料檔(V_DWM_HOSPBSC)中，取承接醫事機構代碼(HEIR_HOSP_ID)判斷，期間若該院所多次更換代碼，最多取代 10 次。[自統計期間 106 年起開始啟用]

➢ 運算範圍：月累計(每月計算當年自 1 月累計至該月份之申報資料，如 1 月，1-2 月，1-3 月…1-12 月)

➢ 展現維度：1.分區
2.分區+縣市別
3.分區+縣市別+特約類別
4.分區+總額部門

5.分區+總額部門+特約類別
6.分區+總額部門+特約類別+院所
7.分區+總額部門+特約類別+院所+醫師
8.全國
9.全國+總額部門

(600).門診就醫人數

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「門診就醫人數」，分母一律填「1」，指標值即為門診就醫人數。

(601).門診申請件數

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「門診申請件數」，分母一律填「1」，指標值即為門診申請件數。

(602).門診給藥日份

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「門診給藥日份」，分母一律填「1」，指標值即為門診給藥日份。

(603).門診申請金額

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「門診申請金額」，分母一律填「1」，指標值即為門診申請金額。

(604).門診醫療費用

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「門診醫療費用」，分母一律填「1」，指標值即為門診醫療費用。
門診醫療費用=門診申請金額+門診部份負擔費用。

(605).門診部份負擔費用

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「門診部份負擔費用」，分母一律填「1」，指標值即為門診部份負擔費用。

(606).門診藥費

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「門診藥費」，分母一律填「1」，指標值即為門診藥費。

(607).門診診療處置費

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「門診診療處置費」，分母一律填「1」，指標值即為門診診療處置費。

(608).門診診察費

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「門診診察費」，分母一律填「1」，指標值即為門診診察費。

(609).門診藥事服務費

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「門診藥事服務費」，分母一律填「1」，指標值即為門診藥事服務費。

(610).門診執行醫師數

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「門診執行醫師數」，分母一律填「1」，指標值即為門診執行醫師數。

(611).門診平均每人醫療費用

- ■ 分子：門診醫療費用。
- ■ 分母：門診就醫人數。
- ➢ 門診醫療費用=門診申請金額+門診部份負擔費用。
- ➢ 門診平均每人醫療費用=門診醫療費用/門診就醫人數。

(612).門診平均每人就醫次數

- ■ 分子：門診申請件數。
- ■ 分母：門診就醫人數。
- ➢ 門診平均每人就醫次數=門診申請件數/門診就醫人數

(613).門診每人日藥費

- 分子：門診藥費。
- 分母：門診給藥日份。
- 門診每人日藥費=門診藥費/門診給藥日份

(614).門診平均每件醫療費用

- 分子：門診醫療費用。
- 分母：門診申請件數。
- 門診醫療費用=門診申請金額+門診部份負擔費用。
- 門診平均每件醫療費用=門診醫療費用/門診申請件數。

(615).門診平均每件給藥日份

- 分子：門診給藥日份。
- 分母：門診申請件數。
- 門診平均每件給藥日份=門診給藥日份/門診申請件數

(616).門診平均每件藥費

- 分子：門診藥費。
- 分母：門診申請件數。
- 門診平均每件藥費=門診藥費/門診申請件數

(617).門診平均每件診療費

- 分子：門診診療處置費。
- 分母：門診申請件數。
- 門診平均每件診療費=門診診療處置費/門診申請件數

(618).門診藥費佔率

- ■ 分子：門診藥費。
- ■ 分母：門診醫療費用。
- ➢ 門診藥費佔率=門診藥費/門診醫療費用

(619).門診診療費佔率

- ■ 分子：門診診療處置費。
- ■ 分母：門診醫療費用。
- ➢ 門診診療費佔率=門診診療處置費/門診醫療費用

(620).門診部份負擔佔率

- ■ 分子：門診部份負擔費用。
- ■ 分母：門診醫療費用。
- ➢ 門診部份負擔佔率=門診部份負擔費用/門診醫療費用

(621).住院就醫人數

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「住院就醫人數」，分母一律填「1」，指標值即為住院就醫人數。

(622).住院申請件數

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「住院申請件數」，分母一律填「1」，指標值即為住院申請件數。

(623).住院日數

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「住院日數」，分母一律填「1」，指標值即為住院日數。

(624).住院申請金額

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「住院申請金額」，分母一律填「1」，指標值即為住院申請金額。

(625).住院醫療費用

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「住院醫療費用」，分母一律填「1」，指標值即為住院醫療費用。

住院醫療費用=住院申請金額+住院部份負擔費用。

(626).住院部份負擔費用

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「住院部份負擔費用」，分母一律填「1」，指標值即為住院部份負擔費用。

(627).住院執行醫師數

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「住院執行醫師數」，分母一律填「1」，指標值即為住院執行醫師數。

(628).住院診察費

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「住院診察費」，分母一律填「1」，指標值即為住院診察費。

(629).住院病房費

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「住院病房費」，分母一律填「1」，指標值即為住院病房費。

(630).住院管灌膳食費

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「住院管灌膳食費」，分母一律填「1」，指標值即為住院管灌膳食費。

(631).住院檢查費

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「住院檢查費」，分母一律填「1」，指標值即為住院檢查費。

(632).住院放射線診療費

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「住院放射線診療費」，分母一律填「1」，指標值即為住院放射線診療費。

(633).住院治療處置費

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「住院治療處置費」，分母一律填「1」，指標值即為住院治療處置費。

(634).住院手術費

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「住院手術費」，分母一律填「1」，指標值即為住院手術費。

(635).住院復健治療費

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「住院復健治療費」，分母一律填「1」，指標值即為住院復健治療費。

(636).住院血液血漿費

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「住院血液血漿費」，分母一律填「1」，指標值即為住院血液血漿費。

(637).住院血液透析費

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「住院血液透析費」，分母一律填「1」，指標值即為住院血液透析費。

(638).住院麻醉費

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「住院麻醉費」，分母一律填「1」，指標值即為住院麻醉費。

(639).住院特殊材料費

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「住院特殊材料費」，分母一律填「1」，指標值即為住院特殊材料費。

(640).住院藥費

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「住院藥費」，分母一律填「1」，指標值即為住院藥費。

(641).住院藥事服務費

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「住院藥事服務費」，分母一律填「1」，指標值即為住院藥事服務費。

(642).住院精神科治療費

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「住院精神科治療費」，分母一律填「1」，指標值即為住院精神科治療費。

(643).住院注射技術費

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「住院注射技術費」，分母一律填「1」，指標值即為住院注射技術費。

(644).住院嬰兒費

說明：在報表資料呈現時，分子欄位填「住院嬰兒費」，分母一律填「1」，指標值即為住院嬰兒費。

(645).住院平均住院日數

- 分子：住院日數。
- 分母：住院申請件數。
- 住院平均住院日數=住院日數/住院申請件數

(646).住院平均每件醫療費用

- 分子：住院醫療費用。
- 分母：住院申請件數。
- 住院醫療費用=住院申請金額+住院部份負擔費用。
- 住院平均每件醫療費用=住院醫療費用/住院申請件數。

(647).住院每人日醫療費用

- 分子：住院醫療費用。
- 分母：住院日數。
- 住院醫療費用=住院申請金額+住院部份負擔費用。
- 住院每人日醫療費用=住院醫療費用/住院日數。

(648).住院部份負擔費用佔率

- 分子：住院部份負擔費用。
- 分母：住院醫療費用。
- 住院部份負擔費用佔率=住院部份負擔費用/住院醫療費用

(649).住院藥費佔率

- 分子：住院藥費。
- 分母：住院醫療費用。
- 住院藥費佔率=住院藥費/住院醫療費用

(656).住院案件出院後 3 日內同院所再急診率

(建置時間：99/07/29)

※指標背景：99 年醫院總額醫療品質公開指標

■ 分子：三日內到同院再急診的案件數。

■ 分母：出院案件數。

□ 資料範圍：住院。

□ 分母定義：出院案件：出院日在資料範圍內之案件，按[院所，ID，生日，住院日]歸戶，因同一次住院，會有申報多筆住院醫療費用的情形，可能有多個出院日，以最晚之出院日為準。

□ 分子定義：

(1)急診案件：案件分類 02，且部分負擔第 2 碼為 0。

(2)三日內再急診的案件：以出院案件為母體，按[ID，生日]勾稽距離出院日 0 至 3 日內同院的急診案件。

□ 住院需排除膳食費案件(案件分類為「AZ」、「DZ」)。

➢ 運算範圍：季

➢ 展現維度：1.分區

2.分區+特約類別

3.分區+院所

(657).消化性潰瘍新病患執行幽門桿菌清除治療比率(二)

(建置時間：99/07/29)

※指標背景：衛生福利部全民健保醫療品質資訊公開 98 年選定項目

■ 分子：接受除菌藥物治療人數

■ 分母：消化性潰瘍新病人數

□ 資料範圍：門診西醫基層+住院西醫基層

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 分母定義：在統計期間，同時符合下列二項條件者，視為消化性潰瘍新病患：

1. 因消化性潰瘍就醫且初次使用消化性潰瘍用藥且前 4 個月內在基層診所跨院勾稽有執行上消化道泛內視鏡檢查或上消化道攝影之門住診個案。

   ※消化性潰瘍：主、次診斷前三碼為 531-534。

   ※初次使用：依月往前一年(不含當月，若為 9801 則觀察 9701~9712 這段期間)跨院勾稽未使用消化性潰瘍用藥。

   ※消化性潰瘍用藥：

   (1)制酸懸浮劑：藥理分類代碼為 560400 或 560499 且藥品代碼最後二碼不為 00 或 G0，再排除下列成份代碼 5604001500、9600065500、4008000700(僅排除單方劑型)、5604002500(僅排除單方劑型)、5604002501(僅排除單方劑型)、5604002900(僅排除單方劑型)、5604001200(僅排除單方劑型)、5612001300(僅排除單方劑型)。

   (2)組織胺受器拮抗劑(H2RA)：藥理分類代碼為 560500 之藥品品項。

   (3)氫離子幫浦抑制劑(PPI)：藥理分類代碼為 560900 之藥品品項。

   (4)細胞保護劑及其他消化性潰瘍用藥：藥理分類代碼為 560700 之藥品。

   ※前 4 個月內：含當月，若為 9801 則觀察 9710~9801 這段期間。

   ※上消化道泛內視鏡檢查：醫令代碼 28016C。

   ※上消化道攝影：醫令代碼 33006B。

2. 前一年跨院勾稽沒有因消化性潰瘍或重大傷病身份而就醫(門診、急診或住院)者。

   ※前一年：依月往前一年(不含當月，若為 9801 則觀察 9701~9712 這段期間)。

   ※消化性潰瘍：主、次診斷前三碼為 531-534。

   ※重大傷病身份：申報部份負擔代號 001。

□ 分子定義：分母病患中，以【ID+生日】勾稽合併使用消化性潰瘍用藥及 1 種以上(>=1)抗生素，且持續使用 7 天以上之人數。

※抗生素：ATC 藥品分類碼 7 為 J01FA09。

※持續使用 7 天以上：門診任一次給藥日份>=7 或住院任一次(醫令執行迄日−醫令執行起日)>=7。

※給藥日份：99 年前抓處方上的給藥日份；99 年後改抓醫令給藥日份。

□ 人數計算以【ID+生日】歸戶。

- □ 住院需排除膳食費案件(案件分類為「AZ」、「DZ」)。
- ➢ 運算範圍：季
- ➢ 展現維度：1.分區(分子跨院勾稽)
  2.分區+院所(分子跨院勾稽)

(755).死亡率-血液透析(每 100 人月)_季

(建置時間：97/07/18)

(97/10/23 修改定義，970901 起，血液透析醫令刪除 58019C~58025C，新增 58029C)

※指標背景：門診透析總額品質確保方案

■ 分子：統計期間死亡個案數。

■ 分母：統計期間之總病人月數。

□ 資料範圍一：門+住診（不含藥局）

□ 資料範圍二：西醫醫院+西醫基層+洗腎

□ 分母：統計期間有申報血液透析任一醫令之病人申報透析治療之總人月數

※血液透析醫令：58001C、58027C、58029C

※總人月數：在不同維度下各自歸戶，某費用年月所有申報血液透析醫令的人數為該月的人月數，統計期間的人月數加總即為總人月數。

範例 1：某費用年月，甲分別於 A 醫師及 B 醫師就醫，在醫師維度下，則兩位醫師各算 1 個人月。

範例 2：若甲 1、2、3 月於 A 醫院就醫，而 3、4、5 月於 B 醫院就醫，在分區維度下，因 AB 屬同一分區，則該分區於 3 月只能算 1 個人月，因此甲共 5 個人月。

□ 分母病人應扣除急性腎衰竭緊急血液透析者

※急性腎衰竭緊急血液透析需同時符合下列三項條件：

(1)統計期間申報血液透析醫令，且以第一次血液透析日為基準，往前回溯勾稽病史檔未曾申報透析相關醫令者。

※在 DA 中將建立病史檔，從 9301 開始記載申報透析相關醫令就醫病患的第一次就醫日期。

(2)第一次血液透析日當日有裝置雙腔靜脈導管者(即跨院所跨門住診勾稽)。

(3)至系統資料截止日為止從未申請重大傷病證明者。

※血液透析醫令：58001C、58027C、58029C

※透析相關醫令：58001C、58019C、58020C、58021C、58022C、58023C、58024C、58025C、58027C、58002C、58011C、58017C、58026C、58007C、58014C、58018C

※第一次血液透析日：門診取就醫日期、住院取醫令起日，這當中最小那一日為第一次血液透析日。

※重大傷病證明：第 4 類慢性腎衰竭；即重大傷病檔的「重大傷病類別」欄位（HV_TYPE）為 04 者，以病患 ID 勾稽重大傷病檔，若有資料表示有申請。

※雙腔靜脈導管醫令：69006C

□ 分子：統計期間分母 ID 中，勾稽死亡檔得到的死亡人數加總。

□ 將死亡率×100 為平均每 100 人月死亡率

➢ 運算範圍：季

- 展現維度：維度間不可累加

  1.分區(分子跨院勾稽)

  2.分區+特約類別(分子跨院勾稽)

  3.分區+特約類別+院所(分子跨院勾稽)

  4.分區+特約類別+院所+醫師(分子跨院跨醫師勾稽)

(757).死亡率-腹膜透析(每 100 人月)_季

(建置時間：97/07/18)

※指標背景：門診透析總額品質確保方案

■ 分子：統計期間死亡個案數。

■ 分母：統計期間之總病人月數。

□ 資料範圍一：門+住診（不含藥局）

□ 資料範圍二：西醫醫院+西醫基層+洗腎

□ 分母：統計期間有申報腹膜透析任一醫令之病人申報透析治療之總人月數

※腹膜透析醫令：58002C、58011A、58011B、58011C、58017B、58017C、58026C

※總人月數：在不同維度下各自歸戶，某費用年月所有申報腹膜透析醫令的人數為該月的人月數，統計期間的人月數加總即為總人月數。

範例 1：某費用年月，甲分別於 A 醫師及 B 醫師就醫，在醫師維度下，則兩位醫師各算 1 個人月。

範例 2：若甲 1、2、3 月於 A 醫院就醫，而 3、4、5 月於 B 醫院就醫，在分區維度下，因 AB 屬同一分區，則該分區於 3 月只能算 1 個人月，因此甲共 5 個人月。

□ 分母病人應扣除急性腎衰竭緊急血液透析者

※急性腎衰竭緊急血液透析需同時符合下列三項條件：

(1)統計期間申報血液透析醫令，且以第一次血液透析日為基準，往前回溯勾稽病史檔未曾申報透析相關醫令者。

※在 DA 中將建立病史檔，從 9301 開始記載申報透析相關醫令就醫病患的第一次就醫日期。

(2)第一次血液透析日當日有裝置雙腔靜脈導管者(即跨院所跨門住診勾稽)。

(3)至系統資料截止日為止從未申請重大傷病證明者。

※血液透析醫令：58001C、58019C、58020C、58021C、58022C、58023C、58024C、58025C、58027C

※透析相關醫令：58001C、58019C、58020C、58021C、58022C、58023C、58024C、58025C、58027C、58002C、58011C、58017C、58026C、58007C、58014C、58018C

※第一次血液透析日：門診取就醫日期、住院取醫令起日，這當中最小那一日為第一次血液透析日。

※重大傷病證明：第 4 類慢性腎衰竭；即重大傷病檔的「重大傷病類別」欄位（HV_TYPE）為 04 者，以病患 ID 勾稽重大傷病檔，若有資料表示有申請。

※雙腔靜脈導管醫令：69006C

□ 分子：統計期間分母 ID 中，勾稽死亡檔得到的死亡人數加總。

□ 將死亡率×100 為平均每 100 人月死亡率

➢ 運算範圍：季

- 展現維度：維度間不可累加

  1.分區(分子跨院勾稽)

  2.分區+特約類別(分子跨院勾稽)

  3.分區+特約類別+院所(分子跨院勾稽)

  4.分區+特約類別+院所+醫師(分子跨院跨醫師勾稽)

(789).恆牙根管治療 180 天保存率

(建置時間：97/09/10)

※指標背景：97 年牙醫院所別品質資訊公開

■ 分子：同院再執行根管治療或拔牙之牙位數。

■ 分母：恆牙根管治療之牙位數。

□ 資料範圍一：門診

□ 資料範圍二：牙醫

例如：統計期間為 9501，則

分母資料範圍為就醫日期 940701~940731；

分子資料範圍為就醫日期 940701~950131。

□ 分母：依同案件同病患同牙位，統計執行恆牙根管治療（90015C）且同時申報任一根管治療單根（90001C）、雙根（90002C）、三根（90003C）、四根（90019C）、五根（90020C）之牙位數。若為同案件同病患同牙位執行 2 筆以上恆牙根管治療（90015C）時該牙位仍視為 1。(以就醫日期抓取資料)

□ 分子：以分母之牙位追蹤其 6 個月（180 天）內於同院再執行根管治療單根（90001C）、雙根（90002C）、三根（90003C）、四根（90019C）、五根（90020C）或拔牙(92013C、92014C、92015C、92016C)之牙位數。(以就醫日期抓取資料)

□ 恆牙牙位：11-19、21-29、31-39、41-49

(FDI 牙位表示法之內的牙位資料，成人 36 顆牙，除此之外的牙位資料全部排除)

□ 指標：1-（分子/分母）。

➢ 運算範圍：月

➢ 展現維度：維度間可累加

1.分區

2.分區+院所

(791).乳牙根管治療後 90 天保存率

(建置時間：97/09/10)

※指標背景：97 年牙醫院所別品質資訊公開

■ 分子：同院再執行根管治療或拔牙之牙位數。

■ 分母：乳牙根管治療之牙位數。

□ 資料範圍一：門診

□ 資料範圍二：牙醫

例如：統計期間為 9501，則

分母資料範圍為就醫日期 941001~941031；

分子資料範圍為就醫日期 941001~950131。

□ 分母：依同案件同病患同牙位，統計執行乳牙根管治療（90015C）且同時申報任一乳牙根管治療(90016C)、乳牙多根管治療(90018C)之牙位數。若為同案件同病患同牙位執行 2 筆以上乳牙根管治療（90015C）時該牙位仍視為 1。(以就醫日期抓取資料)

□ 分子：以分母之牙位追蹤其 3 個月（90 天）內於同院再執行乳牙根管治療(90016C)、乳牙多根管治療(90018C)或拔牙(92055C)之牙位數。(以就醫日期抓取資料)

□ 乳牙牙位：51-55、61-65、71-75、81-85

(FDI 牙位表示法之內的牙位資料，小孩 20 顆牙，除此之外的牙位資料全部排除)

□ 指標：1-（分子/分母）。

➢ 運算範圍：月

➢ 展現維度：維度間可累加

1.分區

2.分區+院所

(799).申報診察費次數大於 6 次以上占率(97 年中醫預算分配)

(建置時間：98/04/10)

(99/02/26 定義修訂：增加專款專用案件定義「案件分類 22 且特定治療項目為 J7(腫瘤患者中醫輔助醫療試辦計畫)」，自 9801 開始重新產製)

(99/11/26 定義修訂：增加專款專用案件定義「案件分類 22 且特定治療項目為 CA(腦血管疾病後遺症門診照護計畫)」，自 9901 開始重新產製)

(102/06/18 定義修訂：1.排除條件：(1)增加任一特定治療項目 JA、JB。(2)「案件分類 22 且特定治療項目為 J8」自 98 年起刪除，「案件分類 22 且特定治療項目為 C9、C0」自 102 年起刪除。(3)「案件分類 25」改為不限制特定治療項目為 C6、C7。2.自費用年月 10201 起重新產製)

(106/07/24 定義修訂：1.增加專款專用案件定義「案件分類 22 且特定治療項目為 J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH」。2.刪除「案件分類 22 且特定治療項目為 CA」。3.自統計期間 105 年起重新產製)

※指標背景：97 年 1 月 11 日衛署健保字第 0972600058 號函核定{97 年度中醫門診醫療給付費用總額一般部門預算分配方式試辦計畫}

■ 分子：診察費大於 6 次以上之件數

■ 分母：申報診察費之總件數

□ 資料範圍：門診中醫

□ 分子：同一院所、同一人、同一月份申報診察費大於 6 次以上件數之總和

□ 分母：申報診察費之總件數

□ 排除診察費＝0 之案件。

□ 不含職業災害（案件分類 B6）案件及中醫專款專用案件。

※中醫專款專用案件係指符合下列任一條件

(1).案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)。

(2).案件分類：22，且任一特定治療項目為 C0、C8、C9、J8、J7、CA、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH。

✓ C8（腦血管疾病之西醫住院病患中醫輔助醫療）

✓ C9（小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫）[因自 102 年起不再試辦，回歸一般服務，費用年月 10201 起刪除]

✓ C0（小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫）[因自 102 年起不再試辦，回歸一般服務，費用年月 10201 起刪除]

✓ J8（褥瘡之西醫住院病患中醫輔助醫療）[費用年月 9801 起刪除]

✓ J7（腫瘤患者中醫輔助醫療試辦計畫）

✓ CA（腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫）[因自 103 年起不再試辦，回歸一般服務，費用年月 10301 起刪除]

✓ J9(中醫提升孕產照護品質計畫)

✓ JC(顱腦損傷西醫住院中醫輔助醫療試辦計畫)
✓ JD(脊髓損傷西醫住院中醫輔助醫療試辦計畫)
✓ JE(乳癌中醫門診加強照護醫療)
✓ JF(肝癌中醫門診加強照護醫療)
✓ JG(學齡兒童過敏性鼻炎照護計畫)
✓ JH（癌症放化療者中醫門診照護試辦計畫）

(3).任一特定治療項目(CURE_ITEM1~CURE_ITEM4)為 JA、JB

✓ JA(收容對象醫療服務計畫—矯正機關內門診)[費用年月 10201 起新增]
✓ JB（收容對象醫療服務計畫—戒護就醫）[費用年月 10201 起新增]

□ 該費用年月次次月 20 日前申報受理者，始納入計算。
若統計期間為 9701，則該費用年月內所有案件之受理日期需≦970320 才納入計算。

□ 範例說明：統計期間 9710，在 A 院所
甲病患就診 8 次、乙病患就診 7 次、丙病患就診 6 次
就 A 院所在 9710 而言：
分母=8+7+6=21；
分子=(8-6)+(7-6)=2+1=3。

➢ 運算範圍：月(報表呈現每季彙總)
➢ 展現維度：維度間可累加
1.分區
2.分區+院所(不跨院，以做為個別院所之管控)

(800).就醫病人同一院所平均就醫次數之加總平均(97 年中醫預算分配)

(建置時間：98/04/10)

(99/02/26 定義修訂：增加專款專用案件定義「案件分類 22 且特定治療項目為 J7(腫瘤患者中醫輔助醫療試辦計畫)」，自 9801 開始重新產製)

(99/11/26 定義修訂：增加專款專用案件定義「案件分類 22 且特定治療項目為 CA(腦血管疾病後遺症門診照護計畫)」，自 9901 開始重新產製)

(101/02/22 修訂指標名稱：由「同一院所平均就醫次數之加總平均(中醫預算分配)」修訂為「就醫病人同一院所平均就醫次數之加總平均(中醫預算分配)」)

(102/06/18 定義修訂：1.排除條件：(1)增加任一特定治療項目 JA、JB。(2)「案件分類 22 且特定治療項目為 J8」自 98 年起刪除，「案件分類 22 且特定治療項目為 C9、C0」自 102 年起刪除。(3)「案件分類 25」改為不限制特定治療項目為 C6、C7。2.自費用年月 10201 起重新產製)

(106/07/24 定義修訂：1.增加專款專用案件定義「案件分類 22 且特定治療項目為 J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH」。2.刪除「案件分類 22 且特定治療項目為 CA」。3.自統計期間 105 年起重新產製)

※指標背景：97 年 1 月 11 日衛署健保字第 0972600058 號函核定{97 年度中醫門診醫療給付費用總額一般部門預算分配方式試辦計畫}

■ 分子：件數

■ 分母：人數

□ 資料範圍：門診中醫

□ 分子：申報件數

□ 分母：就醫人數

□ 排除診察費＝0 之案件。

□ 不含職業災害（案件分類 B6）案件及中醫專款專用案件。

※中醫專款專用案件係指符合下列任一條件

(1).案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)。

(2).案件分類：22，且任一特定治療項目為 C0、C8、C9、J8、J7、CA、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH。

✓ C8（腦血管疾病之西醫住院病患中醫輔助醫療）

✓ C9（小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫）[因自 102 年起不再試辦，回歸一般服務，費用年月 10201 起刪除]

✓ C0（小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫）[因自 102 年起不再試辦，回歸一般服務，費用年月 10201 起刪除]

✓ J8（褥瘡之西醫住院病患中醫輔助醫療）[費用年月 9801 起刪除]

✓ J7（腫瘤患者中醫輔助醫療試辦計畫）

✓ CA（腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫）[因自 103 年起不再試辦，

回歸一般服務，費用年月 10301 起刪除]

- ✓ J9(中醫提升孕產照護品質計畫)
- ✓ JC(顱腦損傷西醫住院中醫輔助醫療試辦計畫)
- ✓ JD(脊髓損傷西醫住院中醫輔助醫療試辦計畫)
- ✓ JE(乳癌中醫門診加強照護醫療)
- ✓ JF(肝癌中醫門診加強照護醫療)
- ✓ JG(學齡兒童過敏性鼻炎照護計畫)
- ✓ JH（癌症放化療者中醫門診照護試辦計畫）

(3).任一特定治療項目(CURE_ITEM1~CURE_ITEM4)為 JA、JB

- ✓ JA(收容對象醫療服務計畫—矯正機關內門診)[費用年月 10201 起新增]
- ✓ JB（收容對象醫療服務計畫—戒護就醫）[費用年月 10201 起新增]

□ 此指標採用費用年月進行資料的抓取及計算且往前一次抓取三個月的資料來一併進行計算。

例如：

計算 9701 時，將一次抓取 9701、9612、9611 三個月的申報資料進行運算；

計算 9702 時，將一次抓取 9702、9701、9612 三個月的申報資料進行運算。

□ 該費用年月次次月 20 日前申報受理者，始納入計算。

若統計期間為 9701，則該費用年月內所有案件之受理日期需≦970320 才納入計算。

➢ 運算範圍：月

➢ 展現維度：1.分區

2.分區+院所

(804).同院所 180 日內根管保存率（二）

(建置時間：97/09/10)

(100/10/28 定義修訂：(1)分子新增一拔牙醫令「92015C」(2)自統計期間 9701 開始重新產製)

※指標背景：100 年指標操作型定義檢討案，牙醫師全聯會對此指標之操作型定義提出改正建議，以供總額協商院所公開。

■ 分子：同院再執行根管治療或拔牙之牙位數。

■ 分母：根管治療之牙位數。

□ 資料範圍：門診牙醫

□ 統計期間為 9501，則
分母資料範圍為就醫日期 940701~940731；
分子資料範圍為就醫日期 940701~950131。

□ 分母：依同案件同病患同牙位，統計執行根管治療（90015C）且同時申報任一根管治療(90001C、90002C、90003C、90016C、90018C、90019C、90020C)之牙位數。若為同案件同病患同牙位執行 2 筆以上根管治療（90015C）時該牙位仍視為 1。(以就醫日期抓取資料)

□ 分子：以分母之牙位追蹤其 6 個月（180 天）內於同院再執行根管治療(90001C、90002C、90003C、90016C、90018C、90019C、90020C)或拔牙(92013C、92014C、92015C)之牙位數。(以就醫日期抓取資料)

□ 指標：1-（分子/分母）

➢ 運算範圍：每月

➢ 展現維度：維度間可累加
1.分區
2.分區+院所

(805).同院所生產案件(不含自行要求剖腹產)出院後 14 日內再住院率

(建置時間：97/09/24)

(102/08/05 修改指標名稱、分母名稱及定義文件之文字內容)

※指標背景：醫院總額 97 年度品質資訊公開項目

■ 分子：分母案件出院後 14 日內再住院案件數。

■ 分母：生產出院案件數(不含自行要求剖腹產)。

□ 資料範圍：住院

□ 此指標資料自統計期間 94 年開始產製。

□ 分母：於統計期間出院，且有申報生產醫令(不含自行要求剖腹產)之案件數

※出院：出院日在資料範圍內之案件(以 96Q1 為例，即為出院日期 960101~960331)，例：按[院所，ID，生日，住院日]歸戶，因同一次住院，會有申報多筆住院醫療費用的情形，可能有多個出院日，以最晚之出院日為準

※生產醫令(不含自行要求剖腹產)：81004C、81005C、81024C、81025C、81026C、81028C、81029C、97006K、97007A、97008B、97009C、81005B、81017C、81018C、81019C、97001K、97002A、97003B、97004C、97005D、97931K、97932A、97933B、97934C、81034C

□ 住院需排除膳食費案件(案件分類為「AZ」、「DZ」)。

□ 分子：以出院案件為母體往後勾稽下個月的資料，按[院所，ID，生日]同院勾稽距離出院日 0 至 14 日內(即 0<=再住院日-生產出院日<=14)，且符合分子條件的的住院案件。

※分子條件：

(1)部分負擔代碼不為 903

(2)再住院日＞生產住院日

➢ 運算範圍：季

➢ 展現維度：1.分區

2.分區+特約類別

3.分區+特約類別+院所

(806).91004C 全口牙結石清除同一病患未超過 180 天即再次執行全口牙結石清除利用率_跨院

(建置時間：97/11/05)

※指標背景：醫療費用審查參考需要

■ 分子：180 天內全口牙結石清除案件數(跨院)

■ 分母：全口牙結石清除案件數

□ 資料範圍：門診牙醫

□ 全口牙結石清除支付標準代碼：91004C

□ 分母：牙醫門診執行全口牙結石清除之案件數

□ 分子：以分母案件的 ID 往前追溯 180 天內有執行全口牙結石清除的案件數(跨院)。

範例一：在計算 9701 的指標值時，若某甲於 96 年 10/1、12/3、97 年 1/5、1/12、1/17、1/22 於牙醫門診執行全口牙結石清除(91004C)，則：

分母=4，分子=4

說明：因為計算 9701 的指標值，故母體需為 9701 的案件，因此分母的 4 個案件分別為：1/5、1/12、1/17、1/22；而分母的 4 個案件均有發生往前 180 日內有執行全口牙結石清除的情形，故分子=4。

範例二：在計算 9701 的指標值時，若某乙於 96 年 2/4、3/7、97 年 1/5、1/12、1/17、1/22 於牙醫門診執行全口牙結石清除(91004C)，則：

分母=4，分子=3

說明：因為計算 9701 的指標值，故母體需為 9701 的案件，因此分母的 4 個案件分別為：1/5、1/12、1/17、1/22；而分母的 4 個案件中有 3 件(1/12、1/17、1/22)有發生往前 180 日內執行全口牙結石清除的情形，故分子=3。

➢ 運算範圍：月(報表呈現月累加到季)

➢ 展現維度：1.分區

2.分區+特約類別

3.分區+特約類別+院所

4.分區+特約類別+院所+醫師

(816).消化性潰瘍病患接受除菌藥物治療比率_季

(建置時間：99/04/20)

※指標背景：衛生福利部全民健保醫療品質資訊公開 98 年選定項目

■ 分子：接受除菌藥物治療人數

■ 分母：消化性潰瘍新病人數

□ 資料範圍：門診(西醫基層+西醫醫院)+住院(西醫基層+西醫醫院)

※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 94Q1 開始產製。

□ 若統計期間為 98Q1，則分母期間及分子期間皆為 98Q1。

□ 分母定義：在統計期間，同時符合下列二項條件者，視為消化性潰瘍新病患：

1. 因消化性潰瘍就醫且初次使用消化性潰瘍用藥且前 4 個月內跨院勾稽有執行上消化道泛內視鏡檢查或上消化道攝影之門住診個案。

※消化性潰瘍：主、次診斷前三碼為 531-534。

※初次使用：依月往前一年(不含當月，若為 9801 則觀察 9701~9712 這段期間)跨院勾稽未使用消化性潰瘍用藥。

※消化性潰瘍用藥：

(1)制酸懸浮劑：藥理分類代碼為 560400 或 560499 且藥品代碼最後二碼不為 00 或 G0，再排除下列成份代碼 5604001500、9600065500、4008000700(僅排除單方劑型)、5604002500(僅排除單方劑型)、5604002501(僅排除單方劑型)、5604002900(僅排除單方劑型)、5604001200(僅排除單方劑型)、5612001300(僅排除單方劑型)。

(2)組織胺受器拮抗劑(H2RA)：藥理分類代碼為 560500 之藥品品項。

(3)氫離子幫浦抑制劑(PPI)：藥理分類代碼為 560900 之藥品品項。

(4)細胞保護劑及其他消化性潰瘍用藥：藥理分類代碼為 560700 之藥品。

※前 4 個月內：含當月，若為 9801 則觀察 9710~9801 這段期間。

※上消化道泛內視鏡檢查：醫令代碼 28016C。

※上消化道攝影：醫令代碼 33006B。

2. 前一年跨院勾稽沒有因消化性潰瘍或重大傷病身份而就醫(門診、急診或住院)者。

※前一年：依月往前一年(不含當月，若為 9801 則觀察 9701~9712 這段期間)。

※消化性潰瘍：主、次診斷前三碼為 531-534。

※重大傷病身份：申報部份負擔代號 001。

□ 分子定義：分母病患中，以【ID+生日】勾稽合併使用消化性潰瘍用藥及 1 種以上(>=1)抗生素，且持續使用 7 天以上之人數。

※抗生素：ATC 藥品分類碼 7 為 J01FA09。

※持續使用 7 天以上：門診任一次給藥日份>=7 或住院任一次(醫令執行迄日−醫

令執行起日)>=7。

※給藥日份：99 年前抓處方上的給藥日份；99 年後改抓醫令給藥日份。

- □ 人數計算以【ID+生日】歸戶。
- ➢ 運算範圍：季
- ➢ 展現維度：1.分區(分子跨院勾稽)
  2.分區+縣市別(分子同縣市下跨院勾稽)
  3.分區+總額部門(分子同總額下跨院勾稽)
  4.分區+總額部門+特約類別(分子同總額同特約類別下跨院勾稽)
  5.分區+院所(分子同院勾稽)
  6.分區+院所(分子跨院勾稽)
  7.分區+總額部門+院所(分子同總額下跨院勾稽)
  8.全國(分子全國跨院勾稽)
  9.全國+特約類別(分子同特約類別下全國跨院勾稽)

(818).消化性潰瘍病患開始治療 1 年內有用口服抗發炎劑比率_季

(建置時間：99/04/20)

※指標背景：衛生福利部全民健保醫療品質資訊公開 98 年選定項目

■ 分子：使用口服抗發炎劑人數

■ 分母：消化性潰瘍新病人數

□ 資料範圍：門診(西醫基層+西醫醫院)+住院(西醫基層+西醫醫院)

※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 94Q1 開始產製。

□ 若統計期間為 98Q1，則分母期間為 97Q1，分子期間為 97Q1~98Q1。

□ 分母定義：在統計期間，同時符合下列二項條件者，視為消化性潰瘍新病患：

1. 因消化性潰瘍就醫且初次使用消化性潰瘍用藥且前 4 個月內跨院勾稽有執行上消化道泛內視鏡檢查或上消化道攝影之門住診個案。

※消化性潰瘍：主、次診斷前三碼為 531-534。

※初次使用：依月往前一年(不含當月，若為 9701 則觀察 9601~9612 這段期間)跨院勾稽未使用消化性潰瘍用藥。

※消化性潰瘍用藥：

(1)制酸懸浮劑：藥理分類代碼為 560400 或 560499 且藥品代碼最後二碼不為 00 或 G0，再排除下列成份代碼 5604001500、9600065500、4008000700(僅排除單方劑型)、5604002500(僅排除單方劑型)、5604002501(僅排除單方劑型)、5604002900(僅排除單方劑型)、5604001200(僅排除單方劑型)、5612001300(僅排除單方劑型)。

(2)組織胺受器拮抗劑(H2RA)：藥理分類代碼為 560500 之藥品品項。

(3)氫離子幫浦抑制劑(PPI)：藥理分類代碼為 560900 之藥品品項。

(4)細胞保護劑及其他消化性潰瘍用藥：藥理分類代碼為 560700 之藥品。

※前 4 個月內：含當月，若為 9701 則觀察 9610~9701 這段期間。

※上消化道泛內視鏡檢查：醫令代碼 28016C。

※上消化道攝影：醫令代碼 33006B。

2. 前一年跨院勾稽沒有因消化性潰瘍或重大傷病身份而就醫(門診、急診或住院)者。

※前一年：依月往前一年(不含當月，若為 9701 則觀察 9601~9612 這段期間)。

※消化性潰瘍：主、次診斷前三碼為 531-534。

※重大傷病身份：申報部份負擔代號 001。

□ 分母需排除長期必要用藥之病患，含類風濕性關節炎、紅斑性狼瘡、僵直性脊椎炎、心血管疾病、使用低劑量之 Aspirin 之病患。

※類風濕性關節炎：主、次診斷 ICD-9-CM 前三碼為 714。

※紅斑性狼瘡：主、次診斷 ICD-9-CM 為 710.0。

※僵直性脊椎炎：主、次診斷 ICD-9-CM 為 720.0。

※心血管疾病：主、次診斷 ICD-9-CM 前三碼 433~437。

※使用低劑量之 Aspirin：ATC 藥品分類碼 7 為 B01AC06。

- 分子定義：分母病患中，以【ID+生日】勾稽 1 年內在同一家醫療院所連續使用 14 日以上非類固醇類抗發炎劑之人數。

  ※1 年內：依月往後一年(含當月，若為 9701 則觀察 9701~9712 這段期間)。

  ※連續使用 14 日以上：門診任一次給藥日份>=14 或住院任一次(醫令執行迄日–醫令執行起日)>=14。

  ※給藥日份：99 年前抓處方上的給藥日份；99 年後改抓醫令給藥日份。

  ※非類固醇類抗發炎劑：藥理分類代碼為 280804。

- 人數計算以【ID+生日】歸戶。

➢ 運算範圍：季

➢ 展現維度：1.分區(分子同院勾稽)
2.分區+縣市別(分子同院勾稽)
3.分區+總額部門(分子同院勾稽)
4.分區+總額部門+特約類別(分子同院勾稽)
5.分區+院所(分子同院勾稽)
6.分區+總額部門+院所(分子同院勾稽)
7.全國(分子同院勾稽)
8.全國+特約類別(分子同院勾稽)

(821).氣喘病人加入照護計畫比率_季

(建置時間：99/04/20)

(103/11/24 定義修訂：(1).氣喘用藥增加 R03AC04、R03AC06、R03AC16、R03AC18、R03BA08。(2).自統計期間 101 年開始重新產製。)

※指標背景：衛生福利部全民健保醫療品質資訊公開 98 年選定項目

■ 分子：加入照護計畫人數

■ 分母：氣喘病患人數

□ 資料範圍：門診(西醫基層+西醫醫院)+住院(西醫基層+西醫醫院)
※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 94Q1 開始產製。

□ 若統計期間為 98Q1，則分母期間及分子期間皆為 98Q1。

□ 分母定義：在統計期間，符合下列 A、B、C 任一項條件者視為氣喘病患：
A、有 1 次(含)以上因氣喘急診就醫。
B、有 1 次(含)以上因氣喘住院。
C、統計期間有因氣喘之門診就醫，且前一年跨院勾稽有 4 次(含)以上之因氣喘門診就醫，且其中有 2 次(含)以上有使用任一項氣喘用藥者。
※氣喘：主診斷 ICD9-CM 前三碼為 493。
※前一年：依月往前一年(含當月，若為 9801 則觀察 9702~9801 這段期間)。
※氣喘用藥：ATC 藥品分類碼 7 為 R03AC02、R03AC03、R03AC04、R03AC06、R03AC12、R03AC13、R03AC16、R03AC18、R03BA01、R03BA02、R03BA05、R03BA08、R03AK06、R03AK07、H02AB06、H02AB07、R03DC01、R03DC03、R03DA05。

□ 分子定義：分母病患中，以【ID+生日】勾稽有申報任一氣喘照護計畫醫令之人數。
※氣喘照護計畫醫令：P1612C、P1613C、P1614B、P1615C

□ 人數計算以【ID+生日】歸戶。

➢ 運算範圍：季

➢ 展現維度：1.分區(分子跨院勾稽)
2.分區+縣市別(分子同縣市下跨院勾稽)
3.分區+總額部門(分子同總額下跨院勾稽)
4.分區+總額部門+特約類別(分子同總額同特約類別下跨院勾稽)
5.分區+院所(分子同院勾稽)
6.分區+院所(分子跨院勾稽)
7.分區+總額部門+院所(分子同總額下跨院勾稽)
8.全國(分子全國跨院勾稽)

9.全國+特約類別(分子同特約類別下全國跨院勾稽)

(822)(824).氣喘病人出院後 14 天內再入院比率_季

(建置時間：99/04/20)

※指標背景：衛生福利部全民健保醫療品質資訊公開 98 年選定項目

- ■ 分子 1(指標 822)：14 天內再入院人次(分子 1)
- ■ 分子 2(指標 824)：14 天內再入院人次(分子 2)
- ■ 分母：氣喘出院人次
- □ 資料範圍：住院(西醫基層+西醫醫院)
  ※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)
- □ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- □ 此指標資料自統計期間 94Q1 開始產製。
- □ 分母定義：氣喘病患因氣喘住院，在統計期間出院之人次。
  ※氣喘：主診斷 ICD9-CM 前三碼 493。
  ※出院：出院日期在統計期間內之案件(以 98Q1 為例，則為出院日期在 980101~980331 之案件)。
- □ 分子 1 定義：分母案件以【ID+生日】勾稽於出院後 14 天內又再因氣喘入院之人次。
- □ 分子 2 定義：分母案件以【ID+生日】勾稽於出院後 14 天內又再入院之人次。
  ※14 天內：(再住院日-出院日)介於 0 至 14。
  ※氣喘：主診斷 ICD9-CM 前三碼 493。
- ➢ 運算範圍：季
- ➢ 展現維度：1.分區(分子跨院勾稽)
  2.分區+縣市別(分子同縣市下跨院勾稽)
  3.分區+總額部門(分子同總額下跨院勾稽)
  4.分區+總額部門+特約類別(分子同總額同特約類別下跨院勾稽)
  5.分區+院所(分子同院勾稽)
  6.分區+院所(分子跨院勾稽)
  7.分區+總額部門+院所(分子同總額下跨院勾稽)
  8.全國(分子全國跨院勾稽)
  9.全國+特約類別(分子同特約類別下全國跨院勾稽)

(825).氣喘病人使用短效乙型作用劑或類固醇藥物吸入劑藥物控制比率_季

(建置時間：99/04/20)

(103/11/24 定義修訂：(1).氣喘用藥增加 R03AC04、R03AC06、R03AC16、R03AC18、R03BA08。(2).類固醇藥物吸入劑藥物增加 R03BA08。(3).新增短效乙型作用劑藥品。(4).自統計期間 101 年開始重新產製。)

※指標背景：衛生福利部全民健保醫療品質資訊公開 98 年選定項目

■ 分子：使用短效乙型作用劑或類固醇藥物吸入劑藥物之人數

■ 分母：氣喘病患人數

□ 資料範圍：門診(西醫基層+西醫醫院)+住院(西醫基層+西醫醫院)
※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 94 年開始產製。

□ 若統計期間為 98Q1，則分母期間及分子期間皆為 98Q1。

□ 分母定義：在統計期間，符合下列 A、B、C 任一項條件者視為氣喘病患：
A、有 1 次(含)以上因氣喘急診就醫。
B、有 1 次(含)以上因氣喘住院。
C、統計期間有因氣喘之門診就醫，且前一年跨院勾稽有 4 次(含)以上之因氣喘門診就醫，且其中有 2 次(含)以上有使用任一項氣喘用藥者。
※氣喘：主診斷 ICD9-CM 前三碼為 493。
※前一年：依月往前一年(含當月，若為 9801 則觀察 9702~9801 這段期間)。
※氣喘用藥：ATC 藥品分類碼 7 為 R03AC02、R03AC03、R03AC04、R03AC06、R03AC12、R03AC13、R03AC16、R03AC18、R03BA01、R03BA02、R03BA05、R03BA08、R03AK06、R03AK07、H02AB06、H02AB07、R03DC01、R03DC03、R03DA05。

□ 分子定義：分母病患中，以【ID+生日】勾稽門診有開立短效乙型作用劑或類固醇藥物吸入劑藥物之人數。
※短效乙型作用劑：ATC 藥品分類碼 7 為 R03AC02、R03AC03、R03AC04、R03AC06、R03AC16。
※類固醇藥物吸入劑藥物：ATC 藥品分類碼 7 為 R03BA01、R03BA02、R03BA05、R03BA08、R03AK06、R03AK07。

□ 人數計算以【ID+生日】歸戶。

➢ 運算範圍：季

➢ 展現維度：1.分區(分子跨院勾稽)
2.分區+縣市別(分子同縣市下跨院勾稽)
3.分區+總額部門(分子同總額下跨院勾稽)
4.分區+總額部門+特約類別(分子同總額同特約類別下跨院勾稽)

5.分區+院所(分子同院勾稽)
6.分區+院所(分子跨院勾稽)
7.分區+總額部門+院所(分子同總額下跨院勾稽)
8.全國(分子全國跨院勾稽)
9.全國+特約類別(分子同特約類別下全國跨院勾稽)

(839).針傷科處置次數每月大於 15 次以上占率(97 年中醫預算分配)

(建置時間：98/04/10)

(99/02/26 定義修訂：增加專款專用案件定義「案件分類 22 且特定治療項目為 J7(腫瘤患者中醫輔助醫療試辦計畫)」，自 9801 開始重新產製)

(99/11/26 定義修訂：增加專款專用案件定義「案件分類 22 且特定治療項目為 CA(腦血管疾病後遺症門診照護計畫)」，自 9901 開始重新產製)

(102/05/29 定義修訂：1.增列針傷科處置醫令代碼 B80，B81，B82，B83，B84，B85，B86，B87，B88，B89，B90，B91，B92，B93，B94。2.重新產製費用年月 10112 的資料)

(102/06/18 定義修訂：1.排除條件：(1)增加任一特定治療項目 JA、JB。(2)「案件分類 22 且特定治療項目為 J8」自 98 年起刪除，「案件分類 22 且特定治療項目為 C9、C0」自 102 年起刪除。(3)「案件分類 25」改為不限制特定治療項目為 C6、C7。2.自費用年月 10201 起重新產製)

(104/07/17 定義修訂：1.排除案件分類 A3、30 案件。2.「案件分類 22 且特定治療項目為 CA」自 103 年起刪除，「案件分類 22 且特定治療項目為 J9」自 104 年起新增。3.自統計期間 10301 起重新產製)

※指標背景：97 年 1 月 11 日衛署健保字第 0972600058 號函核定{97 年度中醫門診醫療給付費用總額一般部門預算分配方式試辦計畫}、97 年中醫品質確保方案新增指標

■ 分子：針傷科處置大於 15 次以上之次數總和

■ 分母：總針傷科處置次數

□ 資料範圍：門診中醫

□ 分子：同一院所、同一人、同一月份申報針傷科處置醫令數量大於 15 次以上之醫令數量總和

□ 分母：申報針傷科處置醫令數量之總和

□ 針傷科處置：醫令代碼為 B41、B42、B43、B44、B45、B46、B53、B54、B55、B56、B57、B61、B62、B63、B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94 且醫令金額 <>0 之案件。

□ 不含職業災害（案件分類 B6）案件、預防保健(案件分類 A3)、中醫特定疾病門診加強照護(案件分類 30)及中醫專款專用案件。

※中醫專款專用案件係指符合下列任一條件

(1).案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)。

(2).案件分類：22，且任一特定治療項目為 C8，~~C9~~，~~C0~~，J8，J7，~~CA~~，J9。

✓ C8（腦血管疾病之西醫住院病患中醫輔助醫療）

✓ C9（小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫）[因自 102 年起不再試

辦，回歸一般服務，費用年月 10201 起刪除]

✓ C0（小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫）[因自 102 年起不再試辦，回歸一般服務，費用年月 10201 起刪除]

✓ J8（褥瘡之西醫住院病患中醫輔助醫療）[費用年月 9801 起刪除]

✓ J7（腫瘤患者中醫輔助醫療試辦計畫）

✓ CA（腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫）[因自 103 年起不再試辦，回歸一般服務，費用年月 10301 起刪除]

✓ J9(中醫提升孕產照護品質計畫)[費用年月 10401 起新增]

(3).任一特定治療項目(CURE_ITEM1~CURE_ITEM4)為 JA、JB

✓ JA(收容對象醫療服務計畫—矯正機關內門診)[費用年月 10201 起新增]

✓ JB（收容對象醫療服務計畫—戒護就醫）[費用年月 10201 起新增]

□ 該費用年月次次月 20 日前申報受理者，始納入計算。

若統計期間為 9701，則該費用年月內所有案件之受理日期需≦970320 才納入計算。

□ 範例說明：統計期間 9710，在 A 院所

甲病患醫令數量為 18、乙病患醫令數量為 17、丙病患醫令數量為 16

就 A 院所在 9710 而言：

分母=18+17+16=51；

分子=(18-15)+(17-15)+(16-15)=3+2+1=6。

➢ 運算範圍：月(報表呈現每季彙總)

➢ 展現維度：維度間可累加

1.分區

2.分區+院所(不跨院，以做為個別院所之管控)

(841).門診申報復健複雜職能治療不符支付標準規定診斷代碼比率

(建置時間：98/04/27)

※指標背景：依據支付標準第二部第二章第四節職能治療，複雜項目(43029A、43030B、43031C 及 43032C)規定

■ 分子：醫院門診申報複雜職能治療不符支付標準案件數

■ 分母：醫院門診申報複雜職能治療總案件數

□ 資料範圍一：門診+住院

□ 資料範圍二：西醫醫院

□ 此指標資料於資料倉儲系統產製。

□ 分母定義：統計期間申報門診複雜職能治療所有案件數。

※門診複雜職能治療：醫令代碼為 43029A、43030B、43031C、43032C。

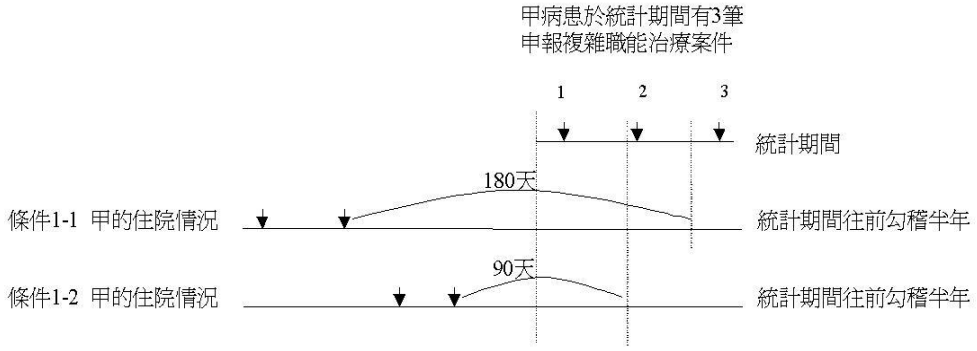
□ 分子定義：以分母案件 ID 往前勾稽 180 天(約 6 個月)，跨分區找出分母 ID 出院日在此期間(共 7 個月)所有的住院案件依下列條件找出二段合理區間，分母案件的就醫日落在任一區間內者為合理案件，其餘為異常標註案件，加總異常標註案件為分子案件數。

※住院案件：同一 ID、住院日視為同一案件。

※條件 1-1：任一住診案件主次診斷前三碼為 036、044-049、191、192、320-324、333、334、336、340-342、353、430-435、806、851-854、952、953，出院日加 180 天為合理區間。

※條件 1-2：任一住診案件主次診斷前三碼為 815、816、885-887、927、929、943-946、955，出院日加 90 天為合理區間。

例如：如下圖，統計期間為 9701，甲病患屬分母病患，3 筆申報複雜職能治療案件的就醫日期分別為 97/01/05、97/01/10、97/01/28，以其 ID 往前半年(96/07/01－97/01/31)找出條件 1-1 及 1-2 的住院案件，其合理區間分別為【96/06/25+180 天=97/01/21】及【96/10/10+90 天=97/01/08】，發現甲只有第 3 筆治療案件不符合任一區間，因此只有第 3 筆治療案件為異常標註案件。



□ 分子分母的資料範圍皆排除年齡在 12 歲(含)以下的個案。

※年齡：費用年－出生年，即取「性別年齡分組編號」欄位的 234 碼為年齡

- 運算範圍：月(報表呈現每季彙總)
- 展現維度：分區＋院所

(842).慢性病連續處方箋釋出率

(建置時間：98/04/27)

※指標背景：醫管指標

- ■ 分子：藥局調劑慢性病連續處方箋案件數。
- ■ 分母：醫院、診所調劑慢性病連續處方箋案件數+藥局調劑慢性病連續處方箋案件數。
- □ 資料範圍一：門診+藥局
- □ 資料範圍二：西醫基層+西醫醫院
- □ 此指標資料於資料倉儲系統產製。
- □ 分母定義：(醫院、診所門診案件分類 04、06 且慢性病連續處方箋有效期間總處方日份欄位不為 0 之案件數+案件分類 08 案件數)+(藥局案件分類 2 的案件數)。
- □ 分子定義：藥局案件分類 2 的案件數。
- □ 計算總額別維度時，藥局案件應依原處方醫療機構醫事類別回攤各總額別，同時應為跨分區之回攤。
- ➢ 運算範圍：月(報表呈現每季彙總)
- ➢ 展現維度：1.分區+總額別+特約類別
  2.分區+總額別+特約類別+院所
  3.分區+院所

(861).糖尿病人完整照護比例_月累計

(862).糖尿病人完整照護比例_季

(建置時間：98/06/09)
(98/09/23 定義修訂：分子新增相關預防保健之醫令代碼 21、22、25)
(98/08/21 定義修訂：(1)增列尿液檢查之醫令代碼 06012C(2)月報表改成月累計報表(3)僅月累計需產製明細資料但不提供明細報表(4)納入門診洗腎)
(101/03/19 定義修訂：(1)修訂分母糖尿病用藥定義，由原 ATC 前五碼為(A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE)改為 ATC 前三碼為 A10(2)自統計期間 10101 開始依新定義產製；若需產製 10101 前的資料，則同樣以此次之定義進行產製)
※指標背景：98 年績效項目

■ 分子：接受完整糖尿病照護之病人數
■ 分母：糖尿病病人數
□ 資料範圍：門診(西醫基層+西醫醫院+洗腎)+住院(西醫基層+西醫醫院)
※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)
□ 此指標資料於資料倉儲系統產製
□ 分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人 ID 歸戶人數。
※糖尿病：任一主、次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 250 之門診案件。
※糖尿病用藥：指 ATC 前三碼為 A10。
□ 分子：分母 ID 中，在統計期間於門、住診有接受完整糖尿病照護之病人 ID 歸戶人數。
※完整糖尿病照護：糖尿病病人統計期間內有接受下列所有 9 類篩檢者：
(1)尿液檢查（06012C 或 06013C）
(2)血清總膽固醇（09001C）
(3)空腹血清中性脂肪（09004C）
(4)空腹血糖（09005C）
(5)糖化血色素（09006B 或 09006C）
(6)血清肌酸酐（09015C）或 SGPTorALT（09026C）
(7)高密度脂蛋白膽固醇（09043C）
(8)低密度脂蛋白膽固醇（09044C）
(9)眼睛檢查（23501C 或 23502C 或 23702C）
□ 計算符合分母條件之 ID 時，主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。
□ 計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，該 ID 於統計期間需執行以上全部 9 類篩檢才能算分子。
□ 分母 ID 中，在統計期間於門、住診若有接受相關之預防保健(醫令代碼 21 或 22

或 25)，則視為已接受尿液檢查(06012C 或 06013C)、血清總膽固醇(09001C)、空腹血糖(09005C)、空腹血清中性脂肪(09004C)、血清肌酸酐(09015C)或 SGPTorALT(09026C)等 5 類篩檢。

- 運算範圍：月累計(每月計算當年自 1 月累計至該月份之申報資料，如 1 月，1-2 月，1-3 月…1-12 月)、季、年
- 展現維度：1.分區(分子全國跨院勾稽)
  2.分區+縣市別(分子全國跨院勾稽)
  3.分區+總額部門(分子全國跨院勾稽)
  4.分區+總額部門+特約類別(分子全國跨院勾稽)
  5.分區+院所(分子同院勾稽)
  6.分區+院所(分子全國跨院勾稽)
  7.分區+總額部門+院所(分子全國跨院勾稽)
  8.全國(分子全國跨院勾稽)
  9.全國+特約類別(分子全國跨院勾稽)

(866)(867).成人健康檢查普及率

(建置時間：98/10/16)

(98/12/07 定義修訂：本指標的醫療院所僅以符合進行成人預防保健的醫療院所為主)

※指標背景：西醫基層總額部門 98 年建議公開的品質指標

- ■ 分子：分母之病患曾作過成人預防保健的人數
- ■ 分母 1(指標 866)：病患於該診所就醫次數≧6 次之 40 歲至 64 歲成人
- ■ 分母 2(指標 867)：病患於該診所就醫次數≧6 次之 65 歲以上成人
- □ 資料範圍：門診西醫基層
- □ 此指標資料於資料倉儲系統產製
- □ 分母 1：前一年門診申報，同一診所同一病患申報件數≧6 次之病人且在統計當季≧40 歲且＜65 歲之成人。
- □ 分母 2：前一年門診申報，同一診所同一病患申報件數≧6 次之病人且在統計當季≧65 歲之成人。
- □ 分子：分母之病患在統計當季於同診所申報案件分類(CASE_TYPE)「A3」的總人數。
- □ 若統計期間為 97Q1，以分母 1 為例：
  分母為 96 年(統計期間 97Q1~97Q4 的前一年皆為 96 年)門診申報，同一診所同一病患申報件數≧6 次且年齡在 97Q1 為 40~64 歲之病人數；
  分子則為分母之病患在 97Q1 於同診所申報案件分類「A3」之人數。
- □ 年齡計算方式=(統計期間季末年月-病患出生年月)/12
  例如：統計期間為 97Q1(季末年月為 97/03)
  甲病患出生年月為 57/04/01，則年齡為 39 歲(97/03-57/04=479 個月，未滿 40*12=480 個月)，故皆不符合分母條件。
- □ 本指標的醫療院所僅以符合進行成人預防保健的醫療院所為主，即取醫事機構服務項目檔中的機構服務項目代碼為「E」(成人預防保健)的醫療院所（取統計期間季末最後一天為有效之院所）
- □ 人數計算：以【ID+生日】歸戶。
- ➢ 運算範圍：季
- ➢ 展現維度：維度間可累加
  1.分區
  2.分區+縣市別
  3.分區+院所

(868)(869).小兒健康檢查普及率

(建置時間：98/10/16)

(98/12/07 定義修訂：本指標的醫療院所僅以符合進行兒童預防保健的醫療院所為主)

※指標背景：西醫基層總額部門 98 年建議公開的品質指標

- ■ 分子：分母之病患曾作過兒童預防保健的人數
- ■ 分母 1(指標 868)：病患於該診所就醫次數≧6 次之 3 歲以下兒童
- ■ 分母 2(指標 869)：病患於該診所就醫次數≧6 次之 3 歲至 6 歲之兒童
- □ 資料範圍：門診西醫基層
- □ 此指標資料於資料倉儲系統產製
- □ 分母 1：前一年門診申報，同一診所同一病患申報件數≧6 次之病人且在統計當季＜3 歲之兒童。
- □ 分母 2：前一年門診申報，同一診所同一病患申報件數≧6 次之病人且在統計當季≧3 歲且＜7 歲之兒童。
- □ 分子：分母之病患在統計當季於同診所申報案件分類(CASE_TYPE)「A3」的總人數。
- □ 若統計期間為 97Q1，以分母 1 為例：
  分母為 96 年(統計期間 97Q1~97Q4 的前一年皆為 96 年)門診申報，同一診所同一病患申報件數≧6 次且年齡在 97Q1 為 0~2 歲之病人數；
  分子則為分母之病患在 97Q1 於同診所申報案件分類「A3」之人數。
- □ 年齡計算方式=(統計期間季末年月-病患出生年月)/12
  例如：統計期間為 97Q1(季末年月為 97/03)
  甲病患出生年月為 90/03/31，則年齡為 7 歲(97/03-90/03=84 個月，滿 7*12=84 個月)，故皆不符合分母條件。
- □ 本指標的醫療院所僅以符合進行兒童預防保健的醫療院所為主，即取醫事機構服務項目檔中的機構服務項目代碼為「D」(兒童預防保健)的醫療院所（取統計期間季末最後一天為有效之院所）
- □ 人數計算：以【ID+生日】歸戶。
- ➢ 運算範圍：季
- ➢ 展現維度：維度間可累加
  1.分區
  2.分區+縣市別
  3.分區+院所

(888).糖尿病病患血液肌酸酐(換算 eGFR)檢查執行率_季累計

(建置時間：98/09/30)

(101/03/19 定義修訂：(1)修訂分母糖尿病用藥定義，由原 ATC 前五碼為(A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE)改為 ATC 前三碼為 A10(2)自統計期間 10101 開始依新定義產製；若需產製 10101 前的資料，則同樣以此次之定義進行產製)

※指標背景：98 年績效項目

- ■ 分子：分母 ID 中，在統計期間有執行血液肌酸酐檢查之病人 ID 歸戶人數。
- ■ 分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。
- □ 資料範圍：門診(西醫基層+西醫醫院)
- □ 此指標資料於資料倉儲系統產製
- □ 糖尿病－任一主、次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 250 之門診案件。
- □ 糖尿病用藥－指 ATC 前三碼為 A10。
- □ 血液肌酸酐檢查係指申報醫令代碼前五碼為 09015 之案件。
- □ 計算符合分母條件之 ID 時，主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。
- □ 計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，只要該 ID 於統計期間有執行血液肌酸酐檢查即成立。
- ➢ 運算範圍：季累計(每季計算當年自第 1 季累計至該季之申報資料，如第 1 季，第 1-2 季，第 1-3 季，第 1-4 季)
- ➢ 展現維度：1.分區(分子跨院勾稽)
  2.分區+縣市別(分子同縣市下跨院勾稽)
  3.分區+總額部門(分子同總額下跨院勾稽)
  4.分區+總額部門+特約類別(分子同總額同特約類別下跨院勾稽)
  5.分區+院所(分子同院勾稽)
  6.分區+院所(分子跨院勾稽)
  7.分區+總額部門+院所(分子同總額下跨院勾稽)

(889).慢性病開立慢性病連續處方箋百分比(二)(排特殊醫院與病房案件)

(建置時間：98/12/07)

※指標背景：醫院總額品質確保方案專業醫療品質指標（各區同院所慢性病開立慢性病連續處方箋百分比）

■ 分子：開立慢性病連續處方箋案件數(排特殊醫院與病房案件)。

■ 分母：慢性病給藥案件數(排特殊醫院與病房案件)。

□ 資料範圍：門診(西醫基層+西醫醫院)

□ 此指標資料於資料倉儲系統產製

※需排除「補報原因註記」為 2 之案件

□ 開立慢性病連續處方箋的案件：(診察費項目代碼為慢箋)或(案件分類=E1 且慢性病連續處方箋有效期間處方日份>給藥天數且慢性病連續處方箋有效日日份為給藥天數的倍數)。

□ 診察費項目代碼為慢箋：00155A、00157A、00170A、00171A、00131B、00132B、00172B、00173B、00135B、00136B、00174B、00175B、00137B、00138B、00176B、00177B、00139C、00140C、00158C、00159C、00141C、00142C、00160C、00161C、00143C、00144C、00162C、00163C、00145C、00146C、00164C、00165C、00147C、00148C、00166C、00167C、00149C、00150C、00168C、00169C、00178B、00179B、00180B、00181B、00182C、00183C、00184C、00185C、00187C、00189C、00190C、00191C。

□ 疾病別依「特定診療項目代號(一)」欄位分類，需限制為以下代碼：

01、02、03、04、05、06、07、08、09、10、
11、12、13、14、15、16、17、18、19、20、
21、22、23、24、25、26、27、28、29、30、
31、32、33、34、35、36、37、38、39、40、
41、42、43、44、45、46、47、48、49、50、
51、52、53、54、55、56、57、58、59、60、
61、62、63、64、65、66、67、68、69、70、
71、72、73、74、75、76、77、78、79、80、
81、82、83、84、85、86、87、88、89、90、
91、92、93、94、95、96、97、98、
E3、E4、E6、E7、E8、F1、H1、N、C、R

□ 慢性病給藥案件：案件分類=04、E1 或給藥天數>=14 日。

□ 排特殊醫院與病房案件：

(條件第 1、2 點撈所有門診資料，第 3 點撈所有住院資料)

(1)產科專科醫院：醫院型態別為專科醫院(03)，且門診就醫科別婦產科(05)之申

請點數占率為各就醫科別中最高者。

(2)兒專科醫院：醫院型態別為專科醫院(03)，且門診就醫科別小兒科(04)之申請點數占率為各就醫科別中最高者。

(3)呼吸照護病房(有申報醫令 P1011C 或 P1012C 之案件)申請點數占全院申請點數 80%(含)以上之醫院。

- 運算範圍：每月
- 展現維度：1.分區+總額部門+特約類別
  2.分區+院所
  3.分區+院所+科別
  4.分區+疾病別
  5.分區+總額部門+疾病別
  6.分區+院所+疾病別

(889.01)(1318).慢性病開立慢性病連續處方箋百分比(二)(排特殊醫院與病房案件)

(建置時間：101/09/04)

※指標背景：醫院總額品質確保方案專業醫療品質指標（各區同院所慢性病開立慢性病連續處方箋百分比）

■ 分子 1(889.01)：開立慢性病連續處方箋案件數(04、E1 或給藥天數>=14 日之案件；排特殊醫院與病房案件)。

■ 分子 2(1318)：開立慢性病連續處方箋案件數(僅 04、E1 案件；排特殊醫院與病房案件)。

■ 分母 1(889.01)：慢性病給藥案件數(04、E1 或給藥天數>=14 日之案件；排特殊醫院與病房案件)。

■ 分母 2(1318)：慢性病給藥案件數(僅 04、E1 案件；排特殊醫院與病房案件)。

□ 資料範圍：1.分子分母為門診(西醫基層+西醫醫院)；需排除「補報原因註記」為 2(補報部分醫令或醫令差額)之案件。
2.處理排特殊醫院與病房案件時，為門診全部資料及住院全部資料。
3.上述皆排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA；住院案件分類只計 1、2、3、4、5、6 即可排除代辦案件。

□ 此指標資料於資料倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。

□ 分母 1：(案件分類為 04、E1)或(給藥天數>=14 日)之案件。

□ 分母 2：案件分類為 04、E1 之案件。

□ 分子 1、2：(<u>診察費項目代碼為慢箋</u>)或(案件分類=E1 且慢性病連續處方箋有效期間處方日份>給藥天數且慢性病連續處方箋有效日日份為給藥天數的倍數)之案件。

□ 診察費項目代碼為慢箋：00155A、00157A、00170A、00171A、00131B、00132B、00172B、00173B、00135B、00136B、00174B、00175B、00137B、00138B、00176B、00177B、00139C、00140C、00158C、00159C、00141C、00142C、00160C、00161C、00143C、00144C、00162C、00163C、00145C、00146C、00164C、00165C、00147C、00148C、00166C、00167C、00149C、00150C、00168C、00169C、00178B、00179B、00180B、00181B、00182C、00183C、00184C、00185C、00187C、00189C、00190C、00191C。

□ 疾病別依「特定診療項目代號(一)」欄位分類，需限制為以下代碼：
01、02、03、04、05、06、07、08、09、10、
11、12、13、14、15、16、17、18、19、20、
21、22、23、24、25、26、27、28、29、30、

31、32、33、34、35、36、37、38、39、40、
41、42、43、44、45、46、47、48、49、50、
51、52、53、54、55、56、57、58、59、60、
61、62、63、64、65、66、67、68、69、70、
71、72、73、74、75、76、77、78、79、80、
81、82、83、84、85、86、87、88、89、90、
91、92、93、94、95、96、97、98、
E3、E4、E6、E7、E8、F1、H1、N、C、R。

- 排特殊醫院與病房案件：
  (條件第 1、2 點撈所有門診資料，第 3 點撈所有住院資料)
  (1)產科專科醫院：醫院型態別為專科醫院(03)，且門診就醫科別婦產科(05)之申請點數占率為各就醫科別中最高者。
  (2)兒專科醫院：醫院型態別為專科醫院(03)，且門診就醫科別小兒科(04)之申請點數占率為各就醫科別中最高者。
  (3)呼吸照護病房(有申報醫令 P1011C 或 P1012C 之案件)申請點數占全院申請點數 80%(含)以上之醫院。
- 運算範圍：每月
- 展現維度：1.全國
  2.全國+總額部門
  3.分區+總額部門+特約類別
  4.分區+院所
  5.分區+院所+科別
  6.分區+疾病別
  7.分區+總額部門+疾病別
  8.分區+院所+疾病別

(1068).頭部外傷使用類固醇

(建置時間：100/3/11)

※指標背景：99 年西醫基層專業醫療服務品質指標項目與監測值檢討修訂

■ 分子：門診病患頭部外傷病人且給予類固醇藥品之人數

■ 分母：門診病患頭部外傷病人之人數

□ 資料範圍：門診西醫基層

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 9901 開始產製。

□ 分母定義：門診病患頭部外傷之人數

※頭部外傷：主診斷碼為 9590、95901。

□ 分子定義：分母案件中，有使用類固醇藥品之人數。

※類固醇藥品：藥理分類前 4 碼為 6804 之藥品品項（主成分碼為：DEXAMETHASONE PHOSPHATE(SODIUM)、METHYLPREDNISOLONE，METHYLPREDNISOLONE 21-HEMISUCCINATE、PREDNISOLONE M-SULFOBENZOATE SODIUM）。

□ 人數計算以【ID+生日】歸戶。

➢ 運算範圍：季

➢ 展現維度：1.分區

2.分區+院所

3.分區+院所+科別

(1069).痔瘡治療，採冷凍痔瘡療法使用率

(建置時間：100/3/11)

※指標背景：99 年西醫基層專業醫療服務品質指標項目與監測值檢討修訂

■ 分子：門診痔瘡病人且接受冷凍治療之人數

■ 分母：門診痔瘡病人中有接受手術者

□ 資料範圍：門診西醫基層

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 9901 開始產製。

□ 分母定義：痔瘡病人中有接受手術之人數。

※痔瘡：主診斷前 3 碼為 455。

※手術：醫令代碼為 74406C、74407C、74410C、74411C、74412C、74417C。

□ 分子定義：分母病人中，統計期間內於同院有接受冷凍治療之人數。

※冷凍治療：主診斷前 3 碼為 455 且醫令代碼為 65007C、49011C。

□ 人數計算以【ID+生日】歸戶。

➢ 運算範圍：季

➢ 展現維度：1.分區

2.分區+院所

3.分區+院所+科別

(1069.01).痔瘡治療，採冷凍痔瘡療法使用率

(建置時間：101/09/04)

※指標背景：99 年西醫基層專業醫療服務品質指標項目與監測值檢討修訂

■ 分子：門診痔瘡病人且接受冷凍治療之人數

■ 分母：門診痔瘡病人中有接受手術者

□ 資料範圍：1.門診西醫基層。

2.排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。

□ 分母定義：痔瘡病人中有接受手術之人數。

※痔瘡：主診斷前 3 碼為 455。

※手術：醫令代碼為 74406C、74407C、74410C、74411C、74412C、74417C。

□ 分子定義：分母病人中，統計期間內於同院有接受冷凍治療之人數。

※冷凍治療：主診斷前 3 碼為 455 且醫令代碼為 65007C、49011C。

□ 人數計算以【ID+生日】歸戶。

➢ 運算範圍：季

➢ 展現維度：1.全國

2.分區

3.分區+院所

4.分區+院所+科別

(1070).平均每張慢性病連續處方箋開藥天數

(建置時間：100/3/11)

※指標背景：99 年西醫基層專業醫療服務品質指標項目與監測值檢討修訂

■ 分子：開立慢性病連續處方箋案件給藥日份加總

■ 分母：開立慢性病連續處方箋給藥案件數

□ 資料範圍：門診(西醫基層+西醫醫院)

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 9901 開始產製。

※需排除「補報原因註記」為 2 之案件

□ 分母定義：開立慢性病連續處方箋且有給藥的案件。

※慢性病連續處方箋：診察費項目代碼為慢箋且(案件分類=04 且給藥日份>=21)或(案件分類=E1 且特定治療項目代號不等於 E3（結核病）(即四個特定治療項目欄位，皆不可等於 E3)且慢性病連續處方箋有效期間處方日份>給藥天數且慢性病連續處方箋有效日日份為給藥天數的倍數)。

※診察費項目代碼為慢箋：00155A、00157A、00170A、00171A、00131B、00132B、00172B、00173B、00135B、00136B、00174B、00175B、00137B、00138B、00176B、00177B、00139C、00140C、00158C、00159C、00141C、00142C、00160C、00161C、00143C、00144C、00162C、00163C、00145C、00146C、00164C、00165C、00147C、00148C、00166C、00167C、00149C、00150C、00168C、00169C、00206C、00208C、00209C、00210C、00212C、00214C、00215C、00216C、00218C、00220C、00221C、00222C、00178B、00179B、00180B、00181B、00182C、00183C、00184C、00185C、00187C、00189C、00190C、00191C。

※給藥：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種。

□ 分子定義：分母案件的給藥日份加總。

➢ 運算範圍：月

➢ 展現維度：1.分區+總額部門
2.分區+特約類別
3.分區+總額部門+特約類別
4.分區+院所
5.分區+院所+科別

(1075).初次非自願剖腹產率(99 年 DRG 實施後)

(建置時間：99/11/26)

(105/08/24 定義修訂：1.修改自然產案件主處置代碼(手術代碼)ICD10。2.自費用年月 10501 起重新產製)

※指標背景：DRG 實施後品保方案之「初次非自願剖腹產率」需搭配重新定義。

■ 分子：總生產案件數中屬初次非自願剖腹產案件數

■ 分母：總生產案件數

□ 資料範圍：住院西醫醫院

※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 99 年開始產製。

□ 分母：自然產案件+剖腹產案件+剖腹產合併子宮切除術。

※自然產案件：醫令代碼 81017C、81018C、81019C、81024C、81025C、81026C、81034C 或主處置代碼(手術代碼)前 2 碼為 72、73。

※剖腹產案件：醫令代碼為 81004C、97014C、81028C 或主處置代碼(手術代碼)為 74.0、74.1、74.2、74.4。

※剖腹產合併子宮切除術：剖腹產合併次全子宮切除術(醫令代碼 81005C)或剖腹產合併全子宮切除術(醫令代碼 81029C)。

□ 分子：醫令代碼為 81004C、81028C 或主處置代碼(手術代碼)為 74.0、74.1、74.2、74.4 之案件，但需排除下列條件：

※排除條件：(符合 1 或 2 任一項)

1.DRG 碼為 0373B(自行要求剖腹產)。

2.主處置代碼(手術代碼)為 74.0、74.1、74.2、74.4 且主次診斷碼前四碼為 6542(前胎剖腹產生產)。

□ 一筆住院清單視為一件。

➢ 運算範圍：月

➢ 展現維度：維度間可向上累加

1.全國

2.分區

3.分區+特約類別

4.分區+院所

(1075.01).初次非自願剖腹產率(99 年 DRG 實施後)

(建置時間：101/09/04)

(105/08/24 定義修訂：1.修改自然產案件主處置代碼(手術代碼)ICD10。2.自費用年月 10501 起重新產製)

※指標背景：DRG 實施後品保方案之「初次非自願剖腹產率」需搭配重新定義。

■ 分子：總生產案件數中屬初次非自願剖腹產案件數

■ 分母：總生產案件數

□ 資料範圍：1.住院西醫醫院。

2.排除代辦案件：住院案件分類只計 1、2、3、4、5、6 即可排除代辦案件。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。

□ 分母：自然產案件+剖腹產案件+剖腹產合併子宮切除術。

※自然產案件：醫令代碼 81017C、81018C、81019C、81024C、81025C、81026C、81034C 或主處置代碼(手術代碼)前 2 碼為 72、73。

※剖腹產案件：醫令代碼為 81004C、97014C、81028C 或主處置代碼(手術代碼)為 74.0、74.1、74.2、74.4。

※剖腹產合併子宮切除術：剖腹產合併次全子宮切除術(醫令代碼 81005C)或剖腹產合併全子宮切除術(醫令代碼 81029C)。

□ 分子：醫令代碼為 81004C、81028C 或主處置代碼(手術代碼)為 74.0、74.1、74.2、74.4 之案件，但需排除下列條件：

※排除條件：(符合 1 或 2 任一項)

1.DRG 碼為 0373B(自行要求剖腹產)。

2.主處置代碼(手術代碼)為 74.0、74.1、74.2、74.4 且主次診斷碼前四碼為 6542(前胎剖腹產生產)。

□ 一筆住院清單視為一件。

➢ 運算範圍：月

➢ 展現維度：維度間可向上累加

1.全國

2.分區

3.分區+特約類別

4.分區+院所

(1077)(1078).各區非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率(99 年 DRG 實施後)

(建置時間：99/11/26)

(101/05/18 定義修訂：放置血管支架醫令定義新增【101 年 4 月起價格為 16293】)

(101/02/08 定義修訂：分子分母增加排除下列案件，且重新產製自 100 年起的指標值：

(1)「出院案件」排除條件：住診清單明細「TW_DRGS_SUIT_MARK(不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記)」為 D 之案件。

(2)「再住院案件」排除條件：住診清單明細「TW_DRGS_SUIT_MARK(不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記)」為 E 之案件。)

(106/05/05 定義修訂：1.計畫性再住院案件定義：(1)修改早產安胎個案定義，以 Tw-DRGs 判斷，取代主診斷為 ICD9：64403。(2)修改放置血管支架定義，以核價類別取代特材代碼前 5 碼及醫令單價判斷。(3)新增提升急性後期照護品質試辦計劃案件。(4)新增安寧照護。2.自統計期間 106Q1 起開始產製。)

※指標背景：DRG 實施後品保方案之「住院案件出院後十四日內再住院率」需搭配重新定義。

- ■ 分子 1(1077)：14 日內再住院之人數
- ■ 分子 2(1078)：14 日內再住院之案件數
- ■ 分母 1(1077)：當季出院人數
- ■ 分母 2(1078)：當季出院案件數
- □ 資料範圍：住院西醫醫院
  ※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)
- □ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- □ 此指標資料自統計期間 99 年開始產製。
- □ 分母：出院日在統計期間內之案件，按[院所，ID，生日，住院日]歸戶，因同一次住院，會有申報多筆住院醫療費用的情形，可能有多個出院日，以最晚之出院日為準。
- □ 分子：以分母案件為母體往後勾稽下個月的資料，按[ID，生日]勾稽距離出院日 0 至 14 日內含跨院的住院案件。
- □ 若統計期間為 99Q1，則：
  分母資料期間為出院日在 990101~990331 的資料；
  分子資料期間為住院日在 990101~990414 的資料。
- □ 分母分子均排除下列<u>**計畫性再住院案件**</u>後再進行統計：
  (一)精神科個案(就醫科別=13)
  (二)乳癌試辦案件(案件分類 4 且病患來源為 N 或 R 或 C)
  (三)化學治療及放射線治療(主次診斷 V58.0、V58.1)(主次診斷)
  (四)早產安胎個案(Tw-DRGs：37901、37902、37903、38301、38302、384)
  (五)罕見疾病(ICD-9-CM：2775)—黏多醣症(主診斷)

(六)轉院案件(轉歸代碼 5、6 或 7)

(七)新生兒未領卡(部份負擔註記 903)

(八)血友病(ICD-9-CM：2860、2861、2862、2863)(主診斷)

(九)執行心導管後再執行心血管繞道手術或辦膜置換術或支架置放術。

◎心導管：

醫令代碼前 5 碼為 18020、18021、97501、97502、97503、97506、97507、97508

◎心血管繞道手術：

以冠狀動脈繞道手術為主，主次處置代碼(手術代碼)為 36.10、36.11、36.12、36.13、36.14、36.15、36.16、36.17、36.19 且醫令代碼前 5 碼為 68023 或 68024 或 68025。

◎辦膜置換術：

醫令代碼前 5 碼為 68016、68017、68018 且主診斷碼前 3 碼為 390-459 且主處置代碼(手術代碼)為 35.21、35.22、35.23、35.24。

◎支架置放術：同時申報「經皮冠狀動脈擴張術（PTCA）」及放置血管支架之案件

※「經皮冠狀動脈擴張術（PTCA）」：

主次處置代碼(手術代碼)為 36.01、36.02、36.05 且醫令代碼前 5 碼為 33076、33077、33078。

※放置血管支架：

主次處置代碼(手術代碼)為 36.06 且勾稽特材主檔(DWM_MET_MST)之特材代碼，取核價類別(APV_TYPE)為 CBP01A2、CBP01A5 或 CBP01A6（備註：105 年(含)以前的邏輯為特材代碼前 5 碼為「CBP01」或「CBP06」且 92 年以前價格為 49000 或 54000；92 年至 97 年價格為 27000 或 36750，98 年至 101 年 3 月價格為 19940，101 至 104 年價格為 16293，105 年起價格為 14099。）。

◎分母排除邏輯：

1. 以出院日找出統計期間內，有執行心血管繞道手術或辦膜置換術或支架置放術的案件。
2. 上述案件中，各依院所+ID+生日勾稽出院年月往前三個費用年月的申報資料，看有無執行心導管。

   例：出院年月 9901 往前看費用年月 9812~9810；
   出院年月 9902 往前看費用年月 9901~9811；
   出院年月 9903 往前看費用年月 9902~9812。
3. 若有執行心導管，則排除掉執行心血管繞道手術或辦膜置換術或支架置放術的案件資料。

◎分子排除邏輯：分子純粹為一勾稽資料檔，以便判斷分母之出院案件是否有再住院的情形。

1. 以住院日找出比分母期間再多 14 天內，有執行心血管繞道手術或辦膜置換術或支架置放術的案件。
2. 上述案件中，各依院所+ID+生日勾稽住院年月往前三個費用年月的申報資料，看有無執行心導管。
   例：住院年月 9901 往前看費用年月 9812~9810；
   住院年月 9902 往前看費用年月 9901~9811；
   住院年月 9903 往前看費用年月 9902~9812。
3. 若有執行心導管，則排除掉執行心血管繞道手術或辦膜置換術或支架置放術的案件資料。

(十)器官移植(醫令代碼前 5 碼)

1. 心臟移植：68035
2. 肺臟移植：68037（單肺）、68047（双肺）
3. 肝臟移植：75020
4. 腎臟移植：76020
5. 胰臟移植：75418
6. 角膜移植：85213

(十一)提升急性後期照護品質試辦計劃案件(住院案件分類 4 及試辦計畫代碼為 1 腦中風或 2 燒燙傷)

(十二)安寧照護(給付類別 A)

- 運算範圍：季
- 展現維度：1.全國
  2.分區
  3.分區+特約類別
  4.分區+院所

(1077.01).{1077.01，1078.01}各區非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率(99 年 DRG 實施後)

(建置時間：101/09/04)
(104/08/05 定義修訂：1.新增全國+特約類別維度。2.自統計期間 101 年起重新產製。)
(106/05/05 定義修訂：1.計畫性再住院案件定義：(1)修改早產安胎個案定義，以 Tw-DRGs 判斷，取代主診斷為 ICD9：64403。(2)修改放置血管支架定義，以核價類別取代特材代碼前 5 碼及醫令單價判斷。(3)新增提升急性後期照護品質試辦計劃案件。(4)新增安寧照護。2.自統計期間 106Q1 起開始產製。)
※指標背景：DRG 實施後品保方案之「住院案件出院後十四日內再住院率」需搭配重新定義。

- ■ 分子 1(1077.01)：14 日內再住院之人數
- ■ 分子 2(1078.01)：14 日內再住院之案件數
- ■ 分母 1(1077.01)：當季出院人數
- ■ 分母 2(1078.01)：當季出院案件數
- □ 資料範圍：1.住院西醫醫院。
  2.排除代辦案件：住院案件分類只計 1、2、3、4、5、6 即可排除代辦案件。
- □ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- □ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。
- □ 分母：出院日在統計期間內之案件，排除【不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記】為 D 的案件(依清單排除)後，按[院所，ID，生日，住院日]歸戶，因同一次住院，會有申報多筆住院醫療費用的情形，可能有多個出院日，以最晚之出院日為準。
- □ 分子：以分母案件為母體往後勾稽下個月的資料，按[ID，生日]勾稽距離出院日 0 至 14 日內含跨院的住院案件，用來勾稽的再住院案件需排除【不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記】為 E 的案件(依清單排除)。
- □ 若統計期間為 99Q1，則：
  分母資料期間為出院日在 990101~990331 的資料；
  分子資料期間為住院日在 990101~990414 的資料。
- □ 分母分子均排除下列**計畫性再住院案件**後再進行統計：
  (一)精神科個案(就醫科別=13)
  (二)乳癌試辦案件(案件分類 4 且病患來源為 N 或 R 或 C)
  (三)化學治療及放射線治療(主次診斷 V58.0、V58.1)(主次診斷)
  (四)早產安胎個案(Tw-DRGs：37901、37902、37903、38301、38302、384)
  (五)罕見疾病(ICD-9-CM：2775)—黏多醣症(主診斷)
  (六)轉院案件(轉歸代碼 5、6 或 7)

(七)新生兒未領卡(部份負擔註記 903)

(八)血友病(ICD-9-CM：2860、2861、2862、2863)(主診斷)

(九)執行心導管後再執行心血管繞道手術或辦膜置換術或支架置放術。

◎心導管：

醫令代碼前 5 碼為 18020、18021、97501、97502、97503、97506、97507、97508

◎心血管繞道手術：

以冠狀動脈繞道手術為主，主次處置代碼(手術代碼)為 36.10、36.11、36.12、36.13、36.14、36.15、36.16、36.17、36.19 且醫令代碼前 5 碼為 68023 或 68024 或 68025。

◎辦膜置換術：

醫令代碼前 5 碼為 68016、68017、68018 且主診斷碼前 3 碼為 390-459 且主處置代碼(手術代碼)為 35.21、35.22、35.23、35.24。

◎支架置放術：同時申報「經皮冠狀動脈擴張術（PTCA）」及放置血管支架之案件

※「經皮冠狀動脈擴張術（PTCA）」：

主次處置代碼(手術代碼)為 36.01、36.02、36.05 且醫令代碼前 5 碼為 33076、33077、33078。

※放置血管支架：

主次處置代碼(手術代碼)為 36.06 且勾稽特材主檔(DWM_MET_MST)之特材代碼，取核價類別(APV_TYPE)為 CBP01A2、CBP01A5 或 CBP01A6（備註：105 年(含)以前的邏輯為特材代碼前 5 碼為「CBP01」或「CBP06」且 92 年以前價格為 49000 或 54000；92 年至 97 年價格為 27000 或 36750，98 年至 101 年 3 月價格為 19940，101 至 104 年價格為 16293，105 年起價格為 14099。）。

◎分母排除邏輯：

1. 以出院日找出統計期間內，有執行心血管繞道手術或辦膜置換術或支架置放術的案件。
2. 上述案件中，各依院所+ID+生日勾稽出院年月往前三個費用年月的申報資料，看有無執行心導管。

   例：出院年月 9901 往前看費用年月 9812~9810；
   出院年月 9902 往前看費用年月 9901~9811；
   出院年月 9903 往前看費用年月 9902~9812。
3. 若有執行心導管，則排除掉執行心血管繞道手術或辦膜置換術或支架置放術的案件資料。

◎分子排除邏輯：分子純粹為一勾稽資料檔，以便判斷分母之出院案件是否有再住院的情形。

1. 以住院日找出比分母期間再多 14 天內，有執行心血管繞道手術或辦膜

置換術或支架置放術的案件。

2. 上述案件中，各依院所+ID+生日勾稽住院年月往前三個費用年月的申報資料，看有無執行心導管。

例：住院年月 9901 往前看費用年月 9812~9810；
住院年月 9902 往前看費用年月 9901~9811；
住院年月 9903 往前看費用年月 9902~9812。

3. 若有執行心導管，則排除掉執行心血管繞道手術或辦膜置換術或支架置放術的案件資料。

(十)器官移植(醫令代碼前 5 碼)

1. 心臟移植：68035
2. 肺臟移植：68037（單肺）、68047（双肺）
3. 肝臟移植：75020
4. 腎臟移植：76020
5. 胰臟移植：75418
6. 角膜移植：85213

(十一)提升急性後期照護品質試辦計劃案件(住院案件分類 4 及試辦計畫代碼為 1 腦中風或 2 燒燙傷)

(十二)安寧照護(給付類別 A)

- 運算範圍：季
- 展現維度：1.全國
  2.全國+特約類別
  3.分區
  4.分區+特約類別
  5.分區+院所

(1105).BC 肝醫療給付改善方案年度內累計收案率

(建置時間：100/3/11)

(100/12/20 定義修訂：修改明細格式並自 99 年起重新產製所有歷史資料。)

(105/08/08 定義修訂：新增維度全國＋總額別、全國+特約類別、分區＋總額部門、分區＋總額部門＋特約類別。)

(105/11/15 定義修訂：加入院所新舊代碼合併處理並自統計期間 106 年起開始啟用。)

※指標背景：配合 99.1.1 公告實施之「全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案」統計品質指標，以為後續分區業務組核算品質獎勵費之依據。

■ 分子：當年度收案人數。

■ 分母：符合收案條件人數。

□ 資料範圍：門診西醫基層、門診西醫醫院。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 99 年開始產製。

□ 分母定義：指當年度累計至統計月份之符合收案條件或已收案之患者。

※符合收案條件：最近 6 個月內因 B 型肝炎帶原或 C 型肝炎感染就醫，至少達 2 次(含)以上者。

※最近 6 個月：統計期間的案件依就醫日往前勾稽 180 天內，包含同日就醫。

※因 B 型肝炎帶原或 C 型肝炎感染就醫：主診斷 ICD-9-CM 為 070.30-070.33、070.51、070.54、571.40-571.49、571.5、V02.61 及 V02.62。

※2 次：門診處方中有一筆就算 1 次。

※收案：案件分類為 E1 且申報醫令 P4201C、P4202C。

□ 分母在判定是否符合收案條件時，是依維度不同而不同，全國、特約類別、縣市別及分區維度的條件判定為該維度下跨院判定，院所維度為同院判定，院所+醫師維度為同院所同醫師判定。下表有部分維度舉例：

	台北台大	台北馬偕	高雄榮總
A 病患	因 BC 肝就醫	因 BC 肝就醫	
B 病患			因 BC 肝就醫共 2 次

全國維度：A、B 都算分母

分區維度：A、B 都算分母

院所維度：A 不算分母，B 算分母

□ 分子定義：當年度累計至統計月份之收案人數。

※收案：案件分類為 E1 且申報醫令 P4201C、P4202C。

□ 分子個案不需限定於分母 ID 中。

□ 人數計算以 ID 歸戶。

□ 統計期間之院所若曾變更院所代碼，將以最新代碼取代舊代碼進行計算，舊代碼之判斷由醫事機構基本資料檔(V_DWM_HOSPBSC)中，取承接醫事機構代碼

(HEIR_HOSP_ID)判斷，期間若該院所多次更換代碼，最多取代 10 次。[自統計期間 106 年起開始啟用]

- 運算範圍：月累計(每月計算當年自 1 月累計至該月份之申報資料，如 1 月，1-2 月，1-3 月…1-12 月；以費用年月為統計期間認定)
- 展現維度：維度間不可累加

  1.全國
  2.全國+總額部門
  3.全國+特約類別
  4.縣市別
  5.分區
  6.分區+總額部門
  7.分區+總額部門+特約類別
  8.分區+特約類別+院所
  9.分區+特約類別+院所+醫師

(1121).急診轉住院暫留急診 2 日以上案件比率

(建置時間：100/05/06)

(100/09/05 定義修訂：

*因(1)98 年 10 月 20 日健保醫字第 0980059617 號函中規定，急診轉住院個案合併住院申報者，其住院醫療服務點數清單中之「入院年月日」，自 99 年 1 月起(費用月份)，以急診就醫日為「入院年月日」，(2)申報規定：TW_DRGs 前之相關的急診案件要合併申報，有關急診後回家再住院案，住院起日會以急診那天為起始日，(3)另也可能會有前日於急診觀察後凌晨因不適再入急診診斷後直接住院案，醫院會合併申報費用。

*然本項指標監測對象為入住急診暫留床後直接住院案件，故同院急診轉住院合併申報之案件，分母定義宜修改為：住院醫令清單檔中【病床費醫令「執行起日」之最小日期－急診暫留床醫令「執行迄日」≧0 且≦1 之個案(確定為連續住院案)】

*自統計期間費用年月 9904 開始重新產製。)

(101/08/23 定義修訂：(1)新增全國、全國+特約類別維度(2)自統計期間 9904 開始以院所維度累加為全國、全國+特約類別維度)

(101/12/18 定義修訂：依(1)本署 101.7.3 健保醫字第 1010051685B 號書函，自費用年月 10107 起醫療費用 XML 申報格式，有關急診案件之「急診治療起始時間」及「急診治療結束時間」等值，暫沿用現行門診申報方式，於醫令清單段呈現保險對象進、出急診室時間資料[醫令類別填 A(急診治療起迄時間)，藥品(項目)代號填 ER，執行時間-起填進入急診室時間，執行時間-迄填離開急診室時間]，住院比照辦理[醫令類別填 C(急診治療起迄時間)，醫令代碼填 ER，執行時間-起填進入急診室時間，執行時間-迄填離開急診室時間]；及(2)101.10.01 起新增急性精神病床病房費之醫令代碼，爰自費用年月 10107 起配合修改指標定義。)

※指標背景：99 年 07 月 12 日主管會報台北業務組之醫院急診暫留時間分析，奉指示，錄案參考，今評估原操作型定義確實有檢討必要，遂研提新的操作型定義。

- ■ 分子：分母案件中急診>48 小時之案件數
- ■ 分母：急診轉住院之案件數
- □ 資料範圍：住院(西醫醫院)、門診(西醫醫院)
  ※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)
- □ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- □ 此指標自費用年月 9904 開始產製。
- □ 分母：同院急診轉住院之案件數。(有分開申報及合併申報兩種)
  (1)分開申報：住院案件以【院所+ID+Birhtday】勾稽門診檔中為急診案件且 0≦【住院起日-急診迄日】≦1 之個案，其中，在符合前面條件下，若對應到多筆急診案件時，則取最後一筆急診案件做為分子判斷。(相同【院所、ID、Birthday、住院日】視為同一個案)
  ※急診案件：

[費用年月 10107 起]

急診案件：有申報急診診察費*之當次門診案件。(若以案件分類 02 認定，會遺漏職災急診案件，故改成以急診診察費認定)

*急診診察費：醫令代碼全碼如下表任一項

檢傷第一級	檢傷第二級	檢傷第三級	檢傷第四級	檢傷第五級	其他
00201A	00202A	00203A	00204A	00225B	01015C
00201B	00202B	00203B	00204B	01125B	01021C
01047B	01048B	01049B	01050B	01126B	01045C
01104B	01107B	01110B	01113B	01127B	01101C
01105B	01109B	01111B	01114B	01128B	01102C
01106B	01119B	01112B	01115B	01116B	01103C
01108B	01120B	01121B	01123B	01129B	
01117B	01131B	01122B	01124B	01134B	
01118B		01132B	01133B		
01130B					

[費用年月 10106 以前]

急診案件：案件分類為 02。

※最後一筆急診案件：取最大急診起日、最大急診迄日做為最後一筆。

※急診起日(門診檔)：

[費用年月 10107 起]

醫令類別(ORDER_TYPE)=A 且藥品代號(ORDER_CODE)=ER(英文字大寫)時，醫令執行時間起(EXE_S_DATE)即為急診起日。

[費用年月 10106 以前]

醫令類別(ORDER_TYPE)=A 且藥品代號(ORDER_CODE)=01 時，藥品使用頻率(DRUG_FRE)即為急診起日。

※急診迄日(門診檔)：

[費用年月 10107 起]

醫令類別(ORDER_TYPE)=A 且藥品代號(ORDER_CODE)=ER(英文字大寫)時，醫令執行時間迄(EXE_E_DATE)即為急診迄日。

[費用年月 10106 以前]

醫令類別(ORDER_TYPE)=A 且藥品代號(ORDER_CODE)=02 時，藥品使用頻率(DRUG_FRE)即為急診迄日(時分)。

※若一筆急診處方有多組急診起迄日時，取最小急診起日及最大急診迄日為代表。

(2)合併申報：

[費用年月 10107 起]：

住院醫令清單檔中，0≦【病房費醫令執行起日之最小日期-急診迄日】≦1 之個案，且需排除婦產科案件於待產床待產者。(相同【院所、ID、Birthday、住

院日】視為同一個案)

[費用年月 10106 以前]：

住院醫令清單檔中，0≦【病房費醫令執行起日之最小日期-急診暫留床醫令執行迄日】≦1 之個案，且需排除婦產科案件於待產床待產者。(相同【院所、ID、Birthday、住院日】視為同一個案)

※急診起日(住院檔，自費用年月 10107 起)：

醫令類別(ORDER_TYPE)=C 且醫令代碼(ORDER_CODE)=ER(英文字大寫)時，醫令執行時間起(EXE_S_DATE)即為急診起日。

※急診迄日(住院檔，自費用年月 10107 起)：

醫令類別(ORDER_TYPE)=C 且醫令代碼(ORDER_CODE)=ER(英文字大寫)時，醫令執行時間迄(EXE_E_DATE)即為急診迄日。

※病房費醫令(不含慢性病床)：醫令代碼全碼為下表任一項

編號	診療項目
03001K 03002A 03004B 03003B (迄 99.12.31)	一般病床（床/天）--病房費 註：急性精神病床比照申報(101.9.30以前)。
03005K 03006A 03008B 03007B (迄99.12.31)	經濟病床（床/天）--病房費 註：急性精神病床比照申報(101.9.30以前)。
03009K 03023A 03024B	新生兒中重度病床--病房費
03014A 03025B 03015B (迄99.12.31)	精神科加護病床(床/天)--病房費
03016B	燒傷病房(床/天)
03017A	燒傷中心(床/天)--病房費
03020B 03021B 03051B	隔離病床(床/天)-一般隔離病床 隔離病床(床/天)-正壓隔離病床 隔離病床(床/天)-負壓隔離病床
03053B	核醫病床--病房費
03022K	骨髓移植隔離病床(床/天)--病房費
03010E 03011F 03012G 03013H (迄99.12.31)	加護病床ICU（床/天）--病房費
03012GA 03013HA 03003BA	呼吸照護中心(病房)病床費

編號	診療項目
~~03009KA~~ (迄 91.10.31)	
03055K (101.10.01 起) 03056A (101.10.01 起) 03057B (101.10.01 起)	急性精神一般病床（床/天）-病房費
03061K (101.10.01 起) 03062A (101.10.01 起) 03063B (101.10.01 起)	急性精神經濟病床（床/天）-病房費

※急診暫留床醫令：醫令前五碼為 03018、03019 任一項。

※排除婦產科案件於待產床待產者：住院清單明細檔中審核結果 DRG(EXM_RESULTDRG_1)前三碼為 370-375 且若相同【院所、ID、Birthday、住院日】有多件，則只要其中任一件符合就整個全部排除。

※相同【院所、ID、Birthday、住院日】若有多筆急診起日及急診迄日，取最大急診起日、最大急診迄日做為分子條件判斷。

(3)分開申報或合併申報皆計為分母案件，但相同【院所、ID、Birthday、住院日】視為同一個案。

□ 分子：分母案件中急診>48 小時之案件數

(1)分開申報：急診暫留時間>48 小時之案件。

※急診暫留時間=【急診迄日(時分)-急診起日(時分)】

(2)合併申報：

[費用年月 10107 起]：急診暫留時間>48 小時之案件。

※急診暫留時間=【急診迄日(時分)-急診起日(時分)】

[費用年月 10106 以前]：申報急診暫留床醫令數≧2 之案件。

※急診暫留床醫令數：住診醫令明細檔的醫令總量(ORDER_QTY)之加總。

➢ 運算範圍：每月(報表呈現可累加至季)

➢ 展現維度：1.分區
2.分區+特約類別
3.分區+特約類別+院所
4.分區+申報方式
5.分區+特約類別+申報方式
6.分區+特約類別+院所+申報方式
7.全國
8.全國+特約類別

(1124).死亡率-血液透析_季(透析總額)

(建置時間：100/04/08)

(101/08/23 定義修訂：(1)新增全國、全國+特約類別維度(2)自統計期間 9801 開始重新產製)

※指標背景：門診透析總額品質確保方案

【類似 DA 指標 755，但資料範圍改成醫事類別=15，且毋需判斷急性期透析】

■ 分子：統計期間死亡個案數。

■ 分母：統計期間之總病人數。

□ 資料範圍：門診洗腎+承保資料保險對象資訊檔

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。

□ 分母：統計期間有申報血液透析任一醫令之總病人數。

※血液透析醫令：58001C、58027C、58029C

□ 分子：統計期間分母病患中，勾稽承保檔得到的死亡人數加總。

※承保檔：承保資料保險對象資訊檔，投保狀態為 5 者表死亡。

□ 人數計算以【ID+生日】歸戶。

➢ 運算範圍：季

➢ 展現維度：維度間不可累加

1.分區

2.分區+特約類別

3.分區+特約類別+院所

4.分區+特約類別+院所+醫師

5.全國

6.全國+特約類別

(1125).死亡率-腹膜透析_季(透析總額)

(建置時間：100/04/08)

(101/08/23 定義修訂：(1)新增全國、全國+特約類別維度(2)自統計期間 9801 開始重新產製)

※指標背景：門診透析總額品質確保方案

【類似 DA 指標 757，但資料範圍改成醫事類別=15，且毋需判斷急性期透析】

■ 分子：統計期間死亡個案數。

■ 分母：統計期間之總病人數。

□ 資料範圍：門診洗腎+承保資料保險對象資訊檔

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。

□ 分母：統計期間有申報腹膜透析任一醫令之總病人數。

※腹膜透析醫令：58002C、58011A、58011B、58011C、58017B、58017C、58026C、58028C

□ 分子：統計期間分母病患中，勾稽承保檔得到的死亡人數加總。

※承保檔：承保資料保險對象資訊檔，投保狀態為 5 者表死亡。

□ 人數計算以【ID+生日】歸戶。

➢ 運算範圍：季

➢ 展現維度：維度間不可累加

1.分區

2.分區+特約類別

3.分區+特約類別+院所

4.分區+特約類別+院所+醫師

5.全國

6.全國+特約類別

(1136.1)(1136.2)(1136.3)(1137.1)(1137.2)(1137.3)(1138.1)(1138.2)(1138.3).剖腹產率(年齡別)

(建置時間：100/05/06)
(100/09/13 定義修訂：
(1)依據 100 年 5 月 25 日「西醫基層總額支付委員會」100 年第 2 次委員會議結論，增加年齡別變項並修訂報表維度(2)增加若 TW-DRG、DRG_CODE、醫令代碼之間申報之生產案件有衝突時的判斷原則(3)增加助產所資料，自統計期間 95 年開始重新產製)
(104/07/02 定義修訂：(1)刪除自然產醫令 97001K、97002A、97003B、97931K、97932A、97933B；(2)增列剖腹產 TW-DRG 前三碼 513，刪除剖腹產醫令 97006K、97007A、97008B；(3)增列不具適應症之剖腹產 TW-DRG 前三碼 513；(4)自 10307 開始重新產製。)
100/12/20 定義修訂：因受限於 VPN 格式，本指標在 VPN 上的指標代碼如下，且只產製月指標結果供院所查詢：

- 1136.1[剖腹產率(年齡別)-剖腹產案件數(<=19 歲)]
- 1136.2[剖腹產率(年齡別)-剖腹產案件數(20-34 歲)]
- 1136.3[剖腹產率(年齡別)-剖腹產案件數(>=35 歲)]

- 1137.1[剖腹產率(年齡別)-不具適應症之剖腹產案件(<=19 歲)]
- 1137.2[剖腹產率(年齡別)-不具適應症之剖腹產案件(20-34 歲)]
- 1137.3[剖腹產率(年齡別)-不具適應症之剖腹產案件(>=35 歲)]

- 1138.1[剖腹產率(年齡別)-具適應症之剖腹產案件(<=19 歲)]
- 1138.2[剖腹產率(年齡別)-具適應症之剖腹產案件(20-34 歲)]
- 1138.3[剖腹產率(年齡別)-具適應症之剖腹產案件(>=35 歲)]

分子、分母定義：

- 分子 1(1136)：剖腹產案件數
- 分子 2(1137)：不具適應症之剖腹產案件
- 分子 3(1138)：具適應症之剖腹產案件
- 分母：生產案件數
- □ 資料範圍：住院西醫醫院、住院西醫基層、住院其他醫事機構
- □ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- □ 此指標資料自統計期間 95 年開始產製。
- □ 分母：生產案件數(自然產案件+剖腹產案件)。

※自然產案件：符合下列任一條件
(1)TW-DRG 前三碼為 372~375。(住院清單明細檔之 TW_DRGS 欄位)

(2)DRG_CODE 為 0373A、0373C。(住院清單明細檔之 DRG_CODE 欄位)

(3)符合任一自然產醫令代碼：81017C、81018C、81019C、81024C、81025C、81026C、81034C 有妊娠併發症之陰道產、97004C、97005D、97934C。

□ 分子 1：剖腹產案件(不具適應症之剖腹產案件+具適應症之剖腹產案件)。

※剖腹產案件：符合下列任一條件

(1)TW-DRG 前三碼為 370、371、513。

(2)DRG_CODE 為 0371A、0373B。

(3)符合任一剖腹產醫令代碼：81004C 剖腹產術、81005C 剖腹產合併次全子宮切除術、81028C 前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產、81029C 剖腹產合併全子宮切除術、97009C 剖腹產、97014C 自行要求剖腹產。

□ 分子 2：不具適應症之剖腹產案件(自行要求剖腹產)。

符合下列任一條件：

(1)醫令代碼為 97014C。

(2)DRG_CODE 為 0373B。

(3)TW-DRG 前三碼為碼為 513。

□ 分子 3：具適應症之剖腹產案件。

不具適應症剖腹產之外的剖腹產案件；即(分子 1-分子 2)。

□ 一筆住院清單視為一件：

(1)一個案件有多個醫令，可能同時有剖腹產的醫令代碼，也有自然產的醫令代碼，但分母仍視為一件。

(2)一個案件若於(1)TW-DRG、(2)DRG_CODE、(3)醫令代碼，這 3 項中任 2 項以上有申報生產案件且有衝突(自然產、剖腹產皆申報)，則依上列順序進行判斷歸類(例：TW-DRG 申報自然產，DRG_CODE 申報剖腹產，則此案件屬自然產)；其中，若醫令代碼同時有申報剖腹產和自然產，則歸為剖腹產案件，後續仍須依照前述順序進行判斷歸類。

□ 年齡層：<=19 歲，20-34 歲，>=35 歲

※年齡=入院日(取年月)-出生日(取年月)，以足歲歸年齡層。

(例：19 歲 11 個月則為 19 足歲，歸在「<=19 歲」)。

➢ 運算範圍：月(報表另累加呈現季資料)

➢ 展現維度：維度間可向上累加

1.全國+總額部門+年齡別

2.分區+總額部門+年齡別

3.分區+特約類別+年齡別

4.分區+特約類別+院所+年齡別

(1136.11)(1136.21)(1136.31)(1137.11)(1137.21)(1137.31)(1138.11)(1138.21)(1138.31).剖腹產率(年齡別)

(建置時間：101/09/04)

(104/07/02 定義修訂：(1)刪除自然產醫令 97001K、97002A、97003B、97931K、97932A、97933B；(2)增列剖腹產 TW-DRG 前三碼 513，刪除剖腹產醫令 97006K、97007A、97008B；(3)增列不具適應症之剖腹產 TW-DRG 前三碼 513；(4)自 10307 開始重新產製。)

※註：因受限於 VPN 格式，本指標在 VPN 上的指標代碼如下，且只產製月指標結果供院所查詢：

- ■ 1136.11[剖腹產率(年齡別)-剖腹產案件數(<=19 歲)]
- ■ 1136.21[剖腹產率(年齡別)-剖腹產案件數(20-34 歲)]
- ■ 1136.31[剖腹產率(年齡別)-剖腹產案件數(>=35 歲)]

- ■ 1137.11[剖腹產率(年齡別)-不具適應症之剖腹產案件(<=19 歲)]
- ■ 1137.21[剖腹產率(年齡別)-不具適應症之剖腹產案件(20-34 歲)]
- ■ 1137.31[剖腹產率(年齡別)-不具適應症之剖腹產案件(>=35 歲)]

- ■ 1138.11[剖腹產率(年齡別)-具適應症之剖腹產案件(<=19 歲)]
- ■ 1138.21[剖腹產率(年齡別)-具適應症之剖腹產案件(20-34 歲)]
- ■ 1138.31[剖腹產率(年齡別)-具適應症之剖腹產案件(>=35 歲)]

分子、分母定義：

- ■ 分子 1(1136.01)：剖腹產案件數
- ■ 分子 2(1137.01)：不具適應症之剖腹產案件
- ■ 分子 3(1138.01)：具適應症之剖腹產案件
- ■ 分母：生產案件數
- □ 資料範圍：1.住院(西醫基層+西醫醫院+其他醫事機構)。
  2.排除代辦案件：住院案件分類只計 1、2、3、4、5、6 即可排除代辦案件。
- □ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- □ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。
- □ 分母：生產案件數(自然產案件+剖腹產案件)。

  ※自然產案件：符合下列任一條件

  (1)TW-DRG 前三碼為 372~375。(住院清單明細檔之 TW_DRGS 欄位)

  (2)DRG_CODE 為 0373A、0373C。(住院清單明細檔之 DRG_CODE 欄位)

  (3)符合任一自然產醫令代碼：81017C、81018C、81019C、81024C、81025C、81026C、81034C 有妊娠併發症之陰道產、97004C、97005D、97934C。

- 分子 1：剖腹產案件(不具適應症之剖腹產案件+具適應症之剖腹產案件)。
  ※剖腹產案件：符合下列任一條件
  (1)TW-DRG 前三碼為碼為 370、371、513。
  (2)DRG_CODE 為 0371A、0373B。
  (3)符合任一剖腹產醫令代碼：81004C 剖腹產術、81005C 剖腹產合併次全子宮切除術、81028C 前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產、81029C 剖腹產合併全子宮切除術、97009C 剖腹產、97014C 自行要求剖腹產。
- 分子 2：不具適應症之剖腹產案件(自行要求剖腹產)。
  符合下列任一條件：
  (1)醫令代碼為 97014C。
  (2)DRG_CODE 為 0373B。
  (3)TW-DRG 前三碼為碼為 513。
- 分子 3：具適應症之剖腹產案件。
  不具適應症剖腹產之外的剖腹產案件；即(分子 1-分子 2)。
- 一筆住院清單視為一件：
  (1)一個案件有多個醫令，可能同時有剖腹產的醫令代碼，也有自然產的醫令代碼，但分母仍視為一件。
  (2)一個案件若於(1)TW-DRG、(2)DRG_CODE、(3)醫令代碼，這 3 項中任 2 項以上有申報生產案件且有衝突(自然產、剖腹產皆申報)，則依上列順序進行判斷歸類(例：TW-DRG 申報自然產，DRG_CODE 申報剖腹產，則此案件屬自然產)；其中，若醫令代碼同時有申報剖腹產和自然產，則歸為剖腹產案件，後續仍須依照前述順序進行判斷歸類。
- 年齡層：<=19 歲，20-34 歲，>=35 歲
  ※年齡=入院日(取年月)-出生日(取年月)，以足歲歸年齡層。
  (例：19 歲 11 個月則為 19 足歲，歸在「<=19 歲」)。

➢ 運算範圍：月(報表另累加呈現季資料)

➢ 展現維度：維度間可向上累加

1.全國+年齡別
2.全國+總額部門+年齡別
3.分區+總額部門+年齡別
4.分區+特約類別+年齡別
5.分區+特約類別+院所+年齡別

(1139)(1140)(1141).抗生素使用率(門診及急診)

(建置時間：100/05/06)

- ■ 分子 1(1139)：門診及急診給藥案件之抗生素藥品案件數
- ■ 分子 2(1140)：門診給藥案件之抗生素藥品案件數
- ■ 分子 3(1141)：急診給藥案件之抗生素藥品案件數
- ■ 分母 1(1139)：門診及急診給藥案件數
- ■ 分母 2(1140)：門診給藥案件數
- ■ 分母 3(1141)：急診給藥案件數
- □ 資料範圍：門診(西醫基層+西醫醫院)
- □ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- □ 此指標資料自統計期間 97 年開始產製。
- □ 分母：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種。
- □ 分子：分母案件中，使用抗生素藥品之案件數

  ※抗生素藥品：ATC 碼前三碼為 J01（ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE）。
- □ 案件分類：「02」為西醫急診，其餘視為門診。
- ➢ 運算範圍：月
- ➢ 展現維度：維度間可向上累加

  1.全國

  2.分區

  3.分區+總額部門+特約類別

  4.分區+院所

  5.分區+院所+醫師

(1139.01)(1140.01)(1141.01).抗生素使用率(門診及急診)

(建置時間：100/09/04)

- ■ 分子 1(1139.01)：門診及急診給藥案件之抗生素藥品案件數
- ■ 分子 2(1140.01)：門診給藥案件之抗生素藥品案件數
- ■ 分子 3(1141.01)：急診給藥案件之抗生素藥品案件數
- ■ 分母 1(1139.01)：門診及急診給藥案件數
- ■ 分母 2(1140.01)：門診給藥案件數
- ■ 分母 3(1141.01)：急診給藥案件數
- □ 資料範圍：1.門診(西醫基層+西醫醫院)。
  2.排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
- □ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- □ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。
- □ 分母：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種。
- □ 分子：分母案件中，使用抗生素藥品之案件數
  ※抗生素藥品：ATC 碼前三碼為 J01（ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE）。
- □ 案件分類：「02」為西醫急診，其餘視為門診。
- ➢ 運算範圍：月
- ➢ 展現維度：維度間可向上累加
  1.全國
  2.全國+總額部門
  3.分區
  4.分區+總額部門+特約類別
  5.分區+院所
  6.分區+院所+醫師

(1148).不當用藥案件數(各區同院所門診同一處方制酸劑重複使用率)(總額品保方案)

(建置時間：100/05/06)

※指標背景：為辦理醫院品保方案指標檢討，全面改 ATC 碼。

■ 分子：制酸劑藥理重複案件數。

■ 分母：制酸劑藥理案件數。

□ 資料範圍：門診西醫醫院、西醫基層。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 97 年開始產製。

□ 分母定義：制酸劑案件數。

※制酸劑：係指 ATC 碼前四碼為 A02A（ANATACIDS），惟下列藥品參考衛生福利部藥品許可證之適應症，不列入制酸劑重複使用之計算：

(1)ATC 碼前五碼為 A02AH（ANTACIDS WITH SODIUM BICARBONATE）之單方藥品(程式邏輯不需處理單複方)：適應症為「酸中毒之鹼化劑」

(2)醫令代碼為 A001046100 及 A023521100：適應症為「軟便」。

□ 分子定義：同一處方，含有兩筆不同制酸劑醫令，計為重複案件。

➢ 運算範圍：月

➢ 展現維度：1.全國

2.分區+總額部門

3.分區+特約類別

4.分區+院所

5.分區+院所+科別

(1148.01).不當用藥案件數(各區同院所門診同一處方使用 2 種以上制酸劑比率)(總額品保方案)

(建置時間：101/09/04)

(102/06/27 定義修訂：(1)修訂適應症為「軟便」之定義。(2)自費用年月 10201 起重新產製(日後若需重新產製<10201 的資料，用舊定義))

■ 分子：使用 2 種以上制酸劑藥理案件數。

■ 分母：制酸劑藥理案件數。

□ 資料範圍：1.門診(西醫基層+西醫醫院)。

2.排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。

□ 分母：制酸劑案件數。

※制酸劑：係指 ATC 碼前四碼為 A02A（ANATACIDS），惟下列藥品參考衛生福利部藥品許可證之適應症，不列入制酸劑重複使用之計算：

(1)ATC 碼前五碼為 A02AH（ANTACIDS WITH SODIUM BICARBONATE）之單方藥品(程式邏輯不需處理單複方)：適應症為「酸中毒之鹼化劑」

(2)適應症為「軟便」：

[費用年月 10112 以前]：醫令代碼為 A001046100 及 A023521100。

[費用年月 10201 以後]：ATC 碼為 A02AA02(成分 Magnesium oxide，MgO)。

□ 分子：同一處方，含有兩筆不同制酸劑醫令，計為使用 2 種以上案件。

➢ 運算範圍：月

➢ 展現維度：維度間可累加

1.全國

2.全國+總額部門

3.分區+總額部門

4.分區+特約類別

5.分區+院所

6.分區+院所+科別

(1149).頭部外傷使用類固醇(總額品保方案)

(建置時間：100/05/06)

※指標背景：為辦理醫院品保方案指標檢討，全面改 ATC 碼。

■ 分子：門診病患頭部外傷病人且給予類固醇藥品之人數

■ 分母：門診病患頭部外傷病人之人數

□ 資料範圍：門診西醫基層

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 97 年開始產製。

□ 分母定義：門診病患頭部外傷之人數

※頭部外傷：主診斷碼為 9590、95901。

□ 分子定義：分母案件中，有使用類固醇藥品之人數。

※類固醇藥品：ATC 碼為 H02AB02（dexamethasone）及 H02AB04（methylprednisolone）之藥品品項。

□ 人數計算以【ID+生日】歸戶。

➢ 運算範圍：季

➢ 展現維度：1.全國

2.分區

3.分區+院所

4.分區+院所+科別

(1149.01).頭部外傷使用類固醇比率(總額品保方案)

(建置時間：101/09/04)

※指標背景：為辦理醫院品保方案指標檢討，全面改 ATC 碼。

■ 分子：門診病患頭部外傷病人且給予類固醇藥品之人數

■ 分母：門診病患頭部外傷病人之人數

□ 資料範圍：1.門診西醫基層。

2.排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。

□ 分母定義：門診病患頭部外傷之人數。

※頭部外傷：主診斷碼為 9590、95901。

□ 分子定義：分母案件中，有使用類固醇藥品之人數。

※類固醇藥品：ATC 碼為 H02AB02（dexamethasone）及 H02AB04（methylprednisolone）之藥品品項。

□ 人數計算以【ID+生日】歸戶。

➢ 運算範圍：季

➢ 展現維度：1.全國

2.分區

3.分區+院所

4.分區+院所+科別

(1150).門診注射劑使用率(總額品保方案)

(建置時間：100/05/06)

(103/03/28 定義修訂：

(1)排除門診化療注射劑部分，建議修改為醫令代碼 37005B、37031B～37041B 或癌症用藥（藥品 ATC 碼前 3 碼為 L01，且醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2)，取代原僅以醫令代碼 37005B、37031B～37041B 排除。

(2)排除門診流感疫苗案件部分，改以 ATC 碼前 5 碼 J07BB，且醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2，取代原以案件分類 D2 排除。

(3)自費用年月 10201 起重新產製(日後若需重新產製 101 年(含)以前的歷史資料，仍需用舊定義進行產製))

※指標背景：為辦理醫院品保方案指標檢討，全面改 ATC 碼。

■ 分子：給藥案件之針劑藥品(排除附表藥物)案件數

■ 分母：給藥案件數。

□ 資料範圍：門診(西醫基層+西醫醫院)

□ 給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種。

□ 分子：醫令代碼為 10 碼，且第 8 碼為 2 案件數，但排除下列條件：

※如附表 1 所列，因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品(醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2)。[排除該筆醫令]

※門診化療注射劑：醫令代碼 37005B、37031B～37041B 或癌症用藥(藥品 ATC 碼前 3 碼為 L01，且醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2)。
[排除整筆清單案件(DTL_PKNO)]

※急診注射劑：以急診為主，案件分類代碼為 02 碼。

※流感疫苗：ATC 碼前 5 碼 J07BB，且醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2。[排除該筆醫令]

※外傷緊處置使用之破傷風類毒素注射劑，TETANUSTOXOID
ATC 碼：J07AM01，且醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2。[排除該筆醫令]

附表 1：因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品

給付規定內容	資料處理定義
1.Insulin **(胰島素)**	**ATC 碼前四碼為 A10A INSULINS AND ANALOGUES**
2.CAPD 使用之透析液	**ATC 碼前五碼為 B05DB，且劑型為透析用液劑。**(藥品劑型代碼為 272)
3.CAPD 使用之抗生素及抗凝血劑(至多攜回二週)	門診當次申報 血液透析治療相關處置代碼（58001C – 58012C）使用之注射劑 **ATC 碼前三碼為 J01（抗生素類）、前五碼為 B01AA 及 B01AB（抗凝血劑）。**
4.desferrioxamine（如 Desferal）	**ATC 碼：V03AC01 DESFERRIOXAMINE**
5.慢性腎臟功能衰竭，使用紅血	**ATC 碼：** **B03XA01 ERYTHROPOIETIN（如 Eprex、Recormon）**

給付規定內容	資料處理定義
球生成素（至多攜回二週，如因特殊病情需要，需敘明理由，得以臨床實際需要方式給藥，惟一個月不超過 20,000U（**如 Eprex、Recormon**）**或 100mcg（如 Aranesp、Mircera**）為原則）。	**B03XA02 DARBEPOETIN ALFA（如 Aranesp）** **B03XA03 METHOXY POLYETHYLENE GLYCOL-EPOETIN BETA（如 Mircera）**
6.治療白血病使用之 α-interferon（至多攜回二週）	**ATC 碼：** **L03AB01 INTERFERON ALPHA NATURAL** **L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A** **L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B**
7.G-CSF (如 Filgrastim；lenograstim)(至多攜回六天) (98/11/1)	**ATC 碼：** **L03AA02 FILGRASTIM** **L03AA10 LENOGRASTIM**
8.生長激素(human growth hormone)（至多攜回一個月）。	**ATC 碼：** **H01AC01 SOMATOTROPIN**
9.門診之血友病人得攜回二~三劑量(至多攜回一個月)第八、第九凝血因子備用，繼續治療時，比照化療以「療程」方式處理，並查驗上次治療紀錄（如全民健康保險藥品給付規定通則附表十八—全民健康保險血友病患者使用第八、第九凝血因子在家治療紀錄）（86/9/1、92/5/1)	**ATC 碼：** **B02BD02 FACTOR VIII** **B02BD04 FACTOR IX**
10.於醫院內完成調配之靜脈營養輸液(TPN)，攜回使用。(85/10/1、93/12/1)	本項處置(39015A--TPN)限區域醫院以上層級申報，故基層診所不應申報。
11.肢端肥大症病人使用之 octreotide、lanreotide (如 Sandostatin、Somatuline 等)，另 octreotide、(如 Sandostatin)需個案事前報准(93/12/01 刪除)。lanreotide inj 30 mg（如 Somatuline）每次注射間隔兩週 (88/6/1)，octreotide LAR(如 Sandostatin LAR Microspheres for Inj.) 每次注射間隔四週。	同時符合下列條件： 1. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 前 4 碼為： 2530 Acromegaly and gigantism **2.ATC 碼：** **H01CB02 OCTREOTIDE** **H01CB03 LANREOTIDE**
12.結核病病人持回之 streptomycin、kanamycin 及 enviomycin 注射劑（至多攜回二	1. 當次就醫診斷代碼(主診斷)ICD-9-CM 前三碼為 011(肺結核相關診斷)： 2. **ATC 碼：** **J01GA01 STREPTOMYCIN**

給付規定內容	資料處理定義
週)。	**J01GB04 KANAMYCIN**
13.抗精神病長效針劑 (至多攜回一個月)。	**ATC 碼前四碼為 N05A ANTIPSYCHOTICS**
14.低分子量肝凝素注射劑：金屬瓣膜置換後之懷孕病患,可准予攜回低分子量肝凝素注射劑自行注射,但給藥天數以不超過兩週為限。	**ATC 碼前五碼為 B01AB Heparin group**
15.apomorphine hydrochloride 10mg/ml（如 Britaject Pen）：限使用於巴金森氏病後期產生藥效波動（on-and-off）現象，且經使用其他治療方式無法改善之病患使用,每人每月使用量不得超過 15 支。(91/2/1)	**ATC 碼：** **N04BC07 APOMORPHINE**
16.罹患惡性貧血(perniciousanemia)及維他命 B12 缺乏病患，如不能口服者或口服不能吸收者,得攜回維他命 B12 注射劑,每次以一個月為限，且每三個月應追蹤一次。(91/4/1)	同時符合下列條件： 1. 當次就醫診斷代碼(主診斷)ICD-9-CM 為：281.0（惡性貧血）、281.1(維生素Ｂ12 缺乏性貧血) **2.ATC 碼前五碼為 B03BA VITAMIN B12 (CYANOCOBALAMIN AND ANALOGUES)**
17.患者初次使用 aldesleukin(如 Proleukin Inj) 治療期間 (第一療程)，應每週發藥，俾回診觀察是否有無嚴重之副作用發生。第一療程使用若未發生嚴重副作用,在第二療程以後可攜回兩週之處方量。(91/12/1)	**ATC 碼：** **L03AC01 ALDESLEUKIN**
18.慢性病毒性Ｂ型肝炎、慢性病毒性Ｃ型肝炎所使用之長效型干擾素或短效型干擾素，其攜回之數量，至多為四週之使用量。(92/10/1)	**ATC 碼：** **L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A** **L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B** **L03AB09 INTERFERON ALFACON-1** **L03AB10 PEGINTERFERON ALPHA-2B** **L03AB11 PEGINTERFERON ALPHA-2A**
19.類風濕性關節炎病患使用 etanercept；**adalimumab** 注射劑，需個案事前審查核准後，並在醫師指導下，至多可攜回四週之使用量。（93.08.01）	同時符合下列條件： 1. 當次就醫診斷代碼(主診斷)ICD-9-CM 為：類風濕性關節炎:714.0 2. **ATC 碼：** **L04AA11 ETANERCEPT** **L04AA17 ADALIMUMAB**

- 運算範圍：每月
- 展現維度：維度間可累加

1.全國
2.分區
3.分區+總額部門+特約類別
4.分區+院所

(1150.01).門診注射劑使用率(總額品保方案)

(建置時間：101/09/04)

(103/03/28 定義修訂：

(1)排除門診化療注射劑部分，建議修改為醫令代碼 37005B、37031B～37041B 或癌症用藥（藥品 ATC 碼前 3 碼為 L01，且醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2)，取代原僅以醫令代碼 37005B、37031B～37041B 排除。

(2)排除門診流感疫苗案件部分，改以 ATC 碼前 5 碼 J07BB，且醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2，取代原以案件分類 D2 排除。

(3)新增全國+總額部門+特約類別、分區+總額部門、分區+總額部門+縣市別三項維度。

(4)自費用年月 10201 起重新產製(日後若需重新產製 101 年(含)以前的歷史資料，仍需用舊定義進行產製)

(105/03/21 定義修訂：

(1)風濕性關節炎病患使用之 etanercept、adalimumab 注射劑之 ATC 代碼更新

ETANERCEPT 原 L04AA11 更新為 L04AB01

ADALIMUMAB 原 L04AA17 更新為 L04AB04。

(2)自費用年月 10501 起重新產製。)

■ 分子：給藥案件之針劑藥品(排除附表藥物)案件數。

■ 分母：給藥案件數。

□ 資料範圍：1.門診(西醫基層+西醫醫院)。

2.排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。

□ 分母：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種。

□ 分子：醫令代碼為 10 碼，且第 8 碼為 2 案件數，但排除下列條件：

※如附表 1 所列，因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品(醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2)。[排除該筆醫令]

※門診化療注射劑：醫令代碼 37005B、37031B～37041B 或癌症用藥(藥品 ATC 碼前 3 碼為 L01，且醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2)。[排除整筆清單案件(DTL_PKNO)]

※急診注射劑：以急診為主，案件分類代碼為 02 碼。

※流感疫苗：ATC 碼前 5 碼 J07BB，且醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2。[排除該筆醫令]

※外傷緊處置使用之破傷風類毒素注射劑，TETANUSTOXOIDATC 碼：J07AM01，且醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2。[排除該筆醫令]

附表 1：因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品

給付規定內容	資料處理定義
1.Insulin **(胰島素)**	**ATC 碼前四碼為 A10A INSULINS AND ANALOGUES**
2.CAPD 使用之透析液	**ATC 碼前五碼為 B05DB，且劑型為透析用液劑。(**藥品劑型代碼為 272)
3.CAPD 使用之抗生素及抗凝血劑(至多攜回二週)	門診當次申報 血液透析治療相關處置代碼（58001C – 58012C）使用之注射劑 **ATC 碼前三碼為 J01（抗生素類）、前五碼為 B01AA 及 B01AB（抗凝血劑）**。
4.desferrioxamine（如 Desferal）	**ATC 碼：V03AC01 DESFERRIOXAMINE**
5.慢性腎臟功能衰竭，使用紅血球生成素（至多攜回二週，如因特殊病情需要，需敘明理由，得以臨床實際需要方式給藥，惟一個月不超過 20,000U（**如 Eprex、Recormon）或 100mcg（如 Aranesp、Mircera**）為原則）。	**ATC 碼：** **B03XA01 ERYTHROPOIETIN（如 Eprex、Recormon）** **B03XA02 DARBEPOETIN ALFA（如 Aranesp）** **B03XA03 METHOXY POLYETHYLENE GLYCOL-EPOETIN BETA（如 Mircera）**
6.治療白血病使用之 α-interferon（至多攜回二週）	**ATC 碼：** **L03AB01 INTERFERON ALPHA NATURAL** **L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A** **L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B**
7.G-CSF (如 Filgrastim；lenograstim)(至多攜回六天)(98/11/1)	**ATC 碼：** **L03AA02 FILGRASTIM** **L03AA10 LENOGRASTIM**
8.生長激素(human growth hormone)（至多攜回一個月）。	**ATC 碼：** **H01AC01 SOMATOTROPIN**
9.門診之血友病人得攜回二~三劑量(至多攜回一個月)第八、第九凝血因子備用，繼續治療時，比照化療以「療程」方式處理，並查驗上次治療紀錄（如全民健康保險藥品給付規定通則附表十八─全民健康保險血友病患者使用第八、第九凝血因子在家治療紀錄）（86/9/1、92/5/1)	**ATC 碼：** **B02BD02 FACTOR VIII** **B02BD04 FACTOR IX**
10.於醫院內完成調配之靜脈營養輸液(TPN)，攜回使用。(85/10/1、93/12/1)	本項處置(39015A--TPN)限區域醫院以上層級申報，故基層診所不應申報。
11.肢端肥大症病人使用之 octreotide、lanreotide (如 Sandostatin、Somatuline 等)，另 octreotide、(如 Sandostatin)需個案事	同時符合下列條件： 1.當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 前 4 碼為： 2531 Acromegaly and gigantism **2.ATC 碼：** **H01CB02 OCTREOTIDE**

給付規定內容	資料處理定義
前報准(93/12/01 刪除)。lanreotide inj 30 mg（如 Somatuline）每次注射間隔兩週 (88/6/1)，octreotide LAR(如 Sandostatin LAR Microspheres for Inj.) 每次注射間隔四週。	**H01CB03 LANREOTIDE**
12.結核病病人持回之 streptomycin、kanamycin 及 enviomycin 注射劑（至多攜回二週）。	1.當次就醫診斷代碼(主診斷)ICD-9-CM 前三碼為 011(肺結核相關診斷)： 2.**ATC 碼：** **J01GA01 STREPTOMYCIN** **J01GB04 KANAMYCIN**
13.抗精神病長效針劑 (至多攜回一個月)。	**ATC 碼前四碼為 N05A ANTIPSYCHOTICS**
14.低分子量肝凝素注射劑：金屬瓣膜置換後之懷孕病患，可准予攜回低分子量肝凝素注射劑自行注射，但給藥天數以不超過兩週為限。	**ATC 碼前五碼為 B01AB Heparin group**
15.apomorphine hydrochloride 10mg/ml（如 Britaject Pen）：限使用於巴金森氏病後期產生藥效波動（on-and-off）現象，且經使用其他治療方式無法改善之病患使用，每人每月使用量不得超過 15 支。(91/2/1)	**ATC 碼：** **N04BC07 APOMORPHINE**
16.罹患惡性貧血(perniciousanemia)及維他命 B12 缺乏病患，如不能口服者或口服不能吸收者，得攜回維他命 B12 注射劑，每次以一個月為限，且每三個月應追蹤一次。(91/4/1)	同時符合下列條件： 2. 當次就醫診斷代碼(主診斷)ICD-9-CM 為：281.0（惡性貧血）、281.1(維生素Ｂ12 缺乏性貧血) **2.ATC 碼前五碼為 B03BA VITAMIN B12 (CYANOCOBALAMIN AND ANALOGUES)**
17.患者初次使用 aldesleukin(如 Proleukin Inj) 治療期間 (第一療程)，應每週發藥，俾回診觀察是否有無嚴重之副作用發生。第一療程使用若未發生嚴重副作用，在第二療程以後可攜回兩週之處方量。(91/12/1)	**ATC 碼：** **L03AC01 ALDESLEUKIN**
18.慢性病毒性Ｂ型肝炎、慢性病毒性Ｃ型肝炎所使用之長效型干擾素或短效型干擾素，其攜回之數量，至	**ATC 碼：** **L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A** **L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B** **L03AB09 INTERFERON ALFACON-1** **L03AB10 PEGINTERFERON ALPHA-2B**

給付規定內容	資料處理定義
多為四週之使用量。(92/10/1)	**L03AB11 PEGINTERFERON ALPHA-2A**
19.類風濕性關節炎病患使用 etanercept；**adalimumab** 注射劑，需個案事前審查核准後，並在醫師指導下，至多可攜回四週之使用量。（93.08.01）	同時符合下列條件： 1.當次就醫診斷代碼(主診斷)ICD-9-CM 為： 類風濕性關節炎:714.0 2.**ATC 碼：** **L04AB01 ETANERCEPT** **L04AB04 ADALIMUMAB**

- 運算範圍：每月
- 展現維度：維度間可向上累加

1.全國
2.全國+總額部門
3.全國+總額部門+特約類別
4.分區
5.分區+總額部門
6.分區+總額部門+特約類別
7.分區+總額部門+縣市別
8.分區+院所

(1151)(1152)(1153)(1154)(1155)(1156).清淨手術抗生素使用率(100 年總額品保方案)

(建置時間：100/06/16)

※指標背景：依 100.5.26 醫院總額支委會決議修訂指標定義。

- ■ 分子 1(1151)：手術後<=1(>=0 且<=1)日使用抗生素案件數。
- ■ 分子 2(1152)：手術後=2 日使用抗生素案件數。
- ■ 分子 3(1153)：手術後=3 日使用抗生素案件數。
- ■ 分子 4(1154)：手術後>=3 日使用抗生素案件數。
- ■ 分子 5(1155)：手術後>=4 日使用抗生素案件數。
- ■ 分子 6(1156)：手術後未使用抗生素案件數。
- ■ 分母：清淨手術案件數
- □ 資料範圍：住院西醫醫院

  ※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)
- □ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- □ 此指標資料自統計期間 97 年開始產製。
- □ 分母：案件分類為 5 且符合下列任一條件，但排除(1)主診斷碼前 3 碼為 170、286 或主診斷碼 198.5、790.92；(2)任一主次診斷碼為中耳炎(前 3 碼為 381-382)或肺炎(前 3 碼為 480-486)或 UTI(前 3 碼為 595、597，全碼 599.0)。

  ※任一條件：

  (1)主處置代碼(手術代碼)為 53.00、53.01、53.02、53.29、53.10、53.11、53.12、53.13、53.39。

  (2)主處置代碼(手術代碼)為 06.2、06.39、06.4、06.50、06.51、06.52 且主診斷碼前 3 碼為 240~246。

  (3)主處置代碼(手術代碼)為 81.51、81.54。
- □ 分子 1-5：從執行清淨手術的同一清單之中，找出執行手術的醫令(取執行迄日最大者代表)，再找出使用抗生素的醫令(取執行迄日最大者代)，後者-前者<=1(>=0 且<=1)或=2、或=3、或>=3 或>=4。

  ※執行手術：醫令代碼第一碼為 6、7、8 的醫令。

  ※抗生素：ATC 碼前三碼為 J01（ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE）。
- □ 分子 6：執行清淨手術的同一清單之中，未有使用抗生素醫令之案件數，或有使用抗生素的醫令日期(取執行迄日最大者代表)-執行手術的醫令日期<0。
- □ 一筆住院清單視為一件。
- ➢ 運算範圍：季
- ➢ 展現維度：維度間可向上累加

  1.全國

  2.分區

  3.分區+特約類別

  4.分區+院所

(1157).各區同院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率(100 年總額品保方案)

(建置時間：100/07/06)

(101/12/21 定義修訂:「全民健康保險醫療辦法」於 101 年 11 月 6 日正式發布修正，其中慢性病連續處方箋原規定自上次給藥期間屆滿前 7 日起放寬為 10 日起，即可開始領取第 2 次或第 3 次用藥，本項規定自發布日(101.11.06)起實施。**故自費用年月 10111 起，2 筆給藥天數>=28 天案件允許不納入重複日數計算之空間，由 7 天修訂為 10 天。**)

■ 分子：口服降血壓藥物重複用藥日數

■ 分母：口服降血壓藥物之給藥日數

□ 資料範圍：限定為西醫醫院及西醫基層之降血壓藥物(口服)給藥案件。
(給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6)

□ 降血壓藥物(口服)：ATC 前三碼=C07 或 ATC 前五碼=C02AC、C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。

□ 分母：各案件之「給藥日數」總和。
「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

□ 分子：同院所同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

✓ 若案件分類為 08，則開始用藥日期=治療結束日期；

✓ 其他案件分類，則開始用藥日期=就醫日期

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1

✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

✓ 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日數欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

✓ 在同院或跨院的指標中，若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天(費用年月 10110 以前之資料為 7 天)的空間不計入重複日數。

✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重複(C07 為前三碼完全相同才視為用藥重複)。

□ 舉例運算 9901 資料時，分母為 9901 的給藥日數，分子為 9901 給藥案件的重複用藥日數；並且在運算分子，判斷 9901 的案件是否有重複給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 9812。

□ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同，由於無法從申報資料判斷就醫時序先

後，故兩筆(或多筆)處方在互相勾稽比對是否重複時，兩筆(或多筆)處方皆視為發生用藥重複。

- 資料範圍：門診西醫醫院、門診西醫基層
- 運算範圍：每月
- 指標特性：可累加
- 展現維度：1.分區+總額部門
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
  4.分區+院所+科別
  5.分區+院所+醫師
  6.全國+總額部門

(1158).各區同院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率(100 年總額品保方案)

(建置時間：100/07/06)

(101/12/21 定義修訂:「全民健康保險醫療辦法」於 101 年 11 月 6 日正式發布修正，其中慢性病連續處方箋原規定自上次給藥期間屆滿前 7 日起放寬為 10 日起,即可開始領取第 2 次或第 3 次用藥，本項規定自發布日(101.11.06)起實施。**故自費用年月 10111 起，2 筆給藥天數>=28 天案件允許不納入重複日數計算之空間，由 7 天修訂為 <u>10 天</u>。**)

■ 分子：口服降血脂藥物重複用藥日數

■ 分母：口服降血脂藥物之給藥日數

□ 資料範圍：限定為西醫醫院及西醫基層之降血脂藥物(口服)給藥案件。
(給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6)

□ 降血脂藥物(口服)：ATC 前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。

□ 分母：各案件之「給藥日數」總和。
「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

□ 分子：<u>同院所同 ID 不同處方</u>之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

✓ 若案件分類為 08，則開始用藥日期=治療結束日期；

✓ 其他案件分類，則開始用藥日期=就醫日期

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1

✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

✓ 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日數欄位」,若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

✓ 在同院或跨院的指標中，若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天(費用年月 10110 以前之資料為 7 天)的空間不計入重複日數。

✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重複。

□ 舉例運算 9901 資料時，分母為 9901 的給藥日數，分子為 9901 給藥案件的重複用藥日數；並且在運算分子，判斷 9901 的案件是否有重複給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 9812。

□ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同，由於無法從申報資料判斷就醫時序先後，故兩筆(或多筆)處方在互相勾稽比對是否重複時，兩筆(或多筆)處方皆視為發生用藥重複。

□ 資料範圍：門診西醫醫院、門診西醫基層

- 運算範圍：每月
- 指標特性：可累加
- 展現維度：1.分區+總額部門
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
  4.分區+院所+科別
  5.分區+院所+醫師
  6.全國+總額部門

(1159).各區同院所降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率(100 年總額品保方案)

(建置時間：100/07/06)

(101/12/21 定義修訂:「全民健康保險醫療辦法」於 101 年 11 月 6 日正式發布修正，其中慢性病連續處方箋原規定自上次給藥期間屆滿前 7 日起放寬為 10 日起，即可開始領取第 2 次或第 3 次用藥，本項規定自發布日(101.11.06)起實施。**故自費用年月 10111 起，2 筆給藥天數>=28 天案件允許不納入重複日數計算之空間，由 7 天修訂為 10 天。**)

(106/03/24 定義修訂:(1)增加 ATC 前 5 碼 A10BJ;(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

■ 分子：降血糖藥物重複用藥日數

■ 分母：降血糖藥物之給藥日數

□ 資料範圍：限定為西醫醫院及西醫基層之降血糖藥物給藥案件。
(給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6)

□ 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前五碼=A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BJ

□ 分母：各案件之「給藥日數」總和。
「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

□ 分子：同院所同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

✓ 若案件分類為 08，則開始用藥日期=治療結束日期；

✓ 其他案件分類，則開始用藥日期=就醫日期

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1

✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

✓ 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日數欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

✓ 在同院或跨院的指標中，若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天(費用年月 10110 以前之資料為 7 天)的空間不計入重複日數。

✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重複。

□ 舉例運算 9901 資料時，分母為 9901 的給藥日數，分子為 9901 給藥案件的重複用藥日數；並且在運算分子，判斷 9901 的案件是否有重複給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 9812。

□ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同，由於無法從申報資料判斷就醫時序先後，故兩筆(或多筆)處方在互相勾稽比對是否重複時，兩筆(或多筆)處方皆視為發生用藥重複。

- 資料範圍：門診西醫醫院、門診西醫基層
- 運算範圍：每月
- 指標特性：可累加
- 展現維度：1.分區+總額部門
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
  4.分區+院所+科別
  5.分區+院所+醫師
  6.全國+總額部門

(1160).各區同院所抗思覺失調藥物-不同處方用藥日數重複率(100 年總額品保方案)

(建置時間：100/07/06)

(101/12/21 定義修訂:「全民健康保險醫療辦法」於 101 年 11 月 6 日正式發布修正，其中慢性病連續處方箋原規定自上次給藥期間屆滿前 7 日起放寬為 10 日起,即可開始領取第 2 次或第 3 次用藥，本項規定自發布日(101.11.06)起實施。**故自費用年月 10111 起，2 筆給藥天數>=28 天案件允許不納入重複日數計算之空間，由 7 天修訂為 10 天。**)

■ 分子：抗思覺失調藥物重複用藥日數

■ 分母：抗思覺失調藥物之給藥日數

□ 資料範圍：限定為西醫醫院及西醫基層之抗思覺失調藥物給藥案件。
(給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6)

□ 抗思覺失調藥物：ATC 前五碼=N05AA、N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN、A05AX

□ 分母：各案件之「給藥日數」總和。
「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

□ 分子：同院所同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

✓ 若案件分類為 08，則開始用藥日期=治療結束日期；

✓ 其他案件分類，則開始用藥日期=就醫日期

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1

✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

✓ 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日數欄位」,若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

✓ 在同院或跨院的指標中，若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天(費用年月 10110 以前之資料為 7 天)的空間不計入重複日數。

✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重複。

□ 舉例運算 9901 資料時，分母為 9901 的給藥日數，分子為 9901 給藥案件的重複用藥日數；並且在運算分子，判斷 9901 的案件是否有重複給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 9812。

□ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同，由於無法從申報資料判斷就醫時序先後，故兩筆(或多筆)處方在互相勾稽比對是否重複時，兩筆(或多筆)處方皆視為發生用藥重複。

□ 資料範圍：門診西醫醫院、門診西醫基層

- 運算範圍：每月
- 指標特性：可累加
- 展現維度：1.分區+總額部門
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
  4.分區+院所+科別
  5.分區+院所+醫師
  6.全國+總額部門

(1161).各區同院所抗憂鬱症藥物-不同處方用藥日數重複率(100 年總額品保方案)

(建置時間：100/07/06)

(101/12/21 定義修訂:「全民健康保險醫療辦法」於 101 年 11 月 6 日正式發布修正，其中慢性病連續處方箋原規定自上次給藥期間屆滿前 7 日起放寬為 10 日起,即可開始領取第 2 次或第 3 次用藥，本項規定自發布日(101.11.06)起實施。**故自費用年月 10111 起，2 筆給藥天數>=28 天案件允許不納入重複日數計算之空間，由 7 天修訂為 10 天。**)

■ 分子：抗憂鬱症藥物重複用藥日數

■ 分母：抗憂鬱症藥物之給藥日數

□ 資料範圍：限定為西醫醫院及西醫基層之抗憂鬱症藥物給藥案件。
(給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6)

□ 抗憂鬱症藥物：ATC 前五碼=N06AA、N06AB、N06AG、N06AX。

□ 分母：各案件之「給藥日數」總和。
「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

□ 分子：同院所同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

✓ 若案件分類為 08，則開始用藥日期=治療結束日期；

✓ 其他案件分類，則開始用藥日期=就醫日期

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1

✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

✓ 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日數欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

✓ 在同院或跨院的指標中，若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天(費用年月 10110 以前之資料為 7 天)的空間不計入重複日數。

✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重複。

□ 舉例運算 9901 資料時，分母為 9901 的給藥日數，分子為 9901 給藥案件的重複用藥日數；並且在運算分子，判斷 9901 的案件是否有重複給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 9812。

□ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同，由於無法從申報資料判斷就醫時序先後，故兩筆(或多筆)處方在互相勾稽比對是否重複時，兩筆(或多筆)處方皆視為發生用藥重複。

□ 資料範圍：門診西醫醫院、門診西醫基層

➢ 運算範圍：每月

- 指標特性：可累加
- 展現維度：1.分區+總額部門
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
  4.分區+院所+科別
  5.分區+院所+醫師
  6.全國+總額部門

(1162).各區同院所安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重複率(100 年總額品保方案)

(建置時間：100/07/06)

(101/12/21 定義修訂:「全民健康保險醫療辦法」於 101 年 11 月 6 日正式發布修正，其中慢性病連續處方箋原規定自上次給藥期間屆滿前 7 日起放寬為 10 日起,即可開始領取第 2 次或第 3 次用藥，本項規定自發布日(101.11.06)起實施。**故自費用年月 10111 起，2 筆給藥天數>=28 天案件允許不納入重複日數計算之空間，由 7 天修訂為 10 天。**)

■ 分子：安眠鎮靜藥物重複用藥日數

■ 分母：安眠鎮靜藥物之給藥日數

□ 資料範圍：限定為西醫醫院及西醫基層之安眠鎮靜藥物給藥案件。
(給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6)

□ 安眠鎮靜藥物(不含抗焦慮藥物)：ATC 前五碼為 N05BA、N05BE、N05CC、N05CD、N05CF、N05CM。

□ 分母：各案件之「給藥日數」總和。
「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

□ 分子：同院所同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

✓ 若案件分類為 08，則開始用藥日期=治療結束日期；

✓ 其他案件分類，則開始用藥日期=就醫日期

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1

✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

✓ 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日數欄位」,若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

✓ 在同院或跨院的指標中，若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天(費用年月 10110 以前之資料為 7 天)的空間不計入重複日數。

✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重複。

□ 舉例運算 9901 資料時，分母為 9901 的給藥日數，分子為 9901 給藥案件的重複用藥日數；並且在運算分子，判斷 9901 的案件是否有重複給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 9812。

□ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同，由於無法從申報資料判斷就醫時序先後，故兩筆(或多筆)處方在互相勾稽比對是否重複時，兩筆(或多筆)處方皆視為發生用藥重複。

□ 資料範圍：門診西醫醫院、門診西醫基層

- 運算範圍：每月
- 指標特性：可累加
- 展現維度：1.分區+總額部門
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
  4.分區+院所+科別
  5.分區+院所+醫師
  6.全國+總額部門

(1163).各區跨院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率(100 年總額品保方案)

(建置時間：100/07/06)

(101/12/21 定義修訂:「全民健康保險醫療辦法」於 101 年 11 月 6 日正式發布修正，其中慢性病連續處方箋原規定自上次給藥期間屆滿前 7 日起放寬為 10 日起,即可開始領取第 2 次或第 3 次用藥，本項規定自發布日(101.11.06)起實施。**故自費用年月 10111 起，2 筆給藥天數>=28 天案件允許不納入重複日數計算之空間，由 7 天修訂為 10 天。**)

■ 分子：口服降血壓藥物重複用藥日數

■ 分母：口服降血壓藥物之給藥日數

□ 資料範圍：限定為西醫醫院及西醫基層之降血壓藥物(口服)給藥案件。
(給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6)

□ 降血壓藥物(口服)：ATC 前三碼=C07 或 ATC 前五碼為 C02AC、C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。

□ 分母：各案件之「給藥日數」總和。
「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

□ 分子：同分區同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

✓ 若案件分類為 08，則開始用藥日期=治療結束日期；

✓ 其他案件分類，則開始用藥日期=就醫日期

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1

✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

✓ 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日數欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

✓ 在同院或跨院的指標中，若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天(費用年月 10110 以前之資料為 7 天)的空間不計入重複日數。

✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重複(C07 為前三碼完全相同才視為用藥重複)。

□ 舉例運算 9901 資料時，分母為 9901 的給藥日數，分子為 9901 給藥案件的重複用藥日數；並且在運算分子，判斷 9901 的案件是否有重複給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 9812。

□ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同，由於無法從申報資料判斷就醫時序先

後，故兩筆(或多筆)處方在互相勾稽比對是否重複時，兩筆(或多筆)處方皆視為發生用藥重複。

- 資料範圍：門診西醫醫院、門診西醫基層
- 運算範圍：每月
- 指標特性：可累加
- 展現維度：1.分區+總額部門
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
  4.分區+院所+科別
  5.分區+院所+醫師
  6.全國+總額部門

(1164).各區跨院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率(100 年總額品保方案)

(建置時間：100/07/06)

(101/12/21 定義修訂:「全民健康保險醫療辦法」於 101 年 11 月 6 日正式發布修正，其中慢性病連續處方箋原規定自上次給藥期間屆滿前 7 日起放寬為 10 日起,即可開始領取第 2 次或第 3 次用藥，本項規定自發布日(101.11.06)起實施。**故自費用年月 10111 起，2 筆給藥天數>=28 天案件允許不納入重複日數計算之空間，由 7 天修訂為 10 天。**)

■ 分子：口服降血脂藥物重複用藥日數

■ 分母：口服降血脂藥物之給藥日數

□ 資料範圍：限定為西醫醫院及西醫基層之降血脂藥物(口服)給藥案件。
(給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6)

□ 降血脂藥物(口服)：ATC 前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。

□ 分母：各案件之「給藥日數」總和。
「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

□ 分子：同分區同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

✓ 若案件分類為 08，則開始用藥日期=治療結束日期；

✓ 其他案件分類，則開始用藥日期=就醫日期

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1

✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

✓ 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日數欄位」,若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

✓ 在同院或跨院的指標中，若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天(費用年月 10110 以前之資料為 7 天)的空間不計入重複日數。

✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重複。

□ 舉例運算 9901 資料時，分母為 9901 的給藥日數，分子為 9901 給藥案件的重複用藥日數；並且在運算分子，判斷 9901 的案件是否有重複給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 9812。

□ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同，由於無法從申報資料判斷就醫時序先後，故兩筆(或多筆)處方在互相勾稽比對是否重複時，兩筆(或多筆)處方皆視為發生用藥重複。

□ 資料範圍：門診西醫醫院、門診西醫基層

- 運算範圍：每月
- 指標特性：可累加
- 展現維度：1.分區+總額部門
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
  4.分區+院所+科別
  5.分區+院所+醫師
  6.全國+總額部門

(1165).各區跨院所降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率(100 年總額品保方案)

(建置時間：100/07/06)

(101/12/21 定義修訂:「全民健康保險醫療辦法」於 101 年 11 月 6 日正式發布修正，其中慢性病連續處方箋原規定自上次給藥期間屆滿前 7 日起放寬為 10 日起，即可開始領取第 2 次或第 3 次用藥，本項規定自發布日(101.11.06)起實施。**故自費用年月 10111 起，2 筆給藥天數>=28 天案件允許不納入重複日數計算之空間，由 7 天修訂為 10 天。**)

(106/03/24 定義修訂:(1)增加 ATC 前 5 碼 A10BJ;(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

■ 分子：降血糖藥物重複用藥日數

■ 分母：降血糖藥物之給藥日數

□ 資料範圍：限定為西醫醫院及西醫基層之降血糖藥物給藥案件。
(給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6)

□ 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前五碼=A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BJ

□ 分母：各案件之「給藥日數」總和。
「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

□ 分子：同分區同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

✓ 若案件分類為 08，則開始用藥日期=治療結束日期；

✓ 其他案件分類，則開始用藥日期=就醫日期

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1

✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

✓ 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日數欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

✓ 在同院或跨院的指標中，若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天(費用年月 10110 以前之資料為 7 天)的空間不計入重複日數。

✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重複。

□ 舉例運算 9901 資料時，分母為 9901 的給藥日數，分子為 9901 給藥案件的重複用藥日數；並且在運算分子，判斷 9901 的案件是否有重複給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 9812。

□ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同，由於無法從申報資料判斷就醫時序先後，故兩筆(或多筆)處方在互相勾稽比對是否重複時，兩筆(或多筆)處方皆視為發生用藥重複。

- 資料範圍：門診西醫醫院、門診西醫基層
- 運算範圍：每月
- 指標特性：可累加
- 展現維度：1.分區+總額部門
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
  4.分區+院所+科別
  5.分區+院所+醫師
  6.全國+總額部門

(1166).各區跨院所抗思覺失調藥物-不同處方用藥日數重複率(100 年總額品保方案)

(建置時間：100/07/06)

(101/12/21 定義修訂:「全民健康保險醫療辦法」於 101 年 11 月 6 日正式發布修正，其中慢性病連續處方箋原規定自上次給藥期間屆滿前 7 日起放寬為 10 日起,即可開始領取第 2 次或第 3 次用藥，本項規定自發布日(101.11.06)起實施。**故自費用年月 10111 起，2 筆給藥天數>=28 天案件允許不納入重複日數計算之空間，由 7 天修訂為 10 天。**)

■ 分子：抗思覺失調藥物重複用藥日數

■ 分母：抗思覺失調藥物之給藥日數

□ 資料範圍：限定為西醫醫院及西醫基層之抗思覺失調藥物給藥案件。
(給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6)

□ 抗思覺失調藥物：ATC 前五碼=N05AA、N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN、A05AX

□ 分母：各案件之「給藥日數」總和。
「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

□ 分子：同分區同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

✓ 若案件分類為 08，則開始用藥日期=治療結束日期；

✓ 其他案件分類，則開始用藥日期=就醫日期

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1

✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

✓ 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日數欄位」,若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

✓ 在同院或跨院的指標中，若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天(費用年月 10110 以前之資料為 7 天)的空間不計入重複日數。

✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重複。

□ 舉例運算 9901 資料時，分母為 9901 的給藥日數，分子為 9901 給藥案件的重複用藥日數；並且在運算分子，判斷 9901 的案件是否有重複給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 9812。

□ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同，由於無法從申報資料判斷就醫時序先後，故兩筆(或多筆)處方在互相勾稽比對是否重複時，兩筆(或多筆)處方皆視為發生用藥重複。

□ 資料範圍：門診西醫醫院、門診西醫基層

- 運算範圍：每月
- 指標特性：可累加
- 展現維度：1.分區+總額部門
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
  4.分區+院所+科別
  5.分區+院所+醫師
  6.全國+總額部門

(1167).各區跨院所抗憂鬱症藥物-不同處方用藥日數重複率(100 年總額品保方案)

(建置時間：100/07/06)

(101/12/21 定義修訂:「全民健康保險醫療辦法」於 101 年 11 月 6 日正式發布修正，其中慢性病連續處方箋原規定自上次給藥期間屆滿前 7 日起放寬為 10 日起,即可開始領取第 2 次或第 3 次用藥，本項規定自發布日(101.11.06)起實施。**故自費用年月 10111 起，2 筆給藥天數>=28 天案件允許不納入重複日數計算之空間，由 7 天修訂為 10 天。**)

■ 分子：抗憂鬱症藥物重複用藥日數

■ 分母：抗憂鬱症藥物之給藥日數

□ 資料範圍：限定為西醫醫院及西醫基層之抗憂鬱症藥物給藥案件。
(給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6)

□ 抗憂鬱症藥物：ATC 前五碼=N06AA、N06AB、N06AG、N06AX。

□ 分母：各案件之「給藥日數」總和。

「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

□ 分子：同分區同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

✓ 若案件分類為 08，則開始用藥日期=治療結束日期；

✓ 其他案件分類，則開始用藥日期=就醫日期

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1

✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

✓ 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日數欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

✓ 在同院或跨院的指標中，若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天(費用年月 10110 以前之資料為 7 天)的空間不計入重複日數。

✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重複。

□ 舉例運算 9901 資料時，分母為 9901 的給藥日數，分子為 9901 給藥案件的重複用藥日數；並且在運算分子，判斷 9901 的案件是否有重複給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 9812。

□ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同，由於無法從申報資料判斷就醫時序先後，故兩筆(或多筆)處方在互相勾稽比對是否重複時，兩筆(或多筆)處方皆視為發生用藥重複。

□ 資料範圍：門診西醫醫院、門診西醫基層

➢ 運算範圍：每月

- 指標特性：可累加
- 展現維度：1.分區+總額部門
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
  4.分區+院所+科別
  5.分區+院所+醫師
  6.全國+總額部門

(1168).各區跨院所安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重複率(100 年總額品保方案)

(建置時間：100/07/06)

(101/12/21 定義修訂:「全民健康保險醫療辦法」於 101 年 11 月 6 日正式發布修正，其中慢性病連續處方箋原規定自上次給藥期間屆滿前 7 日起放寬為 10 日起,即可開始領取第 2 次或第 3 次用藥，本項規定自發布日(101.11.06)起實施。**故自費用年月 10111 起，2 筆給藥天數>=28 天案件允許不納入重複日數計算之空間，由 7 天修訂為 10 天。**)

■ 分子：安眠鎮靜藥物重複用藥日數

■ 分母：安眠鎮靜藥物之給藥日數

□ 資料範圍：限定為西醫醫院及西醫基層之安眠鎮靜藥物給藥案件。
(給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6)

□ 安眠鎮靜藥物(不含抗焦慮藥物)：ATC 前五碼為 N05BA、N05BE、N05CC、N05CD、N05CF、N05CM。

□ 分母：各案件之「給藥日數」總和。
「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

□ 分子：同分區同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

✓ 若案件分類為 08，則開始用藥日期=治療結束日期；

✓ 其他案件分類，則開始用藥日期=就醫日期

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1

✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

✓ 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日數欄位」,若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

✓ 在同院或跨院的指標中，若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天(費用年月 10110 以前之資料為 7 天)的空間不計入重複日數。

✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重複。

□ 舉例運算 9901 資料時，分母為 9901 的給藥日數，分子為 9901 給藥案件的重複用藥日數；並且在運算分子，判斷 9901 的案件是否有重複給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 9812。

□ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同，由於無法從申報資料判斷就醫時序先後，故兩筆(或多筆)處方在互相勾稽比對是否重複時，兩筆(或多筆)處方皆視為發生用藥重複。

□ 資料範圍：門診西醫醫院、門診西醫基層

- 運算範圍：每月
- 指標特性：可累加
- 展現維度：1.分區+總額部門
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
  4.分區+院所+科別
  5.分區+院所+醫師
  6.全國+總額部門

(1157.01).品質確保方案-各區同院所處方同藥理(口服降血壓藥物)用藥日數重疊率

(建置時間：101/09/04)

(101/12/21 定義修訂：「全民健康保險醫療辦法」於 101 年 11 月 6 日正式發布修正，其中慢性病連續處方箋原規定自上次給藥期間屆滿前 7 日起放寬為 10 日起，即可開始領取第 2 次或第 3 次用藥，本項規定自發布日(101.11.06)起實施。**故自費用年月 10111 起，2 筆給藥天數>=28 天案件允許不納入重複日數計算之空間，由 7 天修訂為 10 天。**)

(102/06/27 定義修訂：(1)分子分母新增特定治療項目排除條件。(2)自費用年月 10201 起重新產製(日後若需重新產製歷史資料，用新定義))

■ 分子：口服降血壓藥物重疊用藥日數

■ 分母：口服降血壓藥物之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)之降血壓藥物(口服)給藥案件。
   ※給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
2. 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
3. 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
   ※H6：西醫-已出海為國際航線船舶作業船員，提供切結文件，慢性病代領藥案件
   ※H8：西醫-持慢性病連續處方箋領藥，預定出國，提供切結文件，一次領取 2 個月或 3 個月用藥量案件。
   ※H9：西醫-經保險人認定之特殊情形，慢性病代領藥案件（101.11 新增）。
   ※HA：西醫-持慢性病連續處方箋領藥，返回離島地區，提供切結文件，一次領取 2 個月或 3 個月用藥量案件（101.11 新增）。
   ※HB：西醫-持慢性病連續處方箋領藥，已出海為遠洋漁船作業船員，提供切結文件，一次領取 2 個月或 3 個月用藥量案件（101.11 新增）。
   ※HC：西醫-持慢性病連續處方箋領藥，已出海為國際航線船舶作業船員，提供切結文件，一次領取 2 個月或 3 個月用藥案件（101.11 新增）。
   ※HD：西醫-持慢性病連續處方箋領藥，罕見疾病病人，提供切結文件，一次領取 2 個月或 3 個月用藥案件（101.11 新增）。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 99 年開始產製。

□ 降血壓藥物(口服)：ATC 前三碼=C07 或 ATC 前五碼=C02AC、C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。

□ 分母：各案件之「給藥日數」總和。

「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

- 分子：同院所同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。
  - ✓ 若案件分類為 08，則開始用藥日期=治療結束日期；
  - ✓ 其他案件分類，則開始用藥日期=就醫日期
  - ✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1
  - ✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
  - ✓ 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日數欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。
  - ✓ 在同院或跨院的指標中，若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天(費用年月 10110 以前之資料為 7 天)的空間不計入重複日數。
  - ✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重複(C07 為前三碼完全相同才視為用藥重複)。
- 舉例運算 9901 資料時，分母為 9901 的給藥日數，分子為 9901 給藥案件的重複用藥日數；並且在運算分子，判斷 9901 的案件是否有重複給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 9812。
- 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同，由於無法從申報資料判斷就醫時序先後，故兩筆(或多筆)處方在互相勾稽比對是否重複時，兩筆(或多筆)處方皆視為發生用藥重複。

➢ 運算範圍：每月

➢ 指標特性：可累加

➢ 展現維度：1.分區+總額部門
2.分區+特約類別
3.分區+院所
4.分區+院所+科別
5.分區+院所+醫師
6.全國+總額部門
7.全國

(1158.01).品質確保方案-各區同院所處方同藥理(口服降血脂藥物)用藥日數重疊率

(建置時間：101/09/04)

(101/12/21 定義修訂：「全民健康保險醫療辦法」於 101 年 11 月 6 日正式發布修正，其中慢性病連續處方箋原規定自上次給藥期間屆滿前 7 日起放寬為 10 日起，即可開始領取第 2 次或第 3 次用藥，本項規定自發布日(101.11.06)起實施。**故自費用年月 10111 起，2 筆給藥天數>=28 天案件允許不納入重複日數計算之空間，由 7 天修訂為 10 天。**)

(102/06/27 定義修訂：(1)分子分母新增特定治療項目排除條件。(2)自費用年月 10201 起重新產製(日後若需重新產製歷史資料，用新定義))

■ 分子：口服降血脂藥物重疊用藥日數

■ 分母：口服降血脂藥物之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)之降血脂藥物(口服)給藥案件。
   ※給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6)
2. 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
3. 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 99 年開始產製。

□ 降血脂藥物(口服)：ATC 前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。

□ 分母：各案件之「給藥日數」總和。

「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

□ 分子：同院所同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

✓ 若案件分類為 08，則開始用藥日期=治療結束日期；

✓ 其他案件分類，則開始用藥日期=就醫日期

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1

✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

✓ 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日數欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

✓ 在同院或跨院的指標中，若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天(費用年月 10110 以前之資料為 7 天)的空間不計入重複日數。

✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重複。

- 舉例運算 9901 資料時，分母為 9901 的給藥日數，分子為 9901 給藥案件的重複用藥日數；並且在運算分子，判斷 9901 的案件是否有重複給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 9812。
- 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同，由於無法從申報資料判斷就醫時序先後，故兩筆(或多筆)處方在互相勾稽比對是否重複時，兩筆(或多筆)處方皆視為發生用藥重複。

➢ 運算範圍：每月

➢ 指標特性：可累加

➢ 展現維度：1.分區+總額部門
2.分區+特約類別
3.分區+院所
4.分區+院所+科別
5.分區+院所+醫師
6.全國+總額部門
7.全國

(1159.01).品質確保方案-各區同院所處方同藥理(降血糖藥物)用藥日數重疊率

(建置時間：101/09/04)

(101/12/21 定義修訂:「全民健康保險醫療辦法」於 101 年 11 月 6 日正式發布修正，其中慢性病連續處方箋原規定自上次給藥期間屆滿前 7 日起放寬為 10 日起,即可開始領取第 2 次或第 3 次用藥，本項規定自發布日(101.11.06)起實施。**故自費用年月 10111 起，2 筆給藥天數>=28 天案件允許不納入重複日數計算之空間，由 7 天修訂為 10 天。**)

(102/06/27 定義修訂:(1)分子分母新增特定治療項目排除條件。(2)自費用年月 10201 起重新產製(日後若需重新產製歷史資料，用新定義))

(106/03/24 定義修訂:(1)增加 ATC 前 5 碼 A10BJ;(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

■ 分子：降血糖藥物重疊用藥日數

■ 分母：降血糖藥物之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)之降血糖藥物給藥案件。
   ※給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6)
2. 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
3. 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 99 年開始產製。

□ 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前五碼=A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BJ

□ 分母：各案件之「給藥日數」總和。

「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

□ 分子：同院所同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

✓ 若案件分類為 08，則開始用藥日期=治療結束日期；

✓ 其他案件分類，則開始用藥日期=就醫日期

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1

✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

✓ 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日數欄位」,若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

✓ 在同院或跨院的指標中，若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天(費用年月 10110 以前之資料為 7 天)的空

間不計入重複日數。

✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重複。

- □ 舉例運算 9901 資料時，分母為 9901 的給藥日數，分子為 9901 給藥案件的重複用藥日數；並且在運算分子，判斷 9901 的案件是否有重複給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 9812。
- □ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同，由於無法從申報資料判斷就醫時序先後，故兩筆(或多筆)處方在互相勾稽比對是否重複時，兩筆(或多筆)處方皆視為發生用藥重複。

➢ 運算範圍：每月

➢ 指標特性：可累加

➢ 展現維度：1.分區+總額部門
2.分區+特約類別
3.分區+院所
4.分區+院所+科別
5.分區+院所+醫師
6.全國+總額部門
7.全國

(1160.01).品質確保方案-各區同院所處方同藥理(抗思覺失調症)用藥日數重疊率

(建置時間：101/09/04)

(101/12/21 定義修訂：「全民健康保險醫療辦法」於 101 年 11 月 6 日正式發布修正，其中慢性病連續處方箋原規定自上次給藥期間屆滿前 7 日起放寬為 10 日起，即可開始領取第 2 次或第 3 次用藥，本項規定自發布日(101.11.06)起實施。**故自費用年月 10111 起，2 筆給藥天數>=28 天案件允許不納入重複日數計算之空間，由 7 天修訂為 10 天。**)

(102/06/27 定義修訂：(1)分子分母新增特定治療項目排除條件。(2)自費用年月 10201 起重新產製(日後若需重新產製歷史資料，用新定義))

■ 分子：抗思覺失調藥物重疊用藥日數

■ 分母：抗思覺失調藥物之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)之抗思覺失調藥物給藥案件。
   ※給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6)
2. 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
3. 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 99 年開始產製。

□ 抗思覺失調藥物：ATC 前五碼=N05AA、N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN、A05AX

□ 分母：各案件之「給藥日數」總和。

「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

□ 分子：同院所同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

✓ 若案件分類為 08，則開始用藥日期=治療結束日期；

✓ 其他案件分類，則開始用藥日期=就醫日期

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1

✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

✓ 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日數欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

✓ 在同院或跨院的指標中，若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天(費用年月 10110 以前之資料為 7 天)的空間不計入重複日數。

✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重複。

- □ 舉例運算 9901 資料時，分母為 9901 的給藥日數，分子為 9901 給藥案件的重複用藥日數；並且在運算分子，判斷 9901 的案件是否有重複給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 9812。
- □ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同，由於無法從申報資料判斷就醫時序先後，故兩筆(或多筆)處方在互相勾稽比對是否重複時，兩筆(或多筆)處方皆視為發生用藥重複。

➢ 運算範圍：每月

➢ 指標特性：可累加

➢ 展現維度：1.分區+總額部門
2.分區+特約類別
3.分區+院所
4.分區+院所+科別
5.分區+院所+醫師
6.全國+總額部門
7.全國

(1161.01).品質確保方案-各區同院所處方同藥理(抗憂鬱症)用藥日數重疊率

(建置時間：101/09/04)

(101/12/21 定義修訂：「全民健康保險醫療辦法」於 101 年 11 月 6 日正式發布修正，其中慢性病連續處方箋原規定自上次給藥期間屆滿前 7 日起放寬為 10 日起，即可開始領取第 2 次或第 3 次用藥，本項規定自發布日(101.11.06)起實施。**故自費用年月 10111 起，2 筆給藥天數>=28 天案件允許不納入重複日數計算之空間，由 7 天修訂為 10 天。**)

(102/06/27 定義修訂：(1)分子分母新增特定治療項目排除條件。(2)自費用年月 10201 起重新產製(日後若需重新產製歷史資料，用新定義))

■ 分子：抗憂鬱症藥物重疊用藥日數

■ 分母：抗憂鬱症藥物之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)之抗憂鬱症藥物給藥案件。
   ※給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6)
2. 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
3. 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 99 年開始產製。

□ 抗憂鬱症藥物：ATC 前五碼=N06AA、N06AB、N06AG、N06AX。

□ 分母：各案件之「給藥日數」總和。

「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

□ 分子：同院所同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

✓ 若案件分類為 08，則開始用藥日期=治療結束日期；

✓ 其他案件分類，則開始用藥日期=就醫日期

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1

✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

✓ 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日數欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

✓ 在同院或跨院的指標中，若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天(費用年月 10110 以前之資料為 7 天)的空間不計入重複日數。

✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重複。

- □ 舉例運算 9901 資料時，分母為 9901 的給藥日數，分子為 9901 給藥案件的重複用藥日數；並且在運算分子，判斷 9901 的案件是否有重複給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 9812。
- □ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同，由於無法從申報資料判斷就醫時序先後，故兩筆(或多筆)處方在互相勾稽比對是否重複時，兩筆(或多筆)處方皆視為發生用藥重複。

➢ 運算範圍：每月

➢ 指標特性：可累加

➢ 展現維度：1.分區+總額部門
2.分區+特約類別
3.分區+院所
4.分區+院所+科別
5.分區+院所+醫師
6.全國+總額部門
7.全國

(1162.01).品質確保方案-各區同院所處方同藥理(安眠鎮靜)用藥日數重疊率

(建置時間：101/09/04)

(101/12/21 定義修訂：「全民健康保險醫療辦法」於 101 年 11 月 6 日正式發布修正，其中慢性病連續處方箋原規定自上次給藥期間屆滿前 7 日起放寬為 10 日起，即可開始領取第 2 次或第 3 次用藥，本項規定自發布日(101.11.06)起實施。**故自費用年月 10111 起，2 筆給藥天數>=28 天案件允許不納入重複日數計算之空間，由 7 天修訂為 10 天。**)

(102/06/27 定義修訂：(1)分子分母新增特定治療項目排除條件。(2)自費用年月 10201 起重新產製(日後若需重新產製歷史資料，用新定義))

■ 分子：安眠鎮靜藥物重疊用藥日數

■ 分母：安眠鎮靜藥物之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)之安眠鎮靜藥物給藥案件。
   ※給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6)
2. 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
3. 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 99 年開始產製。

□ 安眠鎮靜藥物(不含抗焦慮藥物)：ATC 前五碼為 N05BA、N05BE、N05CC、N05CD、N05CF、N05CM。

□ 分母：各案件之「給藥日數」總和。

「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

□ 分子：同院所同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

✓ 若案件分類為 08，則開始用藥日期=治療結束日期；

✓ 其他案件分類，則開始用藥日期=就醫日期

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1

✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

✓ 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日數欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

✓ 在同院或跨院的指標中，若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天(費用年月 10110 以前之資料為 7 天)的空間不計入重複日數。

✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重複。

- □ 舉例運算 9901 資料時，分母為 9901 的給藥日數，分子為 9901 給藥案件的重複用藥日數；並且在運算分子，判斷 9901 的案件是否有重複給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 9812。
- □ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同，由於無法從申報資料判斷就醫時序先後，故兩筆(或多筆)處方在互相勾稽比對是否重複時，兩筆(或多筆)處方皆視為發生用藥重複。

➢ 運算範圍：每月

➢ 指標特性：可累加

➢ 展現維度：1.分區+總額部門
2.分區+特約類別
3.分區+院所
4.分區+院所+科別
5.分區+院所+醫師
6.全國+總額部門
7.全國

(1163.01).品質確保方案-各區跨院所處方同藥理(口服降血壓藥物)用藥日數重疊率

(建置時間：101/09/04)

(101/12/21 定義修訂：「全民健康保險醫療辦法」於 101 年 11 月 6 日正式發布修正，其中慢性病連續處方箋原規定自上次給藥期間屆滿前 7 日起放寬為 10 日起，即可開始領取第 2 次或第 3 次用藥，本項規定自發布日(101.11.06)起實施。**故自費用年月 10111 起，2 筆給藥天數>=28 天案件允許不納入重複日數計算之空間，由 7 天修訂為 10 天。**)

(102/06/27 定義修訂：(1)分子分母新增特定治療項目排除條件。(2)自費用年月 10201 起重新產製(日後若需重新產製歷史資料，用新定義))

■ 分子：口服降血壓藥物重疊用藥日數

■ 分母：口服降血壓藥物之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)之降血壓藥物(口服)給藥案件。
   ※給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6)
2. 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
3. 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 99 年開始產製。

□ 降血壓藥物(口服)：ATC 前三碼=C07 或 ATC 前五碼為 C02AC、C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。

□ 分母：各案件之「給藥日數」總和。

「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

□ 分子：同分區同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

✓ 若案件分類為 08，則開始用藥日期=治療結束日期；

✓ 其他案件分類，則開始用藥日期=就醫日期

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1

✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

✓ 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日數欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

✓ 在同院或跨院的指標中，若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，

則在此原因下，該筆用藥允許 10 天(費用年月 10110 以前之資料為 7 天)的空間不計入重複日數。

- ✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重複(C07 為前三碼完全相同才視為用藥重複)。

- □ 舉例運算 9901 資料時，分母為 9901 的給藥日數，分子為 9901 給藥案件的重複用藥日數；並且在運算分子，判斷 9901 的案件是否有重複給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 9812。
- □ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同，由於無法從申報資料判斷就醫時序先後，故兩筆(或多筆)處方在互相勾稽比對是否重複時，兩筆(或多筆)處方皆視為發生用藥重複。

- ➢ 運算範圍：每月
- ➢ 指標特性：可累加
- ➢ 展現維度：1.分區+總額部門
  2.分區+特約類別
  3.分區+院所
  4.分區+院所+科別
  5.分區+院所+醫師
  6.全國+總額部門
  7.全國

(1164.01).品質確保方案-各區跨院所處方同藥理(口服降血脂藥物)用藥日數重疊率

(建置時間：101/09/04)

(101/12/21 定義修訂：「全民健康保險醫療辦法」於 101 年 11 月 6 日正式發布修正，其中慢性病連續處方箋原規定自上次給藥期間屆滿前 7 日起放寬為 10 日起，即可開始領取第 2 次或第 3 次用藥，本項規定自發布日(101.11.06)起實施。**故自費用年月 10111 起，2 筆給藥天數>=28 天案件允許不納入重複日數計算之空間，由 7 天修訂為 10 天。**)

(102/06/27 定義修訂：(1)分子分母新增特定治療項目排除條件。(2)自費用年月 10201 起重新產製(日後若需重新產製歷史資料，用新定義))

■ 分子：口服降血脂藥物重疊用藥日數

■ 分母：口服降血脂藥物之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)之降血脂藥物(口服)給藥案件。
   ※給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6)
2. 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
3. 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 99 年開始產製。

□ 降血脂藥物(口服)：ATC 前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。

□ 分母：各案件之「給藥日數」總和。

「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

□ 分子：同分區同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

✓ 若案件分類為 08，則開始用藥日期=治療結束日期；

✓ 其他案件分類，則開始用藥日期=就醫日期

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1

✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

✓ 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日數欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

✓ 在同院或跨院的指標中，若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天(費用年月 10110 以前之資料為 7 天)的空間不計入重複日數。

✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重複。

- □ 舉例運算 9901 資料時，分母為 9901 的給藥日數，分子為 9901 給藥案件的重複用藥日數；並且在運算分子，判斷 9901 的案件是否有重複給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 9812。
- □ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同，由於無法從申報資料判斷就醫時序先後，故兩筆(或多筆)處方在互相勾稽比對是否重複時，兩筆(或多筆)處方皆視為發生用藥重複。

➢ 運算範圍：每月

➢ 指標特性：可累加

➢ 展現維度：1.分區+總額部門
2.分區+特約類別
3.分區+院所
4.分區+院所+科別
5.分區+院所+醫師
6.全國+總額部門
7.全國

(1165.01).品質確保方案-各區跨院所處方同藥理(降血糖藥物)用藥日數重疊率

(建置時間：101/09/04)

(101/12/21 定義修訂：「全民健康保險醫療辦法」於 101 年 11 月 6 日正式發布修正，其中慢性病連續處方箋原規定自上次給藥期間屆滿前 7 日起放寬為 10 日起，即可開始領取第 2 次或第 3 次用藥，本項規定自發布日(101.11.06)起實施。**故自費用年月 10111 起，2 筆給藥天數>=28 天案件允許不納入重複日數計算之空間，由 7 天修訂為 10 天。**)

(102/06/27 定義修訂：(1)分子分母新增特定治療項目排除條件。(2)自費用年月 10201 起重新產製(日後若需重新產製歷史資料，用新定義))

■ 分子：降血糖藥物重疊用藥日數

■ 分母：降血糖藥物之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)之降血糖藥物給藥案件。
   ※給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6)
2. 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
3. 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 99 年開始產製。

□ 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前五碼=A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX

□ 分母：各案件之「給藥日數」總和。

「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

□ 分子：同分區同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

✓ 若案件分類為 08，則開始用藥日期=治療結束日期；

✓ 其他案件分類，則開始用藥日期=就醫日期

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1

✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

✓ 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日數欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

✓ 在同院或跨院的指標中，若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天(費用年月 10110 以前之資料為 7 天)的空間不計入重複日數。

✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重複。

- □ 舉例運算 9901 資料時，分母為 9901 的給藥日數，分子為 9901 給藥案件的重複用藥日數；並且在運算分子，判斷 9901 的案件是否有重複給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 9812。
- □ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同，由於無法從申報資料判斷就醫時序先後，故兩筆(或多筆)處方在互相勾稽比對是否重複時，兩筆(或多筆)處方皆視為發生用藥重複。

➢ 運算範圍：每月

➢ 指標特性：可累加

➢ 展現維度：1.分區+總額部門
2.分區+特約類別
3.分區+院所
4.分區+院所+科別
5.分區+院所+醫師
6.全國+總額部門
7.全國

(1166.01).品質確保方案-各區跨院所處方同藥理(抗思覺失調症)用藥日數重疊率

(建置時間：101/09/04)

(101/12/21 定義修訂：「全民健康保險醫療辦法」於 101 年 11 月 6 日正式發布修正，其中慢性病連續處方箋原規定自上次給藥期間屆滿前 7 日起放寬為 10 日起，即可開始領取第 2 次或第 3 次用藥，本項規定自發布日(101.11.06)起實施。**故自費用年月 10111 起，2 筆給藥天數>=28 天案件允許不納入重複日數計算之空間，由 7 天修訂為 10 天。**)

(102/06/27 定義修訂：(1)分子分母新增特定治療項目排除條件。(2)自費用年月 10201 起重新產製(日後若需重新產製歷史資料，用新定義))

■ 分子：抗思覺失調藥物重疊用藥日數

■ 分母：抗思覺失調藥物之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)之抗思覺失調藥物給藥案件。
   ※給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6)
2. 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
3. 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 99 年開始產製。

□ 抗思覺失調藥物：ATC 前五碼=N05AA、N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN、A05AX

□ 分母：各案件之「給藥日數」總和。

「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

□ 分子：同分區同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

✓ 若案件分類為 08，則開始用藥日期=治療結束日期；

✓ 其他案件分類，則開始用藥日期=就醫日期

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1

✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

✓ 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日數欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

✓ 在同院或跨院的指標中，若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天(費用年月 10110 以前之資料為 7 天)的空間不計入重複日數。

✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重複。

- □ 舉例運算 9901 資料時，分母為 9901 的給藥日數，分子為 9901 給藥案件的重複用藥日數；並且在運算分子，判斷 9901 的案件是否有重複給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 9812。
- □ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同，由於無法從申報資料判斷就醫時序先後，故兩筆(或多筆)處方在互相勾稽比對是否重複時，兩筆(或多筆)處方皆視為發生用藥重複。

➢ 運算範圍：每月

➢ 指標特性：可累加

➢ 展現維度：1.分區+總額部門
2.分區+特約類別
3.分區+院所
4.分區+院所+科別
5.分區+院所+醫師
6.全國+總額部門
7.全國

(1167.01).品質確保方案-各區跨院所處方同藥理(抗憂鬱症)用藥日數重疊率

(建置時間：101/09/04)

(101/12/21 定義修訂：「全民健康保險醫療辦法」於 101 年 11 月 6 日正式發布修正，其中慢性病連續處方箋原規定自上次給藥期間屆滿前 7 日起放寬為 10 日起，即可開始領取第 2 次或第 3 次用藥，本項規定自發布日(101.11.06)起實施。**故自費用年月 10111 起，2 筆給藥天數>=28 天案件允許不納入重複日數計算之空間，由 7 天修訂為 10 天。**)

(102/06/27 定義修訂：(1)分子分母新增特定治療項目排除條件。(2)自費用年月 10201 起重新產製(日後若需重新產製歷史資料，用新定義))

■ 分子：抗憂鬱症藥物重疊用藥日數

■ 分母：抗憂鬱症藥物之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)之抗憂鬱症藥物給藥案件。
   ※給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6)
2. 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
3. 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 99 年開始產製。

□ 抗憂鬱症藥物：ATC 前五碼=N06AA、N06AB、N06AG、N06AX。

□ 分母：各案件之「給藥日數」總和。

「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

□ 分子：同分區同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

✓ 若案件分類為 08，則開始用藥日期=治療結束日期；

✓ 其他案件分類，則開始用藥日期=就醫日期

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1

✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

✓ 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日數欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

✓ 在同院或跨院的指標中，若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天(費用年月 10110 以前之資料為 7 天)的空間不計入重複日數。

✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重複。

- □ 舉例運算 9901 資料時，分母為 9901 的給藥日數，分子為 9901 給藥案件的重複用藥日數；並且在運算分子，判斷 9901 的案件是否有重複給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 9812。
- □ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同，由於無法從申報資料判斷就醫時序先後，故兩筆(或多筆)處方在互相勾稽比對是否重複時，兩筆(或多筆)處方皆視為發生用藥重複。

➢ 運算範圍：每月

➢ 指標特性：可累加

➢ 展現維度：1.分區+總額部門
2.分區+特約類別
3.分區+院所
4.分區+院所+科別
5.分區+院所+醫師
6.全國+總額部門
7.全國

(1168.01).品質確保方案-各區跨院所處方同藥理(安眠鎮靜)用藥日數重疊率

(建置時間：101/09/04)

(101/12/21 定義修訂：「全民健康保險醫療辦法」於 101 年 11 月 6 日正式發布修正，其中慢性病連續處方箋原規定自上次給藥期間屆滿前 7 日起放寬為 10 日起，即可開始領取第 2 次或第 3 次用藥，本項規定自發布日(101.11.06)起實施。**故自費用年月 10111 起，2 筆給藥天數>=28 天案件允許不納入重複日數計算之空間，由 7 天修訂為 10 天。**)

(102/06/27 定義修訂：(1)分子分母新增特定治療項目排除條件。(2)自費用年月 10201 起重新產製(日後若需重新產製歷史資料，用新定義))

■ 分子：安眠鎮靜藥物重疊用藥日數

■ 分母：安眠鎮靜藥物之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)之安眠鎮靜藥物給藥案件。
   ※給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6)
2. 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
3. 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 99 年開始產製。

□ 安眠鎮靜藥物(不含抗焦慮藥物)：ATC 前五碼為 N05BA、N05BE、N05CC、N05CD、N05CF、N05CM。

□ 分母：各案件之「給藥日數」總和。

「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

□ 分子：同分區同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

✓ 若案件分類為 08，則開始用藥日期=治療結束日期；

✓ 其他案件分類，則開始用藥日期=就醫日期

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1

✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

✓ 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日數欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。

✓ 在同院或跨院的指標中，若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 10 天(費用年月 10110 以前之資料為 7 天)的空間不計入重複日數。

✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重複。

- □ 舉例運算 9901 資料時，分母為 9901 的給藥日數，分子為 9901 給藥案件的重複用藥日數；並且在運算分子，判斷 9901 的案件是否有重複給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 9812。
- □ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同，由於無法從申報資料判斷就醫時序先後，故兩筆(或多筆)處方在互相勾稽比對是否重複時，兩筆(或多筆)處方皆視為發生用藥重複。

➢ 運算範圍：每月

➢ 指標特性：可累加

➢ 展現維度：1.分區+總額部門
2.分區+特約類別
3.分區+院所
4.分區+院所+科別
5.分區+院所+醫師
6.全國+總額部門
7.全國

(1169)(1170)(1171).平均每張慢性病疾病別處方箋每月開藥天數

(建置時間：100/07/06)

(106/05/19 定義修訂：(1)修改分母定義：次診斷有出現該慢性病且有開立該慢性病治療藥物，取代次診斷為該慢性病且有給藥。(2)自統計期間 105 年起重新產製。)

※指標背景：99 年西醫基層品質確保方案專業醫療服務品質指標項目與監測值檢討修訂，俟報署核定後，取代原「1070：平均每張慢性病連續處方箋開藥天數」

■ 分子 1(1169)：開立慢性病糖尿病處方箋案件給藥日份加總
■ 分子 2(1170)：開立慢性病高血壓處方箋案件給藥日份加總
■ 分子 3(1171)：開立慢性病高血脂處方箋案件給藥日份加總

■ 分母 1(1169)：開立慢性病糖尿病處方箋案件給藥次數加總
■ 分母 2(1170)：開立慢性病高血壓處方箋案件給藥次數加總
■ 分母 3(1171)：開立慢性病高血脂處方箋案件給藥次數加總
□ 資料範圍：門診(西醫基層+西醫醫院)。
□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
□ 此指標資料自統計期間 9901 開始產製。
※需排除「補報原因註記」為 2 之案件【2：補報部分醫令或醫令差額。】
□ 分母 1：屬慢性病定義者，且其「主診斷有出現糖尿病且有給藥」或「次診斷有出現糖尿病且有開立降血糖藥物」，且為慢性病處方箋的案件則納入統計。
□ 分母 2：屬慢性病定義者，且其「主診斷有出現高血壓且有給藥」或「次診斷有出現高血壓且有開立降血壓藥物」，且為慢性病處方箋的案件則納入統計。
□ 分母 3：屬慢性病定義者，且其「主診斷有出現高血脂且有給藥」或「次診斷有出現高血脂且有開立降血脂藥物」，且為慢性病處方箋的案件則納入統計。

※慢性病定義：主診斷為糖尿病、高血壓或高血脂。
※慢性病處方箋：案件分類=04、08，排除給藥日份＜3。
※給藥：藥費不為 0，或給藥日份不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種。
※給藥日份：以門診清單明細檔的給藥日份(DRUG_DAYS)欄位計算。
※糖尿病：診斷碼前三碼為 250 者。
※高血壓：診斷碼前三碼為 401、402、403、404 者。
※高血脂：診斷碼前三碼為 272 者。
※降血糖藥物：ATC 前五碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ。
※降血壓藥物：ATC 前 3 碼為 C07(排除 C07AA05)或 ATC 前 5 碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、

C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA。

※降血脂藥物：ATC 前 5 碼為 C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX。

- 分子 1：分母 1 案件的給藥日份加總。
- 分子 2：分母 2 案件的給藥日份加總。
- 分子 3：分母 3 案件的給藥日份加總。

※給藥日份：以門診清單明細檔的給藥日份(DRUG_DAYS)欄位計算。

範例 1：有一案件其主診斷為糖尿病、次診斷(一)為高血壓、次診斷(二)為高血脂，給藥 7 天，則：

分母 1=1、分母 2=1、分母 3=1

分子 1=7、分子 2=7、分子 3=7

範例 2：有一案件其主診斷為糖尿病、次診斷(一)為糖尿病、次診斷(二)為糖尿病，給藥 7 天，則：

分母 1=1、分母 2=0、分母 3=0

分子 1=7、分子 2=0、分子 3=0

範例 3：有一案件其主診斷為高血脂、次診斷(一)為痛風、次診斷(二)為高血壓，給藥 7 天，則：

分母 1=0、分母 2=1、分母 3=1

分子 1=0、分子 2=7、分子 3=7

範例 4：有一案件其主診斷為痛風、次診斷(一)為高血脂、次診斷(二)為高血壓，給藥 7 天，則：

分母 1=0、分母 2=0、分母 3=0

分子 1=0、分子 2=0、分子 3=0

=>因不屬慢性病定義者。

- 運算範圍：月
- 展現維度：1.全國+總額部門
  2.分區+總額部門
  3.分區+總額部門+特約類別
  4.分區+院所

(1172).保險對象牙齒填補恆牙 2 年保存率_同院

(1173).保險對象牙齒填補恆牙 2 年保存率_跨院

(建置時間：100/09/05)

※指標背景：100 年第 2 次牙醫支委會

■ 分子 1(1172)：同院再執行牙體復形之牙位數

■ 分子 2(1173)：跨院再執行牙體復形之牙位數

■ 分母：恆牙牙體復形之牙位數

□ 資料範圍：門診牙醫。

※以同一區同一保險對象於統計時間內執行過牙體復形醫令的牙位（FDI 牙位表示法之內的牙位資料，成人 32 顆牙，除此之外的牙位資料全部排除），追蹤 2 年內是否重新填補比率。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 9601 開始產製。

□ 若統計期間為 9601：

則分母資料範圍為費用年月 9402；

分子資料範圍為費用年月 9402~9601(共 24 個月)。

□ 分母：依同區同院所同保險對象同一恆牙牙位，統計執行牙體復形醫令之牙位數；若為同案件、同病患、同牙位執行 2 筆以上牙體復形醫令時，該牙位仍視為 1。

※恆牙牙位：11-18、21-28、31-38、41-48。

(FDI 牙位表示法之內的牙位資料，成人 32 顆牙，除此之外的牙位資料全部排除)

※牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C、89012C，且排除中度以上身心障礙、化療、放射線治療患者，係指牙體復形醫令不含 89101C、89102C、89103C、89104C、89105C、89108C、89109C、89110C、89111C、89112C；後述醫令與前述醫令不會申報於同一案件。

□ 分子 1(同院)：以分母之牙位追蹤同院所 2 年（730 天）內再次執行牙體復形之牙位數。

□ 分子 2(跨院)：以分母之牙位追蹤跨院所 2 年（730 天）內再次執行牙體復形之牙位數。(100 年起季報)

□ 指標計算：1－（分子/分母）

➢ 運算範圍：月

➢ 展現維度(分子 1)：維度間可由院所維度向上累加

1.全國(同院勾稽)

2.分區(同院勾稽)

3.分區+院所(同院勾稽)

- 展現維度(分子 2)：1.全國(全國跨分區跨院勾稽)
  2.分區(跨院勾稽)
  3.分區+院所(跨院勾稽)

(1174).保險對象牙齒填補乳牙 1 年半保存率_同院

(1175).保險對象牙齒填補乳牙 1 年半保存率_跨院

(建置時間：100/09/05)

※指標背景：100 年第 2 次牙醫支委會

■ 分子 1(1174)：同院再執行牙體復形之牙位數

■ 分子 2(1175)：跨院再執行牙體復形之牙位數

■ 分母：乳牙牙體復形之牙位數

□ 資料範圍：門診牙醫。

※以同一區同一保險對象於統計時間內執行過牙體復形醫令的牙位（FDI 牙位表示法之內的牙位資料，小孩 20 顆牙，除此之外的牙位資料全部排除），追蹤 1 年半內是否重新填補比率。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 9601 開始產製。

□ 若統計期間為 9601：

則分母資料範圍為費用年月 9408；

分子資料範圍為費用年月 9408~9601(共 18 個月)。

□ 分母：依同區同院所同保險對象同一乳牙牙位，統計執行牙體復形醫令之牙位數；若為同案件、同病患、同牙位執行 2 筆以上牙體復形醫令時，該牙位仍視為 1。

※乳牙牙位：51-55、61-65、71-75、81-85。

(FDI 牙位表示法之內的牙位資料，小孩 20 顆牙，除此之外的牙位資料全部排除)

※牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C、89012C，且排除中度以上身心障礙、化療、放射線治療患者，係指牙體復形醫令不含 89101C、89102C、89103C、89104C、89105C、89108C、89109C、89110C、89111C、89112C；後述醫令與前述醫令不會申報於同一案件。

□ 分子 1(同院)：以分母之牙位追蹤同院所 1.5 年（18 個月）內再次執行牙體復形之牙位數。

□ 分子 2(跨院)：以分母之牙位追蹤跨院所 1.5 年（18 個月）內再次執行牙體復形之牙位數。(100 年起季報)

□ 指標計算：1－（分子/分母）

➢ 運算範圍：月

➢ 展現維度(分子 1)：維度間可由院所維度向上累加

1.全國(同院勾稽)

2.分區(同院勾稽)

3.分區+院所(同院勾稽)

- 展現維度(分子 2)：1.全國(全國跨分區跨院勾稽)
  2.分區(跨院勾稽)
  3.分區+院所(跨院勾稽)

(1176).恆牙根管治療半年內保存率_同院

(1177).恆牙根管治療半年內保存率_跨院

(建置時間：100/09/05)

※指標背景：100 年第 2 次牙醫支委會

■ 分子 1(1176)：同院所再施行根管治療或拔牙之牙位數

■ 分子 2(1177)：跨院所再施行根管治療或拔牙之牙位數

■ 分母：同時期各醫事機構申報 RCF 之顆數

□ 資料範圍：門診牙醫。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 9601 開始產製。

□ 若統計期間為 9601：
則分母資料範圍為就醫日期 950701~950731；
分子資料範圍為就醫日期 950701~960131。

□ 分母：依同案件同病患同一恆牙牙位，統計執行根管開擴及清創且同時申報任一根管治療單根、雙根、三根、四根、五根之牙位數；若為同案件同病患同牙位執行 2 筆以上恆牙根管開擴及清創時，該牙位仍視為 1。

※恆牙牙位：11-18、21-28、31-38、41-48。
(FDI 牙位表示法之內的牙位資料，成人 32 顆牙，除此之外的牙位資料全部排除)

※根管開擴及清創：90015C。

※根管治療單根：90001C。

※根管治療雙根：90002C。

※根管治療三根：90003C。

※根管治療四根：90019C。

※根管治療五根：90020C。

□ 分子 1(同院)：以分母之牙位追蹤同院所 6 個月（180 天）內再次執行根管治療單根、雙根、三根、四根、五根或拔牙之牙位數。

※拔牙：92013C、92014C、92015C、92016C。

□ 分子 2(跨院)：以分母之牙位追蹤跨院所 6 個月（180 天）內再次執行根管治療單根、雙根、三根、四根、五根或拔牙之牙位數。(100 年起季報)

□ 指標計算：1－（分子/分母）

➢ 運算範圍：月

➢ 展現維度(分子 1)：維度間可由院所維度向上累加
1.全國(同院勾稽)
2.分區(同院勾稽)
3.分區+院所(同院勾稽)

- 展現維度(分子 2)：1.全國(全國跨分區跨院勾稽)
  2.分區(跨院勾稽)
  3.分區+院所(跨院勾稽)

(1199).{1199，1200}同院所急性精神病人出院 7 日內、30 日內門診追蹤率

(建置時間：100/10/12)

(102/09/26 定義修訂：配合 101.10.01 起新增 6 項急性精神病床病房費醫令代碼，自費用年月 10110 起新增判斷急性精神病人之醫令代碼，並自統計期間 101Q4 開始重新產製。)

※指標背景：1.會議決議：醫品會之健保品質指標小組第 2 次委員會。

2.100 年起作為院所別醫療品質資訊公開項目。

■ 分子 1(1199)：精神科已出院案件中 **7 日內**至同院所門診精神科追蹤之案件數。

■ 分子 2(1200)：精神科已出院案件中 **30 日內**至同院所門診精神科追蹤之案件數。

■ 分母：精神科**急性**精神病人之出院案件數。

□ 資料範圍：住院西醫醫院、西醫基層；門診西醫基層、西醫醫院。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 98Q1 開始產製。

□ 分子 1：精神科**急性**精神病人已出院案件(分母案件)中，**7 日內**至同院所門診精神科追蹤之案件數。

□ 分子 2：精神科**急性**精神病人已出院案件(分母案件)中，**30 日內**至同院所門診精神科追蹤之案件數。

□ 分母：精神科**急性**精神病人之出院案件數

□ 精神科已出院案件：出院日期在當月(例：98Q1 即出院日在 980101 及 980331 之間)且就醫科別為 13 的案件，且用院所、ID、住院日歸戶，取出院日最晚那一筆案件。

□ 急性精神病人：醫令代碼為 03001K、03002A、03003B、03004B、03026K、03027A、03028B、03029B、03005K、03006A、03007B、03008B、03030K、03031A、03032B、03033B、03014A、03015B、03025B、03037A、03038B、03039B。自<u>費用年月 10110 起新增：03055K、03056A、03057B、03061K、03062A、03063B</u>

□ 7 日內至同院所門診精神科追蹤之案件：以精神科出院案件之 ID 及出院日期追蹤 7 日內（門診就醫日期-出院日期<=7）至同院所門診精神科就醫之案件。

□ 30 日內至同院所門診精神科追蹤之案件：以精神科出院案件之 ID 及出院日期追蹤 30 日內（門診就醫日期-出院日期<=30）至同院所門診精神科就醫之案件。

□ 以相同【ID】視為同一保險對象。

➢ 運算範圍：季(此指標統計期間可直接累加為年)

➢ 展現維度：維度間可向上累加

1.全國+總額部門

2.分區+總額部門

3.分區+總額部門+縣市別

4.分區+總額部門+特約類別

5.分區+總額部門+特約類別+院所

(1201)(1202).同院所慢性精神病人出院 7 日內、30 日內門診追蹤率

(建置時間：100/10/12)

※指標背景：1.會議決議：醫品會之健保品質指標小組第 2 次委員會。

2.100 年起作為院所別醫療品質資訊公開項目。

- ■ 分子 1(1201)：精神科已出院案件中 **7 日內**至同院所門診精神科追蹤之案件數。
- ■ 分子 2(1202)：精神科已出院案件中 **30 日內**至同院所門診精神科追蹤之案件數。
- ■ 分母：精神科**慢性**精神病人之出院案件數。
- □ 資料範圍：住院西醫醫院、西醫基層；門診西醫基層、西醫醫院。
- □ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- □ 此指標資料自統計期間 98Q1 開始產製。
- □ 分子 1：精神科**慢性**精神病人已出院案件(分母案件)中，**7 日內**至同院所門診精神科追蹤之案件數。
- □ 分子 2：精神科**慢性**精神病人已出院案件(分母案件)中，**30 日內**至同院所門診精神科追蹤之案件數。
- □ 分母：精神科**慢性**精神病人之出院案件數
- □ 精神科已出院案件：慢性精神病人出院日期在當月(例：98Q1 即出院日在 980101 及 980331 之間)且就醫科別為 13 的案件，且用院所、ID、住院日歸戶，取出院日最晚那一筆案件。
- □ 慢性精神病人：醫令代碼為 04001A 或 04002B。
- □ 7 日內至同院所門診精神科追蹤之案件：以精神科出院案件之 ID 及出院日期追蹤 7 日內（門診就醫日期-出院日期<=7）至同院所門診精神科就醫之案件。
- □ 30 日內至同院所門診精神科追蹤之案件：以精神科出院案件之 ID 及出院日期追蹤 30 日內（門診就醫日期-出院日期<=30）至同院所門診精神科就醫之案件。
- □ 以相同【ID】視為同一保險對象。
- ➢ 運算範圍：季(此指標統計期間可直接累加為年)
- ➢ 展現維度：維度間可向上累加

  1.全國+總額部門

  2.分區+總額部門

  3.分區+總額部門+縣市別

  4.分區+總額部門+特約類別

  5.分區+總額部門+特約類別+院所

(1203).初期慢性腎臟病(簡稱初期 CKD)方案照護率-月累計

(建置時間：100/10/28)

(101/01/10 定義修訂：(1)增加若分子>分母時，分母=分子之條件(以分子為主)(2)自統計期間 10009 開始重新產製)

(102/05/22 定義修訂：(1)分母需再排除末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫的病人(2)本指標每年產製一張院所分母簡單明細報表(3)自統計期間 10001 開始重新產製)

(105/05/26 定義修訂：分母資料範圍排除轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記 5、6。)

(105/11/22 定義修訂：加入院所新舊代碼合併處理並自統計期間 106 年起開始啟用。)

(106/03/07 定義修訂：(1)分母資料範圍排除死亡個案。(2)自統計期間 10501 開始重新產製。)

※指標背景：行政院列管之慢性病腎臟病患照護品質提升 10 年計畫第 1 階段 5 年計畫。

■ 分子：接受初期 CKD 方案照護之病人數(ID 歸戶數)

■ 分母：符合收案條件之初期慢性腎臟病人數(ID 歸戶數)

□ 分母資料範圍：1.門診西醫基層+門診西醫醫院
2.住院全部資料

□ 分子資料範圍：1.門診西醫基層+門診西醫醫院
2.不排除補報原因註記為‘2’之案件。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 10001 開始產製。

□ **分母**：符合收案條件之初期慢性腎臟病人數(歸戶 ID 數)

分母計算步驟

1. 分母年度執行 1 次即可，之後分母固定，如 100 年分母，執行 99 年健保申報資料。

   註：

   (1)計算統計期間為 10001 指標值時，分母資料範圍為 9901-9912

   (2)計算統計期間為 10002 指標值時，分母直接採用 10001 已計算的分母值，不重新彙算。

2. 依據國際定義之慢性腎臟病，1 年內以下主次診斷門診出現 2 次或住診出現 1 次，歸戶病人數。

   國際定義診斷碼(ICD-9-CM：016.0、095.4、189.0、189.9、223.0、236.91、250.4、271.4、274.1、283.11、403.x1、404.x2、404.x3、440.1、442.1、447.3、572.4、580-588、591、642.1、646.2、753.12-753.17、753.19、753.2、794.4)。

   註：

   (1)主次診斷門診 5 個、住診 20 個都要看。門診 2 次是指以上任一，如 1 次 016.0，另 1 次 223.0，就算有。

(2)一筆清單計為 1 次(排除補報原因註記為‘2’之案件)。

(3)診斷碼符合判定邏輯採前 N 碼相同方式判定。

例：016.0 代表前 4 碼為 0160 即符合；753.12 代表前五碼為 75312 即符合；580-588 代表前三碼為 580、581…588 任一數字即符合。

(4)診斷碼定義中 x 代表 0~9 任一數字。

3. 排除洗腎病患作法，領有重大傷病卡證明主診斷前三碼為 585、586 病人數(ID)。以計算指標統計期間為 10001 為例，洗腎病患判定邏輯如下：

於倉儲重大傷病檔(V_DWM_HV_DISE)中，符合下列條件的 ID

核定註記 DECIDE_MARK in (‘5’，’6’，’7’，’8’，’9’，’A’，’B’)

and(持卡註記 CARD_MARK not in(‘1’，’5’)or 持卡註記 CARD_MARK is null)

and 主診斷 ICD9CM_CODE 前 3 碼 in (‘585’，’586’)

and 生效迄日 VALID_E_DATE>=**991231** **統計期間前一年最後一天，此例計算 10001 故為 991231**

4. 排除末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫的病人，即門診申報醫令代碼為 P3402C、P3403C、P3404C、P3405C 的病人予以排除。

5. 排除轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記 5、6。

6. 分母資料範圍排除死亡個案定義(符合以下任一條件之 ID 均予以排除)：

(1)住診清單(V_DWM_HP_DTL)：轉歸代碼(TRAN_CODE)為 4(死亡)、A(病危自動出院)。

(2)重大傷病申請資料檢視表(V_DWM_HV_DISE)：取死亡註記(DEATH_MARK)為 Y，死亡日期(DEATH_DATE)落在分母統計期間者。

(3)保險對象資訊檔(V_DWU_BASINS_INF)：取最大保費計費年月(PREM_YM)投保狀態(STATUS)為 5(死亡退保)判斷為死亡，其轉出日(OUT_DATE)視為死亡日期且死亡日期落在分母資料期間者。

- □ **分子**：申報醫令代碼前 3 碼為 P43 之歸戶人數(ID 數)。
- □ 分母係年度開始時符合收案條件之人數，當收案率大於 100%將配合實際收案數調整不大於分子(即若分子>分母時，分母=分子(以分子為主)，收案率以 100%計)。
- □ 統計期間之院所若曾變更院所代碼，將以最新代碼取代舊代碼進行計算，舊代碼之判斷由醫事機構基本資料檔(V_DWM_HOSPBSC)中，取承接醫事機構代碼(HEIR_HOSP_ID)判斷，期間若該院所多次更換代碼，最多取代 10 次。[自統計期間 106 年起開始啟用]

➢ 運算範圍：月累計

每月計算當年度起始月份至該月之申報資料，如：

⇨ 彙算統計期間 10001 時，分子運算範圍為費用年月 10001-10001，分母運算範圍為 9901-9912。

⇨ 彙算統計期間 10002 時，分子運算範圍為費用年月 10001-10002，分母直接使用 10001 已計算的分母結果。

⇨ 彙算統計期間 10003 時，分子運算範圍為費用年月 10001-10003，分母直接使用 10001 已計算的分母結果。

⇨彙算統計期間 10012 時，分子運算範圍為費用年月 10001-10012，分母直接使用 10001 已計算的分母結果。

⇨彙算統計期間 10101 時，分子運算範圍為費用年月 10101-10101，分母運算範圍為 10001-10012。

➢ 展現維度：1.分區

2.分區+縣市別

3.分區+縣市別+特約類別

4.分區+總額部門

5.分區+總額部門+特約類別

6.分區+院所

7.全國

8.全國+特約類別

9.全國+總額別

(1249).醫院 CT 檢查 30 日內同院再次執行比率

(建置時間：102/03/07)

※指標背景：依行政院衛生福利部 101 年第 43 次(101.7.30)高階主管會議紀錄：有關「全民健保 CT 及 MRI 利用現況及管理方案」部分：(二)雖然 CT 及 MRI 使用之重複率不高，但還是有努力的空間，請健保署設定目標值。本署回復辦理情形：「由於 CT 及 MRI 同部位之 30 天內重複率並不高，若訂定目標值，恐造成重複率低於目標值的院所反而可能提高利用率，將以署內部趨勢監測目標值方式持續管理。」。

■ 分子：CT 施行案件前 30 日內，同院曾施行 CT 案件數(任一部位相同者始列入計算)。

■ 分母：CT 施行案件數。

□ 資料範圍：

1. 門診西醫醫院、住院西醫醫院。
   ※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)
2. 排除「診療部位」為 Null 之醫令案件。
   ※診療部位：門診直接抓 CURE_PATH(診療部位)，住院先抓 CURE_PATH(診療之部位)，若該欄位無值則抓 CON_FUNC_TYPE(會診科別)；之後若其值為 Null 則排除該筆醫令案件。
3. 限制醫令類別為「2」之案件(即排除不另計價之醫令)。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 99 年開始產製。(分子勾稽範圍自 98Q4 起)

□ 分子勾稽範圍：統計當季+前 1 季(即分子需往前 1 季進行勾稽)

□ 分母：CT 施行案件數(門診與住院皆以一筆清單視為一件)。
※CT 施行案件：申報醫令代碼為 33067B、33068B、33069B、33070B、33071B、33072B 之案件。

□ 分子(任一部位相同)：當季分母案件中以同院同病患 ID 往前勾稽 30 日內門住診有申報 CT 執行且前後次案件之施行 CT 部位有任一部位相同，有勾稽到之分母案件列為分子。

□ CT 施行日期：門診以醫令執行起日判斷，若無則抓就醫日期；住院以醫令執行起日判斷，若無則抓申報起日，再無抓住院日。

➢ 運算範圍：季

➢ 展現維度：1.全國
2.分區
3.分區+總額部門+特約類別
4.分區+總額部門+特約類別+院所

(1255).醫院 MRI 檢查 30 日內同院再次執行比率

(建置時間：102/03/07)

※指標背景：依行政院衛生福利部 101 年第 43 次(101.7.30)高階主管會議紀錄：有關「全民健保 CT 及 MRI 利用現況及管理方案」部分：(二)雖然 CT 及 MRI 使用之重複率不高，但還是有努力的空間，請健保署設定目標值。本署回復辦理情形：「由於 CT 及 MRI 同部位之 30 天內重複率並不高，若訂定目標值，恐造成重複率低於目標值的院所反而可能提高利用率，將以署內部趨勢監測目標值方式持續管理。」。

■ 分子：MRI 施行案件前 30 日內，同院曾施行 MRI 案件數(任一部位相同者始列入計算)。

■ 分母：MRI 施行案件數。

□ 資料範圍：

1. 門診西醫醫院、住院西醫醫院。
   ※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)
2. 排除「診療部位」為 Null 之醫令案件。
   ※診療部位：門診直接抓 CURE_PATH(診療部位)，住院先抓 CURE_PATH(診療之部位)，若該欄位無值則抓 CON_FUNC_TYPE(會診科別)；之後若其值為 Null 則排除該筆醫令案件。
3. 限制醫令類別為「2」之案件(即排除不另計價之醫令)。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 99 年開始產製。(分子勾稽範圍自 98Q4 起)

□ 分子勾稽範圍：統計當季+前 1 季(即分子需往前 1 季進行勾稽)

□ 分母：MRI 施行案件數(門診與住院皆以一筆清單視為一件)。
※MRI 施行案件：申報醫令代碼為 33084B、33085B 之案件。

□ 分子(任一部位相同)：當季分母案件中以同院同病患 ID，往前勾稽 30 日內門住診有申報 MRI 執行且前後次案件之施行 MRI 部位有任一部位相同，有勾稽到之分母案件列為分子。

□ MRI 施行日期：門診以醫令執行起日判斷，若無則抓就醫日期；住院以醫令執行起日判斷，若無則抓申報起日，再無抓住院日。

➢ 運算範圍：季

➢ 展現維度：1.全國
2.分區
3.分區+總額部門+特約類別
4.分區+總額部門+特約類別+院所

(1278).急診人次總計_月

(建置時間：101/10/15)

(101/12/05 定義修訂：(1)新增急診診察費-檢傷第五級醫令代碼 01116B；(2)自費用年月 10107 開始重新產製。)

(102/03/21 定義修訂：(1)同歸戶若有多種檢傷分類，改抓檢傷分類最小值；(2)新增分子 2 且增加費用年月 10106 之前(含)的處理邏輯；(3)自費用年月 9901 開始重新產製。)

(102/05/06 定義修訂：(1)因支付標準規定：「門診或急診當次轉住院，如仍由同科醫師診治，門診診察費或住院診察費應擇一申報」。原僅以申報急診診察費來認定急診案件會有漏失，故修改定義；(2)院所維度改為「分區+總額部門+特約類別+院所+急診檢傷分類」；(3)百分位計算方式修正；(4)季與年指標若統計期間院所有更換代碼，需整併至新代碼呈現，並於報表增加變更註記'*'；(5)自費用年月 9901 開始重新產製。)

(102/06/04 定義修訂：(1)百分位計算方式修正；(2)院所更換代碼的判斷邏輯修正；(3)自費用年月 9901 開始重新產製。)

※指標背景：無

- ■ 分子 1(月：1348)：急診人次總計
- ■ 分子 2(月：1278)：急診人次總計(不含職災案件)
- □ 資料範圍：門診全部資料、住院全部資料
  ※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)
- □ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- □ 此指標資料自統計期間(費用年月)99 年 1 月開始產製。費用年月「10106 以前」與「10107 以後」之定義不同。
- □ **分母**：此指標無分母定義，所有維度資料下分母一律填入 1。
- □ **分子 1**：當次門診及住院申報檔有申報急診治療起、迄日之案件數總計，以急診診察費醫令或住院診察費醫令(急診後轉住院未申報急診診察費者)判斷其檢傷分類。

※急診診察費醫令：醫令代碼如下表，依檢傷分類歸類，無法歸類則歸於其他。

檢傷第一級	檢傷第二級	檢傷第三級	檢傷第四級	檢傷第五級	其他
00201A	00202A	00203A	00204A	00225B	01015C
00201B	00202B	00203B	00204B	01125B	01021C
01047B	01048B	01049B	01050B	01126B	01045C
01104B	01107B	01110B	01113B	01127B	01101C
01105B	01109B	01111B	01114B	01128B	01102C
01106B	01119B	01112B	01115B	01116B	01103C
01108B	01120B	01121B	01123B	01129B	
01117B	01131B	01122B	01124B	01134B	

01118B		01132B	01133B		
01130B					

□ **分子 2**：以分子 1 的案件，排除相同【院所、ID、Birthday、就醫日期(住院資料用住院日)】下有申報急診診察費醫令(職災)後的案件數。

※急診診察費醫令(職災)：醫令代碼如下表，依檢傷分類歸類，無法歸類則歸於其他。

檢傷第一級	檢傷第二級	檢傷第三級	檢傷第四級	檢傷第五級	其他
01047B	01048B	01049B	01050B	01125B	01045C
01104B	01107B	01110B	01113B	01126B	01101C
01105B	01109B	01111B	01114B	01127B	01102C
01106B	01119B	01112B	01115B	01128B	01103C
01108B	01120B	01121B	01123B	01116B	
01117B	01131B	01122B	01124B	01129B	
01118B		01132B	01133B	01134B	
01130B					

※[費用年月 10106 以前]案件數：門住診所有申報急診診察費的資料，或急診後轉住院的案件，依相同【院所、ID、Birthday、就醫日期(住院資料用住院日)】歸戶為同一案件，同一案件計為同一人次。若同一案件申報多筆急診診察費，則取 1 筆檢傷分類最小值為代表。

※[費用年月 10107 以後]案件數：門住診所有申報急診診察費的資料，或急診後轉住院的案件，依相同【院所、ID、Birthday、就醫日期(住院資料用住院日)】歸戶為同一案件，同一案件計為同一人次。同歸戶下以最晚急診治療迄日為主，取得同歸戶同最晚迄日下最晚急診治療起日，以此代表起、迄日來進行後續判斷，若同樣的代表起、迄日申報多筆檢傷分類，則取檢傷分類最小值為代表檢傷分類。

※急診後轉住院：依費用年月判斷方式不同。

- ✓ 費用年月 10106 以前：住診之病患來源為'2'(急診)，且***同申報清單下***有申報 02011K 者歸為第二級，申報 02012A、02013B(加護病床住院診察費)及 02010B(燒傷病床住院診察費)者歸為第三級。其餘的就歸為其他。
- ✓ 費用年月 10107 以後：有[分開申報]和[合併申報]兩種情況。

  [分開申報]：門診有申報急診治療起、迄日但沒有申報急診診察費的案件以【院所、ID、Birthday】勾稽住院日落在統計期間及統計期間往後一個月的住院資料符合 0≦【住診檔的住院日-門診檔的急診治療迄日】≦1 日之案件，其住院檔有申報 02011K 者歸為第二級，申報 02012A、02013B(加護病床住院診察費)及 02010B(燒傷病床住院診察費)者歸為第三級，其餘的就歸為其他。

  [合併申報]：住診有申報急診治療起、迄日但沒有申報急診診察費的案件，***同申報清單下***有申報 02011K 者歸為第二級，申報 02012A、02013B(加

護病床住院診察費)及 02010B(燒傷病床住院診察費)者歸為第三級，其餘的就歸為其他。

※急診治療起日：門住診的判斷方式不同。

✓ 門診：抓【醫令類別】為 A 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_起】為急診治療起日。

✓ 住院：抓【醫令類別】為 C 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_起】為急診治療起日。

※急診治療迄日：門住診的判斷方式不同。

✓ 門診：抓【醫令類別】為 A 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_迄】為急診治療迄日。

✓ 住院：抓【醫令類別】為 C 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_迄】為急診治療迄日。

□ 費用年月 10107 以後之案件，申報急診診察費該筆資料若未申報急診治療起、迄日，或者有任一項未填日期的情況，則該筆資料排除，完全不列入統計範圍。

□ 上述遇到日期相減的運算時，若條件限制是【分鐘】或【小時】，則以兩個日期的【分鐘】相減，再換算為小時，若條件限制是【日】，則以兩個日期的【日】相減，例如：日期 A 為 2010-03-0409：12：50，日期 B 為 2010-03-0320：43：35，以【分鐘】相減為 749 分鐘，以【日】相減為 1 日。

□ 院所維度報表需額外呈現全國同【總額部門+特約類別+檢傷分類】下，指標值由小到大排序時該院所的百分位值，程式函數的計算公式為((同組下該值的排名-1)/(同組的總筆數-1))*100，並四捨五入到整數。例如：同組共 15 筆資料，則該組排名第 3 的值其百分位值為 14。

□ 統計期間院所若曾變更院所代碼，將以期間最新代碼取代舊代碼進行計算(統計期間需與新代碼的【原始合約起日~合約迄日】期間有重疊才取代)，舊代碼之判斷，由醫事機構基本資料檔中，取「舊醫事機構代碼」欄判斷，期間若該院所多次更換代碼，最多取代 10 次。

➢ 運算範圍：月、季、年(本指標僅計算月指標，季與年的資料以月指標的結果累加，不重新彙算)

➢ 提供維度：1.分區+急診檢傷分類
2.分區+總額部門+急診檢傷分類
3.分區+總額部門+特約類別+急診檢傷分類
4.分區+總額部門+特約類別+院所+急診檢傷分類
5.全國+急診檢傷分類
6.全國+特約類別+急診檢傷分類

(1314).{1314，1315}18 歲以下氣喘急診率_季

(建置時間：101/09/04)

(103/11/24 定義修訂：(1).氣喘用藥增加 R03AC04、R03AC06、R03AC16、R03AC18、R03BA08。(2).自統計期間 101 年開始重新產製。)

(104/08/05 定義修訂：1.新增全國+特約類別維度。2.自統計期間 101 年起重新產製。)

※指標背景：1.醫品會品質指標小組織醫院臨床政策研議指標

2.醫院總額季報與年報資料

■ 分子 1(1314)：急診氣喘人數(同院)

■ 分子 2(1315)：急診氣喘人數(跨院)

■ 分母：18 歲以下氣喘病患人數

□ 資料範圍一(分母範圍)：門診西醫醫院、住院西醫醫院

※分母 C.類別勾稽範圍需包含門診西醫基層

□ 資料範圍二(分子勾稽範圍)：門診西醫醫院

※全部資料範圍均排除下列代辦案件

✓ 門診代辦案件：案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA

✓ 住院代辦案件：案件分類只計 1、2、3、4、5、6 即可排除代辦案件

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。

□ **分母**：18 歲以下氣喘病患人數(統計期間，符合下列 A、B、C 任一項條件者視為氣喘病患)：

A、統計期間有 1 次(含)以上因氣喘急診就醫。

B、統計期間有 1 次(含)以上因氣喘住院。

C、統計期間有因氣喘之門診就醫，且前一年全國跨院勾稽有 4 次(含)以上之因氣喘門診就醫，且其中有 2 次(含)以上有使用任一項氣喘用藥者。

※18 歲以下：(費用年-出生年)<=18。

※氣喘：主診斷 ICD9-CM 前三碼為 493。

※前一年：依月往前一年(含當月，若為 9801 則觀察 9702~9801 這段期間)。

※氣喘用藥：ATC 藥品分類碼 7 為 R03AC02、R03AC03、R03AC04、R03AC06、R03AC12、R03AC13、R03AC16、R03AC18、R03BA01、R03BA02、R03BA05、R03BA08、R03AK06、R03AK07、H02AB06、H02AB07、R03DC01、R03DC03、R03DA05。

□ **分子 1**：分母病人中因氣喘而急診就醫者，其急診就醫日期**大於(同院勾稽)**視為氣喘病患之日期的人數。

□ **分子 2**：分母病人中因氣喘而急診就醫者，其急診就醫日期**大於(跨院勾稽)**視為氣喘病患之日期的人數。

※大於：依不同分母類別，認定方式不同

✓ 分母 A：若分母第一筆氣喘病患日期為急診，則
(急診就醫日期-氣喘病患之日期)>=1 計為分子
✓ 分母 B 或 C：若分母第一筆氣喘病患日期為門/住診，則
(急診就醫日期-氣喘病患之日期)>=0 計為分子。

※視為氣喘病患之日期：符合分母定義之案件經【院所+ID】歸戶後，急診及門診案件依就醫日期，住院案件依住院日期，取第 1 筆資料視為氣喘病患之日期。

□ 人數以 ID 歸戶後計算，若同一人有多筆視為 1 筆。

➢ 運算範圍：季

➢ 提供維度(同院)：維度間不可累加

1.全國
2.全國+總額別
3.全國+特約類別
4.分區
5.分區+縣市別
6.分區+縣市別+院所

➢ 提供維度(跨院)：維度間不可累加

1.全國(分子全國跨院勾稽)
2.全國+總額別(分子全國同總額下跨院勾稽)
3.全國+特約類別(分子全國同特約類別下跨院勾稽)
4.分區(分子同分區下跨院勾稽)
5.分區+縣市別(同分區同縣市下跨院勾稽)
6.分區+縣市別+院所(同分區下跨院勾稽)

(1319).西醫門診轉診率_月累計

(建置時間：101/10/08)

(102/01/18 定義修訂：(1)取消分母排除條件：部分負擔代號 003、004、005、006、901、902、903、904；取消分子排除條件：轉代檢案件->醫令檔中任一筆資料【調劑方式】為 2(2)因應 101 年 7 月門診申報改為 xml 格式，需新增【轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記】(3)自統計期間 101 年 7 月開始產製。)

(105/09/19 定義修訂：轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記：為 1，null 不列入範圍。自 99 年起重新產製所有歷史資料。)

※指標背景：立法院 101 年 5 月 3 日臨時提案要求本署提升轉診率，及二代健保法子法規轉診實施辦法，因業務需要每月定期追蹤轉診率

■ 分子：西醫門診之轉診就醫次數

■ 分母：西醫門診就醫次數

□ 資料範圍：門診(西醫基層+西醫醫院)

※資料範圍需排除「補報原因註記」為 2 之案件

※轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記：為 null、1

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 99 年開始產製。

□ **分母：**統計期間西醫門診就醫案件，排除代辦、其他總額、慢箋、IDS 及醫療費用點數為 0 者後的件數。

※代辦：案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。

※其他總額：案件分類為 A1、A2、A5、A6、A7。

※慢箋：案件分類為 08。

※IDS：任一特定治療項目為 G9。

□ **分子：**分母案件中，限制「轉入院所代碼」長度為需為 10 碼且不等於分母案件的「院所代號」，並排除 BC 肝用藥案件的件數。

※BC 肝用藥案件：案件類別為 E1 且任一特定治療項目為 H1。

※轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記：為 1，null 不列入範圍。

□ 轉診流程 A→B 舉例：假設 B 院所在費用年月 201203 申報一筆案件符合分子的定義，且「轉入院所代碼」為 A 院所，則 A 院所為此轉診流程中的【轉出院所】，B 院所為【轉入院所】，A 院所的特約類別以其有效年月 201203 時的狀態呈現(若串不到就往前找最大有效年月)，若 A 院所的特約類別非 1~4，則一律歸為【其他】，若 A 院所無法串出其特約類別(可能院所代碼 keyin 錯誤)，同樣歸為【其他】。

□ 維度統計一率以【轉入院所】的相關資訊(所屬分區、所屬特約類別…等)呈現。

➢ 運算範圍：月累計(每月計算當年自 1 月累計至該月份之申報資料，如 1 月，1-2 月，1-3 月…1-12 月)

➢ 提供維度：1.分區

2.分區+特約類別
3.分區+縣市別
4.分區+總額部門+特約類別+縣市別+院所
5.全國
6.全國+特約類別
7.全國+轉出院所特約類別+轉入院所特約類別
8.分區+轉出院所特約類別+轉入院所特約類別

(1320).健保申報職災之服務點數比率

(建置時間：101/09/06)

※指標背景：醫院總額季報與年報資料

■ 分子：職災申報案件服務點數

■ 分母：申報總案件服務點數

□ 資料範圍：門診全部資料、住院全部資料、交付機構全部資料

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。

□ **分母**：申報總案件服務點數，交付機構點數需歸回原申報醫事機構計算。

□ **分子**：職災申報案件服務點數，交付機構點數需歸回原申報醫事機構計算。

※服務點數：申請金額+部分負擔。

※交付機構：

✓ 藥局、物治、檢驗：【醫事類別】為 30、40、50 的案件。

✓ 病理中心：【醫事類別】為 19 且權屬別為 42-46 的案件。

※職災：依不同來源定義如下

✓ 門診：【案件分類】為 B6

✓ 住院：分為下列 5 種案件

1. 一般案件：【案件分類】為 A1
2. 論病例計酬案件：【案件分類】為 A2
3. 特定案件：【案件分類】為 A3
4. 支付制度試辦計畫：(【案件分類】為 A4 且【病患來源】為 N、C、R)或是(【案件分類】為 A4 且【給付類別】為 M)
5. 職業傷病住院膳食費：【案件分類】為 AZ

✓ 交付機構：【原案件分類】為 B6。病理中心無【原案件分類】，只計入分母點數，不計入分子點數。

※原申報醫事機構：分析維度皆以原申報醫事機構統計，若原申報醫事機構未填或因無法串回醫事機構檔而無法歸回原申報醫事機構，該案件不予統計。

□ 總額歸類：病理中心與非病理中心歸類方式不同：

※病理中心：順序：其他→洗腎→中醫→牙醫→醫院→西醫基層

✓ 6(其他部門)：【案件分類】為 A1、A2、A5、A6、A7

✓ 5(洗腎總額)：【案件分類】為 05

✓ 4(中醫門診總額)：【案件分類】第 1 碼為 2，或【就醫科別】第 1 碼為 6，或以【轉入院所代碼】對應其權屬別為 38

✓ 3(牙醫門診總額)：【案件分類】第 1 碼為 1，或就醫科別為 GA，或【就醫科別】第 1 碼為 4，或以【轉入院所代碼】對應其權屬別為 37

✓ 2(西醫醫院總額)：以【轉入院所代碼】對應其權屬別為 01~15(不含 08 公立中醫醫院)。

✓ 1(西醫基層總額)：以【轉入院所代碼】對應其權屬別為 21~35，40~41。
✓ 最後若尚有沒歸到的案件，則列入 1(西醫基層總額)

※非病理中心：
✓ 1(西醫基層總額)：【醫事類別】或【原醫事類別】為 11、21
✓ 2(西醫醫院總額)：【醫事類別】或【原醫事類別】為 12、22
✓ 3(牙醫門診總額)：【醫事類別】或【原醫事類別】為 13
✓ 4(中醫門診總額)：【醫事類別】或【原醫事類別】為 14
✓ 5(洗腎總額)：【醫事類別】或【原醫事類別】為 15
✓ 6(其他部門)：【醫事類別】或【原醫事類別】非上述代碼的案件

□ 特約類別歸類：病理中心與非病理中心歸類方式不同：

※病理中心：取【轉入院所代碼】於【醫事機構檔】中當季最大存在月份時的特約類別，若當季找不到則再往前取最大存在月份時的特約類別。

※非病理中心：取【特約類別】或【原特約類別】；其中，若【原特約類別】未填時，則取【原申報醫事機構】於【醫事機構檔】中當季最大存在月份時的特約類別，若當季找不到則再往前取最大存在月份時的特約類別。

➢ 運算範圍：季

➢ 提供維度：1.全國
2.全國+總額部門
3.全國+總額部門+特約類別
4.分區
5.分區+總額部門
6.分區+總額部門+特約類別
7.分區+院所

(1321).西醫同院所同日再次就診率(101 西醫基層品保)

(建置時間：101/09/04)

※指標背景：基層總額季報與年報資料

■ 分子：同天、同院門診就醫 2 次以上人數

■ 分母：門診就診人數

□ 資料範圍：1.門診西醫基層。

2.排除「補報原因註記」為 2(補報部分醫令或醫令差額)之案件。

3.排除診察費為 0 之案件。

4.排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。

□ **分母：**同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數。

□ **分子：**同一費用年月、同一就醫日期、同一院所，同一人(身分證號)就診 2 次(含)以上，按身分證號歸戶之門診人數。

□ 例如：若 A 診所 3 月後未再申報，且 1、2 月僅甲病患在

1/1 就醫 3 次、1/20 就醫 2 次、2/3 就醫 1 次

可得 A 診所分母=2、分子=1、申報月數=2，Q2~Q4 則因分母為 0，該季就不出現該院所資訊。

➢ 運算範圍：季

➢ 提供維度：維度間可由院所維度向上累加

1.全國

2.分區

3.分區+院所

(1322).西醫同院同日同診斷再次就診率

(建置時間：101/09/04)

※指標背景：醫院總額季報與年報資料

■ 分子：同院、同天、同診斷門診就醫 2 次以上人數

■ 分母：門診就診人數

□ 資料範圍：1.門診(西醫基層+西醫醫院)

2.排除「補報原因註記」為 2(補報部分醫令或醫令差額)之案件。

3.排除診察費為 0 之案件。

4.排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。

□ **分母：**同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數。

□ **分子：**同一費用年月、同一就醫日期、同一院所、同一疾病(主診斷前三碼相同)、同一人(身分證號)就診 2 次(含)以上，按身分證號歸戶之門診人數。

□ 例如：醫院總額部門 101Q1 資料

院所	費用年月	分區	ID	就醫日	疾病	就診次數	**分母註記**	**分子註記**
11	201202	台北	甲	20120202	A	3	**1**	**1**
11	201202	台北	甲	20120225	A	3		
21	201201	台北	甲	20120120	B	1	**1**	**0**
21	201201	台北	甲	20120120	A	1		
21	201203	台北	甲	20120305	B	2	**1**	**1**
21	201203	台北	甲	20120315	C	2		
31	201202	中區	乙	20120201	D	3	**1**	**1**
31	201203	中區	乙	20120301	D	1	**1**	**1**
31	201203	中區	乙	20120301	E	2		
39	201202	中區	乙	20120201	D	1	**1**	**0**

※院所維度：

⇨院所 11 的分母=1(甲病患)，分子=1(2 月同一人同日同疾病就診 2 次以上雖有 2 筆，但同月再依 ID 歸戶後結果為 1)，申報月數=1。

⇨院所 21 的分母=2(甲病患分屬至 1 月及 3 月費用年月)，分子=1(3 月同一人同日同疾病就診 2 次以上雖有 2 筆，但同月再依 ID 歸戶後結果為 1)，申報月數=2。

⇨院所 31 的分母=2(乙病患分屬至 2 月及 3 月費用年月)，分子=2(2 月、3 月同一人同日同疾病就診 2 次以上各有 1 筆，依同月做 ID 歸戶後 2 月、3 月結果各為 1)，申報月數=2。

⇨院所 39 的分母=1，分子=0，申報月數=1。

※分區維度：由院所維度的數據向上累加：

⇨台北分區的分母=3，分子=2

⇨中區分區的分母=3，分子=2

※全國維度：由院所維度的數據向上累加：分母=6，分子=4

- 運算範圍：季
- 提供維度：維度間可向上累加

1.全國(含醫院與西醫基層總額)

2.全國+總額部門

3.分區+總額部門

4.分區+總額部門+特約類別

5.分區+總額部門+特約類別+院所

(1323).健保 IC 卡上傳正確率

(建置時間：101/09/04)

※指標背景：基層總額季報與年報資料

■ 分子：IC 卡上傳失敗件數

■ 分母：IC 卡上傳總件數

□ 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之門診 IC 卡上傳案件，勾稽係以院所自身的申報資料勾稽自身的上傳資料。

※上述資料範圍為醫療系統轉出資料文字檔，每月匯入倉儲

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 100 年開始產製。

□ **分母**：(醫令勾稽件數+IC 卡費用勾稽件數+醫事人員勾稽件數+主診斷勾稽件數)。

□ **分子**：(醫令勾稽失敗件數+IC 卡費用為 0 勾稽件數+醫事人員勾稽失敗件數+主診斷勾稽失敗件數)。

□ 指標計算：1－（分子÷分母）＊100％=1-錯誤率

➢ 運算範圍：季

➢ 提供維度：維度間可由院所維度向上累加

1.全國

2.分區

3.分區+院所

(1326).氣喘方案照護率_月累計

(建置時間：101/09/20)

(105/11/22 定義修訂:加入院所新舊代碼合併處理並自統計期間 106 年起開始啟用。)

■ 分子：申報醫令代碼前 3 碼為 P16 之人數

■ 分母：符合收案條件(同院同醫師就醫間隔 90 天)之門診主診斷為 493 之人數

□ 資料範圍：門診(西醫基層+西醫醫院)+住院(西醫基層+西醫醫院)

※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 100 年開始產製。

□ 分母：門診主診斷為氣喘且在同院、同醫師、同 ID、同生日下，任 2 次就醫日期間隔介於 0 到 90 天之人數。

※氣喘：ICD_9_CM 前三碼為 493。

※分母需排除 08 案件及補報原因註記為 2(即補報醫令者)案件。

□ 分子：門診及住院中，有申報 P16XXX(即醫令前 3 碼為 P16 者)之人數。

□ **範例說明**：

※分母、分子之資料範圍

當年度的分母改採用上年度全年資料來產製且在統計期間為每年 1 月份時才執行，之後分母固定，例如：

統計期間為 10101 時：

分子資料範圍為 10101-10101；分母資料範圍為 10001-10012。

統計期間為 10102 時：

分子資料範圍為 10101-10102；分母直接使用 10101 已計算的分母結果。

統計期間為 10106 時：

分子資料範圍為 10101-10106；分母直接使用 10101 已計算的分母結果。

統計期間為 10112 時：

分子資料範圍為 10101-10112；分母直接使用 10101 已計算的分母結果。

統計期間為 10201 時：

分子資料範圍為 10201-10201；分母資料範圍為 10101-10112。

統計期間為 10212 時：

分子資料範圍為 10201-10212；分母直接使用 10201 已計算的分母結果。

※分子>分母時之處理：若分子>分母時，則分母=分子(以分子為主)

□ 人數計算以【ID】歸戶。

□ 統計期間之院所若曾變更院所代碼，將以最新代碼取代舊代碼進行計算，舊代碼之判斷由醫事機構基本資料檔(V_DWM_HOSPBSC)中，取承接醫事機構代碼(HEIR_HOSP_ID)判斷，期間若該院所多次更換代碼，最多取代 10 次。[自統計期間 106 年起開始啟用]

➢ 運算範圍：月累計(每月計算當年自 1 月累計至該月份之申報資料，如 1 月，1-2

月，1-3 月…1-12 月)

- 展現維度：1.分區
  2.分區+縣市別
  3.分區+縣市別+特約類別
  4.分區+總額部門
  5.分區+總額部門+特約類別
  6.分區+總額部門+特約類別+院所
  7.分區+總額部門+特約類別+院所+醫師
  8.全國
  9.全國+總額部門

(1336).急診病人停留超過 24 小時的比率_月

(建置時間：101/10/15)

(101/12/05 定義修訂：(1)新增急診診察費-檢傷第五級醫令代碼 01116B；(2)自費用年月 10107 開始重新產製。)

(102/03/21 定義修訂：(1)同歸戶若有多種檢傷分類，改抓檢傷分類最小值；(2)自費用年月 10107 開始重新產製。)

(102/05/06 定義修訂：(1)因支付標準規定：「門診或急診當次轉住院，如仍由同科醫師診治，門診診察費或住院診察費應擇一申報」。原僅以申報急診診察費來認定急診案件會有漏失，故修改定義；(2)院所維度改為「分區+總額部門+特約類別+院所+急診檢傷分類」；(3)百分位計算方式修正；(4)季與年指標若統計期間院所有更換代碼，需整併至新代碼呈現；(5)自費用年月 10107 開始重新產製。)

(102/06/04 定義修訂：(1)百分位計算方式修正；(2)院所更換代碼的判斷邏輯修正；(3)自費用年月 10107 開始重新產製。)

(104/07/07 定義修訂：(1)指標定義比照指標 1652 但不限制急診後轉住院；(2)自統計期間 10301 開始重新產製。)

※指標背景：無

■ 分子：急診病人停留超過 24 小時人次

■ 分母：急診總人次

□ 分母資料範圍：門診(西醫醫院)、住院(西醫醫院)

□ 就醫記錄(勾稽用)資料範圍：門診全部資料、住院全部資料

1. 門診：排除連續處方領藥案件與轉代檢案件、居家與護理之家照護、精神科社區復健、預防/篩檢/戒煙等代辦案件、部份醫令補報案件、就醫同時併開立 B 型或 C 型肝炎用藥(本項費用年月 10301 後始納入)。

   ※連續處方領藥案件：案件分類為 08、28

   ※轉代檢案件：申請金額+部分負擔為 0 且案件分類不為 E1

   ※居家與護理之家照護：案件分類為 A1、A5、A6、A7

   ※精神科社區復健：案件分類為 A2

   ※預防/篩檢/戒煙等代辦案件：案件分類為 A3、B1、B7、B9、D2、HN、M1

   ※部份醫令補報案件：補報原因註記為 2

   ※就醫同時併開立 B 型或 C 型肝炎用藥：診察費點數為 0 且案件分類為 E1 且任一特定治療項目代號為 H1

2. 住院：排除代辦膳食費案件、部份醫令補報案件、就醫同時併開立 B 型或 C 型肝炎用藥案件(本項費用年月 10301 後始納入)。

   ※代辦膳食費案件：案件分類為 AZ、DZ

   ※部份醫令補報案件：補報原因註記為 2

   ※就醫同時併開立 B 型或 C 型肝炎用藥案件：診察費點數為 0 且案件分類為 4 且給付類別為 M

- 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- 此指標資料自統計期間 101 年 7 月開始產製，年指標自 102 年開始產製。
- 分母：急診之案件數。

※急診案件(含職災急診)：

(1)門診案件中申報有「急診診察費相關醫令」或「急診起、迄時間醫令」者。

(2)住院案件合併申報有「急診診察費相關醫令」或「急診起、迄時間醫令」者。

※急診診察費相關醫令

檢傷第一級	檢傷第二級	檢傷第三級	檢傷第四級	檢傷第五級	其他
00201A	00202A	00203A	00204A	00225B	01015C
00201B	00202B	00203B	00204B	01125B	01021C
01047B	01048B	01049B	01050B	01126B	01045C
01104B	01107B	01110B	01113B	01127B	01101C
01105B	01109B	01111B	01114B	01128B	01102C
01106B	01119B	01112B	01115B	01116B	01103C
01108B	01120B	01121B	01123B	01129B	
01117B	01131B	01122B	01124B	01134B	
01118B		01132B	01133B		
01130B					

※急診治療起日：

- ✓ 門診：抓【醫令類別】為 A 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_起】為急診治療起日。
- ✓ 住院：抓【醫令類別】為 C 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_起】為急診治療起日。

※急診治療迄日：

- ✓ 門診：抓【醫令類別】為 A 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_迄】為急診治療迄日。
- ✓ 住院：抓【醫令類別】為 C 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_迄】為急診治療迄日。

[有申報急診診察費未申報急診起迄日者]

※急診治療起日：

- ✓ 門診：以就醫日為急診治療起日。
- ✓ 住院：以住院日為急診治療起日。

※急診治療迄日：

- ✓ 門診：以就醫日+申報之急診暫留床(床/日)日數為急診治療迄日。
- ✓ 住院：以住院日+申報之急診暫留床(床/日)日數為急診治療迄日。

[有申報急診起迄日，但申報急診起日的「時」與「分」為 00：00，且急診迄日

「時」與「分」為 00：00 或 23：59 者]

※急診治療起日：

✓ 門診：以原申報的急診治療起日認定。

✓ 住院：以原申報的急診治療起日認定。

※急診治療迄日：

✓ 門診：以原申報的急診治療起日+申報之急診暫留床(床/日)日數為急診治療迄日。

✓ 住院：以原申報的急診治療起日+申報之急診暫留床(床/日)日數為急診治療迄日。

[有申報急診起迄日未申報急診診察費者]

※門診未申報急診診察費者：以【院所、ID、Birthday】勾稽住院日落在統計期間及統計期間往後一個月的住院資料符合 0≦【住診檔的住院日-門診檔的急診治療迄日】≦1 日之案件，其住院檔有申報 02011K 者歸為第二級，申報 02012A、02013B(加護病床住院診察費)及 02010B(燒傷病床住院診察費)者歸為第三級，其餘的就歸為其他。

※住診未申報急診診察費者：【同申報清單下】有申報 02011K 者歸為第二級，申報 02012A、02013B(加護病床住院診察費)及 02010B(燒傷病床住院診察費)者歸為第三級，其餘的就歸為其他。再依同一 ID+BIRTHDAY、同一入院日期、同一就醫院所取檢傷分類較小的為該次住院的代表檢傷分類。

□ 同案件申報多筆急診起、迄時間時，同案件下一律取最大起日、最大迄日計算；同案件若申報多種檢傷分類(ex.同時有第三、四級)，取較小的值為該案件的代表檢傷分類。

✓ 門診：同清單編號(DTL_PKNO)為同案件

✓ 住院：同一 ID+BIRTHDAY、同一入院日期、同一就醫院所視為同案件

□ 急診暫留床醫令代碼為 03018A、03019B、03019BA

✓ 依支付標準之規定：急診留觀或待床病人，入住滿 6 小時始得申報。留置超過一日(24 小時)者，比照住院病房費申報方式，依算進不算出原則計算。

✓ 未申報急診暫留床(暫留日數=0)者，以滯留 3 小時(3*60 分鐘)推估。

✓ 申報有急診暫留床(暫留日數=n 天，其中 n≧1)者，以滯留 n*24-12 小時((n*24-12)*60 分鐘)推估

□ 分子：分母案件中，(急診治療迄日-急診治療起日)>24 小時之件數總計。

□ 申報急診診察費該筆資料若未申報急診治療起、迄日，或者有任一項未填日期的情況，則該筆資料排除，完全不列入統計範圍。

□ 上述遇到日期相減的運算時，若條件限制是【分鐘】或【小時】，則以兩個日期的【分鐘】相減，再換算為小時，若條件限制是【日】，則以兩個日期的【日】相減，例如：日期 A 為 2010-03-0409：12：50，日期 B 為 2010-03-0320：43：35，以【分鐘】相減為 749 分鐘，以【日】相減為 1 日。

□ 院所維度報表需額外呈現全國同【總額部門+特約類別+檢傷分類】下，指標值

由小到大排序時該院所的百分位值，程式函數的計算公式為((同組下該值的排名-1)/(同組的總筆數-1))*100，並四捨五入到整數。例如：同組共 15 筆資料，則該組排名第 3 的值其百分位值為 14。

- 統計期間院所若曾變更院所代碼，將以期間最新代碼取代舊代碼進行計算(統計期間需與新代碼的【原始合約起日~合約迄日】期間有重疊才取代)，舊代碼之判斷，由醫事機構基本資料檔中，取「舊醫事機構代碼」欄判斷，期間若該院所多次更換代碼，最多取代 10 次。

- 運算範圍：月、季、年(本指標僅計算月指標，季與年的資料以月指標的結果累加，不重新彙算)
- 提供維度：1.分區+急診檢傷分類
  2.分區+總額部門+急診檢傷分類
  3.分區+總額部門+特約類別+急診檢傷分類
  4.分區+總額部門+特約類別+院所+急診檢傷分類
  5.全國+急診檢傷分類
  6.全國+特約類別+急診檢傷分類

(1339).完成急診重大疾病照護病人進入加護病房<6 小時之比率_月

(建置時間：101/10/15)

(101/12/05 定義修訂：(1)新增急診診察費-檢傷第五級醫令代碼 01116B；(2)自費用年月 10107 開始重新產製。)

(102/03/21 定義修訂：(1)同歸戶若有多種檢傷分類，改抓檢傷分類最小值；(2)自費用年月 10107 開始重新產製。)

(102/05/06 定義修訂：(1)因支付標準規定：「門診或急診當次轉住院，如仍由同科醫師診治，門診診察費或住院診察費應擇一申報」。原僅以申報急診診察費來認定急診案件會有漏失，故修改定義；(2)院所維度改為「分區+總額部門+特約類別+院所+急診檢傷分類」；(3)百分位計算方式修正；(4)季與年指標若統計期間院所有更換代碼，需整併至新代碼呈現；(5)自費用年月 10107 開始重新產製。)

(102/06/04 定義修訂：(1)百分位計算方式修正；(2)院所更換代碼的判斷邏輯修正；(3)自費用年月 10107 開始重新產製。)

(104/07/07 定義修訂：(1)分子取加護病房醫令起日時，由取最大改為取最小；(2)自統計期間 10201 開始重新產製。)

※指標背景：無

■ 分子：完成急診重大疾病照護於六小時內轉入加護病房人次

■ 分母：完成急診重大疾病照護總人次

□ 資料範圍：門診全部資料、住院全部資料

※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 101 年 7 月開始產製，年指標自 102 年開始產製。

□ **分母**：當次門診及住院申報檔有申報急診治療起、迄日之案件數總計，以急診診察費醫令或住院診察費醫令(急診後轉住院未申報急診診察費者)判斷其檢傷分類，以【院所+ID+Birthday+就醫日期(住院資料用住院日)】勾稽就醫日(住院資料用住院日)落在統計期間及統計期間往後一個月且有申報急診重大疾病照護的門診及住院案件，有勾稽到的為分母案件。

※急診診察費醫令：醫令代碼如下表，依檢傷分類歸類，無法歸類則歸於其他。

檢傷第一級	檢傷第二級	檢傷第三級	檢傷第四級	檢傷第五級	其他
00201A	00202A	00203A	00204A	00225B	01015C
00201B	00202B	00203B	00204B	01125B	01021C
01047B	01048B	01049B	01050B	01126B	01045C
01104B	01107B	01110B	01113B	01127B	01101C
01105B	01109B	01111B	01114B	01128B	01102C
01106B	01119B	01112B	01115B	01116B	01103C
01108B	01120B	01121B	01123B	01129B	
01117B	01131B	01122B	01124B	01134B	

01118B		01132B	01133B		
01130B					

※案件數：門住診所有申報急診診察費的資料，或急診後轉住院的案件，依相同【院所、ID、Birthday、就醫日期(住院資料用住院日)】歸戶為同一案件，同一案件計為同一人次。同歸戶下以最晚急診治療迄日為主，取得同歸戶同最晚迄日下最晚急診治療起日，以此代表起、迄日來進行後續判斷，若同樣的代表起、迄日申報多筆檢傷分類，則取檢傷分類最小值為代表檢傷分類。

※急診後轉住院：有[分開申報]和[合併申報]兩種情況。

[分開申報]：門診有申報急診治療起、迄日但沒有申報急診診察費的案件以【院所、ID、Birthday】勾稽住院日落在統計期間及統計期間往後一個月的住院資料符合 0≦【住診檔的住院日-門診檔的急診治療迄日】≦1 日之案件，其住院檔有申報 02011K 者歸為第二級，申報 02012A、02013B(加護病床住院診察費)及 02010B(燒傷病床住院診察費)者歸為第三級，其餘的就歸為其他。

[合併申報]：住診有申報急診治療起、迄日但沒有申報急診診察費的案件，***同申報清單下***有申報 02011K 者歸為第二級，申報 02012A、02013B(加護病床住院診察費)及 02010B(燒傷病床住院診察費)者歸為第三級，其餘的就歸為其他。

※急診治療起日：門住診的判斷方式不同。

- ✓ 門診：抓【醫令類別】為 A 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_起】為急診治療起日。
- ✓ 住院：抓【醫令類別】為 C 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_起】為急診治療起日。

※急診治療迄日：門住診的判斷方式不同。

- ✓ 門診：抓【醫令類別】為 A 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_迄】為急診治療迄日。
- ✓ 住院：抓【醫令類別】為 C 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_迄】為急診治療迄日。

※急診重大疾病照護：醫令代碼為 P4601B、P4602B

□ **分子**：分母案件中，後續以【院所+ID+Birthday】勾稽住院日落在統計期間及統計期間往後一個月有申報加護病房醫令的住院(限同院)案件，0≦【第一筆加護病房醫令起日-急診治療迄日】≦1 日且【急診治療迄日-急診治療起日】<6 小時之案件數總計。

※加護病房醫令：醫令代碼為 03010E、03011F、03012G、03013H

※第一筆加護病房醫令起日：相同【院所、ID、Birthday、住院日】下取第一筆加護病房醫令起日。

□ 申報急診診察費該筆資料若未申報急診治療起、迄日，或者有任一項未填日期的情況，則該筆資料排除，完全不列入統計範圍。

- □ 上述遇到日期相減的運算時，若條件限制是【分鐘】或【小時】，則以兩個日期的【分鐘】相減，再換算為小時，若條件限制是【日】，則以兩個日期的【日】相減，例如：日期 A 為 2010-03-0409：12：50，日期 B 為 2010-03-0320：43：35，以【分鐘】相減為 749 分鐘，以【日】相減為 1 日。
- □ 院所維度報表需額外呈現全國同【總額部門+特約類別+檢傷分類】下，指標值由小到大排序時該院所的百分位值，程式函數的計算公式為((同組下該值的排名-1)/(同組的總筆數-1))*100，並四捨五入到整數。例如：同組共 15 筆資料，則該組排名第 3 的值其百分位值為 14。
- □ 統計期間院所若曾變更院所代碼，將以期間最新代碼取代舊代碼進行計算(統計期間需與新代碼的【原始合約起日~合約迄日】期間有重疊才取代)，舊代碼之判斷，由醫事機構基本資料檔中，取「舊醫事機構代碼」欄判斷，期間若該院所多次更換代碼，最多取代 10 次。

➢ 運算範圍：月、季、年(本指標僅計算月指標，季與年的資料以月指標的結果累加，不重新彙算)

➢ 提供維度：1.分區+急診檢傷分類
2.分區+總額部門+急診檢傷分類
3.分區+總額部門+特約類別+急診檢傷分類
4.分區+總額部門+特約類別+院所+急診檢傷分類
5.全國+急診檢傷分類
6.全國+特約類別+急診檢傷分類

(1342).檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8 小時之比率_月

(建置時間：101/10/15)

(101/12/05 定義修訂：(1)新增病房費醫令 03012GA、03013HA、03003BA【呼吸照護中心(病房)病床費】；(2)病房費醫令改為抓醫令全碼；(3)自費用年月 10107 開始重新產製。)

(102/03/21 定義修訂：(1)同歸戶若有多種檢傷分類，改抓檢傷分類最小值；(2)自費用年月 10107 開始重新產製。)

(102/05/06 定義修訂：(1)因支付標準規定：「門診或急診當次轉住院，如仍由同科醫師診治，門診診察費或住院診察費應擇一申報」。原僅以申報急診診察費來認定急診案件會有漏失，故修改定義；(2)院所維度改為「分區+總額部門+特約類別+院所+急診檢傷分類」；(3)百分位計算方式修正；(4)季與年指標若統計期間院所有更換代碼，需整併至新代碼呈現；(5)自費用年月 10107 開始重新產製。)

(102/06/04 定義修訂：(1)百分位計算方式修正；(2)院所更換代碼的判斷邏輯修正；(3)自費用年月 10107 開始重新產製。)

※指標背景：無

■ 分子：檢傷一、二、三級病人轉入病房<8 小時之人次

■ 分母：檢傷一、二、三級病人住院人次

□ 資料範圍：門診全部資料、住院全部資料

※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 101 年 7 月開始產製，年指標自 102 年開始產製。

□ **分母**：當次門診及住院申報檔有申報急診治療起、迄日且急診後有轉住院(限同院)之案件數總計，以急診診察費醫令或住院診察費醫令(急診後轉住院未申報急診診察費者)判斷其檢傷分類，判斷後只留檢傷分類一~三級的案件為分母。

※急診診察費醫令：醫令代碼如下表。

檢傷第一級	檢傷第二級	檢傷第三級	檢傷第四級	檢傷第五級	其他
00201A	00202A	00203A	00204A	00225B	01015C
00201B	00202B	00203B	00204B	01125B	01021C
01047B	01048B	01049B	01050B	01126B	01045C
01104B	01107B	01110B	01113B	01127B	01101C
01105B	01109B	01111B	01114B	01128B	01102C
01106B	01119B	01112B	01115B	01116B	01103C
01108B	01120B	01121B	01123B	01129B	
01117B	01131B	01122B	01124B	01134B	
01118B		01132B	01133B		
01130B					

※案件數：門住診所有申報急診診察費的資料，或急診後轉住院的案件，依相同【院所、ID、Birthday、就醫日期(住院資料用住院日)】歸戶為同一案件，同一案件計為同一人次。同歸戶下以最晚急診治療迄日為主，取得同歸戶同最晚迄日下最晚急診治療起日，以此代表起、迄日來進行後續判斷，若同樣的代表起、迄日申報多筆檢傷分類，則取檢傷分類最小值為代表檢傷分類。

※急診後轉住院：有[分開申報]和[合併申報]兩種情況。

[分開申報]：門診有申報急診治療起、迄日但沒有申報急診診察費的案件以【院所、ID、Birthday】勾稽住院日落在統計期間及統計期間往後一個月的住院資料符合 0≦【住診檔的住院日-門診檔的急診治療迄日】≦1 日之案件，其住院檔有申報 02011K 者歸為第二級，申報 02012A、02013B(加護病床住院診察費)及 02010B(燒傷病床住院診察費)者歸為第三級，其餘的就歸為其他。

[合併申報]：住診有申報急診治療起、迄日但沒有申報急診診察費的案件，***同申報清單下***有申報 02011K 者歸為第二級，申報 02012A、02013B(加護病床住院診察費)及 02010B(燒傷病床住院診察費)者歸為第三級，其餘的就歸為其他。

※急診治療起日：門住診的判斷方式不同。

- ✓ 門診：抓【醫令類別】為 A 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_起】為急診治療起日。
- ✓ 住院：抓【醫令類別】為 C 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_起】為急診治療起日。

※急診治療迄日：門住診的判斷方式不同。

- ✓ 門診：抓【醫令類別】為 A 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_迄】為急診治療迄日。
- ✓ 住院：抓【醫令類別】為 C 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_迄】為急診治療迄日。

※急診後有轉住院：歸戶後的案件以【院所+ID+Birhtday】勾稽住院日落在統計期間及統計期間往後一個月的所有住院案件，有分開申報及合併申報兩種。

※分開申報：0≦【住院日-急診治療迄日】≦1 日之案件。

※合併申報：0≦【病房費醫令執行起日之最小日期-急診治療迄日】≦1 日之案件，且需排除婦產科案件於待產床待產者。(相同【院所、ID、Birthday、住院日】視為同一個案)

- ✓ 病房費醫令：醫令全碼為下表代碼任一項

代碼	名稱
03001K 03002A 03004B	一般病床（床/天）–病房費
03005K 03006A	經濟病床（床/天）–病房費

代碼	名稱
03008B	
03009K 03023A 03024B	新生兒中重度病床–病房費
03016B	燒傷病床（床/天）–病房費
03017A	燒傷中心（床/天）–病房費
03020B	隔離病床（床/天）1.一般隔離病床–病房費
03021B	隔離病床（床/天）2.正壓隔離病床–病房費
03051B	隔離病床（床/天）3.負壓隔離病床–病房費
03022K	骨髓移植隔離病床（床/天）–病房費
03010E 03011F 03012G	加護病床（床/天）–病房費
03014A 03025B	精神科加護病床（床/天）–病房費
03053B	核醫病床–病房費
03055K 03056A 03057B	急性精神一般病床（床/天）
03061K03062A 03063B	急性精神經濟病床（床/天）
03012GA 03013HA 03003BA	呼吸照護中心(病房)病床費

✓ 排除婦產科案件於待產床待產者：住院清單明細檔中審核結果DRG(EXM_RESULTDRG_1)前三碼為 370-375 且若相同【院所、ID、Birthday、住院日】有多件，則只要其中任一件符合就整個全部排除。

※分開申報或合併申報皆計為分子案件，但相同【院所、ID、Birthday、就醫日期(住院資料用住院日)】視為同一案件。

- □ **分子**：分母案件中，(急診治療迄日-急診治療起日)<8 小時之件數總計。
- □ 申報急診診察費該筆資料若未申報急診治療起、迄日，或者有任一項未填日期的情況，則該筆資料排除，完全不列入統計範圍。
- □ 上述遇到日期相減的運算時，若條件限制是【分鐘】或【小時】，則以兩個日期的【分鐘】相減，再換算為小時，若條件限制是【日】，則以兩個日期的【日】相減，例如：日期 A 為 2010-03-0409：12：50，日期 B 為 2010-03-0320：43：35，以【分鐘】相減為 749 分鐘，以【日】相減為 1 日。
- □ 院所維度報表需額外呈現全國同【總額部門+特約類別+檢傷分類】下，指標值由小到大排序時該院所的百分位值，程式函數的計算公式為((同組下該值的排名-1)/(同組的總筆數-1))*100，並四捨五入到整數。例如：同組共 15 筆資料，則該組排名第 3 的值其百分位值為 14。

- □ 統計期間院所若曾變更院所代碼，將以期間最新代碼取代舊代碼進行計算(統計期間需與新代碼的【原始合約起日~合約迄日】期間有重疊才取代)，舊代碼之判斷，由醫事機構基本資料檔中，取「舊醫事機構代碼」欄判斷，期間若該院所多次更換代碼，最多取代 10 次。
- ➢ 運算範圍：月、季、年(本指標僅計算月指標，季與年的資料以月指標的結果累加，不重新彙算)
- ➢ 提供維度：1.分區+急診檢傷分類
  2.分區+總額部門+急診檢傷分類
  3.分區+總額部門+特約類別+急診檢傷分類
  4.分區+總額部門+特約類別+院所+急診檢傷分類
  5.全國+急診檢傷分類
  6.全國+特約類別+急診檢傷分類

(1345).檢傷四、五級急診病人離開醫院<4 小時之比率_月

(建置時間：101/10/15)

(101/12/05 定義修訂：(1)新增急診診察費-檢傷第五級醫令代碼 01116B；(2)自費用年月 10107 開始重新產製。)

(102/03/21 定義修訂：(1)同歸戶若有多種檢傷分類，改抓檢傷分類最小值；(2)分母出院人次扣除有住院者，並於報表上列出有住院的人次；(3)自費用年月 10107 開始重新產製。)

(102/05/06 定義修訂：(1)院所維度改為「分區+總額部門+特約類別+院所+急診檢傷分類」；(2)百分位計算方式修正；(3)季與年指標若統計期間院所有更換代碼，需整併至新代碼呈現；(4)自費用年月 10107 開始重新產製。)

(102/06/04 定義修訂：(1)百分位計算方式修正；(2)院所更換代碼的判斷邏輯修正；(3)自費用年月 10107 開始重新產製。)

※指標背景：無

■ 分子：檢傷四、五級病人 4 小時內出院人次

■ 分母：檢傷四、五級病人出院人次

□ 資料範圍：門診全部資料、住院全部資料

※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 101 年 7 月開始產製，年指標自 102 年開始產製。

□ **分母**：當次門診及住院申報檔有申報急診治療起、迄日且有申報檢傷四、五級急診診察費醫令且扣除有住院者之案件數總計。

※檢傷四、五級急診診察費醫令：醫令代碼如下表

檢傷第四級	檢傷第五級
00204A	00225B
00204B	01125B
01050B	01126B
01113B	01127B
01114B	01128B
01115B	01116B
01123B	01129B
01124B	01134B
01133B	

※案件數：門住診所有申報急診診察費的資料，依相同【院所、ID、Birthday、就醫日期(住院資料用住院日)】歸戶為同一案件，同一案件計為同一人次。同歸戶下以最晚急診治療迄日為主，取得同歸戶同最晚迄日下最晚急診治療起日，以此代表起、迄日來進行後續判斷，若同樣的代表起、迄日申報多筆檢傷

分類，則取檢傷分類最小值為代表檢傷分類。

※急診治療起日：門住診的判斷方式不同。

✓ 門診：抓【醫令類別】為 A 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_起】為急診治療起日。

✓ 住院：抓【醫令類別】為 C 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_起】為急診治療起日。

※急診治療迄日：門住診的判斷方式不同。

✓ 門診：抓【醫令類別】為 A 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_迄】為急診治療迄日。

✓ 住院：抓【醫令類別】為 C 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_迄】為急診治療迄日。

※有住院者：歸戶後的案件以【院所+ID+Birhtday】勾稽住院日落在統計期間及統計期間往後一個月的所有住院案件，0≦【住院日-急診治療迄日】≦1 日為住院者。

□ **分子**：分母案件中，(急診治療迄日-急診治療起日)<4 小時之件數總計。

□ 申報急診診察費該筆資料若未申報急診治療起、迄日，或者有任一項未填日期的情況，則該筆資料排除，完全不列入統計範圍。

□ 上述遇到日期相減的運算時，若條件限制是【分鐘】或【小時】，則以兩個日期的【分鐘】相減，再換算為小時，若條件限制是【日】，則以兩個日期的【日】相減，例如：日期 A 為 2010-03-0409：12：50，日期 B 為 2010-03-0320：43：35，以【分鐘】相減為 749 分鐘，以【日】相減為 1 日。

□ 院所維度報表需額外呈現全國同【總額部門+特約類別+檢傷分類】下，指標值由小到大排序時該院所的百分位值，程式函數的計算公式為((同組下該值的排名-1)/(同組的總筆數-1))*100，並四捨五入到整數。例如：同組共 15 筆資料，則該組排名第 3 的值其百分位值為 14。

□ 統計期間院所若曾變更院所代碼，將以期間最新代碼取代舊代碼進行計算(統計期間需與新代碼的【原始合約起日~合約迄日】期間有重疊才取代)，舊代碼之判斷，由醫事機構基本資料檔中，取「舊醫事機構代碼」欄判斷，期間若該院所多次更換代碼，最多取代 10 次。

➢ 運算範圍：月、季、年(本指標僅計算月指標，季與年的資料以月指標的結果累加，不重新彙算)

➢ 提供維度：1.分區+急診檢傷分類
2.分區+總額部門+急診檢傷分類
3.分區+總額部門+特約類別+急診檢傷分類
4.分區+總額部門+特約類別+院所+急診檢傷分類
5.全國+急診檢傷分類
6.全國+特約類別+急診檢傷分類

(1354).轉出率-排除特定疾病別(急診品質提升方案鼓勵轉診疾病)_月

(建置時間：101/10/15)

(101/12/05 定義修訂：(1)新增急診診察費-檢傷第五級醫令代碼 01116B；(2)自費用年月 10107 開始重新產製。)

(102/03/21 定義修訂：(1)同歸戶若有多種檢傷分類，改抓檢傷分類最小值；(2)新增分子 4~分子 5，分子 4 及分子 5 在報表上只需呈現件數，不需呈現指標值，分子 2 在報表上只需呈現指標值，不需呈現件數；(3)自費用年月 10107 開始重新產製。)

(102/05/06 定義修訂：(1)因支付標準規定：「門診或急診當次轉住院，如仍由同科醫師診治，門診診察費或住院診察費應擇一申報」。原僅以申報急診診察費來認定急診案件會有漏失，故修改定義；(2)院所維度改為「分區+總額部門+特約類別+院所+急診檢傷分類」；(3)百分位計算方式修正；(4)季與年指標若統計期間院所有更換代碼，需整併至新代碼呈現；(5)自費用年月 10107 開始重新產製。)

(102/06/04 定義修訂：(1)百分位計算方式修正；(2)院所更換代碼的判斷邏輯修正；(3)自費用年月 10107 開始重新產製。)

(104/12/30 定義修訂：(1)修正表一適應症範圍；(2)自費用年月 10401 開始重新產製。)

※指標背景：無

■ 分子：急診就醫案件中有轉出至他院(急診或住院)就醫件數總計_上轉

■ 分母：急診就醫總件數

□ 資料範圍：門診全部資料、住院全部資料

※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 101 年 7 月開始產製，年指標自 102 年開始產製。

□ **分母**：當次門診及住院申報檔有申報急診治療起、迄日之案件數總計，以急診診察費醫令或住院診察費醫令(急診後轉住院未申報急診診察費者)判斷其檢傷分類。

※急診診察費：醫令代碼如下表，依檢傷分類歸類，無法歸類則歸於其他。

檢傷第一級	檢傷第二級	檢傷第三級	檢傷第四級	檢傷第五級	其他
00201A	00202A	00203A	00204A	00225B	01015C
00201B	00202B	00203B	00204B	01125B	01021C
01047B	01048B	01049B	01050B	01126B	01045C
01104B	01107B	01110B	01113B	01127B	01101C
01105B	01109B	01111B	01114B	01128B	01102C
01106B	01119B	01112B	01115B	01116B	01103C
01108B	01120B	01121B	01123B	01129B	
01117B	01131B	01122B	01124B	01134B	
01118B		01132B	01133B		
01130B					

※案件數：門住診所有申報急診診察費的資料，或急診後轉住院的案件，依相同【院所、ID、Birthday、就醫日期(住院資料用住院日)】歸戶為同一案件，同一案件計為同一人次。同歸戶下以最晚急診治療迄日為主，取得同歸戶同最晚迄日下最晚急診治療起日，以此代表起、迄日來進行後續判斷，若同樣的代表起、迄日申報多筆檢傷分類，則取檢傷分類最小值為代表檢傷分類。

※急診後轉住院：有[分開申報]和[合併申報]兩種情況。

[分開申報]：門診有申報急診治療起、迄日但沒有申報急診診察費的案件以【院所、ID、Birthday】勾稽住院日落在統計期間及統計期間往後一個月的住院資料符合 0≦【住診檔的住院日-門診檔的急診治療迄日】≦1 日之案件，其住院檔有申報 02011K 者歸為第二級，申報 02012A、02013B(加護病床住院診察費)及 02010B(燒傷病床住院診察費)者歸為第三級，其餘的就歸為其他。

[合併申報]：住診有申報急診治療起、迄日但沒有申報急診診察費的案件，***同申報清單下***有申報 02011K 者歸為第二級，申報 02012A、02013B(加護病床住院診察費)及 02010B(燒傷病床住院診察費)者歸為第三級，其餘的就歸為其他。

※急診治療起日：門住診的判斷方式不同。

- ✓ 門診：抓【醫令類別】為 A 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_起】為急診治療起日。
- ✓ 住院：抓【醫令類別】為 C 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_起】為急診治療起日。

※急診治療迄日：門住診的判斷方式不同。

- ✓ 門診：抓【醫令類別】為 A 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_迄】為急診治療迄日。
- ✓ 住院：抓【醫令類別】為 C 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_迄】為急診治療迄日。

□ **分子**：分母案件中，有轉院且轉出至他院急診或轉出至他院住院的所有案件中，符合上轉條件的件數。

※轉院：門診申報急診治療起、迄日的資料有任一筆【病患是否轉出】欄位為 Y 或是住院申報急診治療起、迄日的資料有任一筆【轉歸代碼】欄位為 6。

※轉出至他院急診：以分母案件相互比較，0≦(他院急診治療起日-分母案件急診治療迄日)≦1440 分

※轉出至他院住院：以分母案件勾稽住院日落在統計期間及統計期間往後一個月的住院案件，0≦(他院住院住院日期-分母案件急診治療迄日)≦1 日

※上轉條件：轉出院所同歸戶下有任一筆急診資料的主診斷符合下表一的疾病碼，且轉出情況符合下列 5 種情況任 1 種：(若轉出及轉入兩家醫院均為急救責任醫院，則以急救責任分級判斷，如只有一家為急救責任醫院，或兩家均非急救責任醫院時，則以特約類別區分判斷)

(1)急救責任醫院註記 3 的院所轉到急救責任醫院註記 1、2 的院所
(2)急救責任醫院註記 2 的院所轉到急救責任醫院註記 1 的院所
(3)特約類別為 4 的院所轉到特約類別為 1、2、3 的院所
(4)特約類別為 3 的院所轉到特約類別為 1、2 的院所
(5)特約類別為 2 的院所轉到特約類別為 1 的院所

表一：

疾病碼	診斷碼中文名稱
410.00 至 410.52、410.80 至 410.92	急性心肌梗塞
433.00 至 434.91	急性腦中風
441.00 至 441.02	主動脈剝離
456.20	食道靜脈瘤出血
038.0-038.9、785.59	敗血症
800-904、910-929、950-959	重大外傷

- □ 申報急診診察費該筆資料若未申報急診治療起、迄日，或者有任一項未填日期的情況，則該筆資料排除，完全不列入統計範圍。
- □ 上述遇到日期相減的運算時，若條件限制是【分鐘】或【小時】，則以兩個日期的【分鐘】相減，再換算為小時，若條件限制是【日】，則以兩個日期的【日】相減，例如：日期 A 為 2010-03-0409：12：50，日期 B 為 2010-03-0320：43：35，以【分鐘】相減為 749 分鐘，以【日】相減為 1 日。
- □ 院所維度報表需額外呈現全國同【總額部門+特約類別+檢傷分類】下，指標值由小到大排序時該院所的百分位值，程式函數的計算公式為((同組下該值的排名-1)/(同組的總筆數-1))*100，並四捨五入到整數。例如：同組共 15 筆資料，則該組排名第 3 的值其百分位值為 14。
- □ 統計期間院所若曾變更院所代碼，將以期間最新代碼取代舊代碼進行計算(統計期間需與新代碼的【原始合約起日~合約迄日】期間有重疊才取代)，舊代碼之判斷，由醫事機構基本資料檔中，取「舊醫事機構代碼」欄判斷，期間若該院所多次更換代碼，最多取代 10 次。

➢ 運算範圍：月、季、年(本指標僅計算月指標，季與年的資料以月指標的結果累加，不重新彙算)

➢ 提供維度：1.分區+急診檢傷分類
2.分區+總額部門+急診檢傷分類
3.分區+總額部門+特約類別+急診檢傷分類

4.分區+總額部門+特約類別+院所+急診檢傷分類
5.全國+急診檢傷分類
6.全國+特約類別+急診檢傷分類

(1417).糖尿病病患醣化血色素（HbA1c）執行率_月累計

(建置時間：102/04/16)

※指標背景：糖尿病病患檢驗執行率以當年度月累計統計較符合指引及指標監測需要。

- ■ 分子：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行醣化血色素(HbA1c)檢驗人數
- ■ 分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數
- □ 資料範圍：門診西醫基層、門診西醫醫院
- □ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- □ 此指標資料自統計期間 10201 開始產製。
- □ 糖尿病－任一主、次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 250 之門診案件。
- □ 糖尿病用藥－指 ATC 前三碼為 A10。
- □ 醣化血色素(HbA1c)案件係指申報醫令代碼前五碼為 09006 之案件
- □ 計算符合分母條件之 ID 時，主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。
- □ 計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，只要該 ID 於統計期間有執行醣化血色素(HbA1c)檢驗即成立。
- ➢ 運算範圍：月累計(每月計算當年自 1 月累計至該月份之申報資料，如 1 月，1-2 月，1-3 月…1-12 月)
- ➢ 展現維度：1.分區(分子全國跨院勾稽)
  2.分區+縣市別(分子全國跨院勾稽)
  3.分區+總額部門(分子全國跨院勾稽)
  4.分區+總額部門+特約類別(分子全國跨院勾稽)
  5.分區+院所(分子同院勾稽)
  6.分區+院所(分子全國跨院勾稽)
  7.全國(分子全國跨院勾稽)
  8.全國+特約類別(分子全國跨院勾稽)
  9.全國+總額部門(分子全國跨院勾稽)

(1418).糖尿病病患空腹血脂(Fasting lipid profile)執行率_月累計

(建置時間：102/04/16)

※指標背景：糖尿病病患檢驗執行率以當年度月累計統計較符合指引及指標監測需要。

■ 分子：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行空腹血脂(Fasting lipid profile)檢驗人數

■ 分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數

□ 資料範圍：門診西醫基層、門診西醫醫院

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 10201 開始產製。

□ 糖尿病－任一主、次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 250 之門診案件。

□ 糖尿病用藥－指 ATC 前三碼為 A10。

□ 空腹血脂(Fasting lipid profile)人數係指年季內有申報醫令代碼前五碼有 09001(血清總膽固醇 CHOL)+09004(空腹血清中性脂肪 TG)+09043(高密度脂蛋白膽固醇 HDL)三項、或有申報醫令代碼前五碼有 09001(血清總膽固醇 CHOL)+09004(空腹血清中性脂肪 TG)+09044(低密度脂蛋白膽固醇 LDL)三項、或申報醫令代碼 21 及就醫序號 IC21、或醫令代碼 22 及就醫序號 IC22、或醫令代碼 25 及就醫序號 IC23、或醫令代碼 27 及就醫序號 IC24、或醫令代碼 21+L1001C 及就醫序號 IC21、或醫令代碼 25+L1001C 及就醫序號 IC23。

□ 計算符合分母條件之 ID 時，主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。

□ 計算符合分子條件之 ID 時，其中條件『申報醫令代碼前五碼有 09001(血清總膽固醇 CHOL)+09004(空腹血清中性脂肪 TG)+09043(高密度脂蛋白膽固醇 HDL)三項檢查』、及條件『有申報醫令代碼前五碼有 09001(血清總膽固醇 CHOL)+09004(空腹血清中性脂肪 TG)+09044(低密度脂蛋白膽固醇 LDL)』，上述兩個條件的三項檢查需限定要發生在同處方案件

□ 計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，只要該 ID 於統計期間有執行空腹血脂(Fasting lipid profile)檢驗即成立。

➢ 運算範圍：月累計(每月計算當年自 1 月累計至該月份之申報資料，如 1 月，1-2 月，1-3 月…1-12 月)

➢ 展現維度：1.分區(分子全國跨院勾稽)
2.分區+縣市別(分子全國跨院勾稽)
3.分區+總額部門(分子全國跨院勾稽)
4.分區+總額部門+特約類別(分子全國跨院勾稽)
5.分區+院所(分子同院勾稽)
6.分區+院所(分子全國跨院勾稽)
7.全國(分子全國跨院勾稽)

8.全國+特約類別(分子全國跨院勾稽)
9.全國+總額部門(分子全國跨院勾稽)

(1419).糖尿病病患眼底檢查或眼底彩色攝影執行率_月累計

(建置時間：102/04/16)

※指標背景：糖尿病病患檢驗執行率以當年度月累計統計較符合指引及指標監測需要。

■ 分子：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行眼底檢查或眼底彩色攝影檢查人數
■ 分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數
□ 資料範圍：門診西醫基層、門診西醫醫院
□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
□ 此指標資料自統計期間 10201 開始產製。
□ 糖尿病－任一主、次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 250 之門診案件。
□ 糖尿病用藥－指 ATC 前三碼為 A10。
□ 眼底檢查或眼底彩色攝影案件係指申報醫令代碼前五碼為 23501 或 23502 或 23702 之案件
□ 計算符合分母條件之 ID 時，主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。
□ 計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，只要該 ID 於統計期間有執行眼底檢查或眼底彩色攝影檢驗即成立。
➢ 運算範圍：月累計(每月計算當年自 1 月累計至該月份之申報資料，如 1 月，1-2 月，1-3 月…1-12 月)
➢ 展現維度：1.分區(分子全國跨院勾稽)
2.分區+縣市別(分子全國跨院勾稽)
3.分區+總額部門(分子全國跨院勾稽)
4.分區+總額部門+特約類別(分子全國跨院勾稽)
5.分區+院所(分子同院勾稽)
6.分區+院所(分子全國跨院勾稽)
7.全國(分子全國跨院勾稽)
8.全國+特約類別(分子全國跨院勾稽)
9.全國+總額部門(分子全國跨院勾稽)

(1420).糖尿病病患尿液蛋白質檢查執行率_月累計

(建置時間：102/04/16)

※指標背景：糖尿病病患檢驗執行率以當年度月累計統計較符合指引及指標監測需要。

■ 分子：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行尿液蛋白質檢查人數

■ 分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數

□ 資料範圍：門診西醫基層、門診西醫醫院

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 10201 開始產製。

□ 糖尿病－任一主、次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 250 之門診案件。

□ 糖尿病用藥－指 ATC 前三碼為 A10。

□ 尿液蛋白質檢查案件係指申報醫令代碼前五碼為 12111(微白蛋白(免疫比濁法))或 27065(微白蛋白)或 06003(尿蛋白)或 06012(尿一般檢查)或 06013(尿生化檢查)之案件。

□ 計算符合分母條件之 ID 時，主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。

□ 計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，只要該 ID 於統計期間有執行尿液微量白蛋白檢驗即成立。

➢ 運算範圍：月累計(每月計算當年自 1 月累計至該月份之申報資料，如 1 月，1-2 月，1-3 月…1-12 月)

➢ 展現維度：1.分區(分子全國跨院勾稽)
2.分區+縣市別(分子全國跨院勾稽)
3.分區+總額部門(分子全國跨院勾稽)
4.分區+總額部門+特約類別(分子全國跨院勾稽)
5.分區+院所(分子同院勾稽)
6.分區+院所(分子全國跨院勾稽)
7.全國(分子全國跨院勾稽)
8.全國+特約類別(分子全國跨院勾稽)
9.全國+總額部門(分子全國跨院勾稽)

(1421).糖尿病病患尿液生化檢查執行率_月累計

(建置時間：102/04/16)

※指標背景：糖尿病病患檢驗執行率以當年度月累計統計較符合指引及指標監測需要。

■ 分子：分母 ID 中，在統計期間有執行尿液生化檢查之病人 ID 歸戶人數。

■ 分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。

□ 資料範圍：門診西醫基層、門診西醫醫院

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 10201 開始產製。

□ 糖尿病－任一主、次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 250 之門診案件。

□ 糖尿病用藥－指 ATC 前三碼為 A10。

□ 尿液生化檢查係指申報醫令代碼前五碼為 06013 之案件。

□ 計算符合分母條件之 ID 時，主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。

□ 計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，只要該 ID 於統計期間有執行尿液生化檢查即成立。

➢ 運算範圍：月累計(每月計算當年自 1 月累計至該月份之申報資料，如 1 月，1-2 月，1-3 月…1-12 月)

➢ 展現維度：1.分區(分子全國跨院勾稽)
2.分區+縣市別(分子全國跨院勾稽)
3.分區+總額部門(分子全國跨院勾稽)
4.分區+總額部門+特約類別(分子全國跨院勾稽)
5.分區+院所(分子同院勾稽)
6.分區+院所(分子全國跨院勾稽)
7.全國(分子全國跨院勾稽)
8.全國+特約類別(分子全國跨院勾稽)
9.全國+總額部門(分子全國跨院勾稽)

(1422).糖尿病病患血液肌酸酐檢查執行率_月累計

(建置時間：102/04/16)

※指標背景：糖尿病病患檢驗執行率以當年度月累計統計較符合指引及指標監測需要。

■ 分子：分母 ID 中，在統計期間有執行血液肌酸酐檢查之病人 ID 歸戶人數。

■ 分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。

□ 資料範圍：門診西醫基層、門診西醫醫院

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 10201 開始產製。

□ 糖尿病－任一主、次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 250 之門診案件。

□ 糖尿病用藥－指 ATC 前三碼為 A10。

□ 血液肌酸酐檢查係指申報醫令代碼前五碼為 09015 之案件。

□ 計算符合分母條件之 ID 時，主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。

□ 計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，只要該 ID 於統計期間有執行血液肌酸酐檢查即成立。

➢ 運算範圍：月累計(每月計算當年自 1 月累計至該月份之申報資料，如 1 月，1-2 月，1-3 月…1-12 月)

➢ 展現維度：1.分區(分子全國跨院勾稽)
2.分區+縣市別(分子全國跨院勾稽)
3.分區+總額部門(分子全國跨院勾稽)
4.分區+總額部門+特約類別(分子全國跨院勾稽)
5.分區+院所(分子同院勾稽)
6.分區+院所(分子全國跨院勾稽)
7.全國(分子全國跨院勾稽)
8.全國+特約類別(分子全國跨院勾稽)
9.全國+總額部門(分子全國跨院勾稽)

(1423).「緩和醫療家庭諮詢」成效_季

(建置時間：102/05/21)

(103/07/17 定義修訂：安寧居家療護醫令增加 05336C-05341C。)

※指標背景：計算醫院總額品質保證保留款核發指標

■ 分子：轉介住院安寧療護或安寧居家療護或安寧共同照護人數。

■ 分母：申報 02020B「緩和醫療家庭諮詢費」人數。

□ 資料範圍一(分母範圍)：住院西醫醫院

※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)

□ 資料範圍二(分子勾稽範圍)：門診西醫醫院、住院西醫醫院

※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 102 年開始產製。

□ **分母**：該院申報 02020B「緩和醫療家庭諮詢費」人數。

□ **分子**：分母 ID 為母體，該院申報住院安寧療護或安寧居家療護或全民健康保險安寧共同照護試辦方案件，分子醫令執行起日需**大於等於**分母醫令執行起日，按【院所，ID】歸戶。

※住院安寧療護醫令：05601K、05602A、05603B。

※安寧居家療護醫令：05312C-05316C(共 5 個醫令，尾碼都是 C)及 05323C-05327C(共 5 個醫令，尾碼都是 C)及 05336C-05341C(共 6 個醫令，尾碼都是 C)。

※全民健康保險安寧共同照護試辦方案醫令：P4401B、P4402B、P4403B。

※分子醫令執行起日需**大於等於**分母醫令執行起日：(分子醫令執行起日-分母醫令執行起日)>=0。

□ 人數以【院所+ID】歸戶後計算，若有多筆視為 1 筆。

➢ 運算範圍：季、年(以費用年月作為統計期間範圍認定)

➢ 展現維度(分子分母皆由院所維度的分子分母累加)：

1.全國

2.分區

3.分區+特約類別

4.分區+特約類別+院所

(1425).接受安寧緩和醫療之意願_季

(建置時間：102/11/06)

(105/09/19 定義修訂：指標 1425 新增接受安寧緩和醫療之意願之分母及分子個案明細。自 105 年 1 月起重新產製所有歷史資料。)

※指標背景：計算醫院總額品質保證保留款核發指標

■ 分子：住院期間完成簽署 DNR 人數

■ 分母：申報 02020B「緩和醫療家庭諮詢費」人數

□ 資料範圍：住院西醫醫院

※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 102 年開始產製。

□ **分母**：該院申報 02020B「緩和醫療家庭諮詢費」人數。

□ **分子**：以【ID】勾稽 IC 卡註記有預立醫囑的或以【院所+ID】勾稽同院申報資料完成簽署 DNR 人數。

※IC 卡註記有預立醫囑：衛生福利部器捐安寧介接檔中為同意「接受不施行心肺復甦術」者，代碼為「3」、「4」、「6」、「7」、「D」、「E」、「G」、「H」，同 ID 有勾到就算。

※完成簽署 DNR：住院申報醫令類別「G：專案支付參考數值」且虛擬醫令代碼「DNR」(大寫)且「支付成數」、「醫令總量」、「醫令單價」及「醫令點數」等欄位為 0，且 DNR 簽署日期(以醫令起日認定)需≧分母醫令起日。

✓ 本項醫令自 102 年 7 月 1 日起可申報，102 年 1~6 月 DNR 資料係各分區業務組彙整院所簽署 DNR 個案，再將這些個案匯入資料庫供指標勾稽，由於這些彙整資料僅有「完成簽署月份」，因此簽署日期一律以當月最後一天認定，例如：完成簽署月份為 102 年 6 月，則以 102/06/30 為 DNR 簽署日期。

□ 人數以【院所+ID】歸戶後計算，若有多筆視為 1 筆。

➢ 運算範圍：季、年(以費用年月作為統計期間範圍認定)

➢ 展現維度(分子分母皆由院所維度的分子分母累加)：

1.全國

2.分區

3.分區+特約類別

4.分區+特約類別+院所

(1427).{1427，1429}跨院際安寧共同照護資源分享_季

(建置時間：102/11/06)

※指標背景：計算醫院總額品質保證保留款核發指標

- ■ 分子 1(季：1427、年：1428)：支援醫院實際協助被支援醫院家數
- ■ 分子 2(季：1429、年：1430)：支援醫院完成協助被支援醫院次數
- □ 資料範圍：安寧跨院際資源分享紀錄檔
- □ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- □ 此指標資料自統計期間 102 年開始產製。
- □ **分母**：此指標無分母定義，所有維度資料下分母一律填入 1。
- □ **分子 1**：各院所【支援日期】落在統計期間的【被支援醫事機構代碼】院所歸戶數。
- □ **分子 2**：各院所【支援日期】落在統計期間的支援次數加總，一筆資料算一次。
- ➢ 運算範圍：季、年(以支援日期作為統計期間範圍認定)
- ➢ 展現維度(分子分母皆由院所維度的分子分母累加)：

  1.全國

  2.分區

  3.分區+特約類別

  4.分區+特約類別+院所

(1432).生產案件出院後 14 日內再住院率(孕產婦計畫)

(建置時間：102/07/29)

(104/10/23 定義修訂：原本自 101 年起產製，增加產製 99~100 年指標資料)

※指標背景：孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫

■ 分子：分母案件出院後 14 日內再住院案件數。

■ 分母：生產出院案件數。

□ 資料範圍：住院（含西醫醫院/西醫基層/助產所）

※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)

□ 此指標資料自統計期間 99 年開始產製。

□ **分母**：於統計期間出院，且有申報生產醫令之案件數

※出院：出院日在資料範圍內之案件(以 96Q1 為例，即為出院日期 960101~960331)，例：按[院所，ID，生日，住院日]歸戶，因同一次住院，會有申報多筆住院醫療費用的情形，可能有多個出院日，以最晚之出院日為準

※生產醫令：81004C、81005C、81024C、81025C、81026C、81028C、81029C、97006K、97007A、97008B、97009C、81005B、81017C、81018C、81019C、97001K、97002A、97003B、97004C、97005D、97931K、97932A、97933B、97934C、81034C、97014C

□ **分子**：以出院案件為母體往後勾稽至下個月的資料，按[ID，生日]全國跨院勾稽距離出院日 0 至 14 日內(即 0<=再住院日-生產出院日<=14)，且符合分子條件的的住院案件。

※分子條件：

(1)部分負擔代碼不為 903

(2)再住院日＞生產住院日

➢ 運算範圍：季

➢ 展現維度：1.分區(分子全國跨院勾稽)

2.分區+總額部門(分子全國跨院勾稽)

3.分區+特約類別(分子全國跨院勾稽)

4.分區+總額部門+特約類別+院所(分子全國跨院勾稽)

5.全國(分子全國跨院勾稽)

6.全國+總額部門(分子全國跨院勾稽)

7.全國+特約類別(分子全國跨院勾稽)

(1443).{1443，1445}慢性透析病人住院率(跨院)_半年

(1444).{1444，1446}慢性透析病人住院率(跨院)_年

(建置時間：102/11/11)

(104/09/22 定義修訂：

(一)分子判斷增加主次前 5 個診斷碼任一符合透析相關疾病診斷碼才列入計算之條件。相關疾病：(1)circulatory diseases (2)digestive diseases (3)genitourinary diseases (4)endocrine and metabolic diseases (5)respiratory diseases (6)infectious diseases 但排除癌症。

(二)將「分子全國跨院勾稽」和「分子同院勾稽」分成不同指標處理。

(三)自 98 年起重新產製。)

※指標背景：(1)101 年 11 月 14 日-「門診透析總額聯合執行委員會」101 年第 4 次會議。

(2)102 年 3 月 27 日-門診透析專業醫療服務品質指標定義討論會議。

■ 分子 1(半年：1443、年：1444)：慢性透析病人(血液透析)之住院次數。

■ 分母 1(半年：1443、年：1444)：慢性透析病人(血液透析)之人月數。

■ 分子 2(半年：1445、年：1446)：慢性透析病人(腹膜透析)之住院次數。

■ 分母 2(半年：1445、年：1446)：慢性透析病人(腹膜透析)之人月數。

□ 資料範圍一(分母範圍)：門診透析(案件分類為 05)

□ 資料範圍二(分子範圍)：住院全部

※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。

□ 分母 1：符合慢性透析病人定義，且於統計期間有申報門診血液透析任一醫令之人月數。

□ 分母 2：符合慢性透析病人定義，且於統計期間有申報腹膜透析任一醫令之人月數。

※慢性透析病人：DAMA_DIALYSIS_PAT(慢性透析病人歸人檔)中的所有病患，可參考本文件九、慢性透析病人歸人檔(DAMA_DIALYSIS_PAT)之說明。

※門診血液透析：醫令代碼為 58029C、58027C。

※腹膜透析：醫令代碼為 58002C、58011A、58011AB、58011B、58011C、58017B、58017C、58026C、58028C。

※人月數：不同維度下各自歸戶，計算邏輯為以費用年月為單位，只要透析病人【ID+生日】於該月有申報任一相關門診透析醫令，不論該月透析次數多寡，計為 1 人月。

例 1：某費用年月，甲分別於 A 院所及 B 院所透析多次，在院所維度下，則兩

家院所各算 1 個人月。

例 2：若甲 1、2、3 月於 A 醫院透析，而 3、4、5 月於 B 醫院透析，在分區維度下，因 A、B 屬同一分區，則該分區於 3 月只能算 1 個人月，因此甲共 5 個人月。

- □ 分子 1：分母 1 病患於統計期間之住院次數。
- □ 分子 2：分母 2 病患於統計期間之住院次數。

※住院次數：不同維度下各自歸戶，假設病患甲在統計期間屬於其中 3 家院所(2 家北區，1 家中區)的分母病患，且分別在 5 家院所各住院 1 次，則在院所維度時，3 家院所分子會各算 5 次住院；在分區維度時，北區分子算 5 次住院，中區分子算 5 次住院；在全國維度時，分子算 5 次住院。

※同一【院所，ID，生日，住院日】為同次住院，視為同一案件，且主次前五個診斷碼任一符合透析相關疾病診斷碼前三碼之案件，並排除任一主次前五個診斷碼前三碼為癌症者之案件。

※透析相關疾病診斷碼前三碼：circulatory diseases：390－459、digestive diseases ：520－579、genitourinary diseases ：580－629、endocrine and metabolic diseases ：240－279、respiratory diseases ：460－519、infectious diseases ：001－139。

※癌症診斷碼前三碼：140－172、174－208、230－231 及 233－234。

- □ 病患以【ID+生日】認定。
- □ 指標的計算單位：(住院次數/透析人月數)*100，不必加%(即：住院次數/每 100 人月)。

- ➢ 運算範圍：半年、年
- ➢ 提供維度：分區+特約類別+院所

(1447).{1447，1449，1451}透析時間＜1 年之慢性透析病人死亡率_季

(1450).{1450，1452}透析時間＜1 年之慢性透析病人死亡率_年

(建置時間：102/11/11)

※指標背景：(1)101 年 11 月 14 日-「門診透析總額聯合執行委員會」101 年第 4 次會議。

(2)102 年 3 月 27 日-門診透析專業醫療服務品質指標定義討論會議。

■ 分子 1(季：1447)：透析時間＜1 年之慢性透析病人(所有透析)之死亡人數。

■ 分母 1(季：1447)：透析時間＜1 年之慢性透析病人(所有透析)之人月數。

■ 分子 2(季：1449、年：1450)：透析時間＜1 年之慢性透析病人(血液透析)之死亡人數。

■ 分母 2(季：1449、年：1450)：透析時間＜1 年之慢性透析病人(血液透析)之人月數。

■ 分子 3(季：1451、年：1452)：透析時間＜1 年之慢性透析病人(腹膜透析)之死亡人數。

■ 分母 3(季：1451、年：1452)：透析時間＜1 年之慢性透析病人(腹膜透析)之人月數。

□ 資料範圍一(分母範圍)：門診透析(案件分類為 05)

□ 資料範圍二(分子範圍)：承保檔之保險對象資訊檔

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。

□ 分母 1：同時符合下列條件透析病人之人月數：

(1)0≦(就醫年月－透析起始月)＜12

(2)符合慢性透析病人定義，且於統計期間有申報門診血液透析或腹膜透析任一醫令。

□ 分母 2：同時符合下列條件透析病人之人月數：

(1)0≦(就醫年月－透析起始月)＜12

(2)符合慢性透析病人定義，且於統計期間有申報門診血液透析任一醫令。

□ 分母 3：同時符合下列條件透析病人之人月數：

(1)0≦(就醫年月－透析起始月)＜12

(2)符合慢性透析病人定義，且於統計期間有申報腹膜透析任一醫令。

※慢性透析病人：DAMA_DIALYSIS_PAT(慢性透析病人歸人檔)中的所有病患。

※門診血液透析：醫令代碼為 58029C、58027C。

※腹膜透析：醫令代碼為 58002C、58011A、58011AB、58011B、58011C、58017B、58017C、58026C、58028C。

※人月數：不同維度下各自歸戶，計算邏輯為以費用年月為單位，只要透析病人

【ID+生日】於該月有申報任一相關門診透析醫令，不論該月透析次數多寡，計為 1 人月。

例 1：某費用年月，甲分別於 A 院所及 B 院所透析多次，在院所維度下，則兩家院所各算 1 個人月。

例 2：若甲 1、2、3 月於 A 醫院透析，而 3、4、5 月於 B 醫院透析，在分區維度下，因 A、B 屬同一分區，則該分區於 3 月只能算 1 個人月，因此甲共 5 個人月。

- □ 分子 1：分母 1 病患於統計期間之死亡人數，需限制(死亡年月-透析起始月)<12。
- □ 分子 2：分母 2 病患於統計期間之死亡人數，需限制(死亡年月-透析起始月)<12。
- □ 分子 3：分母 3 病患於統計期間之死亡人數，需限制(死亡年月-透析起始月)<12。

※死亡：以有無死亡為判斷標準，無須考慮死因。以承保資料 V_DWU_BASINS_INF(保險對象資訊檔)中最大【保費計費年月】的投保狀態(STATUS)=5(死亡退保)判斷為死亡，其轉出日(OUT_DATE)視為死亡日期；死亡日期落在統計期間者列為分子。

- □ 病患以【ID+生日】認定。
- □ 指標的計算單位：(死亡人數/透析人月數)*100，不必加%(即：死亡人數/每 100 人月)。

- ➢ 運算範圍：季、年
- ➢ 提供維度：分區+特約類別+院所(分子全國跨院勾稽)

(1453).{1453，1455，1457}透析時間≧1 年之慢性透析病人死亡率_季

(1456).{1456，1458}透析時間≧1 年之慢性透析病人死亡率_年

(建置時間：102/11/11)

※指標背景：(1)101 年 11 月 14 日-「門診透析總額聯合執行委員會」101 年第 4 次會議。

(2)102 年 3 月 27 日-門診透析專業醫療服務品質指標定義討論會議。

■ 分子 1(季：1453)：透析時間≧1 年之慢性透析病人(所有透析)之死亡人數。

■ 分母 1(季：1453)：透析時間≧1 年之慢性透析病人(所有透析)之人月數。

■ 分子 2(季：1455、年：1456)：透析時間≧1 年之慢性透析病人(血液透析)之死亡人數。

■ 分母 2(季：1455、年：1456)：透析時間≧1 年之慢性透析病人(血液透析)之人月數。

■ 分子 3(季：1457、年：1458)：透析時間≧1 年之慢性透析病人(腹膜透析)之死亡人數。

■ 分母 3(季：1457、年：1458)：透析時間≧1 年之慢性透析病人(腹膜透析)之人月數。

□ 資料範圍一(分母範圍)：門診透析(案件分類為 05)

□ 資料範圍二(分子範圍)：承保檔之保險對象資訊檔

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。

□ 分母 1：同時符合下列條件透析病人之人月數：

(1)(就醫年月－透析起始月)≧12

(2)符合慢性透析病人定義，且於統計期間有申報門診血液透析或腹膜透析任一醫令。

□ 分母 2：同時符合下列條件透析病人之人月數：

(1)(就醫年月－透析起始月)≧12

(2)符合慢性透析病人定義，且於統計期間有申報門診血液透析任一醫令。

□ 分母 3：同時符合下列條件透析病人之人月數：

(1)(就醫年月－透析起始月)≧12

(2)符合慢性透析病人定義，且於統計期間有申報腹膜透析任一醫令。

※慢性透析病人：DAMA_DIALYSIS_PAT(慢性透析病人歸人檔)中的所有病患。

※門診血液透析：醫令代碼為 58029C、58027C。

※腹膜透析：醫令代碼為 58002C、58011A、58011AB、58011B、58011C、58017B、58017C、58026C、58028C。

※人月數：不同維度下各自歸戶，計算邏輯為以費用年月為單位，只要透析病人

【ID+生日】於該月有申報任一相關門診透析醫令，不論該月透析次數多寡，計為 1 人月。

例 1：某費用年月，甲分別於 A 院所及 B 院所透析多次，在院所維度下，則兩家院所各算 1 個人月。

例 2：若甲 1、2、3 月於 A 醫院透析，而 3、4、5 月於 B 醫院透析，在分區維度下，因 A、B 屬同一分區，則該分區於 3 月只能算 1 個人月，因此甲共 5 個人月。

- □ 分子 1：分母 1 病患於統計期間之死亡人數。
- □ 分子 2：分母 2 病患於統計期間之死亡人數。
- □ 分子 3：分母 3 病患於統計期間之死亡人數。

※死亡：以有無死亡為判斷標準，無須考慮死因。以承保資料 V_DWU_BASINS_INF(保險對象資訊檔)中最大【保費計費年月】的投保狀態(STATUS)=5(死亡退保)判斷為死亡，其轉出日(OUT_DATE)視為死亡日期；死亡日期落在統計期間者列為分子。

- □ 病患以【ID+生日】認定。
- □ 指標的計算單位：(死亡人數/透析人月數)*100，不必加%(即：死亡人數/每 100 人月)。

- ➢ 運算範圍：季、年
- ➢ 提供維度：分區+特約類別+院所(分子全國跨院勾稽)

(1459).慢性腹膜透析病人腹膜炎發生率_半年

(1460).慢性腹膜透析病人腹膜炎發生率_年

(建置時間：102/11/11)

(104/09/22 定義修改：

(一)腹膜炎判斷條件修改：主次前 5 個診斷碼前三碼為 567，且該案件有申報針劑抗生素藥品其給藥日數大於等於 7 天者。

(二)門診診斷為腹膜炎者 30 日內無論幾次皆歸為一人次。

(三)自 98 年起重新產製。)

※指標背景：(1)101 年 11 月 14 日-「門診透析總額聯合執行委員會」101 年第 4 次會議。

(2)102 年 3 月 27 日-門診透析專業醫療服務品質指標定義討論會議。

■ 分子(半年：1459、年：1460)：慢性腹膜透析病人申報腹膜炎之人次。

■ 分母(半年：1459、年：1460)：慢性腹膜透析病人之人月數。

□ 資料範圍一(分母範圍)：門診透析(案件分類為 05)

□ 資料範圍二(分子範圍)：門診(西醫醫院+西醫基層+透析)、住院(西醫醫院+西醫基層)

※透析：指案件分類為 05。

※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。

□ 分母：符合慢性透析病人定義，且於統計期間於門診申報腹膜透析任一醫令之人月數。

※慢性透析病人：DAMA_DIALYSIS_PAT(慢性透析病人歸人檔)中的所有病患，可參考本文件九、慢性透析病人歸人檔(DAMA_DIALYSIS_PAT)之說明。

※腹膜透析：醫令代碼為 58002C、58011A、58011AB、58011B、58011C、58017B、58017C、58026C、58028C。

※人月數：不同維度下各自歸戶，計算邏輯為以費用年月為單位，只要透析病人【ID+生日】於該月有申報任一相關門診透析醫令，不論該月透析次數多寡，計為 1 人月。

例 1：某費用年月，甲分別於 A 院所及 B 院所透析多次，在院所維度下，則兩家院所各算 1 個人月。

例 2：若甲 1、2、3 月於 A 醫院透析，而 3、4、5 月於 B 醫院透析，在分區維度下，因 A、B 屬同一分區，則該分區於 3 月只能算 1 個人月，因此甲共 5 個人月。

□ 分子：分母病患於統計期間門診或住診有申報腹膜炎之次數。

※腹膜炎：主、次前 5 個診斷碼前三碼為 567，且該案件有申報針劑抗生素藥品

其給藥日數大於等於 7 天者，且案件住院日(若為門診取就醫日期)落在統計期間。

※給藥日數：住院以[同 ID、同生日、同院所、同住院日]歸戶之最大醫令執行迄日－最小醫令執行起日。

門診以醫令給藥日數作判斷。

※腹膜炎次數：不同維度下各自歸戶，假設病患甲在統計期間屬於其中 3 家院所(2 家北區，1 家中區)的分母病患，且分別在 5 家院所各申報腹膜炎 1 次，則在院所維度時，3 家院所分子會各算 5 次腹膜炎；在分區維度時，北區分子算 5 次腹膜炎，中區分子算 5 次腹膜炎；在全國維度時，分子算 5 次腹膜炎。

※住院以[同 ID、同生日、同院所、同住院日]歸為 1 人次；門診以[同 ID、同生日、同院所、同就醫日期]歸為 1 人次，且門診人次以統計期間內初次診斷為腹膜炎之就醫日期起算每 30 天內[同 ID、同生日、同院所]之腹膜炎門診就醫歸為 1 人次。

- □ 病患以【ID+生日】認定。
- □ 指標的計算單位：(腹膜炎人次/透析人月數)*100，不必加%(即：腹膜炎次數/每 100 人月)。
- □ 備註欄：本項統計資料限制無法依 PD guide line 排除應不計入項目。
- ➢ 運算範圍：半年、年
- ➢ 提供維度：分區+特約類別+院所(分子全國跨院勾稽)

(1481).思覺失調症醫療給付改善方案收案率-月累計

(建置時間：103/03/04)

(104/07/02 定義修訂：(1)刪除分子【排除「結案日期」落在統計期間最後一天(含)之前之人數】的條件；(2)自 10307 開始重新產製。)

※指標背景：99.01.01 實施全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案。

■ 分子：收案人數

■ 分母：應收案人數

□ 資料範圍：應收案名單+思覺失調試辦計畫申請資料檔

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 99 年開始產製。

□ 分母：應收案名單院所符合收案條件之思覺失調症醫療給付改善方案
(1)應收案名單(歸戶 ID 數)
(2)應收案名單之固定就醫名單(由醫務管理組前一年年底固定提供該年之名單)

□ 分子：DWM_SCH_DATA 思覺失調試辦計畫申請資料檔「身分證號」欄位有值。

□ 【不含無法分區久未就醫之人數】即應收案名單中排除掉院所代碼為'9999999999'的資料

➢ **分子**運算範圍：月累計
每月計算當年度起始月份至該月之 DWM_SCH_DATA 思覺失調試辦計畫申請資料檔資料，時間區間依「收案日期」判斷，個案類別依「個案類別」欄位判斷，如：
⇨彙算統計期間 10201 時，分子運算範圍為收案日期 102/01/01-102/01/31。
⇨彙算統計期間 10202 時，分子運算範圍為收案日期 102/01/01-102/02/28。
⇨彙算統計期間 10203 時，分子運算範圍為收案日期 102/01/01-102/03/31。
⇨彙算統計期間 10212 時，分子運算範圍為收案日期 102/01/01-102/12/31。

➢ 展現維度：分區+總額部門+特約類別+院所(不含無法分區久未就醫之人數，未固定就醫之人數將不同類別重覆計算)

(1482).中醫特定疾病門診加強照護_小兒氣喘_院所家數比率

(建置時間：103/03/31)

※指標背景：依據全民健康保險醫療品質資訊公開辦法辦理

■ 分子：申報中醫小兒氣喘門診加強照護之院所家數

■ 分母：健保特約中醫院所家數

□ 資料範圍：中醫

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 102Q2 開始產製。

□ 分母：統計期間內申報醫事類別(HOSP_DATA_TYPE)為'14'之中醫院所數。(在院所維度，分母直接為 1)

□ 分子：分母院所中，有申報中醫小兒氣喘門診加強照護之中醫院所數。(在院所維度，有申報相關醫令者計為 1，無者計為 0)

※小兒氣喘：有申報醫令代碼 C01 或 C02 之院所。

➢ 運算範圍：季

➢ 展現維度：1.全國(可由院所維度向上累加)

2.分區(可由院所維度向上累加)

3.分區+特約類別+院所

(1483).中醫特定疾病門診加強照護_小兒腦性麻痺_院所家數比率

(建置時間：103/03/31)

※指標背景：依據全民健康保險醫療品質資訊公開辦法辦理

■ 分子：申報中醫小兒腦性麻痺門診加強照護之院所家數

■ 分母：健保特約中醫院所家數

□ 資料範圍：中醫

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 102Q2 開始產製。

□ 分母：統計期間內申報醫事類別(HOSP_DATA_TYPE)為'14'之中醫院所數。(在院所維度，分母直接為 1)

□ 分子：分母院所中，有申報中醫小兒腦性麻痺門診加強照護之中醫院所數。(在院所維度，有申報相關醫令者計為 1，無者計為 0)

※小兒腦性麻痺：有申報醫令代碼 C03 或 C04 之院所。

➢ 運算範圍：季

➢ 展現維度：1.全國(可由院所維度向上累加)
2.分區(可由院所維度向上累加)
3.分區+特約類別+院所

(1484).出院後三日以內同院所再急診率

(建置時間：103/02/25)

(105/11/11 定義修訂：新增科別維度 105Q1 開始重新產製。)

■ 分子：三日內再急診的案件數

■ 分母：出院案件數。

□ 資料範圍：1.住院全部資料+門診全部資料。

2.排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA；住院案件分類只計 1、2、3、4、5、6 即可排除代辦案件。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 99 年開始產製。

□ 出院案件：出院日在資料範圍內之案件，排除【不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記】為 D 的案件(依清單排除)後，例：按[院所，ID，生日，住院日]歸戶，因同一次住院，會有申報多筆住院醫療費用的情形，可能有多個出院日，以最晚之出院日的那一筆為代表案件。

□ 三日內再急診的案件：以出院案件為母體往後勾稽下個月的資料，按[ID，生日]勾稽距離出院日 0 至 3 日內同院的急診案件。

□ 急診案件：案件分類 02，且部分負擔第 2 碼為 0

□ 分子分母均排除下列情形後再行統計

(一)精神科個案(就醫科別=13)

(二)乳癌試辦案件(案件分類 4+病患來源 N 或 R 或 C)

(三)化學治療及放射線治療(主次診斷 V58.0、V58.1)(主次診斷)

(四)早產安胎個案(ICD–9–CM：64403)(主診斷)

(五)罕見疾病(ICD-9-CM：2775)—黏多醣症(主診斷)

(六)轉院案件(轉歸代碼 5、6 或 7)

(七)病患死亡或病危自動出院案件(轉歸代碼 4 或 A)

(八)新生兒未領卡(部份負擔註記 903)

(九)血友病(ICD-9-CM：2860、2861、2862、2863)(主診斷)

(十)器官移植(醫令代碼前 5 碼)

1. 心臟移植：68035
2. 肺臟移植：68037（單肺）、68047（双肺）
3. 肝臟移植：75020
4. 腎臟移植：76020

➢ 運算範圍：每季（以 92Q1 為例，即為出院日期 920101~920331）。

➢ 展現維度：1.全國

2.全國+總額部門

3.分區

4.分區+特約類別
5.分區+院所
6.分區+院所+科別

(1487).藥歷查詢-跨院所處方同藥理「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率_季

(1488).藥歷查詢-跨院所處方同藥理「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率_年

(建置時間：103/7/7)

(103/07/25 定義修訂：(1)慢箋案件多卡醫令給藥日份>14 條(2)比對有無重疊時，若開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)進行判斷(3)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(103/08/25 定義修訂：(1)E1 案件(試辦計畫)就醫序號新增 IC04(2)加入院所新舊代碼合併處理(3)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(104/03/18 定義修訂：(1)增加計算非藥歷指標(2)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)藥品範圍排除 C02AC、C02KX01、C02KX02、C08CA06、C07AA05。(3)季指標自統計期間 102Q3 開始重新產製，年指標自 103 年開始重新產製。)

(105/04/06 定義修訂：藥品範圍排除 C02KX)

(105/09/01 定義修訂：增加註記系統異常之異常註記資訊檔，自統計期間 10505 開始重新產製)

(105/10/28 定義修訂：(1)院所新舊代碼取代邏輯修改(2)自統計期間 102Q3 開始重新產製)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

- ■ 分子(季：1487、年：1488)：同藥理降血壓藥物重疊用藥日數
- ■ 分母(季：1487、年：1488)：降血壓藥物之給藥日數
- □ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- □ 季指標資料自統計期間 102Q3 開始產製，年指標自 103 年開始運算。
- □ 查詢藥歷門診病人：藥歷查詢稽核紀錄檔(DWM_IMMH_AUDIT_LOG)中，查詢時間與統計期間(以費用年月認定)同院所同 ID 任一門診就醫日期相同的 ID，後續以這些【院所+ID】為統計範圍。
- □ 資料範圍：
  1. 門診(西醫基層+西醫醫院)之降血壓藥物(口服)給藥案件。
     ※給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
  2. 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
  3. 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
  4. 排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
  5. 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
  6. 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
  7. 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一

醫令符合則整筆案件刪除)。

- □ 降血壓藥物(口服)：ATC 前三碼=C07(排除 C07AA05)或 ATC 前五碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。
- □ 分母：查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和。

  ※慢箋：案件分類=04 且診察費>0 且慢性連續處方箋總處方日份>0 且醫令給藥日份>14。

  ※給藥日數：醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)；若屬於上述慢箋案件，則直接抓清單檔之慢性連續處方箋總處方日份(CHR_DAYS)為給藥日數。
- □ 分子：全國跨院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。
- □ 相關判斷：
  - ✓ 開始用藥日期=就醫日期。

    E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。
  - ✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。
  - ✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
  - ✓ 重疊日數=日期相減+1。
  - ✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。
  - ✓ 同藥理：兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重疊(C07 為前三碼完全相同才視為用藥重疊)。

    同成份：兩案件藥品成份代碼(DRUG_ING_CODE)完全相同才視為用藥重疊。
  - ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。
- □ 例：計算 102Q2 時，分母為 10204~10206 的給藥日數，分子為 10204~10206 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10204 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10203。

  例：計算 102 時，分母為 10201~10212 的給藥日數，分子為 10201~10212 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10201 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10112。
- □ 統計期間之院所若曾變更院所代碼，將以最新代碼取代舊代碼進行計算，舊代碼之判斷由醫事機構基本資料檔(V_DWM_HOSPBSC)中，取承接醫事機構代碼(HEIR_HOSP_ID)判斷，期間若該院所多次更換代碼，最多取代 10 次。但若統

計期間的起日減新代碼的原始合約起日(月減月)>12 個月，就不進行新舊代碼合併。以下表 A、B 院所為例，在統計期間 10312 以前，A、B 兩家院所合併為 B 院所統計指標值；自統計期間 10401 之後，A、B 兩家院所分開統計指標值。

院所代號	原始合約起日	合約迄日	承接醫事機構代碼
A	1995-11-01	2019-05-31	
B	2013-12-01	2018-12-31	A

- 為排除因系統異常而無法查詢雲端藥歷之院所及其日期，新增排除註記系統異常之異常註記資訊檔(DAMA_PXXT_CODE)

- 運算範圍：季、年
- 展現維度：維度間可累加

  1.全國
  2.分區
  3.分區+特約類別
  4.分區+特約類別+院所
  5.分區+特約類別+院所+科別
  6.分區+特約類別+院所+醫師

(1499).藥歷查詢-跨院所處方同藥理「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率_季

(1500).藥歷查詢-跨院所處方同藥理「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率_年

(建置時間：103/7/7)

(103/07/25 定義修訂：(1)慢箋案件多卡醫令給藥日份>14 條件(2)比對有無重疊時，若開始用藥日期相同時,以清單檔之流水號(SEQ_NO)進行判斷(3)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(103/08/25 定義修訂：(1)E1 案件(試辦計畫)就醫序號新增 IC04(2)加入院所新舊代碼合併處理(3)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(104/03/18 定義修訂：(1)增加計算非藥歷指標(2)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)季指標自統計期間 102Q3 開始重新產製，年指標自 103 年開始重新產製。)

(105/09/01 定義修訂：增加註記系統異常之異常註記資訊檔，自統計期間 10505 開始重新產製)

(105/10/28 定義修訂：(1)院所新舊代碼取代邏輯修改(2)自統計期間 102Q3 開始重新產製)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

- ■ 分子(季：1499、年：1500)：同藥理降血脂藥物重疊用藥日數
- ■ 分母(季：1499、年：1500)：降血脂藥物之給藥日數
- □ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- □ 季指標資料自統計期間 102Q3 開始產製，年指標自 103 年開始運算。
- □ 查詢藥歷門診病人：藥歷查詢稽核紀錄檔(DWM_IMMH_AUDIT_LOG)中，查詢時間與統計期間(以費用年月認定)同院所同 ID 任一門診就醫日期相同的 ID，後續以這些【院所+ID】為統計範圍。
- □ 資料範圍：
  1. 門診(西醫基層+西醫醫院)之降血脂藥物(口服)給藥案件。
     ※給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
  2. 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
  3. 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
  4. 排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
  5. 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
  6. 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
  7. 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。
- □ 降血脂藥物(口服)：ATC 前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，

且醫令代碼第 8 碼為 1。

- 分母：查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和。

  ※慢箋：案件分類=04 且診察費>0 且慢性連續處方箋總處方日份>0 且醫令給藥日份>14。

  ※給藥日數：醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)；若屬於上述慢箋案件，則直接抓清單檔之慢性連續處方箋總處方日份(CHR_DAYS)為給藥日數。

- 分子：全國跨院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

- 相關判斷：

  ✓ 開始用藥日期=就醫日期。

  E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。

  ✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。

  ✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

  ✓ 重疊日數=日期相減+1。

  ✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。

  ✓ 同藥理：兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重疊。

  同成份：兩案件藥品成份代碼(DRUG_ING_CODE)完全相同才視為用藥重疊。

  ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

- 例：計算 102Q2 時，分母為 10204~10206 的給藥日數，分子為 10204~10206 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10204 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10203。

  例：計算 102 時，分母為 10201~10212 的給藥日數，分子為 10201~10212 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10201 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10112。

- 統計期間之院所若曾變更院所代碼，將以最新代碼取代舊代碼進行計算，舊代碼之判斷由醫事機構基本資料檔(V_DWM_HOSPBSC)中，取承接醫事機構代碼(HEIR_HOSP_ID)判斷，期間若該院所多次更換代碼，最多取代 10 次。但若統計期間的起日減新代碼的原始合約起日(月減月)>12 個月，就不進行新舊代碼合併。以下表 A、B 院所為例，在統計期間 10312 以前，A、B 兩家院所合併為 B 院所統計指標值；自統計期間 10401 之後，A、B 兩家院所分開統計指標值。

院所代號	原始合約起日	合約迄日	承接醫事機構代碼

A	1995-11-01	2019-05-31	
B	2013-12-01	2018-12-31	A

- 為排除因系統異常而無法查詢雲端藥歷之院所及其日期，新增排除註記系統異常之異常註記資訊檔(DAMA_PXXT_CODE)
- 運算範圍：季、年
- 展現維度：維度間可累加

  1.全國

  2.分區

  3.分區+特約類別

  4.分區+特約類別+院所

  5.分區+特約類別+院所+科別

  6.分區+特約類別+院所+醫師

(1511).藥歷查詢-跨院所處方同藥理「降血糖藥物」用藥日數重疊率_季

(1512).藥歷查詢-跨院所處方同藥理「降血糖藥物」用藥日數重疊率_年

(建置時間：103/7/7)

(103/07/25 定義修訂：(1)慢箋案件多卡醫令給藥日份>14 條件(2)比對有無重疊時，若開始用藥日期相同時,以清單檔之流水號(SEQ_NO)進行判斷(3)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(103/08/25 定義修訂：(1)E1 案件(試辦計畫)就醫序號新增 IC04(2)加入院所新舊代碼合併處理(3)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(104/03/18 定義修訂：(1)增加計算非藥歷指標(2)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)藥品範圍增加 A10BH。(3)季指標自統計期間 102Q3 開始重新產製，年指標自 103 年開始重新產製。)

(105/09/01 定義修訂：增加註記系統異常之異常註記資訊檔，自統計期間 10505 開始重新產製)

(105/10/28 定義修訂：(1)院所新舊代碼取代邏輯修改(2)自統計期間 102Q3 開始重新產製)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)增加 ATC 前 5 碼 A10BJ；(3)自統計期間 10601 起重新產製。)

- ■ 分子(季：1511、年：1512)：同藥理降血糖藥物重疊用藥日數
- ■ 分母(季：1511、年：1512)：降血糖藥物之給藥日數
- □ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- □ 季指標資料自統計期間 102Q3 開始產製，年指標自 103 年開始運算。
- □ 查詢藥歷門診病人：藥歷查詢稽核紀錄檔(DWM_IMMH_AUDIT_LOG)中，查詢時間與統計期間(以費用年月認定)同院所同 ID 任一門診就醫日期相同的 ID，後續以這些【院所+ID】為統計範圍。
- □ 資料範圍：
  1. 門診(西醫基層+西醫醫院)之降血糖藥物給藥案件。
     ※給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
  2. 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
  3. 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
  4. 排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
  5. 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
  6. 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
  7. 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一

醫令符合則整筆案件刪除)。

- □ 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前五碼=A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ。
- □ 分母：查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和。

  ※慢箋：案件分類=04 且診察費>0 且慢性連續處方箋總處方日份>0 且醫令給藥日份>14。

  ※給藥日數：醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)；若屬於上述慢箋案件，則直接抓清單檔之慢性連續處方箋總處方日份(CHR_DAYS)為給藥日數。
- □ 分子：全國跨院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。
- □ 相關判斷：
  - ✓ 開始用藥日期=就醫日期。

    E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。
  - ✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。
  - ✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
  - ✓ 重疊日數=日期相減+1。
  - ✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。
  - ✓ 同藥理：兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重疊。

    同成份：兩案件藥品成份代碼(DRUG_ING_CODE)完全相同才視為用藥重疊。
  - ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。
- □ 例：計算 102Q2 時，分母為 10204~10206 的給藥日數，分子為 10204~10206 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10204 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10203。

  例：計算 102 時，分母為 10201~10212 的給藥日數，分子為 10201~10212 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10201 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10112。
- □ 統計期間之院所若曾變更院所代碼，將以最新代碼取代舊代碼進行計算，舊代碼之判斷由醫事機構基本資料檔(V_DWM_HOSPBSC)中，取承接醫事機構代碼(HEIR_HOSP_ID)判斷，期間若該院所多次更換代碼，最多取代 10 次。但若統計期間的起日減新代碼的原始合約起日(月減月)>12 個月，就不進行新舊代碼合併。以下表 A、B 院所為例，在統計期間 10312 以前，A、B 兩家院所合併為 B

院所統計指標值；自統計期間 10401 之後，A、B 兩家院所分開統計指標值。

院所代號	原始合約起日	合約迄日	承接醫事機構代碼
A	1995-11-01	2019-05-31	
B	2013-12-01	2018-12-31	A

- □ 為排除因系統異常而無法查詢雲端藥歷之院所及其日期，新增排除註記系統異常之異常註記資訊檔(DAMA_PXXT_CODE)
- ➢ 運算範圍：季、年
- ➢ 展現維度：維度間可累加

  1.全國
  2.分區
  3.分區+特約類別
  4.分區+特約類別+院所
  5.分區+特約類別+院所+科別
  6.分區+特約類別+院所+醫師

(1523).藥歷查詢-跨院所處方同藥理「抗思覺失調症」用藥日數重疊率_季

(1524).藥歷查詢-跨院所處方同藥理「抗思覺失調症」用藥日數重疊率_年

(建置時間：103/7/7)

(103/07/25 定義修訂：(1)慢箋案件多卡醫令給藥日份>14 條件(2)比對有無重疊時，若開始用藥日期相同時,以清單檔之流水號(SEQ_NO)進行判斷(3)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(103/08/25 定義修訂：(1)E1 案件(試辦計畫)就醫序號新增 IC04(2)加入院所新舊代碼合併處理(3)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(104/03/18 定義修訂：(1)增加計算非藥歷指標(2)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)藥品範圍排除 N05AN01。(3)兩案件 ATC 前七碼完全相同才視為用藥重疊。(4)季指標自統計期間 102Q3 開始重新產製，年指標自 103 年開始重新產製。)

(105/09/01 定義修訂：增加註記系統異常之異常註記資訊檔，自統計期間 10505 開始重新產製)

(105/10/28 定義修訂：(1)院所新舊代碼取代邏輯修改(2)自統計期間 102Q3 開始重新產製)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

- ■ 分子(季：1523、年：1524)：同藥理抗思覺失調藥物重疊用藥日數
- ■ 分母(季：1523、年：1524)：抗思覺失調藥物之給藥日數
- □ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- □ 季指標資料自統計期間 102Q3 開始產製，年指標自 103 年開始運算。
- □ 查詢藥歷門診病人：藥歷查詢稽核紀錄檔(DWM_IMMH_AUDIT_LOG)中，查詢時間與統計期間(以費用年月認定)同院所同 ID 任一門診就醫日期相同的 ID，後續以這些【院所+ID】為統計範圍。
- □ 資料範圍：
  1. 門診(西醫基層+西醫醫院)之抗思覺失調藥物給藥案件。
     ※給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
  2. 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
  3. 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
  4. 排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
  5. 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
  6. 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
  7. 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。

- □ 抗思覺失調藥物：ATC 前五碼=N05AA、N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、A05AX。
- □ 分母：查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和。

  ※慢箋：案件分類=04 且診察費>0 且慢性連續處方箋總處方日份>0 且醫令給藥日份>14。

  ※給藥日數：醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)；若屬於上述慢箋案件，則直接抓清單檔之慢性連續處方箋總處方日份(CHR_DAYS)為給藥日數。
- □ 分子：全國跨院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。
- □ 相關判斷：
  - ✓ 開始用藥日期=就醫日期。

    E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。
  - ✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。
  - ✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
  - ✓ 重疊日數=日期相減+1。
  - ✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。
  - ✓ 同藥理：兩案件 ATC 前七碼完全相同才視為用藥重疊。

    同成份：兩案件藥品成份代碼(DRUG_ING_CODE)完全相同才視為用藥重疊。
  - ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。
- □ 例：計算 102Q2 時，分母為 10204~10206 的給藥日數，分子為 10204~10206 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10204 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10203。

  例：計算 102 時，分母為 10201~10212 的給藥日數，分子為 10201~10212 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10201 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10112。
- □ 統計期間之院所若曾變更院所代碼，將以最新代碼取代舊代碼進行計算，舊代碼之判斷由醫事機構基本資料檔(V_DWM_HOSPBSC)中，取承接醫事機構代碼(HEIR_HOSP_ID)判斷，期間若該院所多次更換代碼，最多取代 10 次。但若統計期間的起日減新代碼的原始合約起日(月減月)>12 個月，就不進行新舊代碼合併。以下表 A、B 院所為例，在統計期間 10312 以前，A、B 兩家院所合併為 B 院所統計指標值；自統計期間 10401 之後，A、B 兩家院所分開統計指標值。

院所代號	原始合約起日	合約迄日	承接醫事機構代碼

A	1995-11-01	2019-05-31	
B	2013-12-01	2018-12-31	A

- 為排除因系統異常而無法查詢雲端藥歷之院所及其日期，新增排除註記系統異常之異常註記資訊檔(DAMA_PXXT_CODE)
- 運算範圍：季、年
- 展現維度：維度間可累加

  1.全國

  2.分區

  3.分區+特約類別

  4.分區+特約類別+院所

  5.分區+特約類別+院所+科別

  6.分區+特約類別+院所+醫師

(1535).藥歷查詢-跨院所處方同藥理「抗憂鬱症」用藥日數重疊率_季

(1536).藥歷查詢-跨院所處方同藥理「抗憂鬱症」用藥日數重疊率_年

(建置時間：103/7/7)

(103/07/25 定義修訂：(1)慢箋案件多卡醫令給藥日份>14 條件(2)比對有無重疊時，若開始用藥日期相同時,以清單檔之流水號(SEQ_NO)進行判斷(3)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(103/08/25 定義修訂：(1)E1 案件(試辦計畫)就醫序號新增 IC04(2)加入院所新舊代碼合併處理(3)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(104/03/18 定義修訂：(1)增加計算非藥歷指標(2)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)藥品範圍排除 N06AX、N06AA12、N06AA02。(3)季指標自統計期間 102Q3 開始重新產製，年指標自 103 年開始重新產製。)

(105/09/01 定義修訂：增加註記系統異常之異常註記資訊檔，自統計期間 10505 開始重新產製)

(105/10/28 定義修訂：(1)院所新舊代碼取代邏輯修改(2)自統計期間 102Q3 開始重新產製)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

- ■ 分子(季：1535、年：1536)：同藥理抗憂鬱症藥物重疊用藥日數
- ■ 分母(季：1535、年：1536)：抗憂鬱症藥物之給藥日數
- □ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- □ 季指標資料自統計期間 102Q3 開始產製，年指標自 103 年開始運算。
- □ 查詢藥歷門診病人：藥歷查詢稽核紀錄檔(DWM_IMMH_AUDIT_LOG)中，查詢時間與統計期間(以費用年月認定)同院所同 ID 任一門診就醫日期相同的 ID，後續以這些【院所+ID】為統計範圍。
- □ 資料範圍：
  1. 門診(西醫基層+西醫醫院)之抗憂鬱症藥物給藥案件。
     ※給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
  2. 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
  3. 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
  4. 排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
  5. 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
  6. 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
  7. 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。

- □ 抗憂鬱症藥物：ATC 前五碼=N06AA(排除 N06AA12、N06AA02)、N06AB、N06AG。
- □ 分母：查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和。

  ※慢箋：案件分類=04 且診察費>0 且慢性連續處方箋總處方日份>0 且醫令給藥日份>14。

  ※給藥日數：醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)；若屬於上述慢箋案件，則直接抓清單檔之慢性連續處方箋總處方日份(CHR_DAYS)為給藥日數。
- □ 分子：全國跨院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。
- □ 相關判斷：
  - ✓ 開始用藥日期=就醫日期。

    E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。
  - ✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。
  - ✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
  - ✓ 重疊日數=日期相減+1。
  - ✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。
  - ✓ 同藥理：兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重疊。

    同成份：兩案件藥品成份代碼(DRUG_ING_CODE)完全相同才視為用藥重疊。
  - ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。
- □ 例：計算 102Q2 時，分母為 10204~10206 的給藥日數，分子為 10204~10206 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10204 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10203。

  例：計算 102 時，分母為 10201~10212 的給藥日數，分子為 10201~10212 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10201 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10112。
- □ 統計期間之院所若曾變更院所代碼，將以最新代碼取代舊代碼進行計算，舊代碼之判斷由醫事機構基本資料檔(V_DWM_HOSPBSC)中，取承接醫事機構代碼(HEIR_HOSP_ID)判斷，期間若該院所多次更換代碼，最多取代 10 次。但若統計期間的起日減新代碼的原始合約起日(月減月)>12 個月，就不進行新舊代碼合併。以下表 A、B 院所為例，在統計期間 10312 以前，A、B 兩家院所合併為 B 院所統計指標值；自統計期間 10401 之後，A、B 兩家院所分開統計指標值。

院所代號	原始合約起日	合約迄日	承接醫事機構代碼

A	1995-11-01	2019-05-31	
B	2013-12-01	2018-12-31	A

- 為排除因系統異常而無法查詢雲端藥歷之院所及其日期，新增排除註記系統異常之異常註記資訊檔(DAMA_PXXT_CODE)
- 運算範圍：季、年
- 展現維度：維度間可累加

  1.全國

  2.分區

  3.分區+特約類別

  4.分區+特約類別+院所

  5.分區+特約類別+院所+科別

  6.分區+特約類別+院所+醫師

(1547).藥歷查詢-跨院所處方同藥理「安眠鎮靜」用藥日數重疊率_季

(1548).藥歷查詢-跨院所處方同藥理「安眠鎮靜」用藥日數重疊率_年

(建置時間：103/7/7)

(103/07/25 定義修訂：(1)慢箋案件多卡醫令給藥日份>14 條件(2)比對有無重疊時，若開始用藥日期相同時,以清單檔之流水號(SEQ_NO)進行判斷(3)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(103/08/25 定義修訂：(1)E1 案件(試辦計畫)就醫序號新增 IC04(2)加入院所新舊代碼合併處理(3)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(104/03/18 定義修訂：(1)增加計算非藥歷指標(2)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)藥品範圍修訂為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為 1。(3)季指標自統計期間 102Q3 開始重新產製，年指標自 103 年開始重新產製。)

(105/09/01 定義修訂：增加註記系統異常之異常註記資訊檔，自統計期間 10505 開始重新產製)

(105/10/28 定義修訂：(1)院所新舊代碼取代邏輯修改(2)自統計期間 102Q3 開始重新產製)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

- ■ 分子(季：1547、年：1548)：同藥理安眠鎮靜藥物重疊用藥日數
- ■ 分母(季：1547、年：1548)：安眠鎮靜藥物之給藥日數
- □ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- □ 季指標資料自統計期間 102Q3 開始產製，年指標自 103 年開始運算。
- □ 查詢藥歷門診病人：藥歷查詢稽核紀錄檔(DWM_IMMH_AUDIT_LOG)中，查詢時間與統計期間(以費用年月認定)同院所同 ID 任一門診就醫日期相同的 ID，後續以這些【院所+ID】為統計範圍。
- □ 資料範圍：
  1. 門診(西醫基層+西醫醫院)之安眠鎮靜藥物給藥案件。
     ※給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
  2. 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
  3. 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
  4. 排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
  5. 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
  6. 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
  7. 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。

- □ 安眠鎮靜藥物(口服)：ATC 前五碼為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為 1。
- □ 分母：查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和。

  ※慢箋：案件分類=04 且診察費>0 且慢性連續處方箋總處方日份>0 且醫令給藥日份>14。

  ※給藥日數：醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)；若屬於上述慢箋案件，則直接抓清單檔之慢性連續處方箋總處方日份(CHR_DAYS)為給藥日數。
- □ 分子：全國跨院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。
- □ 相關判斷：
  - ✓ 開始用藥日期=就醫日期。

    E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。
  - ✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。
  - ✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
  - ✓ 重疊日數=日期相減+1。
  - ✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。
  - ✓ 同藥理：兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重疊。

    同成份：兩案件藥品成份代碼(DRUG_ING_CODE)完全相同才視為用藥重疊。
  - ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。
- □ 例：計算 102Q2 時，分母為 10204~10206 的給藥日數，分子為 10204~10206 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10204 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10203。

  例：計算 102 時，分母為 10201~10212 的給藥日數，分子為 10201~10212 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10201 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10112。
- □ 統計期間之院所若曾變更院所代碼，將以最新代碼取代舊代碼進行計算，舊代碼之判斷由醫事機構基本資料檔(V_DWM_HOSPBSC)中，取承接醫事機構代碼(HEIR_HOSP_ID)判斷，期間若該院所多次更換代碼，最多取代 10 次。但若統計期間的起日減新代碼的原始合約起日(月減月)>12 個月，就不進行新舊代碼合併。以下表 A、B 院所為例，在統計期間 10312 以前，A、B 兩家院所合併為 B 院所統計指標值；自統計期間 10401 之後，A、B 兩家院所分開統計指標值。

院所代號	原始合約起日	合約迄日	承接醫事機構代碼

A	1995-11-01	2019-05-31	
B	2013-12-01	2018-12-31	A

- 為排除因系統異常而無法查詢雲端藥歷之院所及其日期，新增排除註記系統異常之異常註記資訊檔(DAMA_PXXT_CODE)
- 運算範圍：季、年
- 展現維度：維度間可累加

  1.全國

  2.分區

  3.分區+特約類別

  4.分區+特約類別+院所

  5.分區+特約類別+院所+科別

  6.分區+特約類別+院所+醫師

(1580).藥歷查詢-同院所處方同藥理「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率_季

(1766).藥歷查詢-同院所處方同藥理「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率_月

(建置時間：103/7/7)

(103/07/25 定義修訂：(1)慢箋案件多卡醫令給藥日份>14 條件(2)比對有無重疊時，若開始用藥日期相同時,以清單檔之流水號(SEQ_NO)進行判斷(3)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(103/08/25 定義修訂：(1)E1 案件(試辦計畫)就醫序號新增 IC04(2)加入院所新舊代碼合併處理(3)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(104/03/18 定義修訂：(1)增加計算非藥歷指標(2)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(104/04/30 定義修訂：增加計算月指標，自統計期間 10207 開始產製)

(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)藥品範圍排除 C02AC、C02KX01、C02KX02、C08CA06、C07AA05。(3)季指標自統計期間 102Q3 開始重新產製，年指標自 103 年開始重新產製，月指標自 10207 開始重新產製。)

(105/04/06 定義修訂：藥品範圍排除 C02KX)

(105/09/01 定義修訂：增加註記系統異常之異常註記資訊檔，自統計期間 10505 開始重新產製)

(105/10/28 定義修訂：(1)院所新舊代碼取代邏輯修改(2)自統計期間 102Q3 開始重新產製)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

- ■ 分子(季：1580、月：1766)：同藥理降血壓藥物重疊用藥日數
- ■ 分母(季：1580、月：1766)：降血壓藥物之給藥日數
- □ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- □ 季指標資料自統計期間 102Q3 開始產製，年指標自 103 年開始運算，月指標自 10207 開始運算。
- □ 查詢藥歷門診病人：藥歷查詢稽核紀錄檔(DWM_IMMH_AUDIT_LOG)中，查詢時間與統計期間(以費用年月認定)同院所同 ID 任一門診就醫日期相同的 ID，後續以這些【院所+ID】為統計範圍。
- □ 資料範圍：
  1. 門診(西醫基層+西醫醫院)之降血壓藥物(口服)給藥案件。
     ※給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
  2. 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
  3. 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
  4. 排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。

5. 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
6. 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
7. 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。

□ 降血壓藥物(口服)：ATC 前三碼=C07(排除 C07AA05)或 ATC 前五碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。

□ 分母：查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和。

※慢箋：案件分類=04 且診察費>0 且慢性連續處方箋總處方日份>0 且醫令給藥日份>14。

※給藥日數：醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)；若屬於上述慢箋案件，則直接抓清單檔之慢性連續處方箋總處方日份(CHR_DAYS)為給藥日數。

□ 分子：同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

□ 相關判斷：

✓ 開始用藥日期=就醫日期。

E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。

✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

✓ 重疊日數=日期相減+1。

✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。

✓ 同藥理：兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重疊(C07 為前三碼完全相同才視為用藥重疊)。

同成份：兩案件藥品成份代碼(DRUG_ING_CODE)完全相同才視為用藥重疊。

✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

□ 例：計算 102Q2 時，分母為 10204~10206 的給藥日數，分子為 10204~10206 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10204 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10203。

例：計算 102 時，分母為 10201~10212 的給藥日數，分子為 10201~10212 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10201 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10112。

- 統計期間之院所若曾變更院所代碼，將以最新代碼取代舊代碼進行計算，舊代碼之判斷由醫事機構基本資料檔(V_DWM_HOSPBSC)中，取承接醫事機構代碼(HEIR_HOSP_ID)判斷，期間若該院所多次更換代碼，最多取代 10 次。但若統計期間的起日減新代碼的原始合約起日(月減月)>12 個月，就不進行新舊代碼合併。以下表 A、B 院所為例，在統計期間 10312 以前，A、B 兩家院所合併為 B 院所統計指標值；自統計期間 10401 之後，A、B 兩家院所分開統計指標值。

院所代號	原始合約起日	合約迄日	承接醫事機構代碼
A	1995-11-01	2019-05-31	
B	2013-12-01	2018-12-31	A

- 為排除因系統異常而無法查詢雲端藥歷之院所及其日期，新增排除註記系統異常之異常註記資訊檔(DAMA_PXXT_CODE)

➢ 運算範圍：季、月

➢ 展現維度：維度間可累加

1.全國
2.分區
3.分區+特約類別
4.分區+特約類別+院所
5.分區+特約類別+院所+科別
6.分區+特約類別+院所+醫師

(1592).藥歷查詢-同院所處方同藥理「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率_季

(1767).藥歷查詢-同院所處方同藥理「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率_月

(建置時間：103/7/7)

(103/07/25 定義修訂：(1)慢箋案件多卡醫令給藥日份>14 條件(2)比對有無重疊時，若開始用藥日期相同時,以清單檔之流水號(SEQ_NO)進行判斷(3)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(103/08/25 定義修訂：(1)E1 案件(試辦計畫)就醫序號新增 IC04(2)加入院所新舊代碼合併處理(3)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(104/03/18 定義修訂：(1)增加計算非藥歷指標(2)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(104/04/30 定義修訂：增加計算月指標，自統計期間 10207 開始產製)

(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)季指標自統計期間 102Q3 開始重新產製，年指標自 103 年開始重新產製，月指標自 10207 開始重新產製。)

(105/09/01 定義修訂：增加註記系統異常之異常註記資訊檔，自統計期間 10505 開始重新產製)

(105/10/28 定義修訂：(1)院所新舊代碼取代邏輯修改(2)自統計期間 102Q3 開始重新產製)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

- ■ 分子(季：1592、月：1767)：同藥理降血脂藥物重疊用藥日數
- ■ 分母(季：1592、月：1767)：降血脂藥物之給藥日數
- □ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- □ 季指標資料自統計期間 102Q3 開始產製，年指標自 103 年開始運算，月指標自 10207 開始運算。
- □ 查詢藥歷門診病人：藥歷查詢稽核紀錄檔(DWM_IMMH_AUDIT_LOG)中，查詢時間與統計期間(以費用年月認定)同院所同 ID 任一門診就醫日期相同的 ID，後續以這些【院所+ID】為統計範圍。
- □ 資料範圍：
  1. 門診(西醫基層+西醫醫院)之降血脂藥物(口服)給藥案件。
     ※給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
  2. 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
  3. 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
  4. 排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
  5. 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
  6. 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。

7. 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。

□ 降血脂藥物(口服)：ATC 前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。

□ 分母：查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和。

※慢箋：案件分類=04 且診察費>0 且慢性連續處方箋總處方日份>0 且醫令給藥日份>14。

※給藥日數：醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)；若屬於上述慢箋案件，則直接抓清單檔之慢性連續處方箋總處方日份(CHR_DAYS)為給藥日數。

□ 分子：同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

□ 相關判斷：

✓ 開始用藥日期=就醫日期。

E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。

✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

✓ 重疊日數=日期相減+1。

✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。

✓ 同藥理：兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重疊。

同成份：兩案件藥品成份代碼(DRUG_ING_CODE)完全相同才視為用藥重疊。

✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

□ 例：計算 102Q2 時，分母為 10204~10206 的給藥日數，分子為 10204~10206 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10204 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10203。

例：計算 102 時，分母為 10201~10212 的給藥日數，分子為 10201~10212 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10201 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10112。

□ 統計期間之院所若曾變更院所代碼，將以最新代碼取代舊代碼進行計算，舊代碼之判斷由醫事機構基本資料檔(V_DWM_HOSPBSC)中，取承接醫事機構代碼(HEIR_HOSP_ID)判斷，期間若該院所多次更換代碼，最多取代 10 次。但若統計期間的起日減新代碼的原始合約起日(月減月)>12 個月，就不進行新舊代碼合併。以下表 A、B 院所為例，在統計期間 10312 以前，A、B 兩家院所合併為 B

院所統計指標值；自統計期間 10401 之後，A、B 兩家院所分開統計指標值。

院所代號	原始合約起日	合約迄日	承接醫事機構代碼
A	1995-11-01	2019-05-31	
B	2013-12-01	2018-12-31	A

- □ 為排除因系統異常而無法查詢雲端藥歷之院所及其日期，新增排除註記系統異常之異常註記資訊檔(DAMA_PXXT_CODE)
- ➢ 運算範圍：季、月
- ➢ 展現維度：維度間可累加

  1.全國

  2.分區

  3.分區+特約類別

  4.分區+特約類別+院所

  5.分區+特約類別+院所+科別

  6.分區+特約類別+院所+醫師

(1604).藥歷查詢-同院所處方同藥理「降血糖藥物」用藥日數重疊率_季

(1768).藥歷查詢-同院所處方同藥理「降血糖藥物」用藥日數重疊率_月

(建置時間：103/7/7)

(103/07/25 定義修訂：(1)慢箋案件多卡醫令給藥日份>14 條件(2)比對有無重疊時，若開始用藥日期相同時,以清單檔之流水號(SEQ_NO)進行判斷(3)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(103/08/25 定義修訂：(1)E1 案件(試辦計畫)就醫序號新增 IC04(2)加入院所新舊代碼合併處理(3)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(104/03/18 定義修訂：(1)增加計算非藥歷指標(2)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(104/04/30 定義修訂：增加計算月指標，自統計期間 10207 開始產製)

(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)藥品範圍增加 A10BH。(3)季指標自統計期間 102Q3 開始重新產製，年指標自 103 年開始重新產製，月指標自 10207 開始重新產製。)

(105/09/01 定義修訂：增加註記系統異常之異常註記資訊檔，自統計期間 10505 開始重新產製)

(105/10/28 定義修訂：(1)院所新舊代碼取代邏輯修改(2)自統計期間 102Q3 開始重新產製)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)增加 ATC 前 5 碼 A10BJ；(3)自統計期間 10601 起重新產製。)

- ■ 分子(季：1604、月：1768)：同藥理降血糖藥物重疊用藥日數
- ■ 分母(季：1604、月：1768)：降血糖藥物之給藥日數
- □ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- □ 季指標資料自統計期間 102Q3 開始產製，年指標自 103 年開始運算，月指標自 10207 開始運算。
- □ 查詢藥歷門診病人：藥歷查詢稽核紀錄檔(DWM_IMMH_AUDIT_LOG)中，查詢時間與統計期間(以費用年月認定)同院所同 ID 任一門診就醫日期相同的 ID，後續以這些【院所+ID】為統計範圍。
- □ 資料範圍：
  1. 門診(西醫基層+西醫醫院)之降血糖藥物給藥案件。
     ※給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
  2. 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
  3. 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
  4. 排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
  5. 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。

6. 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
7. 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。

□ 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前五碼=A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ。

□ 分母：查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和。

※慢箋：案件分類=04 且診察費>0 且慢性連續處方箋總處方日份>0 且醫令給藥日份>14。

※給藥日數：醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)；若屬於上述慢箋案件，則直接抓清單檔之慢性連續處方箋總處方日份(CHR_DAYS)為給藥日數。

□ 分子：同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

□ 相關判斷：

✓ 開始用藥日期=就醫日期。
E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。

✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

✓ 重疊日數=日期相減+1。

✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。

✓ 同藥理：兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重疊。
同成份：兩案件藥品成份代碼(DRUG_ING_CODE)完全相同才視為用藥重疊。

✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

□ 例：計算 102Q2 時，分母為 10204~10206 的給藥日數，分子為 10204~10206 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10204 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10203。
例：計算 102 時，分母為 10201~10212 的給藥日數，分子為 10201~10212 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10201 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10112。

□ 統計期間之院所若曾變更院所代碼，將以最新代碼取代舊代碼進行計算，舊代碼之判斷由醫事機構基本資料檔(V_DWM_HOSPBSC)中，取承接醫事機構代碼(HEIR_HOSP_ID)判斷，期間若該院所多次更換代碼，最多取代 10 次。但若統

計期間的起日減新代碼的原始合約起日(月減月)>12 個月，就不進行新舊代碼合併。以下表 A、B 院所為例，在統計期間 10312 以前，A、B 兩家院所合併為 B 院所統計指標值；自統計期間 10401 之後，A、B 兩家院所分開統計指標值。

院所代號	原始合約起日	合約迄日	承接醫事機構代碼
A	1995-11-01	2019-05-31	
B	2013-12-01	2018-12-31	A

- 為排除因系統異常而無法查詢雲端藥歷之院所及其日期，新增排除註記系統異常之異常註記資訊檔(DAMA_PXXT_CODE)

- 運算範圍：季、月
- 展現維度：維度間可累加

  1.全國
  2.分區
  3.分區+特約類別
  4.分區+特約類別+院所
  5.分區+特約類別+院所+科別
  6.分區+特約類別+院所+醫師

(1616).藥歷查詢-同院所處方同藥理「抗思覺失調症」用藥日數重疊率_季

(1769).藥歷查詢-同院所處方同藥理「抗思覺失調症」用藥日數重疊率_月

(建置時間：103/7/7)

(103/07/25 定義修訂：(1)慢箋案件多卡醫令給藥日份>14 條件(2)比對有無重疊時，若開始用藥日期相同時,以清單檔之流水號(SEQ_NO)進行判斷(3)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(103/08/25 定義修訂：(1)E1 案件(試辦計畫)就醫序號新增 IC04(2)加入院所新舊代碼合併處理(3)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(104/03/18 定義修訂：(1)增加計算非藥歷指標(2)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(104/04/30 定義修訂：增加計算月指標，自統計期間 10207 開始產製)

(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)藥品範圍排除 N05AN01。(3)兩案件 ATC 前七碼完全相同才視為用藥重疊。(4)季指標自統計期間 102Q3 開始重新產製，年指標自 103 年開始重新產製，月指標自 10207 開始重新產製。)

(105/09/01 定義修訂：增加註記系統異常之異常註記資訊檔，自統計期間 10505 開始重新產製)

(105/10/28 定義修訂：(1)院所新舊代碼取代邏輯修改(2)自統計期間 102Q3 開始重新產製)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

- ■ 分子(季：1616、月：1769)：同藥理抗思覺失調藥物重疊用藥日數
- ■ 分母(季：1616、月：1769)：抗思覺失調藥物之給藥日數
- □ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- □ 季指標資料自統計期間 102Q3 開始產製，年指標自 103 年開始運算，月指標自 10207 開始運算。
- □ 查詢藥歷門診病人：藥歷查詢稽核紀錄檔(DWM_IMMH_AUDIT_LOG)中，查詢時間與統計期間(以費用年月認定)同院所同 ID 任一門診就醫日期相同的 ID，後續以這些【院所+ID】為統計範圍。
- □ 資料範圍：
  1. 門診(西醫基層+西醫醫院)之抗思覺失調藥物給藥案件。
     ※給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
  2. 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
  3. 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
  4. 排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
  5. 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。

6. 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
7. 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。

□ 抗思覺失調藥物：ATC 前五碼=N05AA、N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、A05AX。

□ 分母：查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和。

※慢箋：案件分類=04 且診察費>0 且慢性連續處方箋總處方日份>0 且醫令給藥日份>14。

※給藥日數：醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)；若屬於上述慢箋案件，則直接抓清單檔之慢性連續處方箋總處方日份(CHR_DAYS)為給藥日數。

□ 分子：同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

□ 相關判斷：

✓ 開始用藥日期=就醫日期。

E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。

✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

✓ 重疊日數=日期相減+1。

✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。

✓ 同藥理：兩案件 ATC 前七碼完全相同才視為用藥重疊。

同成份：兩案件藥品成份代碼(DRUG_ING_CODE)完全相同才視為用藥重疊。

✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

□ 例：計算 102Q2 時，分母為 10204~10206 的給藥日數，分子為 10204~10206 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10204 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10203。

例：計算 102 時，分母為 10201~10212 的給藥日數，分子為 10201~10212 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10201 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10112。

□ 統計期間之院所若曾變更院所代碼，將以最新代碼取代舊代碼進行計算，舊代碼之判斷由醫事機構基本資料檔(V_DWM_HOSPBSC)中，取承接醫事機構代碼(HEIR_HOSP_ID)判斷，期間若該院所多次更換代碼，最多取代 10 次。但若統計期間的起日減新代碼的原始合約起日(月減月)>12 個月，就不進行新舊代碼合

併。以下表 A、B 院所為例，在統計期間 10312 以前，A、B 兩家院所合併為 B 院所統計指標值；自統計期間 10401 之後，A、B 兩家院所分開統計指標值。

院所代號	原始合約起日	合約迄日	承接醫事機構代碼
A	1995-11-01	2019-05-31	
B	2013-12-01	2018-12-31	A

- 為排除因系統異常而無法查詢雲端藥歷之院所及其日期，新增排除註記系統異常之異常註記資訊檔(DAMA_PXXT_CODE)
- 運算範圍：季、月
- 展現維度：維度間可累加

  1.全國
  2.分區
  3.分區+特約類別
  4.分區+特約類別+院所
  5.分區+特約類別+院所+科別
  6.分區+特約類別+院所+醫師

(1628).藥歷查詢-同院所處方同藥理「抗憂鬱症」用藥日數重疊率_季

(1770).藥歷查詢-同院所處方同藥理「抗憂鬱症」用藥日數重疊率_月

(建置時間：103/7/7)

(103/07/25 定義修訂：(1)慢箋案件多卡醫令給藥日份>14 條件(2)比對有無重疊時，若開始用藥日期相同時,以清單檔之流水號(SEQ_NO)進行判斷(3)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(103/08/25 定義修訂：(1)E1 案件(試辦計畫)就醫序號新增 IC04(2)加入院所新舊代碼合併處理(3)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(104/03/18 定義修訂：(1)增加計算非藥歷指標(2)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(104/04/30 定義修訂：增加計算月指標，自統計期間 10207 開始產製)

(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)藥品範圍排除 N06AX、N06AA12、N06AA02。(3)季指標自統計期間 102Q3 開始重新產製，年指標自 103 年開始重新產製，月指標自 10207 開始重新產製。)

(105/09/01 定義修訂：增加註記系統異常之異常註記資訊檔，自統計期間 10505 開始重新產製)

(105/10/28 定義修訂：(1)院所新舊代碼取代邏輯修改(2)自統計期間 102Q3 開始重新產製)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

- ■ 分子(季：1628、月：1770)：同藥理抗憂鬱症藥物重疊用藥日數
- ■ 分母(季：1628、月：1770)：抗憂鬱症藥物之給藥日數
- □ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- □ 季指標資料自統計期間 102Q3 開始產製，年指標自 103 年開始運算，月指標自 10207 開始運算。
- □ 查詢藥歷門診病人：藥歷查詢稽核紀錄檔(DWM_IMMH_AUDIT_LOG)中，查詢時間與統計期間(以費用年月認定)同院所同 ID 任一門診就醫日期相同的 ID，後續以這些【院所+ID】為統計範圍。
- □ 資料範圍：
  1. 門診(西醫基層+西醫醫院)之抗憂鬱症藥物給藥案件。
     ※給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
  2. 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
  3. 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
  4. 排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
  5. 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
  6. 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。

7. 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。

□ 抗憂鬱症藥物：ATC 前五碼=N06AA(排除 N06AA12、N06AA02)、N06AB、N06AG。

□ 分母：查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和。

※慢箋：案件分類=04 且診察費>0 且慢性連續處方箋總處方日份>0 且醫令給藥日份>14。

※給藥日數：醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)；若屬於上述慢箋案件，則直接抓清單檔之慢性連續處方箋總處方日份(CHR_DAYS)為給藥日數。

□ 分子：同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

□ 相關判斷：

✓ 開始用藥日期=就醫日期。

E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。

✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

✓ 重疊日數=日期相減+1。

✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。

✓ 同藥理：兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重疊。

同成份：兩案件藥品成份代碼(DRUG_ING_CODE)完全相同才視為用藥重疊。

✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

□ 例：計算 102Q2 時，分母為 10204~10206 的給藥日數，分子為 10204~10206 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10204 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10203。

例：計算 102 時，分母為 10201~10212 的給藥日數，分子為 10201~10212 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10201 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10112。

□ 統計期間之院所若曾變更院所代碼，將以最新代碼取代舊代碼進行計算，舊代碼之判斷由醫事機構基本資料檔(V_DWM_HOSPBSC)中，取承接醫事機構代碼(HEIR_HOSP_ID)判斷，期間若該院所多次更換代碼，最多取代 10 次。但若統計期間的起日減新代碼的原始合約起日(月減月)>12 個月，就不進行新舊代碼合併。以下表 A、B 院所為例，在統計期間 10312 以前，A、B 兩家院所合併為 B

院所統計指標值；自統計期間 10401 之後，A、B 兩家院所分開統計指標值。

院所代號	原始合約起日	合約迄日	承接醫事機構代碼
A	1995-11-01	2019-05-31	
B	2013-12-01	2018-12-31	A

- □ 為排除因系統異常而無法查詢雲端藥歷之院所及其日期，新增排除註記系統異常之異常註記資訊檔(DAMA_PXXT_CODE)
- ➢ 運算範圍：季、月
- ➢ 展現維度：維度間可累加

  1.全國
  2.分區
  3.分區+特約類別
  4.分區+特約類別+院所
  5.分區+特約類別+院所+科別
  6.分區+特約類別+院所+醫師

(1640).藥歷查詢-同院所處方同藥理「安眠鎮靜」用藥日數重疊率_季

(1771).藥歷查詢-同院所處方同藥理「安眠鎮靜」用藥日數重疊率_月

(建置時間：103/7/7)

(103/07/25 定義修訂：(1)慢箋案件多卡醫令給藥日份>14 條件(2)比對有無重疊時，若開始用藥日期相同時,以清單檔之流水號(SEQ_NO)進行判斷(3)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(103/08/25 定義修訂：(1)E1 案件(試辦計畫)就醫序號新增 IC04(2)加入院所新舊代碼合併處理(3)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(104/03/18 定義修訂：(1)增加計算非藥歷指標(2)自統計期間 102Q3 開始重新產製。)

(104/04/30 定義修訂：增加計算月指標，自統計期間 10207 開始產製)

(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)藥品範圍修訂為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為 1。(3)季指標自統計期間 102Q3 開始重新產製，年指標自 103 年開始重新產製，月指標自 10207 開始重新產製。)

(105/09/01 定義修訂：增加註記系統異常之異常註記資訊檔，自統計期間 10505 開始重新產製)

(105/10/28 定義修訂：(1)院所新舊代碼取代邏輯修改(2)自統計期間 102Q3 開始重新產製)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

- ■ 分子(季：1640、月：1771)：同藥理安眠鎮靜藥物重疊用藥日數
- ■ 分母(季：1640、月：1771)：安眠鎮靜藥物之給藥日數
- □ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- □ 季指標資料自統計期間 102Q3 開始產製，年指標自 103 年開始運算，月指標自 10207 開始運算。
- □ 查詢藥歷門診病人：藥歷查詢稽核紀錄檔(DWM_IMMH_AUDIT_LOG)中，查詢時間與統計期間(以費用年月認定)同院所同 ID 任一門診就醫日期相同的 ID，後續以這些【院所+ID】為統計範圍。
- □ 資料範圍：
  1. 門診(西醫基層+西醫醫院)之安眠鎮靜藥物給藥案件。
     ※給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
  2. 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
  3. 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
  4. 排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
  5. 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。

6. 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
7. 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。

□ 安眠鎮靜藥物(口服)：ATC 前五碼為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為 1。

□ 分母：查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和。

※慢箋：案件分類=04 且診察費>0 且慢性連續處方箋總處方日份>0 且醫令給藥日份>14。

※給藥日數：醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)；若屬於上述慢箋案件，則直接抓清單檔之慢性連續處方箋總處方日份(CHR_DAYS)為給藥日數。

□ 分子：同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

□ 相關判斷：

✓ 開始用藥日期=就醫日期。

E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。

✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

✓ 重疊日數=日期相減+1。

✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=28 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=28 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。

✓ 同藥理：兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重疊。

同成份：兩案件藥品成份代碼(DRUG_ING_CODE)完全相同才視為用藥重疊。

✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

□ 例：計算 102Q2 時，分母為 10204~10206 的給藥日數，分子為 10204~10206 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10204 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10203。

例：計算 102 時，分母為 10201~10212 的給藥日數，分子為 10201~10212 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10201 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10112。

□ 統計期間之院所若曾變更院所代碼，將以最新代碼取代舊代碼進行計算，舊代碼之判斷由醫事機構基本資料檔(V_DWM_HOSPBSC)中，取承接醫事機構代碼(HEIR_HOSP_ID)判斷，期間若該院所多次更換代碼，最多取代 10 次。但若統計期間的起日減新代碼的原始合約起日(月減月)>12 個月，就不進行新舊代碼合

併。以下表 A、B 院所為例，在統計期間 10312 以前，A、B 兩家院所合併為 B 院所統計指標值；自統計期間 10401 之後，A、B 兩家院所分開統計指標值。

院所代號	原始合約起日	合約迄日	承接醫事機構代碼
A	1995-11-01	2019-05-31	
B	2013-12-01	2018-12-31	A

- 為排除因系統異常而無法查詢雲端藥歷之院所及其日期，新增排除註記系統異常之異常註記資訊檔(DAMA_PXXT_CODE)

- 運算範圍：季、月
- 展現維度：維度間可累加

  1.全國
  2.分區
  3.分區+特約類別
  4.分區+特約類別+院所
  5.分區+特約類別+院所+科別
  6.分區+特約類別+院所+醫師

(1652).急診後轉住院滯留急診 48 小時以上案件比率(品質公開)

(建置時間：103/09/01)

(104/07/07 定義修訂：(1)增加細到檢傷分類的維度；(2)自統計期間 10301 開始重新產製。)

(105/11/11 定義修訂：新增科別維度 10501 開始重新產製。)

※指標背景：依據 102 年 11 月 20 日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」102 年度第 4 次會議決議，及台灣醫學中心協會 102 年 12 月 26 日醫協字第 1020363 號函建議。

■ 分子：分母案件中急診滯留>48 小時之案件數

■ 分母：同院急診後轉住院之案件數

□ 分母資料範圍：門診(西醫醫院)、住院(西醫醫院)

□ 就醫記錄(勾稽用)資料範圍：門診全部資料、住院全部資料

1. 門診：排除連續處方領藥案件與轉代檢案件、居家與護理之家照護、精神科社區復健、預防/篩檢/戒煙等代辦案件、部份醫令補報案件、就醫同時併開立 B 型或 C 型肝炎用藥(本項費用年月 10301 後始納入)。

   ※連續處方領藥案件：案件分類為 08、28

   ※轉代檢案件：申請金額+部分負擔為 0 且案件分類不為 E1

   ※居家與護理之家照護：案件分類為 A1、A5、A6、A7

   ※精神科社區復健：案件分類為 A2

   ※預防/篩檢/戒煙等代辦案件：案件分類為 A3、B1、B7、B9、D2、HN、M1

   ※部份醫令補報案件：補報原因註記為 2

   ※就醫同時併開立 B 型或 C 型肝炎用藥：診察費點數為 0 且案件分類為 E1 且任一特定治療項目代號為 H1

2. 住院：排除代辦膳食費案件、部份醫令補報案件、就醫同時併開立 B 型或 C 型肝炎用藥案件(本項費用年月 10301 後始納入)。

   ※代辦膳食費案件：案件分類為 AZ、DZ

   ※部份醫令補報案件：補報原因註記為 2

   ※就醫同時併開立 B 型或 C 型肝炎用藥案件：診察費點數為 0 且案件分類為 4 且給付類別為 M

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標自費用年月 9901 開始產製。

□ 分母：同院急診轉住院之案件數。

※急診案件(含職災急診)：

(1)門診案件中申報有「急診診察費相關醫令」或「急診起、迄時間醫令」者。

(2)住院案件合併申報有「急診診察費相關醫令」或「急診起、迄時間醫令」者。

※急診診察費相關醫令

檢傷第一級	檢傷第二級	檢傷第三級	檢傷第四級	檢傷第五級	其他

00201A	00202A	00203A	00204A	00225B	01015C
00201B	00202B	00203B	00204B	01125B	01021C
01047B	01048B	01049B	01050B	01126B	01045C
01104B	01107B	01110B	01113B	01127B	01101C
01105B	01109B	01111B	01114B	01128B	01102C
01106B	01119B	01112B	01115B	01116B	01103C
01108B	01120B	01121B	01123B	01129B	
01117B	01131B	01122B	01124B	01134B	
01118B		01132B	01133B		
01130B					

[費用年月 10107 後]

※急診治療起日：

- ✓ 門診：抓【醫令類別】為 A 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_起】為急診治療起日。
- ✓ 住院：抓【醫令類別】為 C 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_起】為急診治療起日。

※急診治療迄日：

- ✓ 門診：抓【醫令類別】為 A 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_迄】為急診治療迄日。
- ✓ 住院：抓【醫令類別】為 C 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_迄】為急診治療迄日。

[費用年月 10106 前]

※急診治療起日：

- ✓ 門診：抓【醫令類別】為 A 且【醫令代碼】為 01，取其【藥品使用頻率】為急診治療起日。
- ✓ 住院：以住院日為急診治療起日。

※急診治療迄日：

- ✓ 門診：抓【醫令類別】為 A 且【醫令代碼】為 02，取其【藥品使用頻率】為急診治療迄日。
- ✓ 住院：以住院日+申報之急診暫留床(床/日)日數為急診治療迄日。

[有申報急診診察費未申報急診起迄日者]

※急診治療起日：

- ✓ 門診：以就醫日為急診治療起日。
- ✓ 住院：以住院日為急診治療起日。

※急診治療迄日：

- ✓ 門診：以就醫日+申報之急診暫留床(床/日)日數為急診治療迄日。
- ✓ 住院：以住院日+申報之急診暫留床(床/日)日數為急診治療迄日。

[有申報急診起迄日，但申報急診起日的「時」與「分」為 00：00，且急診迄日「時」與「分」為 00：00 或 23：59 者]

※急診治療起日：

✓ 門診：以原申報的急診治療起日認定。

✓ 住院：以原申報的急診治療起日認定。

※急診治療迄日：

✓ 門診：以原申報的急診治療起日+申報之急診暫留床(床/日)日數為急診治療迄日。

✓ 住院：以原申報的急診治療起日+申報之急診暫留床(床/日)日數為急診治療迄日。

[有申報急診起迄日未申報急診診察費者]

※門診未申報急診診察費者：以【院所、ID、Birthday】勾稽住院日落在統計期間及統計期間往後一個月的住院資料符合 0≦【住診檔的住院日-門診檔的急診治療迄日】≦1 日之案件，其住院檔有申報 02011K 者歸為第二級，申報 02012A、02013B(加護病床住院診察費)及 02010B(燒傷病床住院診察費)者歸為第三級，其餘的就歸為其他。

※住診未申報急診診察費者：【同申報清單下】有申報 02011K 者歸為第二級，申報 02012A、02013B(加護病床住院診察費)及 02010B(燒傷病床住院診察費)者歸為第三級，其餘的就歸為其他。再依同一 ID+BIRTHDAY、同一入院日期、同一就醫院所取檢傷分類較小的為該次住院的代表檢傷分類。

□ 同案件申報多筆急診起、迄時間時，同案件下一律取最大起日、最大迄日計算；同案件若申報多種檢傷分類(ex.同時有第三、四級)，取較小的值為該案件的代表檢傷分類。

✓ 門診：同清單編號(DTL_PKNO)為同案件

✓ 住院：同一 ID+BIRTHDAY、同一入院日期、同一就醫院所視為同案件

□ 急診暫留床醫令代碼為 03018A、03019B、03019BA

✓ 依支付標準之規定：急診留觀或待床病人，入住滿 6 小時始得申報。留置超過一日(24 小時)者，比照住院病房費申報方式，依算進不算出原則計算。

✓ 未申報急診暫留床(暫留日數=0)者，以滯留 3 小時(3*60 分鐘)推估。

✓ 申報有急診暫留床(暫留日數=n 天，其中 n≧1)者，以滯留 n*24-12 小時((n*24-12)*60 分鐘)推估

□ 急診後住院：門住診的認定方式不同

1. 門診：同一急診病患(ID+BIRTHDAY)於出急診後 1 日內的首次就醫記錄為住院者。

※出急診後 1 日內：就醫日(住院用住院日)介於急診案件的「就醫日」與「急診治療迄日」+1 日之間。

※首次就醫記錄：門診檔(含急診)往前抓 1 個月往後抓 1 個月，住院檔往前抓 1 個月往後抓 3 個月資料，將該病患所有的急診、門診、住院案件依 ID、生

日、就醫日期(住院用住院日)、IC 卡序號排序，取急診案件後第 1 筆案件的就醫型態。若同病患、同就醫日、同 IC 卡序號有不同就醫型態，則依急診、住院、門診的優先順序判斷其就醫型態，如下舉例：

✓2 筆(一筆急診、一筆住院)相同日期相同就醫序號時，第 1 筆認定為急診，第 2 筆為住院

✓2 筆(一筆急診、一筆門診)相同日期相同就醫序號時，第 1 筆認定為急診，第 2 筆為門診

✓2 筆(一筆門診、一筆住院)相同日期相同就醫序號時，第 1 筆認定為住院，第 2 筆為門診

※判斷首次就醫記錄時，需特別處理下列情況：

✓若同病患、同就醫日、同 IC 卡序號、同院所、同急診起日、同急診迄日有 2 筆以上的急診案件，則只留清單編號(DTL_PKNO)最小的 1 筆。

✓前項情況處理後，若同病患、同就醫日、同 IC 卡序號仍有 2 筆以上的急診案件，則將這些急診案件都刪除，不列入分母。

✓住院案件可能切帳申報，同歸戶(ID、生日、入院日、院所)下只留切帳申報的第 1 筆(申報迄日最小者)列入就醫記錄排序。

✓急診合併住院申報案件應以同歸戶(ID、生日、入院日、院所)去排序。例如：急診合併住院申報案件在資料範圍內可能拆帳申報多筆資料，可能只有其中 1 筆有申報急診診察費或急診起迄日，此時應將同歸戶下多筆資料認定為同一次住院去排序。若門診申報急診案件的後 1 筆為急診合併住院申報案件，則該急診不列入分母。

2. 住院：屬於急診合併住院申報案件，一律視為急診後住院案件。若住院案件因拆帳而在多個費用年月申報資料，僅取資料範圍內同歸戶(ID、生日、入院日、院所)下最大申報費用年月落在統計期間的案件納入分母。例如統計 10302 資料時，住院資料範圍需往前抓到 10301 往後抓到 10305 資料判斷，若某急診合併住院申報案件因拆帳於 10302、10303、10304 都有申報，則認定該住院案件屬於 10304 案件，不納入 10302 的分母。

□ 分子：分母案件中急診滯留時間>48 小時之案件數

※急診暫留時間：以申報之「急診治療迄日」減「急診治療起日」計算(以「分」為單位計算，即 2880 分鐘)。

➢ 運算範圍：每月

(1 月指標值將於 4 月第 1 次產製，6 月第 2 次產製；
2 月指標值將於 5 月第 1 次產製，7 月第 2 次產製；
其餘依此類推)

➢ 展現維度：1.全國
2.全國+特約類別
3.分區
4.分區+特約類別

5.分區+縣市別
6.分區+特約類別+院所
7.分區+特約類別+院所+科別
8.全國+急診檢傷分類
9.全國+特約類別+急診檢傷分類
10.分區+急診檢傷分類
11.分區+特約類別+急診檢傷分類
12.分區+縣市別+急診檢傷分類
13.分區+特約類別+院所+急診檢傷分類
14.分區+特約類別+院所+科別+急診檢傷分類

(1658).手術傷口感染率_季

(建置時間：103/07/10)

(104/08/05 定義修訂：1.新增全國+總額部門、全國+總額部門+特約類別維度。2.自統計期間 101 年起重新產製。)

(106/05/05 定義修訂：1.修改手術定義，醫令代碼前 2 碼為 62- 97 改為 62-88 及 97。2.自統計期間 101 年起重新產製。)

■ 分子：手術傷口感染病人數

■ 分母：所有住院手術病人數

□ 資料範圍：住院(西醫基層+西醫醫院)

※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 100 年開始產製。

□ 分母：住院手術之人數。

※手術：醫令代碼全長 6 碼且前 2 碼為 62-88 及 97 者。

□ 分子：住院手術且傷口感染之人數。

※傷口感染：依[院所、ID、生日、住院日]歸戶下有任一件之任一次診斷碼前 4 碼為'9966'，'9981'，'9983'，'9985'，則將納入計算。

➢ 運算範圍：季

➢ 展現維度：1.全國

2.全國+特約類別

3.全國+總額部門(季、年才有此維度)

4.全國+總額部門+特約類別(季、年才有此維度)

5.分區

6.分區+縣市別

7.分區+總額部門

8.分區+總額部門+特約類別

9.分區+院所

(1662).急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)_季

(建置時間：103/07/10)

(104/08/05 定義修訂：1.新增全國+總額部門、全國+總額部門+特約類別維度。2.自統計期間 101 年起重新產製。)

■ 分子：分母病患死亡個案數

■ 分母：18 歲以上且主診斷為急性心肌梗塞之病患數

□ 資料範圍：住院(西醫基層+西醫醫院)+門診(西醫基層+西醫醫院)。
※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 100 年開始產製。

□ 分母：18 歲以上門住診急性心肌梗塞之人數。
※18 歲以上：(費用年-出生年)≧18。
※急性心肌梗塞：主診斷碼前 3 碼為'410'。

□ 分子：18 歲以上門住診急性心肌梗塞之死亡人數。
※死亡：門住診勾稽承保資料保險對象資訊檔(V_DWU_BASINS_INF)註記為死亡者；此外，住院再依[院所、ID、生日、住院日]歸戶下有任一件之轉歸代碼(TRAN_CODE)為 4(死亡)、A(病危自動出院)，也視為死亡。
※承保資料保險對象資訊檔：取最大保費計費年月(PREM_YM)投保狀態(STATUS)為 5(死亡退保)判斷為死亡，其轉出日(OUT_DATE)視為死亡日期且死亡日期落在統計期間者。

□ 分母分子需排除轉院個案。
※轉院：門診之病患是否轉出(PAT_TRAN_OUT)為 Y；住院依[院所、ID、生日、住院日]歸戶下有任一件之轉歸代碼(TRAN_CODE)為 6(轉院)，則整件排除。

➢ 運算範圍：季

➢ 展現維度：1.全國
2.全國+特約類別
3.全國+總額部門(季、年才有此維度)
4.全國+總額部門+特約類別(季、年才有此維度)
5.分區
6.分區+縣市別
7.分區+總額部門
8.分區+總額部門+特約類別
9.分區+院所

(1670).{1670，1673，1676}慢性透析病人透析 1 年內因腎功能回復之脫離率_季

(1674).{1674，1677}慢性透析病人透析 1 年內因腎功能回復之脫離率_半年

(1675).{1675，1678}慢性透析病人透析 1 年內因腎功能回復之脫離率_年

(建置時間：103/09/26)

(104/09/22 定義修改：(一)修正為分母排除死亡或腎臟移植。(二)新增分母院所數。(三)自 98 年起重新產製。)

※指標背景：(1)103 年 2 月 19 日-「門診透析總額研商議事會議」103 年第 1 次會議。
(2)103 年 2 月 7 日-103 年度慢性腎衰竭病人門診透析服務品質相關計畫會議。

■ 分子 1(季：1670)：慢性透析病人(透析<1 年之所有透析病患)1 年內腎功能回復人數。

■ 分母 1(季：1670)：慢性透析病人數(透析<1 年之所有透析病患)。

■ 分子 2(季：1673、半年：1674、年：1675)：慢性透析病人(透析<1 年之血液透析病患)1 年內腎功能回復人數。

■ 分母 2(季：1673、半年：1674、年：1675)：慢性透析病人數(透析<1 年之血液透析病患)。

■ 分子 3(季：1676、半年：1677、年：1678)：慢性透析病人(透析<1 年之腹膜透析病患)1 年內腎功能回復人數。

■ 分母 3(季：1676、半年：1677、年：1678)：慢性透析病人數(透析<1 年之腹膜透析病患)。

□ 資料範圍一(分母)：門診透析(案件分類為 05)

□ 資料範圍二(分子)：門診透析(案件分類為 05)、承保、重大傷病申報檔、住診
※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。

□ 分母 1：慢性透析病人中，排除死亡或腎臟移植，且其(開始透析年月+11 個月)落在統計期間之人數。

□ 分母 2：慢性透析病人中起始透析類別為血液透析者，排除死亡或腎臟移植，且其(開始透析年月+11 個月)落在統計期間之人數。

□ 分母 3：慢性透析病人中起始透析類別為腹膜透析者，排除死亡或腎臟移植，且其(開始透析年月+11 個月)落在統計期間之人數。

※慢性透析病人：DAMA_DIALYSIS_PAT(慢性透析病人歸人檔)中的所有病患，可參考本文件九、慢性透析病人歸人檔(DAMA_DIALYSIS_PAT)之說明，若該病患的起始透析類別為血液透析及腹膜透析兩種都有，則分別計入兩種透析。

※統計期間：例如計算 103Q1 時，統計期間為 10301~10303。

- □ 分子 1：分母 1 病患中，排除死亡或腎臟移植，於其開始透析年月起的第 11、12 個月連續 2 個月未於申報任一門、住診透析醫令之人數。
- □ 分子 2：分母 2 病患中，排除死亡或腎臟移植，於其開始透析年月起的第 11、12 個月連續 2 個月未於申報任一門、住診透析醫令之人數。
- □ 分子 3：分母 3 病患中，排除死亡或腎臟移植，於其開始透析年月起的第 11、12 個月連續 2 個月未於申報任一門、住診透析醫令之人數。

※死亡：以【ID+生日】勾稽承保資料保險對象資訊檔，投保狀態為 5(死亡退保)者，而退保日期(即轉出日)為死亡日期。須排除死亡日期≦(開始透析年月+11 個月)該月月底之病人。

※腎臟移植：有申請重大傷病卡之腎臟移植手術後之追蹤治療者。須排除生效起日≦(開始透析年月+11 個月)該月月底之病人。

※腎臟移植手術後之追蹤治療：重大傷病申請資料檔之主診斷代碼全碼為’V420’(腎臟移植手術術後之追蹤治療)或‘99681’(腎臟移植併發症)

※門診透析醫令：門診血液透析-58027C、58029C，腹膜透析醫令-58002C、58011A、58011B、58011C、58017A、58017B、58017C、58026C、58028C，以費用年月抓資料(需往後多抓 1 個月，ex.統計 Q1 需抓到 4 月)並以就醫日期判斷透析月份。

※住診透析醫令：58001C，以費用年月抓資料(需往後多抓 1 個月，ex.統計 Q1 需抓到 4 月)並以醫令起日判斷透析月份。

- □ 人數計算以【ID+生日】歸戶。
- □ 例如：以統計年月 103Q1 為例：

以透析起始年月之 102 年 2 月新病人追蹤其 102 年 12 月至 103 年 1 月未申報門住診透析醫令之人數，並排除 103 年 1 月底前已死亡或腎移植者；
以透析起始年月之 102 年 3 月新病人追蹤其 103 年 1 月至 103 年 2 月申報門住診透析醫令之人數，並排除 103 年 2 月底前已死亡或腎移植者；
以透析起始年月之 102 年 4 月新病人追縱其 103 年 2 月至 103 年 3 月申報門住診透析醫令之人數，並排除 103 年 3 月底前已死亡或腎移植者。

- ➢ 運算範圍：季、半年、年
- ➢ 提供維度：維度間不可累加

1.全國(分子全國跨院勾稽)
2.全國+特約類別(分子全國跨院勾稽)
3.分區(分子全國跨院勾稽)
4.分區+特約類別(分子全國跨院勾稽)
5.分區+特約類別+院所(分子全國跨院勾稽)

(1679).{1679，1682，1685}慢性透析病人因腎移植之脫離率_季

(1683).{1683，1686}慢性透析病人因腎移植之脫離率_半年

(1684).{1684，1687}慢性透析病人因腎移植之脫離率_年

(建置時間：103/09/26)

(104/09/22 定義修改：(一)修正為分母排除死亡或腎臟移植。(二)新增分母院所數。(三)自 98 年起重新產製。)

※指標背景：(1)103 年 2 月 19 日-「門診透析總額研商議事會議」103 年第 1 次會議。
(2)103 年 2 月 7 日-103 年度慢性腎衰竭病人門診透析服務品質相關計畫會議。

■ 分子 1(季：1679)：分母病患(所有透析)因腎移植而不須再接受透析治療之人數。
■ 分母 1(季：1679)：慢性透析病人數(所有透析)。

■ 分子 2(季：1682、半年：1683、年：1684)：分母病患(血液透析)因腎移植而不須再接受透析治療之人數。
■ 分母 2(季：1682、半年：1683、年：1684)：慢性透析病人數(血液透析)。

■ 分子 3(季：1685、半年：1686、年：1687)：分母病患(腹膜透析)因腎移植而不須再接受透析治療之人數。
■ 分母 3(季：1685、半年：1686、年：1687)：慢性透析病人數(腹膜透析)。
□ 資料範圍一(分母)：門診透析(案件分類為 05)
□ 資料範圍二(分子)：門診透析(案件分類為 05)、承保、重大傷病申報檔、住診
※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)
□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
□ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。
□ 分母 1：透析起日落在統計期間(含)之前的慢性透析病人中，於統計期間有申報門診血液透析或腹膜透析任一醫令之人數，排除死亡。
□ 分母 2：透析起日落在統計期間(含)之前的慢性透析病人中，於統計期間的最後一次透析為門診血液透析醫令之人數，排除死亡。
□ 分母 3：透析起日落在統計期間(含)之前的慢性透析病人中，於統計期間的最後一次透析為腹膜透析醫令之人數，排除死亡。

※統計期間：含前 1 個月，例如計算 103Q1 時，統計期間為 10212~10303。

※慢性透析病人：DAMA_DIALYSIS_PAT(慢性透析病人歸人檔)中的所有病患，可參考本文件九、慢性透析病人歸人檔(DAMA_DIALYSIS_PAT)之說明。

※最後一次：以醫令執行起日認定，若無則取就醫日，以【ID+生日】歸戶取申報日期最大值，並以當次申報的情況來代表該病患。例如：甲病患於統計期間申報 3 筆透析，第 1 筆為 A 醫院 1/15 申報腹膜透析，第 2 筆為 B 醫院 2/13 申

報腹膜透析，第 3 筆為 C 醫院 3/15 申報血液透析，則以第 3 筆的申報情況代表甲病患，其餘 2 筆資料刪除，不列入統計。若最大申報日有多種情況(像是 2 家院所、2 種透析類別)，則一律納入統計。

※門診血液透析醫令：58027C、58029C。

※腹膜透析醫令：58002C、58011A、58011B、58011C、58017A、58017B、58017C、58026C、58028C。

- □ 分子 1：分母 1 病患中屬於腎臟移植者，排除掉生效起日~生效起日+3 日這段期間死亡的病患，且自生效起日起~生效起日的下個月月底之間未再申報任一透析醫令(門、住診血液透析+腹膜透析)之人數。
- □ 分子 2：分母 2 病患中屬於腎臟移植者，排除掉生效起日~生效起日+3 日這段期間死亡的病患，且自生效起日起~生效起日的下個月月底之間未再申報任一透析醫令(門、住診血液透析+腹膜透析)之人數。
- □ 分子 3：分母 3 病患中屬於腎臟移植者，排除掉生效起日~生效起日+3 日這段期間死亡的病患，且自生效起日起~生效起日的下個月月底之間未再申報任一透析醫令(門、住診血液透析+腹膜透析)之人數。

※腎臟移植：有申請重大傷病卡之腎臟移植手術後之追蹤治療者。且生效起日在統計期間(不含前 1 個月)內之病人。

※腎臟移植手術後之追蹤治療：重大傷病申請資料檔之主診斷代碼全碼為’V420’(腎臟移植手術術後之追蹤治療)或‘99681’(腎臟移植併發症)

※死亡：以【ID+生日】勾稽承保資料保險對象資訊檔，投保狀態為 5(死亡退保)者，而退保日期(即轉出日)為死亡日期。

※生效起日的下個月月底：例如生效起日為 103/01/15，則下個月月底為 103/02/28；生效起日為 103/04/02，則下個月月底為 103/05/31，以醫令執行起日(若無則取就醫日)落在這段期間認定。

※門診透析醫令：門診血液透析-58027C、58029C，腹膜透析醫令-58002C、58011A、58011B、58011C、58017A、58017B、58017C、58026C、58028C。

※住診透析醫令：58001C。

- □ 人數計算以【ID+生日】歸戶。
- □ 例如：以統計年月 103Q1 為例：以慢性透析病人在費用年月 102 年 12 月至 103 年 3 月有申報門診透析醫令之人數為分母，再以分母病患於重大傷病申請資料檔有主診斷代碼為腎臟移植手術後之追蹤治療者且生效起日在費用年月 103 年 1 月至 3 月內，且自生效起日起~生效起日的下個月月底之間未再申報所有透析醫令(門、住診血液透析+腹膜透析)之人數，需再排除掉生效起日~生效起日+3 日這段期間死亡者為分子。

- ➢ 運算範圍：季、半年、年
- ➢ 提供維度：維度間不可累加

1.全國(分子全國跨院勾稽)

2.全國+特約類別(分子全國跨院勾稽)
3.分區(分子全國跨院勾稽)
4.分區+特約類別(分子全國跨院勾稽)
5.分區+特約類別+院所(分子全國跨院勾稽)

(1710).品質公開-同院所同藥理用藥日數重疊率_口服降血壓藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】

(建置時間：103/08/18)
(103/09/02 定義修訂：(1).藥局給藥案件刪除原案件分類為 08 條件。(2).自統計期間 100 年重新產製。)
(103/12/05 定義修訂：(1).藥局申報資料不納入計算。(2).增加排除特定治療項目 H3。(3).放寬給藥天數>=21 天(慢性病領藥)即可扣除 10 天重複。(4).降血壓藥物需排除 C07AA05。(5).自統計期間 100 年重新產製。)
(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)藥品範圍排除 C02AC、C02KX01、C02KX02、C08CA06。(3)自統計期間 100 年開始重新產製。)
(105/03/23 定義修訂：刪除 ATC 前 5 碼 C02KX 類，其適應症為「肺動脈高血壓」自 10501 開始重新產製。)
(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

■ 分子：降血壓藥物重疊用藥日數
■ 分母：降血壓藥物之給藥日數
□ 資料範圍：
1. 門診(西醫基層+西醫醫院)給藥案件。
✓ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
✓ 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
✓ 排除任一特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
✓ 排除案件分類為 02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
✓ 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
✓ 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
✓ 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。
□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
□ 此指標資料自統計期間 100 年開始產製。
□ 降血壓藥物(口服)：ATC 前三碼=C07(排除 C07AA05)或 ATC 前五碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。
□ 分母：各案件之給藥日數總和。
※給藥日數：抓取醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)，若為空值則抓清單檔之給藥日份(DRUG_DAYS)。

- □ 分子：同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。
- □ 相關判斷：
  - ✓ 開始用藥日期=就醫日期。
    (1).08 案件其開始用藥日期為治療結束日期。(2).E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。
  - ✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。
  - ✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
  - ✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=21 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間(費用年月 10110(含)以前為 7 天)不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。
  - ✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重疊(C07 為前三碼完全相同才視為用藥重疊)。
  - ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。
- □ 例：計算 10301 時，分母為 10301 的給藥日數，分子為 10301 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10301 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10212。

➢ 運算範圍：月

➢ 展現維度：維度間可累加

1.全國
2.全國+總額部門
3.分區
4.分區+總額部門
5.分區+特約類別
6.分區+院所
7.分區+院所+科別
8.分區+院所+醫師

(1711).品質公開-同院所同藥理用藥日數重疊率_口服降血脂藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】

(建置時間：103/08/18)
(103/09/02 定義修訂：(1).藥局給藥案件刪除原案件分類為 08 條件。(2).自統計期間 100 年重新產製。)
(103/12/05 定義修訂：(1).藥局申報資料不納入計算。(2).增加排除特定治療項目 H3。(3).放寬給藥天數>=21 天(慢性病領藥)即可扣除 10 天重複。(4).自統計期間 100 年重新產製。)
(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)自統計期間 104 年開始重新產製。)
(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

■ 分子：降血脂藥物重疊用藥日數
■ 分母：降血脂藥物之給藥日數
□ 資料範圍：
1. 門診(西醫基層+西醫醫院)給藥案件。
✓ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
✓ 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
✓ 排除任一特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
✓ 排除案件分類為 02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
✓ 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
✓ 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
✓ 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。
□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
□ 此指標資料自統計期間 100 年開始產製。
□ 降血脂藥物(口服)：ATC 前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。
□ 分母：各案件之給藥日數總和。
※給藥日數：抓取醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)，若為空值則抓清單檔之給藥日份(DRUG_DAYS)。
□ 分子：同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。
□ 相關判斷：
✓ 開始用藥日期=就醫日期。
(1).08 案件其開始用藥日期為治療結束日期。(2).E1 案件(試辦計畫)就醫序號

為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。

- ✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。
- ✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
- ✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=21 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間(費用年月 10110(含)以前為 7 天)不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。
- ✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重疊。
- ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

- □ 例：計算 10301 時，分母為 10301 的給藥日數，分子為 10301 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10301 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10212。

- ➢ 運算範圍：月
- ➢ 展現維度：維度間可累加

1.全國
2.全國+總額部門
3.分區
4.分區+總額部門
5.分區+特約類別
6.分區+院所
7.分區+院所+科別
8.分區+院所+醫師

(1712).品質公開-同院所同藥理用藥日數重疊率_降血糖藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】

(建置時間：103/08/18)

(103/09/02 定義修訂：(1).藥局給藥案件刪除原案件分類為 08 條件。(2).自統計期間 100 年重新產製。)

(103/12/05 定義修訂：(1).藥局申報資料不納入計算。(2).增加排除特定治療項目 H3。(3).放寬給藥天數>=21 天(慢性病領藥)即可扣除 10 天重複。(4).自統計期間 100 年重新產製。)

(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)藥品範圍增加 A10BH。(3)自統計期間 100 年開始重新產製。)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)增加 ATC 前 5 碼 A10BJ；(3)自統計期間 10601 起重新產製。)

■ 分子：降血糖藥物重疊用藥日數

■ 分母：降血糖藥物之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)給藥案件。
   - ✓ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
   - ✓ 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
   - ✓ 排除任一特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
   - ✓ 排除案件分類為 02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
   - ✓ 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
   - ✓ 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
   - ✓ 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 100 年開始產製。

□ 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前五碼=A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ。

□ 分母：各案件之給藥日數總和。

※給藥日數：抓取醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)，若為空值則抓清單檔之給藥日份(DRUG_DAYS)。

□ 分子：同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

□ 相關判斷：

✓ 開始用藥日期=就醫日期。

(1).08 案件其開始用藥日期為治療結束日期。(2).E1 案件(試辦計畫)就醫序號

為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。

- ✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。
- ✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
- ✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=21 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間(費用年月 10110(含)以前為 7 天)不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。
- ✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重疊。
- ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

- □ 例：計算 10301 時，分母為 10301 的給藥日數，分子為 10301 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10301 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10212。

- ➢ 運算範圍：月
- ➢ 展現維度：維度間可累加

1.全國
2.全國+總額部門
3.分區
4.分區+總額部門
5.分區+特約類別
6.分區+院所
7.分區+院所+科別
8.分區+院所+醫師

(1713).品質公開-跨院所同藥理用藥日數重疊率_口服降血壓藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】

(建置時間：103/12/05)

(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)藥品範圍排除 C02AC、C02KX01、C02KX02、C08CA06。(3)自統計期間 100 年開始重新產製。)

(105/03/23 定義修訂：刪除 ATC 前 5 碼 C02KX 類，其適應症為「肺動脈高血壓」自 10501 開始重新產製。)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

■ 分子：降血壓藥物重疊用藥日數

■ 分母：降血壓藥物之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)給藥案件。
   - ✓ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
   - ✓ 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
   - ✓ 排除任一特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
   - ✓ 排除案件分類為 02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
   - ✓ 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
   - ✓ 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
   - ✓ 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 100 年開始產製。

□ 降血壓藥物(口服)：ATC 前三碼=C07(排除 C07AA05)或 ATC 前五碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。

□ 分母：各案件之給藥日數總和。

※給藥日數：抓取醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)，若為空值則抓清單檔之給藥日份(DRUG_DAYS)。

□ 分子：全國跨院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

□ 相關判斷：

✓ 開始用藥日期=就醫日期。

(1).08 案件其開始用藥日期為治療結束日期。(2).E1 案件(試辦計畫)就醫序號

為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。

- ✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。
- ✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
- ✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=21 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間(費用年月 10110(含)以前為 7 天)不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。
- ✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重疊(C07 為前三碼完全相同才視為用藥重疊)。
- ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

□ 例：計算 10301 時，分母為 10301 的給藥日數，分子為 10301 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10301 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10212。

➢ 運算範圍：月

➢ 展現維度：維度間可累加

1.全國
2.全國+總額部門
3.分區
4.分區+總額部門
5.分區+特約類別
6.分區+院所
7.分區+院所+科別
8.分區+院所+醫師

(1714).品質公開-跨院所同藥理用藥日數重疊率_口服降血脂藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】

(建置時間：103/12/05)
(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)自統計期間 104 年開始重新產製。)
(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

■ 分子：降血脂藥物重疊用藥日數
■ 分母：降血脂藥物之給藥日數
□ 資料範圍：
1. 門診(西醫基層+西醫醫院)給藥案件。
✓ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
✓ 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
✓ 排除任一特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
✓ 排除案件分類為 02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
✓ 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
✓ 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
✓ 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。
□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
□ 此指標資料自統計期間 100 年開始產製。
□ 降血脂藥物(口服)：ATC 前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。
□ 分母：各案件之給藥日數總和。
※給藥日數：抓取醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)，若為空值則抓清單檔之給藥日份(DRUG_DAYS)。
□ 分子：全國跨院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。
□ 相關判斷：
✓ 開始用藥日期=就醫日期。
(1).08 案件其開始用藥日期為治療結束日期。(2).E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。
✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。
✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=21 天，且該筆給藥產生重疊的原

因是與另一筆給藥日數>=21 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間(費用年月 10110(含)以前為 7 天)不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。

- ✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重疊。
- ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

□ 例：計算 10301 時，分母為 10301 的給藥日數，分子為 10301 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10301 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10212。

- ➢ 運算範圍：月
- ➢ 展現維度：維度間可累加

1.全國
2.全國+總額部門
3.分區
4.分區+總額部門
5.分區+特約類別
6.分區+院所
7.分區+院所+科別
8.分區+院所+醫師

(1715).品質公開-跨院所同藥理用藥日數重疊率_降血糖藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】

(建置時間：103/12/05)

(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)藥品範圍增加 A10BH。(3)自統計期間 100 年開始重新產製。)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)增加 ATC 前 5 碼 A10BJ；(3)自統計期間 10601 起重新產製。)

■ 分子：降血糖藥物重疊用藥日數

■ 分母：降血糖藥物之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)給藥案件。
   - ✓ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
   - ✓ 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
   - ✓ 排除任一特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
   - ✓ 排除案件分類為 02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
   - ✓ 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
   - ✓ 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
   - ✓ 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 100 年開始產製。

□ 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前五碼=A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ。

□ 分母：各案件之給藥日數總和。

※給藥日數：抓取醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)，若為空值則抓清單檔之給藥日份(DRUG_DAYS)。

□ 分子：全國跨院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

□ 相關判斷：

- ✓ 開始用藥日期=就醫日期。

  (1).08 案件其開始用藥日期為治療結束日期。(2).E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。
- ✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。
- ✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
- ✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=21 天，且該筆給藥產生重疊的原

因是與另一筆給藥日數>=21 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間(費用年月 10110(含)以前為 7 天)不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。

- ✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重疊。
- ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

□ 例：計算 10301 時，分母為 10301 的給藥日數，分子為 10301 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10301 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10212。

- ➢ 運算範圍：月
- ➢ 展現維度：維度間可累加

1.全國
2.全國+總額部門
3.分區
4.分區+總額部門
5.分區+特約類別
6.分區+院所
7.分區+院所+科別
8.分區+院所+醫師

(1716).同院所同核價成份劑型用藥日數重疊率_抗生素藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】

(建置時間：103/08/18)

(103/09/02 定義修訂：(1).藥局給藥案件刪除原案件分類為 08 條件。(2).自統計期間 100 年重新產製。)

(103/12/05 定義修訂：(1).藥局申報資料不納入計算。(2).增加排除特定治療項目 H3。(3).放寬給藥天數>=21 天(慢性病領藥)即可扣除 10 天重複。(4).抗生素藥物改為限口服。(5).自統計期間 100 年重新產製。)

(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)自統計期間 104 年開始重新產製。)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

■ 分子：抗生素藥物重疊用藥日數

■ 分母：抗生素藥物之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)給藥案件。
   - ✓ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
   - ✓ 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
   - ✓ 排除任一特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
   - ✓ 排除案件分類為 02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
   - ✓ 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
   - ✓ 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
   - ✓ 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 100 年開始產製。

□ 抗生素藥物(限口服)：ATC7 碼前三碼為 J01，且醫令代碼第 8 碼為 1。

□ 分母：各案件之給藥日數總和。

※給藥日數：抓取醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)，若為空值則抓清單檔之給藥日份(DRUG_DAYS)。

□ 分子：同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

□ 相關判斷：

✓ 開始用藥日期=就醫日期。

(1).08 案件其開始用藥日期為治療結束日期。(2).E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。

- ✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
- ✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=21 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間(費用年月 10110(含)以前為 7 天)不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。
- ✓ 兩案件同主成份同核價劑型(即藥品分類分組代碼 DRUG_GROUP_CODE 前 11 碼相同)才視為用藥重複。
- ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

- □ 例：計算 10301 時，分母為 10301 的給藥日數，分子為 10301 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10301 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10212。

- ➢ 運算範圍：月
- ➢ 展現維度：維度間可累加

1.全國
2.全國+總額部門
3.分區
4.分區+總額部門
5.分區+特約類別
6.分區+院所
7.分區+院所+科別
8.分區+院所+醫師

(1717).同院所同核價成份劑型用藥日數重疊率_罕病藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】

(建置時間：103/08/18)

(103/09/02 定義修訂：(1).藥局給藥案件刪除原案件分類為 08 條件。(2).自統計期間 100 年重新產製。)

(103/12/05 定義修訂：(1).藥局申報資料不納入計算。(2).增加排除特定治療項目 H3。(3).放寬給藥天數>=21 天(慢性病領藥)即可扣除 10 天重複。(4).自統計期間 100 年重新產製。)

(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)罕病藥物更新為 104.06.22 版本。(3)自統計期間 100 年開始重新產製。)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

■ 分子：罕病藥物重疊用藥日數

■ 分母：罕病藥物之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)給藥案件。
   - ✓ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
   - ✓ 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
   - ✓ 排除任一特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
   - ✓ 排除案件分類為 02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
   - ✓ 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
   - ✓ 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
   - ✓ 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 100 年開始產製。

□ 罕病藥物：醫令代碼為後面附表所列。

□ 分母：各案件之給藥日數總和。

※給藥日數：抓取醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)，若為空值則抓清單檔之給藥日份(DRUG_DAYS)。

□ 分子：同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

□ 相關判斷：

✓ 開始用藥日期=就醫日期。

(1).08 案件其開始用藥日期為治療結束日期。(2).E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。

- ✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
- ✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=21 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間(費用年月 10110(含)以前為 7 天)不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。
- ✓ 兩案件同主成份同核價劑型(即藥品分類分組代碼 DRUG_GROUP_CODE 前 11 碼相同)才視為用藥重複。
- ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

- □ 例：計算 10301 時，分母為 10301 的給藥日數，分子為 10301 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10301 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10212。

- ➢ 運算範圍：月
- ➢ 展現維度：維度間可累加

1.全國
2.全國+總額部門
3.分區
4.分區+總額部門
5.分區+特約類別
6.分區+院所
7.分區+院所+科別
8.分區+院所+醫師

全民健康保險藥物給付項目及支付標準收載經主管機關公告為適用罕見疾病防治及藥物法之專案進口(製造)或領取罕藥許可證藥品價格明細表(104.06.22 更新)：

序號	藥品代碼	藥品名稱	劑型
1	V000003221	Dimaval Inj. Solution	注射劑
2	V000002100	Dimaval Capsules	膠囊劑
3	X000059217	Replagal 3.5mg Inj.	注射劑
4	Y000004217	Replagal 3.5mg Inj.	注射劑
5	X000058296	Fabrazyme 35mg Inj.	注射劑
6	Y000005296	Fabrazyme 35mg Inj.	注射劑
7	X000075248	Myozyme 50mg inj.	注射劑
8	X000093100	Volibris F.C. Tablet 5mg	錠劑
9	X000094100	Volibris F.C. Tablet 10mg	錠劑
10	X000039100	Anagrelide 0.5mg Cap.	膠囊劑
11	V000007100	Agrylin 0.5mg capsules	膠囊劑
12	Z000001209	Antivenin of D.russellii (Lyophilized)	注射劑
13	X000051243	L-Arginine HCl Inj. 30ml/vial	注射劑
14	W000005229	Asadin Inj. 1mg/ml 10ml	注射劑
15	X000067162	Cystadane powder for oral sol’ n 1gm/scoopful (Betaine anhydrous)	溶液用粉劑
16	X000027100	Betaine HCL withPepsin Cap.	膠囊劑
17	X000069100	Tracleer125mg Film-Coated Tablets	錠劑
18	X000068100	Tracleer 62.5mg Film-Coated Tablets	錠劑
19	V000006100	Carnitene 1g chewable tablets	咀嚼錠
20	X000052129	Stimol (Citrulline 1gm/10ml/sachet)	內服液劑
21	V000001129	Stimol oral Solution 1g/10ml	口服溶液劑
22	X000043100	Cycloserine 250mg cap.	膠囊劑
23	X000037100	Cystagon Cap. 150mg	膠囊劑
24	X000014238	Dantrolene 20mg IV	注射劑
25	V000004100	Kelfer Capsules 250mg	膠囊劑
26	X000045100	Kelfer Cap. 500mg	膠囊劑
27	X000084100	Kelfer Capsules 500mg	膠囊劑
28	V000005100	Kelfer Capsules 500mg	膠囊劑
29	X000003110	Proglycem 50mg/ml 30ml/bot.	內服液劑
30	W000011100	Dimersu Capsules 200 mg	膠囊劑
31	WC00011100	Dimersu Capsules 200 mg	膠囊劑
32	X000029277	Flolan Inj.	注射劑
33	X000076221	NAGLAZYME INJ.	注射劑

		5MG/5ML/VIAL(GALSULFASE)	
34	X000055238	Copaxone Inj. 20mg	注射劑
35	V000009238	Copaxone Inj. 20mg	注射劑
36	V000015238	Copaxone 20mg Solution for Injection	注射劑
37	X000053229	Normosang inj.(Human Hemin 25mg/ml 10ml/amp)	注射劑
38	X000081216	Elaprase （idursulfase）solution for intravenous infusion 2mg/ml 6mg/vial	注射劑
39	X000070138	Ventavis	口腔氣化噴霧劑
40	V000011138	Ventavis Nebuliser Solution 20mcg	吸入用液劑
41	VC00011138	Ventavis Nebuliser Solution 20mcg	吸入用液劑
42	X000062209	Ilomedin-20 inj.	注射劑
43	X000019263	Cerezyme Inj.	注射劑
44	Y000006263	Cerezyme	注射劑
45	X000016212	Betaferon Inj. 0.3mg/2ml/ vial	注射劑
46	Y0000012AK	REBIF INJ 22MCG	注射劑
47	X000022216	Rebif Inj. 3MIU	注射劑
48	Y0000022E3	REBIF INJ 44MCG	注射劑
49	Y0000132CI	REBIF SOLUTION FOR INJECTION 132 MICROGRAMS (36MIU)	注射劑
50	X000022223	Rebif Inj. 6MIU	注射劑
51	A038948100	5-HTP	膠囊劑
52	AC38948100	5-HTP	膠囊劑
53	X000032255	Imukin Inj.	注射劑
54	X000065172	VSL#3 450 billion bacteria/packet	懸液用顆粒劑
55	X000066221	Aldurazyme 2.9mg/5ml	注射劑
56	Y000007221	Aldurazyme Concentrated Solution	注射劑
57	X000018100	Cartnitene 1gm Tab.	咀嚼錠
58	X000061209	Carnitene inj. 1gm	注射劑
59	X000047129	Levocarnitin Oral Solution	內服液劑
60	X000074100	Zavesca Capsules 100mg	膠囊劑
61	X000004100	Lysodren Tab.	錠劑
62	X000056100	Provigil	錠劑
63	V000010100	PROVIGIL TABLETS 200MG	錠劑
64	X000077100	Orfadin Cap. 2mg	膠囊劑

65	X000015100	Dilantin 30mg Cap.	膠囊劑
66	X000005162	Phosphate solution	口服液劑
67	X000063100	K-Phos No.2(Beach Pharmaceuticals)	錠劑
68	X000080219	Increlex 10mg/ml 4ml	注射劑
69	Y000009219	Increlex 10mg/ml 5ml	注射劑
70	X000028156	Sucraid Oral Solution	內服液劑
71	X000034100	Sodium Benzoate Cap. 250mg(健康化學製造)	膠囊劑
72	W000001100	Sodium Benzoate Cap. 250mg	膠囊劑
73	WC00001100	Sodium Benzoate Cap. 250mg	膠囊劑
74	X000002155	Ucephan Oral Solution 100ml/bot.	內服液劑
75	X000096248	Ammonul Injection 50mL	注射劑
76	X000009100	Buphenyl Tab. 500mg	錠劑
77	X000086100	Nitoman Tablet 25mg	錠劑
78	X000040100	Tetrahydro-Biopterin (BH4) 10mg Cap.	膠囊劑
79	X000072100	Tetrahydro-Biopterin (BH4) 50MG	膠囊劑
80	X000125100	BH4 (TETRAHYDRO-BIOPTERIN TABLETS) 10MG	錠劑
81	X000060292	Zadaxin Inj.	注射劑
82	X0000262D2	Thyrogen Inj .	注射劑
83	X000083121	Tobi Nebulizer Solution （tobramycin） 300mg/5ml/amp	口腔吸入劑
84	X000033100	Syprine(Trientine HCl 250mg/Cap.)	膠囊劑
85	X000078238	Remodulin Inj. 1.0mg/ml 20ml	注射劑
86	B022357100	Vesanoid Soft Gelatin Capsules 10mg	軟膠囊劑
87	X000085100	Trientine dihydrochloride 300mg/Cap.	膠囊劑
88	X000049100	Zinc Acetate 25mg/cap.	膠囊劑
89	X000050100	Zinc Acetate50mg/cap.	膠囊劑
90	W000007100	Zinca Capsules 50mg	膠囊劑
91	W000008100	WILIZIN CAPSULES 25MG	膠囊劑
92	W000009100	WILIZIN CAPSULES 50MG	膠囊劑
93	W000010100	Zinca Capsules25mg	膠囊劑
94	X000097238	ILOMEDIN-20	注射劑
95	W000006100	THADO CAPSULES 50MG	膠囊劑

96	X000099235	TYSABRI SOLUTION FOR INFUSION 300MG/15ML/VIAL(NATALIZUMAB)	注射劑
97	X000095100	KUVAN TABLETS	錠劑
98	X000102271	CEREZYME 400 UNITS (IMIGLUCERASE)	注射劑
99	X000103100	Lysodren Tab.	錠劑
100	X000106243	SOLIRIS INJECTION	注射劑
101	X000108100	Gilenya hard Cap. 0.5mg	膠囊劑
102	V000024100	Volibris Film-Coated Tablets 5mg	膜衣錠
103	V000023100	Volibris Film-Coated Tablets 10mg	膜衣錠
104	V000012100	Tracleer 62.5mg Film-Coated Tablets	膜衣錠
105	VC00012100	Tracleer 62.5mg Film-Coated Tablets	膜衣錠
106	V000013100	Tracleer125mg Film-Coated Tablets	膜衣錠
107	VC00013100	Tracleer125mg Film-Coated Tablets	膜衣錠
108	V000020100	AFINITOR 5MG TABLETS	錠劑
109	V000021100	AFINITOR 2.5MG TABLETS	錠劑
110	V000017277	Flolan Injection 0.5mg	注射劑
111	Y000011216	ELAPRASE (IDURSULFASE) INJECTION	注射劑
112	X000121238	GLATIRAMER ACETATE(COPAXONE) 20MG SOLUTION FOR INJECTION, PRE-FILLED SYRINGE	注射劑
113	X000120238	REMODULIN INJ. 5.0MG/ML 20ML	注射劑
114	Y000008221	ALDURAZYME CONCENTRATED SOLUTION	注射劑
115	X000123100	CARBAGLU TABLETS 200MG	錠劑
116	V000027100	XENAZINE 12.5MG	錠劑
117	V000026100	XENAZINE 25MG	錠劑
118	Y000014235	TYSABRI SOLUTION FOR INFUSION 300MG/15ML/VIAL(NATALIZUMAB)	注射劑
119	X000132100	Opsumit Film Coated Tablets 10mg	膜衣錠
120	Y000015271	CEREZYME 400U	凍晶注射劑
121	V000025100	GILENYA HARD CAPSULES 0.5MG	膠囊劑
122	YC00010229	NORMOSANG 25MG/ML CONCENTRATE FOR SOLUTION FOR INFUSION	注射劑
123	VC00003221	DIMAVAL INJECTION SOLUTION	注射劑
124	VC00002100	DIMAVAL CAPSULES	膠囊劑

125	YC00004217	REPLAGAL IMG/ML CONCENTRATION FOR SOLUTION FOR INFUSION	注射劑
126	VC00017277	FLOLAN INJECTION 0.5MG	凍晶注射劑
127	VC00024100	VOLIBRIS FILM-COATED TABLETS 5MG	膜衣錠
128	VC00023100	VOLIBRIS FILM-COATED TABLETS 10MG	膜衣錠
129	VC00021100	AFINITOR 2.5 MG TABLETS	錠劑
130	VC00020100	AFINITOR 5 MG TABLETS	錠劑
131	VC00025100	GILENYA HARD CAPSULES 0.5MG	膠囊劑
132	YC00005296	Fabrazyme 35mg Inj.	注射劑
133	VC00001129	Stimol oral Solution 1g/10ml	口服溶液劑
134	YC00011216	ELAPRASE (IDURSULFASE) INJECTION	注射劑
135	YC00015271	CEREZYME 400U	凍晶注射劑
136	YC00007221	Aldurazyme Concentrated Solution	注射劑
137	YC00008221	Aldurazyme Concentrated Solution	注射劑
138	WC00010100	Zinca Capsules25mg	膠囊劑
139	WC00007100	Zinca Capsules 50mg	膠囊劑
140	VC00007100	Agrylin 0.5mg capsules	膠囊劑
141	VC00027100	XENAZINE 12.5MG	錠劑
142	VC00026100	XENAZINE 25MG	錠劑
143	VC00005100	Kelfer Capsules 500mg	膠囊劑
144	YC000022E3	REBIF INJ 44MCG	注射劑
145	YC000132CI	REBIF SOLUTION FOR INJECTION 132 MICROGRAMS (36MIU)	注射劑

(1718).同院所同核價成份劑型用藥日數重疊率_標靶藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】

(建置時間：103/08/18)

(103/09/02 定義修訂：(1).藥局給藥案件刪除原案件分類為 08 條件。(2).自統計期間 100 年重新產製。)

(103/12/05 定義修訂：(1).藥局申報資料不納入計算。(2).增加排除特定治療項目 H3。(3).放寬給藥天數>=21 天(慢性病領藥)即可扣除 10 天重複。(4).自統計期間 100 年重新產製。)

(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)標靶藥物改為擷取第 1 碼及第 3 至 10 碼之醫令代碼。(3)自統計期間 100 年開始重新產製。)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

■ 分子：標靶藥物重疊用藥日數

■ 分母：標靶藥物之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)給藥案件。
   - ✓ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
   - ✓ 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
   - ✓ 排除任一特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
   - ✓ 排除案件分類為 02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
   - ✓ 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
   - ✓ 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
   - ✓ 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 100 年開始產製。

□ 標靶藥物：醫令代碼為後面附表所列，僅擷取第 1 碼及第 3 至 10 碼之醫令代碼(以 AC57915100 此醫令代碼為例，A057915100 及 A157915100 皆會被抓取)。

□ 分母：各案件之給藥日數總和。

※給藥日數：抓取醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)，若為空值則抓清單檔之給藥日份(DRUG_DAYS)。

□ 分子：同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

□ 相關判斷：

✓ 開始用藥日期=就醫日期。

(1).08 案件其開始用藥日期為治療結束日期。(2).E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。

- ✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。
- ✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
- ✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=21 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間(費用年月 10110(含)以前為 7 天)不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。
- ✓ 兩案件同主成份同核價劑型(即藥品分類分組代碼 DRUG_GROUP_CODE 前 11 碼相同)才視為用藥重複。
- ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

- □ 例：計算 10301 時，分母為 10301 的給藥日數，分子為 10301 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10301 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10212。

- ➢ 運算範圍：月
- ➢ 展現維度：維度間可累加

1.全國
2.全國+總額部門
3.分區
4.分區+總額部門
5.分區+特約類別
6.分區+院所
7.分區+院所+科別
8.分區+院所+醫師

標靶品項：

序號	藥品代碼	藥品名稱
1	AC57915100	LEEVK F.C. TABLETS 100MG
2	B023291100	GLIVEC CAPSULES 100MG
3	B024027100	GLIVEC FILM-COATED TABLETS 100MG
4	B023808100	IRESSA FILM-COATED TABLETS 250MG
5	B024407100	Tarceva Film-Coated tablets 150mg
6	B024410100	Tarceva Film-Coated tablets 100mg
7	B025071100	TARCEVA FILM-COATED TABLETS 150MG“ITALY”
8	B025077100	TARCEVA FILM-COATED TABLETS 100MG“ITALY”
9	B024510217	Velcade for Injection
10	B025559217	VELCADE POWDER FOR SOLUTION FOR INJECTION
11	K0006252B5	HERCEPTIN VIAL 440MG
12	K000790261	HERCEPTIN 150MG/VIAL
13	K000699229	MABTHERA SOLUTION FOR IV INFUSION
14	K000699248	MABTHERA SOLUTION FOR IV INFUSION
15	K000928229	MABTHERA SOLUTION FOR INFUSION
16	K000928248	MABTHERA SOLUTION FOR INFUSION
17	K000819248	ERBITUX
18	K000877238	ERBITUX 5MG/ML SOLUTION FOR INFUSION
19	B024593100	SUTENT CAPSULES 12.5MG
20	B024594100	SUTENT CAPSULES 25MG
21	B024595100	SUTENT CAPSULES 50MG
22	B024794100	SPRYCEL FILM-COATED TABLETS 50MG
23	B024800100	SPRYCEL TABLETS 70MG
24	B024813100	SPRYCEL FILM-COATED TABLETS 20MG
25	B024834100	TASIGNA CAPSULES 200 MG
26	B025317100	TASIGNA CAPSULES 150MG
27	K000807219	AVASTIN INJECTION
28	K000874219	AVASTIN INJECTION
29	B024727100	NEXAVAR FILM-COATED TABLETS 200MG
30	B024853297	TORISEL CONCENTRATE AND DILUENT FOR SOLUTION FOR INFUSION
31	B025165100	AFINITOR 5MG TABLETS
32	B025166100	AFINITOR 10MG TABLETS
33	B025433100	VOTRIENT (PAZOPANIB HCL) FILM-COATED TABLETS 200MG

(1719).同院所同核價成份劑型用藥日數重疊率_血友病藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】

(建置時間：103/08/18)

(103/09/02 定義修訂：(1).藥局給藥案件刪除原案件分類為 08 條件。(2).自統計期間 100 年重新產製。)

(103/12/05 定義修訂：(1).藥局申報資料不納入計算。(2).增加排除特定治療項目 H3。(3).放寬給藥天數>=21 天(慢性病領藥)即可扣除 10 天重複。(4).自統計期間 100 年重新產製。)

(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)自統計期間 104 年開始重新產製。)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

■ 分子：血友病藥物重疊用藥日數

■ 分母：血友病藥物之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)給藥案件。
   - ✓ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
   - ✓ 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
   - ✓ 排除任一特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
   - ✓ 排除案件分類為 02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
   - ✓ 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
   - ✓ 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
   - ✓ 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 100 年開始產製。

□ 血友病藥物：ATC 前五碼為 B02BD。

□ 分母：各案件之給藥日數總和。

※給藥日數：抓取醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)，若為空值則抓清單檔之給藥日份(DRUG_DAYS)。

□ 分子：同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

□ 相關判斷：

✓ 開始用藥日期=就醫日期。

(1).08 案件其開始用藥日期為治療結束日期。(2).E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。

- ✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
- ✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=21 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間(費用年月 10110(含)以前為 7 天)不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。
- ✓ 兩案件同主成份同核價劑型(即藥品分類分組代碼 DRUG_GROUP_CODE 前 11 碼相同)才視為用藥重複。
- ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

- □ 例：計算 10301 時，分母為 10301 的給藥日數，分子為 10301 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10301 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10212。

- ➢ 運算範圍：月
- ➢ 展現維度：維度間可累加

1.全國
2.全國+總額部門
3.分區
4.分區+總額部門
5.分區+特約類別
6.分區+院所
7.分區+院所+科別
8.分區+院所+醫師

(1720).同院所同核價成份劑型用藥日數重疊率_Zolpidem 藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】

(建置時間：103/08/18)

(103/09/02 定義修訂：(1).藥局給藥案件刪除原案件分類為 08 條件。(2).自統計期間 100 年重新產製。)

(103/12/05 定義修訂：(1).藥局申報資料不納入計算。(2).增加排除特定治療項目 H3。(3).放寬給藥天數>=21 天(慢性病領藥)即可扣除 10 天重複。(4).自統計期間 100 年重新產製。)

(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)自統計期間 104 年開始重新產製。)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

■ 分子：Zolpidem 藥物重疊用藥日數

■ 分母：Zolpidem 藥物之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)給藥案件。
   - ✓ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
   - ✓ 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
   - ✓ 排除任一特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
   - ✓ 排除案件分類為 02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
   - ✓ 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
   - ✓ 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
   - ✓ 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 100 年開始產製。

□ Zolpidem 藥物(口服)：核價成份代碼(DRUG_APV_ING_CODE)為 2824801820，且醫令代碼第 8 碼為 1。

□ 分母：各案件之給藥日數總和。

※給藥日數：抓取醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)，若為空值則抓清單檔之給藥日份(DRUG_DAYS)。

□ 分子：同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

□ 相關判斷：

✓ 開始用藥日期=就醫日期。

(1).08 案件其開始用藥日期為治療結束日期。(2).E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。

- ✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。
- ✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
- ✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=21 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間(費用年月 10110(含)以前為 7 天)不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。
- ✓ 兩案件核價成分代碼(DRUG_APV_ING_CODE)完全相同才視為用藥重疊。
- ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

- □ 例：計算 10301 時，分母為 10301 的給藥日數，分子為 10301 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10301 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10212。

- ➢ 運算範圍：月
- ➢ 展現維度：維度間可累加

1.全國
2.全國+總額部門
3.分區
4.分區+總額部門
5.分區+特約類別
6.分區+院所
7.分區+院所+科別
8.分區+院所+醫師

(1721).跨院所同核價成份劑型用藥日數重疊率_抗生素藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】

(建置時間：103/12/05)

(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)自統計期間 104 年開始重新產製。)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

■ 分子：抗生素藥物重疊用藥日數

■ 分母：抗生素藥物之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)給藥案件。
   - ✓ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
   - ✓ 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
   - ✓ 排除任一特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
   - ✓ 排除案件分類為 02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
   - ✓ 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
   - ✓ 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
   - ✓ 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 100 年開始產製。

□ 抗生素藥物(限口服)：ATC7 碼前三碼為 J01，且醫令代碼第 8 碼為 1。

□ 分母：各案件之給藥日數總和。

※給藥日數：抓取醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)，若為空值則抓清單檔之給藥日份(DRUG_DAYS)。

□ 分子：全國跨院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

□ 相關判斷：

✓ 開始用藥日期=就醫日期。

(1).08 案件其開始用藥日期為治療結束日期。(2).E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。

✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=21 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間(費用年月 10110(含)以前為 7 天)不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，

故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。

- ✓ 兩案件同主成份同核價劑型(即藥品分類分組代碼 DRUG_GROUP_CODE 前 11 碼相同)才視為用藥重複。
- ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

□ 例：計算 10301 時，分母為 10301 的給藥日數，分子為 10301 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10301 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10212。

- ➢ 運算範圍：月
- ➢ 展現維度：維度間可累加

1.全國
2.全國+總額部門
3.分區
4.分區+總額部門
5.分區+特約類別
6.分區+院所
7.分區+院所+科別
8.分區+院所+醫師

(1722).跨院所同核價成份劑型用藥日數重疊率_罕病藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】

(建置時間：103/12/05)

(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)罕病藥物更新為 104.06.22 版本。(3)自統計期間 100 年開始重新產製。)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

■ 分子：罕病藥物重疊用藥日數

■ 分母：罕病藥物之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)給藥案件。
   - ✓ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
   - ✓ 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
   - ✓ 排除任一特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
   - ✓ 排除案件分類為 02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
   - ✓ 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
   - ✓ 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
   - ✓ 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 100 年開始產製。

□ 罕病藥物：醫令代碼為後面附表所列。

□ 分母：各案件之給藥日數總和。

※給藥日數：抓取醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)，若為空值則抓清單檔之給藥日份(DRUG_DAYS)。

□ 分子：全國跨院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

□ 相關判斷：

- ✓ 開始用藥日期=就醫日期。

  (1).08 案件其開始用藥日期為治療結束日期。(2).E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。
- ✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。
- ✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
- ✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=21 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間(費用年月 10110(含)以前為 7 天)不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，

故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。

- ✓ 兩案件同主成份同核價劑型(即藥品分類分組代碼 DRUG_GROUP_CODE 前 11 碼相同)才視為用藥重複。
- ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

□ 例：計算 10301 時，分母為 10301 的給藥日數，分子為 10301 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10301 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10212。

- ➢ 運算範圍：月
- ➢ 展現維度：維度間可累加

1.全國
2.全國+總額部門
3.分區
4.分區+總額部門
5.分區+特約類別
6.分區+院所
7.分區+院所+科別
8.分區+院所+醫師

全民健康保險藥物給付項目及支付標準收載經主管機關公告為適用罕見疾病防治及藥物法之專案進口(製造)或領取罕藥許可證藥品價格明細表(104.06.22 更新)：

序號	藥品代碼	藥品名稱	劑型
1	V000003221	Dimaval Inj. Solution	注射劑
2	V000002100	Dimaval Capsules	膠囊劑
3	X000059217	Replagal 3.5mg Inj.	注射劑
4	Y000004217	Replagal 3.5mg Inj.	注射劑
5	X000058296	Fabrazyme 35mg Inj.	注射劑
6	Y000005296	Fabrazyme 35mg Inj.	注射劑
7	X000075248	Myozyme 50mg inj.	注射劑
8	X000093100	Volibris F.C. Tablet 5mg	錠劑
9	X000094100	Volibris F.C. Tablet 10mg	錠劑
10	X000039100	Anagrelide 0.5mg Cap.	膠囊劑
11	V000007100	Agrylin 0.5mg capsules	膠囊劑
12	Z000001209	Antivenin of D.russellii (Lyophilized)	注射劑
13	X000051243	L-Arginine HCl Inj. 30ml/vial	注射劑
14	W000005229	Asadin Inj. 1mg/ml 10ml	注射劑
15	X000067162	Cystadane powder for oral sol’ n 1gm/scoopful (Betaine anhydrous)	溶液用粉劑
16	X000027100	Betaine HCL withPepsin Cap.	膠囊劑
17	X000069100	Tracleer125mg Film-Coated Tablets	錠劑
18	X000068100	Tracleer 62.5mg Film-Coated Tablets	錠劑
19	V000006100	Carnitene 1g chewable tablets	咀嚼錠
20	X000052129	Stimol (Citrulline 1gm/10ml/sachet)	內服液劑
21	V000001129	Stimol oral Solution 1g/10ml	口服溶液劑
22	X000043100	Cycloserine 250mg cap.	膠囊劑
23	X000037100	Cystagon Cap. 150mg	膠囊劑
24	X000014238	Dantrolene 20mg IV	注射劑
25	V000004100	Kelfer Capsules 250mg	膠囊劑
26	X000045100	Kelfer Cap. 500mg	膠囊劑
27	X000084100	Kelfer Capsules 500mg	膠囊劑
28	V000005100	Kelfer Capsules 500mg	膠囊劑
29	X000003110	Proglycem 50mg/ml 30ml/bot.	內服液劑
30	W000011100	Dimersu Capsules 200 mg	膠囊劑
31	WC00011100	Dimersu Capsules 200 mg	膠囊劑
32	X000029277	Flolan Inj.	注射劑
33	X000076221	NAGLAZYME INJ.	注射劑

		5MG/5ML/VIAL(GALSULFASE)	
34	X000055238	Copaxone Inj. 20mg	注射劑
35	V000009238	Copaxone Inj. 20mg	注射劑
36	V000015238	Copaxone 20mg Solution for Injection	注射劑
37	X000053229	Normosang inj.(Human Hemin 25mg/ml 10ml/amp)	注射劑
38	X000081216	Elaprase （idursulfase）solution for intravenous infusion 2mg/ml 6mg/vial	注射劑
39	X000070138	Ventavis	口腔氣化噴霧劑
40	V000011138	Ventavis Nebuliser Solution 20mcg	吸入用液劑
41	VC00011138	Ventavis Nebuliser Solution 20mcg	吸入用液劑
42	X000062209	Ilomedin-20 inj.	注射劑
43	X000019263	Cerezyme Inj.	注射劑
44	Y000006263	Cerezyme	注射劑
45	X000016212	Betaferon Inj. 0.3mg/2ml/ vial	注射劑
46	Y0000012AK	REBIF INJ 22MCG	注射劑
47	X000022216	Rebif Inj. 3MIU	注射劑
48	Y0000022E3	REBIF INJ 44MCG	注射劑
49	Y0000132CI	REBIF SOLUTION FOR INJECTION 132 MICROGRAMS (36MIU)	注射劑
50	X000022223	Rebif Inj. 6MIU	注射劑
51	A038948100	5-HTP	膠囊劑
52	AC38948100	5-HTP	膠囊劑
53	X000032255	Imukin Inj.	注射劑
54	X000065172	VSL#3 450 billion bacteria/packet	懸液用顆粒劑
55	X000066221	Aldurazyme 2.9mg/5ml	注射劑
56	Y000007221	Aldurazyme Concentrated Solution	注射劑
57	X000018100	Cartnitene 1gm Tab.	咀嚼錠
58	X000061209	Carnitene inj. 1gm	注射劑
59	X000047129	Levocarnitin Oral Solution	內服液劑
60	X000074100	Zavesca Capsules 100mg	膠囊劑
61	X000004100	Lysodren Tab.	錠劑
62	X000056100	Provigil	錠劑
63	V000010100	PROVIGIL TABLETS 200MG	錠劑
64	X000077100	Orfadin Cap. 2mg	膠囊劑

65	X000015100	Dilantin 30mg Cap.	膠囊劑
66	X000005162	Phosphate solution	口服液劑
67	X000063100	K-Phos No.2(Beach Pharmaceuticals)	錠劑
68	X000080219	Increlex 10mg/ml 4ml	注射劑
69	Y000009219	Increlex 10mg/ml 5ml	注射劑
70	X000028156	Sucraid Oral Solution	內服液劑
71	X000034100	Sodium Benzoate Cap. 250mg(健康化學製造)	膠囊劑
72	W000001100	Sodium Benzoate Cap. 250mg	膠囊劑
73	WC00001100	Sodium Benzoate Cap. 250mg	膠囊劑
74	X000002155	Ucephan Oral Solution 100ml/bot.	內服液劑
75	X000096248	Ammonul Injection 50mL	注射劑
76	X000009100	Buphenyl Tab. 500mg	錠劑
77	X000086100	Nitoman Tablet 25mg	錠劑
78	X000040100	Tetrahydro-Biopterin (BH4) 10mg Cap.	膠囊劑
79	X000072100	Tetrahydro-Biopterin (BH4) 50MG	膠囊劑
80	X000125100	BH4 (TETRAHYDRO-BIOPTERIN TABLETS) 10MG	錠劑
81	X000060292	Zadaxin Inj.	注射劑
82	X0000262D2	Thyrogen Inj .	注射劑
83	X000083121	Tobi Nebulizer Solution （tobramycin） 300mg/5ml/amp	口腔吸入劑
84	X000033100	Syprine(Trientine HCl 250mg/Cap.)	膠囊劑
85	X000078238	Remodulin Inj. 1.0mg/ml 20ml	注射劑
86	B022357100	Vesanoid Soft Gelatin Capsules 10mg	軟膠囊劑
87	X000085100	Trientine dihydrochloride 300mg/Cap.	膠囊劑
88	X000049100	Zinc Acetate 25mg/cap.	膠囊劑
89	X000050100	Zinc Acetate50mg/cap.	膠囊劑
90	W000007100	Zinca Capsules 50mg	膠囊劑
91	W000008100	WILIZIN CAPSULES 25MG	膠囊劑
92	W000009100	WILIZIN CAPSULES 50MG	膠囊劑
93	W000010100	Zinca Capsules25mg	膠囊劑
94	X000097238	ILOMEDIN-20	注射劑
95	W000006100	THADO CAPSULES 50MG	膠囊劑

96	X000099235	TYSABRI SOLUTION FOR INFUSION 300MG/15ML/VIAL(NATALIZUMAB)	注射劑
97	X000095100	KUVAN TABLETS	錠劑
98	X000102271	CEREZYME 400 UNITS (IMIGLUCERASE)	注射劑
99	X000103100	Lysodren Tab.	錠劑
100	X000106243	SOLIRIS INJECTION	注射劑
101	X000108100	Gilenya hard Cap. 0.5mg	膠囊劑
102	V000024100	Volibris Film-Coated Tablets 5mg	膜衣錠
103	V000023100	Volibris Film-Coated Tablets 10mg	膜衣錠
104	V000012100	Tracleer 62.5mg Film-Coated Tablets	膜衣錠
105	VC00012100	Tracleer 62.5mg Film-Coated Tablets	膜衣錠
106	V000013100	Tracleer125mg Film-Coated Tablets	膜衣錠
107	VC00013100	Tracleer125mg Film-Coated Tablets	膜衣錠
108	V000020100	AFINITOR 5MG TABLETS	錠劑
109	V000021100	AFINITOR 2.5MG TABLETS	錠劑
110	V000017277	Flolan Injection 0.5mg	注射劑
111	Y000011216	ELAPRASE (IDURSULFASE) INJECTION	注射劑
112	X000121238	GLATIRAMER ACETATE(COPAXONE) 20MG SOLUTION FOR INJECTION, PRE-FILLED SYRINGE	注射劑
113	X000120238	REMODULIN INJ. 5.0MG/ML 20ML	注射劑
114	Y000008221	ALDURAZYME CONCENTRATED SOLUTION	注射劑
115	X000123100	CARBAGLU TABLETS 200MG	錠劑
116	V000027100	XENAZINE 12.5MG	錠劑
117	V000026100	XENAZINE 25MG	錠劑
118	Y000014235	TYSABRI SOLUTION FOR INFUSION 300MG/15ML/VIAL(NATALIZUMAB)	注射劑
119	X000132100	Opsumit Film Coated Tablets 10mg	膜衣錠
120	Y000015271	CEREZYME 400U	凍晶注射劑
121	V000025100	GILENYA HARD CAPSULES 0.5MG	膠囊劑
122	YC00010229	NORMOSANG 25MG/ML CONCENTRATE FOR SOLUTION FOR INFUSION	注射劑
123	VC00003221	DIMAVAL INJECTION SOLUTION	注射劑
124	VC00002100	DIMAVAL CAPSULES	膠囊劑

125	YC00004217	REPLAGAL IMG/ML CONCENTRATION FOR SOLUTION FOR INFUSION	注射劑
126	VC00017277	FLOLAN INJECTION 0.5MG	凍晶注射劑
127	VC00024100	VOLIBRIS FILM-COATED TABLETS 5MG	膜衣錠
128	VC00023100	VOLIBRIS FILM-COATED TABLETS 10MG	膜衣錠
129	VC00021100	AFINITOR 2.5 MG TABLETS	錠劑
130	VC00020100	AFINITOR 5 MG TABLETS	錠劑
131	VC00025100	GILENYA HARD CAPSULES 0.5MG	膠囊劑
132	YC00005296	Fabrazyme 35mg Inj.	注射劑
133	VC00001129	Stimol oral Solution 1g/10ml	口服溶液劑
134	YC00011216	ELAPRASE (IDURSULFASE) INJECTION	注射劑
135	YC00015271	CEREZYME 400U	凍晶注射劑
136	YC00007221	Aldurazyme Concentrated Solution	注射劑
137	YC00008221	Aldurazyme Concentrated Solution	注射劑
138	WC00010100	Zinca Capsules25mg	膠囊劑
139	WC00007100	Zinca Capsules 50mg	膠囊劑
140	VC00007100	Agrylin 0.5mg capsules	膠囊劑
141	VC00027100	XENAZINE 12.5MG	錠劑
142	VC00026100	XENAZINE 25MG	錠劑
143	VC00005100	Kelfer Capsules 500mg	膠囊劑
144	YC000022E3	REBIF INJ 44MCG	注射劑
145	YC000132CI	REBIF SOLUTION FOR INJECTION 132 MICROGRAMS (36MIU)	注射劑

(1723).跨院所同核價成份劑型用藥日數重疊率_標靶藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】

(建置時間：103/12/05)

(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)標靶藥物改為擷取第 1 碼及第 3 至 10 碼之醫令代碼。(3)自統計期間 100 年開始重新產製。)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

■ 分子：標靶藥物重疊用藥日數

■ 分母：標靶藥物之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)給藥案件。
   - ✓ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
   - ✓ 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
   - ✓ 排除任一特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
   - ✓ 排除案件分類為 02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
   - ✓ 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
   - ✓ 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
   - ✓ 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 100 年開始產製。

□ 標靶藥物：醫令代碼為後面附表所列，僅擷取第 1 碼及第 3 至 10 碼之醫令代碼(以 AC57915100 此醫令代碼為例，A057915100 及 A157915100 皆會被抓取)。

□ 分母：各案件之給藥日數總和。

※給藥日數：抓取醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)，若為空值則抓清單檔之給藥日份(DRUG_DAYS)。

□ 分子：全國跨院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

□ 相關判斷：

- ✓ 開始用藥日期=就醫日期。

  (1).08 案件其開始用藥日期為治療結束日期。(2).E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。
- ✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。
- ✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
- ✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=21 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間(費用年月 10110(含)以前為 7 天)不計入重疊日數；此外，依據

一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。

- ✓ 兩案件同主成份同核價劑型(即藥品分類分組代碼 DRUG_GROUP_CODE 前 11 碼相同)才視為用藥重複。
- ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

□ 例：計算 10301 時，分母為 10301 的給藥日數，分子為 10301 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10301 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10212。

- ➢ 運算範圍：月
- ➢ 展現維度：維度間可累加

1.全國
2.全國+總額部門
3.分區
4.分區+總額部門
5.分區+特約類別
6.分區+院所
7.分區+院所+科別
8.分區+院所+醫師

標靶品項：

序號	藥品代碼	藥品名稱
1	AC57915100	LEEVK F.C. TABLETS 100MG
2	B023291100	GLIVEC CAPSULES 100MG
3	B024027100	GLIVEC FILM-COATED TABLETS 100MG
4	B023808100	IRESSA FILM-COATED TABLETS 250MG
5	B024407100	Tarceva Film-Coated tablets 150mg
6	B024410100	Tarceva Film-Coated tablets 100mg
7	B025071100	TARCEVA FILM-COATED TABLETS 150MG“ITALY”
8	B025077100	TARCEVA FILM-COATED TABLETS 100MG“ITALY”
9	B024510217	Velcade for Injection
10	B025559217	VELCADE POWDER FOR SOLUTION FOR INJECTION
11	K0006252B5	HERCEPTIN VIAL 440MG
12	K000790261	HERCEPTIN 150MG/VIAL
13	K000699229	MABTHERA SOLUTION FOR IV INFUSION
14	K000699248	MABTHERA SOLUTION FOR IV INFUSION
15	K000928229	MABTHERA SOLUTION FOR INFUSION
16	K000928248	MABTHERA SOLUTION FOR INFUSION
17	K000819248	ERBITUX
18	K000877238	ERBITUX 5MG/ML SOLUTION FOR INFUSION
19	B024593100	SUTENT CAPSULES 12.5MG
20	B024594100	SUTENT CAPSULES 25MG
21	B024595100	SUTENT CAPSULES 50MG
22	B024794100	SPRYCEL FILM-COATED TABLETS 50MG
23	B024800100	SPRYCEL TABLETS 70MG
24	B024813100	SPRYCEL FILM-COATED TABLETS 20MG
25	B024834100	TASIGNA CAPSULES 200 MG
26	B025317100	TASIGNA CAPSULES 150MG
27	K000807219	AVASTIN INJECTION
28	K000874219	AVASTIN INJECTION
29	B024727100	NEXAVAR FILM-COATED TABLETS 200MG
30	B024853297	TORISEL CONCENTRATE AND DILUENT FOR SOLUTION FOR INFUSION
31	B025165100	AFINITOR 5MG TABLETS
32	B025166100	AFINITOR 10MG TABLETS
33	B025433100	VOTRIENT (PAZOPANIB HCL) FILM-COATED TABLETS 200MG

(1724).跨院所同核價成份劑型用藥日數重疊率_血友病藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】

(建置時間：103/12/05)

(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)自統計期間 104 年開始重新產製。)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

■ 分子：血友病藥物重疊用藥日數

■ 分母：血友病藥物之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)給藥案件。
   - ✓ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
   - ✓ 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
   - ✓ 排除任一特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
   - ✓ 排除案件分類為 02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
   - ✓ 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
   - ✓ 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
   - ✓ 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 100 年開始產製。

□ 血友病藥物：ATC 前五碼為 B02BD。

□ 分母：各案件之給藥日數總和。

※給藥日數：抓取醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)，若為空值則抓清單檔之給藥日份(DRUG_DAYS)。

□ 分子：全國跨院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

□ 相關判斷：

- ✓ 開始用藥日期=就醫日期。

  (1).08 案件其開始用藥日期為治療結束日期。(2).E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。
- ✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。
- ✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
- ✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=21 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間(費用年月 10110(含)以前為 7 天)不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，

故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。

- ✓ 兩案件同主成份同核價劑型(即藥品分類分組代碼 DRUG_GROUP_CODE 前 11 碼相同)才視為用藥重複。
- ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

□ 例：計算 10301 時，分母為 10301 的給藥日數，分子為 10301 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10301 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10212。

- ➢ 運算範圍：月
- ➢ 展現維度：維度間可累加

1.全國
2.全國+總額部門
3.分區
4.分區+總額部門
5.分區+特約類別
6.分區+院所
7.分區+院所+科別
8.分區+院所+醫師

(1725).跨院所同核價成份劑型用藥日數重疊率_Zolpidem 藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】

(建置時間：103/12/05)

(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)自統計期間 104 年開始重新產製。)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

■ 分子：Zolpidem 藥物重疊用藥日數

■ 分母：Zolpidem 藥物之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)給藥案件。
   - ✓ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
   - ✓ 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
   - ✓ 排除任一特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
   - ✓ 排除案件分類為 02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
   - ✓ 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
   - ✓ 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
   - ✓ 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 100 年開始產製。

□ Zolpidem 藥物(口服)：核價成份代碼(DRUG_APV_ING_CODE)為 2824801820，且醫令代碼第 8 碼為 1。

□ 分母：各案件之給藥日數總和。

※給藥日數：抓取醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)，若為空值則抓清單檔之給藥日份(DRUG_DAYS)。

□ 分子：全國跨院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

□ 相關判斷：

✓ 開始用藥日期=就醫日期。

(1).08 案件其開始用藥日期為治療結束日期。(2).E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。

✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。

✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=21 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間(費用年月 10110(含)以前為 7 天)不計入重疊日數；此外，依據

一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。

- ✓ 兩案件核價成分代碼(DRUG_APV_ING_CODE)完全相同才視為用藥重疊。
- ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

□ 例：計算 10301 時，分母為 10301 的給藥日數，分子為 10301 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10301 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10212。

- ➢ 運算範圍：月
- ➢ 展現維度：維度間可累加

1.全國
2.全國+總額部門
3.分區
4.分區+總額部門
5.分區+特約類別
6.分區+院所
7.分區+院所+科別
8.分區+院所+醫師

(1726).品質公開-同院所同藥理用藥日數重疊率_抗思覺失調藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】

(建置時間：103/08/18)
(103/09/02 定義修訂：(1).藥局給藥案件刪除原案件分類為 08 條件。(2).自統計期間 100 年重新產製。)
(103/12/05 定義修訂：(1).藥局申報資料不納入計算。(2).增加排除特定治療項目 H3。(3).放寬給藥天數>=21 天(慢性病領藥)即可扣除 10 天重複。(4).抗思覺失調藥物 A05AX 改為 N05AX。(5).自統計期間 100 年重新產製。)
(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)藥品範圍排除 N05AN01。(3)兩案件 ATC 前七碼完全相同才視為用藥重疊。(4)自統計期間 100 年開始重新產製。)
(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

■ 分子：抗思覺失調藥物重疊用藥日數
■ 分母：抗思覺失調藥物之給藥日數
□ 資料範圍：
1. 門診(西醫基層+西醫醫院)給藥案件。
✓ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
✓ 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
✓ 排除任一特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
✓ 排除案件分類為 02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
✓ 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
✓ 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
✓ 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。
□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
□ 此指標資料自統計期間 100 年開始產製。
□ 抗思覺失調藥物：ATC 前五碼=N05AA、N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX。
□ 分母：各案件之給藥日數總和。
※給藥日數：抓取醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)，若為空值則抓清單檔之給藥日份(DRUG_DAYS)。
□ 分子：同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。
□ 相關判斷：
✓ 開始用藥日期=就醫日期。
(1).08 案件其開始用藥日期為治療結束日期。(2).E1 案件(試辦計畫)就醫序號

為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。

- ✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。
- ✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
- ✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=21 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間(費用年月 10110(含)以前為 7 天)不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。
- ✓ 兩案件 ATC 前七碼完全相同才視為用藥重疊。
- ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

- □ 例：計算 10301 時，分母為 10301 的給藥日數，分子為 10301 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10301 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10212。

- ➢ 運算範圍：月
- ➢ 展現維度：維度間可累加

1.全國
2.全國+總額部門
3.分區
4.分區+總額部門
5.分區+特約類別
6.分區+院所
7.分區+院所+科別
8.分區+院所+醫師

(1727).品質公開-同院所同藥理用藥日數重疊率_抗憂鬱症藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】

(建置時間：103/08/18)

(103/09/02 定義修訂：(1).藥局給藥案件刪除原案件分類為 08 條件。(2).自統計期間 100 年重新產製。)

(103/12/05 定義修訂：(1).藥局申報資料不納入計算。(2).增加排除特定治療項目 H3。(3).放寬給藥天數>=21 天(慢性病領藥)即可扣除 10 天重複。(4).自統計期間 100 年重新產製。)

(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)藥品範圍排除 N06AX、N06AA12、N06AA02。(3)自統計期間 100 年開始重新產製。)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

■ 分子：抗憂鬱症藥物重疊用藥日數

■ 分母：抗憂鬱症藥物之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)給藥案件。
   - ✓ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
   - ✓ 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
   - ✓ 排除任一特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
   - ✓ 排除案件分類為 02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
   - ✓ 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
   - ✓ 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
   - ✓ 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 100 年開始產製。

□ 抗憂鬱症藥物：ATC 前五碼=N06AA(排除 N06AA12、N06AA02)、N06AB、N06AG。

□ 分母：各案件之給藥日數總和。

※給藥日數：抓取醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)，若為空值則抓清單檔之給藥日份(DRUG_DAYS)。

□ 分子：同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

□ 相關判斷：

✓ 開始用藥日期=就醫日期。

(1).08 案件其開始用藥日期為治療結束日期。(2).E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。

- ✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。
- ✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
- ✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=21 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間(費用年月 10110(含)以前為 7 天)不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。
- ✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重疊。
- ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

- □ 例：計算 10301 時，分母為 10301 的給藥日數，分子為 10301 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10301 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10212。

- ➢ 運算範圍：月
- ➢ 展現維度：維度間可累加

1.全國
2.全國+總額部門
3.分區
4.分區+總額部門
5.分區+特約類別
6.分區+院所
7.分區+院所+科別
8.分區+院所+醫師

(1728).品質公開-同院所同藥理用藥日數重疊率_安眠鎮靜藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】

(建置時間：103/08/18)

(103/09/02 定義修訂：(1).藥局給藥案件刪除原案件分類為 08 條件。(2).自統計期間 100 年重新產製。)

(103/12/05 定義修訂：(1).藥局申報資料不納入計算。(2).增加排除特定治療項目 H3。(3).放寬給藥天數>=21 天(慢性病領藥)即可扣除 10 天重複。(4).自統計期間 100 年重新產製。)

(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)藥品範圍修訂為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為 1。(3)自統計期間 100 年開始重新產製。)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

■ 分子：安眠鎮靜藥物重疊用藥日數

■ 分母：安眠鎮靜藥物之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)給藥案件。
   - ✓ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
   - ✓ 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
   - ✓ 排除任一特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
   - ✓ 排除案件分類為 02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
   - ✓ 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
   - ✓ 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
   - ✓ 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 100 年開始產製。

□ 安眠鎮靜藥物(口服)：ATC 前五碼為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為 1。

□ 分母：各案件之給藥日數總和。

※給藥日數：抓取醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)，若為空值則抓清單檔之給藥日份(DRUG_DAYS)。

□ 分子：同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

□ 相關判斷：

✓ 開始用藥日期=就醫日期。

(1).08 案件其開始用藥日期為治療結束日期。(2).E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫

日期。

- ✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。
- ✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
- ✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=21 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間(費用年月 10110(含)以前為 7 天)不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。
- ✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重疊。
- ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

- □ 例：計算 10301 時，分母為 10301 的給藥日數，分子為 10301 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10301 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10212。

- ➢ 運算範圍：月
- ➢ 展現維度：維度間可累加

1.全國
2.全國+總額部門
3.分區
4.分區+總額部門
5.分區+特約類別
6.分區+院所
7.分區+院所+科別
8.分區+院所+醫師

(1729).品質公開-跨院所同藥理用藥日數重疊率_抗思覺失調藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】

(建置時間：103/12/05)

(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)藥品範圍排除 N05AN01。(3)兩案件 ATC 前七碼完全相同才視為用藥重疊。(4)自統計期間 100 年開始重新產製。)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

■ 分子：抗思覺失調藥物重疊用藥日數

■ 分母：抗思覺失調藥物之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)給藥案件。
   - ✓ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
   - ✓ 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
   - ✓ 排除任一特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
   - ✓ 排除案件分類為 02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
   - ✓ 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
   - ✓ 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
   - ✓ 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 100 年開始產製。

□ 抗思覺失調藥物：ATC 前五碼=N05AA、N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX。

□ 分母：各案件之給藥日數總和。

※給藥日數：抓取醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)，若為空值則抓清單檔之給藥日份(DRUG_DAYS)。

□ 分子：全國跨院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

□ 相關判斷：

- ✓ 開始用藥日期=就醫日期。

  (1).08 案件其開始用藥日期為治療結束日期。(2).E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。
- ✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。
- ✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

- ✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=21 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間(費用年月 10110(含)以前為 7 天)不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。
- ✓ 兩案件 ATC 前七碼完全相同才視為用藥重疊。
- ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

□ 例：計算 10301 時，分母為 10301 的給藥日數，分子為 10301 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10301 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10212。

➢ 運算範圍：月

➢ 展現維度：維度間可累加

1.全國
2.全國+總額部門
3.分區
4.分區+總額部門
5.分區+特約類別
6.分區+院所
7.分區+院所+科別
8.分區+院所+醫師

(1730).品質公開-跨院所同藥理用藥日數重疊率_抗憂鬱症藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】

(建置時間：103/12/05)

(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)藥品範圍排除 N06AX、N06AA12、N06AA02。(3)自統計期間 100 年開始重新產製。)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

■ 分子：抗憂鬱症藥物重疊用藥日數

■ 分母：抗憂鬱症藥物之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)給藥案件。
   - ✓ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
   - ✓ 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
   - ✓ 排除任一特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
   - ✓ 排除案件分類為 02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
   - ✓ 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
   - ✓ 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
   - ✓ 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 100 年開始產製。

□ 抗憂鬱症藥物：ATC 前五碼=N06AA(排除 N06AA12、N06AA02)、N06AB、N06AG。

□ 分母：各案件之給藥日數總和。

※給藥日數：抓取醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)，若為空值則抓清單檔之給藥日份(DRUG_DAYS)。

□ 分子：全國跨院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

□ 相關判斷：

- ✓ 開始用藥日期=就醫日期。

  (1).08 案件其開始用藥日期為治療結束日期。(2).E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。
- ✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。
- ✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
- ✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=21 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間(費用年月 10110(含)以前為 7 天)不計入重疊日數；此外，依據

一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。

- ✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重疊。
- ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

□ 例：計算 10301 時，分母為 10301 的給藥日數，分子為 10301 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10301 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10212。

- ➢ 運算範圍：月
- ➢ 展現維度：維度間可累加

1.全國
2.全國+總額部門
3.分區
4.分區+總額部門
5.分區+特約類別
6.分區+院所
7.分區+院所+科別
8.分區+院所+醫師

(1731).品質公開-跨院所同藥理用藥日數重疊率_安眠鎮靜藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】

(建置時間：103/12/05)

(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)藥品範圍修訂為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為 1。(3)自統計期間 100 年開始重新產製。)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

■ 分子：安眠鎮靜藥物重疊用藥日數

■ 分母：安眠鎮靜藥物之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)給藥案件。
   - ✓ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
   - ✓ 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
   - ✓ 排除任一特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
   - ✓ 排除案件分類為 02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
   - ✓ 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
   - ✓ 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
   - ✓ 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 100 年開始產製。

□ 安眠鎮靜藥物(口服)：ATC 前五碼為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為 1。

□ 分母：各案件之給藥日數總和。

※給藥日數：抓取醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)，若為空值則抓清單檔之給藥日份(DRUG_DAYS)。

□ 分子：全國跨院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

□ 相關判斷：

- ✓ 開始用藥日期=就醫日期。

  (1).08 案件其開始用藥日期為治療結束日期。(2).E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。
- ✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。
- ✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
- ✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=21 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允

許 10 天的空間(費用年月 10110(含)以前為 7 天)不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。

- ✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重疊。
- ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

□ 例：計算 10301 時，分母為 10301 的給藥日數，分子為 10301 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10301 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10212。

- ➢ 運算範圍：月
- ➢ 展現維度：維度間可累加

1.全國
2.全國+總額部門
3.分區
4.分區+總額部門
5.分區+特約類別
6.分區+院所
7.分區+院所+科別
8.分區+院所+醫師

(1733).瘻管重建率(跨院)_季

(1734).瘻管重建率(跨院)_半年

(1735).瘻管重建率(跨院)_年

(建置時間：103/11/05)
(104/09/22 定義修改：(一)分子往前勾稽時間改為 2 年。
(二)新增分母院所數及分子病人個案數。(三)自 104 年起產製分子明細。
(四)將「分子全國跨院勾稽」和「分子同院勾稽」分成不同指標處理。
(五)自 98 年起重新產製。)
※指標背景：(1)103 年 2 月 19 日-「門診透析總額研商議事會議」103 年第 1 次會議。
(2)依據 103 年 8 月 11 日台腎醫鴻(103)字第 168 號函辦理。

■ 分子：統計期間所有病人須重新接受動靜脈瘻管或人工血管手術之總次數。
■ 分母：統計期間之總病人月數。
□ 資料範圍一(分母)：門診透析(案件分類為 05)、住診
□ 資料範圍二(分子)：門診、住診
※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)
□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
□ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。
□ 分母：透析起日落在統計期間(含)之前的慢性透析病人中，於統計期間有申報門、住診血液透析任一醫令之病人申報透析治療之總人月數。
※慢性透析病人：DAMA_DIALYSIS_PAT(慢性透析病人歸人檔)中的所有病患，可參考本文件九、慢性透析病人歸人檔(DAMA_DIALYSIS_PAT)之說明。
※門診血液透析：58027C、58029C。
※住診血液透析：58001C。
※總人月數：不同維度下各自歸戶，計算邏輯為以費用年月為單位，只要透析病人【ID+生日】於該月有申報任一相關門診透析醫令，不論該月透析次數多寡，計為 1 人月。
□ 分子：統計期間分母病人於透析年月門、住診全國跨院申報動靜脈瘻管或人工血管手術者，往前勾稽 2 年曾申報動靜脈瘻管或人工血管手術之再次申報次數加總。
※透析年月：分母病人有申報血液透析醫令的費用年月。
※動靜脈瘻管或人工血管手術：醫令代碼為 69032C、69034C、69038C。
※往前勾稽 2 年：依統計期間往前多抓 2 年判斷，例如統計 103Q1、103 上半年、103 年時，往前勾稽 2 年都是 10101~10212。
※再次申報次數：以一筆申報案件算一次，且統計期間的申報案件其醫令起日(若為門診取就醫日期)必須落在透析年月。

例如：A 病患申報血液透析醫令的費用年月為 9602 及 9604，則申報動靜脈瘻管或人工血管手術案件的醫令起日(或就醫日期)落在 960201-960229 及 960401-960430 才算申報案件。

※可能有下列兩種情形：

(1)統計期間往前勾稽 2 年，分母病人曾申報動靜脈瘻管或人工血管手術，則該病人於透析年月申報該醫令的案件次數加總即為再次申報次數。

(2)統計期間往前勾稽 2 年，分母病人未曾申報動靜脈瘻管或人工血管手術，則該病人於透析年月申報該醫令的案件次數加總－1 即為再次申報次數。

※同院勾稽維度的處理邏輯為分母病人於透析年月門、住診同院申報動靜脈瘻管或人工血管手術者，往前勾稽 2 年全國跨院曾申報動靜脈瘻管或人工血管手術之再次申報次數加總，其餘跨院勾稽維度不管是勾稽統計期間或是往前勾稽二年皆以全國跨院處理。

- □ 將瘻管重建率x100 為平均每 100 人月瘻管重建率。
- ➢ 運算範圍：季、半年、年
- ➢ 提供維度：分區+特約類別+院所

(1737).具高鉀血症病史之高血壓病人使用保鉀利尿劑(Potassium-sparing diuretics)或醛固酮拮抗劑(Aldosterone antagonist)兩種藥品，且有追蹤血鉀數值(執行血鉀檢查)之比率_季

(建置時間：103/11/25)

※指標背景：103 年「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」新增指標。

■ 分子：分母病患有執行血鉀檢查之人數

■ 分母：高血壓且有高血壓用藥病患勾稽病史檔有高鉀血症病史且使用 Potassium-sparing diuretics 或 Aldosterone antagonist 之人數

□ 資料範圍：1.門診(西醫基層+西醫醫院)。
2.排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 101 年開始產製。

□ 分母：高血壓且有高血壓用藥病患勾稽病史檔有高鉀血症病史且使用 Potassium-sparing diuretics 或 Aldosterone antagonist 之人數。

※高血壓：任一主次診斷前三碼為 401~405。

※高血壓用藥：指 ATC 前三碼為 C02、C03、C07、C08、C09 及 terazosin(ATC 前五碼為 G04CA)之品項。

※病史檔：以 ID+生日勾稽

(1)唯 DA 系統使用；記載病患特定疾病第一次就醫日期(全國資料)。

(2)自費用年月 9201 開始記載。

※高鉀血症（hyperkalemia）：主、次診斷碼前四碼為 2767 之案件。

※Potassium-sparing diuretics 或 Aldosterone antagonist：ATC 前五碼為 C03DA、C03DB。

□ 計算分母高血壓且有高血壓用藥病患且使用 Potassium-sparing diuretics 或 Aldosterone antagonist 此三個條件時限定要發生在同一處方案件。

□ 分子：分母病患於統計期間以 ID+生日勾稽有執行血鉀檢查之人數。

※血鉀檢查：醫令代碼為 09022C。

□ 人數認定：ID+生日。

➢ 運算範圍：季

➢ 展現維度：1.全國(分子全國跨院勾稽)
2.全國+特約類別(分子全國跨院勾稽)
3.全國+總額部門(分子全國跨院勾稽)
4.全國+總額部門+特約類別(分子全國跨院勾稽)
5.分區(分子全國跨院勾稽)
6.分區+縣市別(分子全國跨院勾稽)

7.分區+總額部門(分子全國跨院勾稽)
8.分區+總額部門+縣市別(分子全國跨院勾稽)
9.分區+總額部門+特約類別(分子全國跨院勾稽)
10.分區+院所(分子全國跨院勾稽)

(1739).{1739，1740}參加「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」之病人因氣喘發作而住院(或急診)之比率_季

(建置時間：103/11/25)

※指標背景：103 年「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」新增指標。

■ 分子 1(1739)：分母病人中，因氣喘發作而住院之人數

■ 分子 2(1740)：分母病人中，因氣喘發作而至急診就醫之人數

■ 分母：參加「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」之病人數

□ 分母資料範圍：門診(西醫基層+西醫醫院)

□ 分子 1 資料範圍：住院(西醫基層+西醫醫院)

□ 分子 2 資料範圍：門診(西醫基層+西醫醫院)+住院(西醫基層+西醫醫院)
※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 季指標資料自統計期間 101Q3 開始產製；年指標資料自統計期間 102 年開始產製。

□ 分母：需同時符合下列 3 條件：

(1)申報醫令類別為 2。

(2)申報 P16XXX(即醫令前 3 碼為 P16 者)且主診斷為氣喘(ICD_9_CM 前三碼為 493 者)。

(3)依規定同院所同病患只能被 1 位醫師收案，統計期間內同院所有不同醫師針對同病患收案，該病患應歸給收案最早的醫師，若該病患的最早收案日亦無法歸戶給 1 位醫師(表示 2 位以上的醫師收案日為同一天)，則該院所該病患的資料不納入計算。

□ 分子 1：分母病人中，在統計期間因氣喘住院之人數。

※住院案件需同時符合下列 2 條件：

(1)主診斷碼為氣喘（ICD_9_CM 前三碼為 493 者）。

(2)住院日在分母 ID 收案日之後。

※收案日：分母 ID 之最早收案日期。即分母門診案件中，就醫日期最小那一日，且依維度不同而有不同收案日。

例如：某甲病患在台大及馬偕的收案日分別為 02/02 及 04/23，在榮總的住院日為 03/15。

分區維度：台大及馬偕同屬台北分區，最早收案日為 02/02，且住院在收案日之後，某甲計入台北分區的分母人數，該次住院計入台北分區的分子人數。

院所維度：台大及馬偕的最早收案日不同，又某甲住院日在馬偕收案之前，因此某甲計入台大及馬偕的分母人數，該次住院只計入台大的分子人數。

□ 分子 2：分母病人中，在統計期間因氣喘急診就醫之人數。

※急診案件需同時符合下列 3 條件：

(1)門住診案件主診斷碼為氣喘（ICD_9_CM 前三碼為 493 者）。

(2)門住診案件有申報「急診診察費相關醫令」或「急診治療起日醫令」者。

※急診診察費相關醫令：取其【醫令執行時間_起】為急診治療起日。

檢傷第一級	檢傷第二級	檢傷第三級	檢傷第四級	檢傷第五級	其他
00201A	00202A	00203A	00204A	00225B	01015C
00201B	00202B	00203B	00204B	01125B	01021C
01047B	01048B	01049B	01050B	01126B	01045C
01104B	01107B	01110B	01113B	01127B	01101C
01105B	01109B	01111B	01114B	01128B	01102C
01106B	01119B	01112B	01115B	01116B	01103C
01108B	01120B	01121B	01123B	01129B	
01117B	01131B	01122B	01124B	01134B	
01118B		01132B	01133B		
01130B					

※急診治療起日醫令：[費用年月 10107 後]

門診：抓【醫令類別】為 A 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_起】為急診治療起日。

住院：抓【醫令類別】為 C 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_起】為急診治療起日。

※同案件申報多筆急診治療起日時，同案件下一律取最大急診治療起日計算。

門診：同清單編號(DTL_PKNO)視為同案件。

住院：同院所、同 ID、同生日、同住院日視為同案件。

※當急診治療起日為空值時：

門診：以就醫日期為急診治療起日。

住院：以住院日期為急診治療起日。

(3)急診就醫日在分母 ID 收案日之後。

※急診就醫日：即前述之急診治療起日。

※收案日：分母 ID 之最早收案日期。即分母門診案件中，就醫日期最小那一日，且依維度不同而有不同收案日。

例如：某甲病患在台大及馬偕的收案日分別為 02/02 及 04/23，在榮總的急診就醫日為 03/15。

分區維度：台大及馬偕同屬台北分區，最早收案日為 02/02，且急診就醫日在收案日之後，某甲計入台北分區的分母人數，該次急診計入台北分區的分子人數。

院所維度：台大及馬偕的最早收案日不同，又某甲急診就醫日在馬偕收案之前，因此某甲計入台大及馬偕的分母人數，該次急診只計入台大的分子人數。

- 運算範圍：季
- 提供維度：維度間不可累加

1.全國(分子全國跨院勾稽)
2.全國+特約類別(分子全國跨院勾稽)
3.分區(分子全國跨院勾稽)
4.分區+縣市別(分子全國跨院勾稽)
5.分區+總額部門(分子全國跨院勾稽)
6.分區+總額部門+特約類別(分子全國跨院勾稽)
7.分區+院所(分子全國跨院勾稽)

(1743).十八歲以上慢型鼻竇炎病人手術前三個月內有做電腦斷層或鼻竇內視鏡檢查比率_季

(建置時間：103/11/25)

※指標背景：103 年「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」新增指標。

■ 分子：18 歲以上慢性鼻竇炎接受手術前三個月內有做電腦斷層或鼻竇內視鏡檢查病人件數

■ 分母：18 歲以上慢性鼻竇炎接受手術病人件數

□ 資料範圍：門診(西醫基層+西醫醫院)+住院(西醫基層+西醫醫院)

※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 101 年開始產製。

□ 分母：18 歲以上慢性鼻竇炎接受手術病人件數。

※18 歲以上：費用年月-出生年月≧216(12 個月*18)。

※慢性鼻竇炎：主診斷為 473、4730、4731、4732、4733、4738、4739。

※手術：醫令代碼為 65063B、65064B、65025C、65030B、65012B、65037B、65052B、65067B、65068B、65069B、65015B、65006B、65009B、65010B、65013B、65014B。

□ 分子：18 歲以上慢性鼻竇炎接受手術前三個月內於同院所有做電腦斷層或鼻竇內視鏡檢查病人件數。

※電腦斷層：醫令代碼為 33070B、33071B、33072B。

※鼻竇內視鏡檢查：醫令代碼為 28003C。

※前三個月內：手術執行起日-(電腦斷層執行起日或鼻竇內視鏡檢查執行起日)介於 0 至 90 天。

※手術執行起日：取【醫令執行時間_起】計算；若同案件有多筆日期時，一律取最小日計算。

門診：同清單編號(DTL_PKNO)視為同案件。

住院：同院所、同 ID、同生日、同住院日視為同案件。

※電腦斷層執行起日：取【醫令執行時間_起】計算即可。

※鼻竇內視鏡檢查執行起日：取【醫令執行時間_起】計算即可。

※當手術執行起日、電腦斷層執行起日、鼻竇內視鏡檢查執行起日為空值時：

門診：以就醫日期計算。

住院：以住院日期計算。

➢ 運算範圍：季

➢ 提供維度：維度間可累加

1.全國

2.全國+特約類別

3.分區
4.分區+縣市別
5.分區+總額部門+特約類別
6.分區+院所

(1749).每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率

(建置時間：103/11/25)

※指標背景：103 年「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」新增指標。

■ 分子：分母案件中藥品品項數≧10 項之案件數

■ 分母：給藥案件數

□ 資料範圍：1.門診(西醫基層+西醫醫院)。

2.排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。

3.排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。

4.排除「補報原因註記」為 2(補報部分醫令或醫令差額)之案件。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 101 年開始產製。

□ 分母：給藥案件數。

※給藥案件：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種。

□ 分子：分母案件中藥品品項數≧10 項之案件數。

※藥品品項數：醫令類別 1 或 4 且醫令代碼為 10 碼且醫令數量>0，取同處方下同醫令代碼歸戶數。

➢ 運算範圍：月

➢ 提供維度：維度間可累加

1.全國

2.全國+特約類別

3.分區

4.分區+縣市別

5.分區+總額部門

6.分區+總額部門+特約類別

7.分區+院所

8.分區+院所+科別

9.分區+院所+醫師

(1765).醫院 MRI 檢查 30 日內同院再次執行比率(品質保證保留款)

(建置時間：104/05/12)

■ 分子：MRI 施行案件前 30 日內，同院曾施行 MRI 案件數(任一部位相同者始列入計算)。

■ 分母：MRI 施行案件數。

□ 資料範圍：

1. 門診西醫醫院、住院西醫醫院。
   ※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)
2. 排除「診療部位」為 Null 之醫令案件。
   ※診療部位：門診直接抓 CURE_PATH(診療部位)，住院先抓 CURE_PATH(診療之部位)，若該欄位無值則抓 CON_FUNC_TYPE(會診科別)；之後若其值為 Null 則排除該筆醫令案件。
3. 限制醫令類別為「2」之案件(即排除不另計價之醫令)。
4. 排除主次診斷為癌症、自發性腦梗塞與腦血管意外等案件
   ※癌症：主次診斷前三碼為 140~208
   ※自發性腦梗塞：主次診斷前三碼為 434 與
   主次診斷前三碼為 433 且「第五位碼」為 1 者
   ※腦血管意外：主次診斷前三碼為 430-432、435-437

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 104 年開始產製。(分子勾稽範圍自 103Q4 起)

□ 分子勾稽範圍：統計當季+前 1 季(即分子需往前 1 季進行勾稽)

□ 分母：MRI 施行案件數(門診與住院皆以一筆清單視為一件)。
※MRI 施行案件：申報醫令代碼為 33084B、33085B 之案件。

□ 分子(任一部位相同)：當季分母案件中以同院同病患 ID，往前勾稽 30 日內門住診有申報 MRI 執行且前後次案件之施行 MRI 部位有任一部位相同，有勾稽到之分母案件列為分子。

□ MRI 施行日期：門診以醫令執行起日判斷，若無則抓就醫日期；住院以醫令執行起日判斷，若無則抓申報起日，再無抓住院日。

➢ 運算範圍：季

➢ 展現維度：1.全國
2.分區
3.分區+總額部門+特約類別
4.分區+總額部門+特約類別+院所

(1772).同院所同藥理用藥日數重疊率_非類固醇抗發炎制劑(NSAID)【醫令日數(慢箋調劑版)】

(建置時間：104/03/31)
(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)自統計期間 10405 開始重新產製。)
(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

■ 分子：非類固醇抗發炎制劑(NSAID)重疊用藥日數
■ 分母：非類固醇抗發炎制劑(NSAID)之給藥日數
□ 資料範圍：
1. 門診(西醫基層+西醫醫院)給藥案件。
✓ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
✓ 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
✓ 排除任一特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
✓ 排除案件分類為 02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
✓ 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
✓ 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
✓ 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。
□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
□ 此指標資料自統計期間 102 年開始產製。
□ 非類固醇抗發炎制劑(NSAID)：ATC 前四碼=M01A(但排除 M01AX)、ATC 前三碼=M02 且核價劑型碼=32(貼布)。
□ 分母：各案件之給藥日數總和。
※給藥日數：抓取醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)，若為空值則抓清單檔之給藥日份(DRUG_DAYS)。
□ 分子：同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。
□ 相關判斷：
✓ 開始用藥日期=就醫日期。
(1).08 案件其開始用藥日期為治療結束日期。(2).E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。
✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。
✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=21 天，且該筆給藥產生重疊的原

因是與另一筆給藥日數>=21 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間(費用年月 10110(含)以前為 7 天)不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。

- ✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重疊。
- ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

□ 例：計算 10301 時，分母為 10301 的給藥日數，分子為 10301 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10301 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10212。

- ➢ 運算範圍：月
- ➢ 展現維度：維度間可累加

1.全國
2.全國+總額部門
3.分區
4.分區+總額部門
5.分區+特約類別
6.分區+院所
7.分區+院所+科別
8.分區+院所+醫師

(1773).跨院所同藥理用藥日數重疊率_非類固醇抗發炎制劑(NSAID)【醫令日數(慢箋調劑版)】

(建置時間：104/03/31)
(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)自統計期間 10405 開始重新產製。)
(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

■ 分子：非類固醇抗發炎制劑(NSAID)重疊用藥日數
■ 分母：非類固醇抗發炎制劑(NSAID)之給藥日數
□ 資料範圍：
1. 門診(西醫基層+西醫醫院)給藥案件。
✓ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
✓ 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
✓ 排除任一特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
✓ 排除案件分類為 02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
✓ 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
✓ 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
✓ 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。
□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
□ 此指標資料自統計期間 102 年開始產製。
□ 非類固醇抗發炎制劑(NSAID)：ATC 前四碼=M01A(但排除 M01AX)、ATC 前三碼=M02 且核價劑型碼=32(貼布)。
□ 分母：各案件之給藥日數總和。
※給藥日數：抓取醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)，若為空值則抓清單檔之給藥日份(DRUG_DAYS)。
□ 分子：全國跨院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。
□ 相關判斷：
✓ 開始用藥日期=就醫日期。
(1).08 案件其開始用藥日期為治療結束日期。(2).E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。
✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。
✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=21 天，且該筆給藥產生重疊的原

因是與另一筆給藥日數>=21 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間(費用年月 10110(含)以前為 7 天)不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。

- ✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重疊。
- ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

□ 例：計算 10301 時，分母為 10301 的給藥日數，分子為 10301 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10301 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10212。

- ➢ 運算範圍：月
- ➢ 展現維度：維度間可累加

1.全國
2.全國+總額部門
3.分區
4.分區+總額部門
5.分區+特約類別
6.分區+院所
7.分區+院所+科別
8.分區+院所+醫師

(1801).平均同一病人 ESWL 重複執行率

(建置時間：104/09/04)

■ 分子：當季同一院所同一病人 ESWL 執行 2 次（含）以上之人數。
■ 分母：當季同一院所 ESWL 執行人數。
□ 資料範圍：
1. 門診西醫醫院、住院西醫醫院。
※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)
2. 需排除部份醫令補報案件(補報原因註記為 2)。
□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
□ 此指標資料自統計期間 104Q2 開始產製。
□ 分母定義：同一院所 ESWL 執行人數。
※ESWL：申報醫令代碼前五碼為'50023'，'50024'，'97405'，'97406'，'97420'，'97407'，'97408'，'97421'，'97409'，'97410'，'97422'，'97411'，'97412'，'97423'。
□ 分子定義：同一院所同一病人 ESWL 執行 2 次（含）以上之人數。
※ESWL 執行 2 次（含）以上：門診以一筆清單視為一次；住院是【院所+ID+生日+住院日】算 1 次，若甲病患於 A 院所的門診及住院各執行 1 次 ESWL，則甲病患應列入分子。
□ 人數以【ID，生日】認定。
➢ 運算範圍：季
➢ 展現維度：維度間可累加
1.全國+特約類別
2.分區
3.分區+特約類別
4.分區+院所

(1802).同院所同藥理用藥日數重疊率_非類固醇抗發炎制劑用藥(NSAID)【醫令日數(慢箋調劑版)】

(建置時間：104/07/02)

(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)自統計期間 10405 開始重新產製。)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

■ 分子：非類固醇抗發炎制劑(NSAID)重疊用藥日數

■ 分母：非類固醇抗發炎制劑(NSAID)之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)給藥案件。
   - ✓ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
   - ✓ 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
   - ✓ 排除任一特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
   - ✓ 排除案件分類為 02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
   - ✓ 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
   - ✓ 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
   - ✓ 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 102 年開始產製。

□ 非類固醇抗發炎制劑(NSAID)：ATC 前四碼=M01A(但排除 M01AX)。

□ 分母：各案件之給藥日數總和。

※給藥日數：抓取醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)，若為空值則抓清單檔之給藥日份(DRUG_DAYS)。

□ 分子：同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

□ 相關判斷：

- ✓ 開始用藥日期=就醫日期。

  (1).08 案件其開始用藥日期為治療結束日期。(2).E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。
- ✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。
- ✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
- ✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=21 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允

許 10 天的空間(費用年月 10110(含)以前為 7 天)不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。

- ✓ 兩案件 ATC 前四碼完全相同才視為用藥重疊。
- ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

□ 例：計算 10301 時，分母為 10301 的給藥日數，分子為 10301 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10301 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10212。

- ➢ 運算範圍：月
- ➢ 展現維度：維度間可累加

1.全國
2.全國+總額部門
3.分區
4.分區+總額部門
5.分區+特約類別
6.分區+院所
7.分區+院所+科別
8.分區+院所+醫師

(1803).跨院所同藥理用藥日數重疊率_非類固醇抗發炎制劑用藥(NSAID)【醫令日數(慢箋調劑版)】

(建置時間：104/07/02)

(104/08/25 定義修訂：(1)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 Rxxx 之案件。(2)自統計期間 10405 開始重新產製。)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

■ 分子：非類固醇抗發炎制劑(NSAID)重疊用藥日數

■ 分母：非類固醇抗發炎制劑(NSAID)之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)給藥案件。
   - ✓ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
   - ✓ 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
   - ✓ 排除任一特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
   - ✓ 排除案件分類為 02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
   - ✓ 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
   - ✓ 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
   - ✓ 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 102 年開始產製。

□ 非類固醇抗發炎制劑(NSAID)：ATC 前四碼=M01A(但排除 M01AX)。

□ 分母：各案件之給藥日數總和。

※給藥日數：抓取醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)，若為空值則抓清單檔之給藥日份(DRUG_DAYS)。

□ 分子：全國跨院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

□ 相關判斷：

- ✓ 開始用藥日期=就醫日期。

  (1).08 案件其開始用藥日期為治療結束日期。(2).E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。
- ✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。
- ✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
- ✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=21 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允

許 10 天的空間(費用年月 10110(含)以前為 7 天)不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。

- ✓ 兩案件 ATC 前四碼完全相同才視為用藥重疊。
- ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

□ 例：計算 10301 時，分母為 10301 的給藥日數，分子為 10301 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10301 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10212。

- ➢ 運算範圍：月
- ➢ 展現維度：維度間可累加

1.全國
2.全國+總額部門
3.分區
4.分區+總額部門
5.分區+特約類別
6.分區+院所
7.分區+院所+科別
8.分區+院所+醫師

(1811).急診病人停留超過 48 小時之比率

(建置時間：104/08/03)

■ 分子：分母案件中急診停留>48 小時之案件數
■ 分母：急診之案件數
□ 分母資料範圍：門診(西醫醫院)、住院(西醫醫院)
□ 就醫記錄(勾稽用)資料範圍：門診全部資料、住院全部資料

1. 門診：排除連續處方領藥案件與轉代檢案件、居家與護理之家照護、精神科社區復健、預防/篩檢/戒煙等代辦案件、部份醫令補報案件、就醫同時併開立 B 型或 C 型肝炎用藥(本項費用年月 10301 後始納入)。
   ※連續處方領藥案件：案件分類為 08、28
   ※轉代檢案件：申請金額+部分負擔為 0 且案件分類不為 E1
   ※居家與護理之家照護：案件分類為 A1、A5、A6、A7
   ※精神科社區復健：案件分類為 A2
   ※預防/篩檢/戒煙等代辦案件：案件分類為 A3、B1、B7、B9、D2、HN、M1
   ※部份醫令補報案件：補報原因註記為 2
   ※就醫同時併開立 B 型或 C 型肝炎用藥：診察費點數為 0 且案件分類為 E1 且任一特定治療項目代號為 H1
2. 住院：排除代辦膳食費案件、部份醫令補報案件、就醫同時併開立 B 型或 C 型肝炎用藥案件(本項費用年月 10301 後始納入)。
   ※代辦膳食費案件：案件分類為 AZ、DZ
   ※部份醫令補報案件：補報原因註記為 2
   ※就醫同時併開立 B 型或 C 型肝炎用藥案件：診察費點數為 0 且案件分類為 4 且給付類別為 M

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
□ 此指標自費用年月 10301 開始產製。
□ 分母：急診之案件數。

※急診案件(含職災急診)：

(1)門診案件中申報有「急診診察費相關醫令」或「急診起、迄時間醫令」者。
(2)住院案件合併申報有「急診診察費相關醫令」或「急診起、迄時間醫令」者。

※急診診察費相關醫令

檢傷第一級	檢傷第二級	檢傷第三級	檢傷第四級	檢傷第五級	其他
00201A	00202A	00203A	00204A	00225B	01015C
00201B	00202B	00203B	00204B	01125B	01021C
01047B	01048B	01049B	01050B	01126B	01045C
01104B	01107B	01110B	01113B	01127B	01101C
01105B	01109B	01111B	01114B	01128B	01102C
01106B	01119B	01112B	01115B	01116B	01103C

01108B	01120B	01121B	01123B	01129B	
01117B	01131B	01122B	01124B	01134B	
01118B		01132B	01133B		
01130B					

※急診治療起日：

✓ 門診：抓【醫令類別】為 A 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_起】為急診治療起日。

✓ 住院：抓【醫令類別】為 C 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_起】為急診治療起日。

※急診治療迄日：

✓ 門診：抓【醫令類別】為 A 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_迄】為急診治療迄日。

✓ 住院：抓【醫令類別】為 C 且【醫令代碼】為 ER，取其【醫令執行時間_迄】為急診治療迄日。

[有申報急診診察費未申報急診起迄日者]

※急診治療起日：

✓ 門診：以就醫日為急診治療起日。

✓ 住院：以住院日為急診治療起日。

※急診治療迄日：

✓ 門診：以就醫日+申報之急診暫留床(床/日)日數為急診治療迄日。

✓ 住院：以住院日+申報之急診暫留床(床/日)日數為急診治療迄日。

[有申報急診起迄日，但申報急診起日的「時」與「分」為 00：00，且急診迄日「時」與「分」為 00：00 或 23：59 者]

※急診治療起日：

✓ 門診：以原申報的急診治療起日認定。

✓ 住院：以原申報的急診治療起日認定。

※急診治療迄日：

✓ 門診：以原申報的急診治療起日+申報之急診暫留床(床/日)日數為急診治療迄日。

✓ 住院：以原申報的急診治療起日+申報之急診暫留床(床/日)日數為急診治療迄日。

[有申報急診起迄日未申報急診診察費者]

※門診未申報急診診察費者：以【院所、ID、Birthday】勾稽住院日落在統計期間及統計期間往後一個月的住院資料符合 0≦【住診檔的住院日-門診檔的急診治療迄日】≦1 日之案件，其住院檔有申報 02011K 者歸為第二級，申報 02012A、02013B(加護病床住院診察費)及 02010B(燒傷病床住院診察費)者歸為第三級，其餘的就歸為其他。

※住診未申報急診診察費者：【同申報清單下】有申報 02011K 者歸為第二級，

申報 02012A、02013B(加護病床住院診察費)及 02010B(燒傷病床住院診察費)者歸為第三級，其餘的就歸為其他。再依同一 ID+BIRTHDAY、同一入院日期、同一就醫院所取檢傷分類較小的為該次住院的代表檢傷分類。

- □ 同案件申報多筆急診起、迄時間時，同案件下一律取最大起日、最大迄日計算；同案件若申報多種檢傷分類(ex.同時有第三、四級)，取較小的值為該案件的代表檢傷分類。
  - ✓ 門診：同清單編號(DTL_PKNO)為同案件
  - ✓ 住院：同一 ID+BIRTHDAY、同一入院日期、同一就醫院所視為同案件
- □ 急診暫留床醫令代碼為 03018A、03019B、03019BA
  - ✓ 依支付標準之規定：急診留觀或待床病人，入住滿 6 小時始得申報。留置超過一日(24 小時)者，比照住院病房費申報方式，依算進不算出原則計算。
  - ✓ 未申報急診暫留床(暫留日數=0)者，以滯留 3 小時(3*60 分鐘)推估。
  - ✓ 申報有急診暫留床(暫留日數=n 天，其中 n≧1)者，以滯留 n*24-12 小時((n*24-12)*60 分鐘)推估
- □ 分子：分母案件中急診停留時間>48 小時之案件數

  ※急診停留時間：以申報之「急診治療迄日」減「急診治療起日」計算(以「分」為單位計算，即 2880 分鐘)。
- □ 統計期間院所若曾變更院所代碼，將以期間最新代碼取代舊代碼進行計算(統計期間需與新代碼的【原始合約起日~合約迄日】期間有重疊才取代)，舊代碼之判斷，由醫事機構基本資料檔中，取「舊醫事機構代碼」欄判斷，期間若該院所多次更換代碼，最多取代 10 次。

➢ 運算範圍：每月

(1 月指標值將於 4 月第 1 次產製，6 月第 2 次產製；
2 月指標值將於 5 月第 1 次產製，7 月第 2 次產製；
其餘依此類推)

➢ 展現維度：1.全國
2.全國+特約類別
3.分區
4.分區+特約類別
5.分區+縣市別
6.分區+特約類別+院所
7.全國+急診檢傷分類
8.全國+特約類別+急診檢傷分類
9.分區+急診檢傷分類
10.分區+特約類別+急診檢傷分類
11.分區+縣市別+急診檢傷分類
12.分區+特約類別+院所+急診檢傷分類

(1823).同院所同藥理用藥日數重疊率_抗焦慮藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】

(建置時間：104/08/25)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

■ 分子：抗焦慮藥物重疊用藥日數

■ 分母：抗焦慮藥物之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)給藥案件。
   - ✓ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
   - ✓ 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
   - ✓ 排除任一特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
   - ✓ 排除案件分類為 02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
   - ✓ 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
   - ✓ 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
   - ✓ 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 100 年開始產製。

□ 抗焦慮藥物(口服)：ATC 前五碼為 N05BA(排除 N05BA09)、N05BB、N05BC、N05BD，且醫令代碼第 8 碼為 1。

□ 分母：各案件之給藥日數總和。

※給藥日數：抓取醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)，若為空值則抓清單檔之給藥日份(DRUG_DAYS)。

□ 分子：同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

□ 相關判斷：

- ✓ 開始用藥日期=就醫日期。

  (1).08 案件其開始用藥日期為治療結束日期。(2).E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。
- ✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。
- ✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
- ✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=21 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間(費用年月 10110(含)以前為 7 天)不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。

- ✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重疊。
- ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

□ 例：計算 10301 時，分母為 10301 的給藥日數，分子為 10301 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10301 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10212。

➢ 運算範圍：月

➢ 展現維度：維度間可累加

1.全國
2.全國+總額部門
3.分區
4.分區+總額部門
5.分區+特約類別
6.分區+院所
7.分區+院所+科別
8.分區+院所+醫師

(1824).跨院所同藥理用藥日數重疊率_抗焦慮藥物【醫令日數(慢箋調劑版)】

(建置時間：104/08/25)

(106/03/24 定義修訂：(1)移除排除條件 R005；(2)自統計期間 10601 起重新產製。)

■ 分子：抗焦慮藥物重疊用藥日數

■ 分母：抗焦慮藥物之給藥日數

□ 資料範圍：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)給藥案件。
   - ✓ 給藥案件：給藥天數不為 0 或藥費不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。
   - ✓ 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
   - ✓ 排除任一特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
   - ✓ 排除案件分類為 02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
   - ✓ 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。
   - ✓ 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。
   - ✓ 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 100 年開始產製。

□ 抗焦慮藥物(口服)：ATC 前五碼為 N05BA(排除 N05BA09)、N05BB、N05BC、N05BD，且醫令代碼第 8 碼為 1。

□ 分母：各案件之給藥日數總和。

※給藥日數：抓取醫令檔之醫令給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)，若為空值則抓清單檔之給藥日份(DRUG_DAYS)。

□ 分子：全國跨院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

□ 相關判斷：

- ✓ 開始用藥日期=就醫日期。

  (1).08 案件其開始用藥日期為治療結束日期。(2).E1 案件(試辦計畫)就醫序號為 IC02、IC03、IC04 其開始用藥日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。
- ✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1。
- ✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
- ✓ 若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數>=21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=21 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間(費用年月 10110(含)以前為 7 天)不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。

- ✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重疊。
- ✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

□ 例：計算 10301 時，分母為 10301 的給藥日數，分子為 10301 給藥案件的重疊用藥日數；其中，在計算分子時為了判斷 10301 的案件是否有重疊給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 10212。

- ➢ 運算範圍：月
- ➢ 展現維度：維度間可累加

1.全國
2.全國+總額部門
3.分區
4.分區+總額部門
5.分區+特約類別
6.分區+院所
7.分區+院所+科別
8.分區+院所+醫師

(1827).瘻管重建率(同院)_季

(1828).瘻管重建率(同院)_半年

(1829).瘻管重建率(同院)_年

(建置時間：104/09/22)

※指標背景：(1)103 年 2 月 19 日-「門診透析總額研商議事會議」103 年第 1 次會議。
(2)依據 103 年 8 月 11 日台腎醫鴻(103)字第 168 號函辦理。

■ 分子：統計期間所有病人須重新接受動靜脈瘻管或人工血管手術之總次數。
■ 分母：統計期間之總病人月數。
□ 資料範圍一(分母)：門診透析(案件分類為 05)、住診
□ 資料範圍二(分子)：門診、住診
※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)
□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
□ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。
□ 分母：透析起日落在統計期間(含)之前的慢性透析病人中，於統計期間有申報門、住診血液透析任一醫令之病人申報透析治療之總人月數。
※慢性透析病人：DAMA_DIALYSIS_PAT(慢性透析病人歸人檔)中的所有病患，可參考本文件九、慢性透析病人歸人檔(DAMA_DIALYSIS_PAT)之說明。
※門診血液透析：58027C、58029C。
※住診血液透析：58001C。
※總人月數：不同維度下各自歸戶，計算邏輯為以費用年月為單位，只要透析病人【ID+生日】於該月有申報任一相關門診透析醫令，不論該月透析次數多寡，計為 1 人月。
□ 分子：統計期間分母病人於透析年月門、住診同院申報動靜脈瘻管或人工血管手術者，往前勾稽 2 年曾申報動靜脈瘻管或人工血管手術之再次申報次數加總。
※透析年月：分母病人有申報血液透析醫令的費用年月。
※動靜脈瘻管或人工血管手術：醫令代碼為 69032C、69034C、69038C。
※往前勾稽 2 年：依統計期間往前多抓 2 年判斷，例如統計 103Q1、103 上半年、103 年時，往前勾稽 2 年都是 10101~10212。
※再次申報次數：以一筆申報案件算一次，且統計期間的申報案件其醫令起日(若為門診取就醫日期)必須落在透析年月。
例如：A 病患申報血液透析醫令的費用年月為 9602 及 9604，則申報動靜脈瘻管或人工血管手術案件的醫令起日(或就醫日期)落在 960201-960229 及 960401-960430 才算申報案件。
※可能有下列兩種情形：

(1)統計期間往前勾稽 2 年，分母病人曾申報動靜脈瘻管或人工血管手術，則該病人於透析年月申報該醫令的案件次數加總即為再次申報次數。

(2)統計期間往前勾稽 2 年，分母病人未曾申報動靜脈瘻管或人工血管手術，則該病人於透析年月申報該醫令的案件次數加總－1 即為再次申報次數。

※同院勾稽維度的處理邏輯為分母病人於透析年月門、住診同院申報動靜脈瘻管或人工血管手術者，往前勾稽 2 年全國跨院曾申報動靜脈瘻管或人工血管手術之再次申報次數加總，其餘跨院勾稽維度不管是勾稽統計期間或是往前勾稽二年皆以全國跨院處理。

- □ 將瘻管重建率x100 為平均每 100 人月瘻管重建率。
- ➢ 運算範圍：季、半年、年
- ➢ 提供維度：分區+特約類別+院所

(1835).{1835，1837}慢性透析病人住院率(同院)_半年

(1836).{1836，1838}慢性透析病人住院率(同院)_年

(建置時間：104/09/22)

※指標背景：(1)101 年 11 月 14 日-「門診透析總額聯合執行委員會」101 年第 4 次會議。

(2)102 年 3 月 27 日-門診透析專業醫療服務品質指標定義討論會議。

■ 分子 1(半年：1835、年：1836)：慢性透析病人(血液透析)之住院次數。

■ 分母 1(半年：1835、年：1836)：慢性透析病人(血液透析)之人月數。

■ 分子 2(半年：1837、年：1838)：慢性透析病人(腹膜透析)之住院次數。

■ 分母 2(半年：1837、年：1838)：慢性透析病人(腹膜透析)之人月數。

□ 資料範圍一(分母範圍)：門診透析(案件分類為 05)

□ 資料範圍二(分子範圍)：住院全部

※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。

□ 分母 1：符合慢性透析病人定義，且於統計期間有申報門診血液透析任一醫令之人月數。

□ 分母 2：符合慢性透析病人定義，且於統計期間有申報腹膜透析任一醫令之人月數。

※慢性透析病人：DAMA_DIALYSIS_PAT(慢性透析病人歸人檔)中的所有病患，可參考本文件九、慢性透析病人歸人檔(DAMA_DIALYSIS_PAT)之說明。

※門診血液透析：醫令代碼為 58029C、58027C。

※腹膜透析：醫令代碼為 58002C、58011A、58011AB、58011B、58011C、58017B、58017C、58026C、58028C。

※人月數：不同維度下各自歸戶，計算邏輯為以費用年月為單位，只要透析病人【ID+生日】於該月有申報任一相關門診透析醫令，不論該月透析次數多寡，計為 1 人月。

例 1：某費用年月，甲分別於 A 院所及 B 院所透析多次，在院所維度下，則兩家院所各算 1 個人月。

例 2：若甲 1、2、3 月於 A 醫院透析，而 3、4、5 月於 B 醫院透析，在分區維度下，因 A、B 屬同一分區，則該分區於 3 月只能算 1 個人月，因此甲共 5 個人月。

□ 分子 1：分母 1 病患於統計期間之住院次數。

□ 分子 2：分母 2 病患於統計期間之住院次數。

※住院次數：不同維度下各自歸戶，假設病患甲在統計期間屬於其中 3 家院所(2

家北區：A、B 院所，1 家中區：C 院所)的分母病患，且分別在 5 家院所(B、D、E、F、G 五家院所)各住院 1 次，則在院所維度時，3 家院所分子僅 B 院所有計算 1 次住院，其餘 A、C 院所皆為 0；在分區維度時，北區分子算 1 次住院，中區分子算 0 次住院；在全國維度時，分子算 1 次住院。

※同一【院所，ID，生日，住院日】為同次住院，視為同一案件，且主次前五個診斷碼任一符合透析相關疾病診斷碼前三碼之案件，並排除任一主次前五個診斷碼前三碼為癌症者之案件。

※透析相關疾病診斷碼前三碼：circulatory diseases：390－459、digestive diseases ：520－579、genitourinary diseases ：580－629、endocrine and metabolic diseases ：240－279、respiratory diseases ：460－519、infectious diseases ：001－139。

※癌症診斷碼前三碼：140－172、174－208、230－231 及 233－234。

- □ 病患以【ID+生日】認定。
- □ 指標的計算單位：(住院次數/透析人月數)*100，不必加%(即：住院次數/每 100 人月)。
- ➢ 運算範圍：半年、年
- ➢ 提供維度：分區+特約類別+院所

(1860).{1860，1861，1862}腦中風急性後期照護計畫(簡稱腦中風 PAC)結案病人-季累積

(建置時間：105/3/28)

(106/05/19 定義修訂：1.計畫性再住院案件定義：(1)修改早產安胎個案定義，以 Tw-DRGs 判斷，取代主診斷為 ICD9：64403。(2)修改放置血管支架定義，以核價類別取代特材代碼前 5 碼及醫令單價判斷。(3)新增提升急性後期照護品質試辦計劃案件。(4)新增安寧照護。2.自統計期間 106Q1 起開始產製。)

■ 分子 1(1860)：30 日內急診率
■ 分子 2(1861)：14 日內再住院率(排除計畫性住院案件)
■ 分子 3(1862)：30 日內再住院率(排除計畫性住院案件)
■ 分母：住院結案(申報 P5116B 或 P5117B)案件數
□ 資料範圍：門診西醫醫院、住院西醫醫院
※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)
□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
□ 此指標資料自統計期間 103 年 1 月開始產製。
□ 分母：出院日在統計期間內之案件，結案(申報 P5116B 或 P5117B)案件數。
□ 分子：以分母案件為母體往後勾稽下個月的資料，按[ID，生日]勾稽距離出院日 0 至 14 日內含跨院的住院案件，用來勾稽的再住院案件需排除【不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記】為 E 的案件(依清單排除)。
□ 若統計期間為 99Q1，則：
分母資料期間為出院日在 990101~990331 的資料；
分子 1 資料期間為門診就醫日在 990101~990430 的資料。
分子 2 資料期間為住院日在 990101~990414 的資料。
分子 3 資料期間為住院日在 990101~990430 的資料。
□ 分子 1 急診，案件分類=02。
□ 分子 2、分子 3 均排除下列**計畫性再住院案件**後再進行統計：
(一)精神科個案(就醫科別=13)
(二)乳癌試辦案件(案件分類 4 且病患來源為 N 或 R 或 C)
(三)化學治療及放射線治療(主次診斷 V58.0、V58.1)(主次診斷)
(四)早產安胎個案(Tw-DRGs：37901、37902、37903、38301、38302、384)
(五)罕見疾病(ICD-9-CM：2775)—黏多醣症(主診斷)
(六)轉院案件(轉歸代碼 5、6 或 7)
(七)新生兒未領卡(部份負擔註記 903)
(八)血友病(ICD-9-CM：2860、2861、2862、2863)(主診斷)
(九)執行心導管後再執行心血管繞道手術或辦膜置換術或支架置放術。
◎心導管：
醫令代碼前 5 碼為 18020、18021、97501、97502、97503、97506、97507、97508

◎心血管繞道手術：

以冠狀動脈繞道手術為主，主次處置代碼(手術代碼)為 36.10、36.11、36.12、36.13、36.14、36.15、36.16、36.17、36.19 且醫令代碼前 5 碼為 68023 或 68024 或 68025。

◎辦膜置換術：

醫令代碼前 5 碼為 68016、68017、68018 且主診斷碼前 3 碼為 390-459 且主處置代碼(手術代碼)為 35.21、35.22、35.23、35.24。

◎支架置放術：同時申報「經皮冠狀動脈擴張術（PTCA）」及放置血管支架之案件

※「經皮冠狀動脈擴張術（PTCA）」：

主次處置代碼(手術代碼)為 36.01、36.02、36.05 且醫令代碼前 5 碼為 33076、33077、33078。

※放置血管支架：

主次處置代碼(手術代碼)為 36.06 且勾稽特材主檔(DWM_MET_MST)之特材代碼，取核價類別(APV_TYPE)為 CBP01A2、CBP01A5 或 CBP01A6（備註：105 年(含)以前的邏輯為特材代碼前 5 碼為「CBP01」或「CBP06」且 92 年以前價格為 49000 或 54000；92 年至 97 年價格為 27000 或 36750，98 年至 101 年 3 月價格為 19940，101 至 104 年價格為 16293，105 年起價格為 14099。）。

◎分母排除邏輯：

1. 以出院日找出統計期間內，有執行心血管繞道手術或辦膜置換術或支架置放術的案件。
2. 上述案件中，各依院所+ID+生日勾稽出院年月往前三個費用年月的申報資料，看有無執行心導管。

   例：出院年月 9901 往前看費用年月 9812~9810；
   出院年月 9902 往前看費用年月 9901~9811；
   出院年月 9903 往前看費用年月 9902~9812。
3. 若有執行心導管，則排除掉執行心血管繞道手術或辦膜置換術或支架置放術的案件資料。

◎分子排除邏輯：分子純粹為一勾稽資料檔，以便判斷分母之出院案件是否有再住院的情形。

1. 以住院日找出比分母期間再多 14 天內，有執行心血管繞道手術或辦膜置換術或支架置放術的案件。
2. 上述案件中，各依院所+ID+生日勾稽住院年月往前三個費用年月的申報資料，看有無執行心導管。

   例：住院年月 9901 往前看費用年月 9812~9810；
   住院年月 9902 往前看費用年月 9901~9811；
   住院年月 9903 往前看費用年月 9902~9812。

3. 若有執行心導管，則排除掉執行心血管繞道手術或辦膜置換術或支架置放術的案件資料。

(十)器官移植(醫令代碼前 5 碼)

1. 心臟移植：68035
2. 肺臟移植：68037（單肺）、68047（双肺）
3. 肝臟移植：75020
4. 腎臟移植：76020
5. 胰臟移植：75418
6. 角膜移植：85213

(十一)提升急性後期照護品質試辦計劃案件(住院案件分類 4 及試辦計畫代碼為 1 腦中風或 2 燒燙傷)

(十二)安寧照護(給付類別 A)

- 運算範圍：季累積，每季計算當年自第 1 季累計至該季之申報資料，如第 1 季，第 1-2 季，第 1-3 季，第 1-4 季。
- 展現維度：1.全國
  2.全國+特約類別
  3.分區
  4.分區+院所

(1863).{1863，1864，1865}燒燙傷急性後期整合照護計畫(簡稱燒燙傷 PAC)住院結案病人-季累積

(建置時間：105/3/28)

(106/05/19 定義修訂：1.計畫性再住院案件定義：(1)修改早產安胎個案定義，以 Tw-DRGs 判斷，取代主診斷為 ICD9：64403。(2)修改放置血管支架定義，以核價類別取代特材代碼前 5 碼及醫令單價判斷。(3)新增提升急性後期照護品質試辦計劃案件。(4)新增安寧照護。2.自統計期間 106Q1 起開始產製。)

- ■ 分子 1(1863)：30 日內急診率
- ■ 分子 2(1864)：14 日內再住院率(排除計畫性住院案件)
- ■ 分子 3(1865)：30 日內再住院率(排除計畫性住院案件)
- ■ 分母：住院結案(申報 P5512B)案件數
- □ 資料範圍：門診西醫醫院、住院西醫醫院
  ※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)
- □ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- □ 此指標資料自統計期間 104 年 7 月開始產製。
- □ 分母：出院日在統計期間內之案件，結案(申報 P5512B)案件數。
- □ 分子：以分母案件為母體往後勾稽下個月的資料，按[ID，生日]勾稽距離出院日 0 至 14 日內含跨院的住院案件，用來勾稽的再住院案件需排除【不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記】為 E 的案件(依清單排除)。
- □ 若統計期間為 99Q1，則：
  分母資料期間為出院日在 990101~990331 的資料；
  分子 1 資料期間為門診就醫日在 990101~990430 的資料。
  分子 2 資料期間為住院日在 990101~990414 的資料。
  分子 3 資料期間為住院日在 990101~990430 的資料。
- □ 分子 1 急診，案件分類=02。
- □ 分子 2、分子 3 均排除下列**計畫性再住院案件**後再進行統計：
  (一)精神科個案(就醫科別=13)
  (二)乳癌試辦案件(案件分類 4 且病患來源為 N 或 R 或 C)
  (三)化學治療及放射線治療(主次診斷 V58.0、V58.1)(主次診斷)
  (四)早產安胎個案(Tw-DRGs：37901、37902、37903、38301、38302、384)
  (五)罕見疾病(ICD-9-CM：2775)—黏多醣症(主診斷)
  (六)轉院案件(轉歸代碼 5、6 或 7)
  (七)新生兒未領卡(部份負擔註記 903)
  (八)血友病(ICD-9-CM：2860、2861、2862、2863)(主診斷)
  (九)執行心導管後再執行心血管繞道手術或辦膜置換術或支架置放術。
  ◎心導管：

醫令代碼前 5 碼為 18020、18021、97501、97502、97503、97506、97507、97508

◎心血管繞道手術：

以冠狀動脈繞道手術為主，主次處置代碼(手術代碼)為 36.10、36.11、36.12、36.13、36.14、36.15、36.16、36.17、36.19 且醫令代碼前 5 碼為 68023 或 68024 或 68025。

◎辦膜置換術：

醫令代碼前 5 碼為 68016、68017、68018 且主診斷碼前 3 碼為 390-459 且主處置代碼(手術代碼)為 35.21、35.22、35.23、35.24。

◎支架置放術：同時申報「經皮冠狀動脈擴張術（PTCA）」及放置血管支架之案件

※「經皮冠狀動脈擴張術（PTCA）」：

主次處置代碼(手術代碼)為 36.01、36.02、36.05 且醫令代碼前 5 碼為 33076、33077、33078。

※放置血管支架：

主次處置代碼(手術代碼)為 36.06 且勾稽特材主檔(DWM_MET_MST)之特材代碼，取核價類別(APV_TYPE)為 CBP01A2、CBP01A5 或 CBP01A6（備註：105 年(含)以前的邏輯為特材代碼前 5 碼為「CBP01」或「CBP06」且 92 年以前價格為 49000 或 54000；92 年至 97 年價格為 27000 或 36750，98 年至 101 年 3 月價格為 19940，101 至 104 年價格為 16293，105 年起價格為 14099。）。

◎分母排除邏輯：

1. 以出院日找出統計期間內，有執行心血管繞道手術或辦膜置換術或支架置放術的案件。
2. 上述案件中，各依院所+ID+生日勾稽出院年月往前三個費用年月的申報資料，看有無執行心導管。

   例：出院年月 9901 往前看費用年月 9812~9810；

   出院年月 9902 往前看費用年月 9901~9811；

   出院年月 9903 往前看費用年月 9902~9812。
3. 若有執行心導管，則排除掉執行心血管繞道手術或辦膜置換術或支架置放術的案件資料。

◎分子排除邏輯：分子純粹為一勾稽資料檔，以便判斷分母之出院案件是否有再住院的情形。

1. 以住院日找出比分母期間再多 14 天內，有執行心血管繞道手術或辦膜置換術或支架置放術的案件。
2. 上述案件中，各依院所+ID+生日勾稽住院年月往前三個費用年月的申報資料，看有無執行心導管。

   例：住院年月 9901 往前看費用年月 9812~9810；

住院年月 9902 往前看費用年月 9901~9811；

住院年月 9903 往前看費用年月 9902~9812。

3. 若有執行心導管，則排除掉執行心血管繞道手術或辦膜置換術或支架置放術的案件資料。

(十)器官移植(醫令代碼前 5 碼)

1. 心臟移植：68035
2. 肺臟移植：68037（單肺）、68047（双肺）
3. 肝臟移植：75020
4. 腎臟移植：76020
5. 胰臟移植：75418
6. 角膜移植：85213

(十一)排除分子案件有重建手術案件

重建手術定義：支付標準編號中

1. ORDER_CODE 前兩碼為 62，且長度為 6 或
2. ORDER_CODEIN(“64141C”，”64274C”，”64275C”)三者任一

(十二)提升急性後期照護品質試辦計劃案件(住院案件分類 4 及試辦計畫代碼為 1 腦中風或 2 燒燙傷)

(十三)安寧照護(給付類別 A)

- 運算範圍：季累積，每季計算當年自第 1 季累計至該季之申報資料，如第 1 季，第 1-2 季，第 1-3 季，第 1-4 季。
- 展現維度：1.全國
  2.全國+特約類別
  3.分區
  4.分區+院所

(1866).{1866，1867，1868}燒燙傷急性後期整合照護計畫(簡稱燒燙傷 PAC)日間照護結案病人-季累積

(建置時間：105/3/28)

(106/05/19 定義修訂：1.計畫性再住院案件定義：(1)修改早產安胎個案定義，以 Tw-DRGs 判斷，取代主診斷為 ICD9：64403。(2)修改放置血管支架定義，以核價類別取代特材代碼前 5 碼及醫令單價判斷。(3)新增提升急性後期照護品質試辦計劃案件。(4)新增安寧照護。2.自統計期間 106Q1 起開始產製。)

- ■ 分子 1(1866)：30 日內急診率
- ■ 分子 2(1867)：14 日內再住院率(排除計畫性住院案件)
- ■ 分子 3(1868)：30 日內再住院率(排除計畫性住院案件)
- ■ 分母：門診結案(申報 P5512B)案件數
- □ 資料範圍：門診西醫醫院、住院西醫醫院
  ※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)
- □ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- □ 此指標資料自統計期間 104 年 7 月開始產製。
- □ 分母：門診就醫日在統計期間內之案件，結案(申報 P5512B)案件數。
- □ 分子：以分母案件為母體往後勾稽下個月的資料，按[ID，生日]勾稽距離出院日 0 至 14 日內含跨院的住院案件，用來勾稽的再住院案件需排除【不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記】為 E 的案件(依清單排除)。
- □ 若統計期間為 99Q1，則：
  分母資料期間為門診就醫日在 990101~990331 的資料；
  分子 1 資料期間為門診就醫日在 990101~990430 的資料。
  分子 2 資料期間為住院日在 990101~990414 的資料。
  分子 3 資料期間為住院日在 990101~990430 的資料。
- □ 分子 1 急診，案件分類=02。
- □ 分子 2、分子 3 均排除下列**計畫性再住院案件**後再進行統計：
  (一)精神科個案(就醫科別=13)
  (二)乳癌試辦案件(案件分類 4 且病患來源為 N 或 R 或 C)
  (三)化學治療及放射線治療(主次診斷 V58.0、V58.1)(主次診斷)
  (四)早產安胎個案(Tw-DRGs：37901、37902、37903、38301、38302、384)
  (五)罕見疾病(ICD-9-CM：2775)—黏多醣症(主診斷)
  (六)轉院案件(轉歸代碼 5、6 或 7)
  (七)新生兒未領卡(部份負擔註記 903)
  (八)血友病(ICD-9-CM：2860、2861、2862、2863)(主診斷)
  (九)執行心導管後再執行心血管繞道手術或辦膜置換術或支架置放術。
  ◎心導管：

醫令代碼前 5 碼為 18020、18021、97501、97502、97503、97506、97507、97508

◎心血管繞道手術：

以冠狀動脈繞道手術為主，主次處置代碼(手術代碼)為 36.10、36.11、36.12、36.13、36.14、36.15、36.16、36.17、36.19 且醫令代碼前 5 碼為 68023 或 68024 或 68025。

◎辦膜置換術：

醫令代碼前 5 碼為 68016、68017、68018 且主診斷碼前 3 碼為 390-459 且主處置代碼(手術代碼)為 35.21、35.22、35.23、35.24。

◎支架置放術：同時申報「經皮冠狀動脈擴張術（PTCA）」及放置血管支架之案件

※「經皮冠狀動脈擴張術（PTCA）」：

主次處置代碼(手術代碼)為 36.01、36.02、36.05 且醫令代碼前 5 碼為 33076、33077、33078。

※放置血管支架：

主次處置代碼(手術代碼)為 36.06 且勾稽特材主檔(DWM_MET_MST)之特材代碼，取核價類別(APV_TYPE)為 CBP01A2、CBP01A5 或 CBP01A6（備註：105 年(含)以前的邏輯為特材代碼前 5 碼為「CBP01」或「CBP06」且 92 年以前價格為 49000 或 54000；92 年至 97 年價格為 27000 或 36750，98 年至 101 年 3 月價格為 19940，101 至 104 年價格為 16293，105 年起價格為 14099。）。

◎分母排除邏輯：

1. 以出院日找出統計期間內，有執行心血管繞道手術或辦膜置換術或支架置放術的案件。
2. 上述案件中，各依院所+ID+生日勾稽出院年月往前三個費用年月的申報資料，看有無執行心導管。

   例：出院年月 9901 往前看費用年月 9812~9810；

   出院年月 9902 往前看費用年月 9901~9811；

   出院年月 9903 往前看費用年月 9902~9812。
3. 若有執行心導管，則排除掉執行心血管繞道手術或辦膜置換術或支架置放術的案件資料。

◎分子排除邏輯：分子純粹為一勾稽資料檔，以便判斷分母之出院案件是否有再住院的情形。

1. 以住院日找出比分母期間再多 14 天內，有執行心血管繞道手術或辦膜置換術或支架置放術的案件。
2. 上述案件中，各依院所+ID+生日勾稽住院年月往前三個費用年月的申報資料，看有無執行心導管。

   例：住院年月 9901 往前看費用年月 9812~9810；

住院年月 9902 往前看費用年月 9901~9811；

住院年月 9903 往前看費用年月 9902~9812。

3. 若有執行心導管，則排除掉執行心血管繞道手術或辦膜置換術或支架置放術的案件資料。

(十)器官移植(醫令代碼前 5 碼)

1. 心臟移植：68035
2. 肺臟移植：68037（單肺）、68047（双肺）
3. 肝臟移植：75020
4. 腎臟移植：76020
5. 胰臟移植：75418
6. 角膜移植：85213

(十一)排除分子案件有重建手術案件

重建手術定義：支付標準編號中

1. ORDER_CODE 前兩碼為 62，且長度為 6 或
2. ORDER_CODEIN(“64141C”，”64274C”，”64275C”)三者任一

(十二)提升急性後期照護品質試辦計劃案件(住院案件分類 4 及試辦計畫代碼為 1 腦中風或 2 燒燙傷)

(十三)安寧照護(給付類別 A)

- 運算範圍：季累積，每季計算當年自第 1 季累計至該季之申報資料，如第 1 季，第 1-2 季，第 1-3 季，第 1-4 季。
- 展現維度：1.全國
  2.全國+特約類別
  3.分區
  4.分區+院所

(1956).{1956，1958，1959，2122}慢性透析病人(血液透析)營養狀態-血清白蛋白(Albumin)受檢率(或合格率_BCG 或合格率_BCP)(同院)_季

(1984).{1984，1986，1987}慢性透析病人(血液透析)營養狀態-血清白蛋白(Albumin)受檢率(或合格率_BCG 或合格率_BCP)(同院)_年

(建置時間：105/06/30)
(105/09/01 定義修訂：分母血液透析新增條件：排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次之病人。自 105Q1 起開始產製)
(106/03/07 定義增修：季指標新增全國+縣市別維度供 Public4 使用自 104Q1 起開始產製)

- ■ 分子 1(季：1956、年：1984)：分母血液透析病人測量 Albmin 人數。
- ■ 分母 1(季：1956、年：1984)：慢性血液透析病人數。
- ■ 分子 2(季：1958、年：1986)：分母血液透析病人測量 Albmin≧3.5gm/dl(BCG 法)人數。
- ■ 分母 2(季：1958、年：1986)：慢性血液透析病人測量 Albmin(BCG 法)人數。
- ■ 分子 3(季：1959、年：1987)：分母血液透析病人測量 Albmin≧3.0gm/dl(BCP 法)人數。
- ■ 分母 3(季：1959、年：1987)：慢性血液透析病人測量 Albmin(BCP 法)人數。
- ■ 分子 4(季：2122)：分母血液透析病人測量 Albmin≧3.5gm/dl(BCG 法)或 Albmin≧3.0gm/dl(BCP 法)人數
- ■ 分母 4(季：2122)：慢性血液透析病人測量 Albmin(BCG 法或 BCP 法)人數
- □ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)/VPN 上傳檢驗資料檔
- □ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔
- □ 此指標資料自統計期間 104 年開始產製。
- □ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間有申報
  (1)連續 3 個月申報門診血液透析任一醫令，計為血液透析病人；
- □ 分母 1：
  - ✓ 血液透析：符合慢性透析病人定義且排除費用年月小於透析起始年月的透析案件，於統計期間當年(不跨季)連續 3 個月同院申報門診血液透析任一醫令但排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次之病人數，或當年(不跨季)任意 2 個月申報門診血液透析，同院累計需大於等於 20 次之醫令，不論該月透析次數多寡，計為 1 人。
    ※門診血液透析醫令：58029C、58027C。
    ※當年(不跨季)任意 2 個月：

甲病人於 1040110403 在 A 院所有申報血液/腹膜透析則甲病人符合當年(不跨季)

乙病人於 1040310404 在 A 院所有申報血液/腹膜透析則乙病人不符合當年(不跨季)

※累計大於等於 20 次：利用醫令總量(ORDER_QTY)加總來判斷。

※排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次：利用醫令總量(ORDER_QTY)加總來判斷，將連續 3 個月內同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次者，予以排除。

- □ 分母 2：血液透析分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳 albumin 檢驗值(Albumin_BCG)>0 之人數。
- □ 分母 3：血液透析分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳 albumin 檢驗值(Albumin_BCP)>0 之人數。
- □ 分母 4：血液透析分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳 albumin 檢驗值(Albumin_BCG 或 Albumin_BCP)>0 之人數。
- □ 分子 1：血液透析分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳 albumin 檢驗值(Albumin_BCP 或 Albumin_BCG)>0 之人數。
- □ 分子 2：血液透析分母病人中，依透析類別、院所、透析病人【ID+生日】，歸戶取最大值，albumin 上傳檢驗值≧3.5gm/dL(BCG 法)之人數。
- □ 分子 3：血液透析分母病人中，依透析類別、院所、透析病人【ID+生日】，歸戶取最大值，albumin 上傳檢驗值≧3.0gm/dL(BCP 法)之人數。
- □ 分子 4：血液透析分母病人中，依透析類別、院所、透析病人【ID+生日】，歸戶取最大值，albumin 上傳檢驗值≧3.5gm/dL(BCG 法)或 albumin 上傳檢驗值≧3.0gm/dL(BCP 法)之人數。
- □ 人數計算以【ID+生日】歸戶。
- □ 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。

- ➢ 運算範圍：季、年
- ➢ 提供維度：分區+院所

(1957).{1957，1960，1961，2123}慢性透析病人(腹膜透析)營養狀態-血清白蛋白(Albumin)受檢率(或合格率_BCG 或合格率_BCP)(同院)_季

(1985).{1985，1988，1989}慢性透析病人(腹膜透析)營養狀態-血清白蛋白(Albumin)受檢率(或合格率_BCG 或合格率_BCP)(同院)_年

(建置時間：105/06/30)
(106/03/07 定義增修：季指標新增全國+縣市別維度供 Public4 使用自 104Q1 起開始產製)

- ■ 分子 1(季：1957、年：1985)：分母腹膜透析病人測量 Albmin 人數。
- ■ 分母 1(季：1957、年：1985)：慢性腹膜透析病人數。
- ■ 分子 2(季：1960、年：1988)：分母腹膜透析病人測量 Albmin≧3.5gm/dl(BCG 法)人數。
- ■ 分母 2(季：1960、年：1988)：慢性腹膜透析病人測量 Albmin(BCG 法)人數。
- ■ 分子 3(季：1961、年：1989)：分母腹膜透析病人測量 Albmin≧3.0gm/dl(BCP 法)人數。
- ■ 分母 3(季：1961、年：1989)：慢性腹膜透析病人測量 Albmin(BCP 法)人數。
- ■ 分子 4(季：2123)：分母腹膜透析病人測量 Albmin≧3.5gm/dl(BCG 法)或 Albmin≧3.0gm/dl(BCP 法)人數
- ■ 分母 4(季：2123)：慢性腹膜透析病人測量 Albmin(BCG 法或 BCP 法)人數
- □ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)/VPN 上傳檢驗資料檔
- □ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔
- □ 此指標資料自統計期間 104 年開始產製。
- □ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間有申報
  (1)連續 3 個月申報腹膜透析任一醫令，計為腹膜透析病人。
- □ 分母 1：
  - ✓ 腹膜透析：符合慢性透析病人定義且排除費用年月小於透析起始年月的透析案件，於統計期間當年(不跨季)連續 3 個月有同一院所申報<u>腹膜透析任一醫令</u>之病人數。
    ※<u>腹膜透析醫令</u>：58002C、58011A、58011AB、58011B、58011C、58017B、58017C、58026C、58028C。
- □ 分母 2：腹膜透析分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳 albumin 檢驗值(Albumin_BCG)>0 之人數。
- □ 分母 3：腹膜透析分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳 albumin 檢驗值(Albumin_BCP)>0 之人數。

- □ 分母 4：腹膜透析分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳 albumin 檢驗值(Albumin_BCG 或 Albumin_BCP)>0 之人數。
- □ 分子 1：腹膜透析分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳 albumin 檢驗值(Albumin_BCP 或 Albumin_BCG)>0 之人數。
- □ 分子 2：腹膜透析分母病人中，依透析類別、院所、透析病人【ID+生日】，歸戶取最大值，albumin 上傳檢驗值≧3.5gm/dL(BCG 法)之人數。
- □ 分子 3：腹膜透析分母病人中，依透析類別、院所、透析病人【ID+生日】，歸戶取最大值，albumin 上傳檢驗值≧3.0gm/dL(BCP 法)之人數。
- □ 分子 4：腹膜透析分母病人中，依透析類別、院所、透析病人【ID+生日】，歸戶取最大值，albumin 上傳檢驗值≧3.0gm/dL(BCP 法)或 albumin 上傳檢驗值≧3.5gm/dL(BCG 法)之人數。
- □ 人數計算以【ID+生日】歸戶。
- □ 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。

- ➢ 運算範圍：季、年
- ➢ 提供維度：分區+院所

(1962).{1962，1963}尿素氮透析效率-URR 受檢率(或合格率)(同院)_季

(1990).{1990，1991}尿素氮透析效率-URR 受檢率(或合格率)(同院)_年

(建置時間：105/06/30)
(105/09/01 定義修訂：分母血液透析新增條件：排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次之病人。自 105Q1 起開始產製)
(106/03/07 定義增修：季指標新增全國+縣市別維度供 Public4 使用 自 104Q1 起開始產製)

■ 分子 1(季：1962、年：1990)：分母血液透析病人測量 URR 人數。
■ 分母 1(季：1962、年：1990)：慢性血液透析病人數。

■ 分子 2(季：1963、年：1991)：分母血液透析病人測量 URR≧65%人數。
■ 分母 2(季：1963、年：1991)：血液透析病人測量 URR 人數。
□ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)/VPN 上傳檢驗資料檔
□ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔
□ 此指標資料自統計期間 104 年開始產製。
□ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間有申報
(1)連續 3 個月申報門診血液透析任一醫令，計為血液透析病人。
□ 分母 1：
✓ 血液透析：符合慢性透析病人定義且排除費用年月小於透析起始年月的透析案件，於統計期間當年(不跨季)連續 3 個月同院申報門診血液透析任一醫令但排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次之病人數，或當年(不跨季)任意 2 個月申報門診血液透析，同院累計需大於等於 20 次之醫令，不論該月透析次數多寡，計為 1 人。
※門診血液透析醫令：58029C、58027C。
※當年(不跨季)任意 2 個月：
甲病人於 1040110403 在 A 院所有申報血液/腹膜透析則甲病人符合當年(不跨季)
乙病人於 1040310404 在 A 院所有申報血液/腹膜透析則乙病人不符合當年(不跨季)
※累計大於等於 20 次：利用醫令總量(ORDER_QTY)加總來判斷。
※排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次：利用醫令總量(ORDER_QTY)加總來判斷，將連續 3 個月內同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次者，予以排除。
例：某甲 104 年 4 月、5 月、7 月於 A 院所接受血液透析，未符合連續 3 個月條件，不計入 A 院所受檢率之分母。
□ 分母 2：分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳尿素

氮透析效率(URR)檢驗值>0 之人數。

- □ 分子 1：分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳尿素氮透析效率(URR)檢驗值>0 之人數。
- □ 分子 2：合格率分母病人中，依透析類別、院所、透析病人【ID+生日】，歸戶取最大值，URR 上傳檢驗值≧65%之人數。
- □ 人數計算以【ID+生日】歸戶。
- □ 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。

- ➢ 運算範圍：季、年
- ➢ 提供維度：分區+院所

(1964).{1964，1966}貧血檢查(血液透析)-Hb 受檢率(或合格率)(同院)_季

(1994).{1994，1996}貧血檢查(血液透析)-Hb 受檢率(或合格率)(同院)_年

(建置時間：105/06/30)
(105/09/01 定義修訂：分母血液透析新增條件：排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次之病人。自 105Q1 起開始產製)
(106/03/07 定義增修：季指標新增全國+縣市別維度供 Public4 使用 自 104Q1 起開始產製)

■ 分子 1(季：1964、年：1994)：分母血液透析病人測量 Hb 人數。
■ 分母 1(季：1964、年：1994)：慢性血液透析病人數。

■ 分子 2(季：1966、年：1996)：分母血液透析病人測量 Hb>8.5g/dl 人數。
■ 分母 2(季：1966、年：1996)：血液透析病人測量 Hb 人數。
□ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)/VPN 上傳檢驗資料檔
□ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔
□ 資料範圍三(分母排除病人資料範圍)：門、住診全部案件
□ 此指標資料自統計期間 104 年開始產製。
□ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間有申報
(1)連續 3 個月申報門診血液透析任一醫令，計為血液透析病人；
□ **受檢率分母排除項目**：
排除於統計期間往前一年(不含統計期間)有申報下列情況的病人
1. 接受化學療法之癌症病人：
(1)癌症病人：不含統計期間往前一年 ICD-9-CM 主次診斷碼前三碼為 140-208
(2)接受化學療法：不含統計期間往前一年使用藥品 ATC 藥品分類碼前三碼屬 L01(antineoplastic agents，抗癌藥物)、L02(endocrine therapy，內分泌治療)、L03(immunostimulants)、L04(immunosuppressive agents)。
2. 非腎性貧血：不含統計期間往前一年 ICD-9-CM 主次診斷碼前三碼為 280-285(診斷碼全碼 285.21anemia pf chronic disease 為腎性貧血，不予排除)
※不含統計期間往前一年：季指標統計期間為 Q2(10404~10406)
3. 不含統計期間往前一年是 10304~10403
□ 分母 1：
✓ 血液透析：符合慢性透析病人定義且排除費用年月小於透析起始年月的透析案件，於統計期間當年(不跨季)連續 3 個月同院申報門診血液透析任一醫令但排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次之病人數，或當年(不跨季)任意 2 個月申報門診血液透析，同院累計需大於等於 20 次之醫令，不論該月透析次數多寡，計為 1 人。
※門診血液透析醫令：58029C、58027C。

※當年(不跨季)任意 2 個月：

甲病人於 1040110403 在 A 院所有申報血液/腹膜透析則甲病人符合當年(不跨季)

乙病人於 1040310404 在 A 院所有申報血液/腹膜透析則乙病人不符合當年(不跨季)

※累計大於等於 20 次：利用醫令總量(ORDER_QTY)加總來判斷。

※排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次：利用醫令總量(ORDER_QTY)加總來判斷，將連續 3 個月內同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次者，予以排除。

- □ 分母 2：血液透析分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳貧血檢查-Hb>0 之人數。
- □ 分子 1：血液透析分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳貧血檢查-Hb>0 之人數。
- □ 分子 2：分母病人中，依透析類別、院所、透析病人【ID+生日】，歸戶取最大值，Hb 上傳檢驗值＞8.5g/dL 之人數。
- □ 人數計算以【ID+生日】歸戶。
- □ 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。
- ➢ 運算範圍：季、年
- ➢ 提供維度：分區+院所

(1965).{1965，1967}貧血檢查(腹膜透析)-Hb 受檢率(或合格率)(同院)_季

(1995).{1995，1997}貧血檢查(腹膜透析)-Hb 受檢率(或合格率)(同院)_年

(建置時間：105/06/30)

(106/03/07 定義增修：季指標新增全國+縣市別維度供 Public4 使用 自 104Q1 起開始產製)

■ 分子 1(季：1965、年：1995)：分母腹膜透析病人測量 Hb 人數。

■ 分母 1(季：1965、年：1995)：慢性腹膜透析病人數。

■ 分子 2(季：1967、年：1997)：分母腹膜透析病人測量 Hb>8.5g/dl 人數。

■ 分母 2(季：1967、年：1997)：腹膜透析病人測量 Hb 人數。

□ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)/VPN 上傳檢驗資料檔

□ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔

□ 資料範圍三(分母排除病人資料範圍)：門、住診全部案件

□ 此指標資料自統計期間 104 年開始產製。

□ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間有申報

(1)連續 3 個月申報腹膜透析任一醫令，計為腹膜透析病人。

□ **受檢率分母排除項目：**

排除於統計期間往前一年(不含統計期間)有申報下列情況的病人

1. 接受化學療法之癌症病人：

(1)癌症病人：不含統計期間往前一年 ICD-9-CM 主次診斷碼前三碼為 140-208

(2)接受化學療法：不含統計期間往前一年使用藥品 ATC 藥品分類碼前三碼屬 L01(antineoplastic agents，抗癌藥物)、L02(endocrine therapy，內分泌治療)、L03(immunostimulants)、L04(immunosuppressive agents)。

2. 非腎性貧血：不含統計期間往前一年 ICD-9-CM 主次診斷碼前三碼為 280-285(診斷碼全碼 285.21anemia pf chronic disease 為腎性貧血，不予排除)

※不含統計期間往前一年：季指標統計期間為 Q2(10404~10406)

不含統計期間往前一年是 10304~10403

□ 分母 1：

✓ 腹膜透析：符合慢性透析病人定義且排除費用年月小於透析起始年月的透析案件，於統計期間當年(不跨季)連續 3 個月有同一院所申報腹膜透析任一醫令之病人數。

※腹膜透析醫令：58002C、58011A、58011AB、58011B、58011C、58017B、58017C、58026C、58028C。

□ 分母 2：腹膜透析分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳貧血檢查-Hb>0 之人數。

□ 分子 1：腹膜透析分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN

上傳貧血檢查-Hb>0 之人數。

- □ 分子 2：分母病人中，依透析類別、院所、透析病人【ID+生日】，歸戶取最大值，Hb 上傳檢驗值＞8.5g/dL 之人數。
- □ 人數計算以【ID+生日】歸戶。
- □ 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。
- ➢ 運算範圍：季、年
- ➢ 提供維度：分區+院所

(1980).{1980，1981}尿素氮透析效率-WeeklyKt/V 受檢率(或合格率)(同院)_半年

(1992).{1992，1993}尿素氮透析效率-Weekly Kt/V 受檢率(或合格率)(同院)_年

(建置時間：105/06/30)
(106/03/07 定義增修：半年指標新增全國+縣市別維度供 Public4 使用 自 104Q2 起開始產製)

■ 分子 1(半年：1980、年：1992)：分母腹膜透析病人測量 WeeklyKt/V 人數。
■ 分母 1(半年：1980、年：1992)：慢性腹膜透析病人數。

■ 分子 2(半年：1981、年：1992)：分母腹膜透析病人測量 WeeklyKt/V≧1.7 人數。
■ 分母 2(半年：1981、年：1992)：腹膜透析病人測量 WeeklyKt/V 人數。
□ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)/VPN 上傳檢驗資料檔
□ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔
□ 此指標資料自統計期間 104 年開始產製。
□ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間有申報
(1)連續 3 個月申報腹膜透析任一醫令，計為腹膜透析病人。
□ 分母 1：
✓ 腹膜透析：符合慢性透析病人定義且排除費用年月小於透析起始年月的透析案件，於統計期間當年(不跨季)連續 3 個月有同一院所申報腹膜透析任一醫令之病人數。
※腹膜透析醫令：58002C、58011A、58011AB、58011B、58011C、58017B、58017C、58026C、58028C。
□ 分母 2：分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳尿素氮透析效率(WeeklyKt/V)檢驗值>0 之人數。
□ 分子 1：分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳尿素氮透析效率(WeeklyKt/V)檢驗值>0 之人數。
□ 分子 2：合格率分母病人中，依透析類別、院所、透析病人【ID+生日】，歸戶取最大值，WeeklyKt/V 上傳檢驗值≧1.7 之人數。
□ 人數計算以【ID+生日】歸戶。
□ 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。
➢ 運算範圍：半年、年
➢ 提供維度：分區+院所

(1998).B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率(血液透析)(同院)_年

(建置時間：105/06/30)

(105/09/01 定義修訂：分母血液透析新增條件：排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次之病人。自 105Q1 起開始產製)

(106/03/06 定義修訂：B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率 及 C 型肝炎抗體(anti-HCV)轉陽率 當年度病患歸戶方式變更為：甲院所已發現為陽性，不應歸責乙院所，保留該病患第一筆上傳陽性者，餘上傳陽性資料均不計。 自 105Q4 起開始產製)

■ 分子：分母血液透析病人 HBsAg 陰性轉為陽性(新感染)病人數。

■ 分母：慢性血液透析病人追蹤期間之陰性病人數。

□ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)/VPN 上傳檢驗資料檔

□ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔

□ 此指標資料自統計期間 104 年開始產製。

□ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間有申報
(1)連續 3 個月申報門診血液透析任一醫令，計為血液透析病人。

□ 分母：

✓ 血液透析：符合慢性透析病人定義且排除費用年月小於透析起始年月的透析案件，於統計期間當年(不跨季)連續 3 個月同院申報門診血液透析任一醫令但排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次之病人數，或當年(不跨季)任意 2 個月申報門診血液透析，同院累計需大於等於 20 次之醫令，不論該月透析次數多寡，計為 1 人。

且利用透析類別+ID+生日於統計期間勾稽前一年 VPN 上傳檢驗資料檔，先取最大檢驗日期後判斷監測值種類，同透析類別、同 ID、同生日者以監測值種類為 YY 的 HBsAg 為優先，其次 Q4、Q3、Q2、Q1 判別 HBsAg 上傳檢驗值為陰性之病人數，若有同透析類別、同 ID、同生日、同監測值種類卻有不同 HBsAg 上傳檢驗值時，則一律以陰性為主。

※門診血液透析醫令：58029C、58027C。

※當年(不跨季)任意 2 個月：

甲病人於 10401 10403 在 A 院所有申報血液/腹膜透析則甲病人符合當年(不跨季)

乙病人於 10403 10404 在 A 院所有申報血液/腹膜透析則乙病人不符合當年(不跨季)

※累計大於等於 20 次：利用醫令總量(ORDER_QTY)加總來判斷。

※排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次：利用醫令總量(ORDER_QTY)加總來判斷，將連續 3 個月內同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次者，予以排除。

例：某甲 104 年 4 月、5 月、7 月於 A 院所接受血液透析，未符合連續 3 個月

條件，不計入 A 院所受檢率之分母。

- 分子：分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽最小檢驗日期 VPN 上傳 HBsAg 檢驗值為陽性之人數，其餘上傳陽性資料均不計。

  如：甲、乙病人在不同院所下，有申報四筆資料

	院所	最小檢驗日期
甲	A	1051201
甲	B	1051225
乙	A	1051225
乙	B	1051220

  根據分子定義

  甲病人則被歸為 A 院所

  乙病人則被歸為 B 院所

- 人數計算以【ID+生日】歸戶。
- 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。

➢ 運算範圍：年

➢ 提供維度：分區+院所

(1999).B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率(腹膜透析)(同院)_年

(建置時間：105/06/30)

(106/03/06 定義修訂:B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率 及 C 型肝炎抗體(anti-HCV)轉陽率 當年度病患歸戶方式變更為：甲院所已發現為陽性，不應歸責乙院所，保留該病患第一筆上傳陽性者，餘上傳陽性資料均不計。 自 105Q4 起開始產製)

■ 分子：分母腹膜透析病人 HBsAg 陰性轉為陽性(新感染)病人數。

■ 分母：慢性腹膜透析病人追蹤期間之陰性病人數。

□ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)/VPN 上傳檢驗資料檔

□ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔

□ 此指標資料自統計期間 104 年開始產製。

□ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間有申報
(1)連續 3 個月申報腹膜透析任一醫令，計為腹膜透析病人。

□ 分母：

✓ 腹膜透析：符合慢性透析病人定義且排除費用年月小於透析起始年月的透析案件，於統計期間當年(不跨季)連續 3 個月於同一院所申報腹膜透析任一醫令，且利用透析類別+ID+生日於統計期間勾稽前一年 VPN 上傳檢驗資料檔，先取最大檢驗日期後判斷監測值種類，同透析類別、同 ID、同生日者以監測值種類為 YY 的 HBsAg 為優先，其次 Q4、Q3、Q2、Q1 判別 HBsAg 上傳檢驗值為陰性之病人數，若有同透析類別、同 ID、同生日、同監測值種類卻有不同 HBsAg 上傳檢驗值時，則一律以陰性為主。

※腹膜透析醫令：58002C、58011A、58011AB、58011B、58011C、58017B、58017C、58026C、58028C。

□ 分子：分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽最小檢驗日期 VPN 上傳 HBsAg 檢驗值為陽性之人數，其餘上傳陽性資料均不計。

如：甲、乙病人在不同院所下，有申報四筆資料

	院所	最小檢驗日期
甲	A	1051201
甲	B	1051225
乙	A	1051225
乙	B	1051220

根據分子定義

甲病人則被歸為 A 院所

乙病人則被歸為 B 院所

□ 人數計算以【ID+生日】歸戶。

□ 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。

➢ 運算範圍：年

- 提供維度：分區+院所

(2000).C 型肝炎抗體(anti-HCV)轉陽率(血液透析)(同院)_年

(建置時間：105/06/30)

(105/09/01 定義修訂：分母血液透析新增條件：排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次之病人。自 105Q1 起開始產製)

(106/03/06 定義修訂:B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率 及 C 型肝炎抗體(anti-HCV)轉陽率 當年度病患歸戶方式變更為：甲院所已發現為陽性，不應歸責乙院所，保留該病患第一筆上傳陽性者，餘上傳陽性資料均不計。 自 105Q4 起開始產製)

■ 分子：分母血液透析病人 anti-HCV 陰性轉為陽性(新感染)病人數。

■ 分母：慢性血液透析病人追蹤期間之陰性病人數。

□ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)/VPN 上傳檢驗資料檔

□ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔

□ 此指標資料自統計期間 104 年開始產製。

□ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間有申報

(1)連續 3 個月申報門診血液透析任一醫令，計為血液透析病人。

□ 分母：

✓ 血液透析：符合慢性透析病人定義且排除費用年月小於透析起始年月的透析案件，於統計期間當年(不跨季)連續 3 個月同院申報門診血液透析任一醫令但排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次之病人數，或當年(不跨季)任意 2 個月申報門診血液透析，同院累計需大於等於 20 次之醫令，不論該月透析次數多寡，計為 1 人。

且利用透析類別+ID+生日於統計期間勾稽前一年 VPN 上傳檢驗資料檔，先取最大檢驗日期後判斷監測值種類，同透析類別、同 ID、同生日者以監測值種類為 YY 的 Anti-HCV 為優先，其次 Q4、Q3、Q2、Q1 判別 Anti-HCV 上傳檢驗值為陰性之病人數，若有同透析類別、同 ID、同生日、同監測值種類卻有不同 Anti-HCV 上傳檢驗值時，則一律以陰性為主。

※門診血液透析醫令：58029C、58027C。

※當年(不跨季)任意 2 個月：

甲病人於 10401 10403 在 A 院所有申報血液/腹膜透析則甲病人符合當年(不跨季)

乙病人於 10403 10404 在 A 院所有申報血液/腹膜透析則乙病人不符合當年(不跨季)

※累計大於等於 20 次：利用醫令總量(ORDER_QTY)加總來判斷。

※排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次：利用醫令總量(ORDER_QTY)加總來判斷，將連續 3 個月內同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次者，予以排除。

例：某甲 104 年 4 月、5 月、7 月於 A 院所接受血液透析，未符合連續 3 個月條件，不計入 A 院所受檢率之分母。

- 分子：分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽最小檢驗日期 VPN 上傳 Anti-HCV 檢驗值為陽性之人數，其餘上傳陽性資料均不計。

  如：甲、乙病人在不同院所下，有申報四筆資料

	院所	最小檢驗日期
甲	A	1051201
甲	B	1051225
乙	A	1051225
乙	B	1051220

  根據分子定義

  甲病人則被歸為 A 院所

  乙病人則被歸為 B 院所

- 人數計算以【ID+生日】歸戶。
- 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。

➢ 運算範圍：年

➢ 提供維度：分區+院所

(2001).C 型肝炎抗體(anti-HCV)轉陽率(腹膜透析)(同院)_年

(建置時間：105/06/30)

(106/03/06 定義修訂:B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率 及 C 型肝炎抗體(anti-HCV)轉陽率 當年度病患歸戶方式變更為：甲院所已發現為陽性，不應歸責乙院所，保留該病患第一筆上傳陽性者，餘上傳陽性資料均不計。 自 105Q4 起開始產製)

■ 分子：分母腹膜透析病人 anti-HCV 陰性轉為陽性(新感染)病人數。

■ 分母：慢性腹膜透析病人追蹤期間之陰性病人數。

□ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)/VPN 上傳檢驗資料檔

□ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔

□ 此指標資料自統計期間 104 年開始產製。

□ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間有申報
(1)連續 3 個月申報腹膜透析任一醫令，計為腹膜透析病人。

□ 分母：

✓ 腹膜透析：符合慢性透析病人定義且排除費用年月小於透析起始年月的透析案件，於統計期間當年(不跨季)連續 3 個月於同一院所申報腹膜透析任一醫令且利用透析類別+ID+生日於統計期間勾稽前一年 VPN 上傳檢驗資料檔，先取最大檢驗日期後判斷監測值種類，同透析類別、同 ID、同生日者以監測值種類為 YY 的 Anti-HCV 為優先，其次 Q4、Q3、Q2、Q1 判別 Anti-HCV 上傳檢驗值為陰性之病人數，若有同透析類別、同 ID、同生日、同監測值種類卻有不同 Anti-HCV 上傳檢驗值時，則一律以陰性為主。

※腹膜透析醫令：58002C、58011A、58011AB、58011B、58011C、58017B、58017C、58026C、58028C。

□ 分子：分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽最小檢驗日期 VPN 上傳 Anti-HCV 檢驗值為陽性之人數，其餘上傳陽性資料均不計。

如：甲、乙病人在不同院所下，有申報四筆資料

	院所	最小檢驗日期
甲	A	1051201
甲	B	1051225
乙	A	1051225
乙	B	1051220

根據分子定義

甲病人則被歸為 A 院所

乙病人則被歸為 B 院所

□ 人數計算以【ID+生日】歸戶。

□ 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。

➢ 運算範圍：年

- 提供維度：分區+院所

(2002).55 歲以下透析病人移植登錄率(血液透析)(同院)_年

(建置時間：105/06/30)

(105/09/01 定義修訂：分母血液透析新增條件：排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次之病人。自 105Q1 起開始產製)

■ 分子：血液透析 55 歲以下透析病人移植登錄人數。

■ 分母：55 歲以下慢性血液透析病人數。

□ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)/VPN 上傳檢驗資料檔

□ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔

□ 此指標資料自統計期間 104 年開始產製。

□ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間有申報
(1)連續 3 個月申報門診血液透析任一醫令，計為血液透析病人。

□ 分母：

✓ 血液透析：符合慢性透析病人定義且排除費用年月小於透析起始年月的透析案件，於統計期間當年(不跨季)連續 3 個月同院申報門診血液透析任一醫令但排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次之 55 歲(含)以下病人數，或當年(不跨季)任意 2 個月申報門診血液透析，同院累計需大於等於 20 次之醫令，不論該月透析次數多寡，計為 1 人。

※門診血液透析醫令：58029C、58027C。

※當年(不跨季)任意 2 個月：

甲病人於 10401 10403 在 A 院所有申報血液/腹膜透析則甲病人符合當年(不跨季)

乙病人於 10403 10404 在 A 院所有申報血液/腹膜透析則乙病人不符合當年(不跨季)

※累計大於等於 20 次：利用醫令總量(ORDER_QTY)加總來判斷。

※排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次：利用醫令總量(ORDER_QTY)加總來判斷，將連續 3 個月內同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次者，予以排除。

例：某甲 104 年 4 月、5 月、7 月於 A 院所接受血液透析，未符合連續 3 個月條件，不計入 A 院所受檢率之分母。

※年齡計算方式：統計年-出生年。

□ 分子：分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳已登錄腎臟移植之人數。

□ 人數計算以【ID+生日】歸戶。

□ 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。

➢ 運算範圍：年

➢ 提供維度：分區+院所

(2003).55 歲以下透析病人移植登錄率(腹膜透析)(同院)_年

(建置時間：105/06/30)

- ■ 分子：腹膜透析 55 歲以下透析病人移植登錄人數。
- ■ 分母：55 歲以下慢性腹膜透析病人數。
- □ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)/VPN 上傳檢驗資料檔
- □ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔
- □ 此指標資料自統計期間 104 年開始產製。
- □ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間有申報
  (1)連續 3 個月申報腹膜透析任一醫令，計為腹膜透析病人。
- □ 分母：
  - ✓ 腹膜透析：符合慢性透析病人定義且排除費用年月小於透析起始年月的透析案件，於統計期間當年(不跨季)連續 3 個月於同一院所申報門診腹膜透析任一醫令之 55 歲(含)以下病人數。
    ※年齡計算方式：費用年-出生年。
    ※腹膜透析醫令：58002C、58011A、58011AB、58011B、58011C、58017B、58017C、58026C、58028C。
- □ 分子：分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳已登錄腎臟移植之人數。
- □ 人數計算以【ID+生日】歸戶。
- □ 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。
- ➢ 運算範圍：年
- ➢ 提供維度：分區+院所

(2024).建立對新病人血液透析治療模式選擇之充分告知機制

(建置時間：105/06/30)

- ■ 分子：對病人透析治療模式選擇之充分告知血液透析人數。
- ■ 分母：首次血液透析新病人數之總和。
- □ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)
- □ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔
- □ 此指標資料自統計期間 104 年開始產製。
- □ 此指標需延後 2 個月執行，只執行一次。
- □ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間須為首次透析病人，並於首次門診透析院所治療期間申報下列醫令者：
  (1)申報門診血液透析任一醫令，計為血液透析病人。
  (2)申報門診腹膜透析任一醫令，計為腹膜透析病人。
  (3)如二者皆有，以最小就醫日期之醫令認定。
- □ 分母：
  - ✓ 血液透析：符合慢性透析病人定義，且統計期間內屬於首次接受透析治療之新病人，於首次門診透析之院所，無論其透析次數多寡，皆計為 1 人。其透析類別之認定，以前述院所申報首次門診透析案件中，最小就醫日期之醫令認定之(如：申報醫令為血液透析者，則計入)。
    ※新透析病人：符合慢性透析病人，且透析起始年落於統計期間。
    ※門診血液透析醫令：58029C、58027C。
- □ 分子：分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳已充分告知透析治療模式選擇之人數。
- □ 人數計算以【ID+生日】歸戶。
- □ 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。
- ➢ 運算範圍：年
- ➢ 提供維度：分區+院所

(2025).建立對新病人腹膜透析治療模式選擇之充分告知機制

(建置時間：105/06/30)

■ 分子：對病人透析治療模式選擇之充分告知腹膜透析人數。
■ 分母：首次腹膜透析新病人數之總和。
□ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)
□ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔
□ 此指標資料自統計期間 104 年開始產製。
□ 此指標需延後 2 個月執行，只執行一次。
□ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間須為首次透析病人，並於首次門診透析院所治療期間申報下列醫令者：
(1)申報門診血液透析任一醫令，計為血液透析病人。
(2)申報門診腹膜透析任一醫令，計為腹膜透析病人。
(3)如二者皆有，以最小就醫日期之醫令認定。
□ 分母：
✓ 腹膜透析：符合慢性透析病人定義，且統計期間內屬於首次接受透析治療之新病人，於首次門診透析之院所，無論其透析次數多寡，皆計為 1 人。其透析類別之認定，以前述院所申報首次門診透析案件中，最小就醫日期之醫令認定之(如：申報醫令為腹膜透析者，則計入)。
※首次接受透析治療之新病人：符合慢性透析病人，且透析起始年落於統計期間。
※腹膜透析醫令：58002C、58011A、58011AB、58011B、58011C、58017B、58017C、58026C、58028C。
□ 分子：分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳已充分告知透析治療模式選擇之人數。
□ 人數計算以【ID+生日】歸戶。
□ 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。
➢ 運算範圍：年
➢ 提供維度：分區+院所

(2110.01).全國可避免住院率

(建置時間：105/09/21)

■ 分子：可避免住院案件數
■ 分母：全國戶籍人口數
□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
□ 104 年 12 月開始產製
□ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
□ 指標以費用年月去計算月累積
□ 分母：全國戶籍人口數
1. 讀取 V_DWU_REG 戶政檔
2. 以 ID+BIRTHDAY 視為一人
3. 資料範圍：以 V_DWU_REG.PREM_YM=統計費用年月且
V_DWU_REG.SPECIAL IS NULL
4. 18 歲以上之成人，年齡計算方式統計當年-生日年
□ 分子：可避免住院案件數
1. 同 ID，同住院日，同院所，同出院日，同申報迄日視為一件，排除出院日為空值並取最大 DTL_PKNO 為該住院案件診斷碼，用以決定該筆案件屬於哪種疾病
2. 統計期間：以費用年月進行月累積
3. 資料範圍：住院資料(含西醫基層、西醫醫院)
4. 納入案件數：
(1)主診斷包含#1(糖尿病短期併發症)、#3(糖尿病長期併發症)、#7(高血壓)、#8(心臟病)、#11(細菌性肺炎)、#12(尿道感染)、#13(心絞痛)、#14(控制不良之糖尿病)、#15(青年氣喘)之案件數。
(2)主診斷碼為#5(COPD 及成年氣喘)，符合下列條件 1~3 任一之案件數
✓ 主診斷為 COPD(excluding acute bronchitis)diagnosis codes
✓ 主診斷為 Asthma diagnosis codes
✓ 主診斷碼為 Acute bronchitis diagnosis codes 其任一次診斷碼須為 COPD(excluding acute bronchitis)diagnosis codes
✓ 排除條件為任一次診斷碼為#5COPD 及成年氣喘排除診斷碼內容
(3)#7(高血壓)排除條件有二
✓ 任一次診斷碼為 Stage I-IV kidney disease diagnosis 且任一手術處置碼須為 Dialysis access procedure codes
✓ 任一手術處置碼為 cardiac procedure codes
(4)#8 心臟病排除碼同#7 高血壓 cardiac procedure codes，為任任一手術處置碼為 cardiac procedure codes
(5)#10(脫水)有四種，以下 1~4 任一種即為#10(脫水)

✓ 主診斷碼為高滲透壓，任一次診斷 Dehydration diagnosis codes
✓ 主診斷碼為高血鈉，任一次診斷 Dehydration diagnosis codes
✓ 主診斷碼為急性腎衰竭，任一次診斷 Dehydration diagnosis codes
✓ 主診斷碼為 Dehydration diagnosis codes
✓ 排除方式為任一次診斷碼為#10 脫水排除碼

(6)#11 細菌性肺炎排除方式有三
✓ Sickle cell anemia or HB-S disease：任一次診斷碼為 Sickle cell anemia or HB-S disease 之碼
✓ IMMUNI-D：任一次診斷碼為 IMMUNI-D 之碼
✓ IMMUNI-P：任一手術處置碼為 IMMUNI-P 之碼

(7)#12 尿道感染排除方式有三
✓ kidney/urinary tract disorder：任一次診斷碼為 kidney/urinary tract disorder 之碼
✓ IMMUNI-D：任一次診斷碼為 IMMUNI-D 之碼(同#11IMMUNI-D)
✓ IMMUNI-P：任一手術處置碼為 IMMUNI-P 之碼(同#11IMMUNI-P)

(8)#13 心絞痛排除方式為任一手術處置碼為 cardiac procedure codes(診斷碼內容同#7 高血壓 cardiac procedure codes)

(9)#15 青年氣喘排除方式為任一次診斷碼為#15 青年氣喘排除碼

(10)任一主次診斷為#16(糖尿病下肢截肢)之案件數，且任一手術處置碼為 procedure code，排除條件為任一次診斷碼為#16(糖尿病下肢截肢)排除碼或任一手術處置碼為#16(糖尿病下肢截肢)。

(11)若同一疾病診斷碼下有多組排除條件，符合其一即排除

5. 住診件數：不含 BC 肝藥物申報案件、補報部分醫令，只要條件符合其中之一即排除部份醫令補報案件：APPL_CAUSE_MARK='2'就醫併開立 BC 肝用藥另申報案件：(DIAG_DOT=0ANDCASE_TYPE='4'ANDPAY_TYPE='M')

6. MDC14 和 MDC15 的排除方式：
當排除條件有列 MDC14、MDC15 時，即以下列方式排除
住院：排除 EXM_RESULT_MDC_1=14➔MDC14
排除 EXM_RESULT_MDC_1=15➔MDC15
其中只有住院案件#16 糖尿病下肢截肢須排除 MDC14

7. 疾病皆須 18(含)歲以上之病人，其中#5(COPD 及成年氣喘)需取 40 歲以上之病人，#15(青年氣喘)需取 18 歲至 39 歲之病人，年齡計算方式住院日期年-生日年

□ 診斷碼皆為全碼比較，診斷碼請參閱附錄一

□ 因疾病診斷碼會有共用的情形，若同一案件在診斷判斷時歸屬到多種疾病，則於計算件數時只需計算一件，但於產製分子明細時須將歸屬疾病個別列出，此條件同樣適用於急診案件。若判斷疾病時須參考主次診斷碼，則同一案件中多個診斷碼有可能屬於同一疾病，此時計算為一件

ex：某案件主診斷為 25010 處置碼為 8410，則此案件可同時歸屬到#1 糖尿病短期併發症及#16 糖尿病下肢截肢則此案件用於計算率的時候計一件，但於分子明細中會呈現疾病歸類#1 及#16 兩筆資料

- □ 指標 2110.01 為存放提供 VPN 院所查詢之全國值，該值為以全國戶政人口計算之可避免住院率。
- □ 報表上所呈現之率為以「每十萬人」比率呈現，分子分母則為原始統計值
- □ 校正規則請參閱附錄二
- ➢ 運算範圍：月
- ➢ 展現維度：1.全國

(2111.01).全國潛在可避免急診率

(建置時間：105/09/21)

■ 分子：潛在可避免急診案件數
■ 分母：全國戶籍人口數
□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
□ 104 年 12 月開始產製
□ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
□ 指標以費用年月去計算月累積
□ 分母：全國戶籍人口數
1. 讀取 V_DWU_REG 戶政檔
2. 以 ID+BIRTHDAY 視為一人
3. 資料範圍：以 V_DWU_REG.PREM_YM=統計費用年月且
V_DWU_REG.SPECIAL IS NULL
4. 18 歲以上之成人，年齡計算方式統計當年-生日年
□ 分子：潛在可避免急診案件數
1. 以 DTL_PKNO 每一清單編號視為 1 件如有同一就醫日期同一人同一院所同樣診斷碼但不同清單編號會視為兩件
2. 統計期間：以費用年月進行月累積
3. 資料範圍：門診資料(含西醫基層、西醫醫院)案件類別='02'且申報類別 1
4. 納入案件數：納入條件同可避免住院案件數
5. 急診件數：不含慢連箋調劑案件、處方釋出交付機構案件、補報部分醫令、BC 肝藥物申報案件、非試辦計畫案件(E1 案件)且申報醫療點數和部分負擔為 0，只要符合條件其中之一即排除
(1)部份醫令補報案件：APPL_CAUSE_MARK='2'
(2)慢性病連續處方箋調劑案件：CASE_TYPEIN('08'，'28')
(3)病理中心與藥局調劑申報之案件(處方釋出交付機構案件)：
OWN_TYPEIN('42'，'43'，'44'，'45'，'46'，'59'))
(4)就醫併開立 BC 肝用藥另申報案件：
(CASE_TYPE='E1'ANDDIAG_DOT=0AND
(CURE_ITEM1='H1'OR
CURE_ITEM2='H1'OR
CURE_ITEM3='H1'OR
CURE_ITEM4='H1')
(5)非試辦計畫案件(E1 案件)且申報醫療點數和部分負擔為 0 之案件
(CASE_TYPENOTIN('E1')ANDAPPL_DOT+PART_AMT=0)
6. 急診不須考慮 MDC14 和 MDC15 的排除
7. 疾病皆須 18(含)歲以上之病人，其中#5(COPD 及成年氣喘)需取 40 歲以上之病

人，#15(青年氣喘)需取 18 歲至 39 歲之病人，年齡計算方式就醫日期年-生日年

- 診斷碼皆為全碼比較，診斷碼請參閱附錄一
- 因疾病診斷碼會有共用的情形，若同一案件在診斷判斷時歸屬到多種疾病，則於計算件數時只需計算一件
- 指標 2111.01 為存放提供 VPN 院所查詢之全國值，該值為以全國戶政人口計算之可避免住院率。
- 報表上所呈現之率為以「每十萬人」比率呈現，分子分母則為原始統計值
- 因疾病診斷碼會有共用的情形，若同一案件在診斷判斷時歸屬到多種疾病，則於計算件數時只需計算一件，但於產製分子明細時須將歸屬疾病個別列出，此條件同樣適用於急診案件。若判斷疾病時須參考主次診斷碼，則同一案件中多個診斷碼有可能屬於同一疾病，此時計算為一件

  ex：某案件主診斷為 25010 處置碼為 8410，則此案件可同時歸屬到#1 糖尿病短期併發症及#16 糖尿病下肢截肢則此案件用於計算率的時候計一件，但於分子明細中會呈現疾病歸類#1 及#16 兩筆資料
- 校正規則請參閱附錄二

➢ 運算範圍：月

➢ 展現維度：1.全國

(2112).西醫門診病人可避免住院率

(建置時間：105/09/21)

■ 分子：可避免住院案件數
■ 分母：門診病人數
□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
□ 104 年 12 月開始產製
□ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
□ 指標以費用年月去計算月累積
□ 分母：門診病人數
1. 以 ID+生日視為一人
2. 統計期間：以費用年月進行月累積計算
3. 資料範圍：門診西醫基層、西醫醫院
4. 18 歲以上之成人，年齡計算方式就醫日期年-生日年

□ 分子：可避免住院案件數
1. 同 ID，同住院日，同院所，同出院日，同申報迄日視為一件，排除出院日為空值並取最大 DTL_PKNO 為該住院案件診斷碼，用以決定該筆案件屬於哪種疾病
2. 統計期間：以費用年月進行月累積
3. 資料範圍：住院資料(含西醫基層、西醫醫院)
4. 納入案件數：
(1)主診斷包含#1(糖尿病短期併發症)、#3(糖尿病長期併發症)、#7(高血壓)、#8(心臟病)、#11(細菌性肺炎)、#12(尿道感染)、#13(心絞痛)、#14(控制不良之糖尿病)、#15(青年氣喘)之案件數。
(2)主診斷碼為#5(COPD 及成年氣喘)，符合下列條件 1~3 任一之案件數
✓ 主診斷為 COPD(excluding acute bronchitis) diagnosis codes
✓ 主診斷為 Asthma diagnosis codes
✓ 主診斷碼為 Acute bronchitis diagnosis codes 其任一次診斷碼須為 COPD(excluding acute bronchitis) diagnosis codes
✓ 排除條件為任一次診斷碼為#5COPD 及成年氣喘排除診斷碼內容
(3)#7(高血壓)排除條件有二
✓ 任一次診斷碼為 Stage I-IV kidney disease diagnosis 且任一手術處置碼須為 Dialysis access procedure codes
✓ 任一手術處置碼為 cardiac procedure codes
(4)#8 心臟病排除碼同#7 高血壓 cardiac procedure codes，為任任一手術處置碼為 cardiac procedure codes
(5)#10(脫水)有四種，以下 1~4 任一種即為#10(脫水)
✓ 主診斷碼為高滲透壓，任一次診斷 Dehydration diagnosis codes

✓ 主診斷碼為高血鈉，任一次診斷 Dehydration diagnosis codes
✓ 主診斷碼為急性腎衰竭，任一次診斷 Dehydration diagnosis codes
✓ 主診斷碼為 Dehydration diagnosis codes
✓ 排除方式為任一次診斷碼為#10 脫水排除碼

(6)#11 細菌性肺炎排除方式有三
✓ Sickle cell anemia or HB-S disease：任一次診斷碼為 Sickle cell anemia or HB-S disease 之碼
✓ IMMUNI-D：任一次診斷碼為 IMMUNI-D 之碼
✓ IMMUNI-P：任一手術處置碼為 IMMUNI-P 之碼

(7)#12 尿道感染排除方式有三
✓ 1.kidney/urinary tract disorder：任一次診斷碼為
✓ kidney/urinary tract disorder 之碼
✓ 2.IMMUNI-D：任一次診斷碼為 IMMUNI-D 之碼(同#11IMMUNI-D)
✓ 3.IMMUNI-P：任一手術處置碼為 IMMUNI-P 之碼(同#11
✓ IMMUNI-P)

(8)#13 心絞痛排除方式為任一手術處置碼為 cardiac procedure codes(診斷碼內容同#7 高血壓 cardiac procedure codes)

(9)#15 青年氣喘排除方式為任一次診斷碼為#15 青年氣喘排除碼

(10)任一主次診斷為#16(糖尿病下肢截肢)之案件數，且任一手術處置碼為 procedure code，排除條件為任一次診斷碼為#16(糖尿病下肢截肢)排除碼或任一手術處置碼為#16(糖尿病下肢截肢)。

(11)若同一疾病診斷碼下有多組排除條件，符合其一即排除

5. 住診件數：不含 BC 肝藥物申報案件、補報部分醫令，只要條件符合其中之一即排除部份醫令補報案件：APPL_CAUSE_MARK='2'就醫併開立 BC 肝用藥另申報案件：(DIAG_DOT=0ANDCASE_TYPE='4'ANDPAY_TYPE='M')

6. MDC14 和 MDC15 的排除方式：
當排除條件有列 MDC14、MDC15 時，即以下列方式排除
住院：排除 EXM_RESULT_MDC_1=14➔MDC14
排除 EXM_RESULT_MDC_1=15➔MDC15
其中只有住院案件#16 糖尿病下肢截肢須排除 MDC14

7. 疾病皆須 18(含)歲以上之病人，其中#5(COPD 及成年氣喘)需取 40 歲以上之病人，#15(青年氣喘)需取 18 歲至 39 歲之病人，年齡計算方式住院日期年-生日年

□ 分子需為西醫門診病人中於統計期間內之住院案件數，勾稽方式為 ID+Birthday
□ 診斷碼皆為全碼比較，診斷碼請參閱附錄一
□ 因疾病診斷碼會有共用的情形，若同一案件在診斷判斷時歸屬到多種疾病，則於計算件數時只需計算一件。
□ 報表上所呈現之率為分子分母經過校正過後之計算出來的率並以「每十萬人」比

率呈現，分子分母則為原始統計值

- □ 校正規則請參閱附錄二
- ➢ 運算範圍：月
- ➢ 展現維度：1.分區+院所

(2113).西醫門診病人潛在可避免急診率

(建置時間：105/09/21)

■ 分子：潛在可避免急診案件數
■ 分母：門診病人數
□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
□ 104 年 12 月開始產製
□ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
□ 指標以費用年月去計算月累積
□ 分母：門診病人數
1. 以 ID+生日視為一人
2. 統計期間：以費用年月進行月累積計算
3. 資料範圍：門診西醫基層、西醫醫院
4. 18 歲以上之成人，年齡計算方式就醫日期年-生日年
□ 分子：潛在可避免急診案件數
1. 以 DTL_PKNO 每一清單編號視為 1 件如有同一就醫日期同一人同一院所同樣診斷碼但不同清單編號會視為兩件
2. 統計期間：以費用年月進行月累積
3. 資料範圍：門診資料(含西醫基層、西醫醫院)案件類別='02'且申報類別 1
4. 納入案件數：納入條件同可避免住院案件數
5. 急診件數：不含慢連箋調劑案件、處方釋出交付機構案件、補報部分醫令、BC 肝藥物申報案件、非試辦計畫案件(E1 案件)且申報醫療點數和部分負擔為 0，只要符合條件其中之一即排除
(1)部份醫令補報案件：APPL_CAUSE_MARK='2'
(2)慢性病連續處方箋調劑案件：CASE_TYPEIN('08'，'28')
(3)病理中心與藥局調劑申報之案件(處方釋出交付機構案件)：
OWN_TYPEIN('42'，'43'，'44'，'45'，'46'，'59'))
(4)就醫併開立 BC 肝用藥另申報案件：
(CASE_TYPE='E1'ANDDIAG_DOT=0AND
(CURE_ITEM1='H1'OR
CURE_ITEM2='H1'OR
CURE_ITEM3='H1'OR
CURE_ITEM4='H1')
(5)非試辦計畫案件(E1 案件)且申報醫療點數和部分負擔為 0 之案件
(CASE_TYPENOTIN('E1')ANDAPPL_DOT+PART_AMT=0)
6. 急診不須考慮 MDC14 和 MDC15 的排除
7. 疾病皆須 18(含)歲以上之病人，其中#5(COPD 及成年氣喘)需取 40 歲以上之病人，#15(青年氣喘)需取 18 歲至 39 歲之病人，年齡計算方式就醫日期年-生日

年

- 分子需為西醫門診病人中於統計期間內之急診案件數，勾稽方式為 ID+Birthday
- 診斷碼皆為全碼比較，診斷碼請參閱附錄一
- 因疾病診斷碼會有共用的情形，若同一案件在診斷判斷時歸屬到多種疾病，則於計算件數時只需計算一件。
- 報表上所呈現之率為分子分母經過校正過後之計算出來的率並以「每十萬人」比率呈現，分子分母則為原始統計值
- 校正規則請參閱附錄二

➢ 運算範圍：月

➢ 展現維度：1.分區+院所

附錄一

Prevention Quality Indicators (PQI) Version 5.0

- **指標分類**

✧ **總體（Overall-12 支）**：#1(糖尿病短期併發症)、#3(糖尿病長期併發症)、#5(COPD 及成年氣喘)、#7(高血壓)、#8(心臟病)、#10(脫水)、#11(細菌性肺炎)、#12(尿道感染)、
病下之截肢)

✧ **急性（Acute-3 支）**：#10(脫水)、#11(細菌性肺炎)、#12(尿道感染)

✧ **慢性（Chronic-9 支）**：#1(糖尿病短期併發症)、#3(糖尿病長期併發症)、#5(COPD 及成年氣喘)、#7(高血壓)、#8(心臟病)、#13(心絞痛)、#14(控制不良之糖尿病)、#15(青

✧ **未納入上述類別之指標（2 支）**：# 2(闌尾穿孔) 、#9(新生兒不足重)

- **備註**

1.排除備註中，方框框起來的 procedure codes，其之對應欄位為：OP_CODE、OP_CODE1、OP_CODE2、OP_CODE3、OP_CODE4

2.MDC 14 (pregnancy, childbirth, and puerperium)－對應欄位為 EXM_RESULT_MDC_1

3.MDC 15 (newborns and other neonates).－對應欄位為 EXM_RESULT_MDC_1

4.Missing variables : with missing gender (SEX=missing), age (AGE=missing), quarter (DQTR=missing), year (YEAR=missing), principal diagnosis (DX1=missing), or county (PSTCO=mi

5.資料來源: Agency for Healthcare Research and Quality(AHRQ), QI Research Version 5.0, Prevention Quality Indicators. (網址:www.qualityindicators.ahrq.gov)

6.製表日期:2016/03/31、第九版修表日期:2016/06/28

7製表人:邱于婷 (分機：3605)、郭育成(分機：3605)

指標名稱	分類	描述	分子	分子定義	分母	排除條件
PQI # 1 Diabetes short-term complication (糖尿病短期併發症)	總體、慢性	Admissions for diabetic short-term complications per 100,000 population. , age 18 years and older.	Discharges with ICD-9-CM principal diagnosis code for short-term complications	◆ ICD-9-CM ：25010,25011,25012,25013,25020,25021,25022,25023,25030,25031,25032,25033 ◆ ICD-10-CM ：E1010,E1011,E10641,E1065,E1100,E1101,E11641,E1165	Population in MSA or county, age 18 years and older.	• Trans institu • Missi
PQI # 2 Perforated	未納入	Admissions for perforated appendix per 100 admissions	Discharges with any-listed ICD-9-CM diagnosis code	◆ ICD-9-CM ：5400,5401 ◆ ICD-10-CM ：K352,K353	Number of discharges with diagnosis code for	• Trans institu

指標名稱	分類	描述	分子	分子定義	分母	排除條件
PQI # 3 Diabetes long-term complication (糖尿病長期併發症)	總體、慢性	Admissions for diabetic long-term complications per 100,000 population. , age 18 years and older.	Discharges with ICD-9-CM principal diagnosis code for long-term complications	◆ ICD-9-CM ：25040,25041,25042,25043,25050,25051,25052,25053,25060,25061,25062,25063,25070,25071,25072,25073,25080,25081,25082,25083,25090,25091,25092,25093 ◆ ICD-10-CM：E1021,E1022,E1029,E10311,E10319,E10321,E10329,E10331,E10339,E10341,E10349,E10351,E10359,E1036,E1039,E1040,E1041,E1042,E1043,E1044,E1049,E1051,E1052,E1059,E10610,E10618,E10620,E10621,E10622,E10628,E10630,E10638,E1069,E108,E1121,E1122,E1129,E11311,E11319,E11321,E11329,E11331,E11339,E11341,E11349,E11351,E11359,E1136,E1139,E1140,E1141,E1142,E1143,E1144,E1149,E1151,E1152,E1159,E11610,E11618,E11620,E11621,E11622,E11628,E11630,E11638,E1169,E118	Population in MSA or county, age 18 years and older.	• Trans institu • Missi
PQI # 5 Chronic obstructive pulmonary disease(COPD) or Asthma in Older Adults Admission Rate	總體、慢性	Admissions for COPD or asthma per 100,000 population. , age 40 years and older.	Discharges, for patients ages 40 years and older, with either(principal diagnosis code)： ・Diagnosis with COPD (excluding acute bronchitis); or ・Diagnosis with asthma; or ・Diagnosis with acute	◆ ICD-9-CM ： • 主-COPD (excluding acute bronchitis) diagnosis codes：4910,4911,49120,49121,49122,4918,4919,4920,4928,494,4940,4941,496 • 主-Asthma diagnosis codes：49300,49301,49302,49310,49311,49312,49320,49321,49322,49381,49382,49390,49391,4939	Population in MSA or county, age 40years and older.	• **Diagn fibro anom respi** • Trans institu • Missi

指標名稱	分類	描述	分子	分子定義	分母	排除條件
				◆ ICD-10-CM ： • COPD (excluding acute bronchitis) diagnosis codes：J410,J411,J418,J42,J430,J431,J432,J438,J439,J440,J441,J449,J470 • Asthma diagnosis codes：J4521,J4522,J4531,J4532,J4541,J4542,J4551,J4552,J45901,J45902,J45990,J45991,J45998 • Acute bronchitis diagnosis codes：J200,J201,J202,J203,J204,J205,J206,J207,J208,J209,J40		
PQI #7 Hypertension (高血壓)	總體、慢性	Admissions for hypertension per 100,000 population. , age 18 years and older.	Discharges with ICD-9-CM principal diagnosis code for hypertension.	◆ ICD-9-CM ：4010,4019,40200,40210,40290,40300,40310,40390,40400,40410,40490 ◆ ICD-10-CM ：I10,I119,I129,I1310	Population in MSA or county, age 18 years and older.	• **Disch cardi codes right** • **Diagr I-IV k only i by an ICD-9 codes acces** • Trans institu • ~~MDC~~

指標名稱	分類	描述	分子	分子定義	分母	排除條件
PQI #8 Heart failure (心臟衰竭)	總體、慢性	Admissions for HF per 100,000 population. , age 18 years and older.	Discharges with ICD-9-CM principal diagnosis code for HF.	◆ ICD-9-CM ：39891,40201,40211,40291,40401,40403,40411,40413,40491,40493,4280,4281,42820,42821,42822,42823,42830,42831,42832,42833,42840,42841,42842,42843,4289 ◆ ICD-10-CM ：no codes for ICD-10-CM	Population in MSA or county, age 18 years and older.	• **Proc cardi** • Trans institu • Missi

指標名稱	分類	描述	分子	分子定義	分母	排除條件
				,76513,76514,76515,76516,76517,76518 ◆ ICD-10-CM ： P0501,P0502,P0503,P0504,P0505,P0506,P0507,P0508,P0511,P0512,P0513,P0514,P0515,P0516,P0517,P0518,P0700,P0701,P0702,P0703,P0710,P0714,P0715,P0716,P0717,P0718	V3701,V3900,V3901 • Neonatal observation and evaluation：V290,V291,V292,V293,V298,V299 • Out-of-hospital live birth：V301,V302,V311,V312,V321,V322,V331,V332,V341,V342,V351,V352,V361,V362,V371,V372,V391,V392 ◆ ICD-10-CM ： • In-hospital live birth：Z3800,Z3801,Z3830,Z3831,Z3861,Z3862,Z3863,Z3864,Z3865,Z3866,Z3868,Z3869 • Neonatal observation and evaluation： no equivalent • Out-of-hospital live birth：Z381,Z384,Z387 ◆ DRG code of 391 or a MS-DRG code 795	
PQI #10 Dehydration	總體、急性	Admissions for dehydration per 100,000 population. ,	Discharges, for patients ages 18 years and older, with	• ICD-9-CM ： • Dehydration diagnosis codes(Principal	Population in MSA or county , age 18 years and	• **Diagn chron**

指標名稱	分類	描述	分子	分子定義	分母	排除條件
			acute kidney injury.	• Acute kidney failure diagnosis code ~~Any secondary diagnosis~~： 5845,5846,5847,5848,5849,586,9975 • ICD-10-CM ： • Dehydration diagnosis codes： E860,E861,E869 • Hyperosmolality and/or hypernatremia diagnosis codes： E870 • Gastroenteritis diagnosis codes： A080,A0811,A0819,A082,A0831,A0832,A0839,A084,A088,A09,K5289,K529 • Acute kidney failure diagnosis code： N170,N171,N172,N178,N179,N19,N990		
PQI #11 Bacterial pneumonia (細菌性肺炎)	總體、急性	Admissions for bacterial pneumonia per 100,000 population. , age 18 years and older.	Discharges with ICD-9-CM principal diagnosis code for bacterial pneumonia.	◆ ICD-9-CM ： 481,4822,48230,48231,48232,48239,48241,48242,4829,4830,4831,4838,485,486 ◆ ICD-10-CM： J13,J14,J15211,J15212,J153,J154,J157,J159,J160,J168,J180,J181,J188,J189	Population in MSA or county. , age 18 years and older.	• **Diagr cell a disea** • **Diagr immu d sta** • Trans institu • Missi

指標名稱	分類	描述	分子	分子定義	分母	排除條件
PQI #12 Urinary tract infection (尿道感染)	總體、急性	Admissions for urinary tract infection per 100,000 population. , age 18 years and older.	Discharges with ICD-9-CM principal diagnosis code of urinary tract infection.	◆ ICD-9-CM ：59010,59011,5902,5903,59080,59081,5909,5950,5959,5990 ◆ ICD-10-CM ：N10,N119,N12,N151,N159,N16,N2884,N2885,N2886,N3000,N3001,N3090,N3091,N390	Population in MSA or county. , age 18 years and older.	• **Diagr kidne disor** • **Diagr immu d stat** • Trans institu • Missi

指標名稱	分類	描述	分子	分子定義	分母	排除條件
PQI #13 Angina without procedure (心絞痛)	總體、慢性	Admissions for angina (without a cardiac procedures) per 100,000 population. , age 18 years and older.	Discharges with ICD-9-CM principal diagnosis code for angina.	◆ ICD-9-CM ：4111,41181,41189,4130,4131,4139 ◆ I CD-10-CM ：I200,I201,I208,I209,I240,I248,I249,I25110,I25111,I25118,I25119,I25700,I25701,I25708,I25709,I25710,I25711,I25718,I25719,I25720,I25721,I25728,I25729,I25730,I25731,I25738,I25739,I25750,I25751,I25758,I25759,I25760,I25761,I25768,I25769,I25790,I25791,I25798,I25799	Population in MSA or county, age 18 years and older.	• **Disch cardi** • Trans institu • Missi

指標名稱	分類	描述	分子	分子定義	分母	排除條件
(控制不良之糖尿病)		and older.	without mention of a short-term or long-term complication.			
PQI #15 Asthma in Younger Adults Admission Rate (青年氣喘)	總體、慢性	Admissions for a principal diagnosis of asthma per 100,000 population, ages 18 to 39 years.	Discharges, for patients ages 18 through 39 years, with a principal ICD-9-CM diagnosis code for asthma.	◆ ICD-9-CM ：49300,49301,49302,49310,49311,49312,49320,49321,49322,49381,49382,49390,49391,49392 ◆ ICD-10-CM：J4521,J4522,J4531,J4532,J4541,J4542,J4551,J4552,J45901,J45902,J45990,J45991,J45998	Population in MSA or county, ages 18 to 39 years.	• **Diagr fibros anom respi** • Trans institu • Missi
PQI #16 Rate of lower-extremity amputation among patients with diabetes (糖尿病下肢截肢)	總體、慢性	Admissions for lower-extremity amputation in patients with diabetes per 100,000 population., age 18 years and older.	Discharges with with any-listed ICD-9-CM procedure codes for lower-extremity amputation **and** any-listed ICD-9-CM diagnosis codes for diabetes.	◆ ICD-9-CM ・Diagnosis：25000,25001,25002,25003,25010,25011,25012,25013,25020,25021,25022,25023,25030,25031,25032,25033,25040,25041,25042,25043,25050,25051,25052,25053,25060,25061,25062,25063,25070,25071,25072,25073,25080,25081,25082,25083,25090,25091,25092,25093 **and** ・Procedure：8410,8412,8413,8414,8415,8416,8417,8418,8419	Population in MSA or county, age 18 years and older.	• **Diagr traun of the extre** • **Proce toe a** • Trans institu • MDC

附錄

項次	指標名稱	ICD-10-CM
1	PQI　# 5 Chronic obstructive pulmonary disease(COPD) or Asthma in Older Adults Admission Rate	排除備註： E840,E8411,E8419,E848,E849,J8483,J84841,J84842,J84843,J84848,P270,P271,P278,P279,Q254,Q311,Q312,Q313,Q315,Q318,Q319,Q320,Q321,Q 341,Q348,Q349,Q390,Q391,Q392,Q393,Q394,Q893
2	PQI　#7 Hypertension(高血壓)	排除備註： • cardiac procedure codes： 0210093,0210098,0210099,021009C,021009F,021009W,02100A3,02100A8,02100A9,02100AC,02100AF,02100AW,02100J3,02100J8,02100J9 02100KW,02100Z3,02100Z8,02100Z9,02100ZC,02100ZF,0210344,02103D4,0210444,0210493,0210498,0210499,021049C,021049F,021049W ,02104J8,02104J9,02104JC,02104JF,02104JW,02104K3,02104K8,02104K9,02104KC,02104KF,02104KW,02104Z3,02104Z8,02104Z9,02104Z 02110A8,02110A9,02110AC,02110AF,02110AW,02110J3,02110J8,02110J9,02110JC,02110JF,02110JW,02110K3,02110K8,02110K9,02110KC 2113D4,0211444,0211493,0211498,0211499,021149C,021149F,021149W,02114A3,02114A8,02114A9,02114AC,02114AF,02114AW,02114D4, 4K9,02114KC,02114KF,02114KW,02114Z3,02114Z8,02114Z9,02114ZC,02114ZF,0212093,0212098,0212099,021209C,021209F,021209W,021 20J9,02120JC,02120JF,02120JW,02120K3,02120K8,02120K9,02120KC,02120KF,02120KW,02120Z3,02120Z8,02120Z9,02120ZC,02120ZF,0 49W,02124A3,02124A8,02124A9,02124AC,02124AF,02124AW,02124D4,02124J3,02124J8,02124J9,02124JC,02124JF,02124JW,02124K3,021 124ZC,02124ZF,0213093,0213098,0213099,021309C,021309F,021309W,02130A3,02130A8,02130A9,02130AC,02130AF,02130AW,02130J3, 30KC,02130KF,02130KW,02130Z3,02130Z8,02130Z9,02130ZC,02130ZF,0213344,02133D4,0213444,0213493,0213498,0213499,021349C,02 2134D4,02134J3,02134J8,02134J9,02134JC,02134JF,02134JW,02134K3,02134K8,02134K9,02134KC,02134KF,02134KW,02134Z3,02134Z8, 2160AR,02160JP,02160JQ,02160JR,02160KP,02160KQ,02160KR,02160ZP,02160ZQ,02160ZR,021649P,021649Q,021649R,02164AP,02164A P,02164ZQ,02164ZR,021709P,021709Q,021709R,02170AP,02170AQ,02170AR,02170JP,02170JQ,02170JR,02170KP,02170KQ,02170KR,0217 4AR,02174JP,02174JQ,02174JR,02174KP,02174KQ,02174KR,02174ZP,02174ZQ,02174ZR,021K09P,021K09Q,021K09R,021K0AP,021K0AQ 0Z5,021K0Z8,021K0Z9,021K0ZC,021K0ZF,021K0ZP,021K0ZQ,021K0ZR,021K0ZW,021K49P,021K49Q,021K49R,021K4AP,021K4AQ,021 021K4Z8,021K4Z9,021K4ZC,021K4ZF,021K4ZP,021K4ZQ,021K4ZR,021K4ZW,021L09P,021L09Q,021L09R,021L0AP,021L0AQ,021L0AR ,021L0Z9,021L0ZC,021L0ZF,021L0ZP,021L0ZQ,021L0ZR,021L0ZW,021L49P,021L49Q,021L49R,021L4AP,021L4AQ,021L4AR,021L4JP,02 021L4ZC,021L4ZF,021L4ZP,021L4ZQ,021L4ZR,021L4ZW,02540ZZ,02543ZZ,02544ZZ,02550ZZ,02553ZZ,02554ZZ,02560ZZ,02563ZZ,025

項次	指標名稱	ICD-10-CM
		0ZZ,02BH3ZZ,02BH4ZZ,02BJ0ZZ,02BJ3ZZ,02BJ4ZZ,02BK0ZZ,02BK3ZZ,02BK4ZZ,02BL0ZZ,02BL3ZZ,02BL4ZZ,02BM0ZZ,02BM3ZZ,0 0ZZ,02C13ZZ,02C14ZZ,02C20ZZ,02C23ZZ,02C24ZZ,02C30ZZ,02C33ZZ,02C34ZZ,02C40ZZ,02C43ZZ,02C44ZZ,02C50ZZ,02C53ZZ,02C5 ,02CG3ZZ,02CG4ZZ,02CH0ZZ,02CH3ZZ,02CH4ZZ,02CJ0ZZ,02CJ3ZZ,02CJ4ZZ,02CM0ZZ,02CM3ZZ,02CM4ZZ,02H400Z,02H402Z,02H4 2H43DZ,02H43JZ,02H43KZ,02H43MZ,02H440Z,02H442Z,02H443Z,02H44DZ,02H44JZ,02H44KZ,02H44MZ,02H600Z,02H60JZ,02H60KZ 4KZ,02H64MZ,02H700Z,02H70JZ,02H70KZ,02H70MZ,02H730Z,02H73JZ,02H73KZ,02H73MZ,02H740Z,02H74JZ,02H74KZ,02H74MZ,02 HA4RS,02HA4RZ,02HK00Z,02HK02Z,02HK0JZ,02HK0KZ,02HK0MZ,02HK30Z,02HK32Z,02HK3JZ,02HK3KZ,02HK3MZ,02HK40Z,02H MZ,02HL30Z,02HL3JZ,02HL3KZ,02HL3MZ,02HL40Z,02HL4JZ,02HL4KZ,02HL4MZ,02HN0JZ,02HN0KZ,02HN0MZ,02HN3JZ,02HN3KZ 2HT00Z,02HT30Z,02HT40Z,02HV00Z,02HV30Z,02HV40Z,02L70CK,02L70DK,02L70ZK,02L73CK,02L73DK,02L73ZK,02L74CK,02L74D N90ZZ,02N93ZZ,02N94ZZ,02ND0ZZ,02ND3ZZ,02ND4ZZ,02NF0ZZ,02NF3ZZ,02NF4ZZ,02NG0ZZ,02NG3ZZ,02NG4ZZ,02NH0ZZ,02NH 02NL0ZZ,02NL3ZZ,02NL4ZZ,02NM0ZZ,02NM3ZZ,02NM4ZZ,02PA0MZ,02PA0QZ,02PA0RZ,02PA3MZ,02PA3QZ,02PA3RZ,02PA4MZ,02 ZZ,02Q14ZZ,02Q20ZZ,02Q23ZZ,02Q24ZZ,02Q30ZZ,02Q33ZZ,02Q34ZZ,02Q40ZZ,02Q43ZZ,02Q44ZZ,02Q50ZZ,02Q53ZZ,02Q54ZZ,02Q ,02QA4ZZ,02QB0ZZ,02QB3ZZ,02QB4ZZ,02QC0ZZ,02QC3ZZ,02QC4ZZ,02QD0ZZ,02QD3ZZ,02QD4ZZ,02QF0ZZ,02QF3ZZ,02QF4ZZ,02 3ZZ,02QJ4ZZ,02QM0ZZ,02QM3ZZ,02QM4ZZ,02R907Z,02R908Z,02R90JZ,02R90KZ,02R947Z,02R948Z,02R94JZ,02R94KZ,02RD07Z,02R Z,02RF08Z,02RF0JZ,02RF0KZ,02RF37H,02RF37Z,02RF38H,02RF38Z,02RF3JH,02RF3JZ,02RF3KH,02RF3KZ,02RF47Z,02RF48Z,02RF4J RG38H,02RG38Z,02RG3JH,02RG3JZ,02RG3KH,02RG3KZ,02RG47Z,02RG48Z,02RG4JZ,02RG4KZ,02RH07Z,02RH08Z,02RH0JZ,02RH0 02RH3KZ,02RH47Z,02RH48Z,02RH4JZ,02RH4KZ,02RJ07Z,02RJ08Z,02RJ0JZ,02RJ0KZ,02RJ47Z,02RJ48Z,02RJ4JZ,02RJ4KZ,02RK07Z,0 47Z,02RL4KZ,02RM07Z,02RM0JZ,02RM0KZ,02RM47Z,02RM4JZ,02RM4KZ,02RP0JZ,02RQ07Z,02RQ0JZ,02RR07Z,02RR0JZ,02SP0ZZ, Z,02T93ZZ,02T94ZZ,02TD0ZZ,02TD3ZZ,02TD4ZZ,02TH0ZZ,02TH3ZZ,02TH4ZZ,02TM0ZZ,02TM3ZZ,02TM4ZZ,02TN0ZZ,02TN3ZZ,02 02U53KZ,02U547Z,02U548Z,02U54JZ,02U54KZ,02U607Z,02U608Z,02U60KZ,02U707Z,02U708Z,02U70JZ,02U70KZ • Stage I-IV kidney disease diagnosis codes：I129,I1310 • Dialysis access procedure codes： 031209D,031209F,03120AD,03120AF,03120JD,03120JF,03120KD,03120KF,03120ZD,03120ZF,031309D,031309F,03130AD,03130AF,03130 D,03140AF,03140JD,03140JF,03140KD,03140KF,03140ZD,03140ZF,031509D,031509F,03150AD,03150AF,03150JD,03150JF,03150KD,0315 0JF,03160KD,03160KF,03160ZD,03160ZF,031709D,031709F,03170AD,03170AF,03170JD,03170JF,03170KD,03170KF,03170ZD,03170ZF,03 180ZD,03180ZF,031909F,03190AF,03190JF,03190KF,03190ZF,031A09F,031A0AF,031A0JF,031A0KF,031A0ZF,031B09F,031B0AF,031B0JF ,03PY0JZ,03PY0KZ,03PY37Z,03PY3JZ,03PY3KZ,03PY47Z,03PY4JZ,03PY4KZ,03WY0JZ,03WY3JZ,03WY4JZ,03WYXJZ,05HY33Z,06H

項次	指標名稱	ICD-10-CM
		309C,021309F,021309W,02130A3,02130A8,02130A9,02130AC,02130AF,02130AW,02130J3,02130J8,02130J9,02130JC,02130JF,02130JW,02130K 9,02130ZC,02130ZF,0213344,02133D4,0213444,0213493,0213498,0213499,021349C,021349F,021349W,02134A3,02134A8,02134A9,02134AC,02 JW,02134K3,02134K8,02134K9,02134KC,02134KF,02134KW,02134Z3,02134Z8,02134Z9,02134ZC,02134ZF,021609P,021609Q,021609R,02160A R,02160ZP,02160ZQ,02160ZR,021649P,021649Q,021649R,02164AP,02164AQ,02164AR,02164JP,02164JQ,02164JR,02164KP,02164KQ,02164KR, 2170AR,02170JP,02170JQ,02170JR,02170KP,02170KQ,02170KR,02170ZP,02170ZQ,02170ZR,021749P,021749Q,021749R,02174AP,02174AQ,021 4ZQ,02174ZR,021K09P,021K09Q,021K09R,021K0AP,021K0AQ,021K0AR,021K0JP,021K0JQ,021K0JR,021K0KP,021K0KQ,021K0KR,021K0Z5, ZW,021K49P,021K49Q,021K49R,021K4AP,021K4AQ,021K4AR,021K4JP,021K4JQ,021K4JR,021K4KP,021K4KQ,021K4KR,021K4Z5,021K4Z8,0 9P,021L09Q,021L09R,021L0AP,021L0AQ,021L0AR,021L0JP,021L0JQ,021L0JR,021L0KP,021L0KQ,021L0KR,021L0Z5,021L0Z8,021L0Z9,021L L49R,021L4AP,021L4AQ,021L4AR,021L4JP,021L4JQ,021L4JR,021L4KP,021L4KQ,021L4KR,021L4Z5,021L4Z8,021L4Z9,021L4ZC,021L4ZF,02 2553ZZ,02554ZZ,02560ZZ,02563ZZ,02564ZZ,02570ZK,02570ZZ,02573ZK,02573ZZ,02574ZK,02574ZZ,02580ZZ,02583ZZ,02584ZZ,02590ZZ,02 025G0ZZ,025G3ZZ,025G4ZZ,025H0ZZ,025H3ZZ,025H4ZZ,025J0ZZ,025J3ZZ,025J4ZZ,025K0ZZ,025K3ZZ,025K4ZZ,025L0ZZ,025L3ZZ,025L4 7004Z,02700D6,02700DZ,02700T6,02700TZ,02700Z6,02700ZZ,0270346,027034Z,02703D6,02703DZ,02703T6,02703TZ,02703Z6,02703ZZ,02704 6,027104Z,02710D6,02710DZ,02710T6,02710TZ,02710Z6,02710ZZ,0271346,027134Z,02713D6,02713DZ,02713T6,02713TZ,02713Z6,02713ZZ,0 72046,027204Z,02720D6,02720DZ,02720T6,02720TZ,02720Z6,02720ZZ,0272346,027234Z,02723D6,02723DZ,02723T6,02723TZ,02723Z6,02723 Z,0273046,027304Z,02730D6,02730DZ,02730T6,02730TZ,02730Z6,02730ZZ,0273346,027334Z,02733D6,02733DZ,02733T6,02733TZ,02733Z6,0 734ZZ,027F04Z,027F0DZ,027F0ZZ,027F34Z,027F3DZ,027F3ZZ,027F44Z,027F4DZ,027F4ZZ,027G04Z,027G0DZ,027G0ZZ,027G34Z,027G3DZ, 4Z,027H3DZ,027H3ZZ,027H44Z,027H4DZ,027H4ZZ,027J04Z,027J0DZ,027J0ZZ,027J34Z,027J3DZ,027J3ZZ,027J44Z,027J4DZ,027J4ZZ,02890Z 4ZZ,02B50ZZ,02B53ZZ,02B54ZZ,02B60ZZ,02B63ZZ,02B64ZZ,02B70ZK,02B70ZZ,02B73ZK,02B73ZZ,02B74ZK,02B74ZZ,02B80ZZ,02B83ZZ, 0ZZ,02BF3ZZ,02BF4ZZ,02BG0ZZ,02BG3ZZ,02BG4ZZ,02BH0ZZ,02BH3ZZ,02BH4ZZ,02BJ0ZZ,02BJ3ZZ,02BJ4ZZ,02BK0ZZ,02BK3ZZ,02BK4 ,02BN3ZZ,02BN4ZZ,02C00ZZ,02C03ZZ,02C04ZZ,02C10ZZ,02C13ZZ,02C14ZZ,02C20ZZ,02C23ZZ,02C24ZZ,02C30ZZ,02C33ZZ,02C34ZZ,02C 02CD4ZZ,02CF0ZZ,02CF3ZZ,02CF4ZZ,02CG0ZZ,02CG3ZZ,02CG4ZZ,02CH0ZZ,02CH3ZZ,02CH4ZZ,02CJ0ZZ,02CJ3ZZ,02CJ4ZZ,02CM0ZZ,0 KZ,02H40MZ,02H430Z,02H432Z,02H433Z,02H43DZ,02H43JZ,02H43KZ,02H43MZ,02H440Z,02H442Z,02H443Z,02H44DZ,02H44JZ,02H44KZ, KZ,02H63MZ,02H640Z,02H64JZ,02H64KZ,02H64MZ,02H700Z,02H70JZ,02H70KZ,02H70MZ,02H730Z,02H73JZ,02H73KZ,02H73MZ,02H740Z 2HA3RS,02HA3RZ,02HA4QZ,02HA4RS,02HA4RZ,02HK00Z,02HK02Z,02HK0JZ,02HK0KZ,02HK0MZ,02HK30Z,02HK32Z,02HK3JZ,02HK3K 02HL0JZ,02HL0KZ,02HL0MZ,02HL30Z,02HL3JZ,02HL3KZ,02HL3MZ,02HL40Z,02HL4JZ,02HL4KZ,02HL4MZ,02HN0JZ,02HN0KZ,02HN0M 02HS30Z,02HS40Z,02HT00Z,02HT30Z,02HT40Z,02HV00Z,02HV30Z,02HV40Z,02L70CK,02L70DK,02L70ZK,02L73CK,02L73DK,02L73ZK,02 Z,02N54ZZ,02N90ZZ,02N93ZZ,02N94ZZ,02ND0ZZ,02ND3ZZ,02ND4ZZ,02NF0ZZ,02NF3ZZ,02NF4ZZ,02NG0ZZ,02NG3ZZ,02NG4ZZ,02NH0Z

項次	指標名稱	ICD-10-CM
		02U54KZ,02U607Z,02U608Z,02U60KZ,02U707Z,02U708Z,02U70JZ,02U70KZ,
4	PQI #11 Bacterial pneumonia(細菌性肺炎)	排除備註： • Sickle cell anemia or HB-S disease： D5700,D5701,D5702,D571,D5720,D57211,D57212,D57219,D5740,D57411,D57412,D57419,D5780,D57811,D57812,D57819 • IMMUNID： B20,B59,C802,C888,C9440,C9441,C9442,C946,D4622,D471,D479,D47Z1,D47Z9,D6109,D61810,D61811,D61818,D700,D701,D702,D704,D 3,D800,D801,D802,D803,D804,D805,D806,D807,D808,D809,D810,D811,D812,D814,D816,D817,D8189,D819,D820,D821,D822,D823,D824 810,D89811,D89812,D89813,D8982,D8989,D899,E40,E41,E42,E43,I120,I1311,I132,K912,M359,N185,N186,T8600,T8601,T8602,T8603,T86 298,T8630,T8631,T8632,T8633,T8639,T8640,T8641,T8642,T8643,T8649,T865,T86810,T86811,T86812,T86818,T86819,T86830,T86831,T86 T86892,T86898,T86899,T8690,T8691,T8692,T8693,T8699,Z4821,Z4822,Z4823,Z4824,Z48280,Z48290,Z48298,Z4901,Z4902,Z4931,Z940,Z9 • IMMUNIP： 02YA0Z0,02YA0Z2,0BYC0Z0,0BYC0Z2,0BYD0Z0,0BYD0Z2,0BYF0Z0,0BYF0Z2,0BYG0Z0,0BYG0Z2,0BYH0Z0,0BYH0Z2,0BYJ0Z0,0B G0ZZ,0FSG4ZZ,0FY00Z0,0FY00Z2,0FYG0Z0,0FYG0Z2,0TY00Z0,0TY00Z2,0TY10Z0,0TY10Z2,30230AZ,30230G0,30230G1,30230X0,30 233Y0,30233Y1,30240AZ,30240G0,30240G1,30240X0,30240X1,30240Y0,30240Y1,30243AZ,30243G0,30243G1,30243X0,30243X1,30243Y 0,30253G1,30253X0,30253X1,30253Y0,30253Y1,30260G0,30260G1,30260X0,30260X1,30260Y0,30260Y1,30263G0,30263G1,30263X0,302 E03305,3E0330M,3E033U0,3E033U1,3E033WL,3E04005,3E0400M,3E040WL,3E04305,3E0430M,3E043WL,3E05005,3E0500M,3E050WL, M,3E063WL
5	PQI #12 Urinary tract infection(尿道感染)	排除備註： • kidney/urinary tract disorder :N110,N111,N118,N119,N1370,N1371,N13721,N13722,N13729,N13731,N13732,N13739,N139,Q600,Q601,Q602,Q603,Q604,Q605, ,Q620,Q6210,Q6211,Q6212,Q622,Q6231,Q6232,Q6239,Q624,Q625,Q6260,Q6261,Q6262,Q6263,Q6269,Q627,Q628,Q630,Q631,Q632,Q633, 645,Q646,Q6470,Q6471,Q6472,Q6473,Q6474,Q6475,Q6479,Q648,Q649 • IMMUNID： B20,B59,C802,C888,C9440,C9441,C9442,C946,D4622,D471,D479,D47Z1,D47Z9,D6109,D61810,D61811,D61818,D700,D701,D702,D704,D 3,D800,D801,D802,D803,D804,D805,D806,D807,D808,D809,D810,D811,D812,D814,D816,D817,D8189,D819,D820,D821,D822,D823,D824 810,D89811,D89812,D89813,D8982,D8989,D899,E40,E41,E42,E43,I120,I1311,I132,K912,M359,N185,N186,T8600,T8601,T8602,T8603,T86 298,T8630,T8631,T8632,T8633,T8639,T8640,T8641,T8642,T8643,T8649,T865,T86810,T86811,T86812,T86818,T86819,T86830,T86831,T86

項次	指標名稱	ICD-10-CM
6	PQI #16 Rate of lower-extremity amputation among patients with diabetes(糖尿病下肢截肢)	分子定義： • Procedure： 0Y620ZZ,0Y630ZZ,0Y640ZZ,0Y670ZZ,0Y680ZZ,0Y6C0Z1,0Y6C0Z2,0Y6C0Z3,0Y6D0Z1,0Y6D0Z2,0Y6D0Z3,0Y6F0ZZ,0Y6G0ZZ,0Y6H Y6M0Z5,0Y6M0Z6,0Y6M0Z7,0Y6M0Z8,0Y6M0Z9,0Y6M0ZB,0Y6M0ZC,0Y6M0ZD,0Y6M0ZF,0Y6N0Z0,0Y6N0Z4,0Y6N0Z5,0Y6N0Z6,0 P0Z0,0Y6P0Z1,0Y6P0Z2,0Y6P0Z3,0Y6Q0Z0,0Y6Q0Z1,0Y6Q0Z2,0Y6Q0Z3,0Y6R0Z0,0Y6R0Z1,0Y6R0Z2,0Y6R0Z3,0Y6S0Z0,0Y6S0Z1,0 Z1,0Y6U0Z2,0Y6U0Z3,0Y6V0Z0,0Y6V0Z1,0Y6V0Z2,0Y6V0Z3,0Y6W0Z0,0Y6W0Z1,0Y6W0Z2,0Y6W0Z3,0Y6X0Z0,0Y6X0Z1,0Y6X0Z2 • Diagnosis： E1010,E1011,E1021,E1022,E1029,E10311,E10319,E10321,E10329,E10331,E10339,E10341,E10349,E10351,E10359,E1036,E1039,E1040,E10 E10621,E10622,E10628,E10630,E10638,E10641,E10649,E1065,E1069,E108,E109,E1100,E1101,E1121,E1122,E1129,E11311,E11319,E11321 E1141,E1142,E1143,E1144,E1149,E1151,E1152,E1159,E11610,E11618,E11620,E11621,E11622,E11628,E11630,E11638,E11641,E11649,E116 E13319,E13321,E13329,E13331,E13339,E13341,E13349,E13351,E13359,E1336,E1339,E1340,E1341,E1342,E1343,E1344,E1349,E1351,E135 3641,E13649,E1365,E1369,E138,E139
7	PQI #16 Rate of lower-extremity amputation among patients with diabetes(糖尿病下肢截肢)	排除備註： • Diagnosis： S78011A,S78012A,S78019A,S78021A,S78022A,S78029A,S78111A,S78112A,S78119A,S78121A,S78122A,S78129A,S78911A,S78912A,S78 8022A,S88029A,S88111A,S88112A,S88119A,S88121A,S88122A,S88129A,S88911A,S88912A,S88919A,S88921A,S88922A,S88929A,S9801 19A,S98121A,S98122A,S98129A,S98131A,S98132A,S98139A,S98141A,S98142A,S98149A,S98211A,S98212A,S98219A,S98221A,S98222A A,S98912A,S98919A,S98921A,S98922A,S98929A • Procedure： 0Y6P0Z0,0Y6P0Z1,0Y6P0Z2,0Y6P0Z3,0Y6Q0Z0,0Y6Q0Z1,0Y6Q0Z2,0Y6Q0Z3,0Y6R0Z0,0Y6R0Z1,0Y6R0Z2,0Y6R0Z3,0Y6S0Z0,0Y6S0 6U0Z1,0Y6U0Z2,0Y6U0Z3,0Y6V0Z0,0Y6V0Z1,0Y6V0Z2,0Y6V0Z3,0Y6W0Z0,0Y6W0Z1,0Y6W0Z2,0Y6W0Z3,0Y6X0Z0,0Y6X0Z1,0Y6X

附錄二

以可避免住院率為例：

	家醫人口			全國人口		校正後		
	家醫分子	家醫分母	未校正比率	全國人口結構	所占比率	分子	分母	校正後比率
	A	B	C=A/B	D		E=D*C	D	E/D
0-10 歲	784	1000	0.784	2238421	0.095284	1754922.064	2238421	0.784
11-20 歲	1455	2000	0.7275	2772625	0.118024	2017084.688	2772625	0.7275
21-30 歲	1327	2000	0.6635	3206214	0.136481	2127322.989	3206214	0.6635
31-40 歲	877	2500	0.3508	3948287	0.168069	1385059.08	3948287	0.3508
41-50 歲	2316	6000	0.386	3630434	0.154539	1401347.524	3630434	0.386
51-歲	670	5000	0.134	7696093	0.327604	1031276.462	7696093	0.134
總計	7429	18500	**0.40156757**	23492074	1	9717012.806	23492074	**0.413629414**

年齡級距：五歲為一個級分別為’0~04’，'05-09'，'10-14'，'15-19'，'20-24'，'25-29'，'30-34'，'35-39'，'40-44'，'45-49'，'50-54'，'55-59'，'60-64'，'65-

性別：1：男性，2：女性排除 3：性別不詳排除 3 性別不詳者

計算方式：

1. 先計算各年齡+性別級距的案件數/人口數，所得之比率為上圖中的 C。
2. 取得各年齡+性別級距的全國人口值得到上圖中的 D。
3. 將 D*C 得到各級距全國人口數為基準經過相同比率放大後之值即為上圖中的 E，其值即為各級距經過校正過後之值。

(2130).腦中風急性後期照護計畫(簡稱腦中風 PAC)結案病人_1 年內死亡率

(建置時間：105/6/16)

■ 分子：出院後 1 年內死亡案件數。

■ 分母：住院結案(申報 P5116B 或 P5117B)案件數。

□ 資料範圍：住院西醫醫院

※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 103 年 1 月開始產製。

□ 分母：出院日在統計期間內之案件，結案(申報 P5116B 或 P5117B)案件數。

□ 分子：出院後 1 年內死亡案件數。

※死亡案件：分母同 id 及生日串承保保險對象資訊檔投保狀態=5 死亡退保，轉出日與出院日差距 1 年內，保費計費年月最新列為分子。

➢ 運算範圍：季

分母資料期間：為統計期間年季的前 2 年的次一季到前 1 年的同一季所包含的費用年月(共計 12 個費用年月)。如：

⇨ 彙算統計期間 105Q1，分母資料期間：費用年月 10304-10403。

⇨ 彙算統計期間 105Q2，分母資料期間：費用年月 10307-10406。

⇨ 彙算統計期間 105Q3，分母資料期間：費用年月 10310-10409。

⇨ 彙算統計期間 105Q4，分母資料期間：費用年月 10401-10412。

➢ 展現維度：1.全國

2.全國+特約類別

3.分區

4.分區+院所

(2131).燒燙傷急性後期整合照護計畫(簡稱燒燙傷 PAC)住院結案病人_1 年內死亡率

(建置時間：105/6/16)

■ 分子：出院後 1 年內死亡案件數。

■ 分母：住院結案(申報 P5512B)案件數。

□ 資料範圍：住院西醫醫院

※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 104 年 7 月開始產製。

□ 分母：出院日在統計期間內之案件，結案(申報 P5512B)案件數。

□ 分子：出院後 1 年內死亡案件數。

※死亡案件：分母同 id 及生日串承保保險對象資訊檔投保狀態=5 死亡退保，轉出日與出院日差距 1 年內，保費計費年月最新列為分子。

➢ 運算範圍：季

分母資料期間：為統計期間年季的前 2 年的次一季到前 1 年的同一季所包含的費用年月(共計 12 個費用年月)。如：

⇨ 彙算統計期間 105Q1，分母資料期間：費用年月 10304-10403。

⇨ 彙算統計期間 105Q2，分母資料期間：費用年月 10307-10406。

⇨ 彙算統計期間 105Q3，分母資料期間：費用年月 10310-10409。

⇨ 彙算統計期間 105Q4，分母資料期間：費用年月 10401-10412。

➢ 展現維度：1.全國

2.全國+特約類別

3.分區

4.分區+院所

(2132).燒燙傷急性後期整合照護計畫(簡稱燒燙傷 PAC)日間照護結案病人_1 年內死亡率

(建置時間：105/6/16)

■ 分子：出院後 1 年內死亡案件數。

■ 分母：門診結案(申報 P5512B)案件數。

□ 資料範圍：門診西醫醫院

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 104 年 7 月開始產製。

□ 分母：門診就醫日在統計期間內之案件，結案(申報 P5512B)案件數。

□ 分子：出院後 1 年內死亡案件數。

※死亡案件：分母同 id 及生日串承保保險對象資訊檔投保狀態=5 死亡退保，轉出日與出院日差距 1 年內，保費計費年月最新列為分子。

➢ 運算範圍：季

分母資料期間：為統計期間年季的前 2 年的次一季到前 1 年的同一季所包含的費用年月(共計 12 個費用年月)。如：

⇨ 彙算統計期間 105Q1，分母資料期間：費用年月 10304-10403。

⇨ 彙算統計期間 105Q2，分母資料期間：費用年月 10307-10406。

⇨ 彙算統計期間 105Q3，分母資料期間：費用年月 10310-10409。

⇨ 彙算統計期間 105Q4，分母資料期間：費用年月 10401-10412。

➢ 展現維度：1.全國

2.全國+特約類別

3.分區

4.分區+院所

(2133).住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_月

(2134).住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_季

(2135).住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_年

(建置時間：105/06/20)
(105/09/05 定義修訂：增加註記系統異常之異常註記資訊檔)

■ 分子：住院病人查詢健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷人數
■ 分母：住院病人數
□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
□ 此指標資料自統計期 105 年開始產製。
□ 資料範圍：住院+藥歷查詢稽核紀錄檔、註記系統異常之異常註記資訊檔。
□ 分母：統計期間(以費用年月認定)的住診就醫歸戶人數。
※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)。
□ 分子(申報資料來源)：分母 ID 的住診申報資料以【院所+ID】勾稽藥歷查詢稽核紀錄檔(DWM_AUDIT_LOG)的查詢時間，查詢時間落在住院病人住院期間的歸戶人數。
※住院期間：以住院日為起日，有出院日的抓出院日，沒有出院日的抓申報迄日為迄日。
※藥歷查詢稽核紀錄檔：判斷符合查詢範圍，欄位頁籤別(PROC_TYPE)為 01(雲端藥歷頁籤)且查詢別(TYPE)為 0(不分線上或批次查詢)，查詢時間於費用年月(FEE_YM)的區間。
□ 因應院所合併申報費用，申報資料中若實際提供醫療服務之醫事服務機構代號(REAL_HOSP_ID)有值，優先取該欄位為申報院所。
□ 人數以身分證號+出生年月日【ID+BIRTHDAY】歸戶後計算，同維度下若有多筆視為 1 筆。
□ 為排除因系統異常而無法查詢雲端藥歷之院所及其日期，排除註記系統異常之異常註記資訊檔(DAMA_PXXT_CODE)。
➢ 運算範圍：月、季、年
➢ 展現維度：1.全國
2.全國+特約類別
3.分區
4.分區+特約類別
5.分區+院所

(2136).門診特定病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_月

(2137).門診特定病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_季

(2138).門診特定病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_年

(建置時間：105/06/20)

(105/09/05 定義修訂：增加註記系統異常之異常註記資訊檔，查詢急診病人，不列入分母人數計算，有查詢者列入分子人數計算。)

■ 分子：門診特定病人查詢健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷人數

■ 分母：門診特定病人數

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期 105 年開始產製。

□ 資料範圍：門診+藥歷查詢稽核紀錄檔、註記系統異常之異常註記資訊檔。

□ 分母：統計期間(以費用年月認定)的門診就醫歸戶人數，並且排除預防保健、四癌篩檢、轉檢、代檢、新特約二個月內案件、健保卡作業異常無法使用健保卡，排除條件案件後，將五類病人歸戶後計算五類病人數。

範例：A 病人在統計期間屬於藥歷查詢稽核紀錄檔中於統計期間有查詢紀錄的院所，並且不再排除條件以內，符合五類病人的其中兩類，因此計算為分母人數。

B 病人在統計期間屬於藥歷查詢稽核紀錄檔中於統計期間有查詢紀錄的院所，並且不再排除條件以內，但是不符合五類病人的任何一類，因此不計算為分母人數。

※預防保健、四癌篩檢：案件分類為 A3 且藥費為 0 之案件，需兩項條件都符合。

※轉檢、代檢：案件分類為 01 且轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記為 5 或 6 之案件，需兩項條件都符合。

※新特約二個月內案件：就醫序號為 G000 之案件

※健保卡作業異常無法使用健保卡：就醫序號為 A000、A001、A010、A011、A020、A021、A030、A031、B000、B001、C000、C001、C001、C002、C003、D000、D001、D010、D011、E000、E001、F000、Z000、H000 之案件。

※五類病人

(1)≧75 歲者：

費用年-出生年≧75 歲。

(2)≧65 歲者且屬高血壓、糖尿病、高血脂且開立慢性病連續處方箋。

※三高：主診斷代碼 I10-I15、E08-E13、E78

※慢性病連續處方箋：案件分類為：「04」、「08」

(3)就醫序號≧90 次者：

門診檔案之欄位「func_seq_no」作判斷，以病人就醫序號 0090 到 9999 之診療院所計算。

範例某 W 該月在 A(就醫日期 0523，就醫序號 0088)、B(就醫日期 0524，就醫序號 0089)、A(就醫日期 0525，就醫序號 0090)、C(號就醫日期 0526，就醫序 0091)，故 A 院所要看(就醫日期 0525，就醫序號 0090)這一筆有無查雲藥、C 院所要看(就醫日期 0526，就醫序號 0091)這一筆有無查雲藥，前面 2 筆不應列入計算。

(4)「整合式照護計畫註記」：

(DWM_MD_DATA)中計畫期別(PLAN_NO)最大的資料，且照護註記(CARE_MARK)為 A、B、D、E、F、G、K、L、M 之照護對象者。

(5)「自選名單病人」

□ 分子(申報資料來源)：分母 ID 的門診申報資料以【院所+ID】勾稽藥歷查詢稽核紀錄檔(DWM_AUDIT_LOG)的查詢時間，查詢時間與任一門診就醫日期(08 案件使用治療結束日期)相同。

※藥歷查詢稽核紀錄檔：判斷符合查詢範圍，欄位頁籤別(PROC_TYPE)為 01(雲端藥歷頁籤)且查詢別(TYPE)為 0(不分線上或批次查詢)，查詢時間於費用年月(FEE_YM)的區間。

□ 分母 ID 的門診申報資料以【院所+ID】勾稽藥歷查詢稽核紀錄檔(DWM_IMMH_AUDIT_LOG)的查詢時間，查詢時間與任一門診就醫日期(08 案件使用治療結束日期)相同。

□ 因應院所合併申報費用，申報資料中若實際提供醫療服務之醫事服務機構代號(REAL_HOSP_ID)有值，優先取該欄位為申報院所。

□ 人數以身分證號+出生年月日【ID+BIRTHDAY】歸戶後計算，同維度下若有多筆視為 1 筆。

□ 為排除因系統異常而無法查詢雲端藥歷之院所及其日期，排除註記系統異常之異常註記資訊檔(DAMA_PXXT_CODE)。

□ 依方案內容，為鼓勵醫院查詢急診病人，不列入分母人數計算，有查詢者列入分子人數計算，修訂分子分母如下：

分母：排除條件新增案件分類為 02 案件。

分子：新增申報案件分類為 02 案件之 ID，以「醫事機構代號+病人」勾稽藥歷查詢稽核紀錄檔(DWM_IMMH_AUDIT_LOG)的查詢時間，查詢時間與門診就醫日期相同之案件，與原分子案件作歸戶後之人數。

➢ 運算範圍：月、季、年

➢ 展現維度：1.全國
2.全國+特約類別
3.分區
4.分區+特約類別

5.分區+院所

(2139).門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_月

(2140).門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_季

(2141).門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_年

(建置時間：105/06/20)
(105/09/05 定義修訂：增加註記系統異常之異常註記資訊檔)

■ 分子：門診病人查詢健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷人數
■ 分母：門診病人數
□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。
□ 此指標資料自統計期 105 年開始產製。
□ 資料範圍：門診+藥歷查詢稽核紀錄檔、註記系統異常之異常註記資訊檔。
□ 分母：統計期間(以費用年月認定)的門診就醫歸戶人數，並且排除預防保健、四癌篩檢、轉檢、代檢、新特約二個月內案件、健保卡作業異常無法使用健保卡，排除條件案件後之歸戶人數。
※預防保健、四癌篩檢：案件分類為 A3 且藥費為 0 之案件，需兩項條件都符合。
※轉檢、代檢：案件分類為 01 且轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記為 5 或 6 之案件，需兩項條件都符合。
※新特約二個月內案件：就醫序號為 G000 之案件
※健保卡作業異常無法使用健保卡：就醫序號為 A000、A001、A010、A011、A020、A021、A030、A031、B000、B001、C000、C001、C001、C002、C003、D000、D001、D010、D011、E000、E001、F000、Z000、H000 之案件。
□ 分子(申報資料來源)：分母 ID 的門診申報資料以【院所+ID】勾稽藥歷查詢稽核紀錄檔(DWM_AUDIT_LOG)的查詢時間，查詢時間與任一門診就醫日期(08 案件使用治療結束日期)相同。
※藥歷查詢稽核紀錄檔：判斷符合查詢範圍，欄位頁籤別(PROC_TYPE)為 01(雲端藥歷頁籤)且查詢別(TYPE)為 0(不分線上或批次查詢)，查詢時間於費用年月(FEE_YM)的區間。
□ 因應院所合併申報費用，申報資料中若實際提供醫療服務之醫事服務機構代號(REAL_HOSP_ID)有值，優先取該欄位為申報院所。
□ 人數以身分證號+出生年月日【ID+BIRTHDAY】歸戶後計算，同維度下若有多筆視為 1 筆。
□ 為排除因系統異常而無法查詢雲端藥歷之院所及其日期，新增排除註記系統異常之異常註記資訊檔(DAMA_PXXT_CODE)。
➢ 運算範圍：月、季、年

- 展現維度：1.全國
  2.全國+特約類別
  3.分區
  4.分區+特約類別
  5.分區+院所

(2142).交付機構病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_月

(2143).交付機構病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_季

(2144).交付機構病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率_年

(建置時間：105/06/20)

(105/09/05 定義修訂：增加註記系統異常之異常註記資訊檔)

■ 分子：交付機構病人查詢健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷人數

■ 分母：交付機構病人數

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期 105 年開始產製。

□ 資料範圍：交付機構(含藥局、物治、檢驗)+藥歷查詢稽核紀錄檔、註記系統異常之異常註記資訊檔。

□ 分母：統計期間(以費用年月認定)各交付機構病人，並且排除預防保健、四癌篩檢、新特約二個月內案件、健保卡作業異常無法使用健保卡，排除條件案件後之歸戶人數。

※預防保健、四癌篩檢：原處方之案件分類(ORIG_CASE_TYPE)為 A3 且藥費為 0 之案件。

※新特約二個月內案件：排除就醫序號為 G000 之案件。

※健保卡作業異常無法使用健保卡：排除就醫序號為 A000、A001、A010、A011、A020、A021、A030、A031、B000、B001、C000、C001、C001、C002、C003、D000、D001、D010、D011、E000、E001、aF000、Z000、H000 之案件。

□ 分子(申報資料來源)：分母 ID 以「醫事機構代號+病人」勾稽藥歷查詢稽核紀錄檔(DWM_AUDIT_LOG)的查詢時間，藥局查詢時間與調劑日期相同，物理治療查詢時間落在住院病人物理治療日期，檢驗所查詢時間落在檢驗日期的歸戶人數。

※調劑日期：起迄日為同一天。

※物理治療日期：起迄日為物理治療日期起日至物理治療日期迄日。

※檢驗日期：起迄日為檢驗日期起日至檢驗日期迄日。

※藥歷查詢稽核紀錄檔：判斷符合查詢範圍，欄位頁籤別(PROC_TYPE)為 01(雲端藥歷頁籤)且查詢別(TYPE)為 0(不分線上或批次查詢)，查詢時間於費用年月(FEE_YM)的區間。

□ 人數以身分證號+出生年月日【ID+BIRTHDAY】歸戶後計算，同維度下若有多筆視為 1 筆。

□ 為排除因系統異常而無法查詢雲端藥歷之院所及其日期，新增排除註記系統異常

之異常註記資訊檔(DAMA_PXXT_CODE)。

- 運算範圍：月、季、年
- 展現維度：1.全國
  2.全國+特約類別
  3.分區
  4.分區+特約類別
  5.分區+院所

(2151)呼吸器依賴病人接受緩和醫療家庭諮詢、住院安寧療護、安寧居家療護或全民健康保險安寧共同照護試辦方案之比率_月累計

(建置時間：105/12/20)

■ 分子：申報緩和醫療家庭諮詢費、住院安寧療護、安寧居家療護或全民健康保險安寧共同照護試辦方案之人數。

■ 分母：呼吸器依賴病人之人數。

□ 分母資料範圍：住院西醫醫院

□ 分子資料範圍：住院西醫醫院、門診西醫醫院、門診其他醫事機構
※※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 105 年開始產製。

□ 分母、分子計算之人數為歸戶 ID 數。
例如：計算院所維度時，若在同一院所則該院所人數為 1；若在不同院所則人數各為 1。

□ 分母：呼吸器依賴病人之人數。

※呼吸器依賴病人：連續使用呼吸器 21 天(含)以上，呼吸器使用中斷時間未符合脫離呼吸器成功之定義者，皆視為連續使用。其使用呼吸器之處置項目需為 57001B(侵襲性呼吸輔助器使用)、57002B(負壓呼吸輔助器使用)或 57023B(非侵襲性陽壓呼吸治療如 NasalPAP、CPAP、Bi-PAP)，惟使用 57023B 之呼吸器依賴患者，須由加護病房或亞急性呼吸照護病房使用 57001B 或 57002B 後，因病情好轉改用 57023B 之呼吸器依賴患者。

※呼吸器依賴病人計算步驟：

1. 找出統計期間內呼吸器使用案件資料。
   ※ 呼吸器使用：申報下列任一醫令
   (1) 呼吸器醫令：前五碼為 57001、57002、57023。
   (2) 亞急性呼吸照護病房(RCC)醫令：前五碼為 P1005、P1006、P1007、P1008；全碼為 03012GA、03013HA。
   (3) 慢性呼吸照護病房(RCW)醫令：前五碼為 P1009、P1010、P1011、P1012；全碼為 03003BA。
   (4) 居家照護醫令：前五碼為 P1013、P1014、P1015、P1016。
2. 加總每筆清單編號(DTL_PKNO)申報 57001、57002、57023 的醫令量(ORDER_QTY)後，找出總量>=21 或申報 p 碼之清單編號(DTL_PKNO)的 ID。
3. 依步驟 2 的 ID 去找出這些 ID 在步驟 1 的所有案件，並加總各醫令代碼之醫令量(ORDER_QTY)。
4. 找出僅有 57023 醫令的醫令量>0 且其他醫令的醫令量（57001、57002 及 P

碼）皆為 0 之 ID；並找出這些 ID 在步驟 1 的所有案件，並依 ID+費用年月(FEE_YM)+住院日(IN_DATE)由小到大排序，若每個 ID 第 1 筆的住院日(IN_DATE)年度如為統計期間當年度或前一年度，則排除該 ID。

5. 步驟 2 的 ID 未被步驟 4 排除即為分母 ID。

6. 計算院所維度時，只要分母 ID 在步驟 1 曾就醫過的院所，皆計入 1 人。

□ 另外提供分母 ID 中，<17 歲或有申報部分負擔代碼 903 之人數。

※<17 歲：(費用年–出生年)<17。

□ 分子：分母 ID 中，申報緩和醫療家庭諮詢費、住院安寧療護、安寧居家療護或全民健康保險安寧共同照護試辦方案之人數。

※緩和醫療家庭諮詢費醫令：全碼 02020B。

※住院安寧療護醫令：全碼 05601K、05602A、05603B。

※安寧居家療護醫令：全碼

05312C-05316C(共 5 個醫令，尾碼都是 C)及

05323C-05327C(共 5 個醫令，尾碼都是 C)及

05336C-05341C(共 6 個醫令，尾碼都是 C)。

※全民健康保險安寧共同照護試辦方案醫令：全碼 P4401B、P4402B、P4403B。

※分子資料範圍一律從費用年 102 年(含)起抓取，當分母 ID 跨院有申報分子醫令，則計入分子。

□ 統計期間之院所若曾變更院所代碼，將以最新代碼取代舊代碼進行計算，舊代碼之判斷由醫事機構基本資料檔(V_DWM_HOSPBSC)中，取承接醫事機構代碼(HEIR_HOSP_ID)判斷，期間若該院所多次更換代碼，最多取代 10 次。

➢ 運算範圍：月累計(每月計算當年自 1 月累計至該月份之申報資料，如 1 月，1-2 月，1-3 月…1-12 月)

➢ 提供維度：1.全國

2.全國+特約類別

3.分區

4.分區+特約類別

5.分區+特約類別+院所

(2222).B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率(血液透析)(同院)_季累計

(建置時間：105/10/07)

(106/03/06 定義修訂:B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率 及 C 型肝炎抗體(anti-HCV)轉陽率 當年度病患歸戶方式變更為：甲院所已發現為陽性，不應歸責乙院所，保留該病患第一筆上傳陽性者，餘上傳陽性資料均不計。 自 105Q4 起開始產製)

■ 分子：分母血液透析病人 HBsAg 陰性轉為陽性(新感染)病人數。

■ 分母：慢性血液透析病人追蹤期間之陰性病人數。

□ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)/VPN 上傳檢驗資料檔

□ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔

□ 此指標資料自統計期間 105 年開始產製。

□ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間有申報

(1)連續 3 個月申報門診血液透析任一醫令，計為血液透析病人。

□ 分母：

✓ 血液透析:符合慢性透析病人定義且排除費用年月小於透析起始年月的透析案件，於統計期間當年(不跨季)連續 3 個月同院申報門診血液透析任一醫令但排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次之病人數，或當年(不跨季)任意 2 個月申報門診血液透析，同院累計需大於等於 20 次之醫令，不論該月透析次數多寡，計為 1 人。

且利用透析類別+ID+生日於統計期間勾稽前一年 VPN 上傳檢驗資料檔，先取最大檢驗日期後判斷監測值種類，同透析類別、同 ID、同生日者以監測值種類為 YY 的 HBsAg 為優先，其次 Q4、Q3、Q2、Q1 判別 HBsAg 上傳檢驗值為陰性之病人數，若有同透析類別、同 ID、同生日、同監測值種類卻有不同 HBsAg 上傳檢驗值時，則一律以陰性為主。

※門診血液透析醫令：58029C、58027C。

※當年(不跨季)任意 2 個月：

甲病人於 10401 10403 在 A 院所有申報血液/腹膜透析則甲病人符合當年(不跨季)

乙病人於 10403 10404 在 A 院所有申報血液/腹膜透析則乙病人不符合當年(不跨季)

※累計大於等於 20 次：利用醫令總量(ORDER_QTY)加總來判斷。

※排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次：利用醫令總量(ORDER_QTY)加總來判斷，將連續 3 個月內同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次者，予以排除。

例：某甲 104 年 4 月、5 月、7 月於 A 院所接受血液透析，未符合連續 3 個月條件，不計入 A 院所受檢率之分母。

□ 分子:分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽最小檢驗日期 VPN 上傳 HBsAg 檢驗值為陽性之人數，其餘上傳陽性資料均不計。

如：甲、乙病人在不同院所下，有申報四筆資料

	院所	最小檢驗日期
甲	A	1051201
甲	B	1051225
乙	A	1051225
乙	B	1051220

根據分子定義

甲病人則被歸為 A 院所

乙病人則被歸為 B 院所

- □ 人數計算以【ID+生日】歸戶。
- □ 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。
- ➢ 運算範圍：季累計
- ➢ 提供維度：維度間不可累加

1.全國

2.全國+特約類別

3.分區

4.分區+特約類別

5.分區+院所

(2223).B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率(腹膜透析)(同院)_季累計

(建置時間：105/10/07)

(106/03/06 定義修訂:B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率 及 C 型肝炎抗體(anti-HCV)轉陽率 當年度病患歸戶方式變更為：甲院所已發現為陽性，不應歸責乙院所，保留該病患第一筆上傳陽性者，餘上傳陽性資料均不計。自 105Q4 起開始產製)

■ 分子：分母腹膜透析病人 HBsAg 陰性轉為陽性(新感染)病人數。

■ 分母：慢性腹膜透析病人追蹤期間之陰性病人數。

□ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)/VPN 上傳檢驗資料檔

□ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔

□ 此指標資料自統計期間 105 年開始產製。

□ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間有申報
(1)連續 3 個月申報腹膜透析任一醫令，計為腹膜透析病人。

□ 分母：

✓ 腹膜透析：符合慢性透析病人定義且排除費用年月小於透析起始年月的透析案件，於統計期間當年(不跨季)連續 3 個月於同一院所申報腹膜透析任一醫令，且利用透析類別+ID+生日於統計期間勾稽前一年 VPN 上傳檢驗資料檔，先取最大檢驗日期後判斷監測值種類，同透析類別、同 ID、同生日者以監測值種類為 YY 的 HBsAg 為優先，其次 Q4、Q3、Q2、Q1 判別 HBsAg 上傳檢驗值為陰性之病人數，若有同透析類別、同 ID、同生日、同監測值種類卻有不同 HBsAg 上傳檢驗值時，則一律以陰性為主。

※腹膜透析醫令：58002C、58011A、58011AB、58011B、58011C、58017B、58017C、58026C、58028C。

□ 分子：分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽最小檢驗日期 VPN 上傳 HBsAg 檢驗值為陽性之人數，其餘上傳陽性資料均不計。

如：甲、乙病人在不同院所下，有申報四筆資料

	院所	最小檢驗日期
甲	A	1051201
甲	B	1051225
乙	A	1051225
乙	B	1051220

根據分子定義

甲病人則被歸為 A 院所

乙病人則被歸為 B 院所

□ 人數計算以【ID+生日】歸戶。

□ 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。

➢ 運算範圍：季累計

- 提供維度：維度間不可累加

  1.全國

  2.全國+特約類別

  3.分區

  4.分區+特約類別

  5.分區+院所

(2224).C 型肝炎抗體(anti-HCV)轉陽率(血液透析)(同院)_季累計

(建置時間：105/10/07)

(106/03/06 定義修訂:B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率 及 C 型肝炎抗體(anti-HCV)轉陽率 當年度病患歸戶方式變更為：甲院所已發現為陽性，不應歸責乙院所，保留該病患第一筆上傳陽性者，餘上傳陽性資料均不計。 自 105Q4 起開始產製)

■ 分子：分母血液透析病人 anti-HCV 陰性轉為陽性(新感染)病人數。

■ 分母：慢性血液透析病人追蹤期間之陰性病人數。

□ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)/VPN 上傳檢驗資料檔

□ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔

□ 此指標資料自統計期間 105 年開始產製。

□ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間有申報

(1)連續 3 個月申報門診血液透析任一醫令，計為血液透析病人。

□ 分母：

✓ 血液透析：符合慢性透析病人定義且排除費用年月小於透析起始年月的透析案件，於統計期間當年(不跨季)連續 3 個月同院申報門診血液透析任一醫令但排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次之病人數，或當年(不跨季)任意 2 個月申報門診血液透析，同院累計需大於等於 20 次之醫令，不論該月透析次數多寡，計為 1 人。

且利用透析類別+ID+生日於統計期間勾稽前一年 VPN 上傳檢驗資料檔，先取最大檢驗日期後判斷監測值種類，同透析類別、同 ID、同生日者以監測值種類為 YY 的 Anti-HCV 為優先，其次 Q4、Q3、Q2、Q1 判別 Anti-HCV 上傳檢驗值為陰性之病人數，若有同透析類別、同 ID、同生日、同監測值種類卻有不同 Anti-HCV 上傳檢驗值時，則一律以陰性為主。

※門診血液透析醫令：58029C、58027C。

※當年(不跨季)任意 2 個月：

甲病人於 10401 10403 在 A 院所有申報血液/腹膜透析則甲病人符合當年(不跨季)

乙病人於 10403 10404 在 A 院所有申報血液/腹膜透析則乙病人不符合當年(不跨季)

※累計大於等於 20 次：利用醫令總量(ORDER_QTY)加總來判斷。

※排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次：利用醫令總量(ORDER_QTY)加總來判斷，將連續 3 個月內同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次者，予以排除。

例：某甲 104 年 4 月、5 月、7 月於 A 院所接受血液透析，未符合連續 3 個月條件，不計入 A 院所受檢率之分母。

□ 分子：分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽最小檢驗日期 VPN 上傳 Anti-HCV 檢驗值為陽性之人數，其餘上傳陽性資料均不計。

如：甲、乙病人在不同院所下，有申報四筆資料

	院所	最小檢驗日期
甲	A	1051201
甲	B	1051225
乙	A	1051225
乙	B	1051220

根據分子定義

甲病人則被歸為 A 院所

乙病人則被歸為 B 院所

- □ 人數計算以【ID+生日】歸戶。
- □ 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。
- ➢ 運算範圍：季累計
- ➢ 提供維度：維度間不可累加

1.全國

2.全國+特約類別

3.分區

4.分區+特約類別

5.分區+院所

(2225).C 型肝炎抗體(anti-HCV)轉陽率(腹膜透析)(同院)_季累計

(建置時間：105/10/07)

(106/03/06 定義修訂:B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率 及 C 型肝炎抗體(anti-HCV)轉陽率 當年度病患歸戶方式變更為：甲院所已發現為陽性，不應歸責乙院所，保留該病患第一筆上傳陽性者，餘上傳陽性資料均不計。 自 105Q4 起開始產製)

■ 分子：分母腹膜透析病人 anti-HCV 陰性轉為陽性(新感染)病人數。

■ 分母：慢性腹膜透析病人追蹤期間之陰性病人數。

□ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)/VPN 上傳檢驗資料檔

□ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔

□ 此指標資料自統計期間 105 年開始產製。

□ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間有申報
(1)連續 3 個月申報腹膜透析任一醫令，計為腹膜透析病人。

□ 分母：

✓ 腹膜透析：符合慢性透析病人定義且排除費用年月小於透析起始年月的透析案件，於統計期間當年(不跨季)連續 3 個月於同一院所申報腹膜透析任一醫令，且利用透析類別+ID+生日於統計期間勾稽前一年 VPN 上傳檢驗資料檔，先取最大檢驗日期後判斷監測值種類，同透析類別、同 ID、同生日者以監測值種類為 YY 的 Anti-HCV 為優先，其次 Q4、Q3、Q2、Q1 判別 Anti-HCV 上傳檢驗值為陰性之病人數，若有同透析類別、同 ID、同生日、同監測值種類卻有不同 Anti-HCV 上傳檢驗值時，則一律以陰性為主。

※腹膜透析醫令：58002C、58011A、58011AB、58011B、58011C、58017B、58017C、58026C、58028C。

□ 分子：分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽最小檢驗日期 VPN 上傳 Anti-HCV 檢驗值為陽性之人數，其餘上傳陽性資料均不計。

如：甲、乙病人在不同院所下，有申報四筆資料

	院所	最小檢驗日期
甲	A	1051201
甲	B	1051225
乙	A	1051225
乙	B	1051220

根據分子定義

甲病人則被歸為 A 院所

乙病人則被歸為 B 院所

□ 人數計算以【ID+生日】歸戶。

□ 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。

➢ 運算範圍：季累計

- 提供維度：維度間不可累加

  1.全國

  2.全國+特約類別

  3.分區

  4.分區+特約類別

  5.分區+院所

(2226).55 歲以下透析病人移植登錄率(血液透析)(同院)_季累計

(建置時間：105/10/07)

■ 分子：血液透析 55 歲以下透析病人移植登錄人數。
■ 分母：55 歲以下慢性血液透析病人數。
□ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)/VPN 上傳檢驗資料檔
□ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔
□ 此指標資料自統計期間 105 年開始產製。
□ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間有申報
(1)連續 3 個月申報門診血液透析任一醫令，計為血液透析病人。
□ 分母：
✓ 血液透析：符合慢性透析病人定義且排除費用年月小於透析起始年月的透析案件，於統計期間當年(不跨季)連續 3 個月同院申報門診血液透析任一醫令但排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次之 55 歲(含)以下病人數，或當年(不跨季)任意 2 個月申報門診血液透析，同院累計需大於等於 20 次之醫令，不論該月透析次數多寡，計為 1 人。
※門診血液透析醫令：58029C、58027C。
※當年(不跨季)任意 2 個月：
甲病人於 1040110403 在 A 院所有申報血液/腹膜透析則甲病人符合當年(不跨季)
乙病人於 1040310404 在 A 院所有申報血液/腹膜透析則乙病人不符合當年(不跨季)
※累計大於等於 20 次：利用醫令總量(ORDER_QTY)加總來判斷。
※排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次：利用醫令總量(ORDER_QTY)加總來判斷，將連續 3 個月內同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次者，予以排除。
例：某甲 104 年 4 月、5 月、7 月於 A 院所接受血液透析，未符合連續 3 個月條件，不計入 A 院所受檢率之分母。
※年齡計算方式：統計年-出生年。
□ 分子：分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳已登錄腎臟移植之人數。
□ 人數計算以【ID+生日】歸戶。
□ 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。
➢ 運算範圍：季累計
➢ 提供維度：維度間不可累加
1.全國
2.全國+特約類別

3.分區

4.分區+特約類別

5.分區+院所

(2227).55 歲以下透析病人移植登錄率(腹膜透析)(同院)_季累計

(建置時間：105/10/07)

■ 分子：腹膜透析 55 歲以下透析病人移植登錄人數。
■ 分母：55 歲以下慢性腹膜透析病人數。
□ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)/VPN 上傳檢驗資料檔
□ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔
□ 此指標資料自統計期間 105 年開始產製。
□ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間有申報
(1)連續 3 個月申報腹膜透析任一醫令，計為腹膜透析病人。
□ 分母：
✓ 腹膜透析：符合慢性透析病人定義且排除費用年月小於透析起始年月的透析案件，於統計期間當年(不跨季)連續 3 個月於同一院所申報門診腹膜透析任一醫令之 55 歲(含)以下病人數。
※年齡計算方式：費用年-出生年。
※腹膜透析醫令：58002C、58011A、58011AB、58011B、58011C、58017B、58017C、58026C、58028C。
□ 分子：分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳已登錄腎臟移植之人數。
□ 人數計算以【ID+生日】歸戶。
□ 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。
➢ 運算範圍：季累計
➢ 提供維度：維度間不可累加
1.全國
2.全國+特約類別
3.分區
4.分區+特約類別
5.分區+院所

(2228).建立對新病人血液透析治療模式選擇之充分告知機制_季累計

(建置時間：105/10/07)

■ 分子：對病人透析治療模式選擇之充分告知血液透析人數。
■ 分母：首次血液透析新病人數之總和。
□ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)
□ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔
□ 此指標資料自統計期間 105 年開始產製。
□ 此指標需延後 2 個月執行，只執行一次。
□ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間須為首次透析病人，並於首次門診透析院所治療期間申報下列醫令者：
(1)申報門診血液透析任一醫令，計為血液透析病人。
(2)申報門診腹膜透析任一醫令，計為腹膜透析病人。
(3)如二者皆有，以最小就醫日期之醫令認定。
□ 分母：
✓ 血液透析：符合慢性透析病人定義，且統計期間內屬於首次接受透析治療之新病人，於首次門診透析之院所，無論其透析次數多寡，皆計為 1 人。其透析類別之認定，以前述院所申報首次門診透析案件中，最小就醫日期之醫令認定之(如：申報醫令為血液透析者，則計入)。
※新透析病人：符合慢性透析病人，且透析起始年落於統計期間。
※門診血液透析醫令：58029C、58027C。
□ 分子：分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳已充分告知透析治療模式選擇之人數。
□ 人數計算以【ID+生日】歸戶。
□ 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。
➢ 運算範圍：季累計
➢ 提供維度：維度間不可累加
1.全國
2.全國+特約類別
3.分區
4.分區+特約類別
5.分區+院所

(2229).建立對新病人腹膜透析治療模式選擇之充分告知機制_季累計

(建置時間：105/10/07)

■ 分子：對病人透析治療模式選擇之充分告知腹膜透析人數。
■ 分母：首次腹膜透析新病人數之總和。
□ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)
□ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔
□ 此指標資料自統計期間 105 年開始產製。
□ 此指標需延後 2 個月執行，只執行一次。
□ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間須為首次透析病人，並於首次門診透析院所治療期間申報下列醫令者：
(1)申報門診血液透析任一醫令，計為血液透析病人。
(2)申報門診腹膜透析任一醫令，計為腹膜透析病人。
(3)如二者皆有，以最小就醫日期之醫令認定。
□ 分母：
✓ 腹膜透析：符合慢性透析病人定義，且統計期間內屬於首次接受透析治療之新病人，於首次門診透析之院所，無論其透析次數多寡，皆計為 1 人。其透析類別之認定，以前述院所申報首次門診透析案件中，最小就醫日期之醫令認定之(如：申報醫令為腹膜透析者，則計入)。
※首次接受透析治療之新病人：符合慢性透析病人，且透析起始年落於統計期間。
※腹膜透析醫令：58002C、58011A、58011AB、58011B、58011C、58017B、58017C、58026C、58028C。
□ 分子：分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳已充分告知透析治療模式選擇之人數。
□ 人數計算以【ID+生日】歸戶。
□ 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。
➢ 運算範圍：季累計
➢ 提供維度：維度間不可累加
1.全國
2.全國+特約類別
3.分區
4.分區+特約類別
5.分區+院所

(2233).雲端藥歷查詢鼻竇炎使用氟化恩菎類抗生素 fluoroquinolones 案件比率_季

(建置時間：106/01/13)

(106/05/18 定義修改：(1)代辦案件改抓 PXXT_CODE 判斷(2)新舊代碼總額別邏輯(3)分子明細改為分母複雜明細(4)自 102Q3 起重新產製。)

(106/06/03 定義修訂：(1)增加月指標 2319(2)自 10207 起開始產製。)

※指標背景：醫療品質資訊公開及本署重要施政計畫關鍵績效指標(KPI)使用。

■ 分子：分母案件中，使用氟化恩菎類抗生素之門診案件。

■ 分母：診斷為鼻竇炎且經雲端藥歷查詢之門診案件。

□ 資料範圍：

1. 分子分母為門診(西醫基層+西醫醫院)，排除代辦案件：案件分類為 A3，B1，B6，B7，B8，B9，C4，D1，D2，HN，BA，DF。(後續可能有新增的代辦案件，抓倉儲 DAMA_PXXT_CODE 取得最新的代辦案件代碼)
2. 排除「補報原因註記」為 2(補報部分醫令或醫令差額)之案件。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 102Q3 開始產製(註：102Q3 無申報案件)。

□ 醫療雲端查詢稽核紀錄檔限雲端藥歷頁籤(BATCH00(舊藥歷頁籤批次上傳)、BATCH01(新藥歷頁籤批次上傳)、IMME0002(舊藥歷頁籤查詢)、IMME0008(新藥歷頁籤查詢)、BATCH(10501 以前藥歷頁籤批次上傳))。

□ 分母：主診斷為鼻竇炎且經雲端藥歷查詢的門診案件。

※鼻竇炎：主診斷前三碼為 461(急性)、473(慢性)。

※主診斷為鼻竇炎之門診案件申報資料(以費用年月作為統計期間)，以【院所+ID+門診就醫日期(08 案件使用治療結束日期)】勾稽到藥歷查詢稽核紀錄檔(DWM_IMMH_AUDIT_LOG)者為分母案件。

※門診案件：以清單編號(DTL_PKNO)計算，一個清單編號算一件。

□ 分子：分母案件中，使用氟化恩菎類抗生素 fluoroquinolones 的案件。

※氟化恩菎類抗生素 fluoroquinolones：藥品 ATC 碼前五碼為 J01MA。

※案件：以清單編號(DTL_PKNO)計算，一個清單編號算一件。

□ 為排除因系統異常而無法查詢雲端藥歷之院所及其日期，新增排除註記系統異常之異常註記資訊檔(DAMA_PXXT_CODE)。

□ 因應院所合併申報費用，申報資料中若實際提供醫療服務之醫事服務機構代號(REAL_HOSP_ID)有值，優先取該欄位為申報院所。

□ 統計期間之院所若曾變更院所代碼，將以最新代碼取代舊代碼進行計算，舊代碼之判斷由醫事機構基本資料檔(V_DWM_HOSPBSC)中，取承接醫事機構代碼(HEIR_HOSP_ID)判斷，期間若該院所多次更換代碼，最多取代 10 次。但若統計期間的起日減新代碼的原始合約起日(月減月)>12 個月，就不進行新舊代碼合併。以下表 A、B 院所為例，在統計期間 10312 以前，A、B 兩家院所合併為 B 院所統計指標值；自統計期間 10401 之後，A、B 兩家院所分開統計指標值。

院所代號	原始合約起日	合約迄日	承接醫事機構代碼
A	1995-11-01	2019-05-31	
B	2013-12-01	2018-12-31	A

- 總額別維度：統計期間之院所若曾變更院所代碼，且替代後的最新院所尚未有申報資料，則取最新院所前 1 次替代院所申報總表之醫事類別欄位作為總額別判斷。
- 運算範圍：季
- 展現維度：維度間可累加

  1.全國
  2.全國+特約類別
  3.分區
  4.分區+縣市別
  5.分區+總額部門+特約類別
  6.分區+院所

(2257).傷科處置率

(建置時間：106/04/18)

※指標背景：「全民健康保險醫療品質資訊公開資訊辦法」105 年新增機構別品質資訊公開之指標。

■ 分子：執行傷科處置次數

■ 分母：中醫門診看診人次數

□ 資料範圍：門診中醫

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 100 年開始產製。

□ 分母：非療程案件數+療程案件次數。

※非療程案件數：案件分類為 21、22、24、28，且排除「補報原因註記」為 2(補報部分醫令或醫令差額)之案件，一筆清單編號(DTL_PKNO)算一件。

※療程案件次數：每一療程計算案件分類為 29 且申報針傷科處置醫令代碼之醫令總數(ORDER_QTY)加總，最多以 6 次為限，超過部分不計。

※每一療程：同一「院所+ID+就醫序號+就醫日期」。

※針傷科處置醫令代碼：全碼為 B41、B42、B43、B44、B45、B46、B53、B54、B55、B56、B57、B61、B62、B63、B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94。

□ 分子：每一療程計算傷科處置醫令代碼之醫令總數(ORDER_QTY)加總，最多以 6 次為限，超過部分不計。

※傷科處置醫令代碼：全碼為 B53、B54、B55、B56、B57、B61、B62、B63、B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94。

□ 分母分子排除以下任一條件者

(1)案件分類為 25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)。

(2)案件分類為 B6(職災案件)。

(3)案件分類為 A3(預防保健)。

➢ 運算範圍：季

➢ 展現維度：維度間可累加

1.全國

2.全國+特約類別

3.分區

4.分區+縣市別

5.分區+特約類別

6.分區+縣市別+特約類別+院所

(2258).{2258,2259}腦中風病人住院日起一百八十日內之平均住院日數、平均住院醫療費用_季

(2262).{2262,2263}腦中風病人住院日起一百八十日內之平均住院日數、平均住院醫療費用_年

(建置時間：106/05/03)

※指標背景：「全民健康保險醫療品質資訊公開資訊辦法」105 年新增機構別品質資訊公開之指標。

■ 分子 1(季：2258、年：2262)：分母病人入院日起 180 日內之住院日數總和

■ 分子 2(季：2259、年：2263)：分母病人入院日起 180 日內之住院醫療費用總和

■ 分母：缺血性或出血性腦中風住院之新病人數

□ 資料範圍：住院全部資料。

※住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。

□ 分母：缺血性或出血性腦中風住院之新病人，於統計期間第一次住院之總人數。

※缺血性或出血性腦中風新病人：主診斷前三碼為 433、434(缺血性)，430、431、432(出血性)且部分負擔代碼為 001 或 011 之病人。

※第一次住院：於統計期間符合分母條件之最早入院日期，即分母第一筆入院日期。

※人數：同一【ID】視為同一人。

□ 分子 1：利用分母病人自第一次入院日起往後計算 180 日內，跨院勾稽因任一主次診斷為腦中風住院之住院日數總和。

□ 分子 2：利用分母病人自第一次入院日起往後計算 180 日內，跨院勾稽因任一主次診斷為腦中風住院之醫療費用總和。

※入院日起往後計算 180 日內：入院日+180。

※腦中風：任一主次診斷前三碼為 430-435、437、438。

□ 依上述之分母定義篩選出所需病人【ID】及【入院日期】，再根據分子定義得到該病人於跨院院所之就醫資料(住院日數及醫療費用)，並以這群就醫資料為母體，最後計算分子分母時，需依不同維度進行運算。

※住院日數：出院日期-入院日期(同一筆當日入出院將計為 0 天)。

(1)同【ID+入院日期】視為同一次住院，若有多個出院日期取出院日最晚一筆為代表，無出院日期則取最晚【申報迄日】。

(2)同 ID[第一次住院之出院日期(申報迄日)] >[第二次住院之入院日期]，表示第一、二次住院期間有重覆，則第一次住院之出院日期需以第二次住院之入院日期取代，第二次與第三次比較…第三次與第四次比較..以此類推。

ID	入院日期	出院日期	調整後出院日期	住院日數
甲	2015-04-28	2015-05-27	2015-05-05	7
甲	2015-05-05	2015-08-08		95

(3)單一病人最大住院日數最多為 180 天，係指分母【第一筆入院日期】為觀察起日，而【第一筆入院日期+179 天】為觀察迄日，故觀察迄日-觀察起日含觀察起日當天，共觀察 180 天，若觀察日每天皆住院，則最大住院日數為 180 天。

(4)其中，若最後一次住院期間橫跨到觀察迄日，如下列三種情形，則此次住院日數要多+1 天，計算方式為【觀察迄日-入院日期+1】。

✓ 到觀察迄日都尚未出院

✓ 出院日期=觀察迄日

✓ 入院日期=觀察迄日

※醫療費用：申請金額+部分負擔。

(1)若最後一次住院期間橫跨到觀察迄日且觀察迄日<出院日期(若無則取最晚申報迄日)，其醫療費用要調整為醫療費用*住院日數比例。

(2)住院日數比例：(觀察迄日-入院日期+1)/住院日數。

□ 維度計算：院所跨院維度，是先以病人歸戶，計算該病人於跨院所之住院日數、醫療費用總和，歸至所有跨院之院所。

假設甲病人 180 天內住院情形，北區 A 院所住院 20 天，北區 B 院所住院 30 天；而乙病人 180 天內住院情形，中區 C 院所住院 40 天，北區 B 院所住院 20 天。

維度別	分母人數	住院日數
全國維度	2	110
分區維度	北區：2	110
	中區：1	60
院所維度(跨院)	A：1	50
	B：2	110
	C：1	60

範例：甲於 104Q3 入院，多次住院

院所	ID	入院日期	出院日期	申報迄日	醫療費用	調整後住院日數	調整後醫療費用
A	甲	2015-09-26		2015-10-25	554205	100	554205
A	甲	2015-09-26		2015-10-29	103407		103407
A	甲	2015-09-26		2015-12-09	336333		336333
A	甲	2015-09-26		2016-01-04	113074		113074
B	甲	2016-01-30	2016-02-22	2016-02-22	147327	23	147327
B	甲	2016-03-22	2016-04-11	2016-04-11	147416	2	14741.60

甲第一筆入院日期 2015/9/26 為觀察起日，+179 天後 2016/3/23 為觀察迄日。
第一次住院日數：2016/1/4-2015/9/26=100
第二次住院日數：2016/2/22-2016/1/30=23
最後一次住院日數：2016/4/11-2016/3/22=20，因最後一次住院期間有橫跨到觀察迄日且觀察迄日<出院日期，故住院日數要修正為 2016/3/23-2016/3/22+1=2
最後一次住院醫療費用為 147416*(2/20)=14741.60

跨院維度：
甲住院日數為：100+23+2=125 天
甲醫療費用 554205+103407+336333+113074+147327+14741.60=1269087.60
A、B 院所各計甲 1 人，住院日數 125 天，醫療費用 1269087.60

- 運算範圍：季、年
- 展現維度：維度間不可累加
  1.全國(分子全國跨院勾稽)
  2.全國+特約類別(分子全國跨院勾稽)
  3.分區(分子全國跨院勾稽)
  4.分區+縣市別(分子全國跨院勾稽)
  5.分區+總額部門(分子全國跨院勾稽)
  6.分區+特約類別(分子全國跨院勾稽)
  7.分區+總額部門+特約類別(分子全國跨院勾稽)
  8.分區+縣市別+特約類別+院所(分子全國跨院勾稽)

(2320).B 型肝炎表面抗原(HBsAg)受檢率(血液透析)(同院)_年

(建置時間：106/09/19)

- ■ 分子：分母血液透析病人追蹤期間之申報 B 型肝炎表面抗原(HBsAg)病人數。
- ■ 分母：慢性血液透析病人追蹤期間前一年之陰性病人數。
- □ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)/VPN 上傳檢驗資料檔
- □ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔
- □ 此指標資料自統計期間 106 年開始產製。
- □ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間有申報
  (1)連續 3 個月申報門診血液透析任一醫令，計為血液透析病人。
- □ 分母：
  - ◆ 血液透析：符合慢性透析病人定義且排除費用年月小於透析起始年月的透析案件，於統計期間當年(不跨季) 連續 3 個月同院申報門診血液透析任一醫令但排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次之病人數，

    或當年(不跨季)任意 2 個月申報門診血液透析，同院累計需大於等於 20 次之醫令，不論該月透析次數多寡，計為 1 人。

    且利用透析類別+ID+生日於統計期間勾稽前一年 VPN 上傳檢驗資料檔，先取最大檢驗日期後判斷監測值種類，同透析類別、同 ID、同生日者以監測值種類為 YY 的 HBsAg 為優先，

    其次 Q4、Q3、Q2、Q1 判別 HBsAg 上傳檢驗值為陰性之病人數，若有同透析類別、同 ID、同生日、同監測值種類卻有不同 HBsAg 上傳檢驗值時，則一律以陰性為主。

    ※門診血液透析醫令：58029C、58027C。

    ※當年(不跨季)任意 2 個月：

    甲病人 於 10401 10403 在 A 院所有申報血液/腹膜透析則甲病人符合當年(不跨季)

    乙病人 於 10403 10404 在 A 院所有申報血液/腹膜透析則乙病人不符合當年(不跨季)

    ※累計大於等於 20 次：利用醫令總量(ORDER_QTY)加總來判斷。

    ※排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次：利用醫令總量(ORDER_QTY)加總來判斷，將連續 3 個月內同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次者，予以排除。

    例：某甲 104 年 4 月、5 月、7 月於 A 院所接受血液透析，未符合連續 3 個月條件，不計入 A 院所受檢率之分母。
- □ 分子：分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 有上傳

HBsAg 檢驗值之人數。

- 人數計算以【ID+生日】歸戶。
- 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。

➢ 運算範圍：年

➢ 提供維度：維度間不可累加

1.全國

2.全國+特約類別

3.分區

4.分區+特約類別

5.分區+院所

(2321).B 型肝炎表面抗原(HBsAg)受檢率(腹膜透析)(同院)_年

(建置時間：106/09/19)

- ■ 分子：分母腹膜透析病人追蹤期間之申報 B 型肝炎表面抗原(HBsAg)病人數。
- ■ 分母：慢性腹膜透析病人追蹤期間之陰性病人數。
- □ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)/VPN 上傳檢驗資料檔
- □ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔
- □ 此指標資料自統計期間 106 年開始產製。
- □ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間有申報
  (1)連續 3 個月申報腹膜透析任一醫令，計為腹膜透析病人。
- □ 分母：
  - ◆ 腹膜透析：符合慢性透析病人定義且排除費用年月小於透析起始年月的透析案件，於統計期間當年(不跨季)連續 3 個月於同一院所申報腹膜透析任一醫令，

    且利用透析類別+ID+生日於統計期間勾稽前一年 VPN 上傳檢驗資料檔，先取最大檢驗日期後判斷監測值種類，同透析類別、同 ID、同生日者以監測值種類為 YY 的 HBsAg 為優先，

    其次 Q4、Q3、Q2、Q1 判別 HBsAg 上傳檢驗值為陰性之病人數，若有同透析類別、同 ID、同生日、同監測值種類卻有不同 HBsAg 上傳檢驗值時，則一律以陰性為主。

    ※腹膜透析醫令：58002C、58011A、58011AB、58011B、58011C、58017B、58017C、58026C、58028C。
- □ 分子：分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 有上傳 HBsAg 檢驗值之人數。
- □ 人數計算以【ID+生日】歸戶。
- □ 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。
- ➢ 運算範圍：年
- ➢ 提供維度：維度間不可累加

  1.全國

  2.全國+特約類別

  3.分區

  4.分區+特約類別

  5.分區+院所

(2322).C 型肝炎抗體(anti-HCV)受檢率(血液透析)(同院)_年

(建置時間：106/09/19)

- ■ 分子：分母血液透析病人追蹤期間之申報 anti-HCV 病人數。
- ■ 分母：慢性血液透析病人追蹤期間前一年之陰性病人數。
- □ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)/VPN 上傳檢驗資料檔
- □ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔
- □ 此指標資料自統計期間 106 年開始產製。
- □ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間有申報
  (1)連續 3 個月申報門診血液透析任一醫令，計為血液透析病人。
- □ 分母：
  - ◆ 血液透析：符合慢性透析病人定義且排除費用年月小於透析起始年月的透析案件，於統計期間當年(不跨季) 連續 3 個月同院申報門診血液透析任一醫令但排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次之病人數，

    或當年(不跨季)任意 2 個月申報門診血液透析，同院累計需大於等於 20 次之醫令，不論該月透析次數多寡，計為 1 人。

    且利用透析類別+ID+生日於統計期間勾稽前一年 VPN 上傳檢驗資料檔，先取最大檢驗日期後判斷監測值種類，同透析類別、同 ID、同生日者以監測值種類為 YY 的 Anti-HCV 為優先，

    其次 Q4、Q3、Q2、Q1 判別 Anti-HCV 上傳檢驗值為陰性之病人數，若有同透析類別、同 ID、同生日、同監測值種類卻有不同 Anti-HCV 上傳檢驗值時，則一律以陰性為主。

    ※門診血液透析醫令：58029C、58027C。

    ※當年(不跨季)任意 2 個月：

    甲病人 於 10401 10403 在 A 院所有申報血液/腹膜透析則甲病人符合當年(不跨季)

    乙病人 於 10403 10404 在 A 院所有申報血液/腹膜透析則乙病人不符合當年(不跨季)

    ※累計大於等於 20 次：利用醫令總量(ORDER_QTY)加總來判斷。

    ※排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次：利用醫令總量(ORDER_QTY)加總來判斷，將連續 3 個月內同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次者，予以排除。

    例：某甲 104 年 4 月、5 月、7 月於 A 院所接受血液透析，未符合連續 3 個月條件，不計入 A 院所受檢率之分母。

- 分子：分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 有上傳 Anti-HCV 檢驗值之人數。
- 人數計算以【ID+生日】歸戶。
- 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。

➢ 運算範圍：年

➢ 提供維度：維度間不可累加

1.全國

2.全國+特約類別

3.分區

4.分區+特約類別

5.分區+院所

(2323).C 型肝炎抗體(anti-HCV)受檢率(腹膜透析)(同院)_年

(建置時間：106/09/19)

- ■ 分子：分母腹膜透析病人追蹤期間之申報 anti-HCV 病人數。
- ■ 分母：慢性腹膜透析病人追蹤期間前一年之陰性病人數。
- □ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)/VPN 上傳檢驗資料檔
- □ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔
- □ 此指標資料自統計期間 106 年開始產製。
- □ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間有申報
  (1)連續 3 個月申報腹膜透析任一醫令，計為腹膜透析病人。
- □ 分母：
  - ◆ 腹膜透析：符合慢性透析病人定義且排除費用年月小於透析起始年月的透析案件，於統計期間當年(不跨季)連續 3 個月於同一院所申報腹膜透析任一醫令，

    且利用透析類別+ID+生日於統計期間勾稽前一年 VPN 上傳檢驗資料檔，先取最大檢驗日期後判斷監測值種類，同透析類別、同 ID、同生日者以監測值種類為 YY 的 Anti-HCV 為優先，

    其次 Q4、Q3、Q2、Q1 判別 Anti-HCV 上傳檢驗值為陰性之病人數，若有同透析類別、同 ID、同生日、同監測值種類卻有不同 Anti-HCV 上傳檢驗值時，則一律以陰性為主。
    ※腹膜透析醫令：58002C、58011A、58011AB、58011B、58011C、58017B、58017C、58026C、58028C。

- □ 分子：分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 有上傳 Anti-HCV 檢驗值人數。
- □ 人數計算以【ID+生日】歸戶。
- □ 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。
- ➢ 運算範圍：年
- ➢ 提供維度：維度間不可累加

  1.全國
  2.全國+特約類別
  3.分區
  4.分區+特約類別
  5.分區+院所

(2348).{2348,2350}鈣磷乘積指標(血液透析)受檢率(或合格率)(同院)_半年

(建置時間：106/09/19)

- ■ 分子 1(半年：2348)：分母血液透析病人測量鈣磷乘積人數。
- ■ 分母 1(半年：2348)：慢性血液透析病人數。
- ■ 分子 2(半年：2350)：分母血液透析病人測量鈣磷乘積< 60 mg2/dL2 人數。
- ■ 分母 2(半年：2350)：血液透析病人測量鈣磷乘積人數。
- □ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)/VPN 上傳檢驗資料檔
- □ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔
- □ 此指標資料自統計期間 106 年開始產製。
- □ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間有申報
  (1)連續 3 個月申報門診血液透析任一醫令，計為血液透析病人。
- □ 分母 1：
  - ◆ 血液透析：符合慢性透析病人定義，於統計期間當年(不跨季) 連續 3 個月同院申報門診血液透析任一醫令但排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次之病人數，

    或當年(不跨季)任意 2 個月申報門診血液透析，同院累計需大於等於 20 次之醫令，不論該月透析次數多寡，計為 1 人。
    ※門診血液透析醫令：58029C、58027C。
    ※當年(不跨季)任意 2 個月：
    甲病人於 1040110403 在 A 院所有申報血液/腹膜透析則甲病人符合當年(不跨季)
    乙病人於 1040310404 在 A 院所有申報血液/腹膜透析則乙病人不符合當年(不跨季)
    ※累計大於等於 20 次：利用醫令總量(ORDER_QTY)加總來判斷。
    ※排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次：利用醫令總量(ORDER_QTY)加總來判斷，將連續 3 個月內同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次者，予以排除。
    例：某甲 104 年 4 月、5 月、7 月於 A 院所接受血液透析，未符合連續 3 個月條件，不計入 A 院所受檢率之分母。
- □ 分母 2：血液透析分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳鈣磷乘積檢驗值> 0 之人數。
- □ 分子 1：血液透析分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳鈣磷乘積檢驗值> 0 之人數。
- □ 分子 2：血液透析分母病人中，依透析類別、院所、透析病人【ID+生日】，歸

戶取最小值，鈣磷乘積上傳檢驗值< 60 mg2/dL2 之人數。

- □ 人數計算以【ID+生日】歸戶。
- □ 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。

➢ 運算範圍：半年

提供維度：維度間不可累加

1.全國

2.全國+縣市別

3.全國+特約類別

4.分區

5.分區+特約類別

6.分區+院所

(2349).{2349,2351}鈣磷乘積指標(腹膜透析)受檢率(或合格率)(同院)_半年

(建置時間：106/09/19)

- ■ 分子 1(半年：2349)：分母腹膜透析病人測量鈣磷乘積人數。
- ■ 分母 1(半年：2349)：慢性腹膜透析病人數。
- ■ 分子 2(半年：2351)：分母腹膜透析病人測量鈣磷乘積< 60 mg^2/dL^2 人數。
- ■ 分母 2(半年：2351)：腹膜透析病人測量鈣磷乘積人數。
- □ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)/VPN 上傳檢驗資料檔
- □ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔
- □ 此指標資料自統計期間 106 年開始產製。
- □ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間有申報
  (1) 連續 3 個月申報腹膜透析任一醫令，計為腹膜透析病人。
- □ 分母 1：
  - ◆ 腹膜透析：符合慢性透析病人定義，於統計期間當年(不跨季)連續 3 個月有同一院所申報腹膜透析任一醫令之病人數。

    ※腹膜透析醫令：58002C、58011A、58011AB、58011B、58011C、58017B、58017C、58026C、58028C。
- □ 分母 2：腹膜透析分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳鈣磷乘積檢驗值> 0 之人數。
- □ 分子 1：腹膜透析分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳鈣磷乘積檢驗值> 0 之人數。
- □ 分子 2：腹膜透析分母病人中，依透析類別、院所、透析病人【ID+生日】，歸戶取最小值，鈣磷乘積上傳檢驗值< 60 mg2/dL2 之人數。
- □ 人數計算以【ID+生日】歸戶。
- □ 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。
- ➢ 運算範圍：半年
- ➢ 提供維度：維度間不可累加

  1.全國

  2.全國+縣市別

  3.全國+特約類別

  4.分區

  5.分區+特約類別

  6.分區+院所

(2367).{2367,2368}尿素氮透析效率-Weekly Kt/V 受檢率(或合格率)(同院)_季累計

(建置時間：106/09/19)

■ 分子 1(季累計：2367)：分母腹膜透析病人測量 Weekly Kt/V 人數。
■ 分母 1(季累計：2367)：慢性腹膜透析病人數。

■ 分子 2(季累計：2368)：分母腹膜透析病人測量 Weekly Kt/V≧1.7 人數。
■ 分母 2(季累計：2368)：腹膜透析病人測量 Weekly Kt/V 人數。
□ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)/VPN 上傳檢驗資料檔
□ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔
□ 此指標資料自統計期間 104 年開始產製。
□ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間有申報
（1）連續 3 個月申報腹膜透析任一醫令，計為腹膜透析病人。

□ 分母 1：
◆ 腹膜透析：符合慢性透析病人定義且排除費用年月小於透析起始年月的透析案件，於統計期間當年(不跨季)連續 3 個月有同一院所申報腹膜透析任一醫令之病人數。
※腹膜透析醫令：58002C、58011A、58011AB、58011B、58011C、58017B、58017C、58026C、58028C。
□ 分母 2：分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳尿素氮透析效率(Weekly Kt/V)檢驗值> 0 之人數。
□ 分子 1：分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳尿素氮透析效率(Weekly Kt/V)檢驗值> 0 之人數。
□ 分子 2：合格率分母病人中，依透析類別、院所、透析病人【ID+生日】，歸戶取最大值，Weekly Kt/V 上傳檢驗值≧1.7 之人數。
□ 人數計算以【ID+生日】歸戶。

□ 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。
➢ 運算範圍：季累計
➢ 提供維度：維度間不可累加

1.全國
2.全國+特約類別
3.分區
4.分區+特約類別
5.分區+院所

(2369).{2369,2371}鈣磷乘積指標(血液透析)受檢率(或合格率)(同院)_季累計

(建置時間：106/09/19)

- ■ 分子 1(季累計：2369)：分母血液透析病人測量鈣磷乘積人數。
- ■ 分母 1(季累計：2369)：慢性血液透析病人數。
- ■ 分子 2(季累計：2371)：分母血液透析病人測量鈣磷乘積< 60 mg2/dL2 人數。
- ■ 分母 2(季累計：2371)：血液透析病人測量鈣磷乘積人數。
- □ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)/VPN 上傳檢驗資料檔
- □ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔
- □ 此指標資料自統計期間 106 年開始產製。
- □ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間有申報
  (1)連續 3 個月申報門診血液透析任一醫令，計為血液透析病人。
- □ 分母 1：
  - ◆ 血液透析：符合慢性透析病人定義，於統計期間當年(不跨季) 連續 3 個月同院申報門診血液透析任一醫令但排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次之病人數，

    或當年(不跨季)任意 2 個月申報門診血液透析，同院累計需大於等於 20 次之醫令，不論該月透析次數多寡，計為 1 人。
    ※門診血液透析醫令：58029C、58027C。
    ※當年(不跨季)任意 2 個月：
    甲病人於 1040110403 在 A 院所有申報血液/腹膜透析則甲病人符合當年(不跨季)
    乙病人於 1040310404 在 A 院所有申報血液/腹膜透析則乙病人不符合當年(不跨季)
    ※累計大於等於 20 次：利用醫令總量(ORDER_QTY)加總來判斷。
    ※排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次：利用醫令總量(ORDER_QTY)加總來判斷，將連續 3 個月內同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次者，予以排除。
    例：某甲 104 年 4 月、5 月、7 月於 A 院所接受血液透析，未符合連續 3 個月條件，不計入 A 院所受檢率之分母。
- □ 分母 2：血液透析分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳鈣磷乘積檢驗值> 0 之人數。
- □ 分子 1：血液透析分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳鈣磷乘積檢驗值> 0 之人數。

- 分子 2：血液透析分母病人中，依透析類別、院所、透析病人【ID+生日】，歸戶取最小值，鈣磷乘積上傳檢驗值< 60 mg2/dL2 之人數。
- 人數計算以【ID+生日】歸戶。
- 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。

➢ 運算範圍：季累計

提供維度：維度間不可累加

1.全國

2.全國+縣市別

3.全國+特約類別

4.分區

5.分區+特約類別

6.分區+院所

(2370).{2370,2372}鈣磷乘積指標(腹膜透析)受檢率(或合格率)(同院)_季累計

(建置時間：106/09/19)

- ■ 分子 1(季累計：2370)：分母腹膜透析病人測量鈣磷乘積人數。
- ■ 分母 1(季累計：2370)：慢性腹膜透析病人數。
- ■ 分子 2(季累計：2372)：分母腹膜透析病人測量鈣磷乘積< 60 mg^2/dL^2 人數。
- ■ 分母 2(季累計：2372)：腹膜透析病人測量鈣磷乘積人數。
- □ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)/VPN 上傳檢驗資料檔
- □ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔
- □ 此指標資料自統計期間 106 年開始產製。
- □ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間有申報
  (1) 連續 3 個月申報腹膜透析任一醫令，計為腹膜透析病人。
- □ 分母 1：
  - ◆ 腹膜透析：符合慢性透析病人定義，於統計期間當年(不跨季)連續 3 個月有同一院所申報腹膜透析任一醫令之病人數。
    ※腹膜透析醫令：58002C、58011A、58011AB、58011B、58011C、58017B、58017C、58026C、58028C。
- □ 分母 2：腹膜透析分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳鈣磷乘積檢驗值> 0 之人數。
- □ 分子 1：腹膜透析分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 上傳鈣磷乘積檢驗值> 0 之人數。
- □ 分子 2：腹膜透析分母病人中，依透析類別、院所、透析病人【ID+生日】，歸戶取最小值，鈣磷乘積上傳檢驗值< 60 mg2/dL2 之人數。
- □ 人數計算以【ID+生日】歸戶。
- □ 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。
- ➢ 運算範圍：季累計
- ➢ 提供維度：維度間不可累加

  1.全國
  2.全國+縣市別
  3.全國+特約類別
  4.分區
  5.分區+特約類別
  6.分區+院所

(2373).B 型肝炎表面抗原(HBsAg)受檢率(血液透析)(同院)_季累計

(建置時間：106/09/19)

■ 分子：分母血液透析病人追蹤期間之申報 B 型肝炎表面抗原(HBsAg)病人數。
■ 分母：慢性血液透析病人追蹤期間前一年之陰性病人數。
□ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)/VPN 上傳檢驗資料檔
□ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔
□ 此指標資料自統計期間 106 年開始產製。
□ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間有申報
(1)連續 3 個月申報門診血液透析任一醫令，計為血液透析病人。
□ 分母：
◆ 血液透析：符合慢性透析病人定義且排除費用年月小於透析起始年月的透析案件，於統計期間當年(不跨季) 連續 3 個月同院申報門診血液透析任一醫令但排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次之病人數，

或當年(不跨季)任意 2 個月申報門診血液透析，同院累計需大於等於 20 次之醫令，不論該月透析次數多寡，計為 1 人。

且利用透析類別+ID+生日於統計期間勾稽前一年 VPN 上傳檢驗資料檔，先取最大檢驗日期後判斷監測值種類，同透析類別、同 ID、同生日者以監測值種類為 YY 的 HBsAg 為優先，

其次 Q4、Q3、Q2、Q1 判別 HBsAg 上傳檢驗值為陰性之病人數，若有同透析類別、同 ID、同生日、同監測值種類卻有不同 HBsAg 上傳檢驗值時，則一律以陰性為主。
※門診血液透析醫令：58029C、58027C。
※當年(不跨季)任意 2 個月：
甲病人 於 10401 10403 在 A 院所有申報血液/腹膜透析則甲病人符合當年(不跨季)
乙病人 於 10403 10404 在 A 院所有申報血液/腹膜透析則乙病人不符合當年(不跨季)
※累計大於等於 20 次：利用醫令總量(ORDER_QTY)加總來判斷。
※排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次：利用醫令總量(ORDER_QTY)加總來判斷，將連續 3 個月內同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次者，予以排除。
例：某甲 104 年 4 月、5 月、7 月於 A 院所接受血液透析，未符合連續 3 個月條件，不計入 A 院所受檢率之分母。
□ 分子：分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 有上傳

HBsAg 檢驗值之人數。

- 人數計算以【ID+生日】歸戶。
- 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。

➢ 運算範圍：季累計

➢ 提供維度：維度間不可累加

1.全國

2.全國+特約類別

3.分區

4.分區+特約類別

5.分區+院所

(2374).B 型肝炎表面抗原(HBsAg)受檢率(腹膜透析)(同院)_季累計

(建置時間：106/09/19)

- ■ 分子：分母腹膜透析病人追蹤期間之申報 B 型肝炎表面抗原(HBsAg)病人數。
- ■ 分母：慢性腹膜透析病人追蹤期間之陰性病人數。
- □ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)/VPN 上傳檢驗資料檔
- □ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔
- □ 此指標資料自統計期間 106 年開始產製。
- □ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間有申報
  (1)連續 3 個月申報腹膜透析任一醫令，計為腹膜透析病人。
- □ 分母：
  - ◆ 腹膜透析：符合慢性透析病人定義且排除費用年月小於透析起始年月的透析案件，於統計期間當年(不跨季)連續 3 個月於同一院所申報腹膜透析任一醫令，

    且利用透析類別+ID+生日於統計期間勾稽前一年 VPN 上傳檢驗資料檔，先取最大檢驗日期後判斷監測值種類，同透析類別、同 ID、同生日者以監測值種類為 YY 的 HBsAg 為優先，

    其次 Q4、Q3、Q2、Q1 判別 HBsAg 上傳檢驗值為陰性之病人數，若有同透析類別、同 ID、同生日、同監測值種類卻有不同 HBsAg 上傳檢驗值時，則一律以陰性為主。

    ※腹膜透析醫令：58002C、58011A、58011AB、58011B、58011C、58017B、58017C、58026C、58028C。
- □ 分子：分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 有上傳 HBsAg 檢驗值之人數。
- □ 人數計算以【ID+生日】歸戶。
- □ 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。
- ➢ 運算範圍：季累計
- ➢ 提供維度：維度間不可累加

  1.全國

  2.全國+特約類別

  3.分區

  4.分區+特約類別

  5.分區+院所

(2375).C 型肝炎抗體(anti-HCV)受檢率(血液透析)(同院)_季累計

(建置時間：106/09/19)

- ■ 分子：分母血液透析病人追蹤期間之申報 anti-HCV 病人數。
- ■ 分母：慢性血液透析病人追蹤期間前一年之陰性病人數。
- □ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)/VPN 上傳檢驗資料檔
- □ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔
- □ 此指標資料自統計期間 106 年開始產製。
- □ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間有申報
  (1)連續 3 個月申報門診血液透析任一醫令，計為血液透析病人。
- □ 分母：
  - ◆ 血液透析：符合慢性透析病人定義且排除費用年月小於透析起始年月的透析案件，於統計期間當年(不跨季) 連續 3 個月同院申報門診血液透析任一醫令但排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次之病人數，

    或當年(不跨季)任意 2 個月申報門診血液透析，同院累計需大於等於 20 次之醫令，不論該月透析次數多寡，計為 1 人。

    且利用透析類別+ID+生日於統計期間勾稽前一年 VPN 上傳檢驗資料檔，先取最大檢驗日期後判斷監測值種類，同透析類別、同 ID、同生日者以監測值種類為 YY 的 Anti-HCV 為優先，

    其次 Q4、Q3、Q2、Q1 判別 Anti-HCV 上傳檢驗值為陰性之病人數，若有同透析類別、同 ID、同生日、同監測值種類卻有不同 Anti-HCV 上傳檢驗值時，則一律以陰性為主。

    ※門診血液透析醫令：58029C、58027C。

    ※當年(不跨季)任意 2 個月：

    甲病人 於 10401 10403 在 A 院所有申報血液/腹膜透析則甲病人符合當年(不跨季)

    乙病人 於 10403 10404 在 A 院所有申報血液/腹膜透析則乙病人不符合當年(不跨季)

    ※累計大於等於 20 次：利用醫令總量(ORDER_QTY)加總來判斷。

    ※排除當年(不跨季)連續 3 個月同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次：利用醫令總量(ORDER_QTY)加總來判斷，將連續 3 個月內同院累計門診血液透析醫令小於等於 6 次者，予以排除。

    例：某甲 104 年 4 月、5 月、7 月於 A 院所接受血液透析，未符合連續 3 個月條件，不計入 A 院所受檢率之分母。

- 分子：分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 有上傳 Anti-HCV 檢驗值之人數。
- 人數計算以【ID+生日】歸戶。
- 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。

➢ 運算範圍：季累計

➢ 提供維度：維度間不可累加

1.全國

2.全國+特約類別

3.分區

4.分區+特約類別

5.分區+院所

(2376).C 型肝炎抗體(anti-HCV)受檢率(腹膜透析)(同院)_季累計

(建置時間：106/09/19)

- ■ 分子：分母腹膜透析病人追蹤期間之申報 anti-HCV 病人數。
- ■ 分母：慢性腹膜透析病人追蹤期間前一年之陰性病人數。
- □ 資料範圍一(分母資料範圍)：門診透析案件(案件分類=05)/VPN 上傳檢驗資料檔
- □ 資料範圍二(分子資料範圍)：VPN 上傳檢驗資料檔
- □ 此指標資料自統計期間 106 年開始產製。
- □ 透析病人分類方式：符合慢性透析病人定義，於統計期間有申報
  (1)連續 3 個月申報腹膜透析任一醫令，計為腹膜透析病人。
- □ 分母：
  - ◆ 腹膜透析：符合慢性透析病人定義且排除費用年月小於透析起始年月的透析案件，於統計期間當年(不跨季)連續 3 個月於同一院所申報腹膜透析任一醫令，

    且利用透析類別+ID+生日於統計期間勾稽前一年 VPN 上傳檢驗資料檔，先取最大檢驗日期後判斷監測值種類，同透析類別、同 ID、同生日者以監測值種類為 YY 的 Anti-HCV 為優先，

    其次 Q4、Q3、Q2、Q1 判別 Anti-HCV 上傳檢驗值為陰性之病人數，若有同透析類別、同 ID、同生日、同監測值種類卻有不同 Anti-HCV 上傳檢驗值時，則一律以陰性為主。
    ※腹膜透析醫令：58002C、58011A、58011AB、58011B、58011C、58017B、58017C、58026C、58028C。

- □ 分子：分母病人利用透析類別+院所+ID+生日於統計期間勾稽 VPN 有上傳 Anti-HCV 檢驗值人數。
- □ 人數計算以【ID+生日】歸戶。
- □ 上傳 VPN 檢驗值是個別院所分開來傳，其影響指標運算之正確性，因此需將上傳 VPN 檢驗值之院所，更換為申報費用院所。
- ➢ 運算範圍：季累計
- ➢ 提供維度：維度間不可累加

  1.全國
  2.全國+特約類別
  3.分區
  4.分區+特約類別
  5.分區+院所

二、呼吸器監控指標

(一)病人分類定義

類別	病人	期間
A	短期使用呼吸器病人	連續使用呼吸器 1~21 日內
B	長期使用呼吸器病人	連續使用呼吸器 22~63 日內
C	呼吸器依賴病人	連續使用呼吸器＞63(或>=64)日

(二)指標分類及病人分類計算資料範圍

指標分類	病人分類計算資料範圍(以費用年月抓取)
呼吸器新病人監控指標	前 2 月~統計期間~**延續**至次季(多加 3 個月) Ex：若統計期間 95Q1(9501~9503)，則為 9411~9506，共 8 個月。
	前 2 月~統計期間~**延續**至次次季第 2 個月(多加 5 個月) Ex：若統計期間 95Q1(9501~9503)，則為 9411~9508，共 10 個月。
呼吸器總病人監控指標	前 2 季~統計期間~次季第 2 個月(多加 2 個月) Ex：若統計期間 95Q1(9501~9503)，則為 9407~9505，共 11 個月。
其他指標	無需病人分類

(三)病人分類計算邏輯說明

1、資料來源

在進行指標計算時，共需用到呼吸器、ICU、亞急性呼吸照護病房(101 年以前名稱為 RCC)、抗生素這四類的申報資料，然而這四類申報資料的醫令執行起迄期間不論是在正常情況下或是因申報錯誤的關係，卻會有期間互相重疊的情形而因此導致錯誤的計算結果。

為避免這樣的問題，將會針對每個費用年月這四類的申報資料，個別依病人 ID、費用年月、特約類別、院所分類將重疊的期間整理成一筆大區間後存放到呼吸器相關醫令明細期間整合檔；而後續的病人分類計算以及與病人分類相關指標之計算則是直接從此檔來撈取出所需之資料，而不是從原始申報資料明細檔去撈取資料。

例如：遇到申報一筆甲病人呼吸器醫令 2006/2/1~2006/2/5，
但同時又申報了 5 筆呼吸器醫令
2006/2/1~2006/2/1、2006/2/2~2006/2/2、2006/2/3~2006/2/3、
2006/2/4~2006/2/4、2006/2/5~2006/2/5
則整理後取頭尾 2006/2/1~2006/2/5 為其呼吸器使用起迄期間。

2、標準程序

程序 1：找出統計期間內有使用呼吸器的病人。
程序 2：找出程序 1 病人在病人分類計算資料範圍的呼吸器使用記錄。
程序 3：計算每位病人的連續使用呼吸器日數。
(1).呼吸器醫令：(57001B、57002B、57023B)。
(2).連續呼吸器使用日數依病人開始使用呼吸器之日起算。
(3).連續呼吸器使用日數=呼吸器使用日數之累加。
(4).呼吸器使用日數計算方式為(使用迄日-使用起日)+1。
(5).連續使用呼吸器日數採跨院累計，若中斷>5 日則重新起算該病人連續使用呼吸器日數；每一次的中斷視為一個療程。
程序 4：整理出每位病人經歷多少療程。
(同一病人 ID 有可能經歷許多療程)
程序 5：整理出每位病人的每筆就醫記錄各分別經歷了 A 類、B 類、C 類哪些期間。
程序 6：當跨越多個期間時，拆成單一期間。
程序 7：分類完成後存放到呼吸器監控指標病人分類明細檔，以便提供與病人分類相關指標計算所需之資料。
程序 8：完成。

範例：

程序 1~程序 4

編號	ID	費用年月	院所代碼	使用起日	使用迄日	**使用日數**	中斷日數	連續使用日數(起)	**連續使用日數(迄)**	A類	B類	C類	**療程**
1	L1005	9501	145010038	2005/12/12	2005/12/22	**11**	0	1	**11**				**1**
2	L1005	9501	145010038	2005/12/29	2006/1/4	**7**	6	1	**7**				**2**
3	L1005	9501	145010038	2006/1/5	2006/1/16	**12**	0	8	**19**				**2**
4	L1005	9503	145010019	2006/1/16	2006/1/20	**4**	-1	19	**23**				**2**
5	L1005	9503	145010019	2006/1/21	2006/1/27	**7**	0	24	**30**				**2**
6	L1005	9503	145010019	2006/1/28	2006/1/29	**2**	0	31	**32**				**2**
7	L1005	9503	145010019	2006/1/30	2006/1/31	**2**	0	33	**34**				**2**
8	L1005	9503	145010019	2006/2/1	2006/2/9	**9**	0	35	**43**				**2**
9	L1005	9503	145010019	2006/2/11	2006/2/12	**2**	1	44	**45**				**2**
10	L1005	9503	145010019	2006/2/14	2006/2/14	**1**	1	46	**46**				**2**
11	L1005	9503	145010019	2006/2/15	2006/2/22	**8**	0	47	**54**				**2**
12	L1005	9503	145010019	2006/2/23	2006/3/13	**19**	0	55	**73**				**2**
13	L1005	9504	145010019	2006/3/14	2006/4/18	**36**	0	74	**109**				**2**
14	L1005	9504	145010019	2006/4/19	2006/4/19	**1**	0	110	**110**				**2**

程序 5

編號	ID	費用年月	院所代碼	使用起日	使用迄日	使用日數	中斷日數	連續使用日數(起)	連續使用日數(迄)	**A類**	**B類**	**C類**	療程
1	L1005	9501	145010038	2005/12/12	2005/12/22	11	0	1	11	**1**			1
2	L1005	9501	145010038	2005/12/29	2006/1/4	7	6	1	7	**1**			2
3	L1005	9501	145010038	2006/1/5	2006/1/16	12	0	8	19	**1**			2
4	L1005	9503	145010019	2006/1/16	2006/1/20	4	-1	19	23	**1**	**1**		2
5	L1005	9503	145010019	2006/1/21	2006/1/27	7	0	24	30		**1**		2
6	L1005	9503	145010019	2006/1/28	2006/1/29	2	0	31	32		**1**		2
7	L1005	9503	145010019	2006/1/30	2006/1/31	2	0	33	34		**1**		2
8	L1005	9503	145010019	2006/2/1	2006/2/9	9	0	35	43		**1**		2
9	L1005	9503	145010019	2006/2/11	2006/2/12	2	1	44	45		**1**		2
10	L1005	9503	145010019	2006/2/14	2006/2/14	1	1	46	46		**1**		2
11	L1005	9503	145010019	2006/2/15	2006/2/22	8	0	47	54		**1**		2
12	L1005	9503	145010019	2006/2/23	2006/3/13	19	0	55	73		**1**	**1**	2
13	L1005	9504	145010019	2006/3/14	2006/4/18	36	0	74	109			**1**	2
14	L1005	9504	145010019	2006/4/19	2006/4/19	1	0	110	110			**1**	2

程序 6

編號	ID	費用年月	院所代碼	使用起日	使用迄日	連續使用日數(起)	連續使用日數(迄)	**A類**	**B類**	**C類**	療程
1	L1005	9501	145010038	2005/12/12	2005/12/22	1	11	1			1
2	L1005	9501	145010038	2005/12/29	2006/1/4	1	7	1			2
3	L1005	9501	145010038	2006/1/5	2006/1/16	8	19	1			2
4	L1005	9503	145010019	2006/1/16	2006/1/18	19	21	**1**			2
5	L1005	9503	145010019	2006/1/19	2006/1/20	22	23		**1**		2
6	L1005	9503	145010019	2006/1/21	2006/1/27	24	30		1		2
7	L1005	9503	145010019	2006/1/28	2006/1/29	31	32		1		2
8	L1005	9503	145010019	2006/1/30	2006/1/31	33	34		1		2
9	L1005	9503	145010019	2006/2/1	2006/2/9	35	43		1		2
10	L1005	9503	145010019	2006/2/11	2006/2/12	44	45		1		2
11	L1005	9503	145010019	2006/2/14	2006/2/14	46	46		1		2
12	L1005	9503	145010019	2006/2/15	2006/2/22	47	54		1		2
13	L1005	9503	145010019	2006/2/23	2006/3/3	55	63		**1**		2
14	L1005	9503	145010019	2006/3/4	2006/3/13	64	73			**1**	2
15	L1005	9504	145010019	2006/3/14	2006/4/18	74	109			1	2
16	L1005	9504	145010019	2006/4/19	2006/4/19	110	110			1	2

3、呼吸器新病人監控指標(延續至次季或次次季第 2 個月)

程序 1：找出統計期間內使用呼吸器之病人。

程序 2：找出程序 1 病人為新使用呼吸器病人者(撈出統計期間前 2 月的資料且往前 5 天沒有使用呼吸器者，即為新使用呼吸器病人)，及這些新使用呼吸器病人在統計期間內~**延續**至次季(**延續**至次次季第 2 個月)的呼吸器使用記錄。

後續請比照標準程序 3 以後的程序。

範例：下表以 A 病患使用呼吸器之申報資料說明延續概念

編號	ID	年季	費用年月	院所	使用起日	使用迄日	
1	A	94Q3	9408	545010017	2005/6/18	2005/7/26	
2	A	94Q3	9408	545010017	2005/7/27	2005/8/11	
3	A	94Q4	9411	545010017	2005/8/18	2005/10/16	
4	A	94Q4	9412	545010017	2005/10/17	2005/12/15	
5	**A**	**95Q1**	**9501**	**545010017**	**2005/12/16**	**2006/1/4**	中斷 19 天
6	**A**	**95Q1**	**9503**	**545010017**	**2006/1/24**	**2006/1/26**	
7	**A**	**95Q1**	**9503**	**545010018**	**2006/1/27**	**2006/2/5**	
8	**A**	**95Q1**	**9503**	**545010018**	**2006/2/8**	**2006/2/20**	中斷 6 天
9	**A**	**95Q1**	**9503**	**545010018**	**2006/2/27**	**2006/3/27**	
10	A	95Q2	9505	545010017	2006/3/28	2006/5/26	中斷 6 天
11	A	95Q2	9506	545010017	2006/6/2	2006/6/15	
12	A	95Q2	9506	545010017	2006/6/16	2006/6/22	
13	A	95Q3	9507	545010017	2006/7/16	2006/7/30	

若統計期間 95Q1(費用年月 9501~9503)：

(1).由上例得知編號 6、編號 9 符合新使用呼吸器病人條件。

(2).其中，編號 6~8 為一個療程、編號 9~10 為一個療程，而這兩個療程就是此次統計期間計算指標用之母體。

(3).編號 11~12 雖也是一個療程，不過因為不是從統計期間延續過來，所以不能算入計算母體內，這裡強調的是**延續**(即療程的最小費用年月座落在統計期間內)概念。

4、呼吸器總病人監控指標(前 2 季~統計期間~次季第 2 個月)

程序 1：找出統計期間內使用呼吸器之病人。

程序 2：找出程序 1 病人在前 2 季~統計期間~次季第 2 個月所有呼吸器使用記錄。

後續請比照標準程序 3 以後的程序。

(四)指標清單

一、呼吸器新病人監控指標(700~722)

病人分類計算資料範圍	分母病人	品質指標名稱
前 2 月~統計期間~**延續**至次季(加 3 個月)	A 類+B 類+C 類	(700)新使用呼吸器病人於連續使用呼吸器 1~21 日期間住 ICU 人數比率 (701)新使用呼吸器病人於連續使用呼吸器 1~21 日期間住 ICU 日數比率 (702)新使用呼吸器病人於連續使用呼吸器 1~21 日期間平均住 ICU 日數 (703)新使用呼吸器病人於連續使用呼吸器 1~21 日期間死亡率 (704)新使用呼吸器病人於連續使用呼吸器 1~21 日期間脫離呼吸器超過 5 日之人數比率 (705)新使用呼吸器病人連續使用呼吸器>21 日人數比率
	B 類+C 類	(706)連續使用呼吸器>=22 日病人於連續使用呼吸器 22~63 日期間住 ICU 人數比率 (707)連續使用呼吸器>=22 日病人於連續使用呼吸器 22~63 日期間住 ICU 日數比率 (708)連續使用呼吸器>=22 日病人於連續使用呼吸器 22~63 日期間有住過亞急性呼吸照護病房人數比率[註：因設置標準修訂，原 RCC 名稱自 102 年起改為亞急性呼吸照護病房] (709)連續使用呼吸器>=22 日病人於連續使用呼吸器 22~63 日期間未住過 ICU 且未住過亞急性呼吸照護病房人數比率[註：因設置標準修訂，原 RCC 名稱自 102 年起改為亞急性呼吸照護病房] (710)連續使用呼吸器>=22 日病人於連續使用呼吸器 22~63 日期間死亡率 (711)連續使用呼吸器>=22 日病人於連續使用呼吸器 22~63 日期間脫離呼吸器超過 5 日之人數比率 (712)連續使用呼吸器>=22 日病人中連續使用呼吸器>63 日人數比率 (713)連續使用呼吸器>=22 日病人於連續使用呼吸器 22~63 日期間回轉 ICU 人數比率

	C 類	(714)呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器>=64 日期間住 ICU 人數比率 (715)呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器>=64 日期間住 ICU 日數比率 (716)呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器 1~63 日期間未住過 ICU 但住過亞急性呼吸照護病房人數比率[註：因設置標準修訂，原 RCC 名稱自 102 年起改為亞急性呼吸照護病房] (717)呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器 1~63 日期間未住過 ICU 且未住過亞急性呼吸照護病房人數比率[註：因設置標準修訂，原 RCC 名稱自 102 年起改為亞急性呼吸照護病房] (718)呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器>=64 日期間死亡率 (719)呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器>=64 日期間使用抗生素 3 日以上人數比率 (720)呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器>=64 日期間使用抗生素 7 日以上人數比率
前 2 月~統計期間~**延續**至次次季第 2 個月(加 5 個月)	C 類	(721)呼吸器依賴病人於第 94 日內脫離人數比率 (722)呼吸器依賴病人於第 124 日內脫離人數比率

二、呼吸器總病人監控指標(723~724)

病人分類計算資料範圍	分母病人	品質指標名稱
前 2 季~統計期間~次季第 2 個月(加 2 個月)	C 類	(723)呼吸器依賴所有病人於連續使用呼吸器>=64 日期間住 ICU 人數比率 (724)呼吸器依賴所有病人於連續使用呼吸器>=64 日期間回轉 ICU 人數比率

三、其他指標(725)

病人分類計算資料範圍	分母病人	品質指標名稱
無分類	無分類	(725)住 ICU 病人有使用呼吸器人數比率

(五)指標計算規則

組別	編號	ID	院所代碼	使用起日	使用迄日	連續使用日數(起)	連續使用日數(迄)	A類	B類	C類	療程
1	1	A1107	545010017	2006/1/24	2006/2/13	1	21	1			15
	2	A1107	545010017	2006/2/14	2006/3/27	22	63		1		15
	3	**A1107**	**545010017**	**2006/3/28**	**2006/4/11**	**64**	**79**			**1**	**15**
	4	A1107	545040515	2006/4/18	2006/5/8	1	21	1			16
	5	**A1107**	**545040515**	**2006/5/9**	**2006/5/30**	**22**	**43**		**1**		**16**
2	6	D1011	545010017	2006/3/7	2006/3/27	1	20	1			21
	7	**D1011**	**645020015**	**2006/3/28**	**2006/3/28**	**21**	**21**	**1**			**21**
3	8	T1029	645030011	2006/2/18	2006/3/10	1	21	1			27
	9	T1029	645030011	2006/3/11	2006/3/16	22	27		1		27
	10	**T1029**	**545010017**	**2006/3/16**	**2006/3/27**	**27**	**38**		**1**		**27**
4	11	U1005	145010010	2006/1/25	2006/2/14	1	21	1			30
	12	U1005	145010010	2006/2/15	2006/3/28	22	63		1		30
	13	U1005	145010010	2006/3/29	2006/4/18	64	84			1	30
	14	U1005	145030012	2006/4/18	2006/5/8	84	104			1	30
	15	**U1005**	**145010010**	**2006/5/9**	**2006/5/30**	**105**	**126**			**1**	**30**

1.進行指標計算時，取每一療程的最後一筆記錄做為指標運算時的母體。

例：編號 3、5、7、10、15 為指標運算的母體。

2.依每一療程的最後一筆記錄其所座落的期間來判定出屬於 A 類、B 類、C 類這三類中的哪類病人。

例：編號 3、15 落在 C 類期間，所以屬 C 類病人；

編號 5、10 落在 B 類期間，所以屬 B 類病人；

編號 7 落在 A 類期間，所以屬 A 類病人。

3.在計算人數時，請將療程加入進去看(人次概念)。

例：同一 ID 經歷 2 個療程，2 個療程都屬於 B 類病人，若要求取 B 類病人數，則此時人數算 2 不算 1。

4.因指標計算屬於人次概念，故除了指標 725 之外，其餘指標在計算出[分區別+特約別+院所別]此維度後，剩餘維度皆可從此維度累加計算之。

5.由於指標計算時，是取每一療程的最後一筆記錄做為指標運算的母體，所以在計算[分區別+特約別+院所別]維度時，也是取每一療程最後一筆記錄的院所為代表。

例：編號 3：取 545010017

編號 5：取 545040515

編號 7：取 645020015

編號 10：取 545010017

編號 15：取 145010010。

(六)指標定義

(700)新使用呼吸器病人於連續使用呼吸器 1~21 日期間住 ICU 人數比率

(建置時間：97/01/15)

- ■ 分子：分母之個案於連續使用呼吸器 1~21 日期間住 ICU 人數
- ■ 分母：新使用呼吸器病人數
- □ 新使用呼吸器病人：(A 類+B 類+C 類)。
- □ ICU 醫令：(03010E，03011F，03012G，03013H)。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(院所資料往上累加)
  2.分區+特約類別(院所資料往上累加)
  3.分區+特約類別+院所

(701)新使用呼吸器病人於連續使用呼吸器 1~21 日期間住 ICU 日數比率

(建置時間：97/01/15)

- ■ 分子：分母之個案於連續使用呼吸器 1~21 日期間住 ICU 總日數
- ■ 分母：新使用呼吸器病人住院總日數
- □ 新使用呼吸器病人(A 類+B 類+C 類)住院總日數：
  A 類病人在 A 類期間住院日數+B 類病人在 A 類期間住院日數+C 類病人在 A 類期間住院日數。
- □ 住 ICU 總日數：A 類期間內住 ICU 之天數加總。
- □ ICU 醫令：（03010E，03011F，03012G，03013H）
- □ 日數=(尾-頭)+1
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(院所資料往上累加)
  2.分區+特約類別(院所資料往上累加)
  3.分區+特約類別+院所

(702)新使用呼吸器病人於連續使用呼吸器 1~21 日期間平均住 ICU 日數

(建置時間：97/01/15)

- ■ 分子：分母之個案於連續使用呼吸器 1~21 日期間住 ICU 總日數
- ■ 分母：新使用呼吸器病人數
- □ 新使用呼吸器病人：(A 類+B 類+C 類)。
- □ 住 ICU 總日數：A 類期間內住 ICU 之天數加總。
- □ ICU 醫令：(03010E，03011F，03012G，03013H)。
- □ 日數=(尾-頭)+1。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(院所資料往上累加)
  2.分區+特約類別(院所資料往上累加)
  3.分區+特約類別+院所

(703)新使用呼吸器病人於連續使用呼吸器 1~21 日期間死亡率

(建置時間：97/01/15)

- ■ 分子：分母之個案於連續使用呼吸器 1~21 日期間死亡人數
- ■ 分母：新使用呼吸器病人數
- □ 新使用呼吸器病人：(A 類+B 類+C 類)。
- □ 死亡人數：屬於 A 類病人且依 ID+出生日期及 A 類期間迄日~A 類期間迄日+3 日這段期間去勾死亡檔為死亡之病人數。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(院所資料往上累加)
  2.分區+特約類別(院所資料往上累加)
  3.分區+特約類別+院所

(704)新使用呼吸器病人於連續使用呼吸器 1~21 日期間脫離呼吸器超過 5 日之人數比率

(建置時間：97/01/15)

- ■ 分子：分母個案於連續使用呼吸器 1~21 日期間脫離呼吸器超過 5 日之人數
- ■ 分母：新使用呼吸器病人數
- □ 新使用呼吸器病人：(A 類+B 類+C 類)。
- □ 連續使用呼吸器 1~21 日期間脫離呼吸器超過 5 日之人數：A 類病人數。
- □ 分子需排除死亡
  (死亡人數：屬於 A 類病人且依 ID+出生日期及 A 類期間迄日~A 類期間迄日+3 日這段期間去勾死亡檔為死亡之病人數)
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(院所資料往上累加)
  2.分區+特約類別(院所資料往上累加)
  3.分區+特約類別+院所

(705)新使用呼吸器病人連續使用呼吸器>21 日人數比率

(建置時間：97/01/15)

- ■ 分子：分母之個案連續使用呼吸器>21 日之人數
- ■ 分母：新使用呼吸器病人數
- □ 新使用呼吸器病人：(A 類+B 類+C 類)。
- □ 分子：長期使用呼吸器病人(B 類)+呼吸器依賴病人(C 類)之人數。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(院所資料往上累加)
  2.分區+特約類別(院所資料往上累加)
  3.分區+特約類別+院所

(706)連續使用呼吸器>=22 日病人於連續使用呼吸器 22~63 日期間住 ICU 人數比率

(建置時間：97/01/15)

- ■ 分子：分母之個案於連續使用呼吸器 22~63 日期間住 ICU 人數
- ■ 分母：連續使用呼吸器>=22 日病人數
- □ 連續使用呼吸器>=22 日病人：(B 類+C 類)。
- □ 住 ICU 人數：B 類期間有住 ICU 且住 ICU 日數>未住 ICU 日數。
  例如：B 類期間呼吸器使用日數為 20 天，其中住 ICU 日數為 15 天，則未住 ICU 日數為 20-15=5 天，所以 15 天>5 天符合 B 類期間有住 ICU 且住 ICU 日數(15 天)大於未住 ICU 日數(5 天)。
- □ ICU 醫令：(03010E，03011F，03012G，03013H)。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(院所資料往上累加)
  2.分區+特約類別(院所資料往上累加)
  3.分區+特約類別+院所

(707)連續使用呼吸器>=22 日病人於連續使用呼吸器 22~63 日期間住 ICU 日數比率

(建置時間：97/01/15)

- ■ 分子：分母之個案於連續使用呼吸器 22~63 日期間住 ICU 總日數
- ■ 分母：連續使用呼吸器>=22 日病人住院總日數
- □ 連續使用呼吸器>=22 日病人(B 類+C 類)住院總日數：B 類病人在 B 類期間住院日數+C 類病人在 B 類期間住院日數。
- □ 住 ICU 總日數：B 類期間內住 ICU 之天數加總。
- □ ICU 醫令：(03010E，03011F，03012G，03013H)。
- □ 日數=(尾-頭)+1。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(院所資料往上累加)
  2.分區+特約類別(院所資料往上累加)
  3.分區+特約類別+院所

(708)連續使用呼吸器>=22 日病人於連續使用呼吸器 22~63 日期間有住過亞急性呼吸照護病房人數比率

(建置時間：97/01/15)

(102/01/08 修訂名稱：因設置標準修訂，自 102 年 1 月 1 日起，原 RCC 名稱改為亞急性呼吸照護病房)

- ■ 分子：分母之個案於連續使用呼吸器 22~63 日期間有住過亞急性呼吸照護病房人數
- ■ 分母：連續使用呼吸器>=22 日病人數
- □ 連續使用呼吸器>=22 日病人：(B 類+C 類)。
- □ 亞急性呼吸照護病房醫令：(P1005K，P1006K，P1007A，P1008A)。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(院所資料往上累加)
  2.分區+特約類別(院所資料往上累加)
  3.分區+特約類別+院所

(709)連續使用呼吸器>=22 日病人於連續使用呼吸器 22~63 日期間未住過 ICU 且未住過亞急性呼吸照護病房人數比率

(建置時間：97/01/15)

(102/01/08 修訂名稱：因設置標準修訂，自 102 年 1 月 1 日起，原 RCC 名稱改為亞急性呼吸照護病房)

- ■ 分子：分母之個案於連續使用呼吸器 22~63 日期間未住過 ICU 且未住過亞急性呼吸照護病房人數
- ■ 分母：連續使用呼吸器>=22 日病人數
- □ 連續使用呼吸器>=22 日病人：(B 類+C 類)。
- □ ICU 醫令：(03010E，03011F，03012G，03013H)。
- □ 亞急性呼吸照護病房醫令：(P1005K，P1006K，P1007A，P1008A)。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(院所資料往上累加)
  2.分區+特約類別(院所資料往上累加)
  3.分區+特約類別+院所

(710)連續使用呼吸器>=22 日病人於連續使用呼吸器 22~63 日期間死亡率

(建置時間：97/01/15)

- ■ 分子：分母之個案於連續使用呼吸器 22~63 日期間死亡人數
- ■ 分母：連續使用呼吸器>=22 日病人數
- □ 連續使用呼吸器>=22 日病人：(B 類+C 類)。
- □ 死亡人數：屬於 B 類病人且依 ID+出生日期及 B 類期間迄日~B 類期間迄日+3 日這段期間去勾死亡檔為死亡之病人數。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(院所資料往上累加)
  2.分區+特約類別(院所資料往上累加)
  3.分區+特約類別+院所

(711)連續使用呼吸器>=22 日病人於連續使用呼吸器 22~63 日期間脫離呼吸器超過 5 日之人數比率

(建置時間：97/01/15)

- ■ 分子：分母之個案於連續使用呼吸器 22~63 日期間脫離呼吸器超過 5 日之人數
- ■ 分母：連續使用呼吸器>=22 日病人數
- □ 連續使用呼吸器>=22 日病人：(B 類+C 類)。
- □ 連續使用呼吸器 22~63 日期間脫離呼吸器超過 5 日之人數：B 類病人數
- □ 分子需排除死亡
  (死亡人數：屬於 B 類病人且依 ID+出生日期及 B 類期間迄日~B 類期間迄日+3 日這段期間去勾死亡檔為死亡之病人數)
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(院所資料往上累加)
  2.分區+特約類別(院所資料往上累加)
  3.分區+特約類別+院所

(712)連續使用呼吸器>=22 日病人中連續使用呼吸器>63 日人數比率

(建置時間：97/01/15)

- ■ 分子：分母之個案連續使用呼吸器>63 日之人數
- ■ 分母：連續使用呼吸器>=22 日病人數
- □ 連續使用呼吸器>=22 日病人：(B 類+C 類)。
- □ 分子：呼吸器依賴病人(C 類)之人數。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(院所資料往上累加)
  2.分區+特約類別(院所資料往上累加)
  3.分區+特約類別+院所

(713)連續使用呼吸器>=22 日病人於連續使用呼吸器 22~63 日期間回轉 ICU 人數比率

(建置時間：97/01/15)

- ■ 分子：分母之個案於連續使用呼吸器 22~63 日期間有住 ICU 人數
- ■ 分母：連續使用呼吸器>=22 日病人數
- □ 連續使用呼吸器>=22 日病人：(B 類+C 類)。
- □ 分子：若期間有多次住 ICU，只要其中一次同時符合下述(1)、(2)兩條件就算入分子：

  (1)ICU 起日介於病人連續使用呼吸器 22~63 日期間。

  (2)ICU 起日往前 5 日內未住 ICU

  ex：ICU 起日=951006，往前 5 日為(ICU 起日-5)=951001
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(院所資料往上累加)
  2.分區+特約類別(院所資料往上累加)
  3.分區+特約類別+院所

(714)呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器>=64 日期間住 ICU 人數比率

(建置時間：97/01/15)

- ■ 分子：分母之個案於連續使用呼吸器>=64 日期間住 ICU 人數
- ■ 分母：呼吸器依賴病人數
- □ 呼吸器依賴病人：C 類。
- □ ICU 醫令：(03010E，03011F，03012G，03013H)。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(院所資料往上累加)
  2.分區+特約類別(院所資料往上累加)
  3.分區+特約類別+院所

(715)呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器>=64 日期間住 ICU 日數比率

(建置時間：97/01/15)

- ■ 分子：分母之個案於連續使用呼吸器>=64 日期間住 ICU 總日數
- ■ 分母：呼吸器依賴病人住院總日數
- □ 呼吸器依賴病人(C 類)住院總日數：C 類病人在 C 類期間住院日數。
- □ 住 ICU 總日數：C 類期間內住 ICU 之天數加總。
- □ ICU 醫令：（03010E，03011F，03012G，03013H）。
- □ 日數=(尾-頭)+1。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(院所資料往上累加)
  2.分區+特約類別(院所資料往上累加)
  3.分區+特約類別+院所

(716)呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器 1~63 日期間未住過 ICU 但住過亞急性呼吸照護病房人數比率

(建置時間：97/01/15)

(102/01/08 修訂名稱：因設置標準修訂，自 102 年 1 月 1 日起，原 RCC 名稱改為亞急性呼吸照護病房)

- ■ 分子：分母之個案於連續使用呼吸器 1~63 日期間未住過 ICU 但住過亞急性呼吸照護病房人數
- ■ 分母：呼吸器依賴病人數
- □ 呼吸器依賴病人：C 類。
- □ 連續使用呼吸器 1~63 日期間：A 類期間+B 類期間。
- □ ICU 醫令：(03010E，03011F，03012G，03013H)。
- □ 亞急性呼吸照護病房醫令：(P1005K，P1006K，P1007A，P1008A)。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(院所資料往上累加)
  2.分區+特約類別(院所資料往上累加)
  3.分區+特約類別+院所

(717)呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器 1~63 日期間未住過 ICU 且未住過亞急性呼吸照護病房人數比率

(建置時間：97/01/15)

(102/01/08 修訂名稱：因設置標準修訂，自 102 年 1 月 1 日起，原 RCC 名稱改為亞急性呼吸照護病房)

- ■ 分子：分母之個案於連續使用呼吸器 1~63 日期間未住過 ICU 且未住過亞急性呼吸照護病房人數
- ■ 分母：呼吸器依賴病人數
- □ 呼吸器依賴病人：C 類。
- □ 連續使用呼吸器 1~63 日期間：A 類期間+B 類期間。
- □ ICU 醫令：(03010E，03011F，03012G，03013H)。
- □ 亞急性呼吸照護病房醫令：(P1005K，P1006K，P1007A，P1008A)。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(院所資料往上累加)
  2.分區+特約類別(院所資料往上累加)
  3.分區+特約類別+院所

(718)呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器>=64 日期間死亡率

(建置時間：97/01/15)

- ■ 分子：分母之個案於連續使用呼吸器>=64 日期間死亡人數
- ■ 分母：呼吸器依賴病人數
- □ 呼吸器依賴病人：C 類。
- □ 死亡人數：屬於 C 類病人且依 ID+出生日期及 C 類期間迄日~C 類期間迄日+3 日這段期間去勾死亡檔為死亡之病人數。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(院所資料往上累加)
  2.分區+特約類別(院所資料往上累加)
  3.分區+特約類別+院所

(719)呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器>=64 日期間使用抗生素 3 日以上人數比率

(建置時間：97/01/15)
(102/03/07 定義修訂：為與國際接軌，自費用年月 102 年 1 月起，抗生素藥品定義由原藥理代碼前 4 碼 0812，修訂為 ATC 前 3 碼為 J01。)

- ■ 分子：分母之個案於連續使用呼吸器>=64 日期間使用抗生素 3 日以上人數
- ■ 分母：呼吸器依賴病人數
- □ 呼吸器依賴病人：C 類。
- □ 使用抗生素 3 日以上人數：抗生素使用日期>=使用呼吸器第 64 日之日期且使用日數>=3 日，其中，同一日用多種抗生素僅算一日。
- □ 抗生素：ATC 前 3 碼為 J01。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(院所資料往上累加)
  2.分區+特約類別(院所資料往上累加)
  3.分區+特約類別+院所

(720)呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器>=64 日期間使用抗生素 7 日以上人數比率

(建置時間：97/01/15)

(102/03/07 定義修訂：為與國際接軌，自費用年月 102 年 1 月起，抗生素藥品定義由原藥理代碼前 4 碼 0812，修訂為 ATC 前 3 碼為 J01。)

- ■ 分子：分母之個案於連續使用呼吸器>=64 日期間使用抗生素 7 日以上人數
- ■ 分母：呼吸器依賴病人數
- □ 呼吸器依賴病人：C 類。
- □ 使用抗生素 7 日以上人數：抗生素使用日期>=使用呼吸器第 64 日之日期且使用日數>=7 日，其中，同一日用多種抗生素僅算一日。
- □ 抗生素：ATC 前 3 碼為 J01。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(院所資料往上累加)
  2.分區+特約類別(院所資料往上累加)
  3.分區+特約類別+院所

(721)呼吸器依賴病人於第 94 日內脫離人數比率

(建置時間：97/01/15)

- ■ 分子：分母個案於連續使用呼吸器 64 日時起算 30 日內（即第 94 日）脫離人數
- ■ 分母：呼吸器依賴病人數
- □ 呼吸器依賴病人：C 類。
- □ 分子：例如有 10 位病患的連續使用呼吸器日數分別為：
  20 天、55 天、65 天、80 天、90 天、96 天、120 天、140 天、160 天、200 天
  分母=8(>63 天的就算)
  分子=3(介於 64~94 天的就算，有 65 天、80 天、90 天三筆)
- □ 分子需再排除死亡
  (死亡人數：屬於 C 類病人且依 ID+出生日期及<u>連續使用呼吸器 64 日時起算 30 日內</u>這段期間去勾死亡檔為死亡之病人數)。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(院所資料往上累加)
  2.分區+特約類別(院所資料往上累加)
  3.分區+特約類別+院所

(722)呼吸器依賴病人於第 124 日內脫離人數比率

(建置時間：97/01/15)

- ■ 分子：分母個案於連續使用呼吸器 64 日時起算 60 日內（即第 124 日）脫離人數
- ■ 分母：呼吸器依賴病人數
- □ 呼吸器依賴病人：C 類。
- □ 分子：例如有 10 位病患的連續使用呼吸器日數分別為：
  20 天、55 天、65 天、80 天、90 天、96 天、120 天、140 天、160 天、200 天
  分母=8(>63 天的就算)
  分子=5(介於 64~124 天的就算，有 65 天、80 天、90 天、96 天、120 天五筆)
- □ 分子需再排除死亡
  (死亡人數：屬於 C 類病人且依 ID+出生日期及連續使用呼吸器 64 日時起算 60 日內這段期間去勾死亡檔為死亡之病人數)
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區(院所資料往上累加)
  2.分區+特約類別(院所資料往上累加)
  3.分區+特約類別+院所

(723)呼吸器依賴所有病人於連續使用呼吸器>=64 日期間住 ICU 人數比率

(建置時間：97/01/15)

■ 分子：分母之個案於連續使用呼吸器>=64 日期間住 ICU 人數

■ 分母：呼吸器依賴總病人數

例：統計期間 95Q1

□ 分母：找出在 95Q1 已屬於呼吸器依賴病人：

(1)找出 95Q1 有使用呼吸器之病人 ID。

(2)步驟(1)之病人 ID 往前 2 季(94Q3)開始到 95Q1 次次月(9505)期間，跨院累計呼吸器使用日數。

(3)找出在 95Q1 期間連續使用呼吸器＞63 日之病人。

(4)計算分母。

□ 分子：二種情形

(1)分母病人在 95Q1 期間中斷：

病人連續使用呼吸器第 64 日至病人連續使用呼吸器迄日期間有住 ICU。

分母、分子院所代表：抓療程最後一筆的那間院所為代表。

(2)分母病人連續使用呼吸器一直用到超過 95Q1 最後一天(950331)：

病人連續使用呼吸器第 64 日至 95Q1 最後一天(950331)期間有住 ICU。

分母、分子院所代表：抓取 95Q1 最後一天(950331)那天所在院所為代表。

➢ 運算範圍：每季

➢ 展現維度：1.分區(院所資料往上累加)

2.分區+特約類別(院所資料往上累加)

3.分區+特約類別+院所

(724)呼吸器依賴所有病人於連續使用呼吸器>=64 日期間回轉 ICU 人數比率

(建置時間：97/01/15)

■ 分子：分母之個案於連續使用呼吸器>=64 日後回轉 ICU 人數

■ 分母：呼吸器依賴總病人數

例：統計期間 95Q1

□ 分母：找出在 95Q1 已屬於呼吸器依賴病人：

(1)找出 95Q1 有使用呼吸器之病人 ID。

(2)步驟(1)之病人 ID 往前 2 季(94Q3)開始到 95Q1 次次月(9505)期間，跨院累計呼吸器使用日數。

(3)找出在 95Q1 期間連續使用呼吸器＞63 日之病人。

(4)計算分母。

□ 分子：若期間有多次住 ICU，只要其中一次同時符合下述 1、2 兩條件就算入分子：

1. 二種情形

(1)分母病人在 95Q1 期間中斷：

病人連續使用呼吸器第 64 日至病人連續使用呼吸器迄日期間有住 ICU 且 ICU 起日>=病人連續使用呼吸器第 64 日之日期。

分母、分子院所代表：抓療程最後一筆的那間院所為代表。

(2)分母病人連續使用呼吸器一直用到超過 95Q1 最後一天(950331)：

病人連續使用呼吸器第 64 日至 95Q1 最後一天(950331)期間有住 ICU 且 ICU 起日>=病人連續使用呼吸器第 64 日之日期。

分母、分子院所代表：抓取 95Q1 最後一天(950331)那天所在院所為代表。

2. ICU 起日前五天內未住 ICU。

ex：ICU 起日=951006，往前 5 日為(ICU 起日-5)=951001

➢ 運算範圍：每季

➢ 展現維度：1.分區(院所資料往上累加)

2.分區+特約類別(院所資料往上累加)

3.分區+特約類別+院所

(725)住 ICU 病人有使用呼吸器人數比率

(建置時間：97/01/15)

- ■ 分子：分母之個案申報呼吸器人數
- ■ 分母：住 ICU 病人數
- □ 此指標與病人分類無關。
- □ 住 ICU 病人數：統計期間內住過 ICU。
- □ ICU 醫令：(03010E，03011F，03012G，03013H)。
- □ 分子：與分母同一案件且住 ICU 期間有使用呼吸器才符合分子條件。
- □ 計算人數時，依各維度排除重複 ID。
- ➢ 運算範圍：每季
- ➢ 展現維度：1.分區
  2.分區+特約類別
  3.分區+特約類別+院所

三、加權平均值及百分位運算邏輯說明

(一)加權平均值

在某同儕範圍下，指標加權平均值算法如下：

加權平均值=分子加總/分母加總

也就是說以指標「注射劑使用率」為例，在「分區_總額別_特約類別」同儕下的加權平均值為在該「分區_總額別_特約類別」下，所有院所的分子總和除以分母總和。

(二)百分位

此部分說明百分位指標之操作型定義(計算邏輯)，以下舉費用指標「申請件數」為例說明：

<範例>

維度組合：費用年月+分區別

計算指標：申請件數

假設為某分區 9108 之資料：

院所代碼	申請件數
AA	345
BB	2456
CC	335
DD	568
EE	1236
FF	3487
GG	223
HH	2534
II	1132
JJ	587
KK	965
LL	135
MM	598
NN	2366

計算指標：申請件數

群體數	?
總計	?
平均值	?
最大值	?
最小值	?
變異係數	?
標準差	?
第 5 百分位	?
第 10 百分位	?
第 15 百分位	?
第 20 百分位	?
第 25 百分位	?
第 50 百分位	?
第 75 百分位	?
第 80 百分位	?
第 85 百分位	?
第 90 百分位	?
第 95 百分位	?
第 96 百分位	?
第 97 百分位	?
第 98 百分位	?
第 99 百分位	?

各百分位值的算法：

步驟 1：排序。

將各院所的申請件數由小到大排列，件數越小者排名越小：

院所代碼	申請件數
AA	345
BB	2456
CC	335
DD	568
EE	1236
FF	3487
GG	223
HH	2534
II	1132
JJ	587
KK	965
LL	135
MM	598
NN	2366

排名

申請件數	排名
135	1
223	2
335	3
345	4
568	5
587	6
598	7
965	8
1132	9
1236	10
2366	11
2456	12
2534	13
3487	14

步驟 2：找出群體數(n)。

此例 n=14

步驟 3：找出各百分位對應的排名。

若對應排名值>1 採四捨五入法，<1 則採無條件進入法，公式如下：

對應排名值=nx 百分位值/100

因此：

第 5 百分位(P5)對應排名值＝14x5/100=0.7➔1

P10 對應排名值＝14x10/100=1.4➔1

P15 對應排名值＝14x15/100=2.1➔2

P20 對應排名值＝14x20/100=2.8➔3

P25 對應排名值＝14x25/100=3.5➔4

P50 對應排名值＝14x50/100=7.0➔7

P75 對應排名值＝14x75/100=10.5➔11
P80 對應排名值＝14x80/100=11.2➔11
P85 對應排名值＝14x85/100=11.9➔12
P90 對應排名值＝14x90/100=12.6➔13
P95 對應排名值＝14x95/100=13.3➔13
P96 對應排名值＝14x96/100=13.4➔13
P97 對應排名值＝14x97/100=13.6➔14
P98 對應排名值＝14x98/100=13.7➔14
P99 對應排名值＝14x99/100=13.9➔14

步驟 4：按照排名，對照出各百分位值。

按照步驟 3 各百分位對應的排名，找出百分位值：
P5＝找排名第 1 的值=135
P10＝找排名第 1 的值=135
P15＝找排名第 2 的值=223
P20＝找排名第 3 的值=335
P25＝345
P50＝598
P75＝2366
P80＝2366
P85＝2456
P90＝2534
P95＝2534
P96＝2534
P97＝3487
P98＝3487
P99＝3487
也就是說每一個百分位的值皆能對應到某一家院所的值。本系統即是利用上述邏輯計算各指標之百分位值。