

指標操作型定義

一、醫療品質指標	8
(1). 病人複診率（一）	8
(2). 病人複診率（二）	9
(3). 西醫重複就診率(一).....	10
(4). 傷科替代性 中西醫同時利用率、西中醫同時利用率	10
(5). 癌症 中西醫同時利用率、西中醫同時利用率.....	11
(6). 平均每張處方箋開藥天數.....	11
(7). 一般處方每張處方用藥品項數	11
(8). 慢性病每張處方用藥品項數.....	12
(9). 平均每張處方藥用藥品項數.....	12
(10). 注射劑使用率	12
(11). 抗生素使用率	13
(12). 整體 用藥日數重複率	13
(13). 同一院所 用藥日數重複率	13
(14). 開立慢性病連續處方箋百分比(一).....	14
(15). 慢性病 開立慢性病連續處方箋百分比(一).....	14
(16). 處方箋釋出率	15
(17). 上呼吸道感染抗生素使用率	15
(18). 十四日內再住院率、三日內再急診率.....	15
(19). 剖腹產率	16
(20). 使用 ESWL 人口平均利用次數.....	16
(21). 媒體申報率	17
(22). 醫令重複施行期間之次數統計 (分局內跨院統計).....	17
(23). 醫令重複施行期間之次數統計 (不跨院統計).....	18
(24). 基層醫師在醫院、醫院醫師在基層發生案件數	18
(25). 門診各項重點診療醫令點數佔率	19
(26). 住院之 CMI 值 (使用 87-89 年版本 DRG 權重).....	19
(27). 以 CMI 校正之平均每件住院費用 (使用 87-89 年版本 DRG 權重).....	20
(28). 各住院 DRG 費用醫療點數佔率	21
(29). 住院各 DRG 平均住院天數	21
(30). 制酸劑藥理重複案件數比率(一).....	21
(31). 西醫門診 CT(MRI)醫令執行率	22
(32). 一日急診返診率	22
(33). 二日急診返診率	22

(34). 論病例計酬案件 住院前 7 日門診平均費用	23
(35). 住院期間再手術率★.....	23
(36). 清淨手術抗生素小於 1 日使用率	24
(37). 清淨手術抗生素 2 日使用率	24
(38). 牙體復形一年重補(保存)率	24
(39). 牙體復形二年重補(保存)率	25
(40). 牙體復形申報點數佔率.....	25
(41). 根管治療完成(未完成)率	26
(42). 牙週病緊急處理佔率.....	26
(43). 牙結石清除—全口之檢測比率	26
(44). 七項醫令合計佔率	26
(45). 西醫門診 CT(MRI)案件執行率.....	27
(46). 住院 CT(MRI)醫令執行率.....	27
(47). 住院 CT(MRI)案件執行率.....	27
(48). 基層醫師在醫院、醫院醫師在基層發生金額	28
(49). 超長期住院率(大於 30 日)	28
(50). 15-30 日內再住院率	28
(51). 超長期住院率(大於 60 日)	29
(52). 超長期住院率(大於 90 日)	29
(53). 牙體復形三年重補(保存)率	30
(54). 牙結石清除—全口之半年內重複率.....	30
(55). 牙週病佔率	31
(56). 牙醫師每月申請點數.....	31
(57). 類固醇藥理重複案件數比率(一).....	31
(58). 抗生素藥理重複案件數比率(一).....	31
(59). 當季住院超過 90 日之個案繼續住院至超過 120 日之比率(一).....	32
(60). 當季住院超過 90 日之個案繼續住院至超過 120 日之比率(二).....	32
(61). 西醫重複就診率(二).....	33
(62). 開立慢性病連續處方箋百分比(二).....	33
(63). 慢性病 開立慢性病連續處方箋百分比(二).....	34
(64). 住院之 CMI 值 (使用 89-91 年版本 DRG 權重).....	35
(65). 以 CMI 校正之平均每件住院費用 (使用 89-91 年版本 DRG 權重)	35
(66). 中醫重複就診率	36
(67). 符合論病例計酬基本診療項目比率.....	37
(68). 三日內再住院率	37
(69). 同日急診返診比率	37
(70). 制酸劑藥理重複案件數比率(二).....	38
(71). 類固醇藥理重複案件數比率(二)★.....	38

(72). 抗生素藥理重複案件數比率(二)★.....	38
(73). 上呼吸道感染抗生素使用率(二).....	39
(74). 超長期住院率(大於30日)(二).....	39
(75). 制酸劑藥理重複案件數比率(三)★.....	40
(76). 整體門診用藥日數重複率(二)_季.....	40
(77). 同一院所門診用藥日數重複率(二)_季.....	41
(78). 整體門診用藥日數重複率(二)_月.....	41
(79). 同一院所門診用藥日數重複率(二)_月.....	42
(80). 整體慢性病門診用藥日數重複率_季.....	42
(81). 同一院所慢性病門診用藥日數重複率_季.....	43
(82). 整體7日內處方用藥日數重複2日以上比率_季.....	44
(83). 同一院所7日內處方用藥日數重複2日以上比率_季.....	45
(84). 整體7日內處方用藥日數重複2日以上比率_月.....	47
(85). 同一院所7日內處方用藥日數重複2日以上比率_月.....	48
(86). 慢性病開立慢性病連續處方箋百分比(三).....	51
(87). 特定藥品併用制酸劑比率★.....	52
(88). 感冒佔健保支出比率.....	52
(91). 糖尿病方案年度評估執行率.....	54
(92). 氣喘方案年度評估執行率.....	54
(93). 高血壓方案年度評估執行率.....	55
(94). 制酸劑用藥案件重複率.....	56
(95). 類固醇用藥案件重複率.....	56
(96). 抗生素用藥案件重複率.....	57
(97). 精神病人出院7日及30日內門診追蹤治療率.....	58
(99). 6歲以下兒童氣喘住院率_季.....	59
(100). 6歲以下兒童氣喘住院率_年.....	60
(101). 門診心臟超音波案件執行率.....	60
(102). 門診心臟超音波醫令執行率.....	61
(103). 西醫重複就診率(三).....	61
(104). 門診注射劑使用率(95年西醫醫院品保方案).....	62
(105). 上呼吸道感染病人7日內複診率.....	62
(106). 初次剖腹產率.....	64
(107). 住院案件出院後十四日內再住院率★.....	64
(108). 住院案件出院後三日內再急診率★.....	65
(109). 糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)執行率_季.....	66
(110). 糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)執行率_年.....	67
(111). 空腹血脂(FASTING LIPID PROFILE)執行率_季.....	67
(112). 空腹血脂(FASTING LIPID PROFILE)執行率_年.....	68

(113). 眼底檢查或眼底彩色攝影執行率_季.....	69
(114). 眼底檢查或眼底彩色攝影執行率_年.....	69
(115). 尿液微量白蛋白檢查執行率_季.....	70
(116). 尿液微量白蛋白檢查執行率_年.....	70
(117). 糖尿病試辦方案收案率	71
(118). 各住院 DRG 費用醫療點數佔率(TW-DRG 第 3 版).....	72
(119). 各住院 DRG 平均住院天數(TW-DRG 第 3 版).....	72
(120). 住院之 CMI 值(TW-DRG 第 3 版).....	73
(121). 以 CMI 校正之平均每件住院費用(TW-DRG 第 3 版).....	74
(125). 病人複診率(三).....	75
(127). 山地離島地區-慢性病 開立慢性病連續處方箋百分比.....	76
(128). 山地離島地區-制酸劑藥理重複案件數比率.....	77
(129). 山地離島地區-平均每張處方箋開藥天數.....	78
(130). 山地離島地區-注射劑使用率.....	78
(131). 山地離島地區-抗生素使用率.....	79
(132). 山地離島地區-處方箋釋出率.....	80
(133). 山地離島地區-病人複診率.....	80
(135). 山地離島地區-整體門診用藥日數重複率.....	82
(136). 精神疾病用藥(精神分裂)-不同處方用藥日數重複率★.....	83
(138). 精神疾病用藥(憂鬱症)-不同處方用藥日數重複率★.....	86
(140). 精神疾病用藥(安眠鎮靜)-不同處方用藥日數重複率★.....	89
(142). 降血壓藥物(口服)-不同處方用藥日數重複率★	92
(144). 降血脂藥物(口服)-不同處方用藥日數重複率★	95
(146). 降血糖藥物(不分口服及注射)-不同處方用藥日數重複率★	98
(148). 消化性潰瘍用藥-不同處方用藥日數重複率★.....	101
(150). 抗發炎及風濕性用藥(非類固醇抗發炎制劑)-不同處方用藥日數重複率★	
104	
(152). 抗發炎及風濕性用藥(肌肉鬆弛劑)-不同處方用藥日數重複率★	107
(154). 抗發炎及風濕性用藥(ANTIGOUT)-不同處方用藥日數重複率★.....	110
(156). 感冒制劑-不同處方用藥日數重複率★	113
(158). 制酸劑-不同處方用藥日數重複率	116
(160). 類固醇-不同處方用藥日數重複率★	119
(162). 抗生素-不同處方用藥日數重複率★	122
(164). 門診同藥理用藥日數重複率	125
(166). 心肌梗塞病人再住院率.....	128
(169). 中風病人再住院率.....	128
(172). 心臟衰竭病人再住院率.....	129
(175). 肺炎病人再住院率.....	129

(178). 氣喘病人再住院率.....	130
(181). 潰瘍病人再住院率.....	130
(184). 全髖或全膝關節置換病人再住院率.....	131
(187). 膽囊切除病人再住院率.....	132
(190). 前列腺切除病人再住院率.....	132
(193). 子宮切除病人再住院率.....	133
(196). 糖尿病患合併腎臟病者使用 BIGUANIDES 人次比率★.....	133
(197). 糖尿病患同時使用 GLITAZONES 及 INSULINS 人次比率★.....	135
(198). 糖尿病患同時使用四種以上降血糖藥物人次比率★.....	135
(199). MRI 檢查後 30 天及 90 天內 CT、MRI 利用率_跨院.....	136
(201). MRI 檢查後 30 天及 90 天內 CT、MRI 利用率_同院.....	136
(203). CT 檢查後 30 天及 90 天內 CT、MRI 利用率_跨院.....	137
(205). CT 檢查後 30 天及 90 天內 CT、MRI 利用率_同院.....	137
(207). 糖尿病新病患初次用藥即使用 A-GLUCOSIDASE INHIBITORS 人數比率★	139
(208). 糖尿病新病患初次用藥即使用 GLITAZONES 人數比率★.....	140
(209). 具痛風病史之高血壓病患使用 THIAZIDE DIURETICS 之比率★.....	141
(210). 具低鈉血症病史之高血壓病患使用 THIAZIDE DIURETICS 之比率★.....	142
(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★	143
(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★	144
(213). 高血壓懷孕婦女使用 ACEI 或 ARB 之比率★.....	145
(214). 具血管水腫病史之高血壓病患使用 ACEI 之比率★.....	146
(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★.....	147
(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★.....	148
(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★.....	149
(218). 高血壓合併心肌梗塞病患，使用 B-BLOCKER 或 ACEI 或 ALDOSTERONE ANTAGONIST 之比率★.....	150
(219). 高血壓合併心臟衰竭病患，使用 LOOP DIURETICS 或 B-BLOCKER 或 ACEI 或 ARB 或 ALDOSTERONE ANTAGONIST 之比率★.....	151
(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★.....	152
(221). 高血壓合併慢性腎疾病病患，使用 ACEI 或 ARB 之比率★.....	153
(222). 高血壓合併中風病患，使用 THIAZIDE DIURETICS 或 ACEI 之比率★..	154

(223). 慢性病開立慢性病連續處方箋百分比 (95 年西醫基層品保方案)	155
(224). 門診注射劑使用率 (95 年西醫基層品保方案)	156
(225). 保險對象牙齒填補 1 年保存率 (95 年品保方案)	161
(226). 保險對象牙齒填補 2 年保存率 (95 年品保方案)	162
(227). 同院所 90 日內根管治療完成率 (95 年品保方案)	163
(228). 13 歲 (含) 以上全口牙結石清除率 (95 年品保方案)	164
(229). 5 歲以下兒童牙齒預防保健服務人數比率 (95 年品保方案)	165
(230). 乳牙 1.5 年內自家再補率 (95 年品質公開)	166
(231). 恆牙 2 年內自家再補率 (95 年品質公開)	167
(232). 同院所 180 日內根管保存率 (95 年品質公開)	168
(233). 中醫傷科病患 7 日內同時利用西醫復健比率 (95 年品保方案)	169
(234). 中醫癌症病患同時利用西醫人數比率 (95 年品保方案)	170
(235). 中醫同日重複就診率 (95 年品保方案)	171
(236). 平均就醫次數 (95 年品保方案)	172
(237). 隔日重複就診率 (95 年品保方案)	173
(239). 2 歲以下幼兒使用 CODEINE 製劑人數比率★	174
(240). 慢性病 開立慢性病連續處方箋百分比—高血壓	175
(241). 慢性病 開立慢性病連續處方箋百分比—糖尿病	176
(242). 糖尿病方案 HBA1C 執行率_季	177
(243). 糖尿病方案 HBA1C 執行率_年	177
(244). 糖尿病方案空腹血脂執行率_季	178
(245). 糖尿病方案空腹血脂執行率_年	178
(246). 糖尿病方案眼底檢查執行率_季	179
(247). 糖尿病方案眼底檢查執行率_年	179
(248). 糖尿病方案尿液微量白蛋白執行率_季	180
(249). 糖尿病方案尿液微量白蛋白執行率_年	180
(250). 糖尿病方案 LDL 執行率_季	181
(251). 糖尿病方案 LDL 執行率_年	181
(252). 糖尿病方案照護率_主診斷排除就醫 1 次	182
(253). 糖尿病方案照護率_主次診斷不排除_季	183
(254). 糖尿病方案照護率_主次診斷不排除_半年	183
(255). 糖尿病方案照護率_主次診斷不排除_年	184
(256). 糖尿病方案照護率_主次診斷+用藥_季	185
(257). 糖尿病方案照護率_主次診斷+用藥_半年	185
(258). 糖尿病方案照護率_主次診斷+用藥_年	186
(259). 氣喘方案照護率_主診斷_季	187
(260). 氣喘方案照護率_主診斷_半年	187
(261). 氣喘方案照護率_主診斷_年	188

(262). 氣喘方案照護率_主次診斷_季	189
(263). 氣喘方案照護率_主次診斷_半年	189
(264). 氣喘方案照護率_主次診斷_年	190
(265). 高血壓方案照護率_主診斷排除就醫 1 次	191
(266). 高血壓方案照護率_主次診斷_季	192
(267). 高血壓方案照護率_主次診斷_半年	192
(268). 高血壓方案照護率_主次診斷_年	193
(269). 高血壓方案照護率_門診主次診斷+用藥天數	194
(270). 結核病方案照護率_主診斷排除就醫 1 次	195
(271). 結核病方案照護率_門住主次診斷_季	196
(272). 結核病方案照護率_門住主次診斷_半年	196
(273). 結核病方案照護率_門住主次診斷_年	197
(274). 乳癌方案照護率_主診斷_季	198
(275). 乳癌方案照護率_主診斷_半年	198
(276). 乳癌方案照護率_主診斷_年	199

一、醫療品質指標

(1). 病人複診率 (一)

指標 1.1 [分局]、[特約類別]、[院所] 病人複診率 (一)

n 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。

n 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。

n 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[分局+特約類別]或[分局]，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

Ø 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

Ø 展現維度：1. 分局別
2. 分局+特約類別
3. 分局+院所

Ø 若維度不同，是否需重算 --> No

指標 1.2 [院所+醫事別] 病人複診率（一）

n 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。

n 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。

n 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'。

Ø 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). 病人複診率（二）

指標 2.1 [分局]、[特約類別]、[院所] 病人複診率（二）

n 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。

n 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。

n 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[分局+特約類別]或[分局]，以各院所的分母或分子人數'直接加總'。

Ø 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

Ø 展現維度：1. 分局別

2. 分局+特約類別

3. 分局+院所

Ø 若維度不同，是否需重算 --> No

指標 2.2 [院所+醫事別] 病人複診率（二）

n 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。

n 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。

n 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。

Ø 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 分局 西醫重複就診率(一)

- n 分子：同一人、同一天、同一分局下，按 ID 歸戶，就診 2 次以上之人數。
- n 分母：按 ID 歸戶，計算分局門診人數。
- Ø 運算範圍：每季
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院

指標 3.2 總額部門 西醫重複就診率(一)

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

指標 3.3 院所 西醫重複就診率(一)

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

(4). 傷科替代性 中西醫同時利用率、西中醫同時利用率

- n 分子：按 ID 歸戶，計算同一人同時就診中西醫傷科替代性之人數。
- n 分母 1：按 ID 歸戶，計算中醫傷科替代性門診人數。
分母 2：按 ID 歸戶，計算西醫傷科替代性門診人數。
- 傷科替代性：案件分類 29 或 就醫科別 14，再以<醫事別>判斷中醫或西醫。
- Ø 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
- Ø 展現維度：1. 分局別

(5). 癌症 中西醫同時利用率、西中醫同時利用率

- n** 分子：按 ID 歸戶，計算同一人同時就診中西醫癌症之人數。
- n** 分母 1：按 ID 歸戶，計算中醫癌症門診人數。
分母 2：按 ID 歸戶，計算西醫癌症門診人數。
- “ 癌症：主診斷前 3 碼在 140 至 239 範圍，或在 A08 至 A17 範圍，再以<醫事別>判斷中醫或西醫。
- Ø 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
- Ø 展現維度：1. 分局別

(6). 平均每張處方箋開藥天數

- n** 分子：給藥案件之給藥日份加總。
- n** 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
- Ø 運算範圍：每月
- Ø 展現維度：1. 分局別
2. 分局+總額部門
3. 分局+院所
- Ø 若維度不同，是否需重算 --> No

(7). 一般處方每張處方用藥品項數

- n** 分子：給藥案件之藥品品項數。
- n** 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。
- “ 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。
- “ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- Ø 運算範圍：每月
- Ø 展現維度：1. 分局別
2. 分局+總額部門
3. 分局+院所
- Ø 若維度不同，是否需重算 --> No

(8). 慢性病每張處方用藥品項數

- n** 分子：慢性病給藥案件之藥品品項數。
- n** 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
- Ø** 運算範圍：每月
- Ø** 展現維度：1. 分局別
 - 2. 分局+總額部門
 - 3. 分局+院所
- Ø** 若維度不同，是否需重算 --> No

(9). 平均每張處方藥用藥品項數

- n** 分子：含處方用藥給藥案件之藥品品項數。
- n** 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
- Ø** 運算範圍：每月
- Ø** 展現維度：1. 分局別
 - 2. 分局+總額部門
 - 3. 分局+院所
- Ø** 若維度不同，是否需重算 --> No

(10). 注射劑使用率

- n** 分子：給藥案件之針劑藥品案件數。
- n** 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
- Ø 運算範圍：每月
- Ø 展現維度：1. 分局別
2. 分局+總額部門+ 特約類別
3. 分局+院所
- Ø 若維度不同，是否需重算 --> No

(11). 抗生素使用率

- n 分子：給藥案件之抗生素藥品案件數。
- n 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。
- 抗生素藥品：醫令代碼為 10 碼，且藥理分類前 4 碼 0812。
- 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- Ø 運算範圍：每月
- Ø 展現維度：1. 分局別
2. 分局+總額部門+ 特約類別
3. 分局+院所
- Ø 若維度不同，是否需重算 --> No

(12). 整體 用藥日數重複率

- n 分子：按[總額部門、特約類別、ID]歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總。
- n 分母：給藥案件之給藥日份加總。
- 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、中醫
- Ø 運算範圍：每季
- Ø 展現維度：1. 分局+總額部門+特約類別

(13). 同一院所 用藥日數重複率

指標 13.1 [分局+總額部門+特約類別] 同一院所 用藥日數重複率

- n 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。
- n 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

Ø 運算範圍：每季

指標 13.2 [院所] 同一院所 用藥日數重複率

n 分子：按[院所、ID]歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總。

n 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

Ø 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

n 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。

n 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

Ø 運算範圍：每季

(14). 開立慢性病連續處方箋百分比(一)

n 分子：開立慢性病連續處方箋的案件數。

n 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

Ø 運算範圍：每月

Ø 展現維度：1. 分局+總額部門+ 特約類別
2. 分局+院所

Ø 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)

n 分子：開立慢性病連續處方箋的案件數。

n 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

Ø 運算範圍：每月

Ø 展現維度：1. 分局+總額部門 + 特約類別
2. 分局+院所

Ø 若維度不同，是否需重算 --> No

(16). 處方箋釋出率

n 分子：處方調劑方式為 1 的案件數。

n 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

Ø 運算範圍：每月

Ø 展現維度：1. 分局+總額部門 + 特約類別
2. 分局+院所

Ø 若維度不同，是否需重算 --> No

(17). 上呼吸道感染抗生素使用率

n 分子：URI 且給予抗生素藥品的案件數。

n 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，且藥理分類前 4 碼 0812。

“ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院

Ø 運算範圍：每月

Ø 展現維度：1. 分局+總額部門+特約類別
2. 分局+院所

Ø 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

n 分子 1：十四日內再住院的案件數。

n 分子 2：三日內再急診的案件數。

n 分母：出院案件數。

“ 運算範圍：每季（以 92Q1 為例，即為 920101~92031）。

“ 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。

- Ø 展現維度：1. 分局
2. 分局+特約類別
3. 分局+院所
- Ø 若維度不同，是否需重算 --> Yes

(19). 剖腹產率

- n 分子：剖腹產案件數。
- n 分母：生產案件數。
- “ 剖腹產案件：醫令代碼 81004C、81028C、97006K、97007A、97008B、97009C。
- “ 自然產案件：醫令代碼 81017C、81018C、81019C、97001K、97002A、97003B、97004C、97005D、81024C、81025C、81026C、97931K、97932A、97933B、97934C。
- “ 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；但仍為同一個案件。
- Ø 運算範圍：每月
- Ø 展現維度：1. 分局
2. 分局+特約類別
3. 分局+院所
- Ø 若維度不同，是否需重算 --> No

(20). 使用 ESWL 人口平均利用次數

- n 分子：ESWL 使用次數。
- n 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。
- Ø 運算範圍：每季
- Ø 展現維度：1. 分局
2. 分局+特約類別
3. 分局+院所
- Ø 若維度不同，是否需重算 --> Yes

(21). 媒體申報率

n 分子：媒體申報之院所家數。

n 分母：院所家數。

“ 媒體申報：在門診、住院、藥局總表檔之中，只要其中一筆的申報方式不為 1(書面)，這家院所即屬媒體申報。

“ 限定資料範圍在牙醫、中醫、西醫基層這三個總額部門。

Ø 運算範圍：每月

Ø 報表展現的資料範圍：選擇任兩個月份，報表將會以這兩個月的平均媒體申報率，代表一年的媒體申報率

Ø 展現維度：1. 分局

2. 分局+總額部門(只含 牙醫、中醫、西醫基層)

Ø 若維度不同，是否需重算 --> Yes

(22). 醫令重複施行期間之次數統計 (分局內跨院統計)

		重複施行期間之次數分佈		
重複次數	人數	7 日內	30 日內	90 日內
1 次				
2 次				
3 次	1	1		2
4 次				
4 次以上				

“ 定義：門診+住院的特定一項醫令，按 [ID] 歸戶，統計重複施行次數與期間分佈，比較的方式是，第一次與第二次的日期差距，第二次與第三次的日期差距，……。

“ 舉例：甲 在某分局執行醫令 19001C 四次，分別於 1/1、1/6、2/8、3/20，則甲的重複次數為 3 次，人數計為 1 人，7 日內重複次數為 1 次(1/1 至 1/6)，90 日內重複次數為 2 次。(1/6 至 2/8, 2/8 至 3/20)；

Ø 篩選資料範圍的欄位：費用年月

Ø 運算範圍：每月計算過去三個月的資料範圍，例如 9107 計算的範圍是 9107、9106、9105 三個月

Ø 報表展現的資料範圍：請 user 選擇某一個月，並選擇一種醫令，報表會

顯示以過去三個月為範圍的統計數字

Ø 展現維度：1. 分局別

n 目前可以執行重複檢驗的醫令項目：

1. 腹部超音波(19001C)
2. 上消化道內視鏡(28016C)
3. 超音波心臟圖(18005B)
4. 杜卜勒彩色心臟血流圖(18007B)
5. 大腸纖維鏡檢查(28017C)
6. 全身型電腦斷層造影(33070B、33071B、33072B)
7. 磁共振造影(33084A、33085A、33084B、33085B)
8. 冠狀動脈攝影(18022A)
9. 攜帶式心電圖記錄檢查(18019B)
10. 特異過敏原免疫檢驗(30022A、30022C)

(23). 醫令重複施行期間之次數統計（不跨院統計）

Ø 定義：門診+住院的特定一項醫令，按 [院所、ID] 歸戶，統計重複施行次數與期間分佈；其他定義與報表作法，皆與 [醫令重複施行期間之次數統計(跨院統計)] 相同

Ø 展現維度為[分局別]時，直接將[分局+院所]的人數及次數累加起來

Ø 展現維度：1. 分局別
2. 分局+院所

(24). 基層醫師在醫院、醫院醫師在基層發生案件數

Ø 指標 1：西醫基層的專任醫師，在西醫醫院發生的案件數。

Ø 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。

Ø 指標 2：西醫醫院的專任醫師，在西醫基層發生的案件數。

Ø 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。

Ø 運算範圍：每季

Ø 報表展現的變化格式：成長率

Ø 展現維度：1. 分局
2. 分局+院所

(25). 門診各項重點診療醫令點數佔率

- 分子：重點診療的醫令點數(醫令金額)，目前有 19 項重點診療醫令，將會在 DB 建檔。
- n 分母：所有的診療醫令點數(醫令金額)。
- 診療的定義：醫令類別為 2、7，案件分類不為 A1、A2、A3、A5、A6、A7、B6、B7。
- Ø 資料範圍：西醫醫院
- Ø 運算範圍：每月
- Ø 報表展現的變化格式：成長率、成長貢獻率
- Ø 展現維度：1. 分局別
2. 分局+特約類別
3. 分局+院所

I 19 項重點診療醫令：

1. 一般生化常規	06001C-09087A
2. 免疫學檢驗	12001C-12118B
3. 細菌學與黴菌檢查	13001C-13016B
4. 病毒學檢查	14001A-14054A
5. 循環機能檢查	18001C-18035B
6. 超音波檢查	19001C-19007B
7. 神經系統檢查	20001C-20030A
8. 耳鼻喉檢查	22001B-22023B
9. 眼部檢查	23001C-23812C
10. 病理組織	25001C-25019A
11. 內試鏡檢查	28001C-28031C
12. 過敏免疫檢查	30001C-30024A
13. X-RAY 檢查	32011C-32025B
14. 特殊造影	33001B-33040B
15. 電腦斷層	33067B-33072B
16. 核磁共振	33084A-33085B
17. 中度治療-複雜	42010A-42014B
18. 複雜 Complicated：指治療項目 3	43004A-43008A
19. 體外電震波腎臟碎石術	97405K-97410A

(26). 住院之 CMI 值 (使用 87-89 年版本 DRG 權重)

- n 分子：住院 DRG 權重總和 = $\sum (\text{各 DRG 案件數} * \text{各 DRG 相對權重})$ 。

n 分母：住院 DRG 總案件數。

“ 各 DRG 相對權重：由總局統一提供，將會在 DB 建檔，格式如下

Final DRG 相對權重

DRG1 2

DRG2 3

DRG3 2

...

“ 舉例：計算<分局+院所>時，統計各院所的住院清單

DRG1 案件數 = 50

DRG2 案件數 = 100

DRG3 案件數 = 0

$$\frac{\text{DRG1 案件數} * \text{DRG1 相對權重} + \text{DRG2 案件數} * \text{DRG2 相對權重} + \dots}{\text{院所的出院案件數}} = \frac{50 * 2 + 100 * 3 + 0 * 2}{150}$$

“ 資料範圍：排除就醫科別=13(精神科)，並限制出院日在本季，住院日在上一季(跨季出院)或本季，按院所、住院日、ID、ID 生日歸戶為一筆 (取出院日最晚的那一筆作為代表)。且住院清單 NHI 碼欄位不為空白者。

Ø 資料範圍：西醫醫院

Ø 篩選資料範圍的欄位：出院日、住院日

Ø 運算範圍：每季

Ø 展現維度：1. 分局+層級別
2. 分局+院所
3. 分局+院所+科別
4. 分局+院所+醫師別

(27). 以 CMI 校正之平均每件住院費用 (使用 87-89 年版本 DRG 權重)

n 分子：所有 DRG 之平均醫療費用。

n 分母：CMI 值。

“ 分子定義：所有 DRG 的醫療費用總和 / DRG 總案件數。

“ 資料範圍：排除就醫科別=13(精神科)，並限制出院日在本季，住院日在上一季(跨季出院)或本季，住院清單 NHI 碼欄位不為空白者。篩選資料範圍的欄位：出院日、住院日。

“ DRG 總案件數：按院所、住院日、ID、ID 生日歸戶為一筆 (如有多筆取出院日最晚的那一筆作為代表，若有相同出院日則取送核那一筆為代表)。

“ 所有 DRG 的醫療費用總和：每一筆案件其住院醫療費用總和(包含切帳申報)。

Ø 資料範圍：西醫醫院

- Ø 篩選資料範圍的欄位：出院日、住院日
- Ø 運算範圍：每季
- Ø 報表展現的資料範圍：每季
- Ø 展現維度：1. 分局+層級
2. 分局+院所
3. 分局+院所+科別
4. 分局+院所+醫師別

(28). 各住院 DRG 費用醫療點數佔率

- n 分子：各 DRG 之醫療費用。
- n 分母：所有 DRG 之醫療費用總和。
- Ø 資料範圍：西醫醫院
- Ø 運算範圍：每月
- Ø 報表展現的變化格式：成長率、成長貢獻率
- Ø 展現維度：1. 分局+DRG
2. 分局+特約類別+DRG
3. 分局+院所+DRG

(29). 住院各 DRG 平均住院天數

- n 分子：各 DRG 之住院日數。
- n 分母：各 DRG 之總案件數。
- “ 住院日數：出院日 - 住院日（當日入出院將計為 0 天）。
- Ø 資料範圍：西醫醫院
- Ø 運算範圍：每月
- Ø 展現維度：1. 分局+DRG
2. 分局+特約類別+DRG
3. 分局+院所+DRG

(30). 制酸劑藥理重複案件數比率(一)

- n 分子：制酸劑藥理重複案件數。
- n 分母：制酸劑藥理案件數。
- “ 制酸劑藥理：藥理分類前 4 碼 5604，再排除成份代碼為下列者：
5604002500, 5604002501, 5604002700, 5612001300,
4008000700。
- “ 制酸劑藥理重複案件：同一處方，含有兩筆以上的任何制酸劑醫令，計
為一個重複案件。
- Ø 資料範圍：西醫醫院、西醫基層
- Ø 運算範圍：每月

- Ø 展現維度：1. 分局+總額部門
- 2. 分局+特約類別
- 3. 分局+院所
- 4. 分局+院所+科別

(31). 西醫門診 CT(MRI)醫令執行率

- n 分子 1：門診 CT 醫令數。
- n 分子 2：門診 MRI 醫令數。
- n 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。
- Ø 資料範圍：西醫醫院
- Ø 運算範圍：每月
- Ø 展現維度：1. 分局
- 2. 分局+特約類別
- 3. 分局+院所

(32). 一日急診返診率

- n 分子：按同一院所、同一人歸戶，兩次急診日差距 ≤ 1 天之人次。
- n 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。
- Ø 資料範圍：西醫醫院
- Ø 篩選資料範圍的欄位：就醫日期
- Ø 運算範圍：每季
- Ø 展現維度：1. 分局
- 2. 分局+特約類別
- 3. 分局+院所

(33). 二日急診返診率

- n 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

- n 分子：按同一院所、同一人歸戶，兩次急診日差距 = 3 天之人次。

(34). 論病例計酬案件 住院前 7 日門診平均費用

- n** 分子：住院論病例計酬案件，在住院前 7 日之門診費用。
- n** 分母：住院論病例計酬的案件數。
- “ 論病例計酬：住院案件分類為 2。
- “ 住院前 7 日之門診費用：同一院所、同一人，從住院日當天至前 7 日之就醫日(共 8 天),所有的門診合計金額(t_amt)。
- Ø 資料範圍：西醫醫院
- Ø 篩選資料範圍的欄位：住院(費用年月), 門診(就醫日期)
- Ø 運算範圍：每季
- Ø 展現維度：1. 分局別
 - 2. 分局+特約類別
 - 3. 分局+院所

(35). 住院期間再手術率★

- n** 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。
- n** 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)
1	600029754	910127	910127
2	600029754	910127	910127
3	600000030	910130	910130
4	600029754	910204	910204

- Ø 資料範圍：西醫醫院
- Ø 運算範圍：每季
- Ø 展現維度：1. 分局
 - 2. 分局+特約類別
 - 3. 分局+院所(此維度可再串連至分子明細報表)

(36). 清淨手術抗生素小於 1 日使用率

- n** 分子：手術後 ≤ 1 日使用抗生素案件數。
- n** 分母：清淨手術案件數。
 - “ 清淨手術：案件分類為 2 (論病例計酬)，且 DRG 碼為 0163A、0163B、0209A、0209B、0290A、0471A。
 - “ 分子定義：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表)，後者-前者 ≤ 1 。
 - “ 手術：醫令代碼第一碼為 6、7、8 的醫令。
 - “ 抗生素藥品：醫令代碼為 10 碼，且藥理分類前 4 碼 0812。
- Ø** 資料範圍：西醫醫院
- Ø** 運算範圍：每季
- Ø** 展現維度：1. 分局別
2. 分局+特約類別
3. 分局+院所

(37). 清淨手術抗生素 2 日使用率

- u** 分子：手術後 $= 2$ 日使用抗生素案件數。

清淨手術抗生素 3 日使用率

- u** 分子：手術後 $= 3$ 日使用抗生素案件數。

清淨手術抗生素大於 4 日使用率

- n** 分子：手術後 ≥ 4 日使用抗生素案件數。

(38). 牙體復形一年重補(保存)率

<<與 [牙體復形二、三年重補率] 的定義相同，僅計算的資料範圍不同>>

- n** 分子(同牙位重補數)：同診所同病患同牙位，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)。
- n** 分母(填補總數)：同診所同病患同牙位，含有牙體復形醫令，則分母為 1。
 - “ 牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C (93 年 7 月 1

日起新增 89012C、89101C~89112C)

- “ 本指標計算的範圍，是 FDI 牙位表示法之內的牙位資料(成人 32 顆牙，小孩 20 顆牙，除此之外的牙位資料全部排除。
- Ø 運算範圍：一年
- Ø 報表展現的資料範圍：選擇月份 (範圍為此月過去一年的資料，例如選擇 9112，則範圍是 9101-9112)
- Ø 展現維度：1. 分局別
2. 分局+院所

(39). 牙體復形二年重補(保存)率

<<與 [牙體復形一、三年重補率] 的定義相同，僅計算的資料範圍不同>>

- n 分子(同牙位重補數):同診所同病患同牙位，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)。
- n 分母(填補總數)：同診所同病患同牙位，含有牙體復形醫令，則分母為 1。
- “ 牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C (93 年 7 月 1 日起新增 89012C、89101C~89112C)
- “ 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。
- Ø 運算範圍：兩年
- Ø 報表展現的資料範圍：選擇月份 (範圍為此月過去兩年的資料，例如選擇 9112，則範圍是 9001-9112)
- Ø 展現維度：1. 分局別
2. 分局+院所

(40). 牙體復形申報點數佔率

- n 分子(牙體復形申報點數)：牙體復形的醫令金額(total_amt)。
- n 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

- Ø 展現維度：1. 分局別
- 2. 分局+院所

(41). 根管治療完成(未完成)率

- n 分子(根管治療)：根管治療單根(90001C)、雙根(90002C)、三根以上(90003C)、乳牙根管治療(90016C)的醫令數量。
- n 分母(根管開擴及清創)：根管開擴及清創(90015C)的醫令數量。
- .. 計算公式：1 - (分子/分母)。
- Ø 運算範圍：每月
- Ø 展現維度：1. 分局別
- 2. 分局+院所

(42). 牙週病緊急處理佔率

- n 分子：牙週病緊急處理
- n 分母(所有牙週病學項目)：所有牙週病學項目的醫令數量。
- .. 牙週病緊急處理：牙週病緊急處理(91001C)的醫令數量
- .. 牙週病學醫令：91001C、91002C、91003C、91004C、91006C、91007C、91008C、91009B、91010B、91011C、91012C(93年7月1日起新增94013C(牙齦切除術))
- Ø 運算範圍：每月
- Ø 展現維度：1. 分局別
- 2. 分局+院所

(43). 牙結石清除—全口之檢測比率

- n 分子(牙結石清除—全口案件數)：牙結石清除—全口(91004C)的案件數。
- n 分母(牙醫總案件數)：牙醫總案件數。
- Ø 運算範圍：每月
- Ø 展現維度：1. 分局別
- 2. 分局+院所

(44). 七項醫令合計佔率

- n 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。
- n 分母(牙醫申報總點數)：牙醫處方的申請金額 + 部分負擔金額。

- Ø 運算範圍：每月
- Ø 展現維度：1. 分局別
2. 分局+院所

(45). 西醫門診 CT(MRI)案件執行率

- n 分子 1：門診 CT 案件數。
- n 分子 2：門診 MRI 案件數。
- n 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。
- Ø 資料範圍：西醫醫院
- Ø 運算範圍：每月
- Ø 展現維度：1. 分局
2. 分局+特約類別
3. 分局+院所

(46). 住院 CT(MRI)醫令執行率

- n 分子 1：住院 CT 醫令數。
- n 分子 2：住院 MRI 醫令數。
- n 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。
- Ø 資料範圍：西醫醫院
- Ø 運算範圍：每月
- Ø 展現維度：1. 分局
2. 分局+特約類別
3. 分局+院所

(47). 住院 CT(MRI)案件執行率

- n 分子 1：住院 CT 案件數。
- n 分子 2：住院 MRI 案件數。
- n 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。

Ø 資料範圍：西醫醫院

Ø 運算範圍：每月

Ø 展現維度：1. 分局

2. 分局+特約類別

3. 分局+院所

(48). 基層醫師在醫院、醫院醫師在基層發生金額

n 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。

n 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。

Ø 運算範圍：每季

Ø 報表展現的變化格式：成長率

Ø 展現維度：1. 分局別

2. 分局+院所

(49). 超長期住院率(大於 30 日)

n 分子：住院超過 30 日的案件數。

n 分母：出院案件數。

n 運算範圍：每季（以 92Q1 為例，即為 920101~920331）。

· 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。

Ø 展現維度：1. 分局

2. 分局+特約類別

3. 分局+院所

Ø 若維度不同，是否需重算 --> No

(50). 15-30 日內再住院率

n 分子：15-30 日內再住院的案件數。

n 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。

Ø 運算範圍：每季（以 92Q1 為例，即為 920101~920331）

Ø 展現維度：1. 分局

2. 分局+特約類別

3. 分局+院所

Ø 若維度不同，是否需重算 --> Yes

(51). 超長期住院率(大於 60 日)

n 分子：住院超過 60 日的案件數。

n 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。

Ø 運算範圍：每季（以 92Q1 為例，即為 920101~920331）

Ø 展現維度：1. 分局

2. 分局+特約類別

3. 分局+院所

Ø 若維度不同，是否需重算 --> No

(52). 超長期住院率(大於 90 日)

n 分子：住院超過 90 日的案件數。

n 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。

Ø 運算範圍：每季（以 92Q1 為例，即為 920101~920331）

- Ø 展現維度：1. 分局
- 2. 分局+特約類別
- 3. 分局+院所
- Ø 若維度不同，是否需重算 --> No

(53). 牙體復形三年重補(保存)率

<<與 [牙體復形一、二年重補率] 的定義相同，僅計算的資料範圍不同>>

- n 分子(同牙位重補數):同診所同病患同牙位，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)
- n 分母(填補總數)：同診所同病患同牙位，含有牙體復形醫令，則分母為 1。
- .. 牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C (93 年 7 月 1 日起新增 89012C、89101C~89112C)
- .. 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。
- Ø 運算範圍：三年
- Ø 報表展現的資料範圍：選擇月份 (範圍為此月過去三年的資料，例如選擇 9112，則範圍是 8901-9112)
- Ø 展現維度：1. 分局別
- 2. 分局+院所

(54). 牙結石清除—全口之半年內重複率

- n 分子(牙結石清除—全口半年內重複案件數)：以分母案件為母體，去勾稽同一病人，在就醫日前 1 至 180 天之間，曾發生牙結石清除—全口案件；若維度為分局+院所，勾稽的範圍是分局內所有院所的案件。
- n 分母(牙結石清除—全口總案件數)：一個月內的案件數。
- .. 牙結石清除—全口：91004C。
- Ø 運算範圍：每月
- Ø 報表展現的資料範圍：選擇月起迄
- Ø 展現維度：1. 分局別
- 2. 分局+院所
- Ø 若維度不同，是否需重算 --> Yes

(55). 牙週病佔率

n 分子：牙週病學項目的總案件數

n 分母：牙醫總案件數

“ 牙週病學醫令：91001C 、 91002C 、 91003C、 91004C 、 91006C、
91007C 、91008C 、 91009B 、91010B 、 91011C 、
91012C(93 年 7 月 1 日起新增 94013C(牙齦切除術)

Ø 運算範圍：每月

Ø 展現維度：1. 分局別

2. 分局+院所

(56). 牙醫師每月申請點數

n 以醫師 ID 為主，列出該醫師在不同院所的申請點數。

Ø 運算範圍：每月

Ø 展現維度：1. 分局+院所+醫師

(57). 類固醇藥理重複案件數比率(一)

n 分子：類固醇藥理重複案件數。

n 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。

Ø 資料範圍：西醫醫院、西醫基層

Ø 運算範圍：每月

Ø 展現維度：1. 分局+總額部門

2. 分局+特約類別

3. 分局+院所

4. 分局+院所+科別

Ø 若維度不同，是否需重算 --> No

(58). 抗生素藥理重複案件數比率(一)

n 分子：抗生素藥理重複案件數。

n 分母：抗生素藥理案件數。

“ 抗生素藥理：藥理分類前 4 碼 0812。

- “ 抗生素藥理重複案件：同一處方，含有兩筆以上的任何抗生素醫令，計為一個重複案件。

- Ø 資料範圍：西醫醫院、西醫基層
- Ø 運算範圍：每月
- Ø 展現維度：1. 分局+總額部門
2. 分局+特約類別
3. 分局+院所
4. 分局+院所+科別
- Ø 若維度不同，是否需重算 --> No

(59). 當季住院超過 90 日之個案繼續住院至超過 120 日之比率(一)

- n 分子：當季內已出院且超過 120 日者+當季內未出院其住院日與當季季末次月最後一日比較超過 120 日者。
- n 分母：當季內已出院且超過 90 日者+當季內未出院其住院日與當季最後一日比較超過 90 日者。
- “ 已出院個案為有填寫出院日者；未出院個案為出院日未填寫者。
- “ 按院所、ID、生日、住院日歸戶後，排除精神科個案(就醫科別=13)及呼吸器治療個案(主次處置碼為 9390、9670、9671、9672 或主次診斷碼 51881)。
- Ø 運算範圍：每季
- Ø 展現維度：1. 分局別
2. 分局+層級別
3.分局別+院所別

(60). 當季住院超過 90 日之個案繼續住院至超過 120 日之比率(二)

- n 分子：當季內已出院且超過 120 日者+當季內未出院其住院日與當季季末次月最後一日比較超過 120 日者。
- n 分母：當季內已出院且超過 90 日者+當季內未出院其住院日與當季最後一日比較超過 90 日者。
- “ 已出院個案為有填寫出院日者；未出院個案為出院日未填寫者
- “ 按院所、ID、生日、住院日歸戶後，排除精神科個案(就醫科別=13)及呼吸器治療個案(主次處置碼為 9390、9670、9671、9672 或主次診斷碼 51881)。
- Ø 運算範圍：每季
- Ø 展現維度：1. 分局別
2. 分局+層級別

3. 分局別+院所別

(61). 西醫重複就診率(二)

指標 61.1 分局 西醫重複就診率(二)

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

指標 61.2 總額部門 西醫重複就診率(二)

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

指標 61.3 院所 西醫重複就診率(二)

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

(62). 開立慢性病連續處方箋百分比(二)

- n** 分子：開立慢性病連續處方箋案件數
- n** 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。

Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院

Ø 運算範圍：每月

Ø 展現維度：1. 分局+總額部門 + 特約類別
2. 分局+院所
3. 分局+院所+科別

(63). 慢性病 開立慢性病連續處方箋百分比(二)

n 分子：開立慢性病連續處方箋案件數。

n 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。

Ø 慢性醫基層、西醫醫院。

- 運算範圍：病給藥案件：案件分類=04 或給藥天數>=14 日。

Ø 資料範圍：西每月

Ø 展現維度：1. 分局+總額部門 + 特約類別

2. 分局+院所
3. 分局+院所+科別

(64). 住院之 CMI 值 (使用 89-91 年版本 DRG 權重)

n 分子：住院 DRG 權重總和 = $\Sigma(\text{各 DRG 案件數} * \text{各 DRG 相對權重})$

n 分母：住院 DRG 總案件數

“ 各 DRG 相對權重：由總局統一提供，將會在 DB 建檔，格式如下

Final DRG 相對權重

DRG1	2
DRG2	3
DRG3	2

...

“ 舉例：計算<分局+院所>時，統計各院所的住院清單

DRG1 案件數 = 50

DRG2 案件數 = 100

DRG3 案件數 = 0

$$\frac{\text{DRG1 案件數} * \text{DRG1 相對權重} + \text{DRG2 案件數} * \text{DRG2 相對權重} + \dots}{3 + 0 * 2} = \frac{50 * 2 + 100 * 3}{3}$$

院所的出院案件數

150

“ 資料範圍：排除就醫科別=13(精神科)，並限制出院日在本季，住院日在上一季(跨季出院)或本季，按院所、住院日、ID、ID 生日歸戶為一筆 (取出院日最晚的那一筆作為代表)。且住院清單 NHI 碼欄位不為空白者。

Ø 資料範圍：西醫醫院。

Ø 篩選運算範圍的欄位：出院日、住院日

Ø 運算範圍：每季

Ø 報表展現的資料範圍：每季

Ø 展現維度：1. 分局+層級
2. 分局+層級+科別
3. 分局+科別
4. 分局+院所
5. 分局+院所+科別
6. 分局別+院所+醫師別

(65). 以 CMI 校正之平均每件住院費用 (使用 89-91 年版本 DRG 權重)

n 分子：所有 DRG 之平均醫療費用。

n 分母：CMI 值。

- “ 分子定義：所有 DRG 的醫療費用總和 / DRG 總案件數。
 - “ 資料範圍：排除就醫科別=13(精神科)，並限制出院日在本季，住院日在上一季(跨季出院)或本季，住院清單 NHI 碼欄位不為空白者。篩選資料範圍的欄位：出院日、住院日。
 - “ DRG 總案件數：按院所、住院日、ID、ID 生日歸戶為一筆 (如有多筆取出院日最晚的那一筆作為代表，若有相同出院日則取送核那一筆為代表)。
 - “ 所有 DRG 的醫療費用總和：每一筆案件其住院醫療費用總和(包含切帳申報)。
- Ø 資料範圍：西醫醫院。
 - Ø 篩選運算範圍的欄位：出院日、住院日
 - Ø 運算範圍：每季
 - Ø 報表展現的資料範圍：每季
 - Ø 展現維度：1. 分局+層級
2. 分局+層級+科別
3. 分局+科別
4. 分局+院所
5. 分局+院所+科別
6. 分局別+院所+醫師別

(66). 中醫重複就診率

指標 66.1 分局中醫重複就診率

- n 分子：排除診察費=0 之案件，計算同一人、同一案件分類、同一天、於同分局 就診 2 次以上之歸戶數。
 - n 分母：排除診察費=0 之案件，計算同一人、同一案件分類、同一天、於同分局就醫之門診歸戶數。
- Ø 資料範圍：中醫總額。
 - Ø 運算範圍：每季

指標 66.2 院所中醫重複就診率

- n 分子：排除診察費=0 之案件，計算同一人、同一案件分類、同一天、於同院所 就診 2 次以上之歸戶數。
 - n 分母：排除診察費=0 之案件，計算同一人、同一案件分類、同一天、於同院所就醫之門診歸戶數。
- Ø 資料範圍：中醫總額。
 - Ø 運算範圍：每季

(67). 符合論病例計酬基本診療項目比率

- n** 符合論病例計酬基本診療項目比率=1-(分子/分母)。
- n** 分子：不符基本診療項目案件數。
- n** 分母：論病例計酬案件數。
 - “ 資料範圍：醫院資料(權屬別代號 01 至 15)。
 - “ 不符基本診療項目案件數：住院醫令核減明細資料中論病例計酬醫令明細行政審查錯誤代碼為 B08、B09、B18 及門診醫令核減明細資料中論病例計酬醫令明細行政審查錯誤代碼為 B08、B00 之案件數。
 - “ 論病例計酬案件數：住院案件分類為 2 及門診案件分類為 C1 之案件數。
- Ø** 運算範圍：每月
- Ø** 展現維度：1. 分局別
 - 2. 分局+特約類別
 - 3. 分局+特約類別+院所

(68). 三日內再住院率

- n** 分子：三日內再住院的案件數。
- n** 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）。
- Ø** 篩選運算範圍的欄位：就醫日期
- Ø** 展現維度：1. 分局
 - 2. 分局+特約類別
 - 3. 分局+院所
- Ø** 若維度不同，是否需重算 --> Yes

(69). 同日急診返診比率

- n** 分子：按同一院所、同一人歸戶，兩次急診日差距 =0 天之人次。
- n** 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。
 - “ 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。
- Ø** 資料範圍：西醫醫院。
- Ø** 展現維度：1. 分局

2. 分局+特約類別

3. 分局+院所

Ø 若維度不同, 是否需重算 --> Yes

(70). 制酸劑藥理重複案件數比率(二)

n 分子：制酸劑藥理重複案件數。

n 分母：制酸劑藥理案件數。

.. 制酸劑藥理：藥理分類前 4 碼 5604, 再排除成份代碼為下列者：
5604002500, 5604002501, 5604002700, 5612001300, 4008000700。

.. 制酸劑藥理重複案件：同一處方, 含有兩筆不同制酸劑醫令, 方計為重複案件。

Ø 資料範圍：西醫醫院、西醫基層。

Ø 運算範圍：每月

Ø 報表展現的資料範圍：每季

Ø 展現維度：1. 分局+總額部門
2. 分局+特約類別
3. 分局+院所
4. 分局+院所+科別

(71). 類固醇藥理重複案件數比率(二)★

n 分子：類固醇藥理重複案件數。

n 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。

Ø 資料範圍：西醫醫院、西醫基層。

Ø 運算範圍：每月

Ø 報表展現的資料範圍：每季

Ø 展現維度：1. 分局+總額部門
2. 分局+特約類別
3. 分局+院所(此維度可再串連至分子明細報表)
4. 分局+院所+科別

(72). 抗生素藥理重複案件數比率(二)★

n 分子：抗生素藥理重複案件數。

n 分母：抗生素藥理案件數。

- .. 抗生素藥理：藥理分類前 4 碼 0812。
- .. 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。
- Ø 資料範圍：西醫醫院、西醫基層。
- Ø 運算範圍：每月
- Ø 展現維度：1. 分局+總額部門
2. 分局+特約類別
3. 分局+院所(此維度可再串連至分子明細報表)
4. 分局+院所+科別

(73). 上呼吸道感染抗生素使用率 (二)

- n** 分子：URI 且給予抗生素藥品的案件數。
 - n** 分母：URI 的給藥案件數。
 - .. 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）
 - .. URI：主診斷前 3 碼為 '460', '462', '465', '487'。
 - .. 抗生素藥品：醫令代碼為 10 碼，且藥理分類前 4 碼 0812。
 - .. 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
 - Ø 運算範圍：每月
 - Ø 展現維度：1. 分局+總額部門+特約類別
2. 分局+院所
- 若維度不同，是否需重算 --> No

(74). 超長期住院率(大於 30 日)(二)

- n** 分子：住院超過 30 日的案件數
- n** 分母：出院案件數
- n** 資料範圍：每季(以 92Q1 為例，資料範圍為出院日在 920101 至 920331 之案件)
 - .. 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
- .. 排除條件：
 - u** 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。

u 排除精神病案件，精神科就醫科別代碼 13。

u 排除乳癌試辦計劃案件：案件類別為「4：試辦計劃」及疾病患者來源為” N ” 或 ” C ” 或 ” R “。

Ø 運算範圍：每季

Ø 展現維度：1. 分局

2. 分局+特約類別

3. 分局+院所

Ø 若維度不同，是否需重算 --> No

(75). 制酸劑藥理重複案件數比率(三)★

n 分子：制酸劑藥理重複案件數。

n 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。

Ø 資料範圍：西醫醫院、西醫基層

Ø 運算範圍：每月

Ø 展現維度：1. 分局+總額部門

2. 分局+特約類別

3. 分局+院所(此維度可再串連至分子明細報表)

4. 分局+院所+科別

(76). 整體 門診用藥日數重複率(二)_季

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

加總

n 分母：給藥案件之給藥日份加總

“ 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、中醫

“ 排除 04, 08 案件

Ø 運算範圍：每季

Ø 展現維度：1. 分局+總額部門+特約類別

(77). 同一院所 門診用藥日數重複率(二)_季

指標 77.1 [分局+總額部門+特約類別] 同一院所 用藥日數重複率

n 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。

n 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

Ø 運算範圍：每季

指標 77.2 [院所] 同一院所 用藥日數重複率

n 分子：按[院所、ID]歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總。

n 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

Ø 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

n 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。

n 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

Ø 運算範圍：每季

(78). 整體 門診用藥日數重複率(二)_月

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

n 分母：給藥案件之給藥日份加總

- “ 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、中醫
- “ 排除 04, 08 案件
- Ø 運算範圍：每月
- Ø 展現維度：1. 分局+總額部門+特約類別

(79). 同一院所 門診用藥日數重複率(二)_月

指標 79.1 [分局+總額部門+特約類別] 同一院所 用藥日數重複率

- n** 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。
- n** 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
- Ø 運算範圍：每月

指標 79.2 [院所] 同一院所 用藥日數重複率

- n** 分子：按[院所、ID]歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總。
- n** 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
- Ø 運算範圍：每月

指標 79.3 [院所+總額部門] 同一院所 用藥日數重複率

- n** 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。
- n** 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
- Ø 運算範圍：每月

(80). 整體 慢性病門診用藥日數重複率_季

(修改定義日期：95/06/16)

- n** 分子：按[總額部門、特約類別、ID]歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總
- n** 分母：給藥案件之給藥日份加總
- “ 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

- “ 資料範圍一：西醫基層、西醫醫院
- “ 資料範圍二：限定為 04, 08 案件
- “ 08 案件「治療結束日期」欄位所申報之日期視為用藥起日(修改定義日期：95/06/16)
- Ø 運算範圍：每季
- Ø 展現維度：1. 分局+總額部門+特約類別

(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)

指標 81.1 [分局+總額部門+特約類別] 同一院所 用藥日數重複率

- n** 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。
- n** 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
 - “ 08 案件「治療結束日期」欄位所申報之日期視為用藥起日(修改定義日期：95/06/16)
- Ø 運算範圍：每季

指標 81.2 [院所] 同一院所 用藥日數重複率

- n** 分子：按[院所、ID]歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總。
- n** 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
 - “ 08 案件「治療結束日期」欄位所申報之日期視為用藥起日(修改定義日期：95/06/16)
- Ø 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

- n** 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。
- n** 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
 - “ 08 案件「治療結束日期」欄位所申報之日期視為用藥起日(修改定義日期：95/06/16)

Ø 運算範圍：每季

(82). 整體 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)

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

n 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

Ø 運算範圍：每季

Ø 展現維度：分局+總額部門+特約類別

Ø 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	4
941026	6	941031	0
941123	6	941128	0
重覆給藥日數小計			8

不計入重複

(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)

指標 83.1 [分局+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

n 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

n 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

Ø 運算範圍：每季

Ø 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	4
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 [分局+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

n 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

n 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

Ø 運算範圍：每季

Ø 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

n 分子：按[院所、ID]歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總

n 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

Ø 運算範圍：每季

Ø 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

n 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

n 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

Ø 運算範圍：每季

Ø 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

n 分子：按[院所、ID、科別]歸戶

n 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

Ø 運算範圍：每季

Ø 分子(重覆給藥日數)運算邏輯說明：同上

(84). 整體 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)

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

n 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

Ø 運算範圍：每月

Ø 展現維度：分局+總額部門+特約類別

Ø 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	4
941026	6	941031	0
重覆給藥日數小計			8

不計入重複

(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 [分局+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

n 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

n 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

Ø 運算範圍：每月

Ø 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	4
941026	6	941031	0
重覆給藥日數小計			8

不計入重複

指標 85.2 [分局+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

n 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

n 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

Ø 運算範圍：每月

Ø 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

n 分子：按[院所、ID]歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總

n 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

Ø 運算範圍：每月

Ø 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

n 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

n 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

Ø 運算範圍：每月

Ø 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

n 分子：按[院所、ID、科別]歸戶

n 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

Ø 運算範圍：每月

Ø 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)

n 分子：開立慢性病連續處方箋案件數。

n 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。

Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。

Ø 運算範圍：每月

展現維度：1. 分局+總額部門
2. 分局+特約類別
3. 分局+院所
4. 分局+院所+科別

(87). 特定藥品併用制酸劑比率★

n 分子：同一處方同時使用特定藥品及制酸劑之案件數。

n 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

Ø 資料範圍：西醫醫院、西醫基層。

Ø 運算範圍：每月

展現維度：1. 分局+總額部門
2. 分局+特約類別
3. 分局+院所(此維度可再串連至分子明細報表)
4. 分局+院所+科別

(88). 感冒佔健保支出比率

n 分子：申報感冒之案件醫療費用點數

n 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

Ø 運算範圍：每月

Ø 展現維度：1.分局+總額部門

2. 分局+特約類別

3. 分局+院所+門住診

4. 分局+院所+總額部門別

5.分局+院所+科別

(91). 糖尿病方案年度評估執行率

(建置時間：95/10/02)

n 分子：分母之 ID 中，於本年申報 P1403C 或 P1409C 之 ID 歸戶數。

n 分母：前一年申報 P14XXX 之 ID 歸戶數。

Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。

Ø 運算範圍：每年

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

2. 分局+縣市別(跨院歸戶)

3. 分局+總額部門(跨院歸戶)

4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)

5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)

6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師(同醫師歸戶)

(92). 氣喘方案年度評估執行率

(建置時間：95/10/02)

n 分子：分母之 ID 中，於本年申報 P1603C 之 ID 歸戶數。

n 分母：前一年申報 P16XXX 之 ID 歸戶數。

Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。

Ø 運算範圍：每年

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

2. 分局+縣市別(跨院歸戶)

3. 分局+總額部門(跨院歸戶)

4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)

5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)

6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師(同醫師歸戶)

(93). 高血壓方案年度評估執行率

(建置時間：95/10/02)

n 分子：分母之 ID 中，於本年申報 P1803C 之 ID 歸戶數。

n 分母：前一年申報 P18XXX 之 ID 歸戶數。

Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。

Ø 運算範圍：每年

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

2. 分局+縣市別(跨院歸戶)

3. 分局+總額部門(跨院歸戶)

4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)

5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)

6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師(同醫師歸戶)

(94) 制酸劑用藥案件重複率

n 分子：制酸劑重複給藥案件

n 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

ü 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

ü 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。

Ø運算範圍：每月

Ø指標特性：可累加

Ø展現維度：
1. 分局+總額部門
2. 分局+特約類別
3. 分局+院所
4. 分局+院所+科別
5. 分局+院所+醫師

(95) 類固醇用藥案件重複率

n 分子：類固醇重複給藥案件

n 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

ü 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

ü 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。

Ø運算範圍：每月

Ø指標特性：可累加

Ø展現維度：1. 分局+總額部門
2. 分局+特約類別
3. 分局+院所
4. 分局+院所+科別
5. 分局+院所+醫師

(96) 抗生素用藥案件重複率

n 分子：抗生素重複給藥案件

n 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：藥理分類前 4 碼為 0812

- .. 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

ü 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

- ü 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。

Ø 運算範圍：每月

Ø 指標特性：可累加

Ø 展現維度：1. 分局+總額部門
2. 分局+特約類別
3. 分局+院所
4. 分局+院所+科別
5. 分局+院所+醫師

(97). 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)

n 分子1：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

n 分子2：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

n 分母：精神科已出院人數

.. 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 $\leq$ 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 $\leq$ 30）至同院所門診精神科就醫之案件

Ø 每月（需勾稽次月資料）

Ø 報表展現的資料範圍：每月、每季（以月資料累加）

Ø 展現維度：1. 分局+總額部門（同院歸戶）

2. 分局+總額部門+特約類別（同院歸戶）

3. 分局+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）

n 分子：6歲以下兒童因氣喘住院人數

n 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 $\leq$ 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

Ø 展現維度：

1. 分局（跨院歸戶）

2. 分局+縣市別（跨院歸戶）

3. 分局+總額部門（跨院歸戶）

4. 分局+總額部門+特約類別（跨院歸戶）

5. 分局+總額部門+特約類別+院所
（分母同院歸戶、分子同分局歸戶）

6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師別
（分母同院同醫師歸戶、分子同分局歸戶）

(100). 6歲以下兒童氣喘住院率_年

(建置時間：95/04/07)

n 分子：6歲以下兒童因氣喘住院人數

n 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：每年

Ø 展現維度：

1. 分局（跨院歸戶）
2. 分局+縣市別（跨院歸戶）
3. 分局+總額部門（跨院歸戶）
4. 分局+總額部門+特約類別（跨院歸戶）
5. 分局+總額部門+特約類別+院所
（分母同院歸戶、分子同分局歸戶）
6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師別
（分母同院同醫師歸戶、分子同分局歸戶）

(101). 門診心臟超音波案件執行率

(建置時間：95/04/28)

n 分子：醫令代碼前5碼為18005、18006、18007且醫令類別為”2”的案件
數

n 分母：門診案件數

.. 資料範圍：西醫醫院、西醫基層

Ø運算範圍：每季

- Ø**展現維度：
1. 分局
 2. 分局+特約類別
 3. 分局+院所
 4. 分局+院所+醫師

(102). 門診心臟超音波醫令執行率

(建置時間：95/04/28)

n 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

n 分母：門診案件數

.. 資料範圍：西醫醫院、西醫基層

Ø 運算範圍：每季

Ø 展現維度：1. 分局

2. 分局+特約類別

3. 分局+院所

4. 分局+院所+醫師

(103). 西醫重複就診率 (三)

(建置時間：95/03/10)

指標 103.1 分局 西醫重複就診率(三)

n 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)、同一分局下，按 ID 歸戶，就診 2 次以上之人數。

n 分母：排除診察費=0 之案件，按 ID 歸戶，計算分局下之門診人數。

Ø 運算範圍：每季

Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院

指標 103.2 總額部門 西醫重複就診率(三)

n 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)、同一分局、同一總額部門下，按 ID 歸戶，就診 2 次以上之人數。

n 分母：排除診察費=0 之案件，按 ID 歸戶，計算分局下各總額部門下之門診人數。

Ø 運算範圍：每季

Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院

指標 103.3 院所 西醫重複就診率(三)

n 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)、同一分局、同一院所，按 ID 歸戶，就診 2 次以上之人

數。

n 分母：排除診察費=0 之案件，按 ID 歸戶，計算分局下各院所下之門診人數。

Ø 運算範圍：每季

Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院

(104). 門診注射劑使用率(95 年西醫醫院品保方案)

(建置時間：95/03/10)

n 分子：給藥案件之針劑藥品案件數

n 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，但排除門診化療注射劑、急診注射劑及流感疫苗

! 門診化療注射劑：醫令代碼為 37005B, 37031B~37041B

! 急診注射劑：案件分類代碼為 02，醫令代碼為 10 碼，且第 8 碼為「2」案件

! 流感疫苗：案件分類代碼為 D2

.. 資料範圍：西醫基層、西醫醫院

Ø 運算範圍：每月

Ø 展現維度：1. 分局別

2. 分局+總額部門+ 特約類別

3. 分局+院所

Ø 若維度不同，是否需重算 --> No

(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 [分局+院所] 上呼吸道感染病人 7 日內複診率

n 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

n 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[分局+特約類別]或[分局]，以各院所的分母或分子人數直接加總:

- Ø 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
- Ø 展現維度：
 1. 分局別
 2. 分局+特約類別
 3. 分局+院所
- Ø 若維度不同，是否需重算 --> No

指標 105.2 [分局+院所+總額部門] 上呼吸道感染病人 7 日內複診率

- n** 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
- n** 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

(106). 初次剖腹產率

(建置時間：95/03/10)

n 分子：初次非自願剖腹產案件數

n 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(主診診斷前四碼為 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

Ø 運算範圍：每月

Ø 展現維度：1. 分局
2. 分局+特約類別
3. 分局+院所

Ø 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)

n 分子：十四日內再住院的案件數

n 分母：出院案件數。

“ 運算範圍：每季（以 92Q1 為例，即為 920101~92031）。

“ 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

(二) 精神科個案(就醫科別=13)

(三) 乳癌試辦案件(案件分類 4+病患來源 N 或 R 或 C)

- (四) 化學治療及放射線治療(主診診斷 V58.0、V58.1)(主診診斷)
- (五) 早產安胎個案(ICD-9-CM：64403)(主診斷)
- (六) 罕見疾病(ICD-9-CM：2775)——黏多醣症 (主診斷)
- (七) 轉院案件(轉歸代碼 5、6 或 7)
- (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) 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
- (十一) 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 (雙肺)
3. 肝臟移植：75020
4. 腎臟移植：76020

- Ø 展現維度：1. 分局
2. 分局+特約類別
3. 分局+院所
- Ø 此指標有產製院所別明細報表 1 張
- Ø 若維度不同，是否需重算 --> Yes

(108). 住院案件出院後三日內再急診率★

(建置時間：95/03/10)

- n** 分子：三日內再急診的案件數
- n** 分母：出院案件數。
- “ 運算範圍：每季 (以 92Q1 為例，即為 920101~92031)。
- “ 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

- .. 急診案件：案件分類 02, 且部分負擔第 2 碼為 0
 - .. 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(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 (雙肺)
 - 3. 肝臟移植：75020
 - 4. 腎臟移植：76020
- Ø 展現維度：1. 分局
2. 分局+特約類別
3. 分局+院所
- Ø 此指標有產製院所別明細報表 1 張
- Ø 若維度不同，是否需重算 --> Yes

(109). 糖尿病病患糖化血色素 (HbA1c) 執行率_季

(建置時間：95/03/28)

- n** 分子：從分母案件中執行糖化血色素(HbA1c)檢驗人數
- n** 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 5 碼為 A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE
 - .. 糖化血色素(HbA1c)案件係指申報醫令代碼前五碼為09006之案件
 - .. 自94年計算
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- Ø 運算範圍：每季

- Ø 展現維度：1. 分局（跨院歸戶）
 - 2. 分局+縣市別（跨院歸戶）
 - 3. 分局+總額部門（跨院歸戶）
 - 4. 分局+總額部門+特約類別（跨院歸戶）
 - 5. 分局+總額部門+特約類別+院所（同院歸戶）

(110). 糖尿病病患糖化血色素 (HbA1c) 執行率_年

(建置時間：95/03/28)

n 分子：從分母案件中執行糖化血色素(HbA1c)檢驗人數

n 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 5 碼為 A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE
- .. 糖化血色素(HbA1c)案件係指申報醫令代碼前五碼為09006之案件
- .. 自94年計算

Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院

Ø 運算範圍：每年

- Ø 展現維度：1. 分局（跨院歸戶）
 - 2. 分局+縣市別（跨院歸戶）
 - 3. 分局+總額部門（跨院歸戶）
 - 4. 分局+總額部門+特約類別（跨院歸戶）
 - 5. 分局+總額部門+特約類別+院所（同院歸戶）

(111). 空腹血脂(Fasting lipid profile)執行率_季

(建置時間：95/03/28)

n 分子：從分母案件中執行空腹血脂(Fasting lipid profile)檢驗人數

n 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 5 碼為 A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE
- .. 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；

.. 自94年計算

Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院

Ø 運算範圍：每季

Ø 展現維度：1. 分局（跨院歸戶）

2. 分局+縣市別（跨院歸戶）

3. 分局+總額部門（跨院歸戶）

4. 分局+總額部門+特約類別（跨院歸戶）

5. 分局+總額部門+特約類別+院所（同院歸戶）

(112). 空腹血脂(Fasting lipid profile)執行率_年

(建置時間：95/03/28)

n 分子：從分母案件中執行空腹血脂(Fasting lipid profile)檢驗人數

n 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 5 碼為 A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE

.. 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

.. 自94年計算

Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院

Ø 運算範圍：每年

Ø 展現維度：1. 分局（跨院歸戶）

2. 分局+縣市別（跨院歸戶）

3. 分局+總額部門（跨院歸戶）

4. 分局+總額部門+特約類別（跨院歸戶）

5. 分局+總額部門+特約類別+院所（同院歸戶）

(113). 眼底檢查或眼底彩色攝影執行率_季

(建置時間：95/03/28)

n 分子：從分母案件中執行眼底檢查或眼底彩色攝影檢查人數

n 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 5 碼為 A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE
- .. 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 之案件
- .. 自 94 年計算
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- Ø 運算範圍：每季
- Ø 展現維度：1. 分局（跨院歸戶）
2. 分局+縣市別（跨院歸戶）
3. 分局+總額部門（跨院歸戶）
4. 分局+總額部門+特約類別（跨院歸戶）
5. 分局+總額部門+特約類別+院所（同院歸戶）

(114). 眼底檢查或眼底彩色攝影執行率_年

(建置時間：95/03/28)

n 分子：從分母案件中執行眼底檢查或眼底彩色攝影檢查人數

n 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 5 碼為 A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE
- .. 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 之案件
- .. 自 94 年計算
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- Ø 運算範圍：每年
- Ø 展現維度：1. 分局（跨院歸戶）
2. 分局+縣市別（跨院歸戶）
3. 分局+總額部門（跨院歸戶）

4. 分局+總額部門+特約類別（跨院歸戶）
5. 分局+總額部門+特約類別+院所（同院歸戶）

(115). 尿液微量白蛋白檢查執行率_季

(建置時間：95/03/28)

- n** 分子：從分母案件中執行尿液微量白蛋白檢查人數
- n** 分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數
 - .. 糖尿病一任一主、次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 250 之門診案件。
 - .. 糖尿病用藥一指 ATC 前 5 碼為 A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE
 - .. 尿液微量白蛋白檢查案件係指申報醫令代碼前五碼為12111之案件
 - .. 自94年計算
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- Ø 運算範圍：每季
- Ø 展現維度：1. 分局（跨院歸戶）
 2. 分局+縣市別（跨院歸戶）
 3. 分局+總額部門（跨院歸戶）
 4. 分局+總額部門+特約類別（跨院歸戶）
 5. 分局+總額部門+特約類別+院所（同院歸戶）

(116). 尿液微量白蛋白檢查執行率_年

(建置時間：95/03/28)

- n** 分子：從分母案件中執行尿液微量白蛋白檢查人數
- n** 分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數
 - .. 糖尿病一任一主、次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 250 之門診案件。
 - .. 糖尿病用藥一指 ATC 前 5 碼為 A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE
 - .. 尿液微量白蛋白檢查案件係指申報醫令代碼前五碼為 12111 之案件
 - .. 自 94 年計算
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- Ø 運算範圍：每年
- Ø 展現維度：1. 分局（跨院歸戶）
 2. 分局+縣市別（跨院歸戶）

3. 分局+總額部門（跨院歸戶）
4. 分局+總額部門+特約類別（跨院歸戶）
5. 分局+總額部門+特約類別+院所（同院歸戶）

(117). 糖尿病試辦方案收案率

(建置時間：95/03/28)

n 分子：計算申報醫令代碼為P1401C或P1402C或P1403C之人數

n 分母：計算主診斷為250之人數

.. 自 94 年計算

Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院

Ø 運算範圍：每季

Ø 展現維度：1. 分局別：

（分子：按[分局、ID]歸戶，分母：按[分局、ID]歸戶）

2. 分局+縣市別：

（分子：按[分局、縣市別、ID]歸戶，分母：按[分局、縣市別、ID]歸戶）

3. 分局+總額部門+特約類別+院所：

（分子：按[分局、特約類別、院所、ID]歸戶，分母：按[分局、特約類別、院所、ID]歸戶）

(118). 各住院 DRG 費用醫療點數佔率(TW-DRG 第 3 版)

(建置時間：95/10/02)

n 分子：各DRG之醫療費用。

n 分母：所有DRG之醫療費用總和。

Ø 運算範圍：每月

Ø 展現維度：1. 分局+DRG
2. 分局+特約類別+DRG
3. 分局+院所+DRG

(119). 各住院 DRG 平均住院天數(TW-DRG 第 3 版)

(建置時間：95/10/02)

n 分子：各DRG之住院日數。

n 分母：各DRG之總案件數。

“ 住院日數：出院日-住院日(當日入出院計為 0 天)

Ø 運算範圍：每月

Ø 展現維度：1. 分局+DRG
2. 分局+特約類別+DRG
3. 分局+院所+DRG

(120). 住院之 CMI 值(TW-DRG 第 3 版)

(建置時間：95/10/02)

n 分子：住院DRG權重總和 = $\Sigma(\text{各DRG案件數} * \text{各DRG相對權重})$ 。

n 分母：住院DRG總案件數。

“ 各 DRG 相對權重：由總局統一提供，將會在 DB 建檔，格式如下

Final DRG 相對權重

DRG1 2

DRG2 3

DRG3 2

“ 舉例：計算<分局+院所>時，統計各院所的住院清單日內含跨院的住院案件。

DRG1 案件數 = 50

DRG2 案件數 = 100

DRG3 案件數 = 0

$$\frac{\text{DRG1 案件數} * \text{DRG1 相對權重} + \text{DRG2 案件數} * \text{DRG2 相對權重} + \dots}{\text{院所的出院案件數}} = \frac{50 * 2 + 100 * 3 + 0 * 2}{150}$$

“ 排除就醫科別=13(精神科)，並限制出院日在本季，住院日在上一季(跨季出院)或本季，按院所、住院日、ID、ID 生日歸戶為一筆 (取出院日最晚的那一筆作為代表)。且住院清單 NHI 碼欄位不為空白者。

Ø 運算範圍：每季

Ø 報表展現的資料範圍：每季

Ø 展現維度：1. 分局+層級
2. 分局+層級+科別
3. 分局+科別
4. 分局+院所
5. 分局+院所+科別
6. 分局+院所+醫師別

(121). 以 CMI 校正之平均每件住院費用(TW-DRG 第 3 版)

(建置時間：95/10/02)

n 分子：所有DRG之平均醫療費用。

n 分母：CMI值。

“ 分子定義：所有 DRG 的醫療費用總和 / DRG 總案件數。

“ 排除就醫科別=13(精神科)，並限制出院日在本季，住院日在上季(跨季出院)或本季，住院清單 NHI 碼欄位不為空白者。篩選資料範圍的欄位：出院日、住院日。

“ DRG 總案件數：按院所、住院日、ID、ID 生日歸戶為一筆 (如有多筆取出院日最晚的那一筆作為代表，若有相同出院日則取送核那一筆為代表)。

“ 所有 DRG 的醫療費用總和：每一筆案件其住院醫療費用總和(包含切帳申報)。

Ø 資料範圍：西醫醫院

Ø 篩選運算範圍的欄位：出院日、住院日

Ø 運算範圍：每季

Ø 報表展現的資料範圍：每季

Ø 展現維度：1. 分局+層級

2. 分局+層級+科別

3. 分局+科別

4. 分局+院所

5. 分局+院所+科別

6. 分局+院所+醫師別

(125). 病人複診率(三)

指標 1.1 [分局]、[特約類別]、[院所] 病人複診率 (三)

- n** 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。
- n** 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。
- n** 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[分局+特約類別]或[分局]，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

- Ø 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
- Ø 展現維度：1. 分局別
2. 分局+特約類別
3. 分局+院所
- Ø 若維度不同，是否需重算 --> No

指標 1.2 [院所+醫事別] 病人複診率 (三)

- n** 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。
- n** 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。
- n** 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

(127). 山地離島地區-慢性病 開立慢性病連續處方箋百分比

- n** 分子：開立慢性病連續處方箋案件數。
- n** 分母：慢性病給藥案件數。
- “ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院之山地離島地區 或 任一特定治療項目為「G9」之門診給藥案件。
 - “ 山地離島地區：申報醫事機構地區碼為山地離島地區代碼。
 - “ 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案件：(診察費項目代碼為慢箋)且(案件分類= 04 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。
 - “ 慢性病案件：案件分類= 04。
 - “ 地區別判斷：G9 案件 è 地區碼為「轉入院所代碼」末四碼；
非 G9 案件 è 該案件申報院所之地區碼。
(說明一：由於申報 G9 案件有可能是承作院所或是合作院所，因此必須以門診處方明細檔的轉入院所代碼末四碼作為地區碼，若為非 G9 案件者，則屬於當地醫事機構之案件，故直接擷取該醫事機構的地區碼。

說明二：若 G9 案件「轉入院所代碼」末四碼未填或為無效地區代碼，則擷取該案件醫事機構的地區碼。)

- Ø 運算範圍：每月
- Ø 展現維度：1. 分局
2. 分局+地區別
- Ø 若維度不同，是否需重算 --> No

(128). 山地離島地區-制酸劑藥理重複案件數比率

- n 分子：制酸劑藥理重複案件數。
- n 分母：制酸劑藥理案件數。
- “ 資料範圍：西醫醫院、西醫基層之山地離島地區 或 任一特定治療項目為「G9」之門診制酸劑藥理案件。
 - “ 山地離島地區：申報醫事機構地區碼為山地離島地區代碼。
 - “ 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
- “ 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。
- “ 地區別判別：G9 案件 è 地區碼為「轉入院所代碼」末四碼；
非 G9 案件 è 該案件申報院所之地區碼。
(說明一：由於申報 G9 案件有可能是承作院所或是合作院所，因此必須以門診處方明細檔的轉入院所代碼末四碼作為地區碼，若為非 G9 案件者，則屬於當地醫事機構之案件，故直接擷取該醫事機構的地區碼。
說明二：若 G9 案件「轉入院所代碼」末四碼未填或為無效地區代碼，則擷取該案件醫事機構的地區碼。)

- Ø 運算範圍：每月
- Ø 展現維度：1. 分局
2. 分局+地區別
- Ø 若維度不同，是否需重算 --> No

(129). 山地離島地區-平均每張處方箋開藥天數

- n 分子：給藥案件之給藥日份加總。
- n 分母：給藥案件數。

“ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院之山地離島地區 或 任一特定治療項目為「G9」之門診給藥案件。

“ 山地離島地區：申報醫事機構地區碼為山地離島地區代碼。

“ 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

“ 地區別判斷：G9 案件 è 地區碼為「轉入院所代碼」末四碼；
非 G9 案件 è 該案件申報院所之地區碼。

(說明一：由於申報 G9 案件有可能是承作院所或是合作院所，因此必須以門診處方明細檔的轉入院所代碼末四碼作為地區碼，若為非 G9 案件者，則屬於當地醫事機構之案件，故直接擷取該醫事機構的地區碼。

說明二：若 G9 案件「轉入院所代碼」末四碼未填或為無效地區代碼，則擷取該案件醫事機構的地區碼。)

- Ø 運算範圍：每月
- Ø 展現維度：1. 分局別
2. 分局+地區別
- Ø 若維度不同，是否需重算 --> No

(130). 山地離島地區-注射劑使用率

- n 分子：給藥案件之針劑藥品案件數。
- n 分母：給藥案件數。

“ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院之山地離島地區 或 任一特定治療項目為「G9」之門診給藥案件。

- .. 山地離島地區：申報醫事機構地區碼為山地離島地區代碼。
- .. 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。
- .. 地區別判斷：G9 案件 è 地區碼為「轉入院所代碼」末四碼；
非 G9 案件 è 該案件申報院所之地區碼。
(說明一：由於申報 G9 案件有可能是承作院所或是合作院所，因此必須以門診處方明細檔的轉入院所代碼末四碼作為地區碼，若為非 G9 案件者，則屬於當地醫事機構之案件，故直接擷取該醫事機構的地區碼。
說明二：若 G9 案件「轉入院所代碼」末四碼未填或為無效地區代碼，則擷取該案件醫事機構的地區碼。)
- Ø 運算範圍：每月
- Ø 展現維度：1. 分局別
2. 分局+地區別
- Ø 若維度不同，是否需重算 --> No

(131). 山地離島地區-抗生素使用率

- n 分子：給藥案件之抗生素藥品案件數。
- n 分母：給藥案件數。
- .. 資料範圍：西醫基層、西醫醫院之山地離島地區 或 任一特定治療項目為「G9」之門診給藥案件。
 - .. 山地離島地區：申報醫事機構地區碼為山地離島地區代碼。
 - .. 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
- .. 抗生素藥品：醫令代碼為 10 碼，且藥理分類前 4 碼 0812。
- .. 地區別判斷：G9 案件 è 地區碼為「轉入院所代碼」末四碼；
非 G9 案件 è 該案件申報院所之地區碼。
(說明一：由於申報 G9 案件有可能是承作院所或是合作院所，因此必須以門診處方明細檔的轉入院所代碼末四碼作為地區碼，若為非 G9 案件者，則屬於當地醫事機構之案件，故直接擷取該醫事機

構的地區碼。

說明二：若 G9 案件「轉入院所代碼」末四碼未填或為無效地區代碼，則擷取該案件醫事機構的地區碼。)

- Ø 運算範圍：每月
- Ø 展現維度：1. 分局別
2. 分局+地區別
- Ø 若維度不同，是否需重算 --> No

(132). 山地離島地區-處方箋釋出率

- n 分子：處方調劑方式為 1 的給藥案件數。
- n 分母：給藥案件數。

- “ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院之山地離島地區 或 任一特定治療項目為「G9」之門診給藥案件。
 - “ 山地離島地區：申報醫事機構地區碼為山地離島地區代碼。
 - “ 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

- “ 地區別判斷：G9 案件 è 地區碼為「轉入院所代碼」末四碼；
非 G9 案件 è 該案件申報院所之地區碼。

(說明一：由於申報 G9 案件有可能是承作院所或是合作院所，因此必須以門診處方明細檔的轉入院所代碼末四碼作為地區碼，若為非 G9 案件者，則屬於當地醫事機構之案件，故直接擷取該醫事機構的地區碼。

說明二：若 G9 案件「轉入院所代碼」末四碼未填或為無效地區代碼，則擷取該案件醫事機構的地區碼。)

- Ø 運算範圍：每月
- Ø 展現維度：1. 分局+
2. 分局+地區別
- Ø 若維度不同，是否需重算 --> No

(133). 山地離島地區-病人複診率

- n 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

- n** 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
- n** 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
- “ 資料範圍:西醫基層、西醫醫院之山地離島地區 或 任一特定治療項目為「G9」之門診 URI 案件。
 - “ 山地離島地區:申報醫事機構地區碼為山地離島地區代碼。
 - “ URI:主診斷前 3 碼為'460', '462', '465', '487'
 - “ 地區別判斷:G9 案件 è 地區碼為「轉入院所代碼」末四碼;
非 G9 案件 è 該案件申報院所之地區碼。
(說明一:由於申報 G9 案件有可能是承作院所或是合作院所, 因此必須以門診處方明細檔的轉入院所代碼末四碼作為地區碼, 若為非 G9 案件者, 則屬於當地醫事機構之案件, 故直接擷取該醫事機構的地區碼。
說明二:若 G9 案件「轉入院所代碼」末四碼未填或為無效地區代碼, 則擷取該案件醫事機構的地區碼。)
- Ø 運算範圍:每月
- Ø 展現維度:1. 分局別
2. 分局+地區別
- Ø 若維度不同, 是否需重算 --> No

(135). 山地離島地區-整體門診用藥日數重複率

指標 135.1 [分局] 山地離島地區-整體門診用藥日數重複率

- n 分子：按[分局、ID]歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總
- n 分母：給藥案件之給藥日份加總
- “ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院之山地離島地區 或 任一特定治療項目為「G9」之門診給藥案件。
 - “ 山地離島地區：申報醫事機構地區碼為山地離島地區代碼。
 - “ 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
 - “ 排除 04, 08 案件
- “ 地區別判斷：G9 案件 è 地區碼為「轉入院所代碼」末四碼；
非 G9 案件 è 該案件申報院所之地區碼。
(說明一：由於申報 G9 案件有可能是承作院所或是合作院所，因此必須以門診處方明細檔的轉入院所代碼末四碼作為地區碼，若為非 G9 案件者，則屬於當地醫事機構之案件，故直接擷取該醫事機構的地區碼。
說明二：若 G9 案件「轉入院所代碼」末四碼未填或為無效地區代碼，則擷取該案件醫事機構的地區碼。)
- Ø 運算範圍：每季

指標 135.2 [分局+地區別] 山地離島地區-整體門診用藥日數重複率

- n 分子：按[分局、地區別、ID]歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總
- n 分母：給藥案件之給藥日份加總
- “ 資料範圍：西醫基層、西醫醫院之山地離島地區 或 任一特定治療項目為「G9」之門診給藥案件。
 - “ 山地離島地區：申報醫事機構地區碼為山地離島地區代碼。
 - “ 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
 - “ 排除 04, 08 案件
- “ 地區別判斷：G9 案件 è 地區碼為「轉入院所代碼」末四碼；
非 G9 案件 è 該案件申報院所之地區碼。
(說明一：由於申報 G9 案件有可能是承作院所或是合作院所，因此必須以門診處方明細檔的轉入院所代碼末四碼作為地區碼，若為非 G9 案件者，則屬於當地醫事機構之案件，故直接擷取該醫事機構的地區碼。)

說明二：若 G9 案件「轉入院所代碼」末四碼未填或為無效地區代碼，則擷取該案件醫事機構的地區碼。)

Ø 運算範圍：每季

(136). 精神疾病用藥(精神分裂)-不同處方用藥日數重複率★

(建置時間：95/03/10)

n 分子 1：精神分裂藥物重複用藥日數

n 分子 2：精神分裂藥物重複用藥日數(排除 08 案件)

n 分母：精神分裂藥物之給藥日數

.. 資料範圍：限定為西醫醫院及西醫基層之精神分裂藥物給藥案件
(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)

.. 精神分裂藥物：ATC 前四碼=N05A

.. 分子 1：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。

ü 若案件分類為 08,則開始用藥日期=治療結束日期;

ü 其他案件分類,則開始用藥日期=就醫日期

ü 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥天數-1

ü 若給藥天數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

.. 分子 2(排除 08 案件)：同 ID 不同處方之就醫日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

ü 結束用藥日期=就醫日期+給藥天數-1

ü 若給藥天數=0，則結束用藥日期=就醫日期

ü 若給藥天數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

.. 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。

Ø運算範圍：每月

Ø指標特性：可累加

Ø展現維度：1. 分局+總額部門

2. 分局+特約類別

3. 分局+院所

4. 分局+院所+科別

5. 分局+院所+醫師

Ø此指標有產製院所別明細報表 2 張：1.院所分子異常明細

2.院所分子異常明細(排除 08 案件)

實例說明：

n 運算某甲 9407 的「不同處方用藥日數重複比率」，某甲於 9406~9407 間共有 8 筆就醫案件，依就醫日期排序如下：

NO.1 6/10 10 天 6/19

NO.2 6/18 30 天 7/12

NO.3 7/1 7 天 7/7

NO.4 7/10 5 天 7/14

NO.5 7/16 3 天 7/18

NO.6 7/18 30 天 8/16

NO.7 7/20 10 天 7/29

NO.8 7/26 30 天 8/24

總給藥日數=NO3+ NO4+ NO5+ NO6+ NO7+ NO8 = 7+5+3+30+10+30=85

重複給藥日數= NO3(重複 7 天)+ NO4(重複 3 天)+ NO5(重複 0 天)+ NO6(重複 1 天)+ NO7(重複 10 天)+ NO8(重複 22 天)=7+3+0+1+10+24=43

用藥日數重複比率= 43/85 =50%



(138). 精神疾病用藥(憂鬱症)-不同處方用藥日數重複率★

(建置時間：95/03/10)

n 分子 1：憂鬱症藥物重複用藥日數

n 分子 2：憂鬱症藥物重複用藥日數(排除 08 案件)

n 分母：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)

.. 憂鬱症藥物：ATC 前四碼=N06A

.. 分子 1：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。

ü 若案件分類為 08,則開始用藥日期=治療結束日期;

ü 其他案件分類,則開始用藥日期=就醫日期

ü 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥天數-1

ü 若給藥天數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

.. 分子 2(排除 08 案件)：同 ID 不同處方之就醫日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

ü 結束用藥日期=就醫日期+給藥天數-1

ü 若給藥天數=0，則結束用藥日期=就醫日期

ü 若給藥天數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

.. 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。

Ø 運算範圍：每月

Ø 指標特性：可累加

Ø 展現維度：1. 分局+總額部門

2. 分局+特約類別

3. 分局+院所

4. 分局+院所+科別

5. 分局+院所+醫師

Ø 此指標有產製院所別明細報表 2 張：1.院所分子異常明細

2.院所分子異常明細(排除 08
案件)

實例說明：

n 運算某甲 9407 的「不同處方用藥日數重複比率」，某甲於 9406~9407 間共有 8 筆就醫案件，依就醫日期排序如下：

NO.1 6/10 _____ 10 天 _____ 6/19

NO.2 6/18 _____ 30 天 _____ 7/12

NO.3 7/1 _____ 7 天 _____ 7/7

NO.4 7/10 _____ 5 天 _____ 7/14

NO.5 7/16 _____ 3 天 _____ 7/18

NO.6 7/18 _____ 30 天 _____ 8/16

NO.7 7/20 _____ 10 天 _____ 7/29

NO.8 7/26 _____ 30 天 _____ 8/24

總給藥日數=NO3+ NO4+ NO5+ NO6+ NO7+ NO8 = 7+5+3+30+10+30=85

重複給藥日數= NO3(重複 7 天)+ NO4(重複 3 天)+ NO5(重複 0 天)+ NO6(重複 1 天)+ NO7(重複 10 天)+ NO8(重複 22 天)=7+3+0+1+10+24=43

用藥日數重複比率= 43/85 =50%



(140). 精神疾病用藥(安眠鎮靜)-不同處方用藥日數重複率★

(建置時間：95/03/10)

n 分子 1：安眠鎮靜藥物重複用藥日數

n 分子 2：安眠鎮靜藥物重複用藥日數(排除 08 案件)

n 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：ATC 前四碼為 N05B、N05C

.. 分子 1：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。

ü 若案件分類為 08,則開始用藥日期=治療結束日期;

ü 其他案件分類,則開始用藥日期=就醫日期

ü 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥天數-1

ü 若給藥天數=0,則結束用藥日期=開始用藥日期。

.. 分子 2(排除 08 案件):同 ID 不同處方之就醫日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

ü 結束用藥日期=就醫日期+給藥天數-1

ü 若給藥天數=0,則結束用藥日期=就醫日期

ü 若給藥天數=0,則結束用藥日期=開始用藥日期。

.. 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。

Ø 運算範圍：每月

Ø 指標特性：可累加

Ø 展現維度：1. 分局+總額部門

2. 分局+特約類別

3. 分局+院所

4. 分局+院所+科別

5. 分局+院所+醫師

- Ø此指標有產製院所別明細報表 2 張：
- 1.院所分子異常明細
 - 2.院所分子異常明細(排除 08 案件)

實例說明：

n 運算某甲 9407 的「不同處方用藥日數重複比率」，某甲於 9406~9407 間共有 8 筆就醫案件，依就醫日期排序如下：

NO.1 6/10 10 天 6/19

NO.2 6/18 30 天 7/12

NO.3 7/1 7 天 7/7

NO.4 7/10 5 天 7/14

NO.5 7/16 3 天 7/18

NO.6 7/18 30 天 8/16

NO.7 7/20 10 天 7/29

NO.8 7/26 30 天 8/24

總給藥日數=NO3+ NO4+ NO5+ NO6+ NO7+ NO8 = 7+5+3+30+10+30=85

重複給藥日數= NO3(重複 7 天)+ NO4(重複 3 天)+ NO5(重複 0 天)+ NO6(重複 1 天)+ NO7(重複 10 天)+ NO8(重複 22 天)=7+3+0+1+10+24=43

用藥日數重複比率= 43/85 =50%



(142). 降血壓藥物(口服)-不同處方用藥日數重複率★

(建置時間：95/03/10)

n 分子 1：降血壓藥物(口服)重複用藥日數

n 分子 2：降血壓藥物(口服)重複用藥日數(排除 08 案件)

n 分母：降血壓藥物(口服)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 前三碼為 C02、C03、C07、C08、C09

.. 分子 1：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。

ü 若案件分類為 08,則開始用藥日期=治療結束日期;

ü 其他案件分類,則開始用藥日期=就醫日期

ü 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥天數-1

ü 若給藥天數=0,則結束用藥日期=開始用藥日期。

.. 分子 2(排除 08 案件)：同 ID 不同處方之就醫日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

ü 結束用藥日期=就醫日期+給藥天數-1

ü 若給藥天數=0,則結束用藥日期=就醫日期

ü 若給藥天數=0,則結束用藥日期=開始用藥日期。

.. 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。

Ø 運算範圍：每月

Ø 指標特性：可累加

Ø 展現維度：

1. 分局+總額部門
2. 分局+特約類別
3. 分局+院所
4. 分局+院所+科別
5. 分局+院所+醫師

- Ø此指標有產製院所別明細報表 2 張：
- 1.院所分子異常明細
 - 2.院所分子異常明細(排除 08 案件)

實例說明：

n 運算某甲 9407 的「不同處方用藥日數重複比率」，某甲於 9406~9407 間共有 8 筆就醫案件，依就醫日期排序如下：

NO.1 6/10 10 天 6/19

NO.2 6/18 30 天 7/12

NO.3 7/1 7 天 7/7

NO.4 7/10 5 天 7/14

NO.5 7/16 3 天 7/18

NO.6 7/18 30 天 8/16

NO.7 7/20 10 天 7/29

NO.8 7/26 30 天 8/24

總給藥日數=NO3+ NO4+ NO5+ NO6+ NO7+ NO8 = 7+5+3+30+10+30=85

重複給藥日數= NO3(重複 7 天)+ NO4(重複 3 天)+ NO5(重複 0 天)+ NO6(重複 1 天)+ NO7(重複 10 天)+ NO8(重複 22 天)=7+3+0+1+10+24=43

用藥日數重複比率= 43/85 =50%



(144). 降血脂藥物(口服)-不同處方用藥日數重複率★

(建置時間：95/03/10)

n 分子 1：降血脂藥物(口服)重複用藥日數

n 分子 2：降血脂藥物(口服)重複用藥日數(排除 08 案件)

n 分母：降血脂藥物(口服)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 前三碼= C10

.. 分子 1：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。

ü 若案件分類為 08,則開始用藥日期=治療結束日期;

ü 其他案件分類,則開始用藥日期=就醫日期

ü 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥天數-1

ü 若給藥天數=0, 則結束用藥日期=開始用藥日期。

.. 分子 2(排除 08 案件)：同 ID 不同處方之就醫日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

ü 結束用藥日期=就醫日期+給藥天數-1

ü 若給藥天數=0, 則結束用藥日期=就醫日期

ü 若給藥天數=0, 則結束用藥日期=開始用藥日期。

.. 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。

Ø 運算範圍：每月

Ø 指標特性：可累加

Ø 展現維度：1. 分局+總額部門

2. 分局+特約類別

3. 分局+院所

4. 分局+院所+科別

5. 分局+院所+醫師

- Ø此指標有產製院所別明細報表 2 張：1.院所分子異常明細
2.院所分子異常明細(排除 08 案件)

實例說明：

n 運算某甲 9407 的「不同處方用藥日數重複比率」，某甲於 9406~9407 間共有 8 筆就醫案件，依就醫日期排序如下：

NO.1 6/10 10 天 6/19

NO.2 6/18 30 天 7/12

NO.3 7/1 7 天 7/7

NO.4 7/10 5 天 7/14

NO.5 7/16 3 天 7/18

NO.6 7/18 30 天 8/16

NO.7 7/20 10 天 7/29

NO.8 7/26 30 天 8/24

總給藥日數=NO3+ NO4+ NO5+ NO6+ NO7+ NO8 = 7+5+3+30+10+30=85

重複給藥日數= NO3(重複 7 天)+ NO4(重複 3 天)+ NO5(重複 0 天)+ NO6(重複 1 天)+ NO7(重複 10 天)+ NO8(重複 22 天)=7+3+0+1+10+24=43

用藥日數重複比率= 43/85 =50%



(146). 降血糖藥物(不分口服及注射)-不同處方用藥日數重複率★

(建置時間：95/03/10)

n 分子 1：降血糖藥物(不分口服及注射)重複用藥日數

n 分子 2：降血糖藥物(不分口服及注射)重複用藥日數(排除 08 案件)

n 分母：降血糖藥物(不分口服及注射)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(不分口服及注射)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 前三碼=A10

.. 分子 1：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。

ü 若案件分類為 08,則開始用藥日期=治療結束日期;

ü 其他案件分類,則開始用藥日期=就醫日期

ü 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥天數-1

ü 若給藥天數=0, 則結束用藥日期=開始用藥日期。

.. 分子 2(排除 08 案件)：同 ID 不同處方之就醫日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

ü 結束用藥日期=就醫日期+給藥天數-1

ü 若給藥天數=0, 則結束用藥日期=就醫日期

ü 若給藥天數=0, 則結束用藥日期=開始用藥日期。

.. 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。

Ø 運算範圍：每月

Ø 指標特性：可累加

Ø 展現維度：1. 分局+總額部門

2. 分局+特約類別

3. 分局+院所

4. 分局+院所+科別

5. 分局+院所+醫師

- Ø此指標有產製院所別明細報表 2 張：1.院所分子異常明細
2.院所分子異常明細(排除 08 案件)

實例說明：

n 運算某甲 9407 的「不同處方用藥日數重複比率」，某甲於 9406~9407 間共有 8 筆就醫案件，依就醫日期排序如下：

NO.1 6/10 10 天 6/19

NO.2 6/18 30 天 7/12

NO.3 7/1 7 天 7/7

NO.4 7/10 5 天 7/14

NO.5 7/16 3 天 7/18

NO.6 7/18 30 天 8/16

NO.7 7/20 10 天 7/29

NO.8 7/26 30 天 8/24

總給藥日數=NO3+ NO4+ NO5+ NO6+ NO7+ NO8 = 7+5+3+30+10+30=85

重複給藥日數= NO3(重複 7 天)+ NO4(重複 3 天)+ NO5(重複 0 天)+ NO6(重複 1 天)+ NO7(重複 10 天)+ NO8(重複 22 天)=7+3+0+1+10+24=43

用藥日數重複比率= 43/85 =50%



(148). 消化性潰瘍用藥-不同處方用藥日數重複率★

(建置時間：95/03/10)

n 分子 1：消化性潰瘍用藥重複用藥日數

n 分子 2：消化性潰瘍用藥重複用藥日數(排除 08 案件)

n 分母：消化性潰瘍用藥之給藥日數

.. 資料範圍：限定為西醫醫院及西醫基層之消化性潰瘍用藥給藥案件
(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)

.. 消化性潰瘍用藥：ATC 前三碼= A02

.. 分子 1：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。

ü 若案件分類為 08,則開始用藥日期=治療結束日期;

ü 其他案件分類,則開始用藥日期=就醫日期

ü 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥天數-1

ü 若給藥天數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

.. 分子 2(排除 08 案件)：同 ID 不同處方之就醫日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

ü 結束用藥日期=就醫日期+給藥天數-1

ü 若給藥天數=0，則結束用藥日期=就醫日期

ü 若給藥天數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

.. 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。

Ø 運算範圍：每月

Ø 指標特性：可累加

Ø 展現維度：1. 分局+總額部門

2. 分局+特約類別

3. 分局+院所

4. 分局+院所+科別

6. 分局+院所+醫師

- Ø此指標有產製院所別明細報表 2 張：1.院所分子異常明細
2.院所分子異常明細(排除 08 案件)

實例說明：

n 運算某甲 9407 的「不同處方用藥日數重複比率」，某甲於 9406~9407 間共有 8 筆就醫案件，依就醫日期排序如下：

NO.1 6/10 10 天 6/19

NO.2 6/18 30 天 7/12

NO.3 7/1 7 天 7/7

NO.4 7/10 5 天 7/14

NO.5 7/16 3 天 7/18

NO.6 7/18 30 天 8/16

NO.7 7/20 10 天 7/29

NO.8 7/26 30 天 8/24

總給藥日數=NO3+ NO4+ NO5+ NO6+ NO7+ NO8 = 7+5+3+30+10+30=85

重複給藥日數= NO3(重複 7 天)+ NO4(重複 3 天)+ NO5(重複 0 天)+ NO6(重複 1 天)+ NO7(重複 10 天)+ NO8(重複 22 天)=7+3+0+1+10+24=43

用藥日數重複比率= 43/85 =50%



(150). 抗發炎及風濕性用藥(非類固醇抗發炎制劑)-不同處方用藥日數重

複率★

(建置時間：95/03/10)

n 分子 1：非類固醇抗發炎制劑重複用藥日數

n 分子 2：非類固醇抗發炎制劑重複用藥日數(排除 08 案件)

n 分母：非類固醇抗發炎制劑之給藥日數

.. 資料範圍：限定為西醫醫院及西醫基層之非類固醇抗發炎制劑給藥案件

(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)

.. 非類固醇抗發炎制劑：ATC 前三碼=M01

.. 分子 1：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。

ü 若案件分類為 08,則開始用藥日期=治療結束日期;

ü 其他案件分類,則開始用藥日期=就醫日期

ü 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥天數-1

ü 若給藥天數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

.. 分子 2(排除 08 案件)：同 ID 不同處方之就醫日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

ü 結束用藥日期=就醫日期+給藥天數-1

ü 若給藥天數=0，則結束用藥日期=就醫日期

ü 若給藥天數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

.. 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。

Ø運算範圍：每月

Ø指標特性：可累加

Ø展現維度：1. 分局+總額部門

2. 分局+特約類別

3. 分局+院所

4. 分局+院所+科別

5. 分局+院所+醫師

- Ø此指標有產製院所別明細報表 2 張：
- 1.院所分子異常明細
 - 2.院所分子異常明細(排除 08 案件)

實例說明：

n 運算某甲 9407 的「不同處方用藥日數重複比率」，某甲於 9406~9407 間共有 8 筆就醫案件，依就醫日期排序如下：

NO.1 6/10 10 天 6/19

NO.2 6/18 30 天 7/12

NO.3 7/1 7 天 7/7

NO.4 7/10 5 天 7/14

NO.5 7/16 3 天 7/18

NO.6 7/18 30 天 8/16

NO.7 7/20 10 天 7/29

NO.8 7/26 30 天 8/24

總給藥日數=NO3+ NO4+ NO5+ NO6+ NO7+ NO8 = 7+5+3+30+10+30=85

重複給藥日數= NO3(重複 7 天)+ NO4(重複 3 天)+ NO5(重複 0 天)+ NO6(重複 1 天)+ NO7(重複 10 天)+ NO8(重複 22 天)=7+3+0+1+10+24=43

用藥日數重複比率= 43/85 =50%



(152). 抗發炎及風濕性用藥(肌肉鬆弛劑)-不同處方用藥日數重複率★

(建置時間：95/03/10)

n 分子 1：肌肉鬆弛劑重複用藥日數

n 分子 2：肌肉鬆弛劑重複用藥日數(排除 08 案件)

n 分母：肌肉鬆弛劑之給藥日數

.. 資料範圍：限定為西醫醫院及西醫基層之肌肉鬆弛劑給藥案件

(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)

.. 肌肉鬆弛劑：ATC 前三碼=M03

.. 分子 1：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。

ü 若案件分類為 08,則開始用藥日期=治療結束日期;

ü 其他案件分類,則開始用藥日期=就醫日期

ü 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥天數-1

ü 若給藥天數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

.. 分子 2(排除 08 案件)：同 ID 不同處方之就醫日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

ü 結束用藥日期=就醫日期+給藥天數-1

ü 若給藥天數=0，則結束用藥日期=就醫日期

ü 若給藥天數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

.. 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。

Ø 運算範圍：每月

Ø 指標特性：可累加

Ø 展現維度：1. 分局+總額部門

2. 分局+特約類別

3. 分局+院所

4. 分局+院所+科別

5. 分局+院所+醫師

Ø 此指標有產製院所別明細報表 2 張：1.院所分子異常明細

2.院所分子異常明細(排除 08 案件)

實例說明：

n 運算某甲 9407 的「不同處方用藥日數重複比率」，某甲於 9406~9407 間共有 8 筆就醫案件，依就醫日期排序如下：

NO.1 6/10 10 天 6/19

NO.2 6/18 30 天 7/12

NO.3 7/1 7 天 7/7

NO.4 7/10 5 天 7/14

NO.5 7/16 3 天 7/18

NO.6 7/18 30 天 8/16

NO.7 7/20 10 天 7/29

NO.8 7/26 30 天 8/24

總給藥日數=NO3+ NO4+ NO5+ NO6+ NO7+ NO8 = 7+5+3+30+10+30=85

重複給藥日數= NO3(重複 7 天)+ NO4(重複 3 天)+ NO5(重複 0 天)+ NO6(重複 1 天)+ NO7(重複 10 天)+ NO8(重複 22 天)=7+3+0+1+10+24=43

用藥日數重複比率= 43/85 =50%



(154). 抗發炎及風濕性用藥(Antigout)-不同處方用藥日數重複率★

(建置時間：95/03/10)

n 分子 1：Antigout 重複用藥日數

n 分子 2：Antigout 重複用藥日數(排除 08 案件)

n 分母：Antigout 之給藥日數

.. 資料範圍：限定為西醫醫院及西醫基層之 Antigout 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)

.. Antigout：ATC 前三碼=M04

.. 分子 1：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。

ü 若案件分類為 08,則開始用藥日期=治療結束日期;

ü 其他案件分類,則開始用藥日期=就醫日期

ü 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥天數-1

ü 若給藥天數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

.. 分子 2(排除 08 案件)：同 ID 不同處方之就醫日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

ü 結束用藥日期=就醫日期+給藥天數-1

ü 若給藥天數=0，則結束用藥日期=就醫日期

ü 若給藥天數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

.. 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。

Ø 運算範圍：每月

Ø 指標特性：可累加

Ø 展現維度：1. 分局+總額部門

2. 分局+特約類別

3. 分局+院所

4. 分局+院所+科別

5. 分局+院所+醫師

Ø 此指標有產製院所別明細報表 2 張：1.院所分子異常明細

2.院所分子異常明細(排除 08 案件)

實例說明：

n 運算某甲 9407 的「不同處方用藥日數重複比率」，某甲於 9406~9407 間共有 8 筆就醫案件，依就醫日期排序如下：

NO.1 6/10 10 天 6/19

NO.2 6/18 30 天 7/12

NO.3 7/1 7 天 7/7

NO.4 7/10 5 天 7/14

NO.5 7/16 3 天 7/18

NO.6 7/18 30 天 8/16

NO.7 7/20 10 天 7/29

NO.8 7/26 30 天 8/24

總給藥日數=NO3+ NO4+ NO5+ NO6+ NO7+ NO8 = 7+5+3+30+10+30=85

重複給藥日數= NO3(重複 7 天)+ NO4(重複 3 天)+ NO5(重複 0 天)+ NO6(重複 1 天)+ NO7(重複 10 天)+ NO8(重複 22 天)=7+3+0+1+10+24=43

用藥日數重複比率= 43/85 =50%



(156). 感冒制劑-不同處方用藥日數重複率★

(建置時間：95/03/10)

n 分子 1：感冒制劑重複用藥日數

n 分子 2：感冒制劑物重複用藥日數(排除 08 案件)

n 分母：感冒制劑之給藥日數

.. 資料範圍：限定為西醫醫院及西醫基層之感冒制劑給藥案件
(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)

.. 感冒制劑：ATC 前三碼為 R05、R06

.. 分子 1：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。

ü 若案件分類為 08,則開始用藥日期=治療結束日期;

ü 其他案件分類,則開始用藥日期=就醫日期

ü 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥天數-1

ü 若給藥天數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

.. 分子 2(排除 08 案件)：同 ID 不同處方之就醫日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

ü 結束用藥日期=就醫日期+給藥天數-1

ü 若給藥天數=0，則結束用藥日期=就醫日期

ü 若給藥天數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

.. 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。

Ø 運算範圍：每月

Ø 指標特性：可累加

Ø 展現維度：1. 分局+總額部門

2. 分局+特約類別

3. 分局+院所

4. 分局+院所+科別

5. 分局+院所+醫師

- Ø此指標有產製院所別明細報表 2 張：1.院所分子異常明細
2.院所分子異常明細(排除 08 案件)

實例說明：

n 運算某甲 9407 的「不同處方用藥日數重複比率」，某甲於 9406~9407 間共有 8 筆就醫案件，依就醫日期排序如下：

NO.1 6/10 10 天 6/19

NO.2 6/18 30 天 7/12

NO.3 7/1 7 天 7/7

NO.4 7/10 5 天 7/14

NO.5 7/16 3 天 7/18

NO.6 7/18 30 天 8/16

NO.7 7/20 10 天 7/29

NO.8 7/26 30 天 8/24

總給藥日數=NO3+ NO4+ NO5+ NO6+ NO7+ NO8 = 7+5+3+30+10+30=85

重複給藥日數= NO3(重複 7 天)+ NO4(重複 3 天)+ NO5(重複 0 天)+ NO6(重複 1 天)+ NO7(重複 10 天)+ NO8(重複 22 天)=7+3+0+1+10+24=43

用藥日數重複比率= 43/85 =50%



(158). 制酸劑-不同處方用藥日數重複率

(建置時間：95/03/10)

n 分子 1：制酸劑藥物重複用藥日數

n 分子 2：制酸劑藥物重複用藥日數(排除 08 案件)

n 分母：制酸劑藥物之給藥日數

.. 資料範圍：限定為西醫醫院及西醫基層之制酸劑藥物給藥案件

(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)

.. 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)

.. 分子 1：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。

ü 若案件分類為 08,則開始用藥日期=治療結束日期;

ü 其他案件分類,則開始用藥日期=就醫日期

ü 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥天數-1

ü 若給藥天數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

.. 分子 2(排除 08 案件)：同 ID 不同處方之就醫日期與結束用藥日期間
有重疊之給藥日數。

ü 結束用藥日期=就醫日期+給藥天數-1

ü 若給藥天數=0，則結束用藥日期=就醫日期

ü 若給藥天數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

.. 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。

Ø 運算範圍：每月

Ø 指標特性：可累加

Ø 展現維度：1. 分局+總額部門
2. 分局+特約類別
3. 分局+院所
4. 分局+院所+科別
5. 分局+院所+醫師

Ø 此指標有產製院所別明細報表 2 張：1.院所分子異常明細
2.院所分子異常明細(排除 08 案件)

實例說明：

n 運算某甲 9407 的「不同處方用藥日數重複比率」，某甲於 9406~9407 間共有 8 筆就醫案件，依就醫日期排序如下：

NO.1 6/10 10 天 6/19

NO.2 6/18 30 天 7/12

NO.3 7/1 7 天 7/7

NO.4 7/10 5 天 7/14

NO.5 7/16 3 天 7/18

NO.6 7/18 30 天 8/16

NO.7 7/20 10 天 7/29

NO.8 7/26 30 天 8/24

總給藥日數=NO3+ NO4+ NO5+ NO6+ NO7+ NO8 = 7+5+3+30+10+30=85

重複給藥日數= NO3(重複 7 天)+ NO4(重複 3 天)+ NO5(重複 0 天)+ NO6(重複 1 天)+ NO7(重複 10 天)+ NO8(重複 22 天)=7+3+0+1+10+24=43

用藥日數重複比率= 43/85 =50%



(160). 類固醇-不同處方用藥日數重複率★

(建置時間：95/03/10)

n 分子 1：類固醇藥物重複用藥日數

n 分子 2：類固醇藥物重複用藥日數(排除 08 案件)

n 分母：類固醇藥物之給藥日數

.. 資料範圍：限定為西醫醫院及西醫基層之類固醇藥物給藥案件
(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)

.. 類固醇藥物：藥理分類前 4 碼為 6804

.. 分子 1：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。

ü 若案件分類為 08,則開始用藥日期=治療結束日期;

ü 其他案件分類,則開始用藥日期=就醫日期

ü 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥天數-1

ü 若給藥天數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

.. 分子 2(排除 08 案件)：同 ID 不同處方之就醫日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

ü 結束用藥日期=就醫日期+給藥天數-1

ü 若給藥天數=0，則結束用藥日期=就醫日期

ü 若給藥天數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

.. 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。

Ø 運算範圍：每月

Ø 指標特性：可累加

Ø 展現維度：

1. 分局+總額部門
2. 分局+特約類別
3. 分局+院所
4. 分局+院所+科別
5. 分局+院所+醫師

Ø 此指標有產製院所別明細報表 2 張：1.院所分子異常明細

2.院所分子異常明細(排除 08 案件)

實例說明：

n 運算某甲 9407 的「不同處方用藥日數重複比率」，某甲於 9406~9407 間共有 8 筆就醫案件，依就醫日期排序如下：

NO.1 6/10 10 天 6/19

NO.2 6/18 30 天 7/12

NO.3 7/1 7 天 7/7

NO.4 7/10 5 天 7/14

NO.5 7/16 3 天 7/18

NO.6 7/18 30 天 8/16

NO.7 7/20 10 天 7/29

NO.8 7/26 30 天 8/24

總給藥日數=NO3+ NO4+ NO5+ NO6+ NO7+ NO8 = 7+5+3+30+10+30=85

重複給藥日數= NO3(重複 7 天)+ NO4(重複 3 天)+ NO5(重複 0 天)+ NO6(重複 1 天)+ NO7(重複 10 天)+ NO8(重複 22 天)=7+3+0+1+10+24=43

用藥日數重複比率= 43/85 =50%



(162). 抗生素-不同處方用藥日數重複率★

(建置時間：95/03/10)

n 分子 1：抗生素藥物重複用藥日數

n 分子 2：抗生素藥物重複用藥日數(排除 08 案件)

n 分母： 抗生素藥物之給藥日數

.. 資料範圍：限定為西醫醫院及西醫基層之抗生素藥物給藥案件
(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)

.. 抗生素藥物：藥理分類前 4 碼為 0812

.. 分子 1：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。

ü 若案件分類為 08,則開始用藥日期=治療結束日期;

ü 其他案件分類,則開始用藥日期=就醫日期

ü 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥天數-1

ü 若給藥天數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

.. 分子 2(排除 08 案件)：同 ID 不同處方之就醫日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

ü 結束用藥日期=就醫日期+給藥天數-1

ü 若給藥天數=0，則結束用藥日期=就醫日期

ü 若給藥天數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。

.. 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。

Ø 運算範圍：每月

Ø 指標特性：可累加

Ø 展現維度：1. 分局+總額部門

2. 分局+特約類別

3. 分局+院所

4. 分局+院所+科別

5. 分局+院所+醫師

Ø 此指標有產製院所別明細報表 2 張：1.院所分子異常明細

2.院所分子異常明細(排除 08 案件)

實例說明：

n 運算某甲 9407 的「不同處方用藥日數重複比率」，某甲於 9406~9407 間共有 8 筆就醫案件，依就醫日期排序如下：

NO.1 6/10 10 天 6/19

NO.2 6/18 30 天 7/12

NO.3 7/1 7 天 7/7

NO.4 7/10 5 天 7/14

NO.5 7/16 3 天 7/18

NO.6 7/18 30 天 8/16

NO.7 7/20 10 天 7/29

NO.8 7/26 30 天 8/24

總給藥日數=NO3+ NO4+ NO5+ NO6+ NO7+ NO8 = 7+5+3+30+10+30=85

重複給藥日數= NO3(重複 7 天)+ NO4(重複 3 天)+ NO5(重複 0 天)+ NO6(重複 1 天)+ NO7(重複 10 天)+ NO8(重複 22 天)=7+3+0+1+10+24=43

用藥日數重複比率= 43/85 =50%



(164). 門診同藥理用藥日數重複率

(建置時間：95/03/10)

n 分子 1：擷取下表六項藥品用藥日數重複率指標之「分子 1」值加總**n** 分子 2：擷取下表六項藥品用藥日數重複率指標之「分子 2」值加總(排除 08 案件)**n** 分母：擷取下表六項藥品用藥日數重複率指標之分母值加總

.. 資料範圍：限定為西醫醫院及西醫基層之給藥案件

(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)

藥物種類		ATC 藥理分類
降血壓藥物(口服)		C02、C03、C07、C08、C09
降血脂藥物(口服)		C10
降血糖藥物(包含口服及注射劑)		A10
精神疾病用藥	精神分裂	N05A
	憂鬱症	N06A
	安眠鎮靜	N05B、N05C

.. 分子 1：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。

ü 若案件分類為 08,則開始用藥日期=治療結束日期;

ü 其他案件分類,則開始用藥日期=就醫日期

ü 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥天數-1

ü 若給藥天數=0,則結束用藥日期=開始用藥日期。

.. 分子 2(排除 08 案件):同 ID 不同處方之就醫日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

ü 結束用藥日期=就醫日期+給藥天數-1

ü 若給藥天數=0,則結束用藥日期=就醫日期

ü 若給藥天數=0,則結束用藥日期=開始用藥日期。

.. 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。

Ø 運算範圍：每月

Ø 指標特性：可累加

- Ø展現維度：
1. 分局+總額部門
 2. 分局+特約類別
 3. 分局+院所
 4. 分局+院所+科別
 5. 分局+院所+醫師

實例說明：

n 運算某甲 9407 的「不同處方用藥日數重複比率」，某甲於 9406~9407 間共有 8 筆就醫案件，依就醫日期排序如下：

NO.1 6/10 10 天 6/19

NO.2 6/18 30 天 7/12

NO.3 7/1 7 天 7/7

NO.4 7/10 5 天 7/14

NO.5 7/16 3 天 7/18

NO.6 7/18 30 天 8/16

NO.7 7/20 10 天 7/29

NO.8 7/26 30 天 8/24

總給藥日數=NO3+ NO4+ NO5+ NO6+ NO7+ NO8 = 7+5+3+30+10+30=85

重複給藥日數= NO3(重複 7 天)+ NO4(重複 3 天)+ NO5(重複 0 天)+ NO6(重複 1 天)+ NO7(重複 10 天)+ NO8(重複 22 天)=7+3+0+1+10+24=43

用藥日數重複比率= 43/85 =50%



(166). 心肌梗塞病人再住院率

(建置時間：95/04/07)

n 分子1：心肌梗塞病人0~3日內再住院的案件數

n 分子2：心肌梗塞病人0~14日內再住院的案件數

n 分子3：心肌梗塞病人15~30日內再住院的案件數

n 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。

Ø運算範圍：每季

Ø展現維度： 1. 分局（跨院歸戶）

2. 分局+特約類別（跨院歸戶）

3. 分局+特約類別+院所（分母同院歸戶，分子跨院歸戶）

(169). 中風病人再住院率

(建置時間：95/04/07)

n 分子1：中風病人0~3日內再住院的案件數

n 分子2：中風病人0~14日內再住院的案件數

n 分子3：中風病人15~30日內再住院的案件數

n 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。

Ø 運算範圍：每季

- Ø 展現維度
1. 分局（跨院歸戶）
 2. 分局+特約類別（跨院歸戶）
 3. 分局+特約類別+院所（分母同院歸戶，分子跨院歸戶）

(172). 心臟衰竭病人再住院率

(建置時間：95/04/07)

n 分子1：心臟衰竭病人0~3日內再住院的案件數

n 分子2：心臟衰竭病人0~14日內再住院的案件數

n 分子3：心臟衰竭病人15~30日內再住院的案件數

n 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。

Ø 運算範圍：每季

- Ø 展現維度：
1. 分局（跨院歸戶）
 2. 分局+特約類別（跨院歸戶）
 3. 分局+特約類別+院所（分母同院歸戶，分子跨院歸戶）

(175). 肺炎病人再住院率

(建置時間：95/04/07)

n 分子1：肺炎病人0~3日內再住院的案件數

n 分子2：肺炎病人0~14日內再住院的案件數

n 分子3：肺炎病人15~30日內再住院的案件數

n 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。

Ø 運算範圍：每季

Ø 展現維度：

1. 分局（跨院歸戶）
2. 分局+特約類別（跨院歸戶）
3. 分局+特約類別+院所（分母同院歸戶，分子跨院歸戶）

(178). 氣喘病人再住院率

(建置時間：95/04/07)

n 分子1：氣喘病人0~3日內再住院的案件數

n 分子2：氣喘病人0~14日內再住院的案件數

n 分子3：氣喘病人15~30日內再住院的案件數

n 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。

Ø 運算範圍：每季

Ø 展現維度：

1. 分局（跨院歸戶）
2. 分局+特約類別（跨院歸戶）
3. 分局+特約類別+院所（分母同院歸戶，分子跨院歸戶）

(181). 潰瘍病人再住院率

(建置時間：95/04/07)

n 分子1：潰瘍病人0~3日內再住院的案件數

n 分子2：潰瘍病人0~14日內再住院的案件數

n 分子3：潰瘍病人15~30日內再住院的案件數

n 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。

Ø運算範圍：每季

Ø展現維度： 1. 分局（跨院歸戶）
2. 分局+特約類別（跨院歸戶）
3. 分局+特約類別+院所（分母同院歸戶，分子跨院歸戶）

(184). 全髖或全膝關節置換病人再住院率

(建置時間：95/04/07)

n 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

n 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

n 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

n 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。

Ø運算範圍：每季

Ø展現維度：1. 分局（跨院歸戶）
2. 分局+特約類別（跨院歸戶）
3. 分局+特約類別+院所（分母同院歸戶，分子跨院歸戶）

(187). 膽囊切除病人再住院率

(建置時間：95/04/07)

n 分子1：膽囊切除病人0~3日內再住院的案件數

n 分子2：膽囊切除病人0~14日內再住院的案件數

n 分子3：膽囊切除病人15~30日內再住院的案件數

n 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。

Ø運算範圍：每季

Ø展現維度： 1. 分局（跨院歸戶）

2. 分局+特約類別（跨院歸戶）

3. 分局+特約類別+院所（分母同院歸戶，分子跨院歸戶）

(190). 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)

n 分子1：前列腺切除病人0~3日內再住院的案件數

n 分子2：前列腺切除病人0~14日內再住院的案件數

n 分子3：前列腺切除病人15~30日內再住院的案件數

n 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。

Ø 運算範圍：每季

- Ø 展現維度：
1. 分局（跨院歸戶）
 2. 分局+特約類別（跨院歸戶）
 3. 分局+特約類別+院所（分母同院歸戶，分子跨院歸戶）

(193). 子宮切除病人再住院率

(建置時間：95/04/07)

- n** 分子1：子宮切除病人0~3日內再住院的案件數
- n** 分子2：子宮切除病人0~14日內再住院的案件數
- n** 分子3：子宮切除病人15~30日內再住院的案件數
- n** 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。

Ø 運算範圍：每季

- Ø 展現維度：
1. 分局（跨院歸戶）
 2. 分局+特約類別（跨院歸戶）
 3. 分局+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)

- n** 分子：分母之案件中申報Biguanides之案件數
- n** 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 5 碼為 A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、

A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE。

.. Biguanides—ATC 前 5 碼為 A10BA。

Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院

Ø 運算範圍：每月

Ø 展現維度：

1. 分局+總額部門+特約類別
2. 分局+總額部門+縣市別
3. 分局+總額部門+特約類別+院所(此維度可再串連至分子明細報表)
4. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師

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

(建置時間：95/03/28)

- n 分子：分母之案件中同時申報 Glitazones 及 Insulins 之案件數
- n 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 5 碼為 A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE。
 - .. Glitazones—ATC 前 5 碼為 A10BG。
 - .. Insulins—ATC 前 5 碼為 A10BB、A10BC、A10BD、A10BX。
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- Ø 運算範圍：每月
- Ø 展現維度：
 - 1. 分局+總額部門+特約類別
 - 2. 分局+總額部門+縣市別
 - 3. 分局+總額部門+特約類別+院所(此維度可再串連至分子明細報表)
 - 4. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師別

(198). 糖尿病患者同時使用四種以上降血糖藥物人次比率★

(建置時間：95/03/28)

- n 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
- n 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 5 碼為 A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE
 - .. 種類數依不同醫令代碼計算
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- Ø 運算範圍：每月
- Ø 展現維度：
 - 1. 分局+總額部門+特約類別

2. 分局+總額部門+縣市別

3. 分局+總額部門+特約類別+院所(此維度可再串連至分子明細報表)

4. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師別

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

(建置時間：95/04/28)

n 分子1：以分母之案件的ID追蹤30天內有執行CT或MRI的筆數

n 分子2：以分母之案件的ID追蹤90天內有執行CT或MRI的筆數

n 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 天及 0~90 天內是否有執行 CT 或 MRI。

.. 資料範圍：西醫醫院、西醫基層

Ø運算範圍：每季

Ø展現維度： 1. 分局（跨院歸戶）

2. 分局+特約類別（跨院歸戶）

3. 分局+特約類別+院所（跨院歸戶）

4. 分局+特約類別+院所+醫師（跨院歸戶）

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

(建置時間：95/04/28)

n 分子1：以分母之案件的ID追蹤30天內有執行CT或MRI的筆數

n 分子2：以分母之案件的ID追蹤90天內有執行CT或MRI的筆數

n 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 天及 0~90 天內是否有執行 CT 或 MRI。

.. 資料範圍：西醫醫院、西醫基層

Ø 運算範圍：每季

Ø 展現維度：

1. 分局（同院歸戶）
2. 分局+特約類別（同院歸戶）
3. 分局+特約類別+院所（同院歸戶）
4. 分局+特約類別+院所+醫師（同院歸戶）

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

(建置時間：95/04/28)

n 分子1：以分母之案件的ID追蹤30天內有執行CT或MRI的筆數

n 分子2：以分母之案件的ID追蹤90天內有執行CT或MRI的筆數

n 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 天及 0~90 天內是否有執行 CT 或 MRI。
- .. 資料範圍：西醫醫院、西醫基層

Ø 運算範圍：每季

Ø 展現維度：

1. 分局（跨院歸戶）
2. 分局+特約類別（跨院歸戶）
3. 分局+特約類別+院所（跨院歸戶）
4. 分局+特約類別+院所+醫師（跨院歸戶）

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

(建置時間：95/04/28)

n 分子1：以分母之案件的ID追蹤30天內有執行CT或MRI的筆數

n 分子2：以分母之案件的ID追蹤90天內有執行CT或MRI的筆數

n 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天及0~90天內
是否有執行CT或MRI。

.. 資料範圍：西醫醫院、西醫基層

Ø 運算範圍：每季

Ø 展現維度： 1. 分局（同院歸戶）

2. 分局+特約類別（同院歸戶）

3. 分局+特約類別+院所（同院歸戶）

4. 分局+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)

n 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

n 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 前五碼為 A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE

“ 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

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 前五碼為 A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE

“ α -glucosidase inhibitors—ATC 前五碼為 A10BF

Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院

Ø 運算範圍：每月

Ø 展現維度：

1. 分局+總額部門+特約類別

2. 分局+總額部門+縣市別

3. 分局+總額部門+特約類別+院所（此維度可再串連至分子明細報表）

4. 分局+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)

- n 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
- n 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
 - “ 糖尿病一任一主次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 250 之門診案件
 - “ 糖尿病用藥一指 ATC 前五碼為 A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE
 - “ 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
 - 2. 自費用年月 9201 開始記載
 - “ 病史檔之糖尿病一主、次診斷碼前三碼為 250 之案件，且 ATC 前五碼為 A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE
 - “ Glitazones—ATC 前五碼為 A10BG
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- Ø 運算範圍：每月
- Ø 展現維度：
 - 1. 分局+總額部門+特約類別
 - 2. 分局+總額部門+縣市別
 - 3. 分局+總額部門+特約類別+院所 (此維度可再串連至分子明細報表)
 - 4. 分局+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)

n 分子：分母病患中有使用Thiazide diuretics人數

n 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
- 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

Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院

Ø 運算範圍：每季

Ø 展現維度：

- 1.分局+總額部門+特約類別
- 2.分局+總額部門+縣市別
- 3.分局+總額部門+特約類別+院所 (此維度可再串連至分子明細報表)
- 4.分局+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)

n 分子：分母病患中有使用 Thiazide diuretics 人數

n 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

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

Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院

Ø 運算範圍：每季

Ø 展現維度：

1. 分局+總額部門+特約類別

2. 分局+總額部門+縣市別

3. 分局+總額部門+特約類別+院所 (此維度可再串連至分子明細報表)

4. 分局+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)

n 分子：分母病患中有使用 β -blocker 人數

n 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

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

“ β -Blockers—C07AA、C07AB

Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院

Ø 運算範圍：每季

Ø 展現維度：

1. 分局+總額部門+特約類別

2. 分局+總額部門+縣市別

3. 分局+總額部門+特約類別+院所 (此維度可再串連至分子明細報表)

4. 分局+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)

n 分子：分母病患中有使用 β -blocker 人數

n 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

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

Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院

Ø 運算範圍：每季

Ø 展現維度：

1. 分局+總額部門+特約類別

2. 分局+總額部門+縣市別

3. 分局+總額部門+特約類別+院所 (此維度可再串連至分子明細報表)

4. 分局+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)

n 分子：分母懷孕婦女中，使用ACEI或ARB之人數

n 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

Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院

Ø 運算範圍：每季

Ø 展現維度：

- 1.分局+總額部門+特約類別
- 2.分局+總額部門+縣市別
- 3.分局+總額部門+特約類別+院所 (此維度可再串連至分子明細報表)
- 4.分局+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)

n 分子：分母病患中有使用ACEI人數

n 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
- 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

Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院

Ø 運算範圍：每季

Ø 展現維度：

- 1.分局+總額部門+特約類別
- 2.分局+總額部門+縣市別
- 3.分局+總額部門+特約類別+院所 (此維度可再串連至分子明細報表)
- 4.分局+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)

- n** 分子：分母病患中有使用 Potassium-sparing diuretics 或 Aldosterone Antagonist 人數
- n** 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
 - 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
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- Ø 運算範圍：每季
- Ø 展現維度：
 - 1. 分局+總額部門+特約類別
 - 2. 分局+總額部門+縣市別
 - 3. 分局+總額部門+特約類別+院所 (此維度可再串連至分子明細報表)
 - 4. 分局+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)

- n** 分子：分母病患中有使用 β -Blocker 或 long acting CCBs 人數
- n** 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
 - 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
- Ø** 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- Ø** 運算範圍：每季
- Ø** 展現維度：
 - 1. 分局+總額部門+特約類別
 - 2. 分局+總額部門+縣市別
 - 3. 分局+總額部門+特約類別+院所 (此維度可再串連至分子明細報表)
 - 4. 分局+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)

n 分子：分母病患中有使用 β -Blocker或ACEI人數

n 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

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

Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院

Ø 運算範圍：每季

Ø 展現維度：

1.分局+總額部門+特約類別

2.分局+總額部門+縣市別

3.分局+總額部門+特約類別+院所 (此維度可再串連至分子明細報表)

4.分局+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)

n 分子：分母病患中有使用 β -Blocker 或 ACEI 或 aldosterone antagonist 人數

n 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

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

Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院

Ø 運算範圍：每季

Ø 展現維度：

1. 分局+總額部門+特約類別

2. 分局+總額部門+縣市別

3. 分局+總額部門+特約類別+院所 (此維度可再串連至分子明細報表)

4. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師

(219). 高血壓合併心臟衰竭病患，使用 Loop diuretics 或 β -Blocker 或 ACEI 或 ARB 或 Aldosterone antagonist 之比率★

(建置時間：95/06/07)

- n 分子：分母病患中有使用 loop diuretics 或 β -Blocker 或 ACEI 或 ARB 或 aldosterone antagonist 人數
- n 分母：高血壓且有高血壓用藥病患勾稽病史檔有心臟衰竭病史之人數
 - “ 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
 - 2. 自費用年月 9201 開始記載
 - “ 病史檔之心臟衰竭 (heart failure) —主、次診斷碼前三碼為 428 之案件
 - “ loop diuretics 或 β -Blocker 或 ACEI 或 ARB 或 aldosterone antagonist —ATC 前五碼為 C03CA、C03CC、C07AA、C07AB、C09AA、C09CA、C03DA
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- Ø 運算範圍：每季
- Ø 展現維度：
 - 1. 分局+總額部門+特約類別
 - 2. 分局+總額部門+縣市別
 - 3. 分局+總額部門+特約類別+院所 (此維度可再串連至分子明細報表)
 - 4. 分局+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)

- n** 分子：分母病患中有使用 thiazide diuretics 或 β -Blocker 或 ACEI 或 ARB 或 CCB 人數
- n** 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
 - 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 前五碼為 A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE
 - “ 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
- Ø** 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- Ø** 運算範圍：每季
- Ø** 展現維度：
 - 1. 分局+總額部門+特約類別
 - 2. 分局+總額部門+縣市別
 - 3. 分局+總額部門+特約類別+院所 (此維度可再串連至分子明細報表)
 - 4. 分局+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)

n 分子：分母病患中有使用ACEI或ARB人數

n 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

- “ 高血壓一任一主次診斷前三碼為 401~405，且有高血壓用藥紀錄之案件
- “ 高血壓用藥一指 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
- 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一主、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一主、次診斷碼前三碼為 404 之案件

“ ACEI 或 ARB—ATC 前五碼為 C09AA、C09CA

Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院

Ø 運算範圍：每季

Ø 展現維度：

- 1.分局+總額部門+特約類別
- 2.分局+總額部門+縣市別
- 3.分局+總額部門+特約類別+院所 (此維度可再串連至分子明細報表)
- 4.分局+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)

- n 分子：分母病患中有使用thiazide diuretics或ACEI人數
- n 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
 - 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
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院
- Ø 運算範圍：每季
- Ø 展現維度：
 - 1.分局+總額部門+特約類別
 - 2.分局+總額部門+縣市別
 - 3.分局+總額部門+特約類別+院所 (此維度可再串連至分子明細報表)
 - 4.分局+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 (95 年西醫基層品保方案)

(建置時間：95/07/31)

n 分子：開立慢性病連續處方箋的案件數

n 分母：慢性病給藥案件數

.. 開立慢性病連續處方箋－ (案件分類=02、04、08 且給藥日份>= 21)

.. 慢性病－ (案件分類=02、04、08)

Ø 資料範圍：每季西醫基層、西醫醫院總額之門診給藥案件數 (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)

Ø 運算範圍：每月

Ø 展現維度：

1.分局

2.分局+總額部門+特約類別

3.分局+院所

4.分局+院所+科別

(224). 門診注射劑使用率 (95 年西醫基層品保方案)

(建置時間：95/07/31)

n 分子：給藥案件之針劑藥品

n 分母：給藥案件數

- 針劑藥品－（醫令代碼為 10 碼，且第 8 碼為「2」）案件數，但排除門診化療注射劑、急診注射劑及流感疫苗及依全民健康保險藥品給付規定通則，經醫師指導使用方法後，得由病人攜回注射之藥品，及外傷緊處置使用之破傷風類毒素注射劑（詳附表 1）（排除門診化療：醫令代碼為 37005B,37031B~37041B；急診：案件分類代碼為 02 碼；流感疫苗：案件分類代碼為 D2 碼）

- 附表 1：

降低基層診所注射率方案，不列入分子計算之品項及情形如下：

A：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	藥理分類 682008 (胰島素)
2. CAPD 使用之透析液	藥理分類代碼：403699 藥理名稱電解質、卡洛里及水份平衡，且劑型為透析用液劑
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（醫令代碼 58001C – 58012C） <u>且</u> 使用之注射劑藥理分類代碼為 840404（抗生素類）、840409（抗感染劑複方）、201204（抗凝血劑）。
4. desferrioxamine（如 Desferal）	主成分代碼（ 成分代碼前 8 碼 ）：64000010 (DESFERRIOXAMINE MESYLATE (=DESFERAL)注射劑。
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 為原則）。	藥品成分代碼： 1600001120 EPOETIN BETA (GENETICAL RECOMBINANT) 2004000210 RECOMBINANT HUMAN ERYTHROPOIETIN
6. 治療白血病使用之 α -interferon（至多攜回二週）	I 藥品成分代碼： 0818000710 (INTERFERON ALPHA- 2B) 0818000720 INTERFERON ALPHA- 2A 0818000750 INTERFERON ALFACON-1 0818000770 PEGINTERFERON-ALFA-2A 8019000199 PEGINTERFERON

給付規定內容	資料處理定義
	ALPHA-2B
7. G-CSF (如 Filgrastim ; lenograstim)(至多攜回三天)	I 藥品成份代碼： 1002000500 FILGRASTIN 9200035800 LENOGRASTIM (GENETICAL RECOMBINATION)
8. 生長激素(human growth hormone) (至多攜回一個月)。	I 藥品成份代碼： 6828001001 SOMATOTROPIN HUMAN
9. 門診之血友病人得攜回二~三劑量(至多一個月)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)	I 藥品成份代碼： 8004000100 ANTIHEMOPHILIC FACTOR 8004003300 FACTOR VIII 8004003100 FACTOR IX 2012100700 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)(93/12/01刪除) 931104 健保審字第 0930050506 號公告修正	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(89/7/1)。 931104 健保審字第 0930050506 號公告修正	同時符合下列條件： 1. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM(主診斷)前4碼為： 2530 Acromegaly and gigantism 2. 藥品成份代碼： 6828001300 OCTREOTIDE 6828091210 SOMATOSTATIN
12. 結核病病人持回之 streptomycin、kanamycin 及 enviomycin 注射劑(至多攜回二週)。(86/9/1)	同時符合下列條件： 1. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM(主診斷)前三碼為 011(肺結核相關診斷)： 2. 藥品成份代碼： 0812109410 KANAMYCIN (SULFATE) 0812700500 STREPTOMYCIN

給付規定內容	資料處理定義
	0812709520 STREPTOMYCIN (SULFATE)
13. 抗精神病長效針劑(至多攜回一個月)。(87/4/1)	藥品成分代碼： 2816100100 DROPERIDOL 2816100300 HALOPERIDOL 2816100310 HALOPERIDOL DECANOATE 2816100600 RISPERIDONE 2816109310 HALOPERIDOL (DECANOATE) 2816200810 ZUCLOPENTHIXOL ACETATE 2816200820 ZUCLOPENTHIXOL DECANOATE 2816400900 SULPIRIDE 2816600110 AMITRIPTYLINE HCL 2816601520 CLOPENTHIXOL DEANOATE 2816800620 FLUPENTHIXOL DECANOATE 2816900310 CHLORPROMAZINE HCL 2816900520 FLUPHENAZINE DECANOATE 2816900800 PERPHENAZINE 2816900810 PERPHENAZINE 2HCL 2816900910 PIPOTIAZINE PALMITATE 2816901000 PROCHLORPERAZINE Z102100911 ZIPRASIDONE
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。(90/11/1)	藥品成分代碼： 2012400510 HEPARIN CALCIUM 2012400520 HEPARIN SODIUM 2012401510 NADROPARINE CALCIUM 2012401520 DALTEPARIN SODIUM 2012401610 ENOXAPARIN SODIUM 9902002110 TINZAPARIN SODIUM
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)	藥品成分代碼： 5620000110 APOMORPHINE HCL
16. 罹患惡性貧血 (perniciousanemia) 及維他命	同時符合下列條件： 1. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM(主診斷) 為：281.0 (惡性貧血)、281.1(維生素 B 12

給付規定內容	資料處理定義
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)	缺乏性貧血) 2. 藥品成分代碼： 8811200300 CYANOCOBALAMIN (=VIT B12)
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)	藥品成分代碼： 9200041800 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)	1. 參加慢性病毒性 B 型肝炎、慢性病毒性 C 型肝炎治療試辦計畫之病人。 2. 藥品成分代碼： 0818000710 INTERFERON ALPHA- 2B 0818000720 INTERFERON ALPHA- 2A 0818000750 INTERFERON ALFA-1 0818000770 EGINTERFERON- ALFA-2A 8019000199 PEGINTERFERON ALPHA-2B
19.類風濕性關節炎病患使用 etanercept 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 ICD-9-CM(主診斷)為： 類風濕性關節炎:714.0 2. 藥品成分代碼： 9200042400 ETANERCEPT

B：外傷緊急處置使用之破傷風類毒素：

藥品成分代碼：8008000200 TETANUS TOXOID

Ø 資料範圍：每季西醫基層、西醫醫院總額之門診給藥案件數（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）

Ø 運算範圍：每月

Ø 展現維度：

- 1.分局
- 2.分局+總額部門+特約類別
- 3.分局+院所
- 4.分局+院所+科別

(225). 保險對象牙齒填補 1 年保存率 (95 年品保方案)

(建置時間：95/07/31)

- n** 分子(同牙位重補數)：以分母之牙位追蹤1年(365天)內重覆執行牙體復形醫令牙位數
- n** 分母(填補牙位數)：依同區同院所同保險對象同一牙位去統計執行牙體復形之牙位數
 - “ 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： $1 - (\text{分子} / \text{分母})$
- Ø** 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。
- Ø** 運算範圍：每月(報表呈現每季彙總)
- Ø** 展現維度：
 - 1.分局
 - 2.分局+院所

(226). 保險對象牙齒填補 2 年保存率 (95 年品保方案)

(建置時間：95/07/31)

- n** 分子(同牙位重補數)：以分母之牙位追蹤2年(730天)內重覆執行牙體復形醫令牙位數
- n** 分母(填補牙位數)：依同區同院所同保險對象同一牙位去統計執行牙體復形之牙位數
 - .. 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)
- Ø** 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。
- Ø** 運算範圍：每月(報表呈現每季彙總)
- Ø** 展現維度：
 - 1.分局
 - 2.分局+院所

(227). 同院所 90 日內根管治療完成率 (95 年品保方案)

(建置時間：95/07/31)

- n** 分子：以分母之牙位追蹤其3個月（90天）內於同院所執行根管治療單根(90001C)、雙根(90002C)、三根以上(90003C)、乳牙根管治療(90016C)之牙位數。(以就醫日期抓取資料)
- n** 分母：依同院所同病患同牙位去統計執行根管開擴及清創(90015C)之牙位數。(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
- Ø** 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。
- Ø** 運算範圍：每月
- Ø** 展現維度：
 - 1.分局
 - 2.分局+院所

(228). 13 歲（含）以上全口牙結石清除率（95 年品保方案）

（建置時間：95/07/31）

n 分子：當季13歲（含）以上就醫人口中執行牙結石清除－全口醫令
（91004C）之人數

n 分母：當季13歲（含）以上就醫人數

.. 年齡之計算為就醫年-出生年 ≥ 13

Ø 資料範圍：當季 13 歲（含）以上就醫人數

Ø 運算範圍：每季

Ø 展現維度：

1.分局

2.分局+院所

(229). 5 歲以下兒童牙齒預防保健服務人數比率 (95 年品保方案)

(建置時間：95/07/31)

n 分子：執行兒童牙齒預防保健服務之人數

n 分母：當季就醫人口中5歲以下兒童人數

.. 年齡之計算為就醫年-出生年 ≤ 5

.. 兒童牙齒預防保健服務為健保卡序號欄位為「IC81」

Ø 資料範圍：就醫人口中 5 歲以下兒童執行牙齒預防保健服務之人數

Ø 運算範圍：每季

Ø 展現維度：

1.分局

2.分局+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)

- n** 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)內重覆執行牙體復形醫令牙位數
- n** 分母(填補牙位數)：依同區同院所同保險對象同一乳牙牙位去統計執行牙體復形之牙位數
 - “ 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
- Ø** 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)。
- Ø** 運算範圍：每月
- Ø** 展現維度：
 - 1.分局
 - 2.分局+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)

- n 分子(同牙位重補數)：以分母之牙位追蹤同院所2年(730天)內重覆執行牙體復形醫令牙位數
- n 分母(填補牙位數)：依同區同院所同保險對象同一恆牙牙位去統計執行牙體復形之牙位數
 - .. 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
- Ø 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)。
- Ø 運算範圍：每月
- Ø 展現維度：
 - 1.分局
 - 2.分局+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)

n 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或拔牙之牙數。(以就醫日期抓取資料)

n 分母：依同院所同病患同牙位去統計執行根管治療之牙位數。(以就醫日期抓取資料)

“ 例：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

“ 拔牙醫令：92013C、92014C

“ 指標：1-（分子/分母）

Ø 運算範圍：每月

Ø 展現維度：

1.分局

2.分局+院所

(233). 中醫傷科病患 7 日內同時利用西醫復健比率 (95 年品保方案)

(建置時間：95/07/31)

- n** 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。
- n** 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-B54 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
 - Ø 資料範圍：中醫傷科及西醫門診復健之案件
 - Ø 運算範圍：每季
 - Ø 展現維度：
 - 1.分局
 - 2.分局+院所

(234). 中醫癌症病患同時利用西醫人數比率 (95 年品保方案)

(建置時間：95/07/31)

- n** 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。
- n** 分母：各區癌症病患按分局別及病人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。
- Ø** 資料範圍：因癌症就醫之中醫、西醫門診案件
- Ø** 運算範圍：每季
- Ø** 展現維度：
 - 1.分局
 - 2.分局+院所

(235). 中醫同日重複就診率 (95 年品保方案)

(建置時間：95/07/31)

n 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。

n 分母：按各區、病人ID、就醫日期歸戶之筆數。

Ø 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費>0之門診案件

Ø 運算範圍：每月

Ø 展現維度：

1.分局

2.分局+院所

(236). 平均就醫次數 (95 年品保方案)

(建置時間：95/07/31)

n 分子：各區中醫門診總額診察費大於0且排除巡迴醫療之案件數。

n 分母：各區中醫門診總額診察費大於0且排除巡迴醫療之人數。

.. 中醫巡迴醫療案件係指案件分類為 25 之案件。

Ø 資料範圍：中醫門診總額診察費大於 0 且排除巡迴醫療之案件

Ø 運算範圍：每季

Ø 展現維度：

1.分局

2.分局+院所

(237). 隔日重複就診率 (95 年品保方案)

(建置時間：95/07/31)

n 分子：按各區、病人ID歸戶，計算同一人隔日就診之筆數。

n 分母：各區申報總件數。

Ø 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費>0之門診案件

Ø 運算範圍：每月(報表呈現每季彙總)

Ø 展現維度：

1.分局

2.分局+院所

(239). 2 歲以下幼兒使用 CODEINE 製劑人數比率★

(建置時間：95/08/21)

n 分子：2 歲以下病人使用 CODEINE 製劑人數。

n 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。

Ø 運算範圍：每月

- Ø 展現維度：
- 1.分局(跨院歸戶)
 - 2.分局+總額部門(跨院歸戶)
 - 3.分局+特約類別(跨院歸戶)
 - 4.分局+特約類別+院所(同院歸戶)(此維度可再串連至分子明細報表)
 - 5.分局+特約類別+院所+醫師(同醫師同院歸戶)
 - 6.分局+醫師(同醫師跨院歸戶)

(240). 慢性病 開立慢性病連續處方箋百分比—高血壓

(建置時間：95/08/21)

- n** 分子：高血壓開立慢性病連續處方箋案件數。
- n** 分母：高血壓慢性病給藥案件數。
- “ 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）
- “ 高血壓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 401 至 405）。
- “ 診察費項目代碼為慢箋： 0155A、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。
- “ 高血壓慢性病給藥案件：案件分類=04 且國際分類代碼[一]前 3 碼為 401 至 405。
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- Ø 運算範圍：每月
- Ø 展現維度：1. 分局+總額部門
2. 分局+特約類別
3. 分局+院所
4. 分局+院所+科別

(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)

- n** 分子：糖尿病開立慢性病連續處方箋案件數。
- n** 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。
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- Ø 運算範圍：每月
- Ø 展現維度：1. 分局+總額部門
2. 分局+特約類別
3. 分局+院所
4. 分局+院所+科別

(242). 糖尿病方案 HBA1C 執行率_季

(建置時間：95/10/02)

n 分子：分母之案件中執行 HBA1C 之病人 ID 歸戶人數。

n 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。

Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。

Ø 運算範圍：每季

Ø 展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

2. 分局+縣市別(跨院歸戶)

3. 分局+總額部門(跨院歸戶)

4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)

5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)

6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師(同醫師歸戶)

(243). 糖尿病方案 HBA1C 執行率_年

(建置時間：95/10/02)

n 分子：分母之案件中執行 HBA1C 之病人 ID 歸戶人數。

n 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。

Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。

Ø 運算範圍：每年

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

2. 分局+縣市別(跨院歸戶)

3. 分局+總額部門(跨院歸戶)

4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)

5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)

6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師(同醫師歸戶)

(244). 糖尿病方案空腹血脂執行率_季

(建置時間：95/10/02)

- n** 分子：分母之案件中執行空腹血脂之病人 ID 歸戶人數。
- n** 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。
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- Ø 運算範圍：每季

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

- 2. 分局+縣市別(跨院歸戶)
- 3. 分局+總額部門(跨院歸戶)
- 4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)
- 5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)
- 6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師(同醫師歸戶)

(245). 糖尿病方案空腹血脂執行率_年

(建置時間：95/10/02)

- n** 分子：分母之案件中執行空腹血脂之病人 ID 歸戶人數。
- n** 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。
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- Ø 運算範圍：每年

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

- 2. 分局+縣市別(跨院歸戶)
- 3. 分局+總額部門(跨院歸戶)
- 4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)
- 5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)
- 6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師(同醫師歸戶)

(246). 糖尿病方案眼底檢查執行率_季

(建置時間：95/10/02)

- n** 分子：分母之案件中執行眼底檢查之病人 ID 歸戶人數。
- n** 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。
- Ø** 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- Ø** 運算範圍：每季

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

- 2. 分局+縣市別(跨院歸戶)
- 3. 分局+總額部門(跨院歸戶)
- 4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)
- 5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)
- 6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師(同醫師歸戶)

(247). 糖尿病方案眼底檢查執行率_年

(建置時間：95/10/02)

- n** 分子：分母之案件中執行眼底檢查之病人 ID 歸戶人數。
- n** 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。
- Ø** 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- Ø** 運算範圍：每年

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

- 2. 分局+縣市別(跨院歸戶)
- 3. 分局+總額部門(跨院歸戶)
- 4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)
- 5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)
- 6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師(同醫師歸戶)

(248). 糖尿病方案尿液微量白蛋白執行率_季

(建置時間：95/10/02)

n 分子：分母之案件中執行尿液微量白蛋白之病人 ID 歸戶人數。

n 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 者。

Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。

Ø 運算範圍：每季

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

2. 分局+縣市別(跨院歸戶)

3. 分局+總額部門(跨院歸戶)

4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)

5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)

6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師(同醫師歸戶)

(249). 糖尿病方案尿液微量白蛋白執行率_年

(建置時間：95/10/02)

n 分子：分母之案件中執行尿液微量白蛋白之病人 ID 歸戶人數。

n 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 者。

Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。

Ø 運算範圍：每年

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

2. 分局+縣市別(跨院歸戶)

3. 分局+總額部門(跨院歸戶)

4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)

5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)

6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師(同醫師歸戶)

(250). 糖尿病方案 LDL 執行率_季

(建置時間：95/10/02)

n 分子：分母之案件中執行 LDL 之病人 ID 歸戶人數。

n 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。

Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。

Ø 運算範圍：每季

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

2. 分局+縣市別(跨院歸戶)

3. 分局+總額部門(跨院歸戶)

4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)

5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)

6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師(同醫師歸戶)

(251). 糖尿病方案 LDL 執行率_年

(建置時間：95/10/02)

n 分子：分母之案件中執行 LDL 之病人 ID 歸戶人數。

n 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。

Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。

Ø 運算範圍：每年

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

2. 分局+縣市別(跨院歸戶)

3. 分局+總額部門(跨院歸戶)

4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)

5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)

6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師(同醫師歸戶)

(252). 糖尿病方案照護率_主診斷排除就醫 1 次

(建置時間：95/10/02)

- n** 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。
- n** 分母：門住診主診斷為糖尿病(ICD_9_CM 前三碼為 250)，但門診排除全年就醫僅一次且無因糖尿病住院或全年開藥天數<28 天且無因糖尿病住院者之 ID 歸戶人數。
- .. 糖尿病—門住診主診斷 ICD_9_CM 前三碼為 250。
- .. 先依上述分母之定義篩選出所需資料，再依這些資料去計算出每個分析維度所需之分母及分子；而非先在每個分析維度下篩選出所需資料後再去計算分母及分子。
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- Ø 運算範圍：每年

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

2. 分局+縣市別(跨院歸戶)

3. 分局+總額部門(跨院歸戶)

4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)

5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)

6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師(同醫師歸戶)

(253). 糖尿病方案照護率_主次診斷不排除_季

(建置時間：95/10/02)

- n** 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。
- n** 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。
- .. 糖尿病一門住診主次診斷 ICD_9_CM 前三碼為 250。
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- Ø 運算範圍：每季

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

- 2. 分局+縣市別(跨院歸戶)
- 3. 分局+總額部門(跨院歸戶)
- 4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)
- 5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)
- 6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師(同醫師歸戶)

(254). 糖尿病方案照護率_主次診斷不排除_半年

(建置時間：95/10/02)

- n** 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。
- n** 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。
- .. 糖尿病一門住診主次診斷 ICD_9_CM 前三碼為 250。
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- Ø 運算範圍：每半年

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

- 2. 分局+縣市別(跨院歸戶)
- 3. 分局+總額部門(跨院歸戶)
- 4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)
- 5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)
- 6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師(同醫師歸戶)

(255). 糖尿病方案照護率_主次診斷不排除_年

(建置時間：95/10/02)

- n** 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。
- n** 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。
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- Ø 運算範圍：每年

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

2. 分局+縣市別(跨院歸戶)

3. 分局+總額部門(跨院歸戶)

4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)

5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)

6. 分局+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)

- n** 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。
- n** 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 5 碼為 A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE。
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- Ø 運算範圍：每季

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

- 2. 分局+縣市別(跨院歸戶)
- 3. 分局+總額部門(跨院歸戶)
- 4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)
- 5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)
- 6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師(同醫師歸戶)

(257). 糖尿病方案照護率_主次診斷+用藥_半年

(建置時間：95/10/02)

- n** 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。
- n** 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 5 碼為 A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE。
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- Ø 運算範圍：每半年

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

- 2. 分局+縣市別(跨院歸戶)
- 3. 分局+總額部門(跨院歸戶)
- 4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)
- 5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)
- 6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師(同醫師歸戶)

(258). 糖尿病方案照護率_主次診斷+用藥_年

(建置時間：95/10/02)

- n** 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。
- n** 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 5 碼為 A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE。
- Ø** 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- Ø** 運算範圍：每年

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

2. 分局+縣市別(跨院歸戶)

3. 分局+總額部門(跨院歸戶)

4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)

5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)

6. 分局+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)

- n** 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。
- n** 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。
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- Ø 運算範圍：每季

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

- 2. 分局+縣市別(跨院歸戶)
- 3. 分局+總額部門(跨院歸戶)
- 4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)
- 5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)
- 6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師(同醫師歸戶)

(260). 氣喘方案照護率_主診斷_半年

(建置時間：95/10/02)

- n** 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。
- n** 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。
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- Ø 運算範圍：每半年

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

- 2. 分局+縣市別(跨院歸戶)
- 3. 分局+總額部門(跨院歸戶)
- 4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)
- 5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)
- 6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師(同醫師歸戶)

(261). 氣喘方案照護率_主診斷_年

(建置時間：95/10/02)

- n** 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。
- n** 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。
- Ø** 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- Ø** 運算範圍：每年

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

2. 分局+縣市別(跨院歸戶)

3. 分局+總額部門(跨院歸戶)

4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)

5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)

6. 分局+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)

- n** 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。
- n** 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。
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- Ø 運算範圍：每季

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

- 2. 分局+縣市別(跨院歸戶)
- 3. 分局+總額部門(跨院歸戶)
- 4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)
- 5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)
- 6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師(同醫師歸戶)

(263). 氣喘方案照護率_主次診斷_半年

(建置時間：95/10/02)

- n** 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。
- n** 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。
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- Ø 運算範圍：每半年

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

- 2. 分局+縣市別(跨院歸戶)
- 3. 分局+總額部門(跨院歸戶)
- 4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)
- 5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)
- 6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師(同醫師歸戶)

(264). 氣喘方案照護率_主次診斷_年

(建置時間：95/10/02)

- n** 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。
- n** 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。
- Ø** 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- Ø** 運算範圍：每年

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

2. 分局+縣市別(跨院歸戶)

3. 分局+總額部門(跨院歸戶)

4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)

5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)

6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師(同醫師歸戶)

(265). 高血壓方案照護率_主診斷排除就醫 1 次

(建置時間：95/10/02)

- n 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。
- n 分母：門住診主診斷為高血壓(ICD_9_CM 前三碼為 401-404)者之 ID 歸戶人數，但門診排除分析週期內就醫僅一次且無因高血壓住院或分析週期內開藥天數<28 天且無因高血壓住院者之 ID 歸戶人數。
 - .. 高血壓－門住診主診斷 ICD_9_CM 前三碼為 401-404。
 - .. 先依上述分母之定義篩選出所需資料，再依這些資料去計算出每個分析維度所需之分母及分子；而非先在每個分析維度下篩選出所需資料後再去計算分母及分子。
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- Ø 運算範圍：每年

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

2. 分局+縣市別(跨院歸戶)

3. 分局+總額部門(跨院歸戶)

4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)

5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)

6. 分局+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)

- n** 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。
- n** 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。
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- Ø 運算範圍：每季

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

- 2. 分局+縣市別(跨院歸戶)
- 3. 分局+總額部門(跨院歸戶)
- 4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)
- 5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)
- 6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師(同醫師歸戶)

(267). 高血壓方案照護率_主次診斷_半年

(建置時間：95/10/02)

- n** 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。
- n** 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。
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- Ø 運算範圍：每半年

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

- 2. 分局+縣市別(跨院歸戶)
- 3. 分局+總額部門(跨院歸戶)
- 4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)
- 5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)
- 6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師(同醫師歸戶)

(268). 高血壓方案照護率_主次診斷_年

(建置時間：95/10/02)

- n** 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。
- n** 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。
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- Ø 運算範圍：每年

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

2. 分局+縣市別(跨院歸戶)

3. 分局+總額部門(跨院歸戶)

4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)

5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)

6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師(同醫師歸戶)

(269). 高血壓方案照護率_門診主次診斷+用藥天數

(建置時間：95/10/02)

- n 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。
- n 分母：前一年門診主次診斷為高血壓(ICD_9_CM 前三碼為 401-404)且用藥天數於同一院所全年總和 ≥ 210 天之 ID 歸戶人數。
 - .. 高血壓一門診主次診斷 ICD_9_CM 前三碼為 401-404。
 - .. 用藥天數之計算:先排除 08 案件後，以「慢性處方箋總處方日份」計算，此欄位無資料(0 或空白)，再取「給藥日份」計算。
 - .. 先依上述分母之定義篩選出所需資料，再依這些資料去計算出每個分析維度所需之分母及分子；而非先在每個分析維度下篩選出所需資料後再去計算分母及分子。
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- Ø 運算範圍：每年

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

2. 分局+縣市別(跨院歸戶)

3. 分局+總額部門(跨院歸戶)

4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)

5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)

6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師(同醫師歸戶)

(270). 結核病方案照護率_主診斷排除就醫 1 次

(建置時間：95/10/02)

- n** 分子：分母之案件中，有申報 P13XXX(即醫令前 3 碼為 P13 者)之 ID 歸戶人數。
- n** 分母：門住診主診斷為結核病(ICD_9_CM 前三碼為 010-018)，但門診排除分析週期內就醫僅一次且無因結核病住院或分析週期內開藥天數<28 天且無因結核病住院者之 ID 歸戶人數。
 - “ 結核病—門住診主診斷 ICD_9_CM 前三碼為 010-018。
 - “ 先依上述分母之定義篩選出所需資料，再依這些資料去計算出每個分析維度所需之分母及分子；而非先在每個分析維度下篩選出所需資料後再去計算分母及分子。
- Ø** 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- Ø** 運算範圍：每年

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

2. 分局+縣市別(跨院歸戶)

3. 分局+總額部門(跨院歸戶)

4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)

5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)

6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師(同醫師歸戶)

(271). 結核病方案照護率_門住主次診斷_季

(建置時間：95/10/02)

- n** 分子：分母之案件中，有申報 P13XXX(即醫令前 3 碼為 P13 者)之 ID 歸戶人數。
- n** 分母：門住診主次診斷為結核病(ICD_9_CM 前三碼為 010-018)，之 ID 歸戶人數。
- .. 結核病一門住診主次診斷 ICD_9_CM 前三碼為 010-018。
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- Ø 運算範圍：每季

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

- 2. 分局+縣市別(跨院歸戶)
- 3. 分局+總額部門(跨院歸戶)
- 4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)
- 5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)
- 6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師(同醫師歸戶)

(272). 結核病方案照護率_門住主次診斷_半年

(建置時間：95/10/02)

- n** 分子：分母之案件中，有申報 P13XXX(即醫令前 3 碼為 P13 者)之 ID 歸戶人數。
- n** 分母：門住診主次診斷為結核病(ICD_9_CM 前三碼為 010-018)，之 ID 歸戶人數。
- .. 結核病一門住診主次診斷 ICD_9_CM 前三碼為 010-018。
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- Ø 運算範圍：每半年

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

- 2. 分局+縣市別(跨院歸戶)
- 3. 分局+總額部門(跨院歸戶)
- 4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)
- 5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)
- 6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師(同醫師歸戶)

(273). 結核病方案照護率_門住主次診斷_年

(建置時間：95/10/02)

- n** 分子：分母之案件中，有申報 P13XXX(即醫令前 3 碼為 P13 者)之 ID 歸戶人數。
- n** 分母：門住診主次診斷為結核病(ICD_9_CM 前三碼為 010-018)，之 ID 歸戶人數。
- .. 結核病—門住診主次診斷 ICD_9_CM 前三碼為 010-018。
- Ø 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- Ø 運算範圍：每年

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

2. 分局+縣市別(跨院歸戶)

3. 分局+總額部門(跨院歸戶)

4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)

5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)

6. 分局+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)

- n** 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。
- n** 分母：門住診主診斷碼為 174、175、198.2、198.81、233.0、233.8、V580、V581 之 ID 歸戶人數。
- Ø** 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- Ø** 運算範圍：每季

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

- 2. 分局+縣市別(跨院歸戶)
- 3. 分局+總額部門(跨院歸戶)
- 4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)
- 5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)
- 6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師(同醫師歸戶)

(275). 乳癌方案照護率_主診斷_半年

(建置時間：95/10/02)

- n** 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。
- n** 分母：門住診主診斷碼為 174、175、198.2、198.81、233.0、233.8、V580、V581 之 ID 歸戶人數。
- Ø** 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- Ø** 運算範圍：每半年

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

- 2. 分局+縣市別(跨院歸戶)
- 3. 分局+總額部門(跨院歸戶)
- 4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)
- 5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)
- 6. 分局+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)

- n** 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。
- n** 分母：門住診主診斷碼為 174、175、198.2、198.81、233.0、233.8、V580、V581 之 ID 歸戶人數。
- Ø** 資料範圍：西醫基層、西醫醫院。
- Ø** 運算範圍：每年

展現維度：1. 分局(跨院歸戶)

2. 分局+縣市別(跨院歸戶)

3. 分局+總額部門(跨院歸戶)

4. 分局+總額部門+特約類別(跨院歸戶)

5. 分局+總額部門+特約類別+院所(同院歸戶)

6. 分局+總額部門+特約類別+院所+醫師(同醫師歸戶)