

副本

0135	105	1	11	1515
------	-----	---	----	------

衛生福利部中央健康保險署 公告

台北市安和路一段29號9樓

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國105年1月8日

發文字號：健保審字第1040045128號

附件：增修訂全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式(西醫基層總額部門)



主旨：公告增修訂全民健康保險西醫基層總額部門檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式乙案，如附件，並自105年2月1日(費用年月)起實施。

依據：「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第31條暨衛生福利部105年1月6日衛部保字第1040139260號函。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、本署企劃組、本署醫務管理組、本署醫審及藥材組、本署各分區業務組(請轉知轄區醫事服務機構)(均含附件)

署長黃三桂

增修訂全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式
西醫基層總額部門

指標名稱	051_門診同院所同病人同日就醫申報耳鼻喉局部治療次數過高
實施目的	避免重複處置
指標定義	門診同院所同病人同日就醫申報醫令 54019C、54027C、54037C 及 54038C 之醫令總量(order_qty)合計超過 2 件(含)以上 註：排除醫令點數為 0 者。
指標屬性	負向
分析單位	按日依院所、病人身分證號分析
分析範圍	西醫基層總額部門門診案件
處理方式	門診同院所同病人同日就醫申報醫令 54019C、54027C、54037C 及 54038C 之醫令總量(order_qty)合計超過 2 件(含)，超件部分不予支付(即同院所同病人同日第 2 件起不予支付)。 不予支付點數=【超過 2 件(含)以上之耳鼻喉局部治療醫令總量(order_qty)合計 / 耳鼻喉局部治療總醫令總量(order_qty)合計】*耳鼻喉局部治療(醫令代碼為 54019C、54027C、54037C、54038C)之總醫令點數(order_dot)合計(四捨五入至整數)
衛生福利部核准日期及文號	中華民國 105 年 1 月 6 日衛部保字第 1040139260 號
健保署公告日期及文號	中華民國 105 年 1 月 8 日健保審字第 1040045128 號
實施起日	105 年 2 月 1 日(費用年月)

全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式

指標名稱	001-眼科門診局部處置申報率
實施目的	降低不當之醫療處置
指標定義	分子—眼科門診申報細隙燈顯微鏡檢查（醫令代碼為 23401C）件數 分母—眼科門診申報件數
指標屬性	負向
分析單位	依科別（眼科）按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門
處理方式	申報率超過 30%者，超過部分不予支付。 不予支付點數 = $\frac{\text{分子件數} - (\text{分母件數} * 30\%)}{\text{分子件數} * \text{細隙燈顯微鏡檢查（醫令代碼為 23401C）總申報點數}}$
衛生福利部核准日期及文號	中華民國 105 年 1 月 6 日衛部保字第 1040139260 號
健保署公告日期及文號	中華民國 105 年 1 月 8 日健保審字第 1040045128 號
實施起日	105 年 2 月 1 日(費用年月)

全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式

指標名稱	002-西醫基層婦產科門診局部處置申報率
實施目的	降低不當之醫療處置
指標定義	<p>指標 1： 分子—婦產科門診申報會陰沖洗、陰道灌洗（醫令代碼為 55009C、55011C）件數 分母—婦產科門診申報件數</p> <p>指標 2： 分子—非婦產科門診申報會陰沖洗、陰道灌洗（醫令代碼為 55009C、55011C）件數 分母—非婦產科門診申報件數</p> <p>註：本指標定義之科別為病患就醫科別。 排除 A3（預防保健）及 D2（老人流感疫苗接種）之案件</p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門
處理方式	<p>指標 1： 申報率超過 30%者，超過部分不予支付。 不予支付點數 = $\frac{\text{分子件數} - (\text{分母件數} \times 30\%)}{\text{分子件數} \times \text{婦產科門診申報會陰沖洗、陰道灌洗（醫令代碼為 55009C、55011C）之總點數合計}}$</p> <p>指標 2： 申報率超過 0.42 %者，超過部分不予支付。 不予支付點數 = $\frac{\text{分子件數} - (\text{分母件數} \times 0.42\%)}{\text{分子件數} \times \text{非婦產科門診申報會陰沖洗、陰道灌洗（醫令代碼為 55009C、55011C）之總點數合計}}$</p>
衛生福利部核准日期及文號	中華民國 105 年 1 月 6 日衛部保字第 1040139260 號
健保署公告日期及文號	中華民國 105 年 1 月 8 日健保審字第 1040045128 號
實施起日	105 年 2 月 1 日(費用年月)

全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式

指標名稱	003-西醫基層耳鼻喉科門診局部處置申報率
實施目的	降低不當之醫療處置
指標定義	<p>指標 1： 分子—耳鼻喉科門診申報局部治療(醫令代碼為 54019C、54027C、54037C、54038C) 件數 分母—耳鼻喉科門診申報件數</p> <p>指標 2： 分子—非耳鼻喉科門診申報局部治療(醫令代碼為 54019C、54027C、54037C、54038C) 件數 分母—非耳鼻喉科門診申報件數</p> <p>註：本指標定義之科別為病患就醫科別。</p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門
處理方式	<p>指標 1： 申報率超過 30% 者，超過部分不予支付。 不予支付點數 = $\frac{\text{分子件數} - (\text{分母件數} \times 30\%)}{\text{分子件數} \times \text{耳鼻喉科門診申報局部治療(醫令代碼為 54019C、54027C、54037C、54038C) 之總點數合計(四捨五入至整數)}}$</p> <p>指標 2： 申報率超過 0.4 % 者，超過部分不予支付。 不予支付點數 = $\frac{\text{分子件數} - (\text{分母件數} \times 0.4\%)}{\text{分子件數} \times \text{非耳鼻喉科門診申報局部治療(醫令代碼為 54019C、54027C、54037C、54038C) 之總點數合計(四捨五入至整數)}}$</p>
衛生福利部核准日期及文號	中華民國 105 年 1 月 6 日衛部保字第 1040139260 號
健保署公告日期及文號	中華民國 105 年 1 月 8 日健保審字第 1040045128 號
實施起日	105 年 2 月 1 日(費用年月)

全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式

指標名稱	004-白內障手術1年內後囊混濁並接受雷射治療發生率
實施目的	降低不必要/不當之醫療處置
指標定義	分子—院所發生後囊混濁(主次診斷前4碼 ICD-9-CM 為 3665), ICD-10-CM/PCS H264; 並接受雷射治療(支付標準代碼為 60013C 或 60014C) 且前1年內曾施行白內障手術之人數 分母—前1年門住診白內障手術(指申報健保支付標準代碼為 86008C、97601K、97602A、97603B、97605K、97606A、97607B 或 97608C) 之人數
指標屬性	負向
分析單位	依院所按季分析
分析範圍	西醫基層總額部門白內障手術前1年執行量大於70件者
處理方式	發生率超過30%者, 不予支付雷射治療項目。 不予支付點數 = $\frac{\text{分子人數} - (\text{分母人數} \times 30\%)}{\text{分子人數} \times \text{雷射後囊切開術(醫令代碼為 60013C、60014C) 之總點數}}$ 合計。
衛生福利部核准日期及文號	中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號
健保署公告日期及文號	中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號
實施起日	105年2月1日(費用年月)

「004-白內障手術1年內後囊混濁並接受雷射治療發生率」附表

總額	名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM/PCS	備註
西醫基層	004-白內障手術1年內後囊混濁並接受雷射治療發生率	3665	H264	

全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式

指標名稱	005-基層診所病患當月就診超過 10 次以上
實施目的	減少不當之重複申報
指標定義	<p>排除診察費為 0 或 A3 (預防保健)、D2 (老人流感疫苗接種) 及癌症疼痛控制 (部分負擔代碼為 001 且 ICD-9-CM 主次診斷前 3 碼為 140~239; ICD-10-CM/PCS C00-D49) 及外科深部創傷 (深及肌肉層、神經血管及骨骼組織)、三度以上燒燙傷、糖尿病病患之傷口處置、傷口換藥之同一療程、職業災害(B6) 等以上足以證明者之案件後, 按診所代碼及病患身分證號歸戶, 當月就診 10 次以上個案, 核減超過次數之診察費。</p> <p>前述排除條件指 ICD-9-CM 主診斷碼為 88010~88019、88110~88112、8821、8831、8841、8911、8921、8931、8941、94130~94159、94230~94259、94330~94359、94430~94458、94530~94559、25070~25073、25090~25093、70710~70719、73010~73019、73080~73089; ICD-10-CM/PCS S41、S51、S615(前述第 7 位碼皆須為 "A"、"D")、S410、S610、S611、S612、S613、S614、S710、S810、S818、S910、S911、S912、S913(前述第 5 位碼皆須為 "2"、"4"、第 7 位碼皆須為 "A"、"D")、T26(前述第 4 位碼為 "2"、"4")、T20-T25(前述第 4 位碼為 "3"、"7")、E08-E13(前述第 4 位碼為 "5"、第 4-6 碼為 "621 或 622")、E08-E13(前述第 4 位碼為 "8"、第 4-5 位碼為 "65")、L97、M863-M868、M46.20-M46.28; 且醫令代碼為: 48001~48035 者。</p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門
處理方式	<p>病患就診 10 次以上部分, 診察費不予支付。</p> <p>不予支付點數 = (當月就診 10 次以上病患總就診次數 - 當月就診 10 次以上病患人數 * 10) ÷ (當月就診 10 次以上病患總就診次數 * (當月就診 10 次以上病患申報之診察費))</p>
衛生福利部核准日期及文號	中華民國 105 年 1 月 6 日衛部保字第 1040139260 號
健保署公告日期及文號	中華民國 105 年 1 月 8 日健保審字第 1040045128 號
實施起日	105 年 2 月 1 日(費用年月)

「005-基層診所病患當月就診超過 10 次以上」附表

總額別	指標代碼及名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM/PCS	備註
西醫 基層	005-基層診所病患當月就診超過 10 次以上	140~239	C00-D49	
		25070~25073	E08-E13	第 4 位碼為"5" 第 4-6 碼為"621 或 622"
		25090~25093	E08-E13	第 4 位碼為"8" 第 4-5 位碼為"65"
		70710~70719	L97	
		73010~73019	M863-M868 M46.20-M46.28	增列對應碼
		73080~73089	M863-M868	
		88010~88019、88110~88112	S41	第 7 位碼為"A"、"D"
		88010~88019、88110~88112	S51	第 7 位碼為"A"、"D"
		88010~88019、88110~88112	S615	第 7 位碼為"A"、"D"
		8821、8831、8841	S410	第 5 位碼為"2"、"4" 第 7 位碼為"A"、"D"
		8821、8831、8841	S610	第 5 位碼為"2"、"4" 第 7 位碼為"A"、"D"
		8821、8831、8841	S611	第 5 位碼為"2"、"4" 第 7 位碼為"A"、"D"
		8821、8831、8841	S612	第 5 位碼為"2"、"4" 第 7 位碼為"A"、"D"
		8821、8831、8841	S613	第 5 位碼為"2"、"4" 第 7 位碼為"A"、"D"
		8821、8831、8841	S614	第 5 位碼為"2"、"4" 第 7 位碼為"A"、"D"
		8911、8921、8931、8941	S710	第 5 位碼為"2"、"4" 第 7 位碼為"A"、"D"
		8911、8921、8931、8941	S810	第 5 位碼為"2"、"4" 第 7 位碼為"A"、"D"
		8911、8921、8931、8941	S818	第 5 位碼為"2"、"4" 第 7 位碼為"A"、"D"
		8911、8921、8931、8941	S910	第 5 位碼為"2"、"4" 第 7 位碼為"A"、"D"
		8911、8921、8931、8941	S911	第 5 位碼為"2"、"4" 第 7 位碼為"A"、"D"
8911、8921、8931、8941	S912	第 5 位碼為"2"、"4" 第 7 位碼為"A"、"D"		

	8911、8921、8931、8941	S913	第5位碼為"2"、"4" 第7位碼為"A"、"D"
	94130~94159、94230~94259、 94330~94359、94430~94458、 94530~94559	T26	第4位碼為"2"、"4"
	94130~94159、94230~94259、 94330~94359、94430~94458、 94530~94559	T20-T25	第4位碼為"3"、"7"

全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式

指標名稱	006-初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel (Plavix) 前未使用 aspirin 比率
實施目的	降低不當之醫療處置及用藥型態
指標定義	<p>分子—初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 前 6 個月未使用低劑量 aspirin 人數</p> <p>分母—初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 人數</p> <p>低劑量 aspirin：指 ATC 藥理分類前 5 碼為 B01AC (platelet aggregation inhibitors excl. heparin) 之口服單方 162mg 以下之 aspirin。</p> <p>註 1：初次使用指同一院所、病人當月使用 ticlopidine 或 clopidogrel 前 6 個月未使用 ticlopidine 或 clopidogrel 者。</p> <p>註 2：ticlopidine (ATC 分類為 B01AC05) 或 clopidogrel (ATC 分類為 B01AC04)。</p> <p>排除案件：排除分母申報件數小於等於 2 件之院所</p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門門診及住院案件
處理方式	<p>超過 67% 者，超過部分不予支付。</p> <p>不予支付點數 = $\frac{\text{分子人數} - (\text{分母人數} \times 67\%)}{\text{分母人數}} \times \text{初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 藥品申報總點數}$ (四捨五入至整數)</p>
衛生福利部核准日期及文號	中華民國 105 年 1 月 6 日衛部保字第 1040139260 號
健保署公告日期及文號	中華民國 105 年 1 月 8 日健保審字第 1040045128 號
實施起日	105 年 2 月 1 日(費用年月)

全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式

指標名稱	008-西醫院所門診上呼吸道感染抗生素處方率
實施目的	降低不當之抗生素處方及用藥型態
指標定義	<p>分子—門診主診斷為上呼吸道感染，且給予抗生素藥品的案件數。 分母—門診主診斷為上呼吸道感染的給藥案件數。 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、A、B、C、D其中一種。 上呼吸道感染：ICD-9-CM 主診斷前3碼為'460'（急性鼻咽炎（感冒））、'462'（急性咽喉炎）、'465'（急性上呼吸道感染，多發性或未明示位置者）、'487'（流行性感冒）；ICD-10-CM/PCS J00、J02（前述須排除J020）、J06、J09-J11。 抗生素藥品：ATC前3碼為J01（ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE）。</p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門門診案件
處理方式	<p>醫事機構每月申報案件數超過100件，且西醫門診上呼吸道感染抗生素使用率超過25%部分，超過部分之抗生素藥費不予支付。</p> <p>不予支付點數 = $\frac{\text{【分子件數 - (分母件數 * 25\%)】}}{\text{分子件數}} * \text{抗生素藥費}$</p>
衛生福利部核准日期及文號	中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號
健保署公告日期及文號	中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號
實施起日	105年2月1日（費用年月）

「008-西醫診所門診上呼吸道感染抗生素處方率」附表

總額別	指標代碼及名稱	ICD-9-CM	ICD-10-CM/PCS	備註
西醫基層	008-西醫診所門診上呼吸道感染抗生素處方率	460	J00	
		462	J02	排除J020
		464	J04-J05	
		465	J06	
		466	J20-J22	
		487	J09-J11	
		490	J40	

全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式

指標名稱	009-西醫基層總額門診注射劑使用率
實施目的	降低不必要/不當之醫療處置及用藥型態
指標定義	<p>分子—給藥案件之針劑藥品案件數 分母—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、A、B、C、D 其中一種）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 針劑藥品：醫令代碼為 10 碼，且第 8 碼為 2。 ● 排除條件(詳附表)： <ul style="list-style-type: none"> A. 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。 B. 外傷緊急處置使用之破傷風類毒素注射劑。 C. 排除每月申報給藥案件小於等於 100 件之診所。 D. 排除婦產科(申報科別 05)案件。 E. 排除案件分類 D2(代辦 65 歲以上老人流行性感感冒疫苗接種)。
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門門診案件
處理方式	<p>西醫基層總額門診注射劑使用率超過 23% 部分，不予支付超過部分之注射劑藥費。</p> <p>不予支付點數 = $\frac{\text{【分子件數 - (分母件數 * 23%)】}}{\text{分子件數}} * \text{【明細非交付案件注射劑金額 + 明細交付案件注射劑支付單價 * 數量 + 簡表藥費 / 平均品項數】}$</p>
衛生福利部核准日期及文號	中華民國 105 年 1 月 6 日衛部保字第 1040139260 號
健保署公告日期及文號	中華民國 105 年 1 月 8 日健保審字第 1040045128 號
實施起日	105 年 2 月 1 日(費用年月)

西醫基層總額門診注射劑使用率--附表

降低基層診所注射率方案，不列入分子計算之品項及情形

排除條件 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 (胰島素)	藥理分類代碼：682008、682000
2. CAPD 使用之透析液	藥理分類代碼：403699 藥理名稱電解質、卡路里及水份平衡，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 (58001C - 58012C) 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：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 (如 Eprex、Recormon) 或 100mcg (如 Aranesp) 為原則)。	藥品成分代碼： 1600001120 EPOETIN BETA (GENETICAL RECOMBINANT) 2004000210 RECOMBINANT HUMAN ERYTHROPOIETIN 1600000610 Aranesp
6. 治療白血病使用之 α -interferon(至多攜回二週)	藥品成分代碼： 0818000710 (INTERFERON ALPHA- 2B) 0818000720 INTERFERON ALPHA- 2A 0818000750 INTERFERON ALFACON-1 0818000770 PEGINTERFERON-ALFA-2A 8019000199 PEGINTERFERON ALPHA-2B
7. G-CSF(如 filgrastim; lenograstim) (至多攜回六天) (98/11/1)	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)。	藥品成份代碼： 6828001001 SOMATOTROPIN HUMAN
9. 門診之血友病人得攜回二~三劑量(至多攜回一個月)第八、第九凝血因子備用，繼續治療時，比照化療以「療程」方式處理，並查驗上次治療紀錄 (如全民健康保險藥品給付規定通則附表十八—全民健康保險血友病患者使用第八、第九凝	藥品成份代碼： 8004000100 ANTIHEMOPHILIC FACTOR 8004003300 FACTOR VIII 8004003100 FACTOR IX 2012100700 FACTOR IX

西醫基層總額門診注射劑使用率--附表

降低基層診所注射率方案，不列入分子計算之品項及情形

排除條件 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
血因子在家治療紀錄) (86/9/1、92/5/1)	
10. 於醫院內完成調配之靜脈營養輸液 (TPN)，攜回使用。(85/10/1、93/12/1)	本項處置(39015A--TPN)限區域醫院以上層級申報，故基層診所不應申報。
11. 肢端肥大症病人使用之 octreotide、lanreotide (如 Sandostatin、Somatuline 等)，另 octreotide、(如 Sandostatin)需個案事前報准(93/12/01 刪除)。lanreotide inj 30 mg (如 Somatuline) 每次注射間隔兩週 (88/6/1)，octreotide LAR(如 Sandostatin LAR Microspheres for Inj.) 每次注射間隔四週 (89/7/1)。	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 前 4 碼為： 2530；ICD-10- CM/PCS E220、E344 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)	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 前三碼為 011；ICD-10- CM/PCS A150 (肺結核相關診斷)： 2. 藥品成份代碼： 0812109410 KANAMYCIN (SULFATE) 0812700500 STREPTOMYCIN 0812709520 STREPTOMYCIN (SULFATE)
13. 抗精神病長效針劑 (至多攜回一個月)。(87/4/1)	藥品成份代碼： 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

西醫基層總額門診注射劑使用率--附表

降低基層診所注射率方案，不列入分子計算之品項及情形

排除條件 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
	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 (pernicious anemia) 及維他命 B12 缺乏病患，如不能口服者或口服不能吸收者，得攜回維他命 B12 注射劑，每次以一個月為限，且每三個月應追蹤一次。(91/4/1)	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 為：281.0 (惡性貧血)、281.1(維生素 B12 缺乏性貧血)；ICD-10- CM/PCS D51 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 ALFACON-1

西醫基層總額門診注射劑使用率--附表

降低基層診所注射率方案，不列入分子計算之品項及情形

排除條件 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
	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)	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 為： 類風濕性關節炎：714.0；ICD-10-CM/PCS M05、M06(前述代碼排除 M061、M064) 2. 藥品成分代碼： 9200042400 ETANERCEPT

排除條件 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

排除條件 C：排除每月申報給藥案件小於等於 100 件之診所。

排除條件 D：排除婦產科(申報科別 05)案件。

排除條件 E：排除案件分類 D2(代辦 65 歲以上老人流行性感疫苗接種)。

「009-西醫基層總額門診注射劑使用率」附表

總額	名稱	ICD-9-CM	ICD-10-CM	備註
西醫 基層	門診注射劑使用率--11. 肢端肥大症	2530	E220	
	門診注射劑使用率--11. 肢端肥大症	2530	E344	
	門診注射劑使用率--12. 結核病	011	A150	
	門診注射劑使用率--16. 惡性貧血	281.0、281.1	D51	
	門診注射劑使用率--19. 類風濕性關節炎	714.0	M05	
	門診注射劑使用率--19. 類風濕性關節炎	714.0	M06	排除 M061、M064

全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式

指標名稱	010-西醫院所門診同一處方開立制酸劑重複率
實施目的	降低不當之重複用藥
指標定義	<p>分子—制酸劑重複案件數</p> <p>分母—制酸劑案件數</p> <p>制酸劑重複案件：同一處方，含有兩筆不同制酸劑醫令，方計為重複案件。</p> <p>制酸劑：係指 ATC 碼前四碼為 A02A (ANTACIDS)，惟下列藥品參考衛生福利部藥品許可證之適應症，不列入制酸劑重複使用之計算：</p> <p>ATC 碼前五碼為 A02AH(antacids with sodium bicarbonate)之單方藥品(程式邏輯不需處理單複方):適應症為「酸中毒之鹼化劑」。</p> <p>醫令代碼為 A001046100、A023521100、A013382100、A001584100、A006795100、A042941100:適應症為「軟便」。</p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門門診案件
處理方式	<p>醫事機構每月申報個案超過 30 件，且西醫門診制酸劑重複率超過 4.9% 部分，不予支付超過部分之制酸劑藥費。</p> <p>不予支付點數 = $\frac{\text{分子件數} - (\text{分母件數} \times 4.9\%)}{\text{分母件數}} \times \text{【明細非交付案件制酸劑金額} + \text{明細交付案件制酸劑支付單價} \times \text{數量} + \text{簡表藥費} / \text{平均品項數】}$。</p>
衛生福利部核准日期及文號	中華民國 105 年 1 月 6 日衛部保字第 1040139260 號
健保署公告日期及文號	中華民國 105 年 1 月 8 日健保審字第 1040045128 號
實施起日	105 年 2 月 1 日(費用年月)

全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式

指標名稱	014-高血壓併氣喘病患不適當用藥 (non-selective beta blocking agents、alpha and beta blocking agents 之藥品) 處方率過高
實施目的	降低不當之用藥型態
指標定義	分子—高血壓併氣喘病患使用 non-selective beta blocking agents、alpha and beta blocking agents 之藥品人次 分母—高血壓併氣喘病患人次 高血壓：任一診斷 ICD-9-CM 為 401-405； ICD-10-CM/PCS 為 I10-I15 氣喘：任一診斷 ICD-9-CM 為 493 ICD-10-CM/PCS 為 J44-J45
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門
處理方式	超過 15% 部分，申請金額不予支付。 不予支付點數 = 【分子件數 - (分母件數 * 15%)】 / 分子件數 * 高血壓併氣喘使用 (non-selective beta blocking agents、alpha and beta blocking agents) 之藥品案件總申請金額。 備註：本指標藥品檢核代碼 ATC 前五碼指「C07AA」、「C07AG」、「C07BA」、「C07BG」、「C07CA」、「C07CG」、「C07DA」、「C07EA」、「C07FA」等共 9 項。
衛生福利部核准日期及文號	中華民國 105 年 1 月 6 日衛部保字第 1040139260 號
健保署公告日期及文號	中華民國 105 年 1 月 8 日健保審字第 1040045128 號
實施起日	105 年 2 月 1 日(費用年月)

「014-高血壓併氣喘病患不適當用藥 (non-selective beta blocking agents、alpha and beta blocking agents 之藥品) 處方率過高」附表

總額別	指標代碼及名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM/PCS	備註
西醫 基層	014-高血壓併氣喘病患不適當用藥 (non-selective beta blocking agents、alpha and beta blocking agents 之藥品) 處方率過高	493	J44-J45	
		401-405	I10-I15	

全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式

指標名稱	016-西醫診所 COX II 處方不當比率過高
實施目的	降低不當之用藥型態
指標定義	<p>分子—門診 COX II 用藥主次診斷不符藥品給付規定件數 藥品給付規定：</p> <p>(1) 年齡大於等於 60 歲之骨關節炎病變 (ICD-9-CM 前三碼為 711-725)；ICD-10- CM/PCS M00-M08(前述排除 M1A-M10)、M11-M19、M22-M25、M32-M36、M43、M45-M54、M62830、M6788、M796、M961、M992-M997、R262、R294、R29898。</p> <p>(2) 類風濕性關節炎—ICD-9-CM 為 714、僵直性脊椎炎—ICD-9-CM 為 720、乾癬性關節炎—ICD-9-CM 為 696、退化性關節炎—ICD-9-CM 為 716；ICD-10- CM/PCS M05-M06、M08(前述排除 M081)、M120、M081、M45、L305、L40-L42、L44-L45、L945、M121-M129 (前述排除 M122-M124)、M13。</p> <p>(3) 合併有急性嚴重創傷 (ICD-9-CM 前三碼為 800-840、850-854、860-869、881、885、886、887、890-897、900、925-929、940-949)、中風 (ICD-9-CM 前三碼為 430-438) 及心血管疾病者 (ICD-9-CM 前三碼為 401-444)；ICD-10- CM/PCS S02、S12、S22、S32(前述第 7 位碼皆須為 "A"、"B"、"D"、"G"、"K")、S42(前述第 7 位碼為 "A"、"B"、"D"、"G"、"K"、"P")、S43-S44、S46(前述第 7 位碼皆須為 "A"、"D")、S49(前述第 7 位碼為 "A"、"D"、"G"、"K"、"P")、S52(前述第 7 位碼為 "A"、"B"、"C"、"D"、"E"、"F"、"G"、"H"、"J"、"K"、"M"、"N"、"P"、"Q"、"R")、S59(前述第 7 位碼為 "A"、"D"、"G"、"K"、"P")、S62(前述第 7 位碼為 "A"、"B"、"D"、"G"、"K"、"P")、S72(前述第 7 位碼為 "A"、"B"、"C"、"D"、"E"、"F"、"G"、"H"、"J"、"K"、"M"、"N"、"P"、"Q"、"R")、S79(前述第 7 位碼為 "A"、"D"、"G"、"K"、"P")、S82(前述第 7 位碼為 "A"、"B"、"C"、"D"、"E"、"F"、"G"、"H"、"J"、"K"、"M"、"N"、"P"、"Q"、"R")、S89(前述第 7 位碼為 "A"、"D"、"G"、"K"、"P")、S92(前述第 7 位碼為 "A"、"B"、"D"、"G"、"K"、"P")、S06、S21、S26-S27、S31、S36-S37、S51、S569、S615、S669、S48、S58、S68、S71、S769、S78、S81、S869、S88、S91、S969、S98、S090、S15、S07、S17、S280、S380-S381、S47、S57、S67、S77、S87、S97、T20-T32 (前述第 7 位碼皆須為 "A"、"D")、中風 (I60-I69) 及心血管疾病者 (G45、I10-I14、I777、I798、I970-I971、R001、T800、T817、T828)。</p> <p>(4) 曾有消化性潰瘍、上消化道出血或胃穿孔病史者 (ICD-9-CM 前三碼為 530-534)；ICD-10- CM/PCS K20-K28。</p> <p>(5) 肝硬化患者 (ICD-9-CM 前 4 碼為 5712、5715、5716)；ICD-10- CM/PCS K7030-K7031、K7460-K7469、K743-K745。</p> <p>分母—門診 COX II 用藥 (含 NABUMETONE(成分代碼 2808001900)、MELOXICAM(成分代碼 2808404900)、ETODOLAC(成分代碼 2808404700)、CELECOXIB(成分代碼 2808405200)、NIMESULIDE(成分代碼 2808405100)五成分) 件數</p>

指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門
處理方式	超過 33%，超過部份之藥費總申請金額不予支付。 不予支付點數 = ((COXII 用藥不符給付規定比率 - 33%) / (COXII 用藥不符給付規定比率)) × 不符給付規定使用 COX2 用藥案件藥費總申請金額
衛生福利部核准日期及文號	中華民國 105 年 1 月 6 日衛部保字第 1040139260 號
健保署公告日期及文號	中華民國 105 年 1 月 8 日健保審字第 1040045128 號
實施起日	105 年 2 月 1 日(費用年月)

「016-西醫診所 COXII 處方不當比率過高」附表

總額	名稱	ICD-9-CM	ICD-10-CM/PCS	備註
西醫基層	016-西醫診所 COXII 處方不當 比率過高	696	L305	
		696	L40-L42	
		696	L44-L45	
		696	L945	
		714	M05-M06	
		714	M08	排除 M081
		714	M120	
		716	M121-M129	排除 M122-M124
		716	M13	
		720	M081	
		720	M45	
		881	S51	第 7 位碼為 "A"、"D"
		881	S569	第 7 位碼為 "A"、"D"
		881	S615	第 7 位碼為 "A"、"D"
		881	S669	第 7 位碼為 "A"、"D"
		900	S090	第 7 位碼為 "A"、"D"
		900	S15	第 7 位碼為 "A"、"D"
		5712	K7030-K7031	
		5715	K7460-K7469	
		5716	K743-K745	
401-444	G45			
401-444	I10-I74			
401-444	I777			

401-444	I798	
401-444	I970-I971	
401-444	R001	
401-444	T800	
401-444	T817	
401-444	T828	
430-438	I60-I69	
530-534	K20-K28	
711-725	M00-M08	排除 M1A-M10
711-725	M11-M19	
711-725	M22-M25	
711-725	M32-M36	
711-725	M43	
711-725	M45-M54	
711-725	M62830	
711-725	M6788	
711-725	M796	
711-725	M961	
711-725	M992-M997	
711-725	R262	
711-725	R294	
711-725	R29898	
800-840	S02	第 7 位碼為 "A"、"B"、"D"、"G"、"K"
800-840	S12	第 7 位碼為 "A"、"B"、"D"、"G"、"K"
800-840	S22	第 7 位碼為 "A"、"B"、"D"、"G"、"K"
800-840	S32	第 7 位碼為 "A"、"B"、"D"、"G"、"K"
800-840	S42	第 7 位碼為 "A"、"B"、"D"、"G"、"K"、"P"
800-840	S43-S44	第 7 位碼為 "A"、"D"
800-840	S46	第 7 位碼為 "A"、"D"
800-840	S49	第 7 位碼為 "A"、"D"、"G"、"K"、"P"
800-840	S52	第 7 位碼為 "A"、"B"、"C"、"D"、"E"、"F"、"G"、 "H"、"J"、"K"、"M"、"N"、"P"、"Q"、"R"
800-840	S59	第 7 位碼為 "A"、"D"、"G"、"K"、"P"
800-840	S62	第 7 位碼為 "A"、"B"、"D"、"G"、"K"、"P"
800-840	S72	第 7 位碼為 "A"、"B"、"C"、"D"、"E"、"F"、"G"、 "H"、"J"、"K"、"M"、"N"、"P"、"Q"、"R"
800-840	S79	第 7 位碼為 "A"、"D"、"G"、"K"、"P"
800-840	S82	第 7 位碼為 "A"、"B"、"C"、"D"、"E"、"F"、"G"、 "H"、"J"、"K"、"M"、"N"、"P"、"Q"、"R"
800-840	S89	第 7 位碼為 "A"、"D"、"G"、"K"、"P"

800-840	S92	第 7 位碼為 "A"、"B"、"D"、"G"、"K"、"P"
850-854	S06	第 7 位碼為 "A"、"D"
860-869	S21	第 7 位碼為 "A"、"D"
860-869	S26-S27	第 7 位碼為 "A"、"D"
860-869	S31	第 7 位碼為 "A"、"D"
860-869	S36-S37	第 7 位碼為 "A"、"D"
885、886、887	S48	第 7 位碼為 "A"、"D"
885、886、887	S58	第 7 位碼為 "A"、"D"
885、886、887	S68	第 7 位碼為 "A"、"D"
890-897	S71	第 7 位碼為 "A"、"D"
890-897	S769	第 7 位碼為 "A"、"D"
890-897	S78	第 7 位碼為 "A"、"D"
890-897	S81	第 7 位碼為 "A"、"D"
890-897	S869	第 7 位碼為 "A"、"D"
890-897	S88	第 7 位碼為 "A"、"D"
890-897	S91	第 7 位碼為 "A"、"D"
890-897	S969	第 7 位碼為 "A"、"D"
890-897	S98	第 7 位碼為 "A"、"D"
925-929	S07	第 7 位碼為 "A"、"D"
925-929	S17	第 7 位碼為 "A"、"D"
925-929	S280	第 7 位碼為 "A"、"D"
925-929	S380-S381	第 7 位碼為 "A"、"D"
925-929	S47	第 7 位碼為 "A"、"D"
925-929	S57	第 7 位碼為 "A"、"D"
925-929	S67	第 7 位碼為 "A"、"D"
925-929	S77	第 7 位碼為 "A"、"D"
925-929	S87	第 7 位碼為 "A"、"D"
925-929	S97	第 7 位碼為 "A"、"D"
940-949	T20-T32	第 7 位碼為 "A"、"D"

全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式

指標名稱	027-西醫基層門診高血壓懷孕婦女使用 ACEI 或 ARB 之比率偏高
實施目的	孕婦用藥安全
指標定義	<p>分子：分母懷孕婦女中，使用 ACEI 或 ARB 之人數 分母：門診高血壓且有高血壓用藥懷孕婦女人數</p> <p>高血壓－ICD-9-CM 任一主次診斷前三碼為 401~405；ICD-10- CM/PCS I10-I15，且有高血壓用藥紀錄之案件</p> <p>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</p> <p>懷孕婦女：ICD-9-CM 主、次診斷碼前三碼為 V22、640~648；ICD-10-CM/PCS Z331、Z34、010-016、020-021、023-026、028-029、0310、0330、044-048、060、067、0861-0862、0905-0908、098-099、09A 或申報產檢醫令(41~67)之個案</p> <p>ACEI、ARB－ATC 前四碼為 C09A、C09B、C09C、C09D、C09X 註：高血壓懷孕婦女不建議使用 ACEI 或 ARB 之藥品，以維護胎兒安全。</p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門
處理方式	$\text{不予支付點數} = \left[\frac{\text{分子人數} - (\text{分母人數} * 17\%)}{\text{分子人數}} * \text{高血壓之懷孕婦女使用 ACEI 或 ARB 案件總醫療費用} \right]$
衛生福利部核准日期及文號	中華民國 105 年 1 月 6 日衛部保字第 1040139260 號
健保署公告日期及文號	中華民國 105 年 1 月 8 日健保審字第 1040045128 號
實施起日	105 年 2 月 1 日(費用年月)

027-西醫基層門診高血壓懷孕婦女使用 ACEI 或 ARB 之比率偏高

總額	名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM/PCS	備註
西醫基層	027-西醫基層門診高血壓懷孕婦女使用 ACEI 或 ARB 之比率偏高	401~405	I10-I15	
		640~648	O10-O16	
		640~648	O20-O21	
		640~648	O23-O26	
		640~648	O28-O29	
		640~648	O310	
		640~648	O330	
		640~648	O44-O48	
		640~648	O60	
		640~648	O67	
		640~648	O861-O862	
		640~648	O905-O908	
		640~648	O98-O99	
		640~648	O9A	
		V22	Z331	
		V22	Z34	

全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式

指標名稱	038-西醫診所門診高血壓慢性病連續處方箋用藥日數重複率
實施目的	降低不當之用藥型態，降低重覆用藥。
指標定義	<p>分子-門診高血壓慢性病連續處方箋重複日數</p> <p>分母-門診高血壓慢性病連續處方箋給藥日數</p> <p>門診高血壓慢性病連續處方箋重複日數:指高血壓同一病人同院所同品項用藥日數重複。</p> <p>慢性病連續處方箋提前 10 日領藥部分不列入重複日數計算。</p> <p>高血壓: 係指主次診斷前 3 碼為‘401’(ESSENTIAL HYPERTENSION)、『402’(HYPERTENSIVE HEART DISEASE)、『403’(HYPERTENSIVE RENAL DISEASE)、『404’(HYPERTENSIVE HEART AND RENAL DISEASE)、『405’(SECONDARY HYPERTENSION)。</p> <p>高血壓用藥:係指 ATC7 碼前三碼為‘C02’(ANTIHYPERTENSIVES)、『C03’(DIURETICS)、『C07’(BETA BLOCKING AGENTS)、『C08’(CALCIUM CHANNEL BLOCKERS)、『C09’(AGENTS ACTING ON THE RENIN-ANGIOTENSIN SYSTEM)</p> <p>當季醫療院所申報門診高血壓慢性病連續處方箋件數小於等於 10 件者不列入計算。</p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所按季分析
分析範圍	西醫基層總額部門門診案件
處理方式	<p>院所門診高血壓慢性病連續處方箋用藥日數重複率如超過閾值，不予支付超過部分之高血壓藥品費用。</p> <p>不予支付點數公式=(用藥日數重複率-5.50%)×總用藥日數×(總藥費點數/總用藥日數)</p>
衛生福利部核准日期及文號	中華民國 105 年 1 月 6 日衛部保字第 1040139260 號
健保署公告日期及文號	中華民國 105 年 1 月 8 日健保審字第 1040045128 號
暫停起日	配合「特定藥品門診案件重複用藥核扣費用方案」，溯自 104 年 10 月 1 日(費用年月)起，暫時停止執行。

修訂全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式

指標名稱	039-西醫診所門診高血脂慢性病連續處方箋用藥日數重複率
實施目的	降低不當之用藥型態，降低重覆用藥。
指標定義	<p>分子-門診高血脂慢性病連續處方箋重複日數</p> <p>分母-門診高血脂慢性病連續處方箋給藥日數</p> <p>門診高血脂慢性病連續處方箋重複日數:指高血脂同一病人同院所同品項用藥日數重複。</p> <p>慢性病連續處方箋提前 10 日領藥部分不列入重複日數計算。</p> <p>高血脂:係指 ICD-9-CM 主次診斷前 3 碼為'272'(DISORDERS OF LIPOID METABOLISM) ; 修訂 ICD-10-CM/PCS : E71.30、E7521-E7522、E75240~E75243、E75248~E75249、E753、E755-E756、E77、E780~E786、E7870、E7879、E7881、E7889、E789(前述排除 E78.71、E78.72)、E881-E882</p> <p>高血脂用藥:係指 ATC7 碼前三碼為'C10'(SERUM LIPID REDUCING AGENTS)。</p> <p>當季醫療院所申報門診高血脂慢性病連續處方箋件數小於等於 10 件者不列入計算。</p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所按季分析
分析範圍	西醫基層總額部門門診案件
處理方式	<p>院所門診高血脂慢性病連續處方箋用藥日數重複率如超過閾值，不予支付超過部分之高血脂藥品費用。</p> <p>不予支付點數公式=(用藥日數重複率-5.19%)×總用藥日數×(總藥費點數/總用藥日數)</p>
衛生福利部核准日期及文號	中華民國 105 年 1 月 6 日衛部保字第 1040139260 號
健保署公告日期及文號	中華民國 105 年 1 月 8 日健保審字第 1040045128 號
暫停起日	配合「特定藥品門診案件重複用藥核扣費用方案」，溯自 104 年 10 月 1 日(費用年月)起，暫時停止執行。

「039-西醫診所門診高血壓慢性病連續處方箋用藥日數重複率」附表

總額	名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM/PCS	備註
西醫基層	039-西醫診所門診高血壓 慢性病連續處方箋用藥日 數重複率	272	<u>E71.30</u>	新增
		272	E7521-E7522	
		272	<u>E75240- E75243</u>	
			<u>E75248- E75249</u>	
		272	E753	
		272	E755-E756	
		272	<u>E77、E780-E786、</u>	排除 E78.71、E78.72
			<u>E7870、E7879、</u> <u>E7881、E7889、E789</u>	
272	E881-E882			

全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式

指標名稱	040-西醫診所門診糖尿病慢性病連續處方箋用藥日數重複率
實施目的	降低不當之用藥型態，降低重覆用藥。
指標定義	<p>分子-門診糖尿病慢性病連續處方箋重複日數</p> <p>分母-門診糖尿病慢性病連續處方箋給藥日數</p> <p>門診糖尿病慢性病連續處方箋重複日數:指糖尿病同一病人同院所同品項用藥日數重複。</p> <p>慢性病連續處方箋提前 10 日領藥部分不列入重複日數計算。</p> <p>糖尿病:係指主次診斷前 3 碼為' 250' (DIABETES MELLITUS)。</p> <p>糖尿病用藥:係指 ATC7 碼前三碼為' A10' (DRUGS USED IN DIABETES)。</p> <p>當季醫療院所申報門診糖尿病慢性病連續處方箋件數小於等於 10 件者不列入計算。</p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所按季分析
分析範圍	西醫基層總額部門門診案件
處理方式	<p>院所門診糖尿病慢性病連續處方箋用藥日數重複率如超過閾值，不予支付超過部分之糖尿病藥品費用。</p> <p>不予支付點數公式=(用藥日數重複率-6.80%) × 總用藥日數× (總藥費點數/總用藥日數)</p>
衛生福利部核准日期及文號	中華民國 105 年 1 月 6 日衛部保字第 1040139260 號
健保署公告日期及文號	中華民國 105 年 1 月 8 日健保審字第 1040045128 號
暫停起日	配合「特定藥品門診案件重複用藥核扣費用方案」，溯自 104 年 10 月 1 日(費用年月)起，暫時停止執行。

全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式

指標名稱	041-西醫基層醫師超音波心臟圖申報量超過西醫醫院醫師申報量80百分位值
實施目的	導正醫療處置
指標定義	<p>西醫基層醫師開立超音波心臟圖（醫令代碼為18005B）醫令總量之限制如下：</p> <p>西醫基層院所每位醫師每月申報超音波心臟圖醫令總量不得超過西醫醫院每位醫師申報超音波心臟圖醫令總量之80百分位值。</p> <p>排除條件：西醫基層總額實施前成立之衛生福利部中央健康保險署所屬門診中心。</p> <p>註：</p> <p>1、申報醫令總量，以每家院所醫師歸戶計算，如甲醫師分別於3家院所申報指標醫令，則以3筆分別計算。</p> <p>2、「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」及「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」適用區域，以每月申報醫令總量30件（含）為上限，超過上限不予支付。</p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所醫師按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門門診案件
處理方式	<p>1、西醫基層院所每位醫師每月申報超音波心臟圖醫令總量超過西醫醫院每位醫師申報超音波心臟圖醫令總量之80百分位值，不予支付超過部分之超音波心臟圖申報點數。</p> <p>不予支付點數 = [(西醫基層院所每位醫師申報超音波心臟圖（醫令代碼為18005B）醫令總量 - 西醫醫院每位醫師申報超音波心臟圖醫令總量之80百分位值) / 西醫基層院所醫師申報超音波心臟圖醫令總量] * 西醫基層院所醫師超音波心臟圖總申報點數。</p> <p>2、「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」及「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」適用區域，以每月申報醫令總量30件（含）為上限，超過上限不予支付。</p>
衛生福利部核准日期及文號	中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號
健保署公告日期及文號	中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號
實施起日	105年2月1日（費用年月）

全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式

指標名稱	042-西醫基層醫師杜卜勒氏彩色心臟血流圖申報量超過西醫醫院醫師申報量 80 百分位值
實施目的	導正醫療處置
指標定義	<p>西醫基層醫師開立超音波心臟圖（醫令代碼為 18005B）醫令總量之限制如下：</p> <p>西醫基層院所每位醫師每月申報超音波心臟圖醫令總量不得超過西醫醫院每位醫師申報超音波心臟圖醫令總量之 80 百分位值。</p> <p>排除條件：西醫基層總額實施前成立之衛生福利部中央健康保險署所屬門診中心。</p> <p>註：</p> <p>1、申報醫令總量，以每家院所醫師歸戶計算，如甲醫師分別於 3 家院所申報指標醫令，則以 3 筆分別計算。</p> <p>2、<u>「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」及「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」適用區域，以每月申報醫令總量 30 件（含）為上限，超過上限不予支付。</u></p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所醫師按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門門診案件
處理方式	<p>1、西醫基層院所每位醫師每月申報杜卜勒氏彩色心臟血流圖醫令總量超過西醫醫院每位醫師申報杜卜勒氏彩色心臟血流圖醫令總量之 80 百分位值，不予支付超過部分之杜卜勒氏彩色心臟血流圖申報點數。</p> <p>不予支付點數 = [(西醫基層院所每位醫師申報杜卜勒氏彩色心臟血流圖（醫令代碼為 18007B）醫令總量 - 西醫醫院每位醫師申報杜卜勒氏彩色心臟血流圖醫令總量之 80 百分位值) / 西醫基層院所醫師申報杜卜勒氏彩色心臟血流圖醫令總量] * 西醫基層院所醫師杜卜勒氏彩色心臟血流圖總申報點數。</p> <p>2、<u>「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」及「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」適用區域，以每月申報醫令總量 30 件（含）為上限，超過上限不予支付。</u></p>
衛生福利部核准日期及文號	中華民國 105 年 1 月 6 日衛部保字第 1040139260 號
健保署公告日期及文號	中華民國 105 年 1 月 8 日健保審字第 1040045128 號
實施起日	105 年 2 月 1 日(費用年月)

全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式

指標名稱	043-西醫基層醫師上肢運動神經傳導測定申報量超過西醫醫院醫師申報量 80 百分位值
實施目的	導正醫療處置
指標定義	<p>西醫基層醫師開立上肢運動神經傳導測定(醫令代碼為 20015B)醫令總量之限制如下： 西醫基層院所每位醫師每月申報上肢運動神經傳導測定醫令總量不得超過西醫醫院每位醫師申報上肢運動神經傳導測定醫令總量之 80 百分位值。</p> <p>排除條件： 1. 西醫基層總額實施前成立之衛生福利部中央健康保險署所屬門診中心。 2. 「<u>排程案件</u>」：即醫令類別「4-不計價」、醫令調劑方式「0 且慢性病連續處方箋、同一療程及排程檢查案件註記「3」之<u>排程案件</u>。</p> <p>註：申報醫令總量，以每家院所醫師歸戶計算，如甲醫師分別於 3 家院所申報指標醫令，則以 3 筆分別計算。</p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所醫師按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門門診案件
處理方式	<p>西醫基層院所每位醫師每月申報上肢運動神經傳導測定醫令總量超過西醫醫院每位醫師申報上肢運動神經傳導測定醫令總量之 80 百分位值，不予支付超過部分之上肢運動神經傳導測定申報點數。</p> <p>不予支付點數 = [(西醫基層院所每位醫師申報上肢運動神經傳導測定(醫令代碼為 20015B)醫令總量 - 西醫醫院每位醫師申報上肢運動神經傳導測定醫令總量之 80 百分位值) / 西醫基層院所醫師申報上肢運動神經傳導測定醫令總量] * 西醫基層院所醫師上肢運動神經傳導測定總申報點數。</p>
衛生福利部核准日期及文號	中華民國 105 年 1 月 6 日衛部保字第 1040139260 號
健保署公告日期及文號	中華民國 105 年 1 月 8 日健保審字第 1040045128 號
實施起日	105 年 2 月 1 日(費用年月)