

110 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案

中華民國 110 年 4 月 7 日健保醫字第 1100004042 號公告

壹、依據：

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：

本方案之實施為確保西醫基層總額支付制度實施後醫療服務之品質，獎勵優質西醫基層特約診所。

參、預算來源：

全民健康保險年度西醫基層醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。

肆、核發資格：(需符合下列 3 項)

一、西醫基層特約診所於當年度(12 個月)門診醫療費用案件均以電子資料申報，且當年度 10 個月(含)以上符合第一次暫付，得核發品質保證保留款。另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，視為不同開業主體分別計算。

二、西醫基層特約診所因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條所列違規情事之一者，於當年度 1 月 1 日至 12 月 31 日期間，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)處分者，則不予核發品質保證保留款。前述期間以第一次處分日期(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)認定之。倘停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。

三、不包含「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」核發資格之診所。

伍、獎勵指標與核發原則

一、獎勵指標：

- (一) 診所月平均門診申復核減率，應低於該分區 108 年所屬科別 80 百分位，即 <80 百分位。(註 1)
- (二) 診所之每位病人年平均就診次數，應低於該分區 108 年所屬科別 80 百分位，即 <80 百分位。(註 2)
- (三) 個案重複就診率應低於該分區 108 年所屬科別 80 百分位，即 <80 百分位。(註 3)
- (四) 健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 。(註 4)
- (五) 門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率 $>10\%$ ，惟家醫科和內科門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率 $>15\%$ 。(註 5)
- (六) 藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率，低於該分區 80 百分位，即 ≤ 80 百分位(開藥病人數 $<$ 該分區 20 百分位者不列入計算)。(註 6)
- (七) 藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率，低於該分區 80 百分位，即 ≤ 80 百分位(開藥病人數 $<$ 該分區 20 百分位者不列入計算)。(註 7)
- (八) 藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率，低於該分區 80 百分位，即 ≤ 80 百分位(開藥病人數 $<$ 該分區 20 百分位者不列入計算)。(註 8)
- (九) 糖尿病病患糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率 $\geq 60\%$ 。(註 9)
- (十) 初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過 5 百分位，即 >5 百分位。(註 10)
- (十一) 檢驗(查)結果上傳率 $\geq 70\%$ 。(註 11)
- (十二) 提供無障礙就醫環境者(註 12)：本項依衛生福利部研訂內容辦理，並經「全民健康保險醫療給付費用西醫

基層總額研商議事會議」確認後生效。

二、核發原則：

(一) 獎勵指標第 12 項「提供無障礙就醫環境者」未確認生效前，其核發方式如下：

1. 符合獎勵指標第 1 項至第 5 項者，各給予核發權重 20%。
2. 符合獎勵指標第 6 項至第 8 項以及第 10 項、第 11 項，各給予核發權重 2%；第 9 項核發權重 5%。
3. 前述各診所核發權重和，最高以 100%計算。

(二) 獎勵指標第 12 項「提供無障礙就醫環境者」確認生效後，其核發方式如下：

1. 符合獎勵指標第 1 項至第 5 項者，各給予核發權重 20%。
2. 符合獎勵指標第 6 項至第 8 項以及第 10 項、第 11 項，各給予核發權重 2%；第 9 項核發權重 5%。
3. 符合獎勵指標第 12 項者，核發權重 3%。
4. 各診所第 1 項至第 11 項核發權重和，最高以 97%計算。

陸、經前述各項指標計算核發權重和後，排除權重和為零之診所，若合格之診所數大於 80%，則依權重和由高至低排序，取前 80%之診所核發品質保證保留款。前開指標涉及診所所屬科別之認定方式，以當年度第 1 季門診申報費用之就醫科別件數比例較高且超過 30%者認定之(若件數相同，則採費用較高者)；未有任何一科件數比率超過 30%者(如聯合診所)，或該科別之家數未達 20 家，則歸屬為其他科(科別代碼為 XX)。

柒、支用條件：

一、本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算 1 次。

二、每家診所核發金額＝(該診所核發權重和/全區診所核發權重和小計)×品質保證保留款。

三、保險人辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之西醫基層特約診所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度西醫基層總額品質保證保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支應。

捌、本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬指標項目之操作型定義等執行面之修正，由保險人與該會共同研修後，逕行公告。

110 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案-註釋

指標項目	操作型定義
註 1： 診所月平均門診 申復核減率	1. 資料期間： (1) 當期值：<u>111</u> 年 2 月 28 日前核定之 <u>109</u> 年 7 月至 <u>110</u> 年 6 月之門診醫療費用計算。 (2) 目標值：<u>109</u> 年 2 月 28 日前核定之 <u>107</u> 年 7 月至 <u>108</u> 年 6 月之門診醫療費用計算。(如附件-西醫基層各分區各科別「申復後核減率」、「病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」之 80 百分位) 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B 分子 A：診所每月「門診申復後核減率」之合計。 分母 B：該診所核定月數。 4. 本項之門診醫療費用(含申復)，計算「申復後核減率」，未有申復或申復尚未核定者，以初核核減率計算之。
註 2： 診所之每位病人 年平均就診次數	1. 資料期間： (1) 當期值：西醫基層特約診所於 <u>111</u> 年 1 月 31 日前申報之 <u>110</u> 年 1 月至 12 月門診醫療費用計算。 (2) 目標值：西醫基層特約診所於 <u>109</u> 年 1 月 31 日前申報之 <u>108</u> 年 1 月至 12 月門診醫療費用計算。(如附件) 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B 分子 A：全年診所申報總案件數。 分母 B：全年診所歸戶總人數。 4. 本項排除代辦案件及診察費為 0 之案件。
註 3：個案重複 就診率	1. 資料期間： (1) 當期值：西醫基層特約診所於 <u>111</u> 年 1 月 31 日前申報之 <u>110</u> 年 1 月至 12 月門診醫療費用計算。 (2) 目標值：西醫基層特約診所於 <u>109</u> 年 1 月 31 日前申報之 <u>108</u> 年 1 月至 12 月門診醫療費用計算。(如附件) 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：$\Sigma [(A/B) \times 100\%] / 12$ 分子 A：同一費用年月、同一就醫日期、同一院所，同一人(身分證號)就診 2 次(含)以上，按身分證號歸戶之門診人數。 分母 B：同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數。 4. 排除代辦案件及診察費為 0 之案件。

指標項目	操作型定義
註 4： 健保卡處方登錄 差異率$\leq 8\%$	1. 資料期間：西醫基層特約診所 110 年 1 月至 12 月健保卡上傳資料。 2. 列計對象：資料上傳格式為 1. 正常上傳。 3. <u>檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。</u> 4. 健保卡處方登錄錯誤率$= \Sigma [(A/B) \times 100\%] / 12$ 分子 A：當月份(以就醫日期計算範圍)健保卡上傳欄位[A79]之錯誤代碼為 AA 或 16 之筆數。 分母 B：當月份(以就醫日期計算範圍)健保卡上傳之處方(醫令)筆數。 註：排除精神病、愛滋病、受性侵害之醫令筆數。 排除 ICD-10 診斷碼為 B20、F01.50、F01.51、F02.80、F02.81、F03.90、F03.91、F04、F05、F06.0、F06.1、F06.8、F09、F20.0、F20.1、F20.2、F20.3、F20.5、F20.81、F20.89、F20.9、F21、F22、F23、F24、F25.0、F25.1、F25.8、F25.9、F30.10、F30.11、F30.12、F30.13、F30.2、F30.3、F30.4、F30.8、F30.9、F31.0、F31.10、F31.11、F31.12、F31.13、F31.2、F31.30、F31.31、F31.32、F31.4、F31.5、F31.60、F31.61、F31.62、F31.63、F31.64、F31.70、F31.71、F31.72、F31.73、F31.74、F31.75、F31.76、F31.77、F31.78、F31.81、F31.89、F31.9、F32.0、F32.1、F32.2、F32.3、F32.4、F32.5、F32.8、F32.9、F33.0、F33.1、F33.2、F33.3、F33.40、F33.41、F33.42、F33.8、F33.9、F34.0、F34.1、F34.8、F34.9、F39、F40.00、F40.01、F40.02、F40.10、F40.11、F40.210、F40.218、F40.220、F40.228、F40.230、F40.231、F40.232、F40.233、F40.240、F40.241、F40.242、F40.243、F40.248、F40.290、F40.291、F40.298、F40.8、F40.9、F41.0、F41.1、F41.3、F41.8、F41.9、F42、F43.0、F43.10、F43.11、F43.12、F43.20、F43.21、F43.22、F43.23、F43.24、F43.25、F43.29、F43.8、F43.9、F44.0、F44.1、F44.2、F44.4、F44.5、F44.6、F44.7、F44.81、F44.89、F44.9、F45.0、F45.1、F45.20、F45.21、F45.22、F45.29、F45.8、F45.9、F48.1、F48.8、F48.9、F60.0、F60.1、F60.2、F60.3、F60.4、F60.5、F60.6、F60.7、F60.81、F60.89、F60.9、F68.10、F68.11、F68.12、F68.8、F69、F84.0、F84.3、F84.5、F84.8、F84.9、F93.0、F94.8、F99、R45.2、R45.5、R45.6、R45.86、T74.21XA、T74.22XA、T76.21XA、T76.22XA、Z21、Z22.6。
註 5： 門診病人健保雲端藥歷系統查詢率$>10\%$，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率$>15\%$。	1. 資料期間：西醫基層特約診所 110 年 1 月至 12 月病人查詢資料。 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B A：門診病人查詢健保雲端藥歷系統人數。 B：門診病人數。 備註：病人數係以就醫病人 ID 合併歸戶計算。

指標項目	操作型定義
註 6： 藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率。	- 資料期間：西醫基層特約診所 110 年 1 月至 12 月病人查詢資料。 - 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 - 公式：A/B A：同藥理降血糖藥物重疊用藥日數(同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數)。 B：降血糖藥物之給藥日數(查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和)。 - 資料範圍： - 西醫基層門診之降血糖藥物給藥案件。 ※ 給藥案件：給藥天數不為 0 或 藥費不為 0 或 處方調劑方式為 1、0、6。 - 排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。 - 排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。 - 排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。 - 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。 - 排除安胎案件：主診斷全碼為 0200、0208、0209、04400、04401、04402、04403、04410、04411、04412、04413、0458X9、04590、0458X1、0458X2、0458X3、04591、04592、04593、045009、045019、045029、045099、046009、046019、046029、046099、099119、045001、045002、045003、045011、045012、045013、045021、045022、045023、045091、045092、045093、046001、046002、046003、046011、046012、046013、046021、046022、046023、046091、046092、046093、0670、099111、099112、099113、09912、0468X9、0468X1、0468X2、0468X3、0678、026859、04690、04691、04692、04693、0679、026851、026852、026853、06000、06002、06003、04700、0479、04702、04703、0471、06010X0、06010X1、06010X2、06010X3、06010X4、06010X5、06010X9、06020X0、06020X1、06020X2、06020X3、06020X4、06020X5、06020X9、06012X0、06012X1、06012X2、06012X3、06012X4、06012X5、06012X9、06013X0、06013X1、06013X2、06013X3、06013X4、06013X5、06013X9、06014X0、06014X1、06014X2、06014X3、06014X4、06014X5、06014X9、06022X0、06022X1、06022X2、06022X3、06022X4、06022X5、06022X9、06023X0、06023X1、06023X2、06023X3、06023X4、06023X5、06023X9。 - 排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004、R005 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。 - 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前五碼=A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH。

指標項目	操作型定義
註 7： 藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率。	1. 資料期間：西醫基層特約診所 110 年 1 月至 12 月病人查詢資料。 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B A：同藥理降血壓藥物重疊用藥日數(同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數)。 B：降血壓藥物之給藥日數(查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和)。 4. 資料範圍： (1)西醫基層門診之降血壓藥物(口服)給藥案件。 ※給藥案件：給藥天數不為 0 或 藥費不為 0 或 處方調劑方式為 1、0、6。 (2)排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。 (3)排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。 (4)排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。 (5)排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。 (6)排除安胎案件：主診斷全碼為 0200、0208、0209、04400、04401、04402、04403、04410、04411、04412、04413、0458X9、04590、0458X1、0458X2、0458X3、04591、04592、04593、045009、045019、045029、045099、046009、046019、046029、046099、099119、045001、045002、045003、045011、045012、045013、045021、045022、045023、045091、045092、045093、046001、046002、046003、046011、046012、046013、046021、046022、046023、046091、046092、046093、0670、099111、099112、099113、09912、0468X9、0468X1、0468X2、0468X3、0678、026859、04690、04691、04692、04693、0679、026851、026852、026853、06000、06002、06003、04700、0479、04702、04703、0471、06010X0、06010X1、06010X2、06010X3、06010X4、06010X5、06010X9、06020X0、06020X1、06020X2、06020X3、06020X4、06020X5、06020X9、06012X0、06012X1、06012X2、06012X3、06012X4、06012X5、06012X9、06013X0、06013X1、06013X2、06013X3、06013X4、06013X5、06013X9、06014X0、06014X1、06014X2、06014X3、06014X4、06014X5、06014X9、06022X0、06022X1、06022X2、06022X3、06022X4、06022X5、06022X9、06023X0、06023X1、06023X2、06023X3、06023X4、06023X5、06023X9。 (7)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004、R005 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。 • 降血壓藥物(口服)：ATC 前三碼=C07(排除 C07AA05)或 ATC 前五碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX(排除 C02KX01、C02KX02)、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、

指標項目	操作型定義
	C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。
註 8： 藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率。	1. 資料期間：西醫基層特約診所 110 年 1 月至 12 月病人查詢資料。 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B A：同藥理降血脂藥物重疊用藥日數(同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數)。 B：降血脂藥物之給藥日數(查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和)。 4. 資料範圍： (1)西醫基層門診之降血脂藥物(口服)給藥案件。 ※ 給藥案件：給藥天數不為 0 或 藥費不為 0 或 處方調劑方式為 1、0、6。 (2)排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。 (3)排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。 (4)排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。 (5)排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。 (6)排除安胎案件：主診斷全碼為 0200、0208、0209、04400、04401、04402、04403、04410、04411、04412、04413、0458X9、04590、0458X1、0458X2、0458X3、04591、04592、04593、045009、045019、045029、045099、046009、046019、046029、046099、099119、045001、045002、045003、045011、045012、045013、045021、045022、045023、045091、045092、045093、046001、046002、046003、046011、046012、046013、046021、046022、046023、046091、046092、046093、0670、099111、099112、099113、09912、0468X9、0468X1、0468X2、0468X3、0678、026859、04690、04691、04692、04693、0679、026851、026852、026853、06000、06002、06003、04700、0479、04702、04703、0471、06010X0、06010X1、06010X2、06010X3、06010X4、06010X5、06010X9、06020X0、06020X1、06020X2、06020X3、06020X4、06020X5、06020X9、06012X0、06012X1、06012X2、06012X3、06012X4、06012X5、06012X9、06013X0、06013X1、06013X2、06013X3、06013X4、06013X5、06013X9、06014X0、06014X1、06014X2、06014X3、06014X4、06014X5、06014X9、06022X0、06022X1、06022X2、06022X3、06022X4、06022X5、06022X9、06023X0、06023X1、06023X2、06023X3、06023X4、06023X5、06023X9。 (7)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004、R005 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。 • 降血脂藥物(口服)：ATC 前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，

指標項目	操作型定義
	且醫令代碼第 8 碼為 1。
註 9： 糖尿病病患糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率 ≥60%	1. 資料期間：西醫基層特約診所 <u>110</u> 年 1 月至 12 月資料。 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B A：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)檢驗人數。 B：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。 4. 糖尿病—任一主、次診斷之 ICD_10_CM 前三碼為 E08-E13 之門診案件。 5. 糖尿病用藥—指 ATC 前三碼為 A10。 6. 糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)案件係指申報醫令代碼前五碼為 09006 或 09139 之案件。 7. 計算符合分母條件之 ID 時，主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。 8. 計算符合分子之 ID 時，從分母的 ID 繼續觀察，只要該 ID 於統計期間有執行糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)檢驗即成立。
註 10： 初期慢性腎臟病 eGFR 執行率	1. 資料期間：西醫基層特約診所 <u>110</u> 年 1 月至 12 月資料。 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B A：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行肌酸酐(Creatinine)檢驗人數。 B：符合初期慢性腎臟病方案收案條件之初期慢性腎臟病人數(ID 歸戶數)。 4. 慢性腎臟疾病—任一主、次診斷之 ICD_10_CM 為三碼為 A18.11、A52.75、C64.1、C64.2、C64.9、C7A.093、E11.21、E11.22、E11.29、E13.21、E13.22、E13.29、E10.21、E10.22、E10.29、E11.65、E10.65、E74.8、M10.30、M10.311、M10.312、M10.319、M10.321、M10.322、M10.329、M10.331、M10.332、M10.339、M10.341、M10.342、M10.349、M10.351、M10.352、M10.359、M10.361、M10.362、M10.369、M10.371、M10.372、M10.379、M10.38、M10.39、N20.0、M10.30、D59.3、I70.1、I75.81、I72.2、I77.73、I77.3、K76.7、N00.0、N00.1、N00.2、N00.3、N00.4、N00.5、N00.6、N00.7、N01.0、N01.1、N01.2、N01.3、N01.4、N01.5、N01.6、N01.7、N01.8、N01.9、N08、N00.8、N00.9、N04.4、N02.1、N02.2、N02.3、N04.1、N04.2、N02.4、N02.5、N02.6、N02.7、N04.3、N04.4、N04.5、N04.6、N02.0、N04.0、N08、N02.8、N04.7、N04.8、N02.9、N04.9、N03.2、N03.1、N03.3、N03.4、N03.5、N03.6、N03.7、N03.8、N08、N03.0、N03.8、N03.9、N05.9、N05.2、N06.2、N07.2、N05.3、N05.4、N05.5、N06.3、N06.4、N06.5、N07.3、N07.4、N07.5、N05.9、N17.1、N17.2、E10.21、E11.21、N16、N05.0、N05.1、N05.6、N05.7、N05.8、N06.0、N06.1、N06.6、N06.7、N06.8、N07.0、

指標項目	操作型定義
	N07.1、N07.6、N07.7、N07.8、N14.0、N14.1、N14.2、N14.3、N14.4、N15.0、N15.8、N05.9、N06.9、N07.9、N15.9、N17.0、N17.1、N17.2、N17.8、N17.9、N26.1、N26.9、N25.0、N25.1、N25.81、N25.89、N25.9、N18.1、N18.2、N18.3、O10.419、O10.411、O10.412、O10.413、O10.42、O10.43、O10.411、O10.412、O10.413、O10.43、O10.119、O10.219、O10.319、O11.9、O10.111、O10.112、O10.113、O10.12、O10.211、O10.212、O10.213、O10.22、O10.311、O10.312、O10.313、O10.32、O11.1、O11.2、O11.3、O10.13、O10.111、O10.112、O10.113、O10.211、O10.212、O10.213、O10.311、O10.312、O10.313、O11.1、O11.2、O11.3、O10.13、O10.23、O10.33、Q61.01、Q61.3、Q61.2、Q61.11、Q61.19、Q61.4、Q61.5、Q61.5、Q61.02、Q61.8、Q62.39、Q62.11、Q62.12、Q62.2、Q62.31、Q62.32、Q62.0、Q62.10、Q62.11、Q62.2、R94.4 之案件。 註：本指標之主診斷國際疾病分類碼 ICD-10-CM 比照醫療給付檔案分析系統(DA 系統)指標 1203 初期慢性腎臟病方案照護率辦理。 5. 肌酸酐(Creatinine)檢驗案件係指申報醫令代碼為 09015C 及 09016C 之案件。
註 11： 檢驗(查)結果上傳率	1. 資料期間：西醫基層特約診所 110 年 1 月至 12 月資料。 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B A：已上傳「應上傳檢驗(查)結果項目」醫令數。 B：申報「應上傳檢驗(查)結果項目」醫令數。 註：本指標應上傳檢驗(查)結果項目之醫令代碼比照全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案辦理。
註 12： 無障礙就醫環境	依衛生福利部研訂內容辦理，並經「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」確認後生效。

108 年西醫基層各分區各科別「申復後核減率」、「病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」之 80 百分位

科別	科別代碼	1-臺北			2-北區			3-中區		
		1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率（月平均）	1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率（月平均）	1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率（月平均）
家醫科	01	0.0018	4.8439	0.0002	0.0034	4.4243	0.0002	0.0030	5.2834	0.0001
內科	02	0.0032	5.1180	0.0002	0.0043	4.5353	0.0001	0.0038	5.0926	0.0001
外科	03	0.0022	4.3317	0.0003	0.0075	3.8891	0.0001	0.0058	4.8747	0.0002
小兒科	04	0.0005	4.5258	0.0001	0.0011	4.1396	0.0001	0.0014	4.3207	0.0001
婦產科	05	0.0066	3.4694	0.0001	0.0032	3.1499	0.0000	0.0057	3.8995	0.0001
骨科	06	0.0024	3.4269	0.0002	0.0041	3.3531	0.0001	0.0078	3.0686	0.0001
耳鼻喉科	09	0.0018	3.4198	0.0001	0.0004	3.3309	0.0001	0.0014	3.5391	0.0000
眼科	10	0.0009	2.4082	0.0000	0.0007	2.2239	0.0000	0.0026	2.4581	0.0000
皮膚科	11	0.0018	2.7036	0.0000	0.0009	2.6675	0.0000	0.0022	2.7465	0.0000
精神科	13	0.0075	7.2920	0.0000	0.0067	6.2711	0.0000	0.0032	7.0542	0.0000
復健科	14	0.0067	4.6223	0.0001	0.0145	5.2093	0.0001	0.0499	5.3427	0.0002
消化內科	AA	0.0020	4.4307	0.0083						
不分科	XX	0.0029	4.9346	0.0195	0.0082	4.6248	0.0007	0.0021	4.3778	0.0001
科別	科別代碼	4-南區			5-高屏			6-東區		
		1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率（月平均）	1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率（月平均）	1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率（月平均）
家醫科	01	0.0019	5.3875	0.0000	0.0027	5.4621	0.0001	0.0028	5.8096	0.0002
內科	02	0.0021	5.1144	0.0000	0.0024	5.5410	0.0000	0.0029	5.0717	0.0001
外科	03	0.0017	4.4859	0.0000	0.0051	4.9697	0.0000			
小兒科	04	0.0006	4.4017	0.0000	0.0008	4.4916	0.0000			
婦產科	05	0.0029	4.3692	0.0000	0.0024	3.7636	0.0002			
骨科	06	0.0018	3.3512	0.0001	0.0027	3.8452	0.0001			
耳鼻喉科	09	0.0003	3.1866	0.0000	0.0006	3.3551	0.0000	0.0026	3.2862	0.0000
眼科	10	0.0006	2.7553	0.0000	0.0006	2.8007	0.0000			
皮膚科	11	0.0009	2.5222	0.0000	0.0007	2.6639	0.0000			
精神科	13	0.0014	7.1990	0.0000	0.0086	8.2648	0.0000			
復健科	14	0.0031	4.4098	0.0000	0.0145	4.6103	0.0000			
消化內科	AA	0.0010	4.0593	0.0003						
不分科	XX	0.0022	4.8278	0.0001	0.0047	4.7235	0.0002	0.0026	3.8338	0.0000

註：1. 不分科係指該分區科別院所不滿 20 家，而將視為不分科，包括：神經外科、泌尿整型.....。

2. 百分位計算時已排除申報費用未滿 12 個月的院所資料。