

全民健康保險檔案分析審查不予支付指標及處理方式

(醫院總額部門-現行實施)

【醫院總額部門實施中指標共計14項】

➤ 001-眼科門診局部處置申報率

[最新公告實施起日110年10月1日(費用年月); 最初實施起日94年7月1日(費用年月)]

- 001指標版本：實施起日110年10月1日(費用年月)--現行實施

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	醫院總額部門
處理方式	申報率超過閾值者，超過部分不予支付。 不予支付點數=(申報率-閾值)*細隙燈顯微鏡檢查（醫令代碼為23401C）總申報點數(四捨五入至整數)。 閾值： 35% <u>40%</u>
衛生福利部核准日期及文號	110年8月30日衛部保字第1101260269號函、 110年5月25日衛部保字第1101260176號函
健保署公告日期及文號	110年9月6日健保審字第1100011604號
實施起日	110年10月1日(費用年月)

➤ 002-婦產科門診局部處置申報率

[最新公告實施起日97年5月1日(費用年月); 最初實施起日94年7月1日(費用年月)]

- 002指標版本：實施起日 97年5月1日(費用年月)--現行實施

指標名稱	002-醫院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：</p> <p>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</p> <p>分母－婦產科門診申報件數</p> <p>指標2：</p> <p>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</p> <p>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。</p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	醫院總額部門
處理方式	<p>指標1：申報率超過30% 者，超過部份不予支付。不予支付點數＝(申報率-30%)*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(四捨五入至整數)。</p> <p>指標2：申報率超過0.13 %（98百分位值）者，超過部分不予支付。不予支付點數＝(申報率- 0.13%)*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(四捨五入至整數)。</p>
衛生福利部核准日期及文號	中華民國96年12月21日衛署健保字第0962600584號函
健保署公告日期及文號	中華民國97年3月25日健保審字第0970012152號
實施起日	97年5月1日(費用年月)

➤ 003-醫院耳鼻喉科門診局部處置申報率

[最新公告實施起日112年2月1日(費用年月)；最初實施起日94年7月1日(費用年月)]

- 003指標版本：實施起日 112年2月1日(費用年月)--現行實施

指標名稱	003-醫院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—小兒科門診申報局部治療（醫令代碼為54019C、54027C、54037C、54038C）件數 分母—小兒科門診申報件數</p> <p>指標3： 分子—非耳鼻喉科及非小兒科門診申報局部治療（醫令代碼為54019C、54027C、54037C、54038C）件數 分母—非耳鼻喉科及非小兒科門診申報件數</p> <p>註：1.本指標定義之科別為病患就醫科別。 <u>2.上述分子分母皆排除嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件（案件分類C5）。</u></p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	醫院總額部門
處理方式	<p>指標1： 申報率超過30%者，超過部份不予支付。 不予支付點數=(申報率-30%)*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20%者，超過部分不予支付。 不予支付點數=(申報率-20%)*小兒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3： 申報率超過0.1%（98百分位值）者，超過部分不予支付。 不予支付點數=(申報率-0.1%)*非耳鼻喉科及非小兒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	<u>111年12月12日衛部保字第1111260378號函</u>
健保署公告日期及文號	<u>111年12月29日健保審字第1110122333號</u>
實施起日	<u>112年2月1日（費用年月）</u>

➤ 008-西醫院所門診上呼吸道感染抗生素處方率

[最新公告實施起日107年4月1日(費用年月); 最初實施起日94年9月1日(費用年月)]

● 008指標版本：實施起日 107年4月1日(費用年月)--現行實施

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	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：主診斷前3碼為'460'（急性鼻咽炎（感冒））、'462'（急性咽炎）、'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）。
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	醫院總額部門門診案件
處理方式	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20%部分，超過部分之抗生素藥費不予支付。 不予支付點數 = (上呼吸道感染抗生素使用率 - 20%) × 抗生素藥費
衛生福利部核准日期及文號	107年2月12日衛部保字第1071260088號函
健保署公告日期及文號	107年3月7日健保審字第1070002265號
實施起日	107年4月1日(費用年月)

「008-西醫院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
醫院	008-西醫院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	

➤ 010-西醫院所門診同一處方開立制酸劑重複率

[最新公告實施起日102年8月1日(費用年月)；最初實施起日94年9月1日(費用年月)]

- 010指標版本：實施起日 102年8月1日(費用年月)--現行實施

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署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> <p>制酸劑藥理分類代碼與健保品項代碼對照表請依下列網址擷取比對：</p> <p>健保局全球資訊網\藥材專區\健保用藥品項\3.健保用藥品項 XX 年 XX 月壓縮總檔</p> <p>(http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=21&menu_id=713&WD_ID=849&webdata_id=873)</p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	西醫基層及醫院總額部門門診案件
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7% 部分，不予支付超過部分之制酸劑藥費。</p> <p>不予支付點數 = (制酸劑重複率 - 7%) × 【明細非交付案件制酸劑金額 + 明細交付案件制酸劑支付單價 × 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102年6月4日衛署健保字第1022600063號函
健保署公告日期及文號	中華民國102年6月13日健保審字第1020035537號
實施起日	102年8月1日(費用年月)

➤ 012-醫院 CT 檢查之全體病人 90 日內同部位再執行率過高
 [最新公告實施起日 110 年 10 月 1 日(費用年月)；最初實施起日 94 年 12 月 1 日(費用年月)]

● 012 指標版本：實施起日 110 年 10 月 1 日(費用年月)--現行實施

指標名稱	012-醫院 CT 檢查之全體病人 90 日內同部位再執行率過高		
實施目的	降低不必要/不當之檢查		
指標定義	分子—CT 執行案件（醫令代碼為 33070B~33072B）前 90 日內，曾施行相同部位 CT 檢查之人次。		
	分母—門住診合計 CT 施行人次。		
	前 90 日內曾施行人次：依當月病患 ID，擷取門住診大於等於 0 且小於等於本次醫令「執行起日」90 日內之 CT 案件。		
	分子案件、分母案件及申報點數均排除主診斷為以下者：		
	疾病	ICD-10-CM (105.01.01 起適用)	ICD-9-CM (104.12.31 以前適用)
	癌症	C00-C96 (前述排除 C944、C946)	140-208
性態未明腫瘤	D37-D48、C944、C946、Q850	235-238	
化療或放療及後續追蹤	Z510、Z5111、Z08、 <u>Z09</u>	V58.0、V58.1、V67.1、V67.2	
<u>腦中風</u>	<u>I60-I69、G45-G46</u>	<u>430-438</u>	
指標屬性	負向		
分析單位	依院所門住診合計按月分析		
分析範圍	醫院總額部門		
處理方式	一、排除 CT 每月門住合計之執行件數在 10 件（含）以下之醫院。 二、再執行率超過閾值以上者，超過部分不予支付。 不予支付點數=(再執行率-閾值)×分母案件 CT 申報點數 閾值：醫學中心 13.78%、區域醫院 11.47%、地區醫院 12.50%。		
衛生福利部核准日期及文號	110 年 8 月 30 日衛部保字第 1101260269 號函、 110 年 5 月 25 日衛部保字第 1101260176 號函		
健保署公告日期及文號	110 年 9 月 6 日健保審字第 1100011604 號		
實施起日	110 年 10 月 1 日（費用年月）		

➤ 013-醫院 MRI 檢查之全體病人90日內同部位再執行率過高

[最新公告實施起日110年10月1日(費用年月); 最初實施起日94年12月1日(費用年月)]

- 013指標版本：實施起日 110年10月1日(費用年月)—現行實施

指標名稱	013-醫院 MRI 檢查之全體病人 90日內同部位再執行率過高																
實施目的	降低不必要/不當之檢查																
指標定義	<p>分子—MRI 施行案件 (醫令代碼為33084A~33085A、33084B~33085B) 前90日內, 曾施行相同部位 MRI 檢查之人次 分母—門住診合計 MRI 施行人次 前90日內曾施行人次: 依當月病患 ID, 擷取門住診大於等於0且小於等於本次醫令「執行起日」90日內之 MRI 案件。</p> <p>排除案件:</p> <p>1.分子案件、分母案件及申報點數均排除主診斷為以下者:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>疾病</th> <th>ICD-10-CM (105.01.01 起適用)</th> <th>ICD-9-CM (104.12.31 以前適用)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>癌症</td> <td>C00-C96 (前述排除 C944、C946)</td> <td>140-208</td> </tr> <tr> <td>性態未明腫瘤</td> <td>D37-D48、C944、C946、Q850</td> <td>235-238</td> </tr> <tr> <td>化療或放療及後續追蹤</td> <td>Z510、Z5111、Z08、Z09</td> <td>V58.0、V58.1、V67.1、V67.2</td> </tr> <tr> <td>缺血性腦中風 (腦梗塞)</td> <td>I63-I69、G45-G46</td> <td>433-438</td> </tr> </tbody> </table> <p>2.MRI 每月門住合計之執行件數在40件 (含) 以下之醫院。</p>		疾病	ICD-10-CM (105.01.01 起適用)	ICD-9-CM (104.12.31 以前適用)	癌症	C00-C96 (前述排除 C944、C946)	140-208	性態未明腫瘤	D37-D48、C944、C946、Q850	235-238	化療或放療及後續追蹤	Z510、Z5111、Z08、Z09	V58.0、V58.1、V67.1、V67.2	缺血性腦中風 (腦梗塞)	I63-I69、G45-G46	433-438
疾病	ICD-10-CM (105.01.01 起適用)	ICD-9-CM (104.12.31 以前適用)															
癌症	C00-C96 (前述排除 C944、C946)	140-208															
性態未明腫瘤	D37-D48、C944、C946、Q850	235-238															
化療或放療及後續追蹤	Z510、Z5111、Z08、Z09	V58.0、V58.1、V67.1、V67.2															
缺血性腦中風 (腦梗塞)	I63-I69、G45-G46	433-438															
指標屬性	負向																
分析單位	依院所門住診合計按月分析																
分析範圍	醫院總額部門																
處理方式	<p>再執行率超過閾值者, 超過部分不予支付。 不予支付點數=(再執行率-閾值)×分母案件 MRI 申報點數</p> <p>閾值: 醫學中心6.69%、區域醫院5.05%、地區醫院4.48%。</p>																
衛生福利部核准日期及文號	110年8月30日衛部保字第1101260269號函、 110年5月25日衛部保字第1101260176號函																
健保署公告日期及文號	110年9月6日健保審字第1100011604號																
實施起日	110年10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

[最新公告實施起日114年1月1日(費用年月); 最初實施起日94年12月1日(費用年月)]

- 014指標版本：實施起日 114年1月1日(費用年月)--現行實施

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(2014年版)為 I10-I15、 <u>ICD-10-CM/PCS(2023年版)為 I10-I15、I16.0、I16.1、I16.9(自114年1月1日起適用)</u> 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	醫院總額部門
處理方式	超過25%之部分，不予支付。 不予支付點數=(高血壓併氣喘病患使用 non-selective beta blocking agents、alpha and beta blocking agents 之藥品比率-25%)×高血壓併氣喘病患使用 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	<u>113年10月29日衛部保字第1131260624號函</u>
健保署公告日期及文號	<u>113年12月4日健保審字第1130123927號</u>
實施起日	<u>114年1月1日(費用年月)</u>

「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 (2014年版) 自105年1月1日起適用	<u>ICD-10-CM/PCS (2023年版) 自114年1月1日起適用</u>	備註
醫院	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	<u>J44-J45</u>	
		401-405	I10-I15	<u>I10-I15、I16.0、I16.1、I16.9</u>	

➤ **016-西醫醫院 COX II inhibitor 處方不當比率過高**
 [最新公告實施起日114年1月1日(費用年月)；最初實施起日95年10月1日(費用年月)]

- 016指標版本：實施起日114年1月1日(費用年月)--現行實施

指標名稱	016-西醫醫院 COX II inhibitor 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 inhibitor 用藥主次診斷不符藥品給付規定件數 藥品給付規定：<u>符合藥品給付規定1.1.5所列診斷。</u> (1)年齡大於等於60歲之骨關節炎病變(CELECOXIB可用於年齡大於等於50歲之骨關節炎病變)。 (2)類風濕性關節炎、僵直性脊椎炎、乾癬性關節炎、退化性關節炎。 (3)合併有急性嚴重創傷、中風、心血管疾病者。 (4)曾有消化性潰瘍、上消化道出血或胃穿孔病史者。 (5)肝硬化患者。</p> <p>註：<u>上述疾病之</u>診斷碼詳如附表。 分母—門診 COX II inhibitor 用藥 (含 NABUMETONE(成分代碼2808001900)、MELOXICAM(成分代碼9200038100)、ETODOLAC(成分代碼2808404700)、CELECOXIB(成分代碼2808405200)、NIMESULIDE(成分代碼2808405100)五成分) 件數。 排除條件：分母門診 COX II inhibitor 用藥申報件數小於等於10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	醫院總額部門
處理方式	<p>不符給付規定比率超過同儕90百分位值者，超過部分申請金額不予支付。 不予支付點數=[(COX II inhibitor 用藥不符給付規定比率—同儕90百分位者) / COX II inhibitor 用藥不符給付規定比率]×不符給付規定使用 COX2inhibitor 用藥案件藥費總申請金額 同儕90百分位值：40%。</p>
衛生福利部核准日期及文號	<u>113年10月29日衛部保字第1131260624號函</u>
健保署公告日期及文號	<u>113年12月4日健保審字第1130123927號</u>
實施起日	<u>114年1月1日(費用年月)</u>

「016-西醫醫院 COX II inhibitor 處方不當比率過高」附表

疾病	ICD-10- CM/PCS (2014年版) 自105年1月1日 起適用	ICD-10-CM/PCS (2023年版) 自114年1月1日 起適用	備註	ICD-9- CM (104.12.31 以前適用)
骨關節炎 病變	M00-M08	<u>M00-M08</u>		<u>711-725</u>
	M11-M19	<u>M11-M19</u>		<u>711-725</u>
	M22-M25	<u>M22-M25</u>		<u>711-725</u>
	M32-M36	<u>M32-M36</u>		<u>711-725</u>

	M43	<u>M43</u>		711-725
	M45-M54	<u>M45-M54</u>		711-725
	M62830	<u>M62830</u>		711-725
	M6788	<u>M6788</u>		711-725
	M796	<u>M796</u>		711-725
	M961	<u>M961</u>		711-725
	M992-M997	<u>M992-M997</u>		711-725
	R262	<u>R262</u>		711-725
	R294	<u>R294</u>		711-725
	R29898	<u>R29898</u>		711-725
類風溼性關節炎	M05-M06	<u>M05-M06</u>		714
	M08	<u>M08</u>	排除 M081	714
	M120	<u>M120</u>		714
僵直性脊椎炎	M081	<u>M081</u>		720
	M45	<u>M45</u>		720
乾癬性關節炎	L305	<u>L305</u>		696
	L40-L42	<u>L40-L42</u>		696
	L44-L45	<u>L44-L45</u>		696
	L945	<u>L945</u>		696
退化性關節炎	M121-M129	<u>M121-M129</u>	排除 M122-M124	716
	M13	<u>M13</u>		716
合併有急性嚴重創傷	S02	<u>S02</u>	第7位碼為"A"、"B"、"D"、"G"、"K"	800-840
	S12	<u>S12</u>	第7位碼為"A"、"B"、"D"、"G"、"K"	800-840
	S22	<u>S22</u>	第7位碼為"A"、"B"、"D"、"G"、"K"	800-840
	S32	<u>S32</u>	第7位碼為"A"、"B"、"D"、"G"、"K"	800-840
	S42	<u>S42</u>	第7位碼為"A"、"B"、"D"、"G"、"K"、"P"	800-840
	S43-S44	<u>S43-S44</u>	第7位碼為"A"、"D"	800-840
	S46	<u>S46</u>	第7位碼為"A"、"D"	800-840
	S49	<u>S49</u>	第7位碼為"A"、"D"、"G"、"K"、"P"	800-840
	S52	<u>S52</u>	第7位碼為"A"、"B"、"C"、"D"、"E"、"F"、"G"、"H"、"J"、"K"、"M"、"N"、"P"、"Q"、"R"	800-840
	S59	<u>S59</u>	第7位碼為"A"、"D"、"G"、"K"、"P"	800-840
	S62	<u>S62</u>	第7位碼為"A"、"B"、"D"、"G"、"K"、"P"	800-840
	S72	<u>S72</u>	第7位碼為"A"、"B"、"C"、"D"、"E"、"F"、"G"、"H"、"J"、"K"、"M"、"N"、"P"、"Q"、"R"	800-840
	S79	<u>S79</u>	第7位碼為"A"、"D"、"G"、"K"、"P"	800-840
	S82	<u>S82</u>	第7位碼為"A"、"B"、"C"、"D"、"E"、"F"、"G"、"H"、"J"、"K"、"M"、"N"、"P"、"Q"、"R"	800-840
	S89	<u>S89</u>	第7位碼為"A"、"D"、"G"、"K"、"P"	800-840
	S92	<u>S92</u>	第7位碼為"A"、"B"、"D"、"G"、"K"、"P"	800-840
	S06	<u>S06</u>	第7位碼為"A"、"D"	850-854
	S21	<u>S21</u>	第7位碼為"A"、"D"	860-869
	S26-S27	<u>S26-S27</u>	第7位碼為"A"、"D"	860-869
	S31	<u>S31</u>	第7位碼為"A"、"D"	860-869
	S36-S37	<u>S36-S37</u>	第7位碼為"A"、"D"	860-869
	S51	<u>S51</u>	第7位碼為"A"、"D"	881
	S569	<u>S569</u>	第7位碼為"A"、"D"	881
	S615	<u>S615</u>	第7位碼為"A"、"D"	881

	S669	<u>S669</u>	第7位碼為"A"、"D"	881
	S48	<u>S48</u>	第7位碼為"A"、"D"	885 886 、 887
	S58	<u>S58</u>	第7位碼為"A"、"D"	885 886 、 887
	S68	<u>S68</u>	第7位碼為"A"、"D"	885 886 、 887
	S71	<u>S71</u>	第7位碼為"A"、"D"	890 - 897
	S769	<u>S769</u>	第7位碼為"A"、"D"	890 - 897
	S78	<u>S78</u>	第7位碼為"A"、"D"	890 - 897
	S81	<u>S81</u>	第7位碼為"A"、"D"	890 - 897
	S869	<u>S869</u>	第7位碼為"A"、"D"	890 - 897
	S88	<u>S88</u>	第7位碼為"A"、"D"	890 - 897
	S91	<u>S91</u>	第7位碼為"A"、"D"	890 - 897
	S969	<u>S969</u>	第7位碼為"A"、"D"	890 - 897
	S98	<u>S98</u>	第7位碼為"A"、"D"	890 - 897
	S090	<u>S090</u>	第7位碼為"A"、"D"	900
	S15	<u>S15</u>	第7位碼為"A"、"D"	900
	S07	<u>S07</u>	第7位碼為"A"、"D"	925 - 929
	S17	<u>S17</u>	第7位碼為"A"、"D"	925 - 929
	S280	<u>S280</u>	第7位碼為"A"、"D"	925 - 929
	S380-S381	<u>S380-S381</u>	第7位碼為"A"、"D"	925 - 929
	S47	<u>S47</u>	第7位碼為"A"、"D"	925 - 929
	S57	<u>S57</u>	第7位碼為"A"、"D"	925 - 929
	S67	<u>S67</u>	第7位碼為"A"、"D"	925 - 929
	S77	<u>S77</u>	第7位碼為"A"、"D"	925 - 929
	S87	<u>S87</u>	第7位碼為"A"、"D"	925 - 929
	S97	<u>S97</u>	第7位碼為"A"、"D"	925 - 929
	T20-T32	<u>T20-T32</u>	第7位碼為"A"、"D"	940 - 949
		<u>S99.0- S99.2</u>	<u>第7位碼皆須為"A"、"B"</u>	
		<u>P91.821-P91.829</u>		
中風	I60-I69、G450-G468	<u>I60-I69、 G450-G468</u>		430 - 438
心血管疾 病	G45	<u>G45</u>		401 - 444
		<u>G90.A</u>	(2023轉版增)	
	I10-I74	<u>I10-I74</u>		401 - 444
	I777	<u>I777</u>		401 - 444
	I798	<u>I798</u>		401 - 444
	I970-I971	<u>I970-I971</u>		401 - 444
	R001	<u>R001</u>		401 - 444
	T800	<u>T800</u>		401 - 444
消化性潰 瘍、上消 化道出血 或胃穿孔	T817	<u>T817</u>		401 - 444
	T828	<u>T828</u>		401 - 444
	K20-K28	<u>K20-K28</u>		530 - 534
肝硬化	K7030-K7031	<u>K7030-K7031</u>		571 2
	K7460-K7469	<u>K7460-K7469</u>		571 5
	K743-K745	<u>K743-K745</u>		571 6

➤ 018-醫院門診銀杏葉萃取物(Ginkgo)處方率居於同儕極端值

[最新公告實施起日106年3月1日(費用年月)；最初實施起日95年10月1日(費用年月)]

● 018指標版本：實施起日 106年3月1日(費用年月)--現行實施

指標名稱	018-醫院門診銀杏葉萃取物(Ginkgo)處方率居於同儕極端值
實施目的	減少無效率之處方及用藥
指標定義	分子—門診給藥案件中開立銀杏葉萃取物藥品處方之案件數。 分母—門診給藥案件數（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、 <u>A、B、C、D</u> 其中一種）。 排除預防保健(A3)、老人流感疫苗注射(D2)及診察費為0之案件。 Ginkgo 成分藥品： <u>ATC 分類為 N06DX02。</u>
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	醫院總額部門
處理方式	<u>處方率超過同儕97百分位值者，超過部分不予支付。</u> 不予支付點數=[(院所處方率－同儕97百分位值) / 院所處方率]* 該藥品總申報點數（四捨五入至整數） 同儕97百分位值： <u>1.8%</u>
衛生福利部 核准日期及 文號	中華民國106年1月16日衛部保字第1061260026號函
健保署公告 日期及文號	中華民國106年2月15日健保審字第1060034903號
實施起日	106年3月1日(費用年月)

➤ 019-醫院門診 PIPETHANATE 處方率居於同儕極端值

[最新公告實施起日106年3月1日(費用年月)；最初實施起日95年10月1日(費用年月)]

- 019指標版本：實施起日 106年3月1日(費用年月)--現行實施

指標名稱	019-醫院門診 PIPETHANATE 處方率居於同儕極端值
實施目的	減少無效率之處方及用藥
指標定義	<p>分子—門診給藥案件中開立 PIPETHANATE 藥品處方之案件數。</p> <p>分母—門診給藥案件數（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、<u>A、B、C、D</u>其中一種）。</p> <p>排除預防保健(A3)、老人流感疫苗注射(D2)及診察費為0之案件。</p> <p>PIPETHANATE 成分藥品：<u>分組名稱包含 PIPERILATE 或 PIPERIDOLATE。</u></p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	醫院總額部門
處理方式	<p><u>處方率超過同儕97百分位值者，超過部分不予支付。</u></p> <p>不予支付點數=[(院所處方率－同儕97百分位值) / 院所處方率] * 該藥品總申報點數（四捨五入至整數）</p> <p>同儕97百分位值：2.2%</p>
衛生福利部核准日期及文號	中華民國106年1月16日衛部保字第1061260026號函
健保署公告日期及文號	中華民國106年2月15日健保審字第1060034903號
實施起日	106年3月1日(費用年月)

➤ 021-同一醫院同一患者體外震波碎石術施行次數過高

[最新公告實施起日102年8月1日(費用年月)；最初實施起日95年10月1日(費用年月)]

- 021指標版本：實施起日 102年8月1日(費用年月)--現行實施

指標名稱	021-同一醫院同一患者體外震波碎石術施行次數過高
實施目的	減少無效率之醫療
指標定義	門住診中所有ESWL之案件，按醫院代碼及病患身分證號歸戶，當年就診大於等於6次之個案。 ESWL案件定義：門住診醫令類別為2且醫令代碼前五碼'50023', '50024', '97405', '97406', '97420', '97407', '97408', '97421', '97409', '97410', '97422', '97411', '97412', '97423'之所有案件。
指標屬性	負向
分析單位	依院所按年分析
分析範圍	醫院總額部門
處理方式	同一院所同一病患當年申報 ESWL 醫令數大於等於6次部分，ESWL 診療費不予支付。 不予支付點數 = (當年 ESWL 醫令數大於等於6次之病患總 ESWL 醫令數 - 當年 ESWL 醫令數大於等於6次病患人數 * 5) ÷ 當年 ESWL 醫令數大於等於6次之病患總 ESWL 醫令數 * 當年 ESWL 醫令數大於等於6次之病患總申報 ESWL 診療費
衛生福利部核准日期及文號	中華民國102年6月4日衛署健保字第1022600063號函
健保署公告日期及文號	中華民國102年6月13日健保審字第1020035537號
實施起日	102年8月1日(費用年月)

➤ 027-醫院門診高血壓懷孕婦女使用 ACEI 或 ARB 之比率偏高

[最新公告實施起日114年1月1日(費用年月)；最初實施起日96年2月1日(費用年月)]

● 027指標版本：實施起日114年1月1日(費用年月)--現行指標

指標名稱	027-醫院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 (含分子、分母)	<p>分子：分母懷孕婦女中，使用 ACEI 或 ARB 之人數</p> <p>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； <u>ICD-10-CM/PCS(2014年版)為 I10-I15、</u> <u>ICD-10-CM/PCS(2023年版)為 I10-I15、I16.0、</u> <u>I16.1、I16.9(自114年1月1日起適用)</u>， 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；<u>ICD-10-CM/PCS 為 Z331、Z34、O10-O16、</u> <u>O20-O21、O23-O26、O28-O29、O310、O330、O44-</u> <u>O48、O60、O67、O861-O862、O905-O908、O98-O99、</u> <u>O9A 或申報產檢醫令(41~67)之個案</u></p> <p>ACEI、ARB—ATC 前四碼為 C09A、C09B、C09C、C09D、C09X</p> <p>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> <p>排除條件：分母門診高血壓且有高血壓用藥懷孕婦女人數小於等於5人之院所。</p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	醫院總額部門
處理方式	不予支付點數 = (院所比率 - 33%) * 高血壓之懷孕婦女使用 ACEI 或 ARB 案件總醫療費用
衛生福利部核准日期及文號	<u>113年10月29日衛部保字第1131260624號函</u>
健保署公告日期及文號	<u>113年12月4日健保審字第1130123927號</u>
實施起日	<u>114年1月1日(費用年月)</u>

「027-醫院門診高血壓懷孕婦女使用 ACEI 或 ARB 之比率偏高」附表

總額	名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM/PCS (2014年版) <u>自105年1月1日起適用</u>	<u>ICD-10-CM/PCS</u> (2023年版) <u>自114年1月1日起適用</u>	備註
醫院	027-醫院門診 門診高血壓懷 孕婦女使用 ACEI 或 ARB 之比率偏高	401-405	I10-I15	<u>I10-I15、I16.0、I16.1、 I16.9</u>	
		640-648	O10-O16	<u>O10-O16</u>	
		640-648	O20-O21	<u>O20-O21</u>	
		640-648	O23-O26	<u>O23-O26</u>	
		640-648	O28-O29	<u>O28-O29</u>	
		640-648	O310	<u>O310</u>	
		640-648	O330	<u>O330</u>	
		640-648	O44-O48	<u>O44-O48</u>	
		640-648	O60	<u>O60</u>	
		640-648	O67	<u>O67</u>	
		640-648	O861-O862	<u>O861-O862</u>	
		640-648	O905-O908	<u>O905-O908</u>	
		640-648	O98-O99	<u>O98-O99</u>	
		640-648	O9A	<u>O9A</u>	
		V22	Z331	<u>Z331</u>	
		V22	Z34	<u>Z34</u>	

- 055-門診同一處方重複開立屬相同劑型指示藥品之人工淚液案件
[最新公告實施起日107年4月1日(費用年月)；最初實施起日106年3月1日(費用年月)]

- 055指標版本：實施起日 107年4月1日(費用年月)--現行實施

指標名稱	055-門診同一處方重複開立屬相同劑型指示藥品之人工淚液案件
實施目的	減少無效率之處方及用藥
指標定義 (含分子、分母)	指示藥品之人工淚液重複案件：同一處方，含有兩筆(含)以上同為指示藥品且相同劑型之不同人工淚液醫令，方計為重複案件。 屬指示藥品之人工淚液：ATC碼為 S01XA03(SODIUM CHLORIDE, HYPERTONIC)、S01XA20(ARTIFICIAL TEARS AND OTHER INDIFFERENT PREPARATIONS) S01XA98 (VITAMIN B12) ，且屬相同劑型指示藥品者。
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	醫院總額部門門診案件
處理方式	同一處方開立兩筆(含)以上同為指示藥品且相同劑型之不同人工淚液醫令案件，不予支付第2筆(含)以上之人工淚液醫令申報點數。 不予支付點數=同一處方第2筆(含)以上之相同劑型指示藥品人工淚液醫令總量*申報點數(四捨五入至整數) 註：同一處方第2筆(含)以上之相同劑型指示藥品人工淚液案件，依支付價格由大至小排序，不予支付第2筆(含)以上之相同劑型指示藥品人工淚液。
衛生福利部核准日期及文號	107年2月12日衛部保字第1071260088號函
健保署公告日期及文號	107年3月7日健保審字第1070002265號
實施起日	107年4月1日(費用年月)

【醫院總額部門已停止辦理指標共計6項】

004-白內障手術1年內後囊混濁並接受雷射治療發生率(停止辦理)

[最新公告停止辦理起日106年2月1日(費用年月); 最初實施起日94年7月1日(費用年月)]

006-初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 前未使用 aspirin 比率

[最新公告實施起日111年8月1日(費用年月); 最初實施起日94年9月1日(費用年月)]

醫療院所及藥局藥袋標示嚴重不符醫療辦法

[最新公告停止辦理起日100年1月1日(費用年月); 最初實施起日95年1月1日(費用年月)]

017-西醫診所 AZULENE 處方率居於同儕極端值

[最新公告停止辦理起日107年4月1日(費用年月); 最初實施起日95年10月1日(費用年月)]

020-醫院門診中耳炎使用 cephalexin 或 sulfamethoxazole/trimethoprim 成分藥品處方率過高

[最新公告停止辦理起日107年4月1日(費用年月); 最初實施起日95年10月1日(費用年月)]

023-醫院門診新陳代謝及心血管兩系統疾病之慢性病案件開藥天數小於等於21日之案件占率過高

[最新公告實施起日111年8月1日(費用年月); 最初實施起日96年2月1日(費用年月)]

024-醫院門診 Berberine 處方率居於同儕極端值

[最新公告實施起日111年8月1日(費用年月); 最初實施起日96年2月1日(費用年月)]

025-醫院門診 Psyllium HUSK 處方率居於同儕極端值

[最新公告實施起日111年8月1日(費用年月); 最初實施起日96年2月1日(費用年月)]

026-醫院門診2歲以下幼兒使用 codeine 製劑比率過高

[最新公告停止辦理起日107年4月1日(費用年月); 最初實施起日96年2月1日(費用年月)]

028-同一醫院同一住院病人平均每日申報精神科職能治療45031C 或45095C 合計超過3次以上

[最新公告停止辦理起日107年4月1日(費用年月); 最初實施起日98年2月1日(費用年月)]

035-糖尿病用藥新一代 Sulfonylureas 類型與 Meglitinides 類型藥品合併使用比率偏高

[最新公告實施起日111年8月1日(費用年月); 最初實施起日100年1月1日(費用年月)]

036-醫院門診同院同一病人每季申報 Zolpidem 開藥量(DDD)超量

[最新公告實施起日111年8月1日(費用年月); 最初實施起日101年7月1日(費用年月)]