

全民健康保險檔案分析審查不予支付指標及處理方式

(西醫基層總額部門-歷次公告)

➤ 001-眼科門診局部處置申報率

[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7月1日(費用年月)]

- 001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	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 <u>排除條件：本保險對象免自行負擔費用辦法第8條所列山地離島地區且眼科門診申報件數小於等於100件之院所。</u>
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＝[分子件數－(分母件數*30%)]／分子件數*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	<u>113年11月13日衛部保字第1131260633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>

- 001指標版本：實施起迄日105年2月1日(費用年月)~113年12月31日(費用年月)

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＝【分子件數－（分母件數＊30%）】／分子件數＊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號函
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)

- 001指標版本：實施起迄日94年7月1日~105年1月31日(費用年月)

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	醫院總額及西醫基層總額部門
處理方式	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%)＊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)。
衛生署核准日期及文號	中華民國94年4月1日衛署健保字第0942600160號函
健保局公告日期及文號	中華民國94年5月3日健保審字第0940009794號
實施起日	94年7月1日~105年1月31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105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)]

- 002指標版本：實施起日105年2月1日(費用年月)--現行實施

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	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 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 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
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	指標1： 申報率超過30%者，超過部分不予支付。 不予支付點數＝【分子件數－（分母件數×30%）】／分子件數×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。 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＝【分子件數－（分母件數×0.42%）】／分子件數×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。
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號函
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)

- 002指標版本：實施起迄日100年1月1日(費用年月)~105年1月31日(費用年月)

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	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 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 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
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	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)。 指標2： 申報率超過0.42 %（99百分位值）者，超過部分不予支付。 不予支付點數＝(申報率- 0.42%)*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)。
衛生署核准日期及文號	中華民國99年10月8日衛署健保字第0990024551號函
健保局公告日期及文號	中華民國99年10月26日健保審字第0990074989號
實施起日	100年1月1日(費用年月)~105年1月31日(費用年月)

● 002指標版本：實施起迄日97年5月1日~99年12月31日

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	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 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 註：本指標定義之科別為病患就醫科別。
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	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)。 指標2： 申報率超過0.42 %（99百分位值）者，超過部分不予支付。 不予支付點數＝(申報率- 0.42%)＊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)。
衛生署核准日期及文號	中華民國96年12月21日衛署健保字第0962600584號函 中華民國97年6月5日衛署健保字第0970025521號函
健保局公告日期及文號	中華民國97年3月25日健保審字第0970012152號 中華民國97年5月26日健保審字第0970012304號
實施起日	97年5月1日~99年12月31日

- 002指標版本：實施起迄日94年7月1日~97年4月30日

指標名稱	002-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	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－婦產科門診之申報件數
指標屬性	負向
分析單位	依科別（婦產科）按月分析
分析範圍	醫院總額及西醫基層總額部門
處理方式	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%)*會陰沖洗、陰道灌洗（醫令代碼為55009C、55011C）支付標準總申報點數合計(四捨五入至整數)。
衛生署核准日期及文號	中華民國94年4月1日衛署健保字第0942600160號函
健保局公告日期及文號	中華民國94年5月3日健保審字第0940009794號
實施起日	94年7月1日~97年4月30日

➤ 003-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-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	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 指標2： 分子－非耳鼻喉科門診呼吸道感染案件申報局部治療（醫令代碼為54019C、54027C、54037C、54038C）件數 分母－非耳鼻喉科門診呼吸道感染案件申報件數 註：1.本指標定義之科別為病患就醫科別。 2.呼吸道感染案件：主診斷符合附表 ICD-9-CM 及 ICD-10-CM 診斷碼之案件。 3.<u>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>
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	指標1： 申報率超過30% 者，超過部分不予支付。 不予支付點數＝【分子件數－（分母件數×30%）】／分子件數×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)。 指標2： 申報率超過5%者，超過部分不予支付。 不予支付點數＝【分子件數－（分母件數×5%）】／分子件數×非耳鼻喉科門診呼吸道感染案件申報局部治療（醫令代碼為54019C、54027C、54037C、54038C）之總點數合計(四捨五入至整數)。
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>

「003-西醫基層耳鼻喉科門診局部處置申報率」附表

總額別	名稱	ICD-9-CM	ICD-10-CM	備註
西醫基層	003-西醫基層耳鼻喉科門診局部處置申報率	460	J00	
		4610	J0100	
		4610	J0101	
		4611	J0110	
		4611	J0111	
		4612	J0120	
		4612	J0121	
		4613	J0130	
		4613	J0131	
		4618	J0140	
		4618	J0141	
		4618	J0180	
		4618	J0181	
		4619	J0180	
		4619	J0181	
		4619	J0190	
		4619	J0191	
		462	J028	
		462	J029	
		463	J0380	
		463	J0381	
		463	J0390	
		463	J0391	
		4640	J040	
		4640	J0430	
		4640	J0431	
		4640	J050	
		46410	J0410	
		46411	J0411	
		46420	J042	
		46421	J050	
		46430	J0510	
		46431	J0511	
		4644	J050	
		4650	J060	
		4658	J069	
		4659	J069	
		4660	J208	
		4660	J209	
		46611	J210	
		46619	J211	
		46619	J218	
		46619	J219	

	470	J342	
	4710	J330	
	4711	J331	
	4718	J338	
	4719	J339	
	4720	J310	
	4721	J312	
	4722	J311	
	4730	J320	
	4731	J321	
	4732	J322	
	4733	J323	
	4738	J324	
	4738	J328	
	4739	J329	
	4739	R0982	
	47400	J3501	
	47401	J3502	
	47402	J3503	
	47410	J353	
	47411	J351	
	47412	J352	
	4742	J358	
	4748	J358	
	4749	J359	
	475	J36	
	4760	J370	
	4761	J371	
	4770	J301	
	4771	J305	
	4778	J302	
	4778	J3081	
	4778	J3089	
	4779	J300	
	4779	J309	
	4780	J343	
	4781	J340	
	4781	J341	
	4781	J3481	
	4781	J3489	
	4781	J349	
	4781	R0981	
	47820	J392	
	47821	J391	

	47822	J390	
	47824	J390	
	47825	J392	
	47826	J392	
	47829	J392	
	47830	J3800	
	47831	J3801	
	47832	J3801	
	47833	J3802	
	47834	J3802	
	4784	J381	
	4785	J382	
	4785	J383	
	4786	J384	
	47870	J387	
	47871	J387	
	47874	J386	
	47875	J385	
	47879	J387	
	4788	J393	
	4789	J398	
	4789	J399	
	4800	J120	
	4801	J121	
	4802	J122	
	4808	J123	
	4808	J1281	
	4808	J1289	
	4809	J129	
	481	J13	
	481	J181	
	4820	J150	
	4821	J151	
	4822	J14	
	48230	J154	
	48231	J154	
	48232	J153	
	48239	J154	
	48240	J1520	
	48241	J15211	
	48249	J1529	
	48281	J158	
	48282	J155	
	48283	J156	

	48284	A481	
	48289	J158	
	4829	J159	
	4830	J157	
	4831	J160	
	4838	J168	
	4841	B250	
	4843	A3791	
	4845	A221	
	4846	B440	
	4847	J17	
	4848	J17	
	485	J180	
	486	J188	
	486	J189	
	4870	J09X1	
	4870	J1000	
	4870	J1008	
	4870	J1100	
	4870	J1108	
	4871	J09X2	
	4871	J1001	
	4871	J101	
	4871	J111	
	4878	J09X3	
	4878	J09X9	
	4878	J102	
	4878	J1081	
	4878	J1082	
	4878	J1083	
	4878	J1089	
	4878	J112	
	4878	J1181	
	4878	J1182	
	4878	J1183	
	4878	J1189	
	490	J40	
	4910	J410	
	4911	J411	
	49120	J449	
	49121	J440	
	49121	J441	
	4918	J418	
	4919	J42	

	4920	J439	
	4928	J430	
	4928	J431	
	4928	J432	
	4928	J438	
	4928	J439	
	49300	J4520	
	49300	J4530	
	49300	J4540	
	49300	J4550	
	49300	J45909	
	49301	J4522	
	49301	J4532	
	49301	J4542	
	49301	J4552	
	49302	J4521	
	49302	J4531	
	49302	J4541	
	49302	J4551	
	49302	J45901	
	49310	J4520	
	49310	J4530	
	49310	J4540	
	49310	J4550	
	49311	J4522	
	49311	J4532	
	49311	J4542	
	49311	J4552	
	49312	J4521	
	49312	J4531	
	49312	J4541	
	49312	J4551	
	49320	J449	
	49321	J440	
	49322	J441	
	49390	J45909	
	49390	J45991	
	49390	J45998	
	49391	J45902	
	49391	J45991	
	49392	J45901	

- 003指標版本：實施起日107年8月1日（費用年月）--112年1月31日

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	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 指標2： 分子－非耳鼻喉科門診<u>呼吸道感染案件</u>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<u>呼吸道感染案件</u>申報件數 註： 1.本指標定義之科別為病患就醫科別。 2.<u>呼吸道感染案件：主診斷符合附表 ICD-9-CM 及 ICD-10-CM 診斷碼之案件。</u>
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	指標1： 申報率超過30% 者，超過部分不予支付。 不予支付點數＝【分子件數－（分母件數＊30%）】／分子件數 ＊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)。 指標2： 申報率超過<u>5%</u>者，超過部分不予支付。 不予支付點數＝【分子件數－（分母件數＊<u>5%</u>）】／分子件數 ＊非耳鼻喉科門診<u>呼吸道感染案件</u>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)。
衛生福利部核准日期及文號	107年6月26日衛部保字第1071260301號函
健保署公告日期及文號	107年7月3日健保審字第1070008764號
實施起日	107年8月1日（費用年月）

「003-西醫基層耳鼻喉科門診局部處置申報率」附表

總額別	名稱	ICD-9-CM	ICD-10-CM	備註
西醫基層	003-西醫基層耳鼻喉科門診局部處置申報率	460	J00	
		4610	J0100	
		4610	J0101	
		4611	J0110	
		4611	J0111	
		4612	J0120	
		4612	J0121	
		4613	J0130	
		4613	J0131	
		4618	J0140	
		4618	J0141	
		4618	J0180	
		4618	J0181	
		4619	J0180	
		4619	J0181	
		4619	J0190	
		4619	J0191	
		462	J028	
		462	J029	
		463	J0380	
		463	J0381	
		463	J0390	
		463	J0391	
		4640	J040	
		4640	J0430	
		4640	J0431	
		4640	J050	
		46410	J0410	
		46411	J0411	
		46420	J042	
		46421	J050	
		46430	J0510	
		46431	J0511	
		4644	J050	
		4650	J060	
		4658	J069	
		4659	J069	
		4660	J208	
		4660	J209	
		46611	J210	
		46619	J211	
		46619	J218	

	46619	J219	
	470	J342	
	4710	J330	
	4711	J331	
	4718	J338	
	4719	J339	
	4720	J310	
	4721	J312	
	4722	J311	
	4730	J320	
	4731	J321	
	4732	J322	
	4733	J323	
	4738	J324	
	4738	J328	
	4739	J329	
	4739	R0982	
	47400	J3501	
	47401	J3502	
	47402	J3503	
	47410	J353	
	47411	J351	
	47412	J352	
	4742	J358	
	4748	J358	
	4749	J359	
	475	J36	
	4760	J370	
	4761	J371	
	4770	J301	
	4771	J305	
	4778	J302	
	4778	J3081	
	4778	J3089	
	4779	J300	
	4779	J309	
	4780	J343	
	4781	J340	
	4781	J341	
	4781	J3481	
	4781	J3489	
	4781	J349	
	4781	R0981	
	47820	J392	

		47821	J391	
		47822	J390	
		47824	J390	
		47825	J392	
		47826	J392	
		47829	J392	
		47830	J3800	
		47831	J3801	
		47832	J3801	
		47833	J3802	
		47834	J3802	
		4784	J381	
		4785	J382	
		4785	J383	
		4786	J384	
		47870	J387	
		47871	J387	
		47874	J386	
		47875	J385	
		47879	J387	
		4788	J393	
		4789	J398	
		4789	J399	
		4800	J120	
		4801	J121	
		4802	J122	
		4808	J123	
		4808	J1281	
		4808	J1289	
		4809	J129	
		481	J13	
		481	J181	
		4820	J150	
		4821	J151	
		4822	J14	
		48230	J154	
		48231	J154	
		48232	J153	
		48239	J154	
		48240	J1520	
		48241	J15211	
		48249	J1529	
		48281	J158	
		48282	J155	

		48283	J156	
		48284	A481	
		48289	J158	
		4829	J159	
		4830	J157	
		4831	J160	
		4838	J168	
		4841	B250	
		4843	A3791	
		4845	A221	
		4846	B440	
		4847	J17	
		4848	J17	
		485	J180	
		486	J188	
		486	J189	
		4870	J09X1	
		4870	J1000	
		4870	J1008	
		4870	J1100	
		4870	J1108	
		4871	J09X2	
		4871	J1001	
		4871	J101	
		4871	J111	
		4878	J09X3	
		4878	J09X9	
		4878	J102	
		4878	J1081	
		4878	J1082	
		4878	J1083	
		4878	J1089	
		4878	J112	
		4878	J1181	
		4878	J1182	
		4878	J1183	
		4878	J1189	
		490	J40	
		4910	J410	
		4911	J411	
		49120	J449	
		49121	J440	
		49121	J441	
		4918	J418	

		4919	J42	
		4920	J439	
		4928	J430	
		4928	J431	
		4928	J432	
		4928	J438	
		4928	J439	
		49300	J4520	
		49300	J4530	
		49300	J4540	
		49300	J4550	
		49300	J45909	
		49301	J4522	
		49301	J4532	
		49301	J4542	
		49301	J4552	
		49302	J4521	
		49302	J4531	
		49302	J4541	
		49302	J4551	
		49302	J45901	
		49310	J4520	
		49310	J4530	
		49310	J4540	
		49310	J4550	
		49311	J4522	
		49311	J4532	
		49311	J4542	
		49311	J4552	
		49312	J4521	
		49312	J4531	
		49312	J4541	
		49312	J4551	
		49320	J449	
		49321	J440	
		49322	J441	
		49390	J45909	
		49390	J45991	
		49390	J45998	
		49391	J45902	
		49391	J45991	
		49392	J45901	

- 003指標版本：實施起迄日105年2月1日(費用年月)~107年7月31日(費用年月)

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	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 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 註：本指標定義之科別為病患就醫科別。
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	指標1： 申報率超過30%者，超過部分不予支付。 不予支付點數＝$\frac{\text{【分子件數－（分母件數} \times 30\% \text{）】}}{\text{分子件數}} \times \text{耳鼻喉科門診申報局部治療（醫令代碼為54019C、54027C、54037C、54038C）之總點數合計(四捨五入至整數)}。$ 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＝$\frac{\text{【分子件數－（分母件數} \times 0.4\% \text{）】}}{\text{分子件數}} \times \text{非耳鼻喉科門診申報局部治療（醫令代碼為54019C、54027C、54037C、54038C）之總點數合計(四捨五入至整數)}。$
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號函
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)

● 003指標版本：實施起迄日97年5月1日~105年1月31日(費用年月)

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	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 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 註：本指標定義之科別為病患就醫科別。
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	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)。 指標2： 申報率超過0.4%（98百分位值）者，超過部分不予支付。 不予支付點數＝(申報率-0.4%)＊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)。
衛生署核准日期及文號	中華民國96年12月21日衛署健保字第0962600584號函 中華民國97年6月5日衛署健保字第0970025521號函
健保局公告日期及文號	中華民國97年3月25日健保審字第0970012152號 中華民國97年5月26日健保審字第0970012304號
實施起日	97年5月1日~105年1月31日(費用年月)

- 003指標版本：實施起迄日94年7月1日~97年4月30日

指標名稱	003-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	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
指標屬性	負向
分析單位	依科別（耳鼻喉科）按月分析
分析範圍	醫院總額及西醫基層總額部門
處理方式	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%)*局部治療（醫令代碼為54019C、54027C、54037C、54038C）支付標準總申報點數合計(四捨五入至整數)。
衛生署核准日期及文號	中華民國94年4月1日衛署健保字第0942600160號函
健保局公告日期及文號	中華民國94年5月3日健保審字第0940009794號
實施起日	94年7月1日~97年4月30日

➤ 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)]

- 004指標版本：停止辦理起日 106年2月1日(費用年月)停止辦理

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 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＝[分子人數－（分母人數× 30%）/分子人數]×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12月20日衛部保字第1051260756號函
健保署公告日期及文號	中華民國106年1月9日健保審字第1050036989號
停止辦理起日	106年2月1日(費用年月)停止辦理

- 004指標版本：實施起迄日105年2月1日(費用年月)~106年1月31日

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＝【分子人數－（分母人數*30%）】／分子人數 *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號函
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)~106年1月31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	

- 004指標版本：實施起迄日105年1月1日（費用年月）~105年1月31日(費用年月)

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(ICD-9-CM 主次診斷前4碼為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=(申報率-30%)*雷射治療總申報點數（支付標 準代碼為60013C 或60014C）(四捨五入至整數)。
衛生福利部核准日期及文號	中華民國104年6月3日衛部保字第1040014763號函
健保署公告日期及文號	中華民國104年6月23日健保審字第1040035716號
實施起日	105年1月1日（費用年月）~105年1月31日(費用年月)

註：指標閾值由50%下修為30%。

「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	

● 004指標版本：實施起迄日95年10月1日~104年12月31日

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碼為3665)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 <u>30%</u> 者，不予支付雷射治療項目。 不予支付點數＝(申報率- <u>30%</u>)＊雷射治療總申報點數（支付標準代碼為60013C 或60014C）(四捨五入至整數)。
衛生署核准日期及文號	中華民國95年8月21日衛署健保字第0952600285號函
健保局公告日期及文號	中華民國95年9月4日健保審字第0950068603-A 號
實施起日	95年10月1日~104年12月31日

註：指標閾值由50%下修為30%。

● 004指標版本：實施起迄日94年7月1日~95年9月30日

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碼為3665)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50%者，不予支付雷射治療項目。 不予支付點數＝(申報率-50%)*雷射治療總申報點數（支付標準代碼為60013C 或60014C）(四捨五入至整數)。
衛生署核准日期及文號	中華民國95年8月21日衛署健保字第0952600285號函
健保局公告日期及文號	中華民國95年9月4日健保審字第0950068603-A 號
實施起日	94年7月1日~95年9月30日

➤ 005-基層診所病患當月就診超過10次以上

[最新公告停止辦理起日111年7月1日(費用年月)；最初實施起日95年10月1日(費用年月)]

● 005指標版本：停止辦理起日 111年7月1日(費用年月)停止辦理

指標名稱	005-基層診所病患當月就診超過10次以上 (本指標刪除)
實施目的	減少不當之重複申報
指標定義	1. 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。 2. 排除條件： (1) 診察費為0。 (2) 預防保健（案件分類為 A3）、老人流感疫苗接種（案件分類為 D2）、職業災害（案件分類為 B6）。 (3) 新生兒依附註記方式就醫者（部分負擔代碼為903或依附就醫新生兒出生日期欄位有值者）。 (4) 血友病患者（主診斷符合 ICD-10-CM 為 D689）。 (5) 癌症疼痛控制（部分負擔代碼為001且 ICD-9-CM 主診斷前3碼為140~239；ICD-10- CM/PCS C00-D49）。 (6) 深及肌肉層、神經血管及骨骼組織之外科深部創傷、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案件（符合後列主診斷碼且醫令代碼為48001~48035者。A.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；B.ICD-10-CM/PCS 為 S41、S51、S615（前述第7位碼皆須為"A"或"D"）、S410、S610、S611、S612、S613、S614、S710、S810、S818、S910、S911、S912、S913（前述第5位碼皆須為"2"或"4"且第7位碼皆須為"A"或"D"）、T26（前述第4位碼為"2"或"4"）、T20-T25（前述第4位碼為"3"或"7"）、E08-E13（前述第4位碼為"5"且第4-6碼為"621或622"）、E08-E13（前述第4位碼為"8"且第4-5位碼為"65"）、L97、M863-M868、M4620-M4628）。 (7) 另排除以下主診斷項目案件：ICD-10-CM/PCS 主診斷為 J0100、J0101、J011、J0110、J0111、J012、J0120、J0121、J013、J0130、J0131、J014、J0140、J0141、J018、J0180、J0181、J019、J0190、J0191、A044、J45909、J45991、J45998、L702、L98491、L98492、L98493、L98494、L98499、T300、N739、N926、N939、O209、H16001、H16002、H16003、H16009、

	H18831、H18832、H18833、H18839、Z961、Z9841、Z9842、Z9849、Z9883、Z4800、Z4801、Z4802。
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	病患就診10次以上部分，診察費不予支付。 $\text{不予支付點數} = (\text{當月就診10次以上病患總就診次數} - \text{當月就診10次以上病患人數} * 10) \div (\text{當月就診10次以上病患總就診次數} * (\text{當月就診10次以上病患申報之診察費}))$
停止辦理起日	111年7月1日(費用年月)停止辦理

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	3. 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。 4. 排除條件： (1) 診察費為0。 (2) 預防保健（案件分類為 A3）、老人流感疫苗接種（案件分類為 D2）、職業災害（案件分類為 B6）。 <u>(3) 新生兒依附註記方式就醫者（部分負擔代碼為903或依附就醫新生兒出生日期欄位有值者）。</u> <u>(4) 血友病患者（主診斷符合 ICD-10-CM 為 D689）。</u> <u>(5) 癌症疼痛控制（部分負擔代碼為001且 ICD-9-CM 主診診斷前3碼為140~239；ICD-10- CM/PCS C00-D49）。</u> <u>(6) 深及肌肉層、神經血管及骨骼組織之外科深部創傷、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案件（符合後列主診斷碼且醫令代碼為48001~48035者。A.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；B.ICD-10-CM/PCS 為 S41、S51、S615（前述第7位碼皆須為"A"或"D"）、S410、S610、S611、S612、S613、S614、S710、S810、S818、S910、S911、S912、S913（前述第5位碼皆須為"2"或"4"且第7位碼皆須為"A"或"D"）、T26（前述第4位碼為"2"或"4"）、T20-T25（前述第4位碼為"3"或"7"）、E08-E13（前述第4位碼為"5"且第4-6碼為"621或622"）、E08-E13（前述第4位碼為"8"且第4-5位碼為"65"）、L97、M863-M868、M4620-M4628）。</u> <u>(7) 另排除以下主診斷項目案件：ICD-10-CM/PCS 主診斷為J0100、J0101、J011、J0110、J0111、J012、J0120、J0121、J013、J0130、J0131、J014、J0140、J0141、J018、J0180、J0181、J019、J0190、J0191、A044、J45909、J45991、J45998、L702、L98491、L98492、L98493、L98494、L98499、T300、N739、N926、N939、O209、H16001、H16002、H16003、H16009、H18831、H18832、H18833、H18839、Z961、Z9841、Z9842、Z9849、Z9883、Z4800、Z4801、Z4802。</u>
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	病患就診10次以上部分，診察費不予支付。 $\text{不予支付點數} = (\text{當月就診10次以上病患總就診次數} - \text{當月就診10次以上病患人數} * 10) \div (\text{當月就診10次以上病患總就診次數} * (\text{當月就診10次以上病患申報之診察費}))$
衛生福利部核准日期及文號	108年4月9日衛部保字第1081260113號函
健保署公告日期及文號	108年4月16日健保審字第1080004880號
實施起日	108年6月1日（費用年月）～111年6月30日（費用年月）

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	1. 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。 2. 排除條件： (1) 診察費為0。 (2) 預防保健（案件分類為 A3）、老人流感疫苗接種（案件分類為 D2）、職業災害（案件分類為 B6）。 (3) 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）。 (4) 深及肌肉層、神經血管及骨骼組織之外科深部創傷、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案件（符合後列主診斷碼且醫令代碼為48001~48035者。A.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；B.ICD-10-CM/PCS 為 S41、S51、S615（前述第7位碼皆須為"A"或"D"）、S410、S610、S611、S612、S613、S614、S710、S810、S818、S910、S911、S912、S913（前述第5位碼皆須為"2"或"4"且第7位碼皆須為"A"或"D"）、T26（前述第4位碼為"2"或"4"）、T20-T25（前述第4位碼為"3"或"7"）、E08-E13（前述第4位碼為"5"且第4-6碼為"621或622"）、E08-E13（前述第4位碼為"8"且第4-5位碼為"65"）、L97、M863-M868、M4620-M4628）。 <u>(5) 另排除以下主診斷項目案件：ICD-10-CM/PCS 主診斷為 J0100、J0101、J011、J0110、J0111、J012、J0120、J0121、J013、J0130、J0131、J014、J0140、J0141、J018、J0180、J0181、J019、J0190、J0191、A044、J45909、J45991、J45998、L702、L98491、L98492、L98493、L98494、L98499、T300、N739、N926、N939、O209、H16001、H16002、H16003、H16009、H18831、H18832、H18833、H18839、Z961、Z9841、Z9842、Z9849、Z9883、Z4800、Z4801、Z4802。</u>
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	病患就診10次以上部分，診察費不予支付。 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）
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）～108年5月31日

「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		<u>A044</u>	
		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"
		--	<u>H16001</u>	
		--	<u>H16002</u>	
		--	<u>H16003</u>	
		--	<u>H16009</u>	
		--	<u>H18831</u>	
		--	<u>H18832</u>	
		--	<u>H18833</u>	
		--	<u>H18839</u>	
		--	<u>J0100</u>	
		--	<u>J0101</u>	
		--	<u>J011</u>	
		--	<u>J0110</u>	
		--	<u>J0111</u>	
		--	<u>J012</u>	
		--	<u>J0120</u>	
		--	<u>J0121</u>	
		--	<u>J013</u>	
		--	<u>J0130</u>	
		--	<u>J0131</u>	
		--	<u>J014</u>	
		--	<u>J0140</u>	
		--	<u>J0141</u>	

	--	<u>J018</u>	
	--	<u>J0180</u>	
	--	<u>J0181</u>	
	--	<u>J019</u>	
	--	<u>J0190</u>	
	--	<u>J0191</u>	
	--	<u>J45909</u>	
	--	<u>J45991</u>	
	--	<u>J45998</u>	
	--	<u>L702</u>	
	70710~70719	L97	
	--	<u>L98491</u>	
	--	<u>L98492</u>	
	--	<u>L98493</u>	
	--	<u>L98494</u>	
	--	<u>L98499</u>	
	73080~73089	M863-M868	
	73010~73019、	M863-M868、 M4620-M4628	增列對應碼
	--	<u>N739</u>	
	--	<u>N926</u>	
	--	<u>N939</u>	
	--	<u>O209</u>	
	88010~88019、 88110~88112	S41	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"
	88010~88019、 88110~88112	S51	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"
	88010~88019、 88110~88112	S615	第7位碼為"A"、"D"
	8911、8921、	S710	第5位碼為"2"、"4"

		8931、8941		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	T20-T25	第4位碼為"3"、"7"
		94130~94159、 94230~94259、 94330~94359、 94430~94458、 94530~94559	T26	第4位碼為"2"、"4"
		--	<u>T300</u>	
		--	<u>Z4800</u>	
		--	<u>Z4801</u>	
		--	<u>Z4802</u>	
		--	<u>Z961</u>	
		--	<u>Z9841</u>	
		--	<u>Z9842</u>	
		--	<u>Z9849</u>	
		--	<u>Z9883</u>	

● 005指標版本：實施起迄日105年2月1日(費用年月)~107年3月31日

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	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。 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、<u>M46.20-M46.28</u>；且醫令代碼為：48001~48035者。
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	病患就診10次以上部分，診察費不予支付。 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)
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號函
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)~107年3月31日

「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、 <u>M46.20-</u> <u>M46.28</u>	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"

● 005指標版本：實施起迄日105年1月1日（費用年月）~105年1月31日(費用年月)

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	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。 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；且醫令代碼為：48001~48035者。
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	病患就診10次以上部分，診察費不予支付。 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)
衛生福利部核准日期及文號	中華民國104年6月3日衛部保字第1040014763號函
健保署公告日期及文號	中華民國104年6月23日健保審字第1040035716號
實施起日	105年1月1日（費用年月）~105年1月31日(費用年月)

註：本指標修訂指標定義，增列排除條件如底線標示處。

「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、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"

● 005指標版本：實施起迄日95年10月1日~104年12月31日

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	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且主次診斷前3碼為140~239）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。 前述排除條件指主診斷碼為：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；且醫令代碼為：48001~48035者。
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	病患就診10次以上部分，診察費不予支付。 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）
衛生署核准日期及文號	中華民國95年8月21日衛署健保字第0952600285號函
健保局公告日期及文號	中華民國95年9月4日健保審字第0950068603-A 號
實施起日	95年10月1日~104年12月31日

註：本指標修訂指標定義，增列排除條件如底線標示處。

➤ 006-初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel (Plavix) 前未使用 aspirin 比率
[最新公告停止辦理起日111年7月1日(費用年月)；最初實施起日94年9月1日(費用年月)]

● 006指標版本：停止辦理起日 111年7月1日(費用年月)停止辦理

指標名稱	006-初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 前未使用 aspirin 比率 (本指標刪除)
實施目的	降低不當之醫療處置及用藥型態
指標定義	分子—初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 前6個月於醫院及基層院所跨(同)院未使用低劑量 aspirin 人數 分母—初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 人數 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。 註1：初次使用指同一病人當月使用 ticlopidine 或 clopidogrel 前6個月於醫院及基層院所跨(同)院未使用 ticlopidine 或 clopidogrel 者。 註2：ticlopidine (ATC 分類為 B01AC05) 或 clopidogrel (分組名稱為「clopidogrel 75mg+acetylsalicylic acid 0-100mg，一般錠劑膠囊劑」)。 排除案件： 1.分母申報件數小於等於2件之院所。 2.急診案件。
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	比率超過閾值者，超過部分不予支付。 不予支付點數=[分子人數－(分母人數×閾值)]／分母人數×初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 藥品申報總點數(四捨五入至整數) 閾值：67%
停止辦理起日	111年7月1日(費用年月)停止辦理

- 006指標版本：實施起日108年6月1日（費用年月）---111年6月30日

指標名稱	006-初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 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	分子—初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 前6個月<u>於醫院及基層院所跨（同）院</u>未使用低劑量 aspirin 人數 分母—初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 人數 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。 註1：初次使用指同一院所病人當月使用 ticlopidine 或 clopidogrel 前6個月<u>於醫院及基層院所跨（同）院</u>未使用 ticlopidine 或 clopidogrel 者。 註2：ticlopidine（ATC 分類為 B01AC05）或 clopidogrel（分組名稱為「clopidogrel 75mg+acetylsalicylic acid 0-100mg，一般錠劑膠囊劑」）。 排除案件： 1.分母申報件數小於等於2件之院所。 2.急診案件。
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	比率超過閾值者，超過部分不予支付。 不予支付點數=[分子人數－（分母人數×閾值）]／分母人數×初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 藥品申報總點數（四捨五入至整數） 閾值：67%
衛生福利部核准日期及文號	108年4月9日衛部保字第1081260113號函
健保署公告日期及文號	108年4月16日健保審字第1080004880號
實施起日	108年6月1日（費用年月）～111年6月30日（費用年月）

- 006指標版本：實施起迄日107年4月1日（費用年月）~108年5月31日(費用年月)

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	分子—初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 前6個月未使用低劑量 aspirin 人數 分母—初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 人數 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。 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。 註2：ticlopidine (ATC 分類為 B01AC05) 或 clopidogrel (ATC 分類為 B01AC04<u>分組名稱為「clopidogrel 75mg+acetylsalicylic acid 0-100mg，一般錠劑膠囊劑」</u>)。 排除案件： 1.分母申報件數小於等於2件之院所。 2.急診案件。
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	比率超過閾值者，超過部分不予支付。 不予支付點數=[分子人數－(分母人數×閾值)]／分母人數×初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 藥品申報總點數（四捨五入至整數） 閾值：67%
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）~108年5月31日(費用年月)

● 006指標版本：實施起迄日106年2月1日(費用年月)~107年6月30日(費用年月)

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	分子－初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 前6個月未使用低劑量 aspirin 人數 分母－初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 人數 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。 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。 註2：ticlopidine (ATC 分類為 B01AC05)或 clopidogrel(ATC 分類為 B01AC04)。 排除案件： 1. 分母申報件數小於等於 2 件之院所 2. <u>急診案件</u>
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	<u>比率</u>超過<u>閾值</u>者，超過部分不予支付。 不予支付點數=[分子人數－(分母人數×<u>閾值</u>)]／分母人數×初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 藥品申報總點數(四捨五入至整數) <u>閾值：67%</u>
衛生福利部核准日期及文號	中華民國105年12月20日衛部保字第1051260756號函
健保署公告日期及文號	中華民國106年1月9日健保審字第1050036989號
實施起日	106年2月1日(費用年月)~107年6月30日(費用年月)

- 006指標版本：實施起迄日105年2月1日(費用年月)~106年1月31日(費用年月)

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	分子—初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 前6個月未使用低劑量 aspirin 人數 分母—初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 人數 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。 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。 註2：ticlopidine (ATC 分類為 B01AC05)或 clopidogrel(ATC 分類為 B01AC04)。 排除案件：排除分母申報件數小於等於2件之院所
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	超過67% 者，超過部分不予支付。 不予支付點數＝【分子人數－(分母人數＊67%)】／分母人數＊初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 藥品申報總點數(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號函
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)~106年1月31日(費用年月)

- 006指標版本：實施起迄日100年1月1日~105年1月31日

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	分子—初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 前6個月未使用低劑量 aspirin 人數 分母—初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 人數 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。 註：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。 排除案件：排除分母申報件數小於等於2件之院所
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及住院案件
處理方式	超過67% 者，超過部份不予支付。 不予支付點數=(未使用率－67%)×初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 藥品申報總點數(四捨五入至整數)
衛生署核准日期及文號	中華民國99年10月8日衛署健保字第0990024551號函
健保局公告日期及文號	中華民國99年10月26日健保審字第0990074989號
實施起日	100年1月1日(費用年月)~105年1月31日(費用年月)

- 006指標版本：實施起迄日94年9月1日~99年12月31日

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	分子－初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 前6個月未使用低劑量 aspirin 人數 分母－初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 人數 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。
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及住院案件
處理方式	超過67% 者，超過部份不予支付。 不予支付點數＝(未使用率－67%)＊初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 藥品申報總點數(四捨五入至整數)
衛生署核准日期及文號	中華民國94年6月29日衛署健保字第0940026331號函
健保局公告日期及文號	中華民國94年7月27日健保審字第0940018840號
實施起日	94年9月1日~99年12月31日

註：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。

- 007-基層診所01及09案件藥品申報超過31天
[最新公告停止辦理起日111年7月1日(費用年月)；最初實施起日94年9月1日(費用年月)]

- 007指標版本：停止辦理起日 111年7月1日(費用年月)停止辦理

指標名稱	007-基層診所01及09案件藥品申報超過38天 (本指標刪除)
實施目的	降低不當之用藥型態
指標定義	01及09案件同診所同病患口服同藥品代碼一個月開立超過38天以上 註：「用藥天數」為相同藥品醫令代碼給藥日份之加總
指標屬性	負向
分析單位	依診所別按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門門診案件
處理方式	超過部分不予支付。 不予支付點數＝ Σ （該藥品代碼用藥天數－38）＊（該藥品總費用/該藥品代碼用藥天數）（四捨五入至整數）
停止辦理起日	111年7月1日(費用年月)停止辦理

- 007指標版本：實施起日100年1月1日(費用年月)~111年6月30日

指標名稱	007-基層診所01及09案件藥品申報超過38天
實施目的	降低不當之用藥型態
指標定義	01及09案件同診所同病患口服同藥品代碼一個月開立超過38天以上 註：「用藥天數」為相同藥品醫令代碼給藥日份之加總
指標屬性	負向
分析單位	依診所別按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門門診案件
處理方式	超過部分不予支付。 不予支付點數=Σ(該藥品代碼用藥天數-38) * (該藥品總費用/該藥品代碼用藥天數) (四捨五入至整數)
衛生署核准日期及文號	中華民國99年10月8日衛署健保字第0990024551號函
健保局公告日期及文號	中華民國99年10月26日健保審字第0990074989號
實施起日	100年1月1日(費用年月)~111年6月30日(費用年月)

- 007指標版本：實施起迄日 98年5月1日~99年12月31日

(本指標自費用年月98年5月起暫停執行)

指標名稱	007-基層診所01及09案件藥品申報超過 <u>38</u> 天
實施目的	降低不當之用藥型態
指標定義	01及09案件同診所同病患口服同藥品代碼一個月開立超過 <u>38</u> 天以上
指標屬性	負向
分析單位	依診所別按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門門診案件
處理方式	超過部分不予支付。 $\text{不予支付點數} = \Sigma (\text{該藥品代碼用藥天數} - \underline{38}) * (\text{該藥品總費用} / \text{該藥品代碼用藥天數})$ (四捨五入至整數)
衛生署核准日期及文號	中華民國98年4月3日衛署健保字第0980066498號函 中華民國98年6月23日衛署健保字第0980017678號函(暫停執行)
健保局公告日期及文號	中華民國98年4月20日健保審字第0980009085號 中華民國98年6月26日健保審字第0980040477號函(暫停執行)
實施起日	98年5月1日~99年12月31日

註：

- 1.用藥天數指當次處方明細資料之‘用藥日份’。
- 2.修正處理方式如畫底線段。

● 007指標版本：實施起迄日 94年9月1日~98年4月30日

指標名稱	007-基層診所01及09案件藥品申報超過31天
實施目的	降低不當之用藥型態
指標定義	01及09案件同診所同病患口服同藥品代碼一個月開立超過31天以上
指標屬性	負向
分析單位	依診所別按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門門診案件
處理方式	超過部份不予支付。 $\text{不予支付點數} = \Sigma (\text{該藥品代碼用藥天數} - 31) * (\text{該藥品總費用} / \text{該藥品代碼用藥天數})$ (四捨五入至整數)
衛生署核准日期及文號	中華民國94年6月29日衛署健保字第0940026331號函
健保局公告日期及文號	中華民國94年7月27日健保審字第0940018840號
實施起日	94年9月1日~98年4月30日

註：用藥天數指當次處方明細資料之‘用藥日份’。

➤ 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：ICD-9-CM 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	西醫基層總額部門門診案件
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25%部分，超過部分之抗生素藥費不予支付。 不予支付點數＝【分子件數－（分母件數＊25%）】／分子件數＊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-西醫診所門診上呼吸道感染抗生素處方率」附表(附表診斷碼誤植更正)

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	

- 008指標版本：實施起迄日 105年2月1日(費用年月)~107年3月31日(費用年月)

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：ICD-9-CM 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	西醫基層總額部門門診案件
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25%部分，超過部分之抗生素藥費不予支付。 不予支付點數＝【分子件數－（分母件數＊25%）】／分子件數＊抗生素藥費
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號函
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)~107年3月31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	

- 008指標版本：實施起迄日 105年1月1日（費用年月）~105年1月31日(費用年月)

指標名稱	008-西醫診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	西醫基層總額部門門診案件
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25%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－25%）×抗生素藥費
衛生福利部核准日期及文號	中華民國104年6月3日衛部保字第1040014763號函
健保署公告日期及文號	中華民國104年6月23日健保審字第1040035716號
實施起日	105年1月1日（費用年月）~105年1月31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	

- 008指標版本：實施起迄日 103年12月1日(費用年月)~104年12月31日

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）。 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	西醫基層總額部門門診案件
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25%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－25%）×抗生素藥費
衛生福利部核准日期及文號	中華民國103年10月6日衛部保字第1030128664號函
健保署公告日期及文號	中華民國103年10月20日健保審字第1030011486號
實施起日	103年12月1日(費用年月)~104年12月31日

- 008指標版本：實施起迄日 102年11月1日(費用年月)~103年11月30日

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）、'464'（急性喉炎及氣管炎）、'465'（急性上呼吸道感染，多發性或未明示位置者）、'466'（急性支氣管炎及細支氣管炎）、'487'（流行性感冒）、'490'（支氣管炎，未明示急性或慢性者）。 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	西醫基層總額部門門診案件
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30%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－30%）×【明細非交付案件抗生素金額＋明細交付案件抗生素支付單價×數量＋簡表藥費/平均品項數】
衛生福利部核准日期及文號	中華民國102年8月14日衛部保字第1020101635號函
健保署公告日期及文號	中華民國102年8月22日健保審字第1020028087號
實施起日	102年11月1日(費用年月)~103年11月30日

● 008指標版本：實施起迄日 94年9月1日~102年10月31日

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）、'464'（急性喉炎及氣管炎）、'465'（急性上呼吸道感染，多發性或未明示位置者）、'466'（急性支氣管炎及細支氣管炎）、'487'（流行性感冒）、'490'（支氣管炎，未明示急性或慢性者）。 抗生素藥品：醫令代碼為10碼，且藥理分類前4碼為'0812'抗生素類（僅收納抗細菌類抗生素，抗結核及抗病毒類抗生素不屬於本項指標分析範圍）。
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	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30%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－30%）×【明細非交付案件抗生素金額＋明細交付案件抗生素支付單價×數量＋簡表藥費/平均品項數】
衛生署核准日期及文號	中華民國94年6月29日衛署健保字第0940026331號函
健保局公告日期及文號	中華民國94年7月27日健保審字第0940018840號
實施起日	94年9月1日~102年10月31日

- 009-西醫基層總額門診注射劑使用率
[最新公告停止辦理起日111年7月1日(費用年月)；最初實施起日95年10月1日(費用年月)]

- 009指標版本：停止辦理起日 111年7月1日(費用年月)停止辦理

指標名稱	009-西醫基層總額門診注射劑使用率 (本指標刪除)
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	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） ● 針劑藥品：醫令代碼為10碼，且第8碼為2。 ● 排除條件(詳附表)： 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	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。 不予支付點數＝【分子件數－（分母件數×23%）】／分子件數×【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】
停止辦理起日	111年7月1日(費用年月)停止辦理

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（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 （DEFERRIOXAMINE MESYLATE （=DEFERAL）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	藥品成份代碼： 8004000100 ANTIHEMOPHILIC FACTOR

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
用，繼續治療時，比照化療以「療程」方式處理，並查驗上次治療紀錄（如全民健康保險藥品給付規定通則附表十八—全民健康保險血友病患者使用第八、第九凝血因子在家治療紀錄）（86/9/1、92/5/1）	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、93/12/1）	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

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
	2816601520 CLOPENTHIXOL DEANOATE 2816800620 FLUPENTIXOL 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 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

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
	0818000750 INTERFERON ALFACON-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)	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感冒疫苗接種)。

「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

- 009指標版本：實施起日 105年2月1日(費用年月)～111年6月30日

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	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） ● 針劑藥品：醫令代碼為10碼，且第8碼為2。 ● 排除條件(詳附表)： F. 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。 G. 外傷緊急處置使用之破傷風類毒素注射劑。 H. 排除每月申報給藥案件小於等於100件之診所。 I. 排除婦產科(申報科別05)案件。 J. 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	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。 不予支付點數＝【分子件數－（分母件數×23%）】／分子件數×【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】
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號函
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)～111年6月30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（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 （DEFERRIOXAMINE MESYLATE （=DEFERAL）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」	藥品成份代碼： 8004000100 ANTIHEMOPHILIC FACTOR 8004003300 FACTOR VIII

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
方式處理，並查驗上次治療紀錄（如全民健康保險藥品給付規定通則附表十八—全民健康保險血友病患者使用第八、第九凝血因子在家治療紀錄）（86/9/1、92/5/1）	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、93/12/1）	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：2531；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

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
	DEANOATE 2816800620 FLUPENTIXOL 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 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)	3. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 為：281.0 (惡性貧血)、281.1(維生素 B 12缺乏性貧血)；ICD-10- CM/PCS D51 4. 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)	3. 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。 4. 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)	3. 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) 4. 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感冒疫苗接種)。

「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

- 009指標版本：實施起迄日 105年1月1日（費用年月）~105年1月31日（費用年月）

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	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其中一種） ● 針劑藥品：醫令代碼為10碼，且第8碼為2。 ● 排除條件(詳附表)： 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	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。 不予支付點數＝（注射劑使用率－23% ）×【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】
衛生福利部核准日期及文號	中華民國104年6月3日衛部保字第1040014763號函
健保署公告日期及文號	中華民國104年6月23日健保審字第1040035716號
實施起日	105年1月1日（費用年月）~105年1月31日（費用年月）

層總額門診注射劑使用率--附表

層診所注射率方案，不列入分子計算之品項及情形

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 (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)	藥品成份代碼：

(至多攜回一個月)。	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，比照治療以「療程」方式處理，並查驗上次治療紀錄(如全民健康保險藥品給付規定通則附表十八—全民健康保險血友病患者使用第八、第九凝血因子在家治療紀錄)(86/9/1、92/5/1)	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、93/12/1)	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： 2532 ； 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)	藥品成分代碼： 2816100100 DROPERIDOL 2816100300 HALOPERIDOL 2816100310 HALOPERIDOL DECANOATE 2816100600 RISPERIDONE 2816109310 HALOPERIDOL (DECANOATE)

	2816200810 Z UCLOPENTHIXOL ACETATE 2816200820 ZUCLOPENTHIXOL DECANOATE 2816400900 SULPIRIDE 2816600110 AMITRIPTYLINE HCL 2816601520 CLOPENTHIXOL DEANOATE 2816800620 FLUPENTIXOL 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 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	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 為 281.0 (惡性貧血)、281.1(維生素 B 12缺乏性貧血)；ICD-10- CM/PCS D51

劑，每次以一個月為限，且每三個月應追蹤一次。(91/4/1)	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 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感冒疫苗接種)。

「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

● 009指標版本：實施起迄日 99年3月1日（費用年月）~104年12月31日

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	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其中一種） ● 針劑藥品：醫令代碼為10碼，且第8碼為2。 ● 排除條件(詳附表)： K. 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。 L. 外傷緊急處置使用之破傷風類毒素注射劑。 M. 排除每月申報給藥案件小於等於100件之診所。 N. 排除婦產科(申報科別05)案件。 O. 排除案件分類 D2(代辦65歲以上老人流行性感疫苗接種)。
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	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。 不予支付點數＝（注射劑使用率－23%）×【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】
衛生署核准日期及文號	中華民國99年2月3日衛署健保字第0990062214號函
衛生署公告日期及文號	中華民國99年2月12日健保審字第0990074078號
實施起日	99年3月1日（費用年月）~104年12月31日

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（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 (DEFERRIOXAMINE MESYLATE (=DEFERAL)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，比照治療以「療程」方式處理，並查驗上次治療紀錄（如全民健康保險藥品給付規定通則附表十八—全民健康保險血友病患者使用第八、第九凝血因子在家治療紀錄）(86/9/1、92/5/1)	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	本項處置(39015A--TPN)限區域醫院以上

輸液 (TPN)，攜回使用。 (85/10/1、93/12/1)	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： 2533 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(肺結核相關診斷)： 2. 藥品成份代碼： 0812109410 KANAMYCIN (SULFATE) 0812700500STREPTOMYCIN 0812709520STREPTOMYCIN (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： 2816100100DROPERIDOL 2816100300HALOPERIDOL 2816100310HALOPERIDOL DECANOATE 2816100600RISPERIDONE 2816109310HALOPERIDOL (DECANOATE) 2816200810ZUCLOPENTHIXOL ACETATE 2816200820ZUCLOPENTHIXOL DECANOATE 2816400900SULPIRIDE 2816600110AMITRIPTYLINE HCL 2816601520CLOPENTHIXOL DEANOATE 2816800620FLUPENTHIXOL DECANOATE 2816900310CHLORPROMAZINE HCL 2816900520FLUPHENAZINE DECANOATE 2816900800PERPHENAZINE

	2816900810PERPHENAZINE 2HCL 2816900910PIPOTIAZINE PALMITATE 2816901000PROCHLORPERAZINE Z102100911ZIPRASIDONE
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： 2012400510HEPARIN CALCIUM 2012400520HEPARIN SODIUM 2012401510NADROPARINE CALCIUM 2012401520DALTEPARIN SODIUM 2012401610ENOXAPARIN SODIUM 9902002110TINZAPARIN 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 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)	5. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 為： 281.0 (惡性貧血)、281.1(維生素 B 12 缺乏性貧血) 6. 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)	5. 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。 6. 藥品成分代碼： 0818000710 INTERFERON ALPHA-2B 0818000720 INTERFERON ALPHA-2A 0818000750 INTERFERON

	ALFACON-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)	5. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 為： 類風濕性關節炎:714.0 6. 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感冒疫苗接種)。

● 009指標版本：實施起迄日 95年10月1日~99年2月28日

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	分子—給藥案件之針劑藥品案件數（針劑藥品：醫令代碼為10碼，且第8碼為2，排除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） （註：建議排除品項詳附表1） 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其中一種） 排除每月申報給藥案件小於等於100件之診所。
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，但排除婦產科案件
處理方式	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。 不予支付點數＝（注射劑使用率－23%）×【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】
衛生署核准日期及文號	中華民國95年8月21日衛署健保字第0952600285號函
健保局公告日期及文號	中華民國95年9月4日健保審字第0950068603-A 號
實施起日	95年10月1日~99年2月28日

註：本指標修訂指標定義，增列排除條件如底線標示處。

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

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（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（DEFERRIOXAMINE 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）	● 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)(至多攜回三天)	● 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	● 藥品成份代碼： 8004000100 ANTIHEMOPHILIC FACTOR 8004003300 FACTOR VIII 8004003100 FACTOR IX 2012100700 FACTOR IX

給付規定內容	資料處理定義
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)	
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	2. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 前4碼為： 2530 Acromegaly and gigantism 3. 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(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 DECANOATE 2816800620 FLUPENTHIXOL DECANOATE 2816900310 CHLORPROMAZINE HCL

給付規定內容	資料處理定義
	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
1 6 . 罹患惡性貧血 (perniciousanemia) 及維他命 B12缺乏病患，如不能口服者或口服不能吸收者，得攜回維他命 B12注射劑，每次以一個月為限，且每三個月應追蹤一次。 (91/4/1)	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 為：281.0 (惡性貧血)、281.1(維生素 B 12缺乏性貧血) 2. 藥品成分代碼： 8811200300 CYANOCOBALAMIN (=VIT B12)
1 7 . 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	7. 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。

給付規定內容	資料處理定義
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)	8. 藥品成分代碼： 0818000710 INTERFERON ALPHA- 2B 0818000720 INTERFERON ALPHA- 2A 0818000750 INTERFERON ALFA-2A 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)	7. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 為： 類風濕性關節炎:714.0 8. 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

➤ 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105年2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 105年2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	分子—制酸劑重複案件數 分母—制酸劑案件數 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。 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： 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」。 醫令代碼為 A001046100、A023521100、A013382100、A001584100、A006795100、A042941100:適應症為「軟便」。
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	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。 不予支付點數＝【分子件數－（分母件數＊4.9%）】／分母件數＊【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】。
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號函
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)

- 010指標版本：實施起迄日 102年11月1日(費用年月)~105年1月31日(費用年月)

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	分子－制酸劑重複案件數 分母－制酸劑案件數 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。 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： 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」。 醫令代碼為 A001046100、A023521100、A013382100、A001584100、A006795100、A042941100:適應症為「軟便」。
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	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。 不予支付點數＝（制酸劑重複率－4.9%）×【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】
衛生福利部核准日期及文號	中華民國102年8月14日衛部保字第1020101635號函
健保署公告日期及文號	中華民國102年8月22日健保審字第1020028087號
實施起日	102年11月1日(費用年月)~105年1月1日（費用年月）

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	分子－制酸劑重複案件數 分母－制酸劑案件數 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。 制酸劑：係指藥理分類為下列之一者： 1.次藥理分類代碼 560400 Antacids And Adsorbents 制酸劑及吸附劑 560499 Antacids And Adsorbents Composite 制酸劑及吸附劑複方 2.排除下列成份代碼：下列品項為藥物中毒急救用藥，用途為吸附劑，而非制酸劑。 5604001500 (CHARCOAL) 9600065500 (CARBON) 3.下列成份之單方劑型，係參照衛生署藥品許可證資料，修訂藥理分類代碼，不列入制酸劑重複使用之計算： 4008000700 (SODIUM BICARBONATE)：400800鹼化劑 5604002500(MAGNESIUM HYDROXIDE)：561200緩瀉劑 5604002501(MAGNESIUM HYDROXIDE WET GEL)：561200緩瀉劑 5604002900 (OXETHAZAINE)：720000局部麻醉劑 5604001200 (CALCIUM CARBONATE)：401200補充溶液 5612001300 (MAGNESIUM OXIDE)：561200緩瀉劑 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： 健保局全球資訊網\醫事機構\醫事服務\藥品及特殊材料\C.健保用藥品項\2.健保用藥品項 XX 年 XX 月壓縮總檔 (http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=3&menu_id=56&webdata_id=1099&WD_ID=)
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	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。 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】
衛生署核准日期及文號	中華民國99年10月8日衛署健保字第0990024551號函
健保局公告日期及文號	中華民國99年10月26日健保審字第0990074989號
實施起日	100年1月1日~102年10月31日

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	分子－制酸劑重複案件數 分母－制酸劑案件數 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。 制酸劑：係指藥理分類為下列之一者： 1.次藥理分類代碼 560400 Antacids And Adsorbents 制酸劑及吸附劑 560499 Antacids And Adsorbents Composite 制酸劑及吸附劑複方 2.排除下列成份代碼：下列品項為藥物中毒急救用藥，用途為吸附劑，而非制酸劑。 5604001500 (CHARCOAL) 9600065500 (CARBON) 3.下列成份之單方劑型，係參照衛生署藥品許可證資料，修訂藥理分類代碼，不列入制酸劑重複使用之計算： 4008000700 (SODIUM BICARBONATE)：400800鹼化劑 5604002500(MAGNESIUM HYDROXIDE)：561200緩瀉劑 5604002501(MAGNESIUM HYDROXIDE WET GEL)：561200緩瀉劑 5604002900 (OXETHAZAINE)：720000局部麻醉劑 5604001200 (CALCIUM CARBONATE)：401200補充溶液 5612001300 (MAGNESIUM OXIDE)：561200緩瀉劑
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	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。 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】
衛生署核准日期及文號	中華民國94年6月29日衛署健保字第0940026331號函
健保局公告日期及文號	中華民國94年7月27日健保審字第0940018840號
實施起日	94年9月1日~99年12月31日

➤ 011-不合理轉診型態

[自95年8月1日(費用年月)起停止辦理；最初實施起日94年10月1日(費用年月)]

- 011指標版本：自95年8月1日(費用年月)起停止辦理

指標名稱	011-不合理轉診型態
實施目的	降低不當之轉診型態
指標定義	指標1－診所轉診率 分子1－轉診案件數（地區級以上醫院「轉入之院所代號」欄位申報該診所件數） 分母1－該診所總申報件數（排除診察費為0案件） 指標2－診所轉診案件於特定醫院比率 分子2－特定醫院接受該診所轉診案件數（該特定醫院「轉入之院所代號」欄位申報該診所件數） 分母2－特定醫院接受轉診總案件數（該特定醫院「轉入之院所代號」欄位有申報之件數）
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【排除醫療機構權屬代號為25者（軍方診所）】
處理方式	診所轉診率超過15%，且診所轉診案件於特定醫院比率超過80%者，轉診案件診察費不予支付。 不予支付點數＝轉診案件總申報診察費
衛生署核准日期及文號	中華民國94年8月10日衛署健保字第0940032530號函
健保局公告日期及文號	中華民國94年9月2日健保審字第0940023156號
實施起日	自94年10月1日(費用年月)實施 自95年8月1日(費用年月)起停止辦理

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

- 014指標版本：實施起迄日105年2月1日(費用年月)~113年12月31日(費用年月)

指標名稱	014-高血壓併氣喘病患不適當用藥（ <u>non-selective beta blocking agents</u> 、 <u>alpha and beta blocking agents</u> 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 <u>non-selective beta blocking agents</u> 、 <u>alpha and beta blocking agents</u> 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（ <u>non-selective beta blocking agents</u> 、 <u>alpha and beta blocking agents</u> ）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號函
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（ <u>non-selective beta blocking agents</u> 、 <u>alpha and beta blocking agents</u> 之藥品）處方率過高	493	J44-J45	
		401-405	I10-I15	

- 014指標版本：實施起迄日 105年1月1日(費用年月)~105年1月31日(費用年月)

指標名稱	014-高血壓併氣喘病患不適當降壓藥（ β -blocker）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 β -blocker 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 I10-I15 氣喘：任一診斷 ICD-9-CM 為493；ICD-10- CM/PCS J44-J45
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	醫院總額部門及西醫基層總額部門
處理方式	超過同儕90百分位數者【醫院2 使用 β -blocker 藥品案件總申請金額
衛生福利部核准日期及文號	中華民國104年6月3日衛部保字第1040014763號函
健保署公告日期及文號	中華民國104年6月23日健保審字第1040035716號
實施起日	105年1月1日（費用年月）~105年1月31日（費用年月）

「014-高血壓併氣喘病患不適當降壓藥（ β -blocker）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降壓藥（ β -blocker）處方率過高	493	J44-J45	
		401-405	I10-I15	

- 014指標版本：實施起迄日 100年1月1日(費用年月)~104年12月31日

指標名稱	014-高血壓併氣喘病患不適當降壓藥（β-blocker）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 β-blocker 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 氣喘：任一診斷 ICD-9-CM 為493
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	醫院總額部門及西醫基層總額部門
處理方式	超過同儕90百分位數者【醫院25%， <u>診所25%</u> 】，超過部份申請金額不予支付。 不予支付點數＝((高血壓併氣喘病患使用 β-blocker 比率-同儕90百分位數者【醫院25%， <u>診所25%</u> 】)×高血壓併氣喘使用 β-blocker 藥品案件總申請金額
衛生署核准日期及文號	中華民國99年10月8日衛署健保字第0990024551號函
健保局公告日期及文號	中華民國99年10月26日健保審字第0990074989號
實施起日	100年1月1日(費用年月)~104年12月31日

● 014指標版本：實施起迄日 94年12月1日~99年12月31日

指標名稱	014-高血壓併氣喘病患不適當降壓藥（ β -blocker）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 β -blocker 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 氣喘：任一診斷 ICD-9-CM 為493
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	醫院總額部門及西醫基層總額部門
處理方式	超過同儕90百分位數者【醫院25%，診所50%】，超過部份申請金額不予支付。 不予支付點數＝((高血壓併氣喘病患使用 β -blocker 比率-同儕90百分位數者【醫院25%，診所50%】) $\times$ 高血壓併氣喘使用 β -blocker 藥品案件總申請金額
衛生署核准日期及文號	中華民國94年11月11日衛署健保字第0940059597號函
健保局公告日期及文號	中華民國94年11月22日健保審字第0940034614號
實施起日	94年12月1日~99年12月31日

- 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)]

- 指標版本：自100年1月1日(費用年月)起刪除本項指標

指標名稱	醫療院所及藥局藥袋標示嚴重不符醫療辦法
實施目的	提升民眾用藥常識，確保民眾用藥安全
定 義	一、藥袋標示至少含括下列各項：保險對象姓名、藥品名稱、劑量、服用方法、調劑者姓名及調劑年、月、日。 二、本指標所稱藥袋標示，可列印於藥袋或藥品容器上或另以書面方式將本指標所訂藥品資訊附於藥袋內交付病患，皆視同為符合規定。 註：定義所稱藥袋標示內容，係節錄自全民健康保險醫療辦法第45條規定：為保障保險對象用藥安全，藥劑之容器或包裝上應載明保險對象姓名、性別、藥品名稱、數量、天數、劑量、服用方法、藥局地點、名稱、調劑者姓名及調劑年、月、日等資料。
範 圍	醫院總額、西醫基層總額部門及特約藥局
處理方式	一、實地審查特約醫療院所及特約藥局，當日發現同一家機構藥袋標示不符規定之件數在： (一) 3 - 9件，不予支付5倍當日藥事服務費。 (二) 10件以上，不予支付10倍當日藥事服務費。 二、本項實地審查，特約醫事服務機構或藥局，若查核當日停電或電腦當機等不可抗因素且無法以手寫表示者，應自行舉證後另案處理。
衛生署核准日期及文號	中華民國94年11月11日衛署健保字第0940059597號函 中華民國99年10月8日衛署健保字第0990024551號函
健保局公告日期及文號	中華民國94年11月22日健保審字第0940034614號 中華民國99年10月26日健保審字第0990074989號
實施起日	95年1月1日起實施 自100年1月1日(費用年月)起刪除本項指標。

➤ 015-診所不合理處方釋出型態

[最新公告停止辦理起日95年7月1日(費用年月)；最初實施起日95年1月1日(費用年月)]

➤ 015指標版本：自95年7月1日(費用年月)起停止辦理本項指標

指標名稱	015-診所不合理處方釋出型態
實施目的	降低不當之醫療行為
指標定義	一、 指標定義： 指標1—該診所處方釋出件數(申報交付調劑診察費代碼之件數) 指標2—特定藥局調劑該診所處方案件佔該診所釋出處方件數比率 分子—特定藥局調劑該診所處方件數（藥局「原處方醫療機構代號」欄位申報該診所之件數） 分母—該診所處方釋出件數（申報交付調劑診察費代碼之件數） 指標3—特定藥局調劑該診所處方案件佔藥局調劑件數比率 分子—特定藥局調劑該診所處方件數（藥局「原處方醫療機構代號」欄位申報該診所之件數） 分母—特定藥局總申報件數 診所不合理處方釋出型態定義，需同時符合下列條件： 診所交付處方超過900件，且特定藥局調劑該診所處方案件佔該診所釋出處方件數比率$\geq 70\%$，且特定藥局調劑該診所處方案件佔藥局調劑件數比率$\geq 70\%$。 二、 排除條款： 本指標排除經公證為負責藥事人員出資經營之藥局。本項公證作業由藥局自行舉證。
指標屬性	負向
分析單位	依診所按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門
處理方式	屬不合理處方釋出型態之診所，交付調劑增加之診察費（25點）不予支付。 不予支付點數＝交付調劑件數*25
衛生署核准日期及文號	中華民國94年11月11日衛署健保字第0940059597號函 中華民國95年8月21日衛署健保字第0952600285號函(停止辦理)
健保局公告日期及文號	中華民國94年11月22日健保審字第0940034614號 中華民國95年9月4日健保審字第0950068603-A 號(停止辦理)
實施起日	95年1月1日(費用年月)起實施 自95年7月1日(費用年月)起停止辦理本項指標

- 016-西醫診所 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-西醫診所 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	分子—門診 COX II inhibitor 用藥主診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、乾癆性關節炎、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。 註：<u>上述疾病之診斷碼詳如附表。</u> 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： 1.分母門診 COX II inhibitor 用藥申報件數小於等於10件之院所。 2.簡表（01）案件。
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	處方不當比率超過閾值，超過部分之藥費總申請金額不予支付。 不予支付點數=[（COX II inhibitor 用藥不符給付規定比率－閾值）/ 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 閾值：33%。
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-西醫診所 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>		<u>711-725</u>
	M45-M54	<u>M45-M54</u>		<u>711-725</u>
	M62830	<u>M62830</u>		<u>711-725</u>

	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- P91.823</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
	T817	<u>T817</u>		401-444
	T828	<u>T828</u>		401-444
消化性潰傷、上消化道出血或胃穿孔	K20-K28	<u>K20-K28</u>		530-534
肝硬化	K7030-K7031	<u>K7030-K7031</u>		5712
	K7460-K7469	<u>K7460-K7469</u>		5715
	K743-K745	<u>K743-K745</u>		5716

指標名稱	016-西醫診所 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	分子—門診 COX II inhibitor 用藥主診診斷不符藥品給付規定件數 藥品給付規定： (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 (CELECOXIB(成分代碼2808405200))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—ICD-9-CM 為714、僵直性脊椎炎—ICD-9-CM 為720、乾癱性關節炎—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。 (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)、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→G450-G468)及心血管疾病者 (G45→I10-I74→I777→I798→I970-I971→R001→T800→T817→T828)。 (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。 (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。 <u>註：上述疾病之診斷碼詳如附表。</u> 分母—門診 COX II inhibitor 用藥 (含 NABUMETONE(成分代碼2808001900)、MELOXICAM(成分代碼28084049009200038100)、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： 1.分母門診 COX II inhibitor 用藥申報件數小於等於10件之院所。 2.簡表 (01) 案件。

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	處方不當比率超過閾值，超過部分之藥費總申請金額不予支付。 不予支付點數=[(COX II inhibitor 用藥不符給付規定比率－閾值) / 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 閾值：33%。
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)

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

疾病	ICD-10- CM		ICD-9-CM
	(105.01.01起適用)	備註	(104.12.31以前適用)
骨關節炎病變	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		711-725
類風溼性關節炎	M05-M06		714
	M08	排除 M081	714
	M120		714
僵直性脊椎炎	M081		720
	M45		720
乾癬性關節炎	L305		696
	L40-L42		696
	L44-L45		696
	L945		696
退化性關節炎	M121-M129	排除 M122-M124	716
	M13		716

合併有急性嚴重創傷	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"	800-840
	S06	第7位碼為"A"、"D"	850-854
	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"	860-869
	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"	881
	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"	885、886、887
	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"	890-897
	S090	第7位碼為"A"、"D"	900
	S15	第7位碼為"A"、"D"	900
	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"	925-929
	T20-T32	第7位碼為"A"、"D"	940-949
中風	I60-I69、G450-G468		430-438
心血管疾病	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		401-444
消化性潰瘍、上消化道出血或胃穿孔	K20-K28		530-534
肝硬化	K7030-K7031		5712
	K7460-K7469		5715
	K743-K745		5716

指標名稱	016-西醫診所 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	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： (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 (CELECOXIB (成分代碼2808405200) 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—ICD-9-CM 為714、僵直性脊椎炎—ICD-9-CM 為720、乾癰性關節炎—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。 (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、G450-G468) 及心血管疾病者 (G45、I10-I74、I777、I798、I970-I971、R001、T800、

	T817、T828)。
	(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。 (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。 分母—門診 COX II inhibitor 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。 <u>排除條件：</u> <u>1.分母門診 COX II inhibitor 用藥申報件數小於等於10件之院所。</u> <u>2.簡表 (01) 案件。</u>
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	處方不當比率超過閾值，超過部分之藥費總申請金額不予支付。 不予支付點數=[(COX II inhibitor 用藥不符給付規定比率－閾值) / 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 閾值：33%。
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)

「016-西醫診所 COX II inhibitor 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 COX II 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、G450-G468	
		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"

指標名稱	016-西醫診所 COX II <u>inhibitor</u> 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	分子一門診 COX II <u>inhibitor</u> 用藥主次診斷不符藥品給付規定件數藥品給付規定： (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。 (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。 (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、G450-G468) 及心血管疾病者 (G45、I10-I74、I777、I798、I970-I971、R001、T800、T817、T828)。 (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。 (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。

	分母－門診 COX II <u>inhibitor</u> 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
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	<u>處方不當比率</u> 超過 <u>閾值</u> ，超過部分之藥費總申請金額不予支付。 $\text{不予支付點數} = [(\text{COX II } \underline{\text{inhibitor}} \text{ 用藥不符給付規定比率} - \underline{\text{閾值}}) / \text{COX II } \underline{\text{inhibitor}} \text{ 用藥不符給付規定比率}] \times \text{不符給付規定使用 COX2}\underline{\text{inhibitor}} \text{ 用藥案件藥費總申請金額}$ <u>閾值：33%</u>
衛生福利部核准日期及文號	中華民國105年12月20日衛部保字第1051260756號函
健保署公告日期及文號	中華民國106年1月9日健保審字第1050036989號
實施起日	106年2月1日(費用年月)~107年3月31日(費用年月)

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

總額	ICD-9-CM	ICD-10- CM	備註
西醫基層	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、 G450-G468	
	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	

總額	ICD-9-CM	ICD-10- CM	備註
	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

總額	ICD-9-CM	ICD-10- CM	備註
	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

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	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： (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。 (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。 (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、<u>G450-G468</u>) 及心血管疾病者 (G45、I10-I74、I777、I798、I970-I971、R001、T800、T817、T828)。 (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。 (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。 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

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。 $\text{不予支付點數} = ((\text{COX II 用藥不符給付規定比率} - 33\%) / (\text{COX II 用藥不符給付規定比率})) \times \text{不符給付規定使用 COX2 用藥案件藥費總申請金額}$
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號函
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)~106年1月31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、 <u>G450-G468</u>	
		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"

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	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： （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。 （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、M089)、M120、M081、M45、L305、L40-L42、L44-L45、L945、M121-M129 (前述排除 M122-M124)、M13。 （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-I74、I777、I798、I970-I971、R001、T800、T817、T828）。 （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。

	(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。 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
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=((COX II 用藥不符給付規定比率－33%) / (COX II 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104年6月3日衛部保字第1040014763號函
健保署公告日期及文號	中華民國104年6月23日健保審字第1040035716號
實施起日	105年1月1日 (費用年月)~105年1月31日 (費用年月)

「016-西醫診所 COX II 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 COX II 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、M089
		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"

● 016指標版本：實施起迄日 102年11月1日(費用年月)~104年12月31日

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	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： (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) (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 (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) (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) (5) 肝硬化患者 (ICD-9-CM 前4碼為5712、5715、5716) 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
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=((COX II 用藥不符給付規定比率－33%) / (COX II 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102年8月14日衛部保字第1020101635號函
健保署公告日期及文號	中華民國102年8月22日健保審字第1020028087號
實施起日	102年11月1日(費用年月)~104年12月31日

指標名稱	016-西醫診所 COXII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	分子－門診 COXII用藥主次診斷不符藥品給付規定件數 藥品給付規定： (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 (2) 類風濕性關節炎－ICD-9-CM 為714、僵直性脊椎炎－ICD-9-CM 為720、乾癆性關節炎－ICD-9-CM 為696、退化性關節炎－ICD-9-CM 為716 (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) (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) 分母－門診 COXII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
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83%，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－83%) / (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
衛生署核准日期及文號	中華民國95年8月21日衛署健保字第0952600285號函
健保局公告日期及文號	中華民國95年9月4日健保審字第0950068603-A 號
實施起日	95年10月1日~102年10月31日

- 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)]

- 017指標版本：停止辦理起日 107年4月1日（費用年月）

指標名稱	017-西醫診所 AZULENE 處方率居於同儕極端值 (本項指標刪除)
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 AZULENE 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、A、B、C、D 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。 AZULENE 藥品：藥品成分名稱含 AZULENE（限單方）。
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	處方率超過閾值，超過部分該藥品總申報點數不予支付。 不予支付點數＝[（院所處方率－閾值）／院所處方率]×該藥品總申報點數（四捨五入至整數） 閾值：1.8%
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
停止辦理起日	107年4月1日（費用年月）

- 017指標版本：實施起迄日 106年2月1日(費用年月)~107年3月31日(費用年月)

指標名稱	017-西醫診所 AZULENE 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 AZULENE 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。 AZULENE 藥品：<u>藥品成分名稱含 AZULENE(限單方)</u>。
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	<u>處方率</u>超過<u>閾值</u>，超過部分該藥品總申報點數不予支付。 不予支付點數=[（院所處方率－<u>閾值</u>）/ 院所處方率] ×該藥品總申報點數（四捨五入至整數） <u>閾值：1.8%</u>
衛生福利部核准日期及文號	中華民國105年12月20日衛部保字第1051260756號函
健保署公告日期及文號	中華民國106年1月9日健保審字第1050036989號
實施起日	106年2月1日(費用年月)~107年3月31日(費用年月)

● 017指標版本：實施起迄日 95年10月1日~106年1月31日(費用年月)

指標名稱	017-西醫診所 AZULENE 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 AZULENE 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。 AZULENE 成分藥品品項： 'A031312100','B015347100','A004488421','A008526100', 'A009211100','A021857109','A021857155','A021857172', 'A021857199','A026209100','A039928100','A045000100', 'A001531100','A007165100','A019656100','A023527100', 'A033613100','A041264100','N015340100','N016534100', 'A009918100','A010446100','A015021100','A016616100', A023500100','A030753100','A032249100'
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7.6%，超過部份該藥品總申報點數不予支付。 不予支付點數＝（（院所處方率－7.6%）／（院所處方率））＊該藥品總申報點數（四捨五入至整數）
衛生署核准日期及文號	中華民國95年8月21日衛署健保字第0952600285號函
健保局公告日期及文號	中華民國95年9月4日健保審字第0950068603-A 號
實施起日	95年10月1日~106年1月31日(費用年月)

➤ 018-西醫診所銀杏葉萃取物(Ginkgo)處方率居於同儕極端值

[最新公告實施起日106年2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2月1日(費用年月)-現行實施

指標名稱	018-西醫診所銀杏葉萃取物(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、A、B、C、D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 藥品：ATC 分類為 N06DX02。
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	超過閾值，超過部分該藥品總申報點數不予支付。 不予支付點數=[（院所處方率－閾值）/院所處方率]×該藥品總申報點數（四捨五入至整數） 閾值：0.7%
衛生福利部核准日期及文號	中華民國105年12月20日衛部保字第1051260756號函
健保署公告日期及文號	中華民國106年1月9日健保審字第1050036989號
實施起日	106年2月1日(費用年月)

- 018指標版本：實施起迄日 102年11月1日(費用年月)~106年1月31日(費用年月)

指標名稱	018-西醫診所銀杏葉萃取物(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 成分藥品品項： 'A032642100','A035064100','A035445100','A035515100','A036243100', 'A036332129','A036332143','A036347221','A036475100','A036588100', 'A036658100','A036761100','A036965100','A037375100','A037549100', 'A037551100','A037585151','A037586100','A037651100','A037668153', 'A037669143','A037669151','A037669155','A037669157','A037686155', 'A037686157','A037687100','A038033100','A038260100','A038274143', 'A038274151','A038274157','A038421100','A038479100','A038559100', 'A038686100','A038731143','A038736129','A038821140','A038856100', 'A038925100','A039008143','A039008151','A039062143','A039168100', 'A039516140','A039598212','A039598221','A039723100','A039863100', 'A040038100','A040298100','A040299140','A040299143','A040299151', 'A040299155','A040568100','A040699100','A041476100','A041736100', 'A041941100','A042088140','A042088143','A042088151','A042088155', 'A042092100','A042505221','A042903100','A043187100','A043526143', 'A043526151','A043526199','A044201100','A045653100','A035417100', 'A035936100','A036601221','A036602151','A036854100','A0376691AP', 'A037561143','AC39863100','AC40699100','B003768100','B016845221', 'B019542100','B023120100','B023771100','B016451100','B016459140', 'B016459155','B021084143','B021084155','B021090100'
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1.7%，超過部份該藥品總申報點數不予支付。 不予支付點數＝（（院所處方率－1.7%）/（院所處方率））＊該藥品總申報點數（四捨五入至整數）
衛生福利部核准日期及文號	中華民國102年8月14日衛部保字第1020101635號函
健保署公告日期及文號	中華民國102年8月22日健保審字第1020028087號
實施起日	102年11月1日(費用年月)~106年1月31日(費用年月)

指標名稱	018-西醫診所銀杏葉萃取物(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 成分藥品品項： 'A032642100','A035064100','A035445100','A035515100', 'A036243100','A036332129','A036332143','A036347221', 'A036475100','A036588100','A036658100','A036761100', 'A036965100','A037375100','A037549100','A037551100', 'A037585151','A037586100','A037651100','A037668153', 'A037669143','A037669151','A037669155','A037669157', 'A037686155','A037686157','A037687100','A038033100', 'A038260100','A038274143','A038274151','A038274157', 'A038421100','A038479100','A038559100','A038686100', 'A038731143','A038736129','A038821140','A038856100', 'A038925100','A039008143','A039008151','A039062143', 'A039168100','A039516140','A039598212','A039598221', 'A039723100','A039863100','A040038100','A040298100', 'A040299140','A040299143','A040299151','A040299155', 'A040568100','A040699100','A041476100','A041736100', 'A041941100','A042088140','A042088143','A042088151', 'A042088155','A042092100','A042505221','A042903100', 'A043187100','A043526143','A043526151','A043526199', 'A044201100','A045653100','B003768100','B016845221', 'B019542100','B023120100','B023771100','A037561143', 'A035417100','A035936100','A036601221','A036602151', 'A036854100','A0376691AP','B016451100','B016459140', 'B016459155','B021084143','B021084155','B021090100'
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1.7%，超過部份該藥品總申報點數不予支付。 不予支付點數＝((院所處方率－1.7%) / (院所處方率)) * 該藥品總申報點數（四捨五入至整數）
衛生署核准日期及文號	中華民國95年8月21日衛署健保字第0952600285號函
健保局公告日期及文號	中華民國95年9月4日健保審字第0950068603-A 號
實施起日	95年10月1日~102年10月31日

➤ 019-西醫診所 PIPETHANATE 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)]

- 019指標版本：停止辦理起日 107年4月1日（費用年月）

指標名稱	019-西醫診所 PIPETHANATE 處方率居於同儕極端值 <u>(本項指標刪除)</u>
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 PIPETHANATE 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、A、B、C、D 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。 PIPETHANATE 藥品：分組名稱包含 PIPERILATE 或 PIPERIDOLATE。
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	處方率超過閾值，超過部分該藥品總申報點數不予支付。 不予支付點數=[（院所處方率－閾值）/ 院所處方率] ×該藥品總申報點數（四捨五入至整數） 閾值：1.1%
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
停止辦理起日	107年4月1日（費用年月）

- 019指標版本：實施起迄日 106年2月1日(費用年月)~107年3月31日(費用年月)

指標名稱	019-西醫診所 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	分子—門診給藥案件中開立 PIPETHANATE 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。 PIPETHANATE 藥品：<u>分組名稱包含 PIPERILATE 或 PIPERIDOLATE。</u>
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	處方率超過<u>閾值</u>，超過部分該藥品總申報點數不予支付。 不予支付點數=[（院所處方率－<u>閾值</u>）/ 院所處方率] ×該藥品總申報點數（四捨五入至整數） <u>閾值：1.1%</u>
衛生福利部核准日期及文號	中華民國105年12月20日衛部保字第1051260756號函
健保署公告日期及文號	中華民國106年1月9日健保審字第1050036989號
實施起日	106年2月1日(費用年月)~107年3月31日

- 019指標版本：實施起迄日 95年10月1日(費用年月)~106年1月31日(費用年月)

指標名稱	019-西醫診所 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	分子—門診給藥案件中開立 PIPETHANATE 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。 PIPETHANATE 成分藥品品項： 'A022126100','A003551100','A006087100','A024079100', 'B010483100','B017071100','B017713109','B022267106', 'B022267109'
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1.1%，超過部份該藥品總申報點數不予支付。 不予支付點數＝（（院所處方率－1.1%）/（院所處方率））＊該藥品總申報點數（四捨五入至整數）
衛生署核准日期及文號	中華民國95年8月21日衛署健保字第0952600285號函
健保局公告日期及文號	中華民國95年9月4日健保審字第0950068603-A 號
實施起日	95年10月1日~106年1月31日

➤ 023-西醫基層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

[最新公告停止辦理起日111年7月1日(費用年月)；最初實施起日96年2月1日(費用年月)]

- 023指標版本：停止辦理起日 111年7月1日(費用年月)停止辦理

指標名稱	023-西醫基層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 (本指標刪除)
實施目的	降低不當之用藥型態
指標定義	分子－門診慢性病案件開藥天數小於等於21日之案件數 分母－門診慢性病案件數 ＊慢性病案件：新陳代謝及心血管兩系統疾病之慢性病案件（主、次任一診斷皆納入，診斷代碼詳附件(詳附表) 排除條件： 1. 前述慢性病案件少於30件之診所。 2. 就醫科別為眼科且主、次任一診斷為E113。
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	占率超過閾值，超過部分之申報總診察費不予支付。 不予支付點數＝[(慢性病開藥天數小於等於21日案件占率－閾值) / 慢性病開藥天數小於等於21日案件占率]×慢性病開藥天數小於等於21日案件之申報總診察費。 閾值：87%
停止辦理起日	111年7月1日(費用年月)停止辦理

「023-西醫基層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」新陳代謝系統慢性病案件附表

總額	內分泌及代謝疾病(05)	名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM	備註
西醫基層	甲狀腺機能障礙	二、甲狀腺機能障礙(05)	240.0-246.9	E000-E079	
		二、甲狀腺機能障礙(05)	240.0-246.9	E35	
		二、甲狀腺機能障礙(05)	240.0-246.9	E890	
	糖尿病(01)	二、糖尿病(01)	250.00-250.91	E0800-E139(不含就醫科別為眼科且診斷碼為 E113)	
	高血脂症(19)	二、高血脂症(19)	272.0-272.1	E780-E781	
	威爾遜氏症(48)	二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	C880	
		二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	C965-C966	
		二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	D472	
		二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	D800-D849	
		二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	D890-D899	
		二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	E201	
		二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	E65-E749	
		二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	E7521-E7522	
		二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	E75240-E75249	
		二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	E753	
		二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	E755-E756	
		二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	E7601-E789	
		二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	E791-E8319	
		二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	E8330-E889	
		二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	H49811-H49819	
		二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	J8482	
		二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	M1A00X0-M109	含 M1A00X0- M1A9XX1
		二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	M359	
		二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	N200	
		二、威爾遜氏症(48)	251.0-259.9	E15-E200	
		二、威爾遜氏症(48)	251.0-259.9	E208-E35	
		二、威爾遜氏症(48)	251.0-259.9	E891-E896	
		二、威爾遜氏症(48)	251.0-259.9	N981	
	痛風(07)	二、痛風(07)	270.0-279.9	C880	
		二、痛風(07)	270.0-279.9	C965-C966	
		二、痛風(07)	270.0-279.9	D472	
		二、痛風(07)	270.0-279.9	D800-D849	
		二、痛風(07)	270.0-279.9	D890-D899	
		二、痛風(07)	270.0-279.9	E201	
		二、痛風(07)	270.0-279.9	E65-E749	
		二、痛風(07)	270.0-279.9	E7521-E7522	
		二、痛風(07)	270.0-279.9	E75240-E75249	

總額	內分泌及代謝疾病(05)	名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM	備註
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	E753	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	E755-E756	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	E7601-E789	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	E791-E8319	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	E8330-E889	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	H49811-H49819	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	J8482	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	M1A00X0-M109	含 M1A00X0- M1A9XX1
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	M359	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	N200	
		二、痛風 (07)	251.0-259.9	E15-E200	
		二、痛風 (07)	251.0-259.9	E208-E35	
		二、痛風 (07)	251.0-259.9	E891-E896	
		二、痛風 (07)	251.0-259.9	N981	
	天皰瘡(30)	二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	C880	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	C965-C966	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	D472	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	D800-D849	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	D890-D899	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	E201	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	E65-E749	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	E7521-E7522	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	E75240-E75249	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	E753	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	E755-E756	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	E7601-E789	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	E791-E8319	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	E8330-E889	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	H49811-H49819	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	J8482	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	M1A00X0-M109	含 M1A00X0- M1A9XX1
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	M359	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	N200	
		二、天皰瘡 (30)	251.0-259.9	E15-E200	
		二、天皰瘡 (30)	251.0-259.9	E208-E35	
		二、天皰瘡 (30)	251.0-259.9	E891-E896	
		二、天皰瘡 (30)	251.0-259.9	N981	
	皮膚炎(31)	二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	C880	
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	C965-C966	
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	D472	

總額	內分泌及代謝疾病(05)	名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM	備註
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	D800-D849	
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	D890-D899	
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	E201	
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	E65-E749	
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	E7521-E7522	
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	E75240-E75249	
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	E753	
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	E755-E756	
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	E7601-E789	
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	E791-E8319	
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	E8330-E889	
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	H49811-H49819	
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	J8482	
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	M1A00X0-M109	含 M1A00X0- M1A9XX1
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	M359	
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	N200	
		二、皮膚炎 (31)	251.0-259.9	E15-E200	
		二、皮膚炎 (31)	251.0-259.9	E208-E35	
		二、皮膚炎 (31)	251.0-259.9	E891-E896	
		二、皮膚炎 (31)	251.0-259.9	N981	
	腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	C880	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	C965-C966	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	D472	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	D800-D849	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	D890-D899	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	E201	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	E65-E749	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	E7521-E7522	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	E75240-E75249	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	E753	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	E755-E756	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	E7601-E789	

總額	內分泌及代謝疾病(05)	名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM	備註
		障礙 (70)			
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	E791-E8319	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	E8330-E889	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	H49811-H49819	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	J8482	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	M1A00X0-M109	含 M1A00X0- M1A9XX1
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	M359	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	N200	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	251.0-259.9	E15-E200	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	251.0-259.9	E208-E35	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	251.0-259.9	E891-E896	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	251.0-259.9	N981	
	腦下垂體病變引發內分泌障礙(71)	二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	C880	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	C965-C966	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	D472	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	D800-D849	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	D890-D899	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	E201	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	E65-E749	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	E7521-E7522	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	E75240-E75249	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	E753	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	E755-E756	

總額	內分泌及代謝疾病(05)	名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM	備註
		泌障礙 (71)			
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	E7601-E789	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	E791-E8319	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	E8330-E889	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	H49811-H49819	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	J8482	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	M1A00X0-M109	含 M1A00X0-M1A9XX1
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	M359	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	N200	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	251.0-259.9	E15-E200	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	251.0-259.9	E208-E35	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	251.0-259.9	E891-E896	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	251.0-259.9	N981	
	性早熟(72)	二、性早熟 (72)	270.0-279.9	C880	
		二、性早熟 (72)	270.0-279.9	C965-C966	
		二、性早熟 (72)	270.0-279.9	D472	
		二、性早熟 (72)	270.0-279.9	D800-D849	
		二、性早熟 (72)	270.0-279.9	D890-D899	
		二、性早熟 (72)	270.0-279.9	E201	
		二、性早熟 (72)	270.0-279.9	E65-E749	
		二、性早熟 (72)	270.0-279.9	E7521-E7522	
		二、性早熟 (72)	270.0-279.9	E75240-E75249	
		二、性早熟 (72)	270.0-279.9	E753	
		二、性早熟 (72)	270.0-279.9	E755-E756	
		二、性早熟 (72)	270.0-279.9	E7601-E789	
		二、性早熟 (72)	270.0-279.9	E791-E8319	
		二、性早熟 (72)	270.0-279.9	E8330-E889	
		二、性早熟 (72)	270.0-279.9	H49811-H49819	
		二、性早熟 (72)	270.0-279.9	J8482	
		二、性早熟 (72)	270.0-279.9	M1A00X0-M109	含 M1A00X0-M1A9XX1

總額	內分泌及代謝疾病(05)	名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM	備註
		二、性早熟（72）	270.0-279.9	M359	
		二、性早熟（72）	270.0-279.9	N200	
		二、性早熟（72）	251.0-259.9	E15-E200	
		二、性早熟（72）	251.0-259.9	E208-E35	
		二、性早熟（72）	251.0-259.9	E891-E896	
		二、性早熟（72）	251.0-259.9	N981	
	副甲狀腺機能低下症(80)	二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	C880	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	C965-C966	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	D472	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	D800-D849	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	D890-D899	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	E201	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	E65-E749	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	E7521-E7522	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	E75240-E75249	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	E753	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	E755-E756	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	E7601-E789	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	E791-E8319	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	E8330-E889	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	H49811-H49819	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	J8482	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	M1A00X0-M109	含 M1A00X0- M1A9XX1
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	M359	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	N200	

總額	內分泌及代謝疾病(05)	名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM	備註
		二、副甲狀腺機能低下症(80)	251.0-259.9	E15-E200	
		二、副甲狀腺機能低下症(80)	251.0-259.9	E208-E35	
		二、副甲狀腺機能低下症(80)	251.0-259.9	E891-E896	
		二、副甲狀腺機能低下症(80)	251.0-259.9	N981	
	性腺低能症(Hypogonadism)(93)	二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	C880	
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	C965-C966	
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	D472	
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	D800-D849	
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	D890-D899	
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	E201	
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	E65-E749	
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	E7521-E7522	
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	E75240-E75249	
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	E753	
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	E755-E756	
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	E7601-E789	
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	E791-E8319	
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	E8330-E889	
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	H49811-H49819	
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	J8482	
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	M1A00X0-M109	含M1A00X0-M1A9XX1
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	M359	

總額	內分泌及代謝疾病(05)	名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM	備註
		二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	270.0-279.9	N200	
		二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	251.0-259.9	E15-E200	
		二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	251.0-259.9	E208-E35	
		二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	251.0-259.9	E891-E896	
		二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	251.0-259.9	N981	

「023-西醫基層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」

循環疾病慢性病案件附表

總額	循環疾病	名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM	備註
西醫基層	心臟病(11)	五、心臟病（11）	393-398.99	I050-I099	
		五、心臟病（11）	410.00-410.92	I2101-I229	
		五、心臟病（11）	411.0-414.9	I200-I209	
		五、心臟病（11）	411.0-414.9	I240-I259	
		五、心臟病（11）	427.0-427.9	I462-I499	
		五、心臟病（11）	427.0-427.9	R001	
		五、心臟病（11）	428.0-429.9	I230-I238	
		五、心臟病（11）	428.0-429.9	I2510	
		五、心臟病（11）	428.0-429.9	I501-I52	
		五、心臟病（11）	428.0-429.9	I970-I97191	
	高血壓(02)	五、高血壓（02）	402.00-402.91	I110-I119	
		五、高血壓（02）	405.01-405.99	I150-I159	
		五、高血壓（02）	405.01-405.99	N262	
	腦血管病變(14)	五、腦血管病變（14）	430-434.9	I6000-I669	
		五、腦血管病變（14）	436	I6789	
		五、腦血管病變（14）	437.0	I672	
	動脈粥樣硬化(57)	五、動脈粥樣硬化（57）	440.0-440.9	I700-I7092	
		五、動脈粥樣硬化（57）	440.0-440.9	I75011-I7589	
	動脈栓塞及血栓症(58)	五、動脈栓塞及血栓症（58）	444.0-444.9	I7401-I749	
	雷諾氏病(26)	五、雷諾氏病（26）	441.0-443.9	I7100-I739	
		五、雷諾氏病（26）	441.0-443.9	I7771-I7779	
		五、雷諾氏病（26）	441.0-443.9	I790-I798	
		五、雷諾氏病（26）	446.0-448.9	I770-I776	
		五、雷諾氏病（26）	446.0-448.9	I7789-I789	
		五、雷諾氏病（26）	446.0-448.9	M300-M319	
	川崎病併發心臟血管異常者(78)	五、川崎病併發心臟血管異常者（78）	441.0-443.9	I7100-I739	
		五、川崎病併發心臟血管異常者（78）	441.0-443.9	I7771-I7779	
		五、川崎病併發心臟血管異常者（78）	441.0-443.9	I790-I798	
		五、川崎病併發心臟血管異常者（78）	446.0-448.9	I770-I776	
		五、川崎病併發心臟血管異常者（78）	446.0-448.9	I7789-I789	
		五、川崎病併發心臟血管異常者（78）	446.0-448.9	M300-M319	

- 023指標版本：實施起日 106年2月1日(費用年月)～111年6月30日

指標名稱	023-西醫基層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
實施目的	降低不當之用藥型態
指標定義	分子－門診慢性病案件開藥天數小於等於21日之案件數 分母－門診慢性病案件數 *慢性病案件：新陳代謝及心血管兩系統疾病之慢性病案件（主、次任一診斷皆納入，診斷代碼詳附件(詳附表) <u>排除條件：</u> 3. 前述慢性病案件少於30件之診所。 4. <u>就醫科別為眼科且主、次任一診斷為E113。</u>
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	<u>占率</u>超過<u>閾值</u>，超過部分之申報總診察費不予支付。 不予支付點數＝[(慢性病開藥天數小於等於21日案件占率－<u>閾值</u>)/慢性病開藥天數小於等於21日案件占率]×慢性病開藥天數小於等於21日案件之申報總診察費。 <u>閾值：87%</u>
衛生福利部核准日期及文號	中華民國105年12月20日衛部保字第1051260756號函
健保署公告日期及文號	中華民國106年1月9日健保審字第1050036989號
實施起日	106年2月1日(費用年月)～111年6月30日（費用年月）

「023-西醫基層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」新陳代謝系統慢性病案件附表

總額	內分泌及代謝疾病(05)	名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM	備註
西醫基層	甲狀腺機能障礙	二、甲狀腺機能障礙 (05)	240.0-246.9	E000-E079	
		二、甲狀腺機能障礙 (05)	240.0-246.9	E35	
		二、甲狀腺機能障礙 (05)	240.0-246.9	E890	
	糖尿病(01)	二、糖尿病 (01)	250.00-250.91	E0800-E139(<u>不含就醫科別為眼科且診斷碼為 E113</u>)	
	高血脂症(19)	二、高血脂症 (19)	272.0-272.1	E780-E781	
	威爾遜氏症 (48)	二、威爾遜氏症 (48)	270.0-279.9	C880	
		二、威爾遜氏症 (48)	270.0-279.9	C965-C966	
		二、威爾遜氏症 (48)	270.0-279.9	D472	
		二、威爾遜氏症 (48)	270.0-279.9	D800-D849	
		二、威爾遜氏症 (48)	270.0-279.9	D890-D899	
		二、威爾遜氏症 (48)	270.0-279.9	E201	
		二、威爾遜氏症 (48)	270.0-279.9	E65-E749	
		二、威爾遜氏症 (48)	270.0-279.9	E7521-E7522	
		二、威爾遜氏症 (48)	270.0-279.9	E75240-E75249	
		二、威爾遜氏症 (48)	270.0-279.9	E753	
		二、威爾遜氏症 (48)	270.0-279.9	E755-E756	
		二、威爾遜氏症 (48)	270.0-279.9	E7601-E789	
		二、威爾遜氏症 (48)	270.0-279.9	E791-E8319	
		二、威爾遜氏症 (48)	270.0-279.9	E8330-E889	
		二、威爾遜氏症 (48)	270.0-279.9	H49811-H49819	
		二、威爾遜氏症 (48)	270.0-279.9	J8482	
		二、威爾遜氏症 (48)	270.0-279.9	M1A00X0-M109	含 M1A00X0-M1A9XX1
		二、威爾遜氏症 (48)	270.0-279.9	M359	
		二、威爾遜氏症 (48)	270.0-279.9	N200	
		二、威爾遜氏症 (48)	251.0-259.9	E15-E200	
		二、威爾遜氏症 (48)	251.0-259.9	E208-E35	
		二、威爾遜氏症 (48)	251.0-259.9	E891-E896	
		二、威爾遜氏症 (48)	251.0-259.9	N981	
	痛風(07)	二、痛風 (07)	270.0-279.9	C880	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	C965-C966	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	D472	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	D800-D849	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	D890-D899	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	E201	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	E65-E749	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	E7521-E7522	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	E75240-E75249	

總額	內分泌及代謝疾病(05)	名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM	備註
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	E753	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	E755-E756	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	E7601-E789	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	E791-E8319	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	E8330-E889	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	H49811-H49819	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	J8482	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	M1A00X0-M109	含 M1A00X0- M1A9XX1
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	M359	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	N200	
		二、痛風 (07)	251.0-259.9	E15-E200	
		二、痛風 (07)	251.0-259.9	E208-E35	
		二、痛風 (07)	251.0-259.9	E891-E896	
		二、痛風 (07)	251.0-259.9	N981	
	天皰瘡(30)	二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	C880	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	C965-C966	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	D472	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	D800-D849	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	D890-D899	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	E201	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	E65-E749	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	E7521-E7522	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	E75240-E75249	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	E753	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	E755-E756	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	E7601-E789	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	E791-E8319	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	E8330-E889	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	H49811-H49819	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	J8482	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	M1A00X0-M109	含 M1A00X0- M1A9XX1
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	M359	
		二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	N200	
		二、天皰瘡 (30)	251.0-259.9	E15-E200	
		二、天皰瘡 (30)	251.0-259.9	E208-E35	
		二、天皰瘡 (30)	251.0-259.9	E891-E896	
		二、天皰瘡 (30)	251.0-259.9	N981	
	皮膚炎(31)	二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	C880	
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	C965-C966	
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	D472	

總額	內分泌及代謝疾病(05)	名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM	備註
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	D800-D849	
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	D890-D899	
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	E201	
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	E65-E749	
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	E7521-E7522	
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	E75240-E75249	
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	E753	
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	E755-E756	
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	E7601-E789	
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	E791-E8319	
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	E8330-E889	
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	H49811-H49819	
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	J8482	
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	M1A00X0-M109	含 M1A00X0- M1A9XX1
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	M359	
		二、皮膚炎 (31)	270.0-279.9	N200	
		二、皮膚炎 (31)	251.0-259.9	E15-E200	
		二、皮膚炎 (31)	251.0-259.9	E208-E35	
		二、皮膚炎 (31)	251.0-259.9	E891-E896	
		二、皮膚炎 (31)	251.0-259.9	N981	
	腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	C880	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	C965-C966	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	D472	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	D800-D849	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	D890-D899	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	E201	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	E65-E749	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	E7521-E7522	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	E75240-E75249	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	E753	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	E755-E756	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	E7601-E789	

總額	內分泌及代謝疾病(05)	名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM	備註
		障礙 (70)			
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	E791-E8319	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	E8330-E889	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	H49811-H49819	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	J8482	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	M1A00X0-M109	含 M1A00X0- M1A9XX1
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	M359	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	N200	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	251.0-259.9	E15-E200	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	251.0-259.9	E208-E35	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	251.0-259.9	E891-E896	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	251.0-259.9	N981	
	腦下垂體病變引發內分泌障礙(71)	二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	C880	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	C965-C966	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	D472	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	D800-D849	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	D890-D899	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	E201	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	E65-E749	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	E7521-E7522	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	E75240-E75249	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	E753	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	E755-E756	

總額	內分泌及代謝疾病(05)	名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM	備註
		泌障礙 (71)			
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	E7601-E789	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	E791-E8319	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	E8330-E889	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	H49811-H49819	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	J8482	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	M1A00X0-M109	含 M1A00X0-M1A9XX1
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	M359	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	270.0-279.9	N200	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	251.0-259.9	E15-E200	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	251.0-259.9	E208-E35	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	251.0-259.9	E891-E896	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	251.0-259.9	N981	
	性早熟(72)	二、性早熟 (72)	270.0-279.9	C880	
		二、性早熟 (72)	270.0-279.9	C965-C966	
		二、性早熟 (72)	270.0-279.9	D472	
		二、性早熟 (72)	270.0-279.9	D800-D849	
		二、性早熟 (72)	270.0-279.9	D890-D899	
		二、性早熟 (72)	270.0-279.9	E201	
		二、性早熟 (72)	270.0-279.9	E65-E749	
		二、性早熟 (72)	270.0-279.9	E7521-E7522	
		二、性早熟 (72)	270.0-279.9	E75240-E75249	
		二、性早熟 (72)	270.0-279.9	E753	
		二、性早熟 (72)	270.0-279.9	E755-E756	
		二、性早熟 (72)	270.0-279.9	E7601-E789	
		二、性早熟 (72)	270.0-279.9	E791-E8319	
		二、性早熟 (72)	270.0-279.9	E8330-E889	
		二、性早熟 (72)	270.0-279.9	H49811-H49819	
		二、性早熟 (72)	270.0-279.9	J8482	
		二、性早熟 (72)	270.0-279.9	M1A00X0-M109	含 M1A00X0-M1A9XX1

總額	內分泌及代謝疾病(05)	名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM	備註
		二、性早熟（72）	270.0-279.9	M359	
		二、性早熟（72）	270.0-279.9	N200	
		二、性早熟（72）	251.0-259.9	E15-E200	
		二、性早熟（72）	251.0-259.9	E208-E35	
		二、性早熟（72）	251.0-259.9	E891-E896	
		二、性早熟（72）	251.0-259.9	N981	
	副甲狀腺機能低下症(80)	二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	C880	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	C965-C966	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	D472	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	D800-D849	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	D890-D899	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	E201	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	E65-E749	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	E7521-E7522	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	E75240-E75249	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	E753	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	E755-E756	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	E7601-E789	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	E791-E8319	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	E8330-E889	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	H49811-H49819	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	J8482	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	M1A00X0-M109	含 M1A00X0- M1A9XX1
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	M359	
		二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	N200	

總額	內分泌及代謝疾病(05)	名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM	備註
		二、副甲狀腺機能低下症(80)	251.0-259.9	E15-E200	
		二、副甲狀腺機能低下症(80)	251.0-259.9	E208-E35	
		二、副甲狀腺機能低下症(80)	251.0-259.9	E891-E896	
		二、副甲狀腺機能低下症(80)	251.0-259.9	N981	
	性腺低能症(Hypogonadism)(93)	二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	C880	
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	C965-C966	
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	D472	
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	D800-D849	
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	D890-D899	
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	E201	
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	E65-E749	
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	E7521-E7522	
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	E75240-E75249	
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	E753	
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	E755-E756	
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	E7601-E789	
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	E791-E8319	
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	E8330-E889	
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	H49811-H49819	
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	J8482	
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	M1A00X0-M109	含M1A00X0-M1A9XX1
		二、性腺低能症(Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	M359	

總額	內分泌及代謝疾病(05)	名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM	備註
		二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	270.0-279.9	N200	
		二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	251.0-259.9	E15-E200	
		二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	251.0-259.9	E208-E35	
		二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	251.0-259.9	E891-E896	
		二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	251.0-259.9	N981	

「023-西醫基層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」

循環疾病慢性病案件附表

總額	循環疾病	名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM	備註
西醫基層	心臟病(11)	五、心臟病 (11)	393-398.99	I050-I099	
		五、心臟病 (11)	410.00-410.92	I2101-I229	
		五、心臟病 (11)	411.0-414.9	I200-I209	
		五、心臟病 (11)	411.0-414.9	I240-I259	
		五、心臟病 (11)	427.0-427.9	I462-I499	
		五、心臟病 (11)	427.0-427.9	R001	
		五、心臟病 (11)	428.0-429.9	I230-I238	
		五、心臟病 (11)	428.0-429.9	I2510	
		五、心臟病 (11)	428.0-429.9	I501-I52	
		五、心臟病 (11)	428.0-429.9	I970-I97191	
	高血壓(02)	五、高血壓 (02)	402.00-402.91	I110-I119	
		五、高血壓 (02)	405.01-405.99	I150-I159	
		五、高血壓 (02)	405.01-405.99	N262	
	腦血管病變(14)	五、腦血管病變 (14)	430-434.9	I6000-I669	
		五、腦血管病變 (14)	436	I6789	
		五、腦血管病變 (14)	437.0	I672	
	動脈粥樣硬化(57)	五、動脈粥樣硬化 (57)	440.0-440.9	I700-I7092	
		五、動脈粥樣硬化 (57)	440.0-440.9	I75011-I7589	
	動脈栓塞及血栓症(58)	五、動脈栓塞及血栓症 (58)	444.0-444.9	I7401-I749	
	雷諾氏病(26)	五、雷諾氏病 (26)	441.0-443.9	I7100-I739	
		五、雷諾氏病 (26)	441.0-443.9	I7771-I7779	
		五、雷諾氏病 (26)	441.0-443.9	I790-I798	
		五、雷諾氏病 (26)	446.0-448.9	I770-I776	
		五、雷諾氏病 (26)	446.0-448.9	I7789-I789	
		五、雷諾氏病 (26)	446.0-448.9	M300-M319	
	川崎病併發心臟血管異常者(78)	五、川崎病併發心臟血管異常者 (78)	441.0-443.9	I7100-I739	
		五、川崎病併發心臟血管異常者 (78)	441.0-443.9	I7771-I7779	
		五、川崎病併發心臟血管異常者 (78)	441.0-443.9	I790-I798	
		五、川崎病併發心臟血管異常者 (78)	446.0-448.9	I770-I776	
		五、川崎病併發心臟血管異常者 (78)	446.0-448.9	I7789-I789	
		五、川崎病併發心臟血管異常者 (78)	446.0-448.9	M300-M319	

● 023指標版本：實施起迄日 105年1月1日（費用年月）~106年1月31日(費用年月)

指標名稱	023-西醫基層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
實施目的	降低不當之用藥型態
指標定義	分子—門診慢性病案件開藥天數小於等於21日之案件數 分母—門診慢性病案件數 *慢性病案件：新陳代謝及心血管兩系統疾病之慢性病案件（主、次任一診斷皆納入，診斷代碼詳附件(詳附表)，採用版本為 ICD-9-CM 2001年版） *排除前述慢性病案件少於30件之診所。
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87%，超過部份之申報總診察費不予支付。 不予支付點數＝（（慢性病開藥天數小於等於21日案件占率－87%））/慢性病開藥天數小於等於21日案件占率）×慢性病開藥天數小於等於21日案件之申報總診察費。
衛生福利部核准日期及文號	中華民國104年6月3日衛部保字第1040014763號函
健保署公告日期及文號	中華民國104年6月23日健保審字第1040035716號
實施起日	105年1月1日（費用年月）~106年1月31日(費用年月)

「023-西醫基層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」新陳代謝系統慢性病案件附表

總額	名稱	內分泌及代謝疾病(05)	名稱	ICD-9-CM	ICD-10-CM/PCS	備註
西醫基層	023-西醫基層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	甲狀腺機能障礙	二、甲狀腺機能障礙(05)	240.0-246.9	E000-E079	
			二、甲狀腺機能障礙(05)	240.0-246.9	E35	
			二、甲狀腺機能障礙(05)	240.0-246.9	E890	
		糖尿病(01)	二、糖尿病(01)	250.00-250.91	E0800-E139	
		高血脂症(19)	二、高血脂症(19)	272.0-272.1	E780-E781	
		威爾遜氏症(48)	二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	C880	
			二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	C965-C966	
			二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	D472	
			二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	D800-D849	
			二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	D890-D899	
			二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	E201	
			二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	E65-E749	
			二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	E7521-E7522	
			二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	E75240-E75249	
			二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	E753	
			二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	E755-E756	
			二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	E7601-E789	
			二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	E791-E8319	

		二、威爾遜氏症 (48)	270.0-279.9	E8330-E889	
		二、威爾遜氏症 (48)	270.0-279.9	H49811- H49819	
		二、威爾遜氏症 (48)	270.0-279.9	J8482	
		二、威爾遜氏症 (48)	270.0-279.9	M1A00X0- M109	含 M1A00X0- M1A9XX1
		二、威爾遜氏症 (48)	270.0-279.9	M359	
		二、威爾遜氏症 (48)	270.0-279.9	N200	
		二、威爾遜氏症 (48)	251.0-259.9	E15-E200	
		二、威爾遜氏症 (48)	251.0-259.9	E208-E35	
		二、威爾遜氏症 (48)	251.0-259.9	E891-E896	
		二、威爾遜氏症 (48)	251.0-259.9	N981	
	痛風(07)	二、痛風 (07)	270.0-279.9	C880	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	C965-C966	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	D472	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	D800-D849	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	D890-D899	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	E201	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	E65-E749	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	E7521-E7522	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	E75240- E75249	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	E753	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	E755-E756	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	E7601-E789	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	E791-E8319	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	E8330-E889	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	H49811- H49819	
		二、痛風 (07)	270.0-279.9	J8482	

			二、痛風(07)	270.0-279.9	M1A00X0-M109	含 M1A00X0-M1A9XX1
			二、痛風(07)	270.0-279.9	M359	
			二、痛風(07)	270.0-279.9	N200	
			二、痛風(07)	251.0-259.9	E15-E200	
			二、痛風(07)	251.0-259.9	E208-E35	
			二、痛風(07)	251.0-259.9	E891-E896	
			二、痛風(07)	251.0-259.9	N981	
		天皰瘡 (30)	二、天皰瘡 (30)	270.0-279.9	C880	
			二、天皰瘡(30)	270.0-279.9	C965-C966	
			二、天皰瘡(30)	270.0-279.9	D472	
			二、天皰瘡(30)	270.0-279.9	D800-D849	
			二、天皰瘡(30)	270.0-279.9	D890-D899	
			二、天皰瘡(30)	270.0-279.9	E201	
			二、天皰瘡(30)	270.0-279.9	E65-E749	
			二、天皰瘡(30)	270.0-279.9	E7521-E7522	
			二、天皰瘡(30)	270.0-279.9	E75240-E75249	
			二、天皰瘡(30)	270.0-279.9	E753	
			二、天皰瘡(30)	270.0-279.9	E755-E756	
			二、天皰瘡(30)	270.0-279.9	E7601-E789	
			二、天皰瘡(30)	270.0-279.9	E791-E8319	
			二、天皰瘡(30)	270.0-279.9	E8330-E889	
			二、天皰瘡(30)	270.0-279.9	H49811-H49819	
			二、天皰瘡(30)	270.0-279.9	J8482	
			二、天皰瘡(30)	270.0-279.9	M1A00X0-M109	含 M1A00X0-M1A9XX1
			二、天皰瘡(30)	270.0-279.9	M359	
			二、天皰瘡(30)	270.0-279.9	N200	
			二、天皰瘡(30)	251.0-259.9	E15-E200	
			二、天皰瘡(30)	251.0-259.9	E208-E35	
			二、天皰瘡(30)	251.0-259.9	E891-E896	
			二、天皰瘡(30)	251.0-259.9	N981	
		皮膚炎 (31)	二、皮膚炎(31)	270.0-279.9	C880	
			二、皮膚炎(31)	270.0-279.9	C965-C966	
			二、皮膚炎(31)	270.0-279.9	D472	
			二、皮膚炎(31)	270.0-279.9	D800-D849	

		二、皮膚炎(31)	270.0-279.9	D890-D899	
		二、皮膚炎(31)	270.0-279.9	E201	
		二、皮膚炎(31)	270.0-279.9	E65-E749	
		二、皮膚炎(31)	270.0-279.9	E7521-E7522	
		二、皮膚炎(31)	270.0-279.9	E75240- E75249	
		二、皮膚炎(31)	270.0-279.9	E753	
		二、皮膚炎(31)	270.0-279.9	E755-E756	
		二、皮膚炎(31)	270.0-279.9	E7601-E789	
		二、皮膚炎(31)	270.0-279.9	E791-E8319	
		二、皮膚炎(31)	270.0-279.9	E8330-E889	
		二、皮膚炎(31)	270.0-279.9	H49811- H49819	
		二、皮膚炎(31)	270.0-279.9	J8482	
		二、皮膚炎(31)	270.0-279.9	M1A00X0- M109	含 M1A00X0- M1A9XX1
		二、皮膚炎(31)	270.0-279.9	M359	
		二、皮膚炎(31)	270.0-279.9	N200	
		二、皮膚炎(31)	251.0-259.9	E15-E200	
		二、皮膚炎(31)	251.0-259.9	E208-E35	
		二、皮膚炎(31)	251.0-259.9	E891-E896	
		二、皮膚炎(31)	251.0-259.9	N981	
	腎上腺病變引發內分泌障礙 (70)	二、腎上腺病變 引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	C880	
		二、腎上腺病變 引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	C965-C966	
		二、腎上腺病變 引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	D472	
		二、腎上腺病變 引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	D800-D849	
		二、腎上腺病變 引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	D890-D899	
		二、腎上腺病變 引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	E201	

		二、腎上腺病變 引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	E65-E749	
		二、腎上腺病變 引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	E7521-E7522	
		二、腎上腺病變 引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	E75240- E75249	
		二、腎上腺病變 引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	E753	
		二、腎上腺病變 引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	E755-E756	
		二、腎上腺病變 引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	E7601-E789	
		二、腎上腺病變 引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	E791-E8319	
		二、腎上腺病變 引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	E8330-E889	
		二、腎上腺病變 引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	H49811- H49819	
		二、腎上腺病變 引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	J8482	
		二、腎上腺病變 引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	M1A00X0- M109	含 M1A00X0- M1A9XX1
		二、腎上腺病變 引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	M359	
		二、腎上腺病變 引發內分泌障礙 (70)	270.0-279.9	N200	

		二、腎上腺病變 引發內分泌障礙 (70)	251.0-259.9	E15-E200	
		二、腎上腺病變 引發內分泌障礙 (70)	251.0-259.9	E208-E35	
		二、腎上腺病變 引發內分泌障礙 (70)	251.0-259.9	E891-E896	
		二、腎上腺病變 引發內分泌障礙 (70)	251.0-259.9	N981	
	腦下垂體 病變引發 內分泌障 礙(71)	二、腦下垂體病 變引發內分泌障 礙(71)	270.0-279.9	C880	
		二、腦下垂體病 變引發內分泌障 礙(71)	270.0-279.9	C965-C966	
		二、腦下垂體病 變引發內分泌障 礙(71)	270.0-279.9	D472	
		二、腦下垂體病 變引發內分泌障 礙(71)	270.0-279.9	D800-D849	
		二、腦下垂體病 變引發內分泌障 礙(71)	270.0-279.9	D890-D899	
		二、腦下垂體病 變引發內分泌障 礙(71)	270.0-279.9	E201	
		二、腦下垂體病 變引發內分泌障 礙(71)	270.0-279.9	E65-E749	
		二、腦下垂體病 變引發內分泌障 礙(71)	270.0-279.9	E7521-E7522	
		二、腦下垂體病 變引發內分泌障 礙(71)	270.0-279.9	E75240- E75249	

		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙（71）	270.0-279.9	E753	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙（71）	270.0-279.9	E755-E756	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙（71）	270.0-279.9	E7601-E789	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙（71）	270.0-279.9	E791-E8319	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙（71）	270.0-279.9	E8330-E889	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙（71）	270.0-279.9	H49811-H49819	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙（71）	270.0-279.9	J8482	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙（71）	270.0-279.9	M1A00X0-M109	含 M1A00X0-M1A9XX1
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙（71）	270.0-279.9	M359	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙（71）	270.0-279.9	N200	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙（71）	251.0-259.9	E15-E200	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙（71）	251.0-259.9	E208-E35	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙（71）	251.0-259.9	E891-E896	

		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71)	251.0-259.9	N981	
	性早熟 (72)	二、性早熟(72)	270.0-279.9	C880	
		二、性早熟(72)	270.0-279.9	C965-C966	
		二、性早熟(72)	270.0-279.9	D472	
		二、性早熟(72)	270.0-279.9	D800-D849	
		二、性早熟(72)	270.0-279.9	D890-D899	
		二、性早熟(72)	270.0-279.9	E201	
		二、性早熟(72)	270.0-279.9	E65-E749	
		二、性早熟(72)	270.0-279.9	E7521-E7522	
		二、性早熟(72)	270.0-279.9	E75240- E75249	
		二、性早熟(72)	270.0-279.9	E753	
		二、性早熟(72)	270.0-279.9	E755-E756	
		二、性早熟(72)	270.0-279.9	E7601-E789	
		二、性早熟(72)	270.0-279.9	E791-E8319	
		二、性早熟(72)	270.0-279.9	E8330-E889	
		二、性早熟(72)	270.0-279.9	H49811- H49819	
		二、性早熟(72)	270.0-279.9	J8482	
		二、性早熟(72)	270.0-279.9	M1A00X0- M109	含 M1A00X0- M1A9XX1
		二、性早熟(72)	270.0-279.9	M359	
		二、性早熟(72)	270.0-279.9	N200	
		二、性早熟(72)	251.0-259.9	E15-E200	
		二、性早熟(72)	251.0-259.9	E208-E35	
		二、性早熟(72)	251.0-259.9	E891-E896	
		二、性早熟(72)	251.0-259.9	N981	
	副甲狀腺機能低下症(80)	二、副甲狀腺機能低下症 (80)	270.0-279.9	C880	
		二、副甲狀腺機能低下症 (80)	270.0-279.9	C965-C966	
		二、副甲狀腺機能低下症 (80)	270.0-279.9	D472	
		二、副甲狀腺機能低下症 (80)	270.0-279.9	D800-D849	
		二、副甲狀腺機能低下症 (80)	270.0-279.9	D890-D899	

	二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	E201	
	二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	E65-E749	
	二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	E7521-E7522	
	二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	E75240-E75249	
	二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	E753	
	二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	E755-E756	
	二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	E7601-E789	
	二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	E791-E8319	
	二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	E8330-E889	
	二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	H49811-H49819	
	二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	J8482	
	二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	M1A00X0-M109	含 M1A00X0-M1A9XX1
	二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	M359	
	二、副甲狀腺機能低下症（80）	270.0-279.9	N200	
	二、副甲狀腺機能低下症（80）	251.0-259.9	E15-E200	
	二、副甲狀腺機能低下症（80）	251.0-259.9	E208-E35	
	二、副甲狀腺機能低下症（80）	251.0-259.9	E891-E896	
	二、副甲狀腺機能低下症（80）	251.0-259.9	N981	
性腺低能症 （Hypogo	二、性腺低能症（Hypogonadism）（93）	270.0-279.9	C880	

		nadism) (93)	二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	270.0-279.9	C965-C966	
			二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	270.0-279.9	D472	
			二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	270.0-279.9	D800-D849	
			二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	270.0-279.9	D890-D899	
			二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	270.0-279.9	E201	
			二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	270.0-279.9	E65-E749	
			二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	270.0-279.9	E7521-E7522	
			二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	270.0-279.9	E75240- E75249	
			二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	270.0-279.9	E753	
			二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	270.0-279.9	E755-E756	
			二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	270.0-279.9	E7601-E789	
			二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	270.0-279.9	E791-E8319	
			二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	270.0-279.9	E8330-E889	

		二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	270.0-279.9	H49811- H49819	
		二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	270.0-279.9	J8482	
		二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	270.0-279.9	M1A00X0- M109	含 M1A00X0- M1A9XX1
		二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	270.0-279.9	M359	
		二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	270.0-279.9	N200	
		二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	251.0-259.9	E15-E200	
		二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	251.0-259.9	E208-E35	
		二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	251.0-259.9	E891-E896	
		二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	251.0-259.9	N981	

「023-西醫基層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」

循環疾病慢性病案件附表

總額	名稱	循環疾病	名稱	ICD-9-CM	ICD-10-CM/PCS	備註
西醫基層	023-西醫基層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	心臟病(11)	五、心臟病(11)	393-398.99	I050-I099	
			五、心臟病(11)	410.00-410.92	I2101-I229	
			五、心臟病(11)	411.0-414.9	I200-I209	
			五、心臟病(11)	411.0-414.9	I240-I259	
			五、心臟病(11)	427.0-427.9	I462-I499	
			五、心臟病(11)	427.0-427.9	R001	
			五、心臟病(11)	428.0-429.9	I230-I238	
			五、心臟病(11)	428.0-429.9	I2510	
			五、心臟病(11)	428.0-429.9	I501-I52	
			五、心臟病(11)	428.0-429.9	I970-I97191	
		高血壓(02)	五、高血壓(02)	402.00-402.91	I110-I119	
			五、高血壓(02)	405.01-405.99	I150-I159	
			五、高血壓(02)	405.01-405.99	N262	
		腦血管病變(14)	五、腦血管病變(14)	430-434.9	I6000-I669	
			五、腦血管病變(14)	436	I6789	
			五、腦血管病變(14)	437.0	I672	
		動脈粥樣硬化(57)	五、動脈粥樣硬化(57)	440.0-440.9	I700-I7092	
			五、動脈粥樣硬化(57)	440.0-440.9	I75011-I7589	
		動脈栓塞及血拴症(58)	五、動脈栓塞及血拴症(58)	444.0-444.9	I7401-I749	
		雷諾氏病(26)	五、雷諾氏病(26)	441.0-443.9	I7100-I739	
			五、雷諾氏病(26)	441.0-443.9	I7771-I7779	
			五、雷諾氏病(26)	441.0-443.9	I790-I798	
			五、雷諾氏病(26)	446.0-448.9	I770-I776	
			五、雷諾氏病(26)	446.0-448.9	I7789-I789	
			五、雷諾氏病(26)	446.0-448.9	M300-M319	

		五、川崎病併發心臟血管異常者 (78)	441.0-443.9	I7100-I739	
		五、川崎病併發心臟血管異常者 (78)	441.0-443.9	I7771-I7779	
		五、川崎病併發心臟血管異常者 (78)	441.0-443.9	I790-I798	
	川崎病併發心臟血管異常者 (78)	五、川崎病併發心臟血管異常者 (78)	446.0-448.9	I770-I776	
		五、川崎病併發心臟血管異常者 (78)	446.0-448.9	I7789-I789	
		五、川崎病併發心臟血管異常者 (78)	446.0-448.9	M300-M319	

- 023指標版本：實施起迄日 96年2月1日（費用年月）~104年12月31日

指標名稱	023-西醫基層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
實施目的	降低不當之用藥型態
指標定義	分子—門診慢性病案件開藥天數小於等於21日之案件數 分母—門診慢性病案件數 *慢性病案件：新陳代謝及心血管兩系統疾病之慢性病案件（主、次任一診斷皆納入，診斷代碼詳附件，採用版本為 ICD-9-CM 2001年版） *排除前述慢性病案件少於30件之診所。
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87%，超過部份之申報總診察費不予支付。 不予支付點數＝（（慢性病開藥天數小於等於21日案件占率－87%））/慢性病開藥天數小於等於21日案件占率）×慢性病開藥天數小於等於21日案件之申報總診察費。
衛生署核准日期及文號	中華民國95年12月15日衛署健保字第0952600595號函
健保局公告日期及文號	中華民國96年1月3日健保審字第0950032988號
實施起日	96年2月1日（費用年月）~104年12月31日

➤ 025-西醫基層門診 Psyllium HUSK 處方率居於同儕極端值

[最新公告停止辦理起日111年7月1日(費用年月)；最初實施起日96年2月1日(費用年月)]

- 025指標版本：停止辦理起日 111年7月1日(費用年月)停止辦理

指標名稱	025-西醫基層門診 PSYLLIUM HUSK 處方率居於同儕極端值 (本指標刪除)
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 PSYLLIUM HUSK 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、A、B、C、D 其中一種）。 排除預防保健(A3)、老人流感疫苗注射(D2)案件；排除診察費為0案件。 PSYLLIUM HUSK 藥品：ATC 分類為 A06AC01。
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	處方率超過閾值，超過部分該藥品總申報點數不予支付。 不予支付點數=[(院所處方率－閾值) / 院所處方率]×該藥品總申報點數（四捨五入至整數） 閾值：0.1%
停止辦理起日	111年7月1日(費用年月)停止辦理

- 025指標版本：實施起日 106年2月1日(費用年月)~111年6月30日

指標名稱	025-西醫基層門診 PSYLLIUM HUSK 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 PSYLLIUM HUSK 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)案件；排除診察費為0案件。 PSYLLIUM HUSK 藥品：<u>ATC 分類為 A06AC01。</u>
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	<u>處方率</u>超過<u>閾值</u>，超過部分該藥品總申報點數不予支付。 不予支付點數=[（院所處方率－<u>閾值</u>）/ 院所處方率]×該藥品總申報點數（四捨五入至整數） <u>閾值：0.1%</u>
衛生福利部核准日期及文號	中華民國105年12月20日衛部保字第1051260756號函
健保署公告日期及文號	中華民國106年1月9日健保審字第1050036989號
實施起日	106年2月1日(費用年月)~111年6月30日（費用年月）

- 025指標版本：實施起迄日 96年2月1日(費用年月)~106年1月31日(費用年月)

指標名稱	025-西醫基層門診 PSYLLIUM HUSK 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 PSYLLIUM HUSK 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其中一種）。 排除預防保健(A3)、老人流感疫苗注射(D2)案件；排除診察費為0案件。 PSYLLIUM HUSK 成分藥品品項： 'B0214581BD','B014837123','B0148371AH','A0309121AH', 'A0309131AH','B020091155','B020092155','B0238821EZ'
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0.19%，超過部份該藥品總申報點數不予支付。 不予支付點數＝（（院所處方率－0.19%）／（院所處方率））＊該藥品總申報點數（四捨五入至整數）
衛生署核准日期及文號	中華民國95年12月15日衛署健保字第0952600595號函
健保局公告日期及文號	中華民國96年1月3日健保審字第0950032988號
實施起日	96年2月1日(費用年月)~106年1月31日(費用年月)

➤ 026-西醫基層門診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111年7月1日(費用年月)；最初實施起日96年2月1日(費用年月)]

- 026指標版本：停止辦理起日 111年7月1日(費用年月)停止辦理

指標名稱	026-西醫基層門診2歲以下幼兒使用 CODEINE 成分之處方藥品比率過高 <u>(本指標刪除)</u>
實施目的	幼兒用藥安全管理
指標定義	分子：門診2歲以下病人使用 CODEINE 成分之處方藥品件數。 分母：門診2歲以下病人件數。 ※2歲以下為就醫年月-出生年月≤24。 ※CODEINE 成分之處方藥品為成分代碼為2808800110之處方藥品
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	超過比率之案件，醫療費用全額核減 門診2歲以下病人使用 CODEINE 成分之處方藥品件數僅為「1件」者不予核減。 不予支付點數＝（院所使用比率- 0.94%）*2歲以下病人件數*使用 CODEINE 成分之處方藥品案件平均每件醫療費用
停止辦理起日	111年7月1日(費用年月)停止辦理

- 026指標版本：實施起日 108年6月1日（費用年月）--111年6月30日

指標名稱	026-西醫基層門診2歲以下幼兒使用 CODEINE 製劑 <u>成分之處方藥品</u> 比率過高
實施目的	幼兒用藥安全管理
指標定義	分子：門診2歲以下病人使用 CODEINE 製劑<u>成分之處方藥品</u>件數。 分母：門診2歲以下病人件數。 ※2歲以下為就醫年月-出生年月≤24。 ※CODEINE 製劑<u>成分之處方藥品</u>為成分代碼為2808800110之<u>處方藥品</u>
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	超過比率之案件，醫療費用全額核減 門診2歲以下病人使用 CODEINE 製劑<u>成分之處方藥品</u>件數僅為「1件」者不予核減。 不予支付點數＝（院所使用比率- 0.94%）*2歲以下病人件數*使用 CODEINE 製劑<u>成分之處方藥品</u>案件平均每件醫療費用
衛生福利部核准日期及文號	108年4月9日衛部保字第1081260113號函
健保署公告日期及文號	108年4月16日健保審字第1080004880號
實施起日	108年6月1日（費用年月）～111年6月30日（費用年月）

- 026指標版本：實施起迄日 101年7月1日(費用年月)~108年5月31日(費用年月)

指標名稱	026-西醫基層門診2歲以下幼兒使用 CODEINE 製劑比率過高
實施目的	幼兒用藥安全管理
指標定義	分子：門診2歲以下病人使用 CODEINE 製劑件數。 分母：門診2歲以下病人件數。 ※2歲以下為就醫年月-出生年月≤24。 ※CODEINE 製劑為成分代碼為2808800110
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	超過比率之案件，醫療費用全額核減 門診2歲以下病人使用 CODEINE 製劑件數僅為「1件」者不予核減。 不予支付點數＝（院所使用比率- 0.94%）*2歲以下病人件數*使用 CODEINE 製劑案件平均每件醫療費用
衛生署核准日期及文號	中華民國101年4月17日衛署健保字第1010008003號函
健保局公告日期及文號	中華民國101年4月26日健保審字第1010075197號
實施起日	101年7月1日(費用年月)

● 026指標版本：實施起迄日 100年1月1日~101年6月30日

指標名稱	026-西醫基層門診2歲以下幼兒使用 CODEINE 製劑比率過高
實施目的	幼兒用藥安全管理
指標定義	分子：門診2歲以下病人使用 CODEINE 製劑件數。 分母：門診2歲以下病人件數。 ※2歲以下為就醫年月-出生年月≤24。 ※CODEINE 製劑為成分代碼為2808800110
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	超過比率之案件，醫療費用全額核減 不予支付點數＝（院所使用比率- 0.94%）*2歲以下病人件數* 使用 CODEINE 製劑案件平均每件醫療費用
衛生署核准日期及文號	中華民國99年10月8日衛署健保字第0990024551號函
健保局公告日期及文號	中華民國99年10月26日健保審字第0990074989號
實施起日	100年1月1日～101年6月30日

- 026指標版本：實施起迄日 96年2月1日~99年12月31日

指標名稱	026-西醫基層門診2歲以下幼兒使用 CODEINE 製劑比率過高
實施目的	幼兒用藥安全管理
指標定義	分子：門診2歲以下病人使用 CODEINE 製劑件數。 分母：門診2歲以下病人件數。 ※2歲以下為就醫年－出生年≤2。 ※CODEINE 製劑為成分代碼為2808800110
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	超過比率之案件，醫療費用全額核減 不予支付點數＝（院所使用比率- 0.94%）*2歲以下病人件數*使用 CODEINE 製劑案件平均每件醫療費用
衛生署核准日期及文號	中華民國95年12月15日衛署健保字第0952600595號函
健保局公告日期及文號	中華民國96年1月3日健保審字第0950032988號
實施起日	96年2月1日~99年12月31日

➤ 027-西醫基層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) --現行實施

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	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 高血壓—ICD-9-CM任一主次診斷前三碼為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>， 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：ICD-9-CM主、次診斷碼前三碼為 V22、640~648； ICD-10-CM/PCS 為 Z331、Z34、O10-O16、O20-O21、O23-O26、O28-O29、O310、O330、O44-O48、O60、O67、O861-O862、O905-O908、O98-O99、O9A 或申報產檢醫令(41~67)之個案 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。
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	不予支付點數＝【分子人數－(分母人數＊17%)】／分子人數＊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-西醫基層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
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	<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>	

- 027指標版本：實施起迄日105年2月1日(費用年月)~113年12月31日(費用年月)

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	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 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 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：ICD-9-CM 主、次診斷碼前三碼為 V22、640~648；ICD-10-CM/PCS Z331、Z34、O10-O16、O20-O21、O23-O26、O28-O29、O310、O330、O44-O48、O60、O67、O861-O862、O905-O908、O98-O99、O9A 或申報產檢醫令(41~67)之個案 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。
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	$\text{不予支付點數} = \left[\frac{\text{分子人數} - (\text{分母人數} \times 17\%)}{\text{分子人數}} \right] \times \text{高血壓之懷孕婦女使用 ACEI 或 ARB 案件總醫療費用}$
衛生福利部核准日期及文號	中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函
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	

- 027指標版本：實施起迄日 105年1月1日（費用年月）~105年1月31日（費用年月）

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 (含分子、分母)	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 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 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： ICD-9-CM 主、次診斷碼前三碼為 V22、640~648；ICD-10- CM/PCS Z331、Z34、O10-O16、O20-O21、O23-O26、O28-O29、O310、O330、O44-O48、O60、O67、O861-O862、O905-O908、O98-O99、O9A 或申報產檢醫令(41~67)之個案 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。
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	不予支付點數＝（院所比率-17%）*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	中華民國104年6月3日衛部保字第1040014763號函
健保署公告日期 及文號	中華民國104年6月23日健保審字第1040035716號
實施起日	105年1月1日（費用年月）~105年1月31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」附表

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	

- 027指標版本：實施起迄日 103年12月1日(費用年月)~104年12月31日

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 (含分子、分母)	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 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、640~648或申報產檢醫令(41~67)之個案 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。
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	不予支付點數＝（院所比率-17%）*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	中華民國103年10月6日衛部保字第1030128664號函
健保署公告日期及文號	中華民國103年10月20日健保審字第1030011486號
實施起日	103年12月1日(費用年月)~104年12月31日

- 027指標版本：實施起迄日 100年1月1日(費用年月)~103年11月30日

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 (含分子、分母)	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 * 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、640~648或申報產檢醫令(41~67)之個案 ACEI、ARB—ATC 前五碼為 C09AA、C09CA 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。
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	不予支付點數＝（院所比率-17%）*高血壓之懷孕婦女使用 ACEI 或 ARB 案件總醫療費用
衛生署核准日期及文號	中華民國99年10月8日衛署健保字第0990024551號函
健保局公告日期及文號	中華民國99年10月26日健保審字第0990074989號
實施起日	100年1月1日(費用年月)~103年11月30日

● 027指標版本：實施起迄日 96年2月1日~99年12月31日

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	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 * 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、640~648或申報產檢醫令(41~62)之個案 * ACEI、ARB—ATC 前五碼為 C09AA、C09CA * 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。
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	不予支付點數＝（院所比率-17%）*高血壓之懷孕婦女使用 ACEI 或 ARB 案件總醫療費用
衛生署核准日期及文號	中華民國95年12月15日衛署健保字第0952600595號函
健保局公告日期及文號	中華民國96年1月3日健保審字第0950032988號
實施起日	96年2月1日~99年12月31日

➤ 029-同一診所同一門診病人當月申報懷孕試驗超過3次以上

[最新公告實施起日98年2月1日(費用年月)；最初實施起日98年2月1日(費用年月)]

- 029指標版本：實施起日 98年2月1日（費用年月）--現行實施

指標名稱	029-同一診所同一門診病人當月申報懷孕試驗超過3次以上
實施目的	避免重複檢驗檢查
指標定義	同院所同病患申報醫令06504C 及06505C 合計超過3次以上
指標屬性	負向
分析單位	按月依院所、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	同一診所同一門診病人申報醫令06504C 及06505C 合計超過3次，超次部分不予支付(即同月同院所同病患第4次起不予支付)。 不予支付點數＝超過3次以上之懷孕試驗數 / 懷孕試驗總數 * 懷孕試驗總申報點數
衛生署核准日期及文號	中華民國97年11月24日衛署健保字第0970048242號函
健保局公告日期及文號	中華民國97年12月15日健保審字第0970043021號
實施起日	98年2月1日（費用年月）

➤ 035-糖尿病用藥新一代 Sulfonyleureas 類型與 Meglitinides 類型藥品合併使用比率偏高
[最新公告停止辦理起日111年7月1日(費用年月)；最初實施起日100年1月1日(費用年月)]

● 035指標版本：停止辦理起日 111年7月1日(費用年月)停止辦理

指標名稱	035-糖尿病用藥新一代 Sulfonyleureas 類型與 Meglitinides 類型藥品合併使用比率偏高 (本指標刪除)
實施目的	減少糖尿病人不當適用藥
指標定義	合併使用案件比率＝同案件同時申報新一代 Sulfonyleureas 類藥品與 Meglitinides 類藥品2種用藥案件數 / 同案件申報新一代 Sulfonyleureas 類藥品或 Meglitinides 類藥品任1種用藥案件數(其他非新一代 Sulfonyleureas 藥品除外) (1) 新一代 sulfonyleureas 藥品成分名稱及其 WHO/ATC 代碼如下： GLIBENCLAMIDE(A10BB01) GLIBORNURIDE(A10BB04) GLIPIZIDE(A10BB07) GLIQUIDONE(A10BB08) GLICLAZIDE(A10BB09) GLISOXEPIDE(A10BB11) CLIMEPIRIDE(A10BB12) (2) meglitinides 藥品成分名稱及其 WHO/ATC 代碼如下： REPAGLINIDE(A10BX02) NATEGLINIDE(A10BX03)
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	醫院總額及西醫基層總額部門
處理方式	按月依院所分析，西醫基層診所糖尿病用藥新一代 Sulfonyleureas 類藥品與 Meglitinides 類藥品合併使用案件比率超過95百分位部分核減。 不予支付點數公式： 核減點數＝((診所合併使用比率 - 95百分位比率(目前為1.85%)) * 同案件申報新一代 Sulfonyleureas 類藥品或 Meglitinides 類藥品任1種用藥案件數) / 新一代 sulfonyleureas 件數 * 新一代 sulfonyleureas 醫令點數總合
停止辦理起日	111年7月1日(費用年月)停止辦理

● 035指標版本：實施起日 100年1月1日(費用年月)~111年6月30日

指標名稱	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
實施目的	減少糖尿病人不當適用藥
指標定義	合併使用案件比率＝同案件同時申報新一代 Sulfonylureas 類藥品與 Meglitinides 類藥品2種用藥案件數 / 同案件申報新一代 Sulfonylureas 類藥品或 Meglitinides 類藥品任1種用藥案件數(其他非新一代 Sulfonylureas 藥品除外) (3) 新一代 sulfonylureas 藥品成分名稱及其 WHO/ATC 代碼如下： GLIBENCLAMIDE(A10BB01) GLIBORNURIDE(A10BB04) GLIPIZIDE(A10BB07) GLIQUIDONE(A10BB08) GLICLAZIDE(A10BB09) GLISOXEPIDE(A10BB11) CLIMEPIRIDE(A10BB12) (4) meglitinides 藥品成分名稱及其 WHO/ATC 代碼如下： REPAGLINIDE(A10BX02) NATEGLINIDE(A10BX03)
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	醫院總額及西醫基層總額部門
處理方式	按月依院所分析，西醫基層診所糖尿病用藥新一代 Sulfonylureas 類藥品與 Meglitinides 類藥品合併使用案件比率超過95百分位部分核減。 不予支付點數公式： 核減點數 = ((診所合併使用比率 - 95百分位比率(目前為1.85%)) * 同案件申報新一代 Sulfonylureas 類藥品或 Meglitinides 類藥品任1種用藥案件數) / 新一代 sulfonylureas 件數 * 新一代 sulfonylureas 醫令點數總合
衛生署核准日期及文號	中華民國99年10月8日衛署健保字第0990024551號函
健保局公告日期及文號	中華民國99年10月26日健保審字第0990074989號
實施起日	100年1月1日(費用年月)～111年6月30日(費用年月)

➤ 036-西醫診所門診同院所同一病人每季申報 Zolpidem 開藥天數(DDD)超量
[最新公告停止辦理起日111年7月1日(費用年月)；最初實施起日101年7月1日(費用年月)]

● 036指標版本：停止辦理起日 111年7月1日(費用年月)停止辦理

指標名稱	036-西醫診所門診同院所同一病人每季 Zolpidem 處方量 (DDD 數) 超量 (<u>本指標刪除</u>)
實施目的	降低不當之用藥型態，減少過量用藥。
指標定義	同院所同一病人每季 Zolpidem 處方量 (DDD 數) 超量。 區分「神經科及精神科」就醫科別案件及非「神經科及精神科」就醫科別案件兩類統計。 資料範圍：門診申報 Zolpidem 之病人歸戶分析（含藥局資料）。 Zolpidem 藥品：藥品成分碼「2824801810」、「2824801820」。 Zolpidem 處方量(DDD 數)：依 WHO ATC/DDD Index 建議之每人日劑量為10mg，處方量以 DDD 數計算=藥品成分含量*處方數量/10。 排除條件： 1.排除當季最後一筆「切結一次領取2個月或3個月慢箋用藥案件」且前述案件處方量（DDD 數）需小於等於當季閾值。 2.「切結一次領取2個月或3個月慢箋用藥案件」定義:申報特定治療項目代號 H8、HA、HB、HC 及 HD。
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
處理方式	1、神經科及精神科就醫科別案件： • 按季統計同院所同一病人 Zolpidem 處方量超過當季閾值部分不予支付藥費。 • 當季閾值：第1季：91*2+30=212；第2季：91*2+30=212；第3季：92*2+30=214；第4季：92*2+30=214。 • 不予支付藥費=（同一院所內每季 Zolpidem 處方量超過當季閾值之病人其處方總量－該等病人數*當季閾值）*（該等病人 Zolpidem 申報總點數/該等病人 Zolpidem 處方總量）。 2、非神經科及非精神科就醫科別案件： • 按季統計同院所同一病人 Zolpidem 處方量超過當季閾值部分不予支付藥費。 • 當季閾值：第1季：91*1.5=137；第2季：91*1.5=137；第3季：92*1.5=138；第4季：92*1.5=138。 • 不予支付藥費=（同一院所內每季 Zolpidem 處方量超過當季閾值之病人其處方總量－該等病人數*當季閾值）*（該等病人 Zolpidem 申報總點數/該等病人 Zolpidem 處方總量）。
停止辦理起日	111年7月1日(費用年月)停止辦理

- 036指標版本：實施起日 110年10月1日(費用年月)-111年6月30日

指標名稱	036-西醫診所門診同院所同一病人每季 Zolpidem 處方量 (DDD 數) 超量
實施目的	降低不當之用藥型態，減少過量用藥。
指標定義	同院所同一病人每季 Zolpidem 處方量 (DDD 數) 超量。 區分「神經科及精神科」就醫科別案件及非「神經科及精神科」就醫科別案件兩類統計。 資料範圍：門診申報 Zolpidem 之病人歸戶分析 (含藥局資料)。 Zolpidem 藥品：藥品成分碼「2824801810」、「2824801820」。 Zolpidem 處方量(DDD 數)：依 WHO ATC/DDD Index 建議之每人日劑量為10mg，處方量以 DDD 數計算=藥品成分含量*處方數量/10。 排除條件： 1.排除當季最後一筆「切結一次領取2個月或3個月慢箋用藥案件」且前述案件處方量 (DDD 數) 需小於等於當季閾值。 2.「切結一次領取2個月或3個月慢箋用藥案件」定義:申報特定治療項目代號 H8、HA、HB、HC 及 HD。
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
處理方式	1、神經科及精神科就醫科別案件： *按季統計同院所同一病人 Zolpidem 處方量超過180 DDD 部分不予支付藥費。 *不予支付藥費=(同一院所內每季 Zolpidem 處方量超過180DDD 之病人其處方總量—該等病人數*180) * (該等病人 Zolpidem 申報總點數/該等病人 Zolpidem 處方總量)。 • <u>按季統計同院所同一病人 Zolpidem 處方量超過當季閾值部分不予支付藥費。</u> • <u>當季閾值：第1季：91*2+30=212；第2季：91*2+30=212；第3季：92*2+30=214；第4季：92*2+30=214。</u> • <u>不予支付藥費=(同一院所內每季 Zolpidem 處方量超過當季閾值之病人其處方總量—該等病人數*當季閾值) * (該等病人 Zolpidem 申報總點數/該等病人 Zolpidem 處方總量)。</u> 2、非神經科及非精神科就醫科別案件： *按季統計同院所同一病人 Zolpidem 處方量超過135DDD 部分不予支付藥費。 *不予支付藥費=(同一院所內每季 Zolpidem 處方量超過135DDD 之病人其處方總量—該等病人數*135) * (該等病人 Zolpidem 申報總點數/該等病人 Zolpidem 處方總量)。 • <u>按季統計同院所同一病人 Zolpidem 處方量超過當季閾值部分不予支付藥費。</u> • <u>當季閾值：第1季：91*1.5=137；第2季：91*1.5=137；第3季：</u>

	<u>92*1.5=138；第4季：92*1.5=138。</u> · <u>不予支付藥費=（同一院所內每季 Zolpidem 處方量超過當季閾值之病人其處方總量－該等病人數*當季閾值）*（該等病人 Zolpidem 申報總點數/該等病人 Zolpidem 處方總量）。</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）～111年6月30日（費用年月）

- 036指標版本：實施起迄日 108年6月1日(費用年月)~110年9月30日(費用年月)

指標名稱	036-西醫診所門診同院所同一病人每季 申報 Zolpidem 開藥天數 <u>處方量 (DDD 數)</u> 超量
實施目的	降低不當之用藥型態，減少 重複 <u>過量</u> 用藥。
指標定義	同院所同一病人每季 申報 Zolpidem 開藥天數 <u>處方量 (DDD 數)</u> 超量。 區分「神經科及精神科」就醫科別案件及非「神經科及精神科」就醫科別案件兩類統計。 資料範圍：門診申報 Zolpidem 之病人歸戶分析（含藥局資料）。 Zolpidem 藥品：藥品成分碼「2824801810」、「2824801820」。 Zolpidem 開藥天數 <u>處方量 (DDD 數)</u> ：依 WHO ATC/DDD Index 建議之每人日劑量為10mg， <u>處方量以 DDD 數計算=藥品成分含量*處方數量/10。</u> <u>排除條件：</u> <u>1.排除當季最後一筆「切結一次領取2個月或3個月慢箋用藥案件」且前述案件處方量 (DDD 數) 需小於等於當季閾值。</u> <u>2.「切結一次領取2個月或3個月慢箋用藥案件」定義:申報特定治療項目代號 H8、HA、HB、HC 及 HD。</u>
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
處理方式	1、神經科及精神科就醫科別案件： • <u>按季統計</u> 同院所同一病人 每季申報 Zolpidem 開藥天數 <u>處方量 (DDD)</u> 超過 <u>180 DDD</u> 部分不予支付藥費。 • 不予支付藥費=(同一院所內每季 Zolpidem 總開藥天數 <u>處方量 (DDD)</u> 超過 <u>180DDD</u> 之病人 其開藥天數 <u>處方總量</u> — 同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數 <u>量 (DDD)</u> 超過 <u>180天 DDD</u> 以上該等病人數*180)*(該等病人 Zolpidem 申報總點數/ <u>該等病人 Zolpidem 總開藥天數處方總量</u>)。 2、非神經科及非精神科就醫科別案件： • <u>按季統計</u> 同院所同一病人 每季申報 Zolpidem 開藥天數 <u>處方量 (DDD)</u> 超過 <u>135DDD</u> 部分不予支付藥費。 • 不予支付藥費=(同一院所內每季 Zolpidem 總開藥天數 <u>處方量 (DDD)</u> 超過 <u>135DDD</u> 以上之病人其開藥天數 <u>處方總量</u> — 同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數 <u>量 (DDD)</u> 超過 <u>135天 DDD</u> 以上該等病人數*135)*(該等病人 Zolpidem 申報總點數/ <u>該等病人 Zolpidem 總開藥天數處方總量</u>)。
衛生福利部核准日期及文號	108年4月9日衛部保字第1081260113號
健保署公告日期及文號	108年4月16日健保審字第1080004880號
實施起日	108年6月1日 (費用年月)

- 036指標版本：實施起迄日 101年7月1日(費用年月)~108年5月31日(費用年月)

指標名稱	036-西醫診所門診同院所同一病人每季申報 Zolpidem 開藥天數(DDD)超量
實施目的	降低不當之用藥型態，減少重覆用藥。
指標定義	同院所同一病人每季申報 Zolpidem 開藥天數(DDD)超量。 區分「神經科及精神科」就醫科別案件及非「神經科及精神科」就醫科別案件兩類統計 資料範圍：門診申報 Zolpidem 之病人歸戶分析(含藥局資料) Zolpidem 藥品：藥品成分碼「2824801810」、「2824801820」 Zolpidem 開藥天數(DDD)：依 WHO ATC/DDD Index 建議之每人日劑量為10mg
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
處理方式	1、神經科及精神科就醫科別案件： 同院所同一病人每季申報 Zolpidem 開藥天數(DDD)超過180天 DDD 部份不予支付藥費。 不予支付點數=(同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過180天 DDD 以上病人開藥天數 DDD 總和-同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過180天 DDD 以上病人數*180)*(Zolpidem 藥品申報總點數/Zolpidem 藥品總開藥天數) 2、非神經科及非精神科就醫科別案件： 同院所同一病人每季申報 Zolpidem 開藥天數(DDD)超過135天 DDD 部份不予支付藥費 不予支付點數=(同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人開藥天數 DDD 總和-同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人數*135)*(Zolpidem 藥品申報總點數/Zolpidem 藥品總開藥天數)
衛生署核准日期及文號	中華民國101年4月17日衛署健保字第1010008003號函
健保局公告日期及文號	中華民國101年4月26日健保審字第1010075197號
實施起日	101年7月1日(費用年月)

➤ 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(配合「特定藥品門診案件重複用藥核扣費用方案」)

[最新公告停止辦理起日溯自104年10月1日(費用年季)起暫時停止執行；最初實施起日102年11月1日(費用年月)]

- 038指標版本：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(費用年季)起，暫時停止執行。

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	分子-門診高血壓慢性病連續處方箋重複日數 分母-門診高血壓慢性病連續處方箋給藥日數 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。 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。 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)。 高血壓用藥:係指 ATC7碼前三碼為`C02` (ANTI HYPERTENSIVES) `C03` (DIURETICS) `C07` (BETA BLOCKING AGENTS) `C08` (CALCIUM CHANNEL BLOCKERS) `C09` (AGENTS ACTING ON THE RENIN-ANGIOTENSIN SYSTEM) 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。
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	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。 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)
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號函
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(費用年季)起，暫時停止執行。

● 038指標版本：實施起迄日 105年1月1日（費用年月）~105年1月31日（費用年月）

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	分子-門診高血壓慢性病連續處方箋重複日數 分母-門診高血壓慢性病連續處方箋給藥日數 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。 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。 高血壓:係指 ICD-9-CM 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) ； ICD-10- CM/PCS I10-I15。 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) 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。
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	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。 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)
衛生福利部核准日期及文號	中華民國104年6月3日衛部保字第1040014763號函
健保署公告日期及文號	中華民國104年6月23日健保審字第1040035716號
實施起日	105年1月1日（費用年月）~105年1月31日（費用年月）

「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」附表

總額	名稱	ICD-9-CM	ICD-10-CM/PCS	備註
西醫基層	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	401、402、403、404、405	I10-I15	

- 038指標版本：實施起迄日 102年11月1日(費用年月)~ 104年12月31日

指標名稱	038-西醫院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	分子-門診高血壓慢性病連續處方箋重複日數 分母-門診高血壓慢性病連續處方箋給藥日數 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。 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。 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)。 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) 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。
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	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。 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)
衛生福利部核准日期及文號	中華民國102年8月14日衛部保字第1020101635號函
健保署公告日期及文號	中華民國102年8月22日健保審字第1020028087號
實施起日	102年11月1日(費用年月)~ 104年12月31日

➤ **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**
 [最新公告實施起日溯自104年10月1日(費用年季)起暫時停止執行；最初實施起日102年11月1日(費用年月)]

- 039指標版本：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(費用年季)起，暫時停止執行。

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	分子-門診高血脂慢性病連續處方箋重複日數 分母-門診高血脂慢性病連續處方箋給藥日數 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。 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。 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 高血脂用藥:係指 ATC7碼前三碼為`C10`(SERUM LIPID REDUCING AGENTS)。 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。
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	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。 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)
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號函
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(費用年季)起，暫時停止執行。

「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」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 血脂慢性病連續處方 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-</u> <u>E786、E7870、</u> <u>E7879、E7881、</u> <u>E7889、E789</u>	排除 <u>E78.71、</u> <u>E78.72</u>
		272	E881-E882	

● 039指標版本：實施起迄日 105年1月1日（費用年月）~105年1月31日（費用年月）

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	分子-門診高血脂慢性病連續處方箋重複日數 分母-門診高血脂慢性病連續處方箋給藥日數 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。 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。 高血脂:係指 ICD-9-CM 主次診斷前3碼為`272`(DISORDERS OF LIPOID METABOLISM)；ICD-10- CM/PCS E7521-E7522、E7524、E753、E755-E756、E77-E78、E881-E882。 高血脂用藥:係指 ATC7碼前三碼為`C10`(SERUM LIPID REDUCING AGENTS)。 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。
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	診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。 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)
衛生福利部核准日期及文號	中華民國104年6月3日衛部保字第1040014763號函
健保署公告日期及文號	中華民國104年6月23日健保審字第1040035716號
實施起日	105年1月1日（費用年月）~105年1月31日（費用年月）

「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」附表

總額	名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM/PCS	備註
西醫基層	039-西醫診所門診高血脂慢性病連續處方箋用藥日數重複率	272	E7521-E7522	
		272	E7524	
		272	E753	
		272	E755-E756	
		272	E77-E78	
		272	E881-E882	

- 039指標版本：實施起迄日 102年11月1日(費用年月)~ 104年12月31日

指標名稱	039-西醫院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	分子-門診高血脂慢性病連續處方箋重複日數 分母-門診高血脂慢性病連續處方箋給藥日數 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。 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。 高血脂:係指主次診斷前3碼為`272`(DISORDERS OF LIPOID METABOLISM)。 高血脂用藥:係指 ATC7碼前三碼為`C10`(SERUM LIPID REDUCING AGENTS)。 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。
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	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。 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)
衛生福利部核准日期及文號	中華民國102年8月14日衛部保字第1020101635號函
健保署公告日期及文號	中華民國102年8月22日健保審字第1020028087號
實施起日	102年11月1日(費用年月)~ 104年12月31日

➤ 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
[最新公告停止辦理起日溯自104年10月1日(費用年季)起暫時停止執行；最初實施起日102年11月1日(費用年月)]

- 040指標版本：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(費用年季)起，暫時停止執行。

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	分子-門診糖尿病慢性病連續處方箋重複日數 分母-門診糖尿病慢性病連續處方箋給藥日數 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。 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。 糖尿病:係指主次診斷前3碼為`250`(DIABETES MELLITUS)。 糖尿病用藥:係指 ATC7碼前三碼為`A10`(DRUGS USED IN DIABETES)。 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。
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	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。 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)
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號函
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(費用年季)起，暫時停止執行。

- 040指標版本：實施起迄日 105年1月1日（費用年月）~105年1月31日（費用年月）

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	分子-門診糖尿病慢性病連續處方箋重複日數 分母-門診糖尿病慢性病連續處方箋給藥日數 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。 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。 糖尿病:係指；ICD-9-CM 主次診斷前3碼為`250`(DIABETES MELLITUS)；ICD-10- CM/PCS E08-E13。 糖尿病用藥:係指 ATC7碼前三碼為`A10`(DRUGS USED IN DIABETES)。 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。
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	診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。 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)
衛生福利部核准日期及文號	中華民國104年6月3日衛部保字第1040014763號函
健保署公告日期及文號	中華民國104年6月23日健保審字第1040035716號
實施起日	105年1月1日（費用年月）~105年1月31日（費用年月）

「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」附表

總額	名稱	ICD-9-CM	ICD-10-CM/PCS	備註
西醫基層	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	250	E08-E13	

- 040指標版本：實施起迄日 102年11月1日(費用年月)~104年12月31日

指標名稱	040-西醫院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	分子-門診糖尿病慢性病連續處方箋重複日數 分母-門診糖尿病慢性病連續處方箋給藥日數 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。 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。 糖尿病:係指主次診斷前3碼為`250`(DIABETES MELLITUS)。 糖尿病用藥:係指 ATC7碼前三碼為`A10`(DRUGS USED IN DIABETES)。 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。
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	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。 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)
衛生福利部核准日期及文號	中華民國102年8月14日衛部保字第1020101635號函
健保署公告日期及文號	中華民國102年8月22日健保審字第1020028087號
實施起日	102年11月1日(費用年月)~104年12月31日

- 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
[最新公告停止辦理起日溯自106年5月1日(費用年月)起停止辦理；最初實施起日103年7月1日(費用年月)]

- 041指標版本：停止辦理起日 溯自106年5月1日（費用年月）起停止辦理

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 (本項指標刪除)
實施目的	導正醫療處置
指標定義	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： 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。 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。 「排程案件」：醫令類別「4-不計價」且慢性病連續處方箋、同一療程及排程檢查案件註記「3」之排程案件。 備註： 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。 「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。
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	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。 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。 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。
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
停止辦理起日	溯自106年5月1日（費用年月）起停止辦理

● 041指標版本：實施起迄日 106年2月1日(費用年月)~106年4月30日(費用年月)

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	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： 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。 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。 「排程案件」:醫令類別「4-不計價」且慢性病連續處方箋、同一療程及排程檢查案件註記「3」之排程案件。 備註： 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。 「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。
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	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。 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。 「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。
衛生福利部核准日期及文號	中華民國105年12月20日衛部保字第1051260756號函
健保署公告日期及文號	中華民國106年1月9日健保審字第1050036989號
實施起日	106年2月1日(費用年月)

● 041指標版本：實施起迄日 105年2月1日(費用年月)~106年1月31日(費用年月)

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	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： 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。 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。 註： <u>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。</u> <u>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。</u>
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	<u>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。</u> 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。 <u>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。</u>
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號函
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)~106年1月31日(費用年月)

● 041指標版本：實施起迄日 103年7月1日(費用年月)~105年1月31日（費用年月）

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	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： 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。 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。 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。
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	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。 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。
衛生福利部核准日期及文號	中華民國103年5月20日衛部保字第1030113986號函
健保署公告日期及文號	中華民國103年5月26日健保審字第1030006076號
實施起日	103年7月1日(費用年月)~105年1月31日（費用年月）

- 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
[最新公告停止辦理起日108年6月1日(費用年月)起停止辦理；最初實施起日103年7月1日(費用年月)]

- 042指標版本：停止辦理起日 108年6月1日（費用年月）

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 (本項指標刪除)
實施目的	導正醫療處置
指標定義	西醫基層醫師開立杜卜勒氏彩色心臟血流圖（醫令代碼為18007B）醫令總量之限制如下： 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不得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。 2.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)「排程案件」:醫令類別「4-不計價」且慢性病連續處方箋、同一療程及排程檢查案件註記「3」之排程案件。 3.備註： (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。 (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。
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	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。 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。 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。
衛生福利部核准日期及文號	108年4月9日衛部保字第1081260113號函
健保署公告日期及文號	108年4月16日健保審字第1080004880號
停止辦理起日	108年6月1日（費用年月）

- 042指標版本：實施起迄日 106年2月1日(費用年月)~108年5月31日(費用年月)

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	西醫基層醫師開立杜卜勒氏彩色心臟血流圖（醫令代碼為18007B）醫令總量之限制如下： 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不得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。 2. 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」：醫令類別「4-不計價」且慢性病連續處方箋、同一療程及排程檢查案件註記「3」之排程案件。</u> 3. 備註： (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。 (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。
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	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。 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。 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。
衛生福利部核准日期及文號	中華民國105年12月20日衛部保字第1051260756號函
健保署公告日期及文號	中華民國106年1月9日健保審字第1050036989號
實施起日	106年2月1日(費用年月)

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	西醫基層醫師開立杜卜勒氏彩色心臟血流圖（醫令代碼為18007B）醫令總量之限制如下： 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不得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。 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。 註： <u>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。</u> <u>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。</u>
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	<u>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。</u> 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。 <u>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。</u>
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號函
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)

- 042指標版本：實施起日 103年7月1日(費用年月)~105年1月31日(費用年月)

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	西醫基層醫師開立杜卜勒氏彩色心臟血流圖（醫令代碼為18007B）醫令總量之限制如下： 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不得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。 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。 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。
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	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。 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。
衛生福利部核准日期及文號	中華民國103年5月20日衛部保字第1030113986號函
健保署公告日期及文號	中華民國103年5月26日健保審字第1030006076號
實施起日	103年7月1日(費用年月)~105年1月31日(費用年月)

- 043-西醫基層醫師上肢運動神經傳導測定申報量過高
[最新公告實施起日108年6月1日(費用年月)；最初實施起日103年7月1日(費用年月)]

- 043指標版本：實施起日 108年6月1日（費用年月）--現行實施

指標名稱	043-西醫基層醫師上肢運動神經傳導測定申報量 過高超過西醫醫院醫師申報量
實施目的	導正醫療處置
指標定義	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<u>9件（參考106年1月至12月西醫基層醫師每月申報該項醫令量80百分位之平均值訂定）</u>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。 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. 「排程案件」：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」之排程案件。 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。
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	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。 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－<u>9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</u>）/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。
衛生福利部核准日期及文號	108年4月9日衛部保字第1081260113號函
健保署公告日期及文號	108年4月16日健保審字第1080004880號
實施起日	108年6月1日（費用年月）

● 043指標版本：實施起迄日 105年2月1日(費用年月)~108年5月31日(費用年月)

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	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。 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」之排程案件。 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。
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	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。 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。
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號函
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)

- 043指標版本：實施起迄日 103年7月1日(費用年月)~105年1月31日（費用年月）

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	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。 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。 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。
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	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。 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。
衛生福利部核准日期及文號	中華民國103年5月20日衛部保字第1030113986號函
健保署公告日期及文號	中華民國103年5月26日健保審字第1030006076號
實施起日	103年7月1日(費用年月)~105年1月31日（費用年月）

- 044-西醫基層醫師感覺神經傳導速度測定申報量過高
[最新公告實施起日108年6月1日(費用年月)；最初實施起日103年7月1日(費用年月)]

● 044指標版本：實施起日 108年6月1日（費用年月）--現行實施

指標名稱	044-西醫基層醫師感覺神經傳導速度測定申報量 過高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	西醫基層醫師開立感覺神經傳導速度測定（醫令代碼為20019B）醫令總量之限制如下： 1. 西醫基層院所每位醫師每月申報感覺神經傳導速度測定醫令總量不得超過 <u>13件（參考106年1月至12月西醫基層醫師每月申報該項醫令量80百分位之平均值訂定）</u>西醫醫院每位醫師申報感覺神經傳導速度測定醫令總量之80百分位值。 2. 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) 「排程案件」：醫令類別「4-不計價」且慢性病連續處方箋、同一療程及排程檢查案件註記「3」之排程案件。 3. 備註：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。
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	西醫基層院所每位醫師每月申報感覺神經傳導速度測定醫令總量超過西醫醫院每位醫師申報感覺神經傳導速度測定醫令總量之80百分位值，不予支付超過部分之感覺神經傳導速度測定申報點數。 不予支付點數=[（西醫基層院所每位醫師申報感覺神經傳導速度測定（醫令代碼為20019B）醫令總量－<u>13西醫醫院每位醫師申報感覺神經傳導速度測定醫令總量之80百分位值</u>）/西醫基層院所醫師申報感覺神經傳導速度測定醫令總量]×西醫基層院所醫師感覺神經傳導速度測定總申報點數。
衛生福利部核准日期及文號	108年4月9日衛部保字第1081260113號函
健保署公告日期及文號	108年4月16日健保審字第1080004880號
實施起日	108年6月1日（費用年月）

● 044指標版本：實施起迄日 106年2月1日(費用年月)~108年5月31日(費用年月)

指標名稱	044-西醫基層醫師感覺神經傳導速度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	西醫基層醫師開立感覺神經傳導速度測定（醫令代碼為20019B）醫令總量之限制如下： 4. 西醫基層院所每位醫師每月申報感覺神經傳導速度測定醫令總量不得超過西醫醫院每位醫師申報感覺神經傳導速度測定醫令總量之 80 百分位值。 5. 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」:醫令類別「4-不計價」且慢性病連續處方箋、同一療程及排程檢查案件註記「3」之排程案件。</u> 6. 備註：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。
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	西醫基層院所每位醫師每月申報感覺神經傳導速度測定醫令總量超過西醫醫院每位醫師申報感覺神經傳導速度測定醫令總量之80百分位值，不予支付超過部分之感覺神經傳導速度測定申報點數。 不予支付點數=[（西醫基層院所每位醫師申報感覺神經傳導速度測定（醫令代碼為20019B）醫令總量－西醫醫院每位醫師申報感覺神經傳導速度測定醫令總量之80百分位值）/西醫基層院所醫師申報感覺神經傳導速度測定醫令總量]×西醫基層院所醫師感覺神經傳導速度測定總申報點數。
衛生福利部核准日期及文號	中華民國105年12月20日衛部保字第1051260756號
健保署公告日期及文號	中華民國106年1月9日健保審字第1050036989號
實施起日	106年2月1日(費用年月)

- 044指標版本：實施起迄日 103年7月1日(費用年月)~106年1月31日(費用年月)

指標名稱	044-西醫基層醫師感覺神經傳導速度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	西醫基層醫師開立感覺神經傳導速度測定（醫令代碼為20019B）醫令總量之限制如下： 西醫基層院所每位醫師每月申報感覺神經傳導速度測定醫令總量不得超過西醫醫院每位醫師申報感覺神經傳導速度測定醫令總量之80百分位值。 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。 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。
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	西醫基層院所每位醫師每月申報感覺神經傳導速度測定醫令總量超過西醫醫院每位醫師申報感覺神經傳導速度測定醫令總量之80百分位值，不予支付超過部分之感覺神經傳導速度測定申報點數。 不予支付點數＝〔（西醫基層院所每位醫師申報感覺神經傳導速度測定（醫令代碼為20019B）醫令總量－西醫醫院每位醫師申報感覺神經傳導速度測定醫令總量之80百分位值）/西醫基層院所醫師申報感覺神經傳導速度測定醫令總量〕*西醫基層院所醫師感覺神經傳導速度測定總申報點數。
衛生福利部核准日期及文號	中華民國103年5月20日衛部保字第1030113986號函
健保署公告日期及文號	中華民國103年5月26日健保審字第1030006076號
實施起日	103年7月1日(費用年月)

- 045-西醫基層醫師成人精神科診斷性會談申報量過高
[最新公告停止辦理起日111年7月1日(費用年月)；最初實施起日103年7月1日(費用年月)]

- 045指標版本：停止辦理起日 111年7月1日(費用年月)停止辦理

指標名稱	045-西醫基層醫師成人精神科診斷性會談申報量過高 (本指標刪除)
實施目的	導正醫療處置
指標定義	西醫基層醫師開立成人精神科診斷性會談（醫令代碼為45085B）醫令總量之限制如下： 西醫基層院所每位醫師每月申報成人精神科診斷性會談醫令總量不得超過18件（參考106年1月至12月西醫基層醫師每月申報該項醫令量80百分位之平均值訂定） 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。 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。
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	不予支付點數＝〔(西醫基層院所每位醫師申報成人精神科診斷性會談（醫令代碼為45085B）醫令總量－18）/西醫基層院所醫師申報成人精神科診斷性會談醫令總量〕*西醫基層院所醫師成人精神科診斷性會談總申報點數。
停止辦理起日	111年7月1日(費用年月)停止辦理

- 045指標版本：實施起日 108年6月1日（費用年月）--111年6月30日

指標名稱	045-西醫基層醫師成人精神科診斷性會談申報量 過高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	西醫基層醫師開立成人精神科診斷性會談（醫令代碼為45085B）醫令總量之限制如下： 西醫基層院所每位醫師每月申報成人精神科診斷性會談醫令總量不得超過<u>18件（參考106年1月至12月西醫基層醫師每月申報該項醫令量80百分位之平均值訂定）</u>西醫醫院醫師申報量80百分位值。 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。 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。
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	西醫基層院所每位醫師每月申報成人精神科診斷性會談醫令總量超過西醫醫院每位醫師申報成人精神科診斷性會談醫令總量之80百分位值，不予支付超過部分之成人精神科診斷性會談申報點數。 不予支付點數＝〔（西醫基層院所每位醫師申報成人精神科診斷性會談（醫令代碼為45085B）醫令總量－<u>18西醫醫院每位醫師申報成人精神科診斷性會談醫令總量之80百分位值</u>）/西醫基層院所醫師申報成人精神科診斷性會談醫令總量〕*西醫基層院所醫師成人精神科診斷性會談總申報點數。
衛生福利部核准日期及文號	108年4月9日衛部保字第1081260113號函
健保署公告日期及文號	108年4月16日健保審字第1080004880號
實施起日	108年6月1日（費用年月）～111年6月30日（費用年月）

指標名稱	045-西醫基層醫師成人精神科診斷性會談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	西醫基層醫師開立成人精神科診斷性會談（醫令代碼為45085B）醫令總量之限制如下： 西醫基層院所每位醫師每月申報成人精神科診斷性會談醫令總量不得超過西醫醫院每位醫師申報成人精神科診斷性會談醫令總量之80百分位值。 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。 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。
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	西醫基層院所每位醫師每月申報成人精神科診斷性會談醫令總量超過西醫醫院每位醫師申報成人精神科診斷性會談醫令總量之80百分位值，不予支付超過部分之成人精神科診斷性會談申報點數。 不予支付點數＝〔（西醫基層院所每位醫師申報成人精神科診斷性會談（醫令代碼為45085B）醫令總量－西醫醫院每位醫師申報成人精神科診斷性會談醫令總量之80百分位值）/西醫基層院所醫師申報成人精神科診斷性會談醫令總量〕*西醫基層院所醫師成人精神科診斷性會談總申報點數。
衛生福利部核准日期及文號	中華民國103年5月20日衛部保字第1030113986號函
健保署公告日期及文號	中華民國103年5月26日健保審字第1030006076號
實施起日	103年7月1日(費用年月)

- 046-西醫基層醫師光線治療申報量超過西醫醫院醫師申報量80百分位值
[最新公告停止辦理起日108年6月1日(費用年月)；最初實施起日103年7月1日(費用年月)]

- 046指標版本：停止辦理起日 108年6月1日（費用年月）

指標名稱	046-西醫基層醫師光線治療申報量超過西醫醫院醫師申報量80百分位值 <u>(本項指標刪除)</u>
實施目的	導正醫療處置
指標定義	西醫基層醫師開立光線治療（醫令代碼為51019B）醫令總量之限制如下： 西醫基層院所每位醫師每月申報光線治療醫令總量不得超過西醫醫院每位醫師申報光線治療醫令總量之80百分位值。 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。 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。
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	西醫基層院所每位醫師每月申報光線治療醫令總量超過西醫醫院每位醫師申報光線治療醫令總量之80百分位值，不予支付超過部分之光線治療申報點數。 不予支付點數＝〔（西醫基層院所每位醫師申報光線治療（醫令代碼為51019B）醫令總量－西醫醫院每位醫師申報光線治療醫令總量之80百分位值）/西醫基層院所醫師申報光線治療醫令總量〕*西醫基層院所醫師光線治療總申報點數。
衛生福利部核准日期及文號	108年4月9日衛部保字第1081260113號函
健保署公告日期及文號	108年4月16日健保審字第1080004880號
停止辦理 起日	108年6月1日（費用年月）

- 046指標版本：實施起迄日 103年7月1日(費用年月)~108年5月31日(費用年月)

指標名稱	046-西醫基層醫師光線治療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	西醫基層醫師開立光線治療（醫令代碼為51019B）醫令總量之限制如下： 西醫基層院所每位醫師每月申報光線治療醫令總量不得超過西醫醫院每位醫師申報光線治療醫令總量之80百分位值。 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。 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。
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	西醫基層院所每位醫師每月申報光線治療醫令總量超過西醫醫院每位醫師申報光線治療醫令總量之80百分位值，不予支付超過部分之光線治療申報點數。 不予支付點數＝〔（西醫基層院所每位醫師申報光線治療（醫令代碼為51019B）醫令總量－西醫醫院每位醫師申報光線治療醫令總量之80百分位值）/西醫基層院所醫師申報光線治療醫令總量〕*西醫基層院所醫師光線治療總申報點數。
衛生福利部核准日期及文號	中華民國103年5月20日衛部保字第1030113986號函
健保署公告日期及文號	中華民國103年5月26日健保審字第1030006076號
實施起日	103年7月1日(費用年月)

- 049-同一院所物理治療頻率過高個案所占醫令數比率過高
[最新公告停止辦理起日111年7月1日(費用年月)；最初實施起日104年3月1日(費用年月)]

- 049指標版本：停止辦理起日 111年7月1日(費用年月)停止辦理

指標名稱	049-同一院所物理治療頻率過高個案所占醫令數比率過高 (本指標刪除)
實施目的	減少不當之超高頻率復健資源耗用
指標定義	同一院所物理治療類別中回溯一年內醫令數大於200次之個案其當月所占醫令數比率不得大於該治療類別當月院所別比率30%，超出院所，將按該院所當月申報物理治療類別整體醫令點數*超出之比率予以核扣 *同一院所物理治療類別中回溯一年內醫令數大於200次之個案其當月所占醫令數比率 分子：同一院所物理治療類別中回溯一年內醫令數大於200次之個案其當月申報醫令數加總 分母：同一院所物理治療類別當月門診醫令數加總 *計算範圍定義 (1)計算範圍 A.門診醫療服務醫令清單申報檔，醫令類別2 B.排除早療案件(就醫年月-出生年月後取年份，年齡0-6歲之案件) C.排除職災代辦案件 (2)物理治療類別醫令代碼前二碼為：“42” (3)回溯一年內醫令數：回溯一年內(N-12至 N 月)之醫令數加總
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	不予支付點數=(同一院所物理治療類別中回溯一年內醫令數大於200次之個案其當月所占醫令數比率-30%)*當月申報物理治療類別整體醫令點數
停止辦理起日	111年7月1日(費用年月)停止辦理

● 049指標版本：實施起日 104年3月1日(費用年月)—111年6月30日

指標名稱	049-同一院所物理治療頻率過高個案所占醫令數比率過高
實施目的	減少不當之超高頻率復健資源耗用
指標定義	同一院所物理治療類別中回溯一年內醫令數大於200次之個案其當月所占醫令數比率不得大於該治療類別當月院所別比率30%，超出院所，將按該院所當月申報物理治療類別整體醫令點數*超出之比率予以核扣 *同一院所物理治療類別中回溯一年內醫令數大於200次之個案其當月所占醫令數比率 分子：同一院所物理治療類別中回溯一年內醫令數大於200次之個案其當月申報醫令數加總 分母：同一院所物理治療類別當月門診醫令數加總 *計算範圍定義 (1)計算範圍 A.門診醫療服務醫令清單申報檔，醫令類別2 B.排除早療案件(就醫年月-出生年月後取年份，年齡0-6歲之案件) C.排除職災代辦案件 (2)物理治療類別醫令代碼前二碼為：“42” (3)回溯一年內醫令數：回溯一年內(N-12至 N 月)之醫令數加總
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	不予支付點數=(同一院所物理治療類別中回溯一年內醫令數大於200次之個案其當月所占醫令數比率-30%)*當月申報物理治療類別整體醫令點數
衛生福利部核准日期及文號	中華民國103年10月6日衛部保字第1030128664號函
健保署公告日期及文號	中華民國103年10月20日健保審字第1030011486號
實施起日	104年3月1日(費用年月)～111年6月30日(費用年月)

- 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
[最新公告實施起日105年2月1日(費用年月)；最初實施起日105年2月1日(費用年月)]

- 051指標版本：實施起日 105年2月1日(費用年月)—現行實施

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號函
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)

➤ 053-門診液態氮冷凍治療執行率過高

[最新公告實施起日106年2月1日(費用年月)；最初實施起日106年2月1日(費用年月)]

- 053指標版本：實施起日 106年2月1日(費用年月)—現行實施

指標名稱	053-門診液態氮冷凍治療執行率過高
實施目的	降低不當之醫療處置
指標定義	分子：分母案件液態氮冷凍治療（醫令代碼51017C）執行之件數 分母：門診總申報案件數
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	執行率超過閾值者，超過部分不予支付。 不予支付點數=[分子件數－（分母件數×閾值）]／分子件數×液態氮冷凍治療總申報點數（四捨五入至整數） 閾值：10%
衛生福利部核准日期及文號	中華民國105年12月20日衛部保字第1051260756號函
健保署公告日期及文號	中華民國106年1月9日健保審字第1050036989號
實施起日	106年2月1日(費用年月)

- 054-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2月1日(費用年月)]

- 054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	054-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	西醫基層總額部門門診案件
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）

- 054指標版本：實施起迄日 106年2月1日(費用年月)~107年3月31日(費用年月)

指標名稱	054-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	西醫基層總額部門門診案件
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	中華民國105年12月20日衛部保字第1051260756號函
健保署公告日期及文號	中華民國106年1月9日健保審字第1050036989號
實施起日	106年2月1日(費用年月)

- 057-西醫基層院所開立門診連續兩次以上調劑慢性病連續處方箋未再調劑案件占率過高
[最新公告實施起日110年10月1日(費用年月)；最初實施起日108年6月1日(費用年月)]

- 057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	057-西醫基層院所開立門診連續兩次以上調劑慢性病連續處方箋未再調劑案件占率過高
實施目的	降低不當申報
指標定義	分子—門診開立連續兩次以上調劑慢性病連續處方箋未再調劑案件數 分母—門診開立連續兩次以上調劑慢性病連續處方箋案件數 註： 1.分母（門診開立連續兩次以上調劑慢性病連續處方箋案件）定義：案件分類為04且有開立連續兩次以上調劑慢箋之診察費代碼（00158C、00159C、00160C、00161C、00162C、00163C、00164C、00165C、00166C、00167C、00168C、00169C、00209C、00210C、00215C、00216C、00221C、00222C、00184C、00185C、00190C、00191C）。 2.分子（門診開立連續兩次以上調劑慢性病連續處方箋未再調劑案件）定義：當次門診調劑後，病人於4個月（含當次門診調劑月）內於門診或交付藥局（醫事類別30）後續同案件（同院、同病人、同就醫日期）無再次調劑案件。 排除條件： 1.分母≤ 20件。 2.門診開立連續兩次以上調劑慢性病連續處方箋未再調劑案件占率$< 50\%$之診所。 3.切結一次領藥案件(特定治療項目代碼為 H8、HA、HB、HC、HD、HI 或給藥日數等於56、60、84、90天)。
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	1.$50\% \leq$慢性病連續處方箋未再調劑案件占率$< 59\%$ 不予支付點數=(所有慢性病連續處方箋案件診察費與同階段門診量之一般處方診察費差值之加總)* 50%。 2.$60\% \leq$慢性病連續處方箋未再調劑案件占率$< 69\%$ 不予支付點數=(所有慢性病連續處方箋案件診察費與同階段門診量之一般處方診察費差值之加總)* 60%。 3.$70\% \leq$慢性病連續處方箋未再調劑案件占率 不予支付點數=(所有慢性病連續處方箋案件診察費與同階段

	門診量之一般處方診察費差值之加總)* 70%。 註: 前開開具連續兩次以上調劑慢性病連續處方之診察費與同階段門診量 之一般處方診察費差值醫令代碼對照表如附表。
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)

**附表、計算開具慢性病連續處方之診察費與同階段門診量
之一般處方診察費差值醫令代碼對照表**

慢性病連續處方 診察費醫令代碼	同階段一般處方 診察費醫令代碼
00158C	00109C
00159C	00110C
00160C	00111C
00161C	00112C
00162C	00113C
00163C	00114C
00164C	00115C
00165C	00116C
00166C	00117C
00167C	00118C
00168C	00119C 00230C
00169C	00120C 00234C
00209C	00205C
00210C	00207C
00215C	00211C
00216C	00213C
00221C	00217C
00222C	00219C
00184C	01031C 00238C
00185C	01032C 00242C
00190C	00186C
00191C	00188C

備註:考量每位醫師每日門診量在40人次以下部分,慢箋00158C及00159C對應之交付藥局或本院所自行調劑一般處方診察費依門診量為1至30人次或31至40人次支付點數不同,為避免個案認定爭議,統一以對應點數差值較小之醫令計算差值,即00158C對應同階一般處方醫令為00109C;00159C對應同階一般處方醫令為00110C。

指標名稱	057-西醫基層院所開立門診連續兩次以上調劑慢性病連續處方箋未再調劑案件占率過高
實施目的	降低不當申報
指標定義	分子—門診開立連續兩次以上調劑慢性病連續處方箋未再調劑案件數 分母—門診開立連續兩次以上調劑慢性病連續處方箋案件數 註： 1.分母（門診開立連續兩次以上調劑慢性病連續處方箋案件）定義：案件分類為04且有開立連續兩次以上調劑慢箋之診察費代碼（00158C、00159C、00160C、00161C、00162C、00163C、00164C、00165C、00166C、00167C、00168C、00169C、00209C、00210C、00215C、00216C、00221C、00222C、00184C、00185C、00190C、00191C）。 2.分子（門診開立連續兩次以上調劑慢性病連續處方箋未再調劑案件）定義：當次門診調劑後，病人於4個月（含當次門診調劑月）內於門診或交付藥局（醫事類別30）後續同案件（同院、同病人、同就醫日期）無再次調劑案件。 排除條件： 1.分母≤ 20件。 2.門診開立連續兩次以上調劑慢性病連續處方箋未再調劑案件占率$< 50\%$之診所。 3.切結一次領藥案件(特定治療項目代碼為 H8、HA、HB、HC、HD、HI 或給藥日數等於56、60、84、90天)。
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	1. $50\% \leq$ 慢性病連續處方箋未再調劑案件占率 $< 59\%$ 不予支付點數 = (所有慢性病連續處方箋案件診察費與同階段門診量之一般處方診察費差值之加總) $\times 50\%$。 2. $60\% \leq$ 慢性病連續處方箋未再調劑案件占率 $< 69\%$ 不予支付點數 = (所有慢性病連續處方箋案件診察費與同階段門診量之一般處方診察費差值之加總) $\times 60\%$。 3. $70\% \leq$ 慢性病連續處方箋未再調劑案件占率 不予支付點數 = (所有慢性病連續處方箋案件診察費與同階段門診量之一般處方診察費差值之加總) $\times 70\%$。 註：前開開具連續兩次以上調劑慢性病連續處方之診察費與同階

	段門診量之一般處方診察費差值醫令代碼對照表如附表。
衛生福利部核准日期及文號	108年4月9日衛部保字第1081260113號函
健保署公告日期及文號	108年4月16日健保審字第1080004880號
實施起日	108年6月1日（費用年月）

**附表、計算開具慢性病連續處方之診察費與同階段門診量
之一般處方診察費差值醫令代碼對照表**

慢性病連續處方 診察費醫令代碼	同階段一般處方 診察費醫令代碼
00158C	00109C
00159C	00110C
00160C	00111C
00161C	00112C
00162C	00113C
00163C	00114C
00164C	00115C
00165C	00116C
00166C	00117C
00167C	00118C
00168C	00119C
00169C	00120C
00209C	00205C
00210C	00207C
00215C	00211C
00216C	00213C
00221C	00217C
00222C	00219C
00184C	01031C
00185C	01032C
00190C	00186C
00191C	00188C

備註:考量每位醫師每日門診量在40人次以下部分，慢箋00158C及00159C對應之交付藥局或本院所自行調劑一般處方診察費依門診量為1至30人次或31至40人次支付點數不同，為避免個案認定爭議，統一以對應點數差值較小之醫令計算差值，即00158C對應同階一般處方醫令為00109C；00159C對應同階一般處方醫令為00110C。