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
	分母一眼科門診申報件數
	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
	<u>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	
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。
	ーフ ナ ル III 中
	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。
14- 1 >- <1 +- >>	
衛生福利部核	113年11日13日街部仔字第1131260633號派
准日期及文號	113- 11/1 13 日 1年 时 1八 3/1131200033 郷(四
健保署公告日	113年12月4日健保審字第1130123927號
期及文號	113 〒12 月 〒 中
實施起日	114年1月1日(費用年月)

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
	分母一眼科門診申報件數
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	中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函
核准日期及	
文號	
健保署公告	中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號
日期及文號	
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)

- 0011111/1/1/27	其地及2017-17111 105-17151日(資用171)
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
	分母一眼科門診申報件數
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	中華民國94年4月1日衛署健保字第0942600160號函
日期及文號	
健保局公告	中華民國94年5月3日健保審字第0940009794號
日期及文號	
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

1	[他起日103年2月1日(實用平月)現仃真他
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= <u>【分子件數</u> ~(分母件數*30%)】/分子件 <u>數</u> *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= <u>【分子件數</u> ~(分母件數*0.42%)】/分子件 <u>數</u> *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 健保署公告日 期及文號	中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函 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)

h	
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
	分母一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
the 1 miles	捨五入至整數)。
	中華民國99年10月8日衛署健保字第0990024551號函
期及文號	中華民國00年10月26日 侍任家党等0000074000點
健保局公告日	中華民國99年10月26日健保審字第0990074989號
期及文號	100年1日1日(弗田午日) 105年1日21日(弗田午日)
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

● 002指係版本・	頁 施起返日9/平3月1日~99平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	中華民國96年12月21日衛署健保字第0962600584號函
期及文號	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	中華民國97年3月25日健保審字第0970012152號
期及文號	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

	X 1 - X - X - X - X - X - X - X - X - X
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
	分母一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	中華民國94年4月1日衛署健保字第0942600160號函
日期及文號	
健保局公告	中華民國94年5月3日健保審字第0940009794號
日期及文號	
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

000年7年7月	本・貞他起口112年2月1日(貞用平月 <i>)</i> 現行貞他
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:
	分子一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)件數分母一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.上述分子分母皆排除嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案
指標屬性	<u>件(案件分類 C5)。</u> 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	
' '	111年12月12日衛部保字第1111260378號函
文號	
健保署公告 日期及文號	111年12月29日健保審字第1110122333號
實施起日	112年2月1日(費用年月)
<u> </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	460	100	
	門診局部處置申報率	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

· 貝他起口107年6月1日(貝用千月)112年1月31日
003-西醫基層耳鼻喉科門診局部處置申報率
降低不當之醫療處置
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:
分子一非耳鼻喉科門診 <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 分母一非耳鼻喉科門診 <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.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。
負向
依院所按月分析
西醫基層總額部門
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* <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
(四捨五八至整數)。
107年6月26日衛部保字第1071260301號函
107年7月3日健保審字第1070008764號
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	460	J00	
	科門診局部處置申	4610	J0100	
	報率	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	J210 J211	
		46619	J211 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	
I I			ı

	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

<u></u>		
	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)

	賃施起迄日105年2月1日(實用年月)~10/年/月31日(實用年月)
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: 分子一耳鼻喉科門診申報局部治療(醫令代碼為54019C、54027C、54037C、54038C)件數 分母一耳鼻喉科門診申報件數 指標2: 分子一非耳鼻喉科門診申報局部治療(醫令代碼為54019C、54027C、54037C、54038C)件數 分母一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= <u>【分子件數</u> —(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0.4%者,超過部分不予支付。 不予支付點數= <u>【分子件數</u> —(分母件數*0.4%)】/分子件 <u>數</u> *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	中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函
准日期及文號	中共日田105年1日0日1年日東京第1040045130時
健保署公告日	中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號
期及文號	105年2日1日(费田在日)
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)

h	實施起返日9/年3月1日~103年1月31日(實用年月)
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
	分母一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	中華民國96年12月21日衛署健保字第0962600584號函
期及文號	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	中華民國97年3月25日健保審字第0970012152號
期及文號	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

***************************************	(10) C C (10) (10) (10) (10) (10)
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
	分母一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	中華民國94年4月1日衛署健保字第0942600160號函
期及文號	
健保局公告日	中華民國94年5月3日健保審字第0940009794號
期及文號	
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

h	
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	中華民國105年12月20日衛部保字第1051260756號函
准日期及文號	
健保署公告日	中華民國106年1月9日健保審字第1050036989號
期及文號	
停止辨理起日	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	中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函
准日期及文號	
健保署公告日	中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號
期及文號	
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)

- 00114171/12/7- 9	[他起起日103年1月1日(貞用午月)~103年1月31日(貞用午月)
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	中華民國104年6月3日衛部保字第1040014763號函
准日期及文號	
	中華民國104年6月23日健保審字第1040035716號
期及文號	
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
一四竪	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)。				
衛生署核准	中華民國95年8月21日衛署健保字第0952600285號函				
日期及文號					
健保局公告	中華民國95年9月4日健保審字第0950068603-A 號				
日期及文號					
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

00.1H MM2-4-	真地を受ける。7月1日 75年 7月1日 75年
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	分子一院所發生後囊混濁(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	中華民國95年8月21日衛署健保字第0952600285號函
日期及文號	
健保局公告	中華民國95年9月4日健保審字第0950068603-A 號
日期及文號	
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

- 000161777727	· 停止辦理是日 111十/月1日(貝用十月)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
	<u>(本指標刪除)</u>
實施目的	減少不當之重複申報
	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主次診
	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、
11- 14- H	8911、8921、8931、8941、94130~94159、
指標定義	94230~94259 94330~94359 94430~94458
	94530~94559、25070~25073、25090~25093、
	70710~70719 \cdot 73010~73019 \cdot 73080~73089 \cdot B.ICD-10-
	CM/PCS 為 S41、S51、S615 (前述第7位碼皆須為"A"或
	"D") \$410 \ \$610 \ \$611 \ \$612 \ \$613 \ \$614 \
	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 \ J0111 \ 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。 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)
停止辦理起日	111年7月1日(費用年月)停止辦理

● 005指標版本:實施起日108年6月1日(費用年月)--111年6月30日(費用年月)

	質施起日108年0月1日(實用平月)111年0月30日(實用平月)			
_	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)。			
	(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)。			
	<u>(5)</u> 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)。			
	(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 \ J0111 \ 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			
7日7小/到 1工	ス で			

● 005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

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,				
111111111111111111111111111111111111111	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)。				
	(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 \				
	<u>J0141 · J018 · J0180 · J0181 · J019 · J0190 · J0191 · </u>				
	A044 \ J45909 \ J45991 \ \ J45998 \ L702 \ \ L98491 \				
	<u>L98492 \ L98493 \ L98494 \ L98499 \ T300 \ N739 \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \</u>				
	N926 N939 O209 H16001 H16002 H16003 N				
	H16009 \ H18831 \ \ H18832 \ \ H18833 \ \ H18839 \				
	<u>Z961 \ Z9841 \ Z9842 \ Z9849 \ Z9883 \ Z4800 \ \ Z4801 \ Z4802 \ \ \ Z4801 \ Z4802 \ \ Z4803 \ \ Z4803 \ \ Z4803 \ \ Z4803 \ \ Z4804 \ \ Z4804 \ Z480</u>				
上馬尼山	<u>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	107年2月12日衛部保字第1071260088號函
准日期及文號	10/平2月12日衛部休子第10/1200088號函
健保署公告日	107年2月7日 伊伊京宁等1070002265時
期及文號	10/平3月/日健休番子系10/0002203號
實施起日	107年4月1日(費用年月)~108年5月31日
期及文號	107年3月7日健保審字第1070002265號 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		<u>A044</u>	
	病患當月就診	140~239	C00-D49	
	超過10次以上			第4位碼為"5"
		25070~25073	E08-E13	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"
			H16001	
			H16002	
			H16003	
			H16009	
			H18831	
			H18832	
			H18833	
			H18839	
			<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></u>	J018	
			J0180	
			J0181	
			J019	
			J0190	
			J0191	
			J45909	
			J45991	
			<u>J45998</u>	
			<u>L702</u>	
		70710~70719	L97	
			<u>L98491</u>	
			L98492	
			L98493	
			L98494	
			<u>L98499</u>	
		73080~73089	M863-M868	
		72010 72010	M863-M868 \	114 - 1 - 141 - 京 - 15
		73010~73019 \	M4620-M4628	增列對應碼
			N739	
			N926	
			N939	
			O209	
		88010~88019、	<u>0207</u>	第7位碼為"A"、"D"
		88110~88112	S41	
				第5位碼為"2"、"4"
		8821 \ 8831 \	S410	
		8841		第7位碼為"A"、"D"
		88010~88019 \	S51	第7位碼為"A"、"D"
		88110~88112		
		8821、8831、	S610	第5位碼為"2"、"4"
		8841		第7位碼為"A"、"D"
		8821、8831、	0.614	第5位碼為"2"、"4"
		8841 S611	S611	第7位碼為"A"、"D"
		8821 \ 8831 \	S612 S613	第5位碼為"2"、"4"
				' '
		8841		第7位碼為"A"、"D"
		8821 \ 8831 \		第5位碼為"2"、"4"
	882 884 880	8841		第7位碼為"A"、"D"
		8821、8831、	S614	第5位碼為"2"、"4"
		8841		第7位碼為"A"、"D"
		88010~88019、	S615	第7位碼為"A"、"D"
		88110~88112		
		8911 \ 8921 \	S710	第5位碼為"2"、"4"
		0711 0721	0/10	オン1上でのかし ユ

		_	
	8931 \ 8941		第7位碼為"A"、"D"
	8911 \ 8921 \	S810	第5位碼為"2"、"4"
	8931 \ 8941		第7位碼為"A"、"D"
	8911、8921、	S818	第5位碼為"2"、"4"
	8931 \ 8941		第7位碼為"A"、"D"
	8911、8921、	2010	第5位碼為"2"、"4"
	8931 \ 8941	S910	第7位碼為"A"、"D"
	8911 \ 8921 \	G011	第5位碼為"2"、"4"
	8931 \ 8941	S911	第7位碼為"A"、"D"
	8911、8921、	G012	第5位碼為"2"、"4"
	8931 \ 8941	S912	第7位碼為"A"、"D"
	8911、8921、	G012	第5位碼為"2"、"4"
	8931 \ 8941	S913	第7位碼為"A"、"D"
	94130~94159、		
	94230~94259、		
	94330~94359、	T20-T25	第4位碼為"3"、"7"
	94430~94458 \		
	94530~94559		
	94130~94159、		
	94230~94259、		
	94330~94359、		第4位碼為"2"、"4"
	94430~94458、		
	94530~94559		
		<u>T300</u>	
		<u>Z4800</u>	
		Z4801	
		<u>Z4802</u>	
		<u>Z961</u>	
		<u>Z9841</u>	
	<u></u>	Z9842	
		Z9849	
		Z9883	

● 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

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)、三度以上境燙傷、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"2"、"4"、第7位碼皆須為"A"、"D")、S410、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"65")、L97、M863-M868、M46.20-M46.28; 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 西醫基層總額部門處理方式 病患就診10次以上病患/數部部門。實理方式 病患就診10次以上病患/數部部(實理方式) 病患就診10次以上病患物類部(實理方式) 病患就診10次以上病患物類診10次以上病患總就診次數 *(當月就診10次以上病患總就診次數 *(當月就診10分以上病患物類部(實理方式) 病患就診200045128號 #位码列於 #在個利部核 中華民國105年1月6日衛部保空第1040045128號	003相标及本:	
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 主文診斷前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"8"、第4-5位碼為"621或622")、E08-E13(前述第4位碼為"8"、第4-5位碼為"65")、L97、M863-M868、M46.20-M46.28; 且醫令代碼為: 48001~48035者。 指標屬性 自向 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一當月就診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次以上病患人數等10) ~(當月就診10次以上病患總就診次數~(當月就診10次以上病患人數等10分以上病患申報之診察費) 衛生福利部核 中華民國105年1月6日衛部保字第1040045128號 維佐保署公告日 中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號	指標名稱	005-基層診所病患當月就診超過10次以上
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,核滅超過次數之診察費。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"8"、第4-5個為"65")、L97、 M863-M868、M46.20-M46.28; 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 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一當月就診10次以上病患總就診次數十當月就診10次以上病患/數末(當月就診10次以上病患地就診次數十當月就診10次以上病患地就診次數半(當月就診10次以上病患地就診次數十當月就診10次以上病患地就診次數十當月就診10次以上病患地就診次數十當月就診10次以上病患地就診次數十當月就診10次以上病患地就診次數十當月就診10次以上病患地就診次數十當月就診10次以上病患地就診次數半後個科部核 中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號	實施目的	減少不當之重複申報
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,核滅超過次數之診察費。前述排除條件件指 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位碼售須為"A"、"D")、S410、S610、S611、S612、S613、S614、S710、S810、S818、S910、S911、S912、S913(前述第5位碼售須為"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"8"、第4-5位碼為"65")、L97、M863-M868、M46.20-M46.28; 且醫令代碼為: 48001~48035者。 指標屬性 負向 分析範圍	指標定義	
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,核滅超過次數之診察費。前述排除條條件指 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"、第7位碼為[62]或622")、E08-E13(前述第4位碼為"8"、第4-5位碼為"65")、L97、M863-M868、M46.20-M46.28;且醫令代碼為:48001~48035者。 指標屬性 負向 分析單位 依院所按月分析 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次以上病患總就診次數、(當月就診10次以上病患申報之診察費) 中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函 作華民國105年1月8日健保審字第1040045128號		排除診察費為0或A3 (預防保健)、D2 (老人流感疫苗接種)及
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,核滅超過次數之診察費。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"8"、第4-5位碼為"65")、L97、M863-M868、M46.20-M46.28; 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) 中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函 中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號		癌症疼痛控制(部分負擔代碼為001且 ICD-9-CM 主次診斷前3
惠之傷口處置、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,核滅超過次數之診察費。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"8"、第4-5位碼為"65")、L97、M863-M868、M46.20-M46.28;且醫令代碼為:48001~48035者。 指標層性 負向 分析單位 依院所按月分析 分析範圍 極醫基層總額部門 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次以上病患總就診次數~(當月就診10次以上病患總就診次數~(當月就診10次以上病患總就診次數~(當月就診10次以上病患申報之診察費) 中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函 中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號		碼為140~239; ICD-10- CM/PCS C00-D49)及外科深部創傷(深
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,核滅超過次數之診察費。 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"8"、第4-5位碼為"65")、L97、M863-M868、M46.20-M46.28; 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 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,未總就診2數、(當月就診10次以上病患申報之診察費) 中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函准日期及文號 中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號 期及文號		及肌肉層、神經血管及骨骼組織)、三度以上燒燙傷、糖尿病病
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"、第7位碼皆須為"A"、"D")、T26(前 述 第4位 碼 為"5"、第4-6碼 為"621或622")、E08-E13(前 述 第4位 碼 為"8"、第4-5位碼為"65")、L97、M863-M868、M46.20-M46.28; 且醫令代碼為: 48001~48035者。 指標屬性 負向 負向 分析單位 依院所按月分析 在屬 為 "65"、第4-6碼 為 "65")、L97、M863-M868、M46.20-M46.28; 且醫令代碼為: 48001~48035者。 指標屬性 自向 分析範圍 處理方式 高惠就診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1040045128號 中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號		患之傷口處置、傷口換藥之同一療程、職業災害(B6)等以上足
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"8"、第4-5位碼為"65")、L97、M863-M868、M46.20-M46.28;且醫令代碼為:48001~48035者。 指標屬性		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
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 並 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 並 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"65")、L97、M863-M868、M46.20-M46.28;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		診10次以上個案,核減超過次數之診察費。
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 並 第7位 碼 皆 須 為"A"、"D")、S410、S610、S611、S612、S613、S614、S710、S810、S818、S910、S911、S912、S913(前 並 第5位 碼 皆 須 為"2"、"4"、第7位 碼 皆 須 為"A"、"D")、T26(前 並 第4位 碼 為"2"、"4")、T20-T25(前 述 第4位 碼 為"3"、"7")、E08-E13(前 述 第4位 碼 為"5"、第4-6碼 為"621或622")、E08-E13(前 述 第4位 碼 為"8"、第4-5 位 碼 為"65")、L97、M863-M868、M46.20-M46.28; 且醫令代碼為:48001~48035者。 指標屬性		前述排除條件指 ICD-9-CM 主診斷碼為88010~88019、
94530~94559、25070~25073、25090~25093、70710~70719、73010~73019、73080~73089; ICD-10- CM/PCS S41、S51、S615(前 遊 第7位 碼 皆 須 為"A"、"D")、S410、S610、S611、S612、S613、S614、S710、S810、S818、S910、S911、S912、S913(前 遊 第5位 碼 皆 須 為"2"、"4"、第7位 碼 皆 須 為"A"、"D")、T26(前 遊 第4位 碼 為"2"、"4")、T20-T25(前 迹 第4位 碼 為"3"、"7")、E08-E13(前 迹 第4位 碼 為"5"、第4-6碼 為"621或622")、E08-E13(前 迹 第4位 碼 為"8"、第4-5位 碼 為"65")、L97、M863-M868、M46.20-M46.28; 且醫令代碼為:48001~48035者。 指標屬性		88110~88112 \ 8821 \ 8831 \ 8841 \ 8911 \ 8921 \ 8931 \ 8941 \
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"8"、第4-5位碼為"65")、L97、M863-M868、M46.20-M46.28;且醫令代碼為:48001~48035者。 指標屬性		94130~94159 94230~94259 94330~94359 94430~94458
S615(前 述 第7位 碼 皆 須 為"A"、"D")、S410、S610、S611、S612、S613、S614、S710、S810、S818、S910、S911、S912、S913(前述第5位碼皆須為"2"、"4"、第7位碼皆須為"A"、"D")、T26(前 述 第4位 碼 為"2"、"4")、T20-T25(前 述 第4位 碼 為"3"、"7")、E08-E13(前 述 第4位 碼 為"5"、 第4-6碼 為"621或622")、E08-E13(前 述 第4位 碼 為"8"、第4-5位碼為"65")、L97、M863-M868、M46.20-M46.28;且醫令代碼為:48001~48035者。 指標屬性 負向 分析單位 依院所按月分析 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一當月就診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 中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函 准日期及文號 中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號		94530~94559、25070~25073、25090~25093、70710~70719、
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"8"、第4-6碼為"65")、L97、M863-M868、M46.20-M46.28;且醫令代碼為:48001~48035者。 指標屬性		73010~73019 · 73080~73089 ; ICD-10- CM/PCS S41 · S51 ·
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"8"、第4-6碼為"65")、L97、M863- M868、M46.20-M46.28;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一當月就診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次以上病患總就診次數*(當月就診10次以上病患總就診次數*(當月就診10次以上病患申報之診察費) 中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函 律日期及文號 健保署公告日 期及文號		S615(前 述 第7位 碼 皆 須 為"A"、"D")、S410、S610、S611、
T26(前 述 第4位 碼 為"2"、"4")、T20-T25(前 述 第4位 碼 為"3"、 "7")、E08-E13(前 述 第4位 碼 為"5"、 第4-6碼 為"621或622")、 E08-E13(前 述 第4位 碼 為"8"、 第4-5位 碼 為"65")、L97、 M863-M868、M46.20-M46.28;且醫令代碼為:48001~48035者。 指標屬性 負向 分析單位 依院所按月分析 西醫基層總額部門 處理方式		S612 · S613 · S614 · S710 · S810 · S818 · S910 · S911 · S912 ·
"7")、E08-E13(前 述 第4位 碼 為"5"、 第4-6碼 為"621或622")、E08-E13(前 述 第4位 碼 為"8"、第4-5位 碼 為"65")、L97、 M863-M868、M46.20-M46.28;且醫令代碼為:48001~48035者。 指標屬性		S913(前述第5位碼皆須為"2"、"4"、第7位碼皆須為"A"、"D")、
E08-E13(前述第4位碼為"8"、第4-5位碼為"65")、L97、M863-M868、M46.20-M46.28;且醫令代碼為:48001~48035者。 指標屬性		
据標屬性 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 中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函 准日期及文號 使保署公告日 中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號		"7")、E08-E13(前 述 第4位 碼 為"5"、 第4-6碼 為"621或622")、
指標屬性 負向 分析單位 依院所按月分析 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一當月就診10次以上病患總就診次數 *(當月就診10次以上病患總就診次數 *(當月就診10次以上病患總就診次數 *(當月就診10次以上病患申報之診察費) 衛生福利部核 中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函 准日期及文號 健保署公告日 中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號 期及文號		E08-E13(前述第4位碼為"8"、第4-5位碼為"65") 、L97、 M863-
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一當月就診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 中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函 准日期及文號 使保署公告日 中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號 期及文號		M868、 <u>M46.20-M46.28</u> ;且醫令代碼為:48001~48035者。
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一當月就 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 中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號 期及文號		負向
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 中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函 准日期及文號 健保署公告日 期及文號	分析單位	依院所按月分析
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一當月就 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 中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函 (建保署公告日 期及文號 中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號 期及文號	分析範圍	西醫基層總額部門
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 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 期及文號	處理方式	
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 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 期及文號		
*(當月就診10次以上病患申報之診察費) 衛生福利部核 中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函 准日期及文號 健保署公告日 中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號 期及文號		
衛生福利部核 中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函 准日期及文號 健保署公告日 中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號 期及文號		`
准日期及文號 健保署公告日 中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號 期及文號		
健保署公告日 中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號 期及文號	衛生福利部核	中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函
期及文號	准日期及文號	
	健保署公告日	中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號
	相及立毙	
實施起日 105年2月1日(費用年月)~107年3月31日	为人人加	

「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
		140~239	C00-D49	
		25070~25073	E08-E13	第4位碼為"5" 第4-6碼為"621或622"
		25090~25093	E08-E13	第4位碼為"8" 第4-5位碼為"65"
		70710~70719	L97	
		73010~73019、	M863- M868 \ M46.20- M46.28	增列對應碼
		73080~73089	M863-M868	
		88010~88019 \ 88110~88112	S41	第7位碼為"A"、"D"
		88010~88019 \\ 88110~88112	S51	第7位碼為"A"、"D"
	所病患當月 就診超過10	88010~88019 \ 88110~88112	S615	第7位碼為"A"、"D"
西醫		8821 、8831 、8841	S410	第5位碼為"2"、"4" 第7位碼為"A"、"D"
基層		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)

	頁他是近日103年1月1日(頁用平月)~103年1月31日(頁用平月)
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	中華民國104年6月3日衛部保字第1040014763號函
准日期及文號	
健保署公告日	中華民國104年6月23日健保審字第1040035716號
期及文號	
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
	,,,,	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"
	005-8。	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、	T26	第4位碼為"2"、"4"
94330~94359、	120	另中证码
94430~94458 \ 94530~94559		
94130~94159、		
94230~94259、	T20-T25	第4位碼為"3"、"7"
94330~94359、	120-123	为4位码约 3 · 7
94430~94458 \ 94530~94559		

● 005指標版本:實施起迄日95年10月1日~104年12月31日

● 003拍标版本・	真他起这日93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。
	V- 15 14 75 16 14 15 2 25 46 77 35 2 00010 00010 00110 00110
	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 \qquad 94330~94359 \qquad 94458 \qquad 94530~94559 \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qqqqqqqqqqqqqqqqqqqqqqqqqqqqqqqqqqqq
	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	中華民國95年8月21日衛署健保字第0952600285號函
期及文號	
健保局公告日	中華民國95年9月4日健保審字第0950068603-A 號
期及文號	
實施起日	95年10月1日~104年12月31日
<u> </u>	

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

11- 15- 4- 46	006-初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 前未使用 aspirin 比率
指標名稱	(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	分子一初次使用 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 人數分母一初次使用 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%
停止辨理起日	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:初次使用指同一院所、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%
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)

	EE 迄日107年4月1日(費用年月)~108年5月31日(費用年月)		
抬栏 幺 稱	06-初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel (Plavix) 前未使用		
	aspirin 比率 的		
	《低不當之醫療處置及用藥型態		
分低 ag as 註 指標定義 註 註 排 1.	下子一初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 前6個月未使用低劑量 aspirin 人數 一母一初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 人數 民劑量 aspirin: 指 ATC 藥理分類前5碼為 B01AC (platelet ggregation inhibitors excl. heparin)之口服單方162mg 以下之spirin。 E1: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。 E2:ticlopidine (ATC 分類為 B01AC05)或 clopidogrel (ATC 分類為 B01AC04)分組名稱為「clopidogrel 75mg+acetylsalicylic acid 0-100mg,一般錠劑膠囊劑」)。 非除案件: 分母申報件數小於等於2件之院所。 為診案件。		
	(向		
招 ((In)		
分析單位 依	泛院所按月分析		
分析範圍 西	5醫基層總額部門門診及住院案件		
不 處理方式 初 至	C率超過閾值者,超過部分不予支付。 予支付點數=[分子人數—(分母人數×閾值)]/分母人數× 可次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 藥品申報總點數(四捨五入 E整數) 引值:67%		
衛生福利部核 准日期及文號	07年2月12日衛部保字第1071260088號函		
健保署公告日 10	07年3月7日健保審字第1070002265號		
期及文號			

● 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
	分母一初次使用 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
11. 11. 11. 11. 11. 11. 11. 11. 11. 11.	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 <mark>閾值</mark> 者,超過部分不予支付。
	不予支付點數=[分子人數-(分母人數× <mark>閾值</mark>)]/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	中華民國105年12月20日衛部保字第1051260756號函
准日期及文號	
健保署公告日	中華民國106年1月9日健保審字第1050036989號
期及文號	
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)

[他起返日103年2月1日(頁用平月)~100年1月31日(頁用平月)	
006-初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel (Plavix) 前未使用 aspirin	
比率	
降低不當之醫療處置及用藥型態	
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	
負向	
依院所按月分析	
西醫基層總額部門門診及住院案件	
超過67%者,超過部分不予支付。	
不予支付點數=【分子人數一(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)	
中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函	
1 1 1 2 2 1 2 2 1 2 2 2 1 1 1 1 1 1 1 1	
中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號	
, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	
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

	月 他 2 章 1 100 章 1 月 1 日 105 章 1 月 5 日 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)
	中華民國99年10月8日衛署健保字第0990024551號函
期及文號	
·	中華民國99年10月26日健保審字第0990074989號
期及文號	
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

	真の心ととログイインカーローグラー 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	中華民國94年6月29日衛署健保字第0940026331號函
期及文號	
健保局公告日	中華民國94年7月27日健保審字第0940018840號
期及文號	
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
招标石件	<u>(本指標刪除)</u>
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
扫标及我	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
	超過部分不予支付。
声冊 上に	不予支付點數 $=\Sigma$ (該藥品代碼用藥天數 -38) $*$ (該藥品總
處理方式	費用/該藥品代碼用藥天數) (四捨五入至整數)
停止辨理起日	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 $=\Sigma$ (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	中華民國99年10月8日衛署健保字第0990024551號函
期及文號	
健保局公告日	中華民國99年10月26日健保審字第0990074989號
期及文號	
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
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 $=\Sigma$ (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	中華民國98年4月3日衛署健保字第0980066498號函
期及文號	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	中華民國98年4月20日健保審字第0980009085號
期及文號	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。
	不予支付點數 $=\Sigma$ (該藥品代碼用藥天數 -31) $*$ (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	中華民國94年6月29日衛署健保字第0940026331號函
及文號	
健保局公告日期	中華民國94年7月27日健保審字第0940018840號
及文號	
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

008-西醫院所門診上呼吸道感染抗生素處方率
降低不當之抗生素處方及用藥型態
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) •
負向
依院所按月分析
西醫基層總額部門門診案件
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
107年7月17日街郊伊宁第1071260088號區
107年2月12日衛部保字第1071260088號函
107年3月7日健保室交第1070002265點
107年3月7日健保審字第1070002265號
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
		460	J00	
		462	J02	排除 J020
西醫基	008-西醫診所門診	464	J04-J05	
層	上呼吸道感染抗生	465	J06	
自	素處方率	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。
	分母一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、 <u>A、B、C、D</u> 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。
	1 1 °
	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	中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函
准日期及文號	
健保署公告日	中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號
期及文號	
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
		460	J00	
		462	J02	排除 J020
西醫基		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	中華民國104年6月3日衛部保字第1040014763號函
日期及文號	
健保署公告日期	中華民國104年6月23日健保審字第1040035716號
及文號	
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
		460	J00	
		462	J02	排除 J020
T 殴 甘	008-西醫診所門診	464	J04-J05	
西醫基層	上呼吸道感染抗生	465	J06	
素處	素處方率	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

0001日	たらし 105年12月1日(資用年月) 104年12月51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。
	分母一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	中華民國103年10月6日衛部保字第1030128664號函
日期及文號	
健保署公告日期	中華民國103年10月20日健保審字第1030011486號
及文號	
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。
	分母一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】
	中華民國102年8月14日衛部保字第1020101635號函
日期及文號	
健保署公告日期	中華民國102年8月22日健保審字第1020028087號
及文號	
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。
	分母一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	中華民國94年6月29日衛署健保字第0940026331號函
期及文號	
健保局公告日	中華民國94年7月27日健保審字第0940018840號
期及文號	
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

	正州任之口 111十/月1日(貝用十月)行业州任
指標名稱	009-西醫基層總額門診注射劑使用率
311 1/1 1/17	<u>(本指標刪除)</u>
實施目的	降低不必要/不當之醫療處置及用藥型態
	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):
指標定義	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
	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。
處理方式	
炒	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
l .	

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· 內納 情 高安 ,經 國 即 相 等 使 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) (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

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 · 因為情需要 · 經醫師指导使)	資料處理定義
給付規定內容 給付規定內容	7.11. 0
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十八一 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(39015ATPN)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)。lanreotideinj 30 mg (如 Somatuline)每次注射間隔两週 (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

降低基層診所注射率方案,不列入分子計算之品項及情形

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	藥品成分代碼:
 換後之懷孕病患,可准予攜回低分子量	2012400510 HEPARIN CALCIUM
	2012400520 HEPARIN SODIUM
肝凝素注射劑自行注射,但給藥天數以	2012401510 NADROPARINE CALCIUM 2012401520 DALTEPARIN SODIUM
不超過兩週為限。(90/11/1)	2012401520 DALTEPARIN SODIUM 2012401610 ENOXAPARIN SODIUM
	9902002110 TINZAPARIN SODIUM
15. Apomorphine hydrochloride 10mg/ml	藥品成分代碼:
	5620000110 APOMORPHINE HCL
(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)	
16.罹患惡性貧血(perniciousanemia)及	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
維他命 B12缺乏病患,如不能口服者或	貧血); ICD-10- CM/PCS D51
口服不能吸收者,得攜回維他命 B12注	2. 藥品成分代碼:
射劑,每次以一個月為限,且每三個月	8811200300 CYANOCOBALAMIN
應追蹤一次。(91/4/1)	(=VIT B12)
, ,	
17.患者初次使用 aldesleukin(如 Proleukin	藥品成分代碼:
Inj) 治療期間 (第一療程),應每週發藥,	9200041800 ALDESLEUKIN
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)	
18.慢性病毒性B型肝炎、慢性病毒性C	1. 參加慢性病毒性B型肝炎、慢性病毒性
 型肝炎所使用之長效型干擾素或短效型	C型肝炎治療試辦計畫之病人。
干擾素,其攜回之數量,至多為四週之	2. 藥品成分代碼:
	0818000710 INTERFERON ALPHA- 2B
使用量。(92/10/1)	0818000720 INTERFERON ALPHA- 2A

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)	 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) 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
	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	
西醫	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	IM06	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

009-西醫基層總額門診注射劑使用率
降低不必要/不當之醫療處置及用藥型態
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冒疫苗接
種)。
負向
依院所按月分析
西醫基層總額部門門診案件
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】
中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函
中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號
105年2月1日(費用年月)~111年6月30日(費用年月)

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·因為情需要,經醫師指导使的給付規定內容	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) (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

降低基層診所注射率方案,不列入分子計算之品項及情形

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十八一 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、	8004003100 FACTOR IX 2012100700 FACTOR IX
92/5/1)	
10. 於醫院內完成調配之靜脈營養輸液 (TPN),攜回使用。(85/10/1、93/12/1)	本項處置(39015ATPN)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)。lanreotideinj 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

降低基層診所注射率方案,不列入分子計算之品項及情形

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)	 多加慢性病毒性B型肝炎、慢性病毒性C型肝炎治療試辦計畫之病人。 藥品成分代碼: 0818000710 INTERFERON ALPHA-2B 0818000720 INTERFERON ALPHA-2A 0818000750 INTERFERON ALFACON-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

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	IM06	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)

● 007相标版本・	員他起起日 103年1月1日(資用平月)~103年1月31日(資用平月)
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
	分母一給藥案件數(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	中華民國104年6月3日衛部保字第1040014763號函
准日期及文號	
14 四 田 ハ ル コ	中華民國104年6月23日健保審字第1040035716號
健保署公告日	1 年 10 10 10 125 日
期及文號	1 4 10 10 1 0 11 25 日 展 1 4 10 10 0 35 7 10 10

層診所注射率方案,不列入分子計算之品項及情形

什A·因為情需安,經醫師指导使用 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	門診當次申報
(至多攜回二週)	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	藥品成分代碼:
生成素(至多攜回二週,如因特殊	1600001120 EPOETIN BETA
病情需要,需敘明理由,得以臨床	(GENETICAL RECOMBINANT) 2004000210 RECOMBINANT
實際需要方式給藥,惟一個月不超	HUMAN ERYTHROPOIETIN
過20,000U (如 Eprex、	1600000610 Aranesp
Recormon)或100mcg(如	•
Aranesp) 為原則)。	
6. 治療白血病使用之 α-interferon	藥品成分代碼:
(至多攜回二週)	
(エグ個ローゼ)	0818000710 (INTERFERON
	ALPHA- 2B)
	` .
	ALPHA- 2B)
	ALPHA- 2B) 0818000720 INTERFERON
	ALPHA- 2B) 0818000720 INTERFERON ALPHA- 2A
	ALPHA-2B) 0818000720 INTERFERON ALPHA-2A 0818000750 INTERFERON
	ALPHA- 2B) 0818000720 INTERFERON ALPHA- 2A 0818000750 INTERFERON ALFACON-1 0818000770 PEGINTERFERON- ALFA-2A
	ALPHA-2B) 0818000720 INTERFERON ALPHA- 2A 0818000750 INTERFERON ALFACON-1 0818000770 PEGINTERFERON- ALFA-2A 8019000199 PEGINTERFERON
	ALPHA-2B) 0818000720 INTERFERON ALPHA- 2A 0818000750 INTERFERON ALFACON-1 0818000770 PEGINTERFERON- ALFA-2A 8019000199 PEGINTERFERON ALPHA-2B
7. G-CSF(如 filgrastim;	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)	ALPHA-2B) 0818000720 INTERFERON ALPHA- 2A 0818000750 INTERFERON ALFACON-1 0818000770 PEGINTERFERON- ALFA-2A 8019000199 PEGINTERFERON ALPHA-2B
7. G-CSF(如 filgrastim;	ALPHA-2B) 0818000720 INTERFERON ALPHA-2A 0818000750 INTERFERON ALFACON-1 0818000770 PEGINTERFERON-ALFA-2A 8019000199 PEGINTERFERON-ALPHA-2B 藥品成份代碼: 1002000500 FILGRASTIN

(至多攜回一個月)。	6828001001 SOMATOTROPIN
	HUMAN
9. 門診之血友病人得攜回二~三劑	藥品成份代碼:
量(至多攜回一個月)第八、第九凝	8004000100 ANTIHEMOPHILIC
血因子備用,繼續治療時,比照化	FACTOR 8004003300 FACTOR VIII
療以「療程」方式處理,並查驗上	80040033001AC1OR VIII 8004003100 FACTOR IX
次治療紀錄(如全民健康保險藥品	2012100700 FACTOR IX
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)	
10. 於醫院內完成調配之靜脈營養	本項處置(39015ATPN)限區域醫院
輸液 (TPN),攜回使用。	以上層級申報,故基層診所不應申
(85/10/1 \cdot 93/12/1)	報。
11. 肢端肥大症病人使用之	1.當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 前4碼
octreotide、lanreotide (如	為:
Sandostatin、Somatuline 等),另	2532 ; ICD-10- CM/PCS
octreotide、(如 Sandostatin)需個案	E220 · E344 Acromegaly and
事前報准 (93/12/01刪除)。	gigantism 2.藥品成份代碼:
lanreotide inj 30 mg(如	2. 無品 成份 代码· 6828001300 OCTREOTIDE
Somatuline) 每次注射間隔兩週	6828091210 SOMATOSTATIN
(88/6/1), octreotide LAR(如	
Sandostatin LAR Microspheres for	
Inj.) 每次注射間隔四週 (89/7/1)。	
12. 結核病病人持回之	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 前三
streptomycin、kanamycin 及	碼為011; ICD-10- CM/PCS
enviomycin 注射劑(至多攜回二	A150(肺結核相關診斷):
週)。(86/9/1)	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	藥品成分代碼:
個月)。(87/4/1)	2816100100 DROPERIDOL
	2816100300 HALOPERIDOL 2816100310 HALOPERIDOL
	DECANOATE
	2816100600 RISPERIDONE
	2816109310 HALOPERIDOL
	(DECANOATE)

	201/200010 71101 077777777
	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	藥品成分代碼:
瓣膜置換後之懷孕病患,可准予攜	2012400510 HEPARIN CALCIUM
回低分子量肝凝素注射劑自行注	2012400520 HEPARIN SODIUM
	2012401510 NADROPARINE
射,但給藥天數以不超過兩週為	CALCIUM
限。(90/11/1)	2012401520 DALTEPARIN
	SODIUM
	2012401610 ENOXAPARIN
	SODIUM
	9902002110 TINZAPARIN
	SODIUM
15. Apomorphine hydrochloride	藥品成分代碼:
10mg/ml (如 Britaject Pen): 限使	5620000110 APOMORPHINE
用於巴金森氏病後期產生藥效波動	HCL
(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)	
16.罹患惡性貧血	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 為
(perniciousanemia) 及維他命 B12	281.0 (惡性貧血)、281.1(維生素
缺乏病患,如不能口服者或口服不	B12缺乏性貧血);ICD-10-
能吸收者,得攜回維他命B12注射	CM/PCS D51
加入认为 的简单等的中 112/工剂	

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。
- 人。
 2. 藥品成分代碼:
 0818000710 INTERFERON
 ALPHA- 2B
 0818000720 INTERFERON
 ALPHA- 2A
 0818000750 INTERFERON
 ALFACON-1
 0818000770 EGINTERFERONALFA-2A

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)

8019000199 PEGINTERFERON

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
	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	
西醫	門診注射劑使用率12. 結核病	011	A150	
基層	門診注射劑使用率16.惡性 貧血	281.0 \cdot 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

	他起迈日 99年3月1日(資用平月)~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	- BB + B /
	西醫基層總額部門門診案件
處理方式	西醫基層總額部門門診案件 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
處理方式	
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
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。
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
	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/
	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	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	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】 中華民國99年2月3日衛署健保字第0990062214號函
衛生署核准日 期及文號 衛生署公告日	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】 中華民國99年2月3日衛署健保字第0990062214號函

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	門診當次申報
(至多攜回二週)	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
i. desicificadiffine (x2 Besicial)	(DESFERRIOXAMINE MESYLATE
	(=DESFERAL)注射劑。
5. 慢性腎臟功能衰竭,使用紅血球	藥品成分代碼:
生成素(至多攜回二週,如因特殊	1600001120 EPOETIN BETA
病情需要,需敘明理由,得以臨床	(GENETICAL RECOMBINANT)
實際需要方式給藥,惟一個月不超	2004000210 RECOMBINANT HUMAN
過20,000U (如 Eprex、	ERYTHROPOIETIN
Recormon) 或100mcg (如	1600000610 Aranesp
Aranesp) 為原則)。	
6. 治療白血病使用之 α-interferon	藥品成分代碼:
(至多攜回二週)	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;	藥品成份代碼:
lenograstim)(至多攜回六天)	1002000500 FILGRASTIN 9200035800 LENOGRASTIM
(98/11/1)	(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	藥品成份代碼:
量(至多攜回一個月)第八、第九凝	8004000100 ANTIHEMOPHILIC
血因子備用,繼續治療時,比照化	FACTOR 8004003300 FACTOR VIII
療以「療程」方式處理,並查驗上	8004003300 FACTOR VIII 8004003100 FACTOR IX
次治療紀錄(如全民健康保險藥品	2012100700 FACTOR IX
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)	
10. 於醫院內完成調配之靜脈營養	本項處置(39015ATPN)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。
	1 12 1 N EB N W 15 -F TOD O CD F Y 4 -F
11. 肢端肥大症病人使用之	1.當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 前4碼 為:
octreotide、lanreotide (如	
Sandostatin、Somatuline 等),另	2533 Acromegaly and gigantism
octreotide、(如 Sandostatin)需個案	2.藥品成份代碼:
事前報准 (93/12/01刪除)。	6828001300 OCTREOTIDE 6828091210 SOMATOSTATIN
lanreotide inj 30 mg(如	0020091210 SOWATOSTATIN
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)。	
12. 結核病病人持回之	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 前三碼
streptomycin、kanamycin 及	為011(肺結核相關診斷):
enviomycin 注射劑(至多攜回二	2. 藥品成份代碼:
週)。(86/9/1)	0812109410 KANAMYCIN
	(SULFATE)
	0812700500STREPTOMYCIN
	0812709520STREPTOMYCIN
	(SULFATE)
13. 抗精神病長效針劑 (至多攜回一	藥品成分代碼:
個月)。(87/4/1)	2816100100 DROPERIDOL
	2816100300 HALOPERIDOL
	2816100310 HALOPERIDOL
	DECANOATE
	2816100600 RISPERIDONE
	2816109310 HALOPERIDOL
	(DECANOATE)
	2816200810 ZUCLOPENTHIXOL
	ACETATE
	2816200820 ZUCLOPENTHIXOL
	DECANOATE 2816400900 SULPIRIDE
	2816600110 AMITRIPTYLINE HCL
	2816601520 CLOPENTHIXOL
	DEANOATE
	2816800620 FLUPENTIXOL
	DECANOATE
	2816900310 CHLORPROMAZINE
	HCL
	2816900520 FLUPHENAZINE
	DECANOATE
	2816900800PERPHENAZINE

14 似八フ旦叶切 + 14 41 41 4 人同	2816900810PERPHENAZINE 2HCL 2816900910PIPOTIAZINE PALMITATE 2816901000PROCHLORPERAZINE Z102100911ZIPRASIDONE 藥品成分代碼:
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)	業品成分代碼・ 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

- 00万亩小水水	施足では 73年10月1日~99年2月20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	中華民國95年8月21日衛署健保字第0952600285號函
期及文號	
健保局公告日	中華民國95年9月4日健保審字第0950068603-A 號
期及文號	
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

外什坦宁内穴	咨
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	門診當次申報
凝血劑(至多攜回二週)	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	主成分代碼:64000010(DESFERRIOXAMINE
Desferal)	MESYLATE (=DESFERAL)注射劑。
5. 慢性腎臟功能衰竭,使用	藥品成分代碼:
紅血球生成素(至多攜回二	1600001120 EPOETIN BETA (GENETICAL
週,如因特殊病情需要,需	RECOMBINANT)
敘明理由,得以臨床實際需	2004000210 RECOMBINANT HUMAN
要方式給藥,惟一個月不超	ERYTHROPOIETIN
過20,000U為原則)。	
6. 治療白血病使用之 α-	● 藥品成分代碼:
interferon(至多攜回二週)	0818000710 (INTERFERON ALPHA- 2B)
一 (王夕桐口一边)	0818000720 INTERFERON ALPHA- 2A
	0818000750 INTERFERON ALFACON-1
	0818000770 PEGINTERFERON-ALFA-2A
	8019000199 PEGINTERFERON ALPHA-2B
7. G-CSF (如 Filgrastim;	● 藥品成份代碼:
lenograstim)(至多攜回三天)	1002000500 FILGRASTIN
Tonograstimi)(エタ場は二人)	9200035800 LENOGRASTIM (GENETICAL
	RECOMBINATION)
8. 生長激素(human growth	● 藥品成份代碼:
hormone) (至多攜回一個	6828001001 SOMATOTROPIN HUMAN
月)。	
9. 門診之血友病人得攜回二~	● 藥品成份代碼:
三劑量(至多一個月)第八、	8004000100 ANTIHEMOPHILIC FACTOR
第九凝血因子備用,繼續治	8004003300 FACTOR VIII
療時,比照化療以「療程」	8004003100 FACTOR IX
方式處理,並查驗上次治療	2012100700 FACTOR IX
紀錄(如附表十八一全民健	
MUST (MINAL) INK	

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	本項處置(39015ATPN)限區域醫院以上層級申
營養輸液 (TPN),攜回使	報,故基層診所不應申報。
用。(85/10/1)(93/12/01刪	
除) 931104健保審字第	
0930050506號公告修正	
11. 肢端肥大症病人使用之	2. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 前4碼為:
octreotide、lanreotide (如	2530 Acromegaly and gigantism
Sandostatin · Somatuline	3. 藥品成份代碼:
等),另 octreotide、(如	6828001300 OCTREOTIDE
Sandostatin)需個案事前報准	6828091210 SOMATOSTATIN
(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	
12. 結核病病人持回之	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 前三碼為011(肺
streptomycin、kanamycin 及	結核相關診斷):
enviomycin 注射劑(至多攜	2. 藥品成份代碼:
回二週)。(86/9/1)	0812109410KANAMYCIN (SULFATE)
	0812700500 STREPTOMYCIN
	0812709520 STREPTOMYCIN (SULFATE)
13. 抗精神病長效針劑 (至多	藥品成分代碼:
攜回一個月)。(87/4/1)	2816100100 DROPERIDOL
	2816100300 HALOPERIDOL 2816100310 HALOPERIDOL DECANOATE
	2816100600 RISPERIDONE
	2816109310 HALOPERIDOL (DECANOATE)
	2816200810 ZUCLOPENTHIXOL ACETATE
	2816200820 ZUCLOPENTHIXOL
	DECANOATE
	2816400900 SULPIRIDE 2816600110 AMITRIPTYLINE HCL
	281660110 AMITRIPTYLINE HCL 2816601520 CLOPENTHIXOL DEANOATE
	2816800620 FLUPENTIXOL DECANOATE
	2816900310 CHLORPROMAZINE HCL

الله الله الله الله الله الله الله الله	-b lul 45 -m -b +
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:	藥品成分代碼:
金屬瓣膜置換後之懷孕病	2012400510 HEPARIN CALCIUM
	2012400520 HEPARIN SODIUM
患,可准予攜回低分子量肝	2012401510 NADROPARINE CALCIUM
凝素注射劑自行注射,但給	2012401520 DALTEPARIN SODIUM
藥天數以不超過兩週為限。	2012401610 ENOXAPARIN SODIUM
(90/11/1)	9902002110 TINZAPARIN SODIUM
15. apomorphine hydrochloride	藥品成分代碼:
10mg/ml (如 Britaject Pen):	5620000110 APOMORPHINE HCL
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)	
	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 為:281.0 (惡
12.3.3	性貧血)、281.1(維生素B12缺乏性貧血)
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	8811200300 CYANOCOBALAMIN (=VIT B12)
者,得攜回維他命B12注射	B12)
劑,每次以一個月為限,且	
每三個月應追蹤一次。	
(91/4/1)	
1 7 . 患者初	藥品成分代碼:
次使用 aldesleukin(如	9200041800 ALDESLEUKIN
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)	7 众人想从广丰加了到时火,周以广丰以了到
18.慢性病毒性B型肝炎、慢	7. 参加慢性病毒性B型肝炎、慢性病毒性C型
性病毒性C型肝炎所使用之	肝炎治療試辨計畫之病人。

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 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)	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

● 010指標版本:	實施起日 105年2月1日(費用年月)現行實施 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」。
11- 1T F 11	
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=【分子件數一(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	中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函
准日期及文號	千八四103千1万0日何中亦于第10 1 0139200號四
健保署公告日	中共日田105年1日0日 体旧京宁第1040045130時
	P #
· - · · · · · · · · · · · · · · · · ·	中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號
期及文號實施起日	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)

	でたら1102十11万11(資用十万)~103十1万311(資用十万)
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】
	中華民國102年8月14日衛部保字第1020101635號函
日期及文號	
健保署公告日期	中華民國102年8月22日健保審字第1020028087號
及文號	
實施起日	102年11月1日(費用年月)~105年1月1日(費用年月)
[<u> </u>	

指標名稱	^{施起這日 100年1月1日~102年10月31日} 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	分子一制酸劑重複案件數
扫标及我	分母一制酸劑案件數
	制酸劑重複案件:同一處方,含有兩筆不同制酸劑醫
	一 制酸劑重複系件・同一處力,否有兩軍不同制酸劑酉一 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
	1. 人無理分類代码 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 Antacids And Adsorbents Composite 制酸劑及吸附劑複
	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
	四、150mm 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
	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
	中華民國99年10月26日健保審字第0990074989號
及文號	〒八四ノノ〒10月20日 廷 ホ番丁 知UククUU/サア0ク続
實施起日	100年1月1日~102年10月31日
L/\ ' - ' \ '	

● 010指標版本:實施起迄日 94年9月1日~99年12月31日

ir .	
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	分子一制酸劑重複案件數
	分母一制酸劑案件數
	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	中華民國94年6月29日衛署健保字第0940026331號函
期及文號	
健保局公告日	中華民國94年7月27日健保審字第0940018840號
期及文號	
實施起日	94年9月1日~99年12月31日
I	<u> </u>

▶ 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
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 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)】 。
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 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
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
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
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
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
「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
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
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
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
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
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
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
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
衛生署核准日中華民國94年8月10日衛署健保字第0940032530號函
期及文號
健保局公告日中華民國94年9月2日健保審字第0940023156號
期及文號
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

0144日/示/及本	・ 貞 他起口114年1月1口()
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	分子一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 <u>(2014年版)</u> 為 I10-I15 <u>、</u>
	ICD-10-CM/PCS(2023年版) 為 I10-I15、I16.0、
	<u>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	110 1 10 10 00 - 11 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10
准日期及文號	113年10月29日衛部保字第1131260624號函
健保署公告日	112年12日4日伊伊安安等1120122027時
期及文號	113年12月4日健保審字第1130123927號
實施起日	114年1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 (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
西醫	014-高血壓併氣喘病患不適當用藥(non-selective beta blocking	493	J44-J45	J44-J4 <u>5</u>	
基層		4 01- 4 05	1110-115	<u>I10-I15 × I16.0 ×</u> <u>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)

1	
指標名稱	014-高血壓併氣喘病患不適當 <u>用</u> 藥(<u>non-selective beta blocking</u>
	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	分子一高血壓併氣喘病患使用 non-selective beta blocking agents、
	alpha and beta blocking agents 之藥品人次
	分母-高血壓併氣喘病患人次
	高血壓:任一診斷 ICD-9-CM 為401-405;
	ICD-10-CM/PCS 為 I10-I15
	氣喘:任一診斷 ICD-9-CM 為493 ICD-10-CM/PCS 為 J44-J45
	1CD-10-CW/1 C3 / 344-343
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* <u>15%</u>)】/分子件數*
	高血壓併氣喘使用(<u>non-selective beta blocking agents、alpha and</u>
	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」、
	$\lceil C07AG \rceil \cdot \lceil C07BA \rceil \cdot \lceil C07BG \rceil \cdot \lceil C07CA \rceil \cdot \lceil C07CG \rceil \cdot \rceil$
	「C07DA」、「C07EA」、「C07FA」等共9項。
衛生福利部核	中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函
准日期及文號	1 子 1/10日 1/10日 1月 日 1月 日 1月 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11
健保署公告日	中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號
期及文號	1 + M 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
<u> </u>	105年2月1日(費用年月)
7, 10, 0	1 - /4 - · · · () /4 /4 /

「014-高血壓併氣喘病患不適當<u>用</u>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
四番	014-高血壓併氣喘病患不適當 <u>用</u> 藥(non- selective beta blocking agents、alpha and	493	J44-J45	
耳脸		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)

014-高血壓併氣喘病患不適當降壓藥 (β-blocker) 處方率過高
降低不當之用藥型態
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
負向
依院所按月分析
醫院總額部門及西醫基層總額部門
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
中華民國104年6月3日衛部保字第1040014763號函
中華民國104年6月23日健保審字第1040035716號
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	014-高血壓併氣喘病患 不適當降壓藥 (β-	493	J44-J45	
/02/		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
	分母一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	中華民國99年10月8日衛署健保字第0990024551號函
期及文號	
健保局公告日	中華民國99年10月26日健保審字第0990074989號
期及文號	
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

***************************************	1000 E T 1 12/11 1
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%】)×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	中華民國94年11月11日衛署健保字第0940059597號函
期及文號	
健保局公告日	中華民國94年11月22日健保審字第0940034614號
期及文號	
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

h	- 「一月」「「「「「」」「「」」「「「」」「「「」」「「」」「「」」「「」」「「」
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	中華民國94年11月11日衛署健保字第0940059597號函
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	中華民國94年11月22日健保審字第0940034614號
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	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

 	及本·自90平/月1日(實用平月)起停止辦理本項指係
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)
	分母一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)
	分母一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≧70%,且特定藥局調劑該診所處方案件佔藥
	局調劑件數比率≧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	中華民國94年11月11日衛署健保字第0940059597號函
日期及文號	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	中華民國94年11月22日健保審字第0940034614號
日期及文號	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

● 010拍标版本	· 賞 施起日114年1月1日(實用 平月) 現行賞 施
指標名稱	016-西醫診所 COXⅡ 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: <u>符合藥品給付規定1.1.5所列診斷。</u>
	(1)年齡大於等於60歲之骨關節炎病變(CELECOXIB 可用於年齡大於等於
	50歲之骨關節炎病變)。
	(2)類風濕性關節炎僵直性脊椎炎、乾癬性關節炎、退化性關節炎。
	(3)合併有急性嚴重創傷、中風、心血管疾病者。
	(4)曾有消化性潰傷、上消化道出血或胃穿孔病史者。
	(5)肝硬化患者。
	註:上述疾病之診斷碼詳如附表。
	分母一門診 COXⅡ inhibitor 用藥(含 NABUMETONE(成分代碼2808001900)、
	MELOXICAM(成分代碼9200038100)、ETODOLAC(成分代碼2808404700)、
	CELECOXIB(成分代碼2808405200)、NIMESULIDE(成分代碼2808405100)五
	成分)件數。
	排除條件:
	 分母門診 COX II inhibitor 用藥申報件數小於等於10件之院所。 2.簡表 (01) 案件。
指標屬性	多向
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=[(COXⅡinhibitor 用藥不符給付規定比率-閾
	值)/COX [[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	112 年 10 日 20 日 佐 初 日 ウ 焙 11212(0(2)4 時 2
准日期及文號	113年10月29日衛部保字第1131260624號函
健保署公告日	112年12日4日 伊伊京安等1120122027時
期及文號	113年12月4日健保審字第1130123927號
實施起日	114年1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

	, corr ii iiiiiicitor	I		
	ICD-10- CM/PCS			ICD-9
<u> </u>	(2014年版)	(2023年版)	備註	CM
<u>疾病</u>	自105年1月1日	自114年1月1日	加起	(104.12.31
	起適用	起適用		以前適用)
	M00-M08	M00-M08		711-725
	M11-M19	M11-M19		711-725
	M22-M25	M22-M25		711-725
<u>變</u>	M32-M36	M32-M36		711-725
	M43	<u>M43</u>		711-725
	M45-M54	M45-M54		711-725
	M62830	M62830		711-725

	M6788	<u>M6788</u>		711-725
	M796	M796		711-725
	M961	M961		711-725
	M992-M997	M992-M997		711-725
	R262	R262		711-725
	R294	R294		711-725
	R29898	R29898		711-725
Je	M05-M06	M05-M06		714
類風溼性關	M08	<u>M08</u>	排除 M081	714
<u>節 炎</u>	M120	M120		714
僵直性脊椎	M081	M081		720
<u>炎</u>	M45	M45		720
	L305	L305		696
乾癬性關節	L40-L42	L40-L42		696
<u>类</u>	L44-L45	L44-L45		696
	L945	L945		696
退化性關節	M121-M129	M121-M129	排除 M122-M124	716
<u>炎</u>	M13	M13		716
	S02	S02	第7位碼為"A"、"B"、"D"、"G"、"K"	800-840
	S12	S12	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>\$42</u>	第7位碼為"A"、"B"、"D"、"G"、"K"、"P"	800-840
	S43-S44	S43-S44	第7位碼為"A"、"D"	800-840
	S46	S46	第7位碼為"A"、"D"	800-840
	S49	S49	第7位碼為"A"、"D"、"G"、"K"、"P"	800-840
			第7位碼為"A"、"B"、"C"、"D"、"E"、	
	S52	<u>S52</u>	"F"、"G"、"H"、"J"、"K"、"M"、"N"、	800-840
			"P"、"Q"、"R"	
	S59	<u>S59</u>	第7位碼為"A"、"D"、"G"、"K"、"P"	800-840
	S62	<u>862</u>	第7位碼為"A"、"B"、"D"、"G"、"K"、 "P"	800-840
<i>k n/ - /</i> / / /			第7位碼為"A"、"B"、"C"、"D"、"E"、	
合併有急性	S72	<u>S72</u>	"F"、"G"、"H"、"J"、"K"、"M"、"N"、	800-840
嚴重創傷			"P"、"Q"、"R"	
	S79	<u>S79</u>	第7位碼為"A"、"D"、"G"、"K"、"P"	800-840
			第7位碼為"A"、"B"、"C"、"D"、"E"、	
	S82	<u>S82</u>	"F"、"G"、"H"、"J"、"K"、"M"、"N"、	800-840
			"P"、"Q"、"R"	
	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	S21	第7位碼為"A"、"D"	860-869
	S26-S27	S26-S27	第7位碼為"A"、"D"	860-869
	S31	S31	第7位碼為"A"、"D"	860-869
	S36-S37	S36-S37	第7位碼為"A"、"D"	860-869
	S51	S51	第7位碼為"A"、"D"	881
	S569	S569	第7位碼為"A"、"D"	881
	S615	S615	第7位碼為"A"、"D"	881
	~01 <i>0</i>	<u> </u>	Nr 1 (25 mg/mg 23 22	001

	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 \cdot 887
	S58	<u>S58</u>	第7位碼為"A"、"D"	885 \\ 886 \cdot 887
	S68	<u>S68</u>	第7位碼為"A"、"D"	885 \\ 886 \times 887
	S71	S71	第7位碼為"A"、"D"	890-897
	S769	S769	第7位碼為"A"、"D"	890-897
	S78	<u>\$78</u>	第7位碼為"A"、"D"	890-897
	S81	S81	第7位碼為"A"、"D"	890-897
	S869	S869	第7位碼為"A"、"D"	890-897
	S88	<u>S88</u>	第7位碼為"A"、"D"	890-897
	S91	S91	第7位碼為"A"、"D"	890-897
	S969	S969	第7位碼為"A"、"D"	890-897
	S98	<u>S98</u>	第7位碼為"A"、"D"	890-897
	S090	S090	第7位碼為"A"、"D"	900
	S15	<u>S15</u>	第7位碼為"A"、"D"	900
	S07	S07	第7位碼為"A"、"D"	925-929
	S17	S17	第7位碼為"A"、"D"	925-929
	S280	S280	第7位碼為"A"、"D"	925-929
	S380-S381	S380-S381	第7位碼為"A"、"D"	925-929
	S47	S47	第7位碼為"A"、"D"	925-929
	S57	<u>S57</u>	第7位碼為"A"、"D"	925-929
	S67	S67	第7位碼為"A"、"D"	925-929
	S77	<u>S77</u>	第7位碼為"A"、"D"	925-929
	S87	S87	第7位碼為"A"、"D"	925-929
	S97	S97	第7位碼為"A"、"D"	925-929
	T20-T32	T20-T32	第7位碼為"A"、"D"	940-949
		S99.0- S99.2	第7位碼皆須為"A"、"B"	
		<u>P91.821-</u> <u>P91.823</u>		
中風	I60-I69、G450-	<u>I60-I69、</u>		430-438
1 /34	G468	G450-G468		
	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
心血管疾病	I798	<u>1798</u>		401-444
D /// (I970-I971	<u>1970-1971</u>		401-444
	R001	<u>R001</u>		401-444
	T800	T800		401-444
	T817	T817		401-444
sile to 1.1 sile	T828	<u>T828</u>		401-444
<u>消化性潰</u> <u>傷、上消化</u> 道出血或胃 穿孔	K20-K28	<u>K20-K28</u>		530-534
	K7030-K7031	K7030-K7031		5712
肝硬化	K7460-K7469	K7460-K7469		5715
	K743-K745	<u>K743-K745</u>		5716

● 016指標版本:實施起迄日110年10月1日(費用年月)~113年12月31日(費用年月)

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	分子一門診 COX II inhibitor 用藥主次診斷不符藥品給付規定件數
阳尔及我	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)、 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、
	\$46(前述第7位碼皆須為"A"、"D")、\$49(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") \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \
	\$48 \cdot \$58 \cdot \$68 \cdot \$71 \cdot \$769 \cdot \$78 \cdot \$881 \cdot \$889 \cdot \$88 \cdot \$91 \cdot \$969 \cdot \$98 \cdot \$980 \cd
	\$090 \ \$15 \ \$07 \ \$17 \ \$280 \ \$380 \ \$381 \ \$47 \ \$57 \ \$67 \ \$77 \ \$87 \ \$67 \ \$77 \ \$87 \ \$67 \ \$77 \ \$87 \ \$67 \ \$7
	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)曾有消化性潰傷、上消化道出血或胃穿孔病史者 (ICD-9-CM 前三碼為530-
	(4) 曾有계亿性演 伤 、上계亿理出血或月牙孔病史者 (1CD 9 CM 用三嶋為330 534); 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-
	(3)別 変化 思省 (1015 - 2017 期 年時 以 3 1 1 2 - 3 1 1 3 - 3 1 1 0) 、1015 1 0 - 2 1 1 1 2 3 K 7 0 3 0 - K 7 4 6 9 - K 7 4 3 - K 7 4 5 。
	註:上述疾病之診斷碼詳如附表。
	分母-門診 COX II inhibitor 用藥 (含 NABUMETONE(成分代碼2808001900)、
	MELOXICAM(成分代碼 2808404900 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 COXⅡ inhibitor 用藥申報件數小於等於10件之院所。
	2. 簡表 (01) 案件。

上压量;	h)
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=[(COXⅡinhibitor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	110年8月30日衛部保字第1101260269號函、
部核准日	110年6月30日年四十十月日 - 6 1101200207 流图 110 年 5 月 35 - 7 11 110 1200207 流图 110 12001
期及文號	110年5月25日衛部保字第1101260176號函
健保署公	
告日期及	110年9月6日健保審字第1100011604號
文號	
實施起日	110年10月1日(費用年月)

「016-西醫診所 COXⅡ inhibitor 處方不當比率過高」附表

		ICD-9-CM	
<u>疾病</u>	(105.01.01起適	/ 比 - 计	(104.12.31以前適
	用)	備註	用)
	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
骨關節炎病變	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
	M05-M06		714
類風溼性關節炎	M08	排除 M081	714
	M120		714
僵直性脊椎炎	M081		720
<u>恒且任有性火</u>	M45		720
	L305		696
乾癬性關節炎	L40-L42		696
	L44-L45		696
	L945		696
退化料關签 %	M121-M129	排除 M122-M124	716
退化性關節炎	M13		716

	a.a	th The of Allah HDH HDH HOH HTM	000 040
	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"、	800-840
		"P" \ "Q" \ "R"	
	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"	
	S06	第7位碼為"A"、"D"	850-854
	S21	第7位碼為"A"、"D"	860-869
合併有急性嚴重創	S26-S27	第7位碼為"A"、"D"	860-869
傷	S31	第7位碼為"A"、"D"	860-869
<u>127</u>	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-		420, 429
	G468		430-438
	G45		401-444
	I10-I74		401-444
	I777		401-444
	I798		401-444
心血管疾病	I970-I971		401-444
	R001		401-444
	T800		401-444
	T817		401-444
	T828		401-444
消化性潰傷、上消 化道出血或胃穿孔	K20-K28		530-534
	K7030-K7031		5712
肝硬化	K7460-K7469		5715
	K743-K745		5716
1		I .	

016指標版本:實施起迄日107年4月1日(費用年月)~110年9月30日

● U10指標版本・)	實施起迄日107年4月1日(費用年月)~110年9月30日		
指標名稱	016-西醫診所 COXⅡ 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	分子一門診 COXⅡinhibitor 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) 可用於年齡力		
	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 \cdot S969 \cdot S98 \cdot S090 \cdot S15 \cdot S07 \cdot S17 \cdot S280 \cdot S380-S381 \cdot		
	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)曾有消化性潰傷、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 \				
	分母一門診 COXⅡinhibitor 用藥(含 NABUMETONE(成分化				
	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。				
	排除條件:				
	1.分母門診 COXⅡinhibitor 用藥申報件數小於等於10件之院				
	<u>所。</u>				
	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=[(COXⅡinhibitor 用藥不符給付規定比率-閾				
	值)/COXⅡinhibitor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	107 6 2 11 7 11 111 12 12 15 10700022 (5 11 1				
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	A稱 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		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	1777	
		401-444	1798	
		401-444	1970-1971	
		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"
000-040	547	第7位碼為"A"、"B"、"C"、"D"、"E"、"F"、
800-840	S52	"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 106年2月1日(費用年月)~107年3月31日(費用年月)

指標名稱	· 實施起返日 100年2月1日(實用平月)~10/平3月31日(實用平月)
	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 COXⅢ <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 ·
	\$969 \cdot \$98 \cdot \$090 \cdot \$15 \cdot \$07 \cdot \$17 \cdot \$280 \cdot \$380 \cdot \$381 \cdot \$47 \cdot \$15 \cdot \$
	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) 曾有消化性潰傷、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 ·
1	

分母一門診 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)件數指標屬性 負向 指標屬性 負向 依院所按月分析 分析範圍 西醫基層總額部門		-
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 依院所按月分析		分母-門診 COXⅡ <u>inhibitor</u> 用藥(含 NABUMETONE(成分代碼
2808405200)、NIMESULIDE(成分代碼2808405100)五成分)件數 指標屬性		2808001900)、MELOXICAM(成分代碼2808404900)、
指標屬性 負向 分析單位 依院所按月分析		ETODOLAC(成分代碼2808404700)、CELECOXIB(成分代碼
分析單位 依院所按月分析		2808405200)、NIMESULIDE(成分代碼2808405100)五成分)件數
2.1.4 F. F.	指標屬性	負向
分析範圍 西醫基層總額部門	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。	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=[(COXⅡ <u>inhibitor</u> 用藥不符給付規定比率— <u>閾值</u>)		不予支付點數=[(COXⅡ <u>inhibitor</u> 用藥不符給付規定比率— <u>閾值</u>)/
COX II inhibitor 用藥不符給付規定比率]×不符給付規定使		COX II inhibitor 用藥不符給付規定比率]×不符給付規定使用
COX2 <u>inhibitor</u> 用藥案件藥費總申請金額		COX2 <u>inhibitor</u> 用藥案件藥費總申請金額
<u> </u>		閾值:33%
衛生福利部核 中華民國105年12月20日衛部保字第1051260756號函	衛生福利部核	中華民國105年12月20日衛部保字第1051260756號函
准日期及文號	准日期及文號	
健保署公告日 中華民國106年1月9日健保審字第1050036989號	健保署公告日	中華民國106年1月9日健保審字第1050036989號
期及文號	期及文號	
實施起日 106年2月1日(費用年月)~107年3月31日(費用年月)	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 <u>inhibitor</u>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
			第7位碼為A、B、C、D、E、F、G、H、
	800-840	S52	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		第7位碼為 A、D 第7位碼為 A、D
	885	S36-S37	カバ山崎のA、D
	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

● 016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)

1	: 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	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	分子一門診 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);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) 曾有消化性潰傷、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 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

11-14-11	
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門
處理方式	超過33%,超過部份之藥費總申請金額不予支付。
	不予支付點數=((COXⅡ用藥不符給付規定比率-33%)/(COXⅡ
	用藥不符給付規定比率))×不符給付規定使用 COX2用藥案件藥費總
	申請金額
衛生福利部核	中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函
准日期及文號	
健保署公告日	中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號
期及文號	
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	696	L305	
	過高	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>\</u> 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	
/11-/25	1(2)0)0	第7位碼為"A"、"B"、"D"、
800-840	S02	"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	^{實施起运日 105年1月1日(實用年月)~105年1月31日(實用年月)} 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);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") \ \$06 \ \$21 \ \$26-\$27 \ \$31 \ \$36-\$37 \ \$51 \ \$569 \
	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)
	(4) 曾有消化性潰傷、上消化道出血或胃穿孔病史者(ICD-9-1CM 前三珠為530 534): ICD 10 CM/PCS K20 K28。
	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 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33%,超過部份之藥費總申請金額不予支付。
	不予支付點數=((COXⅡ用藥不符給付規定比率-33%)/(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	中華民國104年6月3日衛部保字第1040014763號函
准日期及文號	
健保署公告日	中華民國104年6月23日健保審字第1040035716號
期及文號	
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 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	016-西醫診			
層	所 COXⅡ處	696	L305	
	方不當比率			
	過高	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"
5710	K7030-	
5712	K7031	
5715	K7460-	
5715	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"

第7位碼為"A"、"D"、"G"、"K"、"P"	800-840	S46	第7位碼為"A"、"D"
S52	000 040	G 40	第7位碼為"A"、"D"、"G"、
S52	800-840	849	"K"、"P"
S52			第7位碼為"A"、"B"、"C"、
"J"、"K"、"M"、"N"、"P"、	000 040	G52	"D"、"E"、"F"、"G"、"H"、
\$7位碼為"A"、"D"、"G"、	800-840	852	"J"、"K"、"M"、"N"、"P"、
S59			"Q" \ "R"
Section	900 940	250	第7位碼為"A"、"D"、"G"、
Solution	800-840	339	"K"、"P"
\$7位碼為"A"、"B"、"C"、	200 240	\$62	第7位碼為"A"、"B"、"D"、
800-840 S72 "D"、"E"、"F"、"G"、"H"、"P"、"Q"、"R" 800-840 S79 第7位碼為"A"、"D"、"G"、"K"、"P" 800-840 S89 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" 850-840 S92 第7位碼為"A"、"D" 860-840 S92 第7位碼為"A"、"D" 860-854 S06 第7位碼為"A"、"D" 860-869 S21 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 \$68 第7位碼為"A"、"D" 885、886、 887 \$68 第7位碼為"A"、"D" 887 第7位碼為"A"、"D" 887 第7位碼為"A"、"D" 887 第7位碼為"A"、"D" 887 第7位碼為"A"、"D" 890-897 \$769 第7位碼為"A"、"D" 890-897 \$78 第7位碼為"A"、"D"	000-040	302	
S72			第7位碼為"A"、"B"、"C"、
S79	800-840	\$72	
S79	000-040	572	
S			
S82	800-840	\$79	
S82	000 040	577	
S82			
"J"、"K"、"M"、"N"、"P"、 "Q"、"R"	800-840	S82	
\$7位碼為"A"、"D"、"G"、	000 010	502	
800-840 S89 "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" 885、886、886、887 第7位碼為"A"、"D" 885、886、886、887 第7位碼為"A"、"D" 887 第7位碼為"A"、"D" 887 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"			
"K"、"P" 第7位碼為"A"、"B"、"D"、	800-840	S89	
S92			
\$50-854 \$06 \$7位碼為"A"、"D" \$60-869 \$21 \$7位碼為"A"、"D" \$60-869 \$26-\$27 \$7位碼為"A"、"D" \$60-869 \$31 \$7位碼為"A"、"D" \$60-869 \$36-\$37 \$7位碼為"A"、"D" \$85、886、887 \$7位碼為"A"、"D" \$7位碼為"A"、"D" \$85、886、887 \$7位碼為"A"、"D" \$7位碼為"A"、"D" \$85、886、887 \$7位碼為"A"、"D" \$7位碼為"A"、"D" \$890-897 \$71 \$7位碼為"A"、"D" \$90-897 \$769 \$7位碼為"A"、"D" \$90-897 \$769 \$7位碼為"A"、"D" \$90-897 \$769 \$7位碼為"A"、"D" \$890-897 \$78 \$7位碼為"A"、"D" \$890-897 \$78 \$7位碼為"A"、"D" \$890-897 \$769 \$7位碼為"A"、"D" \$890-897 \$769 \$7位碼為"A"、"D" \$890-897 \$78 \$7位碼為"A"、"D" \$890-897 \$78 \$87位碼為"A"、"D" \$890-897 \$70.5000 \$870000 \$870000 \$870000 \$87000 \$87000 \$87000 \$87000 \$870000 \$870000 \$870000 \$8700	800-840	S92	
860-869			
860-869			
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"			
860-869			
885、886、 887 885、886、 887 885、886、 887 885、886、 887 890-897 87位碼為"A"、"D" 第7位碼為"A"、"D" 890-897 87位碼為"A"、"D" 890-897 87位碼為"A"、"D" 890-897 87位碼為"A"、"D"			
887 885、886、 887 885、886、 887 885、886、 887 890-897 890-897 87位碼為"A"、"D" 第7位碼為"A"、"D" 890-897 87位碼為"A"、"D" 890-897 87位碼為"A"、"D" 890-897 87位碼為"A"、"D"		S36-S37	第7位碼為"A"、"D"
885、886、 887 第7位碼為"A"、"D" 885、886、 887 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"		S48	第7位碼為"A"、"D"
887 \$58 第7位碼為"A"、"D" 885、886、887 \$68 第7位碼為"A"、"D" 890-897 \$71 第7位碼為"A"、"D" 890-897 \$769 第7位碼為"A"、"D" 890-897 \$78 第7位碼為"A"、"D"			
885、886、887 \$7位碼為"A"、"D" 890-897 \$7位碼為"A"、"D" 890-897 \$7位碼為"A"、"D" 890-897 \$7位碼為"A"、"D" 890-897 \$7位碼為"A"、"D" \$90-897 \$7位碼為"A"、"D"		S58	第7位碼為"A"、"D"
887 第7位碼為"A"、"D" 890-897 \$71 第7位碼為"A"、"D" 890-897 \$769 第7位碼為"A"、"D" 890-897 \$78 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"		S68	第7位碼為"A"、"D"
890-897 \$769 第7位碼為"A"、"D" 890-897 \$7位碼為"A"、"D"		S71	第7位碼為"A"、"D"
890-897 S78 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

● 010相係版本・	貫施起迄日 102年11月1日(賀用年月)~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)曾有消化性潰傷、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 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33%,超過部份之藥費總申請金額不予支付。
	不予支付點數=((COXⅡ用藥不符給付規定比率-33%)/(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	中華民國102年8月14日衛部保字第1020101635號函
准日期及文號	
健保署公告日	中華民國102年8月22日健保審字第1020028087號
期及文號	
實施起日	102年11月1日(費用年月)~104年12月31日
<u> </u>	ı

● 016指標版本:實施起迄日 95年10月1日~102年10月31日

● 016指標版本: **	實施起迄日 95年10月1日~102年10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	分子一門診 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) 曾有消化性潰傷、上消化道出血或胃穿孔病史者(ICD-9-
	CM 前三碼為530-534)
	分母一門診 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	中華民國95年8月21日衛署健保字第0952600285號函
期及文號	
	中華民國95年9月4日健保審字第0950068603-A 號
期及文號	
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)

正所在是日 107千年71日(頁川十万)
017-西醫診所 AZULENE 處方率居於同儕極端值
(本項指標刪除)
减少無效率之處方及用藥
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)。
負向
依院所按月分析
西醫基層總額部門
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%
107年2月12日衛部保字第1071260088號函
10/十2月12日徇时休于界10/12000066四
107年2月7日伊伊家宁第1070002265毕
107年3月7日健保審字第1070002265號
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)

	真心を受け 100十2月1日(真川十月)・107十3月31日(真川十月)
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: 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- <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>閾値:1.8</u> %
衛生福利部核	中華民國105年12月20日衛部保字第1051260756號函
准日期及文號	
健保署公告日	中華民國106年1月9日健保審字第1050036989號
期及文號	
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)

h	A P P P P P P P P P P P P P P P P P P P
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。
	分母一門診給藥案件數(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	中華民國95年8月21日衛署健保字第0952600285號函
期及文號	
健保局公告日	中華民國95年9月4日健保審字第0950068603-A 號
期及文號	
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

010111 1/1/12/4-	真地之口 100年2月1日(資州十月) 90日 東地
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	减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	中華民國105年12月20日衛部保字第1051260756號函
准日期及文號	
健保署公告日	中華民國106年1月9日健保審字第1050036989號
期及文號	
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)

	[他起起日 102年11月1日(實用平月)~100年1月31日(實用平月)
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',
	B019342100,B023120100,B023771100,B016431100,B016439140, B016459155','B021084143', 'B021084155','B021090100'
	D010 1 37133, D021004143, D021004133, D021070100
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	中華民國102年8月14日衛部保字第1020101635號函
准日期及文號	
健保署公告日	中華民國102年8月22日健保審字第1020028087號
期及文號	
實施起日	102年11月1日(費用年月)~106年1月31日(費用年月)
[

018指標版本:實施起迄日 95年10月1日(費用年月)~102年10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	分子一門診給藥案件中開立銀杏葉萃取物藥品處方之案件數。
111/1/24	分母一門診給藥案件數(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	中華民國95年8月21日衛署健保字第0952600285號函
期及文號	
健保局公告日	中華民國95年9月4日健保審字第0950068603-A 號
期及文號	
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)

牛
數
丰中
多察
藥品

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	分子一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</u>
	<u>PIPERIDOLATE «</u>
指標屬性	負向
分析單位	
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	中華民國105年12月20日衛部保字第1051260756號函
准日期及文號	
健保署公告日	中華民國106年1月9日健保審字第1050036989號
期及文號	
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)

The state of the s	2000年1001日(東州十月)100十月01日(東州十月)
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	分子一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	中華民國95年8月21日衛署健保字第0952600285號函
期及文號	
健保局公告日	中華民國95年9月4日健保審字第0950068603-A 號
期及文號	
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

	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
指標名稱	開藥天數小於等於21日之案件占率過高
	<u>(本指標刪除)</u>
實施目的	降低不當之用藥型態
	分子-門診慢性病案件開藥天數小於等於21日之案件數
	分母一門診慢性病案件數
北西宁美	*慢性病案件:新陳代謝及心血管兩系統疾病之慢性病案件
指標定義	(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
	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-
處理方式	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

TT E	7十週间」州体	代謝系統慢性病案件附表			T
總額	內分泌及代謝 疾病(05)	名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM	備註
西	可小小人小小小	二、甲狀腺機能障礙(05)	240.0-246.9	E000-E079	
醫	甲狀腺機能障	二、甲狀腺機能障礙(05)	240.0-246.9	E35	
基	礙	二、甲狀腺機能障礙(05)	240.0-246.9	E890	
層		二、糖尿病 (01)	250.00-250.91	E0800-E139(不	
	· □ □ (01)			含就醫科別為	
	糖尿病(01)			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	
		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	
	 威爾遜氏症 (48)	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	
	(40)	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	
		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	
	痛風(07)	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	
		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	
	天皰瘡(30)	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	
		二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	C880	
	皮肌炎(31)	二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	C965-C966	
		二、皮肌炎(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
	<i>97</i> (7)4(00)	二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	D800-D849	
		二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	D890-D899	
		二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	E201	
		二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	E65-E749	
		二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	E7521-E7522	
		二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	E75240-E75249	
		二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	E753	
		二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	E755-E756	
		二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	E7601-E789	
		二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	E791-E8319	
		二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	E8330-E889	
		二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	H49811-H49819	
		二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	J8482	
		二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	M1A00X0-	含
		— · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	270.0 279.3	M109	M1A00X0- M1A9XX1
		二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	M359	
		二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	N200	
		二、皮肌炎(31)	251.0-259.9	E15-E200	
		二、皮肌炎(31)	251.0-259.9	E208-E35	
		二、皮肌炎(31)	251.0-259.9	E891-E896	
		二、皮肌炎(31)	251.0-259.9	N981	
		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	
	腎上腺病變引 發內分泌障礙	二、腎上腺病變引發內分泌	270.0-279.9	E201	
	领 13 为 %1平 领 (70)	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	270.0-279.9	E7601-E789	

總	內分泌及代謝				
额	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	270.0-279.9	E791-E8319	
		障礙 (70)	270 0 270 0	E0220 E000	
		二、腎上腺病變引發內分泌障礙(70)	2/0.0-2/9.9	E8330-E889	
		二、腎上腺病變引發內分泌	270.0-279.9	H49811-H49819	
		障礙 (70)			
		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	270.0-279.9	M1A00X0-	含
		障礙 (70)		M109	M1A00X0- M1A9XX1
		二、腎上腺病變引發內分泌	270.0-279.9	M359	1,1111,711,11
		障礙 (70)			
		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	251.0-259.9	E208-E35	
		障礙(70) 二、腎上腺病變引發內分泌	251.0-259.9	E891-E896	
		障礙(70) 二、腎上腺病變引發內分泌 障礙(70)	251.0-259.9	N981	
		二、腦下垂體病變引發內分 沙障礙(71)	270.0-279.9	C880	
		二、腦下垂體病變引發內分 沙障礙(71)	270.0-279.9	C965-C966	
		二、腦下垂體病變引發內分 沙障礙(71)	270.0-279.9	D472	
		二、腦下垂體病變引發內分 沙障礙(71)	270.0-279.9	D800-D849	
	腦下垂體病變	二、腦下垂體病變引發內分	270.0-279.9	D890-D899	
	引發內分泌障	二、腦下垂體病變引發內分 沙障礙(71)	270.0-279.9	E201	
	%(71)	二、腦下垂體病變引發內分	270.0-279.9	E65-E749	
		沙障礙(71) 二、腦下垂體病變引發內分	270.0-279.9	E7521-E7522	
		沙障礙(71) 二、腦下垂體病變引發內分	270.0-279.9	E75240-E75249	
		沙障礙(71) 二、腦下垂體病變引發內分	270.0-279.9	E753	
		沙障礙(71)二、腦下垂體病變引發內分	270 0-270 0	E755-E756	
		一、烟下茁脂汭 受り 役 円 分	2/0.0-2/3.3	E133-E130	

總	内分泌及代謝	名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM	備註
額	疾病(05)				
		沙障礙(71)	270 0 270 0	E7601-E789	
		二、腦下垂體病變引發內分泌障礙(71)	270.0-279.9	E/001-E/09	
		二、腦下垂體病變引發內分	270.0-279.9	E791-E8319	
			270.0 279.9	Eryl Eosiy	
		二、腦下垂體病變引發內分	270.0-279.9	E8330-E889	
		泌障礙 (71)			
		二、腦下垂體病變引發內分	270.0-279.9	H49811-H49819	
		泌障礙 (71)			
		二、腦下垂體病變引發內分	270.0-279.9	J8482	
		※ 一	2500250	2.51 + 0.0770	
		二、腦下垂體病變引發內分	270.0-279.9	M1A00X0- M109	含 NA1 A 00X0
		淡障礙(71)		WITU9	M1A00X0- M1A9XX1
		二、腦下垂體病變引發內分	270.0-279.9	M359	141171/27121
		泌障礙 (71)			
		二、腦下垂體病變引發內分	270.0-279.9	N200	
		泌障礙 (71)			
		二、腦下垂體病變引發內分	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 沙障礙(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	
		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	
	性早熟(72)	二、性早熟 (72)	270.0-279.9	E75240-E75249	
	1五十 ※(72)	二、性早熟 (72)	270.0-279.9 270.0-279.9	E753 E755-E756	
		二、性早熟 (72) 二、性早熟 (72)	270.0-279.9	E753-E756 E7601-E789	
		二、性干熱 (72) 二、性早熟 (72)	270.0-279.9	E7001-E789 E791-E8319	
		二、性干熟 (72) 二、性早熟 (72)	270.0-279.9	E8330-E889	
		二、性早熟 (72) 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	
		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	
	副甲狀腺機能	二、副甲狀腺機能低下症 (80)	270.0-279.9	E753	
	低下症(80)	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	內分泌及代謝	名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM	備註
額	疾病(05)	二、副甲狀腺機能低下症	251.0-259.9	E15-E200	
		(80)	231.0-237.7	L13-L200	
		二、副甲狀腺機能低下症	251.0-259.9	E208-E35	
		(80)			
		二、副甲狀腺機能低下症	251.0-259.9	E891-E896	
		(80)	251 0 250 0	NIOO1	
		二、副甲狀腺機能低下症 (80)	251.0-259.9	N981	
		二、性腺低能症	270.0-279.9	C880	
		(Hypogonadism) (93)			
		二、性腺低能症	270.0-279.9	C965-C966	
		(Hypogonadism) (93)			
		二、性腺低能症	270.0-279.9	D472	
		(Hypogonadism) (93)	270 0 270 0	D000 D040	
		二、性腺低能症 (Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	D800-D849	
		二、性腺低能症	270.0-279.9	D890-D899	
		(Hypogonadism) (93)	270.0 279.9	B090 B099	
		二、性腺低能症	270.0-279.9	E201	
		(Hypogonadism) (93)			
		二、性腺低能症	270.0-279.9	E65-E749	
		(Hypogonadism) (93)	270 0 270 0	E5501 E5500	
		二、性腺低能症 (Hymogonadism)(02)	270.0-279.9	E7521-E7522	
		(Hypogonadism)(93) 二、性腺低能症	270.0-279.9	E75240-E75249	
	性腺低能症	(Hypogonadism) (93)	270.0 279.9	E73210 E73213	
	(Hypogonadi	二、性腺低能症	270.0-279.9	E753	
	sm) (93)	(Hypogonadism) (93)			
		二、性腺低能症	270.0-279.9	E755-E756	
		(Hypogonadism) (93)	270 0 270 0	E5 (01 E50)	
		二、性腺低能症 (Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	E7601-E789	
		(Hypogonadism) (93) 二、性腺低能症	270.0-279.9	E791-E8319	
		(Hypogonadism) (93)	270.0 279.9	E771 E0317	
		二、性腺低能症	270.0-279.9	E8330-E889	
		(Hypogonadism) (93)			
		二、性腺低能症	270.0-279.9	H49811-H49819	
		(Hypogonadism) (93)	270 0 270 0	10.402	
		二、性腺低能症 (Hymaganadiam)(02)	270.0-279.9	J8482	
		(Hypogonadism)(93) 二、性腺低能症	270.0-279.9	M1A00X0-	含
		一、生脉低肥症 (Hypogonadism)(93)	210.0-219.9	M109	M1A00X0-
		(-J.L - Ø) () 0)			M1A9XX1
		二、性腺低能症	270.0-279.9	M359	
		(Hypogonadism) (93)			

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	270.0-279.9	N200	
		(Hypogonadism) (93)			
		二、性腺低能症	251.0-259.9	E15-E200	
		(Hypogonadism) (93)			
		二、性腺低能症	251.0-259.9	E208-E35	
		(Hypogonadism) (93)			
		二、性腺低能症	251.0-259.9	E891-E896	
		(Hypogonadism) (93)			
		二、性腺低能症	251.0-259.9	N981	
		(Hypogonadism) (93)			

「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		五、心臟病 (11)	393-398.99	I050-I099	
醫		五、心臟病 (11)	410.00-410.92	I2101-I229	
基		五、心臟病(11)	411.0-414.9	I200-I209	
層		五、心臟病 (11)	411.0-414.9	I240-I259	
	时, 上 /11)	五、心臟病 (11)	427.0-427.9	I462-I499	
	心臟病(11)	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	
		五、高血壓 (02)	402.00-402.91	I110-I119	
	高血壓(02)	五、高血壓 (02)	405.01-405.99	I150-I159	
		五、高血壓 (02)	405.01-405.99	N262	
		五、腦血管病變(14)	430-434.9	I6000-I669	
	腦血管病變(14)	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	五、動脈粥樣硬化(57)	440.0-440.9	I700-I7092	
	(57)	五、動脈粥樣硬化(57)	440.0-440.9	I75011-I7589	
	動脈拴塞及血	五、動脈拴塞及血拴症	444.0-444.9	I7401-I749	
	拴症(58)	(58)			
		五、雷諾氏病(26)	441.0-443.9	I7100-I739	
		五、雷諾氏病(26)	441.0-443.9	I7771-I7779	
	雷諾氏病(26)	五、雷諾氏病(26)	441.0-443.9	I790-I798	
	由的八州(20)	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	441.0-443.9	I7100-I739	
		異常者 (78)			
		五、川崎病併發心臟血管	441.0-443.9	I7771-I7779	
		異常者 (78)			
	训选定从及以	五、川崎病併發心臟血管	441.0-443.9	I790-I798	
	川崎病併發心 臟血管異常者	異常者 (78)			
	顺亚官共市省 (78)	五、川崎病併發心臟血管	446.0-448.9	I770-I776	
	(70)	異常者 (78)			
		五、川崎病併發心臟血管	446.0-448.9	I7789-I789	
		異常者 (78)			
		五、川崎病併發心臟血管	446.0-448.9	M300-M319	
		異常者 (78)			

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

● 023相标成本,具次	他是自 100+2月1日(貝用+月)—111+0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)
	排除條件:
	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	中華民國105年12月20日衛部保字第1051260756號函
日期及文號	
健保署公告日期	中華民國106年1月9日健保審字第1050036989號
及文號	
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	田山市山山山市	二、甲狀腺機能障礙(05)	240.0-246.9	E000-E079	
醫	甲狀腺機能障	二、甲狀腺機能障礙(05)	240.0-246.9	E35	
基	礙	二、甲狀腺機能障礙(05)	240.0-246.9	E890	
層		二、糖尿病 (01)	250.00-250.91	E0800-E139(不	
	姉兄之(01)			含就醫科別為	
	糖尿病(01)			眼科且診斷碼	
				<u>為 E113</u>)	
	高血脂症(19)	二、高血脂症(19)	272.0-272.1	E780-E781	
		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	
	威爾遜氏症	二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	E7601-E789	
	(48)	二、威爾遜氏症(48)	270.0-279.9	E791-E8319	
	(40)	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-	含
				M109	M1A00X0-
		- 、	270.0-279.9	M359	M1A9XX1
		二、威爾遜氏症 (48)	270.0-279.9	N200	
		二、威爾遜氏症(48) 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	
		一、	251.0-259.9	N981	
		二、痛風(07)	270.0-279.9	C880	
		二、痛風(07)	270.0-279.9	C965-C966	
		二、編風(07) 二、痛風(07)	270.0-279.9	D472	
		一、佣風(07) 二、痛風(07)	270.0-279.9	D800-D849	
	痛風(07)	二、痛風(07)	270.0-279.9	D890-D899	
	7用八八〇//	一、佣風(07) 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	
		一、佣風(07) 二、痛風(07)	270.0-279.9	E75240-E75249	
		` /用 /坠(U / /	4/0.0-4/9.9	E/3240-E/3249	

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	
		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	
	天皰瘡(30)	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	
		二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	C880	
	皮肌炎(31)	二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	C965-C966	
		二、皮肌炎(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
	<i>97</i> (7)4(00)	二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	D800-D849	
		二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	D890-D899	
		二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	E201	
		二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	E65-E749	
		二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	E7521-E7522	
		二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	E75240-E75249	
		二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	E753	
		二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	E755-E756	
		二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	E7601-E789	
		二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	E791-E8319	
		二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	E8330-E889	
		二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	H49811-H49819	
		二、皮肌炎(31) 二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	J8482	
		二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	M1A00X0-	含
		— · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	270.0 279.3	M109	M1A00X0- M1A9XX1
		二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	M359	
		二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	N200	
		二、皮肌炎(31)	251.0-259.9	E15-E200	
		二、皮肌炎(31)	251.0-259.9	E208-E35	
		二、皮肌炎(31)	251.0-259.9	E891-E896	
		二、皮肌炎(31)	251.0-259.9	N981	
		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	
	腎上腺病變引 發內分泌障礙	二、腎上腺病變引發內分泌	270.0-279.9	E201	
	(70)	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	270.0-279.9	E7601-E789	

總	內分泌及代謝				
額	疾病(05)	名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM	備註
))()((C))	 障礙(70)			
		二、腎上腺病變引發內分泌	270.0-279.9	E791-E8319	
		障礙 (70)			
		二、腎上腺病變引發內分泌	270.0-279.9	E8330-E889	
		障礙 (70)			
		二、腎上腺病變引發內分泌	270.0-279.9	H49811-H49819	
		障礙 (70)			
		二、腎上腺病變引發內分泌	270.0-279.9	J8482	
		障礙 (70)		7.74	
		二、腎上腺病變引發內分泌	270.0-279.9	M1A00X0-	含
		障礙(70)		M109	M1A00X0- M1A9XX1
			270.0-279.9	M359	WITAJAAT
		障礙 (70)			
		二、腎上腺病變引發內分泌	270.0-279.9	N200	
		障礙 (70)			
		二、腎上腺病變引發內分泌	251.0-259.9	E15-E200	
		障礙 (70)			
		二、腎上腺病變引發內分泌	251.0-259.9	E208-E35	
		障礙 (70)	251 0 250 0	E001 E006	
		二、腎上腺病變引發內分泌	251.0-259.9	E891-E896	
		障礙(70) 二、腎上腺病變引發內分泌	251 0-259 9	N981	
		障礙(70)	231.0-237.7	11701	
		二、腦下垂體病變引發內分	270.0-279.9	C880	
		沙障礙 (71)			
		二、腦下垂體病變引發內分	270.0-279.9	C965-C966	
		泌障礙 (71)			
		二、腦下垂體病變引發內分	270.0-279.9	D472	
		泌障礙 (71)			
		二、腦下垂體病變引發內分	270.0-279.9	D800-D849	
		沙障礙(71)	270 0 270 0	D000 D000	
	WT壬蛐 広 綫	二、腦下垂體病變引發內分	2/0.0-2/9.9	D890-D899	
	腦下垂體病變	二、腦下垂體病變引發內分	270 0-279 9	E201	
		沙障礙(71)	270.0-279.9	L201	
		二、腦下垂體病變引發內分	270.0-279.9	E65-E749	
		沙障礙 (71)			
		二、腦下垂體病變引發內分	270.0-279.9	E7521-E7522	
		泌障礙 (71)			
		二、腦下垂體病變引發內分	270.0-279.9	E75240-E75249	
		泌障礙 (71)			
		二、腦下垂體病變引發內分	270.0-279.9	E753	
		沙障礙(71)	270.0.270.0	P755 P757	
		二、腦下垂體病變引發內分	2/0.0-2/9.9	E755-E756	

總	內分泌及代謝	夕 4位	ICD 0 CM	ICD 10 CM	備註
額	疾病(05)	名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM	1角 註
		泌障礙 (71)			
		二、腦下垂體病變引發內分	270.0-279.9	E7601-E789	
		沙障礙(71)	270 0 270 0	E701 E0210	
		二、腦下垂體病變引發內分 泌障礙(71)	2/0.0-2/9.9	E791-E8319	
		二、腦下垂體病變引發內分	270 0-279 9	E8330-E889	
			2,0.0 2,9.9	Ecoso Ecos	
		二、腦下垂體病變引發內分	270.0-279.9	H49811-H49819	
		泌障礙 (71)			
		二、腦下垂體病變引發內分	270.0-279.9	J8482	
		泌障礙 (71)			
		二、腦下垂體病變引發內分	270.0-279.9	M1A00X0-	含
		沙障礙 (71)		M109	M1A00X0- M1A9XX1
			270.0-279.9	M359	141111/14/11
		沙障礙 (71)			
		二、腦下垂體病變引發內分	270.0-279.9	N200	
		泌障礙 (71)			
		二、腦下垂體病變引發內分	251.0-259.9	E15-E200	
		沙障礙(71)	251 0 250 0	E200 E25	
		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 沙障礙(71)	251.0-259.9	E891-E896	
		二、腦下垂體病變引發內分 沙障礙(71)	251.0-259.9	N981	
		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	
	性早熟(72)	二、性早熟(72)	270.0-279.9 270.0-279.9	E75240-E75249 E753	
	14 (78(14)	二、性早熟 (72) 二、性早熟 (72)	270.0-279.9	E755-E756	
		二、性早熟 (72) 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
	7.77		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	
		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	
	副中狀脉機能	二、副甲狀腺機能低下症 (80)	270.0-279.9	E753	
	低下症(80)	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	內分泌及代謝	名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM	備註
額	疾病(05)	二、副甲狀腺機能低下症	251.0-259.9	E15-E200	
		(80)	231.0-237.7	L13-L200	
		二、副甲狀腺機能低下症	251.0-259.9	E208-E35	
		(80)			
		二、副甲狀腺機能低下症	251.0-259.9	E891-E896	
		(80)	251 0 250 0	NIOO1	
		二、副甲狀腺機能低下症 (80)	251.0-259.9	N981	
		二、性腺低能症	270.0-279.9	C880	
		(Hypogonadism) (93)			
		二、性腺低能症	270.0-279.9	C965-C966	
		(Hypogonadism) (93)			
		二、性腺低能症	270.0-279.9	D472	
		(Hypogonadism) (93)	270 0 270 0	D000 D040	
		二、性腺低能症 (Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	D800-D849	
		二、性腺低能症	270.0-279.9	D890-D899	
		(Hypogonadism) (93)	270.0 279.9	B090 B099	
		二、性腺低能症	270.0-279.9	E201	
		(Hypogonadism) (93)			
		二、性腺低能症	270.0-279.9	E65-E749	
		(Hypogonadism) (93)	270 0 270 0	E5501 E5500	
		二、性腺低能症 (Hymogonadism)(02)	270.0-279.9	E7521-E7522	
		(Hypogonadism)(93) 二、性腺低能症	270.0-279.9	E75240-E75249	
	性腺低能症	(Hypogonadism) (93)	270.0 279.9	E73210 E73213	
	(Hypogonadi	二、性腺低能症	270.0-279.9	E753	
	sm) (93)	(Hypogonadism) (93)			
		二、性腺低能症	270.0-279.9	E755-E756	
		(Hypogonadism) (93)	270 0 270 0	E5 (01 E50)	
		二、性腺低能症 (Hypogonadism)(93)	270.0-279.9	E7601-E789	
		(Hypogonadism) (93) 二、性腺低能症	270.0-279.9	E791-E8319	
		(Hypogonadism) (93)	270.0 279.9	E771 E0317	
		二、性腺低能症	270.0-279.9	E8330-E889	
		(Hypogonadism) (93)			
		二、性腺低能症	270.0-279.9	H49811-H49819	
		(Hypogonadism) (93)	270 0 270 0	10.402	
		二、性腺低能症 (Hymaganadiam)(02)	270.0-279.9	J8482	
		(Hypogonadism)(93) 二、性腺低能症	270.0-279.9	M1A00X0-	含
		一、生脉低膨延 (Hypogonadism)(93)	210.0-219.9	M109	M1A00X0-
		(-J.L - Ø) () 0)			M1A9XX1
		二、性腺低能症	270.0-279.9	M359	
		(Hypogonadism) (93)			

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	270.0-279.9	N200	
		(Hypogonadism) (93)			
		二、性腺低能症	251.0-259.9	E15-E200	
		(Hypogonadism) (93)			
		二、性腺低能症	251.0-259.9	E208-E35	
		(Hypogonadism) (93)			
		二、性腺低能症	251.0-259.9	E891-E896	
		(Hypogonadism) (93)			
		二、性腺低能症	251.0-259.9	N981	
		(Hypogonadism) (93)			

「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		五、心臟病 (11)	393-398.99	I050-I099	
醫		五、心臟病 (11)	410.00-410.92	I2101-I229	
基		五、心臟病 (11)	411.0-414.9	I200-I209	
層		五、心臟病 (11)	411.0-414.9	I240-I259	
	、啦 <i>点(</i> 11)	五、心臟病 (11)	427.0-427.9	I462-I499	
	心臟病(11)	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	
		五、高血壓 (02)	402.00-402.91	I110-I119	
	高血壓(02)	五、高血壓 (02)	405.01-405.99	I150-I159	
		五、高血壓 (02)	405.01-405.99	N262	
		五、腦血管病變(14)	430-434.9	I6000-I669	
	腦血管病變(14)	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	五、動脈粥樣硬化(57)	440.0-440.9	I700-I7092	
	(57)	五、動脈粥樣硬化(57)	440.0-440.9	I75011-I7589	
	動脈拴塞及血	五、動脈拴塞及血拴症	444.0-444.9	I7401-I749	
	拴症(58)	(58)			
		五、雷諾氏病(26)	441.0-443.9	I7100-I739	
		五、雷諾氏病(26)	441.0-443.9	I7771-I7779	
	乘拱丘点(26)	五、雷諾氏病(26)	441.0-443.9	I790-I798	
	雷諾氏病(26)	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	441.0-443.9	I7100-I739	
		異常者 (78)			
		五、川崎病併發心臟血管	441.0-443.9	I7771-I7779	
		異常者 (78)			
	川城市份及以	五、川崎病併發心臟血管	441.0-443.9	I790-I798	
	川崎病併發心 臟血管異常者	異常者 (78)			
	殿 型官共市名 (78)	五、川崎病併發心臟血管	446.0-448.9	I770-I776	
	(10)	異常者 (78)			
		五、川崎病併發心臟血管	446.0-448.9	I7789-I789	
		異常者 (78)			
		五、川崎病併發心臟血管	446.0-448.9	M300-M319	
		異常者 (78)			

● 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
	分母一門診慢性病案件數
	*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	中華民國104年6月3日衛部保字第1040014763號函
准日期及文號	
	中華民國104年6月23日健保審字第1040035716號
期及文號	
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)		ICD-9-CM	ICD-10- CM/PCS	備註
西醫	023-西醫基 層門診新		二、甲狀腺機能 障礙(05)	240.0-246.9	E000-E079	
基層	陳代謝及 心血管雨		二、甲狀腺機能 障礙(05)	240.0-246.9	E35	
	系統疾病 之慢性病		二、甲狀腺機能 障礙(05)	240.0-246.9	E890	
	天數小於	糖尿病 (01)	二、糖尿病(01)	250.00- 250.91	E0800-E139	
	等於21日 之案件占	高血脂症 (19)	二、高血脂症 (19)	272.0-272.1	E780-E781	
	率過高		二、威爾遜氏症 (48)	270.0-279.9		
			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	
		威爾遜氏 症()48	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	
			<u>`</u>	270.0-279.9	E755-E756	
				270.0-279.9	E7601-E789	
				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	270.0-279.9	H49811-	
		(48)		H49819	
		二、威爾遜氏症	270.0-279.9	J8482	
		(48)			
		二、威爾遜氏症	270.0-279.9	M1A00X0-	含
		(48)		M109	M1A00X0-
		, ,			M1A9XX1
		二、威爾遜氏症	270.0-279.9	M359	
		(48)			
		二、威爾遜氏症	270.0-279.9	N200	
		(48)			
		二、威爾遜氏症	251.0-259.9	E15-E200	
		(48)			
		二、威爾遜氏症	251.0-259.9	E208-E35	
		(48)			
		二、威爾遜氏症	251.0-259.9	E891-E896	
		(48)			
		二、威爾遜氏症	251.0-259.9	N981	
		(48)			
		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	
	痛風(07)	二、痛風(07)	270.0-279.9	E75240-	
	\u1\w\(\o\)			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-	
			250 0 250 0	H49819	
		二、痛風(07)	270.0-279.9	J8482	

		270.0-279.9	M1A00X0-	含
	二、痛風(07)		M109	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	
	二、天皰瘡	270.0-279.9	C880	
	(30)			
	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		
	` ,	270 0 270 0	E75249	
	二、天皰瘡(30)	270.0-279.9		
工始成	二、天皰瘡(30)	270.0-279.9		
天皰瘡 (30)	二、天皰瘡(30)	-	E7601-E789	
(30)	二、天皰瘡(30)		E791-E8319	
	二、天皰瘡(30)		E8330-E889	
	二、天皰瘡(30)	270.0-279.9	H49811- H49819	
	二、天皰瘡(30)	270.0-279.9	J8482	
			M1A00X0-	含
	二、天皰瘡(30)		M109	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	
	二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	C880	
皮肌炎	二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	C965-C966	
(31)	二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	D472	
	二、皮肌炎(31)	270.0-279.9	D800-D849	

1		- 、	皮肌炎(31)	270.0-279.9	D80U_D800	
			<u> </u>	270.0-279.9		
			皮肌炎(31)	270.0-279.9		
		<u> </u>	皮肌炎(31)		E7521-E7522	
		二、	皮肌炎(31)	270.0-279.9		
		<u> </u>	皮肌炎(31)	270.0-279.9	E75249	
				270.0-279.9		
			皮肌炎(31)			
			皮肌炎(31)	270.0-279.9		
			皮肌炎(31)	270.0-279.9		
		<u>-`</u>	皮肌炎(31)		E8330-E889	
		二、	皮肌炎(31)	270.0-279.9	H49811- H49819	
		- ,	皮肌炎(31)	270.0-279.9		
			<u> </u>	270.0-279.9		含
		二、	皮肌炎(31)	270.0-277.7	M109	M1A00X0-
						M1A9XX1
		<u>二、</u>	皮肌炎(31)	270.0-279.9	M359	
			皮肌炎(31)	270.0-279.9		
				251.0-259.9		
			<i>,,, , , , , , , , , ,</i>	251.0-259.9		
			皮肌炎(31)	251.0-259.9		
				251.0-259.9		
			<i>,,</i> , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	270.0-279.9		
			內分泌障礙			
		(70)				
			<u>´</u>	270.0-279.9	C965-C966	
			內分泌障礙			
		(70)				
		`	<u>* </u>	270.0-279.9	D472	
	野上腺症		內分泌障礙			
	變引發內					
				270.0-279.9	D800-D849	
	(70)		內分泌障礙			
	(, 0)	(70)				
				270.0-279.9	D890-D899	
			內分泌障礙			
		(70)				
		`	<u>* </u>	270.0-279.9	E201	
			內分泌障礙		2 -	
		(70)	•			
		, , ,	<u>′</u>	<u> </u>	<u> </u>	

二、腎上腺病變	270 0 270 0	E65 E740	
一、月上脉病变 引發內分泌障礙	270.0-279.9	L03-L749	
(70)			
二、腎上腺病變	270.0-279.9	E7521-E7522	
引發內分泌障礙	_, , , , ,		
(70)			
二、腎上腺病變	270.0-279.9	E75240-	
引發內分泌障礙		E75249	
(70)			
二、腎上腺病變	270.0-279.9	E753	
引發內分泌障礙			
(70)			
二、腎上腺病變	270.0-279.9	E755-E756	
引發內分泌障礙			
(70)			
二、腎上腺病變	270.0-279.9	E7601-E789	
引發內分泌障礙			
(70)			
二、腎上腺病變	270.0-279.9	E791-E8319	
引發內分泌障礙			
(70)			
二、腎上腺病變	270.0-279.9		
引發內分泌障礙		E8330-E889	
(70)			
二、腎上腺病變	270.0-279.9		
引發內分泌障礙		H49819	
(70)			
二、腎上腺病變	270.0-279.9	J8482	
引發內分泌障礙			
(70)			
二、腎上腺病變	270.0-279.9	M1A00X0-	含
引發內分泌障礙		M109	M1A00X0-
(70)			M1A9XX1
二、腎上腺病變	270.0-279.9	M359	
引發內分泌障礙			
(70)			
二、腎上腺病變	270.0-279.9	N200	
引發內分泌障礙			
(70)			

İ	Ì	一网儿的上游	251 0 250 0	E15 E200	
		二、腎上腺病變	251.0-259.9	E15-E200	
		引發內分泌障礙			
		(70)			
		二、腎上腺病變	251.0-259.9	E208-E35	
		引發內分泌障礙			
		(70)			
		二、腎上腺病變	251.0-259.9	E891-E896	
		引發內分泌障礙			
		(70)			
		二、腎上腺病變	251 0-259 9	N981	
		引發內分泌障礙	231.0 237.7	11,501	
		(70)			
		` ′	270 0 270 0	C000	
			270.0-279.9	C880	
		變引發內分泌障			
		礙(71)			
		二、腦下垂體病	270.0-279.9	C965-C966	
		變引發內分泌障			
		礙(71)			
		二、腦下垂體病	270.0-279.9	D472	
		變引發內分泌障			
		礙(71)			
		二、腦下垂體病	270.0-279.9	D800-D849	
		變引發內分泌障			
		•			
	腦下垂體	礙 (71) 二、腦下垂體病	270 0-279 9	D890-D899	
	病變引發	一、腦下型體病 變引發內分泌障 型(71)	270.0 279.9	Boyo Boyy	
	內分泌障	碳 (71)			
	礙(71)		270.0-279.9	E201	
			270.0-279.9	E201	
		變引發內分泌障			
		礙 (71)	250 0 250 0	D 6 5 D 5 40	
			270.0-279.9	E65-E/49	
		變引發內分泌障			
		礙(71)			
		二、腦下垂體病	270.0-279.9	E7521-E7522	
		變引發內分泌障			
		礙(71)			
		二、腦下垂體病	270.0-279.9	E75240-	
		變引發內分泌障		E75249	
		礙(71)			
 I	i.	i	1	1	

1	1	ı	1
二、腦下垂體病	270.0-279.9	E753	
變引發內分泌障			
礙(71)			
二、腦下垂體病	270.0-279.9	E755-E756	
變引發內分泌障			
礙 (71)			
二、腦下垂體病	270.0-279.9	E7601-E789	
變引發內分泌障			
礙 (71)			
二、腦下垂體病	270.0-279.9	E791-E8319	
變引發內分泌障			
礙 (71)			
二、腦下垂體病	270.0-279.9		
變引發內分泌障		E8330-E889	
礙 (71)		2000 200	
二、腦下垂體病	270.0-279.9	H49811-	
變引發內分泌障		H49819	
礙 (71)			
二、腦下垂體病	270.0-279.9	J8482	
變引發內分泌障			
舜 (71)			
二、腦下垂體病	270.0-279.9	M1A00X0-	含
變引發內分泌障		M109	M1A00X0-
凝(71)			M1A9XX1
二、腦下垂體病			
	270 0-279 9	M359	
	270.0-279.9	M359	
變引發內分泌障	270.0-279.9	M359	
變引發內分泌障 礙(71)			
變引發內分泌障 礙(71) 二、腦下垂體病	270.0-279.9		
變引發內分泌障 礙(71) 二、腦下垂體病 變引發內分泌障			
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	N200	
變引發內分泌障 礙(71) 二、腦下垂體病 變引發內分泌障 礙(71) 二、腦下垂體病		N200	
變引發內分泌障礙(71) 二、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	270.0-279.9	N200	
變引發內分泌障礙(71) 二、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 以腦下垂體病變引發內分泌障礙(71)	270.0-279.9 251.0-259.9	N200 E15-E200	
變引發內分泌障 礙(71) 二、腦下垂體病 變引發(71) 二、引發內垂體病 變引發內 二、引發內分 一、 一、 一、 一、 一、 一、 一、 一、 一、 一、 一、 一、 一、	270.0-279.9	N200 E15-E200	
變引發(71) 二、腦內分 一、獨發(71) 二,變(71) 一、對發(71) 一、對發(71) 一、對發(71) 一、對發(71) 一、對發(71) 一、對發(71) 一、對發(71) 一、對發內	270.0-279.9 251.0-259.9	N200 E15-E200	
變引發(71) 二、變碳(71) 二、對發(71) 二、對發(71) 二、對發(71) 二、對發(71) 二、對發(71) 一、對發(71) 一、對發(71)	270.0-279.9 251.0-259.9 251.0-259.9	N200 E15-E200 E208-E35	
變引發(71) 一个分子。 一个	270.0-279.9 251.0-259.9	N200 E15-E200 E208-E35	
變引發(71) 二、變碳(71) 二、對發(71) 二、對發(71) 二、對發(71) 二、對發(71) 二、對發(71) 一、對發(71) 一、對發(71)	270.0-279.9 251.0-259.9 251.0-259.9	N200 E15-E200 E208-E35	

要引發內分泌障 礙 (71) 二、性早熟(72) 270.0-279.9 C880 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 D800-D849 二、性早熟(72) 270.0-279.9 E90-D899 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 E7521-E7522 二、性早熟(72) 270.0-279.9 E75240-E75249 二、性早熟(72) 270.0-279.9 E755-E756 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 E7601-E789 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 M1A00X0-M1A9XX1 二、性早熟(72) 270.0-279.9 M1A00X0-M1A9XX1 二、性早熟(72) 270.0-279.9 M359 二、性早熟(72) 270.0-279.9 M359 二、性早熟(72) 270.0-279.9 E38-E35 二、性早熟(72) 251.0-259.9 E15-E200 二、性早熟(72) 251.0-259.9 E891-E896 二、性早熟(72) 251.0-259.9 E891-E896 二、性早熟(72) 251.0-259.9 D881 二、副甲狀腺機 能低下症(80) 二、副甲狀腺機 能低下症(80) 二、副甲狀腺機 能低下症(80)			二、腦下垂體病	251.0-259.9	N981	
展 (71) 二、性早熟(72) 270.0-279.9 C880 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 E201 二、性早熟(72) 270.0-279.9 E201 二、性早熟(72) 270.0-279.9 E55-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 E755-E756 二、性早熟(72) 270.0-279.9 E755-E756 二、性早熟(72) 270.0-279.9 E755-E756 二、性早熟(72) 270.0-279.9 E751-E8319 二、性早熟(72) 270.0-279.9 E791-E8319 二、性早熟(72) 270.0-279.9 B8330-E889 二、性早熟(72) 270.0-279.9 H49811-H49819 二、性早熟(72) 270.0-279.9 M1A00X0-M1A9XX1 二、性早熟(72) 270.0-279.9 M1A00X0-M1A9XX1 二、性早熟(72) 270.0-279.9 M359 二、性早熟(72) 270.0-279.9 M359 二、性早熟(72) 270.0-279.9 P200 二、性早熟(72) 270.0-279.9 P300 二、性早熟(72) 251.0-259.9 E15-E200 二、性早熟(72) 251.0-259.9 E891-E896 二、性早熟(72) 251.0-259.9 E891-E896 二、性乳(72) 251.0-259.9 C880 能低下症(80) 二、副甲狀腺機能低下症(80) 二、副甲狀腺機能低下症(80)						
 一、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 D800-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 E755-E756 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 M1A00X0-M1A9XX1 二、性早熟(72) 270.0-279.9 M359 二、性早熟(72) 270.0-279.9 M359 二、性早熟(72) 251.0-259.9 E15-E200 二、性早熟(72) 251.0-259.9 E891-E896 二、性早熟(72) 251.0-259.9 E891-E896 二、性早熟(72) 251.0-259.9 C880 能低下症(80) 二、副甲狀腺機能低下症(80) 						
 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 E7521-E7522 二、性早熟(72) 270.0-279.9 E75240-E75249 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 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 M1A00X0-M1A9XX1 二、性早熟(72) 270.0-279.9 M359 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、計事狀腺機能下症(80) 二、副甲狀腺機能下症(80) 二、副甲狀腺機能低下症(80) 			二、性早熟(72)	270.0-279.9	C880	
上 上 上 上 上 上 上 上 上 上				270.0-279.9	C965-C966	
上 上 上 上 上 上 上 上 上 上				270.0-279.9	D472	
 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 E7601-E789 二、性早熟(72) 270.0-279.9 E8330-E889 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 M1A00X0-M1A9XX1 二、性早熟(72) 270.0-279.9 M359 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 E891-E896 二、性早熟(72) 251.0-259.9 E891-E896 二、計甲狀腺機 270.0-279.9 C965-C966 能低下症(80) 二、副甲狀腺機 270.0-279.9 C965-C966 			, , ,	270.0-279.9	D800-D849	
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 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 270.0-279.9 M1A00X0-M1A0X0-M109 二、性早熟(72) 270.0-279.9 M359 二、性早熟(72) 270.0-279.9 M359 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 E891-E896 二、性早熟(72) 251.0-259.9 E891-E896 二、性早熟(72) 251.0-259.9 N981 二、副甲狀腺機 270.0-279.9 C965-C966						
 一、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 E8330-E889 二、性早熟(72) 270.0-279.9 H49811-H49819 二、性早熟(72) 270.0-279.9 M1A00X0-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、性果熟(72) 251.0-259.9 E91-E896 二、性果熟(72) 251.0-259.9 E891-E896 二、性果熟(72) 251.0-259.9 N981 二、副甲狀腺機 270.0-279.9 C965-C966 能低下症(80) 二、副甲狀腺機 270.0-279.9 C965-C966 			, , ,	270.0-279.9	E201	
世早熟 (72)				270.0-279.9	E65-E749	
上 中 東			二、性早熟(72)	270.0-279.9	E7521-E7522	
世早熟 (72)				270.0-279.9		
世早熟 (72)			, , ,	270 0 270 0		
世早熟 (72)			, , ,			
 (72) 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 M1A00X0-M1A00X0-M1A9XX1 二、性早熟(72) 270.0-279.9 M359 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 二、副甲狀腺機能低下症(80) 二、副甲狀腺機能低下症(80) 二、副甲狀腺機能成下症(80) 						
 (72) 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 M1A00X0-M1A90X1 二、性早熟(72) 270.0-279.9 M359 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、由甲狀腺機能下症(80) 二、副甲狀腺機能 企べの-279.9 C965-C966 企びの-279.9 C965-C966 		性早熟				
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 こ、性早熟(72) 270.0-279.9 M1A00X0- 含 M109 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 E891-E896 二、性早熟(72) 251.0-259.9 N981 二、副甲狀腺機 270.0-279.9 C880 能低下症(80) 二、副甲狀腺機 270.0-279.9 C965-C966						
		•	二、性早熟(72)			
二、性早熟(72) 270.0-279.9 J8482 270.0-279.9 M1A00X0- 含 M109 M1A90XX1 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 二、副甲狀腺機 270.0-279.9 C880 能低下症(80) 二、副甲狀腺機 270.0-279.9 C965-C966			二、性早熟(72)	270.0-279.9		
270.0-279.9 M1A00X0- 含 M1A00X0- M1A9XX1			一	270.0.270.0		
 二、性早熟(72) M109 M1A00X0-M1A9XX1 二、性早熟(72) 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 二、副甲狀腺機能 能低下症(80) 二、副甲狀腺機能 能低下症(80) 二、副甲狀腺機能 270.0-279.9 C965-C966 佐低下症(80) 			一、任十然(72)			Δ.
M1A9XX1			一、从早熟(72)	270.0-279.9	7.54.00	-
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 二、副甲狀腺機 270.0-279.9 C880 能低下症(80) 二、副甲狀腺機 270.0-279.9 C965-C966 能低下症(80)					141107	
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 二、副甲狀腺機 270.0-279.9 C880 能低下症(80) 二、副甲狀腺機 270.0-279.9 C965-C966 能低下症(80)			二、性早熟(72)	270.0-279.9	M359	
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 二、副甲狀腺機 270.0-279.9 C880 能低下症(80) 二、副甲狀腺機 270.0-279.9 C965-C966 能低下症(80)			二、性早熟(72)	270.0-279.9	N200	
二、性早熟(72) 251.0-259.9 E891-E896 二、性早熟(72) 251.0-259.9 N981 二、副甲狀腺機 270.0-279.9 C880 能低下症(80) 二、副甲狀腺機 270.0-279.9 C965-C966 能低下症(80)			二、性早熟(72)	251.0-259.9	E15-E200	
二、性早熟(72) 251.0-259.9 N981 二、副甲狀腺機 270.0-279.9 C880 能低下症(80) 二、副甲狀腺機 270.0-279.9 C965-C966 能低下症(80)			二、性早熟(72)	251.0-259.9	E208-E35	
二、副甲狀腺機 270.0-279.9 C880 能低下症 (80) 二、副甲狀腺機 270.0-279.9 C965-C966 能低下症 (80)			二、性早熟(72)	251.0-259.9	E891-E896	
能低下症(80) 二、副甲狀腺機 270.0-279.9 C965-C966 能低下症(80)			二、性早熟(72)	251.0-259.9	N981	
二、副甲狀腺機 270.0-279.9 C965-C966 能低下症 (80)			二、副甲狀腺機	270.0-279.9	C880	
能低下症(80)			能低下症(80)			
. 能低下症(80)			二、副甲狀腺機	270.0-279.9	C965-C966	
		副甲狀腺 機能低下	能低下症(80)			
			二、副甲狀腺機	270.0-279.9	D472	
			能低下症(80)			
症(80)		延(00)	二、副甲狀腺機	270.0-279.9	D800-D849	
能低下症(80)			能低下症(80)			
二、副甲狀腺機 270.0-279.9 D890-D899	1		一、三田山晚機	270 0-279 9	D890-D899	
能低下症 (80)			一的一派派戏	270.0 277.7	Description of the second	

	-1 - 11 11/4	270 0 270 0	E201	I I
	二、副甲狀腺機	270.0-279.9	E201	
	能低下症(80)			
		270.0-279.9	E65-E749	
	能低下症(80)			
	, , ,, ,, ,,	270.0-279.9	E7521-E7522	
	能低下症(80)			
	二、副甲狀腺機	270.0-279.9		
	能低下症(80)		E75249	
	二、副甲狀腺機	270.0-279.9	E753	
	能低下症(80)			
	二、副甲狀腺機	270.0-279.9	E755-E756	
	能低下症(80)			
	二、副甲狀腺機	270.0-279.9	E7601-E789	
	能低下症 (80)			
	二、副甲狀腺機	270.0-279.9	E791-E8319	
	能低下症(80)			
	二、副甲狀腺機	270.0-279.9	T0220 T000	
	能低下症(80)		E8330-E889	
		270.0-279.9	H49811-	
	能低下症(80)		H49819	
		270.0-279.9	J8482	
	能低下症(80)			
		270.0-279.9	M1A00X0-	含
	二、副甲狀腺機		M109	M1A00X0-
	能低下症(80)			M1A9XX1
	二、副甲狀腺機	270.0-279.9	M359	
	能低下症(80)			
	二、副甲狀腺機	270.0-279.9	N200	
	能低下症 (80)			
	二、副甲狀腺機	251.0-259.9	E15-E200	
	能低下症(80)			
		251.0-259.9	E208-E35	
	能低下症(80)			
		251.0-259.9	E891-E896	
	能低下症(80)			
		251.0-259.9	N981	
	能低下症(80)			
性腺低能		270.0-279.9	C880	
	(Hypogonadism			
(Hypogo	• • •			
(11) 1050	/ (/5/			

nadism) (93)	(Hypogonadism) (93)			
	二、性腺低能症 (Hypogonadism) (93)	270.0-279.9	D472	
	(Hypogonadism) (93)			
	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	

X0-
X 1

「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	023-西		五、心臟病(11)	393-398.99	I050-I099	
層	醫基層門		五、心臟病(11)	410.00- 410.92	I2101-I229	
	診新		五、心臟病(11)	411.0-414.9	I200-I209	
	陳代		五、心臟病(11)	411.0-414.9	I240-I259	
	謝及	心臟病	五、心臟病(11)	427.0-427.9	I462-I499	
	心血	(11)	五、心臟病(11)	427.0-427.9	R001	
	管兩		五、心臟病(11)	428.0-429.9	I230-I238	
	系統		五、心臟病(11)	428.0-429.9	I2510	
	疾病		五、心臟病(11)	428.0-429.9	I501-I52	
	之慢		五、心臟病(11)	428.0-429.9	I970-I97191	
	性病 案件		五、高血壓(02)	402.00- 402.91	I110-I119	
	開藥天數	高血壓 (02)	五、高血壓(02)	405.01- 405.99	I150-I159	
	小於		五、高血壓(02)	405.01- 405.99	N262	
	等於 21日		五、腦血管病變 (14)	430-434.9	I6000-I669	
	之案件占	腦血管病 變(14)	五、腦血管病變 (14)	436	I6789	
	率過高		五、腦血管病變 (14)	437.0	I672	
		動脈粥樣	五、動脈粥樣硬 化(57)	440.0-440.9	I700-I7092	
		硬化(57)	五、動脈粥樣硬 化(57)	440.0-440.9	I75011-I7589	
		動脈拴塞 及血拴症 (58)	五、動脈拴塞及 血拴症(58)	444.0-444.9	I7401-I749	
			五、雷諾氏病(26)	441.0-443.9	I7100-I739	
			五、雷諾氏病(26)	441.0-443.9	I7771-I7779	
		雷諾氏病	五、雷諾氏病(26)	441.0-443.9	I790-I798	
		(26)	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	441.0-443.9	17100-1739	
		(78)	441.0-443.9	17100-1739	
		五、川崎病併發 心臟血管異常者	441 0 442 0	17771 17770	
		(78)	441.0-443.9	1///1-1///9	
		五、川崎病併發	441.0.442.0	1700 1700	
	崎病併 心臟血	心臟血管異常者 (78)	441.0-443.9	1790-1798	
管	異常者	五、川崎病併發			
(78	8)	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	446.0-448.9	M300-M319	
		(78)			

● 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

員 他起运口 90+2月1日(賃用+月)~104+12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
降低不當之用藥型態
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。
負向
依院所按月分析
西醫基層總額部門
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。
中華民國95年12月15日衛署健保字第0952600595號函
中華民國96年1月3日健保審字第0950032988號
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
14 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	(本指標刪除)
實施目的	減少無效率之處方及用藥
	分子一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
指標定義	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
	處方率超過閾值,超過部分該藥品總申報點數不予支付。
處理方式	不予支付點數=[(院所處方率-閾值)/院所處方率]×該藥品總
处理力式	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

025-西醫基層門診 PSYLLIUM HUSK 處方率居於同儕極端值
减少無效率之處方及用藥
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>
負向
体险能护日 八花
依院所按月分析
西醫基層總額部門
<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- <mark>閾值</mark>)/院所處方率]×該藥品總
申報點數(四捨五入至整數)
閾值:0.1%
中華民國105年12月20日衛部保字第1051260756號函
中華民國106年1月9日健保審字第1050036989號
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)

實施目的 減少無效率之處方及用藥 指標定義 分子一門診給藥案件中開立 PSYLLIUM HUSK 藥品處方之案件數。 分母一門診給藥案件數 (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 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		<u> </u>
指標定義 分子一門診給藥案件中開立 PSYLLIUM HUSK 藥品處方之案件數。 分母一門診給藥案件數 (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	指標名稱	025-西醫基層門診 PSYLLIUM HUSK 處方率居於同儕極端值
數。 分母一門診給藥案件數(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 財及文號 健保局公告日 財及文號 健保局公告日 財及文號	實施目的	減少無效率之處方及用藥
分母一門診給藥案件數(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 即及文號 健保局公告日 即及文號	指標定義	分子—門診給藥案件中開立 PSYLLIUM HUSK 藥品處方之案件
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 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		數。
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 中華民國95年12月15日衛署健保字第0952600595號函 開及文號 健保局公告日 中華民國96年1月3日健保審字第0950032988號 期及文號		分母-門診給藥案件數(給藥案件:藥費不為0,或給藥天數不
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 健保局公告日 中華民國96年1月3日健保審字第0950032988號 期及文號		為0,或處方調劑方式為1、0、6其中一種)。
PSYLLIUM HUSK 成分藥品品項:		排除預防保健(A3)、老人流感疫苗注射(D2)案件;排除診
B0214581BD','B014837123','B0148371AH','A0309121AH', 'A0309131AH','B020091155','B020092155','B0238821EZ'		察費為0案件。
「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 中華民國95年12月15日衛署健保字第0952600595號函 期及文號 中華民國96年1月3日健保審字第0950032988號 期及文號 中華民國96年1月3日健保審字第0950032988號		PSYLLIUM HUSK 成分藥品品項:
指標屬性		'B0214581BD','B014837123','B0148371AH','A0309121AH',
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 健保局公告日 中華民國96年1月3日健保審字第0950032988號 期及文號		'A0309131AH','B020091155','B020092155','B0238821EZ'
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 中華民國95年12月15日衛署健保字第0952600595號函 期及文號 健保局公告日 中華民國96年1月3日健保審字第0950032988號 期及文號	指標屬性	負向
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 中華民國95年12月15日衛署健保字第0952600595號函期及文號 健保局公告日 中華民國96年1月3日健保審字第0950032988號 期及文號	分析單位	依院所按月分析
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) 衛生署核准日中華民國95年12月15日衛署健保字第0952600595號函 期及文號 健保局公告日中華民國96年1月3日健保審字第0950032988號 期及文號	分析範圍	西醫基層總額部門
藥品總申報點數(四捨五入至整數) 衛生署核准日 中華民國95年12月15日衛署健保字第0952600595號函 期及文號 健保局公告日 中華民國96年1月3日健保審字第0950032988號 期及文號	處理方式	超過0.19%,超過部份該藥品總申報點數不予支付。
衛生署核准日 中華民國95年12月15日衛署健保字第0952600595號函期及文號 健保局公告日 中華民國96年1月3日健保審字第0950032988號 期及文號		不予支付點數=((院所處方率-0.19%)/(院所處方率))*該
期及文號 健保局公告日 中華民國96年1月3日健保審字第0950032988號 期及文號		藥品總申報點數(四捨五入至整數)
健保局公告日中華民國96年1月3日健保審字第0950032988號 期及文號	衛生署核准日	中華民國95年12月15日衛署健保字第0952600595號函
期及文號	期及文號	
	健保局公告日	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)	期及文號	
A TOTAL TOTA	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

h					
	026-西醫基層門診2歲以下幼兒使用 CODEINE 成分之處方藥品				
指標名稱	比率過高				
	(本指標刪除)				
實施目的	幼兒用藥安全管理				
	分子:門診2歲以下病人使用 CODEINE 成分之處方藥品件數。				
北	分母:門診2歲以下病人件數。				
指標定義	※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				
	다 다				
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				
	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				
處理方式	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				
停止辨理起日	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

026-西醫基層門診2歲以下幼兒使用 CODEINE 製劑成分之處方
<u>藥品</u> 比率過高
幼兒用藥安全管理
分子:門診2歲以下病人使用 CODEINE 製劑成分之處方藥品件
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 製劑成分之處方藥品為成分代碼為2808800110之處
方藥品
負向
依院所按月分析
西醫基層總額部門
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 製劑成分之處方藥品案件平均每件醫療費用
108年4月9日衛部保字第1081260113號函
100 1/1 > H 141 51. NV 1 34.1001500110 MCF4
108年4月16日健保審字第1080004880號
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
	中華民國101年4月17日衛署健保字第1010008003號函
期及文號	
	中華民國101年4月26日健保審字第1010075197號
期及文號	
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	中華民國99年10月8日衛署健保字第0990024551號函
期及文號	
健保局公告日	中華民國99年10月26日健保審字第0990074989號
期及文號	
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

026-西醫基層門診2歲以下幼兒使用 CODEINE 製劑比率過高
幼兒用藥安全管理
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
負向
依院所按月分析
西醫基層總額部門
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
中華民國95年12月15日衛署健保字第0952600595號函
中華民國96年1月3日健保審字第0950032988號
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

0211日1赤/灰木	・其他だり114年1月1日(貝川十月) 先生 其他
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 <u>(2014年版)為</u> I10-I15 <u>、</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),
	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 <u>為</u> 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	· 自向
	依院所按月分析
	西醫基層總額部門
處理方式	
,	不予支付點數=【分子人數一(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	113年10月29日衛部保字第1131260624號函
健保署公告日	112年12日4日伊伊安安第1120122027時
期及文號	113年12月4日健保審字第1130123927號
實施起日	114年1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」附表

			ICD-10- CM/PCS	ICD-10-CM/PCS	
總額	名稱	ICD O CM			/H. ++
		ICD-9-CM	(2014年版)	(2023年版)	備註
			自105年1月1日起適用	自114年1月1日起適用	
		401~405	110-115	<u>I10-I15 、 I16.0 、 I16.1 、</u>	
				<u>I16.9</u>	
		640~648	O10-O16	<u>O10-O16</u>	
		640~648	O20-O21	O20-O21	
		640~648	O23-O26	O23-O26	
	027-西醫基層 門診高血壓懷 孕婦女使用 ACEI 或 ARB 之比率偏高	640~648	O28-O29	O28-O29	
		640~648	O310	<u>O310</u>	
西醫		640~648	O330	O330	
基層		640~648	O44-O48	O44-O48	
		640~648	O60	<u>O60</u>	
		640~648	O67	<u>O67</u>	
		640~648	O861-O862	O861-O862	
		640~648	O905-O908	O905-O908	
		640~648	O98-O99	<u>O98-O99</u>	
		640~648	O9A	<u>09A</u>	
		V22	Z331	Z331	
		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)

上 插 夕 珍	· ·
指標名稱 0	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 2	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
3	分母:門診高血壓且有高血壓用藥懷孕婦女人數
ř	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
l di	懷孕婦女:ICD-9-CM 主、次診斷碼前三碼為 V22、640~648;
1	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
1	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。
上	
	負向 化贮纸物 11 八比
	依院所按月分析 五 殿 其 屬 绚 筎 邨 即
分析範圍 Ē 處理方式	西醫基層總額部門
	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
	- 一、一、一、一、一、一、一、一、一、一、一、一、一、一、一、一、一、一、一、
衛生福利部核 『	中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函
准日期及文號	
健保署公告日 「	中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號
期及文號	
實施起日 1	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
		401~405	I10-I15	
		640~648	O10-O16	
		640~648	O20-O21	
		640~648	O23-O26	
		640~648	O28-O29	
	027-西醫基層門診高血壓 懷孕婦女使用 ACEI 或 ARB 之比率偏高	640~648	O310	
		640~648	O330	
五		640~648	O44-O48	
西醫基層		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	分子:分母懷孕婦女中,使用 ACEI或 ARB 之人數
(含分子、分母)	分母:門診高血壓且有高血壓用藥懷孕婦女人數
II I	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 CO2、CO3、CO7、CO8、
	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-
II I	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	中華民國104年6月3日衛部保字第1040014763號函
日期及文號	
健保署公告日期	中華民國104年6月23日健保審字第1040035716號
及文號	
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
		401~405	I10-I15	
		640~648	O10-O16	
		640~648	O20-O21	
		640~648	O23-O26	
		640~648	O28-O29	
		640~648	O310	
	でである。 「では、 「では、 「では、 「では、 「では、 「では、 「では、 「では、	640~648	O330	
		640~648	O44-O48	
四醫基僧		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

9= 11 plone 1 3	(MACE T 100 12/11 (SM M) 10 12/10
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
(含分子、分	分母:門診高血壓且有高血壓用藥懷孕婦女人數
母)	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	中華民國103年10月6日衛部保字第1030128664號函
准日期及文號	
健保署公告日	中華民國103年10月20日健保審字第1030011486號
期及文號	
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	分子:分母懷孕婦女中,使用 ACEI或 ARB之人數
(含分子、分	分母:門診高血壓且有高血壓用藥懷孕婦女人數
母)	*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	中華民國99年10月8日衛署健保字第0990024551號函
期及文號	
健保局公告日	中華民國99年10月26日健保審字第0990074989號
期及文號	
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

上压力松	007 工题 廿月 时从 亡 丿 顾 运 乃 户 】 从 田 【 OFT L ADD 、 」 去 化
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	中華民國95年12月15日衛署健保字第0952600595號函
期及文號	
健保局公告日	中華民國96年1月3日健保審字第0950032988號
期及文號	
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	中華民國97年11月24日衛署健保字第0970048242號函
期及文號	
健保局公告日	中華民國97年12月15日健保審字第0970043021號
期及文號	
實施起日	98年2月1日(費用年月)

- ➤ 035-糖尿病用藥新一代 Sulfonylureas 類型與 Meglitinides 類型藥品合併使用比率偏高 [最新公告停止辦理起日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

000111/1/12-1-1	1111/7/11(頁//1/7)] 亚州亚
	035-糖尿病用藥新一代 Sulfonylureas 類型與 Meglitinides 類型藥
指標名稱	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
	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)
	(1)新一代 sulfonylureas 藥品成分名稱及其 WHO/ATC 代碼如
	下:
	GLIBENCLAMIDE(A10BB01)
指標定義	GLIBORNURIDE(A10BB04)
7日7示人我	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
	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。
處理方式	不予支付點數公式:
处坯刀式	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
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

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 品與 Meglitinides 類藥品2種用藥案件數 /同案件申報新一	· ·	035-糖尿病用藥新一代 Sulfonylureas 類型與 Meglitinides 類型藥
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 品與 Meglitinides 類藥品2種用藥案件數 /同案件申報新一 Sulfonylureas 類藥品或 Meglitinides 類藥品任1種用藥案件數(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)	ll i	U A 低 届 出
指標定義 合併使用案件比率=同案件同時申報新一代 Sulfonylureas 類品與 Meglitinides 類藥品2種用藥案件數 /同案件申報新一次 Sulfonylureas 類藥品或 Meglitinides 類藥品任1種用藥案件數(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)	l 	四口所使用儿干佣同
品與 Meglitinides 類藥品2種用藥案件數/同案件申報新一Sulfonylureas 類藥品或 Meglitinides 類藥品任1種用藥案件數(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)	實施目的	減少糖尿病人不當適用藥
Sulfonylureas 類藥品或 Meglitinides 類藥品任1種用藥案件數(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)	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
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)		品與 Meglitinides 類藥品2種用藥案件數/同案件申報新一代
(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)		Sulfonylureas 類藥品或 Meglitinides 類藥品任1種用藥案件數(其
下: GLIBENCLAMIDE(A10BB01) GLIBORNURIDE(A10BB04) GLIPIZIDE(A10BB07) GLIQUIDONE(A10BB08) GLICLAZIDE(A10BB09) GLISOXEPIDE(A10BB11) CLIMEPIRIDE(A10BB12)		他非新一代 Sulfonylureas 藥品除外)
GLIBENCLAMIDE(A10BB01) GLIBORNURIDE(A10BB04) GLIPIZIDE(A10BB07) GLIQUIDONE(A10BB08) GLICLAZIDE(A10BB09) GLISOXEPIDE(A10BB11) CLIMEPIRIDE(A10BB12)		(3)新一代 sulfonylureas 藥品成分名稱及其 WHO/ATC 代碼如
GLIBORNURIDE(A10BB04) GLIPIZIDE(A10BB07) GLIQUIDONE(A10BB08) GLICLAZIDE(A10BB09) GLISOXEPIDE(A10BB11) CLIMEPIRIDE(A10BB12)		下:
GLIPIZIDE(A10BB07) GLIQUIDONE(A10BB08) GLICLAZIDE(A10BB09) GLISOXEPIDE(A10BB11) CLIMEPIRIDE(A10BB12)		GLIBENCLAMIDE(A10BB01)
GLIQUIDONE(A10BB08) GLICLAZIDE(A10BB09) GLISOXEPIDE(A10BB11) CLIMEPIRIDE(A10BB12)		GLIBORNURIDE(A10BB04)
GLICLAZIDE(A10BB09) GLISOXEPIDE(A10BB11) CLIMEPIRIDE(A10BB12)		GLIPIZIDE(A10BB07)
GLISOXEPIDE(A10BB11) CLIMEPIRIDE(A10BB12)		GLIQUIDONE(A10BB08)
CLIMEPIRIDE(A10BB12)		GLICLAZIDE(A10BB09)
` '		GLISOXEPIDE(A10BB11)
(4) meglitinides 藥品成分名稱及其 WHO/ATC 代碼如下:		CLIMEPIRIDE(A10BB12)
		(4)meglitinides 藥品成分名稱及其 WHO/ATC 代碼如下:
REPAGLINIDE(A10BX02)		REPAGLINIDE(A10BX02)
NATEGLINIDE(A10BX03)		NATEGLINIDE(A10BX03)
指標屬性 負向	指標屬性	負向
	ハレ四ハ	12 ph 22 lb 11 /\ 12
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		
		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		•
衛生署核准日中華民國99年10月8日衛署健保字第0990024551號函		中華民國99年10月8日衛署健保字第0990024551號函
期及文號		
健保局公告日中華民國99年10月26日健保審字第0990074989號	健保局公告日	中華民國99年10月26日健保審字第0990074989號
期及文號	期及文號	
實施起日 100年1月1日(費用年月)~111年6月30日(費用年月)	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

050相标放本:月	·止辦埕起日 III 年/月1日(貿用年月)停止辦埕
	036-西醫診所門診同院所同一病人每季 Zolpidem 處方量
指標名稱	(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。
	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」。
指標定義	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
	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
	之病人其處方總量一該等病人數*當季閾值)*(該等病人 Zolpidem申報總點數/該等病人Zolpidem處方總量)。
處理方式	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
	之病人其處方總量一該等病人數*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

<u> </u>	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
	11 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	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
		病人其處方總量一該等病人數*180)*(該等病人 Zolpidem 申報總
		點數/該等病人 Zolpidem 處方總量)。
		· 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
		<u>支付藥費。</u> . 当希腊佐·第1希·01*2+20-212·第2希·01*2+20-212·第2希·
		· <u>當季閾值:第1季:91*2+30=212;第2季:91*2+30=212;第3季:</u>
		92*2+30=214;第4季:92*2+30=214。 - 不子士什藥弗-(日一院所內包香 701nidom 唐玄昌初過尚香明佑之
		· 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
		病人其處方總量一該等病人數*135)*(該等病人 Zolpidem 申報總
		點數/該等病人 Zolpidem 處方總量)。
		· 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)。
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)

050相标成本:	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</u> (DDD <u>數</u>) 超量
實施目的	降低不當之用藥型態,減少 重覆 過量用藥。
指標定義	同院所同一病人每季 申報 Zolpidem 開藥天數 處方量 (DDD <u>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 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。
	自向 自向
分析單位	依院所按季分析
分析範圍	西醫基層總額部門
<u></u>	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每季申報 Zolpidem 開藥天數 處方量
	$\frac{\sqrt{DDD}}{\sqrt{DDD}}$ 超過 $\frac{180 DDD}$ 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 處方量
	(DDD) 超過 <u>180DDD 之</u> 病人 <u>其開藥天數</u> 處方總量 — 同一院所
	內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數量 (DDD) 超過180天 DDD
	以上 該等病人數*180)*(該等病人 Zolpidem 申報總點數/該等
	病人 Zolpidem 總開藥天數 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每季申報 Zolpidem 開藥天數處方量
	(DDD) 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 總開藥天數 處方量
	(DDD) 超過 <u>135DDD 以上</u> 之病人 <u>其開藥天數處方總量</u> —同一 除作用包香 Zalaidam 兹日始開茲工數是(DDD)如源125下
	院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數量 (DDD) 超過135天 DDD 以上於第点人數*135) * (於第点人 Zolpidom 由超倫默數
	DDD 以上 該等病人數* <u>135</u>)*(<mark>該等病人</mark> Zolpidem 申報總點數/該等病人 Zolpidem 總開藥天數 處方總量)。
海上河到加 拉	/ <u>w </u>
衛生福利部核	108年4月9日衛部保字第1081260113號
准日期及文號	
健保署公告日	108年4月16日健保審字第1080004880號
期及文號	100一寸月10日度亦曾丁为100000寸000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)

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 總和一同一院 所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過180天 DDD 以	● 030指標版本・質別	6起迄日 101年7月1日(費用年月)~108年5月31日(費用年月)
實施目的 降低不當之用藥型態,減少重覆用藥。 同院所同一病人每率申報 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」就醫科別案件再類統計 資料範圍:門診申報 Zolpidem之病人歸戶分析(含藥局資料) Zolpidem 解為无: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 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 總和一同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過180天 DDD 以上病人數率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 關藥天數(DDD)超過135天 DDD 的部份不予支付藥費 不予支付辦費 (DDD)超過135天 DDD 以上病人關藥天數 DDD 總和一同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人數率135)*(Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人數率135)*(Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人數率135)*(Zolpidem 藥品總開藥天數) 中華民國101年4月17日衛署健保字第1010008003號函及文號	指標名稱	
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」就醫科別案件及期,「2824801820」 Zolpidem 藥品:藥品成分碼「2824801810」、「2824801820」 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 分析範圍 西醫基層總額部門 處理方式 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)超過180天 DDD 以上病人關藥天數(DDD)超過180天 DDD 以上病人數半180)*(Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過180天 DDD 以上病人數率中報 是國門國際 與點數/Zolpidem 藥品總開藥天數(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 總和一同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人開藥天數 DDD 總和一同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人數率135)*(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 中華民國101年4月17日衛署健保字第1010008003號函及文號		
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 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 總和一同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過180天 DDD 以上病人財藥天數 DDD 總和一同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過180天 DDD 以上病人數十180)*(Zolpidem 藥品申報總點數/Zolpidem 藥品總開藥天數(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 總和一同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人開藥天數 DDD 總和一同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人財藥天數 DDD 總和一同一院所內每季 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 中華民國101年4月17日衛署健保字第1010008003號函及文號	實施目的	
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 總和一同一院 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 藥品總開藥天數(DDD)超過180天 DDD 以上病人關藥天數(DDD)超過180天 DDD 以上病人數*180)*(Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人關藥天數) 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 以上病人關藥天數 DDD 總和一同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人關藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人數*135)*(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 中華民國101年4月17日衛署健保字第1010008003號函 及文號	指標定義	同院所同一病人每季申報 Zolpidem 開藥天數(DDD)超量。
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 關藥天數(DDD):依 WHO ATC/DDD Index 建議之每人日劑量為10mg 指標屬性 負向 分析範圍 西醫基層總額部門 處理方式 「、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 關藥天數(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 總和一同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過180天 DDD 以上病人關藥天數(DDD)超過180天 DDD 以上病人數率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 以上病人開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人開藥天數 DDD 總和一同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人開藥天數 DDD 總和一同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人開藥天數 DDD 總和一同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人財藥天數 DDD 總和一同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人數率135)*(Zolpidem 藥品總開藥天數) 衛生署核准日期 中華民國101年4月17日衛署健保字第1010008003號函及文號 健保局公告日期 中華民國101年4月26日健保審字第1010075197號		區分「神經科及精神科」就醫科別案件及非「神經科及精神
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 總和一同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過180天 DDD 以上病人數*180)*(Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過180天 DDD 以上病人數*180)*(Zolpidem 藥品總開藥天數(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 總和一同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人開藥天數 DDD 總和一同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人數*135)*(Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人數*135)*(Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人數*135)*(Zolpidem 藥品總開藥天數) 衛生署核准日期 中華民國101年4月17日衛署健保字第1010008003號函及文號 健保局公告日期		科」就醫科別案件兩類統計
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 依院所接季分析 分析範圍 西醫基層總額部門 處理方式 I、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 部份不予支付熟數=(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 總和一同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過180天 DDD 以上病人開藥天數 DDD 總和一同一院所內每季 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 總和一同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人開藥天數 DDD 總和一同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人數率135)*(Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人數率135)*(Zolpidem 藥品總開藥天數) 衛生署核准日期 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		資料範圍:門診申報 Zolpidem 之病人歸戶分析(含藥局資料)
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(DDD)超過180天 DDD 以上病人開藥天數 DDD 總和一同一院 所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過180天 DDD 以上病人關藥天數(DDD)超過180天 DDD 以上病人數率180)*(Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過180天 DDD 以上病人數率180)*(Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 部份不予支付驚費 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 總和一同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人關藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人關藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人數率135)*(Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人數率135)*(Zolpidem 藥品申報總點數/Zolpidem 藥品總開藥天數) 衛生署核准日期 中華民國101年4月17日衛署健保字第1010008003號函及文號 健保局公告日期 中華民國101年4月26日健保審字第1010075197號 及文號		Zolpidem 藥品:藥品成分碼「2824801810」、「2824801820」
指標屬性 負向 分析單位 依院所接季分析 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 總和一同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過180天 DDD 以上病人數*180)*(Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過180天 DDD 以上病人數*180)*(Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過180天 DDD 以上病人數*180)*(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 總和一同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人數*135)*(Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人數*135)*(Zolpidem 藥品總開藥天數) 衛生署核准日期 中華民國101年4月17日衛署健保字第1010008003號函及文號 健保局公告日期 中華民國101年4月26日健保審字第1010075197號 及文號		Zolpidem 開藥天數(DDD):依 WHO ATC/DDD Index 建議之每
指標屬性 負向 分析單位 依院所接季分析 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 總和一同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過180天 DDD 以上病人數*180)*(Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過180天 DDD 以上病人數*180)*(Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過180天 DDD 以上病人數*180)*(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 總和一同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人數*135)*(Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人數*135)*(Zolpidem 藥品總開藥天數) 衛生署核准日期 中華民國101年4月17日衛署健保字第1010008003號函及文號 健保局公告日期 中華民國101年4月26日健保審字第1010075197號 及文號		人日劑量為10mg
 分析單位 依院所按季分析		··· = •
 分析單位 依院所按季分析	指標屬性	負向
 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 總和一同一院所內每季 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 總和一同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人數*135)*(Zolpidem 藥品總開藥天數) 衛生署核准日期 中華民國101年4月17日衛署健保字第1010008003號函及文號 健保局公告日期 中華民國101年4月26日健保審字第1010075197號 及文號 		
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 總和一同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過180天 DDD 以上病人數*180)*(Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過180天 DDD 以上病人數*180)*(Zolpidem 藥品總開藥天數(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 總和一同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人開藥天數 DDD 總和一同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人開藥天數(DDD)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 中華民國101年4月17日衛署健保字第1010008003號函及文號 健保局公告日期 中華民國101年4月26日健保審字第1010075197號		
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 總和一同一院所內每季 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 總和一同一院所內每季 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 中華民國101年4月17日衛署健保字第1010008003號函及文號 健保局公告日期 中華民國101年4月26日健保審字第1010075197號		
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 總和一同一院所內每季 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 總和一同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人數*135)*(Zolpidem 藥品總開藥天數) 衛生署核准日期中華民國101年4月17日衛署健保字第1010008003號函及文號 健保局公告日期中華民國101年4月26日健保審字第10100075197號		
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 總和一同一院所內每季 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 總和一同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人數*135)*(Zolpidem 藥品總開藥天數) 衛生署核准日期 中華民國101年4月17日衛署健保字第1010008003號函及文號 健保局公告日期 中華民國101年4月26日健保審字第1010075197號		
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 總和一同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人財藥天數(DDD)超過135天 DDD 以上病人數*135)*(Zolpidem 藥品總開藥天數) 衛生署核准日期 及文號 健保局公告日期 及文號		不予支付點數=(同一院所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數
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 總和一同一院所內每季 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 健保局公告日期 中華民國101年4月17日衛署健保字第1010008003號函 建保局公告日期 內華民國101年4月26日健保審字第1010075197號		(DDD)超過180天 DDD 以上病人開藥天數 DDD 總和-同一院
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 總和一同一院所內每季 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 中華民國101年4月17日衛署健保字第1010008003號函 使保局公告日期 中華民國101年4月26日健保審字第1010075197號 及文號		所內每季 Zolpidem 藥品總開藥天數(DDD)超過180天 DDD 以
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 總和一同一院所內每季 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 中華民國101年4月17日衛署健保字第1010008003號函及文號 健保局公告日期 中華民國101年4月26日健保審字第1010075197號 及文號		上病人數*180)*(Zolpidem 藥品申報總點數/Zolpidem 藥品總開
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 總和一同一院所內每季 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 中華民國101年4月17日衛署健保字第1010008003號函及文號 健保局公告日期 中華民國101年4月26日健保審字第1010075197號		藥天數)
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 總和一同一院所內每季 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 中華民國101年4月17日衛署健保字第1010008003號函及文號 健保局公告日期 中華民國101年4月26日健保審字第1010075197號		
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 總和一同一院所內每季 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) 衛生署核准日期中華民國101年4月17日衛署健保字第1010008003號函及文號 健保局公告日期中華民國101年4月26日健保審字第1010075197號		
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 總和一同一院所內每季 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)		同院所同一病人每季申報 Zolpidem 開藥天數(DDD)超過135天
(DDD)超過135天 DDD 以上病人開藥天數 DDD 總和一同一院所內每季 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) 衛生署核准日期中華民國101年4月17日衛署健保字第1010008003號函及文號 健保局公告日期中華民國101年4月26日健保審字第1010075197號 及文號		
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 中華民國101年4月17日衛署健保字第1010008003號函及文號 健保局公告日期 中華民國101年4月26日健保審字第1010075197號 及文號		
上病人數*135)*(Zolpidem 藥品申報總點數/Zolpidem 藥品總開藥天數) 衛生署核准日期中華民國101年4月17日衛署健保字第1010008003號函及文號 健保局公告日期中華民國101年4月26日健保審字第1010075197號 及文號		
藥天數) 衛生署核准日期 中華民國101年4月17日衛署健保字第1010008003號函及文號 健保局公告日期 中華民國101年4月26日健保審字第1010075197號 及文號		
衛生署核准日期 中華民國101年4月17日衛署健保字第1010008003號函及文號 健保局公告日期 中華民國101年4月26日健保審字第1010075197號 及文號		
及文號 健保局公告日期 中華民國101年4月26日健保審字第1010075197號 及文號		
健保局公告日期中華民國101年4月26日健保審字第1010075197號及文號	衛生署核准日期	中華民國101年4月17日衛署健保字第1010008003號函
及文號	及文號	
	健保局公告日期	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)	及文號	
	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。

年季)起,暫時位	了11.
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`(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	中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函
准日期及文號	
健保署公告日	中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號
期及文號	
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)

П	
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 •
	立人原田茲·及北 ATC7框台一框为
	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
	自子香原况所中報门診向血壓侵住病違領處力受什數小於寻於 10件者不列入計算。
指標屬性	自向
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
<u> </u>	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閩
处坯刀式	[抗州门砂尚並壓侵住病, 建領處刀炎而無口 数重後半如超過國 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	中華民國104年6月3日衛部保字第1040014763號函
准日期及文號	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
健保署公告日	中華民國104年6月23日健保審字第1040035716號
期及文號	
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
经	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		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

● U38指標版本·賞	f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	中華民國102年8月14日衛部保字第1020101635號函
准日期及文號	
健保署公告日	中華民國102年8月22日健保審字第1020028087號
期及文號	
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。

李)起,暫時停止	-
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: <u>E71.30</u> 、E7521-E7522、 <u>E75240~E75243、E75248~E75249</u> 、E753、E755-E756、E77、 <u>E780~E786、E7870、E7879、E7881、E7889</u> 、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
使保署公告日 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
	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	E71.30	新增
		272	E7521-E7522	
		272	E75240- E75243	
		212	E75248- E75249	
 五 殹 甘		272	E753	
西醫基層		272	E755-E756	
/日		272	E77 <u> · E780-</u>	
			E786 · E7870 ·	排除 E78.71、
			E7879 · E7881 ·	E78.72
			E7889 · E789	
		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)

● 037相标版本・	[他起运日 103年1月1日(資用平月)~103年1月31日(資用平月)
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。
	さした B LOD O OM ト ト M 做 学 2 元 为 ` 272` (DIGODDEDG OF
	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)。 业委殿市职公中扣明公立人即周从土法德卓土签从刺上丛签丛
	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
上	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閩
	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	中華民國104年6月3日衛部保字第1040014763號函
准日期及文號	
健保署公告日	中華民國104年6月23日健保審字第1040035716號
期及文號	
實施起日	105年1月1日(費用年月)~105年1月31日(費用年月)
1	

「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
		272	E7521-E7522	
西	000 亚胍从少四以上,此归	272	E7524	
醫	039-西醫診所門診高血脂慢 性病連續處方箋用藥日數	272	E753	
基	任	272	E755-E756	
層	主後十	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
加尔人我	分母-門診高血脂慢性病連續處方箋給藥日數
	7 4 11 6 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
	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。
比馬尿山	7. /-
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閩
	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)
	[^(總架頁和製/總用架口製)
佐山河红 树块	中華星图100年0月14日供如伊宁第1000101625時至
衛生福利部核	中華民國102年8月14日衛部保字第1020101635號函
准日期及文號	
健保署公告日	中華民國102年8月22日健保審字第1020028087號
期及文號	
實施起日	102年11月1日(費用年月)~ 104年12月31日
X 10/C 1	- 1 /4 - 11 (X /4 /4 / 1 /4 1

- 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。

年季)起,暫時停止	执行。
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
實施目的降值	5.不當之用藥型態,降低重覆用藥。
指標定義分子	P-門診糖尿病慢性病連續處方箋重複日數
分母	母-門診糖尿病慢性病連續處方箋給藥日數
	參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 司品項用藥日數重複。
慢化	生病連續處方箋提前10日領藥部分不列入重複日數計算。
糖质	尿病:係指主次診斷前3碼為`250`(DIABETES MELLITUS)。
II I	尿病用藥:係指 ATC7碼前三碼為`A10`(DRUGS USED IN ABETES)。
III	室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 各不列入計算。
指標屬性負債	ภ
	完所按季分析
分析範圍 西魯	醫基層總額部門門診案件
處理方式院戶	斤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,
不可	予支付超過部分之糖尿病藥品費用。
不可	P支付點數公式=(用藥日數重複率-6.80%)×總用藥日數
×(<u>ķ</u> ţ	忽藥費點數/總用藥日數)
衛生福利部核 中華	華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函
准日期及文號	
I .	库民國105年1月8日健保審字第1040045128號
期及文號	
	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 (1)
	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	中華民國104年6月3日衛部保字第1040014763號函
准日期及文號	
健保署公告日	中華民國104年6月23日健保審字第1040035716號
期及文號	
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
一一一一	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	
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。	
四月上十十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十	
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。	
はロンバルトンルがサンボカン250VDIADETEC MELLITIE	
糖尿病:係指主次診斷前3碼為`250`(DIABETES MELLITUS)	0
糖尿病用藥:係指 ATC7碼前三碼為`A10`(DRUGS USED IN	
BIABETES) 。	
DIABLIES)	
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	笙於
10件者不列入計算。	7 ~ (
101/24 1 742 20/91	
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	過閩
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 中華民國102年8月14日衛部保字第1020101635號函	
准日期及文號	
健保署公告日 中華民國102年8月22日健保審字第1020028087號	
期及文號	
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

報量80百分位值 (本項指標刪除) 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: 西醫基層醫師開立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。 「排除條件」: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: 申報醫今總量,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等分別計算。 「全民健康保險山地離島地區醫療給行效益提昇計畫」適用區域,以每月申報醫今總量30件(含)為上限,超過上限不予支付。 指標屬性 負向 分析範圍 西醫基層總額部門門診案件 處理方式 1.西醫基層總額部門門診案件 1.西醫基層總額部門門診案件 1.西醫基層總額部門門診案件 1.西醫基層院所每位醫師申報超音波心臟圖醫令總量超過部分之超音波心臟圖醫令總量之80百分位值,不予支付點數一「企」的過醫學院每位醫師申報超音波心臟圖醫令總量之80百分位值,不予支付點數圖(醫令代碼為18005B)醫今總量一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(所所每位醫師申報超音波心臟圖醫令總量)×西醫基層院所屬師超音波心臟圖醫今總量之80百分位值)/西醫基層院所醫師超程治波心臟圖醫今總量以心臟圖醫今總量以心臟圖醫今總量以心臟圖醫今總量以心臟圖醫今總量以心臟圖醫今總量以心臟過醫會,經過上限所再位醫醫療給行效益提昇計畫」適用區不予支付。 107年2月12日衛部保字第1071260088號函	11. 15. 45. 46.	
實施目的 等正醫療處置 西醫基層醫師開立起音波心臟圖(醫令代碼為18005B)醫令總量之限制如下:西醫基層醫師解立起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」且慢性鴻連續處方箋、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。「全民健康保險山地離島醫療濟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。 西醫基層總額部門門診案件 1.西醫基層總額部門門診案件 1.西醫基層總額部門門診案件 2.西醫基層總額部門門診案件 2.西醫基層總額部門門診案件 2.西醫基層總額部門門診案件 2.西醫基層總額部門門診案件 2.西醫基層院所每位醫師申報超音波心臟圖醫令總量之80百分位值,不予支付點數三[(西醫基層院所每位醫師申報超音波心臟圖督令代碼為18005B)醫今總量之80百分位值,不予支付點數三[(西醫基層院所醫師申報超音波心臟圖督令代碼為18005B)醫今總量一次心臟圖醫令總量之80百分位值)方醫基層院所醫師即報題者音波心臟圖者今總量之80百分位值)方醫基層院所醫師即報題者音波心臟圖者會與過去80百分位值)方醫基層院所醫師即報題者音波心臟圖替今總量了×西醫基層院所醫師即報題者音波心臟圖替今總量30件(含)為上限,超過上限不予支付。 107年2月12日衛部保字第1071260088號函	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
實施目的 導正醫療處置 西醫基層醫師開立超音波心臟圖(醫令代碼為18005B)醫令總量是限制如下:西醫基層院所在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今總量之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」且慢性病違續處方箋、同一療程及排程檢查案件註記「3」之排程案件。備註:申報醫今總量,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,如甲醫師分別於3家院所申報指標醫令,則以3等分析至之程度原保險面醫醫療給付效益提昇計畫」通用區域,以每月申報醫令總量30件(含)為上限,超過上限不予支付付。西醫基層總額部門門診案件 1.西醫基層總額部門門診案件 1.西醫基層總額部門門診案件 1.西醫基層總額部門門診案件 這西醫醫院每位醫師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80百分位益(對數之之經濟分之超音波心臟圖醫令總量之80百分位蓋提昇計畫數心臟圖醫令總量」×西醫基層院所醫師申報超音波心臟圖醫令總量」×西醫基層院所醫師申報超音波心臟圖醫令總量」×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「全民健康保險由地離島地區醫療給行效益提昇計畫」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。 107年2月12日衛部保字第1071260088號。 107年2月12日衛部保字第1071260088號。		
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。 「排釋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家院所申報指標醫會,則以3筆分別計算。「全民健康保險西醫療療行效益提昇計畫」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。根疾所醫師按月分析 五醫基層總額部門門診案件 處理方式 1.西醫基層總額部門門診案件 處理方式 1.西醫基層總額部門門診案件 處理方式 1.西醫基層總額部門門診案件 處理方式 1.西醫基層總額部門門診案件 過過一級不予支付超過醫中報超音波心臟圖醫令總量起過過點數。不予支付超過醫師申報超音波心臟圖醫中報點數。(醫令代碼為18005B)醫令總量一西醫醫院每位腎師申報超音波心臟圖醫令總量之80百分位值,不對支付區過醫學總量一西醫醫院每位院所醫師超音波心臟圖醫令總量之80百分位值)/西醫基層院所醫師超報超音波心臟圖醫令總量之80百分位值人/西醫基層院所醫師超報超音波心臟圖醫令總量2、下一支付數學數學數學數學數學數學數學數學數學數學數學數學數學數學數學數學數學數學數學		
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在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。 程應保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」適用區域,以每月申報醫會總量30件(含)為上限,超過上限不予支付。 極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歷院至支付超過部分之超音波心臟圖醫令總量起過西醫醫院每位醫師申報超音波心臟圖醫會總量之80百分位值,/西醫基層院所醫師申報超音波心臟圖醫會總量之80百分位值()/西醫基層院所醫師申報超音波心臟圖會會總量之80百分位值)/西醫基層院所醫師申報超音波心臟圖總申報點數。 不予支付點數=[(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 107年2月12日衛部保字第1071260088號函 健保署公告日期及文號 健保署公告日期		
西醫基層院所每位醫師每月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,以每戶轉入數學與一個人。 位健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫」適用區域,以每戶轉取醫學總量30件(含)為上限,超過上限不予支付。 香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申報超音波心臟圖醫今總量起過西醫醫院每位醫師申報超音波心臟圖醫今總量之80百分位值,不予支付超過部分之超音波心臟圖醫今總量之80百分位有值,不予支付起過醫學總量一西醫醫院每位醫師申報超音波心臟圖《會今代碼為18005B》醫令總量一西醫醫院每位醫師申報超音波心臟圖《會今代碼為18005B》醫令總量一西醫基層院所醫師超音波心臟圖《會今代碼為18005B》醫令總量一西醫基層院所醫師超音波心臟圖《會內人工學學學學學學學學學學學學學學學學學學學學學學學學學學學學學學學學學學學學	指標定義	
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濟不足地區改善方案」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。 直面醫基層總額部門門診案件 人方析範圍 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今總量之80百分位值,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今總量之80百分位值,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之80百分分位值)/西醫基層院所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30件(含)為上限,超過上限不予支付。 107年2月12日衛部保字第1071260088號函		總量之限制如下:
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。負向分析單位 依院所醫師按月分析 西醫基層總額部門門診案件 「50個」		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
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「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」及「全民健康保險山地廳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。 6 (發院所醫師按月分析 查醫基層總額部門門診案件 「6) (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
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。 「全民健康保險山醫醫療分別計算。」「全民健康保險山豐龍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 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所每位醫師申報超音波心臟圖醫令總量超過值,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總量之80百分位值,不予支付點數書((西醫基層院所每位醫師申報超音波心臟圖會被過一五醫基層院所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之80百分位值)/西醫基層院所醫師申報超音波心臟圖響令總量280百分位值)/西醫基層院所醫師申報超音波心臟圖響令總量30件(含)為上限,超過上限不予支付。 「全國人工程」以與每個人工程,107年2月12日衛部保字第1071260088號函		位值。
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家院所申報指標醫會,則以3筆分別計算。 「全民健康保險山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養濟給付效益提昇計畫」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 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申報超音波心臟圖醫令總量起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,不予支付超點基層院所每位醫師申報超音波心臟圖 (醫令代碼為18005B)醫令總量一西醫醫院每位醫師申報超音波心臟圖 (醫令代碼為18005B)醫今總量一西醫醫院每位醫師申報超音波心臟圖 (醫令代碼為18005B)醫今總量一西醫醫院每位醫師申報超音波心臟圖會報點數。 2.「全民健康保險山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 107年2月12日衛部保字第1071260088號函 健保署公告日期及文號		排除條件:
「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醫令總量之80百分位值,不予支付點數=[(西醫基層院所每位醫師申報超音波心臟圖《擊代碼為18005B)醫令總量一西醫醫院每位醫師申報超音波心臟圖《會內機圖醫令總量之80百分位值)/西醫基層院所醫師申報超音波心臟圖《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行效益提昇計畫」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 健保署公告日期 及文號		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
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起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醫令總量之80百分位值,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)醫令總量一西醫醫院每位醫師申報超音波心臟圖(醫令代碼為18005B)醫令總量一西醫醫院每位醫師申報超音波心臟圖《轉取過數學總量》、西醫基層院所醫師起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行效益提昇計畫」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。		門診中心。
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起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醫令總量之80百分位值,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)醫令總量一西醫醫院每位醫師申報超音波心臟圖(醫令代碼為18005B)醫令總量一西醫醫院每位醫師申報超音波心臟圖《轉取過數學總量》、西醫基層院所醫師起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行效益提昇計畫」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。		「排程案件」:醫令類別「4-不計價」且慢性病連續處方箋、
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 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起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)醫令總量一西醫醫院每位醫師申報超音波心臟圖(醫令代碼為18005B)醫令總量一西醫醫院每位醫師申報超音波心臟圖(醫令代碼為18005B)器一一西醫醫是層院所醫師超音波心臟圖會申報點數。 2.「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」及「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」及「全民健康保險由地與自決的一個與一個與一個與一個與一個與一個與一個與一個與一個與一個與一個與一個與一個與一		
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 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,不予支付點數=[(西醫基層院所每位醫師申報超音波心臟圖不予支付點數=[(西醫基層院所每位醫師申報超音波心臟圖《醫令代碼為18005B)醫令總量一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之80百分位值)/西醫基層院所醫師申報超音波心臟圖響令總量之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。		_
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 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,不予支付點數=[(西醫基層院所每位醫師申報超音波心臟圖不予支付點數=[(西醫基層院所每位醫師申報超音波心臟圖《醫令代碼為18005B)醫令總量一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之80百分位值)/西醫基層院所醫師申報超音波心臟圖響令總量之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。		申報醫令總量,以每家院所醫師歸戶計算,如甲醫師分別於
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		
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		
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 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起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 107年3月7日健保審字第1070002265號		
付。 指標屬性 分析單位 依院所醫師按月分析 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)醫令總量一西醫醫院每位醫師申報超音波心臟圖等令總量之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 (健保署公告日期及文號		
指標屬性 負向 依院所醫師按月分析 西醫基層總額部門門診案件 西醫基層總額部門門診案件 几西醫基層總額部門門診案件 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>80百分位值)/西醫基層院所醫師超音波心臟圖響令總量>2.「全民健康保險山豐縣上屬於所醫師超音波心臟圖總申報點數。 2.「全民健康保險山豐縣上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。 107年2月12日衛部保字第1071260088號函 107年3月7日健保審字第1070002265號		
分析單位 依院所醫師按月分析 四醫基層總額部門門診案件 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總量一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	指標屬性	
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	分析單位	依院所醫師按月分析
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		西醫基層總額部門門診案件
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	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今總量超
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		
(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		位值,不予支付超過部分之超音波心臟圖申報點數。
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 健保署公告日期 及文號 107年3月7日健保審字第1070002265號		不予支付點數=[(西醫基層院所每位醫師申報超音波心臟圖
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		(醫令代碼為18005B)醫令總量-西醫醫院每位醫師申報超
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		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
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 健保署公告日期及文號 107年3月7日健保審字第1070002265號		超音波心臟圖醫令總量]×西醫基層院所醫師超音波心臟圖
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		
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		2.「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」及「全
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 健保署公告日期 及文號 107年3月7日健保審字第1070002265號		
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		
衛生福利部核准 日期及文號 健保署公告日期 及文號 107年3月7日健保審字第1070002265號		
日期及文號 107年2月12日衛部保予第1071260088號函 健保署公告日期	衛生福利部核准	
健保署公告日期 及文號 107年3月7日健保審字第1070002265號		10/年2月12日衛部保字第10/1260088號函
及文號 10/平3月/日健保養子弟10/0002203號		107 k 2 n 7 a 1h n da da k 10700000 (5 n k
停止辦理起日 溯自106年5月1日(費用年月)起停止辦理		10/午3月/日健保番子第10/0002265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)

	實施起返日 100年2月1日(實用平月)~100年4月30日(實用平月)
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	中華民國105年12月20日衛部保字第1051260756號函
日期及文號	
健保署公告日期	中華民國106年1月9日健保審字第1050036989號
及文號	
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)

0寸14日示放本・月	[施起返日 105年2月1日(實用年月)~106年1月31日(實用年月)
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
	险署所屬門診中心。
	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、一全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」及一全民
	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	中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函
准日期及文號	
	中華民國105年1月9日健児家学等1040045120時
健保署公告日	中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號
期及文號	105 左 2 日 1 ロ / 赴 田 左 日 \ 10 / 左 1 日 21 ロ / 赴 田 左 日 \
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)

● 041拍标版本・真	₹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。
14 MV C 34	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。 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
	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。
處理方式	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)

0年2指标及本。行	正州在尼山 100年0月1日(貝川千月)
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
實施目的	師申報量80百分位值 <u>(本項指標刪除)</u> 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:
	因 · 心重 · 心质 · 一 ·
	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
n 1- 1- 1	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。
	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
	100 + 4 17 1 (-) 14 17 +> -> -> -> -> -> -> -> -> -> -> -> -> ->
及文號	108年4月16日健保審字第1080004880號
停止辨理起日	108年6月1日(費用年月)
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)

● 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)「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 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	中華民國105年12月20日衛部保字第1051260756號函
准日期及文號	
健保署公告日	中華民國106年1月9日健保審字第1050036989號
期及文號	
實施起日	106年2月1日(費用年月)

042指標版本:實施起日 105年2月1日(費用年月)~106年1月31日(費用年月)

77770000	也起日 103年2月1日(寶用平月)~100年1月31日(寶用平月)		
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: 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。		
	<u> </u>		
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)醫令總量一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	文刊。 中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函		
准日期及文號			
健保署公告日	中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號		
期及文號 實施起日	105年2月1日(費用年月)		
見るのでは	100 2/1 1 H (只 /N T /1 /1 /		

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)

● 042指標版本:實施	6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

0.510 00004-	
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
	<u>醫院醫師申報量</u>
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) 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- <mark>2西醫醫院每位醫師申</mark>
	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	100年4月0日供前仅宁符1001260112點元
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	100 年 4 日 1 (口)
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. 「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。
指標屬性	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。 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	中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函
准日期及文號 健保署公告日 期及文號	中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號
實施起日	105年2月1日(費用年月)

● 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)

● 043指標版本:實施起返日 103年/月1日(實用年月)~105年1月31日 (實用年月)		
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	
	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。	
處理方式	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

● 077111 标放本:	月他是日 100千0月1日(貝用千月)冼们貝他
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</u>
	醫師每月申報該項醫令量80百分位之平均值訂定) 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今總量
	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<mark>西醫醫院每位醫師</mark></u>
	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	100年1月0日供加口中等1001260112時で
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	100年4月16日 伊伊安安第1000004000時
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)

	<u> </u>
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
	险署所屬門診中心。
	(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
	<u>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
	一个一个人们是我们的一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个
	導速度測定(醫令代碼為20019B)醫令總量—西醫醫院每
	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)
	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]×
	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)
衛生福利部核	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]×
衛生福利部核 准日期及文號	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。
	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。
准日期及文號	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。 中華民國105年12月20日衛部保字第1051260756號
准日期及文號 健保署公告日	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。 中華民國105年12月20日衛部保字第1051260756號

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	01内日本/人	是这日 103年/月1日(資用平月)~100年1月31日(資用平月)
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	指標名稱	
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	實施目的	導正醫療處置
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 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。 處理方式 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	指標定義	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
別於3家院所申報指標醫令,則以3筆分別計算。 自向 分析單位 依院所醫師按月分析 西醫基層總額部門門診案件 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 總量起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。 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		
分析單位 依院所醫師按月分析 西醫基層總額部門門診案件 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。 本予支付點數= [(西醫基層院所每位醫師申報感覺神經傳導速度測定自醫醫院每位醫師申報感覺神經傳導速度測定醫令總量一西醫醫院每位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1030013986號函 中華民國103年5月26日健保審字第1030006076號		
四醫基層總額部門門診案件 四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)醫令總量一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 中華民國103年5月26日健保審字第1030006076號	指標屬性	負向
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 中華民國103年5月26日健保審字第1030006076號	分析單位	依院所醫師按月分析
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 中華民國103年5月26日健保審字第1030006076號	分析範圍	西醫基層總額部門門診案件
不予支付點數= [(西醫基層院所母位醫師申報感寬神經傳導速度測定(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。中華民國103年5月20日衛部保字第1030113986號函律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		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
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	處理方式	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〕*
期及文號 中華民國103年5月26日健保審字第1030006076號		中華民國103年5月20日衛部保字第1030113986號函
實施起日 103年7月1日(費用年月)	·	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 (本指標删除) 實施目的 專正醫療處置 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 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)醫令總量一18)/西醫基層院所醫師敢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		
實施目的 導正醫療處置 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	- 上	045-西醫基層醫師成人精神科診斷性會談申報量過高
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	7日1不石1円	<u>(本指標刪除)</u>
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 分析單位 依院所醫師按月分析	實施目的	導正醫療處置
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 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。		西醫基層醫師開立成人精神科診斷性會談(醫令代碼為
指標定義 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		45085B)醫令總量之限制如下:
指標定義 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 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。		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
指標定我 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 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。		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
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 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。	北 安	申報該項醫令量80百分位之平均值訂定)
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 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。	相你及我	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
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 分析單位 分析範圍 西醫基層總額部門門診案件 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。		保險署所屬門診中心。
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 分析單位 分析範圍 西醫基層總額部門門診案件 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。		
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 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。		註:申報醫令總量,以每家院所醫師歸戶計算,如甲醫師分
分析單位 依院所醫師按月分析		別於3家院所申報指標醫令,則以3筆分別計算。
分析範圍 西醫基層總額部門門診案件 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。	指標屬性	負向
本子支付點數=〔(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。	分析單位	依院所醫師按月分析
處理方式 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。	分析範圍	西醫基層總額部門門診案件
處理方式 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。		不予支付點數=〔(西醫基層院所每位醫師申報成人精神科診
所醫師甲報成人精神科診斷性會談醫令總量」"四醫基僧院所醫師成人精神科診斷性會談總申報點數。	處理方式	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
停止辦理起日 111年7月1日(費用年月)停止辦理		醫師成人精神科診斷性會談總申報點數。
	停止辨理起日	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

043招标放本,具体	5起日 108年6月1日(貨用半月)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 <u>過高</u> 西醫醫 院醫師申報量80百分位值
實施目的	導正醫療處置
	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) 西醫醫院醫師申報
指標定義	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
1- 1- 1- 1- 1- 1- 1- 1- 1- 1- 1- 1- 1- 1	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 (A) (A) (A) (A) (A) (A) (A) (A) (A) (A)
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
	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。
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
	断性會談(醫令代碼為45085B)醫令總量— <u>18西醫醫院每位</u>
	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	108年4月9日衛部保字第1081260113號函
健保署公告日	100年1月16日 伊伊索 宁 第1000004000時
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)
<u> </u>	

045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	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
	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。
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—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)

040指标版本、行	正洲庄起口 100十0万1口(其用十万)
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
361×20144	百分位值 <u>(本項指標刪除)</u>
實施目的	導正醫療處置
	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。
指標定義	
7日7水 人 我	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。
	计·中却殿入坳县,以后完贮死殿在舄户斗筲,加用殿在八
	註:申報醫令總量,以每家院所醫師歸戶計算,如甲醫師分
上馬屈山	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
	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。
发生力式	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	108年4月9日衛部保字第1081260113號函
准日期及文號	1007 7/17日41时小丁71001200113池四
健保署公告日	108年4月16日健保審字第1080004880號
期及文號	100-1 1/110日 佐 小田 7 对10000010000000
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
	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。
處理方式	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

實施目的 減少不當之超高頻率復健資源耗用 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 情標屬性 負向分析單位 依院所按月分析 (依院所按月分析)分析範圍 西醫基層總額部門 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	● 049指标版本・行	止辦埋起日 111年/月1日(貿用年月)停止辦埋
實施目的 減少不當之超高頻率復健資源耗用 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 自向 分析單位 依院所按月分析 分析範圍 西醫基層總額部門 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	指標名稱	
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 *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 情標屬性 負向 依院所按月分析 西醫基層總額部門 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	實施目的	
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 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 选理方式 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	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"
分析單位 依院所按月分析 分析範圍 西醫基層總額部門 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 走理方式 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	上	
分析範圍 西醫基層總額部門 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 處理方式 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		
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 處理方式 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		
處理方式 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	分析範圍	
治療類別整體醫令點數	.	
	處理方式	
亭止辦理起日 111年7月1日(費用年月)停止辦理		
	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

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 *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 健保署公告日 期及文號 健保署公告日 期及文號	● 047相信放本・貝/	施起日 104年3月1日(實用年月)—111年6月30日
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 **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 依院所按月分析 西醫基層總額部門 医理方式 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 中華民國103年10月6日衛部保字第10301128664號函 中華民國103年10月20日健保審字第1030011486號	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
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	實施目的	減少不當之超高頻率復健資源耗用
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 今母: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 公析範圍 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 使保署公告日 期及文號	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
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 四醫基層總額部門 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 健保署公告日 期及文號		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
*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 分析範圍 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 中華民國103年10月6日衛部保字第10301128664號函 准日期及文號 健保署公告日 中華民國103年10月20日健保審字第1030011486號		30%,超出院所,將按該院所當月申報物理治療類別整體醫令
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 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 本日期及文號 健保署公告日 中華民國103年10月6日衛部保字第10301128664號函 推日期及文號		點數*超出之比率予以核扣
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 健保署公告日 期及文號		*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
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 中華民國103年10月6日衛部保字第1030128664號函 准日期及文號 健保署公告日 即及文號		其當月所占醫令數比率
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 中華民國103年10月6日衛部保字第1030128664號函 准日期及文號 健保署公告日 中華民國103年10月20日健保審字第1030011486號		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
*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 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		個案其當月申報醫令數加總
*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 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		分母: 同一院所物理治療類別當月門診醫令數加總
(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 健保署公告日 期及文號		
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)		
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)		
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 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 中華民國103年10月6日衛部保字第1030128664號函 建日期及文號 使保署公告日 期及文號		
(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 中華民國103年10月6日衛部保字第1030128664號函 使保署公告日 期及文號		
(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 分析單位 分析範圍 處理方式 處理方式 衛生福利部核 准日期及文號 (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 (依院所按月分析 西醫基層總額部門 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 中華民國103年10月6日衛部保字第1030128664號函 使保署公告日 期及文號		
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 衛生福利部核中華民國103年10月6日衛部保字第1030128664號函准日期及文號 健保署公告日中華民國103年10月20日健保審字第1030011486號 期及文號		
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 中華民國103年10月6日衛部保字第1030128664號函 准日期及文號 中華民國103年10月20日健保審字第1030011486號 期及文號	指標屬性	
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 中華民國103年10月6日衛部保字第1030128664號函准日期及文號 中華民國103年10月20日健保審字第1030011486號 期及文號	分析單位	依院所按月分析
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 衛生福利部核中華民國103年10月6日衛部保字第1030128664號函 准日期及文號 健保署公告日中華民國103年10月20日健保審字第1030011486號 期及文號	分析範圍	西醫基層總額部門
治療類別整體醫令點數 衛生福利部核中華民國103年10月6日衛部保字第1030128664號函 准日期及文號 健保署公告日中華民國103年10月20日健保審字第1030011486號 期及文號	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
衛生福利部核 中華民國103年10月6日衛部保字第1030128664號函 准日期及文號 健保署公告日 中華民國103年10月20日健保審字第1030011486號 期及文號		大於200次之個案其當月所占醫令數比率-30%)*當月申報物理
准日期及文號 健保署公告日中華民國103年10月20日健保審字第1030011486號 期及文號		治療類別整體醫令點數
健保署公告日中華民國103年10月20日健保審字第1030011486號期及文號	衛生福利部核	中華民國103年10月6日衛部保字第1030128664號函
期及文號	准日期及文號	
		中華民國103年10月20日健保審字第1030011486號
實施起日 10/4年3月1日/弗田午日)~111年6月20日(弗田午日)	期及文號	
$\Gamma = \Gamma =$	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

051相尔及本: 頁 //	
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
	門診同院所同病人同日就醫申報醫令54019C、54027C、
指標定義	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

1	
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	中華民國105年12月20日衛部保字第1051260756號函
日期及文號	
健保署公告日期	中華民國106年1月9日健保審字第1050036989號
及文號	
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	指示藥品之人工淚液重複案件:同一處方,含有兩筆
(含分子、分	(含)以上同為指示藥品且相同劑型之不同人工淚液醫
母)	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) \(\sigma \) 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	107年2月12日衛部保字第1071260088號函
日期及文號	10/42月12日衛部保子第10/1200080號函
健保署公告日期	107年3月7日健保審字第1070002265號
及文號	10/十3月/日度你备了第10/0002203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)

10 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 1	と 1007 2月1日(東州7月) 1077 3月31日(東州7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	指示藥品之人工淚液重複案件:同一處方,含有兩筆(含)以	
(含分子、分母)	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) \cdot 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	中華民國105年12月20日衛部保字第1051260756號函	
日期及文號		
健保署公告日期	中華民國106年1月9日健保審字第1050036989號	
及文號		
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

- 05/16/1/1/24	真他是自 110年10月1日(資用平月)現代真地	
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 \cdot 00184C \cdot 00185C \cdot 00190C \cdot 00191C) \circ	
	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%≦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)*	
	2.60%≦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%≦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	
<u> </u>	1 · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	

	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	110年8月30日衛部保字第1101260269號函、	
准日期及文號	110年5月25日衛部保字第1101260176號函	
健保署公告日	110年9月6日健保審字第1100011604號	
期及文號	110十9月0日健休番于第1100011004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	同階段一般處方
診察費醫令代碼	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 <u>00230C</u>
00169C	00120C <u>00234C</u>
00209C	00205C
00210C	00207C
00215C	00211C
00216C	00213C
00221C	00217C
00222C	00219C
00184C	01031C 00238C
00185C	01032C <u>00242C</u>
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。

● 057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)

	實施起返日 108年6月1日(實用平月)~110年9月30日(實用平月)
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
	菱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 \cdot 00209C \cdot 00210C \cdot 00215C \cdot 00216C \cdot 00221C \cdot
	00222C \cdot 00184C \cdot 00185C \cdot 00190C \cdot 00191C) \circ
	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%≦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%≦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%≦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	108年4月9日衛部保字第1081260113號函	
准日期及文號	100十4月9日開刊床子第1001200113號函 	
健保署公告日	100年1月16日健保室学等1000001000點	
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	同階段一般處方	
診察費醫令代碼	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	
出出, 4里与4股红与口明从里上101上以下如八、胆签00150C 7 00150C 料底		

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。