

全民健康保險醫院總額醫療費用案件抽審指標				
				113.8.26
專案名稱	序號	指標名稱	條件說明	排除條件
住院案件管理	1	住院次數≥同期全國住院次數99百分位	依病人ID統計全年期間每六個月住院次數，若住院次數≥全國99百分位以上者列入管控名單，並進行抽樣審查	診斷碼為癌症疾病相關診斷或特定重大傷病證明有註記之案件
	2	住院案件分布之院所家數≥3家	依病人ID統計每六個月住院案件分布之院所家數，若院所家數≥3家者列入管控名單，並進行抽樣審查	診斷碼為癌症疾病相關診斷或特定重大傷病證明有註記之案件
	3	六個月內住院次數≥2次且住院前無急診及門診治療	依病人ID統計每六個月住院次數大於等於2次，且無住院前24小時內有急診案件且14日內有門診治療案件，若有上述情形將列入管控名單，並進行抽樣審查	診斷碼為癌症疾病相關診斷或特定重大傷病證明有註記之案件
	4	單次住院費用之病房費及診察費占率≥60%且輕病住院≥轄區95百分位	單次住院費用(病房費+診察費)/(申請費用加計部分負擔)≥60%且年齡介於30-65歲及住院天數介於8-14天，且診治醫師前二月收治輕症病人住院人次高於轄區95百分位	死亡及生產案件
	5	二次住院日期間距≤全國5百分位	同一保險對象住院案件之「入院年月日」與前一次同醫事機構同一醫師之住院案件之「出院年月日」相減，小於等於前一年度全國住院日期間距5百分位者	新生兒依附就醫及膳食費案件
	6	年住院天數大於200天且年住院次數15次以上	全年急性病床總住院天數大於200天且年住院次數15次以上	代辦案件、膳食費案件、死亡或生產案件
精神科社區復健及照護機構物理治療醫療利用	7	最近三個月跨院所家數≥3家施行物理治療	精神科社區復健及照護機構個案最近三個月於≥3家醫事機構施行物理治療	-
	8	施行物理治療費用及次數≥全國95百分位	精神科社區復健及照護機構個案，前月施行物理治療費用及次數同時皆≥全國前三個月平均費用及次數之95百分位	-
	9	施行物理治療費用≥全國97百分位	精神科社區復健及照護機構個案，前月施行物理治療費用≥全國前三個月平均費用之97百分位者	-
	10	施行物理治療次數≥全國97百分位	精神科社區復健及照護機構個案前月施行物理治療次數≥全國前三個月平均次數之97百分位者	-
	11	前月就醫施行物理治療次數>前月日曆日數	精神科社區復健及照護機構個案前月施行物理治療次數≥前月日曆日數者	-
用藥管控項目	12	同院所同日申報相同藥品	門診西醫醫院之給藥案件中，當月同醫事機構同日同個案不同次就醫開立相同ATC代碼(7碼)藥品之案件	急診、特定治療項目、立刻使用(STAT)及需要時使用(PRN)之藥品、代辦案件
	13	每人每月同院所用藥合計≥900顆	門診西醫醫院之給藥案件中，同月同醫事機構同個案口服藥之醫令數量加總>900顆	代辦案件、特定重大傷病個案、特定治療項目及案件分類
	14	同院所同個案半年開立慢性病連續處方箋≥13張	門診西醫醫院同院所同個案半年開立慢性病連續處方箋≥13張	代辦案件、慢性病處方調劑案件
	15	同院所同個案同月開立慢性病連續處方箋≥4張	門診西醫醫院同院所同個案同月開立慢性病連續處方箋≥4張	代辦案件、慢性病處方調劑案件

全民健康保險醫院總額醫療費用案件抽審指標				
				113.8.26
專案名稱	序號	指標名稱	條件說明	排除條件
用藥管控項目	16	一次領取慢箋全年>7次	門診西醫醫院之給藥案件中，以病患(ID)歸戶計算「一次領取慢箋」之總次數>7次者	代辦案件
	17	三高藥費管控總開藥天數>550日	門診西醫醫院之給藥案件中，同院同醫師同病患開立三高藥物計算累計之開藥天數>550日	代辦案件、慢性病處方調劑案件、特定降血壓藥物(口服)及降血脂藥物
	18	鎮靜安眠藥物每半年歸戶每人DDD>10倍	每月依前6個費用月申報資料以病患(ID)及藥品核價成份代碼(DRUG_APV_ING_CODE)歸戶計算醫令點數>0之醫令總量，比對每人總劑量超過WHO ATC/DDD Index建議倍數>10倍	代辦案件
	19	Zolpidem首次就醫開藥>7日	半年內首次就醫，且Zolpidem給藥日份(ORDER_DRUG_DAY)>7日者	代辦案件及慢箋領藥案件
	20	婦產科≤10歲病人骨盆發炎使用抗生素	門診西醫醫院婦產科≤10歲病人骨盆發炎使用抗生素	代辦案件及慢箋領藥案件
	21	同處方開立≥3種口服抗生素	門診西醫醫院抗生素ATC代碼≥3項	代辦案件及慢箋領藥案件
	22	急性上呼吸道感染患者使用非一代抗生素	門診西醫醫院之給藥案件中，診斷為急性上呼吸道感染患者使用非一代抗生素者	代辦案件及慢箋領藥案件
	23	鎮靜安眠藥物_單次開藥量>5倍之醫師	門診西醫醫院之給藥案件中，比對每件流水號開立鎮靜安眠藥物之DD(Daily Dose)，超過WHO ATC/DDD Index建議倍數>5倍者	代辦案件
	24	病情改變及不穩定且開立長期處方≥28日	門診西醫醫院之給藥案件中，且醫令代碼為R003之該筆清單內醫令給藥日份最大值(ORDER_DRUG_DAY) 28日	-
	25	12歲以下孩童使用esomeprazole類口服錠藥物案件	門診西醫醫院之給藥案件中，當月申報esomeprazole類口服錠藥物，年齡<12歲且平均每日劑量≥40mg	代辦案件及慢箋領藥案件
	26	esomeprazole類口服錠藥物與抗菌劑併用，平均每日劑量≥80mg	門診西醫醫院之給藥案件中，當月使用esomeprazole類口服錠藥物平均每日劑量超過80mg(含)且併用抗菌劑	-
	27	腎功能異常使用NSAIDs藥量異常者	門診西醫醫院之給藥案件中，透析前高風險慢性腎臟病人3個月內所有使用口服NSAIDs藥品總日數≥31日之案件	代辦案件
	28	同院同月雌激素陰道乳膏（Premarin Vaginal Cream）>每日最大劑量2GM	門診西醫醫院之給藥案件中，同院同月雌激素陰道乳膏（Premarin Vaginal Cream）每日最大劑量>2GM	-
	29	Allopurinol使用不符藥品給付規定之比率偏高	Allopurinol使用不符藥品給付規定之比率(申報ATC代碼"M04AA01"者，其門診主診診斷碼任一非為274、712或M10、M1A、M11之案件數/申報ATC代碼"M04AA01"案件數)≥全國95百分位	重大傷病、代辦案件及慢箋領藥案件
	30	鼻竇炎使用Fluoroquinolone類抗生素使用率	門診西醫醫院之給藥案件中，鼻竇炎使用Fluoroquinolone類抗生素使用率	代辦案件及慢箋領藥案件

全民健康保險醫院總額醫療費用案件抽審指標				
				113.8.26
專案名稱	序號	指標名稱	條件說明	排除條件
用藥管控項目	31	第二型糖尿病患降血糖藥物成分項數 ≥ 5 項	門診西醫醫院之給藥案件中，第二型糖尿病患口服降血糖藥物成分項數 ≥ 5 項	代辦案件
	32	門診同病人當月申報血友病凝血因子藥費較基期成長率 $>25\%$ 排名 ≤ 30 名的病人	門診同病人當月申報血友病凝血因子藥費較基期成長率 $>25\%$ 排名前30名	門診手術案件
	33	同院同病人使用FORTEO超過2年	同院同病人以第一次治療起日之當月為基準，超過2年仍有FORTEO使用紀錄者	代辦案件
	34	二合一愛滋藥品(DTG/RPV)處方適當性	二合一處方(DTG/RPV)若不符合以下使用條件時，列入異常案件： 1. 用藥當月往前推1年內，至少要有兩次檢驗資料 2. 達病毒學抑制效果：依申報二合一藥品費用年月往前勾稽6個月，所有病毒量檢驗值都應小於50，且至少有兩筆以上之檢驗值 3. 無罹患B型肝炎	-
	35	β -agonist類成分藥品用於產科禁忌症	婦產科 β -agonist類成分藥品用於產科禁忌症診斷案件	死亡、代辦案件
	36	醫院門診BERBERINE處方率 ≥ 99 全國同儕百分位	醫院門診BERBERINE處方率(該院門診給藥案件中開立BERBERINE藥品處方案件數/該院門診給藥案件數) ≥ 99 全國同儕百分位	診察費為0案件、代辦案件
	37	門診PSYLLIUM HUSK處方率 ≥ 97 全國同儕百分位	門診PSYLLIUM HUSK處方率(該院門診給藥案件中開立PSYLLIUM HUSK藥品處方案件數/該院門診給藥案件數) ≥ 97 全國同儕百分位	診察費為0案件、代辦案件
	38	申報門診Zolpidem處方量DDD超量-神經科、精神科 >2 倍、其他科別 >1.5 倍。	當季同醫事機構同病人標準化之給藥天數(藥品成分含量*醫令數量/10mg)大於當季閾值；註:10mg為WHO ATC/DDD Index每日建議劑量	代辦案件
檢驗檢查及處置	39	門診同處方開立類固醇、抗生素、NSAIDs及Acetaminophen	門診同處方併報類固醇、抗生素、NSAIDs及Acetaminophen等4類口服藥品	急診、立刻使用(STAT)及需要時使用(PRN)之藥品、代辦案件
	40	當月特定診斷以外執行PET之適當性	排除因病情需經常使用CT或MRI或PET之主診斷碼後，病人當月執行PET之案件	不得另計價診療項目、代辦案件
	41	病人同院歸戶90日執行MRI檢查 ≥ 3 次者	排除因病情需經常使用CT或MRI或PET之主診斷碼後，同病人同院在90天內執行MRI檢查 ≥ 3 次者	不得另計價診療項目、代辦案件
	42	病人同院歸戶90日執行CT檢查 ≥ 3 次者	排除因病情需經常使用CT或MRI或PET之主診斷碼後，同病人同院在90天內執行CT檢查 ≥ 3 次者	不得另計價診療項目、代辦案件
	43	當月特定診斷以外執行MRI之適當性	排除因病情需經常使用CT或MRI或PET之主診斷碼後，病人當月執行MRI之案件	不得另計價診療項目、代辦案件
	44	當月特定診斷以外執行CT之適當性	排除因病情需經常使用CT或MRI或PET之主診斷碼後，病人當月執行CT之案件	不得另計價診療項目、代辦案件
	45	門診同月申報腹部超音波（含追蹤） ≥ 2 次	以「個案ID+依附就醫新生兒出生日期(CHILD_DATE)+依附就醫新生兒胞胎註記(CHILD_MARK)」歸戶計算同院同個案同月申報腹部超音波(19001C、19005C、19009C)次數 ≥ 2 次之案件	急診、代辦案件

全民健康保險醫院總額醫療費用案件抽審指標				
				113.8.26
專案名稱	序號	指標名稱	條件說明	排除條件
檢驗檢查及處置	46	門診全年申報腹部超音波 ≥ 3 次	以「個案ID+依附就醫新生兒出生日期(CHILD_DATE)+依附就醫新生兒胞胎註記(CHILD_MARK)」歸戶計算同院同個案全年申報腹部超音波(19001C) ≥ 3 次之案件	急診、代辦案件
	47	同院所執行同部位X光次數 ≥ 10 次	依病人(ID)歸戶X光同醫事機構同部位每月 ≥ 10 次	醫療費用點數 ≤ 0 、預防保健案件
	48	2年內執行過敏原檢驗 ≥ 2 次	同院同個案歸戶2年內(含當月)過敏原檢驗醫令(30021C、30022C)任一項累計 ≥ 2 次	代辦案件
	49	壓力與重分佈心肌斷層灌注掃描之執行率(當月執行26025B之醫令數/當月執行18015B、26025B之累加醫令數) $\geq 40\%$	26025B壓力與重分佈心肌斷層灌注掃描之執行率(當月執行26025B之醫令數/當月執行18015B、26025B之累加醫令數) $\geq 40\%$	不得另計價診療項目、代辦案件、醫療費用 ≤ 0
	50	同日執行幽門桿菌檢驗 ≥ 2 次	同院同病人同日申報幽門桿菌檢驗(13018C) ≥ 2 次	AIDS案件、代辦案件
	51	門診申報切片(biopsy)類醫令半年內未申報病理類醫令	門診同院同病人申報切片(biopsy)類醫令半年內未申報病理類醫令者	AIDS案件、代辦案件
	52	青春期過早且執行CT/MRI之適當性	門住診一年內同院青春期過早(E301)個案申報CT/MRI ≥ 3 次	因病情需經常使用CT或MRI之主診斷碼、代辦案件
	53	門診1年內同院所同個案申報杜卜勒氏彩色心臟血流圖 ≥ 4 次	門診1年內同醫事機構同個案申報杜卜勒氏彩色心臟血流圖(18007C) ≥ 4 次	急診、代辦案件
	54	糖尿病病人同院歸戶30日執行HbA1c ≥ 2 次	糖尿病病人同院30日執行HbA1c次數 ≥ 2 次	代辦案件
	55	糖尿病病人同院歸戶一年執行HbA1c ≥ 6 次	糖尿病病人同院一年執行HbA1c次數 ≥ 6 次	代辦案件
	56	30日內執行超音波心臟圖 ≥ 2 次	同醫事機構同病患30日內執行超音波心臟圖 ≥ 2 次	AIDS案件、代辦案件
	57	30日內執行杜卜勒式超音波心臟圖次數 ≥ 2 次	同醫事機構同病患30日內執行杜卜勒式超音波心臟圖 ≥ 2 次	AIDS案件、代辦案件
	58	同日執行2次以上電腦斷層(CT)檢查適當性	同院同病人同日執行電腦斷層醫令總數量大於1者	腦部疾病案件、急診、AIDS案件、代辦案件
	59	同院同日同項超音波執行 ≥ 2 次	當月同院同病人同日重複執行2次以上同醫令項超音波檢查之案件	AIDS案件、代辦案件
	60	醫師別年執行胃鏡診斷胃食道逆流疾病之比率偏高	醫師別年執行胃鏡診斷胃食道逆流疾病之比率(同院同醫師全年申報醫令代碼28016C,且主診斷代碼為胃食道逆流之件數/同院同醫師全年申報醫令代碼28016C之總件數) $\geq$ 全國90百分位	急診、AIDS案件、年申報胃鏡總數 ≤ 100 件醫師、代辦案件
	61	門診同日併報胃鏡與大腸鏡檢查	門診同院同日同個案,同時申報胃鏡(醫令代碼28016C)及大腸鏡(28017C)檢查之案件	代辦案件
	62	門診全年申報胃鏡 ≥ 4 次	門診同院同個案全年申報胃鏡(28016C) ≥ 4 次	AIDS案件、代辦案件

全民健康保險醫院總額醫療費用案件抽審指標				
				113.8.26
專案名稱	序號	指標名稱	條件說明	排除條件
門診就醫次數管理	63	門診同院所同日就醫次數	同病人門診同院同日就醫次數 ≥ 4 次； 同病人門診同基層診所同日就醫次數 ≥ 3 次	申請點數加部分負擔 ≤ 0 、乳癌試辦計畫案件、轉診(檢)註記為5、6、7、8
	64	門診同院所當月就醫 ≥ 8 次	同病人門診當月同醫事機構就醫 ≥ 8 次者	申請點數加部分負擔 ≤ 0 、乳癌試辦計畫案件、轉診(檢)註記為5、6、7、8
	65	門診同院同醫師一年內就醫 ≥ 90 次	門診同院同醫師同病人一年內歸戶計算其案件數，累計案件數 ≥ 90 件者	慢性病連續處方調劑案件、申請點數+部分負擔 ≤ 0 案件、代辦案件
復健治療管控	66	西醫門診腦血管疾病中度複雜以上復健次數 >180 次	門診同醫事機構同病人執行腦血管疾病中度複雜以上年復健次數 >180 次	代辦案件、6歲(含)以下早療案件
	67	西醫門診年復健次數(排除代辦、早療案件) >180 次	門診同醫事機構同病人年復健醫令累計數量 >180 次	代辦案件、6歲(含)以下早療案件
	68	西醫門診中度複雜以上復健治療執行率 $\geq$ 全國90百分位	門診西醫醫事機構，執行中度複雜以上復健治療執行率(每月中度複雜以上之醫令數/每月所有復健治療醫令數) $\geq 100\%$ $\geq$ 全國90百分位	代辦案件、6歲(含)以下早療案件
	69	復健超出積極治療期延長治療案件	門診西醫醫事機構，依不同疾病別設定積極治療期，病人執行物理、職能治療醫令超出前開期間者	代辦案件、6歲(含)以下早療案件
	70	同院所物理治療頻率過高個案所佔醫令數比率 $\geq$ 全國95百分位	同醫事機構物理治療頻率過高個案所佔醫令數比率(同一院所物理治療一年內醫令數大於200次之個案其當月所申報醫令數加總/同一院所物理治療當月門診醫令數加總) $\geq$ 全國95百分位	代辦案件、6歲(含)以下早療案件
	71	西醫門診年復健次數(排除代辦、早療案件、簡單治療、PAC案件) >180 次	門診同醫事機構同病人年復健醫令累計數量 >180 次	代辦案件、6歲(含)以下早療案件、各項復健治療醫令簡單治療及PAC案件
醫師本人及其眷屬、員工自家看診	72	最近連續3個月該院所內醫師、醫事人員、行政人員及其眷屬於該院所就診次數 >11 次(97.5百分位)	門診最近連續3個月該院所內醫師、醫事人員、行政人員及其眷屬於該院所就診次數醫院 ≥ 7 次者(基層診所 ≥ 11 次)	代辦案件、同一療程案件、轉代檢案件
	73	當月申報醫師自我診治困難項目	當月申報任一醫師自我診治困難項目醫令(例如：23401C細隙燈顯微鏡檢查)	-
安養住民醫療利用	74	安養住民每季門診就醫 >12 次者	按病患ID歸戶，安養住民每季就醫次數(含跨院跨區)12次以上者	癌症、6歲(含)以下早療案件
	75	安養住民每季門診醫療費用 >20000 點	按病患ID歸戶，安養住民每季門診醫療費用(含跨院跨區)20,000元以上者	癌症、6歲(含)以下早療案件
	76	安養住民每季住院 ≥ 2 次且合計住院日數 ≥ 10 日者	安養住民每季住院(含跨院跨區) ≥ 2 次且合計住院日數 ≥ 10 日者	6歲(含)以下早療案件

全民健康保險醫院總額醫療費用案件抽審指標				
				113.8.26
專案名稱	序號	指標名稱	條件說明	排除條件
治療處置及手術管控項目	77	醫師別每病人平均執行ESWL次數 $\geq$ 同分區95百分位	依醫師身分證號統計全年期間每病人平均執行ESWL 次數(該醫師門診及住診執行ESWL案件醫令總量/該醫師執行ESWL病人歸戶人數)，且該醫師的平均次數 $\geq$ 該分區95 百分位	代辦案件
	78	醫師別每人執行ESWL總量 $\geq$ 同分區95百分位	依醫師身分證號統計全年期間門診及住診執行ESWL之醫令總量，且該醫師ESWL之醫令總量 $\geq$ 該分區95百分位	代辦案件
	79	住診執行ESWL案件	西醫醫事機構住診執行ESWL 案件	代辦案件
	80	門診初次執行ESWL案件	依病人身分證號統計全年期間於門診及住診(含跨院)均未有執行ESWL 紀錄，當期於西醫醫事機構門診初次執行之ESWL 案件	代辦案件
	81	「直線加速器醫令數量成長率為正成長且大於人數成長率」及75百分位總照野數超過組內同儕值」之醫院，其門診標的之CCS(頭頸部癌、乳癌、肺癌)照野數前3名個案。	同院同CCS符合下列兩種情形者，選取標的之CCS(頭頸部癌、乳癌、肺癌)照野數前3名病人： 1.直線加速器醫令數量成長率為正成長且大於人數成長率 2.醫令數由多到少排序，排名為前25百分位值(含)之醫院	-
	82	直線加速器每人平均醫令數 $\geq$ 75百分位之醫院，其門診標的之CCS(頭頸部癌、乳癌、肺癌)照野數前3名個案。	同院同CCS符合下列兩種情形者，選取標的之CCS(頭頸部癌、乳癌、肺癌)照野數前3名病人： 1.未被序號81指標列為管控醫院 2.每人平均醫令數由多到少排序，排名為前25百分位值(含)之醫院	-
	83	1年內使用健保給付冠狀動脈血管支架 $\geq$ 4支之病人	門、住診合併計算1年內健保給付冠狀動脈血管支架數量累計 $\geq$ 4支者	代辦案件、門/住診申請點數 $\leq$ 0
	84	醫師別冠狀動脈血管支架執行率 $\geq$ 90全國百分位值	全年期間醫師別冠狀動脈血管支架執行率(醫師別執行冠狀動脈血管支架案件數/醫師別執行心導管檢查或經皮冠狀動脈擴張術或放置冠狀動脈血管支架案件數) $\geq$ 90全國百分位值者列為管控醫師名單，當期管控醫師申報冠狀動脈血管支架之案件	代辦案件、門/住診申請點數 $\leq$ 0
	85	醫師別執行冠狀動脈血管支架總量 $\leq$ 25全國百分位值	全年期間醫師別執行冠狀動脈血管支架總量 $\leq$ 全國25 百分位值者列為管控醫師名單，當期管控醫師申報冠狀動脈血管支架之案件	代辦案件、門/住診申請點數 $\leq$ 0
	86	醫師別申報自費支架件數比率 $\geq$ 90全國百分位值	全年期間醫師別申報自費支架件數比率(醫師別申報自費冠狀動脈血管支架總件數/醫師別申報冠狀動脈血管支架(含健保給付與保險對象自費之支架)總件數) $\geq$ 90全國百分位值者列為管控醫師名單，當期管控醫師申報自費支架之案件	代辦案件、門/住診申請點數 $\leq$ 0
	87	門診同院所同月申報簡單眼瞼內翻手術 $\geq$ 2次	門診同醫事機構同月申報簡單眼瞼內翻手術(87010C) $\geq$ 2次之病人	代辦案件
	88	門診同院所同月申報鉗上眼瞼肌切除術 $\geq$ 2次	門診同醫事機構同月申報鉗上眼瞼肌切除術(87017C) $\geq$ 2次之病人	代辦案件

全民健康保險醫院總額醫療費用案件抽審指標				
				113.8.26
專案名稱	序號	指標名稱	條件說明	排除條件
治療處置及手術管控項目	89	門診1年內申報簡單眼瞼內翻手術)≥3次	門診1年內申報簡單眼瞼內翻手術(87010C)≥3次之病人(跨區)	代辦案件
	90	門診1年內申報鋸上眼瞼肌切除術)≥3次	門診1年內申報鋸上眼瞼肌切除術(87017C)≥3次之病人(跨區)	代辦案件
	91	門診當月≤12歲，申報婦科、產科、乳房超音波	門診醫事機構，就醫年齡≤12歲，且申報醫令代碼19003C、19010C、19014C者	急診
	92	門診當月同院所>12歲，申報婦科、產科超音波合計次數≥3次	門診同醫事機構同月申報19003C+19010C≥3次者	-
	93	門診當月同院所>12歲，申報乳房超音波合計次數≥3次	門診同醫事機構同月申報19014C≥3次者	-
	94	醫師別執行35-44歲子宮、卵巢切除手術≥95全國百分位	醫師別申報就醫年齡介於35-44歲，且申報醫令代碼80403B、80421B、80404C、80412B、80416B、80811C、80812C之件數總計≥全國95百分位	-
	95	1年內執行56031B內視鏡括約肌切開術≥2次	同院同病人門、住診執行56031B內視鏡括約肌切開術醫令總量合計≥2次者	代辦案件、門、住診申請點數≤0案件
	96	執行56031B內視鏡括約肌切開術同案併報其它處置	當月申報56031B內視鏡括約肌切開術病人，同案件併報「執行路徑相似處置」等任一項醫令之案件或同案件併報「電腦斷層造影」和「超音波」等醫令之數量≥3次以上者	代辦案件、門、住診申請點數≤0案件
	97	單純性血管整形術7日內再執行率≥95全國百分位醫師	按醫師身分證字號計算單純性血管整形術(33074B)再執行間隔時間<7日之醫令數量，並篩出全國前95全國百分位之醫師	AIDS、代辦案件
	98	同院30日內執行子宮鏡相關治療≥3次	同院同病人30日內執行子宮鏡相關治療，醫令數量≥3次	代辦案件
	99	同病人同院所於2年內接受四肢超音波檢查≥10次	門診同醫事機構同病人二年內申報四肢超音波檢查(19016C)醫令數量>10次	AIDS、代辦案件
	100	1年內執行大腸鏡相關檢查≥3次	同院同病人1年內門住診申報大腸鏡檢查(28017C、49014C、49025C)醫令數量≥3者	AIDS、克隆氏症Crohn's disease和慢性潰瘍性結腸炎Ulcerative colitis病人、代辦案件、門、住診申請點數≤0案件
	101	前列腺雷射手術併報前列腺切開術案件	同案件申報前列腺雷射手術併報前列腺切除術相關醫令者	AIDS、代辦案件、申報點數為0案件
	102	住院期間申報呼吸或復原運動醫令一天大於2次	申報呼吸或復原運動(57010B-57012B)一天醫令量>2次者	TW-DRG案件、不計價案件、特殊/罕見疾病、器官移植
	103	住院期間申報呼吸或復原運動連續申報醫令大於28次	申報呼吸或復原運動(57010B-57012B)連續申報醫令量>28次者	TW-DRG案件、不計價案件、特殊/罕見疾病、器官移植
	104	精神科心理治療會談時間(跨院)1季日平均>12小時醫師，其全國單日加總>12小時之案件	精神科心理治療會談時間(跨院)1季日平均(1季之醫令數量*單次會談時間預估值後加總/治療執行日期天數)>12小時醫師，其單日精神科心理治療會談醫令加總大於12小時者	代辦案件
	105	自動縫合器使用超量	住診同一案件(同院、同病人、同住院日期、同費用年月、案件分類、流水號)，申報特材給付規定分類碼A101-4對應之醫令代碼，且有申報符合適應症之手術醫令代碼，其A101-4自動縫合器醫令數量>2	代辦案件、申請點數、醫令點數為0

全民健康保險醫院總額醫療費用案件抽審指標				
				113.8.26
專案名稱	序號	指標名稱	條件說明	排除條件
治療處置及手術管控項目	106	自動縫合器不符適應症	住診同一案件(同院、同病人、同住院日期、同費用年月、案件分類、流水號)，申報特材給付規定分類碼A101-4對應之醫令代碼，但無申報任一符合適應症之手術醫令代碼。	代辦案件、申請點數、醫令點數為0
模擬DRG審查	107	實際醫療點數高於該DRG平均費用點數達 $\geq 100\%$ 以上	住院申報案件依其「DRG碼」計算「費用差占率」 $\geq 100\%$ 之案件	DRG支付通則排除項目
	108	醫師別實際醫療點數高於該DRG平均費用點數達 100% 以上之案件數占率 $\geq 50\%$ 者	醫師別申報案件中依其「DRG碼」計算「費用差占率」 $\geq 100\%$ 者，占該醫師申報總件數比率 $\geq 50\%$ 者	DRG支付通則排除項目
	109	院所Tw-DRGs申報件數 ≥ 5 件且Tw-DRGs實際醫療費用點數超出下限臨界點之差距 $\leq 5\%$ 之件數占率 $\geq 50\%$ 且Tw-DRGs案件估算獲利倍數 ≥ 1.5	當期費用年月該院Tw-DRGs申報總件數 ≥ 5 且該Tw-DRGs費用差距占率 $((\text{Tw-DRG實際醫療點數}-\text{該Tw-DRG下限臨界點})/\text{該Tw-DRG下限臨界點} \times 100) \leq 5\%$ 之件數占率 $\geq 50\%$ ，且Tw-DRGs案件估算獲利倍數 $(\text{Tw-DRG支付定額點數}/\text{Tw-DRG實際醫療點數}) \geq 1.5$	-
	110	骨科DRG未申報自費特材，且骨科健保特材點數 ≤ 25 百分位案件	骨科DRG未申報自費特材，且骨科健保特材醫令點數 $\leq$ 各業務組各組別DRG骨科健保特材之25百分位值	-
	111	骨科DRG有申報自費特材，且替代倍數 ≥ 80 百分位值案件	骨科DRG有申報自費特材，且替代倍數 $\geq$ 各業務組各組別DRG之自費特材替代倍數第80百分位值	-
特定處置再執行的適當性	112	子宮全切除術後再處置適當性	曾申報子宮全切除相關醫令者，於抽審費用年月申報「執行子宮全切除術後不得再執行相關醫令」者	代辦案件
手術過程面不得另行申報相關手術及處置	113	胸腔鏡肺楔狀或部分切除術併報其他手術適當性	住診同一案件申報胸腔鏡肺楔狀或部分切除術(醫令代碼67051B)併報其他手術(醫令代碼64020B、67019B、67047B、67006C、67007B、28009B任一)者	-
特材不符給付規定	114	肋骨固定系統不符特材給付規定適應症	住診同一清單案件，申報肋骨固定系統，依給付規定進行專業審查	代辦案件