

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-現行實施)

【西醫基層總額部門實施中指標共計16項】

➤ 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	<p>分子－眼科門診申報細隙燈顯微鏡檢查（醫令代碼為23401C）件數</p> <p>分母－眼科門診申報件數</p> <p><u>排除條件：本保險對象免自行負擔費用辦法第8條所列山地離島地區且眼科門診申報件數小於等於100件之院所。</u></p>
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	<p>申報率超過30%者，超過部分不予支付。</p> <p>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。</p>
衛生福利部核准日期及文號	<u>113年11月13日衛部保字第1131260633號函</u>
健保署公告日期及文號	<u>113年12月4日健保審字第1130123927號</u>
實施起日	<u>114年1月1日(費用年月)</u>

➤ 002-婦產科門診局部處置申報率

[最新公告實施起日105年2月1日(費用年月)；最初實施起日94年7月1日(費用年月)]

- 002指標版本：實施起日105年2月1日(費用年月)--現行實施

指標名稱	002-西醫基層婦產科門診局部處置申報率
實施目的	降低不當之醫療處置
指標定義	<p>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</p> <p>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</p> <p>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</p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門
處理方式	<p>指標1： 申報率超過30%者，超過部分不予支付。 不予支付點數＝【分子件數－（分母件數×30%）】／分子件數×婦產科門診申報會陰沖洗、陰道灌洗（醫令代碼為55009C、55011C）之總點數合計。</p> <p>指標2： 申報率超過0.42 %者，超過部分不予支付。 不予支付點數＝【分子件數－（分母件數×0.42%）】／分子件數×非婦產科門診申報會陰沖洗、陰道灌洗（醫令代碼為55009C、55011C）之總點數合計。</p>
衛生福利部核准日期及文號	中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函
健保署公告日期及文號	中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號
實施起日	105年2月1日(費用年月)

➤ 003-耳鼻喉科門診局部處置申報率

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

● 003指標版本：實施起日112年2月1日(費用年月)--現行實施

指標名稱	003-西醫基層耳鼻喉科門診局部處置申報率
實施目的	降低不當之醫療處置
指標定義	<p>指標1： 分子－耳鼻喉科門診申報局部治療（醫令代碼為54019C、54027C、54037C、54038C）件數 分母－耳鼻喉科門診申報件數</p> <p>指標2： 分子－非耳鼻喉科門診呼吸道感染案件申報局部治療（醫令代碼為54019C、54027C、54037C、54038C）件數 分母－非耳鼻喉科門診呼吸道感染案件申報件數</p> <p>註：1.本指標定義之科別為病患就醫科別。 2.呼吸道感染案件：主診斷符合附表 ICD-9-CM 及 ICD-10-CM 診斷碼之案件。 3.<u>上述分子分母皆排除嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件（案件分類 C5）。</u></p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門
處理方式	<p>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)。</p> <p>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)。</p>
衛生福利部核准日期及文號	<u>111年12月12日衛部保字第1111260378號函</u>
健保署公告日期及文號	<u>111年12月29日健保審字第1110122333號</u>
實施起日	<u>112年2月1日（費用年月）</u>

「003-西醫基層耳鼻喉科門診局部處置申報率」附表

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

	470	J342	
	4710	J330	
	4711	J331	
	4718	J338	
	4719	J339	
	4720	J310	
	4721	J312	
	4722	J311	
	4730	J320	
	4731	J321	
	4732	J322	
	4733	J323	
	4738	J324	
	4738	J328	
	4739	J329	
	4739	R0982	
	47400	J3501	
	47401	J3502	
	47402	J3503	
	47410	J353	
	47411	J351	
	47412	J352	
	4742	J358	
	4748	J358	
	4749	J359	
	475	J36	
	4760	J370	
	4761	J371	
	4770	J301	
	4771	J305	
	4778	J302	
	4778	J3081	
	4778	J3089	
	4779	J300	
	4779	J309	
	4780	J343	
	4781	J340	
	4781	J341	
	4781	J3481	
	4781	J3489	
	4781	J349	
	4781	R0981	
	47820	J392	
	47821	J391	
	47822	J390	

	47824	J390	
	47825	J392	
	47826	J392	
	47829	J392	
	47830	J3800	
	47831	J3801	
	47832	J3801	
	47833	J3802	
	47834	J3802	
	4784	J381	
	4785	J382	
	4785	J383	
	4786	J384	
	47870	J387	
	47871	J387	
	47874	J386	
	47875	J385	
	47879	J387	
	4788	J393	
	4789	J398	
	4789	J399	
	4800	J120	
	4801	J121	
	4802	J122	
	4808	J123	
	4808	J1281	
	4808	J1289	
	4809	J129	
	481	J13	
	481	J181	
	4820	J150	
	4821	J151	
	4822	J14	
	48230	J154	
	48231	J154	
	48232	J153	
	48239	J154	
	48240	J1520	
	48241	J15211	
	48249	J1529	
	48281	J158	
	48282	J155	
	48283	J156	
	48284	A481	
	48289	J158	

	4829	J159	
	4830	J157	
	4831	J160	
	4838	J168	
	4841	B250	
	4843	A3791	
	4845	A221	
	4846	B440	
	4847	J17	
	4848	J17	
	485	J180	
	486	J188	
	486	J189	
	4870	J09X1	
	4870	J1000	
	4870	J1008	
	4870	J1100	
	4870	J1108	
	4871	J09X2	
	4871	J1001	
	4871	J101	
	4871	J111	
	4878	J09X3	
	4878	J09X9	
	4878	J102	
	4878	J1081	
	4878	J1082	
	4878	J1083	
	4878	J1089	
	4878	J112	
	4878	J1181	
	4878	J1182	
	4878	J1183	
	4878	J1189	
	490	J40	
	4910	J410	
	4911	J411	
	49120	J449	
	49121	J440	
	49121	J441	
	4918	J418	
	4919	J42	
	4920	J439	
	4928	J430	
	4928	J431	

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

➤ 008-西醫院所門診上呼吸道感染抗生素處方率

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

- 008指標版本：實施起日107年4月1日(費用年月)--現行實施

指標名稱	008-西醫院所門診上呼吸道感染抗生素處方率
實施目的	降低不當之抗生素處方及用藥型態
指標定義	<p>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。</p> <p>分母—門診主診斷為上呼吸道感染的給藥案件數。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>抗生素藥品：ATC 前3碼為 J01（ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE）。</p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門門診案件
處理方式	<p>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。</p> <p>不予支付點數＝【分子件數－（分母件數＊25%）】／分子件數＊抗生素藥費</p>
衛生福利部核准日期及文號	107年2月12日衛部保字第1071260088號函
健保署公告日期及文號	107年3月7日健保審字第1070002265號
實施起日	107年4月1日(費用年月)

「008-西醫診所門診上呼吸道感染抗生素處方率」附表（附表診斷碼誤植更正）

總額別	指標代碼及名稱	ICD-9-CM	ICD-10- CM/PCS	備註
西醫基層	008-西醫診所門診上呼吸道感染抗生素處方率	460	J00	
		462	J02	排除 J020
		464	J04-J05	
		465	J06	
		466	J20-J22	
		487	J09-J11	
		490	J40	

- 010-西醫院所門診同一處方開立制酸劑重複率
[最新公告實施起日105年2月1日(費用年月)；最初實施起日94年9月1日(費用年月)]

- 010指標版本：實施起日 105年2月1日(費用年月)--現行實施

指標名稱	010-西醫院所門診同一處方開立制酸劑重複率
實施目的	降低不當之重複用藥
指標定義	<p>分子—制酸劑重複案件數</p> <p>分母—制酸劑案件數</p> <p>制酸劑重複案件：同一處方，含有兩筆不同制酸劑醫令，方計為重複案件。</p> <p>制酸劑：係指 ATC 碼前四碼為 A02A（ANTACIDS），惟下列藥品參考衛生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：</p> <p>ATC 碼前五碼為 A02AH(antacids with sodium bicarbonate)之單方藥品(程式邏輯不需處理單複方):適應症為「酸中毒之鹼化劑」。</p> <p>醫令代碼為 A001046100、A023521100、A013382100、A001584100、A006795100、A042941100:適應症為「軟便」。</p>
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	<p>醫事機構每月申報個案超過30件，且西醫門診制酸劑重複率超過4.9%部分，不予支付超過部分之制酸劑藥費。</p> <p>不予支付點數＝【分子件數－（分母件數＊4.9%）】／分母件數＊【明細非交付案件制酸劑金額＋明細交付案件制酸劑支付單價＊數量＋簡表藥費/平均品項數】。</p>
衛生福利部核准日期及文號	中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函
健保署公告日期及文號	中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號
實施起日	105年2月1日(費用年月)

➤ 014-高血壓併氣喘病患不適當用藥（NON-SELECTIVE BETA BLOCKING AGENTS、ALPHA AND BETA BLOCKING AGENTS 之藥品）處方率過高
[最新公告實施起日114年1月1日(費用年月)；最初實施起日94年12月1日(費用年月)]

● 014指標版本：實施起日 114年1月1日(費用年月)--現行實施

指標名稱	014-高血壓併氣喘病患不適當用藥（ <u>non-selective beta blocking agents</u> 、 <u>alpha and beta blocking agents</u> 之藥品）處方率過高
實施目的	降低不當之用藥型態
指標定義	分子－高血壓併氣喘病患使用 <u>non-selective beta blocking agents</u> 、 <u>alpha and beta blocking agents</u> 之藥品人次 分母－高血壓併氣喘病患人次 高血壓：任一診斷 ICD-9-CM 為401-405； ICD-10-CM/PCS(2014年版)為 I10-I15、 <u>ICD-10-CM/PCS(2023年版) 為 I10-I15、I16.0、I16.1、I16.9(自114年1月1日起適用)</u> 氣喘：任一診斷 ICD-9-CM 為493 ICD-10-CM/PCS 為 J44-J45
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門
處理方式	超過 <u>15%</u> 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</u> 、 <u>alpha and beta blocking agents</u> ）之藥品案件總申請金額。 備註:本指標藥品檢核代碼 ATC 前五碼指「C07AA」、「C07AG」、「C07BA」、「C07BG」、「C07CA」、「C07CG」、「C07DA」、「C07EA」、「C07FA」等共9項。
衛生福利部核准日期及文號	<u>113年10月29日衛部保字第1131260624號函</u>
健保署公告日期及文號	<u>113年12月4日健保審字第1130123927號</u>
實施起日	<u>114年1月1日(費用年月)</u>

「014-高血壓併氣喘病患不適當用藥（non-selective beta blocking agents、alpha and beta blocking agents 之藥品）處方率過高」附表

總額別	指標代碼及名稱	ICD-9-CM	ICD-10-CM/PCS (2014年版) <u>自105年1月1日起適用</u>	<u>ICD-10-CM/PCS (2023年版) 自114年1月1日起適用</u>	備註
西醫 基層	014-高血壓併氣喘病患不適當用藥（non-selective beta blocking agents、alpha and beta blocking agents 之藥品）處方率過高	493	J44-J45	<u>J44-J45</u>	
		401-405	I10-I15	<u>I10-I15、I16.0、I16.1、I16.9</u>	

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

● 016指標版本：實施起日114年1月1日(費用年月)--現行實施

指標名稱	016-西醫診所 COX II inhibitor 處方不當比率過高
實施目的	降低不當之用藥型態
指標定義	<p>分子—門診 COX II inhibitor 用藥主診診斷不符藥品給付規定件數 藥品給付規定：<u>符合藥品給付規定1.1.5所列診斷。</u> (1)年齡大於等於60歲之骨關節炎病變(CELECOXIB 可用於年齡大於等於50歲之骨關節炎病變)。 (2)類風濕性關節炎僵直性脊椎炎、乾癬性關節炎、退化性關節炎。 (3)合併有急性嚴重創傷、中風、心血管疾病者。 (4)曾有消化性潰瘍、上消化道出血或胃穿孔病史者。 (5)肝硬化患者。 註：<u>上述疾病之診斷碼詳如附表。</u> 分母—門診 COX II inhibitor 用藥（含 NABUMETONE(成分代碼2808001900)、MELOXICAM(成分代碼9200038100)、ETODOLAC(成分代碼2808404700)、CELECOXIB(成分代碼2808405200)、NIMESULIDE(成分代碼2808405100)五成分）件數。 排除條件： 1.分母門診 COX II inhibitor 用藥申報件數小於等於10件之院所。 2.簡表（01）案件。</p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門
處理方式	<p>處方不當比率超過閾值，超過部分之藥費總申請金額不予支付。 不予支付點數=[（COX II inhibitor 用藥不符給付規定比率－閾值）/COX II inhibitor 用藥不符給付規定比率]×不符給付規定使用 COX2inhibitor 用藥案件藥費總申請金額 閾值：33%。</p>
衛生福利部核准日期及文號	<u>113年10月29日衛部保字第1131260624號函</u>
健保署公告日期及文號	<u>113年12月4日健保審字第1130123927號</u>
實施起日	<u>114年1月1日(費用年月)</u>

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

疾病	ICD-10-CM/PCS (2014年版) 自105年1月1日 起適用	ICD-10-CM/PCS (2023年版) 自114年1月1日 起適用	備註	ICD-9-CM (104.12.31 以前適用)
骨關節炎病變	M00-M08	<u>M00-M08</u>		<u>711-725</u>
	M11-M19	<u>M11-M19</u>		<u>711-725</u>
	M22-M25	<u>M22-M25</u>		<u>711-725</u>
	M32-M36	<u>M32-M36</u>		<u>711-725</u>
	M43	<u>M43</u>		<u>711-725</u>
	M45-M54	<u>M45-M54</u>		<u>711-725</u>
	M62830	<u>M62830</u>		<u>711-725</u>

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

	S669	<u>S669</u>	第7位碼為"A"、"D"	881
	S48	<u>S48</u>	第7位碼為"A"、"D"	885 886 、 887
	S58	<u>S58</u>	第7位碼為"A"、"D"	885 886 、 887
	S68	<u>S68</u>	第7位碼為"A"、"D"	885 886 、 887
	S71	<u>S71</u>	第7位碼為"A"、"D"	890 、 897
	S769	<u>S769</u>	第7位碼為"A"、"D"	890 、 897
	S78	<u>S78</u>	第7位碼為"A"、"D"	890 、 897
	S81	<u>S81</u>	第7位碼為"A"、"D"	890 、 897
	S869	<u>S869</u>	第7位碼為"A"、"D"	890 、 897
	S88	<u>S88</u>	第7位碼為"A"、"D"	890 、 897
	S91	<u>S91</u>	第7位碼為"A"、"D"	890 、 897
	S969	<u>S969</u>	第7位碼為"A"、"D"	890 、 897
	S98	<u>S98</u>	第7位碼為"A"、"D"	890 、 897
	S090	<u>S090</u>	第7位碼為"A"、"D"	900
	S15	<u>S15</u>	第7位碼為"A"、"D"	900
	S07	<u>S07</u>	第7位碼為"A"、"D"	925 、 929
	S17	<u>S17</u>	第7位碼為"A"、"D"	925 、 929
	S280	<u>S280</u>	第7位碼為"A"、"D"	925 、 929
	S380-S381	<u>S380-S381</u>	第7位碼為"A"、"D"	925 、 929
	S47	<u>S47</u>	第7位碼為"A"、"D"	925 、 929
	S57	<u>S57</u>	第7位碼為"A"、"D"	925 、 929
	S67	<u>S67</u>	第7位碼為"A"、"D"	925 、 929
	S77	<u>S77</u>	第7位碼為"A"、"D"	925 、 929
	S87	<u>S87</u>	第7位碼為"A"、"D"	925 、 929
	S97	<u>S97</u>	第7位碼為"A"、"D"	925 、 929
	T20-T32	<u>T20-T32</u>	第7位碼為"A"、"D"	940 、 949
		<u>S99.0- S99.2</u>	<u>第7位碼皆須為"A"、"B"</u>	
		<u>P91.821- P91.823</u>		
中風	I60-I69、G450- G468	<u>I60-I69、 G450-G468</u>		430 、 438
心血管疾病	G45	<u>G45</u>		401 、 444
		<u>G90.A</u>	(2023轉版增)	
	I10-I74	<u>I10-I74</u>		401 、 444
	I777	<u>I777</u>		401 、 444
	I798	<u>I798</u>		401 、 444
	I970-I971	<u>I970-I971</u>		401 、 444
	R001	<u>R001</u>		401 、 444
	T800	<u>T800</u>		401 、 444
	T817	<u>T817</u>		401 、 444
	T828	<u>T828</u>		401 、 444
消化性潰 瘍、上消化 道出血或胃 穿孔	K20-K28	<u>K20-K28</u>		530 、 534
肝硬化	K7030-K7031	<u>K7030-K7031</u>		571 、 2
	K7460-K7469	<u>K7460-K7469</u>		571 、 5
	K743-K745	<u>K743-K745</u>		571 、 6

➤ 018-西醫診所銀杏葉萃取物(GINKGO)處方率居於同儕極端值
[最新公告實施起日106年2月1日(費用年月)；最初實施起日95年10月1日(費用年月)]

● 018指標版本：實施起日 106年2月1日(費用年月)--現行實施

指標名稱	018-西醫診所銀杏葉萃取物(Ginkgo)處方率居於同儕極端值
實施目的	減少無效率之處方及用藥
指標定義	分子—門診給藥案件中開立銀杏葉萃取物藥品處方之案件數。 分母—門診給藥案件數（給藥案件：藥費不為0，或給藥天數不為0，或處方調劑方式為1、0、6、A、B、C、D其中一種）。 排除預防保健(A3)、老人流感疫苗注射(D2)及診察費為0之案件。 Ginkgo 藥品：ATC 分類為 N06DX02。
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門
處理方式	超過閾值，超過部分該藥品總申報點數不予支付。 不予支付點數=[（院所處方率－閾值）/院所處方率]×該藥品總申報點數（四捨五入至整數） 閾值：0.7%
衛生福利部核准日期及文號	中華民國105年12月20日衛部保字第1051260756號函
健保署公告日期及文號	中華民國106年1月9日健保審字第1050036989號
實施起日	106年2月1日(費用年月)

➤ 027-西醫基層門診高血壓懷孕婦女使用 ACEI 或 ARB 之比率偏高
[最新公告實施起日114年1月1日(費用年月)；最初實施起日96年2月1日(費用年月)]

● 027指標版本：實施起日114年1月1日(費用年月)--現行實施

指標名稱	027-西醫基層門診高血壓懷孕婦女使用 ACEI 或 ARB 之比率偏高
實施目的	孕婦用藥安全
指標定義	<p>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</p> <p>高血壓—ICD-9-CM任一主次診斷前三碼為401~405； ICD-10-CM/PCS(2014年版)為 I10-I15、 <u>ICD-10-CM/PCS(2023年版)為 I10-I15、I16.0、I16.1、I16.9(自114年1月1日起適用)</u>， 且有高血壓用藥紀錄之案件</p> <p>高血壓用藥—指 ATC 代碼前三碼為 C02、C03、C07、C08、C09 及 terazosin (G04CA(五碼)) 之品項</p> <p>懷孕婦女：ICD-9-CM主、次診斷碼前三碼為V22、640~648； ICD-10-CM/PCS 為 Z331、Z34、O10-O16、O20-O21、O23-O26、O28-O29、O310、O330、O44-O48、O60、O67、O861-O862、O905-O908、O98-O99、O9A 或申報產檢醫令(41~67)之個案</p> <p>ACEI、ARB—ATC 前四碼為 C09A、C09B、C09C、C09D、C09X</p> <p>註：高血壓懷孕婦女不建議使用 ACEI 或 ARB 之藥品，以維護胎兒安全。</p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門
處理方式	不予支付點數＝【分子人數－(分母人數＊17%)】／分子人數＊高血壓之懷孕婦女使用 ACEI 或 ARB 案件總醫療費用
衛生福利部核准日期及文號	<u>113年10月29日衛部保字第1131260624號函</u>
健保署公告日期及文號	<u>113年12月4日健保審字第1130123927號</u>
實施起日	<u>114年1月1日(費用年月)</u>

027-西醫基層門診高血壓懷孕婦女使用 ACEI 或 ARB 之比率偏高

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

➤ 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	<p>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)。</p> <p>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</p>
衛生署核准日期及文號	中華民國97年11月24日衛署健保字第0970048242號函
健保局公告日期及文號	中華民國97年12月15日健保審字第0970043021號
實施起日	98年2月1日(費用年月)

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

- 043指標版本：實施起日 108年6月1日(費用年月)--現行實施

指標名稱	043-西醫基層醫師上肢運動神經傳導測定申報量 過高超過西醫醫院醫師申報量
實施目的	導正醫療處置
指標定義	<p>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：</p> <p>西醫基層院所每位醫師每月申報上肢運動神經傳導測定醫令總量不得超過<u>9件（參考106年1月至12月西醫基層醫師每月申報該項醫令量80百分位之平均值訂定）</u>西醫醫院每位醫師申報上肢運動神經傳導測定醫令總量之80百分位值。</p> <p>排除條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>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。</p>
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	<p>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。</p> <p>不予支付點數＝〔（西醫基層院所每位醫師申報上肢運動神經傳導測定（醫令代碼為20015B）醫令總量－<u>9西醫醫院每位醫師申報上肢運動神經傳導測定醫令總量之80百分位值</u>）/西醫基層院所醫師申報上肢運動神經傳導測定醫令總量〕*西醫基層院所醫師上肢運動神經傳導測定總申報點數。</p>
衛生福利部核准日期及文號	108年4月9日衛部保字第1081260113號函
健保署公告日期及文號	108年4月16日健保審字第1080004880號
實施起日	108年6月1日(費用年月)

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

- 044指標版本：實施起日 108年6月1日(費用年月)--現行實施

指標名稱	044-西醫基層醫師感覺神經傳導速度測定申報量 過高西醫醫院醫師申報量80百分位值
實施目的	導正醫療處置
指標定義	<p>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：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 13件（參考106年1月至12月西醫基層醫師每月申報該項醫令量80百分位之平均值訂定） 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： <ol style="list-style-type: none"> (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	<p>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。</p> <p>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－13西醫醫院每位醫師申報感覺神經傳導速度測定醫令總量之80百分位值）/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。</p>
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)

- 051-門診同院所同病人同日就醫申報耳鼻喉局部治療次數過高
[最新公告實施起日105年2月1日(費用年月)；最初實施起日105年2月1日(費用年月)]

- 051指標版本：實施起日 105年2月1日(費用年月)--現行實施

指標名稱	051_門診同院所同病人同日就醫申報耳鼻喉局部治療次數過高
實施目的	避免重複處置
指標定義	門診同院所同病人同日就醫申報醫令54019C、54027C、54037C 及54038C 之醫令總量(order_qty)合計超過2件（含）以上 註：排除醫令點數為0者。
指標屬性	負向
分析單位	按日依院所、病人身分證號分析
分析範圍	西醫基層總額部門門診案件
處理方式	門診同院所同病人同日就醫申報醫令54019C、54027C、54037C 及54038C 之醫令總量(order_qty)合計超過2件（含），超件部分不予支付（即同院所同病人同日第2件起不予支付）。 不予支付點數＝【超過2件（含）以上之耳鼻喉局部治療醫令總量(order_qty)合計／耳鼻喉局部治療總醫令總量(order_qty)合計】＊耳鼻喉局部治療（醫令代碼為54019C、54027C、54037C、54038C）之總醫令點數(order_dot)合計（四捨五入至整數）
衛生福利部核准日期及文號	中華民國105年1月6日衛部保字第1040139260號函
健保署公告日期及文號	中華民國105年1月8日健保審字第1040045128號
實施起日	105年2月1日(費用年月)

➤ 053-門診液態氮冷凍治療執行率過高

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

- 053指標版本：實施起日 106年2月1日(費用年月)--現行實施

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

- 054-門診同一處方重複開立屬相同劑型指示藥品之人工淚液案件
[最新公告實施起日107年4月1日(費用年月)；最初實施起日106年2月1日(費用年月)]

- 054指標版本：實施起日 107年4月1日(費用年月)--現行實施

指標名稱	054-門診同一處方重複開立屬相同劑型指示藥品之人工淚液案件
實施目的	減少無效率之處方及用藥
指標定義 (含分子、分母)	指示藥品之人工淚液重複案件：同一處方，含有兩筆(含)以上同為指示藥品且相同劑型之不同人工淚液醫令，方計為重複案件。 屬指示藥品之人工淚液：ATC 碼為 S01XA03 (SODIUM CHLORIDE, HYPERTONIC)、S01XA20 (ARTIFICIAL TEARS AND OTHER INDIFFERENT PREPARATIONS) S01XA98 (VITAMIN B12) ，且屬相同劑型指示藥品者。
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門門診案件
處理方式	同一處方開立兩筆(含)以上同為指示藥品且相同劑型之不同人工淚液醫令案件，不予支付第2筆(含)以上之人工淚液醫令申報點數。 不予支付點數=同一處方第2筆(含)以上之相同劑型指示藥品人工淚液醫令總量×申報點數(四捨五入至整數) 註：同一處方第2筆(含)以上之相同劑型指示藥品人工淚液案件，依支付價格由大至小排序，不予支付第2筆(含)以上之相同劑型指示藥品人工淚液。
衛生福利部核准日期及文號	107年2月12日衛部保字第1071260088號函
健保署公告日期及文號	107年3月7日健保審字第1070002265號
實施起日	107年4月1日(費用年月)

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

- 057指標版本：實施起日 110年10月1日(費用年月)--現行實施

指標名稱	057-西醫基層院所開立門診連續兩次以上調劑慢性病連續處方箋未再調劑案件占率過高
實施目的	降低不當申報
指標定義	<p>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</p> <p>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</p> <p>註：</p> <p>1.分母（門診開立連續兩次以上調劑慢性病連續處方箋案件）定義：案件分類為04且有開立連續兩次以上調劑慢箋之診察費代碼（00158C、00159C、00160C、00161C、00162C、00163C、00164C、00165C、00166C、00167C、00168C、00169C、00209C、00210C、00215C、00216C、00221C、00222C、00184C、00185C、00190C、00191C）。</p> <p>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。</p> <p>排除條件：</p> <p>1.分母≤ 20件。</p> <p>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。</p> <p>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)。</p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門
處理方式	<p>1. $50\% \leq$ 慢性病連續處方箋未再調劑案件占率 $< 59\%$ 不予支付點數 = (所有慢性病連續處方箋案件診察費與同階段門診量之一般處方診察費差值之加總) * 50%。</p> <p>2. $60\% \leq$ 慢性病連續處方箋未再調劑案件占率 $< 69\%$ 不予支付點數 = (所有慢性病連續處方箋案件診察費與同階段門診量之一般處方診察費差值之加總) * 60%。</p> <p>3. $70\% \leq$ 慢性病連續處方箋未再調劑案件占率 不予支付點數 = (所有慢性病連續處方箋案件診察費與同階段門診量之一般處方診察費差值之加總) * 70%。</p> <p>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</p>

	一般處方診察費差值醫令代碼對照表如附表。
衛生福利部核准日期及文號	110年8月30日衛部保字第1101260269號函、 110年5月25日衛部保字第1101260176號函
健保署公告日期及文號	110年9月6日健保審字第1100011604號
實施起日	110年10月1日(費用年月)

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

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

備註:考量每位醫師每日門診量在40人次以下部分，慢箋00158C及00159C對應之交付藥局或本院所自行調劑一般處方診察費依門診量為1至30人次或31至40人次支付點數不同，為避免個案認定爭議，統一以對應點數差值較小之醫令計算差值，即00158C對應同階段一般處方醫令為00109C；00159C對應同階段一般處方醫令為00110C。

【西醫基層總額部門已停止辦理指標共計23項】

004-白內障手術1年內後囊混濁並接受雷射治療發生率(停止辦理)

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

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)]

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)]

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)]

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)]

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)]

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)]

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)]

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)]

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)]

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)]

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)]

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)]

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)]

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)]

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)]

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)]

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)]

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)]

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)]

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)]

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)]

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)]