

## 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：共 3 項

修正檔案分析審查不予支付指標（西醫基層總額編號 016 指標修正）

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 用藥主次診斷不符藥品給付規定件數 藥品給付規定：</p> <p>(1)年齡大於等於 60 歲之骨關節炎病變 (<del>ICD-9-CM 前三碼為 711-725</del>)；<del>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)。</del></p> <p>(2)類風濕性關節炎—<del>ICD-9-CM 為 714</del>、僵直性脊椎炎—<del>ICD-9-CM 為 720</del>、乾癱性關節炎—<del>ICD-9-CM 為 696</del>、退化性關節炎—<del>ICD-9-CM 為 716</del>；<del>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。</del></p> <p>(3)合併有急性嚴重創傷 (<del>ICD-9-CM 前三碼為 800-840、850-854、860-869、881、885、886、887、890-897、900、925-929、940-949</del>)、中風 (<del>ICD-9-CM 前三碼為 430-438</del>)、心血管疾病者 (<del>ICD-9-CM 前三碼為 401-444</del>)；<del>ICD-10-CM/PCS S02、S12、S22、S32(前述第 7 位碼皆須為 "A"、"B"、"D"、"G"、"K")、S42(前述第 7 位碼為 "A"、"B"、"D"、"G"、"K"、"P")、S43-S44、S46(前述第 7 位碼皆須為 "A"、"D")、S49(前述第 7 位碼為 "A"、"D"、"G"、"K"、"P")、S52(前述第 7 位碼為 "A"、"B"、"C"、"D"、"E"、"F"、"G"、"H"、"J"、"K"、"M"、"N"、"P"、"Q"、"R")、S59(前述第 7 位碼為 "A"、"D"、"G"、"K"、"P")、S62(前述第 7 位碼為 "A"、"B"、"D"、"G"、"K"、"P")、S72(前述第 7 位碼為 "A"、"B"、"C"、"D"、"E"、"F"、"G"、"H"、"J"、"K"、"M"、"N"、"P"、"Q"、"R")、S79(前述第 7 位碼為 "A"、"D"、"G"、"K"、"P")、S82(前述第 7 位碼為 "A"、"B"、"C"、"D"、"E"、"F"、"G"、"H"、"J"、"K"、"M"、"N"、"P"、"Q"、"R")、S89(前述第 7 位碼為 "A"、"D"、"G"、"K"、"P")、S92(前述第 7 位碼為 "A"、"B"、"D"、"G"、"K"、"P")、S06、S21、S26-S27、S31、S36-S37、S51、S569、S615、S669、S48、S58、S68、S71、S769、S78、S81、S869、S88、S91、S969、S98、S090、S15、S07、S17、S280、S380-S381、S47、S57、S67、S77、S87、S97、T20-T32(前述第 7 位碼皆須為 "A"、"D")、中風(I60-I69、G450-G468)及心血管疾病者 (G45、I10-I74、I777、I798、I970-I971、R001、T800、T817、T828)。</del></p> <p>(4)曾有消化性潰瘍、上消化道出血或胃穿孔病史者 (<del>ICD-9-CM 前三碼為 530-534</del>)；<del>ICD-10-CM/PCS K20-K28。</del></p> <p>(5)肝硬化患者(<del>ICD-9-CM 前 4 碼為 5712、5715、5716</del>)；<del>ICD-10-CM/PCS K7030-K7031、K7460-K7469、K743-K745。</del></p> <p><u>註：上述疾病之診斷碼詳如附表。</u></p> <p>分母—門診 COX II inhibitor 用藥 (含 NABUMETONE(成分代碼 2808001900)、MELOXICAM(成分代碼 <del>2808404900</del><u>9200038100</u>)、ETODOLAC(成分代碼</p>

	2808404700)、CELECOXIB(成分代碼 2808405200)、NIMESULIDE(成分代碼 2808405100)五成分)件數。  排除條件： 1.分母門診 COX II inhibitor 用藥申報件數小於等於 10 件之院所。 2.簡表 (01) 案件。
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門
處理方式	處方不當比率超過閾值，超過部分之藥費總申請金額不予支付。 不予支付點數=[(COX II inhibitor 用藥不符給付規定比率-閾值) / COX II inhibitor 用藥不符給付規定比率]×不符給付規定使用 COX2inhibitor 用藥案件藥費總申請金額 閾值：33%。
衛生福利部核准日期及文號	110 年 8 月 30 日衛部保字第 1101260269 號、 110 年 5 月 25 日衛部保字第 1101260176 號
健保署公告日期及文號	110 年 9 月 6 日健保審字第 1100011604 號
實施起日	110 年 10 月 1 日 (費用年月)

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

疾病	ICD-10- CM		ICD-9-CM (104.12.31 以前 適用)
	(105.01.01 起適用)	備註	
骨關節炎病變	M00-M08	<del>排除 M1A-M10-</del>	711-725
	M11-M19		711-725
	M22-M25		711-725
	M32-M36		711-725
	M43		711-725
	M45-M54		711-725
	M62830		711-725
	M6788		711-725
	M796		711-725
	M961		711-725
	M992-M997		711-725
	R262		711-725
	R294		711-725
R29898		711-725	
類風溼性關節炎	M05-M06		714
	M08	排除 M081	714
	M120		714

<u>僵直性脊椎炎</u>	M081		720
	M45		720
<u>乾癱性關節炎</u>	L305		696
	L40-L42		696
	L44-L45		696
	L945		696
<u>退化性關節炎</u>	M121-M129	排除 M122-M124	716
	M13		716
<u>合併有急性嚴重創傷</u>	S02	第 7 位碼為 "A"、"B"、"D"、"G"、"K"	800-840
	S12	第 7 位碼為 "A"、"B"、"D"、"G"、"K"	800-840
	S22	第 7 位碼為 "A"、"B"、"D"、"G"、"K"	800-840
	S32	第 7 位碼為 "A"、"B"、"D"、"G"、"K"	800-840
	S42	第 7 位碼為 "A"、"B"、"D"、"G"、"K"、"P"	800-840
	S43-S44	第 7 位碼為 "A"、"D"	800-840
	S46	第 7 位碼為 "A"、"D"	800-840
	S49	第 7 位碼為 "A"、"D"、"G"、"K"、"P"	800-840
	S52	第 7 位碼為 "A"、"B"、"C"、"D"、"E"、"F"、"G"、"H"、"J"、"K"、"M"、"N"、"P"、"Q"、"R"	800-840
	S59	第 7 位碼為 "A"、"D"、"G"、"K"、"P"	800-840
	S62	第 7 位碼為 "A"、"B"、"D"、"G"、"K"、"P"	800-840
	S72	第 7 位碼為 "A"、"B"、"C"、"D"、"E"、"F"、"G"、"H"、"J"、"K"、"M"、"N"、"P"、"Q"、"R"	800-840
	S79	第 7 位碼為 "A"、"D"、"G"、"K"、"P"	800-840
	S82	第 7 位碼為 "A"、"B"、"C"、"D"、"E"、"F"、"G"、"H"、"J"、"K"、"M"、"N"、"P"、"Q"、"R"	800-840
	S89	第 7 位碼為 "A"、"D"、"G"、"K"、"P"	800-840
	S92	第 7 位碼為 "A"、"B"、"D"、"G"、"K"、"P"	800-840
	S06	第 7 位碼為 "A"、"D"	850-854
	S21	第 7 位碼為 "A"、"D"	860-869
	S26-S27	第 7 位碼為 "A"、"D"	860-869
	S31	第 7 位碼為 "A"、"D"	860-869
	S36-S37	第 7 位碼為 "A"、"D"	860-869
	S51	第 7 位碼為 "A"、"D"	881
	S569	第 7 位碼為 "A"、"D"	881
	S615	第 7 位碼為 "A"、"D"	881
	S669	第 7 位碼為 "A"、"D"	881
	S48	第 7 位碼為 "A"、"D"	885、886、887
	S58	第 7 位碼為 "A"、"D"	885、886、887
	S68	第 7 位碼為 "A"、"D"	885、886、887
	S71	第 7 位碼為 "A"、"D"	890-897
	S769	第 7 位碼為 "A"、"D"	890-897
	S78	第 7 位碼為 "A"、"D"	890-897
S81	第 7 位碼為 "A"、"D"	890-897	
S869	第 7 位碼為 "A"、"D"	890-897	
S88	第 7 位碼為 "A"、"D"	890-897	
S91	第 7 位碼為 "A"、"D"	890-897	

	S969	第 7 位碼為"A"、"D"	890-897
	S98	第 7 位碼為"A"、"D"	890-897
	S090	第 7 位碼為"A"、"D"	900
	S15	第 7 位碼為"A"、"D"	900
	S07	第 7 位碼為"A"、"D"	925-929
	S17	第 7 位碼為"A"、"D"	925-929
	S280	第 7 位碼為"A"、"D"	925-929
	S380-S381	第 7 位碼為"A"、"D"	925-929
	S47	第 7 位碼為"A"、"D"	925-929
	S57	第 7 位碼為"A"、"D"	925-929
	S67	第 7 位碼為"A"、"D"	925-929
	S77	第 7 位碼為"A"、"D"	925-929
	S87	第 7 位碼為"A"、"D"	925-929
	S97	第 7 位碼為"A"、"D"	925-929
	T20-T32	第 7 位碼為"A"、"D"	940-949
<u>中風</u>	I60-I69、 G450-G468		430-438
<u>心血管疾病</u>	G45		401-444
	I10-I74		401-444
	I777		401-444
	I798		401-444
	I970-I971		401-444
	R001		401-444
	T800		401-444
	T817		401-444
T828		401-444	
<u>消化性潰瘍、上消化 道出血或胃穿孔</u>	K20-K28		530-534
<u>肝硬化</u>	K7030-K7031		5712
	K7460-K7469		5715
	K743-K745		5716

西醫基層總額：共 3 項

修正檔案分析審查不予支付指標（西醫基層總額編號 036 指標修正）

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	<p>同院所同一病人每季 Zolpidem 處方量 (DDD 數) 超量。</p> <p>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。</p> <p>資料範圍：門診申報 Zolpidem 之病人歸戶分析（含藥局資料）。</p> <p>Zolpidem 藥品：藥品成分碼「2824801810」、「2824801820」。</p> <p>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。</p> <p>排除條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>
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	<p>1、神經科及精神科就醫科別案件：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <del>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。</del></li> <li>• <del>不予支付藥費=(同一院所內每季 Zolpidem 處方量超過 180 DDD 之病人其處方總量-該等病人數*180)*(該等病人 Zolpidem 申報總點數/該等病人 Zolpidem 處方總量)。</del></li> <li>• 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。</li> <li>• 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。</li> <li>• 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)。</li> </ul> <p>2、非神經科及非精神科就醫科別案件：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <del>按季統計同院所同一病人 Zolpidem 處方量超過 135 DDD 部分不予支付藥費。</del></li> <li>• <del>不予支付藥費=(同一院所內每季 Zolpidem 處方量超過 135 DDD 之病人其處方總量-該等病人數*135)*(該等病人 Zolpidem 申報總點數/該等病人 Zolpidem 處方總量)。</del></li> <li>• 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</li> </ul>

	<p><u>付藥費。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <u>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。</u></li> <li>· <u>不予支付藥費=（同一院所內每季 Zolpidem 處方量超過當季閾值之病人其處方總量－該等病人數*當季閾值）*（該等病人 Zolpidem 申報總點數/該等病人 Zolpidem 處方總量）。</u></li> </ul>
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、 110年5月25日衛部保字第1101260176號
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）

西醫基層總額：共 3 項

修正檔案分析審查不予支付指標（西醫基層總額編號 057 指標修正）

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<math>\leq</math>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<math>&lt;</math>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%<math>\leq</math>慢性病連續處方箋未再調劑案件占率<math>&lt;</math>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%<math>\leq</math>慢性病連續處方箋未再調劑案件占率<math>&lt;</math>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%<math>\leq</math>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>

	註：前開開具連續兩次以上調劑慢性病連續處方之診察費與同階段門診量之一般處方診察費差值醫令代碼對照表如附表。
衛生福利部核准日期及文號	110年8月30日衛部保字第1101260269號、 110年5月25日衛部保字第1101260176號
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	<del>00119C</del> 00230C
00169C	<del>00120C</del> 00234C
00209C	00205C
00210C	00207C
00215C	00211C
00216C	00213C
00221C	00217C
00222C	00219C
00184C	<del>01031C</del> 00238C
00185C	<del>01032C</del> 00242C
00190C	00186C
00191C	00188C

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