

## 中區西醫基層總額共管會 108 年第 2 次會議紀錄

時間：108 年 6 月 14 日 13 時 00 分

地點：中央健康保險署中區業務組 10 樓第 1 會議室

出席：

中區分會：

臺中市醫師公會：陳萬得(請假)、羅倫樞、王博正(請假)、施英富、  
蔡景星、葉元宏、陳正和、高大成、林義龍、曾  
崇芳、林煥洲、

臺中市大臺中醫師公會：魏重耀、藍毅生、彭葉聰、陳振昆(請假)、  
顏炳煌、陳俊宏(請假)、陳宗獻(請假)、陳儀崇、  
蔡其洪、林釗尚(請假)、劉兆平

彰化縣醫師公會：連哲震、吳祥富、巫喜得、廖慶龍、陳永樺(請  
假)、林峯文、蔡梓鑫、孫楨文(請假)

南投縣醫師公會：洪一敬、謝明哲、張志傑、陳宏麟

中區業務組：

陳墩仁、林興裕、陳雪姝、陳麗尼、王慧英、張黛玲、游姿媛、陳  
之菁、張志煌、張凱瑛、曾麗珍、江孟昕

列席：蔡文仁、林恆立、黃錫鑫、林宜民、曾思遠、黃致仰、陳寶  
全、朱俊盈、林淇鉉、涂俊仰、李妍禧、張靜文、劉碧優、  
陳詩旻、謝育帆

方組長志琳

主席： 陳主任委員文侯

紀錄：游韻真

壹、主席致詞(略)

貳、上次決議事項追蹤

決議事項追蹤	承辦單位	辦理情形
一、有關 VPN 各式報表放置路徑不一，且點選下載後無法馬上開啟，還要至其他畫面(下載專區)才能開啟檔案，操作不友善，建請本署統一路徑與簡化下載方式，或以主動提示方式於院所登入 VPN 時即提供報表下載連結予使用者。	中區業務組	本組已於 108 年 4 月 8 日轉請本署參考，經查目前 VPN 服務項目依檔案類型統一路徑放置於醫療費用申報、醫療費用支付、保險對象用藥管理及資料交換路徑中，例如申報相關檔案皆放置醫療費用申報/申報案件相關檔案下載。
二、有關建議修訂 108 年中區西醫基層總額管理方案： (一) 本方案之抽審原則延至 108 年第四季起實施，未實施前仍沿用 107 年度抽審指標，監控小組與偏離常態院所之管理則自 108 年第二季展開運作。	中區業務組	(一) 本方案延至 108 年第四季起實施，未實施前仍沿用 107 年度抽審指標，監控小組自本年第二季開始運作。

決議事項追蹤	承辦單位	辦理情形
(二) 另下一年度委員遴選資格之平均樣本核減率計算期間改以前前年度 11 月至前年度 10 月計算，若該期間審查次數小於 3 次，則得延長計算期間，平均核減率較高之科別將考量核減情況略以調整。	中區業務組	(二) 委員遴選資格之平均樣本核減率計算期間已納入下一年度作業。

### 參、報告事項：

一、邀請疾管署中區管制中心王醫師進行「醫療人員 MMR 疫苗接種 C 肝感染管制及通報」業務宣導。

二、中區西醫基層總額監控小組 108 年第 1、2 次會議討論暨決議事項

(一) 經檔案分析發現，部分婦產科診所所有多項醫令申報異常，疑有系統性不當申報或不符適應症問題，業於 108 年 5 月 1 日與 5 月 30 日召開會議，討論該等申報異於常模醫令之處理方式。

(二) 會議決議

1. 以全國同科別診所為同儕進行各項數值同儕比較。
2. 經大數據分析發現申報異於常模時，請及時通知各分科委員會，以便儘早輔導診所改善。
3. 婦產科診所醫令申報異於常模處理原則
  - (1) 婦科超音波等八項醫令，診所申報人數比率高於全國 P95、P75 者，請就近 2 年不合理申報點數辦理自清，未自清者採論人歸戶回溯審查。
  - (2) 婦產科審查共識，三項婦產科相關超音波件數執行率閾值訂定為 30%，惟該等檢查應依實際病情與適應症執

行，非以 30%為申報常模。

4. 請婦產科分科管理委員會召開共識會議，訂定如婦產科相關超音波、子宮鏡、陰道鏡、電或化學燒灼、子宮頸冷凍或電燒手術等項目，其適應症、處置流程及合理申報次數或執行率等。

決定：院所自清如金額過大，可辦理分期作業。

### 三、20 類重要檢查(驗)管理方案再次執行合理區間調整

- (一) 本方案檢查(驗)項目合理區間調整如附件 1，除表列項目外，其餘均維持 28 日之合理區間，API 提示「108 年度 30 項重點管理檢查(驗)項目之合理區間」預定於 108 年 7 月上線。另截至 108 年第 1 季為止，中區 API 主動提示系統安裝比例已達 74.2%，請尚未安裝之診所盡速安裝。
- (二) 醫師看診時請至「健保醫療資訊雲端查詢系統」查詢病人 6 個月內之檢驗(查)記錄及結果，如欲參考該系統資料做為診斷或處方依據，並依專業判斷不需再進行重複檢查(驗)，得以拍照或畫面拷貝複製該系統線上查詢畫面併入病歷載明，做為醫療費用審查參考資料。另在尊重醫療自主前提下，醫師若判斷近期內仍有必要再次執行相同之檢查檢驗，應在病歷上敘明理由。

### 四、請正確申報轉診相關資料

- (一) 為配合分級醫療及鼓勵院所使用電子轉診平台，本署於 107 年 7 月新增支付標準「辦理轉診費」等診療項目，相關費用本署採按季補付，病人有實際至建議轉診院所就醫本署始支付相關轉診費用。
- (二) 經統計醫院申報轉診費用但勾稽不到診所轉診相關資料，累積至 107 年第 4 季共 1,839 家 35,665 件，異常案件統計及說明如下表，請各醫師公會協助輔導會員正確

申報轉診醫令。

異常件數	1-50 件	51-100 件	101-150 件	151-200 件	201 件以上
家數	1668	118	27	16	10

異常原因	件數	基層診所正確申報方式
<p>醫院申報接受轉診醫令，但勾稽不到基層診所轉出資料，原因：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 基層診所轉出案件申報錯誤</li> <li>2. 未申報該個案費用或未申報轉診診察費。</li> </ol>	21,341	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 條件：醫師在醫事人員溝通平台開立電子轉診單或書面轉診單。</li> <li>2. 轉出案件醫療費用申報格式欄位：                      d18(病患是否轉出):Y                      d55(轉往之醫事服務機構代碼)：請填轉往之醫事機構代號(d18 為 Y 者本欄必填)                      p3(醫令類別):G                      p4(醫令代號):01036C(電子)或 01037C(紙本)                      p8(支付成數):0                      p10(總量):0                      p11(單價):0                      p12(點數):0                 </li> </ol>
<p>醫院申報下轉或回轉醫令，勾稽不到基層診所就醫資料，原因：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 基層診所接受轉診案件申報錯誤。</li> <li>2. 病患未回診所就醫。</li> </ol>	14,324	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 條件/電子轉診：至 VPN 受理轉診案件(電子轉診)，及至醫事人員溝通平台回覆轉診單。</li> <li>2. 接受醫院轉診病人醫療費用申報格式欄位：                      d16(轉診、處方調劑註記):1(病人由他院轉來)                      d17(轉診、處方調劑案件之服務機構代號):欄位                      d16 註記為 1 者，請填入轉診單中之轉介服務機構代號。                      p3(醫令類別):G                      p4(醫令代號):01038C                      p8(支付成數):0                      p10(總量):0                      p11(單價):0                      p12(點數):0                 </li> </ol>

決定：請各醫師公會轉知院所，檢視電子轉診平台之轉診個案是否正確轉入 HIS 系統申報轉診醫令，如發現轉診醫令有漏報情形，請洽電腦資訊廠商修正，並提供資訊廠商資料予本組轉診窗口江小姐(分機 6877)。

## 五、西醫基層總額部門檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式修訂案

- (一) 依本署 108 年 4 月 16 日健保審字第 1080004880 號公告。
- (二) 本次修訂 7 項，刪除 2 項，新增 1 項「指標代號 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」，自 108 年 6 月費用起實施，請各醫師公會轉知會員，內容如附件 2。

## 六、新增 11 項特定診療項目開放適用表別至西醫基層院所，自 108 年 4 月 1 日起公告實施。

- (一) 11 項開放表別醫令分別為：
  1. 09129C「維生素 B12 免疫分析」。
  2. 12073C「淋巴球表面標記-感染性疾病檢驗」。
  3. 12202C「C 型肝炎病毒核酸基因檢測-即時聚合酶連鎖反應法」。
  4. 14074C「HIV 病毒負荷量檢查」。
  5. 18007C「杜卜勒氏彩色心臟血流圖」。
  6. 18019C「攜帶式心電記錄檢查」。
  7. 20013C「頸動脈超音波檢查」。
  8. 22017C「平衡檢查」。
  9. 51018C「光化治療 一天」。
  10. 51019C「光線治療(包括太陽光、紫外線、紅外線) 一天」。
  11. 51033C「皮膚鏡檢查」。
- (二) 前述 11 項新開放表別醫令將同步列為抽審指標排除項目，另予監控申報狀況；原開放表別醫令已有基期(滿 1 年)者，則不再列入排除項目。

## 七、重申本組西醫基層必審指標「無基期診所抽樣審查一年」之操作型定義

- (一) 無基期診所認定原則：新特約或醫事機構代號變更之診

所，且該診所開業醫師於 2 年內在中區西醫基層執(開)業未滿 1 年者，則視為無基期診所。

- (二) 本組抽審指標以診所申報之醫療費用進行分析，分析之合理性採去年同期自身或同儕比較，而無基期(新開業)診所因無去年同期自身資料，且開業初期對健保申報規定不熟稔，所以無基期診所會抽審 1 年。

#### 八、C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫修訂重點

- (一) 收案對象自 108 年起全面放寬給付條件，不再限制肝纖維化程度(原規定需符合肝纖維化 $\geq$ F3 程度)。預估可治療約 4 萬名個案，截至 108 年 5 月 13 日止，全署已收案個案計 29,587 人，中區收案人數計 5,058 人，其中診所開立 C 肝新藥有 17 家，收案人數計 215 人。
- (二) 為鼓勵基層西醫醫師投入 C 型肝炎防治，減輕診所醫師因治療 C 肝病人的稅額負擔。自 107 年 1 月 1 日起(1080412 公告)，基層診所有關 C 肝口服新藥成本計算之認定，從 80%調整為 96%。
- (三) 自 108 年 4 月 1 日起開放基層執行檢查項目「C 型肝炎病毒核酸基因檢測 12202C」(即時聚合酶連鎖反應法 RealTime PCR，2450 點)。
- (四) 自 108 年 6 月 1 日起 C 肝口服新藥取消 Anti-HCV 陽性超過六個月(或 HCV RNA 陽性超過六個月)規定，另原 14 種用藥(醫令代碼 HCVDA0001-HCVDA0014)，增為 16 種用藥(醫令代碼 HCVDA0001-HCVDA0016)。

#### 九、請踴躍參加居家輕量藍牙方案

本署 108 年起推動本方案，居家訪視時使用智慧型手機、藍牙讀卡機二項設備，申請中華電信 4G VPN 行動上網(MDVPN)並下載本署開發藍牙版 APP 讀卡程式，增加居家訪視看診效益。目前已有 6 家診所提出申請，請尚未申請診

所踴躍參加。

(一) 以醫師卡完成雲端認證，類似診間資訊功能：

1. 進行健保卡資料讀取、寫入(含取卡號)與即時上傳。並連結雲端醫療資訊系統，查詢病人用藥及檢驗檢查情形。
2. 系統可預設資料設定，含用藥途徑、處方箋、診斷代碼等設定；現場開立處方，產生處方箋 QRcode 方便處方交付調劑。
3. 看診資料可上傳與下載，與 HIS 界接後，轉入診所作業系統，避免資料重複登打。

(二) 如遇網路環境不佳時，已增設 F00B 的異常代碼，供本方案專用；未來將逐步限縮居家醫療訪視無使用健保卡而以異常就醫序號 F000 申報之案件。

(三) 依本署「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」，院所申請中華電信 4G VPN 行動上網(MDVPN)均有補助費用，最高補助上限 799 元/月/組，一家院所最多申請 2 組。

(四) 藍牙讀卡機購買資訊：ACS ACR3901U-S1、ACS AMR220-C1 等請洽展望、耀聖 HIS 廠商或交流科技楊崇義先生(0935-583-613)。瑛茂 BT3040U 請洽瑛茂電子業務楊先生(0935-583-613)。InfoThink IT-550BU 可由購物網站搜尋購買。

(五) 申請方式請至本署健保資訊網服務系統(VPN)/健保服務申請作業/選取居家輕量藍牙方案，勾選後按下申請，系統核定後自動寄送操作手冊及影片檔至電子郵件信箱。如有疑問，請洽諮詢窗口(週一至週五上班時間 09:00-18:00，電話:02-27065866 分機 6188、6189、6190，E-mail:[nhi.vpn.iisi@gmail.com](mailto:nhi.vpn.iisi@gmail.com))。



## 十、調整本國籍健保卡更新就醫可用次數

本署為即時查核本國籍保險對象特殊身分註記(如榮民或福保)，或尚有可用次數之註銷卡遭誤用，108年3月28日起分階段調整本國籍保險對象健保卡就醫可用次數，如下，敬請各醫師公會協助轉知會員，適時協助保險對象更新健保卡。

- (一) 第一階段，業於3月28日上線：本國籍保險對象不分年齡，可用次數一律改為6次。(原6歲以下就醫可用次數18次、70歲以上可用次數為12次)。
- (二) 第二階段，預定6月30日前：第一階後如無異常情形，本國籍保險對象不分年齡，可用次數調降為3次。
- (三) 第三階段，預定12月31日前：前述2階作業順暢情形下，本國籍保險對象不分年齡，可用次數調降為1次。

## 十一、重申慢性病連續處方箋「就醫序號」正確載印之申報規定

為加強慢性病連續處方箋交付處方申報檢核勾稽作業，請醫師公會協助輔導診所正確載印病患「就醫序號」於處方箋上，以利交付機構正確申報費用。

## 十二、失智症防治照護及長照宣導，惠請各醫師公會協助周知

- (一) 依據衛生福利部公布之「失智症防治照護政策綱領暨行動方案2.0」工作項目4.1-1「結合巡迴醫療服務團隊，宣導協助疑似失智者接受診斷之流程」辦理，相關宣導素材，如下，惠請協助宣導：
  1. 《友善社區在厝邊守護失智一起來》平面懶人包(擷取路徑：長照2.0網站首頁／溝通宣導資源／平面文宣類／懶人包類)，網址：<https://1966.gov.tw/LTC/cp-3648-38028-201.html>
  2. 《憶起找回笑容》失智照護服務3分鐘短片，網址：[https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1KqqJIeAyK-wQFPSZb\\_N-wUn3p6fKIhfj](https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1KqqJIeAyK-wQFPSZb_N-wUn3p6fKIhfj)。

(二) 若有發現患者或身邊親友有長照需要，請協助轉知，撥打「1966」長照 2.0 專線，符合長照資格者，將能取得「照顧及專業服務」、「交通接送」、「輔具及居家無障礙環境改善」及「喘息服務」等長照 2.0 服務。「1966」長照專線(前五分鐘免費)，服務時間：週一至週五 上午 8：30-12：00 下午 1：30-5：30。長照宣導影片網址：

1. 長照出院準備服務-廣告篇〈30 秒/國、台、客語〉  
<https://ppt.cc/fSvHOx>
2. 1966 長照服務專線廣告篇〈30 秒/國、台、客語〉  
<https://ppt.cc/fANxex>

### 十三、108 年第 1 季中區西醫基層預估點值報告

依本署預估 108 年第 1 季各區點值(如下)，中區西醫基層預估平均點值為 0.9192 排名第 5。

分區別	浮動點值預估	平均點值預估	排名
台北	0.8636	0.9000	6
北區	0.8922	0.9240	4
中區	0.8871	0.9192	5
南區	0.8950	0.9279	3
高屏	0.9004	0.9303	2
東區	0.9999	1.0000	1
全署	0.8861	0.9190	

### 十四、西醫基層總額醫療費用申報概況報告(會議上報告)

肆、散會：14 時 26 分

## 20 類重要檢查(驗)管理方案再次執行合理區間調整

註：08011C、08012C、08082C 歸併醫令為 0801XC。

項次	名稱	醫令	醫令中文名稱	合理區間_日
2	超音波	19010C	產科超音波	7
2	超音波	21010C	膀胱超音波尿量測量	7
4	心臟酵素與血脂肪	09032C	肌酸磷化酶	7
4	心臟酵素與血脂肪	09033C	乳酸脫氫酶	7
4	心臟酵素與血脂肪	09071C	肌酸磷酸?(MB 同功?)	7
4	心臟酵素與血脂肪	09099B	心肌旋轉蛋白 I	7
6	循環機能	12193B	B 型利納?	7
6	循環機能	18001C	心電圖	7
6	循環機能	18039B	無壓迫性試驗	7
8	血液	08003C	血色素檢查	7
8	血液	08004C	血球比容值測定	7
8	血液	08005C	紅血球沈降速度測定	7
8	血液	08006C	血小板計數	7
8	血液	08008C	網狀紅血球計數	7
8	血液	08009C	紅血球形態	7
8	血液	08010C	嗜酸性白血球計算	7
8	血液	08011C	全套血液檢查 I (八項)	7
8	血液	08012C	全套血液檢查 II(七項)	7
8	血液	08013C	白血球分類計數	7
8	血液	08014C	血液一般檢查(白血球,紅血球及血色素)	7
8	血液	08023B	纖維蛋白原測定(定量)	7
8	血液	08024B	纖維蛋白原測定(免疫比濁法)	7
8	血液	08030C	血紅素電泳	7
8	血液	08038B	纖維蛋白降解產物— 定量	7
8	血液	08082C	全套血液檢查 III(五項)	7
8	血液	08127C	平均紅血球容積	7
8	血液	08128B	骨髓細胞形態判讀合併細胞分類計數	7
10	骨頭 X 光	32004C	胸鎖關節檢查,單側	14
10	骨頭 X 光	32009C	頭顱檢查(	14
10	骨頭 X 光	32010C	頭顱檢查	14

項次	名稱	醫令	醫令中文名稱	合理區間_日
10	骨頭 X 光	32011C	脊椎檢查	14
10	骨頭 X 光	32012C	脊椎檢查-第 2 張以上	14
10	骨頭 X 光	32013C	肩部骨頭及關節檢查	14
10	骨頭 X 光	32014C	肩部骨頭及關節檢查	14
10	骨頭 X 光	32015C	上肢骨各處骨頭及關節檢查	14
10	骨頭 X 光	32016C	上肢骨各處骨頭及關節檢查-第 2 張以上	14
10	骨頭 X 光	32017C	下肢骨各處骨頭及關節檢查	14
10	骨頭 X 光	32018C	下肢骨各處骨頭及關節檢查-第 2 張以上	14
10	骨頭 X 光	32022C	骨盆及髖關節檢查	14
10	骨頭 X 光	32023C	骨盆及髖關節檢查	14
11	免疫	12031C	免疫球蛋白 E	84
11	免疫	12184C	去氧核糖核酸類定量擴增試驗	84
11	免疫	12202C	C 型肝炎病毒核酸基因檢測—即時聚合酶連鎖反應法	364
11	免疫	14033C	B 型肝炎表面抗體	84
11	免疫	14035C	B 型肝炎 e 抗原檢查 HBeAg	84
11	免疫	14051C	C 型肝炎病毒抗體檢查	84
11	免疫	17003C	流量容積圖形檢查	84
11	免疫	17004C	標準肺量測定	84
11	免疫	17006C	支氣管擴張劑試驗	84
11	免疫	17019C	支氣管激發試驗	84
13	細菌培養	13007C	細菌培養鑑定檢查	7
13	細菌培養	13012C	抗酸菌培養	7
13	細菌培養	13013C	抗酸菌鑑定檢查	7
13	細菌培養	13016B	血液培養	7
13	細菌培養	13025C	抗酸性濃縮抹片染色檢查	7
13	細菌培養	13026C	抗酸菌培養	7
15	胸部 X 光	32001C	胸腔檢查	14
15	胸部 X 光	32002C	胸腔檢查	14

項次	名稱	醫令	醫令中文名稱	合理區間_日
16	神經學	17008B	睡眠多項生理檢查	168
17	攝影及掃瞄	26029B	全身骨骼掃瞄	42
17	攝影及掃瞄	33005B	乳房造影術	168
18	甲狀腺功能	12192C	前降鈣素原	7
20	腫瘤標記	12007C	$\alpha$ -胎兒蛋白檢驗	84
20	腫瘤標記	12021C	癌胚胎抗原檢驗	84
20	腫瘤標記	12077C	CA-125 腫瘤標記 (EIA/LIA 法)	84
20	腫瘤標記	12081C	攝護腺特異抗原 (EIA/LIA 法)	84
20	腫瘤標記	27049C	甲-胎兒蛋白	84
20	腫瘤標記	27050C	胚胎致瘤抗原	84
20	腫瘤標記	27053C	CA-125 腫瘤標記	84
20	腫瘤標記	27055C	CA-199 腫瘤標記	84

## 全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式

### 西醫基層總額：共 10 項

#### 修正檔案分析審查不予支付指標(西醫基層總額編號 005 指標修正)

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	<p>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。</p> <p>2. 排除條件：</p> <p>(1) 診察費為0。</p> <p>(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）。</p> <p><b>(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）。</b></p> <p><b>(4) 血友病患者（主診斷符合 ICD-10-CM 為 D689）。</b></p> <p><b>(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）。</b></p> <p><b>(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）。</b></p> <p><b>(7) 另排除以下主診斷項目案件：ICD-10-CM/PCS 主診斷為 J0100、J0101、J011、J0110、J0111、J012、J0120、J0121、J013、J0130、J0131、J014、J0140、J0141、J018、J0180、J0181、J019、J0190、J0191、A044、J45909、J45991、J45998、L702、L98491、L98492、L98493、L98494、L98499、T300、N739、N926、N939、O209、H16001、H16002、H16003、</b></p>

	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））
衛生福利部核准日期及文號	108年4月9日衛部保字第1081260113號
健保署公告日期及文號	108年4月16日健保審字第1080004880號
實施起日	108年6月1日（費用年月）

修正檔案分析審查不予支付指標(西醫基層總額編號 006 指標修正)

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	<p>分子—初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 前 6 個月 <u>於醫院及基層院所跨(同)院</u>未使用低劑量 aspirin 人數</p> <p>分母—初次使用 ticlopidine 或 clopidogrel 人數</p> <p>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。</p> <p>註 1：初次使用指同一 <del>院所</del>病人當月使用 ticlopidine 或 clopidogrel 前 6 個月 <u>於醫院及基層院所跨(同)院</u>未使用 ticlopidine 或 clopidogrel 者。</p> <p>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」)。</p> <p>排除案件：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.分母申報件數小於等於 2 件之院所。</li> <li>2.急診案件。</li> </ol>
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	<p>比率超過閾值者，超過部分不予支付。</p> <p>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)</p> <p>閾值：67%</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
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)



修正檔案分析審查不予支付指標(西醫基層總額編號 026 指標修正)

指標名稱	026-西醫基層門診2歲以下幼兒使用 CODEINE <del>製劑</del> 成分之處方藥品比率過高
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 <del>製劑</del> 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 <del>製劑</del> 成分之處方藥品為成分代碼為2808800110之處方藥品
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門
處理方式	超過比率之案件，醫療費用全額核減 門診2歲以下病人使用 CODEINE <del>製劑</del> 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 <del>製劑</del> 成分之處方藥品案件平均每件醫療費用
衛生福利部核准日期及文號	108年4月9日衛部保字第1081260113號
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)

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

## 修正檔案分析審查不予支付指標(西醫基層總額編號 042 指標修正)

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 <u>(本項指標刪除)</u>
實施目的	導正醫療處置
指標定義	<p>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：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2.排除條件： <ol style="list-style-type: none"> <li>(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。</li> <li>(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。</li> </ol> </li> <li>3.備註： <ol style="list-style-type: none"> <li>(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。</li> <li>(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。</li> </ol> </li> </ol>
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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。  <math display="block">\text{不予支付點數} = [(\text{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} - \text{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}) / \text{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}] \times \text{西醫基層院所醫師杜卜勒氏彩色心臟血流圖總申報點數}。</math> </li> <li>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。</li> </ol>
衛生福利部核准日期及文號	108年4月9日衛部保字第1081260113號
健保署公告日期及文號	108年4月16日健保審字第1080004880號
實施起日	108年6月1日（費用年月）

修正檔案分析審查不予支付指標(西醫基層總額編號 046 指標修正)

指標名稱	046-西醫基層醫師光線治療申報量超過西醫醫院醫師申報量80百分位值 <u>(本項指標刪除)</u>
實施目的	導正醫療處置
指標定義	<p>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：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <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。</p> <p>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。</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
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）

修正檔案分析審查不予支付指標(西醫基層總額編號 043 指標修正)

指標名稱	043-西醫基層醫師上肢運動神經傳導測定申報量 <del>過高超過西醫醫院醫師申報量</del>
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）<del>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。</del></p> <p>排除條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol> <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><del>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。</del></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 - 9<del>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</del>) / 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
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）

修正檔案分析審查不予支付指標(西醫基層總額編號 044 指標修正)

指標名稱	044-西醫基層醫師感覺神經傳導速度測定申報量 <del>過高西醫醫院醫師申報量80百分位值</del>
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"> <li>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 <b>13 件</b>（<u>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>）<del>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</del>。</li> <li>排除條件： <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>「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。</li> </ol> </li> <li>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。</li> </ol>
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><del>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。</del></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 - <b>13</b> <del>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</del>） / 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
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）

修正檔案分析審查不予支付指標(西醫基層總額編號 045 指標修正)

指標名稱	045-西醫基層醫師成人精神科診斷性會談申報量 <del>西醫醫院醫師申報量80百分位值</del> <b>過高</b>
實施目的	導正醫療處置
指標定義	<p>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<b>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)</b><del>西醫醫院醫師申報量80百分位值</del>。</p> <p>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。</p> <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><del>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。</del></p> <p>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 - <b>18西醫醫院每位醫師申報成人精神科診斷性會談醫令總量之80百分位值</b>) / 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。</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
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）

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	108年4月9日衛部保字第1081260113號
健保署公告日期及文號	108年4月16日健保審字第1080004880號
實施起日	108年6月1日（費用年月）

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

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

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