

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>(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）。</p> <p>(4) 血友病患者（主診斷符合 ICD-10-CM 為 D689）。</p> <p>(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）。</p> <p>(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）。</p> <p>(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、</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：初次使用指同一院所病人當月使用 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"> 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	<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 製劑 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 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
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 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
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 申報 Zolpidem 開藥天數處方量 (DDD 數) 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 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 開藥天數處方量 (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 申報 Zolpidem 開藥天數處方量 (DDD) 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 總開藥天數處方量 (DDD) 超過 <u>180DDD</u> 之病人其 開藥天數處方總量 - 同一院所內每季 Zolpidem 藥品 總開藥天數量 (DDD) 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 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： • <u>按季統計</u> 同院所同一病人每季 申報 Zolpidem 開藥天數處方量 (DDD) 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 總開藥天數處方量 (DDD) 超過 <u>135DDD</u> 以上之病人其 開藥天數處方總量 - 同一院所內每季 Zolpidem 藥品 總開藥天數量 (DDD) 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 總開藥天數處方總量)。
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"> 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： <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。 備註： <ol style="list-style-type: none"> (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	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"> 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。 $\text{不予支付點數} = [(\text{西醫基層院所每位醫師申報杜卜勒氏彩色心臟血流圖（醫令代碼為18007B）醫令總量} - \text{西醫醫院每位醫師申報杜卜勒氏彩色心臟血流圖醫令總量之80百分位值}) / \text{西醫基層院所醫師申報杜卜勒氏彩色心臟血流圖醫令總量}] \times \text{西醫基層院所醫師杜卜勒氏彩色心臟血流圖總申報點數}。$ 「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
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 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。</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 - 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) / 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 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"> 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感覺神經傳導速度測定醫令總量之 80 百分位值。 排除條件： <ol style="list-style-type: none"> 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。
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 - <u>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</u>） / 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 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：</p> <p>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)西醫醫院醫師申報量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。</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 - 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) / 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\leq20 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>

	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。