

## 全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案

行政院衛生署 90 年 6 月 6 日衛署健保字第 0900038728 號公告訂定  
行政院衛生署 91 年 8 月 29 日衛署健保字第 0910051058 號公告修正附表  
行政院衛生署 94 年 2 月 23 日衛署健保字第 0942600085 號公告修正附表  
行政院衛生署 95 年 10 月 17 日衛署健保字第 0952600407 號公告修正  
行政院衛生署 96 年 1 月 9 日衛署健保字第 0950063228 號公告修正  
行政院衛生署 96 年 3 月 27 日衛署健保字第 0962600216 號公告修正附表  
行政院衛生署 97 年 6 月 17 日衛署健保字第 0970027904 號公告修正  
行政院衛生署 97 年 10 月 14 日衛署健保字第 0970084689 號公告修正  
行政院衛生署 99 年 1 月 5 日衛署健保字第 0982600461 號公告修正  
行政院衛生署 100 年 9 月 28 日衛署健保字第 1002660194 號公告修正附表  
行政院衛生署 101 年 7 月 2 日衛署健保字第 1012600114 號公告修正附表  
衛生福利部 103 年 1 月 15 日衛部保字第 1021280302 號公告修正

一、為確保西醫基層總額支付制度(以下稱本制度)實施後，醫療服務之品質與可近性，特訂定本方案。

二、保險對象就醫權益之確保：

- (一) 全民健康保險保險人(以下稱保險人)每年應針對本制度各分區西醫基層特約醫事服務機構(以下簡稱基層醫療機構)就醫可近性、醫療服務品質滿意度、民眾自費、藥品明細提供情形等進行調查，其調查內容之設計，應會同本制度醫療服務審查業務受委託專業機構、團體(以下稱受託單位)研訂，並得委託民意調查機構辦理，其調查結果經整理後，提供受託單位參考。
- (二) 保險人每半年應統計分析民眾申訴及其他反映案件數之變化情形。
- (三) 受託單位應建立民眾諮詢、申訴及其他反映案件處理機制，並與保險人共同廣為宣導。
- (四) 本制度各分區保險對象就醫可近性及醫療服務品質滿意度，如有下降且達統計上顯著差異，或民眾自付金額、申訴及其他反映案件顯著增加，經保險人檢討結果認為有歸責於基層醫療機構者，應函知受託單位立即督導改善。

三、專業醫療服務品質之確保：

- (一) 基層醫療機構所提供服務範圍及服務品質，不得低於本制度實施前之水準。
- (二) 受託單位應確實執行下列服務品質監控或改善計畫，其細部方案應提交保險人：

1. 訂定臨床診療指引：

- (1) 受託單位應逐年訂定各科臨床診療指引，分送基層醫療機構做為臨床診療作業及申報費用之參考。
- (2) 受託單位應配合總額預算額度及相關科技發展，逐年檢討修正臨床診療指引。

## 2. 訂定審查手冊：

- (1) 受託單位應編訂審查手冊，做為提供醫療服務與專業審查之依據，前述臨床診療指引應納入編訂審查手冊之參考。
- (2) 受託單位每半年應將各分區依照審查手冊執行醫療服務專業審查之檢討報告，函送保險人評量成效。

## 3. 提升病歷紀錄品質：

為加強病歷紀錄品質管理，受託單位應於本制度實施前製作病歷紀錄規範，並持續輔導基層醫療機構，提升病歷品質。

## 4. 建立基層醫療機構輔導系統：

受託單位應建立基層醫療機構輔導系統，對於診療型態異常或提供醫療服務品質不符合規範者，應予以輔導及提供改善建議；情節重大者，應提報保險人依合約處理。

## 5. 建立持續性醫療服務品質改善方案：

- (1) 受託單位應研訂中長期持續性醫療品質改善及確保計畫，並與保險人共同推動之，以提升醫療服務品質。
- (2) 在上述計畫未提出前，受託單位應與保險人共同推動下列相關品質改善計畫：
  - 提升慢性病醫療服務品質：逐漸建立慢性病疾病管理制度，除提高診療指引之遵循度，確保照護之適當性外，並應加強病人之個案管理及衛生教育。
  - 建立病患重複就診、重複拿藥或醫療院所不當用藥、病人複診率過高(開藥天數過低)之輔導方式。
  - 監測診療型態及服務品質：藉由檔案分析，比較同儕團體診療型態及品質之差異，作為專業審查參考指標，並將其資訊定期回饋基層醫療機構，促使其改變行為。另對每位病人就醫紀錄加以歸戶，以抑制病人浪費醫療資源或發現基層醫療機構虛報、浮報醫療費用。

- 上述診療型態之分析應特別加強重複(不當)用藥之減少，病人複診率之降低，慢性病長期處方之增加，以及必要服務之確保。受託單位每半年應將前項監控結果提報保險人、全民健康保險會(以下稱健保會)及主管機關。

#### 四、醫療服務風險監控機制之建立：

##### (一) 基層醫療機構利用率及支付標準每點支付金額變動之監控：

保險人每季應對本制度各分區基層醫療機構利用率及支付標準每點支付金額進行分析，並製成報表函送受託單位、健保會及主管機關。

##### (二) 基層醫療機構與醫院之醫師與病人流動之監控：

為避免基層醫療機構實施總額支付制度後，因病人(或醫師)大量流入(或流出)基層醫療機構就醫(看診)，進而影響基層醫療機構服務可近性及品質，保險人應定期提出下列監控指標：

1. 每季提供基層醫療機構每人門診次數(或總點數)及其占西醫每人門診次數(或總點數)之比率。
2. 每季提供基層醫療機構與醫院醫師數之變動，即基層醫療機構醫師與醫院醫師人數比。
3. 每年提供每人急診就醫次數(費用)及其占每人平均門診次數(費用)百分比。
4. 每年提供每人醫院初級照護病人之門診次數(費用)及其占每人醫院門診次數(費用)之比率。

#### 五、建立基層醫療機構服務品質指標：

- (一) 指標項目及其監測時程、參考值與負責主辦單位，詳如附表。
- (二) 保險人應將前述醫療服務品質監測指標，出版地區「品質報告卡」(Report card)，供受託單位輔導基層醫療機構持續性改善服務品質及供保險對象查詢之參考。

#### 六、處理方式：

##### (一) 醫療服務品質指標：

1. 本方案附表醫療服務品質指標中，各項參考值請保險人會同受託單位研訂，提報健保會確定。

2. 本方案附表所列各項醫療服務品質指標之執行結果，納入下一期西醫基層總額協商因素有關醫療品質與民眾健康改善狀況之協商參考。
3. 前述醫療品質與民眾健康改善因素若為正值時，受託單位與保險人得將該協商因素成長率部分用於支付標準之調整，以直接獎勵醫師提升品質，其餘保留於年度結束時，依本制度各分區基層醫療機構醫療服務品質指標執行達成率分配之。
4. 保險人與受託單位應訂定辦法，以輔導醫療服務品質有待改善之地區或機構，促成醫療服務品質之持續提升。

(二) 每點支付金額變動率：

1. 保險人應訂定各分區基層醫療機構利用率或每點支付金額改變率之變動範圍。
2. 前述變動範圍暫訂為正負百分之十，其比較基礎為每點一元。
3. 若各分區基層醫療機構每點支付金額變動比率不在上述容許範圍內，保險人應立即與受託單位共同檢討原因，必要時提出改進對策，並進行輔導改善。

(三) 基層醫療機構與醫院之財務風險分擔：

1. 本制度實施後，醫療機構與醫院間之財務風險分擔，由保險人會同西醫基層及醫院受託單位訂定其監控指標，提報健保會確定。
2. 前述指標變動有異常時，作為下一年西醫基層總額協定之參考。

七、獎懲：

本方案所訂各項醫療服務品質指標之執行結果，列為下一年西醫基層總額協商因素之一項參採數據。

八、本制度若因故未能委託辦理，原應由受託單位執行之項目，改由保險人自行辦理。

附表 西醫基層總額支付制度醫療服務品質指標

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
<b>1.保險對象就醫權益</b>					
醫療品質滿意度調查	每年	下降達統計上顯著差異，單端 $\alpha=0.05$	問卷調查	保險人	實施前一次，實施後每半年一次，自 98 年起每年一次，比較其就醫可近性、醫療服務品質與民眾自費滿意度變化情形，問卷內容應會同總額受託單位研訂
民眾申訴及其他反映成案件數	每半年	受託單位每年提出執行報告，內容包括成案件數、案件內容、處理情形及結果	資料分析	保險人	民眾申訴及其他反映成案件數，受託單位配合提供資料
基層醫療機構開立藥品明細比率	每半年	100%	問卷調查	保險人	開立藥品明細基層醫療機構家數/基層醫療機構家數
<b>2.專業醫療服務品質</b>					
門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率	每季	$\leq 17.13\%$	資料分析	保險人	1. 資料範圍：每季，程式會以亂數取得一個費用年月資料範圍計算。 2. 公式： 分子：按院所、ID 歸戶，計算因 URI 於同一院所，2 次就診日期小於 7 日之人次。 分母：按院所、ID 歸戶，計算院所 URI 人次。URI：主診斷前 3 碼為「460」、「462」、「465」、「487」。
平均每張慢性病處方箋開藥日數-糖尿病、高血壓、高血脂	每月	為品保方案新增訂指標，於實施一年後訂定參考值。	資料分析	保險人	分子：開立慢性病疾病別處方箋案件給藥日份加總 分母：開立慢性病疾病別處方箋給藥次數加總 ※慢性病定義：主診斷為糖尿病(ICD-9-CM 前三碼為 250 及 A181 者)、高血壓(CD-9-CM 診斷碼前三碼為 401、402、403、404)或高血脂(ICD-9-CM 診斷碼前三碼為 272)。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					※疾病別：先以主診斷屬慢性病定義者，其次診斷慢性病出現次數一併納入統計。 例如：某病患罹患糖尿病、高血壓、高血脂，醫師開立處方箋日數為7天，則分子、分母計算如下： 分子：給藥天數=7天*3種疾病 分母：給藥次數=1案件*3種疾病 ※慢性病處方箋：案件分類=04、08，排除給藥日份<3。
門診注射劑使用率	每季	以最近3年全區值平均值x(1+20%)作為上限值	資料分析	保險人	1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之門診給藥案件（藥費不為0，或給藥天數不為0，或處方調劑方式為1、0、6其中一種）。 2. 公式： 分子：給藥案件之針劑藥品（醫令代碼為10碼，且第8碼為「2」）案件數，但排除門診化療注射劑、急診注射劑及流感疫苗及依全民健康保險藥品給付規定通則，經醫師指導使用方法後，得由病人攜回注射之藥品，及外傷緊處置使用之破傷風類毒素注射劑（排除條件詳附表1） 分母：給藥案件數。
門診抗生素使用率	每季	以最近3年全區值平均值x(1+20%)作為上限值	資料分析	保險人	1. 公式： 基層醫療機構抗生素藥品案件數/基層醫療機構開藥總案件數 2. 抗生素藥品：ATC碼前三碼為J01（ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE）。
不當用藥案件數❖	每季		資料分析	保險人	例如用藥天數過短(長)、用藥可能有不當的交互作用等 ❖以降血壓、降血脂、降血糖、抗精神分裂、抗憂鬱症及安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重疊率」等6類用藥日數重疊率監測。
跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓（口服）	每季	各區抗精神分裂藥物-不同處方用藥日數重疊率（≤4.33%），其餘以最近	資料分析	保險人	1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之同類藥物給藥案件（給藥案件：給藥天數不為0或藥費不為0或處方調劑方式為1、0、6） 2. 公式 分子：同ID不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數（允許慢籤提早拿藥）。 分母：各案件之「給藥日數」總和。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂(口服)  跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖  跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗精神分裂症  跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症  跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜		3年全區值平均值(1+20%)作為上限值			<ul style="list-style-type: none"> <li>●「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。</li> <li>●降血壓藥物(口服)：ATC 前三碼為 C07 或 ATC 前五碼為 C02AC、C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第8碼為1。</li> <li>●降血脂藥物(口服)：ATC 前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第8碼為1。</li> <li>●降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前五碼=A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX。</li> <li>●精神分裂藥物：ATC 前五碼=N05AA、N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN、A05AX。</li> <li>●憂鬱症藥物：ATC 前五碼=N06AA、N06AB、N06AG、N06AX。</li> <li>●安眠鎮靜藥物(不含抗焦慮藥物)：ATC 前五碼為 N05BA、N05BE、N05CC、N05CD、N05CF、N05CM。</li> </ul> <p>3.本項指標「允許慢籤提早拿藥」，即同ID、同院所給藥日數<math>\geq 28</math>天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數<math>\geq 28</math>天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許7天的空間不計入重疊日數。</p>
同院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服)	每季	原未訂參考值，待實施1年後再訂。	資料分析	保險人	<p>1.資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之同類藥物給藥案件(藥費不為0，或給藥天數不為0，或處方調劑方式為1、0、6其中一種)。</p> <p>2.公式：</p> <p>分子：同院所同ID不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。</p> <p>分母：各案件之「給藥日數」總和。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件</li> </ul>

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
同院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂(口服)					<p>同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●降血壓藥物(口服)：ATC 前五碼為 C02AC、C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C07、C08CA06、C08CA、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。</li> <li>●降血脂藥物(口服)：ATC 前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。</li> <li>●降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前五碼=A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX</li> <li>●精神分裂藥物：ATC 前五碼=N05AA、N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN、A05AX。</li> <li>●憂鬱症藥物：ATC 前五碼=N06AA、N06AB、N06AG、N06AX。</li> <li>●安眠鎮靜藥物(不含抗焦慮藥物)：前五碼為 N05BA、N05BE、N05CC、N05CD、N05CF、N05CM。</li> </ul> <p>3.本項指標「允許慢籤提早拿藥」，即同 ID、同院所給藥日數≥28 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數≥28 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 7 天的空間不計入重疊日數。</p>
同院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖					
同院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗精神分裂症					
同院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症					
同院所門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜					
慢性病開立慢性病連續處方箋百分比	每季	以 95 年全年平均值(≥61.6%)為參考值	資料分析	保險人	<p>1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之門診給藥案件數(藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種)。</p> <p>2. 公式：  分子：開立慢性病連續處方箋的案件數(案件分類=02、04、08 且給藥日份≥21)。  分母：慢性病給藥案件數(案件分類=02、04、08)。</p>



指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
就診後同日於同院所再次就診率	每季	為新增訂指標，實施一年後訂定參考值	資料分析	保險人	公式： 分子 A：同一費用年月、同一就醫日期、同一院所，同一人(身分證號)就診 2 次(含)以上，按身分證號歸戶之門診人數。 分母 B：同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數。
糖尿病病人醣化血色素 (HbA1c) 執行率	每年	為新增訂指標，實施一年後訂定參考值	資料分析	保險人	資料範圍：西醫基層總額之門診案件 分子：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行醣化血色素(HbA1c)檢驗人數 分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數 指標計算：分子/分母
<b>3.其他醫療服務品質</b>					
醫師平均門診時間	每半年	8 小時/每天	問卷調查	保險人	每位醫師平均每日看診時間 (以醫療品質滿意度調查中醫師每週工作總時數調查結果排除不知道部分加權計算後除以 5.5 天為參考值)
每位病人平均看診時間	每半年	5 分鐘	問卷調查	保險人	每位病人平均看診時間 (以醫療品質滿意度調查中醫師看診及診療時間之中位數為參考值)
醫師參加繼續教育時數	每年	24 小時/年	資料分析	全聯會	每位醫師平均每年參加繼續教育時數
<b>4. 利用率指標</b>					
子宮頸抹片利用率	每年	≥16%	資料分析	主管機關	合格受檢對象於基層醫療機構利用次數/子宮頸抹片合格受檢人數
成人預防保健利用率	每年	≥20%	資料分析	主管機關	合格受檢對象於基層醫療機構利用次數/成人預防保健合格受檢人數
兒童預防保健利用率	每年		資料分析	主管機關	合格受檢對象於基層醫療機構利用次數/[ (一歲以下人數)×4+(一歲至未滿二歲人數)×2+(二歲至未滿三歲人數)+(三歲至未滿四歲人數)+(四歲至未滿七歲人數)/3]
年齡別剖腹產率	每年	≤34%	資料分析	保險人	基層醫療機構剖腹產案件數/基層醫療機構生產案件數(自然產案件+剖腹產案件) 年齡組別：19 歲以下，20~34 歲，35 歲以上
門診手術案件成長率	每年	≥10%	資料分析	保險人	(基層醫療機構實施年門診手術案件數-基層醫療機構實施前一年門診手術

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					案件數)/基層醫療機構實施前一年門診手術案件數
六歲以下兒童氣喘住院率	每年	≤0.29%	資料分析	保險人	六歲以下(就醫年-出生年≤5)保險對象氣喘住院件數/六歲以下(就醫年-出生年≤5)保險對象人數
住院率	每年	≤13%	資料分析	保險人	保險對象住院人次/保險對象總人數
轉診率★	每年		資料分析	保險人	基層醫療機構轉診人次/基層醫療機構門診次數
平均每人住院日數	每年	≤1.10	資料分析	保險人	平均每人住院日數
每人急診就醫率	每年	≤1.9%	資料分析	保險人	每人急診就醫次數/每人平均門診次數
<b>5.中長程指標</b>					
符合慢性病患治療指引比率	每年		資料分析	受託單位	符合慢性病患治療人次/實際接受慢性病患治療人次
符合病歷紀錄規範比率	每年		資料分析	受託單位	符合病歷紀錄規範案件數/基層醫療機構總案件數
符合各專科治療指引比率	每年		資料分析	受託單位	符合該專科治療指引人次/實際接受該專科治療人次

備註：

- 100年3月2日健保署(為原健保局)召開「西醫基層總額醫療品質指標項目及監測值討論會議」討論醫療品質指標項目，為指標監測值能接近實績值，考量其趨勢及醫療之不確定性與變異性，以最近3年全局值平均值 $x(1\pm 20\%)$ 〔註：負向指標取加號(+)作上限值、正向指標取減號(-)作下限值〕為西醫基層總額醫療品質指標項目監測值；又參酌全民健康保險監理委員會第190次會議委員意見，若修訂後監測值較原監測值寬鬆，則維持原監測值。為求一致，專業醫療服務指標，皆以相同原則修訂監測值。
- 品質確保方案之專業醫療服務品質指標，部分指標資料處理定義原以「藥理分類代碼」，為使資料定義與世界衛生組織(WHO)採用的藥品分類一致，修正為「ATC碼」。
- 降血壓、降血脂、降血糖、抗精神分裂、抗憂鬱症及安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重複率等6項指標，原品質確保方案僅列「跨院所」為監測指標，「同院所」健保署亦已監測多年，本次修訂將跨院所亦列入品質確保方案中以符實際監測現況。
- ★為暫不執行項目。
- 西醫基層總額支付制度醫療服務品質指標之「專業醫療服務品質指標」，皆不含委代辦案件，僅統計西醫基層總額範圍內案件。

# 附表 1

西醫基層總額門診注射劑使用率--附表

排除條件 A：因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品

給付規定內容	資料處理定義
1. Insulin (胰島素)	ATC 碼前四碼為 A10A INSULINS AND ANALOGUES
2. CAPD 使用之透析液	ATC 碼前五碼為 B05DB，且劑型為透析用液劑。
3. CAPD 使用之抗生素及抗凝血劑(至多攜回二週)	門診當次申報 血液透析治療相關處置代碼 (58001C – 58012C) 使用之注射劑 ATC 碼前三碼為 J01 (抗生素類)、前五碼為 B01AA 及 B01AB (抗凝血劑)。
4. desferrioxamine (如 Desferal)	ATC 碼：V03AC01 DESFERRIOXAMINE
5. 慢性腎臟功能衰竭，使用紅血球生成素 (至多攜回二週，如因特殊病情需要，需敘明理由，得以臨床實際需要方式給藥，惟一個月不超過 20,000U (如 Eprex、Recormon) 或 100mcg (如 Aranesp、Mircera) 為原則)。	ATC 碼： B03XA01 ERYTHROPOIETIN (如 Eprex、Recormon) B03XA02 DARBEPOETIN ALFA (如 Aranesp) B03XA03 METHOXY POLYETHYLENE GLYCOL-EPOETIN BETA (如 Mircera)
6. 治療白血病使用之 $\alpha$ -interferon (至多攜回二週)	ATC 碼： L03AB01 INTERFERON ALPHA NATURAL L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B
7. G-CSF(如 filgrastim；lenograstim) (至多攜回六天) (98/11/1)	ATC 碼： L03AA02 FILGRASTIM L03AA10 LENOGRASTIM
8. 生長激素(human growth hormone) (至多攜回一個月)。	ATC 碼： H01AC01 SOMATOTROPIN
9. 門診之血友病人得攜回二~三劑量(至多攜回一個月)第八、第九凝血因子備用，繼續治療時，比照化療以「療程」方式處理，並查驗上次治療紀錄 (如全民健康保險藥品給付規定通則附表十八—全民健康保險血友病患者使用第八、第九凝血因子在家治療紀錄) (86/9/1、92/5/1)	ATC 碼： B02BD02 FACTOR VIII B02BD04 FACTOR IX
10. 於醫院內完成調配之靜脈營養輸液 (TPN)，攜回使用。(85/10/1、93/12/1)	本項處置(39015A--TPN)限區域醫院以上層級申報，故基層診所不應申報。
11. 肢端肥大症病人使用之 octreotide、lanreotide (如 Sandostatin、Somatuline 等)，另 octreotide (如 Sandostatin)需個案事前報准 (93/12/01 刪除)。lanreotide inj 30 mg (如	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 前 4 碼為： 2530 Acromegaly and gigantism 2. ATC 碼：

Somatuline) 每次注射間隔兩週 (88/6/1), octreotide LAR(如 Sandostatin LAR Microspheres for Inj.) 每次注射間隔四週 (89/7/1)。	H01CB02 OCTREOTIDE H01CB03 LANREOTIDE
12. 結核病病人持回之 streptomycin、kanamycin 及 enviomycin 注射劑 (至多攜回二週)。(86/9/1)	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 前三碼為 011(肺結核相關診斷): 2. ATC 碼: J01GA01 STREPTOMYCIN J01GB04 KANAMYCIN
13. 抗精神病長效針劑 (至多攜回一個月)。(87/4/1)	ATC 碼前四碼為 N05A ANTIPSYCHOTICS
14. 低分子量肝素注射劑: 金屬瓣膜置換後之懷孕病患, 可准予攜回低分子量肝素注射劑自行注射, 但給藥天數以不超過兩週為限。(90/11/1)	ATC 碼前五碼為 B01AB Heparin group
15. Apomorphine hydrochloride 10mg/ml (如 Britaject Pen): 限使用於巴金森氏病後期產生藥效波動 (on-and-off) 現象, 且經使用其他治療方式無法改善之病患使用, 每人每月使用量不得超過 15 支。(91/2/1)	ATC 碼: N04BC07 APOMORPHINE
16. 罹患惡性貧血 (perniciousanemia) 及維他命 B12 缺乏病患, 如不能口服者或口服不能吸收者, 得攜回維他命 B12 注射劑, 每次以一個月為限, 且每三個月應追蹤一次。(91/4/1)	當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 為: 281.0 (惡性貧血)、281.1(維生素 B12 缺乏性貧血) ATC 碼前五碼為 B03BA VITAMIN B12 (CYANOCOBALAMIN AND ANALOGUES)
17. 患者初次使用 aldesleukin(如 Proleukin Inj) 治療期間 (第一療程), 應每週發藥, 俾回診觀察是否有無嚴重之副作用發生。第一療程使用若未發生嚴重副作用, 在第二療程以後可攜回兩週之處方量。(91/12/1)	ATC 碼: L03AC01 ALDESLEUKIN
18.慢性病毒性 B 型肝炎、慢性病毒性 C 型肝炎所使用之長效型干擾素或短效型干擾素, 其攜回之數量, 至多為四週之使用量。(92/10/1)	1. 參加慢性病毒性 B 型肝炎、慢性病毒性 C 型肝炎治療試辦計畫之病人。 2. ATC 碼: L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B L03AB09 INTERFERON ALFACON-1 L03AB10 PEGINTERFERON ALPHA-2B L03AB11 PEGINTERFERON ALPHA-2A
19.類風濕性關節炎病患使用 etanercept; adalimumab 注射劑, 需個案事前審查核准後, 並在醫師指導下, 至多可攜回四週之使用量。(93.08.01)	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 為: 類風濕性關節炎:714.0 2. ATC 碼: L04AA11 ETANERCEPT L04AA17 ADALIMUMAB

排除條件 B 門診化療注射劑：以門診化療醫令代碼為 37005B、37031B~37041B 為主。

排除條件 C 急診注射劑：以急診為主，案件分類代碼為 02 碼。

排除條件 D 流感疫苗：案件分類代碼為 D2。

排除條件 E 外傷緊處置使用之破傷風類毒素注射劑 TETANUS TOXOID ATC 碼：J07AM01。