**全民健康保險檔案分析審查不予支付指標及處理方式**

**（醫院總額部門-現行實施）**

# **【醫院總額部門實施中指標共計14項】**

# 001-眼科門診局部處置申報率

[最新公告實施起日110年10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110年10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 | 分子－眼科門診申報細隙燈顯微鏡檢查（醫令代碼為23401C）件數  分母－眼科門診申報件數 |
| 指標屬性 | 負向 |
| 分析單位 | 依科別（眼科）按月分析 |
| 分析範圍 | 醫院總額部門 |
| 處理方式 | 申報率超過閾值者，超過部分不予支付。  不予支付點數＝(申報率-閾值)＊細隙燈顯微鏡檢查（醫令代碼為23401C）總申報點數(四捨五入至整數) 。  閾值：~~35%~~ 40% |
| 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) |

# 002-婦產科門診局部處置申報率

[最新公告實施起日97年5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 97年5月1日(費用年月)--現行實施

|  |  |
| --- | --- |
| 指標名稱 | 002-醫院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 | 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  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  註：本指標定義之科別為病患就醫科別。 |
| 指標屬性 | 負向 |
| 分析單位 | 依院所按月分析 |
| 分析範圍 | 醫院總額部門 |
| 處理方式 | 指標1：申報率超過30﹪者，超過部份不予支付。不予支付點數＝(申報率-30%)＊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(四捨五入至整數)。  指標2：申報率超過0.13 %（98百分位值）者，超過部分不予支付。不予支付點數＝(申報率- 0.13%)＊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(四捨五入至整數)。 |
| 衛生福利部核准日期及文號 | 中華民國96年12月21日衛署健保字第0962600584號函 |
| 健保署公告日期及文號 | 中華民國97年3月25日健保審字第0970012152號 |
| 實施起日 | 97年5月1日(費用年月) |

# 003-醫院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-醫院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 | 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  指標2：  分子－小兒科門診申報局部治療（醫令代碼為54019C、54027C、54037C、54038C）件數  分母－小兒科門診申報件數  指標3：  分子－非耳鼻喉科及非小兒科門診申報局部治療（醫令代碼為54019C、54027C、54037C、54038C）件數  分母－非耳鼻喉科及非小兒科門診申報件數  註：1.本指標定義之科別為病患就醫科別。  2.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）。 |
| 指標屬性 | 負向 |
| 分析單位 | 依院所按月分析 |
| 分析範圍 | 醫院總額部門 |
| 處理方式 | 指標1：  申報率超過30%者，超過部份不予支付。  不予支付點數＝(申報率-30%)＊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) 。  指標2：  申報率超過20%者，超過部分不予支付。  不予支付點數＝(申報率-20%)＊小兒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)。  指標3：  申報率超過0.1%（98百分位值）者，超過部分不予支付。  不予支付點數＝(申報率-0.1%)＊非耳鼻喉科及非小兒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)。 |
| 衛生福利部核准日期及文號 | 111年12月12日衛部保字第1111260378號函 |
| 健保署公告日期及文號 | 111年12月29日健保審字第1110122333號 |
| 實施起日 | 112年2月1日（費用年月） |

# 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 | 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。  分母－門診主診斷為上呼吸道感染的給藥案件數。  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。  上呼吸道感染：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。  抗生素藥品：ATC前3碼為J01（antibacterials for systemic use）。 |
| 指標屬性 | 負向 |
| 分析單位 | 依院所按月分析 |
| 分析範圍 | 醫院總額部門門診案件 |
| 處理方式 | 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20%部分，超過部分之抗生素藥費不予支付。  不予支付點數＝（上呼吸道感染抗生素使用率－20%）×抗生素藥費 |
| 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-西醫院所門診上呼吸道感染抗生素處方率」附表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 總額別 | 指標代碼及名稱 | ICD-9-CM | ICD-10- CM/PCS | 備註 |
| 醫院 | 008-西醫院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102年8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 102年8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 | 分子－制酸劑重複案件數  分母－制酸劑案件數  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。  制酸劑：係指ATC碼前四碼為A02A（ANTACIDS），惟下列藥品參考衛生署藥品許可證之適應症，不列入制酸劑重複使用之計算：  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」。  醫令代碼為A001046100、A023521100、A013382100、A001584100、A006795100、A042941100:適應症為「軟便」。  制酸劑藥理分類代碼與健保品項代碼對照表請依下列網址擷取比對：  健保局全球資訊網\藥材專區\健保用藥品項\3.健保用藥品項XX年XX月壓縮總檔(http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=21&menu\_id=713&WD\_ID=849&webdata\_id=873) |
| 指標屬性 | 負向 |
| 分析單位 | 依院所按月分析 |
| 分析範圍 | 西醫基層及醫院總額部門門診案件 |
| 處理方式 | 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7﹪部分，不予支付超過部分之制酸劑藥費。  不予支付點數＝（制酸劑重複率－7﹪）×【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】 |
| 衛生福利部核准日期及文號 | 中華民國102年6月4日衛署健保字第1022600063號函 |
| 健保署公告日期及文號 | 中華民國102年6月13日健保審字第1020035537號 |
| 實施起日 | 102年8月1日(費用年月) |

# 012-醫院CT檢查之全體病人 90日內同部位再執行率過高

[最新公告實施起日110年10月1日(費用年月)；最初實施起日94年12月1日(費用年月)]

## 012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 | 012-醫院CT檢查之全體病人 90日內同部位再執行率過高 |
| 實施目的 | 降低不必要/不當之檢查 |
| 指標定義 | 分子－CT執行案件（醫令代碼為33070B~33072B）前90日內，曾施行相同部位CT檢查之人次。  分母－門住診合計CT施行人次。  前90日內曾施行人次：依當月病患ID，擷取門住診大於等於0且小於等於本次醫令「執行起日」90日內之CT案件。  分子案件、分母案件~~及申報點數~~均排除主診斷為以下者：   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 疾病 | ICD-10-CM  (105.01.01起適用) | ICD-9-CM  (104.12.31以前適用) | | 癌症 | C00-C96  (前述排除C944、C946) | 140-208 | | 性態未明腫瘤 | D37-D48、C944、C946、Q850 | 235-238 | | 化療或放療及後續追蹤 | Z510、Z5111、Z08、Z09 | V58.0、V58.1、V67.1、V67.2 | | 腦中風 | I60-I69、G45-G46 | 430-438 | |
| 指標屬性 | 負向 |
| 分析單位 | 依院所門住診合計按月分析 |
| 分析範圍 | 醫院總額部門 |
| 處理方式 | 一、排除CT每月門住合計之執行件數在10件（含）以下之醫院。  二、再執行率超過閾值以上者，超過部分不予支付。  不予支付點數＝(再執行率－閾值) × 分母案件CT申報點數  閾值：醫學中心13.78%、區域醫院11.47%、地區醫院12.50%。 |
| 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） |

# 013-醫院MRI檢查之全體病人90日內同部位再執行率過高

[最新公告實施起日110年10月1日(費用年月)；最初實施起日94年12月1日(費用年月)]

## 013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 | 013-醫院MRI檢查之全體病人 90日內同部位再執行率過高 |
| 實施目的 | 降低不必要/不當之檢查 |
| 指標定義 | 分子－MRI施行案件（醫令代碼為33084A~33085A、33084B~33085B）前90日內，曾施行相同部位MRI檢查之人次  分母－門住診合計MRI施行人次  前90日內曾施行人次：依當月病患ID，擷取門住診大於等於0且小於等於本次醫令「執行起日」90日內之MRI案件。  排除案件：  1.分子案件、分母案件~~及申報點數~~均排除主診斷為以下者：   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 疾病 | ICD-10-CM  (105.01.01起適用) | ICD-9-CM  (104.12.31以前適用) | | 癌症 | C00-C96  (前述排除C944、C946) | 140-208 | | 性態未明腫瘤 | D37-D48、C944、C946、Q850 | 235-238 | | 化療或放療及後續追蹤 | Z510、Z5111、Z08、Z09 | V58.0、V58.1、V67.1、V67.2 | | 缺血性腦中風  (腦梗塞) | I63-I69、G45-G46 | 433-438 |   2.MRI每月門住合計之執行件數在40件（含）以下之醫院。 |
| 指標屬性 | 負向 |
| 分析單位 | 依院所門住診合計按月分析 |
| 分析範圍 | 醫院總額部門 |
| 處理方式 | 再執行率超過閾值者，超過部分不予支付。  不予支付點數＝(再執行率－閾值) × 分母案件MRI申報點數  閾值：醫學中心6.69%、區域醫院5.05%、地區醫院4.48%。 |
| 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) |

# 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105年2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 105年2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（non-selective beta blocking agents、alpha and beta blocking agents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non-selective beta blocking agents、alpha and beta blocking agents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為I10-I15  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 | 醫院總額部門 |
| 處理方式 | 超過25%之部分，不予支付。  不予支付點數＝(高血壓併氣喘病患使用non-selective beta blocking agents、alpha and beta blocking agents之藥品比率-25%)×高血壓併氣喘使用non-selective beta blocking agents、alpha and beta blocking agents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 | 中華民國104年12月24日衛部保字第1040138616號函 |
| 健保署公告日期及文號 | 中華民國104年12月30日健保審字第1040045126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」附表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 總額別 | 指標代碼及名稱 | ICD-9-CM | ICD-10- CM/PCS | 備註 |
| 醫院 | 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 |  |
| 401-405 | I10-I15 |  |

# 016-西醫診所COXⅡinhibitor處方不當比率過高

[最新公告實施起日110年10月1日(費用年月)；最初實施起日95年10月1日(費用年月)]

## 016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 | 016-西醫診所COXⅡinhibitor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 | 分子－門診COXⅡinhibitor用藥主次診斷不符藥品給付規定件數  藥品給付規定：  (1)年齡大於等於60歲之骨關節炎病變~~（ICD-9-CM前三碼為711-725）；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)。  (2)類風濕性關節炎~~－ICD-9-CM為714~~、僵直性脊椎炎~~－ICD-9-CM為720~~、乾癬性關節炎~~－ICD-9-CM為696~~、退化性關節炎~~－ICD-9-CM為716；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~~。  (3)合併有急性嚴重創傷~~（ICD-9-CM前三碼為800-840、850-854、860-869、881、885、886、887、890-897、900、925-929、940-949）~~、中風~~（ICD-9-CM前三碼為430-438）、~~心血管疾病者~~（ICD-9-CM前三碼為401-444）；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)~~。  (4)曾有消化性潰傷、上消化道出血或胃穿孔病史者~~（ICD-9-CM前三碼為530-534）；ICD-10- CM/PCS K20-K28~~。  (5)肝硬化患者~~(ICD-9-CM前4碼為5712、5715、5716)；ICD-10- CM/PCS K7030-K7031、K7460-K7469、K743-K745~~。  註：上述疾病之診斷碼詳如附表。  分母－門診COXⅡinhibitor用藥（含NABUMETONE(成分代碼2808001900)、MELOXICAM(成分代碼~~2808404900~~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COXⅡinhibitor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＝[（COXⅡinhibitor用藥不符給付規定比率－閾值） / COXⅡinhibitor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) |

「016-西醫診所COXⅡinhibitor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 | ~~排除M1A-M10~~ | 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 |
| 僵直性脊椎炎 | M081 |  | 720 |
| M45 |  | 720 |
| 乾癬性關節炎 | L305 |  | 696 |
| L40-L42 |  | 696 |
| L44-L45 |  | 696 |
| L945 |  | 696 |
| 退化性關節炎 | M121-M129 | 排除M122-M124 | 716 |
| M13 |  | 716 |
| 合併有急性嚴重創傷 | 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 |
| 中風 | I60-I69、G450-G468 |  | 430-438 |
| 心血管疾病 | 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 |
| 消化性潰傷、上消化道出血或胃穿孔 | K20-K28 |  | 530-534 |
| 肝硬化 | K7030-K7031 |  | 5712 |
| K7460-K7469 |  | 5715 |
| K743-K745 |  | 5716 |

# 018-醫院門診銀杏葉萃取物(Ginkgo)處方率居於同儕極端值

[最新公告實施起日106年3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3月1日(費用年月) --現行實施

|  |  |
| --- | --- |
| 指標名稱 | 018-醫院門診銀杏葉萃取物(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成分藥品：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 | 醫院總額部門 |
| 處理方式 | 處方率超過同儕97百分位值者，超過部分不予支付。  不予支付點數＝[（院所處方率－同儕97百分位值）/ 院所處方率]＊該藥品總申報點數（四捨五入至整數）  同儕97百分位值：1.8% |
| 衛生福利部核准日期及文號 | 中華民國106年1月16日衛部保字第1061260026號函 |
| 健保署公告日期及文號 | 中華民國106年2月15日健保審字第1060034903號 |
| 實施起日 | 106年3月1日(費用年月) |

# 019-醫院門診PIPETHANATE處方率居於同儕極端值

[最新公告實施起日106年3月1日(費用年月)；最初實施起日95年10月1日(費用年月)]

## 019指標版本：實施起日 106年3月1日(費用年月) --現行實施

|  |  |
| --- | --- |
| 指標名稱 | 019-醫院門診PIPETHANATE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PIPETHANATE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。  PIPETHANATE成分藥品：分組名稱包含PIPERILATE 或PIPERIDOLATE。 |
| 指標屬性 | 負向 |
| 分析單位 | 依院所按月分析 |
| 分析範圍 | 醫院總額部門 |
| 處理方式 | 處方率超過同儕97百分位值者，超過部分不予支付。  不予支付點數＝[（院所處方率－同儕97百分位值）/ 院所處方率] ＊該藥品總申報點數（四捨五入至整數）  同儕97百分位值：2.2﹪ |
| 衛生福利部核准日期及文號 | 中華民國106年1月16日衛部保字第1061260026號函 |
| 健保署公告日期及文號 | 中華民國106年2月15日健保審字第1060034903號 |
| 實施起日 | 106年3月1日(費用年月) |

# 021-同一醫院同一患者體外震波碎石術施行次數過高

[最新公告實施起日102年8月1日(費用年月)；最初實施起日95年10月1日(費用年月)]

## 021指標版本：實施起日 102年8月1日(費用年月) --現行實施

|  |  |
| --- | --- |
| 指標名稱 | 021-同一醫院同一患者體外震波碎石術施行次數過高 |
| 實施目的 | 減少無效率之醫療 |
| 指標定義 | 門住診中所有ESWL之案件，按醫院代碼及病患身分證號歸戶，當年就診大於等於6次之個案。  ESWL案件定義：門住診醫令類別為2且醫令代碼前五碼'50023', '50024', ' 97405', '97406', '97420', '97407', '97408', '97421', '97409', '97410', '97422', '97411', '97412', '97423'之所有案件。 |
| 指標屬性 | 負向 |
| 分析單位 | 依院所按年分析 |
| 分析範圍 | 醫院總額部門 |
| 處理方式 | 同一院所同一病患當年申報ESWL醫令數大於等於6次部分，ESWL診療費不予支付。  不予支付點數＝（當年ESWL醫令數大於等於6次之病患總ESWL醫令數－當年ESWL醫令數大於等於6次病患人數\*5）÷當年ESWL醫令數大於等於6次之病患總ESWL醫令數＊當年ESWL醫令數大於等於6次之病患總申報ESWL診療費 |
| 衛生福利部核准日期及文號 | 中華民國102年6月4日衛署健保字第1022600063號函 |
| 健保署公告日期及文號 | 中華民國102年6月13日健保審字第1020035537號 |
| 實施起日 | 102年8月1日(費用年月) |

# 027-醫院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107年4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 107年4月1日(費用年月)--現行指標

|  |  |
| --- | --- |
| 指標名稱 | 027-醫院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  (含分子、分母) | 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  高血壓－ICD-9-CM任一主次診斷前三碼為401~405；ICD-10- CM/PCS I10-I15，且有高血壓用藥紀錄之案件  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  懷孕婦女：ICD-9-CM主、次診斷碼前三碼為V22、640~648；ICD-10- CM/PCS 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ACEI、ARB－ATC前四碼為C09A、C09B、C09C、C09D、C09X  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。  排除條件：分母門診高血壓且有高血壓用藥懷孕婦女人數小於等於5人之院所。 |
| 指標屬性 | 負向 |
| 分析單位 | 依院所按月分析 |
| 分析範圍 | 醫院總額部門 |
| 處理方式 | 不予支付點數＝（院所比率-33﹪）\*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 | 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) |

「027-醫院門診高血壓懷孕婦女使用ACEI或ARB之比率偏高」附表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 總額 | 名稱 | ICD-9-CM | ICD-10- CM/PCS | 備註 |
| 醫院 | 027-醫院門診門診高血壓懷孕婦女使用ACEI或ARB之比率偏高 | 401~405 | I10-I15 |  |
| 640~648 | O10-O16 |  |
| 640~648 | O20-O21 |  |
| 640~648 | O23-O26 |  |
| 640~648 | O28-O29 |  |
| 640~648 | O310 |  |
| 640~648 | O330 |  |
| 640~648 | O44-O48 |  |
| 640~648 | O60 |  |
| 640~648 | O67 |  |
| 640~648 | O861-O862 |  |
| 640~648 | O905-O908 |  |
| 640~648 | O98-O99 |  |
| 640~648 | O9A |  |
| V22 | Z331 |  |
| V22 | Z34 |  |

# 055-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3月1日(費用年月)]

## 055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 | 055-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 | 醫院總額部門門診案件 |
| 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) |

# **【醫院總額部門已停止辦理指標共計6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)]

# 006-初次使用ticlopidine 或clopidogrel前未使用aspirin比率

[最新公告實施起日111年8月1日(費用年月)；最初實施起日94年9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)]

# 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)]

020-醫院門診中耳炎使用cephalexin或sulfamethoxazole/trimethoprim成分藥品處方率過高

[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-醫院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

[最新公告實施起日111年8月1日(費用年月)；最初實施起日96年2月1日(費用年月)]

# 024-醫院門診Berberine處方率居於同儕極端值

[最新公告實施起日111年8月1日(費用年月)；最初實施起日96年2月1日(費用年月)]

# 025-醫院門診Psyllium HUSK處方率居於同儕極端值

[最新公告實施起日111年8月1日(費用年月)；最初實施起日96年2月1日(費用年月)]

# 026-醫院門診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107年4月1日(費用年月)；最初實施起日96年2月1日(費用年月)]

# 028-同一醫院同一住院病人平均每日申報精神科職能治療45031C或45095C合計超過3次以上

[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98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

[最新公告實施起日111年8月1日(費用年月)；最初實施起日100年1月1日(費用年月)]

# 036-醫院門診同院同一病人每季申報Zolpidem開藥量(DDD)超量

[最新公告實施起日111年8月1日(費用年月)；最初實施起日101年7月1日(費用年月)]