

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：(中區業務組)台中市西屯區市政北  
一路66號

傳真：(04)22531242

承辦人及電話：曾麗珍(04)22583988轉  
6828

電子信箱：d110076@nhi.gov.tw

受文者：臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國108年9月25日

發文字號：健保中字第1084095326號

速別：普通件

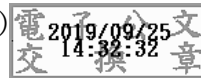
密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (1084095326-1.pdf、1084095326-2.pdf、1084095326-3.pdf)

主旨：檢送108年9月20日「中區西醫基層總額共管會108年第3次  
會議紀錄」乙份，請查照。

正本：中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會中區分會、社團法人  
臺中市醫師公會、臺中市大臺中醫師公會、彰化縣醫師公會、南投縣醫師公會、  
台中市診所協會、臺中市台中都診所協會、臺中市大臺中診所協會、彰化縣診所  
協會、南投縣診所協會

副本：本署中區業務組醫療費用二科(含附件)



# 中區西醫基層總額共管會 108 年第 3 次會議紀錄

時間：108 年 9 月 20 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：羅倫樞、王博正(請假)、陳萬得、施英富、  
蔡景星、葉元宏、陳正和、高大成、林義龍(請  
假)、曾崇芳(請假)、林煥洲

臺中市大臺中醫師公會：魏重耀(請假)、藍毅生、彭業聰、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、劉兆平(請假)

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

南投縣醫師公會：洪一敬、謝明哲(請假)、張志傑、陳宏麟(請假)

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、游韻真

列席：蔡文仁、鄭元凱、吳三源、林宜民、曾思遠、陳寶全、  
朱俊盈、林恆立、涂俊仰、李妍禧、陳詩旻、謝育帆

方組長志琳

主席：  
陳主任委員文侯

紀錄：曾麗珍

## 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、婦產科診所醫令申報異於常模處理原則： 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，如金額過大，可辦理分期作業，未自清者採論人歸戶回溯審查。	中區業務組	有關婦產科診所醫令申報異於常模計有64家，已自清62家，2家未自清採論人歸戶回溯審查。
二、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。	中區分會	中區分會於6月18日轉請各醫師公會轉知院所在案

## 參、報告事項：

### 一、辦理「特約醫事服務機構企業誠信專案宣導」

(一) 本署為結合醫事機構與政府共同建立反貪夥伴關係，並協助醫事機構建立倫理規範，強化現有醫療環境，藉以促進誠信與廉潔社會的健全發展，提升國家整體競爭力。

(二) 宣導重點如下，敬請各醫師公會協助轉知會員。

1. 本署特編製「特約醫事服務機構企業誠信」專案宣導教材，期藉由不實申領健保醫療費用案例，分享個案之緣起背景、究責處置及檢討等他山之石，提醒各特約醫事服務機構引以為鑑，進而共同提升服務倫理與團隊榮譽。

2. 醫療機構從業人員之職場工作，難免遭遇各類不同之考驗與壓力，其因應與選擇，關係專業倫理價值進退分寸之拿捏，期望本署與各醫事機構堅守各自崗位，以誠信及廉潔作為基礎，創造健保優質文化，提供國人安全信任之醫療資源及就醫環境。

## 二、辦理中區西醫基層總額監控小組 108 年第 3 次

(一) 依 108 年 9 月 5 日中區西醫基層總額監控小組 108 年第 3 次會議決議辦理。

(二) 啓動本方案源由

1. 為使醫療資源合理使用，本署自 107 年起將西醫門診復健列為抑制資源不當耗用管控方案之一，並訂定「西醫門診年復健次數>180 次之異常件數下降」為管理指標。
2. 近 5 年中區每人復健費用為全國最高，長期復健之人數占率、費用占率及每人單價亦為各分區之冠。
3. 另啓動長期復健之個案進行論人立意 1 年就醫資料專案審查，審查意見主要為「無積極復健需要仍長期且頻繁使用復健治療」而予核減，顯見病情長期穩定慢性化個案，中高强度且高頻次治療的合理性有待檢視。
4. 於 107 年針對復健業務進行隨機或 CIS 指標或論人回溯立意審查，共抽審了近 6 萬 5 千件，核減率達 30~38%，然若皆以審查為管理手段檢視其醫療資源使用適當性，將增加雙方行政成本，故擬定本方案進行長期復健管理，以簡化雙方行政作業。

(三) 實施原則

1. 本案所指長期復健為近 12 個月復健大於 150 次之病患，分為「151~180 次」及「大於 180 次」二階段，規範其復健治療之強度及頻率，設定管控單價上限取代長期復健個案之立意審查：
2. 同意加入本方案之診所，本組每月計算長期復健費用，如長期復健每人單價高於管控單價上限者，以管控單價上限

給付，超額逕予追扣以取代立意審查。另為考量特殊個案的需求，以全國長期復健人數占率為參考，設定管控人數閾值。

3. 不同意參加長期復健審查替代方案之診所，每人單價大於管控單價上限之長期復健個案全部採當月立意見人審查。

(四) 近期請中區分會轉知本方案實施辦法予執行復健業務之診所，同意參加者請於 11 月底前寄回同意書，並自 109 年 1 月起實施。

(五) 本組自 108 年 10 月起按月放置長期復健個案名單於 VPN，提供各診所自我管理參考。

### 三、自 108 年 9 月 1 日修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目

(一) 依衛生福利部 108 年 8 月 8 日以衛部保字第 1081260315 號令，發布修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，並自 108 年 9 月 1 日生效。

(二) 本次修正主要依據 108 年度全民健康保險醫療給付費用總額西醫基層部門協定結果，新增四項西醫診療項目。其增修訂重點如下(詳附件 1，P10-13)：

1. 西醫基層總額以 108 年「醫療服務成本指數改變率」增加之預算，調整支付點數：

(1) 調升西醫基層院所每位醫師每日門診量三十人次以下部分之門診診察費(第二部第一章基本診療)

(2) 調升基層院所之「淺部創傷處理」(編號 48001C~48003C)及「手術、創傷處置及換藥」(編號 48011C~48013C)六項診療項目之支付點數與醫院部門相同(第二部第二章第六節治療處置)。

2. 以「新醫療科技」預算新增醫療服務給付項目(第二部第二章特定診療)

3. 修正西醫診療項目之支付規範及適應症等(第二部第二章特定診療)

#### 四、「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」修訂事項

- (一) 自 108 年 10 月 1 日起擴大至給藥日份 7 日(含)以上，全部口服藥品類別(降血糖藥品含針劑)。保險醫事機構之當季重複用藥藥費 1,000 元(含)以上者，方核扣該藥費。
- (二) 新增虛擬代碼 R008:「醫師查詢雲端或 API 系統提示病人有重複用藥情事，經向病人確認後排除未領藥紀錄，其餘藥天數小於(含) 10 天開立處方，並於病歷中詳細記載原因備查」，自費用年月 108 年 9 月 1 日起生效。
- (三) 相關資料請至「健保資訊網服務系統(VPN)\下載專區\其它\保險對象用藥管理」參考。
- (四) 本署採取之配套措施如下：
  1. 自 108 年 8 月起回饋各醫療院所 108 年第 2 季起「門診全藥類藥品重複藥費虛擬核扣報表」，實施前按月持續回饋，以供醫療院所自我管理。
  2. 自 108 年 9 月起，健保醫療資訊雲端查詢系統跨院重複開立醫囑主動提示功能(API)回饋餘藥資訊範圍，擴大至門診全藥類。
  3. 持續宣導民眾用藥安全，提升民眾安全用藥意識。

#### 五、108 年「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」個案結案條件與用藥整合重點摘要

- (一) 108 年全民健康保險居家醫療照護整合計畫，已於 108 年 5 月 30 日公告，並自 6 月 1 日起實施。
- (二) 個案結案條件：居家西醫主治醫師未提供完整居家醫療照護，進行用藥整合(不含安寧療護階段):
  1. 居家西醫主治醫師應透過「健保醫療資訊雲端查詢系統」查詢病人近期之就醫與用藥資訊，於收案後 6 個月內完成用藥整合，若未完成整合者，應予結案。
  2. 本計畫修正前已收案之病人，應自本計畫修正公告後 6 個月內完成用藥整合，若未完成整合者，應予結案。
  3. 同一居家西醫主治醫師對前二款病人，於結案後一年內不得再申請提供居家醫療照護。

### (三) 用藥整合範圍與定義

1. 對象：計畫收案病人(不含安寧療護階段)。
2. 定義：收案滿6個月後，未於西醫門診(不含急診及照護團隊轉診之未開立藥品案件)就醫者。
3. 排除範圍
  - (1) Permethrin 外用製劑及 Ivermectin 兩項治療疥瘡用藥。
  - (2) 思覺失調症後線用藥：Clozapine。
  - (3) 免疫製劑：Etanercept、Adalimumab 等。
  - (4) 收案前個案非由收案院所申請事前審查同意之用藥(應於該藥品事前審查同意效期失效過後，由收案院所申請後再納入整合)。
  - (5) 失智症藥物及纖維肌痛之 Duloxetine、Pregabalin 等限定特定專科醫師處方藥品，已函請相關專科醫學會就放寬居家醫療訪視醫師處方提供意見，如未放寬將排除計算。

(四) 資訊回饋：每月1日將收案滿6個月未完成用藥整合之病人名單上傳VPN，院所端應於上傳日起7日內結案，未於7日內結案，系統將自動結案並產製報表通知收案團隊。

### 六、重申醫師出國及住院期間正確申報規定

- (一) 本署分析107年度計有72位醫師於出國期間及5位醫師於住院期間申報醫療費用。經與醫師確認多由代理醫師看診，申報系統未修正醫師代號所致，惟仍有少數無醫師看診仍開立藥品或執行診療案，此舉已明顯違反健保特約及管理辦法「未經醫師診斷逕行提供醫療服務」等規定。
- (二) 請醫師公會轉知會員，本案已列入例行性查檢，醫師請假期間未親自看診勿申報醫療費用，如由代理醫師看診，應正確申報該醫師代號；如預計出國或住院，可請病人提前回診開立藥品處方，並申報虛擬醫令代碼「R002：因醫師請假因素，提前回診，並留存醫師請假證明資料備查」。

### 七、107年中區西醫基層總額醫療品質資訊公開之異常指標檢討

- (一) 為精進我國整體醫療品質，提升醫療資訊公開透明度，本署

定期於全球公開資訊網公布「西醫基層總額整體性醫療品質資訊公開」報告供院所及民眾下載參考，並針對未達標之項目(與全國值或去年自身值比較)瞭解原因及加強輔導改善。

(二) 中區 107 年未達標之項目共計有 6 項，分別為「每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率」、「門診注射劑使用率」、「門診抗生素使用率」及「平均每張慢性病處方箋開藥日數」(指標 4、5、6)，其中「每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率」、「門診注射劑使用率」均為全國最高，資料詳如下表。(相關定義說明如附件 2，P14-23)

(三) 本組將提供前述各項指標中區 P90 以上偏離常模之院所名單，請中區分會協助輔導，輔導未改善者列入隨機抽審。

**表 107 年本組西醫基層品質指標未達標之項目**

指標名稱	107 年	106 年	全國值	屬性
1. 每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率	0.12%	0.13%	0.10%	負向
2. 門診注射劑使用率	0.61%	0.60%	0.55%	負向
3. 門診抗生素使用率	12.42%	11.95%	12.33%	負向
4. 平均每張慢性病處方箋開藥日數-糖尿病	27.13	27.18	27.25	正向
5. 平均每張慢性病處方箋開藥日數-高血壓	28.17	28.22	28.16	正向
6. 平均每張慢性病處方箋開藥日數-高血脂	28.04	28.07	28.01	正向

#### 八、修正健保卡就醫資料上傳檢核邏輯

(一) 為提昇健保卡上傳資料之正確性及完整性，本署於 108 年 9 月 13 日起修正門診醫療費用 (A31)、診療項目代號(A73)、天數 (A76)等欄位之檢核邏輯。109 年 1 月 1 日起如檢核有錯誤，該筆資料不收載進檔，為免影響健保卡資料上傳正確



率，請醫師公會鼓勵會員進行預檢作業。

(二) 作業路徑：VPN/健保卡就醫上傳檢核結果查詢/健保卡就醫資料上傳預檢資料上傳或健保卡就醫資料上傳預檢結果查詢。

(三) 檢核邏輯修正重點

1. 就醫類別 (A23) 為西醫門診、牙醫門診、中醫門診、急診、住院、門診轉診就醫、門診手術後之回診、住院患者出院之回診，且醫令類別 (A72) 不為空值時，門診醫療費用 (A31) 欄位不得為 0 或空白。
2. 診療項目代號 (A73) 欄位與藥品主檔、特材資料明細檔及支付標準主檔進行比對。
3. 醫令項目為藥品 (醫令類別為 1、2、A、B) 時，則天數 (A76) 欄位必填，且  $0 < \text{天數} \leq 92$ 。

#### 九、重申接受保險對象就醫時請院所確實核對保險對象身份，敬請醫師公會轉知會員

(一) 近來發現外籍勞工或大陸配偶借予親戚冒用健保卡就醫案件有日益增加之趨勢，前開未具投保資格人士卻使用健保資源，實對繳交保費之保險對象甚為不公平。

(二) 依據全民健康保險法第 69 條、全民健康保險醫療辦法第 3 及 7 條規定略以，保險對象至特約醫事機構就醫應繳驗健保卡及國民身分證或其他證明身分文件 (健保卡已足以辨識身分時，得免繳驗)，保險醫事服務機構亦應查核前開文件，有不符時，應拒絕其以保險對象就醫身分就醫；未經查核者，保險人得不予支付醫療費用；已領取醫療費用者，保險人應予追還。

(三) 健保資源有限，需各界共同協助維護珍惜，為避免非保險對象冒用他人健保卡就醫，不當占用健保資源，請保險醫事服務機構於接受保險對象就醫時，如未能由健保卡辨識身分，需配合依上開法規檢視國民身分證或其他證明身分文件，確實查核依法應繳驗之文件。

## 十、西醫基層總額點值 108 年第 1 季結算暨第 2 季預估報告

(一) 依本署 108 年第 3 次醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議決議，108 年第 1 季西醫基層結算各區點值(如下)，中區平均點值為 0.9753 排名第五。

分區別	浮動點值	平均點值	排名
台北	0.9044	0.9318	6
北區	0.9724	0.9780	3
中區	0.9686	0.9753	5
南區	1.0114	1.0050	2
高屏	0.9686	0.9778	4
東區	1.1149	1.0728	1
全署	0.9544	0.9675	

(二) 另本署預估 108 年第 2 季西醫基層各區點值(如下)，中區預估平均點值為 0.9507 排名第五。

分區別	浮動點值預估	平均點值預估	排名
台北	0.9138	0.9356	6
北區	0.9484	0.9627	3
中區	0.9322	0.9507	5
南區	0.9836	0.9883	2
高屏	0.9451	0.9609	4
東區	1.0925	1.0628	1
全署	0.9416	0.9575	

## 十一、西醫基層總額醫療費用申報概況報告(詳會議上報告)

決定：有關申報概況醫院部分將改以醫院各層級呈現。

肆、散會：14 時 10 分

## 衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：臺北市信義路3段140號  
傳真：(02)27069043  
承辦人及電話：宋兆喻(02)27065866轉3616  
電子信箱：a110995@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署中區業務組

發文日期：中華民國108年8月14日

發文字號：健保醫字第1080011317號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

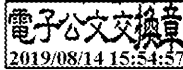
附件：如說明 (345349\_1080011317-1.pdf, 345349\_1080011317-2.pdf, 345349\_1080011317-3.pdf, 345349\_1080011317-4.pdf)

主旨：有關衛生福利部108年8月8日以衛部保字第1081260315號令，發布修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，並自中華民國一百零八年九月一日生效，請查照。

說明：檢附案內發布令影本、修正總說明、修正項目、條文對照表如附件1至4，請轉知各特約醫事服務機構知悉。

正本：本署各分區業務組

副本：本署醫務管理組、本署企劃組、本署資訊組（請協助刊登全球資訊網）、本署醫審及藥材組（均含附件）



## 衛生福利部 令

發文日期：中華民國108年8月8日

發文字號：衛部保字第1081260315號

附件：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目修正項目表  
(1081260315-1.pdf)



修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，  
並自中華民國一百零八年九月一日生效。

附修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療  
項目

# 部長陳時中

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準(以下稱本支付標準)之修正，為本(一百零八)年第五次修正。

本次修正主要依據一百零八年度全民健康保險醫療給付費用總額西醫基層部門協定結果，以一百零八年「醫療服務成本指數改變率」增加之預算用於調整本支付標準點數；以及一百零八年新醫療科技預算，新增四項西醫診療項目。其增修訂重點如下：

一、西醫基層總額以一百零八年「醫療服務成本指數改變率」增加之預算，調整支付點數：

(一)調升西醫基層院所每位醫師每日門診量三十人次以下部分之門診診察費(第二部第一章基本診療)

1.一般門診診察費(含山地離島地區)：每日門診量在三十人次以下部分，皆調升六點，並配合拆分相關項目，刪除原編號六項、增列新編號十二項。

2.精神科門診診察費：每日門診量在三十人次以下部分，皆調升六點，並配合拆分相關項目，刪除原編號四項、增列新編號八項。

3.配合前述修正，更新附表 2.1.3 至附表 2.1.6。

(二)調升基層院所之「淺部創傷處理」(編號 48001C~48003C)及「手術、創傷處置及換藥」(編號 48011C~48013C)六項診療項目之支付點數，與醫院部門相同(第二部第二章第六節治療處置)。

二、以「新醫療科技」預算新增醫療服務給付項目(第二部第二章特定診療)：

(一)第一節檢查：新增診療項目「鐳 223 治療處置費」(編號 26078A，21,430 點)及「肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變實驗室自行研發檢測(LDT)」(編號 30102B，6,755 點)等二項。

(二)第六節治療處置：新增診療項目「人工電子耳術後調圖(單耳)」(編號 54045B，1,311 點)及「分子吸附循環系統」(編號 58031A，

144,277 點)等二項。

### 三、修正西醫診療項目之支付規範及適應症等(第二部第二章特定診療)

(一)第一節檢查：修正「肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)」(編號 30101B)支付規範。

(二)第二節放射線診療：修正「固定模具之設計及製作(大)」(編號 37016B)及「固定模具之設計及製作(小)」(編號 37030B)等二項診療項目，備註增列支付點數包括技術費及材料費。

(三)第七節手術：

1.修正「前哨淋巴結摘除手術」(編號 63017B)及「標準腋下淋巴廓清術」(編號 70205B)等二項診療項目適應症，增列「黑色素瘤」及「鱗狀上皮細胞癌」。另配合「前哨淋巴結摘除手術」(編號 63017B)適應症之修正，於「第一項、皮膚」增列本項，並分別註明編號 63017B 為共同項目。

2.修正「經皮移除心臟內電極導線」(編號 68044A)支付規範。

3.«心房-肺動脈迴路成形術(大於六歲)」(編號 68033B)支付點數調整至與編號 68046B(六歲以下)相同，並配合刪除前二項編號，增列新編號 68056B。

### 四、牙醫(第三部)

(一)牙體復形：修正「銀粉充填一單面」(編號 89001C)等十三項診療項目支付規範，有關一定期間內再填補之規定，增列「以同一院所為限」，以臻明確。(第三部第三章第一節)

(二)口腔顎面外科：修正「牙齒外傷急症處理」(編號 92096C)之申報院所資格；增列「第二項、門診手術」，並將原列於「第一項、處置及門診手術」項下之「單純齒切除術」(編號 92015C)等十項診療項目移列至「第二項、門診手術」項下。(第三部第三章第四節)

(三)牙周病統合治療方案：修正通則三支付規範，補充 VPN 登錄相關規定(第三部第五章)。

### 五、其餘為診療項目或附表之文字修正。

## 附件 2

### (1150.01).門診注射劑使用率(總額品保方案)ICD10

(建置時間：101/09/04)

(103/03/28 定義修訂：

- (1)排除門診化療注射劑部分，建議修改為醫令代碼 37005B、37031B~37041B 或癌症用藥（藥品 ATC 碼前 3 碼為 L01，且醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2），取代原僅以醫令代碼 37005B、37031B~37041B 排除。
- (2)排除門診流感疫苗案件部分，改以 ATC 碼前 5 碼 J07BB，且醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2，取代原以案件分類 D2 排除。
- (3)新增全國+總額部門+特約類別、分區+總額部門、分區+總額部門+縣市別三項維度。
- (4)自費用年月 10201 起重新產製(日後若需重新產製 101 年(含)以前的歷史資料，仍需用舊定義進行產製)

(105/03/21 定義修訂：

- (1)風濕性關節炎病患使用之 etanercept、adalimumab 注射劑之 ATC 代碼更新 ETANERCEPT 原 L04AA11 更新為 L04AB01ADALIMUMAB 原 L04AA17 更新為 L04AB04。
- (2)自費用年月 10501 起重新產製。)

(106/05/24 定義修訂：

- (1)附表 1：10.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)。其資料處理定義由 39015A 改為 39015B
- (2)自費用年月 10601 起重新產製。)

(106/11/01 定義修訂：

- (1)新增西醫基層排除攜回使用藥物 ATC 碼  
附表 1.9：B02BD08、B02BD03  
附表 1.20：A10BJ01  
附表 1.21：A10BJ02  
附表 1.22：H05AA02  
附表 1.23：L03AB07  
附表 1.24：L03AB08  
附表 1.25：L03AX13
- (2)自費用年月 10607 開始產製。)

(107/03/15 定義修訂：

- (1)新增西醫醫院排除攜回使用藥物 ATC 碼  
附表 1.9：B02BD08、B02BD03  
附表 1.20：A10BJ01  
附表 1.21：A10BJ02  
附表 1.22：H05AA02  
附表 1.23：L03AB07  
附表 1.24：L03AB08  
附表 1.25：L03AX13

(2)自費用年月 10610 開始產製。)

- 分子：給藥案件之針劑藥品(排除附表藥物)案件數。
- 分母：給藥案件數。
- 資料範圍：1.門診(西醫基層+西醫醫院)。  
2.排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
- 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。
- 分母：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。
- 分子：醫令代碼為 10 碼，且第 8 碼為 2 案件數，但排除下列條件：
  - ※如附表 1 所列，因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品(醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2)。[排除該筆醫令]
  - ※門診化療注射劑：醫令代碼 37005B、37031B~37041B 或癌症用藥(藥品 ATC 碼前 3 碼為 L01，且醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2)。[排除整筆清單案件(DTL\_PKNO)]
  - ※急診注射劑：以急診為主，案件分類代碼為 02 碼。
  - ※流感疫苗：ATC 碼前 5 碼 J07BB，且醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2。[排除該筆醫令]
  - ※外傷緊處置使用之破傷風類毒素注射劑，TETANUS TOXOID ATC 碼：J07AM01，且醫令代碼為 10 碼且第 8 碼為 2。[排除該筆醫令]

附表 1：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。(藥品劑型代碼為 272)
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	ATC 碼： B03XA01 ERYTHROPOIETIN(如 Eprex、Recormon) B03XA02 DARBEPOETIN ALFA(如 Aranesp) B03XA03 METHOXY POLYETHYLENEGLYCOL-EPOETIN BETA(如 Mircera)



給付規定內容	資料處理定義
100mcg (如 Aranesp、Mircera) 為原則)。	
6.治療白血病使用之 $\alpha$ -interferon (至多攜回二週)	<b>ATC 碼：</b> <b>L03AB01 INTERFERON ALPHA NATURAL</b> <b>L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A</b> <b>L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B</b>
7.G-CSF(如 Filgrastim ; lenograstim)(至多攜回六天)(98/11/1)	<b>ATC 碼：</b> <b>L03AA02 FILGRASTIM</b> <b>L03AA10 LENOGRASTIM</b>
8.生長激素(human growth hormone) (至多攜回一個月)。	<b>ATC 碼：</b> <b>H01AC01 SOMATOTROPIN</b>
<p>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。(86/9/1、92/5/1)</p> <p>第4節血液治療藥物 4.2.2. 繞徑治療藥物(活化的第七因子 rVIIa, 如 NovoSeven 和活化的凝血酶原複合物濃縮劑 APCC, 如 Feiba):門診之血友病人得攜回二~三劑量繞徑治療藥物備用,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。醫療機構、醫師開立使用血液製劑時,應依血液製劑條例之規定辦理。(103/4/1)</p>	<b>ATC 碼：</b> <b>B02BD02 FACTOR VIII</b> <b>B02BD04 FACTOR IX</b> <b>B02BD08 EPTACOG ALFA (ACTIVATED)(如 NovoSeven)</b> <b>B02BD03 FACTOR VIII INHIBITOR BYPASSING ACTIVITY(如 Feiba)</b>
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(39015B--TPN)限區域醫院以上層級申報,故基層診所不應申報。
<p>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 30mg (如 Somatuline) 每次注射間隔兩週(88/6/1), octreotide LAR(如 Sandostatin LAR Microspheres for</p>	<p>同時符合下列條件：</p> <p>1.當次就醫診斷代碼 ICD_10_CM 前 4 碼為： E220 Acromegaly and gigantism</p> <p>2.ATC 碼： <b>H01CB02 OCTREOTIDE</b> <b>H01CB03 LANREOTIDE</b></p>

給付規定內容	資料處理定義
Inj.)每次注射間隔四週。	
12.結核病病人持回之 streptomycin、kanamycin 及 enviomycin 注射劑 (至多攜回二週)。	1.當次就醫診斷代碼(主診斷)ICD_10_CM 前四碼為 A150(肺結核相關診斷)： 2.ATC 碼： <b>J01GA01 STREPTOMYCIN</b> <b>J01GB04 KANAMYCIN</b>
13.抗精神病長效針劑(至多攜回一個月)。	<b>ATC 碼前四碼為 N05A ANTIPSYCHOTICS</b>
14.低分子量肝凝素注射劑：金屬瓣膜置換後之懷孕病患，可准予攜回低分子量肝凝素注射劑自行注射，但給藥天數以不超過兩週為限。	<b>ATC 碼前五碼為 B01AB Heparin group</b>
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)	<b>ATC 碼：</b> <b>N04BC07 APOMORPHINE</b>
16.罹患惡性貧血 (pernicious anemia) 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)	同時符合下列條件： 1.當次就醫診斷代碼(主診斷)ICD_10_CM 為：D510 (惡性貧血)、D511-D519(維生素 B 12 缺乏性貧血) 2.ATC 碼前五碼為 <b>B03BA VITAMIN B12 (CYANOCOBALAMIN AND ANALOGUES)</b>
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)	<b>ATC 碼：</b> <b>L03AC01 ALDESLEUKIN</b>
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)	<b>ATC 碼：</b> <b>L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A</b> <b>L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B</b> <b>L03AB09 INTERFERON ALFACON-1</b> <b>L03AB10 PEGINTERFERON ALPHA-2B</b> <b>L03AB11 PEGINTERFERON ALPHA-2A</b>

給付規定內容	資料處理定義
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)	同時符合下列條件： 1.當次就醫診斷代碼(主診斷)ICD_10_CM 為： 類風濕性關節炎:M05-M06 2.ATC 碼： <b>L04AB01 ETANERCEPT</b> <b>L04AB04 ADALIMUMAB</b>
20.含 exenatide 成分注射劑。 (103/9/1)	ATC 碼：A10BJ01
21.含 liraglutide 成分注射劑。 (103/9/1)	ATC 碼：A10BJ02
22.含 teriparatide 成分注射劑。 (103/9/1)	ATC 碼：L03AB07
23.含 interferon beta-1a 成分注射劑。 (103/9/1)	ATC 碼：L03AB08
24.含 interferon beta-1b 成分注射劑。 (103/9/1)	ATC 碼：L03AX13
25.含 glatiramer 成分注射劑。 (103/9/1)	ATC 碼：L03AX13

- 運算範圍：每月
- 展現維度：維度間可向上累加
  - 1.全國
  - 2.全國+總額部門
  - 3.全國+總額部門+特約類別
  - 4.分區
  - 5.分區+總額部門
  - 6.分區+總額部門+特約類別
  - 7.分區+總額部門+縣市別
  - 8.分區+院所
- 指標位置：01.醫療服務指標→01.各總額別→01.醫院總額  
01.醫療服務指標→01.各總額別→02.西醫基層總額  
01.醫療服務指標→02.品質確保方案→01.醫院總額  
01.醫療服務指標→12.其他醫療品質監控管理指標→01.用藥安全管理

(1139). {1139,1140,1141} 抗生素使用率(門診及急診)

(建置時間：100/05/06)

- 分子 1(1139)：門診及急診給藥案件之抗生素藥品案件數
- 分子 2(1140)：門診給藥案件之抗生素藥品案件數
- 分子 3(1141)：急診給藥案件之抗生素藥品案件數
- 分母 1(1139)：門診及急診給藥案件數
- 分母 2(1140)：門診給藥案件數
- 分母 3(1141)：急診給藥案件數
  
- 資料範圍：門診(西醫基層+西醫醫院)
- 此指標資料於本署倉儲系統產製。
- 此指標資料自統計期間 97 年開始產製。
  
- 分母：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。
  
- 分子：分母案件中，使用抗生素藥品之案件數  
    ※抗生素藥品：ATC 碼前三碼為 J01 (ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE)。
  
- 案件分類：「02」為西醫急診，其餘視為門診。
  
- 運算範圍：月
  
- 展現維度：維度間可向上累加
  - 1.全國
  - 2.分區
  - 3.分區+總額部門+特約類別
  - 4.分區+院所
  - 5.分區+院所+醫師
  
- 指標位置：01.醫療服務指標→01.各總額別→01.醫院總額  
    01.醫療服務指標→01.各總額別→02.西醫基層總額  
    01.醫療服務指標→02.品質確保方案→01.醫院總額  
    01.醫療服務指標→02.品質確保方案→02.西醫基層總額

(1749). 每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率

(建置時間：103/11/25)

※ 指標背景：103 年「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」新增指標。

- 分子1(1749)：分母案件中藥品品項數 $\geq$ 10項之案件數
- 分母1(1749)：給藥案件數

□ 資料範圍：

- 1.門診(西醫基層+西醫醫院)。
- 2.排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
- 3.排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。
- 4.排除「補報原因註記」為 2(補報部分醫令或醫令差額)之案件。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 101 年開始產製。

□ 分母 1：給藥案件數。

□ 分子 1：分母案件中藥品品項數 $\geq$ 10 項之案件數。

※ 藥品品項數：醫令類別 1 或 4 且醫令代碼為 10 碼且醫令數量  $>0$ ，取同處方下同醫令代碼歸戶數。

➤ 運算範圍：月 (報表呈現可累加至季，年資料則在年報呈現)

➤ 提供維度：維度間可累加

1. 全國
2. 全國+特約類別
3. 分區
4. 分區+縣市別
5. 分區+總額部門
6. 分區+總額部門+特約類別
7. 分區+院所
8. 分區+院所+科別
9. 分區+院所+醫師

➤ 指標位置：01.醫療服務指標→01.各總額別→01.醫院總額

01.醫療服務指標→01.各總額別→02.西醫基層總額

01.醫療服務指標→02.品質確保方案→01.醫院總額

01.醫療服務指標→02.品質確保方案→02.西醫基層總額

## (1169).{1169,1170,1171}平均每張慢性病疾病別處方箋每月開藥天數

### ICD10

(建置時間：100/07/06)

(101/09/04 定義修訂：新增全國維度，已產製之歷史資料則由累加方式補上全國維度)

(106/05/19 定義修訂：(1)修改分母定義：次診斷有出現該慢性病且有開立該慢性病治療藥物，取代次診斷為該慢性病且有給藥。(2)自統計期間105年起重新產製。)

(107/01/08 定義修訂：(1)因降血糖藥品成分之 ATC7 碼變更，藥品主檔於 106/09/26 更新，故降血糖藥物範圍新增 A10BK。(2)自統計期間 10607 起重新產製。)

※指標背景：99 年西醫基層品質確保方案專業醫療服務品質指標項目與監測值檢討修訂，俟報署核定後，取代原「1070:平均每張慢性病連續處方箋開藥天數」

■ 分子 1(1169)：開立慢性病糖尿病處方箋案件給藥日份加總

■ 分子 2(1170)：開立慢性病高血壓處方箋案件給藥日份加總

■ 分子 3(1171)：開立慢性病高血脂處方箋案件給藥日份加總

■ 分母 1(1169)：開立慢性病糖尿病處方箋案件給藥次數加總

■ 分母 2(1170)：開立慢性病高血壓處方箋案件給藥次數加總

■ 分母 3(1171)：開立慢性病高血脂處方箋案件給藥次數加總

□ 資料範圍：1.門診(西醫基層+西醫醫院)。

2.排除「補報原因註記」為 2(補報部分醫令或醫令差額)之案件。

□ 此指標資料於本署倉儲系統產製。

□ 此指標資料自統計期間 9901 開始產製。

□ 分母 1：屬慢性病定義者，且其「主診斷有出現糖尿病且有給藥」或「次診斷有出現糖尿病且有開立降血糖藥物」，且為慢性病處方箋的案件則納入統計。

□ 分母 2：屬慢性病定義者，且其「主診斷有出現高血壓且有給藥」或「次診斷有出現高血壓且有開立降血壓藥物」，且為慢性病處方箋的案件則納入統計。

□ 分母 3：屬慢性病定義者，且其「主診斷有出現高血脂且有給藥」或「次診斷有出現高血脂且有開立降血脂藥物」，且為慢性病處方箋的案件則納入統計。

※慢性病定義：主診斷為糖尿病、高血壓或高血脂。

※慢性病處方箋：案件分類=04、08，排除給藥日份<3。

※給藥：藥費不為0，或給藥日份不為0，或處方調劑方式為1、0、6其中一種。

※給藥日份：以門診清單明細檔的給藥日份(DRUG\_DAYS)欄位計算。

※糖尿病：診斷碼前三碼為E08-E13者。

※高血壓：診斷碼前三碼為I10、I11、I12、I13者。

※高血脂：診斷碼前三碼為E78者。

※降血糖藥物：ATC前五碼為A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、A10BK。

※降血壓藥物：ATC前3碼為C07(排除C07AA05)或ATC前5碼為C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA。

※降血脂藥物：ATC前5碼為C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX。

□ 分子1：分母1案件的給藥日份加總。

□ 分子2：分母2案件的給藥日份加總。

□ 分子3：分母3案件的給藥日份加總。

※給藥日份：以門診清單明細檔的給藥日份(DRUG\_DAYS)欄位計算。

□ 範例1：有一案件其主診斷為糖尿病、次診斷(一)為高血壓、次診斷(二)為高血脂，給藥7天，則：

分母1=1、分母2=1、分母3=1

分子1=7、分子2=7、分子3=7

範例2：有一案件其主診斷為糖尿病、次診斷(一)為糖尿病、次診斷(二)為糖尿病，給藥7天，則：

分母1=1、分母2=0、分母3=0

分子1=7、分子2=0、分子3=0

範例3：有一案件其主診斷為高血脂、次診斷(一)為痛風、次診斷(二)為高血壓，給藥7天，則：

分母1=0、分母2=1、分母3=1

分子1=0、分子2=7、分子3=7

範例4：有一案件其主診斷為痛風、次診斷(一)為高血脂、次診斷(二)為高血壓，給藥7天，則：

分母1=0、分母2=0、分母3=0

分子1=0、分子2=0、分子3=0

=>因不屬慢性病定義者。

- 運算範圍：月
- 展現維度：維度間可向上累加
  - 1.全國
  - 2.全國+總額部門
  - 3.分區+總額部門
  - 4.分區+總額部門+特約類別
  - 5.分區+院所
- 指標位置：01.醫療服務指標→01.各總額別→01.醫院總額  
01.醫療服務指標→01.各總額別→02.西醫基層總額  
01.醫療服務指標→02.品質確保方案→02.西醫基層總額  
01.醫療服務指標→12.其他醫療品質監控管理指標→03.  
就醫次數管理
- 報表格式：以標準報表格式呈現，並於一張報表同時呈現三個分子/  
分母/指標值。