

➤ 005-基層診所病患當月就診超過10次以上

[最新公告停止辦理起日111年7月1日(費用年月)；最初實施起日95年10月1日(費用年月)]

- 005指標版本：停止辦理起日 111年7月1日(費用年月)停止辦理

指標名稱	005-基層診所病患當月就診超過10次以上 (本指標刪除)
實施目的	減少不當之重複申報
指標定義	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。 2. 排除條件： (1) 診察費為0。 (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）。 (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）。 (4) 血友病患者（主診斷符合 ICD-10-CM 為 D689）。 (5) 癌症疼痛控制（部分負擔代碼為001且 ICD-9-CM 主診斷前3碼為140~239；ICD-10- CM/PCS C00-D49）。 (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）。 (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、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。 $\text{不予支付點數} = (\text{當月就診10次以上病患總就診次數} - \text{當月就診10次以上病患人數} * 10) \div (\text{當月就診10次以上病患總就診次數} * (\text{當月就診10次以上病患申報之診察費}))$
停止辦理起日	111年7月1日(費用年月)停止辦理