

南區西醫基層專業審查指標

104 年 6 月 10 日 104 年西醫基層醫療服務審查南區共管會議第 2 次會議提案討論通過

一、每季專業審查院所篩選說明：

1. 每月送審家數比例約申報家數 25%以下，抽審指標分必審指標及權重積分指標。
2. 符合必審指標其中一項，該季須接受審查。其餘依權重積分指標排序，自積分高者補足上列家數審查。
3. 自 104 年第 3 季開始實施。

二、必審指標：

序	必審指標名稱及操作定義
1	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 36~40、44~45 條者、核減率大於 20%、檢舉或申訴經查證屬實者、經實地審查結果、檔案分析專案管理、程序審查須追蹤項目等，專業審查建議追蹤或西醫基層醫療服務審查南區共管會議決議審查之診所。
2	新特約院所，隨機抽樣專業審查 12 個月。若負責醫師有親自全程參加新特約院所講習者，得改隨機抽樣專業審查 9 個月。
3	未於費用年月次月 20 日之前申報。補報案件以逐案審查為原則。
4	每家診所每 9-12 個月至少需進行一次(含)以上專業審查。
5	前前季平均每月醫療費用大於 350 萬點(含交付費用)，或前季執業執照登記之專科醫師科別 5 科(含)以上，隨機抽樣方式採論人歸戶抽樣，且需檢附 6 個月病歷(含首頁)。
6	當月平均每張處方用藥品項大於 5 項。

三、權重積分指標：(資料期間「前前季」指抽審 104Q3 時以 104Q1 為資料期間，

其餘指標操作型定義詳見附件)

序	指標類別	指標名稱	資料期間	指標閾值	正/負向指標	權重分數
1	就醫可近性	就醫人數成長率	前前季與去年同期比	75~84 百分位 85~94 百分位 95+百分位	正向	-1 -2 -3
2	品質	糖尿病醫療給付改善方案年度累計照護率	前前季	80~89 百分位 90+百分位	正向	-1 -2
3	品質	乙類安寧居家療護醫事人員資格及申辦社區安寧照護服務	前季	申請辦理 新增收案	正向	-1 -3

4	品質	雲端藥歷系統查詢率	前前季	60~74% 75~89% 90+%	正向	-1 -2 -3
5	品質	即時查詢病患就醫資訊方案	前季	參加	正向	-2
6	品質	協助民眾下載健康存摺	前季	院所官網設定連結「健康存摺」網站	正向	-2
				協助民眾下載並造冊(≥20 人/季)		-2
7	品質	執行專業審查作業紙本病歷替代方案	前季	以該方案進行專業審查者	正向	-2
8	品質	ICD-10-CM/PCS 申報作業檢核	前季	完成 ICD-10-CM/PCS 預檢作業者	正向	-2
9	品質	同一院所門診用藥日數重複率_季	前前季	75~84 百分位 85~94 百分位 95+百分位	負向	1 2 3
10	價	每位病人平均復健治療費用	前前季	75~84 百分位 85~94 百分位 95+百分位	負向	1 2 3
11	價	分科平均每件診療費	前前季	75~84 百分位 85~94 百分位 95+百分位	負向	1 2 3
12	價	分科平均每日藥費	前前季	75~84 百分位 85~94 百分位 95+百分位	負向	3 4 5
13	價	同期藥費成長率	前前季 與去年 同期比	75~84 百分位 85~94 百分位 95+百分位	負向	3 4 5
14	價	同期平均每件醫療費用成長率	前前季 與去年 同期比	75~84 百分位 85~94 百分位 95+百分位	負向	1 2 3
15	價	分科每位病人平均醫療費用	前前季	75~84 百分位 85~94 百分位 95+百分位	負向	1 2 3

16	量	就醫病人門診月平均就醫次數 (分科閾值參考備註 2 附表)	前前季	\geq 閾值且 $<$ 閾值+0.1 \geq 閾值+0.1	負向	3 5
17	量	同期件數成長率	前前季 與去年 同期比	75~84 百分位 85~94 百分位 95+百分位	負向	3 4 5
18	量	思覺失調醫療治療執行比率	前前季	50~59 百分位 60~69 百分位 70~79 百分位 80~89 百分位 90+百分位	負向	1 2 3 4 5

備註：

- 依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 22 條規定，保險人得就保險醫事服務機構申報醫療費用案件進行分析，依分析結果，得免除抽樣審查、減少隨機抽樣審查件數、增加立意抽樣、加重審查或全審。爰此，除非檔案分析未落入抽樣審查項目，始得免除抽樣審查（然仍須進行程序審查），否則皆應依規定進行抽樣專業審查。
- 附表：各科平均就醫次數抽審閾值：

科別	項目	閾值
01	家庭醫學科	1.69
02	內科	1.60
03	外科	1.75
04	小兒科	1.79
05	婦產科	1.70
06	骨科	1.63
07	神經外科	1.47
08	泌尿科	1.59
09	耳鼻喉科	1.50
10	眼科	1.24

科別	項目	閾值
11	皮膚科	1.36
12	神經科	1.50
13	精神科	1.49
14	復健科	1.47
15	整形外科	1.36
AA	消化內科	1.54
AB	心臟血管內科	1.23
AD	腎臟內科	1.24
AE	風濕免疫科	1.58
AG	內分泌科	1.47

南區西醫基層專業審查指標操作型定義

二、必審指標：

序	指標名稱	操作型定義	備註
5	前前季平均每月醫療費用大於 350 萬點(含交付費用)	1 醫療費用計算欄位： (1)診所、病理中心：申請點數+部份負擔—藥事服務費。 (2)藥局：藥費。 (3)物理治療所、醫檢放射機構：申請點數+部份負擔。 2 排除案件分類： (1)診所：A1、A2、A3~A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2。 (2)藥局：5。 (3)醫事檢驗放射機構：2。 3 藥局、物理治療所、醫檢放射機構等交付機構排除原處方案件分類：A1、A2、A3~A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2。	VPN803
6	當月平均每張處方用藥品項大於 5 項(醫療費用審查管控平台)	※step1.指標排除條件： (1)重大傷病:部分負擔代碼為 001。 (2)慢性病:案件分類為 04、05、06、08，或藥品給藥日份>14 天。 (3)代辦案件:案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、D1、D2、HN。 (4)急診案件:案件分類為 02。 (5)整合照護方案之案件:整合式照護計畫註記為 A、B、D、E、K、L、M。 (6)立刻使用(STAT)及需要時使用(PRN)之藥品。 (7)醫療給付改善方案及試辦計畫:案件分類為 E1。 ※step2.給藥案件之認定：醫令類別 1 或 4，且醫令代碼為 10 碼。每筆清單視為 1 件。 ※step3.用藥品項數之計算：依藥品代碼歸戶計算之項數。	CIS03002

三、權重積分指標：

序	指標名稱	操作型定義	備註
1	就醫人數成長率	分子：當季就醫人數總和-去年同季就醫人數總和。 分母：去年同季總就醫人數。 去年同季≤100 人之院所不列入計算。	VPN287
2	糖尿病醫療給付改善方案年度累計照護率	分子：申報醫令代碼前 3 碼為 P14 之人數。 分母：符合收案條件(同院就醫間隔 90 天)之門診主診斷為 250 之人。	VPN568

4	雲端藥歷系統查詢率	分子：查詢人數總和。 分母：總就醫病人數。	VPN1485
6	協助民眾下載健康存摺	請於院所官網首頁設「健康存摺」連結 協助民眾下載健康存摺資料並造冊(如附件) 送本署備查(≥20 人/季)	
8	ICD-10-CM/PCS 申報作業檢核	於本署「健保資訊網服務系統 (VPN)」之 「ICD-10-CM/PCS 預檢醫療費用申報資料上傳」作業區，依現行醫療費用申報格式申報， 並通過預檢檢核，符合獎勵之院所。	
9	同一院所門診用藥日數重複率_季	分子：按[院所、ID、總額部門]歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份總和 分母：給藥案件之總給藥日份 1. 排除 04, 08 案件 2. 分母≤300 者不列入計算	VPN77.3
10	每位病人平均復健治療費用	分子：該診所復健醫令點數總和。 分母：該診所總復健醫令申報人數。 同儕區分為復健專科及非復健專科。	
11	分科平均每件診療費	分子： (1)加總西醫基層診所門診的「診療處置費」 以及診所釋出至特約物理治療所、特約醫事檢驗放射機構之「診療費點數」。 (2)特約物理治療所、特約醫事檢驗放射機構之「診療費點數」，按[原釋出處方機構、科別、原案件分類]歸戶後回歸原釋出診所。 (3)西醫基層門診案件分類、特約物理治療所與特約醫事檢驗放射機構之原案件分類，均排除「A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、C1、E1」、特約物理治療所案件分類排除「1」。 分母：案件分類排除：「A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、C1、E1」。 1. 分科方式：家醫科系(01、23)、內科系(02, 12, 2A, 2B 及內科次專科 A*, 22)、外科系(03, 07, 08, 15 及外科次專科 B*)、小兒科(04)、婦產科(05)、骨科(06)、耳鼻喉科(09)、眼科(10)、皮膚科(11)、精神科(13)、復健科(14)。 2. 季件數總和≤100 件者不列入計算。	VPN802
12	分科平均每日藥費	1. 分科方式：家醫科系(01、23)、內科系(02, 12, 2A, 2B 及內科次專科 A*, 22)、外科系(03, 07, 08, 15 及外科次專科 B*)、小兒科(04)、婦產科(05)、骨科(06)、耳鼻喉科(09)、眼科(10)、皮膚科(11)、精神科(13)、復健科(14)。 2. 排 B6、B7、B9、HN 案件，以及排除非 HN 案件克流感藥費。 3. 交付藥局藥費及用藥日份併入計算。 4. 診所交付案件(門診處方調劑方式為 1 者)用藥日份不列入計算。	

		5. 季件數總和≤100 件者不列入計算。	
13	同期藥費成長率	藥費加總(含交付藥局藥費)	
14	同期平均每件醫療費用成長率	<p>1 醫療費用計算欄位：</p> <p>(1)診所、病理中心：申請點數＋部份負擔－藥事服務費。</p> <p>(2)藥局：藥費。</p> <p>(3)物理治療所、醫檢放射機構：申請點數＋部份負擔。</p> <p>2 排除案件分類：</p> <p>(1)診所：A1、A2、A3~A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2。</p> <p>(2)藥局：5。</p> <p>(3)醫事檢驗放射機構：2。</p> <p>3 藥局、物理治療所、醫檢放射機構等交付機構排除原處方案件分類：A1、A2、A3~A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2。</p>	VPN803
15	分科每位病人平均醫療費用	<p>1. 分科方式：家醫科系(01、23)、內科系(02, 12, 2A, 2B 及內科次專科 A*, 22)、外科系(03, 07, 08, 15 及外科次專科 B*)、小兒科(04)、婦產科(05)、骨科(06)、耳鼻喉科(09)、眼科(10)、皮膚科(11)、精神科(13)、復健科(14)。</p> <p>2. 醫療費用計算欄位：</p> <p>(1)診所、病理中心：申請點數＋部份負擔－藥事服務費。</p> <p>(2)藥局：藥費。</p> <p>(3)物理治療所、醫檢放射機構：申請點數＋部份負擔。</p> <p>3. 排除案件分類：</p> <p>(1)診所：A1、A2、A3~A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2。</p> <p>(2)藥局：5。</p> <p>(3)醫事檢驗放射機構：2。</p> <p>4. 藥局、物理治療所、醫檢放射機構等交付機構排除原處方案件分類：A1、A2、A3~A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2。</p>	VPN803
16	就醫病人門診月平均就醫次數(歸屬申報最多件數之科別)	<p>分子：季件數總和。</p> <p>分母：月人數季總計。</p> <p>1. 排除案件分類為 08、A1、A2、A3、A4、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2。</p> <p>2. 排除診察費為 0 之案件。</p>	VPN487
17	同期件數成長率	排除 A1、A2、A3~A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2 案件。	
18	思覺失調醫療治療執行比率	<p>分子：思覺失調醫療治療醫令數總和。</p> <p>分母：總申報件數。</p>	

※院所官網首頁設「健康存摺」連結方式

為推廣本署 104 年重要政策「健康存摺」，請協助於貴院所全球資訊網設置連結，至本署「健康存摺」網站，以利民眾下載使用。

1.「健康存摺」圖檔：

至本署全球資訊網(<http://www.nhi.gov.tw/>)，按右鍵存取即可。



2. 設定「超連結」至健康存摺網站 <https://med.nhi.gov.tw/ihke000/IHKE0100S01.aspx>



備註：連結設定完成後，請回電告知本組費用科承辦人員。

____年____月至____月協助民眾下載健康存摺清冊

序號	姓名	身分證字號	出生日期	申請日期
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

備註：本清冊填妥後，請隨總表寄至費用承辦人員。

醫事機構代碼：_____

醫事機構名稱：_____

診所負責醫師簽章：

醫院或診所方型印章：