西醫基層總額醫療服務審查管理項目115年10月（費用年月）

壹、 管理類

項次	指標代碼	指標名稱	抽審期間	抽審
1	A1	最近3個月內違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法，處分確定：第37條者（不含第二款）。	3個月	必審
2	A2	最近3個月內違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法： 第37條第二款（未經醫師診斷逕行提供醫事服務）、38、39、40條者。	「論人隨機」抽審3個月	必審
3	A3	經查核、申訴或其它疑有異常成案者，列入指定加強審查院所。	抽審1~3個月	必審
4	A4	終止合約院所。	(一)自接獲醫務管理科通知當月起至合約迄月止。 (二)排除條件：如有特殊原因無法配合抽審者(例：負責醫師死亡、重症或無法執行業務者)，得經臺北分會同意並函請臺北業務組取消抽審。	必審
5	A5	新特約院所。	(一)自特約起月送審6個月 (二)自特約起月第7-12月，已核定最近3個月之平均核減率＞5%院所	必審
6	A6	經專業審查或檔案分析疑有異常院所。	依審查醫師意見或檔案分析結果辦理	必審
7	A7	當月醫療費用於次月底以後申報院所。	當月送審	必審
8	A8-1	每一院所原則上每兩年至少應予抽樣審查一次。	(一)送審1個月。 (二)必要條件：	必審

項次	指標代碼	指標名稱	抽審期間	抽審
			1、健保特約連續達5年以上(含)之院所(註：費用年月-原始合約年月≧60【5年】)，且負責醫師皆為同一人。 2、近5年無全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法違規之處分(包含扣減、停止特約、終止特約)。 3、未落入共管會議制定之「西醫基層總額醫療服務審查管理項目(A8指標除外)」。 4、前一年度專業審查月平均點數核減率＜10%。	
	A8-2	每一院所原則上每年度至少應予抽樣審查一次。	送審1個月，不符 A8-1任一條件之院所，每年度應予抽審1次	必審
9	A9	專業審查核減率>20%。	連續抽審3個月	必審

貳、醫療利用類-醫療費用占率

項次	指標代碼	項目名稱	權值分數	條件說明	抽審方式	抽審家數
10	B1	整體醫療點數申報前10名院所。【7,095,779】 ※採「論人歸戶」隨機抽樣審查	15	(一)115年8月整體醫療點數＝申請點數＋部分負擔金額。 (二)包含院所釋出處方費用。 (三)總額外、代辦及醫療資源不足地區案件（案件分類=A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、C5、D1、D2、D4、DF)、依規定申報承接醫院轉診、居整、在宅急症照護計畫案件、C 肝藥品、12185C、胰島素注射藥品及門診靜脈抗生素方案診療醫令之費用，不列入統計。	論人隨機	10
11	B2	精神科院所整體醫療點數高於同儕70(含)百分位。【1,263,778】	15	(一)精神科院所同儕定義：院所申報精神科之醫療點數占該院所整體醫療點數>50% (二)115年8月醫療點數＝申請點數＋部分負擔金額。 (三)包含院所釋出處方費用。 (四)總額外、代辦及醫療資源不足地區案件（案件分類=A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、C5、D1、D2、D4、DF)、依規定申報承接醫院轉診、居整、在宅急症照護計畫案件、C 肝藥品、12185C、胰島素注射藥品及門診靜脈抗生素方案診療醫令之費用，不列入統計。	論件隨機	32
12	B3	復健科院所整體醫療點數高於同儕70(含)百分位。【2,255,764】 ※採「論人歸戶」隨機抽樣審查	15	(一)復健科院所同儕定義：申報復健科之醫療點數>50萬點 (二)115年8月醫療點數＝申請點數＋部分負擔金額。 (三)包含院所釋出處方費用。 (四)總額外、代辦及醫療資源不足地區案件（案件分類=A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、C5、D1、D2、D4、DF)、依規定申報承接醫院轉診、居整、在宅急症照護計畫案件、C 肝藥品、12185C、胰島素注射藥品及門診靜脈抗生素方案診療醫令之費用，不列入統計。	論人隨機	48

項次	指標代碼	項目名稱	權值分數	條件說明	抽審方式	抽審家數
32	B6	泌尿科院所整體醫療點數高於同儕70(含)百分位。 【774,737】	15	(一) 泌尿科院所同儕定義：院所申報泌尿科之醫療點數占該院所整體醫療點數>50% (二)115年8月醫療點數＝申請點數＋部分負擔金額。 (三)包含院所釋出處方費用。 (四)總額外、代辦及醫療資源不足地區案件（案件分類=A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、C5、D1、D2、D4、DF)、依規定申報承接醫院轉診、居整、在宅急症照護計畫案件、C 肝藥品、12185C、胰島素注射藥品及門診靜脈抗生素方案診療醫令之費用，不列入統計。	論件隨機	8
13	B4	醫師申報醫療點數最高前20名院所(含跨基層院所)。 【2,910,874】 ※採「論人歸戶」隨機抽樣審查	15	(一)115年8月醫師醫療點數＝申請點數＋部分負擔金額。 (二)包含醫師釋出處方費用。 (三)以該醫師主要執業院所為抽審對象。 (四)總額外、代辦及醫療資源不足地區案件（案件分類=A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、C5、D1、D2、D4、DF)、依規定申報承接醫院轉診、居整、在宅急症照護計畫案件、C 肝藥品、12185C、胰島素注射藥品及門診靜脈抗生素方案診療醫令之費用，不列入統計。	論人隨機	16
14	B5	整體醫療點數高於同儕98(含)百分位。【3,795,637】	9	(一)115年8月整體醫療點數＝申請點數＋部分負擔金額。 (二)包含院所釋出處方費用。 (三)總額外、代辦及醫療資源不足地區案件（案件分類=A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、C5、D1、D2、D4、DF)、依規定申報承接醫院轉診、居整、在宅急症照護計畫案件、C 肝藥品、12185C、胰島素注射藥品及門診靜脈抗生素方案診療醫令之費用，不列入統計。	論件隨機	54

參、醫療利用類-成長率指標

項次	指標代碼	項目名稱	權值分數	條件說明	抽審方式	抽審家數
15	C1	整體醫療點數高於同儕95(含)百分位，且整體醫療點數增加20萬點。【3,114,698】	6	(一)115年8月整體醫療點數＝申請點數＋部分負擔金額。 (二)平均每日醫療點數增加＝【(115年8月醫療點數/看診天數)－(114年8月醫療點數/看診天數)】。 (三)平均每日醫療點數成長率＝平均每日醫療點數增加/(114年8月醫療點數/看診天數)。 (四)包含院所釋出處方費用。 (五)總額外、代辦及醫療資源不足地區案件（案件分類=A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、C5、D1、D2、D4、DF)、依規定申報承接醫院轉診、居整、在宅急症照護計畫案件、C肝藥品、12185C、胰島素注射藥品及門診靜脈抗生素方案診療醫令之費用，不列入統計。	論件隨機	25
16	C2	(一)整體醫療費用>100萬點(月)，且整體醫療點數成長>30萬點，且平均每日醫療點數成長率>10%。	9	(一)115年8月整體醫療點數＝申請點數＋部分負擔金額。 (二)整體醫療點數成長率=(115年8月醫療點數－114年8月醫療點數）/114年8月醫療點數。 (三)平均每日醫療點數成長率=【(115年8月醫療點數/看診天數)－(114年8月醫療點數/看診天數)】/(114年8月醫療點數/看診天數)。 (四)包含院所釋出處方費用。 (五)總額外、代辦及醫療資源不足地區案件（案件分類=A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、C5、D1、D2、D4、DF)、依規定申報承接醫院轉診、居整、在宅急症照護計畫案件、C肝藥品、12185C、胰島素注射藥品及門診靜脈抗生素方案診療醫令之費用，不列入統計。	論件隨機	62
17		(二)60萬點＜整體醫療點數≦100萬點（月），且整體醫療點數成長率>20%，且平均每日醫療點數成長率>20%。	3			

項次	指標代碼	項目名稱	權值分數	條件說明	抽審方式	抽審家數
18	C3	整體醫療點數≧60萬且診療點數≧20萬，且診療點數成長>20萬點，且平均每日醫療點數成長率>15%。	6	(一)115年8月醫療點數＝申請點數＋部分負擔金額。 (二)診療點數成長率=(115年8月診療點數－114年8月診療點數）/114年8月診療點數。 (三)平均每日醫療點數成長率=【(115年8月醫療點數/看診天數)－(114年8月醫療點數/看診天數)】/(114年8月醫療點數/看診天數)。 (四)包含院所釋出處方費用。 (五)總額外、代辦及醫療資源不足地區案件（案件分類=A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、C5、D1、D2、D4、DF)、依規定申報承接醫院轉診、居整、在宅急症照護計畫案件、C肝藥品、12185C、胰島素注射藥品及門診靜脈抗生素方案診療醫令之費用，不列入統計。	論件隨機	22
19	C4	(一)醫師申報醫療點數(含跨基層院所）高於同儕98(含)百分位，且醫療點數成長率>5%。【1,732,643】 **【該醫師所有執業院所均列入抽審】**	9	(一)115年8月醫師醫療點數＝申請點數＋部分負擔金額。 (二)包含醫師釋出處方費用。 (三)以該醫師主要執業院所為抽審對象。 (四)總額外、代辦及醫療資源不足地區案件（案件分類=A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、C5、D1、D2、D4、DF)、依規定申報承接醫院轉診、居整、在宅急症照護計畫案件、C 肝藥品、12185C、胰島素注射藥品及門診靜脈抗生素方案診療醫令之費用，不列入統計。	論件隨機	80
20		(二)醫師申報醫療點數(含跨基層院所）高於同儕95(含)百分位，且醫療點數成長率>10%。【1,377,540】	6			

肆、獎勵指標

項次	指標代碼	項目名稱	權值分數	符合家數
21	D1	「健保雲端藥歷系統」查詢率>最近1季~~轄區~~全署最高分區同儕值之院所。	-1	1,227
~~22~~	~~D2~~	~~參加「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」院所~~	~~-1~~	
23	D3	參加「家庭醫師整合照護計畫」院所	-1	1,590
24	D4	參加「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部品質支付服務第二章糖尿病」院所	-1	535
25	D5	參加「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部品質支付服務第二章初期慢性腎臟病」院所	-1	521
26	D6	參加「全民健康保險B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者醫療給付改善方案」院所	-1	236
27	D7	參加「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」院所	-1	599
28	D8	參加「全民健康保險慢性阻塞性肺病(COPD)給付改善方案」院所	-1	41
29	D9	參加「虛擬健保卡試辦計畫」院所	-1	284
30	D10	參加「全民健康保險代謝症候群防治計畫方案」院所	-1	817
31	D11	參加「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」院所	-1	9
32	D12	參加「醫療費用申報總表線上確認作業」院所	-1	2,222
33	D13	參加「電子處方箋」院所	-1	196

伍、本次抽審家數：醫療利用類指標260家(含減量抽審64家)、管理類指標275家(預估)

備註：

1. 資料擷取日期：115年11月2日
2. 抽審方式除另有規定，原則採「論件隨機抽樣」審查，惟母體案件數少於20件者，則改以立意抽樣審查。
3. 抽樣審查案件除另有規定，原則應檢送病歷首頁影本及該案當月之全部病歷影本送審。

4. 需檢附**3個月病歷資料**送審條件：

(1) 符合兩項(含)以上醫療利用類指標院所。

(2)「整體醫療點數>400萬點，且平均每件醫療點數≧700點」院所。

(3) 符合「醫療利用類指標」項次12「復健科院所整體醫療費用高於同儕70(含)百分位」之院所。

(4) 符合「管理類指標」項次6「經專業審查或檔案分析疑有異常院所」。

5. 需檢附**6個月病歷資料**送審條件：

「醫療利用類指標」項次13「醫師申報醫療點數最高前20名」院所。

6. 近期修訂審查指標會議：

■107年第1次共管會議決議：因應農曆過年長天期休假變動，調整107年3、4月醫療利用類成長指標操作型定義(C4)。

■108年第1次共管會議決議：自108年3月(抽審年月)起，醫療利用類指標之計算排除居家醫療照護整合計畫醫療費用。

■108年第2次共管會議決議：醫療利用類抽審指標計算維持排除承接醫院轉診案件之醫療費用、自108年6月(抽審年月)起，醫療利用類抽審指標計算排除C肝藥品之費用。

■110年9月10日「西醫基層總額臺北分區110年第2次共管會議」決議：

(1) 修訂管理類指標：

a. 增修指標A8-1為「每一院所原則上每兩年至少應予抽樣審查一次」、指標A8-2為「每一院所原則上每年度至少應予抽樣審查一次」

b. 每年度1月份篩選必要條件1、2、4資格院所，次年(112年)符合前開條件新增院所，自112年重新起算2年期間(112年~113年)，依此類推。

c. 符合2年抽審1次院所，將與前次列入抽審月份至少間隔12個月以上，再進行抽審。

d. 執行期間若經檔案分析發現疑有醫療費用申報異常或違反特管辦法相關規定處分者，回歸一般例行管理指標列入抽審。

(2) 2年抽審1次作業(指標A8-1)自費用年月111年1月起實施。

(3) 修訂醫療利用類指標：

a. 修訂C2-1指標為「整體醫療費用>100萬點(月)，且整體醫療點數成長>30萬點，且平均每日醫療點數成長率>10%」、C3指

標為「整體醫療點數≧60萬且診療點數≧20萬，且診療點數成長>20萬點，且平均每日醫療點數成長率>15%」。

b.指標C2-1、C2-2、C3之醫療點數成長率以108年為基期計算，並視疫情狀況做滾動式調整。

■112年9月15日「西醫基層總額臺北分區112年第3次共管會議」決議：

(1) C2、C3 指標：自113年4月(費用年月)起恢復以「去年同期」為比較基期。

(2) 自112年10月(費用年月)起醫療利用類指標之計算排除核糖核酸類定量擴增試驗(12185C，2,229點)費用。

■113年3月8日「西醫基層總額臺北分區113年第1次共管會議」決議：

(1) 減量抽審自113年第2季起恢復實施。

(2) 自113年4月(費用年月)起醫療利用類指標之計算排除胰島素注射藥品費用(胰島素注射藥品項目，係指 ATC 前5碼為A10AB、A10AC、A10AD、A10AE，且藥品醫令代碼第8碼為「2」(注射劑)者，不含醫令代碼KC01080216(GLP-1藥品))。

■114年9月12日「西醫基層總額臺北分區114年第3次共管會議」決議：自114年10月(費用年月)起，

(1) 醫療利用類新增「泌尿科院所整體醫療點數高於同儕70(含)百分位」指標。

(2) 「全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案」相關診療項目醫令(39027C、39028C及39029C)自抽審指標醫療點數計算排除。*115年1月(費用年月)起新增排除39030C。

■115年3月13日「西醫基層總額臺北分區115年第1次共管會議」決議：自115年3月(費用年月)起，「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」費用(特定治療項目代號：EN)自抽審指標醫療點數計算排除。

7. 符合必審指標(或權值分數15分)其中一項，該月份必須抽審，其餘依權值積分加總排序，自積分高者依序辦理抽審。

8. 獎勵指標說明：

(1) 原醫療利用類指標(B、C類)，依權值積分加總後，若符合下列獎勵指標條件，得減列權值積分，總減分上限為2分。

(2) 調整獎勵指標 D1由「健保雲端藥歷系統」查詢率>最近1季「轄區」同儕值，調整為「健保雲端藥歷系統」查詢率>最近1季「全署最高分區」同儕值(113年4月起適用)。

(3) 刪除獎勵指標D2參加「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」院所(113年4月起適用)。

(4) 新增獎勵指標D10參加「全民健康保險代謝症候群防治計畫」院所，可減1分(113年4月起適用)。

(5) 新增獎勵指標D11參加「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」院所，可減1分(114年3月起適用)。

(6) 新增獎勵指標D13參加「電子處方箋」院所，可減1分(115年9月起適用)。

(7) 新增符合獎勵指標 D12參加「醫療費用申報總表線上確認作業」院所(115年9月起適用)，或下列任1條件，可減1分：「健保雲端藥歷系統」查詢率>最近1季「全署最高分區」同儕值(D1)、「家庭醫師整合照護計畫」(D3)、論質方案(包含指標D4-D8：糖尿病、初級慢性腎臟病、BC 肝炎感染者給付改善方案、氣喘、慢性阻塞性肺病_COPD)及「虛擬健保卡試辦計畫」(D9)。