

# 西醫基層總額臺北分區 101 年第 2 次共管會議紀錄

時間：101 年 6 月 22 日（星期五）中午 12 時 30 分

地點：健保局臺北業務組壽德大樓 9 樓第 1 會議室（台北市許昌街 17 號 9 樓）

主席：彭主任委員瑞鵬、陳組長明哲

紀錄：范貴惠

出席單位及人員：

## 一、 共管會議委員

### （一） 臺北區委員會

石委員賢彥、王委員火金、何副主任委員博基、李委員光雄、林委員宗熙、林委員華貞、呂委員英世、施委員肇榮（請假）、馬委員大勳、張委員孟源、張委員嘉訓、黃副主任委員宗炎、陳委員炳榮、黃委員振國（林育正代）、劉委員家正、潘副主任委員仁修、蔣委員世中、蔡委員有成、鄭委員永豐、賴副主任委員明隆、顏委員鴻順

### （二） 健保局臺北業務組

陳組長明哲、李專門委員麗華（請假）、邊專門委員子強、張科長照敏、陳科長蕙玲、周科長曉馨、張複核視察美玲、王複核視察雲祿、王視察珮琪、李複核視察祚芬、余複核專員正美、賴複核專員香蓮

## 二、 列席單位及人員

醫療費用二科 廖美惠、王嘉鈴

醫療費用四科 王玉緞

醫務管理科 丁香豔、張志銘

臺北區委員會 廖婉吟、何怡璇

臺北市醫師公會 王惠怡

新北市醫師公會 林震洋

# 壹、報告事項

## 第一案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：101 年第 1 次共管會議決議事項辦理情形

說明：

案號	案由	決議事項	辦理情形
報告事項 第二案	西醫基層總額執行概況。	有關建議修訂「慢箋專案」、「ZOLPIDEM 專案」之篩選條件乙節，請臺北分會提供操作型定義，俾利配合修正。	1. 臺北分會彙整各委員有關「慢箋專案」相關意見，於 101 年 5 月 30 日臺北分會第一次會議中討論決議，將意見提至 101 年第 2 次共管會議研議是否納入抽審指標。 2. 「ZOLPIDEM 專案」用藥自 101 年 7 月起納入不予支付指標，故不另修訂。
報告事項 第三案	本局健保資訊網服務系統(VPN)新平臺啟用事宜。	臺北業務組訂於 101 年 5 月底前辦理六場「健保資訊網服務系統新平臺」及「醫療費用 XML 格式申報作業」說明會(地點：臺北業務組 4 場、署立基隆醫院及羅東博愛醫院各 1 場)。	臺北業務組已於 101 年 5 月 2 日~10 日完成辦理 7 場說明會。 另本局於 101 年 6 月 5 日公告修訂「特約醫事服務機構醫療費用點數申報格式及填表說明」，將於近期通函院所請至本局全球資訊網即時公告欄擷取附件資料。
討論事項 第二案	建請研擬高費用立意抽審專案解決方案。	併入第三案辦理。另為監測西醫基層院所申請事前審查案件之合理性，請臺北業務組醫療費用四科定期提供相關資料予臺北分會參考。	本業務組醫療費用四科業依會議決議，於 101 年 5 月 24 日以健保北費四字第 1011672149 號函提供 101 年 Q1 西醫基層總額事前審查案件申請醫令數量及各院所申請項目統計表各乙份

案號	案由	決議事項	辦理情形
			供該分會參辦。
討論事項 第三案	建請研擬高成長科別之管理模式。	成立復健科、精神科及總額預算三項專案工作小組，並請臺北分會於兩週內提報各小組成員，以利儘速展開相關作業。	臺北分會已於兩週內提報功能小組成員，亦於四月底撰寫健保點值管控功能小組作業守則並函送臺北業務組，另於101年6月7日召開第1次會議。

結論：洽悉。

## 第二案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：西醫基層總額執行概況

說明：詳簡報資料

結論：洽悉。

## 第三案

報告單位：臺北業務組醫療費用二科

案由：西醫基層臺北分區功能小組 101 年第 1 次會議共識摘要。

說明：

- 一、有關精神科之管控模式維持臺北業務組擬訂 101 年隨機及立意抽審方式，另請臺北分會品質資訊組與精神科審查醫師及精神科學會共同研擬高占率診療項目之管理指標，朝多面向且避免單一條件方式訂定為原則（如：申報件數及點數同時超過一定申報量）。
- 二、有關復健費用之管控模式維持臺北業務組擬訂之復健科 101 年隨機抽審及全年復健費用最高前 10 名個案立意抽審方式，惟修訂同

時申報物理治療、職能治療及語言治療個案立意抽審條件為：6歲以上及6歲(含)以下各抽審復健費用最高前10名個案；另請臺北分會品質資訊組研擬增訂復健費用管控指標。

- 三、為提昇申復案件專業審查效益，建請比照送核費用檢附該院所自身申報統計資料供審查醫師參考。
- 四、為修訂醫療服務審查管理項目醫療利用類指標二、三，請提供整體醫療點數、診療點數及成長率級距統計。
- 五、為加速「保險對象特定醫療資訊系統」查詢方式，本局資訊網服務系統(VPN)已提供相關軟體供醫療院所安裝使用，各院所安裝軟體如有問題，可洽合約資訊廠商處理。
- 六、為配合費協會召開會議場地之需要，原定101年9月14日召開101年第3次共管會議改至101年9月21日(星期五)召開。
- 七、暫定功能小組第2次會議時間為101年8月召開。

結論：洽悉。

#### 第四案

報告單位：臺北業務組醫務管理科

案由：101年度全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案辦理情形。

說明：

- 一、查101年度全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案於100年12月30日健保醫字第1000074134號公告，並於101年04月06日健保醫字第1010051636號公告修正版。
- 二、西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案全國總計有83個鄉鎮(區)為醫療資源不足地區，本業務組轄區為新北市坪林、石門、萬里、雙溪等4區、基隆市七堵區及宜蘭縣壯圍、三星、五結、

冬山、頭城等 6 鄉鎮共計 10 鄉鎮（區），其中新北市雙溪區及宜蘭縣五結、三星鄉等 3 鄉鎮（區），為經評估應予加強兒科醫療不足改善地區，鼓勵兒科醫師參與。

- 三、101 年共計 18 家診所（提供 7 種服務科別，共 27 位醫師及 25 位護理人員參與，每週 37 診次）申請至上開 10 鄉鎮區 44 村里提供巡迴醫療服務，惟前項新北市雙溪區及宜蘭縣五結、三星鄉等 3 鄉鎮（區）應加強兒科醫療不足改善地區目前仍無兒科醫師前往提供服務，建請各醫師公會鼓勵醫師參與。
- 四、宜蘭縣五結鄉王家泰診所自 101 年 4 月至 102 年 3 月(新開業優惠一年)申請新開業提供醫療服務。
- 五、另依據 101 年度全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案第十一點規定應辦理參與院所之評核等事宜，全案預定於今年下半年度實施實地訪評，以了解各院所實際辦理情形，俾維護本方案之醫療服務品質。

**結論：**洽悉。

## 貳、討論事項

### 第一案

提案單位：西醫基層臺北分會

案由：西醫基層臺北分區共管會議委員異動案。

說明：黃宗炎醫師當選為本屆金門縣醫師公會理事長，經 101 年 5 月 30 日臺北分會第一次會議決議通過擔任本會副主任委員乙職，故本分會共管會議委員金門縣醫師公會代表原陳信雄委員異動為黃宗炎委員。

臺北業務組醫療費用二科說明：本次會議業已配合修正黃宗炎醫師為出席委員。

決議：同意照辦。

### 第二案

提案單位：西醫基層臺北分會

案由：建請討論非內科系醫師申報三高慢性病連續處方箋案件時，由大內科審查醫師共同審查。

說明：

- 一、依據 101 年 5 月 30 日西醫基層臺北分會第一次分會會議決議辦理
- 二、有鑒於近來非內科系科別（除內科、小兒科、家醫科、神經內科外）申報慢性處方箋案件數量增加，基於專業考量擬針對申報三高相關疾病：高血壓相關疾病（ICD-9-CM 40.10-41.49、42.78-42.89）、糖尿病（ICD-9-CM 25.000-25.093）、高血脂（ICD-9-CM 27.20-27.29）之案件，若被抽審則由大內科審查醫師共同審查。

臺北業務組醫療費用二科說明：目前送審作業係依據院所申報科別進行分案審查，因本案之建議須篩選特定案件變更送審科別分包送審，經分析 101Q1 樣本案件申報「高血壓相關疾病、糖尿病、高血脂之慢箋案件」總計 3,440 件，其中由非內科系科別申報計 110 件（合計 57 家次），占總件數 3.2%，平均每月約 19 家、每家約 3

件，為此須自行研發作業平台，每月於約 600 家送審院所申報費用後，逐家擷取樣本資料，俟篩選出特定案件，再變更送審科別分包送審，作業流程耗時費力恐不敷效益，建議暫緩實施，如有監測必要，另訂指標以專案立意抽審方式以了解其處方合理性。

**決議：**有關非內科系申報三高相關疾病之慢箋案件，如專審認有必要由大內科審查者，採個案會審方式處理；另院所申報比率是否異常，請提報功能小組會議討論。

### 第三案

提案單位：西醫基層臺北分會

案由：建請確立非復健專科醫師申報復健治療案件時，送請復健科審查醫師審查。

說明：

- 一、依據 101 年 5 月 30 日西醫基層臺北分會第一次分會會議決議辦理。
- 二、查復健科 2（骨科、神經科、神經外科及整形外科）醫療服務利用情形成長率名列前茅，其醫療費用、藥費節節升高，惟復健 2 審查醫師員額數較少（骨科 4 名、神內 1 名、神外及整外 0 名），故基於公平性及專業考量，建請確立非復健專科醫師申報復健治療案件時，送請復健專科審查醫師審查。
- 三、於功能小組未擬定更有效之管理模式前落實此項審查制度。
- 四、若此案通過轉請各醫師公會知會會員。

臺北業務組醫療費用二科說明：

- 一、查 100 年第 1 次共管會議決議：非復健專科醫師申報高比例復健治療院所，其抽審案件得改送請復健科審查。
- 二、自 100 年 4 月份（費用年月）起，業依上開決議，將非復健科（申報科別）申報復健治療樣本案件占總抽審件數>70%院所，改分

送復健科審查。

三、截至 101 年 6 月 13 日止，改分送復健科審查院所總計 46 家次，同一院所最高審查 7 個月份；整體平均核減率 3.32%，最高核減率 21.68%。

決議：自 101 年 6 月（費用年月）起，修訂改分送復健科審查條件為「非復健科（申報科別）申報復健治療之樣本案件占總抽審件數 >50% 之院所」。

#### 第四案

提案單位：西醫基層臺北分會

案由：建請討論修訂「慢箋專案」、「ZOLPIDEM 專案」之篩選條件。

說明：

- 一、依據 101 年 5 月 30 日西醫基層臺北分會第一次分會會議決議辦理。
- 二、101 年 3 月 23 日第一次共管會議報告事項第二案之決議：「有關建議修訂「慢箋專案」、「ZOLPIDEM 專案」之篩選條件乙節，請臺北分會提供操作型定義，俾利健保局臺北業務組配合修正。」
- 三、經西醫基層臺北分會研議慢箋專案修訂篩選條件如下表所示：

專案名稱	原篩選條件	修訂篩選條件	備註
慢箋專案	依病患歸戶，同院所開立慢性病連續處方箋 <u>&gt;30</u> 張個案	依病患歸戶，同院所開立慢性病連續處方箋 <u>≥15</u> 張個案	
ZOLPIDEM 專案	1.依病患歸戶，同院所領藥超過 450 顆個案。 2.依病患歸戶，同院所首次開藥 <u>&gt;56</u> 顆個案。	無修訂；釋疑詳見備註欄位	本專案用藥將於 101 年 7 月起納入不予支付指標內，故此結案不加以修訂。

辦法：建請確立「慢箋專案」之篩選條件，並研議是否納入審查管理抽審項目內。

## 臺北業務組醫療費用二科說明：

- 一、為瞭解同院所開立多張慢性病連續處方箋之合理性，本專案採前一年分析結果進行立意抽審。
- 二、99 年分析結果同院所開立慢連箋張數最高達 55 張，其次為 40 張，2 位個案均於 A 診所處方，立意抽審同院所開立慢連箋超過 30 張之個案，計 18 名（636 件，7 家），送專業審查，審查結果核減 6 家/17 人/243 件/64,376 點。
- 三、100 年分析結果開立慢連箋人數、件數均較去年同期成長 12%（詳附件），且同院所最高達 71 張，其次為 51 張，2 位個案均於 A 診所處方；超過 30 張之個案，計 15 名（566 件，5 家）則較去年略為下降。
- 四、本案如以同院所開立慢性病連續處方箋  $\geq 15$  張個案，抽審個案數達 623 人，案件數 11,653 件，建請考量審查醫師人力負荷。
- 五、另統計 100 年同院及跨院開立慢性病連續處方箋如附件 4。
- 六、自 101 年 7 月起（費用年月）ZOLPIDEM 及 CODEINE 納入不予支付指標之公告事項業於 101 年 5 月 22 日通函轉知院所，請臺北分會協助輔導會員依規定申報。

## 決議：

- 一、為兼顧專業審查作業效能，100 年全年慢箋專案立意抽審篩選條件修訂為「依病患歸戶，同院所開立慢性病連續處方箋  $\geq 21$  張個案」。
- 二、有關建議修訂 101 年採每季(或半年)執行乙節，俟分析 101 年 1-6 月申報情形，另提報功能小組會議研議。

## 參、臨時報告案

提案單位：西醫基層臺北醫療費用二科

案由：有關台北市醫師公會函請同意展延「西醫基層診所及藥局自行核對原瓶包裝藥品正確性專案」回覆日至 101 年 6 月 30 日乙案，彙整院所回復進度詳如說明。

說明：

- 一、為瞭解本轄區院所申報與實際調劑原瓶包裝藥品正確性，針對 97 年 7 月至 101 年 2 月原瓶包裝口服液劑藥品，申報件數 10 萬件以上之西醫基層診所及特約藥局，函請自行核對有無不正確申報情形，並檢送 5 項藥品購買憑證及回復清查結果。
- 二、本案於 5 月 4 日總計發文 341 家院所(基層診所 234, 藥局 107)，目前除信義區長○小兒科診所不願提供相關資料及 2 家藥局待補寄憑証資料外，餘 338 家院所均已回復，現正進行相關資料核對中。

結論：請臺北分會協助輔導院所配合補正相關資料，另本案執行結果列入下次會議報告。

## 肆、臨時討論案

第一案

提案單位：西醫基層臺北分會

案由：建請討論修訂西醫基層總額醫療服務審查管理項目。

說明：

- 一、依據 101 年 6 月 7 日「西醫基層臺北分區功能小組 101 年第 1 次會議」，及 101 年 6 月 15 日「西醫基層品質資訊組第二次會議」決議辦理。
- 二、近來台北區之浮動點值偏低，為使管理指標更具參考價值，爰此對現有抽審方式應有所檢討。

辦法：西醫基層總額醫療服務審查管理項目修訂如下：

壹、管理類

項次	項目名稱	修改前抽樣期間	修改後抽樣期間
四 (修訂)	新特約院所	自特約起月送審六個月	自特約起月送審 <u>十二</u> 個月

貳、醫療利用類

項次	修改前項目名稱	修改後項目名稱
二 (修訂)	整體醫療費用>60萬點(月)，且平均每日醫療費用點數成長率>20%。	60萬點<整體醫療費用≤100萬點(月)，且醫療費用點數成長率>20%； 整體醫療費用>100萬點(月)，且醫療費用點數增加>20萬點(月)。
三 (修訂)	整體醫療費用>60萬點(月)，且診療費用>15萬點，且平均每日診療點數成長率>20%。	整體醫療費用>60萬點(月)，且15萬點<診療費用<25萬點，且診療點數成長率>20%； 整體醫療費用>60萬點(月)，且診療費用>25萬點，且診療點數增加>5萬點。
五 (增訂)		精神科整體醫療費用高於同儕90(含)百分位(同儕：精神科專科醫師或院所申報精神科超過50%)
六 (增訂)		復健科整體醫療費用高於同儕90(含)百分位
七 (增訂)		該院所申報復健費用>50萬且申請復健科案件藥費>20萬點(含釋出)，立意抽審其最高申請金額30件

臺北業務組醫療費用二科說明：

一、有關建議增修醫療利用類指標項目，如以 101 年 3 月門診申報資料試算結果如下：

(一) 修訂項次二：60 萬點 < 整體醫療費用 ≤ 100 萬點 (月)，且醫療費用點數成長率 > 20%；整體醫療費用 > 100 萬點 (月)，且醫療費用點數增加 > 20 萬點 (月)：總計 60 家，較原指標 42 家增加 18 家。

(二) 修訂項次三：整體醫療費用 > 60 萬點 (月)，且 15 萬點 < 診療費用 < 25 萬點，且診療點數成長率 > 20%；整體醫療費用 > 60 萬點 (月)，且診療費用 > 25 萬點，且診療點數增加 > 5 萬點：總計 175 家，較原指標 87 家增加 88 家。

(三) 增訂項次五：精神科整體醫療費用高於同儕 90(含)百分位：總計 5 家，醫療點數 90 百分位值 1,864,441 點。

(四) 增訂項次六：復健科整體醫療費用高於同儕 90(含)百分位：總計 13 家，醫療點數 90 百分位值 2,224,264 點。

(五) 增訂項次七：「該院所申報復健費用 > 50 萬且申請復健科案件藥費 > 20 萬點」因藥費限定在復健科，故篩選結果僅 2 家聯合型診所，爰將該指標修訂為「復健 1(申報復健科)及復健 2(申報骨科、神經科、神經外科、整型外科)申報之復健醫令點數 > 50 萬點且藥費點數 > 20 萬點」之分析結果如下：

1. 符合院所總計 11 家，其中 8 家之復健 1 申報之復健點數占率 > 80%，另 3 家之復健點數均由復健 2 科別申報，惟 11 家之藥費多由復健 2 科別申報(占率最高 100%、最低 69%)。

2. 擷取該 11 家院所有申報復健醫令之醫療點數最高前 30 件(合計 330 件)，其中復健 1 之案件計有 231 件；復健 2 計有 99 件。

二、本案如經通過，擬自 101 年 7 月(費用年月)起實施。

決議：

一、除醫療利用類增訂項次五修正為「精神科院所整體醫療費用高於

同儕70(含)百分位」，餘照案通過，增修指標項目詳如附件。

二、本案自101年7月（費用年月）起實施。

## 第二案

提案單位：西醫基層臺北分會

案由：建請健保局臺北業務組統計 100 年度使用 concerta 及 Strattera 之情形。

說明：

- 一、藥品給付規定，concerta 及 Strattera 限六至十八歲，且對短效型 methylphenidate 治療之副作用無法耐受，或治療一個月以上，療效不佳者使用，並於病歷上記載使用理由。如符合前項規定且已使用本類藥品治療半年以上，而十八歲後仍需服用者，需於病歷上詳細記載以往病史及使用理由。
- 二、審查發現，少數院所違規使用此類藥物，初診即開立此藥，或使用於卅、四十歲成人。
- 三、此類藥物相當昂貴，縱容此等用法有浪費醫療資源的可能。
- 四、建請將初診即使用此類藥物，以及使用於十八歲以上，六歲以下者，予以行政核刪或列入加強抽審指標。

辦法：建請健保局臺北業務組統計 100 年度使用 concerta 及 Strattera 之情形，並於公告周知臺北區基層醫師後，將此兩藥納入專案管控訂定立意抽審指標。

臺北業務組醫療費用二科說明：本案所列藥品於全民健康保險藥品給付規定係屬用藥原則之相關說明，未有明訂不予給付條件，故無法逕以行政核減方式處理；有關建議列入加強抽審指標，俟相關分析資料結果另提報功能小組會議研議。

決議：俟分析 100 年 concerta 及 Strattera 之申報情形，另提報功能小組會議研議。

### 第三案

提案單位：西醫基層臺北分會

案由：建請研擬事前審查項目，包括高價藥品、耗材、手術之有效管控機制。

說明：

- 一、依據 101 年第一季(Q1)西醫基層事前審查申請案件的醫令數量，及各院所申請項目等統計資料。
- 二、事前審查之高價藥品、耗材及手術申報情形已影響臺北區西醫基層總額點值，須研擬較現行更有效之管控機制。
- 三、事前審查之高價項目列舉如下：
  - (一) 耗材：眼科 LUCENTIS(K0008792FM)。
  - (二) 手術：白內障手術—水晶體囊內外摘除術及人工水晶體置入術(86008C、97608C"單側""門診")。
  - (三) 藥品：

用藥類別	項目名稱(醫令碼)	單價
類風濕關節用藥	ROACCUTANE(B014966100)	61
	ENBREL 25MG SYRINGE(K000851240)	4198
	ENBREL 25MG (K000713240)	4198
	HUMIRA SYRINGE(K000776283)	16005
中重度及重度阿茲海默症用藥	ARICEPT(A042556100)	97
	WITGEN(A046612100)	22
	EXELON(B022858100、B022859100、B022861100、B022863100)	45

- 四、查 101 年第一次共管會議西醫基層總額執行報告診所 F，100 年第二季事前審查眼科耗材申請 21 件，經由高額專案立意抽審後，於 101 年第一季已降至 3 件有顯著下降。
- 五、事前審核手術量經詢眼科醫師表示不應超出申報案件之一成。
- 六、依據統計資料顯示，診所 D 申報事前審核藥品費用高達 3,940,495 元；且上述用藥為少數專科醫師處理案件，不屬基層醫療常需且費用偏高，故應有所規範。

辦法：

- 一、建議將申報眼科耗材 LUCENTIS(K0008792FM)之案件全數送審

並檢附相對數量之發票，使診所申報時有所節制。

- 二、建議事前審查手術申報占申報門診手術案件兩成以上之院所，應將其手術案件全數送審。
- 三、建議事前審查用藥申報金額 $\geq 10$ 萬之院所，申請事前審查之案件應全數送審；並建議轉呈全聯會事前審查用藥應排除於西醫基層總額範圍外。
- 四、建請健保局臺北業務組費用四科，於事前審查案件時病歷嚴格審查。
- 五、建請健保局臺北業務組高額專案立意抽審持續進行。

臺北業務組醫療費用四科說明：本科配合轉知審查醫師審理上開事前審查案件時，依給付規定詳予審查。

臺北業務組醫療費用二科說明：有關建議一~三項立意抽審事前審查案件乙節，似與前執行高額專案時專審醫師意見「事前審查案件均已經審查核定，並無不當，建議邇後執行立意抽審專案時，排除專審核准案件」相違，故所提建議請再酌，並請確認高額專案之操作型定義。

**決議：**繼續觀察，本案暫緩執行。

**伍、散會：**下午 3 點 10 分

# 西醫基層總額醫療服務審查管理項目\_101.6.22增修訂

## 壹、管理類

項次	項目名稱	原抽樣期間	修改後抽樣期間
一	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： (一) 第36條者 (二) 第37、38條者	處分確定：  (一) 抽審3個月 (二) 「論人隨機」抽審3個月	
二	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	
三	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)，得經台北區委員會同意並函請臺北業務組取消抽審。	
四	新特約院所	自特約起月送審6個月	自特約起月送審12個月
五	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	
六	當月醫療費用於次月底以後申報院所	當月送審	
七	一年內未送專業審查院所	送審1個月	
八	整體費用核減率>20%	連續抽審3個月	

## 貳、醫療利用類

項次	原項目名稱	修改後項目名稱	篩選條件
一	整體醫療費用點數高於同儕97 (含)百分位		(一) 醫療費用點數=申請點數+部分負擔。 (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、BZ、C4、D1、D2、D4、HN)不列入統計。
二 (修訂)	整體醫療費用>60萬點(月)，且醫療費用點數成長率>20%	(一) 60萬點<整體醫療費用≤100萬點(月)，且醫療費用點數成長率>20% (二) 整體醫療費用>100萬點(月)，且醫療費用點數增加>20萬點	(一) 本期醫療費用點數=申請點數+部分負擔。 (二) 醫療費用成長率=(本期醫療費用點數-去年同期醫療費用點數)/去年同期醫療費用點數。 (三) 醫療點數增加點數=本期醫療點數-去年同期醫療點數。 (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、BZ、C4、D1、D2、D4、HN)不列入統計。

項次	原項目名稱	修改後項目名稱	篩選條件
三 (修訂)	整體醫療費用>60萬點(月),且診療費用>15萬點,且診療點數成長率>20%	(一) 整體醫療費用>60萬點(月),且15萬點<診療費用<25萬點,且診療點數成長率>20% (二) 整體醫療費用>60萬點(月),且診療費用>25萬點,且診療點數增加>5萬點	(一) 本期醫療費用點數=申請點數+部分負擔。 (二) 診療成長率=(本期診療點數-去年同期診療點數)/去年同期診療點數。 (三) 診療增加點數=本期診療點數-去年同期診療點數。 (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、BZ、C4、D1、D2、D4、HN)不列入統計。
四	醫師申報醫療費用點數(含跨院所)高於同儕98(含)百分位		(一) 醫師醫療費用點數=申請點數+部分負擔。 (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、

項次	原項目名稱	修改後項目名稱	篩選條件
			B9、BZ、C4、D1、D2、D4、HN) 不列入統計。
五 (增訂)		精神科院所整體醫療費用高於同儕 70(含)百分位	(一)精神科院所同儕定義：院所申報精神科之費用點數占該院所整體醫療費用>50% (二)醫療費用點數=申請點數+部分負擔。 (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、BZ、C4、D1、D2、D4、HN)不列入統計。
六 (增訂)		復健科院所整體醫療費用高於同儕 90(含)百分位	(一)復健科院所同儕定義：院所申報復健科之費用點數占該院所整體醫療費用>50% (二)醫療費用點數=申請點數+部分負擔。 (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、

項次	原項目名稱	修改後項目名稱	篩選條件
			B9、BZ、C4、D1、D2、D4、HN) 不列入統計。
七 (增訂)		<p>復健1(申報復健科)及復健2(申報骨科、神經科、神經外科、整形外科)院所申報復健醫令點數&gt;50萬(月)且藥費點數&gt;20萬點(月),立意抽審申報復健醫令案件之醫療費用點數最高前30件</p> <p><b>【※本項採專案按月執行】</b></p>	<p>(一)復健醫令點數包含物理治療、職能治療及語言治療醫令代碼點數。</p> <p>(二)藥費點數為申報復健醫令案件之藥費點數加總。</p> <p>(三)醫療費用點數=申請點數+部分負擔。</p> <p>(四)包含院所釋出處方費用。</p> <p>(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、BZ、C4、D1、D2、D4、HN)不列入統計。</p>

註：依100年第4次共管會議決議,自100年12月(費用年月)起,符合兩項(含)以上醫療利用類指標院所(排除第一項指標：整體醫療費用點數高於同儕97百分位)需配合檢送3個月病歷資料送專業審查。