

西醫基層總額醫療服務審查管理項目 101 年 8 月（費用年月）

壹、管理類

項次	項目名稱	抽樣期間	抽樣方式
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	1. 依院所申報案件型態進行隨機或立意抽樣審查。 2. 抽樣審查之個案，應檢送病歷首頁影本及該案當月之全部病歷影本。
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)，得經臺北分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 12 個月（修訂）	
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	項目名稱	條件說明	抽審家數	抽樣方式
一	整體醫療費用點數高於同儕 97（含）百分位【 2,196,064 點】	(一) 醫療費用點數＝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、BZ、C4、D1、D2、D4、HN）不列入統計。	98	1. 以隨機抽審為原則，如無樣本案件，採立意抽審方式辦理。 2. 抽樣審查之個案，應
二	(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) 10106醫療費用點數＝申請點數＋部分負擔金額。 (二) 醫療費用成長率=(10106醫療費用點數－10006醫療費用點數) / 10006醫療費用點數。 (三) 醫療費用增加點數=10106醫療費用點數－10006醫療費用點數。 (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。	89	檢送病歷首頁影本及該案當月之全部病歷影本。

項次	項目名稱	條件說明	抽審家數	抽樣方式
三	(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) 10106醫療費用點數=申請點數+部分負擔金額。 (二) 診療點數成長率=(10106診療點數-10006診療點數)/10006診療點數。 (三) 診療費用增加點數=10106診療點數-10006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。	137	
四	醫師申報醫療費用點數(含跨院所)高於同儕 98(含)百分位【1,325,276點】	(一) 醫師醫療費用點數=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、BZ、C4、D1、D2、D4、HN)不列入統計。	115	

項次	項目名稱	條件說明	抽審家數	抽樣方式
五	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、BZ、C4、D1、D2、D4、HN）不列入統計。	12	
六	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、BZ、C4、D1、D2、D4、HN）不列入統計。	13	
院所歸戶合計家數			302	

1. 資料擷取日期：101 年 8 月 30 日
2. 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。
3. 依 101 年 6 月 22 日西醫基層總額 101 年第 2 次共管會議增修審查管理項目。