

西醫基層總額醫療服務審查管理項目 103 年 4 月 (費用年月)

壹、管理類

項次	項目名稱	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 37 條者 (不含第二款)。 (二) 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	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)，得經臺北分會同意並函請臺北業務組取消抽審。
四	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
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
一	整體醫療費用點數高於同儕 97 (含) 百分位 【2,113,205 點】	(一) 10302 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、BA、C4、D1、D2、D4、HN) 不列入統計。	101
二	平均每日醫療費用 ≥ 3 萬點，且 平均每日醫療費用點數成長率 > 20% (103 年 3、4 月費用年月適用)	(一) 平均每日醫療費用 = (10302 申請點數 + 部分負擔) / 10302 看診日數。 (二) 平均每日醫療費用點數成長率 = (10302 平均每日醫療費用 - 10202 平均每日醫療費用) / 10202 平均每日醫療費用。 (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、D1、D2、D4、HN) 不列入統計。	50

項次	項目名稱	條件說明	抽審家數
三	平均每日醫療費用 ≥ 3 萬點，且 平均每日診療費用 ≥ 1 萬點，且 平均每日診療費用成長率 $> 20\%$ (103年3、4月費用年月適用)	(一) 平均每日醫療費用 = (10302申請點數+部分負擔金額)/10302看診日數。 (二) 平均每日診療費用 = 10302診療點數/10302看診日數。 (三) 平均每日診療費用成長率 = (10302診療點數 - 10202診療點數)/10202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、BA、C4、D1、D2、D4、HN) 不列入統計。	63
四	醫師申報醫療費用點數(含跨院所)高於同儕98(含)百分位【1,182,004點】 ※醫師申報醫療點數 最高前 20 名 院所，採「論人歸戶」隨機抽樣審查	(一) 10302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、BA、C4、D1、D2、D4、HN) 不列入統計。	117

項次	項目名稱	條件說明	抽審家數
五	精神科院所整體醫療費用高於同儕 70(含)百分位【899,068 點】	(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)10302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、BA、C4、D1、D2、D4、HN)不列入統計。	18
六	復健科院所整體醫療費用高於同儕 75(含)百分位【1,684,625 點】	(一)復健科院所同儕定義：申報復健科之醫療費用點數>50萬點 (二)10302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、BA、C4、D1、D2、D4、HN)不列入統計。	33
七	整體醫療費用申報前10名院所 ※採「論人歸戶」隨機抽樣審查	(一)10302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、BA、C4、D1、D2、D4、HN)不列入統計。	10
院所歸戶合計家數			263

備註：

1. 資料擷取日期：103 年 4 月 30 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（排除第一項指標：整體醫療費用點數高於同儕 97 百分位）
 - (2). 「整體醫療點數>400 萬點，且平均每件醫療點數 \geq 700 點」院所
 - (3). 符合醫療利用類指標項次六「復健科院所整體醫療費用高於同儕 75(含)百分位」之院所
 - (4). 符合管理類指標項次五「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四之「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：103 年 3 月 28 日西醫基層總額臺北分區 103 年第 1 次共管會議。