

南區中醫總額抽審指標

111 年中央健康保險署南區業務組中醫總額共管會議第 1 次會議 111.03.10 修訂

一、每季專業審查院所選取說明

1. 每月送審家數比例為特約家數 15-20%為原則，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，該月份須接受審查，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. 特定專案審查家數不計入上開審查家數。

二、必審指標：

序	必審指標名稱及操作定義
1	前前季醫療費用案件經通知抽樣應檢送病歷資料，未於規定期限內送達並經停止暫付之院所抽審 3 個月。
2	新特約院所前 6 個月(費用年月)醫療費用案件。【註 1】
3	院所違約記點 2 次以上、扣減其醫療費用之十倍金額、停約處分(自管控費用月起至處分函文月再加抽審 6 個月)
4	經中執會南區分會輔導或共管會議決議加強審查院所。由中執會南區分會每季季末月 15 日前提提供名單。
5	每一院所每年至少應予抽樣審查 1 次
6	其他:檔案分析(立意抽審)或行政管理。

三、權重積分指標：

資料期間：以「前前季」為計算基礎

序	指標類別	指標名稱	操作型定義	指標閾值	正/負向	權重分數
1	就醫人數	就醫人數成長率 (去年同季 ≤ 100 人之院所不計入)	分子：當季就醫人數-去年同季就醫總人數 分母：去年同季就醫總人數	$\geq 85 \sim \leq 89$ 百分位 $\geq 90 \sim \leq 94$ 百分位 ≥ 95 百分位	正向	-1 -2 -3
2	就醫人數	每位醫師平均申報初診診察費(A90)案件數	分子：該季 A90 案件申報數總和 分母：該季有申報費用之總醫師人數	$\geq 85 \sim \leq 89$ 百分位 $\geq 90 \sim \leq 94$ 百分位 ≥ 95 百分位	正向	-1 -2 -3
3	醫療費用	單一醫師申報醫療費用點數 (含部分負擔，同院所多位醫師取最大值評比)	個別醫師申報季醫療費用申報點數總計 ※醫療費用計算排除條件【註 2】	$\geq 85 \sim \leq 89$ 百分位 $\geq 90 \sim \leq 94$ 百分位 ≥ 95 百分位	負向	1 2 3
4	醫療費用	單一醫師申報醫療費用點數成長率 (含部分負擔，且每位醫師月平均申報 20 萬點以上者始納入計算，同院所每位醫師取最大值評比)	分子：個別醫師季申報醫療費用點數總和 分母：個別醫師之去年同期季醫療費用總點數 ※醫療費用計算排除條件【註 2】	$\geq 85 \sim \leq 89$ 百分位 $\geq 90 \sim \leq 94$ 百分位 ≥ 95 百分位	負向	2 3 4
5	醫療費用	每位病人季平均醫療費用(含部分負擔)	分子：該院所季醫療費用點數(含部分負擔)總和 分母：該季該院所就醫歸戶總人數 ※醫療費用計算排除條件【註 2】	$\geq 85 \sim \leq 89$ 百分位 $\geq 90 \sim \leq 94$ 百分位 ≥ 95 百分位	負向	1 2 3

序	指標類別	指標名稱	操作型定義	指標閾值	正/負向	權重分數
6	就診次數	每位病人平均就醫次數	分子：該季診察費大於 0 且排除迴醫療之案件數總和 分母：該季診察費大於 0 且排除迴醫療之總人數 ※醫療費用計算排除條件【註 2】	≥85~<=89 百分位 ≥90~<=94 百分位 ≥95 百分位	負向	1 2 3
7	就診次數	隔日申報診察費率	分子：同一院所、同一人隔日申報診察費之件數 分母：該季申報總件數 ※醫療費用計算排除條件【註 2、註 3】	≥90 百分位	負向	2
8	就診次數	申請診察費大於 8 次以上占率	分子：該季同一院所同一病人同一月份申報診察費 8 次以上件數總和 分母：該季申報診察費之總件數 ※醫療費用計算排除條件【註 2】	≥90 百分位	負向	4
9	就診次數	療程 14 日內未完成重新申請診察費比率	分子：同一院所同一患者療程 14 日內未完成重新申請診察費人次總和 分母：申報診察費總人次 ※醫療費用計算排除條件【註 2】	≥95 百分位	負向	2
10	就診次數	同院所針傷科處置次數 >20 次之比率	分子：針傷科處置該季各月 >20 次以上之次數總和 分母：該季針傷科處置總次數 ※醫療費用計算排除條件【註 2】	≥85~≤89 百分位 ≥90~≤94 百分位 ≥95 百分位	負向	1 2 3
11	給藥日數	申報一般案件（案件分類 21）開藥日數 <3 日案件數	分子：該院該季案件分類 21 開藥日數 <3 日者之案件數總和 分母：該院該季有申報費用之醫師總人數	≥85~≤89 百分位 ≥90~≤94 百分位 ≥95 百分位	負向	1 2 3
12	給藥日數	同一院所 7 日內處方用藥日數重複 2 日以上比率	分子：按院所、ID 歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份總和 分母：給藥案件之給藥日份加總。	≥85~≤89 百分位 ≥90~≤94 百分位 ≥95 百分位	負向	2 3 4
13	給藥日數	平均每件給藥日數	分子：所有案件給藥日數總和 分母：藥費 >0 的案件總數	≥85~≤89 百分位 ≥90~≤94 百分位 ≥95 百分位	正向	-1 -2 -3
14	給藥日數	慢性病案件每件平均給藥日份	分子：該季慢性病案件給藥日份之總和 分母：該季慢性病案件有給藥案件之總件數	≥85~≤89 百分位 ≥90~≤94 百分位 ≥95 百分位	正向	-1 -2 -3
15	執業型態	送核案件核減率	分子：近一季送核核減點數總和 分母：近一季送核醫療費用總點數	≥95 百分位	負向	2
16	執業型態	21 案件季佔率（100 件以下院所不計入）	分子：案件分類 21 之案件數（排除 ≤100 件者）總和 分母：案件分類 21、24、28 之案件數總和 ※排除：特定治療項目代號 JA、JB	≥65~≤69 百分位 ≥70~≤74 百分位 ≥75 百分位	負向	1 2 3
17	執業型態	醫療費用曾有月份遲至次月 20 日以後申報者（有停止暫付註記）	每季之抽審作業以前前季申報醫療費用採計，並排除資料擷取期間之新特約院所	每次(不重複計)	負向	1

序	指標類別	指標名稱	操作型定義	指標閾值	正/負向	權重分數
18	執業型態	該季週日看診次數 (每個週日就醫件數 <10件不計入次數)	前前季週日看診 ≥ 6 次,且每診次 看診件數總和需 ≥ 10 件	≥ 6 次	正向	-1
19	其他	健保醫療資訊雲端查 詢系統查詢	雲端藥歷(西醫用藥)查詢率 $>40\%$ 及中醫用藥查詢率 $>40\%$ ※雲端藥歷查詢率:查詢人數/就 醫病人數 ※中醫用藥查詢率:門診開立中藥 且查詢「健保醫療資訊雲端查詢 系統中醫用藥頁籤」之病人人次 /門診開立中藥病人人次		正向	-1

【註1】新特約診所：包含更換負責人、更換醫事機構代號。

【註2】醫療費用計算排除：預防保健(A3)案件、職業災害(B6)案件、特定疾病門診加強照護(30)案件、專款專用案件(包括案件分類(25)、案件分類(31)且特定治療項目代號【EC】、案件分類(22)且特定治療項目代號【C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JP、JQ、JR】與其它案件分類之特定治療項目代號【JA、JB】。

【註3】醫療費用計算排除：診察費=0。

※修訂歷程：

104年中央健康保險署南區業務組中醫總額共管會議第1次會議決議 104.03.12 初訂
104年中央健康保險署南區業務組中醫總額共管會議第2次會議決議 104.06.18 修訂
104年中央健康保險署南區業務組中醫總額共管會議第3次會議決議 104.11.19 修訂
105年中央健康保險署南區業務組中醫總額共管會議第2次會議決議 105.07.28 修訂
105年中央健康保險署南區業務組中醫總額共管會議第3次會議決議 105.11.24 修訂
106年中央健康保險署南區業務組中醫總額共管會議第3次會議決議 106.12.07 修訂
107年中央健康保險署南區業務組中醫總額共管會議第1次會議決議 107.05.31 修訂
108年中央健康保險署南區業務組中醫總額共管會議第1次會議決議 108.05.30 修訂
108年中央健康保險署南區業務組中醫總額共管會議第1次會議決議 108.05.30 修訂
108年中央健康保險署南區業務組中醫總額共管會議第2次會議決議 108.12.12 修訂
109年中央健康保險署南區業務組中醫總額共管會議第1次會議決議 109.05.28 修訂