

107 年度第 3 次西醫基層醫療服務審查南區共管會議紀錄

會議時間：107 年 9 月 19 日(星期三) 14 時至 16 時 10 分

會議地點：中央健康保險署南區業務組 9 樓第 1 會議室

主 席：中央健康保險署南區業務組林組長淑華、
中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會
南區分會陳主委相國

出席人員： 記錄：朱峰玉

中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會

南區分會：

吳國榮、徐超群、丁榮哲、趙善楷、郭宗男、賴俊良、何光哲代、
端木梁、陳英杰、鄭熙騰

衛生福利部中央健康保險署南區業務組：

林純美、賴文琳、郭碧雲、嚴海樹、蔡玉淇、林育彥、黃佳慧、鄭九禎、
陳秀環、吳迪鈞、李哲宇、呂麗娟

列席人員：

周俸鑒、陳姿吟、陳昌煜、張雅芳、陳等婷、蘇慧娟、梁耀文、王碧霞、
黃梅珍、高英哲、周瑞貞

主席致詞：(略)

壹、前次會議追蹤事項：(略)

參、報告事項：中央健康保險署南區業務組執行報告(略)

肆、提案討論

提案一

提案單位：南區業務組

案由：建請修訂南區西醫基層專業審查負向指標操作型定義及新增3項
正向指標。

決議：通過(詳附件)。

提案二

提案單位：南區分會

案由：建請修正「南區西醫基層專業審查指標」。

決議：通過修正「精神醫療治療費執行比率」指標改為「精神醫療治療費用占率」（詳附件指標 13）。另暫緩「B 肝抗病毒用藥費用」排除於指標計算之建議，請南區分會通盤考量各項指標須排除條件必要時召開幕僚會議討論，於下次共管會議再行提案。

提案三

提案單位：南區分會

案由：建請南區業務組修正部分 CIS 指標，請討論。

決議：

- 一、中央智慧系統 CIS 為全署一致化執行系統，相關指標資料擷取範圍、計算方式及操作型定義及程式建置等，皆由署統一定義及異動。相關修訂指標定義及抽審閾值，建請南區分會提供專業意見予中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會研議後，統一洽請本署參考辦理。
- 二、門診當月同院所申報婦科、產科超音波合計次數 ≥ 3 次；同意依婦產科共識排除高危險妊娠，請分會提供相關 ICD-10 診斷碼，以利資料分析。
- 三、門診同院所當月就醫 ≥ 8 次，建請排除外傷換藥醫令，本組將視前次抽審核減情形及專審意見，調整抽審件數。
- 四、按月抽審不利審查醫師判讀病患高利用次數(含安養及復健)合理性的指標，同意以半年(或一年)回溯性審查方式辦理。

伍、臨時動議

附件

南區西醫基層專業審查指標

107年9月19日107年西醫基層醫療服務審查南區共管會議第3次會議通過

一、每季專業審查院所篩選說明：

1. 每月送審家數比例約申報家數15-20%，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，該季須接受審查。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. 符合健保署各項管理指標之異常案件(如20類檢驗檢查重複執行等)均予即期或年度回溯立意抽審。
4. 自 **107年第4季** 開始實施。

二、必審指標：

序	必審指標名稱及操作定義
1	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第36~40、44~45條者、核減率大於20%、檢舉或申訴經查證屬實者、經實地審查結果、檔案分析專案管理、程序審查須追蹤項目等，專業審查建議追蹤或西醫基層醫療服務審查南區共管會議決議審查之診所。
2	新特約院所，隨機抽樣專業審查9個月。若負責醫師有親自全程參加新特約院所講習者，得改隨機抽樣專業審查6個月。
3	未於費用年月次月20日之前申報。補報案件以逐案審查為原則。
4	每家診所每年度至少需進行一次(含)以上專業審查。
5	前前季平均每月醫療點數申報前10名院所(含交付費用)。 ※採「論人歸戶」隨機抽樣審查，且需檢附3個月病歷(含首頁)

三、權重積分指標：(資料期間「前前季」指抽審 **107Q4** 以 **107Q2** 為資料計算期間，其餘指標操作型定義詳見附件)

序	指標類別	指標名稱	資料期間	指標條件	正/負向指標	權重分數
1	就醫可近性	就醫人數成長率	前前季與去年同期比	75~84 百分位	正向	-1
				85~94 百分位		-2
				95+ 百分位		-3
2	品質	糖尿病照護品質提升年度累計照護率	前前季	70~79 百分位	正向	-1
				80~89 百分位		-2
		90+ 百分位		-3		
		糖尿病照護品質提升同期照護成長率	前前季與去年同期比	70~84%		-1
				85+%		-2
3	品質	執行專業審查作業紙本病歷替代方案	前季	以該方案進行專業審查者	正向	-2

序	指標類別	指標名稱	資料期間	指標條件	正/負向指標	權重分數
4	品質	參加即時查詢病患就醫資訊方案並上傳檢驗(查)結果	前前季	上傳筆數 1~199	正向	-1
				上傳筆數 200~999 且 上傳率<50%		-1.5
				上傳筆數 200~999 且 上傳率≥50%		-2
				上傳筆數 1000~1999 且上傳率<50%		-2
				上傳筆數 1000~1999 且上傳率≥50%		-2.5
				上傳筆數≥2000 且 上傳率<50%		-2.5
				上傳筆數≥2000 且 上傳率≥50%		-3
	品質	健保醫療資訊雲端查詢系統- 檢驗(查)結果頁箋查詢率	前前季	1~14%	正向	-1
				15~29%		-2
				30~44%		-3
				45~59%		-4
				60+%		-5
5	品質	強化分級醫療，落實雙向轉診		繳交計畫申請書	正向	-0.5
		雙向轉診：以電子轉診平台轉至 醫院個案數	前前季	5~49 50~99 100+		-0.5 -1 -2
		雙向轉診：以電子轉診平台受理 醫院下轉比率		0% 50~99% 100%		1 -1 -2
		醫院非以電子轉診平台下轉個案 數(以書面造冊備查，清冊如附件)		5~49 50~99 100+		-0.5 -1 -2
6	品質	健保醫療資訊雲端查詢系統跨院 重複開立醫囑主動提示功能(API)	前季	查詢筆數≥50 筆且 錯誤回傳值比率≤50%	正向	-0.2
7	品質	門診服務時段網路登錄	前季	每季更新 VPN 之門診 服務時段資訊	正向	-0.2
		長假期門診服務時段維護		於長假期開始前，更 新 VPN 之門診服務時 段資訊		-0.2

序	指標類別	指標名稱	資料期間	指標條件	正/負向指標	權重分數
8	價	同期藥費成長率	前前季與去年同期比	75~84 百分位	負向	1
				85~94 百分位		2
				95+百分位		3
9	價	同期平均每件醫療費用成長率	前前季與去年同期比	10~19%	負向	1
				20~29%		2
				30+%		3
10	價	門診復健治療平均每人醫療費用	前前季	高於全國同層級院所 90 百分位	負向	5
11	量	就醫病人門診月平均就醫次數(分科閾值參考備註 5 附表)	前前季	≥ 閾值且 < 閾值+0.1 ≥ 閾值+0.1	負向	1 3
12	量	門診年復健次數 > 180 次之人數比率	前前季	≥ 3%	負向	3
13	量	精神醫療治療 費用占率	前前季	50~59 百分位	負向	1
				60~69 百分位		2
				70~79 百分位		3
				80~89 百分位		4
				90+百分位		5

備註：

- 依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 22 條規定，保險人得就保險醫事服務機構申報醫療費用案件進行分析，依分析結果，得免除、增減抽樣審查或全審。爰此，除非檔案分析未落入抽樣審查項目，始得免除抽樣審查（然仍須進行程序審查），否則皆應依規定進行抽樣專業審查。
- 所有負向指標計算皆排除申報欄位 d16「轉診、處方調劑或特定檢查資源共享案件註記」填報為「1-保險對象本次就醫由他院轉診而來」且 d17「轉診、處方調劑或特定檢查資源共享案件之服務機構代號」填報轉診來源院所代號為醫院代號，並申報轉診診察費代碼 01038C 之案件。**
- 隨機抽樣之院所如有門診 C1 論病例計酬案件，申報大於或等於 10 件者並立意抽樣審查四分之一。
- 所有院所之住院剖腹產案件大於或等於 10 件者且剖腹產率 25%(含)-30%(不含)抽審三分之一、30%(含)-35%(不含)抽審二分之一，35%(含)以上全抽。
- 附表：各科平均就醫次數抽審閾值：

科別	項目	閾值
01	家庭醫學科	1.69
02	內科	1.60
03	外科	1.75
04	小兒科	1.79
05	婦產科	1.70
06	骨科	1.63
07	神經外科	1.47
08	泌尿科	1.59
09	耳鼻喉科	1.50
10	眼科	1.24

科別	項目	閾值
11	皮膚科	1.36
12	神經科	1.50
13	精神科	1.49
14	復健科	1.47
15	整形外科	1.36
AA	消化內科	1.54
AB	心臟血管內科	1.23
AD	腎臟內科	1.24
AE	風濕免疫科	1.58
AG	內分泌科	1.47

南區西醫基層專業審查指標操作型定義

二、必審指標：

序	指標名稱	操作型定義
5	前前季平均每月醫療點數申報前 10 名院所(含交付費用)	1. 醫療費用計算欄位： (1)診所、病理中心：申請點數+部份負擔-藥事服務費。 (2)藥局：藥費。 (3)物理治療所、醫檢放射機構：申請點數+部份負擔。 2. 排除案件分類： (1)診所：A1、A2、A3~A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2。 (2)藥局：5。 (3)醫事檢驗放射機構：2。 3. 藥局、物理治療所、醫檢放射機構等交付機構排除原處方案件分類：A1、A2、A3~A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2。 4. 排除 C 型肝炎治療藥費(含醫令代碼前 6 碼為 HCVDA)。

三、權重積分指標：

序	指標名稱	操作型定義
1	就醫人數成長率	分子：當季就醫人數總和-去年同季就醫人數總和。 分母：去年同季就醫人數總和。 去年同季 ≤ 100 人之院所不列入計算。
2	糖尿病照護品質提升年度累計照護率	分子：申報醫令代碼前 3 碼為 P14 之人數。 分母：符合收案條件(同院就醫間隔 90 天)之門診主診斷為 250 之人。
4	檢驗(查)結果上傳率	分子：上傳檢驗(查)醫令數。 分母：申報應上傳醫令數。
	檢驗(查)結果頁箋查詢率	分子：查詢總人數。 分母：申報總人數。
5	「強化分級醫療，落實雙向轉診」推動計畫申請書	計畫申請書請於每年第一個月或異動時提報，年中提報者請於每季第一個月送件，未於期限內提報者，則自受理後次季計算加分。 如：107 年 4 月前送件，則自 107Q2 起計分 如：107 年 5 月送件，則自 107Q3 起計分
	以電子轉診平台轉至醫院個案數	利用電子平台轉出至區域層級(含)以上醫院且接收醫院有受理之筆數
	以電子轉診平台受理醫院下轉比率	分子：電子轉診平台轉入案件之受理件數(不含聯繫處理註記案件) 分母：電子轉診平台轉入件數
8	同期藥費成長率	1. 藥費加總(含交付調劑藥費)。 2. 排除慢性病連續處方案件及 C 型肝炎治療藥費(含醫令代碼前 6 碼為 HCVDA)。

9	同期平均每件醫療費用成長率	<p>1. 醫療費用計算欄位： (1)診所、病理中心：申請點數+部份負擔—藥事服務費。 (2)藥局：藥費。 (3)物理治療所、醫檢放射機構：申請點數+部份負擔。</p> <p>2. 排除案件分類： (1)診所：A1、A2、A3~A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2。 (2)藥局：5。 (3)醫事檢驗放射機構：2。</p> <p>3. 藥局、物理治療所、醫檢放射機構等交付機構排除原處方案件分類：A1、A2、A3~A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2。 4. 排除C型肝炎治療藥費(含醫令代碼前6碼為HCVDAA)。</p>
10	門診復健治療平均每人醫療費用	<p>1. 醫令代碼： 42003C, 42006C, 42017C, 42009C, 42018C, 42012C, 42019C, 42015C, 43003C, 43027C, 43006C, 43028C, 43009C, 43031C, 43032C, 44003C, 44011C, 44006C, 44012C, 44009C, 44015C, 44016C</p> <p>2. 排除：門診代辦案件及年齡6歲(含)以下早療案件 3. 年齡定義：就醫年月-出生年月後取年份, 年齡0-6歲之案件(小於84個月)。</p>
11	就醫病人門診月平均就醫次數(歸屬申報最多件數之科別)	<p>分子：季件數總和。 分母：月人數季總計。</p> <p>1. 排除案件分類為08、A1、A2、A3、A4、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2。 2. 排除診察費為0之案件。</p>
12	門診年復健次數>180次之人數比率	<p>一、資料範圍： 1. 醫令類別：2 診療明細、4 不另計價且醫令調劑方式=1 2. 醫令代碼： 物理治療(42003C, 42006C, 42017C, 42009C, 42018C, 42012C, 42019C, 42015C) 職能治療(43003C, 43027C, 43006C, 43028C, 43009C, 43031C, 43032C) 語言治療(44003C, 44011C, 44006C, 44012C, 44009C, 44015C, 44016C)</p> <p>3. 排除：門診代辦案件及年齡6歲(含)以下早療案件</p> <p>二、計算方式： 1. 年齡定義：就醫年月-出生年月後取年份, 年齡0-6歲之案件(小於84個月) 2. 治療次數：同院所、同保險對象ID、同出生日期，分別計算施行上開各治療類別(物理、職能、語言)之醫令數加總。 3. 依統計基期一年門診費用資料，其中某一治療類別醫令累計數量大於180次之病患。</p>
13	精神醫療治療費用占率	<p>分子：精神醫療治療費醫令點數總和(45004C~45102C)。 分母： 1. 醫療費用計算欄位： (1)診所、病理中心：申請點數+部份負擔—藥事服務費。 (2)藥局：藥費。 (3)物理治療所、醫檢放射機構：申請點數+部份負擔。</p> <p>2. 排除案件分類： (1)診所：A1、A2、A3~A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2。 (2)藥局：5。 (3)醫事檢驗放射機構：2。</p> <p>3. 藥局、物理治療所、醫檢放射機構等交付機構排除原處方案件分類：A1、A2、A3~A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2。</p>

全民健保「強化分級醫療，落實雙向轉診」西醫基層推動計畫申請書

一、計畫合作醫院：（可列出多家合作醫院）

二、團隊組成及運作流程

（一）組織架構

（二）團隊組成（含部門、聯絡窗口人員及電話）

（三）運作流程

三、具體執行策略及推動方式

（一）照護對象（預期可接受下轉病患科別或疾病別）

（二）每月預估可接受下轉病患數量

（三）健保電子轉診平台之運用

（四）如有醫院非經電子轉診平台轉診至診所的個案，請於每月申報時提交轉診

個案名冊電子檔，以供比對醫院下轉名單，格式如下表

（五）診所宣導或提升民眾自我照護能力之網站或通路

（六）其他

____年____月接受醫院下轉個案清冊

序號	醫院代碼	醫院名稱	姓名	身分證字號	出生日期	轉診日期
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

備註：本清冊填妥後，請隨總表寄至費用承辦人員。

醫事機構代碼：_____

醫事機構名稱：_____

診所負責醫師簽章：

診所方型印章：