

高屏業務組西醫基層專業審查指標

111 年 1 月起實施

一、專業審查院所抽審說明

(一)管理類必審指標：符合指標中任一項

(二)權重積分指標

1. 權重積分加總以低至高排序，取前 15%至 20%，積分相同者以醫療利用成長率排序。
2. 權重計算：正向(負向)指標超過指標值者，給予權重(負)分數。
3. 管理類別順位：隨機+立意→隨機→立意。
4. 排除免抽審條件：高成長型態院所
 - ① 醫療費用點數 ≥ 100 萬且成長率 $\geq 10\%$
 - ② 50 萬點 $\leq$ 醫療費用點數 < 100 萬點且成長率 $\geq 15\%$
 - ③ 醫療費用點數 < 50 萬點且成長率 $\geq 20\%$
 - ④ 醫療費用點數與去年同期比【排除代辦案件(B6 案件除外)及 BC 型肝炎藥物治療、C 型肝炎全新口服新藥)】
5. 每季得執行檢討。

二、必審指標

(一)管理類指標

序號	指標項目	計算 區間	審查原則	管理類別		
				隨機 +立意	隨機	立意
1	新特約院所	月	首次申報月起連續審查 6 個月	✓		
2	年度例抽	2 年	同時符合「健保特約連續 5 年(含)以上	✓		

			且負責醫師皆為同一人」、「近5年無特管法違規處分」及「未落入高屏業務組西醫基層專業審查指標」之院所，得二年至少抽審一次；否則每年至少抽審一次。			
3	違反特約及管理辦法第38、39、40條處停約處分	不定期	停約處分於處分期滿後連續3個月採隨機加立意審查	✓		
4	違反特約及管理辦法第38、39、40條處停約處分，尚未執行處分院所	不定期	處分文發文月起連續審查3個月	✓		
5	檢調查核中院所	不定期	依檢調查核期間加強審查	✓		
6	其他： (1) 經民眾申訴涉及自立名目收費、虛浮報院所 (2) 健保卡刷卡異常院所(含同日2刷異常、短時間跨院所刷卡異常等) (3) 專業審查發現不合理申報院所(含高核減率及高核減金額院所、病歷審查發現疑點須進一步查證院所) (4) 其他(檔案分析異常(含全民健康保險中央智慧系統CIS篩異指標)、平均每日藥費大於40元、用藥日數重複率高、延遲申報、延遲檢送抽樣審查所需文件、申報就醫科別不合理、短時間服務量變動異常、家戶聚集頻繁異常就醫、透析患者另報西醫案件診察費等)	不定期		✓		✓

(二)科別指標

序號	科別	指標項目	計算區間	指標定義說明	管理類別		
					隨機	隨機	立意

					+立意		
8	耳鼻喉科	ENT專科醫師ENT診療(醫令54開頭)件數比率(95百分位(含)以上) 或非ENT專科醫師ENT診療(醫令54開頭)件數比率(95百分位(含)以上)任一	當月	ENT診療件數比率 1. 分子：醫令54開頭之總醫令量 2. 分母：專任ENT專科醫師或專任非ENT專科醫師之總申報件數(有申報診察費件數)			✓
9	婦產科	高剖腹產率	當月	月剖腹產率高於38%且生產件數大於5件者， 當月立意抽審全部剖腹案件之1/4(原管理閾值40%，自費用年月107/01起調整為38%)			✓

(三)重點管理指標

序號	指標項目	正/負項 指標	指標定義說明	管理類別		
				隨機 +立意	隨機	立意
1	平均每件檢驗(查)品項數98百分位(含)以上	負向	分子：檢驗(查)醫令總項數 分母：檢驗(查)總件數 ※本項指標排除當月檢驗(查)案件未達30件之院所	✓		

三、 權重積分指標

(一)醫療利用類指標

序號	指標項目	權重 分數	正/負項 指標	指標定義說明	管理類別		
					隨機 +立意	隨機	立意
10	醫療服務點數成長	18	負向	1. 本季月平均醫療服務點數-去年同期月平均醫療	✓		

				服務點數 2. 排除代辦案件(B6 案件除外)及 BC 型肝炎藥物治療、C 型肝炎全新口服新藥			
11	藥費成長	16	負向	1. 本季月平均藥費-去年同期月平均藥費 2. 排除代辦案件(B6 案件除外)及 BC 型肝炎藥物治療、C 型肝炎全新口服新藥	✓		
12	診療點數成長	12	負向	1. 本季月平均診療點數-去年同期月平均診療點數 2. 排除代辦案件(B6 案件除外)	✓		
13	每位病人月平均就醫次數	16	負向	1. $(\Sigma \text{月申報件數} / \text{月申報人數}) \div \text{月數}$ 2. 排除代辦案件(B6 案件除外)及診察費=0 等案件 ※本項指標符合院所若屬西醫基層院所醫療服務點數 25(含)百分位以下者，予以排除	✓		

以近期完整申報月份資料，擷取 3 個月進行統計(含交付案件)。

(二)科別指標

序號	科別	指標項目	權重分數	正/負項指標	指標定義說明	管理類別		
						隨機+立意	隨機	立意
14	精神科	平均每日藥費高於同儕（85百分位(含)以上）	14	負向	分子：總藥費點數（含交付） 分母：總給藥日數			✓
		精神科診療費 (1)45046C、45098C、45099C 醫令點數 90 百分位(含)以上 (2)45087C、45088C、45089C 醫令點數 90 百分位(含)以上	14	負向	當季(45046C、45098C、45099C)、 (45087C、45088C、45089C)總醫令點數			✓

15	耳鼻喉科		診療點數(98百分位(含)以上)	14	負向	診療點數排序			✓
16	神經內科		平均每日藥費高於同儕(85百分位(含)以上)	10	負向	分子：總藥費點數（含交付） 分母：總給藥日數			✓
17	骨科		骨科診療費偏高（90百分位(含)以上）	14	負向	診療點數排序			✓
18	復健科	復健專科	平均每件診療費高於同儕值（80百分位(含)以上）	15	負向	分子：總復健醫令點數 分母：總復健醫令量		✓	
		非復健專科		15	負向			✓	
19	皮膚科		專案案件總診療費偏高(90百分位(含)以上)	10	負向	診療點數排序			✓

指標係以各季前完整申報月份資料擷取 3 個月進行統計(含交付案件)。

(三) 獎勵指標：

序號	指標項目	類別	權重分數	正/負項指標	指標定義說明
20	<u>糖尿病照護品質提升</u>	科別	<u>3</u>	正向	參與糖尿病品質支付服務方案且當年度月累計照護率 <u>≥30%</u> 加 1 分、 <u>≥80%</u> 加 2 分、 <u>≥90%</u> 加 3 分。 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 E08-E13 之人數。
21	推動分級醫療政策	共通	3	正向	1. <u>利用電子轉診平台回復轉診單</u> 加 1 分。 2.前三個月申報電子轉診醫令（01036C）件數與紙本轉診醫令（01037C）件數之比例大於 95% 加 2 分。

22	長假期門診服務時段維護	共通	<u>1</u>	正向	於長假期開始前，登錄 VPN 門診服務時段資訊。
23	鼓勵醫療院所即時查詢就醫資訊方案-檢驗檢查值上傳率	共通	2	正向	最近 1 季有參加即時查詢方案且資料上傳符合獎勵條件(24 小時內上傳檢驗（查）結果且上傳率 $\geq 50\%$)者。
24	家庭醫師整合照護計畫	共通	2	正向	當年度參與「家庭醫師整合照護計畫」之院所
25	健保醫療資訊雲端查詢系統影像或報告調閱	共通	2	正向	最近 1 季健保醫療資訊雲端查詢系統影像或報告調閱件數 >10 人次
26	全民健康保險居家醫療照護整合計畫	共通	3	正向	參與「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」且居家收案人數達 1 人/月 註:依審查費用當期之最近完整申報月份擷取居家收案人數。
27	健保醫療資訊雲端查詢系統重複開立醫囑主動提示功能(API)	共通	3	正向	最近 1 季使用健保醫療資訊雲端查詢系統重複開立醫囑主動提示功能(API)， <u>查詢人次 50 百分位以下加 1 分(排除未使用)、前 50 百分位加 2 分、前 80 百分位加 3 分。(不累計)</u>
<u>28</u>	<u>初期慢性腎臟病(初期 CKD)照護品質提升</u>	<u>共通</u>	<u>3</u>	<u>正向</u>	<u>參與 CKD 方案累計照護率$\geq 30\%$加 1 分、$\geq 80\%$加 2 分、$\geq 90\%$加 3 分。</u>

獎勵指標項目每季得執行檢討，分數計算最高以 15 分計。