

附件3、中區西醫基層總額管理方案 修正對照表

修訂時間：113年3月10日

修正規定	現行規定	說明
中區西醫基層總額管理方案	108年中區西醫基層總額管理方案	移除年份，並呈修改時間
肆、 實施辦法 <p>一、 診所分科方式</p> <p>(一) 科別：分為家醫科、內科、外科(含泌尿科)、小兒科、婦產科、骨科、耳鼻喉科、眼科、皮膚科、精神科及復健科等11科。</p> <p>(二) 以診所為單位，依診所前一年度申報<u>合計</u>點數最高之就醫科別，作為該診所主要科別；新特約診所優先以該診所執業專科別或負責醫師執業專科為主；特殊診所將請各醫師公會<u>中區分會</u>協助檢視科別歸屬適當性。</p>	伍、 實施辦法 <p>一、 診所分科方式</p> <p>(一) 科別：分為家醫科、內科、外科(含泌尿科)、小兒科、婦產科、骨科、耳鼻喉科、眼科、皮膚科、精神科及復健科等11科。</p> <p>(二) 以診所為單位，依診所前一年度申報點數最高之就醫科別，作為該診所主要科別；新特約診所優先以該診所執業專科別或負責醫師執業專科為主，特殊診所將請各醫師公會協助檢視科別歸屬適當性。</p>	
二、 醫療資源監測 <p>(一) 各科別費用監測</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 設定各科每人單價目標值 每月以前前3個月各就醫科別每人單價進行監測，並以全國每人單價作為目標值，超出目標值科別，定期於共管會議公布管理結果。 2. 超出目標值處理方式 (1) 依超出情形加重該科審查家數，以一般常規審查指標抽審(論件或論人隨機，指標如附件<u>中區西醫基層總額審查指標與抽樣原則</u>)，併參採各分科訂定之自主計畫。 	二、 醫療資源監測 <p>(一) 各科別費用監測</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 設定各科每人單價目標值 每月以前前3個月各就醫科別每人單價進行監測，並以全國每人單價作為目標值，超出目標值科別，定期於共管會議公布管理結果。 2. 超出目標值處理方式 (1) 依超出情形加重該科審查家數，以一般常規審查指標抽審(論件或論人隨機，指標如附件)，併參採各分科訂定之自主計畫。 	註明附件來源
伍、 監控小組 <p>一、 召集人及委員遴選</p> <p>(一) 遴選資格：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 5年內無違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法情節重大者(如扣減點數占申報點數大於30%)。 2. 前年度平均樣本核減率小於5%且【監控值】小於該科P75。如被推薦者曾有監控值大於P75者經徵詢專業意見仍認為合宜者，不在此限。 <p>(二) 由各醫師公會推派客觀公正代表2人，經建健保署審核同意後，由中區業務組與中區分會各推派1人為召集人。</p>	伍、 監控小組 <p>一、 召集人及委員遴選</p> <p>(一) 遴選資格：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 5年內無違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法情節重大者(如扣減點數占申報點數大於30%)。 2. 前年度平均樣本核減率小於5%。 3. 【監控值】小於P75，如被推薦者曾有監控值大於P75者經徵詢專業意見仍認為合宜者，不在此限。 <p>(二) 由醫師公會推派客觀公正代表2人，經建保署審核同意後，由中區業務組與中區分會各推派1人為召集人。</p> <p>(三) 召集人及委員為榮譽職。</p>	合併遴選資格，並修正部分字詞
陸、 分科委員 <p>一、 召集人及<u>分</u>科委員遴選</p> <p>(一) 每科以8人為原則，<u>分</u>科委員由各縣市醫師公會及診所協會各推派1人，若該縣市該科診所家數超過50家者該縣市增派1人，超過100家者該縣市醫師公會及診所協會可各增派1人，召集人由<u>分</u>科委員會共同推選，委員名單由中區分會提報中區業務組備查。</p> <p>(二) 推選之<u>分</u>科委員需具該科專科醫師資格（民國77</p>	陸、 分科委員 <p>一、 召集人及科委員遴選</p> <p>(一) 每科以8人為原則，科委員由各縣市醫師公會及診所協會各推派1人，若該縣市該科診所家數超過50家者該縣市增派1人，超過100家者該縣市醫師公會及診所協會可各增派1人，召集人由科委員會共同推選，委員名單由中區分會提報中區業務組備查。</p>	統一科委員名稱為分科委員

修正規定	現行規定	說明
<p>年以前開業者，得以衛生署登記為準)始得任用，惟經查如有5年內違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法情節重大者(如扣減點數占申報點數大於30%)、「前一年度」或「近3次」平均樣本核減率高於該科P75且大於5%者，不予委任，任期期間比照辦理。</p> <p>(三) 召集人及<u>分科</u>委員為榮譽職。</p>	<p>(二) 推選之科委員需具該科專科醫師資格(民國77年以前開業者，得以衛生署登記為準)始得任用，惟經查如有5年內違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法情節重大者(如扣減點數占申報點數大於30%)、「前一年度」或「近3次」平均樣本核減率高於該科P75且大於5%者，不予委任，任期期間比照辦理。</p> <p>(三) 召集人及委員為榮譽職。</p>	
<p>柒、健保署中區業務組資料提供及管理</p> <p>一、每月10日中區業務組產製輔導報表，內容包括(以4月為例)：</p> <p>(一) 中區分會輔導資料</p> <ol style="list-style-type: none"> 每季提供 <ol style="list-style-type: none"> 前前3個月(107<u>前</u>年12月至108<u>該</u>年2月)整體監控值超過P90名單。 前前3個月(107<u>前</u>年12月至108<u>該</u>年2月)診療點數或醫令量成長貢獻度前10大診所及其他指標極端偏離常態名單。 每月提供 <ol style="list-style-type: none"> 前前3個月(107<u>前</u>年12月至108<u>該</u>年2月)各就醫科別每人單價與目標單價比較結果。 前前月(2月)監測之<u>78</u>項項目任三項指標超過P90之診所名單。 其他經專業審查發現或檔案分析結果偏離常態者，經輔導未改善則加強審查(論人隨機加立意抽審)，必要時實地審查或移送查核。 <p>(二) 診所輔導資料</p> <ol style="list-style-type: none"> 每季提供 <ol style="list-style-type: none"> 前前3個月(107<u>前</u>年12月至108<u>該</u>年2月)監控值、偏離值、就醫次數。 前前月(2月)前前3個月(107<u>前</u>年12月至108<u>該</u>年2月)診療點數或醫令量成長貢獻度前50%之診所名單。 每月提供 <p>前前月(2月)監測之<u>合計點數、合計點數成長率、平均就醫次數、每人合計點數、每人診療費、慢性病每日藥費、非慢性病每日藥費、件數成長率等指標</u>。</p> <p>(三) 其他本署重點管理項目。</p>	<p>柒、健保署中區業務組資料提供及管理</p> <p>一、每月10日中區業務組產製輔導報表，內容包括(以4月為例)：</p> <p>(一) 中區分會輔導資料</p> <ol style="list-style-type: none"> 每季提供 <ol style="list-style-type: none"> 前前3個月(107年12月至108年2月)各就醫科別每人單價與目標單價比較結果。 前前3個月(107年12月至108年2月)整體監控值超過P90名單。 前前3個月(107年12月至108年2月)診療點數或醫令量成長貢獻度前10大診所及其他指標極端偏離常態名單。 每月提供 <p>前前月(2月)監測之7項項目任三項指標超過P90之診所名單。</p> 其他經專業審查發現或檔案分析結果偏離常態者，經輔導未改善則加強審查(論人隨機加立意抽審)，必要時實地審查或移送查核。 <p>(二) 診所輔導資料</p> <ol style="list-style-type: none"> 每季提供 <p>前前3個月(107年12月至108年2月)監控值、偏離值、就醫次數。</p> 每月提供 <ol style="list-style-type: none"> 前前月(2月)監測之7項項目指標。 前前月(2月)診療點數或醫令量成長貢獻度前50%之診所名單。 <p>(三) 其他本署重點管理項目。</p>	移除年 度，調整資 料提供時 程，並加註 資料項目 名稱

中區西醫基層總額審查指標與抽樣原則 修正對照表

修訂時間：113年3月10日

修正規定	現行規定	說明
中區西醫基層總額審查指標與抽樣原則	112年中區西醫基層總額審查指標與抽樣原則	移除年份，並呈修改時間
附表三、必審指標內 <u>指標項目文字</u> 資料定義 <u>指標項目：無基期診所</u> <u>說明：新特約或醫事機構代號變更之診所，其診所之開業醫師與健保署特約前2年內，於中區健保特約西醫基層執(開)業未滿12個月者，視為無基期診所。</u>	附表三、必審指標資料定義	修訂部分文字及編碼，並新增無基期診所的指標項目及相關說明
附表四、一般抽審指標資料定義 Σ 合計點數 1. 包含部分負擔與交付費用(藥品、檢查檢驗或治療)，排除 E1 案件照護費用 (醫令代碼 P 開頭)、BC 型肝炎藥費、 <u>精神科長效針劑</u> 、胰島素注射劑(含藥費及特材費)、DM 新收案案件(整筆)：申報 P1407C、DM 年度評估案件(整筆)：申報 P1409C、P1411C、代辦費用。	附表四、一般抽審指標資料定義 Σ 合計點數 1. 包含部分負擔與交付費用(藥品、檢查檢驗或治療)，排除 E1 案件照護費用 (醫令代碼 P 開頭)、BC 型肝炎藥費、胰島素注射劑(含藥費及特材費)、DM 新收案案件(整筆)：申報 P1407C、DM 年度評估案件(整筆)：申報 P1409C、P1411C、代辦費用。	新增合計點數計算之排除項目