

中區西醫基層總額共管會 112 年第 3 次會議資料

時間：112 年 9 月 15 日 13:00

地點：中央健康保險署中區業務組 10 樓第 1 會議室

出席：

中區分會：

臺中市醫師公會：王博正、羅倫樞、蔡景星、葉元宏、施英富、

蘇主光(請假)、高嘉君、高大成、陳正和、林義龍、

曾崇芳、林煥洲、林恒立

臺中市大臺中醫師公會：魏重耀、藍毅生、彭業聰、顏炳煌、林宜民、

陳儀崇、管灶祥、陳俊宏、黃致仰(請假)、

蔡其洪、林釗尚、陳振昆

彰化縣醫師公會：廖慶龍、蔡梓鑫、巫喜得、吳祥富、林育慶、

林峯文、連哲震、孫楨文

南投縣醫師公會：洪一敬(請假)、張志傑、陳宏麟、蕭志界

中區業務組：

陳墩仁、林興裕、陳雪姝、陳麗尼、王慧英、張黛玲、游姿媛、

張凱瑛、張志煌、張紘嘉、蘇恒萱、徐向慧、洪瑜禪

列席：易文仁、毛明雅、蔡高頌、陳詩旻、謝育帆

丁組長增輝

主席：

廖主任委員慶龍

紀錄：陳之菁

壹、主席致詞

貳、上次決議事項追蹤

決議事項追蹤	承辦單位	辦理情形
以郵件提供潛在可避免急診率、可避免住院率之計算公式予醫療群執行中心參考。	中區業務組	已於 7/7 完成。
各分科審查醫師於審查時發現明顯為誤報之醫令碼或數量，可請中區分會提供予中區業務組進行行政查檢逕予核扣並輔導院所，避免院所不知情繼續誤報或因而被審查核減。	中區分會及中區業務組	中區分會 7/26 已提報易誤報之醫令碼予本組納入每月費用審查查檢範圍。

參、報告事項：

一、召開 112 年 7 月 28 日監控小組會議(皮膚科液態氮治療議題)

- (一)本次會議討論「中區西醫基層皮膚科診所液態氮治療抽審案件時需檢附照片」案，係有陳情人李○豐向本署與衛福部投訴「中區少數皮膚診所被要求冷凍治療要附照片」，本組已回覆執行原委與過程，惟陳情人認為未獲處理，因此藉由中區西醫基層總額管理監控小組跨科別的公正立場，召開監控小組會議討論是否延續管理措施。
- (二)液態氮管理措施(抽審時附照片)：基於管理及審查的需要，於 111 年 3 月 18 日西醫基層共管會議中提案，依會議決議於 111 年 4 月 8 日召開「中區西醫基層總額管理方案_與皮膚科溝通會議」討論，先針對異於同儕診所 17 家發函改善，追蹤 111 年 7 月有 4 家尚未改善，函知診所自 111 年 10 月份費用起該項醫令之抽審案件，皆需檢附病患治療照片，且於 111 年 9 月 16 日共管會議中報告。
- (三)分析全國各分區近 4 年液態氮冷凍治療(51017C，600 點)申報情形與 108 年比較，2 年比較期間都在的診所有 75 家，111 年醫令量成長率全署為-3.50%，中區為-9.72%，中區的差異最為明顯。

又該醫令點數占全院點數比率減少有 56 家占皮膚科家數的 75%，人數執行率減少有 46 家占 61%。顯示雖只列管少數診所但已達整體管理效果。

(四)會議決議：

1. 延續前管理模式以 110 年第 4 季人數執行率或每人醫令量之全國 P85 作為管理閾值，定期分析若有診所高於指標閾值，發函輔導改善，給予 3 個月改善期，追蹤仍未改善者，則列為需專案抽審及需附照片診所。異常診所列管半年後追蹤，若有改善則該診所解除列管。
2. 依 111 年 4 月 8 日中區西醫基層總額管理方案之皮膚科溝通會議決議，抽審時需檢附照片之診所，其所有液態氮冷凍治療病患皆須拍照留存，若為新個案需檢附第一次治療前照片，舊個案檢附治療中照片(一次)，病灶部位若屬隱私如臉部或生殖器官，則病歷上註明，得以圖示描述。

二、中區西醫基層慢性病連續處方箋(慢連箋)管理情形

- (一)為鼓勵醫師針對穩定慢性病患開立慢性病連續處方箋，樽節醫療資源，本保險支付標準給予較高診察費，惟部分診所調劑當日(有/無看診)又申報一筆醫療費用，或慢箋未再調劑比率高，及同病患同月開立多張慢箋等。
- (二)為管理不當開立慢連箋，本組自 106 年起陸續將慢連箋後續調劑當日又看診比率 $\geq$ P95、慢箋未再調劑比率 $\geq$ P90 列入抽審指標。另每月於 VPN 回饋慢連箋領藥同日併報費用比率、慢箋未再調劑比率大於 p75 之看診明細，供診所自我管理。
- (三)111 年執行「慢連箋領藥當日併報其他案件適當性」全國管理專案，本組有 3 家診所未實際診療或非病情需要的看診，而自行返還不適當申報費用共 357 萬點。

三、請踴躍參與「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案-提升院所智慧化資訊獎勵」

本方案於 112 年 8 月 18 日公告，自 112 年 9 月 1 日起實施，獎

勵內容摘述如下：

(一) 鼓勵提供虛擬(行動)健保卡服務獎勵：

適用對象居家醫療照護，於收案或就醫時協助病人以醫事人員專案協助個案申請完成虛擬健保卡(以專案申請(醫事人員)方式進行)，綁定虛擬(行動)健保卡且當年度有以虛擬(行動)健保卡方式成功申報該病人醫療費用，每名病人獎勵 200 點，限獎勵一次，支付獎勵予最早協助綁定之醫事機構。

(二) 醫療費用申報格式改版獎勵：

1. 部分負擔改版獎勵：於部分負擔新制公告實施次月 1 日起至 112 年 12 月 31 日前，以修正後「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」完成費用申報者，每家獎勵 2,000 點。
2. 就醫識別碼改版獎勵：112 年 12 月 31 日前，以修正後「特約醫事服務機構(門診、住院及交付機構)醫療費用點數申報格式及填表說明」完成費用申報者，每家獎勵 2,000 點。

(三) 健保卡資料上傳格式 2.0 改版獎勵：

112 年 12 月 31 日前，於健保資訊網服務系統(VPN)申請並由本署分區業務組核定後，以「健保卡資料上傳格式 2.0」版本上傳每日就醫資料，每家獎勵 10,000 點。如於 113 年 3 月 1 日前改回「健保卡資料上傳格式 1.0」，不予獎勵。

(四) 門診處方箋 QR CODE 二維條碼推動獎勵：

於本格式公告實施日起至 112 年 12 月 31 日前，醫院及診所依公告格式完成於紙本處方箋印製 QR CODE 者，於健保資訊網服務系統(VPN)上傳含 QR CODE 之紙本處方箋影像者，獎勵每家 2,000 點。

(五) 推動獎勵由「提升院所智慧化資訊等獎勵補助費」支應，採浮動點值，全年結算，每點支付金額不高於 1 元，由保險人於年度結束後計算。

四、「家庭醫師整合性照護計畫」宣導事項(含代謝症候群推廣)

(一) 充分告知收案會員本計畫內容及其權益、義務

依據計畫規定：社區醫療群收案時應向會員說明本計畫之目的，告知本計畫內容及其權益、義務(含 24 小時諮詢專線及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單)，並提供收案對象確認回饋機制，今年於健康存摺新增「家醫計畫同意書」，自 112 年 1 月 1 日至同年 7 月 31 日止填寫。不同意收案者不予給付個案管理費。

(二)鼓勵收案會員於健康存摺填寫會員滿意度調查

本組於 112 年 7 月 26 日以郵件及發函方式通知醫療群執行中心，於 112 年 8 月 1 日起開放調查，請每群醫療群於 112 年 12 月 31 日前完成至少 50 名會員填寫，以了解會員對於醫療群及家庭醫師之滿意度，本組將於當年底回饋會員填寫人數及滿意度。

(三)代謝症候群推廣

1. 為共同促進民眾健康，請各醫療群參與醫師視民眾需要提供「代謝症候群」相關照護。

2. 共同推動策略：

(1)於 112 年 7 月 14 日透過各執行中心轉知「已上傳三高資料，未參加」之家醫科/內科診所代謝計畫相關資訊，請具內科、家醫科專科、執行成人預防保健或糖尿病共照認證醫師於 VPN 申請參加。

【申請路徑：VPN/醫務行政/特約機構作業/試辦計畫/申請】

(2)於 112 年 8 月 9 日透過 e-mail 回饋目前照護情形及各群目標，請各執行中心將「代謝照護經驗分享」納入家醫研討會議題、設立「群內轉介機制」並回復執行具體措施。(請尚未回復之 35 群醫療群盡速回復)

(3)本組將回饋各群收案狀況以檢視目標達成情形。

五、C 肝全口服新藥計畫執行情形

(一)中區參與院所共 271 家，其中醫院 77 家，診所 194 家，參與醫師共 747 人，消化系相關專科醫師 344 人，其他專科醫師 403 人。

(二)112 年累計至 8 月 11 日轄區診所治療人數共 377 人。

(三)請配合事項(附表 1、表 2)

112 年 6 月提供成人預防保健檢驗 C 型肝炎抗體(Anti-HCV)陽性個案 3,314 人予 701 家原檢驗診所，請前述診所協助個案接受 RNA 檢驗及 DAA 治療，本組將追蹤個案檢驗及治療結果。

(四)篩檢後抗體陽性個案接受 RNA 檢驗比率台中市(69.5%)整體低於全國(全國 71.9%，南投縣 74.7%，彰化縣 78.5%)，請加強追蹤或轉介個案進一步檢驗，前述 3,314 人目前僅 311 人檢驗、99 人治療，後續檢驗率低者移請公會輔導，並將發函請診所回報個案追蹤結果，若個案實際檢驗為陰性，僅因登打國健署成人健檢 BC 肝篩檢結果有誤，請至該系統修改。

(五)請善用「雲端查詢系統 BC 肝炎專區」：看診查詢該專區時，若摘要區有紅字顯示「查詢病人最近 1 次 B、C 型肝炎就醫紀錄及公費篩檢資格」，可進一步檢視病人最近 1 次 B、C 型肝炎用藥、檢驗、就醫紀錄，請評估個案是否需要接受治療或轉介至適當院所。另請鼓勵院所對於符合資格之 45 至 79 歲民眾進行篩檢(原住民 40-79 歲)。

(六)診所本身若無法執行 RNA 檢驗或提供全口服用藥，請將病患轉介到有執行治療院所。查詢路徑如下：縮短網址

<https://gov.tw/sC8> 進入這個網頁的第一個項目就是 C 肝參加院所名單。

決定：提供 107-111 年成人預防保健檢驗 C 肝抗體陽性個案(統計至 112/8/11)尚未接受 RNA 檢驗及 DAA 治療人數，請各醫師公(協)會轉知並輔導會員，協助個案接受 RNA 檢驗，符合用藥條件者使用 DAA 治療，或轉介到有執行治療院所。

表 1、家醫群 107-111 年成健 C 肝抗體陽性個案尚未檢驗 RNA 或 DAA

治療人數統計

序號	家醫群名稱	診所數	人數	序號	家醫群名稱	診所數	人數
1	佳樂福	2	60	33	水沙連	1	6
2	康壯	2	37	34	水里	1	6
3	大甲媽	5	26	35	快樂員林	1	6
4	南屯黎明	2	19	36	幸福西屯	2	6
5	梧棲	3	19	37	彰化好厝邊	1	6
6	杏林長照	2	17	38	福新大南投	2	6
7	大雅優	2	15	39	欣安	1	5
8	心台中	2	15	40	心烏日	3	4
9	安健	1	15	41	草屯	2	4
10	雅潭	2	15	42	鹿港	1	4
11	大霧峰	1	13	43	陽光	3	4
12	彰聯	2	13	44	芳鄰	1	3
13	大里	1	12	45	廟東	1	3
14	安康豐原	2	12	46	豐原	2	3
15	清水	1	12	47	心海線	1	2
16	大南屯布藍妮	2	11	48	安琪兒	1	2
17	后里	1	11	49	坪安	1	2
18	心沙鹿	1	10	50	幸福彰化	1	2
19	卓越北屯	1	10	51	彰化健康	2	2
20	欣泰	1	10	52	福新日月潭	1	2
21	壹零壹	1	10	53	潭心	1	2
22	大山城	2	9	54	樹孝	1	2
23	公益	1	9	55	DEER	1	1
24	卓越	1	9	56	心平安	1	1
25	山海屯	1	8	57	牛罵頭	1	1
26	心豐原	1	8	58	北安	1	1
27	北屯	1	8	59	益華	1	1
28	田中健康	1	8	60	博愛無限	1	1
29	大肚	2	7	61	港區	1	1
30	永康豐原	2	7	62	新信義	1	1
31	新安和	2	7	總計		91	539
32	豐中	1	7				

表 2、中區無診所參加 C 肝全口服新藥計畫的醫療群數

縣市	醫療群數
----	------

台中市	27
大台中	12
彰化縣	18
南投縣	4
總計	61

六、請踴躍參與「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」

(一)自 112 年 6 月 1 日起公告施行，為提高肺癌篩檢及預防保健服務之大腸癌、口腔癌、子宮頸癌、乳癌疑似異常個案，進一步完成診斷與治療，透過本計畫之追蹤管理及提升醫療院所診斷品質，期能提升篩檢效益及增進治療效率。

(二)若有篩檢異常個案，經健保電子轉診平台轉介至可執行確診及治療院所，並且追蹤及填報個案確立診斷及處置結果者，可依本計畫申報追蹤管理費(400-800 點)與診斷品質管理費(1200-1700 點)，本署於每季結算時勾稽個案追蹤及填報結果給付費用。

(三)診所參加資格(附表 3)：

1. 大腸癌、口腔癌、子宮頸癌：可辦理此 3 項預防保健癌症篩檢資格者。
2. 乳癌：通過國健署認證「乳房 X 光攝影認證醫療機構」者。

表 3、中區有癌症篩檢資格診所家數統計

縣市	口腔黏膜檢查	定量免疫法糞便潛血檢查	婦女子宮頸抹片檢查	乳癌	總計	執行診所數
台中市	145	391	115	4	655	2
大台中	158	337	98	2	595	3
彰化縣	141	227	78		446	
南投縣	60	87	43		190	2
總計	504	1042	334	6	1886	7

備註：112 年 6-7 月申報大腸癌篩檢 12 件、乳癌篩檢 32 件

七、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目 00246C (6 點)「提升基層護理人員照護品質加計」重點摘要

(一) 加計範圍：

1. 自 112 年 7 月 1 日新增「限聘有護理人員且有調升其薪資之西醫基層診所，申報一至三十人次門診診察費之案件得併報本項」，資格包含護理師及護士，且需執業登記於該基層診所。
2. 加計門診診察費診療項目包含醫令代碼：00109C、00110C、00197C、00199C、00158C、00159C、00230C、00232C、00234C、00236C、00168C、00169C、00238C、00240C、00242C、00244C、00184C、00185C、P57001、P57002。

(二) 調薪認定：

1. 護理人員調升薪資區間自 112 年 1 月起，任一月次的投保金額調薪幅度較比較基準月（111 年 12 月）調升達次一投保等級，則該基層診所自調升當月起皆符合申報資格；下載路徑：本署全球資訊網首頁>健保服務>投保與保費>保費計算與繳納>一般保費計算>投保金額分級表。
2. 如聘用多位護理人員，須調升半數以上護理人員之薪資達次一投保等級。如診所聘用 50%之護理人員不足一名，以一名計算；如某診所聘有 9 名護理人員為例，半數為 4.5 名，以 5 名計。
3. 診所 111 年 12 月無聘用護理人員，於 112 年任一月份新聘用護理人員，自聘用當月份起得申報本項。若人員離職，自離職次月起不得申報。
4. 如本月已調升護理人員薪資，自調升薪資當月起皆符合申報資格。惟投保金額係自申報的次月 1 日生效，爰請各診所調升護理人員薪資後，應於調升薪資當月向本署辦理投保金額調整事宜。

八、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療修正並自 112 年 10 月 1 日生效_重點摘要(發布日期 112.09.07)

(一) 門診診察費(第二部第一章第一節)：

1. 新增「腎臟移植諮詢費」(編號 01039C，600 點)項目。
2. 調整屬西醫基層總額部門院所「急診診察費」(編號 01015C)等三項支付點數與醫院一致。

(二) 新增診療項目(第二部第二章)：

1. 新增「新型冠狀病毒核糖核酸定性擴增試驗」及「新型冠狀病毒抗原檢測」(編號 12215C, 1,200 點；編號 14084C, 150 點)二項(第一節檢查)。且須按「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」格式，於檢驗(查)申報前上傳檢驗(查)結果報告，未上傳者本項不予支付。
2. 新增「高風險妊娠生產新生兒緊急處置費-初階」(編號 57124C, 2,354 點)(第六節治療處置)。

(三) 調整屬西醫基層總額部門院所支付點數與醫院一致，計 141 項。

(四) 公告及相關資料網址：

https://www.nhi.gov.tw/BBS_Detail.aspx?n=73CEDFC921268679&sms=D6D5367550F18590&s=DD2EC9E40E268F9A。

九、請踴躍參加醫療費用申報總表線上確認試辦計畫

- (一)本署中區業務組 1 樓聯合服務中心簡易櫃檯即日起取消「醫療費用申報總表」收件，親洽本組送件者請投入入口處「快速收件箱」或予洽公時間親送八樓。另放假日(前一天 17:00 後)投遞，一律以假期後的第一個上班日為受理日期。例如 8/19 週六投遞，8/21 上班日以 8/21 為受理日。
- (二)請院所透過線上申請「76-申報總表線上確認」試辦計畫，申請核可後，未來每月費用申報，院所以負責人之醫事人員卡及健保專屬讀卡機(或雲端安全模組)登錄 VPN，進入【醫療費用申報總表線上確認】畫面進行確認，即可申報費用，不須寄送紙本申報總表，省時又省力。

十、西醫基層總額點值 112 年第 1 季結算及第 2 季預估報告

- (一)112 年第 1 季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值

分區別	浮動點值	平均點值	排名
台北	0.9138	0.9382	6
北區	0.9652	0.9768	4
中區	0.9810	0.9860	3
南區	1.0022	1.0001	2
高屏	0.9599	0.9734	5
東區	1.0540	1.0344	1
全署	0.9561	0.9696	

(二)112 年 2 季點值預估之各分區一般服務浮動及平均點值

分區別	浮動點值	平均點值	排名
台北	0.8159	0.8791	6
北區	0.8620	0.9188	5
中區	0.8833	0.9220	3
南區	0.9291	0.9559	2
高屏	0.8784	0.9213	4
東區	1.0547	1.0357	1
全署	0.8793	0.9134	

十一、西醫基層總額醫療費用申報概況報告

肆、提案討論

提案一

提案單位：中區業務組

案由：因應疫情後狀況，調整中區 112 年度「西醫基層總額審查指標與抽樣原則」(詳附件 1)，本次擬放寬原訂免審條件，並增修 1 項必審指標提請討論。

說明：

一、為降低合理院所行政負擔，擬針對「診所最近 12 個月內 6 次含

以上（註）隨機審查樣本平均核減率小於 2%時，予主動免除當月一般抽審指標審查，惟其他專案審查及檔案分析異常者除外。」條文中之免審門檻次數從原 6 次放寬為 4 次。

- 二、為發掘潛藏在科別中的極端異常院所，擬新增「整體監控值達 p95 以上之診所列為必審指標」：每 3 個月產出之分群指標結果，不分科別排名達中區整體 p95 以上者。

決議：

- 一、調整中區 112 年度「西醫基層總額審查指標與抽樣原則」免審門檻次數從原 6 次放寬為 4 次。
- 二、新增每人季單價未超出季單價目標值的科別，分群指標達中區整體 p95 以上之院所，列為隨機必審院所，抽審家數上限為該季各科別總家數 5%，自費用年月 112 年 10 月起實施。

伍、散會

附件 1

112 年中區西醫基層總額審查指標與抽樣原則

112 年 9 月 00 日西基共管會議修訂

壹、分析資料來源與對象

一、當月西醫基層診所，依各項指標資料期間，作為費用抽審依據。例如：

- (一)「前月」：以其上一個費用年月申報資料為分析基礎，亦即 112 年 2 月抽審以 112 年 1 月的資料來分析。
- (二)「前前月」：以其上上個費用年月申報資料為分析基礎，亦即 112 年 2 月抽審以 111 年 12 月的資料來分析。
- (三)「前季」：以其上一季資料為分析基礎，亦即 112 年第 2 季抽審以 112 年第 1 季的資料來分析。
- (四)「前前 3 個月」：以其上上個費用年月往前抓 3 個月資料為分析基礎，亦即 112 年第 1 季抽審以 111 年 9 到 11 月的資料來分析，詳如下表。

抽審期間	112 年 1-3 月	112 年 4-6 月	112 年 7-9 月	112 年 10-12 月
統計期間	111 年 9-11 月	111 年 12 月 112 年 1-2 月	112 年 3-5 月	112 年 6-8 月

二、以診所為分析對象，每家診所分別以申報點數最高就醫科別作為該診所主要科別，進行同儕比較。

貳、抽審原則

一、抽審類別

(一) 常規抽審

1. 每月抽審家數：申報家數 0%-20%。
2. 抽審指標分必審指標及一般抽審指標。

(二) 專案抽審

其他依檔案分析發現異常。

二、常規抽審原則

(一) 篩選必審診所

1. 必審指標，如附表一。
2. 符合必審指標其中一項者，該月予以抽樣審查。

(二) 一般抽審

1. 依抽審指標項目予以權重分數，如附表二。
2. 依各科每人季單價，計算出各科超出季單價目標值比率，並以一般抽審指標權重分數積分排序，再依下表超出目標單價抽審家數比率，自積分低者執行應抽審家數。

超出季單價目標值比率	抽審家數比率
>0%~3%	5%
>3%~6%	10%
>6%~9%	15%
>9%	20%

3. 依中區分會各分科會議決議項目執行抽審。

(三) 診所最近 12 個月內 4 次(含)以上（註）隨機審查樣本平均核減率小於 2%時，予主動免除當月一般抽審指標審查，惟其他專案審查及檔案分析異常者除外。

註：最近 12 個月係以診所申報費用月之前 2 個月往前計算 4 次以上者。
例：以 112 年 1 月申報 12 月費用時，最近 12 個月期間為「費用年月 110 年 11 月至 111 年 10 月」，該期間如有隨機抽審達 4 次者，主動計算樣本隨機審查樣本平均核減率。

參、當月未列入抽審的診所，以隨機方式抽其中家數 5%。診所監測值放於 VPN 供自身參考，個別診所任 3 項指標超過 p90 設定為指標診所，名單提供中區分會輔導參考(排除每月申報 200 件以下之診所)。

附表一、必審指標

編號	抽審方式	指標類別	指標項目	資料期間
1	論人立意回溯審查	價	下列項目經監控小組討論，確認後執行： 1.【監控值】 $\geq$ 中區整體 P90 (監控值=偏離值+每人就醫次數) 2.專業審查發現異常診所 3.檔案分析發現等其他異常情形	視個案而定
1-1 (新增)	隨機	價	【監控值】 $\geq$ 中區整體 P95 (監控值=偏離值+每人就醫次數)	前前三個月
2	隨機	品質	無基期診所抽樣審查 1 年。	當月
3	隨機	品質	違反本保險醫事服務機構特約及管理辦法被違約記點或扣減醫療費用十倍者，予以抽審 3 個月。	當月
4	隨機	品質	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 17 條保險醫事服務機構因涉有虛報、浮報醫療費用，經保險人訪查事證明確者加強審查，如經本署停約處分確認後予以抽審 1 年。	當月
5	隨機	品質	慢連箋後續調劑當日又看診比率 $\geq$ P95。 (111 年 9 月 P95 為 27.8%)	前月
6	隨機	品質	慢箋未再調劑比率 $\geq$ P90。 (111 年 7 月 P90 為 14.5%)	前前前月
7	隨機	品質	隨機審查樣本核減率 $\geq$ 20%。	前前月
8	隨機	品質	同院用藥日數重疊率(前前季)項目包括： 降血脂用藥 $\geq$ 全國 P98(1.80%)、 降血糖用藥 $\geq$ 全國 P98(1.73%)、 降血壓用藥 $\geq$ 全國 P98(1.62%)、 抗憂鬱症用藥 $\geq$ 全國 P98(2.15%)、 抗思覺失調用藥 $\geq$ 全國 P98(4.00%)、 安眠鎮靜用藥 $\geq$ 全國 P98(3.96%)	前前季

附表二、一般抽審指標

編號	指標類別	指標名稱	資料期間	指標閾值	權重分數
1	價	【監控值】 (偏離值+每人就醫次數)	前前三個月	監控值 $\geq$ p95	-7
				P90 $\leq$ 監控值 $<$ p95	-6
				P85 $\leq$ 監控值 $<$ p90	-5
				P80 $\leq$ 監控值 $<$ p85	-4
				P75 $\leq$ 監控值 $<$ p80	-3
				P70 $\leq$ 監控值 $<$ p75	-2
				P50 $\leq$ 監控值 $<$ p70	-1
2	量	合計點數與成長率	前月	合計點數百分位值 $\geq$ p95 且成長率 $\geq$ 5%	-3
				p80 $\leq$ 合計點數百分位值 $<$ p95 且成長率 $\geq$ 7.5%	-2
				p50 $\leq$ 合計點數百分位值 $<$ p80 且成長率 $\geq$ 12.5%	-2
				p30 $\leq$ 合計點數百分位值 $<$ p50 且成長率 $\geq$ 15%	-2
3	價	非慢性病每日藥費	前月	非慢性病每日藥費 $\geq$ p90	-3
4	就醫可近性	慢性病就醫人數成長量	前月	慢性病就醫人數成長量 $\geq$ p95	+1.5
				p85 $\leq$ 慢性病就醫人數成長量 $<$ p95	+1
				p75 $\leq$ 慢性病就醫人數成長量 $<$ p85	+0.5

附表三、必審指標資料定義

編號	指標項目	計算公式	說明
1	監控值	監控值=偏離值+平均每人就醫次數 1.偏離值： 前前3個月醫師或診所實際每人診療費(P1)與同儕每人診療費(P2)之比值。 2.平均每人就醫次數： Σ 前前3個月總申報件數 / Σ 前前3個月歸戶病人人數	1.偏離值：排除條件包括 E1 案件照護費用（醫令代碼 P 開頭）、BC 型肝炎藥費、排除醫院下轉個案在承接診所之費用(排除期間為 6 個月)、代辦費用。 2.平均每人就醫次數：排除條件包括診察費為 0、代辦與轉代檢案件、1 歲以下病患、特定主診斷代碼(註 2) 。
1-1	同上	同上	同上
5	慢連箋後續調劑當日又看診比率	慢連箋後續調劑又看診人數 / 慢連箋後續調劑人數	1.慢連箋後續調劑又看診人數：慢連箋後續調劑同日申報診察費人數。 2.排除條件：E1 案件、慢連箋後續調劑人數<30 人。
6	慢箋未再調劑比率	未再調劑慢連箋件數 / 慢連箋件數	1.未再調劑慢連箋件數：慢連箋件數-慢連箋開立當月及後 2 個月慢連箋有後續調劑件數。 2.慢連箋件數：開立慢連箋診察費案件。 3.排除條件：慢連箋件數 $\leq$ 30 件、排除 1 次給予慢箋總給藥日數(例如出國)。
7	隨機審查樣本核減率	隨機抽樣樣本核減點數 / 隨機樣本醫療費用點數	隨機抽樣樣本核減點數為未回推之核減點數。
8	同院用藥日數重疊率	分子：同院同 ID 同藥理重疊之給藥日數。 分母：總給藥日數。	1.重疊之給藥日數：同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間，有重疊之給藥日數。 2.總給藥日數：加總各案件醫令給藥日數。

附表四、一般抽審指標資料定義

編號	指標項目	計算公式	說明
1	監控值	監控值=偏離值+平均每人就醫次數 1.偏離值： 前前3個月醫師或診所實際每人診療費(P1)與同儕每人診療費(P2)之比值。 2.平均每人就醫次數： Σ 前前3個月總申報件數 / Σ 前前3個月歸戶病人人數	1.偏離值：排除條件包括 E1 案件照護費用（醫令代碼 P 開頭）、BC 型肝炎藥費、排除醫院下轉個案在承接診所之費用(排除期間為 6 個月)、代辦費用。 2.平均每人就醫次數：排除條件包括診察費為 0、代辦與轉代檢案件、1 歲以下病患、特定主診斷代碼(註 2)。
2	合計點數	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。
	合計點數成長率	(本月合計點數-去年同季月平均合計點數) / (去年同季月平均合計點數)	2.配合藥品支付價格調整，針對總藥價差額占率(以 106 年 Q4 及 107Q1 試算)達總醫療費用 1.5%(中區西基平均值)以上院所，前年度基期值之費用，同步調整藥價差之 7 成費用後再予計算費用成長情形。(自費用年月 107 年 5 月起) ●範例：如 A 診所經試算後符合總藥價差額占率達總醫療費用 1.75%，其 106 年同期醫療費用為 200 萬，則基期值=200 萬-(200 萬*(1.75%*0.7))。 3.排除醫院下轉個案在承接診所之費用，排除期間為 6 個月，排除條件為：申報格式「d16-轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記」申報為 1-保險對象本次就醫係由他院轉診而來，且「d17-轉診、轉代檢處方調劑之醫事機構代號」申報為醫院層級院所代號之個案

編號	指標項目	計算公式	說明
			(自費用年月 107 年 7 月起)。
3	非慢性病每日藥費	$\Sigma \text{ 藥費} / (\Sigma \text{ 藥費不為 } 0 \text{ 之用藥日數})$	1. 包含部分負擔與交付藥費，案件分類為 01、02、03、09、A3，排除 BC 型肝炎藥費。 2. 排除醫院下轉個案在承接診所之費用，排除期間為 6 個月，排除條件為：申報格式「d16-轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記」申報為 1-保險對象本次就醫係由他院轉診而來，且「d17-轉診、轉代檢處方調劑之醫事機構代號」申報為醫院層級院所代號之個案(自費用年月 107 年 7 月起)。
4	慢性病就醫人數成長量	當月慢性病就醫人數-去年同期慢性病就醫人數	1. 慢性病就醫人數：包含案件分類 04、06、08、E1，並加入藥局慢連箋人數。 2. 聯合診所歸戶計算人數，其內各診所給予相同權重。

註 1、用藥日數係加總門診醫療服務醫令清單之「各項藥品給藥日份」，且同處方同藥品代碼之用藥日數只計算一次，不因用法用量不同重複計算。

註 2、排除之 ICD-10 主診斷碼：J01.00 ~ J01.91、A04.4、J45.909、J45.991、J45.998、L70.2、L98.491 ~ L98.494、L98.499、T30.0、N73.9、N92.6、N93.9、O20.9、H16.001 ~ H16.003、H16.009、H18.831 ~ H18.833、H18.839、Z96.1、Z98.41、Z98.42、Z98.49、Z98.83、Z48.00 ~ Z48.02、C00-D49、E08-E13 第 4 碼為 5、第 4-6 碼為 621 或 622、E08-E13 第 4 碼為 8、第 4-5 碼為 65、L97、M863-M868、S41 第 7 碼為 A、D、S51 第 7 碼為 A、D、L97、M863-M868、S41 第 7 碼為 A、D、S51 第 7 碼為 A、D、S615 第 7 碼為 A、D、S410 第 5 碼為 2、4、第 7 碼為 A、D、S610 第 5 碼為 2、4、第 7 碼為 A、D、S611 第 5 碼為 2、4、第 7 碼為 A、D、S612 第 5 碼為 2、4、第 7 碼為 A、D、S613 第 5 碼為 2、4、第 7 碼為 A、D、S614 第 5 碼為 2、4、第 7 碼為 A、D、S710 第 5 碼為 2、4、第 7 碼為 A、D、S810 第 5 碼為 2、4、第 7 碼為 A、D、S818 第 5 碼為 2、4、第 7 碼為 A、D、S910 第 5 碼為 2、4、第 7 碼為 A、D、S911 第 5 碼為 2、4、第 7 碼為 A、D、S912 第 5 碼為 2、4、第 7 碼為 A、D、S913 第 5 碼為 2、4、第 7 碼為 A、D、T26 第 4 碼為 2、4、T20-T25 第 4 碼為 3、7