

107 年中區西醫基層總額審查指標與抽樣原則

一、 分析資料來源與對象

107 年 6 月 8 日修訂

- (一) 當月西醫基層診所，以其上一個費用年月申報資料，例如即 106 年 2 月份費用抽樣審查，以 106 年 1 月份費用資料為分析基礎。
- (二) 以診所為分析對象，每家診所分別以所屬之科別，進行同儕比較。

二、 抽審原則

(一) 抽審類別

1. 常規抽審

- (1) 每月抽審家數：申報家數 5-25%。
- (2) 抽審指標分必審指標及一般抽審指標。

2. 專案抽審

其他依檔案分析發現異常。

(二) 常規抽審原則

1. 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。

2. 一般抽審：

- (1) 依抽審指標項目予以權重分數，如附表二。
- (2) 各分科別依目標點數超支情形執行，並以一般抽審指標權重分數積分排序，自積分低者抽審，抽審比率如下表：

超出目標點數比率	抽審家數比率
≤0%	5%
>0%~3%	10%
>3%~6%	15%
>6%~9%	20%
>9%	25%

(三) 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 6 次(含)以上(註)隨機審查樣本平均核減率 ≤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 6 次以上者。例：以 105 年 11 月申報 10 月費用時，最近 12 個月期間為「費用年月 104 年 9 月至 105 年 8 月」，該期間如有隨機抽審達 6 次者，主動計算樣本隨機審查樣本平均核減率。

三、當月未列入抽審的診所，以隨機方式抽其中家數 5%。

附表一、必審指標

編號	指標類別	指標項目	資料期間
1	品質	無基期診所抽樣審查 1 年。	當月
2	品質	經民眾申訴或檢舉經查證屬實者，予以抽審 3 個月。	當月
3	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	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	價	平均每人復健費用全國前 10 名院所	前月
6	量	安養住民費用占率前 10 名院所	前季
7	品質	慢連箋後續調劑當日又看診比率 \geq P95 (105 年 10 月 P95 為 34%)	前月
8	品質	慢箋未再調劑比率 \geq P90 (105 年 10 月 P90 為 25%)	前前前月
9	品質	隨機審查樣本核減率 \geq 20%	前前月
10	品質	同院用藥日數重疊率(前前季)項目包括： 降血壓用藥 \geq 全國 P98(0.57%)、 降血脂用藥 \geq 全國 P98(0.51%)、 降血糖用藥 \geq 全國 P98(0.67%)、 安眠鎮靜用藥 \geq 全國 P98(1.67%)、 抗憂鬱症用藥 \geq 全國 P98(1.55%)、 抗思覺失調用藥 \geq 全國 P98(1.19%)	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	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
2	價	每人診療費	前月	每人診療費增加點數 \geq p90 且每人診療費成長率 \geq 2.5%	-3
				P75 \leq 每人診療費增加點數 $<$ p90 且每人診療費成長率 \geq 2.5%	-2
3	價	平均就醫次數	前月	平均就醫次數 \geq p90	-3
4	價	非慢性病每日藥費	前月	非慢性病每日藥費 \geq p90	-3
5	品質	執行專業審查作業紙本病歷替代方案	前月	以該方案進行專業審查者，即符合本項指標。	1
6	品質	鼓勵提高糖尿病照護品質 註： 1. 以 105 年第 3 季之指標值作為基期參考值 2. 權重分數最多給予+3 分 3. 本項目自 106 年 1 月費用起實施，並於實施 6 個月後進行評估，依評估結果適時調整。	前前季	前前季胰島素注射率 \geq 15%	+2
			前季	較基期新增注射胰島素病人 2 人	+0.5
			前季	較基期新增注射胰島素病人 4 人	+1
			前季	較基期新增注射胰島素病人 6 人	+1.5
			前季	較基期新增注射胰島素病人 8 人	+2
			前季	較基期新增注射胰島素病人 10 人	+2.5
			前季	較基期新增胰島素注射病人 12 人	+3
7	品質	門診年復健次數 \geq 180 次人數比率	前月	診年復健次數 \geq 180 次人數比率 \geq 5%	-3
8	量	各科診療成長貢獻度前 3 大醫令	前季	醫令執行率 \geq p90 且不分科醫令成長貢獻度 \geq p90	-1 (累計)

編號	指標類別	指標名稱	資料期間	指標閾值	權重分數
9	品質	URI 抗生素使用比率	前前季	URI 抗生素使用率 \geq 全國 P95(50.0%)	-2
10	品質	跨院用藥日數重疊率	前前季	降血壓用藥 \geq 全國 P95(1.47%)	-1
				降血脂用藥 \geq 全國 P95(0.95%)	-1
				降血糖用藥 \geq 全國 P95(1.07%)	-1
				安眠鎮靜用藥 \geq 全國 P95(7.05%)	-1
				抗憂鬱症用藥 \geq 全國 P95(3.33%)	-1
				抗思覺失調用藥 \geq 全國 P95(1.96%)	-1
11	品質	執行電子化申復作業	前月	以申復檔案格式辦理申復作業者，即符合本項指標。	+1
12	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
5	平均每人復健費用全國前10名院所	總復健費用／總復健人數	1. 復健費用：醫令代碼前2碼為41、42、43、44。 2. 排除條件：早療（年齡≤6歲）、職災案件。
6	安養住民費用占率	安養住民門診費用/診所門診費用	排除條件：主、次診斷碼前三碼為癌症C00-C96(不含C944、C946)、Z510、Z5111、早療（年齡≤6歲）案件。
7	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。
8	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≤30件、排除1次給予慢箋總給藥日數(例如出國)。
9	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。
10	同院用藥日數重疊率	同院同ID同藥理重疊之給藥日數/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份。

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	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。 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)
	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)	

編號	指標項目	計算公式	說明
			<p>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)</p> <p>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))。</p> <p>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(自費用年月 107 年 7 月起)。</p>
2	每人診療費	Σ 診療費 / Σ 月歸戶病人數	<p>1. 包含部分負擔與交付診療費，但排除 E1 案件照護費用(醫令代碼 P 開頭)、C1 案件(論病例計酬)、胰島素注射劑(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。</p> <p>2. 月歸戶病人數：交付處方 08 案件併回原處方診所。 去年同季月平均每人診療費先以同季平均核減率校正。</p> <p>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(自費用年月 107 年 7 月起)。</p>
	每人診療費增加點數	(本月每人診療費-去年同季月平均每人診療費)	
	每人診療費成長率	(本月每人診療費-去年同季月平均每人診療費) / (去年同季月平均每人診療費)	
3	就醫次數	Σ 總申報件數 / Σ 病人人數	依 103 年第 3 次共管會議記錄，排除條件比照專案審查項目「連續 6 個月就醫次數 \geq P90」，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)。
4	非慢性病每日藥費	Σ 藥費 / (Σ 藥費不為 0 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

編號	指標項目	計算公式	說明
			<p>肝炎藥費。</p> <p>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： <u>申報格式「d16-轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記」</u>申報為1-保險對象本次就醫係由他院轉診而來，且「<u>d17-轉診、轉代檢處方調劑之醫事機構代號</u>」申報為醫院層級院所代號之個案(自費用年月107年7月起)。</p>
6	胰島素注射率	Σ 糖尿病胰島素注射人數/ Σ 糖尿病用藥人數	<p>1. 糖尿病胰島素注射劑：ATC碼前五碼 = A10AB、A10AC、A10AD、A10AE。</p> <p>2. 糖尿病用藥：ATC碼前三碼 = A10 (注射人數至少6人)。</p>
	新增胰島素注射病人	前季注射胰島素病人數-105年第3季注射胰島素病人數。	<p>基期105年第3季未使用胰島素(含其他醫療院所)之後有開立胰島素者。 例如：106年第1季以105年第4季與105年第3季比較；106年第2季以106年第1季與105年第3季比較。</p>
7	門診年復健次數 \geq 180次人數比率	當月年復健次數 \geq 180次人數/ 當月復健總人數	<p>1. 年復健次數\geq180次人數：依統計基期一年門診費用資料，其中某一治療類別(物理、職能、語言)醫令累計數量大於180次之病患數。</p> <p>2. 統計基期一年，範例如下： 審查費用當期：10601。 執行統計月份：10512。 統計基期：104年11月~105年10月</p> <p>3. 排除條件：門診代辦案件及年齡6歲(含)以下早療案件。</p>
8	各科診療成長貢獻度	(前季該所醫令點數-去年同季該所醫令點數)/(前季該科醫令總點數-去年同季該科醫令總點數)	<p>1. 該所醫令點數：診所申報該醫令的點數。</p> <p>2. 該科醫令總點數：包含該科申報所有醫令的點數。</p> <p>3. 排除手術醫令。</p>
	醫令執行率	醫令件數/總件數	<p>1. 醫令件數：包含有申報該醫令的件數。</p> <p>2. 總件數為申請件數-(08案件+非總額案件)。</p> <p>3. 排除手術醫令、參與試辦計畫院所執行相關常規醫令項目。</p>
	不分科醫令成長貢獻度	(前季該所醫令點數-去年同季該所醫令點數)/(前季不分科醫	<p>1. 醫令點數：診所申報該醫令的點數。</p> <p>2. 不分科醫令總點數：不分科有申報該</p>

編號	指標項目	計算公式	說明
		令總點數-去年同季不分科醫令總點數)	醫令的點數。 3. 排除手術醫令、參與試辦計畫院所執行相關常規醫令項目。
9	URI 抗生素使用比率	季 URI 抗生素給藥案件數/ 季 URI 給藥案件數	1. 給藥案件包含：藥費不為 0, 或給藥天數不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。 2. URI：主診斷前 3 碼為 J00、J02、J06、J09-J11。 3. 排除條件：季 URI 給藥案件數小於 100 件、慢箋領藥案件。
10	跨院用藥日數重疊率	同 ID 同藥理重疊之給藥日數/ 各案件之醫令總給藥日數。	1. 重疊之給藥日數：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份。
12	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。