

中區西醫基層總額共管會 107 年第 4 次會議紀錄

時間：107 年 12 月 14 日 13 時 00 分

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：陳文侯(請假)、陳萬得、羅倫樞、蔡景星、林煥洲、
陳國光、王博正、高大成(請假)、林義龍(請假)、
陳正和、丁鴻志(請假)、葉元宏

臺中市大臺中醫師公會：蔡其洪、藍毅生、陳成福、陳儀崇、
陳振昆、陳聰波(請假)、陳宗獻(請假)、詹國泰、
魏重耀、林釗尚、劉兆平

彰化縣醫師公會：巫喜得、吳祥富、連哲震、廖慶龍、蔡梓鑫、
陳永樺、孫楨文、林峯文

南投縣醫師公會：謝明哲、張志傑、陳信利(請假)、許鵬飛(請假)

中區業務組：

陳雪姝、陳麗尼、王慧英、張黛玲、游姿媛、陳之菁、張志煌、
張凱瑛、徐向慧、曾麗珍

列席：蔡文仁、林軼群、尹德鈞、黃錫鑫、林宜民、涂俊仰、曾思遠、
涂俊銜、陳建達、陳宏麟、葉文娜、傅姿溶、張靜文、劉碧優、
陳詩旻、黃郁喬

主席： 陳副組長墩仁
洪主任委員一敬

紀錄：游韻真

壹、主席致詞(略)

貳、上次決議事項追蹤

決議事項追蹤	承辦單位	辦理情形
<p>一、為推動分級醫療鼓勵院所雙向轉診作業：</p> <p>(一) 本組定期統計醫院下轉及承接院所資料，提供中區分會及各醫師公會參考。</p> <p>(二) 建議：</p> <ol style="list-style-type: none">1. 電子轉診平台使用設定為原登錄轉診之醫師才能執行後續作業，如診所所有2位醫師以上將無法共同使用，建議診所端電子轉診平台資料以診所為單位，不要僅限指定醫師才能開啟。2. 有關診所使用電子轉診平台轉診個案，醫院接受端未使用電子轉診平台受理及回復，健保署僅支付紙本轉診費，實屬不合理，建議修訂為有使用電子轉診平台轉診者，則以電子轉診費支付。另本組將積極輔導未使用電子轉診平台之醫院。	<p>中區業務組</p> <p>中區業務組</p>	<p>(一) 本組擬設計轉診相關統計報表，屆時再轉知中區分會及醫師公會參考。</p> <p>(二)</p> <ol style="list-style-type: none">1. 本署已於107年12月3日新增基層診所可於電子轉診平台使用受理及管理功能，診所所有醫師皆可透過該功能查詢及受理轉診單，但仍僅原開立醫師可修改轉診單。另若為接受轉診個案，診所醫師皆可以ID查詢到個案轉診資料並回覆，不限受理指定之醫師。2. 107年10月24日已建請本署卓參。

決議事項追蹤	承辦單位	辦理情形
<p>(三) 臺中市大臺中醫師公會藍毅生理事長反映中山醫學大學附設醫院有外科急診以電話通知下轉個案未填轉診單情事，本署中區業務組將個別了解輔導。</p>	<p>中區業務組</p>	<p>(三) 已轉知本組費用一科協助了解輔導。</p>
<p>(四) 為提升電子轉診平台更友善操作及使用效能，請中區分會收集各醫師公會意見，以提供建請本署參卓辦理。</p>	<p>中區分會</p>	<p>(四) 中區分會尚未提供意見。</p>
<p>二、為提升「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」：</p> <p>(一) 建議以ATC前5碼為篩選標準，排除一些非慢性病用藥。</p> <p>(二) 為提升提示功能使用效能，請中區分會收集各醫師公會使用及修訂意見，以提供建請本署參卓辦理。</p> <p>(三) 病人如果使用特定管制藥品，診間須進行兩次比對(提示、關懷名單)，造成網路速度變慢，建議改善。</p>	<p>中區業務組 中區分會</p>	<p>(一)現行雲端查詢系統重複開立醫囑主動提示功能(API)係以ATC前5碼定義藥品範圍，已考量同劑型同成份才提示，相關資料均已置放在本署VPN系統下載專區。</p> <p>(二)中區分會尚未提供意見。</p> <p>(三)主動提示功能提供的是病人的餘藥日數概念，關懷名單則是提供病人使用管制藥品成分之ATC/DDD，兩者供醫師參考之旨意不同。另雲端查詢系統已建立特定管制藥品頁籤，其資料內容與關懷名單相同，並已列入系統查詢率計算，不須再重複查詢。</p>

決議事項追蹤	承辦單位	辦 理 情 形
<p>三、建議停止 28 日內檢查(驗)再次執行之抽審作業案：</p> <p>(一) 有關各類檢查(驗)如有臨床常規指引建議再次檢查的合理區間，請中區分會彙整相關文獻及排除之診斷建議，以提供本署參卓辦理。</p> <p>(二) 另針對同一專案之抽審作業將比照分科試辦計畫之免除抽樣原則辦理。</p>	<p>中區業務組 中區分會</p>	<p>(一) 中區分會尚未提供相關資料。</p> <p>(二) 本組已將同一專案之抽審作業比照分科試辦計畫之免除抽樣原則辦理。</p>

參、報告事項：

一、雙向轉診 107 年 9 月申報情形追蹤

- (一) 西醫基層申報「接受轉診(01038C)」：共有 644 件，較前月(367 件)成長 75.5%，轉診案件來自醫學中心有 321 件、區域醫院有 323 件。
- (二) 醫院層級申報「回轉及下轉(01034B、01035B)」至西醫基層：共有 2,722 件，較前月(2,419 件)成長 12.5%，其中醫學中心有 1,525 件、區域醫院有 1,197 件。
- (三) 有關電子轉診平台批次上傳，為改善部分院所轉出病人未即時上傳，致接受轉診院所無法安排病人就醫、查詢轉診資料及依規定時效回復轉診單或申報適當之「辦理轉診費」支付標準等情形，自 108 年 1 月 1 日起，使用批次上傳案件(XML 及 API)，需於開單後「24 小時內」上傳。

二、居家醫療計畫 108 年擬修訂重點

- (一) 本計畫前於 107 年 1 月 19 日、4 月 3 日及 9 月 4 日召開 3 次會議，邀集相關團體共同參與討論。
- (二) 依據前述三次會議決議，本計畫規劃修訂重點摘要如下：
 1. 居家醫療個案之整體照護需求，由居家西醫主治醫師整

體評估，必要時再連結牙醫師、中醫師、藥師等其他醫事人員服務。

2. 新增醫院院外醫師、牙醫師及中醫師配合出院準備服務到院評估居家醫療服務需求，每次可申報訪視費 1,553 點。
3. 新增「緊急訪視費」：針對生命徵象不穩定、呼吸喘急持續未改善等 8 項適應症，西醫師、護理人員、呼吸治療師及藥師之緊急訪視，給予夜間及例假日加成 40%~70%。
4. 整合居家牙醫醫療服務
 - (1) 服務提供者：參與「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之照護院所，且須為修習到宅牙醫醫療相關課程之牙醫師。
 - (2) 服務對象：除特定障礙類別等級為中度以上有口腔醫療需要之長期臥床患者，及屬「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」之補助對象，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，且長期臥床者二類個案，牙醫師可自行收案外，其他個案須經居家西醫主治醫師評估連結。
5. 新增中醫師居家醫療照護服務
 - (1) 服務提供者：執業 2 年以上(含)之中醫師。
 - (2) 服務對象：本計畫之收案對象，罹患癌症、腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷四類疾病，需要中醫輔助醫療協助者，且經居家西醫主治醫師評估連結。
6. 新增藥師居家藥事服務，以長照支付為優先，長照未支付情況下：
 - (1) 服務提供者：具藥事人員 2 人(含)以上之社區藥局或特約醫療院所之執業藥師，並經藥師全聯會培訓及格，取得藥事居家照護遴選資格證書。
 - (2) 服務對象：醫師判斷其專業能力無法處理，依需求逐次照會藥師協助之臨終病患管制藥品使用諮詢、特殊劑型用藥指導。

7. 管理措施：6 個月內未完成用藥整合之個案(不含安寧療護階段)應予以結案(收案前請照護對象簽署同意書)、收案人數及訪視次數遠高於同儕者加強審查、無意願提供服務院所之退場機制、修訂收案條件使更明確、增訂結案條件等。
8. 觀察指標與品質獎勵措施
 - (1) 觀察指標：包括照護對象接受醫師照會中醫師/牙醫師/藥師訪視比、照護對象收案 6 個月後由居家醫療團隊提供完整醫療服務，未於西醫門診(不含急診)就醫情形、照護對象收案後急診就醫情形、照護對象死亡前 6 個月內安寧療護照護率四大類共 9 項指標。
 - (2) 品質獎勵措施：照護對象收案滿 6 個月後，由居家醫療照護團隊提供完整照護者，該照護對象當年度之個案管理費由 600 點調整為 2,000 點。
9. 醫事人員每人每月訪視次數
 - (1) 取消醫師安寧訪視之權值，即每月安寧訪視次數上限與居家醫療訪視一致。
 - (2) 增訂每位醫師每日訪視人次以 8 人為限，惟緊急訪視不納入計算。

三、「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」推動比率追蹤

- (一) 本署於 107 年 9 月起全面上線使用「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」，精準回饋重要提示訊息。目前提示功能調整項目包括：
 1. 新增 CT、MRI 檢查提示項目。
 2. 調整餘藥日數 ≥ 3 日才予以提示(未來將調整為「給藥日數 14 天(含)以上處方且遵醫囑應餘用藥日數大於 10 天」者才提示)。
- (二) 截至 12/12 止，中區西基參與家數已達 1,457 家，安裝家數比例為 65%(1,457 家/2,243 家)，全署排名第 3(不含東

區)，另轄區 4 縣市安裝比例最高的為南投縣的 71.5%(171 家/239 家)，各縣市使用家數如下表。

縣市	台中市	大台中	彰化	南投	總計
使用家數	516	453	317	171	1,457
特約家數	801	701	502	239	2,243
家數比率	64.4%	64.6%	63.1%	71.5%	65.0%

(三) 以科別來看，安裝比例較低的前 3 名則分別為復健科 51.5%(34 家 /66 家)、眼科 53.1%(68 家 /128 家)及骨科的 54.2%(39 家 /72 家)，請各醫師公會針對相關科系加強輔導。

(四) 本組業於 11 月 27 日提供 107 年度第 1 季或第 2 季重複用藥核扣費用>1,000 點且目前仍未安裝主動提示功能之院所名單，轉請中區分會協助輔導，使用主動提示功能將能協助醫師於第一時間判斷病人是否有用藥重複的情形，請醫師善加利用。

(五) 「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」自 108 年 1 月 1 日開始實施，調整方案重點為：

1. 實施對象：當季重複用藥藥費 1,000 元(含)以上者，核扣該藥費。
2. 實施時程：108 年第 1 季起。
3. 實施藥品範圍及核扣方式：針對六十大類藥品且給藥日份 14 日以上之處方，不符提前領藥規範或特定領藥原因之重複用藥日數>10 天者。核扣重複藥費=該醫令重複用藥日數*該醫令日平均藥費。該方案相關資料已置於「本署健保資訊網服務系統(VPN)」(路徑：下載專區/保險對象用藥管理)
4. 另本署已製作「健保雲端護健康 健康存摺守護您」平面宣導單張、「避免重複檢驗檢查及重複用藥」影音動畫

(下載縮網址：<https://reurl.cc/jqNLn>)、「避免重複用藥 珍惜健保資源(署長篇)-國語」30秒廣播(下載縮網址：<https://reurl.cc/E23q1>)各1份，請院所張貼或播放，協助向民眾宣導。

「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」_預估 60 大類

季別	診所數	重複用藥費用	重複用藥費用 最大值
107Q1	515	1,998,917	41,630
107Q2	439	1,530,212	36,957

四、中區西醫基層診所婦、產科超音波異常申報管理追蹤

- (一) 於 107 年 9 月請中區分會協助輔導轄區內婦科超音波(19003C, 450 點)、產科超音波(19010C, 550 點)、陰道式超音波(19013C, 957 點)執率高或每人次數高診所。
- (二) 比較上述診所 107 年 9 月與 107 年 6 月婦科超音波&產科超音波醫令執行率有 11 家診所下降、17 家上升；陰道式超音波有 11 家診所下降、6 家上升。
- (三) 為使醫療資源合理使用，請中區分會持續協助輔導轄區內診所；本組將追蹤 107 年 12 月費用，未改善診所進行個案歸戶之回溯性審查。

醫令名稱	婦科超音波&產科超音波	陰道式超音波
醫令代碼	19003D	19013C
下降5~10%		2
下降0~5%	11	10
0~5%	13	5
5%~10%	2	1
15%~20%	2	
小計	28	18

註：執行率=該診所醫令件數/該診所總額件數

五、年平均每人醫療費用全國排名第一就醫科別

- (一) 統計 102 年至 107 年(共 5 年)年平均每人醫療費用，與各分區業務組相比較，中區排名為全國第一就醫科別共有 7 科(占總科別數 6 成)：內科、外科、小兒科、婦產科、神經科、精神科、復健科。
- (二) 上述 7 科與全國次一名分區差距比率達 26.8%至 0.3%，各科差距如下表，由此顯示中區多數科別醫療資源耗用偏離常態，為影響中區點值長期未能提升因素之一，同時亦反映出實施已達 11 年的分科管理，以目標點數、分科虛擬總額之管理方式，已未能達到費用管理或抑制資源不當耗用應有之效能，應針對分科管理運作模式進行整體性檢討及修正(詳提案討論)。

就醫科別	外科	復健科	婦產科	精神科	神經科	內科	小兒科
中區	2,324	7,438	2,466	7,477	3,461	3,357	2,193
全國第二高	1,833	6,253	2,080	6,611	3,159	3,255	2,186
差距比率	26.8%	19.0%	18.6%	13.1%	9.6%	3.1%	0.3%

註：排除計算案件：代辦、C1、03 案件

六、107 年第 3 季中區西醫基層預估點值報告

依本署預估 107 年第 3 季各區點值(如下)，中區西醫基層預估平均點值為 0.93487 排名第六，已達目標值 0.92 以上。

分區別	浮動點值預估	平均點值預估	排名
台北	0.93737	0.95316	5
北區	0.94567	0.96056	3
中區	0.91044	0.93487	6
南區	0.94423	0.96049	4
高屏	0.95397	0.96721	2
東區	1.06293	1.04281	1
全署	0.93929	0.95587	

七、西醫基層總額醫療費用申報概況報告(會議上報告)

中區分會報告

- 一、本會已辦理遴選提報 108 年「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中區分會」共 35 位委員名單，108 年主任委員由臺中市醫師公會陳文侯理事長接任，訂於 108 年 1 月 9 日辦理委員臨時會及交接典禮，敦請方組長蒞臨監交。

肆、提案討論：

提案一

提案單位：中區業務組

案由：修正分科管理試辦計畫運作模式(詳附件，P13-21)，提請討論。

說明：

- 一、近年各季點值排名位居全署第 5 名，107 年第 3 季預估點值為第 6 名。在全署每人費用等多項監測上亦居全署第一或第二高，本組進行檢討分科管理現況問題如下：

(一) 整體資源配置問題：

1. 採 11 分科虛擬總額，各科總額分配方式，以最近四年費用占率進行分配，衍生出科內為鞏固其總額占率，會維持科內一定成長，管理較為鈍化。
2. 科別間管理差異大，部分科別管理機制較弱，未發揮實質管理力量。
3. 忽略異常管理，缺乏資源耗用合理性管理概念，未能有效抑制資源不當耗用所造成的費用成長。

(二) 個別診所管理問題：

1. 診所異常行為易被忽略，長期未處理結果會有群起模仿效應，使得單價日益墊高。例：如長期未超支科別抽審比率低，但檢視各處置醫令，卻發現單價及診療行為與各分區差異大、多項執行率居全國第一。
2. 聯合執業診所所有不同專科醫師，進行分科管理擇一科別參與，導致在同一分科別下以齊一式的方式進行醫療費用管理，而忽略不同專科醫師看診的差異性，易造成管理上的盲點，引起被管理者的不滿。
3. 目前每人目標單價以現況值加上核減率為各診所之管理

目標，惟發現有多家院所因長期不合理診療行為未予適切管理，以現況單價為目標單價顯有偏誤。

(三) 審查回推制度改變

1. 107年4月起隨機審查回推倍數上限值，西醫基層門診改為20倍後，平均核減率與舊制比較，降幅高達65%。日後藉由隨機審查揭止不合理費用申報之效益將大幅減少。
2. 未來審查須強化檔案分析，發掘不合理申報，以隨機審查為輔，逐步提高異常案件立意抽審量，以因應回推新制所造成之影響。

建議：取消以四年占率分配各科虛擬總額，超出比率作為各科抽審比率，及取消未達目標點值啟動自動繳回之機制，另為維持同儕共管原則，修正以下分科管理運作模式：

一、組織架構及權責

1. 成立監控小組，設有小組長及各科客觀公正代表，每科1~2人，職責為督導管理中區西基總額整體資源利用合理性、協助各分科委員會之管理措施的落實。
2. 分科委員會：設科召1人及委員，職責為監督管理分科內各診所資源合理運用，訂定該科管理方向及改善方式，並提報監控小組。

二、修訂分科及個別診所管理目標

1. 分科管理目標：比較全國各就醫科別每人季資源利用情形，設定各科每人季單價目標值，超出目標值科別，依超出情形加重該科審查家數比率，並定期公布管理結果。
2. 個別診所管理目標：
 - (1) 依醫師專業特質及病人特質等多項考量因子，做分群及全國性比較分析，即每一案件依科別、醫師、病患、疾病、處方診療等質性相同者歸為同一群比較，以提升可比性，經分群比較後再歸納回醫師或診所作合理性判斷，同時以此訂定各診所合理單價目標值，來進行自我管理。
 - (2) 加重各診所每人診療單價與每人就醫次數指標之權重

分配，新增抽審指標【監控值(偏離值+每人就醫次數)】，依指標權重積分排序，負分多者列為優先審查對象。

三、修正審查原則

1. 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5條及第22條，為強化精準審查發掘不合理申報，極端值院所即【監控值】達中區整體排名P95以上者，將採立意論人回溯性審查。
2. 調降超出目標單價科別抽審家數比率，未超出目標值科別，一般抽審比率調降為0%；超出目標值科別，最高抽審家數比率上限由25%調降為20%。

四、實施時程：

1. 上述修正之組織架構及權責、分科管理目標，將自108年起實施，個別診所抽審指標108年第1-2季仍沿用107年指標。
2. 個別診所管理，因改變指標計算方式複雜，另成立工作小組進行各科分群校正變項等相關細節討論，預定108年1月底完成，若各科於期限前未提出具體意見，則逕依本組擬訂方式辦理。
3. 為讓院所因應抽審模式變革，108年第2季將先採資訊回饋予院所進行自身管理改善，於108年第3季起正式實施。

決議：

- 一、新增監控小組後，分科是否持續運作，中區分會將於將於108年1月9日另行討論，在中區分會未有正式回應前，分科修正方向及時程仍依原規劃進行。
- 二、本組先依目前收集意見進行各科分群試算，並於108年1月中旬提供各科作為分群修正討論參考。

伍、散會：15：05

108 年中區西醫基層醫療服務審查管理分科試辦計畫_修正要點

項次	增修項目	現行內容	修正內容
1	目的	管控醫療費用合理成長，穩定中區點值。	管控醫療費用合理成長， <u>降低醫療資源不當耗用。</u>
2	計畫目標	平均點值第 1 季 0.925、第 2 季 0.93、第 3 季 0.92、第 4 季 0.92 或全區排名第五名以上。	刪除。
3	分科方式	<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，自行選擇 1 個科別，加入該科之目標點數監測。</p> <p>三、改選科別之診所均需符合優先以診所執業專科為主，如屬不分科以診所申報案件之屬性達 50% 為選科依據；特殊診所將請各醫師公會協助檢視是否符合上述條件。如選科不符合設定原則中區業務組將逕依原則歸屬科別並請中區分會轉知。</p> <p>四、選定之科別適用期間原則為一年，各診所延續前一年選定之科別，擬變更適用科別之診所應於每年 1 月 1 日至 1 月 15 日期間填「中區西醫基層診所主要管理科別申請表」(附件 1)向中區業務組提出申請。</p>	<p>維持。</p> <p>一、以診所前一年度<u>申報點數最高之就醫科別</u>作為該診所主要科別，進行同儕比較。</p> <p>二、<u>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。</u></p> <p>刪除。</p>

108 年中區西醫基層醫療服務審查管理分科試辦計畫_修正要點

項次	增修項目	現行內容	修正內容
		五、新特約診所辦理特約時選填，未選定者逕依其中報資料之主科別認定。	
3	組織架構		

108 年中區西醫基層醫療服務審查管理分科試辦計畫_修正要點

項次	增修項目	現行內容	修正內容
4	成立監控小組	無	<p>一、成立監控小組，設有小組長及各科客觀公正代表，每科 1~2 人，<u>由健保署與中區分會共同遴選，各委員需經健保署審核，如有違反特約管理辦法、平均樣本核減率高於 5%、或【監控值】高於 P75 且經徵詢專業意見不適任者，不予委任。</u></p> <p>二、職責：為督導管理中區西基總額整體資源利用合理性、協助各分科委員會管理措施的落實。</p> <p>*註：【監控值 R2】 = 偏離值(R1) + 每人就醫次數(B)</p> <p>1. 偏離值(R1): 每一案件依科別、醫師、病患、疾病、處方診療等質性相同者歸為同一群比較，分群計算後再歸納回醫師或診所作合理性判斷，<u>計算出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(R1=P1/P2)。</u></p> <p>2. 每人就醫次數(B): <u>季總件數/季歸戶總人數。</u></p>
5	分科委員會	<p>科委員之執掌</p> <p>一、集會討論科內同儕制約之建議，並協助對該科診所與醫師的說明。</p> <p>二、協助該科專業相關輔導及諮詢。</p> <p>三、檢討與建議該科需監控之醫令項目。</p> <p>四、科內異常診所之輔導、加強審查、實地審查或</p>	<p>一、設科召 1 人及委員。</p> <p>二、職責：為監督管理分科內各診所資源合理運用，訂定該科管理方向、改善方式，進行科內診所輔導，並將各月管理方式提報監控小組。</p>

108 年中區西醫基層醫療服務審查管理分科試辦計畫_修正要點

項次	增修項目	現行內容	修正內容
		稽核等建議。	
6	目標點數分配	依據各科診所最近 4 年申報之醫療費用點數（含部分負擔，並扣除行政審查核減點數）權重，計算各科占率；各年度權重平均分配為 25%。	刪除。
7	IC 卡預估費用	<p>一、 每月月初以 IC 卡上傳資料預估各分科費用和其每月目標點數做比較。</p> <p>二、 超出目標點數處理原則：</p> <p>1. 以一般常規審查指標抽審(論件隨機，指標如附件)併參採各分科訂定抽審指標或自主計畫。</p> <p>2. 各分科所訂抽審指標或自主計畫需公告周知會員，並由中區分會彙整後報請中區業務組備查。</p>	刪除。
8	每季實際費用點值估算- 自動繳回	<p>一、 每季第 2 個月進行前季點值估算，當點值預估未達目標值時，提中區西醫基層總額共管會議決議辦理。</p> <p>二、 辦理方式：</p> <p>1. 若選擇自動繳回方式結清，其分攤額度計算方式由中區分會責成各分科會議決議並通知繳回，該作業須於次季底總額結算前完成，以便即時反映於當季點值。</p> <p>2. 若選擇加強審查方式，採論人隨機加立意抽審，</p>	刪除。

108 年中區西醫基層醫療服務審查管理分科試辦計畫_修正要點

項次	增修項目	現行內容	修正內容																						
		執行期間 3 個月，或依各分科決議辦理。																							
9	修訂-各科管理目標	<p>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：</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">超出目標單價比率</th> <th style="text-align: center;">抽審家數比率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">≤0%</td> <td style="text-align: center;">5%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">>0%~3%</td> <td style="text-align: center;">10%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">>3%~6%</td> <td style="text-align: center;">15%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">>6%~9%</td> <td style="text-align: center;">20%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">>9%</td> <td style="text-align: center;">25%</td> </tr> </tbody> </table>	超出目標單價比率	抽審家數比率	≤0%	5%	>0%~3%	10%	>3%~6%	15%	>6%~9%	20%	>9%	25%	<p>各科管理目標： 改以每季比較全國各就醫科別每人季資源利用情形，設定各科每人季單價目標值(以全國每人單價第 2 名為目標值)，超出目標值科別，依超出情形加重該科審查家數比率如下表，並定期公布管理結果。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">超出季單價目標值比率</th> <th style="text-align: center;">抽審家數比率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">>0%~3%</td> <td style="text-align: center;">5%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">>3%~6%</td> <td style="text-align: center;">10%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">>6%~9%</td> <td style="text-align: center;">15%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">>9%</td> <td style="text-align: center;">20%</td> </tr> </tbody> </table>	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%
超出目標單價比率	抽審家數比率																								
≤0%	5%																								
>0%~3%	10%																								
>3%~6%	15%																								
>6%~9%	20%																								
>9%	25%																								
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%																								
10	增訂-個別診所管理目標		<p>一、依醫師專業特質及病人特質等多項考量因子，<u>做分群及全國性比較分析</u>，即每一案件依科別、醫師、病患、疾病、處方診療等質性相同者歸為同一群比較，以提升可比較性，經分群比較後再歸納回醫師或診所作合理性判斷，同時以此訂定各診所合理單價目標值，來進行自我管理。</p> <p>二、新增抽審指標【監控值】：加重各診所每人診療單</p>																						

108 年中區西醫基層醫療服務審查管理分科試辦計畫_修正要點

項次	增修項目	現行內容	修正內容																						
			<p>價與每人就醫次數指標之權重分配，超出單價目標值院所依總權重分數排序，負分多者列為優先審查對象。</p> <p>三、【監控值（偏離值+每人就醫次數）】</p> <table border="1" style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #ffe0b2;"> <th>資料期間</th> <th>指標閾值</th> <th>權重分數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">前前三個月</td> <td>監控值 \geq p95</td> <td>-7</td> </tr> <tr> <td>P90 \leq 監控值 $<$ p95</td> <td>-5</td> </tr> <tr> <td>P75 \leq 監控值 $<$ p90</td> <td>-3</td> </tr> <tr> <td>P50 \leq 監控值 $<$ p75</td> <td>-1</td> </tr> </tbody> </table> <p>*註：【監控值 R2】=偏離值(R1)+每人就醫次數(B)</p> <ol style="list-style-type: none"> 偏離值(R1): 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($R1=P1/P2$)。 每人就醫次數(B): 季總件數/季總人數。 <p>四、分群資料統計期間為「前前3個月」，並依下列期間進行抽審。</p> <table border="1" style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>抽審期間</th> <th>108年 1-3月</th> <th>108年 4-6月</th> <th>108年 7-9月</th> <th>108年 10-12月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>統計期間</td> <td>107年 9-11月</td> <td>107年12 至108年 1-2月</td> <td>108年 3-5月</td> <td>108年 6-8月</td> </tr> </tbody> </table>	資料期間	指標閾值	權重分數	前前三個月	監控值 \geq p95	-7	P90 \leq 監控值 $<$ p95	-5	P75 \leq 監控值 $<$ p90	-3	P50 \leq 監控值 $<$ p75	-1	抽審期間	108年 1-3月	108年 4-6月	108年 7-9月	108年 10-12月	統計期間	107年 9-11月	107年12 至108年 1-2月	108年 3-5月	108年 6-8月
資料期間	指標閾值	權重分數																							
前前三個月	監控值 \geq p95	-7																							
	P90 \leq 監控值 $<$ p95	-5																							
	P75 \leq 監控值 $<$ p90	-3																							
	P50 \leq 監控值 $<$ p75	-1																							
抽審期間	108年 1-3月	108年 4-6月	108年 7-9月	108年 10-12月																					
統計期間	107年 9-11月	107年12 至108年 1-2月	108年 3-5月	108年 6-8月																					

108 年中區西醫基層醫療服務審查管理分科試辦計畫_修正要點

項次	增修項目	現行內容	修正內容																																				
11	增訂-偏離常態異常診所管理		偏離常態異常院所，提報監控小組進行跨科討論及擬定管理措施。																																				
12	必審指標	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">編號</th> <th style="text-align: center;">指標項目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>無基期診所抽樣審查 1 年。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>經民眾申訴或檢舉經查證屬實者，予以抽審 3 個月。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>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。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>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。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td>平均每人復健費用全國前 10 名院所</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6</td> <td>安養住民費用占率前 10 名院所</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">7</td> <td>慢連箋後續調劑當日又看診比率 \geq P95 (105 年 10 月 P95 為 34%)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8</td> <td>慢箋未再調劑比率 \geq P90 (105 年 10 月 P90 為 25%)</td> </tr> </tbody> </table>	編號	指標項目	1	無基期診所抽樣審查 1 年。	2	經民眾申訴或檢舉經查證屬實者，予以抽審 3 個月。	3	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。	4	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。	5	平均每人復健費用全國前 10 名院所	6	安養住民費用占率前 10 名院所	7	慢連箋後續調劑當日又看診比率 \geq P95 (105 年 10 月 P95 為 34%)	8	慢箋未再調劑比率 \geq P90 (105 年 10 月 P90 為 25%)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">編號</th> <th style="text-align: center;">指標項目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>無基期診所抽樣審查 1 年。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>經民眾申訴或檢舉經查證屬實者，予以抽審 3 個月。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>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。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>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。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td>平均每人復健費用全國前 10 名院所</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6</td> <td>安養住民費用占率前 10 名院所 註：改採回溯性審查方式執行，故刪除</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">7</td> <td>慢連箋後續調劑當日又看診比率 \geq P95 (107 年 10 月 P95 為 32.1%)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8</td> <td>慢箋未再調劑比率 \geq P90</td> </tr> </tbody> </table>	編號	指標項目	1	無基期診所抽樣審查 1 年。	2	經民眾申訴或檢舉經查證屬實者，予以抽審 3 個月。	3	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。	4	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。	5	平均每人復健費用全國前 10 名院所	6	安養住民費用占率前 10 名院所 註：改採回溯性審查方式執行，故刪除	7	慢連箋後續調劑當日又看診比率 \geq P95 (107 年 10 月 P95 為 32.1%)	8	慢箋未再調劑比率 \geq P90
編號	指標項目																																						
1	無基期診所抽樣審查 1 年。																																						
2	經民眾申訴或檢舉經查證屬實者，予以抽審 3 個月。																																						
3	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。																																						
4	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。																																						
5	平均每人復健費用全國前 10 名院所																																						
6	安養住民費用占率前 10 名院所																																						
7	慢連箋後續調劑當日又看診比率 \geq P95 (105 年 10 月 P95 為 34%)																																						
8	慢箋未再調劑比率 \geq P90 (105 年 10 月 P90 為 25%)																																						
編號	指標項目																																						
1	無基期診所抽樣審查 1 年。																																						
2	經民眾申訴或檢舉經查證屬實者，予以抽審 3 個月。																																						
3	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。																																						
4	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。																																						
5	平均每人復健費用全國前 10 名院所																																						
6	安養住民費用占率前 10 名院所 註：改採回溯性審查方式執行，故刪除																																						
7	慢連箋後續調劑當日又看診比率 \geq P95 (107 年 10 月 P95 為 32.1%)																																						
8	慢箋未再調劑比率 \geq P90																																						

108 年中區西醫基層醫療服務審查管理分科試辦計畫_修正要點

項次	增修項目	現行內容		修正內容	
		9	隨機審查樣本核減率 $\geq 20\%$		(107 年 8 月 P90 為 17.6%)
		10	同院用藥日數重疊率(前前季)項目	9	隨機審查樣本核減率 $\geq 20\%$
				10	同院用藥日數重疊率(前前季)項目 註：改以重複用藥核扣方案執行，故刪除
				11 (新增)	【監控值】 (偏離值+每人就醫次數) \geq 中區整體 P95 (將採立意論人回溯審查)
13	一般指標	編號	指標名稱	編號	指標名稱
		1	合計點數與成長率	1	合計點數與成長率
		2	每人診療費	2	每人診療費 註：本項指標已包含於監控值，故刪除
		3	平均就醫次數	3	平均就醫次數 註：本項指標已包含於監控值，故刪除
		4	非慢性病每日藥費	4	非慢性病每日藥費
		5	執行專業審查作業紙本病歷替代方案	5	執行專業審查作業紙本病歷替代方案
		6	鼓勵提高糖尿病照護品質	6	鼓勵提高糖尿病照護品質 註：因分群管理校正變項已考量胰島素注射與否，故刪除(另本組持續監測本項)
		7	門診年復健次數 ≥ 180 次人數比率	7	門診年復健次數≥ 180 次人數比率 註：改採回溯性審查方式執行，故刪除

108 年中區西醫基層醫療服務審查管理分科試辦計畫_修正要點

項次	增修項目	現行內容	修正內容
		10 跨院用藥日數重疊率	8 各科診療成長貢獻度前 3 大醫令 註：本項指標已包含於監控值，故刪除
		11 執行電子化申復作業	9 URI 抗生素使用比率 註：改以本署 CIS 指標進行立意審查，故刪除
		12 慢性病就醫人數成長量	10 跨院用藥日數重疊率 註：改以重複用藥核扣方案執行，故刪除
			11 執行電子化申復作業
			12 慢性病就醫人數成長量
			13 【監控值 (偏離值+每人就醫次數)】 (新增)