

行政院衛生署中央健康保險局東區業務組

101年第2次西醫基層總額共管會議紀錄

時間：101年12月5日(星期三)中午12時

地點：東區業務組三樓會議室及台東聯絡辦公室二樓會議室(視訊)

出席委員：

尤委員憲明	尤憲明	朱委員建銘	朱建銘
吳委員文揚	吳文揚	李委員楨雄	李楨雄
周委員朝雄	請假	林委員秀雄	林秀雄
林委員紹昌	林紹昌	張委員建中	張建中
陳委員永和	陳永和	黃委員啟嘉	黃啟嘉
楊委員代雲	楊代雲	鄒委員永宏	鄒永宏
劉委員建三	劉建三	蔡委員文銘	蔡文銘
蔡委員明宏	蔡明宏		

列席單位及人員：

全民健康保險基層總額支付東區委員會 何佳蓉

台東縣醫師公會 江麗雪

花蓮縣醫師公會 邱幼

中央健康保險局東區業務組 蔡麗玉 尤碧雪 陳陸英 林桂英
馮美芳 李姿蓉 林美華 黃國記

主席：李組長少珍 何主任委員活發 紀錄：梁燕芳

壹、主席致詞：(略)

貳、101年第1次共管會議紀錄，請參閱(不宣讀)確認：(略)

參、報告事項：

第一案

報告單位：中央健康保險局東區業務組

案由：本會101年第1次會議決議事項辦理情形。

決定：洽悉。

第二案

報告單位：東區業務組

案由：二代健保業務宣導。

決定：洽悉，並將簡報資料電子檔以電子郵件提供花東二縣醫師公會轉寄各位委員參考。

第三案

報告單位：本組醫療費用科

案由：西醫基層總額執行概況報告。

一、101年第2季點值確認。

二、101年第3季點值預估。

三、醫療費用申報概況。

四、西醫基層總額101年第4次支付委員會會議報告事項摘錄。

決定：洽悉

第四案

報告單位：本組醫務管理科

案由：有關「101年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案」本轄區特約西醫基層診所及藥局藥品明細標示辦理情形。

說明：

一、為瞭解診所、藥局藥品明細標示完整性，以利辦理「101年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案」相關費用核發，本業務組於101年4月18日函請西醫基層診所、藥局配合提供藥品明細樣張至西醫基層醫療服務審查執行會東區分會彙辦。

二、相關資料經彙整統計後，摘述如下：

- (一)「全數處方箋釋出」診所計 137 家，品質保證保留款核發指標有 3 項，其權重分別為月平均門診申復核減率占 34%、每位病人年平均就診次數占 33%、個案重複就診率占 33%。
- (二)「未釋出處方箋」診所計 110 家，符合藥品明細標示計 101 家，不符合者 9 家，核發指標之權重為月平均門診申復核減率、每位病人年平均就診次數、個案重複就診率及藥品明細等 4 項權重指標，各占 25%。
- (三)本項資料將於 102 年 2 月前提供本局，俾憑辦理 101 年度西醫基層總額品質保證保留款核發作業。

決定：洽悉，另個案重複就診率、藥品明細是否刪除或納入評估指標及權重計算非分區業務組權責，請何主任委員及黃副主任委員向中華民國醫師公會全國聯合會表達東區分會委員意見，在本局「西醫基層總額支付委員會」提出修正議案。

第五案

報告單位:本組醫務管理科

案由：「101年度西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫」收案情形。

說明：

- 一、資料期間：自 101 年 1 月 4 日起至 101 年 11 月 15 日止。
- 二、參與診所：本轄區曾申請參加有 85 家，中途退出 34 家(其中 33 家參加家醫社區醫療群，1 家停辦)，仍參加有 51 家，參與率 25.25%。
- 三、收案情況:本轄區可照護對象人數 60,064 人，已收案人數 9,014 人，尚未收案人數 51,050 人，收案率 15%，為全局最高。其中男性 3,966 人，占 44%，女性 5,048 人，占 56%。
- 四、本局將於計畫年度結束後 102 年 4 月依相關規定辦理本項費用

核付事宜。

決定：洽悉。

第六案

報告單位：本組醫務管理科

案由：「101 年度西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」辦理情形。

說明：

- 一、本方案本業務組轄區內公告之醫療不足地區鄉鎮計有吉安鄉等 10 個鄉鎮，目前已申請參加之診所花蓮縣有王家義診所等 6 家，台東縣有東河鄉衛生所等 4 家，已執行巡迴醫療地區計有 10 個鄉鎮，16 個村，4 個里。
- 二、其中東甯診所於 101 年 10 月 9 日歇業停辦本方案，該診所表示長濱鄉三間村社區部落民眾大都會至其新設立之長濱鄉程文慶診所就醫，另東河鄉北源村社區部落已洽請東河鄉衛生所承作。
- 三、有關新申請參加本方案巡迴醫療服務之診所、以異常代碼 F000 占申報總件數比率 $\geq 5\%$ 以上之診所、每診看診人數 ≤ 7 人或 ≥ 45 人之診所等計 5 家，本業務組分別於 101 年 5 月至 10 月期間進行實地審查。

決定：洽悉。

第七案

報告單位：本組醫務管理科

案由：未使用「保險對象特定醫療資訊查詢平台」查詢且開立大量 Nimetazepam、Flunitrazepam、Zolpidem 成分藥品之院所，將加強審查及核扣。

說明：

- 一、本局新增「保險對象特定醫療資訊查詢」VPN入口查詢畫面，業於101年11月1日上線，本分區業務組已於101年11月14日以健保東醫字第1017073384號函通知在案(諒達)。為輔導院所開啟關懷名單開啟率達90%以上，擬訂作業時程如下：
 - (一) 101年11月-102年1月為輔導期，加強輔導各分區業務組轄區醫事服務機構上線查詢，並可自行選擇兩種管道進入查詢。
 - (二) 102年2月為觀察期。
 - (三) 102年3月起，各醫事服務機構關懷名單開啟率應達到90%，未達90%之院所函請改善，仍未改善者處以違約記點。
- 二、另依全民健康保險藥品給付規定：首次就診尚未建立穩定醫病關係之病患開立超過7日以上及非精神科、神經科專科醫師開立，同院所連續治療期間超過6個月以上者，應加強審查，並依專審意見予以核扣。
- 三、於提升關懷名單開啟率輔導三個月後，仍有高劑量跨院領用異常個案、高劑量跨院領用異常又開立慢性病連續處方箋個案，列入加強審查，並將高使用量醫師名單，移請各縣市衛生局加強管理。
- 四、針對未帶IC卡病患，若開立Nimetazepam、Flunitrazepam、Zolpidem等安眠鎮靜藥品應以3日份以內為原則，如有未帶IC卡仍開立大量藥物之院所將通知限期改善；如未改善者，以違約記點處分。

決定：洽悉。

第八案

報告單位：本組醫務管理科

案由：有關本局自101年1月開始推廣以憑證卡登入本局健保資訊網服務系統(VPN)，追蹤辦理情形。

說明：為提升資通安全，推廣以憑證卡登入本局健保資訊網服務系統（VPN），推廣期間，院所可使用「憑證登入」及「一般登入（帳號+密碼）」方式並行，推廣迄今已有128家西醫基層診所使用憑證登入（花蓮98家、臺東30家），尚有109家仍使用一般登入方式，請西醫基層醫療服務審查執行會東區分區協助輔導。

決定：洽悉，另本組將協助洽資訊廠商指導合作之診所行政人員如何使用憑證登入，亦請花東二縣醫師公會協助輔導診所以憑證卡登入本局健保資訊網服務系統（VPN）。

第九案

報告單位：本組醫務管理科

案由：請輔導轄區西醫基層診所提昇健保IC卡醫令登錄正確率。

說明：

- 一、101年9月健保IC卡上傳資料統計登錄醫令錯誤率【錯誤原因含錯誤代碼AA及16）>10%，西醫基層診所尚有7家。
- 二、101年8月月平均申報300張以上特約藥局尚未符合輔導指標者有4家。
- 三、請西醫基層醫療服務審查執行會東區分區協助輔導基層診所提昇登錄醫令正確率，及藥局辦理IC卡正確上傳事宜。

決定：花東二縣醫師公開已分別轉知各診所改善，請本組同仁對個別診所指導經辦人員，如何執行健保IC卡醫令登錄及上傳事宜。

第十案

報告單位：本組醫療費用科

案由：西醫基層總額專業服務指標 101 年第 1 季及第 2 季監測結果報告。

說明：

一、旨揭西醫基層總額專業服務指標，業已公佈於本局全球資訊網，監測結果：101年第1季及第2季分別有4項及3項指標高於監測值，請分區業務組錄案瞭解原因。

二、高於監測值指標為：

- (一) 各區門診注射劑使用率(1150.01)：監測值為 $\leq 0.88\%$ ，本區第1季0.91%，全局0.66%；第2季0.90%，全局0.71%。
- (二) 各區跨院所再次就醫處方之同藥理(降血壓藥物(口服))用藥日數重疊率(1163.01)：監測值為 $\leq 1.96\%$ ，本區第1季1.97%，全局1.75%；第2季1.70%(在監測值範圍內)，全局1.50%。
- (三) 各區跨院所再次就醫處方之同藥理(降血脂藥物(口服))用藥日數重疊率(1164.01)：監測值為 $\leq 0.75\%$ ，本區第1季1.16%，全局0.71%；第2季1.05%，全局0.61%。
- (四) 各區跨院所再次就醫處方之同藥理(降血糖藥物(不分口服及注射劑))用藥日數重疊率(1165.01)：監測值為 $\leq 1.51\%$ ，本區第1季2.03%，全局1.25%；第2季1.73%，全局1.141%。

決定：洽悉。

第十一案

報告單位：東區業務組醫療費用科

案由：重申本保險特約醫院、診所委託醫事檢驗所辦理醫事檢驗(查)之作業及申報規定，請院所注意確實辦理。

說明：

- 一、本業務組101年11月8日健保東字第1017076179號函再次重申本保險特約醫院、診所委託醫事檢驗所辦理醫事檢驗(查)之作業及申報規定，請特約院所確實申報，並詳實病歷記載。

二、本案本業務組前於 95 年 6 月 12 日以健保東費字第 0950009967 號函及 96 年 5 月 17 日以健保東費字第 0960037220 號函重申在卷。

三、本案有關之全民健康保險相關法令依據如下：

- (一) 依據全民健康保險法第 53 條規定：「醫師所開立處方係由其他保險醫事服務機構提供藥品、檢驗或檢查服務，經保險人依審查辦法審查核定不予給付，且應歸責於醫師不當處方者，其費用應由該醫師所屬之醫療機構自行負責。」
- (二) 次依據全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（簡稱特管辦法）第 36 條第 1 項第 1 款：「保險醫事服務機構有未依處方箋或病歷記載提供醫療服務者」及第 3 款「保險醫事服務機構有處方箋之處方或醫療費用申報內容與病歷記載不符者」，保險人應扣減其醫療費用 10 倍金額。
- (三) 又全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 14 條規定，保險人審查醫事服務機構醫療服務申報之資料，發現有申報資料填載之完整性及正確性違反本法相關規定者，應不予支付該項費用，並註明不予支付內容及理由。
- (四) 全民健康保險特約醫事服務機構合約第 17 條第 5 款略以，乙方申請之醫療費用有其他可歸責於乙方之事由者，由乙方負責，經甲方查核發現已核付者，應予追扣。

四、本項申報勾稽作業，其中檢驗所有申報，但診所端未申報或勾稽不到者，本組於 100 年 3 月辦理 98 年度追扣輔導，預期 100 年 4 月以後費用有顯著輔導成效，查 100 年度（含 100 年 1-3 月）診所未申報或勾稽不到點數為 367,294 點，較 99 年負成長 78.82%，相較 98 年負成長 76.10%；另 98 年及 99 年未申報或勾稽不到追扣點數前 3 名之診所，亦大幅下降（詳下表）。

	追扣點數			同期成長率		較 98 年 成長率
	98 年	99 年	100 年	99 年	100 年	
東區	1,536,552	1,734,490	367,294	12.88%	-78.82%	-76.10%
第 1 名	490,595	637,055	1,000	29.85%	-99.84%	-99.80%
第 2 名	196,170	284,215	51,680	44.88%	-81.82%	-73.66%
第 3 名	129,010	140,060	28,130	8.57%	-79.92%	-78.20%

五、持續辦理檢驗所與院所檢驗費用及醫令申報之勾稽追扣，並視情節輕重，依特管辦法第 36 條規定，扣減其醫療費用 10 倍金額。

決定：洽悉。

肆、討論事項

第一案

提案單位：東區分會

案由：提請討論審查指標第三之第 8 項：申請件數 > 2000 件且平均就診次數 > 1.7 次，以件數排序前 3 名加強審查之內容公平及合理性。

說明：

- 一、據診所反應，於民國 100 年 7 月實施以來至 100 年 12 月止六個月中，抽審過於集中於數家診所，無法達到公平抓弊之功能，其他件數少者反而可躲於此保護傘下規避抽審。
- 二、若診所位於較偏遠，患者到醫院就診有其不便性，門診重複性較高不可言喻(所謂古坑條款也定在 2.5 行之有年)，所以東區定 1.7 有其嚴苛之處。
- 三、基層診所選擇偏鄉人口數少處提供服務，卻還以人次為抽審條件，似有處罰意味，如非要保留 1.7 標準，請取消人次條件以達公平(為何人次 < 1500 或 < 2000 不需受此指標約束)，依經驗申請件數少者更容易有弊端。

辦法：

- 一、建請各位委員商討此項指標之合理性及公平性以及地域人口不同之差異性以達公平公正之醫療提供環境。
- 二、最終希望各位委員修正(去除件數限制而非提高至 2000 以上)或刪除(此指標整項刪除)

決定：本案保留，俟花東二縣委員取得共識，決定要取消或修正內容，請再提下次會議討論。

第二案

提案單位：本組醫療費用科

案由：本組專業審查抽樣原則壹、專業審查原則第九項及第十項有關用藥日數重複率、抗生素使用率及注射劑使用率現行使用指標代號將於 102 年 1 月起退場，建議採用排除代辦案件之新指標代號替代舊指標代號，提請討論。

說明：

- 一、本局資訊室 101 年 11 月 26 日電子郵件通知旨揭舊指標代號 (11、224、380、382、384、386) 將於將於 102 年 1 月起退場，因此，必須重新選用新指標代號替代。
- 二、舊指標代號名稱如下：
 - (11) 抗生素使用率
 - (224) 門診注射劑使用率
 - (380) 同院所精神疾病用藥(安眠鎮靜)-不同處方用藥日數重複率
 - (382)同院所降血壓藥物(口服)-不同處方用藥日數重複率
 - (384)同院所降血脂藥物(口服)-不同處方用藥日數重複率
 - (386)同院所降血糖藥物(不分口服及注射)-不同處方用藥日數重複率
- (二) 替代指標 1--未排代辦案件之代號名稱如下：
 - (1139) 抗生素使用率(門診及急診)
 - (1150) 門診注射劑使用率
 - (1157) 各區同院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率

- (1158) 各區同院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率
- (1159) 各區同院所降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率
- (1162) 各區同院所安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重複率
- (三) 替代指標 2--修改指標名稱，且分子分母排代辦案件之指標代號名稱如下：
 - (1139.01) 抗生素使用率(門診及急診)
 - (1150.01) 門診注射劑使用率
 - (1157.01) 各區同院所再次就醫處方之同藥理(降血壓藥物(口服))用藥日數重疊率
 - (1158.01) 各區同院所再次就醫處方之同藥理(降血脂藥物(口服))用藥日數重疊率
 - (1159.01) 各區同院所再次就醫處方之同藥理(降血糖藥物(不分口服及注射劑))用藥日數重疊率
 - (1162.01) 各區同院所再次就醫處方之同藥理(安眠鎮靜)用藥日數重疊率

決定：

- 一、採用排除代辦案件之指標代號名稱(1139.01、1150.01、1157.01、1158.01、1159.01、1162.01)，並自抽審 101 年 11 月份費用月開始執行，相關指標定義文件詳附件 1。
- 二、修正本組專業審查抽樣原則詳附件 2，並轉知轄區特約院所知照。

伍、臨時動議：無

陸、散會：下午 15 時 30 分

附件 1

(1139.01). {1139.01, 1140.01, 1141.01} 抗生素使用率(門診及急診)

(建置時間：101/09/04)

- 分子 1(1139.01)：門診及急診給藥案件之抗生素藥品案件數
- 分子 2(1140.01)：門診給藥案件之抗生素藥品案件數
- 分子 3(1141.01)：急診給藥案件之抗生素藥品案件數
- 分母 1(1139.01)：門診及急診給藥案件數
- 分母 2(1140.01)：門診給藥案件數
- 分母 3(1141.01)：急診給藥案件數

- 資料範圍：1.門診(西醫基層+西醫醫院)。
2.排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
- 此指標資料於總局倉儲系統產製。
- 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。
- 分母：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種。
- 分子：分母案件中，使用抗生素藥品之案件數
※抗生素藥品：ATC 碼前三碼為 J01(ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE)。
- 案件分類：「02」為西醫急診，其餘視為門診。

- 運算範圍：月

- 展現維度：維度間可向上累加
 - 1.全局
 - 2.全局+總額部門
 - 3.分區
 - 4.分區+總額部門+特約類別
 - 5.分區+院所
 - 6.分區+院所+醫師

- 指標位置：01.醫療服務指標→01.各總額別→01.醫院總額
01.醫療服務指標→01.各總額別→02.西醫基層總額
01.醫療服務指標→02.品質確保方案→01.醫院總額
01.醫療服務指標→02.品質確保方案→02.西醫基層總額

(1150.01). 門診注射劑使用率(總額品保方案)

(建置時間：101/09/04)

- 分子：給藥案件之針劑藥品(排除附表藥物)案件數。
- 分母：給藥案件數。
- 資料範圍：1.門診(西醫基層+西醫醫院)。
 - 2.排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
- 此指標資料於總局倉儲系統產製。
- 此指標資料自統計期間 98 年開始產製。
- 分母：藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種。
- 分子：醫令代碼為 10 碼，且第 8 碼為「2」案件數，但排除下列條件：
 - ※因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品(附表 1)。
 - ※門診化療注射劑：以門診化療醫令代碼為 37005B、37031B~37041B 為主。
 - ※急診注射劑：以急診為主，案件分類代碼為 02 碼。
 - ※流感疫苗：以案件分類代碼為 D2 碼。
 - ※外傷緊處置使用之破傷風類毒素注射劑，TETANUS TOXOID ATC 碼：J07AM01。

附表 1：因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品

給付規定內容	資料處理定義
1. Insulin (胰島素)	ATC 碼前四碼為 A10A INSULINS AND ANALOGUES
2. CAPD 使用之透析液	ATC 碼前五碼為 B05DB，且劑型為透析用液劑。(藥品劑型代碼為 272)
3. CAPD 使用之抗生素及抗凝血劑(至多攜回二週)	門診當次申報 血液透析治療相關處置代碼(58001C-58012C)使用之注射劑 ATC 碼前三碼為 J01(抗生素類)、前五碼為 B01AA 及 B01AB(抗凝血劑)。
4. desferrioxamine (如 Desferal)	ATC 碼：V03AC01 DESFERRIOXAMINE
5. 慢性腎臟功能衰竭，使用紅血球生成素(至多攜回二週，如因特殊病情需要，需敘明理由，得以臨床實際需要方式給藥，惟一個月不超過 20,000U (如 Eprex、Recormon) 或 100mcg (如 Aranesp、	ATC 碼： B03XA01 ERYTHROPOIETIN (如 Eprex、Recormon) B03XA02 DARBEPOETIN ALFA (如 Aranesp) B03XA03 METHOXY POLYETHYLENE GLYCOL-EPOETIN BETA (如 Mircera)

給付規定內容	資料處理定義
Mircera) 為原則)。	
6. 治療白血病使用之 α-interferon (至多攜回二週)	ATC 碼： L03AB01 INTERFERON ALPHA NATURAL L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B
7. G-CSF (如 Filgrastim ; lenograstim)(至多攜回六天) (98/11/1)	ATC 碼： L03AA02 FILGRASTIM L03AA10 LENOGRASTIM
8. 生長激素(human growth hormone) (至多攜回一個月)。	ATC 碼： H01AC01 SOMATOTROPIN
9. 門診之血友病人得攜回二~三劑量 (至多攜回一個月)第八、第九凝血因子 備用,繼續治療時,比照化療以「療程」 方式處理,並查驗上次治療紀錄(如全 民健康保險藥品給付規定通則附表十 八—全民健康保險血友病患者使用第 八、第九凝血因子在家治療紀錄) (86/9/1、92/5/1)	ATC 碼： B02BD02 FACTOR VIII B02BD04 FACTOR IX
10. 於醫院內完成調配之靜脈營養輸液 (TPN),攜回使用。(85/10/1、93/12/1)	本項處置(39015A--TPN)限區域醫院以上層級申報,故基層診所 不應申報。
11. 肢端肥大症病人使用之 octreotide、lanreotide (如 Sandostatin、Somatuline 等),另 octreotide、(如 Sandostatin)需個案事 前報准(93/12/01 刪除)。lanreotide inj 30 mg (如 Somatuline) 每次注射間 隔兩週 (88/6/1), octreotide LAR(如 Sandostatin LAR Microspheres for Inj.) 每次注射間隔四週。	同時符合下列條件： 1. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 前 4 碼為： 2530 Acromegaly and gigantism 2.ATC 碼： H01CB02 OCTREOTIDE H01CB03 LANREOTIDE
12. 結核病病人持回之 streptomycin、kanamycin 及 enviomycin 注射劑 (至多攜回二 週)。	1. 當次就醫診斷代碼(主診斷)ICD-9-CM 前三碼為 011(肺結核相 關診斷)： 2. ATC 碼： J01GA01 STREPTOMYCIN J01GB04 KANAMYCIN
13. 抗精神病長效針劑 (至多攜回 一個月)。	ATC 碼前四碼為 N05A ANTIPSYCHOTICS
14. 低分子量肝凝素注射劑:金屬瓣 膜置換後之懷孕病患,可准予攜回低 分子量肝凝素注射劑自行注射,但給	ATC 碼前五碼為 B01AB Heparin group

給付規定內容	資料處理定義
藥天數以不超過兩週為限。	
15. apomorphine hydrochloride 10mg/ml (如 Britaject Pen): 限使用於巴金森氏病後期產生藥效波動 (on-and-off) 現象, 且經使用其他治療方式無法改善之病患使用, 每人每月使用量不得超過 15 支。(91/2/1)	ATC 碼: N04BC07 APOMORPHINE
16. 罹患惡性貧血 (perniciousanemia) 及維他命 B12 缺乏病患, 如不能口服者或口服不能吸收者, 得攜回維他命 B12 注射劑, 每次以一個月為限, 且每三個月應追蹤一次。(91/4/1)	同時符合下列條件: 1. 當次就醫診斷代碼(主診斷)ICD-9-CM 為: 281.0 (惡性貧血)、281.1(維生素 B 12 缺乏性貧血) 2.ATC 碼前五碼為 B03BA VITAMIN B12 (CYANOCOBALAMIN AND ANALOGUES)
17. 患者初次使用 aldesleukin(如 Proleukin Inj) 治療期間 (第一療程), 應每週發藥, 俾回診觀察是否有無嚴重之副作用發生。第一療程使用若未發生嚴重副作用, 在第二療程以後可攜回兩週之處方量。(91/12/1)	ATC 碼: L03AC01 ALDESLEUKIN
18.慢性病毒性 B 型肝炎、慢性病毒性 C 型肝炎所使用之長效型干擾素或短效型干擾素, 其攜回之數量, 至多為四週之使用量。(92/10/1)	ATC 碼: L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B L03AB09 INTERFERON ALFACON-1 L03AB10 PEGINTERFERON ALPHA-2B L03AB11 PEGINTERFERON ALPHA-2A
19. 類風濕性關節炎病患使用 etanercept; adalimumab 注射劑, 需個案事前審查核准後, 並在醫師指導下, 至多可攜回四週之使用量。(93.08.01)	同時符合下列條件: 1. 當次就醫診斷代碼(主診斷)ICD-9-CM 為: 類風濕性關節炎:714.0 2. ATC 碼: L04AA11 ETANERCEPT L04AA17 ADALIMUMAB

➤ 運算範圍：每月

➤ 展現維度：維度間可向上累加

1. 全局
2. 全局+總額部門
3. 分區
4. 分區+總額部門+特約類別
5. 分區+院所

➤ 指標位置：01.醫療服務指標→01.各總額別→01.醫院總額

01.醫療服務指標→01.各總額別→02.西醫基層總額

01.醫療服務指標→02.品質確保方案→01.醫院總額

01.醫療服務指標→12.其他醫療品質監控管理指標→01.用藥安全管理

(1157.01). 各區同院所再次就醫處方之同藥理(降血壓藥物(口服))用藥日數重疊率★

(建置時間：101/09/04)

- 分子：口服降血壓藥物重疊用藥日數
- 分母：口服降血壓藥物之給藥日數
- 資料範圍：1.門診(西醫基層+西醫醫院)之降血壓藥物(口服)給藥案件。
 ※給藥案件：給藥天數不為 0 或 藥費不為 0 或 處方調劑方式為 1、0、6)
 2.排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
- 此指標資料於總局倉儲系統產製。
- 此指標資料自統計期間 99 年開始產製。
- 降血壓藥物(口服)：ATC 前三碼=C07 或 ATC 前五碼=C02AC、C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。
- 分母：各案件之「給藥日數」總和。
 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。
- 分子：同院所同 ID 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。
 - ✓ 若案件分類為 08,則開始用藥日期=治療結束日期;
 - ✓ 其他案件分類,則開始用藥日期=就醫日期
 - ✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1
 - ✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
 - ✓ 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日數欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。
 - ✓ 在同院或跨院的指標中，若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數 ≥ 28 天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數 ≥ 28 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 7 天的空間不計入重複日數。
 - ✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重複(C07 為前三碼完全相同才視為用藥重複)。
- 舉例運算 9901 資料時，分母為 9901 的給藥日數，分子為 9901 給藥案件的重複用藥日數；並且在運算分子，判斷 9901 的案件是否有重複給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 9812。

- 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同，由於無法從申報資料判斷就醫時序先後，故兩筆(或多筆)處方在互相勾稽比對是否重複時，兩筆(或多筆)處方皆視為發生用藥重複。
- 運算範圍：每月
- 指標特性：可累加
- 此指標有產製院所分子明細報表。
- 展現維度：
 1. 分區+總額部門
 2. 分區+特約類別
 3. 分區+院所
 4. 分區+院所+科別
 5. 分區+院所+醫師
 6. 全局+總額部門
 7. 全局
- 指標位置：
 - 01.醫療服務指標→01.各總額別→01.醫院總額
 - 01.醫療服務指標→01.各總額別→02.西醫基層總額
 - 01.醫療服務指標→02.品質確保方案→01.醫院總額
 - 01.醫療服務指標→02.品質確保方案→02.西醫基層總額

(1158.01). 各區同院所再次就醫處方之同藥理(降血脂藥物(口服))用藥日數重疊率★

(建置時間：101/09/04)

- 分子：口服降血脂藥物重疊用藥日數
- 分母：口服降血脂藥物之給藥日數
- 資料範圍：1.門診(西醫基層+西醫醫院)之降血脂藥物(口服)給藥案件。
 - ※給藥案件：給藥天數不為 0 或 藥費不為 0 或 處方調劑方式為 1、0、6)
 - 2.排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
- 此指標資料於總局倉儲系統產製。
- 此指標資料自統計期間 99 年開始產製。
- 降血脂藥物(口服)：ATC 前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。
- 分母：各案件之「給藥日數」總和。
「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。
- 分子：同院所同 ID 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。
 - ✓ 若案件分類為 08,則開始用藥日期=治療結束日期;
 - ✓ 其他案件分類,則開始用藥日期=就醫日期
 - ✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1
 - ✓ 若給藥日數=0，則結束用藥日期=開始用藥日期。
 - ✓ 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日數欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。
 - ✓ 在同院或跨院的指標中，若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數 ≥ 28 天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數 ≥ 28 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 7 天的空間不計入重複日數。
 - ✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重複。
- 舉例運算 9901 資料時，分母為 9901 的給藥日數，分子為 9901 給藥案件的重複用藥日數；並且在運算分子，判斷 9901 的案件是否有重複給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 9812。
- 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同，由於無法從申報資料判斷就醫時序先後，故兩筆(或多筆)處方在互相勾稽比對是否重複時，兩筆(或多筆)處方皆視為

發生用藥重複。

- 運算範圍：每月
- 指標特性：可累加
- 此指標有產製院所別明細報表。
- 展現維度：
 1. 分區+總額部門
 2. 分區+特約類別
 3. 分區+院所
 4. 分區+院所+科別
 5. 分區+院所+醫師
 6. 全局+總額部門
 7. 全局
- 指標位置：
 - 01.醫療服務指標→01.各總額別→01.醫院總額
 - 01.醫療服務指標→01.各總額別→02.西醫基層總額
 - 01.醫療服務指標→02.品質確保方案→01.醫院總額
 - 01.醫療服務指標→02.品質確保方案→02.西醫基層總額

(1159.01). 各區同院所再次就醫處方之同藥理(降血糖藥物(不分口服及注射劑))用藥日數重疊率★

(建置時間：101/09/04)

- 分子：降血糖藥物重疊用藥日數
- 分母：降血糖藥物之給藥日數
- 資料範圍：1.門診(西醫基層+西醫醫院)之降血糖藥物給藥案件。
 - ※給藥案件：給藥天數不為 0 或 藥費不為 0 或 處方調劑方式為 1、0、6)
 - 2.排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
- 此指標資料於總局倉儲系統產製。
- 此指標資料自統計期間 99 年開始產製。
- 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前五碼=A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX
- 分母：各案件之「給藥日數」總和。
 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。
- 分子：同院所同 ID 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。
 - ✓ 若案件分類為 08,則開始用藥日期=治療結束日期;
 - ✓ 其他案件分類,則開始用藥日期=就醫日期
 - ✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1
 - ✓ 若給藥日數=0,則結束用藥日期=開始用藥日期。
 - ✓ 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日數欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。
 - ✓ 在同院或跨院的指標中，若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數 ≥ 28 天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數 ≥ 28 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 7 天的空間不計入重複日數。
 - ✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重複。
- 舉例運算 9901 資料時，分母為 9901 的給藥日數，分子為 9901 給藥案件的重疊用藥日數；並且在運算分子，判斷 9901 的案件是否有重複給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 9812。
- 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同，由於無法從申報資料判斷就醫時序先後，故兩筆(或多筆)處方在互相勾稽比對是否重複時，兩筆(或多筆)處方皆視為

發生用藥重複。

- 運算範圍：每月
 - 指標特性：可累加
 - 此指標有產製院所別明細報表。
 - 展現維度：
 1. 分區+總額部門
 2. 分區+特約類別
 3. 分區+院所
 4. 分區+院所+科別
 5. 分區+院所+醫師
 6. 全局+總額部門
 7. 全局
 - 指標位置：
 - 01.醫療服務指標→01.各總額別→01.醫院總額
 - 01.醫療服務指標→01.各總額別→02.西醫基層總額
 - 01.醫療服務指標→02.品質確保方案→01.醫院總額
- 01.醫療服務指標→02.品質確保方案→02.西醫基層總額

(1162.01). 各區同院所再次就醫處方之同藥理(安眠鎮靜)用藥 日數重疊率★

(建置時間：101/09/04)

- 分子：安眠鎮靜藥物重疊用藥日數
- 分母：安眠鎮靜藥物之給藥日數
- 資料範圍：1.門診(西醫基層+西醫醫院)之安眠鎮靜藥物給藥案件。
 - ※給藥案件：給藥天數不為 0 或 藥費不為 0 或 處方調劑方式為 1、0、6)
 - 2.排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
- 此指標資料於總局倉儲系統產製。
- 此指標資料自統計期間 99 年開始產製。
- 安眠鎮靜藥物(不含抗焦慮藥物)：ATC 前五碼為 N05BA、N05BE、N05CC、N05CD、N05CF、N05CM。
- 分母：各案件之「給藥日數」總和。
「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。
- 分子：同院所同 ID 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。
 - ✓ 若案件分類為 08,則開始用藥日期=治療結束日期;
 - ✓ 其他案件分類,則開始用藥日期=就醫日期
 - ✓ 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1
 - ✓ 若給藥日數=0,則結束用藥日期=開始用藥日期。
 - ✓ 「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日數欄位」，若同案件同藥理下，有多筆相關藥品醫令，則以給藥日份最大的那一筆來代表該案件的給藥日數。
 - ✓ 在同院或跨院的指標中，若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數 ≥ 28 天，且該筆給藥產生重複的原因是與另一筆給藥日數 ≥ 28 天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許 7 天的空間不計入重複日數。
 - ✓ 兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重複。
- 舉例運算 9901 資料時，分母為 9901 的給藥日數，分子為 9901 給藥案件的重複用藥日數；並且在運算分子，判斷 9901 的案件是否有重複給藥情形時，尚會往前勾稽一個月的資料觀察，也就是往前勾稽到 9812。
- 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同，由於無法從申報資料判斷就醫時序先後，故兩筆(或多筆)處方在互相勾稽比對是否重複時，兩筆(或多筆)處方皆視為

發生用藥重複。

➤ 運算範圍：每月

➤ 指標特性：可累加

➤ 此指標有產製院所別明細報表。

➤ 展現維度：1. 分區+總額部門

2. 分區+特約類別

3. 分區+院所

4. 分區+院所+科別

5. 分區+院所+醫師

6. 全局+總額部門

7. 全局

➤ 指標位置：01.醫療服務指標→01.各總額別→01.醫院總額

01.醫療服務指標→01.各總額別→02.西醫基層總額

01.醫療服務指標→02.品質確保方案→01.醫院總額

01.醫療服務指標→02.品質確保方案→02.西醫基層總額

行政院衛生署中央健康保險局東區業務組 西醫基層總額專業審查抽樣原則

101.12.05 修訂

壹、專業審查原則：

- 一、25 項指標以診所家數統計（以每家診所為一檔案分析單位）。
- 二、新特約及違約診所在一年內中列為必審且最少抽審 6 次，每月各抽審 1/2，抽審標準為： $[(\text{新特約家數} + \text{違約家數}) / 2]$ （未抽審到診所檔案分析指標達到標準，仍需抽審），其中違約經處停約 1 個月以上者，自處分發文日起，以論人歸戶隨機抽樣審查 3 個月。
- 三、立意抽樣：共 19 件。
 1. 每日件數成長率第一名 1 件。
 2. 每日金額成長率第一名 1 件。
 3. 每日件數成長第一名 1 件。
 4. 每日金額成長第一名 1 件。
 5. 平均就診次數前 2 名及。
 6. 04 慢性病每日的平均藥費最高的前 5 名。
 7. 09 專案每日的平均藥費最高的前 5 名。
 8. 申請件數 2000 件（含）以上且平均就診次數 1.7 次以上，以件數排序前 3 名，略過已列入抽審之院所依序遞補，自抽審費用年月 101 年 5 月開始執行。
- 四、每月隨機抽審家數由 10 家變更為 20 家，每家診所每年至少隨機抽審 1 次，自抽審費用年月 96 年 1 月開始執行。
- 五、01、04 案的每件給藥日數百分位二項指標取後 10 百分位，其餘皆取前 90 百分位。即原 28 項指標刪除重複就診、04 案件給藥日數百分位、09 案件之每件給藥日數百分位。
- 六、以總診所家數抽審 30%，扣除二、三、四診所家數，其餘家數按檔案分析高點值抽審（同點值者，取申請金額較高者抽審）
- 七、每日申請金額成長率→取代 28 項指標（8）申請金額成長率、每日申請件數成長率→取代 28 項指標（9）申請件數成長率，自費用年月 94 年 7 月（抽審年月 94 年 8 月）開始執行。
- 八、連續 3 個月因為專審原則被抽審之院所，如其每月核減率均小於 2%，且無審查醫師建議「加強審查」之情形，第 4 個月列入隨機抽審。自 96 年 2 月（抽審費用年月 96 年 1 月）開始執行。
- 九、用藥日數重複率、門診抗生素使用率（指標 1139.01）（使用率在 40% 以上者—自抽審年月 9701 起）、注射劑使用率（指標 1150.01）每月各加抽審指標最高者 2 家，如加抽名單與指標抽審名單重複，則立意加抽該類案件 5 件，並自抽審費用年月 101 年 11 月開始執行。
- 十、自抽審 101 年 11 月費用起用藥日數重複率抽審改為以下指標各 1 家：

- 1.(1157.01)同院所再次就醫處方之同藥理(降血壓藥物(口服))用藥日數重疊率。
- 2.(1158.01)同院所再次就醫處方之同藥理(降血脂藥物(口服))用藥日數重疊率。
- 3.(1159.01)同院所再次就醫處方之同藥理(降血糖藥物(不分口服及注射劑))用藥日數重疊率。
- 4.(1162.01)同院所再次就醫處方之同藥理(安眠鎮靜)用藥日數重疊率。
- 十一、自費用年月 96 年 7 月起，各院所申報之醫療費用，經二位審查醫師審查後，核減率仍維持在 5% 以上者，次月列為必抽之診所。

二、指標

專業審查檔案分析 28 項指標同期、同儕指標分析項目內容							
全部案件	1. 申請金額百分位	前 90%		慢性病案件	15. 藥費百分位	前 90%	
	2. 診療費百分位	前 90%			16. 件數百分位	前 90%	
	3. 件數百分位	前 90%			17. 給藥日數百分位	刪除	×
	4. 平均就診次數百分位	前 90%			18. 每日藥費百分位	前 90%	
	5. 每件金額百分位	前 90%			19. 每件藥費百分位	前 90%	
	6. 每件診療費百分位	前 90%			20. 每件給藥日數百分位	後 10%	
	7. 每日藥費百分位	前 90%		09 案件	21. 診療費百分位	前 90%	
	8. 每日申請金額成長率百分位	前 90%			22. 藥費百分位	前 90%	
	9. 每日件數成長率百分位	前 90%			23. 件數百分位	前 90%	
	10. 件平均費用成長率	前 90%			24. 給藥日數百分位	前 90%	
	11. 重複就診	刪除	×		25. 每日藥費百分位	前 90%	
01 案件	12. 件數百分位	前 90%			26. 每件給藥日數百分位	刪除	×
	13. 給藥日數百分位	前 90%			27. 每件診療費百分位	前 90%	
	14. 每件給藥日數百分位	後 10%		28. 每件藥費百分位	前 90%		
×:表示目前不採用指標							