

# 105 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

105 年 12 月 8 日修訂

- (一) 當月參加西醫基層總額支付制度之診所，以其上一個費用年月申報資料，例如即 105 年 2 月份費用抽樣審查，以 105 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 20-25%。
- (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) 符合必審指標之院所家數若未達目標審查家數，則依一般抽審指標權重分數積分排序，自積分低者補足上列家數審查。
- (3) 符合必審指標之院所家數若已達目標審查家數，則不啟動一般抽審指標。

### (三) 依中區分會各分科會議決議項目執行抽審。

## 三、 診所最近一年內 6 次（註）隨機審查平均核減率 $\leq 0.5\%$ 時，得向中區業務組提出申請，經核定後可免除本年度一般抽審指標審查，惟其他專案審查及檔案分析異常者除外

註：最近一年係以診所提出申請當月向前推算最近 6 次。

## 四、 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。

附表二、一般抽審指標

編號	指標名稱	資料期間	指標閾值	權重分數
1	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	每人合計點數 (修訂)	前月	每人合計增加點數 $\geq p90$ 且每人合計點數成長率 $\geq 2.5\%$	-3
			$P75 \leq$ 每人合計增加點數 $< p90$ 且每人合計點數成長率 $\geq 2.5\%$	-2
			<del><math>P50 \leq</math> 每人合計增加點數 <math>&lt; p75</math> 且每人合計點數成長率 <math>\geq 2\%</math></del>	(刪除)
3	每人診療費 (修訂)	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
			<del><math>P50 \leq</math> 每人診療費增加點數 <math>&lt; p75</math> 且每人診療費成長率 <math>\geq 2\%</math></del>	(刪除)

編號	指標名稱	資料期間	指標閾值	權重分數
4	平均就醫次數	前月	平均就醫次數 $\geq$ p90	-3
5	慢性病每日藥費	前月	慢性病每日藥費 $\geq$ p90 且平均就醫次數 $\geq$ p75	-3
6	非慢性病每日藥費	前月	非慢性病每日藥費 $\geq$ p90	-3
7	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

附表三、抽審指標資料定義

修訂	指標項目	計算公式	說明
	合計點數	$\Sigma$ 合計點數	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)與代辦費用，BC 型肝炎藥費與代辦費用
	合計點數成長率	$(\text{本月合計點數}-\text{去年同季月平均合計點數}) / (\text{去年同季月平均合計點數})$	
v	每人合計點數	$\Sigma$ 合計點數 / $\Sigma$ 月歸戶病人數	合計點數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)，C1 案件(論病例計酬)與代辦費用，BC 型肝炎藥費與代辦費用。月歸戶病人數：交付處方 08 案件併回原處方診所。
v	每人合計增加點數	本月每人合計點數-去年同季月平均每人合計點數	
v	每人合計點數成長率	$(\text{本月每人合計點數}-\text{去年同季月平均每人合計點數}) / (\text{去年同季月平均每人合計點數})$	
v	每人診療費	$\Sigma$ 診療費 / $\Sigma$ 月歸戶病人數	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)與代辦費用。月歸戶病人數：交付處方 08 案件併回原處方診所。
v	每人診療費增加點數	$(\text{本月每人診療費}-\text{去年同季月平均每人診療費})$	
v	每人診療費成長率	$(\text{本月每人診療費}-\text{去年同季月平均每人診療費}) / (\text{去年同季月平均每人診療費})$	

就醫次數	$\Sigma$ 總申報件數 / $\Sigma$ 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：診查費為 0、代辦與轉代檢案件、1 歲以下病患、特定主診斷代碼(註 2)
慢性病每日藥費	$\Sigma$ 藥費 / ( $\Sigma$ 藥費不為 0 之用藥日數) (註 1)	包含部分負擔與交付藥費，案件分類為 04,06,08,E1，排除 BC 型肝炎藥費
非慢性病每日藥費	$\Sigma$ 藥費 / ( $\Sigma$ 藥費不為 0 之用藥日數)	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

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、排除之主診斷代碼：008、49390、7060、7079、9492、6169、6269、64093、37000、37142、V431、V4561、V4569、V583、88010~88019、88110~88112、8821、8831、8841、8911、8921、8931、8941、94130~94159、94230~94259、94330~94359、94430~94458、94530~94559、25070~25073、25090~25093、70710~70719、73010~73019、73080~73089，以及主診斷碼前 3 碼為 461。(105 年改為 ICD-10 碼)