

# 南區西醫基層專業審查指標

105 年 12 月 28 日 105 年西醫基層醫療服務審查南區共管會議第 4 次會議提案討論通過

## 一、每季專業審查院所篩選說明：

1. 每月送審家數比例約申報家數 15-20%，抽審指標分必審指標及權重積分指標。
2. 符合必審指標其中一項，該季須接受審查。其餘依權重積分指標排序，自積分高者補足上列家數審查。
3. 自 106 年第 1 季開始實施。

## 二、必審指標：

序	必審指標名稱及操作定義
1	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 36~40、44~45 條者、核減率大於 20%、檢舉或申訴經查證屬實者、經實地審查結果、檔案分析專案管理、程序審查須追蹤項目等，專業審查建議追蹤或西醫基層醫療服務審查南區共管會議決議審查之診所。
2	新特約院所，隨機抽樣專業審查 12 個月。若負責醫師有親自全程參加新特約院所講習者，得改隨機抽樣專業審查 9 個月。
3	未於費用年月次月 20 日之前申報。補報案件以逐案審查為原則。
4	每家診所每 9-12 個月至少需進行一次(含)以上專業審查。
5	前前季平均每月醫療費用大於 350 萬點(含交付費用)，或前季設置科別 5 科(含)以上，隨機抽樣方式採論人歸戶抽樣，且需檢附 6 個月病歷(含首頁)。
6	當月平均每張處方用藥品項大於 5 項。

## 三、權重積分指標：(資料期間「前前季」指抽審 106Q1 以 105Q3 為資料期間，

其餘指標操作型定義詳見附件)

序	指標類別	指標名稱	資料期間	指標閾值	正/負向指標	權重分數
1	就醫可近性	就醫人數成長率	前前季與去年同期比	75~84 百分位	正向	-1
				85~94 百分位		-2
				95+百分位		-3
2	品質	糖尿病照護品質提升	前季	參加	正向	-1
		糖尿病照護品質提升年度累計	前前季	80~89 百分位		-1
		照護率		90+百分位		-2
		糖尿病照護品質提升同期照護成長率		70~84%		-1
		85+%	-2			

3	品質	乙類安寧居家療護醫事人員資格及申辦社區安寧照護服務	前季	申請辦理 新增收案	正向	-1 -3
4	品質	即時查詢病患就醫資訊方案	前季	參加	正向	-1
				上傳檢驗(查)結果		-2
5	品質	執行專業審查作業紙本病歷替代方案	前季	以該方案進行專業 審查者	正向	-2
6	品質	流感疫苗注射率	前前季	75~84 百分位	正向	-1
				85~94 百分位		-2
				95+百分位		-3
7	品質	糖尿病胰島素注射率	前前季	75~84 百分位	正向	-1
				85~94 百分位		-2
				95+百分位		-3
8	品質	同一院所門診用藥日數重複率 _季	前前季	75~84 百分位	負向	1
				85~94 百分位		2
				95+百分位		3
9	價	每位病人平均復健治療費用	前前季	75~84 百分位	負向	1
				85~94 百分位		2
				95+百分位		3
10	價	分科平均每件診療費	前前季	75~84 百分位	負向	1
				85~94 百分位		2
				95+百分位		3
11	價	分科平均每日藥費	前前季	75~84 百分位	負向	3
				85~94 百分位		4
				95+百分位		5
12	價	同期藥費成長率	前前季 與去年 同期比	75~84 百分位	負向	3
				85~94 百分位		4
				95+百分位		5
13	價	同期平均每件醫療費用成長率	前前季 與去年 同期比	75~84 百分位	負向	1
				85~94 百分位		2
				95+百分位		3
14	價	分科每位病人平均醫療費用	前前季	75~84 百分位	負向	1
				85~94 百分位		2
				95+百分位		3

15	量	就醫病人門診月平均就醫次數 (分科閾值參考備註 4 附表)	前前季	$\geq$ 閾值且 $<$ 閾值+0.1 $\geq$ 閾值+0.1	負向	3 5
16	量	同期件數成長率	前前季 與去年 同期比	75~84 百分位 85~94 百分位 95+百分位	負向	3 4 5
17	量	思覺失調醫療治療執行比率	前前季	50~59 百分位 60~69 百分位 70~79 百分位 80~89 百分位 90+百分位	負向	1 2 3 4 5

備註：

- 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 22 條規定，保險人得就保險醫事服務機構申報醫療費用案件進行分析，依分析結果，得免除抽樣審查、減少隨機抽樣審查件數、增加立意抽樣、加重審查或全審。爰此，除非檔案分析未落入抽樣審查項目，始得免除抽樣審查（然仍須進程序審查），否則皆應依規定進行抽樣專業審查。
- 論件隨機抽樣之院所如有門診 C1 論病例計酬案件，申報大於或等於 10 件者並立意抽樣審查四分之一。
- 所有院所之住院剖腹產案件大於或等於 10 件者且剖腹產率 25%(含)-30%(不含)抽審三分之一、30%(含)-35%(不含)抽審二分之一，35%(含)以上全抽。
- 附表：各科平均就醫次數抽審閾值：

科別	項目	閾值
01	家庭醫學科	1.69
02	內科	1.60
03	外科	1.75
04	小兒科	1.79
05	婦產科	1.70
06	骨科	1.63
07	神經外科	1.47
08	泌尿科	1.59
09	耳鼻喉科	1.50
10	眼科	1.24

科別	項目	閾值
11	皮膚科	1.36
12	神經科	1.50
13	精神科	1.49
14	復健科	1.47
15	整形外科	1.36
AA	消化內科	1.54
AB	心臟血管內科	1.23
AD	腎臟內科	1.24
AE	風濕免疫科	1.58
AG	內分泌科	1.47

# 南區西醫基層專業審查指標操作型定義

## 二、必審指標：

序	指標名稱	操作型定義	備註
5	前前季平均每月醫療費用大於350萬點(含交付費用)	1. 醫療費用計算欄位： (1)診所、病理中心：申請點數+部份負擔—藥事服務費。 (2)藥局：藥費。 (3)物理治療所、醫檢放射機構：申請點數+部份負擔。 2. 排除案件分類： (1)診所：A1、A2、A3~A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2。 (2)藥局：5。 (3)醫事檢驗放射機構：2。 3. 藥局、物理治療所、醫檢放射機構等交付機構排除原處方案件分類：A1、A2、A3~A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2。 4. 排除專款專用之BC肝計畫用藥藥費	
6	當月平均每張處方用藥品項大於5項(醫療費用審查管控平台)	※step1. 指標排除條件： (1)重大傷病：部分負擔代碼為001。 (2)慢性病：案件分類為04、05、06、08，或藥品給藥日份>14天。 (3)代辦案件：案件分類為A3、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、D1、D2、HN。 (4)急診案件：案件分類為02。 (5)整合照護方案之案件：整合式照護計畫註記為A、B、D、E、K、L、M。 (6)立刻使用(STAT)及需要時使用(PRN)之藥品。 (7)醫療給付改善方案及試辦計畫：案件分類為E1。 ※step2. 給藥案件之認定：醫令類別1或4，且醫令代碼為10碼。每筆清單視為1件。 ※step3. 用藥品項數之計算：依藥品代碼歸戶計算之項數。	CIS3002

## 三、權重積分指標：

序	指標名稱	操作型定義	備註
1	就醫人數成長率	分子：當季就醫人數總和-去年同季就醫人數總和。 分母：去年同季總就醫人數。 去年同季≤100人之院所不列入計算。	VPN287
2	糖尿病照護品質提升年度累計照護率	分子：申報醫令代碼前3碼為P14之人數。 分母：符合收案條件(同院就醫間隔90天)之門診主診斷為250之人。	
6	流感疫苗注射率	分子：D2案件人數總和。 分母：總就醫病人數。	

7	糖尿病胰島素注射率	<p>分子：糖尿病胰島素注射人數總和。</p> <p>分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之總病人數。</p> <p>1. 胰島素注射藥品(ATC 碼前五碼=A10AB、A10AC、A10AD、A10AE)</p> <p>2. 糖尿病用藥(ATC 碼前三碼=A10)</p> <p>3. 分子&lt;10 人不列入計算</p>	
8	同一院所門診用藥日數重複率_季	<p>分子：按[院所、ID、總額部門]歸戶，計算每個ID的重複給藥日份總和</p> <p>分母：給藥案件之總給藥日份</p> <p>1. 排除 04、08 案件。</p> <p>2. 分母&lt;=300 者不列入計算。</p>	
9	每位病人平均復健治療費用	<p>分子：該診所復健醫令點數總和。</p> <p>分母：該診所總復健醫令申報人數。</p> <p>同儕區分為復健專科及非復健專科。</p>	
10	分科平均每件診療費	<p>分子：</p> <p>(1)加總西醫基層診所門診的「診療處置費」以及診所釋出至特約物理治療所、特約醫事檢驗放射機構之「診療費點數」。</p> <p>(2)特約物理治療所、特約醫事檢驗放射機構之「診療費點數」，按[原釋出處方機構、科別、原案件分類]歸戶後回歸原釋出診所。</p> <p>(3)西醫基層門診案件分類、特約物理治療所與特約醫事檢驗放射機構之原案件分類，均排除「A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、C1、E1」、特約物理治療所案件分類排除「1」。</p> <p>分母：案件分類排除：「A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、C1、E1」。</p> <p>1. 分科方式：家醫科系(01、23)、內科系(02, 12, 2A, 2B 及內科次專科 A*, 22)、外科系(03, 07, 08, 15 及外科次專科 B*)、小兒科(04)、婦產科(05)、骨科(06)、耳鼻喉科(09)、眼科(10)、皮膚科(11)、精神科(13)、復健科(14)。</p> <p>2. 季件數總和&lt;=100 件者不列入計算。</p>	
11	分科平均每日藥費	<p>1. 分科方式：家醫科系(01、23)、內科系(02, 12, 2A, 2B 及內科次專科 A*, 22)、外科系(03, 07, 08, 15 及外科次專科 B*)、小兒科(04)、婦產科(05)、骨科(06)、耳鼻喉科(09)、眼科(10)、皮膚科(11)、精神科(13)、復健科(14)。</p> <p>2. 排除 B6、B7、B9 案件、專款專用之 BC 肝計畫用藥及糖尿病之胰島素注射劑藥費。</p> <p>3. 交付藥局藥費及用藥日份併入計算。</p> <p>4. 診所交付案件(門診處方調劑方式為 1 者)用藥日份不列入計算。</p> <p>5. 季件數總和&lt;=100 件者不列入計算。</p> <p>6. 分科平均每日藥費&lt;23 元者不予計分。</p>	
12	同期藥費成長率	藥費加總(含交付調劑藥費)	

13	同期平均每件醫療費用成長率	<p>1. 醫療費用計算欄位：  (1)診所、病理中心：申請點數+部份負擔—藥事服務費。  (2)藥局：藥費。  (3)物理治療所、醫檢放射機構：申請點數+部份負擔。</p> <p>2. 排除案件分類：  (1)診所：A1、A2、A3~A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2。  (2)藥局：5。  (3)醫事檢驗放射機構：2。</p> <p>3. 藥局、物理治療所、醫檢放射機構等交付機構排除原處方案件分類：A1、A2、A3~A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2。</p>	
14	分科每位病人平均醫療費用	<p>1. 分科方式：家醫科系(01、23)、內科系(02, 12, 2A, 2B 及內科次專科 A*, 22)、外科系(03, 07, 08, 15 及外科次專科 B*)、小兒科(04)、婦產科(05)、骨科(06)、耳鼻喉科(09)、眼科(10)、皮膚科(11)、精神科(13)、復健科(14)。</p> <p>2. 醫療費用計算欄位：  (1)診所、病理中心：申請點數+部份負擔—藥事服務費。  (2)藥局：藥費。  (3)物理治療所、醫檢放射機構：申請點數+部份負擔。</p> <p>3. 排除案件分類：  (1)診所：A1、A2、A3~A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2。  (2)藥局：5。  (3)醫事檢驗放射機構：2。</p> <p>4. 藥局、物理治療所、醫檢放射機構等交付機構排除原處方案件分類：A1、A2、A3~A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2。</p> <p>5. 排除專款專用之 BC 肝計畫用藥藥費和糖尿病之胰島素注射劑、空針或針頭及血糖試紙。</p>	
15	就醫病人門診月平均就醫次數 (歸屬申報最多件數之科別)	<p>分子：季件數總和。  分母：月人數季總計。</p> <p>1. 排除案件分類為 08、A1、A2、A3、A4、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2。  2. 排除診察費為 0 之案件。</p>	VPN487
16	同期件數成長率	排除 A1、A2、A3~A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2 案件。	
17	思覺失調醫療治療執行比率	<p>分子：思覺失調醫療治療醫令數總和。  分母：總申報件數。</p>	