

# 南區西醫基層專業審查指標

103.08.20 103 年西醫基層醫療服務審查南區共管會議第 3 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 20%~25%，抽審指標分必審指標、權重積分指標及立意指標。
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 103 年第 4 季開始實施，實施半年後檢討。

## 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%、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	前前季平均申請點數大於 300 萬點，或執業執照登記之專科醫師科別 5 科(含)以上，或申報就醫科別 5 科(含)以上之診所，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	前季平均每張處方用藥品項大於 5 項。
7	病歷與用藥品項申報資料不符，專業審查認定以多報少且影響病情及用藥安全。

## 三、權重積分指標：(資料期間「前前季」指抽審 103Q4 時以 103Q2 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 85~94 百分位 95+百分位	正向	-1 -2 -3
2	就醫可近性	週日看診次數	前前季	>=10 次	正向	-1

3	品質	初期慢性腎臟病方案新收案個案數	前前季	95~96 百分位 97+百分位	正向	-1 -2
4	品質	BC 肝醫療給付改善方案新收案個案數	前前季	90~94 百分位 95+百分位	正向	-1 -2
5	品質	糖尿病醫療給付改善方案新收案個案數	前前季	90~94 百分位 95+百分位	正向	-1 -2
6	品質	符合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	符合資格 申請辦理 新增收案	正向	-1 -3 -5
7	品質	雲端藥歷系統查詢率	前前季	10~29% 30~59% 60+%	正向	-1 -3 -5
8	品質	執行專業審查作業紙本病歷替代方案	前季	曾以該方案進行專業審查者，即符合本項指標。	正向	-2
9	品質	同一院所門診用藥日數重複率_季	前前季	75~84 百分位 85~94 百分位 95+百分位	負向	1 2 3
10	品質	跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓（口服）	前前季	75~84 百分位 85~94 百分位 95+百分位	負向	1 2 3
11	品質	跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂（口服）	前前季	75~84 百分位 85~94 百分位 95+百分位	負向	1 2 3
12	品質	跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖	前前季	75~84 百分位 85~94 百分位 95+百分位	負向	1 2 3
13	品質	跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜	前前季	75~84 百分位 85~94 百分位 95+百分位	負向	1 2 3
14	價	每位病人平均復健治療費用	前前季	75~84 百分位 85~94 百分位 95+百分位	負向	3 4 5
15	價	分科平均每件診療費	前前季	75~84 百分位 85~94 百分位 95+百分位	負向	1 2 3

16	價	分科平均每日藥費	前前季	75~84 百分位 85~94 百分位 95+百分位	負向	1 2 3
17	價	同期平均每件醫療費用成長者	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	1 2 3
18	價	分科平均每件醫療費用	前前季	75~84 百分位 85~94 百分位 95+百分位	負向	1 2 3
19	價	分科每位病人平均醫療費用	前前季	75~84 百分位 85~94 百分位 95+百分位	負向	1 2 3
20	價	健保 IC 卡同日二刷申報醫療費用點數比率	前前季	75~84 百分位 85~94 百分位 95+百分位	負向	1 2 3
21	量	就醫病人門診月平均就醫次數 (分科閾值參考備註 3 附表)	前前季	等於閾值 高於閾值	負向	1 3
22	量	同期件數成長者	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	1 2 3
23	量	精神醫療治療執行比率	前前季	75~84 百分位 85~94 百分位 95+百分位	負向	3 4 5
24	量	創傷處理及換藥執行比率	前前季	75~84 百分位 85~94 百分位 95+百分位	負向	1 2 3
25	量	超音波檢查執行比率	前前季	75~84 百分位 85~94 百分位 95+百分位	負向	1 2 3
26	量	復健治療人員平均產能	前前季	75~84 百分位 85~94 百分位 95+百分位	負向	1 2 3

#### 四、立意抽審案件指標：

序	立意抽審案件指標名稱及操作定義
1	每張處方用藥品項大於8項以上之案件：符合必審指標6「前季平均每張處方用藥品項大於5項」之抽審院所應立意抽審本項指標。
2	每位病人歸戶就醫次數大於或等於7次以上之案件：符合權重積分指標21「就醫病人門診月平均就醫次數」之抽審院所應立意抽審本項指標。
3	C1論病例計酬案件：隨機抽樣之院所如有申報門診C1論病例計酬案件大於或等於10件以上者，應立意抽樣審查申報案件數之四分之一。
4	住院剖腹產案件：住院剖腹產案件大於或等於10件以上者且剖腹產率25%(含)-30%(不含)抽審三分之一、30%(含)-35%(不含)抽審二分之一，35%(含)以上案件全抽審。

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。
- 立意及抽審件數若非整數者，採四捨五入計算。
- 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
6	前季平均每張處方用藥品項大於 5 項	醫令代碼為 10 碼，依藥品代碼歸戶計算品項數，排除以下條件： (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-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、Y)、 (6)立刻使用(STAT)及需要時使用(PRN)之藥品(藥品使用頻率為' STAT'、' PRN'、 (7)醫療給付改善方案及試辦計畫(案件分類為 E1)	

## 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	週日看診次數	1. 每個週日就醫件數<15 件不計入看診次數 2. 前前季週日看診≥10 次，且每次看診件數需≥15 件且排除診察費為 0 之案件	
3	初期慢性腎臟病方案新收案個案數	P4301C 之醫令數總和	
4	BC 肝醫療給付改善方案新收案個案數	P4201C 之醫令數總和	
5	糖尿病醫療給付改善方案新收案個案數	P1407C 之醫令數總和	
6	符合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	符合乙類安寧居家療護醫事人員資格指「安寧居家療護支付標準(二)乙類：醫師及護理人員皆需接受安寧療護教育訓練十三小時及臨床見習八小時，始得提供社區安寧照護服務」。	
7	雲端藥歷系統查詢率	分子：查詢人數總和 分母：總就醫病人數	VPN1485
9	同一院所門診用藥日數重複率_季	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 分母：給藥案件之總給藥日份 1.排除 04, 08 案件	VPN77.3

		2.分母≤300 者不列入計算	
10	跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓（口服）	分子：口服降血壓藥物重疊用藥日數總和 分母：總口服降血壓藥物之給藥日數 分母≤300 者不列入計算	VPN1163.01
11	跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂（口服）	分子：口服降血脂藥物重疊用藥日數總和 分母：總口服降血脂藥物之給藥日數 分母≤300 者不列入計算	VPN1164.01
12	跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖	分子：口服降血糖藥物重疊用藥日數總和 分母：總口服降血糖藥物之給藥日數 分母≤300 者不列入計算	VPN1165.01
13	跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜	分子：安眠鎮靜藥物重疊用藥日數總和 分母：總安眠鎮靜藥物之給藥日數 分母≤100 者不列入計算	VPN1168.01
14	每位病人平均復健治療費用	分子：該診所復健醫令點數總和 分母：該診所總復健醫令申報人數 同儕區分為復健專科及非復健專科	
15	分科平均每件診療費	分子： (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」。 (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。 (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」。 分母：案件分類排除：「A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、C1、E1」。 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)。 2. 季件數總和≤300 件者不列入計算	VPN802
16	分科平均每日藥費	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)。 2. 排 B6、B7、B9、HN 案件，以及排除非 HN 案件克流感藥費 3. 交付藥局藥費及用藥日份併入計算 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 5. 季件數總和≤300 件者不列入計算	

17	同期平均每件醫療費用成長者	<p>1 醫療費用計算欄位：</p> <p>(1)診所、病理中心：申請點數＋部份負擔－藥事服務費</p> <p>(2)藥局：藥費</p> <p>(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：</p> <p>(1)診所：A1、A2、A3~A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2</p> <p>(2)藥局：5</p> <p>(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> <p>4 每件單價(含部分負擔)≤400 點不列入計算</p>	VPN803
18	分科平均每件醫療費用	<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：</p> <p>(1)診所、病理中心：申請點數＋部份負擔－藥事服務費</p> <p>(2)藥局：藥費</p> <p>(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：</p> <p>(1)診所：A1、A2、A3~A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2</p> <p>(2)藥局：5</p> <p>(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>	VPN803
19	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：</p> <p>(1)診所、病理中心：申請點數＋部份負擔－藥事服務費</p> <p>(2)藥局：藥費</p> <p>(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：</p> <p>(1)診所：A1、A2、A3~A7、B1、B6、B7、B8、</p>	VPN803

		B9、C4、D1、D2 (2)藥局：5 (3)醫事檢驗放射機構：2 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。	
20	健保 IC 卡同日二刷申報醫療費用點數比率	分子：同 ID 同一天刷卡 2 次且申報 2 筆醫療費用（含補卡）點數總和。 分母：季申報總點數 1. 分子≤15000 以下者不列入計算 2. 排除不計就醫序號者	
21	就醫病人門診月平均就醫次數(歸屬申報最多件數之科別)	分子：季件數總和 分母：月人數季總計 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。	VPN487
22	同期件數成長者	1. 排除 A1、A2、A3~A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2 案件。 2. 季件數總和≤900 件者不列入計算	
23	精神醫療治療執行比率	分子：精神醫療治療醫令數總和 分母：總申報件數	
24	創傷處理及換藥執行比率	分子：48001C-48006C、48011C-48013C、48027P 之醫令數總和 分母：總申報件數	
25	超音波檢查執行比率	分子：19001C、19009C、19003C、19005C、19014C 之醫令數總和 分母：總申報件數	
26	復健治療人員平均產能	分子：物理治療及職能治療醫令點數總和 分母：總復健治療人員 物理治療醫令代碼：42003C、42006C、42017C、42009C、42018C、42012C、42019C、42015C 職能治療醫令代碼：43003C、43027C、43006C、43028C、43009C、43031C、43032C	