

中區西醫基層總額審查指標與抽樣原則

112 年 9 月 15 日西基共管會議決議修訂

113 年 3 月 10 日西基共管會議決議修訂

113 年 6 月 21 日西基共管會議決議修訂

壹、分析資料來源與對象

一、當月西醫基層診所，依各項指標資料期間，作為費用抽審依據。例如：

- (一)「前月」：以其上一個費用年月申報資料為分析基礎，亦即 112 年 2 月抽審以 112 年 1 月的資料來分析。
- (二)「前前月」：以其上上個費用年月申報資料為分析基礎，亦即 112 年 2 月抽審以 111 年 12 月的資料來分析。
- (三)「前季」：以其上一季資料為分析基礎，亦即 112 年第 2 季抽審以 112 年第 1 季的資料來分析。
- (四)「前前 3 個月」：以其上上個費用年月往前抓 3 個月資料為分析基礎，亦即 112 年第 1 季抽審以 111 年 9 到 11 月的資料來分析，詳如下表。

抽審期間	112 年 1-3 月	112 年 4-6 月	112 年 7-9 月	112 年 10-12 月
統計期間	111 年 9-11 月	111 年 12 月 112 年 1-2 月	112 年 3-5 月	112 年 6-8 月

二、以診所為分析對象，每家診所分別以申報點數最高就醫科別作為該診所主要科別，進行同儕比較。

貳、抽審原則

一、抽審類別

(一) 常規抽審

1. 每月抽審家數：申報家數 0%-20%。
2. 抽審指標分必審指標及一般抽審指標。

(二) 專案抽審

其他依檔案分析發現異常。

二、常規抽審原則

(一) 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。

(二) 一般抽審

1. 依抽審指標項目予以權重分數，如附表二。
2. 依各科每人季單價，計算出各科超出季單價目標值比率，並以一般抽審指標權重分數積分排序，再依下表超出目標單價抽審家數比率，自積分低者執行應抽審家數。

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%

3. 依中區分會各分科會議決議項目執行抽審。

三、免除抽審原則

診所最近 12 個月內 4 次(含)以上（註）隨機審查樣本平均核減率 $\leq 2\%$ 時，予主動免除當月「必審指標-監控值不分科排名達中區整體 P95 以上者」及「一般抽審指標」之審查，惟其他專案審查及檔案分析異常者除外。

1. 最近 12 個月係以診所申報費用月之前 2 個月往前計算 4 次以上者。
例：以 112 年 1 月申報 12 月費用時，最近 12 個月期間為「費用年月 110 年 11 月至 111 年 10 月」，該期間如有隨機抽審達 4 次者，主動計算樣本隨機審查樣本平均核減率。

參、當月未列入抽審的診所，以隨機方式抽其中家數 5%。診所監測值放於 VPN 供自身參考，個別診所任 3 項指標超過 p90 設定為指標診所，名單提供中區分會輔導參考(排除每月申報 200 件以下之診所)。

附表一、必審指標

編號	抽審方式	指標類別	指標項目	資料期間
1	論人立意回溯審查	價	下列項目經監控小組討論，確認後執行： 1. 【監控值】 $\geq$ 中區整體 P90 (監控值=偏離值+每人就醫次數) 2. 專業審查發現異常診所 3. 檔案分析發現等其他異常情形	視個案而定
2	隨機	品質	無基期診所抽樣審查 1 年。	當月
3	隨機	品質	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。	當月
4	隨機	品質	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。	當月
5	隨機	品質	慢連箋後續調劑當日又看診比率 $\geq$ P95。 (111 年 9 月 P95 為 27.8%)	前月
6	隨機	品質	慢箋未再調劑比率 $\geq$ P90。 (111 年 7 月 P90 為 14.5%)	前前前月
7	隨機	品質	隨機審查樣本核減率 $\geq$ 20%。	前前月
8	隨機	品質	同院降血壓用藥 $\geq$ 全國 P98(1.00%) 同院降血脂用藥 $\geq$ 全國 P98(1.21%) 同院降血糖用藥 $\geq$ 全國 P98(1.60%) 同院抗思覺失調用藥 $\geq$ 全國 P98(3.59%) 同院抗憂鬱症用藥 $\geq$ 全國 P98(4.66%) 同院安眠鎮靜用藥 $\geq$ 全國 P98(2.67%) 門診 Quinolone、Aminoglycoside 類抗生素 $\geq$ 全國 P98(13.51%) 參考「醫療品質資訊公開指標」訂立，閾值則於每年 6 月修改為前一年第四季全國 P98 值。	前季
9	隨機	價	每人季單價未超出季單價目標值的科別，其院所監控值不分科排名達中區整體 P95 以上者。抽審家數上限為該科別前前三個月統計總家數之百分之五。(自費用月 112 年 10 月起實施)	前前三個月

附表二、一般抽審指標

編號	指標類別	指標名稱	資料期間	指標閾值	權重分數
1	價	【監控值】 (偏離值+每人就醫次數)	前前三個月	監控值 $\geq$ p95	-7
				P90 $\leq$ 監控值 $<$ p95	-6
				P85 $\leq$ 監控值 $<$ p90	-5
				P80 $\leq$ 監控值 $<$ p85	-4
				P75 $\leq$ 監控值 $<$ p80	-3
				P70 $\leq$ 監控值 $<$ p75	-2
				P50 $\leq$ 監控值 $<$ p70	-1
2	量	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
3	價	非慢性病每日藥費	前月	非慢性病每日藥費 $\geq$ p90	-3
4	就醫可近性	慢性病就醫人數成長量	前月	慢性病就醫人數成長量 $\geq$ p95	+1.5
				p85 $\leq$ 慢性病就醫人數成長量 $<$ p95	+1
				p75 $\leq$ 慢性病就醫人數成長量 $<$ p85	+0.5

附表三、必審指標內指標項目文字資料定義

編號	指標項目	計算公式	說明
1	監控值	監控值=偏離值+平均每人就醫次數 1. 偏離值： 前前3個月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。 2. 平均每人就醫次數： Σ 前前3個月總申報件數 / Σ 前前3個月歸戶病人人數	1. 偏離值：排除條件包括 E1 案件照護費用（醫令代碼 P 開頭）、BC 型肝炎藥費、排除醫院下轉個案在承接診所之費用(排除期間為 6 個月)、代辦費用。 2. 平均每人就醫次數：排除條件包括診察費為 0、代辦與轉代檢案件、1 歲以下病患、特定主診斷代碼(註 2)。
2	無基期診所		新特約或醫事機構代號變更之診所，其診所之開業醫師與健保署特約前 2 年內，於中區健保特約西醫基層執(開)業未滿 12 個月者，視為無基期診所。
3	慢連箋後續調劑當日又看診比率	慢連箋後續調劑又看診人數 / 慢連箋後續調劑人數	1. 慢連箋後續調劑又看診人數：慢連箋後續調劑同日申報診察費人數。 2. 排除條件：E1 案件、慢連箋後續調劑人數 < 30 人。
4	慢箋未再調劑比率	未再調劑慢連箋件數 / 慢連箋件數	1. 未再調劑慢連箋件數：慢連箋件數-慢連箋開立當月及後 2 個月慢連箋有後續調劑件數。 2. 慢連箋件數：開立慢連箋診察費案件。 3. 排除條件：慢連箋件數 ≤ 30 件、排除 1 次給予慢箋總給藥日數(例如出國)。
5	隨機審查樣本核減率	隨機抽樣樣本核減點數 / 隨機樣本醫療費用點數	隨機抽樣樣本核減點數為未回推之核減點數。
6	同院用藥日數重疊率	分子：同院同 ID 同藥理重疊之給藥日數。 分母：總給藥日數。	1. 重疊之給藥日數：同院同 ID 同藥理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。 2. 總給藥日數：加總各案件醫令給藥日數。

附表四、一般抽審指標資料定義

編號	指標項目	計算公式	說明
1	監控值	監控值=偏離值+平均每人就醫次數 1. 偏離值： 前前3個月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。 2. 平均每人就醫次數： Σ 前前3個月總申報件數 / Σ 前前3個月歸戶病人人數	1. 偏離值：排除條件包括 E1 案件照護費用（醫令代碼 P 開頭）、BC 型肝炎藥費、排除醫院下轉個案在承接診所之費用(排除期間為 6 個月)、代辦費用。 2. 平均每人就醫次數：排除條件包括診察費為 0、代辦與轉代檢案件、1 歲以下病患、特定主診斷代碼(註 2)。
2	合計點數	Σ 合計點數	1. 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）、BC 型肝炎藥費、精神科長效針劑、胰島素注射劑(含藥費及特材費)、DM 新收案案件(整筆)：申報 P1407C、DM 年度評估案件(整筆)：申報 P1409C、P1411C、代辦費用。 2. 配合藥品支付價格調整，針對總藥價差額占率(以 106 年 Q4 及 107Q1 試算)達總醫療費用 1.5%(中區西基平均值)以上院所，前年度基期值之費用，同步調整藥價差之 7 成費用後再予計算費用成長情形。(自費用年月 107 年 5 月起) ● 範例：如 A 診所經試算後符合總藥價差額占率達總醫療費用 1.75%，其 106 年同期醫療費用為 200 萬，則基期值=200 萬-(200 萬*(1.75%*0.7))。 3. 排除醫院下轉個案在承接診所之費用，排除期間為 6 個月，排除條件為：申報格式「d16-轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記」申報為 1-保險對象本次就醫係由他院轉診而來，且「d17-轉診、轉代檢處方調劑之醫事機構代
	合計點數成長率	(本月合計點數-去年同季月平均合計點數) / (去年同季月平均合計點數)	

編號	指標項目	計算公式	說明
			號」申報為醫院層級院所代號之個案(自費用年月 107 年 7 月起)。
3	非慢性病每日藥費	$\Sigma \text{藥費} / (\Sigma \text{藥費不為0之用藥日數})$	1. 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。 2. 排除醫院下轉個案在承接診所之費用，排除期間為 6 個月，排除條件為：申報格式「d16-轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記」申報為 1-保險對象本次就醫係由他院轉診而來，且「d17-轉診、轉代檢處方調劑之醫事機構代號」申報為醫院層級院所代號之個案(自費用年月 107 年 7 月起)。
4	慢性病就醫人數成長量	當月慢性病就醫人數-去年同期慢性病就醫人數	1. 慢性病就醫人數：包含案件分類 04、06、08、E1，並加入藥局慢連箋人數。 2. 聯合診所歸戶計算人數，其內各診所給予相同權重。

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 ICD-10 主診斷碼：J01.00～J01.91、A04.4、J45.909、J45.991、J45.998、L70.2、L98.491～L98.494、L98.499、T30.0、N73.9、N92.6、N93.9、O20.9、H16.001～H16.003、H16.009、H18.831～H18.833、H18.839、Z96.1、Z98.41、Z98.42、Z98.49、Z98.83、Z48.00～Z48.02、C00-D49、E08-E13 第 4 碼為 5、第 4-6 碼為 621 或 622、E08-E13 第 4 碼為 8、第 4-5 碼為 65、L97、M863-M868、S41 第 7 碼為 A、D、S51 第 7 碼為 A、D、L97、M863-M868、S41 第 7 碼為 A、D、S51 第 7 碼為 A、D、S615 第 7 碼為 A、D、S410 第 5 碼為 2、4、第 7 碼為 A、D、S610 第 5 碼為 2、4、第 7 碼為 A、D、S611 第 5 碼為 2、4、第 7 碼為 A、D、S612 第 5 碼為 2、4、第 7 碼為 A、D、S613 第 5 碼為 2、4、第 7 碼為 A、D、S614 第 5 碼為 2、4、第 7 碼為 A、D、S710 第 5 碼為 2、4、第 7 碼為 A、D、S810 第 5 碼為 2、4、第 7 碼為 A、D、S818 第 5 碼為 2、4、第 7 碼為 A、D、S910 第 5 碼為 2、4、第 7 碼為 A、D、S911 第 5 碼為 2、4、第 7 碼為 A、D、S912 第 5 碼為 2、4、第 7 碼為 A、D、S913 第 5 碼為 2、4、第 7 碼為 A、D、T26 第 4 碼為 2、4、T20-T25 第 4 碼為 3、7