

中央健康保險局北區業務組西醫基層總額專業審查篩選指標項目

編號	指標項目	指標計算區間	權重	閾值	操作型定義
1	院前診所	月	必審	列管	健保局醫管科提供或北區分會提供
2	專審意見	月	必審	列管	北區分會提供
3	健保局列管	月	必審	列管	健保局醫管科提供或檔案分析列管
4	分區委員會列管	月	必審	列管	依檔案分析或專業審查進行列管
5	違約處分迄月	月	必審	3個月內	違反本保險相關法規於處分迄月3個月內，且未歇業者
6	新特約	月	必審	六個月內	費用年月-原始合約月份<6
7	批次執行時前月申報資料	月	3	未轉檔	排除「休診起月」≤「指標月」≤「休診迄月」院所
8	成長率指標異常	月	3	成長率100%	前月醫療費用(含釋出)/去年同期醫療費用(含釋出)。
9	前月兼任醫師件數	月	4	>300件且佔率>30%	擷取醫師檔比對申報資料，前月兼任醫師申報件數>300件且佔率大於30%之院所
10	最近3個月平均就醫次數	月	3	10家	前3個月件數/前3個月歸戶之就醫人數，最高之10家院所
11	未送專業審查	月	必審	一年內	指一年內未有管理類別A(論人+立意)、管理類別4(電腦+立意)、管理類別3或管理類別9之註記者。
12	最近3個月月平均就醫次數7次以上之病人數	月	3	>10人	歸戶計算每位病患每月平均就醫次數，加總各月平均就醫次數大於7次以上之病人數(排除條件：排除案件分類08、A3、B6-B9、D1、D2、HN，或部分負擔代碼「001」，或診察費為0之案件。)
13	前季每件醫療費用	季	4	前季醫療費用成長率前3大科別，各科每件醫療費用最高前2家院所	<p>1. 分科方式：家醫科系(01)、內科系(02, 12, 2A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. 依據各科別最近2年(99-100年同期值平均)申報之醫療費用點數(含部分負擔、釋出醫療費用)、排除案件分類D4及HN，計算各科成長率基礎。</p> <p>3. 加重審查科別：前季醫療費用成長率前3大。</p> <p>4. 加重審查科別抽審家數：以各科前季平均每件醫療費用(排除D4, HN案件，含部分負擔、釋出醫療費用)最高之2家院所。</p>

中央健康保險局北區業務組西醫基層總額專業審查篩選指標項目

編號	指標項目	指標計算區間	權重	閾值	操作型定義
14	科別目標季成長率管理原則	季	4	前季醫療費用成長率前3大科別，各科每件診療費前2%之家數	1. 分科方式：家醫科系(01)、內科系(02, 12, 2A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. 依據各科別最近2年(99-100年同期值平均)申報之醫療費用點數(含部分負擔、釋出醫療費用)、排除案件分類D4及HN，計算各科成長率基礎。 3. 加重審查科別：前季醫療費用成長率前3大。 4. 加重審查科別抽審家數：以各科每件診療費前2%為上限
15	前季門診醫療費用點數(含釋出)超出預定額度之成長率	季	必審	P95且成長率>0	每季季底提供各家院所下一季基期年度之自主管理額度，額度排除：代辦費用(門診代碼：A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN)、專款項目(D4案件特定治療代號G5、BC肝試辦計畫相關藥品、試辦計畫照護費(PxxxxC))及新特約當月；藥局：B6、B7或案件分類5、B8、C4、D1、HN、BC肝試辦計畫相關藥品；檢驗及放射機構：A3、B1、B6、B8、B9、C4、D1。
			5	P80-P94且成長率>0	
16	每月20日後申報者	季	3	受理日或郵戳收件日>20且不暫付	前季(3個月)任1個月受理日或郵戳收件日>20且暫付註記為不暫付，本季各月抽審。
17	$(\text{診所調劑件數} + \text{藥局調劑件數}) \div \text{診所開藥件數}$	季	3	<85%	1. 開藥件數：診所申報資料藥費≠0或處方調劑方式≠【2(未開藥品處方)或E(未開處方調劑, 物理治療自行執行)或F(未開處方調劑, 物理治療交付執行)】之件數。 2. 診所調劑件數：處方調劑方式為0、4、5、6、A、B(自行調劑)之件數 3. 藥局調劑件數：該診所釋出至藥局資料之件數 4. 上述件數均排除案件分類B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN(或藥局案件分類5)調劑件數。 5. 開藥件數及診所調劑件數增加排除「案件分類」=08，藥局調劑件數增加排除「就醫序號」為IC02、IC03及IC04之件數。
18	藥費管理	季	4	藥物種類中有任3項不符時，本季各月抽審。	平均每日藥費=累加前季各月各藥物值/月份數，各藥物種類不符條件為(1)安眠鎮靜用藥>5.9, (2)血壓用藥>17.2, (3)血脂用藥>21.1, (4)血糖用藥>20.0, (5)骨鬆治療用藥>51.1
19	前季醫療服務量≤前二年同期平均值	季	2	≤40%	$\text{前季每月平均醫療費用(含釋出)} / \text{前2年同期平均醫療費用(含釋出)} - 1$
20	物理治療執行乙次比率	月	3	P90且件數>500件	$\text{申報}42 * \text{總醫令數為1之案件數} / \text{申報}42 * \text{之案件數}$

中央健康保險局北區業務組西醫基層總額專業審查篩選指標項目

編號	指標項目	指標計算區間	權重	閾值	操作型定義
21	X光執行比率	月	4	P90	32001C~32024C之件數/總申請件數
22	肌腱注射比率	月	1	P90	39018C之件數/總申請件數
23	院所每日看診產值	月	3	每科前2大院所每日看診產值，且高於平均整體院所每日看診產值	<p>1. 院所每日看診產值：各家院所申報醫療費用（含釋出）/總看診日數（各醫師看診日數加總）。</p> <p>2. 平均整體院所每日看診產值：合計各月院所每日看診產值/該月轄區申報院所數。</p> <p>3. 院所科別：前月申報費用之就醫科別件數比例較高且超過30%者認定之（若件數相同，則採費用較高者）；未有任一科件數比率超過30%者（如聯合診所），或該科別之家數未達20家，則不歸屬任一科，即與該轄區全體西醫基層診所比較。</p> <p>4. 分科方式：家醫科系(01)、內科系(02, 12, 2A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>5. 排除：代辦費用（門診代碼：A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN）、專款項目（D4案件特定治療代號G5、BC肝試辦計畫相關藥品、試辦計畫照護費(PxxxxC)）及新特約當月；藥局：B6、B7或案件分類5、B8、C4、D1、HN、BC肝試辦計畫相關藥品；檢驗及放射機構：A3、B1、B6、B8、B9、C4、D1。</p>
24	最近3個月藥費佔率	月	3	20家	<p>1. 藥費佔率：前3個月總藥費（含釋出）/前3個月總醫療費用(含釋出)；最高之20家院所。</p> <p>2. 資料排除08案件及藥費點數小於等於50萬。</p>
25	最近3個月（送核案件）平均核減率	月	3	10家	前3個月核減點數/前3個月總醫療費用（含釋出），最高之10家院所
26	最近3個月藥費佔率成長率	月	3	10家	<p>1. 藥費佔率成長率：【前3個月總藥費（含釋出）/前3個月總醫療費用(含釋出)】/【去年同期總藥費（含釋出）/去年同期總醫療費用(含釋出)】-1，成長率最高之10家院所。</p> <p>2. 資料排除08案件及藥費點數小於等於50萬。</p>

中央健康保險局北區業務組西醫基層總額專業審查篩選指標項目

編號	指標項目	指標計算區間	權重	閾值	操作型定義
立意	B、C肝診所	月	外加	新個案	慢性B、C型肝炎治療試辦計畫診所且送審費用年月有新個案者
立意	戒菸門診試辦計畫	特定月	外加	前一季案件分類B7件數月平均前10%之院所或國健局列管	適用費用1、4、7、10月
立意	跨表醫令項目管理	月	外加	跨表醫令	院所申請跨表、有〔核定日期〕且費用年月於〔核定實施期間〕且〔核定結果〕為同意之核准診療項目。

註：紅色字體為101年第3季起新增及修改之指標項目。