

檔 號：

保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：(中區業務組)台中市西屯區市政北一路66號

傳真：(04)22531242

承辦人及電話：曾麗珍(04)22583988轉6828

電子信箱：

受文者：臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國106年3月17日

發文字號：健保中字第1064095094號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨(1064095094-1.doc、1064095094-2.xlsx、1064095094-3.doc)

主旨：檢送106年3月10日「中區西醫基層總額共管會106年第1次會議紀錄」乙份，請查照。

正本：中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會中區分會、社團法人臺中市醫師公會、臺中市大臺中醫師公會、彰化縣醫師公會、南投縣醫師公會、台中市診所協會、臺中市山海屯診所協會、彰化縣診所協會、南投縣診所協會

副本：本署中區業務組醫療費用二科(含附件)



A210395094

中區西醫基層總額共管會 106 年第 1 次會議紀錄

時間：106 年 3 月 10 日 13 時 00 分

地點：中央健康保險署中區業務組 10 樓第 1 會議室

出席：

中區分會：

臺中市醫師公會：羅倫樞、陳萬得、蔡景星、鄭煒達、施英富、
王博正、林義龍、陳正和、丁鴻志、陳文侯、
葉元宏

臺中市大臺中醫師公會：蔡其洪、藍毅生、陳成福、陳儀崇、詹國泰
魏重耀、林釗尚、劉兆平

彰化縣醫師公會：巫喜得、廖慶龍、蔡梓鑫、陳永樺、孫楨文、
林峯文

南投縣醫師公會：謝明哲、陳信利

中區業務組：

陳墩仁、林興裕、陳雪姝、陳麗尼、王慧英、張黛玲、游姿媛、
張凱瑛、張志煌

列席：蔡文仁、鄭元凱、高嘉君、趙良玉、林煥洲、黃錫鑫、涂俊仰、
洪一敬、曾梓展、林恆立、陳宏麟、葉文娜、傅姿溶、張靜文、
劉碧優、柯丁權、陳詩旻

請假：陳國光、高大成、陳聰波、陳宗獻、吳祥富、連哲震、張志傑

主席：方組長志琳
許主任委員鵬飛

紀錄：曾麗珍

壹、主席致詞(略)

貳、上次決議事項追蹤

決議事項追蹤	承辦單位	辦 理 情 形
一、 106 年中區西醫基層醫療服務審查管理分科試辦計畫是否續辦，請中區分會 106 年 1 月 15 日前函復。	中區分會	中區分會已於 106 年 1 月 6 日開會決議續辦本案。
二、 修訂 106 年中區西醫基層醫療服務審查管理分科試辦計畫案： 1. 第 1 季平均目標點值先修訂為 0.925，第 2-4 季點值於 106 年第 1 次共管會討論訂定。 2. 其他修訂事項併同提案一待 106 年度中區分會確認。	中區業務組 中區分會	106 年第 1 季平均目標點值先修訂為 0.925，其他修訂事項已提本次共管會提案討論詳提案。
三、 增修病患接受胰島素注射之抽審指標及權重計分 1. 「慢性病每日平均藥費」抽審指標排除糖尿病之胰島素注射劑藥費，另空針、針頭及血糖試紙之費用於「每人合計點數」項排除。 2. 新增「胰島素注射率」為正向指標鼓勵項目，最多給 3 分，並以 105 年第 3 季之指標值作為基期參考值。 3. 本項目自 106 年 1 月費用起實施，並於實施 6 個月後進行評估，依評估結果適時調整。	中區業務組	已納入 106 年中區西醫基層醫療服務審查管理分科試辦計畫之抽審指標。

決議事項追蹤	承辦單位	辦 理 情 形
四、修訂「每人合計點數」與「每人診療費」二項審查指標 1. 增加點數介於 P50~P75 項目不列入權重計分。 2. 另成長率$\geq 2\%$修訂為 2.5%	中區業務組	已納入 106 年中區西醫基層醫療服務審查管理分科試辦計畫之抽審指標。

參、報告事項：

一、「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」自 106 年 1 月 1 日生效實施。

(一) 依衛生福利部 105 年 12 月 23 日衛部保字第 1051260754 號函暨本署 105 年 12 月 28 日健保醫字第 1050015808 號公告辦理。

(二) 執行情形

1. 105 年

(1) 參與群數 136 群、1,041 家診所、1,267 位醫師，有 5 群醫療群指標成績未達 65 分(29 家診所)，未達續約標準。依計畫規定評核指標 $> 70\%$ 之個別診所，可申請重新組群或加入其他醫療群，其中有 11 家診所符合資格重新提出申請。

(2) 10 項量化指標中「潛在可避免急診率」及「可避免住院率」54 群(40%)未達目標。

(3) 參與居家整合照護計畫之診所共 46 群 123 家診所，實際有收案只有 34 群 47 家診所。

2. 106 年參與群數 153 群、1,222 家診所、1,497 位醫師參與計畫，較 105 年增加 17 群成長 13%，診所成長 17%，醫師數成長 18%。

(三) 106 年管理重點

1. 強化社區醫療群辨識度：家醫計畫參與診所需明顯處張貼參與本計畫識別標幟。

2. 提升醫療群 24 小時電話諮詢專線品質。

3. 降低「潛在可避免急診率」、「可避免住院率」，定期指標執行情形回饋轄內醫療群並加強管理。
4. 擴大醫療群診所參與居家整合照護計畫並能確實提供服務，收案 ≥ 3 人得 2%， ≥ 5 人得 5%。
5. 使用健保署 VPN 轉診資訊交換系統，加強平行及合作醫院之垂直轉診。

二、推動全民健康保險居家醫療整合照護試辦計畫

- (一) 依本署 105 年 2 月 15 日健保醫字第 1050001413 號公告辦理，請各醫師公會轉知並鼓勵診所踴躍參加。
- (二) 本計畫是針對居住於住家，因失能或疾病特性致外出就醫不便者提供醫療照護，費用給付除論次訪視費、藥費、檢驗費等，另給付每名照護對象每年 600 點個案管理費。
- (三) 辦理現況
 1. 截至 106 年 2 月 17 日，目前參與團隊 30 群，共 162 家院所參加。其中台中市 14 群 70 家、彰化縣 10 群 51 家、南投縣 6 群 41 家（臺北 21 群 179 家、南區 12 群 207 家）。
 2. 收案情形：目前共 68 家院所收案，收案人數 813 人。其中台中市 34 家 420 人、彰化縣 21 家 177 人、南投縣 12 家 216 人（臺北 34 家 2,549 人、北區 78 家 2,730 人、南區 55 家 1,433 人、高屏 28 家 1,147 人）。
- (四) 診所如有意願參與本計畫，本組將協助媒合組成照護團隊。
- (五) 如有發現需居家醫療照護對象，請協助轉介至就近提供本項服務院所，相關資訊可查詢本署全球資訊網 (<http://www.nhi.gov.tw/>)，路徑入下：
首頁/醫事機構/網路申辦及查詢/居家相關醫療服務專區/居家醫療服務特約醫事機構查詢。或聯絡基層診所窗口：醫療費用二科紀小姐，分機 6808。

三、推動全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案，請各醫師公會積極鼓勵診所參加。

(一) 依 105 年 12 月 29 日健保健保醫字第 1050034522 號修訂公告辦理。

(二) 本方案修訂重點如下：

1. 網路月租費：

(1) 增列補助行動網路(MDVPN)：適用對象為於非院所內提供醫療服務之醫事服務機構，如居家醫療照護、或至醫療資源不足缺乏地區、山地離島地區等。支付方式經申請同意核定後，按電信公司提供之月租費證明書據金額核實支付

(2) 修訂固接網路網路月租費，醫事服務機構如未於本方案各季結算時點前申報醫療費用資料者，不予支付。

2. 增訂 3 類資料上傳獎勵金：

(1) 醫事人員溝通平台之轉診資訊交換系統登錄轉診資料獎勵金：包括轉出及轉入院所，每筆獎勵 5 元。

(2) 居家訪視健保卡登錄暨上傳資料上傳獎勵金：提供居家訪視服務登錄於健保卡，並於 24 小時內上傳者，每次居家訪視獎勵 5 元。

(3) 特定醫令申報執行起迄時間資料獎勵金：於醫令清單段申報特定醫令之「執行時間-起迄」，每筆獎勵 1 元。(詳本方案附件 10)

3. 本案參考資料，請至健保署全球資訊網\醫事機構\醫療費用支付\全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案(含上傳格式)。聯絡窗口請洽各費用承辦人、中華電信申辦窗口可洽洪股長 04-23442329。

四、106 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

(一) 依據本署 106 年 1 月 23 日健保醫字第 1060000693 號公告辦理。

(二) 本年度本署中區業務組轄區計有 18 個西醫醫療資源不足地區由基層診所承作，其中 9 個註記為兒科醫療資源不足改善地區。(較 105 年刪除臺中市神岡區)

(三) 本方案支付標準及費用申報與審查修正重點：

1. 基層診所申報診察費之案件：每件依 104 年全年平均診察費 288 點加計 3 成。
2. 執行巡迴醫療服務應逐次依據「論次醫療費用申請表」格式，於次月 20 日前申報，將資料上傳至健保資訊服務網系統 (VPN)，並郵寄申請表至保險人分區業務組申報。

(四) 106 年申辦情形：共 19 家診所提出申請(18 家延續計畫)，巡迴 17 個鄉鎮(區)，僅彰化縣社頭鄉無巡迴醫療服務，請各醫師公會鼓勵診所提出申辦。

五、鼓勵西醫基層診所假日開診及調劑措施

- (一) 依 105 年 12 月 20 日醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議 105 年第 1 次臨時會議決議。
- (二) 為紓解醫院假日急診壅塞及落實分級醫療，本署相關措施有鼓勵基層週日開診、發揮社區醫療群 24 小時緊急電話諮詢服務效用、優先解決偏遠地區假日調劑問題及請醫師公會全聯會協助於週日開診率較低地區協調醫師開診等。
- (三) 有關週日開診率較低地區本署中區業務組已先電請各醫師公會協調醫師開診事宜，另針對假日調劑問題本署中區業務組已向藥師公會全聯會建議提供各縣市支援診所調劑服務之藥師公會窗口。
- (四) 另本署已輔導藥局至 VPN 系統登錄營業時間，以利使用「全民健保行動快易通 APP」查詢可服務藥局資料。

六、106 年度診所管理科別選擇變更情形

- (一) 依據 106 年中區西醫基層醫療服務審查分科管理試辦計畫伍、分科方式三、改選科別之診所均需符合優先以診所執業專科為主，如屬不分科以診所申報案件之屬性達 50% 為選科依據；特殊診所將請各醫師公會協助檢視是否符合上述條件。如不符合選科設定原則將逕依原則歸屬科別並請中區分會轉知。
- (二) 106 年分科管理選科作業有 7 家診所申請改選科別，其中

申請改為家醫科 2 家、內科 1 家、外科 1 家、小兒科 2 家及骨科 1 家，經查 7 家均符合上述選科設定原則。

七、全民健保 22 週年路跑活動

本署中區業務組訂於 106 年 3 月 18 日(星期六)上午假臺中市都會公園舉辦全民健保「走過 22 邁向未來，珍愛健保台中跑」路跑活動，已發函邀請各醫師公會為協辦單位。本活動結合路跑與健康園遊會型態，並在活動中進行摸彩活動，邀請各公會共襄盛舉。

八、宣導分級醫療及電子轉診平台介紹(詳會議報告)

九、西醫基層總額醫療費用申報概況報告(詳會議報告)

決定：由中區業務組依申報就醫科別提供本署各區各科別每人醫療資源耗用單價，供中區分會各分科管理參考。。

中區分會報告事項

- 一、106 年度分科委員共 111 位，本會訂於 106 年 3 月 22 日下午 1 點於中區業務組 4 樓，進行分科委員說明會。
- 二、106 年度審查醫藥專家共 182 位(含健保署推薦名單)，本會訂於 106 年 3 月 29 日下午 1 點於中區業務組 4 樓，進行審查醫藥專家說明會。

肆、提案討論

提案一

提案單位：中區業務組

案由：有關本署預估 105 年第 4 季中區西醫基層預估平均點值為 0.9158，未達目標值(0.92)及排名中位數處理情形，提請討論。

說明：

- (一) 本署預估105年第4季各區平均點值如下：

季別	項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全署
105 年 Q4	預估 浮動點值	0.8652	0.8891	0.8818	0.9073	0.9363	0.9660	0.8923
	預估 平均點值	0.9017	0.9209	0.9158	0.9351	0.9553	0.9773	0.9232
	排名	第六	第四	第五	第三	第二	第一	

(二) 105年第4季未達0.92目標點值，預估平均點值排名第五，擬調整目標點值。

決議：105年第4季目標點值調整為0.9179(如附件一)，請中區分會於106年3月16日前提供各科攤還方式及通知診所於106年3月28日前寄回意願書。

提案二

提案單位：中區業務組

案由：修訂 106 年中區西醫基層醫療服務審查管理分科試辦計畫之第 2-4 季目標點值等內容，提請討論。

說明：

(一) 依105年12月9日共管會議決議辦理。

(二) 105年度西醫基層給付總額一般服務成長率為3.731%(全年另提撥1.5億予中區)下，中區各季平均點值除第4季外，餘3季別均達目標點值0.92。而106年度一般服務成長率為為3.836%(全年另提撥2億元)，本組將本年度調整診察費支付點數及分級醫療費用成長因素調整後，各季以近3年平均費用成長率預估106年度各季平均點值如下表，建議106年第2、3目標點值可適度調整為0.93、0.925，106年第4季則維持歷年目標點值0.92。

表、106年各季預估點值(以近3年平均費用成長率預估)

季別	Q2	Q3	Q4
106年	0.9368	0.9253	0.9132

(三) 餘酌修內容請參考附件二第2~5頁。

中區分會說明：106 年計畫目標建議比照 103 年加入「或全區排名第五名以上」。

決議：106年2-4季目標點值為0.93、0.925、0.92或全區排名第五名以上。

提案三

提案單位：中區業務組

案由：修訂 106 年中區西醫基層醫療服務審查管理分科試辦計畫之抽審指標，提請討論。

說明：

- (一) 配合分級醫療之實施，初級及慢性病個案將由醫院回歸基層服務，為減輕院所因承接醫院下轉個案而有造成抽審指標異動疑慮，本年度擬刪除「每人合計點數」及「慢性病每日藥費」兩項抽審指標，新增「慢性病就醫人數成長量」正向評估指標；另將研擬診所收治「電子轉診資訊交換系統」醫院下轉之病人數列為正向指標項目。
- (二) 「合計點數、每人診療費」等指標計算將排除106年度開放跨表之新增診療項目。
- (三) 另為提升醫療品質，本修訂經參考各分區業務組抽審指標及本組歷年常規性抽審專案，將「必審指標」新增2項，「一般抽審指標」刪除2項、新增5項並自106年第2季起實施，詳如附件二。

中區分會說明：

- (一) 健保署為了推行分級醫療，「壯大基層」的措施方興未艾，所有這些政策都會使診所的診療費增加，因此建請業務組能大幅放寬診療費成長的抽審指標，或是重新研擬新的抽審指標，才不至於讓診所有無所適從的感覺。
- (二) 必審指標10：「隨機審查樣本核減率 $\geq 20\%$ 」，建議修改為「隨機審查樣本申復後核減率 $\geq 20\%$ 」。
- (三) 一般抽審指標4：「非慢性病每日藥費 $\geq p90$ 」，建議修改為「非慢性病每日藥費 $\geq P90$ 且平均就醫次數 $\geq P75$ 」。

決議：本抽審指標修訂案依中區業務組提案說明辦理，自106年第2季起實施(詳如附件二)。

提案四

提案單位：中區業務組

案由：修訂 106 年中區西醫基層醫療服務審查管理分科試辦計畫之各分科每月抽審家數分配原則(詳附件二)，提請討論。

說明：

- (一) 依105年12月9日共管會議決議辦理。
- (二) 為使未超出目標點數科別且符合多項一般抽審指標異常院所亦能納入抽審，擬修正每月一般抽審家數分配原則：各院所依各科權重分數排序，抽審超支科別家數的20~25%、未超支科別則抽審其家數的5%，每月總抽審家數(含必審、一般抽審指標)仍維持總申報家數20~25%。
- (三) 「診所最近一年內6次隨機審查平均核減率 $\leq 0.5\%$ ，經來函申請，可免除一般抽審指標審查」之作業，修訂為符合最近12個月內6次(含)以上隨機審查樣本核減率 $\leq 2\%$ 時自動免除當月審查(必審或專案審查除外)，以減少院所行政作業申請流程。以106年1月為例，符合上述核減率條件且可免除當月一般抽審指標有57家院所。

決議：照案通過。

提案五

提案單位：中區分會

案由：請中區業務組提供中區 100~105 年各年、各季之各科總目標點數、佔率、目標點數、目標點數超支率、抽審家數比例數據，以提供分科管理參考資料。

說明：

- (一) 中區點值的低落有其歷史的共業如何找出原因應有合理的數據根據，這應在全聯會上與各區協商力爭。但就中區而言，分科管理試辦計劃的說明，各科依其佔率，乘以總目標點數，訂定各科每月目標點數。再以超出目標點數科別，訂定各科抽審比例。

- (二) 所以中區業務組應提供各科歷年，各季，各月(1)佔率，(2)總目標點數，(3)目標點數，(4)超出目標點數，(5)各科抽審比率，了解各科管理的成效。也應收集全區各科歷年，各季，各月，的佔率，總目標點數，目標點數，超出目標點數，各科抽審比例，讓各中區分會委員，各位關心人仕，了解其詳情。作為以後協商的參考。
- (三) 最好也能收集各區，歷年，各季，各月，各科每人的合計點數作為比較，較能掌握管理的重點。另中區分會也有眼科與精神科做自主管理，成效為何，也請中區業務組提供資料，作為各科分科管理的參考。

中區業務組說明：

- (一) 有關各科抽審比例100~104年未超支科別可免除一般指標抽審，所以各科抽審會有差異存在，自106年為加強分科管理已依本提案四說明除未超支科別抽審率為5%外，超支科別已修訂上限為25%。
- (二) 本分科管理試辦計畫僅中區實施，中區依診所選科進行分科與各區依申報科別分科，比較基準不一致，而各科別的目標點數均於月初估算時即已提供相關報表供各科管理參考。
- (三) 目前分科管理是依近4年申報點數各占25%做為目標點數分配基礎，另因各科管理嚴謹度不一的情形下，以申報點數占率為分配基礎的合理性，日益受到挑戰，也影響到分科執行成效，因此應考量改變原有分配模式。建議於分級醫療實施之影響穩定後，以每人資源耗用為前提，利用全國資料進行校正，重新設定分配機制，使其更加合理而完善。
- (四) 綜上，歉難提供提案所述資料。

決議：針對抽樣分配原則中區業務組將於106年3月22日分科委員說明會中加強說明，故本案不另提供。

伍、散會：15 時 08 分

附件一

提案1 105第4季各分科應攤還點數估算表(以目標點值0.9179計算)

A.目標點值0.9179應攤還點數	科別	家數	B.超支點數占率	各科原應攤還點數=A×B
11,283,558	01-家醫科	556	0.0%	0
	02-一般內科	417	17.1%	1,933,213
	03-外科	176	19.1%	2,158,656
	04-小兒科	276	0.0%	0
	05-婦產科	148	0.0%	0
	06-骨科	64	16.6%	1,873,845
	09-耳鼻喉科	236	0.0%	0
	10-眼科	127	16.6%	1,873,259
	11-皮膚科	92	2.9%	332,331
	13-精神科	48	25.7%	2,896,449
	14-復健科	53	1.9%	215,807

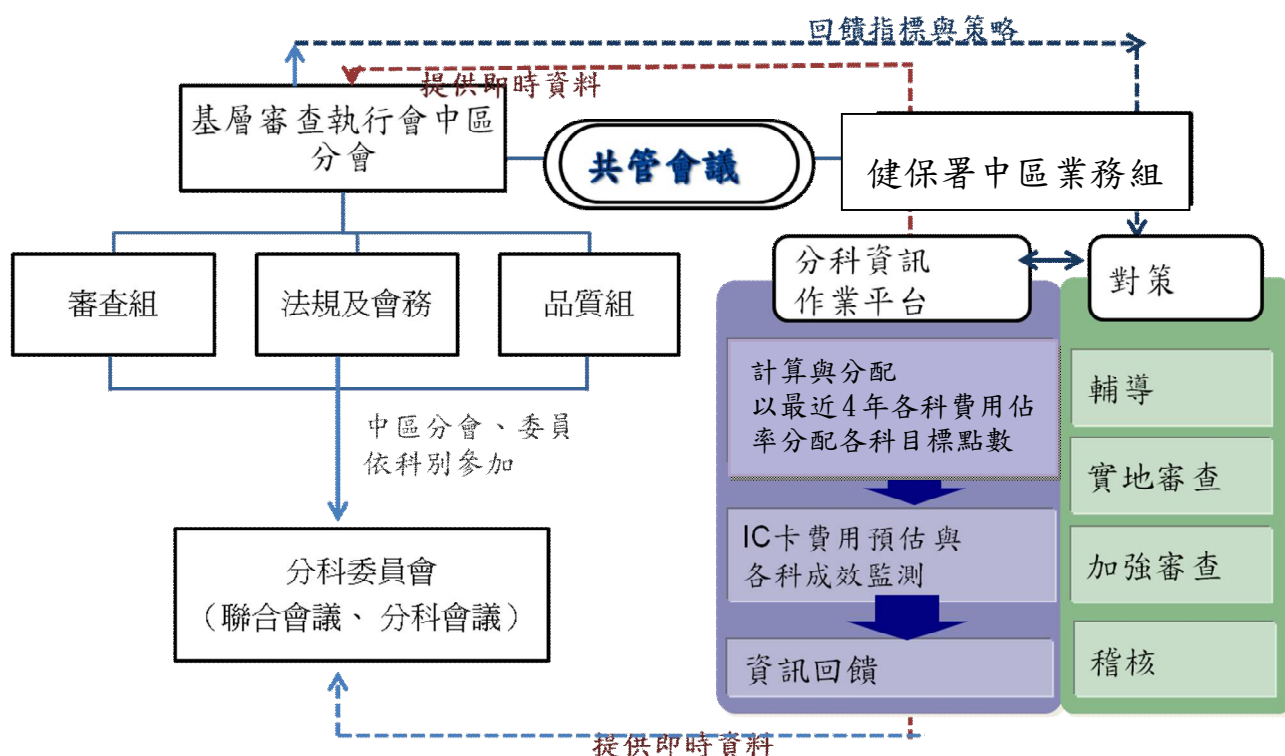
11,283,558

點值0.92總計應攤還點數=預算點數×(目標點值-預估點值)
 =5373123041 × (0.92-0.9179)
 =22567117

106 年中區西醫基層醫療服務審查管理分科試辦計畫

106 年 3 月 10 日修訂

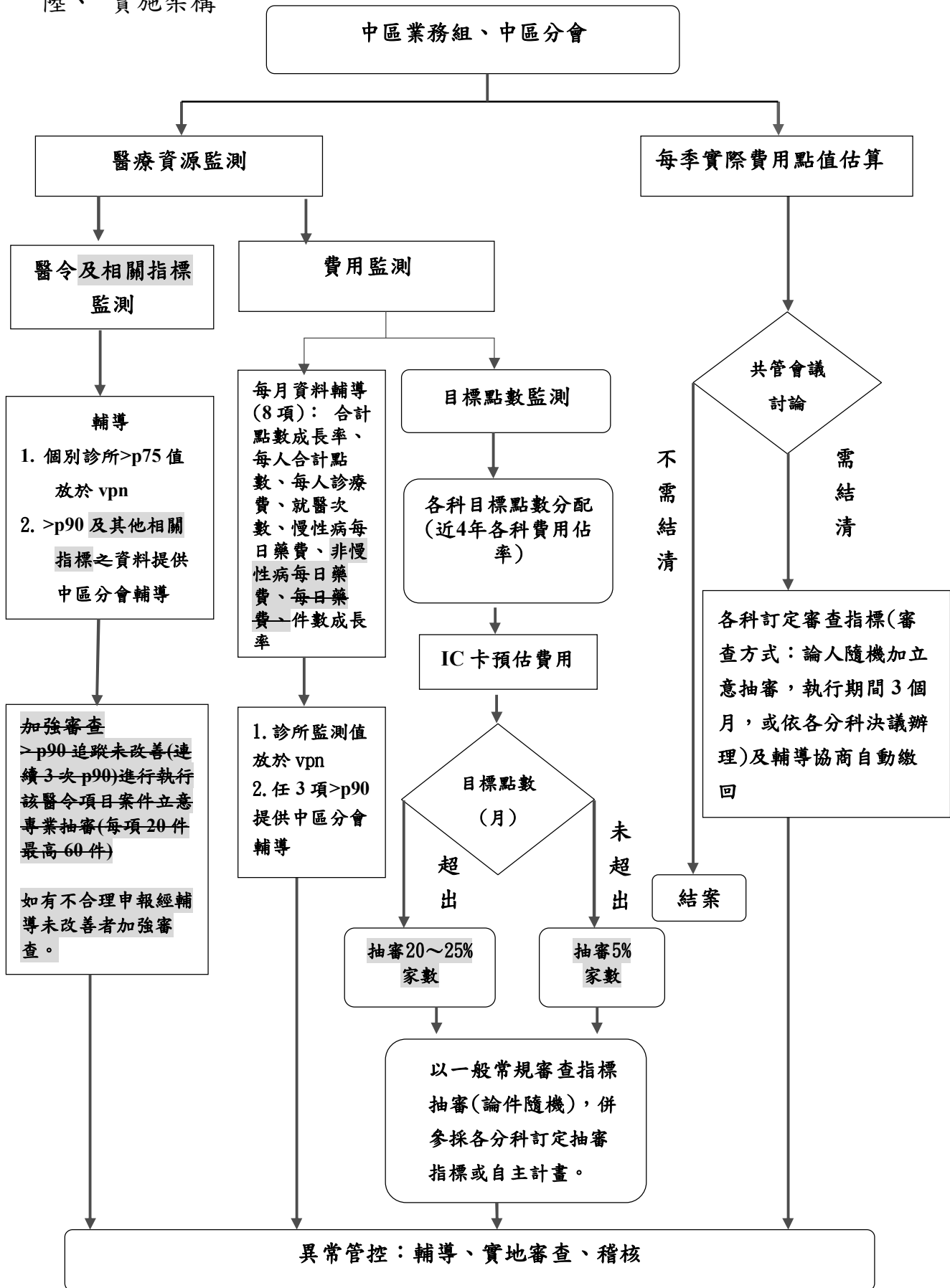
- 壹、目的：管控醫療費用合理成長，穩定中區點值。
- 貳、計畫目標：平均點值 0.92 以上或全區排名中位數以上。第 1 季 0.925、第 2 季 0.93、第 3 季 0.925、第 4 季 0.92 或全區排名第五名以上。
- 參、實施對象：中區所有特約西醫基層診所。
- 肆、組織架構：



伍、分科方式：

- 一、科別：計分為家醫科、內科、外科(含泌尿科)、小兒科、婦產科、骨科、耳鼻喉科、眼科、皮膚科、精神科及復健科等 11 科。
- 二、以診所為單位，自行選擇 1 個科別，加入該科之目標點數監測。
- 三、改選科別之診所均需符合優先以診所執業專科為主，如屬不分科以診所申報案件之屬性達 50% 為選科依據；特殊診所將請各醫師公會協助檢視是否符合上述條件。如選科不符合設定原則中區業務組將逕依原則歸屬科別並請中區分會轉知。
- 四、選定之科別適用期間原則為一年，各診所延續前一年選定之科別，擬變更適用科別之診所應於每年 1 月 1 日至 1 月 15 日期間填「中區西醫基層診所主要管理科別申請表」(附件 1)向中區業務組提出申請。
- 五、新特約診所辦理特約時選填，未選定者逕依其申報資料之主科別認定。

陸、實施架構



柒、 實施辦法

一、 醫療資源監測

(一) 費用監測-目標點數監測

1. 目標點數的分配

(1) 分配原則

- A. 依據各科診所最近 4 年申報之醫療費用點數(含部分負擔,並扣除行政審查核減點數) 權重,計算各科占率;各年度權重平均分配為 25%。
- B. 分配後目標點數成長率高於成長率上限(當年西醫基層總額一般部門成長率)者,超過上限之點數先行扣減保留。
- C. 分配後目標點數成長率低於成長率下限(當年西醫基層總額一般部門成長率 $\times$ (1-15%))者,以前項保留之點數撥補,但撥補後之成長率不高於該科近 4 年醫療費用平均成長率,若有剩餘點數則依 B 之扣減點數占率回歸原扣減科別。

(2) 每科依其占率乘以總目標點數(預算總額除以目標點值),再依各科每月的占率,訂定每月目標點數。

(3) 預擬年度總額 0.75%為公基金,補助各科無基期值診所申請點數之 50%,各季結餘部份逕予回歸總額。

2. IC 卡預估費用

(1) 每月月初以 IC 卡上傳資料預估各分科費用和其每月目標點數做比較。

(2) 超出目標點數處理原則：

- A. 以一般常規審查指標抽審(論件隨機,指標如附件)併參採各分科訂定抽審指標或自主計畫。
- B. 各分科所訂抽審指標或自主計畫需公告周知會員,並由中區分會彙整後報請中區業務組備查。

(二) 每月醫療費用監測

- 1. 每月監測：合計點數成長率、每人合計點數、每人診療費、就醫次數、慢性病每日藥費、非慢性病每日藥費、~~每日藥費~~、件數成

長率、增加點數等 8 項指標。

2. 診所監測值放於 VPN 供自身參考。
3. 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)。

(三) 醫令及相關指標監測：

1. 醫令項目以共管會決議修訂之項目為原則，相關指標監測則以本署列為重點管理項目為主，惟同一指標經輔導後如未改善，列入重點審查。
2. 各分科管控醫令項目若本年度上半年 p90 執行率低於 100 年 p75，將由中區業務組提供資料給中區分會評估是否更換其他醫令項目。醫令項目依各科申報醫令數之 5% 為監測數，最少須達 5 項。篩選原則以醫令費用與件數排序，選取前 50 名醫令作為優先篩選項目。
3. 個別診所監測值超過 p75 放於 VPN 供自身參考，另每月將各項管控醫令超過 P90 之院所名單予中區分會輔導參考。

二、 每季實際費用點值估算

- (一) 每季第 2 個月進行前季點值估算，當點值預估未達目標值時，提中區西醫基層總額共管會議決議辦理。

(二) 辦理方式：

1. 若選擇自動繳回方式結清，其分攤額度計算方式由中區分會責成各分科會議決議並通知繳回，該作業須於次季底總額結算前完成，以便即時反映於當季點值。
2. 若選擇加強審查方式，採論人隨機加立意抽審，執行期間 3 個月，或依各分科決議辦理。
3. 各分科結清通知單採用依本業務組提供之內容樣式提供各分科委員會配合使用

- 三、 異常診所：經專業審查發現或檔案分析結果異常者，經輔導未改善則加強審查(論人隨機加立意抽審)，必要時實地審查或移送稽核。

捌、 分科委員

一、 科委員及召集人的推選：

- (一) 每科以 8 人為原則，科委員由各縣市醫師公會及診所協會各推派 1 人，若該縣市該科診所家數超過 50 家者該縣市增派 1 人，超過 100 家者該縣市醫師公會及診所協會可各增派 1 人召集人由科委員會共同推選，委員名單由中區分會提報中區業務組備查。
- (二) 推選之科委員需具該科專科醫師資格（民國 77 年以前開業者，得以衛生署登記為準）併比照西醫基層醫療服務審查醫藥專家遴聘資格始得任用，經查如有 5 年內違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定不予特約者及前年度平均核減率高於 10% 者應不予委任，任期期間比照辦理。
- (三) 科委員及召集人為榮譽職。

二、 科委員之執掌

- (一) 集會討論科內同儕制約之建議，並協助對該科診所與醫師的說明。
- (二) 協助該科專業相關輔導及諮詢。
- (三) 檢討與建議該科需監控之醫令項目。
- (四) 科內異常診所之輔導、加強審查、實地審查或稽核等建議。

玖、 健保署中區業務組資料的提供

- 一、 目標點數監測報表：每月（例如 5 月）10 日中區業務組產製分科報表，內容包括：
 - (一) 上月（4 月）IC 卡估算之點數與目標點數比較。
 - (二) 上上月（3 月）實際點數與目標點數比較。
 - (三) 上上月（3 月）監測之 8 項項目任三項指標超過 P90 之診所名單
 - (四) 上上月（3 月）各項管控醫令 P90 之院所名單。
- 二、 中區分會各分科提出之分科管理需求單(附件 2)需保留 3 個工作天以上作業時間，中區業務組評估後配合提供，所提供資料個別診所名單以加密方式提供。並請中區分會一個月內追蹤成效並復知本業務組，如 2 次未回復追蹤成效者，將暫停該科需求作業。
- 三、 所提供資料應依電腦處理個人資料保護法妥為保存及使用。

壹拾、 其他

- 一、 當個別診所同月因監測項目不同而同時落入抽審時以合併抽審方式處理，如當月符合一般常規審查指標及醫令加強審查指標，則抽樣方式為隨機加立意。
- 二、 會議若需洽借中區業務組場地，由分科召集人與中區業務組分科經理人聯絡安排會議室。會議之決議事項由中區分會轉給中區業務組備查。
- 三、 若有因本計畫之執行嚴重影響民眾就醫權益或本計畫之運作，將提報共管會議討論終止本計畫。
- 四、 另若對本計畫實施有建議事項請電洽中區業務組 04-22531174、04-22531179，供本計畫修訂之參考。

106 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

106 年 2 月 23 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 106 年 2 月份費用抽樣審查，以 106 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，自積分低者抽審補足上列家數審查，其中超出目標點數科別抽審其家數的 20~25%，未超出目標點數科別抽審其家數的 5%。
- (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。~~

三、診所最近 12 個月內 6 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 12 個月係以診所申報費用月之前 2 個月往前計算 6 次以上者。例：以 105 年 11 月申報 10 月費用時，最近 12 個月期間為「費用年月 104 年 9 月至 105 年 8 月」，該期間如有隨機抽審達 6 次者，主動計算樣本隨機審查樣本平均核減率。

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	指標類別	指標項目	資料期間
1	品質	無基期診所抽樣審查 1 年。	當月
2	品質	經民眾申訴或檢舉經查證屬實者，予以抽審 3 個月。	當月
3	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	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(原專案)	價	平均每人復健費用全國前 10 名院所	前月
6(原專案)	量	安養住民費用占率前 10 名院所	前季
7(原專案)	品質	非慢性病平均用藥品項數大於 5 項	前月
8(原專案)	品質	慢連箋後續調劑當日又看診比率 $\geq P95$ (105 年 10 月 P95 為 34%)	前月
9(原專案)	品質	慢箋未再調劑比率 $\geq P90$ (105 年 10 月 P90 為 25%)	前前前月
10(新)	品質	隨機審查樣本核減率 $\geq 20\%$	前前月
11(新)	品質	同院用藥日數重疊率(前前季)項目包括： 降血壓用藥 $\geq$ 全國 P98(0.57%)、 降血脂用藥 $\geq$ 全國 P98(0.51%)、 降血糖用藥 $\geq$ 全國 P98(0.67%)、	前前季

編號	指標類別	指標項目	資料期間
		安眠鎮靜用藥 $\geq$ 全國 P98(1.67%)、 抗憂鬱症用藥 $\geq$ 全國 P98(1.55%)、 抗思覺失調用藥 $\geq$ 全國 P98(1.19%)	

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	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
2(刪)	價	每人合計點數	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
2	價	每人診療費	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
3	價	平均就醫次數	前月	平均就醫次數 $\geq$ p90	-3
5(刪)	價	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
4	價	非慢性病每日藥費	前月	非慢性病每日藥費 $\geq$ p90	-3
5	品質	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
6	品質	鼓勵提高糖尿病照護品質	前前季	前前季胰島素注射率 $\geq$ 15%	+2

編號	指標類別	指標名稱	資料期間	指標閾值	權重分數
		註： 1. 以 105 年第 3 季之指標值作為基期參考值 2. 權重分數最多給予+3 分 3. 本項目自 106 年 1 月費用起實施，並於實施 6 個月後進行評估，依評估結果適時調整。	前季	較基期新增注射胰島素病人 2 人	+0.5
			前季	較基期新增注射胰島素病人 4 人	+1
			前季	較基期新增注射胰島素病人 6 人	+1.5
			前季	較基期新增注射胰島素病人 8 人	+2
			前季	較基期新增注射胰島素病人 10 人	+2.5
			前季	較基期新增胰島素注射病人 12 人	+3
7 (原專案)	品質	門診年復健次數 ≥ 180 次人數比率	前月	診年復健次數 ≥ 180 次人數比率 ≥ 5%	-3
8(新)	量	各科診療成長貢獻度前 3 大醫令	前季	醫令執行率 ≥ p90 且不分科醫令成長貢獻度 ≥ p90	-1 (累計)
9(新)	品質	URI 抗生素使用比率	前前季	URI 抗生素使用率 ≥ 全國 P95(50.0%)	-2
10(新)	品質	跨院用藥日數重疊率	前前季	降血壓用藥 ≥ 全國 P95(1.47%)	-1
				降血脂用藥 ≥ 全國 P95(0.95%)	-1
				降血糖用藥 ≥ 全國 P95(1.07%)	-1
				安眠鎮靜用藥 ≥ 全國 P95(7.05%)	-1
				抗憂鬱症用藥 ≥ 全國 P95(3.33%)	-1
				抗思覺失調用藥 ≥ 全國 P95(1.96%)	-1
11(新)	品質	執行電子化申復作業	前月	以申復檔案格式辦理申復作業，即符合本項指標。	+1
12(新)	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 ≥ p95	+3
				p85 ≤ 慢性病就醫人數成長量 < p95	+2
				p75 ≤ 慢性病就醫人數成長量 < p85	+1

附表三、必審指標資料定義

編號	指標項目	計算公式	說明
5	平均每人復健費用全國前10名院所	總復健費用／總復健人數	1. 復健費用：醫令代碼前2碼為41、42、43、44。 2. 排除條件：早療（年齡≤6歲）、職災案件。
6	安養住民費用占率	安養住民門診費用／診所門診費用	排除條件：主、次診斷碼前三碼為癌症C00-C96(不含C944、C946)、Z510、Z5111、早療（年齡≤6歲）案件。
7	非慢性病平均用藥品項數	給藥案件之藥品品項數／給藥案件數	1. 同處方同藥品代碼視為1項。 2. 排除條件：重大傷病、代辦案件、慢性病案件、試辦計畫案件(案件分類為A3、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、D1、D2、HN、04、05、06、08、02、C1、E1)、藥品使用頻率為立即使用(STAT、PRN)、給藥日數>14日。
8	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。
9	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)。
10	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。
11	同院用藥日數重疊率	同院同ID同藥理重疊之給藥日數／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份

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	合計點數	Σ 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)、BC型肝炎藥費、胰島
	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	

編號	指標項目	計算公式	說明
		月平均合計點數)	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	每人合計點數	$\Sigma \text{合計點數} / \Sigma \text{月歸戶病人數}$	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)、BC 型肝炎藥費、C1 案件(論病例計酬)、胰島素注射劑(含藥費、特材費)代辦費用。
	每人合計增加點數	$\text{本月每人合計點數} - \text{去年同季月平均每人合計點數}$	月歸戶病人數: 交付處方 08 案件併回原處方診所。
	每人合計點數成長率	$(\text{本月每人合計點數} - \text{去年同季月平均每人合計點數}) / (\text{去年同季月平均每人合計點數})$	去年同季月平均每人合計點數先以同季平均核減率校正
2	每人診療費	$\Sigma \text{診療費} / \Sigma \text{月歸戶病人數}$	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)、胰島素注射劑(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。
	每人診療費增加點數	$(\text{本月每人診療費} - \text{去年同季月平均每人診療費})$	月歸戶病人數: 交付處方 08 案件併回原處方診所。
	每人診療費成長率	$(\text{本月每人診療費} - \text{去年同季月平均每人診療費}) / (\text{去年同季月平均每人診療費})$	去年同季月平均每人診療費先以同季平均核減率校正
3	就醫次數	$\Sigma \text{總申報件數} / \Sigma \text{病人人數}$	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)
5	慢性病每日藥費	$\Sigma \text{藥費} / (\Sigma \text{藥費不為 0 之用藥日數})$ (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 型肝炎藥費及胰島素注射劑(藥費)
4	非慢性病每日藥費	$\Sigma \text{藥費} / (\Sigma \text{藥費不為 0 之用藥日數})$	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
6	胰島素注射率	$\Sigma \text{糖尿病胰島素注射人數} / \Sigma \text{糖尿病用藥人數}$	1. 糖尿病胰島素注射劑: ATC 碼前五碼 = A10AB、A10AC、A10AD、A10AE。 2. 糖尿病用藥: ATC 碼前三碼 = A10 (注射人數至少 6 人)
	新增胰島素注射病人	前季注射胰島素病人數-105 年第 3 季注射胰島素病人數。	基期 105 年第 3 季未使用胰島素(含其他醫療院所)之後有開立胰島素者。

編號	指標項目	計算公式	說明
			例如：106 第 1 季以 105 年第 4 季與 105 年第 3 季比較；106 第 2 季以 106 年第 1 季與 105 年第 3 季比較。
7	門診年復健次數 $\geq$ 180 次人數比率	當月年復健次數 $\geq$ 180 次人數/ 當月復健總人數	1. 年復健次數$\geq$180 次人數：依統計基期一年門診費用資料，其中某一治療類別(物理、職能、語言)醫令累計數量大於 180 次之病患數。 2. 統計基期一年，範例如下： 審查費用當期：10601。 執行統計月份：10512。 統計基期：104 年 11 月~105 年 10 月 3. 排除條件：門診代辦案件及年齡 6 歲(含)以下早療案件
8	各科診療成長貢獻度	(前季該所醫令點數-去年同季該所醫令點數)/(前季該科醫令總點數-去年同季該科醫令總點數)	1. 該所醫令點數：診所申報該醫令的點數。 2. 該科醫令總點數：包含該科申報所有醫令的點數。 3. 排除手術醫令。
	醫令執行率	醫令件數/總件數	1. 醫令件數：包含有申報該醫令的件數。 2. 總件數為申請件數－（08 案件＋非總額案件）。 3. 排除手術醫令、參與試辦計畫院所執行相關常規醫令項目。
	不分科醫令成長貢獻度	(前季該所醫令點數-去年同季該所醫令點數)/(前季不分科醫令總點數-去年同季不分科醫令總點數)	1. 醫令點數：診所申報該醫令的點數。 2. 不分科醫令總點數：不分科有申報該醫令的點數。 3. 排除手術醫令、參與試辦計畫院所執行相關常規醫令項目。
9	URI 抗生素使用比率	季 URI 抗生素給藥案件數/ 季 URI 給藥案件數	1. 給藥案件包含：藥費不為 0，或給藥天數不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6。 2. URI：主診斷前 3 碼為 J00、J02、J06、J09-J11 3. 排除條件：季 URI 給藥案件數小於 100 件、慢箋領藥案件。
10	跨院用藥日數重疊率	同 ID 同藥理重疊之給藥日數/ 各案件之醫令總給藥日數。	1. 重疊之給藥日數：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份。

編號	指標項目	計算公式	說明
12	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。

中區西醫基層診所主要管理科別申請表

為落實分科管理提昇各科專業自主及穩定中區基層總額點值，請依貴診所執業型態，就說明 1 所列之主要科別，擇一加入所屬管理科別：

1. 新特約診所請填寫表 1，未填寫者將逕依申報主要之就醫科別件數最多者認定。
2. 變更主要管理科別請填寫表 2，並於期限內（如說明 2）提出申請。

註：改選科別之診所均需符合優先以診所執業專科為主，如屬不分科以診所申報案件之屬性達 50%為選科依據；特殊診所將請各醫師公會協助檢視是否符合上述條件。如選科不符合設定原則中區業務組將逕依原則歸屬科別並請中區分會轉知。

表 1. 新特約診所加入主要管理科別申請表

診所代號		診所名稱	
診所管理科別			

表 2. 診所變更主要管理科別申請表

診所代號		診所名稱	
原來管理科別		變更管理科別	

說明 1. 主要科別（代號-名稱）

01-家醫科、02-內科、03-外科、04-小兒科、05-婦產科、06-骨科、
09-耳鼻喉科、10-眼科、11-皮膚科、13-精神科、14-復健科

說明 2. 申請期限：每年 1 月 1-15 日

診所印信：

負責醫師簽章：

中華民國 年 月 日

中區西醫基層總額分科管理 ☐ 資料解密 ☐ 資料分析 需求單

目的				
解密項目				
資料內容： 變項、定義與 擷取期間	擷取欄位	彙整類別	擷取期間	指定診所
	☐ 申請件數	☐ 費用年月		
	☐ 給藥日份	☐ 診所別		
	☐ 藥費點數	☐ 醫師別		
	☐ 診療費點數	☐ 縣市別		
	☐ 診察費點數	☐ 案件類別		
	☐ 藥服費點數	☐ 就醫科別		
	☐ 醫療費用點數			
	☐ 申請費用點數			
	☐ 部分負擔金額			
	☐ 醫令件數	☐ 醫令代碼(請列示)		
	☐ 醫令數量			
	☐ 醫令點數			
	☐			
科召集人		申請日期	年 月 日	
中區分會 主任委員		申請日期	年 月 日	
聯絡電話				
科經理人：		資料處理人員：		
複核專員：	單位主管：	結案日期： 年 月 日		
後續處理及成效				

註：1. 本需求單須由中區分會申請；本署中區業務組窗口為醫療費用二科。
2. 以上資料請依個人資料保護法規定保密及管理。