

衛生福利部中央健康保險署北區業務組西醫基層總額專業審查篩選指標項目

109年3月17日修訂

編號	指標項目	指標計算區間	權重	閾值	操作型定義
1	專審意見	月	必審	列管	北區分會提供
2	健保署列管	月	必審	列管	健保署醫管科提供或檔案分析列管
3	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
4	違約處分(論人審查)	月	必審	1-6個月	違反本保險相關法規於處分迄月1-6個月內，且未歇業者
5	新特約(論人審查)	月	必審	6個月內	費用年月-原始合約月份<6
6	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
7	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)。
8	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
9	最近3個月平均就醫次數(論人審查)	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
10	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。
11	最近3個月月平均就醫次數7次以上之病人數(論人審查)	月	3	>10人且為前3大診所(自106年10月份(費用月)實施)	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(含)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，或特定治療項目JA及JB案件。)
12	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)、「居家醫療專款等費用(05307C、05308C、05312C、05323C、05336C、05337C、05313C、05324C、05314C、05325C、05338C、05339C、05340C、05341C、P5407C、05326C、05327C、05316C)(自106年7月費用月起實施)」)及新特約當月，或特定治療項目JA及JB案件、轉診註記為「1_保險對象本次就醫係由他院轉診而來之個案」(自107年4月費用月起實施)、分子擷取範圍排除注射胰島素藥費增加部分及C型肝炎新藥藥費(自106年1月費用月起實施)。
			5	P95，成長率>0且月申請點數小於20萬	
			3	P80-P94且成長率>0	
			3	P80-P94，成長率>0且月申請點數小於20萬	
13	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。

編號	指標項目	指標計算區間	權重	閾值	操作型定義
14	(診所調劑件數+藥局調劑件數)÷診所開藥件數	季	3	<85%	<p>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。</p> <p>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</p> <p>3. 藥局調劑件數：該診所釋出至藥局資料之件數</p> <p>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)、特定治療項目JA及JB案件等調劑件數。</p> <p>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。</p> <p>註:前季任1個月<85%時, 本季各月抽審(排除診所開藥件數<P25診所)</p>
15	「平均每日藥費成長率」	月	5	P95	<p>1. 平均每日藥費成長率=(最近3個月藥費點數÷給藥日數)÷(去年同期藥費點數÷去年同期給藥日數)-1</p> <p>2. 藥費點數含釋出之藥費。</p> <p>3. 排除項目：最近3個月藥費點數<50萬、最近3個月藥費擷取範圍排除今年注射胰島素藥費增加部分、C型肝炎新藥藥費、B型及(10704實施)C型肝炎用藥(修正自費用年月106年4月適用)。</p>
16	物理治療執行乙次比率	月	3	P90且件數>500件	申報42*總醫令數為1之案件數/申報42*之案件數, 排診察費為0之資料
17	X光執行比率	月	4	P97(修正自費用年月106年1月適用)	32001C~32024C之件數/總申請件數
18	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. 院所每日看診產值(分子)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、B(10704實施)C肝試辦計畫相關藥品、試辦計畫照護費(PxxxxC))及新特約當月, 或特定治療項目JA及JB案件; 分子擷取範圍排除注射胰島素藥費增加部分及C型肝炎新藥藥費(自106年1月費用月起實施)。</p>

衛生福利部中央健康保險署北區業務組西醫基層總額專業審查篩選指標項目

109年3月17日修訂

編號	指標項目	指標計算區間	權重	閾值	操作型定義
19	「藥費成長貢獻度」	月	5	P95	1、藥費成長貢獻度=(個別診所最近3個月藥費點數-去年同期藥費點數)÷(西醫基層診所最近3個月藥費點數-去年同期藥費點數) 2、藥費點數含釋出之藥費。 3、排除項目:最近3個月藥費點數<50萬及成長率<0%之診所、最近3個月藥費擷取範圍排除今年注射胰島素藥費增加部分、C型肝炎新藥藥費、B型及(10704實施)C型肝炎用藥(修正自費用年月106年4月適用)。
20	最近3個月(送核案件)平均核減率	月	3	最近3個月(送核案件)平均核減率、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
21	婦科超音波7日內重複率	月	4	3.63%	同一保險對象7日內申報2次19003C以上醫令數/19003C總醫令數
22	「藥費成長率」	月	5	前5大科P90;其他科P98	1、藥費成長率=(個別診所最近3個月藥費點數÷去年同期藥費點數)-1 2、藥費點數含釋出之藥費。 3、排除項目:最近3個月藥費點數<50萬、最近3個月藥費擷取範圍排除今年注射胰島素藥費增加部分、C型肝炎新藥藥費、B型及(10704實施)C型肝炎用藥(修正自費用年月106年4月適用)
23	平均每張處方用藥品項大於5項	月	3	平均每張處方用藥品項大於5項	1.平均每張處方用藥品項數=前3個月給藥案件之藥品品項數/前3個月給藥案件數。 2.給藥案件:藥費不為0,或給藥天數不為0,或處方調劑方式為1、0、6其中一種。 3.藥品品項:醫令類別1或4,且醫令代碼為10碼。 4.藥品品項數:藥品品項筆數。 5.上開案件排除重大傷病(負擔代碼001)、慢性病、代辦案件及試辦計畫(案件分類04、05、06、08、24、28、A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、D1、E1,特定治療項目JA及JB案件)。(權重改3自10804起實施)
24	平均每人復健日數(半年)	月	必審	前3大診所(論人審查)	1、資料範圍:門診醫療費用申報檔,醫令類別2,物理治療、職能治療、語言治療醫令代碼(排除項目:職災案件、早療案件(年齡0-6歲之案件)). 2、平均每人復健日數(半年)定義:執行復健治療總日數(半年)÷總病人數(半年). 3、半年定義:費用月份為10704,係擷取10609-10702,依序類推。(自費用月107年4月起實施)
		月	3	第4 至13大診所	

衛生福利部中央健康保險署北區業務組西醫基層總額專業審查篩選指標項目

109年3月17日修訂

編號	指標項目	指標計算區間	權重	閾值	操作型定義
25	跨院重複開立醫囑主動提示功能(API)	季	-2	查詢筆數≥50筆且正確回傳率≥50%	1、資料來源：用藥重覆API查詢紀錄主檔 2、查詢筆數：係指前開記錄檔之總查詢紀錄筆數 3、正確回傳率：正確查詢紀錄筆數/總查詢紀錄筆數 4、資料擷取區間：費用月10704係擷取最近3個月用藥重覆API查詢紀錄主檔。(自10804實施)
26	初期CKD照護率	月	-3	照護率≥80%且年初符合收案條件之初期CKD人數≥600人	自104年9月份費用月起實施
		月	-2	照護率≥60%且年初符合收案條件之初期CKD人數≥100人	
		月	-1	照護率≥40%且年初符合收案條件之初期CKD人數≥50人	
27	糖尿病品質支付服務照護率	季	-3	符合收案條件人數≥500人且照護率≥95%	自費用月103年10月起以最近1季擷取之照護率，逐月鼓勵。第1季照護率獎勵於費用月6-8月、第2季照護率獎勵於費用月9-11月、第3季照護率獎勵於費用月12-次年2月、第4季照護率獎勵於次年費用月3-5月。 權重分數及閾值修改自10409起適用。
			-2	符合收案條件人數≥500人且照護率≥80%、符合收案條件人數≥50人且照護率≥95%	
			-1	符合收案條件人數≥500人且照護率≥60%、符合收案條件人數≥50人且照護率≥70%	
28	用藥日數重疊率(論人審查)	季	3	降血壓用藥日數重疊率P98	公式：口服降血壓藥物重疊用藥日數÷口服降血壓藥物之給藥日數。 降血壓用藥定義：ATC前三碼=C07或ATC前五碼=C02AC、C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第8碼為1。 (自103年10月份費用月起新增、權重3自10707實施)
			3	降血脂用藥日數重疊率P98	公式：口服降血脂藥物重疊用藥日數÷口服降血脂藥物之給藥日數 降血脂用藥定義：ATC前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第8碼為1。 (自103年10月份費用月起新增、權重3自10707實施)
			3	降血糖用藥日數重疊率P98	公式：降血糖藥物重疊用藥日數÷降血糖藥物之給藥日數 降血糖用藥定義：ATC前五碼=A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX。(103年10月份費用月起新增、權重3自10707實施)
			3	抗思覺失調用藥日數重疊率P95	公式：抗思覺失調藥物重疊用藥日數÷抗思覺失調藥物之給藥日數 抗思覺失調用藥定義：ATC前五碼=N05AA、N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN、N05AX。(自104年3月份費用月起新增、權重3自10707實施)
			3	抗憂鬱症用藥日數重疊率P95	公式：抗憂鬱症藥物重疊用藥日數÷抗憂鬱症藥物之給藥日數 抗憂鬱症用藥定義：ATC前五碼=N06AA、N06AB、N06AG、N06AX。(自104年3月份費用月起新增、權重3自10707實施)
			3	安眠鎮靜用藥日數重疊率P98	公式：安眠鎮靜藥物重疊用藥日數÷安眠鎮靜藥物之給藥日數 安眠鎮靜用藥定義：ATC前五碼為N05BA、N05BE、N05CC、N05CD、N05CF、N05CM。(自104年3月份費用月起新增、權重3自10707實施)

編號	指標項目	指標計算區間	權重	閾值	操作型定義
29	診療點數成長貢獻前10大醫令	月	3	各項醫令執行率前5大診所	1. 診療點數成長貢獻前10大醫令定義：前季診療點數排序前50大且診療點數成長貢獻前10大醫令。 2. 醫令執行率=該項醫令數前3個月加總÷前3個月處方申報總件數。 3. 醫令點數成長貢獻度=(個別診所最近3個月該項醫令點數-去年同期該項醫令點數)÷(西醫基層診所最近3個月該項醫令點數-去年同期該項醫令點數)。 4. 前季定義：10309費用月之前季資料係指103Q2；最近3個月定義：10309費用月之前3個月資料係指103Q6-103Q8。 5. 排除條件： (1) 因復健治療項目已另行控管故排除復健治療等相關醫令。 (2) 處方申報總件數(分母)排除08案件、C1案件、代辦案件(A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2及HN)及小於500件(3個月)之診所。 (3) 排除診療負成長之項目(105年3月費用月起適用) (4) 操作型定義新增排除流行性感胃A型病毒抗原(14065C)、流行性感胃B型病毒抗原(14066C)2項醫令(106年12月費用月起適用)。
		月	3	各項醫令點數成長貢獻前5大診所	
30	核減率異常	季	必審	核減率異常>10%	指最近3個月因「不符指標項目-未送專業審查」，經送審後核減率>10%之診所(自10404起實施)，105年7月(費用月)起新增排除醫療費用<10萬點診所。
31	復健治療費用成長率	月	必審	>5%且復健治療醫令數>500筆、必審(不受抽審家數比率限制)，自107年4月起採論人審查。	1、資料範圍：門診醫療費用申報檔，醫令類別2，醫令代碼41xxxx-44xxxx(排除項目：職災案件、排除早療案件(年齡0-6歲之案件)、參加「全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案」之診所(自105年1月費用月起實施)。 2、復健治療費用成長率=(前3 6個月復健治療費用-去年同期復健治療費用)/ 去年同期復健治療費用*100%。 3、前3 6個月定義：費用月份為10607，前3 6個月擷取10512-10605，依序類推，自10607(費用月)起實施。
			2	>5%且復健治療醫令數≤500筆	
32	居家安寧照護	月	-5	安寧照護服務人數≥2人	最近6個月申報05312C、05323C、05336C、05337C、05326C、05327C、05316C歸戶人數。(自106年7月費用月起實施)
			-3	安寧照護服務人數1人	
33	使用電子轉診平台	月	-3	轉出率及回復率=100%	1、轉出率 (1)分子：使用電子轉診平台之轉出案件數。(2)分母：醫療費用申報案件為轉出案件。 2、回復率 (1)分子：使用電子轉診平台之接受轉入案件數。(2)分母：醫療費用申報案件為轉入案件。 (3)分子定義(接受轉入案件數)：該筆轉入資料的回復日期有值，才列計。 3、排除條件：計算轉出率及回復率時，排除轉診件數或平台使用件數≤10件之院所。 例如：費用月10712係擷取10710申報資料計算。 (自108年4月費用月起實施)
			-2	轉出率≥90%且回復率≥90%	

衛生福利部中央健康保險署北區業務組西醫基層總額專業審查篩選指標項目

109年3月17日修訂

編號	指標項目	指標計算區間	權重	閾值	操作型定義
立意	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C肝新個案者(自107年4月費用月起實施)
立意	每張處方用藥品項大於8項	月	外加	每張處方用藥品項大於8項	1. 前3個月給藥案件之藥品品項數大於8項之件數最多的前57家診所，大於8項之件數全抽。 2. 其他定義同指標項目「平均每張處方用藥品項大於5項」的第2~5點。
立意	血液透析個案申報內含藥品及檢驗	月	外加	血液透析個案申報內含藥品及檢驗之案件	1. 以前一個月申報醫事類別15_門診洗腎之保險對象，勾稽當月同院所申報符合內含藥劑或檢驗項目範圍任一項目者，全部列入立意抽審案件；排除案件:01案件申請醫令項目，非單純申請內含藥品或檢驗項目範圍之品項。 2. 內含藥品範圍:感冒藥(ATC碼前3碼為R05、R06)、葉酸錠及B群(ATC碼前3碼為A11)、Caco3(ATC碼前3碼為A12)、Alugel及Ulcerin-P(ATC碼前5碼為A02AB)；內含檢驗範圍:Glucose(09005C)、Albumin(09038C)、BUN,blood ureanitrogen(09002C)、Creatinine (B) CRTN(09015C)、Uric acid(09013C)、Cholesterol, total(09001C)、Triglyceride(09004C)、S-GOT/AST(09025C)、S-GPT/ALT(09026C)、Alkaline phosphatase isoenzyme electrophoresis(09067B)、NA(09021C)、K(09022C)、Cl(09023C)、Ca(09011C)、P(09012C)、CBC(08011C、08012C、08082C)。(自102年10月實施)
立意	第四級外科病理	月	外加	第四級外科病理同一案件醫令數申報數量>4	同一案件醫令數(25004C)申報數量>4。(自103年7月起實施)
立意	耳鼻喉局部治療個別醫師執行率	月	外加	依醫師之專科別分成耳鼻喉科及非耳鼻喉科前10大醫師，且其執行率耳鼻喉科醫師>30%、非耳鼻喉科醫師>0.4%	1、依診所、醫師專科別歸戶統計，分子:同一醫師前3個月54019C、54027C、54037C、54038C申報件數；分母=同一醫師前3個月申報總件數。 2、專科醫師歸類:如醫師同時符合2種以上之專科醫師資格，其中1種為耳鼻喉科，該醫師即歸為耳鼻喉科專科醫師。如否即全歸類為非耳鼻喉科專科醫師。(自103年7月起實施;10902-10906暫緩實施)
立意	食道鏡及上消化道泛內視鏡檢查個別醫師申報>100	月	外加	前1個月醫令數申報>100	1、依診所、醫師歸戶統計，同一醫師前1個月28015C+28016C申報醫令數>100。 2、自104年9月起實施
立意	大腸鏡檢查個別醫師申報>50	月	外加	前1個月醫令數申報>50	1、依診所、醫師歸戶統計，同一醫師前1個月28017C申報醫令數>50。 2、自104年4月起實施
立意	復健高耗用醫師	月	外加	平均每位病人復健醫令點數>P90且復健醫令點數P90之醫師	1、復健醫令點數係擷取醫令類別2，醫令代碼42xxxx-44xxxx(排除項目:職災案件、早療案件(年齡0-6歲之案件))。(自107年4月實施。) 2、平均每位病人復健醫令點數=前6個月復健醫令點數/前6個月歸戶病人數。 3、依診所、醫師歸戶統計，抽高耗用醫師之高耗用病人。 4、6個月定義:費用月份為10704，半年係擷取10609-10702，依序類推。 5、排除最近3個月之個案屬復健高耗用病人費用負成長且件數核減率小於5%之院所。例:費用月為10712，最近3個月係指10707-10709，依序類推。(自108年1月實施)。

衛生福利部中央健康保險署北區業務組西醫基層總額專業審查篩選指標項目

109年3月17日修訂

編號	指標項目	指標計算區間	權重	閾值	操作型定義
立意	當月超音波成長率	月	外加	>5%	1、超音波擷取範圍：係指婦科超音波(19003C)及陰道式超音波(19013C、19013B)。 2、超音波成長率=(當月超音波總量-去年同期超音波醫令總量)/去年同期超音波醫令總量*100%。 3、如去年同期醫令總量為零者，仍為必審。 4、排除陰道式超音波(19013C)申報件數小於10件之診所。 5、自107年7月實施。
立意	當月陰道式超音波申報占率	月	外加	>10%	1、超音波擷取範圍：含婦科超音波(19003C)、產科超音波(19010C)及陰道式超音波(19013C)。 2、陰道式超音波申報占率=當月陰道式超音波醫令總量/當月超音波醫令總量*100%。 3、排除陰道式超音波(19013C)申報件數小於10件之診所。 4、自107年7月實施。
立意	CIS重點管理項目	月	外加	總件數>P95	1、擷取範圍：係擷取前3個月「CIS重點管理項目」篩選之異常案件。 2、閾值：依每家院所件數排序計算百分位值，總件數>P95之院所列為審查院所。 3、「CIS重點管理項目」定義：係指件數異常成長或核減率偏高之CIS指標項目，將定期評估適時調整相關管理項目。 4、前3個月定義：費用月為107年4月，係擷取106年12月-107年2月資料計算。 5、自107年7月實施。
立意	20類重要檢查(驗)管理項目	3個月	外加	28日再執行點數>P98(各類及全部類別)	1、28日再執行點數：係執行日期(就醫起或迄日)與前次執行日差異日數<28日之醫令，合計其相關點數。 2、依各類及全部類別之28日再執行點數排序計算每家院所百分位值>P98之院所列為審查院所。 3、3個月定義：費用月為107年4月，係擷取106年12月-107年2月資料計算。 4、自107年7月實施。

備註：

1. 依西醫基層總額107年第2次共管會議決議：自107年7月起診所審查比率由20%降為18%。
2. 依西醫基層總額109年1次共管會議決議：因應疫情，立意指標-局部治療個別醫師執行率109年2月-6月(費用月)暫緩實施。