

99年北區西醫基層總額點值暨品質提升管理方案

99.3.25基層總額支付北區委員會99年第二次會議暨第一次共管會議通過

為穩定健保財務提昇民眾醫療權益，依據民國 99 年總額專業審查委託自主事務，一本加強伙伴關係，試辦「99 年北區西醫基層總額點值暨品質提升管理方案(以下簡稱本方案)」，以穩定醫療經營環境，尊重醫療服務提供者之專業自主，改善醫療品質，提升民眾醫療服務可近性。本方案採穩定 99 年度點值的策略，即時監控並協助醫療院所提供較有效率的服務，降低無效率醫療利用，期建立更系統化及精緻化之審查作業，全員合作減少衝量意願發生，以有效達成基層診所能專業自主的給予病人最適治療之目標。

一、目的：

- (一) 藉由各診所成長率目標點數訂定專業審查與管理指標，有效穩定北區基層總額點值。
- (二) 落實自律和同儕制約機制，加強各診所及其醫師之自我管理。
- (三) 提供病人適當醫療，提升民眾健康照護品質。

二、方案目標：平均點值 0.95 ± 0.05

三、實施對象：北區特約西醫基層診所

四、實施期程：99年4月（費用月）至99年12月（費用月）止

五、實施辦法：

(一) 診所目標點數管理：

- 1、以點值 0.95 ± 0.05 暫行估算分區點值，依據各診所96-98年核付之門、住診醫療費用點數（含釋出藥費、診療費及部分負擔），計算各診所費用額度參考基準，供診所自主管理及每季監控**基準**，**該基準**排除代辦費用（門診代碼：A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN；藥局：B6、B7或案件分類5、B8、C4、D1、HN；檢驗及放射機構：A3、B1、B6、B8、B9、C4、D1 共24項）及BC肝試

辦計畫相關藥品（附件1）；醫療費用核付應以實際發生之費用覈實核付。

2、醫療費用控管與服務品質管理良好之診所，當季得免除專業抽樣審查，有下列情形者每季第3個月或次季第一個月視為加強審查診所。

- (1) 每季門、住診醫療費用點數（含釋出藥費、診療費及部分負擔）超出預定額度。
 - (2) 每季藥費 > 96-98年同期-2.38%。
 - (3) 每月20日後申報者。
 - (4) $(\text{診所調劑件數} + \text{藥局調劑件數}) \div \text{當月診所開藥件數} < 85\%$ 者。
 - (5) 每季任一月份品質指標項目執行成效未達成者。
 - (6) 每季任一月份診所看診日數 < 22日者。
 - (7) 當季醫療服務量 \leq 96-98三年同期平均值之40%者。（開業滿一年者以第一年12個月平均計算，開業滿二年者以第一年24個月平均計算）
 - (8) 巧立名目收取自費經查核成案者。
- (二) 經北區西醫基層共管委員會會議通過列入特殊異常輿論人審查之診所列為不符本方案者，不得免除專業抽樣審查，並應加強審查（附件2）。
- (三) 前季有不符五條第 1 項第 2 款 (1) - (8) 條件者於當季第 3 個月或次季第一個月起列為加強審查診所且連續抽審3個月。另依診所每月申報費用於當月20日前申報後即算申報資料點數，若發現交付處方與受理機構未申報，自受理月或當月下個月起加強審查3個月。
- (四) 健保局北區業務組每月（例如3月）10日產製管理報表資料
- 1、整體管理報表：
 - (1) 前月（2月）IC卡估算之點數與目標點數比較。
 - (2) 前前月（1月）實際申報點數與目標點數比較。
 - (3) 季中轄區費用管控失當之診所管理報表（例如99年第一

季1-2月申報醫療費用 \geq 99年第1季額度65%)。

2、診所自我管理報表。

(五) 費用控管失當之診所名單送全民健康保險基層總額支付北區委員會評估輔導或健保局查察。

(六) 診所當季補報案件申報應於每季次月 20 日前完成申報，逾時補報之診所列入連續抽審 3 個月或全審，專款專用、總額外及部分負擔案件補報不受此限制，惟應與總額內費用拆分補報。

(七) 醫療服務費用與品質管控：

1、醫療費用涵蓋範圍：

當季門、住診送核、補報及交付機構核付點數（均含部分負擔），不包括其他總額及代辦業務。

2、醫療費用管控指標：*

(1) 每人門診平均就醫次數*

(2) 門診每人每次費用*

(3) 每人門診平均診療費用*

3、藥費管理：

(1) 目標點數：99 年各季目標點數以 98 年各季目標點數 -2.38%成長計算為原則包括：當季門、住診送核、補報及交付機構核付點數（均含部分負擔）。

(2) 藥費管理指標：*

※ 藥費佔率*

※ 每人日藥費*

※ 每人總藥費*

(3) 門診慢性病用藥

※ 安眠鎮靜用藥（ATC 前四碼'N05C'者）：

➤ 加強平均每日藥費 \leq 5.9 元/日。

➤ 重複用藥偏高。

※ 高血壓用藥（ATC 前三碼

'C02','C03','C07','C08','C09'，且任一主次要診斷符合

('401','402','403','404','405')者)

➤ 加強平均每日藥費 ≤ 17.2 元/日。

➤ 對重複用藥偏高之院所。

※ 降血脂用藥 (ATC 前三碼'C10'者) :

➤ 平均每日藥費 ≤ 21.1 元/日。

※ 降血糖用藥 (ATC 前三碼'A10'者) :

➤ 平均每日藥費 ≤ 20.0 元/日。

➤ 對重複用藥偏高之院所。

※ 骨鬆治療用藥 (※初級預防：指維生素 D 及其衍生物 (A12AA)、鈣補充劑(A11CC)及次級預防：指選擇性雌激素接器調節(G03XC)、副甲狀腺荷爾蒙製劑 (H05A)、抑鈣激素製劑(H05B) 及雙磷酸鹽類(M05)):

➤ 平均每日藥費 ≤ 51.1 元/日。

4、不可併用藥品安全管理

5、骨科- (附件 2) 如審查參考報表項目 *

6、眼科- (附件 3) 如審查參考報表項目 *

7、皮膚科-如審查參考報表項目 *

8、復健費用- (附件 4) 如審查參考報表項目 *

9、其他 *

(1) 糖尿病病患血液肌酸酐檢查執行率 *

(2) 慢性病連續處方箋開立率 *

(3) 門診職災申報點數成長率 *

BC 肝試辦計畫排除額度計算之藥品

健保代碼		
A043302100	K000674253	K000816255
A044650100	K000675257	K000817257
B023208100	K000700216	K000818253
B024468100	K000700220	X000032255
B024469100	K000700223	Y0000012AK
B024662100	K000765209	Y0000022E3
K000589237	K000766209	
K000601265	K000788277	
K000667255	K000789277	
K000669248	K000815248	

特殊異常、論人審查指標項目

一、 特殊異常指標診所：

1. 批次執行時前月申報資料仍未轉檔
2. 院前診所 (分區委員會提報)
3. 健保局列管院所
 - 3-1.醫務管理科列管
 - 3-2.違約處分迄月 3 個月內
 - 3-3.健保局或分區委員會列管
4. 專審意見加強審查＊
5. 檔案分析異常
 - 5-1.前月兼任醫師件數>200 件且佔率>30%
 - 5-2.成長率指標異常 (無去年值)
 - 5-3.復健治療黃金治療期專案＊
6. 最近 3 個月平均就醫次數最高之前 10 家院所
7. 最近 3 個月月平均就醫次數 7 次以上病人數 ≥ 10 人者
8. 一年內未送審
9. 核減率>--% ＊

二、 論人審查：

1. 最近六個月內新特約院所
2. 違反特約管理辦法遭違約記點達 2 點之醫療院所
3. 違反特約管理辦法遭停處分之醫療院所
4. 最近 3 個月平均就醫次數最高之前 10 家院所
5. 最近 3 個月月平均就醫次數 7 次以上病人數 ≥ 10 人者
6. 復健治療黃金治療期專案。＊

註、註記＊者為暫時保留，待第二階段討論再議。