

行政院衛生署中央健康保險局南區業務組西醫基層診所經檔案分析得免除專業抽樣審查原則  
(101年1月起)(100/12/21修訂)

依據：依醫療服務審查辦法第16條規定，保險人得就保險醫事服務機構申報醫療服務案件進行分析，於回饋分析資料後依分析結果，增減隨機抽樣比率或免除抽樣專業審查。

說明：依醫療服務審查辦法第2條規定，特約院所提供醫療服務，保險人依本辦法規定辦理審查，並據以核付費用，除非符合檔案分析指標，始免除抽樣審查。

一、不適用免予抽審類別

序號	項目
1	<u>違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第36. 37. 38條者、核減率大於20%、經實地審查結果、行政審查須追蹤，專業審查建議追蹤或西醫基層總額執行委員會南區分會共管會議決議審查之診所。</u>
2	<u>101年1月(含)起新特約院所，隨機抽樣專業審查12個月。若負責醫師有親自全程參加新特約院所講習說明會者，得改隨機抽樣專業審查9個月。100年(含)以前新特約院所依原規定辦理。</u>
3	未於申報時程內(費用年月次月20日之前)申報。
4	一年內尚未接受一次(含)以上專業審查。
5	申請點數大於300萬點之診所。(以前前月申請點數列計；若未列入但當月超過者仍須隨機抽審)
通用項目	1.隨機抽樣之院所如有門診C1論病例計酬案件，申報大於或等於10件者並立意抽樣審查四分之一。 2.所有院所之住院剖腹產案件大於或等於10件者且剖腹產率 <u>25%(含)-30%(不含)抽審三分之一、30%(含)-35%(不含)抽審二分之一，35%(含)以上全抽。</u>

二、全部符合下列指標之院所，免當月抽樣專業審查。

序號	項目	每月異動註記	計算方式及備註
6	申報件數醫療費用無價量齊揚現象(同期平均每件費用與件數皆成長)者	*	以前一個費用年月計算，排除A3、D2、B6、B7、B9、HN案件，交付藥費及檢驗費併入計算，再扣除非HN案件克流感藥費，(以下列條件依序篩選，四條件任一成立者列入免審)： (1)總件數≤300件， (2)每件單價(含部分負擔)≤400點， (3)每件單價成長≤5%， (4)件數成長率≤5%。

7	<p>(7.1)分科平均每件診療費低於同儕95百分位以下(前季)。</p> <p>(7.2)內科次分科平均每件診療費低於內科次分科全體30百分位以下者(前季)。</p>		<p>(1)排A3、D2、08、B6、B7、B9、E1、HN案件(B型肝炎帶原者或C型肝炎感染醫療給付改善方案因收案對象定期追蹤須執行超音波檢查，該方案申報案件分類為『E1』，抽審指標的診療費用計算方式有排除『E1』案件，以對於加入該方案的院所給予排除因收案追蹤進行定期超音波檢查增加診療費用。)</p> <p>(2)外科及眼科每件診療費有C1案件與無C1案件之院所分開進行同儕比較</p> <p>(3)交付檢驗所診療費併入計算</p> <p>(4)月平均件數&gt;100件列入計算</p> <p>(5)僅7, 8, 9指標高出閾值而須送審者，經連續審查3個月(前前季初審)核減率低於0.3%者，免除3個月本指標審查，惟指標計算期間(前季)平均每件診療費不得高於自家院所去年同季平均每件診療費，若高出，則不適用免審</p>
8	<p>平均就醫次數低於附表指定閾值者免審(前季)</p>		<p>(1)排08、A1、A2、A3、A4、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN案件；(就醫次數<math>\geq 7</math>者須立意抽樣)</p> <p>(2)排除診察費=0者</p> <p>(3)以該診所最多的人次為歸屬科別並進行比較</p> <p>(4)同址聯合診所或不同址診所有明顯病人交叉聚集院所，合併計算平均就醫次數</p> <p>(5)僅7, 8, 9指標高出閾值而須送審者，經連續審查3個月(前前季初審)核減率低於0.3%者，免除3個月本指標審查，惟指標計算期間(前季)平均每件診療費不得高於自家院所去年同季平均每件診療費，若高出，則不適用免審</p>

9	(9.1)分科平均每日藥費低於或等於 <b>22</b> 點(前季) (9.2)分科每日平均藥費低於各科95百分位以下(前季) (9.3)內科次分科每日藥費低於30百分位以下(前季)		(1)排B6、B7、B9、HN案件，以及排除非HN案件克流感藥費 (2)交付藥局藥費及用藥日份併入計算 (3)診所交付案件(門診處方調劑方式為1者)用藥日份不列入計算 (4)月平均件數>100件者列入 (5)內科次分科>10件者列入，所有內科次分科為一組同儕比較組群 (6)僅7, 8, 9指標高出閾值而須送審者，經連續審查3個月(前前季初審)核減率低於0.3%者，免除3個月本指標審查，惟指標計算期間(前季)平均每日藥費不得高於自家院所去年同季平均每日藥費，若高出，則不適用免審 (7)(9.1)日劑藥費如有調降，比照更新基準值。(99年11月18日本局令修訂支付標準，日劑藥費自99年12月1日調降為22點)；100年第1季送審院所名單以99年第4季指標值篩選；惟99年10月及11月日劑藥費基準值為25點、99年12月為22點；按月份平均計算為24點((25點+25點+22點)/3=24點)
10	IC卡同日二刷比對醫療費用占率< 2%	*	(1)以前前月起3個月平均值計算 (2)排除不計就醫序號者

附表：各科平均就醫次數免抽審閾值

歸屬科別	科別名稱	閾值
01	家庭醫學科	1.79
02	內科	1.75
03	外科	1.85
04	小兒科	1.89
05	婦產科	1.80
06	骨科	1.73
07	神經外科	1.57
08	泌尿科	1.69
09	耳鼻喉科	1.60
10	眼科	1.29
11	皮膚科	1.46
12	神經科	1.60
<b>13</b>	<b>精神科</b>	<b>1.69</b>
14	復健科	1.67
15	整形外科	1.46
AA	消化內科	1.64
AB	心臟血管內科	1.33
AD	腎臟內科	1.34
AE	風濕免疫科	1.68
AG	內分泌科	1.57

### 三、重點管理指標(含實地審查、檔案分析與立意抽樣等)

序號	項目 (VPN品質報告卡項次)	計算原則，優先實訪或實審對象
11	各科別 C1 論病例計酬案件	
12	IC卡隔日刷卡人次之比率>=12%	(1)以前前月起3個月平均值計算 (2)排除不計就醫序號者
13	兼任醫師件數>200件且佔率>30%(前前月)	(1)排除診察費=0者 (2)以該診所為單位計算 <b>(3)衛生所不計算</b> (4)排除「巡迴醫療施作診所」及「巡迴醫療執行中心」
14	安養病人費用大於10萬或安養病人門診平均就醫次數大於4次	排除12歲以下兒童
15	每月復健費用大於12,000點之病人(復健專科診所)或 每月復健費用大於6,000點之病人(非復健專科診所)	排除七歲以下兒童
16	(109) 糖尿病病患醣化血色素(HbA1C)執行率_季	小於 同儕 90百分位
17	(15.1) 慢性病 開立慢性病連續處方箋百分比(季)，但經檔案分析下列二指標 (1)開立慢性病連續處方箋無第2.3次調劑記錄；(2). 院所_醫師_保險對象_月份_開立2張以上慢箋者，另外加抽樣本進行審查。	小於 同儕 90百分位
18	(1) 上呼吸道感染病人複診率(一)2次	大於 同儕 90百分位
19	(83) 同一院所 7日內處方用藥日數重複2日以上比率_	大於 同儕 90百分位
20	(17.1) 上呼吸道感染抗生素使用率(季)	大於 同儕 90百分位
21	(88) 感冒佔健保支出比率(月)	大於 同儕 90百分位
22	(404) 同院所門診同類藥物_不同處方用藥日數重複比率_排08案件(月)	大於 同儕 90百分位
23	(224) 門診注射劑使用率(95年西醫基層品保方	大於 同儕 90百分位
24	(102) 門診心臟超音波醫令執行率	大於 同儕 90百分位
25	(378) 同院所精神疾病用藥(憂鬱症)_不同處方用藥日數重複比率_排08案件(月)	大於 同儕 90百分位
26	合理看診日數(95年12月起)：超出合理看診日數者以前前月(含)起三個月費用申報資料，合理看診日數為計算月份之日數減4日，以計算月份申報的就醫起日統計至個別醫師且個別月份判斷，一個月份超過即列入計分。以診所為單位，一家診所有一位醫師超過即列入計分。排除下列案件：1、山地離島地區案件(特定治療項目代號G9)。2、婦產科生產案件。3、醫療資源缺乏地區巡迴醫療(案件分類D4且特定治療項目代號(一)G5或G6)。4、逢計算月份為2月時，合理看診日數為計算月份之日數減2日。	大於 合理看診日數 (本項因應流感防疫暫停監測)
27	IC卡上傳正確率	小於 同儕 90百分位