

東區業務組西醫基層總額專業審查抽樣原則

112.12.28 修訂

壹、專業審查原則：

- 一、25 項指標以診所家數統計（以每家診所為一檔案分析單位）。
- 二、新特約及違約經處停約一個月(含)以上者在一年內中列為必審且最少抽審 6 次，其他違約（因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 35 條至第 37 條所列違規情事之一者）抽審 1 次，每月各抽審 1/2，抽審標準為：[(新特約家數+違約家數)/2]（未抽審到診所檔案分析指標達到標準，仍需抽審）。
- 三、立意抽樣：共 19 家。（排除 B、C 肝治療計畫案件）
 1. 每日件數成長率最高 1 名。
 2. 每日金額成長率最高 1 名。
 3. 每日件數成長最高 1 名。
 4. 每日金額成長最高 1 名。
 5. 平均就診次數前 2 名。（自費用年月 111 年 1 月起，此原因抽審如核減率小於 2%，每家診所每年抽審次數不超過 3 次。）
 6. 04 慢性病每日的平均藥費最高的前 5 名。
 7. 09 專案每日的平均藥費最高的前 5 名。
 8. 申請件數 2000 件(含)以上且平均就診次數 1.7 次以上，以件數排序前 3 名，略過已列入抽審之院所依序遞補，自抽審費用年月 101 年 5 月開始執行。
- 四、每月隨機抽審家數為 7 家，每一院所每 1 年至少應予抽樣審查 1 次為原則，院所若未列入「東區業務組西醫基層總額專業審查抽樣原則」之抽審名單且同時符合下列二條件即可 2 年抽審 1 次。
 1. 健保特約連續達 5 年以上(含)之院所（註：費用年月-原始合約年月 \geq 60【5年】），且負責醫師皆為同一人。
 2. 近 5 年無全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法違規之處分（包含扣減、停止特約、終止特約）。
- 五、01、04 案的每件給藥日數百分位二項指標取後 10 百分位，其餘皆取前 90 百分位。即原 28 項指標刪除重複就診、04 案件給藥日數百分位、09 案件之每件給藥日數百分位。
- 六、以總診所家數抽審 15%，扣除第二、三、四、九、十、十一、十二點之診所家數，其餘家數按檔案分析高積分抽審（同積分者，取申請金額較高者抽審）。
- 七、每日申請金額成長率→取代 28 項指標（8）申請金額成長率、每日申請件數成長率→取代 28 項指標（9）申請件數成長率，自費用年月 94 年 7 月（抽審年月 94 年 8 月）開始執行。
- 八、連續 3 個月因為專審原則被抽審之院所，如其每月核減率均小於 2%，且無審查醫師建議「加強審查」之情形，得列入隨機抽審 3 個月；每家診所每年抽審次數，以不超過四次為原則；但經依檔案分析結果有異常需辦理專案審查者除外。並自 110 年 2 月（抽審費用年月 110 年 1 月）開始執行。
註：核減率：指中央健康保險署醫療系統可查詢到之「送核」核減率。
- 九、用藥日數重複率、門診抗生素使用率（指標 1139.01）（使用率在 40%以上者—自抽審年月 9701 起）、注射劑使用率（指標 1150.01）每月各加抽審指標最高

者 2 家，如加抽名單與指標抽審名單重複，則立意加抽該類案件 5 件，並自抽審費用年月 101 年 11 月開始執行。

十、自抽審 101 年 11 月費用起用藥日數重複率抽審改為以下指標各 1 家：

1. (1157.01)同院所再次就醫處方之同藥理(降血壓藥物(口服))用藥日數重疊率。
2. (1158.01)同院所再次就醫處方之同藥理(降血脂藥物(口服))用藥日數重疊率。
3. (1159.01)同院所再次就醫處方之同藥理(降血糖藥物(不分口服及注射劑))用藥日數重疊率。
4. (1162.01)同院所再次就醫處方之同藥理(安眠鎮靜)用藥日數重疊率。

十一、自費用年月 96 年 7 月起，各院所申報之醫療費用，經二位審查醫師審查後，核減率仍維持在 5%以上者，次月列為必抽之診所。

十二、平均用藥品項數大於 8 項之院所(排除重大、慢性病、代辦、急診、整合照護 E1 案件)。

貳、指標

專業審查檔案分析 28 項指標同期、同儕指標分析項目內容							
全部案件	1. 申請金額百分位	前 90%		慢性 病案 件	16. 件數百分位	前 90%	
	2. 診療費百分位	前 90%			17. 給藥日數百分位	刪除	×
	3. 件數百分位	前 90%			18. 每日藥費百分位	前 90%	
	4. 平均就診次數百分位	前 90%			19. 每件藥費百分位	刪除	×
	5. 每件金額百分位	前 90%			20. 每件給藥日數百分位	後 10%	
	6. 每件診療費百分位	前 90%		09 案 件	21. 診療費百分位	前 90%	
	7. 每日藥費百分位	前 90%			22. 藥費百分位	前 90%	
	8. 每日申請金額成長率百分位	前 90%			23. 件數百分位	前 90%	
	9. 每日件數成長率百分位	前 90%			24. 給藥日數百分位	前 90%	
	10. 件平均費用成長率	前 90%			25. 每日藥費百分位	前 90%	
	11. 重複就診	刪除	×		26. 每件給藥日數百分位	刪除	×
	12. 件數百分位	前 90%			27. 每件診療費百分位	前 90%	
01 案 件	13. 給藥日數百分位	前 90%			28. 每件藥費百分位	前 90%	
	14. 每件給藥日數百分位	後 10%		其他	29. 參加即時查詢病患就醫資訊方案，雲端藥歷查詢率	刪除	×
04 案	15. 藥費百分位	前 90%					
<p>×:表示目前不採用指標</p> <p>※件數：補報原註記：2（差額補報）不計件數。</p> <p>以上指標排除：</p> <p>(1)B、C 肝治療計畫案件，特定治療項目代號：H1、HE。</p> <p>(2)慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案案件，特定治療項目代號：HF。</p> <p>(3)醫院下轉至診所的案件，轉診註記為 1：保險對象本次就醫係由他院轉診而來的個案。</p> <p>(4)申報精神科長效針劑醫令藥費。</p>							