

衛生福利部中央健康保險署北區業務組中醫門診總額審查篩選指標項目操作型定義

【指標項目】：

01	<p>指標：【違反本保險相關法規】</p> <p>條件：參數費用年月大(等)於〔資料來源7〕處分起始日期且符合下列任一條件時即違規，</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 費用年月於處分結束日期年月之1年內且處分種類為1, A。 2. 費用年月於處分結束日期年月之3年內且處分種類為2, 3, 6, 7, 8, C, D, E。 3. 費用年月於處分結束日期年月之5年內且處分種類為4, B。 4. 費用年月於處分結束日期年月之半年內且處分種類為9。 5. 費用年月於處分結束日期年月之3個月內且處分種類為F, G, H。 6. 排除異動註記為D(刪除)之資料。 <p>備1：若非38代碼院所只擷取〔資料來源7〕違約科別為'60'之資料。</p> <p>註2：上述處份種類如果無「處分結束日期」以「處分文號日期」為判斷</p> <p>權值點數：99 (必審)</p>
02	<p>指標：【最近一年平均核減率】大於同儕75百分位值。</p> <p>說明：擷取最近一年中醫院所送核資料，計算各月核減率再取月平均核減率。</p> <p>公式：月核減率=核減點數/醫療費用點數*100</p> <p>權值點數：2</p>
03	<p>指標：【醫師每日平均申請點數與同期成長率】</p> <p>排除：申請點數20萬以下的院所。</p> <p>公式1：醫師每日平均申請點數與同期成長率=(申請點數D/看診總人日數E-同期申請點數F/同期看診總人日數G)/(同期申請點數F/同期看診總人日數G)*100</p> <p>公式2：院所申請點數成長率=(申請點數D-同期申請點數F)/同期申請點數F*100</p> <p>看診總人日數：指醫師ID+就醫日期之歸戶筆數，排除就醫日期非該費用年月資料。</p> <p>權值點數：1，大於同儕80百分位值且小於90百分位值。</p> <p>權值點數：99 (必審)，大於同儕90百分位值且院所申請點數成長率>=0。</p>
04	<p>指標：【整體案件每位醫師申請點數】大於55萬元。</p> <p>公式：醫師申請點數=該醫師總申請點數</p> <p>權值點數：2</p>
05	<p>指標：【整體案件每位醫師申請點數】大於同儕90百分位值。</p> <p>公式：同上</p> <p>權值點數：1</p>
06	<p>指標：【用藥日數重複率】大等於1.05%。</p> <p>說明：參照自行開發程式009說明檔。</p> <p>權值點數：99 (必審)</p>
07	<p>指標：【重複就診率】大於同儕90百分位值。</p> <p>說明：參照自行開發程式C03說明檔。</p> <p>權值點數：99 (必審)</p>

08	<p>指標：【藥費佔率成長率】大於同儕 90 百分位值。</p> <p>公式：藥費佔率 = 該季藥費 / (該季申請點數 + 部份負擔) * 100 藥費佔率成長率 = (該季藥費佔率 - 同期藥費佔率) / 同期藥費佔率 * 100</p> <p>權值點數：2</p>
09	<p>指標：【隔日申報診察費率】高於同儕值。</p> <p>說明：參照自行開發程式 C08 說明檔。</p> <p>權值點數：3</p>
10	<p>指標：10【平均就醫次數】大於同儕 85-80 百分位值。</p> <p>公式：平均就醫次數 = 申報診察費件數 / 就醫人數。</p> <p>權值點數：3</p>
11	<p>指標：【申請診察費次數大於 6 次以上件數占率】大於同儕 95 百分位值。</p> <p>公式：同院所同人同月份申報診察費超過 6 次(含)以上件數之總合 / 申報診察費之總件數 * 100</p> <p>說明：保險對象身分證號相同者計一人；排除診察費 = 0 之案件。</p> <p>權值點數：99 (必審)，大於同儕 95 百分位值。</p>
12	<p>指標：【每月療程 14 日內未完成重新申請診察費率】大於同儕 95 百分位值。</p> <p>公式：該月同一院所同一患者療程 14 日內未完成重新申請診察費人次 / 總申報診察費人次 * 100。</p> <p>說明：如下</p> <p>排除：排除 [診察費] 為 '0' 之案件。</p> <p>權值點數：2</p>
13	<p>指標：【慢性病案件平均每件給藥日份】大於同儕 95 百分位值。</p> <p>公式：慢性病案件總給藥日份 / 慢性病案件給藥案件之件數。</p> <p>說明：慢性病：指 24 及 28 案件；給藥案件：指藥費不為 0 或給藥天數不為 0 之案件。</p> <p>權值點數：-1</p>
14	<p>指標：【就醫人數成長率】大於同儕 85 百分位值。</p> <p>公式：((就醫人數 / 同期就醫人數) - 1) * 100</p> <p>權值點數：-2</p>
15	<p>指標：【21 案件每位醫師平均每件申請點數】大於同儕 95 百分位值。</p> <p>公式：21 案件平均每件申請點 = 該醫師 (總申請點數 / 總申請件數)</p> <p>權值點數：2</p>
16	<p>指標：【26, 29 案件每位醫師平均每件申請點數】大於同儕 95 百分位值。</p> <p>公式：26, 29 案件平均每件申請點 = 該醫師 (總申請點數 / 總申請件數)</p> <p>權值點數：1</p>
17	<p>指標：【申報針灸、傷科、脫臼整復等醫令項目佔所有申報案件比例】大於同儕 85 百分位值。</p> <p>分子：22、24、29 案件申請 B41~B46、B53~B57、B61~B63、B80~B94 醫令項目之處方件數</p> <p>分母：總申請件數</p> <p>權值點數：1</p>
18	<p>指標：【22、24、29 案件針灸傷科病患超過三個療程】大於 15 次。</p> <p>條件：醫令代碼為 B41~B46、B53~B57、B61~B63、B80~B94</p>

	<p>說明：累計同病患、同月上述各醫令代碼之醫令數量，取數量最大者。</p> <p>排除條件：排除上述醫令金額為 0 之案件。</p> <p>權值點數：99（必審）</p>
19	<p>指標：【21, 22 案件之件數成長率】及【21, 22 案件之件數佔率成長率】皆大於同儕 95 百分位值。</p> <p>公式：件數佔率 = 21, 22 案件申請件數 / 總申請件數 * 100</p> <p>件數佔率成長率 = (件數佔率 - 同期件數佔率) / 同期件數佔率 * 100</p> <p>件數成長率 = (申請件數 - 同期申請件數) / 同期申請件數 * 100</p> <p>權值點數：2</p>
20	<p>指標：【職災(含主訴職災)申報率】大(等)於同儕 90 百分位值。</p> <p>公式：中醫職災申報率 = 分子 / 分母 * 100</p> <p>分子：申報職災案件件數(指申報案件分類為” B6” 之案件)</p> <p>分母：申報總件數</p> <p>權值點數：-2</p>
21	<p>指標：【醫療費用於次月 20 日以後申報】(延遲申報)。</p> <p>條件：擷取上月門診受理資料檔之收件日期、郵戳收件日取最小者，若大於費用月 20 號且一暫暫付註記不為’ 2’ 或’ 4’ 時，則為不符指標。</p> <p>權值點數：99（必審）</p>
22-1	<p>指標：【專業審查作業紙本病歷替代方案(PACS)之參與院所】申請與通過測試之院所。</p> <p>條件：院所之試辦計畫代碼含「58」者且生效迄日須 ≥ 指標月。</p> <p>權值點數：-1</p>
22-2	<p>指標：【專業審查作業紙本病歷替代方案(PACS)之參與院所】申請與通過測試之院所且確實以 PACS 上傳送審者。</p> <p>條件：符合前項 26-1 條件(試辦計畫代碼含 58)院所之” 醫療費用院所審查管理類別維護檔(pbc_hosp_vetmtn)” 最後送審月為指標月，且最後送審月(=指標月)必須大於(不含等於)試辦計畫代碼「58」生效起日的月份且非 M31-21 維護名單院所為符合院所。</p> <p>權值點數：-1</p>

衛生福利部中央健康保險署北區業務組中醫門診總額審查篩選指標項目

指標項目	篩選案件	指標項目	指標閾值	權值點數
1	整體案件	違反本保險相關法規，受違規記點、停止特約或中止特約。	為必要列管院所	
2		最近1年月平均核減率	>75百分位	2
3		院所醫師每日平均申請點數與去年同期成長率	>80百分位、<90百分位	1
4		每位醫師申請點數	>90百分位	必審
5		每位醫師申請點數	>55萬	2
5		每位醫師申請點數	>90百分位	1
6		針傷科自來期間另案申請案件數佔率	另案案件數比>10%且針傷件數>100件	1
6		用藥日數重複	≥1.05%	必審
7		重複就診率	>90百分位	必審
8		藥費占率成長率	>90百分位	2
9		隔日申報診察費率	>同儕值	3
10		平均就醫次數	>80百分位	3
11	申請診察費次數大於6次以上佔率	>95百分位	必審	
12	每月療程14日內未完成重新申請診察費率	>95百分位	2	
13	24+28案件	慢性病案件平均每件給藥日份	>95百分位	-1
14	整體案件	就醫人數成長率	>85百分位	-2
15	21案件	每位醫師平均每件申請點數	>95百分位	2
17	22案件	每位醫師平均每件申請點數	>95百分位	1
16	29案件	每位醫師平均每件申請點數	>95百分位	1
17	22+24+29案件	申報針灸、傷科、脫臼整復等醫令項目佔所有申報案件比例比例超過所有申報案件	>85百分位	1
18		當月就醫針灸、傷科次數	>15次	必審
19	21及22案件	件數成長率且件數佔率成長率與去年同期比	>95百分位	2
22	整體案件	人數利用率成長率與醫療費用成長率差	>95百分位且值大於0者 <95百分位且值小於0者	3 -3
23	整體案件	中醫初診門診診察費申報率	≥95百分位	1
20	整體案件	職災(含主訴職災)申報率	≥90百分位	-2
21	整體案件	醫療費用於次月20日以後申報(延遲申報)	為必要列管院所 (自費用年月102年9月起開始實施)	
22	整體案件	專業審查作業紙本病歷替代方案(PACS)之參與院所	申請與通過測試	-1
			PACS上傳送審(送審月以指標月為判斷依據)	-1
針傷科合計治療次數大於15次以上、申請診察費次數大於6次以上的個案 及1歲以下嬰幼兒之針灸、傷科及脫臼整復費用進行立意抽審				

本審查指標自費用年月103年6月起實施

1. 每月指標評比，並於每個月28日執行批次作業以決定當月是否審查
 2. 與費用相關者逕排除職業災害(案件分類B6)案件及專款專用案件(案件分類25或案件分類22且特定治療項目代號C8、J7。任一案件分類之特定治療項目代號JA、JB)。(103年4月修正)
 3. 審查方式依不符點數之高低排序取20%之家數審查，指標項次相同者以申請金額排序(98年2月修正)
 4. 每年至少抽樣審查乙次(102年9月修正)
(費用已有11個月未抽審院所於第12個月申報時納入送審，總抽審家數以35%進行調控，以月份最長者依序抽審)
 5. 自99年7月(費用年月)起，新特約院所依資源管理方案之規定實施。
(依99年5月23日中醫門診總額支付制度保險委員會北區分會第5屆第11次委員暨審查醫師聯席會議決議)
 6. 自100年4月(費用月)起，指標22增加負向權值：指標閾值為小於5百分位且值小於0者、權值點數+3。
 7. 自100年8月(費用月)起，修訂指標3、11、12；審查方式依不符點數之高低排序取25%之家數審查
 8. 自101年10月(費用月)起，修訂指標3、11、12；審查方式依不符點數之高低排序取20%之家數審查
 9. 自102年4月(費用月)起，修訂指標3，排除該月申請點數負成長院所
 10. 自102年9月(費用月)起，新增指標25
 11. 刪除原指標6、17、22、23，改列為季之例行資料提供分會，俾利輔導及參考。
 12. 修正指標10「平均就醫次數」之閾值自>85百分位降至>80百分位
 13. 修正指標14「就醫人數成長率」與指標24「職災申報率」之權重自-1增至-2
- 第11-13項之修正自103年4月(費用月)起開始實施
- 管理類別A原因別(1違反本保險相關法規、2最近3個月平均就醫次數最高之前10家、3.97年1月起之新特約院所(最多論人歸戶審查3個月)、4.前三個月就醫次數大於30次之病人數大於3人之院所、5.新特約院所未滿半年)
14. 自103年6月(費用月)起，新增指標22「專業審查作業紙本病歷替代方案(PACS)之參與院所」