

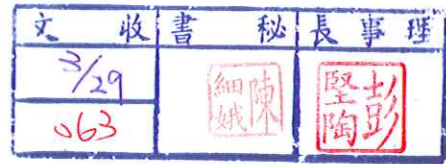
檔 號：
保存年限：

中醫門診醫療服務審查執行會北區分會 函

聯絡處：桃園市中壢區中山東路3段525號8樓
電 話：(03)436-5567
傳 真：(03)438-1842
E-mail：tw.tmnorth@gmail.com
承辦人：洪小姐

受文者：桃園市中醫師公會

發文日期：中華民國106年03月27日
發文字號：中執北區字第106000017號
速 別：
附 件：貳件



主 旨：有關衛生福利部中央健康保險署北區業務組106年03月02日第1次聯繫會議中「中醫門診總額審查篩選指標」修訂結果，爰請貴會協助週知所屬會員。

說 明：

一、依據106年3月2日（106年）第1次聯繫會議決議辦理。

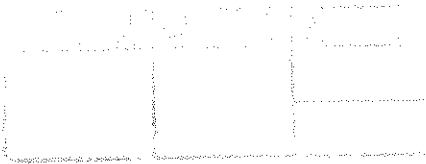
二、本次修訂項目及內容包含下列各項

- (1) 因應「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」之調整，指標4【每位醫師申請點數大於55萬】修訂為大於98百分位，權值調整為6分。指標4-1【每位醫師申請點數大於同儕90百分位值】修訂為 $90 < X \leq 98$ 百分位值，權值調整為3分。
- (2) 指標14【慢性病案件平均每件給藥日份】大於同儕90百分位值（正向指標）之操作型定義，修訂為24案件且每月申報小於10件的院所不予列計，權值-6分。
- (3) 除指標1、11、25等指標維持必審外，其餘大部分的權值點數全面予以3倍放大，以突顯指標權值點數之差異。
- (4) 另增修備註文字說明【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，遇假日或特殊情形則提前至前一工作日為主。5. 指標6及指標8為品質指標，提供不符合指標之院所名單請分會輔導】。

(5)檢附「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」及操作型定義，自費用年月106年3月起實施，執行3個月後評估檢討修訂。

正 本：桃園市中醫師公會、新竹市中醫師公會、新竹縣中醫師公會、苗栗縣中醫師公會
副 本：本會秘書組（備查）

主任委員 何 紹 彰



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	必審
2		最近半年月平均核減率	>75百分位	3
3-1		院所醫師每日平均申請點數與去年同期	$80 < X \leq 90$ 百分位	3
3-2		成長率	>90百分位	9
4		每位醫師申請點數	>98百分位	6
4-1		每位醫師申請點數	$90 < X \leq 98$ 百分位	3
6		用藥日數重複	>90百分位	3
7		重複就診率	>90百分位	9
8		藥費占率成長率	>90百分位	6
9		隔日申報診察費率	>同儕值	9
10-1		平均就醫次數	$90 < X \leq 95$ 百分位	6
10-2			>95百分位	9
11		申請診察費次數	$X \geq 7$ 次	必審
12		每月療程14日內未完成重新申請診察費	>95百分位	3
14	24案件	慢性病案件平均每件給藥日份	>90百分位	-6
15	整體案件	就醫人數成長率	>85百分位	-6
18	29案件	每位醫師平均每件申請點數	>95百分位	3
20		當月就醫針灸、傷科次數	>15次	6
21	21及22案件	件數成長率且件數佔率成長率與去年同期比	>85百分位	6
24	整體案件	職災(含主訴職災)申報率	≥ 90 百分位	-3
25	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)	必審
26-1	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
26-2			PACS上傳送審(送審月以指標月為判斷依據)	-3
27-1	整體案件	當月院所週日開診天數	1-2天	-1
27-2			大於3天(含)以上	-3
28	整體案件	雲端查詢次數比率	全國平均值加計50%	-3

申請診察費次數大於6次以上的個案、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106年3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，遇假日或特殊情形則提前至前一工作日為主。(106年3月修正)

2. 與費用相關者選排除職業災害(B6)案件、特定疾病門診加強照護(30)案件、預防保健(A3)案件、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、J9、JA、JB、JC、JD、JE、JF)。排除月產值小於10萬點之院所(105年3月修正)。指標14每月申報小於10件的院所不列計(106年3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. 指標6及指標8為品質指標，不符合該指標之院所名單請分會輔導。(106年3月修正)

6. 指標5、17、22-1、22-2及23項已刪除，惟每月仍例行提供分會輔導參考。

另指標13、16、19-1及19-2等4項已刪除。

※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. 前三個月就醫次數大於30次之病人數大於3人之院所、4. 新特約院所半年內)均採論人歸戶審查。

「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

【處理邏輯】：

說明	<p>1. 以費用年月(參數1)之前一個月(指標年月)申報資料，計算各項指標值。</p> <p>2. 指標 03~21 排除之資料：不含職業災害案件【案件分類 B6】、特定疾病門診加強照護【案件分類 30】、預防保健【案件分類 A3】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, J9, JA, JB, JC, JD, JE, JF, JG (105 年 9 月修正)】。並排除月產值小於 10 萬點之院所 (105 年 3 月修正)</p> <p>3. 以指標年月之去年同期資料(若無去年同期改用前月資料)，計算成長率之相關指標。</p> <p>4. 計算各院所各指標項目並累計不符權值點數。</p> <p>5. 送審條件(1)指標累計權值最高前 20%「抽審比率」之院所。</p> <p>(2)一年內未抽審院所。</p> <p>(3)新特約院所未滿半年。</p> <p>(4)列管院所名單。</p> <p>(5)為立意指標管控名單：1. 傷脫管控加抽。</p>
----	--

【指標項目】：

01	<p>指標：【違反本保險相關法規】</p> <p>權值點數：必審</p>
02	<p>指標：【最近半年平均核減率】大於同儕 75 百分位值。</p> <p>說明：擷取最近半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：3</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 萬以下或(指標年月-1 年)之年月≤合約起月+3 個月的院所。</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/看診總人日數-同期申請點數/同期看診總人日數)/(同期申請點數/同期看診總人日數)*100</p> <p>公式 2：院所申請點數成長率=(申請點數-同期申請點數)/同期申請點數 *100</p> <p>備註：若院所無同期申報資料，以最低指標值(-999)納入同儕。</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：3，大於同儕 80 百分位值且小於(等)90 百分位值。</p> <p>權值點數：9，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】大於同儕 98 百分位值【註 1】。</p> <p>公式：醫師申請點數=該醫師總申請點數</p> <p>權值點數：6</p> <p>註 1. 此項指標修正自 106/03(費用年月)起開始實施。</p>
04-1	<p>指標：【整體案件每位醫師申請點數】位於同儕 90<X≤98 百分位【註 1】。</p> <p>公式：醫師申請點數=該醫師總申請點數</p> <p>權值點數：3</p> <p>註 1. 此項指標修正自 106/03(費用年月)起開始實施。</p>
06	<p>指標：【用藥日數重複率】大等於 90 百分位值。</p> <p>說明：分子：各月(季)、同一院所、同一人用藥重複給藥日數。</p>

	<p>分母：Σ各月(季)給藥日數加總。</p> <p>排除：案件分類 24、26、27、28、29 案件。</p> <p>條件說明：</p> <p>(一)給藥案件：申報案件藥費不為 0 或給藥日份不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種。</p> <p>(二)用藥重複給藥日數：計算每個身份證號且有申報藥費案件之重複給藥日數加總。(重複一天排除，例如 1/1 給藥 7 天，1/7 再給藥 7 天，1/7 當日不計入重複給藥日數)。</p> <p>(三)給藥日數加總：中醫總額之特約院所給藥案件之「給藥日份」加總。</p> <p>權值點數：3</p>
07	<p>指標：【重複就診率】大於同儕 90 百分位值。</p> <p>說明：院所重複就診人數，指該月同一人、同一天在同一家院所就診 2 次(含)以上之歸戶人數。</p> <p>公式：院所重複就診率 = 該月重複就診人數 / 該月就醫人數 * 100。</p> <p>排除：排除【診察費】為 '0' 之案件。</p> <p>權值點數：9</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</p> <p>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>備註：若院所無同期申報資料，以最低指標值(-999)納入同儕。</p> <p>權值點數：6</p>
09	<p>指標：【隔日申報診察費率】高於同儕值。</p> <p>分子：該月(季)同一院所、同一人隔日申報診察費之件數總和。</p> <p>分母：該月(季)中醫門診總件數。</p> <p>條件說明：隔日申報診察費係指連續 2 日申報診察費不為 0 的案件，如連續 3 日申報診察費不為 0，則重複件數為 2 件；另如同一日重複就醫者申報 2 次診察費，且隔日又申報 1 件診察費，則重複件數為 2 件</p> <p>公式：隔日就診率 = 隔日就診件數 / 申請件數 * 100。</p> <p>權值點數：9</p>
10	<p>指標：【平均就醫次數】位於同儕 $90 < X \leq 95$ 百分位(權重 6)、> 95 百分位(權重 9)</p> <p>公式：平均就醫次數 = 申報診察費件數 / 就醫人數。</p> <p>備註：數值相同者依申請點數由高至低排序。</p> <p>權值點數：6</p> <p>權值點數：9</p>
11	<p>指標：【申請診察費次數 ≥ 7 次以上】</p> <p>公式：同院所同人同月份申報診察費 7 次(含)以上者</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：必審。</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>排除：排除診察費為 '0' 之案件。</p> <p>權值點數：3</p>
14	<p>指標：【慢性病案件平均每件給藥日份】大於同儕 90 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：慢性病係指案件分類 24 案件【註 1】；給藥案件係指藥費不為 0 或給藥天數不為 0 之案件。</p> <p>排除：案件小於 10 件的院所【註 1】</p>

	<p>權值點數：-6</p> <p>註 1. 此項指標修正自 106/03(費用年月)起開始實施。</p>
15	<p>指標：【就醫人數成長率】大於同儕 85 百分位值。</p> <p>公式：$((\text{就醫人數}/\text{同期就醫人數})-1)*100$</p> <p>備註：若院所無同期申報資料，以最低指標值(-999)納入同儕。</p> <p>權值點數：-6</p>
18	<p>指標：【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：$29 \text{ 案件平均每件申請點} = \text{該醫師} (\text{總申請點數}/\text{總申請件數})$</p> <p>權值點數：3</p>
20	<p>指標：【22、24、29 案件針灸傷科病患超過三個療程】>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。</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：6</p>
21	<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 85 百分位值。</p> <p>公式：$\text{件數佔率} = 21, 22 \text{ 案件申請件數}/\text{總申請件數} * 100$</p> <p>$\text{件數佔率成長率} = (\text{件數佔率} - \text{同期件數佔率})/\text{同期件數佔率} * 100$</p> <p>$\text{件數成長率} = (\text{申請件數} - \text{同期申請件數})/\text{同期申請件數} * 100$</p> <p>權值點數：6</p>
24	<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：$\text{中醫職災申報率} = \text{分子}/\text{分母} * 100$</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：-3</p>
25	<p>指標：【醫療費用於次月 20 日以後申報】(延遲申報)。</p> <p>權值點數：必審</p>
26-1	<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\geq指標月。</p> <p>權值點數：-1</p>
26-2	<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>權值點數：-3</p>
27	<p>指標：【當月院所週日開診天數】指標月之就醫日期含週日天數的天數加計。</p> <p>指標 27-1，該月加計天數達 1~2 天者，其權值點數-1；</p> <p>指標 27-2，該月加計天數大於 3 天(含)以上者，其權值點數-3。</p> <p>註 1. 非指標月月份之就醫日期不納入計算。</p> <p>註 2. 此項指標修正自 103/10(費用年月)起開始實施。</p>
28	<p>指標：【雲端查詢次數比率】逐月依最近月份全國雲端藥歷查詢人數比率平均值加計 50%【註 1】，列入審查篩選指標之鼓勵項目</p> <p>公式：$\text{查詢次數比率} = \text{查詢次數}/\text{申報件數} * 100$</p> <p>權值點數-3</p> <p>註 1：此項指標修正自 105/12(費用年月)起開始實施。</p>

