

西醫基層總額臺北分區 112 年第 3 次共管會議紀錄

時間：112 年 9 月 15 日（星期五）13 時 0 分

地點：健保署臺北業務組壽德大樓 9 樓第 1 會議室

（臺北市許昌街 17 號 9 樓）

主席：李組長純馥、洪主任委員德仁

紀錄：莊茹婷

出席單位及人員

西醫基層臺北分會委員：

林副主任委員旺枝、顏副主任委員鴻順、王副主任委員俊傑、
陳副主任委員蕾如(請假)、林副主任委員孟俞(請假)、周執行
秘書賢章(請假)、林委員應然、蔡委員有成(請假)、張委員孟
源、周委員裕清、黃委員國欽、詹委員前俊、王委員三郎、鄭
委員俊堂、張委員必正、許委員惠春(請假)、吳委員梅壽、李
委員秀娟(請假)、蘇委員育儀、劉委員遠祺、黃委員振國、林
委員育正、陳委員英詔、林委員新泰

中央健康健保署臺北業務組委員：

韓副組長佩軒、許專門委員忠逸、賴簡任視察淑玲、林科長怡
君、余科長正美(請假)、張科長志銘

列席單位及人員：

臺北分會	黃琴茹、何怡璇
臺北市醫師公會	李家祥醫師、楊境森醫師、陳怡璇組長
新北市醫師公會	鄭忠政醫師、陳偉鵬醫師
基隆市醫師公會	康德華醫師
醫療費用二科	宋兆喻、廖美惠、林育如、廖敏欣 曾淑汝、莊智雯、盧珉如、陳邦誠 徐佳瑜、莊茹婷、黃聖中、江爾藝、 蔡瑜珍、潘信憇、施孟奇、鄭佩甄、 張芸湘、謝永慈、盧宛伶、李盈蓁、

吳善鈞、高孟筠、盧冠宏

醫療費用四科

吳欣穎、王玉緞

醫務管理科

李如芳

壹、主席致詞：(略)

貳、112年第2次會議紀錄確認：(略)

參、報告事項：

第一案

報告單位：中央健康保險署臺北業務組

案由：112年第2次西醫基層總額臺北分區共管會議決議事項追蹤案辦理情形

決定：

一、追蹤事項共16案，序號1(泌尿科_攝護腺特異抗原)、序號2(偏離常模醫令管理專案_復健治療)、序號3(偏離常模醫令管理專案_檢驗檢查)及序號13(黏膜下鼻甲切除術雙側(65024C:5,220點)支付項目管控案)共4案繼續列管，其餘12案解除列管。

二、序號1_「泌尿科_攝護腺特異抗原(下稱PSA檢查)」：續針對以下事項辦理，本案繼續列管。

(一) 請臺北業務組提供112年1月至6月初次看診即執行PSA檢查個案之院所申報資料(排除主次診斷為攝護腺癌之案件)予臺北分會，俟臺北分會提出指標管理建議後啟動抽審作業。

(二) 請臺北業務組提報署本部建議國健署將PSA檢查納入成人預防保健服務項目。

三、序號2_「偏離常模醫令管理專案_復健治療」：依112年5月至112年7月之審畢結果，評估後續專案辦理方式，本案繼續列管。

四、序號3_「偏離常模醫令管理專案_檢驗檢查」：依回溯抽審及加強抽審3個月之審畢結果，評估後續專案辦理方式，本案繼續列管。

五、序號 13_「黏膜下鼻甲切除術雙側(65024C；5,220 點)支付項目管控案」：請臺北分會通知 112 年申報黏膜下鼻甲切除術雙側件數最多之診所，到會輔導正確申報費用，本案繼續追蹤列管。

六、新增追蹤事項共 1 案：

追蹤西醫基層婦產科診所執行內外痔相關手術實地訪查後 2 家院所改善情形。

七、另，序號 6_「前庭平衡檢查(22017C，450 點)」、序號 7_「檢驗查申報量高且上傳率低之診所管理」、序號 9_「就診後同日於同院所再次就診率(下稱指標 8)管理專案」及 15_「純施行預防接種時，誤以 ICD-10 診斷碼 Z23(來院接受疫苗接種)為主診斷碼申報健保醫療費用之處理方式」等 4 案解除列管，續依下列決議辦理：

- (一) 序號 6_「前庭平衡檢查(22017C，450 點)」：請臺北業務組提供加強管理院所之抽審結果及醫令申報變化予臺北分會參考。
- (二) 序號 7_「檢驗查申報量高且上傳率低之診所管理」：抽審作業暫緩。
- (三) 序號 9_「就診後同日於同院所再次就診率(下稱指標 8)管理專案」：請臺北業務組提供 112 年第 1 季指標 8 指標值大於 3%之 32 家院所資料予臺北分會，並請臺北分會提供後續管控建議。
- (四) 序號 15_「純施行預防接種時，誤以 ICD-10 診斷碼 Z23(來院接受疫苗接種)為主診斷碼申報健保醫療費用之處理方式」，依下列 2 項指標抽審：
 1. 申報診斷碼 Z23 件數占率>3.1%(99 百分位)且診斷碼 Z23 件數>438 件(99 百分位)者。
 2. 預防接種(D2 案件)併報健保件數前 5 名且併報點數前 5 名者。

八、餘洽悉。

第二案

報告單位：西醫基層臺北分會

案由：西醫基層總額臺北分會執行概況。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：中央健康保險署臺北業務組

案由：西醫基層總額執行概況。

決定：

- 一、精神科管理專案：專審計 6 項指標，續作為下一年度(113 年)精神科管理專案執行參考。
- 二、臺北區西基門診簡表案件加強管理措施如下：臺北業務組針對不符簡表申報規範及支付標準規定者，寄發電子郵件通告，件數多者另發函輔導。另針對本轄區申報簡表案件醫療費用點數大於轄區同儕平均值且申報案件全數為簡表之診所，採回溯性專案審查，以了解申報之合理性。
- 三、請臺北分會協助轉知會員事項如下：
 - (一)112 年起長天期服務時段登錄已簡化，可隨時完成全年連假登錄作業。
 - (二)為基層用藥安全暨民眾資訊透明，並確保申報資料正確性，簡表案件依規定格式正確且核實申報用藥資料。
 - (三)自 112 年 7 月 1 日新增 00246C「提升基層護理人員照護品質加計」項目，「限聘有護理人員且有調升其薪資之西醫基層診所，申報 1 至 30 人次門診診察費之案件得併報本項」，且自調升薪資當月起皆符合申報資格。
 - (四)國健署提供 45 歲至 79 歲民眾(原住民提早至 40 歲)終身一次的 B、C 型肝炎篩檢服務；另本署於雲端系統建置「B、C 肝炎專區」，可查詢病人最近 1 次 B、C 肝炎相關用藥、檢驗檢查、就醫紀錄，請多加利用；自 110 年 10 月 22 日起，放寬不限專科別醫師均可開立 C 肝口服新藥，鼓勵醫師加入治療行列，收案後請定期追蹤個案用藥及回診情形，避免療程中斷影響藥品療效及無法評估治療成果；本組於 112 年 5 月回饋 C 肝潛在個案予醫療院所參考，請進

- 一步評估個案後續 RNA 檢驗及治療之必要性；為利 C 肝病人收治，如診所有意願接受 C 肝病人轉介，請洽本組窗口。
- (五)病人同一次就診中，完成 DM 及 CKD 追蹤管理照護，可申報 DKD 共病照護相關費用，避免 DKD 共病病人分次就醫情形。
- (六)已執行血液透析診所設置腹膜透析中心/室及開辦 PD 業務，並於 VPN 申請加入此計畫，可與醫院組成共同照護團隊相互支應，領取 60 萬點之新設立獎勵費。
- (七)為落實醫療與長照結合之服務模式，提供失能個案以個案為中心的醫療照護及長期照顧整合性服務，請踴躍參與長照司居家失能方案；相關參考資料請至衛生福利部長期照顧司官網(首頁/長照專區/服務項目/醫療銜接長照/居家失能個案家庭醫師/112 年居家失能個案家庭醫師照護方案(1120626)) 擷取下載參考。
- (八)依健保醫療辦法第 8 條第 3 項規定：「簡單傷口：二日內換藥為同一療程之治療項目，僅可登錄就醫序號 1 次」，另依支付標準第二部第一章第一節通則九：「全民健康保險醫療辦法第八條規定之同一療程疾病，各療程之診察費限申報一次」，特約院所務必依健保支付及審查規定，核實申報相關簡單傷口二日內之換藥療程案件。
- (九)為提升手術案件申報品質，自費用年月 112 年 9 月起申報門診手術相關醫令需填報「執行醫事人員代號」，並於申報方式正式上線前於「預檢」醫療費用申報標示錯誤代碼，惟不剔退醫療費用申報資料。

四、餘洽悉。

第四案

報告單位：中央健康保險署臺北業務組

案由：112 年度「全民健康保險鼓勵醫事機構即時查詢病患就醫資訊方案」提升院所智慧化資訊機制獎勵—健保卡資料上傳格式 2.0 改版相關項目案。

決定：洽悉。

肆、討論事項：

第一案 提案單位：中央健康保險署臺北業務組

案由：臺北區西醫基層白內障手術案件管理專案抽審診所輔導成效暨研議修訂管理指標案，提請討論。

結論：

一、本分區白內障手術案件，為加強監測術後品質，新增訂下列抽審指標：

(一) 白內障手術後 90 日內同眼再執行白內障相關手術(採論人歸戶審查)_同醫師/不同醫師。

(二) 白內障手術，術後 90 日高併發症(眼內炎、玻璃體切除術)大於同儕之案件。

二、另「臺北區西醫基層白內障手術案件管理專案指標」指標八，為期明確定義，修正為「以 108 年為基期，申報白內障手術案件季成長率平均值(件數/月份數)大於 5%之院所，該季申報白內障手術案件月平均大於 10 例，且該月申報件數大於合理件數。(無 108 年基期之院所，該季申報白內障手術案件月平均大於 10 例，且該月申報件數大於合理件數即納入抽審)

【註：合理件數計算參用眼科醫學會「白內障手術特別管理方案(111.1.25 修正版)」以院所專任專科醫師數計，合理件數=40+(專任且申報白內障手術案件之眼科專科醫師數-1)*23】(詳附件 1)。

第二案 提案單位：中央健康保險署臺北業務組

案由：有關西醫基層總額醫療服務審查管理項目醫療利用類項次 C2、C3 之修訂及核糖核酸類定量擴增試驗(12185C，2,200 點)費用之排除，提請討論。

結論：自 112 年 10 月(費用年月)起調整如下(附件 2)：

一、C2、C3 指標：

(一)108年8月1日後特約院所，調整成長率比較基期為「去年同期」。

(二)非108年8月1日後特約院所，自比較基期為「108年同期」及「去年同期」成長率中擇較低者做估算。

(三)自113年4月(費用年月)起恢復以「去年同期」為比較基期。

二、各項醫療利用類指標，均排除核糖核酸類定量擴增試驗(12185C，2,200點)之費用，不列入統計。

第三案

提案單位：西醫基層臺北分會

案由：有關全聯會建議改善西醫基層醫療案件爭議案件審查差異問題之實行細節案，提請討論。

結論：

一、爭議審議審定前之補充答辯(作業時間3-5天)：本組收到爭審會mail通知時，鑒於時效洽原審醫師表達意見，倘原審無法於時效內審閱，另請資深審查醫師審閱，表達補充意見後回復爭審會。

二、爭議審議審定後：本組收到爭審撤銷審定書後，洽原審醫師表達意見、導讀醫師複閱，複閱結果提供分會辦理案例討論、教育宣導，必要時提全聯會建立全國共識。

第四案

提案單位：西醫基層臺北分會

案由：建請討論全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第一節「急診診察費」(01015C，521點)項目之申報合理性。

結論：請臺北業務組提供本轄區西醫基層全體院所申報急診診察費(01015C)案件之同儕執行百分位值，及月申報件數大於4件且高於同儕99百分位家數統計資訊予臺北分會，俟臺北分會提出指標管理建議後啟動抽審。

第五案

提案單位：西醫基層臺北分會

案由：建請討論西醫基層案件分類代號之 09 案件-西醫其他專案，就單純開藥(不含治療，檢查等)，且開藥天數 3 天以下、平均藥費每日 22 元以下者，不列入抽審案件。

結論：有關西基院所部分 09 案件得否不列入抽審，因涉及全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規範，由臺北分會建請中華民國醫師公會全國聯合會提本署討論。

散會：下午 4 時 36 分

臺北區西醫基層白內障手術案件管理專案指標與應配合事項

111年3月25日訂定
111年4月29日修訂
111年8月12日修訂
111年9月16日修訂
111年12月9日修訂
112年3月10日修訂
112年9月15日修訂

一、8項指標如下：

- 指標一、以本轄區最近一年西醫基層申請白內障手術事前審查總件數大於 50 件之院所，且白內障手術事前審查同意率低於平均值者。
- 指標二、以 108 年為基期，申報白內障手術案件季成長率平均值(件數/月份數)大於 5%之院所，擷取全月申報白內障手術案件大於 50 例之醫師。(無 108 年基期之院所，全月申報白內障手術案件大於 50 例之醫師即納入抽審)
- 指標三、符合指標 1 或 2 之院所，除白內障手術外，其他 23305C 氣壓式眼壓測定等 9 項醫令執行率大於最近一年同儕 75 百分位值之院所，該季依 9 項醫令案件比率抽審申報 9 項醫令案件。【9 項醫令：23305C、53010C、23702C、23706C、87025C、53003C、53001C、53026C、53025C。】
- 指標四、符合指標 1 或 2 之院所，個案第 1 次就醫當日即施行白內障手術案件。(施行白內障手術日前 180 日內無同院就醫紀錄)
- 指標五、醫院或非健保特約醫師但報備支援西醫基層院所，且每季施行白內障手術件數前 3 名者。
- 指標六、每季申報白內障手術案件占眼科總申報件數大於 10%之院所。
- 指標七、符合指標 1 或 2 之院所，每季申報醫療費用排名前 10 名之個案。
- 指標八、以 108 年為基期，申報白內障手術案件季成長率平均值(件數/月份數)大於 5%之院所，該季申報白內障手術案件月平均大於 10 例，且該月申報件數大於合理件數。(無 108 年基期之院所，該季申報白內障手術案件月平均大於 10 例，且該月申報件數大於合理件數即納入抽審)【註：合理件數計算參用眼科醫學會「白內障手術特別管理方案(111.1.25 修正版)」以院所專任專科醫師數計，合理件數=40+(專任且申報白內障手術案件之眼科專科醫師數-1)*23】

二、白內障手術專案之抽審案件，院所應配合事項：

- (一) 術前 3 個月病歷影本。
- (二) 每眼檢附術前及術後各兩張不同角度的「細隙灯」照片，並請病人於照片上簽名，自 112 年 4 月(費用年月)起實施。

「臺北區西醫基層白內障手術案件管理專案指標」修訂對照表

	修訂文字	現行文字	說明
指標一	以本轄區最近一年西醫基層申請白內障手術事前審查總件數大於 50 件之院所，且白內障手術事前審查同意率低於平均值者。	以本轄區最近一年西醫基層申請白內障手術事前審查總件數大於 50 件之院所，且白內障手術事前審查同意率低於平均值者。	未修正
指標二	以 108 年為基期，申報白內障手術案件季成長率平均值(件數/月份數)大於 5%之院所，擷取全月申報白內障手術案件大於 50 例之醫師。 (無 108 年基期之院所，全月申報白內障手術案件大於 50 例之醫師即納入抽審)	以 108 年為基期，申報白內障手術案件季成長率平均值(件數/月份數)大於 5%之院所，擷取全月申報白內障手術案件大於 50 例之醫師。 (無 108 年基期之院所，全月申報白內障手術案件大於 50 例之醫師即納入抽審)	未修正
指標三	符合指標 1 或 2 之院所，除白內障手術外，其他 23305C 氣壓式眼壓測定等 9 項醫令執行率大於最近一年同儕 75 百分位值之院所，該季依 9 項醫令案件比率抽審申報 9 項醫令案件。 【9 項醫令:23305C、53010C、23702C、23706C、87025C、53003C、53001C、53026C、53025C。】	符合指標 1 或 2 之院所，除白內障手術外，其他 23305C 氣壓式眼壓測定等 9 項醫令執行率大於最近一年同儕 75 百分位值之院所，該季依 9 項醫令案件比率抽審申報 9 項醫令案件。 【9 項醫令:23305C、53010C、23702C、23706C、87025C、53003C、53001C、53026C、53025C。】	未修正
指標四	符合指標 1 或 2 之院所，個案第 1 次就醫當日即施行白內障手術案件。(施行白內障手術日前 180 日內無同院就醫紀錄)	符合指標 1 或 2 之院所，個案第 1 次就醫當日即施行白內障手術案件。(施行白內障手術日前 180 日內無同院就醫紀錄)	未修正
指標五	醫院或非健保特約醫師但報備支援西醫基層院所，且每季施行白內障手術件數前 3 名者。	醫院或非健保特約醫師但報備支援西醫基層院所，且每季施行白內障手術件數前 3 名者。	未修正
指標六	每季申報白內障手術案件占眼科總申報件數大於 10%之院所。	每季申報白內障手術案件占眼科總申報件數大於 10%之院所。	未修正
指標七	符合指標 1 或 2 之院所，每季申報醫療費用排名前 10 名之個案。	符合指標 1 或 2 之院所，每季申報醫療費用排名前 10 名之個案。	未修正
指標八	以 108 年為基期，申報白內障手術案件季成長率平均值(件數/月份數)大於 5%之院所，該季申報白內障手術案件月平均大於 10 例，且該月申報件數大於合理件數。(無 108 年基期之院所，該季申報白內障手術案件月平均大於 10 例，且該月申報件數大於合理件數即納入抽審)【註：合理件數計算參用眼科醫學會「白內障手術特別管理方案(111.1.25 修正版)」以院所專任專科醫師數計，合理件數=40+(專任且申報白內障手術案件之眼科專科醫師數-1)*23】	以 108 年為基期，申報白內障手術案件季成長率平均值(件數/月份數)大於 5%之院所，該季申報白內障手術案件月平均大於 10 例，且該月申報件數大於合理件數。(無 108 年基期之院所，該季申報白內障手術案件月平均大於 10 例，且該月申報件數大於合理件數即納入抽審)【註：合理件數計算參用眼科醫學會「白內障手術特別管理方案(111.1.25 修正版)」以院所專任專科醫師數計，合理件數=40+(專任眼科專科醫師數-1)*23】	文字酌修，以資明確。

備註：畫線部分經 112 年 9 月 15 日本轄區西基共管會議修訂通過。

貳、醫療利用類-醫療費用占率

指標代碼	指標名稱	權重	條件說明	
			調整前	調整後
B1	整體醫療點數申報前 10 名院所。	15	(一) 112年8月整體醫療點數=申請點數+部分負擔金額。 (二) 包含院所釋出處方費用。 (三) 總額外、代辦及醫療資源不足地區案件(案件分類=A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、C5、D1、D2、D4、DF)、依規定申報承接醫院轉診、居家醫療照護整合計畫案件及 C 肝藥品費用，不列入統計。	(一) 112年8月整體醫療點數=申請點數+部分負擔金額。 (二) 包含院所釋出處方費用。 (三) 總額外、代辦及醫療資源不足地區案件(案件分類=A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、C5、D1、D2、D4、DF)、依規定申報承接醫院轉診、居家醫療照護整合計畫案件、C 肝藥品費用及核糖核酸類定量擴增試驗(12185C)之費用，不列入統計。
B2	精神科院所整體醫療點數高於同儕 70(含)百分位。	15	(一) 精神科院所同儕定義：院所申報精神科之醫療點數占該院所整體醫療點數>50% (二) 112年8月醫療點數=申請點數+部分負擔金額。 (三) 包含院所釋出處方費用。 (四) 總額外、代辦及醫療資源不足地區案件(案件分類=A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、C5、D1、D2、D4、DF)、依規定申報承接醫院轉診、居家醫療照護整合計畫案件及 C 肝藥品費用，不列入統計。	(一) 精神科院所同儕定義：院所申報精神科之醫療點數占該院所整體醫療點數>50% (二) 112年8月醫療點數=申請點數+部分負擔金額。 (三) 包含院所釋出處方費用。 (四) 總額外、代辦及醫療資源不足地區案件(案件分類=A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、C5、D1、D2、D4、DF)、依規定申報承接醫院轉診、居家醫療照護整合計畫案件、C 肝藥品費用及核糖核酸類定量擴增試驗(12185C)之費用，不列入統計。
B3	復健科院所整體醫療點數高於同儕 70(含)百分位。	15	(一) 復健科院所同儕定義：申報復健科之醫療點數>50萬點 (二) 112年8月醫療點數=申請點數+部分負擔金額。 (三) 包含院所釋出處方費用。 (四) 總額外、代辦及醫療資源不足地區案件(案件分類=A1、A2、A3、A5、A6、A7、	(一) 復健科院所同儕定義：申報復健科之醫療點數>50萬點 (二) 112年8月醫療點數=申請點數+部分負擔金額。 (三) 包含院所釋出處方費用。 (四) 總額外、代辦及醫療資源不足地區案件(案件分類=A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、

指標代碼	指標名稱	權重	條件說明	
			調整前	調整後
			B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、C5、D1、D2、D4、DF)、依規定申報承接醫院轉診、居家醫療照護整合計畫案件及C肝藥品費用，不列入統計。	BA、C4、C5、D1、D2、D4、DF)、依規定申報承接醫院轉診、居家醫療照護整合計畫案件、 <u>C肝藥品費用及核糖核酸類定量擴增試驗(12185C)之費用</u> ，不列入統計。
B4	醫師申報醫療點數最高前20名院所(含跨基層院所)。	15	(一) 112年8月醫師醫療點數=申請點數+部分負擔金額。 (二) 包含醫師釋出處方費用。 (三) 以該醫師主要執業院所為抽審對象。 (四) 總額外、代辦及醫療資源不足地區案件(案件分類=A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、C5、D1、D2、D4、DF)、依規定申報承接醫院轉診、居家醫療照護整合計畫案件及C肝藥品費用，不列入統計。	(一) 112年8月醫師醫療點數=申請點數+部分負擔金額。 (二) 包含醫師釋出處方費用。 (三) 以該醫師主要執業院所為抽審對象。 (四) 總額外、代辦及醫療資源不足地區案件(案件分類=A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、C5、D1、D2、D4、DF)、依規定申報承接醫院轉診、居家醫療照護整合計畫案件、 <u>C肝藥品費用及核糖核酸類定量擴增試驗(12185C)之費用</u> ，不列入統計。
B5	整體醫療點數高於同儕98(含)百分比	9	(一) 112年8月整體醫療點數=申請點數+部分負擔金額。 (二) 包含院所釋出處方費用。 (三) 總額外、代辦及醫療資源不足地區案件(案件分類=A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、C5、D1、D2、D4、DF)、依規定申報承接醫院轉診、居家醫療照護整合計畫案件及C肝藥品費用，不列入統計。	(一) 112年8月整體醫療點數=申請點數+部分負擔金額。 (二) 包含院所釋出處方費用。 (三) 總額外、代辦及醫療資源不足地區案件(案件分類=A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、C5、D1、D2、D4、DF)、依規定申報承接醫院轉診、居家醫療照護整合計畫案件、 <u>C肝藥品費用及核糖核酸類定量擴增試驗(12185C)之費用</u> ，不列入統計。

參、醫療利用類-成長率指標

指標代碼	指標名稱	權重	條件說明	
			調整前	調整後
C1	整體醫療點數高於同儕 95(含)百分位，且整體醫療點數增加 20 萬點。	6	<p>(一) 112年8月整體醫療點數=申請點數+部分負擔金額。</p> <p>(二) 平均每日醫療點數增加=$[(112年8月醫療點數/看診天數)-(111年8月醫療點數/看診天數)]$。</p> <p>(三) 平均每日醫療點數成長率=平均每日醫療點數增加/(111年8月醫療點數/看診天數)。</p> <p>(四) 包含院所釋出處方費用。</p> <p>(五) 總額外、代辦及醫療資源不足地區案件(案件分類=A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、C5、D1、D2、D4、DF)、依規定申報承接醫院轉診、居家醫療照護整合計畫案件及C肝藥品費用，不列入統計。</p>	<p>(一) 112年8月整體醫療點數=申請點數+部分負擔金額。</p> <p>(二) 平均每日醫療點數增加=$[(112年8月醫療點數/看診天數)-(111年8月醫療點數/看診天數)]$。</p> <p>(三) 平均每日醫療點數成長率=平均每日醫療點數增加/(111年8月醫療點數/看診天數)。</p> <p>(四) 包含院所釋出處方費用。</p> <p>(五) 總額外、代辦及醫療資源不足地區案件(案件分類=A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、C5、D1、D2、D4、DF)、依規定申報承接醫院轉診、<u>C肝藥品費用及核糖核酸類定量擴增試驗(12185C)之費用</u>，不列入統計。</p>
C2-1	整體醫療費用>100萬點(月)，且整體醫療點數成長>30萬點，且平均每日醫療點數成長率>10%。	9	<p>(一) 112年8月整體醫療點數=申請點數+部分負擔金額。</p> <p>(二) 整體醫療點數成長率=(112年8月醫療點數-108年8月醫療點數)/108年8月醫療點數。</p> <p>(三) 平均每日醫療點數成長率=$[(112年8月醫療點數/看診天數)-(108年8月醫療$</p>	<p>(一) 112年8月整體醫療點數=申請點數+部分負擔金額。</p> <p>(二) 整體醫療點數成長率=(112年8月醫療點數-<u>比較基期</u>醫療點數)/<u>比較基期</u>醫療點數。</p> <p>(三) 平均每日醫療點數成長率=$[(112年8月醫療點數/看診天數)-(比較基期醫療點數/$</p>

指標代碼	指標名稱	權重	條件說明	
			調整前	調整後
C2-2	60 萬點 < 整體醫療點數 ≤ 100 萬點(月), 且整體醫療點數成長率 > 20%, 且平均每日醫療點數成長率 > 20%。	3	<p>點數/看診天數)】/(108 年 8 月醫療點數/看診天數)。</p> <p>(四) 包含院所釋出處方費用。</p> <p>(五) 總額外、代辦及醫療資源不足地區案件 (案件分類 = A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、C5、D1、D2、D4、DF)、依規定申報承接醫院轉診、居家醫療照護整合計畫案件及 C 肝藥品費用, 不列入統計。</p> <p>(六) 排除 110 年 3 月 1 日調升西醫基層各專科醫師申報第一段門診量內門診診察費。</p>	<p>看診天數)】/(<u>比較基期</u>醫療點數/看診天數)。</p> <p>(四) <u>上開成長率比較基期將同時以「去年同期」及「108 年同期」帶入, 計算後擇低者使用。</u></p> <p>(五) 包含院所釋出處方費用。</p> <p>(六) 總額外、代辦及醫療資源不足地區案件 (案件分類 = A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、C5、D1、D2、D4、DF)、依規定申報承接醫院轉診、居家醫療照護整合計畫案件、C 肝藥品費用及核糖核酸類定量擴增試驗(12185C)之費用, 不列入統計。</p> <p>(七) <u>以 108 年同期為比較基期者, 排除 110 年 3 月 1 日調升之西醫基層各專科醫師申報第一段門診量內門診診察費。</u></p>
C3	整體醫療點數 ≥ 60 萬且診療點數 ≥ 20 萬, 且診療點數成長 > 20 萬點, 且平均每日整體醫療點數成長率 > 15%。	6	<p>(一) 112 年 8 月醫療點數 = 申請點數 + 部分負擔金額。</p> <p>(二) 診療點數成長率 = (112 年 8 月診療點數 - 108 年 8 月診療點數) / 108 年 8 月診療點數。</p> <p>(三) 平均每日醫療點數成長率 = 【(112 年 8 月醫療點數/看診天數) - (108 年 8 月醫療點數/看診天數)】 / (108 年 8 月醫療點數/看診天數)</p> <p>(四) 包含院所釋出處方費用。</p> <p>(五) 總額外、代辦及醫療資源不足地區案件 (案件分類 = A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、C5、D1、</p>	<p>(一) 112 年 8 月醫療點數 = 申請點數 + 部分負擔金額。</p> <p>(二) 診療點數成長率 = (112 年 8 月診療點數 - <u>比較基期</u>診療點數) / <u>比較基期</u>診療點數。</p> <p>(三) 平均每日醫療點數成長率 = 【(112 年 8 月醫療點數/看診天數) - (<u>比較基期</u>醫療點數/看診天數)】 / (<u>比較基期</u>月醫療點數/看診天數)。</p> <p>(四) <u>上開成長率比較基期將同時以「去年同期」及「108 年同期」帶入, 計算後擇低者使用。</u></p> <p>(五) 包含院所釋出處方費用。</p> <p>(六) 總額外、代辦及醫療資源不足地區案件 (案件分類</p>

指標代碼	指標名稱	權重	條件說明	
			調整前	調整後
			D2、D4、DF)、依規定申報承接醫院轉診、居家醫療照護整合計畫案件及 C 肝藥品費用，不列入統計。 (六) 排除 110 年 3 月 1 日調升西醫基層各專科醫師申報第一段門診量內門診診察費。	=A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、C5、D1、D2、D4、DF)、依規定申報承接醫院轉診、居家醫療照護整合計畫案件、C 肝藥品費用及核糖核酸類定量擴增試驗(12185C)之費用，不列入統計。 (七) <u>以 108 年同期為比較基期者</u> ，排除 110 年 3 月 1 日調升之西醫基層各專科醫師申報第一段門診量內門診診察費。
C4	(一) 醫師申報醫療點數(含跨基層院所)高於同儕 98(含)百分位，且醫療點數成長率>5%。	9	(一) 112 年 8 月醫師醫療點數=申請點數+部分負擔金額。 (二) 包含醫師釋出處方費用。 (三) 以該醫師主要執業院所為抽審對象。 (四) 總額外、代辦及醫療資源不足地區案件(案件分類=A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、C5、D1、D2、D4、DF)、依規定申報承接醫院轉診、居家醫療照護整合計畫案件及 C 肝藥品費用，不列入統計。	(一) 112 年 8 月醫師醫療點數=申請點數+部分負擔金額。 (二) 包含醫師釋出處方費用。 (三) 以該醫師主要執業院所為抽審對象。 (四) 總額外、代辦及醫療資源不足地區案件(案件分類=A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、C5、D1、D2、D4、DF)、依規定申報承接醫院轉診、居家醫療照護整合計畫案件、C 肝藥品費用及核糖核酸類定量擴增試驗(12185C)之費用，不列入統計。
	(二) 醫師申報醫療點數(含跨基層院所)高於同儕 95(含)百分位，且醫療點數成長率>10%。	6		