

副本

1345

1630

衛生福利部中央健康保險署 公告

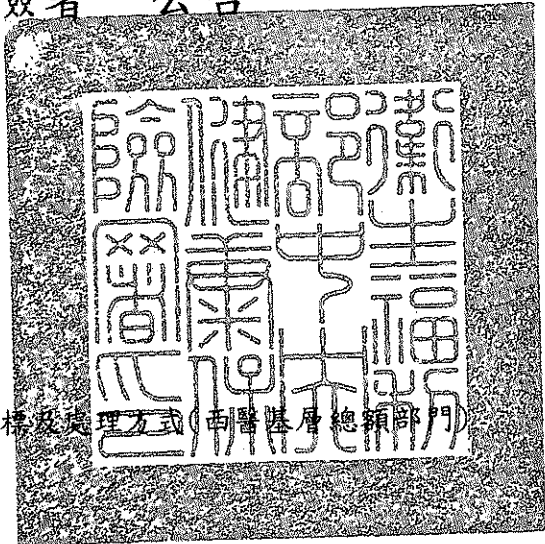
台北市安和路一段29號9樓

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國103年5月26日

發文字號：健保審字第1030006076號

附件：增訂全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式(西醫基層總額部門)



主旨：公告增訂全民健康保險西醫基層總額部門檔案分析審查異常不予支付指標計6項，如附件，並自103年7月(費用年月)起實施。

依據：「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第31條暨衛生福利部103年5月20日衛部保字第1030113986號函。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、本署企劃組、本署醫務管理組、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署各分區業務組(請轉知轄區醫事機構)(均含附件)

衛生福利部中央
健康保險署核對章(4)

署長黃三桂

增訂全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式

西醫基層總額部門

指標名稱	西醫基層醫師超音波心臟圖申報量超過西醫醫院醫師申報量 80 百分位值
實施目的	導正醫療處置
指標定義	<p>西醫基層醫師開立超音波心臟圖（醫令代碼為 18005B）醫令總量之限制如下：</p> <p>西醫基層院所每位醫師每月申報超音波心臟圖醫令總量不得超過西醫醫院每位醫師申報超音波心臟圖醫令總量之 80 百分位值。</p> <p>排除條件：西醫基層總額實施前成立之衛生福利部中央健康保險署所屬門診中心。</p> <p>註：申報醫令總量，以每家院所醫師歸戶計算，如甲醫師分別於 3 家院所申報指標醫令，則以 3 筆分別計算。</p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所醫師按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門門診案件
處理方式	<p>西醫基層院所每位醫師每月申報超音波心臟圖醫令總量超過西醫醫院每位醫師申報超音波心臟圖醫令總量之 80 百分位值，不予支付超過部分之超音波心臟圖申報點數。</p> <p>不予支付點數 = [(西醫基層院所每位醫師申報超音波心臟圖（醫令代碼為 18005B）醫令總量 - 西醫醫院每位醫師申報超音波心臟圖醫令總量之 80 百分位值) / 西醫基層院所醫師申報超音波心臟圖醫令總量] * 西醫基層院所醫師超音波心臟圖總申報點數。</p>
衛生福利部核准日期及文號	中華民國 103 年 5 月 20 日衛部保字第 1030113986 號函
健保署公告日期及文號	中華民國 103 年 5 月 26 日健保審字第 1030006076 號
實施起日	103 年 7 月 1 日(費用年月)

指標名稱	西醫基層醫師杜卜勒氏彩色心臟血流圖申報量超過西醫醫院醫師申報量 80 百分位值
實施目的	導正醫療處置
指標定義	<p>西醫基層醫師開立杜卜勒氏彩色心臟血流圖(醫令代碼為 18007B)醫令總量之限制如下： 西醫基層院所每位醫師每月申報杜卜勒氏彩色心臟血流圖醫令總量不得超過西醫醫院每位醫師申報杜卜勒氏彩色心臟血流圖醫令總量之 80 百分位值。</p> <p>排除條件：西醫基層總額實施前成立之衛生福利部中央健康保險署所屬門診中心。</p> <p>註：申報醫令總量，以每家院所醫師歸戶計算，如甲醫師分別於 3 家院所申報指標醫令，則以 3 筆分別計算。</p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所醫師按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門門診案件
處理方式	<p>西醫基層院所每位醫師每月申報杜卜勒氏彩色心臟血流圖醫令總量超過西醫醫院每位醫師申報杜卜勒氏彩色心臟血流圖醫令總量之 80 百分位值，不予支付超過部分之杜卜勒氏彩色心臟血流圖申報點數。</p> <p>不予支付點數 = [(西醫基層院所每位醫師申報杜卜勒氏彩色心臟血流圖(醫令代碼為 18007B)醫令總量 - 西醫醫院每位醫師申報杜卜勒氏彩色心臟血流圖醫令總量之 80 百分位值) / 西醫基層院所醫師申報杜卜勒氏彩色心臟血流圖醫令總量] * 西醫基層院所醫師杜卜勒氏彩色心臟血流圖總申報點數。</p>
衛生福利部核准日期及文號	中華民國 103 年 5 月 20 日衛部保字第 1030113986 號函
健保署公告日期及文號	中華民國 103 年 5 月 26 日健保審字第 1030006076 號
實施起日	103 年 7 月 1 日(費用年月)

指標名稱	西醫基層醫師上肢運動神經傳導測定申報量超過西醫醫院醫師申報量 80 百分位值
實施目的	導正醫療處置
指標定義	<p>西醫基層醫師開立上肢運動神經傳導測定（醫令代碼為 20015B）醫令總量之限制如下：</p> <p>西醫基層院所每位醫師每月申報上肢運動神經傳導測定醫令總量不得超過西醫醫院每位醫師申報上肢運動神經傳導測定醫令總量之 80 百分位值。</p> <p>排除條件：西醫基層總額實施前成立之衛生福利部中央健康保險署所屬門診中心。</p> <p>註：申報醫令總量，以每家院所醫師歸戶計算，如甲醫師分別於 3 家院所申報指標醫令，則以 3 筆分別計算。</p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所醫師按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門門診案件
處理方式	<p>西醫基層院所每位醫師每月申報上肢運動神經傳導測定醫令總量超過西醫醫院每位醫師申報上肢運動神經傳導測定醫令總量之 80 百分位值，不予支付超過部分之上肢運動神經傳導測定申報點數。</p> <p>不予支付點數 = [(西醫基層院所每位醫師申報上肢運動神經傳導測定（醫令代碼為 20015B）醫令總量 - 西醫醫院每位醫師申報上肢運動神經傳導測定醫令總量之 80 百分位值) / 西醫基層院所醫師申報上肢運動神經傳導測定醫令總量] * 西醫基層院所醫師上肢運動神經傳導測定總申報點數。</p>
衛生福利部核准日期及文號	中華民國 103 年 5 月 20 日衛部保字第 1030113986 號函
健保署公告日期及文號	中華民國 103 年 5 月 26 日健保審字第 1030006076 號
實施起日	103 年 7 月 1 日(費用年月)

指標名稱	西醫基層醫師感覺神經傳導速度測定申報量超過西醫醫院醫師申報量 80 百分位值
實施目的	導正醫療處置
指標定義	<p>西醫基層醫師開立感覺神經傳導速度測定（醫令代碼為 20019B）醫令總量之限制如下：</p> <p>西醫基層院所每位醫師每月申報感覺神經傳導速度測定醫令總量不得超過西醫醫院每位醫師申報感覺神經傳導速度測定醫令總量之 80 百分位值。</p> <p>排除條件：西醫基層總額實施前成立之衛生福利部中央健康保險署所屬門診中心。</p> <p>註：申報醫令總量，以每家院所醫師歸戶計算，如甲醫師分別於 3 家院所申報指標醫令，則以 3 筆分別計算。</p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所醫師按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門門診案件
處理方式	<p>西醫基層院所每位醫師每月申報感覺神經傳導速度測定醫令總量超過西醫醫院每位醫師申報感覺神經傳導速度測定醫令總量之 80 百分位值，不予支付超過部分之感覺神經傳導速度測定申報點數。</p> <p>不予支付點數 = [(西醫基層院所每位醫師申報感覺神經傳導速度測定（醫令代碼為 20019B）醫令總量 - 西醫醫院每位醫師申報感覺神經傳導速度測定醫令總量之 80 百分位值) / 西醫基層院所醫師申報感覺神經傳導速度測定醫令總量] * 西醫基層院所醫師感覺神經傳導速度測定總申報點數。</p>
衛生福利部核准日期及文號	中華民國 103 年 5 月 20 日衛部保字第 1030113986 號函
健保署公告日期及文號	中華民國 103 年 5 月 26 日健保審字第 1030006076 號
實施起日	103 年 7 月 1 日(費用年月)

指標名稱	西醫基層醫師成人精神科診斷性會談申報量超過西醫醫院醫師申報量 80 百分位值
實施目的	導正醫療處置
指標定義	<p>西醫基層醫師開立成人精神科診斷性會談（醫令代碼為 45085B）醫令總量之限制如下：</p> <p>西醫基層院所每位醫師每月申報成人精神科診斷性會談醫令總量不得超過西醫醫院每位醫師申報成人精神科診斷性會談醫令總量之 80 百分位值。</p> <p>排除條件：西醫基層總額實施前成立之衛生福利部中央健康保險署所屬門診中心。</p> <p>註：申報醫令總量，以每家院所醫師歸戶計算，如甲醫師分別於 3 家院所申報指標醫令，則以 3 筆分別計算。</p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所醫師按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門門診案件
處理方式	<p>西醫基層院所每位醫師每月申報成人精神科診斷性會談醫令總量超過西醫醫院每位醫師申報成人精神科診斷性會談醫令總量之 80 百分位值，不予支付超過部分之成人精神科診斷性會談申報點數。</p> <p>不予支付點數 = [(西醫基層院所每位醫師申報成人精神科診斷性會談（醫令代碼為 45085B）醫令總量 - 西醫醫院每位醫師申報成人精神科診斷性會談醫令總量之 80 百分位值) / 西醫基層院所醫師申報成人精神科診斷性會談醫令總量] * 西醫基層院所醫師成人精神科診斷性會談總申報點數。</p>
衛生福利部核准日期及文號	中華民國 103 年 5 月 20 日衛部保字第 1030113986 號函
健保署公告日期及文號	中華民國 103 年 5 月 26 日健保審字第 1030006076 號
實施起日	103 年 7 月 1 日(費用年月)

指標名稱	西醫基層醫師光線治療申報量超過西醫醫院醫師申報量80百分位值
實施目的	導正醫療處置
指標定義	<p>西醫基層醫師開立光線治療（醫令代碼為51019B）醫令總量之限制如下：</p> <p>西醫基層院所每位醫師每月申報光線治療醫令總量不得超過西醫醫院每位醫師申報光線治療醫令總量之80百分位值。</p> <p>排除條件：西醫基層總額實施前成立之衛生福利部中央健康保險署所屬門診中心。</p> <p>註：申報醫令總量，以每家院所醫師歸戶計算，如甲醫師分別於3家院所申報指標醫令，則以3筆分別計算。</p>
指標屬性	負向
分析單位	依院所醫師按月分析
分析範圍	西醫基層總額部門門診案件
處理方式	<p>西醫基層院所每位醫師每月申報光線治療醫令總量超過西醫醫院每位醫師申報光線治療醫令總量之80百分位值，不予支付超過部分之光線治療申報點數。</p> <p>不予支付點數 = $\left[\left(\text{西醫基層院所每位醫師申報光線治療（醫令代碼為51019B）醫令總量} - \text{西醫醫院每位醫師申報光線治療醫令總量之80百分位值} \right) / \text{西醫基層院所醫師申報光線治療醫令總量} \right] * \text{西醫基層院所醫師光線治療總申報點數}$。</p>
衛生福利部核准日期及文號	中華民國103年5月20日衛部保字第1030113986號函
健保署公告日期及文號	中華民國103年5月26日健保審字第1030006076號
實施起日	103年7月1日(費用年月)