

編號	指標項目	指標計算區間	權重	閾值	操作型定義
1	專審意見	月	必審	列管	北區分會提供。
2	健保署列管	月	必審	列管	健保署醫管科提供或檔案分析列管。
3	分區委員會列管	月	必審	列管	依檔案分析或專業審查進行列管。
4	違約處分(論人審查)	月	必審	1-6個月	違反本保險相關法規於處分迄月1-6個月內，且未歇業者。
5	新特約(論人審查)	月	必審	6個月內	費用年月-原始合約月份<6。
6	未送專業審查	月	必審	22至24個月 1年內	1、符合「健保特約連續5年以上(含)且負責醫師為同一人」且「近5年無違約處分」。 2、22至24個月內未有管理類別A(論人+立意)、管理類別4(電腦+立意)、管理類別3或管理類別9之註記者。 3、費用年月110年4月起實施。 1、未符合「健保特約連續5年以上(含)且負責醫師為同一人」或未符合「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、停約、終約)」。(費用年月110年4月起實施) 2、1年內未有管理類別A(論人+立意)、管理類別4(電腦+立意)、管理類別3或管理類別9之註記者。
7	批次執行時前月申報資料	月	3	未轉檔	排除「休診起月」≤「指標月」≤「休診迄月」院所。
8	醫療費用成長率	月	3	>=100%	醫療費用成長率=前月醫療費用(含釋出)/去年同期醫療費用(含釋出)-1。
9	前月兼任醫師件數	月	4	>300件且占率>30%	擷取醫師檔比對申報資料，前月兼任醫師申報件數>300件且占率>30%之院所。
10	最近3個月平均就醫次數(論人審查)	月	3	前10大診所	前3個月件數/前3個月歸戶之就醫人數，最高之10家院所。
11	最近3個月月平均就醫次數7次以上之病人數(論人審查)	月	3	>10人且為前3大診所	1、歸戶計算每位病患每月平均就醫次數，加總各月平均就醫次數>=7次之病人數。 2、排除條件：案件分類08、A3、B6-B9、D1、D2、HN、B1、BA、C4、DF、C5，或部分負擔代碼「001」，或診察費為0，或特定治療項目JA及JB案件。 3、自費用年月106年10月起，閾值由「>10人」調整為「>10人且為前3大診所」。
12	每月20日後申報者	季	3	受理日或郵戳收件日>20且不暫付	前季任1個月受理日或郵戳收件日>20且暫付註記為不暫付，本季各月符合指標。
13	調劑件數比率	季	3	<85%	1、調劑件數比率=(診所調劑件數+藥局調劑件數)÷診所開藥件數。 2、診所開藥件數：診所申報資料藥費≠0或處方調劑方式≠【2(未開藥品處方)或E(未開處方調劑,物理治療自行執行)或F(未開處方調劑,物理治療交付執行)】之件數。 3、診所調劑件數：處方調劑方式為0、4、5、6、A、B(自行調劑)之件數。 4、藥局調劑件數：該診所釋出至藥局資料之件數。 5、上述件數均排除案件分類B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN(或藥局案件分類5)、特定治療項目JA及JB案件等調劑件數。 6、診所開藥件數及調劑件數排除「案件分類」08；藥局調劑件數排除「就醫序號」IC02、IC03及IC04。 備註：前季任1個月<85%時，本季各月符合指標(排除診所開藥件數<P25診所)。
14	平均每日藥費成長率	月	5	P95	1、平均每日藥費成長率=(最近3個月藥費點數÷給藥日數)÷(去年同期藥費點數÷去年同期給藥日數)-1。 2、藥費點數含釋出之藥費。 3、排除項目：最近3個月藥費點數<50萬、最近3個月藥費擷取範圍排除注射胰島素藥費增加部分、C型肝炎新藥藥費(費用年月106年1月起實施)、B型(費用年月107年4月起不剔除)及C型肝炎用藥(費用年月106年4月起實施)、排除抗思覺失調長效型針劑(費用年月109年10月起實施)、新生血管抑制劑(費用年月113年8月起實施)。
15	物理治療執行乙次比率	月	3	P90且件數>500件	申報42*總醫令數為1之案件數/申報42*之案件數，排診察費為0之資料。
16	X光執行比率	月	4	P97	1、32001C-32024C之件數/總申請件數。 2、自費用年月106年1月起，閾值由P95調整為P97。
17	院所每日看診產值	月	3	每科前2大院所每日看診產值，且高於平均整體院所每日看診產值	1、院所每日看診產值=各家院所申報醫療費用(含釋出)/總看診日數(各醫師看診日數加總)。 2、平均整體院所每日看診產值=合計各月院所每日看診產值/該月轄區申報院所數。 3、院所科別：前月申報費用之就醫科別件數比例較高且超過30%者認定之(若件數相同，則採費用較高者)；未有任一科件數比率超過30%者(如聯合診所)，或該科別之家數未達20家，則不歸屬任一科，即與該轄區全體西醫基層診所比較。 4、分科方式：家醫科系(01)、內科系(02,12,2A及內科次專科A*,22)、外科系(03,07,08,15及外科次專科B*)、小兒科(04)、婦產科(05)、骨科(06)、耳鼻喉科(09)、眼科(10)、皮膚科(11)、精神科(13)、復健科(14)。 5、院所每日看診產值(分子)排除代辦費用(案件分類：A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA、DF、C5)、專款項目(D4案件特定治療代號G5、B(費用年月107年4月起不剔除)C肝試辦計畫相關藥品、試辦計畫照護費(PxxxxC))及新特約當月，或特定治療項目JA及JB案件；分子擷取範圍排除注射胰島素藥費增加部分及C型肝炎新藥藥費(費用年月106年1月起實施)及核糖核酸定量擴增試驗(I2185C)之醫令點數(費用年月109年7月起實施)、排除抗思覺失調長效型針劑(費用年月109年10月起實施)。
18	藥費成長貢獻度	月	5	P95	1、藥費成長貢獻度=(個別診所最近3個月藥費點數-去年同期藥費點數)÷(西醫基層診所最近3個月藥費點數-去年同期藥費點數)。 2、藥費點數含釋出之藥費。 3、排除項目：最近3個月藥費點數<50萬及成長率<0%之診所、最近3個月藥費擷取範圍排除注射胰島素藥費增加部分、C型肝炎新藥藥費(費用年月106年1月起實施)、B型(費用年月107年4月起不剔除)及C型肝炎用藥(費用年月106年4月起實施)、排除抗思覺失調長效型針劑(費用年月109年10月起實施)。

19	最近3個月(送核案件)平均核減率	月	3	前10大院所	前3個月核減點數/前3個月總醫療費用(含釋出),最高之10家院所
20	核減率異常	季	必審	>10%	最近3個月因不符指標項目「未送專業審查」,經送審後核減率>10%之診所(費用年月104年4月起實施);排除醫療費用<10萬點診所(費用年月105年7月起實施)、案件分類C5。
21	藥費成長率	月	5	前5大科P90;其他科P98	1、藥費成長率=(個別診所最近3個月藥費點數÷去年同期藥費點數)-1。 2、藥費點數含釋出之藥費。 3、排除項目:最近3個月藥費點數<50萬、最近3個月藥費擷取範圍排除注射胰島素藥費增加部分、C型肝炎新藥藥費(費用年月106年1月起實施)、B型(費用年月107年4月起不剔除)及C型肝炎用藥(費用年月106年4月起實施)、排除抗思覺失調長效型針劑(費用年月109年10月起實施)。
22	婦科超音波7日內重複率	月	4	3.63%	同一保險對象7日內申報2次I9003C以上醫令數/I9003C總醫令數。
23	平均每人復健日數(半年)	月	必審	前3大診所(論人審查)	1、資料範圍:門診醫療費用申報檔,醫令類別2,物理治療、職能治療、語言治療醫令代碼。(排除項目:職災案件、早療案件(0-6歲))
		月	3	第4至13大診所	2、平均每人復健日數(半年)定義:執行復健治療總日數(半年)÷總病人數(半年)。
24	前季門診醫療費用點數(含釋出)超出預定額度之成長率	季	必審	P95且成長率>0	1、每季季底提供各家院所下一季基期年度之自主管理額度。 2、額度排除:代辦費用(案件分類:A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA、DF)、專款項目(D4案件特定治療代號G5、C肝試辦計畫相關藥品、試辦計畫照護費(PxxxxC)、「居家醫療專款等費用(05307C、05308C、05312C、05323C、05336C、05337C、05313C、05324C、05314C、05325C、05338C、05339C、05340C、05341C、P5407C、05326C、05327C、05316C)(費用年月106年7月起實施)」)及新特約當月、或特定治療項目JA及JB案件、轉診註記為「I_保險對象本次就醫係由他院轉診而來之個案」(費用年月107年4月起實施)、分子擷取範圍排除注射胰島素藥費增加部分及C型肝炎新藥藥費(費用年月106年1月起實施)及核糖核酸類定量擴增試驗(I2185C)之醫令點數(費用年月109年7月起實施)、排除抗思覺失調長效型針劑(費用年月109年10月起實施)。 註:112年計算基期年度調整為108、111年;113年第3季(費用年月113年7月起)調整基期,當期為前一季(113年第2季)、基期為前2年同期平均(111年第2季及112年第2季平均),並依審查費用年月滾動轉移。
			5	P95,成長率>0且月申請點數小於20萬	
			3	P80-P94且成長率>0	
			3	P80-P94,成長率>0且月申請點數小於20萬	
25	診療點數成長貢獻前10大醫令	月	3	各項醫令執行率前5大診所	1、診療點數成長貢獻前10大醫令定義:前季診療點數排序前50大且診療點數成長貢獻前10大醫令。 2、醫令執行率=該項醫令數前3個月加總÷前3個月處方申報總件數。 3、醫令點數成長貢獻度=(個別診所最近3個月該項醫令點數-去年同期該項醫令點數)÷(西醫基層診所最近3個月該項醫令點數-去年同期該項醫令點數)。 4、前季定義:費用年月103年9月之前季資料係指I03Q2;最近3個月定義:費用年月103年9月之前3個月資料係指費用年月103年6-8月。 5、排除條件: (1)因復健治療項目已另行控管,故排除復健治療等相關醫令 (2)處方申報總件數(分母)排除08案件、C1案件、代辦案件(A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA、DF)及小於500件(3個月)之診所 (3)排除診療負成長之項目(費用年月105年3月起實施) (4)排除流行性感冒A型病毒抗原(14065C)、流行性感冒B型病毒抗原(14066C)2項醫令(費用年月106年12月起實施)
		月	3	各項醫令點數成長貢獻前5大診所	
26	使用電子轉診平台	月	-3	轉出率及回復率=100%	1、轉出率 (1)分子:使用電子轉診平台之轉出案件數 (2)分母:醫療費用申報案件為轉出案件 2、回復率 (1)分子:使用電子轉診平台之接受轉入案件數 (2)分母:醫療費用申報案件為轉入案件 (3)分子定義(接受轉入案件數):該筆轉入資料的回復日期有值,才列計 3、備註:計算轉出率及回復率時,排除轉診件數或平台使用件數≤10件之院所 例如:費用年月107年12月係擷取107年10月申報資料計算。 (費用年月108年4月起實施)
			-2	轉出率≥90%且回復率≥90%	
27	復健治療費用成長率	月	必審	P95以上且復健治療醫令數大於500筆、必審(不受抽審家數比率限制),自107年4月起採論人審查	1、資料範圍:門診醫療費用申報檔,醫令類別2,醫令代碼41xxxx-44xxxx(排除項目:職災案件、排除早療案件(0-6歲)、參加「全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案」之診所(費用年月105年1月起實施))。 2、復健治療費用成長率=(前6個月復健治療費用-去年同期復健治療費用)/去年同期復健治療費用*100%。 3、前6個月定義:費用年月為106年7月,前6個月係擷取費用年月105年12月-106年05月,依序類推(費用年月106年07月起實施)。
			2	P95以上且復健治療醫令數≤500筆	
28	居家安寧照護	月	-5	安寧照護服務人數≥2人	最近6個月申報05312C、05323C、05336C、05337C、05326C、05327C、05316C歸戶人數。(費用年月106年7月起實施)
			-3	安寧照護服務人數1人	
			-3	當月新收案人數≥7人	
29	C肝全口服新藥收案人數	月	-2	當月新收案人數4-6人	1.新收案係指「起始用藥日期」之年月,例如:費用年月109年07月係擷取「起始用藥日期」109/06/01-109/06/30之個案(費用年月109年7月起實施)
			-1	當月新收案人數1-3人	2.修改權重-1之閾值條件,自費用年月111年4月起實施。
30	由起職災安性	日	-1	5%≤職災件數成長率<10%且職災件數≥10件	1、資料範圍:職災案件(案件分類B6) 2、職災件數佔比率=(前3個月職災件數-去年同期職災件數)/去年同期職災件數*100%。

30	「職災火災」	月	-2	職災件數成長率 $\geq 10\%$ 且職災件數 ≥ 10 件	2、職災件數成長率=(前3個月職災件數-去年同期職災件數)/去年同期職災件數*100% 3、前3個月定義：費用年月109年10月，前3個月係擷取費用年月109年6-8月，依序類推。
31	檢驗(查)及影像上傳率(費用年月110年10月起實施)	月	-1 -2	上傳率 $\geq 20\%$ 且 $< 50\%$ 上傳率 $\geq 50\%$	1、排除範圍：上傳數量 < 10 筆之診所不列入獎勵條件 2、上傳率：前前月符合即時上傳醫令數/前前月申報醫令數 3、前前月定義：費用年月110年6月，係擷取費用年月110年4月上傳率，依序類推
32	DKD收案率	月	-3 -2 -1	年初符合收案條件之DKD可申報人數 ≥ 200 人且收案率 $\geq 60\%$ 年初符合收案條件之DKD可申報人數介於50~200人且收案率 $\geq 50\%$ 年初符合收案條件之DKD可申報人數 ≥ 50 人且收案率 $\geq 40\%$	1、年初符合收案條件之DKD可申報人數：前一年申報糖尿病醫令代碼(P1407C-P1411C)及初期慢性腎臟病醫令代碼(P4301C、P4302C)之病人數。 2、收案率：自當年度1月至申報費用前一個月申報DKD醫令代碼(P7001C-P7003C)之病人數/年初符合收案條件之DKD可申報人數*100%。 (例如費用年月112年6月係擷取112年1月至5月申報DKD醫令代碼(P7001C-P7003C)之病人數) 3、自費用年月112年6月起實施。
33	C肝篩檢人數	月	-3 -2 -1	≥ 20 件 15~19件 10~14件	1、擷取指標月申報B、C肝篩檢(醫令代碼L1001C)件數，並以ID歸戶勾稽重複筆數予排除。 2、自費用年月112年10月起實施，修訂閾值於費用年月113年7月起實施。
34	預防保健併報健保案件比率	月	3 2 1	比率 $\geq P95$ $P85 \leq \text{比率} < P95$ $P75 \leq \text{比率} < P85$	1、預防保健併報健保案件比率=預防保健併報健保案件數/預防保健申報總件數。 2、預防保健申報總件數：係指前月申報案件分類A3(排除申報L1001C案件)及D2之總案件數。 3、預防保健併報健保案件數：係指上開案件於同日另申報案件分類01、04、09且僅申報診察費代碼(醫令類別為0)之案件。 4、自費用年月112年10月起實施。
35	西醫門診年復健次數 > 180 次個案之醫令數量	年	必審	P90	1、西醫門診年復健次數 > 180 次個案之醫令數量，以審查費用年月114年4月為例，係擷取費用年月113年4月-114年3月間各項復健治療醫令數，以同院所及病人ID歸戶，計算醫令數量 > 180 之病人復健醫令數量。 2、自費用年月114年7月起實施。 註：排除代辦、早療、簡單治療、PAC案件。

立意1	每張處方用藥品項數	月	外加	> 8 項之案件數前7大診所	1、前3個月給藥案件之藥品品項數 > 8 項之件數最多的前7家診所，大於8項之件數全抽。 2、其他定義同指標項目「平均每張處方用藥品項數」的第2-5點。
立意2	血液透析個案申報內含藥品及檢驗	月	外加	血液透析個案申報內含藥品及檢驗之案件	1、以前一個月申報醫事類別15_門診洗腎之保險對象，勾稽當月同院所申報符合內含藥劑或檢驗項目範圍任一項目者，全部列入立意抽審案件。排除案件：01案件申請醫令項目，非單純申請內含藥品或檢驗項目範圍之品項。 2、內含藥品範圍：感冒藥(ATC碼前3碼為R05、R06)、葉酸錠及B群(ATC碼前3碼為A11)、Caco3(ATC碼前3碼為A12)、Alugel及Ulcerin-P(ATC碼前5碼為A02AB)。內含檢驗範圍：Glucose(09005C)、HbA1C(09006C)(費用年月110年10月起實施)、Albumin(09038C)、BUN, bloodureanitrogen(09002C)、Creatinine(B)CRTN(09015C)、Uricacid(09013C)、Cholesterol, total(09001C)、Triglyceride(09004C)、S-GOT/AST(09025C)、S-GPT/ALT(09026C)、Alkalinephosphataseisoenzymeelectrophoresis(09067B)、NA(09021C)、K(09022C)、Cl(09023C)、Ca(09011C)、P(09012C)、CBC(08011C、08012C、08082C)(費用年月102年10月起實施)
立意3	第四級外科病理	月	外加	第四級外科病理同一案件醫令數申報數量 > 4	同一案件醫令數(25004C)申報數量 > 4 。(費用年月103年7月起實施)
立意4	耳鼻喉局部治療個別醫師執行率	月	外加	依醫師之專科別分成耳鼻喉科及非耳鼻喉科前10大醫師；耳鼻喉科醫師執行率 $> 30\%$ 、非耳鼻喉科醫師執行率 $> 5\%$	1、依診所、醫師專科別歸戶統計。分子=同一醫師前3個月54019C、54027C、54037C、54038C申報件數；分母=同一醫師前3個月申報總件數。 2、專科醫師歸類：如醫師同時符合2種以上之專科醫師資格，其中1種為耳鼻喉科，該醫師即歸為耳鼻喉科專科醫師；如否即歸類為非耳鼻喉科專科醫師。(費用年月103年7月起實施；費用年月109年2-9月及110年1-2月因應COVID-19疫情暫緩實施) 3、原非耳鼻喉科醫師執行率閾值0.4%，調整為 $> 5\%$ 。(費用年月109年10月起實施)
立意5	食道鏡及上消化道泛內視鏡檢查個別醫師申報醫令數	月	外加	> 100	1、依診所、醫師歸戶統計，同一醫師前1個月申報28015C+28016C醫令數 > 100 。 2、費用年月104年9月起實施。
立意6	大腸鏡檢查個別醫師申報醫令數	月	外加	> 50	1、依診所、醫師歸戶統計，同一醫師前1個月申報28017C醫令數 > 50 。 2、費用年月104年4月起實施。
立意7	復健高耗用醫師	月	外加	平均每位病人復健醫令點數 $> P90$ 且復健醫令點數P90之醫師	1、復健醫令點數係擷取醫令類別2，醫令代碼42xxxx-44xxxx(排除項目：職災案件、早療案件(0-6歲))。(費用年月107年4月實施) 2、平均每位病人復健醫令點數=前6個月復健醫令點數/前6個月歸戶病人數。 3、依診所、醫師歸戶統計，抽高耗用醫師之高耗用病人。 4、6個月定義：費用年月為107年4月，半年係擷取費用年月106年9月-107年2月，依序類推。 5、排除最近3個月之個案屬復健高耗用病人費用負成長且件數核減率 $< 5\%$ 之院所。例：費用年月107年12月，最近3個月係指107年7-9月，依序類推。(費用年月108年1月起實施)。
立意10	CIS重點管理項目	月	外加	總件數 $> P95$	1、擷取範圍：係擷取前3個月「CIS重點管理項目」篩選之異常案件。 2、閾值：依每家院所件數排序計算百分位值，總件數 $> P95$ 之院所列為審查院所。 3、「CIS重點管理項目」定義：係指件數異常成長或核減率偏高之CIS指標項目，將定期評估適時調整相關管理項目。 4、前3個月定義：費用年月107年4月，係擷取費用年月106年12月-107年2月資料計算。 5、費用年月107年7月起實施。

立憲11	20類重要檢查(驗)管理項目	3個月	外加	28日再執行點數>P98(各類及全部類別)	<p>1、28日再執行點數：係執行日期(就醫起或送日)與前次執行日差異日數<28日之醫令(排除09005C、09140C及申報特定治療項目代號(一)EM(代謝症候群防治計畫)且醫令代碼P7501C之案件中，其09004C、09044C、09006C、09001C、09043C、09005C等6項醫令不列入再執行醫令計算)，合計其相關點數。</p> <p>2、依各類及全部類別之28日再執行點數排序計算每家院所百分位值>P98之院所列為審查院所。</p> <p>3、3個月定義：費用年月107年4月，係擷取費用年月106年12月-107年2月資料計算。</p> <p>4、費用年月107年7月起實施。</p>
------	----------------	-----	----	-----------------------	--

備註：

1、依西醫基層總額105年第4次共管會議決議：自費用年月106年1月起，診所審查比率由23%降為20%。

2、依西醫基層總額107年第2次共管會議決議：自費用年月107年7月起，診所審查比率由20%降為18%。

3、依西醫基層總額110年第3季共管會議決議：自費用年月110年10月起，診所隨機抽審家數比率自18%降為15%。

4、依西醫基層總額114年第3季共管會議決議：自費用年月114年10月起，診所隨機抽審家數比率自15%降為10%，如因應二年未送審指標調整審查家數，至多不超過15%。

5、依西醫基層總額109年第4次共管會議決議：因應COVID-19疫情影響，指標項目「成長率指標異常」、「藥費成長貢獻度」、「藥費成長率」、「診療點數成長貢獻前10大醫令」及「復健治療費用成長率」操作型定義成長率基期費用年月109年1-12月調整為108年1-12月；「前季門診醫療費用點數(含釋出)超出預定額度之成長率」原110年計算基期為108-109年，調整為107-108年。

6、依西醫基層總額110年第4季共管會議決議：因應COVID-19疫情影響，指標項目「醫療費用成長率」、「藥費成長貢獻度」、「藥費成長率」、「診療點數成長貢獻前10大醫令」及「復健治療費用成長率」操作型定義成長率基期費用年月110年1-12月調整為108年1-12月；「前季門診醫療費用點數(含釋出)超出預定額度之成長率」原111年計算基期為109-110年，調整為107-108年。另因本署申報資料檔收載時間限制，並考量108年第4季費用占率最高，自費用年月111年3月起暫調整「醫療費用成長率」基期為108年10月-12月月平均，「藥費成長貢獻度」、「藥費成長率」、「診療點數成長貢獻前10大醫令」基期調整為108年10月-12月，「復健治療費用成長率」基期調整為108年7月-12月，「前季門診醫療費用點數(含釋出)超出預定額度之成長率」基期調整為108年第3季-108年第4季，並於西醫基層總額111年第2次共管會議追認。

7、依西醫基層總額111年第2次共管會議決議：考量院所基期型態不同，兼顧權益及公平性，自費用年月111年10月起指標項目「醫療費用成長率」、「藥費成長貢獻度」、「藥費成長率」、「診療點數成長貢獻前10大醫令」及「復健治療費用成長率」操作型定義成長率基期調整為去年同期；「前季門診醫療費用點數(含釋出)超出預定額度之成長率」基期調整為108、110年。