

中華民國醫師公會全國聯合會
西醫基層醫療服務審查執行會
西醫基層醫療服務審查品質提昇及監測方案

114年1月1日施行

一、依據：依「114年西醫基層醫療服務審查勞務委託契約」第二條（三）1.（4），訂定本方案。

二、實施對象：西醫基層審查醫藥專家

三、辦理方式：

（一）提昇審查醫藥專家素質：

中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會各分會（以下簡稱分會）辦理審查醫藥專家教育訓練培訓會議，研討審查醫藥專家管理要點、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法、各分區醫療案件審查流程及審查注意事項等內容，以順利執行醫療案件審查業務，齊一審查標準。

（二）評量審查醫藥專家品質：

訂定「西醫基層審查醫藥專家品質指標」（附件一），由各分會就該指標項目評核該區審查醫藥專家，以為審查醫藥專家續任、輔導或處置之依據。

（三）監測審查醫藥專家審畢案件：

訂定「中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審畢案件評量作業原則（以下簡稱審畢案件評量作業原則）」（附件二），由中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會（以下簡稱基層審查執行會）審查組設置審畢評量小組，藉由重新檢視審畢案件方式，給予審查結果之建議，平衡各審查醫藥專家尺度，以確保醫療服務案件在不同審查醫藥專家下，仍能齊一審查標準審理。

（四）齊一審查醫藥專家標準：

為齊一基層醫療案件審查之標準，減少爭議，基層審查執行會與各專科醫學會共同研議修訂「全民健康保險西醫基層醫療費用審查注意事項」相關條文，就基層各科審查注意事項及現行審查爭議常見案例或爭審撤銷率高之診療項目提出修正建議。

（五）提昇醫療案件審查品質：

為提升基層醫療案件審查品質，依據審畢案件評量作業原則訂定「審查合理件數占率」審查品質指標，並設定各分區年度審查品質指標目標值，按月監測指標，就未達指標目標值檢討原因及研議改善方案，以逐步提昇審查品質。

(六) 輔助醫療案件審查作業：

為因應分會無法辦理基層醫療案件審查作業之特殊情形，訂定「西醫基層醫療服務跨區審查實施計畫」(附件三)，基層醫療案件如因審查醫藥專家專科(次專科)人力不足或因審查醫藥專家迴避原則規定無法審查時，得申請跨區審查。另其他經分會指定之醫療服務案件亦可洽詢受託分會協助審查意願後，辦理跨區審查。

(七) 輔導審查醫藥專家異常行為：

由各分會審查組召開審查會議就「西醫基層審查醫藥專家品質指標」及「審畢案件評量作業」結果，確認輔導名單與輔導事實，提交分區共管會議論處，並會同中央健保署分區業務組共同辦理輔導事宜。

西醫基層審查醫藥專家品質指標(評量表)

編號	指標項目	配分	得分
1	應配合出席審查相關會議。 (無故未出席乙次應扣 10 分)	30 分	
2	應執行案件審查相關業務。 (無故未執行乙次應扣 10 分)	30 分	
3	應依據支付標準及審查注意事項規定審查。 (不當審查核減乙次應扣 10 分)	20 分	
4	審畢抽審案件經核定為「應核減未核減」、「不應核減而核減」者，應提出分會認同之理由。 (未能提出可被認同之理由或無故未配合乙次應扣 10 分~20 分)	20 分	
總計		100 分	
<p>註：1. 每位審查醫藥專家應接受轄區所屬分會審查組會議評核，評核結果及處理方式，應交由分區共管會議論處。</p> <p>2. 受評核之審查醫藥專家，評核分數總分 100 分，每項指標符合者給滿分，不符合者依規定扣分。</p> <p>3. 評核總分 70 分~80 分，且指標任一項未有 0 分者，應予輔導。</p> <p>4. 評核總分 60 分以下或指標任一項達 0 分者，應予解聘。</p> <p>5. 指標評核標準及作業流程等細節，由各分會依地方需求另訂。</p>			

中華民國醫師公會全國聯合會
西醫基層醫療服務審畢案件評量作業原則

- 一、依據：依「114年西醫基層醫療服務審查勞務委託契約」第二條(一)1.(6)規定、衛生福利部中央健康保險署醫療服務審畢案件評量作業要點暨中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查醫藥專家遴聘與管理要點(以下簡稱審查醫藥專家管理要點)，訂定本原則。
- 二、中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會(以下簡稱基層審查執行會)審查組之審畢評量小組(以下簡稱評量小組)應依本作業原則規定，辦理各分區審查醫藥專家審畢之醫療案件(以下簡稱審畢案件)評量作業，以齊一審查尺度，進而提升審查品質。
- 三、本作業原則所稱審畢案件，係指經審查醫藥專家審畢之保險特約醫事服務機構醫療費用申報案件。評量小組依審畢案件之科別，由西醫基層審查醫藥專家組成。
- 四、醫療服務審畢案件之評量至少應由2位評量小組醫藥專家進行之，如評量結果不一時，應由第3位評量小組醫藥專家評量，以多數共識為評量結果。如以上評量結果未達多數共識時，則為爭議案例，提交基層審查執行會審查組研議，作成審查案例。
- 五、評量小組於評量審畢案件時，應依下列方式辦理：
 - (一)按審畢案件之科別，指派適當審查醫藥專家組成評量小組進行評量。
 - (二)依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二十四條第三款規定迴避院所。
 - (三)評量過程，評量及受評量之審查醫藥專家採代碼登錄，應使雙方互不知悉。
- 六、評量方式：
 - (一)重點評量：依專業審查樣本核減率統計結果，就偏離常態之審查醫藥專家、爭審補付率(若尚無資料則免)偏高之審查醫藥專家及專業審查被申訴有不合理情形之審查醫藥專家等列入受評量名單。
 - (二)隨機抽樣評量：視實際業務量與人力，並經審查相關會議確認後，始執行隨機抽樣評量。抽樣方式隨機抽取1-2個分區五分之一以上之審查醫藥專家，抽樣1至4家院所審畢案件。
 - (三)追蹤評量：經評量應追蹤改善者，通知改善，並列入追蹤。
 - (四)專案評量：針對專案審查結果審查尺度偏離常態之審查醫藥專家，由各分會邀集該科別專家或醫學會討論後決定受評量名單。
- 七、評量程序：
 - (一)基層審查執行會預先排定當年度預定評量之時程、評量醫藥專家數、家數等，並通知中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查

執行會分會（以下簡稱分會）、衛生福利部中央健康保險署（以下簡稱中央健保署）及中央健保署分區業務組。

- （二）中央健保署分區業務組依排定評量時程，規劃受評量醫藥專家名單，並將評量清冊總表及明細、審畢案件資料寄送評量分區業務組。
- （三）評量分區業務組收件後，通知評量區分會轉知評量小組醫藥專家前往評量中央健保署分區業務組辦理評量。評量小組醫藥專家應於審畢案件送達之日起六十日內完成審查。
- （四）評量結果建議追蹤改善者，經分區相關會議討論應追蹤改善受評量醫藥專家名單後，轉知中央健保署分區業務組納入下次該區評量名單。

八、評量結果：

- （一）評量小組評量後應作成結論及後續處理原則，轉知分會辦理輔導及管理事宜。評量建議表如附件-1
- （二）受評量之審查醫藥專家對評量人員建議如有不同專業見解，得填列審查說明單（如附件-2）敘明理由，提報所屬分區相關會議討論，並確認應追蹤改善受評量醫藥專家名單。
- （三）經評量應追蹤改善者之案件，分會應通知受評量醫藥專家改善，並納入下次該區評量名單，追蹤改善情形，作為「西醫基層審查醫藥專家品質指標」評量參考。
- （四）醫療服務審畢評量作業案件數及結果表（明細、總表）、審畢評量意見統計表依前揭契約提報時程及規定辦理。

九、分會應按評量建議表及審查說明單結果辦理評量，以作為納入審查醫藥專家遴聘與管理要點「西醫基層審查醫藥專家品質指標」評量考量。

十、經追蹤評量結果有需要改善者，得依「衛生福利部中央健康保險署醫療服務審查醫藥專家遴聘原則」第十點規定辦理。

十一、本原則經中央健保署備查後實施。

西醫基層審畢案件評量建議表

附件 - 1

年 月份 分區審查醫藥專家審畢案件，業經評量小組評量完竣，核定內容如下：

- 一、醫事機構代號(件數)：_____ (____件)、_____ (____件)
 二、案件種類：重點評量 隨機抽樣評量 追蹤評量 專案評量
 三、科別：_____ 原審查醫藥專家代號：_____
 四、評量建議事項：

醫事機構代號	個案流水號	藥品(項目)代碼	應/不應核減(請勾選)		不合理類別(請勾選)			理由/說明
			應核減未核減	不應核減卻核減	一	二	三	

※整體性的評量/建議事項：

A. 宜請原審查醫藥專家加強對下列法令及規定之落實執行：

1. 健保法之不給付項目 2. 醫療服務給付項目及支付標準規定 3. 藥品許可證規定
4. 藥物給付項目及支付標準規定 5. 事前審查規定 6. 審查注意事項
7. 其他(請說明)：_____

B. 宜請原審查醫藥專家加強對下列項目之落實執行：

1. 用藥、治療方法與病情診斷不符 2. 非必要之檢查或檢驗
3. 處置、手術或其他治療與病情不符 4. 用藥種類及份量與病情不符或有重複
5. 變更病名過於頻繁 6. 內服藥與針傷合併治療過於浮濫
7. 治療內容與本保險醫療服務給付項目及支付標準規定不符
8. 其他違反相關法令或醫療品質不符專業標準 9. 核減理由未書寫

C. 建議應移請分區業務組或分會行政配合事項，或其他建議事項：

- 1 應於注意改善—追蹤抽審 2. 應於輔導改善—追蹤抽審
3 同區不同醫藥專家審查標準不同 4. 與其他區審查標準有明顯差異

說明：評量不合理類別：

- (一)專業認定不同：專業判斷及見解不同。
 (二)不符同儕共識：違反審查注意事項，或同案件內審查標準前後落差不公。
 (三)不符相關規定：違反醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準、藥品許可證等規定。

評量醫藥專家

西醫基層審畢案件評量建議表

年 月份 分區審查醫藥專家審畢案件，業經評量小組評量完竣，核定內容如下：

- 一、醫事機構代號(件數)：_____ (____件)、_____ (____件)
 二、案件種類：重點評量 隨機抽樣評量 追蹤評量 專案評量
 三、科別：_____ 原審查醫藥專家代號：_____
 四、評量建議事項：

醫事機構代號	個案流水號	藥品(項目)代碼	應/不應核減(請勾選)		不合理類別(請勾選)			理由/說明
			應核減未核減	不應核減卻核減	一	二	三	

※整體性的評量/建議事項：

A. 宜請原審查醫藥專家加強對下列法令及規定之落實執行：

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 健保法之不給付項目 | <input type="checkbox"/> 2. 醫療服務給付項目及支付標準規定 | <input type="checkbox"/> 3. 藥品許可證規定 |
| <input type="checkbox"/> 4. 藥物給付項目及支付標準規定 | <input type="checkbox"/> 5. 事前審查規定 | <input type="checkbox"/> 6. 審查注意事項 |
| <input type="checkbox"/> 7. 其他(請說明)：_____ | | |

B. 宜請原審查醫藥專家加強對下列項目之落實執行：

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 用藥、治療方法與病情診斷不符 | <input type="checkbox"/> 2. 非必要之檢查或檢驗 |
| <input type="checkbox"/> 3. 處置、手術或其他治療與病情不符 | <input type="checkbox"/> 4. 用藥種類及份量與病情不符或有重複 |
| <input type="checkbox"/> 5. 變更病名過於頻繁 | <input type="checkbox"/> 6. 內服藥與針傷合併治療過於浮濫 |
| <input type="checkbox"/> 7. 治療內容與本保險醫療服務給付項目及支付標準規定不符 | <input type="checkbox"/> 9. 核減理由未書寫 |
| <input type="checkbox"/> 8. 其他違反相關法令或醫療品質不符專業標準 | |

C. 建議應移請分區業務組或分會行政配合事項，或其他建議事項：

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 應於注意改善—追蹤抽審 | <input type="checkbox"/> 2. 應於輔導改善—追蹤抽審 |
| <input type="checkbox"/> 3 同區不同醫藥專家審查標準不同 | <input type="checkbox"/> 4. 與其他區審查標準有明顯差異 |

說明：評量不合理類別：

- (一)專業認定不同：專業判斷及見解不同。
 (二)不符同儕共識：違反審查注意事項，或同案件內審查標準前後落差不公。
 (三)不符相關規定：違反醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準、藥品許可證等規定。

西醫基層審畢案件評量建議表

年 月份 分區審查醫藥專家審畢案件，業經評量小組評量完竣，核定內容如下：

- 一、醫事機構代號(件數)：_____ (____件)、_____ (____件)
 二、案件種類：重點評量 隨機抽樣評量 追蹤評量 專案評量
 三、科別：_____ 原審查醫藥專家代號：_____
 四、評量建議事項：

醫事機構代號	個案流水號	藥品(項目)代碼	應/不應核減(請勾選)		不合理類別(請勾選)			理由/說明
			應核減未核減	不應核減卻核減	一	二	三	

※整體性的評量/建議事項：

A. 宜請原審查醫藥專家加強對下列法令及規定之落實執行：

1. 健保法之不給付項目 2. 醫療服務給付項目及支付標準規定 3. 藥品許可證規定
4. 藥物給付項目及支付標準規定 5. 事前審查規定 6. 審查注意事項
7. 其他(請說明)：_____

B. 宜請原審查醫藥專家加強對下列項目之落實執行：

1. 用藥、治療方法與病情診斷不符 2. 非必要之檢查或檢驗
3. 處置、手術或其他治療與病情不符 4. 用藥種類及份量與病情不符或有重複
5. 變更病名過於頻繁 6. 內服藥與針傷合併治療過於浮濫
7. 治療內容與本保險醫療服務給付項目及支付標準規定不符
8. 其他違反相關法令或醫療品質不符專業標準 9. 核減理由未書寫

C. 建議應移請分區業務組或分會行政配合事項，或其他建議事項：

- 1 應於注意改善—追蹤抽審 2. 應於輔導改善—追蹤抽審
3 同區不同醫藥專家審查標準不同 4. 與其他區審查標準有明顯差異

說明：評量不合理類別：

- (一)專業認定不同：專業判斷及見解不同。
 (二)不符同儕共識：違反審查注意事項，或同案件內審查標準前後落差不公。
 (三)不符相關規定：違反醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準、藥品許可證等規定。

西醫基層審畢案件評量建議表

年 月份 分區審查醫藥專家審畢案件，業經評量小組評量完竣，核定內容如下：

- 一、醫事機構代號(件數)：_____ (____件)、_____ (____件)
 二、案件種類：重點評量 隨機抽樣評量 追蹤評量 專案評量
 三、科別：_____ 原審查醫藥專家代號：_____
 四、評量建議事項：

醫事機構代號	個案流水號	藥品(項目)代碼	應/不應核減(請勾選)		不合理類別(請勾選)			理由/說明
			應核減未核減	不應核減卻核減	一	二	三	

※整體性的評量/建議事項：

A. 宜請原審查醫藥專家加強對下列法令及規定之落實執行：

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 健保法之不給付項目 | <input type="checkbox"/> 2. 醫療服務給付項目及支付標準規定 | <input type="checkbox"/> 3. 藥品許可證規定 |
| <input type="checkbox"/> 4. 藥物給付項目及支付標準規定 | <input type="checkbox"/> 5. 事前審查規定 | <input type="checkbox"/> 6. 審查注意事項 |
| <input type="checkbox"/> 7. 其他(請說明)：_____ | | |

B. 宜請原審查醫藥專家加強對下列項目之落實執行：

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 用藥、治療方法與病情診斷不符 | <input type="checkbox"/> 2. 非必要之檢查或檢驗 |
| <input type="checkbox"/> 3. 處置、手術或其他治療與病情不符 | <input type="checkbox"/> 4. 用藥種類及份量與病情不符或有重複 |
| <input type="checkbox"/> 5. 變更病名過於頻繁 | <input type="checkbox"/> 6. 內服藥與針傷合併治療過於浮濫 |
| <input type="checkbox"/> 7. 治療內容與本保險醫療服務給付項目及支付標準規定不符 | <input type="checkbox"/> 9. 核減理由未書寫 |
| <input type="checkbox"/> 8. 其他違反相關法令或醫療品質不符專業標準 | |

C. 建議應移請分區業務組或分會行政配合事項，或其他建議事項：

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 應於注意改善—追蹤抽審 | <input type="checkbox"/> 2. 應於輔導改善—追蹤抽審 |
| <input type="checkbox"/> 3 同區不同醫藥專家審查標準不同 | <input type="checkbox"/> 4. 與其他區審查標準有明顯差異 |

說明：評量不合理類別：

- (一)專業認定不同：專業判斷及見解不同。
 (二)不符同儕共識：違反審查注意事項，或同案件內審查標準前後落差不公。
 (三)不符相關規定：違反醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準、藥品許可證等規定。

西醫基層審畢案件審查說明單

科別：

※檢附資料：

類別：(請勾選)	醫事機構代號	費用年月	個案流水號
<input type="checkbox"/> 費用申報 <input type="checkbox"/> 事前審查 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)：			

※個案來源：(請勾選)

- A. 個案相關資料：1. 醫療費用清單 2. 醫令清單 3. 病歷相關資料
- B. 其他佐證資料：1. 醫學相關報導(期刊、文獻等) 2. 其他：

審查理由說明	
審查重點	
建議事項	※請填列具體可行的審查規範文字內容，俾利討論或彙總。

備註：對於抽審評量建議結果如有不同專業見解或其他認為有討論必要者，請填列審查說明單敘明理由，提報所屬分區相關會議討論，作為「西醫基層審查醫藥專家品質指標」評量參考。

頁共

頁

申請人	收案單位
申請日期	收案日期

西醫基層審畢案件審查說明單

科別：

※檢附資料：

類別：(請勾選)	醫事機構代號	費用年月	個案流水號
<input type="checkbox"/> 費用申報 <input type="checkbox"/> 事前審查 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)：			

※個案來源：(請勾選)

- A. 個案相關資料：1. 醫療費用清單 2. 醫令清單 3. 病歷相關資料
- B. 其他佐證資料：1. 醫學相關報導(期刊、文獻等) 2. 其他：

審查理由說明	
審查重點	
建議事項	※請填列具體可行的審查規範文字內容，俾利討論或彙總。

備註：對於抽審評量建議結果如有不同專業見解或其他認為有討論必要者，請填列審查說明單敘明理由，提報所屬分區相關會議討論，作為「西醫基層審查醫藥專家品質指標」評量參考。

頁
共

頁

申請人	收案單位
申請日期	收案日期

中華民國醫師公會全國聯合會
西醫基層醫療服務跨區審查實施計畫

一、西醫基層醫療服務案件審查業務(含事前審查)有下列之情事，得申請跨區審查：

- (一) 醫療服務案件因審查醫藥專家專科(次專科)人力不足無法審查時。
- (二) 醫療服務案件因審查醫藥專家迴避原則規定無法審查時。
- (三) 其他經中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會各分會(以下簡稱分會)或健保署應專業審查需要之醫療服務案件。

二、申請流程：

- (一) 申請分會協調後填具「西醫基層醫療服務跨區審查申請單」表格(如下表)傳真予受託分會確認。
- (二) 待受託分會主任委員同意並簽核後，回傳申請分會備查。
- (三) 申請分會應至該區衛生福利部中央健康保險署分區業務組(以下簡稱分區業務組)寄送跨區審查案件予受託審查分區業務組辦理審查業務。
- (四) 受託分會應於期限內完成審查並至該區分區業務組協助寄回申請分區業務組。醫療費用案件(含核退案件)審查作業時效：案件送達起日曆天14日內；事前審查案件：案件送達起日曆天7日內，以利後續作業完成。
- (五) 上開郵寄作業依西醫基層醫療服務審查勞務委託契約第十二條(九)有關健保資料檔案應遵守相關保護法規定辦理。
- (六) 申請分會應將跨區審查統計納入委託契約執行報告。

西醫基層醫療服務跨區審查申請單

申請日期： 年 月 日

<input type="checkbox"/> 醫療服務審查案件 <input type="checkbox"/> 事前審查案件 <input type="checkbox"/> 其他案件				
申請 分會		受託 分會		受託分會 主任委員簽章
跨區審查案件相關資訊				
費用年月	診所名稱	科別	件數	跨區審查原因