

110 年第 4 次「中醫門診總額台北分區共管會議」會議紀錄

時間：110 年 12 月 16 日(星期四)中午 12 時 30 分

地點：台北市中正區許昌街 17 號 9 樓第一會議室（臺北業務組壽德大樓）

主席：劉組長玉娟、詹主任委員益能

紀錄：黃寶玉

出席單位及人員：

中醫門診醫療服務審查執行會台北區分會(以下簡稱中執會台北區分會)

詹委員益能	黃委員建榮	陳委員又新
黃委員澤宏	陳委員建輝	林委員恭儀
王委員姿涼(請假)	陳委員贊文	吳委員鐘霖
陳委員曉鈞	戴委員文杰(請假/ 代理人蔡坤儒出席)	陳委員文豐
陳委員文戎		

本署臺北業務組

劉組長玉娟、林副組長寶鳳、	
許專門委員忠逸、陳簡任視察蕙玲	
醫療費用三科	楊淑娟、郭乃文、賴美雪、陳德旺、
	楊萬清、林于婷、黃寶玉、呂佳穎、
	蔡雅芸、侯佩辰、林育婷、張翊暄
醫療費用四科	余正美、徐梓芳、黃彥菱
醫務管理科	張志銘、楊臨宜
承保三科	林英蘭

列席單位及人員

中執會台北區分會

林衍志君	林源泉君	施丞修君
許清煙君	廖唯宇君(請假)	賴柏志君
范力升君	李彥頻君	

壹、主席致詞：(略)

貳、前次會議紀錄確認

決定：洽悉。

參、歷次會議決定/決議事項辦理情形

決定：

- 一、追蹤事項共 4 案：繼續列管共 1 案(序號 1)、餘 3 案(序號 2、3、4)解除列管。
- 二、繼續列管：序號 1_有關中執會台北區分會針對藥費、診察費管理提供立抽方案之成效，俟臺北業務組完成立抽專審結果，再提共管會議確認並研議後續管理措施。

肆、報告事項

第一案

報告單位：臺北業務組

案由：中醫門診總額執行概況及宣導事項。

決定：

- 一、有關中執會台北區分會提出巡迴醫療案件之費用申報，應比照線上總表採電子化方式申報一事，臺北業務組將提建議至署本部研處。
- 二、餘洽悉。

第二案

報告單位：中執會台北區分會

案由：中醫門診醫療服務審查執行會台北區分會執行報告。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：臺北業務組

案由：111 年「中醫門診總額台北分區共管會議」召開時程。

決定：111 年會議時程如下，請委員預留時間。

次數	第 1 次	第 2 次	第 3 次	第 4 次
會議日期	111.03.24 (星期四) 12:30	111.06.23 (星期四) 12:30	111.09.15 (星期四) 12:30	111.12.22 (星期四) 12:30
會議地點	9 樓第 1 會議室	9 樓第 1 會議室	9 樓第 1 會議室	9 樓第 1 會議室

伍、討論事項

第一案

提案單位：臺北業務組

案由：因應 110 年 3 月中醫支付標準調整，中醫院所申報複雜性針傷處置後續分析案，提請討論。

決議：

- 一、請臺北業務組提供有關本區預算總額(量)資料與增加分析各區申報比較，於 111 年第 1 次共管會議討論。
- 二、針對複雜性針傷處置申報異於同儕之篩選條件，請臺北業務組與中執會台北區分會確認後，再行文相關異常院所說明，併副知台北區分會；至於院所回復內容，亦將轉請台北區分會審視其申報之合理性，以精進後續費用管理作為。

第二案

提案單位：臺北業務組

案由：有關本區中醫院所申報同院所、同患者高度複雜性傷科起始次累積醫令次數超過 2 次處理案，提請討論。

決議：針對臺北業務組檔案分析發現病人醫令累積次數偏高且頻頻更換主診斷之 2 家院所，辦理立抽專審，審視其合理性。

第三案

提案單位：中執會台北區分會

案由：為服務病況易變之病患，縮短康復時間，建議應刪除開藥 3 天之管理措施，提請討論。

決議：刪除臺北區「中醫門診總額抽樣抽審實施方案」C3 指標：「院所 21 案件開藥日數 \leq 3 日件數占率 \geq 95 百分位者，權值點數加 6。」，自 111 年 1 月(費用年月)起實施，並續觀察二季申報

費用各項目點數、占率及變化趨勢後，提報 111 年第 3 次共管會議討論。

第四案

提案單位：中執會台北區分會

案由：為減少患者於針傷治療黃金期非必要之跨院所就醫次數，讓患者盡可能由同院所醫師治療，建議應修訂針傷次數之管理措施，提請討論。

決議：參照 110 年第 3 次中醫研商議事會議討論事項第一案決議內容，同步修訂臺北區「中醫門診總額抽樣抽審實施方案」指標 C6「同月同病患申請針灸、傷科處置費>15 次者，權值點數加 12。」由 15 次修正為 20 次(權值點數仍為 12)，並自 110 年 12 月(費用年月)起實施。

散會：下午 3 點 35 分

衛生福利部中央健康保險署臺北業務組 中醫門診總額抽樣抽審實施方案(修訂版)

衛生福利部中央健康保險署臺北業務組 110年12月16日修訂

管理指標：

指標項次	指標類別	指標代碼	指標名稱	抽審期間	抽審
1	管理 指標	A1	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十六條經違約記點者。	6個月	必審
2		A2	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條經扣減其醫療費用之十倍金額者。	1年	必審
3		A3	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八或三十九條停止特約一個月者。	1年6個月	必審
4		A4	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八或三十九條停止特約二個月者。	2年	必審
5		A5	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八或三十九條停止特約三個月者。	2年6個月	必審
6		A6	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第四十條停止特約一年者。	3年	必審
7		A7	新特約未滿6個月之院所。	6個月	必審
8		A8	院所自行終止合約及合約期滿未續約。	自接獲醫管科通知當月起至合約迄月止	必審
9		A9	當月醫療費用未於次月20日前申報之院所。	當月份	必審
10		A10	於每萬人口中醫師數 \geq 最近一季季中全國80百分位之地區增加醫師(排除院所醫師總數 \leq 去年同期之院所)及新開業院所。抽審期間：新開業院所1年，增加醫師院所6個月。	新開業院所1年，其餘院所6個月	必審
11		A11	未參加中執會(台北區分會)舉辦之輔導會議或連續2次未參加說明會之院所。	當月份	必審
12		A12	經共管會議決議應加強審查院所名單____(理由)。	3個月	必審
13		A13	臺北業務組提報應加強審查院所名單(含專業審查意見表示需加強審查、違規(約)偵查中、申訴、檢舉或輔導中、依檔案分析執行之審查專案等院所)。	1. 1至3個月。 2. 違規(約)偵查中者，抽審至處分確定前。	必審
14		A14	當月未納入抽樣抽審之隨機抽樣院所(浮動指標)。	當月份	必審
15		A15	每一院所每年至少應予以抽樣審查1次(浮動指標)。	當年	必審

權值指標：

指標項次	指標類別	指標代碼	指標名稱	同儕百分位值	權值點數
1	成長率	B1	藥費高於同儕且藥費正成長院所(特約>24個月)。	≥95百分位	12
2		B2	院所申請醫療費用點數成長率—人數成長率(特約>24個月)。	≥95百分位	9
3		B3	院所平均每件醫療費用成長率。	≥95百分位	6
4		B4	院所申請病患平均就醫次數成長率	≥95百分位	9
5		B5	同一院所針傷執行成長率。	≥97.5百分位	3
6	占率	C1	院所隔日申報診察費比率。	≥97.5百分位	9
7		C2	院所療程中申報診察費比率。	≥95百分位	6
8		C3	院所21案件開藥日數≤3日件數占率。	≥95百分位	6
9		C4	院所最近一季病患開藥日數≥PR97.5人數占率。	≥97.5百分位	6
10		C5	院所最近一季病患針傷處置醫令量≥PR97.5人數占率。	≥97.5百分位	6
11		C6	同月同病患申請針灸、傷科處置費>20次。		12
12		C7	院所申請重複就診率(同一日同一病患就診≥2次比率)。	≥97.5百分位	6
13		C8	院所申請針傷科與內科交替比率。	≥97.5百分位	6
14	醫療利用	D1	院所申請醫療費用點數。	≥95百分位	12
15		D2	院所任一醫師針傷及脫臼整復29案件申請醫療費用點數。	≥97.5百分位	9
16		D3	院所醫師平均申請醫療費用點數。	≥95百分位	9
17	其他	E1	院所最近一個月,初審核減率≥5%。		12
18		E2	病患平均就醫次數申報前15名院所(分純內科及針傷內科兩類型,各取15家)。		3
19		E3	參加「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」院所,得減計權值點數2點。		-2
20		E4	院所查詢「健保醫療資訊雲端查詢系統中醫用藥頁籤」比率≥1%,得減計權值點數2點。		-2
21		E5	院所職災申報率≥1%,得減計權值點數1點。		-1
22		E6	院所職災申報件數≥P90,得減計權值點數2點。		-2
23		E7	樣本月申報案件分類30(中醫特定疾病門診加強照護)或案件分類22(中醫其他專案)之專款專用疾病照護計畫申報人數各達3人(含)以上院所(得分項減計權值點數1點),最高減計3點。		-1
24		E8	院所申請初診患者成長率≥95%,得減計權值點數1點。		-1
25		E9	年度參與分會舉辦之健保相關業務說明會,於參加月之次次月得減計權值點數1點,全年以2點為上限。		-1

備註：

- 一、符合必審指標其中一項,該月份必須抽審,其餘依權值積分加總排序,自積分高者依序補足抽審家數比率。
- 二、抽樣抽審執行原則:抽審以申報院所家數30%為原則(因必審指標增加,致抽審率超過者,不在此限),抽審家數占四分之三,浮動指標家數占四分之一為原則。
- 三、本方案所有指標皆採論人歸戶隨機抽樣審查,每次抽樣人數最少10人(不足10人,則依實際申報人數全抽)。
- 四、本方案C6指標修訂後自110年12月(費用年月)實施;C3指標修訂後自111年1月(費用年月)實施。

衛生福利部中央健康保險署臺北業務組
中醫門診總額抽樣抽審實施方案各項指標操作型定義

衛生福利部中央健康保險署臺北業務組 110年12月16日修訂

通則：

1. 除條件說明另有規定，資料擷取原則上不含職業災害（案件分類 B6）案件。
2. 有申報醫療費用點數之院所皆納入母群體內計算。
3. 指標分析最近一月樣本月：係指應抽樣月份往前推算第 2 個月（例應抽樣月份為 102 年 3 月則指標分析最近一月之樣本月為 102 年 1 月）；例外情況為指標 E1 核減率 \geq 5%往前推算第 3 個月（例應抽樣月份為 102 年 3 月則指標分析樣本月為 101 年 12 月）。
4. 指標分析最近一季樣本季：係指應抽樣季往前推算第 2 季（例應抽樣季別為 102 年第 1 季則指標分析之樣本季為 101 年第 3 季）。
5. 指標分析最近半年樣本半年：係指應抽樣若為最近半年則推算前一年上半年資料；若應抽樣為下半年則推算前一年之下半年資料（例應抽樣為 102 年上半年開藥日數 $>$ 183 天則指標分析樣本為 101 年 1-6 月；若應抽樣本為 102 年下半年開藥日數 $>$ 183 天則指標分析樣本為 101 年 7-12 月）。

A8	自行終止合約及合約期滿未續約。
說明	條件說明： 1. 排除條件：負責醫師死亡。 2. 院所請檢送負責醫師死亡證明之相關文件備查。
A10	於每萬人口中醫師數 \geq 最近一季季中全國 80 百分位之地區增加醫師（排除院所醫師總數 \leq 去年同期之院所）及新開業院所。抽審期間：新開業院所 1 年，增加醫師院所 6 個月。
說明	樣本月與去年同期申報之醫師數（含專任+兼任）比較。 條件說明： 1. 排除條件：因參與「中醫負責醫師訓練媒合計畫」之代訓、共訓及主訓院所增加之受訓醫師數。 2. 上述排除之醫師名單由分會來函提供（受訓醫師於受訓期間得排除於 A10 指標樣本月之計算），另醫師退訓名單亦同辦理。
B1	藥費高於同儕且藥費正成長院所(特約 $>$ 24 個月)。
說明	A：院所最近 1 月申報藥費。 B：院所去年同期申報藥費。 算式： $(A-B)/B*100\%$ 條件說明： 1. 院所特約 $>$ 24 個月。 2. 藥費成長率 $>$ 0。
B2	院所申請醫療費用點數成長率-人數成長率（特約 $>$ 24 個月）。
說明	A：(院所該月份申請醫療費用點數加總-院所去年同期申請醫療費用點數加總)/院所去年同期申請醫療費用點數加總*100%。 B：(院所該月份申請人數加總-院所去年同期申請人數加總)/院所去年同期申請人數加總*100% 算式：A-B 條件說明：院所特約 $>$ 24 個月。

衛生福利部中央健康保險署臺北業務組
中醫門診總額抽樣抽審實施方案各項指標操作型定義

衛生福利部中央健康保險署臺北業務組 110年12月16日修訂

B3	平均每件醫療費用成長率。
說明	A：院所最近1月申報醫療費用/院所最近1月申報診察費件數。 B：院所去年同期申報醫療費用/院所去年同期申報診察費件數。 算式： $(A-B)/B*100\%$ 條件說明：排除職災、重大傷病、診察費為0案件及專款專用案件。
B4	病患平均就醫次數成長率。
說明	A：院所最近1月申報診察費件數/院所最近1月歸戶就醫人數。 B：院所去年同期申報診察費件數/院所去年同期歸戶就醫人數。 算式： $(A-B)/B*100\%$ 條件說明： 1. 保險對象：身分證號相同者計一人。 2. 排除職災、重大傷病、診察費為0案件及專款專用案件。
B5	同一院所針傷執行成長率。
說明	A：院所最近1月歸戶針傷就醫人數/院所最近1月歸戶就醫人數。 B：院所去年同期歸戶針傷就醫人數/院所去年同期歸戶就醫人數。 算式： $(A-B)/B*100\%$ 條件說明： 1. 排除院所該月份針傷案件數50(含)件以下。 2. 排除專款專用案件。 3. 不排除診察費=0之案件。
C1	隔日申報診察費比率。
說明	分子：院所該月份同一人隔日申報診察費之件數。 分母：院所該月份申報診察費之總件數。 條件說明： 1. 保險對象：身分證號相同者計一人。 2. 排除專款專用案件。 3. 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次診察者，且隔日又申報1件診察費，重複件數為2件。
C2	療程中申報診察費比率。
說明	分子：院所該月份同一病患療程中另申報診察費之件數。 分母：院所該月份申報診察費不為0之療程案件數。 條件說明： 1. 保險對象：身分證號相同者計一人。 2. 療程中另申報診察費比率係指療程起迄日中另申報診察費不為0的案件。 3. 排除專款專用案件。
C3	院所21案件開藥日數≤3日件數占率。
說明	分子：院所該月份申請21案件開藥日數≤3日件數加總。 分母：院所該月份申請21案件開藥日數件數加總。
C4	院所最近一季病患開藥日數≥PR97.5人數占率。

衛生福利部中央健康保險署臺北業務組
中醫門診總額抽樣抽審實施方案各項指標操作型定義

衛生福利部中央健康保險署臺北業務組 110年12月16日修訂

說明	分子：院所同一病患最近一季開藥日數 \geq PR97.5 人數加總。 分母：院所最近一季病患歸戶加總人數。 條件說明：保險對象身分證號相同者計一人。
C5	院所最近一季病患針傷處置醫令量 \geq PR97.5 人數占率。
說明	分子：院所最近一季病患針傷處置醫令量 \geq PR97.5 人數加總。 分母：院所最近一季針傷病患歸戶加總人數。 條件說明： 1. 保險對象：身分證號相同者計一人。 2. 排除專款專用案件。
C6	同月同病患申請針灸、傷科處置費 $>$ 20 次。
說明	院所同月同病患申請針灸、傷科處置費 $>$ 20 次。 條件說明： 1. 保險對象：身分證號相同者計一人。 2. 29 針傷案件。 3. 排除專款專用案件。
C7	重複就診率（同一日同一病患就診 \geq 2 次比率）。
說明	分子：院所該月份同一日同一病患申報 2（含）筆以上診察費件數。 分母：院所該月份申報診察費之總件數。 條件說明：保險對象身分證號相同者計一人。
C8	針傷科與內科交替比率
說明	分子：院所該月份同時申報針傷及內科案件人數。 分母：院所該月份申報總人數。 條件說明： 1. 保險對象：身分證號相同者計一人。 2. 針傷案件診察費 $>$ 0。 3. 內科案件為（21, 22, 24, 28 案件）診察費 $>$ 0。 4. 排除專款專用案件。
D1	院所申請醫療費用點數。
說明	院所該月份申請醫療費用點數加總。
D2	院所任一醫師針傷及脫臼整復 29 案件申請醫療費用點數。
說明	院所該月份任一醫師針傷案件申請醫療費用點數加總。
D3	院所醫師平均申請醫療費用點數。
說明	分子：院所該月份申請醫療費用點數加總。 分母：院所該月份申報醫師數。
E1	最近一個月，初審核減率 \geq 5%。
說明	分子：院所最近 1 月初審核減點數。 分母：院所最近 1 月醫療費用。
E2	病患平均就醫次數申報前 15 名院所（分純內科及針傷內科兩類型，各取 15 家）。
說明	分子：院所最近 1 個月申報診察費件數。 分母：院所最近 1 個月歸戶就醫人數。

衛生福利部中央健康保險署臺北業務組
中醫門診總額抽樣抽審實施方案各項指標操作型定義

衛生福利部中央健康保險署臺北業務組 110年12月16日修訂

	<p>條件說明：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 保險對象身分證號相同者計一人。 2. 排除職災、重大傷病、診察費為 0 案件及專款專用案件。
E4	查詢「健保醫療資訊雲端查詢系統中醫用藥頁籤」比率 $\geq 1\%$ ，得減計權值點數 2 點。
說明	<p>分子：院所最近 1 月門診開立中藥且查詢「健保醫療資訊雲端查詢系統中醫用藥頁籤」病人人次。</p> <p>分母：院所最近 1 月門診開立中藥病人人次。</p> <p>條件說明：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 同一院所、身分證字號及門診就醫日期計一人次。
E5	職災申報率 $\geq 1\%$ ，得減計權值點數 1 點。
	<p>分子：最近一個月申報職業災害件數(案件類別為 B6 案件)。</p> <p>分母：最近一個月申報 29 及 B6 案件件數。</p> <p>條件說明：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 排除診察費為 0 的案件。 2. 同時符合 E5、E6 者，以 E6 列計。
E6	職災申報件數 $\geq P90$ ，得減計權值點數 2 點。
	<p>最近一個月申報職業災害件數(案件類別為 B6 案件)。</p> <p>條件說明：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 排除診察費為 0 的案件。 2. 同時符合 E5、E6 者，以 E6 列計。
E7	樣本月申報案件分類 30(中醫特定疾病門診加強照護)或案件分類 22(中醫其他專案)之專款專用疾病照護計畫申報人數各達 3 人(含)以上院所(得分項減計權值點數 1 點)，最高減計 3 點。
	<p>最近一個月申報案件分類 30(中醫特定疾病門診加強照護)或案件分類 22(中醫其他專案)之專款專用疾病照護計畫申報人數各達 3 人(含)以上院所。</p> <p>條件說明：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 保險對象身分證號相同者計一人。 2. 符合一項得減計權值點數 1 點，二項得減計 2 點，依此類推最高減計 3 點。
E8	初診患者成長率 $\geq P95$ ，得減計權值點數 1 點。
	<p>分子 A：當月初診患者人數</p> <p>分母 B：去年同期初診患者人數</p> <p>算式：$[(A-B)/B]*100\%$</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 非山地離島地區特約≥ 24個月、山地離島地區特約≥ 12個月。 2. 限患者需為二年內(費用年月相減)未到該全民健康保險中醫醫事服務機構看診方可提出。 3. 院所申報初診案件件數以每月申報診察費不為 0 之就醫病人 ID 歸戶人數之 10%為最高申請件數。