**全民健康保險檔案分析審查不予支付指標及處理方式**

**(歷次公告內容)**

中醫門診總額部門

|  |  |
| --- | --- |
| 指標名稱 | 022-中醫同一院所同一患者同月看診次數過高  （本指標刪除） |
| 實施目的 | 約束特約院所合理的醫療行為及減少患者就醫之不便 |
| 指標定義 | 按院所代碼及病患身分證號歸戶，當月申請診察費(中醫門診總額診察費大於0)8次以上個案，核減超過次數之診察費。  排除當年度中醫總額部門以下案件。  (1)B6：職災案件、A3：預防保健。  (2)當年度中醫總額部門專款專用案件(依當年度總額協商各專款專用案件特定治療項目代碼辦理)  (3)25：中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案。  (4)30：中醫特定疾病門診加強照護。 |
| 指標屬性 | 負向 |
| 分析單位 | 依院所按月分析 |
| 分析範圍 | 中醫門診總額部門 |
| 處理方式 | 病患就診8次以上之部分，診察費不予支付。  不予支付點數＝【（當月就診8次以上病患總就診次數－當月就診8次以上病患人數\*8）÷當月就診8次以上病患總就診次數】＊當月就診8次以上病患申報之診察費 |
| 停止辦理起日 | 111年7月1日(費用年月)停止辦理 |

|  |  |
| --- | --- |
| 指標名稱 | 022-中醫同一院所同一患者同月看診次數過高 |
| 實施目的 | 約束特約院所合理的醫療行為及減少患者就醫之不便 |
| 指標定義 | 按院所代碼及病患身分證號歸戶，當月申請診察費(中醫門診總額診察費大於0)8次以上個案，核減超過次數之診察費。  排除當年度中醫總額部門以下專款專用案件。  (1)B6：職災案件、A3：預防保健。  (2)當年度中醫總額部門專款專用案件(依當年度總額協商各專款專用案件特定治療項目代碼辦理)  (3)25：中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案。  (4)30：中醫特定疾病門診加強照護。 |
| 指標屬性 | 負向 |
| 分析單位 | 依院所按月分析 |
| 分析範圍 | 中醫門診總額部門 |
| 處理方式 | 病患就診8次以上之部分，診察費不予支付。  不予支付點數＝【（當月就診8次以上病患總就診次數－當月就診8次以上病患人數\*8）÷當月就診8次以上病患總就診次數】＊當月就診8次以上病患申報之診察費 |
| 衛生福利部核准日期及文號 | 中華民國108年3月21日衛署健保字第1081260075號函 |
| 健保署公告日期及文號 | 中華民國108年3月26日健保審字第1080003989號公告 |
| 實施起日 | 108年5月1日(費用年月) |

|  |  |
| --- | --- |
| 指標名稱 | 022-中醫同一院所同一患者同月看診次數過高 |
| 實施目的 | 約束特約院所合理的醫療行為及減少患者就醫之不便 |
| 指標定義 | 按院所代碼及病患身分證號歸戶，當月申請診察費8次以上個案，核減超過次數之診察費。  排除當年度中醫總額部門專款專用案件。 |
| 指標屬性 | 負向 |
| 分析單位 | 依院所按月分析 |
| 分析範圍 | 中醫門診總額部門 |
| 處理方式 | 病患就診8次以上之部分，診察費不予支付。  不予支付點數＝【（當月就診8次以上病患總就診次數－當月就診8次以上病患人數\*8）÷當月就診8次以上病患總就診次數】＊當月就診8次以上病患申報之診察費 |
| 衛生署核准日期及文號 | 中華民國99年5月19日衛署健保字第0990012241號函 |
| 健保局公告日期及文號 | 中華民國99年5月28日健保審字第0990002802號公告 |
| 實施起日 | 99年3月1日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 指標名稱 | 030-中醫用藥日數重複率過高  （本指標刪除） |
| 實施目的 | 減少病患不當之重複用藥 |
| 指標定義 | 用藥日數重複率  分母：給藥案件之給藥日份加總  分子：重複用藥日數  給藥案件：藥費點數大於0之案件  重複用藥日數=Σ{(同院所同病患前一筆就醫日期+前一筆給藥日份)-當次就醫日期-1}  中醫每日藥費：當月支付點數 |
| 指標屬性 | 負向 |
| 分析單位 | 依院所按月分析 |
| 分析範圍 | 中醫門診總額部門 |
| 處理方式 | 用藥日數重複率大於或等於閾值(>=2.10%)院所，超出閾值之重複日數藥費不予支付。  不予支付點數=重複用藥日數\*當月中醫每日藥費支付點數\*  (用藥日數重複率-2.1%)/重複率 |
| 停止辦理起日 | 111年7月1日(費用年月)停止辦理 |

|  |  |
| --- | --- |
| 指標名稱 | 030-中醫用藥日數重複率過高 |
| 實施目的 | 減少病患不當之重複用藥 |
| 指標定義 | 用藥日數重複率  分母：給藥案件之給藥日份加總  分子：重複用藥日數  給藥案件：藥費點數大於0之案件  重複用藥日數=Σ{(同院所同病患前一筆就醫日期+前一筆給藥日份)-當次就醫日期-1}  中醫每日藥費：當月支付點數 |
| 指標屬性 | 負向 |
| 分析單位 | 依院所按月分析 |
| 分析範圍 | 中醫門診總額部門 |
| 處理方式 | 用藥日數重複率大於或等於閾值(>=2.10%)院所，超出閾值之重複日數藥費不予支付。  不予支付點數=重複用藥日數\*當月中醫每日藥費支付點數\*  (用藥日數重複率-2.1%)/重複率 |
| 衛生福利部核准日期及文號 | 中華民國105年9月12日衛部保字第1050127700號函 |
| 健保署公告日期及文號 | 中華民國105年10月3日健保審字第1050036427號 |
| 實施日期 | 105年11月1日(費用年月) |

|  |  |
| --- | --- |
| 指標名稱 | 030-中醫用藥日數重複率過高 |
| 實施目的 | 減少病患不當之重複用藥 |
| 指標定義 | 用藥日數重複率  分母：給藥案件之給藥日份加總  分子：重複用藥日數  給藥案件：藥費點數大於0之案件  重複用藥日數=Σ{(同院所同病患前一筆就醫日期+前一筆給藥日份)-當次就醫日期-1}  中醫每日藥費：支付點數30點 |
| 指標屬性 | 負向 |
| 分析單位 | 依院所按月分析 |
| 分析範圍 | 中醫門診總額部門 |
| 處理方式 | 用藥日數重複率大於或等於閾值(>=2.10%)院所，超出閾值之重複日數藥費不予支付。  不予支付點數=重複用藥日數\*30\*(用藥日數重複率-2.1%)/重複率 |
| 衛生署核准日期及文號 | 中華民國97年12月24日衛署健保字第0970091081號函 |
| 健保局公告日期及文號 | 中華民國98年1月7日健保審字第0970045750號公告 |
| 實施起日 | 98年2月1日（費用年月） |

|  |  |
| --- | --- |
| 指標名稱 | 033-中醫門診申報同院所同病人當月針傷處置次數過高  （本指標刪除） |
| 實施目的 | 促使特約院所合理的醫療行為及減少醫療浪費 |
| 指標定義 | 按院所代碼及病患身分證號歸戶，針傷科處置(含電針處置)次數每月申請合計26次(含)以上之個案，核減超過次數之針傷科處置(含電針處置)費用。  排除當年度中醫總額部門以下案件：  1.案件分類：B6(職災案件)、A3(預防保健)。  2.當年度中醫總額部門專款專用案件(依當年度總額協商各專款專用案件特定治療項目代碼辦理)  3.案件分類25：中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案。  4.案件分類30：中醫特定疾病門診加強照護。 |
| 指標屬性 | 負向 |
| 分析單位 | 依院所按月分析 |
| 分析範圍 | 中醫門診總額部門 |
| 處理方式 | 院所當月申報針傷科處置(含電針處置)次數26次(含)以上之病患，不予支付超出之針傷科處置(含電針處置)費用。  不予支付點數=∑﹝(同一院所同一患者當月申報針傷科處置(含電針處置)醫令總數-25) / 針傷科處置(含電針處置)總數\*針傷科處置(含電針處置)申報總醫令點數﹞ |
| 停止辦理起日 | 111年7月1日(費用年月)停止辦理 |

|  |  |
| --- | --- |
| 指標名稱 | 033-中醫門診申報同院所同病人當月針傷處置次數過高 |
| 實施目的 | 促使特約院所合理的醫療行為及減少醫療浪費 |
| 指標定義 | 按院所代碼及病患身分證號歸戶，針傷科處置(含電針處置)次數每月申請~~天數~~合計~~大於~~26次(含)以上之個案，核減超過次數之針傷科處置(含電針處置)費用。  排除當年度中醫總額部門以下案件：  1.案件分類：B6(職災案件)、A3(預防保健)。  2.當年度中醫總額部門專款專用案件(依當年度總額協商各專款專用案件特定治療項目代碼辦理)  3.案件分類25：中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案。  4.案件分類30：中醫特定疾病門診加強照護。 |
| 指標屬性 | 負向 |
| 分析單位 | 依院所按月分析 |
| 分析範圍 | 中醫門診總額部門 |
| 處理方式 | 院所當月申報針傷科處置(含電針處置)次數26次(含)以上之病患，不予支付超出之針傷科處置(含電針處置)費用。  不予支付點數=∑﹝(同一院所同一患者當月申報針傷科處置(含電針處置)醫令總數-25) / 針傷科處置(含電針處置)總數\*針傷科處置(含電針處置)申報總醫令點數﹞ |
| 衛生福利部核准日期及文號 | 中華民國109年2月11日衛部保字第1091260053號函 |
| 健保署公告日期及文號 | 中華民國109年4月24日健保審字第1090053706號公告 |
| 實施起日 | 109年6月1日(費用年月) |

|  |  |
| --- | --- |
| 指標名稱 | 033-中醫門診申報同院所同病人當月針傷處置次數過高 |
| 實施目的 | 促使特約院所合理的醫療行為及減少醫療浪費 |
| 指標定義 | 按院所代碼及病患身分證號歸戶，針傷科處置次數每月申請天數合計大於26次(含)之個案，核減超過次數之針傷處置費用。  排除職業災害「B6案件」及專款專用項目案件。  排除當年度中醫總額部門以下案件  (1)B6：職災案件、A3：預防保健。  (2)當年度中醫總額部門專款專用案件(依當年度總額協商各專款專用案件特定治療項目代碼辦理)  (3)25：中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案。  (4)30：中醫特定疾病門診加強照護。 |
| 指標屬性 | 負向 |
| 分析單位 | 依院所按月分析 |
| 分析範圍 | 中醫總額部門 |
| 處理方式 | 針傷科處置次數每月申請合計大於閾值26次(含)院所，核減超出閾值之針傷處置費用。  不予支付點數＝超過26次（含）以上之針傷處置數 / 針傷處置總數 \*針傷處置總申報點數 |
| 衛生福利部核准日期及文號 | 中華民國108年3月21日衛署健保字第1081260075號函 |
| 健保署公告日期及文號 | 中華民國108年3月26日健保審字第1080003989號公告 |
| 實施起日 | 108年5月1日(費用年月) |

|  |  |
| --- | --- |
| 指標名稱 | 033-中醫門診申報同院所同病人當月針傷處置次數過高 |
| 實施目的 | 促使特約院所合理的醫療行為及減少醫療浪費 |
| 指標定義 | 按院所代碼及病患身分證號歸戶，針傷科處置次數每月申請天數合計大於26次(含)之個案，核減超過次數之針傷處置費用。  排除職業災害「B6案件」及專款專用項目案件。 |
| 指標屬性 | 負向 |
| 分析單位 | 依院所按月分析 |
| 分析範圍 | 中醫門診總額部門 |
| 處理方式 | 針傷科處置次數每月申請合計大於閾值26次(含)院所，核減超出閾值之針傷處置費用。  不予支付點數＝超過26次（含）以上之針傷處置數 / 針傷處置總數 \*針傷處置總申報點數 |
| 衛生署核准日期及文號 | 中華民國99年3月11日衛署健保字第0990005683號函 |
| 健保局公告日期及文號 | 中華民國99年3月22日健保審字第0990001221號 |
| 實施起日 | 99年5月1日（費用年月） |

|  |  |
| --- | --- |
| 指標名稱 | 037-中醫院所單一醫師每月申請中醫師親自調劑費(A32)次數大於1,200人次以上  （本指標刪除） |
| 實施目的 | 減少費用不合理的支出 |
| 指標定義 | 中醫院所單一醫師每月申請中醫師親自調劑費(A32)醫令數量大於1,200人次以上之個案。  排除當年度中醫總額部門以下案件  (1)B6：職災案件、A3：預防保健。  (2)當年度中醫總額部門專款專用案件(依當年度總額協商各專款專用案件特定治療項目代碼辦理)  (3)25：中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案。  (4)30：中醫特定疾病門診加強照護。 |
| 指標屬性 | 負向 |
| 分析單位 | 依院所按月分析 |
| 分析範圍 | 中醫門診總額部門 |
| 處理方式 | 不予支付點數＝（同一中醫院所內每月申請中醫師親自調劑費(A32)醫令數量大於1,200人次以上醫師申報A32醫令數量總和－同一中醫院所內每月申請中醫師親自調劑費(A32)醫令數量大於1200人次以上之醫師數\*1,200）\*13 |
| 停止辦理起日 | 111年7月1日(費用年月)停止辦理 |

|  |  |
| --- | --- |
| 指標名稱 | 037-中醫院所單一醫師每月申請中醫師親自調劑費(A32)次數大於1,200人次以上 |
| 實施目的 | 減少費用不合理的支出 |
| 指標定義 | 中醫院所單一醫師每月申請中醫師親自調劑費(A32)醫令數量大於1,200人次以上之個案。  排除當年度中醫總額部門以下案件  (1)B6：職災案件、A3：預防保健。  (2)當年度中醫總額部門專款專用案件(依當年度總額協商各專款專用案件特定治療項目代碼辦理)  (3)25：中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案。  (4)30：中醫特定疾病門診加強照護。 |
| 指標屬性 | 負向 |
| 分析單位 | 依院所按月分析 |
| 分析範圍 | 中醫門診總額部門 |
| 處理方式 | 不予支付點數＝（同一中醫院所內每月申請中醫師親自調劑費(A32)醫令數量大於1,200人次以上醫師申報A32醫令數量總和－同一中醫院所內每月申請中醫師親自調劑費(A32)醫令數量大於1200人次以上之醫師數\*1,200）\*13 |
| 衛生福利部核准日期及文號 | 中華民國108年3月21日衛署健保字第1081260075號函 |
| 健保署公告日期及文號 | 中華民國108年3月26日健保審字第1080003989號公告 |
| 實施起日 | 108年5月1日(費用年月) |

|  |  |
| --- | --- |
| 指標名稱 | 037-中醫院所單一醫師每月申請中醫師親自調劑費(A32)次數大於1200人次以上 |
| 實施目的 | 減少費用不合理的支出 |
| 指標定義 | 中醫院所單一醫師每月申請中醫師親自調劑費(A32)醫令數量大於1200人次以上之個案。 |
| 指標屬性 | 負向 |
| 分析單位 | 依院所按月分析 |
| 分析範圍 | 中醫門診總額部門 |
| 處理方式 | 不予支付點數＝（同一中醫院所內每月申請中醫師親自調劑費(A32)醫令數量大於1200人次以上醫師申報A32醫令數量總和－同一中醫院所內每月申請中醫師親自調劑費(A32)醫令數量大於1200人次以上之醫師數\*1200）\*13 |
| 衛生福利部核准日期及文號 | 中華民國104年10月23日衛部保字第1040131876號函 |
| 健保署公告日期及文號 | 中華民國104年10月26日健保審字第1040036535號 |
| 實施起日 | 104年11月1日(費用年月) |

|  |  |
| --- | --- |
| 指標名稱 | 037-中醫院所單一醫師每月申請中醫師親自調劑費(A32)次數大於1200人次以上 |
| 實施目的 | 減少費用不合理的支出 |
| 指標定義 | 中醫院所單一醫師每月申請中醫師親自調劑費(A32)醫令數量大於1200人次以上之個案。 |
| 指標屬性 | 負向 |
| 分析單位 | 依院所按月分析 |
| 分析範圍 | 中醫門診總額部門 |
| 處理方式 | 不予支付點數＝（同一中醫院所內每月申請中醫師親自調劑費(A32)醫令數量大於1200人次以上醫師申報A32醫令數量總和－同一中醫院所內每月申請中醫師親自調劑費(A32)醫令數量大於1200人次以上之醫師數\*1200）\*10 |
| 衛生署核准日期及文號 | 中華民國101年4月17日衛署健保字第1010008003號函 |
| 健保局公告日期及文號 | 中華民國101年4月26日健保審字第1010075197號 |
| 實施起日 | 101年7月1日(費用年月) |

|  |  |
| --- | --- |
| 指標名稱 | 047-中醫同一院所同一患者每月申報電針處置案件超過20件  (本項指標刪除) |
| 實施目的 | 為不符合中醫臨床常規 |
| 指標定義 | 按院所代碼及病患身分證號歸戶，每月申報電針處置(醫令代碼為B43、B44)次數超過20次以上處置費用不予支付。 |
| 指標屬性 | 負向 |
| 分析單位 | 依院所按月分析 |
| 分析範圍 | 中醫門診總額部門 |
| 處理方式 | 院所當月申報電針處置次數超過20次之病患，不予支付超過20次之電針處置點數。  不予支付點數=∑﹝(同一院所同一患者每月申報電針處置案件總次數-20次)\*電針處置醫令點數﹞ |
| 衛生福利部核准日期及文號 | 中華民國109年2月11日衛部保字第1091260053號函 |
| 健保署公告日期及文號 | 中華民國109年4月24日健保審字第1090053706號公告 |
| 停止辦理起日 | 109年6月1日(費用年月) |

|  |  |
| --- | --- |
| 指標名稱 | 047-中醫同一院所同一患者每月申報電針處置案件超過20件 |
| 實施目的 | 為不符合中醫臨床常規 |
| 指標定義 | 按院所代碼及病患身分證號歸戶，每月申報電針處置(醫令代碼為B43、B44)次數超過20次以上處置費用不予支付。 |
| 指標屬性 | 負向 |
| 分析單位 | 以院所別按月分析 |
| 分析範圍 | 中醫門診總額部門 |
| 處理方式 | 院所當月申報電針處置次數超過20次之病患，不予支付超過20次之電針處置點數。  不予支付點數=∑﹝(同一院所同一患者每月申報電針處置案件總次數-20次)\*電針處置醫令點數﹞ |
| 衛生福利部核准日期及文號 | 中華民國103年6月16日衛部保字第1030116175號函 |
| 健保署公告日期及文號 | 中華民國103年6月20日健保審字第1030007056號 |
| 實施日期 | 103年8月1日(費用年月) |