113 年第 1 次「中醫門診總額台北分區共管會議」紀錄

時間：113 年 3 月 14 日(星期四)中午 12 時 30 分

地點：健保署臺北業務組壽德大樓 9 樓第 1 會議室

(臺北市許昌街 17 號 9 樓)

主席：李組長純馥、林主任委員源泉

紀錄：黃寶玉

出席單位及人員

中執會台北區分會委員：

陳副主任委員建輝、林副主任委員衍志、許副主任委員清煙(張子瑜醫師代理)、陳執行長仲豪(楊正成醫師代理)、沈委員瑞斌、施委員丞修、蔡委員坤儒、吳委員鐘霖、陳委員建宏、黃委員景宏、顏委員志誠、顏委員振松

本署臺北業務組

韓副組長佩軒、許專門委員忠逸、賴簡任視察淑玲

醫療費用三科

宋兆喻、陳德旺、賴美雪、林于婷、黃寶玉、張翊暄、林宸由、林育婷、翁珮真、王聿卉

醫療費用四科

潘尹婷、吳欣穎、張芳如

醫務管理科

尤明村、黃冠宇

列席單位及人員：

台北市中醫師公會

林秣萱醫師、賴柏志醫師

新北市中醫師公會

廖唯宇醫師、吳炫璋醫師(請假)

宜蘭縣中醫師公會

黃啟育醫師

基隆市中醫師公會

張子瑜醫師

中執會台北區分會

范力升、李彥頻

壹、主席致詞：(略)

貳、確認前次會議紀錄：(略)

參、報告事項

第一案

報告單位：臺北業務組

案由：歷次會議決議事項辦理情形追蹤。

決定：

- 一、追蹤事項共 4 案，全數解除列管。
- 二、序號 2：「有關本區中醫院所申報針傷案件療程 2-6 次複雜度不符支付標準規範管理案」，112 第 4 季針傷案件療程 2-6 次複雜度不符支付標準規範案件，應予改支差額，續由臺北業務組依規定核扣費用。
- 三、餘洽悉。

第二案

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、有關中醫藥司核定「公費臺灣清冠一號費用」本署行政協助代為追扣案，臺北業務組已於 113 年 3 月 8 日函請院所至健保資訊網服務系統(VPN)確認核扣明細，請中執會台北區分會通知會員，如有異議於 113 年 4 月 30 日前先行向中醫藥司提出申復，俟該司申復核定結果代為追扣費用。
- 二、請中執會台北區分會轉知「112 年 3-5 月中醫針傷合理量(行政審查邏輯調整)追扣補付作業」、「長期使用呼吸器病人不適用於申報西醫住院病患中醫輔助計畫」等辦理情形及支付規定。另宣導「健保卡資料上傳格式 2.0 作業」自 113 年 9 月 1 日起全面單軌實施，及「醫療費用申報總表線上作業」、「檢驗檢查及影像應上傳原則」、「虛擬健保卡」等相關政策推動。

三、餘洽悉。

第三案

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。

第四案

報告單位：臺北業務組

案由：有關本署 113 年第 1 次中醫門診總額研商議事會議重點摘要報告案。

決定：

一、主要修訂推動重點如下，請分會預擬相關費用管理措施：

- (一) 有關 112 年度總額協定事項，就「提升中醫小兒傷科照護品質」、「多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度」、「針傷合併治療合理給付」、「增加『特定疾病門診加強照護』適應症腦中風後遺症(診斷碼 I69)」、「照護機構中醫醫療照護方案」等項目，依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行及重複部分費用。中全會建議不予扣減，俟提報健保會討論後再議。
- (二) 通過 113 年度中醫協定項目之「中醫利用新增人口」預算扣減方式之操作型定義；修訂「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」申請資格、「中醫兒童過敏性鼻炎試辦計畫」放寬縮短再收案間隔時間等計畫內容。
- (三) 中醫門診總額 112 年第 3 季點值經重新計算業已公告，預定於 112 年 3 月底前辦理點值結算作業，其他事項俟依正式公告內容辦理後續事宜。

二、餘洽悉。

第五案

報告單位：臺北業務組

案由：有關本區中醫院所高度複雜性傷科醫令重複申報管理案。

決定：

- 一、針對 111 年 6 月至 112 年 12 月(費用年月)間臺北區中醫院所「高度複雜性傷科-起始次」相關醫令不符申報規定案件，依中醫支付標準改支差額，由臺北業務組逕予核扣費用。
- 二、請中執會臺北區分會宣導會員，申報「高度複雜性傷科-起始次」相關醫令應依中醫支付標準「同院所同病人再次受傷申報頻率限制：不同部位限每三個月申報一次、同部位限每六個月申報一次，須註明傷科部位且須符合適應症」等規定，正確核實申報。

肆、討論事項

第一案

提案單位：臺北業務組

案由：有關本區「中醫院所健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率」未查詢院所管理，提請討論。

決議：

- 一、由臺北業務組與臺北區 4 縣市中醫師公會合作舉辦 3 場次健保醫療資訊雲端查詢系統(下稱雲端查詢系統)說明會，其中 1 場次針對臺北與新北院所，於臺北業務組舉辦，金門院所同步視訊；另 2 場次請基隆與宜蘭中醫師公會尋覓合適場地，臺北業務組派員前往宣導。另臺北業務組將提供雲端查詢系統查詢率低於臺北區平均值之院所名單，請 4 縣市中醫師公會及中執會臺北區分會協助邀請院所積極參與說明會，併轉知院所說明會訊息。
- 二、臺北業務組配合製作雲端查詢系統操作步驟懶人包或錄製短影音等宣導素材，供院所參考運用。
- 三、為保障民眾用藥就醫安全，請中執會臺北區分會加強宣導會員，於診療病患時落實查詢或下載本署雲端查詢系統之「中醫用藥頁籤」。

第二案

提案單位：臺北業務組

案由：修訂臺北業務組中醫門診總額抽樣抽審實施方案獎勵指標案，提請討論。

決議：新增中醫抽審方案獎勵指標 2 項，「E11：參加『虛擬健保卡就醫模式計畫』院所，得減計權值點數 1 點」及「E12：院所虛擬健保卡案件申報率 $\geq$ 1%，得減計權值點數 2 點」，以鼓勵院所採用虛擬健保卡看診及申報，並自 113 年 4 月(費用年月)起生效(詳附件)。

第三案

提案單位：中執會台北區分會

案由：針對台北區「中醫集團院所醫療費用申報管理之規劃案」，提請討論。

決議：請臺北業務組針對臺北區整體中醫院所異常申報態樣，訂定篩異指標，例如同醫師同病患同(隔)日跨院重複就診次數偏高，或自家親人(員工)長期頻繁就醫等情形，並將分析結果提報 113 年第 2 次中醫共管會議，俾研議後續費用管理措施。

伍、臨時提案

第一案

提案單位：中執會台北區分會

案由：為管理「中醫支付標準第六章針灸合併傷科治療處置費」申報樣態，建議增列相關抽審指標，提請討論。

決議：為精準篩異，同意依臺北業務組所提，以 112 年 12 月(費用年月)臺北區申報中醫針傷合併處置醫令，申報量與合理量較異常且病人就醫次數頻繁(月申報針傷合併治療處置醫令 $\geq$ 9 筆)院所，辦理第一波回溯性專案立意抽審，再依審查結果研議後續費用管理措施。

散會：下午 15 點 08 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

衛生福利部中央健康保險署臺北業務組 113 年 3 月 14 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		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
9		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
10		C6	同月同病患申請針灸、傷科處置費≥20次。		12
11		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
12		C8	院所申請針傷科與內科交替比率。	≥97.5百分位	6
13		醫療利用	D1	院所申請醫療費用點數。	≥95百分位
14	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
15	D3		院所醫師平均申請醫療費用點數。	≥95百分位	9
16	D4		院所最近一個月，初審核減率≥5%。		12
17	D5		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
18	獎勵指標	E5	院所職災申報率≥0.2%，得減計權值點數1點。		-1
19		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
20		E8	院所申請初診患者成長率≥95%，得減計權值點數1點。		-1
21		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
22		E10	參加「醫療費用總表線上確認作業」院所，得減計權值點數2點		-2
23		E11	<u>參加「虛擬健保卡就醫模式計畫」院所，得減計權值點數1點。</u>		<u>-1</u>
24		E12	<u>院所虛擬健保卡申報率≥1%，得減計權值點數2點。</u>		<u>-2</u>

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、本方案修訂後自113年4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 113 年 3 月 14 日 修訂

通則：

1. 除條件說明另有規定，資料擷取原則上不含代辦案件。
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。

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。
C4	院所最近一季病患開藥日數 $\geq$ PR97.5人數占率。
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 ≥ 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。
D4	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。
D5	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。 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。
E5	職災申報率 $\geq 0.2\%$ ，得減計權值點數 1 點。
說明	分子：最近一個月申報職業災害件數(案件類別為 B6 案件)。 分母：最近一個月申報 29 及 B6 案件件數。

	條件說明： 排除診察費為 0 的案件。
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。
說明	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。 條件說明： 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。
說明	分子 A：當月初診患者人數 分母 B：去年同期初診患者人數 算式： $[(A-B)/B]*100\%$ 註： 1.非山地離島地區特約 $\geq$ 24 個月、山地離島地區特約 $\geq$ 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。
E10	參加「醫療費用總表線上確認作業」院所， <u>得減計權值點數 2 點。</u>
說明	分析樣本月(抽樣月份往前推算第 2 個月)有參加「醫療費用總表線上確認作業」院所。
E11	<u>參加「虛擬健保卡就醫模式計畫」院所，得減計權值點數 1 點。</u>
說明	<u>分析樣本月(抽樣月份往前推算第 2 個月)有參加「虛擬健保卡就醫模式計畫」院所。</u>
E12	<u>院所虛擬健保卡申報率$\geq$1%，得減計權值點數 2 點。</u>
說明	<u>分子：院所樣本月(抽樣月份往前推算第 2 個月)虛擬健保卡申報件數。</u> <u>分母：院所樣本月(抽樣月份往前推算第 2 個月)總申報件數。</u> 條件說明： <u>排除診察費為 0 的案件。</u>