

健保署中區業務組與中醫門診醫療服務審查執行會中區分會
113年第1次共管會議紀錄

時間：113年3月21日下午1時整

地點：健保署中區業務組10樓第1會議室

出席人員：（依據姓氏筆劃順序排序）

中醫門診醫療服務審查執行會中區分會

（以下簡稱中執會中區分會）

江奇潭、呂祐吉、林師彬、林煥章、林義王、
林榮志、胡雲瑜、張原彰、張繼憲、曹榮穎、
莊鶴麟、許偉宸、陳文枝、陳建仲、陳博淵、
陳稼洺、彭德桂、黃坤山、黃明正、黃東德、
楊士樑、詹子宜、廖宏哲、趙佳信、劉其松、
歐世宸、蔡嘉一、鄭耀明、蕭世洪、戴志龍、

健保署中區業務組

陳墩仁、賴大年、蘇彥秀、楊惠真、王奕晴、林裕
能、戴秀容、林育辰、謝佩璇、張玉貞、曾憶玲

列席人員：楊雨軒、楊皓評

請假人員：王來庫、林永農、林淑鑾、林親怡、侯俊華、
張言綸、張瑞麟、陳志昇、陳祈宏、陳憲法、蔡
全德、謝文霖、顏良達

主 席：丁組長增輝、蔡主任委員淑貞

紀錄：潘佳鈴

壹、主席致詞（略）

貳、報告事項：

一、中執會中區分會工作報告：（略）

二、健保署中區業務組業務報告：

（一）專案追蹤：

1. 高度複雜性傷科起始次超出申報頻率逕扣差額（費用年月

- 111/06-112/11)：預計核減家數 92 家、核減件數 1,349 件。
2. 支付標準新增項目(A91)申報分析(費用年月 112/03-112/12)：全署申報 6,859 萬點，中區申報 2,367 萬點(35%)，排名全署第 1。

(二) 本次專案：

1. A91 整合醫療照護費加計逕扣(費用年月 111/03-112/12)：
- (1)同院所同病人同療程申報 2 次以上 A91：核減家數 105 家、核減件數 2,027 件。
- (2)同次看診申報 2 次以上 A91：核減家數 7 家、核減件數 14 件。
- (3)同院所同病人同療程申報 2 次以上 A90：核減家數 4 家、核減件數 10 件。
- (4)中醫慢性病連續處方調劑(28 案件)併報診療費或診察費：核減家數 45 家、核減件數 167 件。

請分會協助輔導院所依相關規定辦理。

2. 針傷案件每人耗用分析：

111Q1~Q4 每人耗值中區均略高於全署值，112Q1~Q4 差距擴大。將持續針對單價、耗用及申報頻率異於同儕者加強管理，請分會協助輔導院所審慎使用健保醫療資源。

三、轉知及宣導事項

(一) 請院所至 VPN「看診資料及掛號費維護」維護更新掛號費相關資訊

1. 為利民眾於就醫前可查詢院所掛號費資訊，本署將於近期於健保快易通 APP(路徑：醫療查詢/就醫院所查詢)及全球資訊網(路徑：健保服務/健保醫療服務/院所查詢/健保特約醫事機構查詢)中個別院所資訊，揭示「門診掛號費」

等資訊。

2. 為服務民眾與收費透明、避免收費糾紛，請輔導院所儘速至本署 VPN 維護更新相關資訊(路徑：VPN/醫務行政/看診資料及掛號費維護)。

(二) 本署行政協助衛福部中醫藥司代為追扣「公費臺灣清冠一號費用」，先行提供核扣明細予院所確認案

1. 依公費臺灣清冠一號補助方案及申報核付作業規定，經審查發現有溢領及不符規定者，得追繳藥品補助費用。
2. 為求周延及避免行政耗用，中醫藥司請本署先以健保資訊網服務系統(VPN)交換提供核扣明細予院所確認(路徑：本署 VPN/院所資料/院所交換檔案下載區)，本組已於 113 年 3 月 8 日函知院所。院所如有異議，請於 113 年 4 月 30 日前逕向中醫藥司提出申復，經該司重新核定後，本署再另代為追扣費用；如未於期限內提出者，將逕予核扣。
3. 申復院所應依「公費臺灣清冠一號費用申復案件之檢核邏輯說明及應檢附佐證資料」備妥文件，併同「公費臺灣清冠一號申復案件佐證資料清單表」送至中醫藥司審查。中醫藥司處理清冠一號費用申復作業窗口：陳禹璋專員，電話(02)8590-7250。

(三) 「全民健康保險中醫急症處置計畫」公告修訂(113年1月29日公告)

1. 新增適用範圍：
S03.0(頷骨脫臼)、S03.1(鼻中隔軟骨脫位)、S13(頸部關節及韌帶脫臼及扭傷)、S23(胸部關節及韌帶之扭傷及脫位)、S33(腰椎與骨盆關節和韌帶的脫臼、扭傷及拉傷)。
2. 修訂支付標準：
刪除「P61002 中醫急症處置費(500 點)」，新增「P61003

針灸(或電針)治療處置費(500 點)」、「P61004 傷科(含推拿治療或外敷換藥處置)治療處置費(500 點)」及「P61005 骨折、脫臼整復復位治療處置費(1,200 點)」。

3. 增修申請資格：

申請參與計畫須二年內不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者）。二年內期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。

(四) 「中醫兒童過敏性鼻炎試辦計畫」條文修訂(113年3月14日公告)

結案之個案原規定於一年內不得再被收案，放寬為半年內不得再被收案。

(五) 「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」修訂草案及申報

1. 修訂申請資格：(113年第1次研商會議已通過，待公告)

第六條之「申請資格及退場機制：(一)設有中醫門診之醫院新增備註：(註：同一法人設立或經營專供診治兒童之醫院，本院與分院申請合併評鑑者，其兒童醫院視同設有中醫門診之醫院)。

2. 申報事宜：

重申收案對象不適用慢性呼吸照護階段(「P1011C 慢性呼吸照護病房論日計酬：第1—90日」或「P1012C 慢性呼吸照護病房論日計酬：第91天以後」)之病人。

3. 分會幹部反映事項：

(1)有關修訂申請資格，本組轄區中國兒童醫院與彰基兒童醫院，本院與分院係分開評鑑，無法適用，建請放寬規定。

(2)有關收案對象不適用慢性呼吸照護階段，以西醫支標規範中醫是否合理，且該計畫並未明文規定，建請於計畫明確規定。

(六) 調整「113 年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」施行區域一覽表

1. 無中醫醫事服務機構之鄉鎮區：刪除「彰化縣線西鄉」。
2. 一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區：新增「彰化縣線西鄉」及「臺中市外埔區」。
3. 生效起日：自中醫門診總額 113 年第 1 次研商會議紀錄發文日(113 年 3 月 14 日)起生效。

(七) 自 113 年 9 月 1 日起「健保卡資料上傳格式 2.0 作業」全面單軌實施，修訂改版流程如下，請院所儘早改版：

1. 情境一：113 年度新特約或 113 年 VPN 新開通之院所，於 VPN 申請試辦計畫項目「IC-健保卡資料上傳格式 2.0 作業」（下稱 IC 試辦計畫），並由本組核定同意後，可直接以健保卡 2.0 格式上傳每日就醫資料。（申請路徑：VPN/服務項目/醫務行政/特約機構作業/試辦計畫/點選「IC-健保卡資料上傳格式 2.0 作業」/申請）
2. 情境二：非情境一之院所，維持現行改版流程，「健保卡 2.0 預檢比對健保卡 1.0 統計報表」，對應 1.0 成功資料之 2.0 預檢成功率達 100%(採四捨五入計算)，得省略申請「IC 試辦計畫」，即可完成健保卡 2.0 改版作業。（參考報表路徑：VPN/服務項目/健保卡就醫上傳檢核結果查詢/健保卡 2.0 預檢比

對健保卡 1.0 統計報表)

(八) 健保違規宣導

1. 每季宣導案例將置於 VPN 系統，以提供院所參考。(路徑：VPN/服務項目/院所資料交換/院所交換檔案下載)
2. 為確保健保資源合理運用，請轉知院所應覈實申報醫療費用。

(九) 醫療費用申報總表線上確認作業

1. 院所可透過紙本或線上申請「76-申報總表線上確認」作業。申請核可後，該機構以負責人之醫事人員卡及健保專屬讀卡機（或雲端安全模組）登錄 VPN，進入【醫療費用申報總表線上確認】畫面進行確認，即可申報費用，不須寄送紙本申報總表。
2. 線上確認完成後由系統於隔日自動受理，若院所於申報上傳五日內(不含假日)確認完成，則受理日為上傳日期；若超過五日才確認，則受理日為確認日期。申報上傳超過一日未確認，系統將於每日早上 7 點 mail 通知院所。若因故(如健保系統當機…等)無法完成總表線上確認，院所亦可至【紙本醫療費用申報總表下載作業】畫面將該月改為紙本申報，印出後寄至本組。
3. 請轉知院所踴躍參加總表線上確認作業。

(十) 113 年推動及管理重點：

1. 配合署重要政策，推動健保卡資料上傳格式 2.0 作業全面單軌實施、醫療費用申報總表線上確認、虛擬健保卡。
2. 進行檔案分析，對異常申報院所立意抽審，必要時啟動實地訪查，並對重複用藥、重複看診加強管理。

(十一)感謝醫界傳愛健保·讓愛繼續

112 年度本組接獲各界捐款 978 萬元(醫界 245 萬元)，協助弱勢家庭安心就醫，獲得適當醫療照顧。感謝醫界長期支持中區健保愛心專戶，傳遞醫界美善的能量，讓我們的社會更美好。

(十二)112 年度醫事服務機構扣繳憑單電子檔

1. 本組自 113 年 2 月 6 日起至 6 月 14 日期間提供下載列印，請至本署 VPN 系統之「醫療費用支付/報稅參考檔案查詢下載」自行下載電子檔案(停歇業醫事服務機構本組另以紙本寄發)。
2. 本次不列入所得之費用項目計有：
 - (3)「健保不到 8 成補到 8 成之收入(診所)」、「健保不到 9 成補到 9 成之收入(醫院)」。
 - (4)「抗原快篩試劑費」。
 - (5)「公費流感疫苗、兒童常規疫苗、75 歲以上長者肺炎鏈球菌、COVID-19 疫苗等疫苗接種處置費」。
 - (6)「疫苗接種獎勵費」、「防疫獎勵費」、「COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫獎勵費用」、「應變隔離醫院醫療費用差額補助」、「受 COVID-19 疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵費」及、C5 案件醫療費用收入(包括住院隔離醫療費用、當日轉住院隔離之門診診療費用、COVID-19 確診個案居家照護之相關醫療照護費用、公費臺灣清冠一號藥品調劑及管理費)等。
3. 「分列項目參考表」下載提供時間本組將另行週知(預計於 4 月底前提供)。

(十三)重申油症患者就醫免部分負擔醫療費用之權益

1. 依據油症條例第 8 條：「凡油症患者持「油症患者就診卡」或已註記油症患者身分之健保卡就醫，優免不分科別之門急診部分負擔」；其部分負擔代碼為【901】。
2. 「油症患者就醫注意事項」相關資料已放置於本署全球資訊網之「首頁/健保服務/行政協助業務/油症患者就醫」；國健署「油症患者全人關懷中心」亦設有免付費電話專線 0800-580-280，供院所利用。
3. 請轉知院所加強周知掛號批價櫃台，有關油症患者優免就醫部分負擔規定，俾利渠等人員順利就醫。

四、提案討論

提案一

提案單位：健保署中區業務組

案由：建議修訂中區中醫門診總額管理計畫，刪除一般抽審指標編號 7：「4 天(含)以上長假登錄看診時段」，並新增指標「醫療費用申報總表線上確認」，提請討論。

決議：自費用年月 113 年 4 月起，刪除一般抽審指標「4 天(含)以上長假登錄看診時段」，另新增「醫療費用申報總表線上確認」列為正向抽審指標予以鼓勵(修訂內容詳附件)，並於試行 3 個月後依執行情形檢討修正。

提案二

提案單位：中執會中區分會

案由：為鼓勵院所持續執行衛教並落實於醫療中，建議保留一般抽審指標項目 8-1 與 8-2「整合醫療照護費加計(A91)」，提請討論。

決議：保留一般抽審指標項目「8-1 申報整合醫療照護費加計(A91)件數大於等於 20 件」與指標項目「8-2 申報整合醫療照護費加計

(A91)比率」。

參、 臨時動議：無

肆、 散會：下午 2 時整。

中區中醫門診總額管理計畫

105年6月23日中醫聯席會通過
 106年3月16日修訂
 106年12月14日修訂
 107年3月22日修訂
 107年6月7日修訂
 108年6月20日修訂
 109年6月11日修訂
 109年9月24日修訂
 110年3月11日修訂
 110年12月30日修訂
 111年9月29日修訂
 111年12月22日修訂
 112年9月14日修訂
 112年12月14日修訂
113年3月21日修訂

壹、依據：

衛生福利部中央健康保險署中醫門診醫療服務審查勞務委託契約辦理。

貳、目的：

為提昇中醫醫療品質、管控醫療費用合理成長、及了解健保特約中醫院所於實際執行醫療業務情形，積極輔導改善異常診療行為。

參、實施對象：中區所有特約中醫院所

肆、實施辦法

一、審查指標與抽樣原則

(一) 分析資料來源與對象

本抽樣指標分析，原則上以院所(醫師)前前月(費用年月)之申報資料為分析標的，例如抽審109年3月的申報資料，即以109年1月(統計月)之資料進行分析。

(二) 抽審原則

1. 抽審類別

(1) 常規抽審

- A. 每月抽審家數：申報家數 20%-30%。
- B. 抽審分為必審、一般抽審及隨機抽審。

(2) 專案抽審

依中醫共管會議決議項目或依檔案分析發現異常執行抽審。

2. 常規抽審原則

(1) 篩選必審院所：必審指標項目如附表一。

(2) 一般抽審院所：

- A. 一般抽審指標項目如附表二；抽審指標資料定義如附表三。
- B. 符合必審指標之院所家數若未達目標審查家數，則依一般抽審指標權值分數積分排序，自積分高者補足上列家數審查。若遇積分相同時，自一般抽審指標編號9至編號21之權值加總，由積分高者補足。
- C. 符合必審指標之院所家數若已達目標審查家數，則不啟動一般抽審指標。

(3) 當月未列入抽審的院所，以隨機方式抽其中家數5%-10%。

(三) 抽審方式

- 1. 常規抽審：論人歸戶隨機抽審。
- 2. 專案抽審：視需要採隨機或立意抽審。

二、實地審查暨輔導作業原則

依中華民國中醫師公會全國聯合會「全民健康保險中醫門診醫療服務實地審查暨輔導作業原則」辦理。如附件

註1：本計畫彙整原中央健康保險署中區業務組中醫門診總額抽審指標、中醫總額管理計畫表及中醫門診醫療服務實地審查暨輔導作業原則。

註2：本計畫依中醫共管會議同意日期起實施。

附表一、必審指標

編號	指標項目	篩選條件	抽審期間	
1	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第36條予違約記點之院所	處分函到次月起	3個月	
2	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第37條經查核追扣或扣減醫療費用10倍之院所，	處分函到次月起	6個月	
3	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第38、39條經停約之院所	處分函到次月起	1年	
4a	拒絕輔導之中醫院所	拒絕輔導次月起	3個月	
4b	接受輔導後視需要進行追蹤之中醫院所	分會發文月次月起	1-3個月	
5a	無基期	在每萬人口中醫師數<最近公告全國平均值之地區開業	包括院所特約、跨區遷移、私立基層院所	6個月
5b	院所	在每萬人口中醫師數≥最近公告全國平均值之地區開業	變更負責醫師及院所代碼異動	1年
6	初審核減率	以抽審月之前前前月申報院所≥P99	1個月	

註1：健保署網站按季公布前季中部各鄉、鎮（市）地區每萬人口醫師數。以108年7月院所特約為例，參考108年第2季季中月（108年5月）每萬人口中醫師。詳中央健康保險署全球資訊網。網址：<http://www.nhi.gov.tw>。

註2：每萬人口中醫師數：分子為各季季中月（2、5、8、11月）各鄉、鎮（市）地區中醫師人數，分母為各季季中月各鄉、鎮（市）地區設籍人口數。

註3：私立基層院所變更負責醫師，係為原負責醫師之配偶及原負責醫師之直系親屬及其配偶，院所須來文並檢附相關證明文件，其原抽審時程得減半，惟每月仍需列入抽審指標之篩選分析。

註4：接受輔導後進行追蹤的實際抽審期間依據分會發文辦理。

附表二、一般抽審指標

編號	指標項目	資料期間	指標閾值	權值分數
----	------	------	------	------

編號	指標項目	資料期間	指標閾值	權值分數
1	1-1 申報職業傷害(B6 案件)件數大於等於 5 件	統計月	≥5 件	-1
	1-2 申報職業傷害(B6 案件) 比率	統計月	≥P75, ≥P90	-1, -2
2	2-1 慢性病案件平均每件給藥日數	統計月	≥P75, ≥P90	-1, -2,
	2-2 慢性病處方占率	統計月	≥P75, ≥P90	-1, -2,
3	雲端查詢系統「中醫用藥」查詢率	統計月	≥75%	-1
4	參加「中醫專款專用照護計畫」院所	統計月	申報任一項專款專用照護計畫(22 案件)。	-1
5	院所週日平均就診人數	統計月	1.週日看診 2 週(含)以上, 且平均週日看診 10 人次以上。	-1
			2.週日看診 4 週(含)以上, 且平均週日看診 10 人次以上, 且 ≥ 平日平均看診人次的 25%。	-2
6	兩年內初診患者人數比率_月	統計月	≥P90	-1
<u>7</u>	<u>醫療費用申報總表線上確認</u>	<u>前月</u>	<u>使用線上總表申報</u>	<u>-1</u>
8	8-1 申報整合醫療照護費加計(A91)件數大於等於 20 件	統計月	≥20 件	-1
	8-2 申報整合醫療照護費加計(A91)比率	統計月	≥P75, ≥P90	-1, -2
9	未參加「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」院所	前月	未參加本方案院所	1
10	去年同期醫療費用點數成長率與人數利用率差	統計月	≥P75, ≥P90, ≥P95	2, 3, 4
11	21、22(內科)日件數成長率	統計月	≥P75, ≥P90, ≥P95	2, 3, 4
12	用藥日數重複率	統計月	≥P90, ≥P95, ≥P99	1, 2, 3
13	重複就診率	統計月	≥P75, ≥P90, ≥P95	2, 3, 4
14	隔日申報診察費率	統計月	≥P75, ≥P90, ≥P95	2, 3, 4
15	最近 3 個月平均就診次數	統計月及其前兩個月	≥P75, ≥P90, ≥P95	1, 2, 3
16	申報診察費次數大於 8 次	統計月	>8 次	2
17	針傷申報比率	統計月	≥P75, ≥P90, ≥P95	1, 2, 3

編號	指標項目	資料期間	指標閾值	權值分數
18	療程 14 日內未完成重新申請診察費件數占率	統計月	≥P75，≥P90，≥P95	1，2，3
19	針傷科處置次數大於 20 次	統計月	>20 次，>21 次，>22 次	1，2，3
20	同院所 21 案件給藥日數≤2 日件數占率	統計月	≥P90，≥P95，≥P99	1，2，3
21	醫師歸戶之申請點數	統計月	醫師總產能（執業院所產能+兼任院所產能）60 萬以上，依下列規則，予以權值計分： 1. 專任院所：依醫師總產能 60~69 萬權值為 1，每增 10 萬權值再加 1 2. 兼任院所：依醫師於兼任院所產能 10 萬權值為 1 3. 院所本項指標最多採計 5 分	

附表三、一般抽審指標資料定義

編號	指標項目	計算公式	條件說明
1	1-1 申報職業傷害(B6 案件)件數大於等於 5 件	院所該月申報 B6 案件數加總/院所該月申報 29 案件數加總	1. 排除診察費=0 之案件。 2. 申報職業傷害比率項排除院所統計月申報總件數 50 (含) 件以下者。 3. 院所同時達指標項目 1-1、1-2 之權值時，採利於院所項計分，但不得重複列計。
	1-2 申報職業傷害(B6 案件)比率		
2	2-1 慢性病案件平均每件給藥日數	院所該月申報慢性病案件(24 案件)給藥日數加總/院所該月申報慢性病案件(24 案件)件數加總	1. 排除院所統計月申報總件數 50 (含) 件以下者。 2. 院所同時達指標項目 2-1、2-2 之權值時，採利於院所項計分，但不得重複列計。
	2-2 慢性病處方占率	院所該月申報慢性病案件(24 案件)件數加總/院所該月申報件數加總	
3	雲端查詢系統「中醫用藥」查詢率	開立中藥且查詢中醫用藥頁籤病人人次/門診開立中藥病人人次	1. 人次：同一院所、身分證字號及門診就醫日期計一人次。 2. 分母：統計期間內，門診開立中藥病人人次。 ※開立中藥：醫令代碼 A21、P33021、P34021、P58001~P58004、P56001~P56004、P39001~P39004、P59021，且醫令總量大於 0。

編號	指標項目	計算公式	條件說明
			3. 分子：分母案件中，經由線上查詢或批次查詢「健保醫療資訊雲端查詢系統中醫用藥頁籤」之病人人次。
4	參加「中醫專款專用照護計畫」院所		院所統計月申報22案件中任一項專款專用照護計畫。
5	院所週日平均就診人數	週日就診人數加總/週日開診次數	1. 保險對象：就診人數含同一療程者，身分證號相同者計一人。 2. 週日開診：院所申報費用月週日就診人數大於0 3. 平日：週一至週五。
6	兩年內初診患者人數比率_月	分母病患二年內未到中醫院所就診人數/統計期間中醫門診就診總人數	1. 排除「補報原因註記」為2(補報部分醫令或醫令差額)之案件。 2. 按【ID+生日】全國跨院往前勾稽二年未曾到中醫院所看診的人數。往前勾稽二年：係指當分母案件費用年月為10801，其觀察期間之費用年月為10602~10801(含當月)，依此類推。
7	<u>醫療費用申報總表線上確認</u>	<u>線上總表確認完成</u>	<u>前月以線上總表申報醫療費用，且於抽審當月20日(含)前完成申報。</u>
8	8-1 申報整合醫療照護費加計(A91)件數大於等於20件		院所同時達指標項目8-1、8-2之權值時，採利於院所項計分，但不得重複列計。
	8-2 申報整合醫療照護費加計(A91)比率	院所該月申報A91案件數加總/(院所該月申報24案件數加總+重大傷病案件數加總)	
9	未參加「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」院所		1. 院所前月申請參加方案起算。 2. 經追蹤未確實安裝者得計分。
10	去年同期醫療費用點數成長率與人數利用率差	院所該月醫療費用點數成長率-院所該月人數利用率成長率	1. 醫療費用(申請點數+部分負擔)。 2. 成長率與去年同期比。 3. 人數利用率成長率(p)：以院所病患ID歸戶計算人數，以月及人為單位不重複計算，即(統計月人數/去年同期人數)-1。 4. 醫療費用點數成長率(r)：即(統計月申報醫療費用點數/去年同期申報醫療費用點數)-1。 5. 不含預防保健(A3案件)、職業傷害(B6案件)、嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件(C5案件)及專款專用案件(註)、中醫特定疾病門診(30案件)。

編號	指標項目	計算公式	條件說明
			6. 不含較去年同期醫療費用點數負成長院所。 7. 排除醫療費用點數 P5 以下院所。
11	21、22(內科)日件數成長率	院所該月(21、22 案件)日平均件數較去年同期日平均件數增加之件數/院所去年同期(21、22 案件)日平均件數	1. 成長率與去年同期比。 2. 排除診察費=0 之案件。 3. 不含專款專用照護計畫任一項案件。 4. 排除醫療費用點數 P5 以下院所。 5. 院所內科日件數成長率值，如為負值或 0%者，不予計分。
12	用藥日數重複率	院所重複給藥日數加總/院所總給藥日數	1. 給藥案件：藥費不為 0 或給藥日份不為 0 或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種。 2. 不含案件類別 B6、C5、24、28、29、30、A3 及專款專用案件(註)。 3. 此指標按月進行資料的擷取及計算。 4. 排除條件： 分子： ▶按中醫院所、身分證號歸戶，計算每人的重複給藥日數加總。 ▶上次給藥最後一日重複者不計。例：1/1 給藥 7 天，1/7 再給藥 7 天，則計重複 0 日。 分母：中醫總額之特約院所給藥案件之「給藥日份」欄位數值加總。
13	重複就診率	同一院所、同一人、同一天重複門診件數加總/院所門診總件數	1. 排除診察費=0 之案件。 2. 保險對象之身分證號相同者計一人。 3. 不含預防保健(A3 案件)、職業傷害(B6 案件)、嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件(C5 案件)及專款專用案件(註)。 4. 此指標按月進行資料的擷取及計算。
14	隔日申報診察費率	同一院所、同一人、隔日申報診察費件數加總/院所申報總件數	1. 排除診察費=0 之案件。 2. 保險對象之身分證號相同者計一人。 3. 不含預防保健(A3 案件)、職業傷害(B6 案件)、嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件(C5 案件)、專款專用案件(註)及中醫特定疾病門診(30 案件)。 4. 此指標按月進行資料的擷取及計算。
15	最近 3 個月平均就診次數	院所最近 3 個月申報診察費件數/院所最近 3 個月份就醫人數	1. 排除診察費=0 之案件。 2. 保險對象之身分證號相同者計一人。 3. 不含預防保健(A3 案件)、職業傷害(B6 案件)、嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件(C5 案件)、專款專用案件(註)及中醫特定疾病門診(30 案件)。

編號	指標項目	計算公式	條件說明
16	申報診察費次數大於8次	院所該月同病患申報診察費之件數總和	<ol style="list-style-type: none"> 1. 排除診察費=0之案件。 2. 保險對象之身分證號相同者計一人。 3. 不含預防保健(A3案件)、職業傷害(B6案件)、嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件(C5案件)、專款專用案件(註)及中醫特定疾病門診(30案件)。
17	針傷申報比率	院所該月申報針傷案件數(29案件)加總/院所該月份申報件數加總	分母：不含預防保健(A3案件)、職業傷害(B6案件)、嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件(C5案件)、專款專用案件(註)及中醫特定疾病門診(30案件)。
18	療程14日內未完成重新申請診察費件數占率	同一院所、同一病患療程14日內未完成重新申請診察費人次/院所總申報診察費人次	<p>分子：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 療程：案件分類29之案件。 2. 療程14日內：就醫日期+14日。 3. 療程完成：有治療結束日且醫令數量大於等於6。 4. 療程未完成：有治療結束日且醫令數量小於6者，或無治療結束日者。 5. 指標採費用年月進行資料的擷取及計算，往後一次擷取2個月的資料依定義進行計算，例如：統計10501時，將擷取10501、10502的申報資料運算，並以10501案件資料為計算基礎。 <p>分母：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 排除診察費=0的案件。不含預防保健(案件分類A3)、職業傷害(B6案件)、嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件(C5案件)、專款專用案件(註)及中醫特定疾病門診(30案件)。
19	針傷科處置次數大於20次	院所該月同病患申報針傷科處置次數	<ol style="list-style-type: none"> 1. 針傷科處置：醫令代碼為D01-D08、E01-E12、F01-F68，且醫令金額不等於0之案件。 2. 不含預防保健(A3案件)、職業傷害(B6案件)、嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件(C5案件)、專款專用案件(註)及中醫特定疾病門診(30案件)。
20	同院所21案件給藥日數≤2日件數占率	同院所21案件給藥日數≤2日件數/同院所21案件給藥日數大於0件數總和	<ol style="list-style-type: none"> 1. 21案件：即案件類別21，中醫一般案件。 2. 排除藥費=0，給藥日數=0案件。 3. 排除21案件小於50件院所。

編號	指標項目	計算公式	條件說明
21	醫師歸戶之申請點數	1. 專任院所：依醫師總申請點數計算 2. 兼任院所：依醫師於各兼任院所申請點數計算	1. 醫師總產能（執業院所產能+兼任院所產能）60萬以上者採計。 2. 不含預防保健(A3 案件)、職業傷害(B6 案件)、嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件(C5 案件)、專款專用案件(註)及中醫特定疾病門診(30 案件)。

註：專款專用案件係指，25 案件(至無中醫鄉巡迴醫療或獎勵開業服務)、22 案件(其他專案)及矯正機構收容對象醫療服務計畫項目及 31 案件(居家中醫醫療服務)。

中華民國中醫師公會全國聯合會

全民健康保險中醫門診醫療服務實地審查暨輔導作業原則

- 一、 依據：

衛生福利部中央健康保險署中醫門診醫療服務審查勞務委託契約第二條履約標的辦理。
- 二、 目的：

為提昇中醫醫療品質及了解健保特約中醫院所於實際執行醫療業務情形、病歷記載、儲存之適法性而由中華民國中醫師公會全國聯合會（以下稱中醫全聯會）訂定本作業原則交由所屬分區分會（以下稱分會）執行。
- 三、 實地審查及輔導對象：
 - （一）經由檔案分析或專業審查建議需實地審查或輔導服務機構醫療服務品質者。
 - （二）其他與健保給付相關專案需實地審查或輔導服務機構醫療服務品質者。
 - （三）實地審查或輔導對象，得由衛生福利部中央健康保險署分區業務組（以下稱健保署分區業務組）或分會依（一）、（二）範圍提案，於分區共管會議決定。
- 四、 實地審查及輔導人員：
 - （一）實地審查人員由分區中醫門診總額共管會議（以下稱共管會議）決定。
 - （二）實地審查之執行，應有健保署分區業務組派員陪同，必要時得邀請相關醫事團體代表陪同。
 - （三）實地審查之人員，應符合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之迴避原則。
- 五、 實地審查與輔導重點：
 - （一）病歷紀錄品質。
 - （二）用藥安全暨藥袋標示。
 - （三）醫療設備。
 - （四）環境品質。
 - （五）人力設施。
 - （六）治療處置方式。
 - （七）其他醫療品質及臨床處置相關事項。
- 六、 實地審查流程：
 - （一）健保署分區業務組提供受審查之醫事服務機構之申報數據、違規紀錄等資料予分會實地審查人員。

- (二) 健保署分區業務組依共管會議決議，於實地審查前一個月內發文通知受審查之醫事服務機構，並副知當地中醫師公會，函文需引用相關法規作為依據。
- (三) 分會實地審查人員於審查時，對服務機構審查事項，若有涉及影響其權益者，應作成建議與健保署分區業務組討論後執行。
- (四) 於實地審查後，分會應將審查結果製成紀錄送交健保署分區業務組，健保署分區業務組將審查紀錄函送受審查之服務機構，並副知轄區中醫師公會。
- (五) 實地審查後，分會應將有需改善事項或需輔導對象，提分區共管會議確認，並持續追蹤。

七、輔導流程：

- (一) 輔導方式得採書面通知、面談、電話輔導、實地輔導等方式辦理。
- (二) 無論採何種輔導方式，其輔導事由、計畫內容等應經共管會議討論同意，或以書面報請健保署分區業務組同意後，分會據以行文受輔導之服務機構，必要時得邀請健保署分區業務組、相關醫事團體代表共同參與。
- (三) 輔導對象經分會輔導結案後，應製結案單，並以書面檢送結案單予健保署分區業務組辦理；結案單應記載輔導對象來源、輔導對象名稱、輔導方式、輔導時間地點、輔導案由、輔導處理結果、追蹤輔導成效、參與輔導人員及受輔導人員簽章。
- (四) 分會於輔導時或輔導後，對服務機構輔導事項，若有涉及影響其權益者，應作成建議與健保署分區業務組討論後執行。
- (五) 中醫保險醫事服務機構對輔導內容不服所提之異議，應提至共管會議討論。

八、實地審查與輔導時程表：

- (一) 分會應於每次共管會議討論實地審查與輔導對象名單。
- (二) 分會於實地審查與輔導對象確認後二個月內完成實地審查與輔導作業。
- (三) 分會應於實地審查與輔導作業結束後一週內完成實地審查與輔導紀錄，並將其結果送交健保署分區業務組備查。
- (四) 分會應按季彙整實地審查與輔導結果報告函送中醫全聯會備查。

九、中醫全聯會應將實地審查紀錄及輔導成效暨統計表如附件，提報納入委託契約執行報告。

十、本原則經衛生福利部中央健康保險署同意後實施。

中華民國中醫師公會全國聯合會
中醫部門實地審查暨輔導作業統計表

分區 業務 組	實地審查					輔導作業											
	審 查 家 數	審 查 次 數	審查結果處理(次數)			輔導案源 (次數)			輔導方式(次數)				合 計 輔 導 家 數	輔導結果追 蹤(家數)			
			合 理	輔 導	移 送 查 核	書 面 審 查	實 地 審 查	檔 案 分 析	書 面 輔 導	面 談 輔 導	電 話 輔 導	實 地 輔 導		移 送 查 核	加 強 審 查	改 善 結 案	
台北																	
北區																	
中區																	
南區																	
高屏																	
東區																	
合計																	

註：

1. 審查結果處理內容都是針對審查次數（每次審查之結果處理）。
2. 填報屬性非本表所列者，請以本表項目擇一近似項目列計。
3. 輔導追蹤之統計，當同一院所所有多重情形者，認定之優先順序為：「移送查核」、「加強審查」及「改善結案」，三類合計應＝合計輔導家數。
4. 分區一次審查多家者，次數 1 次，家數多家；同次約多家院所一起輔導者，次數 1 次、家數多家。

製表日期： 年 月 日