

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 2 次共管會議紀錄

時間：113 年 6 月 20 日下午 1 時

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）

王來庫、江奇潭、呂祐吉、林淑鑾、林煥章、
林義王、林榮志、林親怡、侯俊華、胡雲瑜、
張言綸、張原彰、張繼憲、曹榮穎、莊鶴麟、
許偉宸、陳文枝、陳志昇、陳祈宏、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、蔡全德、
鄭耀明、蕭世洪、戴志龍、顏良達、邱國華

健保署中區業務組

陳墩仁、賴大年、楊惠真、王奕晴、林裕能、
戴秀容、柯依鳳、林育辰、謝佩璇、張玉貞

列席人員：楊雨軒、楊皓評

請假人員：林永農、林師彬、張瑞麟、陳建仲、陳憲法、
劉其松、歐世宸、蔡嘉一、謝文霖

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：

- （一）醫療資源不足地區改善方案服務量能。
- （二）輔導案件統計。
- （三）審查醫藥專家出席情形統計及審查量能。

(四)重申申報A32「藥品調劑費－中醫師親自調劑」應由中醫師親自調劑始得申報，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，並請院所自行檢視電腦申報設定。

二、健保署中區業務組業務報告：

(一)專案 1：針傷科(29 案件)與內科(21 案件)頻繁交替院所管理追蹤(費用年月區間：前次抽審 110 年 4 月至 112 年 3 月、本次追蹤 112 年 10 月至 113 年 3 月)

1. 經統計，本次中區針傷就醫人數為各區次高，針內交替人數為各區最高。
2. 針內交替頻繁診所前經立意專審後，本次相較於前次有 2 成診所明顯改善且中區針內交替人數於全國占率微幅下降。
3. 同院針傷內科交替者篩異案件，將列入定期事後勾稽審查。

(二)專案 2：中醫師產值排名報表指標專業審查(費用年月區間：112 年 2 月至同年 12 月)

1. 同病人單月針傷科處置超過 20 次：
 - (1) 統計結果：轄區醫師超標月次及針傷科處置大於 20 次以上之次數均為全區第一。
 - (2) 後續管理：立意抽審。
2. 針傷案件平均每件申報點數 ≥ 95 百分位：
 - (1) 統計結果：轄區醫師超標月次為全區第一。
 - (2) 後續管理：立意抽審。

三、轉知及宣導事項

(一)修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」之 5 項專業醫療服務品質指標 (113 年 6 月 11 日公告)

參考值由「以前 5 年同季平均值 $\pm 20\%$ 」調整為「以前 5 年同季平均值 $\pm 10\%$ 」。5 項指標如下：

1. 就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率。

2. 使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率。
3. 使用中醫門診者之平均中醫就診次數。
4. 就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率。
5. 於同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率。

(二) 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. 本組轄區南投縣鹿谷鄉分級級數由「3:山地鄉」，改為「2:二級偏遠」，並自中醫門診總額 113 年第 2 次研商會議紀錄發文日 113 年 5 月 30 日起生效。
2. 另政府機關提供之「小黃公車」及「幸福巴士」等大眾運輸工具，若有行經近執行本方案地點，請執行院所周知民眾多加利用。

(三) 修訂中醫 3 項試辦計畫之醫院申請資格 (113 年 6 月 5 日公告，並自 113 年 1 月 1 日起生效)

修訂為「醫學中心等級醫院(以下稱總院)另行單獨設立兒童醫院，若總院設有中醫門診，則該兒童醫院視同設有中醫門診之醫院(符合申請資格)」。

3 項試辦計畫如下：

1. 全民健康保險中醫急症處置計畫。
2. 全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案。
3. 全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫。

(四) 「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」適用範圍釐清 (113 年第 2 次研商會議通過)

收案對象不適用慢性呼吸照護階段(申報「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。惟若屬慢性呼吸照護階段且符合本案計畫所列腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷之

適應症範圍及照護期間，並經醫療專業判斷具治療需求者，得予收案。

(五)「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」中、高度複雜性針傷治療處置所載治療時間起、迄之定義 (113 年 5 月 10 日健保

醫字第 1130662136 號函知全聯會)

1. 由於針傷「治療處置費」與 A01-A91「門診診察費」係屬不同章節項目；且依據「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」之「執行時間-起/迄(p14/p15)」欄位，資料說明敘明「中醫醫令代碼 D01-D08、E01-E14、F01-F84 等項目，本欄為必填，並以實際執行時間填報，須填寫至時分」，故申報針傷治療處置時，須填報該項醫令「執行時間-起/迄」至時分，並依各項醫令對應之實際服務內容起迄時間覈實申報。
2. 為確保健保資源合理運用，請轉知院所覈實申報醫療費用。

(六)健保卡資料上傳格式 2.0 作業(113 年 1 月 31 日公告於 VPN 健保資訊網服務系統/

業務公告)

1. 本作業自 **113 年 9 月 1 日起全面單軌**實施；於全面單軌實施前，以「健保卡資料上傳格式 2.0」版本上傳每日就醫資料院所，每家獎勵 10,000 點，112 年已有獎勵者不予重複獎勵。
2. 113 年度新特約或 113 年 VPN 新開通院所之申請路徑：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。
3. 截至 113 年 6 月 17 日止，轄區未改版上傳格式 2.0 之特約中醫院所計 29 家(台中市 15 家、大台中 10 家、彰化縣 3 家、南投縣 1 家)，請輔導院所儘早改版。

4. 另醫療費用申報格式改版獎勵：於 113 年 12 月 31 日前，以修正後「特約醫事服務機構(門診、住院及交付機構)醫療費用點數申報格式及填表說明」完成費用申報院所，每改版格式每家獎勵 2,000 點，112 年已有獎勵者不予重複獎勵。

(七) 醫療費用申報總表線上確認作業

1. 本作業申請核可後，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. 截至 113 年 6 月 17 日止，轄區未申請家數：台中市 146 家(32%)、大台中 112 家(34%)、彰化縣 93 家(40%)、南投縣 23 家(28%)，共 374 家(34%)。
3. 為推行本作業，本組自費用年月 113 年 4 月起，已將「醫療費用申報總表線上確認」列為「中區中醫門診總額管理計畫」正向抽審指標(權值分數：-1)，請鼓勵院所踴躍申辦本作業。
4. 申請方式如下表：

方式	申請路徑	請務必填寫	核定通知
線上	透過 VPN/醫務行政/ 特約機構作業/試辦計畫/點選申請/選擇 「76-申報總表線上確認」點申請。	聯絡人、電話 及電子郵件 ※醫事類別	系統自動以 電子郵件通知
紙本	填寫「醫療費用申報總表線上確認作業申請書」，至 VPN/院所資料交換/院所交換檔案上傳。 <u>檔名請命名為：vpnchange+機構代碼</u> 。	填妥後，蓋大小印鑑	VPN CHANGE 通知

(八)「健保醫療資訊雲端查詢系統主動提示功能 Web API」於 113 年 6 月 17 日上線服務

1. 「健保醫療資訊雲端查詢系統主動提示功能 Web API」介接說明書已置於本署「健保資訊網服務系統\下載專區\健保醫療資訊雲端查詢系統」項下，請自行下載參考。
2. 現行健保醫療資訊雲端查詢系統「跨院重複開立醫囑提示功能 web service」、「藥品交互作用暨過敏藥物提示功能 web service」及「保險對象特定醫療資訊查詢作業」API 功能已整併於新版 Web API，爰此 3 項功能將自 115 年 1 月 1 日 0 時起停止服務，敬請預為準備。

(九)違規案例分享

1. 案情概述：

本署主動發現甲診所補卡同日多刷率偏高，函請該診所檢視，並依規定自清。甲診所雖檢送自清說明，惟經檢視甲診所自清內容與其多刷率差距過大，同時電訪發現保險對象健保卡隨身攜帶，未曾沒帶健保卡以補卡方式就醫，與診所資料不符，經通知自清未足額，卻不願再自清，爰移案查核。

2. 訪查發現：

保險對象未曾以欠、補卡方式就醫，甲診所卻於保險對象實際就醫當日，多刷健保卡以補卡方式虛報醫療費用，共 5 萬餘點。

3. 依法裁處：

本署依法裁處停約 3 個月，負責醫事人員不予支付 3 個月，同時甲診所亦自願返還 5 年內不當申報之醫療費用。

(十) 113 年醫事服務機構企業誠信暨職場法律問題研討會議

為深化醫事人員正確法律認知，避免因不正確申報面臨司法處分，特邀請臺灣南投地方檢察署黃檢察長元冠蒞臨本組演講，請轉知院所踴躍參加。

1. 時間：113 年 7 月 24 日(星期三)13 時~15 時。

2. 地點：健保署中區業務組 4 樓會議廳。

3. google 報名表單連結：

<https://forms.gle/TEHwhoNxynmrYoFu9>

4. 議程：如下表



衛生福利部中央健康保險署中區業務組
113 年醫事服務機構企業誠信暨職場法律問題研討會議

日期:113 年 7 月 24 日(星期三)

地點:中央健保署中區業務組 4 樓會議廳

時間	議程名稱	單位及出席人員
12:40~13:00	報到	
13:00~13:10	主席及長官致詞	中央健康保險署 丁組長增輝 臺灣南投地檢署 黃檢察長元冠 醫事服務機構 推派代表
13:10~13:40 (30 分鐘)	虛報健保費用之倫理 法律案例研討(暫定) (含相關法律事項之諮詢)	臺灣南投地方檢察署 黃檢察長元冠
13:40~14:00 (20 分鐘)	醫事服務機構企業誠 信暨職場法律問題研 討座談 (含相關法律事項之諮詢) (第一階段)	與談人： 中央健康保險署 丁組長增輝 臺灣南投地檢署 黃檢察長元冠 醫事服務機構 推派代表
14:00~14:30 (30 分鐘)	健保常見違規樣態及 法規說明	中央健康保險署中區業務組 醫務管理科
14:30~14:50 (20 分鐘)	健保業務及查核法律 問題研討座談(第二階 段)	與談人： 中央健康保險署中區業務組： 醫療費用一科 醫療費用二科 醫療費用三科 醫務管理科
14:50~	意見交流	

四、提案討論

提案單位：中執會中區分會

案由：建議增修「中區中醫門診總額管理計畫」，提請討論。

決議：

- (一)「中區中醫門診總額管理計畫」肆、實施辦法一、審查指標與抽樣原則之(三)抽審方式，新增「3.當落入常規抽審名單之院所且 CIS 指標同時有異常件數者併同審查。」；同時，符合前開抽審方式第 3 項者，業務組於提供院所之抽審回饋單中，抽審原因後方再加註「全署 CIS 指標」。
- (二)新增一般抽審指標編號 22「院所平均每位醫師申報針灸合併傷科治療處置費次數」，指標閾值 $\geq$ P75、 $\geq$ P90、 $\geq$ P95，權值分數分別為 1、2、3；並於費用年月 113 年 9 月實施，試行 3 個月後依執行情形檢討修正。
- (三)修訂一般抽審指標編號 12「用藥日數重複率」及編號 13「重複就診率」之指標閾值為 $\geq$ P75、 $\geq$ P90，其權值分數分別為 3、5，並於費用年月 113 年 7 月開始執行，試行 3 個月後依執行情形檢討修正。
- (四)本案修訂內容詳附件。

參、臨時動議：無

肆、散會：下午 2 時 15 分

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
113 年 6 月 20 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。

3. 當落入常規抽審名單之院所且 CIS 指標同時有異常件數者併同審查。

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	包括院所特約、跨區遷移、私立基層院所變更負責醫師及院所代碼異動	6 個月
5b		在每萬人口中醫師數≥最近公告全國平均值之地區開業		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
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
7	醫療費用申報總表線上確認	前月	使用線上總表申報	-1
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	<u>≥P75</u> , ≥P90	<u>3, 5</u>
13	重複就診率	統計月	≥P75, ≥P90	<u>3, 5</u>
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	
22	院所平均每位醫師申報針灸合併傷科治療處置費次數	統計月	≥P75，≥P90，≥P95	1，2，3

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	開立中藥且查詢中醫用藥頁籤病人人次／門診開立中藥病	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。

編號	指標項目	計算公式	條件說明
	用藥」查詢率	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。 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	醫療費用申報總表線上確認	線上總表確認完成	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。
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)、

編號	指標項目	計算公式	條件說明
			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)。 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	院所最近 3 個月申報診察費件數／院所最近 3 個月份就	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)、

編號	指標項目	計算公式	條件說明
	數	醫人數	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)。
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	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	分子： 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。 分母： 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	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)。

編號	指標項目	計算公式	條件說明
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	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。
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)。
22	<u>院所平 均每位 醫師申 報針灸 合併傷 科治療 處置費 次數</u>	<u>29 案件申報第六章 針傷合併處置醫令 總數/29 案件有申報 第六章針傷合併處 置醫令費用之醫師 數</u>	<u>分母：</u> 1. <u>排除醫令總量 P25 以下醫師數。</u> 2. <u>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)。</u>

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