

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 4 次共管會議紀錄

時間：113 年 12 月 12 日下午 1 時

地點：健保署中區業務組 10 樓第 1 會議室

主席：丁組長增輝、邱主任委員國華 紀錄：潘佳鈴

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、呂祐吉、林宏任、林冠良、林師彬、
林煥章、林義王、林親怡、侯俊華、胡雲瑜、
張言綸、張繼憲、曹榮穎、莊鶴麟、許偉宸、
陳文枝、陳志昇、陳祈宏、彭德桂、黃明正、
黃東德、黃義鈞、楊士樑、楊佳龍、詹子宜、
廖宏哲、趙佳信、劉其松、蔡嘉一、鄭耀明、
蕭世洪、顏良達

健保署中區業務組

賴大年、楊惠真、王奕晴、林裕能、戴秀容、柯依
鳳、林育辰、張玉貞、謝佩璇

列席人員：楊雨軒、楊皓評

請假人員：江奇潭、林永農、林淑鑾、林煥欽、張瑞麟、
陳建仲、陳恆斌、陳博淵、陳稼洺、陳憲法、蔡
全德、蔡淑貞、戴志龍

壹、主席致詞（略）

貳、報告事項

一、中執會中區分會工作報告

- (一)中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案醫療服務量能。
- (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。

二、健保署中區業務組業務報告

(一) 專案 1：實地審查

1. 審查樣態包括高補卡率、高就診率、醫師及眷屬頻繁就診。
2. 實地審查現場缺失：
 - (1) 無補卡清冊。
 - (2) 健保給付項目收取自費。
 - (3) 推拿師進駐。
 - (4) 未實際給藥。
 - (5) 病歷未敘明治療部位。

(二) 專案 2：針傷療程內另案申報內科案件(費用年月區間：112 年 4 月至 113 年 3 月)

1. 同醫師同主診斷：逕扣內科案件診察費 74 家。
2. 高於同儕院所：立意抽審 11 家、1,278 件。

(三) 專案 3：針傷療程第 2-6 次與第 1 次複雜度不符(費用年月區間：112 年 4 月至同年 12 月)：預計逕行改支核減 221 家。

(四) 114 年管理重點：含高補卡專案、加強管理偏離常模項目、醫師出國/住院期間申報費用、高度複雜性傷科起始次超出申報頻率限制、針傷療程第 2-6 次與第 1 次複雜度不符、病情穩定病人應開立較長天數藥物，申報慢性病案件、抽審指標修正等。

三、轉知及宣導事項

(一) 敬邀參加健康台灣嘉年華-健保 30 週年慶祝活動

1. 114 年適逢全民健保成立 30 週年，本署舉辦「健康台灣嘉年華-健保 30 週年慶祝活動」，活動內容：摸彩、園遊會設攤、醫界藝文表演及活力競技活動，醫界是健保堅實的重要夥伴，請貴分會轉知院所共襄盛舉，鼓勵攜家帶眷踴躍參加。

2. 活動時間及地點：

(1) 114 年 3 月 22 日(星期六)，07:30~16:00。

(2) 地點：國立臺灣體育運動大學(臺中市北區雙十路一段 16 號)。

3. 活動內容概述：

(1) 健康台灣嘉年華園遊會：60 帳健康主題活動攤位、摸彩活動、藝文活動表演(邀請醫界演出)。

(2) 活力競技：桌球、羽球、趣味競賽、大隊接力(競賽組及健康快樂組)。

(二) 修訂支付標準第四部中醫及增訂第四、五章通則，並自 113 年 12 月 1 日起生效

1. 修訂第四部通則七：

中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報第六章針灸合併傷科治療處置費上限為 60 人次，超出 60 人次部分以五折支付。(原 80 人次)

2. 增訂第四、五章通則：

申報附表 4.4.3 所列適應症為「病毒感染後疲勞症候群」(ICD-10-CM：G93.3)，於病毒感染確診後 6 個月內初次因前開適應症就診者，於初次就診日 3 個月後不得以前開適應症申報高度複雜性針灸診療項目，僅能申報一般針灸診療項目。ICD-10-CM(2023 年版)：G93.31、G93.32、G93.39。

(三) 自 114 年 1 月 1 日起，醫療費用申報資料由 2014 年版 ICD-10-CM/PCS 全面改為 2023 年版

1. 2023 年中文版 ICD-10-CM/PCS、2014 年版與 2023 年版 ICD-10-CM/PCS 對應檔、2001 年版 ICD-9-CM 與 2023 年

版 ICD-10-CM/PCS 對應檔等資料，已公告於本署全球資訊網，路徑如下：首頁/健保資料站/國際疾病分類第 10 版/2023 年版 ICD-10-CM/PCS。

2. 於 113 年 12 月 31 日前，修正「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」並完成改版預檢作業者：
 - (1) 醫院獎勵 11,000 點/家。
 - (2) 診所獎勵 3,000 點/家。
3. 符合改版獎勵名單公開於本署資料開放平台(OPEN DATA)專區(網址：<https://gov.tw/YnR>)。
4. 請貴分會輔導院所儘速改版。

(四) 修訂 114 年度「中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫」(健保會 11/20 已通過，待報衛福部)

1. 風險調整移撥款之提撥及分配
 - (1) 提撥方式：

自五分區之一般服務預算項下全年移撥 1.5 億元(原 113 年移撥 6,000 萬元)，由各季提撥 3,750 萬元(原 113 年每季提撥 1,500 萬元)。
 - (2) 分配方式：
 - A. 其中 1.1 億元(原 4,000 萬元)用於點值最低分區；其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至 0.9 元之差值(原 113 年補至 0.8 元)(但最高不大於點值第二低的分區)，由 114 年第 1 季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。
 - B. 其中 4,000 萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區(原 2,000 萬元)。

2. 114 年東區以外五分區中區總額一般服務預算扣除風險調整移撥款後，預算分配方式占率修正如下：

(1) 指標 1：「95 年第 4 季至 98 年第 3 季之五分區實際預算占率」：65% (原 66%)。

(2) 指標 2：「各區去年同期戶籍人口數占率」：16% (原 15%)。

(五) 修訂 114 年度「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」 (研商

會議已通過，待公告)

1. 刪除品保款核算基礎之加計原則第四點：

「查詢健保雲端藥歷系統，查詢率>20%者，依核算基礎(A)加計 5%」。

2. 增列核發資格第三點：

「符合核發品質保證保留款資格前 30%之院所，核算基礎再加計 100%」。

(六) 修訂醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫條文 (研商會議已通過，

待提至支標共擬會議報告)

1. 調升支付標準編號「A21(每日藥費)」支付點數為 38 點(原 37 點)。

2. 複雜性傷科比照複雜性針灸增訂每月申報上限，新增於通則五之(二)：

(1)其中內含中度複雜性傷科：平均每位專任醫師每月上限為一百人次，包括編號：E03、E04、F03、F20、F37、F54。

(2)其中內含高度複雜性傷科：平均每位專任醫師每月上限為七十人次，包括編號：E05、E06、E07、E08、E09、E10、E11、E12、F06、F09、F12、F15、F23、

F26、F29、F32、F40、F43、F46、F49、F57、F60、
F63、F66。

(3)超過部分改以內含一般傷科醫令計算，包括編號：E01、
E02、F01、F02、F18、F19、F35、F36、F52、F53。

(七) 修訂 114 年度「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」 (研

商會議已通過，待公告)

1. 一家中醫鄉鎮區施行巡迴醫療服務計畫以二個申請計畫數為原則(原以二個為限)，如有特殊情況須新增第三個計畫，得由分區業務組會同全聯會專案審查後核定。
2. 巡迴醫療服務計畫刪除「每位中醫師每月巡迴看診診次平均門診量限定 70 人次」之規定。

(八) 修訂 114 年度「照護機構中醫醫療照護方案」 (研商會議已通過，待公告)

1. 參考支付標準第五部第一章居家照護範圍，放寬本方案實施機構對象。
2. 論量計酬：改由一般服務預算支應(原專款支應)。
3. 論次支付：預算(專款)按季均分，採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。

(九) 修訂中醫門診總額試辦計畫 (研商會議已通過，待提至支標共擬會議報告)

1. 「中醫癌症病人加強照護整合方案」：
新增適應症 C73(子宮頸癌)、C54(子宮體癌)及 C53(甲狀腺癌)。

2. 「中醫急症處置計畫」：
增列「軟組織疼痛」診斷碼 G89、M54.2、M54.3、M54.9
及「頭痛」診斷碼 R51。
3. 「中醫提升孕產照護品質計畫」：
為擴大計畫服務對象之範圍，修訂助孕定義由「已婚超過
一年有正常性生活」，改為「超過一年有正常性生活」，
刪除原條文「已婚」之規定。

(十) 113 年度中醫醫療資源不足地區巡迴醫療訪視結果

1. 本組訪視轄區 6 個巡迴點，發現以下缺失：
 - (1)未開立收據：2 個巡迴點。
 - (2)申報醫師調劑與現場實際情形不符：1 個巡迴點。
2. 請貴分會轉知承作院所確實依相關規定執行醫療服務。

(十一) 「健保醫療資訊雲端查詢系統 2.0」敬請善加運用

1. 為使健保雲端系統發揮更大的效益及價值，本署已進行優化改版作業，推出健保雲端系統 2.0，包括新增入口網頁、強化網頁搜尋功能、重整並分類頁籤呈現及操作方式，亦可依照使用者需求設定預設頁籤及欄位，提高使用友善性，更符合使用者需求。另放寬醫事人員登錄權限，使健保雲端系統深入第一線各職類的醫事人員使用。
2. 已增列「中醫針傷治療」、「中醫特殊疾病加強照護」、「實體/虛擬健保卡認證切換按鈕」、「測試個案展示版網頁」、「特材紀錄」頁籤等功能；使用說明簡報及使用者手冊已更新於本署健保資訊網服務系統(VPN)\下載專區\健保醫療資訊雲端查詢系統項下，請下載參考。
3. 為利院所系統調整及人員教育訓練等準備，暫予新舊系統併行。

(十二) 有關未帶健保卡就醫退費，請協助民眾回就醫院所補卡退費

1. 請加強促請民眾回就醫院所補卡退費，以避免因自費價格與健保支付標準之間的差額造成損失。
2. 如仍在補卡期限內，請勿以已申報費用為由，拒絕民眾退費；若尚未申報費用，雖已超過補卡期限，請惠予協助仍受理民眾退費。
3. 請檢視診所的押單收據所提示之補卡期限，倘非依規定標示「就醫之日起 10 日內(不含例假日)」，例如：錯誤標示 7 天內、標示就醫之日起 10 日內但未寫「不含例假日」、當月月底就醫收據顯示次月初須回院所退費...等，應予修正。
4. 就醫時健保 IC 卡因卡片不良、網路異常等原因，無法正常讀卡，請以「異常代碼」方式處理；如有不在保的民眾，請其速洽投保單位或本署健保諮詢服務專線 0800-030-598 辦理加保事宜。
5. 忙碌、忘記、找不到健保卡、健保卡在其他處所、選擇性自費就醫...等，屬歸責個人事由，不符合向本署申請核退要件。

(十三) 全民健康保險快易通 APP 新增下載「重大傷病核定通知書」功能

1. 為減少民眾至各業務組臨櫃現場申請重大傷病核定通知書，自 113 年 12 月 2 日起，本署已於全民健康保險快易通 APP 新增下載功能。
2. 具重大傷病身分之民眾可透過本署健保快易通 APP/醫療查詢/重大傷病進度/重大傷病證明，申請下載重大傷病證明核定通知書。

3. 請貴分會周知院所，轉知民眾多加利用。

四、提案討論

提案一

提案單位：健保署中區業務組

案由：修訂「中區中醫門診總額管理計畫」之審查指標案，提請討論。

決議：通過；新增 1 項必審指標(延遲申報醫療費用者列入必審)，修訂 10 項一般抽審指標，1 項退場，其餘 11 項維持(詳附件)，並自 114 年 1 月(費用年月)起實施。

提案二

提案單位：中執會中區分會

案由：推動中醫居家整合醫療有助於提升中醫利用率，建議列入正向指標，以鼓勵院所踴躍參與，提請討論。

決議：通過；新增為一般抽審指標編號 9(申報「中醫居家醫療照護服務整合計畫」(31 案件)成長率)，權值分數-1(詳附件)，並自 114 年 1 月(費用年月)起實施。

參、臨時動議：無

肆、散會：下午 2 時 50 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
 113 年 9 月 12 日修訂
113 年 12 月 12 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 ~~910~~ 至編號 ~~2422~~ 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
7	延遲申報醫療費用		醫療費用未於次月 20 日前申報之院所，於延遲申報月份抽審。	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。

註 5：延遲申報醫療費用之院所，若有特殊情形，應檢具相關事由向健保署中區業務組報備，經認定確屬特殊情形者，得免因本指標抽審。

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	5~19 件， ≥ 20 件	-1，-2
	1-2 申報職業傷害(B6 案件)比率	統計月	$\geq P75$ ， $\geq P90$ ， $\geq P95$	-1 ，-2，-3
2	2-1 慢性病案件平均每件給藥日數	統計月	$\geq P75$ ， $\geq P90$	-1，-2，
	2-2 慢性病處方占率	統計月	$\geq P75$ ， $\geq P90$	-1，-2，
3	雲端查詢系統「中醫用藥」查詢率	統計月	$\geq 75\%$	-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 $\geq$ 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	$\geq P90$	-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	$\geq P75$ ， $\geq P90$	-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
9	申報「中醫居家醫療照護服務整合計畫」(31 案件)成長率	統計月	1. 申報件數成長率 $\geq 5\%$ 2. 去年同期未申報，且該月申報人數 ≥ 3 人	-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	$\geq P75$ ， $\geq P90$ ， $\geq P95$	2，3，4 3，4，5
11	21、22(內科)日件數成長率	統計月	$\geq P75$ ， $\geq P90$ ， $\geq P95$	2 ，3，4
12	用藥日數重複率	統計月	$\geq P75$ ， $\geq P90$	3，5
13	重複就診率	統計月	$\geq P75$ ， $\geq P90$	3，5
14	隔日申報診察費率	統計月	$\geq P75$ ， $\geq P90$ ， $\geq P95$	2，3， 4 -5

編號	指標項目	資料期間	指標閾值	權值分數
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 3, 4, 5
16	申報診察費次數大於 8 次	統計月	>8 次	2 5
17	針傷申報比率	統計月	≥P75，≥P90，≥P95	1, 2, 3
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 3, 4, 5
19	針傷科處置次數大於 20 次	統計月	>20 次, >21 次, >22 次 ≥20 次	4, 5, 6 6
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 3, 4, 5
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 5~19 件 、 大於等於 20 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 件（含）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 件(含)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。

編號	指標項目	計算公式	條件說明
	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。 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。
9	申報「中	院所該月(31 案件)	院所同時達指標閾值項目 1. 及 2. 之權值時，不重

編號	指標項目	計算公式	條件說明
	醫 居 家 醫 療 照 護 服 務 整 合 計 畫」(31 案件)成 長率	申報件數較去年同期申報件數增加之件數／院所去年同期申報 (31 案件)件數	複列計。
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)。 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 P5P10 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

編號	指標項目	計算公式	條件說明
			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)。
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

編號	指標項目	計算公式	條件說明
			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)。
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	院所平均每位醫師申報針灸合併傷科治療處置費次數	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	分母： 1. 排除醫令總量 P25 以下醫師數。 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