

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 114 年第 1 次共管會議紀錄

時間：114 年 3 月 20 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）

呂祐吉、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、陳建仲、
陳祈宏、彭德桂、黃明正、黃義鈞、楊佳龍、
詹子宜、廖宏哲、趙佳信、蔡嘉一、鄭耀明、
蕭世洪、戴志龍、顏良達

健保署中區業務組

賴大年、楊惠真、王奕晴、戴秀容、林育辰、張玉
貞、謝佩璇

列席人員：楊雨軒、楊皓評

請假人員：

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）輔導案件案源及統計。

（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：實地審查及輔導會議

1. 異常樣態包括高補卡率、高就診、醫師及眷屬頻繁就診。

2. 核減項目：

(1) 高補卡率(介於 3.4%~4.8%)：4 家院所。

(2) 高就診(112 年同院就診大於 90 次)：3 家院所。

(3) 醫師及眷屬頻繁就診(同時段就醫、用藥日數重複)：2 家院所。

(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(核減 9 家、490 件)。

(三) 專案 3：高度複雜性傷科起始次超出申報頻率(費用年月區間：112 年 12 月至 113 年 11 月)：預計逕行改支核減 36 家。

(四) 專案 4：中醫居家訪視頻率高於同儕(費用年月區間：112 年 1 月至 112 年 12 月)：立意抽審 8 家、365 件(核減 3 家、91 件)。

(五) 114 年度中區中醫總額管理規劃：含異常管理專案(高補卡專案、醫師出國/住院期間申報費用、院所內醫師(含醫事人員、行政人員)及其眷屬頻繁就醫、中高度複雜性治療合理性、高度複雜性傷科起始次超出申報頻率、針傷療程第 2-6 次與第 1 次複雜度不符等)、滾動式調整中區中醫總額管理計畫、推動病情穩定病人應開立較長天數藥物及申報慢性病案件、成立中醫醫耗小組、每月即時資訊回饋費用高成長院所名單予分會輔導等。

三、轉知及宣導事項

(一) 114 年「中區中醫門診總額共同管理會議」召開日期如下，請預留時間：

會議名稱	第 2 次會議	第 3 次會議	第 4 次會議
會議日期	6/19 星期四(下午)	9/18 星期四(下午)	12/18 星期四(下午)

(一) 修正「中區中醫門診總額管理計畫」(113 年 12 月 12 日修訂)
之審查指標執行啟用時間

1. 「中區中醫門診總額管理計畫」之審查指標經 113 年第 4 次中區中醫門診總額共同管理會議決議修訂，原定自 114 年 1 月(費用年月)開始啟用。
2. 考量 114 年 1 月(費用年月)抽審係根據 113 年 11 月(費用年月)之申報資料進行檔案分析，為使院所有時間配合修改程式，上述修訂指標改自 114 年 3 月(費用年月)啟用。

(二) 修訂醫療服務給付項目及支付標準第四部(中醫)第七章(其他)
「脈診儀檢查費(B71)」及「舌診儀檢查費(B72)」(研商會議已通過，

待提至支標共擬會議報告)

1. 預計開放「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫主要訓練診所」得申請「脈診儀檢查費(B71)」及「舌診儀檢查費(B72)」。
2. 修訂註 3.申報資格：
前項中醫特約醫事服務機構限中醫醫院評鑑合格或、教學醫院評鑑合格醫院或主要訓練診所(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院。

(三) 修訂「中醫提升孕產照護品質計畫」及「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」申報方式 (研商會議已通過，待提至支標共擬會議報告)

考量此二項計畫支付標準項目 P39005~P39008 及 P64005~P64010 屬中醫針灸性質，預計比照一般服務申報方式，修訂為「療程中若同一卡號跨月未結束治療，院所可選

擇至迄月合併申報，或分二筆起月、迄月獨立申報」。

(四) 請正確申報職災(B6)案件

1. 112 年度中區申報職災案件共 26.6 萬人、4 億 8,561 萬點，經勞動部勞工保險局檢核不符勞保資格共 2.3 萬人(人數核減率 8.6%)、3,088 萬點(點數核減率 6.4%)。
2. 不符勞保資格原因，如下：
 - (1) 個案已退保(58.40%)。
 - (2) 個案已領老年給付(32.14%)。
 - (3) 個案無加保紀錄(9.45%)。
 - (4) 個案外籍人士(0.01%)。
3. 請轉知院所應先確認個案保險身分，並覈實申報醫療費用。

(五) 提供「114 年中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」巡迴點電子地圖

轄區巡迴點及其附近「小黃公車」等大眾運輸工具之電子地圖 QR code 如下，若有大眾運輸工具行近本方案執行地點，請執行院所周知民眾多加利用。



(六) 自 115 年 1 月 1 日起，停止健保特約機構申請新換發讀卡機實體安全模組，一律提供雲端安全模組

1. 雲端安全模組特點：

- (1) 線上申請完成即可下載安裝，縮短特約醫事機構等待製卡時間。
 - (2) 可搭配一般讀卡機(完全替代專屬讀卡機)，進而節省讀卡機購置費用，且讀寫卡效能較專屬讀卡機佳。
 - (3) 申請及補發雲端安全模組均不收費。
 - (4) 可搭配虛擬健保卡及衛生福利部推動之行動醫事人員憑證，簡化讀卡設備限制，有助於推動行動化智慧醫療(如遠距醫療及居家照護等)。
2. 現有正常運作之健保專屬讀卡機或實體安全模組無須立即停用，仍可繼續使用至毀損或完成轉換雲端安全模組為止。
 3. 如有相關技術問題，請洽本署資訊技術服務小組，聯絡資訊如下：
 - (1) 服務電話：(07)231-8122。
 - (2) 服務時間：星期一至五上午 8 時至下午 7 時 45 分、星期六上午 9 時至下午 5 時。
 - (3) 電子信箱：ic_service@nhi.gov.tw。

(七) 113 年度中醫申訴類別案件統計：

本組接獲申訴案件共 20 件，較 112 年減少 6 件；申訴類別最多為「其他醫療行政或違規事項」6 件、「額外收費(收費疑義)」6 件。

(八) 113 年度醫事服務機構扣繳憑單

1. 本組自 114 年 2 月 10 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於 3 月底至 4 月中旬另以紙本寄發)。
2. 本次不列入所得之費用項目計有：

- (1) 「抗原快篩試劑費」、「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」、「防疫獎勵費」。
- (2) 「農曆春節開設疫情特別門診獎勵」、「強化住院護理量能方案獎勵費」。
- (3) 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。

四、提案討論

提案一

提案單位：健保署中區業務組

案由：成立「中醫醫療資源耗用合理管控工作小組」案，提請討論。

決議：

通過；請中執會中區分會推派工作小組成員，俾利後續小組討論與推動。

提案二

提案單位：健保署中區業務組

案由：有關中醫異常管理專案之減量抽審替代方案，提請討論。

決議：

- 一、通過；視異常樣態分析結果啟動減量抽審回推，啟動回推之異常管理專案，將與中執會中區分會達成共識後執行。
- 二、減量抽審之院所，以專業審查點數核減率回推院所之異常標的核減點數。
- 三、為求謹慎，當「核減件數比例」高於某比例時（例如：高於80%），則啟動複審機制，送第2位醫師審查確認。核減案件後續亦可提申復、爭審等行政救濟程序。

提案三

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」之一般抽審指標(編號16、19)案，提請討論。

決議：

- 一、通過。
- 二、一般抽審指標編號16「申報診察費次數大於8次」：權值分數由「大於8次：5分」，修訂為「大於等於8次：9分」。
- 三、一般抽審指標編號19「針傷科處置次數大於等於20次」：閾值由「大於等於20次：6分」修訂為「等於16次：2分、等於17次：4分、等於18次：6分、大於等於19次：8分」(詳附件)。

四、自費用年月 114 年 4 月(資料擷取月)起實施。

提案四

提案單位：中執會中區分會

案由：建議修訂「中區中醫門診總額管理計畫」一般抽審指標(編號 22)，提請討論。

決議：

通過；自 114 年 4 月(費用年月)起，刪除一般抽審指標編號 22「院所平均每位醫師申報針灸合併傷科治療處置費次數」(詳附件)。

參、臨時動議

提案一

提案單位：中執會中區分會

案由：建議更改「中區中醫門診總額管理計畫」必審抽審指標編號 4a「拒絕輔導之中醫院所」之抽審時程，抽審期間由 3 個月更改為 6 個月，提請討論。

決議：

通過；自 114 年 4 月(費用年月)起實施(詳附件)。

提案二

提案單位：中執會中區分會

案由：建議更改「中區中醫門診總額管理計畫」一般抽審指標編號 3「雲端查詢系統中醫用藥查詢率」，指標名稱及定義由「中醫用藥」查詢率，改為「中醫用藥」或「檢查檢驗結果」查詢率，提請討論。

決議：

本案待與署本部確認後，請中執會中區分會於下次共管會議，再另行提案討論。

提案三

提案單位：中執會中區分會

案由：為推動分級醫療，中醫診所如有開立轉診單請民眾轉至西醫醫院就醫時，建議得列入「中區中醫門診總額管理計畫」正向抽審指標(加分項目)，提請討論。

決議：

本案屬跨醫別議題，請中執會中區分會先內部討論，取得共識後於下次共管會議，再另行提案討論。

肆、 散會：下午 2 時 20 分

中區中醫門診總額管理計畫

附件

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
114 年 3 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 10 至編號 2221 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	36 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	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	$\geq P90$ ， $\geq P95$	-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	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 $\geq 5\%$	-1
			2. 去年同期未申報，且該月申報人數 ≥ 3 人	
10	去年同期醫療費用點數成長率與人數利用率差	統計月	$\geq P75$ ， $\geq P90$ ， $\geq P95$	3，4，5
11	21、22(內科)日件數成長率	統計月	$\geq P90$ ， $\geq P95$	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	$\geq P75$ ， $\geq P90$ ， $\geq P95$	2，3，5

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	3，4，5
16	申報診察費次數大於 <u>等於</u> 8 次	統計月	≥ 8 次	5 9
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	3，4，5
19	針傷科處置次數大於 20 15 次	統計月	≥20 次=16 次、=17 次、=18 次、 ≥19 次	6 2，4，6， 8
20	同院所 21 案件給藥日數 ≤2 日件數占率	統計月	≥P90，≥P95，≥P99	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： - 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 - 兼任院所：依醫師於兼任院所產能 10 萬權值為 1 - 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	申報「中醫居家	院所該月(31 案件)申報件數較去年同	院所同時達指標閾值項目 1. 及 2. 之權值時，不重複列計。

編號	指標項目	計算公式	條件說明
	醫療照護服務整合計畫(31案件)成長率	期申報件數增加之件數／院所去年同期申報(31案件)件數	
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 P10 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	同一院所、同一人、	1. 排除診察費=0 之案件。

編號	指標項目	計算公式	條件說明
	診率	同一天重複門診件數加總／院所門診總件數	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 <u>等於</u> 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。

編號	指標項目	計算公式	條件說明
			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 2015 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