

114 年第 2 次「中醫門診總額台北分區共同管理會議」紀錄

時間：114 年 6 月 19 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、陳主任委員建輝

紀錄：張翊暄

出席單位及人員

中執會台北區分會委員：

陳副主任委員文戎、黃副主任委員啟育、張副主任委員子瑜、施執行長丞修、顏委員振松、宋委員文英、吳委員建東、陳委員建宏、徐委員蔚泓、蔡委員坤儒、吳委員鐘霖、黃委員景宏

健保署臺北業務組：

韓副組長佩軒、朱專門委員文珮、潘專門委員尹婷

醫療費用三科

宋兆喻、黃奕瑄、陳德旺、賴美雪、林于婷、張翊暄、林宸由、張景興、謝鎮仰、林育婷、王聿卉

醫療費用四科

鄭智仁、吳欣穎、張芳如

醫務管理科

尤明村(李視察如芳代理)、黃冠宇、李佳穎

列席單位及人員：

台北市中醫師公會

陳信任醫師、張廷瑋醫師

新北市中醫師公會

謝伯駿醫師、許大千醫師

宜蘭縣中醫師公會

林衍志醫師

基隆市中醫師公會

王朝慶醫師

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 5 案，解除列管 4 案，繼續列管 1 案。
- 二、繼續列管 1 案：序號 2「每人平均點數或其成長率偏高之集團管理案」辦理結果請臺北業務組提至 114 年第 3 次中醫共管會議報告。
- 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、請中執會台北區分會(下稱中執會)宣導健保卡資料上傳格式 2.0 改版作業，並轉知健保醫療資訊雲端查詢系統 2.0 不支援 IE 瀏覽器、巡迴醫療及收容對象醫療資料登打及上傳作業新增功能、電子轉診平台及健康台灣深耕計畫等相關政策推動。
- 二、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 114 年第 2 次中醫門診總額研商議事會議重點摘要報告案。

決定：洽悉。

第五案

報告單位：臺北業務組

案由：臺北區 114 年第 1 季「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足

地區改善方案」之執行情形。

決定：洽悉。

肆、討論事項

第一案

提案單位：臺北業務組

案由：有關修訂「中醫門診總額台北分區共同管理會議設置作業要點」案。

決議：

- 一、同意修訂推派委員本人(含代理人)及列席醫師不得具民意代表身分。
- 二、本案後續依程序公告於本署全球資訊網(附件 1)。

第二案

提案單位：臺北業務組

案由：有關修訂臺北區中醫門診總額抽樣抽審實施方案之 C8「針傷科與內科交替比率」指標案。

決議：

- 一、同意修訂 C8 指標名稱及調整操作型定義為「同一院所、同一病患、針傷案件療程期間另起內科案件且申報診察費」，其中內科案件係為 21(一般案件)診察費>0，並改自 114 年 7 月(費用年月)起生效(附件 2)。
- 二、臺北業務組將持續監測申報針傷案件療程期間另起內科之 22(專款)、24(慢性病)及 28(慢連箋)案件申報變化，及 24(慢性病)僅開立 8 天用藥之情形。

第三案

提案單位：中執會台北區分會

案由：有關「居家醫療個案，因符合結案條件，依規定強制結案，但未主動通知或提醒訪視醫師，以致訪視後次月無法申報」一案。

決議：

- 一、有關中執會反映部分收案單位(如居家護理所)轉介即將到期個案予居家中醫醫師，中醫師在接受轉介時雖有先至健保資訊網服務系統(VPN)確認個案是否仍在收案中，惟訪視時已由本署逕行結案，致訪視費無法申報情形。考量個案之收案資料

具時間落差，仍建請中醫師於訪視當日再次透過 VPN 查詢及確認個案是否仍在收案中。

- 二、另為利照護團隊內醫事機構(非收案單位)瞭解其他單位轉介之個案是否有即將到期或 6 個月內未訪視情形，爰中執會建議 VPN 開放讓照護團隊內其他醫事機構(非收案單位)可確認預計訪視個案是否有 6 個月未訪視、逾 6 個月被逕行結案，或在系統顯示個案前次訪視日期，以減少醫師行政作業及降低醫師因訊息落差致訪視後無法申報費用之情形。因涉本署資訊系統修訂，請臺北業務組將上開建議提供署本部參考。

伍、散會：下午 3 時。

中醫門診總額台北分區共同管理會議設置作業要點

中華民國 105 年 3 月 22 日訂定

中華民國 109 年 12 月 22 日修訂

中華民國 113 年 9 月 19 日修訂

中華民國 114 年 6 月 19 日修訂

- 一、衛生福利部中央健康保險署臺北業務組（以下稱本組）為推動中醫門診醫療服務審查勞務委託業務並建立雙方良好合作及溝通機制，特與受託單位中醫門診醫療服務審查執行會台北區分會(以下稱分會)成立「中醫門診總額台北分區共同管理會議」(以下稱本會議)。
- 二、本會議任務如下：
 - (一) 中醫總額支付制度共同管理守則規劃與溝通協調事宜。
 - (二) 本組中醫醫療費用資源分析與監控相關事宜。
 - (三) 本組中醫醫療服務品質提昇及費用管控執行協調事宜。
 - (四) 本組中醫總額醫療服務申報等相關輔導事宜。
 - (五) 其他與本組中醫總額相關事務推動事宜。
- 三、本會議設召集人 1 人，由本組組長兼任；副召集人 1 人，由分會主任委員兼任。
- 四、本會議置委員 21 人，由本組及分會之代表組成。
 - (一) 本組代表 8 人：組長(召集人)及支出面相關科室主管。
 - (二) 分會代表共 13 人：主任委員 1 人及副主任委員 3 人(台北市、新北市、基隆市及宜蘭縣中醫師公會理事長)等共 4 人，執行長 1 人及副執行長 2 人暨其他各職務分組推派代表等共 9 人。推派委員本人(含代理人)及列席醫師(皆不得具民意代表身分)或其所服務之保險醫事服務機構部門(或科別)，近 5 年不得有以下情事之一；任期中發生者，當然解任：
 1. 經保險人依全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法不予支付。
 2. 「經中央主管機關吊銷、撤銷、廢止醫事人員證書」或「經地方主管機關停業、廢止執業執照」。
 - (三) 本會議委員違反前項之規定，且情節重大者，經本會議決議後，得予更換；其缺額得依本要點辦理改推派事宜。
- 五、會議聯絡人：本組、分會各派 1 人擔任。

六、 委員任期：

- (一) 本會議委員，應隨其職務任期調整任免，並由原推派單位就變動部分逕予調整指派。
- (二) 分會之主任委員與副主任委員，除隨同各縣市醫師公會理事長之任期屆滿改選而重新推舉外，推派委員變更亦需函文通知本組。

七、 本會議運作：

- (一) 原則每 3 個月召開一次，開會時間依前一年最後一次會議議定，必要時得召開會前會或臨時會議。
- (二) 會議召集人因故未克出席時，由召集人指定委員 1 人為主席。
- (三) 每位委員得指定 1 位代理人，並於提報委員名單時一併提報；指定代理人隨委員任期變更。
- (四) 本會議以不設列席人員與列席單位為原則，如因會議議題涉跨總額或需諮詢專家得由本組視需要邀請。另分會倘有職務傳承需要，正式來函提供列席人員名單，經本組查無違規情事，函復同意報備後亦得列席，惟列席人數不得超過分會代表二分之一(上限共 6 人)。
- (五) 會議決議採合議制共識決，必要時得經主席裁示，採表決方式辦理。
- (六) 本會議之召開應有全體委員過半數之出席。
- (七) 本會成員均為無給職。

八、 出、列席首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。

九、 本會議委員及列席人員不得複製或公開未成決議之會議資料內容，且會議決議討論過程之資料不應對外發送。

十、 會議得採合併視訊會議方式為之，以視訊參與會議者，視同親自出席，簽到方式配合視訊設備功能辦理。

十一、本作業要點經本會議決議後實施，其修正時亦同。

中醫門診總額台北分區共同管理會議委員 利益揭露聲明書

代表身分： ☐ 本人 ☐ 代理人			
1.本人應聲明事項			
下列專職、兼職、顧問職、其他應包含推薦團體/機關與所擔任職務，及是否擔任保險醫事服務機構之負責醫事人員、保險藥物或特材交易之相關業務人員，或其業務上之利益可能涉及本會議討論事項相關之職務。			
	團體/機關單位名稱		職稱
專職			
兼職			
顧問職			
其他 (如：股東)			
2.配偶或直系親屬應聲明事項			
是否擔任保險醫事服務機構之負責醫事人員、保險藥物或特材交易之相關業務人員，或其業務上之利益可能相涉及本會議討論事項相關之職務。			
☐ 是(請續填下列資料) ☐ 否			
稱謂(與本人之關係)	姓名	團體/機關/院所名稱	職稱

註：前揭本人、配偶或直系親屬之聲明事項於本屆任期內有異動者，請於事實發生後一個月內，主動重新填寫本聲明書，提報衛生福利部中央健康保險署。

(表格若不足，請自行增列)

本人已依規定聲明，如有不實，願負法律責任。

聲明人簽名：_____

中 華 民 國： 年 月 日

填表說明

一、依據「中醫門診總額台北分區共同管理會議作業要點」第八條規定，本會議代表於出席首次會議前，應填具利益揭露聲明書(以下簡稱本聲明書)，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。

二、其他：

1. 本會議委員之專職、兼職、顧問職、其他皆為應聲明事項，其代理人準用相關規定。
2. 本會議委員部分，舉例：代表擔任○醫院院長、○協會理事、○基金會秘書長或財團法人○查驗中心顧問。
3. 直系親屬包括血親、姻親(不論親等遠近)，例如：祖父母、父母、子女、孫子女、配偶之父母、子女之配偶、孫子女之配偶，僅需揭露擔任保險醫事服務機構之負責醫事人員、保險藥物或特材交易之相關業務人員，或其業務上之利益可能涉及本會議討論事項相關之職務，不需揭露其他職務。
4. 親屬部分，舉例：孫女婿擔任○分院負責醫師；媳婦擔任保險藥物或特材交易相關人員；岳父擔任○醫院採購，皆應提出聲明。
5. 揭露相關利益事項係指涉及本會議討論事項相關之職務較密切者，包括：
 - (1) 保險醫事服務機構之負責醫事人員。
 - (2) 從事保險藥物或特材交易業務相關人員(如保險醫事服務機構之保險藥物或特材採購人員、保險藥物或特材供應商之負責人)。
 - (3) 業務上利益：以一般通俗概念，即可認定涉及本會議討論事項相關者。
6. 若不清楚是否與本會議討論事項利益相涉，建議先填，因所揭露事項主要係供內部查詢，未來僅會針對所揭露之必要範圍對外公開。
7. 資訊公開：揭露程度為必要的最小範圍，且會考量個資法，僅於網站公開必要範圍，供判斷代表之發言有否偏頗。例如：親屬為某院所負責人。

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 114 年 6 月 19 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>12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>12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人數。	≥97.5 百分位 ≥90 百分位	6
13	醫療利用	D1	院所申請醫療費用點數。	≥95 百分位	12
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		D6	院所平均每位醫師申報針灸合併傷科治療處置費次數。	≥95 百分位 ≥90 百分位 ≥75 百分位	6 3 1
19	獎勵指標	E5	院所申報職災案件≥2 件，得減計權值點數 2 點；申報≥6 件，得再減計權值點數 1 點；申報≥10 件，得再減計權值點數 1 點；最高減計 4 點。		-2
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	參加「虛擬健保卡就醫模式計畫」院所，得減計權值點數 1 點。		-1
24		E12	院所虛擬健保卡申報率≥1%，得減計權值點數 2 點。		-2
25		E13	院所健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率≥75%，得減計權值點數 1 點。		-1
26		E14	院所申報案件分類 22(中醫其他專案)之專款計畫≥1 人，得減計權值點數 2 點。		-2
27		E15	院所申報案件分類 22(中醫其他專案)之任一專款計畫≥5 人，得減計權值點數 2 點，最高減計 6 點。		-2

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 114 年 7 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 114 年 6 月 19 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。
B1	藥費高於同儕且藥費正成長院所(特約 >12 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 >12 個月。 2.藥費成長率 >0 。 3.排除職災、重大傷病、診察費為 0 案件及專款專用案件。
B2	院所申請醫療費用點數成長率-人數成長率（特約 >12 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： 1.院所特約 >12 個月。 2.排除職災、重大傷病、診察費為 0 案件及專款專用案件。 3.排除申請醫療費用點數 $\leq P10$ 之院所。
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	<u>針傷科與內科交替比率人數。</u>
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。 <u>同一院所、同一病患、針傷案件療程期間另起內科案件且申報診察費人數。</u> 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。 <u>2.內科案件為（21案件）診察費>0。</u>
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。
D6	院所平均每位醫師申報針灸合併傷科治療處置費次數。
	分子：院所樣本月(抽樣月份往前推算第2個月)申請針灸合併傷科治療處置費次數加總。 分母：院所樣本月(抽樣月份往前推算第2個月)申請針灸合併傷科治療處置費醫師數。 條件說明： 1.以支付標準第四部第六章針灸合併傷科治療處置之所有醫令(F碼)計算次數，且申報

	醫令費用不為 0。 2.排除職災案件、重大傷病及專款專用案件。
E5	院所申報職災案件 ≥ 2 件，得減計權值點數 2 點；申報 ≥ 6 件，得再減計權值點數 1 點；申報 ≥ 10 件，得再減計權值點數 1 點；最高減計 4 點。
說明	院所樣本月(抽樣月份往前推算第 2 個月)申報職業災害(B6 案件)件數。 條件說明： 排除診察費為 0 的案件。
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 ≥ 24 個月、山地離島地區特約 ≥ 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，得減計權值點數 2 點。
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	參加「虛擬健保卡就醫模式計畫」院所，得減計權值點數 1 點。
說明	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。
E12	院所虛擬健保卡申報率 $\geq 1\%$ ，得減計權值點數 2 點。
說明	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。 分母：院所樣本月(抽樣月份往前推算第 2 個月)總申報件數。 條件說明： 排除診察費為 0 的案件。
E13	院所健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率 $\geq 75\%$ ，得減計權值點數 1 點。
說明	分子：院所樣本月(抽樣月份往前推算第 2 個月)健保醫療資訊雲端查詢系統查詢人數。 分母：院所樣本月(抽樣月份往前推算第 2 個月)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.排除職災案件。
E14	院所申報案件分類 22(中醫其他專案)之專款計畫 ≥ 1 人，得減計權值點數 2 點。
說明	院所樣本月(抽樣月份往前推算第 2 個月)案件分類 22(中醫其他專案)之任一專款計畫申報人數。 條件說明： 保險對象身分證號相同者計一人。
E15	院所申報案件分類 22(中醫其他專案)之任一專款計畫 ≥ 5 人，得減計權值點數 2 點，最高減計 6 點。
說明	院所樣本月(抽樣月份往前推算第 2 個月)案件分類 22(中醫其他專案)之任一專款計畫申報人數。 條件說明： 1.保險對象身分證號相同者計一人。 2.符合 1 項得減計權值點數 2 點，2 項得減計 4 點，最高減計 6 點。