

全民健康保險檔案分析審查不予支付指標及處理方式

中醫門診總額部門

指標名稱	022-中醫同一院所同一患者同月看診次數過高 <u>(本指標刪除)</u>
實施目的	約束特約院所合理的醫療行為及減少患者就醫之不便
指標定義	按院所代碼及病患身分證號歸戶，當月申請診察費(中醫門診總額診察費大於0)8次以上個案，核減超過次數之診察費。 排除當年度中醫總額部門以下案件。 (1)B6：職災案件、A3：預防保健。 (2)當年度中醫總額部門專款專用案件(依當年度總額協商各專款專用案件特定治療項目代碼辦理) (3)25：中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案。 (4)30：中醫特定疾病門診加強照護。
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	中醫門診總額部門
處理方式	病患就診8次以上之部分，診察費不予支付。 不予支付點數 = $\left[\left(\text{當月就診8次以上病患總就診次數} - \text{當月就診8次以上病患人數} * 8 \right) \div \text{當月就診8次以上病患總就診次數} \right] * \text{當月就診8次以上病患申報之診察費}$
停止辦理起日	111年7月1日(費用年月)停止辦理

指標名稱	030-中醫用藥日數重複率過高 <u>(本指標刪除)</u>
實施目的	減少病患不當之重複用藥
指標定義	用藥日數重複率 分母：給藥案件之給藥日份加總 分子：重複用藥日數 給藥案件：藥費點數大於0之案件 重複用藥日數= $\sum\{(同院所同病患前一筆就醫日期+前一筆給藥日份)-當次就醫日期-1\}$ 中醫每日藥費：當月支付點數
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	中醫門診總額部門
處理方式	用藥日數重複率大於或等於閾值($\geq 2.10\%$)院所，超出閾值之重複日數藥費不予支付。 不予支付點數=重複用藥日數*當月中醫每日藥費支付點數* (用藥日數重複率-2.1%)/重複率
停止辦理起日	111年7月1日(費用年月)停止辦理

指標名稱	033-中醫門診申報同院所同病人當月針傷處置次數過高 (本指標刪除)
實施目的	促使特約院所合理的醫療行為及減少醫療浪費
指標定義	按院所代碼及病患身分證號歸戶，針傷科處置(含電針處置)次數每月申請合計26次(含)以上之個案，核減超過次數之針傷科處置(含電針處置)費用。 排除當年度中醫總額部門以下案件： 1.案件分類：B6(職災案件)、A3(預防保健)。 2.當年度中醫總額部門專款專用案件(依當年度總額協商各專款專用案件特定治療項目代碼辦理) 3.案件分類25：中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案。 4.案件分類30：中醫特定疾病門診加強照護。
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	中醫門診總額部門
處理方式	院所當月申報針傷科處置(含電針處置)次數26次(含)以上之病患，不予支付超出之針傷科處置(含電針處置)費用。 不予支付點數= $\sum [(同一院所同一患者當月申報針傷科處置(含電針處置)醫令總數-25) / 針傷科處置(含電針處置)總數 * 針傷科處置(含電針處置)申報總醫令點數]$
停止辦理起日	111年7月1日(費用年月)停止辦理

指標名稱	037-中醫院所單一醫師每月申請中醫師親自調劑費(A32)次數大於1,200人次以上 <u>(本指標刪除)</u>
實施目的	減少費用不合理的支出
指標定義	中醫院所單一醫師每月申請中醫師親自調劑費(A32)醫令數量大於1,200人次以上之個案。 排除當年度中醫總額部門以下案件 (1)B6：職災案件、A3：預防保健。 (2)當年度中醫總額部門專款專用案件(依當年度總額協商各專款專用案件特定治療項目代碼辦理) (3)25：中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案。 (4)30：中醫特定疾病門診加強照護。
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	中醫門診總額部門
處理方式	不予支付點數 = (同一中醫院所內每月申請中醫師親自調劑費(A32)醫令數量大於1,200人次以上醫師申報A32醫令數量總和 - 同一中醫院所內每月申請中醫師親自調劑費(A32)醫令數量大於1200人次以上之醫師數 * 1,200) * 13
停止辦理起日	111年7月1日(費用年月)停止辦理