

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 115 年第 2 次共管會議紀錄

時間：115 年 6 月 18 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、林永農、林宏任、林冠良、林煥章、林義王、
林親怡、邱冠銘、侯甫葦、侯俊華、胡雲瑜、曹榮穎、
莊鶴麟、陳文枝、陳志昇、陳建仲、陳恆斌、陳博淵、
陳憲法、彭德桂、楊士樑、楊佳龍、廖宏哲、趙佳信、
劉其松、蔡嘉一、蔡德能、鄭耀明、蕭世洪、戴志龍

醫界特殊貢獻醫師

林永農、柯富揚、李豐裕、鄭耀明、吳福枝、呂祐吉、
陳憲法、陳博淵、曹榮穎、邱國華

健保署中區業務組

劉上惠、蔡瓊玉、楊惠真、林裕能、戴秀容、柯依鳳、
李佩真、林育辰、張玉貞、謝佩璇

列席人員：楊雨軒、楊皓評

請假人員：王來庫、江奇潭、林師彬、林淑鑾、張繼憲、許偉宸、
陳祈宏、陳稼洺、黃明正、黃東德、黃義鈞、詹子宜、
蔡全德、蔡岳廷、蔡淑貞、顏良達

壹、主席致詞（略）

貳、醫界特殊貢獻醫師表揚會

參、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：重複申報診察費專案

1. 檢核區間：費用年月：113 年 6 月至 114 年 12 月。

2. 管理結果:逕扣 40 家、系統性清查 4 家。

(二)專案 2：醫師出國、住院期間申報費用專案

1. 篩異區間：費用年月 114 年 1 月至 114 年 12 月。

2. 管理結果:逕扣 15 位醫師、523 件。

(三)專案 3：自費併報健保費用專案

1. 篩異區間：費用年月 113 年 10 月至 115 年 3 月。

2. 管理方式:篩異院所依篩異案件病人數立意全抽或減抽，減抽者依點數核減率回推。

三、報告及宣導事項

(一)115 年度中醫三高病人加強照護方案(已公告)

1. 本方案書及問答集請至本署全球資訊網下載，路徑：首頁>健保服務>健保醫療計畫>全民健康保險中醫三高病人加強照護方案。網址：<https://gov.tw/KiT>。

2. 本方案使用者手冊及 XML 上傳格式說明已公告於本署健保資訊網服務系統(VPN)/下載專區/試辦計畫資料維護，請自行下載。

3. 院所可收案名單已置於 VPN/中醫三高加強照護方案/較需要照護名單查詢作業，請自行查詢。

4. 符合本方案申請資格者，請填具「方案附件 1：申請書」(含「建立與西醫院所轉診及合作模式」)，以 VPN 線上向本組提出參與方案申請(路徑：VPN/醫務行政/特約機構)

作業/試辦計畫/申請/「FB-中醫三高病人加強照護方案」)，經本組核定通知後，始得將收案會員資料上傳至VPN/中醫三高加強照護方案，進行收案。

5. 旨揭收案會員之 HbA1c(醫令代碼 09006C)、LDL(醫令代碼 09044C)及血壓(虛擬醫令代碼 Y00006)檢驗(查)結果值，請依「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」之特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明上傳，其中血壓(Y00006)請參照「地區醫院全人全社區照護計畫、家庭醫師整合性照護計畫、中醫三高病人加強照護方案之血壓檢查資料填寫規範」填報(如下表1)。
6. 前開格式說明請至本署全球資訊網下載，路徑：首頁>健保服務>健保與就醫紀錄查詢>鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案>方案及上傳格式。網址：<https://gov.tw/S6F>。
7. 如有疑義，請洽本署中區業務組聯絡電話：(04)2258-3988 轉醫療費用三科費用承辦。

表 1、血壓(Y00006)上傳格式說明

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案--- 特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明									
全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫、全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫、全民健康保險中醫三高病人加強照護方案之血壓檢查資料填寫規範：									
項次	報告類別	醫令序	醫令代碼	報告序號	檢驗項目名稱	檢驗報告結果值	單位	參考值下限	參考值上限
每日	(h1)		(h15)	(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6-1)	(r6-2)
每月	(h1)	(h17)	(h18)	(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6-1)	(r6-2)
1	1	0	Y00006	1	收縮壓	(填寫檢驗結果，數值填至整數位)	mmHg	(填寫檢驗項目對應參考值上下限)	
				2	舒張壓				

註1：檢驗報告結果值若大於（小於）檢測儀器之檢測上（下）限值，因檢驗報告結果值(r4)欄位須填寫數值，故請以該檢測儀器之檢測上（下）限值+1（-1）後之數值填報，請勿填報「>」或「<」符號。

(二) 115 年度提升中醫護理人員照護品質獎勵方案問答輯(已公告)

本方案書及問答輯請至本署全球資訊網下載，路徑：首頁>健保服務>健保醫療費用>醫療費用申報與給付>醫療給付相關計畫>中醫總額醫療照護試辦計畫。網址：<https://gov.tw/w9D>。

(三) 「西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「中醫癌症病人加強照護整合方案」新增評估指標量表(研商會議已通過，待公告)

1. 西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫：

「腦血管疾病」及「顱腦損傷」之評估量表新增「EAT-10 吞嚥能力篩查工具」。

2. 中醫癌症病人加強照護整合方案：

三項子計畫之評估量表新增「氣虛型體質量表」。

(四) 試辦「醫不足施行區域、山地離島地區、花蓮縣及臺東縣」中醫院所取消「專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量」規定(研商會議已通過，待本署函知)

1. 預計試辦期間：費用年月 115 年 7 月至 116 年 6 月。

2. 試辦後持續追蹤申報情形至 116 年 6 月。

(五) 修訂 115 年度「中醫門診總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標(研商會議已通過，待公告)

「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」、「就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率」、「使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率」、「使用中醫門診者之平均中醫就診次數」及「於同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率」5 項指標，資料範圍排除條件增列特定治療項目 MD(卵巢癌)、ME(鼻咽癌)及 MF(膀胱癌)。

(六) 醫療費用申報總表線上確認作業-全面上線

1. 截至 115 年 5 月 25 日止，未申請院所家數共 73 家(7%)，轄區縣市別未申請家數為台中市 37 家、大台中 9 家、彰化縣 27 家、南投縣已全數申請(表 2)。
2. 請轉知 73 家未申請院所申請參加線上總表。

表 2、轄區縣市別未申請家數

中醫基層診所	台中市	大台中	彰化縣	南投縣	小計
未申請家數	37	9	27	0	73
申請家數	427	315	200	82	1,024
特約家數	464	324	227	82	1,097
未申請比率	8%	3%	12%	0%	7%
申請比率	92%	97%	88%	100%	93%

(七) 健保卡資料上傳格式 2.0 及上傳率輔導

1. 該輔導作業之指標報表，自 115 年 4 月 17 日起，已開放至 VPN 供院所自行查閱，指標相關事項包括：

(1) 指標一：健保卡登錄後 24 小時內上傳之件數比率 $\geq 90\%$ 。

執行年月 115 年 5 月之轄區未達標家數計 49 家。

上傳率/家數	縣市別				總計	占率
	大台中	台中市	南投縣	彰化縣		
0%	0	1	0	0	1	0.1%
0.1-79%	15	12	4	6	37	3.4%
80-89%	3	5	1	2	11	1.0%
90%以上(達標)	306	447	77	218	1,048	95.5%
總計	324	465	82	226	1,097	100.0%

(2) 指標二：健保卡上傳件數/申報件數之比率 $\geq 90\%$ 。

執行年月 115 年 5 月之轄區未達標家數計 4 家。

上傳率/家數	縣市別				總計	占率
	大台中	台中市	南投縣	彰化縣		
0%	2	0	0	0	2	0.2%
80-89%	1	1	0	0	2	0.2%
90%以上(達標)	321	464	82	226	1,093	99.6%

總計	324	465	82	226	1,097	100.0%
----	-----	-----	----	-----	-------	--------

2. 上開指標二係以醫療費用申報資料之就醫識別碼欄位作為勾稽條件，因考量健保卡資料上傳格式 2.0 作業甫於 115 年 1 月 1 日實施單軌，爰本案請院所至 VPN 查閱各月指標數值是否達標，預計將持續輔導暨監測指標至 115 年 12 月底，再行啟動輔導函作業。
3. 另原指標三(醫事人員 ID、醫療費用、部分負擔、醫令、主診斷每項上傳比率 $\geq 90\%$)暫不列入指標報表，惟仍請院所留意健保卡資料上傳及醫療費用申報資料之完整性。
4. 相關指標報表可至 VPN/健保 IC 卡醫費勾稽作業/輔導作業 2.0 上傳率查詢，請轉知院所多加利用。

(八) 鼓勵參加 11 月 1 日「基層院所資訊服務系統(HIS)數位轉型觀摩會」

1. 為提升基層院所數位化能力，本署推動「115 年基層醫療院所資訊服務系統雲端轉型補助計畫」，以協助基層院所將 HIS 系統自傳統地端移轉至雲端服務；計畫補助參加院所轉型及使用雲端 HIS 一年，感受上雲端的好處。
2. 前開計畫請至本署全球資訊網下載，路徑：首頁>重要政策>基層院所 HIS 雲端轉型>補助計畫申請事項>115 年補助計畫。網址：<https://gov.tw/e5G>。經本署 115 年 3 月 26 日公告核定(中醫)服務廠商名單，包括國泰電腦有限公司、展望亞洲科技股份有限公司及翔評互動股份有限公司，請逕洽服務廠商辦理。
3. 為利各基層院所瞭解本署推動雲端轉型目的及推廣，本署將於 11 月 1 日(星期日)下午 13:00-17:00，假逢甲大學學思樓--第九國際會議廳(2F)辦理「基層院所資訊服務系統數位轉型觀摩會」，請鼓勵院所踴躍參加。

肆、提案討論

提案

提案單位：健保署中區業務組

案由：建議修訂「中區中醫門診總額管理計畫」案，提請討論。

決議：通過；(詳附件)

- (一) 一般抽審指標編號 12「用藥日數重複率」，條件說明刪除「4.排除條件：。」。
- (二) 肆、實施辦法「審查指標與抽樣原則」之每月抽審家數比例由原申報家數 20% - 30%調整為 15% - 25%，並自費用年月 115 年 6 月起適用。
- (三) 附表三、一般抽審指標資料定義之編號 1-2「申報職業傷害(B6 案件)比率」條件增修：計算公式之分母納入 B6(職災)案件，且條件說明第 2 點原排除「總件數 50 件(含)以下者」，改為「(29 案件+B6 案件)件數小於 30 件者」，並自費用年月 115 年 8 月起(即統計月 115 年 6 月起)適用。

伍、散會：下午 2 時 20 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
 114 年 3 月 20 日修訂
 114 年 6 月 19 日修訂
 114 年 9 月 18 日修訂
115 年 6 月 18 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%~~15%-25%。

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 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	6 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。

註 6：針對初審核減率 $\geq 3\%$ 且當月申報醫療費用 ≤ 10 萬之院所得進行複審。

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	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	
9	申報整合醫療照護費加計(A91)次數大於等於 5 次	統計月	≥ 5 次	5
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等於 8 次	統計月	≥8 次	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 15 次	統計月	=16 次、=17 次、=18 次、≥19 次	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	

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+B6 案件)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 (29 案件+B6 案件)件數 <u>小於 30 件者</u> 。 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)且給藥日數 ≥ 8 日之件數加總／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	申報「中醫居家醫療照護服務整合計畫」(31 案件)成長率	院所該月(31 案件)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	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
9	申報整合醫療照護費加計(A91)次數大於等於5次	院所該月同病患申報 A91 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)。
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

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等於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 15 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)。 3. 院所本項指標閾值分數，以最高分計。
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)。

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