

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

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9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	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	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	6 個月
5b	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	變更負責醫師及院所代碼異動	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	

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。

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 件	-1
	1-2 申報職業傷害(B6 案件) 比率	統計月	≥P75, ≥P90	-1, -2
2	2-1 慢性病案件平均每件給藥日數	統計月	≥P75, ≥P90	-1, -2,
	2-2 慢性病處方占率	統計月	≥P75, ≥P90	-1, -2,
3	雲端查詢系統「中醫用藥」查詢率	統計月	≥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 ≥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	≥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	≥P75, ≥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
10	去年同期醫療費用點數成長率與人數利用率差	統計月	≥P75, ≥P90, ≥P95	2, 3, 4
11	21、22(內科)日件數成長率	統計月	≥P75, ≥P90, ≥P95	2, 3, 4
12	用藥日數重複率	統計月	≥P75, ≥P90	3, 5
13	重複就診率	統計月	≥P75, ≥P90	3, 5
14	隔日申報診察費率	統計月	≥P75, ≥P90, ≥P95	2, 3, 4
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
16	申報診察費次數大於 8 次	統計月	>8 次	2
17	針傷申報比率	統計月	≥P75, ≥P90, ≥P95	1, 2, 3

編號	指標項目	資料期間	指標閾值	權值分數
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
19	針傷科處置次數大於 20 次	統計月	>20 次，>21 次，>22 次	<u>4，5，6</u>
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
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)件數大於等於 5 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 (含) 件以下者。 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(含)件以下者。 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。
	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	開立中藥且查詢中醫用藥頁籤病人人次/門診開立中藥病	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。

編號	指標項目	計算公式	條件說明
	用藥「查詢率	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。
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)、

編號	指標項目	計算公式	條件說明
			<p>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)。</p> <p>6. 不含較去年同期醫療費用點數負成長院所。</p> <p>7. 排除醫療費用點數 P5 以下院所。</p>
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	<p>1. 成長率與去年同期比。</p> <p>2. 排除診察費=0 之案件。</p> <p>3. 不含專款專用照護計畫任一項案件。</p> <p>4. 排除醫療費用點數 P5 以下院所。</p> <p>5. 院所內科日件數成長率值，如為負值或 0%者，不予計分。</p>
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	<p>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。</p> <p>2. 不含案件類別 B6、C5、24、28、29、30、A3 及專款專用案件(註)。</p> <p>3. 此指標按月進行資料的擷取及計算。</p> <p>4. 排除條件：。</p> <p>分子：</p> <p> ▶按中醫院所、身分證號歸戶，計算每人的重複給藥日數加總。</p> <p> ▶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。</p> <p>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。</p>
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	<p>1. 排除診察費=0 之案件。</p> <p>2. 保險對象之身分證號相同者計一人。</p> <p>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)。</p> <p>4. 此指標按月進行資料的擷取及計算。</p>
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	<p>1. 排除診察費=0 之案件。</p> <p>2. 保險對象之身分證號相同者計一人。</p> <p>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)。</p> <p>4. 此指標按月進行資料的擷取及計算。</p>
15	最近 3 個月平均就診次	院所最近 3 個月申報診察費件數/院所最近 3 個月份就	<p>1. 排除診察費=0 之案件。</p> <p>2. 保險對象之身分證號相同者計一人。</p> <p>3. 不含預防保健(A3 案件)、職業傷害(B6 案件)、</p>

編號	指標項目	計算公式	條件說明
	數	醫人數	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 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)。

編號	指標項目	計算公式	條件說明
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	<ol style="list-style-type: none"> 21 案件：即案件類別 21，中醫一般案件。 排除藥費=0，給藥日數=0 案件。 排除 21 案件小於 50 件院所。
21	醫師歸戶之申請點數	<ol style="list-style-type: none"> 專任院所：依醫師總申請點數計算 兼任院所：依醫師於各兼任院所申請點數計算 	<ol style="list-style-type: none"> 醫師總產能（執業院所產能+兼任院所產能）60 萬以上者採計。 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： <ol style="list-style-type: none"> 排除醫令總量 P25 以下醫師數。 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