

# 行政院衛生署中央健康保險局臺北業務組 中醫門診總額抽樣抽審實施方案

行政院衛生署中央健康保險局臺北業務組 101 年 12 月 18 日修訂

- 一、依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 16 條規定辦理。
- 二、抽樣抽審執行原則：以實施立意抽審占院所數 0%~20%、一般審查占院所數 20%~50%及免個案專業審查占院所數 40%~70%為原則。
- 三、凡符合下列任一條件之院所，其當月份申報之醫療費用案件（不含職災及專款專用案件）應予以抽樣審查：
  - A1 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 35、36、37、38 條經處分確定者。
    - (A1-1) 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十五條經違約記點者應予抽審 6 個月。
    - (A1-2) 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扣減其醫療費用之十倍金額者應予抽審 1 年。
    - (A1-3) 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停止特約一個月者應予抽審 1 年 6 個月。
    - (A1-4) 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停止特約二個月者應予抽審 2 年。
    - (A1-5) 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停止特約三個月者應予抽審 2 年 6 個月。
    - (A1-6) 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條停止特約一年者應予抽審 3 年。
  - A2 特約未滿 6 個月之院所。
  - A3 同址 1 年內更換 2 位(含)以上負責醫師之院所應予抽審 2 年。
  - A4 補報醫療費用之全數案件應予以審查。
  - A5 當月醫療費用未於次月 20 日前申報之院所。
  - A6 採書面申報醫療費用之院所。
  - A7 未參加中保會(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。
  - A8 同一院所內任一中醫師未符合中醫全聯會繼續教育修習規定之院所。
  - A9 經中保會(台北區分會)檔案分析異常或相關會議決議應予抽審、列管或輔導之院所。
    - (A9-1) 管理指標超出同儕值。
    - (A9-2) 不符病歷記載相關規範。
    - (A9-3) 不符臨床治療常規。
    - (A9-8) 經台北區分會提報應加強審查之異常名單。
  - A10 經健保局檔案分析或共管會議決議應予抽審、列管或輔導之院所。
    - A10-1 最近一年開藥日數超過 360 天以上人數占率最高前 20 名院所（應予抽審 3 個月）
    - A10-2 最近一年申請診察費超過 60 次以上人數占率最高前 20 名院所（應予

抽審 3 個月)

- A11 特約滿 6 個月以上仍未取得「中醫門診總額中醫醫療院所加強感染控制」或「中醫門診總額針灸標準作業程序醫療品質提升計畫」審查認證合格之院所。
- A12 於每萬人口中醫師數大於最近一季季中全國平均值之鄉鎮市區院所增加專任醫師數。(註：如醫療院所增加專任醫師數係為未提供健保看診服務者，經向健保局報備且查證確未申報費用者，得予排除。)
- A12-1 於每萬人口中醫師數介於最近一季季中全國平均值~3.09(含)間之鄉鎮市區院所增加專任醫師數。(應予抽審 3 個月，100 年 12 月起適用)
- A12-2 於每萬人口中醫師數大(等)於 3.10 之鄉鎮市區院所增加專任醫師數。(應予抽審 6 個月，100 年 12 月起適用)
- A13 臺北業務組提報應加強審查之異常名單。
- A14 自行終止合約

**四、凡下列指標（不含 B1 及 B3）最近一月指標值大於（或等於）95 百分位院所，以分子作排序，取前 50%之院所，其當月份申報醫療費用案件（不含職災及專款專用案件）應予以抽樣審查：**

- B1 最近一季，每病人平均就醫次數（排除代辦、重大傷病、診察費為 0 案件，取純內科及針傷內科院所之最高前 5 家）。
- B2 療程中申報診察費比率。
- B3 最近一季，就醫次數大於 30 次之病人數大於 3 人之院所。（排除代辦、重大傷病、診察費為 0、「腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」、「腫瘤患者手術、化療、放射線療法西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」、「小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫」、「小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫」、「腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫」案件）

**五、凡下列指標最近一月之指標值大於（或等於）97.5 百分位同儕值之院所，其當月份申報醫療費用案件（不含職災及專款專用案件）應予以抽樣審查：**

- C1 院所申請醫療費用點數。
- C2 院所醫師平均申請醫療費用點數。
- C3 院所任一醫師申請醫療費用點數。
- C4 院所任一醫師案件分類 21、22 申請醫療費用點數。
- C5 院所申請醫療費用點數成長率（特約滿 24 個月以上，100 年 12 月起適用）。
- C6 院所平均每一患者申請醫療費用。

**六、凡下列指標最近一月之指標值大於（或等於）99 百分位同儕值之院所，其當月份申報醫療費用案件（不含職災及專款專用案件）應予以抽樣審查：**

- D1 院所平均每位醫師申請醫療費用點數成長率（特約滿 24 個月以上）。
- D2 院所藥費申請點數占率成長率（特約滿 24 個月以上）。
- D3 針傷科六次完成率(排除件數 50 件以下)。

- D4 針傷科一次完成率(排除件數 50 件以下)。
- D5 院所案件分類 26、27、29 平均每件申請醫療費用點數(排除件數 50 件以下)。
- D6 重複就診率(同一日同一病患就診 2 次(含)以上比率)。
- D7 療程利用率(排除件數 50 件以下)。
- D8 用藥日數重複率。
- D9 針傷科與內科交替比率。
- D10 隔日申報診察費比率。
- D11 同一月同一患者申請針灸、傷科處置費超過 15 次以上占率。
- D12 同一月同一患者申請診察費超過 6 次以上占率。
- D13 院所任一醫師案件分類 26、27、29 申請醫療費用點數。
- D14 療程 14 日內未完成重新申請診察費率(且指標閾值 $\geq 3\%$ )

**七、凡下列指標最近一月之指標值(不含職災及專款專用案件)未符合前述抽樣應依下列辦理抽樣審查。**

- E1 每月未納入抽樣抽審之院所中隨機抽樣 5%至 10%之院所抽樣審查；本項隨機抽樣與前述抽樣抽審樣本數之合計以不超過院所數之 45%為原則。
- E2 每一院所每年至少應予以抽樣審查 1 次。

**八、本方案依全民健康保險醫事服務機構醫療服務案件抽樣及回推方式辦理，每次抽樣件數最少 20 件。**

**九、下列指標採論人歸戶隨機抽樣審查，抽審代碼為「F」：**

- (一) 自 97 年 1 月(含)起實施之指標：A1-1(違約記點 2 點)、A1-3 至 A1-6、A2、B1
- (二) 自 98 年 1 月(含)起實施之指標：B3、D10、D11
- (三) 自 98 年 8 月(含)起實施之指標：C5、D1
- (四) 自 99 年 4 月(含)起實施之指標：(A12-1)、(A12-2)、D14、C1(21 案件數占率 $\geq 99$ 百分位院所)、C2、C6
- (五) 自 99 年 7 月(含)起實施之指標：C3、C4
- (六) 自 99 年 10 月(含)起實施之指標：D3、D4、D7、D9
- (七) 自 102 年 1 月(含)起實施之指標：B2

**十、本方案修訂後自 102 年 1 月 (費用年月) 實施。**