

檔 號：

保存年限：

中醫門診醫療服務審查執行會台北區分會 函

會址：新北市板橋區板新路 107 號 3 樓

電話：(02)2958-0721

傳真：(02)2956-3878

聯絡人：范力升

受文者：如行文單位

發文日期：中華民國 114 年 7 月 1 日

發文字號：中執會台北(8)輝字第 135 號

速 別：普通件

附 件：如主旨

主 旨：檢送 114 年 6 月 19 日修訂之「中醫門診總額抽樣抽審實施方案」，請貴會轉知所屬會員悉知，請查照。

說 明：

- 一、依據衛生福利部中央健康保險署臺北業務組 114 年 6 月 19 日召開之「114 年第 2 次中醫門診總額台北分區共同管理會議」之決議辦理。
- 二、抽樣抽審實施方案指標修訂如下，修訂處附件皆以紅字表示，並自 114 年 7 月（費用年月）實施：
 - (一) 修訂指標 C8：「院所申請針傷科與內交替人數 $\geq$ 90 百分位，權值點數 6 點」。
 - (二) 修訂指標 C8 操作型定義：「同一院所、病患針傷案件療程期間另起內科且申報診察費人數」

條件說明：

 1. 保險對象：身分證號相同者計一人。
 2. 內科案件為（21 案件）診察費 >0 。
- 三、檢附「抽樣抽審實施方案」及「操作型定義」，並附上健保署相關資訊下載路徑及網址：首頁>健保服務>健保醫療費用>醫療費用申報與給付>醫療費用支付>醫療費用給付規定>各

分區業務組總額專區>臺北業務組總額專區>中醫總額
(<https://reurl.cc/37gmRl>)。

正本：台北市中醫師公會、新北市中醫師公會、宜蘭縣中醫師公會、基隆市中醫師公會
副本：衛生福利部中央健康保險署臺北業務組

主任委員

陳建輝

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	針傷科與內科交替比率人數。
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。 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。 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。 2.內科案件為（21案件）診察費 >0 。
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。

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	醫療 利用	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		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	獎勵 指標	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		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	獎勵 指標	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。