

高雄市中醫師公會 函

地址：高雄市鼓山區明華路 251 號 5 樓

傳真：(07)554-2901

電話：(07)552-5851

受文者：本會會員

發文日期：中華民國 109 年 01 月 14 日

發文字號：高市中醫(霖)字第 007 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：公文影印，乙份

主旨：檢送中執會高屏區分會函轉「中央健康保險署高屏業務組委請代轉知宣導院所配合事項」（如附件），請查照。

說明：

- 一、依據中執會高屏區分會 109 年 01 月 14 日中執高屏(霖)字第 003 號函辦理。
- 二、相關規定，攸關自身權益請詳細參閱，此次宣導重點如下：
 1. 本分區中醫門診總額抽審指標辦法中原操作型定義排除 30 案件者(即特定疾病門診加強照護案件)將不再排除
 2. 民眾申訴及違規案例
 3. 109 年總額分配暨各項方案修訂方向(依公告版實施)
 4. C05-C09 之 VPN 登錄系統新增查詢功能--收案情形追蹤
 5. 重申同一療程案件藥品應申報執行起迄時間
 6. 「109 年全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行地區-自 109 年 1 月 1 日起生效
 7. 放寬春節假期慢性病處方給藥措施
 8. 保險對象掛號就醫時不須提供密碼
 9. 重申 5 年內不予特約相關規定
 10. 善用健保醫療資訊雲端查詢系統
 11. 連續假期看診時段登錄作業
 12. 重申國內自墊核退醫療費用規定
 13. 不符替代役男資格部分負擔追扣
 14. 請協助推廣及下載健康存摺

理事長 陳建霖

中醫門診醫療服務審查執行會高屏區分會（函）

地 址：高雄市鼓山區明華路 251 號 5 樓

聯絡電話：(07)5525851

傳真電話：(07)5542901

受文者：高雄市、大高雄、屏東縣中醫師公會

發文日期：中華民國 109 年 01 月 14 日

發文字號：中執高屏(霖)字第 003 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

主旨：檢送「中央健康保險署高屏業務組委請代轉知宣導院所配合事項」(如附件)，請 查照並轉知所屬會員。

說明：

一、相關規定事關自身權益請詳細參閱。

二、此次宣導重點如下：

1. 本分區中醫門診總額抽審指標辦法中原操作型定義排除 30 案件者(即特定疾病門診加強照護案件)將不再排除
2. 民眾申訴及違規案例
3. 109 年總額分配暨各項方案修訂方向(依公告版實施)
4. C05-C09 之 VPN 登錄系統新增查詢功能--收案情形追蹤
5. 重申同一療程案件藥品應申報執行起迄時間
6. 「109 年全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行地區-自 109 年 1 月 1 日起生效
7. 放寬春節假期慢性病處方給藥措施
8. 保險對象掛號就醫時不須提供密碼
9. 重申 5 年內不予特約相關規定
10. 善用健保醫療資訊雲端查詢系統
11. 連續假期看診時段登錄作業
12. 重申國內自墊核退醫療費用規定
13. 不符替代役男資格部分負擔追扣
14. 請協助推廣及下載健康存摺

主任委員 陳建霖

中央健康保險署高屏業務組委請代轉知宣導院所配合事項

依據 108.12.19 第 4 次共管會議決議辦理

一、本分區中醫門診總額抽審指標辦法中原操作型定義排除 30 案件者(即特定疾病門診加強照護案件)將不再排除

- 腦血管疾病及顱腦損傷等患者之中醫輔助醫療自 103 年 1 月起由試辦計畫回歸支付標準，以一般總額費用支付，並自 107 年 2 月起是類門診加強照護對象加入脊髓損傷患者，依各年度上半年分析，納入一般總額費用支付後各分區是類醫療服務皆持續大幅成長，自 107 年起本轄已為全署之冠。
- 為提升中醫疾病照護品質，鼓勵中醫院所照護腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷疾病等重症患者，並考量是類服務係屬專款，是以多年來各項抽審指標皆排除中醫特定疾病門診加強照護案件，惟是類服務已推動多年，相關服務之提供已趨成熟，又其費用之支付自 103 年 1 月已回歸一般總額，是以比照一般案件列入各項指標之計算，以為管理。
- 相關指標計有費用指標 5、品質指標 3、4。
- 本項修訂自 109 年第 1 季(指標擷取費用年月 108 年第 3 季申報資料)起實施。

二、民眾申訴及違規案例

| 民眾申訴及違規樣態 | 重申相關法規 |
|--|--|
| <p>民眾自行查閱健康存摺，發現診斷碼與就醫情況不符：</p> <p>ex: 民眾因鼻涕倒流及耳鳴就醫，後續回診醫師以提升睡眠可增加免疫力為由，開始以睡眠疾患開藥治療，服藥後白天亦有疲倦及泛胃酸等反應，之後有 2 週以胃腸脹氣開藥治療，經民眾自行查閱健康存摺，發現疾病名稱為腹瀉。因無腹瀉情況，且健康存摺上之用藥紀錄亦與藥品明細及收據處方不同，造成心理不安。</p> | <p>保險醫事服務機構提供醫療服務應核實正確申報，並依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務。如屬常態違規之申報模式，將進行查處(依據全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 16 條及第 37-40 條)。</p> |
| 違規案例 | 重申相關法規 |
| <p>1. 以健保卡刷卡換取酸痛貼布、喉片、仙楂糖、藥草、痲子粉、咳嗽藥粉等：</p> | <p>全民健康保險法第 81 條、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條。</p> |
| <p>2. 多刷卡或收集健保卡</p> <p>(1) 利用保險對象就醫、補卡或接受療程時，多刷卡(同日 2 刷)虛報就醫或診療費用。</p> <p>(2) 收集員工及眷屬健保卡，未實際診治，仍記載就醫紀錄，虛報醫療費用。</p> | <p>全民健康保險法第 81 條、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條。</p> |
| <p>3. 非醫師推拿卻申報醫療費用</p> <p>診所巡迴醫療未由醫師親自執行推拿業務，卻向本署申報醫療費用。</p> | <p>全民健康保險法第 81 條、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條</p> |
| <p>4. 非藥事人員親自調劑</p> <p>(1) 非由藥事人員調劑藥品，中醫師亦未親自調劑，卻虛報藥品調劑費。</p> <p>(2) 藥事人員不在班調劑，卻以藥事人員名義虛報藥品調劑費。</p> | <p>全民健康保險法第 81 條、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條。</p> |

| | |
|--|--|
| <p>5.自費減重虛報醫療費用 保險對象自費減重，卻以疾病就醫申報醫療費用。</p> | <p>全民健康保險法第81條、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第39條</p> |
|--|--|

三、109年總額分配暨各項方案修訂方向（依公告版實施）

（一）109年中醫總額分配

| 項目 | 衛福部尚未公告 | |
|-----------------------------|---------------------|---------------|
| | 成長率(%) 或 金額(百萬元) | 增加金額 (百萬元) |
| 一般服務 | | |
| 醫療服務成本及人口因素成長率 | 3.092% | 781.9 |
| 投保人口預估成長率 | 0.346% | |
| 人口結構改變率 | 0.666% | |
| 醫療服務成本指數改變率 | 2.071% | |
| 協商因素成長率 | 1.604% | 405.5 |
| 提升用藥品質 | 1.719% | 434.6 |
| 違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 | -0.115% | -29.1 |
| 一般服務成長率 | 增加金額 | 1,187.4 |
| | 總金額 | 26,475.1 |
| 專款項目 | | |
| 醫療資源不足地區改善方案 | 135.6 | 0.0 |
| 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 | 204.0 | 22.0 |
| 中醫提升孕產照護品質計畫 | 90.0 | 25.0 |
| 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 | 22.0 | 12.0 |
| 中醫癌症患者加強照護整合方案 | 194.0 | 28.0 |
| 中醫急症處置 | 10.0 | 10.0 |
| 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(109年新增計畫)草案 | 50.0 | 50.0 |
| 網路頻寬補助費用 | 74.0 | 0.0 |
| 品質保證保留款 | 60.8 | 37.2 |
| 專款項目金額合計 | 840.4 | 164.2 |
| 較108年度核定總額成長 (一般服務+專款) | 增加金額 | 1,351.6 |
| | 總金額 | 27,315.5 |

（二）中醫支付標準(草案)-修訂重點

1. 診察費調升

- *「教學醫院」每位專任中醫師每月看診日平均門診量在50人次以下調升3點
- *「非教學醫院」每位專任中醫師每月看診日平均門診量在30人次以下調升5點
- *「山地離島地區」調升5點

2. 針傷合理量放寬

- *「另開內服藥之針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費」之每位專任醫師每月申報上限由120人次調升為150人次。

3. 每日藥費：調升2點

4. 新增收載藥品共10項：

*膽南星、太子參、血竭、黑荊芥、地榆炭、十味敗毒湯、平肝流氣飲、香砂養胃湯、歸耆建中湯、折衝飲。

(三)中醫醫療資源不足地區改善方案-修訂重點_巡迴醫療

1. 施行鄉鎮異動：

| | 刪除 | 新增 |
|-----------|--------------------------|------------|
| 無中醫鄉鎮區 | 屏東縣琉球鄉、崁頂鄉 | 高雄市梓官區、內門區 |
| 僅有1家中醫鄉鎮區 | 屏東縣恆春鎮、里港鄉 高雄市梓官區、內門區 | 屏東縣琉球鄉、崁頂鄉 |

2. 平均門診量限制：

*新增但書：如屬山地、離島地區或特殊情形經分區業務組會同中全會核定，則該巡迴點每位中醫師不受每診次70人上限之限制。

3. 調升僅有1家中醫院所離島鄉鎮區論次費用：

*由臺灣本島至僅有1家中醫院所之離島鄉鎮區執行巡迴醫療，其論次費用由2千點增至1萬點(本轄符合條件者為琉球鄉)

(四)中醫提升孕產照護品質計畫-修訂重點

*新增未用藥之照護模式

因考量部分孕婦僅做針傷，未用藥，爰新增P39005~P39008支付代碼，各照護模式(P39001、P39002、P39003、P39004、P39005、P39006)每週限擇一申報；含藥費之照護模式(P39001、P39002、P39003、P39004)與不含藥費之照護模式(P39005、P39006)，需≥28天始得相互轉換。

(五)中醫癌症患者加強照護整合方案-修訂重點

1. 特定癌症患者中醫門診加強照護計畫

- 新增 50 點「藥品調劑費」
- 新增開藥大於 28 天以上之四項「特定癌症門診加強照護費」
 - ✓ 給藥日數為 29~56 天，支付點數 2,100~3,150 點
 - ✓ 限依本保險醫療辦法 25 條出國或返回離島地區、遠洋漁船船員等有一次領取該處方箋總用藥量之特殊病人

2. 癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫

- 修正適用範圍為：當次住院為接受癌症相關治療且需中醫輔助醫療之健保給付西醫住院患者
 - ☞ 西醫自費住院者、非因治療癌症住院者不符本方案條件

(六)中醫門診總額品質保證保留款實施方案(草案)-修訂重點

- 加計項目刪除「無障礙就醫環境(5%)」
 - 因 109 年度總額之「醫療服務成本指數改變率」項目中，已保留一定金額作為院所設立無障礙設施之支付標準調整，原品保款中關於無障礙部分予以取消。

四、C05-C09 之 VPN 登錄系統新增查詢功能--收案情形追蹤

- 中醫特定疾病門診加強照護之「腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷 (C05-C09)」個案，於首次收案時即需進行巴氏量表評估，之後每三個月應至少評估巴氏量表一次。
- 自 108 年 10 月 16 日起，VPN 系統之「中醫特定疾病門診加強照護」項下新增「收案情

形追蹤查詢」功能，並將收案對象依再次評估時間區分 3 大類供查詢：

- 1.已過評估迄日應補登個案清單-提供 VPN 補登期限，逾補登期限卻未補登之個案，系統將自動結案。
- 2.本月應再次評估個案清單-顯示使用者查詢時間當月份應再次評估之個案資料。
- 3.其餘收案個案清單明細-顯示該院所其餘收案個案，並提供下次再評估之時間。

五、重申同一療程案件藥品應申報執行起迄時間

- 申報同一療程案件且醫令代碼為藥品(10 碼西藥或 7 碼中藥)時，欄位 p14「執行時間-起」及欄位 p15「執行時間-迄」必填至年月日，並將自費用年月 109 年 2 月起實施檢核。
 - ✓特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明之醫令段欄位 p14「執行時間-起」、p15「執行時間-迄」說明四：
 - ☞同一療程(含療程中併開藥等)案件應按醫令代碼之實際執行日期逐一填報，填治療日期至年月日，時分可補 0。

六、「109 年全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行地區-自 109 年 1 月 1 日起生效

- 高屏區屬於醫療資源缺乏地區為高雄市田寮區、高雄市永安區、高雄市六龜區、高雄市甲仙區、高雄市杉林區、**高雄市內門區(109 年增列)**、屏東縣萬巒鄉、屏東縣新園鄉、屏東縣崁頂鄉、屏東縣車城鄉、屏東縣滿州鄉；109 年刪除屏東縣竹田鄉。
- 依「全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件」第一點規定，為具備下列條件之一者之地區：
 - ☆符合各鄉、鎮、市、區最近 1 年或最近 3 年平均醫人比超過 4,300 人
 - ☆人口密度低於全國平均人口密度 1/5 之條件

位於年度公告實施區域院所，請儘早完成資訊系統部分負擔減免調整

七、放寬春節假期慢性病處方給藥措施

- 109 年春節假期自 109 年 1 月 23 日起至 1 月 29 日止共計 7 天，考量慢性病病人回診需要及避免慢性病用藥中斷，對於原預定於春節假期期間回診之慢性病人，或慢性病連續處方箋前次(上個月)給藥天數最後一天(藥吃完之日期)介於春節期間者，可提前自春節前 10 天，即 109 年 1 月 13 日(含)起回診由醫師處方給藥或預領下個月(次)用藥。

八、保險對象掛號就醫時不須提供密碼

- 近來民眾反映健保卡設密碼後，被要求提供密碼後才能掛號就醫，感覺隱私受侵犯。
- 依健保署規劃之資訊作業環境，掛號就醫僅須讀取健保卡基本資料，可不需解密碼；惟實務上，醫事機構為簡化作業，可能會將作業流程設計為掛號即需解碼，後續醫療服務全程不需再解碼。
- 相關規定：全民健康保險保險憑證製發及存取管理辦法第 11 條：醫事機構提供保險對象診療，應依醫療需要讀取健保卡內已存放或上傳之就醫紀錄。但經保險對象設定密碼限制讀取者，不在此限。
 - ☞醫療院所系統於掛號時，如遇民眾卡片有 PIN 碼保護，請使用下列 API 取得民眾基本資料(下載點：首頁>健保服務>健保卡申請與註冊>健保卡資料下載區>《讀卡機控制軟體》)
 - ✓ 1.1 hisGetBasicData (掛號或報到時不需讀取個人 PIN 碼資料)
 - ✓ 1.38 hisGetRegisterBasic2(掛號或報到時讀取有效卡期限及就醫次數資料)

九、重申 5 年內不予特約相關規定

- 依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 5 條規定略以，申請特約之醫事機構或其負責醫事人員有下列情事於 5 年內不予特約：

院所配合事項

1. 請加強向病患說明 10 日內回院所退費，如病患逾 10 日補卡，且院所費用未申報前，建請協助退費，以減少病患奔波。
 - ☞切勿更改縮短退費期限(10 日)
2. 月底就醫之欠費，若病患在 10 日內回院所退費，但費用已申報，依規定仍應予退費。
 - ☞請費用申報前積極處理退費問題
3. 若病患攜帶「請領健保卡收執聯」、「加保表」就醫或「健保卡無法讀取」時，請院所先以例外就醫或異常代碼辦理。
 - ☞勿請病患自費後，再向健保署各分區業務組申請核退。
4. 出院結帳前務必更新健保卡，以正確身分申報，免收部分負擔。
 - ☞重大傷病申請案件建議列冊確認是否核發

十三、不符替代役男資格部分負擔追扣

- 健保署代辦役政署之替代役役男健保就醫免部分負擔作業(部分負擔代號：906)，由役政署每半年定期檢送不符案件辦理追扣。
- 「不符役男健保就醫免部分負擔補助身分」多數情形為：役男提早退役，退役後持續就醫，醫療院所以之前影印留存之役男身分證，認定仍在醫療補助期限，逕以替代役役男身分申報其免部分負擔。
- 請確實核對限用、補助期限

十四、請協助推廣及下載健康存摺



➢ 為鼓勵民眾登入查詢就醫資料，關心自己的健康，本署即日起辦理「歲末年終168」抽獎活動！

➢ 只要108年1月1日以後有登入過健康存摺，就能取得抽獎資格！利用眷屬管理功能登入家人的健康存摺，家人也可以抽獎喔！

居家醫療照護整合計畫 中醫醫療服務



居家輕量藍牙方案



上述宣導事項，如有疑問請逕洽健保署高屏業務組費用承辦人員詢問。

中央健康保險署高屏業務組中醫門診總額抽審指標辦法 1081219 修訂版**【醫管指標】**

1. 違規院所抽審原則：
 - 1-1 違規院所經處違約記點或扣減費用之處分者，抽審 6 個月。
 - 1-2 違規院所經停約處分 1 個月（含）以上確定者，抽審 1 年；
違規醫師經停約處分 1 個月（含）以上確定者，於處分結束後 1 年內，審查其所執業或支援之相關院所該月該醫師之案件。違反本項另新開業者，除原因新特約應抽審半年外，持續抽審 1 年。
2. 新開業之院所抽審半年。
3. 每一院所每年至少應予抽樣審查 1 次，抽審月份初核核減率 $\geq 10\%$ 者，至少加抽審 2 個月。
4. 未依規定參加健保署或中執會高屏區分會輔導會議之院所。
5. 延遲申報醫療費用（受理日逾次月 20 日）之院所（於延遲申報月份起，抽審 3 個月，惟若有特殊情形，應檢具相關事由向健保署高屏業務組報備，經認定確屬特殊情形者，得免因本指標抽審）。
6. 其他明顯異常之院所。

【費用指標】

1. 平均就醫次數 $\geq PR98$ 之院所（內科與針傷科案件分別列計，其中一項 $\geq PR98$ 即予以抽審）。
2. 單一醫師歸戶平均合計醫療服務點數較去年同期成長率 $\geq PR98$ 且平均合計醫療服務點數大於 30 萬以上之院所。
3. 單一院所平均合計醫療服務點數較去年同期成長差值 $\geq PR95$ 之院所。
4. 就醫人數成長率 ≤ 0 ，且醫療費用成長率 ≥ 0 之院所（排除總醫療服務點數 $< PR85$ ）。
5. 針傷次數差值或其成長率超過轄區 95 百分位之院所（排除 22-~~30~~ 案件及月平均針傷量 300 以下之院所）。
6. 就醫患者平均耗值或其成長率超過轄區 95 百分位之院所（成長率部分排除該季就醫患者平均耗值 $<$ 轄區 25 百分位之院所）。

【品質指標】

1. 7 日內處方用藥日數重複 2 日以上比率超過轄區 98 百分位之院所。
2. 同一患者月針傷科處置次數大於 15 次以上之院所。（註是類患者並為全審個案）
3. 針傷患者平均針傷次數或其成長率超過轄區 95 百分位之院所（排除 22-~~30~~ 案件及月平均針傷量 300 以下之院所）。
4. 針傷患者平均給藥日數或其成長率超過轄區 95 百分位之院所（排除 22-~~30~~ 案件及月平均針傷患者給藥 500 日以下之院所）。
5. 「月平均總給藥日數前 70 百分位院所中 7 日內處方用藥比率前 95 百分位院所」

【其他說明】

1. 符合以上醫管、費用及品質指標任一項之院所，除特別註明者外，全部採論人隨機審查管理類別，以抽審 1 季為原則。
2. 抽樣審查採總量管制，以申報院所家數 20%為上限，抽審家數逾上限時，抽審量調控作業以配合政策院所為優先，次為偏離指標閾值較少者。

【調控方式】

特約滿六個月以上未落入醫管指標或品質指標之院所依下列原則進行：

2-1 前前季平均核減率小於 0.4%(約為 105Q4 抽審院所平均核減率)，且至少符合下列其中 3 項(含)以上之診所，依符合品項數較多者為優先：

- (1) 參加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。
- (2) 指標費用年月之門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統中醫用藥頁籤查詢率>80%。
- (3) 參加紙本病歷替代方案-病歷電子檔送審。
- (4) 參加醫療費用電子化作業。
- (5) 近三個月每月至少有二週週日開診。

2-2 經前項調控後，抽審家數仍逾申報院所家數 20%，則以前前季平均核減率等於 0%，按偏離指標閾值較少者優先免於抽審。

2-3 每院所每年至少應予抽樣審查一次，不受上限家數規範。