

100 年度全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款 實施方案

壹、依據：

行政院衛生署 99 年 12 月 21 日衛署健保字第 0992660294 號核定函及全民健康保險醫療費用協定委員會(以下簡稱費協會)100 年度全民健康保險醫療費用總額協商暨第 163 次委員會議紀錄。

貳、目的：

本方案之實施，在於提升中醫醫療服務品質，獎勵績效卓著之中醫門診特約醫事服務機構。

參、預算來源：

依費協會第 150 次會議決議，品質保證保留款 99 年度開始採累計方式計算，預算來自 100 年度全民健康保險中醫醫療給付費用總額中「品質保證保留款」預算 0.050%與 99 年度原預算基礎。

肆、支用條件：

- 一、 本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算 1 次。
- 二、 提供資料及來源：本方案第柒點之三、五、六項及第捌點、第玖點，由中醫門診總額受託單位（中華民國中醫師公會全國聯合會，以下稱中醫全聯會）於 101 年 3 月底前提供名單並函請全民健康保險保險人(以下稱保險人)辦理結算。

伍、預算分配方式：

- 一、 各分區品質保證保留款預算分配：100 年全年各分區一般服務預算總額占率分配（註 1）
- 二、 院所核算基礎：
 - (一)該院所參與品質保證保留款之核算基礎(A)
= (該院所申報 100 年醫療服務點數－100 年申報藥費與藥品調劑費) * 平均核付率(含部分負擔，註 2)

註：100 年申報醫療服務點數以 101 年 3 月底為截止點

(二)以上述核算基礎，依本方案第捌及第玖點增減原則，計算每院所參與品質保證保留款之結算核算基礎。

(三)各醫療院所分配品質保證保留款= $(\text{各醫療院所結算核算基礎 } A / \text{各醫療院所結算核算基礎 } \Sigma A) * \text{該分區品質保證保留款}$

三、辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之中醫門診特約醫事服務機構提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自當時結算之當季中醫門診總額一般服務項目預算中支應。

申復、爭議成功院所之品質保證保留款= $(\text{該院所結算核算基礎} / \text{各醫療院所結算核算基礎 } \Sigma A) * \text{該分區品質保證保留款}$

陸、核發資格：

100 年中醫門診特約醫事服務機構且無本方案第柒點情形者，得核發品質保證保留款。

柒、中醫門診特約醫事服務機構有下列情形之一者，不予核發品質保證保留款：

- 一、100 年度在各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 3.0 以上之地區，新設立中醫門診特約醫事服務機構。(註 3)
- 二、核減率：中醫門診特約醫事服務機構年平均核減率(註 4)，超過該區 95 百分位，且超過前一年該區之年總平均核減率者。
- 三、輔導：中醫門診特約醫事服務機構醫療行為模式異常，經中醫全聯會之分區委員會(以下稱分區委員會)輔導 2 次未改善或情節重大，經分區委員會提報中醫全聯會，准予核備並副知當事人在案者。
- 四、中醫門診特約醫事服務機構當年度有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 35 條、第 36 條、第 37 條或第 38 條等所列違規情事並經處分者，以處分日期認定之。

五、中醫門診特約醫事服務機構未經「中醫醫療院所加強感染控制」審查認證合格或經評核未合格者。

六、未符合保險人公布中醫總額部門醫療資訊公開「醫療費用明細標示」院所。

捌、中醫門診特約醫事服務機構品質保證保留款核算基礎加計原則：

一、100年新設立之中醫門診特約醫事服務機構（屬新醫事服務機構代號者），位於當年保險人公告之100年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案無健保特約中醫院所之鄉鎮地區，依核算基礎加計100%。

二、為鼓勵提升中醫醫療服務品質，所為教學研究且績效卓著之中醫門診特約醫事服務機構，其核算基礎予以鼓勵加成。其適用對象應參考經行政院衛生署中醫藥委員會「中醫醫療院所負責醫師二年以上醫師訓練合格醫院」依核算基礎加計10%。

玖、中醫門診特約醫事服務機構品質保證保留款核算基礎減計原則：

一、依據中醫全聯會所定「中醫師繼續教育點數管理辦法」規定之繼續教育點數（每年24點），按其所屬中醫門診特約醫事服務機構之最後1個月之專任中醫師數，計算未修滿上述規定點數之專任中醫師占率，以佔率作為減計核算基礎（註5）。

二、「中醫同一院所同一患者同月就診8次以上比例」超過90百分位者減計20%（註6）。

三、同日重複就診率超過90百分位者減計10%（註7）。

四、7日內處方用藥日數重複2日以上比率超過90百分位者減計10%（註8）。

拾、本方案由保險人會同中醫全聯會研訂後，送費協會備查，並由保險人報請行政院衛生署核定後公告實施，修正時亦同。

100 年度中醫門診總額品質保證保留款實施方案-註釋

指標項目	操作型定義
註 1: 各分區品質保證保留款預算占率	保留款全年預算*(100 年該分區一般服務全年預算/Σ6 分區一般服務全年總預算)
註 2: 年平均核付率	(全年初核核定點數+部分負擔)/(全年申請點數+部分負擔)
註 3: 100 年度在各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 3.0 以上之地區，新設立中醫門診特約醫事服務機構。	資料範圍：按 100 年 2 月份公布醫事人員公務統計檔計算之。
註 4: 年平均核減率	(全年初核核減點數)/(全年申請點數+部分負擔)
註 5: 專任中醫師減計基礎	<ol style="list-style-type: none"> 1. 該所屬中醫門診特約醫事服務機構中未修滿規定繼續教育點數之專任中醫師數/該所屬中醫門診特約醫事服務機構專任中醫師 ID 歸戶數 2. 專任中醫師數均以當年度最後一個月所屬中醫門診特約醫事服務機構予以認定。
註 6: 「中醫同一院所同一患者同月看診次數過高病患就診 8 次以上比例」 < 90 百分位	<ol style="list-style-type: none"> 1. 分母：同一院所、同月看診總人數。 2. 分子：同一院所、同一病人、同月看診次數 8 次（含）以上人數。 3. 指標計算(S)：分子 / 分母。 4. 各月計算比率，全年計算平均比率，進行百分位排序。 $\text{平均每月比率} = \frac{\sum S}{\text{月份數}}$ 5. 所有資料排除符合以下任一條件者 <ol style="list-style-type: none"> (1) 診察費=0 (2) 案件類別 25(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)及 B6(職災案件)。 (3) 案件類別 22，且任一特定治療項目代號為 (C8, C9, C0, J7, CA)。 <ul style="list-style-type: none"> ※ C8 (腦血管疾病之西醫住院病患中醫輔助醫療) ※ C9 (小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫) ※ C0 (小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫) ※ J7(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) ※ CA (腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫)
註 7: 「同日重複就診率」 < 90 百分位	<ol style="list-style-type: none"> 1. 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費>0 之門診案件。 2. 公式說明： 分子：按同一院所、同一病人、就醫日期歸戶，計算

指標項目	操作型定義
	<p>就診 2 次（含）以上之筆數。</p> <p>分母：按同一院所、同一病人、就醫日期歸戶之筆數。</p> <p>3. 指標計算：分子 / 分母。</p> <p>4. 指標進行百分位排序。</p>
<p>註 8：「7 日內處方用藥日數 重複 2 日以上比率」 < 90 百分位</p>	<p>1. 資料範圍：所有屬中醫總額之門診給藥小於等於 7 日案件(排除 26、29 案件)。</p> <p>2. 公式說明： 分子：按同一院所及病人 ID 歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總，排除給藥日份重複為 1 日之重複日數。 分母：同一院所給藥案件之給藥日份加總。 ※給藥案件係藥費不為 0，或給藥天數不為 0。</p> <p>3. 指標計算：分子 / 分母。</p> <p>4. 指標進行百分位排序。</p>