

附件

100 年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案(草案)

99 年 11 月 24 日

壹、依據

本方案依據全民健康保險醫療費用協定委員會第 163 次會議紀錄辦理。

貳、目的

本方案之實施為確保西醫基層總額支付制度實施後醫療服務之品質，獎勵優質西醫基層特約醫事服務機構。

參、預算來源

本方案之預算自 100 年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中「品質保證保留款」之預算。

肆、預算分配方式

本方案將依 100 年 1 月 1 日各分區特約診所家數占率，分配各區品質保證保留款預算。

伍、核發資格

- 一、西醫基層特約診所於 100 年 1 月至 100 年 12 月期間之 12 個月之門診醫療費用案件均在規定時限以電子資料申報，符合第一次暫付，且無本方案第伍點二之情形，得核發品質保證保留款。
- 二、西醫基層特約診所所有違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定，於 100 年 1 月 1 日至 100 年 12 月 31 日期間，經中央健康保險局依同辦法第 36 條、第 37 條及 38 條規定等所列違規情事並經處分者，則不予核發，前述期間以處分日期認定之。

三、符合下列情形，各給予核發權重 25%。

(一)診所月平均門診申復核減率，不超過該分區所屬科別九十百分位

資料期間：以西醫基層特約診所 99 年 7 月至 100 年 6 月之門診醫療費用計算。

公式：A/B

分子 A：診所每月「門診申復後核減率」之合計。

分母 B：該診所核定月數。

註：101 年 2 月 28 日前核定之 99 年 7 月至 100 年 6 月之醫療費用（含申復）之門診醫療費用，計算「申復後核減率」，未有申復或申復尚未核定者，以初核減率計算之。

(二)診所之每位病人年平均就診次數，不超過該分區所屬科別九十百分位

資料期間：西醫基層特約診所 100 年 1 月至 100 年 12 月之門診醫療費用計算。

公式：A/B

分子 A：全年診所申報總案件數。

分母 B：全年診所歸戶總人數。

註 1：本項以 101 年 1 月 31 日前診所申報 100 年醫療費用資料計算之。

註 2：本項排除代辦案件及診察費為 0 之案件。

(三)個案重複就診率不超過該分區所屬科別九十百分位

資料期間：西醫基層特約診所 100 年 1 月 1 日至 100 年 12 月 31 日之門診醫療費用資料。

公式：

$$\sum_{i=1}^n \frac{A_i}{B_i} / 12$$

分子 A：同一費用年月、同一就醫日期、同一院所，同一人(身分證號)就診 2 次(含)以上，按身分證號歸戶之門診人數。

分母 B：同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數。

註 1：本項以 101 年 1 月 31 日前診所申報 100 年醫療費用資料計算之。

註 2：排除代辦案件及診察費為 0 之案件。

※前開診所之所屬科別以 100 年第 1 季門診申報費用之就醫科別件數比例較高且超過 30%者認定之(若件數相同，則採費用較高者)；未有任一科件數比率超過 30%者(如聯合診所)，或該科別之家數未達 20 家，則不歸屬任一科，即與該轄區全體西醫基層診所比較。

(四)藥品明細：單方藥品於藥品明細中標示商品名及成份名，複方藥品則標示商品名。

註：本項資料由西醫基層總額各分區共管會議於 101 年 2 月底前提供不合格院所名單。

陸、支用方式

一、年度結束時，依方案之預算除以符合本方案核發之西醫基層特約診所家數，再乘上個別診所之符合權重，作為個別診所獎勵之金額。

公式：

(一) 100 年各分區西醫基層總額品質保證保留款

$$=(100 \text{ 年 } 1 \text{ 月 } 1 \text{ 日各分區特約診所家數} \div 100 \text{ 年 } 1 \text{ 月 } 1 \text{ 日全局特約診所家數}) * 100 \text{ 年度西醫基層總額品質保證保留款預算}$$

(二) 每家診所核發金額

$$=(100 \text{ 年各分區西醫基層總額品質保證保留款} / \Sigma \text{分發})$$

保留款院所數) ×該診所符合權重

- 二、核發作業：本方案年結算一次，中央健康保險局於 101 年 6 月底前，計算參加本方案保留款分配之核發名單及金額，辦理撥付作業。
 - 三、其他事項：辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之西醫基層特約診所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，核發之金額將自當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支應。
- 柒、本方案由中央健康保險局會同中華民國醫師公會全國聯合會共同訂定，送費協會備查，並由健保局報請行政院衛生署核定後，公告實施。