

102 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：

全民健康保險醫療費用協定委員會(以下稱費協會)102 年度全民健康保險醫療費用總額協商暨第 186 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 186 次會議決議，品質保證保留款應全數用於鼓勵提升醫療品質，並累計最近兩年有該保留款成長率的額度。101 年度品質保證保留款成長率 0.1%(19.94 百萬元)，102 年度仍應依本方案辦理，全年經費為 19.94 百萬元。

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：本方案第柒點第四項、第五項及第捌點第一項、第二項與第玖點第一項，由中華民國中醫師公會全國聯合會（以下稱中醫全聯會）於 103 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：102 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 102 年醫療服務點數－102 年申報藥費與藥品調劑費）× 平均核付率(含部分負擔，註 2)

說明：102 年申報醫療服務點數以 103 年 3 月底為截止點。

(二)以上述核算基礎，依本方案第捌點及第玖點增減原則，計算每院所參與品質保證保留款之核算基礎。

(三)各醫療院所分配品質保證保留款＝(各醫療院所核算基礎 A/各醫療院所核算基礎 ΣA) × 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＝(該院所核算基礎 /各醫療院所核算基礎 ΣA) × 該分區品質保證保留款

陸、核發資格：

102 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、102 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、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 36 條、第 37 條、第 38 條、第 39 條或第 40 條等所列違規情事並經處分（以處分日期認定）者。

- 四、中醫門診特約醫事服務機構非屬「中醫門診總額支付制度品質確保方案」之中醫醫療院所加強感染控制指標合格者。
- 五、未符合保險人公布之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、102 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 102 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，中醫門診特約醫事服務機構從事教學研究且績效卓著者，依核算基礎加計 10%。其適用對象為經衛生福利部中醫藥司『中醫醫療院所負責醫師二年以上醫師訓練合格』之醫院。
- 三、為鼓勵中醫師提供假日看診服務減少民眾就診不便，醫療機構當年度於週日看診超過 30 天以上者，依核算基礎加計 10%。（註 5）

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，以占率作為減計核算基礎（註 6）。
- 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 7）。
- 三、同日重複就診率超過 90 百分位者，減計 10%（註 8）。

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9）。

拾、本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送費協會備查，
並報請主管機關核定後公告實施。自102年起，屬給付項目
及支付標準者，依新修正公布之全民健康險保法第41條第1
項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

102 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*(102 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 3：102 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。	1.資料範圍：以 101 年 11 月「內政部戶政司戶籍人口數」及「醫事人員公務統計檔」計算之。 2.102 年 1 月公布於全球資訊網。
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：醫療機構於每年週日看診超過 30 天以上者	以門診申報資料之「就醫日期」認定週日是否看診。
註 6：專任中醫師減計基礎	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 7：「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」	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： (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,J7,CA)。 ※ C8 (腦血管疾病之西醫住院病患中醫輔助醫療) ※ 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)

指標項目	操作型定義
註 8:「同日重複就診率」	<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： <ul style="list-style-type: none"> 分子：按同一院所、同一病人、就醫日期歸戶，計算就診2次(含)以上之筆數。 分母：按同一院所、同一病人、就醫日期歸戶之筆數。 3.指標計算：分子 / 分母。 4.指標進行百分位排序。
註 9:「7日內處方用藥日數重複2日以上比率」	<ol style="list-style-type: none"> 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)。 2.公式說明： <ul style="list-style-type: none"> 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。 3.指標計算：分子 / 分母。 4.指標進行百分位排序。