

98 年度中醫門診醫療給付費用總額一般部門預算分配方式試辦計畫

壹、依據：

全民健康保險醫療費用協定委員會 97 年 11 月 14 日第 143 次會議決議辦理及行政院衛生署 98 年 1 月 14 日衛署健保字第 0982600060 號核定函。

貳、目的：

為規範中醫門診醫療給付費用總額一般部門預算分配之實際操作方式、品質與醫療資源分布之管控，特訂定本試辦計畫。

參、實施期間：98 年 1 月 1 日起至 98 年 12 月 31 日止。

肆、預算分配：

一、當年度中醫門診醫療給付費用總額一般部門預算總額，東區預算占率 2.22%，其餘五分區（以下簡稱五分區）預算占率 97.78%。

二、五分區各季預算分配：

（一）五分區各季預算分配，90% 預算係以當年各分區各季校正指標（本計畫肆、三、（一））校正後申請醫療費用占率（四捨五入至小數點第四位）分配預算。10% 預算經加權指標（本計畫肆、三、（二））加權校正後之申請醫療費用點數（ A_{i2} ）之占率（四捨五入至小數點第四位）分配剩餘預算。

（二）校正後申請醫療費用以各分區各季調整後申請醫療費用點數（ A_i ）為計算基礎。各分區各季調整後申請醫療費用點數（ A_i ）係將各分區各季申請醫療費用點數（ A ）相較於前一年同期申請醫療費用點數成長率，調整為以費用協定委員會公告之「一般服務醫療給付費用成長率（ b ）」或「各分區就醫人數成長率（ c ）+非協商因素成長率（ d ）」大者為上限。

（三）各分區各季調整後申請醫療費用點數（ A_i ）計算方式如下：

1、當年各分區各季申請醫療費用點數（ A ）=前一年各分區各季申請醫療費用點數（ 1 +各分區各季申請醫療費用點數成長率（ a ））。

*各季以費用年月計算，申請醫療費用點數係指中醫總額一般部

門申請醫療費用點數（申請費用點數+部分負擔點數），含交付機構，不含職業災害（案件分類 B6）案件及專款專用案件。

2、各分區各季就醫人數成長率(c)=【各分區當年各季就醫人數（相同身分證號視為同一人）/各分區前一年同期就醫人數】-1。

3、各分區各季調整後申請醫療費用點數（Ai）：

(1)當費協會公告之一般服務醫療給付費用成長率（b） \geq 各分區就醫人數成長率（c）+非協商因素成長率(d)，以費協會公告之一般服務醫療給付費用成長率（b）為上限：

①當各分區各季申請醫療費用點數成長率(a) \leq 費協會公告之一般服務醫療給付費用成長率（b）：

各分區各季調整後申請醫療費用點數 Ai
=各分區各季申請醫療費用點數 A。

②當各分區各季申請醫療費用點數成長率(a) $>$ 費協會公告之一般服務醫療給付費用成長率（b）：

各分區各季調整後申請醫療費用點數 Ai
=各分區前一年同一季申請醫療費用點數 *（1+b）。

(2)當費協會公告之一般服務醫療給付費用成長率（b） $<$ 各分區就醫人數成長率（c）+非協商因素成長率(d)，以各分區就醫人數成長率（c）+非協商因素成長率(d)為上限：

①當各分區各季申請醫療費用點數成長率(a) \leq 各分區就醫人數成長率（c）+非協商因素成長率(d)：

各分區各季調整後申請醫療費用點數 Ai
=各分區各季申請醫療費用點數 A。

②當各分區各季申請醫療費用點數成長率(a) \geq 各分區就醫人數成長率（c）+非協商因素成長率(d)：

各分區各季調整後申請醫療費用點數 Ai
=各分區前一年同一季申請醫療費用點數 *（1+c+d）。

三、五分區各項指標及指標值：

（一）校正指標：

- 1.重複就診率(季)，指標監測值為 0.04%。
- 2.用藥日數重複率(季)，指標監測值為 1.1%。

當年各分區各季校正後申請醫療費用點數 (A_{i1}) = 當年各分區各季調整後申請醫療費用點數 (A_i) - 當年各分區各季校正指標指標值超出部分。

當年各分區各季校正指標指標值超出部分 = 280 點 * (重複就診率(季)超出指標監測值部分之件數) + 30 點 * 用藥日數重複率(季)超出指標監測值部分之日數。

(二) 加權指標：

各分區加權指標計有 6 項，權值及權重部分隨加權指標項目修訂。

- 1、各分區同一院所每月有就醫者平均就醫次數之加總平均(季) (加權指標 1)，指標值為五區平均值±5%。

【本項為負向指標，權重為 1、權值為 2.1%(m)。(即大於指標值則權值為-2.1%、小於指標值則權值為加 2.1%，等於指標值者為 0)】

- 2、各分區同一院所該季每月申請診察費次數大於六次以上占率(加權指標 2)，指標值為五區平均值±5%。

【本項為負向指標，權重為 1、權值為 2.1%(m)。(即大於指標值則權值為-2.1%、小於指標值則權值為加 2.1%，等於指標值者為 0)】

- 3、各分區同一院所該季每月療程 14 日內未完成重新申請診察費率(季)(加權指標 3)，指標值為五區平均值±5%。

【本項為負向指標，權重為 1、權值為 2.1%(m)。(即大於指標值則權值為-2.1%、小於指標值則權值為加 2.1%，等於指標值者為 0)】

- 4、各分區該季每月同一院所同一患者針傷科合計治療次數大於 15 次以上占率(加權指標 4)，指標值為五區平均值±5%。

【本項為負向指標，權重為 1、權值為 2.1%(m)。(即大於指標

值則權值為-2.1%、小於指標值則權值為加 2.1%，等於指標值者為 0)】

5、隔日申報診察費率(季)(加權指標 5)，指標值為五區平均值±5%。

【本項為負向指標，權重為 1、權值為 2.1%(m)。(即大於指標值則權值為-2.1%、小於指標值則權值為加 2.1%，等於指標值者為 0)】

6、人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差(季)(加權指標 6)

【本項為正向指標，權重為 1、權值為 2.1%(m)。(取五區最大值、其值大於 0 且(p)>0 則權值為+2.1%、取五區最小值、其值小於 0 且(r)>0 則權值為-2.1%，其他者為 0)】

各分區各季經加權校正後之申請醫療費用點數 (Ai2)

=當年各分區各季校正後申請醫療費用點數 (Ai1) * (1+權重和)。

權重和=各項指標相加之數=Σ (權重*權值)

四、五分區中若任二分區預估點值差距超過 10%，得檢討調整。

惟各季校正指標、加權指標及權重、權值之增修訂，以當季第一個月月底前通過訂定者為限，並於當季通過後，下一季實施。

五、前開指標、權值、權重之增修訂，依六分區協商機制辦理。

六、本試辦計畫各項指標之操作型定義，如執行上產生疑義，得經中央健康保險局與中華民國中醫師公會全國聯合會雙方溝通討論修訂後實施。

七、本試辦計畫各項指標如經「中醫門診總額支付委員會」會議決議得新增或修訂指標項目，並自下一季起實施。

伍、五分區預算之計算方式：

一、當年度中醫門診醫療給付費用總額一般部門各季預算總額 (T)=預算 GA+預算 GB+預算(東區)

二、預算 GA=中醫門診醫療給付費用總額一般部門各季預算費用總額*97.78%*90%。

三、預算 GB=中醫門診醫療給付費用總額一般部門各季預算費用總額*97.78% *10%。

四、其他五分區預算=各分區各季預算 Ga+各分區預算 Gb。

(一) 各分區各季預算 Ga

=預算 GA*當年各分區各季校正後申請醫療費用點數占率 ($A_{i1}/\Sigma A_{i1}$)。

(二) 各分區各季校正後申請醫療費用點數占率

=各分區各季校正後申請醫療費用點數(A_{i1})/ Σ 各分區(五分區)各季經校正後申請醫療費用點數 (ΣA_{i1})。

(三) 各分區預算 Gb

=[預算 GB*當年各分區各季經加權校正後申請醫療費用點數占率 ($A_{i2}/\Sigma A_{i2}$)。

(四) 各分區各季經加權校正後申請醫療費用點數占率

=各分區各季經加權校正後申請醫療費用點數 (A_{i2}) / Σ 各分區(五分區)各季經加權校正後申請醫療費用點數 (ΣA_{i2})。

陸、點值之核算：

一、藥費及藥品調劑費分別依藥價基準及以每點一元自地區預算預先扣除。

二、浮動點值

(一)東區浮動每點支付金額=[預算(東區)-東區核定非浮動點數-東區自墊核退點數]/東區一般服務浮動核定點數。

(二)各分區浮動每點支付金額=[預算(各分區)-各分區核定非浮動點數-各分區自墊核退點數]/各分區一般服務浮動核定點數。

(三)全區浮動每點支付金額=[全區一般服務預算總額-全區核定非浮動點數-全區自墊核退點數]/全區一般服務浮動核定點數。

三、平均點值

- (一)東區平均點值= $\frac{[\text{預算(東區)}]}{[\text{東區一般服務核定浮動點數} + \text{東區核定非浮動點數} + \text{東區自墊核退點數}]}$
- (二)各分區平均點值= $\frac{[\text{各分區預算}]}{[\text{各分區一般服務核定浮動點數} + \text{各分區核定非浮動點數} + \text{各分區自墊核退點數}]}$
- (三)全區平均點值= $\frac{[\text{全區一般服務預算總額}]}{[\text{全區一般服務核定浮動點數} + \text{全區核定非浮動點數} + \text{全區自墊核退點數}]}$

柒、本試辦計畫各項指標之操作型定義如附件。

捌、管理機制

- 一、中華民國中醫師公會全國聯合會成立「中醫總額共同管理組」，負責本試辦計畫中保會六區分會總額事務之協調與管理。
- 二、中華民國中醫師公會全國聯合會與中央健康保險局（含各分區中保會分會與各健保分局）成立共同管理機制，負責本試辦計畫之管理、監控與檢討。

玖、監控與檢討

- 一、監控各分區預估點值：五分區預估平均點值低於 0.9 時，請中醫師公會全國聯合會立即進行檢討，提出改善對策。
- 二、中央健康保險局與中華民國中醫師公會全國聯合會按季對醫療費用、品質與醫療資源分布及共管機制進行監控與檢討，執行結果並按季送行政院衛生署及全民健康保險醫療費用協定委員會備查。

拾、本試辦計畫由中央健康保險局會同中華民國中醫師公會全國聯合會研訂後，由中央健康保險局報請行政院衛生署核定後公告實施，並送費協會備查。

中醫門診醫療給付費用總額

一般部門預算分配方式試辦計畫指標之操作型定義

※各項指標計算結果，四捨五入取至小數點以下第 6 位（如：99.9905%≈0.999905）。

※院所申報資料(不含職業災害（案件分類 B6）案件及專款專用案件），該費用年月次次月 20 日前申報受理者，始納入計算。

※計算時程：每季

一、校正指標：

指標 1：重複就診率

分子：各分區該季、同一院所、同一人、同一天、重複門診總件數

分母：各分區該季中醫門診總件數

【超出指標監測值部分之件(日)數=各分區該季中醫門診總件數×
(重複就診率-指標監測值)】

條件說明：

一、對象：身分證號相同者計一人。

二、重複就診：同一「就醫日期」申報兩筆（含）以上診察費者。

三、排除診察費=0 之案件。

指標 2：用藥日數重複率

分子：各分區各季、同一院所、同一人用藥重複給藥日數

分母：Σ 各分區各季給藥日數加總

【超出指標監測值部分之日數=各分區該季給藥日數加總×（用藥日數重複率-指標監測值）】

條件說明：

一、給藥案件：以下任一條件成立

（一）藥費不為 0

（二）給藥日份不為 0

（三）處方調劑方式為 1、0、6 其中一種

二、用藥重複給藥日數：

按中醫院所、身分證號歸戶，計算每個身分證號的重複給藥日數加總。(重複一天排除。例如：1/1 給藥 7 天，1/7 再給藥 7 天，1/7 當日不計入重複給藥日數)。

三、給藥日數加總：

中醫總額之特約院所給藥案件之「給藥日份」欄位數值加總。

四、不含案件分類 24、26、27、28、29 案件。

二、加權指標

指標 1：同一院所所有就醫者平均就醫次數之加總平均(季)

同一院所所有就醫者平均就醫次數之加總平均(季)

分子：「各分區該季」同一院所申報診察費大於 0 之案件數

分母：「各分區該季」同一院所申報診察費大於 0 之就醫人數

【各分區同一院所所有就醫者平均就醫次數之加總平均數

$M1i = (\sum (\text{同一院所總申報診察費大於 0 之件數} / \text{同一院所總申報診察費大於 0 之就醫人數})) / \text{總院所數}$ 】

【五區平均值 = $\sum M1i / 5$ 】

指標 2：申請診察費次數大於 6 次以上占率(季)

各分區申請診察費次數大於 6 次以上占率(月)

分子：各分區該季同一院所同一人同一月份申報診察費超過 6 次以上件數之總和

分母：各分區該季申報診察費之總件數

【申請診察費次數大於 6 次以上占率(月) = 各分區該季同一院所同一人同一月份申報診察費超過 6 次以上件數之總和 / 各分區該季申報診察費之總件數】

【申請診察費次數大於 6 次以上占率(季) $M2i = \text{該季各月申請診察費次數大於 6 次以上占率(月)加總} \div 3$ 】

【五區平均值 = $\sum M2i / 5$ 】

※條件說明：

(一) 保險對象：身分證號相同者計一人。

(二) 排除診察費 = 0 之案件。

指標 3：療程 14 日內未完成重新申請診察費率(季)

療程 14 日內未完成重新申請診察費率(季)

分子：各分區該季同一院所同一患者療程 14 日內未完成重新申請診察費人次

分母：各分區該季總申報診察費人次

【療程 14 天日內未完成重新申請診察費率

$M3i = (\text{各分區該季同一院所同一患者療程 14 日內未完成重新申請診察費人次加總} / \text{各分區該季總申報診察費人次})$ 】

【五區平均值 = $\sum M3i / 5$ 】

※條件說明：

(一) 保險對象：身分證號相同者計一人。

(二) 排除診察費 = 0 之案件。

(三) 分子以當季及前一個月的資料，計算療程(案件分類為 26、27、29)14 日內未完成，但重新申請各案件診察費人次。

(四)前開重新申請診察費人次、各分區該季總申報診察費人次，其費用年月發生在當季者始納入計算。

(五)未完成案件係指申報資料「治療結束日期」欄位，未填者。例如：1/1 開始看診，1/28 日完成 6 次療程，其中如 1/8 另看療程有申報診察費，1/5、1/10、1/16 及 1/20 看內科亦申報診察費，則重複申報 5 次。

指標 4：針傷科處置次數每月大於 15 次占率(季)

分子：各分區該季同一院所同一人同一月份申報針傷科處置費超過 15 次以上次數之總和

分母：各分區該季申報針傷科處置費次數之總和

【針傷科處置次數每月大於 15 次占率(月)

=各分區該季同一院所同一人同一月份申報針傷科處置費超過 15 次以上次數之總和/各分區該季申報針傷科處置費次數之總和】

【申請針傷處置費次數大於 15 次以上占率(季) $M4i$ = 該季各月申請針傷處置費次數大於 15 次以上占率(月)值的平均數 = 該季各月針傷處置費大於 15 次以上占率(月)加總 ÷ 3】

【五區平均值 = $\Sigma M4i / 5$ 】

條件說明：

(一) 保險對象：身分證號相同者計一人。

(二) 申報代碼為 B41、B42、B43、B44、B45、B46、B53、B54、B55、B56、B57、B61、B62、B63 (醫令金額 = 0 不計)。

指標 5：隔日申報診察費率(季)

分子：各分區該季同一院所、同一人隔日申報診察費之件數總和。

分母：各分區該季中醫門診總件數。

【隔日申報診察費率(季) $M5i$ = 隔日申報診察費率】

【五區平均值 = $\Sigma M5i / 5$ 】

條件說明：隔日申報診察費係指連續看診日第 2 日起，申報診察費不為 0 之天數總和。例如：連續 2 日申報診察費不為 0 的案件，則重複件數為 1 件，連續 3 日申報診察費不為 0，則重複件數為 2 件。

指標 6、人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差(季)

成長率：與去年同年同期比較

條件說明：

(一) 保險對象：身分證號相同者計一人。

(二) 各季以費用年月計算，申請醫療費用點數係指中醫總額一般部門申請醫療費用點數 (申請費用點數 + 部分負擔點數)，含交付機構，不含職業災害 (案件分類 B6) 案件及專款專用案件。

