

「中醫總額支付委員會」98年第4次委員會議紀錄

時間：98年11月19日下午2時

地點：中央健康保險局18樓大禮堂(台北市信義路3段140號18樓)

出席委員：(依姓氏筆劃排列)

王委員清曉	王清曉	丘委員應生	丘應生
何委員永成	賴宛而(代)	李委員豐裕	李豐裕
蔡委員淑鈴	蔡淑鈴	林委員永農	林永農
高委員文惠	王鵬豪(代)	孫委員茂峰	孫茂峰
張委員廷堅	張廷堅	張委員志鴻	張志鴻
張委員景堯	張景堯	扈委員克勛	張晉賢(代)
梁委員淑政	陳馨慧(代)	許委員怡欣	許怡欣
郭委員正全	郭正全	陳委員立德	王逸年(代)
陳委員風城	陳風城	陳委員誌松	(請假)
陳委員顯東	(請假)	黃委員林煌	黃林煌
黃委員偉堯	黃偉堯	朱委員明添	朱委員明添
黃委員進泰	黃進泰	黃委員蘭嫻	黃蘭嫻
葉委員宗義	(請假)	鄭委員耀明	鄭耀明
蘇委員喜	(請假)		

列席單位及人員：

全民健康保險醫療費用協定委員會	林宜靜、陳燕鈴
台灣醫院協會	(請假)
本局台北分局	張照敏、蔡美霞、吳秀惠
本局北區分局	林麗雪
本局中區分局	程千花
本局南區分局	王世華

本局高屏分局	王秀惠
本局東區分局	江春桂
本局醫審暨藥材小組	王本仁、曾玫富、張禹斌
本局企劃處	(請假)
本局稽核室	段世傑、林照姬
本局資訊處	翁慧萍
本局醫務管理處	林阿明、黃淑雲、陳玫妤、 張桂津、楊耿如、曾淑汝、 鄭正義

主席：黃召集人三桂

紀錄：孫嘉敏

壹、主席致詞：(略)

貳、本委員會第3次委員會會議紀錄，請參閱(不宣讀)確認(略)

參、報告事項：

第一案

報告單位：本局醫務管理處

案由：本會第3次委員會議結論事項辦理情形。

決定：洽悉。

第二案

報告單位：本局醫務管理處

案由：中醫門診總額執行概況報告。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本局醫務管理處

案由：98年第2季點值結算結果報告。

決定：

一、點值確定如下表：

項目 分局別	98年第2季	
	浮動點值	平均點值
台北分局	0.86729908	0.90501372
北區分局	0.86609566	0.90758919
中區分局	0.85152104	0.89709602
南區分局	0.85613389	0.90703151
高屏分局	0.85475316	0.9018514
東區分局	1.19847490	1.1295933
全局	0.86509075	0.90700244

二、依全民健康保險法第50條規定辦理點值公布、結算事宜。

第四案

報告單位：本局醫務管理處

案由：99年中醫總額支付委員會議期程建議案

決定：

- 一、原則上每三個月由召集人召集開會一次，必要時得召開臨時會議。
- 二、本委員會議進行方式，基於共管原則，報告事項由本局與中華民國中醫師公會全國聯合會共同負責。
- 三、本委員會99年會議時間，擬訂如下表：

次數	1	2	3	4
會議日期	99.02.04	99.05.20	99.08.19	99.11.18
會議名稱	99年第1次會議	99年第2次會議	99年第3次會議	99年第4次會議

第五案

報告單位：本局醫務管理處

案由：有關 99 年「中醫門診總額預算四季重分配」案

決定：99 年各季預算按以下方式辦理：

- 一、以 97 年各季結算點數經校正支付標準調整因素後為基期年各季結算占率。
- 二、核算基期年各季假日及非假日之平均每日產能。
- 三、實施年之各季預算占率：以該年預算乘以基期年之各季占率，再按該年各季假日及非假日之天數與基期年(97 年)比較，並依前述日產能予以微調校正。
- 四、經前述調整結果，99 年各季預算占率分別為 Q1：22.75%，Q2：25.36%，Q3：24.49%，Q4：26.40%，相關計算過程詳附件 1。

第六案

報告單位：本局醫務管理處

案由：有關特約中醫醫療院所施行推拿業務，必須由中醫師親自為之相關規定，未由中醫師親自施行推拿行為，不得向本局申報推拿醫療費用，再提請確切加強督導管理。

決定：請中醫師公會全國聯合會及健保局提具體管理方案，再於 98 年 12 月召開臨時會專案研商。

肆、討論事項：

第一案

提案單位：本局醫務管理處

案由：99 年中醫門診一般服務之保障項目及操作型定義，提請 討論。

決議：藥品及藥品調劑費採每點固定以 1 元預先扣除。

第二案

提案單位：本局醫務管理處

案由：修訂「全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫之複雜性針灸、複雜性傷科適應症」(附表4.4.2及5.5.2)案，提請 討論。

決議：

- 一、將「全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫之複雜性針灸、複雜性傷科適應症」ICD-9 由 3 碼增為 4 碼，使適應症規定更明確，修訂結果詳附件 2。
- 二、將依行政程序辦理後續事宜。

第三案

提案單位：本局醫務管理處

案由：研訂「99年度中醫門診總額品質保證保留款實施方案(草案)」案，提請 討論。

決議：

- 一、中華民國中醫師公會全國聯合會所提 99 年方案與 98 年相同，惟 98 年原方案第六點(一)「99 年度在台中市、台中縣新設立之中醫門診特約醫事服務機構不予核發品質保證保留款」修訂為「99 年度在各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 3.0 以上之新設立中醫門診特約醫事服務機構不予核發品質保證保留款」。
- 二、為與其他總額部門品質保證保留款統一項次及標題格式，調整方案內容詳附件 3，並依行政程序辦理後續事宜。

第四案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：檢送「支付標準第四部中醫」修訂草案，提請 討論。

決議：符合針灸標準作業流程應視為院所診療基本程序，故取消加成 5%規定，另增列未符合「中醫院所針灸標準作業程序」之院所

以9成支付。

第五案

提案單位：本局醫審暨藥材小組

案由：有關中華民國中醫師公會全國聯合會提修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度審查醫事人員管理要點」，報請備查，提請討論。

決議：修訂第九條審查醫師應予解聘條件之(八)總額制度實施後違反全民健康保險法、其相關法令及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第65條(扣減其醫療費用之十倍金額)、第66條、第67條、第68條或第69條中違規情節相當於第66條、第67條、第68條，經中保會會議討論決議通過者。

第六案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：檢送「99年度小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫」草案，提請討論。

決議：

- 一、原則同意中醫師公會全國聯合會修正意見，將支付標準表P32103-頭皮針針灸治療處置費之留針時間由二小時以上修訂為30分鐘以上；另請中醫師公會全國聯合會提供相關文獻佐證。
- 二、本試辦計畫草案相關文字修訂摘要如下：
 - (一) 一、依據：全民健康保險醫療費用協定委員會(以下簡稱費協會)第152次委員會議決議辦理。
 - (二) 五、經費來源：全民健康保險99年度中醫門診醫療給付費用專款項目「小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫」支應。
 - (三) 十一、支付方式(二)本計畫預算與全民健康保險99年度中醫門診醫療給付費用專款項目，另二項延續性試辦計畫預算得互相

流用，但該年度試辦計畫費用總合超出全年總預算時，改以全年度浮動點值計算。

- (四) 將中央健康保險局修正為全民健康保險保險人；健保局所屬分局修正為本保險之分區。

第七案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：檢送「99年度小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫」(草案)，提請 討論。

決議：

一、原則同意中醫師公會全國聯合會修正意見，如下：

(一) 支付標準表之必要項目：刪除P31105(氣霧吸入處置費(豁痰開竅))。

(二) 支付標準表之加強項目：

1. P31206-體針針灸治療之留針時間由一個小時修訂為30分鐘(豁痰定喘)，另請中醫師公會全國聯合會提供相關文獻佐證。

2. 修訂P31215- SF-36生活品質量表或氣喘控制測驗(Asthma Control Test)，請中醫師公會全國聯合會提供氣喘控制測驗之相關內容項目，以作為各分局審查參考依據。

3. 新增P31207氣霧吸入處置費(豁痰開竅)200點。

二、本試辦計畫草案相關文字修訂摘要如下：

(一) 一、依據：全民健康保險醫療費用協定委員會(以下簡稱費協會)第152次委員會議決議辦理。

(二) 五、經費來源：全民健康保險99年度中醫門診醫療給付費用專款項目「小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫」支應。

(三) 十一、支付方式(二) 本計畫預算與全民健康保險99年度中醫

門診醫療給付費用專款項目另二項延續性試辦計畫預算得互相流用，但該年度試辦計畫費用總合超出全年總預算時，改以全年度浮動點值計算。

- (四) 刪除十二、醫療服務申報與審查(二)執行本計畫之醫療院所申報案件審查採立意抽審，不列入一般抽樣。
- (五) 將中央健康保險局修正為全民健康保險保險人；健保局所屬分局修正為本保險之分區。

第八案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：檢送「99年度腦血管疾病及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」(草案)，提請 討論。

決議：

- 一、本計畫之適用範圍：腦血管疾病（ICD-9：431~439）自診斷日起六個月內之住院病患，需中醫輔助醫療協助者。
- 二、修訂「腫瘤患者手術、化療、放線射療法西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」支付標準表之第二章：藥費註：出院患者必要時得開給7天藥品。
- 三、本試辦計畫草案相關文字修訂摘要如下：
 - (一) 一、依據：全民健康保險醫療費用協定委員會(以下簡稱費協會)第152次委員會議決議辦理。
 - (二) 二、目的：本計畫乃針對住院中之腦血管疾病患者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使達到病患神經學功能進步、日常生活能力改善、生活品質提昇，併縮短住院天數，降低醫療費用支出的目的。
 - (三) 施行期間：自公告日起至99年12月31日止。

- (四) 五、經費來源：全民健康保險99年度中醫門診醫療給付費用專款項目「腦血管疾病及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」支應。
- (五) 十一、支付方式：本計畫預算與全民健康保險99年度中醫門診醫療給付費用專款項目，另二項延續性試辦計畫預算得互相流用，但該年度試辦計畫費用總合超出全年總預算時，改以全年度浮動點值計算。
- (六) 將中央健康保險局修正為全民健康保險保險人；健保局所屬分局修正為本保險之分區。

第九案

提案單位：本局醫務管理處

案由：研訂「腦血管疾病後遺症門診照護計畫(草案)」案，提請討論。

決議：

- 一、四、適用範圍：病人自述發生腦血管疾病之診斷日起一年內(年月減年月)患者 (ICD-9：431~439)，經急性期處置後出院、轉院，或轉入療護機構，由符合資格之中醫師以門診專案照護計畫，提供中醫輔助醫療。(病人自述之診斷日需記載於病歷上，未記載者不予支付)
- 二、六、申請資格：執業滿四年以上之中醫師且需參加總額受託單位辦理講習會領有繼續教育證明及團隊能有效提供醫療服務者(講習會不定期召開)。(符合資格之診所名稱將公告於行政院衛生署中央健康保險局全球資訊網供民眾查詢。)
- 三、支付標準表：第五章疾病管理照護費編號：P38051(中醫護理衛教費)應加註「限有聘用護理人員之院所申報」。

四、本試辦計畫草案相關文字修訂摘要如下：

- (一) 一、依據：全民健康保險醫療費用協定委員會(以下簡稱費協會)第152次委員會議決議辦理。
- (二) 將中央健康保險局修正為全民健康保險保險人；健保局所屬分局修正為本保險之分區。

第十案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：研訂「99年度中醫門診總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案(草案)」案，提請 討論。

決議：

一、中醫門診巡迴醫療服務試辦計畫：

- (一) 修訂七、申請資格 (二)：申請參與本方案提供服務之成員須最近2年未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第66條至第67條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。
- (二) 刪除部分文字：十一、醫療服務申報與審查(一)：「執行本計畫之醫療院所，~~申報案件審查採立意抽審~~，有關醫療服務申報及支付、程序審…」。
- (三) 有關中醫師公會全國聯合會建議增列十一、醫療服務申報與審查(二)之 (7)：「…，如遇職災或代位求償之病患，可依職災或代位求償之申報方式做申報，就醫人數不計算在內。」乙節，查目前所有一般案件中，屬職災或代位求償皆依職災或代位求償之申報規定辦理，就醫人數均未排除計算。故不予以增列。

二、無中醫鄉獎勵開業服務試辦計畫：修訂十、支付方式之獎勵標準：第一類：醫療資源缺乏之離島地區，每月保障額度30萬元；

第二類：除第一類以外之醫療資源缺乏地區，每月保障額度20萬元。

三、將中央健康保險局修正為全民健康保險保險人；健保局所屬分局修正為本保險之分區。

第十一案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：99年中醫門診總額一般部門預算分配試辦計畫案(草案)，提請討論。

決議：99年試辦計畫摘要如下：

一、採事前分配，扣除東區預算占率2.22%後，其餘五分區預算分配方式如后。

二、五分區預算之80%：採95年第4季至98年第3季之各區收入預算占率。

三、餘五分區預算之20%，按以下4項各5%預算分配：

(一) 各區戶籍人口數占率。(去年當季)

(二) 以各區每人於各分局就醫次數之權值占率分配。(去年當季)

(三) 以人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差指標加權校正後之占率分配。(去年當季)

(四) 以「各分區各鄉鎮區每萬人口中醫師數」指標加權校正後之占率分配(當年前一季)

四、上述操作型定義詳附件4。

陸、散會：下午5時40分

附件 1

99 年「中醫門診總額預算四季重分配」預算調整計算過程

日期	Q1	Q2	Q3	Q4	總計
97 年結算數(a)	4,524,341,576	4,923,885,988	4,949,160,770	5,124,097,065	19,521,485,399
支付標準調整增加點數(b)	40,773,630	49,095,610	50,114,950	49,949,310	189,933,500
調整結算數 c= a-b	4,483,567,946	4,874,790,378	4,899,045,820	5,074,147,755	19,331,551,899
調整結算數%(h1)=c/c 總計	23.19%	25.22%	25.34%	26.25%	100.00%
99 年預算數(J)	4,711,464,968	4,837,368,170	4,779,265,549	5,078,734,263	19,406,832,950
99 年預算數(J%)	24.28%	24.93%	24.63%	26.17%	100.00%
調整後預算數 S=(h1)*(J 總計)	4,501,027,884	4,893,773,817	4,918,123,715	5,093,907,533	19,406,832,950
97 年年假 e2	5	0	0	0	5
97 年假日 f2	12	13	13	13	51
97 年上班日 g2	74	78	79	79	310
97 年年假產能 e3=e1/e2	3,655,088				3,655,088
97 年假日產能 f3=f1/f2	8,996,540	8,474,553	7,755,818	8,683,487	8,467,424
97 年非假日產能 g3=g1/g2	59,689,529	61,999,789	61,740,356	63,662,889	61,806,016
99 年年假 e4	5				5
99 年假日 f4	13	13	13	13	52
99 年上班日 g4	72	78	79	79	308
Q1 扣除多 2 天工作日加上 1 天 非假日產能之預算 S2=s-g3*2+f3	4,390,645,366	4,893,773,817	4,918,123,715	5,093,907,533	19,296,450,432
新占率 (h2)=s2/s2 總計	22.75%	25.36%	25.49%	26.40%	100.00%
99 年調整後預算數 S3=(h2)*(J 總計)	4,415,761,410	4,921,767,934	4,946,257,121	5,123,046,485	19,406,832,950

註 1：97 年年假為 2/6-2/10。99 年年假 2/15-2/19。皆為 5 天。

註 2：假日指星期日，上班日指扣除年假與星期日。

註 3：支付標準調整數為 97 年新增支付標準而新增點數總和。

附表 4.4.2 複雜性針灸適應症

修改：※黑體底線

ICD-9	中文病名
140-208	惡性腫瘤(衍生出的相關符合針灸適應症)
225	腦瘤併發神經功能障礙(73)
290	(一) 老年期及初老年期器質性精神病態【限由精神科或神經科專科醫師開具之診斷書並加註專科醫師證號】
293.1	(二) 亞急性譫妄
294	(三) 其他器質性精神病態
295	(四) 精神分裂症
296	(五) 情感性精神病
297	(六) 妄想狀態
299	(七) 源自兒童期之精神病
小兒麻痺、腦性麻痺所引起之神經、肌肉、骨骼、肺臟等之併發症者(其身心障礙等級在中度以上者)。	
045.1	(一) 急性脊髓灰白質炎併有其他麻痺者
343	(二) 嬰兒腦性麻痺
344+138	(三) 其他麻痺性徵候群(急性脊髓灰白質炎之後期影響併有提及麻痺性徵候群)
358.0 ※	重症肌無力症 ※
脊髓損傷或病變所引起之神經、肌肉、皮膚、骨骼、心肺、泌尿及腸胃等之併發症者(其身心障礙等級在中度以上者)	
806	(一) 脊柱骨折,伴有脊髓病灶
952	(二) 無明顯脊椎損傷之脊髓傷害
336	(三) 其他脊髓病變
急性腦血管疾病	
430	(一) 蜘蛛膜下腔出血
431、432	(二) 腦內出血
433、434	(三) 腦梗塞
435~437	(四) 其他腦血管疾病
345	癲癇
註：重大傷病應詳述記載重大傷病史及健保 IC 卡序號(12 碼)。	

附表 5.5.2 複雜性傷科適應症

修改：※黑體底線

ICD-9	中文病名
71119	雷特病之關節病變及有關病態，多處部位
71129	畢賽徵候群之關節病變，多處部位
71639	更年期關節炎，多處部位
71659	未明示之多發性關節病變或多發性關節炎，多處部位
71689	其他明示之關節病變，多處部位
71699	未明示之關節病變，多處部位
71809	關節軟骨疾患，多處部位
71849	關節緊縮，多處部位
71859	關節粘連，多處部位
71889	其他關節障礙，他處未歸類，多處部位
71899	未明示之關節障礙，多處部位
71939	復發性風濕，多處部位
71949	關節痛，多處部位
71959	關節僵直，他處未歸類者，多處部位
71979	行走障礙，多處部位
71999	未明示之關節疾患，多處部位
7338	癒合不良及不癒合之骨折
73381	癒合不良之骨折
73382	不癒合之骨折
※ <u>800-8004 明確為 8000-8004</u>	顱骨穹窿骨折 ※
※ <u>801-80149 明確為 80100-80149</u>	顱骨底部骨折 ※
※ <u>802 明確為 802.0 及 802.2</u>	臉骨骨折 ※
8024	顴骨及上頷骨骨折，閉鎖性
8026	眶底閉鎖性骨折
8028	其他顏面骨閉鎖性骨折
※ <u>803-8034 明確為 8030-8034</u>	其他及性質不明之顱骨骨折 ※
※ <u>804 明確為 8040-8044</u>	多處骨折，侵及顱骨或顏面骨者 ※
※ <u>805-80508 明確為 80500-80508</u>	脊柱骨折，閉鎖性 ※
※ <u>8060-8063 明確為 8060 及 8062</u>	頸椎骨折，閉鎖性 ※
8064	腰椎骨折，閉鎖性

ICD-9	中文病名
8066	胛骨及尾骨骨折，閉鎖性
8068	未明示之脊柱骨折，閉鎖性
8070	肋骨閉鎖性骨折
8072	胸骨閉鎖性骨折
8074	連枷胸（多條肋骨塌陷性骨折）
8075	喉部及氣管閉鎖性骨折
※808 明確為 808.0	骨盆骨折 ※
8080	髌白閉鎖性骨折
8082	恥骨閉鎖性骨折
8084~80843	骨盆其他明示部位之閉鎖性骨折
80849	骨盆之其他骨折，閉鎖性
※809 明確為 809.0	診斷欠明之軀幹骨骨折 ※
8090	軀幹骨骨折，閉鎖性
81000~81003	鎖骨閉鎖性骨折
81100~81103	肩胛骨骨折
81109	其他之肩胛骨骨折，閉鎖性
81200~81209	肱骨上端閉鎖性骨折
8122	肱骨骨幹或未明示部位之閉鎖性骨折
8124	肱骨下端骨折，閉鎖性
81241~81249	肱骨踝上骨折，閉鎖性
81300~81308	橈骨及尺骨上端閉鎖性骨折
8132~81323	橈骨及尺骨骨幹閉鎖性骨折
8134~81344	橈骨及尺骨下端閉鎖性骨折
8138~81383	橈骨及尺骨之閉鎖性骨折
※814~81409 明確為 81400~81409	腕骨骨折 ※
※815~81509 明確為 81500~81509	掌骨骨折 ※
※816~81603 明確為 81600~81603	一個或多個手指骨骨折 ※
8170	手骨之多處閉鎖性骨折
8190	多發性骨折，侵及兩側上肢及上肢與肋骨和胸骨者，閉鎖性
※820~82009 明確為 82000~82009	股骨頸骨折 ※
8202~82022	經由粗隆之骨折，閉鎖性
8208	未明示部位之股骨頸骨折，閉鎖性
8210~82129	股骨骨折，閉鎖性

ICD-9	中文病名
8220	閉鎖性顳骨之骨折
8230-82302	脛骨與腓骨之上端閉鎖性骨折
8232	脛骨與腓骨幹之閉鎖性骨折
82320	僅脛骨幹閉鎖性骨折
82321	僅腓骨幹閉鎖性骨折
82322	脛骨與腓骨幹之閉鎖性骨折
8238	脛骨與腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
82380	僅脛骨未明示部位之閉鎖性骨折
82381	僅腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
82382	脛骨與腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
8240-8248	閉鎖性踝骨折
8250	閉鎖性跟骨骨折
8252-82529	其他跗骨及蹠骨之骨折，閉鎖性
8260	閉鎖性一個或多個腳趾骨骨折
8270	閉鎖性下肢之其他多處及診斷欠明之骨折
8280	閉鎖性多處骨折，侵及兩側下肢，下與上肢及下肢與肋骨和胸骨者
8290	閉鎖性未明示部位之骨折
※830~83969 明確為 8310、8320、8330、 8340、8350、8360、 8363、8365、8370、 8380、8390、8392、 8394、8396	脫臼 ※
9228	軀幹多處挫傷
9238	上肢多處挫傷
9244	下肢多處挫傷
9248	下肢挫傷及其他與未明示位置之挫傷，多處位置挫傷，他處未歸類者
92709	肩及上臂多處位置壓砸傷
9278	上肢多處位置壓砸傷
9288	下肢多處壓砸傷
※929 明確為 929.0	多處及未明示位置之壓砸傷 ※
9290	多處位置壓砸傷，他處未歸類者
9050	顱骨及面骨骨折之後期影響
9051	脊柱及軀幹骨折之後期影響，未提及脊髓病灶者
9052	上肢骨折後期影響
9053	股骨頸骨折後期影響
9054	下肢骨折後期影響
9055	多處及未明示骨折之後期影響
9056	脫臼之後期影響
9598	其他明示位置之損傷，包括多處

99 年度中醫門診總額品質保證保留款實施方案(草案)

壹、依據：

行政院衛生署 00 年 0 月 0 日衛署健保字第 00000 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)99 年度全民健康保險醫療費用總額協商暨第 152 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：

本方案之預算來自 99 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」之預算。

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(三)、(五)、第捌點暨第玖點，由中醫門診總額受託單位於 100 年 3 月底前提供名單並函請全民健康保險保險人辦理結算。

伍、預算分配方式：

一、各分區品質保證保留款預算分配：

- (一)以 99 年全年各分區一般服務預算總額占率分配(註 1)。並依本方案第五之一(二)點原則辦理各分區品質保證保留款分配增減原則，計算各分區品質保證保留款預算。
- (二)各分區品質保證保留款分配增減原則：以「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」中重複就診率(註 2)及用藥日數重複率(註 3)監測值為標準，超出任一項者，以該分區預算 9 折分配，超出二項者，以該分區預算 8 折分配，其被扣減之預算費用，撥入未超出監測值之分區預算比率(註 4)分配。

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＝(該院所申報 99 年醫療服務點

數－99年申報藥費與藥品調劑費）*平均核付率(含部分負擔，註5)

註：99年申報醫療服務點數以100年3月底為截止點

(二)以上述核算基礎，依本方案第柒及捌點增減原則，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=(各醫療院所結算核算基礎 B/∑ 各醫療院所結算核算基礎 A)*該分區品質保證保留款 C

三、辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之特約中醫院所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=(該院所結算核算基礎 B/∑ 各醫療院所結算核算基礎 A)*該分區品質保證保留款 C

陸、核發資格：

99年特約之中醫門診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、99年度在台中市、台中縣新設立之中醫門診特約醫事服務機構。99年度在各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 3.0 以上之新設立中醫門診特約醫事服務機構。
- 二、核減率：中醫門診特約醫事服務機構年平均核減率（註6），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華民國中醫師公會全國聯合會(以下簡稱中醫師公會全聯會)，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 64 條、第 65 條、第 66 條、第 67 條及第 68 條等所列違規情事並經處分者，以處分日期認定之。
- 五、中醫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。

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、99 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），位於當年中醫師公會全聯會公告之無健保特約中醫院所之鄉鎮地區或在花蓮縣及台東縣者，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：

依據中醫師公會全聯會所定「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 7）。

壹拾、本方案由全民健康保險保險人會同中醫門診總額受託單位研訂後，送費協會備查，並由全民健康保險保險人報請行政院衛生署核定後公告實施，修正時亦同。

99 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*(99 年該分區一般服務全年預算 / Σ 6 分區一般服務全年總預算)
註 2：重複就診率	(按分局別、病人 ID、案件分類、就醫日期歸戶之同一天、同一天就診 2 次以上筆數) / (按分局別、病人 ID、案件分類、就醫日期歸戶筆數); 監測值 $\leq 0.04\%$
註 3：用藥日數重複率	(按分局別及病人 ID 歸戶之重複給藥日份加總) / (Σ 給藥案件之給藥日份); 監測值 $\leq 1.10\%$
註 4：未超出監測值之分區預算比率	(該符合資格分區保留款預算 / 符合資格分區保留款總預算)
註 5：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 6：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 7：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。

99 年度中醫門診總額一般部門預算分配方式

- 一、當年度中醫門診總額一般部門預算，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）80% 預算：係以 95 年第 4 季至 98 年第 3 季 之各區各季收入預算占率（四捨五入至小數點第四位）分配預算。
 - （二）5% 預算：係以 去年當季 各分區戶籍人口數占率分配。
 - （三）5% 預算：係以 去年當季 各分區每人於各分區就醫次數之權值占率進行分配。
 - （四）5% 預算：係以 去年當季 人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差(季)經加權校正後之各區各季收入預算 (A_{i2}) 之占率分配。
 - （五）5% 預算：係以 當年前一季 「各分區各鄉鎮區每萬人口中醫師數」經加權校正後之各區各季收入預算 (A_{i3}) 之占率分配。
- 三、上述各項指標之操作型定義詳附件。

中醫門診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）。

※ 計算時程：每季

指標：

指標 1：95 年第 4 季至 98 年第 3 季加總之各區各季預算占率

分子：各分區各季總預算(A_{i1})

分母： Σ 各分區各季總預算加總(ΣA_{i1})

條件說明：

一、99 年第 1 季：96Q1+97Q1+98Q1 預算加總

二、99 年第 2 季：96Q2+97Q2+98Q2 預算加總

三、99 年第 3 季：96Q3+97Q3+98Q3 預算加總

四、99 年第 4 季：95Q4+96Q4+97Q4 預算加總

指標 2：去年當季各分區戶籍人口數占率

分子：各分區去年當季戶籍人口數

分母： Σ 各分區去年當季戶籍人口數加總

條件說明：資料來源採用內政部戶政司統計資料

指標 3：去年當季各分區每人於各分區就醫次數之權值占率

分子：各分區每人於各分區就醫次數之權值

分母： Σ 各分區每人於各分區就醫次數之權值加總

一、計算步驟：

(一)計算去年當季全局就醫人數(季) (p)

(二)計算每位病患於各分區就醫次數(a)

(三)計算每位病患於各分區就醫次數比率(a%)

＝每位病患於各分區就醫次數(a)/ Σ 每位病患於各分區就醫次數(a)

(四)各分區每位病患之就醫次數比率(T)

＝各分區 Σ 每位病患於各分區就醫次數比率(a%)

(五)計算每人於各分區就醫次數之權值占率

=各分區每位病患之就醫次數比率(T)/ 全局就醫人數(p)

(六)扣除東區後，重新計算各分區就醫次數之權值

二、舉例說明：

(一)本季全局就醫中醫病患有 4 人(p)。

(二)計算(a)、(a%)、(T)

分區	病患a1 就醫次數	於各分區就 醫次數比率 (a1%)	病患a2 就醫次數	於各分區就 醫次數比率 (a2%)	病患a3 就醫次數	於各分區就 醫次數比率 (a3%)	病患a4 就醫次數	於各分區就 醫次數比率 (a4%)	加總每人就醫次 數比率 T =(a1%+a2%+a3%+ a4%)
台北	3	16.7%	2	7%	24	60.0%	0	0.0%	0.84
北區	2	11.1%	4	14%	7	17.5%	0	0.0%	0.43
中區	6	33.3%	0	0%	0	0.0%	7	58.3%	0.92
南區	4	22.2%	8	29%	4	10.0%	5	41.7%	1.02
高屏	2	11.1%	6	21%	3	7.5%	0	0.0%	0.40
東區	1	5.6%	8	29%	2	5.0%	0	0.0%	0.39
全局	18	100.0%	28	100%	40	100.0%	12	100.0%	4.00

(三)計算各分區就醫次數之權值

分區	就醫人數 (bau_p)	加總每人就醫次數 比率(T)	權值 =T/全局bau_p	扣除東區分局	權值占率
台北	3	0.8381	0.2095	0.2095	0.2322
北區	3	0.4290	0.1072	0.1072	0.1189
中區	2	0.9167	0.2292	0.2292	0.2540
南區	4	1.0246	0.2562	0.2562	0.2839
高屏	3	0.4004	0.1001	0.1001	0.1110
東區	3	0.3913	0.0978	-	-
全局	4		1.0000	0.9022	1.0000

指標 4：去年當季人數利用率成長率(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。

三、本項為正向指標，權重為 1、權值為 5%(m)。(取五區最大值、其值大於 0 且(p)>0 則權值為+5%、取五區最小值、其值小於 0 且(r)>0 則權值為-5%，其他者為 0)

指標 5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

分母： Σ 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

條件說明：

一、「各分區各鄉鎮市區人口數」之資料來源採用內政部戶政司「戶籍人口數」。

二、「中醫師數」之資料來源採用全民健康保險保險人「醫事人員」公務統計。

三、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數

=各分區各鄉鎮市區中醫師數÷(各分區各鄉鎮市區戶籍人口數÷10,000)

四、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值

(一)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值：

*該鄉鎮市區成長率 > 全國平均成長率，

權值= -5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)

*該鄉鎮市區本季成長率 < 全國平均成長率，權值為 0 (m)。

(二)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 < 全國平均值：

*該鄉鎮市區成長率 > 全國平均成長率，

權值= +5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)

*該鄉鎮市區本季成長率 < 全國平均成長率，權值為 0 (m)。