

## 全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案

行政院衛生署 89 年 7 月 5 日衛署健保字第 89032052 號公告訂定  
行政院衛生署 91 年 9 月 26 日衛署健保字第 0910052976 號公告修正  
行政院衛生署 95 年 10 月 17 日衛署健保字第 0952600407 號公告修正  
行政院衛生署 97 年 10 月 14 日衛署健保字第 0970084689 號公告修正  
行政院衛生署 99 年 1 月 5 日衛署健保字第 0982600461 號公告修正

- 一、為確保中醫門診總額支付制度(以下稱本制度)實施後醫療服務之品質與可近性，特訂定本方案。
- 二、中醫門診醫療利用率及支付標準每點支付金額變動之監控：
  - (一)全民健康保險保險人(以下稱保險人)每季應對本制度各分區中醫門診醫療利用率及支付標準每點支付金額進行分析，並製成報表函送行政院衛生署、全民健康保險醫療費用協定委員會(以下稱費協會)及本制度專業自主事務受委託單位(以下稱受託單位)。
  - (二)本制度各區中醫門診醫療利用率或每點支付金額改變率每季超出負百分之十或連續兩季超出正百分之十變動範圍，保險人應會同受託單位共同檢討原因。
  - (三)前項變動範圍之比較基礎為每點一元，實際變動比率若不在原訂定容許區間內，保險人應立即檢討原因，必要時提出改進對策，並進行輔導改善。
- 三、保險對象就醫權益之確保：
  - (一)保險人每年應針對各區中醫門診就醫可近性、醫療服務品質滿意度，及差額負擔情形等進行調查，其調查內容之設計，得會同受託單位研訂，並得委託民調機構辦理。
  - (二)保險人每半年應統計分析民眾申訴檢舉案件數之變化情形。
  - (三)本制度各區保險對象就醫可近性及醫療服務品質滿意度，如有下降且達統計上顯著差異，或差額負擔金額及申訴檢舉案件顯著增加，經保險人檢討結果認為有歸責於中醫門診醫療服務原因者，應函知受託單位立即督導改善。
- 四、專業醫療服務品質之確保：
  - (一)中醫醫療服務提供者所提供服務範圍及服務品質，不得低於本制度實施前之水準。
  - (二)受託單位應按下列服務品質監控計畫確實執行，其細部方案應於本制度實施後三個月內，提交保險人：
    - 1.臨床診療作業指引：

- (1)受託單位應逐年訂定各科臨床診療作業指引，但本制度實施第一年內至少完成針灸及傷科臨床診療作業指引，分送中醫特約醫事服務機構做為臨床診療作業及申報費用之參考。
  - (2)本制度實施第二年內，受託單位應依據臨床診療作業指引編訂審查手冊，做為中醫門診醫療服務專業審查之依據。
  - (3)本制度實施第三年起，受託單位每半年應將各區依照審查手冊執行醫療服務專業審查之檢討報告，函送保險人評量成效。
  - (4)受託單位應配合總額預算額度及中醫科技發展，逐年檢討修正臨床診療作業指引。
- 2.中醫醫療機構輔導系統：
- (1)受託單位應於本制度實施一年內，建立完成中醫醫療機構輔導系統，對於提供醫療服務品質不符合規範之特約醫事服務機構，給予輔導及改善建議；情節重大者，應提報保險人依合約處理。
  - (2)加強中醫病歷紀錄品質管理，由受託單位於本制度實施前製作病歷紀錄規範，以供中醫特約醫事服務機構參考。
- 3.服務品質管理相關規範：
- (1)本制度實施第二年起，受託單位應完成下列相關規範之建立，並加以監控：
    - 提昇針灸及傷科醫療服務品質：訂定針灸治療及傷科處置之適應症與適當性規範。
    - 建立病患重複就診及重複用藥之輔導方式。
    - 監測服務量及服務品質：藉由檔案分析，比較同儕團體診療型態之差異，作為專業審查參考指標，並將其資訊定期回饋院所，促使其改變行為。另對每位病人就醫紀錄加以歸戶，以抑制虛報浮報現象。
  - (2)受託單位每季應將前項監控結果提報保險人。
- 4.受託單位應研訂「服務品質」與「品質照護保證」之中長程指標，包括擬定中醫藥科學化、現代化之建議事項，藉以提昇醫療服務水準。
- 5.受託單位應於本制度實施後三個月內，建立民眾諮詢及申訴檢舉案件處理機制，並廣為宣導。

- 五、中醫醫療服務品質指標：指標項目及其監測時程、監測值與負責監測單位，詳如附表。
- 六、獎懲：保險人與受託單位得協商自每年中醫門診總額中提列一定百分比或金額之保留款，於每年度結束時，依各區醫療服務品質指標執行達成率分配之。保留款之提列及分配辦法，由保險人與受託單位共同訂定。
- 七、本方案執行結果：
- (一)保險人應向衛生署提報本方案之年度執行結果，供制度評估參考。
  - (二)保險人暨受託單位應向費協會提出年度報告，並列為次年度中醫門診總額協商因素之一項參考數據。
- 八、本制度若因故未能委託辦理，原應由受託單位執行之項目，改由保險人自行辦理。

附表 中醫門診總額支付制度醫療服務品質指標

指標項目	時程	監測值及監測執行方案	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
1. 門診醫療利用率					
人次利用率	每季	±10% (與前一年同期比較)	資料分析	保險人	每季實際門診件數/季中保險對象總人數
每點支付金額改變率	每季	±10% (與每點一元比較)	資料分析		【(每季分配總額/每季審核後之總點數)-1】×100%
2. 保險對象就醫權益					
滿意度調查	每年	下降達統計上顯著差異 (單端 $\alpha=0.05$ )	問卷調查	保險人	實施前一次, 實施後每半年一次, 自 98 年起每年一次, 比較其就醫可近性、醫療服務品質與差額負擔滿意度變化情形
民眾申訴檢舉成案件數	每半年	受託單位每年提出執行報告, 內容包括成案件數、案件內容、處理情形及結果	資料分析	保險人	半年內民眾申訴檢舉成案件數
3. 專業醫療服務品質					
各區中醫傷科病患 7 日內同時利用西醫復健比率	每季	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 監測值: 以前 3 年同季平均值±10%。</li> <li>2. 監測執行方案: 按季製作季報回饋給受託單位及保險人參考。</li> </ol>	資料分析	保險人	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 資料範圍: 中醫傷科及西醫門診復健之案件。</li> <li>2. 公式說明: 分子: 以分母之身份證號及就醫日期, 統計中醫傷科病患 7 日內曾至西醫門診復健件數。 分母: 計算各區中醫傷科門診件數。 ※中醫傷科件數係指醫令代碼申報 B53-B54、B55-B57 之案件。(註: B55-B57 自 97 年 1 月 1 日起新增) ※西醫復健係西醫門診資料中申報物理治療項目 (醫令代碼前 2 碼為 42) 之案件。</li> <li>3. 指標計算: 分子 / 分母。</li> </ol>
各區中醫癌症病患同時利用西醫人數比率	每季	1. 監測值: 以前 3 年同季平均值±10%。	資料分析	保險人	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 資料範圍: 因癌症就醫之中醫、西醫門診案件。</li> <li>2. 公式說明:</li> </ol>

指標項目	時程	監測值及監測執行方案	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
		2. 監測執行方案：按季製作季報回饋給受託單位及保險人參考。			分子：以分母之身份証號，統計中醫癌症病患當季曾因同疾病至西醫門診之人數。 分母：各區癌症病患按分局別及病人ID歸戶，計算中醫門診就醫人數。 ※癌症病患係申報資料中「國際疾病分類號(一)」前3碼介於140至239範圍之中醫和西醫門診案件。 3. 指標計算：分子 / 分母。
各區同日重複就診率	每季	1. 監測值：以前3年同季平均值±10%。 2. 監測執行方案： (1)按季製作季報回饋給受託單位及保險人參考。 (2)函請保險人針對高於監測值之指標，分析異常原因並提報改善方案及執行成效。	資料分析	保險人	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：按各區、病人ID、就醫日期歸戶，計算就診2次(含)以上之筆數。 分母：按各區、病人ID、就醫日期歸戶之筆數。 3. 指標計算：分子 / 分母。
各區7日內處方用藥日數重複2日以上比率	每季	1. 監測值：以前3年同季平均值±10%。 2. 監測執行方案： (1)按季製作季報回饋給受託單位及保險人參考。 (2)函請保險人針對高於監測值之指標，分析異常原因並提報改善方案及執行成效。	資料分析	保險人	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： 分子：按各區及病人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：各區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。
各區平均就醫次數	每季	1. 監測值：以前3年同季平	資料分析	保險人	1. 資料範圍：中醫門診總額診察費大於0且排除巡迴醫療之案件。

指標項目	時程	監測值及監測執行方案	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
		均值±10%。 2. 監測執行方案： (1) 按季製作季報回饋給受託單位保險人參考。 (2) 函請保險人針對高於監測值之指標，分析異常原因並提報改善方案及執行成效。			2. 公式說明： 分子：各區中醫門診總額診察費大於0且排除巡迴醫療之案件數。 分母：各區中醫門診總額診察費大於0且排除巡迴醫療之人數。 ※中醫巡迴醫療案件係指案件分類為 25 之案件。 3. 指標計算：分子 / 分母。
各區隔日重複就診率	每季	1. 監測值：以前 3 年同季平均值±10%。 2. 監測執行方案： (1) 按季製作季報回饋給受託單位及保險人參考。 (2) 函請保險人針對高於監測值之指標，分析異常原因並提報改善方案及執行成效。	資料分析	保險人	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：按各區、病人ID歸戶，計算同一人隔日就診之筆數。 分母：各區申報總件數。 指標計算：分子 / 分母。
針傷科處置次數每月大於 15 次占率	自 97 年第 3 季起 每季	1. 監測值：以前 3 年同季平均值±10%。 2. 監測執行方案： (1) 按季製作季報回饋給受託單位及保險人參考。 (2) 函請保險人針對高於監測值之指標，分析異常	資料分析	保險人	1. 資料範圍：中醫門診總額針傷科案件（案件分類：26、27、29）。 2. 公式說明： 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。 ※中醫針傷科醫令代碼：B41、B42、B43、B44、B45、B46、B53、B54、B55、B56、B57、B61、B62、B63（排除醫令點數=0之案件）。

指標項目	時程	監測值及監測執行方案	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
		原因並提報改善方案及執行成效。			※例如院所該月份同一患者申報針灸、傷科處置費16次，分子以16-15=1計，以此類推。 3. 指標計算：分子 / 分母。
中醫醫療院所加強感染控制執行率 (新增)	每季	96 年重新審查認證第一季監測值合格率为 75%。 96 年重新審查認證第三季起監測值合格率为 80%。	資料分析	受託單位	1. 公式說明： 分子：中醫門診特約醫療院所加強感染控制截至該季合格機構數。 分母：中醫門診特約醫療院所數(該季最後一個月院所數) 2. 指標計算：分子/分母
中醫醫療院所加強感染控制合格率 (新增)	每季累 算	抽審合格率为 85%	資料分析	受託單位	1. 公式說明： 分子：中醫門診特約醫療院所加強感染控制截至該季實際訪查合格院所數。 分母：中醫門診特約醫療院所加強感染控制截至該季實際訪查院所數。 2. 指標計算：分子/分母
4. 其他醫療服務品質 (中長程指標)					
符合針灸治療規範比率	每季	≥ 前一年同期符合針灸治療規範比率	資料分析	受託單位	符合針灸治療規範人次/實際接受針灸治療人次 (監測值啟用第一年各季，均以 91 年 7-9 月為基期)
符合傷科治療規範比率	每季	≥ 前一年同期符合傷科治療規範比率	資料分析	受託單位	符合傷科治療規範人次/實際接受傷科治療人次 (監測值啟用第一年各季，均以 91 年 7-9 月為基期)