

114115年度全民健康保險西醫基層提升國人視力照護品質優化方案

114年8月7日健保醫字第1140116953號公告

115年8月28日健保醫字第1150116920號公告修訂

壹、依據：全民健康保險會（下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、實施期間：114115年1月1日至114115年12月31日。

參、預算來源：114115年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額專款「提升國人視力照護品質」預算35.74837.714億元。

肆、支付方式：

一、計算範圍：白內障手術醫令代碼為86006C、86007C、86008C(含97608C之C1論病例計酬案件)、86011C、86012C之總醫療費用(申請點數+部分負擔)。

二、預算分配：~~四季分別以30%、25%、25%、20%分配及結算~~

(一)本項專款預算之4%做為衡平管理費用，並優先用於保障東區每點1元。

(二)各區各季預算分配方式：各區各季預算=115年執行目標件數(182,378件) $\times$ (1-衡平管理4%) $\times$ 近3年該區件數占率之平均值^{註1} $\times$ 114年全國四季件數之占率^{註2} $\times$ 20,679點。

註1：近3年該區件數占率之平均值：各分區分別以112年至114年各年度件數，計算該分區件數占全區總件數之比率，再取各分區3年占率之平均值。

註2：114年全國四季件數之占率：23%、26%、24%、27%。

三、結算方式：每點支付金額不高於1元，折付及撥補方式詳如附表。

~~(一)當季預算預估若有結餘則留用至下季。~~

~~(二)當季預算預估若不足：~~

~~1、非C1論病例計酬案件以各季各分區一般服務浮動點值計算。~~

~~2、C1論病例計酬案件：~~

~~(1)東區每點1元。~~

~~(2)其餘分區按醫師歸戶申報件數計算點值：1-120件每點1元，超過120件以下列分階段方式計算點值：~~

階段	件數	點值
一	121件-150件(含)	每點0.8元
二	151件-240件(含)	每點0.5元
三	241件以上	每點0.2元

~~(3) 以前述方式計算後，視預算使用情形，再依序由第一階段至第三階段計算各階段點值至每點1元。~~

~~3、若全年有結餘再由第一階段至第三階段依序撥補各季點值至每點1元。~~

伍、提升照護品質獎勵金

一、經費來源：前項年度結算並撥補後之剩餘款，且核發總獎勵金不高於本預算2%。

二、核發資格：依第四點品質指標達成情形計算權重和，總分為80分以上。

~~一、獎勵方式：前項結算後仍有結餘，依診所達成「品質指標」之件數占率核發年度獎勵金，且核發總獎勵金不高於本預算2%。~~

~~(一)核發資格：依5項品質指標達成情形計算權重和，總分為80分以上。~~

~~(二)三、計算方式：年度提升照護品質獎勵金×診所權重核算占率*~~

~~1、*診所權重核算占率=~~

~~(件數占率×該診所權重和)/所有診所(總件數占率×總權重和)~~

~~2、件數占率=核算件數/總核算件數~~

~~3、核算件數以每月每位專任醫師申報白內障手術論病例計酬 C1案件數，若<40件(不含40件)者，則以實際申報件數計算；若≥40件者，則以40件計算，計算1月至12月申報總件數(每位專任醫師480件/年為限)。~~

~~4、權重和：依5項品質指標達成合計分數(最高100%)。~~

~~(三)四、品質指標：~~

項次	項目	權重 (合計 100)
1	診所上傳「白內障視力品質照護說明書」至中華民國醫師公會全國聯合會指定雲端(註：樣張如附件1)	30 15

項次	項目	權重 (合計 100)
	診所每位醫師「每月」申報件數 ≤ 40 件且「每日」申報件數 ≤ 15 件	
2	久未看診而當日就診即執行白內障手術比率 $\leq 1.2\%$	2025
3	術後 30 日內併發症(眼內炎)之件數比率 $\leq 0.1315\%0.1255\%$	2025
4	診所全年總量 $\leq$ 該診所專任醫師數 $\times 120$ 件 $\times 4$ 季	1020
5	健保全額給付人工水晶體使用比例應在全區診所使用比例由大到小排序後的前 90%以內	2015

註：~~項次1~~權重由中華民國醫師公會全國聯合會提供。如診所所在地區經執行會分會及保險人分區業務組認定為「眼科資源不足地區」者，其項次1及項次4指標之權重計算方式，得採個案認定方式辦理；前開計算方式由執行會分會及保險人分區業務組經共管會議共同研議後提報中華民國醫師公會全國聯合會。其中「眼科資源不足地區」係以診所一定距離(如30公里)內無眼科專科醫師執行白內障手術為原則。

~~(四)~~五、核發方式：本項獎勵費用由保險人依前開方式計算，並於次年4月底前完成撥付。

~~三~~六、有下列任一情事者，不予核發本獎勵金：

- (一)經中華民國眼科醫學會確認違反學會制定之廣告規範。
- (二)臺北、北區、中區、南區及高屏業務組：該區白內障手術件數較~~113~~114年度件數成長率大於等於「白內障手術專款管控可容忍之極端值」(附件~~2~~)。
- (三)經主管機關或保險人確認有使用車載或有不當廣告行為。

陸、審查方式

- 一、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。
- 二、本方案每季撥付費用款項後，診所如有資料修正需求，須於款項撥付日起1個月內，向保險人各分區業務組提出申請並提具佐證資料，經審核通過後，不足者補付，溢付者於下次撥款時沖抵。

柒、方案管理機制

一、保險人負責本方案之研訂與修正及計算。

二、保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之資格、核定及輔導轄區醫事服務機構執行方案。

捌、年度執行目標：~~一、執行面件數：172,606~~182,378件。

~~二、品質面：白內障視力品質照護說明書執行率 $\geq 95\%$ 。~~

~~分子：上傳白內障視力品質照護說明書診所家數。~~

~~分母：申報白內障手術診所家數。~~

拾玖、評估指標

一、術前指標：久未看診^{*註2}而當日就診即執行白內障手術比例以0%為原則。

^{*註2}：久未看診：病人手術日回推90日內無同院所或同醫師就醫資料。

分子：久未看診而當日就診即執行白內障手術之件數。

分母：白內障手術件數。

二、術後指標：術後30日內併發症(眼內炎)之件數比率 $\leq 0.1315\%$ 0.1255%。

拾、方案修正程序：本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會及中華民國眼科醫學會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

附表-「提升國人視力照護品質」專款預算高申報折付及撥補方式

	<u>高申報量醫師折付方式</u>			<u>「全年結餘時(不含東區)」撥補方式及順序</u>		
<u>各區各季預算(扣除衡平管理4%)</u>	<u>115年執行目標件數(182,378件)*(1-衡平管理4%)*近3年該區件數之平均占率*114年四季件數之占率*20,679點=各區各季預算</u>			<u>經費來源：「各區年度結餘預算」及「衡平管理預算(扣除保障東區每點1元所需費用)」。</u> <u>撥補原則：各區依原季度結算方式、本表各階段及品質指標達成情形，按順序逐階段辦理撥補；完成前一階段後始辦理次一階段。</u>		
	<u>階段</u>	<u>件數</u>	<u>支付點值</u>	<u>階段</u>	<u>件數</u>	<u>依品質指標達成情形撥補</u>
<u>該區當季預算充足</u>	<u>〇</u>	<u>1件-180件(含)</u>	<u>每點1元</u>	<u>〇</u>	<u>1件-180件(含)</u>	<u>已以每點1元支付，爰毋須撥補。</u>
	<u>一</u>	<u>181件-240件(含)</u>	<u>每點0.8元</u>	<u>一</u>	<u>181件-240件(含)</u>	<u>品質指標達80分(含)以上，撥補至多每點1元；品質指標未達80分，不予撥補。</u>
	<u>二</u>	<u>241件以上</u>	<u>每點0.6元</u>	<u>二</u>	<u>241件以上</u>	<u>品質指標達80分(含)以上，撥補至多每點0.7元；品質指標未達80分，不予撥補。</u>
	<u>階段</u>	<u>件數</u>	<u>支付點值</u>	<u>階段</u>	<u>件數</u>	<u>依品質指標達成情形撥補</u>
<u>該區當季預算不足</u>	<u>〇</u>	<u>1件-120件(含)</u>	<u>每點1元</u>	<u>〇</u>	<u>1件-120件(含)</u>	<u>已以每點1元支付，爰毋須撥補。</u>
	<u>一</u>	<u>121件-150件(含)</u>	<u>每點0.6元</u>	<u>一</u>	<u>121件-180件(含)</u>	<u>撥補至多每點1元。</u>
	<u>二</u>	<u>151件-240件(含)</u>	<u>每點0.5元</u>	<u>二</u>	<u>181件-240件(含)</u>	<u>品質指標達80分(含)以上，撥補至多每點1元；品質指標未達80分，撥補至多每點0.8元。</u>
	<u>三</u>	<u>241件以上</u>	<u>每點0.2元</u>	<u>三</u>	<u>241件以上</u>	<u>品質指標達80分(含)以上，撥補至多每點0.7元；品質指標未達80分，撥補至多每點0.6元。</u>

註：

1. 依方案第肆、二項規定，「衡平管理預算」來源為專款之4%，優先用於保障東區每點1元。其餘，用於高申報量醫師折付之撥補。
2. 依方案第伍項規定，「提升照護品質獎勵金」來源為「年度結算並撥補後之剩餘款」，並以專款預算的2%為上限。
3. 當季折付的白內障手術費用，若遇醫師於不同院所申報，由各院所依「申報件數比例」分攤，即：

$$\text{某院分攤金額} = \text{當季總折付費用} \times \frac{\text{該醫師於該院的申報件數}}{\text{該醫師的歸戶總件數}}$$

4. 各階段以本表支付點值核付為原則；若按本表支付點值結算後仍逾預算數，得於本表支付點值內彈性調整點值辦理結算。

白內障手術專款管控可容忍之極端值

一、定義:係指各分區依三年平均占率推估之件數，經「**衡平管理與執行原則**」分配各分區設定目標管理件數後，仍達需專案處理之 4%，再加計 5%之數值。

二、各區如下：

- (一) 台北區：**5.8%**+9%=**14.8%**
- (二) 北 區：**9.4%**+9%=**18.4%**
- (三) 中 區：**5.8%**+9%=**14.8%**
- (四) 南 區：**7.1%**+9%=**16.1%**
- (五) 高屏區：**6.3%**+9%=**15.3%**

註：各分區依三年平均占率推估之件數，經衡平管理比率 4%調整後，其件數與 **114** 年件數相較之成長率。

分區	三年平均 占率推估 件數	衡平管理 比率 4%與 分配件數	114 年件數	與 114 年件數 相較成長率
		A	B	C=(A-B)/B
台北區	47,601	45,697	43,204	5.8%
北區	24,256	23,286	21,283	9.4%
中區	37,205	35,717	33,757	5.8%
南區	32,646	31,340	29,249	7.1%
高屏區	38,482	36,943	34,745	6.3%
東區	2,188	2,100	1,932	8.7%
全區	182,378	175,083	164,170	6.6%