

# 112 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案

中華民國 112 年 1 月 19 日健保醫字第 1120101050 號公告

## 壹、依據：

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

## 貳、目的：

本方案之實施為確保西醫基層總額支付制度實施後醫療服務之品質，獎勵優質西醫基層特約診所。

## 參、預算來源：

全民健康保險年度西醫基層醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。

## 肆、核發資格：(需符合下列 3 項)

- 一、西醫基層特約診所於當年度(12 個月)門診醫療費用案件均以電子資料申報，且當年度 10 個月(含)以上符合第一次暫付，得核發品質保證保留款。另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，視為不同開業主體分別計算。
- 二、西醫基層特約診所因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條、第四十四條及第四十五條所列違規情事之一者，於當年度 1 月 1 日至 12 月 31 日期間，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)處分者，則不予核發品質保證保留款。前述期間以第一次處分日期(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)認定之。倘停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。
- 三、不包含「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」核發資格之診所。

## 伍、獎勵指標與核發原則

### 一、獎勵指標：

- (一) 診所月平均門、住診申復核減率，應低於該分區 110 年所屬科

別 80 百分位，即<80 百分位。(註 1)

- (二) 診所之每位病人年平均就診次數，應低於該分區 110 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 2)
- (三) 個案重複就診率應低於該分區 110 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 3)
- (四) 健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 。(註 4)
- (五) 門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率 $>10\%$ ，惟家醫科和內科門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率 $>15\%$ 。(註 5)
- (六) 初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過 5 百分位，即 $>5$  百分位。(註 6)
- (七) 檢驗(查)結果上傳率 $\geq 70\%$ 。(註 7)
- (八) 連續假日前開診時段維護作業次數比率 $\geq 50\%$ 。(註 8)
- (九) 當年度每月看診日數達 22 日以上之月次數 $\geq 6$  次。(註 9)
- (十) 假日及國定假日開診比率 $\geq 50\%$ 。(註 10)

## 二、核發原則：

- (一) 符合獎勵指標第 1 項至第 5 項者，各給予核發權重 20%。
- (二) 符合獎勵指標第 6 項至第 10 項，各給予核發權重 2%。
- (三) 前述各診所核發權重和，最高以 100%計算。

陸、經前述各項指標計算核發權重和後，排除權重和為零之診所，若合格之診所數大於 80%，則依權重和由高至低排序，取前 80%之診所核發品質保證保留款。前開指標涉及診所所屬科別之認定方式，以當年度第 1 季門診申報費用之就醫科別件數比例較高且超過 30%者認定之(若件數相同，則採費用較高者)；未有任一科件數比率超過 30%者(如聯合診所)，或該科別之家數未達 20 家，則歸屬為其他科(科別代碼為 XX)。

## 柒、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、 每家診所核發金額＝(該診所核發權重和/全區診所核發權重和小計) ×品質保證保留款。
- 三、 保險人辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之西醫基層特約診所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度西醫基層總額品質保證保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支應。
- 捌、 本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬指標項目之操作型定義等執行面之修正，由保險人與該會共同研修後，逕行公告。

## 112 年度全民健康保險西醫基層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： 診所月平均門、住診申復核減率	1. 資料期間： (1) 當期值：113 年 2 月 28 日前核定之 111 年 7 月至 112 年 6 月之門、住診醫療費用計算。 (2) 目標值：111 年 2 月 28 日前核定之 109 年 7 月至 110 年 6 月之門、住診醫療費用計算。(如附件-西醫基層各分區各科別「申復後核減率」、「病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」之 80 百分位) 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B 分子 A：診所每月「門、住診申復後核減率」之合計。 分母 B：該診所核定月數。 4. 本項之門、住診醫療費用(含申復)，計算「申復後核減率」，未有申復或申復尚未核定者，以初核核減率計算之。
註 2： 診所之每位病人年平均就診次數	1. 資料期間： (1) 當期值：西醫基層特約診所於 113 年 1 月 31 日前申報之 112 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。 (2) 目標值：西醫基層特約診所於 111 年 1 月 31 日前申報之 110 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。(如附件) 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B 分子 A：全年診所申報總案件數。 分母 B：全年診所歸戶總人數。 4. 本項排除其他預算部門、代辦案件及診察費為 0 之案件。
註 3：個案重複就診率	1. 資料期間： (1) 當期值：西醫基層特約診所於 113 年 1 月 31 日前申報之 112 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。 (2) 目標值：西醫基層特約診所於 111 年 1 月 31 日前申報之 110 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。(如附件) 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式： $\Sigma [(A/B) \times 100\%]$ / 【同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數就醫月份合計數】 分子 A：同一費用年月、同一就醫日期、同一院所，同一人(身分證號)就診 2 次(含)以上，按身分證號歸戶之門診人數。 分母 B：同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數。 4. 排除其他預算部門、代辦案件及診察費為 0 之案件。

指標項目	操作型定義
<p>註 4： 健保卡處方登錄 差異率<math>\leq 8\%</math></p>	<p>1.資料期間：西醫基層特約診所 112 年 1 月至 12 月健保卡上傳資料。  2.列計對象：資料上傳格式為 1.正常上傳。  3.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。  4.健保卡處方登錄錯誤率=<math>\Sigma[(A/B)\times 100\%]/【\text{健保卡上傳之月份合計數}】</math>  分子 A：當月份(以就醫日期計算範圍)健保卡上傳欄位[A79]之錯誤代碼為 AA 或 16 之筆數。  分母 B：當月份(以就醫日期計算範圍)健保卡上傳之處方(醫令)筆數。  註：排除精神病、愛滋病、受性侵害之醫令筆數。  排除 ICD-10 診斷碼為 B20、F01.50、F01.51、F02.80、F02.81、F03.90、F03.91、F04、F05、F06.0、F06.1、F06.8、F09、F20.0、F20.1、F20.2、F20.3、F20.5、F20.81、F20.89、F20.9、F21、F22、F23、F24、F25.0、F25.1、F25.8、F25.9、F30.10、F30.11、F30.12、F30.13、F30.2、F30.3、F30.4、F30.8、F30.9、F31.0、F31.10、F31.11、F31.12、F31.13、F31.2、F31.30、F31.31、F31.32、F31.4、F31.5、F31.60、F31.61、F31.62、F31.63、F31.64、F31.70、F31.71、F31.72、F31.73、F31.74、F31.75、F31.76、F31.77、F31.78、F31.81、F31.89、F31.9、F32.0、F32.1、F32.2、F32.3、F32.4、F32.5、F32.8、F32.9、F33.0、F33.1、F33.2、F33.3、F33.40、F33.41、F33.42、F33.8、F33.9、F34.0、F34.1、F34.8、F34.9、F39、F40.00、F40.01、F40.02、F40.10、F40.11、F40.210、F40.218、F40.220、F40.228、F40.230、F40.231、F40.232、F40.233、F40.240、F40.241、F40.242、F40.243、F40.248、F40.290、F40.291、F40.298、F40.8、F40.9、F41.0、F41.1、F41.3、F41.8、F41.9、F42、F43.0、F43.10、F43.11、F43.12、F43.20、F43.21、F43.22、F43.23、F43.24、F43.25、F43.29、F43.8、F43.9、F44.0、F44.1、F44.2、F44.4、F44.5、F44.6、F44.7、F44.81、F44.89、F44.9、F45.0、F45.1、F45.20、F45.21、F45.22、F45.29、F45.8、F45.9、F48.1、F48.8、F48.9、F60.0、F60.1、F60.2、F60.3、F60.4、F60.5、F60.6、F60.7、F60.81、F60.89、F60.9、F68.10、F68.11、F68.12、F68.8、F69、F84.0、F84.3、F84.5、F84.8、F84.9、F93.0、F94.8、F99、R45.2、R45.5、R45.6、R45.86、T74.21XA、T74.22XA、T76.21XA、T76.22XA、Z21、Z22.6。</p>
<p>註 5： 門診病人健保雲端藥歷系統查詢率<math>&gt;10\%</math>，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率<math>&gt;15\%</math>。</p>	<p>1. 資料期間：西醫基層特約診所 112 年 1 月至 12 月病人查詢資料。  2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。  3.公式：A/B  A：門診病人查詢健保雲端藥歷系統人數。  B：門診病人數。  備註：病人數係以就醫病人 ID 合併歸戶計算。</p>

指標項目	操作型定義
<p>註 6： 初期慢性腎臟病 eGFR 執行率</p>	<p>1.資料期間：西醫基層特約診所 112 年 1 月至 12 月資料。</p> <p>2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。</p> <p>3.公式：A/B A：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行肌酸酐(Creatinine)檢驗人數。 B：符合初期慢性腎臟病方案收案條件之初期慢性腎臟病人數(ID 歸戶數)。</p> <p>4.慢性腎臟疾病—任一主、次診斷之 ICD_10_CM 為三碼為 A18.11、A52.75、C64.1、C64.2、C64.9、C7A.093、E11.21、E11.22、E11.29、E13.21、E13.22、E13.29、E10.21、E10.22、E10.29、E11.65、E10.65、E74.8、M10.30、M10.311、M10.312、M10.319、M10.321、M10.322、M10.329、M10.331、M10.332、M10.339、M10.341、M10.342、M10.349、M10.351、M10.352、M10.359、M10.361、M10.362、M10.369、M10.371、M10.372、M10.379、M10.38、M10.39、N20.0、M10.30、D59.3、I70.1、I75.81、I72.2、I77.73、I77.3、K76.7、N00.0、N00.1、N00.2、N00.3、N00.4、N00.5、N00.6、N00.7、N01.0、N01.1、N01.2、N01.3、N01.4、N01.5、N01.6、N01.7、N01.8、N01.9、N08、N00.8、N00.9、N04.4、N02.1、N02.2、N02.3、N04.1、N04.2、N02.4、N02.5、N02.6、N02.7、N04.3、N04.4、N04.5、N04.6、N02.0、N04.0、N08、N02.8、N04.7、N04.8、N02.9、N04.9、N03.2、N03.1、N03.3、N03.4、N03.5、N03.6、N03.7、N03.8、N08、N03.0、N03.8、N03.9、N05.9、N05.2、N06.2、N07.2、N05.3、N05.4、N05.5、N06.3、N06.4、N06.5、N07.3、N07.4、N07.5、N05.9、N17.1、N17.2、E10.21、E11.21、N16、N05.0、N05.1、N05.6、N05.7、N05.8、N06.0、N06.1、N06.6、N06.7、N06.8、N07.0、N07.1、N07.6、N07.7、N07.8、N14.0、N14.1、N14.2、N14.3、N14.4、N15.0、N15.8、N05.9、N06.9、N07.9、N15.9、N17.0、N17.1、N17.2、N17.8、N17.9、N26.1、N26.9、N25.0、N25.1、N25.81、N25.89、N25.9、N18.1、N18.2、N18.3、O10.419、O10.411、O10.412、O10.413、O10.42、O10.43、O10.411、O10.412、O10.413、O10.43、O10.119、O10.219、O10.319、O11.9、O10.111、O10.112、O10.113、O10.12、O10.211、O10.212、O10.213、O10.22、O10.311、O10.312、O10.313、O10.32、O11.1、O11.2、O11.3、O10.13、O10.111、O10.112、O10.113、O10.211、O10.212、O10.213、O10.311、O10.312、O10.313、O11.1、O11.2、O11.3、O10.13、O10.23、O10.33、Q61.01、Q61.3、Q61.2、Q61.11、Q61.19、Q61.4、Q61.5、Q61.5、Q61.02、Q61.8、Q62.39、Q62.11、Q62.12、Q62.2、Q62.31、Q62.32、Q62.0、Q62.10、Q62.11、Q62.2、R94.4 之案件。</p> <p>註：本指標之主診斷國際疾病分類碼 ICD-10-CM 比照醫療給付檔案分析系統(DA 系統)指標 1203 初期慢性腎臟病方案照護率辦理。</p> <p>5.肌酸酐(Creatinine)檢驗案件係指申報醫令代碼為 09015C 及 09016C 之案件。</p>

指標項目	操作型定義
註 7： 檢驗(查)結果上傳率	1. 資料期間：西醫基層特約診所 112 年 1 月至 12 月資料。 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B A：已上傳「應上傳檢驗(查)結果項目」醫令數。 B：申報「應上傳檢驗(查)結果項目」醫令數。 註：本指標應上傳檢驗(查)結果項目之醫令代碼比照全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案辦理。
註 8：連續假日前開診時段維護作業次數比率 $\geq 50\%$	1. 資料期間：西醫基層特約診所 112 年 1 月至 12 月，診所在人事行政總處公告之每次四天以上(含)連續假期前，於「健保資訊網服務系統(VPN)/看診時段及掛號維護專區」維護長假期開診科別及時段次數比率。 2. 檔案分析：分子除以分母後之商數，取至小數點後第一位(四捨五入) 3. 公式：A/B $\geq 50\%$ 分子 A：診所當年維護長假期開診科別及時段之次數。 分母 B：人事行政總處當年公告之全年長假期次數。
註 9：當年度每月看診日數達 22 日以上之月次數 $\geq 6$ 次	1. 資料期間：西醫基層特約診所 112 年 1 月至 12 月。 2. 定義：診所每月看診日數 $\geq 22$ 日以上之月次數。
註 10：假日及國定假日開診比率 $\geq 50\%$	1. 資料期間：西醫基層特約診所 112 年 1 月至 12 月。 2. 公式：(A/B) $\times 100\%$ (1) 分子 A：全年「假日」(星期六及星期日，至少有一天開診)看診週數+全年「國定假日」看診次數(排除國定假日在星期六或星期日，且屬連續假期僅算 1 次)。 (2) 分母 B：全年週數(52 週)。 註：1. 國定假日看診次數，如該國定假日為星期六或星期日者不計。 2. 國定假日屬連續假期，不論開診天數，僅計算開診 1 次。 3. 看診週數指星期一至星期日。 4. 以 112 年為例，國定假日有農曆春節、二二八和平紀念日、兒童節/民族掃墓節、五一勞動節、端午節、中秋節、國慶日、計 7 次國定假日。若診所於「假日」和「國定假日」有開診，則最高開診比率為 (52+7)/52 $\times 100\%$ 。

附件 110 年西醫基層各分區各科別「申復後核減率」、「病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」之 80 百分位

科別	科別代碼	1-臺北			2-北區			3-中區		
		1-診所月平均門、住診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)	1-診所月平均門、住診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)	1-診所月平均門、住診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)
家醫科	01	0.0014	4.9235	0.0003	0.0026	4.5043	0.0002	0.0020	5.3394	0.0001
內科	02	0.0018	5.3944	0.0002	0.0040	4.6625	0.0002	0.0029	5.3763	0.0001
外科	03	0.0026	4.4789	0.0002	0.0031	4.1569	0.0000	0.0022	4.8510	0.0001
小兒科	04	0.0003	3.6574	0.0002	0.0007	3.5162	0.0001	0.0011	3.6863	0.0001
婦產科	05	0.0037	3.5261	0.0002	0.0027	3.3622	0.0000	0.0024	4.0385	0.0000
骨科	06	0.0020	3.2939	0.0002	0.0024	3.2763	0.0001	0.0032	3.0093	0.0000
耳鼻喉科	09	0.0011	3.0535	0.0001	0.0003	2.9966	0.0001	0.0011	3.1733	0.0001
眼科	10	0.0008	2.3952	0.0000	0.0002	2.1808	0.0000	0.0020	2.4301	0.0000
皮膚科	11	0.0013	2.7910	0.0000	0.0008	2.8237	0.0000	0.0014	2.8927	0.0000
精神科	13	0.0057	7.5792	0.0000	0.0076	6.4246	0.0000	0.0021	7.2663	0.0000
復健科	14	0.0034	4.0768	0.0001	0.0087	4.6421	0.0002	0.0187	4.2139	0.0000
消化內科	AA	0.0016	4.5980	0.0098						
不分科	XX	0.0042	4.8031	0.0208	0.0032	4.3182	0.0031	0.0029	4.3076	0.0002
科別	科別代碼	4-南區			5-高屏			6-東區		
		1-診所月平均門、住診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)	1-診所月平均門、住診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)	1-診所月平均門、住診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)
家醫科	01	0.0011	5.5335	0.0000	0.0020	5.6880	0.0001	0.0027	5.7077	0.0002
內科	02	0.0013	5.2793	0.0000	0.0016	5.8218	0.0001	0.0033	5.3674	0.0001
外科	03	0.0010	4.5359	0.0000	0.0049	4.3301	0.0000			
小兒科	04	0.0004	3.5311	0.0000	0.0005	3.7650	0.0000			
婦產科	05	0.0016	4.6046	0.0000	0.0022	3.8937	0.0000			
骨科	06	0.0012	3.3449	0.0001	0.0020	3.6244	0.0001			
耳鼻喉科	09	0.0004	2.8198	0.0000	0.0004	3.2320	0.0000	0.0010	2.9075	0.0002
眼科	10	0.0008	2.8660	0.0000	0.0011	2.9344	0.0000			
皮膚科	11	0.0004	2.5914	0.0000	0.0006	2.7600	0.0000			
精神科	13	0.0020	7.4465	0.0000	0.0128	8.6848	0.0000			
復健科	14	0.0017	4.5890	0.0000	0.0045	4.1653	0.0000			
消化內科	AA				0.0008	4.2129	0.0002			
不分科	XX	0.0010	4.6010	0.0000	0.0034	5.2150	0.0004	0.0007	3.5263	0.0000

註：1.不分科係指該分區科別院所不滿 20 家，而將視為不分科，包括：神經外科、泌尿、整型等。

2.百分位計算時已排除申報費用未滿 12 個月的院所資料。