

全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案

中華民國 107 年 1 月 8 日健保醫字第 1060016997 號公告修訂

中華民國 108 年 5 月 31 日健保醫字第 1080007611 號公告修訂

中華民國 109 年 2 月 7 日健保醫字第 1090001213 號公告修訂

中華民國 110 年 1 月 19 日健保醫字第 1100000291 號公告修訂

壹、依據：

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，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：

全民健康保險年度中醫門診醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。

肆、支用條件：

一、本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算一次。

二、提供資料及來源：本方案第柒點第四項、第五項及第捌點第二項與第玖點第一項，由中華民國中醫師公會全國聯合會（以下稱中醫全聯會）於次年 2 月底前提供名單並函請全民健康保險保險人（以下稱保險人）辦理結算。

伍、預算分配方式：

一、核算基礎：

（一）該院所之核算基礎(A)

$$= (\text{該院所申報當年醫療服務點數} - \text{當年申報藥費}) \times \text{該院所年平均核付率} (\text{含部分負擔，註 1})$$

說明：當年申報醫療服務點數以次年 1 月底為截止點。

（二）以上述核算基礎，依本方案第捌點及第玖點增減原則，計算每院所參與品質保證保留款之核算基礎。

各院所參與品質保證保留款之核算基礎(B)=

60%×各院所核算基礎(A) ± 第捌點及第玖點增減點數

(三)各院所分配品質保證保留款金額=(各院所參與品質保證保留款之核算基礎(B)/各院所品質保證保留款核算基礎合計(ΣB))×品質保證保留款

二、辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之中醫門診特約醫事服務機構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中醫門診總額品質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中醫門診總額一般服務項目預算中支應。

陸、核發資格：

一、當年中醫門診特約醫事服務機構且無本方案第柒點情形者，得參與符合核發品質保證保留款資格之計分排序；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、符合核發資格之分數計算原則，如下：

1. 符合本方案第捌點第一項者，核予20分。
2. 符合本方案第捌點第二項者，核予15分。
3. 符合第捌點第三至六項者，各核予10分。
4. 符合本方案第玖點第一項者，當年度申報醫療費用之中醫師扣減2分，單一中醫院所最多扣減10分。
5. 符合本方案第玖點第二至五項者，各扣減5分。

三、符合核發品質保證保留款資格中醫院所，依前項分數加總並由高而低排列，取前 90 百分位進行核發。

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、當年度在前一年 12 月每萬人口中醫師數 3.0(含)以上之鄉鎮市區新設立中醫門診特約醫事服務機構。(註 2)

二、核減率：中醫門診特約醫事服務機構年平均核減率(註 3)，超過該區 90

百分位，且超過前一年該區之年總平均核減率者。

三、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三十六條至第四十條等所列違規情事之一，並經處分者以保險人第一次發函處分日期認定，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者。

四、中醫門診特約醫事服務機構非屬「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」之中醫醫療院所加強感染控制指標合格者。

五、未符合中醫全聯會提供之「醫療費用明細標示」院所。

六、未參與「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」之中醫院所。

捌、品質保證保留款核算基礎之加計原則：

一、當年度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），屬於同年之「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」無中醫門診特約醫事服務機構之鄉鎮開業地區，依核算基礎(A)加計 100 %。

二、為鼓勵提升中醫醫療服務品質，中醫門診特約醫事服務機構從事教學研究且績效卓著者，依核算基礎(A)加計 10%。其適用對象為經衛生福利部中醫藥司『中醫醫療院所負責醫師二年以上醫師訓練合格』之院所。

三、為鼓勵中醫師提供假日看診服務減少民眾就診不便，中醫門診特約醫事服務機構當年度於週日看診超過 30 天(含)以上者，依核算基礎(A)加計 10%；超過 45 天(含)以上者，依核算基礎(A)加計 20%。(註 4)

四、為鼓勵中醫門診特約醫事服務機構查詢健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷資料，查詢率>20%者，依核算基礎(A)加計 5%。(註 5)

五、中醫門診特約醫事服務機構參加「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」者，依核算基礎(A)加計 5%。

六、為推動中醫門診特約醫事服務機構於健保資訊網服務系統(Virtual Private Network，以下稱 VPN)公告連續假期排班等變動情形，鼓勵院

所即時更新排班時間，院所「每月完成門診時間網路登錄」者，依核算基礎(A)加計 10%，未全年完成門診時間網路登入者則不予加計（註 6）。

玖、品質保證保留款核算基礎之減計原則：

一、保險醫事服務機構之中醫師未依中醫全聯會所定「中醫師繼續教育點數管理辦法」之規定修滿繼續教育點數(每年 20 點)者，其申請之醫療費用點數不列入核算基礎(A)。

二、「中醫同一院所同一患者同月就診 8 次以上比例」超過 80 百分位者，核算基礎(A)減計 20%（註 7）。

三、「同日重複就診率」超過 80 百分位者，核算基礎(A)減計 10%（註 8）。

四、「7 日內處方用藥日數重複 2 日以上比率」超過 80 百分位者，核算基礎(A)減計 10%（註 9）。

五、為促使院所積極提供慢性病照護(含慢性病連續處方箋)，中醫門診特約醫事服務機構當年度申報中醫一般案件、中醫慢性病、中醫慢性病連續處方調劑及過敏性鼻炎照護計畫中，屬慢性病給藥七天以上之件數占率為 3%(含)以下者，依核算基礎(A)減計 10%（註 10）。

拾、本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

拾壹、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：年平均核付率	$(\text{全年初核核定點數} + \text{部分負擔}) / (\text{全年申請點數} + \text{部分負擔})$
註2：當年度在前一年12月每萬人口中醫師數3.0(含)以上之鄉鎮市區新設立中醫門診特約醫事服務機構。	資料範圍：以前一年12月「內政部戶政司戶籍人口數」及「醫事人員公務統計檔」計算之。
註3：年平均核減率	$(\text{全年初複核核減點數}) / (\text{全年申請點數} + \text{部分負擔})$ (未完成複核月份以初核核減率計算，截取時間點為次年2月底前)
註4：中醫門診特約醫事服務機構於每年週日看診超過30天及45天以上者	以門診申報資料之「就醫日期」認定週日是否看診，含同一療程。
註5：健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷資料查詢率	1. 資料範圍：中醫門診特約醫事服務機構當年度查詢健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷資料。 2. 公式說明： 分子：分母中健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷資料查詢人數 分母：中醫門診病人數 3. 指標計算：分子 / 分母。【取至小數點後第二位(四捨五入)】
註6：「每月完成門診時間網路登錄」	院所每月於VPN之「保險人看診資料及掛號費維護」介面完成次月門診時間登錄。 [註]若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。(院所可於VPN系統「上次登錄日期」判斷上個月是否完成登錄)。

指標項目	操作型定義
註 7：「中醫同一院所同一患者同月就診 8 次以上比例」	1. 分母：全年同一院所、同月看診總人數加總。 2. 分子：全年同一院所、同一病人、同月看診次數 8 次（含）以上人數加總。 3. 指標計算(S)：分子總和 / 分母總和。 4. 全年計算平均比率，進行百分位排序。 5. 所有資料排除符合以下任一條件者： (1) 診察費=0 (2) 案件類別 A3(預防保健)、B6(職災)、22(其他專案)、24(慢性病)、25(無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)、28(連續處方箋)、29(中醫針灸、傷科及脫臼整復)、30(中醫特定疾病門診加強照護)、31(中醫居家)之專款項目案件。
註 8：「同日重複就診率」	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：按同一院所、同一病人、就醫日期歸戶，計算就診 2 次（含）以上之筆數。 分母：按同一院所、同一病人、就醫日期歸戶之筆數。 3. 指標計算：分子總和 / 分母總和。 4. 指標進行百分位排序。 5. 資料排除以下任一條件者：案件分類 A3(預防保健)、B6(職災)、22(其他專案)、24(慢性病)案件、25(無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)、28(連續處方箋)案件、29(中醫針灸、傷科及脫臼整復)、30(中醫特定疾病門診加強照護)、31(中醫居家)之專款項目案件。

指標項目	操作型定義
註 9：「7 日內處方用藥日數重複 2 日以上比率」	- 資料範圍：所有屬中醫門診給藥天數小於等於 7 日案件。 - 公式說明： 分子：按同一院所及病人 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：同一院所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。 - 指標計算：分子 / 分母。 - 指標進行百分位排序。 - 資料排除以下任一條件者：案件分類為 A3(預防保健)、B6(職災案件)、22(中醫其他專案)、25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)、及 29(中醫針灸、傷科及脫臼整復)之案件。
註 10：「院所提供慢性病照護未達一定比例」	- 資料範圍：中醫門診特約醫事服務機構當年度申報中醫一般案件(案件分類 21)、中醫其他專案案件分類 22)之特定治療項目(一)為 JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)、中醫慢性病(案件分類 24)及中醫慢性病連續處方調劑(案件分類 28)之案件。 - 說明：慢性病給藥七天以上之件數占率 - 分子：分母院所當年度申報下列案件分類，給藥七天以上之件數總計。 案件分類：22(中醫其他專案)之特定治療項目為(一)JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)、24(中醫慢性病)及 28(中醫慢性病連續處方調劑)之案件。 - 分母：院所當年度申報下列案件分類之件數總計。 案件分類：21(中醫一般案件)、22(中醫其他專案)之特定治療項目(一)為 JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)、24(中醫慢性

指標項目	操作型定義
	病)及28(中醫慢性病連續處方調劑)之案件。 C. 指標計算：分子 / 分母。【取至小數點後第二位(四捨五入)】 3. 資料排除診察費為0或補報原因註記為「2：補報部分醫令或醫令差額」之案件。
【核發費用計算範例】	1. 該院所核算基礎(A)= (該院所申報當年醫療服務點數-當年申報藥費)× 該院所平均核付率(含部分負擔) 2. 各院所參與品質保證保留款之核算基礎(B) = 60%×各院所核算基礎(A) ± 第捌點及第玖點增減點數 3. 各院所品質保證保留款核算基礎合計= $\Sigma(B)$ = (60%×各院所核算基礎(A) ± 第捌點及第玖點增減點數)之合計 4. 試算範例如下： (1)僅符合基本資格(無本方案之第柒、捌、玖點之情事)者 院所核發品質保證保留款金額=當年品保款預算 × (A) × 60% / $\Sigma(B)$ (2)僅符合基本資格及教學研究績效卓著者(+10%) 院所核發品質保證保留款金額=當年品保款預算 × (A) × (60%+10%) / $\Sigma(B)$ (3)符合基本資格且於無中醫門診特約醫事服務機構之鄉鎮地區開業者(+100%)、教學研究績效卓著者(+10%)但「同日重複就診率」超過80百分位者(-10%) 院所核發品質保證保留款金額=當年品保款預算 × A × (60%+100%+10%-10%) / ΣB