

衛生福利部中央健康保險署 開會通知單

受文者：本署醫務管理組

發文日期：中華民國108年5月10日

發文字號：健保醫字第1080033306號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：附件請至本署全球資訊網自行擷取

開會事由：召開「全民健康保險醫療給付費用中醫總額研商議事會議」108年第2次會議

開會時間：108年5月16日（星期四）14時整

開會地點：本署18樓禮堂(台北市大安區信義路3段140號18樓)

主持人：蔡副署長淑鈴

聯絡人及電話：邵子川 (02)27065866 分機3603

出席者：朱代表日僑、呂代表世明、巫代表雲光、李代表純馥、施代表純全、柯代表富揚、洪代表啟超、胡代表文龍、孫代表茂峰、許代表中華、許代表美麗、陳代表仲豪、陳代表旺全、陳代表建霖、陳代表博淵、陳代表瑞瑛、陳代表憲法、彭代表德桂、黃代表怡超、黃代表俊傑、黃代表科峯、黃代表頌儼、黃代表蘭嫻、楊代表禾、詹代表永兆、劉代表富村、蔡代表明鎮、羅代表永達（代表按姓氏筆劃排列）

列席者：衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部中醫藥司、台灣醫院協會、中華民國中醫師公會全國聯合會、本署各分區業務組、本署醫審及藥材組、本署企劃組、本署財務組、本署承保組、本署資訊組、本署違規查處室、本署醫務管理組

副本：

備註：

- 一、本次會議議程已公開於全球資訊網(路徑：本署全球資訊網/醫事機構/醫療費用支付/醫療費用給付規定/108年會議議程公告)。
- 二、為響應環保，議程資料請至本署全球資訊網自行擷取列印，攜帶與會。

衛生福利部中央
健康保險署投封章(2)

衛生福利部中央健康保險署



全民健康保險醫療給付費用中醫門診
總額 108 年第 2 次研商議事會議

108 年 5 月 16 日 (星期四)
本署 18 樓大禮堂

「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」

108 年第 2 次會議議程

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認

參、報告事項

一、歷次會議決定/決議事項辦理情形	報 1-1
二、中醫門診總額執行概況報告	報 2-1
三、107 年第 4 季點值結算結果報告	報 3-1
四、建請提升「健保醫療資訊雲端查詢系統」使用率以提供精準醫療，提升民眾就醫安全。	報 4-1
五、有關中醫部門總額 107 年度違規情形，提請注意改善。	報 5-1

肆、討論事項

符合各項專案計畫收案條件，若有超出收案時間、條件，VPN 能加設告知功能	討 1-1
--------------------------------------	-------

伍、臨時動議

陸、散會

貳、前次會議紀錄確認

「中醫門診總額研商議事會議」108 年第 1 次

會議紀錄

時間：108 年 2 月 21 日 14 時整

地點：中央健康保險署第 1 會議室(臺北市信義路 3 段 140 號 9 樓)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：邵子川

出席代表：(依姓氏筆劃排列)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
朱代表日僑	朱日僑	陳代表瑞瑛	請假
呂代表世明	呂世明	陳代表憲法	陳憲法
巫代表雲光	巫雲光	彭代表德桂	彭德桂
李代表純馥	李純馥	黃代表怡超	黃純英代
施代表純全	施純全	黃代表俊傑	黃俊傑
柯代表富揚	柯富揚	黃代表科峯	黃科峯
洪代表啟超	洪啟超	黃代表頌儼	黃頌儼
胡代表文龍	胡文龍	黃代表蘭嫻	黃蘭嫻
孫代表茂峰	孫茂峰	楊代表禾	楊禾
許代表中華	葉裕祥代	詹代表永兆	詹永兆
陳代表仲豪	陳仲豪	劉代表富村	劉富村
陳代表旺全	陳旺全	羅代表永達	羅永達
陳代表建霖	陳建霖		
陳代表博淵	陳博淵		

列席單位及人員：

全民健康保險會

社會保險司

台灣醫院協會

中華民國中醫師公會全國聯合會

陳燕鈴、劉于鳳

蘇芸蒂

董家琪、洪毓婷

王逸年、賴宛而、李敬

本署臺北業務組
本署北區業務組
本署中區業務組
本署南區業務組
本署高屏業務組
本署東區業務組
本署醫審及藥材組
本署資訊組
本署企劃組
本署醫務管理組

馮震華、葉惠珠、黃寶玉
林巽音
林淑惠
洪懷昞
施怡如
鄭翠君
曾玫富、連恆榮、陳宛均
李冠毅
姜晴
劉林義、洪于淇、鍾欣穎、
鄧家佩、歐舒欣、黃曼青、
張毓芬、邵子川、鄭正義

壹、主席致詞(略)

貳、確認本會前次會議紀錄。

決定：洽悉。

參、報告案

第一案：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」說明

決定：洽悉。

第二案：歷次會議決定/決議事項辦理情形

決定：洽悉。

第三案：中醫門診總額執行概況報告

決定：由健保署另擇期召開會議研商「科學中藥納入給付項目及支付標準核實申報之可行性」，並邀請中藥業者參加。

第四案：107 年第 3 季點值結算結果報告

決定：

一、一般服務部門點值確定如下表：

項目 分區	浮動點值	平均點值
臺北	0.85331614	0.90153732
北區	0.91146031	0.94415921
中區	0.85738393	0.90449660
南區	0.96134263	0.97491866
高屏	0.90206057	0.93696478
東區	1.25769058	1.17530134
全區	0.89025748	0.92771975

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、各季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

肆、討論案

第一案：修訂「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」(草案)

決議：

- 一、「行動支付獎勵指標」原同意列入，惟依據 107 年 12 月 21 日全民健康保險會第 3 屆 107 年第 11 次委員會議紀錄略以，委員不同意將推廣行動支付等與醫療品質無關之項目，納為各總額部門品質保證保留款實施方案之獎勵指標，爰修正刪除本項指標。
- 二、新增基層特約醫事服務機構提供無障礙就醫環境相關指標，依核算基礎加計 5%。有關無障礙就醫環境方式將俟衛生福利部研訂後辦理，並經本會確認後生效。

第二案：修訂 108 年度「中醫急症處置計畫」案(草案)

決議：

- 一、中醫急症處置費申報上限維持為 3 次，並同意支付點數由現行 354 點調整為 500 點，後續將監測費用申報情形。
- 二、將依程序辦理後續行政事宜。

第三案：修訂全民健康保險中醫門診總額點值保留款機制作業方案 (草案)

決議：本案保留款之分配，通過增訂第 4 階段為「鼓勵該分區執行案件分類 22(中醫其他專案)之專款案件，其核定浮動點值最高補助至每點 1.5 元」。原第 4 階段(其他地區醫療資源不足地區改善方案之論量計酬案件獎勵，最高補至浮動點值每點 1.2 元)更為第 5 階段。

第四案：修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」 之專業醫療服務品質指標案

決議：通過增訂「兩年內初診患者人數比率」指標及其操作型定義。

分子：同一患者二年內(費用年月相減)未到中醫院所看診人數。

分母：統計期間看診中醫門診總人數。

伍、散會：16 時 04 分

陸、與會人員發言摘要詳附件。

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形

說明：

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
1	108_1_報(3)_中醫門診總額執行概況報告	健保署另擇期召開會議研商「科學中藥納入給付項目及支付標準核實申報之可行性」，並邀請中藥業者參加	- 業已於108年4月17日召開「科學中藥納入全民健康保險藥物給付項目及支付標準核實申報之可行性」會議。與會代表一致建議維持目前日劑藥費之制度，惟若要推動核實申報，可先從醫療機構申報格式能夠一致，例如頻次、數量等，以利將來能夠進行統計分析，再評估本案的可行性。 - 另，本署後續將就現有收載之中藥品項與中醫藥司核發具藥品許可證品項比對差異，以進行評估個別品項核價之可行性。 - 有關生技新藥之中藥以個別品項核價問題，因目前屬生技新藥之中藥僅有一品項，暫不進行個別核價。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

序 號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤 建議
2	108_1_報(4)_107 年第 3 季點值結算結果報告	依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。	業已於 108 年 3 月 15 日健保醫字第 1080032881 號函併會議紀錄函請分區業務組配合辦理。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
3	108_1_討(1)_ 修訂「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」案	同意修訂內容，將依程序辦理後續行政事宜。	修正內容已報部核定中。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管
4	108_1_討(2)_ 修訂 108 年度「中醫急症處置計畫」案	同意修訂內容，將依程序辦理後續行政事宜。	修正內容已報部核定中。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管
5	108_1_討(3)_ 修訂全民健康保險中醫門診總額點值保留款機制作業方案	同意修訂內容，將依程序辦理後續行政事宜。	業已於 108 年 4 月 17 日健保醫字第 1080004766 號函辦理公告事宜。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
6	108_1_討(4)_ 修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標案	同意修訂內容，將依程序辦理後續行政事宜。	修正內容業已於 108 年 5 月 7 日衛部保字第 1081260187 號函公告修訂。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

報告事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫門診總額執行概況報告案（附件報 2-1）

決定：



中醫門診總額執行概況

中央健康保險署
108年5月16日



大綱

- 點值預估
- 醫療供給及利用情形
- 中醫專案執行報告



點值預估



點值預估假設

1. 總額醫療費用含部分負擔。
 2. 分區分配參數依健保會公告東區占率2.22%，其餘五區佔率97.78%，五區再扣除各區提撥補助各區域唯一中醫執業院所之800萬元，再依108年校正後申請醫療分負擔)占率分配。
 - 2-1. 五分區占率公式= $((108\text{年當季全區預算}\times 97.78\%)-\text{提撥金額}800\text{萬元})\times 108\text{年分區相關指標}$ 。
 - 2-2. 108年分區預算調整指標共計有6項，預估實際採用之校正資料為實際預(73%)、戶籍人口佔率(13%)、同期就醫次數權值占率(9%)、人數利用及成長率(5%)。
 - 2-3. 原地區預算分配所採用之第5及6項指標中醫師密度並未列入預估作業考且其校正占率(6%)均移至實際預算占率。
 3. 預算攤月以107年同期之申報資料分別計算過年期間、連假之週六及日、國定假六、週日及工作日回攤108年得出每季各月之費用占率。
 4. 分區調後總額以送核補報占率(99.7147932%)校正，該占率以最近一季(107Q2)計算得之。
- 三. 預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採107上半年爭審後核減率，各分計之(資料來源：醫審及藥材組108年5月製)。



108年第1季中醫門診總額 各分區點值推估

就醫 分區	分區調整後 總額(百萬)	預估點數(百萬)		預估點值	
		非浮動	浮動	浮動點值	平均點值
臺北	1,681	657	1,220	0.8388	0.8953
北區	718	308	485	0.8446	0.9049
中區	1,487	580	1,089	0.8331	0.8911
南區	854	352	554	0.9070	0.9431
高屏	946	379	648	0.8750	0.9211
東區	129	39	76	1.1957	1.1294
合計	5,816	2,315	4,072	0.8596	0.9105

註：107Q1結算全國平均點值0.9348。



108年第1季醫療供給及 利用情形



特約醫事服務機構家數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
104年3月	988	416	971	472	490	59	3396
105年3月	1002	435	986	485	500	61	3469
106年3月	1011	442	1002	492	512	61	3520
107年3月(A)	1039	447	1022	499	534	65	3606
108年3月(B)	1068	454	1028	510	539	67	3666
成長率(B/A)-1	2.8%	1.6%	0.6%	2.2%	0.9%	3.1%	2.8%
增減數B-A	29	7	6	11	5	2	60

註1：資料來源-本署醫事人員公務統計表之特約中醫醫院及中醫診所。

註2：成長率係與前一年同期比較。

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

7



具中醫科醫院 特約醫事服務機構家數

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
104年3月	20	10	28	23	11	6	98
105年3月	21	10	31	23	14	6	105
106年3月	20	11	32	24	16	7	110
107年3月(A)	22	12	30	25	15	8	112
108年3月(B)	22	13	32	26	16	8	117
成長率(B/A)-1	4.8%	8.3%	6.7%	4.0%	14.3%	0.0%	6.4%
增減數B-A	-	1	2	1	1	-	5

增加(+5): 中國醫藥大學新竹附設醫院、林新醫療社團法人烏日林新醫院、員生醫院、
佛教慈濟醫療財團法人斗六慈濟醫院、廣聖醫療社團法人廣聖醫院

註1：資料來源-本署醫事機構服務檔之醫院層級(含醫學中心、區域醫院、地區醫院)登載「中醫診療科別」者之家數。

註2：成長率係與前一年同期比較。

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

8



中醫師數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
104年3月	1797	726	1654	773	828	99	5877
105年3月	1818	760	1687	793	863	108	6029
106年3月	1856	782	1733	812	903	112	6198
107年3月(A)	1924	791	1785	848	932	128	6408
108年3月(B)	2001	836	1832	867	959	139	6634
成長率(B/A)-1	4.0%	5.7%	2.6%	2.2%	2.9%	8.6%	3.5%
增減數B-A	77	45	47	19	27	11	226

註1：資料來源-本署醫事人員公務統計表。
註2：成長率係與前一年同期比較。



醫院執業之中醫師人數

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
104年3月	176	84	187	127	69	26	669
105年3月	187	90	201	128	83	29	718
106年3月	195	97	199	137	95	33	756
107年3月(A)	210	103	202	147	99	40	801
108年3月(B)	216	104	209	155	110	51	845
成長率(B/A)	2.9%	1.0%	3.5%	5.4%	11.1%	27.5%	5.5%
增減數B-A	6	1	7	8	11	11	44

註1：資料來源-本署醫事機構服務檔醫院層級(含醫學中心、區域醫院、地區醫院)執業之中醫師人數。
註2：成長率係與前一年同期比較。



每萬人口中醫醫師數

年度	104	105	106	107	108Q1
臺北	2.40	2.43	2.52	2.61	2.62
北區	2.08	2.13	2.12	2.22	2.21
中區	3.72	3.81	3.91	4.00	4.00
南區	2.35	2.41	2.55	2.59	2.59
高屏	2.31	2.41	2.50	2.59	2.59
東區	1.93	2.03	2.31	2.52	2.55
總計	2.57	2.63	2.72	2.81	2.81

註：每萬人口中醫醫師數=中醫醫師數/(戶籍人口數/10000)。

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

11



各區每萬人口中醫醫師數與全國比率

年度	104	105	106	107	108Q1
臺北/全區	0.93	0.92	0.93	0.93	0.93
北區/全區	0.81	0.81	0.78	0.79	0.79
中區/全區	1.44	1.45	1.44	1.42	1.42
南區/全區	0.91	0.91	0.94	0.92	0.92
高屏/全區	0.90	0.92	0.92	0.92	0.92
東區/全區	0.75	0.77	0.85	0.90	0.91
全區	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

12



每萬人口中醫師數組距 各區鄉鎮數

年月	每萬人口 中醫師數組距	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	合計%
107年3月 鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	17	14	5	14	24	15	89	24.2%
	0<X<1	17	12	21	21	21	8	100	27.2%
	1≤X<2	13	12	6	20	12	2	65	17.7%
	2≤X<3	13	4	10	9	9	2	47	12.8%
	3≤X	10	5	26	13	11	2	67	18.2%
	合計	70	47	68	77	77	29	368	100%
108年3月 鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	15	12	5	13	24	15	84	22.8%
	0<X<1	17	12	20	23	20	7	99	26.9%
	1≤X<2	15	12	7	18	12	3	67	18.2%
	2≤X<3	10	5	9	9	9	2	44	12.0%
	3≤X	13	6	27	14	12	2	74	20.1%
	合計	70	47	68	77	77	29	368	100%
較去年同期 增減鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	-2	-2	0	-1	0	0	-5	
	0<X<1	0	0	-1	2	-1	-1	-1	
	1≤X<2	2	0	1	-2	0	1	2	
	2≤X<3	-3	1	-1	0	0	0	-3	
	3≤X	3	1	1	1	1	0	7	
	合計	0	0	0	0	0	0	0	

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

13



整體申報概況 【分區別】

項目		申報件數		申報醫療費用		平均每件 醫療費用點數	
年季	分區	值(千件)	成長率	值(百萬點)	成長率	值	成長率
108Q1	台北	2,857.0	4.1%	1,899.0	7.3%	664.68	3.1%
	北區	1,255.5	4.6%	810.1	9.0%	645.22	4.3%
	中區	2,672.4	2.7%	1,703.6	6.5%	637.48	3.7%
	南區	1,407.6	2.0%	935.2	6.5%	664.38	4.5%
	高屏	1,574.5	1.9%	1,052.3	5.3%	668.35	3.3%
	東區	183.5	9.9%	130.8	13.5%	712.99	3.3%
	全區	9,950.6	3.2%	6,531.1	7.0%	656.35	3.7%
較去年同期增減		310.4		426.6		23.12	

註1：資料來源：截至108年5月2日倉儲檔。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

14



整體醫療費用點數申報

【費用分類+分區別】

年季	項目	藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
	分區	點數 (百萬)	成長 率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率
108Q1	台北	660.4	12.2%	13.1	2.4%	834.0	3.4%	391.5	8.0%	1,899.0	7.3%
	北區	311.2	13.1%	4.9	11.6%	375.5	4.5%	118.4	13.9%	810.1	9.0%
	中區	583.3	10.2%	12.0	1.0%	783.1	2.0%	325.2	12.0%	1,703.6	6.5%
	南區	355.0	10.1%	5.9	-7.7%	409.4	1.1%	164.9	14.7%	935.2	6.5%
	高屏	383.2	7.5%	6.6	-6.1%	463.5	1.7%	198.9	10.9%	1,052.3	5.3%
	東區	42.7	15.8%	0.9	19.4%	54.3	9.2%	32.9	18.0%	130.8	13.5%
	合計	2,335.9	10.7%	43.5	0.4%	2,919.9	2.7%	1,231.8	11.2%	6,531.1	7.0%
	增減 點數	226.6		0.2		75.7		124.1		426.6	

註1：資料來源：截至108年5月5日明細彙總檔。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：108年3月起調升每日藥費2點及針傷科治療處置費12點。

衛生福利部中央健康保險署

Bureau of National Health Insurance

15



整體申報醫療費用點數

【案件分類+分區別】

分區/案件分類	21. 中醫一般案件		22. 中醫其他專案		24. 中醫慢性病		25. 中醫至無中醫 鄉巡迴醫療服務	
	值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率
台北	928.5	3.1%	18.6	14.5%	365.9	19.6%	4.7	28.4%
北區	446.6	2.7%	10.3	44.8%	179.2	20.3%	8.7	60.9%
中區	969.1	1.3%	45.8	6.9%	233.2	22.2%	3.3	32.9%
南區	478.9	-1.2%	27.7	16.0%	205.1	18.8%	6.3	43.0%
高屏	543.3	2.3%	16.0	46.7%	193.7	6.4%	11.8	22.5%
東區	51.0	8.4%	3.2	39.9%	20.6	21.3%	13.1	16.3%
全區	3,417.3	1.9%	121.6	17.7%	1,197.7	17.7%	47.9	29.9%
增減 點數	62.2		18.3		180.1		11.0	

註1：資料來源：截至108年5月5日明細彙總檔。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：108年3月起調升每日藥費2點及針傷科治療處置費12點。

衛生福利部中央健康保險署

Bureau of National Health Insurance

16



整體申報醫療費用點數

【案件分類+分區別】(續)

分區/案件分類	28. 中醫慢性病 連續處方調劑		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		合計	
	值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率
台北	0.08	48.3%	578.2	6.9%	3.1	2.4%	1,899.0	7.3%
北區	0.14	137.3%	161.9	12.2%	3.2	38.1%	810.1	9.0%
中區	0.28	31.7%	447.2	11.5%	4.8	7.6%	1,703.6	6.5%
南區	0.00	9.4%	210.4	12.7%	6.8	22.0%	935.2	6.5%
高屏	0.00	0.0%	280.7	8.0%	6.9	28.7%	1,052.3	5.3%
東區	0.00	0.0%	42.4	14.3%	0.5	-10.3%	130.8	13.5%
全區	0.51	53.5%	1,720.7	9.6%	25.4	18.7%	6,531.1	7.0%
增減 點數	0.18		150.8		4.0		426.6	

註1：資料來源：截至108年5月5日明細彙總檔。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：108年3月起調升每日藥費2點及針傷科治療處置費12點。

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

17



醫院中醫科申報概況

【分區別】

項目	申報件數		申報醫療費用		平均每件 醫療費用點數	
	值(千件)	成長率	值(百萬點)	成長率	值	成長率
台北	279.63	0.7%	238.4	5.7%	852.58	4.9%
北區	99.38	9.8%	94.2	13.5%	948.00	3.3%
中區	210.60	9.3%	178.9	12.6%	849.38	3.0%
南區	158.43	9.7%	144.2	13.1%	910.43	3.1%
高屏	90.77	5.0%	84.1	11.6%	926.51	6.4%
東區	35.21	17.0%	30.1	18.7%	853.89	1.5%
全區	874.01	6.4%	769.9	10.7%	880.88	4.1%
增減 點數	52.20		74.2		34.36	

註1：資料來源：截至108年5月5日明細彙總檔。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

18



醫院中醫科醫療費用點數申報

【費用分類+分區別】

項目	藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
分區	點數 (百萬)	成長 率	點數 (百萬)	成長 率	點數 (百萬)	成長 率	點數 (百萬)	成長 率	點數 (百萬)	成長 率
台北	111.7	9.1%	5.5	0.3%	76.3	-0.4%	44.9	9.3%	238.4	5.7%
北區	49.0	14.7%	1.8	9.8%	27.9	11.8%	15.4	13.2%	94.2	13.5%
中區	66.3	16.6%	4.1	9.4%	60.2	8.0%	48.2	13.4%	178.9	12.6%
南區	55.1	16.8%	2.9	6.6%	41.7	6.6%	44.5	15.6%	144.2	13.1%
高屏	31.7	7.2%	1.6	-0.3%	26.6	6.8%	24.3	25.7%	84.1	11.6%
東區	10.6	18.4%	0.7	21.3%	10.5	18.5%	8.3	19.4%	30.1	18.7%
合計	324.3	12.8%	16.6	5.2%	243.2	5.7%	185.7	14.6%	769.9	10.7%
增減 點數	36.8		0.8		13.0		23.6		74.2	

註1：資料來源：截至108年5月5日明細彙總檔。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：108年3月起調升每日藥費2點及針傷科治療處置費12點。

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

19



醫院中醫科申報醫療費用點數

【案件分類+分區別】

分區/案件分類	21. 中醫一般案件		22. 中醫其他專案		24. 中醫慢性病		25. 中醫至無中醫 鄉巡迴醫療服務	
	值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率
台北	40.0	-5.0%	16.7	9.8%	129.7	8.3%	0.8	-12.5%
北區	9.3	2.8%	8.6	50.6%	61.7	10.7%	0.0	0.0%
中區	39.3	10.8%	39.5	6.1%	54.9	15.6%	0.4	68.9%
南區	20.8	3.9%	24.7	11.3%	55.4	16.3%	1.6	49.3%
高屏	14.9	7.3%	14.4	44.7%	34.1	2.5%	1.0	-14.3%
東區	6.1	31.1%	2.9	48.6%	10.1	14.0%	1.1	-1.1%
全區	130.3	4.2%	106.7	15.8%	346.0	10.6%	4.9	8.3%
增減 點數	5.2		14.5		33.1		0.4	

註1：資料來源：截至108年5月5日明細彙總檔。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：108年3月起調升每日藥費2點及針傷科治療處置費12點。

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

20



醫院中醫科申報醫療費用點數

【案件分類+分區別】(續)

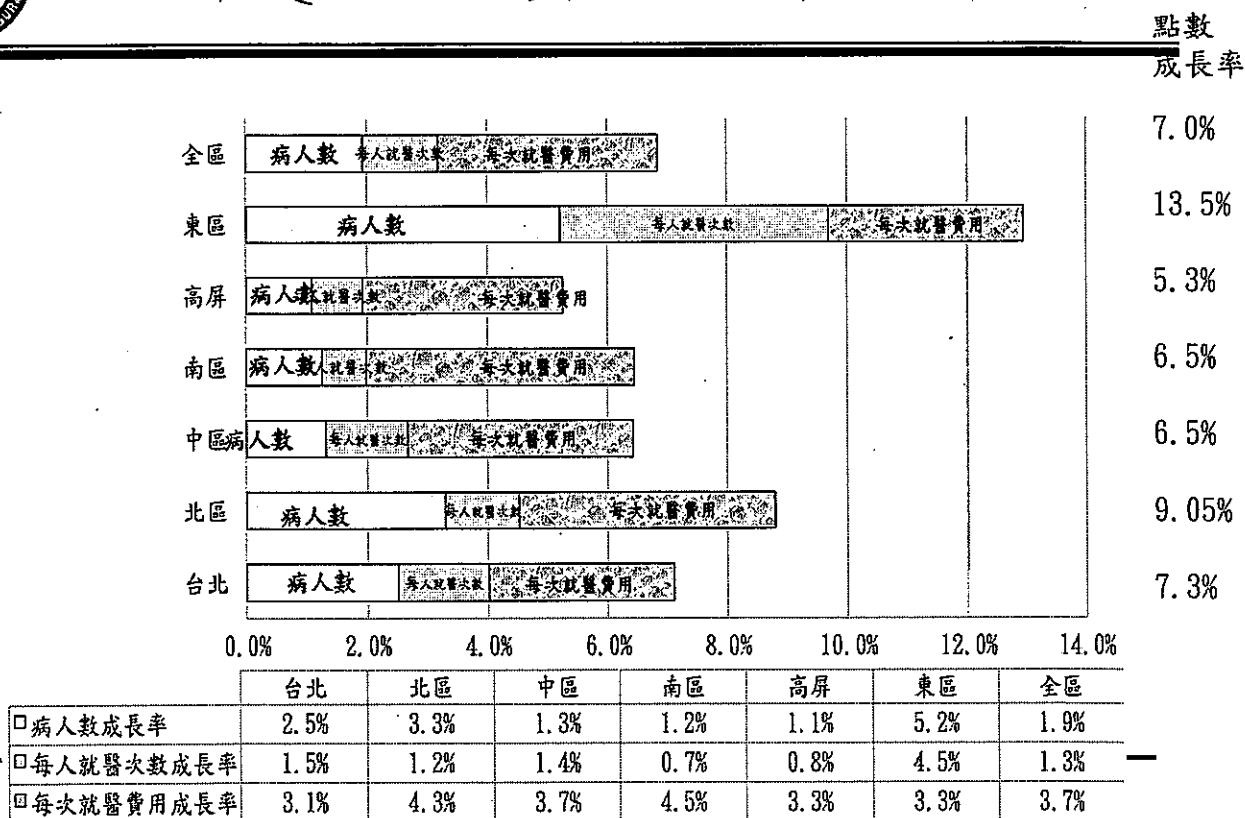
分區/案件分類	28. 中醫慢性病 連續處方調劑	29. 中醫針灸、傷科 及脫臼整復	30. 中醫特定疾病門診 加強照護	合計
	值(百萬) 成長率	值(百萬) 成長率	值(百萬) 成長率	值(百萬) 成長率
台北	0.08 49.1%	49.1 8.5%	2.1 -7.9%	238.4 5.7%
北區	0.14 137.3%	13.4 15.3%	1.0 26.5%	94.2 13.5%
中區	0.27 42.3%	41.5 16.4%	3.0 14.7%	178.9 12.6%
南區	0.00 9.4%	36.0 12.8%	5.8 22.2%	144.2 13.1%
高屏	0.00 0.0%	16.4 11.6%	3.3 39.3%	84.1 11.6%
東區	0.00 0.0%	9.7 16.2%	0.2 -57.6%	30.1 18.7%
全區	0.49 62.1%	166.0 12.6%	15.5 16.5%	769.9 10.7%
增減 點數	0.2	1.4	2.2	74.2

註1：資料來源：截至108年5月5日明細彙總檔。
 註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
 註3：成長率為與前一年同期比較。
 註4：108年3月起調升每日藥費2點及針傷科治療處置費12點。

衛生福利部中央健康保險署
 Bureau of National Health Insurance 21



108年Q1各區費用分析解構圖





中醫專案執行報告 (含醫院層級執行情形)



中醫專案計畫

■ 推動內容：

- 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫
- 中醫提升孕產照護品質計畫(104年新增)
- 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫(105年新增)
- 癌症患者加強照護整合方案(移併西醫住院中醫特定疾病輔助醫療計畫下腫瘤相關子計畫、化放療延長照護試辦計畫、乳肝癌門診加強照護計畫)
- 中醫急症處置計畫(107年新增，5月1日公告)



西醫住院病患中醫特定疾病 輔助醫療計畫

108年Q1

院所層級	院所家數	照護人數	照護人次(千次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	12	1,422	11.5	13.19
區域醫院	32	1,842	15.8	17.17
地區醫院	30	816	7.7	9.38
總計	74	3,650	35.0	39.75

註：108年全年預算182百萬，第1季預算執行率21.8%。

資料來源：截至108年5月5日健保倉儲門診清單明細檢視表。



癌症患者加強照護整合計畫

108年Q1

院所層級	院所家數	照護人數	照護人次(千次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	12	1,768	9.5	13.29
區域醫院	27	1,312	7.7	13.39
地區醫院	17	195	1.3	1.73
基層院所	44	591	3.0	4.06
總計	100	3,853	21.6	32.47

註：108年全年預算166百萬，第1季預算執行率19.6%。



中醫提升孕產照護品質計畫

108年Q1

院所層級	院所家數	照護人數	照護人次(千次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	9	432	2.1	2.30
區域醫院	8	953	5.2	5.96
地區醫院	6	31	0.1	0.16
基層院所	72	1,571	7.4	8.22
總計	95	2,954	14.8	16.65

註：108年全年預算65百萬，第1季預算執行率25.6%。



兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫

108年Q1

院所層級	院所家數	照護人數	照護人次(千次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	3	49	0.1	0.13
區域醫院	4	18	0.0	0.03
地區醫院	3	8	0.0	0.02
基層院所	61	753	2.0	2.05
總計	71	828	2.2	2.23

註：108年全年預算10百萬，第1季預算執行率22.3%。



中醫急症處置計畫

院所層級	院所家數			
	院所家數	照護人數	照護人次(千次)	醫療點數(百萬點)
醫學中心	5	94	0.10	0.11
區域醫院	6	48	0.05	0.05
地區醫院	0	0	0	0
基層院所	0	0	0	0
總計	11	142	0.15	0.16

註：108年全年預算20百萬，第1季預算執行率21.8%。



各分區申報專案費用點數

單位：百萬點

	住院 輔助	癌症整合	孕產	鼻炎	急症	合計	占率
台北	7.1	4.6	2.6	0.6	0.03	14.8	16.2%
北區	2.5	3.5	1.1	0.6	0.03	7.7	8.4%
中區	16.3	8.2	5.0	0.8	0.02	30.4	33.3%
南區	6.7	9.0	6.5	0.1	0.00	22.3	24.4%
高屏	5.0	6.9	1.0	0.1	0.01	13.0	14.2%
東區	2.2	0.3	0.4	0.0	0.05	3.1	3.4%
全署	39.7	32.5	16.6	2.2	0.16	91.3	100.0%



敬請指教

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：107 年第 4 季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

- 一、第4季中醫門診總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。
- 二、有關107年第4季結算結果說明如下（附件2）：

（一）各區點值如下表：

結算季別	點值類別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
106 年第 4 季	浮動點值	0.9449	0.9692	0.9312	0.9924	0.9567	1.2911	0.9585
	平均點值	0.9622	0.9801	0.9528	0.9951	0.9714	1.2000	0.9721
107 年第 4 季	浮動點值	0.8527	0.9008	0.8572	0.9205	0.8925	1.2559	0.8824
	平均點值	0.9019	0.9379	0.9047	0.9501	0.9306	1.1731	0.9232

（二）中醫專案計畫：

醫療試辦計畫	107Q4 單位：千元			
	當季預算數 A (註 1)	當季暫結金額 D	未支用金額 (D)-(A)	當季浮動 點值
1. 醫療資源不足地區改善方案	46,849	34,697	12,152	1.0000
2. 西醫住院中醫特定疾病輔助醫療計畫	32,500	44,094	-11,594	0.7238
3. 提升孕產照護品質計畫	15,000	18,737	-3,737	0.8005
4. 癌症患者加強照護整合方案	25,750	32,830	-7,080	0.7696
5. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	13,338	3,010	10,328	1.0000
6. 中醫急症處置計畫(註 2)	19,796	210	19,586	1.0000
7. 品質保證保留款(另行結算)	46,406			
合計	199,639	133,578		

註 1. 各項專款當季預算數含前一季未支用金額。

註 2. 急診處置計畫自 107 年 5 月 1 日公告施行，另品質保證保留款採全年預算列計。

（三）擬俟會議確認後辦理點值公布及結算事宜。

三、另中醫門診保留款分配作業已完成，計算明細詳附件3。

決定：

衛生福利部中央健康保險署
中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
核付截止日期:108/03/31
列印日期:108/05/03
頁次:1

程式代號: RGB11708R01

107年第4季

一、中醫一般服務醫療給付費用總額

(一)107年第4季調整後中醫一般服務醫療給付費用總額

=107年全年中醫一般服務醫療給付費用總額預算-107年第1~3季調整後中醫一般部門服務醫療給付費用總額

= 24,303,559,913 - 5,630,400,621 - 6,174,349,046 = 6,170,196,783

= 6,328,613,463 (D1)

註:

1. 依據106年11月16日「中醫門診總額研商議事會議」106年第4次會議決定,以101-105年(近五年)之各季核定點數平均占率做為107年各季預算重分配之依據。107年各季預算占率分別為:第1季:23.166979%,第2季:25.405122%,第3季:25.388037%,第4季:26.039862%。

2. 107年全年地區一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(OPD_G107合計)為24,303,559,913元,各季調整後預算如下:

107年第1季預算5,914,873,998元,調整後預算為5,630,400,621元 = 24,303,559,913x 23.166979%(h_q1)。

107年第2季預算6,057,047,786元,調整後預算為6,174,349,046元 = 24,303,559,913x 25.405122%(h_q2)。

107年第3季預算5,985,941,126元,調整後預算為6,170,196,783元 = 24,303,559,913x 25.388037%(h_q3)。

107年第4季預算6,345,697,003元,調整後預算為6,328,613,463元

= 107年全年預算 - 107年第1季預算 - 107年第2季預算 - 107年第3季預算

= 24,303,559,913元 - 5,630,400,621元 - 6,174,349,046元 - 6,170,196,783元

= 6,328,613,463元。

(二)107年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(OPD_G107合計)

項目	105年各季 一般服務醫療 給付費用總額	104年各季校正 投保人口數 成長率差額	106年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	105年各季校正 投保人口數預估 成長率差值	107年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	106年 品質保證 保留款	107年調整前各季 一般服務醫療給付費 用分配至各分區預算	醫療資源不足 地區之論量 計酬結算金額
	(Q105)	(PEOP104)	(Q106) =(Q105+PEOP104) ×(1+3.291%)	(PEOP105)	(Q107) =(Q106+PEOP105) ×(1+3.000%)	(C106)	(OPD_G107) =(Q107-C106)	L3
第1季	5,519,653,839	29,594,349	5,731,873,946	16,109,788	5,920,423,246	5,549,248	5,914,873,998	31,232,238
第2季	5,663,148,319	22,435,537	5,872,696,421	13,452,482	6,062,733,370	5,685,584	6,057,047,786	39,781,684
第3季	5,585,243,310	24,284,110	5,794,136,967	22,902,502	5,991,550,653	5,609,527	5,985,941,126	42,197,353
第4季	5,943,856,930	17,370,269	6,157,411,186	9,247,290	6,351,658,230	5,961,227	6,345,697,003	43,373,713
合 計	22,711,902,398	93,684,265	23,556,118,520	61,712,062	24,326,365,499	22,805,586	24,303,559,913	156,584,988

註：

1. 106年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q106)

= (105年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q105)+104年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP104)) × (1+3.291%)

2. 107年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q107)

= (106年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q106)+105年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP105)) × (1+3.000%)。

※一般服務成長率為3.291%。其中醫療服務成本及人口因素成長率2.281%，協商因素成長率1.010%。

3. 依據「107年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配方式計畫」，按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件(每點以1元支付)後，再依前開計畫進行預算分配。

4. 106年品質保證保留款(C106)

= (105年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q105)+104年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP104)) × 106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。

※依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後106年度中醫一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會106年第4次委員會決議，校正「投保人口預估成長率」差值。

二、專款專用費用總額

(一) 醫療資源不足地區改善方案 全年預算 = 135,600,000

第1季：預算 = 135,600,000/4 = 33,900,000

1. 中醫獎勵開業服務計畫：

結算家數：10

(1)獎勵開業已支用點數	： 5,432,853(J1)	(浮動點數	： 3,927,421	；非浮動點數	： 1,505,432)
(2)獎勵開業保障給付收入	： 9,744,535(J2)				
(3)獎勵開業論次費用	： 72,800(J3)				
(4)小計已支用點數(J1+J3)	： 5,505,653(J4)	暫結金額 = 獎勵開業保障給付收入 + 1元/點×論次費用(J3) =	9,817,335(J5)		

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫：

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數	： 1,511,602(J6)				
(2)中醫巡迴論次費用已支用點數	： 15,602,000(J7)				
(3)小計已支用點數	： 17,113,602(J8)	暫結金額 = 1元/點×	17,113,602(J8) =	17,113,602(J9)	

3. 合計：

已支用點數：22,619,255(J4+J8)

暫結金額：26,930,937(J10=J5+J9)

未支用金額 = 第1季預算 - 第1季暫結金額 = 33,900,000 - 26,930,937 = 6,969,063

第2季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 135,600,000/4 + 6,969,063 = 40,869,063

1. 中醫獎勵開業服務計畫：

結算家數：11

(1)獎勵開業已支用點數	： 6,286,998(K1)	(浮動點數	： 4,790,626	；非浮動點數	： 1,496,372)
(2)獎勵開業保障給付收入	： 10,243,066(K2)				
(3)獎勵開業論次費用	： 193,280(K3)				
(4)小計已支用點數(K1+K3)	： 6,480,278(K4)	暫結金額 = 獎勵開業保障給付收入 + 1元/點×論次費用(K3) =	10,436,346(K5)		

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫：

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數	： 1,924,637(K6)				
(2)中醫巡迴論次費用已支用點數	： 18,154,537(K7)				
(3)小計已支用點數	： 20,079,174(K8)	暫結金額 = 1元/點×	20,079,174(K8) =	20,079,174(K9)	

3. 合計：

已支用點數：26,559,452(K4+K8)

暫結金額：30,515,520(K10=K5+K9)

未支用金額 = 第2季預算 - 第2季暫結金額 = 40,869,063 - 30,515,520 = 10,353,543

第3季：預算＝當季預算＋前一季度未支用金額＝135,600,000/4＋10,353,543＝44,253,543

1. 中醫獎勵開業服務計畫：

結算家數：10

(1)獎勵開業已支用點數：6,658,974(L1) (浮動點數：4,883,201；非浮動點數：1,775,773)
 (2)獎勵開業保障給付收入：10,622,661(L2)
 (3)獎勵開業論次費用：-38,480(L3)
 (4)小計已支用點數(L1+L3)：6,620,494(L4)
 暫結金額＝獎勵開業保障給付收入＋1元/點×論次費用(L3)＝10,584,181(L5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫：

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數：2,040,170(L6)
 (2)中醫巡迴論次費用已支用點數：18,679,860(L7)
 (3)小計已支用點數：20,720,030(L8)
 暫結金額＝1元/點×20,720,030(L8)＝20,720,030(L9)

3. 合計：

已支用點數：27,340,524(L4+L8)
 暫結金額：31,304,211(L10=L5+L9)
 未支用金額＝第3季預算－第3季暫結金額＝44,253,543－31,304,211＝12,949,332

第4季：預算＝當季預算＋前一季度未支用金額＝135,600,000/4＋12,949,332＝46,849,332

1. 中醫獎勵開業服務計畫：

結算家數：13

(1)獎勵開業已支用點數：8,335,382(M1) (浮動點數：6,226,109；非浮動點數：2,109,273)
 (2)獎勵開業保障給付收入：13,430,052(M2)
 (3)獎勵開業論次費用：34,800(M3)
 (4)小計已支用點數(M1+M3)：8,370,182(M4)
 暫結金額＝獎勵開業保障給付收入＋1元/點×論次費用(M3)＝13,464,852(M5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫：

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數：2,102,241(M6)
 (2)中醫巡迴論次費用已支用點數：19,129,760(M7)
 (3)小計已支用點數：21,232,001(M8)
 暫結金額＝1元/點×21,232,001(M8)＝21,232,001(M9)

3. 合計：

已支用點數：29,602,183(M4+M8)
 暫結金額：34,696,853(M10=M5+M9)
 未支用金額＝第4季預算－第4季暫結金額＝46,849,332－34,696,853＝12,152,479

全年合計：全年預算=135,600,000

1. 中醫獎勵開業服務計畫：

結算家數：14

(1)獎勵開業已支用點數	： 26,714,207(N1)	(浮動點數	： 19,827,357	；非浮動點數	： 6,886,850)
(2)獎勵開業保障給付收入	： 44,040,314(N2)				
(3)獎勵開業論次費用	： 282,400(N3)				
(4)小計已支用點數(N1+N3)	： 26,976,607(N4)	結算金額=	獎勵開業保障給付收入+	論次費用	結算金額= 44,302,714(N5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫：

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數	： 7,578,650(N6)				
(2)中醫巡迴論次費用已支用點數	： 71,566,157(N7)				
(3)小計已支用點數	： 79,144,807(N8)	結算金額=	79,144,807(N9)	(如當季暫結金額大於預算金額，則結算金額為當季預算)	

3. 合計：

已支用點數：106,121,414(N4+N8)
全年結算金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)：123,447,521
全年未支用金額=全年預算-全年結算金額=135,600,000-123,447,521=12,152,479

註：依據「107年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，本方案之專款預算，按季均分，並以獎勵開業計畫為優先，由本預算優先支付。即各季預算先扣除獎勵開業服務計畫之費用後，巡迴醫療服務計畫之「論次支付」及「門診診察費之加成支付」項目，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則進行全年結算；即以全年預算扣除獎勵開業服務計畫之費用後，其餘支付項目皆採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

(二) 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

全年預算=130,000,000

第1季:預算=130,000,000/4=32,500,000

- (1) 腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療：
(2) 顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：
(3) 脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：
(4) 小計：

已支用點數=35,408,528

暫結金額=1元/點×已支用點數=35,408,528

未支用金額=第1季預算-1元/點×第1季已支用點數=32,500,000-

浮動點值=(第1季預算-非浮動點數)/(浮動點數)=(32,500,000-1,779,881)/33,628,647=0.91351041

已支用點數	浮動點數	非浮動點數
29,842,253(V01)	28,298,399(VF01)	1,543,854(VN01)
3,974,036(V02)	3,803,534(VF02)	170,502(VN02)
1,592,239(V03)	1,528,714(VF03)	65,525(VN03)
35,408,528(V04)	33,628,647(VF04)	1,779,881(VN04)

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額=130,000,000/4+

0=32,500,000

- (1) 腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療：
(2) 顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：
(3) 脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：
(4) 小計：

已支用點數=41,123,531

暫結金額=1元/點×已支用點數=41,123,531

未支用金額=第2季預算-1元/點×第2季已支用點數=32,500,000-

浮動點值=(第2季預算-非浮動點數)/(浮動點數)=(32,500,000-2,000,592)/39,122,939=0.77957865

已支用點數	浮動點數	非浮動點數
34,619,781(W01)	32,928,479(WF01)	1,691,322(WN01)
4,643,219(W02)	4,447,752(WF02)	195,467(WN02)
1,860,531(W03)	1,746,708(WF03)	113,823(WN03)
41,123,531(W04)	39,122,939(WF04)	2,000,592(WN04)

第3季：預算＝當季預算十前一季未支用金額＝130,000,000/4＋0＝32,500,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療：	34,692,348(X01)	33,057,611(XF01)	1,634,737(XN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,642,653(X02)	4,448,379(XF02)	194,274(XN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	1,624,527(X03)	1,546,362(XF03)	78,165(XN03)
(4)小計：	40,959,528(X04)	39,052,352(XF04)	1,907,176(XN04)

已支用點數＝40,959,528

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝40,959,528

未支用金額＝第3季預算－1元/點×第3季已支用點數＝32,500,000－40,959,528＝-8,459,528

浮動點值＝(第3季預算－非浮動點數)/（浮動點數）＝（32,500,000－1,907,176）/ 39,052,352＝0.78337981

第4季：預算＝當季預算十前一季未支用金額＝130,000,000/4＋0＝32,500,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療：	37,269,480(Y01)	35,458,365(YF01)	1,811,115(YN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,573,074(Y02)	4,370,862(YF02)	202,212(YN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	2,251,407(Y03)	2,152,868(YF03)	98,539(YN03)
(4)小計：	44,093,961(Y04)	41,982,095(YF04)	2,111,866(YN04)

已支用點數＝44,093,961

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝44,093,961

未支用金額＝第4季預算－1元/點×第4季已支用點數＝32,500,000－44,093,961＝-11,593,961

浮動點值＝(第3季預算－非浮動點數)/（浮動點數）＝（32,500,000－2,111,866）/ 41,982,095＝0.72383558

全年合計：全年預算＝130,000,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療：	136,423,862(Z01)	129,742,854(ZF01)	6,681,008(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	17,832,982(Z02)	17,070,527(ZF02)	762,455(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	7,328,704(Z03)	6,972,652(ZF03)	356,052(ZN03)
(4)小計：	161,585,548(Z04)	153,786,033(ZF04)	7,799,515(ZN04)

第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)＝130,000,000

未支用金額＝全年預算－第1-4季已暫結金額＝130,000,000－130,000,000＝0

註：依據「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」，本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

(三) 中醫提升孕產照護品質計畫 全年預算 = 60,000,000

第1季：

預算 = $60,000,000/4 = 15,000,000$

已支用點數 = 14,091,202

暫結金額 = $1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 14,091,202$ 未支用金額 = 第1季預算 - $1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 15,000,000 - 14,091,202 = 908,798$

第2季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $60,000,000/4 + 908,798 = 15,908,798$

已支用點數 = 17,040,472

暫結金額 = $1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 17,040,472$ 未支用金額 = 第2季預算 - $1\text{元/點} \times \text{第2季已支用點數} = 15,908,798 - 17,040,472 = -1,131,674$ 浮動點值 = (第2季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = $(15,908,798 - 0) / 17,040,472 = 0.93358905$

第3季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $60,000,000/4 + 0 = 15,000,000$

已支用點數 = 18,026,930

暫結金額 = $1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 18,026,930$ 未支用金額 = 第3季預算 - $1\text{元/點} \times \text{第3季已支用點數} = 15,000,000 - 18,026,930 = -3,026,930$ 浮動點值 = (第3季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = $(15,000,000 - 0) / 18,026,930 = 0.83208844$

第4季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = $60,000,000/4 + 0 = 15,000,000$

已支用點數 = 18,737,255

暫結金額 = $1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 18,737,255$ 未支用金額 = 第4季預算 - $1\text{元/點} \times \text{第4季已支用點數} = 15,000,000 - 18,737,255 = -3,737,255$ 浮動點值 = (第3季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = $(15,000,000 - 0) / 18,737,255 = 0.80054416$

全年合計：

全年預算 = 60,000,000

已支用點數 = 67,895,859

第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) = $60,000,000$ 未支用金額 = 全年預算 - 第1-4季已暫結金額 = $60,000,000 - 60,000,000 = 0$

註：依據「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」，本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

(四)癌症患者加強照護整合方案 全年預算=103,000,000

第1季：

預算=103,000,000/4=25,750,000

- (1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療已支用點數：
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：
(4)肺癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：
(7)小計：

暫結金額=1元/點×已支用點數=24,404,021

未支用金額=第1季預算-1元/點×第1季已支用點數=25,750,000-24,404,021=1,345,979

第2季：預算=當季預算+前一季未支用金額=103,000,000/4+1,345,979=27,095,979

- (1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療已支用點數：
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：
(4)肺癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：
(7)小計：

暫結金額=1元/點×已支用點數=28,039,031

未支用金額=第2季預算-1元/點×第2季已支用點數=27,095,979-28,039,031=-943,052

浮動點值=(第2季預算-非浮動點數)/(浮動點數)=(27,095,979-1,992,820)/26,046,211=0.96379312

已支用點數	浮動點數	非浮動點數
12,010,166	10,189,107	1,821,059
8,048,562	8,048,562	0
1,210,679	1,210,679	0
894,814	894,814	0
725,545	725,545	0
1,514,255	1,412,149	102,106
24,404,021	22,480,856	1,923,165

已支用點數	浮動點數	非浮動點數
12,088,412	10,238,657	1,849,755
9,160,709	9,160,709	0
1,148,166	1,148,166	0
1,999,080	1,999,080	0
1,707,190	1,707,190	0
1,935,474	1,792,409	143,065
28,039,031	26,046,211	1,992,820

第3季：預算＝當季預算＋前四季未支用金額＝103,000,000/4＋0＝25,750,000

- (1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療已支用點數：
 (2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：
 (3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：
 (4)肺癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：
 (5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：
 (6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：
 (7)小計：

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝29,913,962

未支用金額＝第3季預算－1元/點×第3季已支用點數＝25,750,000－29,913,962＝-4,163,962

浮動點值＝(第3季預算－非浮動點數)／(浮動點數)＝(25,750,000－1,938,124)／27,975,838＝0.85115863

第4季：預算＝當季預算＋前四季未支用金額＝103,000,000/4＋0＝25,750,000

- (1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療已支用點數：
 (2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：
 (3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：
 (4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：
 (5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：
 (6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：
 (7)小計：

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝32,830,001

未支用金額＝第4季預算－1元/點×第4季已支用點數＝25,750,000－32,830,001＝-7,080,001

浮動點值＝(第4季預算－非浮動點數)／(浮動點數)＝(25,750,000－2,103,963)／30,726,038＝0.76957651

全年合計：

全年預算＝103,000,000

已支用點數＝115,187,015

暫結金額＝第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)

＝24,404,021＋27,095,979＋25,750,000＋25,750,000＝103,000,000

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝103,000,000－103,000,000＝0

已支用點數	浮動點數	非浮動點數
12,376,403	10,601,418	1,774,985
9,311,052	9,311,052	0
1,158,005	1,158,005	0
2,275,279	2,275,279	0
2,164,775	2,164,775	0
2,628,448	2,465,309	163,139
29,913,962	27,975,838	1,938,124

已支用點數	浮動點數	非浮動點數
13,987,245	12,076,899	1,910,346
10,012,292	10,012,292	0
1,247,171	1,247,171	0
2,559,644	2,559,644	0
2,334,844	2,334,844	0
2,688,805	2,495,188	193,617
32,830,001	30,726,038	2,103,963

註：依據「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合計畫」，本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不低於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不低於1元。

(五)兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 全年預算 = 20,000,000

第1季：

預算 = 20,000,000/4 = 5,000,000
 已支用點數 = 1,501,677
 暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 1,501,677
 未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點 × 第1季已支用點數 = 5,000,000 - 1,501,677 = 3,498,323

第2季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 5,000,000 + 3,498,323 = 8,498,323
 已支用點數 = 2,125,989
 暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 2,125,989
 未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點 × 第2季已支用點數 = 8,498,323 - 2,125,989 = 6,372,334

第3季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 5,000,000 + 6,372,334 = 11,372,334
 已支用點數 = 3,034,650
 暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 3,034,650
 未支用金額 = 第3季預算 - 1元/點 × 第3季已支用點數 = 11,372,334 - 3,034,650 = 8,337,684

第4季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 5,000,000 + 8,337,684 = 13,337,684
 已支用點數 = 3,009,851
 暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 3,009,851
 未支用金額 = 第4季預算 - 1元/點 × 第4季已支用點數 = 13,337,684 - 3,009,851 = 10,327,833

全年合計：

全年預算 = 20,000,000
 已支用點數 = 9,672,167
 暫結金額 = 第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)
 = 1,501,677 + 2,125,989 + 3,034,650 + 3,009,851 = 9,672,167
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 20,000,000 - 9,672,167 = 10,327,833

註：依據「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」，本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

(六)中醫急症處置計畫 全年預算 = 20,000,000

第1季：

預算 = 20,000,000/4 = 5,000,000
 已支用點數 = 0
 暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0
 未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點 × 第1季已支用點數 = 5,000,000 - 0 = 5,000,000

第2季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 20,000,000/4 + 5,000,000 = 10,000,000
 已支用點數 = 11,966
 暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 11,966
 未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點 × 第1季已支用點數 = 10,000,000 - 11,966 = 9,988,034

第3季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 20,000,000/4 + 9,988,034 = 14,988,034
 已支用點數 = 191,796
 暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 191,796
 未支用金額 = 第3季預算 - 1元/點 × 第1季已支用點數 = 14,988,034 - 191,796 = 14,796,238

第4季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 20,000,000/4 + 14,796,238 = 19,796,238
 已支用點數 = 210,049
 暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 210,049
 未支用金額 = 第4季預算 - 1元/點 × 第1季已支用點數 = 19,796,238 - 210,049 = 19,586,189

全年合計：

全年預算 = 20,000,000
 已支用點數 = 413,811
 暫結金額 = 第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)
 = 0 + 11,966 + 191,796 + 210,049 = 413,811
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 20,000,000 - 413,811 = 19,586,189

註：依據「全民健康保險中醫急症處置計畫」，本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

(七)品質保證保留款：(另行結算)

$$= 106\text{年編列之品質保證保留款預算} + 107\text{年編列之品質保證保留款預算}$$
$$= (105\text{年第1-4季中醫門診一般服務醫療給付費用總額}(Q105)$$
$$+ 104\text{年各季校正投保人口數成長率差值}(PEOP104)) \times 106\text{年品質保證保留款醫療給付費用成長率}(0.1\%) + 23,600,000$$
$$= (5,519,653,839 + 29,594,349) \times 0.10\% + (5,663,148,319 + 22,435,537) \times 0.10\% + (5,585,243,310 + 24,284,110) \times 0.10\%$$
$$+ (5,943,856,930 + 17,370,269) \times 0.10\% + 23,600,000$$
$$= 5,549,248 + 5,685,584 + 5,609,527 + 5,961,227 + 23,600,000$$
$$= 46,405,586$$

※依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8百萬元)與107年度之品質保證保留款(23.6百萬元)合併運用(計46.4百萬元)。

三、一般服務費用總額(註1)

(一)扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般服務預算

調整後地區一般服務醫療給付費用總額 6,328,613,463 (D1)

一 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 43,373,713 (B3)(註2)

扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般服務預算 6,285,239,750 (E)

各分區醫療資源不足地區改善方案_論量計酬：

就醫分區	浮動點數	非浮動點數	合 計	論量計酬結算金額
臺北	3,589,845	1,474,456	5,064,301	5,064,301
北區	5,693,382	2,533,029	8,226,411	8,226,411
中區	2,424,917	918,619	3,343,536	3,343,536
南區	2,972,142	1,129,922	4,102,064	4,102,064
高屏	7,971,910	3,221,064	11,192,974	11,192,974
東區	8,398,873	3,045,554	11,444,427	11,444,427
合計	31,051,069	12,322,644	43,373,713(B2)	43,373,713(B3)

※醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額＝每點1元×(浮動點數＋非浮動點數)。

(二)東區分區一般服務預算總額(D6) = (E) × 2.22% = 6,285,239,750 × 2.22% = 139,532,322 (加總後四捨五入至整數位)

(三)扣除風險基金(D7)後可分配至其他5分區一般預算服務總額(D1_5) = (E) × 97.78% - 9,000,000 = 6,136,707,428 (加總後四捨五入至整數位)(註3、10)

指標1預算(GA) = (D1_5) × 69% = 6,136,707,428 × 69% = 4,234,328,125 (加總後四捨五入至整數位)

指標2預算(GB) = (D1_5) × 11% = 6,136,707,428 × 11% = 675,037,817 (加總後四捨五入至整數位)

指標3預算(GC) = (D1_5) × 9% = 6,136,707,428 × 9% = 552,303,669 (加總後四捨五入至整數位)

指標4預算(GD) = (D1_5) × 5% = 6,136,707,428 × 5% = 306,835,371 (加總後四捨五入至整數位)

指標5預算(GE) = (D1_5) × 5% = 6,136,707,428 × 5% = 306,835,371 (加總後四捨五入至整數位)

指標6預算(GF) = 6,136,707,428 - 4,234,328,125 - 675,037,817 - 552,303,669 - 306,835,371 = 61,367,075

(四)指標 1 至指標 5 之計算過程：

指標	指標1(註4)(S1)		指標2(註5)(S2)		指標3(註6)(S3)	
	95年第4季至98年第3季之實際各區各季預算	各區去年同期戶籍人口數占率	各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率	各區就醫次數比率加總	全區就醫人數	調整後指標3占率
計算期間	95Q4+96Q4+97Q4	106年11月	106年10-12月	(a)	(b)	$= (a/b)$
分區	各分區各季總預算 (Ai1)	各區戶籍人口數 (Ai2)	各區戶籍人口數 (Ai2)	各區就醫次數比率加總 (a)	全區就醫人數 (b)	調整後指標3占率 $= (Ai3/\sum Ai3)$
臺北區	4,025,382,379	7,647,956	7,647,956	915,872.747326	3,128,372.999846	29.8135%
北區	1,672,890,030	3,731,455	3,731,455	417,010.488896	3,128,372.999846	13.3299%
中區	3,784,142,258	4,569,302	4,569,302	807,005.231533	3,128,372.999846	25.7963%
南區	2,079,771,210	3,357,985	3,357,985	443,953.588267	3,128,372.999846	14.1912%
高屏區	2,318,827,170	3,711,154	3,711,154	488,166.233125	3,128,372.999846	15.6045%
東區				56,364.710699	3,128,372.999846	15.8908%
小計	13,881,013,047	23,017,852	23,017,852	3,128,372.999846	3,128,373	98.1982%
						100.0000%

指標4(註7)(S4)

去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差

106年10-12月

分區	人數利用 率成長率 (p)	醫療費 用成長率 (r)	(p)-(r)	排名	指標4權值	各分區各季總預算 (Ai1) (註4)	各分區各季經指 標4加權後之預算 (Ai4) =(Ai1)x(1+指標4權值)	指標4占率 =(Ai4/ΣAi4)
臺北	-0.049499	-0.020950	-0.028549	1	0.00	4,025,382,379	4,025,382,379	29.2181%
北區	-0.050919	-0.016386	-0.034533	4	0.00	1,672,890,030	1,672,890,030	12.1426%
中區	-0.042597	-0.009644	-0.032953	2	0.00	3,784,142,258	3,784,142,258	27.4671%
南區	-0.035692	0.005653	-0.041345	5	-0.05	2,079,771,210	1,975,782,650	14.3411%
高屏	-0.022451	0.011028	-0.033479	3	0.00	2,318,827,170	2,318,827,170	16.8311%
小計						13,881,013,047	13,777,024,487	100.0000%

指標5(註8)(S5)

當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

107年8月

分區	指標5權值和 (Σdir_peop)	各分區各季總預算 (Ai1)	各分區各季經指 標5加權後之預算 =(Ai1)x(1+指標5權值和)	指標5占率 (Ai5) =(Ai5/ΣAi5)
臺北	0.000545	4,025,382,379	4,027,576,212	29.0186%
北區	0.003738	1,672,890,030	1,679,143,293	12.0982%
中區	-0.008760	3,784,142,258	3,750,993,172	27.0258%
南區	0.006447	2,079,771,210	2,093,179,495	15.0813%
高屏	0.004127	2,318,827,170	2,328,396,970	16.7761%
小計		13,881,013,047	13,879,289,142	100.0000%

報 3-18

(七)各分區「風險基金撥付院所」分配過程(註10)：

「風險基金撥付院所」分配後剩餘預算(Gh) = 9,000,000—前一季度浮動點值補至每點1元所需預算(R1)

= 9,000,000— 322,525

= 8,677,475 (Gh)

分區	前一季度浮動點值	風險基金撥付院所 當季核定浮動點數	補至每點1元所需預算
臺北	0.85331614	0	0
北區	0.91146031	0	0
中區	0.85738393	0	0
南區	0.96134263	2,699,977	104,374
高屏	0.90206057	2,227,412	218,151
小計		4,927,389	322,525(R1)

(八)其他5分區一般預算服務總額(BD2)=第4季預算Ga+第4季預算Gb+第4季預算Gc+第4季預算Gd+第4季預算Ge+第4季預算Gf+臺北、北區風險基金分配款Gh。

分區	預算(Ga) =GA×指標1占率	預算(Gb) =GB×指標2占率	預算(Gc) =GC×指標3占率	預算(Gd) =GD×指標4占率	預算(Ge) =GE×指標5占率	第4季預算(Gf) =Nx指標1占率	臺北、北區 風險基金分 配款 (Gh)	各區預算(BD2) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf) +(Gh)
臺北	1,227,921,282	224,289,415	164,661,054	89,651,466	89,039,329	13,819,198	4,772,611	1,814,154,355
北區	510,304,288	109,431,056	74,972,462	37,257,792	37,121,557	5,743,036	3,904,864	778,735,055
中區	1,154,332,893	134,002,432	145,087,965	84,278,778	82,924,714	12,991,024		1,613,617,806
南區	634,420,914	98,478,567	79,816,717	44,003,567	46,274,763	7,139,862		910,134,390
高屏	707,348,748	108,836,347	87,765,471	51,643,768	51,475,008	7,960,603		1,015,029,945
小計	4,234,328,125	675,037,817	552,303,669	306,835,371	306,835,371	47,653,723	8,677,475	6,131,671,551

(九)全年各季分區預算

季別	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	合計
106年 第1季	1,565,580,021	664,203,291	1,407,405,538	800,923,253	887,902,842	5,326,014,945
第2季	1,735,117,109	732,153,090	1,519,269,884	840,137,823	943,749,367	5,770,427,273
第3季	1,762,889,238	743,947,872	1,524,010,285	829,414,697	937,523,260	5,797,785,352
第4季	1,746,417,760	747,013,221	1,565,376,008	879,868,934	975,017,840	5,913,693,763
合 計(BD_106)	6,810,004,128	2,887,317,474	6,016,061,715	3,350,344,707	3,744,193,309	22,807,921,333
107年 第1季	1,613,601,972	687,482,800	1,435,923,737	822,004,700	910,478,734	5,469,491,943
第2季	1,803,812,347	764,886,947	1,565,710,114	868,125,382	982,288,893	5,984,823,683
第3季	1,821,184,345	772,350,444	1,561,197,916	852,811,994	971,107,003	5,978,651,702
第4季	1,814,154,355	778,735,055	1,613,617,806	910,134,390	1,015,029,945	6,131,671,551
合 計(BD_107)	7,052,753,019	3,003,455,246	6,176,449,573	3,453,076,466	3,878,904,575	23,564,638,879
預算成長率	3.56%	4.02%	2.67%	3.07%	3.60%	3.32%

※預算成長率 = (107年全年分區預算(BD_107)/106年全年分區預算(BD_106) - 1) × 100%。

※各分區預算全年成長率皆未小於0，各分區預算不須撥補。

註：

- 依據「107年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫」辦理。
- 按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案案迴迴醫療服務計畫之論量計酬案件(每點以1元支付)後，再依東區預算占率2.22%，其餘五分區預算占率97.78%進行預算分配。
- 為避免東區分區及其他五分區一般服務預算總額加總後與調整後地區一般服務醫療給付費用總額(D1)所產生之數元誤差，故其他五分區一般預算服務總額(D1_5) = 調整後地區一般服務醫療給付費用總額(D1) - 東區分區一般服務預算總額(D6)。
- 指標1：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際收入預算占率
(1)分子：各分區各季總預算(Ai1)；分母：Σ各分區各季總預算加總(ΣAi1)
(2)條件說明：105年第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總；105年第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總；105年第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總；105年第4季：95Q4+96Q4+97Q4預算加總。
- 指標2：各區去年同期戶籍人口數占率
(1)分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2)；分母：Σ各分區去年同期戶籍人口數加總(ΣAi2)。
(2)條件說明：資料來源採用內政部戶政司統計資料(採季中戶籍人口數)。

6. 指標3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率

(1)分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(Ai3)；分母： $\sum$ 各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總($\sum Ai3$)。

(2)條件說明：保險對象：身分證號相同者就醫人數計一人；資料擷取時間點：院所申報資料【不含職業災害(案件分類B6)案件】及中醫醫療照護試辦計畫及收容對象醫療服務計畫】案件，該費用年月次次月20日前申報受理者，始納入計算。就醫次數計算排除診察費=0之案件。

(3)計算步驟： $\langle 1 \rangle$ 計算去年同期全國就醫人數(季)(p)， $\langle 2 \rangle$ 計算每位病患於各區就醫次數比率(T) = 各區就醫次數比率(a%)， $\langle 3 \rangle$ 計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)， $\langle 4 \rangle$ 計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)， $\langle 5 \rangle$ 計算每位病患於各區就醫次數之權值(K1) = 各區每位病患之就醫次數比率(T)/全國就醫人數(p)， $\langle 6 \rangle$ 扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值(K2) = 各區每人就醫次數之權值(K1)/加總五區每人就醫次數之權值($\sum K1$)。

7. 指標4：去年同期人數利用率高率(p)與醫療費用點數成長率(r)差(率)

(1)保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。

(2)人數利用率高率(p)：以各區患者ID(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即為(106年該季/105年同期) - 1。

(3)醫療費用點數成長率(r)：(106年該季申報醫療費用點數/105年同期申報醫療費用點數) - 1。

(4)各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫門診醫療給付費用總額一般服務之申報醫療費用點數(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、中醫醫療照護試辦計畫及收容對象醫療服務計畫。

(5)本項為正向指標，權重為1、權值為5%(m)。(p-r)產生的最大值中，其值需大於0且p值大於0之區域，權值加計+5%；(p-r)產生的最小值中，其值小於0且r值大於0之區域，權值加計-5%，非屬前述二要件之區域均以0計。

8. 指標5：營年第一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

(1)分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值；分母： $\sum$ 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值。

(2)條件說明：「中醫師數」之資料來源採用全民健康保險保險人「特約醫事機構醫事人員」公務統計，採用季中數值。

(3)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)。

(4)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均權值

a. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均權值：

※該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 > 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)為 0 (m)。

※該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 < 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)為 0 (m)。

※該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 = 全國每萬人口中醫師數成長率，其權值以0計算。

b. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 < 全國平均權值：

※該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 > 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)為 0 (m)。

※該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 < 全國每萬人口中醫師數成長率，其權值以0計算。

※該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 = 全國每萬人口中醫師數成長率，其權值以0計算。

※該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 > 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)為 0 (m)。

※該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 < 全國每萬人口中醫師數成長率，其權值以0計算。

c. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(指標5)之權值和($\sum dr_peop$)

= 各分區 $\sum$ 各鄉鎮市區權值(dr_peop)。

※成長率之計算係與前季季中比較。

9. 指標6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

(1) 每季結算時，「偏鄉」之中醫醫療院所，當季結算之醫療點數，除依一般服務預算結算外，若該區前一季浮動點值低於每點1元者，依該區前一季浮動點值，補至最高每點1元，若分區前一當季浮動點值大於每點1元者，則不予補付。

(2) 依上述方式補付後，若該季預算尚有結餘，則餘額按指標1「95年第3季至98年第4季各區各季實際預算占率」分配予五分區，併同指標1至指標5之預算進行當季結算。

(3) 條件說明：

a. 偏鄉定義為每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之院所須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)104年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

b. 同時符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之院所僅能擇一方案辦理。

10. 風險基金提撥及分配：

(1) 107年度自五分區之一般服務預算項下全年移撥3,600萬元，每季900萬元。

(2) 院所資格：除東區外之五分區鄉鎮市區，該地區當月月底僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，但排除符合指標6「偏鄉人口預算分配調升機制」者或屬中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫者。

(3) 當季撥付風險基金院所後之剩餘款餘額，55%分配予臺北分區，45%分配予北區分區。

11. 若五分區全年預算與前一年比較呈現負成長，則由其他分區按比例撥補至零成長，其操作定義及撥補程序如下：

(1) 操作定義：

a. 各分區全年預算 $Ty = \sum$ 該區各季 $Ts + \sum$ 指標6各區各季補至每點1元所需預算。

b. 成長率 $= (107年該區yT / 106年該區yT) - 1$ 。

c. 各分區撥補比例 $= (\text{分母各區}Ty) / \sum (\text{成長率大於0之分區}Ty)$ 。

(2) 撥補程序

a. 於107年第四季結算時，由「成長率大於0之分區」，各自依比例撥補至「成長率小於0之分區」，使全年預算 Ty 負成長之分區補至零成長。

b. 依上述方式撥補後，如仍有分區呈現負成長，其不足額度繼續由「成長率大於0之分區」按比例撥補，直至各區預算成長率均不小於0為止。

四、一般服務各分區浮動點值之計算

就醫分區	核定浮動點數	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1,340,222,841(BF)	671,272,914(BG)	62,944(BJ)
2-北區分區	520,223,575(BF)	310,097,951(BG)	15,570(BJ)
3-中區分區	1,190,704,238(BF)	592,927,577(BG)	65,534(BJ)
4-南區分區	601,185,472(BF)	356,737,993(BG)	13,998(BJ)
5-高屏分區	704,555,096(BF)	386,211,644(BG)	3,336(BJ)
6-東區分區	80,450,570(BF)	38,485,354(BG)	6,039(BJ)
7-合計	4,437,341,792(GF)	2,355,733,433(GG)	167,421(GJ)

2. 一般服務浮動每點支付金額

= [調整後分區一般服務預算總額(BD2)

- 各分區一般服務核定非浮動點數(BG)

- 各分區自墊核退點數(BJ)]

/ 各分區一般服務核定浮動點數(BF)

臺北分區 = [1,814,154,355
北區分區 = [778,735,055
中區分區 = [1,613,617,806
南區分區 = [910,134,390
高屏分區 = [1,015,029,945
東區分區 = [139,532,322

- 671,272,914 -
- 310,097,951 -
- 592,927,577 -
- 356,737,993 -
- 386,211,644 -
- 38,485,354 -
62,944] / 1,340,222,841 = 0.85270782
15,570] / 520,223,575 = 0.90080795
65,534] / 1,190,704,238 = 0.85716055
13,998] / 601,185,472 = 0.92048532
3,336] / 704,555,096 = 0.89249935
6,039] / 80,450,570 = 1.25593801

3. 全區浮動每點支付金額

= [加總調整後分區一般服務預算總額(BD2)

- 加總核定非浮動點數(BG)

- 加總自墊核退點數(BJ)]

/ 加總一般服務浮動核定點數(BF)

= [6,271,203,873

- 2,355,733,433 -
167,421] / 4,437,341,792 = 0.88235327

4. 一般服務分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

$$= \frac{[\text{調整後分區一般服務預算總額(BD2)}]}{[\text{一般服務核定浮動點數(BF)} + \text{該分區核定非浮動點數(BG)} + \text{當地就醫分區自墊核退點數(BJ)}]}$$

臺北分區	= [1,814,154,355]	1,340,222,841 +	671,272,914 +	62,944]	= 0.90186498
北區分區	= [778,735,055]	520,223,575 +	310,097,951 +	15,570]	= 0.93785411
中區分區	= [1,613,617,806]	1,190,704,238 +	592,927,577 +	65,534]	= 0.90464776
南區分區	= [910,134,390]	601,185,472 +	356,737,993 +	13,998]	= 0.95009792
高屏分區	= [1,015,029,945]	704,555,096 +	386,211,644 +	3,336]	= 0.93056270
東區分區	= [139,532,322]	80,450,570 +	38,485,354 +	6,039]	= 1.17311265

5. 一般服務全區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

$$= \frac{[\text{加總調整後分區一般服務預算總額(BD2)} + \text{專款專用暫結金額} + \text{醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B3)}]}{[\text{加總分區一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{加總分區核定非浮動點數(BG)} + \text{資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B3)}]}$$

6. 中醫門診總額平均點值

$$= \frac{[\text{加總調整後分區一般服務預算總額(BD2)} + \text{專款專用暫結金額} + \text{醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B3)}]}{[\text{加總分區一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{加總分區核定非浮動點數(BG)} + \text{資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B3)}]}$$

$$= \frac{[6,271,203,873 + 122,768,150 + 43,373,713]}{[4,437,341,792 + 2,355,733,433 + 167,421 + 140,084,697 + 43,373,713]}$$

$$= 0.92269193$$

註：專款專用暫結金額 = 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫暫結金額 + 中醫提升孕產照護品質計畫暫結金額 + 癌症患者加強照護整合方案暫結金額 + 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫暫結金額 + 中醫急症處置計畫暫結金額(各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 品質保證保留款預算(全年預算總金額/4)

$$= 34,696,853 + 32,500,000 + 15,000,000 + 25,750,000 + 3,009,851 + 210,049 + 11,601,397$$

$$= 122,768,150$$

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：
費用年月107/09(含)以前：於108/01/01~108/03/31期間核付者。
費用年月107/10~107/12：於107/10/01~108/03/31期間核付者。

印表日期：108/05/06

程式代號：R03I0718R01

結算年：107年

結算主要費用年月起迄：107/01-107/12

頁次：1

核付截止日期：108/03/31

一、分區累計保留款(T2) =

分區第一季保留款(T2_1) + 分區第二季保留款(T2_2) + 分區第三季保留款(T2_3) + 分區第四季保留款(T2_4)

臺北分區累計保留款(T2-T) =	0(T2_1) +	0(T2_2) +	0(T2_3) +	0(T2_4) =	0
北區分區累計保留款(T2-N) =	0(T2_1) +	0(T2_2) +	0(T2_3) +	0(T2_4) =	0
中區分區累計保留款(T2-C) =	0(T2_1) +	0(T2_2) +	0(T2_3) +	0(T2_4) =	0
南區分區累計保留款(T2-S) =	0(T2_1) +	0(T2_2) +	0(T2_3) +	0(T2_4) =	0
高屏分區累計保留款(T2-K) =	0(T2_1) +	0(T2_2) +	0(T2_3) +	0(T2_4) =	0
東區分區累計保留款(T2-E) =	2,061,672(T2_1) +	731,168(T2_2) +	0(T2_3) +	0(T2_4) =	2,792,840

二、保留款分配

(一)分區保留款分配—東區分區

1. 東區分區累計保留款： 2,792,840(T2-E)

(1)第1階段分配—該分區每季結算平均點值小於1元時，由分區保留款補助該季分區預算，最高補助至平均點值1.0元為限。

107年第1季分配：	分配金額：	0
107年第2季分配：	分配金額：	0
107年第3季分配：	分配金額：	0
107年第4季分配：	分配金額：	0

第1階段已分配金額：	0	尚未分配金額：	0
------------	---	---------	---

(2)第2階段分配—列入該分區「中醫師診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務論量計酬案件獎勵，最高獎勵至浮動點值每點1.5元。若該保留款不足支應，則依該類案件之補助金額，按比例分配。

107年第1季分配：	補助後點值：1.5元所需金額：	3,199,893	實際分配金額：	571,663
107年第2季分配：	補助後點值：1.5元所需金額：	4,087,673	實際分配金額：	730,259
107年第3季分配：	補助後點值：1.5元所需金額：	4,145,613	實際分配金額：	740,614
107年第4季分配：	補助後點值：1.5元所需金額：	4,199,496	實際分配金額：	750,239

第2階段已分配金額： 2,792,775 尚未分配金額： 65，四捨五入之差值，無保留款餘額。

(3)第3階段分配—列入該分區「中醫師診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務基本承作(論次)費用之獎勵，加計兩成支付。若該保留款不足支應，則依該補助金額，按比例分配。

107年第1季分配：	基本承作(論次)費用：	0	分配金額：	0
107年第2季分配：	基本承作(論次)費用：	0	分配金額：	0
107年第3季分配：	基本承作(論次)費用：	0	分配金額：	0
107年第4季分配：	基本承作(論次)費用：	0	分配金額：	0

第3階段-加成分已分配金額： 0 尚未分配金額： 0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI0718R01

中醫門診總額保留款分配統計表

印表日期：108/05/06

結算年：107年

結算主要費用年月起迄：107/01-107/12

頁次：3

核付截止日期：108/03/31

(4)第4階段分配—列入其他區「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務論量計酬案件獎勵，最高獎勵至浮動點值每點1.2元。若該保留款不足支應，則依該類案件之補助金額，按比例分配。

107年第1季分配：		補助後點值：1.2元	分配金額：	0		
臺北分區＝	0		北區分區＝	0	中區分區＝	0
南區分區＝	0		高屏分區＝	0	東區分區＝	0
107年第2季分配：		補助後點值：1.2元	分配金額：	0		
臺北分區＝	0		北區分區＝	0	中區分區＝	0
南區分區＝	0		高屏分區＝	0	東區分區＝	0
107年第3季分配：		補助後點值：1.2元	分配金額：	0		
臺北分區＝	0		北區分區＝	0	中區分區＝	0
南區分區＝	0		高屏分區＝	0	東區分區＝	0
107年第4季分配：		補助後點值：1.2元	分配金額：	0		
臺北分區＝	0		北區分區＝	0	中區分區＝	0
南區分區＝	0		高屏分區＝	0	東區分區＝	0
第4階段已分配金額：			尚未分配金額：	0		
臺北分區＝	0		北區分區＝	0	中區分區＝	0
南區分區＝	0		高屏分區＝	0	東區分區＝	0

結算年：107年

核付截止日期：108/03/31

頁次：4

結算主要費用年月起迄：107/01-107/12

三、保留款分配後餘額：經第1至4階段分配後，如有餘額，則回歸該分區次年第1季該區之保留款。

東區分區保留款分配後餘額為

0元。

【說明】：

- 一、依據「中醫門診總額保留款機制作業方案」辦理。
- 二、第1階段分配之分配金額，係指啟動保留款機制之分區，該分區平均點值小於1之補助款。其每家院所補助金額(E)＝核定醫療費用點數(A)×(補助後點值(C)－補助前點值(B))。
- 三、第2階段分配之分配金額，係指啟動保留款機制之分區，該分區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務論量計酬案件，其核定浮動點數(含部分負擔)最高以每點點值1.5元給付鼓勵。如保留款不足分配，則依該類案件之補助金額，按比例分配。其每家院所補助金額(E)＝核定醫療費用點數(A)×(補助後點值(C)－補助前點值(B))。
- 四、第3階段分配之分配金額，係指前項分配後之餘款，列入啟動保留款機制之分區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務基本承作(論次)費用之鼓勵，加計2成支付，如保留款不足時，則該類案件之補助金額，按比例分配。其補助金額(E)＝核定醫療費用點數(A)×論次加計成數(D)。
- 五、第4階段分配之分配金額，係指前項分配後之餘款，列入其他未啟動保留款機制之分區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務論量計酬案件，其核定浮動點數(含部分負擔)最高以每點點值1.2元給付鼓勵。如保留款不足分配，則依該類案件之補助金額，按比例分配。
 - (1)預算足夠時，補助金額(G)＝核定醫療費用點數(A)×(補助後點值(C)－補助前點值(B))。
 - (2)預算不足時，補助金額(G)＝前項分配後之餘款×補助至點值1.2所需金額占率。

報告事項第四案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：建請提升「健保醫療資訊雲端查詢系統」使用率以提供精準醫療，提升民眾就醫安全。

說明：

- 一、為提升民眾就醫安全，並協助醫事人員提供精準醫療，本署運用雲端科技建置「健保醫療資訊雲端查詢系統(下稱雲端系統)」，讓醫師於臨床處置、開立處方及藥事人員調劑時，可查詢病人近3個月的就醫與用藥等紀錄。
- 二、107年全年共有25,885家院所、67,153位醫事人員查詢使用健保醫療資訊雲端查詢系統，總查詢率已達86.5%，其中醫院雲端系統使用率達100%，西醫診所、牙醫診所、藥局雲端系統使用率則分別為97%、92%及93%，僅中醫診所雲端系統使用率為83%。
- 三、為避免用藥重複處方及用藥交互作用影響病人健康，建請輔導會員提升「健保醫療資訊雲端查詢系統」使用率以提供精準醫療，俾利提升民眾就醫安全。

決定：

報告事項第五案

提案單位：本署違規查處小組

案由：有關中醫部門總額 107 年度違規情形，提請注意改善。

說明：

- 107 年中醫診所因違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)受處分家數為 21 家，違規率為 0.57%，已逐年下降。

全民健康保險特約醫事服務機構查處統計-按特約類別

單位：家數、違規率％

處分家數 違規率 年度	類別	中醫門診
103年		42
		1.24%
104年		39
		1.13%
105年		30
		0.85%
106年		32
		0.89%
107年		21
		0.57%

資料日期：108年1月21日

備註：

1. 處分家數係指經本署核定予以違約記點、扣減費用、停止特約及終止特約之醫事服務機構家數。

2. 違規率計算公式：分母為各類別之特約家數；分子為各類別之處分家數。

二、 107 年中醫總額特約醫事服務機構違規類型查處追扣統計情形如下表：

違規類型以特管辦法第 37 條第 1 項第 1 款「未依處方箋或病歷記載提供醫療服務」、及第 39 條第 4 款「其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用」為最多。

類型別	107 年	
	家次	點數
01 未依處方箋或病歷記載提供醫療服務。	12	346,514
02 未經醫師診斷逕行提供醫療服務	4	44,755
03 處方箋之處方或醫療費用申報內容為病歷或記錄所未記載。	0	0
04 未記載病歷或未製作記錄，申報醫療費用。	0	0
05 申報明知病人以他人之保險憑證就醫之醫療費用。	0	0
06 容留非具醫事人員資格，執行醫師以外醫事人員之業務。	2	114,699
07 以保險對象之名義，申報非保險對象之醫療費用。	0	0
08 以提供保險對象非治療需要之藥品、營養品或其他物品之方式，登錄就醫並申報醫療費用。	0	0
09 未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用。	2	101,286
10 其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用。	12	28,304,425
11 保險醫事服務機構容留未具醫師資格之人員為保險對象執行醫療務，申報醫療費用。	0	0
12 保險醫事服務機構或其負責醫事人員依前條規定停約，經執行完畢後五年內再有前條規定情事之一。	0	0
13 以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，其情節重大	0	0
14 保險醫事服務機構容留未具醫師資格之人員為保險對象執行醫療務，申報醫療費用，情節重大。	0	0
15 條約期間，以不實之就診日期申報，對保險對象提供之服務費用，或交由其他保險醫事服務機構申報該成務費用。	0	0
16 依第一款至前款規定，受終止特約或停約一年，期滿再申請特約後，經查於終止特約或停約一年期間，有前款所定情事。	0	0
17 違反醫事法令，受衛生主管機關廢止開業執照之處分。	0	0
99 其他	5	148,726
合計	37	29,060,405
備註：本表為非總額舉發之統計。		

三、以 39 條第 4 款不正當行為之違規內容，中醫常見違規包含下列情事：

(一) 刷卡換物：民眾至診所或於巡迴醫療期間未就醫，刷取健保卡換取痠痛貼布。

(二) 僅自費減重同時申報健保費用。

(三) 非醫師執行推拿卻申報推拿費用。

四、本署 107 年辦理「院所收取自費又申報健保」查核專案，共計查核 32 家醫療院所(含中、西、牙)，計有 25 家院所查有違規情事；其中中醫診所受查核 10 家，計有 8 家診所違規，違規情節包含「未經醫師診斷提供醫療服務」(3)、「未以實際看診醫師名義申報」(2)、「以不正當行為虛報醫療費用(換物、非醫師執行醫療業務)」(2)、「未經報備核准提供醫療服務」(1)，皆已依特管辦法處分在案。

五、以上違規情事，請貴會協助宣導會員務必依本署相關規定辦理。

肆、討論事項

討論事項

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關中醫院所執行各項專案計畫，在符合收案條件時 VPN 有審核機制，雖收案時有期限說明，但院所不小心超出收案條件、退場時間並無通知功能，且執行治療後，往往一個月後申報費用時被直接核刪，造成院所的困擾，建請大署能在 VPN 設定超出收案時間、條件時，能加設告知功能，提請討論。

說明：依本會 108 年 4 月 21 日召開中醫門診醫療服務審查執行會第三十三次會議決議辦理。。

健保署說明：

一、現行中醫 5 項專案計畫，與 VPN 登錄量表分數相關規定摘述如下：

(一)西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：各項評估量表須於收案後三日內及出院前各執行一次。

(二)癌症患者加強照護整合方案：

1. 西醫住院中醫輔助醫療計畫及門診延長照護計畫：收案三日內及結案(出院)前各執行一次評估量表。

2. 門診加強照護計畫：須於收案三日內完成前測，60 日內完成後測，之後每滿 60 日須執行一次。

(三)兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：個案收案並進行第一次 RCAT 評估量表後，後續每 28 天應執行一次 RCAT 評估量表，每次評估應間隔 28 天。

二、現行「癌症患者加強照護整合方案」收案對象，院所於本署 VPN 之「QP2 中醫總額照護計畫」系統新增個案第 2 筆資料及儲存後，系統會自動檢核當次新增日期與前一筆資料登錄日期之間隔，如時間間隔已超過計畫所訂期限，將出示警示訊息。

三、承上，若院所未於 QP2 系統完成新增個案第 2 筆資料，則前

述警示訊息將不會顯示，無法達提醒之功能。為配合提案單位需求，考量現行部分計畫並未明確規範量表登錄間隔(如西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫、癌症患者加強照護整合方案之西醫住院中醫輔助醫療計畫及門診延長照護計畫)，QP2系統無法計算是類計畫個案後測量表登錄時點，給予提醒訊息，爰本署未來將僅能於院所登入QP2系統查詢個案資料時，顯示各項計畫量表登錄相關規定，以達提醒目的。

決 議：