

# 100 年度全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案修正版

## 一、依據：

行政院衛生署 100 年 1 月 24 日衛署健保字第 1000061188 號核定函及全民健康保險醫療費用協定委員會 100 年度全民健康保險醫療費用總額協商暨第 163 次會議紀錄。

## 二、目的：

鼓勵西醫基層醫師到醫療資源不足地區提供醫療保健服務，促使全體保險對象都能獲得適當的醫療服務。

## 三、施行區域(附件 1)：

- 1.以 99 年 8 月底每鄉鎮(區)每位西醫師服務投保人口數或在籍人口數大於 3,500 人、應排除都市化分級表第 1~4 級之鄉鎮(區)。
- 2.都市化分級表第 8 級之所有鄉鎮(區)。
- 3.都市化分級表第 7 級之鄉鎮(區)，但每位西醫師服務投保人口數或在籍人口數大於 2,500 人之鄉鎮(區)，並位處偏遠不便地區。
- 4.未實施「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」及「**全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案**」之鄉鎮(區)為範圍。
- 5.篩選條件：全民健康保險保險人(以下簡稱保險人)依據各縣市衛生局提供之醫療資源不足地區名單，並依下列條件篩選後施行：
  - (1).當地村、里無醫師執業
  - (2).距鄰近就醫處所交通不便
  - (3).經評估確實有醫療需求

## 四、施行期間：100 年 1 月 1 日起至 100 年 12 月 31 日止。

五、預算來源：依據全民健康保險醫療費用協定委員會委員會議之決議辦理。

#### 六、本方案之年度執行方式：

- (一)鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域開業提供醫療服務，每一分區之每位醫師、每一診所名稱、每一執業地址限申請一次；變更分區申請本方案新開業須間隔三年以上。
- (二)鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務，本年度以 180,000 總服務人次及 26,000 總服務時數為目標。

#### 七、申請條件：

##### (一)鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域開業提供醫療服務：

- (1).須於衛生局登記為診所（不含醫院附設之診所、中醫診所及牙醫診所）且與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」。
- (2).申請本方案開業須為特約診所專任醫師，於執行新開業優惠一年期間不得支援其他醫療院所；支援醫師加入診察，均應依相關辦法向當地衛生單位報准，並以書面函於 7 日前向西醫基層總額受託辦理單位（中華民國醫師公會全國聯合會，以下簡稱醫師公會全國聯合會）報備，並由醫師公會全國聯合會發文轉知保險人及本保險人分區業務組，該診所所有支援醫師合計其門診時間(含巡迴醫療服務)不得超過該診所總門診診次的三分之一。
- (3).門診時間表有異動或計畫性休診者，應以書面函及巡迴門診時段(人員)異動表、執業醫師休診單於異動、休診起始一週前向醫師公會全國聯合會全民健康保險基層總額支付分區委員會（以下簡稱健保基層總額支付分區委員會）及本保險人分區業務組完成核備，若為無法預期之臨時事故，診所應即於事故後以電話並傳真（或電子郵件）向健保基層總額支付分區委員會及本保險人分區業務組報備啟動備援人力支援，未及啟動備援人力支援診療服務時，診所應於獲知事故發生後 24 小時內向健保基層總額支付分區委員會及本保險人分區業務組完成緊急報備休診。診所無故休診兩次或累計請假休診達二個月者，則終止該診所承辦本方案。（巡迴醫療服務同此規定）

- (4).門診服務時數：執行本方案之特約診所於執業地點，每週至少提供 5 天門診服務，並包含 3 次夜診，每診次至少 2 小時以上，夜診時間應介於每日 18 時至 22 時；且前開所提供醫療服務診療時間總時數不得少於二十四小時。
- (5).門診天數、時段、地點，則依執行本方案之特約診所申請計畫書所列時間表為依據。門診時間若為行政院人事行政局公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之假期，則為休診日，不須補診。
- (6).西醫基層醫師於本項區域開業提供醫療服務後，倘條件變更致未符合施行區域之篩選條件時，或因涉及有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下簡稱特管辦法)第 36 條至第 38 條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，應自條件變更次月起或停約日起停止本方案。

## (二)鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務：

- (1).須於衛生局登記為診所(不含醫院附設之診所、中醫診所及牙醫診所)且與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」。
- (2).申請巡迴之醫師須為申辦特約診所之專任醫師，須經當地衛生局報備核准，於同一本保險人分區業務組內得跨鄉鎮(區)、跨縣市，不得跨分區執行本方案。
- (3).每個巡迴點及每位醫師巡迴醫療至多每天 1 次、每週以 2 次診療為限；醫師每次巡迴時間不得少於 3 小時(天災、事故等因素，經本保險人分區業務組確認者除外)，當次巡迴 2 個點者，每個巡迴點至少 1 小時，每次至多 2 個巡迴點。去年度已申請，每時段平均就醫人數低於 8 人，則取消承作資格。
- (4).申請巡迴醫療服務計畫醫師(含專任醫師與支援醫師)，其進行巡迴醫療服務時段：每位醫師每天以 1 次為原則；每週至多 2 次。同一醫師、同一看診地點，以每週看診一次為原則(巡迴醫療服務地區如因特殊醫療需求，得於申辦前，以書面敘明，報請健保基層總額支付分區委員會會同本保險人分區業務組討論確認後，同意至多以同一醫師、同一看診地點每週兩次巡迴方式辦理。)；又同一巡迴地點每週之看診醫師如同一科別，則應固定同一位醫師。

配合醫師進行巡迴醫療護理人員服務時段：每天至多 2 次。巡迴醫療服務時間：8:00~22:00，每 1 時段 3 小時；每一巡迴點，每天至多 1 時段。

- (5).衛生所人員於上班時間至衛生室或醫療資源不足地區巡迴等執行衛生所職權之業務，不得申請本方案巡迴醫療服務之報酬。
- (6).門診天數、時段、地點，則依執行本方案之特約診所申請計畫書所列時間表為依據，惟本保險人分區業務組得整合及協調規劃同鄉鎮(區)西醫、牙醫、中醫巡迴地點及時段，以方便民眾就醫。門診時間若為行政院人事行政局公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之假期，則為休診日，不須補診。
- (7).申請巡迴醫療服務之醫師應將「全民健保醫療巡迴服務」之標誌或海報及看診日期、時間，揭示於明顯處。
- (8).診所及醫師參與本方案資格:申請參與本方案提供服務之成員須最近 2 年未曾涉及有特管辦法第 36 條至第 38 條中各條所列違規情事之一者（含行政救濟程序進行中尚未執行處分者）。
- (9).本項巡迴醫療服務提供後，倘條件變更致未符合施行區域之篩選條件時，或因涉及有特管辦法第 36 條至第 38 條中各條所列違規情事之一者（含行政救濟程序進行中尚未執行處分者），應自條件變更改次月起或停約日起停止本項巡迴醫療服務。
- (10).全民健康保險特約診所符合下列條件之一者，列為本年度申請方案優先核定對象：
  - a. 去年度經核定通過執行本方案之診所，均遵守本方案規定辦理申請、異動，並依規定填報考核項目、執行報告，並遵守依特管辦法第 11 條、醫療法第 22 條第 1 項與醫療法施行細則第 11 條，於提供保險對象醫療服務後開給符合規定之收據者。
  - b. 去年度申請本方案之巡迴地點重複者，以去年度已承辦之診所及通過西醫基層總額醫療資源不足地區方案考核辦法為優先，若該地區無診所承辦則以先提出申請診所為優先承作。
  - c. 註記為兒科醫療資源不足地區，同一巡迴地點得同時受理兒科及兒科以外

醫師各一名申請巡迴醫療服務，免除排擠效應及七、(二)(3)名額限制。

(三)申辦項目限制：當地村、里如果已有醫師執業，不得於該村、里施行巡迴醫療服務。

## 八、申請程序：

### (一)申請流程(附件 2)

#### 1.各單位受理申請流程：

(1).符合申請條件之醫師、診所自本方案公告日起 15 個工作日內（以郵戳為憑），向各健保基層總額支付分區委員會申請辦理本方案，申請診所若有相關資料補件以最後補件日期為受理日。

(2).健保基層總額支付分區委員會自收到診所申請書起 15 個工作日內（以郵戳為憑）依本方案第七點與第八點(二)之規定完成其相關書面審查並會同本保險人分區業務組就資格進行審查，經本保險人分區業務組確認申請診所提供服務之成員最近 2 年未曾涉及特管辦法第 36 條至第 38 條中各條所列違規情事之一者（含行政救濟程序進行中尚未執行處分者），由健保基層總額支付分區委員會函送初審意見予各本保險人分區業務組並副知醫師公會全國聯合會及診所。

(3).診所收到健保基層總額支付分區委員會初審意見函副本載有同意意見者，得檢具該函以及依醫師法第八條之二及護理人員法第十二條規定向所屬衛生局辦理報備支援之同意函，連同計畫書各乙份，向本保險人各分區業務組申請辦理。

(4).本保險人分區業務組應於申請之日起10個工作日內核定，並於核定日之次月 1 日生效；逾10個工作日未核定者，視為已核定；核定函併同附件副知健保基層總額支付分區委員會及醫師公會全國聯合會。

2.逾期申請者，醫師公會全國聯合會得視經費及實際需要受理申請及核定；另鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務至 100 年 5 月底，尚有本方案施行區域之鄉鎮(區)無西醫基層醫師巡迴，屆時公告改由「100 年增進

偏遠地區健保醫療計畫」醫院申請巡迴。

- 3.為確保本方案之延續性，原申請通過之 99 年度本方案若同為 100 年度醫療資源不足地區，且符合 100 年度本方案內容，並於公告之日起 15 個工作日內提出 100 年度方案申請者，其 99 年度通過之方案計畫可延續實施至 100 年方案申請核定日（因 99 年方案延續至 100 年實施，其 100 年所需經費，由本方案 100 年之預算撥付）。但於年度開始進行巡迴醫療服務前，須依醫師法第八條之二及護理人員法第十二條向所屬衛生局辦理報備核准。
- 4.申請案經健保基層總額支付分區委員會初審意見為不予同意，致嚴重影響民眾就醫權益者，診所得於收到該函副本日起 10 日內，敘明原因及其改善方案，並檢附本方案第八點(二)申請所需文件，向醫師公會全國聯合會提起申復，每診次平均就醫人數低於 8 人之診所以連續申復 2 年為限。經醫師公會全國聯合會複審函送審查意見予本保險人各分區業務組並副知健保基層總額支付分區委員會及診所，診所收到載有同意意見副本者，得檢具該函以及依醫師法第八條之二及護理人員法第十二條規定向所屬衛生局辦理報備支援之同意函，連同計畫書各乙份，向本保險人各分區業務組申請辦理；本保險人分區業務組應於申請之日起 10 個工作日內核定，並於核定日之次月 1 日生效；逾 10 個工作日未核定者，視為已核定；逾期未申復者，本保險人分區業務組逕核不予同意。
- 5.本保險人分區業務組應將基層診所已核定新開業及巡迴醫療服務案件服務地點、時段、提供服務診所名稱、醫師姓名、科別等訊息建置並維護於全球資訊網站，以供醫師公會全聯會、基層診所及醫療資源不足地區民眾連結。

(二)申請所需檢附之文件：

- 1.申請表：「100 年度西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案申請表格」，詳附件 3。
- 2.計畫書書面資料及檔案，計畫書內容如下：
  - (1).封面：至少包含方案名稱（包含方案執行地區附村名門牌號及聯絡電話）、執行單位、執行期間。

(2).書寫格式：以 word 建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，標楷體 14 號字型，橫式書寫。

(3).本文至少應包括：

a.前言：請敘述本方案產生之背景，包括方案實施地區問題狀況等。

b.目的：請分點具體列述本方案所要達成之目標。

c.實施地區現況分析：

▪人口分布：請詳述實施地區面積、性別年齡分布、當地戶籍及投保人口數。

▪地理環境概況及交通情形：簡要敘述方案實施地區之地理環境概況並檢附巡迴地點地址及簡要地圖、當地對外交通情形、及巡迴醫療地點最鄰近醫療院所之名稱、車程與里程。

▪醫療需求情形：目前醫療服務使用狀況、醫療需求，以及方案提供醫療服務之內容。

d.醫事人力：詳述醫事人力名單、身分證號、負責醫師、護理人員，及醫師、護理人員備援名單（備援醫師、護理人員每一巡迴醫師、護理人員各 1 名為限，年度實際支援次數不得大於原巡迴醫療總次數之四分之一）。

e.經費評估：依支付標準之項目及點數預估。

f.明訂評估方案之預期效益：詳述計畫實施預期將達成之效益，並表列各項預定達成指標以利審查(需包含平均每診看診人次目標數)。

g.預定醫療門診時間表。門診時間表請勿隨意更動。

3.需檢附醫護人員執業執照清晰正反面影本、與符合本方案申請資格相關規定之證明文書（近 2 年內未有特管辦法第 36 條至第 38 條所列違規情事）。

4.未增加巡迴醫療服務次數之巡迴醫療服務內容變更申請：

(1).更換巡迴醫事人員、醫事人員計畫性請假之醫事人力支援、休診或診所巡迴時間地點異動者，應以書面函及門診時段異動表(附件4)、執業醫師休診單(附件4-1)、巡迴地點異動表(附件5)，非第2.(3).d.項備援醫事人力申辦支援醫師及護理人員須加附經本保險人分區業務組確認符合參與本方案資格



證明文書(同八、(二).3，並附上異動相關宣導單張或照片於一週前向所屬衛生局報備後持衛生局同意函，向健保基層總額支付分區委員會及本保險人分區業務組核備並副知醫師公會全國聯合會。

(2).診療時間、地點之異動，診所應事先週知當地民眾及病患，門診時間表及地點變更次數，一年不可超過三次為限。

(3).診所未經報備無故休診二次，則終止該診所承辦本方案。

5.診所增加巡迴服務次數之新增醫護人員或巡迴時段地點者：

需符合本方案第七點申請條件之規定，並請依照第八點(一)2.與第八點(二)申請所需檢附之文件之規定，向所屬健保基層總額支付分區委員會提出申請，審查通過後，函送本保險人分區業務組於收文日起10個工作日內核定，並於核定日之次月1日生效；逾10個工作日未核定者，視為已核定。

## 九、支付標準及醫療費用申報與審查：

(一)鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域提供開業醫療服務：

- 1.診察費按申報點數加 1 成支付，加成部分由本方案預算支應。
- 2.每點支付金額以每點一元暫結。
- 3.獎勵期間自核定月起 12 個月止。

(二)鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務：

- 1.提供巡迴點之醫療服務，向保險人申報醫療服務點數清單之案件分類為「D 4」(資源不足地區鼓勵加成)，特定治療項目代號(一)「巡迴醫療：G 5」案件，診察費按申報點數加 1 成支付；加成部分由本方案預算支應，每點支付金額以每點一元暫結。
- 2.巡迴醫療服務醫師之報酬以「論次計酬」支付，每次為 3 小時，1 天最多 1 次。一般日每次支付 4,500 點(支付標準代碼為「P2005C」)；例假日每次支付 5,500 點(支付標準代碼為「P2006C」)。配合醫師進行巡迴醫療護理人員報酬，以「論次計酬」支付，每次為 3 小時，1 天最多 2 次。一般日每次支付 1,200 點(支付標準代碼為「P2007C」)；例假日每次支付 1,700 點(支付標



準代碼為「P2008C」)。每點支付金額以每點一元暫結。執行巡迴醫療服務應逐次填寫醫療報酬申請表(如附件6)並於次月20日前將書面資料向本保險人分區業務組提報。

(三)點值支付方式：本「100年度西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」經費按季均分；當季預算若有結餘則流用至下季，當季經費超出預算來源時，採浮動點值計算暫結，且每點暫結金額不高於1元。年底時全部採浮動點值進行結算，且每點金額不高於1元。

(四)執行本方案之診所，有關醫療服務支付項目及點數、申報及核付、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，悉依全民健康保險相關法規辦理。執行本方案之診所醫療費用之申報，由參與方案之各診所依相關規定每月申報(應於次月20日前申報)。另如明顯可歸責於診所申報案件分類錯誤，導致支付點值錯誤時，需由申報診所自行負責。

(五)格式及抽樣查核作業：

- 1.執行本方案之診所向保險人申報醫療服務點數(醫令)清單之案件分類為「D4」(資源不足地區鼓勵加成)，特定治療項目代號(一)請填「巡迴醫療：G5」、「新開業：G6」。若是類案件同時為特定疾病之醫療給付改善方案，即特定治療項目代號：E3~E7、E9或N、C、R時，案件分類請填「E1」、特定治療項目代號(二)填「巡迴醫療：G5」、「新開業：G6」、特定治療項目代號(一)填特定疾病醫療給付改善方案之特定治療項目代號：E3~E7、E9或N、C、R。
- 2.執行本方案之案件分類為D4，特定治療代號項目(一)為G5者，不列入合理門診量計算。

(六)執行本方案(含巡迴服務)須配合健保IC卡相關作業；巡迴點應備讀卡機依照規定上傳IC卡，若巡迴點無法連線者經本保險人分區業務組評估以專案申請後才可執行。倘有首次加保(需出具一個月內之投保證明)及重新申辦(需出具14日內申辦收據)未攜帶健保卡或特殊原因未攜帶健保IC卡者，依規定填具「全民健康保險特約診所例外就醫名冊」(以下簡稱例外就醫名冊，如附件7)後同意以健保身分就醫，就醫序號以特定代碼「C001」申報。特約診所應將「例外

就醫名冊」之電子檔或書面資料檢送本保險人分區業務組，以辦理後續查保作業。巡迴醫療須配合健保 IC 卡上線作業相關規定如下：

- 1.使用具電池的連線型讀卡機，外出前可先於診所內進行開機認證後，再攜帶外出使用。
- 2.除特約診所日常使用的連接健保醫療網線路外，另外申請一組連接「健保醫療網」的撥接帳號，攜帶筆記型電腦、連線型讀卡機或單機獨立型讀卡機，赴外地時就近商借電話線路連線，以撥接方式進行開機認證。
- 3.若上述方案均不可行，始列為異常狀況處理，於費用申報時填寫就醫序號異常代碼”F000”申報。
- 4.無法持健保 IC 卡刷卡之案件，應另按月提報無法刷卡之時間、地點、人次及無法刷卡之原因。

(七)考核辦法：

1.繳交時間與繳送單位：

- (1).於1月1日至5月31日期間有執行本方案者：應於6月10日至6月15日期間內向健保基層總額支付分區委員會、醫師公會全國聯合會及本保險人分區業務組填報考核項目(附件8)。健保基層總額支付分區委員會會同保險人視需要依其自評項目實地審查。
- (2).申請案自6月1日後始執行者：應於計畫執行結束或年度結束後十個工作日內向健保基層總額支付分區委員會、醫師公會全國聯合會及本保險人分區業務組填報考核項目，作為下年度審核之參考。

2.考核項目如下：

- (1).實地審查考核評分表或電話抽查評核
- (2).執業地點民眾意見評核
- (3).內部檔案分析評核
- (4).綜合討論及評分

3.考核結果：

- (1).評分結果為 70~80 分列入觀察等級，予以分區觀察一季要求改善，明年仍

未達 80 分以上者則不予續約。

(2).評分結果為70分以下者列入輔導等級，予以分區輔導一季要求改善，複核未改善者，終止計畫。

(八)有關預防保健服務項目中之申報，請依行政院衛生署『醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項』辦理，如該注意事項未規定者，適用或比照全民健康保險相關法令之規定，其費用由行政院衛生署國民健康局公務預算支應。

## 十、執行報告：

(一)執行本方案者，應於計畫執行結束或年度結束後十個工作日內，檢送執行報告至健保基層總額支付分區委員會、醫師公會全國聯合會及本保險人分區業務組。執行報告之格式，依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果及實施效益，執行報告之內容將作為下年度審查之依據。

(二)執行報告內容應包含：

1.執行報告封面(附件 9)。

(1).基本資料

(2).申請服務內容

(3).執行成果

2.書寫格式：以 word 建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，標楷體 14 號字型，橫式書寫。

3.執行報告本文應包含：

(1).對就醫便利性之影響：就醫總人數、就醫率、患者人口性別、年齡之分布情形...等。

(2).民眾利用情形：

<1>新開業診所：申報件數、費用點數、平均每件點數等。

<2>巡迴醫療服務：每診次服務人次分佈。

(3).民眾滿意度分析與評估：

<1>候診時間滿意度百分比。

- <2>醫療效果滿意度百分比。
- <3>醫療設備滿意度百分比。
- <4>醫師服務態度滿意度百分比。
- <5>語言溝通能力滿意度百分比。
- <6>門診時段滿意度百分比。
- <7>就診路程花費時間百分比。
- <8>就診方便性百分比。
- <9>本方案服務感覺不錯圈選最多。

(4).其他。如：執業所遇的問題及解決方針

- <1>交通流線及道路狀況。
- <2>當地居民的健保投保率就醫行為（當地有關因健保投保率低而造成就醫人口低及就醫率低之問題）及人文背景。
- <3>執業範圍、區域及執行困難之原因。
- <4>政策、計劃、規範、經費的明確性及永續性。

(5).檢討與建議（請詳實敘述檢討優點及缺點）。

(6).結論及未來改善方案（請詳實敘述）。

十一、方案執行過程，經醫師公會全國聯合會會同保險人評估、稽查，如發現承辦診所提供之醫療服務內容有違背本方案目的時，保險人得終止該診所承辦本方案。另診所如對本方案之執行有疑義，得先向健保基層總額支付分區委員會詢問。若仍有疑義，申辦診所得函詢本保險人分區業務組，由本保險人分區業務組予以函復釋義，並副知醫師公會全國聯合會及保險人。

十二、本方案由保險人報請行政院衛生署核定後公告實施，修正時亦同。

100 年度全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案實施鄉鎮(區)一覽表

分區	縣市	鄉鎮(區)	分區	縣市	鄉鎮(區)	分區	縣市	鄉鎮(區)
台北區	新北市	林口區	中區	南投縣	名間鄉	南區	臺南市	柳營區
	新北市	坪林區		南投縣	中寮鄉		臺南市	東山區
	新北市	石門區		南投縣	(國姓鄉)		臺南市	官田區
	基隆市	七堵區	南區	雲林縣	(古坑鄉)		臺南市	(七股區)
	宜蘭縣	壯圍鄉		雲林縣	(大埤鄉)		臺南市	(安定區)
	宜蘭縣	冬山鄉		雲林縣	(二崙鄉)		臺南市	(南化區)
	宜蘭縣	(五結鄉)		雲林縣	崙背鄉		臺南市	(左鎮區)
	宜蘭縣	(三星鄉)		雲林縣	(東勢鄉)		臺南市	(龍崎區)
北區	新竹縣	(橫山鄉)		雲林縣	褒忠鄉	高屏區	高雄市	(田寮區)
	新竹縣	芎林鄉		雲林縣	(元長鄉)		高雄市	(永安區)
	新竹縣	(峨眉鄉)	雲林縣	(四湖鄉)	高雄市		(內門區)	
	苗栗縣	三灣鄉	雲林縣	口湖鄉	高雄市		(六龜區)	
	苗栗縣	(獅潭鄉)	雲林縣	水林鄉	屏東縣		(長治鄉)	
	苗栗縣	(西湖鄉)	嘉義縣	(布袋鎮)	屏東縣		(新園鄉)	
中區	臺中市	(新社區)	嘉義縣	新港鄉	高屏區	屏東縣	(崁頂鄉)	
	臺中市	外埔區	嘉義縣	(六腳鄉)		屏東縣	佳冬鄉	
	臺中市	(大安區)	嘉義縣	(東石鄉)		屏東縣	(車城鄉)	
	彰化縣	(線西鄉)	嘉義縣	(義竹鄉)	<del>高屏區</del>	<del>屏東縣</del>	<del>滿州鄉</del>	
	彰化縣	(福興鄉)	嘉義縣	鹿草鄉	東區	花蓮縣	壽豐鄉	
	彰化縣	大村鄉	嘉義縣	水上鄉		花蓮縣	(富里鄉)	
	彰化縣	(埔鹽鄉)	嘉義縣	梅山鄉		臺東縣	卑南鄉	
	彰化縣	(田尾鄉)	嘉義縣	(番路鄉)		臺東縣	(太麻里鄉)	
	彰化縣	埤頭鄉	嘉義縣	中埔鄉	臺東縣	(東河鄉)		
	彰化縣	(芳苑鄉)	台北區	新北市	萬里區	南區	臺南市	(北門區)
東區	花蓮縣	光復鄉	東區	臺東縣	(大武鄉)	中區	臺中市	(石岡區)
	花蓮縣	(√瑞穗鄉)		臺東縣	(√關山鎮)	東區	臺東縣	(√成功鎮)
	臺東縣	(√長濱鄉)	台北區	新北市	(√雙溪區)	台北區	新北市	(√八里區)
	花蓮縣	√吉安鄉	東區	花蓮縣	√玉里鎮			

註：1.加括弧部分 50 個為經評估應予加強兒科醫療不足改善地區，鼓勵兒科醫師參與。

2.刪除屏東縣滿州鄉；再修正公告 100 年度施行鄉鎮(區)，共計 82 個。

## 100 年度全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案申請流程

西醫基層診所詳閱改善方案內容

符合申請條件之西醫基層診所以 word 撰寫計畫書、備妥檢附文件  
(詳見方案內容八、申請程序)

- 1.公告日起 15 個  
工作日內
- 辦理本方案新開業、巡迴醫療服務者，持相關文件向欲施行本方案區域之健保基層總額支付分區委員會提出申請(相關醫事人員應依醫師法、護理人員法規定向衛生局報備支援取得同意函)

- 2.收到申請書起 15 個  
工作日內
- 書面審查及資格審查  
(醫師公會全國聯合會所屬轄區分區委員會受理及初審)  
函送初審意見予本保險人分區業務組並副知  
醫師公會全國聯合會及申請單位

西醫基層診所檢具載有初審同意意見函副本及衛生局報備同意函向本保險人分區  
業務組提出申請

- 3.向本保險人分區業務組  
提出申請之日起  
10 個工作日內核定  
核定日之次月 1 日生效

實施計畫

1. 執行巡迴醫療服務應逐次填寫醫療報酬申請表(如附件 6)並於次月 20 日前將書面資料及電子檔案分別向本保險人分區業務組申報。
2. 於 1 月 1 日至 5 月 31 日期間有執行本方案者：應於 6 月 10 日至 6 月 15 日期間內向健保基層總額支付分區委員會、醫師公會全國聯合會及本保險人分區業務組填報考核項目，含每月平均每診看診人次、照片、民眾問卷及考核辦法自評分數(附件 8)，繳至分區委員會、醫師公會全國聯合會及本保險人分區業務組。
3. 申請案自 6 月 1 日後始執行者：應於計畫執行結束或年度結束後十個工作日內向健保基層總額支付分區委員會、醫師公會全國聯合會及本保險人分區業務組填報考核項目(附件 8)，作為下年度審核之參考。
4. 執行本案者，應於計畫執行結束或年度結束後十個工作日內，繳交執行報告(詳見方案內容十.執行報告)至健保基層總額支付分區委員會、醫師公會全國聯合會及本保險人分區業務組。

100 年度全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案申請表

本保險人分區業務組：

分區

填表日期：

年 月 日

基本資料	診所名稱			聯絡電話 ( )																	
	診所代號			負責醫師姓名																	
	郵遞區號			聯絡地址																	
	申請服務地區			縣市 鄉鎮(區) 村 <input type="checkbox"/> 新開業 <input type="checkbox"/> 巡迴醫療																	
申請服務內容	申請項目： 1. <input type="checkbox"/> 新開業診察費加一成 2. <input type="checkbox"/> 巡迴醫療服務之診察費加一成： 巡迴醫師科別：  巡迴醫師姓名：																				
	星期一			星期二			星期三			星期四			星期五			星期六			星期日		
	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間
	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村
審核情形	全民健康保險基層總額支付 分區委員會意見：  <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 近2年內未有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第36條至38條所列違規情事。 <input type="checkbox"/> 前一年度有承作方案且達到平均每診次8人以上。 <input type="checkbox"/> 計畫書內容符合方案需求 <input type="checkbox"/> 不同意，原因：										本保險人 分區意見：  <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意，原因：										
	初審通過日期： 年 月 日  初審通過函號：										申請通過日期： 年 月 日  申請通過函號：										



門診時段(人員)異動表		填表日期： 年 月 日	
基本資料	診所名稱	聯絡電話	( )
	診所地址及郵遞區號		
	申請服務地區	縣市	鄉鎮(區) 村
	變更 <input type="checkbox"/> 支援科別 <input type="checkbox"/> 巡迴時段		
	變更 <input type="checkbox"/> 支援醫師(護士)姓名 <input type="checkbox"/> 巡迴醫師(護士)姓名		
變更原因			

(一)原門診時段： 年 月 日起至 年 月 日

	一	二	三	四	五	六	日
上午時間							
下午時間							
晚上時間							

合計 節/週

(二) 變更門診時段： 年 月 日起至 年 月 日

	一	二	三	四	五	六	日
上午時間							
下午時間							
晚上時間							

合計 節/週

<p>(三)經費預估：</p> <p>原為：</p> <p>平日 節/週</p> <p>夜間 節/週</p> <p>假日 節/週</p> <p>預估總經費： 元</p> <p>變更為：</p> <p>平日 節/週</p> <p>夜間 節/週</p> <p>假日 節/週</p> <p>預估總經費： 元</p> <p>金額變動計 元</p>	<p>診所(衛生所)</p> <div style="text-align: center; margin: 20px 0;"> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; display: inline-block; margin: 0 auto;">印</div> </div> <p>執業醫師簽名： _____</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; display: inline-block;">印</div> </div>
---	--

註：此表使用於變更支援(巡迴)時間，例如週一下午之巡迴改至週四夜間，或增加支援(巡迴)時段，若為短期之請假，請使用執業醫師休診單。更換巡迴時間表次數，一年不可超過三次為限。





全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區醫師、護理人員巡迴醫療報酬申請表

100 年 月

頁數: 第 頁共 頁

受 理 日 期			受 理 編 號							
醫事服務機構名稱			醫 事 服 務 機 構 代 號							
編號	請領人姓名	請 領 人 身 分 字 號	給 付 別	日期	地點	診療人次	申請金額	核 減 額	核 定 額	
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
16.										
17.										
18.										
19.										
20.										
本 頁 小 計										
總 表	項 目 類 別	申 次	請 診 數 人	療 次	每 次 申 請 金 額	申 請 金 額 總 數	核 減 次 數	核 減 金 額	核 定 次 數	核 定 金 額
	給付別									
	8 案件									
	9 案件									
	10 案件									
	11 案件									
總 計										
負責醫師姓名:			<p>一.本項巡迴醫療應經當地衛生主管機關許可，並報經本保險人分區業務組同意始得給付。</p> <p>二.編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫；診療人次：填寫當次診療之人次。給付別為護理人員報酬項目，本欄不用填寫。</p> <p>三.給付別：西醫：</p> <p>8 為 P2005C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（一般日,每次）</p> <p>9 為 P2006C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（例假日,每次）</p> <p>10 為 P2007C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬（一般日,每次）</p> <p>11 為 P2008C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬（例假日,每次）</p> <p>四.填寫時請依同一給付別集中申報，同一請領人姓名亦應集中申報。</p> <p>五.本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄本保險人分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療改善方案報酬」（論次計酬）。</p>							
醫事服務機構地址:										
電話:										
印信:										

## 全民健康保險特約診所例外就醫名冊

特約診所名稱：

特約診所代號：

就醫日期	就醫類別	姓名	出生日期	身分證字號	連絡電話	地址	無卡原因
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：		<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：		<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：		<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：		<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：		<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：		<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間

註：1.本表應檢送本保險人分區業務組備查。

2.本表請診所自行印製使用。

## 100 年度全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案考核辦法

- 一、對象：執行本計畫之醫師。
- 二、考核人員：實地抽查成員包括各健保基層總額支付分區委員會人員及該縣代表會同保險人員。
- 三、考核方式：由各健保基層總額支付分區委員會與保險人人員訂定時間協同該縣代表至審查之巡迴(診所)執業地點。

### 四、考核項目：

#### (一)第一部份：實地審查考核評分表或電話抽查評核

##### 1.地理位置(共 10 分)

- (1)是否為無醫村? 是(10 分) 否
- (2)跨鄉鎮(區)、跨縣市服務加分 是(另加 10 分) 否

##### 2.診療服務及告示：(共 17 分)

- (1)是否有中低收入戶減免掛號費? 是(10 分) 否
- (2)巡迴(診所)招牌告示診療科目、時段、地點是否明顯、清楚?  
布條(海報)、招牌 明顯(7 分) 不明顯(1 分) 無

#### (二)第二部份：執業地點民眾意見評核(診所先自評並繳回問卷，至少 10 名以上)(共 25 分)

將民眾評分表之結果平均後計分：\_\_\_\_\_分

#### ※請問您對本計畫下列服務情形的滿意度如何?

- (1)候診時間 滿意(2 分) 尚可(1 分) 不滿意
- (2)醫療效果 滿意(2 分) 尚可(1 分) 不滿意
- (3)醫療設備 滿意(2 分) 尚可(1 分) 不滿意
- (4)醫師服務態度 滿意(2 分) 尚可(1 分) 不滿意
- (5)語言溝通能力 滿意(2 分) 尚可(1 分) 不滿意
- (6)門診時段 滿意(2 分) 尚可(1 分) 不滿意

#### ※就醫情形：

##### (7)您今天花多久時間到達此診所或巡迴地點?(僅指去程)

- 10 分鐘以內(3 分) 11~30 分鐘(2 分) 30 分鐘~1 小時(1 分)

##### (8)您覺得到診所或巡迴地點看病是否方便?

- 不方便 普通(1 分) 方便(2 分) 非常方便(3 分)

##### (9)是否有收取不當之收費? 是 否(3 分)

##### (10)您覺得接受本計畫服務感覺有那方面不錯?(可複選，最多 4 個)

- 設備好(1 分) 醫術好(醫師技術好)(1 分) 環境衛生(1 分) 候診時間短(1)
- 服務態度親切有禮(1 分) 方便(1 分) 重視病人意見(1 分)
- 提供充足醫療常識(1 分) 藥有效(1 分)

(三)第三部分：內部檔案分析評核（共 48 分）

- 1.以是否符合當地民眾需求，提供一有效、便利的治療。
- 2.申請案於 100 年 1 月 1 日至 5 月 31 日期間執行本方案者：應於 6 月 10 日至 6 月 15 日；100 年 6 月 1 日後始執行者：應於計畫執行結束或年度結束後十個工作日內以書面或電子檔案繳交照片及醫療報酬申請表（含每診看診人次）附於執行報告。
  - (1)推介巡迴醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張。(10 分)  
(內容：診療科目、時段、地點，附 2 張照片)
  - (2)獨居老人到宅診療給藥服務(附 2 張照片)。(4 分)
  - (3)詳細解釋用藥安全(附 2 張照片)。(10 分)
  - (4)空間及環境衛生(附 2 張照片)。非常乾淨(5 分)    尚可(3 分)    待改進
  - (5)診療設備(附 2 張照片)：體溫計、聽診器、血壓計、口罩、手套、藥物、棉枝紗布、病歷.....等。  
5 種以上(5 分)    4 種(4 分)    3 種(3 分)    2 種(2 分)    1 種(1 分)
- 3.每診看診 8 人次(含)。(可含 4 人獨居老人訪視)    8 人次以上 (4 分)    不足 8 人次
- 4.使用 IC 卡讀卡設備並依規定上傳資料 (10 分)。

(四)綜合討論及評分：(共 100 分)

- 1.優：95 分以上。
- 2.良：80~95 分。
- 3.觀察：70~80 分，予以分區觀察一季要求改善，明年仍未達 80 分以上，則不予續約。
- 4.輔導：70 分以下者，予以分區輔導一季要求改善，複核未改善者，終止計畫。



100 年度全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案執行成果報告

本保險人分區業務組： 分區 填表日期： 年 月 日

基本資料	診所名稱		聯絡電話	( )
	診所代號		負責醫師姓名	
	郵遞區號		聯絡地址	
	申請服務地區	縣市 鄉鎮(區) _____村	執業型態	<input type="checkbox"/> 新開業 <input type="checkbox"/> 巡迴醫療

申請服務內容	計畫執行期間:自 100 年 月 1 日起至 100 年__月__日止，共 個月																				
	申請項目： 1. <input type="checkbox"/> 新開業診察費加一成 2. <input type="checkbox"/> 巡迴醫療服務之診察費加一成： 巡迴醫師科別： 巡迴醫師姓名：																				
	星期一			星期二			星期三			星期四			星期五			星期六			星期日		
	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間
村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	

執行成果	申報經費概算：					
	項目	科目	數量 (單位:診/年)	單價	總金額	備註
	醫師診察費			平日:4,500 假日: 5,500		
	配合巡迴護士			平日: 1,200 假日: 1,700		
合計						

執行成果	成果評估：							
	實施總診次	實施總人次	經費總點數	平均每診次點數	平均每人次點數	平均每診次服務人次	原計畫執行目標人次	服務人次達成比例

對本計畫之建議：