

# 101 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

行政院衛生署中央健康保險局 100 年 12 月 30 日健保醫字第 1000074134 號公告

行政院衛生署中央健康保險局 101 年 04 月 06 日健保醫字第 1010051636 號公告

## 一、依據：

行政院衛生署 100 年 12 月 29 日衛署健保字第 1000029381 號核定函。

## 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 100 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.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。

## 四、施行期間： 101 年 1 月 1 日起至 101 年 12 月 31 日止。

## 五、預算來源：

101 年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，101 年全年為 1.5 億元。

## 六、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 220,000 總服務人次及 32,000 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.申請資格：

- (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).執行本方案開業醫療服務須為特約診所之專任醫師，於執行新開業優惠一年期間不得支援其他醫療院所及跨縣（市）辦理巡迴醫療。

#### 2. 開診相關規定：

- (1).申請本方案開業醫療服務特約診所之支援醫師加入診察，均應依相關規定向當地衛生局報備，並以書面函於 7 工作日內向所轄保險人分區業務組報備並登錄；該診所所有支援醫師合計之門診時間，不得超過該診所總門診診次的三分之一。
- (2).原申請之門診時間表有異動或計畫性休診者，應以書面函並檢附門診時段(人員)異動表、醫師休診單，於異動、休診當日起 7 個工作日內，向所轄保險人分區業務組報備；若為無法預期之臨時(緊急)事故，診所於臨時(緊急)事故後 12 小時內以電話並傳真（或電子郵件）向所轄保險人各分區業務組報備並啟動該診所支援醫師；未及啟動支援醫師支援診療服務時，診所應於獲知事故發生後 24 小時內向所轄保險人分區業務組完成緊急報備休診。
- (3).經所轄保險人分區業務組查證診所無故休診 2 次或累計請假休診達 2

個月者，保險人分區業務組即刻終止該診所執行本方案。(巡迴醫療服務同此規定)

- (4).門診服務時數：執行本項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每週不得少於二十四小時。
- (5).門診天數、時段、地點，則依執行本項服務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).西醫基層醫師於本方案執行區域申請開業提供醫療服務後，倘申請條件變更，或因涉有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)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或申請暫緩處分者)，應自條件變更改次月起或處分停約日起即停止本方案。

## **(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.申請資格：**

- (1).須於當地衛生局登記為診所(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」之特約診所。
- (2).執行巡迴醫療服務之醫師須為申辦本項服務特約診所之專任醫師，並於執行巡迴服務前，應依相關規定向當地衛生局報備。申請巡迴服務之診所，於同一保險人分區業務組內得跨鄉鎮(區)、跨縣市，不得跨分區執行本項服務。
- (3).各縣市醫師公會得視實際需要，以縣市醫師公會為本項服務之申請單位，為執行巡迴醫療之特約院所提出申請。執行本項服務之醫護人員需為該公會所轄健保特約診所之專任醫護人員，且應依相關規定完成報備

程序。費用由實際執行之特約診所申請，經保險人分區業務組審核後撥付。

## 2.巡迴服務相關規定：

### (1).巡迴點規定：

a.每 1 個巡迴點至多 1 天 1 次巡迴醫療、每週以 3 次為限。每次巡迴時間不得少於 3 小時（天災、事故等因素，經保險人分區業務組確認者除外）。

b.得申請本項服務之巡迴點者，限於申請時未有醫師執業之村、里。嗣後該巡迴點有醫師執業時，已同意執行巡迴服務之醫師，得繼續執行至期滿止。

### (2).巡迴醫事人員規定：

a.每位醫師每天以 1 次為原則；每週至多 3 次。

b.同一醫師、同一巡迴地點，以每週看診 1 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，報請當地衛生局會同本保險人分區業務組確認後，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)。

c.每次巡迴 2 個點者，每個巡迴點至少 1 小時，每次至多 2 個巡迴點。

d.同一診所、同一巡迴地點每週之看診醫師如同一科別，應固定同一位醫師。

e.配合醫師進行巡迴醫療護理人員每天至多 2 次。

### (3).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。

(4). 衛生所派員至醫療資源不足地區執行巡迴醫療服務時，應報經主管機關同意後為之，得申報本方案論次巡迴醫療服務報酬。惟衛生所(室)人員執行衛生所(室)職權業務時，不得申請本方案。

(5).執行本項服務之巡迴時間、巡迴時段及巡迴地點，則依執行本方案特約診所之申請計畫書所列時間表為執行依據；惟保險人分區業務組得整

合及協調規劃同鄉鎮(區)之西醫、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。

- (6).執行本項服務時，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。
- (7).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或申請暫緩處分者）。
- (8).本項巡迴醫療服務提供後，或因涉有特管辦法第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或申請暫緩處分者），應自條件變更改次月起或處分停約日起即停止本項服務。
- (9).特約診所符合下列條件之一者，列為本年度申請優先同意條件：
  - a. 去年度經同意執行本方案之診所，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. 申請本方案之巡迴地點重複者，以去年度已申請執行並通過西醫基層總額醫療資源不足地區方案考核要點之診所為優先；若該施行地區無診所申請則以先提出申請診所為優先辦理(以郵戳為憑)。
  - 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，免除排擠效應及不受第七點第(二)項第2點第(1)、(2)目名額限制。

## 八、申請程序：

### (一)申請流程(附件2)

#### 1.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)，向所轄保險人分區業務組提出申請；申請資料不足需補件者，以最後補件日期為受理日。

- (2).保險人分區業務組自收到申請書起 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或申請暫緩處分者）。經審查通過後，由保險人各分區業務組通知申請診所並副知中華民國醫師公會全國聯合會(以下稱醫師全聯會)。
- (3).申請診所收到保險人分區業務組之同意函者，醫事人員得檢具該函並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，後持報備同意函向所轄保險人分區業務組申請執行本方案。
- (4).保險人分區業務組應於收件之日起 10 個工作日內完成審查，並於審查通過日之次月 1 日生效；逾 10 個工作日未完成審查者，視為已通過；同意函併同附件副知醫師全聯會。

2.經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 101 年 3 月底，本方案施行區域之鄉鎮(區)尚無西醫基層醫師提供巡迴服務，屆時改由「101 年醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」公告為施行區域，由地區級以上醫院申請巡迴服務。

3.為確保本方案之延續性，原申請通過之 100 年度本方案若同為 101 年度醫療資源不足地區，且符合 101 年度本方案內容，並於公告之日起 15 個工作日內提出 101 年度方案申請者，其 100 年度通過之方案計畫可延續實施至 101 年方案申請核定日（因 100 年方案延續至 101 年實施，其 101 年所需經費，由本方案 101 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.申復作業：

- (1).申請案經保險人各分區業務組審查不同意者，申請診所得於收到該函

正本日起 10 個工作日內，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，向保險人各分區業務組提起申復。診所收到載有同意意見函者，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，向保險人各分區業務組申請辦理本方案；保險人分區業務組應於收文日起 15 個工作日內同意，並於同意日之次月 1 日生效；逾 15 個工作日未回復同意者，視為已同意。

(2).申請參與本方案之特約診所，第 1 年執行每診次平均就醫人數低於 8 人；於第 2 年提出申請時，則一併檢附改善計畫書。如連續 2 年，每診次平均就醫人數低於 8 人，即取消該特約診所申請此巡迴點資格。

5.保險人分區業務組應將西醫基層診所已同意之新開業及巡迴醫療服務之服務地點、時段、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，以供連結。

(二)申請所需檢附之文件：

1.申請表：「101 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：包括醫事人力名單、身分證號、專任醫師、護理人員，及專任醫師、護理人員之支援名單（每一巡迴醫師、護理人員之支援醫師、護理人員各以1名為限；該年度實際支援次數不得大於原申請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年內未涉有特管辦法第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)、醫師休診單(附件4-1)、巡迴地點異動表(附件5)；若非原列第2.(3).d.項支援醫事人力申辦支援醫師及護理人員者，須加附經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，送保險人分區業務組備查。
  - (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，則終止該診所執行本方案。



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：

(1).需符合本方案第七點申請條件之規定。

(2).請依照本方案第八點(一)及(二)之規定，向所屬保險人分區業務組提出申請；保險人分區業務組於收文日起10個工作日內審查，並於審查日之次月1日起生效；逾10個工作日未同意者，視為已同意。

#### 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計1成支付，加成部分由本方案預算支應。

2.診察費加成部分，每點支付金額以每點1元暫付。

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「D4」(醫療資源不足地區鼓勵加成)，特定治療項目代號(一)「巡迴醫療：G5」案件，診察費按申報點數加計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1元暫付。

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1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日前將書面資料向保險人分區業務組提報。

(三)點值結算方式：本方案預算按季均分，並採浮動點值暫結，且每點暫結金額不高於1元；當季預算若有結餘，可流用至下季。全年進行結算，每點支付金額不高於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。本方案醫療費用之申報，由參與本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，導致點值核付錯誤時，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「D 4」(醫療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：G 5」、「新開業：G 6」。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：G 5」、「新開業：G 6」、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 D 4，特定治療代號項目(一)為 G 5 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)考核程序及內容：

##### 1.繳交時間與繳送單位：

(1).於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日期間內向保險人分區業務組填報考核項目(附件8)。保險人分區業務組視需要依其自評項目實地審查。

(2).自6月1日後始執行者：應於計畫執行結束或年度結束後10個工作日內向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。

##### 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95分以上，列入優等。

(2).評分結果為80~95分，列入良等。

(3).評分結果為70~80分者，列入觀察等級，由保險人分區業務組予以觀察一季要求改善，下一年度仍未達80分以上者則不予執行本方案。

(4).評分結果為70分以下者，列入輔導等級，由保險人分區業務組予以輔導一季要求改善，經複核未改善者，終止執行本方案。

(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 10 個工作日內，檢送執行報告至保險人分區業務組。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、計畫執行期間，經保險人各分區業務組評核、稽查，如發現申辦診所提供之醫療服務內容有違背本方案目的時，保險人各分區業務組得終止該診所計畫之執行。另診所如對本方案之執行有疑義，得函詢保險人分區業務組，由保險人分區業務組予以函復釋義，並副知保險人及醫師全聯會。

十二、本方案由保險人報請主管機關核定後公告實施，並送費協會備查；惟屬執行面之修正，得由保險人逕行公告。

101 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

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

註：

1. \*為 101 年度增列之鄉鎮(區)。

2. 加括弧部分為兒科加強區。

3. 刪除新竹縣新埔鎮、新竹縣北埔鄉、臺東縣卑南鄉、臺東縣成功鎮；再修正公告 101 年度施行鄉鎮(區)，共計 83 個

## 101 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



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，持相關文件向所轄保險人分區業務組提出申請(相關醫事人員應依相關規定向衛生局報備支援取得同意函)

西醫基層診所檢具審查同意函併同醫師及護理人員報備支援同意函  
向所轄保險人分區業務組提出申請



2.收到申請書起 15 個工作日內

書面審查及資格審查(保險人分區業務組)



3.提出申請之日起 10 個工作日內審查，審查通過日之次月 1 日生效

### 考核流程：

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保險人分區業務組申報。
2. 於 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 日期間內向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、民眾問卷及考核要點自評分數(附件 8)，繳至保險人分區業務組。
3. 自 6 月 1 日後始執行者：應於計畫執行結束或年度結束後 10 個工作日內向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 10 個工作日內，繳交執行報告（詳見方案內容十.執行報告）至保險人分區業務組。

101 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

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	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：																				
	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	分區業務組意見：																				
	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 近2年內未涉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"/> 前一年度執行本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：																				
	申請通過日期： 年 月 日  申請通過函號：																				



101 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異動表-門診時段(人員)

門診時段(人員)異動表		填表日期： 年 月 日																																					
基本資料	診所名稱及醫事機構代號	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"/> 巡迴時段																																						
	變更 <input type="checkbox"/> 醫師姓名 <input type="checkbox"/> 護士姓名																																						
	變更原因																																						
<p>(一)原門診時段： 年 月 日起至 年 月 日</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>一</td> <td>二</td> <td>三</td> <td>四</td> <td>五</td> <td>六</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>上午時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>下午時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>晚上時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>合計 節/週</p>									一	二	三	四	五	六	日	上午時間								下午時間								晚上時間							
	一	二	三	四	五	六	日																																
上午時間																																							
下午時間																																							
晚上時間																																							
<p>(二)變更門診時段： 年 月 日起至 年 月 日</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>一</td> <td>二</td> <td>三</td> <td>四</td> <td>五</td> <td>六</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>上午時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>下午時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>晚上時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>合計 節/週</p>									一	二	三	四	五	六	日	上午時間								下午時間								晚上時間							
	一	二	三	四	五	六	日																																
上午時間																																							
下午時間																																							
晚上時間																																							
<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>診所(衛生所)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 0 auto; text-align: center; line-height: 40px;">印</div>																																			
<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>執業醫師簽名： _____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 0 auto; text-align: center; line-height: 40px;">印</div>																																			
<p>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。</p>																																							

101 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醫師休診單

醫師休診單		填表日期： 年 月 日	
基本資料	診所名稱及醫事機構代號	聯絡電話	( )
	申請服務地區	縣市 鄉鎮(區)	
	休診 <input type="checkbox"/> 醫師姓名 <input type="checkbox"/> 巡迴時段		
	休診原因		
<p>休診時間：</p> <p>1. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止</p> <p>2. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止</p> <p>3. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止</p> <p>合計 時段</p>			
<p>註：此表使用於醫師短期請假，若欲變更支援(巡迴)時間，請使用門診時段異動表。</p>			
<p>診所(衛生所)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin-left: 100px; text-align: center; line-height: 40px;">印</div>			
<p>執業醫師簽名： _____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin-left: 300px; text-align: center; line-height: 30px;">印</div>			



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

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	支 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
	支 付 別									
	8 案 件									
	9 案 件									
	10 案 件									
	11 案 件									
總 計										
負責醫師姓名：		一.本項巡迴醫療應經當地衛生主管機關許可，並報經保險人分區業務組同意始得支付。 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。支付別為護理人員報酬項目，本欄不用填寫。 三. 支付別：西醫： 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） 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） 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） 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） 四.填寫時請依同一支付別集中申報，同一請領人姓名亦應集中申報。 五.本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄保險人分區業務組，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改善方案巡迴醫療報酬」（論次計 酬）。								
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.本表應檢送保險人分區業務組備查。

2.本表請診所自行印製使用。

## 101 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要點

一、對象：執行本方案之醫師。

二、考核人員：保險人分區業務組人員。

三、考核方式：由保險人分區業務組人員至診所執業(巡迴)地點審查。

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. 診療服務及告示：(共 27 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

(3) 是否有「全民健保醫療巡迴服務」之標誌或海報？  是(10 分)  否

(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，提供有效、便利的治療。

2. 申請案於 101 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；

101 年 6 月 1 日後始執行者：應於計畫執行結束或年度結束後 10 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.使用健保 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，觀察一季要求改善，明年仍未達 80 分以上，則不予執行本方案。

4.輔導：70 分以下者，輔導一季要求改善，複核未改善者，終止執行本方案。。

101 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

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 年__月__日起至 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

對本方案之建議：