

# 103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

中華民國 000 年 0 月 0 日健保醫字第 0000000000 號公告

## 第一項 西醫醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫

### 一、依據：

衛生福利部全民健康保險會（以下稱健保會）第 1 屆 102 年第 4 次委員會議紀錄。

### 二、目的：

鼓勵西醫基層及醫院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（詳附件 1）：

(一)全民健康保險保險人（以下稱保險人）參酌下列條件訂定之：

- 1.每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，超過二千六百人之鄉鎮（市/區）。
- 2.各縣市衛生局提供之醫療資源不足地區名單。
- 3.排除「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮（市/區）。

(二)屬每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，低於二千六百人之鄉鎮（市/區），其巡迴點僅限當地衛生主管機關或所轄保險人分區業務組認定者。

### 四、施行期間：103 年 1 月 1 日起至 103 年 12 月 31 日止。

### 五、預算來源：

(一) 103 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，103 年全年為 150 百萬元。

(二) 103 年度全民健康保險醫院支援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，103 年全年為 60 百萬元。

### 六、執行方式及年度目標：

(一)西醫基層診所

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 225,000 總服務人次及 10,000 總診次為目標。

## (二)醫院

鼓勵地區級以上醫院至本方案施行區域提供巡迴醫療服務，包括：專科巡迴、提供行動不便者到宅醫療或疾病個案管理服務。本年度以 50,000 總服務人次及 3,000 總診次為目標。

## 七、申請條件：

### (一)申請資格：

- 1.須與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之特約西醫基層診所（含衛生所，不含醫院附設之診所）、地區級以上醫院。
- 2.申請參與本方案之診所、醫院及醫事人員須為提出申請日前 2 年未曾有全民健康保險特約及管理辦法（以下稱：特管辦法）第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者，前述計算違規期間以保險人第一次處分函上所載停約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。
- 3.巡迴區域規定：
  - (1).執行本方案巡迴服務之診所、醫院，於同一保險人分區業務組內得跨縣市，惟不得跨健保分區執行本項服務。
  - (2).若於 103 年 6 月底前，仍未有診所、醫院向所轄保險人分區業務組申請巡迴之鄉鎮（市/區），得由保險人就原定診所、醫院其施行區域開放其他分區之診所、醫院申請。
- 4.申請參與本方案提供巡迴醫療服務之醫師，應以專任專科醫師為優先原則，但不具專科醫師資格，經各分區與轄區醫界代表共管（聯繫）會議討論，同意提供巡迴醫療服務者，不在此限。

### (二)巡迴服務相關規定：

### 1.巡迴點之規定：

- (1).每一個巡迴點至多 1 天 1 次巡迴醫療、每週以 3 次為限，同一巡迴地點，同一時段，以一家診所或醫院為限。
- (2).執行本方案滿 3 個月，巡迴點每診次平均就醫低於 5 人次（不含），暫停該巡迴點服務，該診所或醫院應提改善計畫書或變更巡迴點，並經保險人分區業務組核定後始得恢復或變更巡迴點。
- (3).本方案巡迴點之申請，限於申請時未有醫師開業之村、里。嗣後該巡迴點有醫師開業時，已同意執行巡迴服務之醫師，得繼續執行至該年度方案期滿為止。

### 2.巡迴醫事人員之規定：

- (1).參與本方案醫事人員應以執業登錄於申請本方案之診所、醫院為限（惟以總、分院型態之醫院所提計畫者，不在此限）。
- (2).於執行巡迴服務前，應依相關規定向當地衛生主管機關報備（藥事人員應事前向保險人分區業務組報備同意），若為總、分院型態醫院提出計畫，巡迴醫師包括在不同縣市之總院與分院醫師，參與巡迴醫療服務之醫師應分別向所屬縣市衛生局提出報備。
- (3).每位醫師 1 天以 1 次為原則，每週至多 3 次。每次巡迴至多 2 個巡迴點，每個巡迴點至少 1 小時。
- (4).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，報請當地衛生主管機關會同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）。
- (5).配合醫師進行巡迴醫療服務之護理人員、藥事人員服務時段：1 天至多 2 次。

### 3.巡迴醫療服務時間：

8:00~22:00，每 1 時段至少 3 小時，因天災、事故等因素，經保險人分區業務組確認者，不在此限；每一巡迴點，1 天至多 1 時段。每次巡迴至多 2 個點，其每個巡迴點至少 1 小時。

4. 衛生所派員至醫療資源不足地區執行巡迴醫療服務時，應報經當地衛生主管機關同意後為之，並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. 門診時間若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害停止上班(課)日，則為休診日，不須補診。
6. 執行本項服務時，診所、醫院應將「全民健保巡迴醫療服務」之標誌或海報及看診日期、時間，揭示於巡迴點明顯處。
7. 診療時間、地點之異動，診所、醫院應事先週知當地民眾及病患，門診時間表及地點變更次數，一年不可超過五次。
8. 診所、醫院未經報備無故休診二次，則終止該診所、醫院執行本方案。
9. 本巡迴服務提供後，因條件變更或涉有特管辦法第三十八條至第四十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第一次處分函所載之停約日起停止本項服務。
10. 本方案之巡迴地點有一家以上診所或醫院申請者，以去年度已申請執行並通過西醫醫療資源不足地區方案考核要點之診所或醫院為優先；若該施行地區前一年度無診所或醫院申請則以先提出申請診所或醫院為優先辦理(以郵戳為憑)。
11. 註記為兒科加強區，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。
12. 執行本方案巡迴醫療服務之診所、醫院，如同時提供藥事服務者，應符合藥事法第 102 條規定。

## 八、申請程序：

### (一)申請流程

#### 1.診所、醫院申請程序：

- (1).相關醫事人員應依醫事法規相關規定向當地衛生主管機關辦理報備支援。
- (2).自方案公告日起 15 個工作日內（以郵戳為憑），檢具相關申請文件向所轄保險人分區業務組提出申請（申請文件請自行備份，經受理後不予檢還）。
- (3).申請資料不足需補件者，以最後補件日期為受理日。
- (4).申請參與本方案之特約診所、醫院，第 1 年執行之巡迴點每診次平均就醫人數低於 5 人（不含）；於第 2 年提出申請時，則一併檢附改善計畫書。

#### 2.保險人分區業務組核定程序：

- (1).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）核定。
- (2).申請者為診所核定通知則併副知中華民國醫師公會全國聯合會（以下稱醫師全聯會）。
- (3).生效日以審查通過之次月 1 日生效。
- (4).申請流程詳附件 2。

3.逾期申請者，保險人分區業務組得視經費及實際需要受理申請及審查。

4.申復作業：申請案經保險人各分區業務組審查不同意者，申請診所、醫院得於收受通知後 30 日內，敘明原因並檢附所需文件，以書面申請複核，惟以一次為限。保險人分區業務組應於收文日起 30 日內重行審核，並於同意日之次月 1 日生效。

5.方案延續：為確保本方案執行之延續性，原核定執行之 102 年度方案若仍為 103 年度方案施行地區，原申辦診所、醫院依醫事法規相關規定向當地

衛生主管機關辦理報備核准，且符合103年度方案規定，其102年度之方案可延續至103年度方案核定日，並得於103年度開始進行巡迴醫療服務，其經費由103年度預算支應。

6.資訊公開：保險人應將本年度同意西醫基層診所、醫院辦理之巡迴醫療服務相關訊息建置於保險人全球資訊網站，以供查詢。

(二)申請所需檢附之文件：

- 1.申請表：「103年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫申請書」，詳附件3-1。
- 2.計畫書書面資料及檔案，詳附件3-2。
- 3.醫事人員執業執照正反面清晰影本及經當地衛生局報備之醫師及護理人員同意函（藥事人員應事前向保險人分區業務組報備同意）。

(三)服務內容變更申請作業及相關規定：

- 1.原申請之門診（巡迴）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（附件4-1）、醫師休診單（附件4-2），於異動或休診前7個工作日內，向所轄保險人分區業務組報備。
- 2.若為無法預期之臨時（緊急）事故，診所、醫院於臨時（緊急）事故後24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、醫院備援醫師或完成緊急報備休診。
- 3.原計畫藥事人員應事前向保險人分區業務組報備同意。
- 4.巡迴點每診次平均就醫人次計算，不含預防保健、戒菸案件；另同一診次如為2個巡迴點，人次合併計算。

(四)診所、醫院增加巡迴服務次數之新增醫事人員或巡迴時段地點者：

- 1.需符合本方案第一項七、申請條件之規定。
- 2.依照本方案第一項八、申請程序之規定，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。

## 九、支付標準及醫療費用申報與審查：

(一)預算支用範圍：執行本方案產生診察費加成及巡迴醫療服務醫師、護理人員、藥事人員之報酬(另醫院包含執行本方案產生之醫療費用)。

(二)部分負擔：

- 1.醫院執行本方案門診基本部分負擔收取方式，比照本方案之基層院所辦理巡迴醫療服務收取門診基本部分負擔50元。
- 2.診所、醫院執行本方案若為符合全民健康保險法第四十三條第四項所訂之醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，部分負擔得予減免20%。

(三)支付原則：

- 1.診察費加成：診察費按申報點數加計2成支付；每點金額以1元計（診所：由保險人於點值結算時加計後支付；醫院：每月自行申報）。
- 2.醫事人員報酬：以「論次計酬」支付。

(1).一般日（含夜診）：

- A.醫師：每次支付 4,500 點（支付標準代碼為「P2005C」）。
- B.護理人員：每次支付 1,200 點（支付標準代碼為「P2007C」）。
- C.藥事人員：每次支付 1,200 點（支付標準代碼為「P2009C」）。

(2).例假日：

- A.醫師：每次支付 5,500 點（支付標準代碼為「P2006C」）。
- B.護理人員：每次支付 1,700 點（支付標準代碼為「P2008C」）。
- C.藥事人員：藥事人員：每次支付 1,700 點（支付標準代碼為「P2010C」）。

(3).執行巡迴醫療服務應逐次填寫醫療報酬申請表（詳附件5），並於次月20日前以書面資料向保險人分區業務組申報。

3.因應天然災害臨時宣布之停止上班（課）日，非屬人事行政總處公告之

例假日，醫事人員報酬應按一般日規定辦理。

(四)點值結算方式：

- 1.本方案預算按季均分，當季預算若有結餘，可流用至下季。
- 2.若當季經費超出預算時，則西醫基層診所先扣除新開業之保障金額、診察費加成；醫院先扣除診察費加成、藥費、藥事服務費後，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。
- 3.若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

(五)有關醫療服務支付項目及支付點數、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、醫院依相關規定每月申報（應於次月 20 日前申報）並將巡迴點看診人次回報保險人。另如明顯可歸責於診所、醫院申報案件分類錯誤，導致點值核付錯誤時，需由申報診所、醫院自行負責。

(六)特約診所、醫院申報本方案之費用，門診醫療費用點數申報格式欄位請依下述填報：

- 1.點數清單段：「案件分類」欄位，請填報「D 4（醫療資源不足地區鼓勵加成）」。
- 2.「特定治療項目代號(一)」欄位，請填「G 5（巡迴醫療）」。
- 3.部分負擔代碼：醫學中心請填報[A13]、區域醫院請填報[B13]、地區醫院請填報[C13]、基層院所則依現行申報方式填報。
- 4.若本方案案件，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 E4~E8 或 N、C、R 時，則「案件分類」欄位，請填報「E1」，「特定治療項目代號(一)」，請填報特定疾病醫療給付改善方案之特定治療項目代號 E4~E8 或 N、C、R，「特定治療項目代號(二)」欄位，請填「G 5（巡迴醫療）」。



- 5.就醫當次併開立慢性病連續處方箋者，請填報案件分類「D 4」，特定治療項目(一)請填「G 5 (巡迴醫療)」；第 2 及 3 次調劑，案件分類為「0 8」，特定治療項目(一)請填「G 5 (巡迴醫療)」。
  - 6.基層診所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。
  - 7.醫院申報診察費不列入合理門診量計算；另診察費加成包括兒童加成，醫療費用係指費用點數加上部分負擔點數。
- (七)執行本方案（含巡迴服務）須依據健保卡相關作業；巡迴點應備讀卡機依照規定上傳健保卡，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」（以下稱例外就醫名冊，如附件 6）後同意以健保身分就醫，就醫序號以特定代碼「C001」~「C003」申報。「例外就醫名冊」由診所、醫院自存備查。巡迴醫療須配合健保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、醫院內進行開機認證後，再攜帶外出使用。
  - 2.除特約診所、醫院日常使用的連接健保醫療資訊網線路外，另外申請一組連接「健保醫療資訊網」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。

#### (八)考核程序：

執行本方案者，於8月1日前填報上半年考核要點（附件7-1、7-2）寄至保險人分區業務組；保險人分區業務組視需要依其自評項目實地審查。

(九)有關預防保健服務項目中之申報，須報衛生福利部國民健康署（以下稱健康署）核准，並依衛生福利部『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，其費用由該署公務預算支應，案件分類請申報 A3。

(十)執行本方案之診所、醫院，若併同提供健康署之「醫療院所戒菸服務補助計畫」服務，須報經健康署核准，並依該計畫規定辦理。費用並由該署公務預算支應，案件分類請申報 B7。

#### 十、執行報告：

執行本方案者，應於該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，詳附件 8-1、8-2，執行報告之內容與繳交時程，將作為下年度審查之依據。

#### 十一、相關規範：

(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、醫院提供之醫療服務內容有違背本方案目的或規定時，保險人各分區業務組得終止該診所、醫院計畫之執行。另診所、醫院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。

(二)申復作業：因條件變更或涉有特管辦法第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者，經保險人分區業務組審核停止本項服務，診所、醫院得於收受通知後 30 日內，以書面申請複核，惟以一次為限。

十二、本方案由保險人與相關醫事團體共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險

法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

## 第二項 西醫醫療資源不足地區獎勵開業服務計畫

### 一、依據：

衛生福利部全民健康保險會第 1 屆 102 年第 4 次委員會議紀錄。

### 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（詳附件 1）：

(一)全民健康保險保險人（以下稱保險人）參酌下列條件訂定之：

- 1.每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，超過二千六百人之鄉鎮（市/區）。
- 2.各縣市衛生局提供之醫療資源不足地區名單。
- 3.排除「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮（市/區）。

(二)屬每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，低於二千六百人之鄉鎮（市/區），其巡迴點僅限當地衛生主管機關或所轄保險人分區業務組認定者。

四、施行期間：103 年 1 月 1 日起至 103 年 12 月 31 日止。

### 五、預算來源：

103 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，103 年全年為 150 百萬元。

### 六、執行方式及年度目標：

鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域新開業提供醫療服務。

### 七、申請條件：

(一)申請資格：

- 1.須於當地衛生主管機關登記為診所（不含醫院附設之診所、中醫診所及牙醫診所）且為本方案公告日起 1 年內與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之西醫基層診所；另同址或同一醫師限申請一次。

- 2.申請參與本方案之診所及醫事人員須為提出申請日前 2 年未曾有特管辦法第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者，前述計算違規期間以保險人第一次處分函上所載停約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。
- 3.執行本方案新開業醫療服務之專任醫師，於執行新開業優惠三年期間不得支援其他醫療院所及跨縣（市）辦理巡迴醫療。

## (二)新開業相關規定

- 1.執行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主管機關報備，並以書面函於 7 個工作日內，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診次，不得超過該診所總門診診次的三分之一。
- 2.經保險人所轄分區業務組查證若有下列情形之一者，應立即終止執行本方案：
  - (1).無故休診 2 次。
  - (2).累計請假休診達 2 個月者。
  - (3).支援其他醫療院所。
  - (4).跨縣（市）辦理巡迴醫療。
- 3.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，每週總時數不得少於二十四小時，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。
- 4.申請本方案之特約醫事服務機構可同時申請巡迴醫療服務計畫，但巡迴看診時數不列入門診服務時數計算。
- 5.執行本方案新開業之診所，倘申請條件變更，或因涉有特管辦法第三十八條至第四十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保險人第一次處分函

所載之停約日起即停止執行本方案。

6.門診時間若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害停止上班（課）日，則為休診日，不須補診。

## 八、申請程序：

### (一)申請流程

#### 1.診所申請程序：

(1).自方案公告日起（以郵戳為憑），檢具相關申請文件向所轄保險人分區業務組提出申請（申請文件請自行備份，經受理後不予檢還）。

(2).申請資料不足需補件者，以最後補件日期為受理日。

#### 2.保險人分區業務組核定程序：

(1).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）核定並副知醫師全聯會。

(2).生效日以審查通過之次月 1 日生效。

(3).申請流程詳附件 2。

#### 3.申復作業：

申請案經保險人各分區業務組審查不同意者，申請診所得於收受通知後 30 日內，敘明原因並檢附所需文件，以書面申請複核，惟以一次為限。保險人分區業務組應於收文日起 30 日內重行審核，並於同意日之次月 1 日生效。

### (二)申請所需檢附之文件

1.申請書：「全民健康保險西醫醫療資源不足地區獎勵開業服務計畫申請書」，詳附件 9-1。

2.計畫書書面資料及檔案，詳附件 9-2。

3.醫事人員執業執照正反面清晰影本。

### (三)服務內容變更申請作業及相關規定：

- 1.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（附件 10-1）、醫師休診單（附件 10-2），於異動或休診前 7 個工作日內，向所轄保險人分區業務組報備。
- 2.若為無法預期之臨時（緊急）事故，診所於臨時（緊急）事故後 24 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備援醫師或完成緊急報備休診。

## 九、支付標準及醫療費用申報與審查：

(一)預算支用範圍：執行本方案產生之新開業醫療服務及巡迴醫療服務醫師、護理人員、藥事人員之報酬。

(二)醫療服務支付原則（102 年生效者亦適用）：

- 1.該診所總額內核定點數（含部分負擔）以該區每點支付金額計算（含釋出交付機構之費用），但每點支付金額至少 1 元，每月最低以保障額度 20 萬元計算，至第 36 個月止。
- 2.如總額內核定點數（含部分負擔）超過保障額度者，以前開點數及該區每點支付金額計算，但每點金額至少 1 元。
- 3.管理原則：辦理本方案後第 13 個月起，若當月總服務量（含開業、巡迴醫療及釋出交付機構之醫療費用）未滿保障額度 50%，當月則予保障額度之 50%核付。

註：依行政院人事行政總處公告之春節日數占該月份日數之比率，調整管控額度之百分比。

- 4.西醫基層診所同時提供新開業及巡迴醫療服務時，已接受前項 20 萬元保障者或申報點數超過 20 萬者，其巡迴醫療服務之論次費用以 30%支付。

(三)點值結算方式：

- 1.本方案預算按季均分，當季預算若有結餘，可流用至下季。

- 2.若當季經費超出預算時，則先扣除新開業之保障金額、診察費加成後，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。
  - 3.若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。
- (四)有關醫療服務支付項目及支付點數、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）並將巡迴點看診人次回報保險人。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)特約診所申報本方案之費用，門診醫療費用點數申報格式欄位請依下述填報：
- 1.點數清單段：「案件分類」欄位，請填報「D 4(醫療資源不足地區鼓勵加成)」。
  - 2.「特定治療項目代號(一)」欄位，請填「G 6（新開業）」。
  - 3.若本方案案件，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 E4~E8 或 N、C、R 時，則「案件分類」欄位，請填報「E1」，「特定治療項目代號(一)」，請填報特定疾病醫療給付改善方案之特定治療項目代號 E4~E8 或 N、C、R，「特定治療項目代號(二)」欄位，請填「新開業：G 6（新開業）」。
  - 4.就醫當次併開立慢性病連續處方箋者，請填報案件分類「D 4」，特定治療項目(一)請填「新開業：G 6（新開業）」；第 2 及 3 次調劑，案件分類為「0 8」，特定治療項目(一)請填「新開業：G 6（新開業）」。
  - 5.執行本方案之案件分類為 D 4，特定治療代號項目(一)為 G 6 者，則列入合理門診量計算。
  - 6.處方交付之醫令項目代號於門診醫療服務醫令清單欄位 IDp3「醫令類



別」欄，請依規定填寫 4（不得另計價之藥品、檢驗（查）、診療項目或材料），單價及點數請核實填寫。

(六)執行本方案須依據健保卡相關作業；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卡者，依規定填具例外就醫名冊（附件 6）後同意以健保身分就醫，就醫序號以特定代碼「C001」~「C003」申報。「例外就醫名冊」由診所自存備查。

(七) 考核程序（102 年生效者亦適用）：

執行本方案者，應於每年 8 月 1 日前填報上半年考核要點（附件 11-1、11-2）寄至保險人分區業務組；保險人分區業務組視需要依其自評項目實地審查。

(八)有關預防保健服務項目中之申報，須報健康署核准，並依衛生福利部『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，其費用由該署公務預算支應，案件分類請申報 A3。

(九)執行本方案之診所若併同提供健康署之「醫療院所戒菸服務補助計畫」服務，須報經健康署核准，並依該計畫規定辦理。費用並由該署公務預算支應，案件分類請申報 B7。

## 十、執行報告：

執行本方案者，應於每年該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，詳附件 12-1、12-2，執行報告之內容與繳交時程，將作為下年度審查之依據。

## 十一、相關規範：

(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或規定時，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。

(二)申復作業：因條件變更或涉有特管辦法第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者，經保險人分區業務組審核停止本項服務，診所、醫院得於收受通知後 30 日內，以書面申請複核，惟以一次為限。

十二、本方案由保險人與相關醫事團體共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

