

**全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 113 年
研商議事會議第 1 次臨時會會議紀錄**

時間：113 年 1 月 11 日下午 2 時

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：石署長崇良

紀錄：陳怡蓓

出席代表（依姓氏筆劃排列，*係指採線上與會人員名單）

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
丁榮哲	塗勝雄	徐超群	徐超群
王宏育	王宏育	張孟源	張孟源
古有馨	請假	連哲震	請假
朱光興	潘志勤	陳志明	陳志明
朱益宏	朱益宏	陳相國	陳相國
江心怡	江心怡	陳晟康	陳晟康
江俊逸	江俊逸	劉林義	劉林義
何活發	何活發	黃振國	黃振國
吳國治	吳國治	黃啟嘉	黃啟嘉
吳順國	請假	楊宜青	請假
李丞華	請假	楊芸蘋	楊芸蘋
李承光	李承光	趙善楷	趙善楷
李紹誠	李紹誠	劉守仁	王麗萍
李龍騰	李龍騰	劉碧珠	請假
周朝雄	請假	蔡有成	蔡有成
周慶明	周慶明	蔡昌學	請假
林名男	請假	鄭俊堂	請假
林旺枝	林旺枝	盧榮福	盧榮福
林恆立	林恆立	賴俊良	賴俊良
林誓揚	林誓揚	藍毅生	藍毅生
林憶君	溫致群	顏鴻順	顏鴻順
洪一敬	洪一敬	林煥洲	林煥洲
洪德仁	洪德仁	蘇東茂	蘇美惠

列席單位及人員

衛生福利部社會保險司	梁淑政		
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴	劉于鳳	
中華民國醫師公會全國聯合會	吳韻婕	黃佩宜	謝沁妤
台灣醫院協會	林佩菽	吳心華	周貝珊
中華民國藥師公會全聯會	黃羽婕	林庭瑋*	
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	請假		
中華民國物理治療師公會全國聯合會	請假		
中華民國醫事放射師公會全國聯合會	溫建雄		
本署臺北業務組	林怡君*	廖美惠*	莊茹婷*
本署北區業務組	陳祝美*	王慈錦*	胡淑惠*
	蕭琬瑜*	張晏溶*	陳孟函*
本署中區業務組	張黛玲*	游姿瑗*	
本署南區業務組	賴阿薪*	洪穰齡*	郭郁伶*
本署高屏業務組	施怡如*	陳瑩玲*	陳榆萍*
本署東區業務組	黃兆杰*	羅亦珍*	王素惠*
	江春桂*	詹蕙嘉*	馮美芳*
	劉惠珠*	陳佳穎*	
本署署長室	姚雨靜		
本署主任祕書室	張禹斌		
本署醫審及藥材組	張惠萍	詹淑存	
本署醫務管理組	林右鈞	黃珮珊	洪于淇
	呂姿曄	賴彥壯	黃怡娟
	朱文玥	黃奕瑄	黃瓊萱
	王智廣	許博淇	周筱妘
	林鈺禎	李柏諺	黃明珮

壹、主席致詞(略)

貳、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113 年「基層總額轉診型態調整費用」結算方式案。

決定：洽悉，113 年「基層總額轉診型態調整費用」預算金額 8 億元，比照 112 年結算方式，優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件」。

參、討論事項

第一案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：113 年西醫基層總額專款項目「因應長新冠照護衍生費用」執行方式案。

決議：本案修訂通過如附件 1，113 年西醫基層總額專款項目「因應長新冠照護衍生費用」動支條件如下：

(一) 支應申報任一診斷碼有 U071(確認 COVID-19 病毒感染)、U099(COVID-19 後的病況，未明示) 或申報醫令 14084C(新型冠狀病毒抗原檢測)之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)大於 108 年同期醫療點數部分。

(二) 本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「113 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」案。

決議：本案修訂通過如附件 2，修訂重點如下：

一、修訂施行區域：113 年共計 128 個施行區域。

(一)新增彰化縣社頭鄉。

(二)刪除桃園市大溪區。

(三)苗栗縣南庄鄉由第 3 級調整為第 2 級；苗栗縣卓蘭鎮、高雄市田寮區及高雄市六龜區寶來里由第 2 級調整為第 3 級。

(四)高雄市田寮區、屏東縣麟洛鄉、崁頂鄉及萬巒鄉開放醫院及診所同時申請執行本方案；花蓮縣吉安鄉承作單位調整為診所。

二、修訂巡迴計畫

(一)調整基層診所巡迴計畫之總服務人次及總診次年度目標數，分別為 227,200 人次及 12,000 診次。

(二)刪除「申請執行巡迴計畫之院所不得跨健保分區執行巡迴醫療服務」之規定。

(三)增加巡迴醫事人員之備援人員資格：「如有特殊情形，經保險人分區業務組評估個案同意」。

(四)調整平均診察費：基層診所之診察費加成，每件依 111 年全年平均診察費 356 點加計 3 成計算。

(五)調整巡迴計畫之醫事人員報酬：醫師之論次費用皆較 112 年度增加 500 點；護理及藥事人員論次費用支付方式比照醫師，依提供巡迴計畫地區分三級，第 1 級不調整，第 2、3 級分別較 112 年度增加 300 點及 600 點。

三、修訂開業計畫

(一)執行開業計畫特約診所之執業地點，除原訂須與原開業之西醫特約院所設址地點為不同村（里）外，新增「且距離 1.8 公里以內無診所」規定。

(二)新增「辦理本方案開業計畫診所，於承辦開業計畫後第 7 個月起，若連續 2 個月之當月核定點數(含部分負擔)未達保障

額度 35%者，須自次月起於開業鄉鎮(或經保險人分區業務組核定至鄰近本方案施行地區)每月至少提供 1 點巡迴醫療服務」之規定；其參與巡迴醫療服務之醫療費用、論次費用併入保障額度計算。

(三)調整支付西基診所屬本方案開業計畫並提供巡迴醫療服務者之規定：「得依提供巡迴醫療服務地區之分級，申請論次支付點數」。

四、申請條件通則增列參與計畫前二年內不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第四十四至四十五條規定，並明訂兩年內違規之日期計算。

五、其餘條文依文字修正條文對照表內容修訂。

六、本方案預算 113 年支付方式，依衛生福利部公告「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，維持原支付方式，經費得與醫院總額同項專款相互流用。另請本署評估本專款是否足以支應本方案相關醫療費用，或研議於 114 年由其他總額項下支應。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關 113 年度西醫基層總額「強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護」項目及決定事項案。

決議：本案通過，未滿 4 歲兒童第一段門診診察費之專科加成均調升至 13%，並訂有品質監測指標「未滿 4 歲兒童於基層就醫人數或人次之比率，較前 1 年增加」。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關 113 年度西醫基層總額「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」項目及決定事項案。

決議：

- 一、調升 00246C「提升基層護理人員照護品質加計」支付點數至 12 點，配合支付標準修訂公告後調整申報方式，改由本署勾稽診所實際調薪情形核付費用。
- 二、113 年執行目標及評估指標依醫師全聯會代表建議，目標值調升至 70% 診所所有達標；個別基層診所是否達標之認定，按聘有護理人員數不同分別訂為 4 位以下調升全數護理人員薪資、5 至 10 位調升 90% 以上護理人員薪資、11 位以上調升 80% 以上護理人員薪資。其中 11 位以上將與護理全聯會確認並提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議。
- 三、本預算將按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘留用至下季、不足則採浮動點值；最後一季若有結餘將採獎勵金方式，依各診所調升護理人員薪資之人月占率發放予有調升護理人員薪資之基層診所，以落實用於調升護理人員薪資。
- 四、本項預算為延續型項目增編額度，爰自 113 年 1 月 1 日起獎勵。

第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫(下稱家醫計畫)」修訂案。

決議：部分修訂通過如附件 3，重點摘述如下：

一、通過以下修訂事項：

- (一) 113 年家醫計畫雙軌併行：有加強 DM/CKD 疾病管理能力之醫療群認定為「家醫 2.0 醫療群」，得支付「糖尿病/慢性

腎臟病整合照護提升費」，且評核指標達特優級以上者，績效獎勵費用優先保障 1 點 1 元。

(二)派案原則：優先交付有參加 P4P-DM/CKD/DKD 或代謝計畫之診所。

(三)教育訓練：「家醫 2.0 醫療群」應按個案疾病樣態，每年接受 DM/CKD 教育課程。另增列教育訓練提供單位。

(四)收案期限：第一階段收案期限修訂為 2 個月；另若前一年已為家醫會員，且派案診所與前一年相同者，診所無須於隔年度重新派(收)案。

(五)個案管理費：若家醫計畫與 P4P、代謝計畫收案診所相異，得支付家醫計畫個案管理費。

(六)評核指標：新增「B、C 肝炎篩檢率」等 3 項、刪除「檢驗(查)結果上傳率」等 2 項、調整「成人預防保健檢查率」等 7 項配分或內容。

(七)多重慢性病門診整合費用：

1、增訂「當年度於收案診所，每次慢性病就醫案件開立之慢性病連續處方箋需含兩類(含)以上慢性病用藥」條件。

2、每會員每年支付點數自 500/1,000 點調升至 550 點/1,100 點。

(八)新增「糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升費」：DM/CKD/DKD 個案之 HbA1c、LDL 及 UACR 有進步或控制良好，每一個案年度支付 250 點或 750 點。

(九)另修改失智症門診照護家庭諮詢費之文字敘述方式、明訂兩年內違規之日期計算方式。

二、另有關「成人預防保健檢查率」等 3 項預防保健指標將參採全聯會建議試算納入醫院檢查人數之影響，及確認「會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率」之定義後，與上開修訂事項提至 113 年 1 月 16 日共擬會議報告。

臨時動議：無。

肆、散會下午 4 時 20 分

113年西醫基層總額因應長新冠照護衍生費用

一、 預算經費：113年全年經費 10 百萬元。

二、 執行目標：減緩「長新冠引起的醫療耗用」。

三、 預期效益評估指標：本項預算使用達 80%。

四、 動支條件：

(三) 支應申報任一診斷碼有 U071(確認 COVID-19 病毒感染)、U099(COVID-19 後的病況，未明示)或申報醫令 14084C(新型冠狀病毒抗原檢測)之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)大於 108 年同期醫療點數部分。

(四) 本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。

五、 結算方式：預算按季均分並依各季各就醫分區實際執行情形，併入該分區一般服務預算結算，當季預算如有剩餘，則流用至下季，惟如當季預算不足支應時，按當季各就醫分區申報醫療點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。

六、 醫療利用監控及管理措施

因本預算為專款，用於長新冠引起之醫療利用，預算如有剩餘則回歸安全準備金，惟本署仍將定期統計申報資料，提報每季西醫基層總額研商議事會議監控利用情形。

112113 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

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、施行期間：~~112113~~ 年 1 月 1 日起至 112113 年 12 月 31 日止。

四、預算來源：

(一)112113 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，全年為 317.1 百萬元，得與醫院總額同項專款相互流用。

(二)112113 年度全民健康保險醫院醫療費用總額中之「醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為 ~~100115~~ 百萬元，得與西醫基層總額同項專款相互流用。

五、執行方式及年度目標：

(一)獎勵開業服務計畫（以下稱開業計畫）：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域新開業，提供醫療服務。

(二)巡迴醫療服務計畫（以下稱巡迴計畫）：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務(例如：專科巡迴、提供行動不便者到宅醫療或疾病個案管理服務)。本年度基層診所以 ~~227,000~~227,200 總服務人次及 ~~10,200~~12,000 總診次為目標；醫院以 ~~50,000~~70,000 總服務人次及 ~~3,000~~5,000 總診次為目標。

六、施行區域^註（詳附件 1）：

註：施行區域一覽表中標示★係依據 108 年 12 月 6 日衛部健字第 1083360163 號公告及 108 年 12 月 18 日「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」108 年第 4 次會議決議，109 年放寬納入醫人比介於 2,000 至 2,599 人、戶籍人口數低於 40,000 人且人口密度低於 800 人之 7 個鄉鎮。

(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。

(三) 施行鄉鎮分級：

1. 依本保險人於前一年年底參酌施行鄉鎮之醫人比、人口密度及交通狀況等條件，並與保險人各分區業務組及當地衛生局主管機關評估後認定。分為三級：
 - (1) 第一級：醫療資源導入較容易。
 - (2) 第二級：醫療資源導入一般。
 - (3) 第三級：醫療資源導入較困難。
2. 調整原則：每年調整一次，該年度該鄉鎮巡迴點之平均每診次就醫 35 人次以上，次年度調整級數或列為開業計畫優先輔導施行區域。

七、申請相關規定：

(一) 申請資格：

1. 通則：申請參與本方案之診所、醫院及醫事人員，須為最近 2 年未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。提出申請日前二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)。~~

2. 開業計畫：

- (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一年內與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之西醫基層診所；另同址或同一負責醫師限申請並經分區核定同意一次。
- (2) 申請執行本計畫特約診所之執業地點因地制宜，以與原開業之西醫特約院所設址地點為不同村（里）且距離 1.8 公里以內無診所為原則，如有特殊情形得由申請診所提出申請且詳述評估因素及條件後，經保險人各分區業務組評估後核定。
- (3) 負責醫師須為中華民國醫師公會全國聯合會所屬縣市公會會員並符合開業資格之西醫師，其最近十二個月全民健康保險平均每月申報點數(含部分負擔)須大於 14 萬點；無最近十二個月申報資料者，則以申請本方案前，最後有申報資料，採計十二個月為計算基礎。
- (4) 前開計算費用之十二個月區間，若屬下列情況之人員，不在此限：
 - A. 於中央主管機關指定之醫院接受二年醫師訓練之期間並取得證明文件者。
 - B. 退休醫師(需檢具相關文件)。
(註)退休係指 65 歲(含)以上，無執業狀態。
 - C. 返國醫師(需檢具相關文件)。

3. 巡迴計畫：

- (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) 申請參與本計畫之醫師，應以專任專科醫師為優先原則，但不具專

科醫師資格，經保險人各分區業務組審查同意者，得提供巡迴醫療服務。

(3) 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。

(4) 巡迴區域規定：

~~A.申請執行本方案巡迴服務之診所、醫院，得於同一保險人分區業務組內得跨縣市，惟不得申請跨健保分區執行巡迴醫療服務。~~

~~B.~~A.巡迴點之申請，限於申請時未有醫師開業之村、里（特殊情形得由院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件，保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意後，得執行巡迴醫療服務）。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計畫期滿為止。

~~C.~~B.巡迴地點設置應以媒合當地政府單位或長照據點為優先。

~~D.~~C.若為第三級施行區域醫療資源導入較困難，得開放診所及醫院共同承作。

~~E.~~D.若於 ~~111~~112 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），得由保險人開放其他 ~~分區或同分區~~ 不同承作單位（診所、醫院）申請。若同時有不同承作單位申請，由該施行區域原定承作單位 ~~或同分區~~ 優先申請。如當地民眾仍有醫療需求，經保險人分區業務組專案同意該施行區域得由醫院及基層診所同時承作。

~~F.~~E.巡迴計畫之延續：為確保本計畫執行之延續性，原核定執行之 ~~111~~112 年度計畫若仍為 ~~112~~113 年度之施行地區，原申辦之診所、醫院依相關規定向當地衛生主管機關辦理報備核准，其 ~~111~~112 年度之計畫即可延續至 ~~112~~113 年度本方案公告日當月底止，並得於

442113 年度開始進行巡迴醫療服務，其經費由 442113 年度預算支應。

(二) 申請流程(詳附件 2)。

1. 申請程序：

- (1)開業計畫：自方案公告日起，~~巡迴計畫則自方案公告日起 15 個工作日內~~（~~均~~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)巡迴計畫：自方案公告日起 15 個工作日內(以郵戳為憑)，相關醫事人員應依各該醫事人員法之規定，向當地衛生主管機關辦理報備支援，並檢具相關申請文件向所轄保險人分區業務組提出申請；前一年度通過西醫醫療資源不足地區方案考核要點之診所、醫院，如巡迴醫師、時段及地點與前一年度相同者，且符合 442113 年度之規定，可具函敘明前述事項並檢附衛生主管機關核定報備同意函向保險人分區業務組備查。
- (3)前開申請資料不足需補件者，以最後補件日期為受理日。（以郵戳為憑）

2. 保險人分區業務組核定程序：

- (1) 保險人分區業務組自受理日起 15 個工作日內核定並函復申請單位。
申請單位如為診所，其核定通知則一併副知中華民國醫師公會全國聯合會（以下稱醫師全聯會）。
- (2) 生效日：自核准發函後始得執行（發函日）。
- (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) 巡迴計畫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，則以該施行區域

之承作單位先提出申請診所或醫院為優先辦理（以郵戳為憑）。

3. 申復作業：申請案經保險人分區業務組審查不同意者，申請單位得於收受通知後 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，經核准發函後生效，始得執行。

（三） 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改善方案巡迴醫療服務計畫申請書」（詳附件 3-1）或「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫申請書」（詳附件 3-2）。
2. 服務計畫書書面資料及檔案，詳附件 3-3。
3. 醫事人員執業執照正反面清晰影本。
4. 退休醫師請檢具相關證明文件，以證明退休、無執業狀態。
5. 返國醫師請檢具下列文件：
 - (1) 護照影本。
 - (2) 我國醫師證書影本。
 - (3) 美國、日本、歐洲、加拿大、南非、澳洲、紐西蘭、新加坡及香港等國之醫師證書影本。(含中譯版)
6. 申請巡迴計畫需另檢附：
 - (1) 經當地衛生局報備之醫師、藥事人員及護理人員同意函。
 - (2) 申請單位前 1 年執行之巡迴點，每診次平均就醫未達 5 人次者，於當年度提出申請時，則一併檢附改善計畫書。

（四） 服務內容變更申請作業及相關規定：

1. 原申請之門診（巡迴）時間表或巡迴地點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）、巡迴地點異動表（附件 4-2）、醫師休診單（附件 4-3），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、醫院備援醫師看診或完成緊急報備休診。
3. 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) 需符合本方案第七項、申請相關規定。
 - (2) 依照本方案第七項之（二）、申請流程之規定，向所轄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，經核准發函後始得執行。
4. 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，巡迴時間及地點變更次數，同一院所之每一巡迴點，一年不可超過三次。因天災、事故等因素，不在此限。如有特殊情形者，由所轄保險人分區業務組評估後核定。

八、開業計畫之相關規定：

- (一) 執行本計畫特約診所之支援醫師，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，惟請產假之負責醫師，其產假期間（比照「公務人員請假規則」之娩假日數）之門診服務時數可全數由支援醫師代理。
- (二) 經保險人所轄分區業務組查證若有下列情形之一者，應立即終止執行本計畫：
 1. 無故休診 2 次。
 2. 累計請假休診達 2 個月（不含請產假之負責醫師）者。
 3. 支援其他醫療院所。
 4. 跨縣（市）辦理巡迴醫療。

(三)執行本計畫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 2 次夜診，每月應至少提供 20 天門診服務。每診次至少 2 小時以上，夜診時間應介於每日 18 時至 22 時。

(四)申請本計畫之診所可同時申請巡迴計畫，但巡迴看診時數不列入門診服務時數計算。

(五)承辦本計畫後第 7 個月起，若連續 2 個月之當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度 35%者，須自次月起於開業鄉鎮(或經保險人分區業務組核定至鄰近本方案施行地區)每月至少提供 1 點巡迴醫療服務計畫。

註：112 年底前辦理本計畫之診所，自 113 年 3 月起，若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度 35%者，須自 5 月起，依本條文規定提供巡迴醫療服務計畫。

~~(五)(六)~~辦理方案開業計畫者，其起訖日期依原申請年度計算，支付方式依年度方案規定辦理。

~~(六)(七)~~保險人分區業務組每月至少一次電話抽查或實地訪查有無依所訂門診時段提供服務。連續 3 個月抽查或訪查未符合規定者，依本方案十二(四)規定終止執行本計畫。

九、巡迴計畫之相關規定：

(一)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. 執行本計畫滿 3 個月，巡迴點每診次平均就醫未達 5 人次者，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. 執行本計畫之特約診所或醫院，應將「全民健保巡迴醫療服務」之標誌或海報及看診地點、時間，揭示於巡迴點明顯處（標示製作作業說明請依附件 5 規定辦理）。
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。
5. 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。
6. 執行本計畫之特約診所或醫院，如同時提供藥事服務者，該巡迴點之藥事服務應依相關藥事法令規定辦理。

(二) 巡迴醫事人員之規定：

1. 參與本計畫之醫事人員(不含備援人員)應以執業登錄於申請本計畫之診所、醫院為限，但以總、分院型態之醫院所提計畫及申請本計畫之診所無專任護理及藥事人員者，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，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 診次及每週至多 3 診次為原則。每診次巡迴至多 2 個巡迴點，每個巡迴點至少 1 小時。
 - (1) 同一巡迴地點，同一時段，以支付一位醫師的費用為原則。
 - (2) 如醫師有 1 天至不同巡迴點提供最多 2 診次巡迴醫療或每週增加診次者，應由執行本方案之院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件，保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意。
 - (3) 同一醫師同一巡迴地點，以每週看診 1 診次為原則（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）。

4. 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 診次。同一巡迴地點，同一時段，以支付護理人員、藥事人員各一位的費用為原則。
5. 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，不得申請本計畫。
6. 每位巡迴醫事人員之備援人員，以專任人員為優先，若無專任人員，須由同層級本保險特約單位支援，如有特殊情形，經保險人分區業務組評估個案同意。基層診所及醫院之備援醫師各以 3 名為限(若超過 3 名應提出評估因素及必要性說明，並經保險人分區業務組個案同意);該年度實際備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數之四分之一。如有特殊情形，應由執行本方案之院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件；除育嬰假外，該年度申請備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數之二分之一。經保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意後，得執行巡迴醫療服務。

（三）巡迴醫療服務時間：

1. 每日 7:00~21:00，每 1 診次至少 3 小時，服務時間係以實際醫療時間計算，且不包含車程、用膳及休息時間，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 診次。每診次巡迴至多 2 個點，其每個巡迴點至少 1 小時。
2. 每巡迴點每季累計休診次數，達該巡迴點原申請總次數之四分之一，則終止執行該巡迴點服務。

十、支付標準及醫療費用申報與審查：

(一) 預算支用範圍：

1. 開業計畫：執行本方案產生之新開業醫療服務費用。
2. 巡迴計畫：醫院及診所執行本方案產生之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；另診所部分包含診察及診療費用點值最高補至 1 元之費用、醫院部分包含執行本方案產生之醫療費用。
3. 醫缺地區診所補充點值及例假日診察費加成：
 - (1) 適用條件：設立於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施行地區之診所（以下簡稱醫缺地區診所）；且排除「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）及本方案開業計畫之診所。
 - (2) 例假日定義：係依人事行政總處所公布之放假日，包含：週六（扣除補班日）、週日、紀念日、民族俗節日、兒童節、勞動節及含連假之補假日。
 - (3) 支用內容：醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至 1 元之費用及例假日診察費加計 2 成之費用。

(二) 保險對象應自行負擔之醫療費用：

1. 保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。惟醫院執行巡迴計畫，門診基本應自行負擔費用、門診藥品及門診檢驗檢查應自行負擔費用，比照診所門診應自行負擔費用收取。
2. 診所、醫院執行本方案，若位於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，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。

(三) 支付原則：

1. 開業計畫

- (1) 該診所總額內核定點數（含應自行負擔）以該區浮動每點支付金額至少 1 元計算（含釋出交付機構之費用），每月最低保障額度依施

行區域分級支付：第一級 20 萬點、第二級 25 萬點及第三級 35 萬點計算。

(2) 保障期限自保險人分區業務組審核通過(發文日期)開始起算，若發文日非該月 1 日，則由次月開始計算，保障至第 36 個月止(延續辦理期不須另提出申請)。

(3) 如總額內核定點數（含應自行負擔）超過保障額度者，則依該區點值每點支付金額至少 1 元計算。

(4) 管理原則：

A. 當月門診服務未滿 20 天者，不予支付當月保障額度，依申報點數核定，並由西醫基層總額一般服務預算支付。

B. 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，調整當月門診服務未滿天數之百分比。

(5) 西醫基層診所屬本方案之開業計畫並提供巡迴醫療服務者，~~其巡迴醫療服務之論次費用以 30% 支付~~得依提供巡迴醫療服務地區之分級，申請論次支付點數。

(6) 針對辦理開業計畫第 7 個月起，連續 2 個月之當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度 35% 之診所，其參與巡迴醫療服務之醫療費用(含診察費加成)、論次費用併入保障額度計算。

2. 巡迴計畫

(1) 診察費加成：

A. 基層診所每件依 ~~440111~~ 年全年平均診察費 ~~358356~~ 點加計 3 成，申報方式由保險人於點值結算時加計後支付；醫院診察費按申報點數加計 2 成支付，申報方式為每月由醫院自行申報。加成部分每點金額以 1 元計。

B. 基層診所門診診察費支付標準編號：處方交付特約藥局調劑申報代碼為 P57001。處方由診所自行調劑申報代碼為 P57002。

(2) 醫事人員報酬：以「論次計酬」支付。

A. 一般日（含夜診）：

(a). 醫師：

第一級：每次支付 ~~3,500~~4,000 點（支付代碼為「P2011C」）。

第二級：每次支付 ~~4,500~~5,000 點（支付代碼為「P2005C」）。

第三級：每次支付 ~~7,500~~8,000 點（支付代碼為「P2013C」）。

(b). 護理人員：

第一級：每次支付 1,200 點（支付代碼為「P2007C」）。

第二級：每次支付 1,500 點（支付代碼為「P2015C」）。

第三級：每次支付 1,800 點（支付代碼為「P2016C」）。

(c). 藥事人員：

第一級：每次支付 1,200 點（支付代碼為「P2009C」）。

第二級：每次支付 1,500 點（支付代碼為「P2019C」）。

第三級：每次支付 1,800 點（支付代碼為「P2020C」）。

B. 例假日：

(a). 醫師：

第一級：每次支付 ~~4,500~~5,000 點（支付代碼為「P2012C」）。

第二級：每次支付 ~~5,500~~6,000 點（支付代碼為「P2006C」）。

第三級：每次支付 ~~8,500~~9,000 點（支付代碼為「P2014C」）。

(b). 護理人員：

第一級：每次支付 1,700 點（支付代碼為「P2008C」）。

第二級：每次支付 2,000 點（支付代碼為「P2017C」）。

第三級：每次支付 2,300 點（支付代碼為「P2018C」）。

(c). 藥事人員：

第一級：每次支付 1,700 點（支付代碼為「P2010C」）。

第二級：每次支付 2,000 點（支付代碼為「P2021C」）。

第三級：每次支付 2,300 點（支付代碼為「P2022C」）。

C.執行巡迴醫療服務應逐次依據論次醫療費用申請表格式（詳附件 6），於次月 20 日前申報，將資料上傳至健保資訊服務網系統（VPN），並郵寄附件 6 之申請表至向保險人分區業務組。

(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。屬適用勞動基準法之醫事人員，勞動節（含勞雇雙方協商排定之補假日）依規定以例假日計。

(4) 執行本方案巡迴醫療服務之診所、醫院，提供藥事服務，未符合相關藥事法令規定者，不予支付藥費及藥事服務費。

3. 醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至 1 元之費用及例假日診察費加成費用。

(1) 醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至 1 元之費用：總額內核定點數每點最高補至 1 元。

(2) 例假日診察費加計 2 成：例假日申報診察費加計 2 成，加成點數每點 1 元，保險人於點值結算時加計支付。.

(四) 點值結算方式：

1. 本方案依部門別預算按季均分：

(1) 西醫基層診所：先扣除開業計畫之支付金額（~~不~~含巡迴計畫之「論次計酬」）、巡迴計畫診察費加成、醫缺地區診所例假日診察費加成費用，每點支付金額以 1 元支付。當季預算若有結餘，優先支應巡迴計畫之論次計酬，且每點支付金額最高補至 1 元。其次依序支應醫缺地區診所醫療費用、巡迴計畫之診察費及診療費，依該區每點支付金額最高先補至 1 元之點值差額後，若有結餘，再流用至下季。

(2) 醫院部門：先扣除診察費加成、藥費及藥事服務費，其餘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，可

流用至下季。

- 2.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。
- 3.全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，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) 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附件7填報。

(七) 執行本方案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「全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊」（以下稱例外就醫名冊，如附件8），並由診所、醫院自存備查。未依健保卡相關作業，經保險人審核，不符資格者，不予支付。

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

(九) 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。費用並由健康署公務預算支應，案件分類請申報B7。

十一、考核程序及執行報告：

- (一) 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。
- (二) 繳交文件包括評核表（附件 9-1 或 9-2）、民眾滿意度調查表至少 10 名（附件 9-3），且每一個巡迴點需各自評分。
- (三) 本年度使用「全民健康保險醫療資訊雲端查詢系統」及獎勵新開業包含使用「全民健康保險即時查詢病患就醫資訊方案」為考核評分加分項目，另保險人分區業務組可視需要依其自評項目實地審查。
- (四) 執行報告之格式：詳附件 10-1 至附件 10-3。
- (五) 執行報告之內容與繳交時程，將作為下年度審查之依據。

十二、相關規範：

- (一) 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，不須補診及報備。
- (二) 執行本方案之診所、醫院未經報備無故休診二次，則終止執行本方案。
- (三) 執行方案期間，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執行者），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。
- (四) 執行方案期間，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。
- (五) 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暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人分區業務組核定違規者，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。

十三、本方案由保險人與相關醫事團體共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。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。

112113 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案實施鄉鎮(市/區)一覽表

業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位	業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位
臺北業務組	新北市	坪林區	3	基層診所	中區業務組	彰化縣	埤頭鄉	2	基層診所
		萬里區	2	基層診所			二水鄉	2	基層診所
		*三峽區	2	基層診所			(埔鹽鄉)	2	基層診所
		(雙溪區)	3	基層診所			(田尾鄉)	2	基層診所
		石門區	2	基層診所			大村鄉	1	基層診所
		石碇區	3	醫院			(芳苑鄉)	2	基層診所
		三芝區	2	醫院			(福興鄉)	2	基層診所
		*平溪區	3	醫院			(線西鄉)	2	醫院
		貢寮區	2	醫院			伸港鄉	1	醫院
	基隆市	*七堵區	1	基層診所			芬園鄉	2	醫院
	宜蘭縣	壯圍鄉	2	基層診所			*永靖鄉	1	醫院
		(三星鄉)	2	基層診所			大城鄉	2	醫院
		(五結鄉)	2	基層診所			竹塘鄉	2	醫院
		*頭城鎮	2	基層診所			溪州鄉	2	醫院
		★礁溪鄉	1	基層診所			*社頭鄉	1	基層診所
		冬山鄉	2	基層診所			魚池鄉	2	基層診所
北區業務組	桃園市	觀音區	1	基層診所		南投縣	名間鄉	2	基層診所
		大溪區	1	基層診所			(國姓鄉)	2	基層診所
	新竹縣	新埔鎮	1	基層診所、醫院			中寮鄉	2	基層診所
		芎林鄉	2	基層診所			鹿谷鄉	2	醫院
		(峨眉鄉)	2	基層診所		雲林縣	(古坑鄉)	2	基層診所
		(橫山鄉)	2	基層診所			(二崙鄉)	2	基層診所
		寶山鄉	2	醫院			(東勢鄉)	2	基層診所
		北埔鄉	2	醫院			水林鄉	2	基層診所
	苗栗縣	造橋鄉	2	醫院			*崙背鄉	2	基層診所
		卓蘭鎮	23	醫院、基層診所			*褒忠鄉	2	基層診所
		三灣鄉	2	基層診所			* (四湖鄉)	2	基層診所
		*(獅潭鄉)	3	基層診所			* 口湖鄉	2	基層診所
		西湖鄉	2	基層診所			(大埤鄉)	2	基層診所
		公館鄉	2	基層診所			★莿桐鄉	1	醫院
		銅鑼鄉	2	基層診所			(元長鄉)	2	基層診所
		* 南庄鄉	32	醫院			林內鄉	2	醫院
		(大安區)	2	基層診所			臺西鄉	2	醫院
中區業務組	臺中市	* (新社區)	2	基層診所		嘉義縣	* (布袋鎮)	2	基層診所
		*(石岡區)	2	基層診所			*溪口鄉	2	基層診所

業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位	業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位
		外埔區	2	醫院			鹿草鄉	2	基層診所
南區業務組	嘉義縣	★太保市	1	基層診所	高屏業務組	高雄市	杉林區	2	醫院
		(番路鄉)	2	基層診所			*甲仙區	3	醫院
		*新港鄉	2	基層診所			*旗山區(溪洲地區)	1	基層診所
		水上鄉	2	基層診所			(新園鄉)	2	基層診所
		(義竹鄉)	2	基層診所		屏東縣	麟洛鄉	1	醫院、 <u>基層診所</u>
		中埔鄉	2	基層診所			佳冬鄉	1	基層診所
		(六腳鄉)	2	基層診所			九如鄉	2	醫院
		(東石鄉)	2	基層診所			車城鄉	2	醫院
		梅山鄉	2	基層診所			鹽埔鄉	2	醫院
		*竹崎鄉	2	基層診所			竹田鄉	2	醫院
	臺南市	*東山區	2	基層診所			*南州鄉	2	醫院
		*後壁區	2	基層診所			*枋山鄉	2	醫院
		西港區	2	基層診所			滿州鄉	3	醫院
		*關廟區	2	基層診所			崁頂鄉	2	醫院、 <u>基層診所</u>
		*下營區	2	基層診所			萬巒鄉	2	醫院、 <u>基層診所</u>
		*學甲區	2	基層診所			*鳳林鎮	2	基層診所
		*(左鎮區)	3	基層診所、醫院		花蓮縣	吉安鄉	2	<u>醫院</u> <u>基層診所</u>
		(龍崎區)	3	基層診所、醫院			*光復鄉	2	基層診所
		*楠西區	2	基層診所			*(壽豐鄉)	2	基層診所
		(南化區)	3	基層診所、醫院			(富里鄉)	3	基層診所
		官田區	2	基層診所			(瑞穗鄉)	2	基層診所
		(七股區)	2	基層診所			*玉里鎮	2	醫院
		北門區	2	基層診所		臺東縣	卑南鄉	2	基層診所
		大內區	2	醫院			* <u>(大武鄉)</u>	2	基層診所
		將軍區	2	醫院			*(太麻里鄉)	2	基層診所
高屏業務組	高雄市	(田寮區)	<u>23</u>	基層診所、 <u>醫院</u>			*(東河鄉)	3	基層診所
		(內門區)	2	基層診所			*長濱鄉	2	基層診所
		(永安區)	2	基層診所			*鹿野鄉	2	基層診所
		*六龜區	2	基層診所					

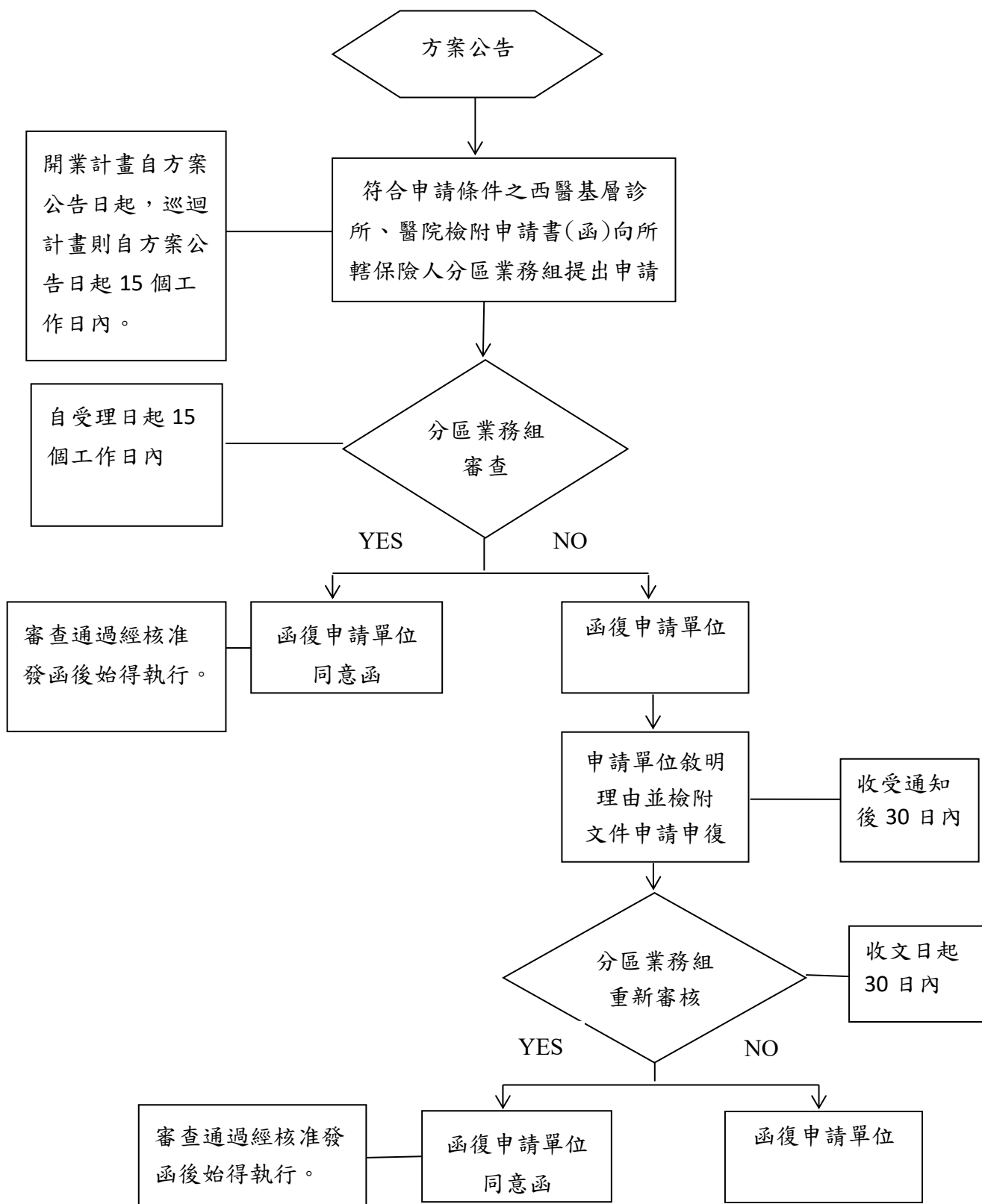
註：

1. 經修正公告~~442~~**113**年度施行鄉鎮(市/區)，共計128個。
2. 加括弧部分為兒科加強區。
3. 申請巡迴地點僅限當地衛生主管機關或轄區分區業務組認定屬醫療資源不足之地點，加註*。
4. 依據108年12月6日衛部健字第1083360163號公告及108年12月18日「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」108年第4次會議決議，109年放寬納入醫人比2,000-2,599人、戶籍人口

數 \leq 40,000人且人口密度 \leq 800人之7個鄉鎮，註★。

5. 高雄市旗山區溪洲地區，係指：南勝里、中寮里、新光里、南洲里、中洲里、大山里、上洲里及鯤洲里共8個里。
6. 高雄市六龜區寶來里為第3級。

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案申請流程



考核流程：

- 1.執行本方案之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所轄保險人分區業務組申報。
- 2.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，繳交執行報告至保險人分區業務組。繳交文件包括評核表(附件 9-1 或 9-2)、民眾滿意度調查表至少 10 名(附件 9-3)。

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

附件 3-1

保險人分區業務組：

分區

填表日期： 年 月 日

基本資料	診所/醫院名稱			聯絡電話 ()																	
	診所/醫院代號			負責醫師姓名																	
	郵遞區號			聯絡地址																	
	申請服務地區			分級：																	
			縣市			鄉鎮(市/區)			村(里)												
申請服務內容	申請項目： 1. 醫事人員 診所(衛生所)/醫院 印 巡迴醫師科別： 巡迴醫師姓名： 巡迴醫師姓名(備援，限3名)： 巡迴護理人員姓名： 執業醫師簽名： 巡迴藥事人員姓名： 印 2. 巡迴服務時間(請填寫時數)：共 小時／週 巡迴點連絡電話：																				
	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
	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)
	分區業務組意見： <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 申請日前2年未涉有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第38條至40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5人以上(診療人次計算不含預防保健、戒菸案件)。 <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：																				
	審核情形																				

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 獎勵開業服務計畫申請書

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(市/區) 村(里)			分級：			
申請服務內容	門診服務時間（請填寫門診時數）：共 小時／週							
	項目	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
	上午 時 間							
	下午 時 間							
	晚上 時 間							
審核情形	分區業務組意見：							
	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 申請日前 2 年未涉有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條至 40 條所列違規情事。 <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：							

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 服務計畫書

開業計畫

巡迴計畫

一、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。

二、目的：請分點具體列述本方案所要達成之目標。

三、服務地區現況分析：請依下列項目分別具體列述相關內容。

(一)服務地區及人口分布：請具體詳述巡迴醫療服務之地區面積、性別年齡分布、當地戶籍人口數等相關資料。

(二)地理環境概況及交通情形：請簡要敘述服務提供地區地理環境概況並檢附巡迴醫療地點地址及簡要地圖、當地對外交通情形及服務地點最鄰近醫療院所之名稱、車程與里程等（巡迴服務需另檢附：巡迴地點名稱、地址、電話、巡迴點聯絡人及三碼郵遞區號等資料）。

(三)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。

四、執行計畫：

★退休醫師或返國醫師，請依本方案七、(三)、第 4 點或第 5 點檢具相關證明文件。

(一)新開業服務計畫：請詳述醫事人力、門診服務時間等情形。

(二)巡迴服務計畫：

1. 醫療人力資源：請詳述包括專任醫事人員名單、身分證號、及專任醫事人員之備援名單。

2. 經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依支付標準表之項目及點數評估。

五、評估預期效益：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）。

六、書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，標楷書 14 號字型，橫式書寫。

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

門診時段(人員)異動表

門診時段(人員)異動表		<input type="checkbox"/> 開業	<input type="checkbox"/> 巡迴	填表日期： 年 月 日	
-------------	--	-----------------------------	-----------------------------	-------------	--

基本資料	診所/醫院名稱及醫事機構代號		聯絡電話	()			
	診所/醫院地址及郵遞區號						
	申請服務地區	縣市		鄉鎮(市/區)		村(里)	
	變更 <input type="checkbox"/> 門診(巡迴)時段 <input type="checkbox"/> 支援(巡迴)科別(醫院適用)						
	變更 <input type="checkbox"/> 醫師姓名 <input type="checkbox"/> 護理人員姓名 <input type="checkbox"/> 藥事人員姓名						
	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 天 小時/診次/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 天 小時/診次/週

<p>(三)經費預估(巡迴計畫必填)：</p> <p>原為：</p> <p>平日 診次/週</p> <p>夜間 診次/週</p> <p>假日 診次/週</p> <p>預估總經費： 元</p> <p>變更為：</p> <p>平日 診次/週</p> <p>夜間 診次/週</p> <p>假日 診次/週</p> <p>預估總經費： 元</p> <p>金額變動計 元</p>	<p>診所(衛生所)/醫院</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 20px auto; text-align: center; line-height: 100px;">印</div> <p>診所(衛生所)執業醫師簽名： <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 50px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> 印</p>
---	--

註：本表使用於變更門診、支援(巡迴)時間，例如週一下午改至週四夜間，或增加支援(巡迴)時段，若為短期之請假，請使用醫師休診單。

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

巡迴醫療服務計畫巡迴地點異動表

巡迴地點異動表						填表日期： 年 月 日						
基本資料	診所/醫院名稱及醫事機構代號						聯絡電話 ()					
	診所/醫院地址及郵遞區號											
	申請服務地區			縣市			鄉鎮 (市/區)			村(里)		
	巡迴醫師姓名											
	變更原因											
(一).變更巡迴地點												
擬自 年 月 日起至 月 日，每週 之 時 分至 時 分 之巡迴醫療，地點由 縣市 鄉鎮 (市/區) 村(里) 路 號 改至 縣市 鄉鎮 (市/區) 村(里) 路 號												
(二).單次巡迴地點之變更												
擬將中華民國 年 月 日週 之 時 分至 時 分 之巡迴醫療，地點由 縣市 鄉鎮 (市/區) 村(里) 路 號 改至 縣市 鄉鎮 (市/區) 村(里) 路 號												
診所(衛生所)/醫院 <div style="display: inline-block; width: 80px; height: 80px; vertical-align: middle;"></div> 印												
診所(衛生所)執業醫師簽名： <div style="display: inline-block; width: 80px; height: 80px; vertical-align: middle;"></div> 印												

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

醫師休診單

開業計畫

巡迴計畫

醫師休診單		填表日期： 年 月 日	
基本 資料	醫事機構名稱		聯絡電話 ()
	醫事機構代號		
	申請服務地區	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 縣市 鄉鎮(市/區) </div>	
	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> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>1. 年 月 日 時起 至</div> <div>年 月 日 時止</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>2. 年 月 日 時起 至</div> <div>年 月 日 時止</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>3. 年 月 日 時起 至</div> <div>年 月 日 時止</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>合計</div> <div>時段(巡迴) /</div> <div>月 天</div> <div>小時(開業)</div> </div>			
註：本表使用於醫師短期請假，若欲變更門診、支援(巡迴)時間，請使用門診時段(人員)異動表。			
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 30%;">診所(衛生所)/醫院</div> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="width: 30%; text-align: right;">印</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 30%;">執業醫師簽名：_____</div> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="width: 30%; text-align: right;">印</div> </div>			

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之 標示製作作業說明

一、預算來源

112 年總額其他預算項目「提升保險服務成效」項下支應。

二、標示應包含下列內容

- 1.全民健保西醫巡迴醫療服務
- 2.全民健保標誌
- 3.巡迴地點及時間
- 4.主辦單位衛生福利部中央健康保險署
- 5.承作醫療院所名稱

三、標示製作內容及規格

(一) 下列標示物類型至少擇一標示，各類標示物規格及字體大小不得小於下列規範：

標示物類型	規格	標示內容及字體大小				
		全民健保標誌	全民健保西醫 /中醫/牙醫巡 迴醫療服務/ 牙醫特殊醫療 服務	巡迴地點 及時間	主辦單位：衛 生福利部中央 健康保險署	承作醫療院 所名稱
海報	A2 (59.4×42cm)	高度:7 公分 寬度:7.05 公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt
立牌	60×160cm	高度:20 公分 寬度:20.3 公分	300 pt	160 pt	160 pt	160 pt
直立旗	60×150cm	高度:17 公分 寬度:17.2 公分	290 pt	160 pt	160 pt	160 pt
布條	60×300cm	高度:30 公分 寬度:30.4 公分	550 pt	180 pt	180 pt	180 pt

(二) 各總額標示物（不含布條）之底色及字體顏色

- 1.西醫：底色為淡黃色，字體為深藍色
- 2.中醫：底色為深紅色，字體為白色
- 3.牙醫：底色為淡藍色，字體為深藍色

四、支付原則及核銷方式

- 1.同一醫療院所同一計畫限申請一次本項費用，申請費用採實報實銷，上限為 5,000 元。
- 2.核銷文件：申請表（如附表）、原始支出憑證、標示物之照片及規格明細。原始支出憑證依政府支出憑證處理要點規定辦理（支付機關名稱或買受機關名稱請註明衛生福利部中央健康保險署、統一編號請註明 08628407）。
- 3.標示製作費用請由醫療院所先行墊付，並於承作計畫起 1 個月內檢具核銷文件，向所轄保險人分區業務組申請核付（如係當年 12 月始承作計畫者，申請核銷期限為當年 12 月 10 日前）；經審查不符上述標示內容及規格者，不予支付。

全民健保巡迴醫療服務之標示製作費用申請表

附表

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期： 年 月 日

承作計畫名稱：

標示內容物：

☐海報

☐立牌

☐直立旗

☐布條

核銷金額： 元

承作醫療院所印信

原始支出憑證黏貼處

全民健康保險西醫醫療資源不足地區醫事人員巡迴醫療論次費用申請表

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	鄉鎮(市/區)名	村(里)名	地點	診療人次	到宅服務人次	總診療人次	申請金額
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											
本頁小計											
總 表	項 目		申請次數	診療人次	到宅服務人次	總診療人次	每次申請金額	申請金額總數			
	支付別										
	P2011C 案件										
	P2005C 案件										
	P2013C 案件										
	P2012C 案件										
	P2006C 案件										
	P2014C 案件										
	P2007C 案件										
	P2015C 案件										
	P2016C 案件										
	P2008C 案件										
	P2017C 案件										
	P2018C 案件										
	P2009C 案件										
	P2019C 案件										
	P2020C 案件										
	P2010C 案件										
	P2021C 案件										
	P2022C 案件										
總計											

全民健康保險西醫醫療資源不足地區醫事人員巡迴醫療論次費用申請表(續)

負責醫師姓名: 醫事服務機構地址: 電話: 印信	<p>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。</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。支付別為護理人員報酬項目，本欄不用填寫。</p> <p>三. 支付別：西醫：</p> <p>P2011C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬 (第一級、一般日,每次)</p> <p>P2005C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬 (第二級、一般日,每次)</p> <p>P2013C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬 (第三級、一般日,每次)</p> <p>P2012C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬 (第一級、例假日,每次)</p> <p>P2006C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬 (第二級、例假日,每次)</p> <p>P2014C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬 (第三級、例假日,每次)</p> <p>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 (<u>第一級、一般日,每次</u>)</p> <p><u>P2015C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬 (第二級、一般日,每次)</u></p> <p><u>P2016C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬 (第三級、一般日,每次)</u></p> <p>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 (<u>第一級、例假日,每次</u>)</p> <p><u>P2017C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬 (第二級、例假日,每次)</u></p> <p><u>P2018C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬 (第三級、例假日,每次)</u></p> <p>P2009C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬 (<u>第一級、一般日,每次</u>)</p> <p><u>P2019C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬 (第二級、一般日,每次)</u></p> <p><u>P2020C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬 (第三級、一般日,每次)</u></p> <p>P2010C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬 (<u>第一級、例假日,每次</u>)</p> <p><u>P2021C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬 (第二級、例假日,每次)</u></p> <p><u>P2022C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬 (第三級、例假日,每次)</u></p> <p>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。</p> <p>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「申請西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療報酬」(論次計酬)。</p> <p>六.診療人次計算不含預防保健、戒菸案件。總診療人次=診療人次+到宅服務人次。</p>
---	---

門診醫療費用點數申報格式欄位

欄位或相關規定	開業計畫	巡迴計畫
點數清單段：「案件分類」	D 4(醫療資源不足地區鼓勵加成)	
「特定治療項目代號(一)」	G 6 (新開業)	G 5 (巡迴醫療)
執行本方案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、E6、EK 或 N、C、R 者	「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、E6 或 N、C、R，「特定治療項目代號(二)」欄位，請填 G 6 (新開業)	「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、E6、EB、EK 或 N、C、R，「特定治療項目代號(二)」欄位，請填 G 5 (巡迴醫療)
合理門診量	案件分類為 D 4，特定治療代號項目(一)為 G 6 者，列入計算。	1.診所案件分類為 D 4，特定治療代號項目(一)為 G 5 者，不列入計算。 2.醫院申報診察費不列入計算。
就醫當次併開立慢性病連續處方箋者	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)」。	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)」。
到宅服務	-	於上開各類申報樣態或其他計畫合併本方案已訂特定治療項目代號欄位之申報規定，於最末特定治療項目代號欄位依序填報「GB(巡迴醫療到宅服務)」
其他規定	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。	1.醫院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。 2.基本部分負擔、藥品部分負擔及檢驗(查)部分負擔代碼： (1)醫學中心：請填報【A13】、【A23】、【A27】、【A28】、【A29】。 (2)區域醫院：請填報【B13】、【B23】、【B27】、【B28】、【B29】。 (3)地區醫院：請填報【C13】、【C23】、【C27】、【C28】、【C29】。 (4)基層院所：依現行申報方式填報。 3.基層院所門診診察費支付標準編號：處方交付特約藥局調劑申報代碼為 P57001。處方由診所自行調劑申報代碼為 P57002。

全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊

特約醫療院所名稱：

特約醫療院所代

號：

就醫日期	就醫類別	姓名	出生日期	身分證字號	連絡電話	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"/> 因災害導致健保卡遺失或毀損
	<input type="checkbox"/> 門、急診				(公)：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡

	<input type="checkbox"/> 住院				(宅)：	<input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
					手機：	<input type="checkbox"/> 因災害導致健保卡遺失或毀損
	<input type="checkbox"/> 門、急診				(公)：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡
	<input type="checkbox"/> 住院				(宅)：	<input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
					手機：	<input type="checkbox"/> 因災害導致健保卡遺失或毀損

註：1.本表由醫療院所自存備查，併同保險對象所持例外就醫之證明文件影本，至少應保存 2 年。

2.本表請院所自行印製使用。

3.門診、住院醫療費用點數清單就醫序號代碼：

已加保未領到卡、遺失、毀損換發期間或因災害導致健保卡遺失或毀損請填 C001。

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案考核要點
巡迴醫療服務院所評核表

填報日期： 年 月 日

一、考核院所名稱： ；院所代號：

二、執行方案地點(巡迴點)：

※由執行本方案之診所、醫院，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送交保險人分區業務組，並由保險人分區業務組人員視需要依其自評項目或實地至診所、醫院執業(巡迴)地點審查。逾期未繳交者，保險人分區業務組得列入優先審查。

三、考核項目：

(一)診療服務評核(實地考核或電話抽查)(附 2 張照片)：(共 20 分)

1、是否有依規定收取部分負擔及開立收據？ ☐是(5 分) ☐否(0 分)

2、巡迴招牌及告示診療科目、時段、地點等資訊是否明顯、清楚？

☐明顯(7 分) ☐不明顯(1 分) ☐無(0 分)

3、是否有「全民健保醫療巡迴服務」之標誌或海報？☐是(8 分)☐否(0 分)

(二)民眾意見評核：診所、醫院先自評並繳回問卷，至少 10 名以上，共 34 分。《民眾滿意度調查表(詳附件 9-3)之結果平均後計分分》。

(三)實際巡迴服務內容評核：(共 46 分)

1、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 1 張照片)

2、行動不便者到宅診療給藥服務及訪視(附 1 張照片) (4 分)

註：到宅服務個案可由村/里長或長期照顧管理中心等單位轉介。

3、詳細解釋用藥安全 (附 1 張照片)。(7 分)

4、空間及環境清潔衛生(附 1 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)：醫療時穿工作服、血壓計、口罩、手套、藥物、棉枝紗布、消毒設備(酒精棉花)、洗手設備、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)

6、平均每診看診人次。☐10 人次(含)以上(5 分) ☐不足 10 人次

7、使用健保卡讀卡設備並依規定上傳資料 ☐是(10 分) ☐否

加分項目：使用健保醫療資訊雲端查詢系統 ☐是(2 分) ☐否

(四)綜合討論及評分 (共 100 分)：總分 《含第(一)至(三)部分》

1.優：96 分以上。

2.良：81~95 分。

3.觀察：71~80 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。

四、依考核項目提供並註明符合主題且可辨別為本年度之相片(相片請加上日期)：

(一)診療服務評核:如巡迴招牌及告示診療相關資訊是否明顯、清楚等(2 張)

(二)推展巡迴(開業)醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張(1 張)

(三)行動不便者到宅診療給藥服務及訪視(1 張)

(四)解釋用藥安全(1 張)

(五)空間及環境清潔衛生(1 張)

(六)診療設備(2 張)

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案考核要點
獎勵開業服務計畫診所評核表

填報日期： 年 月 日

一、考核診所名稱： ；診所代號：

二、執行方案地點： 鄉鎮(市/區) 村(里)

※由執行本方案之診所，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
繳交照片送交保險人分區業務組，並由保險人分區業務組人員視需要依其自評項目或實
地至診所地點審查。

三、考核項目：

(一)診療服務評核(實地考核或電話抽查評核)(附 2 張照片)：(共 27 分)

1、是否有依規定收取部分負擔及開立收據？ ☐是(9 分) ☐否(0 分)

2、診所招牌及告示診療科目、時段、地點等資訊是否明顯、清楚？

☐明顯(10 分) ☐不明顯(1 分) ☐無(0 分)

3、是否有「全民健保醫療服務」之標誌或海報？ ☐是(8 分) ☐否(0 分)

(二)民眾意見評核：診所、醫院先自評並繳回問卷，至少 10 名以上，共 34 分。

《民眾滿意度調查表(詳附件 9-3)之結果平均後計分 分》。

(三)實際開業服務內容評核：(共 39 分)

1、開業醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張。(10 分)

(內容：診療科目、時段、地點，附 1 張照片)

2、詳細解釋用藥安全 (附 1 張照片)。(9 分)

3、空間及環境清潔衛生(附 1 張照片)。

☐非常乾淨(5 分) ☐尚可(3 分) ☐待改進

4、診療設備(附 2 張照片)：醫療時穿工作服、血壓計、口罩、手套、藥物、
棉枝紗布、消毒設備(酒精棉花)、洗手設備、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)

5、使用健保卡讀卡設備並依規定上傳資料 ☐是(10 分) ☐否

加分項目：全民健康保險即時查詢病患就醫資訊方案、醫療資訊雲端查詢

系統 ☐皆有使用(4分) ☐使用其中一項(2分) ☐否(0分)

(四)綜合討論及評分(共100分):總分 《含第(一)至(三)部分》

1.優:95分以上。

2.良:81~94分。

3.觀察:71~80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。

四、依考核項目提供並註明符合主題且可辨別為本年度之相片(相片請加上日期):

(一)診療服務評核:如診所招牌及告示診療相關資訊是否明顯、清楚等(2張)

(二)推展開業醫療活動,布條(海報)或宣傳衛教單張(1張)

(三)解釋用藥安全(1張)

(四)空間及環境清潔衛生(1張)

(五)診療設備(2張)

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案考核要點 民眾滿意度調查表

開業計畫

巡迴計畫

親愛的女士/先生：

您好！健保署為增進就醫可近性及改善醫療資源不足地區西醫醫療服務，懇請您利用幾分鐘時間填寫這份問卷，提供您寶貴的意見，做為我們改進的方向，謝謝。以下的問題，請您就本次就醫的經驗作答。敬祝 健康快樂

1、請問您對此西醫醫療服務滿意度如何？(共 18 分)

- | | | | |
|-----------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| (1)候診時間 | <input type="checkbox"/> 滿意(3 分) | <input type="checkbox"/> 尚可(1 分) | <input type="checkbox"/> 不滿意 |
| (2)醫療效果 | <input type="checkbox"/> 滿意(3 分) | <input type="checkbox"/> 尚可(1 分) | <input type="checkbox"/> 不滿意 |
| (3)醫療設備 | <input type="checkbox"/> 滿意(3 分) | <input type="checkbox"/> 尚可(1 分) | <input type="checkbox"/> 不滿意 |
| (4)醫師服務態度 | <input type="checkbox"/> 滿意(3 分) | <input type="checkbox"/> 尚可(1 分) | <input type="checkbox"/> 不滿意 |
| (5)語言溝通能力 | <input type="checkbox"/> 滿意(3 分) | <input type="checkbox"/> 尚可(1 分) | <input type="checkbox"/> 不滿意 |
| (6)門診時段 | <input type="checkbox"/> 滿意(3 分) | <input type="checkbox"/> 尚可(1 分) | <input type="checkbox"/> 不滿意 |

2、請問您對此西醫服務據點就醫滿意度如何？(共 16 分)

(1)您今天花多久時間到達巡迴地點?(僅指去程)

☐10 分鐘以內(4 分) ☐11~30 分鐘(2 分) ☐30 分鐘~1 小時(1 分)

(2)您到巡迴地點看病是否方便？

☐非常方便(4 分) ☐方便(2 分) ☐普通(1 分) ☐不方便(0 分)

(3)是否有不當收取費用情形？ ☐是(0 分) ☐否(4 分)

(4)您接受此西醫醫療服務感覺有那方面不錯？(可複選，最多 4 個)

☐設備好(1 分) ☐醫師技術好(1 分) ☐環境衛生(1 分)

☐候診時間短(1 分) ☐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)

謝謝您!撥空填寫本問卷調查表

鄉鎮(市/區)

村(里)

診所/醫院

年 月 日

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 巡迴醫療服務計畫執行報告封面

保險人分區業務組： 分區

填表日期： 年 月 日

基本資料	診所/醫院名稱											聯絡電話	()										
	診所/醫院代號											負責醫師姓名											
	郵遞區號											聯絡地址											
	申請服務地區	縣市 鄉鎮(市/區) 村(里)										分級：											
申請服務內容	申請項目：																						
	1.醫事人員 巡迴醫師科別：																						
	巡迴醫師姓名：																						
	2.巡迴服務時間(請填寫時數)：共 小時／週																						
	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		
	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)		
	1.計畫執行期間：自 年__月__日起至 年__月__日止，共 個月																						
2.申報經費概算：																							
項目	科目	數量 (單位：診/年)	單價										總金額		備註								
醫師報酬			平日：第一級 3,500 點、第二級 4,500 點、第三級 7,500 點；假日：第一級 4,500 點、第二級 5,500 點、第三級 8,500 點																				
護理人員報酬			平日： <u>第一級 1,200 點、第二級 1,500 點、第三級 1,800 點</u> ；假日： <u>第一級 1,700 點、第二級 2,000 點、第三級 2,300 點</u>																				
藥事人員報酬																							
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(總平均)	平均每巡迴點服務人次	原計畫執行目標人次	服務人次達成比例														
對本方案之建議：																							

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

獎勵開業服務計畫執行報告封面

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(市/區) 村(里)			分級：		

申請服務內容	門診服務時間（請填寫門診時數）：共 小時／週							
	項目	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
	上午時間							
	下午時間							
	晚上時間							

執行成果	申報經費概算：					
	申報件數	醫療費用點數	平均每件醫療費用點數			
	成果評估：					
	醫師人數	醫師科別	實施總診次	實施總人次	平均每診次服務人次	平均每週診次
對本方案之建議：						

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案執行報告內容

一、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。

二、民眾利用情形：每診次服務人次分佈、平均每件點數等。

三、民眾滿意度分析與評估：

(一)候診時間滿意度百分比。

(二)醫療效果滿意度百分比。

(三)醫療設備滿意度百分比。

(四)醫師服務態度滿意度百分比。

(五)語言溝通能力滿意度百分比。

(六)門診時段滿意度百分比。

(七)就診路程花費時間百分比。

(八)就診方便性百分比。

四、具體呈現民眾健康結果改善。

五、其他。如：所遇的問題及解決方針

(一)交通流線及道路狀況。

(二)當地居民的就醫行為及人文背景。

(三)巡迴範圍、區域及執行困難之原因。

(四)政策、計畫、規範、經費的明確性及永續性。

六、檢討與建議（請詳實敘述檢討優點及缺點）。

七、結論及未來改善方案（請詳實敘述）。

八、巡迴服務照片

九、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。

全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫

中央健康保險局 92 年 3 月 10 日健保醫字第 0920005210 號公告
 中央健康保險局 92 年 4 月 21 日健保醫字第 0920008214 號公告修正
 中央健康保險局 93 年 3 月 11 日健保醫字第 0930059488 號公告修正
 中央健康保險局 94 年 7 月 13 日健保醫字第 0940017934 號公告修正
 中央健康保險局 95 年 7 月 18 日健保醫字第 0950015399 號公告修正
 中央健康保險局 96 年 1 月 11 日健保醫字第 0960002490 號公告修正
 中央健康保險局 97 年 2 月 27 日健保醫字第 0970016889 號公告修正
 中央健康保險局 97 年 9 月 9 日健保醫字第 0970035723 號公告修正
 中央健康保險局 97 年 12 月 31 日健保醫字第 0970046079 號公告修正
 中央健康保險局 98 年 12 月 21 日健保醫字第 0980043950 號公告修正
 行政院衛生署中央健康保險局 99 年 3 月 5 日健保醫字第 0990001086 號公告修正
 行政院衛生署中央健康保險局 100 年 4 月 7 日健保醫字第 1000072821 號公告修正
 行政院衛生署中央健康保險局 101 年 4 月 11 日健保醫字第 1010072898 號公告修正
 行政院衛生署中央健康保險局 102 年 1 月 14 日健保醫字第 1020020387 號公告修正
 衛生福利部中央健康保險署 102 年 12 月 31 日健保醫字第 1020004147 號公告修正
 衛生福利部中央健康保險署 103 年 12 月 15 日健保醫字第 1030014303 號公告修正
 衛生福利部中央健康保險署 105 年 1 月 14 日健保醫字第 1050000318 號公告修正
 衛生福利部中央健康保險署 105 年 3 月 8 日健保醫字第 1050080347 號公告修正
 衛生福利部中央健康保險署 105 年 12 月 28 日健保醫字第 1050015808 號公告修正
 衛生福利部中央健康保險署 107 年 4 月 13 日健保醫字第 1070004720 號公告修正
 衛生福利部中央健康保險署 108 年 1 月 15 日健保醫字第 1080000711 號公告修正
 衛生福利部中央健康保險署 109 年 1 月 22 日健保醫字第 1090000937 號公告修正
 衛生福利部中央健康保險署 110 年 2 月 5 日健保醫字第 1100001541 號公告修正
 衛生福利部中央健康保險署 111 年 1 月 27 日健保醫字第 1110801214 號公告修正
 衛生福利部中央健康保險署 111 年 6 月 15 日健保醫字第 1110108376 號公告修正
 衛生福利部中央健康保險署○○○年○月○○日健保醫字第○○○○○○○○○號公告修正

壹、計畫依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額
 事項辦理。

貳、計畫說明

全民健康保險保險人(以下稱保險人)自 92 年 3 月 10 日起實施「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」，實施迄今已轉型朝向鼓勵社區醫療群選擇以會員照護成效之支付方案。短期目標期待建立個別化照護管理、平行和垂直轉診機制、全天候

健康諮詢專線，奠定全民皆有家庭醫師之基礎；長期目標為落實家庭責任醫師及照護責任，提升醫療品質。

此外民眾就醫的自由在台灣為全民健保的一大特色，因此最理想的家庭醫師照護是病人由其最常就醫的診所將其收案成為家醫忠誠會員，該主要照護診所對其有照護的責任。若主要照護診所能針對其忠誠病人，提供以病人為中心，周全性、協調性、連續性的服務，除了可提供病人更有品質的醫療照護，更可鞏固醫病關係，紮根家庭醫師的概念，亦可因照護責任確認，使計畫誘因的計算更為合理。但因預算經費有限，對病人本身相對健康狀況或自我照護良好者，對診所醫療之需求不高，應可先排除在本計畫之外，使有限的資源用在更需要醫師照護的病人身上。

若上開病人之主要照護診所能參與本計畫並將該等病人收為會員，提供整合性照護，包括個案管理、24 小時諮詢專線、與合作醫院的轉診機制、醫療照護品質的提升等，除可增加病人對基層診所的認同，建立家庭醫師制度的規模，亦可使計畫預算做更有效益的運用，並可提升醫療品質確保病人就醫的權益。

參、計畫目的

- 一、建立家庭醫師制度，提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療照護，同時提供家庭與社區健康服務，以落實全人、全家、全社區的整合照護。
- 二、以民眾健康為導向，建立以病人為中心、家庭為核心、社區為範疇的健康照護觀念，提升醫療服務品質。

三、為全民健康保險法實施家庭責任醫師制度奠定基礎。

肆、經費來源

全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「家庭醫師整合照護計畫」專款項目。

伍、推動策略及計畫照護範圍

一、成立社區醫療群，以群體力量提供服務。

二、提供參與本計畫之社區醫療群適當誘因，並由保險人提供最適收案名單予社區醫療群，使最需被優先照護的個案分階段由基層診所收案，期使保險對象於其最常就醫之主要照護診所中，獲得完整的醫療照護。

三、社區醫療群自行收案會員於收案時向會員說明本計畫之目的及需病人配合定期回診等事項。

四、整合基層與醫院的醫療照護品質，先促進社區水平整合，提供民眾完善整合性照護，並以此為基礎，作為未來垂直整合醫療體系照護模式的基礎。

陸、組織運作

一、社區醫療群之組織運作型式：

(一) 以同一地區 5 家以上(含)特約西醫診所為單位或聯合診所具有 5 位專任醫師以上且結合該地區其他 3 家特約診所以上組成，其中 1/2 以上診所專任醫師需具有內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科專科醫師資格或 1/5 以上診所專任醫師

具有家庭醫學科專科醫師資格，惟 1 家聯合診所限成立 1 個社區醫療群且所有醫師須加入同一社區醫療群。

(二) 診所位於主管機關公告之次醫療區域，且該區域前一年度無參加本計畫之診所或僅有 1 個社區醫療群者，得由 2 家(含)以上診所，結合特約醫院組成社區醫療群，向保險人分區業務組申請通過後成立，不受前項家數及專科別之規範。

(三) 社區醫療群應與 1-2 家特約醫院(地區醫院家數不限)作為合作對象，建立轉診及合作機制，開辦共同照護門診，建立以社區為範疇、以民眾為對象的社區照護網絡。

(四) 新參與計畫之規範

1. 所在地之鄉、鎮、市、區無社區醫療群。
2. 新參與之診所，以社區民眾生活圈之原則，得選擇現有社區醫療群參與本計畫。

(五) 社區醫療群得與下列醫事服務機構作為合作單位：

1. 合作社區藥局、物理治療所及檢驗所：提供民眾用藥、檢驗檢查等就近於社區之醫療服務。
2. 合作診所：提供復健科、眼科、精神科等服務(如社區醫療群內診所具上述專科服務，不在此限)。

(六) 家醫 2.0 醫療群：申請成為「家醫 2.0 醫療群」之診所，若當年度未參加醫療給付改善方案(下稱 P4P)-糖尿病/初期慢性腎臟病/糖尿病合併初期慢性腎臟病(下稱 DM/CKD/DKD)，應按本計畫規範加強 DM/CKD 疾病管理能力。

二、社區醫療群之組成區域範圍：以符合社區民眾同一鄉(鎮)、市(區)生活圈為原則，並由保險人分區業務組依實際情形認定。

三、社區醫療群之業務：

(一) 設立會員 24 小時諮詢專線

1. 參與計畫之社區醫療群，應共同提供 24 小時諮詢專線服務，提供會員於有需要時，能立即獲得醫療諮詢服務，進一步減少民眾不必要的就醫需求。所提供之具體服務項目如下：
 - (1) 提供健康照護之建議。
 - (2) 提供就醫地點並協助聯繫就醫。
 - (3) 緊急狀況發生時，適時轉介個案收案醫師協助。
2. 24 小時諮詢專線不得設置於醫院之急診室，且應由醫事人員接聽，並應執業登記於社區醫療群內診所為原則，如執業登記於合作醫院者需經分區業務組核備同意，社區醫療群應於申請計畫書內述明諮詢專線接聽人員名單並檢附前開人員之醫事人員證書。

(二) 建立醫療照護品質提升及轉診機制

1. 參與計畫之基層診所醫師與 1-2 家特約醫院作為合作對象(地區醫院家數不限)，並得至合作醫院開設共同照護門診(不限其轉診對象)。所提供之共同照護門診亦可以家戶會員之病房巡診、個案研討與社區衛教宣導(須含用藥安全宣導)等代替。
2. 醫院及診所得共同照護病人，訂定合作照護機制及相關流程：

- (1) 醫師交班表：至少含括下列項目：
 - A. 兩位醫師共同照護結果。
 - B. 明列用藥及檢查結果。
 - C. 醫院及診所醫師連絡方式。
 - (2) 轉診單。
 - (3) 轉診個案照護討論會：每季由醫院及診所共同召開。
 - (4) 社區醫療群與合作醫院定期由護理人員、營養師、藥師、醫檢師、社工師或其他專業人員，共同辦理會員團體衛教指導。
3. 社區醫療群得訂定診所與合作醫院間之實質合作內容，併於申請計畫書送保險人分區業務組備查。合作內容至少需包含下列項目：
- (1) 雙向轉診流程：包含安排病人轉診、追蹤病人轉診至醫院治療結果、病人轉回後之追蹤治療、診所間平行轉診等。
 - (2) 共同照護機制：包含合作醫院下轉穩定慢性病人至社區醫療群提供照護、合作醫院與診所醫師間之交班流程等。
 - (3) 慢性病人用藥一致。
 - (4) 醫療品質提升計畫。
4. 社區醫療群宜運用電話諮詢專線、即時通訊軟體、電子郵件等多元工具，優化諮詢服務。並規劃主動電訪(Call out)服務，以加強個案健康管理，提升慢性病人照護品質。

5. 社區醫療群與合作醫院應提供收案會員跨院際合作加值服務，如就醫、檢查快速通道、掛號優先等。

- (三) 社區醫療群鼓勵所屬會員下載個人健康存摺做好健康管理，並由保險人定期提供社區醫療群健康存摺下載率等資料供參；並鼓勵會員利用健康存摺填寫社區醫療群會員滿意度調查(滿意度問卷內容詳附件一)。
- (四) 應製作家庭會員權利義務說明書或家庭醫師整合性照護計畫會員通知(書面函、簡訊、電子郵件、即時通訊軟體等)，告知本計畫內容及其權益、義務(含 24 小時諮詢專線及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單)，並提供收案對象確認回饋機制，並留存備查。參與診所應於診所明顯處張貼參與本計畫識別標幟及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單。

四、計畫執行中心及其規範

- (一) 社區醫療群應以西醫基層診所成立計畫執行中心為原則，負責下列事項：
1. 本計畫之申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配，並於計畫申請時，擇定社區醫療群是否參與家醫 2.0 醫療群。
 2. 協助處理轉介病人及個案管理：安排病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療，以提供適切、連續性醫療照護。
- (二) 為利有效使用資源，降低管理成本，各社區醫療群亦可於中

華民國醫師公會全國聯合會(以下稱醫師全聯會)、各縣市醫師公會或各類正式立案之西醫基層醫療團體內，成立聯合計畫執行中心。

(三)社區醫療群之組成單位應為本保險特約醫事服務機構，本計畫之核心業務不得委由非醫療服務機構(如管理顧問公司)執行，若有違反情事，該社區醫療群應即終止本計畫。核心業務包含下列項目：

1. 本計畫之申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配。
2. 24 小時諮詢專線服務。
3. 協助處理安排病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療。
4. 社區衛教宣導。
5. 個案研討、共同照護門診、病房巡診。
6. 登錄個案：上傳會員名單至健保資訊網服務系統 VPN。
7. 製作家庭會員權利義務說明書或會員通知函，發送對會員之通知，如告知本計畫內容及其權益、義務 (含 24 小時諮詢專線及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單)等。

五、為提升個案管理服務品質，社區醫療群得設置專任個案管理人員至少乙名，辦理下列事項：

- (一)協助個案健康評估、聯繫及協調照護計畫。
- (二)協助處理安排病人轉診及追蹤轉診病人治療結果。
- (三)規劃會員之健康管理與疾病預防衛教。

(四) 對於穩定之慢性病會員提供持續性的健康維護指導。

六、社區醫療群及計畫執行中心應遵守「個人資料保護法」相關規定。如有運用本計畫之個人資料，執行非本計畫目的之行為（如商業促銷等）者，應即終止執行本計畫。

柒、收案對象(會員)

一、保險人依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年西醫基層門診明細清單資料區分為慢性病及非慢性病就醫之保險對象，並將較需照護之名單，交付該參與本計畫之社區醫療群提供健康管理。前述名單排除代辦案件《如：產檢、小兒健檢、流感注射等》、外傷、門診論病例計酬、「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」及其他區域醫療整合計畫者。較需照護之名單如下：

(一) 慢性病個案：

1. 係指前一年全國就醫資料中，屬全民健康保險醫療辦法所列慢性病範圍之病人，其曾於西醫基層門診就醫 4 次且平均用藥日數 7 天以上，或慢性病給藥天數大於 60 天，依醫療費用選取最高 90% 且連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。
2. 65 歲以上(含)多重慢性病病人。
3. 參與醫療給付改善方案(係指糖尿病、氣喘、BC 型肝炎、初期慢性腎臟病或慢性阻塞性肺病等方案)之個案。

(二) 非慢性病個案：係指符合下列資格者，且連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。

1. 非屬前述慢性病個案：依醫療費用選取最高 30%之病人。
2. 3-5 歲(含)兒童：選取醫療費用最高 60%之病人。
3. 門診高利用個案：至基層診所門診就醫次數 ≥ 50 次之病人。

(三) 名單交付原則如下：

1. 較需照護個案若已被 P4P-DM/CKD/DKD、代謝症候群防治計畫(代謝計畫)收案，且其收案診所前一年度有參加本計畫，則優先交付，並以 DKD、DM、代謝計畫、CKD 收案診所為優先交付順序。

2. 其餘個案按下列交付原則：

(1) 慢性病個案：以給藥日份最高診所收案照顧，且於該診所門診就醫次數達 2 次(含)以上；若診所給藥日份相同，則由費用最高的診所收案。會員收案期程以 3 年為原則，如當年底未因慢性疾病於收案診所就醫，次年則再依交付原則分派院所收案。

(2) 非慢性個案：以門診就醫次數最高的診所收案照顧，排除復健就醫次數 ≥ 33 次/年。若診所就醫次數相同，則由費用最高的診所收案。

二、社區醫療群醫師自行收案部分採定額方式(以參與計畫醫師個數為單位)，每名醫師加收人數上限為 200 名，上年度評核指標 ≥ 90 分之社區醫療群，每名醫師加收人數上限為 300 名，原則以指定收案會員之家庭成員及該醫師之忠誠病人為優先；另每家參與診所自行收案人數上限不得超過 1,200 名。上年度評核指標 ≥ 90 分之社區醫療群，每家參與診所自行收案人數上限不

得超過 1,800 名。

捌、管理登錄個案

一、參與本計畫之醫療院所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關規定辦理。

二、社區醫療群需於計畫公告 2 個月內及依上年度評核指標分數達成情形，將會員資料以二階段方式批次經上傳至健保資訊網服務系統 VPN(詳附錄 1)。

(一) 第一階段：

1. 每年度 1 月上傳較需照護族群收案名單及每位醫師自行收案人數 200 名。

2. 前一年度已為家醫會員之應照護族群，收案名單由保險人自動轉入健保資訊網服務系統 VPN。

(二) 第二階段：依上年度評核指標分數達成情形，評核指標 ≥ 90 分之社區醫療群，每名醫師可再上傳自行收案個案加收之 100 名。

三、參與本計畫之醫療院所應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。

玖、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求

一、參與計畫之特約診所或醫師於參與計畫之日起前 2 年內，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法(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暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序中尚未執行處分者)。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次處分核定違規函所載停約或終止特約日核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。

二、參與計畫診所一年內沒有下列紀錄者：

- (一) 社區醫療群或診所未函知保險人各分區業務組異動情形，致自動退出本計畫之紀錄。
- (二) 經核定終止計畫資格或計畫不予續辦之紀錄。

因離職而退出醫師之會員，可由原參與診所於一個月內來函述明其承接理由，經保險人各分區業務組同意後由符合資格醫師承接。如承接會員之醫師非當年度原診所已參加本計畫醫師，則需由社區醫療群主動告知會員，其主要照護醫師更換，如會員不同意更換則不予承接。

三、醫療院所參與本計畫執行期間因涉及有特管辦法第三十八至第四十條中各條所列違規情事之一暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)，以保險人第一次處分核定違規函所載停約或終止特約日起同步終止本計畫。若合作醫院停約 1 個月不在此限。

四、教育訓練：

(一) 醫師參與本計畫第一年應參與台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之家庭醫師訓練課程。具家庭醫學專科醫師資格之醫師應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程；具內科、外科、兒科、婦產科專科醫師資格之醫師應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程及 8 小時之家庭醫師專業教育訓練課程；具家庭醫學科、內科、外科、兒科、婦產科以外專科醫師資格之醫師除應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程及 8 小時之家庭醫師專業教育訓練課程，另應完成 8 小時其他專科醫師專業教育訓練課程。完成前述課程之醫師並需取得證明；若於年度內未取得訓練認證之醫師，須退出本計畫，保險人將追扣該醫師當年度之相關費用。

(二) 申請成為「家醫 2.0 醫療群」之診所，若未參加 P4P-DM/CKD/DKD 方案，其參與本計畫之醫師應按較需照護個案之疾病樣態，接受 DM/CKD 相關教育課程。

1. 各項疾病之時數要求如下：

(1) 第一年：

A. DM：8 小時之糖尿病或糖尿病(含初期慢性腎臟病)相關教育訓練課程。

B. CKD：6 小時之初期慢性腎臟病或 8 小時之糖尿病(含初期慢性腎臟病)相關教育訓練課程。

C. DKD：8 小時之糖尿病及 6 小時之初期慢性腎臟病相關教育課程，或 8 小時之糖尿病(含初期慢性腎臟病)相關教育訓練課程。

(2) 第一年後，每年需接受 8 小時之糖尿病繼續教育訓練課程。

2. 上開教育訓練課程得由中華民國醫師公會全國聯合會(含各縣市公會)、台灣醫院協會(含各層級協會)、中華民國糖尿病學會、中華民國糖尿病衛教學會、台灣醫療繼續教育推廣學會、國民健康署公布之糖尿病健康促進機構、台灣腎臟醫學會、各縣市衛生局及專科醫學會主辦。

壹拾、費用申報及支付方式

一、社區醫療群原有之醫療服務及預防保健服務，依現行「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」、總額支付制度及主管機關公告之「醫事服務機構辦理預防保健注意事項」相關規定支付，由各診所依實際執行情況按月申報，費用撥入個別帳戶。本計畫相關費用撥入社區醫療群指定帳戶(或依計畫執行中心之申請撥入各基層診所)。

二、相關費用由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，於追扣補付系統辦理社區醫療群帳務處理「“214”家庭醫師整合性照護計畫補付」及「“114”家庭醫師整合性照護計畫追扣」，「“294”家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金補付」及「“194”家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金追扣」，「“205”家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合費補付」及「“105”家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合費追扣」，「“2N5”家庭醫師整合性照護計畫-失智症門診照護家庭諮詢費

補付」及「“1N5” 家庭醫師整合性照護計畫-失智症門診照護家庭諮詢費追扣」，「“2Z9” 家庭醫師整合性照護計畫-糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升費補付」及「“1Z9” 家庭醫師整合性照護計畫-糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升費追扣」。

三、參與計畫之診所申報會員門診醫療費用請依門診醫療費點數申報格式規定申報。

四、社區醫療群收案會員每人支付費用 800 點/年，經費撥付原則如下：

(一) 個案管理費，每人支付 250 元/年：

1. 執行內容包含資料建檔上傳、轉診、個案衛教宣導、24 小時諮詢專線、個案研討及與合作醫院開辦共同照護門診。支付每位醫師個案管理費上限為 1,080 名(上年度評核指標 ≥ 90 分之社區醫療群醫師上限為 1,180 名)，但並非收案會員上限，仍可依實際收案會員數，計算、支付績效獎勵費用。惟本計畫會員之收案診所與所有醫療給付改善方案及代謝計畫收案診所皆相異，不受前述限制。
2. 本計畫會員如為本保險醫療給付改善方案、居家醫療照護整合計畫及代謝症候群防治計畫之收案個案，自該計畫收案日起不予支付個案管理費，該個案及死亡個案之個案管理費按收案月份等比例支付；自行收案會員年度內未於收案診所就醫，不支付個案管理費。
3. 社區醫療群上年度評核指標未達 70 分者，如已上傳會員資料第一階段名單，仍不予支付當年度之個案管理費；上

年度評核指標 ≥ 90 分之社區醫療群，於上傳會員資料第二階段之自行收案個案，其當年度之個案管理費，溯自社區醫療群醫師參與當年度計畫起日計算。

4. 本項費用以群為單位，每半年撥付 1 次；由保險人分區業務組於期中及年度結束，經審查通過後一個月內撥付 50% 費用。相關之必要欄位需填寫完整，填寫不實或資料欄位以符號取代文字者，則核扣該筆個案管理費用。
5. 考量會員照護之完整性，參與計畫之特約院所或醫師於參與計畫期間，如因故中途退出本計畫，則依承作月份按比例核付個案管理費(收案前三個月內退出者除外)，其餘費用則不予核付。
6. 為達全人照護目標，得視個案需要填具「全人照護評估單」(詳附件二)。

(二) 績效獎勵費用，每人支付 550 點/年(以群為計算單位)；會員若於計畫執行期間於收案社區醫療群無就醫紀錄，則不予核付本項費用。計畫評核指標為特優級且平均每人 VC-AE 差值 >275 點之家醫 2.0 醫療群，則支付績效獎勵費用會員每人 550 元。

1. 健康管理成效鼓勵：占本項經費之 50%：社區醫療群登錄個別診所會員(排除居家醫療照護整合計畫之個案)實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值回饋社區醫療，撥入執行中心帳戶或診所(VC-AE)：平均每人 275 點為上限(以群方式統

計)。

2. 品質提升費用：占本項經費之 50%，依各社區醫療群計畫評核指標達成情形，分五級支付：

(1)特優級：計畫評核指標分數 ≥ 90 分，則支付品質提升費用會員每人 275 點。

(2)良好級：計畫評核指標分數介於 $80 \text{ 分} \leq \sim < 90 \text{ 分}$ ，則支付品質提升費用會員每人 210 點。

(3)普通級：計畫評核指標分數介於 $75 \text{ 分} \leq \sim < 80 \text{ 分}$ ，則支付品質提升費用會員每人 175 點。

(4)輔導級：計畫評核指標分數介於 $70 \text{ 分} \leq \sim < 75 \text{ 分}$ ，則支付品質提升費用會員每人 145 點。

(5)不支付：計畫評核指標分數 < 70 分則不予支付。

(三)社區醫療群應承擔財務與品質責任，VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數 < 70 分者，則支付個案管理費之 50%。

(四)本計畫參與醫師當年度未於執業登記診所申報醫療費用者(不含代辦案件)，不支付收案會員之「個案管理費用」及「績效獎勵費用」。

五、偏遠地區參與診所績效獎勵費

(一)符合偏遠地區之診所且所屬社區醫療群計畫評核指標為良好級(含)以上，該診所之績效獎勵費每點支付金額以 1 元計算。

(二)前項偏遠地區認定方式：依當年度公告之本保險醫療資源缺乏地區施行區域及本保險保險對象免自行負擔費用辦法所列

之山地離島地區。

六、失智症門診照護家庭諮詢費用

- (一) 病人條件：參與本計畫之失智症病人，經神經科、精神科或老年醫學專科醫師評估有諮詢需要，且病人之失智症評估結果，符合臨床失智症評量表(Clinical Dementia Rating,CDR)值 ≥ 1 或簡易心智量表 ≤ 23 者。
- (二) 社區醫療群診所得提供符合上述條件之收案會員家庭諮詢服務，並申報本項費用。
- (三) 每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件三)，併入病人病歷記錄留存。
- (四) 給付項目及支付標準：
 - 1. 每次諮詢服務時間 15 分鐘(含)以上，未達 30 分鐘者：支付點數 300 點，申報編號 P5002C。
 - 2. 每次諮詢服務時間 30 分鐘(含)以上者：支付點數 500 點，申報編號 P5003C。
 - 3. 同院所每位病人每年最多給付 2 次費用。

七、多重慢性病人門診整合費用

- (一) 支付條件：須同時符合下列條件
 - 1. 會員有 2 種(含)以上慢性病並於收案診所內就醫，且當年度每件慢性病就醫開立之該慢性病連續處方箋需含兩類(含)以上慢性病用藥，~~之~~總處方調劑日份須達 56 日(含)以上，並無「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重複用藥情形者。

本項慢性病係指：高血壓、糖尿病、高血脂、動脈粥樣硬化、心臟病、腦血管病變、慢性肝炎、肝硬化、痛風、慢性腎臟病、慢性貧血、慢性阻塞性肺病。

2. 醫師提供整合照護後，應於會員之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之內容或藥品，以備查核，並於費用申報時，於「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」之「d13」欄位填報，註記「整合照護模式」。若醫師未於病歷中載明前述之整合資料者，不得註記「整合照護模式」。

(二) 支付方式：符合前項條件者，當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 56 日(含)以上，每一會員每年度支付 ~~500~~ 550 點；若當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 169 日(含)以上，每一會員每年度再增加支付 ~~1,000~~ 1,100 點。

八、糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費：

(一) 適用對象：「家醫 2.0 醫療群」會員中，DM/CKD/DKD 個案。

(二) 給付條件：DM 病人之 HbA1c 及 LDL、CKD 病人之 UACR、DKD 病人之 HbA1c、LDL 及 UACR 之檢驗結果有進步或最後一次檢驗結果位於控制良好範圍，若任一項檢驗項目未有進步或不符合控制良好範圍，不予支付。

(三) 控制良好範圍及進步之定義：

1. 控制良好：

(1) 糖化血色素(HbA1c)：<7%。

(2) 低密度脂蛋白(LDL)：<100mg/dL。

(3) 尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)：<30mg/gm。

2. 進步定義：檢驗結果後測-前測<0，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度 7 月 1 日之後，且前測及後測日期應間隔 84 天(含)以上。

3. 資料範圍：限醫療群內診所(含交付檢驗所)之上傳檢驗(查)數據，不含合作醫院。

(四) 支付方式：

1. 符合前項條件之 DM 或 CKD 病人，每一個案每年度支付 250 點；DKD 病人，每一個案每年度支付 750 點。

2. 「家醫 2.0 醫療群」診所未於年度結束前完成 DM/CKD 相關訓練課程，不予支付。

3. 當年度已獲 P4P-DM/CKD/DKD 品質獎勵金之診所，同一個案不得重複領取該計畫品質獎勵金或本項費用。

八、本計畫之預算先扣除「個案管理費」、「偏遠地區參與診所績效獎勵費」、「特優級且平均每人 VC-AE>275 點之家醫 2.0 醫療群績效獎勵費用」後，其餘「績效獎勵費用」、「失智症門診照護家庭諮詢費用」及「多重慢性病人門診整合費用」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。

九、醫療費用申報、暫付、審查及核付，依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。

十、轉診規定：如有轉診之醫療院所請依「全民健康保險轉診實施辦法」規定，辦理轉診院所需填具轉診單，並依門診醫療費點數申報格式規定，於 d16-d18 欄位依實際情形填報。

壹拾壹、計畫評核指標

社區醫療群型態診所，其達成情形以群為計算單位，並以下列項目作為費用支付評核指標：

一、結構面指標(15 分)

(一) 個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診(10 分)：

社區醫療群每月至少需辦理 1 場，且年度內每位醫師至少應參與本項活動達 6 次(含)以上。

(二) 設立 24 小時諮詢專線(每群全年至少抽測 3 次)(5 分)：

鼓勵醫師 call out，有效回答會員問題，並依實際服務品質，分階段給分(由醫師全聯會進行抽測，以平均分數計算得分並將分數於當年度 10 月底前提供保險人計分，超過繳交期限以 0 分計算)。

1. 執行中心或醫院人員接聽，能即時轉達收案醫師，且收案醫師 20 分鐘內即時 callout 回電，得 5 分。
2. 執行中心或醫院人員接聽，可以解答會員問題(可專業回答如發燒如何處理、瞭解會員狀況)，得 5 分。
3. 執行中心或醫院人員接聽，無法解決會員問題(如不了解家

醫計畫、簡單回答請他來醫院等)，得 3 分。

4. 無人接聽(連續測試 3 通，每次間隔 10 分鐘)，得 0 分。

二、過程面指標(33 分)

~~(一) 檢驗(查)結果上傳率(10 分)~~

~~參加全民健康保險鼓勵醫事機構即時查訊病患就醫資訊方案，於當月醫療費用申報之前，上傳檢驗(查)結果予保險人。~~

~~1. 檢驗(查)結果上傳率 $\geq 80\%$ ，得 10 分。~~

~~2. 檢驗(查)結果上傳率 $\geq 70\%$ ，得 8 分。~~

~~3. 檢驗(查)結果上傳率 $\geq 60\%$ ，得 6 分。~~

~~4. 計算公式說明：~~

~~分子：檢驗(查)結果上傳醫令數。~~

~~分母：全民健康保險鼓勵醫事機構即時查訊病患就醫資訊方案附件五所列之檢驗(查)結果上傳申報醫令數。~~

~~◎ 計算條件：~~

~~1. 本指標排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資料、病理報告及出院病歷摘要資料。~~

~~2. 分子包含診所申報診所上傳檢驗(查)結果及診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果之案件。~~

(一) 預防保健達成情形(23 分)

1. 成人預防保健檢查率(7 5 分)

(1) 會員接受成人預防保健服務 \geq 較需照護族群 70 百分位數，得 7 5 分。

(2) $<$ 較需照護族群 70 百分位數，但 \geq 較需照護族群 60 百

分位數，得 3 分。

(3)計算公式說明：

分子：40 歲(含)以上會員於基層院所接受成人健檢人數

分母：(40 歲至 64 歲會員數/3+65 歲《含》會員數)

2. 子宮頸抹片檢查率(5 分)

(1)會員接受子宮頸抹片服務 \geq 較需照護族群 63 百分位

數，得 5 分。

(2) $<$ 較需照護族群 63 百分位數，但 \geq 較需照護族群 53 百分位數，得 3 分。

(3)計算公式說明：

分子：30 歲(含)以上女性會員於院所接受子宮頸抹片人數。

分母：30 歲(含)以上女性會員數。

3. 65 歲以上老人流感注射率(43分)

(1)會員接受流感注射服務 \geq 較需照護族群 65 百分位數，得 43分。

(2) $<$ 較需照護族群 65 百分位數，但 \geq 較需照護族群 55 百分位數，得 2 分。

(3)計算公式說明：

分子：65 歲以上會員於基層院所接種流感疫苗人數。

分母：65 歲以上總會員人數。

4. 糞便潛血檢查率(75分)

(1)50 歲以上至未滿 75 歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查

率 ≥ 50 歲以上至未滿 75 歲較需照護族群檢查率之 83 百分位數，得 75 分。

(2) $<$ 較需照護族群檢查率之 83 百分位數，但 \geq 較需照護族群檢查率之 73 百分位數，得 53 分。

(3) $<$ 較需照護族群檢查率之 73 百分位數，但 \geq 較需照護族群檢查率之 63 百分位數，得 32 分。

(4) 計算公式說明：

分子：50 歲以上至未滿 75 歲會員於基層院所接受定量免疫糞便潛血檢查人數。

分母：50 歲以上至未滿 75 歲會員人數/2。

5. B、C 肝炎篩檢率(5 分)

(1) 會員接受 B、C 肝炎篩檢率 \geq 較需照護族群 70 百分位數，得 5 分

(2) $<$ 較需照護族群 70 百分位數,但 \geq 較需照護族群 60 百分位數，得 3 分

(3) 計算公式說明：

分子:曾做過 B、C 肝炎篩檢之會員人數

分母:符合 B、C 肝炎篩檢資格之會員人數(45 歲以上未滿 80 歲者、原住民為 40 歲以上未滿 80 歲者)

三、結果面指標(37 分)

(一) 潛在可避免急診率(4 分)

1. \leq 收案會員 30 百分位，或與上年度同期自身比進步率 $\geq 10\%$ ，得 4 分。

2. \leq 收案會員 45 百分位，或與上年度同期自身比進步率 $> 5\%$ ，得 3 分。

3. \leq 收案會員 65 百分位，得 1 分。

4. 計算公式說明：

分子：潛在可避免急診慢性類疾病之案件

分母：18 歲以上家醫會員罹患慢性類疾病人數

(二) 會員急診率(排除外傷)(4 分)

1. \leq 收案會員 30 百分位，或與上年度同期自身比進步率 $\geq 10\%$ ，得 4 分。

2. \leq 收案會員 45 百分位，或與上年度同期自身比進步率 $> 5\%$ ，得 3 分。

3. \leq 收案會員 65 百分位，得 1 分。

4. 計算公式說明：

分子：會員急診人次(排除外傷案件)

分母：會員人數

(三) 可避免住院率(4 分)

1. \leq 收案會員 30 百分位，或與上年度同期自身比進步率 $\geq 10\%$ ，得 4 分。

2. \leq 收案會員 45 百分位，或與上年度同期自身比進步率 $> 5\%$ ，得 3 分。

3. \leq 收案會員 65 百分位，得 1 分。

4. 計算公式說明：

分子：可避免住院慢性類疾病之案件

分母：18 歲以上家醫會員因慢性類疾病就醫人數

(四) 初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率(5 分)

1. \geq 初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率 70 百分位，得 5 分。
2. 與上年度同期自身比進步，得 3 分。
3. 計算公式說明：

分子：會員於西醫基層執行初期慢性腎臟病之檢驗人數

分母：會員門診主診診斷為初期慢性腎臟病之人數

註：「單次尿液肌酸酐／尿液白蛋白比例(urine albumin to creatinine ratio, UACR)」或「尿液總蛋白與肌酸酐比值(UPCR)」兩項檢查之一。

(五) 會員固定就診率(10 分)

1. 會員在群內(含合作醫院)之西醫門診固定就診率 \geq 當年較需照護族群 65 百分位且 $\geq 50\%$ ，得 10 分。
2. 進步率 $> 5\%$ 或當年較需照護族群 60 百分位 \leq 會員固定就診率 $<$ 「當年較需照護族群 65 百分位且 $\geq 50\%$ 」，得 5 分。
3. 當年較需照護族群 55 百分位 \leq 會員固定就診率 $<$ 當年較需照護族群 60 百分位，得 3 分。
4. 計算公式說明：

分子：會員在社區醫療群內診所(含合作醫院)就醫次數

分母：會員在所有西醫門診就醫次數

(六)-1.慢性病個案三高生活型態風險控制率(~~10~~ 15 分)

(1) 醫療群內~~150~~ 200 名以上慢性病收案會員之血壓(收縮

壓、舒張壓)得以控制或改善，得3 5分。

(2) 醫療群內~~150~~ 200名以上慢性病收案會員之糖化血色素(HbA1c)得以控制或改善，得3 5分。

(3) 醫療群內~~150~~ 200名以上慢性病收案會員之低密度脂蛋白(LDL)得以控制或改善，得4 5分。

(4) 三高生活型態監測值應介於合理範圍：

A. 血壓：收縮壓介於70至300mmHg，舒張壓介於40至200 mmHg。

B. ~~糖化血色素~~ HbA1c：介於4%至15%。

C. ~~低密度脂蛋白~~ LDL：介於30 mg/dl 至494 mg/dl。

D. 如有個案非介於合理範圍者，應上傳原因說明。

(5) 計算公式說明：

A. 得以控制或改善定義：

檢驗結果後測-前測<0或維持正常值：

血壓： $100 \leq \text{收縮壓} \leq 150 \text{ mmHg}$ 或 $50 \leq \text{舒張壓} \leq 90 \text{ mmHg}$ 。

糖化血色素： $4\% \leq \text{糖化血色素 HbA1c} \leq 7\%$ 或原為10%以上者改善到 $4\% \leq \text{糖化血色素 HbA1c} \leq 8\%$ 之間。

~~低密度脂蛋白~~(LDL)：

$30 \text{ mg/d} \leq \text{糖尿病人} \leq 100 \text{ mg/dl}$ 、

$30 \text{ mg/dl} \leq \text{非糖尿病人} \leq 130 \text{ mg/dl}$ 。

B. 血壓、~~糖化血色素~~ HbA1c、~~低密度脂蛋白~~ LDL 得以

控制之收案個案不得重複計分。

C. 執行方式：

(a) 由收案診所於當年度 12 月底前上傳個案風險控制項目及前後測檢驗值予保險人，超過繳交期限者，本指標以 0 分計算。

(b) 社區醫療群應上傳會員前測及後測之「就醫日期」或「檢驗(查)日期」，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度 7 月 1 日之後，且前測及後測日期應間隔 84 天(含)以上。

(c) 監測資料得由醫療群內其他診所進行監控，不得以合作醫院監測資料上傳。

D. 慢性病收案會員當年度於醫療群內就醫未達 2 次者，不予計分。

(六)-2.糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率(15 分)

(1) 醫療群內 200 名以上 DM、DKD 收案會員之 HbA1c 控制良好或進步，得 5 分。

(2) 醫療群內 200 名以上 DM、DKD 收案會員之 LDL 控制良好或進步，得 5 分。

(3) 醫療群內 50 名以上 CKD、DKD 收案會員之 UACR 控制良好或進步，得 5 分。

(4) 控制良好及進步之定義：

A. 控制良好為當年度最後一次檢驗結果位於以下範圍：

(a) 糖化血色素(HbA1c)：<7%。

(b) 低密度脂蛋白(LDL)： $<100\text{mg/dL}$ 。

(c) 尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)： $<30\text{mg/gm}$ 。

B. 進步定義：檢驗結果後測-前測 <0 ，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度7月1日之後，且前測及後測日期應間隔84天(含)以上。

(5) 資料範圍：限醫療群內診所(含交付檢驗所)之上傳檢驗(查)數據，不含合作醫院。

(六)-3.申請成為家醫 2.0 醫療群適用「糖尿病及慢性腎病監測數據控制良率」，未申請者，則適用「慢性病個案三高生活型態風險控制率」。

(七)糖尿病會員胰島素注射率(5 分)

1. \geq 糖尿病會員胰島素注射率 60 百分位，得 5 分。

2. 與上年度同期自身比進步率 $>5\%$ ，或 $<$ 糖尿病會員胰島素注射率 60 百分位，但 ≥ 50 百分位，得 3 分。

3. 計算公式說明：

分子：糖尿病會員於西醫基層胰島素注射天數 ≥ 28 天之人數

分母：社區醫療群糖尿病會員門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數且 ≥ 100 人

四、自選指標(15 分)

社區醫療群可就下列指標，選擇最優 3 項參加評分，於當年度 10 月底前將選定指標項目回復分區業務組。

(一) 提升社區醫療群品質(5 分)

1. 辦理一場(含)以上健康管理活動：成效良好接受本社區醫療

群內之診所及合作醫院以外之醫療機構觀摩，或應邀參加本社區醫療群以外團體主辦之經驗分享演講。該活動應與當地主管機關(健保分區業務組、衛生局)、家庭醫學醫學會或各縣市醫師公會合辦，並經公告周知。

2. 每月至少一次辦理學術演講活動提升社區醫療群醫療品質。

3. 以上任一項，檢附佐證資料經分區業務組認可，得 5 分。

(二) 提供全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務或「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護」服務(5 分)

1. 提供服務 ≥ 15 人，得 5 分。

2. 提供服務 ≥ 10 人，得 2 分。

(三) 假日開診並公開開診資訊(5 分)

社區醫療群診所至少 1 家診所於週日或國定假日當日開診，並於 VPN 登錄及公開開診資訊。年度開診情形依下列方式計分：

1. 開診診次 ≥ 120 診次，得 5 分。

2. 開診診次 ≥ 90 診次，得 3 分。

3. 開診診次 ≥ 50 診次，得 1 分。

註：

1. 國定假日，依行政院人事行政總處公布放假之紀念日、節日及補假。

2. 上下午及晚上各計 1 診次。如社區醫療群計有 5 家診所、

該月計有 4 天國定假日，則該群所列計假日診次為 60 診次。

(四) 糖尿病人眼底檢查執行率(5 分)

依據保險人「醫療品質資訊公開網」公開之院所別醫療品質資訊/糖尿病人執行檢查率-眼底檢查或眼底彩色攝影檢查執行率：

1. \geq 全國平均值，得 5 分。
2. 與上年度同期比進步率 $>0\%$ ，得 3 分。
3. 本項得分上限 5 分。

~~(五) 糖尿病會員胰島素注射率(5 分)~~

- ~~1. \geq 糖尿病會員胰島素注射率 60 百分位，得 5 分。~~
- ~~2. 與上年度同期自身比進步率 $>5\%$ ，得 3 分。~~
- ~~3. 計算公式說明：~~

~~分子：糖尿病會員於西醫基層胰島素注射天數 ≥ 28 天之人數~~

~~分母：社區醫療群糖尿病會員門診主診診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數且 ≥ 100 人~~

~~(六)~~ (五) 醫療群內收案會員重複用藥核扣情形(5 分)

1. 社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額或重複用藥率 ≤ 30 百分位，得 5 分。
2. 社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額或重複用藥率 ≤ 60 百分位，得 3 分。
3. 社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額或重

複用藥率 ≤ 70 百分位，得 1 分。

4. 計算公式說明：

(1) 社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額：

分子：醫療群內收案會員重複用藥核扣金額

分母：醫療群內收案會員數

(2) 社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥率：

分子：醫療群內收案會員重複用藥處方件數

分母：醫療群內收案會員調劑 7 日以上處方件數

~~(七) 兒童預防保健檢查率(5 分)~~

~~1. 會員接受兒童預防保健服務 \geq 較需照護族群 80 百分位數，得 5 分。~~

~~2. $<$ 較需照護族群 80 百分位數，但 \geq 較需照護族群 75 百分位數，得 3 分。~~

~~3. 計算公式說明：~~

~~分子：6 歲(含)以下會員於基層診所接受兒童預防保健人數~~

~~分母：6 歲(含)以下會員數~~

(六) 會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率(5 分)

1. 會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率 $\leq 35\%$ ，得 5 分。

2. 與上年度同期比，至少減少 10% 以上，得 3 分。

3. 計算公式說明：

分子：醫療群內收案會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立件數

分母：醫療群內收案會員之糖尿病慢性病連續處方箋開立件數

五、加分項(本項最高得分 10 分)

(一) 健康管理成效(VC-AE)執行結果鼓勵(5 分)：平均每人節省醫療費用點數 ≥ 275 點，加 5 分。

(二) 社區醫療群醫師支援醫院(5 分)：社區醫療群醫師，經報備支援醫院每月定期執行業務，加 5 分(醫院無該科別之支援，經保險人分區業務組認定後方得計分；共同照護門診已於結構面指標計分，不列入本加分項)。

(三) 轉介失智症病人至失智症共照中心接受服務(5 分)：協助失智症病人優先轉介至診所所在縣市失智症共照中心、轉至適當醫院就醫，或轉介社會福利資源協助，並留有紀錄，加 5 分。

(四) 同院所同日就診率(5 分)：醫療群收案會員同院同日再就診率 $< 0.015\%$ ，得 5 分。

計算公式說明：

分子：同天、同院門診就醫 2 次以上人數(排除預防保健等代辦案件)

分母：門診就診人數

(五) 檢驗(查)結果即時上傳率 $\geq 70\%$ 之社區醫療群，加 5 分。

1. 計算公式說明：

分子：檢驗(查)結果 3 日內上傳醫令數(含診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果)。

分母：「全民健康保險鼓勵醫事機構即時查訊病患就醫資訊方案」附件五-「獎勵醫事服務機構上傳檢驗(查)結果之項目」之所列之診所申報醫令數。

2. 計算條件：

- (1) 本指標排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資料、病理報告及出院病歷摘要資料。
- (2) 分子包含診所申報診所上傳檢驗(查)結果及診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果之案件。

壹拾貳、計畫管理機制：

- 一、保險人負責協調總體計畫架構模式與修正。
- 二、保險人分區業務組負責輔導轄區社區醫療群之成立、審核計畫與協調監督轄區各計畫之執行，並得邀請醫界代表(如總額執行單位)協助參與、輔導及評估。
- 三、各計畫之社區醫療群應成立「計畫執行中心」，負責提出計畫之申請與該社區醫療群之醫療資源協調整合、醫療服務之提供及醫療費用之分配作業。
- 四、保險人得召開觀摩會，邀請執行成效良好之社區醫療群或診所分享經驗，推廣優良的管理模式，促進計畫執行品質。

壹拾參、計畫申請方式

參與計畫之社區醫療群應於計畫公告 2 個月內，檢附申請文件向保險人分區業務組提出申請(新增及異動者須檢附申請書；前

一年度已經參與本計畫且群內診所、參與醫師與前一年度相同者，可具函敘明前述事項向保險人分區業務組備查)。經保險人分區業務組同意並函復，計畫執行至當年度年底為限。

壹拾肆、退場機制

- 一、評核期間以本計畫所訂指標執行之期程為原則。
- 二、社區醫療群如評核指標未達 70 分者(評核指標 <70 分)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。評核指標介於 70 分至 75 分者($70 \text{ 分} \leq \text{評核指標} < 75 \text{ 分}$)，接受保險人分區業務組輔導改善，且須於次年 6 月底前提具執行改善計畫書經保險人分區業務組備查後，始得加入本計畫；第 2 年仍未達 75 分續辦標準者(評核指標 <75 分)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。
- 三、退場之社區醫療群，其中評核指標 ≥ 75 分之個別診所，可申請重新組群或加入其他社區醫療群，經保險人分區業務組同意後參加。
- 四、計畫執行六個月，社區醫療群依據台灣家庭醫學醫學會與醫師全聯會共同設計之自我評估表(如本計畫附錄 2)，辦理自我評估，保險人分區業務組視評估結果，必要時通知醫師全聯會輔導。未自我評估或不接受輔導者，除保險人不予支付本計畫之指標費用外，並應退出本計畫。
- 五、本計畫參與醫師當年度未於執業登記診所申報醫療費用者(不含代辦案件)，1 年內不得再加入本計畫。

壹拾伍、實施期程及評估

各社區醫療群應於計畫執行後，年度結束提送執行結果(包含計畫運作執行現況、計畫評核指標執行率與社區醫療群間的協調連繫情形、社區衛教宣導)至保險人分區業務組。

壹拾陸、訂定與修正程序

本計畫由保險人與醫師全聯會共同研訂後，送全民健康保險會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，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。

壹拾柒、慢性病個案臨床治療指引及參考指標，請參閱附件四。

附錄 1

全民健康保險家庭醫師整合照護計畫檢核邏輯 保險人網頁之個案通報及登錄系統說明

- 一、 參與計畫之醫師需透過醫事服務機構行文至保險人分區業務組申請，待保險人分區業務組核准後，始能登入健保資訊網服務系統(VPN)傳輸會員資料。
- 二、 醫師進入保險人資訊網服務系統網頁後登入試辦計畫登錄系統後，可以點選病人管理選項，進行病人資料之登錄、維護及查詢事項。

說明：

1. 保險人分區業務組需確實將參與院所名單登錄於 HMA 系統。
2. 醫療院所需請資訊廠商修改其自行維護的畫面，並將會員資料以批次經本系統上傳至健保資訊網服務系統(VPN)。
3. 相關會員資料之維護仍由保險人分區業務組維護；收案期限將設定 3 個月，保險人依權限擷取會員資料供分析用，對於資料登錄不完整之社區醫療群於 3 個月內補正資料/或不予支付。
4. 身分證字號有重複登錄情形，則第 2 筆資料無法輸入。

附錄 2

社區醫療群自我評估表

● 填表單位：

填表日期： 年 月 日

一、諮詢專線			
	自我評量		
(1) 24 小時諮詢專線自行測試結果	<input type="checkbox"/> 無人接聽 (0 分)	<input type="checkbox"/> 接聽但無法 解決會員問 題 (3 分)	<input type="checkbox"/> 接聽且可以解答會員問 題，或轉達醫師 20 分 鐘內回電。 (10 分)
(2) 受理 24 小時諮詢專線總件數	共 件 (見表一)		
● 檢附諮詢專線電話紀錄表(含電子檔) (見表二)			
(3) 主動電訪(Call out)會員人數	共 人 (見表一)		
二、個案研討活動			
	自我評量		
每位醫師參加至少六次「個案研討」或「共同照護門診」或「社區衛教宣導」或「病房巡診」等活動	<input type="checkbox"/> 達成 (10 分)		<input type="checkbox"/> 未達成 (0 分)
● 檢附每位醫師參與各項活動的每月統計表 (見表一)			
● 檢附活動簽到紀錄 (見表三)			
三、會員通知事項			
	自我評量		
(1) 會員權利義務說明書或會員通知函是否交付並告知	<input type="checkbox"/> 是 (1 分)	<input type="checkbox"/> 否(預定何時改善 完成) (0 分)	
(2) 會員權利義務說明書或會員通知函內容是否符合規定(含計畫內容、權益義務、24 小時諮詢電話、醫療群所有診所名單及合作醫院名單)	<input type="checkbox"/> 是 (1 分)	<input type="checkbox"/> 否(預定何時改善 完成) (0 分)	
(3) 是否張貼參與本計畫之標識	<input type="checkbox"/> 是 (1 分)	<input type="checkbox"/> 否(預定何時改善 完成) (0 分)	
(4) 參與本計畫之標識內容是否符合規定(醫療群所有診所名單及合作醫院名單)	<input type="checkbox"/> 是 (1 分)	<input type="checkbox"/> 否(預定何時改善 完成) (0 分)	
註：依填表時間換算辦理活動次數是否達成。 總計得分： 分			

參與各項活動次數之每月統計表

表一

為瞭解社區醫療群參與各項活動之情況，作為未來社區醫療品質提升與家庭醫師制度改進之建議，請依照表中所列項目，簡單記錄執行情形，若能提供相關附件尤佳，謝謝！

填表單位：

項目	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	總計
24 小時諮詢專線 (諮詢件數)													
主動電訪(Call out) (電訪人數)													
個案研討 (參與次數)													
共同照護門診 (診次)													
社區衛教宣導 (辦理場數)													
病房巡診 (巡診次數)													

衛生福利部中央健康保險署 業務組

社區醫療群 24 小時諮詢專線服務紀錄表(範例)

日期	時間 (以 24 小時計)	會員姓名 會員電話	會員 登錄診所	諮詢內容	處理情形	諮詢人員

衛生福利部中央健康保險署 業務組

社區醫療群團體衛教宣導紀錄表(範例)

日期：	年	月	日				
時間：	時	分	至	時	分	第	場
活動地點：							
醫療群相關人員簽名：							
活動成果：							

衛生福利部中央健康保險署 業務組

_____社區醫療群

團體衛教宣導民眾簽到單(範例)

日期： 年 月 日

「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」會員滿意度調查問卷

____女士/先生/小朋友您好：

由於您已成為____年度「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」照護的會員，本問卷係為了解您的主要照顧診所是否能提供您完整而持續性的醫療照護，因而設計此滿意度調查，請於此問卷上填答您的意見（請以”V”符號註記）。

本問卷僅作整體分析之用，感謝您撥冗填答。再次謝謝您的協助！

敬祝 健康快樂！

衛生福利部中央健康保險署 敬啟

1.請問您知道自己是「家庭醫師整合性照護計畫」照護的會員嗎？

☐ (1)知道 ☐ (2)不知道

2.請問您參加「家庭醫師整合性照護計畫」後，您知道以下哪些醫療服務資訊？(複選)

- ☐ (1)可獲得 24 小時電話諮詢服務
☐ (2)可獲得由家庭醫師轉診至合作醫院接受醫療服務
☐ (3)可至家庭醫師在合作醫院開立的共同照護門診求診
☐ (4)因病轉診合作醫院，家庭醫師可到醫院關懷
☐ (5)可參加家庭醫師於社區辦理的衛教宣導活動
☐ (6)可收到家庭醫師寄發的健康會訊刊物
☐ (7)家庭醫師對我的疾病照護及健康管理部分可提供建議及諮詢

3.請問您參加「家庭醫師整合性照護計畫」後，您「得到」以下哪些服務？(複選)

- ☐ (1)醫師或醫護人員對衛教及治療解說清晰
☐ (2)醫師或醫護人員提供醫療保健服務
☐ (3)醫師和醫護人員服務態度熱忱
☐ (4)醫師或醫護人員能針對個別的需求給予關心
☐ (5)醫師能尊重及回應您的問題狀況
☐ (6)候診時間較合理
☐ (7)提供轉診的協助
☐ (8)提供主動電訪(Call out)服務或多元服務(包含書信賀卡、E-mail、Line 等多元工具)

4.請問您對您的家庭醫師向您提供健康諮詢及衛教訊息，您是否滿意？

☐ (1)非常滿意 ☐ (2)滿意 ☐ (3)不滿意 ☐ (4)非常不滿意

5.請問您的家庭醫師對您健康狀況的了解程度，您是否滿意？

☐ (1)非常滿意 ☐ (2)滿意 ☐ (3)不滿意 ☐ (4)非常不滿意

6.請問您對您的家庭醫師所提供的整體服務是否滿意？

☐ (1)非常滿意 ☐ (2)滿意 ☐ (3)不滿意 ☐ (4)非常不滿意

計分方式：滿分 100 分

第 1 題 (10 分)：『知道』：10 分、『不知道』：0 分。

第 2-3 題 (每題 10 分，共 20 分)：每題每勾選項 1 項得 5 分 (每題上限 10 分)。

第 4-5 題 (每題 20 分，共 40 分)：『非常滿意』20 分、『滿意』：15 分、『不滿意』：0 分、『非常不滿意』：0 分。

第 6 題 (30 分)：『非常滿意』30 分、『滿意』：25 分、『不滿意』：0 分、『非常不滿意』：0 分。

全人照護評估單

附件二

壹、個人基本資料：

1. 姓名	
2. 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
3. 出生日期	西元 年 月 日
4. 病歷號碼	
5. 主要照顧者	
6. 聯絡電話（或手機）	
7. 職業別	
8. 宗教信仰	<input type="checkbox"/> 民間信仰 <input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 一貫道 <input type="checkbox"/> 其他
9. 主要居住區域	<input type="checkbox"/> 都會區 <input type="checkbox"/> 鄉鎮 <input type="checkbox"/> 醫療偏遠區域 <input type="checkbox"/> 未知

貳、疾病及健康狀態

一、主要疾病及健康問題列表

- 1.
- 2.
- 3.

二、重要病史（現病史與過去病史）

三、家庭事件

1. 家族病史及相關健康問題：

2. 家系圖：

3. 家庭生命週期：☐新婚夫婦 ☐第一個小孩誕生 ☐有學齡兒童 ☐有青少年子女
☐子女外出創業 ☐空巢 ☐老化的家庭

四、心理及社會事件

參、致病原因綜合評估

1. 疾病因素：
2. 家庭心理社會因素：
3. 其他因素：

評估結果：

肆、全人照護治療計畫

1. 藥物治療：
2. 非藥物治療：
3. 其他健康照護建議：

以下兩項視需要選擇建檔，不另支付。

◎家戶檔案建檔：

◎週期性預防保健追蹤管理：(可自行新增預約項目，如各類疫苗注射)

項目	下次預約時間				
成人健檢					
癌症篩檢					
FOBT					
口腔黏膜篩檢					
子宮抹片					
乳房攝影					
疫苗注射					
流感疫苗					
肺炎疫苗					
衛教					

失智症門診照護諮詢溝通記載內容及規定

1. 病人姓名及臨床失智症評量表(CDR)或簡易心智量表評量結果。
2. 依需要簡要敘述病況、照護技巧指導、藥物或營養諮詢、家屬心理支持、社會資源運用等內容。
3. 諮詢服務之日期及起迄時間至分。
4. 提供服務者職稱及簽章。
5. 接受諮詢服務者簽章及其與病人關係(接受諮詢服務者包括病人或主要照護者，且至少有 1 位家屬參與)。

註：諮詢服務時間不包括醫師診療及失智症評估量表填報時間。

慢性病個案臨床治療指引及參考指標

治療指引	參考指標	分子定義	分母定義	操作型定義
遵照” The 2017 Focused Update of the Guidelines of the Taiwan Society of Cardiology (TSOC) and the Taiwan Hypertension Society (THS) for the Management of Hypertension” 之建議(見後附 Table)，即分為<140/90mmHg 和 <130/80mmHg 兩組。	<u>高血壓控制率</u> (1)有就診有量血壓比率 (2)高血壓併有糖尿病或冠心病病史或腎臟病併有蛋白尿病人 (3)原發性高血壓、高血壓併有中風病史或腎臟病病人	(1)有量血壓人數 (2) 高血壓併有糖尿病、或冠心病病史、或腎臟病併有蛋白尿病人，門診血壓值控制在收縮壓<130mmHg 及舒張壓<80mmHg 人數 (3) 原發性高血壓、高血壓併有中風病史或腎臟病人門診血壓值控制在收縮壓<140mmHg 及舒張壓<90mmHg 人數	(1) 有就診病人(原發性高血壓、高血壓併有糖尿病或冠心病病史或腎臟病或中風病史)人數 (2) 高血壓併有糖尿病、或冠心病病史、或腎臟病併有蛋白尿病人高血壓併有糖尿病病人門診病人總數 (3) 原發性高血壓、或高血壓併有中風病史、或腎臟病病人門診病人總數	A. 控制率：所有已達控制目標之病人數/所有有高血壓診斷之病人數。 B. 已達控制目標之病人數：全年紀錄之門診血壓次數至少每三個月一次，其中有 1/2 (含)以上之數值符合指引建議。 C. 「腎臟病」係指 eGFR<60，「蛋白尿」係指 proteinuria $\geq 1+$ 。
遵照” 2017 Taiwan lipid guidelines for high risk Patients” 之建議，初期先強調 LDL-C 為目標，且以家醫能力所及可照顧的病人	<u>高血脂控制率</u> (1)缺血性腦中風、糖尿病沒有心血管疾病病人	(1)低密度膽固醇 <100 mg/dL 之人數	(1) 缺血性腦中風、糖尿病，沒有心血管疾病病人，低密度膽固醇 ≥ 100 mg/dL 之人數	A.控制率：所有已達控制目標之病人數/所有有下列診斷之病人(穩定冠狀動脈疾病+缺血性腦中

治療指引	參考指標	分子定義	分母定義	操作型定義
<p>群：</p> <p>★穩定冠狀動脈疾病< 70 mg/dL</p> <p>★缺血性腦中風或暫時性腦部缺氧 < 100 mg/dL</p> <p>★糖尿病<100 mg/dL</p> <p>★糖尿病+心血管疾病< 70 mg/dL</p>	(2)冠心病、糖尿病人有心血管疾病	(2)低密度膽固醇 (LDL-C) < 70 mg/dL 人數 (健保給付為 100 mg/dL)	(2) 冠心病、糖尿病人有心血管疾病低密度膽固醇 \geq 70mg/dL 之人數	<p>風或暫時性腦部缺氧+糖尿病)數。</p> <p>B.已達控制目標之病人數：全年檢驗之 LDL-C 次數至少每六個月一次，其中有 1/2(含)以上之數值符合指引建議。</p>
<p>★Stark, C.S., Fradkin, J.E., Saydah, S.H., Rust, K.F., Cowie, C.C. (2013). The prevalence of meeting A1C, blood pressure, and LDL goals among people with diabetes, 1988-2010. Diabetes Care, 36(8), 2271-9. doi: 10.2337/dc12-2258.</p> <p>★Ali, M.K., Bullard, K.M., Gregg, E.W., Del, R.C. (2014). A cascade of care for diabetes in the United States: visualizing the gaps. Ann Intern Med, 161(10), 681-9. doi: 10.7326/M14-0019.</p>	ABC 達標率		4 項指標分母均為醫療群內所有診所糖尿病人總數	<p>A. 糖尿病病人至少每三個月檢查一次 HbA1c，且當年度最後一次 HbA1c 檢查值<7 者為控制良好。</p> <p>B. 糖尿病病人全年紀錄之門診血壓次數至少每三個月一次，其中有 1/2(含)以上之 BP<140/90 為控制良好。</p> <p>C. 糖尿病病人全年檢驗之 LDL-C 次數至少每六個月一次，其中有 1/2(含)以上之數值 LDL-c<100 mg/dl 為控制良好。</p>
	(1)糖化血色素(HbA1C) 達標率	(1)分母中，當年度糖尿病人最後一次檢測 HbA1C<7%人數		
	(2)血壓(BP)達標率	(2)分母中，糖尿病人全年紀錄之門診血壓次數至少每三個月一次，其中有 1/2(含)以上之 BP<140/40mmHg 人數		
	(3)低密度膽固醇(LDL cholesterol) 達標率。	(3)分母中，糖尿病人全年檢驗之 LDL-C 次數至少每六個月一次，其中有 1/2(含)以上之 LDL<100mg/dl 人數		
	(4)ABC 三項指標全部達標率	(4)分母中，同時符合 HbA1C<7%及 BP<140/90mmHg 及 LDL<100mg/dl 之人數		

註：本表為衛生福利部國民健康署提供。