

115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：115 年 1 月 1 日起至 115 年 12 月 31 日止。

四、預算來源：

（一）115 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 466.7 百萬元，得與醫院總額同項專款相互流用。

（二）115 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 135.5 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 227,200 總服務人次及 12,000 總診次為目標；醫院以 70,000 總服務人次及 5,000 總診次為目標。

六、施行區域^註（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：

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。

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)。前述符合申請，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。
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.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。
- 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。
- 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。
- D.115 年方案公告後第 3 個月起，若未有診所、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優先申請。
- E.經前項開放其他分區或同分區不同承作單位申請之鄉鎮(市/區)，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.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 114 年度計畫若仍為 115 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 114 年度之計畫即可延續至 115 年度本方案公告日當月底止，並得於 115 年度開始進行巡迴醫療服務，其經費由 115 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（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 115 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，或每年至少收案 10 名代謝症候群防治計畫或全民健康保險醫療給付改善方案個

案，收案名額為已收案並依照護時程追蹤者列計。

(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。

(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，每診次至少 3 小時，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。每診次巡迴至多 2 個巡迴地點，每個地點至少 1 小時。服務時間須介於 7:00~21:00，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。
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 個巡迴地點，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。

7.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。

(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 個巡迴地點，每個巡迴地點至少 1 小時。
 - (1) 同一巡迴點，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。

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 25 萬點、第二級 30 萬點及第三級 40 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。

註：以農曆春節 7 日假期為例，辦理本方案開業計畫診所於當月應提供 16 天門診【 $20 \times (31 - 7) / 31 = 15.48$ 】，若門診服務未滿 16 天，不予支付當月保障額度。

C. 若保險醫事服務機構非於月底退出本方案，則該月保障額度將按參與計畫日數占當月日曆日數之比例計算。

- (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，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 113 年全年平均診察費 341 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 4,000 點（支付代碼為「P2011C」）。

第二級：每次支付 5,000 點（支付代碼為「P2005C」）。

第三級：每次支付 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 5,000 點（支付代碼為「P2012C」）。

第二級：每次支付 6,000 點（支付代碼為「P2006C」）。

第三級：每次支付 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。

(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（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)醫院申請巡迴計畫或診所辦理開業計畫，若資格符合參與代謝症候群防

治計畫或醫療給付改善方案，應自動加入併同執行，惟院所如有特殊情形經評估難以執行，得向所屬保險人分區業務組申請報備同意。

(四)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（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者），應自條件變更次月起或第一次處分函所載之停約日起停止本項服務。

(五)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。

(六)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（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者），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。

115 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

附件1

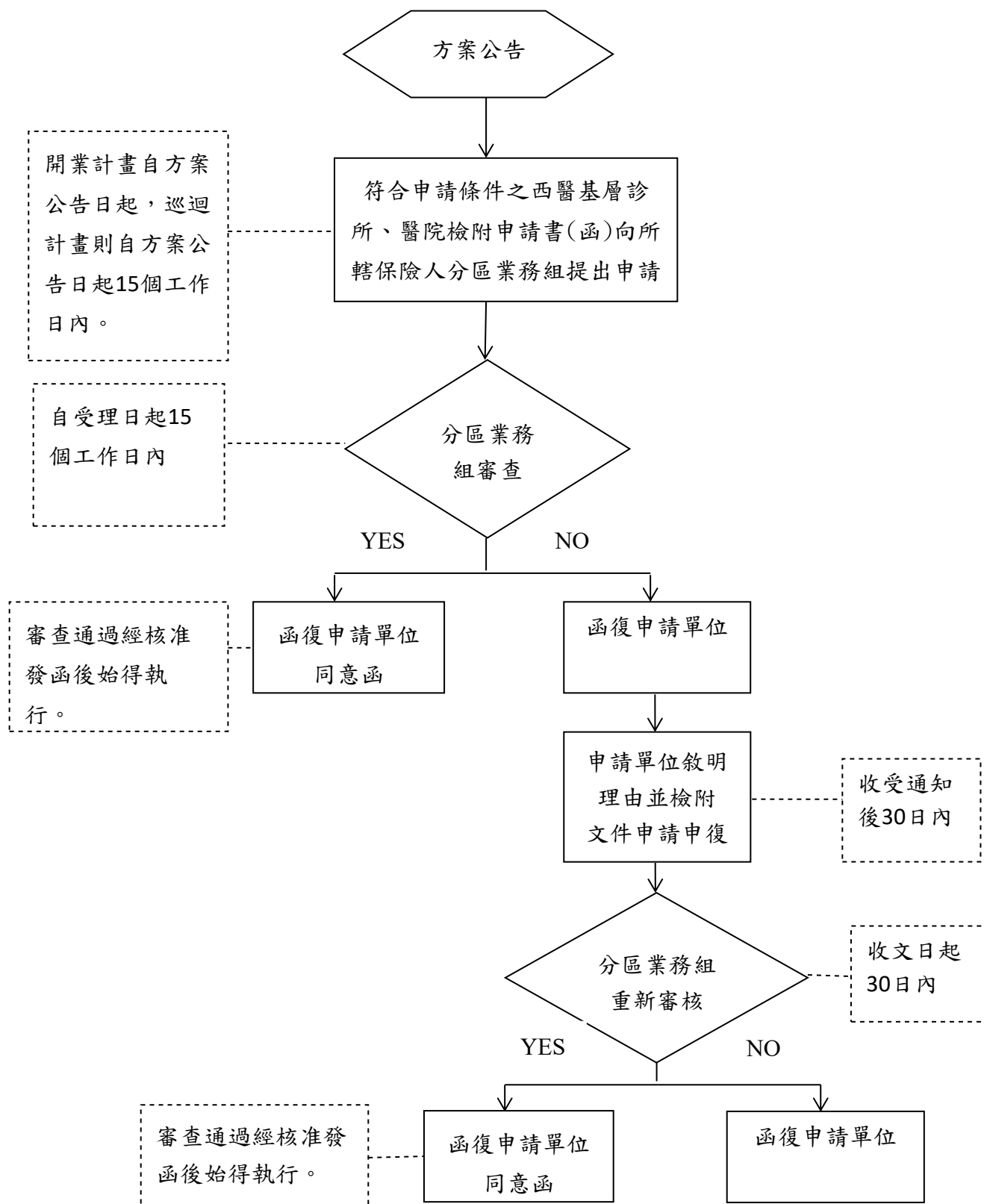
| 業務組 | 縣市 | 鄉鎮(市/區) | 分級 | 承作單位 | 業務組 | 縣市 | 鄉鎮(市/區) | 分級 | 承作單位 |
|-------|-----|---------|----|---------|-------|-----|---------|----|---------|
| 臺北業務組 | 新北市 | 坪林區 | 3 | 基層診所 | 中區業務組 | 彰化縣 | 二水鄉 | 2 | 基層診所 |
| | | 萬里區 | 2 | 基層診所 | | | (埔鹽鄉) | 2 | 基層診所 |
| | | *三峽區 | 2 | 基層診所 | | | (田尾鄉) | 2 | 基層診所 |
| | | *(雙溪區) | 3 | 基層診所、醫院 | | | 大村鄉 | 1 | 基層診所 |
| | | 石門區 | 2 | 基層診所、醫院 | | | (芳苑鄉) | 2 | 基層診所 |
| | | 石碇區 | 3 | 醫院 | | | (福興鄉) | 2 | 基層診所、醫院 |
| | | 三芝區 | 2 | 醫院 | | | (線西鄉) | 2 | 醫院 |
| | | *平溪區 | 3 | 醫院 | | | 伸港鄉 | 1 | 醫院 |
| | | 貢寮區 | 2 | 醫院 | | | 芬園鄉 | 2 | 醫院 |
| | 基隆市 | *七堵區 | 1 | 基層診所 | | | *永靖鄉 | 1 | 醫院 |
| | 宜蘭縣 | 壯圍鄉 | 2 | 基層診所 | | | 大城鄉 | 2 | 醫院 |
| | | (三星鄉) | 2 | 基層診所 | | | 竹塘鄉 | 2 | 醫院 |
| | | (五結鄉) | 2 | 基層診所 | | | 溪州鄉 | 2 | 醫院 |
| | | 頭城鎮 | 2 | 基層診所 | | | *社頭鄉 | 1 | 基層診所、醫院 |
| | | ★礁溪鄉 | 1 | 基層診所 | | 南投縣 | 魚池鄉 | 2 | 基層診所 |
| | | 冬山鄉 | 2 | 基層診所 | | | 名間鄉 | 2 | 基層診所 |
| 北區業務組 | 桃園市 | 觀音區 | 1 | 基層診所、醫院 | | | (國姓鄉) | 2 | 基層診所、醫院 |
| | 新竹縣 | 芎林鄉 | 2 | 基層診所 | | | *中寮鄉 | 2 | 基層診所 |
| | | (峨眉鄉) | 2 | 基層診所 | | | *鹿谷鄉 | 2 | 醫院 |
| | | (橫山鄉) | 2 | 基層診所 | | 雲林縣 | (古坑鄉) | 2 | 基層診所 |
| | | 寶山鄉 | 2 | 醫院 | | | (二崙鄉) | 2 | 基層診所 |
| | | 北埔鄉 | 2 | 醫院 | | | (東勢鄉) | 2 | 基層診所 |
| | 苗栗縣 | 造橋鄉 | 2 | 醫院 | | | 水林鄉 | 2 | 基層診所 |
| | | 卓蘭鎮 | 3 | 醫院、基層診所 | | | *崙背鄉 | 2 | 基層診所 |
| | | 三灣鄉 | 2 | 基層診所 | | | *褒忠鄉 | 2 | 基層診所 |
| | | *(獅潭鄉) | 3 | 基層診所 | | | *(四湖鄉) | 2 | 基層診所 |
| | | 西湖鄉 | 2 | 基層診所 | | | *口湖鄉 | 2 | 基層診所 |
| | | 公館鄉 | 2 | 基層診所 | | | (大埤鄉) | 2 | 基層診所 |
| | | 銅鑼鄉 | 2 | 基層診所 | | | ★莿桐鄉 | 1 | 醫院 |
| | | 南庄鄉 | 2 | 醫院 | | | (元長鄉) | 2 | 基層診所 |
| | | (大安區) | 2 | 基層診所 | | | 林內鄉 | 2 | 醫院 |
| 中區業務組 | 臺中市 | (新社區) | 2 | 基層診所 | | | 臺西鄉 | 2 | 醫院 |
| | | *(石岡區) | 2 | 基層診所 | | 嘉義縣 | (布袋鎮) | 2 | 基層診所 |
| | | 外埔區 | 2 | 醫院 | | | *溪口鄉 | 2 | 基層診所 |
| | | 彰化縣 | 2 | 基層診所 | | | 鹿草鄉 | 2 | 基層診所 |
| | 彰化縣 | 埤頭鄉 | 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 |
|-------|-----|------------|----|---------|-------|-----|---------|----|---------|
| 南區業務組 | 嘉義縣 | (番路鄉) | 2 | 基層診所 | 高屏業務組 | 屏東縣 | 車城鄉 | 2 | 醫院 |
| | | *新港鄉 | 2 | 基層診所 | | | *鹽埔鄉 | 2 | 醫院 |
| | | 水上鄉 | 2 | 基層診所 | | | 竹田鄉 | 2 | 醫院 |
| | | (義竹鄉) | 2 | 基層診所 | | | *南州鄉 | 2 | 醫院 |
| | | *中埔鄉 | 2 | 基層診所 | | | 枋山鄉 | 2 | 醫院 |
| | | (六腳鄉) | 2 | 基層診所 | | | 滿州鄉 | 3 | 醫院 |
| | | (東石鄉) | 2 | 基層診所 | | | 崁頂鄉 | 2 | 醫院、基層診所 |
| | | *梅山鄉 | 2 | 基層診所 | | | 麟洛鄉 | 1 | 基層診所、醫院 |
| | | *竹崎鄉 | 2 | 基層診所 | | | 萬巒鄉 | 1 | 基層診所、醫院 |
| | 臺南市 | 東山區 | 2 | 基層診所 | 東區業務組 | 花蓮縣 | *鳳林鎮 | 2 | 基層診所 |
| | | 後壁區 | 2 | 基層診所 | | | 吉安鄉 | 2 | 基層診所 |
| | | 西港區 | 2 | 基層診所 | | | *光復鄉 | 2 | 基層診所 |
| | | *關廟區 | 2 | 基層診所 | | | *(壽豐鄉) | 2 | 基層診所 |
| | | *下營區 | 2 | 基層診所 | | | (富里鄉) | 3 | 基層診所 |
| | | 學甲區 | 2 | 基層診所 | | | (瑞穗鄉) | 2 | 基層診所 |
| | | *(左鎮區) | 3 | 基層診所、醫院 | | | *玉里鎮 | 2 | 醫院 |
| | | (龍崎區) | 3 | 基層診所、醫院 | | 臺東縣 | 卑南鄉 | 2 | 基層診所 |
| | | 楠西區 | 2 | 基層診所 | | | *(大武鄉) | 2 | 基層診所 |
| | | (南化區) | 3 | 基層診所、醫院 | | | *(太麻里鄉) | 2 | 基層診所 |
| | | 官田區 | 2 | 基層診所 | | | *(東河鄉) | 3 | 基層診所 |
| | | (七股區) | 2 | 基層診所 | | | *長濱鄉 | 2 | 基層診所 |
| | | 北門區 | 2 | 基層診所 | | | *鹿野鄉 | 2 | 基層診所 |
| | | 大內區 | 2 | 醫院 | | | *成功鎮 | 2 | 基層診所 |
| | | 將軍區 | 2 | 醫院 | | | *池上鄉 | 2 | 基層診所 |
| | | (田寮區) | 3 | 基層診所、醫院 | | | *關山鎮 | 2 | 基層診所 |
| | | (內門區) | 2 | 基層診所 | | | | | |
| | | (永安區) | 2 | 基層診所 | | | | | |
| | 高雄市 | *六龜區 | 2 | 基層診所 | | | | | |
| | | 杉林區 | 2 | 醫院 | | | | | |
| | | 甲仙區 | 3 | 醫院 | | | | | |
| | | *旗山區(溪洲地區) | 1 | 基層診所 | | | | | |
| | 屏東縣 | (新園鄉) | 2 | 基層診所 | | | | | |
| | | 佳冬鄉 | 1 | 基層診所 | | | | | |
| | | 九如鄉 | 2 | 醫院 | | | | | |

註：

1. 經修正公告**115**年度施行鄉鎮(市/區)，共計**129**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 ≤ 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、雲林縣古坑鄉草嶺村及樟湖村、雲林縣水林鄉松中村、嘉義縣番路鄉草山村、嘉義縣竹崎鄉仁壽村及光華村為第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 | | 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 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) |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 審核情形 | 分區業務組意見： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 同意 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 申請日最近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條所列違規情事之一暨第44條及第45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)。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <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： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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"/> 申請日最近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條所列違規情事之一暨第44條及第45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)。 <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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <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 天 小時/診次/週</p> <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 天 小時/診次/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 | | | | | | | |
| | 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(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: 60px; height: 40px; margin: 20px auto; text-align: center; line-height: 40px;">印</div> <p>診所(衛生所)執業醫師簽名：</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 20px auto; text-align: center; line-height: 40px;">印</div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <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。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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="float:right; border: 1px solid black; padding: 5px;">印</div> | | | |
| 診所(衛生所)執業醫師簽名： <div style="float:right; border: 1px solid black; padding: 5px;">印</div> | | | |

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 | 縣市 鄉鎮(市/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(巡迴) / 月 天 小時(開業)</p> | | | |
| <p>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。</p> | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 40%;">診所(衛生所)/醫院</div> <div style="width: 10%; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">印</div> </div> <div style="width: 45%;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 100px;"> <div style="width: 40%;">執業醫師簽名：_____</div> <div style="width: 10%; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">印</div> </div> <div style="width: 45%;"></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

115年中央健康保險署單位預算「健保業務-完善健保醫療費用總額及給付機制-提升保險服務成效計畫」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

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。</p> <p style="text-align: center;">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(第一級、一般日,每次)</p> <p>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)</p> <p>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)</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(第一級、例假日,每次)</p> <p>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)</p> <p>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)</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(第一級、一般日,每次)</p> <p>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)</p> <p>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)</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(第一級、例假日,每次)</p> <p>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)</p> <p>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)</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 |

| 欄位或相關規定 | 開業計畫 | 巡迴計畫 |
|---------|------|--|
| | | 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 <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 <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 |

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(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(里) | 村(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： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 執行成果 | 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4,000點、第二級5,000點、第三級8,000點；假日：第一級5,000點、第二級6,000點、第三級9,000點 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 護理人員報酬 | | | 平日：第一級1,200點、第二級1,500點、第三級1,800點；假日：第一級1,700點、第二級2,000點、第三級2,300點 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 藥事人員報酬 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。