

102 年度全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區

改善方案

101 年 12 月 28 日健保醫字第 1010011297 號公告

一、依據：

全民健康保險醫療費用協定委員會 102 年度全民健康保險醫療費用總額協商暨第 186 次委員會議紀錄。

二、目的：

鼓勵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照護。

三、施行區域(詳附件 1)：

(一)全民健康保險保險人(以下稱保險人)參酌下列條件訂定之：

- 1.每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，超過二千六百人之鄉鎮(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」及「全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」之鄉鎮(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(區)，其巡迴點僅限當地衛生主管機關或所轄保險人分區業務組認定者。

四、施行期間：102 年 1 月 1 日起至 102 年 12 月 31 日止。

五、預算來源：

102 年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額中「醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區之方案」專款項目下支應，102 年全年為 5,000 萬元。

六、執行方式及年度目標：

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

七、申請條件及巡迴醫療服務相關規定：

(一)、參與本方案之醫院及醫事人員申請資格與條件

- 1.申請參與本方案提供服務之醫院及醫事人員須最近 2 年未曾涉有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下稱特管辦法）第三十八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.執行本方案之醫院及醫師經當地衛生局報備核准，於同一健保分區內得跨鄉鎮、跨縣市（區），不得跨健保分區執行本巡迴醫療服務。但若於 102 年 6 月底前，仍未有特約醫院向所轄保險人分區業務組申請巡迴之鄉鎮，可開放其他分區醫院申請。若總、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.執行本方案巡迴醫療服務之醫院，如同時提供藥事服務者，應符合藥事法第 102 條規定。

(二)、巡迴醫療服務相關規定：

1.巡迴點規定：

- (1)執行本方案巡迴醫療服務時間：每天 8:00~22:00。每 1 時段(次)3 小時；每一巡迴點 1 天至多 1 時段(次)，每週至多 3 次。
- (2)執行本方案滿 3 個月，巡迴點每診次平均就醫低於 3 人次(不含)，暫停該巡迴點服務，該醫院須提改善計畫書，並經保險人分區業務組核定後始得恢復或變更巡迴點。
- (3)同一巡迴點以 1 家醫院為限。

2.巡迴醫事人員規定：

- (1)每位醫師 1 天以 1 次為原則，每週至多 3 次；醫師每次巡迴每個巡迴點至少 1 小時、每天至多 2 個巡迴點。同一醫師同一巡迴點以每週看診 1 次為原則，又同一巡迴點每週之看診醫師如同一科別，宜固定同一位醫師。
- (2)同一時段、同一巡迴地點以 1 名醫師為限。

(3)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：每天至多 2 次。

(4)參與方案醫事人員應以執業登錄於申請方案之醫院為限，惟以總、分院型態之醫院所提計畫者，不在此限。

3.依本方案提供巡迴醫療服務後，倘條件變更致未符合施行區域之篩選條件，或涉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者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者），應於條件變更改次月起或第一次處分函上所載停約日起，停止本項巡迴醫療服務。

4.門診天數、時段、地點，則依執行本方案之醫院申請計畫書所列時間表為依據。門診時間若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之假期，則為休診日，不須補診。

八、申請程序：

(一)、申請流程：

- 1、由符合申請條件之特約醫院，自本方案公告日起 15 個工作日內，檢具應備之文件向所轄保險人分區業務組提出申請。
- 2、保險人分區業務組自收到申請書起 15 個工作日內核定，經核定後即可執行本方案，申請流程詳附件 2。
- 3、逾期申請者，保險人分區業務組得視經費及實際需要受理申請及審查。
- 4、101 年每診次平均就醫人次低於 1 人次(不含)之巡迴點，102 年度特約醫院不得申請於該巡迴點提供巡迴醫療服務。102 年度每診次平均就醫人次低於 5 人次(不含)之巡迴點，103 年度特約醫院不得申請於該巡迴點提供巡迴醫療服務。
- 5、為確保計畫執行之延續性，原核定執行之 101 年度計畫若仍為 102 年度方案施行地區，且符合 102 年度方案規定，其 101 年度計畫可延續至 102 年計畫核定日（所需經費，由 102 年之預算撥付）。

(二)、申請所需檢附文件：

- 1、申請表：「102 年度醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案申請

表格」(詳附件 3)。

2、計畫書書面資料及檔案，計畫書內容如下：

(1) 封面：至少包含計畫名稱(包含計畫執行地區附村名、地點)、計畫執行單位、計畫執行期間。

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

(3) 計畫本文至少應包括：

a.前言：請敘述本計畫產生背景，包括計畫執行地區居民健康狀況等。

b.目的：請分點具體列述本計畫所要達成目標。

c.執行地區現況分析：

▪人口分布：請詳述計畫執行地區面積、性別年齡分布、當地戶籍人口數。

▪地理環境概況及交通情形：簡要敘述計畫執行地區之地理環境概況(檢附巡迴地點地址及簡要地圖更佳)、當地對外交通情形、及巡迴醫療服務地點最鄰近醫療院所名稱、車程與里程。

▪醫療需求情形：目前當地醫療服務使用狀況、醫療需求，以及計畫提供醫療服務內容。醫院應配合當地村內活動，定期辦理健康講座或宣導活動。

d.執行本計畫醫事人力：詳述醫事人力名單、身分證號、負責醫師、護理人員、藥事人員。

e.執行本計畫經費評估：依支付標準之項目及點數預估。

f.明訂評估本計畫之預期效益：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。

g.預定醫療門診時間表，門診時間表請勿隨意更動。

3、參與本計畫醫事人員清晰之執業執照正反面影本。

4、經當地衛生局核備之醫師、護理人員及巡迴地點同意函。

(三)、原計畫異動：

1.原計畫醫師、護理人員或巡迴時間、地點、時段異動：應以書面函及門診時段異動表(附件 4)、巡迴地點異動表(附件 5)，於前月二十五日前向所屬衛生局報備後，持衛生局同意函向保險人分區業務組報備，並應事先周知當地民眾。

2.原計畫藥事人員如有異動，應向保險人分區業務組報備同意，並應事先周知當地民眾。

(四)、執行巡迴醫療服務之特約醫院，應將「全民健保巡迴醫療服務」之標誌或海報及看診日期、時間，揭示於巡迴點之明顯處。

九、支付標準及醫療費用申報與審查：

(一)、本方案預算支用範圍：執行本方案產生之醫療費用、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。

(二)、執行本方案門診基本部分負擔收取方式，比照西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案之基層院所辦理巡迴醫療服務收取門診基本部分負擔 50 元。若為符合新修正公布之全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，部分負擔得予減免 20%。

(三)、本方案醫療費用申報方式及支付標準：

1、診察費加成：於巡迴點提供之醫療服務案件分類 D4，特定治療項目 G5 案件之診察費按申報點數加 2 成支付。

2.就醫當次並開立慢性病連續處方箋者，第 1 次調劑案件分類 D4，特定治療項目 G5；第 2 及 3 次調劑案件分類 08 案件，特定治療項目 G5。

3、醫事人員報酬：

(1)巡迴醫療服務醫師之報酬，以「論次計酬」支付，每次為 3 小時，1 天最多 1 次。一般日(含夜診)每次支付 4,500 點（支付標準代碼為「P2005C」），例假日每次支付 5,500 點（支付標準代碼為「P2006C」）。

(2)配合醫師進行巡迴醫療服務之護理人員、藥事人員之報酬，以「論次計酬」支付，每次為 3 小時，1 天最多 2 次。一般日(含夜診)每次支付 1,200 點（護

理人員支付標準代碼為「P2007C」、藥事人員支付標準代碼為「P2009C」)，例假日每次支付 1,700 點（護理人員支付標準代碼為「P2008C」、藥事人員支付標準代碼為「P2010C」）。

(3)執行巡迴醫療服務應逐次填寫醫療報酬申請表（詳附件 6），並於次月 20 日前以書面資料向保險人分區業務組申報。

4.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。

5.特約醫院申報本方案之費用，門診醫療費用點數申報格式欄位請依下述填報：

(1)點數清單段：案件分類：請填報「D4」（資源不足地區鼓勵加成）。

(2)特定治療項目代號(一)：請填「G5」（巡迴醫療）。

(3)部分負擔代碼：醫學中心請填報[A13]、區域醫院請填報[B13]、地區醫院請填報[C13]。

6.若本方案案件同時為特定疾病之醫療給付改善試辦計畫，即特定治療項目代號 E4~E8 或 N、C、R 時，則「案件分類」欄位，請填「E1」，「特定治療項目代號(一)」欄位，請填特定疾病醫療給付改善試辦計畫之特定治療項目代號 E4~E8 或 N、C、R。「特定治療項目代號(二)」欄位，請填「G5(巡迴醫療)」。

(四)、點值之結算：本預算按季均分，採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則留用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

(五)、有關醫療服務支付項目及點數、申報及核付、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，悉依全民健康保險相關法規辦理。執行本方案醫療費用之申報，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。另如明顯可歸責於醫院申報案件分類錯誤，導致核付金額錯誤時，院所需自行負責。

(六)、本方案須配合健保 I C 卡相關作業；巡迴點應備讀卡機依照規定上傳 IC 卡，若巡迴點無法連線者經保險人分區業務組評估以專案申請後才可執行。倘有

首次加保(需出具一個月內之投保證明)及重新申辦(需出具 14 日內申辦收據)未攜帶健保卡或特殊原因未攜帶健保 IC 卡者，依規定填具「全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊」(以下簡稱例外就醫名冊，如附件 7)後同意以健保身分就醫，就醫序號以特定代碼「C001」申報。執行醫院應將「例外就醫名冊」之電子檔或書面資料檢送保險人分區業務組辦理後續查保作業。巡迴醫療服務須配合健保 IC 卡上線作業相關規定如下：

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

(七)、考核作業要點

- 1、由執行本方案之醫院於 102 年 8 月 1 日前填報考核項目(附件 8)寄至保險人分區業務組；保險人分區業務組視需要依其自評項目進行實地審查。
- 2、考核項目如下：
 - (1) 實地審查考核評分或電話抽查評核
 - (2) 巡迴地點民眾意見評核
 - (3) 內部檔案分析評核
 - (4) 綜合討論及評分
- 3、綜合討論及評分(共 100 分)：
 - (1) 評分結果為 71~80 分列入觀察等級，予以觀察一季要求改善，作為下年度計畫延續之參考。
 - (2) 評分結果為 70 分以下者列入輔導等級，予以輔導一季要求改善，經複

核未改善者，下年度計畫延續則不予續約。

- (八)、有關預防保健服務項目中之申報，請依行政院衛生署『醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項』辦理，如該注意事項未規定者，適用或比照全民健康保險相關法令之規定，其費用由行政院衛生署國民健康局(以下稱國健局)公務預算支應，案件分類請申報 A3。
- (九)、執行本方案若併同提供國健局之「醫療院所戒菸服務補助計畫」服務，須報經國健局核准，並依該計畫規定辦理。費用由該局公務預算支應，案件分類請申報B7。

十、執行總報告：

- (一)、執行本方案之醫院應於該計畫執行結束或本方案施行期間結束後 10 個工作日(民國 103 年 1 月 10 日)內，檢送執行總報告至保險人分區業務組。執行總報告格式，依所送審計畫書之內容及要項，撰寫執行成果及實施效益；執行總報告內容與繳交時程，將作為下年度審查依據。

- (二)、執行報告內容應包含：

1、執行報告封面(詳附件 9)

- (1) 基本資料
- (2) 申請服務內容
- (3) 執行成果

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

3、執行報告本文應包含：

- (1) 對當地民眾就醫便利性影響：就醫總人數、就醫率、患者人口性別、年齡分布情形...等。
- (2) 民眾利用情形：巡迴醫療服務之每診次服務人次分布。
- (3) 民眾滿意度分析與評估：
 - 候診時間滿意度百分比。
 - 醫療效果滿意度百分比。

- 醫療設備滿意度百分比。
 - 醫師服務態度滿意度百分比。
 - 語言溝通能力滿意度百分比。
 - 門診時段滿意度百分比。
 - 就診路程花費時間百分比。
 - 就診方便性百分比。
- (4) 具體呈現民眾健康結果改善。
- (5) 其他。
- 交通流線及道路狀況。
 - 當地居民的健保投保率就醫行為（當地有關因健保投保率低而造成就醫人口低及就醫率低之問題）及人文背景。
 - 巡迴範圍、區域及執行困難之原因。
 - 政策、計畫、規範、經費的明確性及永續性。
- (6) 檢討與建議（請詳實敘述檢討優點及缺點）。
- (7) 結論及未來改善計畫（請詳實敘述）。

十一、相關規範：

- (一)、申復作業：經保險人分區業務組審查不同意者，申請醫院得於收到該函正本日起 10 個工作日內，敘明原因並檢附所需文件，向保險人分區業務組提起申復。
- (二)、保險人應將本年度巡迴醫療服務相關訊息建置於本保險全球資訊網站，以供查詢。

十二、醫院執行計畫過程，經保險人分區業務組評估、稽查，如發現有違背本方案目的時，得終止辦理本計畫。

十三、本方案由保險人與醫院相關團體共同研訂後，送費協會備查，並報請主管機關核定後公告實施。自 102 年起，屬給付項目及支付標準者，依新修正公布之全民健康險保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。

102 年度全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案
施行鄉鎮區一覽表

分區 業務組	縣(市)	鄉鎮區	分區 業務組	縣(市)	鄉鎮區	分區 業務組	縣(市)	鄉鎮區
臺北	新北市	石碇區	中區	彰化縣	大城鄉	高屏	屏東縣	九如鄉
		三芝區			竹塘鄉			萬巒鄉
		*平溪區			溪州鄉			鹽埔鄉
		貢寮區		南投縣	鹿谷鄉			*竹田鄉
北區	桃園縣	觀音鄉		雲林縣	莿桐鄉			南州鄉
	新竹縣	寶山鄉			林內鄉			枋山鄉
		北埔鄉			臺西鄉			滿州鄉
	苗栗縣	南庄鄉	臺南市	大內區	鹿野鄉			
中區	彰化縣	伸港鄉	臺南市	將軍區	卑南鄉			
		芬園鄉		高雄市	甲仙區	*成功鎮		
		永靖鄉	杉林區					

註：共計 32 個。

*申請巡迴地點僅限所轄衛生主管機關或保險人分區業務組認定屬醫療資源不足之地點。

102 年度全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案申請流程

欲申請之醫院詳閱方案內容

符合申請條件之醫院以 word 撰寫計畫書、備妥應檢附文件

1.公告日起 15 工作日內

辦理本方案巡迴醫療服務醫院，持衛生局核備之醫師、護理人員及巡迴地點同意函，向欲施行區域之保險人分區業務組提出申請，藥事人員向保險人分區業務組提出申請，毋需檢送衛生局同意函

保險人分區業務組

不通過→函復申請單位

審查→通過→函復申請單位同意函

2.收到申請書起 15 個工作日

申請單位

核定日生效

實施計畫

1. 執行巡迴醫療服務，應逐次填寫醫療報酬申請表（如附件 6）並於次月 20 日前將書面資料及電子檔案分別向保險人分區業務組申報。
2. 102 年 8 月 1 日繳交考核報告，含照片、民眾問卷及考核辦法自評分數（詳附件 8.考核作業要點）至保險人分區業務組。
3. 103 年 1 月 10 日繳交執行總報告至保險人分區業務組。
4. 本計畫異動申請流程：
 - (1)醫師或護理人員或巡迴時間、地點、時段異動：應以書面函及門診時段異動表（附件 4）、巡迴地點異動表(附件 5)，於前月二十五日前向所屬衛生局報備後，持衛生局同意函向保險人分區業務組報備。
 - (2)藥事人員異動則向保險人分區業務組報備。

102 年度全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案

申請表

分區業務組： 業務組 填表日期： 年 月 日

基本資料	醫院名稱			聯絡電話 ()																	
	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 鄉鎮區 (村、里)																	
申請服務內容	申請項目：																				
	巡迴醫師科別：																				
	巡迴醫師姓名：																				
	星期一			星期二			星期三			星期四			星期五			星期六			星期日		
上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	
村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	
審核情形	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意，原因：																				
	申請通過日期： 年 月 日																				
	申請通過函號：																				

102 年度全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案

巡迴門診時段(人員)異動表：		填表日期： 年 月 日																																	
基本資料	醫院名稱	聯絡電話	()																																
	醫院地址及郵遞區號																																		
	申請服務地區	縣市	鄉鎮區 村里																																
	變更 <input type="checkbox"/> 支援科別 <input type="checkbox"/> 巡迴																																		
	變更 <input type="checkbox"/> 支援醫師(護理人員、 藥事人員) <input type="checkbox"/> 巡迴醫師(護理人員、 藥事人員)姓名																																		
	變更原因																																		
(一)、原門診時段： 年 月 日起至 年 月 日																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>一</th> <th>二</th> <th>三</th> <th>四</th> <th>五</th> <th>六</th> <th>日</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table>					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																																			
合計 節/週																																			
(二)、變更門診時段： 年 月 日起至 年 月 日																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>一</th> <th>二</th> <th>三</th> <th>四</th> <th>五</th> <th>六</th> <th>日</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table>					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																																			
合計 節/週																																			
(三)、經費預估：		醫院																																	
原為：		<table border="1"> <tr> <td>平日</td> <td>節/週</td> </tr> <tr> <td>夜間</td> <td>節/週</td> </tr> <tr> <td>假日</td> <td>節/週</td> </tr> <tr> <td>預估總經費：</td> <td>元</td> </tr> <tr> <td>金額變動計</td> <td>元</td> </tr> </table>		平日	節/週	夜間	節/週	假日	節/週	預估總經費：	元	金額變動計	元																						
平日	節/週																																		
夜間	節/週																																		
假日	節/週																																		
預估總經費：	元																																		
金額變動計	元																																		
變更為：																																			
平日 節/週																																			
夜間 節/週																																			
假日 節/週																																			
預估總經費： 元																																			
金額變動計 元																																			
		印																																	

102 年度全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方

巡迴地點異動表：		填表日期： 年 月 日		
基本資料	醫院名稱	聯絡電話	()	
	醫院地址及郵遞區號			
	申請服務地區	縣市	鄉鎮區	村里
	變更巡迴科別			
	變更巡迴醫師姓名			
	變更原因			
<p>擬自 年 月 日起至 年 月 日止，</p> <p>每週 之(上)(下) 時 分至(上)(下) 時 分，</p> <p>➤巡迴醫療地點：</p> <p>由 縣市 鄉鎮區改至 縣市 鄉鎮區</p>				
<p>醫院</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;"> 印 </div>				

全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案
醫師、護理人員、藥事人員巡迴醫療報酬申請表

年 月 頁數: 第 頁共 頁

受 理 日 期		受 理 編 號									
醫事服務機構名稱		醫 事 服 務 機 構 代 號									
編號	請 領 人 姓 名	請 領 人 身 分 字 號	支 付 別	日 期	巡 迴 鄉	巡 迴 村	巡 迴 地 點	診 療 人 次	申 請 金 額	核 減 額	核 定 額
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											
11.											
12.											
13.											
14.											
15.											
16.											
17.											
18.											
本頁小計											
總表	項 目 類 別	申 請 次 數	診 療 人 次	每 次 申 請 金 額	申 請 金 額 總 數	核 減 次 數	核 減 金 額	核 定 次 數	核 定 金 額		
	給付別										
	P2005C 案件										
	P2006C 案件										
	P2007C 案件										
	P2008C 案件										
	P2009C 案件										
	P2010C 案件										
總 計											
負責醫師姓名:	一.本項巡迴醫療服務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給付。										
醫事服務機構地址:	二.編號：每月填送均自1號起編。總表欄：於最後一頁填寫；診療人次：填寫當次診療之人次。給付別為護理人員、藥事人員報酬項目，本欄不用填寫。										
電話:	三.支付別：西醫：										
印信:	P2005C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（一般日,每次）										
	P2006C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（例假日,每次）										
	P2007C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬（一般日,每次）										
	P2008C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬（例假日,每次）										
	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（一般日,每次）										
	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（例假日,每次）										
	四.填寫時請依同一給付別集中申報，同一請領人姓名亦應集中申報。										
	五.本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄所屬保險人分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案報酬」（論次計酬）。										

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	身分證號	連絡電話	無健保原因
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間

註：1.本表應檢送保險人分區業務組備查。2.本表請院所自行印製使用。

102 年度全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案

考核作業要點

一、對象：執行本方案之醫院。

二、實地考核人員：保險人分區業務組人員。

三、考核方式：

由執行本方案之醫院於 102 年 8 月 1 日前，填報考核項目至保險人分區業務組，保險人分區業務組視需要依其自評項目進行實地審查。

四、考核項目：

(一)、第一部份：實地考核評分及電話抽查評核

1、地理位置：(共 10 分)

(1)是否為無醫村? 是(10 分) 否

(2)跨鄉鎮區、跨縣市服務加分是(另加 10 分) 否

2、診療服務及告示：(共 17 分)

(1)是否有中低收入戶減免掛號費? 是(10 分) 否

(2)院所巡迴招牌告示診療科目、時段、地點是否明顯、清楚?

布條(海報)、招牌 明顯(7 分) 不明顯(1 分) 無

(二)、第二部份：巡迴地點民眾意見評核(院所先自評並繳回問卷，至少 10 名以上)(共 25 分)；將民眾評分表之結果平均後計分：_____分

1、請問您對本計畫下列服務情形的滿意度如何?

(1)候診時間 非常滿意(2 分) 滿意(1 分) 尚可 不滿意 非常不滿意

(2)醫療效果 非常滿意(2 分) 滿意(1 分) 尚可 不滿意 非常不滿意

(3)醫療設備 非常滿意(2 分) 滿意(1 分) 尚可 不滿意 非常不滿意

(4)醫師服務態度 非常滿意(2 分) 滿意(1 分) 尚可 不滿意 非常不滿意

(5)語言溝通能力 非常滿意(2 分) 滿意(1 分) 尚可 不滿意 非常不滿意

(6)門診時段 非常滿意(2 分) 滿意(1 分) 尚可 不滿意 非常不滿意

2、就醫情形：

(7)您今天花多久時間到達此巡迴地點?(僅指去程)

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

(8)您覺得到巡迴地點看病是否方便?

不方便 普通(1 分) 方便(2 分) 非常方便(3 分)

(9)是否有收取不當之收費? 是 否(3 分)

(10)您覺得接受本計畫服務感覺有那方面不錯?(可複選，最多 4 個)

- 設備好(1分) 醫術好(醫師技術好)(1分) 環境衛生(1分)
候診時間短(1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)

(三)、第三部分：內部檔案分析評核(共48分)

- 1、是否符合當地民眾需求，提供有效、便利的治療。
- 2、102年8月1日以書面或電子檔案繳交照片及醫療報酬申請表：(103年1月10日附於執行總報告)
 - (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2張照片)
 - (2)到宅診療給藥服務及訪視(附2張照片)。(4分)
 - (3)詳細解釋用藥安全(附2張照片)。(10分)
 - (4)空間及環境衛生(附2張照片)。
非常乾淨(5分) 尚可(3分) 待改進
 - (5)診療設備(附2張照片)：體溫計、聽診器、血壓計、口罩、手套、藥物、棉枝紗布、病歷.....等。
5種以上(5分) 4種(4分) 3種(3分) 2種(2分) 1種(1分)
- 3、疾病個案管理人數及疾病類別。(4分)
- 4、使用IC卡讀卡設備並依規定上傳資料(10分)。

(四)、綜合討論及評分：(共100分)

- 1、優：96分以上。
- 2、良：81~95分。
- 3、觀察：71~80分，予以分區觀察一季要求改善，作為下年度計畫延續續約之參考。
- 4、輔導：70分以下者，予以分區輔導一季要求改善，複核未改善者，下年度計畫延續則不予續約。

**102 年度全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案
執行成果報告**

附件 9

分區業務組：

填表日期： 年 月 日

基本資料	醫院名稱		聯絡電話	()		
	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 鄉鎮區 村里	服務型態	<input type="checkbox"/> 巡迴醫療服務		

申請服務內容	計畫執行期間： 自 年 月 日起至 年 月 日止，共 個月																					
	申請項目：																					
	巡迴醫師科別：																					
	巡迴醫師姓名：																					
		星期一			星期二			星期三			星期四			星期五			星期六			星期日		
		上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間
	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	

執行成果	申報經費概算：					
	項目	科目	數量 (單位:診/年)	單價	總金額	備註
	醫師報酬			平日:4,500 假日:5,500		
	配合巡迴護理人員報酬			平日:1,200 假日:1,700		
	配合巡迴藥事人員報酬			平日:1,200 假日:1,700		
	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：