

全民健康保險基層總額支付南區委員會 函

地址：台南市民生路1段82號2樓
電 話：06-2211971
傳 真：06-2217483
承辦人：周芷好

受文者：如正、副本單位

發文日期：中華民國九十八年十二月三十日
發文字號：九八南基總字第0231號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：普通
附件：99年度西醫基層總額醫療資源缺乏地區改善方案

主旨：惠請 貴公會儘速轉知中央健保局98年12月25日公告之「99年度西醫基層總額醫療資源缺乏地區改善方案」(詳如附件)，請 查照。

說明：

一、依據中央健保局98年12月25日健保醫字第0980044319號公告辦理。

二、申請程序

(一)自公告日起15個工作日內(以郵戳為憑)，將實施計劃申請書等相關文件，向基層總額支付南區委員會申請。

(二)基層總額支付南區委員會自收到院所申請書起15個工作日內(以郵戳為憑)，進行資格審查，並將同意案件，提報基層總額支付執行委員會。

(三)基層總額支付執行委員會審核並函復院所，收到同意函之院所，持同意函向當地衛生局申請報備支援後，持兩造同意函及計畫書向健保局南區業務組申請辦理。待院所收到健保局南區業務組同意函後，於核定日之次月1日開始生效。

三、為維護會員權利，請各醫師公會儘速轉知轄區會員此業務。

正本：雲嘉南五縣市醫師公會
副本：中央健康保險局南區分局

主任委員

王正坤

第一頁 共一頁

99.1.4 11:11

上網公告
鄭華峰
99.1.4

一、依據：

行政院衛生署 98 年 12 月 21 日衛署健保字第 0980037037 號核定函及全民健康保險醫療費用協定委員會 99 年度全民健康保險醫療費用總額協商暨第 152 次會議紀錄。

二、目的：

鼓勵西醫基層醫師到醫療資源缺乏地區提供醫療保健服務，促使全體保險對象都能獲得適當的醫療服務。

三、施行區域(附件 1)：

1. 以 98 年 6 月底每鄉鎮每位西醫師服務投保人口數或在籍人口數大於 3,500 人、應排除都市化分級表第 1~4 級之鄉鎮。
2. 都市化分級表第 8 級之所有鄉鎮。
3. 都市化分級表第 7 級之鄉鎮，但每位西醫師服務投保人口數或在籍人口數大於 2,500 人之鄉鎮，並位處偏遠不便地區。
4. 未實施「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮為範圍。
5. 篩選條件：全民健康保險保險人(以下簡稱保險人)依據各縣市衛生局提供之醫療資源缺乏地區名單，並依下列條件篩選後施行
 - (1). 當地村、里無醫師執業
 - (2). 距鄰近就醫處所交通不便
 - (3). 經評估確實有醫療需求

四、施行期間：99 年 1 月 1 日起至 99 年 12 月 31 日止。

五、預算來源：依據全民健康保險醫療費用協定委員會委員會議之決議辦理。

六、本方案之年度執行方式：

- (一)鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域開業提供醫療服務，每位醫師限申請1次。
- (二)鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務，本年度以 150,000 總服務人次及 15,000 總服務時數為目標。

七、申請條件：

(一)鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域開業提供醫療服務：

- (1).須於衛生局登記為診所（不含醫院附設之診所、中醫診所及牙醫診所）且與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」。
- (2).本方案特約院所醫師不得支援其他醫療院所；支援醫師加入診察，均應依相關辦法向當地衛生單位報准，並以書面函於7日前向西醫基層總額受託辦理單位（中華民國醫師公會全國聯合會，以下簡稱醫師公會全國聯合會）報備，並由醫師公會全國聯合會發文轉知保險人及本保險人分區業務組，該院所所有支援醫師合計其門診時間(含巡迴醫療服務)不得超過該醫療院所總門診時數的三分之一。
- (3).門診時間表有異動或因故休診者，應以書面函及巡迴門診時段(人員)異動表、執業醫師休診單於前月二十五日前向醫師公會全國聯合會及本保險人分區業務組核備。醫療院所無故休診兩周或請假休診二個月者，則終止該院所承辦本方案。
- (4).門診服務時數：執行本方案之特約院所於執業地點，每週至少提供5天門診服務，並包含3次夜診；且前開所提供醫療服務診療時間總時數不得少於二十四小時。
- (5).門診天數、時段、地點，則依執行本計畫之特約院所申請計畫書所列時間表為依據。門診時間若為行政院人事行政局公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之假期，則為休診日，不須補診。

(二)鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務：

- (1).全民健康保險特約醫療院所須於衛生局登記為診所(不含醫院附設之診所、中醫診所及牙醫診所)且與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」。
- (2).申請巡迴之醫師須經當地衛生局報備核准,於同一本保險人分區業務組內得跨鄉、跨縣市,不得跨分區執行本方案。
- (3).每個巡迴點至多每天 1 次、每週以 2 次診療為限;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。去年度已申請,每時段平均就醫人數低於 8 人,則取消承作資格。
- (4).衛生所至衛生室等執行衛生所職權之業務,不得申請本方案巡迴醫療服務之報酬。
- (5).門診天數、時段、地點,則依執行本方案之特約院所申請計畫書所列時間表為依據。門診時間若為行政院人事行政局公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之假期,則為休診日,不須補診。
- (6).申請巡迴醫療服務之醫師應將「全民健保醫療巡迴服務」之標誌或海報及看診日期、時間,揭示於明顯處。
- (7).診所及醫師參與本方案資格:申請參與本方案提供服務之成員須最近 2 年未曾涉及違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 66 條至第 67 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處分者)。
- (8).本項巡迴醫療服務提供後,倘條件變更致未符合施行區域之篩選條件時,或因涉及違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 66 條至第 67 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處分者),應於次一季停止本項巡迴醫療服務。

八、申請程序：

(一)申請流程(附件 2)

1.各單位受理申請流程：

- (1).符合申請條件之醫師、醫療院所自本方案公告日起 15 個工作日內(以郵戳

為憑)，向醫師公會全國聯合會全民健康保險基層總額支付各分區委員會申請辦理本方案，申請診所若有相關資料補件以最後補件日期為受理日。

- (2).全民健康保險基層總額支付分區委員會自收到院所申請書起 15 個工作日內（以郵戳為憑）依本計畫第七點(一)之(1)、(4)與第七點(二)之(1).(2).(3).(7).與第八點(二)之規定完成其相關書面審查及資格審查，且與本保險人分區業務組確認申請院所提供服務之成員最近 2 年未曾涉及違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 66 條至第 67 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處分者），並將同意案件，提報全民健康保險基層總額支付執行委員會。
 - (3).全民健康保險基層總額支付執行委員會自收到全民健康保險基層總額支付分區委員會同意函起（以郵戳為憑）10 個工作日內，審核並函覆院所。
 - (4).院所收到醫師公會全國聯合會基層總額執行委員會同意函者，依醫師法相關規定辦理報備支援後，持同意函(含計畫書 1 份)向各本保險人分區業務組申請辦理本方案。
 - (5).本保險人分區業務組應於申請之日起 15 工作日內核定，並於核定日之次月 1 日生效；逾 15 工作日未核定者，視為已核定。
- 2.逾期申請者，醫師公會全國聯合會得視經費及實際需要受理申請及核定。
 - 3.為確保本方案之延續性，原申請通過之 98 年度本方案若同為 99 年度醫療資源缺乏地區，且符合 99 年度本方案內容，並於公告之日起 15 個工作日內提出 99 年度方案申請者，其 98 年度通過之方案計畫可延續實施至 99 年方案申請核定日（因 98 年方案延續至 99 年實施，其 99 年所需經費，由本方案 99 年之預算撥付）。
 - 4.申請案經分區委員會審核不予同意，致嚴重影響民眾就醫權益者，院所得敘明原因及其改善方案，並檢附本方案第八點(二)申請所需文件，向醫師公會全國聯合會提起申復。經醫師公會全國聯合會審查通過並收到同意函者，依醫師法相關規定辦理報備支援後，持同意函向本保險人分區業務組申請辦理。本保險人分區業務組應於申請之日起 15 工作日內核定，並於核定日之次月 1 日生效。

效；逾15工作日未核定者，視為已核定。

(二)申請所需檢附之文件：

1.申請表：「99 年度西醫基層總額醫療資源缺乏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).方案封面：至少包含方案名稱（包含方案執行地區附村名）、執行單位、執行期間。

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

(3).方案本文至少應包括：

a.前言：請敘述本方案產生之背景，包括方案實施地區問題狀況等。

b.方案目的：請分點具體列述本方案所要達成之目標。

c.方案實施地區現況分析：

▣人口分布：請詳述方案實施地區面積、性別年齡分布、當地戶籍及投保人口數。

▣地理環境概況及交通情形：簡要敘述方案實施地區之地理環境概況（檢附巡迴地點地址及簡要地圖更佳）、當地對外交通情形、及巡迴醫療地點最鄰近醫療院所之名稱、車程與里程。

▣醫療需求情形：目前醫療服務使用狀況、醫療需求，以及方案提供醫療服務之內容。

d.方案之醫事人力：詳述醫事人力名單、身分證號、負責醫師、護理人員。

e.方案之經費評估：依支付標準之項目及點數預估。

f.明訂評估方案之預期效益：詳述計畫實施預期將達成之效益，並表列各項預定達成指標以利審查(需包含平均每診看診人次目標數)。

g.預定醫療門診時間表。門診時間表請勿隨意更動。

3.需檢附醫護人員執業執照清晰正反面影本。

4.原方案醫護人員或巡迴時間地點時段異動者：

- (1).應以書面函及門診時段異動表(附件4)、執業醫師休診單(附件4-1)、巡迴地點異動表(附件5)，並附上異動相關宣導單張或照片於一週前向所屬衛生局報備後持衛生局同意函，向全民健保基層總額各分區委員會及本保險人分區業務組核備並副知醫師公會全國聯合會。
- (2).診療時間、地點之異動，院所應事先週知當地民眾及病患，門診時間表及地點變更次數，一年不可超過三次為限。
- (3).醫療院所無故休診二次，則終止該院所承辦本方案。

5.新增醫護人員或巡迴時段地點者：

需符合本方案第七點申請條件之規定，並請依照第八點(一)2.與第八點(二)申請所需檢附之文件之規定，向全民健保基層總額各分區委員會申請通過後，向醫師公會全國聯合會申請，於申請通過後持同意函向本保險人分區業務組申請；本保險人分區業務組應於申請之日起 15 工作日內核定，並於核定日之次月 1 日生效；逾 15 工作日未核定者，視為已核定。

九、支付標準及醫療費用申報與審查：

(一)鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域提供開業醫療服務：

- 1.診察費按申報點數加 1 成支付，加成部分由本方案預算支應。
- 2.每點支付金額以每點一元暫結。
- 3.獎勵期間自核定月起 12 個月止。

(二)鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務：

- 1.提供巡迴點之醫療服務，向保險人申報醫療服務點數清單之案件分類為「D 4」(資源缺乏地區鼓勵加成)，特定治療項目代號(一)「巡迴醫療：G 5」案件，診察費按申報點數加 1 成支付；加成部分由本方案預算支應，每點支付金額以每點一元暫結。
- 2.巡迴醫療服務醫師之報酬以「論次計酬」支付，每次為 3 小時，1 天最多 1 次。一般日每次支付 4,500 點(支付標準代碼為「P2005C」)；例假日每次支付

5,500 點（支付標準代碼為「P2006C」）。配合醫師進行巡迴醫療護理人員報酬，以「論次計酬」支付，每次為 3 小時，1 天最多 2 次。一般日每次支付 1,200 點（支付標準代碼為「P2007C」）；例假日每次支付 1,700 點（支付標準代碼為「P2008C」）。每點支付金額以每點一元暫結。執行巡迴醫療服務應逐次填寫醫療報酬申請表（如附件 6）並於次月 20 日前將書面資料向本保險人分區業務組提報。

3.申請巡迴醫療服務計畫醫師(含專任醫師與支援醫師)，其進行巡迴醫療服務時段：每位醫師每天以 1 次為原則；每週至多 2 次。同一醫師、同一看診地點，以每週看診一次為原則；又同一巡迴地點每週之看診醫師如同一科別，則應固定同一位醫師。配合醫師進行巡迴醫療護理人員服務時段：每天至多 2 次。巡迴醫療服務時間：8:00~22:00，每 1 時段 3 小時；每一巡迴點，每天至多 1 時段。

(三)點值支付方式：本「99 年度西醫基層總額醫療資源缺乏地區改善方案」經費按季均分；當季預算若有結餘則流用至下季，當季經費超出預算來源時，採浮動點值計算暫結，且每點暫結金額不高於 1 元。年底時全部採浮動點值進行結算，且每點金額不高於 1 元。

(四)執行本方案之醫療院所，有關醫療服務支付項目及點數、申報及核付、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，悉依全民健康保險相關法規辦理。執行本方案之醫療院所醫療費用之申報，由參與方案之各西醫基層診所依相關規定每月申報(應於次月 20 日前申報)。另如明顯可歸責於醫療院所申報案件分類錯誤，導致支付點值錯誤時，院所需自行負責。

(五)執行本方案之醫療院所向保險人申報醫療服務點數(醫令)清單之案件分類為「D 4」(資源缺乏地區鼓勵加成)，特定治療項目代號(一)請填「巡迴醫療：G 5」、「新開業：G 6」。若是類案件同時為特定疾病之醫療給付改善試辦計畫，即特定治療項目代號：E3~E7、E9或N、C、R時，案件分類請填「E1」、特定治療項目代號(二)填「巡迴醫療：G 5」、「新開業：G 6」、特定治療項目代號(一)填特定疾病醫療給付改善試辦計畫之特定治療項目代號：E3~E7、E9或

N、C、R。

(六)執行本方案(含巡迴服務)須配合健保IC卡相關作業；巡迴點應備讀卡機依照規定上傳IC卡，若巡迴點無法連線者經本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。特約醫療院所應將「例外就醫名冊」之電子檔或書面資料檢送本保險人分區業務組，以辦理後續查保作業。巡迴醫療須配合健保IC卡上線作業相關規定如下：

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

(七)考核辦法：

1.繳交時間與繳送單位：

- (1).於1月1日至5月31日期間有執行本方案者：應於6月10日至6月15日期間內向分區委員會、醫師公會全國聯合會及本保險人分區業務組填報考核項目(附件8)。各分區委員會會同保險人視需要依其自評項目實地審查。
- (2).申請案自6月1日後始執行者：應於方案執行結束或年度結束後十日內向分區委員會、醫師公會全國聯合會及本保險人分區業務組填報考核項目，作為下年度審核之參考。

2. 考核項目如下：

- (1).實地審查考核評分表或電話抽查評核
- (2).執業地點民眾意見評核
- (3).內部檔案分析評核
- (4).綜合討論及評分

3.考核結果：

- (1).評分結果為 70~80 分列入觀察等級，予以分區觀察一季要求改善，明年仍未達 80 分以上者則不予續約。
- (2).評分結果為70分以下者列入輔導等級，予以分區輔導一季要求改善，覆核未改善者，終止計畫。

(八)有關預防保健服務項目中之申報，請依衛生署『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，其費用由衛生署國民健康局公務預算支應。

十、執行報告：

(一)執行本方案者，應於方案執行結束或年度結束後十個工作日內，檢送執行報告至分區委員會、醫師公會全國聯合會及本保險人分區業務組。執行報告之格式，依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果及實施效益，執行報告之內容將作為下年度審查之依據。

(二)執行報告內容應包含：

1.執行報告封面(附件 9)。

- (1).基本資料
- (2).申請服務內容
- (3).執行成果

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

3.執行報告本文應包含：

- (1).本方案對就醫便利性之影響：就醫總人數、就醫率、患者人口性別、年齡之

分布情形...等。

(2).民眾利用情形：

<1>新開業診所：申報件數、費用點數、平均每件點數等。

<2>巡迴醫療服務：每診次服務人次分佈。

(3).民眾滿意度分析與評估：

<1>候診時間滿意度百分比。

<2>醫療效果滿意度百分比。

<3>醫療設備滿意度百分比。

<4>醫師服務態度滿意度百分比。

<5>語言溝通能力滿意度百分比。

<6>門診時段滿意度百分比。

<7>就診路程花費時間百分比。

<8>就診方便性百分比。

<9>本方案服務感覺不錯圈選最多。

(4).其他。如：執業所遇的問題及解決方針

<1>交通流線及道路狀況。

<2>當地居民的健保投保率就醫行為（當地有關因健保投保率低而造成就醫人口低及就醫率低之問題）及人文背景。

<3>執業範圍、區域及執行困難之原因。

<4>政策、計劃、規範、經費的明確性及永續性。

(5).檢討與建議（請詳實敘述檢討優點及缺點）。

(6).結論及未來改善方案（請詳實敘述）。

十一、本方案由保險人公告後實施，修正時亦同。

十二、方案執行過程，經醫師公會全國聯合會會同本保險人分區業務組評估、稽查，如發現有違背方案目的時，得終止辦理其方案。方案執行過程院所如有疑義，得先提醫師公會全國聯合會之全民健保總額支付各分區委員會討

論及決議後，函復院所及本保險人分區業務組，副知全民健保總額支付執行委員會及保險人。若執行院所仍有疑義，由全民健保總額支付各分區委員會，提全民健保總額支付執行委員會討論。

表一：99 年度西醫基層總額醫療資源缺乏地區改善方案實施鄉鎮一覽表

| 區 | 縣 | 鄉鎮 | 區 | 縣 | 鄉鎮 | 區 | 縣 | 鄉鎮 |
|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| 台北區 | 臺北縣 | 林口鄉 | 中區 | 南投縣 | 名間鄉 | 南區 | 臺南縣 | 柳營鄉 |
| 台北區 | 臺北縣 | 坪林鄉 | 中區 | 南投縣 | 中寮鄉 | 南區 | 臺南縣 | 東山鄉 |
| 台北區 | 臺北縣 | 石門鄉 | 中區 | 南投縣 | 國姓鄉 | 南區 | 臺南縣 | 官田鄉 |
| 台北區 | 基隆市 | 七堵區* | 南區 | 雲林縣 | 古坑鄉 | 南區 | 臺南縣 | 七股鄉 |
| 台北區 | 宜蘭縣 | 壯圍鄉 | 南區 | 雲林縣 | 大埤鄉 | 南區 | 臺南縣 | 安定鄉 |
| 台北區 | 宜蘭縣 | 冬山鄉 | 南區 | 雲林縣 | 二崙鄉 | 南區 | 臺南縣 | 南化鄉 |
| 台北區 | 宜蘭縣 | 五結鄉 | 南區 | 雲林縣 | 崙背鄉 | 南區 | 臺南縣 | 左鎮鄉 |
| 台北區 | 宜蘭縣 | 三星鄉 | 南區 | 雲林縣 | 東勢鄉 | 南區 | 臺南縣 | 龍崎鄉 |
| 北區 | 新竹縣 | 橫山鄉 | 南區 | 雲林縣 | 褒忠鄉 | 高屏區 | 高雄縣 | 田寮鄉 |
| 北區 | 新竹縣 | 芎林鄉 | 南區 | 雲林縣 | 元長鄉 | 高屏區 | 高雄縣 | 永安鄉 |
| 北區 | 新竹縣 | 峨眉鄉 | 南區 | 雲林縣 | 四湖鄉 | 高屏區 | 高雄縣 | 內門鄉 |
| 北區 | 苗栗縣 | 三灣鄉 | 南區 | 雲林縣 | 口湖鄉 | 高屏區 | 高雄縣 | 六龜鄉* |
| 北區 | 苗栗縣 | 獅潭鄉 | 南區 | 雲林縣 | 水林鄉 | 高屏區 | 屏東縣 | 長治鄉 |
| 北區 | 苗栗縣 | 西湖鄉 | 南區 | 嘉義縣 | 布袋鎮 | 高屏區 | 屏東縣 | 新園鄉 |
| 中區 | 臺中縣 | 新社鄉 | 南區 | 嘉義縣 | 新港鄉 | 高屏區 | 屏東縣 | 崁頂鄉 |
| 中區 | 臺中縣 | 外埔鄉 | 南區 | 嘉義縣 | 六腳鄉 | 高屏區 | 屏東縣 | 佳冬鄉 |
| 中區 | 臺中縣 | 大安鄉 | 南區 | 嘉義縣 | 東石鄉 | 高屏區 | 屏東縣 | 卓城鄉 |
| 中區 | 彰化縣 | 線西鄉 | 南區 | 嘉義縣 | 義竹鄉 | 高屏區 | 屏東縣 | 滿州鄉 |
| 中區 | 彰化縣 | 福興鄉 | 南區 | 嘉義縣 | 鹿草鄉 | 東區 | 花蓮縣 | 壽豐鄉 |
| 中區 | 彰化縣 | 大村鄉 | 南區 | 嘉義縣 | 水上鄉 | 東區 | 花蓮縣 | 富里鄉 |
| 中區 | 彰化縣 | 埔鹽鄉 | 南區 | 嘉義縣 | 梅山鄉 | 東區 | 台東縣 | 卑南鄉 |
| 中區 | 彰化縣 | 田尾鄉 | 南區 | 嘉義縣 | 番路鄉 | 東區 | 台東縣 | 太麻里鄉 |
| 中區 | 彰化縣 | 埤頭鄉 | 南區 | 嘉義縣 | 中埔鄉 | 東區 | 台東縣 | 東河鄉 |
| 中區 | 彰化縣 | 芳苑鄉 | 台北區 | 臺北縣 | 萬里鄉 | 南區 | 臺南縣 | 北門鄉 |
| 東區 | 花蓮縣 | 光復鄉 | | | | | | |

註：表一公告施行鄉鎮共計 73 個鄉鎮

表二：98 年度偏遠地區健保醫療服務計畫執行地區一覽表

| 區 | 縣 | 鄉鎮 | 區 | 縣 | 鄉鎮 | 區 | 縣 | 鄉鎮 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 台北區 | 臺北縣 | 石碇鄉 | 中區 | 彰化縣 | 竹塘鄉 | 高屏區 | 高雄縣 | 甲仙鄉 |
| 台北區 | 臺北縣 | 三芝鄉 | 中區 | 彰化縣 | 溪州鄉 | 高屏區 | 屏東縣 | 九如鄉 |
| 台北區 | 臺北縣 | 平溪鄉 | 中區 | 南投縣 | 鹿谷鄉 | 高屏區 | 屏東縣 | 鹽埔鄉 |
| 台北區 | 臺北縣 | 貢寮鄉 | 南區 | 雲林縣 | 土庫鎮 | 高屏區 | 屏東縣 | 萬巒鄉 |
| 北區 | 桃園縣 | 觀音鄉 | 南區 | 雲林縣 | 荊桐鄉 | 高屏區 | 屏東縣 | 南州鄉 |
| 北區 | 新竹縣 | 寶山鄉 | 南區 | 雲林縣 | 林內鄉 | 高屏區 | 屏東縣 | 枋山鄉 |
| 北區 | 苗栗縣 | 南庄鄉 | 南區 | 雲林縣 | 麥寮鄉 | 高屏區 | 屏東縣 | 竹田鄉 |
| 中區 | 彰化縣 | 伸港鄉 | 南區 | 雲林縣 | 臺西鄉 | 東區 | 花蓮縣 | 吉安鄉 |
| 中區 | 彰化縣 | 芬園鄉 | 南區 | 臺南縣 | 大內鄉 | 東區 | 台東縣 | 鹿野鄉 |
| 中區 | 彰化縣 | 永靖鄉 | 南區 | 臺南縣 | 將軍鄉 | | | |
| 中區 | 彰化縣 | 大城鄉 | 高屏區 | 高雄縣 | 杉林鄉 | | | |

施行期間：98 年 8 月 1 日至 99 年 7 月 31 日止

註一：表二已執行鄉鎮承作機構：地區級以上醫院。

註二：表二已執行地區屆期(99 年 7 月 31 日)，則仍由原承作醫院優先申請繼續承作；倘醫院不繼續承作，則應請鼓勵基層診所提出申請施作。

註三：

1. 每位西醫師服務投保人口數或在籍人口數大於 3,500 人之鄉鎮。(排除第 1-4 級之鄉鎮)
2. 第 7 級之鄉鎮，但每位西醫師服務投保人口數或在籍人口數大於 2,500 人之鄉鎮。
3. 都市化分級表第 8 級之全部鄉鎮。
4. * 為評估確屬醫療需求鄉鎮。
5. 本表不包括已實施 IDS 計畫之鄉鎮。
6. 資料來源：
 - (1) 投保人口數：保險人
 - (2) 在籍人口數及都市化分級表：參考內政部統計處資料
 - (3) 醫師數：各縣市衛生局
7. 資料時間：截至 98 年 6 月底止

99 年度西醫基層總額醫療資源缺乏地區改善方案申請流程

欲申請之基層申請單位詳閱改善方案內容

符合申請條件之申請單位以 word 撰寫計畫書、備妥檢附文件
(詳見公告八.申請程序)

1.公告日起 15 個
工作日內
辦理本方案新開業、巡迴醫療服務者，持相關文件向欲施行本計畫區域之醫師公會全國聯合會所屬轄區分區委員會提出申請(請依醫師法規定至衛生局申請報備)

2.收到申請書起 15 個
工作日內
書面審查及資格審查
(醫師公會全國聯合會所屬轄區分區委員會及本保險人分區業務組)

3.醫師公會全國聯合會
收到審查同意函日
10 個工作天
不通過→函復申請單位
核定 →通過→函復申請單位同意函

申請單位持全聯會同意函及衛生局核備同意函向本保險人分區業務組提出申請

4.向本保險人分區業務組
提出申請之日起
15 工作日內核定
核定之日次月生效

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本保險人分區業務組申報。
2. 於 1 月 1 日至 5 月 31 日期間有執行本方案者:應於 6 月 10 日至 6 月 15 日期間內向分區委員會、醫師公會全國聯合會及本保險人分區業務組填報考核項目,含每月平均每診看診人次、照片、民眾問卷及考核辦法自評分數(附件 8),繳至分區委員會、醫師公會全國聯合會及本保險人分區業務組。
3. 申請案自 6 月 1 日後始執行者:應於計畫執行結束或年度結束後十日內向分區委員會、醫師公會全國聯合會及本保險人分區業務組填報考核項目(附件 8),作為下年度審核之參考。
4. 執行本案者,應於計畫執行結束或年度結束後十個工作日內(100 年 1 月 10 日),

繳交執行報告（詳見公告十.執行報告）至分區委員會、醫師公會全國聯合會及本保險人分區業務組。

※變更99年度西醫基層總額醫療資源缺乏地區改善方案申請流程：

原計畫醫護人員或巡迴時間地點時段異動者：

- (1) 應以書面函及門診時段異動表(附件4)、執業醫師休診單(附件4-1)、巡迴地點異動表(附件5)，並附上異動相關宣導單張或照片於一週前向所屬衛生局報備後持衛生局同意函，向全民健保基層總額各分區委員會及本保險人分區業務組核備並副知醫師公會全國聯合會。
- (2) 診療時間、地點之異動，院所應事先週知當地民眾及病患。門診時間表及地點變更次數，一年不可超過三次為限。
- (3) 醫療院所無故休診二次，則終止該院所承辦本方案。

99 年度西醫基層總額醫療資源缺乏地區改善方案申請表

本保險人分區業務組：

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 村 | 執業型態 | <input type="checkbox"/> 新開業 <input type="checkbox"/> 巡迴醫療 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請服務內容 | 申請項目： 1. <input type="checkbox"/> 新開業診察費加一成 2. <input type="checkbox"/> 巡迴醫療服務之診察費加一成： 巡迴醫師科別： 巡迴醫師姓名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | 全民健康保險基層總額支付分區委員會意見： | | | | | | 全民健康保險基層總額支付執行委員會意見： | | | | | | 本保險人分區意見： | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意，原因： | | | | | | <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意，原因： | | | | | | <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意，原因： | | | | | | | | |
| | 申請通過日期： 年 月 日 | | | | | | 申請通過日期： 年 月 日 | | | | | | 申請通過日期： 年 月 日 | | | | | | | | |
| | 申請通過函號： | | | | | | 申請通過函號： | | | | | | 申請通過函號： | | | | | | | | |

門診時段(人員)異動表 填表日期： 年 月 日

| | | | |
|------|---|------|------|
| 基本資料 | 診所名稱 | 聯絡電話 | () |
| | 診所地址及郵遞區號 | | |
| | 申請服務地區 | 縣市 | 鄉鎮 村 |
| | 變更 <input type="checkbox"/> 支援科別 <input type="checkbox"/> 巡迴 | | |
| | 變更 <input type="checkbox"/> 支援醫師(護士)姓名 <input type="checkbox"/> 巡迴醫師(護士)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 節/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 節/週

(三)經費預估：

原為：

平日 節/週

夜間 節/週

假日 節/週

預估總經費： 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

診所(衛生所)

印

執業醫師簽名： _____

印

註：此表使用於變更支援(巡迴)時間，例如週一下午之巡迴改至週四夜間，或增加支援(巡迴)時段，若為短期之請假，請使用執業醫師休診單。更換巡迴時間表次數，一年不可超過三次為限。

執業醫師休診單

填表日期： 年 月 日

| | | | |
|------|---|------|-----|
| 基本資料 | 診所名稱 | 聯絡電話 | () |
| | 申請服務地區 | 縣市 | 鄉鎮 |
| | 變更 <input type="checkbox"/> 支援科別 <input type="checkbox"/> 巡迴 | | |
| | 變更 <input type="checkbox"/> 支援醫師姓名 <input type="checkbox"/> 巡迴 | | |
| | 變更原因 | | |

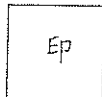
休診時間：

1. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止
2. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止
3. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止

合計 時段

註：此表使用於醫師短期請假，若欲變更支援(巡迴)時間，請使用門診時段異動表。

診所(衛生所)



執業醫師簽名： _____



巡迴地點異動表

填表日期： 年 月 日

| | | | | |
|------|-----------|----|------|-----|
| 基本資料 | 診所名稱 | | 聯絡電話 | () |
| | 診所地址及郵遞區號 | | | |
| | 申請服務地區 | 縣市 | 鄉鎮 | 村 |
| | 變更巡迴科別 | | | |
| | 變更巡迴醫師姓名 | | | |
| | 變更原因 | | | |

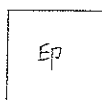
(一).變更巡迴地點

擬自 99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
 改至 縣市 鄉鎮

(二).單次巡迴地點之變更

擬將中華民國 99年 月 日週 之 時 分至 時 分
 之巡迴醫療，地點由 縣市 鄉鎮
 改至 縣市 鄉鎮

診所(衛生所)



執業醫師簽名： _____



全民健康保險西醫基層總額醫療資源缺乏地區醫師、護理人員巡迴醫療報酬申請表

99 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 | 給 付 別 | 日期 | 地點 | 診療人次 | 申請金額 | 核 減 額 | 核 定 額 |
| 1. | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | | | |
| 9. | | | | | | | | | |
| 10. | | | | | | | | | |
| 11. | | | | | | | | | |
| 12. | | | | | | | | | |
| 13. | | | | | | | | | |
| 14. | | | | | | | | | |
| 15. | | | | | | | | | |
| 16. | | | | | | | | | |
| 17. | | | | | | | | | |
| 18. | | | | | | | | | |
| 19. | | | | | | | | | |
| 20. | | | | | | | | | |
| 本 頁 小 計 | | | | | | | | | |
| 總 表 | 項 目 類 別 | 申 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 | | | | | | | | |
| | 8 案件 | | | | | | | | |
| | 9 案件 | | | | | | | | |
| | 10 案件 | | | | | | | | |
| | 11 案件 | | | | | | | | |
| | 總 計 | | | | | | | | |
| 負責醫師姓名: | | 一.本項巡迴醫療應經當地衛生主管機關許可,並報經本保險人分區業務組同意始得給付。 二.編號:每月填送均自1號起編。總表欄:於最後一頁填寫;診療人次:填寫當次診療之 人次。給付別為護理人員報酬項目,本欄不用填寫。 三.給付別:西醫: 8 為 P2005C 西醫基層醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務醫師報酬(一般日,每次) 9 為 P2006C 西醫基層醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務醫師報酬(例假日,每次) 10 為 P2007C 西醫基層醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務護理人員報酬(一般日,每次) 11 為 P2008C 西醫基層醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務護理人員報酬(例假日,每次) 四.填寫時請依同一給付別集中申報,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本保險人分區業務組,惟請另置於信封 內,並於信封上註明「申請西醫基層醫療資源缺乏地區巡迴醫療改善方案報酬」(論次計 酬)。 | | | | | | | |
| 醫事服務機構地址: | | | | | | | | | |
| 電話: | | | | | | | | | |
| 印信: | | | | | | | | | |

全民健康保險特約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 <input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院 | 姓名 | 出生日期 | 身分證字號 | 連絡電話 (公)： (宅)： 手機： | 地址 | 無卡原因 <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.本表應檢送本保險人分區業務組備查。

2.本表請院所自行印製使用。

99 年度西醫基層總額醫療資源缺乏地區改善方案考核辦法

一、對象：執行本計畫之醫師。

二、考核人員：實地抽查成員包括各分區委員會人員及該縣代表會同保險人人員。

三、考核方式：由各分區委員會與保險人人員訂定時間協同該縣代表至審查之巡迴(診所)執業地點。

四、考核項目：

(一)第一部份：實地審查考核評分表或電話抽查評核

1.地理位置(共 10 分)

(1)是否為無醫村? 是(10分) 否

(2)跨鄉鎮、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)巡迴(診所)招牌告示診療科目、時段、地點是否明顯、清楚?

布條(海報)、招牌 明顯(7分) 不明顯(1分) 無

(二)第二部份：執業地點民眾意見評核(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

※請問您對本計畫下列服務情形的滿意度如何?

(1)候診時間 滿意(2分) 尚可(1分) 不滿意

(2)醫療效果 滿意(2分) 尚可(1分) 不滿意

(3)醫療設備 滿意(2分) 尚可(1分) 不滿意

(4)醫師服務態度 滿意(2分) 尚可(1分) 不滿意

(5)語言溝通能力 滿意(2分) 尚可(1分) 不滿意

(6)門診時段 滿意(2分) 尚可(1分) 不滿意

※就醫情形：

(7)您今天花多久時間到達此診所或巡迴地點?(僅指去程)

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

(8)您覺得到診所或巡迴地點看病是否方便?

不方便 普通(1分) 方便(2分) 非常方便(3分)

(9)是否有收取不當之收費? 是 否(3分)

(10)您覺得接受本計畫服務感覺有那方面不錯?(可複選，最多 4 個)

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

服務態度親切有禮(1分) 方便(1分) 重視病人意見(1分)

提供充足醫療常識(1分) 藥有效(1分)

(三)第三部分：內部檔案分析評核(共 48 分)

- 1.以是否符合當地民眾需求，提供一有效、便利的治療。
- 2.申請案於99年1月1日至5月31日期間執行本方案者：應於6月10日至6月15日；99年6月1日後始執行者：應於計畫執行結束或年度結束後十日內(100年1月10日內)以書面或電子檔案繳交照片及醫療報酬申請表(含每診看診人次)附於執行報告。
 - (1)推介巡迴醫療活動，布條(海報)或宣傳衛教單張。(10分)
(內容：診療科目、時段、地點，附2張照片)
 - (2)獨居老人到宅診療給藥服務(附2張照片)。(4分)
 - (3)詳細解釋用藥安全(附2張照片)。(10分)
 - (4)空間及環境衛生(附2張照片)。非常乾淨(5分) 尚可(3分) 待改進
 - (5)診療設備(附2張照片)：體溫計、聽診器、血壓計、口罩、手套、藥物、棉枝紗布、病歷.....等。
5種以上(5分) 4種(4分) 3種(3分) 2種(2分) 1種(1分)
- 3.每診看診8人次(含)。(可含4人獨居老人訪視) 8人次以上(4分) 不足8人次
- 4.使用IC卡讀卡設備並依規定上傳資料(10分)。

(四)綜合討論及評分：(共100分)

- 1.優：95分以上。
- 2.良：80~95分。
- 3.觀察：70~80分，予以分區觀察一季要求改善，明年仍未達80分以上，則不予續約。
- 4.輔導：70分以下者，予以分區輔導一季要求改善，覆核未改善者，終止計畫。

99 年度西醫基層總額醫療資源缺乏地區改善方案執行成果報告

本保險人分區業務組： 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 村 | 執業型態 | <input type="checkbox"/> 新開業 <input type="checkbox"/> 巡迴團執行中心 <input type="checkbox"/> 巡迴醫療 |

申請服務內容

計畫執行期間:自 99 年 月 1 日起至 99 年 月 日止，共 個月

申請項目：
 1. 新開業診察費加一成
 2. 承作執行中心之診察費加一成
 3. 巡迴醫療服務之診察費加一成：
 巡迴醫師科別：
 巡迴醫師姓名：

| 星期一 | | | 星期二 | | | 星期三 | | | 星期四 | | | 星期五 | | | 星期六 | | | 星期日 | | |
|-----|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|----|----|
| 上午 | 下午 | 夜間 | 上午 | 下午 | 夜間 | 上午 | 下午 | 夜間 | 上午 | 下午 | 夜間 | 上午 | 下午 | 夜間 | 上午 | 下午 | 夜間 | 上午 | 下午 | 夜間 |
| 村 | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 | 村 |

申報經費概算：

| 項目 | 科目 | 數量 (單位:診/年) | 單價 | 總金額 | 備註 |
|--------|----|----------------|----------------------|-----|----|
| 醫師診察費 | | | 平日:4,500 假日:5,500 | | |
| 配合巡迴護士 | | | 平日:1,200 假日:1,700 | | |
| 合計 | | | | | |

執行成果

成果評估：

| 實施總診次 | 實施總人次 | 經費總點數 | 平均每診次點數 | 平均每人次點數 | 平均每診次服務人次 | 原計畫執行目標人次 | 服務人次達成比例 |
|-------|-------|-------|---------|---------|-----------|-----------|----------|
| | | | | | | | |

對本計畫之建議：