

「97 年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案」

中央健康保險局 96 年 12 月 12 日健保醫字第 0960034902 號公告

一、依據：

全民健康保險醫療費用協定委員會 96 年 9 月 29 日費協字第 0965901113 號函。

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(詳如附件 1)：

- 1.以 96 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.其他經評估確屬醫療需求鄉鎮。
- 5.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。
- 6.篩選條件：中央健康保險局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：97 年 1 月 1 日起至 97 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，每位醫師限申請一次。
- (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 30,000 總服務人次及 10,500 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：

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）且與中央健康保險局簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」。
- (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）且與中央健康保險局簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」。
 - 2.申請巡迴之醫師經當地衛生局報備核准，於同一健保分局內得跨鄉、跨縣市，不得跨分區執行本方案。
 - 3.需由兩所以上診所組成聯合巡迴醫療團隊（其中須有 1 所診所負責承作執行中心，各醫事人員仍依照相關規定申報巡迴醫療服務之報酬），並依相關法規經當地衛生局報備核准。

- 4.每個巡迴點至多每天一次、每週二次診療，醫師每次巡迴三小時、至多 2 個巡迴點。
- 5.本項以衛生所為優先承作單位，惟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。
- 6.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 5 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）。
- 7.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），即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

- 1.符合申請條件之醫師、醫療院所自本計畫公告日起 25 天內，持衛生局核備之醫護人員及巡迴地點同意函向欲施行本計畫區域之中央健康保險局轄區分局申請辦理本服務(以郵戳為憑)，中央健康保險局轄區分局於公告日起 25 天內收齊申請之案件，公告日起 25 天後起算 10 天內審核函復醫療院所，並於核定日起生效；健保分局應於公告日起 25 天後起算 10 天內核定，逾 10 日未核定者，視為已核定，經審查通過並收到同意函者，依醫師法相關規定辦理，申請流程詳附件 2。
- 2.逾期申請者，中央健康保險局轄區分局得視經費及實際需要受理申請及核定。

(二) 申請所需檢附之文件：

- 1.申請表：「97 年度西醫基層總額支付制度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) 計畫封面：至少包含計畫名稱（包含計畫執行地區附村名）、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：請敘述本計畫產生之背景，包括計畫實施地區問題狀況等。
 - b.計畫目的：請分點具體列述本計畫所要達成之目標。
 - c.計畫實施地區現況分析：
 - 人口分布：請詳述計畫實施地區面積、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：簡要敘述計畫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，以及計畫提供醫療服務之內容。
 - d.計畫之醫事人力：詳述醫事人力名單、身分證號、負責醫師、護理人員。
 - e.計畫之經費評估：依支付標準之項目及點數預估。
 - f.明訂評估計畫之預期效益：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(需包含平均每診看診人次目標數)。

3.需檢附醫護人員執業執照清晰正反面影本。

4.原計畫異動：

(1) 原計畫醫護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)、執業醫師休診單(附件 4-1)、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健保分局核備。

(2) 診療時間異動應事先週知當地民眾及病患。

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.巡迴醫療團中之承作執行中心，有辦理巡迴醫療服務，則該診所當月門診量平均每日少於 30 人次以下之診察費，按申報點數加 1 成支付，加成部分由本方案預算支應，【基層診所當月診察費可加成件數=30 人次*當月看診日數(就醫日期)，加成件數依診察費點數由大至小排序】每點支付金額以每點一元暫結。

2.提供巡迴點之醫療服務向中央健康保險局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。

3.巡迴醫療服務醫師之報酬(巡迴醫療團中非承作診所之其他醫師得各自攜回申報)，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 3,500 點，(支付標準代碼為「P2005C」)，例假日每次支付 4,500 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 1,000 點，(支付標準代碼為「P2007C」)例假日每次支付 1,500 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 日前將書面資料報請所屬轄區分局。

4.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；每月至多 9 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。

5.除執行中心護理人員可互相支援外，單一診所申請配合巡迴之護理人員須為該診所之護理人員。

(三)點值支付方式：本「97 年度西醫基層總額支付制度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。執行本試辦計畫之醫療院所醫療費用之申報，由參與計畫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中央健康保險局申報醫療服務點數(醫令)清單之案件分類為「D4」(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：G5」、「新開業：G6」、。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：G5」、「新開業：G6」、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；倘有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分局，供分局辦理後續查保作業。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)97 年度本方案考核辦法（詳見附件 8）。

(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，應於計畫執行結束或年度結束後十日內，檢送執行報告至中央健康保險局所屬轄區分局，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(詳見附件 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)本計畫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：

a.每診次服務人次分佈。

b.重要疾病診斷別利用情形：總服務人次、點數、平均每人次點數等。

(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>本計畫服務感覺不錯圈選最多。

(4)具體呈現民眾健康結果改善。

(5)其他。如：

(1)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。

(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、本方案由中央健康保險局公告後實施，修正時亦同。

十二、計畫執行過程，經中央健康保險局各分局評估、稽查，如發現有違背計畫目的時，得終止辦理其計畫。

97 年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案 99 個實施鄉鎮一覽表

區	縣	鄉鎮	區	縣	鄉鎮	區	縣	鄉鎮
台北區	臺北縣	林口鄉	中區	彰化縣	大城鄉	南區	臺南縣	東山鄉
台北區	臺北縣	石碇鄉	中區	彰化縣	竹塘鄉	南區	臺南縣	官田鄉
台北區	臺北縣	坪林鄉	中區	彰化縣	溪州鄉	南區	臺南縣	大內鄉
台北區	臺北縣	三芝鄉	中區	南投縣	名間鄉	南區	臺南縣	七股鄉
台北區	臺北縣	石門鄉	中區	南投縣	鹿谷鄉	南區	臺南縣	將軍鄉
台北區	臺北縣	平溪鄉	中區	南投縣	中寮鄉	南區	臺南縣	安定鄉
台北區	臺北縣	貢寮鄉	中區	南投縣	國姓鄉	南區	臺南縣	南化鄉
台北區	基隆市	七堵區*	南區	雲林縣	土庫鎮	南區	臺南縣	左鎮鄉
台北區	宜蘭縣	壯圍鄉	南區	雲林縣	古坑鄉	南區	臺南縣	龍崎鄉
台北區	宜蘭縣	冬山鄉	南區	雲林縣	大埤鄉	高屏區	高雄縣	田寮鄉
台北區	宜蘭縣	五結鄉	南區	雲林縣	荖桐鄉	高屏區	高雄縣	永安鄉
台北區	宜蘭縣	三星鄉	南區	雲林縣	林內鄉	高屏區	高雄縣	杉林鄉
北區	桃園縣	觀音鄉	南區	雲林縣	二崙鄉	高屏區	高雄縣	內門鄉
北區	新竹縣	橫山鄉	南區	雲林縣	崙背鄉	高屏區	高雄縣	六龜鄉*
北區	新竹縣	芎林鄉	南區	雲林縣	麥寮鄉	高屏區	屏東縣	萬丹鄉
北區	新竹縣	寶山鄉	南區	雲林縣	東勢鄉	高屏區	屏東縣	長治鄉
北區	新竹縣	峨眉鄉	南區	雲林縣	褒忠鄉	高屏區	屏東縣	九如鄉
北區	苗栗縣	三灣鄉	南區	雲林縣	臺西鄉	高屏區	屏東縣	鹽埔鄉
北區	苗栗縣	獅潭鄉	南區	雲林縣	元長鄉	高屏區	屏東縣	萬巒鄉
中區	臺中縣	新社鄉	南區	雲林縣	四湖鄉	高屏區	屏東縣	新園鄉
中區	臺中縣	外埔鄉	南區	雲林縣	口湖鄉	高屏區	屏東縣	崁頂鄉
中區	臺中縣	大安鄉	南區	雲林縣	水林鄉	高屏區	屏東縣	南州鄉
中區	彰化縣	線西鄉	南區	嘉義縣	布袋鎮	高屏區	屏東縣	佳冬鄉
中區	彰化縣	伸港鄉	南區	嘉義縣	新港鄉	高屏區	屏東縣	車城鄉
中區	彰化縣	福興鄉	南區	嘉義縣	六腳鄉	高屏區	屏東縣	滿州鄉
中區	彰化縣	芬園鄉	南區	嘉義縣	東石鄉	高屏區	屏東縣	枋山鄉
中區	彰化縣	大村鄉	南區	嘉義縣	義竹鄉	東區	花蓮縣	吉安鄉
中區	彰化縣	埔鹽鄉	南區	嘉義縣	鹿草鄉	東區	花蓮縣	壽豐鄉
中區	彰化縣	永靖鄉	南區	嘉義縣	水上鄉	東區	花蓮縣	富里鄉
中區	彰化縣	二水鄉	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	臺南縣	柳營鄉	東區	台東縣	東河鄉
中區	彰化縣	芳苑鄉	南區	臺南縣	後壁鄉	東區	台東縣	鹿野鄉

註:

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:中央健康保險局

(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 96 年 6 月底止

97 年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案

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 25 天內 辦理本方案巡迴醫療服務者，持衛生局核備之醫護人員及巡迴地點同意函向欲施行本計畫區域之中央健康保險局轄區分局提出申請
- 2.公告日起 辦理本方案新開業者經衛生局核備，且符合本方案施行區域及申請條件，向欲施行本計畫區域之中央健康保險局轄區分局提出申請

中央健康保險局所屬轄區分局

不通過→函復申請單位

公告日起 25 天後
起算 10 天內
新開業申請收件日
起 10 天內

核定→通過→函復申請單位同意函

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中央健康保險局所屬轄區分局申報。
2. 97 年 6 月 1 日繳交報告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(詳見附件 8.考核辦法)至中央健康保險局所屬轄區分局。
3. 98 年 1 月 10 日繳交執行報告(詳見公告十.執行報告)至中央健康保險局所屬轄區分局。

變更 97 年度醫療資源缺乏地區改善方案申請流程：

- 1.原計畫醫護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)、執業醫師休診單(附件 4-1)、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。
- 2.持衛生局同意函向健保分局核備。

97 年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案申請表

所屬分局： 分局

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 _____ 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	申請項目： 1. <input type="checkbox"/> 新開業診察費加一成 2. <input type="checkbox"/> 承作執行中心之診察費加一成 3. <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	分局意見： <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：																				

巡迴門診時段(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：				診所(衛生所)			
原為：				<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 0 auto 20px auto;">印</div>			
平日	節/週						
夜間	節/週						
假日	節/週						
預估總經費：		元					
變更為：				執業醫師簽名： _____			
平日	節/週			<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 0 auto 20px auto;">印</div>			
夜間	節/週						
假日	節/週						
預估總經費：		元					
金額變動計		元					
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。							

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		
<p>(一) 休診時間：</p> <p>1. 97 年 月 日 時起至 97 年 月 日 時止</p> <p>2. 97 年 月 日 時起至 97 年 月 日 時止</p> <p>3. 97 年 月 日 時起至 97 年 月 日 時止</p> <p>合計 時段</p> <p>(二) 補診時間：</p> <p>1. 97 年 月 日 時起至 97 年 月 日 時止</p> <p>2. 97 年 月 日 時起至 97 年 月 日 時止</p> <p>3. 97 年 月 日 時起至 97 年 月 日 時止</p>			
<p>註：此表使用於醫師短期之請假與改期，若欲變更支援(巡迴)時間，請使用門診時段異動表。</p>			
診所(衛生所)		印	
執業醫師簽名： _____		印	

全民健康保險西醫基層醫療資源缺乏地區醫師、護理人員巡迴醫療報酬申請表

97 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 次	請 診 數 人	療 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，並報經轄區分局同意始得給付。								
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。給付別為護理人員報酬項目，本欄不用填寫。								
電話：		三.給付別：西醫：								
印信：		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所屬轄區分局，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）。								

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

註：1.本表應檢送健保局各分局備查。
2.本表請院所自行印製使用。

97 年度西醫基層總額支付制度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：各分局人員。

三、考核方式：

由執行本方案之醫師於 6 月 1 日填報考核項目至各分局，各分局視需要依其自評項目實地審查。

四、考核項目：

(一)第一部份：實地審查考核評分表及電話抽查評核

1.地理位置(共 10 分)

(1)是否為無醫村?是(10 分) 否

(2)跨鄉鎮、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 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.以是否符合當地民眾需求，提供一有效、便利的治療。

2.97年6月1日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）：（98年1月10日附於執行報告）

(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。

97 年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案執行成果報告

所屬分局： 局

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 97 年 月 1 日起至 97 年 月 日止，共 個月																																																																																																							
	申請項目：																																																																																																							
	1. <input type="checkbox"/> 新開業診察費加一成																																																																																																							
	2. <input type="checkbox"/> 承作執行中心之診察費加一成																																																																																																							
	3. <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：																																																																																																							
	<table border="1"> <tr> <th colspan="3">星期一</th> <th colspan="3">星期二</th> <th colspan="3">星期三</th> <th colspan="3">星期四</th> <th colspan="3">星期五</th> <th colspan="3">星期六</th> <th colspan="3">星期日</th> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>上午</td><td>下午</td><td>夜間</td> <td>上午</td><td>下午</td><td>夜間</td> <td>上午</td><td>下午</td><td>夜間</td> <td>上午</td><td>下午</td><td>夜間</td> <td>上午</td><td>下午</td><td>夜間</td> <td>上午</td><td>下午</td><td>夜間</td> <td>上午</td><td>下午</td><td>夜間</td> </tr> <tr> <td>村</td><td>村</td><td>村</td> <td>村</td><td>村</td><td>村</td> <td>村</td><td>村</td><td>村</td> <td>村</td><td>村</td><td>村</td> <td>村</td><td>村</td><td>村</td> <td>村</td><td>村</td><td>村</td> <td>村</td><td>村</td><td>村</td> </tr> </table>																				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	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村																		
	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
	醫師診察費			平日:3,500 假日:4,500		
	配合巡迴護士			平日:1,000 假日:1,500		
	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

對本試辦計畫之建議：