

臨時提案**提案單位：中全會**

案由：為減少行政公文往返次數及不必要的資源耗用，建請大署同意執行「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案(下稱照護機構方案)(頁次臨-2)」院所能比照「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(下稱中醫不足方案)(頁次臨-14)」條文規定：「逢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停止上班(課)日，則為休診日，不須補診及報備」方式執行，提請討論。

說明：

- 一、依照護機構方案承辦院所意見反應辦理。
- 二、院所於停診前一週需先於照護機構內公告周知。

本署說明如下：

- 一、照護機構方案之補診及報備規定為「因不可抗力因素(如因颱風來襲縣市政府公告停班停課等)則為休診日，不須補診及報備」，爰若為行政院人事行政總處公布之假期而休診者，則須向中全會及保險人分區業務組補診及報備。
- 二、比較照護機構方案及中醫不足方案之醫療服務提供時段說明如下：
 - (一)照護機構方案：每週以 1 個時段為限，每時段至少須 3 小時(每診次以 15 人次為上限)。
 - (二)中醫不足方案：每週至多 3 次定點定時中醫巡迴醫療服務，每次巡迴醫療服務時間不得少於 3 小時。
- 三、本署尊重中全會所提意見，惟休診日過多能否滿足照護機構住民之照護需求，如何確保照護品質及連續性，及對本項專款執行率(111 年 47.5%)之影響，建請中全會說明相關配套措施。

決議：

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案

110年12月30日健保醫字第1100017739號公告

111年12月28日健保醫字第1110122970號公告修訂

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

鼓勵中醫師至照護機構執行中醫醫療服務，提升因失能或就醫不便住民之醫療照護可近性，促使全體保險對象獲得適當之中醫醫療照護，減少住民外出就診中醫人次。

三、預算來源

全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「照護機構中醫醫療照護方案」專款項目下支應。

四、施行機構

- (一)政府立案之老人安養、養護機構或身心障礙福利機構、護理之家。
- (二)各縣市至少以服務一家照護機構為原則，並以護理之家為優先。
- (三)每家照護機構僅能接受一家中醫門診特約醫事服務機構提供服務。

五、施行期間

112年1月1日至112年12月31日。

六、執行目標

- (一)本年度以至少30家保險醫事服務機構參與，並以30家照護機構為目標。
- (二)以達成15,000服務人次，服務總天數1,500天為目標。

七、申請資格

- (一)保險醫事服務機構：須最近二年內未曾有全民健康保險特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以全民健康保險人(以下稱保險人)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)。
- (二)中醫師資格：須執業登記於該保險醫事服務機構之專任醫師。
- (三)照護機構須備有符合醫療機構設置標準之診療空間(設施)、設備及診療紀錄。
- (四)保險醫事服務機構於照護機構須建置全民健康保險憑證(以下稱健

保卡)讀卡環境，並於提供診療服務時即時刷卡，不得將住民健保卡攜回院所。

八、申請與審查程序及須檢附之文件

(一)申請與審查程序

1. 符合申請資格者，自本方案公告日起15個工作天內(以郵戳為憑)檢具相關申請文件以公文掛號郵寄至中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)。
2. 申請資料不足須補件者，以最後補件日為受理日。
3. 逾期申請者，保險人分區業務組及中醫全聯會得視經費及實際需求受理申請及審查。
4. 中醫全聯會自收到申請文件(以郵戳為憑)15個工作日內，將評估後之彙整結果函送所轄保險人分區業務組進行審查。保險人分區業務組於10個工作日內將審查結果通知申請者，並副知中醫全聯會及其中醫門診醫療服務審查執行會各區分會(以下稱中執會)。
5. 保險人核定發文日為執行起日。

(二)須檢附之文件

1. 保險醫事服務機構申請時須檢附本方案申請表(附件1)、全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構申請書(附件2)、全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構醫療作業說明表(附件3)、醫事人員名冊(附件4)及計畫書。
2. 前開計畫書內容應包含：
 - (1)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號定型，橫式書寫。
 - (2)封面：包括方案名稱、執行單位、執行期間。
 - (3)前言：請敘述執行方案動機，包括照護機構地點、醫療資源提供情況及需求狀況等。
 - (4)目的：分點具體列述執行方案所要達成之目標。
 - (5)執行方案：
 - A. 醫療人力資源：請詳述醫事人力名單(含姓名、學經歷、身分證統一編號、證書字號、執業年資)。

B. 每週診療時間。

C. 經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請參考本方案第十點預估。

D. 照護機構地址及住民數。

(6)經當地衛生主管機關核准報備支援之中醫師、相關醫事人員同意函。

(7)評估預期效益：請詳述執行方案實施後預期達成之效益指標。

九、醫療服務提供方式

(一)保險醫事服務機構指派中醫師及必要之醫事人員，至照護機構提供中醫醫療服務，每週以一個時段為限，每時段至少須三小時。

(二)前開同一時段提供診療服務之中醫師，以一名為限。

(三)若有異動或計畫性休診，須先確實與照護機構協商後，於7個工作天前向中醫全聯會及保險人分區業務組備查並副知該照護機構(門診異動表如附件5)；因不可抗力因素(如因颱風來襲縣市政府公告停班停課等)則為休診日，不須補診及報備。

(四)如欲變更醫療服務時間、每週服務次數或照護機構，須先檢送變更計畫書及當地衛生主管機關之報備函向中醫全聯會提出申請，並由中醫全聯會將評估結果函送所轄保險人分區業務組核定。變更照護機構者，須俟保險人分區業務組核定後，始得執行。

十、給付項目及支付標準：下列費用皆由本方案預算支應。

(一)論次支付(支付標準編號 P6901C)：每時段(診次)支付1,000點，每時段(診次)至少以三小時為計支單位，未達三小時不予支付。

(二)論量支付：

1. 診察費、藥費、藥品調劑費、針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置費，依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」(以下稱醫療服務支付標準)第四部中醫所列之項目申報。

2. 每診次以15人次為上限；16人次以上部分，則不予支付。

(三)支付規定：

1. 本方案申報之門診診察費不納入醫療服務支付標準之「中醫每日門診合理量」計算。

2. 針灸、傷科及針灸合併傷科治療之診療得合併申報門診診察費，不

受同一療程規定之限制，以及不納入醫療服務支付標準之合計申報量計算。

(四) 本方案預算按季均分，點值結算方式如下：

1. 「論次費用」每點支付金額以1元支付。
2. 各季預算扣除「論次費用」後，其餘項目採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。若有結餘，則流用至下季。
3. 若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

(五) 本方案申報點數不列入「中醫門診總額醫療品質保證保留款實施方案」計算。

十一、醫療費用申報與審查

(一) 醫療費用申報

1. 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本方案申報之醫療費用列為專案案件。
2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段：
 - (1) 案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。
 - (2) 特定治療項目(一)：請填報「JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)」代碼。
 - (3) 就醫科別：請填報「60中醫科」。
3. 論次費用：支付標準編號 P6901C。

(二) 論次費用之申報，保險醫事服務機構次月20日前須至健保資訊網服務系統(VPN)登錄醫療服務服務費用明細，傳送資料後列印「全民健康保險中醫門診總額專款專用醫療報酬申請表」(附件6)，蓋上院所印信，信封上請註明「申請中醫門診總額專款專用醫療報酬」，寄至所屬保險人分區業務組，由保險人各分區業務組依執行結果核定。

(三) 保險醫事服務機構於每月費用申報前，應至 VPN「照護機構院民資料申報」服務項目，上傳所支援之照護機構全院住民名冊。

(四) 醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除另有規定外，悉依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。

(五) 執行本方案之保險醫事服務機構應逐次填寫門診日報表(附件7)，

並於次月20日前以電子檔案送所轄保險人分區業務組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。

十二、 評核指標

照護機構接受本方案之中醫醫療照護後，其住民外出就診中醫件數較108年減少。

十三、 執行報告

執行本方案者，於本方案結束或年度結束前，應檢送執行報告；執行報告之格式及內容，應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。

十四、 退場機制

- (一) 參與本方案之保險醫事服務機構，如於方案執行期間有違反特約及管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者），應自保險人第一次處分函所載停約日起退出執行本方案。
- (二) 辦理本方案之保險醫事服務機構，若其實施成效不佳、實地訪視醫療品質不佳、未依常規醫療行為模式、資料不齊全(含書面資料及電子檔案)或參與方案有待改善事項，經保險人通知限期改善而未改善者，應自保險人通知終止執行本方案日起退出本方案。
- (三) 保險醫事服務機構如經保險人終止參與資格，得於通知送達日起30日內，以書面向保險人申請複核，但以一次為限。

十五、 其他事項

- (一) 報備支援規定：支援醫事人員均應依醫事相關法規向當地衛生主管機關辦理報備支援，並請中醫師考量醫療負擔能力提供支援服務。
- (二) 本方案實施成效由中醫全聯會會同保險人進行評估，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況等資料。

十六、 本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂，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之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正。

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案申請表

申請日期： 年 月 日

基本資料	醫事服務機構名稱		醫事服務機構代碼		電 話	
	中 醫 師 姓 名		身 分 證 統一編號		中醫師證書字號	台 中 字 號
	中 醫 師 學 經 歷					
	聯絡地址					
服務地區及時間	照護機構名稱				服 務 時 間	每週1次星期__
	服務時段	上午 __ : __ - __ : __		下午 __ : __ - __ : __		晚上 __ : __ - __ : __
	電 話					
	地 址					
評估情形	中醫全聯會評估意見	☐ 同意， ☐ 不同意		原因		
		中醫全聯會主任委員簽章：				

全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構申請書

特約醫事服務機構名稱：_____ 代號：_____

本院(所)自 年 月 日起以支援方式派中醫師至_____ (照護機構名稱) _____ (照護機構代號) 支援中醫一般門診，前述機構備有符合醫療機構設置標準之診療空間(設施)、設備及診療紀錄，以上如有不實，同意保險人不予支付相關診療費用，如有經通知改善未改善事項者，依健保相關法規辦理，並同意配合下列作業事項：

一、每月20日(併費用申報作業辦理)前，至健保資訊網服務系統(VPN)「照護機構院民資料申報」服務項目，上傳所支援之照護機構全院住民名冊。

二、醫事人員執行相關診療服務後，於醫療院所病歷及照護機構診療紀錄內，詳實記錄實施日期、時間、診療項目內容及醫事人員簽名或蓋章。

三、申請支援核備檢送之相關文件資料正確無誤，檢附下列資料，☐1. 前往支援醫療作業說明表、☐2. 衛生主管機關核定公文影本或醫事人員報備支援申請書、☐3. 支援照護機構之門診時程表、☐4. 照護機構立案證明影本。☐5. 照護機構平面圖(標示診療室位置)、☐6. 照護機構診察室照片數張(須清晰可見整體空間及內部配置)。

四、於照護機構建置健保卡讀卡環境，並於提供診療服務時即時刷卡，不得將院民健保卡攜回院所。刷卡方式說明：_____

五、照護機構必須配合保險人因業務需要所為之訪查或調閱相關資料。

特約醫事服務機構及 負責醫師大、小印章	照護機構印章及負責人印章

中華民國 年 月 日

全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構醫療作業說明表

服務機構代號：_____ 服務機構名稱：_____

照護機構代號：_____ 照護機構名稱：_____

作業項目	服務內容或作業方式
病歷及診療紀錄製作及保存方式	-服務機構 ☐ 手寫 ☐ 電腦 住民病歷 ☐ 存放地點，請說明：_____ -照護機構 ☐ 手寫 ☐ 電腦 診療紀錄 ☐ 存放地點，請說明：_____ -醫事人員執行相關診療服務後，於病歷及診療紀錄內記錄實施日期、時間、診療項目內容及醫事人員簽名或蓋章： ☐ 是 ☐ 否 否者，請說明實情：_____
處方作業方式	☐ 交付 ☐ 專人領藥 ☐ 其他，請說明：_____
備註事項	
特約醫事服務機構及負責醫師之印信及印鑑	

※注意事項：

1. 特約醫事服務機構第一次申請該照護機構支援或原填寫事項有異動時填報。
2. 依支援之照護機構分別填報醫療作業內容。

中華民國 年 月 日

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案醫事人員名冊

照護機構地點：		縣(市)	鄉(鎮、區)	村(里)
		路(街)	段	號
			樓	室
醫療期間：民國 年 月 日到民國 年 月 日				
時間：每星期 上午(下午/晚上) 時 分至 時 分共 小時				
醫事服務 機構名稱				
醫事服務 機構地址				
醫事人力				
中醫師	藥事人員	護理人員	行政人員	
位	位	位	位	
中醫師姓名		中醫師姓名		
身分證統一編號		身分證統一編號		
證書字號		證書字號		
藥事人員姓名		護理人員姓名		
身分證統一編號		身分證統一編號		
證書字號		證書字號		

註：參與本方案醫事人員，應依相關規定向當地衛生主管機關報備支援(藥事人員應向保險人分區業務組報備)。

院所印章：

負責醫師簽章：

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案

年 月門診異動表

一、申請單位資料：

1. 醫療院所名稱：
2. 負責醫師：
3. 聯絡電話：()
4. 聯絡地址：□□□□

二、照護機構資料：

1. 照護機構名稱：
2. 電話：
3. 地址：

三、支援照護機構時段異動表：

(一)原支援照護機構時段：

星期	日	一	二	三	四	五	六
日期							
時段							
中醫師							

(二)異動後時段：

星期	日	一	二	三	四	五	六
日期							
時段							
中醫師							

全民健康保險中醫門診總額專款專用醫療報酬申請表

中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案論次費用

受理日期：		受理編號：							
醫事服務機構名稱：		醫事服務機構代號：			醫事類別：		費用年月：		
編號	醫事人員 姓名	醫事人員 身分證字號	支付別	日期	服務地點	服務 時段	服務 時數	診療 人次	申請 金額
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
小計									
總表	項目 支付表	申請次數	服務時數	診療人次	每次申請金額	申請金額總數			
	P6901C								
	總計								
負責醫師姓名：			一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。						
醫事服務機構地址：			二、支付別：P6901C，每診次支付 1,000 點，每診次至少三小時，未達三小時不予支付。						
電話：			三、診療人次：填寫當次診療之人次。						
印信：			四、填寫時同一請領人姓名應集中申報。本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄本保險之分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請中醫門診總額專款專用醫療報酬」。						
			填表日期： 年 月 日						

承辦單位：

承辦單位：

醫事服務機構代碼：

服務地點：

核准代碼：

[illegible]

註：1. 依本方案規定填具本表。2. 核實申報均須同時填報本表，並於次月20日前合併EXCEL電子檔或紙本送保險人分區業務組備查，並副知全聯會及所轄中執會各區分會。3. 性別欄：男填1女填0。4. 診察費欄：請依申報之診察費支付標準代碼填入。5. 藥費欄請填入天數(例如給藥7天，填入"7")。6. 治療處置欄：依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定申報。7. 當地住民欄：請在是否處擇一打"✓"。8. 申請費用=醫療費用-部分負擔。9. 身份別：山地離島地區一律填入"007"；非山地離島地區：重大傷病填入"001"，低收入戶填入"003"，榮民(眷)填入"004"，一般民眾免填。10. 若當日無人看診仍應檢送當次門診日報表。

112年度全民健康保險中醫門診總額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：

鼓勵中醫師至中醫醫療資源不足地區執行中醫醫療服務，均衡中醫醫療資源分布，促使全體保險對象獲得適當之中醫醫療照護。

三、預算來源：

112年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，全年經費為 172百萬元。

四、施行區域：

- (一)獎勵開業服務計畫：以111年10月25日調查時，為無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，詳附件1-1，每鄉鎮區限一家中醫保險醫事服務機構申請。
- (二)巡迴醫療服務計畫：以111年10月25日調查時，為附件1-1所列屬無中醫醫事服務機構之鄉鎮區及附件1-2所列屬僅有一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區為施行區域。
- (三)附件1-2之施行地區以二個申請執行巡迴醫療服務計畫數為限，以原開業之中醫保險醫事服務機構為巡迴醫療服務計畫優先申請對象，也開放其他中醫保險醫事服務機構申請，惟巡迴醫療服務地點須與原開業之中醫保險醫事服務機構設址地點為不同村(里)。特殊情況者，由所轄全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組會同中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)專案評估後核定。
- (四)於本方案執行期間，經保險人及中醫全聯會評估並報經全民健康保險中醫門診總額研商議事會議(以下稱中醫總額研商會議)報告同意，確屬適用本方案之地區，自該會議紀錄發文日起，始開放符合本方案申請資格之中醫師申請。

五、施行期間：自公告日起至112年12月31日。

六、年度目標：

(一)獎勵開業服務計畫：以當年度新增5個計畫數為目標，若目標數滿額後才提出申請者，將優先列為下一年度計畫申請。

(二)巡迴醫療服務計畫：

1.鼓勵中醫師至醫療資源不足地區提供中醫巡迴醫療服務，本年度以至少執行100個鄉鎮(區)數為目標。

2.本計畫以達成服務人次260,000人次，服務總天數11,000天為執行目標。

七、申請資格：

(一)申請參與本方案之中醫保險醫事服務機構及醫事人員，須最近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(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

(二)保險醫事服務機構須具備全民健康保險憑證(以下稱健保卡)讀卡設備，並確實刷卡、上傳及登錄資料。

(三)獎勵開業服務計畫：

1.須為中醫全聯會所屬縣市公會會員並符合開業資格之中醫師，其最近十二個月全民健康保險(以下稱本保險)平均每月申報點數(含部分負擔)須大於十五萬點，但符合中醫負責醫師訓練計畫之院所醫師且受訓滿兩年者(檢具相關證明文件)不受此限。

2.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準。

(四)巡迴醫療服務計畫：須為中醫保險醫事服務機構，且實際參與巡迴服務之中醫保險醫事服務機構均應申請辦理本計畫，其他中醫師不得以支援方式辦理。

八、申請與審查程序及須檢附之文件：

(一)申請與審查程序：

1.符合申請資格者，須自方案公告日起15個工作天內(以郵戳為憑)檢具相關申請文件以公文掛號郵寄至中醫全聯會受理收件。

2.申請資料不足須補件者，以最後補件日為受理日。

3.逾期申請者，保險人分區業務組及中醫全聯會得視經費及實際需求受理申

請及審查。

4. 中醫全聯會自收到申請文件(以郵戳為憑)15個工作日內，將評估後之彙整結果送請所轄區保險人分區業務組進行審查。保險人分區業務組於10個工作日內將審查結果通知申請者，並副知中醫全聯會與該會之中醫門診醫療服務審查執行會(以下稱中執會)各區分會。
5. 獎勵開業服務計畫：申請中醫師自保險人分區業務組審查結果通知函寄達日起，應於三個月內完成開業登記且與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」，並回報中醫全聯會確定之開業時間、地址及門診時間表。
6. 巡迴醫療服務計畫：自核定日(發文日)起執行；另為確保巡迴醫療服務計畫執行之延續性，111年度原有計畫延續至112年度執行，且符合112年度公告之施行區域者，其實施日期追溯至112年計畫公告實施日當月底止，112年度應重新提出申請。

(二)須檢附之文件：

1. 獎勵開業服務計畫

(1)112年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫申請表(附件2)。

(2)獎勵開業服務計畫書，其內容應包含：

- A. 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號定型，橫式書寫。
- B. 前言。
- C. 開業服務地區之現況分析(含當地人口分布狀況、地理環境概況、交通情況、醫療資源分析)。
- D. 預定開業之詳細地址，並檢附診間空間規劃分配圖。
- E. 醫療人力資源：請詳述醫事人力名單(含姓名、學經歷、身分證統一編號、證書字號、執業年資、中醫醫療機構負責醫師訓練合格證明)並檢具相關證明文件。
- F. 預定醫療門診時間表。

2. 巡迴醫療服務計畫：

(1)112年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫

療服務計畫申請表(附件3)、醫事人員名冊(附件4)。

(2)巡迴醫療服務計畫書，其內容應包含：

- A. 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號定型，橫式書寫。
- B. 封面：包括計畫名稱、執行單位、巡迴醫療服務點所屬縣市、鄉鎮(區)、執行期間。
- C. 前言：請敘述巡迴醫療服務動機，包括巡迴醫療服務地點、醫療資源提供情況及需求狀況等。
- D. 目的：分點具體列述巡迴醫療服務所要達成之目標。
- E. 巡迴醫療服務地點現況分析，請依下列項目分別具體列述相關內容：
 - a. 巡迴醫療服務點所屬地區及人口分布：請具體詳述巡迴醫療服務點所屬地區分布情形及面積、當地戶籍人口數及其性別年齡別分布情形等相關資料。
 - b. 地理環境概況及交通情形：請簡要敘述巡迴醫療服務點地理環境概況(檢附簡要地圖更佳)、當地對外交通情形、當地距最近中醫特約醫事服務機構所需車程時間等。
 - c. 醫療需求情形：請詳述巡迴醫療服務點所屬地區之醫療服務使用狀況、現存各類醫事人員及各類醫事服務機構情形。
- F. 執行計畫：
 - a. 醫療人力資源：請詳述醫事人力名單(含姓名、學經歷、身分證統一編號、證書字號、執業年資)。
 - b. 每週診療時間。
 - c. 經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請參考本方案第十點預估。
 - d. 巡迴醫療服務設置點地址及空間配置圖。
- G. 經當地衛生主管機關報備核准之中醫師、相關醫事人員及巡迴地點同意函。
- H. 評估預期效益：請詳述巡迴醫療服務實施後預期達成之效益指標。

九、開診規範：

(一)獎勵開業服務計畫：

1. 經中醫全聯會評估通過之申請案件，於分區業務組評估結果通知函寄達三個月內未完成開業登記且與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」，該案件視同作廢，不予支付任何保障額度，且不再接受同一申請人之申請案件。
2. 門診服務時數：
 - (1)每週至少提供五天35小時(每週至少須含2次夜診)，每診次至少2(含)小時以上，夜診時間應介於每日18時至22時；兩門診時段間至少間隔半小時；該保險醫事服務機構負責醫師之門診服務時數須至少三天24小時。
 - (2)門診天數、時段、地點依申請計畫書為依據，若逢行政院人事行政總處公布之假期，可為休診日。
 - (3)當月未達上述工作天數及門診時間者，則依實際比例扣款(計算方式：分子為實際看診天數，分母為當月應提供之開診天數)，因天災、事故等特殊因素，經向保險人分區業務組報備者，不在此限。
 - (4)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；若產假期間無支援醫師代理者，保險人得不予支付保障額度。
 - (5)執行本計畫特約醫事服務機構之支援醫師，均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，於10個工作日前以書面函知中醫全聯會，並由中醫全聯會將相關資料函轉保險人分區業務組備查，惟臨時有特殊狀況者，不在此限。
3. 執行本計畫之保險醫事服務機構可同時申請巡迴醫療服務計畫，但巡迴看診時數不列入上述門診服務時數計算。
4. 開業登記日起至月底未滿一個月者，則按實際門診日數發給保障額度(計算方式：分子為實際看診天數，分母為當月應提供之開診天數)。
5. 門診時間表有異動或因故休診者，應以書面函及門診時段異動表、執業醫師休診單(附件5、6)於前月25日前向所轄保險人分區業務組及中醫全聯會備查。
6. 中醫全聯會及保險人分區業務組將不定期依保險醫事服務機構所訂門診

時段，以電話抽查有無依所訂門診時段提供服務。

7. 經中醫全聯會及保險人分區業務組查證保險醫事服務機構無故休診同一年累計達二週或同一年連續請假休診二個月者(不含請產假之負責醫師)，即終止該醫事服務機構執行本計畫。

(二)巡迴醫療服務計畫：

1. 以醫療資源不足地區當地衛生所或自籌處所為據點，每一保險醫事服務機構之醫師每天至多1次，同一時段、地點，以支付一位醫師的費用為原則，每週至多3次定點定時中醫巡迴醫療服務(特殊地區每天及每週之巡迴次數及醫師數由所轄保險人分區業務組會同中醫全聯會專案審查後核定)。
2. 每次巡迴醫療服務時間不得少於3小時(其服務時間以實際醫療時間計算，不包含車程、用膳及休息時間)。
3. 執行醫療資源不足地區巡迴醫療服務者，應依已同意之每週診療時間提供醫療服務，並於所轄保險人分區業務組核定日(發文日)一個月內開始執行，超過一個月仍未執行者，由所轄保險人分區業務組終止本計畫之辦理。如因故休診，應事先載明原由，專函報請所轄保險人分區業務組同意並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會；如遇不可抗力因素如山崩、土石流…等，得事後核准。
4. 原訂提供巡迴醫療服務之日期，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停止上班(課)日，則為休診日，不須補診及報備。
5. 至離島地區執行巡迴醫療服務之保險醫事服務機構，若因天候狀況導致交通受阻，巡迴醫療服務得增加服務天數1天(限申報1診次)。當次執行完畢後，應檢具當地衛生主管機關報備函、交通延誤證明(由航空公司、船公司或警察機關等單位開立)等資料，向所轄保險人分區業務組申請備查且副知中醫全聯會，並依規定申報當日產生之醫療費用及論次費用。
6. 執行醫療資源不足地區巡迴醫療服務者欲變更巡迴醫療服務時間、每週服務次數或地點、核備醫事人員等，須先將變更計畫及當地衛生主管機關之報備函向中醫全聯會提出申請，並由中醫全聯會將評估結果函送所轄保險人分區業務組核定。變更巡迴醫療服務者應俟保險人分區業務組核定後，

始得變更計畫。

7. 申請巡迴醫療服務之中醫師應將「全民健保中醫醫療巡迴服務」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7辦理)。
8. 保險人應將本年度巡迴醫療服務相關訊息(含執行之保險醫事服務機構名稱、時間及地點)建置於保險人全球資訊網網站，以供查詢。
9. 巡迴時間、時段、地點，依執行本計畫之保險醫事服務機構申請書所列時間表為依據，惟保險人分區業務組得整合及協調規劃同鄉鎮西醫、牙醫及中醫之巡迴地點及時段，以方便民眾就醫。
10. 巡迴地點設置應以媒合當地政府單位或長照據點為優先。

十、支付方式：

(一)獎勵開業服務計畫：

1. 獎勵標準：

- (1)第一級：除第二級、第三級以外之醫療資源不足地區，每月保障額度30萬點。
- (2)第二級：醫療資源不足之山地地區，每月保障額度35萬點。
- (3)第三級：醫療資源不足之離島地區，每月保障額度40萬點。

2. 醫療費用計算：

- (1)按全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱醫療服務支付標準)申報醫療費用。
- (2)管理原則(年限計算：自醫事服務機構簽約日開始累進計算服務年限；每月總服務量以「核定點數(含部分負擔)」計算：包含門診、巡迴醫療、中醫門診總額其他中醫專案服務量及其他預算案件，不含代辦案件)：
 - A. 承辦本計畫後第七個月起，若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度35%者，以80%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度35%者，須自次次月起於該開業鄉鎮提供1點巡迴醫療服務計畫；若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度20%者，以70%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度20%者，須自次次月起於該開業鄉鎮提供2點巡迴醫療服務計畫。

- B. 滿一年者，自第十三個月起，若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度45%者，以75%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度45%者，須自次月起於該開業鄉鎮提供1點巡迴醫療服務計畫；若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度30%者，以65%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度30%者，須自次月起於該開業鄉鎮提供2點巡迴醫療服務計畫。
- C. 滿二年者，自第二十五個月起，若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度50%者，以60%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度50%者，須自次月起於該開業鄉鎮提供1點巡迴醫療服務計畫；若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度40%者，以50%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度40%者，須自次月起於該開業鄉鎮提供2點巡迴醫療服務計畫。若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度10%者，以當月核定點數計算之費用支付。
- D. 獎勵開業之醫事服務機構依上述 A 至 C 點規定提供巡迴醫療服務後，須依其最高巡迴點之數量持續提供巡迴醫療服務至當年度12月底。
- E. 若獎勵開業之醫事服務機構未依上述 A 至 C 點規定於該開業鄉鎮承辦巡迴醫療服務計畫，經所轄保險人分區業務組會同中醫全聯會專案評估後，由保險人分區業務組終止本方案之辦理。惟若屬特殊情況者，得專案向保險人分區業務組申請至鄰近本方案施行地區提供巡迴醫療服務計畫。

註：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，調整管轄額度之百分比。

- (3) 自辦理本計畫之年度開始起算，第三年年底終止計畫補助(延續辦理期間不須另提出申請)，且不再接受同一申請人申請本計畫；又延續辦理計畫者，其起迄日期應依原申請年度計算，支付方式依年度方案規定辦理。
- (4) 本計畫中醫師參與巡迴醫療服務之醫療費用(含診察費加成)併入保障額度計算，每月核定點數(含部分負擔)未達保障額度者，不予支付當月巡迴醫療服務之論次費用。
- (5) 本計畫申報之門診診察費納入醫療服務支付標準之「中醫每日門診合理

量」計算；針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置納入該支付標準之合計申報量計算。

3. 每點支付金額之結算：

- (1) 每月核定點數(含部分負擔)超過保障額度者：以核定點數計算之費用支付，屬浮動點數者依該區當季之浮動點值計算，每點支付金額不低於1元。
- (2) 每月核定點數(含部分負擔)低於保障額度者：依本方案第十項第一款第二目醫療費用計算之管理原則核付，其保障額度之點數依該區當季之浮動點值計算，惟每點支付金額不低於1元。

4. 承辦本計畫之保險醫事服務機構須填寫門診日報表(附件8)，並於次月20日前費用申報時以電子檔案，報請所轄保險人分區業務組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。

(二) 巡迴醫療服務計畫：

1. 本計畫論量計酬費用，由中醫門診總額一般服務預算支應。每點支付金額以1元計算，於一般服務預算分區預算分配前先行結算。
2. 本計畫之論次支付方式：各地區別論次支付點數及申報代碼如下，偏遠及山地離島地區分類詳附件1-1，中醫資源不足地區詳附件1-2。

地區	支付點數	申報代碼
0. 中醫資源不足(註)	2,000	P23064
1. 一級偏遠	3,000	P23007
2. 二級偏遠	5,000	P23063
3. 山地	8,800	P23008
4. 一級離島	11,000	P23009
5. 二級離島	12,100	P23010
6. 三級離島	13,200	P23011

註：1. 如為臺灣本島開業之中醫保險醫事服務機構至僅有一家中醫保險醫事服務機構開業之離島地區，辦理巡迴醫療服務計畫者，得申報 P23065，支付點數 10,000 點。

2. 執行期間，如巡迴服務地區新設立中醫診所，致該地區不適用本方案施行區域(附件 1-1、1-2)者，經中醫總額研商會議報告同意後，自該會議紀錄發文日起，其論次費用僅得申報 P23064，支付 2,000 點。

3. 本計畫之門診診察費加成支付：保險人於結算時，門診診察費按本保險醫療服務支付標準第四部表定之支付點數加計1成支付；院所申報該項費用時，無須申報加計之成數。

4. 本計畫醫療服務支付標準申報規定：

- (1) 本計畫申報之門診診察費不納入門診合理量計算。
- (2) 針灸、傷科及針灸合併傷科治療每次診療得合併申報門診診察費，不受同一療程規定之限制。
- (3) 本計畫之針灸、傷科及針灸合併傷科治療不併入該院所之合計申報量計算，且不受醫療服務支付標準第四部中醫通則五至通則六針灸、傷科及針灸合併傷科治療申報量打折支付之規定。
- (4) 若因特殊情形，經保險人分區業務組核定同意，同一醫師同一日得至不同地點提供2診次巡迴醫療，其費用申報依本計畫執行之看診診次計算。
- (5) 本計畫未明定者，則按醫療服務支付標準第四部中醫規範辦理。

5. 依本計畫所申請之專款專用支付項目費用不列入「112年度中醫門診總額醫療品質保證保留款實施方案」計算。

6. 執行巡迴醫療服務之保險醫事服務機構應逐次填寫門診日報表(附件8)，並於次月20日前以電子檔案送所轄保險人分區業務組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。

7. 本計畫巡迴醫療服務不得申報中醫門診總額其他中醫專案(含醫療服務支付標準第四部中醫第八章特定疾病門診加強照護)及其他預算案件。

(三) 本方案點值結算方式：

本方案之專款預算，按季均分，並以獎勵開業計畫為優先，由本預算優先支付。即各季預算先扣除獎勵開業服務計畫之費用後，巡迴醫療服務計畫之「論次支付」及「門診診察費之加成支付」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，則流用至下季；全年預算若有結餘，則進行全年結算；即以全年預算扣除獎勵開業服務計畫之費用後，其餘支付項目皆採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

十一、醫療服務申報、審查與管理原則：

- (一) 執行本方案之保險醫事服務機構，有關醫療服務申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。

- (二) 本方案須配合健保卡相關作業，依全民健康保險醫療辦法第三條第一項規

定，保險對象均應繳驗健保卡，如有首次加保及遺失補發或換發等未及領卡情事，須填具健保卡例外就醫名冊(如附件9)。未依健保卡相關作業，經保險人審核，不符資格者，不予支付；另巡迴點應備讀卡機依照規定上傳就醫資料，若巡迴醫療服務之巡迴點無法連線者，經保險人分區業務組確認評估後，以專案申請方式執行巡迴服務。

(三)醫療費用申報與審查：

1.門診醫療費用點數申報格式與填報作業

(1)總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

(2)點數清單段

A. 案件分類：請填報「25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)」。

B. 特定治療項目代號(一)

a. 獎勵開業服務計畫請填報「C7(醫療資源不足地區獎勵開業服務計畫)含代辦案件」，申報中醫門診總額其他中醫專案或其他預算案件，則於特定治療項目代號(二)至(四)任一欄位填報C7。

b. 巡迴醫療服務計畫請填報「C6(醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫)」。

C. 部分負擔代號及部分負擔點數

a. 山地離島地區：請填報免收部分負擔規定山地離島地區之就醫代碼「007」，部分負擔點數請填0。

b. 非山地離島地區：依現行全民健康保險法第四十三、四十八條規定辦理，若屬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%。

2.巡迴醫療服務計畫：

(1)保險醫事服務機構依本保險醫療服務支付標準第四部表定之支付點數申報門診診察費，申報時不須加計成數。

(2)本計畫採「論次加論量」支付方式：

A. 應依據論次費用申請表格式(附件10)於次月20日前將資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)及郵寄紙本至保險人分區業務組。

B. 並應就保險對象逐案併每月其他醫療費用向保險人申報，每位中醫師每月巡迴看診診次平均門診量限定70人次，超過70人次之部分，其門診診察費及針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置費，自申請金額最少之案件計算起，不予支付，如巡迴醫療服務點屬山地、離島或由所轄保險人分區業務組會同中醫全聯會專案審查核定之特殊情形者，該巡迴醫療服務點每位中醫師每診次平均門診量不受70人次限制。

C. 執行本計畫時，平均門診量前70人次之門診診察費，適用醫療服務支付標準第四部中醫部門之第一階段門診診察費(支付標準編號：A01、A11、A02、A12)。

D. 該診次如無法於巡迴點過卡(含診療人數為0人者)，應於申報論次支付點數時檢附彩色照片三張(可彩色列印，不限相片紙)，須有服務醫師入鏡或可辨識巡迴地點、時間之照片為佳。繳交照片如有不符合規定或無法辨識者，則核減該診次論次支付點數。

(3)管理原則：執行巡迴醫療服務者，若連續5個月每月每診平均就醫人次少於10人(不含10人)，由中醫全聯會函請執行者，於次月更換巡迴醫療服務點；若經更換巡迴醫療服務點後，再連續3個月，每月每診平均就醫人次少於10人(不含10人)，由中醫全聯會評估後，轉請保險人分區業務組通知該院所終止執行本計畫。但執行巡迴醫療服務點為離島地區或山地地區者，不在此限。

十二、執行報告：

執行本方案者，於本方案結束或年度結束前，應檢送執行報告予中醫全聯會；執行報告之格式及內容，應依送審計畫書之內容及要項，撰寫執行成果及實施效益；巡迴醫療服務計畫執行報告之內容，將作為下年度審查之依據。

十三、考核事項：

(一)考核程序：參與本方案之保險醫事服務機構，1年至少考核1次。

1. 於1月1日至6月30日期間開始執行方案者：應於7月底前，向所轄保險人分區業務組填報考核要點(附件11-1、11-2)。

2. 自7月1日後始執行本方案者：應於12月底前，向所轄保險人分區業務組填報考核要點(附件11-1、11-2)。

3. 考核成績將作為下年度審核之參考。另保險人分區業務組視需要依其自評項目進行實地審查。

(二)考核方式與項目：

1. 實地考核或電話抽查評核(由保險人分區業務組依實際情況，自行評估選用評核方式)。
2. 院所考核表評核(附件11-1)。
3. 民眾滿意度調查表評核(附件11-2)。
4. 綜合討論及評分。

(三)考核結果：

1. 評分結果為96分(含)以上者，列入優等。
2. 評分結果為80~95分者，列入良等。
3. 評分結果為71~79分者，列入觀察等級，由保險人分區業務組予以觀察一季要求改善，次年度未達80分者，則不予執行本方案。
4. 評分結果為70分(含)以下者，列入輔導等級，由保險人分區業務組予以輔導一季要求改善，經複核未改善者，終止執行本方案。

十四、注意事項：

- (一)辦理本方案之保險醫事服務機構，若其實施成效不佳、實地訪視醫療品質不佳、未依常規醫療行為模式、日報表資料不齊全(含書面資料及電子檔案)、未依本方案規定事項辦理者，經保險人分區業務組及中醫全聯會重新評估後，由保險人分區業務組同意更換、裁撤或終止本方案之辦理。
- (二)於方案執行期間，若巡迴醫療服務計畫施行地區有新設立之中醫保險醫事服務機構，原提供巡迴醫療服務計畫之中醫保險醫事服務機構可持續執行原核定內容至當年度年底。

十五、違規處理：

- (一)辦理本方案之保險醫事服務機構或醫事人員，如因涉及違反特管辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一，自保險人第一次發函處分所載之停約日起即停止執行本方案(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)，另獎勵開業服務計畫費用支付方式自當年度執行本計畫起至本計畫終止日，以保障額度總額九折支付。

(二)因違反前項規定而停止執行本方案者，得於收到該函正本日起30日內，敘明原因並檢附所須文件，向保險人分區業務組提起申復。

十六、本方案實施成效由中醫全聯會會同保險人進行評估，於實施半年後進行期中檢討，並於年終向健保會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況、本地就醫率等資料。

十七、本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂後，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之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

112年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案 施行區域一覽表-無中醫醫事服務機構之鄉鎮區

縣市別	鄉鎮區	分級級數	縣市別	鄉鎮區	分級級數	縣市別	鄉鎮區	分級級數
新北市	坪林區	1	台南市	後壁區	1	澎湖縣	七美鄉	6
	石門區	1		大內區	1	花蓮縣	豐濱鄉	2
	平溪區	1		左鎮區	1		富里鄉	1
	雙溪區	1		龍崎區	1		秀林鄉	3
	烏來區	3		北門區	1		萬榮鄉	3
				東山區	1		卓溪鄉	3
宜蘭縣	冬山鄉	1	高雄市	田寮區	1	台東縣	大武鄉	2
	壯圍鄉	1		茂林區	3		東河鄉	1
	大同鄉	3		桃源區	3		長濱鄉	2
	南澳鄉	3		那瑪夏區	3		卑南鄉	1
新竹縣	橫山鄉	1	屏東縣	內門區	1		綠島鄉	5
	寶山鄉	1		萬巒鄉	1		延平鄉	3
	北埔鄉	1		竹田鄉	1		海端鄉	3
	峨眉鄉	1		新埤鄉	1		達仁鄉	3
	尖石鄉	3		車城鄉	1		金峰鄉	3
	五峰鄉	3		滿州鄉	2		蘭嶼鄉	6
苗栗縣	南庄鄉	1		枋山鄉	1	金門縣	烈嶼鄉	6
	獅潭鄉	1		三地門鄉	3		烏坵鄉	6
	泰安鄉	3		霧臺鄉	3	連江縣	北竿鄉	4
	頭屋鄉	1		泰武鄉	3		莒光鄉	6
	三灣鄉	1		來義鄉	3		東引鄉	6
台中市	大安區	1		春日鄉	3		南竿鄉	4
	和平區	3		獅子鄉	3			
南投縣	信義鄉	3		牡丹鄉	3			
	仁愛鄉	3		瑪家鄉	3			
雲林縣	東勢鄉	1		林邊鄉	1			
	四湖鄉	1						
嘉義縣	溪口鄉	1	澎湖縣	吉貝村	6			
	番路鄉	1		白沙鄉	5			
	阿里山鄉	3		西嶼鄉	5			
	東石鄉	1		望安鄉	6			

註1：本一覽表統計截止日期：111年10月25日，共81個鄉鎮(區)。

註2：1表一級偏遠；2表二級偏遠；3表山地鄉；4表一級離島；5表二級離島；6表三級離島。

註3：澎湖縣白沙鄉吉貝村，考量地理及交通因素，另列分級級數為6。

**112年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
施行區域一覽表—家中醫醫事服務機構之鄉鎮區**

縣市別	鄉鎮區	縣市別	鄉鎮區	縣市別	鄉鎮區
新北市	三芝區	台南市	柳營區	高雄市	彌陀區
	金山區		六甲區		甲仙區
	萬里區		西港區	屏東縣	恆春鎮
	貢寮區		七股區		長治鄉
	石碇區		將軍區		麟洛鄉
	八里區		山上區		鹽埔鄉
宜蘭縣	蘇澳鎮		楠西區		高樹鄉
	三星鄉		南化區		南州鄉
桃園市	復興區		官田區		九如鄉
新竹縣	芎林鄉		玉井區		琉球鄉
苗栗縣	卓蘭鎮		安定區		崁頂鄉
	銅鑼鄉	雲林縣	口湖鄉	花蓮縣	鳳林鎮
	三義鄉		林內鄉		壽豐鄉
	造橋鄉		二崙鄉		光復鄉
	西湖鄉		褒忠鄉		瑞穗鄉
台中市	石岡區		元長鄉	台東縣	太麻里鄉
彰化縣	線西鄉	嘉義縣	臺西鄉		池上鄉
	埔鹽鄉		布袋鎮		成功鎮
	二水鄉		六腳鄉	澎湖縣	鹿野鄉
	田尾鄉		義竹鄉		湖西鄉
	芳苑鄉		梅山鄉	金門縣	金沙鎮
	竹塘鄉		大埔鄉		
	大城鄉		中埔鄉		
	集集鎮		鹿草鄉		
南投縣	鹿谷鄉	高雄市	湖內區		
	中寮鄉		六龜區		
	魚池鄉		杉林區		
	國姓鄉		永安區		

註1：本一覽表統計截止日期：111年 10月 25日，共77個鄉鎮(區)。

註2：本一覽表為僅有一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，分級級數為:0中醫資源不足。

112年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案 獎勵開業服務計畫申請表

申請日期： 年 月 日

基本資料	醫事服務機構名稱		醫事服務機構代碼		電話	
	醫師姓名		身分證統一編號		中醫師證書字號	台中字第 號
	醫師學經歷					
	聯絡地址					
開業地區及時間	開業地區	區分會 縣市 鄉鎮區 村				
	地區別	☐ 偏遠	☐ 山地	☐ 離島		
	電話					
	地址					
評估情形	中醫全聯會評估意見	☐ 同意， ☐ 不同意	原因			
		中醫全聯會主任委員簽章：				

112年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案 巡迴醫療服務計畫申請表

申請日期： 年 月 日

基本資料	醫事服務機構名稱		醫事服務機構代碼		電話	
	醫師姓名		身分證統一編號		中醫師證書字號	台中字第 號
	醫師學經歷					
	醫事服務機構地址					
服務地區及時間	服務地區	區分會 鄉鎮區	縣市 村	服務時間	每週	次每星期
	地點		地址			
	時段			電話		
	承作方式	一律為論次加論量				
評估情形	中醫全聯會評估意見	☐ 同意， ☐ 不同意		原因		
		中醫全聯會主任委員簽章：				

註：本表以申請醫師數為單位，醫師數為2人者，則須填寫2份，若醫師人數眾多，可另行檢附名冊。

112年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

巡迴醫療服務計畫醫事人員名冊

巡迴醫療地點：				縣(市)	鄉(鎮、區)	村(里)
巡迴醫療期間：民國 年 月 日到民國 年 月 日						
時間：每星期 上午(下午) 時 分至 時 分共 小時						
駐點地址				駐點電話		
醫事服務機構名稱				醫事服務機構代號		
醫事服務機構地址				醫事服務機構電話		
醫事人力(參與巡迴醫療計畫醫事人力)						
醫師	藥事人員		護理人員		行政人員	
位	位		位		位	
醫師姓名			醫師姓名			
身分證統一編號			身分證統一編號			
證書字號			證書字號			
藥事人員姓名			護理人員姓名			
身分證統一編號			身分證統一編號			
證書字號			證書字號			

註：參與本方案醫事人員，應依相關規定向當地衛生主管機關報備支援(藥事人員應向保險人分區業務組報備)。

院所印章：

負責醫師簽章：

112年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案 獎勵開業服務計畫門診時段異動表

(一) 原門診時段： 年 月

	一	二	三	四	五	六	日
上午 時 間							
下午 時 間							
晚上 時 間							

合計 天 小時/週

(二) 新門診時段 年 月起

	一	二	三	四	五	六	日
上午 時 間							
下午 時 間							
晚上 時 間							

合計 天 小時/週

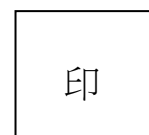
執業地點： 縣市 鄉鎮區

診所名稱：

健保代號：

執業醫師簽名：

日期：中華民國 年 月 日



門診時段異動表辦法：

1. 依「112年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之第九項開診規範辦理。
2. 每月門診時段異動表應於前月二十五日之前送至中醫師公會全聯會及保險人分區業務組備查。

112年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案 獎勵開業服務計畫休診單

本人： (姓名) 因 (事由)

將於 年 月 日 時起至 年 月 日 時止休診

合計 月 天 小時

門診補班，於 ☐ 月 日 時起至 月 日 時

☐ 月 日 時起至 月 日 時

☐ 月 日 時起至 月 日 時

☐ 月 日 時起至 月 日 時

合計 天 小時

執業地點： 縣市 鄉鎮區

診所名稱：

健保代號：

執業醫師簽名：

日期：中華民國 年 月 日

印

印

休診及補班規範：

1. 依「112年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之第九項開診規範辦理。
2. 本休診單應於事前向中醫師公會全聯會及保險人分區業務組備查並完成書面手續；如遇臨時或突發事由，得於事前向中醫師公會全聯會及保險人分區業務組以電話或傳真報備，並於三日內完成書面手續。
3. 門診補班可於休診日前、後辦理，但限於當月完成。且補班天數及時數應和請假天數及時數相同。
4. 跨月休診，應於當月個別補班；如遇臨時或突發事由於月底後三日，得於下個月前三日補班完成。

全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫

療服務之標示製作作業說明

一、預算來源

112年總額其他預算項目「提升保險服務成效」項下支應。

二、標示應包含下列內容

1. 全民健保西醫/中醫/牙醫巡迴醫療服務/牙醫特殊醫療服務
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。

112年全民健康保險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-----

112年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區醫療服務門診日報表

所屬分會：_____

承辦單位：

醫事服務機構代碼：

地 點： 鄉 村

核准代碼：	
-------	--

日期	月	日		時間：	時	分	時	分										核准代碼：					
編號	姓名	身分證 統一編號	出生 年月日	性別	住址	電話	診察費	藥費 (天)	調劑費	治療處置							當地 住民		醫療 費用	部分 負擔	申請 費用	身份 別	備註
																	是	否					

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
	☐ 門、急診 ☐ 住院				(公)： (宅)： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 因災害導致健保卡遺失或毀損
	☐ 門、急診 ☐ 住院				(公)： (宅)： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 因災害導致健保卡遺失或毀損
	☐ 門、急診 ☐ 住院				(公)： (宅)： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 因災害導致健保卡遺失或毀損
	☐ 門、急診 ☐ 住院				(公)： (宅)： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 因災害導致健保卡遺失或毀損
	☐ 門、急診 ☐ 住院				(公)： (宅)： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 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，不須再寄送至保險人分區業務組。

106.10.5版

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。

全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫論次費用申請表

年 月

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	醫事人員姓名	醫事人員身分證號	支付別	日期	鄉(鎮)名	村(里)名	地點	診療人次	申請金額	核減額	核定額
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
本頁小計											

總表	項 目	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
	支付別								
	P23064案件								
	P23007案件								
	P23063案件								
	P23008案件								
	P23009案件								
	P23010案件								
	P23011案件								
	P23065案件								
總計									

負責醫師姓名：

醫事服務機構地址：

電話：

印信：

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。

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：填寫當次診療之人數。

三、支付別：中醫：中醫門診巡迴醫療服務計畫：論次費用「次」計填寫。

P23064中醫資源不足地區中醫師巡迴醫療費用（次）。

P23007一級偏遠地區中醫師巡迴醫療費用（次）。

P23063二級偏遠地區中醫師巡迴醫療費用（次）。

P23008山地地區中醫師巡迴醫療費用（次）。

P23009一級離島中醫師巡迴醫療費用（次）。

P23010二級離島中醫師巡迴醫療費用（次）。

P23011三級離島中醫師巡迴醫療費用（次）。

（註：如為臺灣本島開業之中醫保險醫事服務機構，至僅有一家中醫保險醫事服務機構開業之離島地區，辦理巡迴醫療服務計畫者，得申報 P23065，支付點數10,000點；執行期間，如巡迴服務地區新設立中醫診所，致該地區不適用本方案施行區域(附件1-1、1-2)者，經中醫總額研商會議報告同意後，自該會議紀錄發文日起，其論次費用僅得申報 P23064，支付2,000點。）

四、填寫時請依同一醫事人員姓名、同一「支付別」集中申報。

五、本申請表應於次月20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，並於信封上註明中醫門診巡迴醫療服務計畫（論次費用）。

112年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

院所考核表 ☐開業☐巡迴

填報日期： 年 月 日

一、考核對象： 中醫診所

二、考核地點： 鄉(區) 村(里)

※每1開業或巡迴點(村或里)填報院所考核表1份，及檢附4張照片(可彩色列印)。

※每1開業或巡迴點(村或里)檢附至少10份民眾滿意度調查表(特殊情形由各分區業務組自行決定份數)(請將上述2項※同一巡迴點裝訂成一份)。

三、考核項目：

(一)診療服務評核

1、是否有中低收入戶減免掛號費或免收掛號費？

☐是(10分) ☐否(0分)

2、開業診所招牌或巡迴告示診療科目、時段、地點等資訊是否明顯、清楚？

☐明顯(5分) ☐不明顯(3分) ☐無(0分)

3、開業診所或巡迴地點是否有全民健保之標誌？

☐是(5分) ☐否(0分)

(二)實際開業或巡迴服務內容評核，上半年度開始執行方案者，請於7月底前繳交；下半年度開始執行方案者，請於12月底前繳交，一併檢寄下述照片或彩色列印(每1巡迴點(村或里)4張)至轄區業務組，做為下年度審核之參考。

1、推展開業或巡迴醫療活動，開業招牌或巡迴紅布條(海報)、宣傳衛教單張。(10分)

(內容：診療科目、時段、地點，附1張照片)

2、詳細解釋用藥與促進健康衛教(附1張照片，請儘量顯示出醫師及病患之間互動畫面)。(10分)

3、空間及環境清潔衛生(附1張照片)。

☐非常乾淨(6分) ☐尚可(3分) ☐待改進(0分)

4、診療設備(附1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。

☐6種以上(6分) ☐5種(5分) ☐4種(4分) ☐3種以下(3分)

5、平均每診看診人次

☐15人次以上(6分) ☐不足15人次(3分)

6、使用健保卡讀卡設備並依規定上傳資料。

☐是(10分) ☐否(0分)

(三)民眾意見評核：醫院、診所請先自評並繳回問卷，至少10份民眾滿意度調查表，共32分/份。《民眾滿意度調查表(詳附件11-2)之結果平均後計分 分》。

推展開業或巡迴醫療活動，開業招牌或巡迴紅布條(海報)、宣傳衛教單張	解釋用藥與促進健康衛教
請黏貼符合主題之相片	請黏貼符合主題之相片
空間及環境清潔衛生	診療設備
請黏貼符合主題之相片	請黏貼符合主題之相片

112年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案 民眾滿意度調查表

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中醫醫療服務，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、請問您對此中醫醫療服務滿意度如何？

- (1)候診時間 ☐非常滿意(3分)☐滿意(2分)☐尚可(1分)☐不滿意(0分)
- (2)醫療效果 ☐非常滿意(3分)☐滿意(2分)☐尚可(1分)☐不滿意(0分)
- (3)醫療設備 ☐非常滿意(3分)☐滿意(2分)☐尚可(1分)☐不滿意(0分)
- (4)醫師服務態度☐非常滿意(3分)☐滿意(2分)☐尚可(1分)☐不滿意(0分)
- (5)語言溝通能力☐非常滿意(3分)☐滿意(2分)☐尚可(1分)☐不滿意(0分)
- (6)門診時段 ☐非常滿意(3分)☐滿意(2分)☐尚可(1分)☐不滿意(0分)

2、請問您對此中醫服務據點就醫滿意度如何？

- (1)您今天花多久時間到達此中醫服務據點?(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)
- (2)您到此中醫服務據點看病是否方便？
- ☐非常方便(3分) ☐方便(2分) ☐普通(1分) ☐不方便(0分)
- (3)是否有收取不當之收費？ ☐是(0分) ☐否(3分)
- (4)您接受此中醫醫療服務感覺有那方面不錯？(可複選，最多5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(區)

村(里)

中醫診所

年 月