

「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」

103 年第 4 次會議紀錄

時間：103 年 11 月 19 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓禮堂

主席：蔡副署長魯

紀錄：張桂津

出席代表：

吳代表玉琴

請假

童代表瑞龍

童瑞龍

陳代表幸敏

陳幸敏

洪代表冠予

請假

吳代表志雄

請假

林代表芳郁

王聖賢代

孫代表光煥

候艾汝代

楊代表育正

林富滿代

謝代表文輝

謝文輝

翁代表文能

翁文能

黃代表遵誠

黃遵誠

郭代表守仁

潘延健代

朱代表益宏

請假

邱代表仲慶

郭守仁

游代表漢欽

謝輝龍代

賴代表文德

王敏容代

洪代表政武

洪政武

高代表瑞和

詹德富代

張代表克士

張克士

林代表慧玲

請假

羅代表永達

羅永達

黃代表啟宗

林慧玲

謝代表景祥

謝景祥

陳代表威仁

請假

蕭代表志文

蘇聖村代

張代表澤芸

蘇美惠代

謝代表武吉

周志建代

蔡代表明忠

張元玫代

趙代表有誠

趙有誠

陳代表宗獻

蔡明忠

張代表煥禎

黃東波代

蔡代表魯

陳宗獻

周代表思源

請假

林代表阿明

蔡魯

吳代表文正

吳文正

梁代表淑政

林阿明

陳代表誠仁

請假

謝代表天仁

梁淑政

蘇代表清泉

請假

盧代表瑞芬

謝天仁

吳代表鏘亮

吳鏘亮

黃代表立民

盧瑞芬

吳代表進興

吳進興

列席單位及人員：

衛生福利部

衛生福利部全民健康保險會

周雯雯

邱臻麗

台灣醫院協會	王秀貞	董家琪	林佩菽
中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺		
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛		
中華民國物理治療師全國聯合會	朱世瑋		
中華民國醫事檢驗師全國聯合會	請假		
中華民國藥師公會全國聯合會	蔡敬偉		
本署臺北業務組	蔡翠珍	許寶華	
本署北區業務組	林麗雪		
本署中區業務組	陳雪姝		
本署南區業務組	黃五美		
本署高屏業務組	許碧升		
本署東區業務組	李敬慧		
本署醫審及藥材組	蔡文全	劉家慧	
本署資訊組	姜義國		
本署企劃組	詹孟樵		
本署醫務管理組	李純馥	張溫溫	劉林義
	張美玲	甯素珠	洪于淇
	劉立麗	歐舒欣	陳信樺
	楊秀文	邵子川	鄭正義

一、主席致詞：(略)。

二、確認「本會 103 年第 3 次委員會議」會議紀錄

決定：確定。

三、報告事項

(一)案由：本會 103 年第 3 次委員會議結論事項辦理情形。

決定：洽悉。

(二)案由：醫院總額執行概況報告。

決定：洽悉。

(三)案由：103 年第 2 季醫院總額點值結算報告案。

決定：醫院總額 103 年第 2 季點值確認如下表，並依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

年季	點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
103Q2	浮動點值	0.8835	0.9478	0.9171	0.8419	0.9261	0.8896	0.8943
	平均點值	0.9315	0.9555	0.9486	0.9126	0.9516	0.9320	0.9379

(四)案由：104 年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商會議」召開會議時程報告案。

決定：104 年醫院總額部門研商議事會議召開會議時程為 3 月 4 日、5 月 20 日、8 月 19 日、11 月 18 日與 12 月 2 日。

(五)案由：104 年醫院總額一般服務部門預算四季重分配案。

決定：104 年醫院總額一般服務部門預算四季重分配後之各季預算占率，各季預算新占率為第一季 23.896187%、第二季 25.390485%、第三季 25.182821%、第四季 25.530507%。

四、討論事項

(一)案由：修訂「104 年醫院醫療給付費用總額一般服務之保障措施」案。

結論：

1. 103 年醫院總額一般服務之保障措施重點如下，詳如附件 1：

- (1). 本署公告之「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」，其浮動點數以較高之點值核付；其中偏遠地區醫院認定原則第三點分區認定原則乙項，因涉及各分區管理，請各分區考量轄區預算及特性，於104年1月底前提供修正意見及符合認定原則之醫院名單。
 - (2). 藥費依藥物給付項目及支付標準辦理，門住診之藥事服務費、門診手術、衛生福利部公告之偏遠地區急救責任醫院提供之急診醫療服務點數、住院之手術費與麻醉費、門住診之血品處理費保障每點一元。
2. 將依行政程序，報衛生福利部核備後實施。

(二)案由：研訂104年「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」案。

結論：104年本方案修訂重點如下，詳如附件2，將報部核備後公告實施。

1. 提高各層級額外獎勵之比率：醫學中心與區域醫院，由60%提高為70%；地區醫院由20%提高為30%
2. 醫學中心與區域醫院之基本獎勵項目，增加台灣社區醫院協會之TCHA指標計畫之醫院
3. 將原適用地區醫院層級之2項精神科指標(同院所急性精神病人出院30日內門診追蹤率、同院所慢性精神病人出院30日內門診追蹤率)，區域醫院亦適用。
4. 修改指標定義部分：
 - (1). 修改指標「醫院MRI檢查30日內同院再次執行比率」之計算，排除主診斷為癌症、自發性腦梗塞與腦血管意外等案件。
 - (2). 「提供緩和醫療家庭諮詢成效」指標之分子新增納入安寧居家療護醫令05336C-05341C。
5. 另為鼓勵醫療醫院即時查詢病患就醫資訊方案，將「住院病

人健保雲端藥歷系統查詢率」、「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」納入各層級之額外獎勵指標。

6. 為使額外獎勵的品質指標更具鑑別力，將醫學中心與區域醫院層級之各項額外獎勵指標目標值，正向指標由第 10 百分位提高至 20 百分位，負向指標由第 90 百分位提高至 80 百分位。

(三)案由：修訂「104 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」(草案)案。

結論：本方案修訂重點如下，詳如附件 3，將報部核備後公告實施。

1. 施行區域，104 年 121 個(基層診所 88 個，醫院 33 個)，較 103 年減少 5 個鄉鎮(新北市五股區、桃園縣大溪鎮、嘉義縣太保市、台南市安定區、屏東縣崁頂鄉)。
2. 巡迴醫療服務計畫修訂重點：
 - (1). 修正巡迴醫療服務時間、巡迴時間與地點之異動次數、與休診相關規定。
 - (2). 修正相關醫事人員或藥事人員，應依各該醫事人員法之規定報備支援與相關藥事法令規定執行業務，若不符規定者不予支付。
 - (3). 新增西醫基層與醫院部門預算可相互流用。

(四)案由：修訂「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫(草案)」案。

結論：本計畫修訂重點如下，詳如附件 4，將報部核備後公告實施。

1. 將受保障醫院內整體民眾申訴案件成案數目標值，由原規定低於「100 年」修訂為「前一年度」。
2. 將受保障醫院於計畫期間之預防保健服務量目標值，由須

較前一年成長「10%以上」調降為成長「5%以上」。

五、與會人員與議題相關之發言摘要，如附件 5。

六、散會(下午 4 時 20 分整)。

一、本會 103 年第 3 次會議紀錄確認

主席

有關 103 年第 3 次委員會議紀錄，請委員確認內容。

羅代表永達

有關報告案第 2 案，請醫審及藥材組提供審查醫師層級等資料部分，本會尚未收到。

醫審及藥材組劉視察家慧

本署已於昨天(103 年 11 月 18 日)函復台灣社區醫院協會，醫院總額審查醫藥專家屬性分布地區醫院醫師的比例與費用占率差不多。

主席

若無其他問題，上一次會議紀錄確認。

二、報告事項第一案「本會 103 年第 3 次委員會議結論事項辦理情形」
與會人員與議題相關之發言摘要

主席

本會 103 年第 3 次委員會議結論事項辦理情形，各位代表若無意見，本案洽悉。

三、報告事項第二案「醫院總額執行概況報告」與會人員與議題相關

之發言摘要

主席

有關醫院總額103年第3季執行報告，包括醫療供給與利用、初核核減率、安全針具申報情形與104年醫院總額協商結果與地區預算分配方式和「罕見疾病、血友病藥費」之審查與管控機制，請各位代表提問。

洪代表政武

有關報告PPT18「費用分類貢獻度」，對於貢獻度的文字，個人認為很不適當，以近期彰化秀傳乙案，就是因於貢獻度高，所以加以查核，故建議刪除貢獻度等文字；

另，現行社區藥局林立，就都是要賺價差，病人拿一堆藥到社區醫院來，我們想要幫忙整合用藥也無從整合起；

有關「費用分類貢獻度」，建議修訂為「費用分類」即可。

陳代表宗獻

第7頁投影片有關特約醫事服務機構家數的增加和減少，地區醫院減少6家，其中有2家升級，4家為降級，請問是升、降到那個層級？是降到基層診所嗎？

林代表阿明

地區醫院降級是原來特約層級3，降級為4基層；升級是地區醫院原來特約層級4，升級為3。

羅代表永達

請問，地區醫院評鑑合格就是3，沒過就是4，錢從那裡來？

主席

地區醫院評鑑合格就是3，如果沒有申請評鑑或評鑑未過，就降級為4，只能申報門診費用，還是地區醫院，費用由醫院總額支應，等通過評鑑，就可以恢復申請住院費用，升級為3。

盧代表瑞芬

住院護理計畫預算20億8月公告實施，請問預算是在8月至

12 月用完嗎？

醫務管理組李副組長純馥

雖然計畫是 8 月公告，但是預算會依照全年護理人力做分配，所以還是使用全年預算；其中有 4 億預算依計畫是依護病比進行分配，目前已請各醫院提供護病比資料，細節預算分配的方式，還需另外召開討論會議討論，俟有決議後，預算執行情形即會提高。

謝代表景祥

有關「罕見疾病、血友病藥費」之審查與管控機制，我覺得管控是很困難的，罕病醫療就好像葉克膜醫療，會的醫師很少，學生要刪老師的費用是很困難的，我看到報導，台大葉克膜就裝了兩千多個，占全世界的半數，柯 P 自己都說一大半是無效醫療，但是目前還是無法管控；

以血友病來說，要凝聚專業意見，專業就是那幾個人，就是他們在用的，我相信 1 個人 1 年用 300~400 萬，可以在外面走來走去，這是應該的，但如果用了很多錢，可是還躺在加護病房、身上插滿管子或腦死還用葉克膜，這以無效醫療的角度來看，恐怕是經不起檢驗的，建議未來召開專家審查會議，應納入一些非專家，例如付費者代表，合理性可以更嚴格地檢視。

醫務管理組張專門委員溫溫

1. 有關「貢獻度」，未來我們將修改為合適的用詞，其實它的實際功用，在於顯示所增加的費用有多少比重是由該項所分攤的。
2. 有關「罕見疾病、血友病藥費」之審查與管控機制，之前並無相關的規定或作法，這是今年新增的項目，讓大家可以對於未來辦理方向，有一致性的作法，本署亦將視執行情形進行修訂。

陳代表文獻

基層總額也是使用「貢獻度」，不過我們私下把它稱為「成長成份比例」。

主席

如果各位代表，對於本報告案沒有其他意見，本報告案洽悉。

四、報告事項第三案「103 年第 3 季醫院總額點值結算報告」與會人員與議題相關之發言摘要

主席

本案為 103 年第 2 季醫院總額點值結算報告，若各位代表對 103 年第 2 季點值結算報告沒有其他意見，醫院總額 103 年第 2 季點值確認，並依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

五、報告事項第四案「104 年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商會議」召開會議時程報告」與會人員與議題相關之發言摘要

主席

本案為「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商會議」召開會議時程，訂於 104 年 3 月 4 日、5 月 20 日、8 月 19 日、11 月 18 日與 12 月 2 日召開；本(6)屆代表任期至本(103)年底，本署將依「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」相關規定辦理重新聘任作業，各位代表如果沒有意見，本報告案洽悉。

六、報告事項第五案「104 年醫院總額一般服務部門預算四季重分配案」與會人員與議題相關之發言摘要

主席

本案為「104 年醫院總額一般服務部門預算四季重分配案」，重分配後之各季預算新占率，第一季為 23.896187%、第二季 25.390485%、第三季為 25.182821%、第四季為 25.530507%，各位代表如果沒有意見，本報告案洽悉。

七、討論事項第一案『104 年醫院醫療給付費用總額一般服務之保障措施案』與會人員與議題相關之發言摘要

主席

本案為 104 年「醫院醫療給付費用總額一般服務之保障措施」，請各位代表達意見。

羅代表永達

血品的收費項目中有 1%為「道義救濟金」，也就是付 1,000 元，醫院要額外再給 10 元，通常都是由醫院自行吸收，不會跟民眾收，「道義救濟金」主要是因為 HIV 檢驗當初健保沒有通過，所以收這筆費用，作為 HIV 檢驗金，可是血品已經保障每點 1 元，沒有任何法源或支付標準依據，就要額外收費，這是很不合理的，建議健保署應該去跟捐血中心談，否則，應該保障 1.01 元，不然就應該讓醫院跟病人收費，一直讓醫院自行吸收是不合理的，而且這已經收好幾年了，可能簽約時各位院長都沿舊例，沒有注意到。

另，問過捐血中心，捐血中心回答說此筆費用可以向民眾收取，但醫院都不會向民眾收，認為健保署應主動向捐血中心抗議，不該收取此費用，畢竟血品是獨賣，大家是沒有其他選擇的。

郭代表守仁

捐血中心應該屬於公益團體，而且它不屬於政府機關，理論上營運應該受到衛生福利部的規範，不應隨便巧立名目跟醫院收費，建議健保署應該關心一下。

謝代表景祥

捐血中心利用大家對 AIDS 的恐懼而巧立名目收取費用!!

捐血中心是醫療財團法人，應該受衛生福利部的規範，血品的收入也都是健保給付的，之前請他提供資料，才給一張 A3 紙張的資料，講捐血中心每年投入好幾個億的費用來防範 AIDS 感染，有關檢驗 AIDS 的 PCR，可以改善 AIDS 的空窗期減少一半，大家覺得有道理，可是一年要花好幾億，這樣會增加健保支出，而且 3 年內輸血得 AIDS 的人只有 6 個人，這樣是不合理，把錢花在宣導、發保險套，應該還有效些。

捐血中心的主要收入是來自健保，現在又收取「道義救濟金」，究竟是出於公益或者私利？很沒道理!!我們在座有許多位都是院長，聽到羅永達院長提才知道，捐血中心居然多向醫院收取這筆費用，且還已經收取許多年，令人感到很慚愧!!

醫務管理組李副組長純馥

97 年協商通過一筆預算用在保障血品一點一元，因此血品自 97 年保障至今，有段時間有在討論 NAT 要不要納入健保給付，預算編列 1.92 億元，用來調整血品費用，主要是用在縮短一些病毒感染的疾病空窗期，包含 AIDS 與 B、C 肝等等，在總額研商會議與給付會議都有多次討論。有關「道義救濟金」部分，我們會再跟衛生福利部洽詢內容後，下次會議跟大家說明。

郭代表守仁

財團法人血液基金會是沒有受到監督，它是一個獨營的公益單位，不像有些單位有 51 % 以上股份則需要受到立法院監督，它又是獨賣，醫院沒辦法跟它討價還價，它的利益沒有人去監督是很危險的，希望有關部門單位能建立一個機制，讓它可以好好發揮它公益的效用。

謝代表輝龍

要監督捐血中心的品質和營收情況，衛福部和健保署應該半年或一年要來看它的報表，如果有盈餘，就不應該跟醫院收費。

主席

有關捐血中心跟各醫院收取「道義救濟金」，及捐血中心的品質和營收情況應有監督單位部分，據我所知，衛生福利部有「國血國用諮詢委員會」負責這部分業務，本署會正式行文到部，請它妥善處理。

張代表克士

在醫院總額研議方案有明確結論，地區醫院點值應該給予從優支付，針對這點，我們提過許多次但都沒有下文。根據本案報告顯示，102年固定點值申報點數佔全年43.3%，其中以藥費71%佔率最高，而各層級藥費佔率又不同，造成大型醫院保障點值的佔率較高，而地區醫院藥費比例較低所以獲得保障的佔率較低，手術部分狀況亦同。基於各層級醫院都有其扮演之功能及角色，大醫院有承擔急重症等任務特性需要保障，小醫院也有其應負任務與分工需要保障，至少各層級的保障點值佔率應該相當才算最起碼的公平，否則地區醫院會因佔率愈來愈低造成愈來愈弱勢。

郭代表守仁

地區醫院除非有一個醫學中心支持，不然經營是真的很困難，應該給地區醫院一個合理的分配，保障手術費用，各層級保障的占率一定不同，地區醫院的手術一定很少，我看地區醫院一直在減少，這樣對台灣的醫療環境是不好的，應該要好好討論如何守護地區醫院，救救地區醫院。

謝代表輝龍

1. 感謝郭院長願意替地區醫院講話，這幾年來，縱使政府機關跟健保署有一些醫中計畫、點值保障計畫補助地區醫院，但是地區醫院真的很難經營，雖然有拿一些補助，但健保給的錢還是不夠，對經營者的壓力真的很大。
2. 竹山秀傳醫院在「分區偏遠認定」和「品質提升計畫」中，是

選擇參與「分區偏遠認定」，浮動點值保障至平均點值，請問，所謂「結算後如前一季該分區門住診平均點值小於當季浮動點值，該分區該季偏遠地區醫院之浮動點數以當季浮動點值核付」指的是什麼意思？

3. 現在環境改變，以前竹山秀傳醫院刀可以到 600 多臺，現在一半都不到，因為病人一診斷後就會轉走，去尋求第二意見，民眾對地區醫院不信任，不是醫師技術減退，健保署應該鼓勵地區醫院去做預防勝於治療這部分，而且台灣老化速度愈來愈快，鄉下地區更是嚴重，竹山、鹿谷老年人口已經是 15%-20%，我們應該在他們健康時就好好照顧，以後才不會浪費健保。建議衛服部要考慮，以後應該鼓勵地區醫院去從事預防醫療，做論人計酬，讓地區醫院可以存活。

謝代表文輝

1. 作為地區醫院的代表，我們也多次提出建議，要考慮地區醫院的特性另外給予適當的保障，卻也都沒有被接受，大家都認為地區醫院經營不下去是你們家的事；
以南投地區來說，南投個生活圈的地區醫院負擔當地急診照護比例約都有九成以上，地區醫院於社區是相當有其價值的!!地區醫院肩負地區醫療的責任，如果倒了一家，就會影響在地每個生活圈 1~20 萬人；
2. 地區醫院是輸在基本盤，藥費是採單一藥價基準，健保的作法是表面一致的公平，那麼結果就是地區醫院大輸!!手術雖然同樣都給 1 點 1 元，但是醫學中心的手術比例高，保障固定點值就高，但地區醫院手術比例則低，大家結構不同，卻又用一套標準獎勵，一定會有像地區醫院這樣的輸家；
3. 對各層級醫院，應承認其差異，訂定差別待遇，不能用同一套規矩，這對地區醫院是不公平的，建議應訂定符合個別不同的標準，讓保障標準有差異，否則地區醫院會一直熄燈!!地區醫院一直在減少，大家應該要關心一下，不然十年後，人口 10~20 萬的鄉鎮區域的地區醫院一直熄燈，那就很慘了。
4. 健保剛開始時，地區醫院占率是 30% 多，現在只剩 17%，然而地區醫院實際卻拿不到 17% 的錢。
5. 以「急診品質提升方案」為例，103 年編列 3.2 億預算，到第 2 季才執行 5%，這個案之前是因為媒體一直報導大醫院急診塞爆，因此才有這個方案來疏解大醫院的急診，應該讓地區醫院願意做急診，才能解決這個問題。而該方案執行失敗，就是沒有考量務實面的情況!!

6. 我們整體的訴求，只是希望各層級醫院的保障占率至少都可以相當。否則照這樣繼續，地區醫院慘則愈弱勢愈鄉下的民眾也就愈慘，健保署要負責任的主動站出來，讓營養不良的地區醫院可以獲得更多的資源，但是現在連要追求公平對待都有困難，健保署長官比較厲害，希望可由長官主動提案並與付費者溝通。
7. 長官的回答很務實，扣除藥費則各層及保障比例接近，很不幸藥費就是一直會存在，且現在依法也確實不能扣排除藥費，但目前的落差該要如何來補地區醫院，請長官加快腳步處理。

謝代表天仁

現在看起來還是可以救，如果不處理，未來可能要花更多錢處理這個問題，各層級醫院是有很多問題存在，固定點值占40%多，其中藥費就占70%多，各層級醫院的平衡發展是很重要的，不然健保法未來要推分級醫療就很難做，這要從長計議，住診保障是保障大醫院，藥每點一元也是保障大醫院，造成地區醫院收益縮減，應該讓它能維持一個平衡、合理的機制，它才能繼續發展。

郭代表守仁

這個議題很重要，有關台灣醫療制度與醫療照護的問題，尤其現在台灣老年人口急速增加，而且大部分都在鄉間，如果可以就近就醫是最方便的，而且大多是需要急性後期照護與生活照顧，急重症需求是較少的。

主席

有關地區醫院保障點值部分，已有多次討論，在健保會亦曾提案討論，因本議題牽涉健保制度與醫療體系改革，大家對健保署的寄望都很大，但這不是健保署單一單位可以解決的，本署其實對這個議題也是很重視，有關醫療體系改革，建議大家參與衛福部相關會議時，可以跟主管機關直接提出回應；另有關謝代表輝龍提到分區偏遠認定的點值計算，請醫務管理組說明。

醫務管理組張專門委員溫溫

1. 「分區偏遠認定」的浮動點數，主要是以平均點值支付，但有可能當季的浮動點值高於前一季分區平均點值，就會以當季的浮動點值支付，這對保障醫院是比較好的。

2. 有關各層級醫院固定點值占率，前於 5 月健保會會議曾有專題報告，藥費依法是依藥價基準支付，依現行規定是不能改為浮動點值，若扣除藥費後，各層級醫院的固定點值占率是差不多的，以 102 年來看，醫學中心占 12.8%，區域醫院占 13.5%，地區醫院占 12%，這還不包括偏遠醫院本署另有補助獎勵措施，所以，以目前架構來看，扣除藥費後，各層級醫院拿到固定點值占率是差不多是 12%~13%。

林代表阿明

有關地區醫院的保障，前於健保會討論並無相關決議，建議若委員支持，可以再提到健保會討論為宜。

謝代表天仁

我個人是反對點值保障，師出無名，沒有說服力，不是只有點值保障可以解決這個問題，這關係到預算分配的問題，點值保障只是簡化問題，健保會不支持也是有原因的。建議地區醫院應該想個方法出來，不要只是要保障。

主席

本案討論到這邊，若各位代表無其他意見，104 年醫院總額一般服務保障措施，依 103 年保障項目持續辦理；本署公告之「醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則」，其浮動點數以較高之點值核付；保障每點一元部分為：門住診之藥費與藥事服務費、門診手術、衛生福利部公告之偏遠地區急救責任醫院提供之急診醫療服務點數、住院之手術費與麻醉費、門住診之血品處理費。

八、討論事項第二案『研訂 104 年「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」』與會人員與議題相關之發言摘要

主席

本案為修訂 104 年「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」，健保署援例請台灣醫院協會提供醫界共識之建議，彙整相關單位意見後，研訂本草案，請醫務管理組劉科長依序跟大家報告修訂的項目與內容後，各位代表依序提供修訂意見，若無修訂意見，即照本署意見通過。

郭代表守仁

有關額外獎勵新增指標項目，雲歷藥歷部分現在已經比較穩定，醫院執行沒問題，但是「特定檢查項目(CT、MRI、PET)資源共享率」，看一個病人要從其他醫院調片子，它那邊丟不出來，我這邊就收不到，看一個片子要花很久時間，這個系統目前仍不成熟，建議暫不納入。

王代表敏容

贊成雲歷藥歷納入指標，不過門診醫師讀取病人之雲歷藥歷，每筆回應時間計入，將會延長看診時間，而且並不是每位病人都必須讀取，因此建議門診 $\geq 50\%$ ，住診 $\geq 60\%$ 等目標值酌予降低。

郭代表守仁

資源分享都會牽涉到個資，現在民眾對個資都很敏感，醫院都要先給民眾簽同意書，都會增加護理工作，目前醫院都要另外再給護理人員 20 元，你們政策出來都不知道醫院的困難，也沒有另外給我們錢，都是我們自己額外花錢，建議署要多瞭解醫院會遇到的困難，協助解決。

主席

針對額外獎勵醫學中心與區域醫院新增「特定檢查項目(CT、MRI、PET)資源共享率」，要不要新增，另外針對雲端藥歷查詢的目標值要不要下降，請醫審及藥材組提供現行執行情形，供大家討論；另資源共享部分，請醫務管理組回應。

醫審及藥材組蔡專門委員文全

1. 雲歷藥歷查詢並不是適用所有的病人，是只適用於分母的病人，主要有四類： ≥ 75 歲者、 ≥ 65 歲且屬高血壓、糖尿病、高血脂(主診斷碼 401-405、250、272 任一)且開立慢性病連續處方箋者、當年健保卡取號，就醫序號 ≥ 90 次者、醫院整合門診計畫之照護病人，另鼓勵醫院查詢急診病人，不列入分母人數計算，有查詢者再列入分子人數計算。
2. 目前資料是到第 2 季，門、住診查詢率大概都 10%，不過第 3 季我們有跑了一下資料，大概可以到 20%~30%，供委員參考。
3. 有關同意書部分，線上查詢是不用簽同意書，是要事先下載先行比對才需要填同意書。

醫務管理組李副組長純馥

這 3 個新增指標，也是本署今年預算編列 22 億元要推動的「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」裡的獎勵指標，目標值也是相同，一起做，兩邊的計畫都可以拿到補助；有關資源共享，本署已推行多年，主要是要減少病患重複做昂貴的檢查，並沒有強制要透過 EEC，如果是拿光碟片分享，也是可以申報；而且配合 22 億的計畫，頻寬可以加大，更可以加速分享的速度，目標值只有 2.1%沒有很高，其實多個指標，你們只要達到 8 個就可以，對醫院是比較有利。

郭代表守仁

這是心態問題，要做就要做到最好，台灣可以跟人家競爭就是靠 ICT，應該直接就可以看，不要再透過 COPY，就像雲端藥歷，可以上雲端直接看，這是最好的。

潘代表延健

有關 EEC，在各醫院之間並沒有一個一致性的標準，所以醫院實際上傳到 EEC 做交換的真的不多，當然交換的方式有不同，也可以用光碟交換，但是效果有效，我們擔心真的把指標放上來，會讓大家誤解 EEC 已經達到它的功能了。另外，有關雲端藥歷，這是必選項目，這是今年才開始推的項目，擔心剛開始醫院可以達到目標值的難度比較高，因為這在醫師看診時會造成干擾，而且查詢還要等待回應，醫師還要依查詢結果進行比對才能節省資源，建議不要把百分比訂得這麼高，對醫院的衝擊比較大，建議目標值採漸進式。

郭代表守仁

只要是跨院查詢資料，我們醫院就會要求病患填寫同意書，不然到時候違反個資法是罰醫院，不是罰健保署。

童代表瑞龍

如果查詢也要填同意書，那這是沒辦法做的嘍！就像郭院長講的，你要付一筆費用來簽同意書，醫師看病也會相當麻煩，這樣是沒辦法做的。

主席

有關雲端藥歷查詢是否要簽寫同意書部分，本署有洽詢本署法務科與法律顧問確認，病人去看診，進行雲端藥歷查詢，是為了治病，你把他所有資料看了，並沒有牽涉到個資的問題，是視同病歷資料，並沒有下載或轉出，是不用同意書；至於下載，住院的病人或是預約看診的前一天，需要把雲端資料下載下來，確實是需要填同意書。

謝代表天仁

使用個資有正當理由，是法律所允許的，你要幫病人治病，總要看看他之前的醫療資料(CT、MRI)作為參考，我認為這是不會有問題，當然他沒去之前，還沒有契約存在，當然就不行。

郭代表守仁

請健保署將今天說明的，提供給醫院，讓醫院瞭解查詢沒有牽涉到個資，讓醫院可以安心推動。

主席

請各分區業務組回去之後，轉知各分區業務組組長，如果對雲端藥歷查詢有個資疑慮，可以跟企劃組或醫審及藥材組索取該次會議紀錄作參考，並向各醫院院長說明。我們將議題回到這 3 個新增指標，請醫務管理組表達意見。

林代表阿明

大家對雲端藥歷系統查詢兩項指標仍有疑慮，可不納入必選，目標值與 22 億「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」裡的獎勵指標相同，目標值就暫不變動；「特定檢查項目(CT、MRI、PET)資源共享率」考量大家對系統的穩定度仍有疑慮，暫不納入。

醫審及藥材組蔡專門委員文全

1. 有關雲歷藥歷查詢的法務的問題，就如主席所說明，在開會的時候經法律專家確定查詢沒有問題，本署已將該次會議紀錄轉各分區業務組參考，請各分區業務組再轉知區內醫院。
2. 有關雲歷藥歷查詢第 3 季的查詢結果，有很多醫院門診已超過 50%，也有一些區域醫院已經達 100%，大家要達標應該是沒問題。

主席

依討論結果，「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」與「住院病人健保雲端藥歷系統查詢率」納入醫學中心與區域醫院額外獎勵項目，不列必選項目；「特定檢查項目(CT、MRI、PET)資源共享率」則暫不納入。

潘代表延健

有關雲端藥歷系統查詢，醫院希望可以下載比較方便，是不是可以請健保署再去研議，是不是用簡單的同意書，避開健保署與民眾的協定就可以下載，可以透過系統去比對，把重複的抓出來。

主席

這個提案在跟本署法務顧問開會的時候也提過，但是考慮到被保險人 2 千 3 百萬人，授權是這次還是多次都有效，還是三年、五年都有效，法律顧問說這是最困難的部分，所以不建議我們去做這一部分。

羅代表永達

地區醫院額外獎勵指標部分，各層級醫院指標未達 8 項數之原因，大多數是因為專科醫院，主要是精神科、婦產科，大家可以看地區醫院的指標，屬於精神科才兩項，婦產科才 1 項，其他是綜合型或是多科醫院，所以 P 值顯然會輸人家，才達不到 5 項，在沒有增加項目的情形下，把 P 值往上提升，這些專科醫院更拿不到，這是不公平的，但如果要徵求合適指標而新增，也會有困難，故當時本會朝向盡量降低額外獎勵之比例，並於 P 值設定考慮專科型醫院的適用性，如此專科型醫院才較有機會獲得獎勵；基於地區醫院屬性的差異本來就很高，且指標也未新增的情況，建議 P 值不要更改，正向指標維持第 10 百分位，負向指標維持第 90 百分位。

郭代表守仁

地區醫院的精神科和婦產科有它的特殊性與價值，應該能讓它們有更多指標可以選擇，這樣比較合理。

醫務管理組張專門委員溫溫

地區醫院真的差異比較大，可以接受正向指標維持第 10 百分位，負向指標維持第 90 百分位；另外，本次修訂也多了兩項指標，對這些特殊的專科地區醫院也比較有利。

主席

若各位代表無其它意見，本草案修訂重點如下，將報部核備後公告實施。

1. 提高各層級額外獎勵之比率：醫學中心與區域醫院，由 60% 提高為 70%；地區醫院由 20% 提高為 30%
2. 醫學中心與區域醫院之基本獎勵項目，增加台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫之醫院
3. 將原適用地區層級之 2 項精神科指標(同院所急性精神病人出院 30 日內門診追蹤率、同院所慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率)，讓區域醫院適用。
4. 修改指標定義部分：
 - (1). 修改指標「醫院 MRI 檢查 30 日內同院再次執行比率」之計算，排除主診斷為癌症、自發性腦梗塞與腦血管意外等案件。
 - (2). 「提供緩和醫療家庭諮詢成效」指標之分子新增納入安寧居家療護醫令 05336C-05341C。
5. 另為鼓勵醫療醫院即時查詢病患就醫資訊方案，將「住院病人健保雲端藥歷系統查詢率」、「門診病人健保雲端藥歷系統

查詢率」納入各層級之額外獎勵指標。

6. 為使額外獎勵的品質指標更具鑑別力，將醫學中心與區域醫院層級之各項額外獎勵指標目標值，正向指標由第 10 百分位提高至 20 百分位，負向指標由第 90 百分位提高至 80 百分位。

九、討論事項第三案「修訂「103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案(草案)」案」與會人員與議題相關之發言摘要

主席

本案為修訂「103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案(草案)」案，已經先與醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會進行初步研商後修訂內容，已先請醫務管理組再補充說明重點修訂內容，各位代表若無特別意見，本案通過。

十、討論事項第四案「研訂「全民健保醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫(草案)」案」與會人員與議題相關之發言摘要

主席

本案為研訂「全民健保醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫(草案)」案，台灣醫院協會也有一些修訂意見，本署醫務管理組也有說明，兩方意見有一些落差，請各位代表達意見。

謝代表文輝

醫院協會回提出的意見，其中一項是台灣社區醫院協會提出的，所提建議主要是因於 103 年急診品質提升方案 3.2 億元預算的執行無法如預期，104 年該項預算又調降為 1.6 億元，更不可能，因此提議於本案加以補強；

現今鄉鎮型的地區醫院急診不斷萎縮，不僅是偏遠，一般鄉鎮也是如此，如果多一家地區醫院投入 24 小時急診則對大醫院急診病患分流是有幫忙的，且急診本來最重要就是就地即時診治，對於當地的醫療照護也是有提升效果；

本案補助對象還有其他科別，非只急診，健保署認為本案與急診品質提升方案是兩件事，混合運用有困難，建議是否將急診修訂回歸急診品質提升方案，就預算之觀點，此考量也合理，因此是否由長官幫忙以此建議，做出新方案提到 104 年急診品質提升方案，急診的改革有其急迫和必要，且 1.6 億元要運作也真的不夠，如 104 年以新做法修訂後，可降低大醫院急診擁塞，且可助於急診病患分流，可能下次可爭取更多預算。

林代表阿明

本署另外會擇期邀請台灣醫院協會共同討論修訂急診方案，謝院長所提意見，亦可一併討論，讓 1.6 億可以充分發揮它實質的效益。

主席

本案照案通過，若沒有其他臨時提案，本次會議結束，感謝各位代表與會。

附件 1 104 年醫院醫療給付費用總額一般服務
之保障項目擷取順序及條件

擷取 順序	項目	投保 分區	條件	保障分類	
				每點 1 元	前 1 季各區 門住診平均點值
一	門診、住診之藥事服務費	區分		藥事服務費	
二	門診手術	區分	1. 門診案件分類=03(西醫門診手術) 2. 門診案件分類=C1(論病例計酬案件, 不含體外電震波腎臟碎石術)	申請費用+ 部分負擔	
三	急救責任醫院之急診醫療服務點數	區分	1. 主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院 2. 門診案件分類=02(西醫急診)	申請費用+ 部分負擔	
四	住診手術費	區分	住院醫療服務點數清單之手術費乙欄	手術費	
五	住診麻醉費	區分	住院醫療服務點數清單之麻醉費乙欄	麻醉費	
六	促進供血機制合理運作	區分	門診與住院醫療服務醫令清單之醫令碼為 93001C~93023C	醫令點數	
七	經主管機關核定, 保險人公告之分區偏遠認定原則醫院	區分	經主管機關核備, 保險人公告之「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」(簡稱分區偏遠認定原則)所列醫院之核定醫療服務點數		申請費用+部分負擔, 惟結算後如前一季該分區門住診平均點值小於當季浮動點值, 該分區該季偏遠地區醫院之浮動點數以當季浮動點值核付。

註：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

104 年全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案(草案)

壹、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。

貳、目的

- 一、確保醫療品質，以造福保險對象。
- 二、建立醫院品質指標計畫。
- 三、培訓、教育醫院內相關醫療品質從業人員。
- 四、建立各層級醫療品質指標分析、評比的平台，以鼓勵品質良好之醫院。

參、預算來源

- 一、依健保會第 1 屆 102 年第 3 次委員會議決議，品質保證保留款應全數用於提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限。
- 二、本年度預算來自 104 年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額中「品質保證保留款」預算成長率 0.1%與 103 年度該項目之成長率 0%，共 3.5 億元。

肆、參與核發之醫院資格

- 一、計畫年度期間，須為全民健康保險保險人(以下稱保險人)之特約醫院。
- 二、特約醫院有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條至第 40 條所列違規情事，於 104 年 1 月 1 日至 104 年 12 月 31 日期間，經保險人處分以停(終)止特約者，不得參與品質保證保留款之分配。

伍、品質保證保留款之分配

一、醫學中心與區域醫院

(一)該層級品質保證保留款金額＝

$$\frac{\text{104 年該層級醫院總額核定點數}}{\text{104 年醫院總額總核定點數}} \times \text{104 年醫院總額品質保證保留款}$$

(二)基本獎勵：

1. 該層級品質保證保留款金額之 30%，做為基本獎勵。
2. 參加財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(以下稱醫策會)之

TCPI 指標計畫、台灣醫務管理學會之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫之醫院，給予本項基本獎勵。

3. 各符合醫院分配之基本獎勵金額＝

$$\frac{\text{該院 104 年醫院總額核定點數}}{\sum \text{該層級各符合醫院 104 年醫院總額部門核定點數}} \times \text{該層級基本獎勵金額}$$

(三)額外獎勵：

1. 該層級品質保證保留款金額之 70%，做為額外獎勵。
2. 保險人依據 103 年各該層級醫院申報資料進行排序，正向指標以第 20 百分位數、負向指標以第 80 百分位數，做為該層級各項指標之目標值，各醫院 104 年申報資料優於該層級目標值者始得計分，惟最高以 8 項計算。
3. 醫學中心額外獎勵指標序號：(1)~(15)；區域醫院額外獎勵指標序號：(1)~(17)。

序號	指標名稱	健保指標 代碼	備註
(1)	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率(負向指標)	1077.01	
(2)	住院案件出院後三日內急診率(負向指標)	108.01	
(3)	同院所門診抗生素使用率(負向指標)	1140.01	
(4)	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率(負向指標)	1148.01	
(5)	清淨手術抗生素使用率_4 日以上(負向指標)	1155	
(6)	以病例組合校正之住院案件出院後 14 日內再住院率_跨院-限導入之 DRG 項目(負向指標)	929/932	
(7)	以病例組合校正之住院案件出院後 3 日內急診率_跨院-限導入之 DRG 項目(負向指標)	934/935	
(8)	同院所再次就醫處方之同藥理(抗精神分裂症)用藥日數重疊率	1160.01	
(9)	醫院 CT 檢查 30 日內同院再次執行比率(任	1249	

	一部位相同者始列入計算)		
(10)	醫院 MRI 檢查 30 日內同院再次執行比率 (任一部位相同者始列入計算)	1255	
(11)	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	1423	
(12)	接受安寧緩和醫療之意願	1425	
(13)	建立安寧緩和醫療跨院際合作	1427 1429	
(14)	住院病人健保雲端藥歷系統查詢率	新增	
(15)	門診病人健保雲端藥歷系統查詢率	新增	
(16)	同院所急性精神病人出院 30 日內門診追蹤率(正向指標)	1200	區域醫院 新增指標
(17)	同院所慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率(正向指標)	1202	區域醫院 新增指標

4. 第(1)~(13)、(16)~(17)條指標之操作型定義應依據本年度「醫院總額支付制度品質確保方案」及健保 DA 系統指標代碼辦理；
第(14)~(15)條指標詳附件 1。

5. 各符合醫院分配之額外獎勵金額＝

$$\frac{\text{該院(指標達成項數} \times \text{104 年醫院總額核定點數)}}{\sum \text{該層級各符合醫院(指標達成項數} \times \text{104 年醫院總額核定點數)}} \times \text{該層級額外獎勵金額}$$

二、 地區醫院

(一)該層級品質保證保留款金額＝

$$\frac{\text{104 年該層級醫院總額核定點數}}{\text{104 年醫院總額總核定點數}} \times \text{104 年醫院總額品質保證保留款}$$

(二)基本獎勵：

1. 該層級品質保證保留款金額之 8070%，做為基本獎勵，分配如下：

(1). 參加指標計畫者，占該層級基本獎勵金額之 35%：

A. 本年度參加醫策會之 TCPI 指標計畫或台灣醫務管理學會之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫之地區醫院。

B. 各符合醫院分配本項獎勵金額＝

該院 104 年醫院總額核定點數

× 本項基本獎勵金額

Σ 該層級各符合醫院 104 年醫院總額部門核定點數

(2). 參加品質積分者，占該層級基本獎勵金額之 35%：

- A. 本年度參與台灣醫院協會、台灣社區醫院協會、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會、台灣醫務管理學會、台灣醫療品質協會或台灣醫療繼續教育推廣學會單位所舉辦，並經其認證屬相關醫療品質研討會，且該研討會之積分認證 1 小時時數證明等於 1 個積分，醫院同一天以 6 個積分(小時)為限。
- B. 本年度參與上述單位所舉辦之品質競賽者，凡提報作品每項可獲 1 個積分，入選作品每項可獲 2 個積分，獲佳作與前三名者，依其獎項分別可獲 3、4、5、6 個積分，每項作品最高以 6 個積分為限。
- C. 該醫院 103 年度核付點數在陸仟參佰萬點以上者，至少需獲 72 個積分(小時)以上，其他地區醫院至少需獲 36 個積分(小時)以上。
- D. 本項積分認證與計算係以「醫院」為單位。
- E. 申請本項獎勵之地區醫院，須於 104 年 1 月底前填具「地區醫院參與醫療品質積分認證資料表」(附件 2) 並檢附相關證明資料送保險人各分區業務組進行審核。
- F. 各符合醫院分配本項獎勵金額＝

該院 104 年醫院總額核定點數

× 本項基本獎勵金額

Σ 該層級各符合醫院 104 年醫院總額部門核定點數

(三)額外獎勵：

- 1. 該層級品質保證保留款金額之 30 %，做為額外獎勵。
- 2. 保險人依據 103 年各該層級醫院申報資料進行排序，正向指標以第 10 百分位數、負向指標以第 90 百分位數，做為該層級各項指標之目標值，各醫院 103 年申報資料優於該層級目標值者始得計分，惟最高以 5 項計算。

序號	指標名稱	健保指標代碼	
(1)	同院所門診抗生素使用率(負向指標)	1140.01	
(2)	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率(負向指標)	1148.01	
(3)	同院所降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率(負向指標)	1159.01	
(4)	同院所抗憂鬱症藥物-不同處方用藥日數重複率(負向指標)	1161.01	
(5)	同院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率(負向指標)	1158.01	
(6)	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率(負向指標)	1077.01	
(7)	住院案件出院後三日內急診率(負向指標)	108.01	
(8)	清淨手術抗生素使用率_4 日以上(負向指標)	1155	
(9)	初次非自願剖腹產率(負向指標)	1075.01	
(10)	剖腹產率(負向指標)	1136.01	
(11)	同院所三十日以上住院率(急性病床)(負向指標)	892.01	
(12)	同院所急性精神病人出院 30 日內門診追蹤率(正向指標)	1200	
(13)	同院所慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率(正向指標)	1202	
(14)	呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器 ≥ 64 日期間住 ICU 人數比率(負向指標)	714	
(15)	呼吸器依賴所有病人於連續使用呼吸器 ≥ 64 日期間回轉 ICU 人數比率(負向指標)	724	
(16)	醫院CT檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	1249	

序號	指標名稱	健保指標代碼	
(17)	醫院 MRI 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)	1255	
(18)	提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	1423	
(19)	接受安寧緩和醫療之意願	1425	
(20)	建立安寧緩和醫療跨院際合作	1427 1429	
(21)	住院病人健保雲端藥歷系統查詢率	新增	
(22)	門診病人健保雲端藥歷系統查詢率	新增	

3. 第(1)~(20)條指標之操作型定義應依據本年度「醫院總額支付制度品質確保方案」及健保指標代碼辦理；第(21)~(22)條指標詳附件 1。

4. 各符合醫院分配之額外獎勵金額＝

$$\frac{\text{該院 (指標達成項數} \times \text{104 年醫院總額核定點數)}}{\sum \text{該層級各符合醫院 (指標達成項數} \times \text{104 年醫院總額核定點數)}} \times \text{該層級額外獎勵金額}$$

三、各醫院之層級，以 104 年 12 月底之特約類別做為認定標準。

四、依全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案第三點專業醫療服務品質指標之確保(三)之 5 建立個別醫院資料檔案之規定，若特約醫院未準時提報該品質指標資料，可依據醫策會、台灣醫務管理學會、台灣社區醫院協會之通知，給予警告一次，若當年警告次數累計達到三次(含)以上者，不得參與基本獎勵預算之分配。

陸、保險人於本方案計畫年度結束後，應請下列單位於 105 年 1 月底前提供相關資料，作為本方案之計算依據：

- 一、醫策會：本年參與 TCPI 指標計畫之醫院且未違反本方案伍. 四之醫院名單(含醫院代號)。
- 二、台灣醫務管理學會：本年參與 THIS 指標計畫之醫院且未違反本方案伍. 四. 之醫院名單(含醫院代號)。
- 三、台灣社區醫院協會：本年參與 TCHA 指標計畫之醫院且未違反本方案伍.

四. 之醫院名單(含醫院代號)。

柒、核發作業：

- 一、本方案年結算一次，由保險人於 105 年 9 月底前，計算符合本預算分配之醫院名單及分配金額後，辦理撥付事宜。
- 二、辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自結算當季之醫院總額一般服務項目預算中支應。

捌、本方案由保險人與醫院總額相關團體共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件 1

一、指標名稱：「住院病人健保雲端藥歷系統查詢率」

(一)目標值： $\geq 60\%$ 。

(二)操作型定義：

1、分子：住院病人查詢健保雲端藥歷系統人數。

2、分母：住院病人數。

備註：

1. 病人數係以下列各類就醫病人 ID 合併歸戶計算。

(1). ≥ 75 歲者。

(2). ≥ 65 歲且屬高血壓、糖尿病、高血脂(主診斷碼 401-405、250、272 任一)且開立慢性病連續處方箋者。

(3). 當年健保卡取號，就醫序號 ≥ 90 次者。

(4)醫院整合門診計畫之照護病人(申報欄位 d13 為 A、B、D、E 之照護對象者)。

2. 另鼓勵醫院查詢急診病人，故不列入分母人數計算，有查詢者列入分子人數計算。

二、指標名稱：「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」

(一)目標值： $\geq 50\%$ 。

(二)操作型定義：

1、分子：門診病人查詢健保雲端藥歷系統人數。

2、分母：門診病人數。

備註：

1. 病人數係以下列各類就醫病人 ID 合併歸戶計算。

(1). ≥ 75 歲者。

(2). ≥ 65 歲且屬高血壓、糖尿病、高血脂(主診斷碼 401-405、250、272 任一)且開立慢性病連續處方箋者。

(3). 當年健保卡取號，就醫序號 ≥ 90 次者。

(4)醫院整合門診計畫之照護病人(申報欄位 d13 為 A、B、D、E 之照護對象者)。

2. 另鼓勵醫院查詢急診病人，故不列入分母人數計算，有查詢者列入分子人數計算。

附件 2
地區醫院參與醫療品質積分認證資料表

序號	認證單位	上課日期 (發表日期)	課程名稱 (品質競賽名稱)	積分數 (時數)	醫院總計積 分數 (時數)

醫院合計學分數：

備註：

1. 積分數 (時數)：係指當次課程給予個人的積分數 (時數)；醫院總計積分數 (時數)：係指當次課程醫院全部參訓人員總學分數 (時數)。
2. 醫院填列本項之各項積分，應一併檢附相關證明文件，供保險人各轄區業務組予以審查。

醫院名稱：

醫院代號：

聯絡人員：

聯絡電話：

104 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

第一項 西醫醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫

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（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。

四、施行期間：104 年 1 月 1 日起至 104 年 12 月 31 日止。

五、預算來源：

- （一）104 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」專款項目下支應，104 年全年為 150 百萬元（包括巡迴醫療及開業服務）。
- （二）104 年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，104 年全年為 60 百萬元。

六、執行方式及年度目標：

（一）西醫基層診所

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

225,000 總服務人次及 10,000 總診次為目標。

(二)醫院

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：

(一)申請資格：

- 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.申請參與本方案之診所、醫院及醫事人員須為提出申請日前 2 年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）。
- 3.巡迴區域規定：
 - (1).執行本方案巡迴服務之診所、醫院，於同一保險人分區業務組內得跨縣市，惟不得跨健保分區執行本項服務。
 - (2).若於 104 年 6 月底前，仍未有診所、醫院向所轄保險人分區業務組申請巡迴之鄉鎮（市/區），得由保險人就原定診所、醫院之施行區域，分別開放其他分區之診所、醫院申請。
- 4.申請參與本方案提供巡迴醫療服務之醫師，應以專任專科醫師為優先原則，但不具專科醫師資格，經各分區與轄區醫界代表共管（聯繫）會議討論，同意提供巡迴醫療服務者，不在此限。

(二)巡迴服務相關規定：

- 1.巡迴點之規定：

- (1).每一個巡迴點至多 1 天 1 次巡迴醫療、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。
- (2).執行本方案滿 3 個月，巡迴點每診次平均就醫低於 5 人次（不含），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).本方案巡迴點之申請，限於申請時未有醫師開業之村、里。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方案期滿為止。

2.巡迴醫事人員之規定：

- (1).參與本方案醫事人員應以執業登錄於申請本方案之診所、醫院為限，但以總、分院型態之醫院所提計畫者，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 次為原則，每週至多 3 次。每次巡迴至多 2 個巡迴點，每個巡迴點至少 1 小時。
- (4).同一醫師同一巡迴地點，以每週看診 1 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）。
- (5).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 次。

3.巡迴醫療服務時間：

7:00~21:00，每 1 時段至少 3 小時，因天災、事故等因素，經保險人分區業務組確認者，不在此限；每一巡迴點，1 天至多 1 時段。每次巡迴

至多 2 個點，其每個巡迴點至少 1 小時。

4. 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，不得申請本方案。
5. 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。
6. 執行本項服務時，診所、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，揭示於巡迴點明顯處。
7. 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，同一診所或醫院一年不可超過五次。
8. 診所、醫院未經報備無故休診二次，則終止執行本方案。
9. 每巡迴點每月累計休診次數，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。
10. 本巡迴服務提供後，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者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)，應自條件變更改次月起或第一次處分函所載之停約日起停止本項服務。
11. 本方案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)。
12. 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。
13. 執行本方案巡迴醫療服務之診所、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。

八、申請程序：

(一)申請流程

1.申請程序：

- (1).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。
- (2).自方案公告日起 15 個工作日內（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）。另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，如巡迴醫事人員、時段及地點與前一年度相同者，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提出申請。
- (3).申請資料不足需補件者，以最後補件日期為受理日。
- (4).申請參與本方案之診所、醫院，第1年執行之巡迴點每診次平均就醫人數低於5人（不含）；於第2年提出申請時，則一併檢附改善計畫書。

2.保險人分區業務組核定程序：

- (1).保險人分區業務組自收到申請書/函起 15 個工作日內（以郵戳為憑）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).生效日以審查通過之次月 1 日生效。
 - (3).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.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，並於同意日之次月1日生效。

5.方案延續：為確保本方案執行之延續性，原核定執行之103年度方案若仍為104年度方案施行地區，且符合104年度方案規定，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103年度之方案可延續至104年度方案核定日，並得於104年度開始進行巡迴醫療服務，其經費由104年度預算支應。

6.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。

(二)申請所需檢附之文件：

- 1.申請表：「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。
- 2.計畫書書面資料及檔案，詳附件3-2。
- 3.醫事人員執業執照正反面清晰影本及經當地衛生局報備之醫師、藥事人員及護理人員同意函。

(三)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，應以書面函並檢附衛生主管機關核定報備同意函、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.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個巡迴點，人次合併計算。

(四)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.需符合本方案第一項七、申請條件之規定。

- 2.依照本方案第一項八、申請程序之規定，向所屬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，並於審查日之次月1日起生效。

九、支付標準及醫療費用申報與審查：

(一)預算支用範圍：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；另醫院部分亦包含執行本方案產生之醫療費用。

(二)部分負擔：

- 1.本計畫依現行部分負擔規定辦理。醫院執行本方案門診基本部分負擔收取方式，比照本方案之診所辦理巡迴醫療服務收取門診基本部分負擔50元。
- 2.診所、醫院執行本方案若為符合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，部分負擔得予減免20%。

(三)支付原則：

- 1.診察費加成：診察費按申報點數加計2成支付；每點金額以1元計。其申報方式，診所部分由保險人於點值結算時加計後支付；而醫院部分則為每月自行申報。
- 2.醫事人員報酬：以「論次計酬」支付。

(1).一般日（含夜診）：

- A.醫師：每次支付 4,500 點（支付標準代碼為「P2005C」）。
- B.護理人員：每次支付 1,200 點（支付標準代碼為「P2007C」）。
- C.藥事人員：每次支付 1,200 點（支付標準代碼為「P2009C」）。

(2).例假日：

- A.醫師：每次支付 5,500 點（支付標準代碼為「P2006C」）。

B.護理人員：每次支付 1,700 點（支付標準代碼為「P2008C」）。

C.藥事人員：藥事人員：每次支付 1,700 點（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 5），並於次月 20 日前以書面資料向保險人分區業務組申報。

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。

(四)點值結算方式：

1.本方案預算按季均分，當季預算若有結餘，可流用至下季。

2.若當季經費超出預算時，則西醫基層診所先扣除新開業之保障金額、診察費加成；醫院先扣除診察費加成、藥費、藥事服務費後，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

3.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。

4.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)特約診所、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下述填報：

1.點數清單段：「案件分類」欄位，請填報「D 4（醫療資源不足地區鼓勵

加成)」。

2.「特定治療項目代號(一)」欄位，請填「G 5 (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]、基層院所則依現行申報方式填報。

4.若本方案案件，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~E8 或 N、C、R 時，則「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~E8 或 N、C、R，「特定治療項目代號(二)」欄位，請填「G 5 (巡迴醫療)」。

5.就醫當次併開立慢性病連續處方箋者，請填報案件分類「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)」。

6.基層診所執行本方案之案件分類為 D 4，特定治療代號項目(一)為 G 5 者，不列入合理門診量計算。

7.醫院申報診察費不列入合理門診量計算；另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。

(七)執行本方案（含巡迴服務）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「全民健康保險特約診所例外就醫名冊」（以下稱例外就醫名冊，如附件 6），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)考核程序：

執行本方案者，於8月1日前填報上半年考核要點（附件7-1、7-2）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實地審查。

(九)有關預防保健服務項目中之申報，請依衛生福利部『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，其費用由衛生福利部國民健康署（以下稱健康署）公務預算支應，案件分類請申報 A3。

(十)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。費用並由該署公務預算支應，案件分類請申報 B7。

十、執行報告：

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。執行報告之格式，詳附件 8-1、8-2，執行報告之內容與繳交時程，將作為下年度審查之依據。

十一、相關規範：

(一)計畫執行期間，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。

(二)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。

十二、本方案由保險人與相關醫事團體共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。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。

第二項 西醫醫療資源不足地區獎勵開業服務計畫

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（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。

四、施行期間：104 年 1 月 1 日起至 104 年 12 月 31 日止。

五、預算來源：

104 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」專款項目下支應，104 年全年為 150 百萬元（包括巡迴醫療及開業服務）。

六、執行方式及年度目標：

鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域新開業提供醫療服務。

七、申請條件：

（一）申請資格：

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 1 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；另同址或同一醫師限申請一次。
- 2.申請參與本方案之診所及醫事人員須為提出申請日前 2 年未曾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）。
 - 3.執行本方案新開業醫療服務之專任醫師，於執行新開業優惠三年期間不得支援其他醫療院所及跨縣（市）辦理巡迴醫療。

(二)新開業相關規定

- 1.執行本方案開業醫療服務特約診所之支援醫師加入診察，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。
- 2.經保險人所轄分區業務組查證若有下列情形之一者，應立即終止執行本方案：
 - (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。
- 3.執行本方案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 3 次夜診。每診次至少 2 小時以上，夜診時間應介於每日 18 時至 22 時。
- 4.申請本方案之診所可同時申請巡迴醫療服務計畫，但巡迴看診時數不列入門診服務時數計算。

- 5.執行本方案新開業之診所，倘申請條件變更，或因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者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者），應自條件變更改次月起或保險人第一次處分函所載之停約日起即停止執行本方案。
- 6.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。

八、申請程序：

(一)申請流程

1.診所申請程序：

- (1).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).申請資料不足需補件者，以最後補件日期為受理日。

2.保險人分區業務組核定程序：

- (1).保險人分區業務組自收到申請書起 15 個工作日內（以郵戳為憑）核定並副知醫師全聯會。
- (2).生效日以審查通過之次月 1 日生效。
- (3).申請流程詳附件 2。

3.申復作業：

申請案經保險人各分區業務組審查不同意者，申請診所得於收受通知後 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，並於同意日之次月 1 日生效。

(二)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獎勵開業服務計畫申請書」，詳附件 9-1。

2.計畫書書面資料及檔案，詳附件 9-2。

3.醫事人員執業執照正反面清晰影本。

(三)服務內容變更申請作業及相關規定：

1.原申請之門診時間表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 10-1）、醫師休診單（附件 10-2），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備援醫師看診或完成緊急報備休診。

九、支付標準及醫療費用申報與審查：

(一)預算支用範圍：執行本方案產生之新開業醫療服務及巡迴醫療服務醫師、護理人員、藥事人員之報酬。

(二)部分負擔：

本計畫依現行部分負擔規定辦理。診所執行本方案若為符合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，部分負擔得予減免 20%。

(三)醫療服務支付原則：

1.該診所總額內核定點數（含部分負擔）以該區每點支付金額計算（含釋出交付機構之費用），但每點支付金額至少 1 元，每月最低以保障額度 20 萬元計算，至第 36 個月止。

2.如總額內核定點數（含部分負擔）超過保障額度者，以前開點數及該區每點支付金額計算，但每點金額至少 1 元。

3.管理原則：

(1) 執行本方案新開業之診所，每月應至少提供 20 天門診服務，當月門診服務未滿 20 天者，不予支付保障額度，依申報點數核定，並由一般

部門支付。

- (2)辦理本方案後第 13 個月起，若當月總服務量（含開業、巡迴醫療及釋出交付機構之醫療費用）未滿保障額度 50%，當月則予保障額度之 50% 核付。

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，調整管控額度之百分比。

- 4.西醫基層診所同時提供新開業及巡迴醫療服務時，已接受前項 20 萬元保障者或申報點數超過 20 萬者，其巡迴醫療服務之論次費用以 30% 支付。

(三)點值結算方式：

- 1.本方案預算按季均分，當季預算若有結餘，可流用至下季。
- 2.若當季經費超出預算時，則先扣除新開業之保障金額、診察費加成後，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。
- 3.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。
- 4.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。

- (四)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申報案件分類錯誤，導致點值核付錯誤時，需由申報診所自行負責。

- (五)特約診所申報本方案之費用，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」欄位，請填報「D 4(醫療資源不足地區鼓勵

加成)」。

2.「特定治療項目代號(一)」欄位，請填「G 6（新開業）。」

3.若本方案案件，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~E8 或 N、C、R 時，則「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~E8 或 N、C、R，「特定治療項目代號(二)」欄位，請填「新開業：G 6（新開業）。」

4.就醫當次併開立慢性病連續處方箋者，請填報案件分類「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「D 8」，特定治療項目(一)請填「新開業：G 6（新開業）。」

5.執行本方案之案件分類為 D 4，特定治療代號項目(一)為 G 6 者，則列入合理門診量計算。

6.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。

(六)執行本方案須依據健保卡相關作業；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，依規定填具例外就醫名冊（附件 6），並由診所自存備查。未依健保卡相關作業，經保險人審核，不符資格者，不予支付。

(七)考核程序：

執行本方案者，應於每年 8 月 1 日前填報上半年考核要點（附件 11-1、11-2）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實地審查。

(八)有關預防保健服務項目中之申報，請依衛生福利部『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。費用並由該署公務預算支應，案件分類請申報 B7。

十、執行報告：

執行本方案者，應於每年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。執行報告之格式，詳附件 12-1、12-2，執行報告之內容與繳交時程，將作為下年度審查之依據。

十一、相關規範：

(一)計畫執行期間，經保險人各分區業務組評核、稽查，如發現申辦診所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計畫之執行。另診所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。

(二)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者，經保險人分區業務組審核停止本項服務，診所得於收受通知後 30 日內，以書面申請複核，惟以一次為限。

十二、本方案由保險人與相關醫事團體共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。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。

104 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

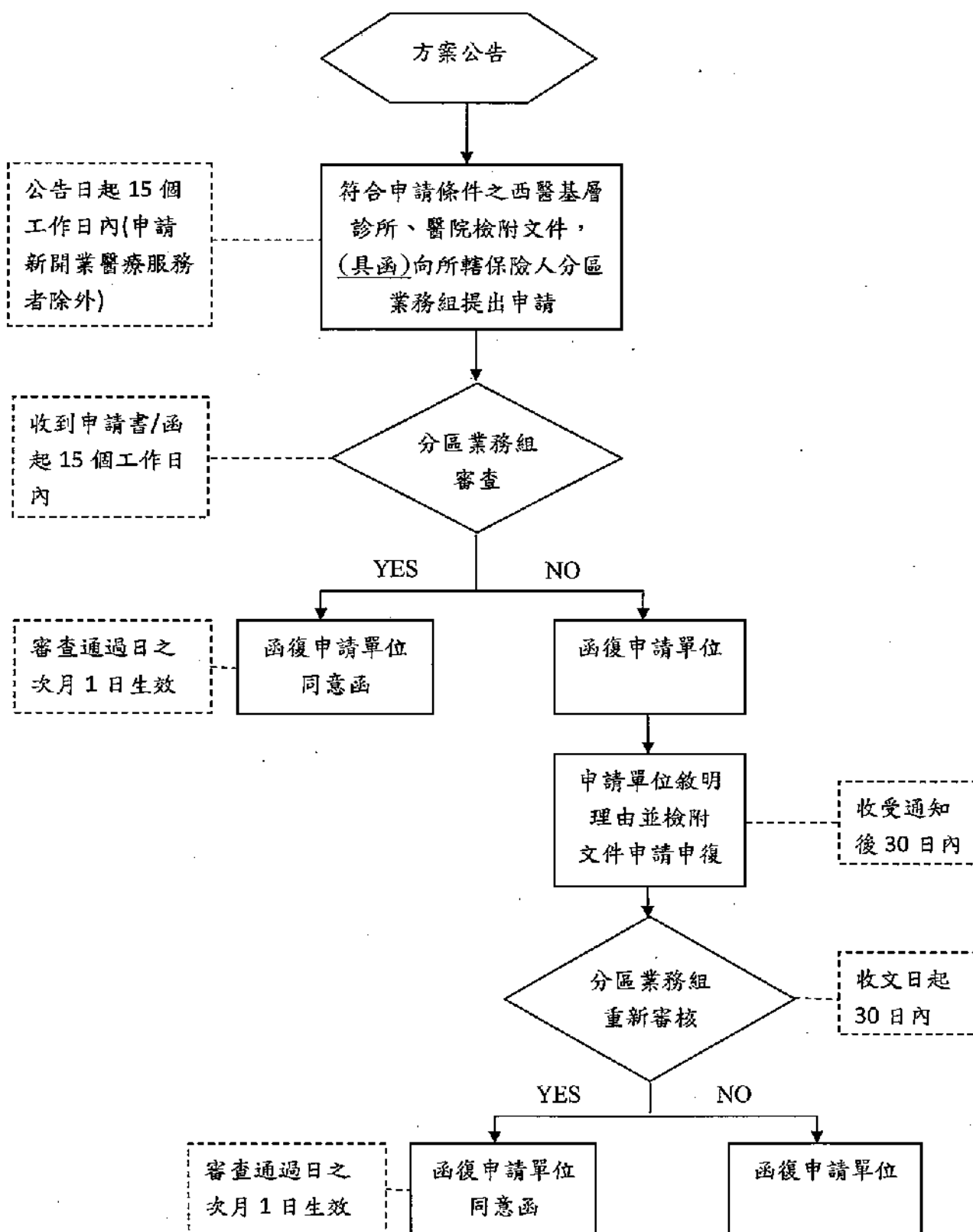
業務組	縣市	鄉鎮 (市/區)	承作單位	業務組	縣市	鄉鎮 (市/區)	承作單位
臺北業務組	新北市	坪林區	基層診所	中區業務組	彰化縣	二水鄉	基層診所
		五股區	基層診所			(埔鹽鄉)	基層診所
		萬里區	基層診所			(田尾鄉)	基層診所
		*三峽區	基層診所			大村鄉	基層診所
		(雙溪區)	基層診所			社頭鄉	基層診所
		石門區	基層診所			(線西鄉)	基層診所
		石碇區	醫院			(芳苑鄉)	基層診所
		三芝區	醫院			(福興鄉)	基層診所
		*平溪區	醫院			伸港鄉	醫院
		貢寮區	醫院			芬園鄉	醫院
	基隆市	*七堵區	基層診所			永靖鄉	醫院
	宜蘭縣	壯圍鄉	基層診所			大城鄉	醫院
		(三星鄉)	基層診所			竹塘鄉	醫院
		(五結鄉)	基層診所			溪州鄉	醫院
		頭城鎮	基層診所		南投縣	集集鄉	基層診所
		冬山鄉	基層診所			魚池鄉	基層診所
北區業務組	桃園縣	大溪鎮	基層診所			名間鄉	基層診所
		觀音鄉	醫院			(國姓鄉)	基層診所
	新竹縣	芎林鄉	基層診所			中寮鄉	基層診所
		(峨眉鄉)	基層診所			鹿谷鄉	醫院
		(橫山鄉)	基層診所		雲林縣	(古坑鄉)	基層診所
		寶山鄉	醫院			(二崙鄉)	基層診所
		北埔鄉	醫院			(東勢鄉)	基層診所
	苗栗縣	造橋鄉	基層診所			水林鄉	基層診所
		(獅潭鄉)	基層診所			*崙背鄉	基層診所
		三灣鄉	基層診所			褒忠鄉	基層診所
		西湖鄉	基層診所			*(四湖鄉)	基層診所
		公館鄉	基層診所			*口湖鄉	基層診所
		銅鑼鄉	基層診所			(大埤鄉)	基層診所
		南庄鄉	醫院			(元長鄉)	基層診所
中區業務組	臺中市	(大安區)	基層診所			*莿桐鄉	醫院
		*(新社區)	基層診所			林內鄉	醫院
		*(石岡區)	基層診所			臺西鄉	醫院
		外埔區	基層診所		嘉義縣	(布袋鎮)	基層診所
		神岡區	基層診所			*溪口鄉	基層診所
	彰化縣	*埤頭鄉	基層診所			鹿草鄉	基層診所

業務組	縣市	鄉鎮 (市/區)	承作單位	業務組	縣市	鄉鎮 (市/區)	承作單位
南區業務組	嘉義縣	(番路鄉)	基層診所	高屏業務組	高雄市	(永安區)	基層診所
		*新港鄉	基層診所			六龜區	基層診所
		水上鄉	基層診所			杉林區	醫院
		(義竹鄉)	基層診所			甲仙區	醫院
		太保市	基層診所		屏東縣	*佳冬鄉	基層診所
		中埔鄉	基層診所			(崁頂鄉)	基層診所
		(六腳鄉)	基層診所			(新園鄉)	基層診所
		(東石鄉)	基層診所			車城鄉	醫院
		梅山鄉	基層診所			九如鄉	醫院
	臺南市	東山區	基層診所			萬巒鄉	醫院
		後壁區	基層診所			鹽埔鄉	醫院
		西港區	基層診所			竹田鄉	醫院
		關廟區	基層診所			南州鄉	醫院
		下營區	基層診所			枋山鄉	醫院
		*學甲區	基層診所			滿州鄉	醫院
		*(左鎮區)	基層診所	東區業務組	花蓮縣	光復鄉	基層診所
		(龍崎區)	基層診所			吉安鄉	基層診所
		*楠西區	基層診所			* (壽豐鄉)	基層診所
		(南化區)	基層診所			(富里鄉)	基層診所
		(安定區)	基層診所			* (瑞穗鄉)	醫院
		官田區	基層診所			*玉里鎮	醫院
		(七股區)	基層診所		臺東縣	(大武鄉)	基層診所
		北門區	基層診所			(太麻里鄉)	基層診所
		大內區	醫院			* (長濱鄉)	基層診所
		將軍區	醫院			(東河鄉)	基層診所
高屏業務組	高雄市	(田寮區)	基層診所			鹿野鄉	基層診所
		(內門區)	基層診所			*成功鎮	醫院

註：

1. 經修正公告 104 年度施行鄉鎮 (市/區)，共計 121 個(基層診所：88 個；醫院：33 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*。

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 5)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：於 8 月 1 日前填報上半年考核要點(附件 7-1、7-2)，寄至保險人分區業務組。
3. 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。

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

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)		

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																						
	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)		

審核情形	分區業務組意見：																				
	☐ 同意 ☐ 申請日前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。 ☐ 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)。 ☐ 計畫書內容符合方案需求																				
	☐ 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 巡迴醫療服務計畫書

- 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、巡迴醫療服務地區現況分析：請依下列項目分別具體列述相關內容。
 - (一)巡迴醫療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：請簡要敘述巡迴醫療服務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、及巡迴醫療地點最鄰近醫療院所之名稱、車程與里程等。
 - (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：
 - (一)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（西醫基層診所每一巡迴醫事人員之備援人員各以 1 名為限，並以專任人員為優先，若無，得由其他診所支援；該年度實際備援總次數不得大於原申請巡迴醫療總次數之四分之一）。
 - (二)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
巡迴醫療服務計畫門診時段(人員)異動表**

門診時段(人員)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)																																																																
	變更 ☐ 巡迴時段 ☐ 支援(巡迴)科別(醫院適用)																																																																		
	變更 ☐ 醫師姓名 ☐ 護理人員姓名 ☐ 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" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <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> 合計 節/週 (二)變更門診時段： 年 月 日起至 年 月 日 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <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> 合計 節/週					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																																																																			
(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)/醫院 印 診所(衛生所)執業醫師簽名： 印																																																																	

註：本表使用於變更支援(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，請使用醫師休診單。

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案
巡迴醫療服務計畫醫師休診單

醫師休診單		填表日期： 年 月 日	
基本資料	診所名稱及醫事機構代號	聯絡電話	()
	申請服務地區	縣市 鄉鎮(市/區)	
	休診 ☐ 醫師姓名 ☐ 巡迴時段		
	休診原因		

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：本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(人員)異動表。

診所(衛生所)

印

執業醫師簽名： _____

印

全民健康保險西醫醫療資源不足地區醫師、護理人員及藥事人員巡迴醫療報酬申請表

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	請領人身分證字號	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.											
11.											
12.											
13.											
14.											
15.											
16.											
17.											
18.											
19.											
20.											
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										
	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。									
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。支付別為護理人員報酬項目,本欄不用填寫。									
電話:		三.支付別:西醫: 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)									
印信:		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。 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)。 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。									

全民健康保險特約診所例外就醫名冊

特約診所/醫院名稱：

特約診所/醫院代號：

日期	就醫類別	姓名	出生日期	身分證字號	連絡電話	地址	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 ☐ 20歲以下兒少 ☐ 懷孕婦女
	☐ 門、急診 ☐ 住院				(公)： (宅)： 手機：		☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 20歲以下兒少 ☐ 懷孕婦女
	☐ 門、急診 ☐ 住院				(公)： (宅)： 手機：		☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 20歲以下兒少 ☐ 懷孕婦女

註：1.本表請醫療院所自存備查。

2.本表請診所自行印製使用。

3.門診、住院醫療費用點數清單就醫序號代碼：

(1)已加保未領到卡及遺失、毀損換發期間請填 C001。

(2)20歲以下兒少請填 C002。

(3)懷孕婦女請填 C003。

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 8 月 1 日前填報本表，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、是否有中低收入戶減免掛號費？ ☐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 7-2)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，紅布條(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

(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之相片:

(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,紅布條(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 巡迴醫療服務民眾滿意度調查表

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 ☐非常滿意(3 分)☐滿意(1 分) ☐尚可☐不滿意 ☐非常不滿意
- (2)醫療效果 ☐非常滿意(3 分)☐滿意(1 分) ☐尚可☐不滿意 ☐非常不滿意
- (3)醫療設備 ☐非常滿意(3 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(3 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(3 分)☐滿意(1 分)☐尚可☐不滿意 ☐非常不滿意
- (6)門診時段 ☐非常滿意(3 分)☐滿意(1 分)☐尚可☐不滿意 ☐非常不滿意

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)																																																																																												
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																																																																																																																	
	<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>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> <tr> <td>(里)</td><td>(里)</td><td>(里)</td> <td>(里)</td><td>(里)</td><td>(里)</td> <td>(里)</td><td>(里)</td><td>(里)</td> <td>(里)</td><td>(里)</td><td>(里)</td> <td>(里)</td><td>(里)</td><td>(里)</td> <td>(里)</td><td>(里)</td><td>(里)</td> <td>(里)</td><td>(里)</td><td>(里)</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	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)
	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)																																																																																													
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：																																																																																																																		
<table border="1"> <tr> <th>項目</th> <th>科目</th> <th>數量 (單位：診/年)</th> <th>單價</th> <th>總金額</th> <th>備註</th> </tr> <tr> <td>醫師報酬</td> <td></td> <td></td> <td>平日：4,500 假日：5,500</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>配合巡迴護理人員報酬</td> <td></td> <td></td> <td>平日：1,200 假日：1,700</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>配合巡迴藥事人員報酬</td> <td></td> <td></td> <td>平日：1,200 假日：1,700</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>																														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																																																												
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：																																																																																																																		
<table border="1"> <tr> <th>實施總診次</th> <th>實施總人次</th> <th>經費總點數</th> <th>平均每診次點數</th> <th>平均每人次點數</th> <th>平均每診次服務人次(總平均)</th> <th>平均每巡迴點服務人次</th> <th>原計畫執行目標人次</th> <th>服務人次達成比例</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>																														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																																																																												
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 巡迴醫療服務計畫執行報告內容

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、計劃、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、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。

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)						
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:							
	☐ 同意 ☐ 申請日前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。 ☐ 計畫書內容符合方案需求							
	☐ 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

獎勵開業服務計畫書

- 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、開業地區現況分析：請依下列項目分別具體列述相關內容。
 - (一) 執業地區及人口分布：請具體詳述開業服務之地區面積、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：請簡要敘述開業服務地區地理環境概況並檢附開業服務地點地址及簡要地圖、當地對外交通情形、及開業服務地點最鄰近醫療院所之名稱、車程與里程等。
 - (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：

醫療人力資源：請詳述醫事人力、門診服務時間等情形。
- 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

獎勵開業服務計畫門診時段(人員)異動表

門診時段(人員)異動表		填表日期： 年 月 日					
基本資料	診所名稱及醫事機構代號		聯絡電話 ()				
	診所地址及郵遞區號						
	申請服務地區	縣市	鄉鎮(市/區) 村(里)				
	變更 ☐ 醫師姓名 ☐ 護理人員姓名 ☐ 藥事人員姓名						
	變更原因						
變更門診時段：							
(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 天 小時/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 天 小時/週							
診所(衛生所)							
印							
執業醫師簽名： _____ 印							
註：本表依「西醫醫療資源不足地區獎勵開業服務計畫」之第八項執行內容及相關規定辦理。							

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案
獎勵開業服務計畫醫師休診單

醫師休診單		填表日期： 年 月 日	
基本資料	診所名稱		聯絡電話 ()
	醫事機構代號		
	申請服務地區	縣市	鄉鎮(市/區) 村(里)
	休診醫師姓名		
	休診原因		
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 月 天 小時			
註：本表依「西醫醫療資源不足地區獎勵開業服務計畫」之第八項執行內容及相關規定辦理。			
診所(衛生所) 印 執業醫師簽名：_____ 印			

**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 8 月 1 日前填報本表，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、是否有中低收入戶減免掛號費？ ☐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 11-2)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，紅布條(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

(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之相片:

(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, 紅布條(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 獎勵開業服務計畫民眾滿意度調查表

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 ☐非常滿意(3分) ☐滿意(1分) ☐尚可 ☐不滿意 ☐非常不滿意
- (2)醫療效果 ☐非常滿意(3分) ☐滿意(1分) ☐尚可 ☐不滿意 ☐非常不滿意
- (3)醫療設備 ☐非常滿意(3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(3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(3分) ☐滿意(1分) ☐尚可 ☐不滿意 ☐非常不滿意
- (6)門診時段 ☐非常滿意(3分) ☐滿意(1分) ☐尚可 ☐不滿意 ☐非常不滿意

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診所？（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)您到診所看病是否方便？

- ☐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

年____月____日

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)						
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	平均每週 時數	
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：申報件數、費用點數、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)執業範圍、區域及執行困難之原因。

(四)政策、計劃、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、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

全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫(草案)

壹、計畫依據

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。

貳、預算來源

全民健康保險醫療給付費用總額預算。

參、計畫目的

為強化離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區之民眾在地醫療，減少就醫奔波之苦，以點值保障該等區域或鄰近區域之醫院，使其具備較佳醫療提供之能力，並加強提供醫療服務及社區預防保健，以增進民眾就醫之可近性。

肆、申請醫院資格(名單如附件一)

- 一、設立於全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告之離島、山地鄉之醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達 30 公里以上者。
- 二、設立於全民健保醫療資源不足地區(鄉鎮)之醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院之鄉鎮。
- 三、計畫申請時，符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之地區級醫院。
- 四、計畫申請時，符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院。

伍、申請醫院須承諾強化提供下列醫療服務：

一、提供 24 小時急診服務：

- (一)急診設施須符合醫療機構設置標準。
- (二)於醫院門口提供 24 小時急診之就醫訊息。

惟申請醫院所在鄉鎮或鄰近鄉鎮已有提供 24 小時急診服務者，得不予提供上述服務，由保險人各分區業務組實地審查認定。

- 二、提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務(含支援醫師)，並應由各該專科醫師實際提供每週三次以上之門診看診服務為原則。惟保險人分區業務組得考量各該分區之特性或地區特殊需求，同意申請醫院就內科、外科、婦產科及小兒科中，選擇至少二科以上科別提供醫療服務。
- 三、檢驗檢查報告須主動通知民眾：醫院對於部分檢查檢驗項目結果，應建立主動通知病患之機制，並須提出具體執行方式。
- 四、深入社區加強預防保健服務：須提出具體執行方式。

陸、申請及審查程序：

- 一、符合申請資格之醫院，得向保險人各分區業務組提出申請書(如附件二)，敘明補助金額使用之項目及分配，經該分區業務組於受理後 45 天內，完成書面及實地審查，經審查通過者，於次月(費用年月) 1 日起，始得列入保障範圍。
- 二、前已符合申請資格且經保險人各分區業務組審查通過者，除執行計畫內容變更外，餘原則不須重複提出申請；惟保險人各分區業務組，仍可視業務需要實地審查。
- 三、醫院有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八至四十條所列違規情事，其違規處分(第一次處分函)之處分月於計畫期間者，不得提出申請。

柒、保障措施：

- 一、符合本計畫第肆條第一至第三項且經審查通過之醫院，其醫院總額一般服務部門(不含門診透析)自保障月起，扣除住診呼吸器及門住診精神科案件，納入當年結算之核定浮動點數，浮動點值補足至每點一元支付：
 - (一) 提供 24 小時急診服務者，每家醫院全年最高以 1,500 萬元為上限，最低補助 900 萬元，惟醫院如依本計畫伍之二規定，選擇四科以下科別提供醫療服務者，其最低補助金額應予遞減(未滿四科，每減少一科，減少 100 萬元)。
 - (二) 未提供 24 小時急診服務者，依本計畫伍之二規定，選擇四科以下科別提供醫療服務者，每家醫院每科全年最高以 100 萬元為補助上限。

- 二、符合本計畫第肆條第四項且經審查通過之醫院，經急診檢傷分類第1及第2級之當次住院之前10天(含)申報案件，自保障月起，納入當年結算之核定浮動點數者，浮動點值補足至每點一元支付，每家醫院全年補助以500萬元為上限。

備註：為配合計算急診檢傷分類轉當次住院之前10天(含)內保障點值，相關醫院應配合將住院日起10天內醫令與超過10天醫令切開申報，並分別填報執行時間起迄日(住院之醫令清單段「執行時間迄日」 $\leq$ 「入院年月日」+10日之醫令點數納入保障)。未依前述規定申報，則不予保障。

- 三、上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。
- 四、同時符合本計畫及「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之醫院，兩者應擇一保障，不得重複。

捌、退場機制：

- 一、計畫期間，醫院如經查有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八條至四十條所列違規情事，自其違規處分(第一次)之處分月起不再保障。
- 二、經審查通過之醫院，於保障期間未滿一年時，發生未依其承諾提供醫療服務或自願中止本計畫者，自確定事實之月起，不再保障。
- 三、前述中止保障之醫院，其最低補助金額，依實施月份比例核算。

玖、評估指標

- 一、受保障醫院增設24小時急診之家數情形。
- 二、受保障醫院增設內科、外科、婦產科、小兒科之家數情形。
- 三、受保障醫院提升預防保健服務量：

受保障醫院於計畫期間之預防保健服務量(案件類別A3)，須較前一年至少成長5%以上。

四、民眾滿意度提升：

- (一)受保障醫院就醫民眾，對於24小時急診、內科、外科、婦產科、小兒科之滿意度情形。

(二) 受保障醫院就醫民眾，對於檢驗檢查報告主動通知之滿意度情形。

(三) 受保障醫院內整體民眾申訴案件成案數，須低於前一年度。

拾、本計畫於年中，由保險人就評估指標進行評估檢討，以做為下一年度編列預算與否之依據。

拾壹、本計畫由保險人與醫院相關團體共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施，屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

附件一 符合本計畫申請資格條件之醫院

一、符合本計畫第四點申請醫院資格第一、二項的醫院如下表：

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
1	台北	新北市	瑞芳區	1531120038	瑞芳礦工醫院
2	台北	新北市	三芝區	1531210019	台北縣私立台安醫院
3	台北	新北市	金山區	0431270012	國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院
4	台北	宜蘭縣	蘇澳鎮	0634030014	臺北榮民總醫院蘇澳分院
5	台北	宜蘭縣	蘇澳鎮	1534030031	建生醫院
6	台北	宜蘭縣	礁溪鄉	1534050024	杏和醫院(舊碼 1534050015)
7	台北	宜蘭縣	員山鄉	0634070018	臺北榮民總醫院員山分院
8	台北	宜蘭縣	員山鄉	1134070019	宜蘭普門醫療財團法人普門醫院
9	台北	金門縣	金湖鎮	0190030516	衛生福利部金門醫院
10	台北	連江縣	南竿鄉	0291010010	連江縣立醫院
11	北區	桃園縣	龍潭鄉	0532090029	國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處
12	北區	桃園縣	龍潭鄉	1532091081	龍潭敏盛醫院(舊碼 1532091072)
13	北區	新竹縣	關西鎮	1533010017	培靈關西醫院
14	北區	新竹縣	竹東鎮	0433030016	國立臺灣大學醫學院附設醫院竹東分院(舊碼 0133030010)
15	北區	新竹縣	竹東鎮	0633030010	臺北榮民總醫院新竹分院
16	北區	新竹縣	竹東鎮	1533030028	林醫院
17	北區	新竹縣	竹東鎮	1533030046	竹信醫院
18	北區	新竹縣	湖口鄉	1133060019	天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院
19	北區	苗栗縣	通霄鎮	1535031041	通霄光田醫院
20	北區	苗栗縣	竹南鎮	1535040068	慈祐醫院
21	北區	苗栗縣	竹南鎮	1535040086	大眾醫院
22	北區	苗栗縣	大湖鄉	1535081078	大順醫院

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
23	中區	臺中市	東勢區	1436020013	東勢鎮農會附設農民醫院
24	中區	臺中市	東勢區	1536020015	東勢協和醫院
25	中區	臺中市	石岡區	1536120010	清海醫院
26	中區	彰化縣	北斗鎮	1537040057	南星醫院
27	中區	彰化縣	北斗鎮	1537040066	卓醫院
28	中區	南投縣	南投市	0138010027	衛生福利部南投醫院
29	中區	南投縣	南投市	1538010026	南基醫院
30	中區	南投縣	埔里鎮	0638020014	臺中榮民總醫院埔里分院
31	中區	南投縣	埔里鎮	1138020015	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院
32	中區	南投縣	竹山鎮	1538041101	竹山秀傳醫院
33	中區	南投縣	竹山鎮	1538041156	東華醫院
34	中區	南投縣	名間鄉	1538061023	新泰宜婦幼醫院
35	南區	雲林縣	斗南鎮	1239020011	天主教福安醫院
36	南區	雲林縣	土庫鎮	1539050015	蔡醫院
37	南區	雲林縣	麥寮鄉	1139130010	長庚醫療財團法人雲林長庚紀念醫院
38	南區	臺南市	新營區	0141010013	衛生福利部新營醫院
39	南區	臺南市	新營區	0941010019	新興醫療社團法人新興醫院
40	南區	臺南市	新營區	1541011126	營新醫院
41	南區	臺南市	新營區	1541011162	信一骨科醫院
42	南區	臺南市	白河區	1541031048	佑昇醫院
43	南區	臺南市	佳里區	1105050012	奇美醫療財團法人佳里奇美醫院
44	南區	臺南市	佳里區	1541050016	新生醫院

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
45	南區	臺南市	新化區	0141060513	衛生福利部台南醫院新化分院
46	南區	臺南市	新化區	1441060010	財團法人台灣省私立台南仁愛之家附設精神療養院
47	南區	臺南市	善化區	1541070045	宏科醫院
48	南區	臺南市	善化區	1541070063	謝醫院
49	高屏	高雄市	岡山區	0542020011	國軍岡山醫院附設民眾診療服務處
50	高屏	高雄市	岡山區	0942020019	高雄市立岡山醫院
51	高屏	高雄市	岡山區	1542020058	劉嘉修醫院
52	高屏	高雄市	岡山區	1542020067	劉光雄醫院
53	高屏	高雄市	岡山區	1542020129	樂安醫院
54	高屏	高雄市	岡山區	1542021171	惠川醫院
55	高屏	高雄市	旗山區	0142030019	衛生福利部旗山醫院
56	高屏	高雄市	旗山區	1542030018	重安醫院
57	高屏	高雄市	旗山區	1542030063	博愛醫院
58	高屏	高雄市	旗山區	1542030116	溪洲醫院
59	高屏	高雄市	旗山區	0907030013	廣聖醫療社團法人廣聖醫院
60	高屏	高雄市	美濃區	1542040050	三聖醫院
61	高屏	高雄市	阿蓮區	1542140046	長佑醫院
62	高屏	高雄市	路竹區	1542150033	溫有諒醫院
63	高屏	高雄市	路竹區	1542150042	高新醫院
64	高屏	屏東縣	潮州鎮	0943020013	安泰醫療社團法人潮州安泰醫院
65	高屏	屏東縣	潮州鎮	1543020105	茂隆骨科醫院

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
66	高屏	屏東縣	東港鎮	0943030019	安泰醫療社團法人安泰醫院
67	高屏	屏東縣	東港鎮	1343030018	輔英科技大學附設醫院
68	高屏	屏東縣	恆春鎮	0143040019	衛生福利部恆春旅遊醫院
69	高屏	屏東縣	恆春鎮	1143040010	財團法人恆春基督教醫院
70	高屏	屏東縣	恆春鎮	1543040036	南門綜合醫院
71	高屏	屏東縣	麟洛鄉	<u>1543060010</u>	屏安醫院(舊碼 1543070016)
72	高屏	屏東縣	高樹鄉	<u>1543110033</u>	同慶醫院(舊碼 1543110015)
73	高屏	屏東縣	高樹鄉	1543110024	聖恩內科醫院
74	高屏	屏東縣	內埔鄉	0643130018	高雄榮民總醫院屏東分院
75	高屏	屏東縣	內埔鄉	1143130019	佑青醫療財團法人佑青醫院
76	高屏	屏東縣	新埤鄉	0943150016	皇安醫療社團法人小康醫院
77	高屏	屏東縣	新埤鄉	1143150011	迦樂醫療財團法人迦樂醫院
78	高屏	屏東縣	枋寮鄉	0943160012	枋寮醫療社團法人枋寮醫院
79	高屏	澎湖縣	馬公市	0144010015	衛生福利部澎湖醫院
80	高屏	澎湖縣	馬公市	0544010031	三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處
81	高屏	澎湖縣	馬公市	1244010018	財團法人天主教靈醫會惠民醫院
82	東區	花蓮縣	鳳林鎮	0645020015	臺北榮民總醫院鳳林分院
83	東區	花蓮縣	玉里鎮	0145030020	衛生福利部玉里醫院
84	東區	花蓮縣	玉里鎮	0645030011	臺北榮民總醫院玉里分院
85	東區	花蓮縣	玉里鎮	1145030012	佛教慈濟醫療財團法人玉里慈濟醫院
86	東區	花蓮縣	壽豐鄉	1145060029	臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院壽豐分院
87	東區	花蓮縣	豐濱鄉	0145080011	衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
88	東區	臺東縣	臺東市	0146010013	衛生福利部台東醫院
89	東區	臺東縣	臺東市	0646010013	臺北榮民總醫院臺東分院
90	東區	臺東縣	臺東市	1146010014	馬偕紀念醫院台東分院
91	東區	臺東縣	臺東市	1146010032	財團法人台東基督教醫院
92	東區	臺東縣	臺東市	1146010041	天主教花蓮教區醫療財團法人台東聖母醫院
93	東區	臺東縣	成功鎮	<u>0146020537</u>	衛生福利部臺東醫院成功分院門診部 (舊碼 0146020519)
94	東區	臺東縣	關山鎮	1146030516	佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院

二、符合本計畫第肆點申請資格第三及第四項的醫院，為符合衛生福利部公告當年「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之地區級、區域級醫院。

「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」
申請書

醫院名稱：

醫院代號：

申請類別：

☐符合本計畫申請資格之山地離島或醫療資源不足地區醫院。

☐符合本年度衛生福利部公告緊急醫療資源缺乏地區急救責任醫院，且為地區醫院。

☐符合本年度衛生福利部公告緊急醫療資源缺乏地區急救責任醫院，且為區域級醫院。

醫院聯絡人員(含姓名及電話)：

申請日期：

全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

(建議申請計畫含括內容)

一、「提供 24 小時急診」：

(一) 增設 24 小時急診之情形。

(二) 急診室之醫事人力之情形(包含醫事人員姓名、出生年月日、身分證字號、專科醫師別、證書字號、急診室 24 小時值班醫師須提供執業起迄時間及排班表…等)。

二、「提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務」：

(一) 提供相關證明文件。

(二) 提供內科、外科、婦產科及小兒科之醫師人員名單(含姓名、身分證字號、專科醫師別、證書字號)，及門診看診時段。

(三) 說明本次增設之科別及於計畫期間提供內科、外科、婦產科及小兒科、住院醫療服務之具體規劃方式及門診醫療服務時段。

三、「檢驗檢查報告須主動通知民眾」：

包含作業流程、檢驗檢查項目、通知方式、保護病患隱私權益及其他相關便民服務…等。

四、「深入社區加強預防保健服務」之具體執行方式：

包含醫院執行預防保健情形及推動策略。

五、其他「醫療服務品質提升」項目。

全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫(草案)

壹、計畫依據

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。

貳、預算來源

全民健康保險醫療給付費用總額預算。

參、計畫目的

為強化離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區之民眾在地醫療，減少就醫奔波之苦，以點值保障該等區域或鄰近區域之醫院，使其具備較佳醫療提供之能力，並加強提供醫療服務及社區預防保健，以增進民眾就醫之可近性。

肆、申請醫院資格(名單如附件一)

- 一、設立於全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告之離島、山地鄉之醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達 30 公里以上者。
- 二、設立於全民健保醫療資源不足地區(鄉鎮)之醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院之鄉鎮。
- 三、計畫申請時，符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之地區級醫院。
- 四、計畫申請時，符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院。

伍、申請醫院須承諾強化提供下列醫療服務：

一、提供 24 小時急診服務：

- (一)急診設施須符合醫療機構設置標準。
- (二)於醫院門口提供 24 小時急診之就醫訊息。

惟申請醫院所在鄉鎮或鄰近鄉鎮已有提供 24 小時急診服務者，得不予提供上述服務，由保險人各分區業務組實地審查認定。

- 二、提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務(含支援醫師)，並應由各該專科醫師實際提供每週三次以上之門診看診服務為原則。惟保險人分區業務組得考量各該分區之特性或地區特殊需求，同意申請醫院就內科、外科、婦產科及小兒科中，選擇至少二科以上科別提供醫療服務。
- 三、檢驗檢查報告須主動通知民眾：醫院對於部分檢查檢驗項目結果，應建立主動通知病患之機制，並須提出具體執行方式。
- 四、深入社區加強預防保健服務：須提出具體執行方式。

陸、申請及審查程序：

- 一、符合申請資格之醫院，得向保險人各分區業務組提出申請書(如附件二)，敘明補助金額使用之項目及分配，經該分區業務組於受理後 45 天內，完成書面及實地審查，經審查通過者，於次月(費用年月) 1 日起，始得列入保障範圍。
- 二、前已符合申請資格且經保險人各分區業務組審查通過者，除執行計畫內容變更外，餘原則不須重複提出申請；惟保險人各分區業務組，仍可視業務需要實地審查。
- 三、醫院有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八至四十條所列違規情事，其違規處分(第一次處分函)之處分月於計畫期間者，不得提出申請。

柒、保障措施：

- 一、符合本計畫第肆條第一至第三項且經審查通過之醫院，其醫院總額一般服務部門(不含門診透析)自保障月起，扣除住診呼吸器及門住診精神科案件，納入當年結算之核定浮動點數，浮動點值補足至每點一元支付：
 - (一)提供 24 小時急診服務者，每家醫院全年最高以 1,500 萬元為上限，最低補助 900 萬元，惟醫院如依本計畫伍之二規定，選擇四科以下科別提供醫療服務者，其最低補助金額應予遞減(未滿四科，每減少一科，減少 100 萬元)。
 - (二)未提供 24 小時急診服務者，依本計畫伍之二規定，選擇四科以下科別提供醫療服務者，每家醫院每科全年最高以 100 萬元為補助上限。

- 二、符合本計畫第肆條第四項且經審查通過之醫院，經急診檢傷分類第1及第2級之當次住院之前10天(含)申報案件，自保障月起，納入當年結算之核定浮動點數者，浮動點值補足至每點一元支付，每家醫院全年補助以500萬元為上限。

備註：為配合計算急診檢傷分類轉當次住院之前10天(含)內保障點值，相關醫院應配合將住院日起10天內醫令與超過10天醫令切開申報，並分別填報執行時間起迄日(住院之醫令清單段「執行時間迄日」 $\leq$ 「入院年月日」+10日之醫令點數納入保障)。未依前述規定申報，則不予保障。

- 三、上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。
- 四、同時符合本計畫及「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之醫院，兩者應擇一保障，不得重複。

捌、退場機制：

- 一、計畫期間，醫院如經查有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八條至四十條所列違規情事，自其違規處分(第一次)之處分月起不再保障。
- 二、經審查通過之醫院，於保障期間未滿一年時，發生未依其承諾提供醫療服務或自願中止本計畫者，自確定事實之月起，不再保障。
- 三、前述中止保障之醫院，其最低補助金額，依實施月份比例核算。

玖、評估指標

- 一、受保障醫院增設24小時急診之家數情形。
- 二、受保障醫院增設內科、外科、婦產科、小兒科之家數情形。
- 三、受保障醫院提升預防保健服務量：
- 受保障醫院於計畫期間之預防保健服務量(案件類別A3)，須較前一年至少成長5%以上。
- 四、民眾滿意度提升：
- (一)受保障醫院就醫民眾，對於24小時急診、內科、外科、婦產科、小兒科之滿意度情形。

(二) 受保障醫院就醫民眾，對於檢驗檢查報告主動通知之滿意度情形。

(三) 受保障醫院內整體民眾申訴案件成案數，須低於前一年度。

拾、本計畫於年中，由保險人就評估指標進行評估檢討，以做為下一年度編列預算與否之依據。

拾壹、本計畫由保險人與醫院相關團體共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施，屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

附件一 符合本計畫申請資格條件之醫院

一、符合本計畫第肆點申請醫院資格第一、二項的醫院如下表：

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
1	台北	新北市	瑞芳區	1531120038	瑞芳礦工醫院
2	台北	新北市	三芝區	1531210019	台北縣私立台安醫院
3	台北	新北市	金山區	0431270012	國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院
4	台北	宜蘭縣	蘇澳鎮	0634030014	臺北榮民總醫院蘇澳分院
5	台北	宜蘭縣	蘇澳鎮	1534030031	建生醫院
6	台北	宜蘭縣	礁溪鄉	1534050024	杏和醫院(舊碼 1534050015)
7	台北	宜蘭縣	員山鄉	0634070018	臺北榮民總醫院員山分院
8	台北	宜蘭縣	員山鄉	1134070019	宜蘭普門醫療財團法人普門醫院
9	台北	金門縣	金湖鎮	0190030516	衛生福利部金門醫院
10	台北	連江縣	南竿鄉	0291010010	連江縣立醫院
11	北區	桃園縣	龍潭鄉	0532090029	國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處
12	北區	桃園縣	龍潭鄉	1532091081	龍潭敏盛醫院(舊碼 1532091072)
13	北區	新竹縣	關西鎮	1533010017	培靈關西醫院
14	北區	新竹縣	竹東鎮	0433030016	國立臺灣大學醫學院附設醫院竹東分院 (舊碼 0133030010)
15	北區	新竹縣	竹東鎮	0633030010	臺北榮民總醫院新竹分院
16	北區	新竹縣	竹東鎮	1533030028	林醫院
17	北區	新竹縣	竹東鎮	1533030046	竹信醫院
18	北區	新竹縣	湖口鄉	1133060019	天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院
19	北區	苗栗縣	通霄鎮	1535031041	通霄光田醫院
20	北區	苗栗縣	竹南鎮	1535040068	慈祐醫院
21	北區	苗栗縣	竹南鎮	1535040086	大眾醫院
22	北區	苗栗縣	大湖鄉	1535081078	大順醫院

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
23	中區	臺中市	東勢區	1436020013	東勢鎮農會附設農民醫院
24	中區	臺中市	東勢區	1536020015	東勢協和醫院
25	中區	臺中市	石岡區	1536120010	青海醫院
26	中區	彰化縣	北斗鎮	1537040057	南星醫院
27	中區	彰化縣	北斗鎮	1537040066	卓醫院
28	中區	南投縣	南投市	0138010027	衛生福利部南投醫院
29	中區	南投縣	南投市	1538010026	南基醫院
30	中區	南投縣	埔里鎮	0638020014	臺中榮民總醫院埔里分院
31	中區	南投縣	埔里鎮	1138020015	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院
32	中區	南投縣	竹山鎮	1538041101	竹山秀傳醫院
33	中區	南投縣	竹山鎮	1538041156	東華醫院
34	中區	南投縣	名間鄉	1538061023	新泰宜婦幼醫院
35	南區	雲林縣	斗南鎮	1239020011	天主教福安醫院
36	南區	雲林縣	土庫鎮	1539050015	蔡醫院
37	南區	雲林縣	麥寮鄉	1139130010	長庚醫療財團法人雲林長庚紀念醫院
38	南區	臺南市	新營區	0141010013	衛生福利部新營醫院
39	南區	臺南市	新營區	0941010019	新興醫療社團法人新興醫院
40	南區	臺南市	新營區	1541011126	營新醫院
41	南區	臺南市	新營區	1541011162	信一骨科醫院
42	南區	臺南市	白河區	1541031048	佑昇醫院
43	南區	臺南市	佳里區	1105050012	奇美醫療財團法人佳里奇美醫院
44	南區	臺南市	佳里區	1541050016	新生醫院

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
45	南區	臺南市	新化區	0141060513	衛生福利部台南醫院新化分院
46	南區	臺南市	新化區	1441060010	財團法人台灣省私立台南仁愛之家附設精神療養院
47	南區	臺南市	善化區	1541070045	宏科醫院
48	南區	臺南市	善化區	1541070063	謝醫院
49	高屏	高雄市	岡山區	0542020011	國軍岡山醫院附設民眾診療服務處
50	高屏	高雄市	岡山區	0942020019	高雄市立岡山醫院
51	高屏	高雄市	岡山區	1542020058	劉嘉修醫院
52	高屏	高雄市	岡山區	1542020067	劉光雄醫院
53	高屏	高雄市	岡山區	1542020129	樂安醫院
54	高屏	高雄市	岡山區	1542021171	惠川醫院
55	高屏	高雄市	旗山區	0142030019	衛生福利部旗山醫院
56	高屏	高雄市	旗山區	1542030018	重安醫院
57	高屏	高雄市	旗山區	1542030063	博愛醫院
58	高屏	高雄市	旗山區	1542030116	溪洲醫院
59	高屏	高雄市	旗山區	0907030013	廣聖醫療社團法人廣聖醫院
60	高屏	高雄市	美濃區	1542040050	三聖醫院
61	高屏	高雄市	阿蓮區	1542140046	長佑醫院
62	高屏	高雄市	路竹區	1542150033	溫有諒醫院
63	高屏	高雄市	路竹區	1542150042	高新醫院
64	高屏	屏東縣	潮州鎮	0943020013	安泰醫療社團法人潮州安泰醫院
65	高屏	屏東縣	潮州鎮	1543020105	茂隆骨科醫院

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
66	高屏	屏東縣	東港鎮	0943030019	安泰醫療社團法人安泰醫院
67	高屏	屏東縣	東港鎮	1343030018	輔英科技大學附設醫院
68	高屏	屏東縣	恆春鎮	0143040019	衛生福利部恆春旅遊醫院
69	高屏	屏東縣	恆春鎮	1143040010	財團法人恆春基督教醫院
70	高屏	屏東縣	恆春鎮	1543040036	南門綜合醫院
71	高屏	屏東縣	麟洛鄉	1543060010	屏安醫院(舊碼 1543070016)
72	高屏	屏東縣	高樹鄉	1543110033	同慶醫院(舊碼 1543110015)
73	高屏	屏東縣	高樹鄉	1543110024	聖恩內科醫院
74	高屏	屏東縣	內埔鄉	0643130018	高雄榮民總醫院屏東分院
75	高屏	屏東縣	內埔鄉	1143130019	佑青醫療財團法人佑青醫院
76	高屏	屏東縣	新埤鄉	0943150016	皇安醫療社團法人小康醫院
77	高屏	屏東縣	新埤鄉	1143150011	迦樂醫療財團法人迦樂醫院
78	高屏	屏東縣	枋寮鄉	0943160012	枋寮醫療社團法人枋寮醫院
79	高屏	澎湖縣	馬公市	0144010015	衛生福利部澎湖醫院
80	高屏	澎湖縣	馬公市	0544010031	三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處
81	高屏	澎湖縣	馬公市	1244010018	財團法人天主教靈醫會惠民醫院
82	東區	花蓮縣	鳳林鎮	0645020015	臺北榮民總醫院鳳林分院
83	東區	花蓮縣	玉里鎮	0145030020	衛生福利部玉里醫院
84	東區	花蓮縣	玉里鎮	0645030011	臺北榮民總醫院玉里分院
85	東區	花蓮縣	玉里鎮	1145030012	佛教慈濟醫療財團法人玉里慈濟醫院
86	東區	花蓮縣	壽豐鄉	1145060029	臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院壽豐分院
87	東區	花蓮縣	豐濱鄉	0145080011	衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	院所中文
88	東區	臺東縣	臺東市	0146010013	衛生福利部台東醫院
89	東區	臺東縣	臺東市	0646010013	臺北榮民總醫院臺東分院
90	東區	臺東縣	臺東市	1146010014	馬偕紀念醫院台東分院
91	東區	臺東縣	臺東市	1146010032	財團法人台東基督教醫院
92	東區	臺東縣	臺東市	1146010041	天主教花蓮教區醫療財團法人台東聖母醫院
93	東區	臺東縣	成功鎮	<u>0146020537</u>	衛生福利部臺東醫院成功分院門診部 (舊碼 0146020519)
94	東區	臺東縣	關山鎮	1146030516	佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院

二、符合本計畫第肆點申請資格第三及第四項的醫院，為符合衛生福利部公告當年「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之地區級、區域級醫院。

「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」
申請書

醫院名稱：

醫院代號：

申請類別：

☐符合本計畫申請資格之山地離島或醫療資源不足地區醫院。

☐符合本年度衛生福利部公告緊急醫療資源缺乏地區急救責任醫院，且為地區醫院。

☐符合本年度衛生福利部公告緊急醫療資源缺乏地區急救責任醫院，且為區域級醫院。

醫院聯絡人員(含姓名及電話)：

申請日期：

全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

(建議申請計畫含括內容)

一、「提供 24 小時急診」：

(一) 增設 24 小時急診之情形。

(二) 急診室之醫事人力之情形(包含醫事人員姓名、出生年月日、身分證字號、專科醫師別、證書字號、急診室 24 小時值班醫師須提供執業起迄時間及排班表…等)。

二、「提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務」：

(一) 提供相關證明文件。

(二) 提供內科、外科、婦產科及小兒科之醫師人員名單(含姓名、身分證字號、專科醫師別、證書字號)，及門診看診時段。

(三) 說明本次增設之科別及於計畫期間提供內科、外科、婦產科及小兒科、住院醫療服務之具體規劃方式及門診醫療服務時段。

三、「檢驗檢查報告須主動通知民眾」：

包含作業流程、檢驗檢查項目、通知方式、保護病患隱私權益及其他相關便民服務…等。

四、「深入社區加強預防保健服務」之具體執行方式：

包含醫院執行預防保健情形及推動策略。

五、其他「醫療服務品質提升」項目。

