

附件 2、西醫醫療資源不足地區改善方案

113 年修正內容	112 年原內容
<p>一、施行區域：113 年度預計施行區域共 <u>128 個</u>。</p> <p>*補充說明：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 新增彰化縣社頭鄉。 2. 刪除桃園市大溪區。 3. 苗栗縣南庄鄉由第 3 級調整為第 2 級；苗栗縣卓蘭鎮、高雄市田寮區及高雄市六龜區寶來里，由第 2 級調整為第 3 級。 4. 高雄市田寮區、屏東縣麟洛鄉、崁頂鄉及萬巒鄉開放醫院及診所同時申請執行本方案；花蓮縣吉安鄉承作單位調整為診所。 <p>二、修訂巡迴計畫</p> <p>(一)巡迴醫療服務計畫（以下稱巡迴計畫）：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務(例如：專科巡迴、提供行動不便者到宅醫療或疾病個案管理服務)。本年度基層診所以 <u>227,200</u> 總服務人次及 <u>12,000</u> 總診次為目標；醫院以 <u>70,000</u> 總服務人次及 <u>5,000</u> 總診次為目標。</p> <p>(二)通則：申請參與本方案之診所、醫院及醫事人員，須為最近 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(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。</p>	<p>一、施行區域：112 年度施行區域共 128 個。</p> <p>*補充說明：本組轄區共 22 個施行鄉鎮區，基層承作 14 個，計 14 家診所提出申辦巡迴計畫，涵蓋 13 個鄉鎮區，無診所提出開業計畫申請。</p> <p>二、修訂巡迴計畫</p> <p>(一)巡迴醫療服務計畫（以下稱巡迴計畫）：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務(例如：專科巡迴、提供行動不便者到宅醫療或疾病個案管理服務)。本年度基層診所以 <u>227,000</u> 總服務人次及 <u>10,200</u> 總診次為目標；醫院以 <u>50,000</u> 總服務人次及 <u>3,000</u> 總診次為目標。</p> <p>(二)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二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）。</p>

113 年修正內容	112 年原內容
<p><u>前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。</u></p>	
<p>三、修訂開業計畫</p> <p>(一)申請執行本計畫特約診所之執業地點因地制宜，以與原開業之西醫特約院所設址地點為不同村(里)且距離 1.8 公里以內無診所為原則，如有特殊情形得由申請診所提出申請且詳述評估因素及條件後，經保險人各分區業務組評估後核定。</p> <p>(二)負責醫師須為中華民國醫師公會全國聯合會所屬縣市公會會員並符合開業資格之西醫師，其最近十二個月全民健康保險平均每月申報點數(含部分負擔)須大於 14 萬點；<u>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礎。</u></p> <p>(三)<u>承辦本計畫後第 7 個月起，若連續 2 個月之當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度 35%者，須自次月起於開業鄉鎮(或經保險人分區業務組核定至鄰近本方案施行地區)每月至少提供 1 點巡迴醫療服務計畫。</u></p> <p>*補充說明： 112 年底前辦理本計畫之診所，自 113 年 3 月起，若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度 35%者，須自 5 月起，依本條文規定提供巡迴醫療服務計畫。</p> <p>(四)西醫基層診所屬本方案之開業計</p>	<p>三、修訂開業計畫</p> <p>(一)申請執行本計畫特約診所之執業地點因地制宜，以與原開業之西醫特約院所設址地點為不同村(里)為原則，如有特殊情形得由申請診所提出申請且詳述評估因素及條件後，經保險人各分區業務組評估後核定。</p> <p>(二)負責醫師須為中華民國醫師公會全國聯合會所屬縣市公會會員並符合開業資格之西醫師，其最近十二個月全民健康保險平均每月申報點數(含部分負擔)須大於 14 萬點。</p> <p>(三)無。</p> <p>(四)西醫基層診所屬本方案之開業計</p>

113 年修正內容	112 年原內容
<p>畫並提供巡迴醫療服務者，<u>得依提供巡迴醫療服務地區之分級，申請論次支付點數。</u></p> <p>(五)<u>針對辦理開業計畫第 7 個月起，連續 2 個月之當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度 35%之診所，其參與巡迴醫療服務之醫療費用(含診察費加成)、論次費用併入保障額度計算。</u></p>	<p>畫並提供巡迴醫療服務者，<u>其巡迴醫療服務之論次費用以 30%支付。</u></p> <p>(五)無。</p>
<p>四、修訂巡迴計畫</p> <p>(一)刪除「申請執行巡迴計畫之院所不得跨健保分區執行巡迴醫療服務」之規定。</p> <p>(二)若於 <u>113 年 6 月底</u>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)，得由保險人開放<u>其他不同承作單位(診所、醫院)</u>申請。若同時有不同承作單位申請，由該施行區域原定承作單位或同分區優先申請。如當地民眾仍有醫療需求，經保險人分區業務組專案同意該施行區域得由醫院及基層診所同時承作。</p>	<p>四、修訂巡迴計畫</p> <p>(一)申請執行本方案巡迴服務之診所、醫院，得於同一保險人分區業務組內得跨縣市，惟不得申請跨健保分區執行巡迴醫療服務。</p> <p>(二)若於 <u>112 年 6 月底</u>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)，得由保險人開放<u>其他分區或同分區不同承作單位(診所、醫院)</u>申請。若同時有不同承作單位申請，由該施行區域原定承作單位優先申請。如當地民眾仍有醫療需求，經保險人分區業務組專案同意該施行區域得由醫院及基層診所同時承作。</p>
<p>(三)申請程序： 巡迴計畫：<u>自方案公告日起 15 個工作日內(以郵戳為憑)</u>，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，<u>並檢具相關申請文件向所轄保險人分區業務組提出申請</u>；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，如巡迴醫師、時段及地點</p>	<p>(三)申請程序： 巡迴計畫：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；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，如巡迴醫師、時段及地點與前一年度相同者，且符合 112 年度之規定，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</p>

113 年修正內容	112 年原內容
<p>與前一年度相同者，且符合 113 年度之規定，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備查。</p> <p>(四)巡迴醫事人員之規定</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 參與本計畫之醫事人員(不含備援人員)應以執業登錄於申請本計畫之診所、醫院為限，但以總、分院型態之醫院所提計畫及申請本計畫之診所無專任護理及藥事人員者，不在此限。 2. 每位巡迴醫事人員之備援人員，以專任人員為優先，若無專任人員，須由同層級本保險特約單位支援，<u>如有特殊情形，經保險人分區業務組評估個案同意。</u>基層診所及醫院之備援醫師各以 3 名為限(若超過 3 名應提出評估因素及必要性說明，並經保險人分區業務組個案同意)；該年度實際備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數之四分之一。如有特殊情形，應由執行本方案之院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件；除育嬰假外，該年度申請備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數之二分之一。經保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意後，得執行巡迴醫療服務。 <p>(五)診察費加成： 基層診所每件依 <u>111</u> 年全年平均診察費 <u>356</u> 點加計 3 成，申報方</p>	<p>保險人分區業務組備查。</p> <p>(四)巡迴醫事人員之規定</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 參與本計畫之醫事人員應以執業登錄於申請本計畫之診所、醫院為限，但以總、分院型態之醫院所提計畫及申請本計畫之診所無專任護理及藥事人員者，不在此限。 2. 每位巡迴醫事人員之備援人員，以專任人員為優先，若無專任人員，須由同層級本保險特約單位支援；<u>基層診所及醫院之備援醫師各以 3 名為限</u> (若超過 3 名應提出評估因素及必要性說明，並經保險人分區業務組個案同意)；該年度實際備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數之四分之一。如有特殊情形，應由執行本方案之院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件；除育嬰假外，該年度申請備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數之二分之一。經保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意後，得執行巡迴醫療服務。 <p>(五)診察費加成： 基層診所每件依 <u>110</u> 年全年平均診察費 <u>358</u> 點加計 3 成，申報方</p>

113 年修正內容	112 年原內容
<p>式由保險人於點值結算時加計後支付；醫院診察費按申報點數加計 2 成支付，申報方式為每月由醫院自行申報。加成部分每點金額以 1 元計。</p> <p>(六)醫事人員報酬：以「論次計酬」支付。</p> <p>1. 一般日（含夜診）：</p> <p>(1)醫師：</p> <p> 第一級：每次支付 <u>4,000</u> 點（支付代碼為「P2011C」）。</p> <p> 第二級：每次支付 <u>5,000</u> 點（支付代碼為「P2005C」）。</p> <p> 第三級：每次支付 <u>8,000</u> 點（支付代碼為「P2013C」）。</p> <p>(2)護理人員：</p> <p> 第一級：每次支付 <u>1,200</u> 點（支付代碼為「P2007C」）。</p> <p> 第二級：每次支付 <u>1,500</u> 點（支付代碼為「P2015C」）。</p> <p> 第三級：每次支付 <u>1,800</u> 點（支付代碼為「P2016C」）。</p> <p>(3)藥事人員：</p> <p> 第一級：每次支付 <u>1,200</u> 點（支付代碼為「P2009C」）。</p> <p> 第二級：每次支付 <u>1,500</u> 點（支付代碼為「P2019C」）。</p> <p> 第三級：每次支付 <u>1,800</u> 點（支付代碼為「P2020C」）。</p> <p>2. 例假日：</p> <p>(1)醫師：</p> <p> 第一級：每次支付 <u>5,000</u> 點（支付代碼為「P2012C」）。</p> <p> 第二級：每次支付 <u>6,000</u> 點（支付代碼為「P2006C」）。</p> <p> 第三級：每次支付 <u>9,000</u> 點（支付代碼為「P2014C」）。</p> <p>(2)護理人員：</p>	<p>式由保險人於點值結算時加計後支付；醫院診察費按申報點數加計 2 成支付，申報方式為每月由醫院自行申報。加成部分每點金額以 1 元計。</p> <p>(六)醫事人員報酬：以「論次計酬」支付。</p> <p>1. 一般日（含夜診）：</p> <p>(1)醫師：</p> <p> 第一級：每次支付 <u>3,500</u> 點（支付代碼為「P2011C」）。</p> <p> 第二級：每次支付 <u>4,500</u> 點（支付代碼為「P2005C」）。</p> <p> 第三級：每次支付 <u>7,500</u> 點（支付代碼為「P2013C」）。</p> <p>(2)護理人員：</p> <p> 每次支付 <u>1,200</u> 點（支付代碼為「P2007C」）。</p> <p>(3)藥事人員：</p> <p> 每次支付 <u>1,200</u> 點（支付代碼為「P2009C」）。</p> <p>2. 例假日：</p> <p>(1)醫師：</p> <p> 第一級：每次支付 <u>4,500</u> 點（支付代碼為「P2012C」）。</p> <p> 第二級：每次支付 <u>5,500</u> 點（支付代碼為「P2006C」）。</p> <p> 第三級：每次支付 <u>8,500</u> 點（支付代碼為「P2014C」）。</p> <p>(2)護理人員：</p>

113 年修正內容	112 年原內容
<p><u>第一級：每次支付 1,700 點</u> (支付代碼為「P2008C」)。</p> <p><u>第二級：每次支付 2,000 點</u> (支付代碼為「P2017C」)。</p> <p><u>第三級：每次支付 2,300 點</u> (支付代碼為「P2018C」)。</p> <p>(3)藥事人員： <u>第一級：每次支付 1,700 點</u> (支付代碼為「P2010C」)。</p> <p><u>第二級：每次支付 2,000 點</u> (支付代碼為「P2021C」)。</p> <p><u>第三級：每次支付 2,300 點</u> (支付代碼為「P2022C」)。</p> <p>(七)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。屬適用勞動基準法之醫事人員，<u>勞動節(含勞雇雙方協商排定之補假日)</u>依規定以例假日計。</p>	<p>每次支付 1,700 點 (支付代碼為「P2008C」)。</p> <p>(3)藥事人員： 每次支付 1,700 點 (支付代碼為「P2010C」)。</p> <p>(七)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。屬適用勞動基準法之醫事人員，勞動節依規定以例假日計。</p>
<p>五、修訂相關規範</p> <p>(一)執行方案期間，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執行者)，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。</p> <p>(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暨<u>第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人分區業務組核定違規者</u>，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</p>	<p>五、修訂相關規範</p> <p>(一)執行方案期間，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。</p> <p>(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。</p>

113 年修正內容	112 年原內容
內，以書面申請複核，惟以一次為限。	