

全民健康保險醫療給付費用醫院總額

114年第4次研商議事會議紀錄

時間：114年12月10日(三)下午2時

地點：本署18樓禮堂/視訊會議

主席：劉組長林義(下午2時至2時15分)

陳署長亮好(下午2時15分至4時50分)

紀錄：張毓芬

出席代表(依姓氏筆劃排列)：

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王照元代表	(請假)	蘇慧真代表	蘇慧真
朱文洋代表	朱文洋	陳志強代表	陳志強
朱益宏代表	朱益宏	陳威明代表	(請假)
余忠仁代表	黃雪玲(代)	陳建宗代表	游進邦(代)
吳永全代表	吳永全	陳相國代表	陳相國
吳淑芬代表	吳淑芬	陳穆寬代表	林慶雄(代)
吳鏘亮代表	吳鏘亮	童敏哲代表	郭敏勇(代)
李永川代表	(請假)	黃冠棠代表	黃冠棠
李飛鵬代表	李飛鵬	黃榮男代表	蘇美惠(代)
周思源代表	周思源	黃遵誠代表	黃遵誠
周雯雯代表	周雯雯	楊邦宏代表	楊邦宏
孟令好代表	孟令好	廖振成代表	廖振成
林宏榮代表	(請假)	劉碧珠代表	劉碧珠
侯勝茂代表	廖秋錫(代)	蔡易廷代表	蔡易廷
施壽全代表	(請假)	賴信亨代表	賴信亨
洪世欣代表	洪世欣	謝文輝代表	謝文輝
洪瑜黛代表	洪瑜黛	謝景祥代表	謝景祥
張文瀚代表	林富滿(代)	顏鴻順代表	張嘉興(代)
張克士代表	張克士	羅永達代表	羅永達
張禹斌代表	(請假)	嚴玉華代表	嚴玉華
張國寬代表	張國寬	蘇主榮代表	蘇主榮
郭錫卿代表	郭錫卿		

列席單位及人員：(*為線上與會人員名單)

台灣醫院協會	林佩菽、賴彥伶、顏正婷、 王秀貞
中華民國醫師公會全國聯合會	謝沁妤
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公會全國 聯合會	歐育志
中華民國醫事檢驗師公會全國 聯合會	(請假)
中華民國藥師公會全國聯合會	陳暘
中華民國醫事放射師公會全國 聯合會	楊邦宏
臺灣醫療暨生技器材工業同業 公會	(請假)
台灣腎臟醫學會	方德昭
台灣小兒外科醫學會	謝明諭
臺灣兒科醫學會	紀鑫
台灣兒童青少年精神醫學會	林健禾
台灣胸腔暨重症加護醫學會	楊政達、周昆達、林定佑
台灣感染症醫學會	王永志
台灣感染管制學會	(請假)
衛生福利部社會保險司	陳淑華
衛生福利部醫事司	韓佳玲、羅郁婷
衛生福利部疾病管制署	鄔豪欣、沈文凡
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、劉于鳳
本署署長室	張淑雅
本署醫審及藥材組	戴雪詠、賴秋伶、賴昱廷、 陳盈如
本署醫務管理組	劉林義、黃珮珊、賴彥壯、 陳依婕、洪于淇、黃瓊萱、 王智廣、成庭甄、陳世卿、 蕭之宣、何懿庭、高翊庭、

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

陳聿萱、林鈺禎、秦瑜璟、
張祐禎、李珮芳、張美鳳
潘尹婷*、張志銘*、許佩真*、
高軒偉*、潘思潔*、游博雁*
張溫溫*、許菁菁*、蔡秀幸*、
楊秀文*、李健誠*、蔡宜珊*、
廖佩琦*、吳秋芬*、邱冠霆*、
胡嘉儒*、詹媛媛*、林杰穎*
丁增輝*、陳雪姝*、謝秋萍*、
李菁萍*、李秀霞*、張傳慧*、
戴婷豫*、何容甄*、黃意婷*、
林琬倩*、林千婷*、陳品伶*、
鄭佩甄*、張毓芹*、李筱婷*
林純美*、黃紫雲*、郭俊麟*、
吳佩寧*、許寶茹*、張智傑*、
陳嘉浚*、曾荃璞*
林淑華*、何尹琳*、郭怡妘*、
邱佩穎*、張慧娟*、葉曦之*、
許亦濡*、梁家瑋*
陳珮毓*、江曉倩*、林祉萱*

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄

決定：確認。

參、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。

決定：

一、下列4項繼續列管，其餘解除列管。

- (一) 序號2：修訂準醫學中心之基本診療費用申報規範案。
 - (二) 序號3：有關慢性病人得一次領取慢性病連續處方箋總用藥量之適用條件。
 - (三) 序號4：修訂「全民健康保險乳癌醫療給付改善(P4P)方案」案。
 - (四) 序號10：個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫建議案。
- 二、序號8：點滴注射及空針特材包裹於住院病房費支付調整案：
- (一) 依114年8月6日本會議第1次臨時會議決議，將通盤考量整體病房費支付調整後再另行討論，爰先予解除列管。
 - (二) 另有關點滴注射及空針特材支付調整，請台灣醫院協會內部討論取得共識後，重新提案。
- 三、序號11：建議修訂28006C「支氣管鏡檢查」診療項目及新增「全民健康保險侵襲性呼吸器優化管理計畫」案：本署已組成署內工作小組，全面盤點整體支付標準，後續將依支付標準修訂程序提報本會議討論，爰本案解除列管。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額114年第2季點值結算報告。

說明：

- 一、114年第2季各分區一般服務點值確認如下：

區/項目	浮動點值	平均點值
臺北	0.90228458	0.95263492

區/項目	浮動點值	平均點值
北區	1.01421229	0.99717670
中區	0.96952501	0.98328988
南區	1.01014461	1.00000000
高屏	1.00565554	0.99984556
東區	1.02448009	1.00589345
全區	0.96057573	0.97924948

二、依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

決定：確認114年第2季點值，餘洽悉。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：115年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商議事會議」召開會議時程報告。

說明：115年本會議時間如下，請各代表預留時間。

會議次別	第1次會議	第2次會議	第3次會議	第4次會議	第1次臨時會
會議日期	3月4日 星期三 (下午)	5月27日 星期三 (下午)	8月26日 星期三 (下午)	12月2日 星期三 (下午)	12月16日 星期三 (下午)

決定：洽悉。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：115年醫院總額一般服務預算四季重分配。

決定：

一、洽悉。

二、採近3年(111-113年)之每季醫療申報點數占率平均分配計算，第1季24.229625%、第2季24.447789%、第3季25.397119%、第4季25.925467%。

第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113年度「醫院總額品質保證保留款實施方案」核發結果。

決定：洽悉。

第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」專款計畫實施期程。

決定：考量115年本項預算由專款導入一般服務項目，台灣醫院協會規劃方案內容，本署尚需研擬估算，並於下次提會討論，支付標準修訂項目尚未生效前，暫以114年專款項目方案內容支付。

第八案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)3.4版支付通則暨115年1-6月適用之相對權重統計結果」案。

決定：

一、洽悉。

二、本次計算 SPR 值為52,621點，未達113年7-12月適用之 SPR 值53,632點，爰續沿用113年7-12月適用權重。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：115年醫院總額一般服務點值保障項目案。

決議：

一、通過115年一般服務保障項目(同114年)如下：對應申請區域醫院評鑑之地區醫院，如經評鑑不符合區域醫院者，自評鑑不符合之日起，1年內不得適用地區醫院保障項目【地區醫院急診診察費、地區醫院假日及夜間門診案件(不

含藥費)、地區醫院住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費】，惟其護病比符合區域醫院評鑑標準者，其醫療服務得比照區域醫院保障【區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費】；另自醫院評鑑不符合之日起1年後，仍不符合區域醫院評鑑者，不得適用地區醫院保障項目，亦不得比照區域醫院保障。

- (一) 門診、住診之藥事服務費(每點1元支付)。
- (二) 門診手術(每點1元支付)。
- (三) 住院手術費、麻醉費(每點1元支付)。
- (四) 血品費(每點1元支付)。
- (五) 主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急診醫療服務點數(每點1元支付)。
- (六) 地區醫院急診診察費(每點1元支付)。
- (七) 經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院
(註:以前一季該分區平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區平均點值小於當季該分區浮動點值，該季該分區偏遠地區醫院之浮動點數以當季該分區浮動點值核付。)
- (八) 地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)(每點1元支付)。
- (九) 區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費(每點1元支付)。
- (十) 地區醫院住院病房費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)、一般病床住院診察費、住院護理費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)(每點1元支付)。
- (十一) 醫院生產案件(每點1元支付)

註：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

二、本案報全民健康保險會同意後實施。

- 三、原規劃如當季浮動點值大於1元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於1元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付一節，考量將影響次季預算分配及點值，維持保障項目以每點1元支付。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：115年「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」修訂案。

決議：本案修訂通過(附件1)，重點如下：

一、計畫評核指標：

- (一) 結構面指標「接受生活習慣諮商或衛教率」：放寬諮商或衛教紀錄以多元方式留存備查。
- (二) 過程面指標「B、C 型肝炎篩檢率」：配合國民健康署調整成人預防保健 B、C 型肝炎篩檢年齡，修訂分母定義。

二、計畫管理機制：新增保險人定期提供參與醫院各項評核指標達成情形之規範，以提升照護品質。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「115度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」。

決議：本案修訂通過(附件2)，重點如下：

- 一、修訂施行區域事宜(115年預計列入129個地區，較114年增加3個)，包含：增列桃園市觀音區、屏東縣麟洛鄉及萬巒鄉；調整施行地區分級(由第2級調整為第3級)：雲林縣水林鄉松中村；另承作單位開放診所及醫院共同申請：新北市石門區及雙溪區。
- 二、調整各級施行地區之開業計畫保障額度(皆較114年增加5萬點)：第一級25萬點、第二級30萬點、第三級40萬點。
- 三、有關台灣醫院協會建議簡化延續辦理巡迴計畫院所之執行成果報告事宜，本署將再洽該會瞭解具體訴求後，納入後

續修訂參考。

- 四、另有關本署原提案新竹縣新埔鎮為醫療資源不足地區、花蓮縣吉安鄉開放診所及醫院共同申請一節，同意與會西醫基層總額醫師公會全聯會代表建議，新竹縣新埔鎮於今(114)年有新增2家開業西醫基層診所，建議暫予觀察不列入；又花蓮縣吉安鄉因交通地理條件尚屬方便，建議維持由診所優先申請。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：新增「115年度全民健康保險春節加成獎勵方案」案。

決議：照案通過，重點如下：

- 一、本方案以115年度全民健康保險其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」項下53.11億元支應。
- 二、門診診察費及藥事服務費，依假別予以30%~100%之加成。
- 三、急診及住院：急診診察費／護理費、住院診察費、護理費及藥事服務費，額外加計100%。
- 四、另有關與會代表建議本方案應納入包裹給付或論日支付等案件(慢性精神病床、慢性呼吸照護病房、血液透析等)一節，本署將另行試算財務影響後，續提相關會議討論。

第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目」案。

決議：照案通過，重點如下：

- 一、加護病床住院診察費：兒科專科醫師得再加計20%。
- 二、一般住院診察費：學齡前兒童(未滿2歲)加成率調升為60%，並同步調整兒科專科醫師加成上限。
- 三、兒童精神治療：調升未滿六歲「精神科日間住院治療費」支付點數。
- 四、新生兒重大手術：調升「隱睾雙側睪丸固定術」等7項新

生兒重大手術支付點數及調整手術章節第十八項「治療性先天殘缺手術」支付規範。

五、調升支氣管鏡檢查支付點數。

第六案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」案。

決議：暫保留，待感染症醫學會參考與會代表意見修正後，再提會討論。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 4 時 50 分

全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫

113年8月27日健保醫字第1130117666號公告
114年5月6日健保醫字第1140109432號公告修正
114年 00 月 00 日健保醫字第000000000號公告修正

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

全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「地區醫院全人全社區照護計畫」專款項目。

參、計畫目的

- 一、由保險人分階段提供最適收案名單予地區醫院收案照護，藉由整合醫院的醫療及人力資源，使保險對象於其最常就醫之主要照護醫院中，獲得完善且整合性之醫療照護。
- 二、針對高血糖、高血脂及高血壓(下稱三高)疾病高風險族群納入照護管理，達到三高防治888(80%三高病人加入照護網、80%收案病人接受生活習慣諮商、80%收案病人達到三高控制)政策目標。

肆、組織運作

- 一、參與醫事機構資格：本保險特約之地區醫院。
- 二、參與計畫團隊組成：
 - (一)參與醫師應具有家庭醫學科、內科或兒科專科醫師資格。如地區醫院無前述三科專科醫師，得由其他專科醫師參與。
 - (二)專任或兼任營養師1名、專任個案管理人員1名。
 - (三)地區醫院應與社區民眾共同生活圈之1~2家區域級以上醫院及5家以上診所建立轉診及合作機制。如為當年度公告之本保險醫療資源缺乏地區施行區域及本保險保險對象免自行負擔費用辦法所列之山地離島地區之醫院，得與1~2家區域級以上醫院及1家以上診所建立轉診及合作

機制。

伍、執行內容：

一、會員之個人健康資料建檔(含家族史、生活型態)，並按健康狀況及疾病樣態，訂定治療計畫書。

二、提供及提醒相關預防保健、癌篩、疫苗注射等。

三、提供疾病治療及相關檢驗(查)，定期檢視個案健康數據(血糖/血壓/體重/檢驗檢查)，並給予疾病相關照護資訊、飲食與生活相關衛教。

四、定期評估會員健康狀況是否需轉介居家或長照服務。

五、定期辦理健康促進或疾病衛教宣導等活動，院內召集照護團隊舉辦個案研討，確保全人照護品質。

六、設立會員24小時諮詢專線：

(一) 提供會員於有需要時，能立即獲得醫療諮詢服務，進一步減少民眾不必要的就醫需求。所提供之具體服務項目如下：

1. 提供健康照護之建議。

2. 提供就醫地點並協助聯繫就醫。

3. 緊急狀況發生時，適時轉介個案收案醫師協助。

(二) 應由執業登記於該醫院之醫事人員接聽，醫院於申請計畫書內述明諮詢專線接聽人員名單並檢附前開人員之醫事人員證書。

七、建立醫療照護品質提升及轉診機制：訂定團隊內合作照護機制及相關流程，併於申請計畫書送保險人分區業務組備查。合作內容至少需包含建立雙向轉診流程、共同照護機制、醫療品質提升計畫。

八、運用電話諮詢專線、即時通訊軟體、電子郵件等多元工具，優化諮詢服務。並規劃主動電訪(Call out)服務，以加強個案健康管理，提升慢性病會員照護品質。

九、醫院(含合作醫院)應提供收案會員加值服務，如就醫、檢查快速通道、掛號優先等。

十、鼓勵所屬會員下載個人健康存摺做好健康管理，並鼓勵會員利用健康存摺填寫會員滿意度調查。

十一、醫院應設置專任個案管理人員至少1名，應由執業登記於該醫院之醫事人員、具醫務管理或公共衛生背景之非醫事人員擔任，辦理下列事項：

(一)協助調查個案健康狀況、聯繫及協調照護計畫。

(二)協助處理安排會員轉診及追蹤轉診會員治療結果。

(三)協助會員之個案管理與衛教宣導。

(四)對於穩定之慢性病會員提供持續性的追蹤關懷。

十二、應製作本計畫收案會員權利義務說明書或計畫會員通知(書面函、簡訊、電子郵件、即時通訊軟體等)，告知本計畫內容及其權益、義務，並提供收案對象確認回饋機制，並留存備查。

十三、應遵守「個人資料保護法」相關規定。如有運用本計畫之個人資料，執行非本計畫目的之行為(如商業促銷等)者，應即終止執行本計畫。

陸、收案對象(會員)

一、保險人依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年西醫醫院門診明細清單資料(排除外傷及代辦案件如：產檢、小兒健檢、流感注射等)後，針對三高就醫(以高血糖、高血脂及高血壓就醫並用藥)及動脈粥狀硬化心血管疾病(下稱 ASCVD)風險等級達非常高或極高之保險對象做為較需照護名單，交付參與計畫之地區醫院提供健康管理。

二、前述名單排除家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫(下稱代謝計畫)、醫院以病人為中心門診整合照護計畫、全民健康保險醫療給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(以下稱 P4P-DM/CKD/DKD)收案者。

三、交付原則：

以三高、ASCVD 就醫件數最高的地區醫院收案照顧；若就醫件數相同

時，則由藥費最高的地區醫院收案。

四、每名醫師之收案人數以1,000人列計，並以參與計畫之醫師數計算醫院收案人數上限。

柒、管理登錄個案

一、參與本計畫之醫療院所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關規定辦理。

二、醫院需於計畫公告2個月內將會員資料批次上傳至健保資訊網服務系統VPN(詳附件一)，並於收案後3個月內通知收案會員已被本計畫收案及取得收案會員同意，另於年底前完成會員健康資料建檔。前一年度已為會員之應照護族群，收案名單由保險人自動轉入健保資訊網服務系統VPN。

三、參與本計畫之醫院應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。

捌、參與計畫醫院、醫師資格及基本要求

一、參與計畫之特約醫院或醫師於參與計畫之日起前2年內，無全民健康保險特約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中各條所列違規情事之一暨第四十四及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(含行政救濟程序中尚未執行者)。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。

二、因離職而退出醫師之會員，可由原參與醫院於一個月內來函述明其承接理由，經保險人各分區業務組同意後由符合資格醫師承接。如承接會員之醫師非當年度原醫院已參加本計畫醫師，則需由醫院主動告知會員，其主要照護醫師更換，如會員不同意更換則不予承接。

三、醫院參與本計畫執行期間因涉及有特管辦法第三十八至第四十條中各條所列違規情事之一暨第四十四及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)，以保險人第一次核定違規函所載停約或終止特約日起同步終止本計畫。

四、教育訓練：

(一)照護團隊中至少1名個案管理人員於參與本計畫第一年接受台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之4小時之行政管理教育訓練課程並需取得證明；若於年度內未取得訓練證明，保險人將追扣該醫院之開辦建置費。

(二)醫師參與本計畫第一年應參與台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之家庭醫師訓練課程。具家庭醫學專科醫師資格之醫師應完成4小時之行政管理教育訓練課程；具內科、兒科專科醫師資格之醫師應完成4小時之行政管理教育訓練課程及8小時之家庭醫師專業教育訓練課程；具家庭醫學科、內科、兒科以外專科醫師資格之醫師除應完成4小時之行政管理教育訓練課程及8小時之家庭醫師專業教育訓練課程，另應完成8小時其他專科醫師專業教育訓練課程。完成前述課程之醫師並需取得證明；若於年度內未取得訓練認證之醫師，須退出本計畫，保險人將追扣該醫師當年度之相關費用。

(三)參與本計畫之醫師每年應接受8小時三高防治教育訓練課程（包含高血壓、高血糖、高血脂、心血管疾病防治）。

(四)上開教育訓練課程得由中華民國醫師公會全國聯合會(含各縣市公會)、台灣醫院協會(含各層級醫院協會)、各縣市衛生局、專科醫學會、中華民國糖尿病衛教學會及台灣基層糖尿病協會等主辦。

玖、費用申報及支付方式

- 一、醫院原有之醫療服務及預防保健服務，依現行「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」、總額支付制度及主管機關公告之「醫事服務機構辦理預防保健注意事項」相關規定支付，依實際執行情況按月申報。
- 二、相關費用由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，於追扣補付系統辦理「"2AM" 全人全社區計畫-開辦建置費補付」及「"1AM" 全人全社區計畫-開辦建置費追扣」，「"2AN" 全人全社區計畫-個案管理費補付」及「"1AN" 全人全社區計畫-個案管理費追扣」，「"2AO" 全人全社區計畫-績效獎勵費補付」及「"1AO" 全人全社區計畫-績效獎勵費追扣」，「"1AP" 全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費追扣」、「"2AP" 全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費補付」、「"344" 全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費全年結算追扣」及「"444" 全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費全年結算補付」，「"2AQ" 全人全社區計畫-多重慢性病人門診整合費補付」及「"1AQ" 全人全社區計畫-多重慢性病人門診整合費追扣」，「"2AR" 全人全社區計畫-血糖、血脂管理提升費補付」及「"1AR" 全人全社區計畫-血糖、血脂管理提升費追扣」，「"2BZ" 全人全社區計畫-糖尿病病人之胰島素注射獎勵費補付」，「"1BZ" 全人全社區計畫-糖尿病病人之胰島素注射獎勵費追扣」。
- 三、參與計畫之醫院申報會員門診醫療費用請依門診醫療費點數申報格式規定申報。
- 四、給付項目：應回饋一定比率予參與計畫之績優人員。
 - (一) 開辦建置費：每家醫院支付15萬點。
 1. 未達下列任一條件者，不予支付：
 - (1) 收案會員之個人健康資料建檔率達80%。
 - (2) 評核指標—「設立24小時諮詢專線」得3分(含)以上。
 - (3) 家醫大平台每月至少使用4次。

(4) 除24小時諮詢專線外，至少提供一種會員諮詢服務方式(如即時通訊軟體)。

2. 參與本計畫之醫院限支付1次，如參與期間因故中途退出本計畫，不予支付。

(二) 個案管理費，收案首年每人支付500點/年，收案次年起，每人支付250點/年：

1. 執行內容包含個人健康資料建檔上傳(含家族史、生活型態，詳附件二)、轉診、個案衛教宣導、24小時諮詢專線、個案研討。

2. 支付條件：

(1) 本計畫會員如為本保險居家醫療照護整合計畫或為 P4P-DM/CKD/DKD 之收案個案，若與本計畫屬同一收案醫院，自該計畫收案日起不予支付個案管理費；若與本計畫非同一醫院收案，則予以支付個案管理費，惟居家醫療照護整合計畫之收案個案除外。前開個案及死亡個案之個案管理費按收案月份等比例支付。

(2) 考量會員照護之完整性，參與計畫之特約醫院或醫師於參與計畫期間，如因故中途退出本計畫，則依承作月份按比例核付個案管理費，其餘費用則不予核付。

(3) 未於年底前完成「個人健康資料建檔」者，不予支付個案管理費。

(4) 為達全人照護目標，視個案需要撰寫「個案醫療照護計畫書」(詳附件三)。

(三) 績效獎勵費用，每人支付550點/年：

1. 會員若於計畫執行期間於收案醫院無就醫紀錄，則不予核付本項費用。

2. 支付方式：

(1) 健康管理成效鼓勵：占本項經費之50%：醫院登錄收案會員(排除居家醫療照護整合計畫之個案)實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值回饋醫院：平均每人275點為上限。

(2) 品質提升費用：占本項經費之50%，依計畫評核指標達成情形，分五級支付：

A. 特優級：計畫評核指標分數 ≥ 90 分，則支付品質提升費用會員每人275點。

B. 良好級：計畫評核指標分數介於 $80 \leq \sim < 90$ 分，則支付品質提升費用會員每人210點。

C. 普通級：計畫評核指標分數介於 $70 \leq \sim < 80$ 分，則支付品質提升費用會員每人175點。

D. 輔導級：計畫評核指標分數介於 $60 \leq \sim < 70$ 分，則支付品質提升費用會員每人145點。

E. 不支付：計畫評核指標分數 < 60 分則不予支付。

3.VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數 < 60 分者，則支付個案管理費之50%。

4.本計畫參與醫師當年度未於執業登記醫院申報醫療費用者(不含代辦案件)，不支付收案會員之「個案管理費用」及「績效獎勵費用」。

(四) 失智症門診照護家庭諮詢費用

1. 條件：參與本計畫之失智症會員，經神經科、精神科或老年醫學專科醫師評估有諮詢需要，且會員之失智症評估結果，符合臨床失智症評量表(Clinical Dementia Rating,CDR)值 ≥ 1 或簡易心智量表 ≤ 23 者。

2. 醫院得提供符合上述條件之收案會員家庭諮詢服務，並申報本項費用。

3. 每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件四)，併入會員病歷記錄留存。

4. 給付項目及支付標準：

(1) 每次諮詢服務時間15分鐘(含)以上，未達30分鐘者：支付點數300點，申報編號 P8501B。

(2) 每次諮詢服務時間30分鐘(含)以上者：支付點數500點，申報編號 P8502B。

(3) 同院所每位會員每年最多給付2次費用。

(4) 同一會員當年度之本項費用不得與醫院以病人為中心門診整合照護計畫之失智症門診照護家庭諮詢費用重複申報。

(五) 多重慢性病人門診整合費用

1. 支付條件：須同時符合下列條件

(1) 會員有2種(含)以上慢性病並於收案醫院之門診就醫，且當年度每件慢性病連續處方箋需有兩類(含)以上慢性病用藥，總處方調劑日份須達56日(含)以上，並無「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重複用藥情形者。

本項慢性病係指：高血壓、糖尿病、高血脂、慢性腎臟病。

(2) 醫師提供整合照護後，應於會員之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之內容或藥品，以備查核，並於費用申報時，於「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」之「d13」欄位填報，註記「整合照護模式」。若醫師未於病歷中載明前述之整合資料者，不得註記「整合照護模式」。

2. 支付方式：符合前項條件者，當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達56日(含)以上，每一會員每年度支付550點；若當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達169日(含)以上，每一

會員每年度再增加支付550點。

(六) 血糖、血脂管理提升費：

1. 適用對象：高血糖、高血脂及 ASCVD 會員，並依所具疾病監控下

列檢驗項目：

(1) 高血糖：HbA1c 及 LDL。

(2) 高血脂：LDL。

(3) ASCVD 之風險等級達非常高或極高：LDL。

2. 支付條件及支付方式：

(1) 各疾病組合對應之檢驗項目及控制良好範圍如下表，依照個案

達到控制良好的檢驗項目數，支付相對應費用：

疾病組合	檢驗項目控制良好範圍		控制良好檢驗項目數對應之提升費(點)	
	HbA1c	LDL	1項	2項
高血糖	< 7%；80歲以上病人為<8%	100 mg/ dL	150	250
高血脂		100 mg/ dL	150	
ASCVD		非常高：<70 mg/ dL； 極高：<55 mg/ dL	250	
高血糖+ 高血脂	< 7%；80歲以上病人為<8%	100 mg/ dL	150	250
高血糖 +ASCVD	< 7%；80歲以上病人為<8%	非常高：<70 mg/ dL； 極高：<55 mg/ dL	250	550
高血脂 +ASCVD		非常高：<70 mg/ dL； 極高：<55 mg/ dL	250	
高血糖+ 高血脂 +ASCVD	< 7%；80歲以上病人為<8%	非常高：<70 mg/ dL； 極高：<55 mg/ dL	250	550

(2)最後一次(或當年度半數以上)檢驗結果位於控制良好範圍。前述

最後一次檢驗(查)結果應於當年度7月1日以後。僅具有高血糖、高血脂個案，若於當年度7月1日前之 LDL 檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受 LDL 檢驗者，亦視為控制良好。

- 3.資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。
- 4.參與醫師未於年度結束前完成三高防治教育訓練課程，不予支付。
- 5.當年度已獲 P4P-DM/CKD/DKD 品質獎勵金之醫院，同一個案不得重複領取該計畫品質獎勵金或本項費用。

(七) 糖尿病病人之胰島素注射獎勵費：

1. 適用對象：糖尿病收案會員。
2. 給付條件：持續施打胰島素，即前一年胰島素注射天數 ≥ 28 天，且當年度胰島素注射天數 ≥ 168 天。
3. 支付方式：符合上述條件者，每一個案支付300點/年。

註.新胰島素注射之糖尿病病人以現行「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」之胰島素注射獎勵措施予以獎勵。

五、於年度結束後，進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

六、醫療費用申報、暫付、審查及核付，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。

七、轉診規定：如有轉診之醫療院所請依「全民健康保險轉診實施辦法」規定，辦理轉診院所需填具轉診單，並依門診醫療費點數申報格式規定，於 d16-d18欄位依實際情形填報。

拾、計畫評核指標

一、結構面指標(20分)

(一)個案研討、社區衛教宣導(10分)：一年至少辦理12場，即平均每月至少需辦理1場，且當年度至少1場社區衛教宣導包含三高防治(其中

高血壓防治須包含「722原則」)，且年度內每位醫師至少應參與本項活動達3次(含)以上〔年底應檢附「參與各項活動次數之每月統計表」(附件五)及「衛教宣導紀錄表」(附件六)予分區業務組備查〕。

(二)設立24小時諮詢專線(全年至少抽測3次)(5分)：

鼓勵醫師 call out，有效回答會員問題，並依實際服務品質，分階段給分〔由台灣社區醫院協會進行抽測，以平均分數計算得分並將分數於當年度12月底前提供保險人計分，並於年底檢附「24小時諮詢專線服務每月統計及紀錄表」(附件七)予分區業務組備查，超過繳交期限以0分計算〕。

1. 醫院人員接聽，能即時轉達收案醫師，且收案醫師20分鐘內即時 callout 回電，得5分。
2. 醫院人員接聽，可以解答會員問題(可專業回答如發燒如何處理、瞭解會員狀況)，得5分。
3. 醫院人員接聽，無法解決會員問題(如不了解本計畫、簡單回答請他來醫院等)，得3分。
4. 無人接聽(連續測試3通，每次間隔10分鐘)，得0分。

(三)接受生活習慣諮商或衛教率(5分)

計算公式說明：

分子：會員接受生活習慣諮商或衛教人數(每次諮商或衛教紀錄~~併入~~
會員病歷留存備查)。

分母：會員人數。

1. 接受比率 $\geq 80\%$ ，得5分。
2. 接受比率 $\geq 60\%$ ，得4分。
3. 接受比率 $\geq 40\%$ ，得3分。
4. 接受比率 $\geq 20\%$ ，得1分。

二、過程面指標(25分)：

(一) 成人預防保健檢查率(5分)

1. 會員接受成人預防保健服務 \geq 較需照護族群70百分位數，得5分。
2. $<$ 較需照護族群70百分位數，但 \geq 較需照護族群60百分位數，得3分。
3. 計算公式說明：

分子：30歲(含)以上會員於院所接受成人健檢人數。

分母：(30歲至39歲會員數/5+40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)。

註.按國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，本項指標排除「已為代謝計畫、P4P-DM/CKD/DKD」之收案管理者。

(二) 子宮頸抹片檢查率(5分)

1. 會員接受子宮頸抹片服務 \geq 較需照護族群63百分位數，得5分。
2. $<$ 較需照護族群63百分位數，但 \geq 較需照護族群53百分位數，得3分。
3. 計算公式說明：

分子：25歲(含)以上女性會員於院所接受子宮頸抹片人數。

分母：25歲至29歲會員數/3+30歲(含)以上女性會員數。

(三) 65歲以上老人流感注射率(5分)

1. 會員接受流感注射服務 \geq 較需照護族群65百分位數，得5分。
2. $<$ 較需照護族群65百分位數，但 \geq 較需照護族群55百分位數，得2分。
3. 計算公式說明：

分子：65歲以上會員於院所接種流感疫苗人數。

分母：65歲以上總會員人數。

(四) 糞便潛血檢查率(5分)

1. 5045歲以上至未滿75歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查率 \geq 5045歲以上至未滿75歲較需照護族群檢查率之83百分位數，得5分。
2. $<$ 較需照護族群檢查率之83百分位數，但 \geq 較需照護族群檢查率之73百分位數，得3分。
3. $<$ 較需照護族群檢查率之73百分位數，但 \geq 較需照護族群檢查率之63百分位數，得2分。
4. 計算公式說明：

分子：45歲以上至未滿75歲會員於院所接受定量免疫糞便潛血檢查人數。

分母：45歲以上至未滿75歲會員人數/2。

(五) B、C 肝炎篩檢率(5分)

1. 符合 B、C 肝炎篩檢資格之會員接受 B、C 肝炎篩檢率 \geq 較需照護族群70百分位數，得5分。
2. $<$ 較需照護族群70百分位數，但 \geq 較需照護族群60百分位數，得3分。
3. 計算公式說明：

分子：曾做過 B、C 肝炎篩檢之會員人數。

分母：符合 B、C 肝炎篩檢資格之會員人數(45歲以上未滿80歲者、原住民為40歲以上未滿80歲者民國75年(含)以前出生至79歲(原住民提前至40歲))。

三、結果面指標(45分)

(一) 潛在可避免急診率(5分)

1. \leq 收案會員30百分位，得5分。
2. $>$ 收案會員30百分位，但 \leq 收案會員45百分位，得3分。
3. $>$ 收案會員45百分位，但 \leq 收案會員65百分位，得1分。

4. 計算公式說明：

分子：潛在可避免急診慢性類疾病之案件。

分母：18歲以上本計畫會員罹患慢性類疾病人數。

(二) 會員急診率(排除外傷)(5分)

1. \leq 收案會員30百分位，得5分。

2. $>$ 收案會員30百分位，但 \leq 收案會員45百分位，得3分。

3. $>$ 收案會員45百分位，但 \leq 收案會員65百分位，得1分。

4. 計算公式說明：

分子：會員急診人次(排除外傷案件)。

分母：會員人數。

(三) 可避免住院率(5分)

1. \leq 收案會員30百分位，得5分。

2. $>$ 收案會員30百分位，但 \leq 收案會員45百分位，得3分。

3. $>$ 收案會員45百分位，但 \leq 收案會員65百分位，得1分。

4. 計算公式說明：

分子：可避免住院慢性類疾病之案件。

分母：18歲以上本計畫會員因慢性類疾病就醫人數。

(四) 初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率(5分)

1. \geq 初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率70百分位，得5分。

2. $<$ 初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率70百分位，但 \geq 初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率50百分位，得3分。

3. 計算公式說明：

分子：會員於收案醫院執行初期慢性腎臟病之檢驗人數。

分母：會員門診主次診斷為初期慢性腎臟病之人數。

註：「單次尿液白蛋白／尿液肌酸酐比例(UACR)」或「尿液總蛋白與肌酸酐比值(UPCR)」兩項檢查之一。

(五) 會員固定就診率(10分)

1. 會員在收案醫院之西醫門診固定就診率 \geq 當年較需照護族群65百分位且 $\geq 50\%$ ，得10分。
2. 當年較需照護族群60百分位 \leq 會員固定就診率 $<$ 「當年較需照護族群65百分位且 $\geq 50\%$ 」，得5分。
3. 當年較需照護族群55百分位 \leq 會員固定就診率 $<$ 當年較需照護族群60百分位，得3分。
4. 計算公式說明：

分子：會員在收案醫院(含合作醫院)就醫次數。

分母：會員在所有西醫門診就醫次數。

(六) 血糖、血脂監測數據控制良(或進步)率(10分)

1. HbA1c 控制良好(或進步)占率：

(1) \geq 收案會員之60百分位數，得5分。

(2) $<$ 收案會員之60百分位數，但 \geq 收案會員之50百分位數，得3分。

(3) 計算公式說明：

分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步。

分母：高血糖收案會員數。

2. LDL 控制良好(或進步)占率：

(1) \geq 收案會員之60百分位數，得5分。

(2) $<$ 收案會員之60百分位數，但 \geq 收案會員之50百分位數，得3分。

(3) 計算公式說明：

分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步。

分母：高血糖、高血脂、ASCVD(風險等級達非常高或極高)收案會員數。

3. 控制良好範圍：參照血糖、血脂管理提升費所訂之控制良好範圍。

4. 執行方式：

(1) 符合下列任一條件，即判斷為控制良好：

A. 當年度最後一次檢驗結果屬控制良好。最後一次檢驗結果應於當年度7月1日以後。僅具高血糖、高血脂個案，若於當年度7月1日前之 LDL 檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受 LDL 檢驗者，亦視為控制良好。

B. 當年度檢驗結果中，半數以上達控制良好範圍。

(2) 進步定義：檢驗結果後測-前測 <0 ，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度7月1日以後，且前測及後測日期應間隔84天(含)以上。

(3) 資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。

(七)糖尿病會員照護(5分)：下列兩項指標擇高分指標納入評分

1. 糖尿病會員胰島素注射率(5分)

(1) \geq 糖尿病會員胰島素注射率60百分位，得5分。

(2) 與上年度同期自身比進步率 $>5\%$ ，或 $<$ 糖尿病會員胰島素注射率60百分位，但 ≥ 50 百分位，得3分。

計算公式說明：

分子：糖尿病會員於收案醫院胰島素注射天數 ≥ 28 天之人數。

分母：糖尿病會員門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數且 ≥ 100 人。

2. 糖尿病人眼底檢查執行率(5分)

依據保險人「醫療品質資訊公開網」公開之院所別醫療品質資訊/糖尿病人執行檢查率-眼底檢查或眼底彩色攝影檢查執行率 \geq 全國平均

值，得5分。

四、自選指標(10分)

醫院可就下列指標，選擇最優2項參加評分，於當年度10月底前將選定指標項目回復分區業務組。

(一)提升社區照護品質及健康(5分)

1. 與合作機構間，辦理照護或聯繫座談會，一年至少2場。
2. 與社區公、民營機構或團體，辦理健康促進活動。
3. 以上任一項，檢附佐證資料經分區業務組認可後得分。

(二)配合政策推動指標(5分)：

1. 提供全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務或「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護」服務或全民健康保險在宅急症照護試辦計畫。
 - (1) 提供服務 ≥ 25 人，得5分。
 - (2) 提供服務 ≥ 15 人，得2分。
2. 提供預立醫療照護諮商：提供民眾預立醫療照護諮商服務，並留有紀錄，**加得**5分。
3. 提升全民健康保險急性後期整合照護計畫收案人數：收案人數較去年成長，得5分。

(三) 假日開診並公開開診資訊(5分)。

1. 於週日或國定假日當日開診，並於VPN登錄及公開開診資訊。
2. 開診率 $\geq 50\%$ ，得5分。

分子：收案醫院於當年度週日+國定假日開診天數。

分母：當年度週日天數+國定假日天數。

註：國定假日，依行政院人事行政總處公布放假之紀念日、節日及補假。

(四) 收案會員重複用藥情形(5分)

1. 當年度平均每位會員重複用藥率 ≤ 30 百分位，得5分。
2. 當年度平均每位會員重複用藥率 > 30 百分位，但當年度平均每位會員重複用藥率 ≤ 60 百分位，得3分。
3. 當年度平均每位會員重複用藥率 > 60 百分位，但當年度平均每位會員重複用藥率 ≤ 70 百分位，得1分。
4. 計算公式說明：
分子：收案會員重複用藥處方件數。
分母：收案會員調劑7日以上處方件數。

(五) 血壓上傳率(5分)

1. 所有收案會員皆適用。
2. 上傳率
 - (1) $\geq 70\%$ ，得5分。
 - (2) $< 70\%$ ，但 $\geq 60\%$ ，得3分。
 - (3) $< 60\%$ ，但 $\geq 50\%$ ，得1分。
3. 計算公式說明：
 - (1) 分子：收案會員中，每年至少上傳2筆血壓值(高血壓病人則每年至少上傳3筆)。
 - (2) 分母：會員人數。
4. 資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳數據。

拾壹、計畫管理機制

- 一、保險人負責協調總體計畫架構模式與修正，並定期提供參與醫院各項評核指標達成情形，以提升照護品質。
- 二、保險人分區業務組負責審核計畫與協調監督轄區各計畫之執行，並得邀請醫界代表(如總額執行單位)協助參與、輔導及評估。
- 三、保險人分區業務組得召開觀摩會，邀請執行成效良好之地區醫院分享

經驗，推廣優良的管理模式，促進計畫執行品質。

拾貳、計畫申請方式

參與計畫之地區醫院應於計畫公告2個月內，檢附申請文件向保險人分區業務組提出申請(附錄)(新增及異動者須檢附申請書；前一年度已經參與本計畫且參與醫師與前一年度相同者，可具函敘明前述事項向保險人分區業務組備查)。經保險人分區業務組同意並函復，計畫執行至當年度年底為限。

拾參、退場機制

- 一、評核期間以本計畫所訂指標執行之期程為原則。
- 二、保險人提供評核指標介於60分至70分($60分 \leq 評核指標 < 70分$)之醫院名單予台灣社區醫院協會協助輔導改善，且須於次年6月底前提具執行改善計畫書經保險人分區業務組備查後，始得加入本計畫；第2年仍未達70分續辦標準者(評核指標 $< 70分$)，應退出本計畫，1年內不得再加入本計畫，計畫參與醫師則於1年內不得再加入本計畫或家庭醫師整合性照護計畫。
- 三、如評核指標未達60分者(評核指標 $< 60分$)，應退出本計畫，1年內不得再加入本計畫。1年內不得再加入本計畫，計畫參與醫師則於1年內不得再加入本計畫或家庭醫師整合性照護計畫。
- 四、本計畫參與醫師當年度未於執業登記醫院申報醫療費用者(不含代辦案件)，1年內不得再加入本計畫。

拾肆、實施期程及評估

各醫院應於計畫執行後，年度結束提送執行結果(包含計畫運作執行現況、計畫評核指標執行率與社區衛教宣導)至保險人分區業務組。

拾伍、訂定與修正程序

本計畫由保險人與台灣社區醫院協會共同研訂後，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

健康險保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。

全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫檢核邏輯

保險人網頁之個案通報及登錄系統說明

- 一、參與計畫之醫師需透過醫事服務機構行文至保險人分區業務組申請，待保險人分區業務組核准後，始能登入健保資訊網服務系統(VPN)傳輸會員資料。
- 二、醫師進入保險人資訊網服務系統網頁後登入試辦計畫登錄系統後，可以點選會員管理選項，進行會員資料之登錄、維護及查詢事項。

說明：

1. 保險人分區業務組需確實將參與院所名單登錄於 HMA 系統。
2. 醫療院所需請資訊廠商修改其自行維護的畫面，並將會員資料以批次經本系統上傳至健保資訊網服務系統(VPN)。
3. 相關會員資料之維護仍由保險人分區業務組維護；收案期限將設定12個月，保險人依權限擷取會員資料供分析用，對於資料登錄未完整之醫療院所於12個月內補正資料/或不予支付。
4. 身分證字號有重複登錄情形，則第2筆資料無法輸入。

地區醫院全人全社區照護計畫－收案會員健康資料

計畫附件二

個人基本資料(必填)			
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期	西元 年 月 日	職業別	
主要照顧者		居住地	_____鄉(鎮)
家庭生命週期： <input type="checkbox"/> 新婚夫婦 <input type="checkbox"/> 第一個小孩誕生 <input type="checkbox"/> 有學齡兒童 <input type="checkbox"/> 有青少年子女 <input type="checkbox"/> 子女外出創業 <input type="checkbox"/> 空巢 <input type="checkbox"/> 老化的家庭			
生活型態評估量表各領域總分(附表)(必填) *每個領域最高10分			
正向社會連結： 第 1、3、5、7、9 題的分數總和_____		身體活動： 第 13、19、22 題的分數總和_____	
避免危害物質： 第 6、11、15、16 題的分數總和_____		睡眠及壓力管理： 第 4、8、10、17 題的分數總和_____	
營養： 第 2、12、14、18、20、21 題的分數總和____		抽菸： 1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸10支菸以下、4.平均一天約吸10支菸(含)以上	
喝酒： 1.無、2.偶爾交際應酬(每週1-2天)、3.經常喝(每週>2天)		嚼檳榔： 1.無、2.偶爾交際應酬(每週1-2天)、3.經常嚼或習慣在嚼(每週>2天)	
醫療病史(必填)			
慢性病史 <input type="checkbox"/> 1.高血壓 <input type="checkbox"/> 2.糖尿病 <input type="checkbox"/> 3.腎臟病 <input type="checkbox"/> 4.缺血性心臟病 <input type="checkbox"/> 5.心律不整 <input type="checkbox"/> 6.心臟衰竭 <input type="checkbox"/> 7.腦血管疾病 <input type="checkbox"/> 8.腫瘤 <input type="checkbox"/> 9.貧血 <input type="checkbox"/> 10.關節炎 <input type="checkbox"/> 11.高膽固醇血症 <input type="checkbox"/> 12.痛風或高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 13.過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 14.氣喘 <input type="checkbox"/> 15.慢性肺疾病 <input type="checkbox"/> 16.消化性潰瘍 <input type="checkbox"/> 17.功能性腸胃問題 <input type="checkbox"/> 其他			
家族病史及相關健康問題 (若有親人有罹患下列疾病，請填入家屬代碼：A.父 B.母 C.兒女 D.兄弟姊妹 E.父系親戚 F.母系親戚 G.其他) <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.糖尿病【 】 <input type="checkbox"/> 3.高血壓【 】 <input type="checkbox"/> 4.心臟病【 】 <input type="checkbox"/> 5.腦血管病變(中風)【 】 <input type="checkbox"/> 6.高血脂【 】 <input type="checkbox"/> 7.腎臟病或尿毒症【 】 <input type="checkbox"/> 8.惡性腫瘤【 】 <input type="checkbox"/> 9.遺傳性腎臟疾病【 】 <input type="checkbox"/> 10.多囊腎【 】 <input type="checkbox"/> 11.痛風【 】 <input type="checkbox"/> 12.自體免疫性疾病【 】 <input type="checkbox"/> 13.其他【 】 <input type="checkbox"/> 14.不知			
長期藥物使用 (使用達3個月以上) <input type="checkbox"/> 降血壓藥 <input type="checkbox"/> 胰島素 <input type="checkbox"/> 降血糖藥 <input type="checkbox"/> 降血脂藥 <input type="checkbox"/> 降尿酸藥 <input type="checkbox"/> NSAID <input type="checkbox"/> 中草藥 <input type="checkbox"/> 其他_____			
食物過敏史 食物名稱：		藥物過敏史 藥物名稱：	
身體檢查(皆為必填)			
身高(cm)		血壓(收縮壓/舒張壓)(mmHg)	
體重(kg)		腰圍(cm)	
脈搏(次/每分鐘)			

(附表)資料來源: 社團法人臺灣生活型態醫學會-生活型態評估量表

編號	請想一想 <u>過去七天</u> ，並回答以下問題，你是否：
1	我感覺生活有目標。(是：2分；否：0分)
2	日常飲食我會避免油炸的食物，多以清蒸、水煮、涼拌等烹調方式為主。(是：1分；否：0分)
3	我有進行了兩次以上(含兩次)的靈性、宗教或民俗信仰活動(例如冥想、靜坐、祈禱、拜拜、參加宗教活動、祭拜家中神明或祖先等)。 (是：2分；否：0分)
4	我大部分時間都覺得能夠處理生活的各種壓力？(是：2分；否：0分)
5	我有參加團體聚會或活動(例如運動、社區、社團、學校團體等)？ (是：2分；否：0分)
6	我有抽菸、使用電子煙或其他菸品？(是：0分；否：5分)
7	我有和家人或朋友相聚或聊天三次以上？ (是：2分；否：0分)
8	大部分時間，我睡醒後覺得精神很好，有休息夠了？(是：2分；否：0分)
9	我總共花了兩小時以上的時間待在大自然中（例如：城市內外開放空間：公園、森林、海邊等）？ (是：2分；否：0分)
10	大部分時間，我覺得有足夠的時間照顧自己？(是：1分；否：0分)
11	我有嚼檳榔？(是：0分；否：1分)
12	我的飲食大多以原型食物（如新鮮蔬果、全穀、未加工肉類）為主。(是：1分；否：0分)
	請想一想 <u>過去七天</u> ，並提供您關於以下問題最好的估計值：
13	我總共進行了幾天的肌力訓練？(例如伏地挺身、深蹲、引體向上等) <u>0</u> 、 <u>1</u> 、2、3、4、5、6、7天(<u>0</u> 、 <u>1</u> 、2分)
14	我總共喝了幾杯含糖飲料？(例如果汁、含糖咖啡或茶、汽水、運動飲料)。 <u>少於1</u> 、 <u>1</u> 、2、3、4、5、6、7、8、9、10杯或更多(<u>2</u> 、0分)

15	<p>我一天中喝下含有酒精的飲料，最多共有幾單位？(1單位酒精=10公克純酒精)</p> <div style="background-color: #ffff00; padding: 5px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;"> <p> 1單位酒精 = 10公克純酒精</p> <p>酒品容量 (ml) x 酒精濃度 (%) x 0.785 (酒精密度) = 每瓶酒精含量 (公克)</p> </div> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="background-color: #ffff00; padding: 5px;"> = 150ml 1單位 ml/天 </td> <td style="background-color: #008000; color: white; padding: 5px;"> 啤酒 5% 254ml </td> <td style="background-color: #ff0000; color: white; padding: 5px;"> 含酒精提神飲料 10% 127ml </td> <td style="background-color: #0000ff; color: white; padding: 5px;"> 紅酒 12% 106ml </td> <td style="background-color: #008000; color: white; padding: 5px;"> 米酒 19.5% 65ml </td> <td style="background-color: #0000ff; color: white; padding: 5px;"> 烈酒 40% 31ml </td> <td style="background-color: #800080; color: white; padding: 5px;"> 高粱酒 58% 21ml </td> </tr> </table> <p style="text-align: center; font-size: small;"> 臺灣生活型態醫學會 製作 參考資料：衛生福利部心理健康司 <small>Taiwan Association of Lifestyle Medicine</small> </p>	 = 150ml 1單位 ml/天	 啤酒 5% 254ml	 含酒精提神飲料 10% 127ml	 紅酒 12% 106ml	 米酒 19.5% 65ml	 烈酒 40% 31ml	 高粱酒 58% 21ml
 = 150ml 1單位 ml/天	 啤酒 5% 254ml	 含酒精提神飲料 10% 127ml	 紅酒 12% 106ml	 米酒 19.5% 65ml	 烈酒 40% 31ml	 高粱酒 58% 21ml		
	<p>(女3以下、男4以下，2分、0分)</p> <p>少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10單位或更多</p>							
16	<p>以有喝酒精飲料的那幾天來算，我每天平均喝幾單位？(如果過去七天都沒有喝酒精飲料，請選「少於1」)</p> <p>(女1以下、男2以下，2分、0分)</p> <p>少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10單位或更多</p>							
17	<p>我每晚大約睡幾個小時？</p> <p>少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10小時或更多(0、3、5分)</p>							
18	<p>我每天大約吃幾份水果？(1份是1拳頭大小或一碗8分滿)</p> <p style="text-align: center;">水果一份</p> <p style="text-align: center;">約一個拳頭大小，或切塊水果約一碗8分滿</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;"> 臺灣生活型態醫學會 製作 <small>Taiwan Association of Lifestyle Medicine</small> </p>							
	<p>少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10份或更多(0、1、2分)</p>							
19	<p>我每天坐著的總時間大約有幾小時？</p> <p>少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10小時或更多(3、1、0分)</p>							
20	<p>每天平均食用包裝零食(例如薯片、餅乾、糖果、蛋白營養棒等)的包數。</p> <p>少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10包或更多(2、0分)</p>							

21	<p>每天平均食用蔬菜的份數(1份為可食重約100公克)。</p> <p>蔬菜一份</p> <p>約100公克·或半碗至8分滿的煮熟蔬菜</p>  
	<p>少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10份或更多(0、1、2分)</p>
22	<p>我累積的有氣運動時間，總共有幾分鐘？(例如快走、慢跑等)</p>
	<p>小於30、30、45、60、90、120、150、180、210、240、270、300、大於300分鐘(0、1、2、3、4、5分)</p>

● **各領域總分計算(每個領域最高10分)**

正向社會連結：第1、3、5、7、9題的分數總合_____

身體活動：第13、19、22題的分數總合_____

避免危害物質：第6、11、15、16題的分數總合_____

睡眠與壓力管理：第4、8、10、17題的分數總合_____

營養：第2、12、14、18、20、21題的分數總合_____

整體生活型態分數：_____ (最高50分)

● **整體生活型態分數解釋**

解釋	整體生活型態分數	
現在是您與醫師合作的好時機，幫助您養成顯著改善健康的生活習慣。	0-20	低於平均
您有一些不錯的健康習慣，但仍有很多生活方式可調整來改善您的健康，並降低疾病風險。	21-30	平均
您有許多良好的健康習慣，但仍有一些領域可以檢視並嘗試改善。	31-40	非常好
您做得很好，但可以對生活方式進行小調整，以達到更好的整體健康狀態。	41-50	優秀

一、 疾病及健康狀態

(主要疾病及健康問題列表)

二、 致病原因綜合評估

- (一) 疾病因素：
- (二) 家庭心理社會因素：
- (三) 其他因素：
- (四) 評估結果：

三、 全人照護治療計畫

- (一) 藥物治療
- (二) 非藥物治療
- (三) 其他健康照護建議 (內容視個案情況而定)
 - 1. 慢性病風險評估及衛教
 - 2. 健康生活型態建議(戒菸、增加運動、飲食建議、減重目標等)
 - 3. 預防保健追蹤(如成人健檢、癌症篩檢、疫苗注射)
 - 4. 專科醫師會診
 - 5. 轉診或轉介(長照或其他醫療/社區資源)
 - 6. 其他

失智症門診照護諮詢溝通記載內容及規定

- 一、會員姓名及臨床失智症評量表(CDR)或簡易心智量表評量結果。
- 二、依需要簡要敘述病況、照護技巧指導、藥物或營養諮詢、家屬心理支持、社會資源運用等內容。
- 三、諮詢服務之日期及起迄時間至分。
- 四、提供服務者職稱及簽章。
- 五、接受諮詢服務者簽章及其與會員關係(接受諮詢服務者包括會員或主要照護者，且至少有1位家屬參與)。

註：諮詢服務時間不包括醫師診療及失智症評估量表填報時間

醫院參與各項活動次數之每月統計表

計畫附件五

為瞭解醫院參與各項活動之情況，作為未來醫療品質提升之建議，請依照表中所列項目，簡單記錄執行情形，若能提供相關附件尤佳，謝謝！

項目	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	總計
個案研討 (參與次數)													
社區衛教宣導 (辦理場數)													

團體衛教宣導紀錄表(範例)

日期：	年	月	日				
時間：	時	分	至	時	分	第	場
活動地點：							
相關人員簽名：							
活動成果：							

醫院24小時諮詢專線服務及主動電訪之每月統計

計畫附件七

項目	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	總計
24小時諮詢專線 (諮詢件數)													
主動電訪(Call out) (電訪人數)													

24小時諮詢專線服務紀錄表(範例)

日期	時間 (以24小時計)	會員姓名 會員電話	諮詢內容	處理情形	諮詢人員

_____年度全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫申請書

本院申請參加_____年度「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」，計畫執行期間將確實遵守個人資料保護法及依計畫相關規定辦理。

此致

衛生福利部中央健康保險署○○業務組

醫事機構代號：

醫事機構名稱：

醫事機構負責人：

業務窗口姓名：

(電話：_____、職稱：_____)

請蓋
合約
印鑑

特約醫事機構印章	負責醫事人員印章

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

-----年度-----合作醫院基本資料

***合作醫院基本資料**

1. 合作醫院代號：

合作醫院名稱：

合作醫院印章	負責醫師印章

2. 合作醫院代號：

合作醫院名稱：

合作醫院印章	負責醫師印章

3. 合作診所代號：

合作診所名稱：

合作診所印章	負責醫師印章

請自行複製使用

年度計畫聯絡人及24小時諮詢專線設置情形

聯絡人	姓名	電話	電子郵件

為利計畫基本運作，聯絡人最多可填3位，請務必提供正確聯絡方式（含姓名、電話及電子信箱），以利計畫執行期間密切聯繫。

24小時諮詢專線號碼：

諮詢專線接聽人員名單

醫事人員類別	醫事人員姓名	醫事人員身分證號

*注意事項：

1. 接聽人員執業登記應為參與計畫之地區醫院。
2. 計畫執行期間如有人員異動，仍需檢送醫事人員證書影本供分區業務組查核。

諮詢專線接聽人員之醫事人員證書如附件一

個案管理人員名單

人員類別	姓名	身分證號

營養師名單

姓名	身分證號

附件一、諮詢專線接聽人員之醫事人員證書黏貼處

_____年度地區醫院提供醫療照護品質及轉診機制情形

會員資料

(1) 會員書面資料應妥善保管	<input type="checkbox"/> 已確認	<input type="checkbox"/> 未確認
(2) 會員資料應完成建檔	<input type="checkbox"/> 已確認	<input type="checkbox"/> 未確認
(3) 提供會員權利義務說明書或會員通知	<input type="checkbox"/> 書面函 <input type="checkbox"/> 簡訊 <input type="checkbox"/> 電子郵件 <input type="checkbox"/> 即時通訊軟體 <input type="checkbox"/> 其他	
(4) 提供會員確認回饋機制	<input type="checkbox"/> 通知函 <input type="checkbox"/> 即時通訊軟體 <input type="checkbox"/> 看診告知 <input type="checkbox"/> 透過電子郵件 <input type="checkbox"/> 其他	

與區域級以上合作醫院之共同照護及雙向轉診機制建立

(1) 與合作醫院訂定共同照護機制及相關流程	<input type="checkbox"/> 已完成	<input type="checkbox"/> 未完成
(2) 與合作醫院訂定實質合作內容(雙向轉診流程、病人共同照護、用藥及醫療品質提升計畫)	<input type="checkbox"/> 已完成 合作內容如附件二(必填)	<input type="checkbox"/> 未完成
(3) 與合作醫院轉診資料之分享	<input type="checkbox"/> 已完成	<input type="checkbox"/> 未完成
(4) 與合作醫院共同召開轉診個案照護研討會	<input type="checkbox"/> 是 每 月 次	<input type="checkbox"/> 否

優化諮詢服務

(1) 24小時諮詢電話建置	<input type="checkbox"/> 已完成	<input type="checkbox"/> 未完成
(2) 建立24小時諮詢電話自我抽測檢討機制	<input type="checkbox"/> 已完成	<input type="checkbox"/> 未完成
(3) 規劃主動電訪(Call out)服務	<input type="checkbox"/> 已完成	<input type="checkbox"/> 未完成
(4) 除電話諮詢外,提供多元諮詢服務	<input type="checkbox"/> 即時通訊軟體諮詢 <input type="checkbox"/> 透過電子郵件諮詢 <input type="checkbox"/> 其他	
(5) 接聽人員(醫事人員)	白天: <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 其他: _____ 晚上/半夜: <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 其他: _____	

運作機制

(1) 是否設置專任個案管理人員	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
(2) 是否定期辦理院內個案研討	<input type="checkbox"/> 是 每 月 次	<input type="checkbox"/> 否
(3) 是否定期辦理社區衛教宣導	<input type="checkbox"/> 是 每 月 次	<input type="checkbox"/> 否
(4) 院內成員間定期會議	<input type="checkbox"/> 有辦理 每 月 次	<input type="checkbox"/> 未辦理
(5) 與區域級以上合作醫院定期會議	<input type="checkbox"/> 有辦理 每 月 次	<input type="checkbox"/> 未辦理
(6) 與區域級以上合作醫院定期辦理會員團體衛教指導	<input type="checkbox"/> 有辦理 每 月 次	<input type="checkbox"/> 未辦理
(7) 與區域級以上合作醫院提供收案會員跨院際合作 加值服務	<input type="checkbox"/> 掛號優先 <input type="checkbox"/> 醫療費用減免 <input type="checkbox"/> 檢驗/查快速通關 <input type="checkbox"/> 門診就醫快速通關 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> /住院就醫快速通關 <input type="checkbox"/> 其他	

附件二、與區域級以上合作醫院實質合作內容

一、雙向轉診流程

二、共同照護機制

三、醫療品質提升計畫

114115年度全民健康保險西醫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、施行期間： 114115年1月1日起至 114115年12月31日止。

四、預算來源：

(一) 114115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，全年為 **423.9466.7** 百萬元，得與醫院總額同項專款相互流用。

(二) 114115年度全民健康保險醫院醫療費用總額中之「醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年為 135.5 百萬元，得與西醫基層總額同項專款相互流用。

五、執行方式及年度目標：

(一) 獎勵開業服務計畫（以下稱開業計畫）：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域新開業，提供醫療服務。

(二) 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 227,200 總服務人次及 12,000 總診次為目標；醫院以 70,000 總服務人次及 5,000 總診次為目標。

六、施行區域^註（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：

註：施行區域一覽表中標示★係依據 108 年 12 月 6 日衛部健字第 1083360163 號公告及 108 年 12 月 18 日「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」108 年第 4 次會議決議，109 年放寬納入醫人比介於 2,000 至 2,599 人、戶籍人口數低於 40,000 人且人口密度低於 800 人之 7 個鄉鎮。

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。
- (三)施行鄉鎮分級：
1. 依本保險人於前一年年底參酌施行鄉鎮之醫人比、人口密度及交通狀況等條件，並與保險人各分區業務組及當地衛生局主管機關評估後認定。分為三級：
 - (1) 第一級：醫療資源導入較容易。
 - (2) 第二級：醫療資源導入一般。
 - (3) 第三級：醫療資源導入較困難。
 2. 調整原則：每年調整一次，該年度該鄉鎮巡迴點之平均每診次就醫 35 人次以上，次年度調整級數或列為開業計畫優先輔導施行區域。

七、申請相關規定：

(一)申請資格：

1. 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)。前述符合申請，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。
2. 開業計畫：

- (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一年內與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」之西醫基層診所；另同址或同一負責醫師限申請並經分區核定同意一次。
- (2) 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。
- (3) 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；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。
- (4) 前開計算費用之十二個月區間，若屬下列情況之人員，不在此限：
 - A. 於中央主管機關指定之醫院接受二年醫師訓練之期間並取得證明文件者。
 - B. 退休醫師(需檢具相關文件)。
(註)退休係指 65 歲(含)以上，無執業狀態。
 - C. 返國醫師(需檢具相關文件)。

3. 巡迴計畫：

- (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) 申請參與本計畫之醫師，應以專任專科醫師為優先原則，但不具專科醫師資格，經保險人各分區業務組審查同意者，得提供巡迴醫療服務。
- (3) 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。

(4) 巡迴區域規定：

- A. 巡迴點之申請，限於申請時未有醫師開業之村、里（特殊情形得由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，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）。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計畫期滿為止。
- B. 巡迴地點設置應以媒合當地政府單位或長照據點為優先。
- C. 若為第三級施行區域醫療資源導入較困難，得開放診所及醫院共同承作。
- D. **114115** 年方案公告後第 3 個月起，若未有診所、醫院向所轄保險人分區業務組申請巡迴之鄉鎮（市/區），得由保險人開放其他不同承作單位（診所、醫院）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。
- E. 經前項開放其他分區或同分區不同承作單位申請之鄉鎮(市/區)，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。
- F. 巡迴計畫之延續：為確保本計畫執行之延續性，原核定執行之 **113114** 年度計畫若仍為 **114115** 年度之施行地區，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 **113114** 年度之計畫即可延續至 **114115** 年度本方案公告日當月底止，並得於 **114115** 年度開始進行巡迴醫療服務，其經費由 **114115** 年度預算支應。

(二) 申請流程(詳附件 2)。

1. 申請程序：

- (1) 開業計畫：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)巡迴計畫：自方案公告日起 15 個工作日內(以郵戳為憑)，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，並檢具相關申請文件向所轄保險人分區業務組提出申請；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 114115 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。

(3)前開申請資料不足需補件者，以最後補件日期為受理日。(以郵戳為憑)

2. 保險人分區業務組核定程序：

(1) 保險人分區業務組自受理日起 15 個工作日內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：自核准發函後始得執行（發函日）。

(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) 巡迴計畫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）。

3. 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，經核准發函後生效，始得執行。

(三)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改善方案巡迴醫療服務計畫申請書」（詳附件 3-1）或「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」（詳附件 3-2）。
2. 服務計畫書書面資料及檔案，詳附件 3-3。
3. 醫事人員執業執照正反面清晰影本。
4. 退休醫師請檢具相關證明文件，以證明退休、無執業狀態。
5. 返國醫師請檢具下列文件：
 - (1) 護照影本。
 - (2) 我國醫師證書影本。
 - (3) 美國、日本、歐洲、加拿大、南非、澳洲、紐西蘭、新加坡及香港等國之醫師證書影本。(含中譯版)
6. 申請巡迴計畫需另檢附：
 - (1) 經當地衛生局報備之醫師、藥事人員及護理人員同意函。
 - (2) 申請單位前 1 年執行之巡迴點，每診次平均就醫未達 5 人次者，於當年度提出申請時，則一併檢附改善計畫書。

(四) 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. 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) 需符合本方案第七項、申請相關規定。
 - (2) 依照本方案第七項之（二）、申請流程之規定，向所轄保險人分區

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，經核准發函後始得執行。

4. 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，同一院所之每一巡迴點，一年不可超過三次。因天災、事故等因素，不在此限。如有特殊情形者，由所轄保險人分區業務組評估後核定。

八、開業計畫之相關規定：

(一) 執行本計畫特約診所之支援醫師，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。

(二) 經保險人所轄分區業務組查證若有下列情形之一者，應立即終止執行本計畫：

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。

(三) 執行本計畫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 2 次夜診，每月應至少提供 20 天門診服務。每診次至少 2 小時以上，夜診時間應介於每日 18 時至 22 時。

(四) 申請本計畫之診所可同時申請巡迴計畫，但巡迴看診時數不列入門診服務時數計算。

(五) 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，或每年

至少收案 10 名代謝症候群防治計畫或全民健康保險醫療給付改善方案個案，收案名額為已收案並依照護時程追蹤者列計。

(六)辦理方案開業計畫者，其起訖日期依原申請年度計算，支付方式依年度方案規定辦理。

(七)保險人分區業務組每月至少一次電話抽查或實地訪查有無依所訂門診時段提供服務。連續 3 個月抽查或訪查未符合規定者，依本方案十二(四)規定終止執行本計畫。

九、巡迴計畫之相關規定：

(一)巡迴點之規定：

1. 每一個巡迴點至多 1 天 1 次巡迴醫療，每診次至少 3 小時，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。每診次巡迴至多 2 個巡迴地點，每個地點至少 1 小時。服務時間須介於 7:00~21:00，服務時間係以實際醫療時間計算，且不包含車程、用膳及休息時間，因天災、事故等因素，經保險人分區業務組確認者，不在此限。
2. 執行本計畫滿 3 個月，巡迴點每診次平均就醫未達 5 人次者，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. 執行本計畫之特約診所或醫院，應將「全民健保巡迴醫療服務」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 5 規定辦理）。
4. 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 個巡迴地點，人次合併計算。
5. 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。
6. 執行本計畫之特約診所或醫院，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。

7. 每巡迴點每季累計休診次數，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。

(二) 巡迴醫事人員之規定：

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. 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 診次及每週至多 3 診次為原則。每診次巡迴至多 2 個巡迴地點，每個巡迴地點至少 1 小時。
 - (1) 同一巡迴點，同一時段，以支付一位醫師的費用為原則。
 - (2) 如醫師有 1 天至不同巡迴點提供最多 2 診次巡迴醫療或每週增加診次者，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，保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意。
 - (3) 同一醫師同一巡迴點，以每週看診 1 診次為原則（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）。
4. 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 診次。同一巡迴點，同一時段，以支付護理人員、藥事人員各一位的費用為原則。
5. 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，不得申請本計畫。

6. 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，如有特殊情形，經保險人分區業務組評估個案同意。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。

十、支付標準及醫療費用申報與審查：

(一)預算支用範圍：

1. 開業計畫：執行本方案產生之新開業醫療服務費用。
2. 巡迴計畫：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；另診所部分包含診察及診療費用點值最高補至 1 元之費用、醫院部分包含執行本方案產生之醫療費用。
3. 醫缺地區診所補充點值及例假日診察費加成：
 - (1) 適用條件：設立於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施行地區之診所（以下簡稱醫缺地區診所）；且排除「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）及本方案開業計畫之診所。
 - (2) 例假日定義：係依人事行政總處所公布之放假日，包含：週六（扣除補班日）、週日、紀念日、民俗節日、兒童節、勞動節及含連假之補假日。
 - (3) 支用內容：醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至 1 元之費用及例假日診察費加計 2 成之費用。

(二)保險對象應自行負擔之醫療費用：

1. 保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。惟醫院執行巡迴計畫，門診基本應自行負擔費用、門診藥品及門診檢驗檢查應自行負擔費用，比照診所門診應自行負擔費用收取。
2. 診所、醫院執行本方案，若位於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，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。

(三) 支付原則：

1. 開業計畫

- (1) 該診所總額內核定點數（含應自行負擔）以該區浮動每點支付金額至少 1 元計算（含釋出交付機構之費用），每月最低保障額度依施行區域分級支付：第一級 **2025** 萬點、第二級 **2530** 萬點及第三級 **3540** 萬點計算。
- (2) 保障期限自保險人分區業務組審核通過(發文日期)開始起算，若發文日非該月 1 日，則由次月開始計算，保障至第 36 個月止(延續辦理期不須另提出申請)。
- (3) 如總額內核定點數（含應自行負擔）超過保障額度者，則依該區點值每點支付金額至少 1 元計算。
- (4) 管理原則：
 - A. 當月門診服務未滿 20 天者，不予支付當月保障額度，依申報點數核定，並由西醫基層總額一般服務預算支付。
 - B. 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，調整當月門診服務未滿天數之百分比。
註：以農曆春節 7 日假期為例，辦理本方案開業計畫診所於當月應提供 16 天門診【 $20*(31-7)/31=15.48$ 】，若門診服務未滿 16 天，不予支付當月保障額度。
 - C. **若保險服務醫事機構非於月底退出本方案，則該月保障額度將按**

參與計畫日數占當月日曆日數之比例計算。

- (5) 西醫基層診所屬本方案之開業計畫並提供巡迴醫療服務者，得依提供巡迴醫療服務地區之分級，申請論次支付點數。
- (6) 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。

2. 巡迴計畫

(1) 診察費加成：

- A. 基層診所每件依 112113 年全年平均診察費 340341 點加計 3 成，申報方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。
- B. 基層診所門診診察費支付標準編號：處方交付特約藥局調劑申報代碼為 P57001。處方由診所自行調劑申報代碼為 P57002。

(2) 醫事人員報酬：以「論次計酬」支付。

A. 一般日（含夜診）：

(a). 醫師：

- 第一級：每次支付 4,000 點（支付代碼為「P2011C」）。
- 第二級：每次支付 5,000 點（支付代碼為「P2005C」）。
- 第三級：每次支付 8,000 點（支付代碼為「P2013C」）。

(b). 護理人員：

- 第一級：每次支付 1,200 點（支付代碼為「P2007C」）。
- 第二級：每次支付 1,500 點（支付代碼為「P2015C」）。
- 第三級：每次支付 1,800 點（支付代碼為「P2016C」）。

(c). 藥事人員：

- 第一級：每次支付 1,200 點（支付代碼為「P2009C」）。

第二級：每次支付 1,500 點（支付代碼為「P2019C」）。

第三級：每次支付 1,800 點（支付代碼為「P2020C」）。

B. 例假日：

(a). 醫師：

第一級：每次支付 5,000 點（支付代碼為「P2012C」）。

第二級：每次支付 6,000 點（支付代碼為「P2006C」）。

第三級：每次支付 9,000 點（支付代碼為「P2014C」）。

(b). 護理人員：

第一級：每次支付 1,700 點（支付代碼為「P2008C」）。

第二級：每次支付 2,000 點（支付代碼為「P2017C」）。

第三級：每次支付 2,300 點（支付代碼為「P2018C」）。

(c). 藥事人員：

第一級：每次支付 1,700 點（支付代碼為「P2010C」）。

第二級：每次支付 2,000 點（支付代碼為「P2021C」）。

第三級：每次支付 2,300 點（支付代碼為「P2022C」）。

C. 執行巡迴醫療服務應逐次依據論次醫療費用申請表格式（詳附件 6），於次月 20 日前申報，將資料上傳至健保資訊服務網系統 (VPN)，並郵寄附件 6 之申請表至向保險人分區業務組。

(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。~~屬適用勞動基準法之醫事人員，勞動節(含勞雇雙方協商排定之補假日)依規定以例假日計。~~

(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。

3. 醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至 1 元之費用及例假日診察費加成費用。

(1) 醫缺地區診所醫療費用每點支付金額最高補至 1 元之費用；總額內核定點數每點最高補至 1 元。

(2) 例假日診察費加計 2 成：例假日申報診察費加計 2 成，加成點數每點 1 元，保險人於點值結算時加計支付。

(四)點值結算方式：

1. 本方案依部門別預算按季均分：

(1) 西醫基層診所：先扣除開業計畫之支付金額（含巡迴計畫之「論次計酬」）、巡迴計畫診察費加成、醫缺地區診所例假日診察費加成費用，每點支付金額以 1 元支付。當季預算若有結餘，優先支應巡迴計畫之論次計酬，且每點支付金額最高補至 1 元。其次依序支應醫缺地區診所醫療費用、巡迴計畫之診察費及診療費，依該區每點支付金額最高先補至 1 元之點值差額後，若有結餘，再流用至下季。

(2) 醫院部門：先扣除診察費加成、藥費及藥事服務費，其餘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，可流用至下季。

2. 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。

3. 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)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附件 7 填報。

- (七)執行本方案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「全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊」（以下稱例外就醫名冊，如附件 8），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)有關預防保健服務項目中之申報，請依衛生福利部國民健康署（以下稱健康署）『醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項』辦理，如該注意事項未規定者，適用或比照全民健康保險相關法令之規定，其費用由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、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。費用並由健康署公務預算支應，案件分類請申報 B7。

十一、 考核程序及執行報告：

- (一)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。
- (二)繳交文件包括評核表（附件 9-1 或 9-2）、民眾滿意度調查表至少 10 名（附件 9-3），且每一個巡迴點需各自評分。
- (三)本年度使用「全民健康保險醫療資訊雲端查詢系統」及獎勵新開業包含使用「全民健康保險即時查詢病患就醫資訊方案」為考核評分加分項目，另保險人分區業務組可視需要依其自評項目實地審查。
- (四)執行報告之格式：詳附件 10-1 至附件 10-3。
- (五)執行報告之內容與繳交時程，將作為下年度審查之依據。

十二、 相關規範：

- (一)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，不須補診及報備。

- (二)執行本方案之診所、醫院未經報備無故休診二次，則終止執行本方案。
- (三)醫院申請巡迴計畫或診所辦理開業計畫，若資格符合參與代謝症候群防治計畫或醫療給付改善方案，應自動加入併同執行，惟院所如有特殊情形經評估難以執行，得向所屬保險人分區業務組申請報備同意。
- (四)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，且經保險人分區業務組核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者），應自條件變更次月起或第一次處分函所載之停約日起停止本項服務。
- (五)執行方案期間，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。
- (六)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（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者），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。

十三、本方案由保險人與相關醫事團體共同研訂後，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。

114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 附件1

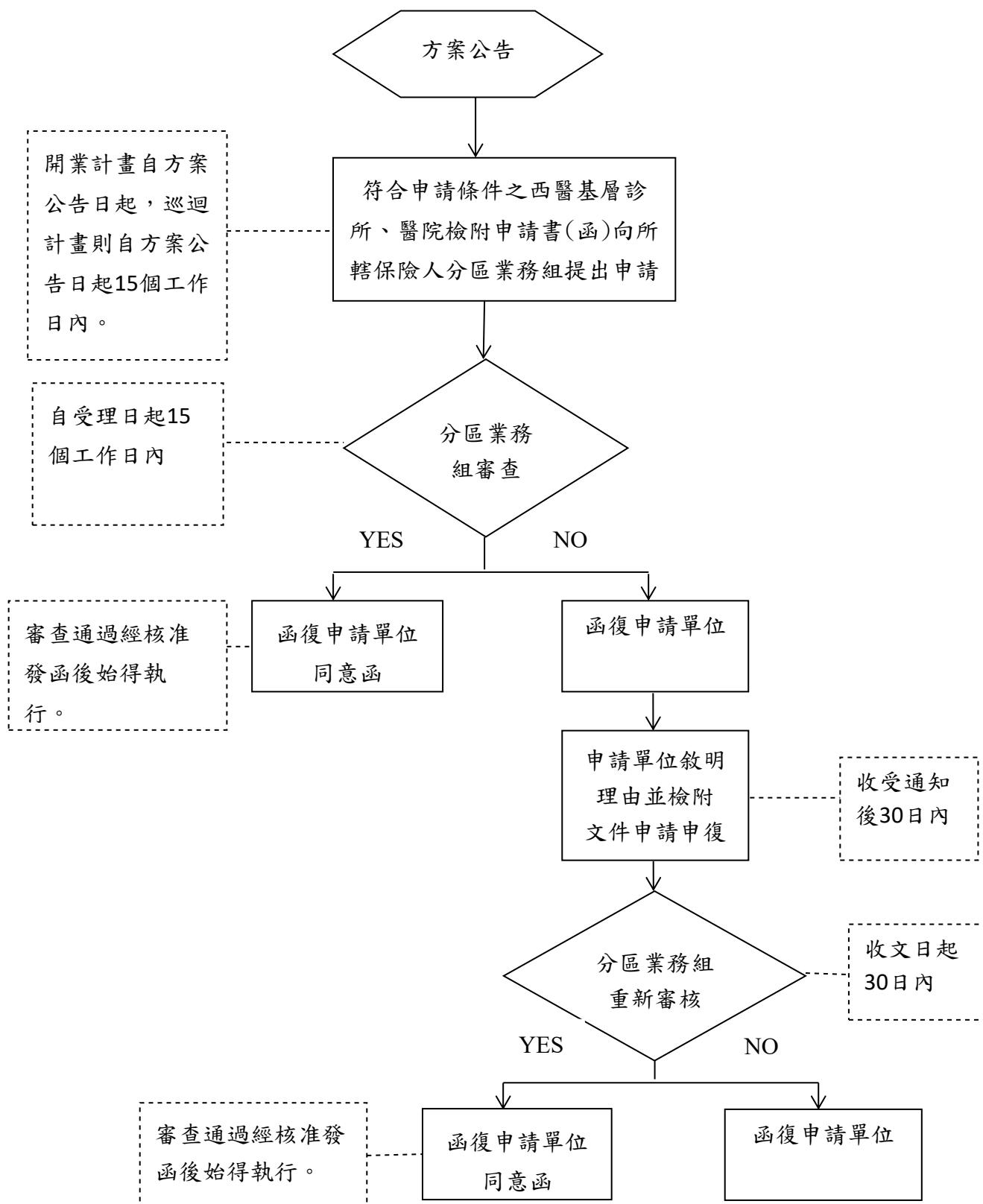
業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位	業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位
臺北業務組	新北市	坪林區	3	基層診所	中區業務組	彰化縣	*二水鄉	2	基層診所
		萬里區	2	基層診所			(埔鹽鄉)	2	基層診所
		*三峽區	2	基層診所			(田尾鄉)	2	基層診所
		*(雙溪區)	3	基層診所、醫院			大村鄉	1	基層診所
		石門區	2	基層診所、醫院			(芳苑鄉)	2	基層診所
		石碇區	3	醫院			(福興鄉)	2	基層診所、醫院
		三芝區	2	醫院			(線西鄉)	2	醫院
		*平溪區	3	醫院			伸港鄉	1	醫院
		貢寮區	2	醫院			芬園鄉	2	醫院
	基隆市	*七堵區	1	基層診所			*永靖鄉	1	醫院
	宜蘭縣	壯圍鄉	2	基層診所			大城鄉	2	醫院
		(三星鄉)	2	基層診所			竹塘鄉	2	醫院
		(五結鄉)	2	基層診所			溪州鄉	2	醫院
		頭城鎮	2	基層診所			*社頭鄉	1	基層診所、醫院
		★礁溪鄉	1	基層診所			魚池鄉	2	基層診所
		冬山鄉	2	基層診所			名間鄉	2	基層診所
	北區業務組	桃園市	觀音區	1			基層診所、醫院	南投縣	(國姓鄉)
新竹縣		芎林鄉	2	基層診所	*中寮鄉	2	基層診所		
		(峨眉鄉)	2	基層診所	*鹿谷鄉	2	醫院		
		(橫山鄉)	2	基層診所	(古坑鄉)	2	基層診所		
		寶山鄉	2	醫院	(二崙鄉)	2	基層診所		
		北埔鄉	2	醫院	(東勢鄉)	2	基層診所		
苗栗縣		造橋鄉	2	醫院	雲林縣	水林鄉	2	基層診所	
		卓蘭鎮	3	醫院、基層診所		*崙背鄉	2	基層診所	
		三灣鄉	2	基層診所		*褒忠鄉	2	基層診所	
		*(獅潭鄉)	3	基層診所		*(四湖鄉)	2	基層診所	
		西湖鄉	2	基層診所		*口湖鄉	2	基層診所	
		公館鄉	2	基層診所		(大埤鄉)	2	基層診所	
		銅鑼鄉	2	基層診所		★荊桐鄉	1	醫院	
	南庄鄉	2	醫院	(元長鄉)		2	基層診所		
中區業務組	臺中市	(大安區)	2	基層診所		林內鄉	2	醫院	
		(新社區)	2	基層診所		臺西鄉	2	醫院	
		*(石岡區)	2	基層診所		(布袋鎮)	2	基層診所	
		外埔區	2	醫院		*溪口鄉	2	基層診所	
	彰化縣	埤頭鄉	2	基層診所		嘉義縣	鹿草鄉	2	基層診所

業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位	業務組	縣市	鄉鎮(市/區)	分級	承作單位
南區業務組	嘉義縣	(番路鄉)	2	基層診所	高屏業務組	屏東縣	車城鄉	2	醫院
		*新港鄉	2	基層診所			*鹽埔鄉	2	醫院
		水上鄉	2	基層診所			竹田鄉	2	醫院
		(義竹鄉)	2	基層診所			*南州鄉	2	醫院
		*中埔鄉	2	基層診所			枋山鄉	2	醫院
		(六腳鄉)	2	基層診所			滿州鄉	3	醫院
		(東石鄉)	2	基層診所			崁頂鄉	2	醫院、基層診所
		*梅山鄉	2	基層診所			麟洛鄉	1	基層診所、醫院
		*竹崎鄉	2	基層診所			萬巒鄉	1	基層診所、醫院
	臺南市	東山區	2	基層診所	東區業務組	花蓮縣	*鳳林鎮	2	基層診所
		後壁區	2	基層診所			吉安鄉	2	基層診所
		西港區	2	基層診所			*光復鄉	2	基層診所
		*關廟區	2	基層診所			* <u>(壽豐鄉)</u>	2	基層診所
		*下營區	2	基層診所			(富里鄉)	3	基層診所
		學甲區	2	基層診所			(瑞穗鄉)	2	基層診所
		* <u>(左鎮區)</u>	3	基層診所、醫院			*玉里鎮	2	醫院
		(龍崎區)	3	基層診所、醫院			卑南鄉	2	基層診所
		* <u>楠西區</u>	2	基層診所		* <u>(大武鄉)</u>	2	基層診所	
		(南化區)	3	基層診所、醫院		* <u>(太麻里鄉)</u>	2	基層診所	
		官田區	2	基層診所		* <u>(東河鄉)</u>	3	基層診所	
		(七股區)	2	基層診所		*長濱鄉	2	基層診所	
		北門區	2	基層診所		*鹿野鄉	2	基層診所	
		大內區	2	醫院		*成功鎮	2	基層診所	
		將軍區	2	醫院		*池上鄉	2	基層診所	
		* <u>關山鎮</u>	2	基層診所					
		高雄市	(田寮區)	3		基層診所、醫院			
			(內門區)	2		基層診所			
(永安區)	2		基層診所						
* <u>六龜區</u>	2		基層診所						
杉林區	2		醫院						
甲仙區	3		醫院						
* <u>旗山區(溪洲地區)</u>	1		基層診所						
屏東縣	(新園鄉)		2	基層診所					
	佳冬鄉		1	基層診所					
	九如鄉	2	醫院						

註：

1. 經修正公告~~114~~**115**年度施行鄉鎮(市/區)，共計~~126~~**129**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*。
4. 依據108年12月6日衛部健字第1083360163號公告及108年12月18日「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」108年第4次會議決議，109年放寬納入醫人比2,000-2,599人、戶籍人口數 $\leq 40,000$ 人且人口密度 ≤ 800 人之7個鄉鎮，註★。
5. 高雄市旗山區溪洲地區，係指：南勝里、中寮里、新光里、南洲里、中洲里、大山里、上洲里及鯤洲里共8個里。
6. 高雄市六龜區寶來里、雲林縣古坑鄉草嶺村及樟湖村、雲林縣水林鄉松中村、嘉義縣番路鄉草山村、嘉義縣竹崎鄉仁壽村及光華村為第3級。

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6）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：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。繳交文件包括評核表（附件9-1或9-2）、民眾滿意度調查表至少10名（附件9-3）。

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

附件3-1

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)			分級：		
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： 巡迴醫師姓名(備援，限3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						
	巡迴點連絡電話：						
	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)
分區業務組意見：							
審核情形	<input type="checkbox"/> 同意						
	<input type="checkbox"/> 申請日最近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條所列違規情事之一暨第44條及第45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)。						
	<input type="checkbox"/> 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)。						
	<input type="checkbox"/> 計畫書內容符合方案需求						
	<input type="checkbox"/> 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)			分級：			
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：							
	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 申請日最近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條所列違規情事之一暨第44條及第45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)。 <input type="checkbox"/> 計畫書內容符合方案需求 <input type="checkbox"/> 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 服務計畫書

□開業計畫

□巡迴計畫

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、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)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：請簡要敘述服務提供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服務地點最鄰近醫療院所之名稱、車程與里程等（巡迴服務需另檢附：巡迴地點名稱、地址、電話、巡迴點聯絡人及三碼郵遞區號等資料）。

(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：

★退休醫師或返國醫師，請依本方案七、(三)、第4點或第5點檢具相關證明文件。

(一)新開業服務計畫：請詳述醫事人力、門診服務時間等情形。

(二)巡迴服務計畫：

1. 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。

2. 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
門診時段(人員)異動表

門診時段(人員)異動表 <input type="checkbox"/> 開業 <input type="checkbox"/> 巡迴 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 <input type="checkbox"/> 門診(巡迴)時段 <input type="checkbox"/> 支援(巡迴)科別(醫院適用)																																																																						
	變更 <input type="checkbox"/> 醫師姓名 <input type="checkbox"/> 護理人員姓名 <input type="checkbox"/> 藥事人員姓名																																																																						
	變更原因																																																																						
<p>(一)原門診時段： 年 月 日起至 年 月 日</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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> <p>合計 天 小時/診次/週</p> <p>(二)變更門診時段： 年 月 日起至 年 月 日</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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> <p>合計 天 小時/診次/週</p> <p>(三)經費預估(巡迴計畫必填)：</p> <p>原為：</p> <p>平日 診次/週</p> <p>夜間 診次/週</p> <p>假日 診次/週</p> <p>預估總經費： 元</p> <p>變更為：</p> <p>平日 診次/週</p> <p>夜間 診次/週</p> <p>假日 診次/週</p> <p>預估總經費： 元</p> <p>金額變動計 元</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;">診所(衛生所)/醫院</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 10px auto; text-align: center;">印</div> <p>診所(衛生所)執業醫師簽名： 印</p>									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																																																																							
<p>註：本表使用於變更門診、支援(巡迴)時間，例如週一下午改至週四夜間，或增加支援(巡迴)時段，若為短期之請假，請使用醫師休診單。</p>																																																																							

全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案

巡迴醫療服務計畫巡迴地點異動表

巡迴地點異動表		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)	
	巡迴醫師姓名		
	變更原因		
<p>(一).變更巡迴地點</p> <p>擬自 年 月 日起至 月 日，每週 之 時 分至 時 分 之巡迴醫療，地點由 縣市 鄉鎮(市/區) 村(里) 路 號 改至 縣市 鄉鎮(市/區) 村(里) 路 號</p> <p>(二).單次巡迴地點之變更</p> <p>擬將中華民國 年 月 日週 之 時 分至 時 分 之巡迴醫療，地點由 縣市 鄉鎮(市/區) 村(里) 路 號 改至 縣市 鄉鎮(市/區) 村(里) 路 號</p>			
<p>診所(衛生所)/醫院</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: inline-block; margin: 0 auto;"></div> 印 </div> <p style="margin-top: 20px;">診所(衛生所)執業醫師簽名：</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: inline-block; margin: 0 auto;"></div> 印 </div>			

醫師休診單

開業計畫

巡迴計畫

醫師休診單		填表日期： 年 月 日	
基本資料	醫事機構名稱		聯絡電話 ()
	醫事機構代號		
	申請服務地區	縣市	鄉鎮(市/區)
	休診 <input type="checkbox"/> 醫師姓名 <input type="checkbox"/> 巡迴時段		
	休診原因		
<p>休診時間：</p> <p>1. 年 月 日 時起至 年 月 日 時止</p> <p>2. 年 月 日 時起至 年 月 日 時止</p> <p>3. 年 月 日 時起至 年 月 日 時止</p> <p>合計 時段(巡迴) / 月 天 小時(開業)</p>			
<p>註：本表使用於醫師短期請假，若欲變更門診、支援(巡迴)時間，請使用門診時段(人員)異動表。</p>			
診所(衛生所)/醫院		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">印</div>	
執業醫師簽名：_____		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">印</div>	

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之 標示製作作業說明

一、預算來源

114115年中央健康保險署單位預算「健保業務-完善健保醫療費用總額及給付機制-提升保險服務成效計畫」項下支應。

二、標示應包含下列內容

- 1.全民健保西醫巡迴醫療服務
- 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。

全民健保巡迴醫療服務之標示製作費用申請表

附表

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

全民健康保險西醫醫療資源不足地區醫事人員巡迴醫療論次費用申請表

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.											
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										
	P2011C 案件										
	P2005C 案件										
	P2013C 案件										
	P2012C 案件										
	P2006C 案件										
	P2014C 案件										
	P2007C 案件										
	P2015C 案件										
	P2016C 案件										
	P2008C 案件										
	P2017C 案件										
	P2018C 案件										
	P2009C 案件										
	P2019C 案件										
	P2020C 案件										
	P2010C 案件										
P2021C 案件											
P2022C 案件											
	總計										

全民健康保險西醫醫療資源不足地區醫事人員巡迴醫療論次費用申請表(續)

負責醫師姓名: 醫事服務機構地址: 電話: 印信	<p>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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">支付別為護理人員報酬項目，本欄不用填寫。</p> <p>三.支付別：西醫：</p> <p>P2011C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬(第一級、一般日,每次)</p> <p>P2005C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬(第二級、一般日,每次)</p> <p>P2013C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬(第三級、一般日,每次)</p> <p>P2012C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬(第一級、例假日,每次)</p> <p>P2006C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬(第二級、例假日,每次)</p> <p>P2014C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬(第三級、例假日,每次)</p> <p>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(第一級、一般日,每次)</p> <p>P2015C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬(第二級、一般日,每次)</p> <p>P2016C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬(第三級、一般日,每次)</p> <p>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(第一級、例假日,每次)</p> <p>P2017C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬(第二級、例假日,每次)</p> <p>P2018C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬(第三級、例假日,每次)</p> <p>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(第一級、一般日,每次)</p> <p>P2019C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬(第二級、一般日,每次)</p> <p>P2020C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬(第三級、一般日,每次)</p> <p>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(第一級、例假日,每次)</p> <p>P2021C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬(第二級、例假日,每次)</p> <p>P2022C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬(第三級、例假日,每次)</p> <p>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。</p> <p>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)。</p> <p>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。</p>
---	--

門診醫療費用點數申報格式欄位

欄位或相關規定	開業計畫	巡迴計畫
點數清單段：「案件分類」	D 4(醫療資源不足地區鼓勵加成)	
「特定治療項目代號(一)」	G 6 (新開業)	G 5 (巡迴醫療)
執行本方案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、E6、EK 或 N、C、R 者	「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、E6 或 N、C、R，「特定治療項目代號(二)」欄位，請填 G 6 (新開業)	「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、E6、EB、EK 或 N、C、R，「特定治療項目代號(二)」欄位，請填 G 5 (巡迴醫療)
合理門診量	案件分類為 D 4，特定治療代號項目(一)為 G 6 者，列入計算。	1. 診所案件分類為 D 4，特定治療代號項目(一)為 G 5 者，不列入計算。 2. 醫院申報診察費不列入計算。
就醫當次併開立慢性病連續處方箋者	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「0 8」，特定治療項目(一)請填「新開業：G 6 (新開業)」。	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)」。
到宅服務	-	於上開各類申報樣態或其他計畫合併本方案已訂特定治療項目代號欄位之申報規定，於最末特定治療項目代號欄位依序填報「GB(巡迴醫療到宅服務)」
其他規定	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。	1. 醫院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。 2. 基本部分負擔、藥品部分負擔及檢驗(查)部分負擔代碼： (1) 醫學中心：請填報【A13】、【A23】、【A27】、【A28】、【A29】。 (2) 區域醫院：請填報【B13】、【B23】、【B27】、【B28】、【B29】。 (3) 地區醫院：請填報【C13】、【C23】、【C27】、【C28】、【C29】。 (4) 基層院所：依現行申報方式填報。 3. 基層院所門診診察費支付標準編

欄位或相關規定	開業計畫	巡迴計畫
		號：處方交付特約藥局調劑申報代碼為 P57001。處方由診所自行調劑申報代碼為 P57002)。

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
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 因災害導致健保卡遺失或毀損
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 因災害導致健保卡遺失或毀損
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 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，併同保險對象所持例外就醫之證明文件影本，至少應保存2年。

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，於計畫執行結束或年度結束後10個工作日內，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、是否有依規定收取部分負擔及開立收據? 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9-3)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，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

加分項目：使用健保醫療資訊雲端查詢系統 是(2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且可辨別為本年度之相片(相片請加上日期)：

(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，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
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，於計畫執行結束或年度結束後10個工作日內，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、是否有依規定收取部分負擔及開立收據? 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9-3)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，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

加分項目：全民健康保險即時查詢病患就醫資訊方案、醫療資訊雲端查詢系統 皆有使用(4分) 使用其中一項(2分) 否(0分)

(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且可辨別為本年度之相片(相片請加上日期):

(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,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 民眾滿意度調查表

開業計畫

巡迴計畫

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 | <input type="checkbox"/> 滿意(3分) | <input type="checkbox"/> 尚可(1分) | <input type="checkbox"/> 不滿意 |
| (2)醫療效果 | <input type="checkbox"/> 滿意(3分) | <input type="checkbox"/> 尚可(1分) | <input type="checkbox"/> 不滿意 |
| (3)醫療設備 | <input type="checkbox"/> 滿意(3分) | <input type="checkbox"/> 尚可(1分) | <input type="checkbox"/> 不滿意 |
| (4)醫師服務態度 | <input type="checkbox"/> 滿意(3分) | <input type="checkbox"/> 尚可(1分) | <input type="checkbox"/> 不滿意 |
| (5)語言溝通能力 | <input type="checkbox"/> 滿意(3分) | <input type="checkbox"/> 尚可(1分) | <input type="checkbox"/> 不滿意 |
| (6)門診時段 | <input type="checkbox"/> 滿意(3分) | <input type="checkbox"/> 尚可(1分) | <input type="checkbox"/> 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)											分級：																																																																					
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(里)</td><td>村(里)</td><td>村(里)</td> <td>村(里)</td><td>村(里)</td><td>村(里)</td> <td>村(里)</td><td>村(里)</td><td>村(里)</td> <td>村(里)</td><td>村(里)</td><td>村(里)</td> <td>村(里)</td><td>村(里)</td><td>村(里)</td> <td>村(里)</td><td>村(里)</td><td>村(里)</td> <td>村(里)</td><td>村(里)</td><td>村(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(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)
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)																																																														
執行成果	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"> <thead> <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> </thead> <tbody> <tr> <td>醫師報酬</td> <td></td> <td></td> <td>平日:第一級4,000點、第二級5,000點、第三級8,000點；假日:第一級5,000點、第二級6,000點、第三級9,000點</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>護理人員報酬</td> <td></td> <td></td> <td>平日:第一級1,200點、第二級1,500點、第三級1,800點；假日:第一級1,700點、第二級</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>藥事人員報酬</td> <td></td> <td></td> <td>2,000點、第三級2,300點</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>																				項目	科目	數量 (單位:診/年)	單價	總金額	備註	醫師報酬			平日:第一級4,000點、第二級5,000點、第三級8,000點；假日:第一級5,000點、第二級6,000點、第三級9,000點			護理人員報酬			平日:第一級1,200點、第二級1,500點、第三級1,800點；假日:第一級1,700點、第二級			藥事人員報酬			2,000點、第三級2,300點			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:第一級4,000點、第二級5,000點、第三級8,000點；假日:第一級5,000點、第二級6,000點、第三級9,000點																																																																															
護理人員報酬			平日:第一級1,200點、第二級1,500點、第三級1,800點；假日:第一級1,700點、第二級																																																																															
藥事人員報酬			2,000點、第三級2,300點																																																																															
合計																																																																																		
成果評估：																																																																																		
<table border="1"> <thead> <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> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </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 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)			分級：	

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

執行成果	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、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)巡迴範圍、區域及執行困難之原因。
- (四)政策、計畫、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、巡迴服務照片

九、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。