

「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」

「巡迴醫療服務計畫」申請注意事項

- 一、年度第一批申請案件，於該年度的前一年十月開放申請，請有意申辦之醫療院所按計畫檢附相關文件，提交轄區中執會分會，由分會統一匯整後，再函送中醫師全聯會。
ex.109 年第一批申請案件，於 108 年 10 月開放申請，請院所自行備齊文件後，向中執會分會提出申請。
- 二、第二批申請案件須等第一批案件全數由健保署分區業務組核定後，始開放受理申請。
- 三、第三批之後的申請案件，須於當月 10 日前，「備齊」相關資料，並同時將紙本及電子檔提送至中醫師全聯會及轄區中執會分會，以郵戳為準。
- 四、各批次之申請案件通過與否，須等候健保署分區業務組函文通知，並按函文核定日或發文日一個月內開始執行計畫。
- 五、**請院所勿自行要求執行日期，須按業務組核可日期執行，若有特殊情況請事先告知中醫師全聯會或中執會承辦。**

全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

巡迴醫療服務計畫申請流程

一、檢附資料：

(一)紙本資料請依下列順序裝釘成冊：

- 1、計畫申請表(附件一)
- 2、醫事人員名冊(附件二)
- 3、計畫書(依方案規定書寫)
- 4、場地同意書(附件三)
- 5、報備核准同意資料(附件四)

(二)電子檔須另行 mail 給中執會分會(global223528562@gmail.com)
或中醫全聯會窗口，請提供 word 檔格式。

(三)注意事項：

- 1、同鄉鎮如有申請多個地點，計畫書及各項相關資料請合併成一份：
資料順序請依服務時間的星期排序，如同鄉鎮週五、週二、週四皆有執行，資料請依週二→週四→週五提供。
- 2、醫事人員報備支援申請書「核准資料」欄位中的「申請進度」須為「通過」。
- 3、所檢附資料之醫療服務時間及地點(地址)須一致。

二、計畫執行中如需變更巡迴日期、時段、地點、增減醫事人員及請假等，相關說明如下，公文範本詳附件五。

(一) 若欲變更巡迴醫療看診日期、時段或新增巡迴醫師

- 1、須向[衛生局(所)]申請醫事人員報備支援同意。
- 2、函文正本給[中華民國中醫師公會全國聯合會]報備(將欲變更事項說明清楚，例如醫師姓名、ID及變更事項起迄日等)。
- 3、函文副本轉知[衛生福利部中央健康保險署分區業務組]與所屬地區之[中執會轄區分會]。

(二) 若巡迴時段因故暫停看診

- 1、請事先函文正本給[衛生福利部中央健康保險署分區業務組]請假。
- 2、函文副本轉知[中華民國中醫師公會全國聯合會]與所屬地區之[中執會區分會]。
- 3、巡迴看診地點須張貼公文告知看診民眾。

附件一

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

申請日期： 年 月 日

基 本 資 料	醫事服務 機構名稱		醫事服務 機構代碼		電 話	
	醫師姓名		身 分 證 統一編號		中醫師證 書 字 號	台 中 字 第 號
	醫 師 學 經 歷					
	醫事服務 機構地址					
服 務 地 區 及 時 間	服 務 地 區	區分會 鄉鎮區	縣市 村	服 務 時 間	每週 次每星期	
	地 點		地 址			
	時 段			電 話		
	承作方式	一律為論次加論量				
評 估 情 形	中醫全聯 會評估意 見	☐ 同意， ☐ 不同意		原 因		
		中醫全聯會主任委員簽章：				

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

附件二

○○年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

巡迴醫療服務計畫醫事人員名冊

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

註：參與本方案中醫師及相關醫事人員，應依各該醫事人員法相關規定向當地衛生主管機關辦理報備支援。

院所印章：_____ 負責醫師簽章：_____

附件三

場地使用同意書

茲同意提供場地予○○○中醫診所執行醫療資源不足地區巡迴醫療服務。使用期間，自○○○年1月1日起至○○○年12月31日止，每週○上午8:00至11:00。

特此證明

同意單位名稱：

※場地提供者或單位需用印

場地地址：

聯絡電話：

借用單位：

地址：

電話：

中華民國 年 月 日

附件四

※注意事項：1.支援機構地址與申請表及計畫書內容文字要書寫一致。

2.「核准資料」欄位中的「申請進度」須為「已核准」(非送審中)。

醫事人員報備支援申請書

案件編號：

送審日期：

申請類別：

申請機構	機構名稱	○○○中醫診所(醫院)		負責人	○○○	機構代碼	○○○○○
	地 址	○○○		承辦人	○○○	電 話	
姓名	身分證字號	證書字號			執業執照號碼		
○○○	○○○○○	台中字 第○○○○號					
是否為公費生	否	是否有附件	否		是否超過 40%		
支援機構代號	支援機構名稱		支援科別		支援機構地址		
			中醫一般科		○○○		
支援目的	報備為一般支援						
備註							
報備期間	106/04/07(五)09:00~106/04/07(五)12:00、106/04/14(五)09:00~106/04/14(五)12:00、106/04/21(五)09:00~106/04/21(五)12:00 106/04/28(五)09:00~106/04/28(五)12:00、106/05/05(五)09:00~106/05/05(五)12:00、106/05/12(五)09:00~106/05/12(五)12:00 106/05/19(五)09:00~106/05/19(五)12:00、106/05/26(五)09:00~106/05/26(五)12:00、106/06/02(五)09:00~106/06/02(五)12:00 106/06/09(五)09:00~106/06/09(五)12:00、106/06/16(五)09:00~106/06/16(五)12:00、106/06/23(五)09:00~106/06/23(五)12:00 106/06/30(五)09:00~106/06/30(五)12:00、106/07/07(五)09:00~106/07/07(五)12:00、106/07/14(五)09:00~106/07/14(五)12:00						

	106/07/21(五)09:00~106/07/21(五)12:00、106/07/28(五)09:00~106/07/28(五)12:00、106/08/04(五)09:00~106/08/04(五)12:00 106/08/11(五)09:00~106/08/11(五)12:00、106/08/18(五)09:00~106/08/18(五)12:00、106/08/25(五)09:00~106/08/25(五)12:00 106/09/01(五)09:00~106/09/01(五)12:00、106/09/08(五)09:00~106/09/08(五)12:00、106/09/15(五)09:00~106/09/15(五)12:00 106/09/22(五)09:00~106/09/22(五)12:00、106/09/29(五)09:00~106/09/29(五)12:00、106/10/06(五)09:00~106/10/06(五)12:00 106/10/13(五)09:00~106/10/13(五)12:00、106/10/20(五)09:00~106/10/20(五)12:00、106/10/27(五)09:00~106/10/27(五)12:00 106/11/03(五)09:00~106/11/03(五)12:00、106/11/10(五)09:00~106/11/10(五)12:00、106/11/17(五)09:00~106/11/17(五)12:00 106/11/24(五)09:00~106/11/24(五)12:00、106/12/01(五)09:00~106/12/01(五)12:00、106/12/08(五)09:00~106/12/08(五)12:00 106/12/15(五)09:00~106/12/15(五)12:00、106/12/22(五)09:00~106/12/22(五)12:00、106/12/29(五)09:00~106/12/29(五)12:00
注意事項	若支援(執業)機構歇業或醫事人員歇業，原報備支援案件將自動註銷。後續人員異動至新執業機構後如有需繼續支援被支援機構，請重新辦理申請。

核准資料	申請方式	線上申請	送審日期			
	申請進度	通過	核准文號		核准文號日期	
	備註					

附件五

○○中醫診所 函

地址：

電話：

受文者：衛生福利部中央健康保險署○區業務組

發文日期：中華民國 000 年 00 月 00 日

發文字號：(請診所自訂)

速別：

附件：

主 旨：本診所執行「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務計畫，因故請假休診(or 變更事項說明)，敬請 同意備查。

說 明：請假休診相關事宜(變更事項說明)如下：

院所名稱： 中醫診所（機構代碼： ）

巡迴地點： 縣 鄉

負責醫師：

請假日期：000 年 00 月 00 日（星期 ）： ～：

請假原因：

正本：衛生福利部中央健康保險署○區業務組

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、中執會○區分會

負責醫師 自填