

中央健康保險署臺北業務組
特約醫療院所支援照護機構醫療服務作業規範

109.11.24 修訂

- 一、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 21 條規定，保險醫事服務機構得報經所在地衛生主管機關之許可，並報經保險人同意，指派醫師及必要之醫事人員至立案之老人安養、養護機構或身心障礙福利機構、護理之家(以下稱照護機構)，提供保險一般門診及復健診療服務，並以符合下列條件為限：
 - (一) 保險醫事服務機構提供一般門診診療服務應為特約醫院及診所；提供復健診療服務應為特約醫院及復健科診所。
 - (二) 於提供復健治療服務時，應依服務類別，指派符合醫療服務給付項目及支付標準規定之專科醫師及物理、職能、語言或聽力治療師(生)。
 - (三) 照護機構內設有符合醫療機構設置標準規定之診療空間(設施)；於辦理復健治療服務時，應依服務類別，設有符合物理、職能、語言或聽力治療所設置標準規定之設施。
 - (四) 應將照護機構內保險對象名冊，報經保險人備查。其名冊應每月更新 1 次。
- 二、同辦法第 22 條規定，前條保險醫事服務機構指派醫師及必要之醫事人員，服務時段限制如下：
 - (一) 保險醫事服務機構之醫師提供一般門診及復健診療服務，每週合計以 3 個時段為限；復健治療人員提供復健治療服務，每週合計以 3 個時段為限。
 - (二) 保險醫事服務機構之醫師提供收住達三百人以上之住宿型身心障礙福利機構之一般門診及復健診療服務，每週合計以 6 個時段為限；復健治療人員提供復健治療服務，每週合計以 6 個時段為限。
 - (三) 保險醫事服務機構經核可至照護機構，提供保險一般門診及復健診療服務期間，其他保險醫事服務機構對同一照護機構，不得再申請本項服務。
 - (四) 至照護機構提供診療服務，同一時段提供診療服務之醫師、復健治療人員，各以 1 名為限。但屬於提供早療服務之照護機構，同一時段提供治療服務之復健治療人員，至多 3 名為限。
- 三、保險醫事服務機構及醫事人員有違規情事，保險人得不予許可申請支援服務。
- 四、報備至照護機構支援期間建議為「1 年」，如有特殊原因至少為「3 個月

(含)」。

- 五、報備支援時段，以早、中、晚各為 1 個時段，並以 4 個小時為一時段之計數原則；一時段超過 4 小時者，以第 2 時段數計。
- 六、基於適切診療照護之提供，1 位醫師於 1 個時段內(以早、中、晚各為一個時段為原則)，限支援 1 家照護機構。
- 七、本項支援作業立法精神，係以安置於照護機構保險對象之就醫障礙考量；故照護機構員工係屬一般保險對象，應循一般就醫程序親至特約醫事服務機構就醫。
- 八、保險醫事服務機構報經衛生主管機關同意支援後，請於支援前一個月檢附「全民健康保險特約醫事服務機構報備支援照護機構檢附資料」憑核。經保險人審核通過後始得執行(發函日)，未事先報經衛生主管機關同意支援及經本署同意核備者，其醫療費用不予支付。相關作業詳附件 1。
- 九、首次申請或延續支援照護機構之復健治療服務，須另檢送「院所支援照護機構執行復健治療計畫表(總表)」(附件 2)及「個案病情評估及復健治療計畫」(附件 3)等資料，並提供電子檔，且須依本保險審核結果提供復健治療及申報費用，未同意部分本署將不予支付。(新增)
- 十、新增復健治療需求之院民(包含病情變化需變更復健頻率及強度者)，保險醫事服務機構須依前開程序，檢送相關資料向本保險提出申請，審核通過始可支付醫療費用。(新增)
- 十一、特約院所支援之照護機構變更負責人且機構代碼有變更者，該院所應重新向衛生主管機關報准支援並經本署同意核備，始可支付醫療費用。
- 十二、支援照護機構應備有符合醫療機構設置標準之設施(設備)及診療紀錄，若經訪視未備有診療紀錄，本署不予支付醫療費用。
- 十三、費用申報作業：支援一般門診之特定治療項目，請填 E2；支援復健治療業務之特定治療項目，請填 EA。費用申報相關欄位均須核實填列，包含執行醫事人員代號等。對於未依規定或作業浮濫者，本署將不同意或取消報備支援之核可。
- 十四、保險醫事服務機構應每月更新並於次月 20 日前上傳照護機構內所有院民資料，以利本署每月申報勾稽作業。
- 十五、本署將不定期抽查如下事項，倘未符規定，將不予支付費用：(新增)
 - (一)院民上傳名單正確性。
 - (二)執行復健治療項目已依程序辦理核備。
 - (三)費用申報相關欄位核實填列。