

「98年度增進偏遠地區健保醫療服務計畫」執行期間延展至99年12月31日止

(原中央健康保險局99.07.27健保醫字第0980041014號公告修正)

發文機關：行政院衛生署中央健康保險局

發文字號：行政院衛生署中央健康保險局 99.07.30. 健保醫字第0990005902號

發文日期：民國99年7月30日

主旨：公告展延「98年度增進偏遠地區健保醫療服務計畫」執行期間至99年12月31日，如附件。

依據：行政院衛生署99年 7月27日衛署健保字第0992600250號函辦理。

公告事項：

一、展延本局98年 7月27日健保醫字第0980041014號公告之「98年度增進偏遠地區健保醫療服務計畫」執行期間至99年12月31日止。

二、預算來源依99年度全民健康保險其他預算分配之「增進偏遠地區醫療服務品質」預算項目支應。

附件：

98年度增進偏遠地區健保醫療服務計畫

中央健康保險局98年 4月30日健保醫字第0980011003號公告

中央健康保險局98年 7月27日健保醫字第0980041014號公告修訂

中央健康保險局99年 7月30日健保醫字第0990005902號公告修訂

一、依據：

全民健康保險醫療費用協定委員會98年度全民健康保險醫療費用總額協商暨第 142次會議紀錄。

二、目的：

鼓勵醫院醫師到醫療資源缺乏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（詳如附件 1）：

四、施行期間：98年 8月 1日起至99年12月31日止。

五、預算來源：各該年度全民健康保險其他預算分配之使用範圍七、「增進偏遠地區醫療服務品質」預算項目支應。

六、本計畫之年度執行方式：

鼓勵醫院至本計畫施行區域提供巡迴醫療服務，本計畫實施期間以 150,000總服務人次及15,000總服務時數為目標。

七、申請條件：

地區級以上醫院至本計畫施行區域提供巡迴醫療服務：

1. 健保分局核定院所承作 98年西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案後，仍未有醫師前往開業或提供巡迴醫療服務之鄉鎮，開放由地區級以上醫院依地區需求提供專科巡迴、行動不便或獨居老人之到宅醫療或疾病個案管理服務。
2. 巡迴醫療執行地點若屬衛生署公告所稱屬於藥事法一〇二條所稱無藥事人員執業之偏遠地區，醫師得以親自調劑併申報藥品調劑費，其他非屬無藥事人員執業之偏遠地區則以開立處方箋方式辦理調劑事宜為宜。
3. 申請巡迴之醫院及醫師經當地衛生局報備核准，於同一健保分局內得跨鄉、跨縣市，不得跨分區執行本計畫。若總、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。

4. 每個巡迴點至多每天一次、每週二次診療，醫師每次巡迴每個巡迴點至少 1 小時、每天至多 2 個巡迴點。
5. 醫院及醫師參與本計畫資格：申請參與本計畫提供服務之成員須最近 2 年未曾涉及違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 66 條至第 67 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處分者）。
6. 本項巡迴醫療服務提供後，倘條件變更致未符合施行區域之篩選條件時，或因涉及違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 66 條至第 67 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處分者），即應於次一個月停止本項巡迴醫療服務。

八、申請程序：

（一）申請流程

1. 由健保分局將開放醫院提供巡迴或到宅醫療服務之村里及當地需求周知轄區內地區級以上之醫院，由醫院提出計畫經各健保分局核定後實施，申請流程詳附件 2。
2. 逾期申請者，健保分局得視經費及實際需要受理申請及核定。

（二）申請所需檢附之文件：

1. 申請表：「98 年度增進偏遠地區健保醫療服務計畫申請表格」，詳附件 3。
2. 計畫書書面資料及檔案，計畫書內容如下：
 - (1) 計畫封面：至少包含計畫名稱（包含計畫執行地區附村名）、計畫執行單位、計畫執行期間。
 - (2) 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。
 - (3) 計畫本文至少應包括：
 - a. 前言：請敘述本計畫產生之背景，包括計畫實施地區問題狀況等。
 - b. 計畫目的：請分點具體列述本計畫所要達成之目標。
 - c. 計畫實施地區現況分析：
 - 人口分布：請詳述計畫實施地區面積、性別年齡分布、當地戶籍人口數。
 - 地理環境概況及交通情形：簡要敘述計畫實施地區之地理環境概況（檢附巡迴地點地址及簡要地圖更佳）、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。
 - 醫療需求情形：目前醫療服務使用狀況、醫療需求，以及計畫提供醫療服務之內容。
 - d. 計畫之醫事人力：詳述醫事人力名單、身分證號、負責醫師、護理人員。
 - e. 計畫之經費評估：依支付標準之項目及點數預估。
 - f. 明訂評估計畫之預期效益：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）。
 - g. 預定醫療門診時間表。門診時間表請勿隨意更動，且更換時間表次數 1 年不可超過 3 次為限。
3. 需檢附醫護人員執業執照清晰正反面影本。
4. 原計畫異動：
 - (1) 原計畫醫護人員或巡迴時間地點時段異動：應以書面函及門診時段異動表（

附件 4)、執業醫師休診單(附件41)、巡迴地點異動表(附件 5)於前月二十五日前向所屬衛生局報備後持衛生局同意函向各健保分局核備。

(2)診療時間異動應事先週知當地民眾及病患，且申請異動院所需提供相關照片或宣導單張寄至所屬各健保分局核備。九、支付標準及醫療費用申報與審查：

(一)鼓勵地區級以上醫院至本計畫施行區域提供巡迴醫療服務：

1. 提供巡迴點之醫療服務向中央健康保險局申報醫療服務點數清單之案件分類為「D4」(資源缺乏地區鼓勵加成)，特定治療項目代號(一)「巡迴醫療：G5」案件，案件分類D4，特定治療項目G5案件診察費按申報點數加 1成支付，醫師執行本計畫產生之醫療費用、診察費加成、巡迴醫療服務醫師與護理人員之報酬由本計畫預算支應，每點支付金額以每點一元暫結。
2. 巡迴醫療服務醫師之報酬，以「論次計酬」支付，每次為 3小時，1天最多 1次。一般日每次支付 4,500點，(支付標準代碼為「P2005C」)，例假日每次支付 5,500點，(支付標準代碼為「P2006C」)。配合醫師進行巡迴醫療護理人員報酬，以「論次計酬」支付，每次為 3小時，1天最多 2次。一般日每次支付 1,200點，(支付標準代碼為「P2007C」)例假日每次支付 1,700點，(支付標準代碼為「P2008C」)，每點支付金額以每點一元暫結。執行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日前將書面資料報請所屬各健保分局。
3. 申請巡迴醫療服務計畫之醫院及醫師(含專任醫師與支援醫師)，其進行巡迴醫療服務時段：每位醫師每天以 1次為原則；每週至多 2次。同一醫師同一看診地點以每週看診一次為原則，又同一巡迴地點每週之看診醫師如同一科別，則應固定同一位醫師。配合醫師進行巡迴醫療護理人員服務時段：每天至多 2次。巡迴醫療服務時間：8:00~22:00，每 1時段 3小時；每一巡迴點每天至多 1 時段。

(二)點值支付方式：本計畫經費按季均分，當季預算若有結餘則流用至下季，當季經費超出預算來源時，採浮動點值計算暫結，且每點暫結金額不高於 1元。年底時全部採浮動點值進行結算，且每點金額不高於 1元。。

(三)執行本計畫之醫院，有關醫療服務支付項目及點數、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。執行本計畫部分負擔收取方式，統一比照98年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案基層院所辦理巡迴醫療服務收取部分負擔50元。執行本計畫之醫院醫療費用之申報，依相關規定每月申報(應於次月20日前申報)。另如明顯可歸責於醫院申報案件分

類錯誤，導致支付點值錯誤時，院所需自行負責。

(四)執行本計畫之醫療院所向中央健康保險局申報醫療服務點數(醫令)清單之案件分類為「D4」(資源缺乏地區鼓勵加成)，特定治療項目代號(一)請填「巡迴醫療：G5」。若是類案件同時為特定疾病之醫療給付改善試辦計畫，即特定治療項目代號：E3~E7、E9 或 N、C、R時，案件分類請填「E1」、特定治療項目代號(二)填「巡迴醫療：G5」、特定治療項目代號(一)填特定疾病醫療給付改善試辦計畫之特定治療項目代號：E3~E7、E9 或 N、C、R。

(五)執行本計畫須配合健保 IC 卡相關作業；巡迴點應備讀卡機依照規定上傳 IC 卡，若巡迴點無法連線者經各健保分局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 IC 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」(以下簡稱例外就醫名冊,如附件 7)後同意以健保身分就醫,就醫序號以特定代碼「 C001」申報。特約醫院應將「例外就醫名冊」之電子檔或書面資料檢送各健保分局,供健保分局辦理後續查保作業。巡迴醫療須配合健保 IC 卡上線作業相關規定如下:

1. 使用具電池的連線型讀卡機,外出前可先於院內進行開機認證後,再攜帶外出使用。
2. 除特約醫院日常使用的連接健保醫療網線路外,另外申請一組連接「健保醫療網」的撥接帳號,攜帶筆記型電腦、連線型讀卡機或單機獨立型讀卡機,赴外地時就近商借電話線路連線,以撥接方式進行開機認證。
3. 若上述計畫均不可行,始列為異常狀況處理,於費用申報時填寫就醫序號異常代碼"F000"申報。
4. 無法持健保IC卡刷卡之案件,應另按月提報無法刷卡之時間、地點、人次及無法刷卡之原因。

(六) 98年度本計畫考核辦法

1. 由執行本計畫之醫院於 99年 2月 1日填報考核項目(附件 8)至各健保分局,各健保分局視需要依其自評項目實地審查。2. 考核項目如下:
 - (1)實地審查考核評分表或電話抽查評核;
 - (2)執業地點民眾意見評核
 - (3)內部檔案分析評核
 - (4)綜合討論及評分
3. 綜合討論及評分(共 100分):
 - (1)評分結果為 70~80分列入觀察等級,予以分區觀察一季要求改善,作為下年度計畫延續之參考。
 - (2)評分結果為70分以下者列入輔導等級,予以分區輔導一季要求改善,覆核未改善者,下年度計畫延續則不予續約。(七)有關預防保健服務項目中之申報,請依行政院衛生署『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,其費用由衛生署國民健康局公務預算支應。

十、執行報告:

- (一)執行本計畫者,應於計畫執行結束或實施期間結束後10個工作日(民國 100年 1月12日)內,檢送執行報告至各健保分局,執行報告之格式,依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果及實施效益,執行報告之內容與繳交時程將作為下年度審查之依據。
- (二)執行報告內容應包含:
 1. 執行報告封面(詳見附件 9)。
 - (1)基本資料
 - (2)申請服務內容
 - (3)執行成果
 2. 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。
 3. 執行報告本文應包含:

- (1)本計畫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。
- (2)民眾利用情形：巡迴醫療服務：每診次服務人次分布。
- (3)民眾滿意度分析與評估：
 - <1> 候診時間滿意度百分比。
 - <2> 醫療效果滿意度百分比。
 - <3> 醫療設備滿意度百分比。
 - <4> 醫師服務態度滿意度百分比。
 - <5> 語言溝通能力滿意度百分比。
 - <6> 門診時段滿意度百分比。
 - <7> 就診路程花費時間百分比。
 - <8> 就診方便性百分比。
- (4)具體呈現民眾健康結果改善。
- (5)其他。如：執業所遇的問題及解決方針：
 - <1> 交通流線及道路狀況。
 - <2> 當地居民的健保投保率就醫行為（當地有關因健保投保率低而造成就醫人口低及就醫率低之問題）及人文背景。
 - <3> 執業範圍、區域及執行困難之原因。
 - <4> 政策、計畫、規範、經費的明確性及永續性。
- (6)檢討與建議（請詳實敘述檢討優點及缺點）。
- (7)結論及未來改善計畫（請詳實敘述）。

十一、計畫執行過程，經健保分局評估、稽查，如發現有違背計畫目的時，得終止辦理其計畫。

十二、本計畫由中央健康保險局公告後實施，修正時亦同。