

104 年全民健康保險跨層級醫院合作計畫

104 年 2 月 2 日健保醫字第 1040000991 號公告

壹、前言

因應人口老化，多重慢性病人增加，部分病人有多看病、多拿藥、多做檢查之現象，且國內醫療體系缺乏有效整合，部分大型醫院常有急診壅塞情形。為促進分級醫療，更進一步減少跨院重複檢查、重複用藥與就醫情形，鼓勵醫院跨院合作，提供整合式照護，經 104 年全民健康保險醫療給付費用總額協商編列專款預算，推動本「跨層級醫院合作計畫」。期藉由本計畫促使醫學中心、區域醫院、地區醫院跨層級合作，推動醫療體系整合，減少醫院間的競爭，增進良性的互動，使醫療服務資源能做更合理、更有效益的配置，讓民眾就近獲得有品質、適切的醫療照護服務，使分級醫療得以逐步落實。

貳、計畫目標

- 一、鼓勵醫院跨層級合作，建置區域性醫療支援系統。
- 二、促進中、大型醫院醫師支援社區醫院，提升社區內醫療服務品質與內容，吸引民眾回歸社區就醫。
- 三、透過醫師支援模式，讓可以在社區醫院提供的醫療服務回歸社區，讓中、大型醫院醫師能更深入瞭解社區醫療需求，更願意投入社區地區醫院服務的行列，亦使社區醫院醫療團隊提升照護水準。
- 四、建立落實分級醫療及雙向轉診制度之基礎，減少健保、醫療資源重覆不當使用，民眾亦免受舟車勞頓之苦。

參、計畫依據

依據 104 年度全民健康保險醫療給付費用總額協議結果辦理。

肆、預算來源

104 年度全民健康保險醫療給付費用總額其他預算及其分配之「推動促進醫療體系整合計畫」項下「跨層級醫院合作計畫」，全年預算 1 億元。

伍、計畫期間：自 104 年 1 月 1 日至 104 年 12 月 31 日止。

陸、申請條件

- 一、參與醫院須為全民健康保險(以下稱本保險)特約醫院，且最近二年內不得有違反本保險特約管理辦法第三十八條至第四十條中所列違規情事之一者(含行政救濟程序中尚未執行處分者)。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。
- 二、醫院應採「跨層級合作團隊」模式提出申請，團隊應指派一地區醫院為主責醫院，負責提送計畫書、聯繫管道及經費撥付事宜。
- 三、限於預算或已有其他計畫獎勵，本計畫不適用對象如下：
 - (一) 同體系醫院間(含委託經營)之支援：同法人醫院體系、國軍退除役官兵輔導委員會醫院體系、國軍醫院體系、衛生福利部醫院體系、同醫學院附設醫院體系、同縣市政府所屬醫院體系、同醫院總分院(院區)。若對保險人認定有異議，醫院可舉證非屬同體系醫院，經保險人分區業務組同意後參加。
 - (二) 「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫」之地區醫院。
 - (三) 「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之地區醫院。
 - (四) 呼吸照護、精神專科醫院，註：最近 1 年申報就醫科別精神科(科別 13)+呼吸照護(給付類別=9)之門住醫療費用(申請點數+部分負擔) $>$ 該院門住醫療費用 50.0 %。
 - (五) 參加「全民健康保險急診品質提升方案」醫院之急診支援。
 - (六) 衛生福利部醫事司「醫學中心支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」及「緊急醫療資源不足地區改善計畫」之補助醫師或補助開診費用。

柒、計畫內容

一、組織運作：提供「以病人為中心」之連續性全人照護。

(一)主責醫院負責提出計畫之申請，醫院團隊間之醫療資源協調整合、醫療服務之提供及本計畫經費之分配作業。

(二)醫院團隊應建立醫療品質提升及雙向轉診機制，提供全人照護。合作內容建議如下：

1. 對病患就醫程序安排(急診後送及下轉、轉住院或手術)。
2. 醫師及醫事人員專業訓練(建教合作、支援、醫療團隊訓練)。
3. 醫療資訊交換(電子病歷互通、醫療影像交換)。
4. 醫療設備共享。

(三)參與醫院團隊需積極參與團隊提升照護品質活動，共同提升照護品質。

二、醫療支援之補助

(一)醫學中心與區域醫院之醫師支援地區醫院。

(二)接受支援(下游)地區醫院，應於支援後併每月醫療費用申報時一併造冊，以電子檔提供下列資料：

1. 派出支援醫院(上游醫院)之醫師檔資料，包括：醫院代號、醫院名稱、醫師 ID、醫師姓名、支援科別、接受支援(下游)醫院名稱、接受支援(下游)醫院代號、支援診次數、實際支援起迄時間。
2. 接受支援醫院(下游醫院)之電子檔資料，包括：醫院代號、醫院名稱、接受支援醫師 ID、接受支援醫師姓名、接受支援科別、支援醫院名稱、支援醫院代號、接受支援診次數、實際支援起迄時間。

(三)支付標準：

1. 派出支援之醫院每診日補助 1300 點、接受支援之醫院每診日補助 1300 點，合計每診日補助 2600 點。同醫師同日之支援均以 1 診日計，不論上午診、下午診、夜間支援診次。
2. 單一地區醫院每季補助上限點數 26 萬點 (以派出支援、接受支援之補助點數合計)。

(四)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，相關費用逕撥入接受支援之地區醫院。

(五)本計畫預算均分至各季，暫以每點 1 元支付，當季預算若有結餘則流用至下季，當季預算不足時，以浮動點值計算暫付，並於年度進行結算，惟每點金額不得大於 1 元。

三、配合政策推動：落實「全民健康保險轉診實施辦法」，建立雙向轉診作業機制，上游醫院保留一定名額予下游醫院轉診之病人，下游醫院則協助掛號等就醫安排，並回報成果。

四、民眾滿意度調查，俾做為次年度執行辦法修正及改善依據。

(一)參與本計畫民眾之就醫滿意度調查

1. 調查工具：採問卷調查。
2. 發放對象：計畫期間，接受過支援醫師診療或治療之社區民眾。
3. 發放時間：計畫期間，不定時於社區醫院發放。
4. 預估回收份數：每一主責醫院至少 100 份。

(二)參與本計畫支援醫師及醫院之調查

1. 調查工具：採問卷調查。
2. 發放對象：計畫期間，參與支援之醫師及醫院。
3. 發放時間：計畫期間，分期中與期末兩次。

捌、評核指標

- 一、參與本計畫民眾就醫滿意度 $\geq 85\%$ 。
- 二、分級醫療指標：接受支援地區醫院總門診就醫人次較去年同期增加。
- 三、參加「全民健康保險醫療費用總額其他預算項目-鼓勵醫療院所即時查詢就醫資訊方案」：接受支援地區醫院「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」 \geq 當年全部醫院查詢率 60 百分位。
- 四、醫療品質指標：以保險人「醫療品質公開網站」院所別醫療品質資訊之資料分析，受補助地區醫院下列各指標較去年同期下降：
 - (一)跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服)、降血脂(口服)。

(二)跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜、抗憂鬱症。

玖、實施期程及評估

- 一、參加醫院團隊應於計畫執行後，依保險人規定格式每半年提送執行成果報告(內容包含轉診服務統計、專業訓練、醫院跨層級合作具體措施及成效)，全期完成應提出總報告予保險人分區業務組，俾作為未來是否續辦之考量。
- 二、保險人將彙整各醫院團隊所提執行報告，進行整體執行成效之評估，作為繼續實施之依據。

拾、其他事項

- 一、支援規定：支援醫師均應依醫事法規相關規定向當地衛生主管機關辦理報備支援，並請醫師考量負擔能力提供支援服務。
- 二、終止要件：
 - (一)醫院如有下列情形之一者，應停止適用本計畫：
 1. 經查證申報不實資料者。
 2. 未能配合提供本計畫相關內容，經保險人發函兩次催繳未提供者。
 3. 轉診個案專案審查結果顯屬異常，或查有重大違規，且屬情節重大者。
 - (二)醫院因故提出終止本計畫者，自停止日起本年內不得再申請加入本計畫。
 - (三)計畫終止日期：以保險人發函所載終止日期為準。
- 三、辦理本計畫核發作業後，若有醫院團隊提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入補付者，其核發金額將自當年其他預算部門本計畫項下支應。
- 四、本計畫由保險人報請主管機關核定後公告實施，並送全民健康保險會備查。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。