

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

106年1月17日健保醫字第1060000492號公告

107年4月25日健保醫字第1070005238號公告

108年3月4日健保醫字第1080002593號公告

壹、計畫依據

依據全民健康保險醫療給付費用總額協議結果辦理。

貳、計畫目標

- 一、鼓勵醫療院所跨層級合作，建置區域性醫療支援系統。
- 二、促進醫學中心、區域醫院及基層診所醫師支援社區醫院，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，讓醫學中心、區域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、預算來源

全民健康保險醫療給付費用總額其他預算之「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。

肆、申請條件

- 一、參與醫療院所須為全民健康保險(以下稱本保險)特約院所，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、醫療院所應採「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、提供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：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「醫學中心或重度級急救責任醫院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。

伍、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)醫療院所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)參與之醫療院所應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)支援類別：

- 1.醫學中心與區域醫院之醫師支援地區醫院。
- 2.基層診所皮膚科、眼科、小兒科、耳鼻喉科專科醫師支援地區醫院急診。
- 3.基層診所專科醫師於星期六、星期日支援地區醫院。

(二)接受支援之地區醫院，應於每月醫療費用申報時，一併將下列資料造冊上傳至健保資訊服務網系統(VPN)：

- 1.派出支援醫療院所之醫師檔資料，包括：醫療院所代號、醫院名稱、醫師 ID、醫師姓名、支援科別、接受支援醫院名稱、接受支援醫院代號、支援診次數、實際支援起迄時間。
- 2.接受支援醫院之電子檔資料，包括：醫院代號、醫院名稱、支援醫師 ID、支援醫師姓名、支援科別、支援醫療院所名稱、支援醫療院所代號、接受支援診次數、實際支援起迄時間。

(三)支付標準：

- 1.每診次支援費用3500點。每診次至少以3小時為計支單位，未達3小時不得計算診次。
- 2.個別地區醫院每月接受支援上限為40診次。當月星期六開診率達100%且星期日開診率達50%以上者，該月接受支援上限為50診次。
- 3.每診次支援費用之支付標準編號為 P62001。

(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，醫學中心、區域醫院保留一定名額予地區醫院轉診之病人，地區醫院則協助掛號等就醫安排，並回報成果。

四、主責醫院提供滿意度調查結果，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. 調查對象：計畫期間，接受過支援醫師診療或治療之社區民眾。
3. 調查時間：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. 調查對象：計畫期間，參與支援之醫師及醫院。

陸、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、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。

柒、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。

捌、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。
4. 執行計畫期間，經保險人各分區業務組評核、稽查，發現申辦醫療院所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醫療院所計畫之執行。

(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。