

屏東縣政府補助疑似或社區精神病人照護優化計畫就醫 及3個月內2次護送就醫住院治療費用實施計畫

一、前言：

近年來許多精神疾患的議題，造成社會動盪不安，衍生許多令人遺憾的社會案件，部分疑似或社區精神疾患者，若未有醫療協助或無持續穩定的醫療服務，易有社區滋擾之情事，產生社會問題，成為社區安全之破口。透過社會安全網的照顧系統，提供以家庭為中心的整合服務，建立社區為基礎的防護體系。

為協助精神疾患回歸社區妥適生活，以及社區內被護送就醫或關懷追蹤中之困難個案，獲得高密度及持續專業性的服務，並為優化篩檢社區疑似精神疾患轉介服務，本府衛生局結合精神醫療機構，由精神衛生護理人員偕同保護性社工，進行實地訪視評估，以避免疑似精神疾患應收案追蹤關懷而未收案；對於就醫意願低者、困難個案或社區危機精神疾患，精神衛生護理人員亦可主動連結醫療機構內之社區精神醫療團隊，提供外展醫療服務，爰辦理「疑似或社區精神病人照護優化計畫」（以下簡稱優化計畫）。

就社會安全網有關社區精神照顧，本府社會處於110年12月30日召開「研議精神醫療需求反覆住院者醫療補助第一次研商會議」，邀請衛生局及本縣精神醫療院所共同討論，會議中論及優化計畫的個案，及3個月內警政、消防系統緊急護送就醫2次之精神疾患或疑似精神疾患，為社會安全網中具較高之風險，皆須特別重視。

另就本府各社會福利服務中心實務經驗，保護性個案、脆弱性家庭服務個案，常見疑似精神疾患或領有精神障礙證明者，實有醫療服務協助之需，然因個案本身的狀況，致使自身難以進入就業市場，無收入而為經濟弱勢；且與家人之間關係疏離，缺乏家庭系統的關懷與支持，因此未能接受精神醫療的服務或無法持續就診進行評估與治療；又實務上家庭成員經常是使個案進入保護系統或為脆弱家庭的成因之一，若能將其納入本計畫服務範疇，對於個案及家庭的復原，實有助益。

110年10月，本縣開始執行優化計畫，就社區中疑似精神疾患及精神疾病患者進行全面訪視評估，共計開案161人，接受住院治療者計有53人，其中強制住院者35人、健保住院者18人。另3個月內警政、消防系統緊急護送就醫2次之精神疾患或疑似精神疾患為25人；111年至2月底本縣優化計畫開案133人，經訪視評估後啟動護送就醫住院治療者共10人，其中強制住院者4人、健保住院者6人。優化計畫之個案皆已提供社區關懷服務，獲得高密度及持續專業性服務，惟須護送就醫者通常是評估後需更多醫療資源介入，以強化穩定就醫，確保社區安全。如具低收入戶，或領有精神類重大傷病證明，不須支付部分負擔，另經評估護送就醫，審查會通過強制住院者，不須支付部分負擔及伙食費用；未具前述3類身分者，及經優化計畫評估後就醫住院治療，不符強制住院，以健保住院者，需就住院時間長短有一定比例之自行負擔費用，經本縣精神醫療專科醫院之計算，每月於精神醫療院所住院約需花費新臺幣1萬3,000元至1萬5,000元，每次療程約需2至3個月（健保急性住院3個月，強制住院1次2個月，經評估延長2個月），另住院時間越久，醫療費用自行負擔比例越高，對於經濟弱勢或家庭支持度不佳者，造成其不願接受精神醫療服務，此影響了醫療行為的穩定性，甚至是拒絕醫療。

綜上，優化計畫評估後就醫住院治療，不符強制住院，以健保住院之個案與3個月內經警政、消防系統緊急護送就醫2次以上，以及本府各社會福利服務中心之保護性個案、脆弱家庭個案及其家庭成員，為精神疾患或疑似精神疾患者，具較高之風險因子，透過精神醫療院所持續及專業的服務，可促使其提高回歸社區後之穩定性。然而因經濟問題，所需住院醫療費用非個案或照顧者所能負擔，致不願就醫，或病情尚未穩定，因擔心醫療費用而要求出院，皆可能成為社區潛在個案而危及社會安全的風險。是故為避免或降低社區風險，針對前述3類對象，提供醫療費用補助，減輕個案及照顧者的經濟負擔，以持續接受精神醫療住院治療服務，進而達到穩定就醫以促進社區安全，特訂本計畫，以強化社會安全網。

二、補助對象：

(一)本府優化計畫評估後就醫住院治療，不符強制住院，以健保住院者；

(二)3 個月內經警政、消防系統緊急護送就醫 2 次之精神疾患或疑似精神疾患；

(三)本府各社會福利服務中心之保護性個案、脆弱家庭個案，及其家庭成員為精神疾患或疑似精神疾患者。

以上三類對象，須設籍本縣且經全民健康保險特約精神醫療院所診斷有接受精神科住院治療需求，並具以下其中一項身分，補助醫療費用：

(一)低收入戶、中低收入戶、身心障礙者生活補助費、中低收入老人生活津貼等福利身分。

(二)未具社會福利資格身分者，家庭總收入平均分配全家人口之金額，未達當年度每人每月最低生活費 2.5 倍，且未超過臺灣地區平均每人每月消費支出 1.5 倍。

三、補助標準：

(一)由提供補助對象住院醫療服務之全民健康保險特約精神醫療院所，經自行負擔費用、院方協助醫療減免、醫院社福基金等協助及社福資源補充後之自付餘額，提供每人每次療程實支實付補助，每次最高補助上限新臺幣 2 萬元。

(二)住院期間民眾自行指定費用不予補助，經醫師診斷確有醫療必要性及醫療行為所需之費用不在此限。

四、申請方式：由提供補助對象住院醫療服務之全民健康保險特約精神醫療院所，於病患療程結束後 3 個月內，檢具下列文件，逕向本府提出申請：

(一)申請表。

(二)患者身份證明文件。

(三)患者同意書（同意醫院協助申請本補助計畫及補助費補助醫院）。

(四)醫療院所開立有醫療必要性之診斷證明。

(五)醫療院所開立之醫療費用繳款收據或欠費證明。

(六)醫療院所已協助減免，仍不足需申請補助項目費用證明。

(七)醫療院所之金融機構存摺封面影本。

(八)其他相關證明文件，如重大傷病證明等。

五、經費來源：由本府相關經費項下支應。