

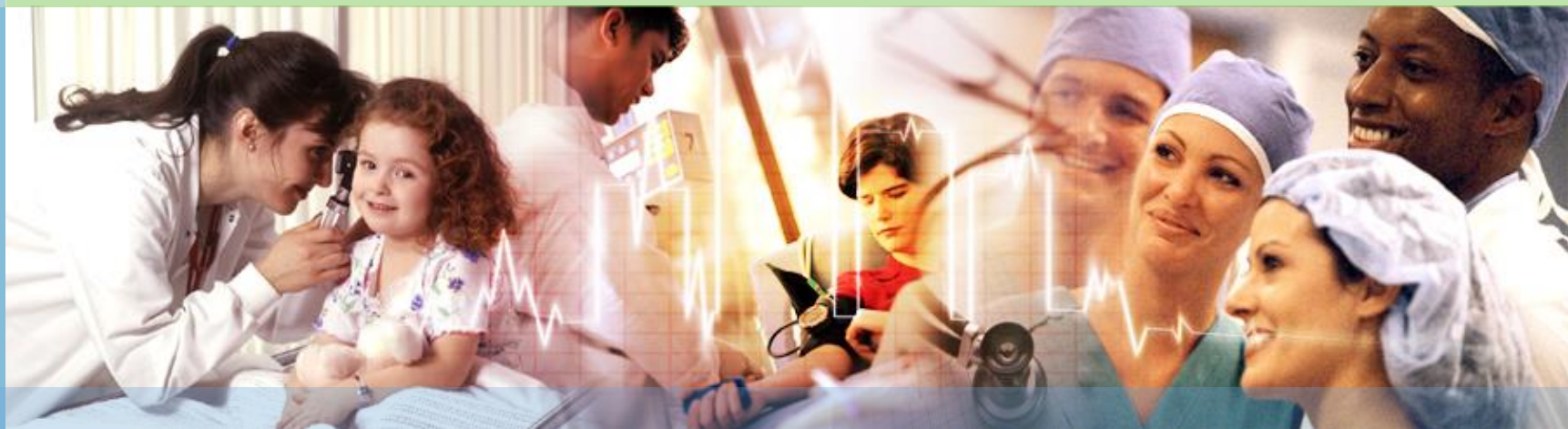


衛生福利部
中央健康保險署

醫院及其他預算專案 計畫執行成果報告

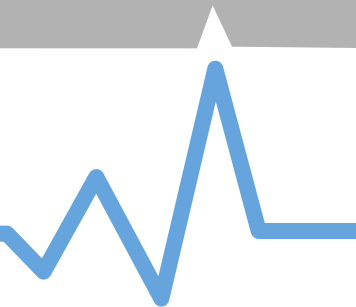


報告人：第一部分陳專門委員真慧
第二部分吳專門委員錦松





報告大綱



第1部分

急診品質提升方案

提升住院護理照護品質計畫

西醫醫療資源不足地區改善方案

醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫

醫療給付改善方案



報告大綱

第2部分

山地離島地區醫療給付效益提昇計畫

醫院以病人為中心門診整合照護計畫

論人計酬試辦計畫

提升急性後期照護品質試辦計畫

藥事居家照護試辦計畫

ICD-10-CM/PCS 編碼

鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫
資訊措施

慢性腎臟病照護及病人衛教計畫

提供保險對象收容於矯正機關者 醫療
服務計畫



衛生福利部
中央健康保險署

醫院及其他預算專案計畫執行成果 報告-第一部分



報告人：陳專門委員真慧



急診品質提升方案



緣由、目的及經費

● 緣由及施行日期：

大醫院急診壅塞為大眾關心，影響重症醫療品質，101年5月起施行本方案。

● 目的：

1. 確保重大疾病照護品質
2. 落實品質導向轉診制度
3. 提升急診病人處置效率
4. 提高急診照護品質

● 經費：

101~103年每年經費皆為3.2億元，104年經費為1.6億元。



醫療服務提供及利用情形_{1/2}

● 近3年全國各級檢傷分類急診案件：

年度別	101年		102年		103年	
/檢傷分類	件數(萬件)	占率	件數(萬件)	占率	件數(萬件)	占率
第1級	16.6	2.3%	15.6	2.3%	17.0	2.3%
第2級	80.0	11.0%	75.2	11.0%	77.4	10.7%
第3級	432.6	59.4%	416.4	60.6%	437.6	62.4%
第4級	140.0	19.2%	124.5	18.1%	122.3	17.4%
第5級	11.9	1.6%	10.3	1.5%	9.9	1.4%
其他	46.9	6.4%	44.8	6.5%	40.9	5.8%
總計	728.0	100.0%	686.9	100.0%	705.1	100.0%

◎資料來源：健保署二代倉儲門診、住院明細醫令檔(擷取日期：104年4月15日)。

◎成長率係指與去年同期比較。



醫療服務提供及利用情形_{2/2}

● 近3年各層級醫院各級檢傷分類急診案件

特約類別	檢傷類別	101年		102年		103年	
		件數(萬)	占率	件數(萬)	占率	件數(萬)	占率
醫學中心	小計	195.2	100.0%	183.7	100.0%	189.2	100.0%
	第1級	6.9	3.6%	6.2	3.4%	6.5	3.0%
	第2級	33.1	17.0%	32.0	17.4%	32.4	15.7%
	第3級	122.9	62.9%	115.8	63.0%	123.2	66.6%
	第4級	28.4	14.6%	25.6	13.9%	24.5	13.3%
	第5級	2.7	1.4%	2.3	1.3%	1.7	0.9%
	其他	1.2	0.6%	1.9	1.0%	0.9	0.5%
區域醫院	小計	372.7	100.0%	347.3	100.0%	360.1	100.0%
	第1級	7.8	2.1%	7.5	2.2%	8.2	2.1%
	第2級	38.8	10.4%	35.4	10.2%	36.7	9.9%
	第3級	237.1	63.6%	228.1	65.7%	240.6	66.9%
	第4級	79.7	21.4%	68.0	19.6%	66.1	18.6%
	第5級	6.5	1.7%	5.2	1.5%	5.6	1.6%
	其他	2.9	0.8%	3.1	0.9%	2.9	0.8%
地區醫院	小計	154.4	100.0%	151.5	100.0%	151.7	100.0%
	第1級	1.9	1.2%	1.9	1.3%	2.3	1.5%
	第2級	8.1	5.3%	7.8	5.2%	8.3	5.7%
	第3級	72.6	47.0%	72.4	47.8%	73.7	50.1%
	第4級	31.9	20.6%	31.0	20.4%	31.7	20.5%
	第5級	2.7	1.8%	2.8	1.9%	2.6	1.7%
	其他	37.2	24.1%	35.5	23.4%	33.1	20.4%



費用支付方式_{1/3}

重症照護

- 訂定到院急診一定時間內接受必要之用藥或治療處置或手術之標準及獎勵。
 - 急性腦中風、急性心肌梗塞、重大外傷獎勵2,000點
 - 嚴重敗血症獎勵1,000點

轉診品質獎勵

- **上轉：**醫院照護能力未符需求之病人，轉診至上一級醫院給予獎勵，每個案轉出及轉入醫院各支付500點。
 - 主診斷包括急性心肌梗塞，急性腦中風、主動脈剝離、重大外傷須緊急手術、大量腸胃道出血、嚴重敗血症等疾病。
- **下轉或平轉：**收治病況穩定者，轉出至同等級或下一級醫院之適當醫療機構，給予獎勵，下轉個案之轉入及轉出醫院各支付1,000點，平轉個案醫院各支付500點。
 - 主診斷包括上消化道出血，肺炎，泌尿道感染、肝硬化或肝昏迷、鬱血性心臟衰竭、軟組織之蜂窩組織炎等疾病急診病人。



費用支付方式_{2/3}

● 急診處置效率獎勵指標

▶ 壅塞指標：急診病人停留超過24小時之比率

▶ 效率指標：

1. 完成急診重大疾病照護病人進入加護病房<6小時之比率
2. 檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8小時之比率
3. 檢傷四、五級急診病人離開醫院<4小時之比率
4. 地區醫院急診病人增加

費用支付方式_{3/3}

維持獎：
壅塞指標
≤1%

- 以該院所本年度轉出比率低於同級醫院之50百分位者
- 本年度效率指標維持在同級醫院前25百分位，三項指標達到者，每一醫院給予20點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數獎勵，單項指標達到給予1/3，兩項指標達到給予2/3

進步獎：
壅塞指標
>1%

- 前三項效率指標年度進步8%以上，每一醫院給予10點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數之獎勵
- 前三項效率指標年度進步10%以上，每一醫院給予15點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數之獎勵
- 以上單項指標達到給予1/3，兩項指標達到給予2/3

進步獎：
地區醫院

- 地區醫院本年急診人次較上年增加，每增加1人次支給500點之獎勵



方案所列各類獎勵統計

單位：家、萬點

101年5月至103年急診品質提升方案獎勵金統計

特約類別	家數	重大疾病照 護品質獎勵	轉診品質 獎勵	急診處置效率獎勵			小計	總計
				維持獎	進步獎	地區醫院急診 病人增加獎		
101年								
醫學中心	19	309.1	497.1	60.4	-	-	60.4	866.5
區域醫院	65	194.8	377.6	388.7	-	-	388.7	961.1
地區醫院	100	17.0	320.1	80.1	32.9	1,936.0	2,049.0	2,386.1
小計	184	520.9	1,194.8	529.2	32.9	1,936.0	2,498.1	4,213.8
102年								
醫學中心	19	465.5	762.1	59.2	389.6	-	448.8	1,676.3
區域醫院	68	386.4	637.6	747.5	131.0	-	878.5	1,902.6
地區醫院	96	37.0	551.6	128.4	-	504.6	633.0	1,221.6
小計	183	888.9	1,951.3	935.1	520.6	504.6	1,960.3	4,800.5
103年								
醫學中心	19	517.7	860.6	63.0	238.3		301.3	1679.6
區域醫院	62	386.6	649.2	544.4	35.4		579.8	1615.6
地區醫院	81	36.5	594.6	138.0	10.9	3450.1	3599.0	4,230.1
小計	162	940.8	2,104.4	745.3	284.6	3,450.1	4,480.0	7,525.3

◎資料來源：健保署二代倉儲門診、住院明細醫令檔(擷取日期：104年4月15日)。

◎特約類別：以申報當時之特約狀況認定。

➡ 急診處置效率相關指標執行情形 1/2

● 3.1~3.3急診處置效率相關指標整體監測結果 (101年5月-103年12月)

單位：人次、%

	3.1完成急診重大疾病照護進入 加護病房<6小時之比率			3.2檢傷一、二、三級急診病人 轉入病房<8小時之比率			3.3檢傷四、五級急診病人離 開醫院<4小時之比率			3.4地區醫院急診病人 增加	
	完成急診重 大疾病照護 於6小時內轉 入加護病房 人次 A	完成急診 重大疾病 照護總人 次 B	比率 C=A/B	檢傷一至三 級急診病人 8小時內住 院人次 D	檢傷一至 三級病人 住院人次 E	比率 F=D/E	檢傷四、 五級病人 4小時內出 院人次 G	檢傷四、 五級病人 出院人次 H	比率 I=G/H	急診 病人次	急診 病人次 (不含 職災 案件)
101年											
醫學中心	964	1,402	68.8%	187,360	349,702	53.6%	116,200	132,406	87.8%		
區域醫院	642	769	83.5%	436,854	546,862	79.9%	349,726	380,421	91.9%		
地區醫院	56	76	73.7%	113,398	122,438	92.6%	155,243	162,737	95.4%	1,571,949	1,562,725
小計	1,662	2,247	74.0%	737,612	1,019,002	72.4%	621,169	675,564	91.9%		
102年											
醫學中心	1,588	2,217	71.6%	181,422	334,055	54.3%	226,518	256,503	88.3%		
區域醫院	1,460	1,670	87.4%	430,629	547,571	78.6%	636,239	685,746	92.8%		
地區醫院	175	230	76.1%	116,894	126,718	92.2%	311,578	323,751	96.2%	1,497,068	1,488,569
小計	3,223	4,117	78.3%	728,945	1,008,344	72.3%	1,174,335	1,266,000	92.8%		
103年											
醫學中心	1,867	2,736	68.2%	187,432	349,061	53.7%	217,103	243,694	89.1%		
區域醫院	1,543	1,775	86.9%	427,509	559,879	76.3%	625,573	670,548	93.3%		
地區醫院	151	201	75.1%	117,352	128,189	91.6%	317,623	329,335	96.4%	1,507,745	1,507,199
小計	3,561	4,721	75.4%	732,293	1,037,129	70.6%	1,160,299	1,243,577	93.3%		

◎資料來源：健保署二代倉儲門診、住院明細醫令檔(擷取日期：104年3月5日)。

◎101年資料係101年5月至12月。

◎特約類別：以當年度最新之特約狀況認定。

急診處置效率相關指標執行情形 2/2

- 103年與102年本方案急診處置效率指標相較：
 - ▶ 完成急診重大疾病照護進入加護病房<6小時之比率
各特約類別比率皆略降。
 - ▶ 檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8小時之比率
各特約類別比率皆略降。
 - ▶ 檢傷四、五級急診病人離開醫院<4小時之比率
各特約類別比率皆增加。
- 綜上各項指標所示，103年急診處置效率與102年變化不大，尚待觀察後續趨勢變化。

成效評估-重症照護方面



- 申報重症照護獎勵人次：

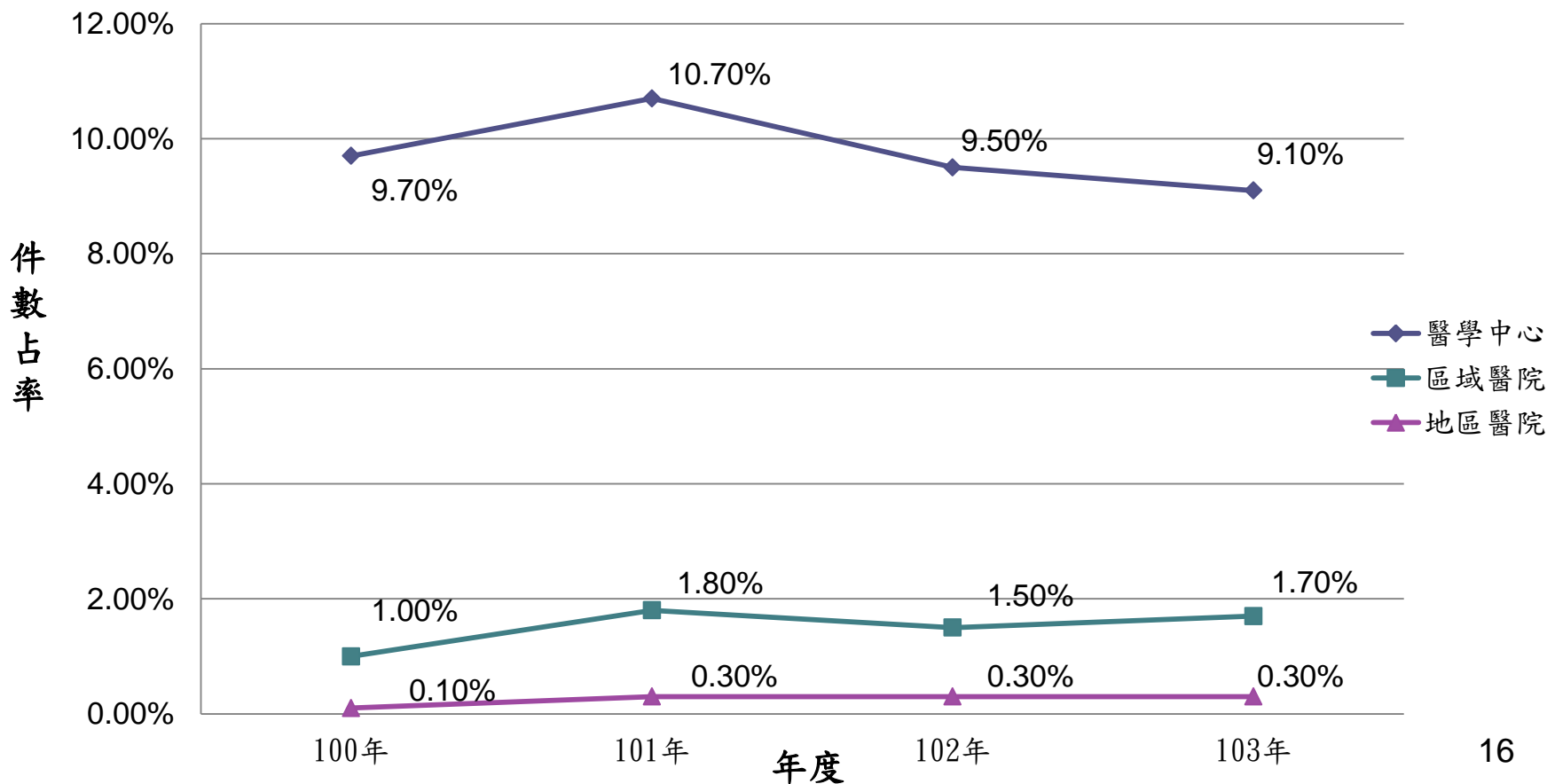
- ▶ 101年5-12月件數共2,247件，推估全年量約3,852件。
- ▶ 102年全年件數共4,117件。
- ▶ 103年全年件數共4,721件。

- 各年度之重症照護申報獎勵件數逐年增加，顯示院所依計畫方案，對重症者即時的照護件數有增加的趨勢。



成效評估-急診處置方面^{1/3}

● 各特約類別醫院急診轉住院停留急診超過48小時件數占率趨勢圖





成效評估-急診處置方面^{2/3}

● 各特約類別醫院急診轉住院停留急診超過48小時件數占率及成長率

特約類別	急診後轉住院件數		停留超過48小時之件數		
	值	成長率	值	占率	成長率
醫學中心					
100年	387,403	3.3%	37,422	9.7%	27.0%
101年	383,910	-0.9%	41,012	10.7%	9.6%
102年	368,239	-4.1%	35,853	9.5%	-12.6%
103年	387,906	5.3%	36,000	9.1%	0.41%
區域醫院					
100年	642,195	5.2%	6,328	1.0%	40.1%
101年	623,936	-2.8%	11,457	1.8%	81.1%
102年	608,818	-2.4%	9,414	1.5%	-17.8%
103年	638,380	4.86%	11,371	1.7%	20.8%
地區醫院					
100年	176,031	-8.1%	208	0.1%	10.6%
101年	176,521	0.3%	489	0.3%	135.1%
102年	180,729	2.4%	613	0.3%	25.4%
103年	178,288	-1.4%	568	0.3%	-7.3%

註：◎資料來源：中央健康保險署二代倉儲門診明細、醫令及住院明細、醫令檔(擷取日期：104.4.15)。

◎急診停留超過48小時為急診停留時間>2*24*60=2880分。

◎特約類別：以當年度最後特約狀況認定。

◎成長率係指與去年同期比較。

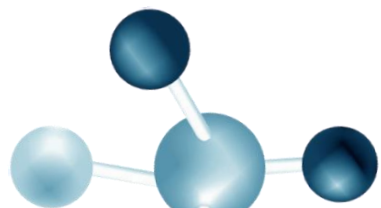
成效評估-急診處置方面^{3/3}



- 急診轉住院停留急診超過48小時件數占率：
 - ▶ 102年與前一年件數占率相較，醫學中心、區域醫院下降，地區醫院持平。
 - ▶ 103年與前一年件數占率相較，醫學中心下降，地區醫院持平。
- 綜上顯示，103年與102年相較之下，急診個案留置於醫學中心急診室過長情形，已有部分改善。



提升住院護理照護品質計畫



103年計畫目標及重點

- 目的：

鼓勵醫院重視護理照護，增加護理人力配置，提高住院病人醫療照護品質。

- 對象：屬醫院總額範圍內之特約醫院。

103年方案給付方式

通過醫院評鑑人力標準

以醫院評鑑人力基準的護理人力作標準，達到C、B、A標準之醫院以每月申報住院護理費支付標準加成獎勵。

補助新增護理人員數

103年各醫院每月平均執業登記護理人員數較於102年增加者，並依醫院病床之變動情況校正計算

每位增加人員補助金額如下：

- 地區醫院及各層級離島醫院：增加人員每位保障點值補助16萬8千元
- 其餘每人每年補助金額上限為11萬7千點

偏鄉醫院住院護理費點數加成

偏鄉醫院於103年每月申報「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」住院護理費支付點數，給予加成3.5%之補助。

急性一般病房每月三班平均照護人數

以醫院急性一般病房(含精神專科醫院)之護理人力計算為主，凡達獎勵標準之醫院，以每月申報「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」急性一般(精神)病床護理費支付點數，給予加成獎勵

品質指標報告為獎勵必填項目，每季填報一次

歷年預算執行數與執行率

● 98年至103年預算執行情形：

項目 \ 年度	98年	99年	100年	101年	102年	103年
預算數(億元)	8.325	8.325	10.0	20.0	25.0	20.0
預算執行數(億元)	7.5	8.325	8.74	19.96	24.95	19.52
預算執行率	90%	100%	87.5%	99.8%	99.8%	97.6%
獎勵金核發醫院家數(家)	461	456	476	502	492	492
獎勵金核付點數(億點)	7.5	8.56	8.74	19.96	24.95	19.52

註：99年核付點數8.56億點，已超出原協定預算數，依方案內容，護理人力部分將依全年浮動點值計算，每點支付金額約0.97119865元。



護理品質指標值登錄_{1/2}

- 103年全體跌倒發生率、壓瘡發生率及感染發生率均較102年高。
- 各層級院所因醫院特性不同，品質指標值呈現不同的發生趨勢。整體而言，除慢性醫院外，醫學中心之壓瘡率較其他層級為高、精神專科醫院之跌倒發生率及感染率則高於其他特約層級醫院。

層級別	跌倒發生率		壓瘡發生率		感染發生率	
	102年	103年	102年	103年	102年	103年
全體	0.45%	0.53%	0.60%	0.63%	1.60%	1.70%
醫學中心	0.44%	0.44%	1.12%	1.12%	2.13%	1.98%
區域醫院	0.36%	0.44%	0.26%	0.31%	1.17%	1.36%
地區醫院	0.44%	0.44%	0.78%	0.51%	2.07%	1.92%
精神專科	2.22%	8.13%	0.00%	0.01%	0.62%	2.29%
慢性醫院	1.49%	0.91%	3.07%	2.40%	12.46%	17.91%

註：發生率=當年指標數/當年住院人次

護理品質指標值登錄2/2

- 103年住院護理滿意度略降；護理人員季離職率上升；年資2年以上護理人員比率(季)上升

層級別	上半年滿意度		下半年滿意度		年資3個月以上護理人員季離職率		該院2年以上年資人員護理比率(季)	
	102年	103年	102年	103年	102年	103年	102年	103年
全體	88.68%	88.67%	88.80%	88.71%	3.47	3.72	65.63	67.13
醫學中心	92.94%	93.66%	93.95%	93.68%	2.05	1.98	76.12	76.69
區域醫院	90.97%	90.11%	91.52%	90.30%	2.93	2.99	72.62	72.95
地區醫院	88.26%	88.24%	88.12%	88.16%	3.73	4.04	63.40	64.35
精神專科	84.91%	85.96%	85.53%	86.49%	3.02	3.35	70.41	73.64
慢性醫院	91.17%	91.31%	91.60%	89.68%	5.09	5.69	34.26	52.32

* 護理滿意度達88%以上

➡ 執行概況-護理人力統計

- 103年本方案計算之住院護理人力總計為59,048人，102年則為58,348人，增加700人，其占醫院執登人數比率分別為59.9%、61.1%。

層級	C1急性病房(含急性精神病床)		C2手術室		C3手術恢復室、觀察室		C4產房及待產室		C5嬰兒室	
	102年	103年	102年	103年	102年	103年	102年	103年	102年	103年
醫學中心	11,101	11,236	2,444	2,495	415	413	348	339	222	205
區域醫院	12,313	12,756	2,540	2,679	718	736	578	584	471	428
地區醫院	6,559	6,214	1,108	1,115	604	645	288	276	509	511
精神專科	1,182	1,222								
慢性醫院										
合計	31,155	31,429	6,092	6,289	1,737	1,793	1,213	1,199	1,202	1,145

層級	C6門診		C7血液透析室		C8燒傷病房及嬰兒病房		C9精神科日間照護單位		慢性病房	
	102年	103年	102年	103年	102年	103年	102年	103年	102年	103年
醫學中心	2,824	2,907	989	1,018	942	927	90	91		
區域醫院	3,548	3,662	2,086	2,163	939	895	192	184		
地區醫院	2,452	2,489	1,510	1,462	162	150	37	38		
精神專科	98	107					105	98	830	877
慢性醫院									146	127
合計	8,922	9,165	4,584	4,642	2,043	1,972	424	410	976	1,004

註：102年醫院平均執登總人數為95,546人；103年執登人數為98,618人

執行概況-淨增加護理人員數

- 103年全國參與本方案之醫院護理人員執業登錄共計97,413人，較102年全國參與本方案之院所執業登錄之護理人員數，總計增加2,067人，扣除新成立院所及原醫院床位增加所增加之護理人員750人，103年已參與本方案之院所共計淨增加1,317人，103年執登護理人員數成長率1.38%。

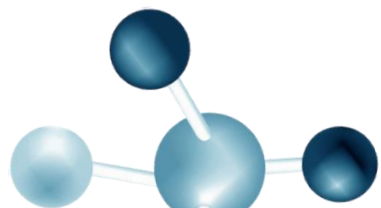
類別	99年	100年	101年	102年	103年	總計
醫學中心	222	674	640	932	682	3,150
區域醫院	908	769	342	1071	609	3,699
地區醫院	29	229	145	235	54	692
精神專科	25	37	-52	13	-31	-8
慢性醫院	-	-	-6	-8	3	-11
合計	1,184	1,709	1,069	2,243	1,317	7,522

執行成效

- 全民健康保險提升住院護理照護品質方案實施6年(98-103年)，共挹注91.65億元用於提升護理人力配置及護理人員獎勵措施，累計6年共增加護理人力7,522人，藉由本方案之實施，增加院所提升護理人力配置之動機，經由護理人力數之統計，發現在各層級院所皆有正面之促進效益。
- 獎勵款項之應用依醫院登錄統計，多用於增聘護理人力、提高大小夜班費、加發獎勵金、提高護理人員薪資等，103年方案將持續進行款項運用之查核，醫院如未落實前述規定，健保署將予以追扣款項。



西醫醫療資源不足地區改善方案





計畫目標與重點-1/2

● 協定事項及經費：

- ▶ 100年至103年度於醫院總額部門之專款項目，續編方案經費，101-102年經費每年5千萬，自103年起新增經費1千萬元總計為6千萬。

● 計畫目標：

▶ 執行目標：

- ✓ 總服務人次：103年度50,000人次
- ✓ 總服務診次：103年度3,000診次
- ▶ 執行期間：103年1月1日～12月31日。



計畫目標與重點-2/2

● 計畫重點：

- ▶ 鼓勵地區級以上醫院醫師，至西醫基層醫師無法承作之醫療資源不足地區，提供巡迴醫療及行動不便或獨居老人到宅醫療或疾病個案管理服務。
- ▶ 公告施行區域：
 - ✓ 以「98年西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案」的101個公告鄉鎮中，至98年6月12日仍未有西醫基層診所申請開業或巡迴醫療服務之鄉鎮。
 - ✓ 惟自102年起，本計畫施行區域，係以每位執業醫師所服務戶籍人口數超過2,600人之鄉鎮及各縣市衛生局提供之鄉鎮名單，**103年公告33個鄉鎮**。

100-103年預算執行數與執行率

- 預算及鄉鎮執行率逐年成長。

項目 \ 年度	100年	101年	102年	103年
預算數 (百萬元)	50	50	50	60
預算執行數 (百萬元)	33.1	46.1	58.5	65.37
預算執行率(%)	66.24	92.14	117.05	108.95
公告鄉鎮數	31	35	32	33
鄉鎮執行數	29	33	31	32
鄉鎮執行率(%)	93.55	94.29	96.88	96.96

100-103年執行情形及成效^{1/2}

● 103年服務人次及診次目標已達成。

項目 \ 年度	100年	101年	102年	103年
目標總服務人次	50,000	50,000	50,000	50,000
總服務人次	27,135	37,550	51,315	59,052
總服務人次執行率(%)	54.27	75.10	102.63	119.04%
目標總服務時數/診次(註)	5,000	5,000	3,000	3,000
總服務時數/診次(註)	10,101	12,903	4,369	4,505
總服務時數/診次執行率(%) (註)	202.02	258.06	145.63	150.16%
滿意度(%)	91.9	92.7	93.71	89.9%

註:100年至101年目標為總服務時數；102年起則為總服務診次。

➡ 100-103年執行情形及成效2/2

- 分區業務組鄉鎮執行概況，總體鄉鎮執行率持續增加。

分區別	執行鄉鎮數			
	100年	101年	102年	103年
臺北	4	4	4	4
北區	3	3	4	4
中區	6	7	7	7
南區	6	7	5	5
高屏	9	9	8	9
東區	1	3	3	3
總計	29	33	31	32
鄉鎮執行率 (%)	93.55	94.29	96.88	96.96

100-103年執行院所數及醫院名單

● 各醫院100-102年院所數及103年執行名單

分區	執行醫院			
	100年	101年	102年	103年
臺北	9	10	8	慈濟台北分院、新光、馬偕、基隆長庚、礦工、仁濟醫院、雙和醫院、國泰
北區	5	4	4	部立桃園新屋分院、榮總新竹分院、台大新竹分院、為恭、台大竹東分院
中區	5	11	13	員林何醫院、洪宗鄰醫院、彰基、彰基二林分院、竹山秀傳、彰基鹿基分院、彰濱秀傳、中山中興分院、秀傳醫院、澄清復健醫院、新泰宜婦幼醫院
南區	5	6	6	台南新樓、成大斗六分院、奇美、奇美柳營、雲林長庚、台大醫院雲林分院
高屏	9	9	8	高雄長庚、義大、寶建、安泰、高雄榮總、屏東基督教、恆春旅遊醫院、南門醫院、阮綜合醫院
東區	1	3	3	財團法人門諾醫院、部立臺東醫院
總計	34家醫院	43家醫院	42家醫院	41家醫院

100-103年巡迴科別數及診次

- 巡迴科別數持續穩定、診次則逐年成長。

分區	巡迴科別數				巡迴診次			
	100年	101年	102年	103年	100年	101年	102年	103年
臺北	6	6	8	8	326	575	505	526
北區	3	3	2	3	292	216	265	212
中區	7	8	7	4	730	1,236	1,853	1,862
南區	3	2	2	2	478	549	563	659
高屏	5	6	7	7	1,503	1,611	985	1,086
東區	1	3	3	3	38	114	198	160
總計	13	12	11	11	3,367	4,301	4,369	4,505

註：100年一般科、內科、外科、家醫科、婦產科、復健科、骨科、消化外科、感染科、心臟血管內科、老人醫學科、神經科、新陳代謝科。

101年一般科、內科、外科、家醫科、婦產科、復健科、骨科、小兒科、神經科、精神科、新陳代謝科、胸腔內科。

102年一般科、內科、外科、家醫科、婦產科、復健科、骨科、耳鼻喉科、小兒科、神經科、新陳代謝科。

103年一般科、內科、外科、家醫科、婦產科、復健科、骨科、小兒科、神經科、耳鼻喉科、新陳代謝科。

100-103年服務人次

- 103年服務人次達59,052人次，呈現逐年成長。

分區	服務人次				滿意度(%)			
	100年	101年	102年	103年	100年	101年	102年	103年
臺北	2,023	4,233	4,415	4,385	93.4	92.1	93.35	90.8
北區	656	1,032	1,411	2,025	93.3	91.9	99.15	94.0
中區	9,141	12,810	22,042	24,806	92.8	93.6	94.47	90.9
南區	5,290	6,544	8,736	12,653	89.7	91.4	90.67	85.6
高屏	9,770	12,355	14,082	14,346	91.4	95.0	94.38	91.4
東區	255	576	629	837	83.0	89.0	89.60	87.0
總計	27,135	37,550	51,315	59,052	91.9	92.7	93.7	89.9

100-103年醫療費用分析

- 論次及論量費用多為逐年成長。

單位：百萬點

分區	100年		101年		102年		103年	
	論量	論次	論量	論次	論量	論次	論量	論次
臺北	1.10	1.82	1.58	3.66	2.20	3.36	2.20	4.26
北區	0.30	1.67	0.45	1.23	0.64	1.56	0.86	1.30
中區	4.68	4.15	6.59	7.70	11.97	11.72	13.19	12.15
南區	2.48	2.77	3.52	3.21	5.03	3.69	6.68	4.35
高屏	6.11	7.72	7.87	9.32	9.76	6.54	10.44	7.25
東區	0.09	0.22	0.29	0.65	0.34	1.19	0.52	1.09
總計	14.77	18.35	20.31	25.76	29.95	28.07	35.29	30.08



檢討與改進

● 檢討：

- ▶ 103年公告施行區域僅一個鄉鎮(屏東縣萬巒鄉)無醫院承作(原由阮○○醫院承作，但於8月起停診)。本署每年定期函請各縣市衛生局及分區業務組確實檢討巡迴實施區域是否確屬醫療資源不足地區。

● 改進：

- ▶ 103年總服務診次及總服務人次已達成。加強各巡迴點執行成效評估之規定：執行滿3個月，巡迴點每診次平均就醫低於5人次(不含)，暫停該巡迴點服務；該診所或醫院應提改善計畫書或變更巡迴點，並經保險人分區業務組核定後，始得恢復或變更巡迴點。



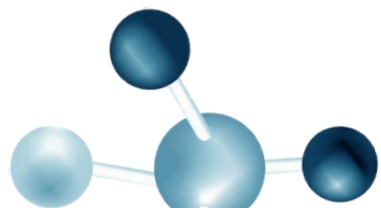
104年計畫修正重點

● 增訂：

1. 每月休診之管制機制(每巡迴點每月累計休診次數達原申請總次數之1/4，則終止該巡迴點)。
2. 執行巡迴醫療服務如未符相關藥事法令規定者，不予支付藥費及藥服費。
3. 醫院與西醫基層之本項預算可互相流用(全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於1元)。



醫療資源不足地區醫療服務提升計畫





計畫簡介

- 計畫期間：101年5月28日～迄今。
- 預算來源：
 - ▶ 其他預算「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」項目，101年5億元，102年6.7億元。
 - ▶ 醫院總額專款項目：103年起由其他預算移列醫院總額專款項下，每年編列8億元。
- 計畫目的：
 - ▶ 強化離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區之民眾在地醫療，減少就醫奔波之苦。
 - ▶ 以點值保障該等區域或鄰近區域之醫院，使其具備較佳醫療提供之能力，並加強提供醫療服務及社區預防保健，以增進民眾就醫之可近性。



預算執行情形

- 本計畫自101年6月起實施 預算編列5億元，支出約2.7億元。因101年6月才開始執行，除第1年(101年)預算執行率(54%)偏低外，102年起預算執行均可達6億元，預算執行率達83%以上。

年度	預算 (億)	支出費用 (億)	執行率 (%)
101年	5	2.7	54%
102年	6.7	6.1	91%
103年	8	6.6	83%

註：本計畫自101年6月起公告實施。



申請醫院資格

- 第一項：**設立於保險人公告之離島、山地鄉之醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達30公里以上者。
- 第二項：**設立於全民健保醫療資源不足地區(鄉鎮)之醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院之鄉鎮。
- 第三項：**符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足區急救責任醫院」之地區級醫院。
- 第四項：**自103年起新增符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院。

● 符合資格醫院家數：

▶ 101年79家，102年101家，103年108家，104年106家。

申請醫院須承諾強化提供下列醫療服務

- 提供24小時急診服務：
 - ▶ 101年計畫規定醫院需提供本項服務
 - ▶ 102年後之計畫則放寬，若該區已有醫院提供急診服務，醫院可不提供本項服務。
- 提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務(含支援醫師)，並應由各該專科醫師實際提供每週三次以上之門診看診服務。
- 檢驗、檢查報告須主動通知民眾。
- 深入社區加強預防保健服務。



獎勵措施_符合醫院申請資格第1~3項之醫院

● 浮動點數保障每點一元

- ▶ 一般服務部門(不含門診透析)自保障月起，納入結算之核定浮動點數，扣除住診呼吸器及門住診精神科案件之申請醫療點數後之點數，以浮動點值補足至每點一元支付。
- ▶ 提供24小時急診服務者：每家醫院全年最高以1,500萬元為上限，最低補助900萬元，醫院如選擇四科以下科別提供醫療服務者，其最低補助金額應予遞減(未滿四科，每減少一科，減少100萬元)。
- ▶ 102年起參與醫院若未提供24小時急診服務者，每家醫院每科全年最高以100萬元為補助上限。



獎勵措施_符合醫院申請資料第4項之醫院

- 補助其經急診檢傷分類第1及第2級之當次住院之前10天(含)，浮動點數保障每點一元，全年補助最高500萬元。



評估指標

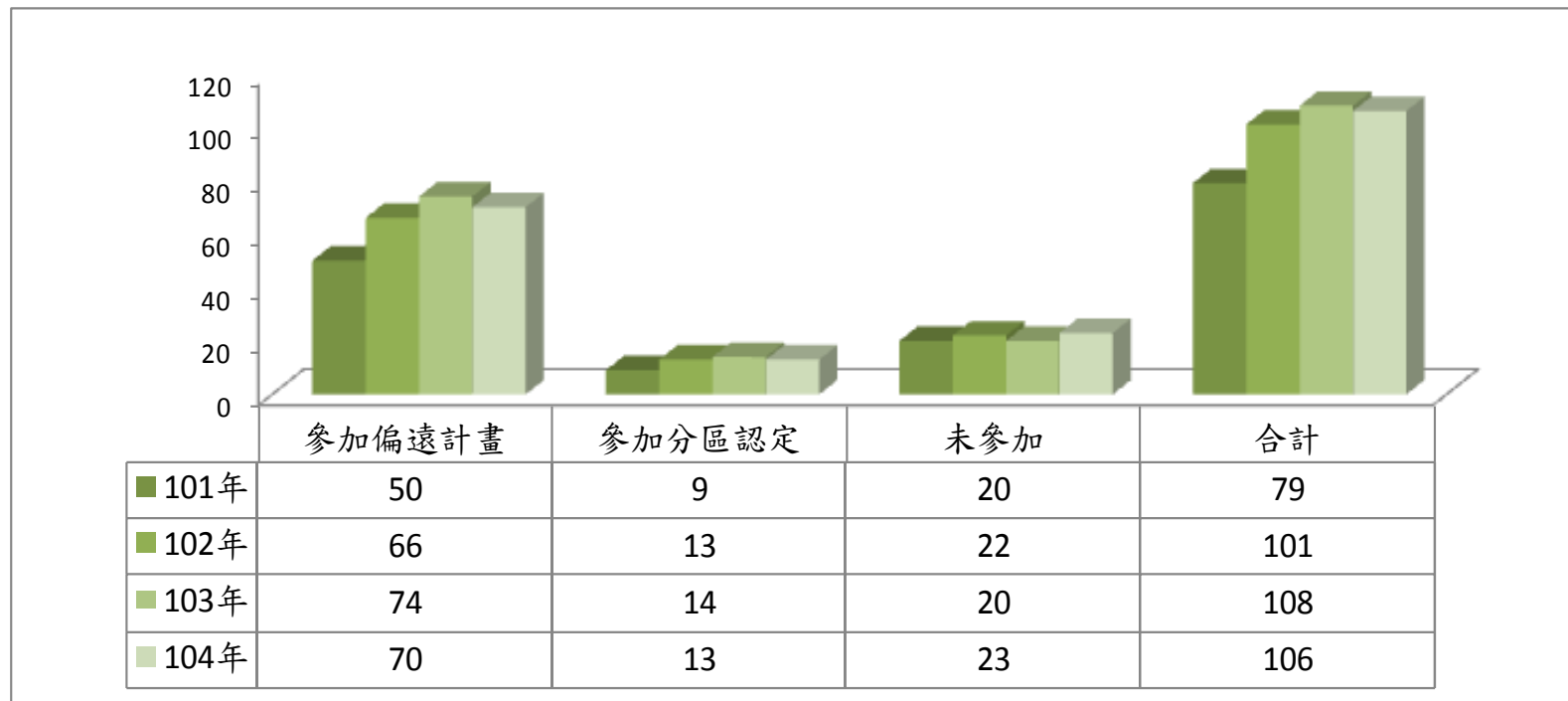
- 醫院增設24小時急診之家數。
- 醫院增設內科、外科、婦產科、小兒科之家數。
- 醫院提升預防保健服務量。
- 民眾滿意度提升
 - ▶ 民眾對急診、內科、外科、婦產科、小兒科之滿意度
 - ▶ 民眾對檢驗、檢查報告主動通知之滿意度
 - ▶ 醫院內整體民眾申訴案件成案數，低於前一年



參與情形

- 103年符合資格醫院計108家，其中74家(68.5%)參與本計畫，14家參與分區偏遠認定，20家未參加。
- 104年符合資格醫院計106家，其中70家(66%)參與本計畫，13家參與分區偏遠認定，23家未參加。

單位：家數

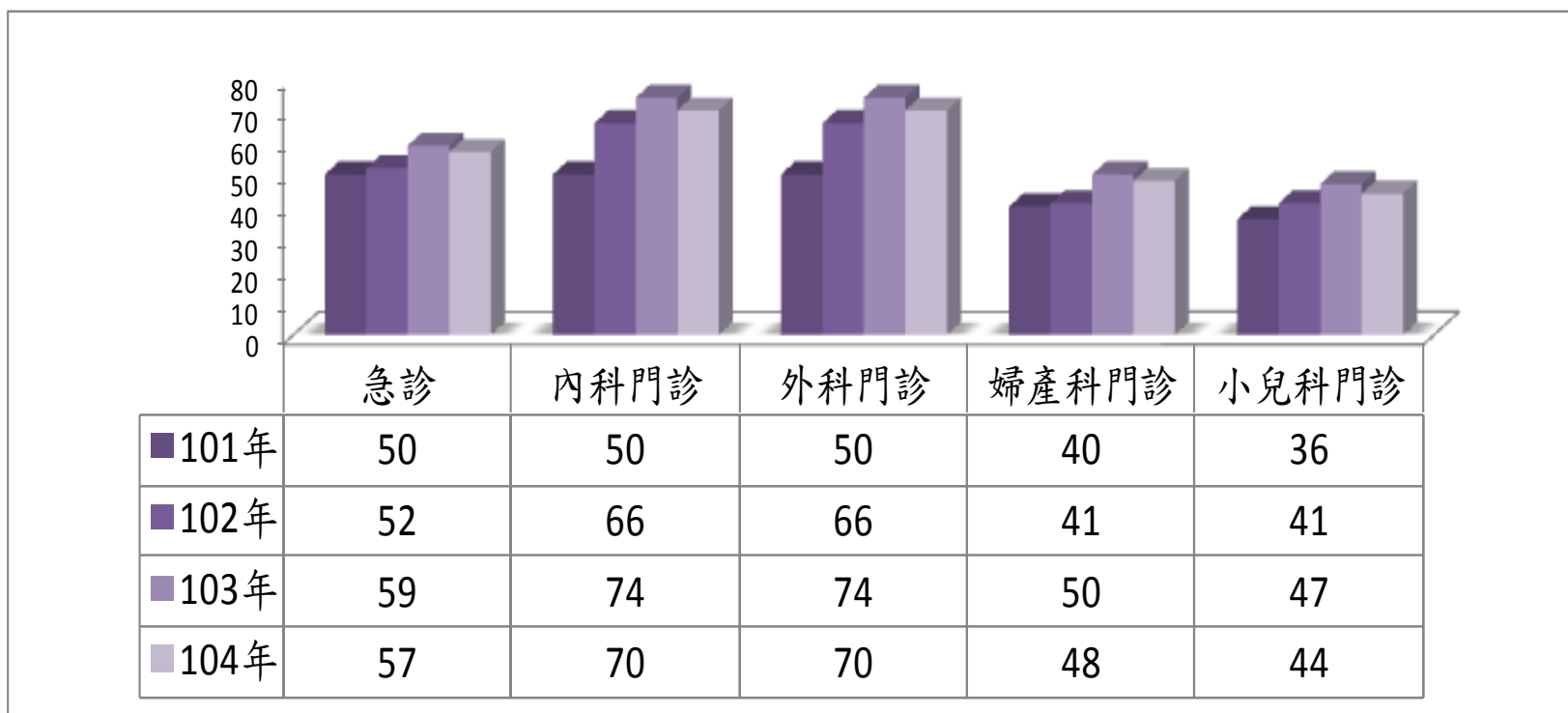




提供科別服務情形-1/2

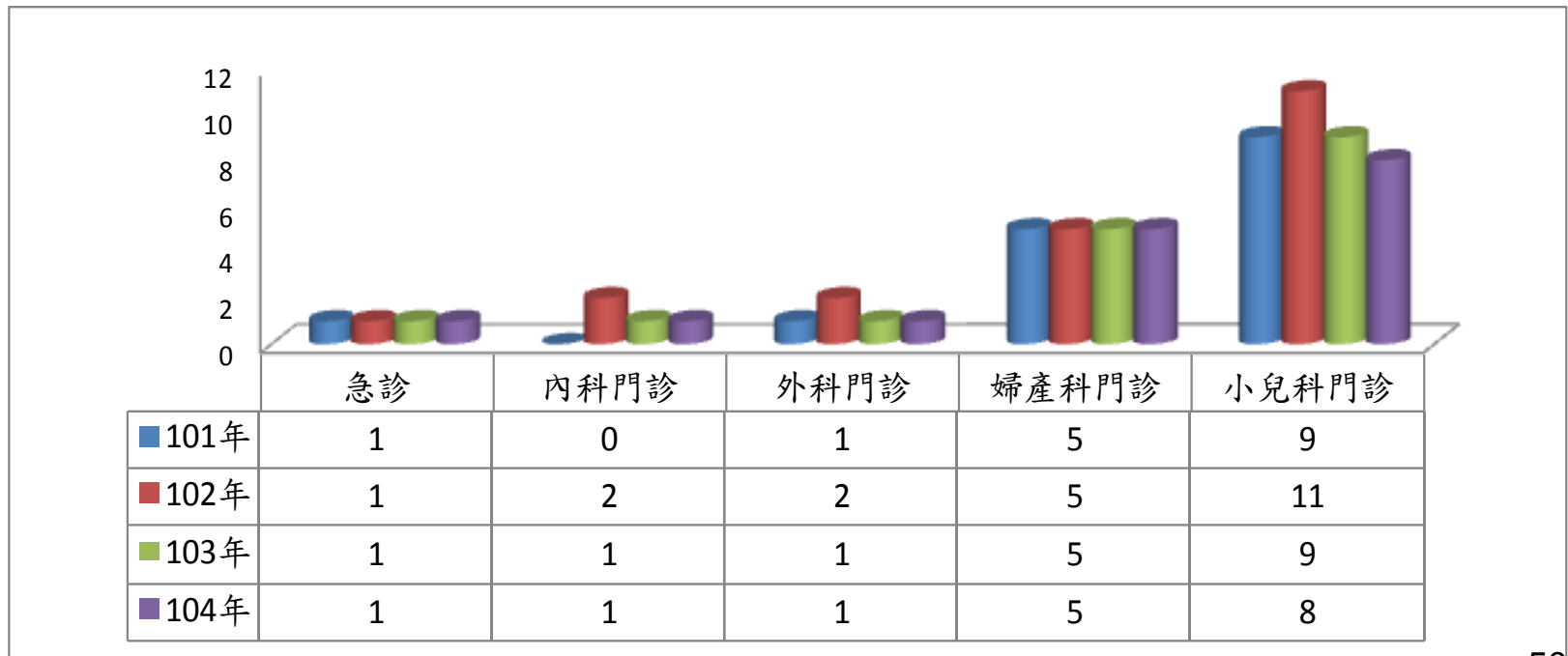
- 103年：59家提供急診服務、74家提供內科與外科門診服務、50家提供婦產科門診服務、47家提供小兒科門診服務。
- 104年：57家提供急診服務、70家提供內科與外科門診服務、48家提供婦產科門診服務、44家提供小兒科門診服務。

單位：家數



➡ 提供科別服務情形-2/2

- 配合參與本計畫，醫院新增提供急診或四大科門診情形。
 - ▶ 103年，新增急診1家，新增內科門診1家，新增外科門診1家，新增婦產科門診5家，新增小兒科門診9家。
 - ▶ 104年家數大多與103年同，惟新增小兒科門診家數減為8家。



註：104年醫院新增服務家數，以參與醫院參與前後是否有新增服務計



滿意度調查結果

- 102年、103年急診、各科門診與檢查結果主動通知等項之民眾滿意度，皆可達82%以上。

項目	101年		102年		103年	
	問卷數	滿意度	問卷數	滿意度	問卷數	滿意度
對急診之滿意度	665	87%	754	88%	741	82.1%
對內科門診之滿意度	764	85%	1022	92%	944	87.5%
對外科門診之滿意度	718	84%	948	90%	827	86.2%
對婦產科門診之滿意度	472	89%	580	89%	583	85.9%
對小兒科門診之滿意度	424	86%	487	87%	484	82.0%
對檢查之滿意度	1140	86%	1407	89%	1489	87.3%

註：101年問卷回收2,462份；102年問卷回收2,958份。



申訴案件&預防保健服務量

● 整體民眾申訴案件成案數與整體預防保健服務量變化：

▶ 參與醫院的預防保健服務量：

- ✓ 101年：參與醫院50家，101年為45.3萬件，較前一年(100年) 41.3萬件成長10%。
- ✓ 102年：參與醫院66家，102年為71.9萬件，較前一年(101年) 66.5萬件成長8.1%，主要因大部分醫院已參與2年，預防保健服務量成長幅度較小。
- ✓ 103年：參與醫院74家，102年為130萬件，較前一年(102年) 125萬件成長4.1%，主要因大部分醫院已參與2年，預防保健服務量成長幅度較小

▶ 整體醫院申訴成案數：

- ✓ 100年8件，101年6件，102年1件，103年再減為0件。



退場機制

- 醫院有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第38條至40條所列違規情事，自其違規處分(第一次)之處分月起不再保障。
- 醫院於保障期間發生未依其承諾提供醫療服務，或自願中止本計畫者，自確定事實之月起，不再保障。

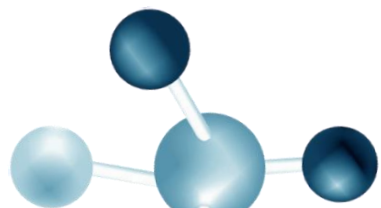


結語

- 近年參與之醫院家數維持70家以上(101年50家、102年66家、103年74家、104年70家)，本計畫持續以點值保障偏遠或其鄰近地區之醫院，使其能繼續維持較佳之急診與內外婦兒四大科之醫療服務提供能力。
- 各參與醫院，提供24小時急診服務與內、外、婦、兒科四大科之醫療服務，確實強化了離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區民眾的在地醫療，減少遠程就醫奔波之苦，若有急症，亦可就近接受急診服務，獲益良多。



慢性 B 型及 C 型肝炎 治療計畫





計畫目標及重點

- 計畫目標：本計畫自92年10月起試辦，主要目的為配合衛生福利部加強肝炎防治計畫之推動，加強全民健康保險B型及C型肝炎藥物治療照護品質，本項藥物治療費用，101年(含)以前列為專款專案計畫。醫院部門自102年起預算全數回歸一般服務費用；西醫基層仍編列於專款，不足部分由其他預算支應。
- 執行重點：本署負責費用之給付及相關審核管控等，並視新藥及新療程之發展，適時修訂本計畫之給付規定。



歷年協定事項及經費執行率

單位:百萬、%

部門別	預算來源與使用情形	98年	99年	100年	101年	102年	103年
醫院	專款專用金額	1,484.0	622.0	1,282.0	1,922.0	0.0	0.0
	一般服務部門支應預算	0.0	2,194.9	1,748.0	1,275.7	3,406.9	3,285.5
	其他部門支應預算	0.0	0.0	200.0	0.0	0.0	0.0
	使用金額	1,094.4	2,816.9	3,230.1	3,197.7	3,406.9	3,285.5
	專款專用執行率	73.7%	100.0%	100.0%	100.0%	-	-
西醫 基層	專款專用金額	15.0	60.0	157.0	157.0	157.0	200.0
	一般服務部門支應預算	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	其他部門支應預算	0.0	0.0	0.0	28.2	90.2	97.4
	使用金額	5.0	49.5	113.5	185.2	247.2	297.4
	專款專用執行率	33.4%	82.6%	72.3%	118.0%	157.3%	148.9%

註1：98年11月起放寬用藥條件(抽血驗病毒量取代肝穿刺)及延長療程至36個月，並開放C肝復發療程。

註2：97年8月起新增貝樂克及喜必福1線用藥，及貝樂克2線用藥。

註3：B肝抗藥株自95年9月起開放治療。

註4：B肝復發自96年10月起開放治療。

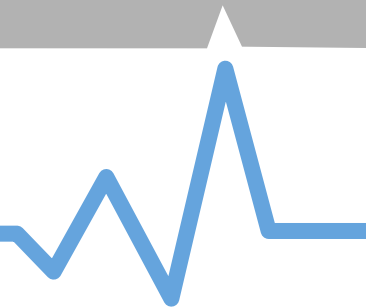
註5：C肝復發自98年11月起開放治療。

註6：B肝抗藥株復發自99年7月起開放治療。

註7：當年度收案收及累計收案數有可能因病患接受不同療程而有重覆計算之情形



醫院執行情形



● 醫院總額新收案病人數：

項目/年度	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年
試辦醫院家數	136	151	156	157	170	185	205	214	217	220
B型肝炎	5,662	5,439	5,715	6,637	9,263	17,771	15,715	14,404	17,477	16,197
B肝抗藥株	-	710	1,326	912	926	1,079	799	638	553	353
B肝復發	-	-	117	546	1,173	1,783	1,083	1,354	1,940	2,285
B肝抗藥株復發	-	-	-	0	0	235	135	141	167	96
B肝總計	5,662	6,149	7,158	8,095	11,362	20,868	17,732	16,537	20,137	18,931
C型肝炎	3,504	3,101	3,848	3,554	5,142	11,415	9,497	8,138	8,627	7,193
C肝復發	-	-	-	-	280	993	810	773	770	668
C肝總計	3,504	3,101	3,848	3,554	5,422	12,408	10,307	8,911	9,397	7,861
總計	9,166	9,250	11,006	11,649	16,784	33,276	28,039	25,448	29,534	26,792

註1：101年收案數係截至101年5月3日。

註2：B肝抗藥株自95年9月起開放治療。

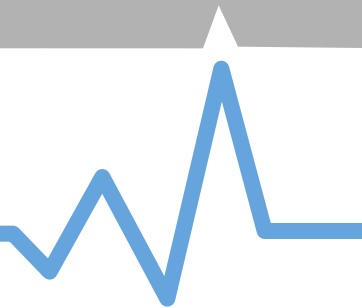
註3：B肝復發自96年10月起開放治療。

註4：C肝復發自98年11月起開放治療。

註5：B肝抗藥株復發自99年7月起開放治療。



西醫基層執行情形



● 西醫基層總額新收案病人數：

項目/年度	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年
試辦診所家數	23	30	28	32	53	91	202	235	221	233
B型肝炎	51	51	39	44	110	510	841	875	1683	1394
B肝抗藥株	-	4	5	10	16	17	19	29	53	29
B肝復發	-	-	1	5	15	34	33	49	119	218
B肝抗藥株復發	-	-	-	-	-	2	5	6	11	10
B肝總計	51	55	45	59	141	563	898	959	1,866	1,651
C型肝炎	16	21	44	22	49	351	674	837	995	987
C肝復發	-	-	-	-	1	23	36	37	69	66
C肝總計	16	21	44	22	50	374	710	874	1,064	1,053
總計	67	76	89	81	191	937	1,608	1,833	2,930	2,704

註1：100年收案數係截至101年5月3日。

註2：B肝抗藥株自95年9月起開放治療。

註3：B肝復發自96年10月起開放治療。

註4：C肝復發自98年11月起開放治療。

註5：B肝抗藥株復發自99年7月起開放治療。

94年至100年 肝癌標準化發生率

- 臺灣不分性別，每10萬人口標準化發生率(以2000年世界標準人口)。

94年至100年肝及肝內膽管標準化發生率

年度	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年
標準化發生率	40.15	39.47	39.66	38.63	38.73	37.20	35.79

資料來源：國民健康署癌症登記線上互動查詢系統。

未來方向

- 持續監測B型及C型肝炎治療藥物使用情形及費用審核管理。
- 持續請醫療院所於VPN登錄系統登載，以瞭解評估預算由專款項目回歸一般服務項目後，醫院收案的變化情形。
- 持續修正全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫之放寬基層診所於醫療資源不足區，得由具消化內科專科醫師或小兒專科醫師之兼任專科醫師參與，擴大支付嘉惠民眾，以及執行病毒量檢驗。



醫療給付改善方案





分項計畫

1 糖尿病

2 氣喘

3 乳癌

4 思覺失調症

5 B、C型肝炎個案追蹤方案



歷年協定事項與經費

- 協定預算金額：由相關總額部門之專款項目「醫療給付改善方案」預算項目支應。

總額別	項目	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年
醫院總額	預算數(億元)	7.86	5.04	2.87	5.87	4.87	4.998	4.998	5.673
	執行數(億元)	2.02	2.04	1.94	2.89	3.89	3.950	4.623	5.241
	執行率(%)	25.7	40.5	67.4	49.3	79.8	79.0	92.5	92.39
西醫基層	預算數(億元)	4.27	4.24	2.99	3.0	3.0	2.12	1.624	2.055
	執行數(億元)	1.49	1.30	1.29	1.41	1.48	1.552	1.657	1.891
	執行率(%)	35	30.8	42.7	46.9	49.3	73.2	102.0	92.03

註1：96-103年執行預算，係以點值結算結果。

註2：因乳癌及思覺失調症無申報之管理照護費用P碼可擷取，需待結算資料，故尚無法統計。



預算執行情形 - 醫院部門

單位：億點

年度	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年
預算數	7.86	5.04	2.873	5.873	4.873	4.998	4.998	5.673
預算執行數	2.02	2.039	1.936	2.893	3.887	3.950	4.623	5.241
糖尿病	1.11	1.39	1.496	1.945	2.283	2.610	3.031	3.608
氣喘	0.16	0.16	0.162	0.169	0.175	0.175	0.199	0.23
高血壓	0.07	0.13	0.07	0.072	0.094	0.064	註3	—
乳癌	0.25	0.37	0.208	0.53	0.901	0.608	0.837	0.773
結核病	0.431	導入支付標準	—	—	—	—	—	—
子宮頸癌	註1	—	—	—	—	—	—	—
思覺失調症	—	—	—	0.147	0.347	0.376	0.402	0.438
BC肝炎帶原者	—	—	—	0.03	0.087	0.117	0.154	0.192
預算執行率	25.7%	40.5%	67.4%	49.3%	79.77%	79.03%	92.50%	92.39%

註1. 配合子宮頸抹片檢查移為公務預算，本計畫自健保刪除。

註2. 96-103年以點值結算結果。

註3. 高血壓因病患常合併多重疾病，例如糖尿病、慢性腎臟病等，故未再以疾病別單獨另列計畫追蹤，自102年1月1日起停止試辦。



預算執行情形 - 基層部門

單位：億點

年度	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103
預算數	4.27	4.236	2.99	3.00	3.00	2.12	1.624	2.055
預算執行數	1.49	1.303	1.290	1.406	1.478	1.552	1.657	1.891
糖尿病	0.48	0.60	0.684	0.768	0.832	0.966	1.139	1.379
氣喘	0.60	0.51	0.473	0.471	0.438	0.410	0.404	0.388
高血壓	0.39	0.18	0.133	0.137	0.138	0.086	註3	—
乳癌	—	—	—	—	—	—	—	—
結核病	0.018	導入支付標準	—	—	—	—	—	—
子宮頸癌	註1	—	—	—	—	—	—	—
思覺失調症	未實施	—	—	0.004	0.011	0.012	0.011	0.013
BC肝炎帶原者	未實施	—	—	0.026	0.058	0.078	0.103	0.111
預算執行率	35%	30.8%	42.7%	46.9%	49.26%	73.21%	102.03%	92.03%

註1. 配合子宮頸抹片檢查移為公務預算，本計畫自健保刪除。

註2. 96-103年以點值結算結果。

註3. 高血壓因病患常合併多重疾病，例如糖尿病、慢性腎臟病等，故未再以疾病別單獨另列計畫追蹤，自102年1月1日起停止試辦。

執行情形-照護人數(整體)

照護人數	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	103年 成長率
糖尿病	176,475	181,098	191,251	214,340	254,504	283,748	325,501	365,821	419,455	14.66%
氣喘	190,671	140,464	119,645	115,788	115,423	115,600	106,581	103,984	101,990	-1.92%
乳癌	6,927	8,438	9,807	10,743	11,678	11,827	12,653	13,458	12,041	-10.53%
高血壓	98,960	123,392	76,667	54,698	54,481	65,528	30,980	註2	—	—
思覺失調症	未實施				36,580	43,076	47,657	49,209	57,565	3.26%
BC肝帶原者	未實施				44,035	91,840	121,423	149,365	175,317	19.98%
合計	473,033	453,392	397,370	395,569	516,701	593,061	628,496	681,837	766,368	12.40%

註1：照護人數係指當年度有申報該方案相關費用之歸戶人數。

註2：95年高血壓僅於基層診所實施，因病患常合併多重疾病，例如糖尿病、慢性腎臟病等，故未再以疾病別單獨另列計畫追蹤，自102年1月1日起停止試辦。

註3：99年開始實施思覺失調症方案與BC肝炎帶原者方案。

執行情形-照護率(整體)

照護率	95年	96年	97年	98年	99年 ^{註1}	100年	101年	102年	103年
糖尿病	23.16%	24.67%	26.34%	27.56%	29.26% ^{註2}	31.16%	33.94%	35.06%	38.48%
氣喘	34.78%	35.17%	31.29%	31.61%	47.02%	45.45%	39.30%	37.49%	36.06%
乳癌	12.98%	13.60%	14.64%	14.50%	14.62%	13.67%	13.66%	13.29%	10.96%
高血壓	9.31%	6.54%	3.93%	2.65%	2.55%	2.94%	1.36%	註3	—
思覺失調症	未實施				40.65%	46.94%	51.20%	52.22%	60.28%
BC肝帶原者	未實施				9.83%	19.37%	26.14%	30.58%	35.31%

註1：照護率 分子：當年度申報該方案相關費用之歸戶人數。

分母：當年度該疾病之符合收案條件之歸戶人數(糖尿病、思覺失調症)或當年度申報該疾病診斷之歸戶人數(氣喘、乳癌、高血壓、思覺失調症、BC肝帶原者)。

註2：糖尿病方案99年放寬收案條件，分母由78萬人增加為87萬人(+12%)

註3：高血壓方案因病患常合併多重疾病，例如糖尿病、慢性腎臟病等，故未再以疾病別單獨另列計畫追蹤，自102年1月1日起停止試辦。

➡ 執行情形-照護情形(醫院)

方案別	年度	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年
糖尿病	個案數	123,289	127,842	135,926	154,512	188,827	209,647	241,970	270,818	308,313
	照護率	23.77%	25.51%	27.61%	30.06%	31.30%	35.01%	38.41%	39.84%	43.50%
氣喘	個案數	33,686	27,029	23,534	23,911	25,006	24,860	24,626	27,390	29,959
	照護率	13.93%	14.34%	14.60%	15.75%	21.73%	20.87%	19.34	21.24%	22.73%
乳癌	個案數	6,927	8,438	9,807	10,743	11,678	11,827	12,653	13,458	12,041
	照護率	12.98%	13.60%	14.64%	14.50%	14.62%	13.67%	13.66%	13.29%	10.96%
高血壓	個案數	未實施	25,138	30,821	18,709	19,621	26,140	12,981	—	—
	照護率	未實施	2.62%	3.16%	1.87%	1.92%	2.48%	1.21%	—	—
思覺失調症	個案數	未實施	—	—	—	35,585	41,846	46,405	47,928	55,634
	照護率	未實施	—	—	—	40.95%	54.8%	60.10%	61.23%	70.38%
B、C肝帶原者	個案數	未實施	—	—	—	23,580	55,580	74,275	91,945	111,129
	照護率	未實施	—	—	—	6.79%	15.11%	21.71%	25.62%	30.45%

註1：照護率 分子：當年度申報該方案相關費用之歸戶人數。

分母：當年度該疾病之符合收案條件之歸戶人數(糖尿病、思覺失調症)或當年度申報該疾病診斷之歸戶人數(氣喘、乳癌、高血壓、思覺失調症、BC肝帶原者)。

註2：糖尿病方案99年放寬收案條件，分母由78萬人增加為87萬人(+12%)

註3：氣喘方案配合收案對象定義改變，99年照護率統計方式改變：99年以前分母是以門診主診斷493歸戶人數，排除兩次就醫大於60天者。99年開始分母是以門診主診斷493歸戶人數，60天內同院所就醫2次以上。



執行情形-照護情形(基層)

方案別	年度	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年
糖尿病	個案數	54,717	54,410	56,408	61,007	66,866	74,561	83,912	96,497	111,549
	照護率	16.55%	19.67%	20.80%	20.01%	19.74%	21.79%	22.23%	23.07%	25.63%
氣喘	個案數	159,302	114,610	97,228	92,672	91,038	91,203	82,282	76,771	72,156
	照護率	46.43%	48.12%	43.94%	40.96%	65.71%	63.03%	53.29%	48.45%	44.83%
高血壓	個案數	98,960	98,305	45,865	36,007	34,870	39,393	18,000	—	—
	照護率	9.31%	8.89%	3.98%	2.89%	2.69%	2.92%	1.30%	—	—
思覺失調症	個案數	未實施	—	—	—	995	1,230	1,252	1,281	1,931
	照護率	未實施	—	—	—	32.21%	17.6%	17.51%	13.46%	19.21%
B、C肝帶原者	個案數	未實施	—	—	—	20,645	36,366	47,244	57,543	64,313
	照護率	未實施	—	—	—	16.13%	26.36%	34.14%	39.53%	43.91%

註1：照護率 分子：當年度申報該方案相關費用之歸戶人數。

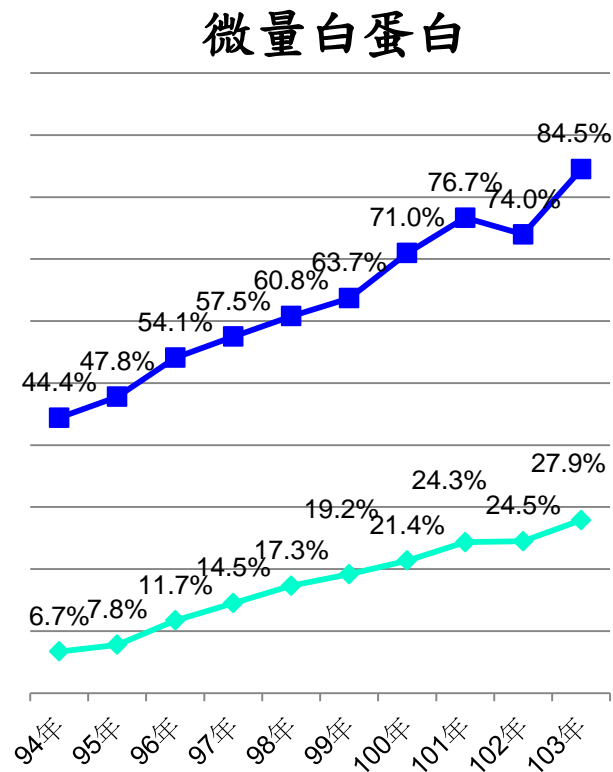
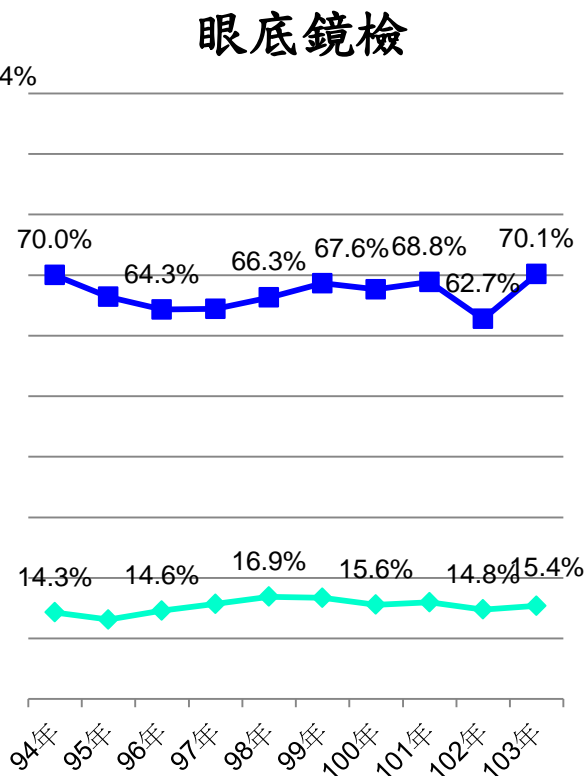
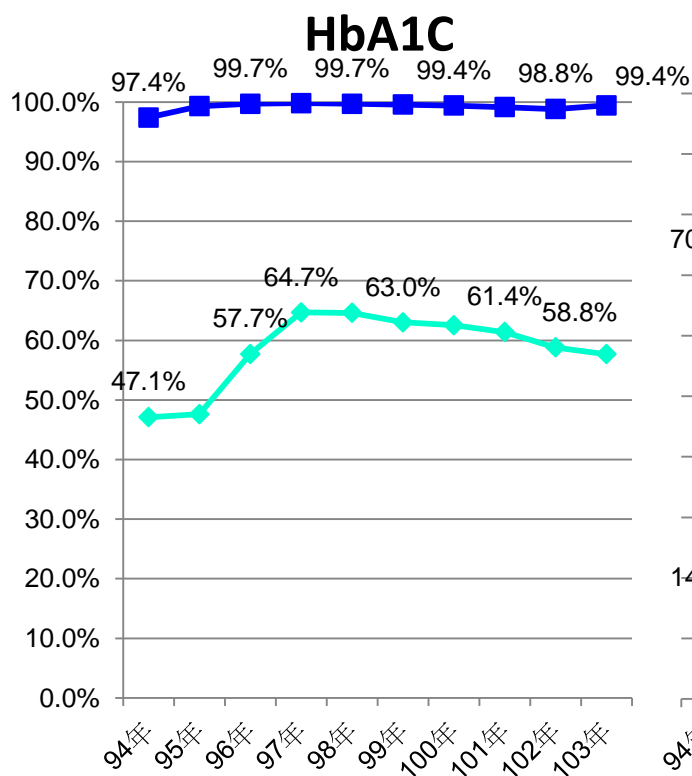
分母：當年度該疾病之符合收案條件之歸戶人數(糖尿病、思覺失調症)或當年度申報該疾病診斷之歸戶人數(氣喘、乳癌、高血壓、思覺失調症、BC肝帶原者)。

註2：糖尿病方案99年放寬收案條件，分母由78萬人增加為87萬人(+12%)

註3：氣喘方案配合收案對象定義改變，99年照護率統計方式改變：99年以前分母是以門診主診斷493歸戶人數，排除兩次就醫大於60天者。99年開始分母是以門診主診斷493歸戶人數，60天內同院所就醫2次以上。

➡ 執行成果-糖尿病方案_{1/4}

● 參與方案之個案，其治療指引遵循率較高



◆ 未參與方案

■ 參與方案

執行成果-糖尿病方案_{2/4}

- 追蹤94-103年新收案HBA1C > 9.0%個案62.55%改善

初診HBA1C >9.0%人數	1年後HBA1C值	人數	比率
111,383	<7% 良	21,721	19.50%
	7%~9.0%	47,949	43.05%
	>9.0% 不良	41,713	37.45%

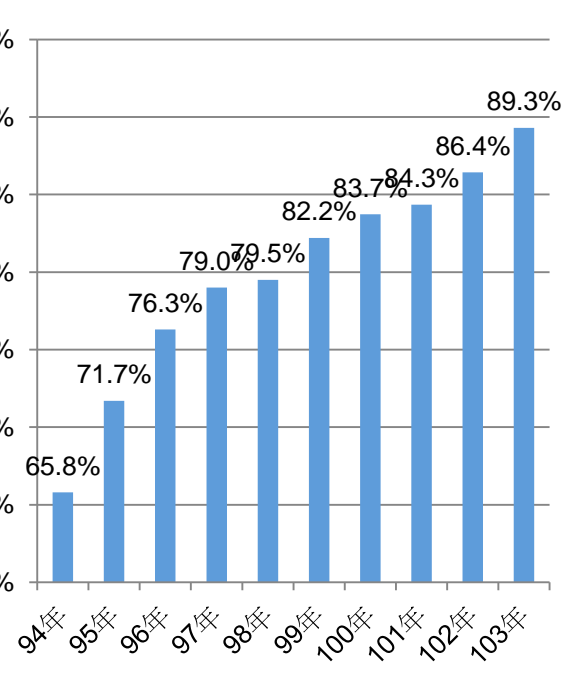
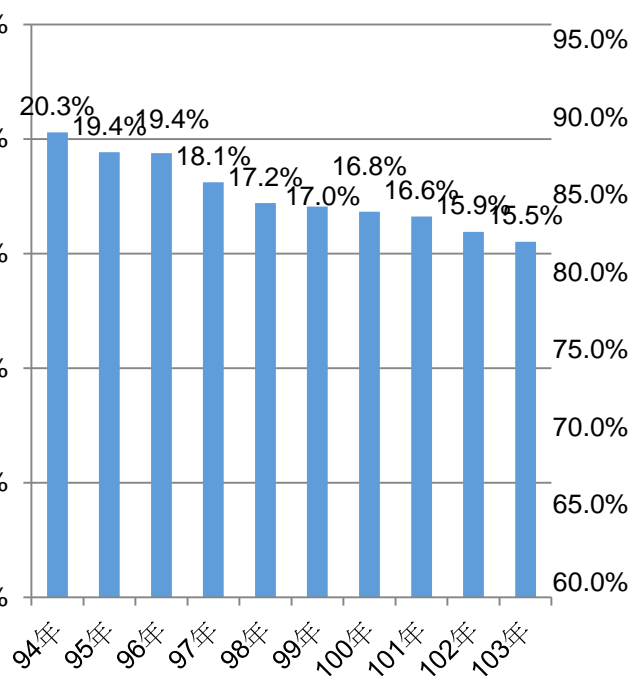
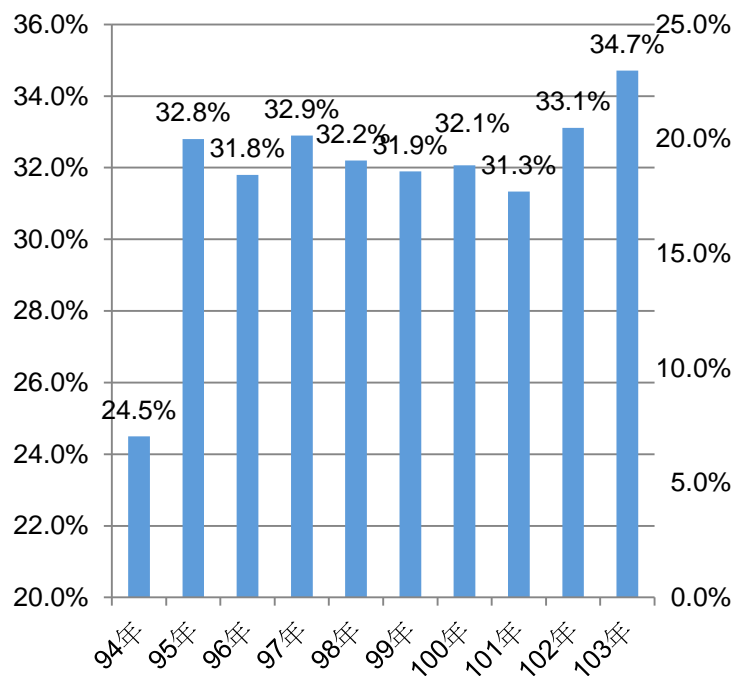
➡ 執行成果-糖尿病方案_{3/4}

● 連續追蹤94年新參與方案者95-103年成效

HbA1C < 7.0% (良率)

HbA1C > 9.0% (不良率)

LDL ≤ 130 (良率)



註：94年新參加個案6.8萬人於該年度年度檢查值

執行成果-糖尿病方案_{4/4}

● 追蹤十年糖尿病人之透析發生率

94-103年	透析人數	糖尿病人數	透析發生率
皆參加方案	262	36, 297	0. 72%
皆未參加方案	22, 412	359, 347	6. 24%
曾經參加但 未連續參加	12, 993	263, 633	4. 93%
合計	35, 667	659, 277	5. 41%

註：追蹤94年之糖尿病人(排除案件分類08，90天內2次以上主診斷250之就醫)，比對94~103年重大傷病檔領證ID，主診斷慢性腎衰竭(尿毒症)，585、40301、40311、40391、40402、40403、40412、40413、40492、40493。

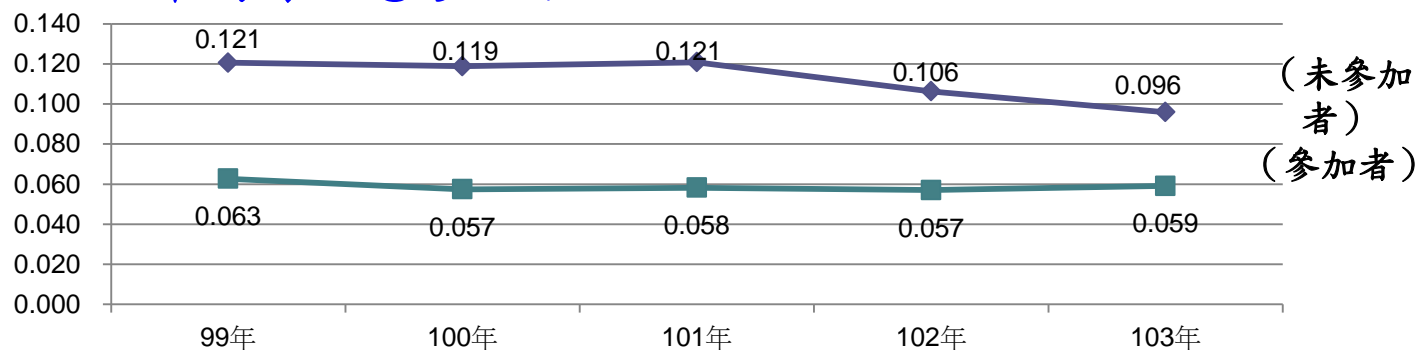
執行成果-乳癌方案

- 本指標係以Kaplan-Meier或Life table計算存活率，103年度試辦個案5年平均存活率：
 - ▶ 零期病患平均為98.6%（102年為99.2%）
 - ▶ 第1期病患平均為96.5%（102年為97.4%）
 - ▶ 第2期病患平均為91.1%（102年為94.6%）
 - ▶ 第3期病患平均為72.3%（102年為82.4%）
 - ▶ 第4期病患平均為69.9%（102年為53.9%）
- 除第2期略有下降，零期、第1期維持相當水準。

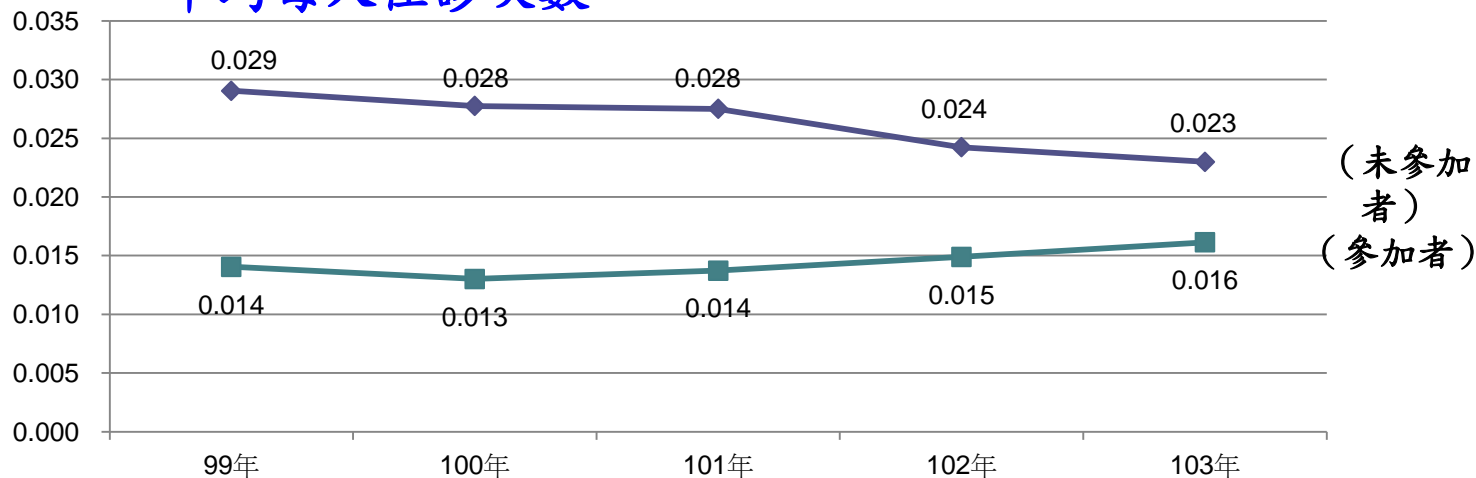
➡ 執行成果-氣喘方案_{1/2}

- 參與個案每人平均因氣喘急診及住診次數均較未參加者為低

平均每人急診次數

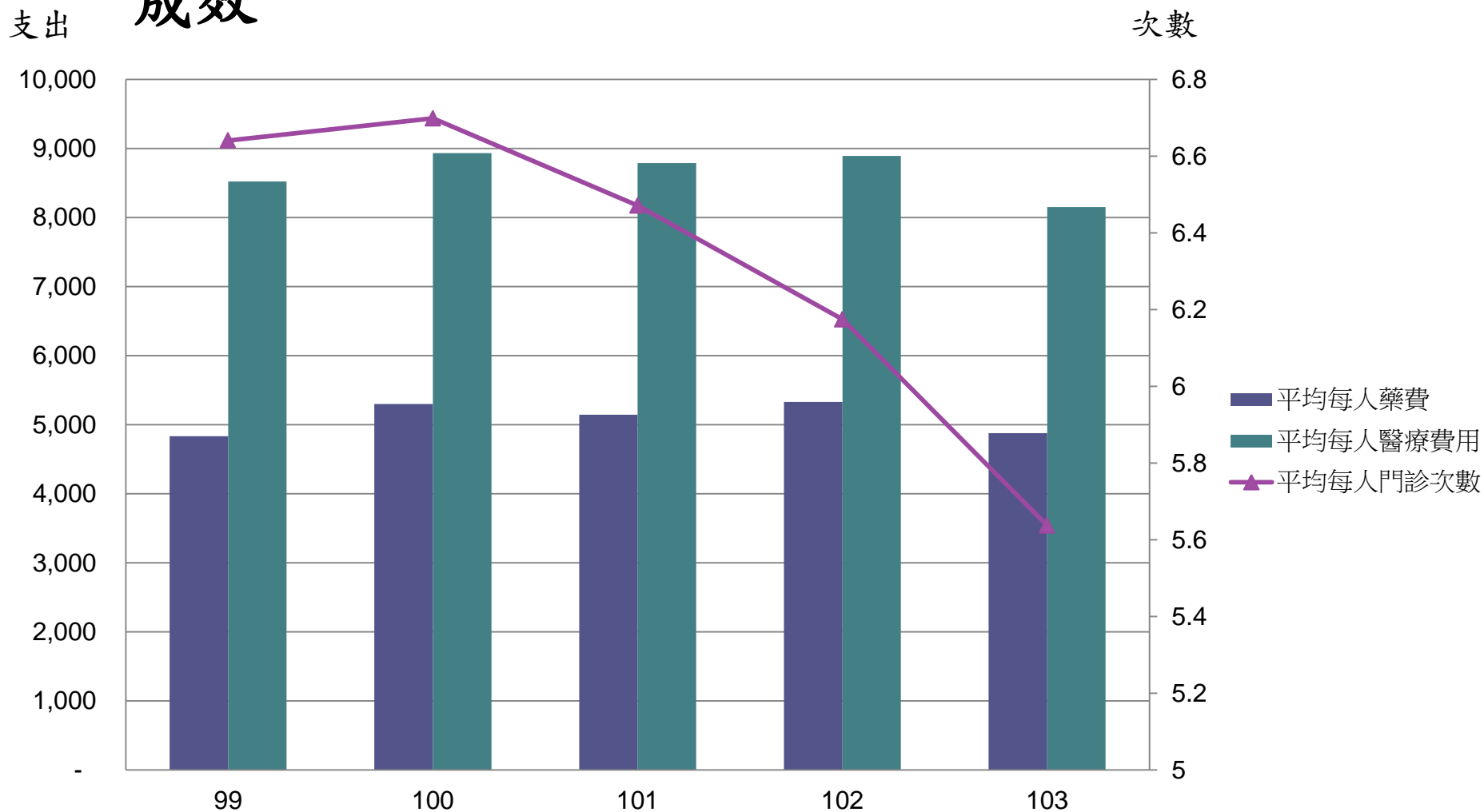


平均每人住診次數



➡ 執行成果-氣喘方案2/2

● 連續追蹤98年參與方案者(22,749)99-103年成效



執行成果-思覺失調症方案^{1/5}

● 103年度院所收案家數

特約類別	本方案收案院所家數	
	一般病人	高風險病人
醫學中心	16	16
區域醫院	47	46
地區醫院	48	44
基層診所	17	17
合計	128	123

➡ 執行成果-思覺失調症方案^{2/5}

● 103年病人類別及收案率

病人類別		應收案人數 (A)	實際收案人數 (B)	收案率 (B/A)
一般病人	固定	54,857	40,279	73.43%
	未固定	21,697	10,735	49.48%
	久未	10,719	1,006	9.39%
	小計	87,273	52,020	59.61%
高風險病人	固定	5,999	4,216	70.28%
	未固定	2,219	1,243	56.02%
	久未就醫	817	103	12.61%
	小計	9,035	5,562	61.56%
合計		96,308	57,582	59.79%

註:久未就醫病人名單未主動提供院所，係院所向各分區業務組提出需求再予提供，故收案率較低。



執行成果-思覺失調症方案^{3/5}

● 103年品質指標達成權值情形

指標項目	目標值	權值	一般指標			高風險指標		
			102年	103年	是否達成	102年	103年	是否達成
指標一_平均每月精神科門診就診次數	較上年度增加或 ≥1	20%	1.3784	1.3062	Y	1.3509	1.2683	Y
指標二_精神科平均每月不規則門診比例	較上年度減少	20%	5.90%	4.17%	Y	6.14%	4.76%	Y
指標三_六個月內精神科急性病房再住院率	較上年度減少	20%	16.32%	19.32%		50.08%	39.93%	Y
指標四_急診使用人次比率	較上年度減少	20%	17.83%	21.18%		105.74%	70.32%	Y
指標五_失聯結案率	較上年度減少	20%	23.97%	1.58%	Y	23.28%	2.05%	Y
指標六_強制住院發生人次比率	較上年度減少	參考	0.32%	0.27%	Y	1.15%	0.50%	Y
指標七_固定就醫病人精神科急性病房平均住院天數	較上年度減少	參考	13.8805	14.3354		32.6077	26.0908	Y
指標八_規則病人精神科急性病房住院人次比率	較上年度減少	參考	22.01%	23.19%		67.62%	50.83%	Y
指標九_規則且一般病人佔率	較上年度增加	參考	62.13%	58.25%		62.13%	58.25%	
合計					60%			100%

註：1.103年一般指標之指標一_平均每月精神科門診就診次數、指標二_精神科平均每月不規則門診比例、指標五_失聯結案率、指標六_強制住院發生人次比率均較102年成績進步。

80

2.103年高風險指標，除指標九_規則且一般病人佔率外，其餘指標均較102年成績進步。

➡ 執行成果-思覺失調症方案^{4/5}

● 參與方案者醫療利用－門診

單位：點

年度	人數	人次	申請費用	部分負擔	平均每人門診申請
102	56,649	175.4萬	31.5億	5,501.2萬	55,612
103	56,570	177.9萬	32.7億	5,419.6萬	57,730
差異	-79	2.5萬	1.2億	-81.6萬	2,118

註1. 以103年收案人數匯入102~103年健保門住診檔之醫療費用。

註2. 人次計算排除排除申報類別2&補報原因註記2。

➡ 執行成果-思覺失調症方案 5/5

● 參與方案者醫療利用－住診

單位：點

年度	人數	人次	申請費用	部分負擔	住院天數	平均每 人住院 天數	平均每 人住診申請	住院發生 率
102	17,779	30,713	37.30億	2,412萬	299.2萬 (97.4天/件)	168.3	209,828	36.11%
103	17,251	31,911	37.33億	2,366萬	282.3萬 (88.5天/件)	163.7	216,417	35.04%
差異	-528	1,198	0.03億	46.1萬	-16.9萬 (-9天/件)	-4.6	6,590	-1.07%

註1.以102年收案人數57582人匯入102~103年健保門住診檔之醫療費用。

註2.人次以相同院所相同ID相同生日相同住院日計算之。

註3.住院發生率=人數/102年收案人數57582。

➡ 執行成果-B、C肝帶原者^{1/2}

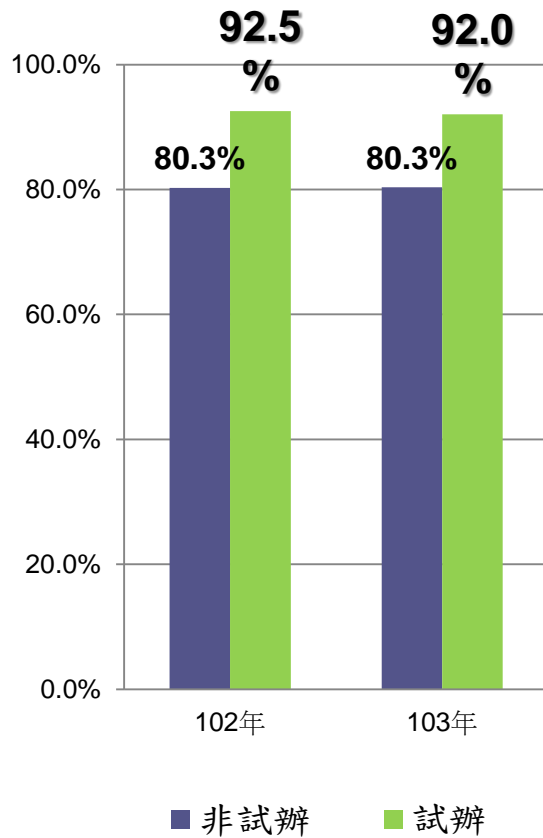
層級	參與家數	門檻符合率	年度完整追蹤人數	年度完整追蹤率	早期發現肝癌人數
醫院	166	29.64%	68,595	63.73%	309
基層	303	53.52%	38,082	66.49%	8
合計	469	83.16%	106,677	65.482%	317

1. 資料來源：103年度醫療服務指標查詢作業
2. 年度完整追蹤人數之合計會因病患跨層級就醫而略有減少
3. 品質獎勵措施門檻指標：
 - 醫學中心及區域醫院當年度收案人數須 ≥ 50 人以上。
 - 地區醫院及基層診所當年度收案人數須 ≥ 20 人以上。

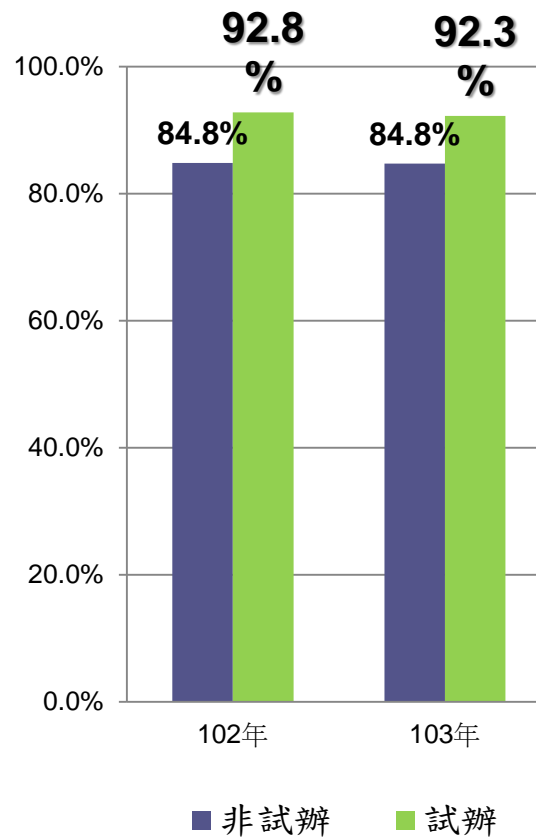


執行成果-B、C肝帶原者^{2/2}

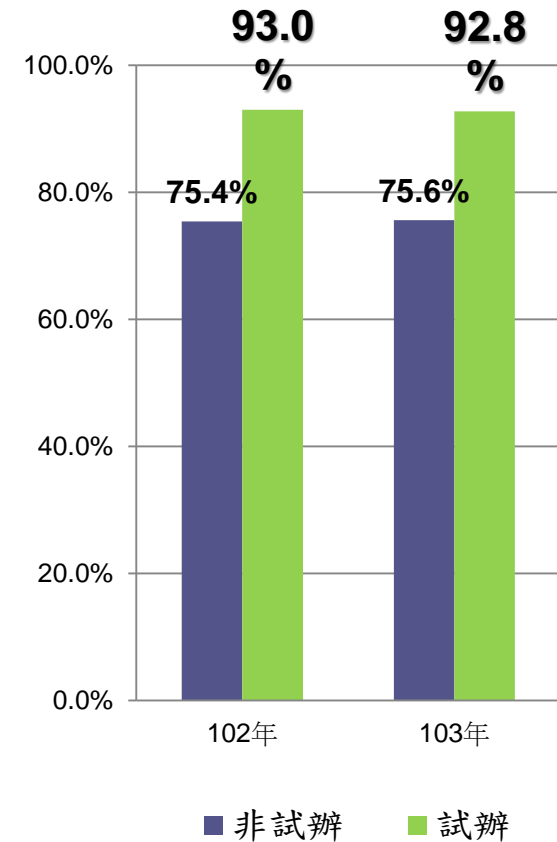
GOT檢查率



GPT檢查率



腹部超音波檢查率





論質方案成果總結

- 整體照護人數達76.6萬人，較102年成長24.9%，呈現上升的趨勢。
- 治療指引遵循率，參與方案者均高於未參與者，其中糖尿病最重要指標HbA1C之執行率已達99.4%。
- 糖尿病方案：初診血糖控制不良($HbA1C > 9.0\%$)的病人62.55%改善。
- 氣喘方案：參與方案者急診及住院次數減少。
- 乳癌方案：除第2期略有下降，零期及第1期維持相當水準外，第3、4期病患增加。
- 思覺失調症方案：103年較102年住院天數每件減少4.6天。
- BC肝帶原者追蹤方案：參與試辦計畫病人的GOT、GPT檢查率及腹部超音波檢查率皆高於未參加者。



檢討事項

- 乳癌方案：104年度「建立以論質計酬為基礎之癌症照護支付制度」研究計畫，依照癌症分期，研議不同癌症疾病別之論質計酬支付制度，以提升醫療品質並控制健保醫療支出上漲壓力。

未來展望

- 總額下持續以病人價值為中心之思維，改革支付制度，逐步取消論量計酬，以提升效率及品質。
- 擴大論質計酬項目及照護人數，加強結果面指標，以確保醫療服務品質。
- 部分成效良好運作成熟之方案如糖尿病方案導入支付標準，擴大受益病人數，全面提升該病照護品質。



衛生福利部
中央健康保險署

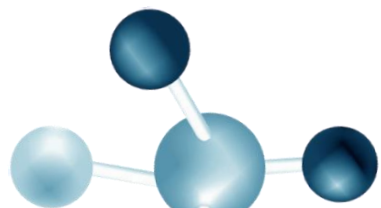
醫院及其他預算專案 計畫執行成果 報告-第二部分



報告人：吳專門委員錦松



山地離島地區醫療給 付效益提昇計畫



全民健保照護基本精神

山地離島、偏遠地區醫療不足、就診不便

「有保險、醫療資源仍不足」

策略：挹注資源，駐點服務

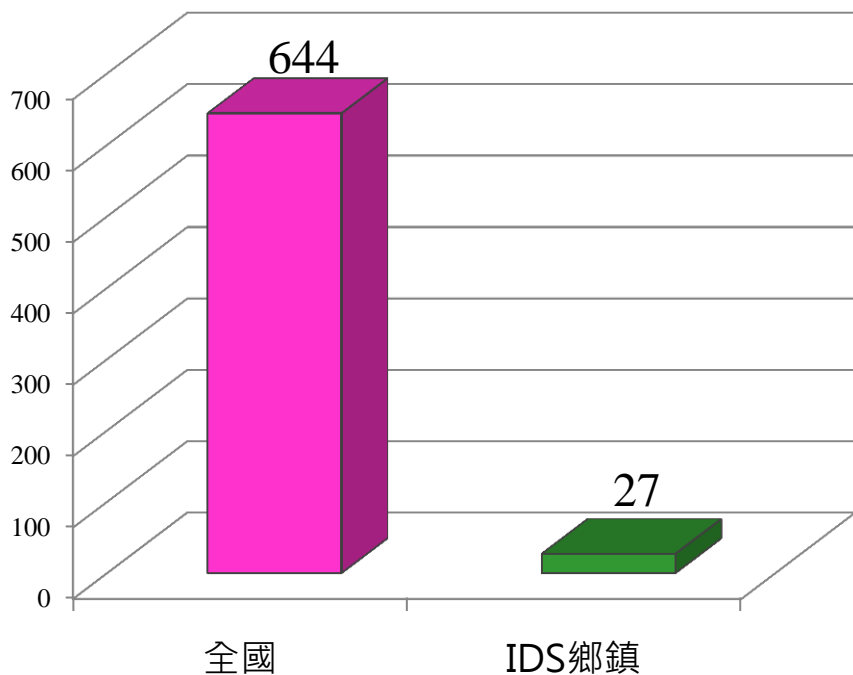
- 內生性資源：補充及增加當地現有醫療資源
- 外生性資源：由鄉外醫療資源送入山地離島、偏遠地區駐點服務

➡ 臺灣山地離島地區特性

人口密度低

➡ 幅員廣大、人口少且分散

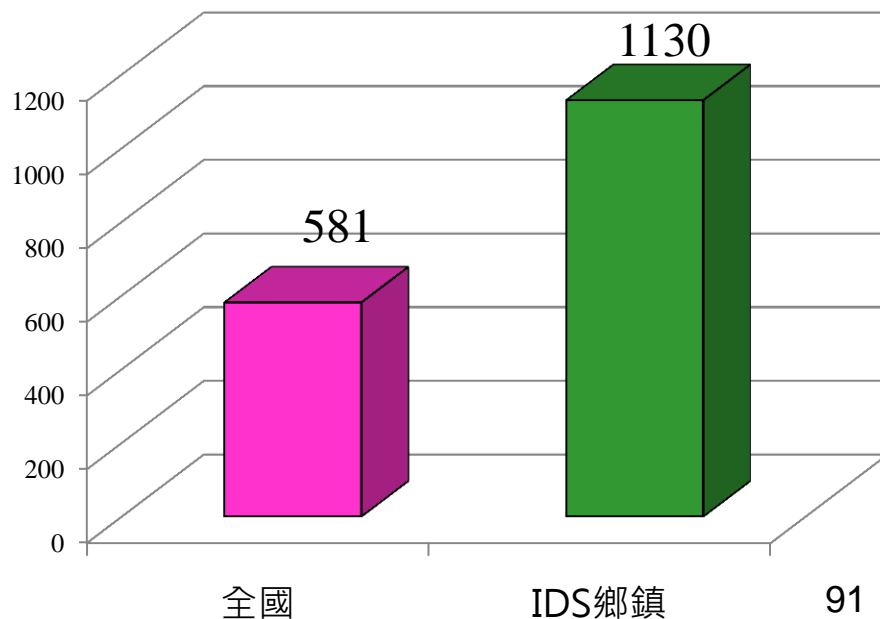
人口密度(人/平方公里)



醫人比高

➡ 每位醫師照顧人口多，且就醫受到地理環境阻隔十分不便

醫人比(人口數/西醫師)



山地離島地區醫療給付效益提昇計畫

● 開辦時間

- ▶ 1999年11月起，全國48個山地離島鄉鎮(29個山地鄉、19個離島鄉)納入IDS計畫實施鄉鎮。
- ▶ 2013年擴大實施鄉鎮，增列高雄市東沙島及南沙島，目前共50個山地離島鄉鎮(29個山地鄉、21個離島鄉)。
- ▶ 提供山地離島地區之45餘萬民眾醫療服務

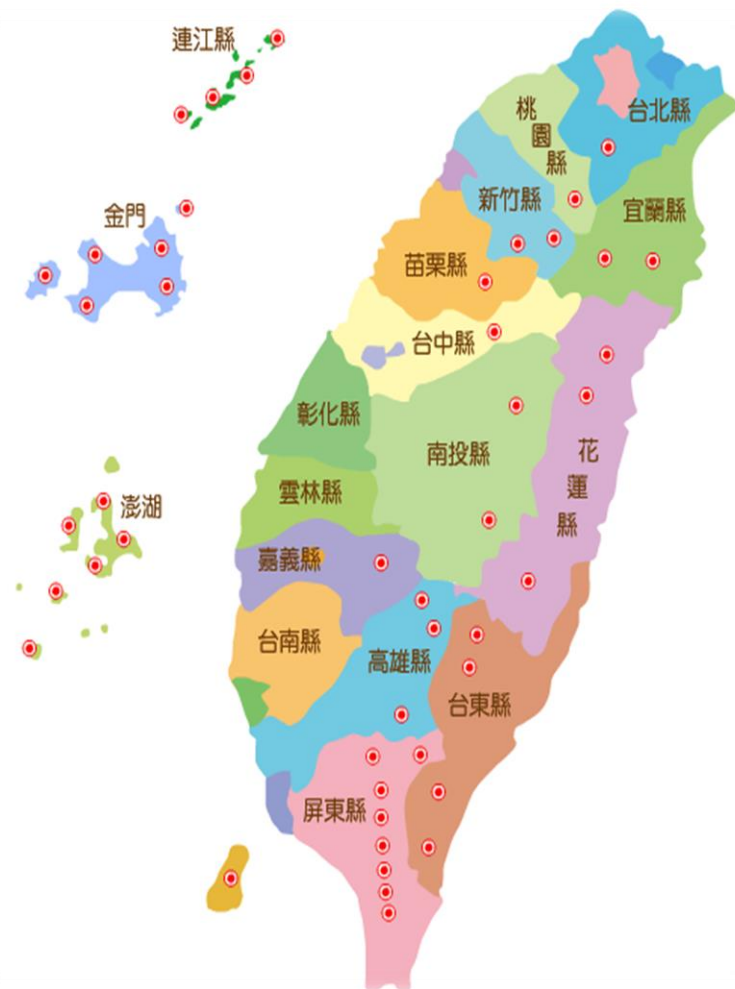
● 承作醫療院所

- ▶ 26家特約醫院承作30個計畫

IDS計畫實施鄉鎮

分區別	施行縣 / 鄉鎮數	計畫數
臺北	4 / 13	5
北區	3 / 4	4
中區	2 / 3	3
南區	1 / 2 (含嘉義大埔)*	2
高屏	3 / 20	8
東區	2 / 10 (含花蓮豐濱)*	10
總計	15 / 50+(2,適用地區)	30+(2,適用地區)

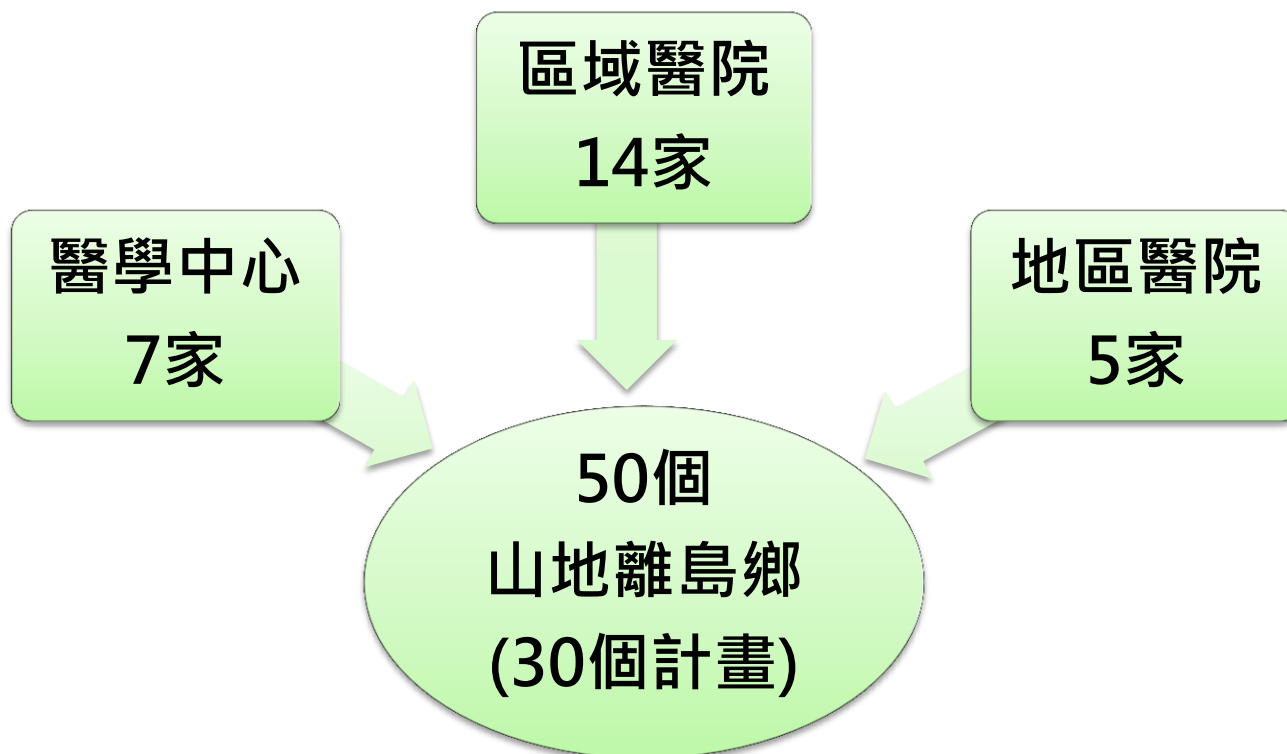
註:*表示適用地區



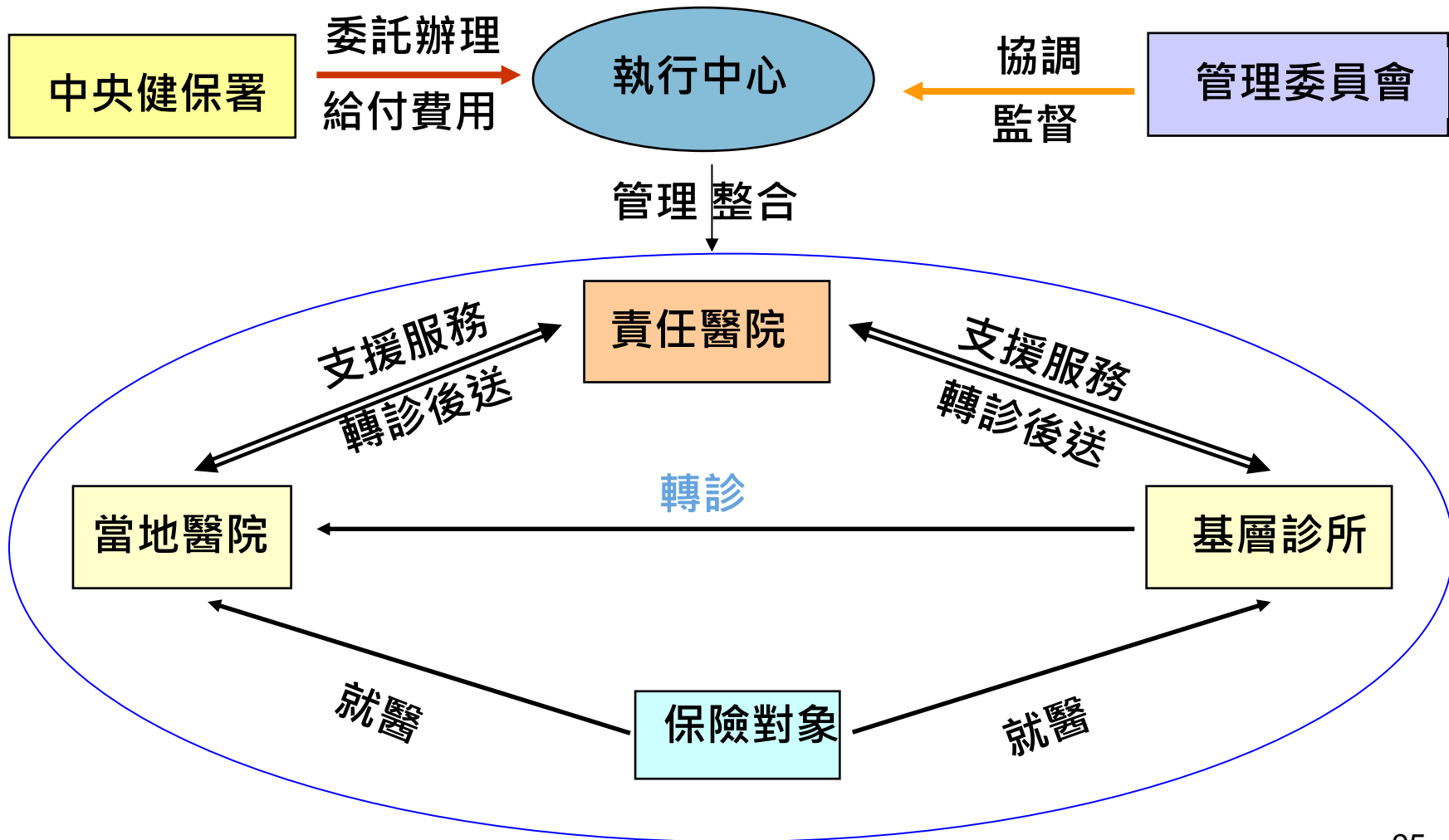
IDS計畫承作院所分布

● 承作醫療院所

▶ 26家特約醫院承作並與當地醫療院所共同合作



IDS計畫運作模式



IDS計畫醫療照護內容

共同服務項目

- 定點門診
- 24小時急診
- 夜間門診
- 夜間待診
- 預防保健
- 居家照護
- 慢性病訪視
- 疾病管理
- 衛教活動
- 轉診後送
- 巡迴服務
- 到宅診療

在地化服務

- 專科診療
 - ✓ 骨科、婦產科、皮膚科、眼科、牙科、精神科、復健科、胸腔內科、新陳代謝科等
- 特殊專科診療
 - ✓ 電腦斷層、X光檢查、DOTS、洗腎及孕婦待產(琉球鄉)、遠距醫療、早期療育、精神科論人照護(仁愛鄉、蘭嶼鄉)
- 設置醫療站
 - ✓ 桃園縣復興鄉
 - ✓ 新竹縣尖石鄉、五峰鄉
 - ✓ 苗栗縣泰安鄉
 - ✓ 台中市和平區
 - ✓ 嘉義縣阿里山鄉

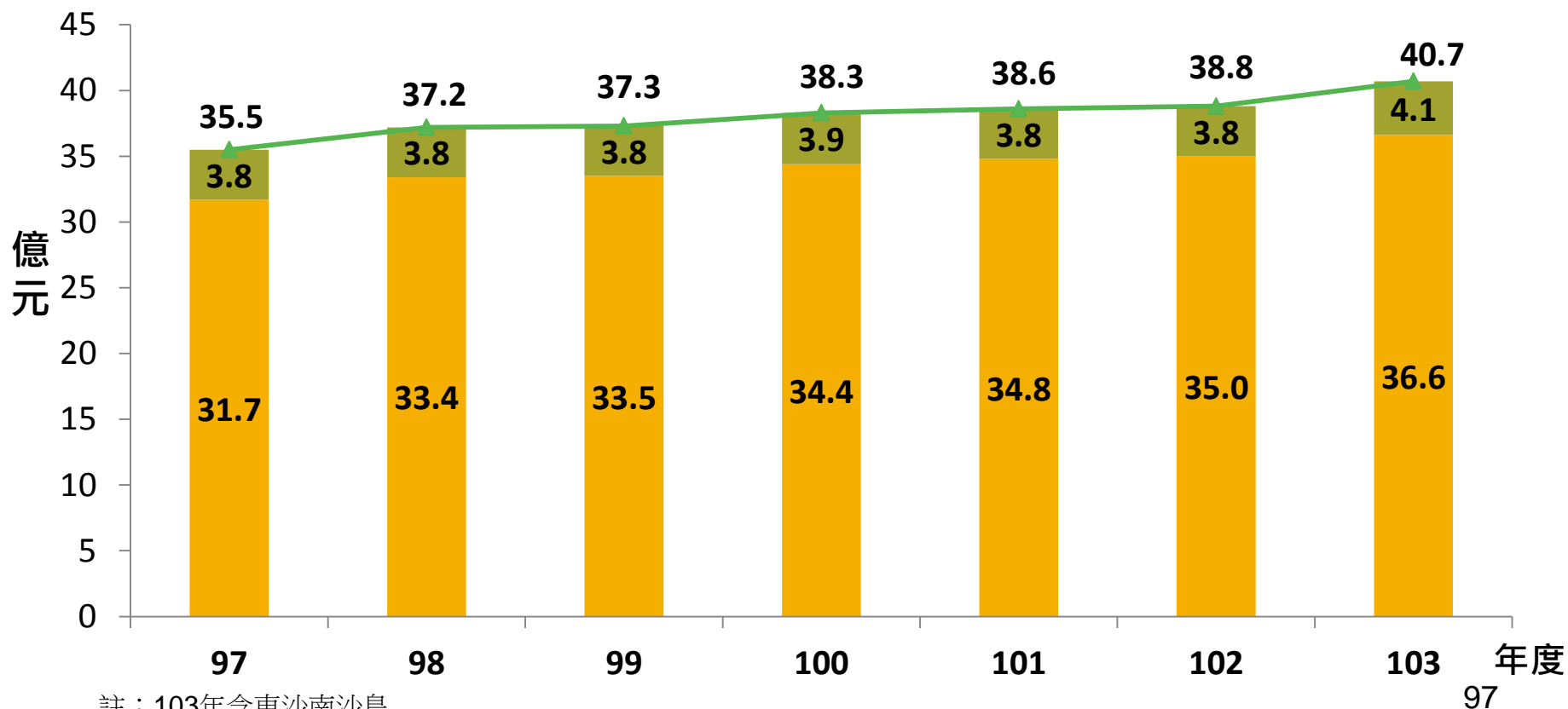
機動式服務

- 莫拉克颱風災民緊急醫療站設置及加診服務
- 特殊節慶加診
 - ✓ 阿里山櫻花季
 - ✓ 新竹縣五峰鄉健康嘉年華

IDS計畫執行成效

● 97-103年IDS計畫醫療費用支出概況

■ 當地發生之醫療費用 ■ 額外投入費用 ▲ 總計



IDS計畫執行成效

● 97-103年山地鄉 vs. 離島鄉IDS計畫醫療費用支出概況

額外投入經費

單位：億元

地理劃分/ 年度	97	98	99	100	101	102	103
山地鄉	2.6	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.6
離島鄉	1.2	1.3	1.3	1.4	1.3	1.3	1.5
總計	3.8	3.8	3.8	3.9	3.8	3.8	4.1

醫療費用

單位：億元

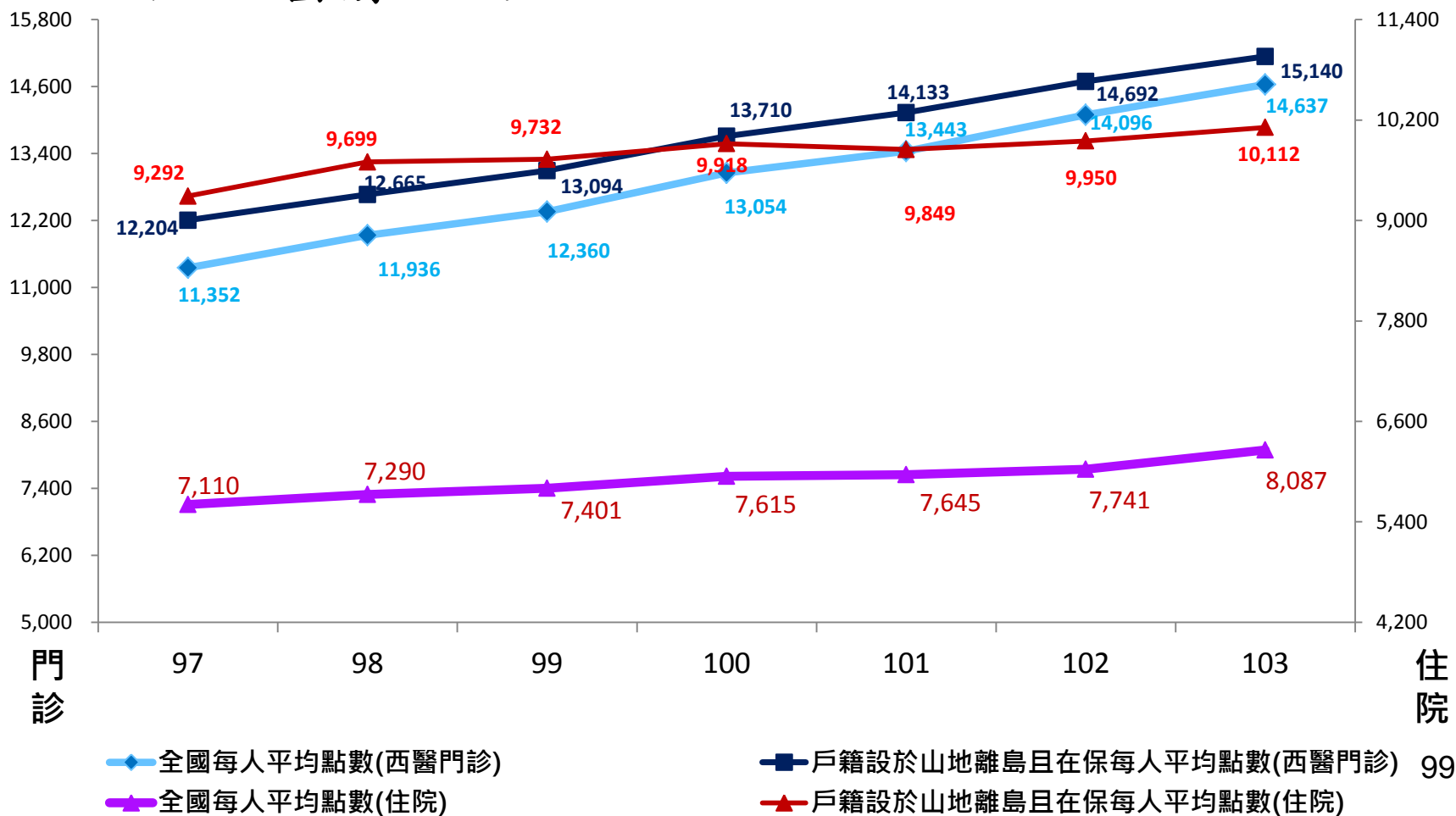
地理劃分/ 年度	97	98	99	100	101	102	103
山地鄉	10.1	10.4	10.4	10.4	10.7	9.9	10.1
離島鄉	21.6	23.0	23.1	24.0	24.1	25.1	26.5
總計	31.7	33.4	33.5	34.4	34.8	35.0	36.6

註：103年含東沙南沙島



IDS計畫執行成效

● 97-103年全國V. S. 山地離島地區西醫每人年門診及住院醫療點數



IDS計畫執行成效

● 97-103年山地鄉 vs. 離島鄉西醫每人年門診及住院醫療點數

西醫門診每人平均醫療費用點數

地理劃分/年度	97	98	99	100	101	102	103
山地鄉	12,617	13,292	13,856	14,626	15,244	16,186	16,721
離島鄉	11,948	12,225	12,423	12,934	13,232	13,543	13,952

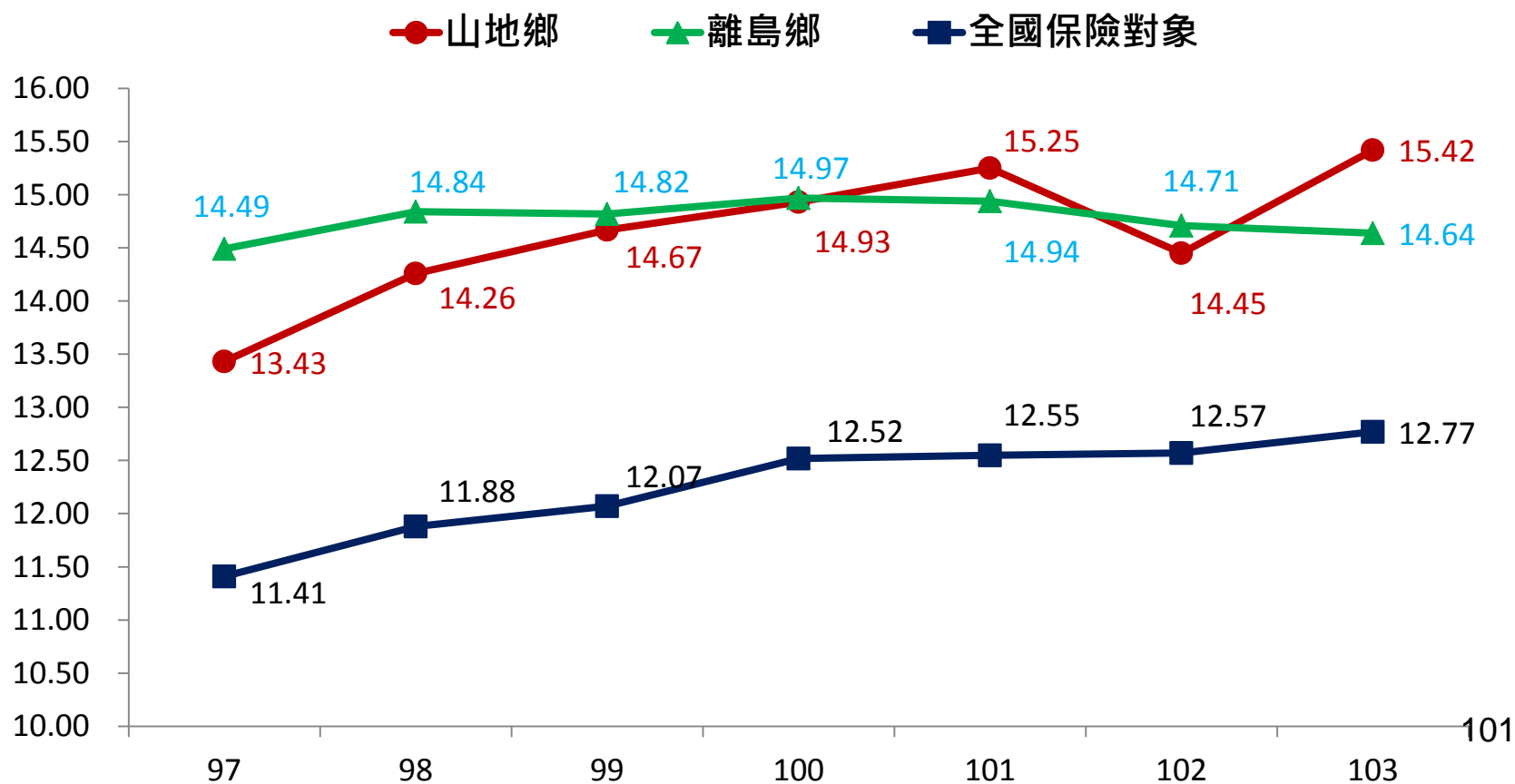
住診每人平均醫療費用點數

地理劃分/年度	97	98	99	100	101	102	103
山地鄉	11,447	12,117	12,460	12,828	12,727	13,271	13,526
離島鄉	7,196	7,430	7,326	7,452	7,515	7,396	7,547



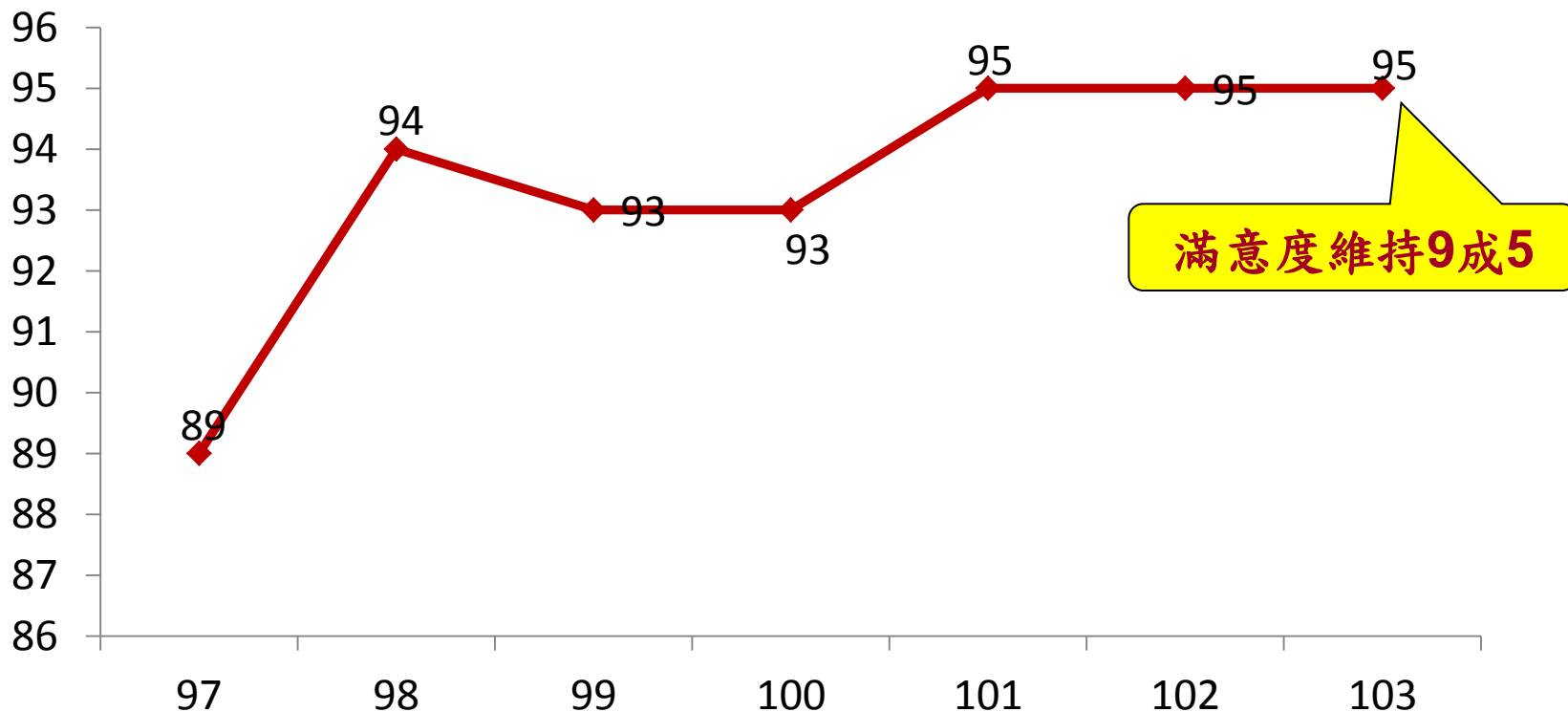
IDS計畫執行成效

● 97-103年山地鄉 vs. 離島鄉西醫門診每人平均就醫次數



IDS計畫執行成效

● 97-103年IDS計畫歷年滿意度整體趨勢



IDS計畫執行成效

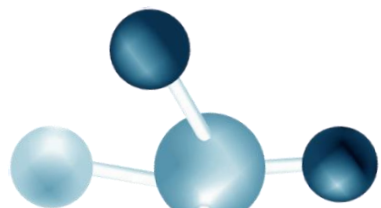
- 103年本署「全民健保照護計畫對象需求監測模式及評估之研究-山地離島地區醫療給付效益提昇計畫及醫療資源不足地區改善方案」之第1年委託研究，結果顯示：
 - ▶ 山地離島地區居民對承作醫院到該地區醫療服務有所認知率達60%，離島鄉低於山地鄉；
 - ▶ 87.4%於30分鐘內可獲得醫療服務；
 - ▶ 山地離島地區民眾對全民健保醫療服務正向滿意度達87.4%；
 - ▶ 對於鄉內醫療服務評價平均分數為7.23分、對醫師評價平均為7.18分(總分10分)；
- 第2年(104)委託研究，將持續進行IDS計畫之滿意度調查並建立監測指標；另建構本署各醫療資源不足地區改善方案之標準化問卷並進行施測，以監控計畫之效益。

總結

- 全民健保針對山地離島地區之額外投入經費(專科診次)是逐年增加由97年3.8億元增加至103年4.1億元，山地鄉(2.5-2.6億元)高於離島鄉(1.2-1.5億元)。
- 山地離島地區整體醫療費用支出亦逐年成長，由92年31.7億元上升至36.6億元。
- 山地離島地區西醫每人門住診醫療點數，逐年高於全國，且山地鄉高於離島鄉。西醫門診就醫次數亦同。
- IDS計畫滿意度(自測)，維持在九成五以上水準，委託研究調查為8成7；整體而言，接近9成，仍需持續監測及努力。



醫院以病人為中心門 診整合照護計畫



目的與策略

目的

- 提供多重慢性病人適當的醫療服務，避免重複、不當治療用藥或處置。
- 促成醫院各專科醫療之整合，建立以病人為中心之門診服務模式，提升醫療品質。

策略

- 透過獎勵誘因，鼓勵醫院對於多重醫療需求病患提供整合式門診照護服務。
- 鼓勵醫院互相標竿學習，逐步朝醫療體系整合推進。



103計畫簡介_{1/2}

- 實施期間：103年1月~103年12月，延續102年計畫
- 整合式照護對象定義：
前二年連續於個別醫院門診就醫次數達50%以上及前述名單外前一年已參加計畫，且有2種(含)以上慢性病，且需2個(含)以上科別照護者)為對象
- 特殊排除情況：
 1. 已參加「家庭醫師整合性照護計畫」、「論人計酬試辦計畫」者)
 2. 前一年為門、住診急重症之病患(癌症、凝血因子異常、移植、精神疾病及曾手術住院者或死亡者)
 3. 前一年全國門診就醫次數未滿12次，103年65歲以上老人取消本項限制
- 醫院提供健保篩選病人整合照護並申報照護模式時，納入成效計算
- 醫院可自行選擇健保提供名單以外病人整合照護，但不納入成效

103計畫簡介 2/2

● 照護模式：

- ▶ 特殊對象整合〔A〕：提供患者一次看診之診療服務，例如老人門診整合照護。
- ▶ 特定疾病整合〔B〕：提供患者一次看診之診療服務，例如三高門診整合照護。
- ▶ 主責照護整合模式〔D〕：由主責照護醫師整合，照會其他科後仍由主責醫師診療，綜整開立處方箋
- ▶ 其他模式〔E〕：非屬以上3種或資訊流程整合之其他整合模式者，包括以資訊整合運作為主，個管師介入整合協調聯繫看診時間、提供就醫後用藥衛教服務。

● 照護模式：

1. 結果面評核指標：依達標情形給予獎勵金，包括次數、費用、用藥品項數、住院率及三高用藥重複率。每人每年最高1,240元。
2. 過程面執行評核：每人每年最高260元。

歷年醫療服務及民眾利用情形

項目\年度	99年	100年	101年	102年	103年
參加院所數	187	190	192	179	183
健保提供可照護人數	712,377	561,355	482,473	373,229	456,682
計畫醫院可選定照護人數	624,435	553,704	448,591	323,759	391,788
65歲以上人數	359,277*	275,477	226,047	182,749	253,581
65歲以上占率	57.5%*	49.8%	50.4%	56.4%	64.7%
納入成效人數	484,891	382,219	346,763	191,041	218,070
65歲以上人數	278,169*	178,334	170,768	114,355	145,946
65歲以上占率	57.4%*	46.7%	49.2%	59.9%	66.9%
納入成效人次占率	77.7%	69.0%	77.3%	59.0%	55.7%

備註：

104年3月13日

1. 100年及101年納入成效評量計算之照護對象，以計畫結束前3個月內仍有該院或整合團隊就診紀錄之個案計之。但若辦理期間於該院內(或整合團隊)有原排除計算急重症門診或手術住院情形者，亦不予列入成效計算
2. 102年以前納入成效人數包含自行收案者；102年起實際接受整合照護計畫，且申報照護類別代碼時，才納入成效計算，其餘未收案或自行收取名單以外病人提供整合照護，未納入成效計算，102年自行收案計有121,778人，103年計有151,217人。
3. 102年實際照護人數係當年4月至9月之資料；103年有2家醫院雖參加計畫，但實際未收治申報整合照護個案109
4. *註記係當年統計60歲以上人數。成效人數為結算前數值。



歷年預算執行情形

年度	98年	99年	100年	101年	102年	103年
預算數(百萬元)	452	800	500	500	500	500
預算執行數 (百萬元)	98.12公告 實施	433 ^{註1}	232 ^{註2}	228.5 ^{註3}	76.5 ^{註4}	119.9
預算執行率	-	54.13%	46.40%	45.70%	15.30%	23.98%
法定預算數與 預算實支數差 異原因說明	因98年12月公告，故當年未執行該項預算，相關照護成效評估併入99年計算及預算支應。	預算為推動促進醫療體系整合計畫，當年僅支用於醫院以病人為中心整合照護計畫。	當年預算係依99年執行數推估，但檢討計畫後變更支付方式，僅新收案照護者支給基本承作費，且由500降低為400元，繼續照護者不予支付，故給付減少甚多。	檢討計畫，修訂繼續照護基本承作費另支給100點，但評核指標值由院內執行結果改為院內院外合計執行結果加以評核，許多醫院因而未達指標，故給付費用減少。	本年檢討，取消基本承作費，且新增四項指標，並仍以院內與院外合計執行結果進行評核，故給付費用再次減少。	本計畫係2年期計畫，爰續依102年計畫實施，惟預算執行率已較102年為高；另並於104年檢討本計畫預算，在撙節經費下，將計畫預算從5億元調降至3億元。

註1:98年12月公告實施，所編預算未執行，99年度計畫施行期間為98年12月~99年12月

註2：100年度計畫施行期間為100年4~12月，預算執行數為185.4百萬元，

100年1~3月係延續99年計畫，預算執行數為46.7百萬元，合計為232百萬。

註3：101年度計畫施行期間為101年4月至102年3月，執行數為180.3百萬元，

101年1~3月係延續100年計畫，預算執行數48.1百萬元，合計為228.5百萬。

註4:102年度計畫施行期間為102年4月至103年12月，其中102年係4月至12月執行結果，103年係1月至12月執行結果。



歷年主要成效指標執行結果

指標項目	99年 (院內)	100年 (院內)	101年 (院內)	102年 (院內)	103年 (院內)	101年 (合併院 外)	102年 (合併院 外)	103年 (合併 院外)
平均每人每 月門診醫療 點數	-3.68%	-3.23%	-0.38%	0.57%	-1.08%	3.09%	5.64%	4.87%
平均每人每 月門診次數	-13.40%	-12.46%	-10.69%	-7.21%	-8.20%	-3.20%	-1.94%	-0.25%
平均每人每 月藥品項數	-3.66%	-2.63%	1.42%	-1.81%	0.63%	3.59%	-1.11%	2.02%
全國住院率							60.56%	50.00%
降血脂用藥 日數重複率							11.24%	1.96%
降血壓用藥 日數重複率							4.78%	-1.56%
降血糖用藥 日數重複率							5.77%	-5.93%

備註：102年新增住院率及三高用藥日數重複率四項指標

103年醫院參與計畫情形

項目	醫學中心	區域醫院	地區醫院	合計
參與家數	19	68	96	183
參與家數 占率	10%	37%	52%	100%
提供照護 人數	139,683	173,426	78,679	391,788
照護人數 占率	36%	44%	20%	100%



103年成效指標執行結果

指標名稱	照護醫院內			於全國醫院及診所		
	基期 (102年)	計畫期 (103年)	增減比率	基期 (102年)	計畫期 (103年)	增減比率
1:每人每月平均 醫療費用	4,723	4,671	-1.08%	5,877	6,163	4.87%
2:每人每月平均 就醫次數	1.368	1.256	-8.20%	2.070	2.065	-0.25%
3:每人每月平均 藥品品項數	6.545	6.587	0.63%	7.444	7.594	2.02%
4:全國住院率				0.288	0.432	50.00%
5:降血脂用藥 日數重複率	0.337%	0.328%	-2.77%	0.687%	0.700%	1.96%
6:降血壓用藥 日數重複率	0.875%	0.858%	-1.94%	2.037%	2.006%	-1.56%
7:降血糖用藥 日數重複率	0.515%	0.506%	-1.84%	1.190%	1.119%	-5.93%



103年成效指標醫院達成情形

成效指標項目	達標院所家數				獎勵金額
	繼續照護對象	新照護對象	合計	占率	
1. 每人每月平均醫療費用	38	66	81	45%	3,008,600
2. 每人每月平均就醫次數	79	120	135	75%	17,068,580
3. 每人每月平均用藥品項	31	53	68	38%	4,351,520
4. 住院率	(不區分新照護對象或繼續照護對象)		3	2%	29,920
5. 降血脂用藥重複率			94	52%	14,237,955
6. 降血壓用藥重複率			103	57%	13,319,135
7. 降血糖用藥重複率			99	55%	18,177,925
小計					70,193,635
執行成效評核費用			173	96%	49,729,628
合計			181		119,923,263

備註：183家醫院參加計畫(其中1家係2家醫院組成之團隊醫院)，計有181家醫院納入成效計算；占率係指標達成家數占成效計算家數之比率

➡ 103年各層級醫院成效指標執行結果1/2

	院內			合併院外		
	102年	103年	成長率	102年	103年	成長率
門診點數						
合計	4,723	4,671	-1.1%	5,877	6,163	4.9%
醫學中心	5,371	5,442	1.3%	6,660	7,087	6.4%
區域醫院	4,768	4,682	-1.8%	5,864	6,094	3.9%
地區醫院	3,789	3,660	-3.4%	4,900	5,130	4.7%
門診次數						
合計	1.368	1.256	-8.2%	2.070	2.065	-0.2%
醫學中心	1.296	1.225	-5.5%	1.971	2.009	1.9%
區域醫院	1.343	1.221	-9.1%	2.033	2.012	-1.0%
地區醫院	1.513	1.370	-9.4%	2.277	2.252	-1.1%
用藥品項數						
合計	6.545	6.587	0.6%	7.444	7.594	2.0%
醫學中心	6.792	6.886	1.4%	7.580	7.793	2.8%
區域醫院	6.624	6.661	0.6%	7.486	7.617	1.7%
地區醫院	6.055	6.038	-0.3%	7.175	7.291	1.6%



103年各層級醫院成效指標執行結果2/2

	院內			合併院外		
	102年	103年	成長率	102年	103年	成長率
降血脂用藥重複率						
合計	0.34%	0.33%	-2.8%	0.69%	0.70%	2.0%
醫學中心	0.36%	0.33%	-9.1%	0.69%	0.70%	1.8%
區域醫院	0.35%	0.32%	-6.7%	0.70%	0.70%	-0.7%
地區醫院	0.27%	0.34%	27.0%	0.65%	0.71%	8.9%
降血壓用藥重複率						
合計	0.87%	0.86%	-1.9%	2.04%	2.01%	-1.6%
醫學中心	0.95%	0.95%	-1.0%	1.99%	1.99%	0.1%
區域醫院	0.89%	0.82%	-7.9%	2.05%	1.94%	-5.3%
地區醫院	0.69%	0.81%	16.2%	2.08%	2.19%	5.2%
降血糖用藥重複率						
合計	0.52%	0.51%	-1.8%	1.19%	1.12%	-5.9%
醫學中心	0.63%	0.51%	-18.9%	1.30%	1.14%	-12.7%
區域醫院	0.50%	0.45%	-9.2%	1.15%	1.02%	-11.3%
地區醫院	0.38%	0.62%	62.5%	1.14%	1.33%	16.6%

➔ 103年各層級醫院成效指標達成情形

層級	指標1~3平均每人每月			指標4_住院率	指標5~7三高用藥日數重複率		
	指標1_醫療費用	指標2_門診就醫次數	指標3_用藥品項數		指標5_降血脂	指標6_降血壓	指標7_降血糖
達標醫院家數							
醫學中心	5	9	4	0	9	10	12
區域醫院	25	51	22	0	35	43	42
地區醫院	51	75	42	3	50	50	45
總計	81	135	68	3	94	103	99
達標醫院占率							
醫學中心	26%	47%	21%	0%	47%	53%	63%
區域醫院	37%	76%	33%	0%	52%	64%	63%
地區醫院	54%	79%	44%	3%	53%	53%	47%
總計	45%	75%	38%	2%	52%	57%	55%



執行情形檢討

- 本署102年委託中華學會進行本計畫執行成效評估研究，建議各點摘要如下
 - ▶ 擴大參與對象，不限忠誠病人
 - ▶ 鼓勵醫院推動實際醫療行為的轉變
 - ▶ 高齡病患應提供專責老人整合照護模式
 - ▶ 提高支付誘因
- 103年院內照護成效良好，住院率以外其他指標呈現減少或持平情形；合併院外就醫情形，就醫次數、降血壓及降血糖用藥日數重複比率呈負成長，成效較好，顯示計畫之施行在院內費用控管較有成效，跨院管控仍須再努力
- 102年取消基本承作費後，全數以結果面指標作為獎勵依據，是否適當，有待檢討
- 住院率成效指標數值小變異大，掌控不易
- 執行評核費用因醫院資料複雜多元，不易客觀評量

104年整合計畫修訂重點

(1) 照護模式變更

- 照護模式以鼓勵醫院提供整合性門診為主，包括
 - ▶〔A或K〕高齡醫學或失智老人整合門診
 - ▶〔B或L〕三高疾病整合門診
 - ▶〔D〕主責照護整合模式(限地區醫院特殊科別申報)
 - ▶〔E或M〕其他整合門診
 - ▶K、L、M為同診間多科醫師共同照護
- 開設整合門診者每週至少2診次，每診次至少3小時，且於門診應診時刻表及明顯處張貼說明

104年整合計畫修訂重點

(2) 照護對象變更

- 重點照護名單患者：由本署依前1年就醫資料產生
 - ▶ 罹患失智症或65歲以上2種(含)以上慢性病，需2科(含)以上看診之該院(或整合團隊)忠誠病患
 - ▶ 罹患高血糖、高血脂、高血壓至少2種以上患者，且慢性病門診就診次數超過6次(含)以上之該院(或整合團隊)忠誠病患。
- 自行收案照護對象：非在本署提供該院重點照護忠誠病患名單之內者，但為多重慢性或高診次、就醫異常需整合照護之病人。
- 排除對象新增「參加糖尿病論質計畫者」，另取消「全國門診就醫次數未滿12次」規定

104年整合計畫修訂重點

(3) 獎勵誘因：

● 取消過程面評核費用，新增「個案門診整合費」：

- ▶ 提供整合照護之病人，診察費外，每人次支給120點
- ▶ 獲國民健康署「高齡友善健康照護機構」認證醫院，每人次增加10點
- ▶ 「同診間多科醫師共同照護者」加成支給60點
- ▶ 每人全年最多支給4次費用
- ▶ 自行收案照護對象最高支給人次數不得超過重點照護對象支給個案門診整合費人次數
- ▶ 僅以資訊整合或病歷未載明整合者，不得申報整合照護註記。
- ▶ 每一個案當年至少查詢健保雲端藥歷系統達1次(含)以上，方給付本項費用

104年整合計畫修訂重點

(3) 獎勵誘因變更(續)

- 調整整合成效獎勵費：照護對象屬本署提供重點照護對象，當年度申報整合照護模式達2次(含)以上者，方納入獎勵對象：
 - ▶ 成效指標取消住院率，保留醫療費用、就醫次數、用藥品項數及三高疾病用藥日數重複率6項，每項最高以10分計算
 - ▶ 各項指標以當年所有院所院內與院外合計值與去年同期數值比較之成長率，排序百分位數加以評量給分；醫療費用成長率獎勵指標由零成長放寬至低於1.5%，其餘5項維持零成長
 - ▶ 整體獎勵=每人整合成效獎勵費(1,000點)×6項指標分數累計值/60×該醫院(或整合團隊)符合獎勵人數
 - ▶ 當年參加其他P4P方案(如糖尿病等，申報P碼醫令)，不列入成效計算
- 以上獎勵，於年度結束後辦理結算追扣補付



104年整合計畫修訂重點

(4)預算及支付金額變更

- 年度預算依健保會協定結果，由5億元降為3億元，如有不足，採浮動點值方式處理



論人計酬試辦計畫





計畫目的及策略

計畫目的

- 使民眾獲得更完整之照護：除提供現有疾病治療服務外，另加強提供預防保健、衛生教育與個案管理等服務
- 使醫療團隊發揮照護能量：以全人照護為導向，促進區域體系整合。
- 促進民眾健康，減少醫療浪費。

策略

- 提供院所對保險對象健康促進之誘因
- 民眾健康與團隊所獲報酬連動



協定事項及經費

● 回饋金預算

- ▶ 101年～103年依費協會協定由其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應，經費分別為3億元。



計畫重點1/4

實施原則

- 團隊之費用申報及審查作業不變
- 民眾不需登記，自由就醫

專家評選

- 召開專家會議由25個團隊評選8個優選團隊參加試辦，照護對象人數約20萬7千餘人（署立金門醫院自102年1月起加入）。

費用涵蓋範圍

- 包含全民健康保險西醫基層、醫院總額門(急)診、住診及門診透析給付項目，
- 僅排除器官移植術後追蹤、牙醫及中醫給付項目。

試辦模式

- 3種試辦模式，各團隊試辦3年（101年1月1日至104年12月31日）：
 - ✓ 醫院忠誠病人模式
 - ✓ 社區醫療群模式
 - ✓ 區域整合模式



計畫重點2/4

● 參與團隊及照護人數

序號	分區	試辦模式	照護團隊組成	主要照護對象	照護人數
1	台北	區域整合型	臺大醫院金山分院	新北市金山區合理現住人口	15,614
2	中區	區域整合型	澄清綜合醫院及5家合作院所	台中市東區戶籍人口	61,923
3	中區	區域整合型	彰濱秀傳醫院及6家合作院所	彰化縣線西鄉戶籍人口	14,799
4	台北	區域整合型	署立金門醫院	金門縣投保人口	49,951
5	台北	醫院忠誠病人	天主教耕莘醫院	醫院忠誠病人	20,094
6	中區	醫院忠誠病人	彰化基督教醫院	醫院忠誠病人	30,014
7	高屏	醫院忠誠病人	屏東基督教醫院	醫院忠誠病人	8,664
8	台北	社區醫療群	芝山診所及5家合作院所	團隊忠誠病人	5,976
合計					207,035

僅3家試辦院所組成團隊。



計畫重點3/4

● 虛擬總額點數之設定：

▶ 虛擬總額點數＝照護對象基期年平均每人醫療點數×(1+照護對象之年齡性別校正後每人年醫療費用成長率+當年西醫部門成長率)×照護對象人數

● 回饋與財務風險機制：

▶ 節餘(實際醫療點數< 虛擬總額點數)

1. 60%基本回饋金。

2. 40%按量化指標達成情形成數回饋。

▶ 短絀(實際醫療點數> 虛擬總額點數)

1. 依量化指標達成情形決定。

2. 負擔餘絀金額0%-50%。



計畫重點4/4

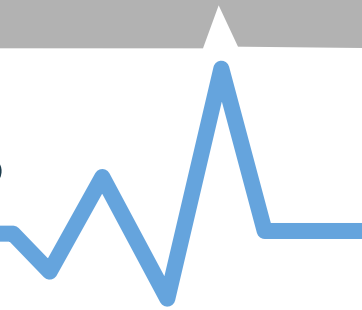
● 計畫評量指標

指標類型	類別	指標名稱	目標值	權重
組織指標	指定	照護對象於院所團隊(醫院)(區)內固定就診率	與前一年同期比較，成長率大於-5%(含)	10%
	自選	院所團隊選指標		10%
臨床指標	指定	糖尿病人加入照護方案比率	高於全國平均值	8%
		糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)檢查執行率	高於全國平均值	8%
		糖尿病病患空腹血脂(Fasting Lipid Profile)檢查執行率	高於全國平均值	8%
		眼底檢查或眼底彩色攝影執行率	高於全國平均值	8%
		尿液微量白蛋白檢查執行率	高於全國平均值	8%
	自選	院所團隊選指標		10%
民眾感受度	指定	滿意度問卷調查滿意度	得分含80%(含)以上得10% 得分70%-79%即得5%	10%
其他政策鼓勵指標	指定	子宮頸抹片檢查率	高於全國平均值	10%
	指定	65歲以上老人流感注射率	高於全國平均值	10%
專家評核指標			各試辦團隊進行報告，由專家評核	25%

註. 指標目標值為當年度同一計算期間比較



各團隊執行之創新策略^{1/3}



● 區域整合模式之團隊

依據當地民眾需求，走入社區進行健康促進及宣導活動，提供適切服務。

▶ 台大金山分院

- ✓ 社區健康營造與促進：金健康北海俱樂部，進行預防保健、高資源個案管理、生命末期照護及無效醫療介入。

▶ 彰濱秀傳醫院

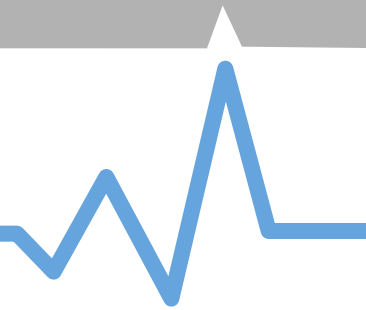
- ✓ 發展垂直水平整合：整合當地衛生局所、地區醫院、基層及藥局、後送醫院、社區合作，進行個案管理分級介入與照護。

▶ 澄清醫院

- ✓ 社區網絡的建立、進行健康管理、疾病管理。



各團隊執行之創新策略^{2/3}



● 醫院忠誠病人模式團隊：

主要以團隊內(院內)資訊整合為手段，以減少院內浪費及達成品質指標為主要努力重點。

▶ 彰化基督教醫院

✓ 門住診整合照護(未就診個案追蹤、門診就醫整合、預防保健管理、個案疾病管理)、老人周全服務。

▶ 耕莘醫院

✓ 門診整合照護、高醫療個案管理、安寧照護。

▶ 屏東基督教醫院

✓ 健康管理照護中心，整合照護服務(門診、急診、住診、居家及長照)及急重症轉診服務。



各團隊執行之創新策略^{3/3}

● 芝山社區醫療群模式團隊：

結合社區志工，推行健康促進與運動計畫，並提出回饋金與照護對象共享之機制。

✓ 導入健康生活家，進行社區調查，結合社區推動健康營造。

論人計酬試辦計畫三年結算

試辦模式	參與團隊	101年-103年 結算財務餘絀情形	關鍵因素
線西鄉區域整合型	彰濱秀傳紀念醫院及6家鄰近衛生所及診所	++	社區介入，健康促進
金山區區域整合型	臺灣大學醫學院附金山分院	+	社區介入，安寧導入
台中市東區區域整合型	澄清綜合醫院及5家區內診所及衛生所	+++	社區介入，預防服務、健康促進
金門區域整合型	行政院衛生署金門醫院	—	
芝山社區醫療型	芝山診所(主責診所)及5家合作診所	— —	導入健康生活家
耕莘醫院忠誠病人	天主教耕莘醫院	++	整合門診、安寧照護、疾病管理
彰基醫院忠誠病人	彰化基督教醫院	+	整合門診、疾病管理、個案管理
屏基醫院忠誠病人	屏東基督教醫院	++	整合門診、疾病管理、個案管理、健康促進

- 有6家試辦團隊有節餘，按計畫規定回饋金額，三年合計回饋金額約5.3億元。
- 另有芝山團隊及部立金門醫院處於短絀狀態(各約630萬元-650萬元)，依各自量化指標達成情形，承擔短絀之財務風險。



三年結算指標達成情形

期中結算(10101-10206)

各團隊期中結算期間指標達成情形

指標類型	標指標類型	指標名稱	參與團隊數	團隊達成數	達成率
固定指標	組織指標	照護對象於院所團隊(醫院)(區)內固定就診率	8	3	38%
		糖尿病人加入照護方案比率	8	7	88%
		糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)檢查執行率	8	7	88%
	臨床指標	糖尿病病患空腹血脂(Fasting Lipid Profile)檢查執行率	8	7	88%
		眼底檢查或眼底彩色攝影執行率	8	6	75%
		尿液微量白蛋白檢查執行率	8	7	88%
自選指標	其他政策鼓勵指標	子宮頸抹片檢查率	8	5	63%
		65歲以上老人流感注射率	8	6	75%
	自選指標	初期慢性腎臟病(簡稱初期CKD)方案照護率	3	3	100%
		照護對象之慢性腎臟病(CKD)平均完整追蹤率	1	1	100%
		第一、二型糖尿病民眾完成初期慢性腎臟病篩檢率	3	2	67%
		50-69歲民眾2年內接受大腸癌篩檢率	3	0	0%
		45-69歲婦女乳房攝影篩檢率(乳癌篩檢率)	3	0	0%
		成人預防保健檢查完成率	3	0	0%
		論人計酬照護對象三日急診返診率	1	1	100%
		預立DNR簽立率	1	1	100%
		65歲以上住院病人DNR同意書及意願書簽立率	1	1	100%
		社區診斷	1	1	100%
		16-26歲女性完成子宮頸癌疫苗覆蓋率	1	1	100%
		2-5歲幼兒完成肺炎鏈球菌疫苗注射覆蓋率	1	1	100%
	照護對象感受指標	滿意度調查	8	8	100%

註：預防保健自選指標須大於該層級別醫院75百分位值(執行一年半)，試辦團隊仍有努力空間。



三年結算指標達成情形

期末結算(10207-10312)

指標 類型	標指標類型	指標名稱	參與團 隊數	團隊達 成數	達成率
固定 指標	組織指標	照護對象於院所團隊(醫院)(區)內固定就診率	7	2	29%
		糖尿病人加入照護方案比率	7	7	100%
		糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)檢查執行率	7	5	71%
	臨床指標	糖尿病病患空腹血脂(Fasting Lipid Profile)檢查執行率	7	6	86%
		眼底檢查或眼底彩色攝影執行率	7	7	100%
		尿液微量白蛋白檢查執行率	7	7	100%
	其他政策 鼓勵指標	子宮頸抹片檢查率	7	5	71%
		65歲以上老人流感注射率	7	6	86%
	自選指標	初期慢性腎臟病(簡稱初期CKD)方案照護率	3	3	100%
		照護對象之慢性腎臟病(CKD)平均完整追蹤率	1	0	0%
自選指標		第一、二型糖尿病民眾完成初期慢性腎臟病篩檢率	2	1	50%
		50-69歲民眾2年內接受大腸癌篩檢率	3	1	33%
		45-69歲婦女乳房攝影篩檢率(乳癌篩檢率)	3	1	33%
		成人預防保健檢查完成率	2	0	0%
		論人計酬照護對象三日急診返診率	1	1	100%
		預立DNR簽立率	1	1	100%
		65歲以上住院病人DNR同意書及意願書簽立率	1	1	100%
		社區診斷	1	1	100%
	照護對象感受指標	滿意度調查	7	7	100%

註：衛生福利部金門醫院自103年7月起因財務因素，退出本計畫。

➡ 原論人計酬計畫

目的

1. 藉由支付財務誘因，**改變醫師提供醫療服務之行為**。
2. 使醫療衛生團隊發揮照護能量：**促進區域醫療體系整合**(基層醫療與醫院之整合)
3. 使民眾獲得更完整的照護：除疾病治療外，**加強提供預防保健、衛生教育與個案管理服務**，以協助病人參與其自身健康促進責任。

照護對象
三種試辦模式
忠誠、區域、社區

自由組成
單一院所或團隊
3個團隊+5個單一院所

財務風險
與品質指標扣連
分配盈餘亦承擔虧損
盈虧多寡與品質有關

待克服之問題

團隊組成及照護對象

1. 照護對象以三種模式分派主責團隊之適當性。
2. 照護人數過少，影響試辦團隊財務風險。
3. 團隊外醫療利用占率過高。
4. 試辦團隊以單一或小規模運作，難以涵蓋主要就醫範圍，亦無法對院外照護盡責。
5. 論人計酬計畫僅占試辦院所部分收入，可能影響其積極投入意願。

支付設計

1. 醫院與基層院所因分屬不同總額，合作關係有待提升。
2. 未與總額預算相扣連，無法留住試辦團隊提升醫療服務效率之成果。
3. 面對總額與論量之下，醫療行為產生矛盾。
4. 風險校正模型仍待探討。

品質指標

1. 指標值以單一閾值進行評量，不易彰顯試辦團隊努力達成高標之成果。
2. 現行計畫指標較侷限於糖尿病照護與預防保健等指標，未來對於試辦團隊應有較全面性之績效評量指標。
3. 未具結果面指標。

專家徵詢與討論

- 近一年來，本署已經召開4次專家諮詢討論會議，蒐集專家及試辦團隊之建議。
 - ▶ 考量論人計酬僅是支付工具之一種，未來計畫名稱應予適度更正。
 - ▶ 朝「區域」、「整合」做為下階段方向已初具共識，惟「整合」程度，仍有多元看法。
 - ▶ 納入品質導向之支付方式，試辦初期，降低院所財務壓力，後期再加重財務責任，整合不成功者，允許退場機制。
 - ▶ 獎勵誘因與其貢獻程度之考量。

➡ 健康照顧系統的整合



健康照顧系統

➡ 健保西醫部門具「整合」精神之計畫



註：不含山地離島及醫療資源不足地區之計畫、中牙之相關計畫



醫療整合計畫(行政區域)初步方向

目的

民眾在完整團隊合作下，獲得完整且連續性之醫療服務。

策略



落實團隊合作

醫院+基層預算
承擔財務風險

提升品質
減少重複及
無效之醫療服務

一、團隊組織

1. 成立權責相當之管理執行委員會，透過實地審查與評選，促使團隊發展實質整合能力。
2. 基層須有一定參與度。
3. 須涵蓋照護對象醫療利用至一定程度。

二、與承擔財務風險

1. 融合醫院與西醫基層總額之區域預算，財務自主管理。
2. 照護對象規模至一定程度，減少財務風險。
3. 年度間允許機動之退場機制。

三、績效獎勵與品質指標

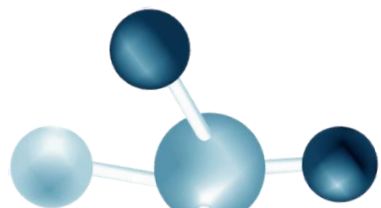
1. 績效獎勵須與團隊貢獻與品質達成情形扣連。
2. 建立多面向之品質庫。
3. 逐步公開品質指標。

擴大徵詢醫界建議

- 為應未來實務推動所需，健保署於104年6月15日邀集醫界代表召開諮詢會議，擴大徵詢醫界代表之看法。
- 下階段支付改革具重大影響層面，故健保署將持續蒐集各界與專家建議，凝聚共識，擬訂下階段醫療整合支付之方向。

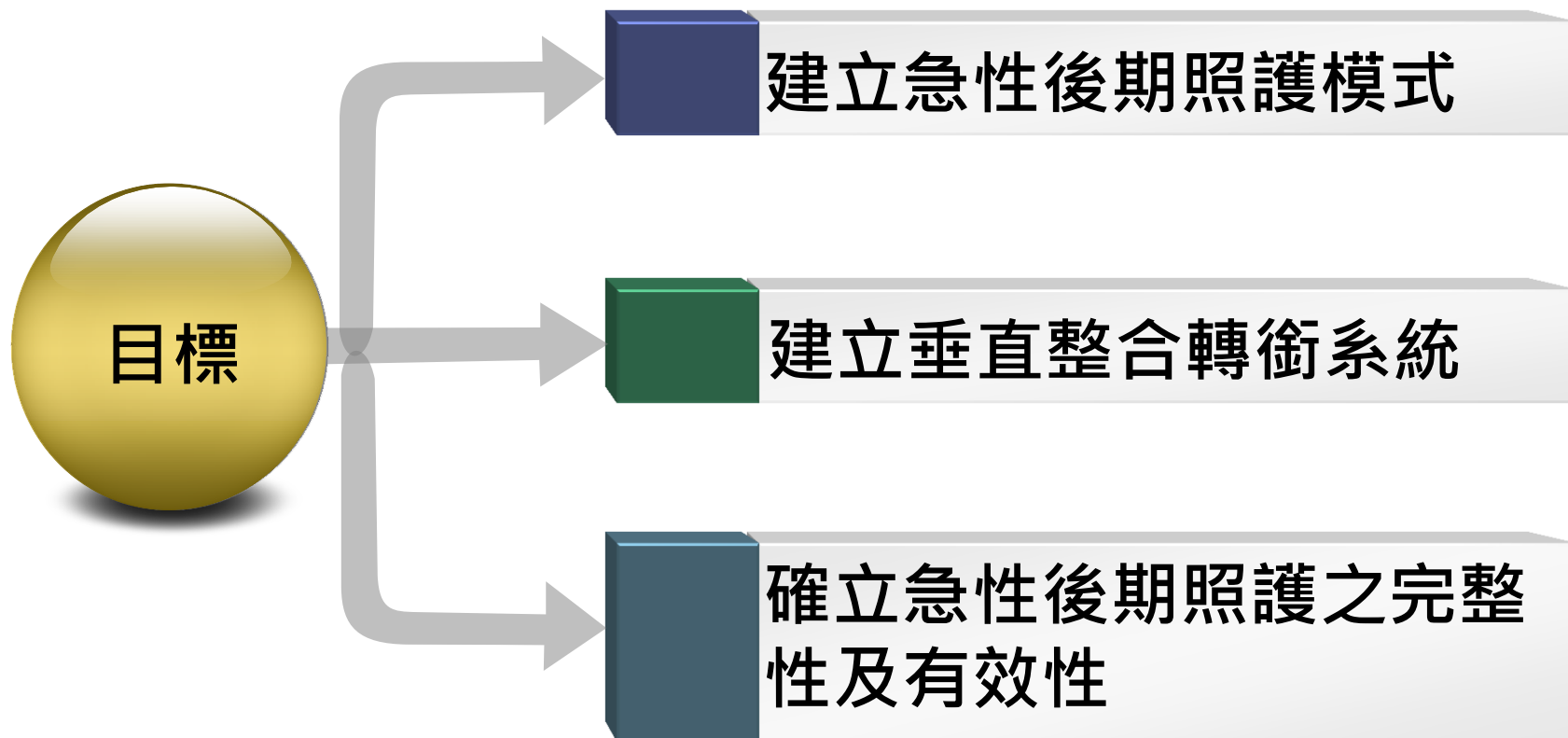


提升急性後期照護品質試辦計畫





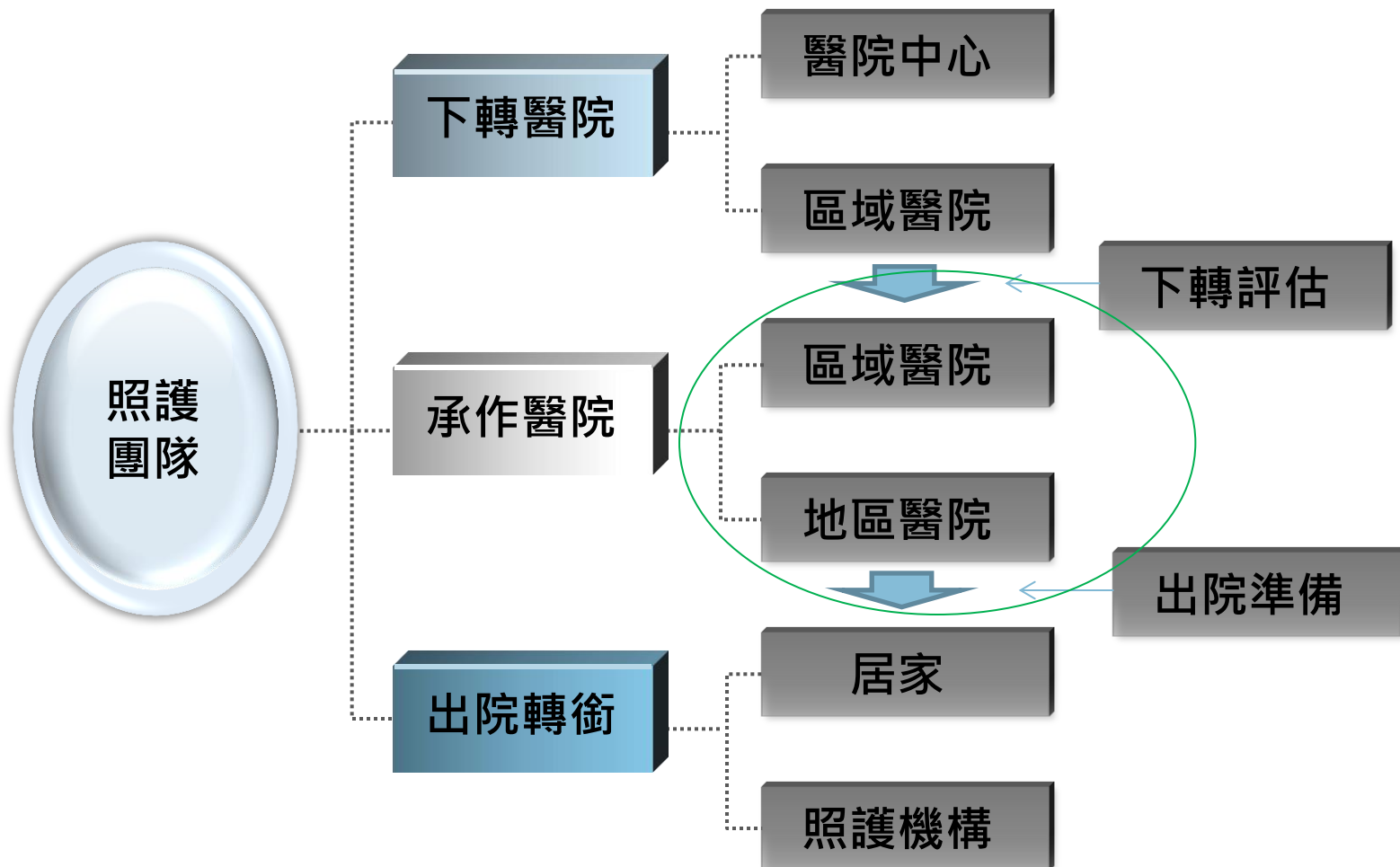
計畫目標



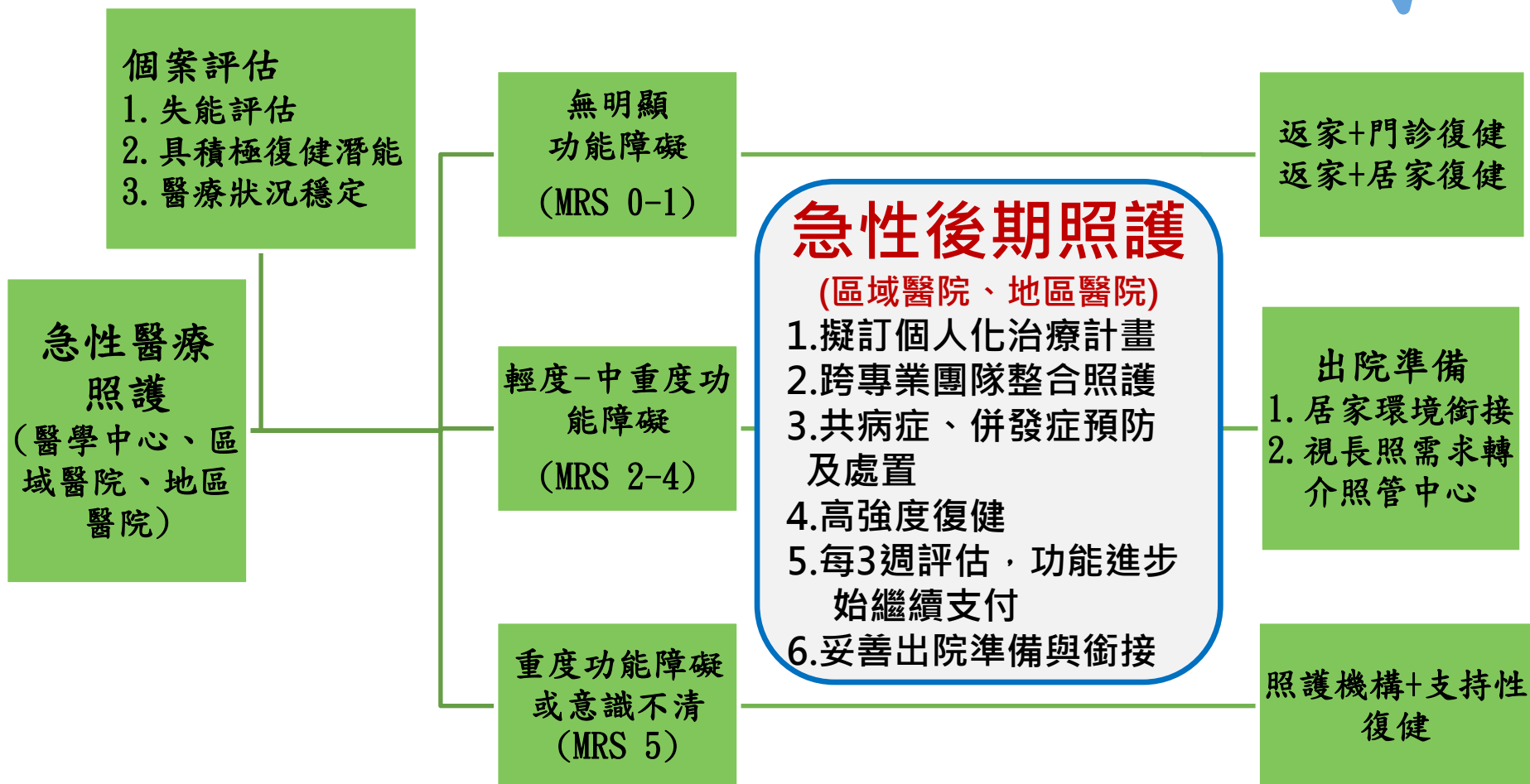
推動策略

- 選擇腦中風病人先行試辦。
- 健保支付採依復建強度與時間「論日支付」，並訂定合理的支付點數與支付期限。
- 確定成效再逐步推廣。
- 採分階段推動：
 - ▶ 第1階段：重點在建立腦中風病人急性後期照護模式，並發展跨院垂直整合轉銜機制。
 - ▶ 第2階段：逐步擴及所有急性期後失能之病人。
 - ▶ 第3階段：導入健保支付標準，並建立與長期照護之無縫接軌。

➡ 急性後期照護團隊 (促進體系垂直整合)



急性後期照護模式(建立整合式照護模式)



註：Modified Rankin Scale (MRS)病人功能狀況之分級標準。



計畫簡介

試辦 對象

- 腦中風發作30日內病人，功能狀況MRS 2-4級，病情穩定，具積極復健潛能者。

給付 期間

- 3-6週為原則；
- 評估有後續需求者經專審得展延一次，至多支付到12週

照護 內容

- 中風之共病、併發症照護
- 高強度復健治療(每日1-2次或3-5次，含物理、職能及語言治療)
- 定期評估：包括下轉評估、初次評估、複評(3週1次)及結案評估
- 居家及社區轉銜服務



承作醫院條件

醫院

- 符合醫療機構設置標準，能提供物理、職能及語言治療
- 設有獨立PAC病房

醫師

- 神經科、神經外科、內科、家醫科或復健科任一有腦血管疾病照護經驗專責醫師

復健人力

- 專任物理治療師、職能治療師、語言治療師至少各1名
- 地區醫院得經報備同意，語言治療師得採兼任方式辦理。
- 每4床至少1名復健治療人員(師或生均可)

其他醫事人力

- 專任護理人員、藥師、營養師、社工人員至少各1名



確保品質之作法

結構面

- 評選績優團隊加入試辦。
- 為試辦醫院醫師、人員辦理PAC專業訓練，達1,205人，每場次訓練時數16小時。
- 實地訪查試辦醫院人力設備，通過才准予收案。

過程面

- 委託專業學會進行實地輔導。
- 定期回報相關品質指標資料。
- 分區召開或參與醫院團隊會議分享績優作法。

結果面

- 即時監測收案及品質指標情形。
- 進行收案適當性之專業審查。
- 申請延長照護之事前審查。



預算執行

- 1. 103年3月起正式啟動，急性中風病人由醫學中心下轉，病人下轉需要溝通及說服，跨院合作照顧病人，醫院團隊磨合需要時間，初期收案數較少，故執行率不高。
- 2. 104年第1季678.1萬點，已較去年平均每季225.9萬點大幅增加。

	103年	104年 第1季
預算數	2億元	4億元
執行數	753萬元	678萬元
執行率	3.77%	1.70%

註：104年尚未結算，以費用申報數預估。



試辦計畫參與醫院數

- 39個醫院團隊：129家承作醫院、22家上游醫院(包含所有醫學中心)

單位: 家數

醫院層級		臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
上游醫院	團隊	10	7	7	5	8	2	39
	醫學中心	8	1	4	2	3	1	19
	區域醫院	2	—	—	—	1	—	3
	合計	10	1	4	2	4	1	22
承作醫院	區域醫院	6	12	13	10	9	3	53
	地區醫院	12	13	21	7	17	6	76
	合計	18	25	34	17	26	9	129

備註: 承作醫院分布全國各縣市，包含金門、馬祖與澎湖。
資料截止日103.12.31



收案情形

- 109家醫院收案1626人。
- 腦中風至PAC收案15.9天。

單位：個案數

分區	區域醫院		地區醫院		合計		發病至 收案天數
臺北	79	5%	66	4%	145	9%	21.8
北區	209	13%	223	14%	432	27%	14.2
中區	231	14%	144	9%	375	23%	15.9
南區	194	12%	42	3%	236	15%	17.4
高屏	252	15%	132	8%	384	24%	14.1
東區	29	2%	25	2%	54	3%	18.6
合計	994	61%	632	39%	1626	100%	15.9

註：以下資料截止日為103.12.31



收案時病人失能狀態分布

- 平均3.7分(接近中重度失能4分)

單位：個案數

分數	高強度復健 FRG1		一般強度復健 FRG2		合計	
	人數	占率	人數	占率	人數	占率
2 輕度失能	85	5%	10	1%	95	6%
3 中度失能	288	18%	28	2%	316	19%
4 中重度失能	1083	67%	132	8%	1215	75%
合計	1456	90%	170	10%	1626	100%

上游醫院下轉病人情形

- 下轉751人，占收案人數之46.2%。
- 醫學中心下轉631人。

單位：個案數

分區	醫學中心		區域醫院		合計	
臺北	83	11%	21	3%	104	14%
北區	119	16%	34	5%	153	20%
中區	223	30%	12	2%	235	31%
南區	59	8%	3	0%	62	8%
高屏	128	17%	40	5%	168	22%
東區	19	3%	10	1%	29	4%
合計	631	84%	120	16%	751	100%

➡ 病人失能改善成效與住院天數

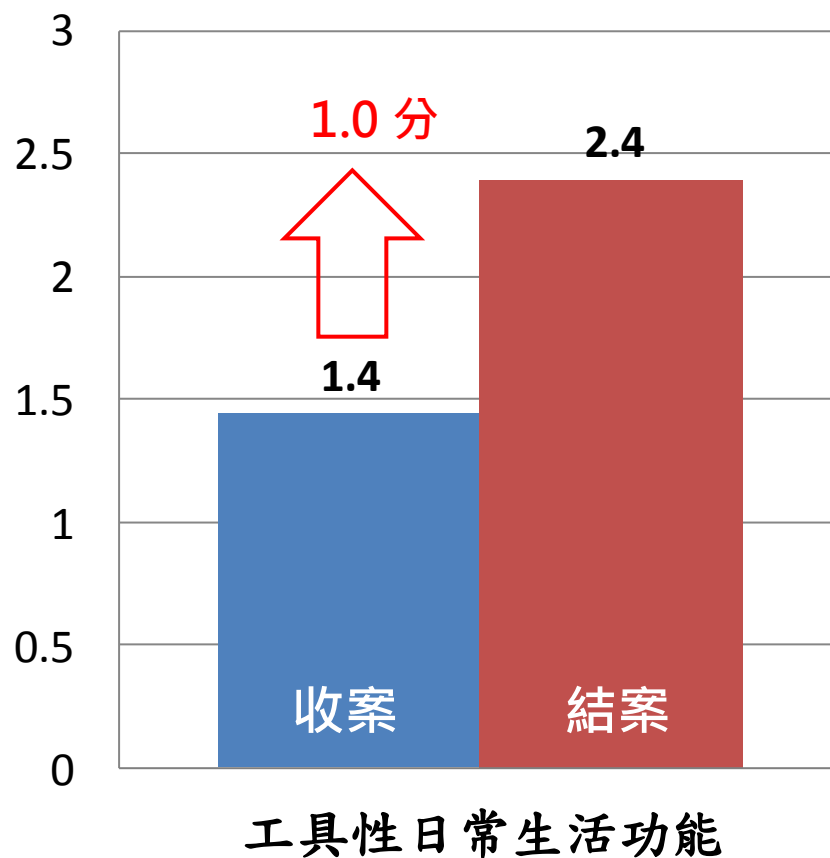
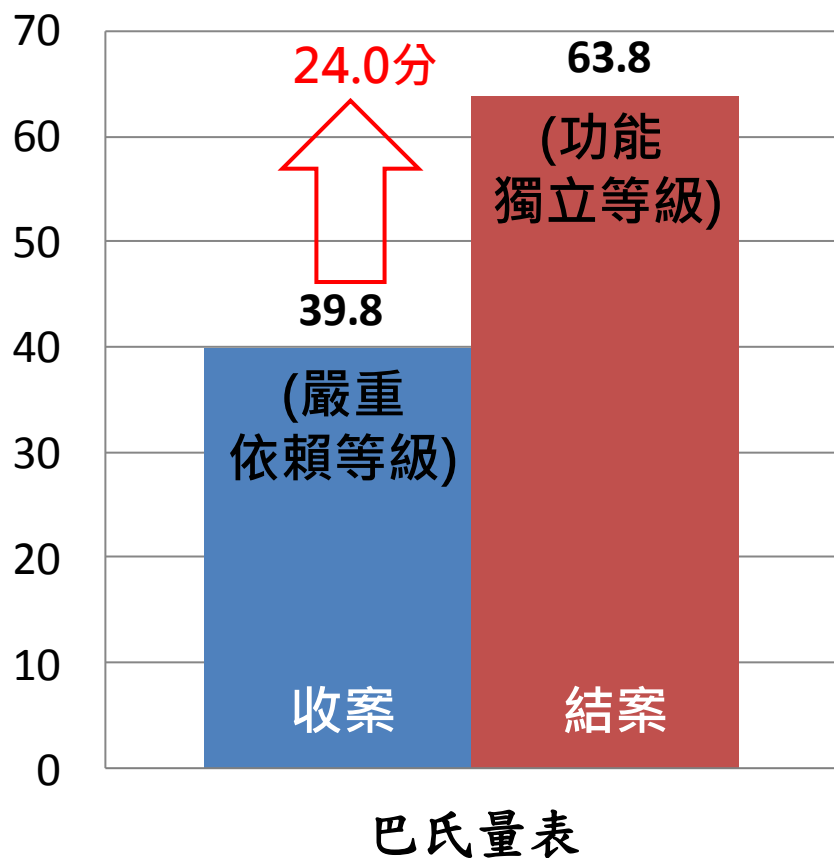
單位：個案數、天數

整體失能改善成效	結案後續照護方式										PAC 平均 住院 天數
	居家自行 復健		門診復健		安置於療 護機構		其他		合計		
	人數	占率	人數	占率	人數	占率	人數	占率	人數	占率	
退步	0	0%	4	0%	1	0%	22	2%	27	2%	18.6
未進步	19	1%	57	4%	24	2%	41	3%	141	11%	24.9
穩定進步	223	17%	685	53%	64	5%	69	5%	1041	81%	36.2
快速進步	25	2%	51	4%	2	0%	2	0%	80	6%	28.6
合計	267	21%	797	62%	91	7%	134	10%	1289	100%	34.2

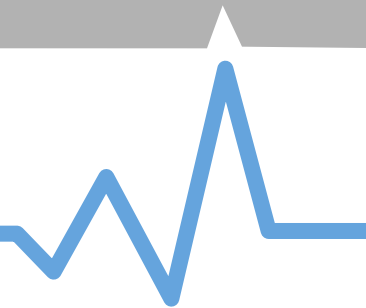
註：結案後續照護方式「其他」多為病情轉變接受醫療者。



病人較收案時進步情形



病人進步情形(核心量表)



評估指標	平均得分			paired T-test		備註
	收案	結案	進步	統計量	P-值	
巴氏量表	39.8	63.8	24.0	43.6	<.0001	進步
工具性日常生活功能	1.4	2.4	1.0	25.4	<.0001	進步
整體功能狀態	3.7	3.0	-0.7	-30.4	<.0001	進步
健康生活品質	10.5	8.6	-1.9	-32.9	<.0001	進步
吞嚥進食功能	5.8	6.4	0.6	15.2	<.0001	進步
營養評估	18.0	19.9	1.9	17.9	<.0001	進步



銜接居家及社區資源

● 依個案需求銜接居家及社區資源：

- ▶ 協助申請適合之照顧服務(居家服務、日托站、長照據點、家庭托顧)
- ▶ 尋求社會愛心資源提供送餐服務(如一粒麥子計畫)
- ▶ 交通：復康巴士
- ▶ 喘息服務
- ▶ 身心障礙鑑定服務
- ▶ 身心障礙輔具補助評估
- ▶ 轉介住家附近醫療資源

單位：個案數

社福資源轉介	人數	占率
個案無長照需要	815	63%
已確認個案取得諮詢管道	370	29%
已轉介至長照照管中心	46	4%
轉介長照以外社福資源	58	4%
合計	1,289	100%

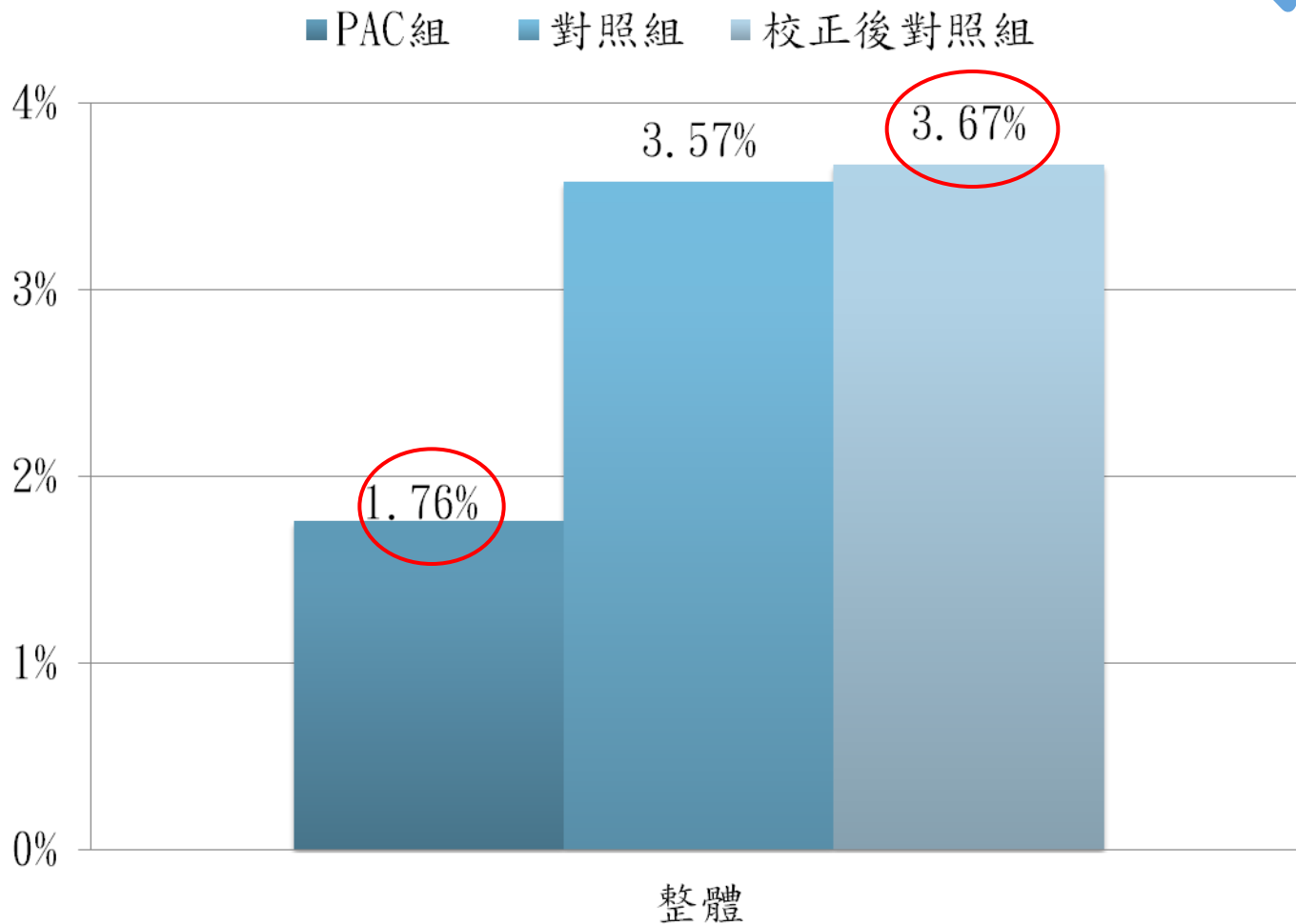
PAC成效分析-基本資料比較

- PAC組：1-12月PAC結案人數。
- 對照組：醫院提供與PAC病人失能程度相當，但未下轉PAC病房者。

類別	PAC組(占率)	對照組(占率)	檢定值	P值
年齡***	64.7	68.0	T=-7.40	<.0001
男:女	778(62.2%):473(37.8%)	1597(62.7%):949(37.3%)	$X^2=0.1027$	0.7486
4中重度失能	924(73.9%)	1217(47.8%)		
3中度失能	250(20.0%)	697(27.4%)		
2輕度失能	77(6.2%)	632(24.8%)		
MRS整體***	1251(100%)	2546(100%)	$X^2=275.97$	<.0001

註：對照組為醫院提供，與PAC病人失能程度相當者(MRS 2-4分)。
103年1-12月結案者，PAC組及對照組分別為1251及2546人。

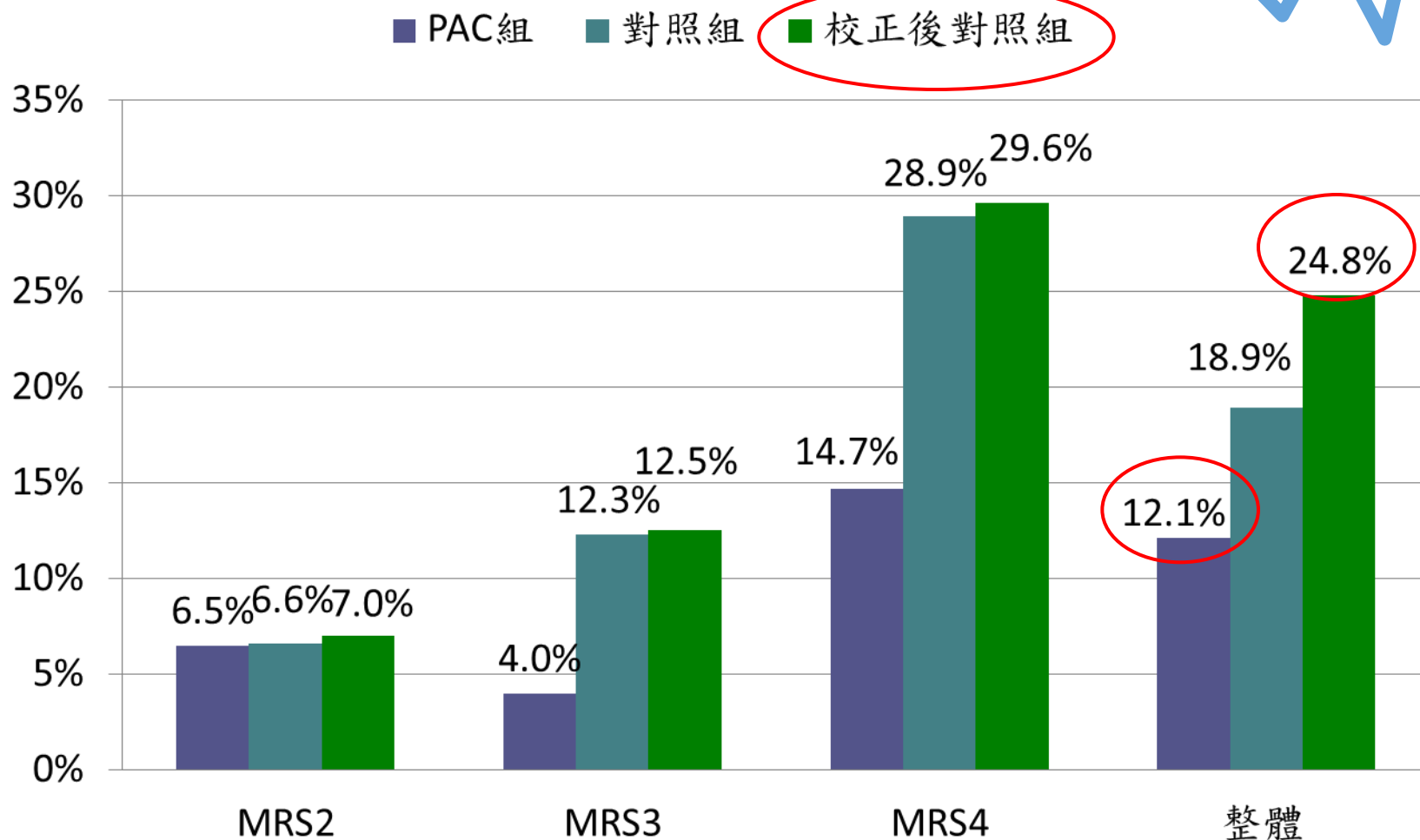
➡ 死亡率



註：分子為104年1月承保資料檔，投保狀態死亡退保者。
分母為103年1-12月結案者，PAC組及對照組分別為1251及2546人。
校正後對照組：以PAC組之年齡、性別、功能別(MRS)標準化校正。



14日再住院率



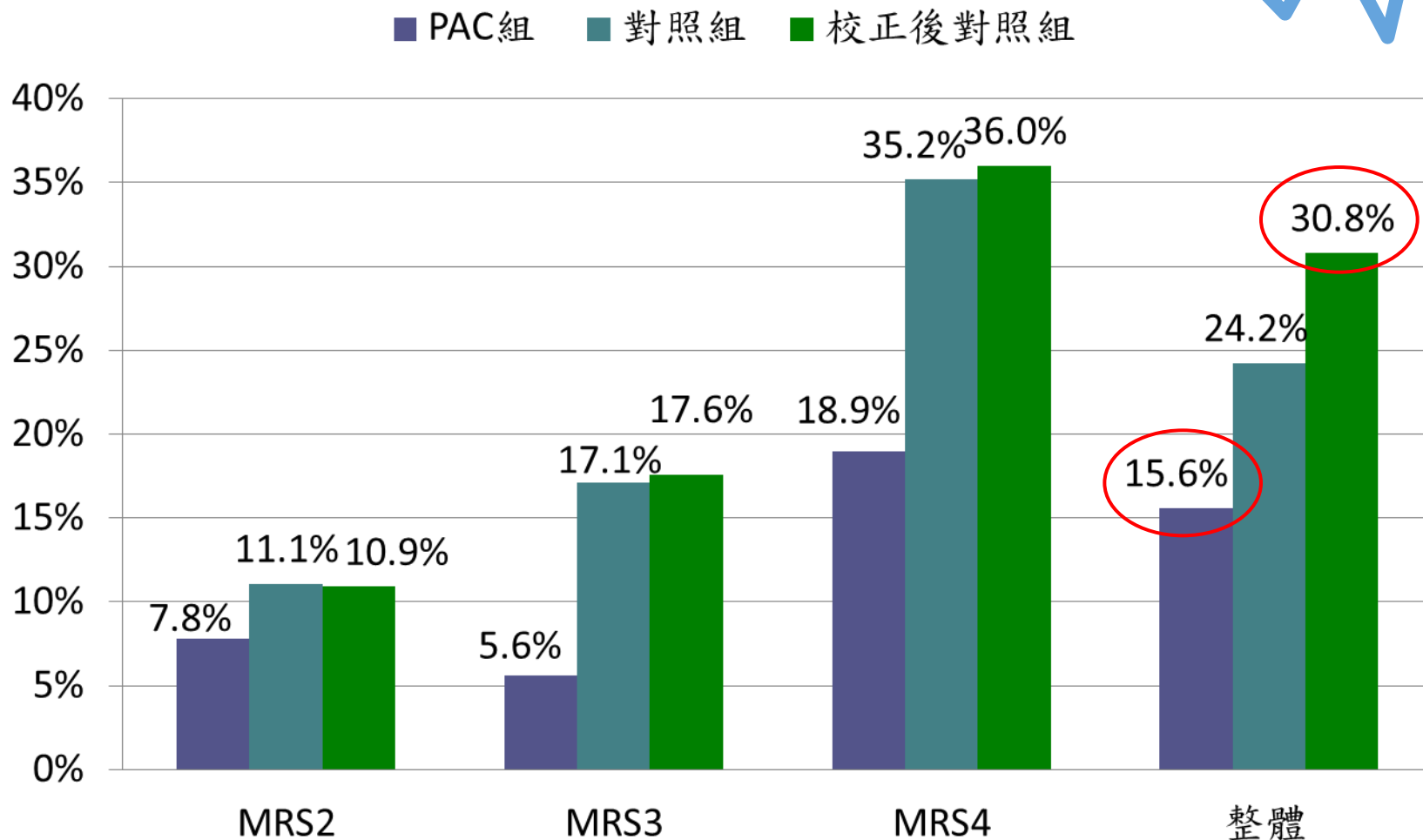
註：對照組為醫院提供，與PAC病人失能程度相當者(MRS 2-4分)。

校正後對照組：以PAC組之年齡、性別、功能別(MRS)標準化校正。

103年1-12月結案者，觀察期間103年1月至104年1月，PAC組及對照組分別為1251及2546人。



30日再住院率



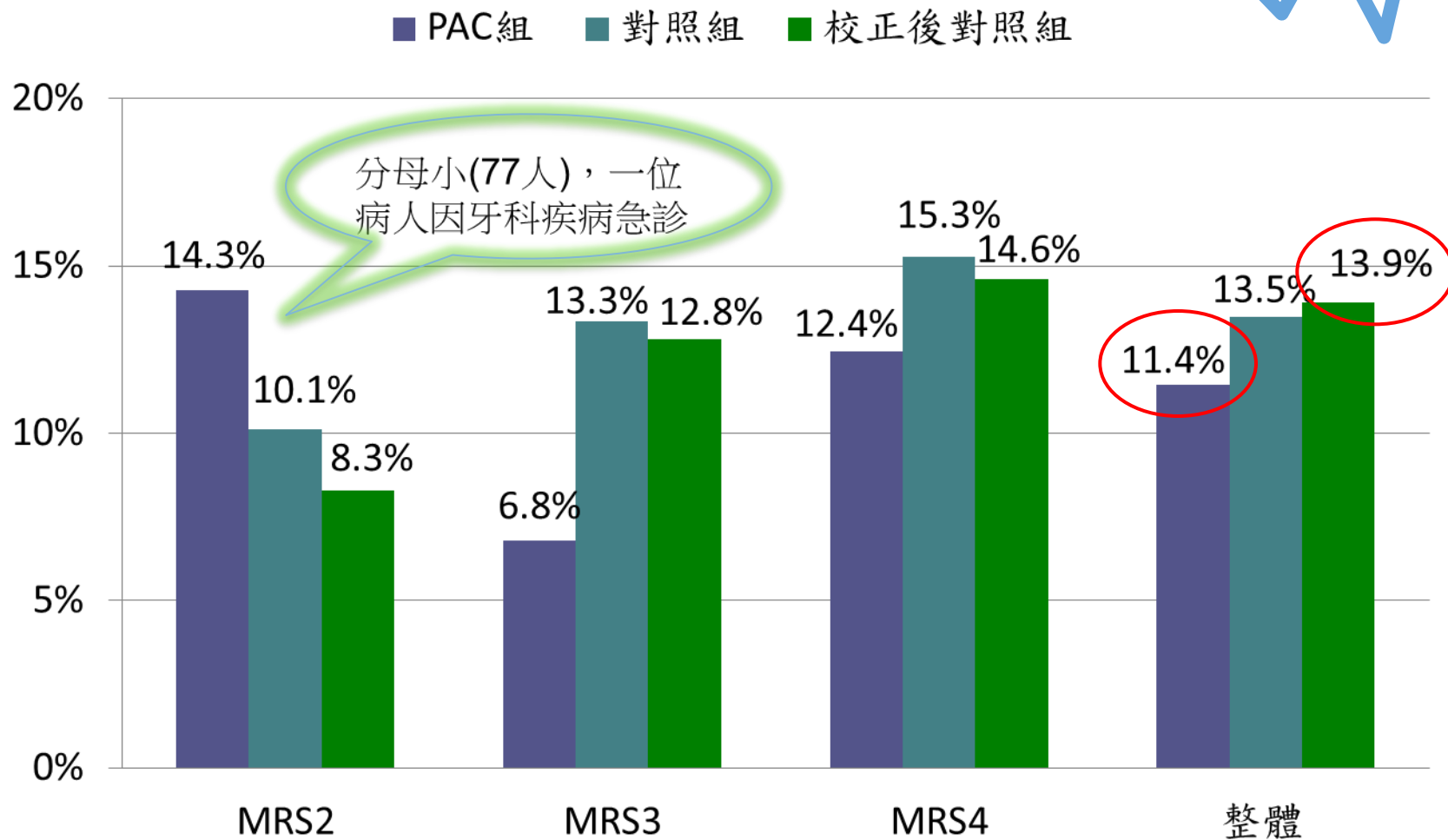
註：對照組為醫院提供，與PAC病人失能程度相當者(MRS 2-4分)。

校正後對照組：以PAC組之年齡、性別、功能別(MRS)標準化校正。

103年1-12月結案者，觀察期間103年1月至104年1月，PAC組及對照組分別為1251及2546人。



30日內急診率



註：對照組為醫院提供，與PAC病人失能程度相當者(MRS 2-4分)。

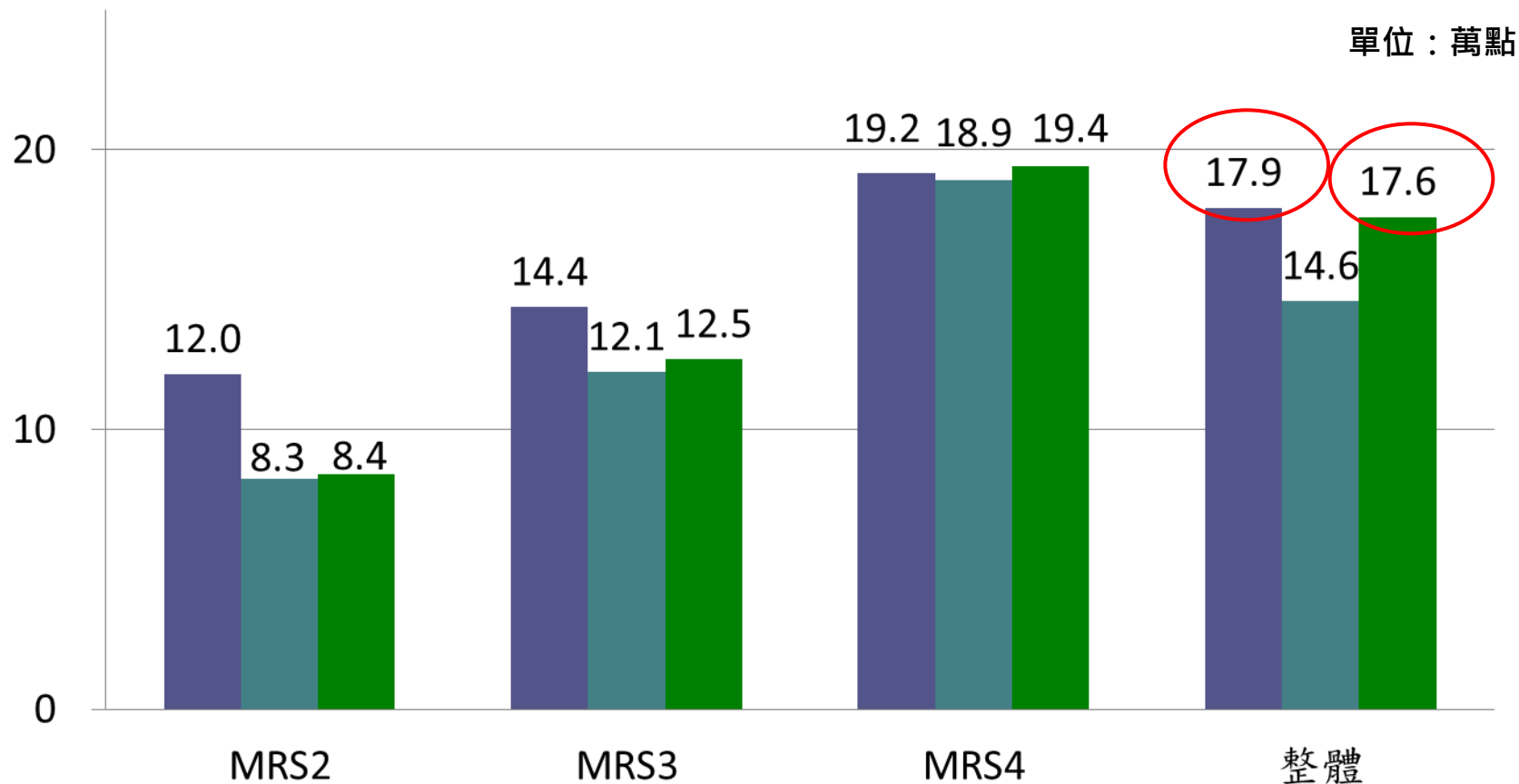
校正後對照組：以PAC組之年齡、性別、功能別(MRS)標準化校正。

103年1-12月結案者，觀察期間103年1月至104年1月，PAC組及對照組分別為1251及2546人。



平均每人醫療費用(中風發病3個月內門住費用)

■ PAC組 ■ 對照組 ■ 校正後對照組



註：103年1-12月結案者，觀察中風發病3個月內醫療費用(申請金額+部分負擔)，含門診及住院。
校正後對照組：以PAC組之年齡、性別、功能別(MRS)標準化校正。

PAC病人失能改善自我評估與滿意度調查

- 問卷效度：邀請5位臨床及專家學者進行兩回合德菲法。
- 進行方式：電訪1-8月結案病人，回收有效問卷116份，占結案病人19.2%。

項目	題數	信度Cranach's α	參考文獻
身體功能自我評估 (病人版巴氏量表)	10	0.9429	巴氏量表
情緒自我評估	5	0.8358	Stroke-Specific Quality of Life Scale(SS-QOL) ¹
住院經驗滿意度	17	0.9131	Patient Reported Hospital Quality(PRHQ) ²
合計	32	0.8677	

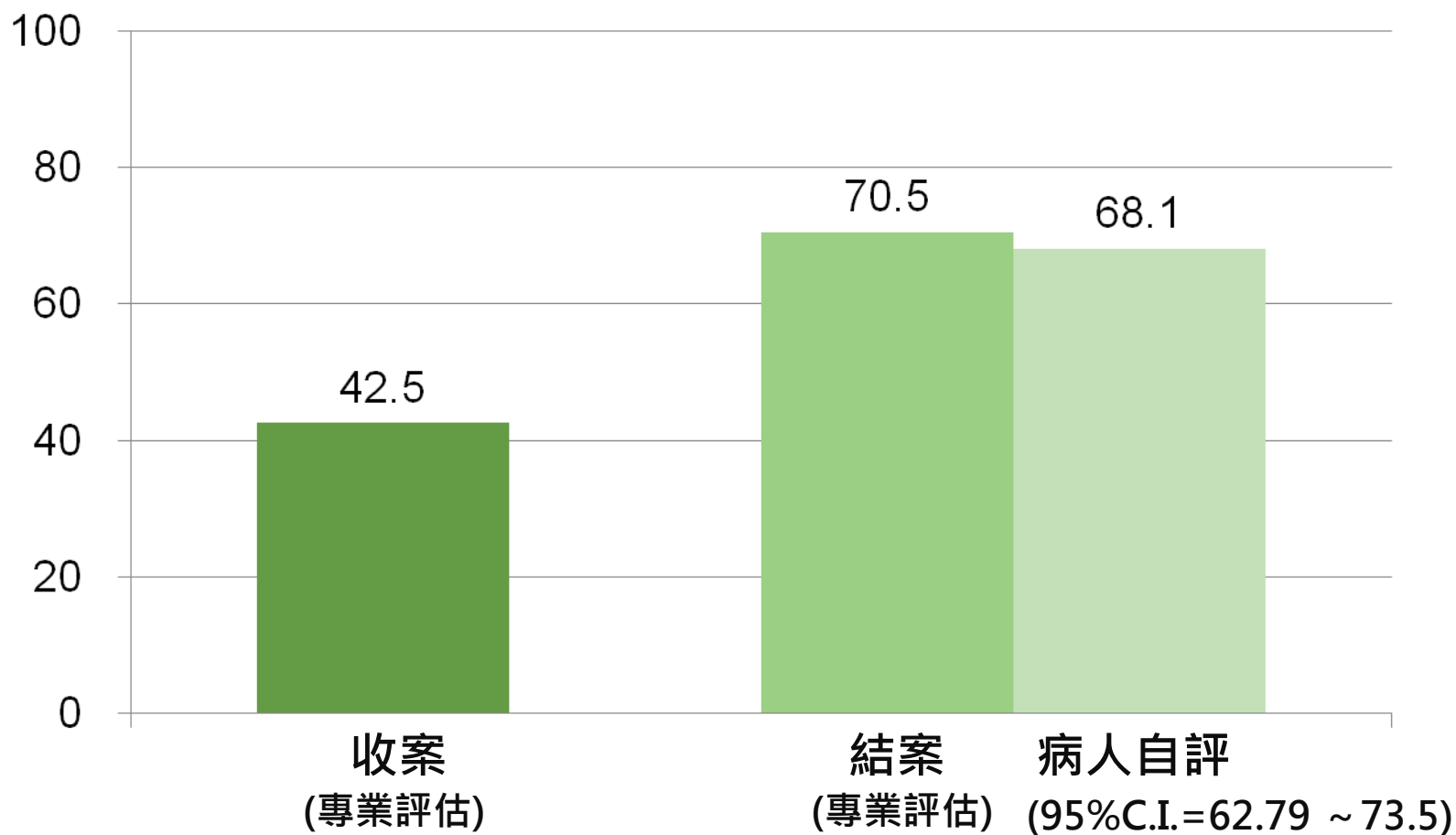
1.Williams LS, Weinberger M, Harris LE, et al (1999)

2.病人報告之醫院品質：問卷發展與信效度分析姚開屏等臺灣公共衛生雜誌(2010)



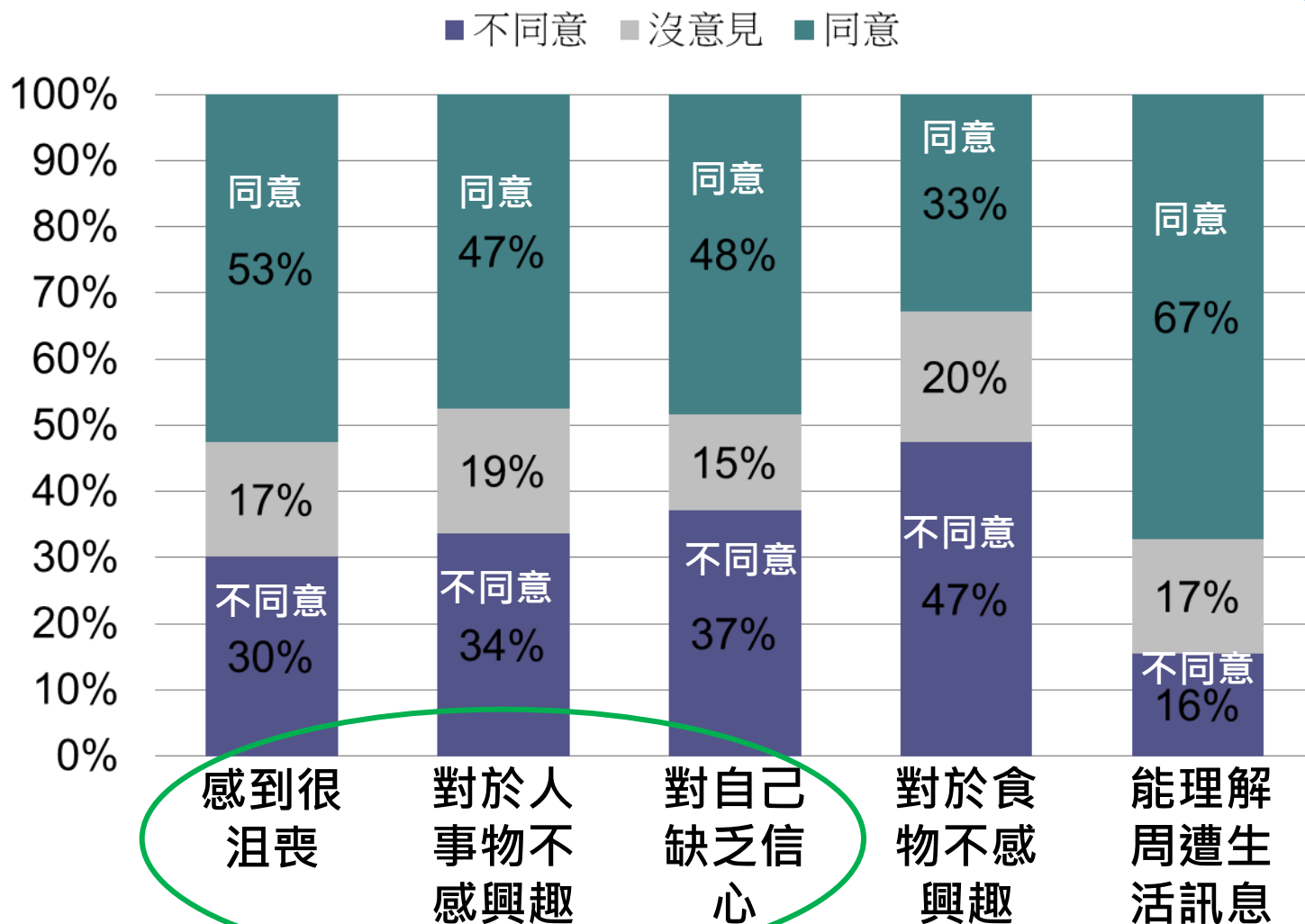
身體功能自我評估

巴氏量表分數





情緒自我評估

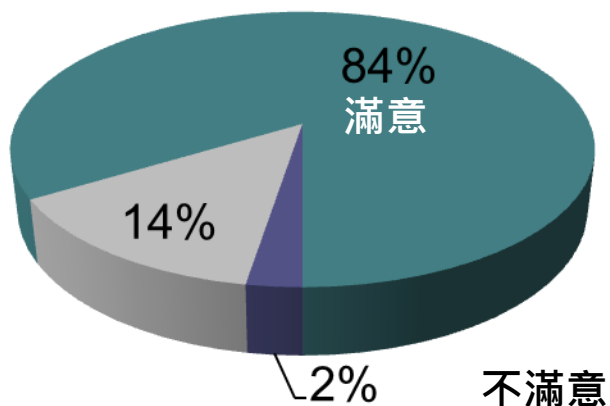




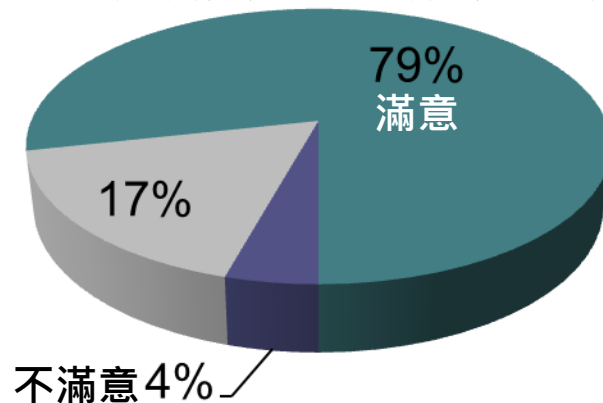
住院經驗滿意度

■ 不滿意 ■ 普通 ■ 滿意

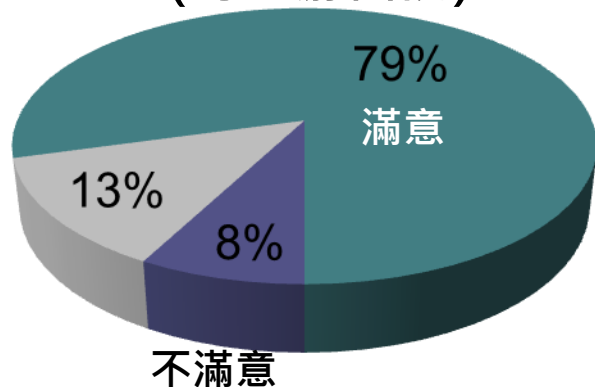
對PAC整體滿意度



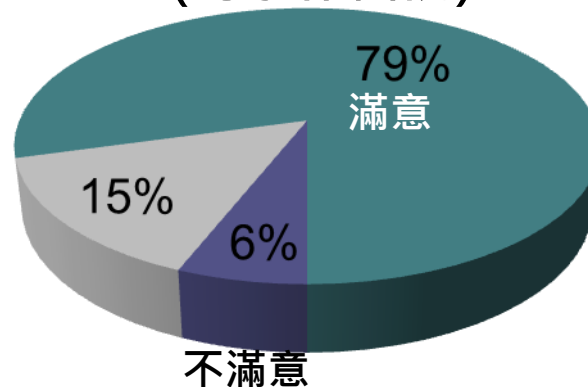
提供安慰、鼓勵滿意度



PAC資訊充份告知滿意度 (對上游醫院)



出院後資源轉介滿意度 (對承作醫院)



檢討 1/2

1. 一年內組成39個醫院團隊，遍布各縣市，透過辦理大型研討會、跨專業訓練1205人、實地輔導、分區觀摩會，全面提升急性後期照護品質，初步達成建立台灣急性後期照護模式，建立急性期、急性後期、慢性期之垂直整合轉銜系統之目標。
2. 87%(1121位)病人整體成效進步，83%(1064位)病人成功返家，回歸門診復健或居家自行復健。
3. 整體治療結果之比較，包括再住院率、再急診率、死亡率，PAC組優於對照組。
4. 發病至收案僅15.9天，中重度及中度失能占94%，輔以立意專審，收案尚未發現浮濫情形，病人確實為需要住院急性後期照護之病人。
5. 試辦計畫收案數穩定增加，地區醫院收案632人(占率39%)，較以往超過9成滯留大型醫院有改善。

檢討 2/2

6. 收案數不如預期：103年收案數約占需要PAC人數26.0%（以全年腦中風42367人15%約6355人估計），可能原因如下，均需要大型醫院發揮領導角色，共同提升品質：
- (1) 病人或家屬對下轉PAC醫院沒信心。
 - (2) 醫學中心病人直接至本院復健科病房住院。
 - (3) 跨院下轉病人部份，包括溝通待磨合、對病人病情評估之共識不同、尚未建置團隊資訊系統及病床需求調度。
7. 限於推動時間、收案數有限，待累積一定個案數後，執行成效較能確定，本署104年已委託研究辦理本計畫成效評估。



104年修訂重點

- 鼓勵跨醫院合作，加強下轉銜接，103年12月26日公告實施

1. 提供下轉誘因(除原有2000點外)：

- 新增上游醫院轉銜作業獎勵費1000～1500點。
- 新增上游醫院醫事人員訪視獎勵費1000點(最多3次)。
- 新增主責醫院提升團隊照護品質獎勵費(全年6萬點)。
- 必評量表6項減少為前4項。

2. 新增6種特殊情形中風發病40天內可以納入收案之條件。

3. 鼓勵收治複雜病人：

- 吞嚥攝影檢查、管灌飲食可另行核實申報。
- 每日定額費用第4週起與前3週相同(增加25%)。
- 新增承作醫院團隊居家訪視獎勵費1000～1500點。
- 期中評估費由400點增加為1000點。



未來推動方向

分享績優醫院之推動策略，持續監測並確定PAC成效。

增加誘因鼓勵擴大收案 - 最終以所有失能病人為收案對象

發展臺灣整合性「急性後期評估量表」。

醫學中心領導醫院團隊，共同提升PAC照護水準

承作醫院落實與社區銜接的連續性服務。

病人現身說法拍攝微電影加強宣導，增進病人對PAC之信心。

分享績優醫院之推動策略

- 院長大力支持，院內整合包含神經科、復健科、老年醫學科各科資源。
- 加強各專業溝通：每月院內跨科定期會議、每季定期跨醫院會議，解決醫院執行困難。
- 醫院另訂有院內激勵措施，對PAC團隊成員有實質回饋。
- 資訊系統整合，跨院雲端傳遞病歷，院內相關作業電子化，減輕同仁負擔。
- 建立雲端空床通報系統。
- 拍攝微電影向病人加強宣導。
- 上游醫院醫師至承作醫院訪視病人。
- 派護理師與救護車至上游醫院病房接病人。



雜誌PAC報導

從醫療到居家，
提供老人各環節照護

當期雜誌 | 訂閱雜誌 | 廣告 | 登入 | 加入會員 | 我的PAC



首頁 > 逛康健 > 心靈健康 > 照顧父母 > 從醫療到居家，提供老人各環節照護

從醫療到居家，提供老人各環節照護

+ 收藏(0) 讚 0 8+1 0



PAC

大進擊的PAC 減緩失能
重見健康與希望的曙光



大進擊的
PAC 減
緩失能



網路新聞PAC報導



八成可返家，急性後期照護半年有成

八成可返家 急性後期照護半年有成

新頭殼newtalk 2014.08.28 劉俊廷/台北報導

國內急性後期照護實施至今已經半年，台中醫院急性後期照護病房主任賴仲亮今(28)日表示，教學醫院的急重症患者穩定後轉入醫院，二月收案至今二十六個個案，成功返家率約有八成，巴氏量表三十幾分到六十幾分，由嚴重依賴到生活獨立，顯見該計劃有顯著效果。健保署主秘蔡淑鈴則表示，以病人為中心，把握黃金復健期，快速接受強力復健，達到身體各方面的恢復，減少日後醫療與家庭長期照護的負擔，是該計劃最主要用意。

由全民健康保險署和先驅媒體社會企業股份有限公司共同舉辦的「國內急性後期照護之現況與展望」座談會今天在新頭殼登場，由資深媒體人王克敬主持，邀請健保署主秘蔡淑鈴、消基會名譽董事長謝天仁、立法委員蘇清泉、台中醫院急性後期照護病房主任賴仲亮醫師及高雄長庚醫院主任張谷州醫師與會座談，結合官方、醫療方與消費者的不同意見，期望醫療資源能獲得更好的運用。

蔡淑鈴表示，健保署經過一年研議，借鏡美國相關制度，在急性醫療之後，依照病人失能程度，以病人為中心，把握黃金復健期，快速接受強力復健，達到身體各方面的恢復，減少日後醫療與家庭長期照護的負擔，這是該計劃最主要的用意。



從左至右分別為主持人王克敬、立法委員蘇清泉、健保署主秘蔡淑鈴女士、消基會名譽董事長謝天仁、台中醫院賴仲亮主任及高雄長庚醫院張谷州主任。圖：吳美靜/攝



拍攝微電影宣導





急性後期醫療照護網

中風優先試辦



台中榮總結合中彰投苗嘉21
網，跨院整合照護，先試辦

醫療不中斷 降低失能患者
有鑑於中風等急性病在醫學中心治療後已無生命危險、病情穩定，但仍需後續護理，但屬於健保給付問題，加上急性病床有限，不少患者沒錢也無力照顧，患者出院只能流浪在各醫院，或靠動用各種關係，滯留醫院，加重健保負擔，真正急性患者也

中榮推跨院整合共照模式

跨縣市整合21家醫院 提供中風患者全人醫療照護

記者陳金旺／台中報導

隨著人口逐年老化，多重慢性疾病盛行逐年攀高，據健保署資料顯示，全台11%的老人醫療費用占34%，老年人口整體醫療需求為非老年人口4倍，近5年老年人門診醫療需求成長率大於住院。台中榮總跨縣市整合21家醫院，推動跨院際整合共照模式。

健保署因應病人急性期後因失能所需的新照護規劃，推動「提升急性後期照護品質試辦計畫」方案，以選擇共病及跨科較多、較

複雜，人數亦多的腦中風疾病優先試辦。台中榮總推動跨院際的整合共照模式，結合神經內科、外科、放射科、急診部、心臟內科、復健科、高齡醫學、社工師及營養師等組成醫療照護團隊，提供中風患者全人醫療照護。

台中榮總聯繫中部地區醫院，並獲得21家醫院認同，共同簽訂PAC醫療團隊合約，形成醫療照護網絡。

嘉基率先建構雲嘉南腦中風醫療照護網絡

這是什麼怪天氣!? 前一天大太陽，隔天馬上氣溫驟降12度，今年入冬以來寒流一波比一波更為寒冷，而且天氣變化急速，不僅流感持續發威，也使得腦中風患者不斷增加，嘉義基督教醫院光是過年期間寒流前後相比一週內腦中風發作的病人就從15人增加到22人，隔週甚至更多達27人，增加了將近50~80%。因此有鑑於人口老化與慢性疾病的盛行，健保署針對急性期後因失能所需的新照護規劃，推動提升急性後期照護品質試辦計畫方案，首先選擇腦中風科先行試辦。雲嘉南地區是全台灣老年人口密度最高的地方，對於急性後期之醫療照護更為需要，嘉義基督教醫院地處雲嘉南地區的中心位置，率先整合雲嘉南地區六家區域及地區醫院辦理跨院際急性後期照護整合模式(Post-Acute Care，簡稱PAC)，並已於本月陸續與各醫院簽訂PAC醫療團隊合約，未來將形成雲嘉南醫療照護網，民眾可依需求，就近選擇適當的急性後期照護醫院。

嘉義基督教醫院老人醫學科白惠文醫師指出，國內外研究均顯示腦中風患者再住院及超長住院的情形非常普遍，國外研究也指出腦中風病人在接受PAC的照護後可降低死亡率並改善健康情形。嘉基推動的急性後期照護模式將由腦中風中心個管師照會腦中風PAC照護團隊，結合老人醫學科、神經內科、外科、放射科、急診、心臟內科、復健科、社工師及營養師等醫療照護團隊，提供中風患者全人醫療的照護。

中心及急性腦中風治療小組，並因照護品質卓越，3NQ國家品質標章，2012年榮獲台灣腦中風學『醫療貢獻獎』、『緊急中風照護傑出獎』與『緊榮。於兩年前成立中期照護病房，提供急性期單位，對於建立腦中風後團隊照護模式的價值已。因此健保局推動腦中風病人的急性後期照護先整合雲嘉地區七家區域及地區醫院辦理並建立後期照護品質，為在地居民提供更完善的醫療，減少醫療成本的支出及家庭社會的負擔，達到

黃金恢復期中風昏迷不轉院

接整合復健。
健保署主任秘書蔡淑鈴表示，PAC就是在急性治療後的黃金恢復期，提供高強度復健、物理、職能、語言治療等整合醫療照顧，讓患者順利返家，避免在醫院流浪。

【記者張芳芳、鍾建富、張耀慈／台北報導】「中風後昏迷不醒，家人都以爲我下半輩子只能癱在床上。」

「五十八歲的阿雪（化名），去年底突發腦溢血，在加護病房躺了四天轉到一般病房，因健保限制一個月的住院期內，阿雪的意識及病況逐漸變差，但身體部分還是失能狀態。」

由於病患最需要的不是住院治療，而是復健；因此，這次阿雪的主治醫師當家談話，健保正試辦「急性後期照護（PAC）計畫」，可及早提供完整的復健治療，阿雪及家屬同意後，醫院便協助轉至PAC試辦醫院。

過去很多失能病患以不停轉院因應，療及整合式照護後，行動雖然還是遲緩，但步態幾與正常人無異，還能在家人攙扶下走樓梯，自己拿湯匙吃飯，走路跌倒風險更從原本的九成降到百分之五。

蔡淑鈴說，三月迄今，PAC陸續收治二百七十五位中風個案，其中九成醫保依賴他人協助。經PAC計畫醫院針對個案情況給予不同強度的復健治療後，高達八成八的人有顯著進步，甚至可返家復健。

國內像阿雪在醫院流浪轉院的病患不少，衛福部長邱文達指出，PAC、AC不僅爲失能病患爭取康復回家機會，還可以紓解大醫院急診塞滿、病床難求問題。

今年三月阿雪開始接受完整復健治療，最後目標就是讓病人獨立自主，可照顧自己。讓失能病患出院後，還能衝床難求問題。

衛福部醫事司司長李偉強表示，PAC不僅爲失能病患爭取康復回家機會，還可以紓解大醫院急診塞滿、病床難求問題。

衛福部醫事司司長李偉強表示，PAC不僅爲失能病患爭取康復回家機會，還可以紓解大醫院急診塞滿、病床難求問題。

【記者蔡清欽／台南報導】奇美醫學中心復健科主治醫師駱逸明指出，腦中風一直是國人十大死因第二位，台灣每年約有三萬人發生嚴重程度不同的腦中風，若可自行修補的部份大約在三個月左右會恢復，而中風後六個月至一年是復健黃金期，病人都應積極復健，以期達到功能的最大恢復及日常生活能獨立自主。

駱逸明表示，病人中風之後常見的失能症狀包括，半身癱瘓、動作障礙、感覺功能缺損、認知能力下降、語言能力障礙，甚至情緒憂鬱等問題。這些問題在病人生命徵象穩定之後的一段期間內，只要不是傷害特別嚴重，不少人都具有高度的復原潛力。

他說，病人出院後還需要急性後期照護，如果這段期間復原狀況不佳，就會進入長期照護的階段，爲此，全民健康保險署規劃急性後期照護品質提升方案，以腦中風爲試辦計畫，在出院後把握關鍵的三個月黃金恢復期，做積極復健醫療。

奇美醫與普生醫院自4月起合作試辦，目前普生醫院共承接10人次，共結案8人次，結案病人平均住院天數14天。統計病人入院平均巴氏量表的分數由44.37升到出院時的56.25分。

駱醫師希望透過急性後期照護計畫，讓中風病人能較快恢復或改善失能程度，提升病人獨立生活的能力。

急性後期照護周全非嚴重傷害多有高度復原潛力

中風出院後把握關鍵三月黃金恢復期

醫療照護

奇美醫學中心配合以心爲主實醫院與普生醫院等醫院合作，作的地區或區域醫療照護網，在腦中風後，幫助病人積極復健，提供適當的復健，自今年四月起開始疾病（急性發作後）穩定，輕度至中重度判斷，具積極復健潛能，復健黃金治療期求得展延一次，最多同照護病人，目前結案八人次，結案病人入院平均巴氏量表到出院時的五十六分，性病房共二人。

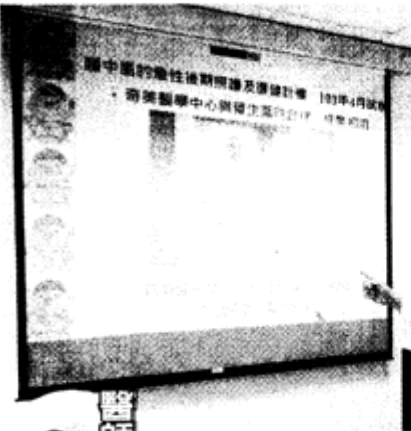
駱逸明醫師表示，畫，以病人爲中心，急性後期照護，急性後期醫院或後續醫療，讓失能程度，提升病人、家庭及社會。

【記者林云市報導】腦中風病人腦部的組織創傷，如果是可自行修補部分約在三個月左右會恢復，而經由復健訓練及腦組織功能重建與代償等所達到的功能方面的恢復，大約在六個月至一年完成，故中風後六個月至一年的復健黃金期，病人都應接受積極的復健，以期望病人達到最大恢復及日常生活能獨立自主。

部分障礙多有復原潛力

奇美醫學中心復健科兼普生醫院醫師駱逸明指出，腦中風一直是僅次於癌症的國人十大死因第二位，台灣每年約有三萬人發生嚴重程度不同的腦中風，病人中風之後常見的失能症狀包括半身癱瘓、動作障礙、感覺功能缺損、認知能力下降、語言能力障礙、吞嚥困難，甚至情緒憂鬱等問題，這些問題在病人生命徵象穩定之後的一段期間內，只要不是傷害特別嚴重，不少人都具有高度的復原潛力。

中風病人緊急送醫治療，在醫師認定病情穩定可以出院前，都屬於急性醫療的範圍；病人在沒有生命危險出院後，其實住進還需要一段時間的照護與復健，這就是急性後期照護，如果不幸這段期間復原狀況不佳，最後無法自理生活，就會進入長期照護的階段，對於中風病人來說，恐怕就喪失了寶貴的復原機會。



醫師的話

腦中風急性後期照護把握三個月黃金期





中榮推動跨院照護 21家醫院參與

中風病人黃金復健期 不用再流浪

腦中風照護—在地

整合醫療新里程碑

馮惠宜／台中報導

台中榮總院長李三剛因其母訪親途中在台南中風，有感於急性中風患者在急性治療期後，生活功能復健相當重要，他帶頭推動中風病人跨院際共同照護，號召中部21家醫院參與，未來中風病患在中榮治療後，可轉介到合作

醫院繼續最多3個月的復健，可望終結中風患者黃金復健期各院流浪的命運。

28日各院代表齊集台中榮總簽約並啟動計畫，中榮院長李三剛感性表示，自己母親今年上半年因為到台南悼念親友途中中風，緊急在台南奇美醫院開刀，之後

奇美腦中風急性後期照護 有成果

與晉生醫院合作試辦2月餘 收案10人8人獲改善

記者汪惠松／台南報導

奇美醫學中心與共同經營的晉生醫院合作，配合健保署腦中風的急性後期照護及復健計畫，經2個月餘試辦，目前共承接10人次，結案8人次，病人平均住院14天，病人入院平均巴氏量表分數由44.37提升到出院時的56.25分，收案期間轉入急性病房共2人。

奇美復健科兼晉生醫院主治醫師駱逸明表示，中風病人緊急送醫治療，在醫師認定病情穩定可出院前，都屬於急性醫療範圍，病人在沒有生命危險出院後，往往還需要一段時間照護與復健，這就是「急性後期照護」。健保署規劃的試辦計畫，主要掌握黃金恢復期，在出院後把握關鍵的3個月黃金恢復期，進行積極的復健醫療。

奇美配合試辦計畫，以該院為主責醫院與晉生等合作，以完整轉介程序

透過合作的地區或區域醫院提供急性後期照護，形成醫療照護網，在腦中風黃金期銜接好照顧工作，幫助病人積極復健，可依病人需求和住家遠近，提供適當的後期照顧醫院。

駱逸明說，收案對象為急性腦血管疾病發作後1個月內病人，醫療狀況穩定，輕度至中重度功能障礙，及經醫療團隊判斷具積極復健潛能的腦中風病人。照護時間為急性期後失能的復健黃金治療期，以6週為原則，有特殊需求得展延1次，最長12週。

奇美與晉生試辦急性後期照護已初現成果，如66歲男子發生急性腦中風伴隨左側肢體無力，經急性後期照護及復健治療，左側上肢已出現部分主動作，在職能、物理治療師監督及指導下，站立與行走動作等均獲得顯著進步，復元狀況良好。



圖：健保署副署長蔡晉帶領下，東區業務組長李少珍、國軍花蓮總醫院院長項正川、慈濟醫院院長高瑞和、奇美醫院院長黃瑞明、門諾醫院蔡副院長、榮德鳳林及玉里分院院長林知達，共同宣示提升花東急遽失能病患照護品質。



藥事居家照護試辦計畫





99年至104年全民健康保險藥事 照護試辦計畫執行情形彙整表



年度	99年	100年	101年	102年	103年	104年
預算金額（萬元）	924（僅臺北及 高屏業務組）	3,600（全國）	3,600（全國）	5,400（全國）	5,400（全國）	5,400（全國）
申報金額（萬元） （預算執行率）	509.8 （55.17%）	3,225.5 （89.60%）	3,401.2 （94.47%）	4,930.2 （91.30%）	5,136.2 （95.11%）	105年2月20日 後評估
預定收案輔導人數	1,100	4,300	至少4,300	至少7,000	至少7,000	至少7,000
實際收案輔導人數 （收案率）	808 （73.45%）	4,041 （93.98%）	4,966 （115%）	8,038 （115%）	8,198 （117%）	4,734（68%， 截至1040622. 收 案中）
參與計畫藥師 人數	42	101	135	174	170	175（截至 1040622）
平均每位藥師 輔導人數	19	40	37	46	48	27（截至 1040622. 收案中）
預定輔導成效	<u>門、住診</u> 醫療費 用-10%	<u>門、住診</u> 醫療費 用-10%	<u>門診</u> 醫療費 用-12%	<u>門診</u> 醫療費 用-12%	<u>門診</u> 醫療費 用-14%	<u>門診</u> 醫療費用 -14%
輔導成效 （下降率）	-3,547,124點 （門診下降雖為 -20%，但門住 診合計為-4%）	-8,066,812點 （門診下降雖為 -10%，但門住 診合計為-2%）	-42,524,787 點（-14%）	-71,920,312 點（-16%）	-63,255,767 點（-14%）	105年2月20日 後評估
門診藥費下降值 （下降率）	-466萬 （-19%）	-858萬 （-10%）	-876萬 （-11%）	-494萬 （-4%）	-286萬 （-2%）	105年2月20日 後評估

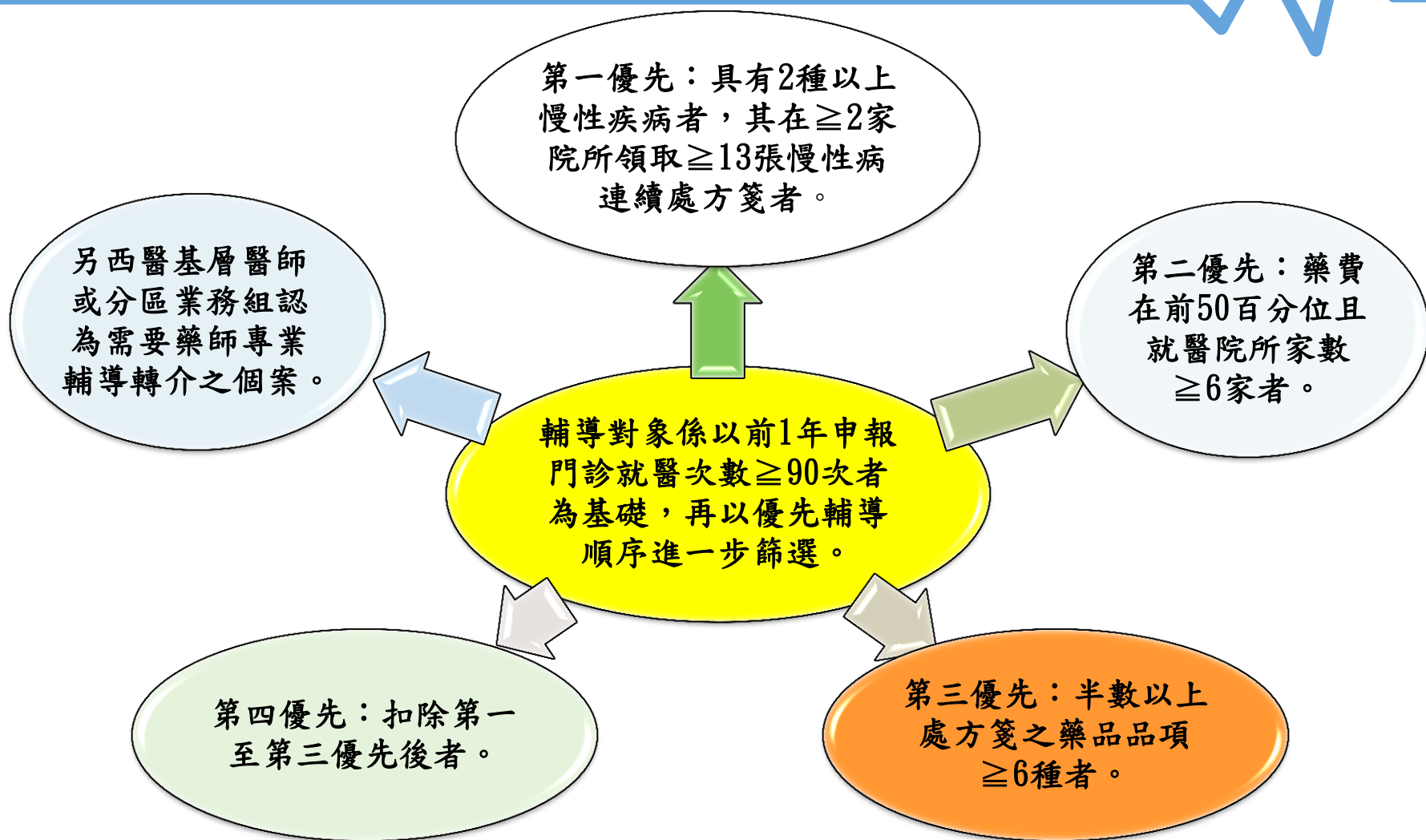


103年試辦計畫目標與重點

- 目的：針對門診高利用之保險對象進行居家訪視，輔導正確服用藥物觀念，避免藥物重複使用，強化用藥安全，間接減少醫療資源之浪費。
- 施行區域：全國實施。
- 實施期間：103年1月至12月。
- 預算來源：103年併入「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」項下—5,400萬元。
- 預期目標及成效：
 - ▶ 103年預計照護至少7,000人。
 - ▶ 以個案開始輔導至103年12月31日，與前1年同期比較，門診醫療費用降低14%以上。
 - ▶ 監測指標：對藥師回應比率目標達50%。(公式：所有個案醫師或病人回應藥師建議事項的量／所有個案建議醫師或病人用藥事項的量)



主要輔導對象



輔導對象

- 第一優先：具有2種以上慢性疾病者，其在 ≥ 2 家院所領取 ≥ 13 張慢性病連續處方箋者。
- 第二優先：藥費在前50百分位且就醫院所家數 ≥ 6 家者。
- 第三優先：半數以上處方箋之藥品品項 ≥ 6 種者。
- 西醫基層醫師或分區業務組認為需要藥師專業輔導轉介之個案。
- 針對已連續2年收案輔導者，第3年起不得繼續輔導，但有特殊情況且經中華民國藥師公會全國聯合會及保險人分區業務組同意者，不在此限。

備註：

輔導對象先篩選前1年（101年10月～102年9月底）申報門診就醫次數 ≥ 90 次（排除牙醫、中醫、復健及精神科就醫次數、死亡、其他試辦計畫、醫院整合照護計畫及重大傷病）者，再以上開優先輔導順序進一步篩選。



支付方式

- 採論次計酬，每次支付1,000點，每點1元，由保險對象自行前往藥事人員執業之特約藥局接受照護，每次支付600點，每次至少30分鐘，並應完成書面報告及註明輔導起訖時間。
- 藥事人員之訪視地點屬「全民健康保險山地離島地區」、「全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」或「全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」地區者，每次支付1,200點，每點1元。
- 每位保險對象以每個月輔導不超過1次(含)為原則，全年訪視以8次為上限，且每位藥師收案人數以140位個案為上限。
- 收案對象須具有接受輔導之書面同意書，同意接受藥師輔導至當年度12月底，始為本署支付對象。
- 藥師輔導後須填具訪視紀錄表並上傳至藥師全聯會設置的電腦化照護管理系統，若遇有保險對象申訴或疑義時，保險人得向藥師全聯會調閱上開資料查核

獎勵機制

- 獎勵資格：以個別藥師輔導之所有個案開始輔導至103年12月31日之門診醫療費用與前1年同期比較，其門診醫療費用下降達16%以上者。
- 總獎勵金額：以計畫節餘款為準，如節餘款超過計畫經費之5%，則以5%為上限；另若總節省點數之70%低於上限，則以該節省點數之70%為上限。
- 獎勵金計算公式：總獎勵金額*（符合資格之個別藥師節省點數*70%/所有符合資格之藥師總節省點數*70%）。
- 103年輔導個案門診醫療費用下降達16%以上者，共計76位藥師，已依上開獎勵措施核發計畫經費5%，270萬元之獎勵金。

103年計畫實施整體成效

項目	輔導前（102年） 收案日至12月	輔導後（103年） 收案日至12月	下降率
門診就醫次數	440,991	366,883	-16.80%
門診醫療費用	4.59億元	3.96億元	-13.77%
門診藥費	1.2億元	1.1億元	-2.43%

備註：

1. 103年輔導人數為8,198人，參與計畫之藥事人員共計170位。
2. 醫療費用包含藥費。



103年計畫執行情形

執行項目	103年預定目標	103年執行結果	執行率
總目標	<u>門診</u> 醫療費用-14%	-13.77%	達成
預算執行	5,400萬元	5,136萬元（截至104/2/20申報費用）	95%
輔導人數	至少7,000人	8,198人	117%
照護人次	7,000*8=56,000 （每人8次為上限）	46,774人次（平均每人 照護次數5.7次）	84%
獎勵金	270萬元 （以預算5,400萬元 ×5%為上限）	參與計畫之藥事人員 170位，有76位達預定 目標可領取獎勵金。	45%（76/170）

103年執行結果檢討

- 103年起新增指標：對藥師回應比率（CC：醫師之回應結果及個案回應結果／BB：藥事人員建議醫師用藥之溝通事項及與個案溝通內容）須達50%（CC）25,192/（BB）51,925=48.5%，未達預定目標，惟前開係監測指標，於104年3月13日以健保醫字第1040032871號函請藥師公會全國聯合會就保險對象之行為未改變原因及內容提供改善之輔導方式，以供未來藥師執行之依據及提升因藥師訪視後有行為改變之比率
- 落實被動退場機制：
 - ▶ 103年計有11位藥師，其所輔導保險對象之門診醫療費用與前1年同期比較，不降反升並超過10%，經藥師公會查證評估不可歸責於藥師者共計9位；另2位藥師不得繼續參加104年計畫，落實藥師退場機制。
 - ▶ 藥師公會於104年3月24日（104）國藥師平字第1040535號函知本署一位魏姓藥師因屢次配合態度不佳、專業不足等問題，依據該會藥事照護被動退場事件處理原則第5項規定辦理，自104年3月24日至106年3月23日之2年期間停權，不得參加本計畫。

104年計畫修正重點

- 修正支付方式：採論次計酬，每次至少30分鐘，並應完成書面報告及註明輔導起訖時間，每位藥事人員每日輔導10位照護個案為上限，超過則不予支付。
- 新增收案條件者：「居住於向健保署報備同意指派醫事人員提供醫療服務之照護機構住民，前1年(102年10月至103年9月)領有慢性連續處方箋且平均每日服用藥品超過10個品項者」，每次支付700元。
- 增加監測指標：照護個案對藥師照護的滿意度達80%以上：由藥師全聯會進行滿意度調查，隨機挑選25%之收案人數，以電訪方式直接詢問照護個案對照護藥師的滿意度，病人回答滿意人數達80%以上。



104年輔導名單之收案統計表（截至104.6.22止）

業務組	收案人數 (A)	收案率 (A/目標至少 7,000人)	已簽訂附約並 執行之 藥事人員數 (B)	平均每位藥事 人員照護人數 (A/B)
臺北業務組	307	4.4%	28	11
北區業務組	472	6.7%	16	30
中區業務組	1,098	15.7%	45	24
南區業務組	1,176	16.8%	28	42
高屏業務組	1,658	23.7%	44	38
東區業務組	23	0.3%	14	2
總計	4,734	67.6%	175	27

註：最後收案截止時間為104年7月31日，收案人數持續增加中，藥師全聯會並須於104年8月15日前將最終收案名單送本署及各分區業務組。



103年藥事照護計畫與本署自行輔導 成效比較表

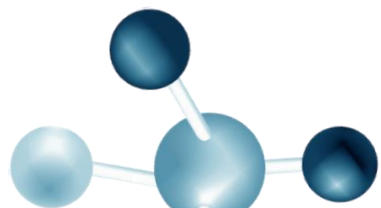
項目	103年	
	藥事照護計畫輔導	本署門診高利用輔導專案輔導
門診就醫次數下降率	-17%	-20%
門診醫療費用下降率	-13%	-16%
門診藥費下降率	-1%	-8%

註1：藥事照護計畫輔導：本署103年提供藥師選案者（分1至4類）總計29,498人，藥師收案計 6,763人。

註2：本署門診高利用輔導專案輔導：自上開29,498人中排除被藥師收案之6,763人，人。但為本署103年收案輔導者18,114人中，依類別1至4，以SAS自動抽樣配對選取6,763人。



ICD-10-CM/PCS 編碼



103年計畫目標及重點

● 目的：

鼓勵特約醫院重視國際疾病分類第十版(下稱 ICD-10-CM/ PCS)轉碼工作、做好全面轉碼之準備並進入實作階段，提升編碼品質。

● 對象：提供住診服務之特約醫院。



103年方案給付方式

103年特約醫院每月(費用年月)住診申報案件，除原以ICD-9-CM編碼外，另以ICD-10-CM/PCS編碼，並同時符合下列標準之案件，始能獲得獎勵

標準1

醫院該月以ICD-10-CM/PCS編碼之案件中，無效碼案件數不得大於當月申報ICD-10-CM/PCS編碼案件之5%，大於5%者，該月不核發獎勵金

標準2

醫院須每月於保險人「健保資訊網服務系統(VPN)」填報以下2項「疾病分類品質稽核指標」：

指標1：編碼人員每月以ICD-9-CM編碼平均出院病歷數
計算公式：每月ICD-9-CM編碼之出院病歷數÷實際編碼人員數

指標2：編碼人員每月以ICD-10-CM/PCS編碼平均出院病歷數
計算公式：每月ICD-10-CM/PCS編碼之出院病歷數÷實際編碼人員數



歷年預算執行數與執行率

● 103年至104年預算執行情形：

項目 \ 年	103年	104年第1季
預算數(億元)	1.005	2.5
預算執行數(億元)	1.005	0.53
預算執行率	100%	21.4%

上傳ICD-10-CM/PCS有效碼之比例

- 103年ICD-10-CM/PCS有效碼平均上傳率98.18%。

項目 \ 年	103年	104第1季
-全體	98.18%	99.76%
-醫學中心	99.55%	99.78%
-區域醫院	99.25%	99.95%
-地區醫院	95.74%	99.54%



ICD-10-CM/PCS有效上傳件數占當月申報出院住診案件之比例

- 103年ICD-10-CM/PCS有效上傳件數占當月申報出院住診案件之比例56.79%。

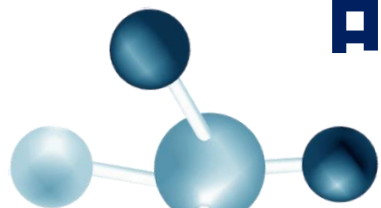
項目 \ 年	103年	104第1季
-全體	56.79%	69.29%
-醫學中心	44.68%	60.90%
-區域醫院	54.67%	68.81%
-地區醫院	71.97%	78.15%

執行成效

- 103年全民健康保險特約醫院國際疾病分類第十版 (ICD-10-CM/PCS) 編碼實作獎勵方案上傳醫院家數共有310家佔特約醫院家數之66%；ICD-10-CM/PCS有效碼平均上傳率98.18%；編碼人員每月以ICD-10-CM/PCS編碼平均出院病歷數為196本，約原ICD-9-CM編碼病歷數之54%；ICD-10-CM/PCS有效上傳件數占當月申報出院住診案件之比例56.79%；當月以ICD-10-CM/PCS編碼之有效上傳件數，達其每月申報出院住診案件之比例，65家50%以下、112家50%以上、133家達到100%。
- 104年除持續提供支付誘因外，並將持續監測上傳ICD-10-CM/PCS有效碼之比例及ICD-10-CM/PCS有效上傳件數占當月申報出院住診案件之比例。



鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施





方案目的與執行重點

- 目的：為鼓勵特約醫事服務機構提升網路頻寬，以利即時、迅速查詢病患於不同醫事機構間之醫療資訊，供處方參考，以確保保險對象就醫安全，及提升醫療服務審查效率。
- 預算來源：「其他預算」 22億元。
- 執行內容：
 - ▶ 採穩健逐步推動方式，103年上半年以鼓勵醫院申辦；103年下半年診所或藥局。
 - ▶ 醫學中心企業型光纖10M、區域醫院6M、地區醫院4M、基層診所2M、藥局企業型光纖1M)以上之網路。

支付方式

- 按指標達成情形補助網路月租費，103年按季結算按年支付。
- 醫院5項指標：住院病人健保雲端藥歷系統查詢率、門診病人健保雲端藥歷系統查詢率、特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率、門診抽審案件數位審查及特定檢查項目(CT、MRI、PET)資源共享率；支付權重分別為20%、40%、15%、15%及10%。
- 診所或藥局4項指標：門診病人健保雲端藥歷系統查詢率、特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率、門診抽審案件數位審查、健保卡登錄處方及上傳作業正確率。各項指標支付權重為50%，依指標達成項目最高2項計算，支付權重最高為100%。

執行情形

- 103年結算支付以253家醫事服務機構實際安裝提升頻寬支付中華電信費用為1,272萬元，而依本方案達標始予補助，故執行數8,473,674元，補助率為66.59%，預算執行率0.3852%。
- 預算執行率偏低原因：
 - ▶ 本方案預算編列以2萬5千多家醫事服務機構全部實施頻寬提升方案之全年月租費補助估計22億元，惟實際實施採穩健逐步推動，上半年以鼓勵醫院申辦，下半年始納入診所及藥局。
 - ▶ 醫事服務機構向本署分區業務組申辦參加本方案後，須再向電信公司申請安裝網路，電信公司安排申請書用印、安裝、測通可以使用後，提供新舊網路線移轉切換緩衝期後再開始計費，因此至103年底僅253家。

成效評估

- 網路頻寬擴充為目前及未來本署多項作業朝向電子化、無紙化及即時性資料互動規劃之基礎建設。
- 提升醫療院所網路頻寬，有助於醫療院所於診間服務可即時、迅速使用健保雲端服務，縮短醫師查詢及民眾等候時間，提升用藥品質及就醫安全。
- 醫療院所對事前審查或醫療費用抽審案件採數位化病歷送審，提升網路頻寬可快速傳送資料，節省等待機時、人力等成本，提升送審資料正確及完整性。本署也可減少人力負擔及提升專業審查效率。

檢討與改善方向

- 主動通知申報量較高之院所（如西醫基層診所20百分位者）鼓勵其配合參加本方案。。
- 本方案列為104年重要工作計畫，訂定各季目標家數（申辦家數/特約家數，逐季成長）。
 - ▶ 醫院：50%、60%、70%、80%。
 - ▶ 西醫診所： 5%、10%、15%、20%。
 - ▶ 藥局：2%、4%、6%、8%。
- 截至104年6月30日止申辦家數2,921家，占特約家數比率
 - ▶ 醫院77.10%
 - ▶ 西醫診所13.61%
 - ▶ 藥局10.74%



截至104年6月30日止各分區申辦情形

鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案申辦情形

申辦家數（截至104年6月30日）

分區別	醫院				診所				藥局	檢驗所	助產所	總計
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	小計	西醫診所	牙醫診所	中醫診所	小計				
臺北	11	20	46	69	256	66	16	338	79	1	0	487
北區	2	13	41	54	225	30	19	274	112	0	0	440
中區	6	16	66	85	290	104	44	438	205	1	0	729
南區	3	16	28	46	288	56	19	363	110	0	0	519
高屏	3	15	65	80	276	124	48	448	78	0	0	606
東區	1	3	12	15	57	12	6	75	32	0	1	122
總計	26	83	258	367	1,392	392	152	1,936	616	2	1	2,921

申辦家數/特約家數%

分區別	醫院				診所				藥局	檢驗所	助產所	總計
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	小計	西醫診所	牙醫診所	中醫診所	小計				
臺北	100.00%	100.00%	58.23%	62.73%	8.56%	2.62%	1.62%	5.20%	4.11%	2.13%	0.00%	5.68%
北區	100.00%	100.00%	82.00%	83.08%	17.36%	3.81%	4.61%	10.98%	13.32%	0.00%	0.00%	12.84%
中區	100.00%	100.00%	78.57%	80.19%	13.13%	7.99%	4.53%	9.77%	18.50%	1.69%	0.00%	12.67%
南區	100.00%	100.00%	60.87%	70.77%	17.82%	7.14%	4.03%	12.64%	11.49%	0.00%	0.00%	13.17%
高屏	100.00%	100.00%	68.42%	70.80%	14.70%	12.35%	9.88%	13.31%	9.90%	0.00%	0.00%	14.08%
東區	100.00%	100.00%	92.31%	88.24%	23.65%	10.53%	10.17%	18.12%	26.67%	0.00%	100.00%	21.94%
總計	100.00%	100.00%	70.30%	77.10%	13.61%	6.02%	4.48%	9.62%	10.74%	0.92%	7.14%	11.00%

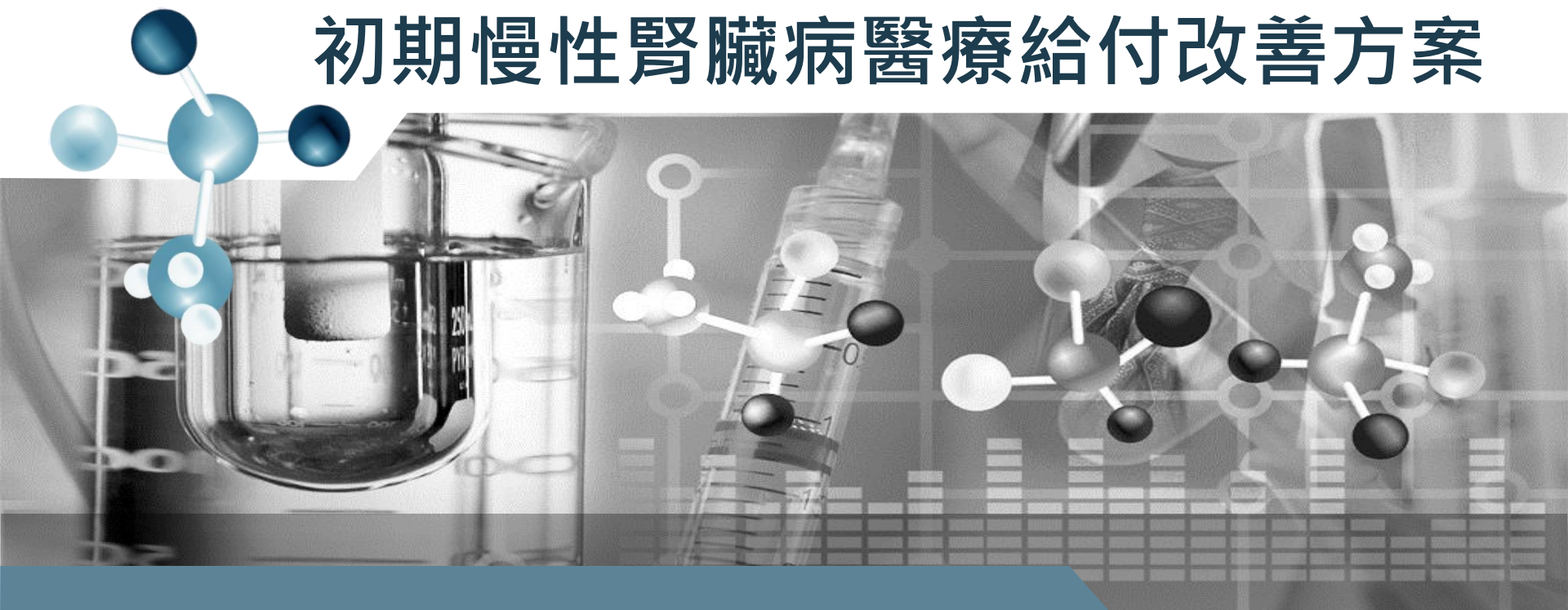
104年公告計畫修正重點

- 考量醫院服務規模不同，修訂為具選擇彈性之4M至10M企業型光纖，地區醫院得選擇2M企業型或專業型光纖，診所或藥局，可改選擇企業型或專業型光纖1-2M的速率頻寬。
- 為提升特約醫事服務機構之參與率，網路月租費之50%依指標項目達成率支付，另50%修訂為基本費支付；基本費並逐年下降至107年為0%，100%以指標項目達成率支付，另修改支付方式為按季結算並核付。
- 酌修2項醫院指標，「特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率」調整為 $\geq 90\%$ (原訂 $>95\%$)；另1項指標「門診抽審案件數位審查」調整為門診或住診至少1個西醫科別達評核標準者。
- 除延續103年支付網路月租費外，增訂上傳檢驗(查)結果及出院病歷摘要獎勵金。



慢性腎臟病照護及病人衛教計畫

初期慢性腎臟病醫療給付改善方案





目的

- 本方案自100年1月1日起開始實施，其目的如下：
 - ▶ 減少洗腎發生率：依照實證Guideline給予病患最適切的醫療，並預防阻緩腎功能的惡化、蛋白尿的緩解、避免不當藥物的傷害、預防併發症發生。
 - ▶ 提供衛教諮詢：教導適切的腎病衛教知識，掌握病患狀況，追蹤病況與檢驗結果，提供醫師與家屬在照護上的溝通介面。
 - ▶ 提供定期重要的追蹤檢查：eGFR(腎絲球濾過率)、Upcr(尿蛋白比值)、血清肌酸酐、LDL(低密度脂蛋白)等重要的腎功能檢查。

參與醫事人員資格及退場機制

● 參與醫事人員：具下列資格之醫療院所

除腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師外，其他專科醫師需接受本署認可之慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少6小時(4小時上課+2小時e-learning課程)，並取得證明。

● 退場機制：

▶ 參與本方案之醫師，年度追蹤率小於20%者(指前一年度已收案之個案中，於本年度完成追蹤者)，經輔導未改善，自本保險人文到日之次月起，一年內不得再申報本方案之相關費用。



收案對象

- 收案前90天內曾在該院所就醫，新收案當次需以「慢性腎臟疾病」為主診斷

CKD stage 1
病患

- 腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況
- $eGFR \geq 90 \text{ ml/min/1.73 m}^2 + U_{PCR} \geq 150 \text{ mg/gm}$ (或糖尿病患者 $U_{ACR} \geq 30 \text{ mg/gm}$)

CKD stage 2
病患

- 輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等
- $eGFR 60 \sim 89.9 \text{ ml/min/1.73 m}^2 + U_{PCR} \geq 150 \text{ mg/gm}$ (或糖尿病患者 $U_{ACR} \geq 30 \text{ mg/gm}$)

CKD stage 3a
病患

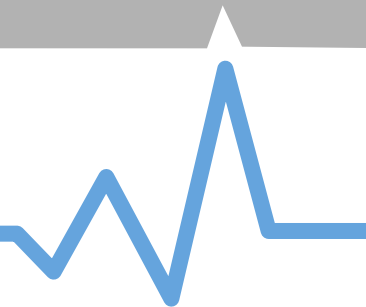
- 中度慢性腎衰竭
- $eGFR 45 \sim 59.9 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 之各種疾病病患

結案條件

- 腎功能持續惡化，其Urine protein/creatinine ratio (UPCR) ≥ 1000 mg/gm，或eGFR < 45 ml/min/1.73 m²，應建議轉診至「全民健康保險Pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫」院所。
(Stage 3b或以上)
- 腎功能改善恢復正常，連續追蹤2次腎功能及蛋白尿並未達慢性腎臟病標準。
- 可歸因於病人者，如長期失聯(≥ 180 天)、拒絕再接受治療、死亡或病人未執行本方案管理照護超過1年者等。



照護管理費申報情形

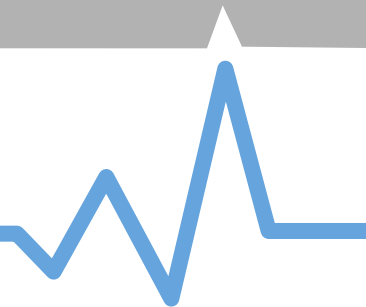


項目	101年			102年			103年		
	病人數	案件數	醫療點數(百萬)	病人數	案件數	醫療點數(百萬)	病人數	案件數	醫療點數(百萬)
P4301C 新收案管理 照護費	79,878	80,223	16.04	102,282	102,614	20.52	127,935	128,318	25.67
P4302C 追蹤管理照 護費	76,983	104,883	20.97	114,764	164,077	32.83	166,803	244,973	49.01
P4303C 轉診獎勵費	850	852	0.17	279	286	0.06	431	434	0.09
合計	123,979	185,944	37.19	174,915	266,964	53.41	239,217	373,707	74.77

註：本統計為歸戶病人數與累計收案數統計不同。



計畫執行成效-收案情形



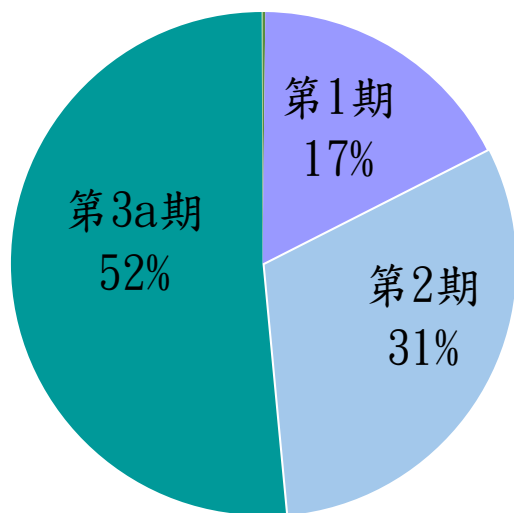
層級	101年累計收案統計		102年累計收案統計		102年收案 人數成長率 (B-A)/A	103年 累計收案統計		103年收案 人數成長率 (C-B)/B
	申報 家數	累計收案數 (A)	申報 家數	累計收案數 (B)		申報 家數	累計收案數 (C)	
醫學中心	19	22,818	19	48,072	111%	19	81,410	69%
區域醫院	75	30,831	78	57,340	86%	82	91,932	60%
地區醫院	134	21,329	158	35,201	65%	175	53,851	53%
基層診所	582	74,916	640	103,641	38%	702	131,919	27%
合計	810	149,483	894	242,455	62%	972	353,779	46%

註:收案人數:申報醫令代碼前3碼為P43之人數,從100年方案開辦累計至統計期間之資料,因部分個案結案後,至另一不同層級之院所重新收案,故各層級之收案人數加總不等於合計之人數。



依腎臟病分期及伴隨疾病累計收案數

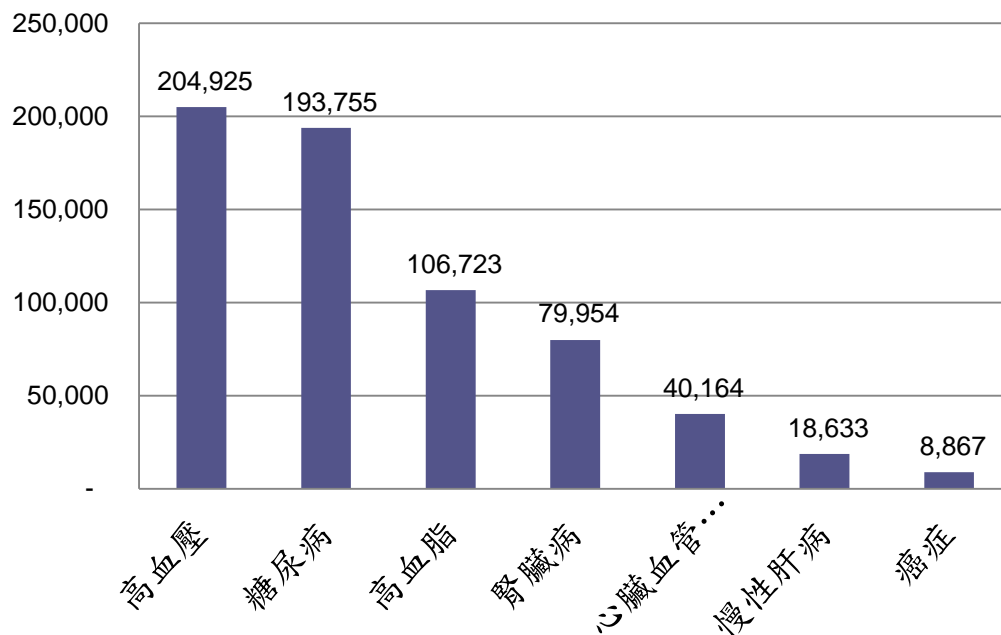
慢性腎臟病分期



伴隨疾病

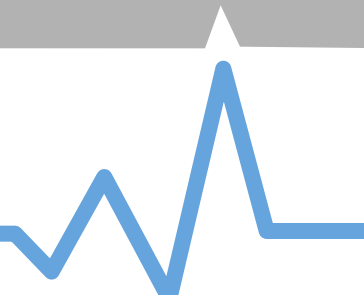
累計收案數：353,779人

單位：人數



註：本統計為100年至103年累計收案數

病患參加照護改善情形



指標	異常	收案數	佔率	改善人數	改善率
血壓控制	$\geq 140/90\text{mmhg}$	44,778	12.66%	12,202	27.25%
糖尿病患 HBA1C控制	$\geq 7.0\%$	126,620	35.79%	21,366	16.87%
低密度脂蛋 白LDL控制	$\geq 130\text{ mg/dl}$	84,948	24.01%	34,252	40.32%
戒菸	抽菸	44,996	12.72%	8,112	18.03%

註：資料來源VPN登錄資料，100年至103年資料評估。(有申報檔的ID)

結語

- 本方案為103年參與院所數有782家、收案病人達239,217人，收案率36.47%。
- 收案病人其品質指標有一定比率之病人疾病有改善：
 - ▶ 血壓控制：27.25%
 - ▶ 糖尿病患HbA1c控制：16.87%
 - ▶ 低密度脂蛋白(LDL)控制：40.32%
 - ▶ 戒菸：18.03%
- 持續推廣方案，輔導醫療院所加強收案。



慢性腎臟病照護及病人衛教計畫

Pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫





目的及預算

● 目的：

- ▶ 對3b~5期慢性腎臟病人提供積極治療，減少併發症，有效延緩進入末期腎臟病透析之發生率。
- ▶ 結合跨專業、跨領域的醫療團隊，建立以病患為中心的慢性腎臟病整體照護模式，提升我國慢性腎臟病整體之醫療照護品質。
- ▶ 降低末期腎臟疾病發生率為最終目標。

● 預算來源：

- ▶ 103年度全民健保「其他預算」之「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」項下支應，與「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」、「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」合併運用4.04億元。



計畫內容-參與院所

- 具腎臟專科醫師資格，且為本計畫診療申報醫師
- 從事本計畫衛教護理人員：
 - ▶ 領有台灣腎臟護理學會、台灣營養學會、台灣醫療繼續教育推廣學會與台灣腎臟醫學會共同舉辦之慢性腎臟病整體照護訓練班上課證明。
 - ▶ 或具血液透析臨床工作經驗。
 - ▶ 或具腹膜透析臨床工作經驗。
- 營養師得依相關法規規定以支援方式辦理，至少每半年為照護對象進行營養諮詢服務1次。



計畫內容-照護對象

- 當次就診主診斷為慢性腎臟病（ICD-9-CM前三碼中有一個為585慢性腎衰竭或5819腎病症候群）之病人，依疾病與腎絲球過濾率之程度區分之。
- 收案前，需向病人解釋本計畫之目的及需病人配合定期回診等事項。
- 同一院所經結案對象，一年內不得再收案。如腎功能再次惡化，符合收案條件時，可再次收案，惟不得申報新收案管理照護費(P3402C)。
- 同一個案不能同時被2家院所收案，但實際照護院所仍可依現行健保支付標準，申報相關醫療費用。



計畫內容-收案條件

**Stage
3b**

**GFR 30-44.9 ml/min/1.73 m²之各種疾病
病患**

**stage
4**

**GFR 15-29.9 ml/min/1.73 m² 之各種疾病
病患**

**stage
5**

GFR < 15 ml/min/1.73 m²之各種疾病病患

**蛋白尿
病患**

**24小時尿液總蛋白排出量大於1,000 mg或 Upcr>
1,000mg/gm之明顯蛋白尿病患**



計畫內容-結案條件

- 腎功能惡化接受腎臟移植者
- 腎功能惡化進入長期透析者
- 蛋白尿完全緩解(U_{pcr}排出量 < 200mg/gm)
- 進入安寧療護
- 可歸因病人者(不得申報結案資料處理費)
 - ▶ 長期失聯(≥180天)
 - ▶ 拒絕再接受治療
 - ▶ 轉科或轉院
 - ▶ 死亡
 - ▶ 其他

95-103年預算執行率

年度	96年	97年	98年	99年	100年 (註3)	101年 (註4)	102年 (註5)	103年 (註6)
預算數	49.9	59.9	44.1	48.4	404	404	404	404
實際執行點數	8.5	40.9	66.6	87.7	127.0	182.7	253.9	279.8
執行率	17.02%	68.22%	150.98%	181.03%	31.43%	45.21%	62.85%	69.26%

註1：Pre-ESRD計畫自95年11月開辦，故95、96年執行率較低。

註2：98、99年執行率超過100%，採浮動點值支付。

註3：100年慢性腎臟病照護及病人衛教計畫預算4.04億元

(1)CKD預算執行數19.5百萬點。(2)Pre-ESRD計畫預算執行數107.5百萬點。

註4：101年慢性腎臟病照護及病人衛教計畫預算4.04億元

(1)CKD預算執行數37.8百萬點。(2)Pre-ESRD計畫預算執行數144.9百萬點。

註5：102年慢性腎臟病照護及病人衛教計畫預算4.04億元

(1)CKD預算執行數5,442萬點。(2)Pre-ESRD計畫預算執行數154.5百萬點。

(3)102年度慢性腎衰竭門診透析品質提升獎勵計畫預算執行數4,500萬元

註6：103年慢性腎臟病照護及病人衛教計畫預算4.04億元

(1)CKD預算執行數79.8百萬點。(2)Pre-ESRD計畫預算執行數154.9百萬點。

(3)102年度慢性腎衰竭門診透析品質提升獎勵計畫預算執行數4,500萬元

執行情形-參加院所家數

年度	醫院	基層	合計
96年	103家	39家	142家
97年	117家	64家	181家
98年	133家	51家	184家
99年	137家	40家	177家
100年	154家	41家	195家
101年	166家	44家	210家
102年	165家	38家	203家
103年	170家	42家	212家

執行情形-新收案及結案人數

年度	新收案人數			結案人數
	醫院	基層	合計	
96年	9,653人	409人	10,062人	271人
97年	13,626人	382人	14,008人	1,867人
98年	17,118人	676人	17,794人	2,358人
99年	17,272人	617人	17,889人	3,060人
100年	20,059人	924人	20,983人	3,244人
101年	21,572人	776人	22,348人	2,206人
102年	20,804人	554人	21,358人	2,149人
103年	21,390人	790人	22,180人	2,188人

註1:新收案人數係統計新收案管理照護費(P3402C)人數。

註2:結案人數係統計申報結案資料處理費(P3405C)人數。

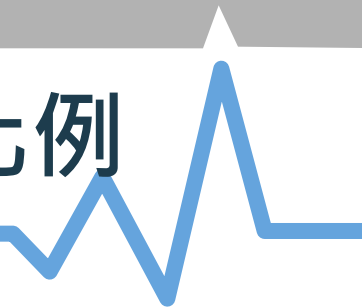
執行情形-結案狀況

結案原因/年度	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103
進入長期透析	1,077	1,575	1,989	2,074	2,729	2,393	2417
於國內進行腎臟移植	19	21	22	17	12	10	4
死亡	189	263	441	590	219	220	253
長期失聯(≥ 180 天)	279	166	189	272	153	187	140
拒絕再接受治療	85	72	91	115	32	20	32
蛋白尿緩解	—	1	4	10	5	6	6
合計	1,649	2,098	2,736	3,078	3,150	3,646	3,469

註：此表係院所申報P3405C(結案資料處理費)時，病患治療狀況(TREATMENT_STATUS)分類統計。



計畫結案進入透析者占新發個案比例



年度	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年
院所申報結案進入 長期透析者(A)	1,077人	1,575人	1,989人	2,027人	2,729人	2,393人	2,417
當年透析新發生人 數(B)	9,387人	9,561人	10,176 人	10,017 人	10,382 人	10,689 人	10,661 人
當年透析新發生病 患中，經本計畫收 案照護後始進入透 析者所佔之比例 (A/B)	11.47%	16.47%	19.55%	20.24%	26.29%	22.38%	22.67%

註：

1. 院所申報結案進入長期透析者(A): 係指申報本計畫結案資料處理費(P3405C)且結案條件為因腎功能持續惡化而必須進入長期透析者之人數。
2. 透析者之操作型定義：(1)在統計範圍內曾領有「慢性腎衰竭(尿毒症)必須定期透析治療者」之重大傷病有效卡者，包含臨時卡(有效期為3個月)及永久卡。(2)上述有效卡之有效期限合計超過3個月者。
3. 透析起始年定義為「首張有效卡有效起日之年度」及「首次於門住診血液透析或腹膜透析之年度」兩者取最小值。
4. 當年透析新發生人數(B)：係以透析者每人透析起始年歸入統計(以ID+生日歸入)。



歷年符合獎勵人次與成長率

診療項目	99年		100年		101年		102年		103年	
	人次	成長率	人次	成長率	人次	成長率	人次	成長率	人次	成長率
病患照護獎勵費 (P3406C)	5,461	103.4%	5,888	7.8%	8,812	49.7%	11,765	33.51%	11,064	-5.9%
病患照護獎勵費 (P3407C)	2,268	38.5%	2,229	-1.7%	3,038	36.3%	3,351	10.30%	3,176	-5.2%
病患照護獎勵費 (P3408C)	35	1066.7%	36	2.86%	67	86.11%	34	-49.25%	19	-44.1%
持續照護獎勵費 (P3409C)	—	—	—	—	7,587	—	7,457	-1.7%	3,811	-48.9%
合計	7,764	79%	8,153	5%	19,504	46%(註)	22,607	15.91%	18,070	-20.1%

註：101年成長率計算不含持續照護獎勵費（P3409C）人次。



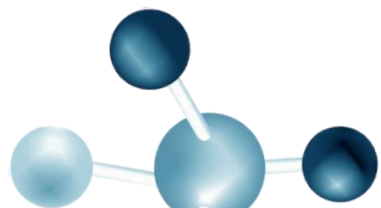
結語

- 參與院所數逐年增加，由96年的142家增加到103年的212家。
- 新收案人數逐年增加，由96年的10,062人增加到103年的22,180人。
- 年度新增透析病人中，透過本計畫照護後進入透析者比例，自96年2.10%、97年11.47%，至103年已增至22.67%。
- 103年符合照護個案之獎勵條件人數為18,070人，較102年低，係因103年計畫修訂申報規定，如同時符合申報P3406C或P3407C或P3409C者，則擇一申報。



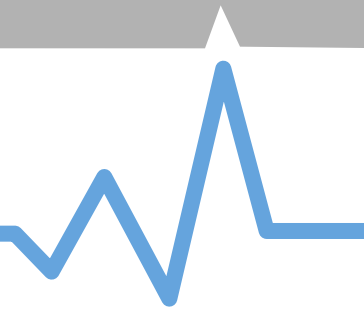
慢性腎臟病照護及病人衛教計畫

慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫





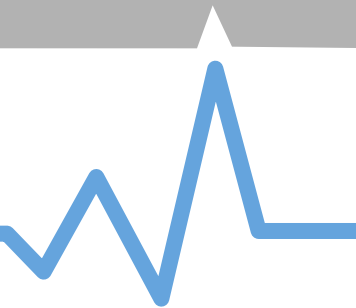
協定事項及經費



- 99~101年經費由醫療發展基金預算項下編列4,500萬元支應
- 102年、103年預算改由全民健保「其他預算」之「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」項下支應，全年預算和「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」與「末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護與衛教計畫」合併運用4.04億元，其中編列4,500萬元支應本計畫。
- 本計畫由保險人與台灣腎臟醫學會及醫事服務機構相關團體代表共同研訂，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。



計畫目標



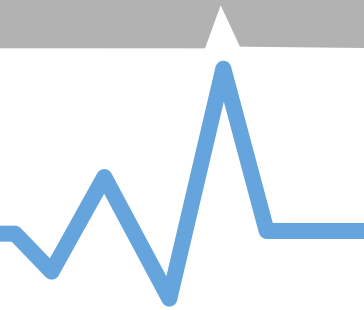
- 提升專業服務品質，減少慢性腎衰竭病患併發症、住院率、死亡率及腹膜炎發生率等。
- 提升慢性腎衰竭病患自我照護能力，預防疾病惡化促進健康。
- 鼓勵有效管理腎臟疾病，持續改善品質，提升腎臟病整體醫療照護品質。

計畫重點

- 監測指標項目如下：
 - ▶ 準時繳交報告者
 - ▶ 血清白蛋白、血紅素(Hb)、尿素氮移除率(URR)
 - ▶ 住院率、死亡率、瘻管重建率、脫離率
 - ▶ 腹膜炎發生率
 - ▶ B肝表面抗原(HBsAg)轉陽率、C肝抗體(anti-HCV)轉陽率
 - ▶ 透析治療模式選擇充分告知機制
 - ▶ 55歲以下透析病患移植登錄率
- 針對各項指標設訂監測值及達成率，符合規定之院所方可得分。
- 依全年得分之高低訂定加權指數，得分越高分配加權越多。



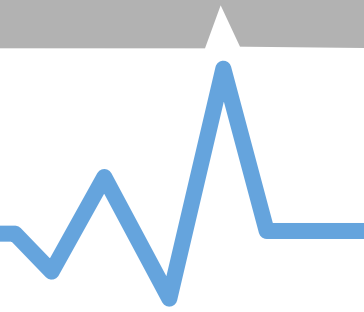
執行情形



- 本計畫係依該年度院所品質監測指標分數及所申報醫療服務點數於次年(104年)7月底進行計算及費用核發，故目前尚無執行情形。
- 茲提供102年執行情形供參：
 - ▶ 實際核發獎勵金額-血液透析41,533,019元；腹膜透析3,466,977元。
 - ▶ 102年全年符合指標之院所，血液透析共512家(89.4%)，較101年血液透析544家(96.28%)減少32家；102全年腹膜透析共95家(82.6%)，較101年腹膜透析104家(88.9%)減少9家。



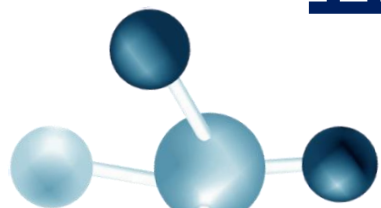
103年計畫修訂重點



- 瘻管重建率、腹膜炎發生率、以及住院率、死亡率、脫離率等指標仍列入門診透析之專業醫療服務品質指標值。
- 受檢率計算：僅納入接受透析1個月以上之病人：
 - ▶ 院所每月透析病人數低於20人，受檢率目標值 $\geq 90\%$
 - ▶ 院所每月透析病人數超過20人，受檢率目標值 $\geq 95\%$ 。
- 103年7月起請院所以VPN資料庫上傳檢驗資料予本署統計結果核對並進行邏輯確認，103年度獎勵計畫仍依腎臟醫學會計算指標值核發獎勵金。



提供保險對象收容於矯正機關者 醫療服務計畫





計畫簡介1/2

目的

- 提升收容人醫療服務可近性及醫療品質。
- 兼顧矯正機關犯罪矯治管理之需求，落實轉診制度。
- 健全矯正機關醫療照護網絡。

策略

- 矯正機關依照地理位置**分為32群**，同一群組矯正機關由同一院所(或團隊)提供醫療服務。
- 藉由支付誘因，鼓勵特約院所至矯正機關提供醫療服務。

期間及經費

- 102年起實施，每期3年。
- 103年經費：其他預算項下編列14.045億元。

施行區域

- 法務部矯正署所屬49所矯正機關。
- 約6萬4千名收容人。



計畫簡介2/2

收容人 就醫程序

- 優先於矯正機關內門診就醫，如有轉診必要，再戒護外醫。
- 不得指定戒護外醫的時間及處所，住院時應優先入住戒護病房。
- 基於公平原則，就醫仍應繳交部分負擔。

矯正機關 醫療特性

- 人口密集，呼吸道與接觸性傳染病易傳播。
- 成癮性收容人多，精神科、感染科需求高。
- 牙科需求高：納入健保前需自費就醫。
- 配合矯正機關管理需要：藥品以餐包方式調劑、設置戒護病房、降低戒護外醫次數。

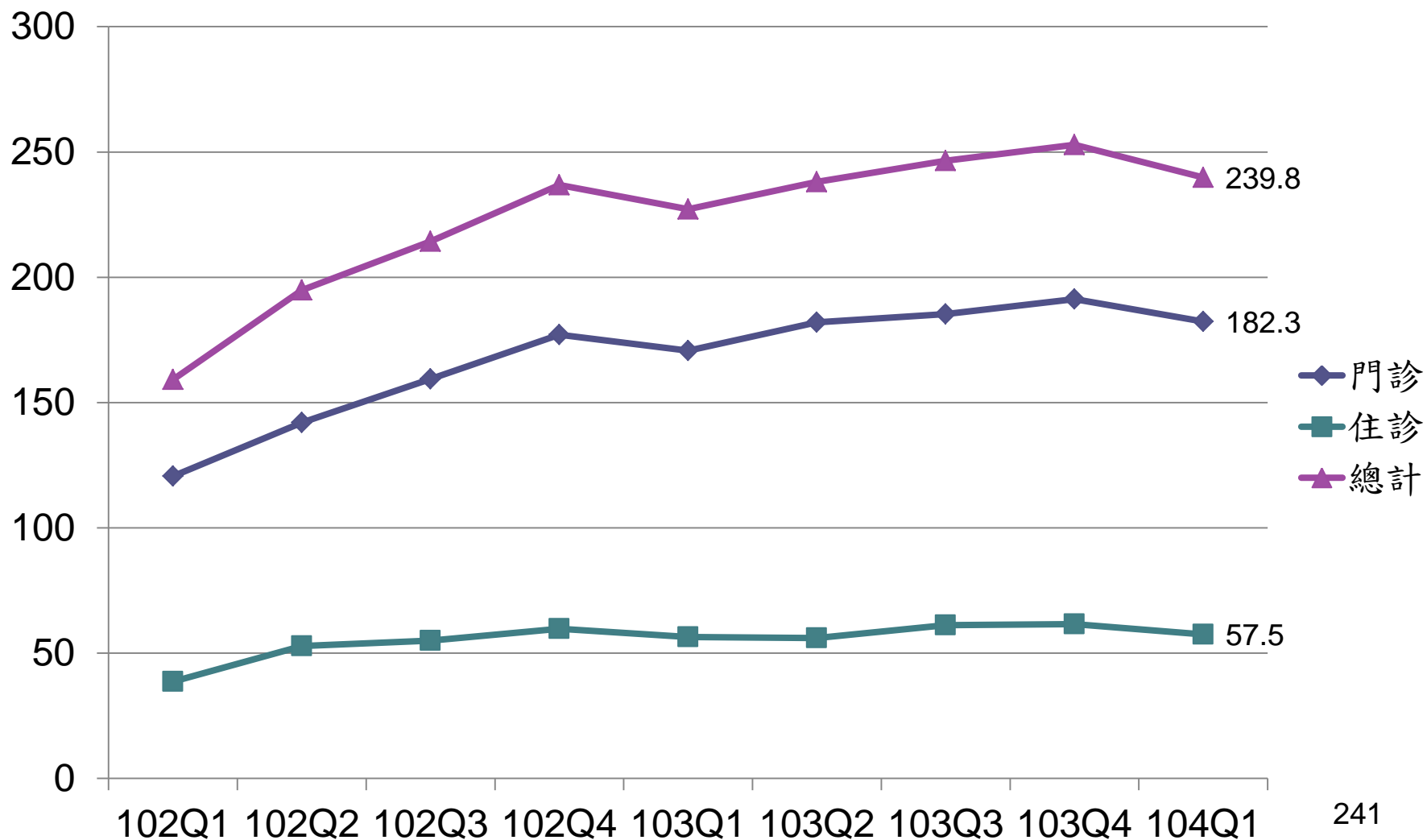
執行現況

- 參與院所數：**102家**，醫院60家(59%)、西醫診所18家(18%)、牙醫診所23家(22%)、中醫診所1家(1%)。
- **每月提供監內門診逾2,200診**，含西醫各專科、牙科、中醫科等28種科別，就醫人次占門診總人次**97.1%**。
- 每月門診就醫逾6萬3千人次，住院450餘人次。



門、住診醫療費用

百萬點

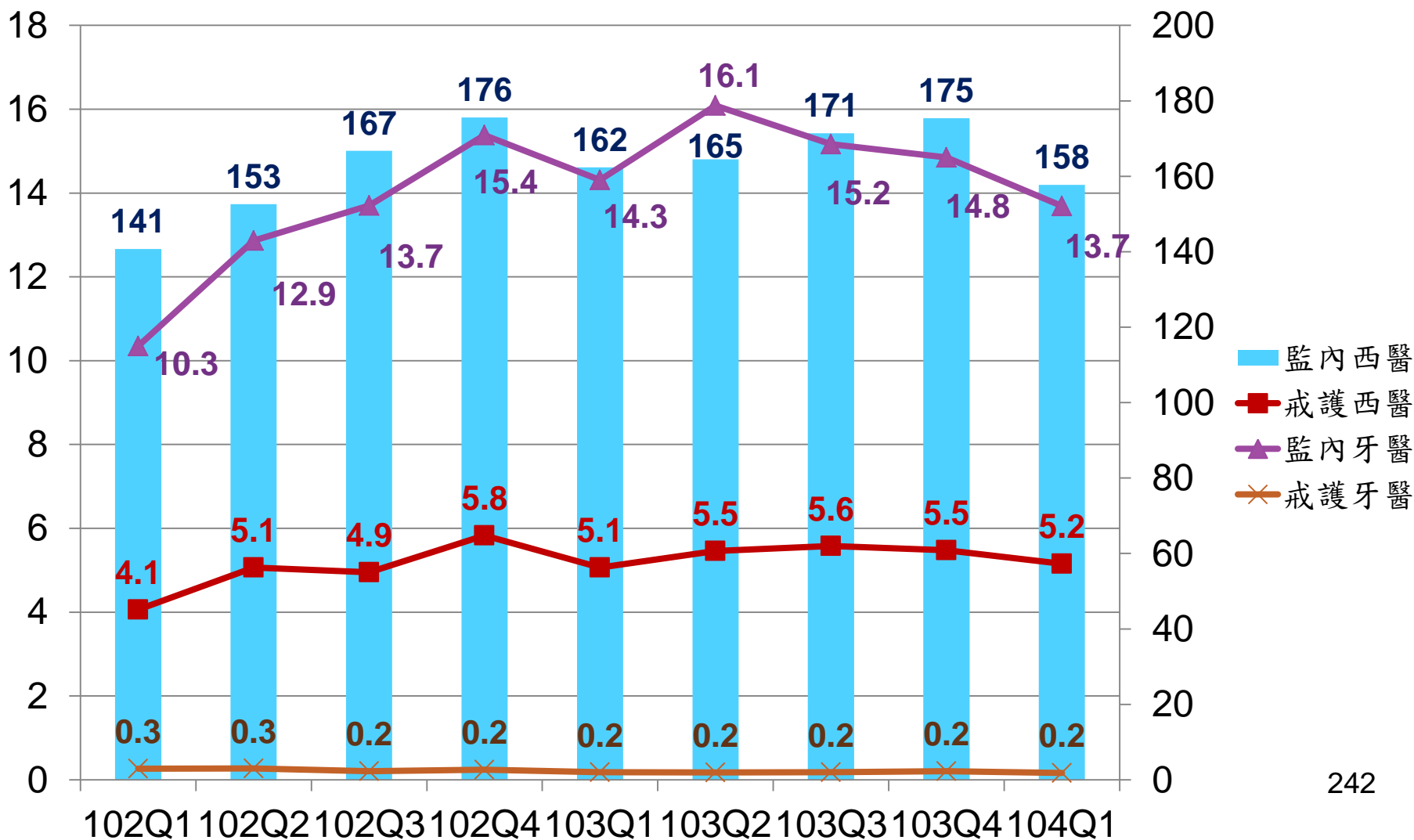




西醫及牙醫門診就醫次數

千件

千件





收容人就醫門診科別

	排序	102年		103年	
監內門診	1	家醫科	27.4%	家醫科	28.9%
	2	內科	20.9%	內科	17.9%
	3	精神科	9.3%	精神科	10.0%
	4	皮膚科	7.7%	牙科	8.2%
	5	牙科	7.6%	皮膚科	7.0%
戒護門診	1	急診醫學科	17.0%	急診醫學科	18.0%
	2	腸胃內科	8.1%	腸胃內科	14.4%
	3	耳鼻喉科	7.7%	耳鼻喉科	7.2%
	4	內科	7.6%	眼科	6.5%
	5	骨科	7.1%	骨科	5.6%



監內門診每診服務情形

醫事別	年度	每診服務人次	每診醫療費用
西醫	102年	31.0	20,676
	103年	30.1	22,905
牙醫	102年	12.5	16,669
	103年	11.3	14,742
中醫	102年	19.9	11,213
	103年	26.5	18,694

1. 費用不含論次費用、診察費加成與藥事服務費加成等獎勵。西醫門診排除洗腎科。
2. 監內門診每診次定義：同一矯正機關、同就醫日期、同醫事人員身分證號計為1診。



總額專款執行情形

單位：百萬元

年度	專款金額	執行金額	執行率
102年	1,405	835	59.4%
103年	1,405	1,032	73.5%
成長率	-	23.6%	-

收容人滿意度

- 調查工具：健保署研擬之矯正機關醫療服務滿意度調查問卷。
- 調查方式：由矯正機關於指定問卷施測日，收集當日健保門診就醫之所有收容對象之滿意度問卷。如遇指定施測日無健保門診，則順延之。
- 調查問卷數：
 - ▶ 102年：2,926份，有效問卷2,840份(97%)。
 - ▶ 103年：3,226份。
- 調查結果：
 - ▶ 102年：整體滿意度66%，加計「普通」則為94%。
 - ▶ 103年：整體滿意度66%，加計「普通」則為94%。



困難與挑戰

● 醫療院所面：

- ▶ 承作醫療團隊需額外投入成本(網路、設備、行政作業)，影響參與意願。
- ▶ 部分經濟困難收容人積欠自付額，增加承作之成本。

● 矯正機關面：

- ▶ 戒護外醫人力負荷沉重。
- ▶ 法務部經費有限，購置醫療設備之預算無法充分滿足矯正機關需求。

● 保險人面：

- ▶ 兼顧醫療院所與矯正機關需求不易，如皮膚科。
- ▶ 矯正機關規模不一，未必皆具經濟效益，科別與診次之供需平衡不易。



二代健保總檢討報告政策建議

- 持續推動與檢討「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」。
- 續由各相關單位協調整合，進行整體收容人健康狀態之長期觀察。【醫事司-協調整合整體收容人健康狀態之觀察、健保署-健保醫療服務、心口司-精神醫療、疾管署-傳染病防治、健康署-預防保健】
- 建議法務部立即編列預算，優先充實矯正機關內迫切所需醫療設施及設備。
- 定期檢討調整支付誘因。
- 建議法務部爭取充足預算，分年逐步改善各矯正機關收容人之就醫環境及充實醫療設備。

第2期(105-107年)計畫修訂方向

- 強化承作醫療團隊評選作業程序。
- 整體調整獎勵費用：
 - ▶ 提高規模小矯正機關之獎勵。
 - ▶ 檢討偏遠地區矯正機關之論次費用。
 - ▶ 增修基本承作費之核發指標。
- 檢討矯正機關分群：平衡群內小監所家數。
- 104年度委託研究：全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫之效益評估。



衛生福利部
中央健康保險署

Thank You!

