

「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」

行政院衛生署
中央健康保險局
101年7月20日

整合照護計畫之目的與策略

目的

- 提供具成本效益之照護，減少重覆浪費。
- 增進遵循實證醫療，提升醫療品質。
- 建立以病人為中心之服務模式。

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，避免因重複及不當用藥、重複檢驗檢查、處置等。
- 配合總額支付制度，提供整合式照護服務，促成醫院各專科醫療之適當整合。
- 鼓勵醫院盡責，透過專業合作，達全人照護之理念。
- 鼓勵醫院互相標竿學習，逐步朝醫療體系整合推進。

近年計畫推展情形

99年計畫(98年12月-100年3月)，率先辦理門診整合業務，計187家院所加入，照護62萬多人。

100年3月31日，辦理全國觀摩會，邀請專家學者及全國近二百家醫院代表，共400人，共同分享整合經驗。

100年計畫(100年4月-101年3月)，依各界意見，開放院所自由選定多重疾病有整合需求之個案，計193家參與，照護55萬多人。

101年計畫(101年4月-102年3月)，依各界意見，修訂參與對象之排除範圍、修訂評量指標，並將評量範圍擴大至西醫整體(含院外)。

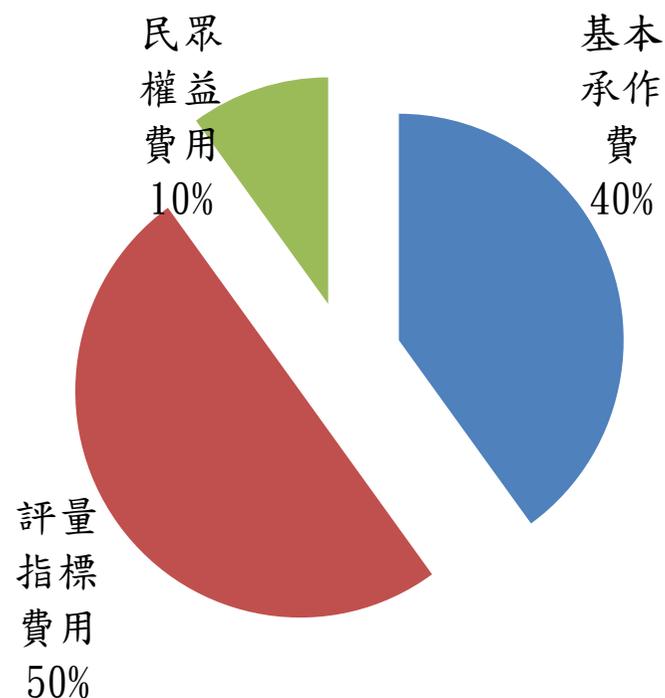
100年整合照護計畫簡介_1

- **整合式照護對象定義**：前一年(98年10月-99年9月)西醫門診就醫病人，該病人於院內或整合團隊內個別醫院門診就醫次數占其(98年10月-99年9月)總門診就醫次數大於50%以上（忠誠病人）為對象。
- **特殊排除情況**
 1. 門、住診急重症之病患(癌症、凝血因子異常、移植、精神疾病等)
 2. 曾手術住院者或死亡
 3. 近期無該院就診紀錄者
- **照護對象分類**
 1. 將忠誠保險對象於全國就醫次數高低排序(遞減排序)切為十等分位，依順序擇定前四分位之病人，由醫院自由選定照護對象。
 2. 99年已選定之照護對象且須持續照護者，自由選定照護對象。
 3. 醫院或整合團隊，於前點名單之外，就適當之就醫病患，自由選定照護對象，惟選定人數不得超過前點由名單內選定照護人數20%為限。

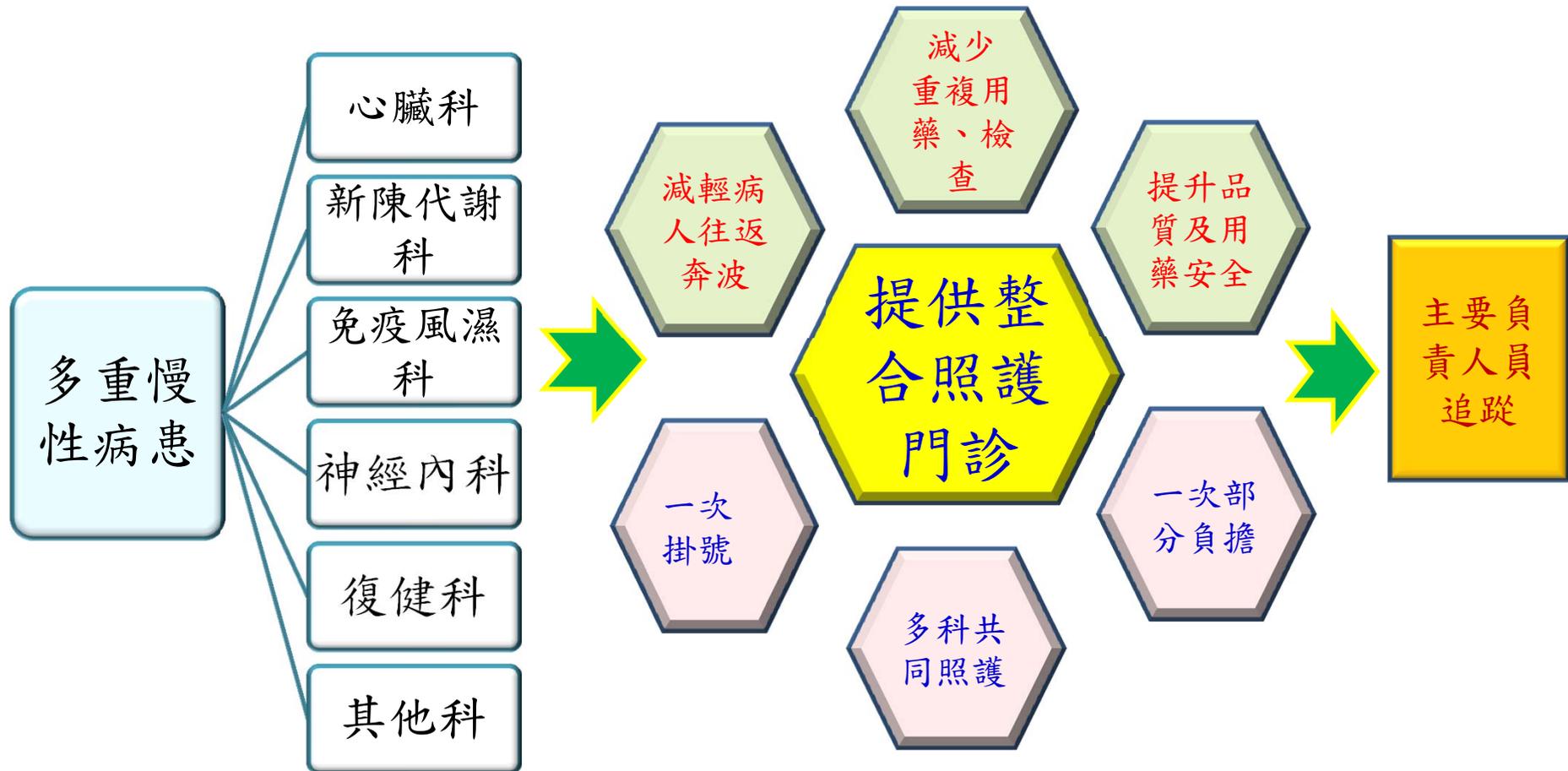
100年整合照護計畫簡介_2

• 支付項目

1. **基本承作費**：100年新照護對象每人核付400元，繼續照護對象則不支付。
2. **成效評量**：每人計畫期間經費500元，依4項指標達成情形分配。
 - 院內平均每人每月醫療費用低於基期：每人150元。
 - 院內平均每人每月門診就醫次數低於基期：每人150元。
 - 院內平均每人每月藥品項數低於基期：每人100元。
 - 照護對象院急診率低於基期：每人經費100元。
3. **民眾就醫權益**：平均每月院內民眾申訴案件成案數低於比較基期，每人100元。



醫院整合照護門診之執行架構



創新多元之整合照護模式(1/2)

- **一般門診型態**

- 照護對象當日就診，不論就醫科別或疾病別都屬整合範圍，醫院多藉助資訊流程之管理。

- **僅對部分科別整合**

- 按照照護對象所須照護型態發展整合門診，如：高齡老人整合門診、內科整合門診、女性整合門診.....等。

- **僅對部分疾病別整合**

- 醫院開設以疾病別為主之整合門診，如：糖尿病、心腎門診、三高門診.....。

100年醫院整合照護試辦計畫參與情形

項目	醫學中心	區域醫院	地區醫院	合計
參與家數	19	71	100	190
參與家數占率(%)	10%	37%	53%	100%
原照護人數	232,596	217,431	103,677	553,704
照護人數占率	42%	39%	19%	100%
納入成效人數	164,391	146,778	69,488	380,657
納入成效人數占率(%)	71%	68%	67%	69%

註：納入成效人數占率=納入成效人數/原照護人數

納入成效個案特性_1

- 原收案人數55萬多人，排除急重症、死亡、院內失聯與性別年齡不詳者後，100年4至12月**列入成效人數為38萬多人**。
- **以新舊照護對象**來看，舊照護對象占75%，較新照護對象25%多。
- **以性別**來看，男性占52%，多於女性48%。

項目	人數	占率 (%)
原收案人數	553,704	100%
急重症	102,654	19%
死亡	23,780	4%
院內失聯	92,518	17%
性別年齡不詳	2	0%
成效範圍人數	380,657	69%
新舊照護對象		
舊照護對象	285,163	75%
新照護對象	95,494	25%
依性別		
男性	198,566	52%
女性	182,091	48%

納入成效個案特性_2

- 依年齡來看，45~65歲占39%最多，65-80歲占31%次之，80歲以上占16%再次之。
- 以慢性病數來看，以1種慢性病占48%最多，2種慢性病占22%次之，3種慢性病以上占10%。

項目	人數	占率(%)
成效範圍人數	380,657	100%
依年齡		
未滿15歲	20,483	5%
15~30歲	8,989	2%
30~45歲	26,962	7%
45~65歲	146,838	39%
65~80歲	118,516	31%
80歲以上	58,869	15%
依慢性病數		
無	76,141	20%
1種	181,806	48%
2種	83,352	22%
3種	28,145	7%
4種	8,261	2%
5種以上	2,952	1%

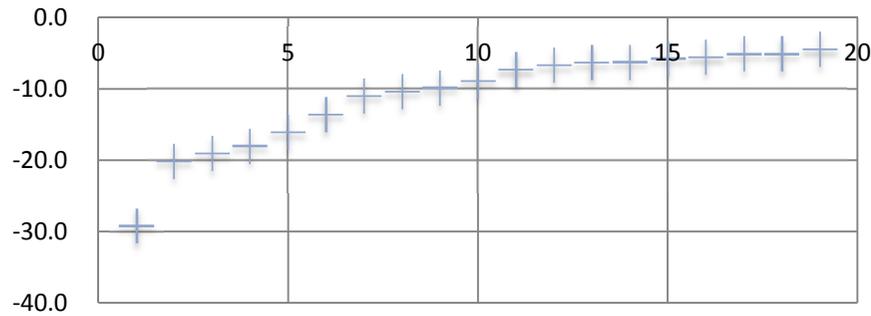
100年整體成效指標

指標項目	基期 (99年4月至 12月)	計畫期間 (100年4月 至12月)	成長率 (%)
院內平均每人每月門診次數	1.198	1.048	-12.46 %
院內平均每人每月門診醫療點數	4,083	3,951	-3.23 %
院內平均每人每月藥品項數	5.094	4.960	-2.63 %
院內平均每人每月急診次數	0.040	0.035	-12.31 %

減少之點數扣除本計畫支出費用後，預估節省3.7億元。

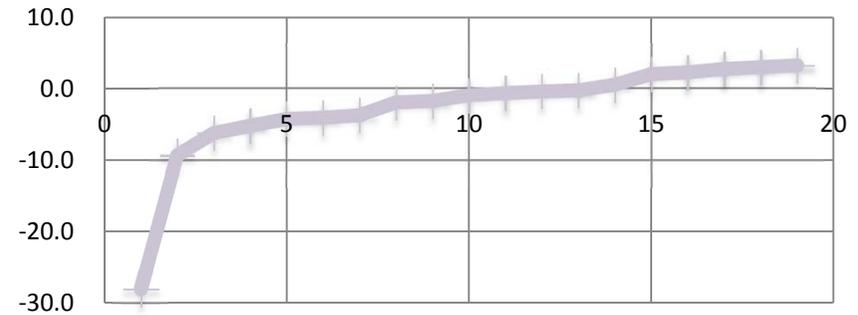
醫學中心評量指標結果散布圖

醫學中心院內平均每人每月門診次數(成長率)



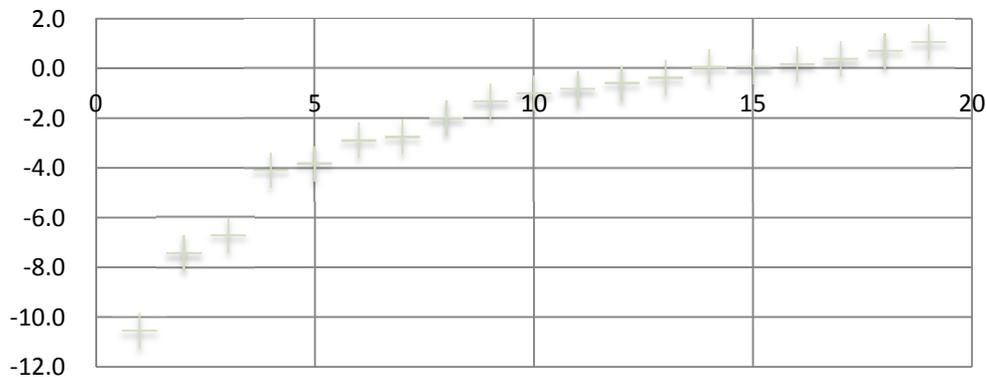
+ 院內(成長率)

醫學中心院內平均每人每月門診點數(成長率)



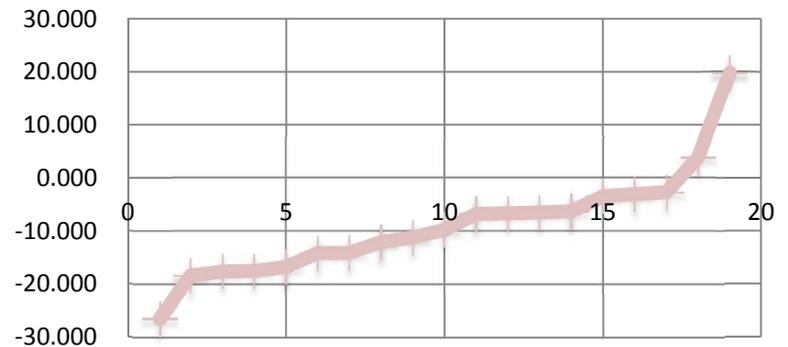
+ 院內(成長率)

醫學中心院內平均每人每月用藥品項數(成長率)



+ 院內(成長率)

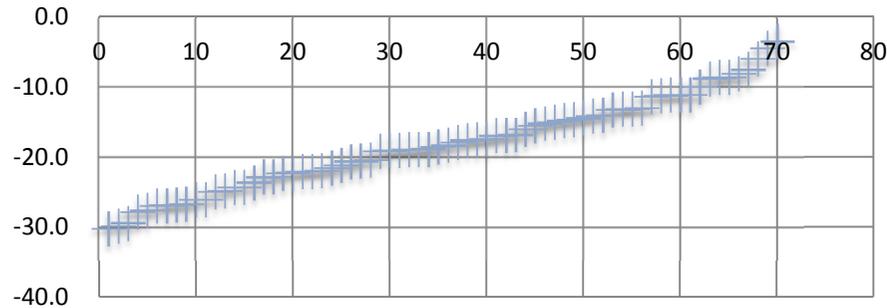
醫學中心院內平均每人每月急診次數(成長率)



+ 院內(成長率)

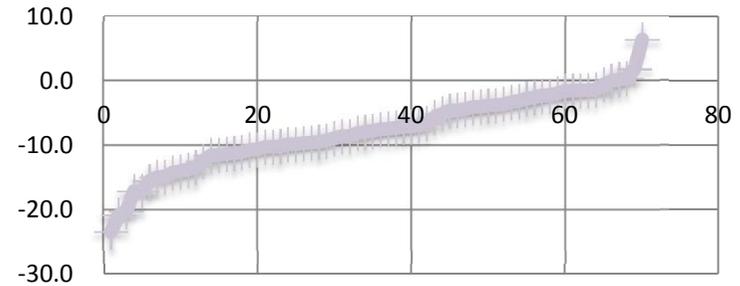
區域醫院評量指標結果散布圖

區域醫院院內平均每人每月門診次數(成長率)



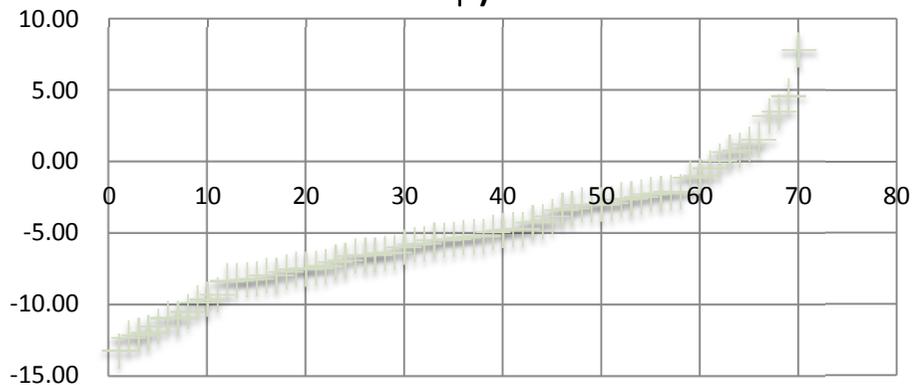
+ 院內(成長率)

區域醫院院內平均每人每月門診點數(成長率)



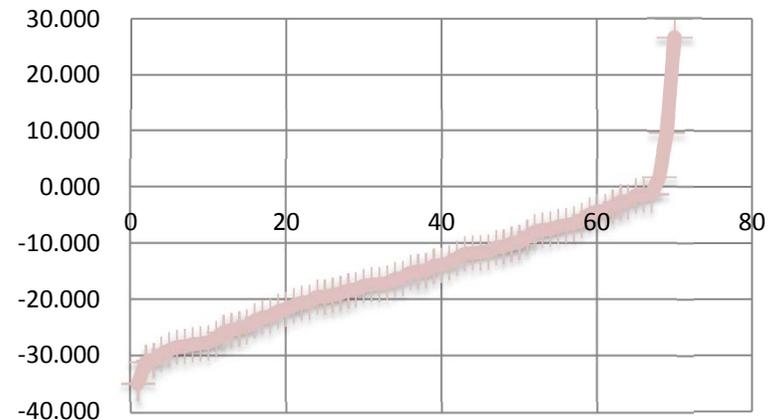
+ 院內(成長率)

區域醫院院內平均每人每月用藥品項數(成長率)



+ 院內(成長率)

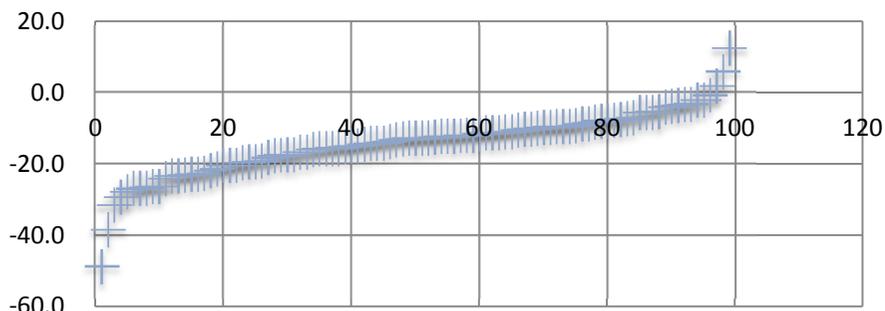
區域醫院院內平均每人每月急診次數(成長率)



+ 院內(成長率)

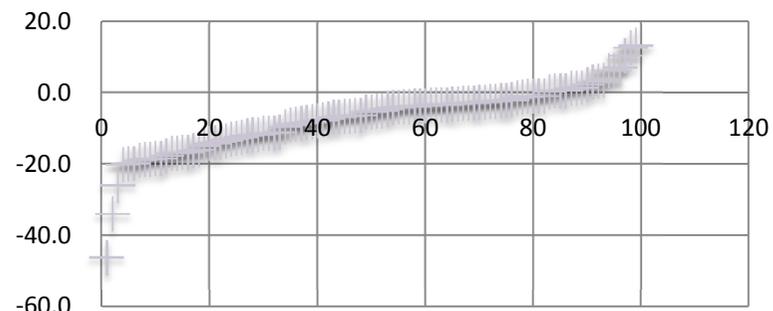
地區醫院評量指標結果散布圖

地區醫院院內平均每人每月門診次數(成長率)



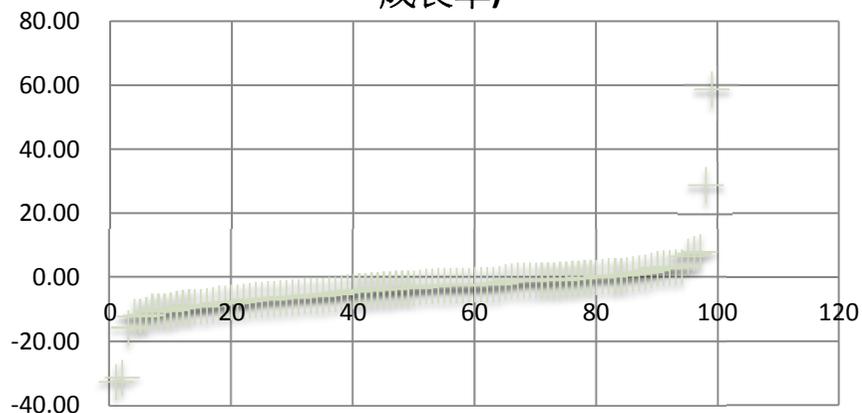
+ 院內(成長率)

地區醫院院內平均每人每月門診點數(成長率)



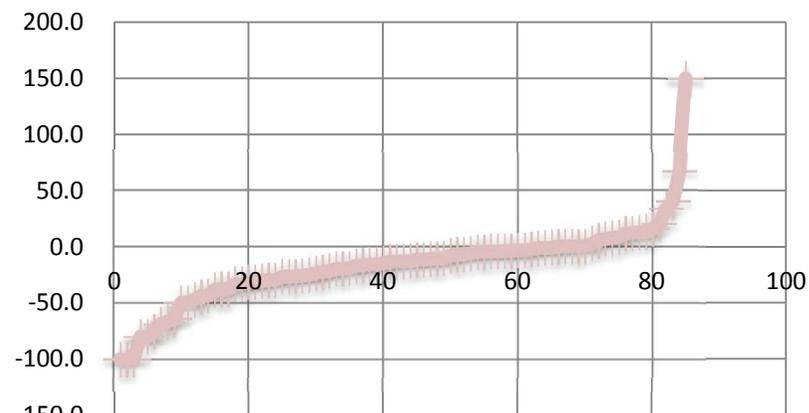
+ 院內(成長率)

地區醫院院內平均每人每月用藥品項數(成長率)



+ 院內(成長率)

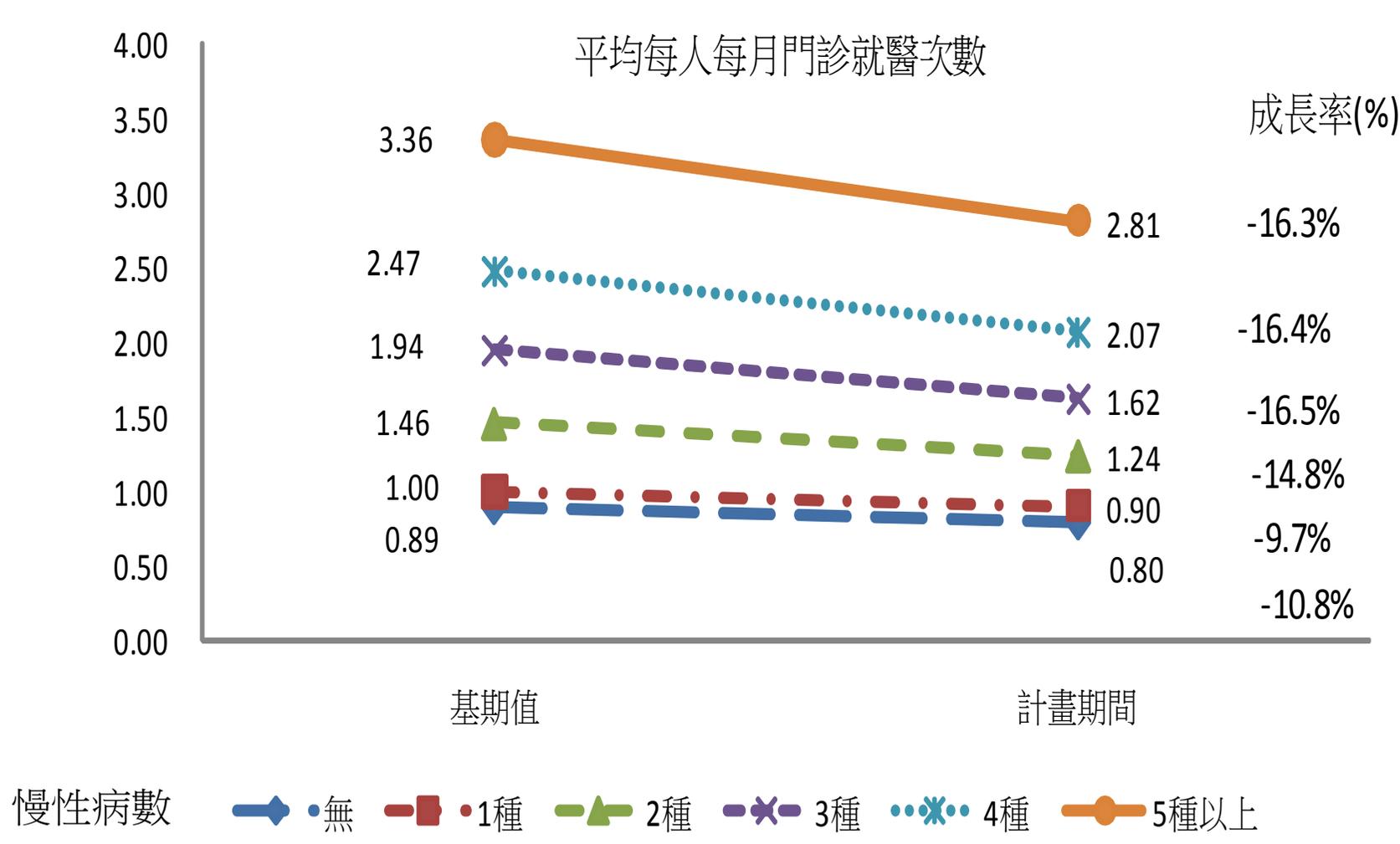
地區醫院院內平均每人每月急診次數(成長率)



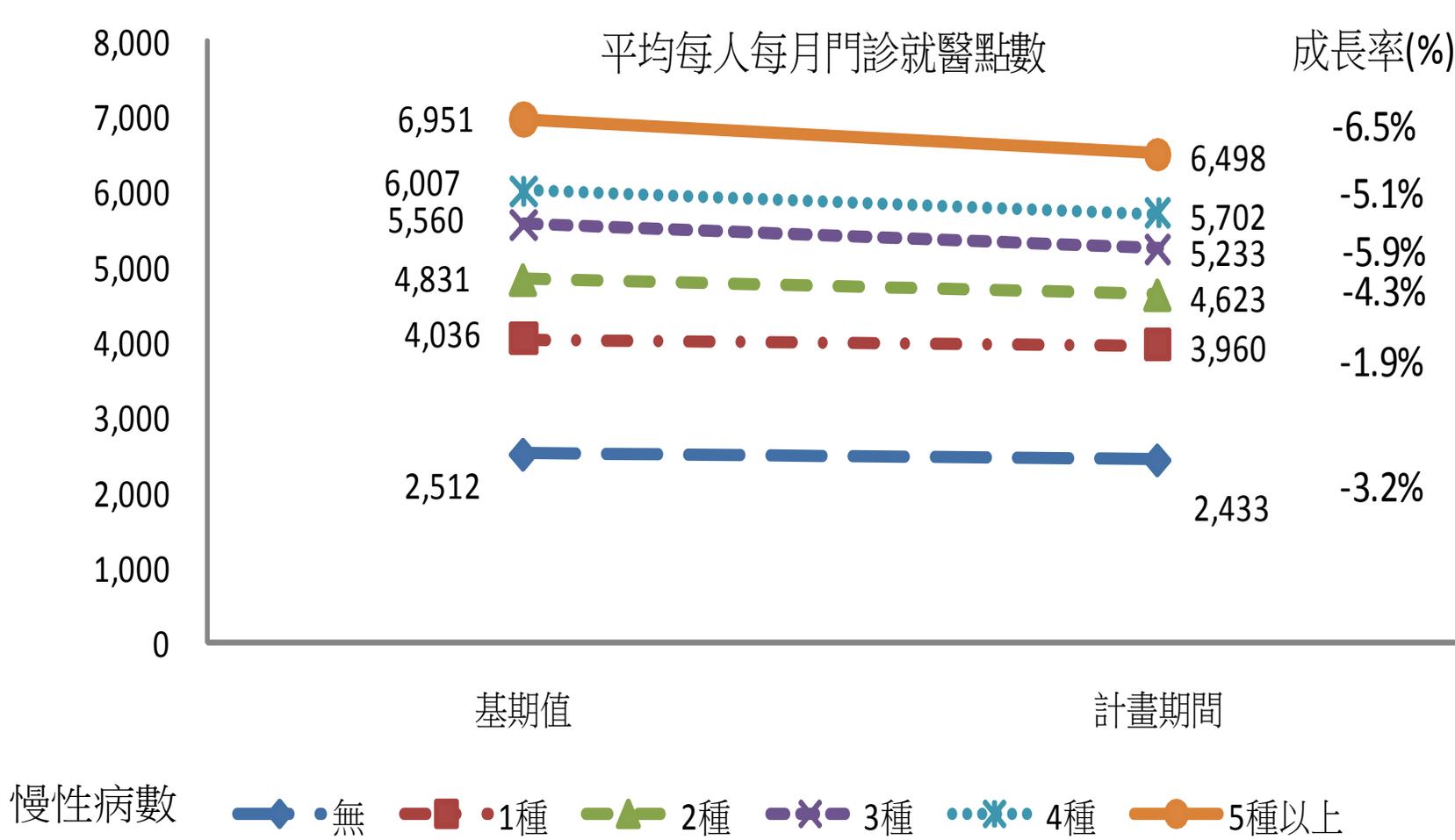
+ 院內(成長率)

註：部分地區醫院無急診服務，未納入本圖。

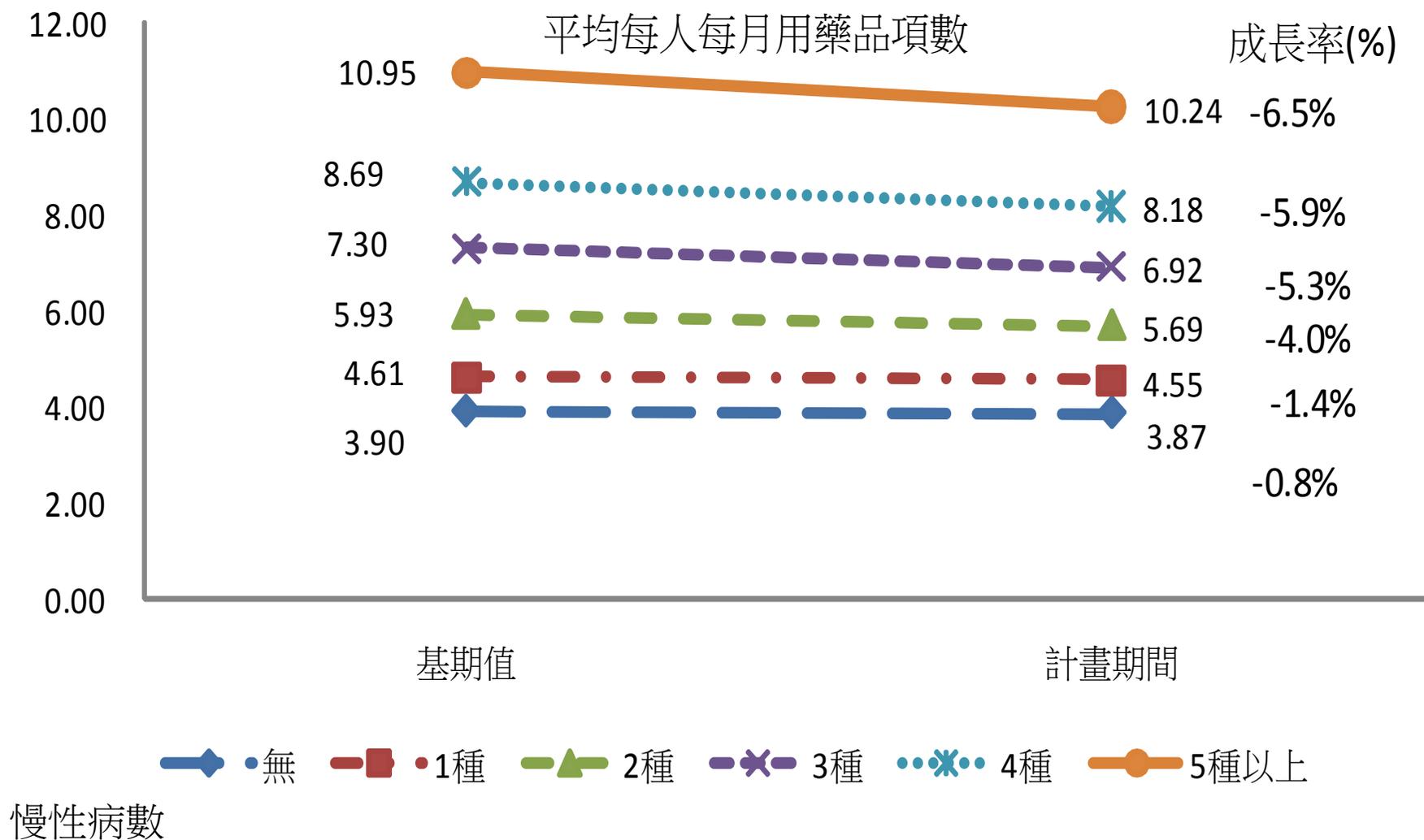
100年成效指標_以慢性病數區分_1



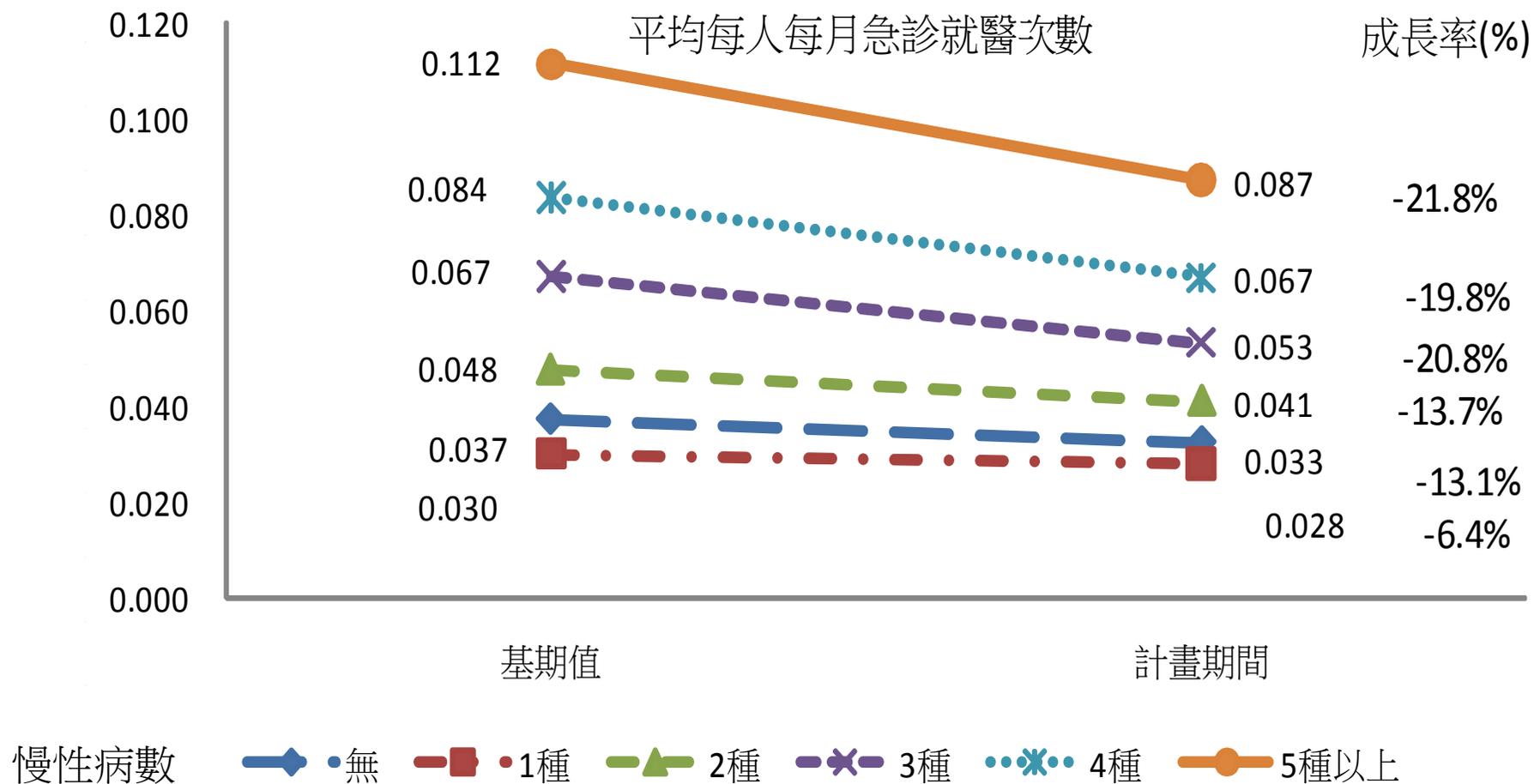
100年成效指標_以慢性病數區分_2



100年成效指標_以慢性病數區分_3



100年成效指標_以慢性病數區分_4



100年4~12月醫院整合計畫評量指標達成情形

指標		達成總院所家數	達成總院所比例(%)
指標1_平均每人每月醫療費用	醫院家數	176	94.1%
	核付金額(百萬)	23.3	
指標2_平均每人每月門診就醫次數指標	醫院家數	184	98.4%
	核付金額(百萬)	44.5	
指標3_平均每人每月藥品項數指標	醫院家數	169	90.4%
	核付金額(百萬)	14.7	
指標4_平均每人每月急診次數指標	醫院家數	160	85.6%
	核付金額(百萬)	18.7	
指標5_平均每人每月申訴成案數指標	醫院家數	178	95.2%
	核付金額(百萬)	32.3	
合計		186	99.5%

註：原參與192家，後因停約或退出等，納入本計畫結算家數計有187家，其中有1家因為業務轉移至總院，100年10~12月無申報資料，故未達標準外，其餘186家醫院皆全部或部分達成指標。

100年預算執行情形

- 99年計畫展延至100年Q1，100年Q1評量與民眾權益指標支出47.2百萬。
- 100年計畫自4月至12月(Q2~Q4)，基本承作費支出55.5百萬，評量與民眾權益指標支出133.6百萬

分區	100年Q1	100年(Q2-Q4)		100年合計 (百萬)
費用項目	評量與民眾權益 指標費用(百萬)	基本承作費 (百萬)	評量與民眾權益 指標費用(百萬)	
台北分區	15.9	20.4	53.7	90.0
北區分區	6.6	7.6	17.1	31.2
中區分區	10.2	12.3	24.3	46.8
南區分區	4.7	8.2	16.2	29.2
高屏分區	8.3	5.1	18.8	32.3
東區分區	1.4	1.8	3.5	6.7
合計	47.2	55.5	133.6	236.2

101年計畫修訂重點_1

- 支付項目之修訂

- 基本承作費用

- 新名單：維持100年規定，每人核付400元。
 - 舊名單(繼續照護名單)：考量仍有進行整合服務，每人核付150元。

- 成效評量

- 成效計算之範圍：考量經試辦2年，已具初步成效，故由院內擴大包含院外。
 - 成效評量指標：考量急診次數數值過小，較不具評量成效之代表性，故刪除急診指標，原4項修改為3項指標，並一併調整其經費額度。
 1. 收案對象平均每人每月醫療費用指標(包含院內與院外)，每人全年經費150元調為200元。
 2. 收案對象平均每人每月門診就醫次數指標(包含院內與院外)，每人全年經費維持150元。
 3. 收案對象平均每人每月藥品項數指標(包含院內與院外)，每人全年經費由100元調為150元。

101年計畫修訂重點_2

— **民眾就醫權益**：計畫期間申訴案件成案數低於3件，即達成指標。

— 基期

➤ **成效評量**：比較基期由前一年同期，改為前二年同期(99年4月~100年3月)。

➤ **民眾就醫權益**：比較基期維持為前一年同期(100年4月~101年3月)。

101年醫院參與整合照護試辦計畫情形

分區別	試辦家數	本局提供名單 (類別A)	院所自選名單且 不納入評量 (類別C)	院所自選名單且 納入評量 (類別D)	選定照護人數
台北	36	182,321	10,474	4,606	197,401
北區	37	72,454	398	277	73,129
中區	43	70,196	466	3,093	73,755
南區	32	58,521	1,709	1,069	61,299
高屏	37	43,519	432	1,558	45,509
東區	8	10,955	0	196	11,151
合計	193	437,966	13,479	10,799	462,244

註：193家參與；個案B計33,882人，為本局提供名單但醫院未選入照護名單中，未列入本表計算。

成效與價值

民眾

- 減少財務負擔(1次多科看診，1次部分負擔，1次掛號費)
- 節省等候看診時間及社會成本(交通往返、家人陪伴)
- 用藥品項數的減少，提升病患用藥安全。

院所

- 99%參與院所獲得獎勵款(基本承作費與品質達成獎勵款)
- 創新照護模式(提供以病人為中心的整合照護，增加醫療服務之滿意，提升醫病關係。

政策

- 將以病人為中心之照護模式，導入現行服務，促進民眾全體健康改革。
- 宣導正確之就醫行為。
- 支付制度改革。

未來展望

- 本計畫試辦2年，已具成效，節省照護對象財務負擔，並提升就醫與用藥安全性。
- 醫院藉由創新整合照護模式，強化以病人為中心之照護理念，提升健保醫療價值。
- 101年已將院外醫療利用併入本計畫評量成效，未來本局將建置成效指標專區，回饋即時資訊，供參與醫院定期評估，提升個案管理功能。

謝謝聆聽！

