

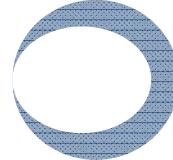


# 醫院及其他預算專案計畫 執行成果報告

行政院衛生署

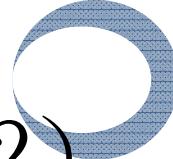
中央健康保險局

101年7月31日



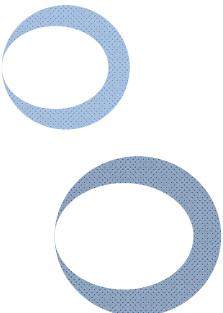
# 報告大綱：100年計畫項目(1/2)

- 醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案
- 提升住院護理照護品質計畫
- 醫療給付改善方案
- 慢性B型及C型肝炎治療計畫
- 醫院以病人為中心之整合照護計畫
- 高診次保險對象藥事居家照護試辦計畫
- 增進全民健康保險醫療資源不足地區之醫院點值保障方案(100年)
- 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
  - Pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫



## 報告大綱：實施未滿一年計畫項目(2/2)

- 論人計酬試辦計畫
- 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫(101年)
- 推動施行急診品質提升方案
- 推動呼吸照護醫療給付改善方案
- 醫院垂直整合方案



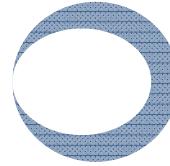


# 醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案

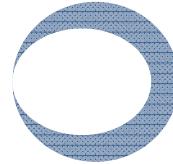




## 計畫目標與重點(1/6)



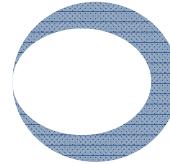
- **協定事項及經費**：100年及101年度費協會核定，於醫院總額預算項下編列，每年經費5千萬元。
- **計畫目標及重點**：
  1. 強化偏遠地區醫療資源，藉由額外經費投入，鼓勵地區級以上醫院至西醫基層診所未提供開業或巡迴服務之醫療資源缺乏地區提供醫療服務。
  2. 執行期間：100年1月1日-12月31日
  3. 公告施行區域：以「98年西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案」的101個公告鄉鎮中，至98年6月12日仍未有西醫基層診所申請開業或巡迴醫療服務之鄉鎮，共31個鄉鎮。
  4. 執行目標：
    - ✓ 總服務人次：100年度50,000人次
    - ✓ 總服務時數：100年度5,000時數



## 100年執行情形及成效(2/6)

➤ 執行情形及成效評估：執行期間100年1月1日-12月31日。

預算數	預算執行數	預算執行率
5千萬元	33,119,871	66.24%
公告鄉鎮數	鄉鎮執行數	鄉鎮執行率
31個	29個	93.55%
目標值	目標執行數	目標執行率
總服務人次：50,000	27,135服務人次	54.27%
總服務時數：5,000	10,101服務時數	202.02%
滿意度		91.9%



# 100年執行情形及成效(3/6)

- **執行情形及成效評估**：執行期間100年1月1日-12月31日。

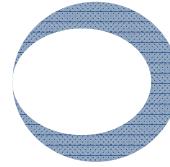
業務組別	執行鄉鎮數	執行醫院
台北	4	慈濟、新光、馬偕、基隆長庚、礦工、耕莘、萬芳、仁濟醫院、雙和醫院
北區	3	署桃新屋分院、國軍桃園、馬偕新竹分院、署立新竹、為恭
中區	6	中山醫、員林何醫院、洪宗鄰醫院、彰基二林分院、竹山秀傳
南區	6	台南新樓、成大斗六分院、奇美、奇美柳營、雲林長庚
高屏	9	高雄長庚、義大、寶建、安泰、高雄榮總、署立屏東、屏東基督教、恆春旅遊醫院、南門醫院
東區	1	台東基督教
總計	29	34家地區級以上醫院

**執行率：93.5% (執行鄉鎮/公告鄉鎮=29/31)**

備註：二個未執行鄉鎮係中區彰化縣伸港鄉及南區雲林縣土庫鎮



# 100年執行情形及成效(4/6)



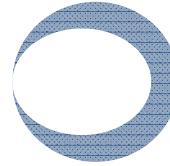
業務組別	巡迴科別數	巡迴診次	服務人次	巡迴報酬點數		滿意度 <sup>(註2)</sup> (%)
				論量	論次	
台北	6	326	2,023	1,098,678	1,822,500	93.4
北區	3	292	656	304,722	1,665,600	93.3
中區	7	730	9,141	4,683,152	4,152,600	92.8
南區	3	478	5,290	2,482,829	2,772,600	89.7
高屏	5	1,503	9,770	6,108,421	7,719,000	91.4
東區	1	38	255	93,119	216,600	83
整體總計	13個科別 <sup>(註1)</sup>	3,367	27,135	14,770,971	18,348,900	91.9

註1：包括一般科、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、新陳代謝科等13個專科看診服務等

註2：非常滿意+滿意



## 檢討與改進(5/6)



檢討：服務時數達成目標但總服務人次未達成，可能因素：

1. 實施區域多為地理環境偏遠且居住人數偏少，不易提升服務人次。
2. 當地民眾不清楚本方案提供的時間、地點，宣傳不足。
3. 方案實施區域鄰近有其他醫療院所，無巡迴服務之需求。

改進：

1. 各分區業務組就各醫院辦理成效進行輔導，包含加強方案的宣導、巡迴地點檢討、以其他多元化服務(包含行動不便或獨居老人之到宅診療、疾病衛教或個案管理、用藥解說)。
2. 重新評估巡迴實施區域是否確屬醫療資源不足地區。
3. 研議增列每診診次看診人次低於目標人次時，醫院應提出說明及檢討等規定。



## 101年計畫修正重點(6/6)

- ◆ **巡迴服務次數：為能提升服務效益，巡迴次數由每週2次增加至每週3次。**
- ◆ **考量民眾用藥安全，增加藥師人力參與，支付金額比照護理人員。**

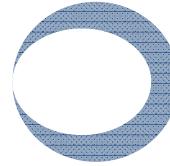


# 提升住院護理照護品質計畫





# 100年計畫目標及重點



- 目的

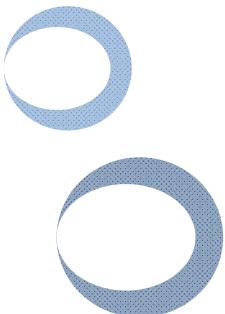
鼓勵醫院重視護理照護，提高住院病人醫療照護品質。

- 對象

屬醫院總額範圍內有申報住院護理費之特約醫療院所。

- 給付方式

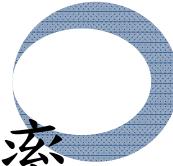
- 品質指標報告：醫院於每季次次月20日前填報前季出院病人數中曾發生跌倒意外人數、院內感染、壓瘡發生人數及出院病人數，並於每年2月20日及8月20日前填報1次護理服務滿意度，每半年結算1次，每次支給5萬元。
- 護理人力：以院所每月實際申報門急診人次及住院病床日數，按本計畫依醫院評鑑相關護理人力設置標準議定每位護士每月服務量，計算每月實際所需相關護理人力後，以全院登錄之護理人員數/前開計算之護理人數之比值結果，並按月依各層級院所數納入獎勵之比率由多到少排序前70%者，以每月申報住院護理費(全民健康保險醫療費用支付標準第二部第一章第三節各類病床護理費)支付標準加成6%獎勵。





# 100年全年及101年第1季 預算執行數與執行率





## 100年及101年第1季預算執行數與執行率

- 全年預算為10億元，共計核發476家醫院，核付8.73億元，預算尚餘1.27億，預算執行率為87.3%

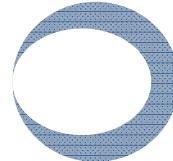
層級	核付金額	預算占率
醫學中心	3.38億	38.72%
區域醫院	3.56億	40.77%
地區醫院	1.58億	18.10%
精神專科醫院	0.21億	2.41%
總計	8.73億	100%

- 101年方案於101年4月23日公告並追溯至101年1月1日，預算執行中。



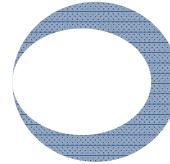
# 執行概況





## 護理品質指標值登錄

- 本年度6項品質指標登錄分別為跌倒意外人數、院內感染、壓瘡發生人數、出院病人數及年資3個月以上護理人員離職率與該院2年以上年資護理人員比率，總計有500家醫院參與本項試辦計畫，100年第1、2季品質指標登錄及上半年滿意度共有487家院所登錄，登錄率為97%，100年第3、4季品質指標登錄及下半年滿意度共有478家登錄，登錄率為96%。

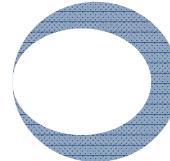


# 護理品質指標值登錄(1/2)

- 區域醫院在跌倒發生率、壓瘡發生率及感染發生率皆較其他層級院所低；醫學中心之感染率相較其跌倒及壓瘡發生率有較高的趨勢；地區醫院之感染率相較99年之登錄值則有趨高的情形；精神專科醫院則是跌倒發生率及感染發生率高於其他特約層級院所。

層級別	跌倒發生率		壓瘡發生率		感染發生率	
	99年	100年	99年	100年	99年	100年
全體	<b>0.53%</b>	<b>0.51%</b>	<b>0.64%</b>	<b>0.60%</b>	<b>2.06%</b>	<b>1.95%</b>
醫學中心	0.52%	0.45%	1.11%	0.98%	2.52%	2.22%
區域醫院	0.46%	0.45%	0.36%	0.35%	1.73%	1.58%
地區醫院	0.46%	0.46%	0.56%	0.53%	2.27%	2.37%
精神專科	9.45%	5.91%	0.01%	0.02%	2.95%	2.60%

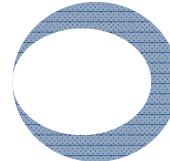
註：發生率=當年指標數/當年住院人次



## 護理品質指標值登錄(2/2)

- 100年新增2項護理人員結構性指標，年資3個月以上護理人員離職率季平均值全局為3.16%，該院2年以上年資護理人員比率季平均值全局為68.37%，護理品質滿意度則較99年上升。

層級別	上半年滿意度		下半年滿意度		年資3個月以上護理人員離職率	該院2年以上年資人員護理比率
	99年	100年	99年	100年		
全體	87.88%	88.15%	87.95%	88.16%	3.16%	68.37%
醫學中心	92.70%	93.47%	93.02%	93.42%	2.35%	79.74%
區域醫院	89.04%	89.55%	89.62%	89.86%	3.24%	72.43%
地區醫院	87.64%	87.63%	87.36%	87.77%	4.20%	59.20%
精神專科	84.14%	86.32%	85.83%	85.13%	2.86%	62.10%

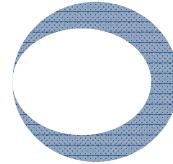


# 護理人力(1/2)

- 比值

因100年與99年計算方式不同，人力比值將低於99年之計算結果。各分區人力平均比值以高屏分局業務組及東區業務組高於全局平均值，臺北業務組則為最低。

排序	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全局
最低比值	0.689038	0.6748466	0.601942	0.630058	0.776786	1.1751634	0.448718
最高比值	26.666667	20.0000000	40.000000	13.333333	16.363636	12.1764706	40.000000
平均比值	2.154035	2.1799533	2.264445	2.214961	2.566717	2.3377639	2.302072

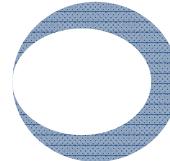


## 護理人力(2/2)

- 護理人員數

扣除新成立院所及原醫院床位增加所增加之護理人員，100年已參與本方案之院所共計增加1,709人（成長1.92%），其中醫學中心增加674人（成長2.16%），區域醫院增加769人（成長2.01%），地區醫院增加229人（成長1.29%），精神專科增加37人（成長1.80%）。

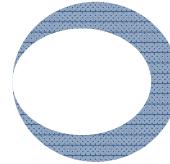
層級別	99年月平均護理人員數	100年月平均護理人員數		
		月平均護理人員數	增加人員數	成長率
醫學中心	31,197	31,871	674	2.16%
區域醫院	38,196	38,965	769	2.01%
地區醫院	17,778	18,007	229	1.29%
精神專科	2,057	2,094	37	1.80%
合計	89,228	90,937	1,709	1.92%



# 款項應用統計

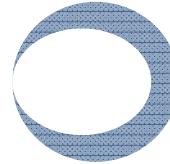
- 截至101年3月31日止，100年領有獎勵之醫院共計476家已全數完成登錄。

層級	增聘護理人 力(A)	提高護理人 員薪資(B)	加發獎勵金 部(C)	提高夜班 費(D)	其他(E)	小計(F)
精神專科醫院	7,028,244	6,849,251	12,763,544	2,530,873	4,845,846	34,017,758
醫學中心	258,048,055	135,506,988	455,499,584	69,953	34,450,589	883,575,169
區域醫院	95,054,204	212,483,040	201,845,234	59,744,677	110,342,803	679,469,958
地區醫院	43,641,582	66,571,668	101,205,696	22,455,968	24,011,328	257,886,242
總計	<b>403,772,085</b>	<b>421,410,947</b>	<b>771,314,058</b>	<b>84,801,471</b>	<b>173,650,566</b>	<b>1,854,949,127</b>
占率	21.8%	22.7%	41.6%	4.6%	9.4%	100.0%



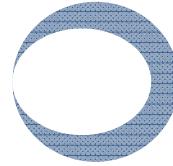
## 成效(1/2)

- 全民健康保險提升住院護理照護品質方案實施3年，共挹注26.65億元用於提升護理人力配置及護理人員獎勵措施。
- 方案依據評鑑標準，計算各院合理護理人數，依醫院層級做全國人力評比，累計98至100年共增加護理人力2,893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。



## 成效(2/2)

- 獎勵款項之應用依醫院登錄統計，多用於增聘護理人力、提高護理人員薪資及加發獎勵金。
- 未來除持續進行款項運用之查核外，獎勵款項之應用將著重於提升護理人力之配置及優先提高護理人員大、小夜班費、超時加班費等獎勵措施。
- 醫院應每半年將款項之運用情形提報健保局備查，健保局應將每半年稽核1次，醫院如未落實前述規定，健保局將予以追扣是項款項。



# 101年方案內容重點

- 補助新增護理人員數7.5億：採用貼補的方式，地區醫院及各層級離島醫院，每人每年補助36萬元，其他層級醫院原則上每增加人員一名，每年補助金額上限為25萬點。
- 每月符合醫院評鑑人力標準或優於標準編列獎勵品質款12億。
- 品質指標報告0.5億：半年1次填報護理照護品質指標，每次支給5萬元。
- 領有本項專款之醫院應將所領獎勵金，用於鼓勵醫院增聘護理人力、提高夜班費及補貼超時加班費，增加護理人員留任的意願，此外，每半年將款項運用情形，提報健保局備查，健保局將每半年稽核本方案執行結果。



# 醫療給付改善方案



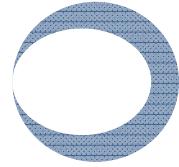


# 計畫目標及重點



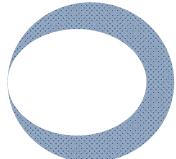


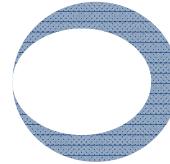
# 論質計酬(Pay for Performance)



以疾病管理進行論質計酬方案，主要針對醫療費用大、罹病人數多、照護模式有改善空間之疾病為優先。

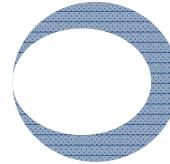
- 90年-糖尿病、乳癌、氣喘、子宮頸癌（95年移至國民健康局採預防篩檢方式）、結核病（97年照護率高達91.81%，納入支付標準）
- 95年-高血壓，102年停辦，併入其他相關方案。
- 99年-B、C型肝炎帶原者、精神分裂症





# 論質方案推動理念(1/2)

疾病項目	設計精神	重要品質指標
各方案	1. 改善單一、片斷看診情形，成為以「病人為中心」之連續性追蹤照護。 2. 論量計酬改變為論質計酬。	收案率 完整追蹤率
糖尿病	1. 提供符合疾病診療指引，加強追蹤管理及衛教服務。	HbA1C糖化血色素 LDL低密度脂蛋白
氣喘	2. 加強病患自我管理照護。 3. 配合適宜的治療，減少急症、併發症及合併症的發生。	平均每人急住診次數
高血壓		血壓值
乳癌	癌症需要「早期正確診斷，早期正確治療」，可獲得最佳療效，以定期醫療品質報告(report)與追蹤，確保癌症診療與照護品質。	5年整體存活率、無病存活率、乳癌手術後局部復發率、乳癌手術後再度治療率

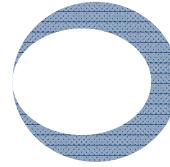


## 論質方案推動理念(2/2)

疾病項目	設計精神	重要品質指標
精神分裂症	使精神分裂症患者能固定規律接受治療及定期服藥，減少急性住院、急診、自殘損傷等高風險行為。	精神科門診平均就診次數 精神科不規則門診比例 6個月內精神科急性病房再住院率 急診使用人次比率
BC型肝炎 帶原者	持續追蹤B型、C型肝炎帶原者，使其能定期接受追蹤檢查，有助減少肝癌的發生。	完整追蹤率 腹部超音波檢查執行進步率



# 論質方案-支付誘因

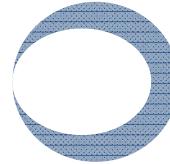


## ➤支付誘因：論量核實支付+額外獎勵誘因

疾病項目	額外獎勵誘因
糖尿病	管理照護費：初診支付400點、複診支付200點、年度評估支付800點；96年起依品質指標評核給予品質加成鼓勵。(診察費及檢驗檢查項目另得核實申報)
氣喘	管理照護費：初診支付400點、複診支付200點、年度評估支付800點。(檢驗檢查項目得核實申報)，並訂定品質加成指標：病人完整追蹤率、收案病人因氣喘住院的比率、收案病人因氣喘急診的比率，及品質監測觀察指標：降階治療成功率、氣喘出院14日內再入院率。
高血壓	初診支付200點、複診支付200點、年度評估支付500點。(檢驗檢查項目得核實申報)
乳癌	➤依診療組合(診斷、治療、追蹤等)定額加成支付。 ➤於試辦期間乳癌病人第零期至第三期之無病存活率及第四期之整體存活率達一定程度者，核撥獎勵金。
精神分裂症	一般病人1000點，高風險病人1500點。40%基本照護費，60%品質獎勵。
BC型肝炎帶原者	初診支付100點、複診支付100點、品質獎勵100點、發現費500點。



# 醫療給付改善方案



## ➤ 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	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年Q1
醫院 總額	預算數 (億元)	7.25	7.86	5.04	2.87	5.87	4.87	4.998
	申報數 (億元)	1.88	2.02	2.04	1.94	2.89	3.89	0.634
	執行率	25.9%	25.7%	40.5%	67.4%	49.3%	79.77%	12.69%
西醫基 層總額	預算數 (億元)	3.56	4.27	4.24	2.99	3.0	3.0	2.12
	申報數 (億元)	2.04	1.49	1.30	1.29	1.41	1.48	0.359
	執行率	57.3 %	35%	30.8%	42.7%	46.9%	49.26%	16.93%

註1：93-100年執行預算，係以點值結算結果，101年Q1暫以門住診醫療申報P碼進行計算。

註2”因乳癌及精神分裂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	95	96	97	98	99	100	101Q1
預算數	7.25	7.86	5.04	2.873	5.873	4.873	4.998
預算執行數	1.88	2.02	2.039	1.936	2.893	3.887	0.634
糖尿病	1.02	1.11	1.39	1.496	1.945	2.283	0.547
氣喘	0.24	0.16	0.16	0.162	0.169	0.175	0.044
高血壓	—	0.07	0.13	0.07	0.072	0.094	0.02
乳癌	0.15	0.25	0.37	0.208	0.53	0.901	*註3
結核病	0.43	0.431	導入 支付標準	—	—	—	—
子宮頸癌	0.044	註1	—	—	—	—	—
精神分裂症	未實施	—	—	—	0.147	0.347	*註3
BC肝炎帶原者	未實施	—	—	—	0.03	0.087	0.023
預算執行率	25.9%	25.7%	40.5%	67.4%	49.3%	79.77%	12.69%

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. 95-100年以點值結算結果，101年Q1以截至101年3月申報疾病管理照護費用計算。

註3. 因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—基層部門

單位：億點

年度	95	96	97	98	99	100	101Q1
預算數	3.56	4.27	4.236	2.99	3.00	3.00	2.12
預算執行數	2.04	1.49	1.303	1.290	1.406	1.478	0.359
糖尿病	0.45	0.48	0.60	0.684	0.768	0.832	0.203
氣喘	1.21	0.60	0.51	0.473	0.471	0.438	0.118
高血壓	0.29	0.39	0.18	0.133	0.137	0.138	0.024
乳癌	—	—	—	—	—	—	—
結核病	0.019	0.018	導入 支付標準	—	—	—	—
子宮頸癌	0.07	註1		—	—	—	—
精神分裂症	未實施	—	—	—	0.004	0.011	*註3
BC肝炎帶原者	未實施	—	—	—	0.026	0.058	0.014
預算執行率	57.3%	35%	30.8%	42.7%	46.9%	49.26%	16.93%

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. 95-100年以點值結算結果，101年Q1以101年1-3月申報疾病管理照護費用計算。

註3. 因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。

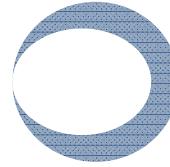


# 執行情形及成效評估





# 論質方案-照護人數(整體)

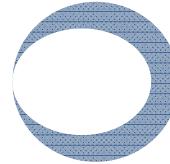


照護人數	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	100/99成長率	101Q1
糖尿病	160,889	176,475	181,098	191,251	214,340	254,504	283,748	11.49%	212,137
氣喘	184,269	190,671	140,464	119,645	115,788	115,423	115,600	0.15%	56,120
乳癌	5,852	6,927	8,438	9,807	10,743	11,678	11,827	1.28%	10,196
高血壓	未實施	98,960	123,392	76,667	54,698	54,481	65,528	20.28%	13,802
精神分裂症	未實施					36,580	43,076	17.75%	28,606
BC肝炎帶原者	未實施					44,035	91,840	108.56%	36,580
合計	351,010	473,033	453,392	397,370	395,569	516,701	593,061	14.78%	352,429

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。

註3：99年開始實施精神分裂症方案與BC肝炎帶原者方案。



## 論質方案-照護率(整體)

照護率	94年	95年	96年	97年	98年	99年 <sup>1</sup>	100年	101Q1
糖尿病	23.52%	23.16%	24.67%	26.34%	27.56%	29.26% <sup>2</sup>	31.16%	23.51%
氣喘	32.50%	34.78%	35.17%	31.29%	31.61%	47.02%	45.45%	52.33%
乳癌	12.09%	12.98%	13.60%	14.64%	14.50%	14.62%	13.67%	15.29%
高血壓	未實施	9.31%	6.54%	3.93%	2.65%	2.55%	2.94%	0.79%
精神分裂症	未實施					40.65%	46.94%	30.73%
BC肝帶原者	未實施					9.83%	19.37%	18.70%

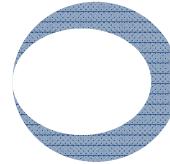
註1：照護率 分子：當年度申報該方案相關費用之歸戶人數。

分母：當年度該疾病之符合收案條件之歸戶人數(糖尿病、精神分裂症)  
或當年度申報該疾病診斷之歸戶人數(氣喘、乳癌、高血壓、精神分裂症、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%)



# 論質方案-照護情形(醫院)



方案別	年度	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101Q1
糖尿病	個案數	119,828	123,289	127,842	135,926	154,512	188,827	209,647	154,359
	照護率	24.47%	23.77%	25.51%	27.61%	30.06%	31.30%	35.01%	16.84%
氣喘	個案數	36,267	33,686	27,029	23,534	23,911	25,006	24,860	12,440
	照護率	13.54%	13.93%	14.34%	14.60%	15.75%	21.73%	20.87%	23.54%
乳癌	個案數	5,852	6,927	8,438	9,807	10,743	11,678	11,827	10,196
	照護率	12.09%	12.98%	13.60%	14.64%	14.50%	14.62%	13.67%	15.29%
高血壓	個案數	未實施	---	25,138	30,821	18,709	19,621	26,140	5,988
	照護率	未實施	---	2.62%	3.16%	1.87%	1.92%	2.48%	0.77%
精神分裂症	個案數	未實施	---	---	---	---	35,585	41,846	27,679
	照護率	未實施	---	---	---	---	40.95%	54.8%	35.85%
B、C肝帶原者	個案數	未實施	---	---	---	---	23,580	55,580	22,520
	照護率	未實施	---	---	---	---	6.79%	15.11%	14.35%

註1：照護率 分子：當年度申報該方案相關費用之歸戶人數。

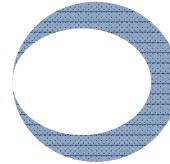
分母：當年度該疾病之符合收案條件之歸戶人數(糖尿病、精神分裂症)或當年度申報該疾病診斷之歸戶人數(氣喘、乳癌、高血壓、精神分裂症、BC肝帶原者)。

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



# 論質方案-照護情形(基層)



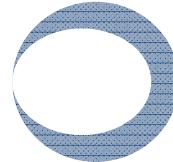
方案別	年度	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101Q1
糖尿病	個案數	43,897	54,717	54,410	56,408	61,007	66,866	74,561	57,849
	照護率	14.84%	16.55%	19.67%	20.80%	20.01%	19.74%	21.79%	25.79%
氣喘	個案數	150,778	159,302	114,610	97,228	92,672	91,038	91,203	43,748
	照護率	44.50%	46.43%	48.12%	43.94%	40.96%	65.71%	63.03%	78.22%
高血壓	個案數	未實施	98,960	98,305	45,865	36,007	34,870	39,393	7,815
	照護率	未實施	9.31%	8.89%	3.98%	2.89%	2.69%	2.92%	0.77%
精神分裂症	個案數	未實施	---	---	---	---	995	1,230	927
	照護率	未實施	---	---	---	---	32.21%	17.6%	12.97%
B、C肝帶原者	個案數	未實施	---	---	---	---	20,645	36,366	14,060
	照護率	未實施	---	---	---	---	16.13%	26.36%	34.18%

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、精神分裂症)或當年度申報該疾病診斷之歸戶人數(氣喘、乳癌、高血壓、精神分裂症、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%)

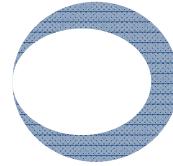
註3：氣喘方案配合收案對象定義改變，99年照護率統計方式改變：99年以前分母是以門診主診斷493歸戶人數，排除兩次就醫大於60天者。99年開始分母是以門診主診斷493歸戶人數，60天內同院所就醫2次以上。



# 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

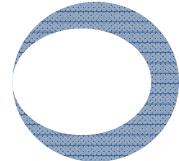




## 執行成果-糖尿病方案(2/4)

追蹤94-99年新收案HBA1C>9.5%個案66%改善

初診 HBA1C> 9.5%人數	1年後HBA1C 值	人數	比率
	<7% 良	9,451	17.5%
53,911	7%~9.5%	26,304	48.8%
	>9.5% 不良	18,156	33.7%



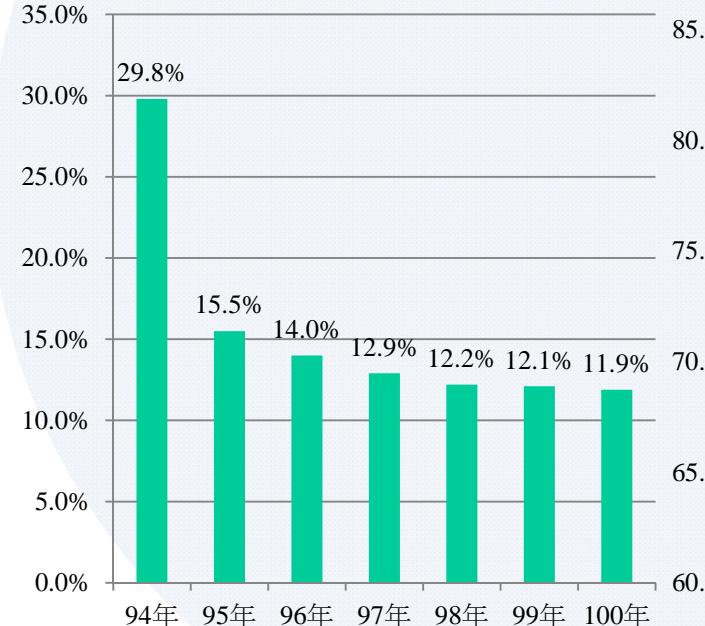
# 執行成果-糖尿病方案(3/4)

連續追蹤94年新參與方案者95-100年成效

HbA1C < 7.0% (良率)



HbA1C > 9.5% (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)

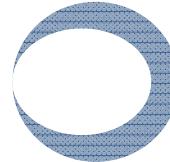
## 追蹤七年糖尿病人洗腎發生率

94-100年	糖尿病人數	新增洗腎人數	洗腎發生率
皆參加方案	48,796	295	0.60%
皆未參加方案	402,295	17,339	4.31%
曾經參加但未連續參加	208,186	7,455	3.58%
合計	659,277	25,089	3.81%

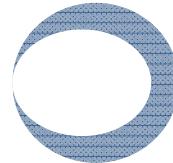
註：追蹤94年至100年符合收案條件之糖尿病人(排除案件分類08，90天內2次以上主診斷250之就醫)，比對94~100年重大傷病檔新增領證ID，主診斷慢性腎衰竭(尿毒症)，585、40301、40311、40391、40402、40403、40412、40413、40492、40493。



# 論質方案成果-乳癌方案



- 本指標係以Kaplan-Meier或Life table計算存活率，本年度試辦個案其五年存活率：
  - ✓ 零期病患平均為98.62% (99年為98.40%)
  - ✓ 第1期病患平均為95.64% (99年為94.41%)
  - ✓ 第2期病患平均為90.35% (99年為89.07%)
  - ✓ 第3期病患平均為73.48% (99年為70.75%)
  - ✓ 第4期病患平均為34.82% (99年為33.79%)
  - ✓ 與99年比較，各分期均有提升趨勢。

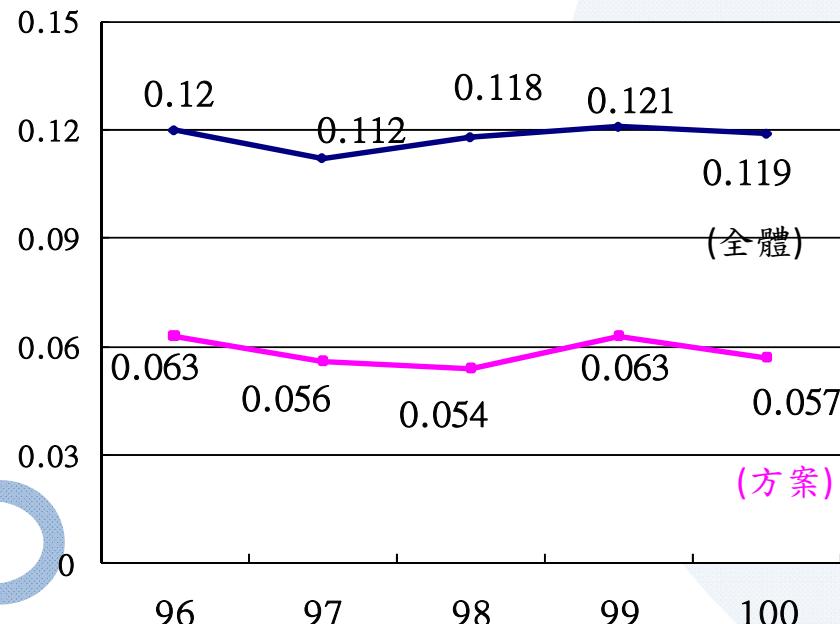


# 執行成果-氣喘方案(1/3)

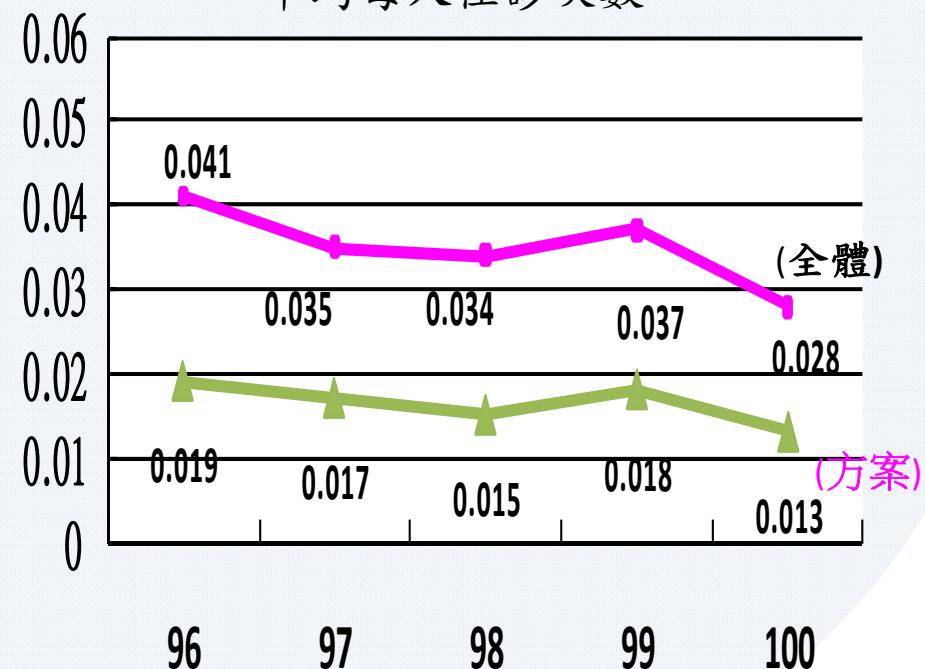
44

參與個案每人平均急診及住診次數均較整體為低

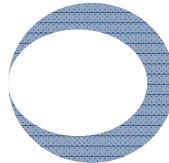
平均每人急診次數



平均每人住診次數



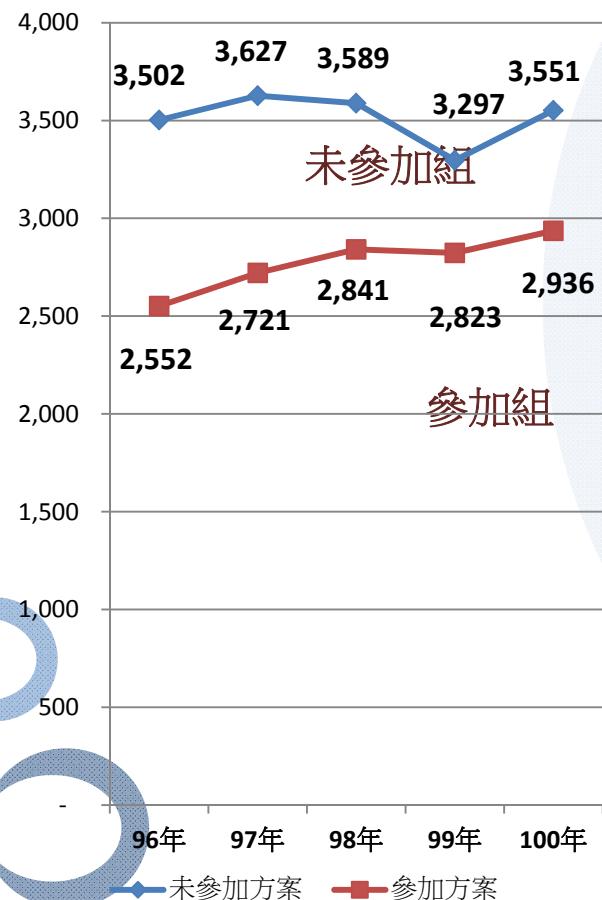
註：全體為西醫醫院與基層主診斷為氣喘患者；方案指當年度申報氣喘試辦方案之病人。



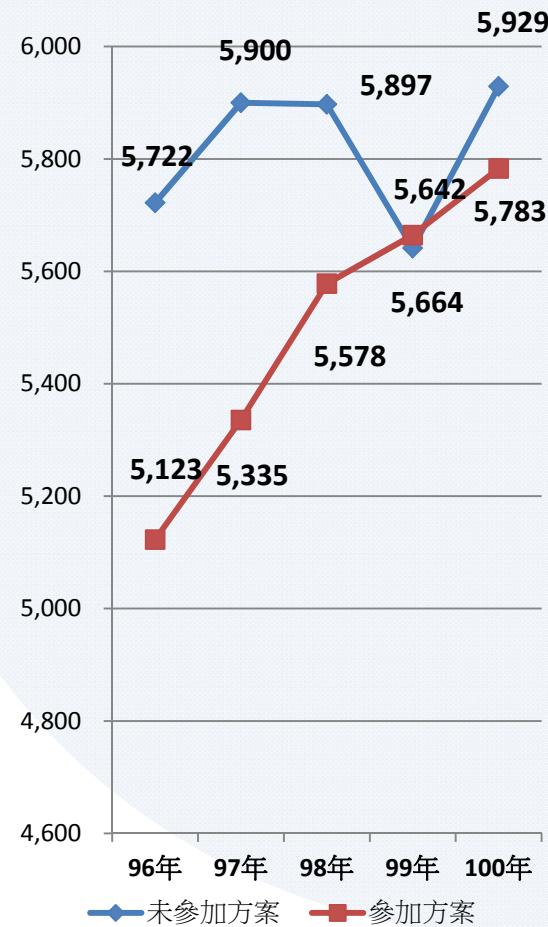
# 執行成果-氣喘方案(2/3)

收案對象門診平均每人藥費、醫療費用及門診次數申報情形

平均每人藥費比較

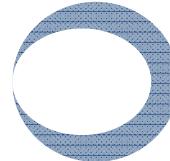


平均每人費用比較



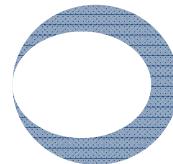
平均每人門診次數





## 執行成果-氣喘方案(3/3)

- 對於醫療院所VPN登錄不實，其疾病管理費被核刪，事後再申復，建議審查原則，修正為疾病管理費不予支付，其被核刪後不得再申報，避免造成行政困擾，對於登錄不實的審查規範，未來可收集各分區目前的情形，作為後續明定規範的參考。



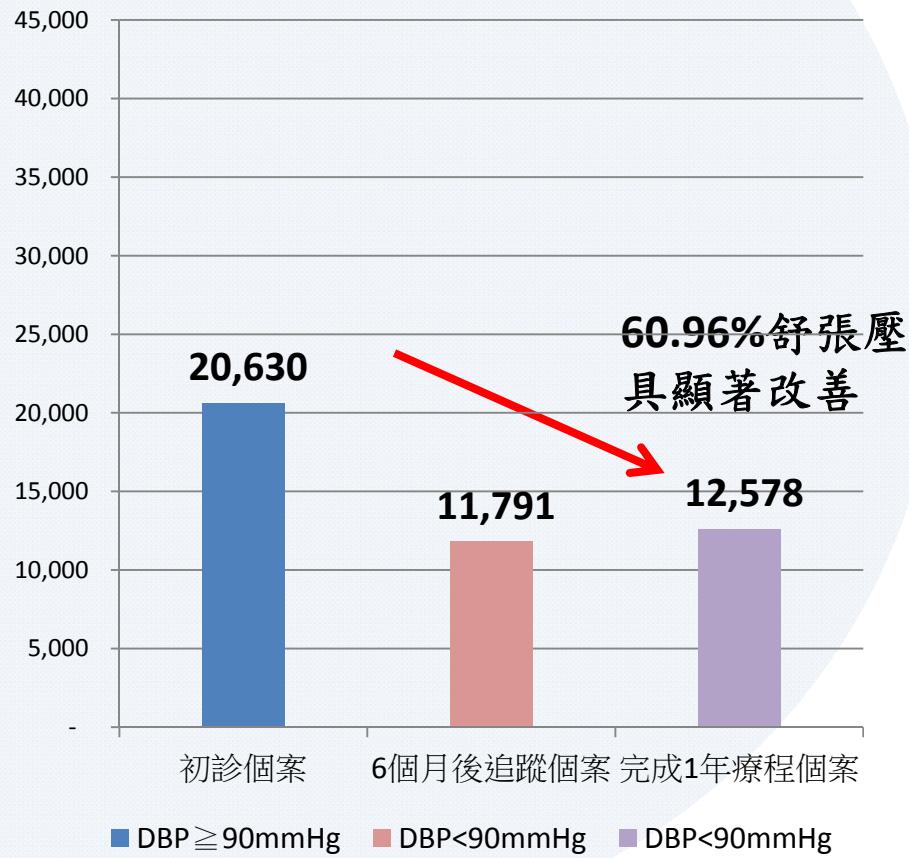
# 執行成果-高血壓方案

## 參與方案後個案血壓具顯著改善

個案數



個案數



96年至100年底完成療程案



# 執行成果-精神分裂症方案(1/5)

## 100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	11	10
區域醫院	27	25
地區醫院	41	35
基層診所	11	9
合計	90	79

註：99年度收案院所家數，收治一般病人為81家，收治高風險病人為74家。



# 執行成果-精神分裂症方案(2/5)

## 100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	55,330	32,708	59.11%
	未固定	19,970	7,132	35.71%
	久未	10,440	292	2.80%
	小計	85,740	40,132	46.81%
高風險病人	固定一般	4,052	2,325	57.38%
	未固定	1,465	600	40.96%
	久未就醫	509	19	3.73%
	小計	6,026	2,944	48.85%
合計		91,766	43,076	46.94%

註:1. 久未就醫病人名單定未主動提供院所，係院所向各分區業務組提出需求再予提供，故收案率較低。

2. 99年應收案人數為89,989人，實際收案人數為36,584人，收案率為40.65%。



# 執行成果-精神分裂症方案(3/5)

## 100年品質指標達成權值情形

指標項目	正負向	權值	一般指標			高風險指標		
			99年	100年	是否達成	99年	100年	是否達成
指標一_平均每月精神科門診就診次數	正	20%	1. 3950	1. 3285	Y	1. 3107	1. 2538	Y
指標二_精神科平均每月不規則門診比例	負	20%	5. 7%	4. 1%	Y	6. 1%	4. 6%	Y
指標三_六個月內精神科急性病房再住院率	負	20%	19. 1%	21. 0%		48. 3%	37. 4%	Y
指標四_急診使用人次比率	負	20%	23. 6%	24. 9%		111. 3%	78. 9%	Y
指標五_失聯結案率	負	20%	21. 7%	1. 5%	Y	22. 8%	1. 5%	Y
指標六_強制住院發生人次比率	負	參考	0. 7%	0. 5%	Y	1. 9%	1. 0%	Y
指標七_固定就醫病人精神科急性病房平均住院天數	負	參考	12. 8658	13. 6462		28. 8890	23. 8899	Y
指標八_規則病人精神科急性病房住院人次比率	負	參考	23. 8%	24. 7%		67. 4%	49. 4%	Y
指標九_規則且一般病人佔率	正	參考	64. 4%	62. 5%		64. 4%	62. 5%	
合計					60%			100%

註：1. 100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99年成績進步。

2. 100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99年成績進步。



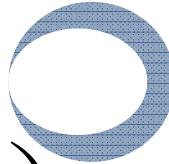
# 執行成果-精神分裂症方案(4/5)

## 100年病人類別及收案率 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
99	42,603	128.0萬	21.7億	4,145萬	50,917
100	42,556	129.7萬	23.1億	4,056萬	54,389
差異	-47	1.7萬	1.6億	-89萬	3,472

註1. 以100年收案人數43076人匯入99~100年健保門住診檔之醫療費用。  
註2. 人次計算排除申報類別2&補報原因註記2。



# 執行成果-精神分裂症方案(5/5)

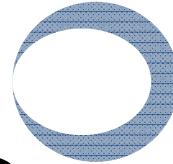
## 參與方案者醫療利用—住診 單位：點

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
99	12,975	22,693	24.5億	1,590萬	182.5萬 (80天/件)	140.6天	188,899	30.1%
100	12,270	22,478	23.6億	1,400 萬	166.8萬 (74天/件)	135.9天	192,724	28.5%
差異	-705	-215	-0.9億	-190 萬	-15.7萬 (-6天/件)	-4.7天	3,825	-1.6%

註1. 以100年收案人數43076人匯入99~100年健保門住診檔擷取醫療費用計算。

註2. 人次以相同院所相同ID相同生日相同住院日為一筆計算之。

註3. 住院發生率=人數 / 100年收案人數43,076。

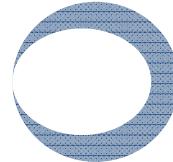


# 論質方案檢討-精神分裂症方案

- 計算年度照護率，將當年度入住慢性病房以致無法收案照護的個案於年底統一檢核排除。



# 論質方案成果-B、C肝帶原者 (1/2)

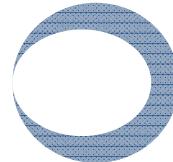


層級	參與家數	門檻符合率	年度完整追蹤人數	年度完整追蹤率	早期發現肝癌人數
醫院	109	80.73%	26,832	48.13%	212
基層	193	88.08%	17,569	47.90%	18
合計	302	85.43%	44,401	48.04%	230

1. 資料來源：100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 $\geq 50$ 人以上。  
地區醫院及基層診所當年度收案人數須 $\geq 20$ 人以上。

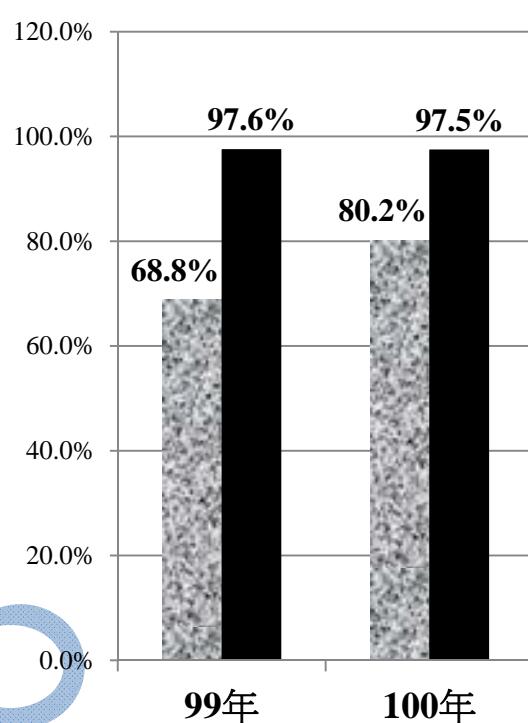


# 論質方案成果-B、C肝帶原者

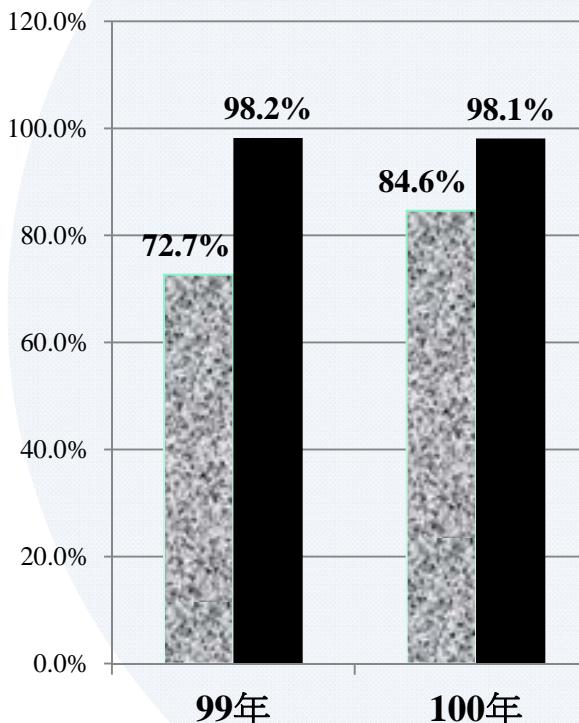


(2/2)

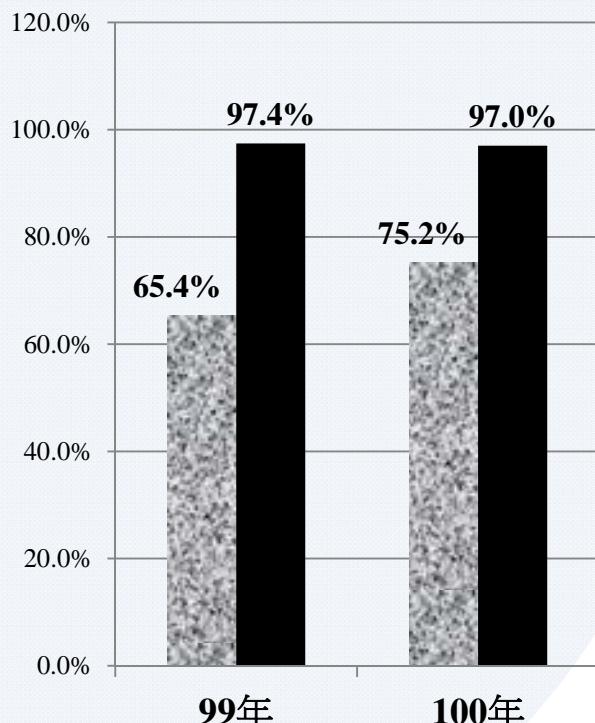
GOT檢查率



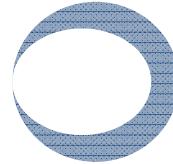
GPT檢查率



腹部超音波檢查率

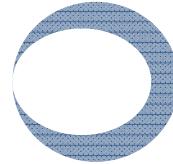


比較99年-100年參與BC肝醫療給付改善方案之檢查(驗)執行率



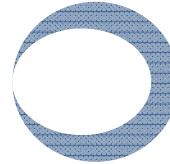
# 論質方案成果總結

- 整體照護人數達59.3萬人，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99.47%。
- 糖尿病方案：初診血糖控制不良( $HbA1C > 9.5\%$ )的病人66%改善。
- 氣喘方案：參與方案者急診及住院次數減少。
- 乳癌方案：第2-3期癌症存活率高於一般個案。
- 高血壓方案：參與方案者約有48.84%(收縮壓)及60.96%(舒張壓)個案血壓值獲改善。
- 精神分裂方案：較參加前1年，門診申請點數增加1.6億，住診減少0.9億。
- BC肝帶原者追蹤方案：參予試辦計畫病人的GOT、GPT檢查率、腹部超音波檢查率皆高於未參加者。



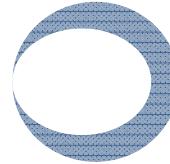
## 檢討事項(1/2)

- 乳癌方案：本計畫獎勵金計算方式是依存活率計算，其目標值的設定應有定期檢討機制。
- 氣喘方案：本局已於101年5月1日新增指標如下
  1. 品質加成指標：病人完整追蹤率、收案病人因氣喘住院的比率、收案病人因氣喘急診的比率。
  2. 品質監測觀察指標：降階治療成功率、氣喘出院14日內再入院率。



## 檢討事項(2/2)

- 精神分裂症：為使計算年度照護率更精確，將當年度入住慢性病房以致無法收案照護的個案於年底統一檢核排除。
- 本局101~102年擬辦理科技綱要委託研究計畫—「健保論質計酬支付成效評估與前瞻研究」，係針對目前已實施的5項論質計酬方案作整體成效評估、病患端之建議及滿意度調查並提出慢性病共病整合的具體建議方案，以提供本局未來持續推動與規劃論質計酬支付制度之參考。



## 未來展望

- ✓ 總額下持續改革支付制度，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。

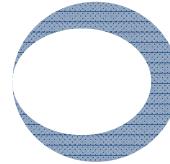


# 慢性B型及C型肝炎治療計畫



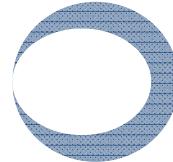


# 慢性B型及C型肝炎治療計畫(1/12)



## ►計畫目標及重點

- 1. 計畫目標：**本計畫自92年10月起試辦，主要目的為配合行政院衛生署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；另為免排擠一般預算，本項藥物治療費用列為專款，由中央健康保險局管控。
- 2. 執行重點：**由疾病管制局負責本試辦計畫之治療效益評估、追蹤及後續研究，本局則負責費用之給付及相關審核管控等，並隨時視新藥及新療程之發展，適時修訂本計畫之給付規定。



# 慢性B型及C型肝炎治療計畫(2/12)

## ➤ 歷年協定事項及經費執行率

### ✓ 醫院總額

項目/年度	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年1-3月
醫院	預算數	15	7	11.15	14.37	14.84	6.22	12.82
	執行數	6.66	6.38	8.25	8.74	10.94	28.17	32.30
	執行率	44%	91%	74%	61%	74%	453%	39%

— 單位:億、%

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。

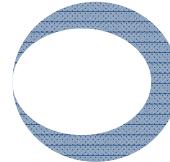
註6：B肝抗藥株復發自99年7月起開放治療。

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



# 100年醫院預算超支之原因與因應(3/12)

- 100年預算超支之原因，係因98-99年陸續開放B型及C型肝炎治療之適應症及延長藥物治療療程所致。
  - 98-99年將C肝復發株及B肝抗藥株等藥物治療納入給付
  - 放寬以抽血檢驗病毒量取代肝組織切片。
  - 放寬B肝及C肝延長藥物治療療程。
- 超支之因應
  - 100年醫院總額部門全年支用32.30億元，其中由專款項下支用12.82億元，不足部分依費協會協定：
    - 一般服務部門支用17.48億元。
    - 其他部門支用2億元。



# 慢性B型及C型肝炎治療計畫(4/12)

## ➤歷年協定事項及經費執行率 ✓ 西醫基層總額

項目/年度		94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年1-3月
西醫基層	預算數	0.5	0.1	0.72	0.08	0.15	0.6	1.57	1.57
	執行數	0.03	0.06	0.02	0.02	0.05	0.50	1.14	0.39
	執行率	5%	57%	3%	28%	33%	83%	73%	25%

— 單位:億、%

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。

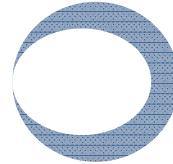
註4：B肝復發自96年10月起開放治療。

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

註8：本表預算執行費用統計至100年10月止。



# 慢性B型及C型肝炎治療計畫(5/12)

## ➤ 執行情形及成效評估\_醫院

	項目/年	開放時間	93年	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年1-4
醫院	試辦家	92.10	99	136	151	156	157	170	185	205	210
新收案病 人數	B型肝炎	92.10	6,085	5,662	5,439	5,715	6,637	9,263	17,771	15,715	4,817
	B肝抗藥	95.09	未開放	未開放	710	1,326	912	926	1,079	799	225
	B肝復發	96.1	未開放	未開放	未開放	117	546	1,173	1,783	1,083	440
	B抗復發	99.07	未開放	未開放	未開放	未開放	未開放	未開放	235	135	63
	C型肝炎	92.10	3,741	3,504	3,101	3,848	3,554	5,142	11,415	9,497	2,784
	C肝復發	98.11	未開放	未開放	未開放	未開放	未開放	280	993	810	290

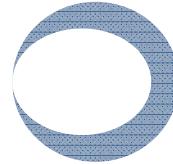
註1：101年收案數係截至101年5月3日。

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。

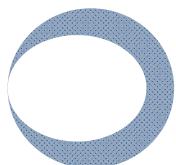
註5：B肝抗藥株復發自99年7月起開放治療。

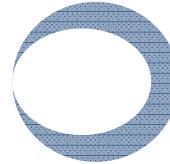


# 慢性B型及C型肝炎治療計畫(6/12)

## ➤執行情形\_醫院

- 1) 100年醫院總額部門參加試辦計畫院所共計205家，B型肝炎新收案15,715人，B型肝炎抗藥株新收案799人，B型肝炎復發新收案1,083人，B型肝炎復發抗藥株新收案135人，C型肝炎新收案9,497人，C型肝炎復發新收案9,93人。
- 2) 101年(1-4月)醫院總額部門參加試辦計畫院所共計210家，截至今年5月3日止B型肝炎新收案4,817人，B型肝炎抗藥株新收案225人，B型肝炎復發新收案440人，B型肝炎復發抗藥株新收案63人，C型肝炎新收案2,784人，C型肝炎復發新收案290人。

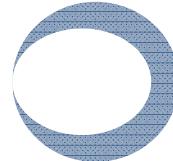




# 慢性B型及C型肝炎治療計畫(7/12)

## ➤執行情形\_醫院

3) 本試辦計畫自92年開辦以來，依本局健保資訊服務網網頁登錄資料(VPN)統計，參與B、C肝炎治療試辦計畫個案數，截至101年5月3日，醫院總額部門已有137,615人次肝炎病患參與B、C肝炎，其中B型肝炎治療人數共77,104人、B肝抗藥株為5,977人、B肝復發為5,142人，C型肝炎有46,586人，C肝復發有2,373人，B型肝炎抗藥株復發有433人。



# 慢性B型及C型肝炎治療計畫(8/12)

## ➤ 執行情形\_西醫基層

	項目/年	開放時間	93年	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年1-4
新收案病 人數	診所試辦家	92.10	21	23	30	28	32	53	91	202	209
	B型肝炎	92.10	24	51	51	39	44	110	510	841	267
	B肝抗藥	95.09	未開放	未開放	4	5	10	16	17	19	9
	B肝復發	96.1	未開放	未開放	未開放	1	5	15	34	33	12
	B抗復發	99.07	未開放	未開放	未開放	未開放	未開放	未開放	2	5	2
	C型肝炎	92.10	13	16	21	44	22	49	351	674	275
	C肝復發	98.11	未開放	未開放	未開放	未開放	未開放	1	23	36	9

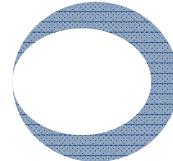
註1：100年收案數係截至101年5月3日。

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。

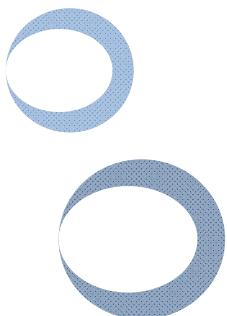
註5：B肝抗藥株復發自99年7月起開放治療。

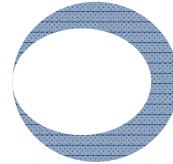


# 慢性B型及C型肝炎治療計畫(9/12)

## ➤ 執行情形\_西醫基層

- 1) 100年西醫基層總額部門參加試辦計畫院所共計202家，B型肝炎新收案841人，B型肝炎抗藥株新收案19人，B型肝炎復發新收案33人，B型肝炎抗藥株復發新收案5人，C型肝炎新收案674人，C型肝炎復發新收案36人
- 2) 101年西醫基層總額部門參加試辦計畫院所共計209家，截至今年5月3日止B型肝炎新收案267人，B型肝炎抗藥株新收案9人，B型肝炎復發新收案12人，B型肝炎抗藥株復發新收案2人，C型肝炎新收案275人，C型肝炎復發新收案9人。

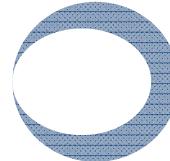




# 慢性B型及C型肝炎治療計畫(10/12)

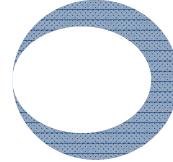
## ➤執行情形\_西醫基層

3) 本試辦計畫自92年開辦以來，依本局健保資訊服務網網頁登錄資料(VPN)統計，參與B、C肝炎治療試辦計畫個案數，截至100年5月3日，西醫基層總額部門已有3,660人次肝炎病患參與B、C肝炎，其中B型肝炎治療人數共1,937人、B肝抗藥株為80人、B肝復發為100人，B型肝炎抗藥株復發有9人，C型肝炎有1,465人，C肝復發有69人。



## 慢性B型及C型肝炎治療計畫(11/12)

- **執行成效**
- 依衛生署國健局2002年2006年癌症標準化發生率之五年變化分析顯示，男性肝癌降幅為6.2%；女性降幅為4.7%，另由歷年肝癌死亡率的變化趨勢顯示，93年之每十萬人口標準死亡率為28.1%，至100年已下降為25.3%，除了病人自我照護及醫療科技進步外，本計畫應有相當貢獻。



# 慢性B型及C型肝炎治療計畫(12/12)

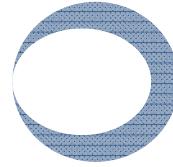
## ➤ 未來方向

- 加強前端用藥勾稽，增加VPN系統登錄檢核之包含療程重複申報、超過結案日期、登錄B肝復發者勾稽是否已完成B型肝療程、B肝登錄結果為完成療程者，使用口服藥累積時間須達12個月以上、或使用干擾素達6個月以上。
- 持續監測B型及C型肝炎治療藥物使用情形，以瞭解藥品是否為適應症之放寬效應或為院所異常使用。



# 醫院以病人為中心之整合照護計畫





# 整合照護計畫之目的與策略

## 目的

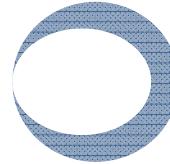
- 提供具成本效益之照護，減少重覆浪費。
- 增進遵循實證醫療，提升醫療品質。
- 建立以病人為中心之服務模式。

## 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。

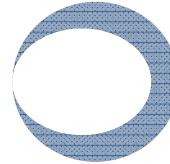
100年3月31日，辦理全國觀摩會，邀請專家學者及全國近二百家醫院代表，共400人，共同分享整合經驗。

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。

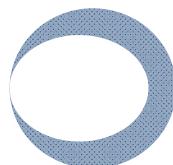
101年計畫(101年4月-102年3月)，依各界意見，修訂參與對象之排除範圍、修訂評量指標，並將評量範圍擴大至西醫整體(含院外)。



# 100年整合照護計畫簡介(1/2)

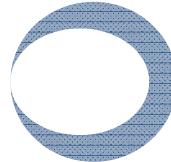


- **整合式照護對象定義**：前一年(98年10月-99年9月)西醫門診就醫病人，該病人於院內或整合團隊內個別醫院門診就醫次數占其(98年10月-99年9月總門診就醫次數大於50%以上 (忠誠病人)為對象。
- **特殊排除情況**
  1. 門、住診急重症之病患(癌症、凝血因子異常、移植、精神疾病等)
  2. 曾手術住院者或死亡
  3. 近期無該院就診紀錄者
- **照護對象分類**
  1. 將忠誠保險對象於全國就醫次數高低排序(遞減排序)切為十等分位，依順序擇定前四分位之病人，由醫院自由選定照護對象。
  2. 99年已選定之照護對象且須持續照護者，自由選定照護對象。
  3. 醫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



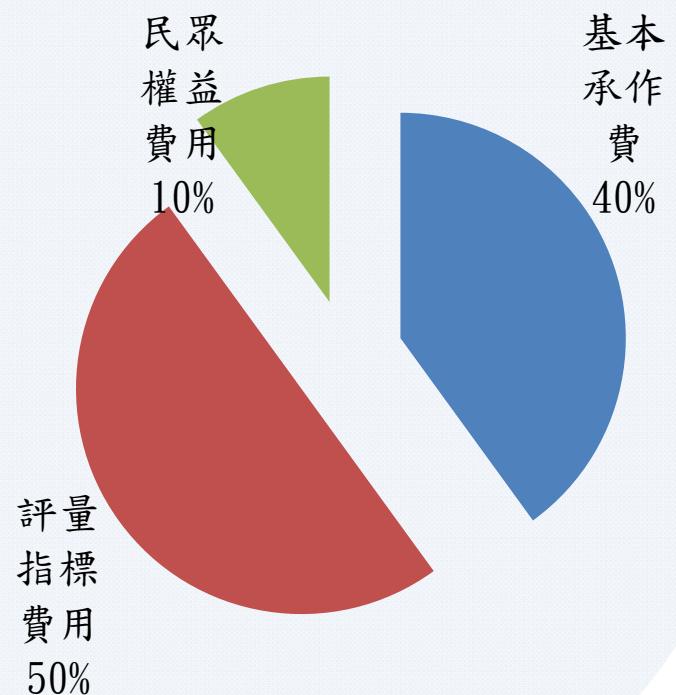
## • 支付項目

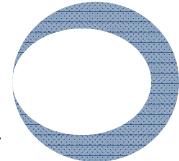
1. **基本承作費**：100年新照護對象每人核付400元，繼續照護對象則不支付。

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。

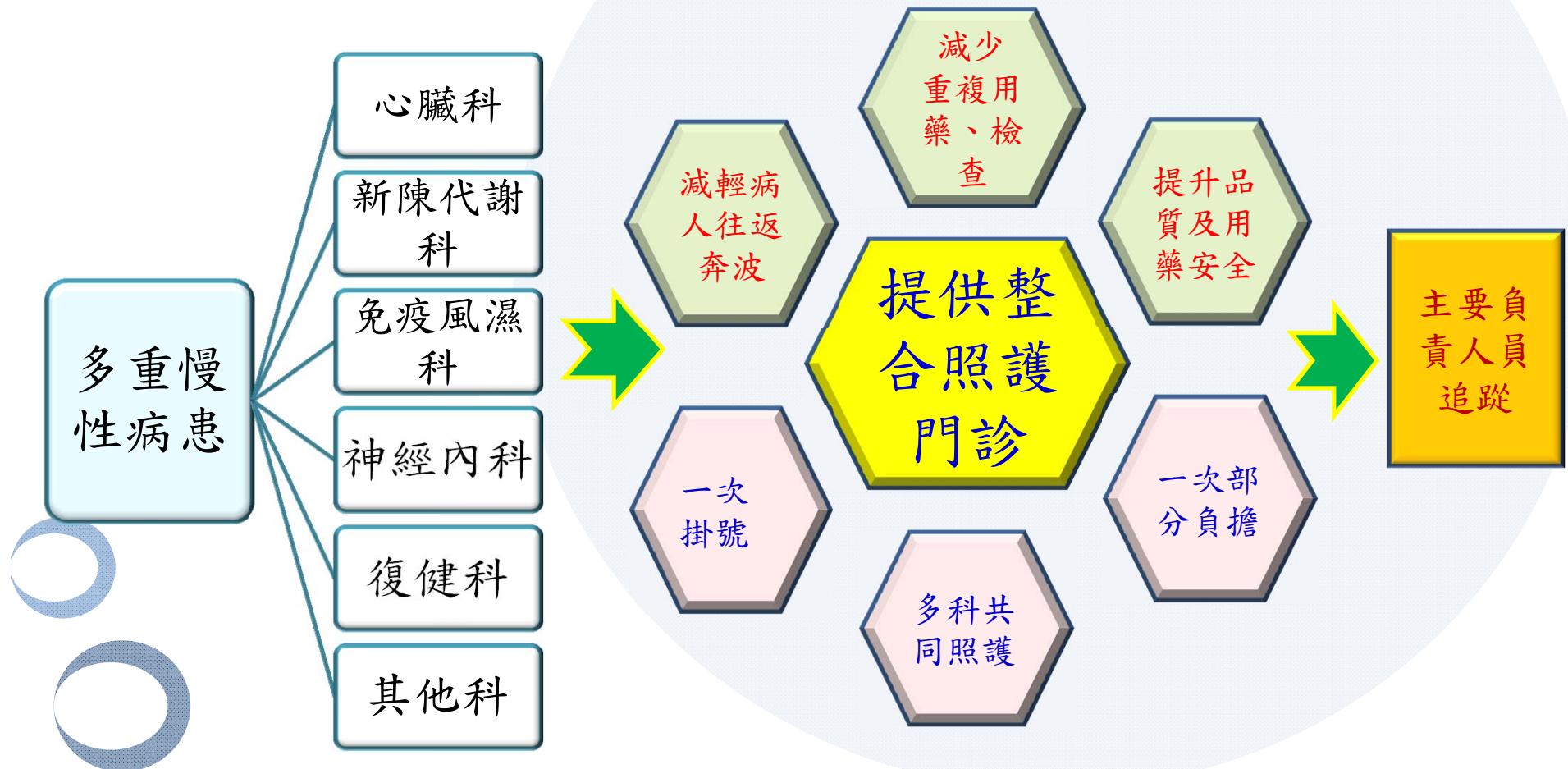
- 院內平均每人每月醫療費用低於基期：每人150元。
- 院內平均每人每月門診就醫次數低於基期：每人150元。
- 院內平均每人每月藥品項數低於基期：每人100元。
- 照護對象院急診率低於基期：每人經費100元。

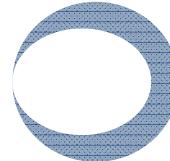
3. **民眾就醫權益**：平均每月院內民眾申訴案件成案數低於比較基期，每人100元。





# 醫院整合照護門診之執行架構





# 創新多元之整合照護模式

- 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

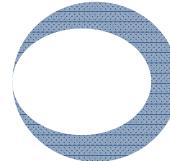
- 醫院開設以疾病別為主之整合門診，如：糖尿病、心腎門診、三高門診.....。



# 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%

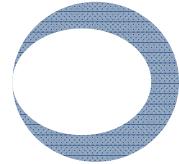
註：納入成效人數占率 = 納入成效人數 / 原照護人數



## 納入成效個案特性(1/2)

- 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%。

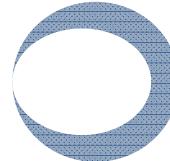
項目	人數	占率(%)
原收案人數	553,704	100%
急重症	102,654	19%
死亡	23,780	4%
院內失聯	92,518	17%
性別年齡不詳	2	0%
成效範圍人數	380,657	69%
新舊照護對象		
舊照護對象	285,163	75%
新照護對象	95,494	25%
依性別		
男性	198,566	52%
女性	182,091	48%



## 納入成效個案特性(2/2)

- **依年齡來看**，45~65歲占39%最多，65~80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%
<b>依年齡</b>		
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%
<b>依慢性病數</b>		
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%



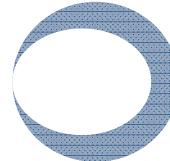
# 100年整體成效指標

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 %

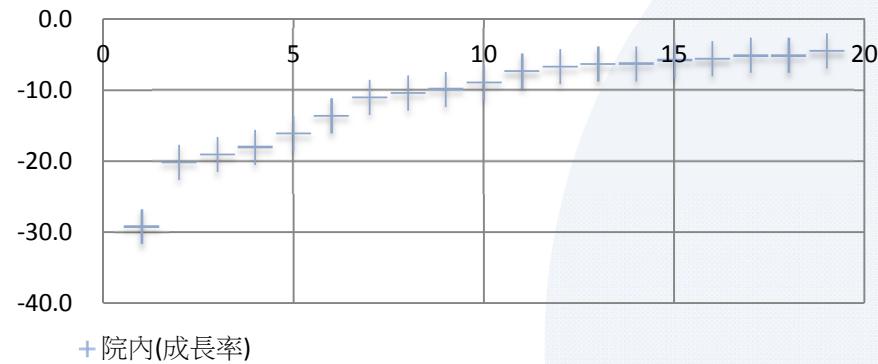
減少之點數扣除本計畫支出費用後，預估節省3.7億元。



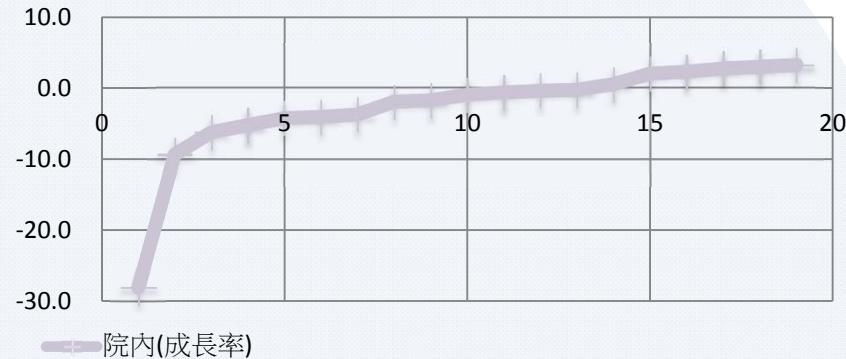
# 醫學中心評量指標結果散布圖



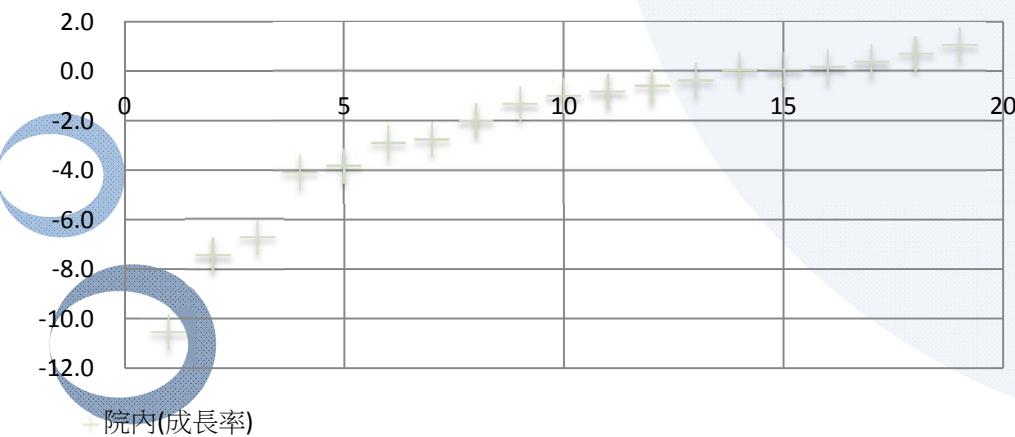
醫學中心院內平均每人每月門診次數(成長率)



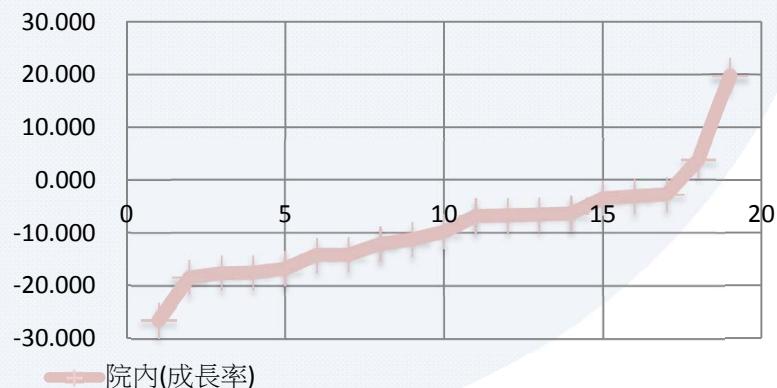
醫學中心院內平均每人每月門診點數(成長率)



醫學中心院內平均每人每月用藥品項數(成長率)

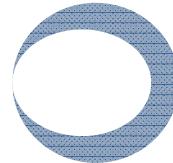


醫學中心院內平均每人每月急診次數(成長率)

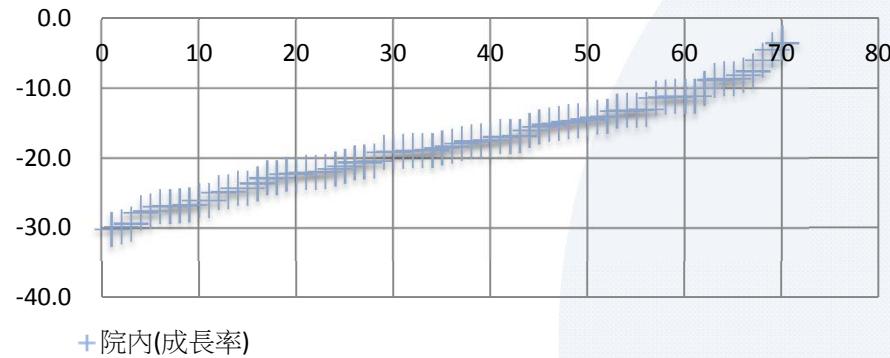




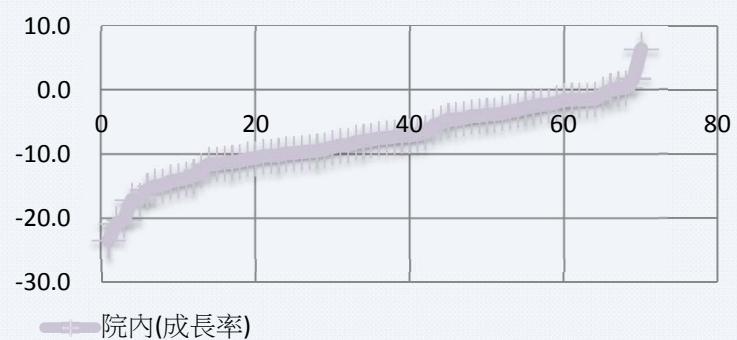
# 區域醫院評量指標結果散布圖



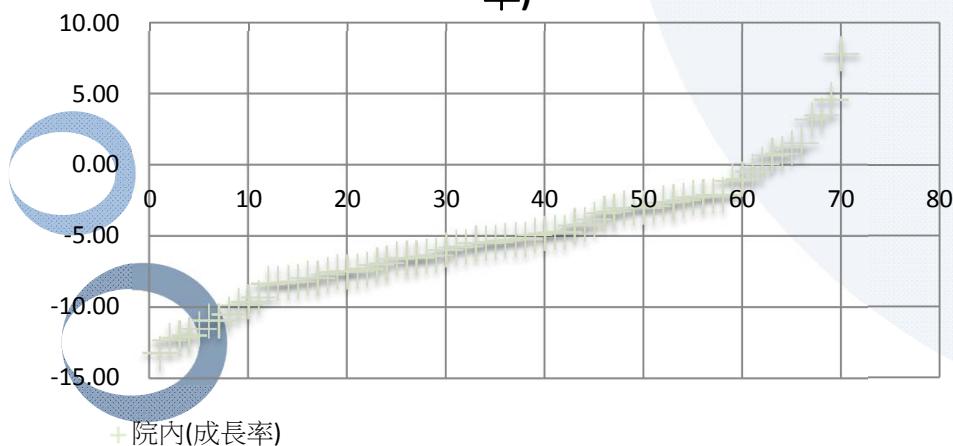
區域醫院院內平均每人每月門診次數(成長率)



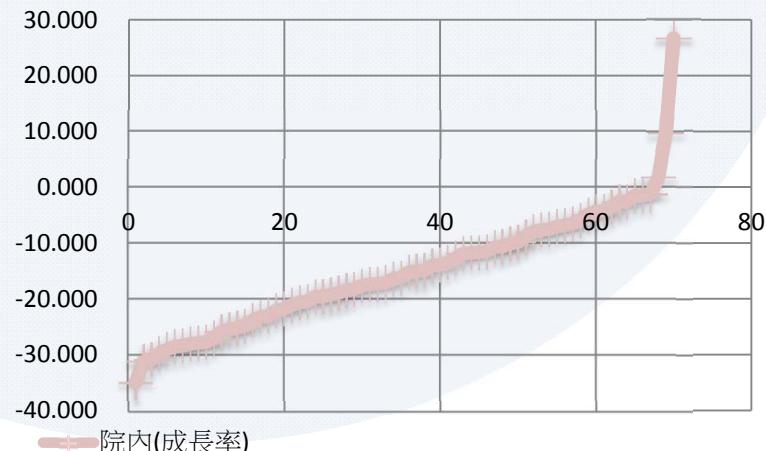
區域醫院院內平均每人每月門診點數(成長率)

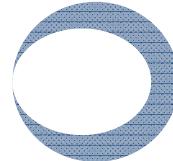


區域醫院院內平均每人每月用藥品項數(成長率)



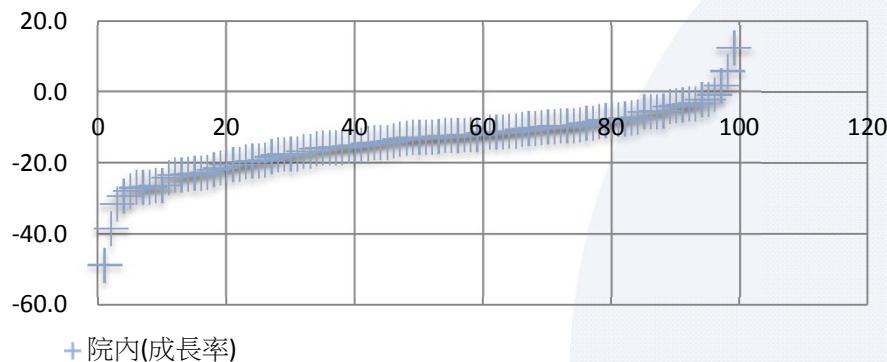
區域醫院院內平均每人每月急診次數(成長率)



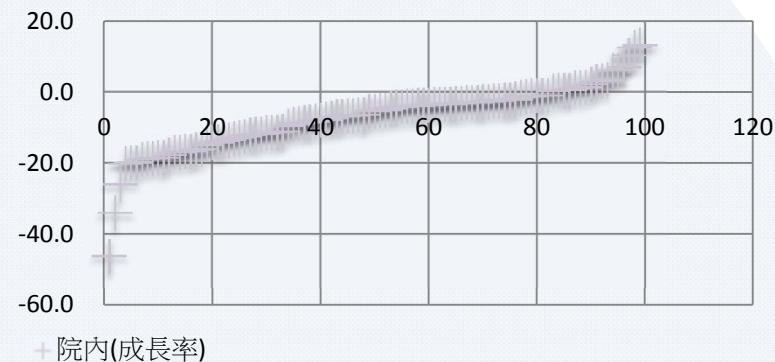


# 地區醫院評量指標結果散布圖

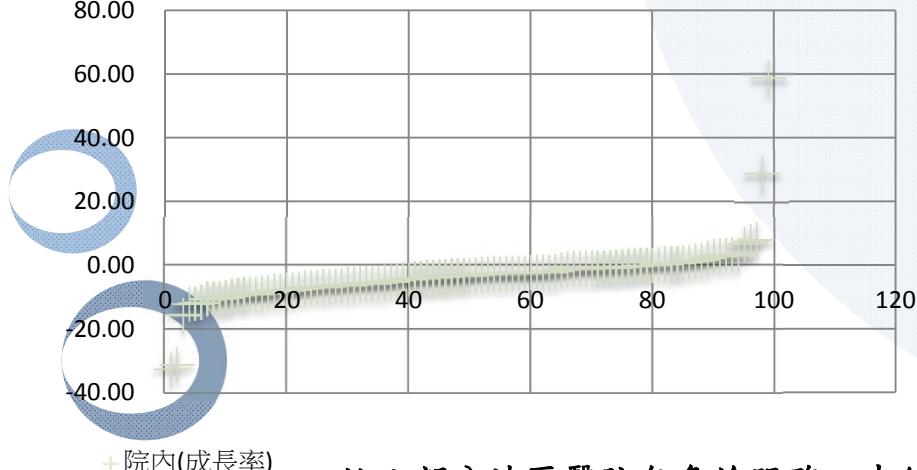
地區醫院院內平均每人每月門診次數(成長率)



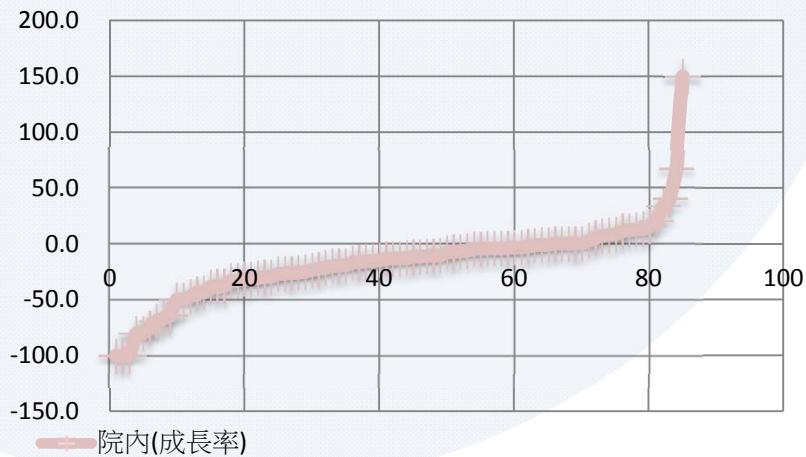
地區醫院院內平均每人每月門診點數(成長率)



地區醫院院內平均每人每月用藥品項數(成長率)



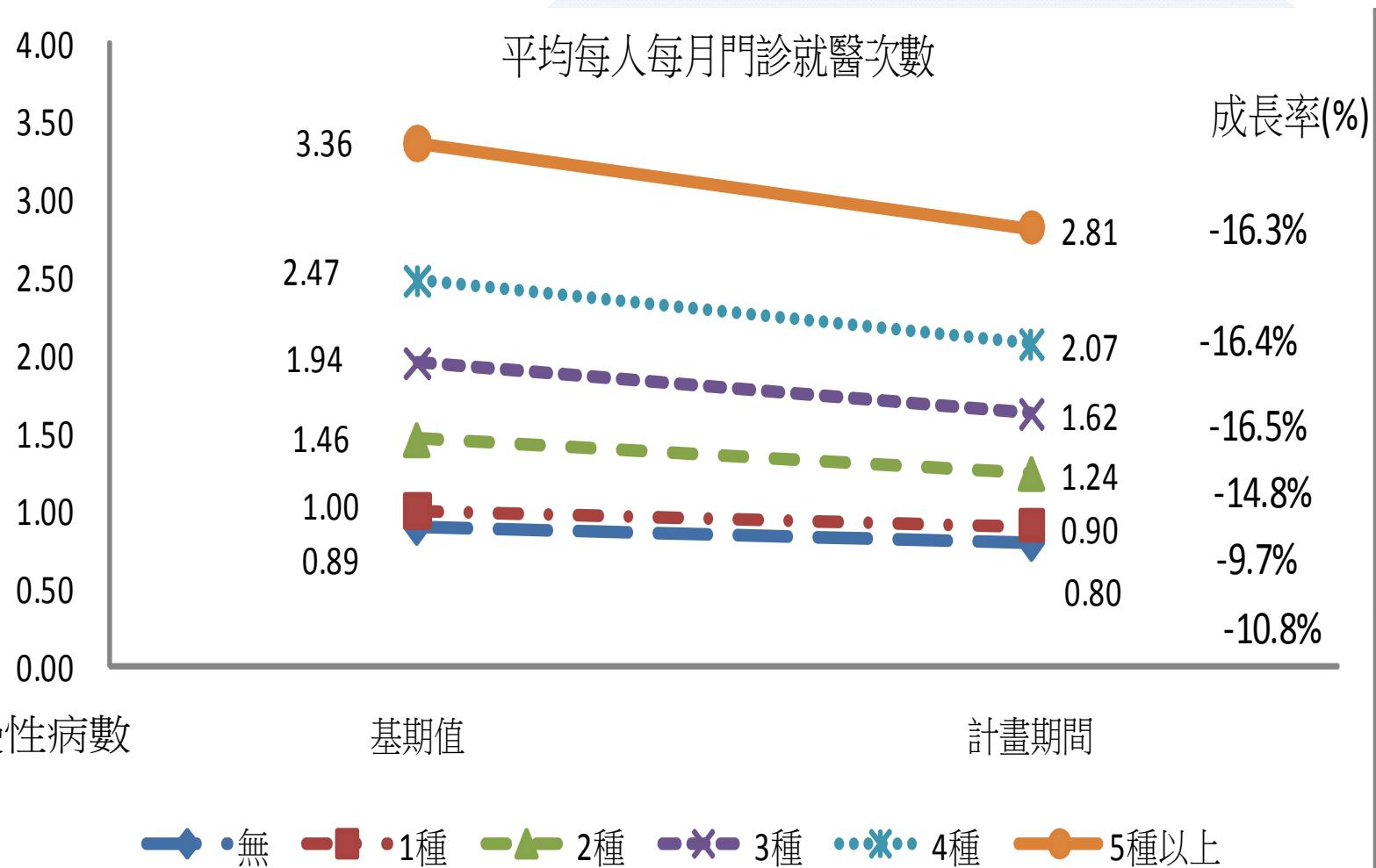
地區醫院院內平均每人每月急診次數(成長率)



註：部分地區醫院無急診服務，未納入本圖。

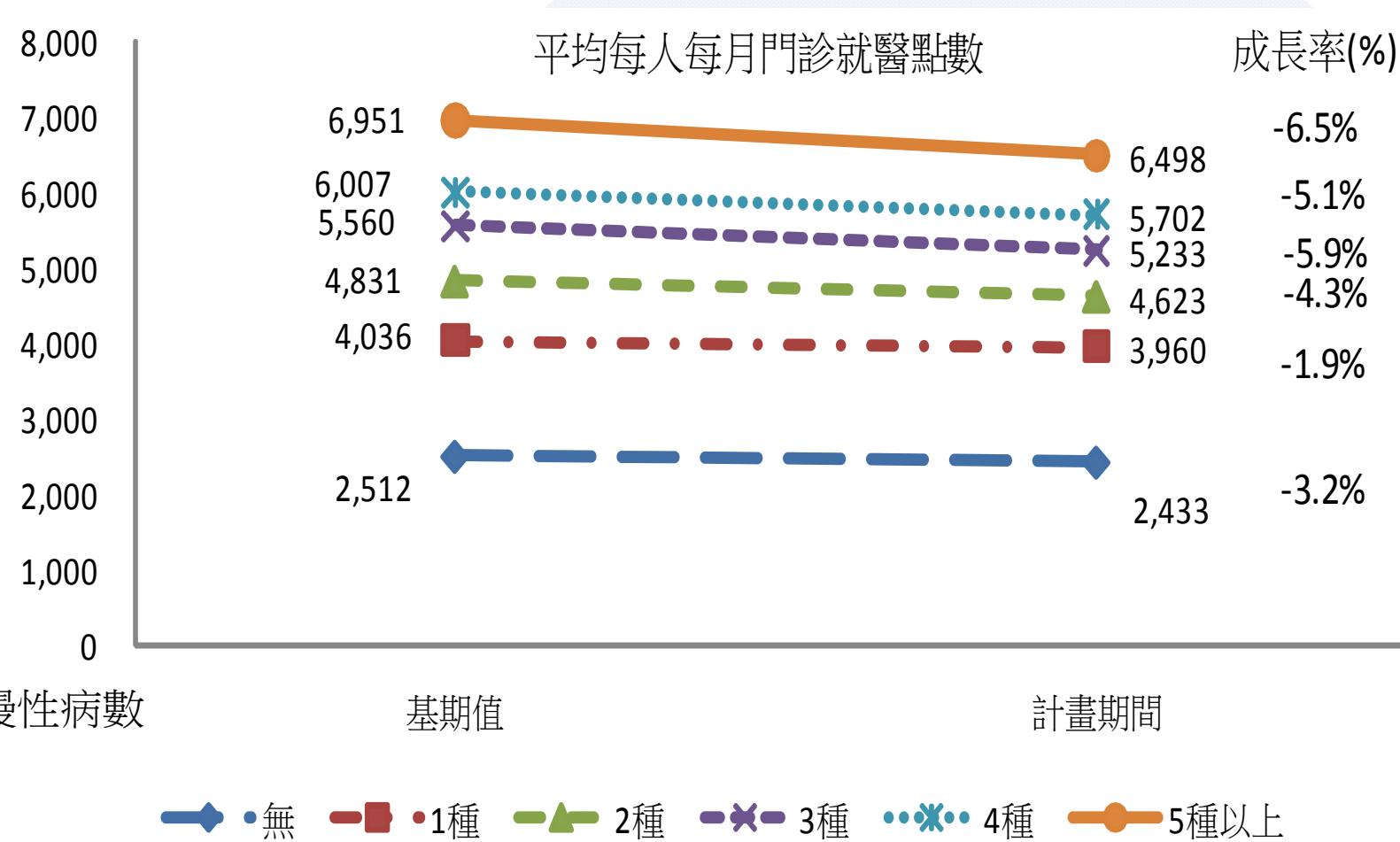


# 100年成效指標\_以慢性病數區分(1/4)



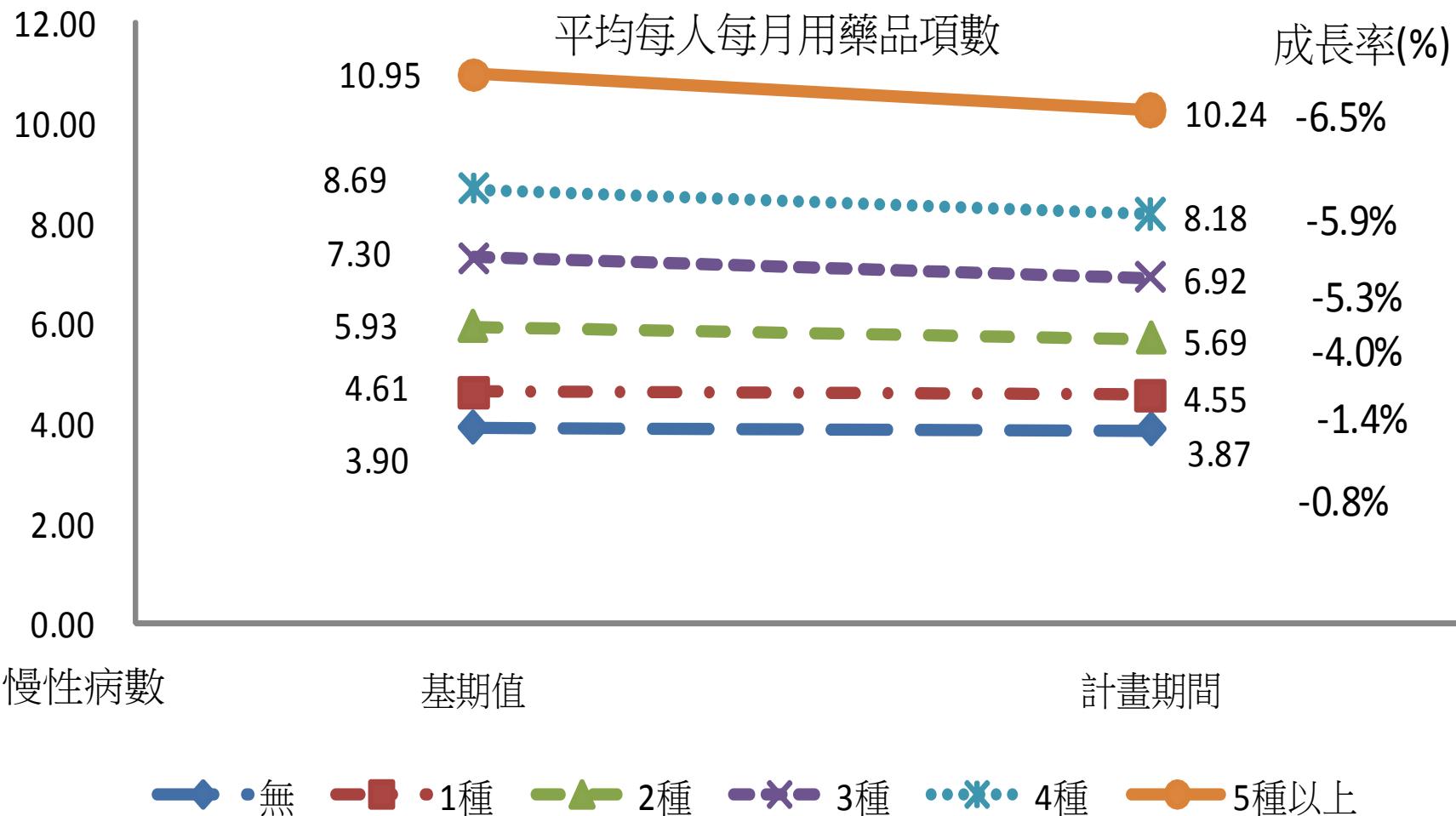


# 100年成效指標\_以慢性病數區分(2/4)



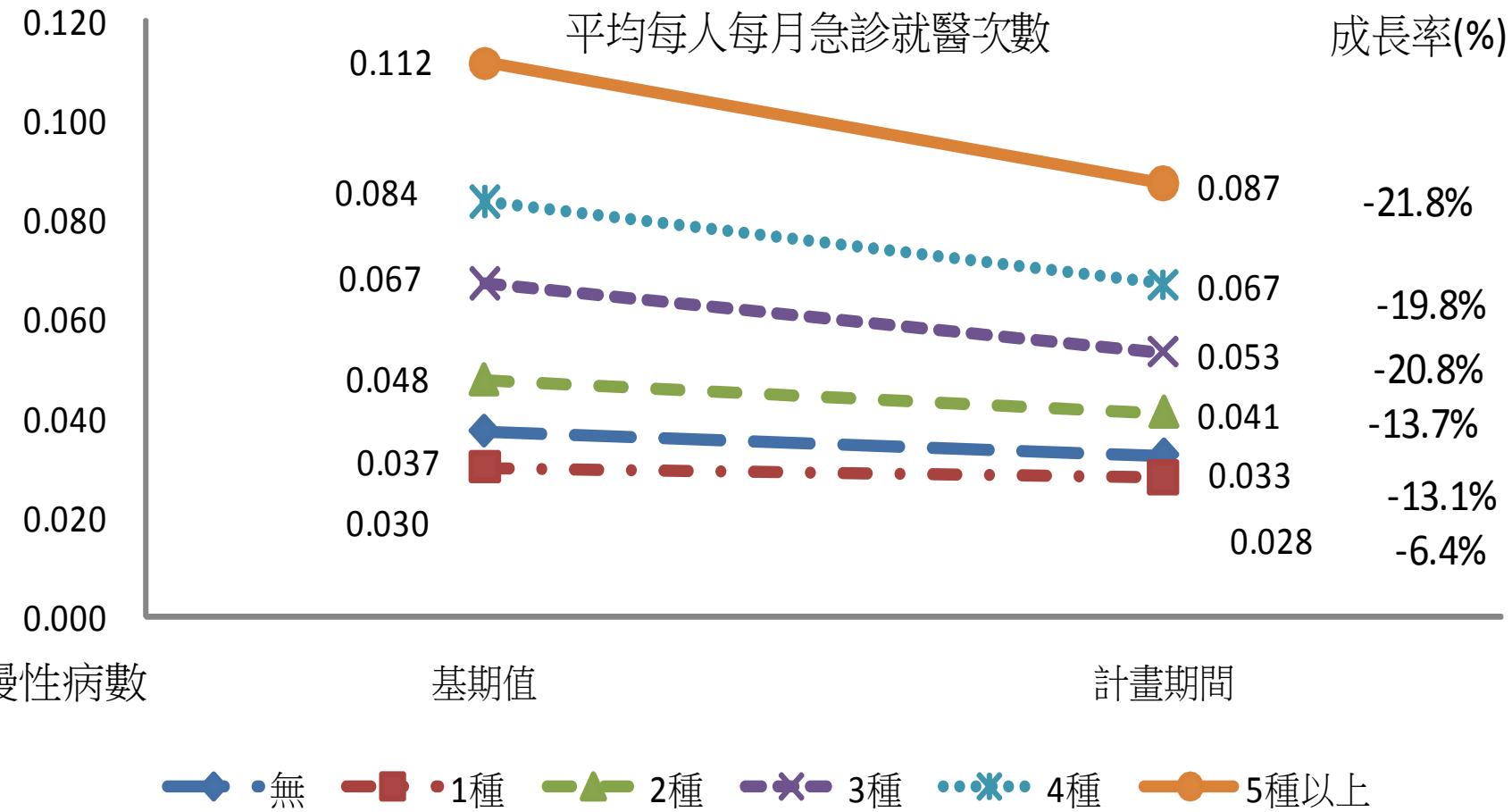


# 100年成效指標\_以慢性病數區分(3/4)





# 100年成效指標\_以慢性病數區分(4/4)

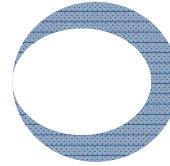




# 100年4~12月 醫院整合計畫評量指標達成情形

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。



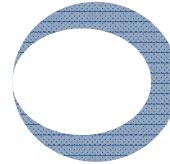
# 100年預算執行情形

- 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

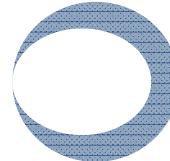
分區	100年Q1	100年(Q2-Q4)		100年合計 (百萬)
費用項目	評量與民眾權益指標費用(百萬)	基本承作費 (百萬)	評量與民眾權益指標費用(百萬)	
台北分區	15.9	20.4	53.7	90.0
北區分區	6.6	7.6	17.1	31.2
中區分區	10.2	12.3	24.3	46.8
南區分區	4.7	8.2	16.2	29.2
高屏分區	8.3	5.1	18.8	32.3
東區分區	1.4	1.8	3.5	6.7
合計	47.2	55.5	133.6	236.2



# 101年計畫修訂重點(1/2)



- 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(2/2)

—**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**

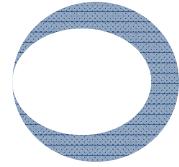
- **成效評量**：比較基期由前一年同期，改為前二年同期(99年4月~100年3月)。
- **民眾就醫權益**：比較基期維持為前一年同期(100年4月~101年3月)。



# 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

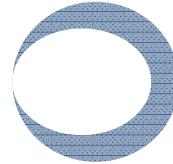
- 減少財務負擔(1次多科看診，1次部分負擔，1次掛號費)
- 節省等候看診時間及社會成本(交通工具往返、家人陪伴)
- 用藥品項數的減少，提升病患用藥安全。

## 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。)

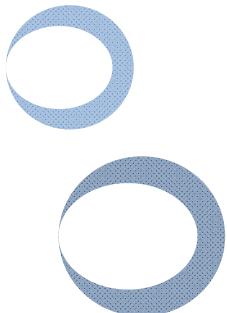
## 政策

- 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。





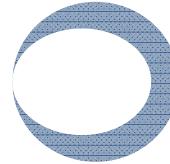
# 高診次保險對象藥事居家照護試辦計畫





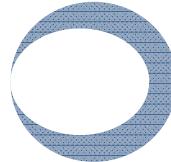
# 99與100年計畫比較





## 99與100年計畫之比較

項目	99年計畫	100年計畫
預算金額	924萬	3,600萬
輔導人數	1,100人	4,300人
施行區域	臺北及高屏 業務組	全國
排除對象	死亡、醫院整合 照護計畫及重大 傷病者	死亡、重大傷病、醫院整合照護計畫、牙醫、中 醫、復健及精神科就醫者
輔導對象	門診高診次及就 醫院所家數 $\geq 6$ 家者	前1年申報門診就醫次數 $\geq 100$ 次之保險對象篩選 具有2種以上慢性疾病者(在 $\geq 2$ 家院所領取 $\geq 13$ 張慢性病連續處方箋)、藥費在前50百分位且就 醫院所家數 $\geq 8$ 家、半數以上處方箋之藥品品項 $\geq 7$ 種者等納入優先輔導對象。
預期成效 計算方式	個案與前1年同 期比較	<b>個案開始輔導至100年12月31日</b> 與前1年同期比較。 (維持99年計畫之門、住診醫療費用下降10%目 標值)
新增項目	無	須得到輔導對象同意接受輔導至100年12月31日 之 <b>同意書</b> ，始得進行輔導。

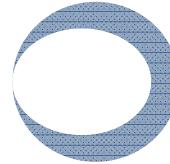


# 100年試辦計畫目標與重點

- 目的：為使醫療資源合理使用，針對門診高利用之保險對象且需輔導建立正確服藥 觀念者，進行居家訪視，避免藥物重複使用，提升用藥安全，間接減少醫療資源之浪費。
- 施行區域：首度於全國實施。
- 實施期間：100年1月1日至12月31日。
- 預算來源：100年全民健康保險醫療給付費用總額中「其他預算」— 3,600萬元。

## 預期目標及成效：

- 100年預期照護4,300人，總服務人次34,400人次。
- 預計降低輔導對象前1年同期申報門、住診醫療費用10%以上。



## 支付與申報

- 支付方式：採論次計酬，每次支付1,000點，每點1元。
- 申報費用時，應檢送「高診次保險對象藥事居家照護報告書」等書面資料，並依「特約藥局醫療服務點數清單媒體申報」格式，向保險人分區業務組申請費用
- 前述報告書應一併檢送中華民國藥師全國聯合會備查。





# 100年執行成效





# 執行成效-1

## (年度別、門診、住院就醫分析)

期間	門診		住院		合計	
	就醫次數	醫療費用點數	就醫次數	醫療費用點數	就醫次數	醫療費用點數
99年 收案日-12月	326,538	243,744,753	2,591	104,466,568	329,129	348,211,321
100年 收案日-12月	269,855	219,070,409	2,462	121,074,100	272,317	340,144,509
下降數	-56,683	-24,674,344	-129	16,607,532	-56,812	-8,066,812
99年較100年 下降率	-17%	-10%	-5%	16%	-17%	-2%

註1：100年成效目標值為以個案開始輔導至100年12月31日，與前1年同期之比較，預計降低輔導對象前1年同期申報門、住診醫療費用10%以上，惟100年實施成效僅下降2%。

註2：門診醫療費用雖下降10%（2,467萬點），但住院醫療費用卻上升16%（1,660萬點），故門、住診合計後僅下降2%。



## 執行成效-2

### (100年分區別、門診、住院就醫分析)

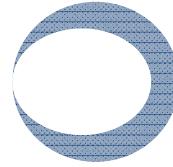
業務組別	輔導人數	門診		住院		合計	
		就醫次數	醫療費用	就醫次數	醫療費用	就醫次數	醫療費用
臺北	692	-17%	-11%	-14%	6%	-17%	-6%
北區	178	-21%	-15%	-15%	32%	-21%	-3%
中區	1,027	-17%	-10%	10%	35%	-17%	2%
南區	974	-16%	-8%	-2%	21%	-16%	1%
高屏	1,164	-18%	-10%	-11%	3%	-18%	-6%
東區	6	-13%	-16%	0%	186%	-13%	-4%
合計	4,041	-17%	-10%	-5%	16%	-17%	-2%

註1：門診就醫次數下降率以北區最高，高屏其次。醫療費用下降率則以東區最高，北區其次。

註2：住診就醫次數下降率仍以北區最高，臺北其次。醫療費用各分區業務組皆為正成長，以高屏成長較少。



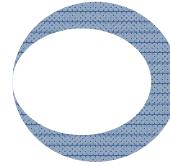
## 執行成效-3



執行項目	99年(輔導前)	100年(輔導後)	執行成效
平均每人門診就醫次數	80.99次	67.01次	-17%
平均每人醫療利用點數(門診)	7.05萬點	5.44萬點	-10%
平均每人醫療利用點數(住院)	7.55萬點	9.32萬點	+16%
平均每人醫療利用點數(門、住診)	8.62萬點	8.42萬點	-2%
平均每人藥費點數(門診)	2.07萬點	1.86萬點	-10%
平均每人藥費點數(住院)	0.91萬點	1.29萬點	+33%
平均每人藥費點數(門、住診)	2.38萬點	2.27萬點	-5%



# 100年執行結果檢討



- 收支尚屬平衡：雖未達本計畫之目標值，但因住院醫療費用實非藥事人員介入輔導可見成效，故計畫支出(約2,499萬元)與門診醫療費用節省(24,674萬點醫療費用)尚屬平衡。
- 未達設定目標值：本計畫目標值是門、住診醫療費用下降10%，經分析僅下降約2%之原因，係受輔導個案住院醫療費用未下降反而增高達16%之影響，故門診醫療費用下降率雖高達10%，惟門、住診合計之醫療費用下降率僅為2%，而住院醫療費用非可由本計畫介入輔導所可改變，鑑於住院費用並非合適之量化指標，故已於101年試辦計畫。
- 修正為【輔導成效以個案開始輔導至101年12月31日，與前1年同期之比較，預計降低輔導對象前1年同期申報門診醫療費用12%以上】。



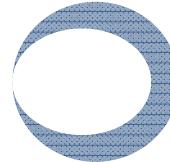


# 101年計畫執行情形





# 101年計畫修正重點



- 個別藥師獎勵與整體成效脫勾處理，修正為【以藥師輔導之所有個案開始輔導至101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15%以上者】即可獲得獎勵金之分配。
- 整體成效改以門診輔導成效為計算基準，修正為【個案開始輔導至101年12月31日，與前1年同期之比較，預計降低輔導對象前1年同期申報門診醫療費用12%以上】。
- 增列項目：
  - 為鼓勵服務偏遠地區，增列訪視地點屬「全民健康保險山地離島地區」者每次支付1,200點，每點1元。惟藥事人員執業地區屬前述地區而至該地區提供本服務者，不適用之。
  - 將「西醫基層醫師認為需要藥師專業輔導轉介之個案」增列為「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」。

備註：100計畫於99年12月31日公告在案，99年整體成效及獎勵金則至100年2月後始有完整之申報資料計算，故100年計畫未及修訂上開之事項。



# 各分區業務組依101年輔導名單之 收案統計表（截至101.7.10止）

業務組	已簽附約 藥事人員 數 (A)	收案人數 (B)	收案率 (B/目標 4,300人)	平均每位藥 事人員照護 人數 (B/A)
臺北業務組	29	505	11.74%	17
北區業務組	13	243	5.65%	19
中區業務組	32	1151	26.77%	36
南區業務組	39	991	23.05%	25
高屏業務組	34	1628	37.86%	48
東區業務組	3	25	0.58%	8
總計	150	4,543	105.65%	30

註：依公告計畫第十條收案、輔導與結案之程序（一）收案程序第5點規定：最後收案截止時間為101年7月31日，全聯會並須於101年8月15日前將最終收案名單送本局及各分區業務組。

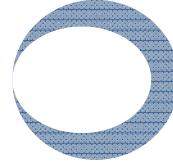


## 增進全民健康保險醫療資源不足地區之 醫院點值保障方案(100年)





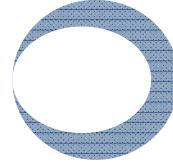
# 100年醫療資源不足地區之 醫院點值保障方案(1/2)



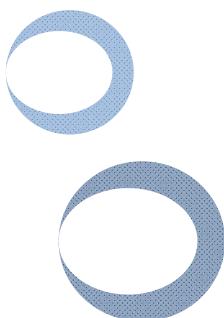
- **預算來源**
  - 100年度總額之其他預算項目「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」項下，**經費2億元**。
- **計畫目的**
  - 為保障離島地區及山地鄉民眾之就醫品質及權益，並增進就醫可近性。
- **適用醫院資格**
  - 離島地區之醫院
  - 鄰近山地鄉民眾之主要就醫醫院，並以急性照護為主，附近無醫學中心可以選擇，並距離最近醫學中心車程達45分鐘以上者。
- **保障措施**
  - 符合本方案之醫院，其該季納入結算之核定浮動點數，以浮動點值補足至每點一元支付。



## 100年醫療資源不足地區之 醫院點值保障方案(2/2)



- 執行結果
  - 100年符合前述條件之醫院15家，支用2.8億元，超出預算部分(2億元)，依據行政院衛生署100年9月20日衛署健保字第1000077174號函略以，由其他部門「其他預期政策改變所需經費」項目支應。
  - 本計畫對於個別醫院補助金額約介於300萬～4300萬元，透過點值保障措施，已適度減輕醫院財務風險與經營壓力，有助其提供山地離島居民更穩定之醫療服務。



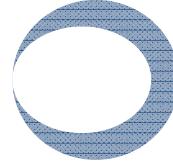


# 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫 (101年)





# 101年醫療資源不足地區之 醫療服務提升計畫(1/6)



- **預算來源**

- 依據費協會101年度於總額其他預算「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」項目預算5億元辦理；預算若有不足，由其他預算「其他預期政策改變所需經費」項目預算支應1.7億元。

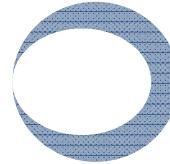
- **計畫目的**

- 主要係對離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區之民眾在地醫療，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，增進民眾就醫之可近性。

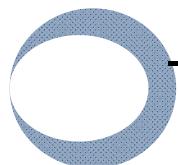




# 101年醫療資源不足地區之 醫療服務提升計畫(2/6)

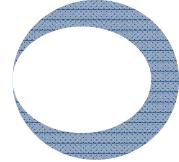


- 適用醫院資格
  - 離島地區、山地鄉及醫療資源不足地區及鄰近鄉鎮之醫院，且該院須以急性照護為主。
  - 衛生署核定之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之地區級醫院。
  - 101年符合申請條件之醫院計78家(4家區域級醫院、74家地區級醫院)。
- 醫院承諾事項
  - 承諾提供24小時急診服務。
  - 內科、外科、婦產科及小兒科門診及住院醫療服務。
  - 檢驗檢查報告主動通知醫院。
  - 深入社區加強預防保健服務。





# 101年醫療資源不足地區之 醫療服務提升計畫(3/6)

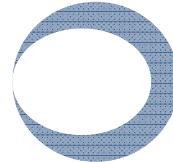


## • 保障措施

- 醫院總額一般服務部門(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，惟每家醫院全年最高以1,500萬元為上限，最低補助900萬元(未滿四科，每減少一科，減少100萬元)。前述補助應按本年度實施月份比例核算。
- 符合本計畫及「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之醫院，應擇一申請。

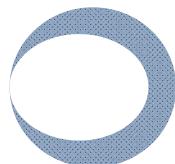


# 101年醫療資源不足地區之 醫療服務提升計畫(4/6)



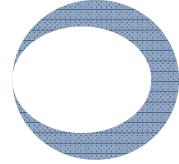
## • 執行情形

- 本局於5月28日辦理公告，當日即邀集各分區業務組，辦理「計畫說明會」，各分區業務組並於6月中旬前，完成各分區之說明會，刻正辦理申請醫院之書面及實地審查等事宜。
- 目前符合申請78家醫院，其中37家已通過審查符合保障資格，4家醫院審查中，11家目前列入分區平均點值保障，有19家醫院表達不申請，尚未申請者有7家，未申請(不申請+尚未申請)比率達33%。





# 101年醫療資源不足地區之 醫療服務提升計畫(5/6)

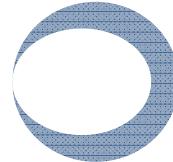


本局各分區醫院參加「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」  
統計分析(截至101.07.17)

項目	符合 申請 A	已申請			分區平均 點值保障 E	未申請			
		通過 審查 B	審查中 C	小計 D= (B+C)		不申請 F	尚未申請 G= (A-D-E-F)	小計 H=F+G	占率 I=H/A
台北	8	4		4	3	1	0	1	13%
北區	10	5	1	6		4	0	4	40%
中區	13	7		7	5		1	1	8%
南區	10	6		6		4	0	4	40%
高屏	27	12	2	14	3	9	1	10	37%
東區	10	3	1	4		1	5	6	60%
合計	78	37	4	41	11	19	7	26	33%



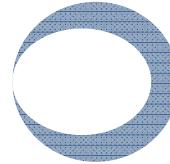
# 101年醫療資源不足地區之 醫療服務提升計畫(6/6)



## 尚未申請醫院辦理科別統計

項目	尚未申請 醫院家數	24小時 急診	設置科別家數			
			內科	外科	婦科	兒科
中區	1	0	0	1	0	0
高屏	1	1	1	1	0	0
東區	5	5	5	3	4	2
合計	7	6	6	5	4	2

醫院準備中



## 醫院不申請之理由及影響

- 19家不申請之醫院，多因醫院醫療規模相對較小、且該鄉鎮或毗鄰鄉鎮有其他醫院設置24小時急診，醫院經評估後，不設置24小時急診服務，故未申請加入本計畫，其未加入對當地民眾就醫應無影響。



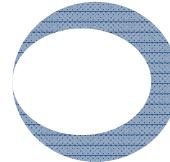


# 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫 初期慢性腎臟病醫療給付改善方案



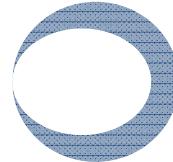


# Early-CKD方案目的



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。



# 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

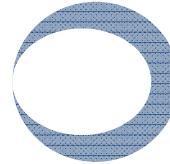
- 腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況
- $eGFR \geq 90 \text{ ml/min/1.73 m}^2 + U_{PCR} \geq 150 \text{ mg/gm}$  (或糖尿病患者  $U_{ACR} \geq 30 \text{ mg/gm}$ )

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  $U_{ACR} \geq 30 \text{ mg/gm}$ )

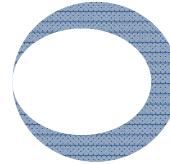
CKD stage 3a  
病患

- 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



# 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
  - 1、腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師。
  - 2、內、外、婦產、兒、家醫、神經科專科醫師：需接受本局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。

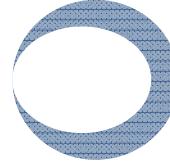


# 結案條件

- 腎功能持續惡化，其Urine protein/creatinine ratio ( $U_{PCR}$ )  $\geq 1000$  mg/gm，或eGFR  $< 45$  ml/min/1.73 m<sup>2</sup>，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( $\geq 180$ 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。



# 照護目標

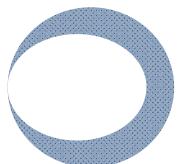


- **必要指標：**

- CKD分期較新收案時改善（如stage 2→stage 1）；或
- eGFR較新收案時改善(eGFR>新收案時)，且下列良好指  
標至少需2項指標由異常改善為正常。

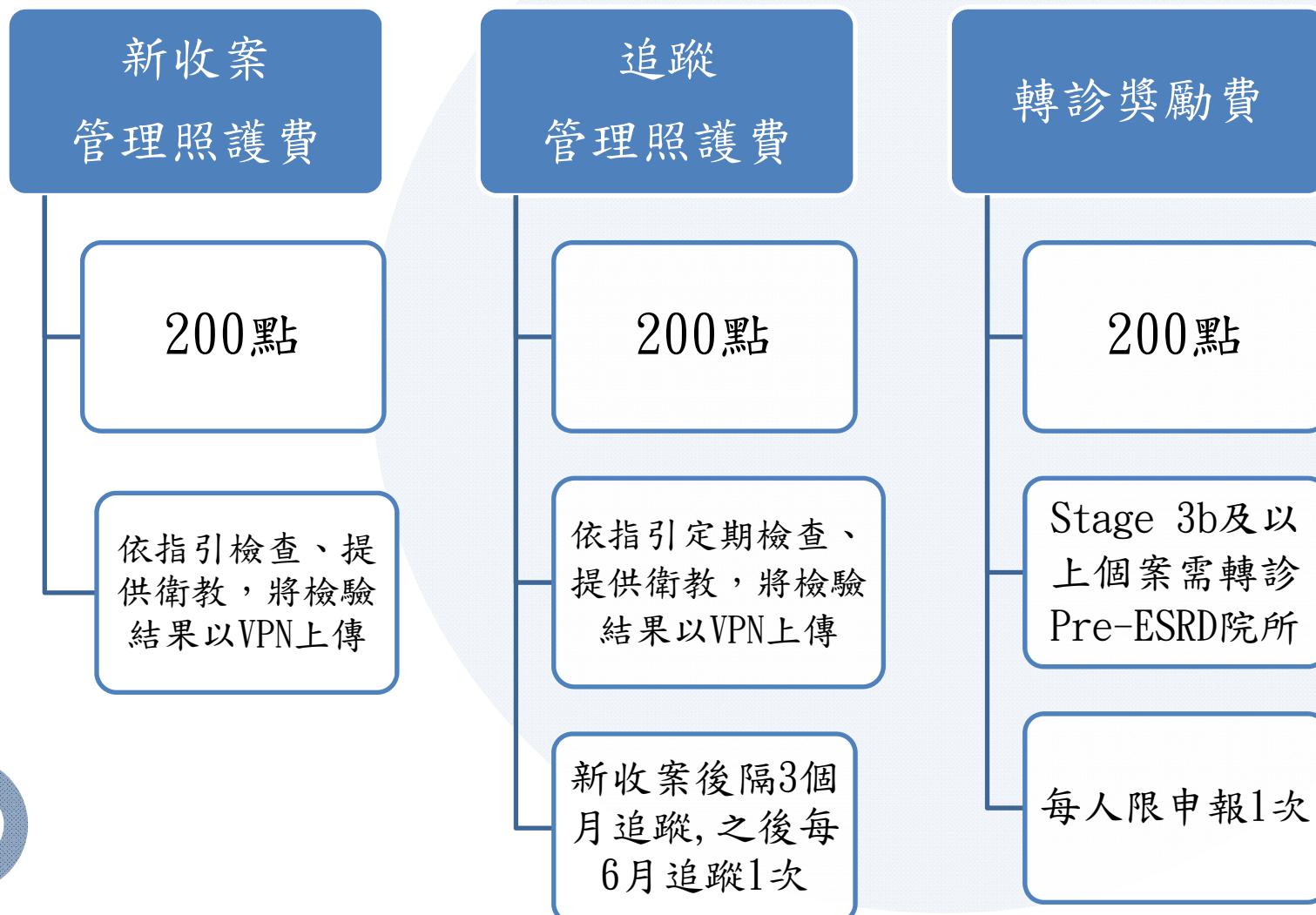
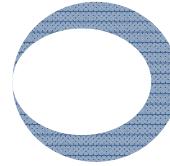
- **良好指標：**

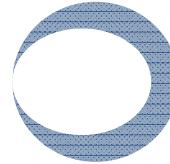
- 血壓控制： $<130/80 \text{ mmHg}$ 。
- 糖尿病病患HbA1c控制： $<7.0\%$
- 低密度脂蛋白(LDL)控制： $<130 \text{ mg/dl}$
- 戒菸(持續六個月以上無抽菸行為)





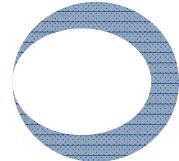
# 管理照護費





# 品質獎勵措施

- 獎勵單位：以參與方案之醫師為計算獎勵單位，該醫師照護之病人當年度內完成2次追蹤管理方得列入。
- 門檻指標：該醫師完整追蹤率 $\geq 50\%$ 。
- 病人當年度連續2次追蹤資料皆需達成以下條件，方可列入獎勵：
  1. CKD分期較新收案時改善（如stage 2→stage 1）；或
  2. eGFR較新收案時改善( $eGFR >$ 新收案時)，且下列良好指標至少需有2項指標由異常改善為正常。
    - 血壓控制：由新收案 $\geq 140/90$  mmHg改善為 $< 130/80$  mmHg。
    - 糖尿病病患HbA1c控制：由新收案 $\geq 7.0\%$ 改善為 $< 7.0\%$ 。
    - 低密度脂蛋白(LDL)：由新收案 $\geq 130$  mg/dl改善為 $< 130$  mg/dl。
    - 戒菸(持續六個月以上無抽菸行為)：由新收案抽菸改善為戒菸。
- 符合門檻指標醫師，所照護病人符合上述1或2達成情形，每個個案數  
給予400點獎勵。



# 執行情形

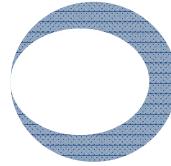
	100年1月至12月申請點數(點)
新收案管理照護費(P4301C) 200 點/次	14,285,160
追蹤管理照護費(P4302C) 200 點/次	5,502,900
轉診照護獎勵費(P4303C) 200點/人	65,200
品質獎勵費	11,200
合計	19,864,460

註：資料來源：依101.4.3截取本局倉儲資料門診醫令串明細檔，資料期間為  
100.01~12。



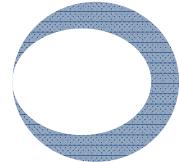
# 執行成效(1/4)

## 收案人數與層級收案率

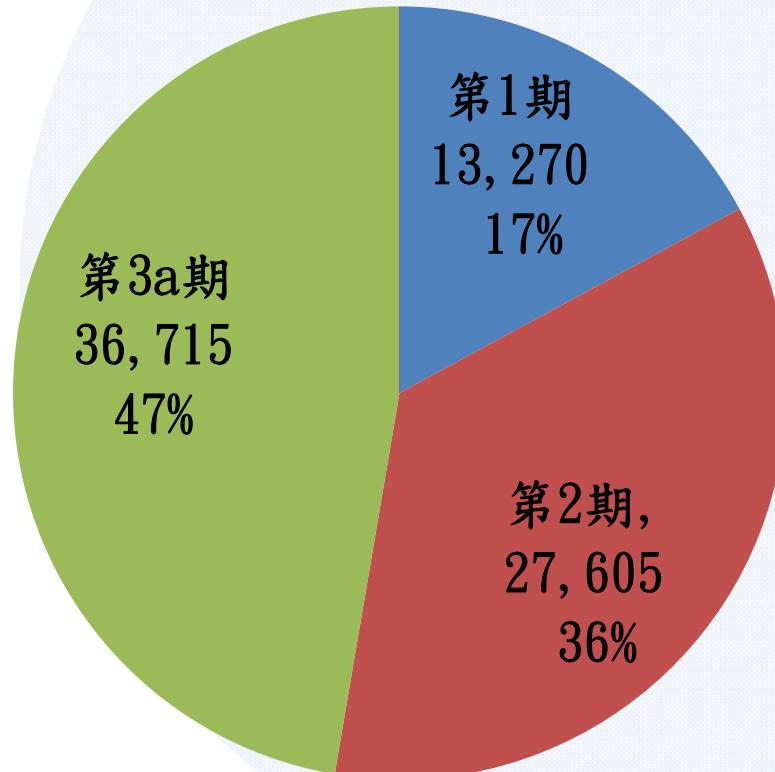


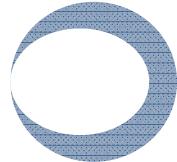
層級	申報家數	申報醫師數	CKD第1期 收案數	CKD第2期 收案數	CKD第3a期 收案數	收案人數 A	收案母數 B	各層級 收案率 A/B
醫學中心	18	417	2,026	3,130	5,588	10,744	123,366	8.7%
區域醫院	64	416	1,937	4,163	6,516	12,616	151,306	8.3%
地區醫院	110	304	1,687	4,111	5,902	11,700	73,295	16.0%
基層診所	495	604	7,620	16,201	18,709	42,530	61,282	69.4%
合計	687	1,671	13,270	27,605	36,715	77,590	385,100	20.15%

- 註:1. 資料來源：依101.2.16截取本局倉儲資料門診醫令串明細檔，資料期間為100.01~12。
2. 收案母數係指100年初符合收案條件之初期慢性腎臟病人數。



## 執行成效(2/4) 收案病人慢性腎臟病分期



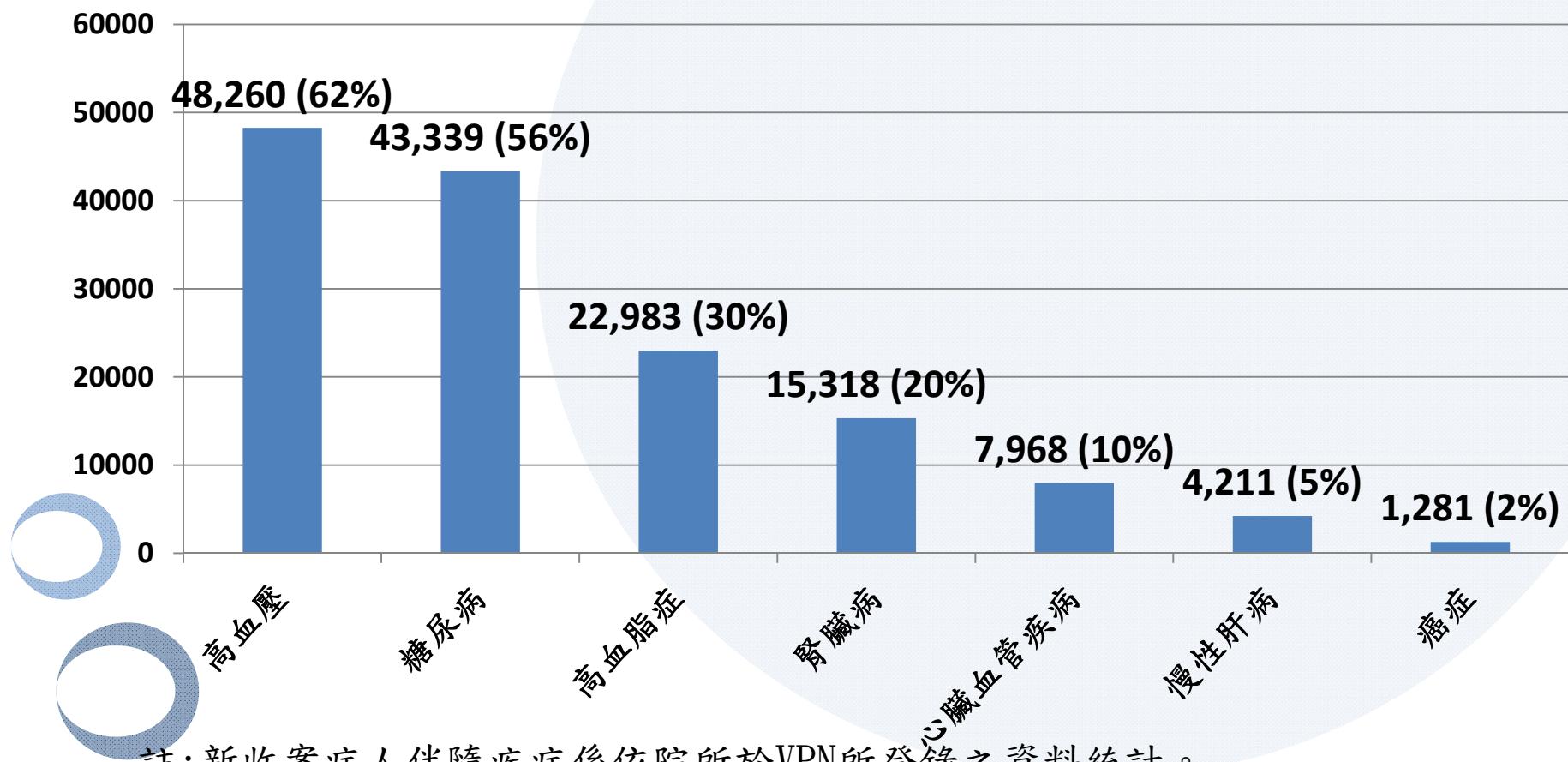


# 執行成效(3/4)

## 新收案時病人伴隨疾病

單位：人

收案數：77,590人

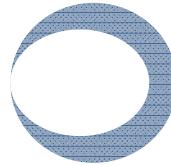


註：新收案病人伴隨疾病係依院所於VPN所登錄之資料統計。



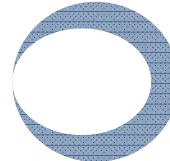
# 執行成效(4/4)

## 收案病人疾病改善情形



指標	新收案時疾病狀態			加入本方案後改善之人數B	疾病狀態改善之人數占率B/A
	異常狀態	病人數A	占率		
血壓控制	≥140/90 mmHg	11,138	14.35%	1524	13.7%
糖尿病患HbA1c控制	≥7.0%	29,586	68.26% <sup>註</sup>	2262	7.6%
低密度脂蛋白(LDL)控制	≥130 mg/dl	20,444	26.35%	3952	19.3%
戒菸	抽菸	12,201	15.72%	1023	8.4%

- 註：1. 資料來源：依101.2.16截取本局倉儲資料慢性腎臟病資料檔統計。
2. 新收案時疾病狀態之占率：血壓控制、低密度脂蛋白(LDL)控制及戒菸之分母為100年全年收案病人數(77,590人)。糖尿病患HbA1c控制之分母為本方案收案且合併糖尿病，人數為43,343人。
3. 加入本方案後改善之人數係指追蹤後各指標結果數較新收案時改善。



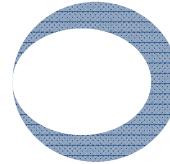
## 小結

- 本方案為100年新執行之方案，參與院所數有677家、醫師數有1,671人及收案病人達77,590人，涵蓋範圍廣。
- 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：13.7%、
  - 糖尿病患HbA1c控制： 7.6%
  - 低密度脂蛋白(LDL)控制：19.3%
  - 戒菸：8.4%
- 各縣市衛生局、腎臟醫學會、糖尿病衛教學會、醫師公會全聯會、各縣市醫師公會合作，100年全省大規模舉辦49場次CKD照護訓練，認證醫師已超過2674位，全面提升各層級照護慢性腎臟病品質。
- 轉發「慢性腎臟病健康管理手冊」給收案個案，提升病人自我管理衛教能力。
- 持續推廣方案，輔導醫療院所加強收案。
- 洗腎發生率之成長幅度已出現緩和趨勢。



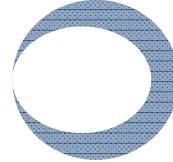
# 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫 Pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫





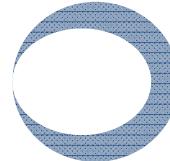
## 協定事項及經費

- 100年預算係依費協會協定，於100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，全年預算和「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」合併運用4.04億元。
- 具體實施方案，由中央健康保險局擬訂並於門診透析總額聯合執行委員會討論，報請衛生署核定後公告實施。



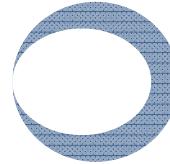
# 計畫目標及重點-計畫目標

- 對於Stage 3b、4及蛋白尿病患：  
照護目標為阻緩腎功能的惡化、蛋白尿的緩解、  
避免不當藥物的傷害、預防併發症發生。
- Stage 5病患：  
照護目標為以周全的準備，在適當的時機，順利  
且安全地進入透析醫療。



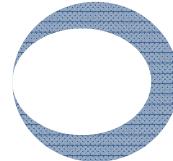
## 計畫目標及重點-計畫重點

- 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。
- 護理衛教及飲食營養衛教：提供與教導適切的CKD衛教知識與資料，且隨時掌握病患狀況，追蹤病況與檢驗結果，提供醫師與家屬在醫療上與照護上的必要訊息與溝通機會。
- 其他：包含社工師、藥師及其他專科醫師等，專業知識之諮詢。



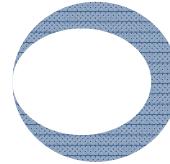
## 計畫目標及重點-計畫修訂

為提昇計畫之實施成效，100年計畫延續99年計畫。為避免與Early-CKD計畫重複收案，做小幅度修改，包括：刪除高危險群健康管理及相關表格、修改蛋白尿病患收案條件為Urine protein / creatinine ratio (Upcr) > 1,000 mg/gm、增加結案條件為至少需申報過二次完整複診衛教及照護費(P3403C)才可申報結案費用。



# 參加計畫院所家數

年度	參與院所數		
	醫院	基層	合計
95年11~12月	44家	19家	63家
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1~3月	145家	36家	181家

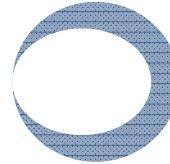


# 新收案人數

年度	新收案人數		
	醫院	基層	合計
95年11~12月	721人	28人	749人
96年	9, 653人	409人	10, 062人
97年	13, 626人	382人	14, 008人
98年	17, 118人	676人	17, 794人
99年	17, 272人	617人	17, 889人
100年	17, 683人	803人	18, 486人
101年1~3月	4, 553人	188人	4, 741人

註1：製表日期：101年5月3日。

註2：新收案人數係統計新收案管理照護費(P3402C)人數。



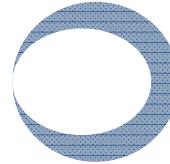
# 院所申報各年度結案狀況

結案原因/年度	96年	97年	98年	99年	100年
進入長期透析	189	1,077	1,575	1,989	2,074
於國內進行腎臟移植	3	19	21	22	17
死亡	43	189	263	441	590
長期失聯(≥180天)	20	279	166	189	272
拒絕再接受治療	2	85	72	91	115
蛋白尿緩解	--	--	1	4	10
合計	257	1,649	2,098	2736	3078

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。其中進入長期透析人數不含繼續追蹤者



# 計畫結案進入透析者 占新發個案比例



年度	96年	97年	98年	99年	100年
院所申報結案進入長期透析者(A)	189人	1,077人	1,575人	1,989人	2,027人
當年透析新發生人數(B)	9,474人	9,674人	9,762人	10,087人	9,373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)	1.99%	11.13%	16.13%	19.72%	21.63%

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。

註2.透析者定義為：

(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。

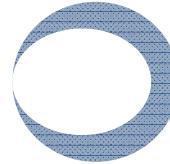
(2)上述有效卡之有效期限合計超過3個月者。

註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。

註4.當年透析新發生人數(B):係以透析者每人透析起始年歸人統計(以ID+生日歸人)。



# Pre-ESRD計畫執行率



單位：千元

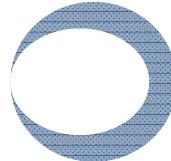
年度	95年 11月-12月	96年	97年	98年	99年	100年 (註4)
預算數	51, 969	49, 898	59, 894	44, 120	48, 420	404, 000
實際執行 點數	2, 034	8, 492	40, 861	66, 612	87, 652	119, 079
執行率	3. 91%	17. 02%	68. 22%	150. 98%	181. 03%	29. 48%

註1：100年實際執行點數：第1~3季點值結算金額+第4季申報點數。

註2：本計畫自95年11月才開辦，故95. 96年執行率較低。

註3：98、99年執行率超過100%，採浮動點值支付。

註4：100年全年預算和「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」合併運用4. 04億元，100年實際執行點數與執行率採2項計畫合併計算，其中「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」執行19, 864, 460點，Pre-ESRD執行99, 214, 600點。



# 歷年符合獎勵人次與成長率

	95年11-12月	96年	97年	98年		99年		100年		101年
	人次	人次	人次	人次	成長率	人次	成長率	人次	成長率	人次
病患照護獎勵費 (P3406C)			978	2,685	174.54%	5461	103.39%	5,888	7.82%	1,746
病患照護獎勵費 (P3407C)			959	1,638	70.80%	2268	38.46%	2,229	-1.72%	677
病患照護獎勵費 (P3408C)				3		35	1066.67%	36	2.86%	15
持續照護獎勵費 (P3409C)										15
合計	0	0	1937	4326	123%	7764	79%	8153	5%	2,453

1. 製表日期：101年7月26日。 2. 資料來源：6分區業務組醫療主機。 3. 成長率為人次與前一年比較。



# 執行成效

透析發生率成長幅度明顯下降

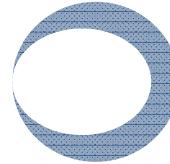
單位：人、%

年度	年底人口數 (A)	當年透析 新發生人數 (B)	每百萬人發生率 =(B)/(A)*10^6	發生率成長幅度
				=(當年發生率-前年發 生率)/前年發生率
95	22,876,527	9,042	395.3	-
96	22,958,360	9,474	412.7	<b>4.40%</b>
97	23,037,031	9,674	419.9	<b>1.76%</b>
98	23,119,772	9,762	422.2	<b>0.55%</b>
99	23,162,123	10,087	435.5	<b>3.14%</b>
100	23,224,912	9,373	403.6	<b>-7.33%</b>

資料來源：中央健康保險局二代倉儲系統重大傷病證明檔(2012年06月底前申請之重大傷病卡)  
、門診及住院明細檔(2012/07/10擷取)。

註：

- 1.年底人口數(A)資料係來自內政部月報(歷年單齡人口數)。
- 2.透析者定義為：
  - (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人統計(以ID+生日歸人)。



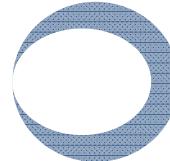
## 結論

- 參與院所數逐年增加，由96年的142家增加到100年的195家。
- 新收案人數逐年增加，由96年的10,062人增加到100年的18,486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1.99%、97年11.13%，至100年已增至21.63%。
- 100年符合照護個案之獎勵條件人數為8,153人，較98、99年有明顯增加趨勢。
- 100年每百萬人透析發生率為403人，較99年減少32人，已明顯下降，可看出執行本方案能延緩病患進入長期透析，進而降低洗腎發生率。



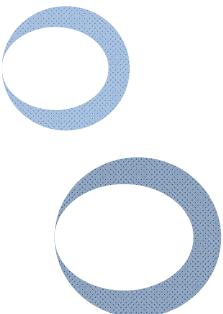
# 論人計酬試辦計畫

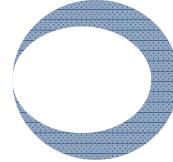




# 大綱

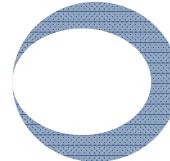
- 協定事項及經費
- 計畫目的及策略
- 計畫重點
- 初步執行情形
- 未來方向





## 協定事項及經費

- 100年、101年依費協會協定由其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應回饋金，預算上限分別為3億元。
- 試辦期間3年：
  - 醫院忠誠病人模式團隊與社區醫療群模式團隊執行期間100年7月1日至103年6月30日
  - 區域整合模式團隊執行其間自101年1月至103年12月31日



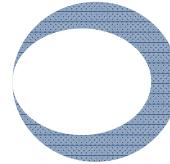
# 計畫目的及策略

- 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。

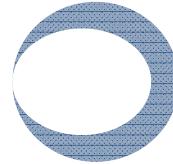
- 策略

- 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



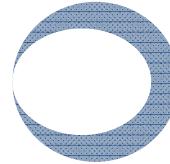
# 計畫重點(1/4)

- 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
- 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。
- 照護對象不得重複參與本局其他整合計畫



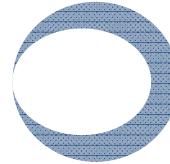
## 計畫重點(2/4)

- 3種試辦模式：共計7個團隊參加試辦，照護對象人數約15萬7千餘人
  1. 區域整合模式：以最小單位為鄉鎮市區的戶籍人口或試辦團隊同意之合理現住人口為對象
  2. 社區醫療群模式：由參與「家庭醫師整合性照護計畫」之社區醫療群承辦，擴大含住院服務。
  3. 醫院忠誠病人模式：由原參與「醫院以病人為中心整合照護計畫」所收之忠誠病人為對象，擴大含住院服務。



# 計畫參與團隊及照護對象人數

序號	試辦模式	照護團隊	照護對象	照護對象人數
1	區域整合	彰濱秀傳紀念醫院 及7家區內衛生所及診所	彰化縣線西鄉 戶籍人口	14,799
2	區域整合	臺灣大學醫學院附設醫院金山分院	新北市金山區 合理現住人口	15,614
3	區域整合	澄清綜合醫院及5家區內衛生所及診所	台中市東區 戶籍人口	61,923
4	社區醫療群	樂樹醫療群(芝山診所 及5家合作診所)	團隊忠誠病人	5,976
5	醫院忠誠病人	天主教耕莘醫院	醫院忠誠病人	20,094
6	醫院忠誠病人	彰化基督教醫院	醫院忠誠病人	30,014
7	醫院忠誠病人	屏東基督教醫院	醫院忠誠病人	8,664
合計				157,084

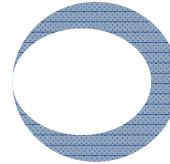


## 計畫重點(3/4)

- 虛擬總額點數之設定：

➤各試辦團隊之照護對象名單確立後，本局以團隊之照護對象基期年(99年7月-100年6月)醫療利用點數，依照護對象之年齡性別校正後之每人年醫療費用成長率及當年費協會協定之性別年齡以外之西醫部門成長率計算虛擬總額點數，計算公式如下：

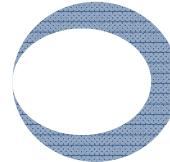
虛擬總額點數 = 照護對象前一年平均每人醫療點數  $\times (1 +$   
照護對象之年齡性別校正後每人年醫療費用成長率 +  
當年西醫部門成長率)  $\times$  照護對象人數



## 計畫重點(4/4)

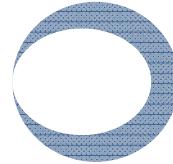
- **回饋與財務風險機制：**

- 各試辦團隊以當年度該團隊之虛擬總額作為醫療利用之目標值：
  - ✓ 若團隊照護對象實際耗用之醫療點數低於虛擬總額(有節餘)：結餘款之60%為基本回饋金，40%依照護團隊達成品質指標成數回饋團隊
  - ✓ 若該團隊照護對象實際耗用之醫療點數高於虛擬總額(有短绌)：依品質達成情形，試辦團隊至多負擔50%財務風險，若全數達成則團隊負擔0財務風險



# 各團隊執行之創新策略

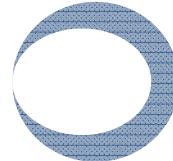
- 區域整合模式之團隊:依據當地民眾需求，走入社區進行健康促進及宣導活動，提供適切服務。
- 醫院忠誠病人模式團隊:主要以團隊內(院內)資訊整合為手段，以減少院內浪費及達成品質指標為主要努力重點。
- 社區醫療群模式團隊:結合社區志工，推行健康促進與運動計畫，並提出回饋金與照護對象共享之機制。



# 計畫評量指標

指標類型		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	與前一年同期相較，成長率大於-5%(含)	10%
	自選	院所團隊自選指標		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%
	指定	糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)檢查執行率	高於全國平均值	8%
	指定	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%
	指定	眼底檢查或眼底彩色攝影執行率	高於全國平均值	8%
	指定	尿液微量白蛋白檢查執行率	高於全國平均值	8%
	自選	院所團隊自選指標		10%
其他政策鼓勵指標	指定	子宮頸抹片檢查率	不低於全國平均值	10%
	指定	65歲以上老人流感注射率	不低於全國平均值	10%

註. 80%為指定指標，20%為自選指標



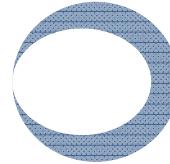
# 100Q3~101Q1 醫療利用情形(團隊內)

	團隊內門診成長率		團隊內住診成長率	
	次數	點數	次數	點數
忠誠型_A	-20.7%	-11.1%	-7.0%	10.4%
忠誠型_B	-20.3%	-10.2%	-0.1%	18.3%
忠誠型_C	-26.2%	-13.1%	-4.1%	3.8%
社區型	-28.5%	-19.6%		
區域型_A	-8.6%	5.6%	-13.8%	-3.7%
區域型_B	25.6%	7.6%	18.6%	29.2%
區域型_C	-1.0%	5.6%	-9.0%	42.9%

•備註. 忠誠型與社區型呈現數據為100Q3-101Q1，區域型數據為101Q1

➤醫院忠誠病人與社區醫療群模式團隊:團隊內門住診就醫次數、門診就醫點數較前年同期下降

➤區域整合模式團隊:區域整合模式兩團隊門診次數略下降

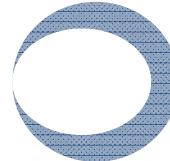


## 100Q3~101Q1 醫療利用情形(整體)

	整體門診成長率		整體住診成長率	
	次數	點數	次數	點數
忠誠型_A	-5.5%	-1.7%	7.9%	29.8%
忠誠型_B	-0.7%	-0.8%	11.5%	31.3%
忠誠型_C	0.1%	-1.7%	17.4%	37.1%
社區型	-8.5%	8.8%	10.1%	31.8%
區域型_A	-9.9%	0.4%	-7.8%	-0.1%
區域型_B	-5.8%	1.3%	3.8%	3.3%
區域型_C	-4.3%	2.4%	4.1%	15.4%

備註. 忠誠型與社區型呈現數據為100Q3-101Q1，區域型數據為101Q1

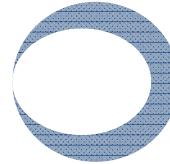
➤所有試辦團隊之門診次數呈現下降趨勢，住診次數及點數除2家區域整合團隊控制在5%成長，其餘5家團隊住院點數持續成長



# 方案評核指標基期值(指定指標)

指標類型	指標名稱	基期值	權重
組織指標	照護對象於院所團隊(醫院)(區)內固定就診率	-	10%
	糖尿病人加入照護方案比率	28.80%	8%
	糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)檢查執行率	86.55%	8%
臨床指標	糖尿病病患空腹血脂(Fasting Lipid Profile)檢查執行率	62.89%	8%
	眼底檢查或眼底彩色攝影執行率	30.32%	8%
	尿液微量白蛋白檢查執行率	32.50%	8%
其他政策鼓勵指標	子宮頸抹片檢查率	26.58%	10%
	65歲以上老人流感注射率	31.60%	10%

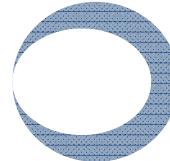
註. 指標基期為99年7月至100年6月，故基期值呈現為年指標



# 101年第1季指定指標達成情形

指標類型	指標名稱	參與團隊數	達成團隊數	達成率
組織指標	照護對象於院所團隊(醫院)(區)內固定就診率	7		-
	糖尿病人加入照護方案比率	7	6	85. 71%
	糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)檢查執行率	7	4	57. 14%
臨床指標	糖尿病病患空腹血脂(Fasting Lipid Profile)檢查執行率	7	6	85. 71%
	眼底檢查或眼底彩色攝影執行率	7	6	85. 71%
	尿液微量白蛋白檢查執行率	7	6	85. 71%
其他政策	子宮頸抹片檢查率	7	5	71. 43%
鼓勵指標	65歲以上老人流感注射率	7	3	42. 86%

備註. 區域整合團隊以執行1季(101Q1)之結果呈現，醫院忠誠病人模式及社區醫療群模式團隊以執行3季(100Q3-101Q1)之結果呈現

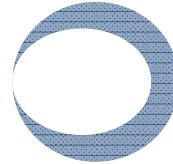


# 101年第1季自選指標達成情形

指標項目	目標值	選取團隊數	達成團隊數	達成率
成人預防保健檢查完成率	完成率高於80%	2	0	0
初期慢性腎臟病照護率 <sup>註1</sup>	第一次結算時收案率高於17.5%	3	3	100.0%
初期慢性腎臟病完整追蹤率	高於同層級院所全國75百分位	1	1	100.0%
糞便潛血檢查率	高於同層級院所75百分位	3	2	66.7%
乳房攝影篩檢率	高於同層級院所75百分位	3	1	33.3%
預立DNR簽立率	團隊DNR簽立成長率高於全國成長率	1	1	100.0%
三日急診返診率	低於主責醫院之同層級院所全國25百分位	1	0	0.0%
糖尿病民眾完成初期慢性腎病篩檢率 <sup>註2</sup>	第一次結算時自身比成長15%	2	1	50.0%

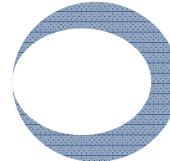
註1. 自選指標選取初期慢性腎臟病照護率者均已達到收案率高於17.5%之目標

註2. 糖尿病民眾完成初期慢性腎病篩檢率目標值為第1次結算時自身比成長15%，考慮選取本指標之試辦團隊僅執行1季，故自身比成長率高於2.5%即認定為達成目標



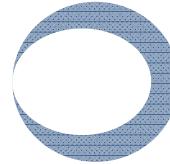
## 論人計酬計畫之價值

- 論人計酬為本局第一次以人為單位之支付計畫，給付方式同時設計回饋金與風險分擔機制，期望參與院所能以團隊方式(即各層級院所合作整合區域內醫療體系)提供服務，並以預防保健、疾病管理與疾病衛教等服務為重點，以達兼顧財務與醫療品質之雙贏計畫



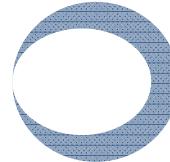
# 辦理實地參訪與輔導

- 本局分別於本(101)年1月及6月陸續辦理3次專家學者實地參訪及輔導該7家試辦團隊，並邀請其他團隊參與觀摩及學習
  - 團隊對試辦計畫提出建議，包括：
    - ✓ 風險校正計算公式可更周延
    - ✓ 應有基本承作費
    - ✓ 品質指標定義及目標值應可再檢討
    - ✓ 資訊回饋更即時及詳細
  - 本局近期將就各團隊提出建議，再邀請學者專家進行討論後，針對不同型態之團隊分別設定階段性目標及修正計畫之參考



## 小結

- 論人計酬試辦計畫執行迄今，團隊內門住診次數均較基期下降，顯示團隊內門住診整合之效益逐漸顯現，惟團隊外之住院次數與點數則呈大幅上升，另評量指標有一定比率之團隊已達成。
- 考量本計畫試辦期間尚短，需較長時間才可能看見具體成效，建議持續觀察。



## 未來方向(1/2)

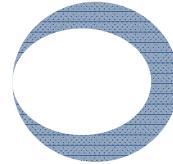
- 本局於101年度提出「論人計酬試辦計畫成效評估」委託研究3年計畫，研究內容包括：

### ►研究：

- ✓ 提出國內外論人計酬支付制度相關文獻蒐集及探討
- ✓ 界定論人的「人」操作面定義範疇
- ✓ 提出最適宜之風險校正方法：針對3種試辦模式，提出計算每人合理醫療費用之具體校正因子、權重及運算模型。

### ►研議合適之成效指標及操作型定義：

- ✓ 分析現行品質指標及過程中團隊提供服務、在地政策溝通與促進民眾參與之成效。
- ✓ 考量結構面、過程面與結果面等不同面向，針對3種試辦模式各提出至少5項最適之成效指標、操作型定義及分配權重。



## 未來方向(2/2)

► 持續至各試辦團隊進行協助輔導諮詢：

✓ 前往7家團隊進行實地協助輔導諮詢，包括針對各團隊提出年度協助輔導諮詢計畫、每季至少至各試辦團隊進行1次實地訪查及輔導、每團隊每年辦理1次論人計酬觀摩會等。

► 針對論人計酬照護團隊與照護對象，進行論人計酬試辦計畫之滿意度調查；

✓ 針對輔導諮詢結果提出成果報告及研究結果報告，並於期中、期末繳交兩次研究成果報告  
✓ 於第三年辦理全國觀摩會，邀請各界參與。



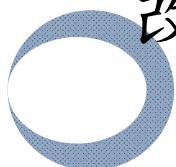
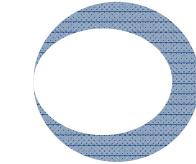
# 推動施行急診品質提升方案

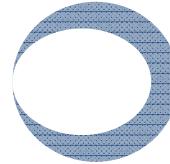




## 背景

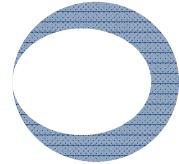
- 國內多數醫學中心急診壅塞情形為外界及媒體關切，希望能有效改善急診處置效率，提升急診照護之品質
- 急診醫學會提報國外資料顯示，壅塞時段，急診重症病人無法及時住院治療，會延長住院天數，增加死亡率，影響病人安全及醫療浪費
- 健保統計，醫院對於應儘速提供急重症病人住院照護及紓解病況較輕急症患者等品質仍有待改善





## 研議過程

- 100年急診醫學會及管理學會建議參考加拿大經驗能設定急診實施成效指標及獎勵，以改善急診服務品質
- 本局6度與急診相關學會研議相關內容，並試算**推估經費約3.2億元**，提醫療費用協定委員會通過，在101年增加成長額度用於提升急診照護品質
- 本局於衛生署101年2月公告醫院總額成長率後，邀請相關專科醫學會，台灣醫院協會、台灣社區醫院協會及急診醫學會及管理學會、衛生署醫事處及本局各分區業務組及相關單位召開諮詢會議共同討論
- 台灣社區醫院協會數度來函反映鼓勵中小型社區醫院投入急診，擴大服務，上游解決，方可紓解大醫院之擁擠，建議對於現行提供急診服務之社區醫院，其服務量維持或上升，或上轉比例下降者設定獎勵辦法
- 綜整各方意見後，依法定程序，提案於101年2月23日醫院總額支付委員會及101年3月15日醫療給付協議會議中討論通過，並報署核定後，公告自本年5月1日起施行



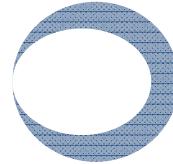
# 方案獎勵重點

## 三大面向

急診重大疾病  
照護品質

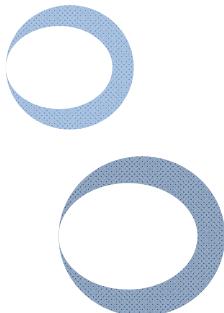
轉診品質

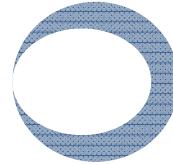
急診處置效率



## 參加資格

- 有提供急診服務之健保特約醫院，並依本計畫規定於VPN登錄相關資料者，免換文或核備
- 未申報急診檢傷分類急診診察費之地區醫院，僅給予配合本方案轉診品質規定，將病人上轉或接受下轉病人個案之獎勵





## 獎勵內容(1/3)

- 針對急性腦中風、急性心肌梗塞、重大外傷及嚴重敗血症患，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、心肌梗塞及重大外傷，達標者每個案獎勵2000點
- 嚴重敗血症，達標者每個案獎勵1000點
- 由院所依其執行情形，按月逐案申報，並於VPN上傳或登錄達標個案相關資訊



## 獎勵內容(2/3)

### ● 上轉：

- 中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，將右表所列疾病之病人，轉診至上一級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理
- 每個案獎勵1000點，轉出及轉入醫院各獎勵500點

疾病碼	診斷碼中文名
410.00 至 410.52 、 410.80至410.92	急性心肌梗塞
433.00至434.91	急性腦中風
441.00至441.02	主動脈剝離
456.2	食道靜脈瘤出血
531.00-531.20 、 532.00-532.20 、 533.00-533.20	腸胃道出血
038.9、785.59	敗血症
800-904、910-929、 950-959	重大外傷

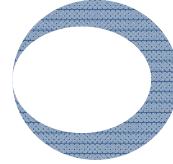


## 獎勵內容(3/3)

### ● 下轉或平行轉診：

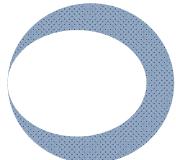
- 重度級或中度級急救責任或區域以上醫院，將右表所列疾病急診病人緊急處理後病況穩定者，轉出至同等級或下一級急救責任院或同層級或下一層級之醫院者，給予獎勵。
- 下轉每個案獎勵2000點，轉出與轉入醫院各獎勵1000點
- 平行轉診每個案獎勵1000點，轉出與轉入醫院各獎勵500點

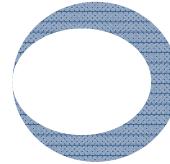
疾病碼	診斷碼中文名稱
5789	胃腸道出血
486	肺炎
5990	泌尿道感染
6829	其他蜂窩組織炎及膿瘍
4280	充血性心臟衰竭
7806	發燒
59080	腎盂腎炎
585	慢性腎衰竭
5715	肝硬化，未提及酒精性者
5770	急性胰臟炎
496	慢性氣道阻塞
5761	膽管炎
5609	腸阻塞
5722	肝性昏迷



## 醫院轉診作業基本程序

- 醫院應設有專責辦理轉診作業之窗口。
- 轉出醫院：應向病人說明轉診原因；填寫轉診同意書及轉診單。
- 轉入醫院：接收醫院要同意，並提供必要醫療照護；填寫處置情形轉診回覆單。
- 轉診成功之案件，醫院按月逐案申報，並於VPN上傳或登錄達標個案相關資訊





# 急診處置效率監測指標

- 以各項效率指標為基礎加以比較獎勵，藉以提升急診處置效率，舒緩急診的壅塞

## ➤ 觀察指標：

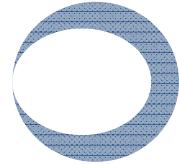
(目的作為未來各層級醫院申報各類檢傷代碼適當性之審查參考)

- 非外傷病人檢傷分類各檢傷分級住院比率(大於或等於18歲)
- 外傷病人檢傷分類各檢傷分級住院比率
- 兒科病人檢傷分類各檢傷分級住院比率(小於18歲)

## ➤ 壅塞指標：急診病人停留超過24小時之比率

## ➤ 效率指標：

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



# 急診處置效率獎勵內容

維持獎：  
壅塞指標  
 $\leq 1\%$

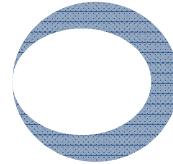
- 且該院所本年度轉出比率低於同級醫院之50百分位者
- 前三項效率指標，維持在同級醫院前25百分位，三項指標達到者，每一醫院給予20點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數獎勵，單項指標達到給予1/3，兩項指標達到給予2/3

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



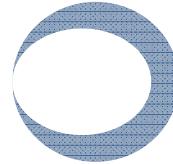
## 檢討

- 有關轉診品質獎勵內容，計畫內所述平轉與下轉，係針對中度以上急救責任醫院或區域以上醫院，病床有效率運用所設之獎勵。
- 離島澎湖地區及恆春地區醫院，皆屬於一般急救責任醫院及地區醫院，因醫院間專科屬性各不同，且位屬偏遠地區及離島區域，未來該類醫院互轉將納入獎勵考量。



# 推動呼吸照護醫療給付改善方案





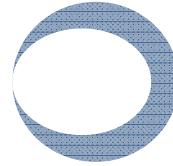
# 辦理情形說明

- 本署國家衛生研究院邀請國內胸腔暨重症相關專家，成立「長期使用呼吸器病人之臨床照護共識」論壇，於101年7月6日召開第1次研討會。
- 上述會議就呼吸器依賴照護之發生、癒後、倫理困境、成本效果及預防發生等議題進行深度探討，並將如何適時導入安寧緩和醫療，以提升病患生命品質等方面納入研議。
- 健保局除參與國家衛生研究院之「長期使用呼吸器病人之臨床照護共識」論壇外並將持續追蹤後續辦理情形及結果，以為後續研議「推動呼吸照護醫療給付改善方案」政策之依據。



# 醫院垂直整合方案





# 辦理情形說明

- 本案曾於本局召開之全民健康保險「研擬轉診實施方案專案小組」會議中，地區醫院代表建議為推動醫院之垂直整合，對醫學中心、區域醫院醫師支援地區醫院之專科門診及手術提供補助，惟其他代表曾於會議中表達不認同意見，建議宜再審慎研議。
- 本局業於7月11日函請台灣醫院協會提供醫院垂直整合之可行方案，本局將參考各界建議方案內容，召開會議共同討論。



敬請指教