

醫院及其他預算 專案計畫執行 成果報告

中央健康保險署
106.7.21



衛生福利部中央健康保險署





大綱

- ① 保障弱勢就醫
- ② 促進合作
- ③ 疾病管理
- ④ 增進管理效能



保障弱勢就醫

報告人：林專門委員淑範



衛生福利部中央健康保險署



報告大綱

一

保障弱勢就醫



二

計畫服務項目及內容



三

計畫執行情形



收容於矯正機關者醫療服務計畫

山地離島地區醫療給付效益提升計畫

西醫醫療資源不足地區改善方案

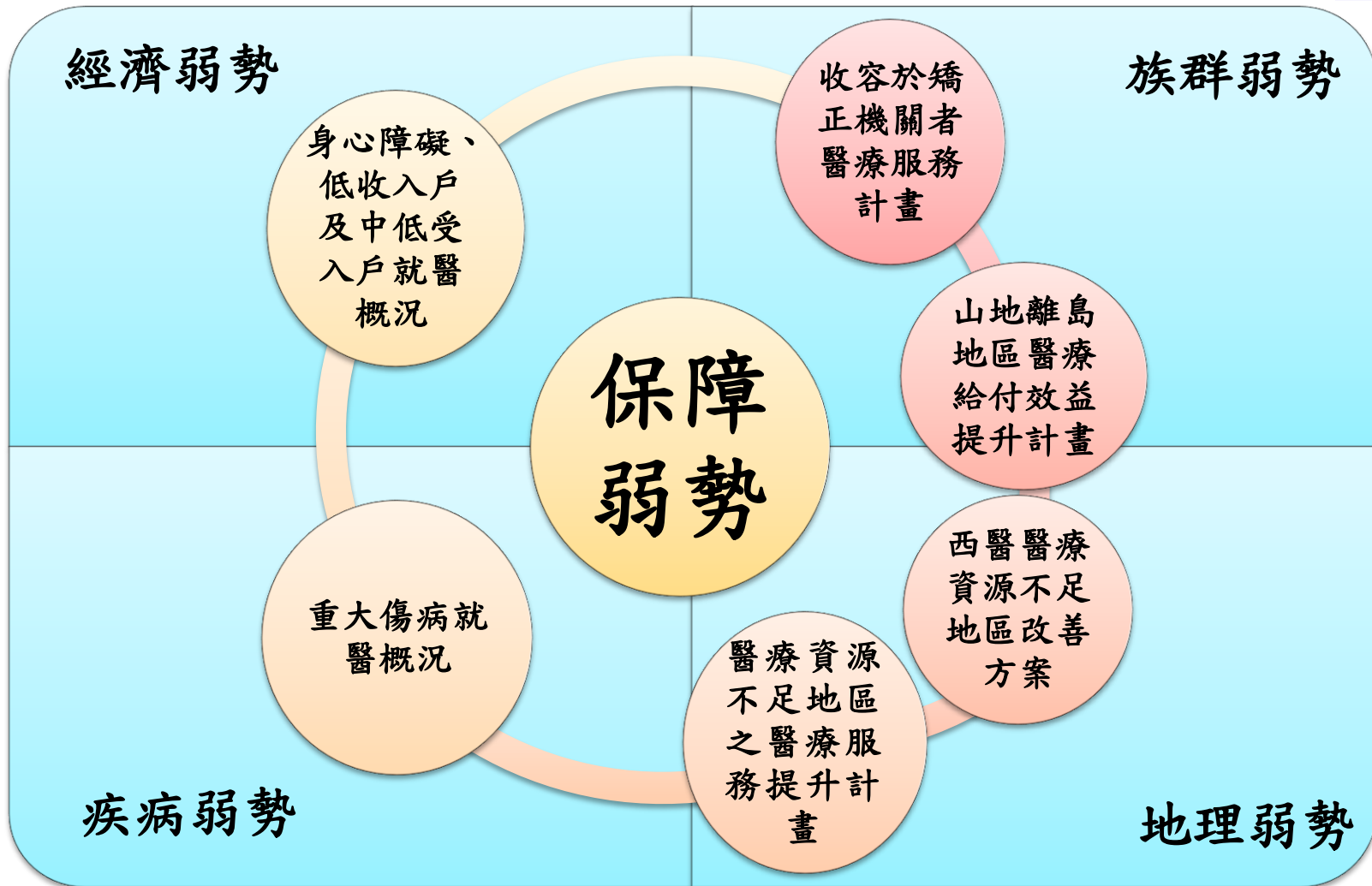
醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

重大傷病就醫概況

經濟弱勢民眾就醫概況



保障弱勢就醫





計畫服務項目及內容

收容於矯正機關者醫療服務計畫

- 54所矯正機關依照地理位置分為34群，同一群組矯正機關由同一院所(或團隊)提供矯正機關西醫各專科、牙科、中醫科醫療服務。

山地離島地區醫療給付效益提升計畫

- 山地離島地區提供專科門診、緊急醫療照護(夜間及假日)、預防保健、居家照護、衛生教育宣導、巡迴醫療、轉診後送等服務。

西醫醫療資源不足地區改善方案

- 獎勵開業計畫：增加當地現有醫療資源。
- 巡迴醫療計畫：將鄉外醫療資源送入醫療資源不足地區。

醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

- 提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務(含支援醫師)，並提供每週三次以上之門診看診服務
- 提供24小時急診服務
- 檢驗、檢查報告須主動通知民眾。



收容於矯正機關者 醫療服務計畫



收容於矯正機關者醫療服務計畫

目的

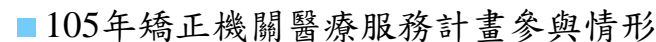
- 鼓勵特約醫療院所至矯正機關提供保險醫療服務，提升收容對象之醫療服務可近性及醫療品質。
- 兼顧矯正機關犯罪矯治管理之需求，落實轉診制度。
- 健全矯正機關醫療照護網絡。

策略

- 54所矯正機關依照地理位置分為34群，同一群組矯正機關由同一院所(或團隊)提供醫療服務。
- 藉由支付誘因，鼓勵特約院所至矯正機關提供醫療服務。



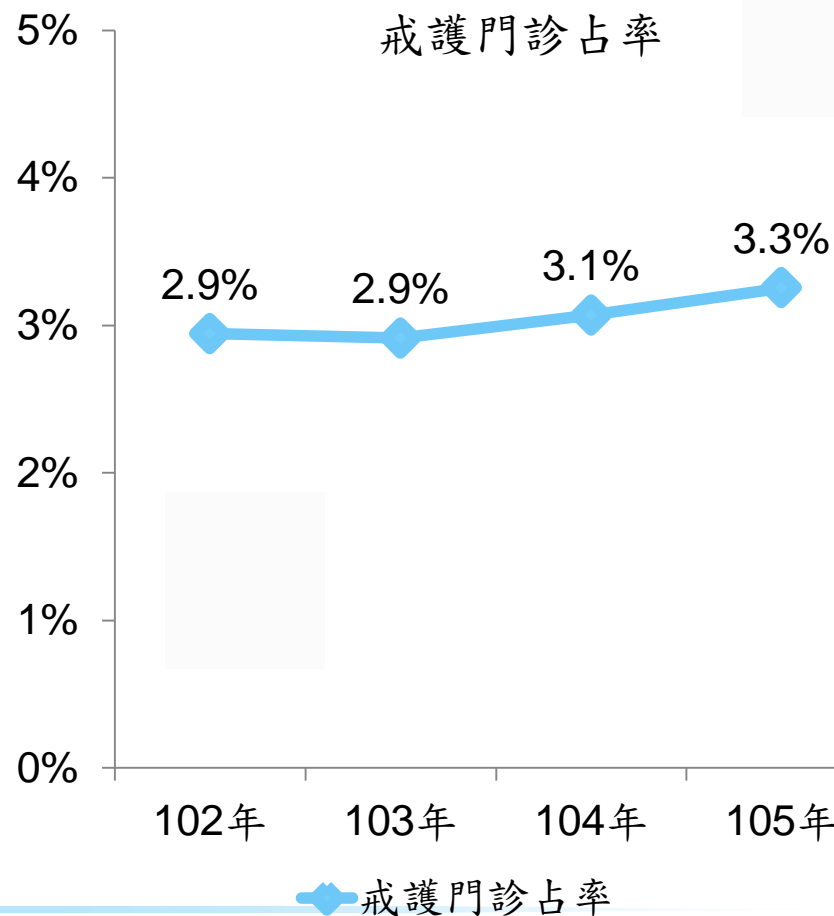
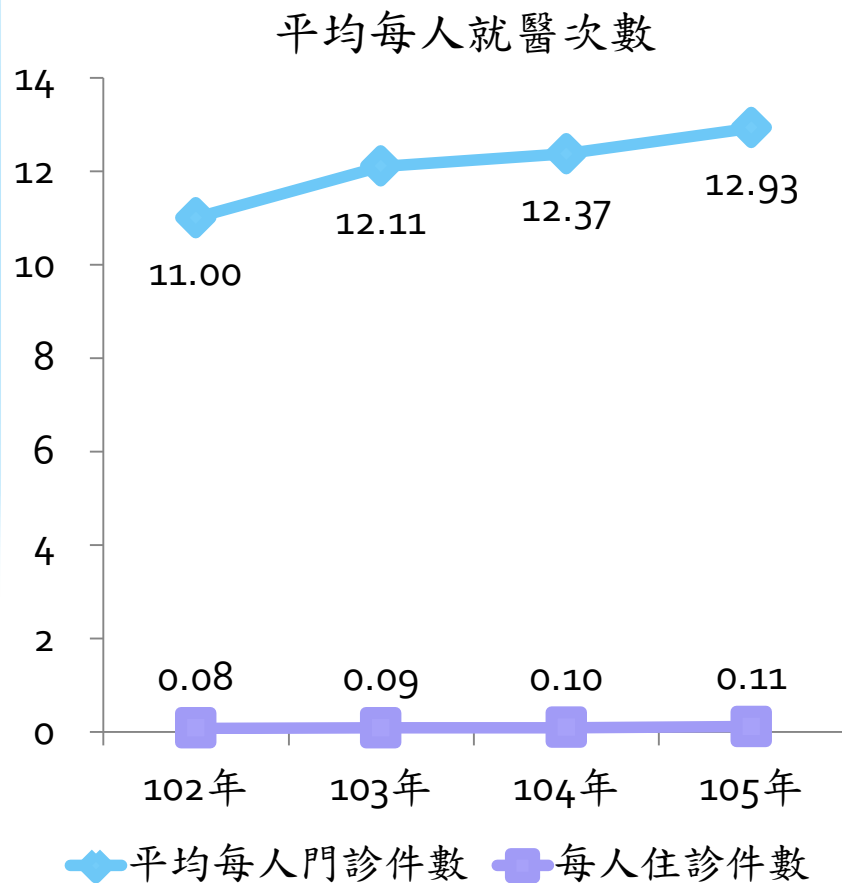
- [illegible]





收容於矯正機關者就醫情形

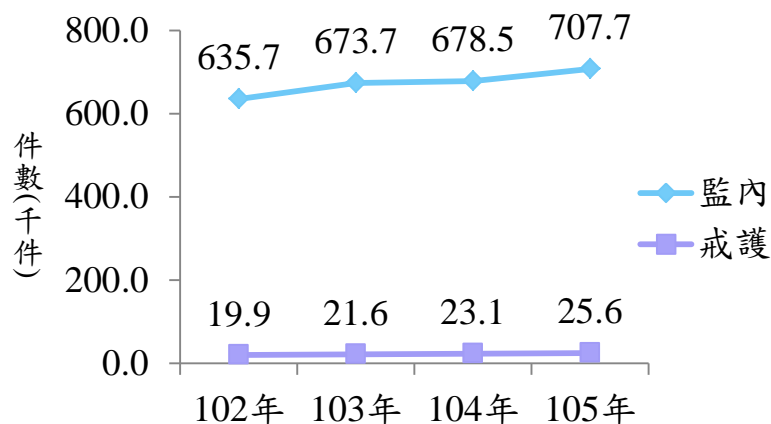
- 矯正機關收容人每人就醫次數約為13次、住院件數約為0.1次、大部分為監內就醫，戒護門診占率僅約占3.3%



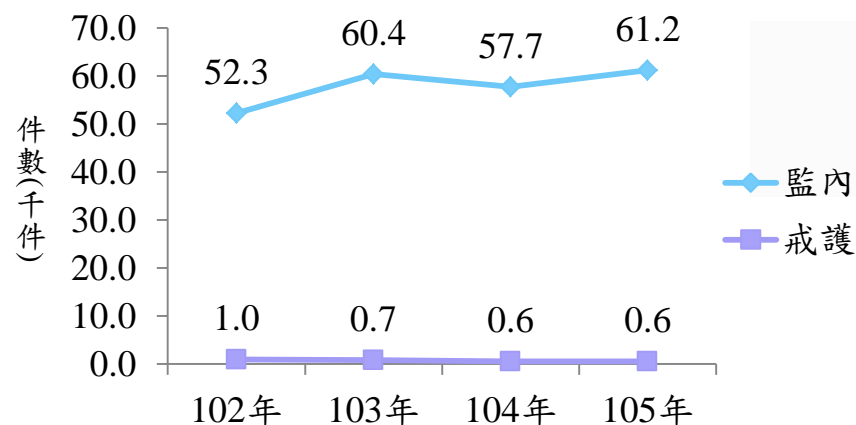


收容於矯正機關者就醫情形監所、戒護就醫情形

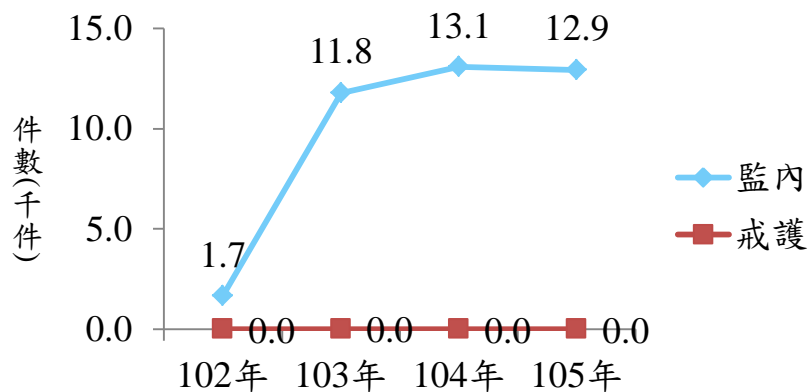
西醫



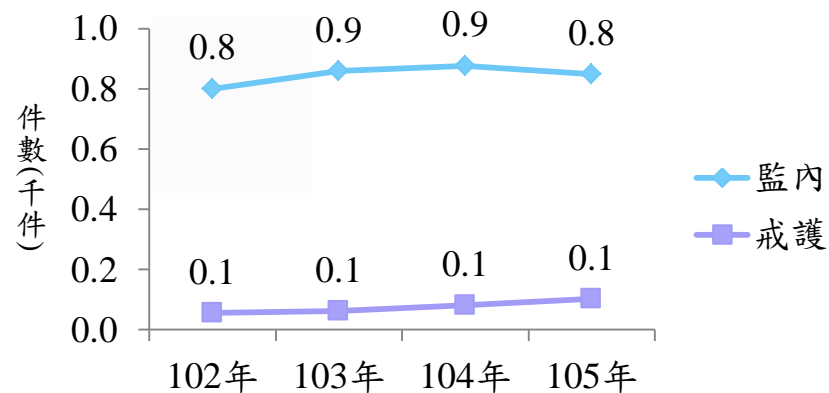
牙醫



中醫



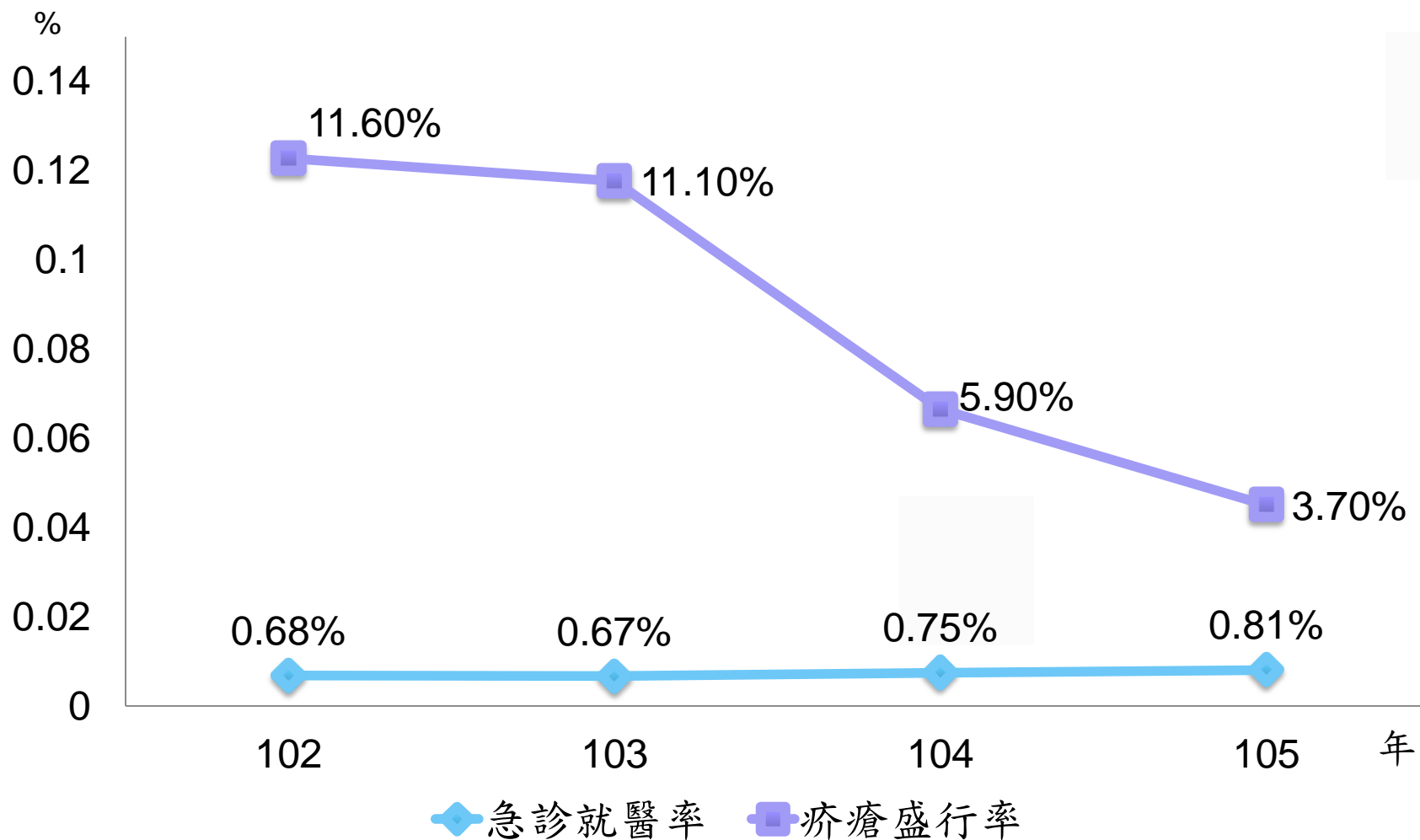
透析





收容於矯正機關者-急診就醫率、疥瘡盛行率

- 急診就醫率微幅增加、疥瘡盛行率有逐年改善之情形





山地離島地區醫療給付效益 提升計畫



- 本計畫於50個山地離島地區(包含29個山地鄉、21個離島鄉)共有26家特約醫院承作30個計畫。105年底到期換約之計畫：金門地區、泰安鄉、阿里山鄉、澎湖地區、秀林鄉、綠島鄉、大埔鄉。



29
山地鄉



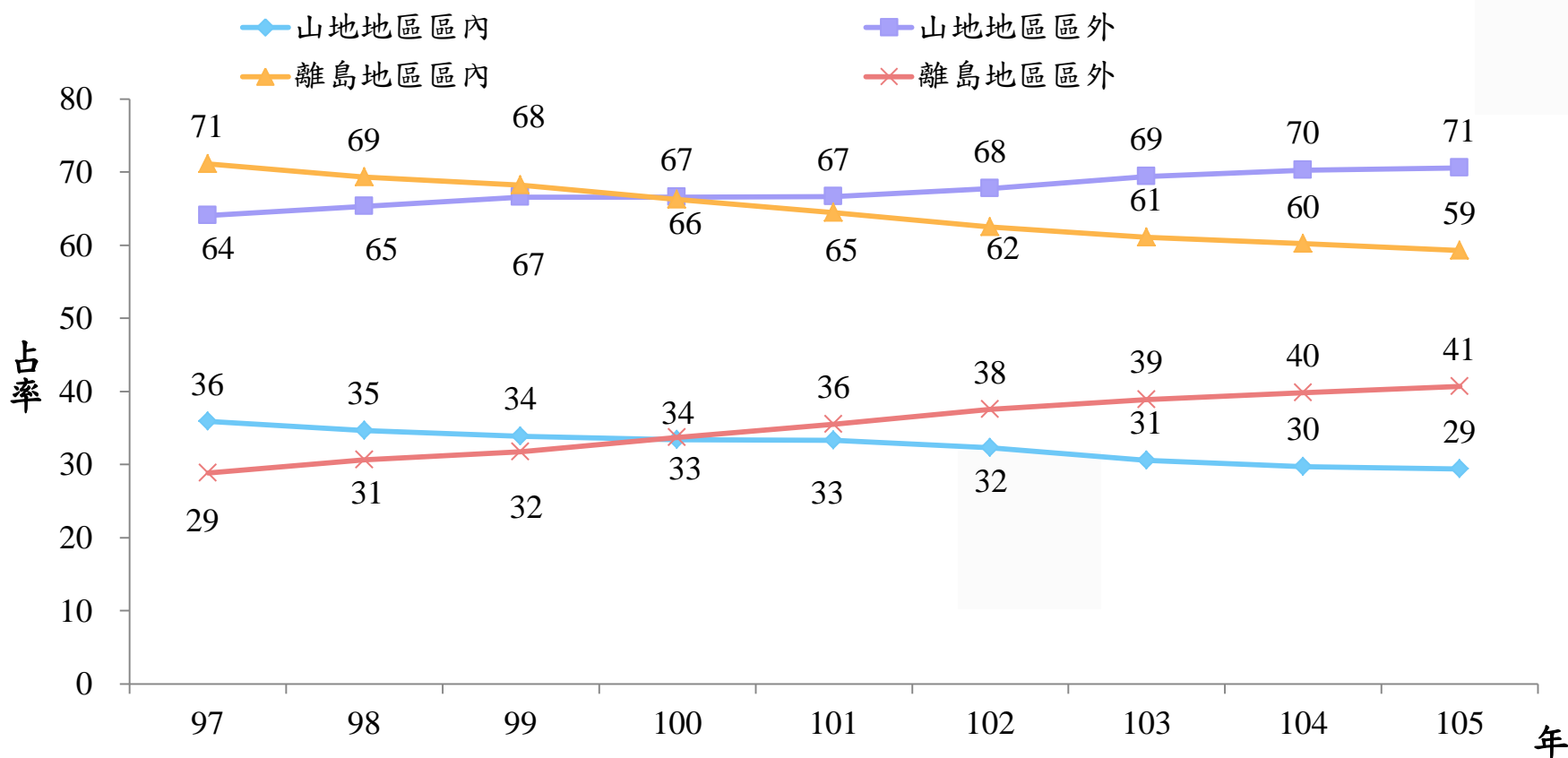
21
離島郷

50
山地離島



山地離島地區保險對象地區內、外門診次數占率

- 山地地區之區外門診就醫次數占率較高(約7成)、離島地區則為區內就醫次數占率較高(約6成)

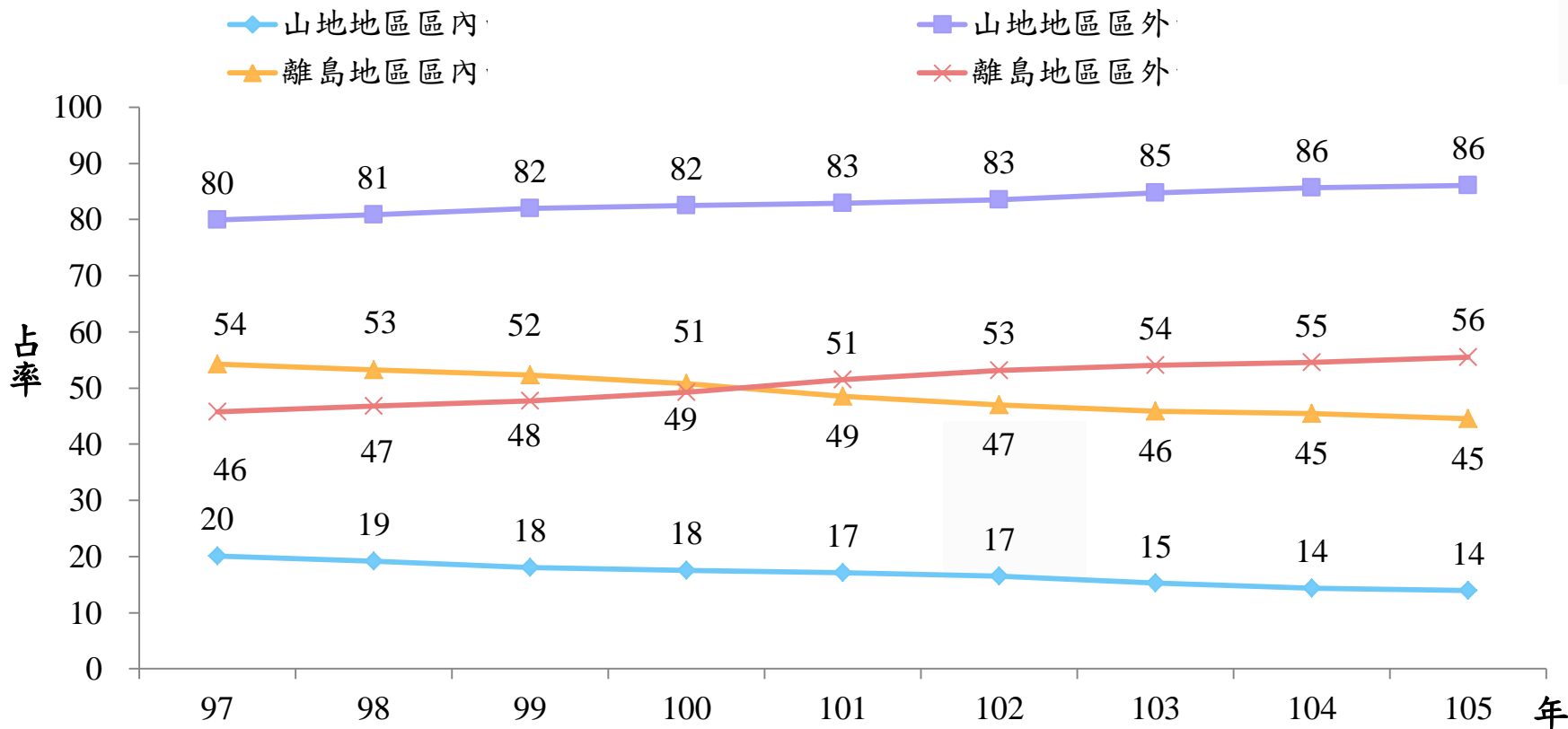


註：1.統計對象為戶籍於山地離島地區且在保之保險對象
2.門診就醫次數經年齡性別校正
3.地區外就醫指保險對象在非山地離島地區內就醫



山地離島地區保險對象地區內外醫療費用占率

- 山地地區、離島地區之地區外門診醫療費用點數占率較高，分別為約8成6及 約5成6



註：1.統計對象為戶籍於山地離島地區且在保之保險對象

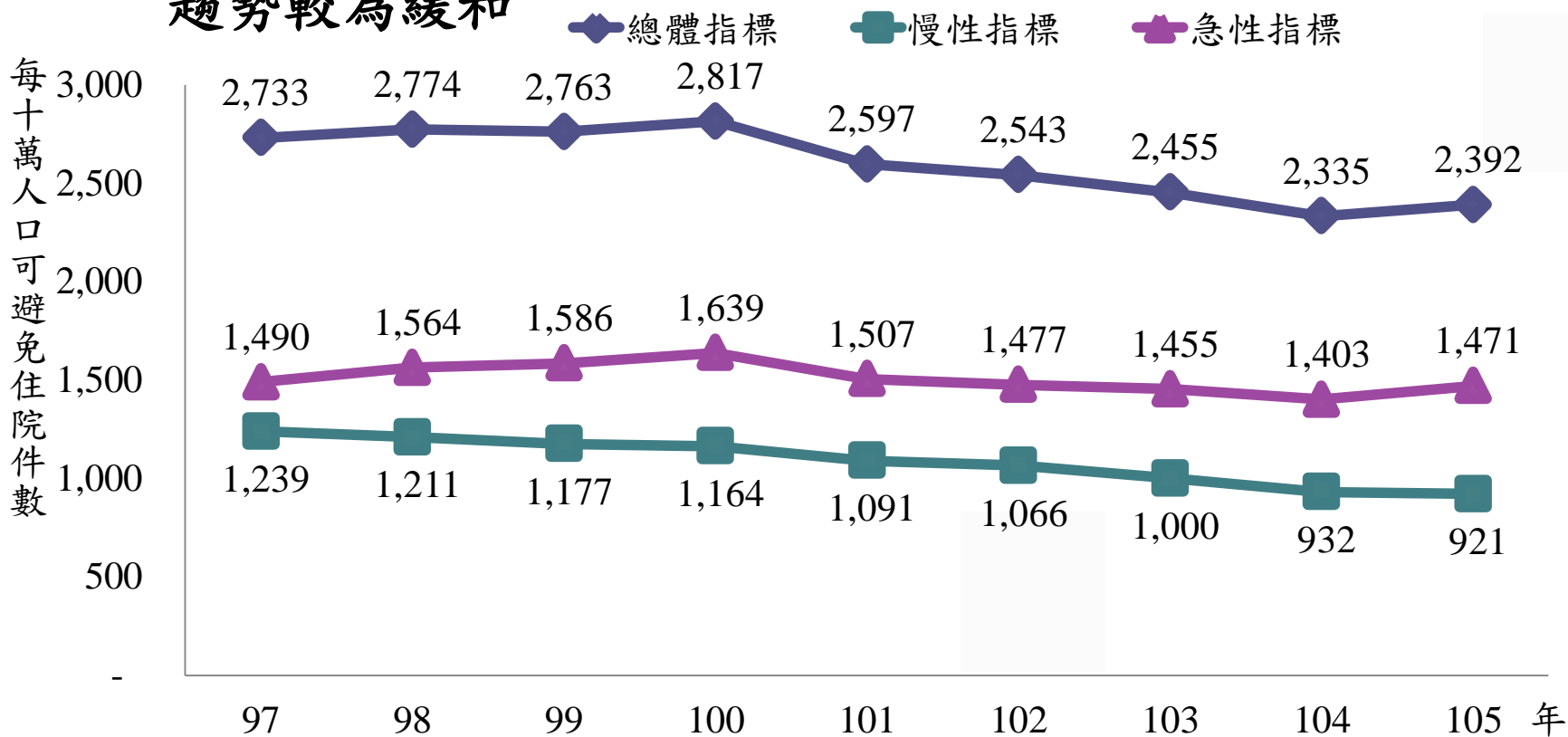
2.門診就醫次數經年齡性別校正

3.地區外就醫指保險對象在非山地離島地區內就醫



97-105年山地離島地區保險對象可避免住院

- 山地離島可避免住院率有逐年下降的趨勢，急性指標的趨勢較為緩和



1. 人口結構依內政部戶政司2015年年終18歲以上之人口進行校正。

2. AHRQ第五版之PQI指標分類定義

(1)急性指標：係指脫水、尿道感染、細菌性肺炎等3項指標。

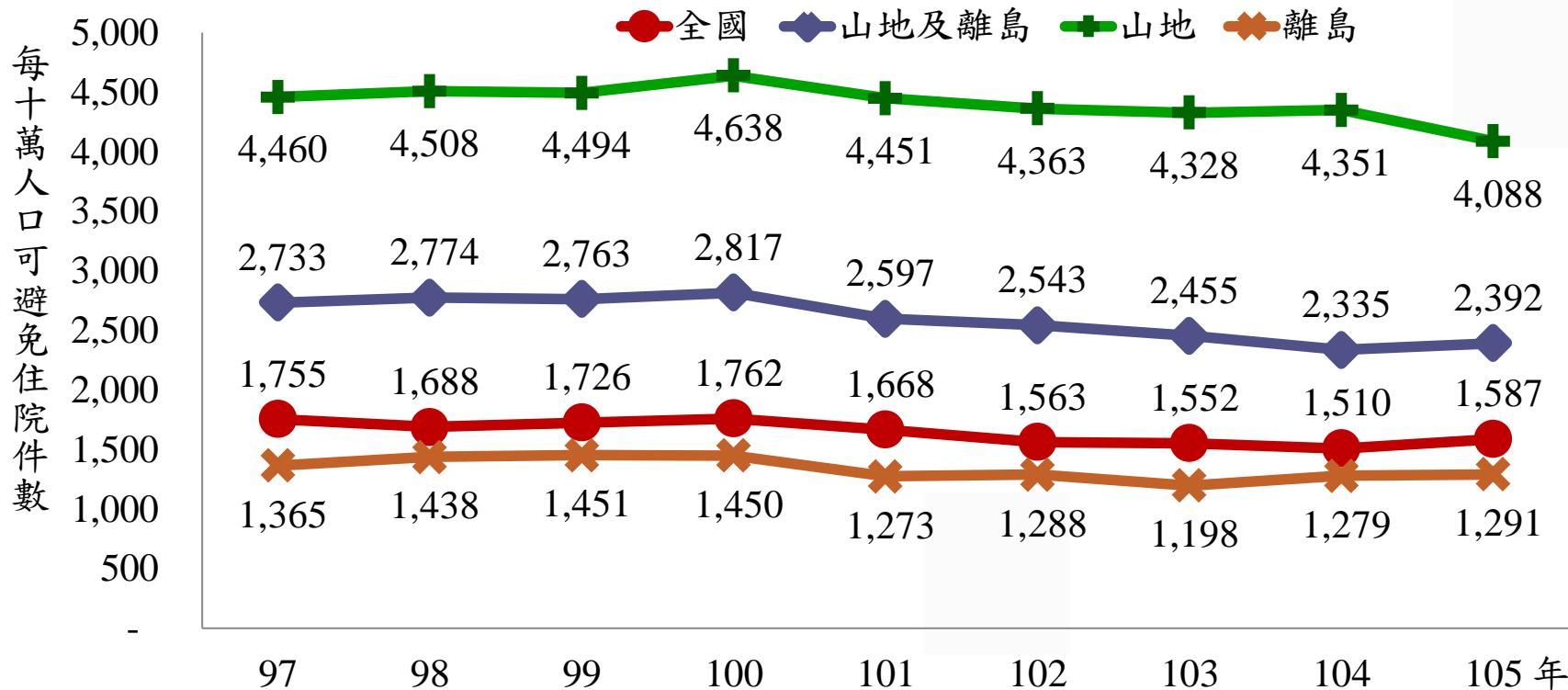
(2)慢性指標：係指短期糖尿病併發症、長期糖尿病併發症、控制不良糖尿病、糖尿病下肢截肢、COPD及成人氣喘、青年氣喘、高血壓、心臟衰竭、心絞痛等9項指標。

(3)總體指標：急性指標及慢性指標之住院件數總和。



97-105年山地離島地區保險對象可避免住院-總體指標

- 總體指標，離島地區可避免住院率較全國低、山地地區可避免住院率較高



1. 人口結構依內政部戶政司2015年年終18歲以上之人口進行校正。

2. AHRQ第五版之PQI指標分類定義

(1)急性指標：係指脫水、尿道感染、細菌性肺炎等3項指標。

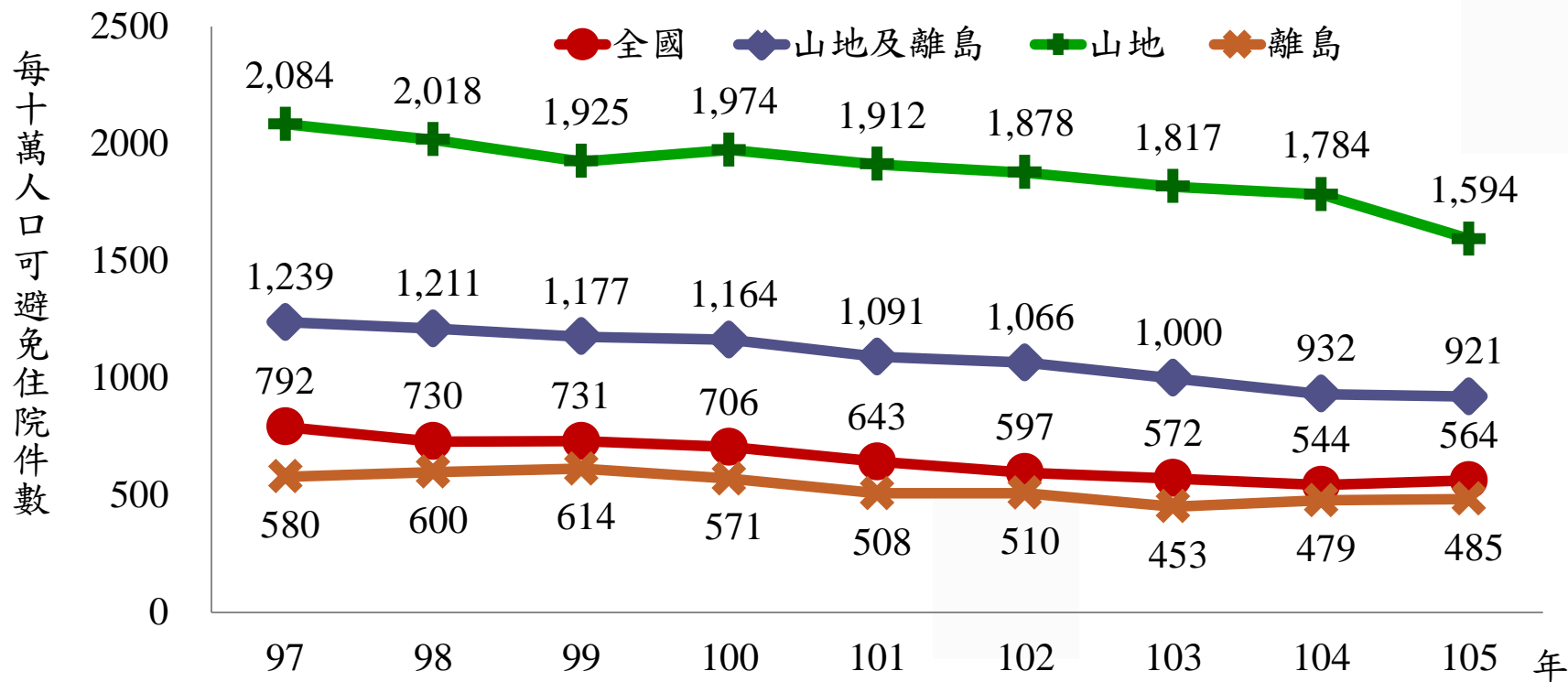
(2)慢性指標：係指短期糖尿病併發症、長期糖尿病併發症、控制不良糖尿病、糖尿病下肢截肢、COPD及成人氣喘、青年氣喘、高血壓、心臟衰竭、心絞痛等9項指標。

(3)總體指標：急性指標及慢性指標之住院件數總和。



97-105年山地離島地區保險對象可避免住院-慢性指標

- 慢性指標有逐年降低之情形，山地地區保險對象慢性指標高於全國及離島地區



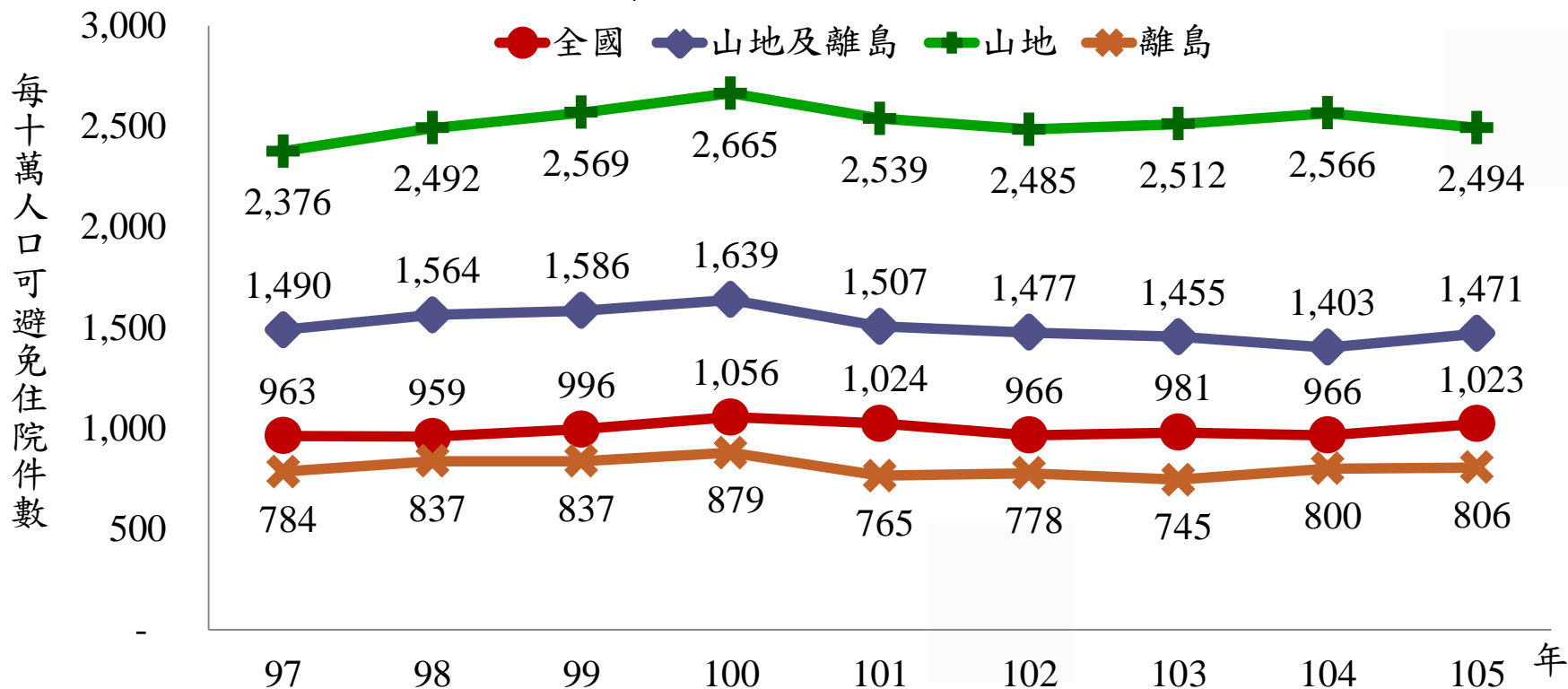
1. 人口結構依內政部戶政司2015年年終18歲以上之人口進行校正。

2. AHRQ第五版之PQI指標分類定義-慢性指標：係指短期糖尿病併發症、長期糖尿病併發症、控制不良糖尿病、糖尿病下肢截肢、COPD及成人氣喘、青年氣喘、高血壓、心臟衰竭、心絞痛等9項指標。



97-105年山地離島地區保險對象可避免住院-急性指標

- 急性指標逐年下降趨勢較緩，山地地區保險對象之急性指標高於全國及離島地區



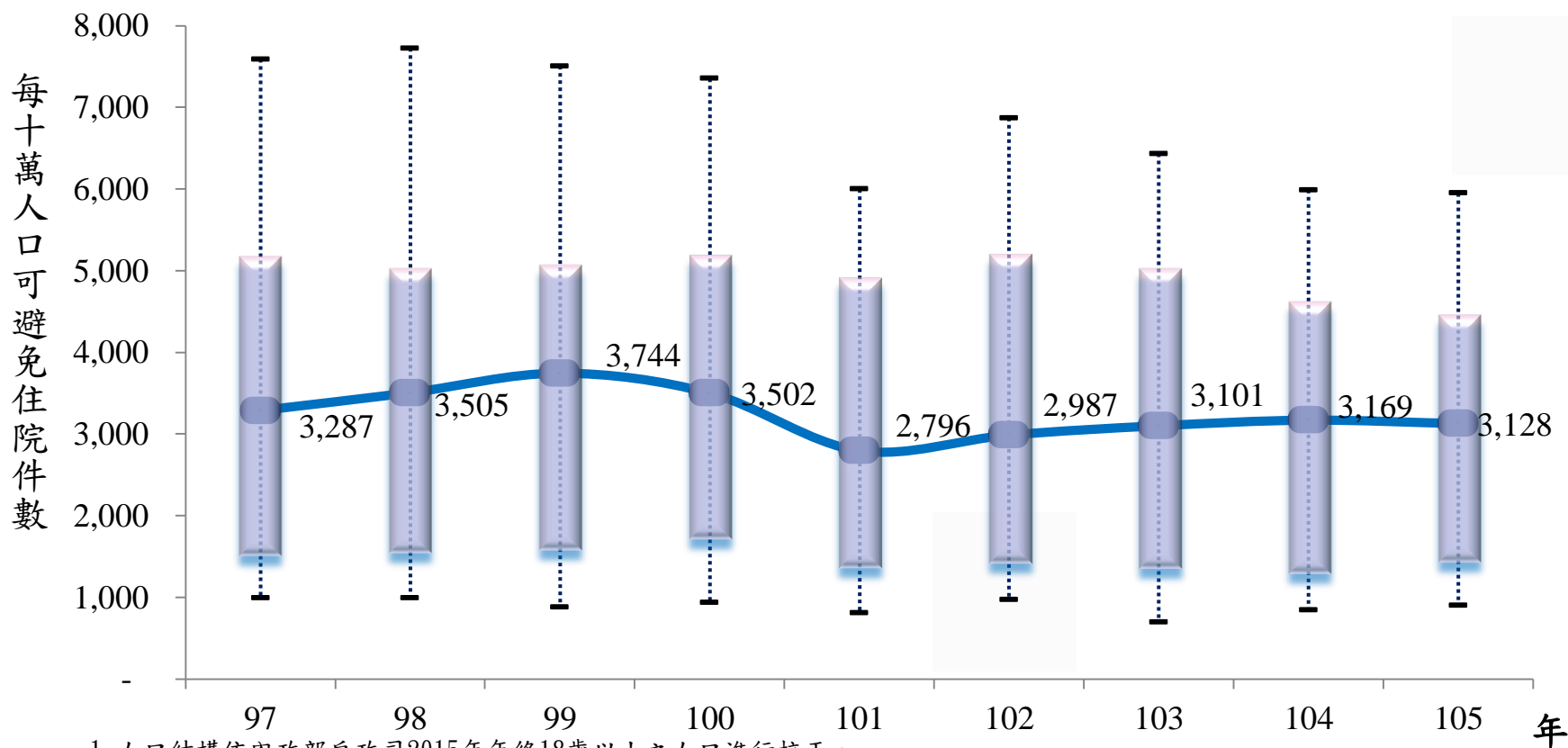
1. 人口結構依內政部戶政司2015年年終18歲以上之人口進行校正。

2. AHRQ第五版之PQI指標分類定義-急性指標：係指脫水、尿道感染、細菌性肺炎等3項指標。



97-105年山地離島地區保險對象可避免住院-鄉鎮間差異

- 山地離島地區各鄉鎮之間可避免住院件數有差異，但有逐年減少之情形



1. 人口結構依內政部戶政司2015年年終18歲以上之人口進行校正。

2. AHRQ第五版之PQI指標分類定義

(1)急性指標：係指脫水、尿道感染、細菌性肺炎等3項指標。

(2)慢性指標：係指短期糖尿病併發症、長期糖尿病併發症、控制不良糖尿病、糖尿病下肢截肢、COPD及成人氣喘、青年氣喘、高血壓、心臟衰竭、心絞痛等9項指標。

(3)總體指標：急性指標及慢性指標之住院件數總和。



西醫醫療資源不足地區 改善方案



西醫醫療資源不足地區改善方案

目的

- 鼓勵醫師到醫療資源不足地區提供醫療服務。
- 促使全體保險對象都能獲得適當的照護。

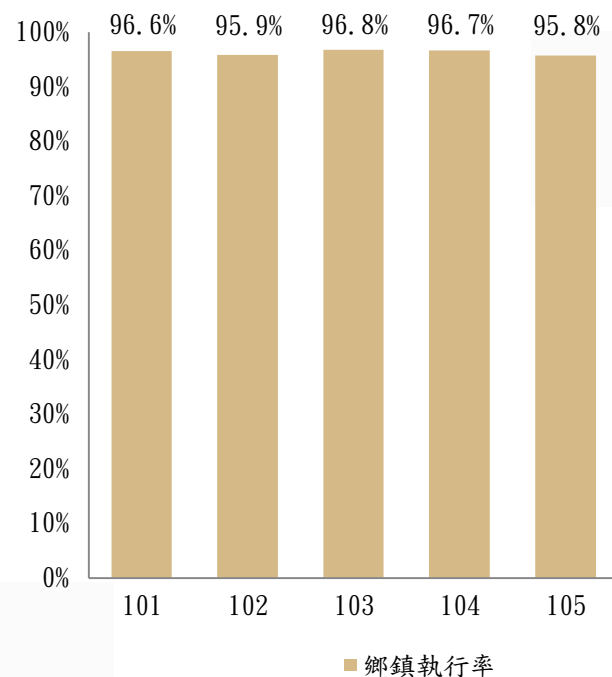
策略

- 獎勵開業計畫：增加當地現有醫療資源。
- 巡迴醫療計畫：將鄉外醫療資源送入醫療資源不足地區。



西醫醫療資源不足地區改善方案-公告鄉鎮執行率

- 105年公告118個鄉鎮，共有158家院所至114個醫療資源不足地區辦理巡迴服務



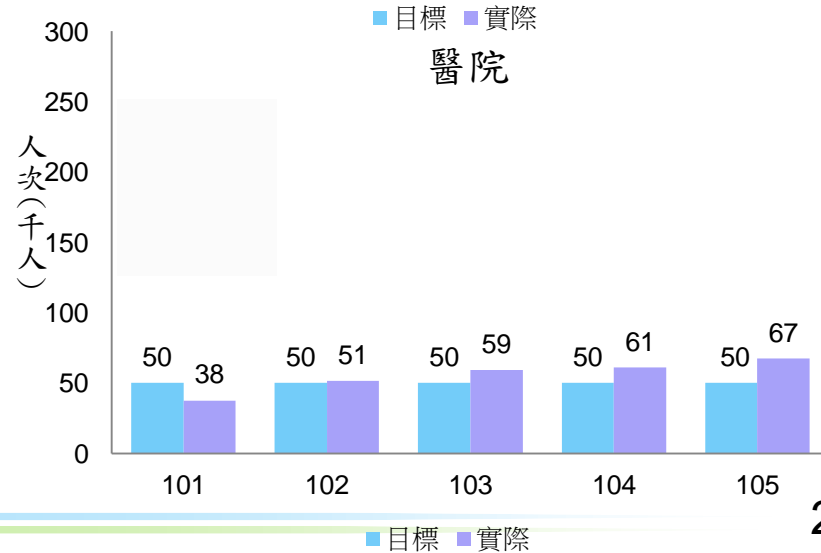
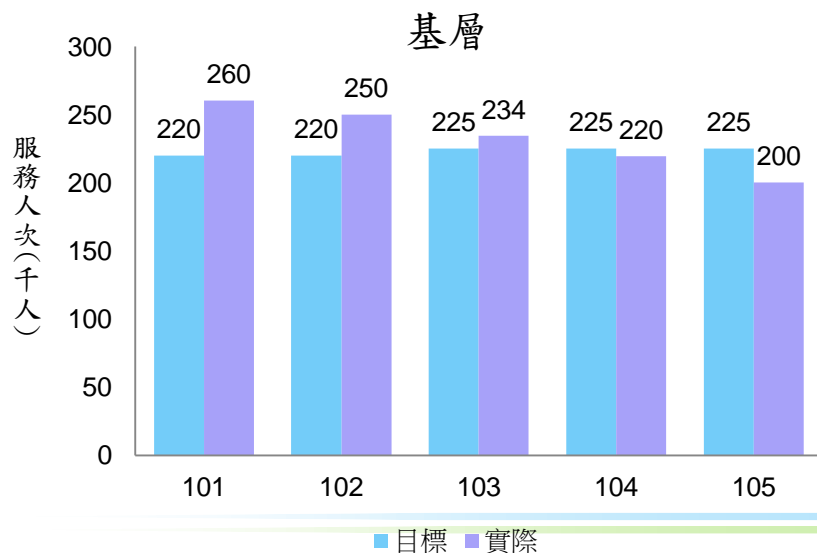
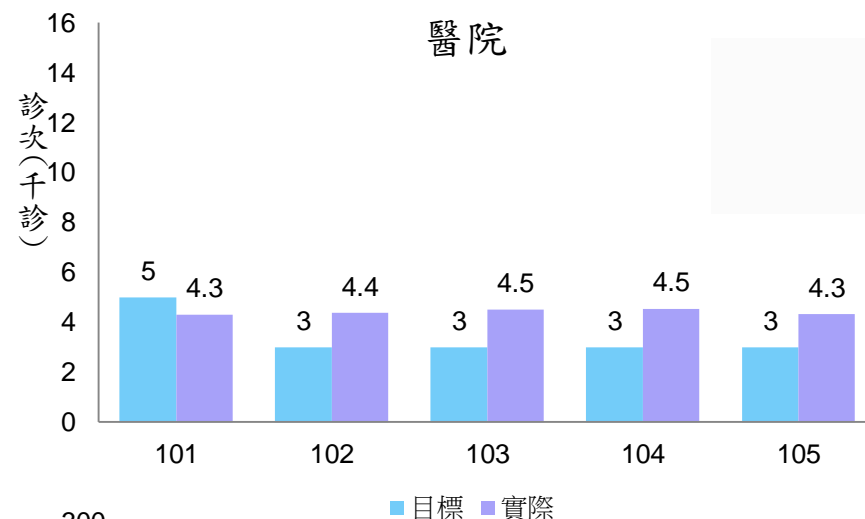
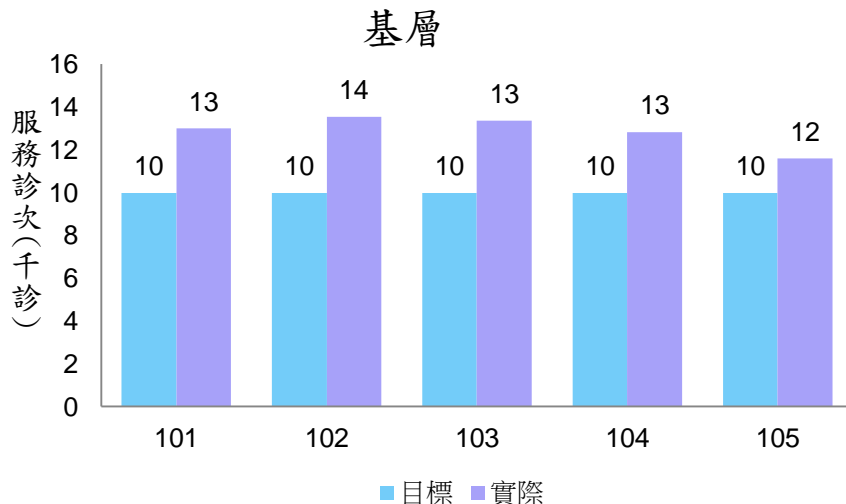
公告鄉鎮數	113	118	122	126	121	118
執行鄉鎮數	107	114	117	122	117	114

105年無院所執行鄉鎮：台中市神岡區、台東縣卑南鄉、屏東縣萬巒鄉、台東縣成功鎮



105年西醫醫療資源不足地區改善方案執行概況

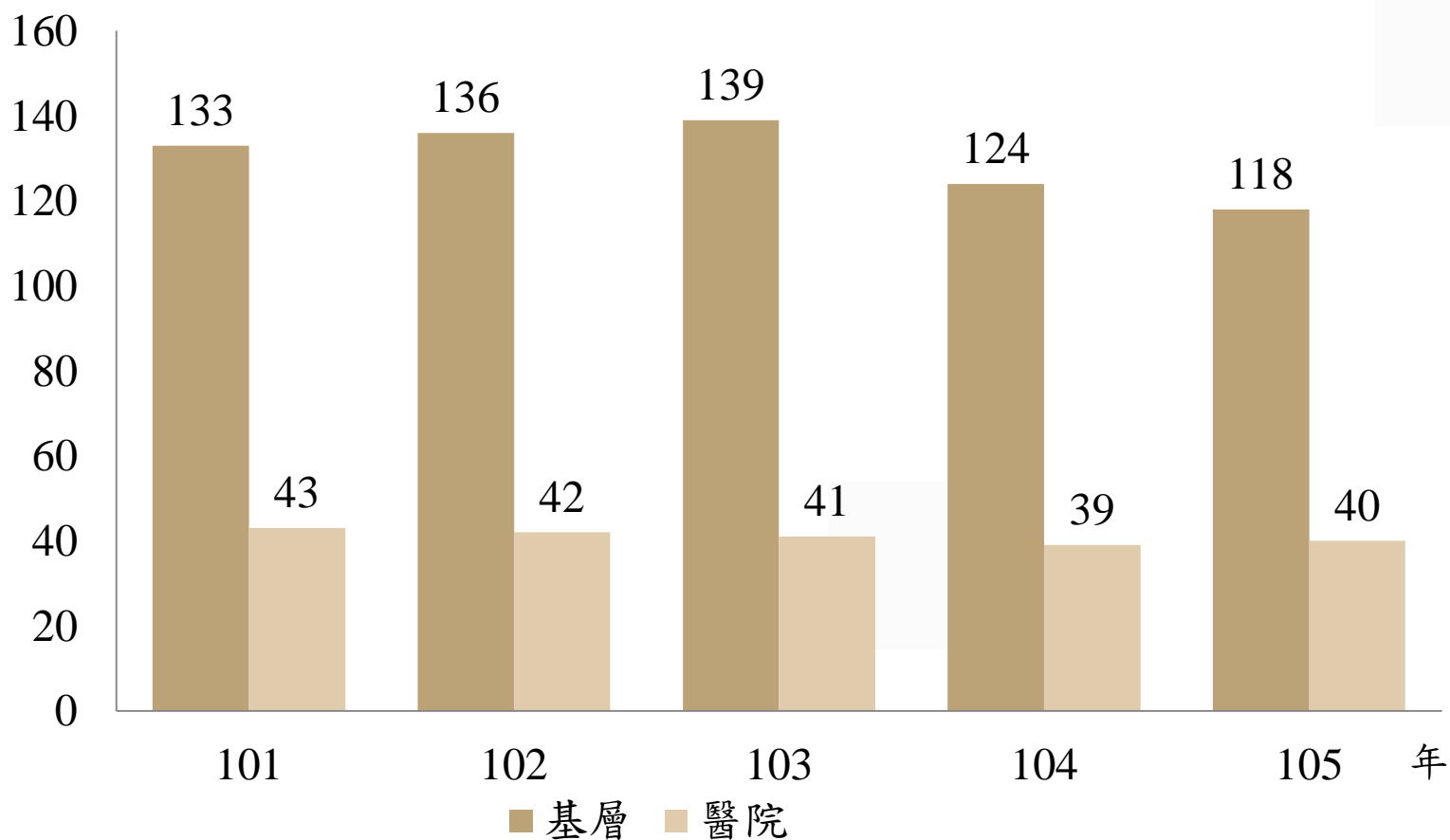
- 105年參與院所至醫療資源不足地區巡迴約1.6萬診次、服務約27萬人次





西醫醫療資源不足地區改善方案-院所參與情形

- 105西醫醫療資源不足地區改善方案參與院所數共158家。

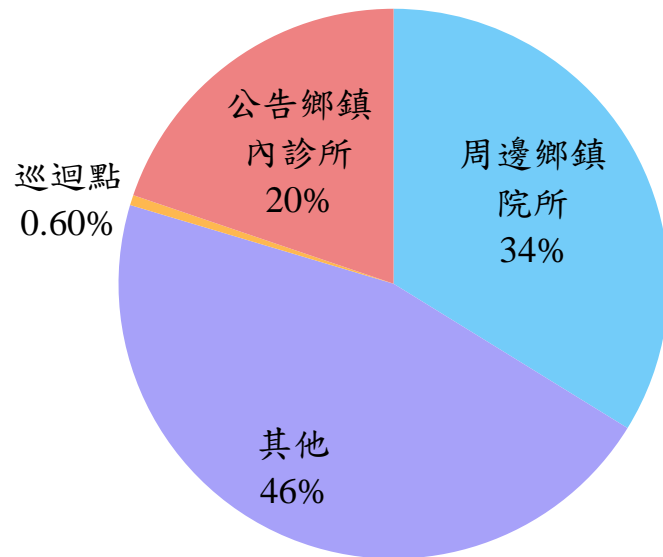




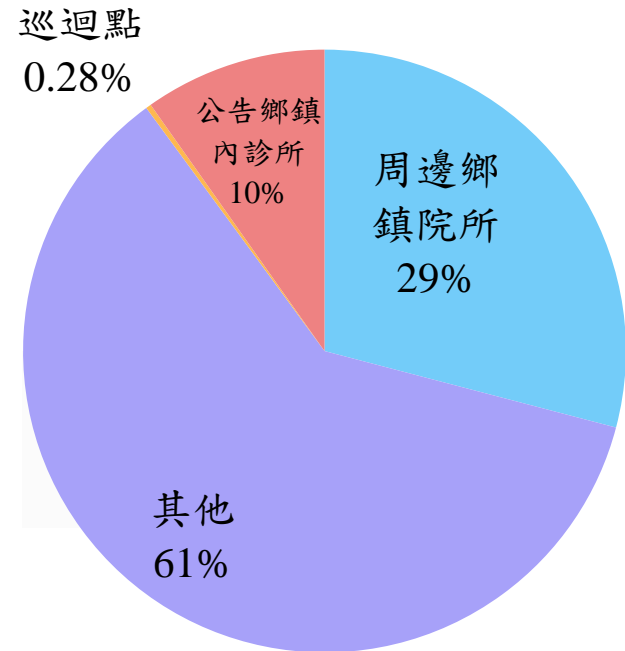
西醫醫療資源不足地區保險對象就醫概況

- 醫療資源不足地區保險對象西醫門診就醫件數，20%在公告鄉鎮內院所就醫、0.6%於巡迴點就醫、34%至周邊鄉鎮院所就醫、約5成於其他地區就醫

就醫件數占率



醫療費用點數占率



註：1. 戶籍或投保於醫療資源不足地區且在保之保險對象

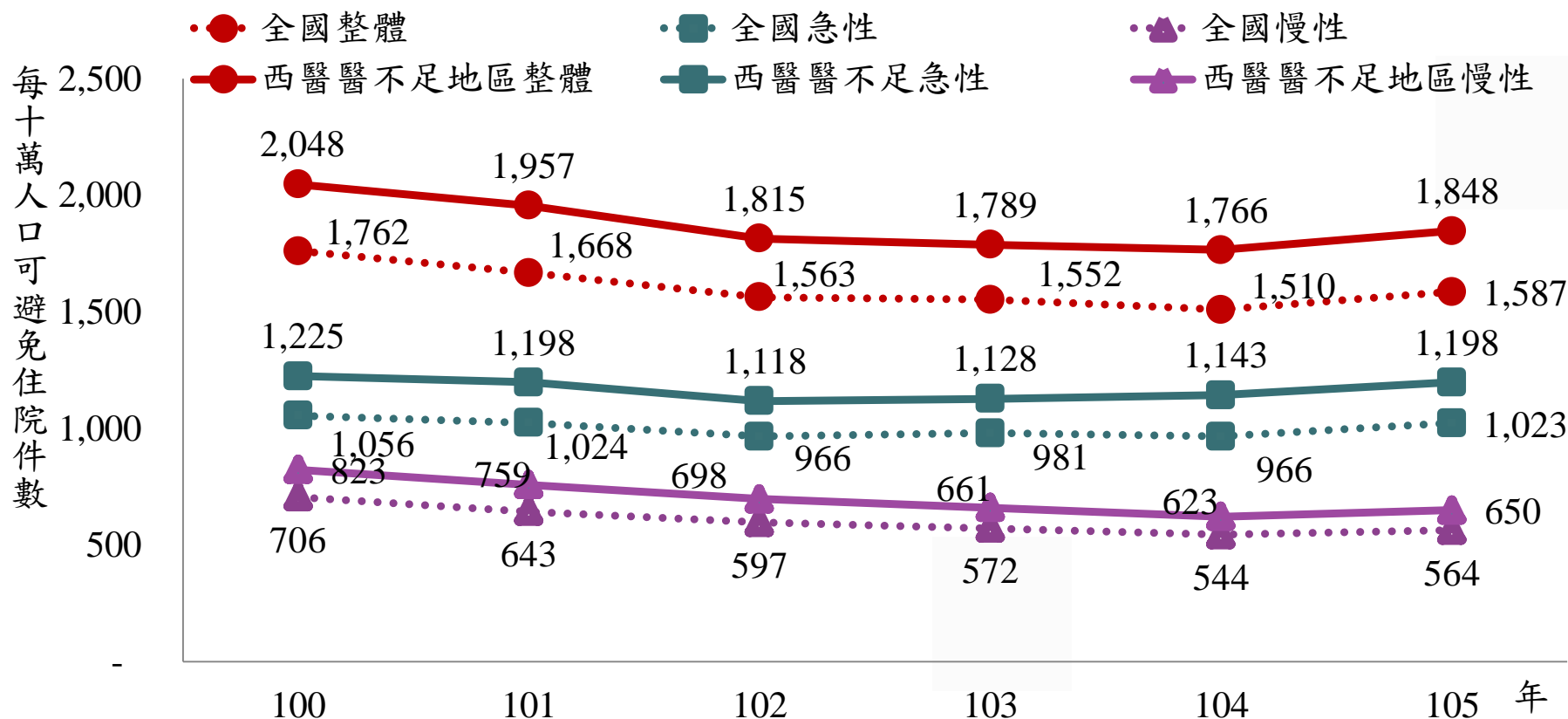
2. 西醫門診就醫次數及醫療費用點數經年齡性別校正

3. 公告鄉鎮內診所係指公告西醫醫療資源不足地區內院所、周邊鄉鎮院所為地理上鄰近鄉鎮就醫、其他就醫為非周邊、公告鄉鎮內及巡迴點就醫者



100-105年西醫醫療資源不足地區保險對象可避免住院

- 急性或慢性指標，可避免住院件數有逐年降低的情形



1. 人口結構依內政部戶政司2015年年終18歲以上之人口進行校正。

2. AHRQ第五版之PQI指標分類定義

(1) 急性指標：係指脫水、尿道感染、細菌性肺炎等3項指標。

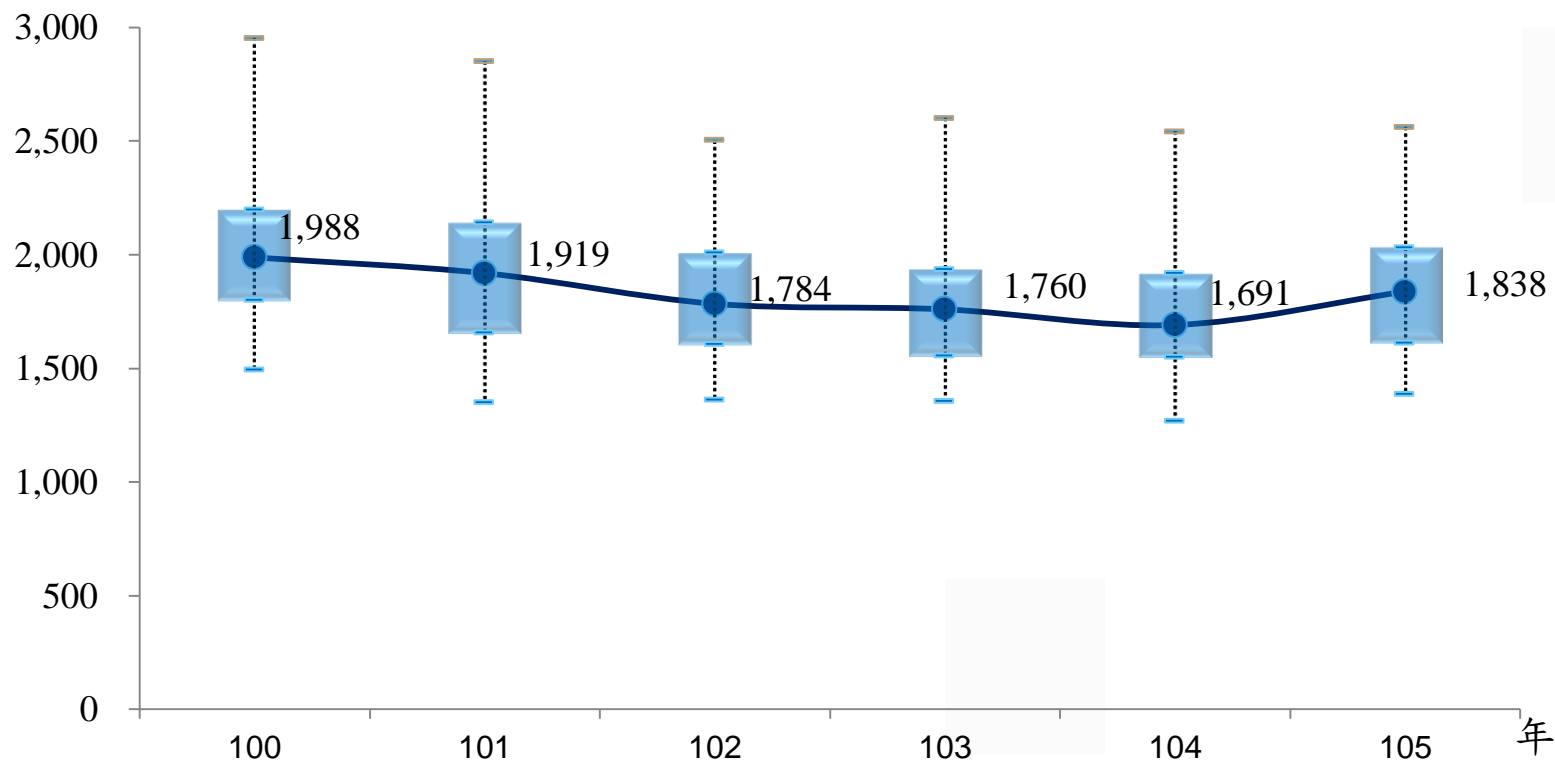
(2) 慢性指標：係指短期糖尿病併發症、長期糖尿病併發症、控制不良糖尿病、糖尿病下肢截肢、COPD及成人氣喘、青年氣喘、高血壓、心臟衰竭、心絞痛等9項指標。

(3) 總體指標：急性指標及慢性指標之住院件數總和。



西醫醫療資源不足地區保險對象可避免住院-鄉鎮間差異

- 各鄉鎮間可避免住院有差異



1. 人口結構依內政部戶政司2015年年終18歲以上之人口進行校正。

2. AHRQ第五版之PQI指標分類定義

(1)急性指標：係指脫水、尿道感染、細菌性肺炎等3項指標。

(2)慢性指標：係指短期糖尿病併發症、長期糖尿病併發症、控制不良糖尿病、糖尿病下肢截肢、COPD及成人氣喘、青年氣喘、高血壓、心臟衰竭、心絞痛等9項指標。

(3)總體指標：急性指標及慢性指標之住院件數總和。



醫療資源不足地區 醫療服務提升計畫



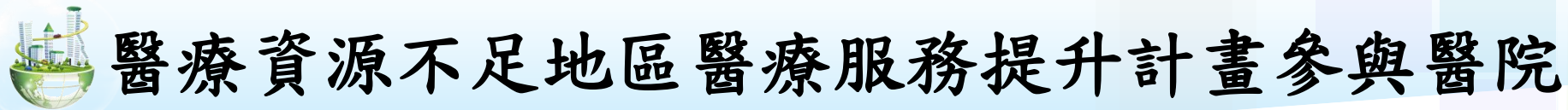
醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

目的

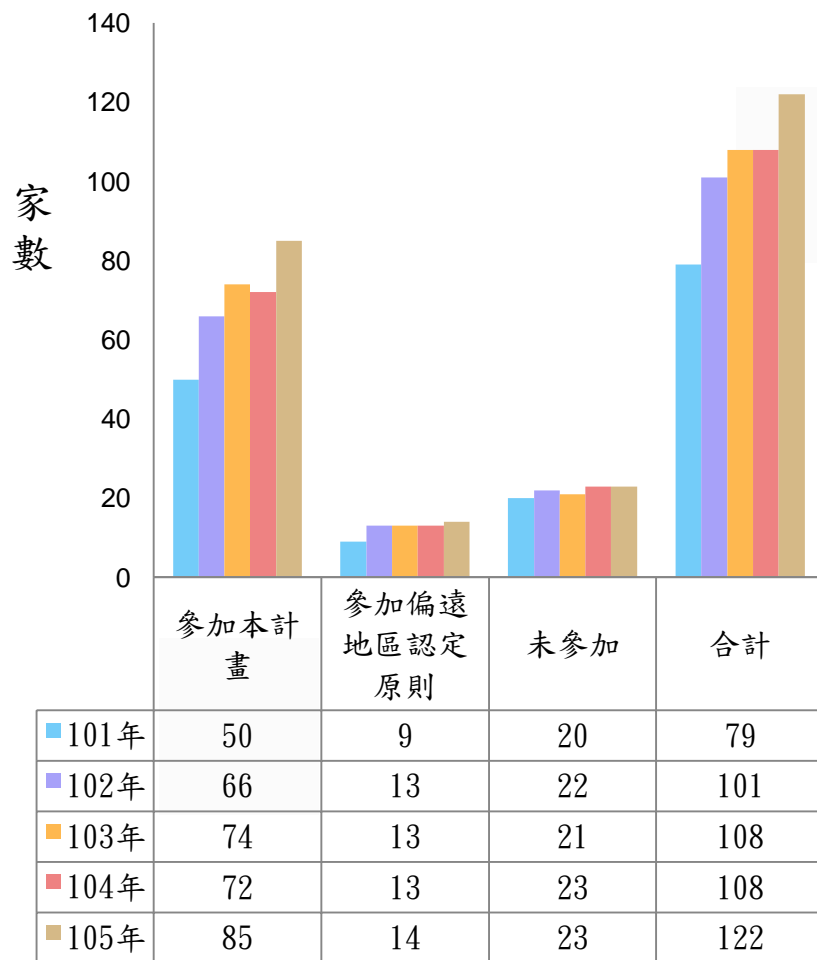
- 強化離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區之民眾在地醫療，減少就醫奔波之苦。
- 以點值保障該等區域或鄰近區域之醫院，使具備較佳醫療提供之能力，加強提供醫療服務及社區預防保健，以增進民眾就醫可近性。

策略

- 申請醫院須承諾強化之醫療服務：
 - 提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務(含支援醫師)，並應由各該專科醫師實際提供每週三次以上之門診看診服務。
 - 提供24小時急診服務。



- 105年共有85家醫院參與本計畫

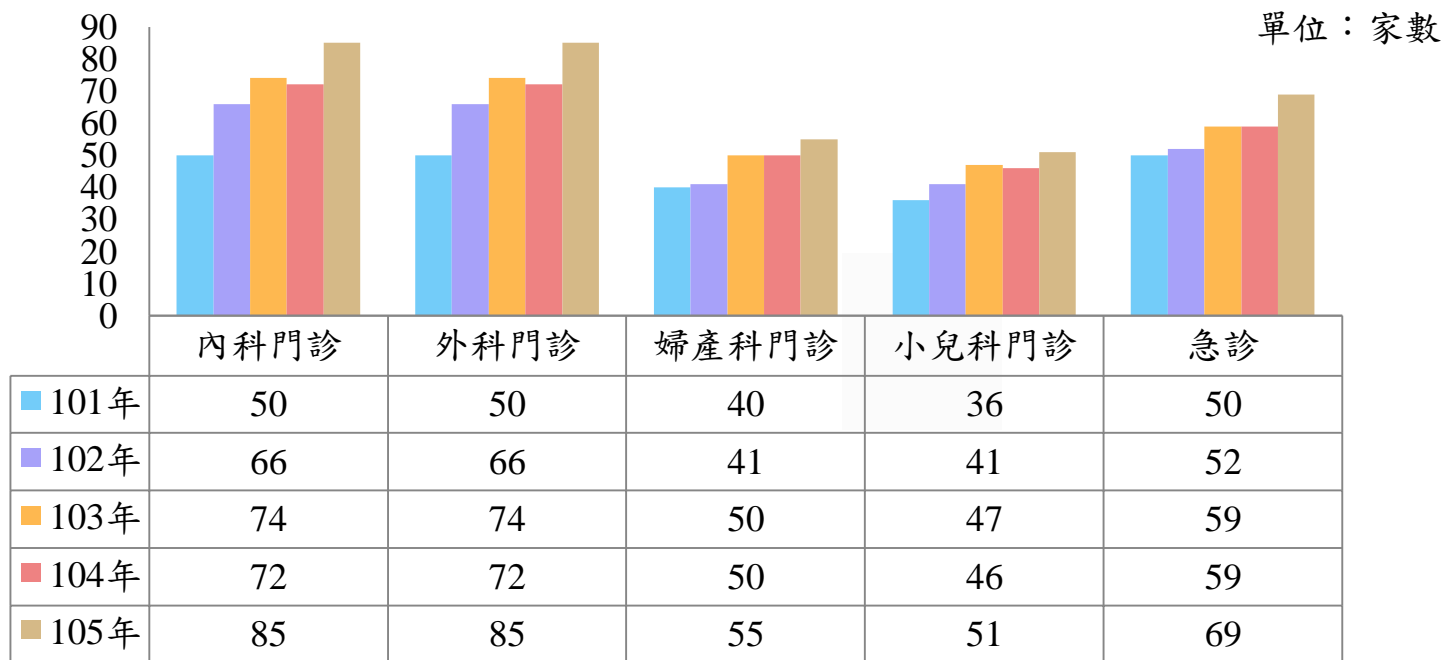


1. 醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則，簡稱偏遠地區認定原則。
2. 同時符合醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫及醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則之醫院，兩計畫應擇一保障，不得重複。



醫療資源不足地區醫療服務提升計畫提供科別服務情形

- 105年：85家提供內科與外科門診服務、55家提供婦產科門診服務、51家提供小兒科門診服務、69家提供急診服務。
- 參與提供內外婦兒門診服務由各該專科醫師實際提供每週三次以上之門診看診服務。
- 急診服務：提供24小時急診服務。





滿意度調查結果

- 105年各項目之滿意度皆達9成以上。

項目	101年		102年		103年		104年		105年	
	問卷數	滿意度	問卷數	滿意度	問卷數	滿意度	問卷數	滿意度	問卷數	滿意度
對急診之滿意度	665	87%	754	88%	741	82.1%	813	89%	921	90%
對內科門診之滿意度	764	85%	1022	92%	944	87.5%	982	93%	1010	94%
對外科門診之滿意度	718	84%	948	90%	827	86.2%	904	91%	923	91%
對婦產科門診之滿意度	472	89%	580	89%	583	85.9%	615	89%	619	89%
對小兒科門診之滿意度	424	86%	487	87%	484	82.0%	503	89%	575	89%
對檢查之滿意度	1140	86%	1407	89%	1489	87.3%	1,432	88%	1,530	92%

註：101年問卷回收2,462份；102年問卷回收2,958份；103年回收3,205份；104年回收3,434份。

105年回收3,664份。

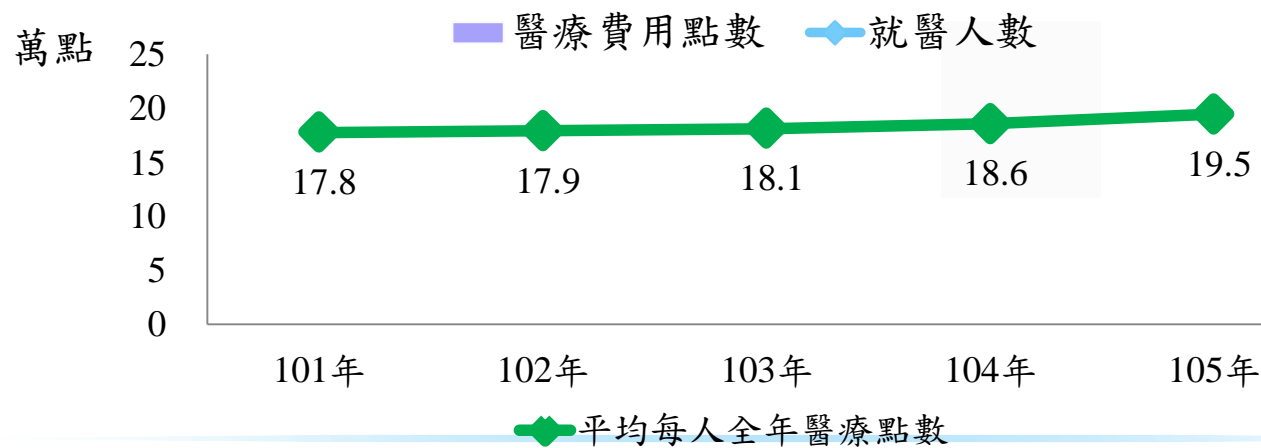
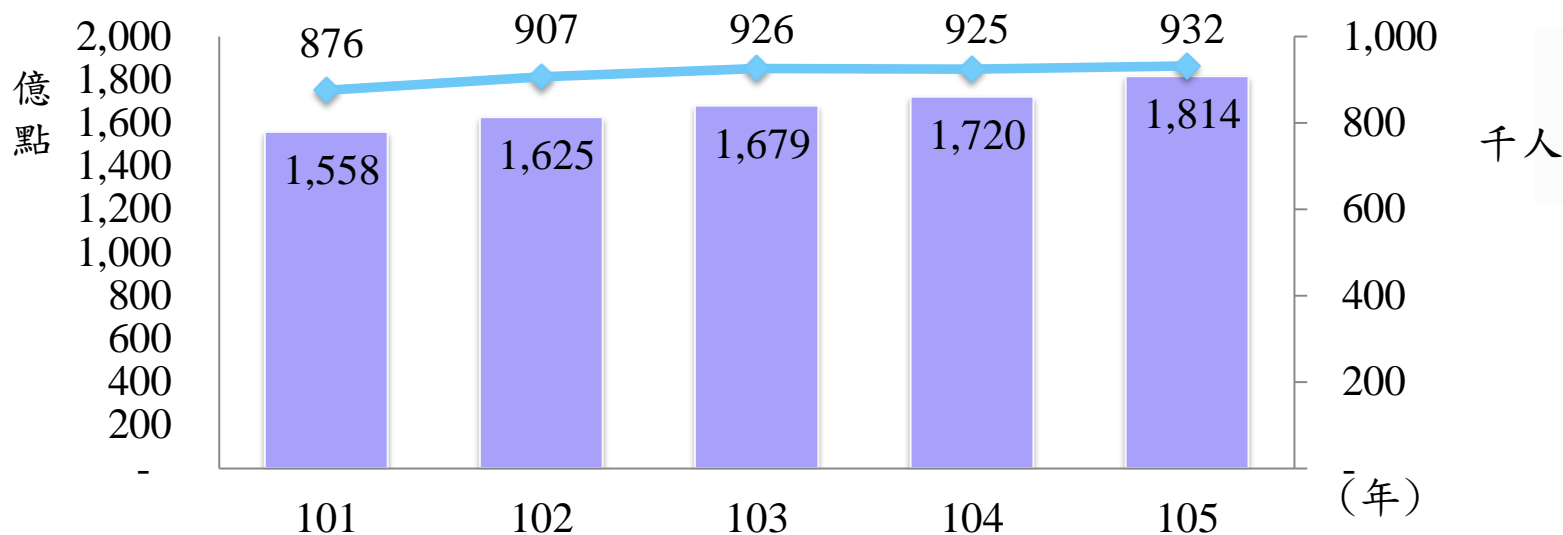


重大傷病就醫概況



重大傷病就醫人數及醫療費用點數

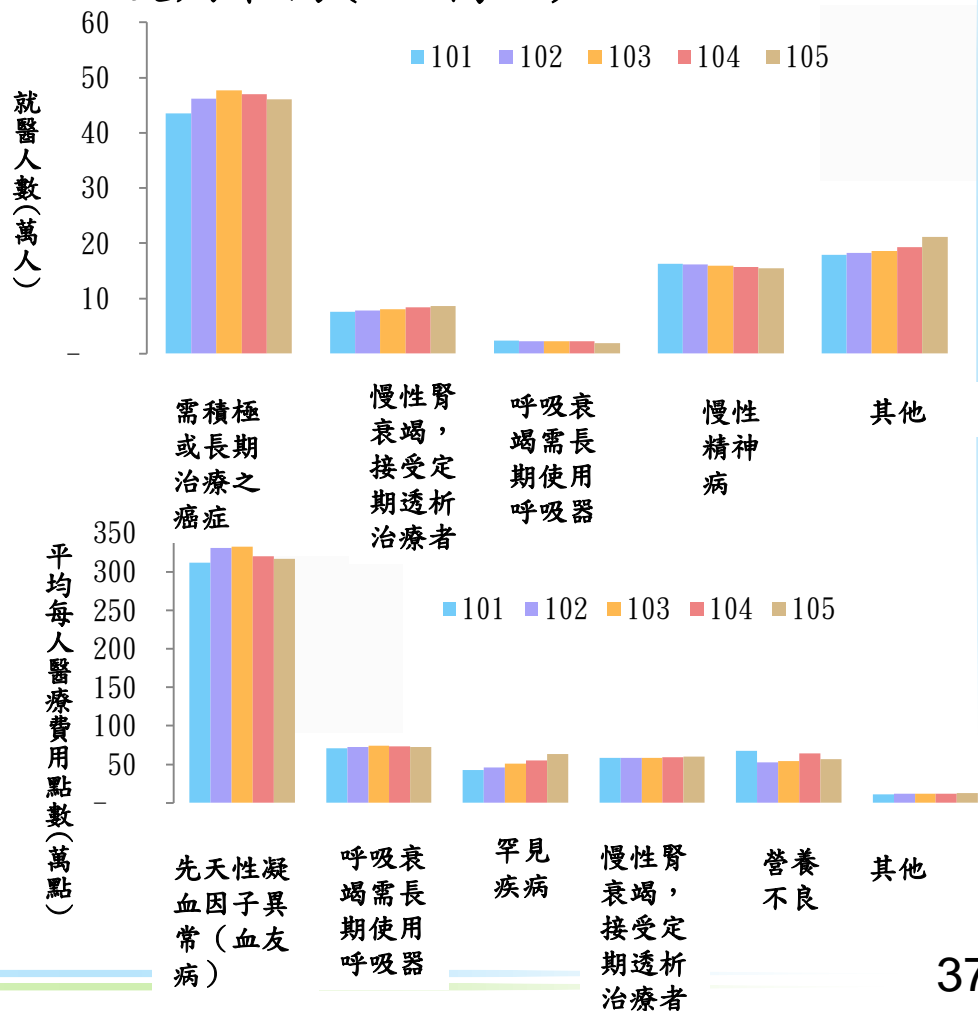
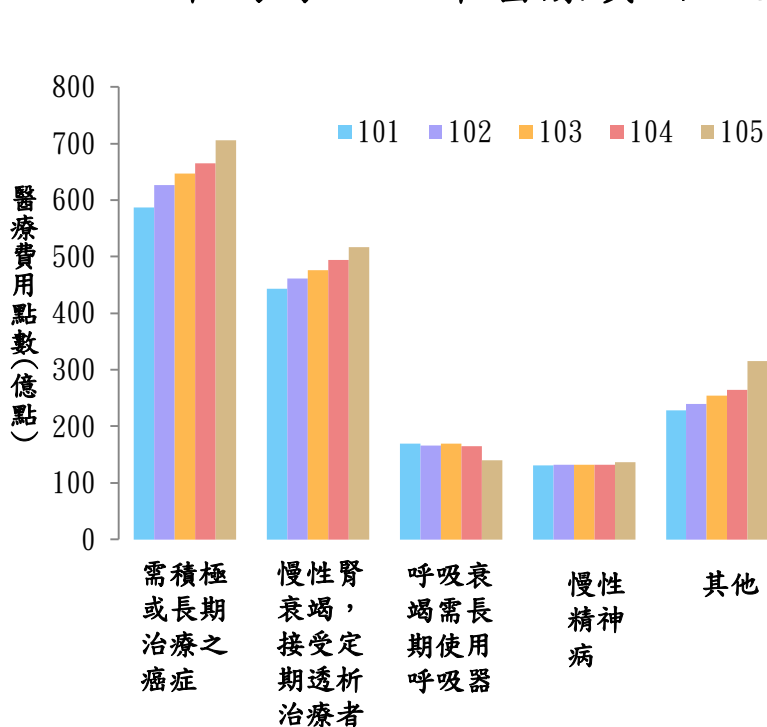
- 105年因重大傷病就醫人數約93萬人，支出1,814億點、每人平均支出約20萬點。





重大傷病就醫疾病概況

- 101年至105年癌症、慢性腎衰竭、長期使用呼吸器等4項疾病醫療費用約占所有重大傷病醫療費用點數之82-85%、就醫人數占重大傷病總人數約80%、平均每人全年醫療費用點數以血友病最高(330萬點)。



註：

營養不良為因腸道大量切除或失去功能，或其他慢性疾病引起嚴重營養不良者，給予全靜脈營養已超過30天，口攝飲食仍無法提供足量營養者。



經濟弱勢就醫概況



經濟弱勢保障措施

- 身心障礙：

- 凡領有身心障礙手冊者，門診就醫時不論醫院層級，基本部分負擔費用均按診所層級收取50元。

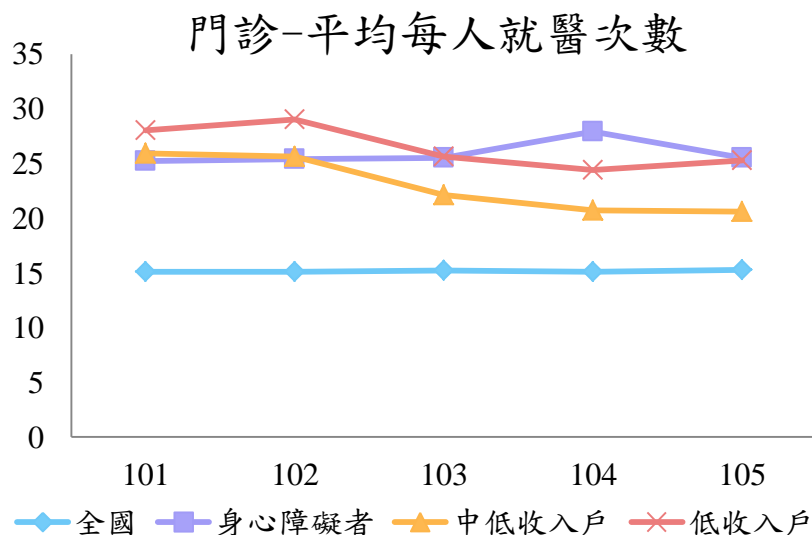
- 低收入戶：

- 符合社會救助法規定之低收入戶成員就醫時應自行負擔之費用，由中央社政主管機關編列預算補助。

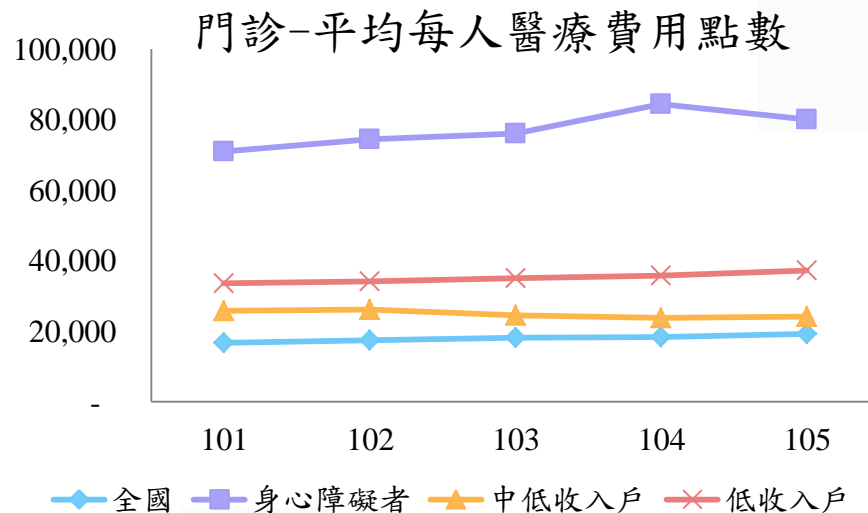


經濟弱勢就醫概況_門診

- 身心障礙、中低收入戶、低收入戶之門診平均每人就醫次數、平均每人醫療費用較全國高



年度	101	102	103	104	105
全國	15.1	15.1	15.2	15.1	15.3
身心障礙者	25.2	25.4	25.5	27.9	25.5
中低收入戶	25.9	25.6	22.1	20.7	20.6
低收入戶	28.0	29.0	25.6	24.4	25.3



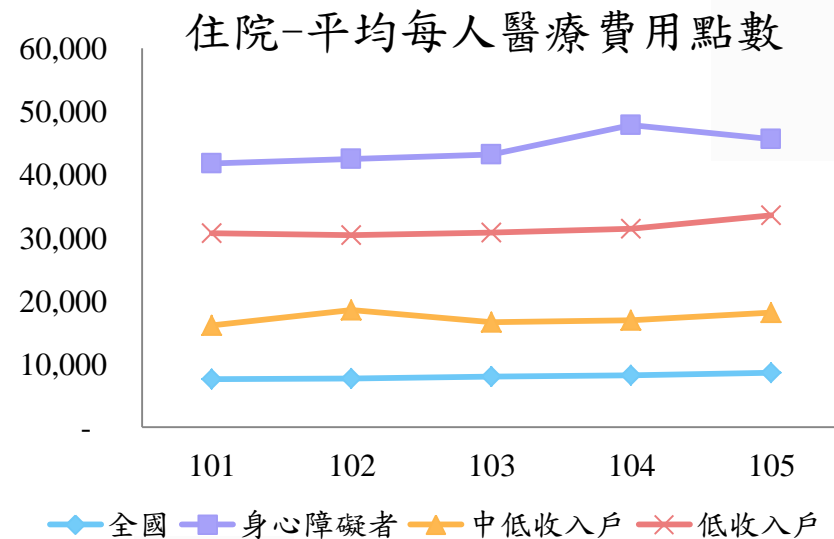
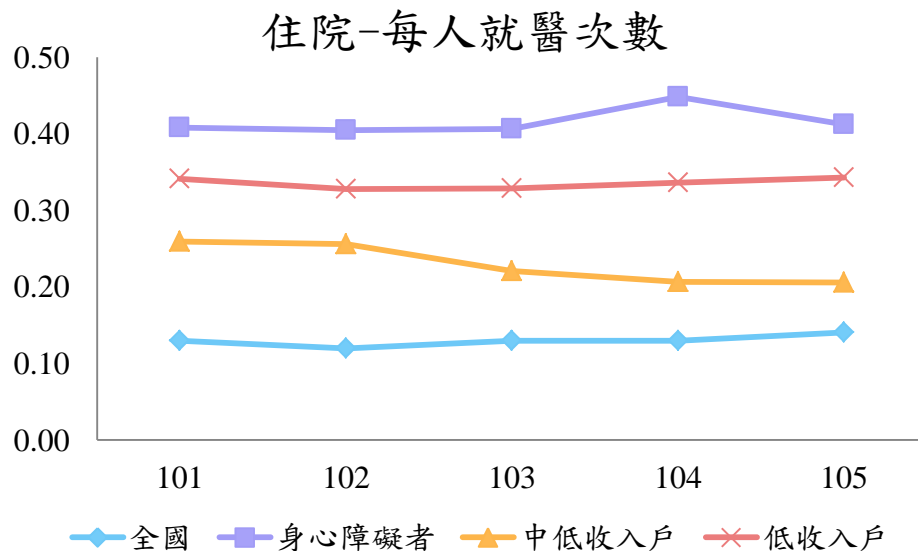
年度	101	102	103	104	105
全國	16,728	17,567	18,166	18,387	19,229
身心障礙者	70,984	74,349	76,096	84,498	80,034
中低收入戶	25,781	26,179	24,490	23,925	24,144
低收入戶	33,569	34,168	35,047	35,766	37,213

1. 平均每人就醫次數，採四季季中(2、5、8、11月)保險對象人數均數。
2. 校正方式係以各年度全國季中投保人口之性別及年齡(20歲年齡組)人口結構進行校正
3. 身心障礙者以當年在保紀錄中曾以「特殊身分註記」註記身心障礙(1、2、3、5、6、7)者認定。
4. 中低收入戶以當年在保紀錄中任一減免註記為L者(中低收入戶)認定。
5. 低收入戶以當年在保紀錄中投保類目為第5類者認定。
6. 門診包含中、西、牙醫門診



經濟弱勢就醫概況_住院

- 身心障礙、中低收入戶、低收入戶之住院全年就醫次數較全國高



年度	101	102	103	104	105
全國	0.13	0.12	0.13	0.13	0.14
身心障礙者	0.41	0.41	0.41	0.45	0.41
中低收入戶	0.26	0.26	0.22	0.21	0.21
低收入戶	0.34	0.33	0.33	0.34	0.34

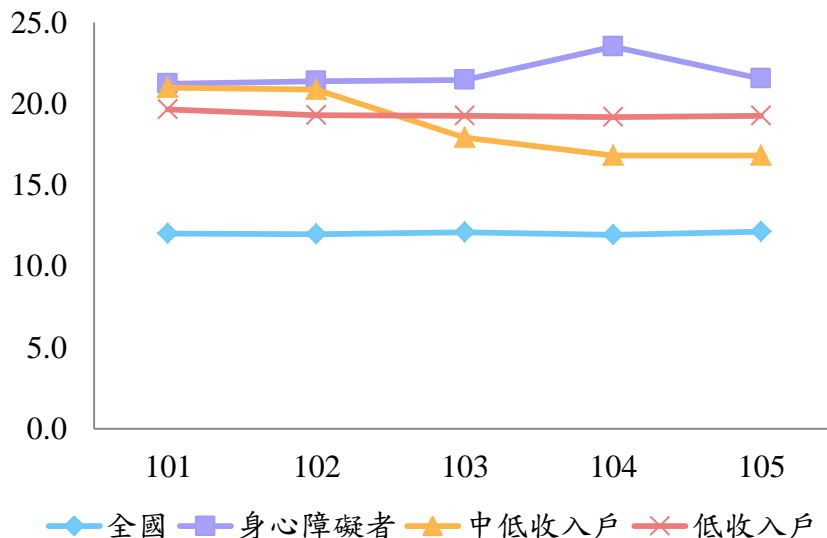
年度	101	102	103	104	105
全國	7,654	7,742	8,062	8,205	8,637
身心障礙者	41,769	42,484	43,187	47,838	45,598
中低收入戶	16,099	18,595	16,658	16,920	18,176
低收入戶	30,781	30,449	30,810	31,461	33,522

1. 平均每人就醫次數，採四季季中(2、5、8、11月)保險對象人數均數。
2. 校正方式係以各年度全國季中投保人口之性別及年齡(20歲年齡組)人口結構進行校正
3. 身心障礙者以當年在保紀錄中曾以「特殊身分註記」註記身心障礙(1、2、3、5、6、7)者認定。
4. 中低收入戶以當年在保紀錄中任一減免註記為L者(中低收入戶)認定。
5. 低收入戶以當年在保紀錄中投保類目為第5類者認定。



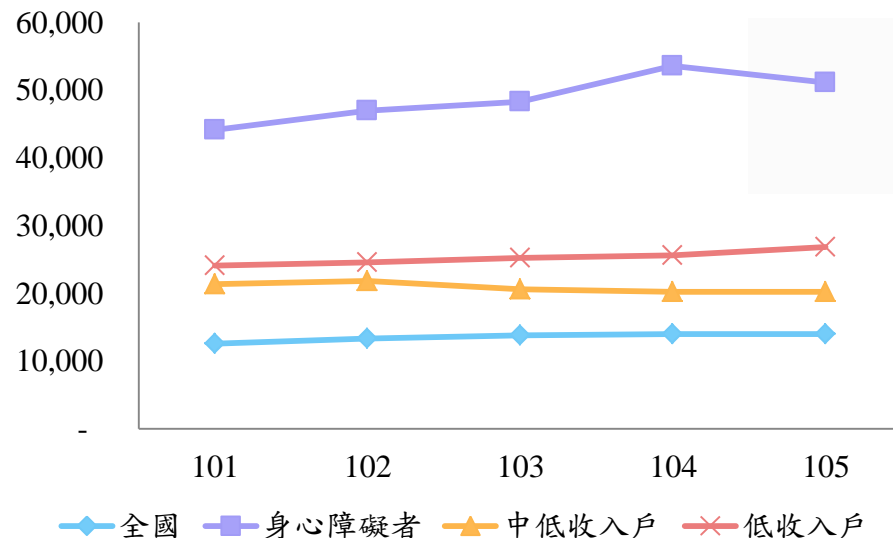
經濟弱勢就醫概況_西醫

門診-平均每人就醫次數



年度	101	102	103	104	105
全國	12.0	12.0	12.1	11.9	12.1
身心障礙者	21.2	21.4	21.4	23.5	21.5
中低收入戶	21.0	20.9	17.9	16.8	16.8
低收入戶	19.6	19.3	19.3	19.2	19.2

門診-平均每人醫療費用點數



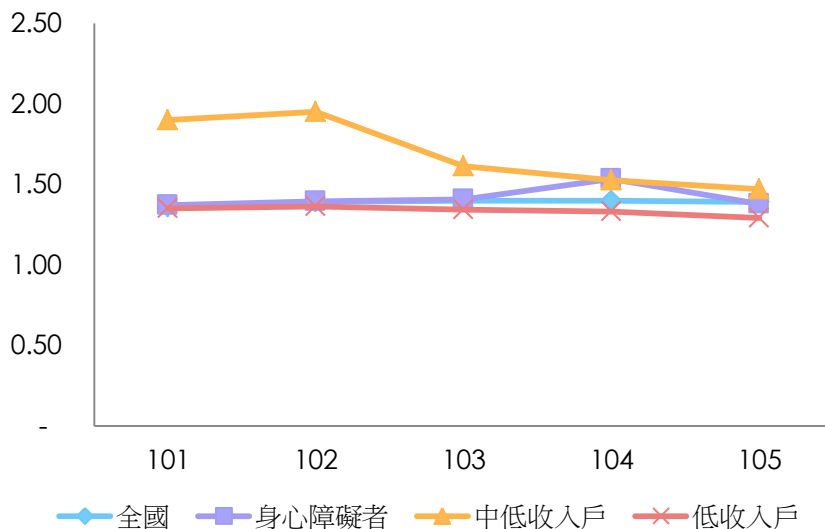
年度	101	102	103	104	105
全國	12,549	13,257	13,764	13,932	13,987
身心障礙者	44,153	46,915	48,281	53,572	51,067
中低收入戶	21,339	21,767	20,582	20,166	20,151
低收入戶	24,037	24,516	25,219	25,612	26,772

1. 平均每人就醫次數，採四季季中(2、5、8、11月)保險對象人數均數。
2. 校正方式係以各年度全國季中投保人口之性別及年齡(20歲年齡組)人口結構進行校正
3. 身心障礙者以當年在保紀錄中曾以「特殊身分註記」註記身心障礙(1、2、3、5、6、7)者認定。
4. 中低收入戶以當年在保紀錄中任一減免註記為L者(中低收入戶)認定。
5. 低收入戶以當年在保紀錄中投保類目為第5類者認定。

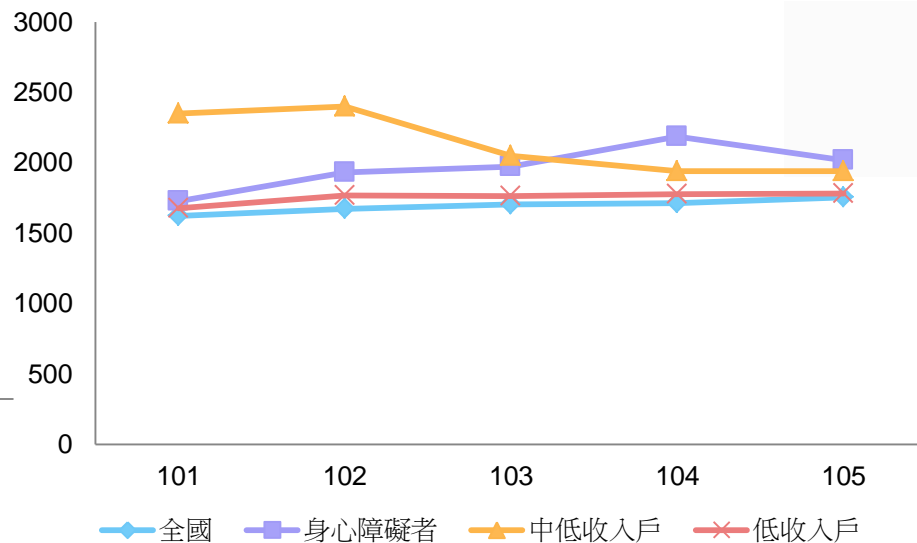


經濟弱勢就醫概況_牙醫

平均每人就醫次數



平均每人醫療費用點數



	101	102	103	104	105
全國	1.36	1.39	1.40	1.40	1.39
身心障礙者	1.37	1.40	1.41	1.54	1.38
中低收入戶	1.90	1.95	1.62	1.53	1.47
低收入戶	1.35	1.36	1.34	1.33	1.29

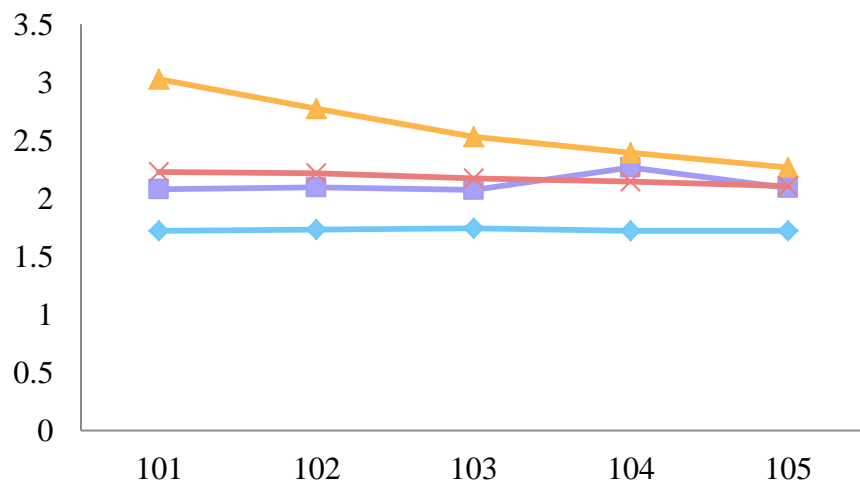
年度	101	102	103	104	105
全國	1,621	1,675	1,703	1,716	1,755
身心障礙者	1,729	1,932	1,973	2,188	2,019
中低收入戶	2,350	2,400	2,052	1,941	1,940
低收入戶	1,676	1,766	1,764	1,780	1,780

1. 平均每人就醫次數，採四季季中(2、5、8、11月)保險對象人數均數。
2. 校正方式係以各年度全國季中投保人口之性別及年齡(20歲年齡組)人口結構進行校正
3. 身心障礙者以當年在保紀錄中曾以「特殊身分註記」註記身心障礙(1、2、3、5、6、7)者認定。
4. 中低收入戶以當年在保紀錄中任一減免註記為L者(中低收入戶)認定。
5. 低收入戶以當年在保紀錄中投保類目為第5類者認定。



經濟弱勢就醫概況_中醫

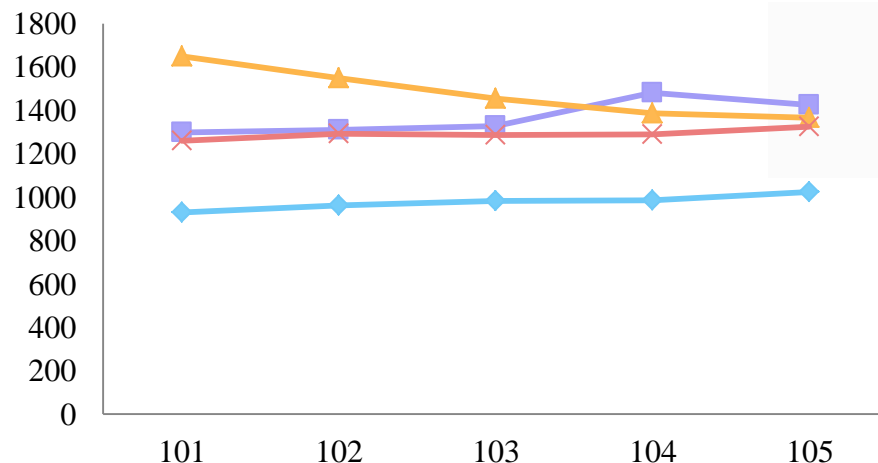
平均每人就醫次數



◆ 全國 ■ 身心障礙者 ▲ 中低收入戶 × 低收入戶

年度	101	102	103	104	105
全國	1.72	1.73	1.74	1.72	1.72
身心障礙者	2.08	2.09	2.07	2.26	2.09
中低收入戶	3.03	2.77	2.53	2.39	2.27
低收入戶	2.22	2.22	2.17	2.15	2.11

平均每人醫療費用點數



◆ 全國 ■ 身心障礙者 ▲ 中低收入戶 × 低收入戶

年度	101	102	103	104	105
全國	929	962	984	985	1,025
身心障礙者	1,300	1,311	1,327	1,481	1,424
中低收入戶	1,651	1,550	1,455	1,388	1,366
低收入戶	1,260	1,292	1,286	1,291	1,324

1. 平均每人就醫次數，採四季季中(2、5、8、11月)保險對象人數均數。
2. 校正方式係以各年度全國季中投保人口之性別及年齡(20歲年齡組)人口結構進行校正。
3. 身心障礙者以當年在保紀錄中曾以「特殊身分註記」註記身心障礙(1、2、3、5、6、7)者認定。
4. 中低收入戶以當年在保紀錄中任一減免註記為L者(中低收入戶)認定。
5. 低收入戶以當年在保紀錄中投保類目為第5類者認定。



促進合作



衛生福利部中央健康保險署



報告大綱

一

垂直水平整合、促進合作



二

計畫服務項目及內容



三

計畫執行情形



提升急性後期照護計畫

跨層級醫院合作計畫

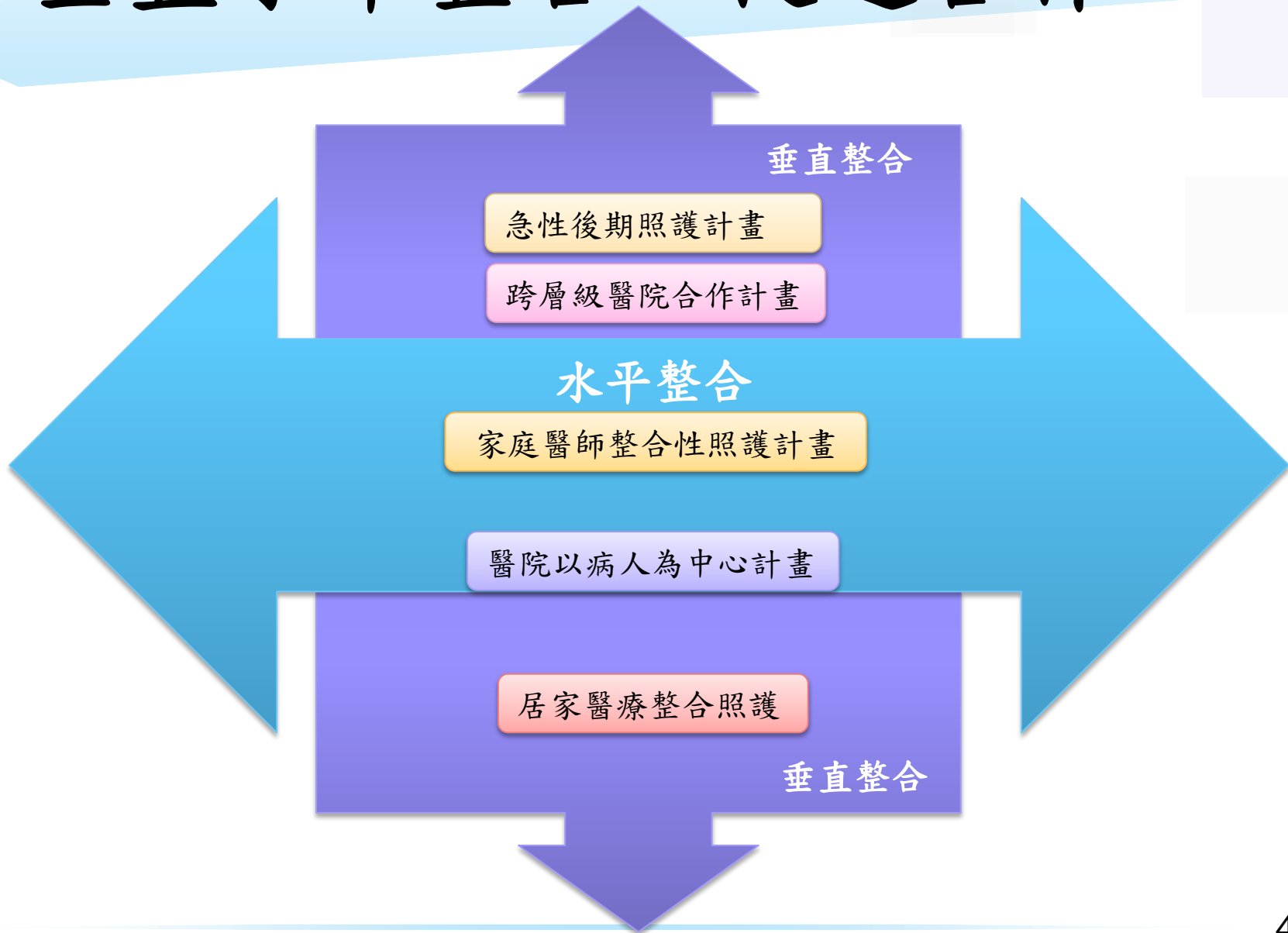
家庭醫師整合性照護計畫

醫院以病人為中心計畫

居家醫療整合照護



垂直水平整合、促進合作





計畫服務項目及內容

急性後期 照護

- 建立急性期、急性後期、慢性期之垂直整合轉銜系統，以提升病人照護之連續性。
- 確立急性後期照護之完整性及有效性，對治療黃金期之病人給予積極性之整合性照護，使其恢復功能或減輕失能程度，減少後續再住院醫療支出。

跨層級醫 院合作

- 鼓勵醫院跨層級合作，建置區域性醫療支援系統。
- 透過醫師支援模式，讓中大型醫院醫師能投入社區地區醫院服務，提升社區醫院醫療團隊照護水準。
- 建立落實分級醫療及雙向轉診制度之基礎。

居家醫療 整合照護

- 整合104年居家醫療試辦計畫、一般居家照護、呼吸居家照護、安寧居家療護4項服務，為3照護階段(居家醫療、重度居家醫療、安寧療護)，提供以病人為中心之連續性照護。
- 依病情需要提供各類醫事人員訪視，及24小時電話諮詢服務。

家庭醫師 整合照護

- 促進基層與醫院之合作，包含會員轉診服務、個案研討、醫療資訊資源分享等。
- 提供24小時諮詢專線，提供適當就醫指導。
- 提供共同照護門診、病房巡診，增進醫病關係。
- 辦理社區衛教宣導，營造健康社區。

醫院以病 人為中心

- 鼓勵醫院開設高齡或失智症、罕見疾病或重大傷病、三高等整合門診。
- 醫師每次看診除支付一般診察費外，再給予每次120元門診整合鼓勵費。
- 依各醫院品質指標達標程度，於年度結算後計算成效，每人最高可給予1,000元。



提升急性後期照護計畫



提升急性後期照護計畫

目的

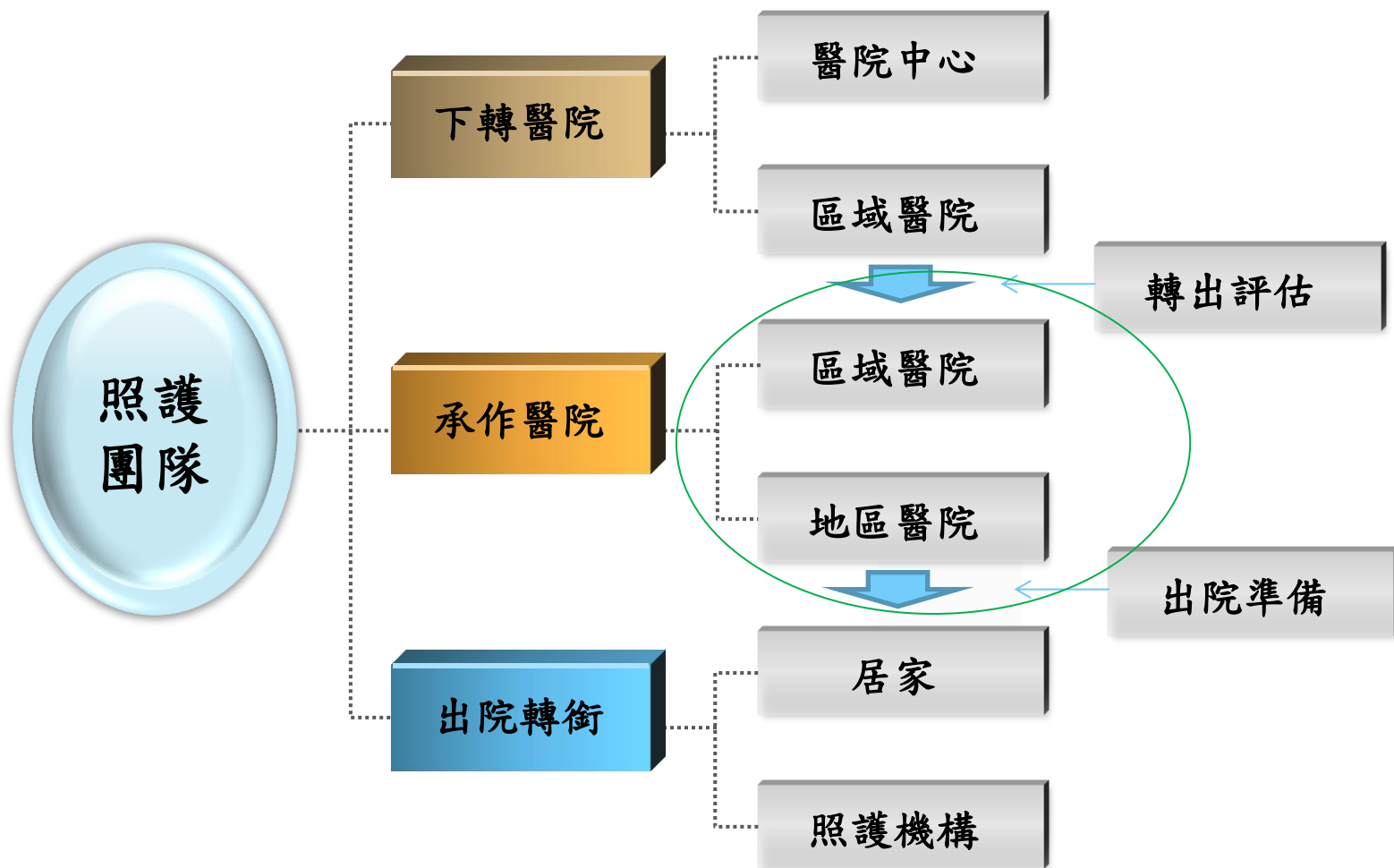
- 建立急性期、急性後期、慢性期之垂直整合轉介系統，提升病人照護之連續性。
- 確立急性後期照護之完整性及有效性，對治療黃金期之病人給予積極性整合性照護，使其恢復功能或減輕失能程度，減少後續再住院醫療支出。

策略

- 建立急性後期照護模式，並發展跨院垂直整合轉銜機制。
- 逐步擴及所有急性期後失能之病人。



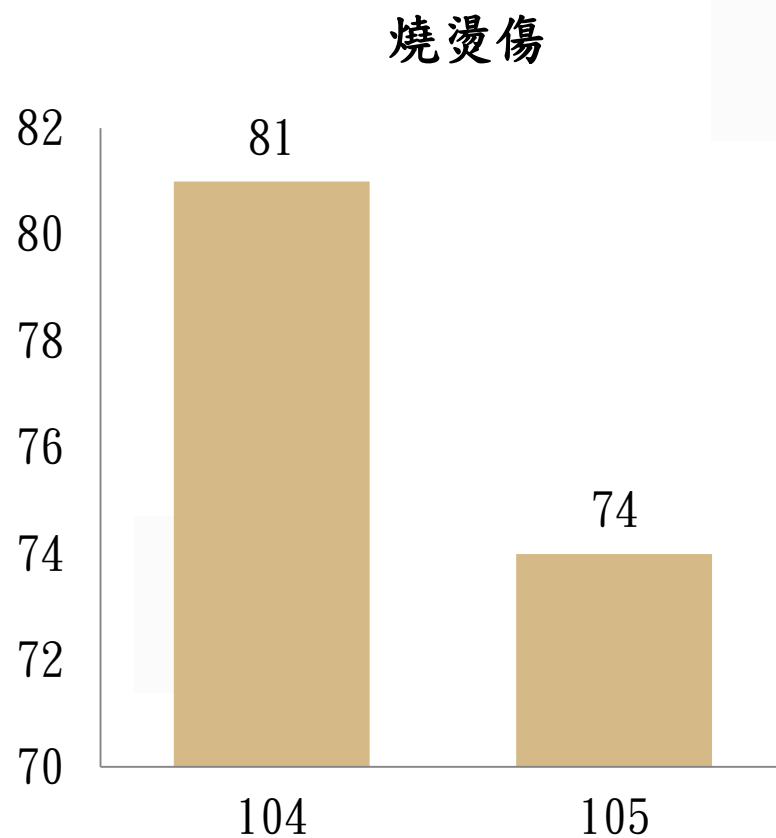
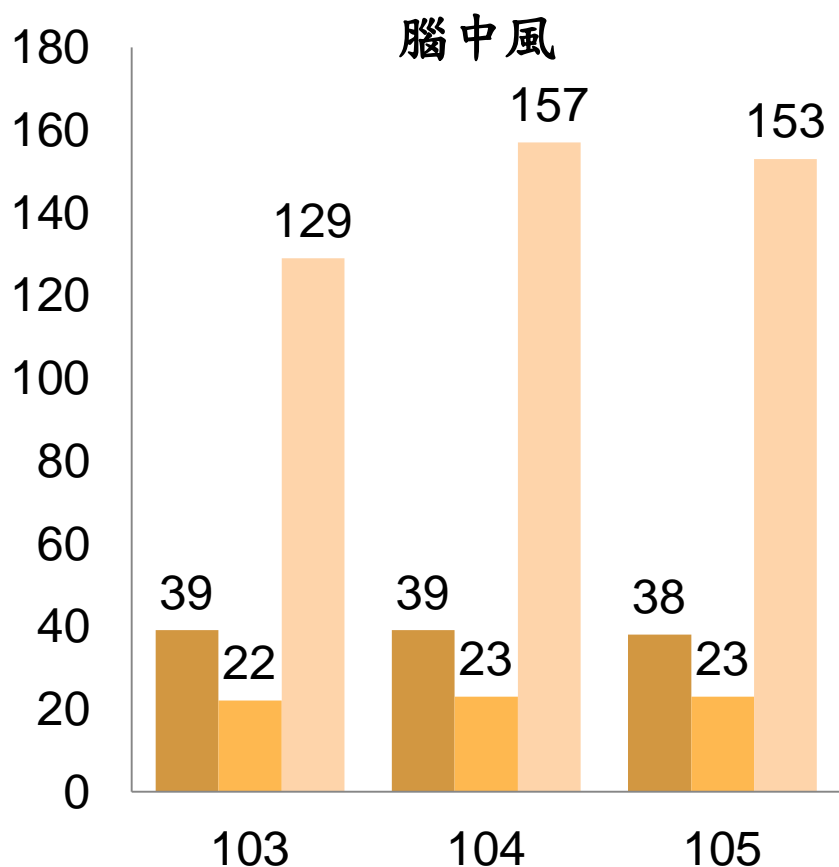
急性後期照護-促進體系垂直整合





急性後期照護-院所參與情形

- 105年PAC團隊數共38團、包含153家承作醫院、23家上游醫院

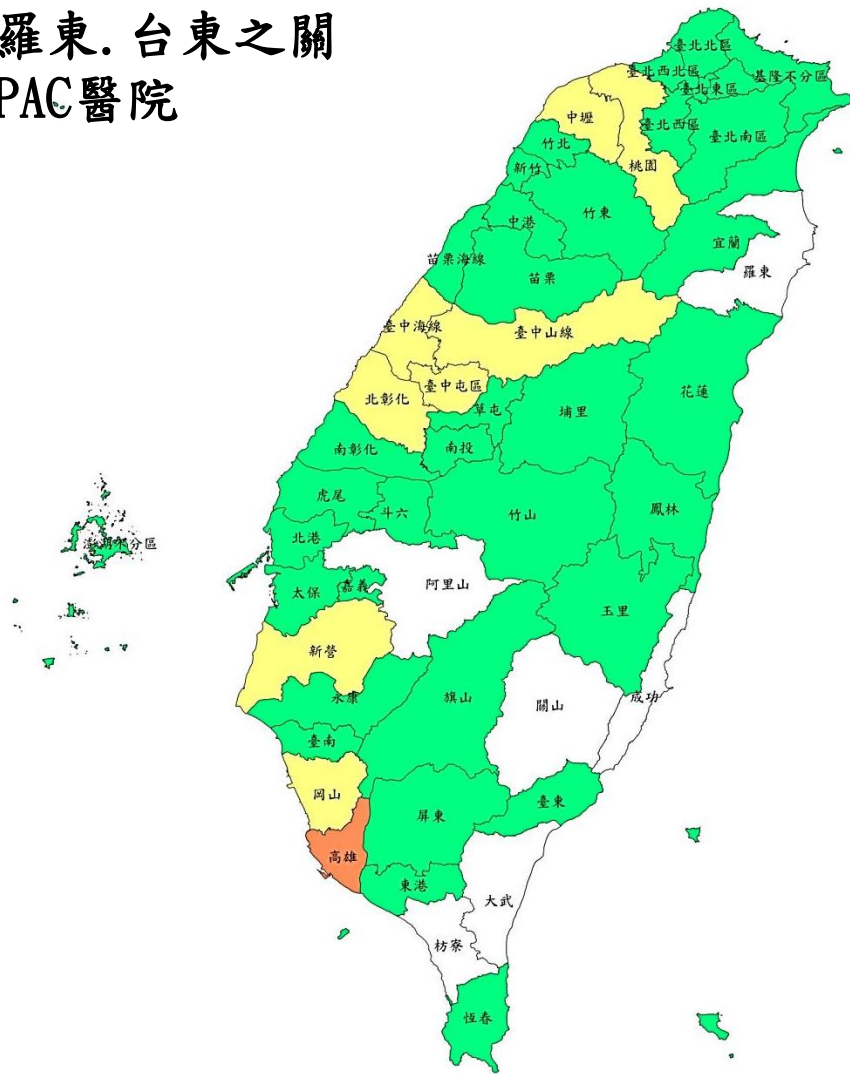


■ 團隊數 ■ 上游醫院 ■ 承作醫院

■ 院所數



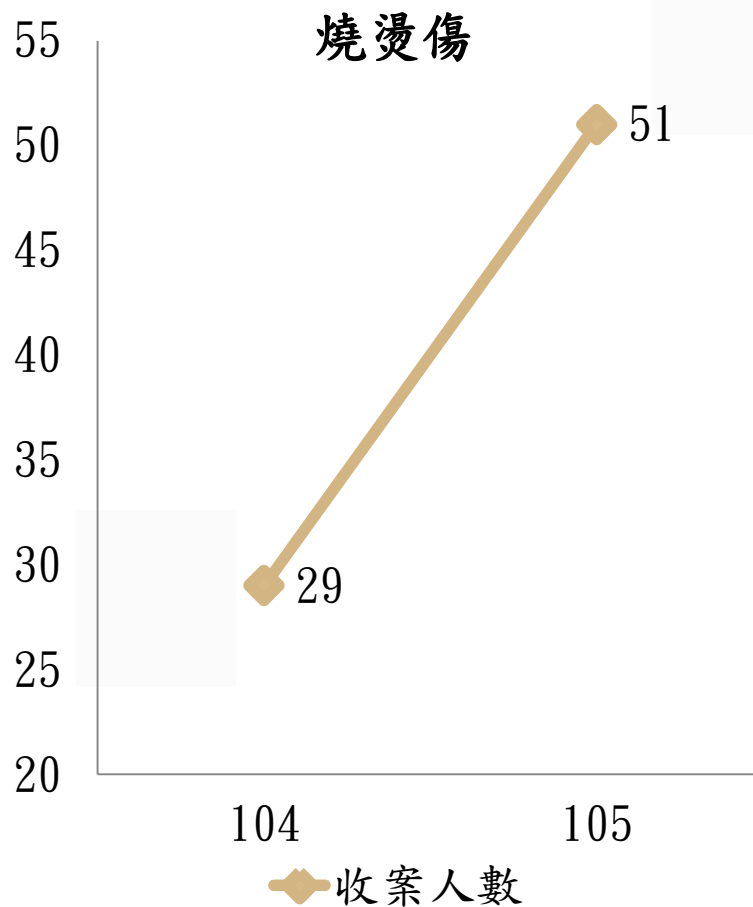
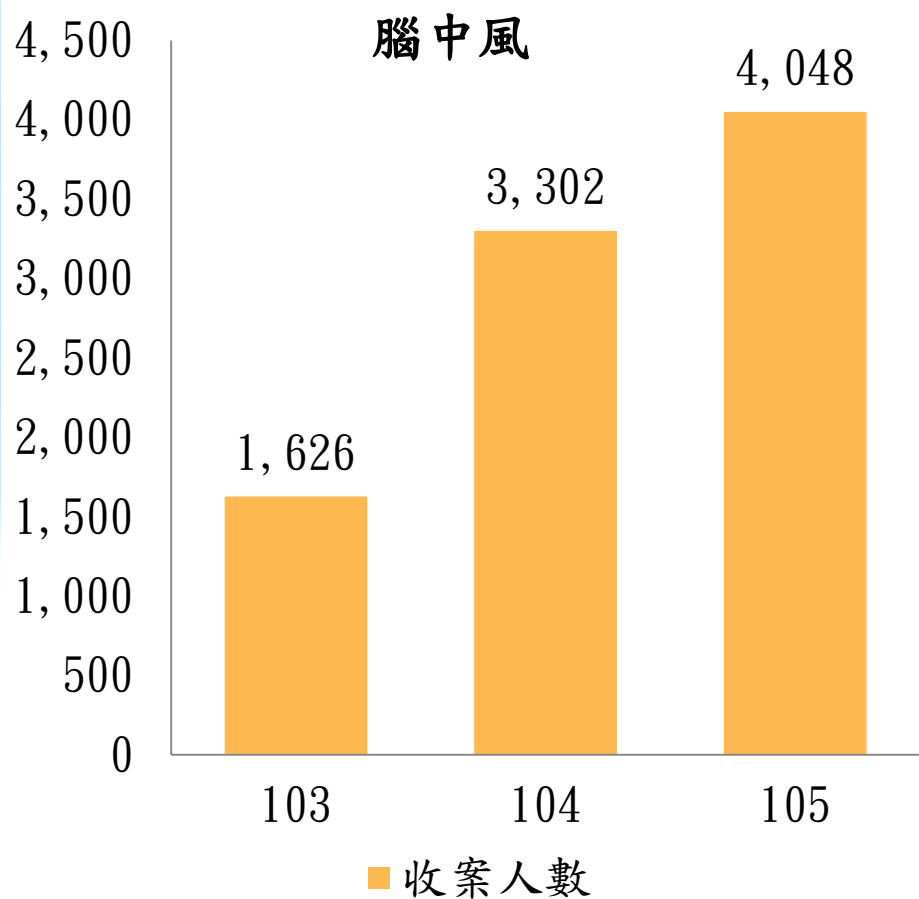
-





急性後期照護-收案及照護人數

- 105年腦中風收案共4,048人、燒燙傷累計收案人數為51人





結案病人功能評估結果-腦中風

- 87.6%整體功能進步，87.9%回歸社區。
- 6項核心功能評估結果均顯著進步。

單位：個案數

整體功能	結案後續照護方式									
	居家自行復健		門診復健		安置於療護機構		其他		合計	
	人數	占率	人數	占率	人數	占率	人數	占率	人數	占率
退步	4	0.1%	8	0.2%	3	0.1%	37	1.0%	52	1.4%
未進步	61	1.6%	205	5.4%	68	1.8%	84	2.2%	418	11.0%
穩定進步	551	14.5%	2398	63.1%	165	4.3%	103	2.7%	3217	84.6%
快速進步	29	0.8%	85	2.2%	1	0.0%	0	0.0%	115	3.0%
合計	645	17.0%	2696	70.9%	237	6.2%	224	5.9%	3802	100%

註：結案後續照護方式「其他」多為病情轉變接受醫療者。



結案病人功能評估結果-燒燙傷

- 91.7%整體功能進步，89.6%回歸社區。
- 核心功能評估結果均顯著進步(ADL由61.4分進步至79.5分)。

單位：個案數

整體功能	結案後續照護方式									
	居家自行復健		門診復健		安置於療護機構		其他		合計	
	人數	占率	人數	占率	人數	占率	人數	占率	人數	占率
退步	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
未進步	0	0.0%	4	8.3%	0	0.0%	0	0.0%	4	8.3%
穩定進步	17	35.4%	21	43.8%	3	6.3%	2	4.2%	43	89.6%
快速進步	0	0.0%	1	2.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.1%
合計	17	35.4%	26	54.2%	3	6.3%	2	4.2%	48	100%



急性後期照護銜接居家及社區資源

- 多數結案者恢復功能，無長照需要
- 轉介住家附近醫療資源
- 協助申請適合之照顧服務(居家服務、日托站、長照據點、家庭托顧)
- 尋求社會愛心資源提供送餐服務
- 交通：復康巴士
- 喘息服務
- 身心障礙鑑定服務、身心障礙輔具補助評估

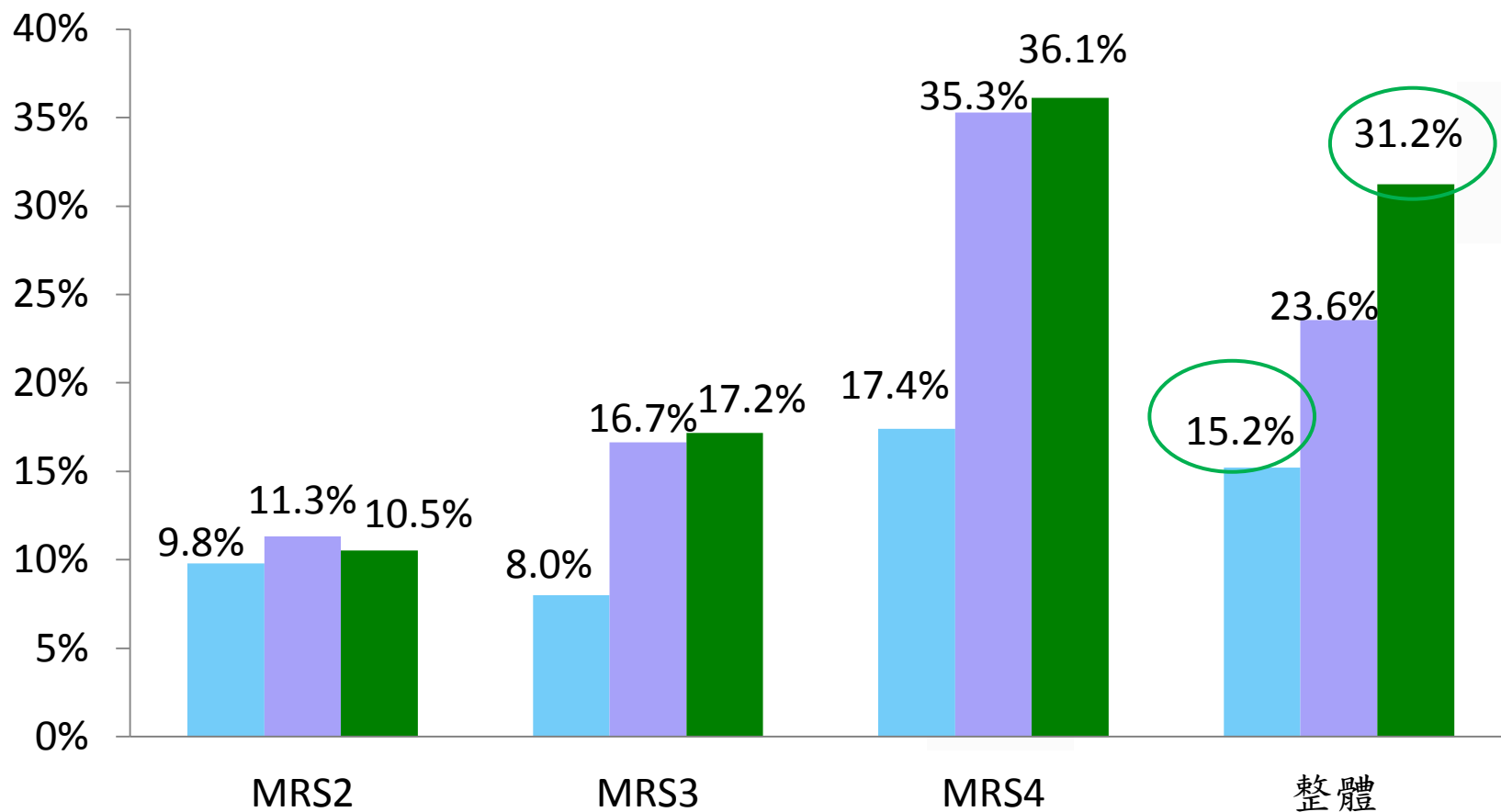
單位：個案數

社福資源轉介	燒燙傷		腦中風	
	人數	占率	人數	占率
個案無長照需要	20	41.7%	2360	62.1%
已確認個案取得諮詢管道	23	47.9%	1247	32.8%
已轉介至長照照管中心	0	0.0%	134	3.5%
轉介長照以外社福資源	5	10.4%	61	1.6%
合計	48	100.0%	3802	100%



30日再住院率

■ PAC組 ■ 對照組 ■ 校正後對照組

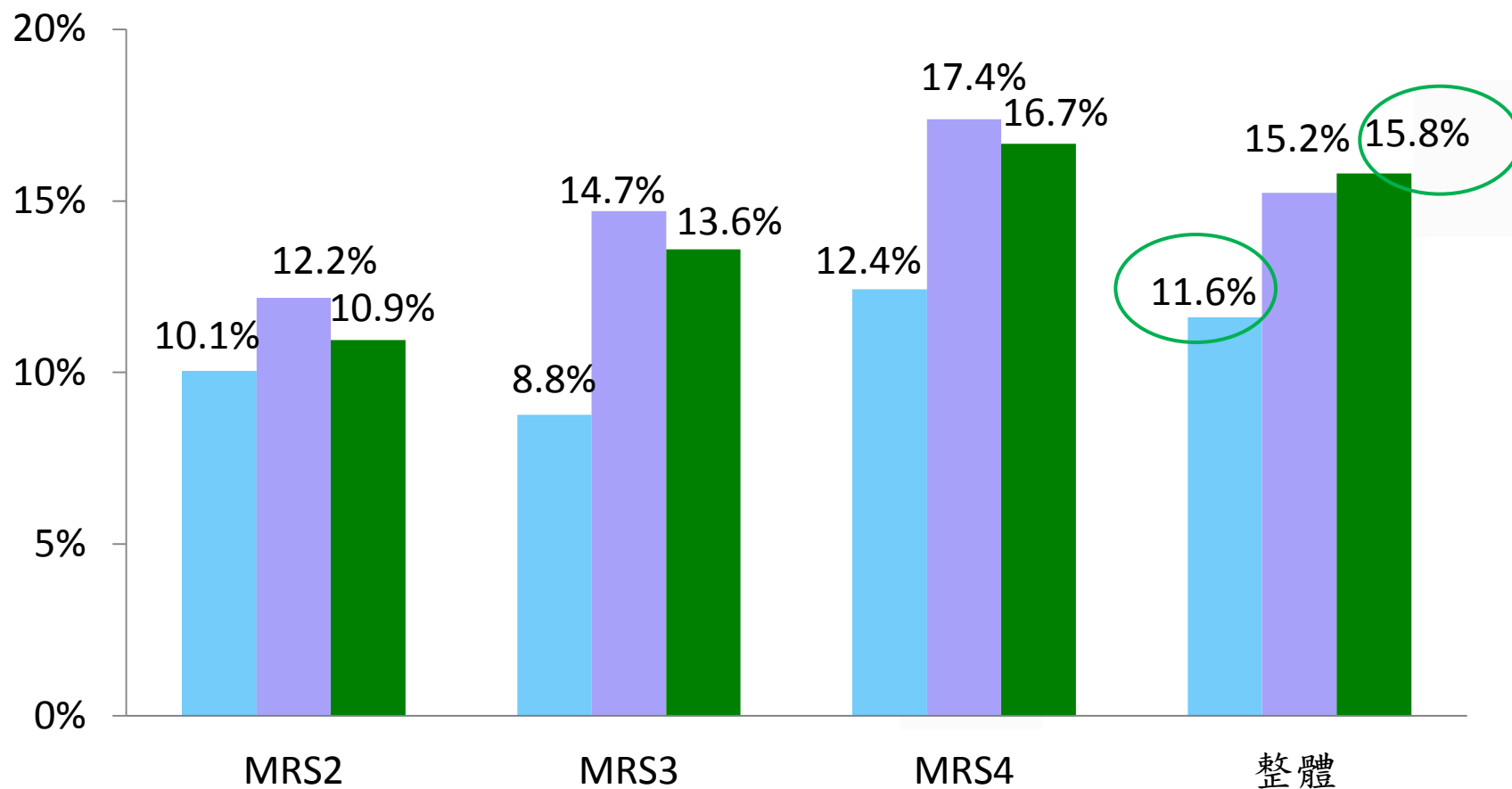


註：對照組為醫院提供，與PAC病人失能程度相當者(MRS 2-4分)。
校正後對照組：以PAC組之年齡、性別、功能別(MRS)標準化校正。
2014年1月至2016年12月結案者，觀察期間2014年1月至2017年1月。



30日內急診率

■ PAC組 ■ 對照組 ■ 校正後對照組



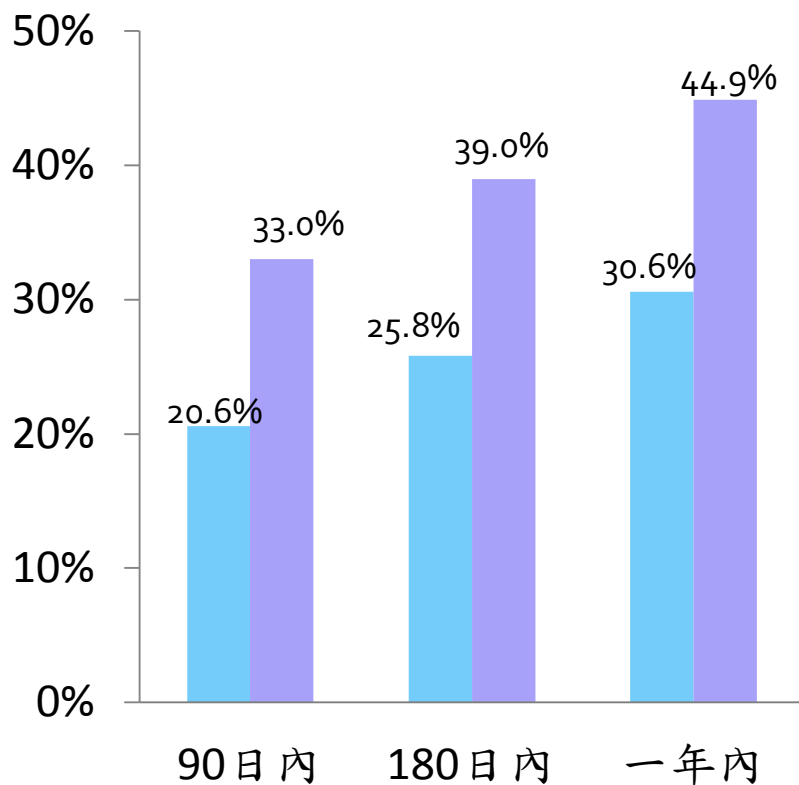
註：對照組為醫院提供，與PAC病人失能程度相當者(MRS 2-4分)。
校正後對照組：以PAC組之年齡、性別、功能別(MRS)標準化校正。
2014年1月至2016年12月結案者，觀察期間2014年1月至2017年1月。



再住院率

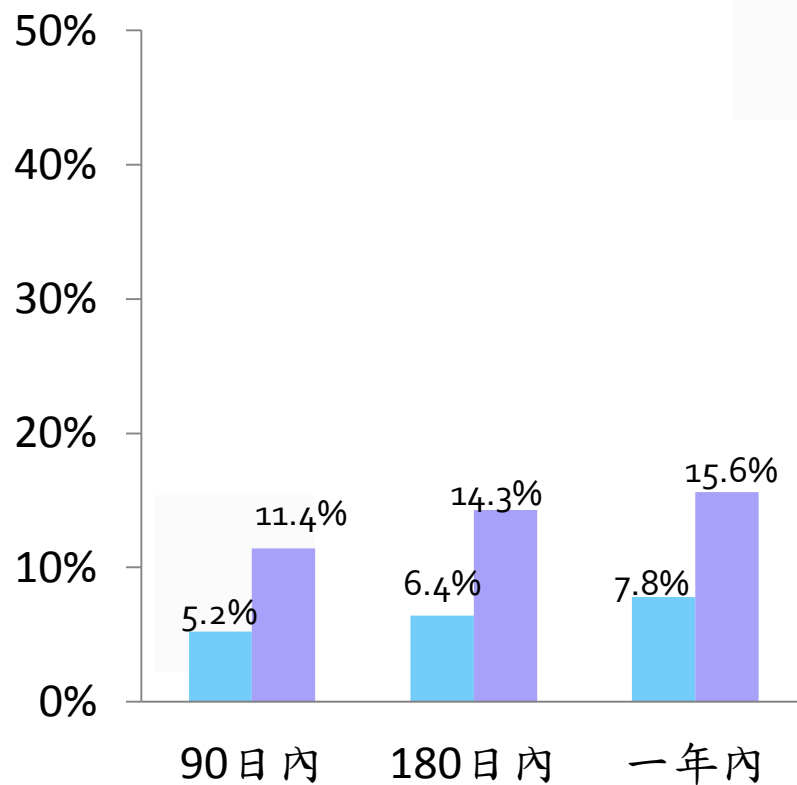
再住院率

■ PAC組 ■ 對照組



中風再住院率

■ PAC組 ■ 對照組



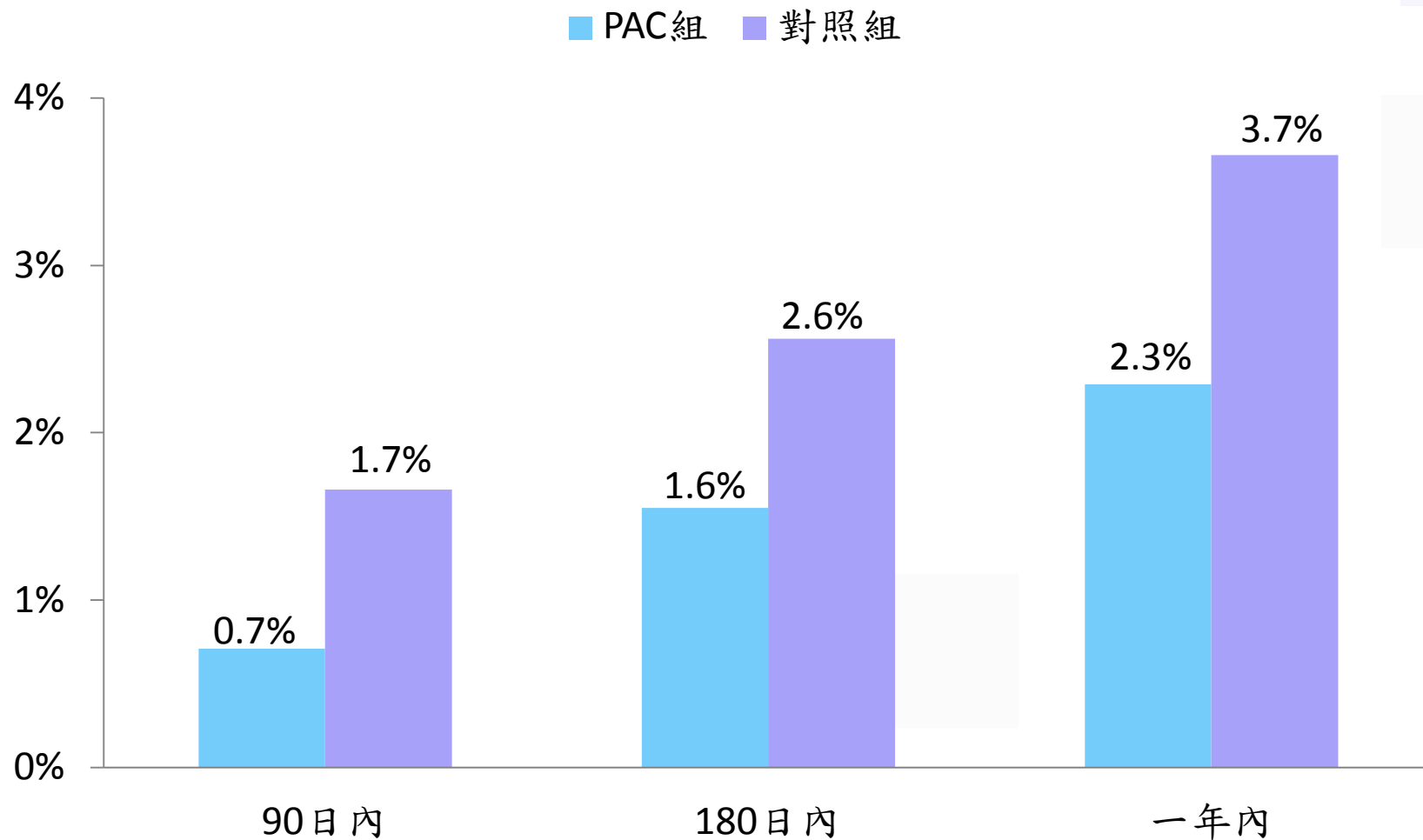
註：104~105年委託醫師全聯會陳亮恭主任研究結果。

以傾向分數配對後之實驗組3796位與對照組3796位進行比較分析。

對照組：急性醫院提供，符合PAC收案條件但未參加PAC病人(失能程度與PAC組相當)



死亡率



註：104~105年委託醫師全聯會陳亮恭主任研究結果。

以傾向分數配對後之實驗組3796位與對照組3796位進行比較分析。

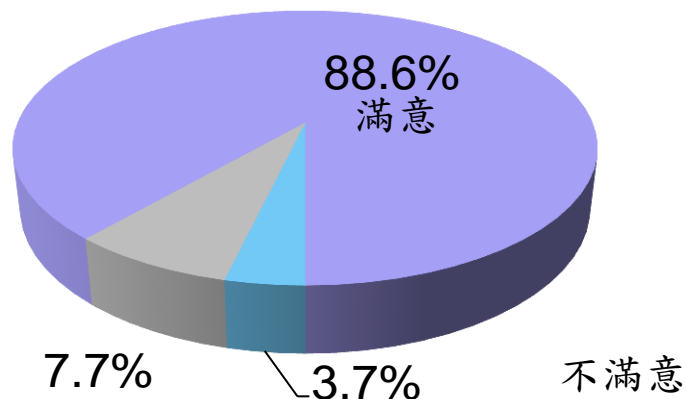
對照組：急性醫院提供，符合PAC收案條件但未參加PAC病人(失能程度與PAC組相當)



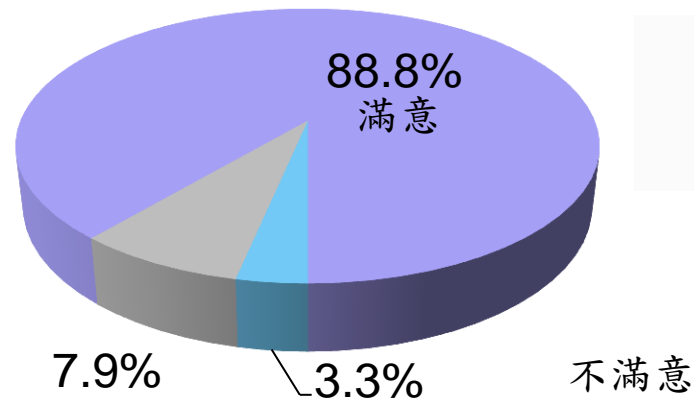
急性後期照護照護經驗調查

■ 不滿意 ■ 普通 ■ 滿意

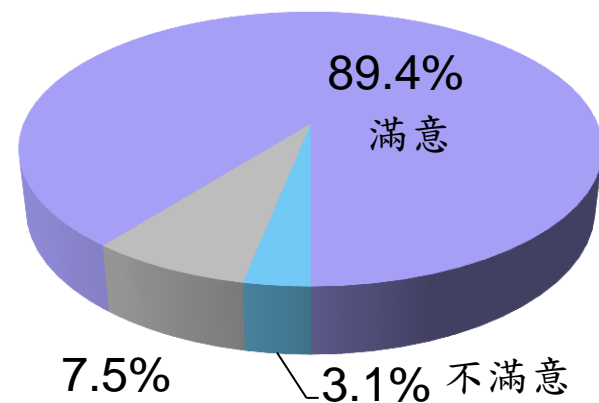
對PAC整體滿意度



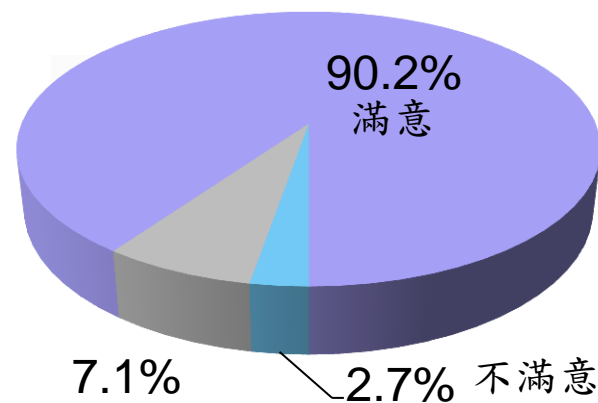
下轉到接受PAC照護轉銜



結案到門診追蹤轉銜過程

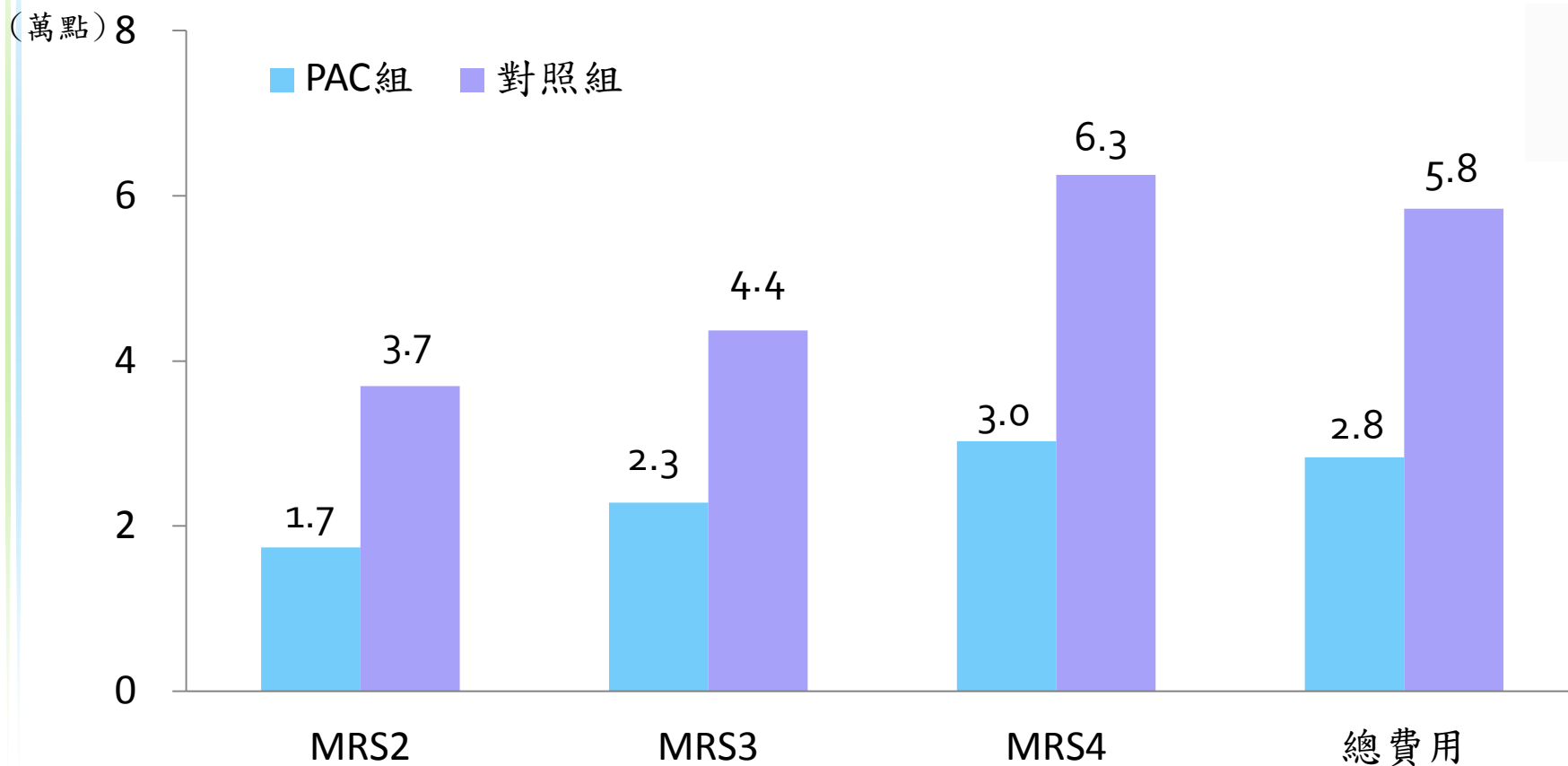


對醫療團隊滿意度





出院後90日內復健費用



註：104~105年委託醫師全聯會陳亮恭主任研究結果。

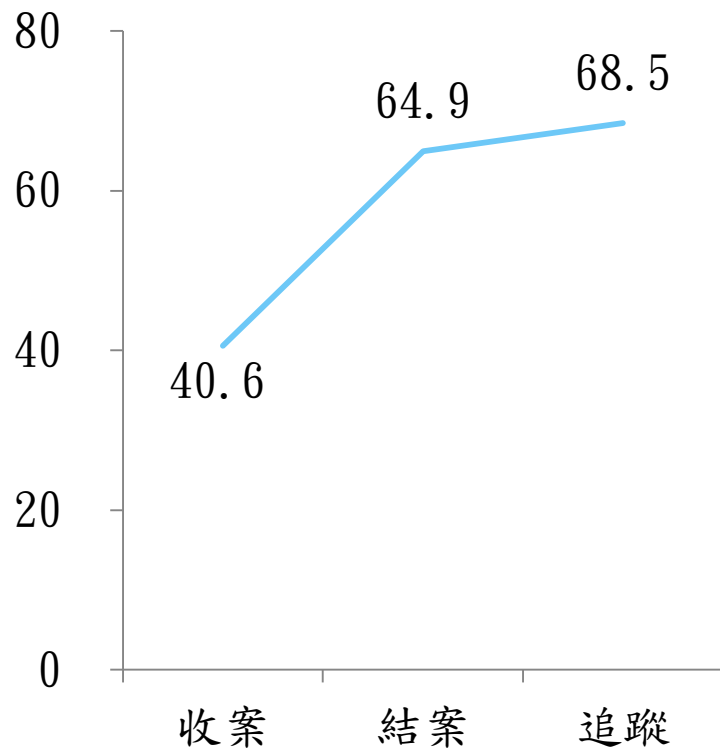
以傾向分數配對後之實驗組3796位與對照組3796位進行比較分析。

對照組：急性醫院提供，符合PAC收案條件但未參加PAC病人(失能程度與PAC組相當)

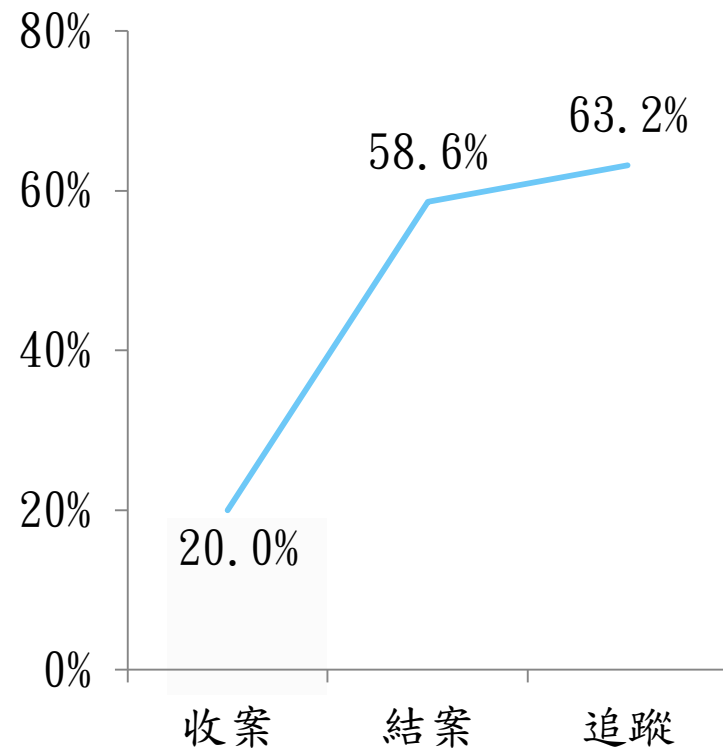


追蹤急性後期照護結案病人功能恢復情形

巴氏量表總分



功能獨立者占率



註:104~105年委託醫師全聯會陳亮恭主任研究結果
對結案者執行電訪，有效問卷1021人



跨層級醫院合作計畫



跨層級醫院合作計畫

目的

- 鼓勵醫院跨層級合作，建置區域性醫療支援系統。
- 透過醫師支援模式，讓中大型醫院醫師能投入社區地區醫院服務，提升社區醫院醫療團隊照護水準。
- 建立落實分級醫療及雙向轉診制度之基礎。

策略

- 建立醫療品質提升及雙向轉診機制，提供「以病人為中心」之連續性全人照護。
- 就醫程序安排(急診後送及下轉、轉住院或手術)
- 醫師及醫事人員專業訓練(建教合作、支援)。
- 醫療資訊交換(電子病歷互通、醫療影像交換)。



團隊組織運作



醫學中心、區域醫院

支援

跨層級合
作團隊



地區醫院
(主責醫院)

- 不適用對象：
 - ✓ 同體系醫院間(含委託經營)之支援，如：同法人醫院體系、國軍醫院體系等。
 - ✓ 衛生福利部或健保署有相似性質補助。如：衛福部緊急醫療資源不足地區改善計畫、全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫等。
- 支援費用：每診日2,600點(接受支援醫院1,300點、派出支援醫院1,300點)。



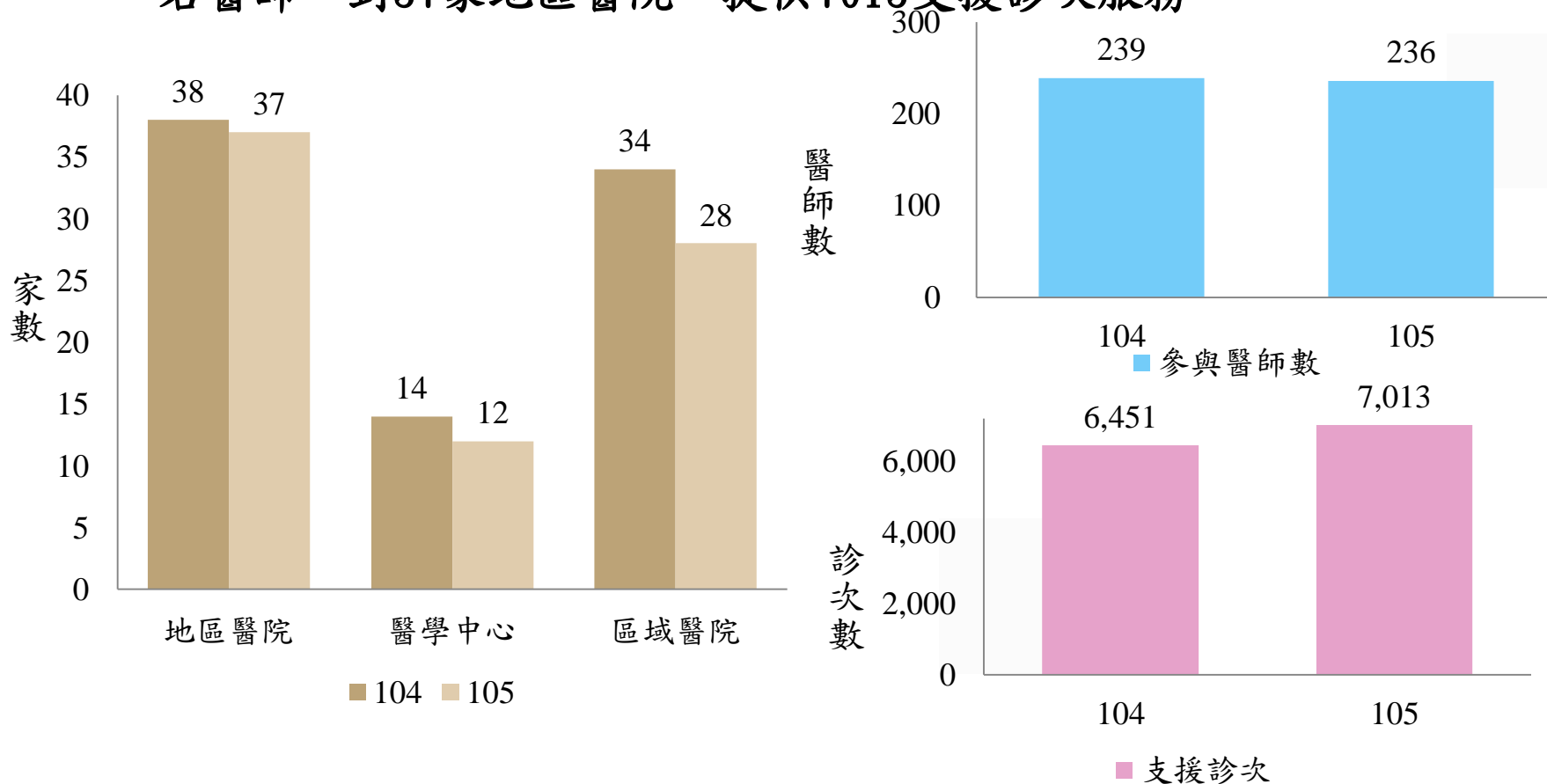
跨層級合作計畫院所-團隊合作情形

分區別	參與院所數 (主責醫院)	對病患就醫程序安排	醫師及醫事人員專業訓練	醫療資訊交換(電子病歷、醫療影像交換)	醫療設備共享	辦理或參與提升照護品質活動	建立雙向轉診作業機制
台北	3	3	3	1	2	3	3
北區	10	10	9	8	8	10	10
中區	9	9	9	9	9	9	9
南區	10	9	10	4	5	9	10
高屏	4	1	1	3	4	4	4
東區	1	1	1	1	1	1	1
總計	37	33	33	26	29	36	37



跨層級醫院合作計畫-院所參與情形

- 105年共37個團隊參與本計畫，共40家醫學中心及區域醫院、236名醫師，到37家地區醫院，提供7013支援診次服務



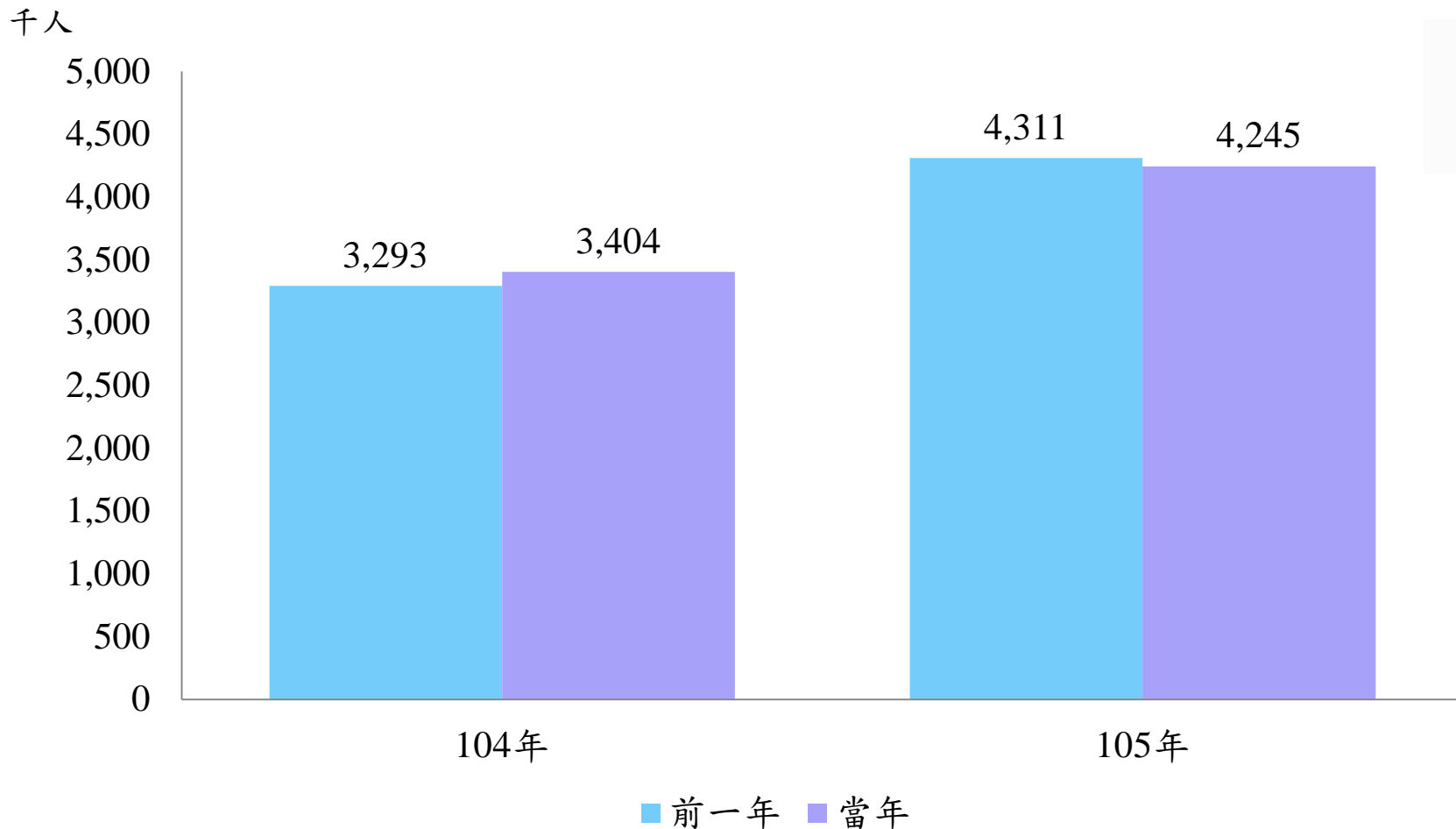
註:本計畫原參與家數共39家，105年大東醫院及杏和醫院於105年9月公告為衛生福利部之醫療資源不足地區急救責任醫院，符合本署醫療資源不足地區服務提升計畫參與資格，後續退出本計畫



跨層級醫院合作計畫-

被支援醫院當年就醫人次較去年同期成長情形

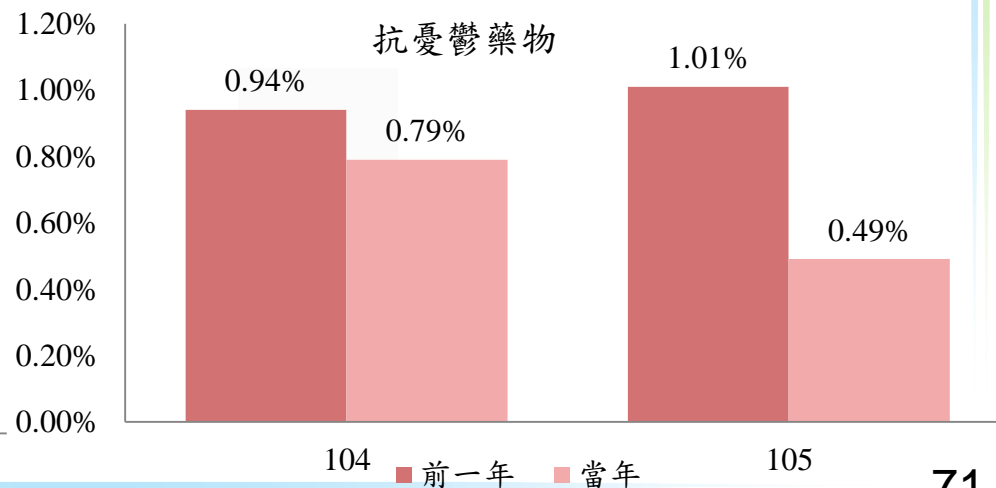
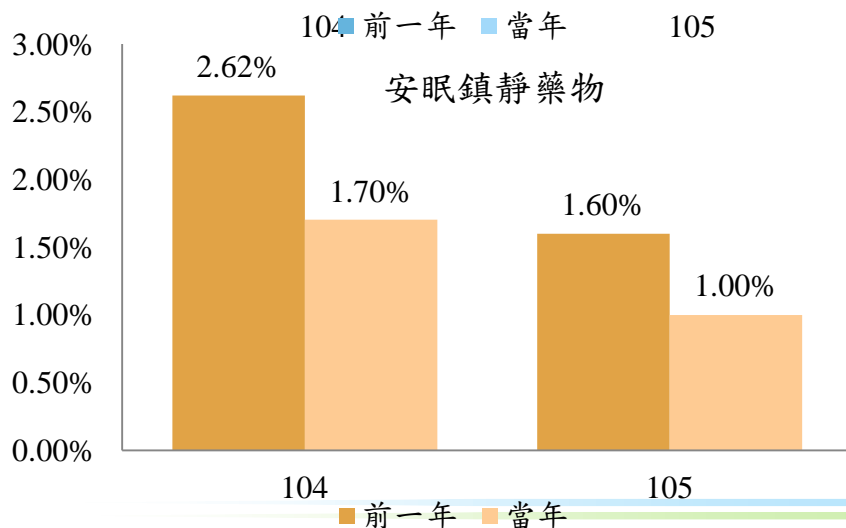
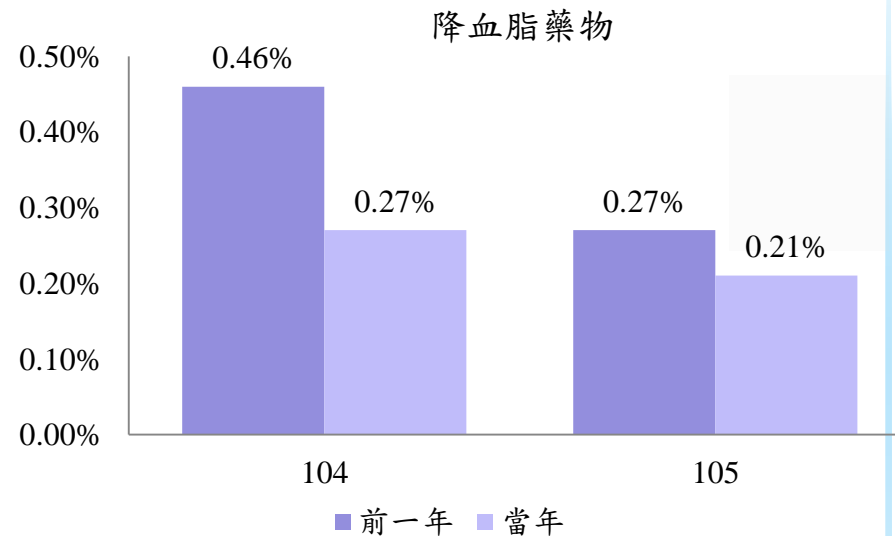
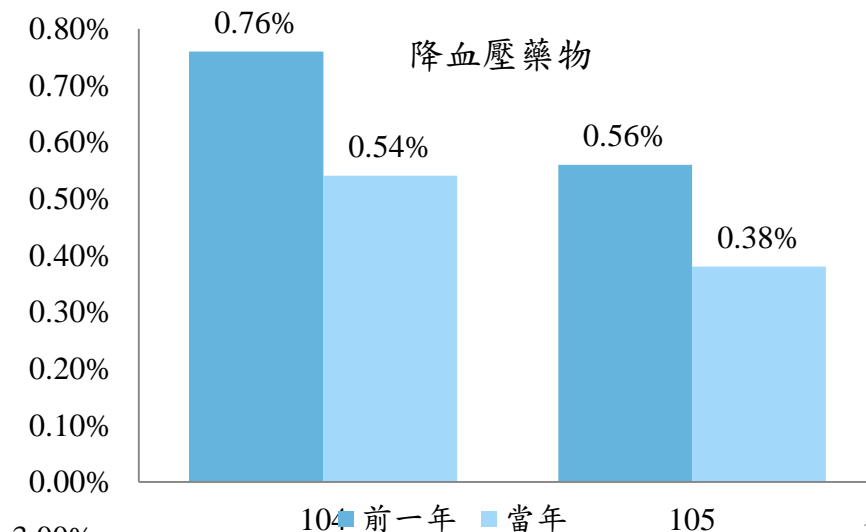
- 105年被支援醫院門診人次較去年同期相近





跨層級醫院合作計畫-院所用藥重複情形

- 105年參與醫院之降血壓、降血脂、安眠鎮定及抗憂鬱藥物，用藥重複率平均較去年同期降低。





家庭醫師整合性照護計畫



家庭醫師整合性照護計畫

目的

- 建立家庭醫師制度，提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療照護。
- 建立以病人為中心的醫療觀念，以民眾健康為導向，提升醫療品質。
- 奠定「家庭責任醫師制度」基礎。

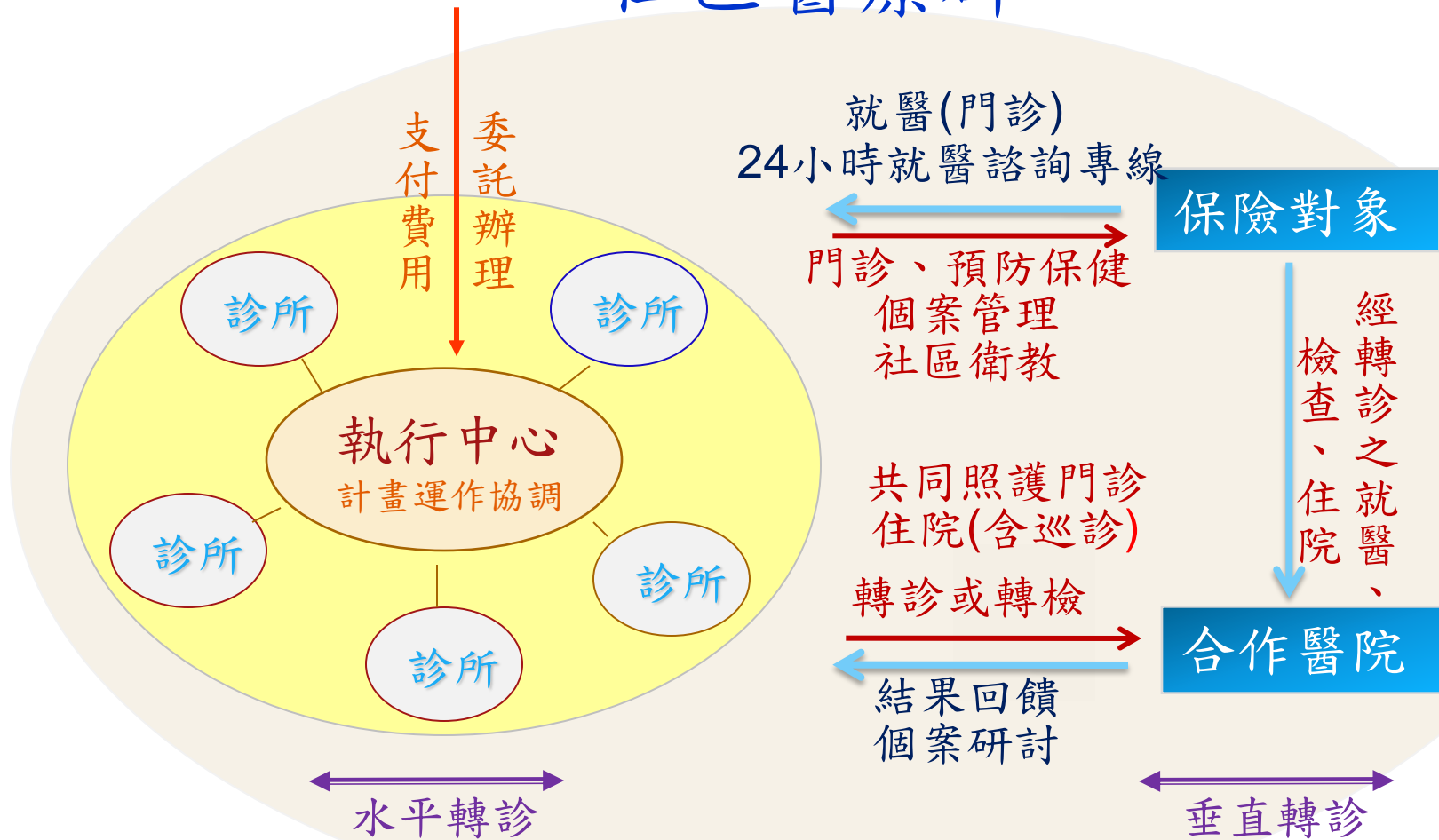
策略

- 促進基層與醫院之合作，包含會員轉診服務、個案研討、醫療資訊資源分享等。
- 提供24小時諮詢專線，提供適當就醫指導。
- 提供共同照護門診、病房巡診，增進醫病關係。
- 辦理社區衛教宣導，營造健康社區。



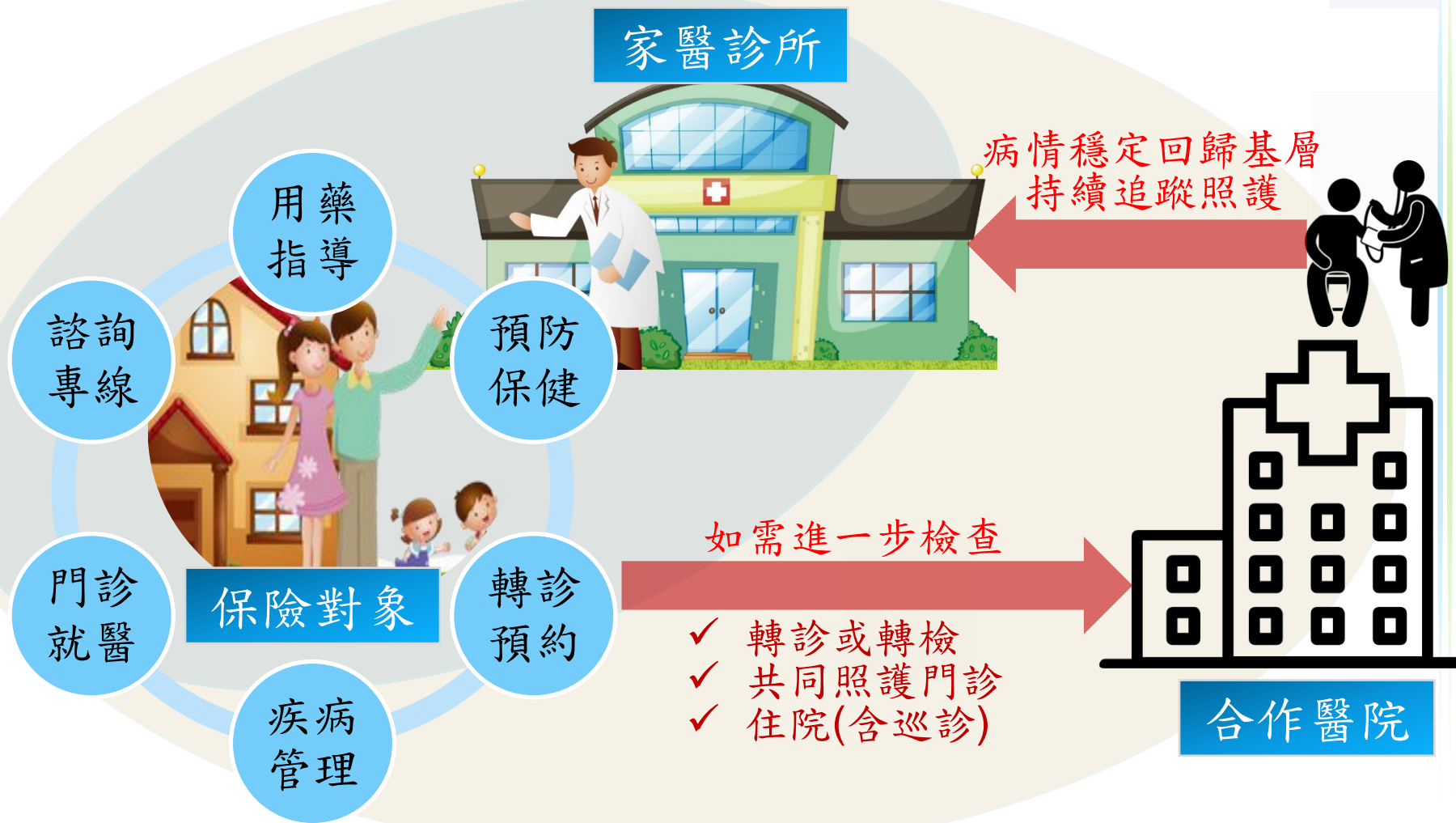
家醫計畫照護模式

健保署 社區醫療群





提供整合式照護服務





促進醫療體系合作

- 建立轉診機制：
 - 基層診所醫師間之平行轉診
 - 診所與合作醫院間之垂直轉診
- 建立社區照護網絡：
 - 診所與合作醫院辦理共同照護門診、病房巡診
 - 提供居家醫療照護整合計畫服務
- 建立醫療資訊共享網絡、提供跨院際合作
加值服務



醫療群與合作醫院提供就醫加值服務

- 依家醫群與醫院合作方式，加值服務項目包括：
 - － 檢查快速通道
 - － 就醫快速通道
 - － 手術住院快速通關
 - － 掛號優先
 - － 掛號費用減免



醫院以病人為中心計畫



醫院以病人為中心計畫

目的

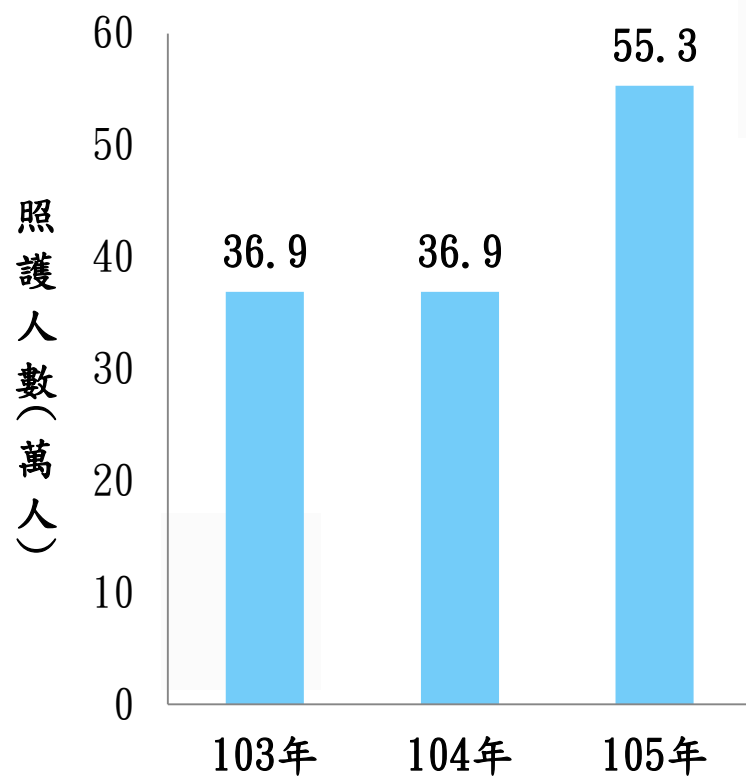
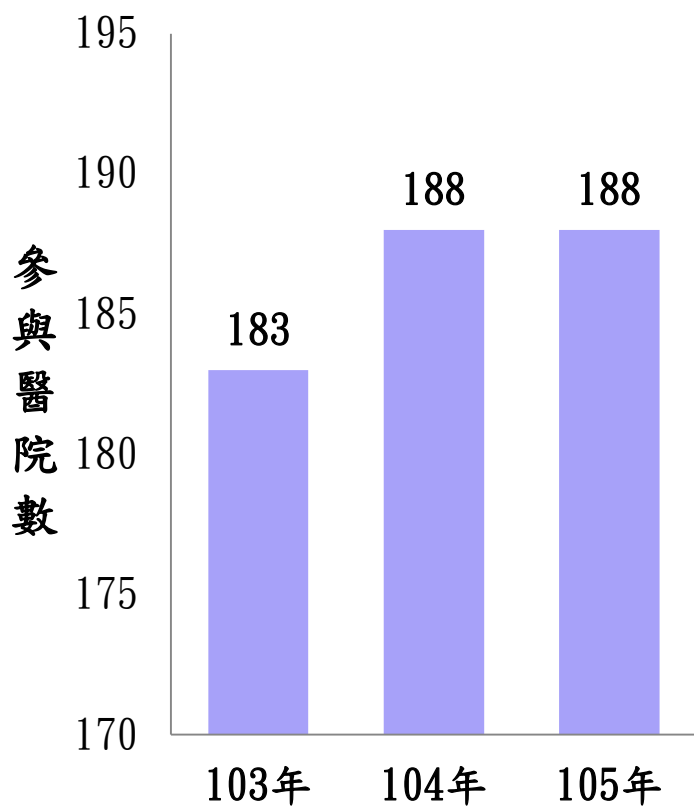
- 提供多重慢性病人適當的醫療服務，避免重複、不當治療用藥或處置。
- 促成醫院各專科醫療之整合，建立以病人為中心之門診服務模式，提升醫療品質。

策略

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



醫院以病人為中心計畫-參與醫院及照護人數



註：照護人數包括重點照護對象與醫院自行收案個案。



醫院以病人為中心計畫-監測指標

指標項目	成長率(%)		
	103年	104年	105年
平均每人每月門診次數	-0.25%	-2.71%	-4.66%
平均每人每月門診醫療點數	4.87%	2.44%	0.30%
平均每人每月藥品項數	2.02%	1.24%	2.33%
降血脂藥物用藥日數重複率	1.96%	-11.84%	4.29%
降血壓藥物用藥日數重複率	-1.56%	-7.69%	6.32%
降血糖藥物用藥日數重複率	-5.93%	-17.74%	-0.54%

- 醫療費用係以照護對象當年度整體就醫費用計算，然醫療費用受到支付標準或藥價調整等多重因素影響且難以校正。
- 本計畫主要照護對象多為多重慢性病病患，該種病患使用藥品項數較一般病患多，用藥品項數指標於計畫開辦初期有顯著改善，近年亦有推動雲端藥歷，本項指標下降幅度已漸趨平緩。
- 各項指標統計範圍係指病患於院內及院外就醫情形。



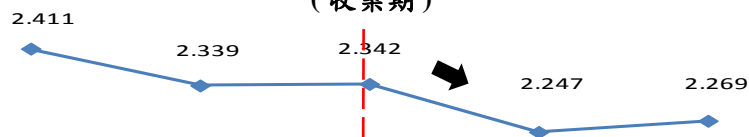
醫院以病人為中心計畫-

105年跨院各項指標之各季照護情形

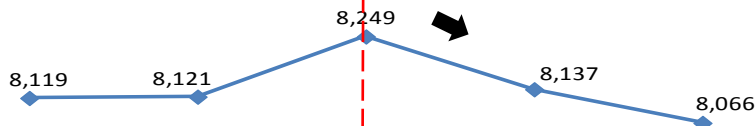
- 大部分醫院收案都集中在第1、2季，隨著個案收案照護時程越長，照護成效越顯著。

||基期-----Q1-----Q2-----Q3-----Q4||
(收案期)

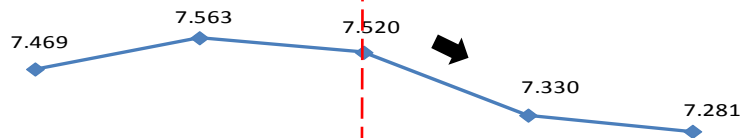
平均每人每月
門診次數



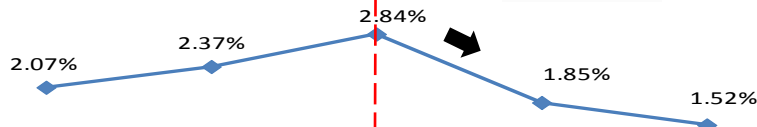
平均每人每月
門診點數



平均每人每月
用藥品項數

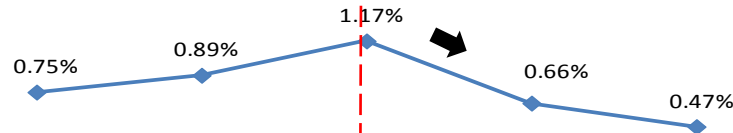


血壓

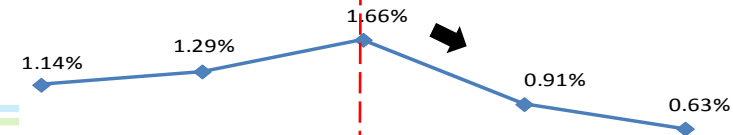


三高用藥日數
重複率

血脂



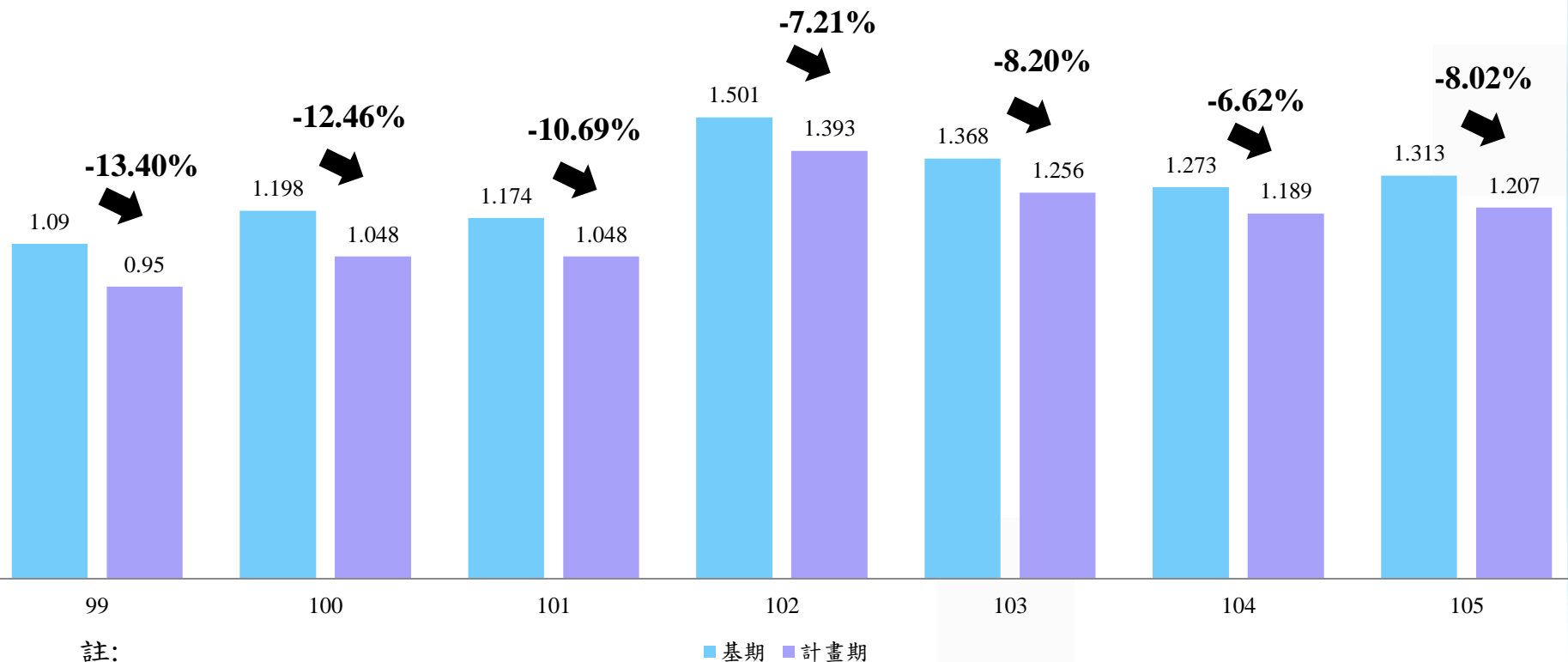
血糖





醫院以病人為中心計畫-

院內每人每月平均門診就醫次數較前一年減少



註:

1. 平均每人每月西醫門診就醫次數(計畫期):

計畫期間, 加總(符合獎勵照護對象)西醫當年費用年月門診就醫次數/12個月/照護人數。

2. 平均每人每月西醫門診就醫次數(基期)

基期期間, 加總(符合獎勵照護對象)西醫基期費用年月門診就醫次數/12個月/照護人數。



居家醫療整合照護計畫



居家醫療整合照護計畫

目的

- 提升因失能或疾病特性致外出就醫不便患者之醫療照護可近性。
- 鼓勵醫事服務機構連結社區照護網絡，提供住院替代服務，降低住院日數或減少不必要之社會性住院。
- 改善現行片段式的服務模式，以提供病患整合性之全人照護。

策略

- 為提升保險給付效率，提供以病人為中心之連續性照護，在不影響舊制居家照護服務及支付衡平性下，將104年居家醫療試辦計畫，併同一般居家照護、呼吸居家照護、安寧居家療護服務，整合為本計畫之3照護階段(居家醫療、重度居家醫療、安寧療護)服務。



居家醫療整合照護計畫

- 105年2月15日公告實施
- 整合多項居家照護，提供連續性醫療照護。

整合前4服務項目	整合後3照護階段
104年居家醫療試辦計畫	居家醫療
一般居家照護	重度居家醫療
呼吸居家照護	安寧療護
安寧居家療護	

擴大照護對象

改善不同類型居家
醫療片段式的服務
模式

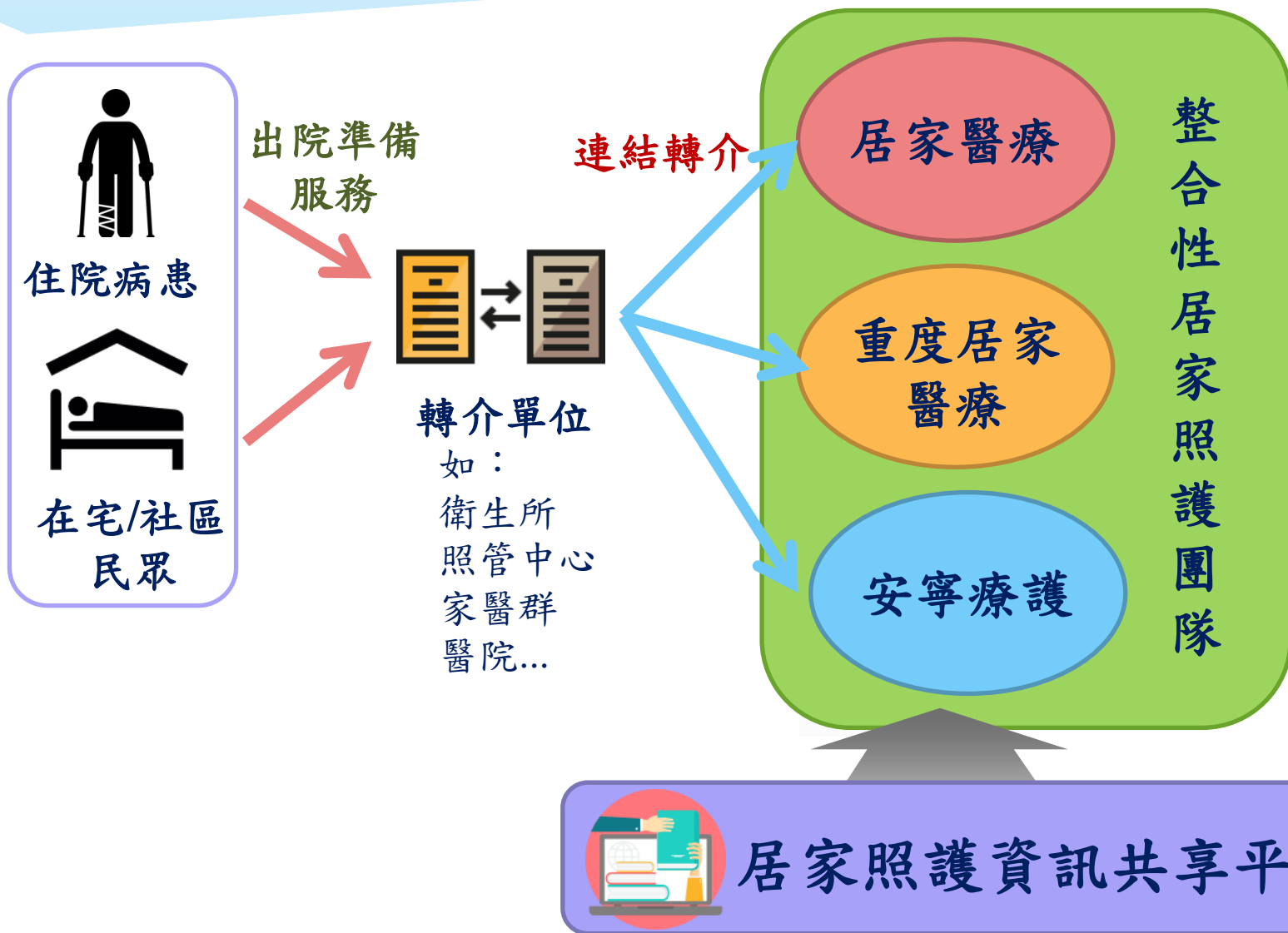
服務
特色

促進社區內團隊
合作：醫事人員
間、院所間

強化個案管理機制

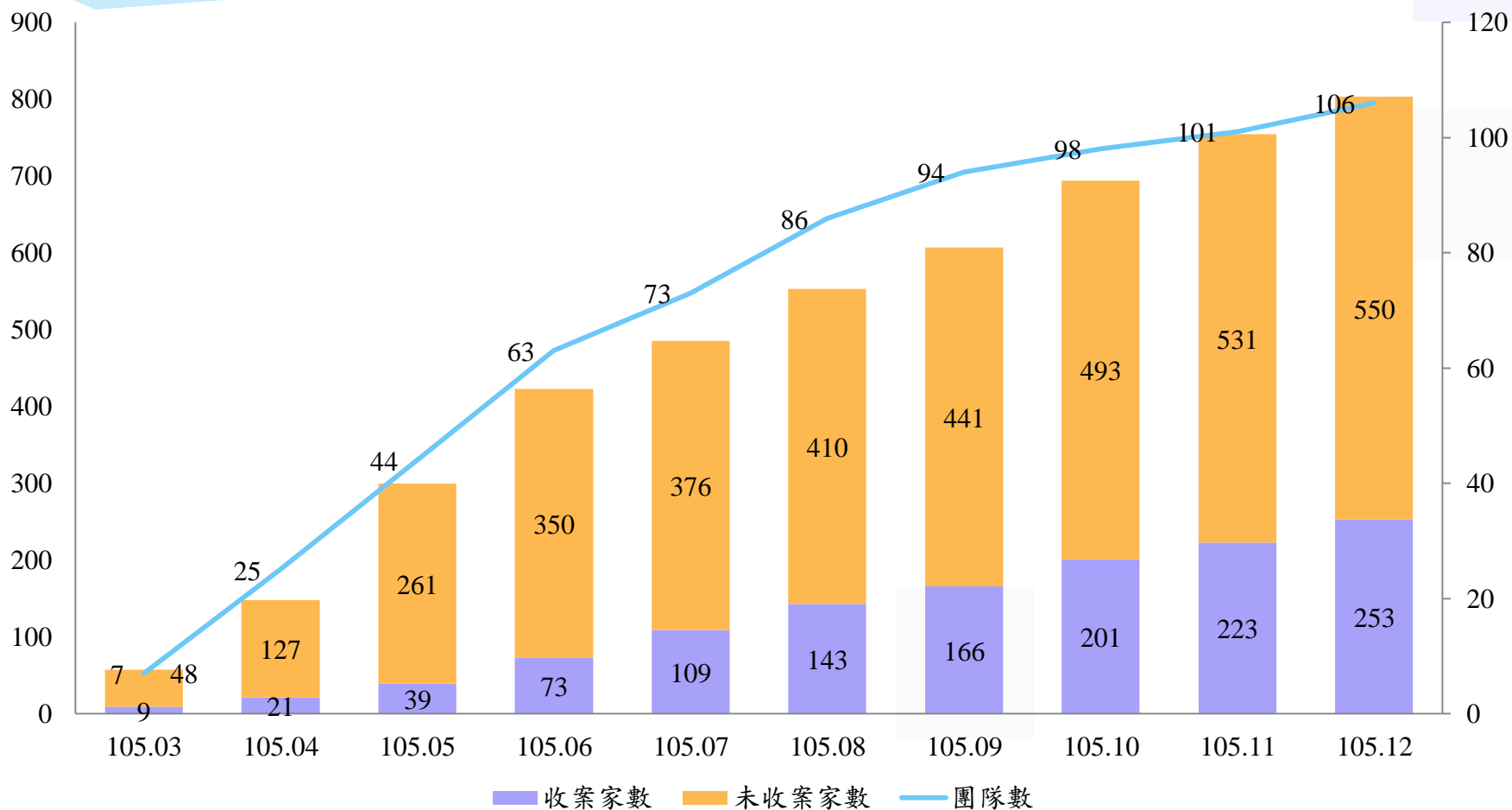


居家照護服務模式





居家醫療整合照護計畫-院所參與情形



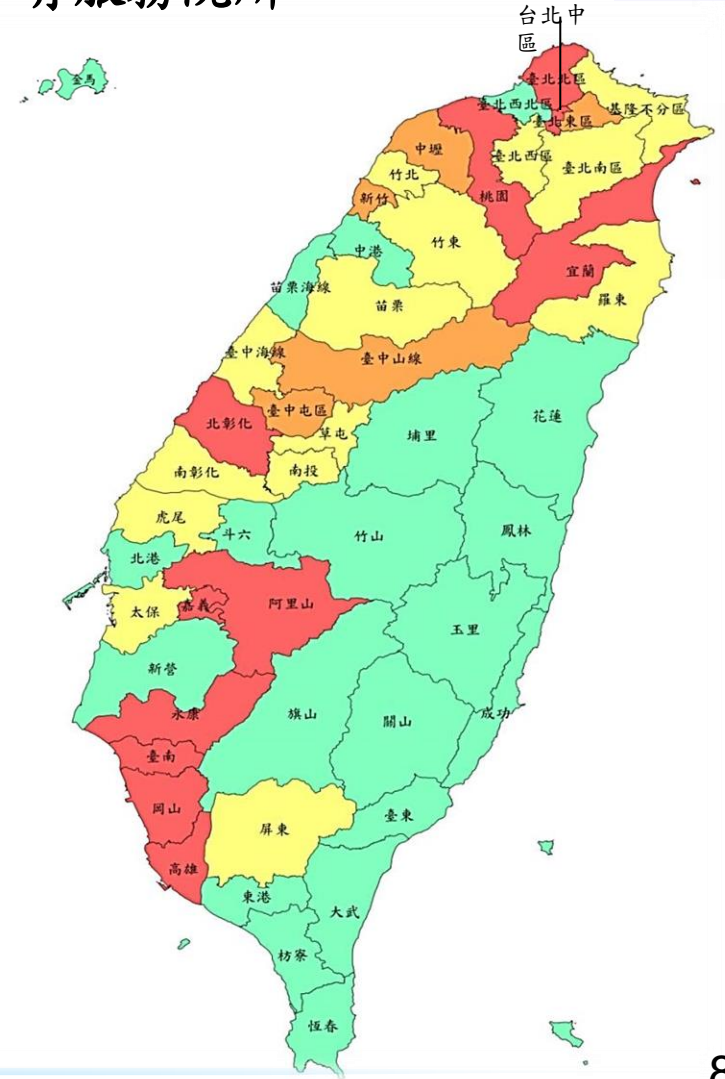
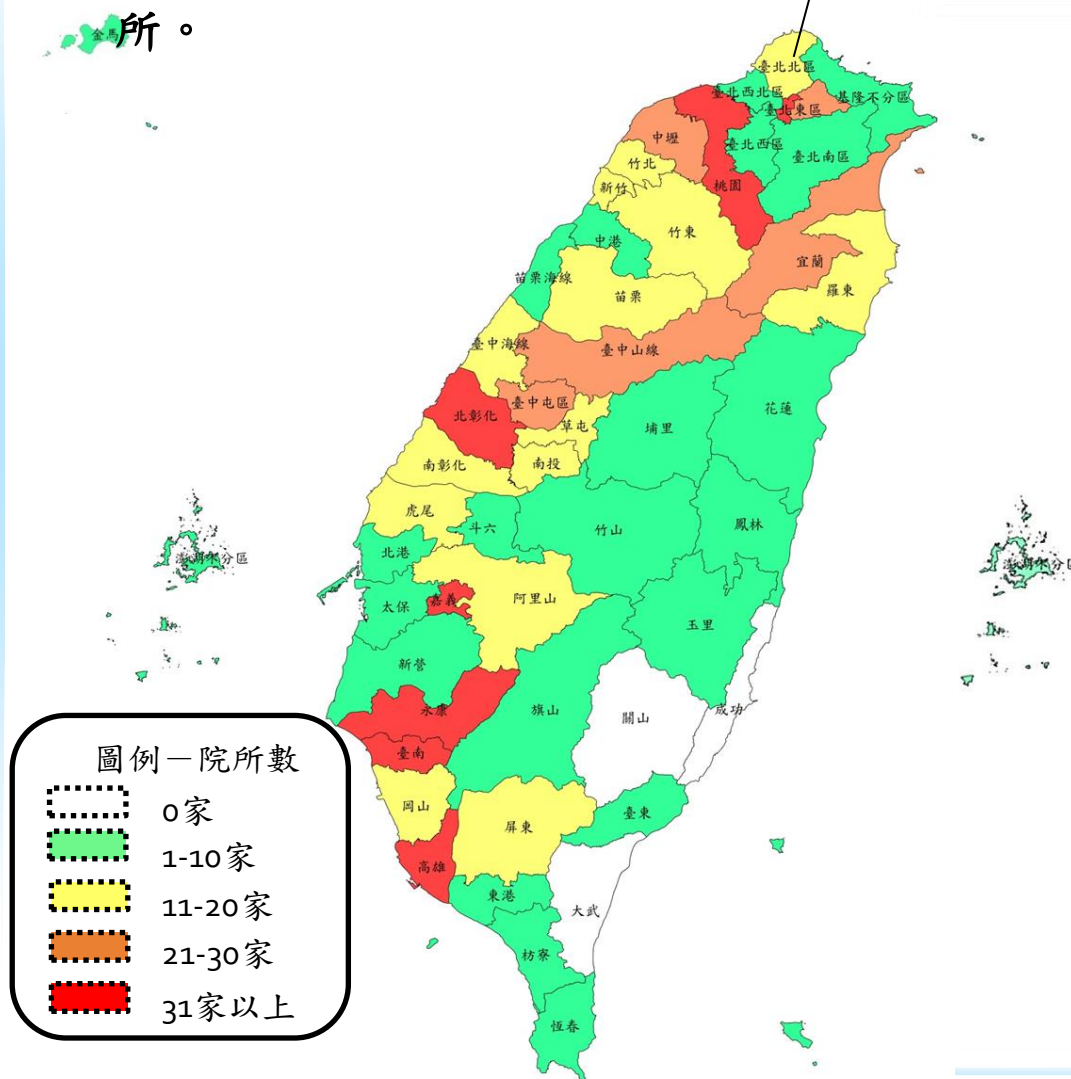
資料來源：醫療機構參與試辦計畫檔。
家數、團隊數：當月月底有效機構數。



居家醫療整合照護院所分布

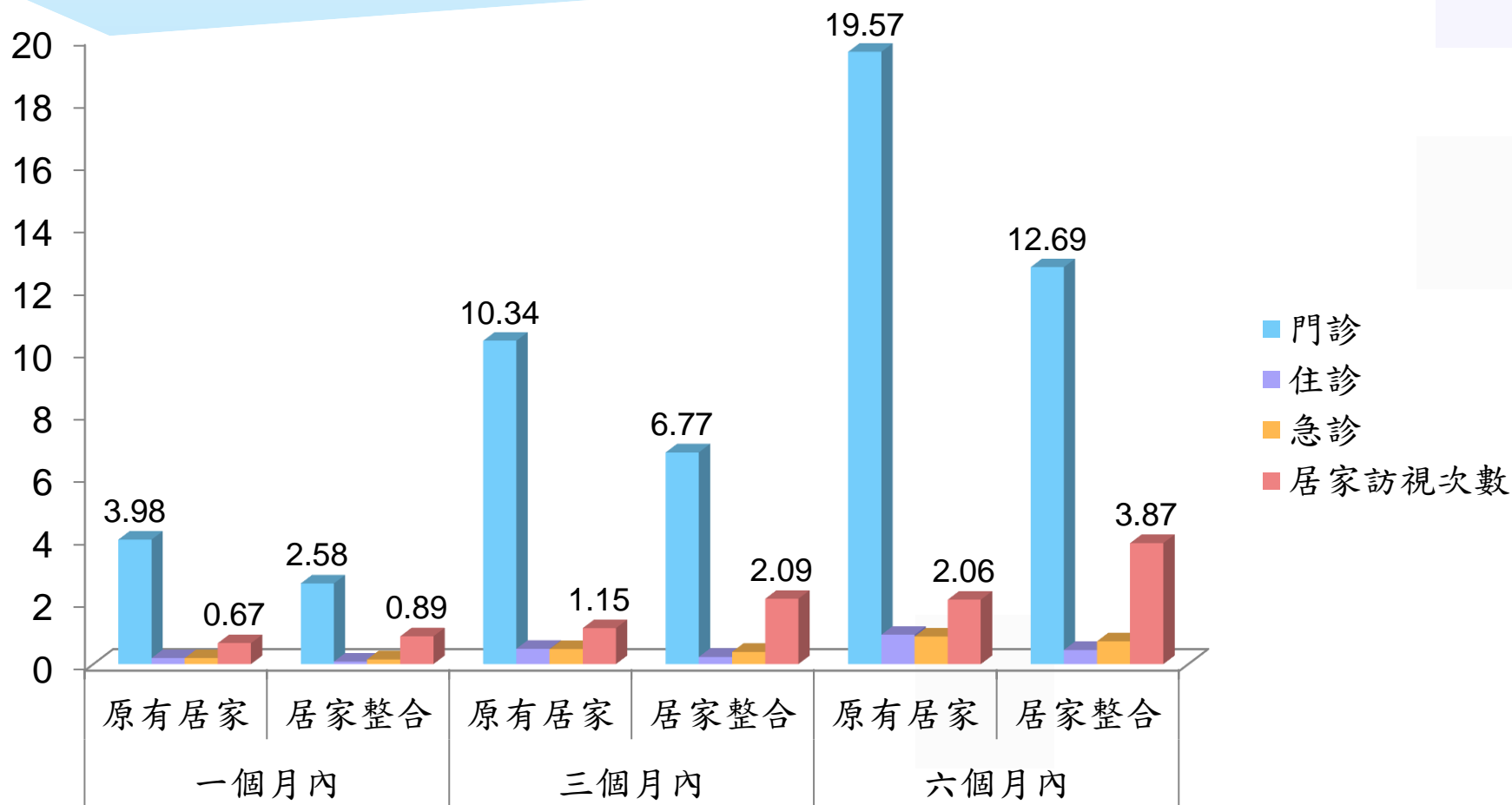
- 105年底，除關山、成功、大武外，次醫療區域均有服務院所。

- 106年2月底，各次醫療區域均有服務院所。





居家照護與居家整合照護之醫療利用比較



**居家名單：係醫療主機收案名單，介入組為僅參加居家整合照護計畫之第一階及第二階個案，對照組為一般居家家收案對象。
**平均每人數據係以收案人數作為分母，並以非居家整合名單之性別、年齡、是否有重大傷病及慢性病數人口比例進行校正。
**醫療利用：本署二代倉儲系統門診、交付機構及住診明細檔。
**居家訪視次數：係醫師訪視次數。



疾病管理

報告人：陳專門委員真慧



衛生福利部中央健康保險署



報告大綱

強化疾病 管理

一

論質方案執行概況

二

糖尿病與慢性腎臟病人
照護概況

三

未來方向



論質方案執行概況



論質方案構面



- 論質計畫重視病人治療效果及效率
 - 讓病人得到妥善治療
 - 延緩病程發展
 - 提高醫療效率

參考美國Institute of Medicine ; (IOM)
六大醫療品質目標。



論質方案目的

得到妥善治療

- BC肝個案追蹤計畫
- BC肝個案治療計畫
- 思覺失調症
- 早期療育

- 糖尿病
- 初期慢性腎臟病
- pre-ESRD
- 氣喘
- 慢性阻塞性肺病

延緩病程發展

提高醫療效率

- 乳癌
- 孕產婦全程照護



論質方案照護人數(整體)

照護人數	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年
糖尿病	176,475	181,098	191,251	214,340	254,504	283,748	325,501	365,821	419,455	468,180	520,727
氣喘	190,671	140,464	119,645	115,788	115,423	115,600	106,581	103,984	101,990	102,948	109,066
乳癌	6,927	8,438	9,807	10,743	11,678	11,827	12,653	13,458	12,041	12,520	12,183
高血壓	98,960	123,392	76,667	54,698	54,481	65,528	30,980	註2	—	—	
思覺失調症	未實施				36,580	43,076	47,657	49,209	57,565	59,679	63,800
BC肝帶原者	未實施				44,057	92,049	121,451	149,375	175,317	201,452	220,928
孕產	未實施									59,114	57,958
早療	未實施									15(註3)	801
合計	473,033	453,392	397,370	395,569	516,701	593,061	628,496	681,837	766,368	903,908	982,463

註1：照護人數係指當年度有申報該方案相關費用之歸戶人數。

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

註3：早療自104年10月實施，照護人數15人。



論質方案照護率(整體)

照護率	95年	96年	97年	98年	99年 ^{註1}	100年	101年	102年	103年	104年	105年
糖尿病	23.16%	24.67%	26.34%	27.56%	29.26% ^{註2}	31.16%	33.94%	35.06%	38.48%	41.1%	43.4%
氣喘	34.78%	35.17%	31.29%	31.61%	47.02%	45.45%	39.30%	37.49%	36.06%	36.0%	28.2%
乳癌	12.98%	13.60%	14.64%	14.50%	14.62%	13.67%	13.66%	13.29%	10.96%	10.6%	9.7%
高血壓	9.31%	6.54%	3.93%	2.65%	2.55%	2.94%	1.36%	註3	—		
思覺失調症	未實施				40.65%	46.94%	51.20%	52.22%	60.28%	59.9%	63.9%
BC肝帶原者	未實施				8.34%	16.72%	21.41%	25.24%	29.04%	32.62%	35.3%
孕產婦	未實施									29.0%	29.5%
早療	未實施									0.7%	15.2%

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)或當年度申報該疾病診斷之歸戶人數(氣喘、乳癌、高血壓、思覺失調症、BC肝帶原者)。

註2：糖尿病方案99年放寬收案條件；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。。

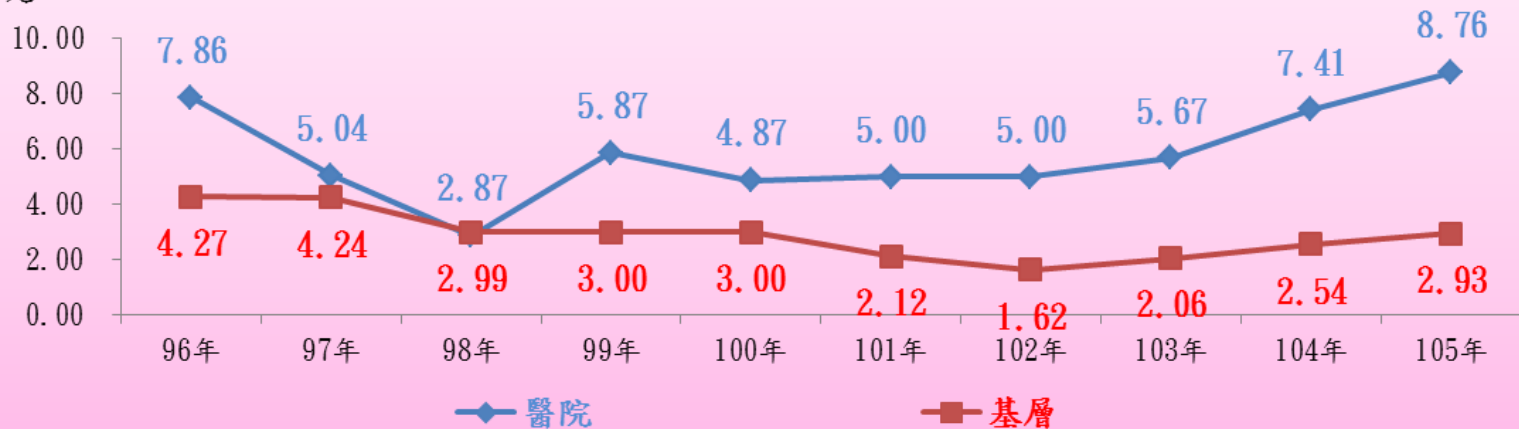
註3：高血壓方案因病患常合併多重疾病，例如糖尿病、慢性腎臟病等，故未再以疾病別單獨另列計畫追蹤，自102年1月1日起停止試辦。



預算執行情形

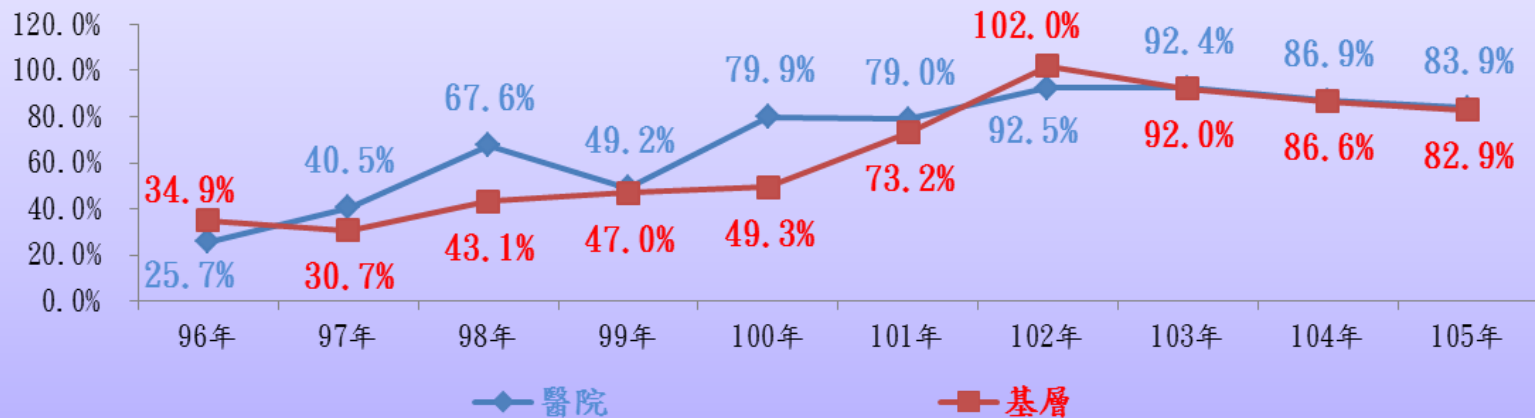
歷年預算數

億元



歷年預算執行率

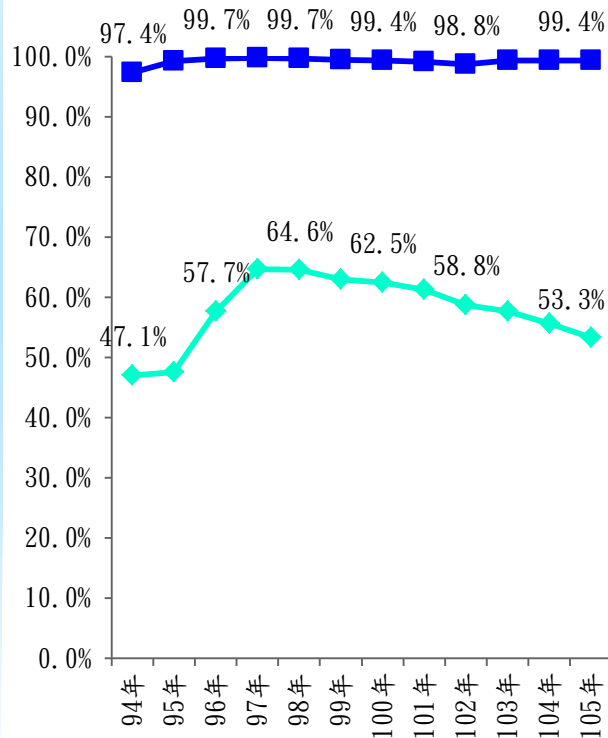
%



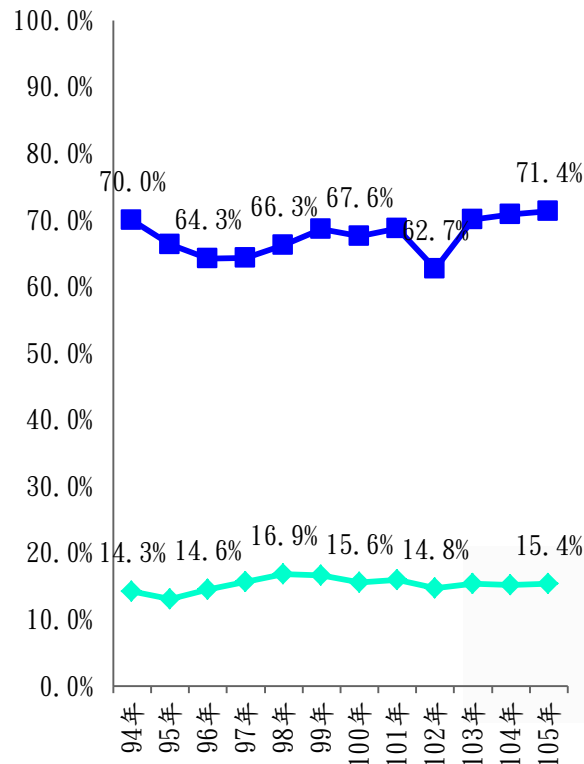


糖尿病診療指引遵循率

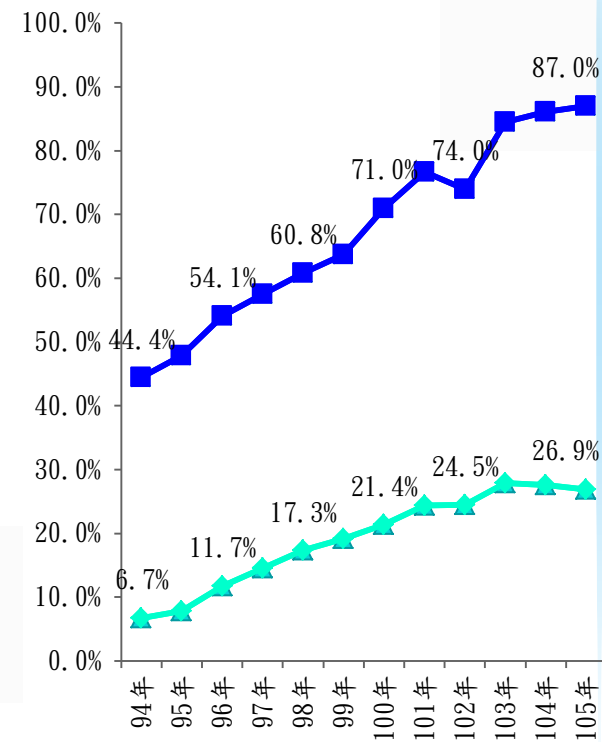
HbA1C



眼底鏡檢



微量白蛋白



非論質照護



論質照護



糖尿病方案執行成果

● 追蹤94-105年新收案HBA1C > 9.0%個案63.18%改善

初診HBA1C >9.0%人數	1年後HBA1C值	人數	比率
133,228	<7% 良	26,843	20.15%
	7%~9.0%	57,330	43.03%
	>9.0% 不良	49,055	36.82%



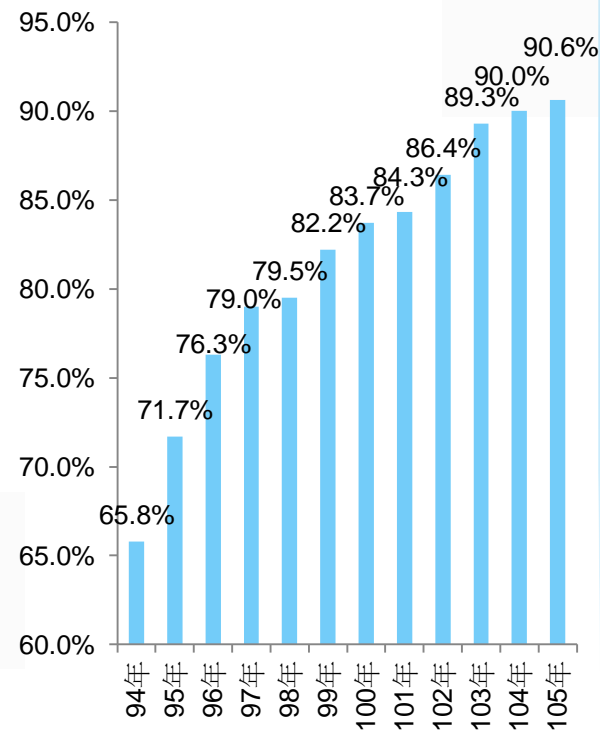
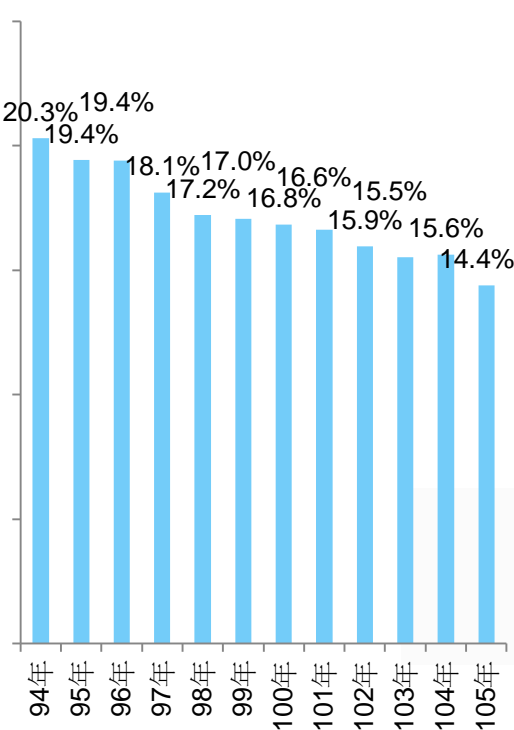
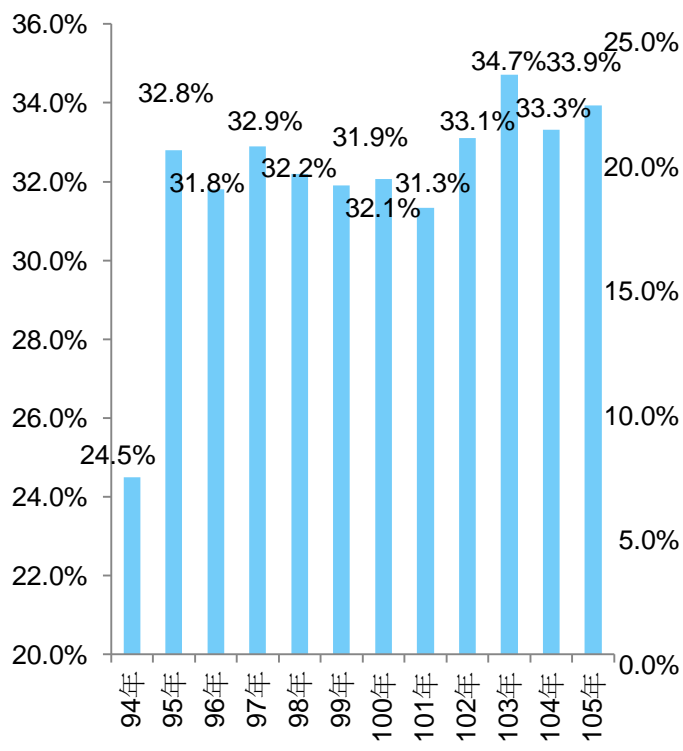
糖尿病方案執行成果

● 連續追蹤94年新參與方案者95-105年成效

HbA1C < 7.0% (良率)

HbA1C > 9.0% (不良率)

LDL ≤ 130 (良率)



註：94年新參加個案6.8萬人於該年度年度檢查值



糖尿病方案執行成果

● 追蹤十二年糖尿病人之透析發生率

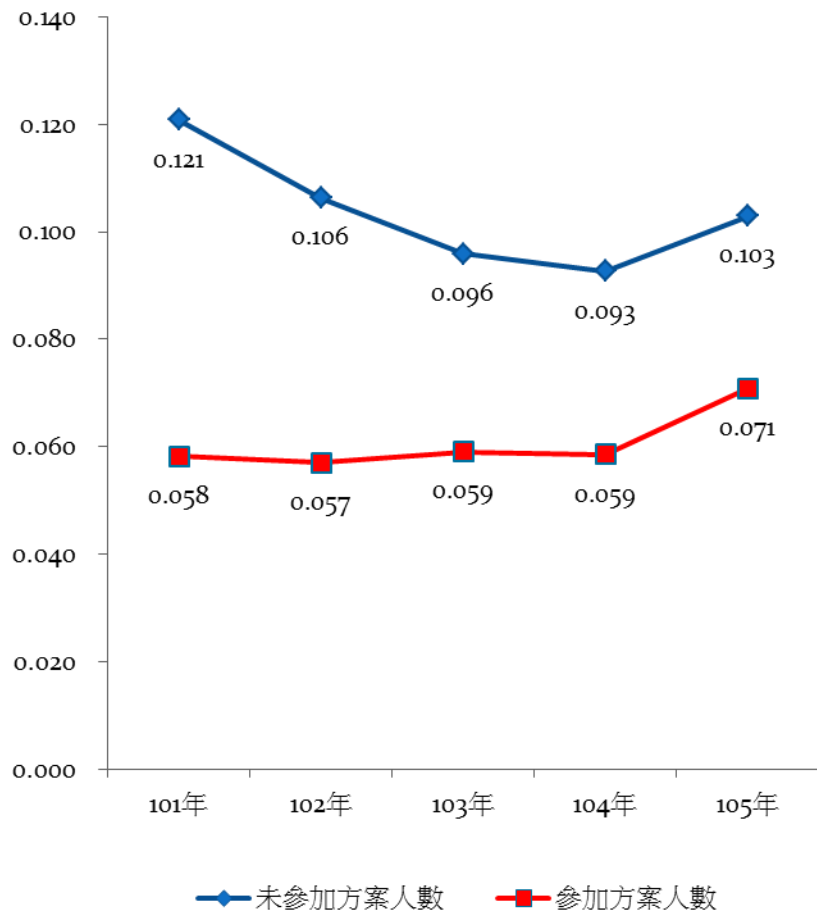
94-105年	透析人數	糖尿病人數	透析發生率
皆參加方案	151	30,794	0.49%
皆未參加方案	30,479	334,105	9.12%
曾經參加但 未連續參加	16,634	294,378	5.65%
合計	47,264	659,277	7.17%

註：追蹤94年之糖尿病人(排除案件分類08，90天內2次以上主診斷250之就醫)，比對94~104年重大傷病檔領證ID，主診斷慢性腎衰竭(尿毒症)。

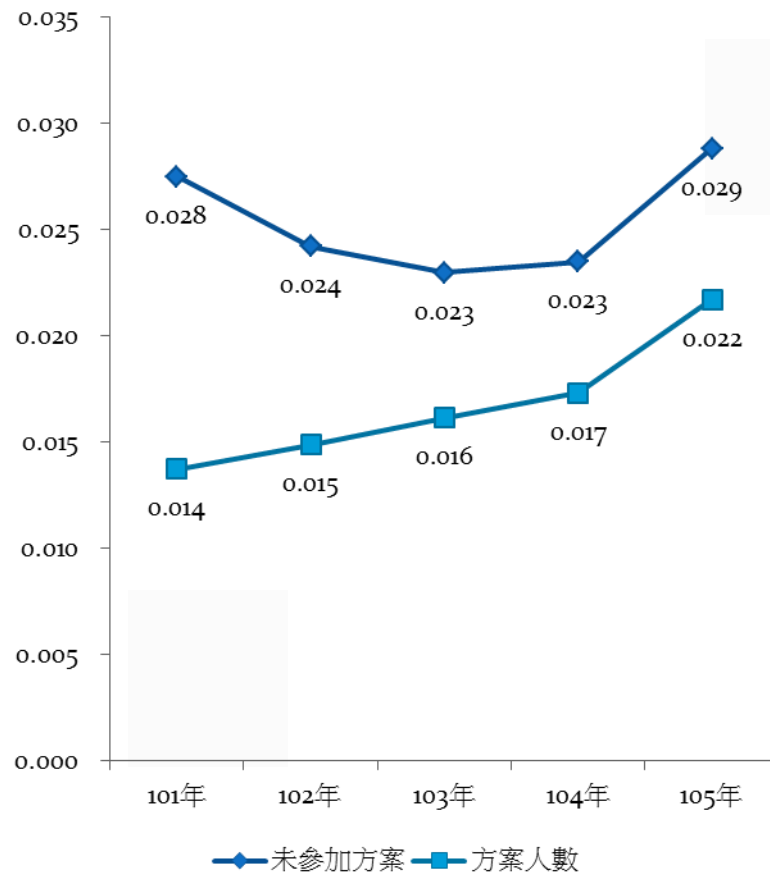


氣喘方案執行成果

平均每人急診次數

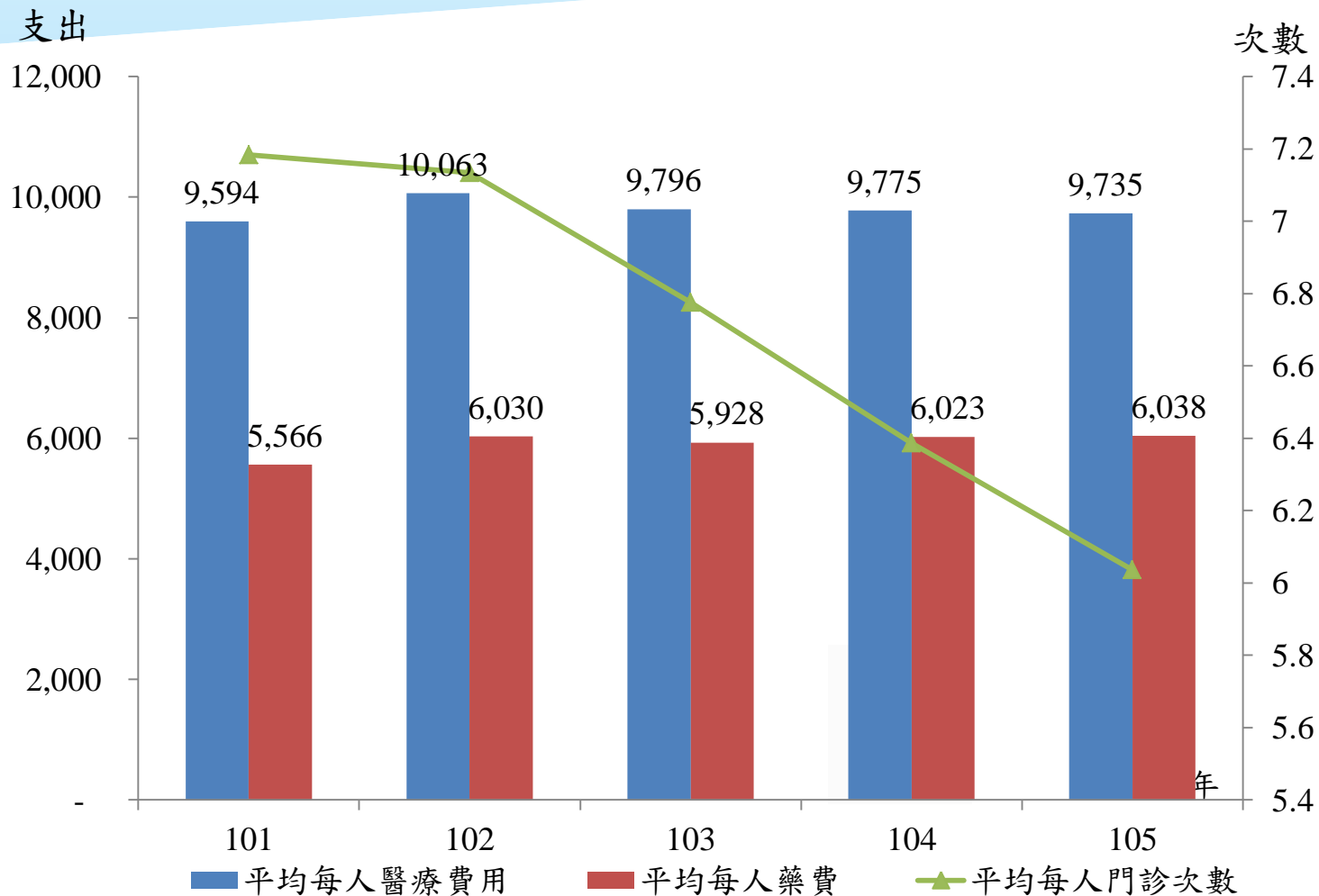


平均每人住診次數





氣喘方案執行成果



說明：連續追蹤99年參與方案者(22,596)100-105年成效



思覺失調症-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)	
年度		104年	105年	104年	105年	104年	105年
一般病人	固定	54,857	59,948	40,451	45,625	73.74%	76.11%
	未固定	21,697	20,154	12,053	11,186	55.55%	55.50%
	久未	10,719	11,638	1,220	1,536	11.38%	13.20%
	小計	87,273	91,740	53,724	58,347	61.56%	63.60%
高風險病人	固定	5,999	5,582	4,457	4,268	74.30%	76.46%
	未固定	2,219	1,714	1,372	1,072	61.83%	62.54%
	久未就醫	817	654	126	132	15.42%	20.18%
	小計	9,035	7,950	5,955	5,472	65.91%	68.83%
合計		96,308	99,690	59,679	63,819	61.97%	64.02%

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



思覺失調症-品質指標達成權值情形

指標項目 (正負向)	目標值	權值	一般指標			高風險指標		
			104年	105年	達標	104年	105年	達標
指標一_平均每月精神科門診就診次數(正向)	較上年增加或 ≥ 1	20%	1.3369	1.3139	Y	1.2710	1.2037	Y
指標二_精神科平均每月不規則門診比例(負向)	較上年減少	20%	5.86%	4.28%	Y	6.09%	4.79%	Y
指標三_六個月內精神科急性病房再住院率(負向)	較上年減少	20%	16.36%	18.90%		51.50%	39.10%	Y
指標四_急診使用人次比率(負向)	較上年減少	20%	19.20%	20.62%		110.55%	68.98%	Y
指標五_失聯結案率(負向)	較上年減少	20%	26.67%	1.06%	Y	24.05%	2.01%	Y
指標六_強制住院發生人次比率(負向)	較上年減少	參考	0.27%	0.24%	Y	0.99%	0.53%	Y
指標七_固定就醫病人精神科急性病房平均住院天數(負向)	較上年減少	參考	12.3323	12.7294		33.8125	26.2484	Y
指標八_固定就醫病人精神科急性病房住院人次比率(負向)	較上年減少	參考	20.65%	21.64%		70.42%	48.86%	Y
指標九_固定就醫且非高風險病人占率(正向)	較上年增加	參考	63.72%	56.06%		63.72%	56.06%	

註：1.105年一般指標之指標一、指標二、指標五及指標六均較104年成績進步。

2.105年高風險指標，除指標九外，其餘指標均較104年成績進步。



思覺失調症-參與方案者門診醫療利用

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
104	63,078	199.3萬	38.0億	6,360.5萬	60,172
105	63,243	200.3萬	39.1億	6,189.5萬	61,856
差異	165	1.0萬	1.20億	-171.0萬	1,684

註1. 以105年收案人數63819人匯入104~105年健保門住診檔之醫療費用。

註2. 人次計算排除排除申報類別2&補報原因註記2。



思覺失調症-參與方案者住診醫療利用

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
104	19,407	33,972	41.16億	2,639萬	315.1萬 (92.8天/件)	162.4	212,095	30.41%
105	18,721	34,104	41.79億	2,544萬	295.8萬 (86.7天/件)	158.0	223,250	29.33%
差異	-686	132	0.63億	-37.6萬	-19.3萬 (-6天/件)	-4.4	11,155	-1.07%

註1.以105年收案人數63819人匯入104~105年健保門住診檔之醫療費用。

註2.人次以相同院所相同ID相同生日相同住院日計算之。

註3.住院發生率=人數/105年收案人數63819。



105年B、C肝追蹤方案執行成果

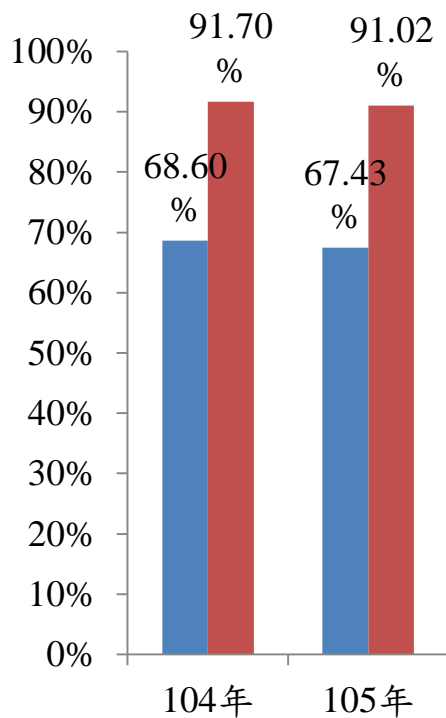
層級	參與家數	門檻符合率	年度完整追蹤人數	年度完整追蹤率	早期發現肝癌人數
醫院	187	32.42%	94,743	63.42%	464
基層	322	54.81%	46,644	61.43%	1
合計	509	87.23%	141,387	63.96%	465

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



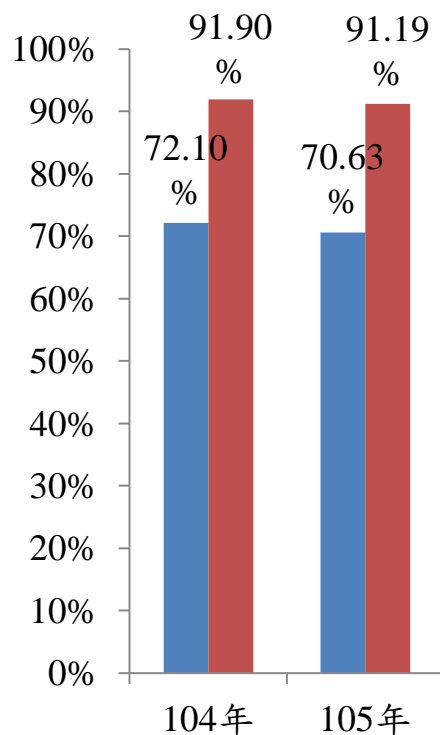
B、C肝追蹤方案執行成果

GOT檢查率



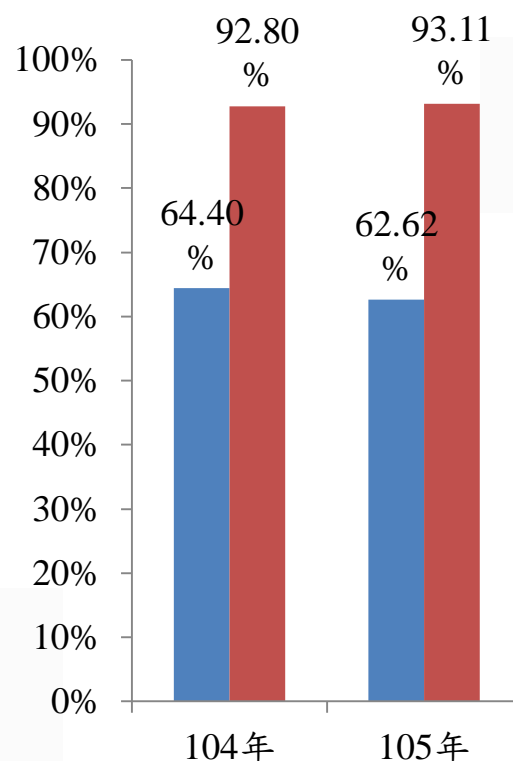
■ 非試辦 ■ 試辦

GPT檢查率



■ 非試辦 ■ 試辦

腹部超音波檢查率



■ 非試辦 ■ 試辦



論質方案成果總結

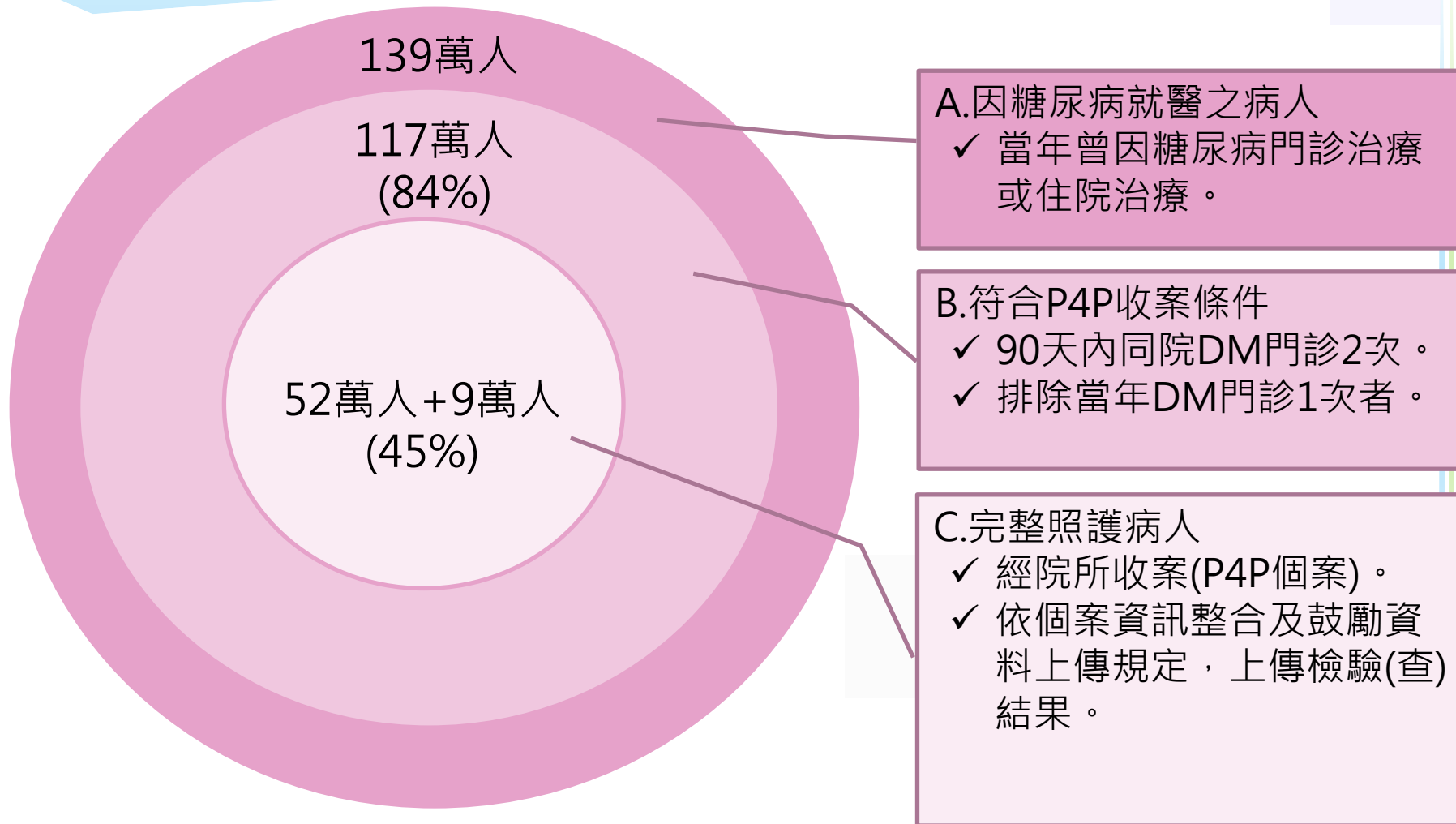
- 整體照護人數達98.2萬人，較104年成長8.7%，呈現上升的趨勢。
- 治療指引遵循率，參與方案者均高於未參與者，其中糖尿病最重要指標HbA1C之執行率已達99.4%。
- 糖尿病方案：初診血糖控制不良($\text{HbA1C} > 9.0\%$)的病人63.18%改善。
- 氣喘方案：參與方案者急診及住院次數較104年上升。
- 乳癌方案：第2期持平；第0、1、4期提升；第3期為降低。
- 思覺失調症方案：每人住院天數減少4.4天。
- BC肝帶原者追蹤方案：參與試辦計畫病人的GOT、GPT檢查率及腹部超音波檢查率皆高於未參加者。



糖尿病與慢性腎臟病人 照護概況

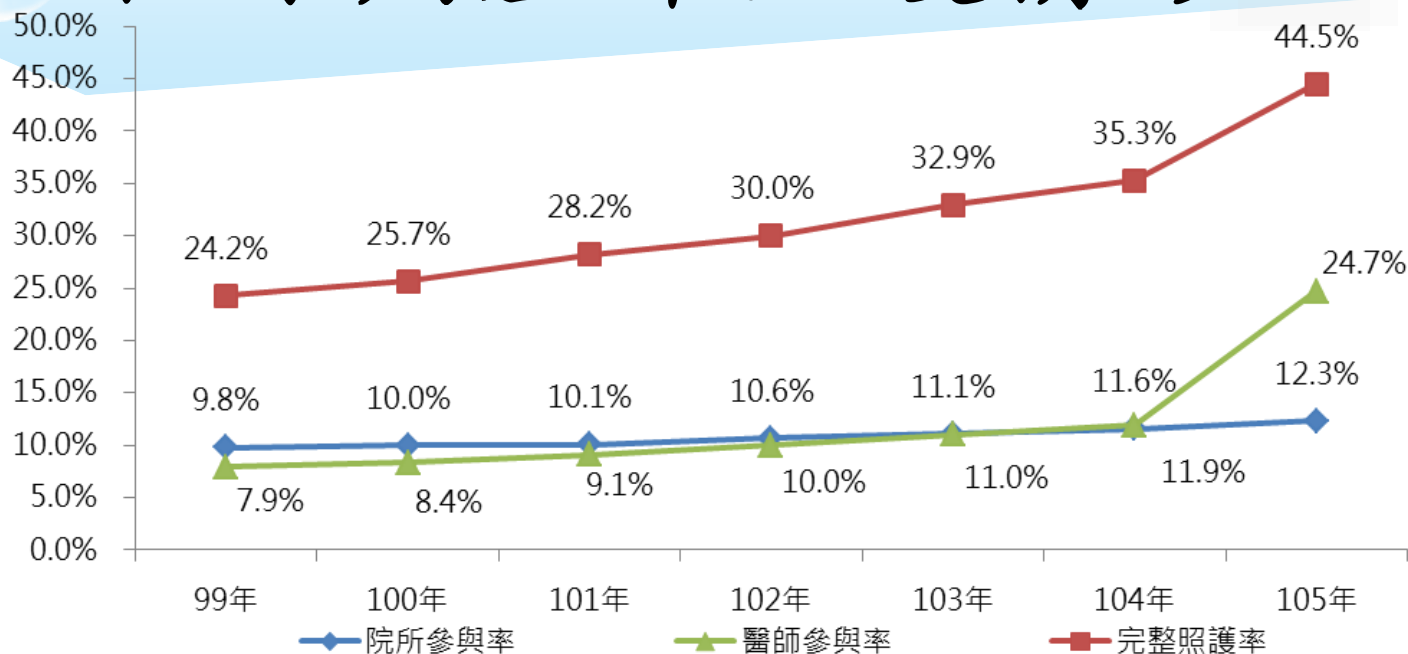


糖尿病人105年照護情形





糖尿病歷年照護情形

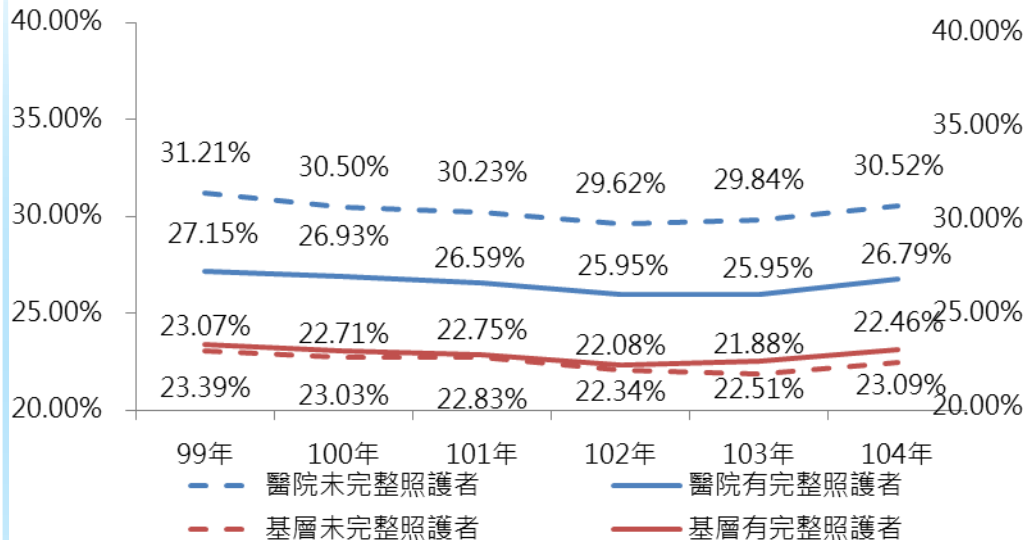


年度	院所家數			醫師人數			DM人數					
	因DM就醫病人	完整照護DM病人	院所參與率	因DM就醫病人	完整照護DM病人	醫師參與率	因DM就醫人數	符合收案條件人數	P4P收案人數	未收案但上傳	完整照護人數	完整照護率
	(A)	(B)	(B/A)	(C)	(D)	(D/C)	(E)		(F)	(G)	(H)=(F+G)	(H/E)
99年	6,239	612	9.8%	19,952	1,586	7.9%	1,056,853	850,241	256,263	--	256,263	24.2%
100年	6,424	640	10.0%	20,162	1,688	8.4%	1,106,636	902,596	283,942	--	283,942	25.7%
101年	6,551	659	10.1%	20,425	1,855	9.1%	1,161,377	950,867	327,421	--	327,421	28.2%
102年	6,596	702	10.6%	20,932	2,086	10.0%	1,227,246	1,008,335	367,760	--	367,760	30.0%
103年	6,666	737	11.1%	21,127	2,321	11.0%	1,280,187	1,056,915	421,290	--	421,290	32.9%
104年	6,734	778	11.6%	21,278	2,532	11.9%	1,332,799	1,105,742	470,358	--	470,358	35.3%
105年	6,719	828	12.3%	21,384	5,277	24.7%	1,385,521	1,166,204	521,835	94,737	616,572	44.5%

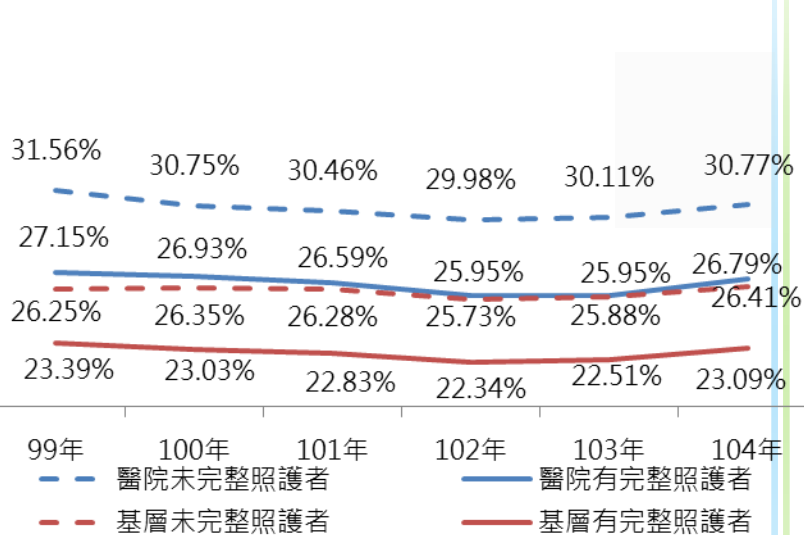


糖尿病病人一年內急診率

所有院所



完整照護DM病人之院所

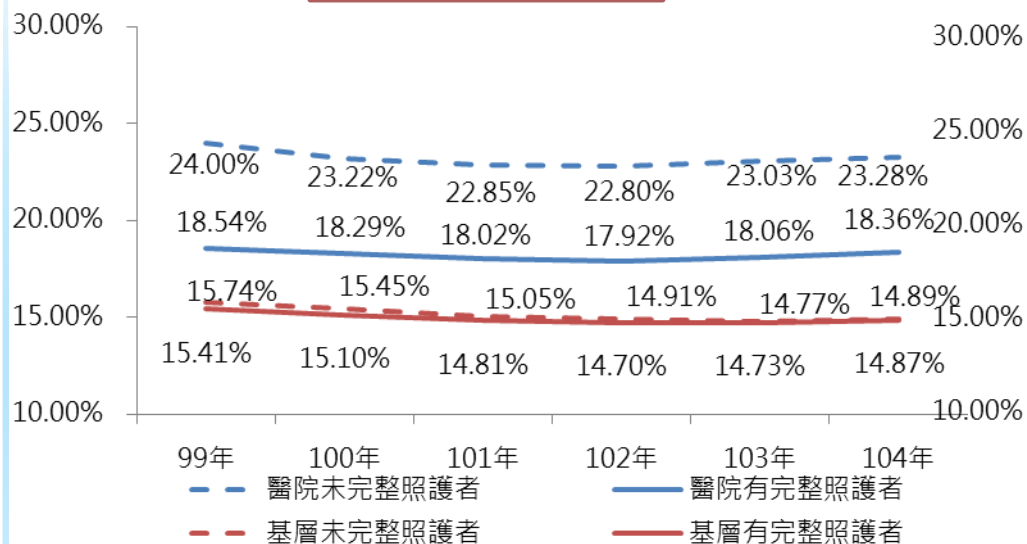


- ✓ 急診率之分母為該院所符合收案條件且有(未)完整照護人數。
- ✓ 追蹤觀察糖尿病病人一年內是否曾急診就醫，觀察起日：
 - P4P收案者以當年首次進行DM管理照護之日期。
 - 上傳個案以當年首次上傳日期。
 - 符合收案條件者以當年首次符合收案條件之日期。
- ✓ 醫院個案一年內急診率均高於基層個案。
- ✓ 有受完整照護者一年內急診率不論醫院、基層個案均低於未受照護者。

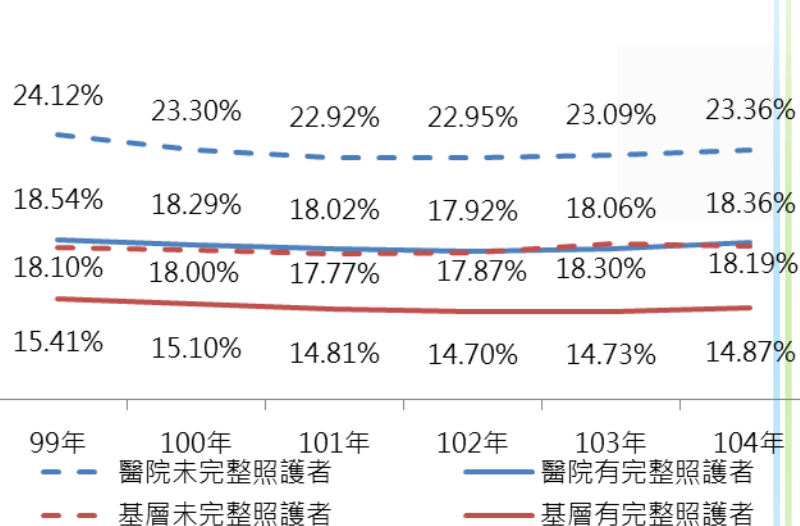


糖尿病病人一年內住院率

所有院所



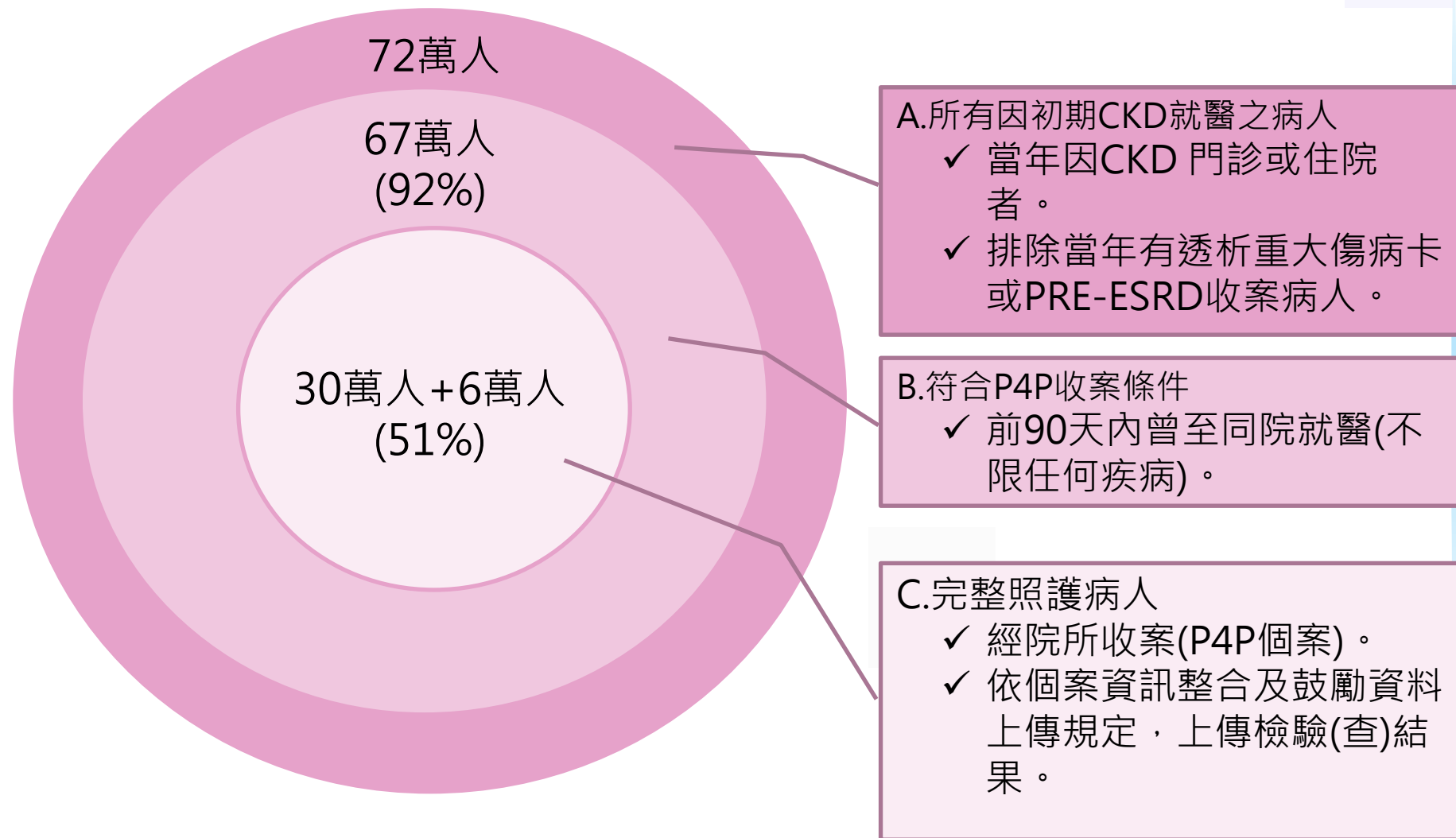
完整照護DM病人之院所



- ✓ 醫院個案一年內住院率高於基層個案。
- ✓ 有受完整照護者一年內住院率不論醫院、基層個案均低於未受完整照護者。

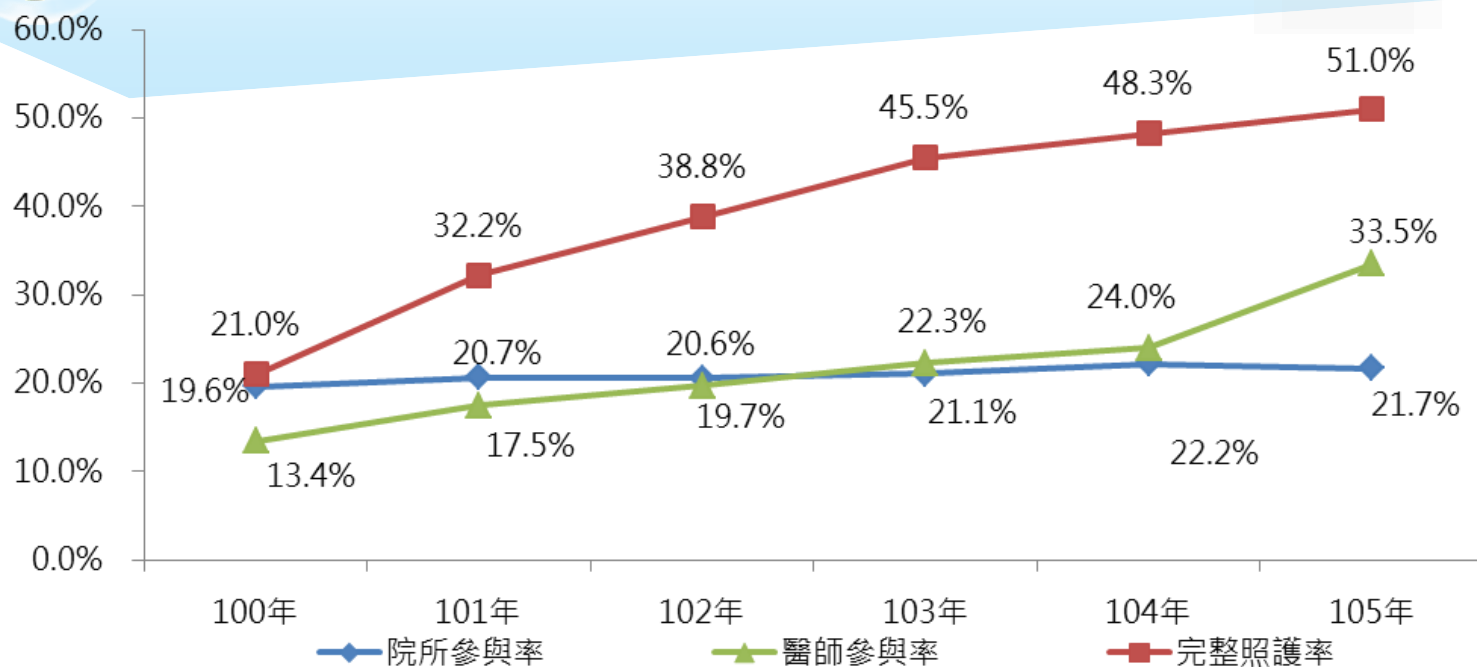


初期慢性腎臟病人105年照護情形





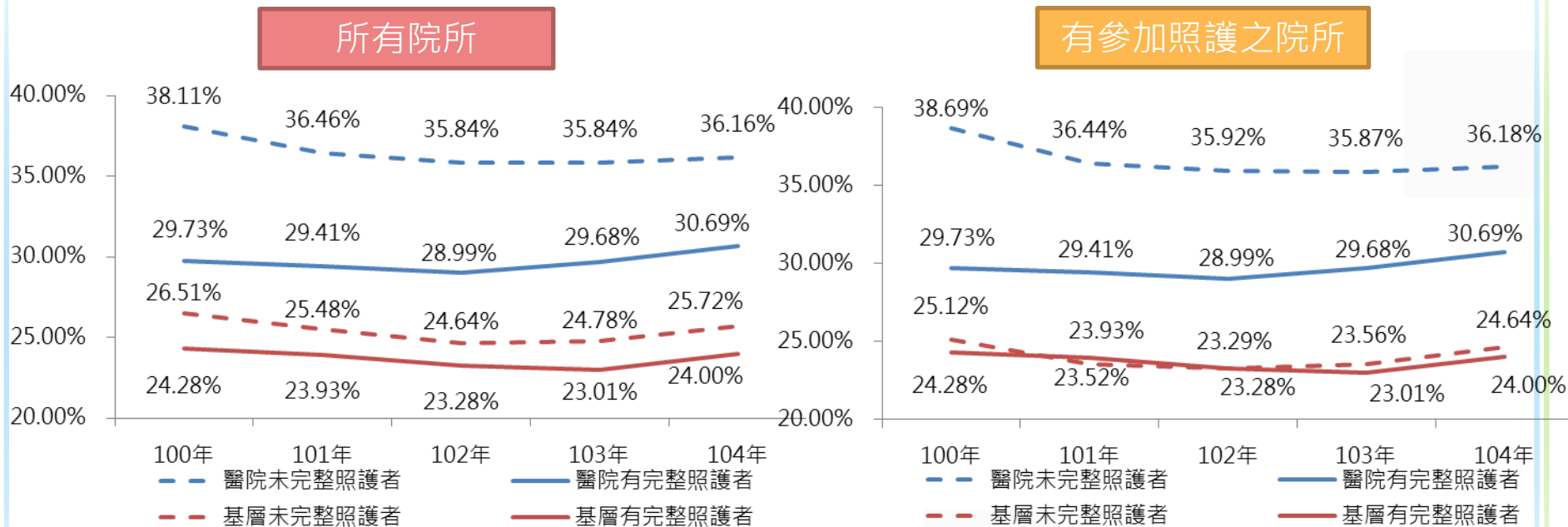
初期慢性腎臟病歷年照護情形



年度	院所家數			醫師人數			CKD人數					
	因CKD就醫病人	完整照護CKD病人	院所參與率	因CKD就醫病人	完整照護CKD病人	醫師參與率	因CKD就醫人數	符合收案條件人數	P4P收案人數	未收案但上傳	完整照護人數	完整照護率
	(A)	(B)	(B/A)	(C)	(D)	(D/C)	(E)		(F)	(G)	(H)=(F+G)	(H/E)
100年	3,517	689	19.6%	14,675	1,970	13.4%	341,782	307,941	71,669	--	71,669	21.0%
101年	3,568	737	20.7%	14,884	2,602	17.5%	381,056	343,365	122,748	--	122,748	32.2%
102年	3,646	750	20.6%	15,573	3,069	19.7%	449,948	410,016	174,566	--	174,566	38.8%
103年	3,708	781	21.1%	15,840	3,529	22.3%	519,341	478,995	236,458	--	236,458	45.5%
104年	3,715	826	22.2%	16,124	3,867	24.0%	569,398	527,410	274,785	--	274,785	48.3%
105年	4,064	881	21.7%	17,707	5,934	33.5%	722,865	668,110	304,706	63,615	368,321	51.0%



初期CKD病人一年內急診率

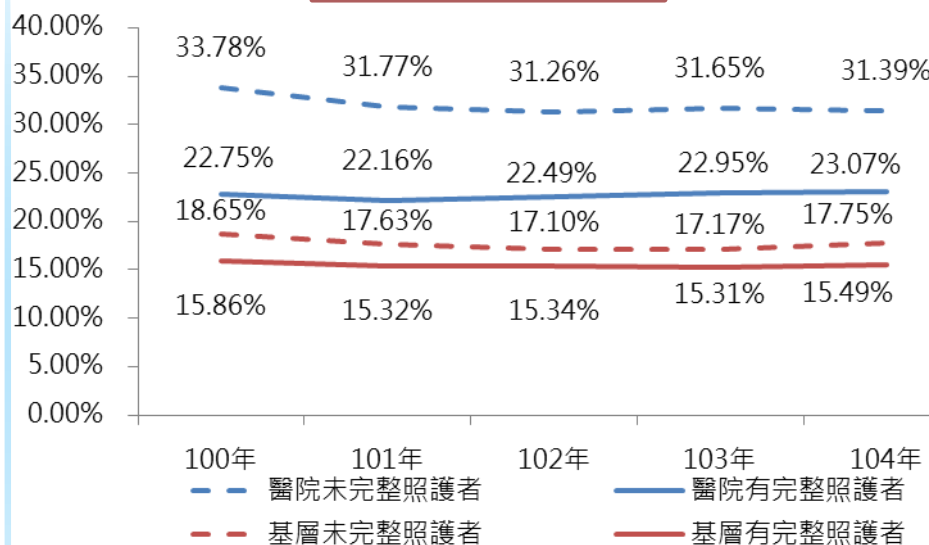


- ✓ 急診率之分母為該院所符合收案條件且有(未)完整照護人數。
- ✓ 追蹤觀察初期慢性腎臟病病人一年內是否曾急診就醫，觀察起日：
 - P4P收案者以當年首次進行early-CKD管理照護之日期。
 - 上傳個案以當年首次上傳日期。
 - 符合收案條件者以當年首次符合收案條件之日期。
- ✓ 醫院個案一年內急診率均高於基層個案。
- ✓ 醫院有受完整照護者一年內急診率低於未受完整照護者。

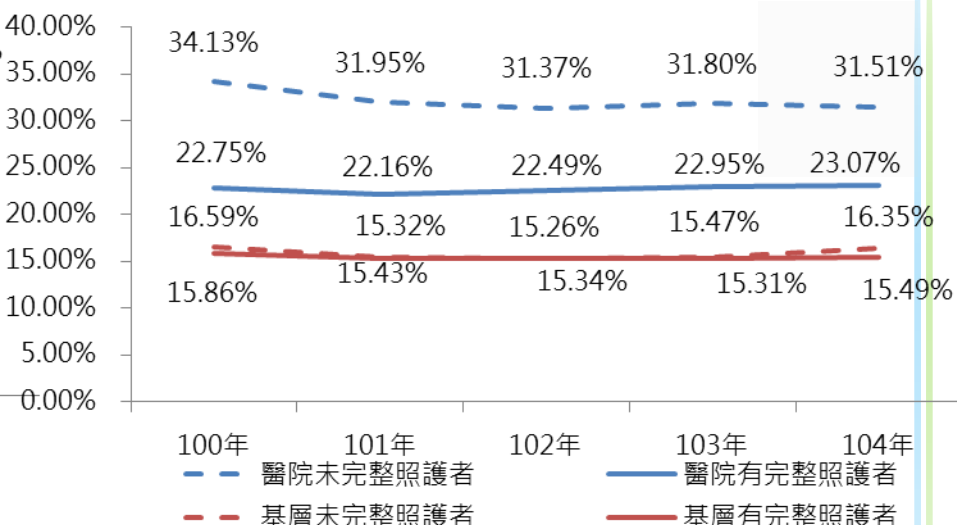


初期CKD病人一年內住院率

所有院所



有參加照護之院所



- ✓ 醫院個案一年內住院率均高於基層個案。
- ✓ 醫院有受到完整照護者一年內住院率低於未受完整照護者。



未來方向



未來方向

- 擴大照護對象
 - 目前論質方案限於收案條件，照護對象無法涵蓋所有因該疾病就醫之病人。
 - 未來持續檢討收案條件。
- 提升完整照護率
 - 本署已於105年4月1日起推動「個案資訊整合及鼓勵資料上傳」方案，已明顯提升完整照護率。
 - 持續鼓勵未參與方案之院所提供個案照護後，透過上述方案上傳個案檢驗、檢查資料。
 - 對於就醫人數多、完整照護率不高之院所進行輔導。
- 建立長期分析模式
 - 疾病照護需長期追蹤易顯成效，未來將朝向鼓勵院所進行長期追蹤照護。
 - 建立鼓勵院所長期追蹤之獎勵機制。



增進管理效能

報告人：林專門委員寶鳳





公私協力增進管理效能

中央健康保險署

資訊組
醫審及藥材組

- 6.提升保險服務成效
- 7.其他預期政策改變經費

特約醫事服務機構

藥師公會全聯會

保險對象

資訊部門

特約藥局

保險對象

1.急診品質提升方案

- 2.提升ICD-10-CM/PCS住院編碼品質
- 3.即時查詢病患就醫資訊
- 4.推動TW-DRGs (105年 Tw-DRGs第3-5階段項目未導入，故預算未執行。)

5.高診次暨複雜用藥者藥事服務計畫

效能：達成預期產出或影響之程度？



歷年協定預算及執行率一覽表

預算項目	99	100	101	102	103	104	105
1.急診品質提升方案			3.2億元 (0.42億元 13%)	3.2億元 (0.48億元 15%)	3.2億元 (0.76億元 24%)	1.6億元 (0.95億元 60%)	1.6億元 (0.97億元 61%)
2.提升ICD-10-CM/PCS 住院編碼品質					1.005億元 (100%)	2.5億元 (100%)	1.0億元 (100%)
3.鼓勵醫事服務機構即時 查詢病患就醫資訊方案					22億元 (0.085億元 0.4%)	22億元 (3.8億元 17%)	11億元 (6.7億元 61%)
4.高診次暨複雜用藥者藥 事服務計畫	924萬元 (510萬元 55%)	3,600萬元 (3,226萬 元90%)	3,600萬元 (3,401萬元 94%)	5,400萬元 (4,930萬 元91%)	5,400萬元 (5,136萬 元95%)	5,400萬元 (4,397萬 元81%)	5,000萬元 (3,287萬 元66%)
5.提升保險服務成效						2.85億 (0.8億元 28%)	2.95億 (3.16億元 107%)
6.其他預期政策改變及調 解預期風險所需經費			10億元 (1.78億元 18%)	10億元 (2.94億元 29%)	10億元 (2.28億元 23%)	10億元 (9.68億元 97%)	10億元 (1.78億元 18%)

註1：105年6項「預算項目」共執行13.91億元，占協定預算（105年27.05億元+104年節餘0.21億元=27.26億元）之51%。

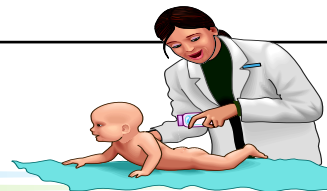
註2：（）內資料為預算實際執行數及執行率，105年提升保險服務成效預算執行率>100%，係經健保會同意將104年同項之節餘款併105年同項支用結果。





急診品質提升方案6-1

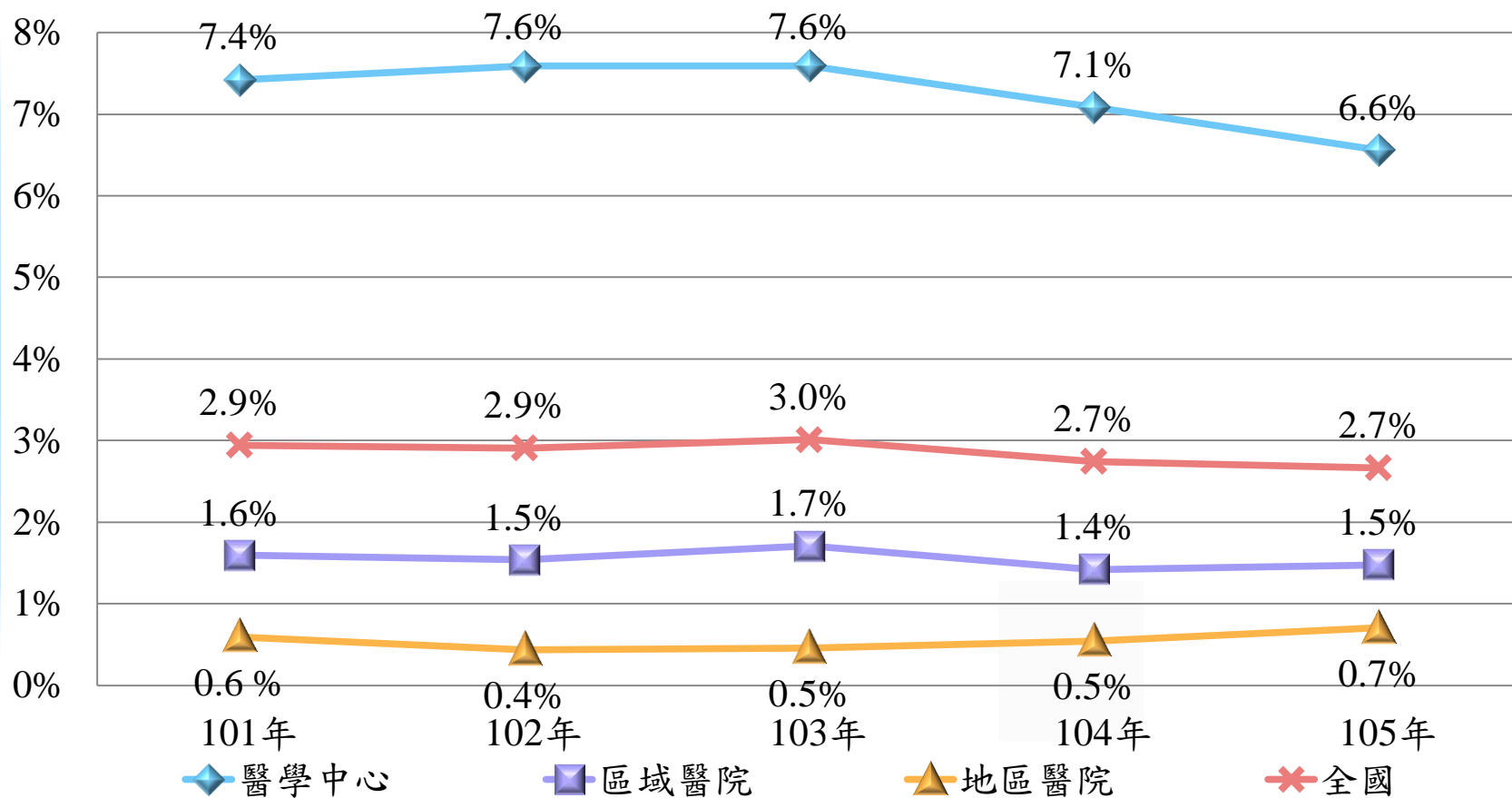
方案或計畫摘要	預期產出或影響
<p>目的</p> <p>急診壅塞醫院改善急診效率及強化轉診，地區醫院強化急診處置能力及多收治急診病患。</p> <p>內容</p> <ul style="list-style-type: none">• 急診處置效率：設定壅塞指標及效率指標，依指標達標情形及急診病人數給予獎勵。• 急診重大疾病照護品質獎勵：針對急性心肌梗塞、重大外傷及嚴重敗血症患，訂定一定時間內接受必要治療處置之標準及獎勵。• 轉診品質獎勵：醫院照護能力未符需求之病人，轉診至上一級醫院；或收治病況穩定者，轉出至同等級或下一級醫院之適當醫療機構者，給予獎勵。• 補助急診專科醫事人力：<ul style="list-style-type: none">- 補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務。- 補助地區醫院增聘急診專科醫師人力。	<p>(1)急診病人停留>24小時比率下降</p> <p>(2)檢傷4、5級急診病人離開醫院<4小時比率上升</p> <p>(3)檢傷1、2級急診病人停留>24小時比率下降</p> <p>(4)檢傷1、2、3級急診病人轉入病房<8小時之比率上升</p> <p>(5)重大疾病照護進入加護病房<6小時比率上升</p> <p>(6)地區醫院急診病人增加</p>





急診品質提升方案指標6-1

停留 > 24小時之比率 **下降** 😊

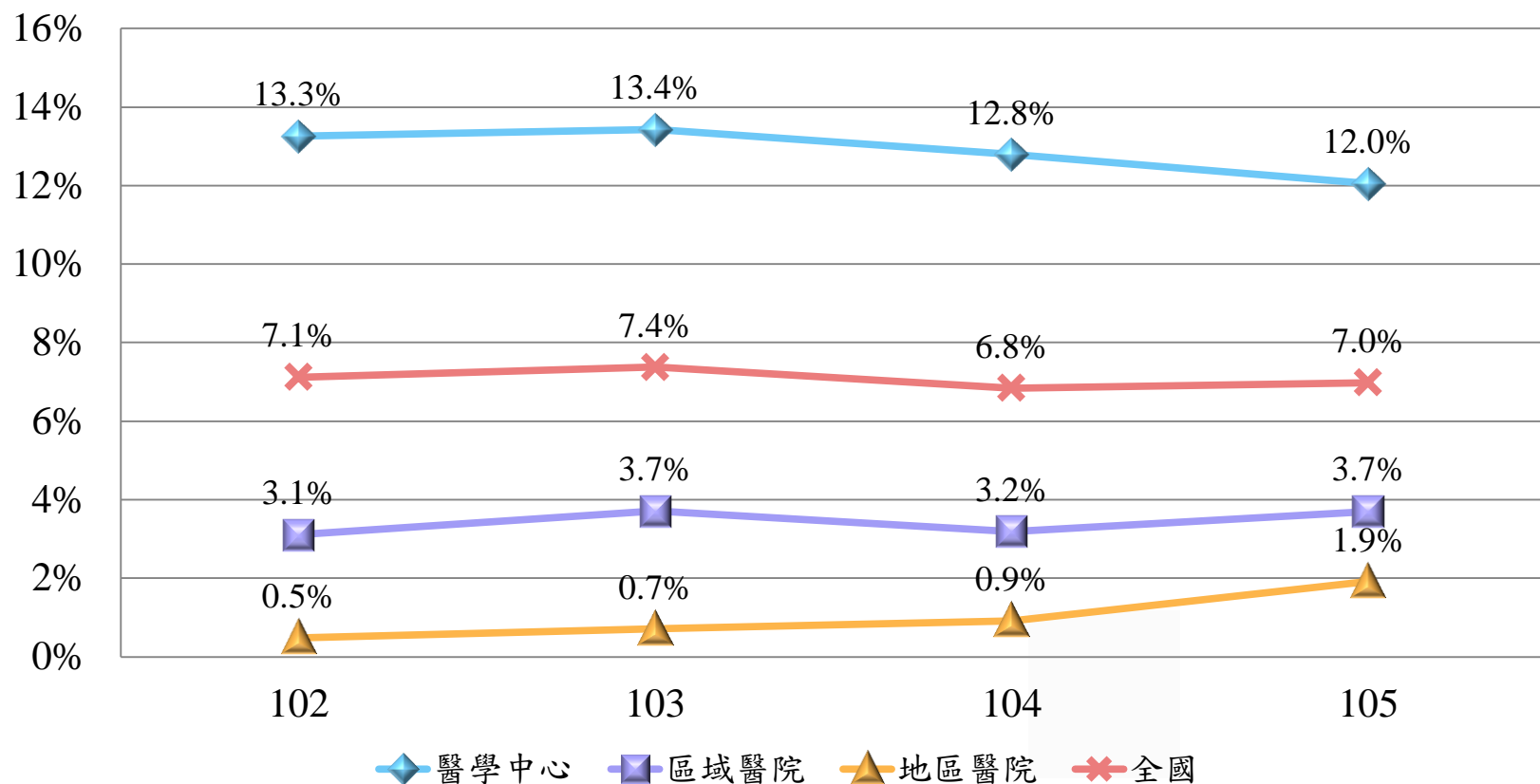


• 急診病人停留 > 24小時之比率：整體**持平**，另**醫學中心**呈現**下降**。



急診品質提升方案指標6-2

檢傷1、2級停留>24小時之比率**下降**

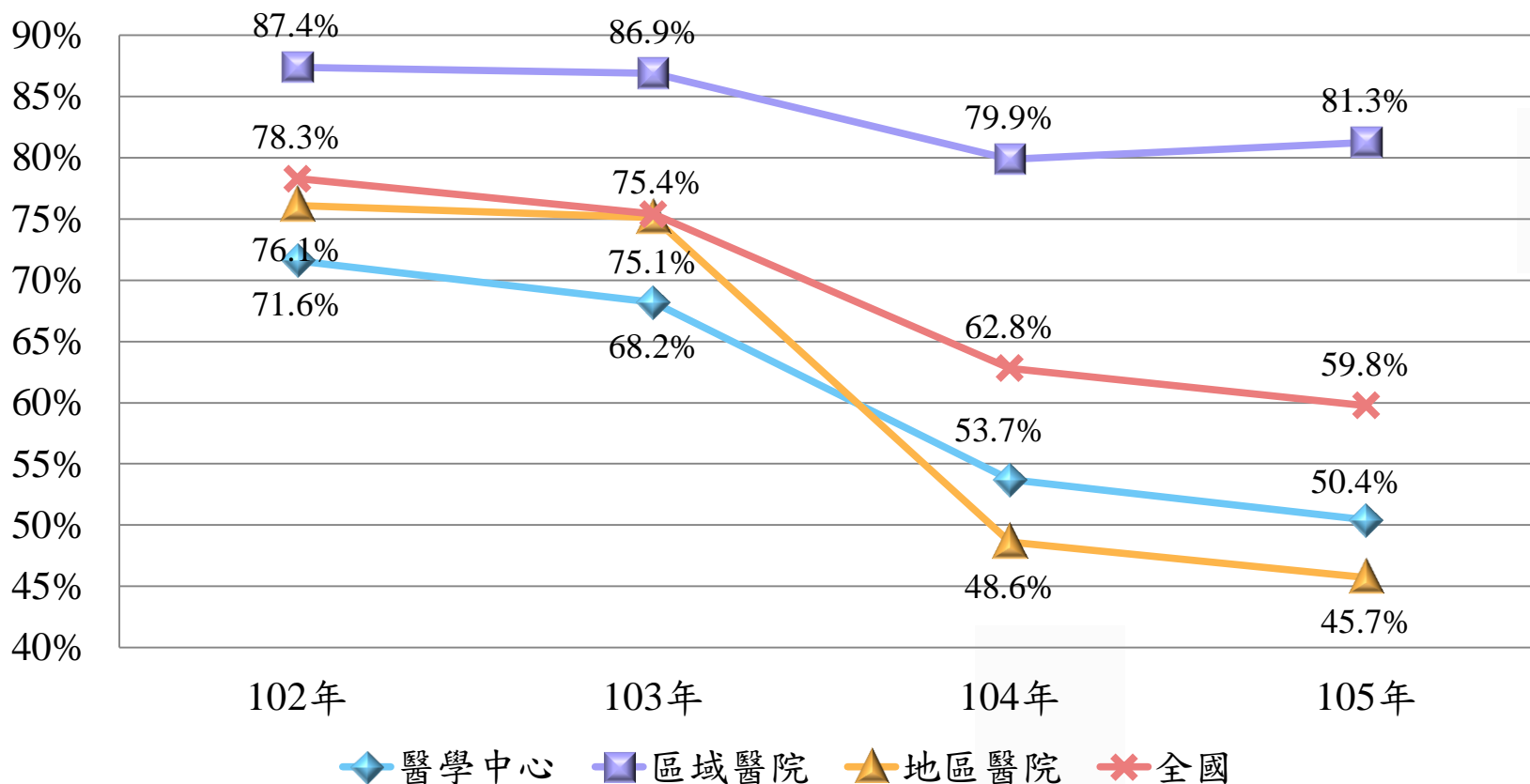


- 檢傷1、2級急診病人停留>24小時之比率：整體**微幅上升**，另**醫學中心呈現下降**。未下降原因可能與急診就醫人數增加惟病床數並未增加有關。



急診品質提升方案指標6-3


重大疾病照護進入加護病房<6小時之比率**上升** 

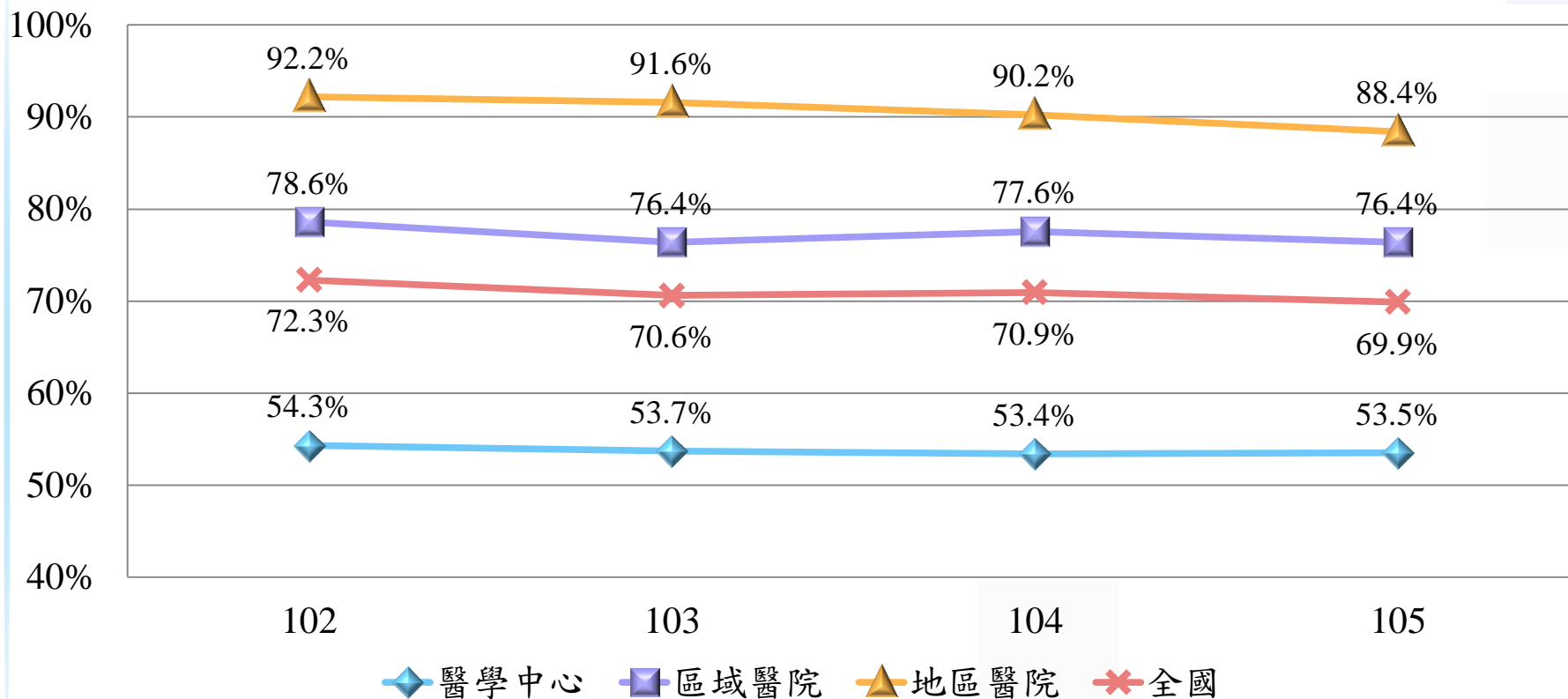


- 重大疾病照護進入加護病房<6小時比率：整體呈現**下降**，另區域醫院有**微幅上升**。原定義分子為「完成急診重大疾病照護於6小時內轉入加護病房病人次」，分母為「完成急診重大疾病照護總人次」。惟急診重大疾病照護不一定入住ICU，故低估成效，將修正分母為「完成急診重大疾病照護且入住ICU總人次」。



急診品質提升方案指標6-4

檢傷1、2、3級轉入病房<8小時之比率**上升** 

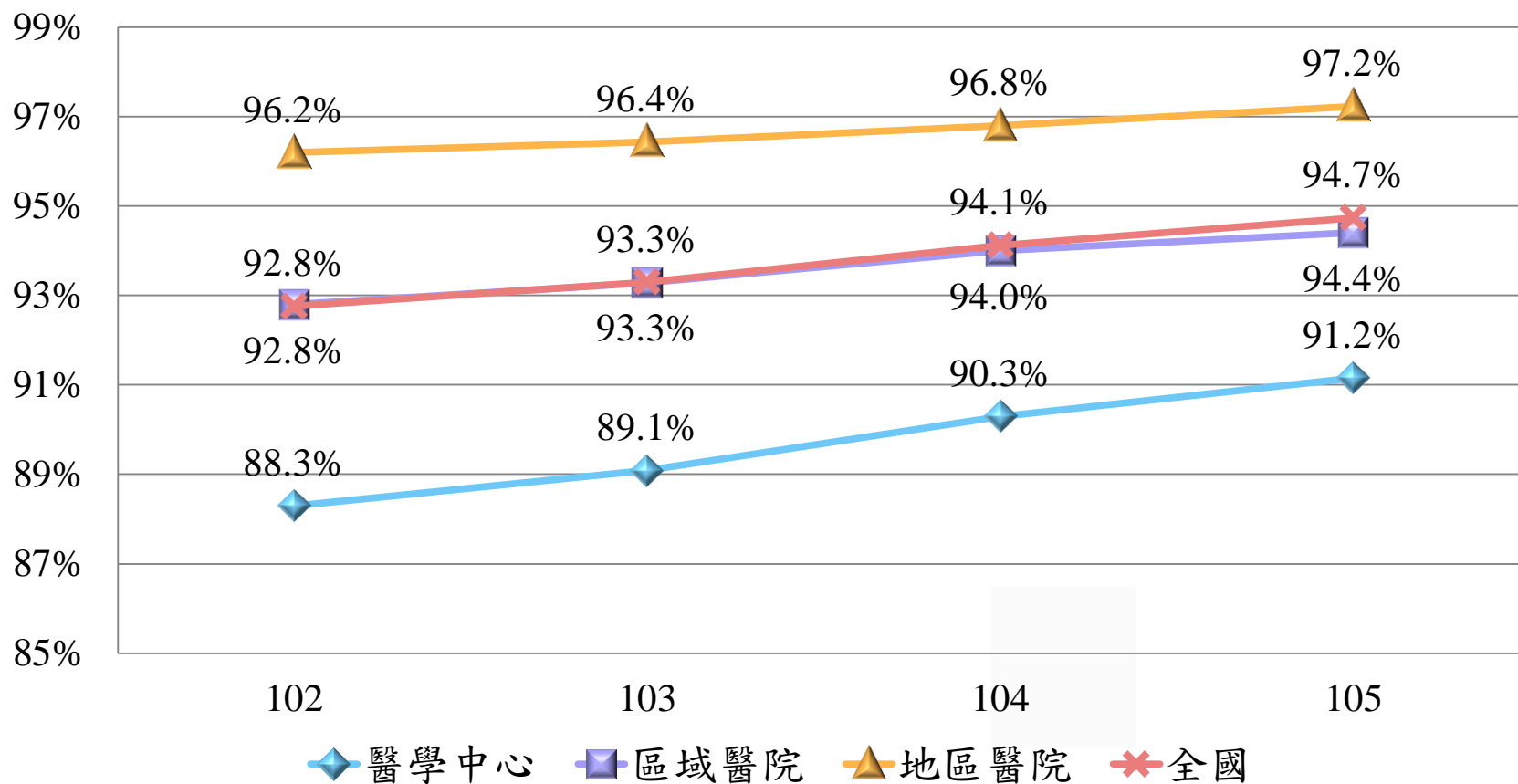


- 檢傷1、2、3級急診病人轉入病房<8小時之比率：整體呈現**下降**，另**醫學中心微幅上升**。下降原因亦可能與急診就醫人數增加惟病床數並未增加有關。



急診品質提升方案指標6-5

檢傷4、5級離開醫院<4小時之比率 **上升** 😊



- 檢傷4、5級急診病人離開醫院<4小時之比率：整體及各層級醫院 **皆呈現上升**。

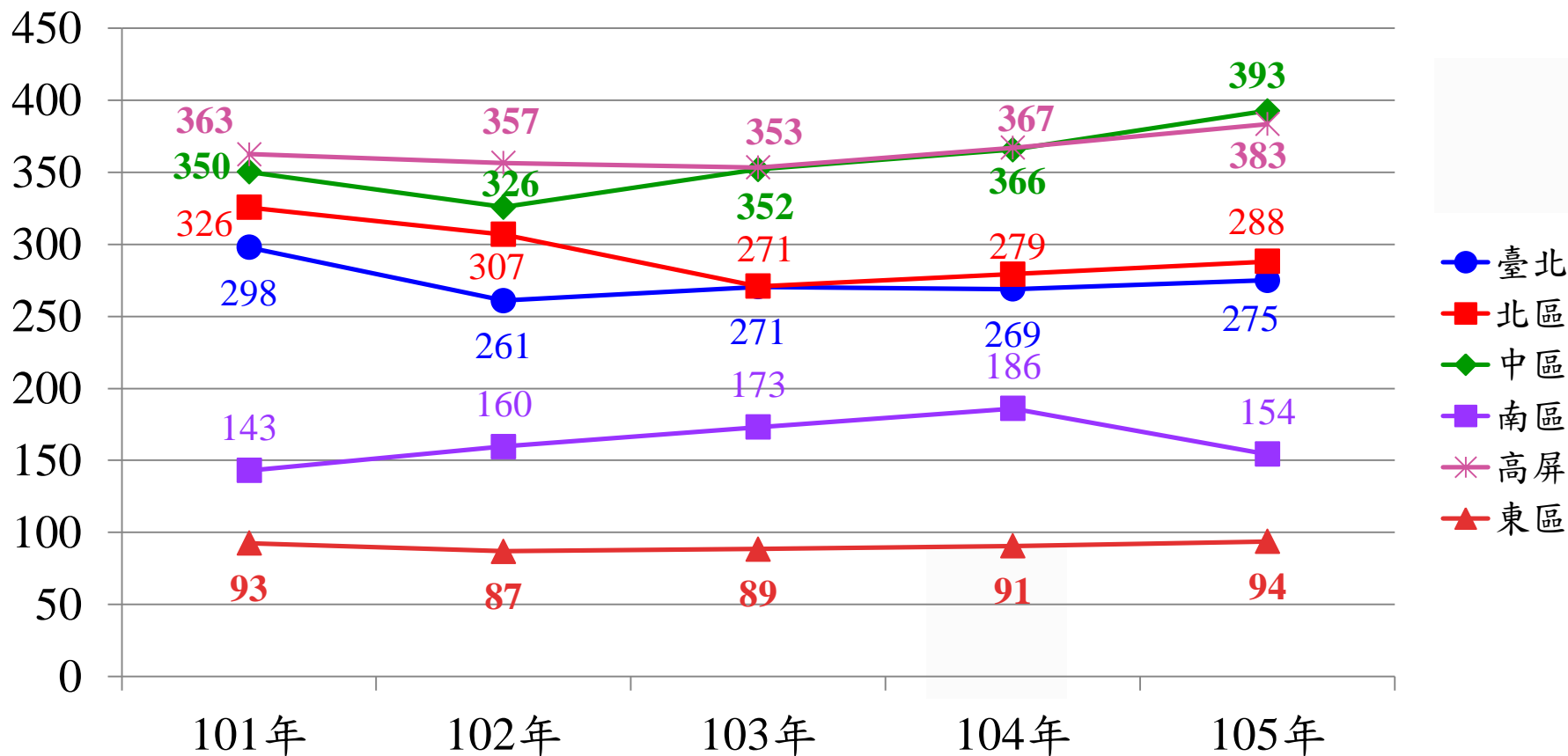


急診品質提升方案指標6-6

地區醫院急診病人**增加**



單位：千人



- 地區醫院急診病人增加：整體呈現**增加**，以**中區業務組增加幅度最大**。南區業務組因臺南市立安南醫院自105年1月起由地區醫院升等為區域醫院，故造成105年南區地區醫院急診病人減少，區域醫院急診病人增加8%。



提升ICD-10-CM/PCS住院編碼品質6-2

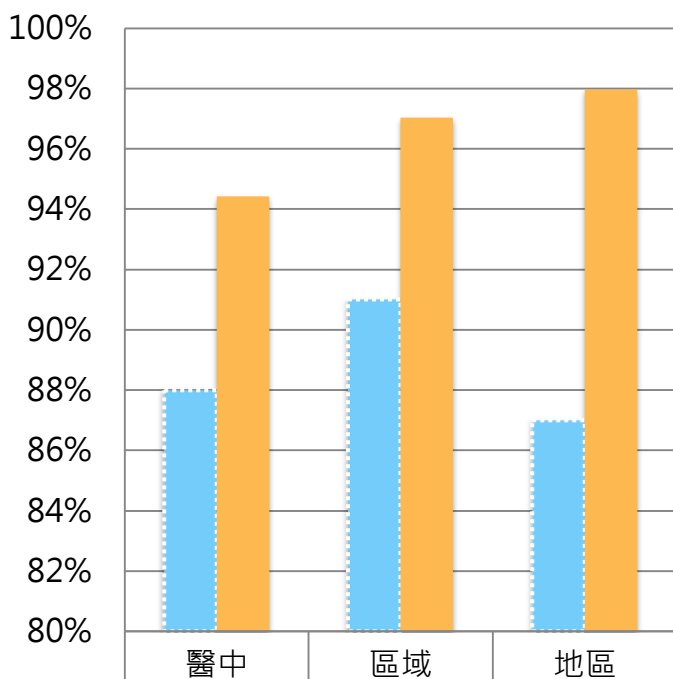
方案或計畫摘要	預期產出或影響
<p>目的</p> <p>強化住院病歷管理暨寫作品質，提升疾病分類ICD-10-CM/PCS編碼品質，以及作為日後支付制度研修之前置作業準備。</p> <p>內容</p> <ul style="list-style-type: none">強化住院病歷管理暨寫作品質，特約醫院設有專責任務編組，定期召開會議並有紀錄，另就會議決議事項設有追蹤考核機制。持續提升病歷管理及ICD-10-CM/PCS編碼品質，設教育訓練積分，參與保險人各分區業務組或政府立案之相關學(協)會所辦理並經其認證符合本方案內容之研討會、講習會等課程(含：病歷寫作、ICD-10-CM/PCS編碼暨原則、生理解剖及藥理知識、電子病歷、Tw-DRGs、醫療費用申報等與病歷管理及編碼品質提升相關之內容)。獎勵提升ICD-10-CM/PCS編碼品質	<p>(1)住診手術(處置)代碼對照醫令編碼正確率上升</p> <p>(2)主診斷明確率上升</p> <p>(3)主診斷編列側性比率上升</p> <p>(4)損傷及中毒編列外因碼(V00-Y99)比率上升</p> <p>(5)處置及診斷編碼符合率上升</p> <p>(6)特定手術申報特材比率上升</p>



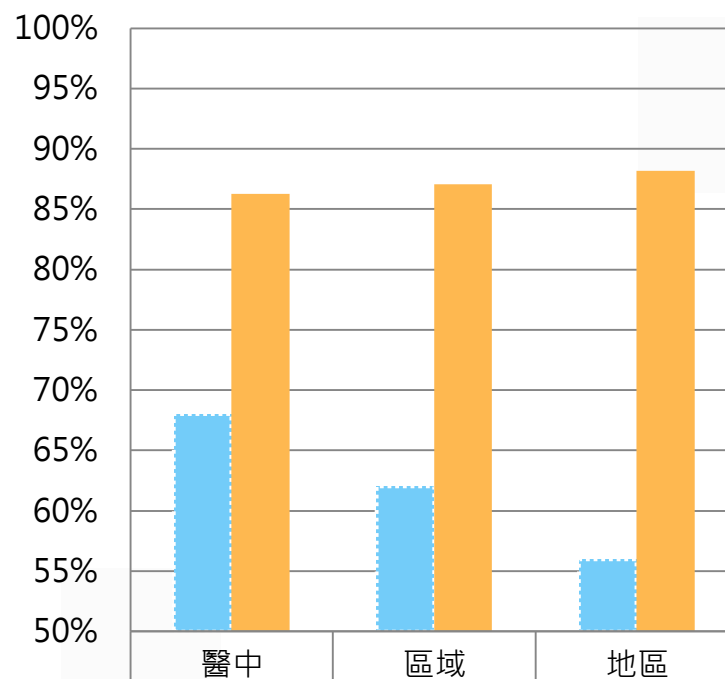


提升ICD-10-CM/PCS住院編碼品質指標3-1

指標1:住診手術(處置)代碼對照醫令編碼正確率



指標2:主診斷明確率

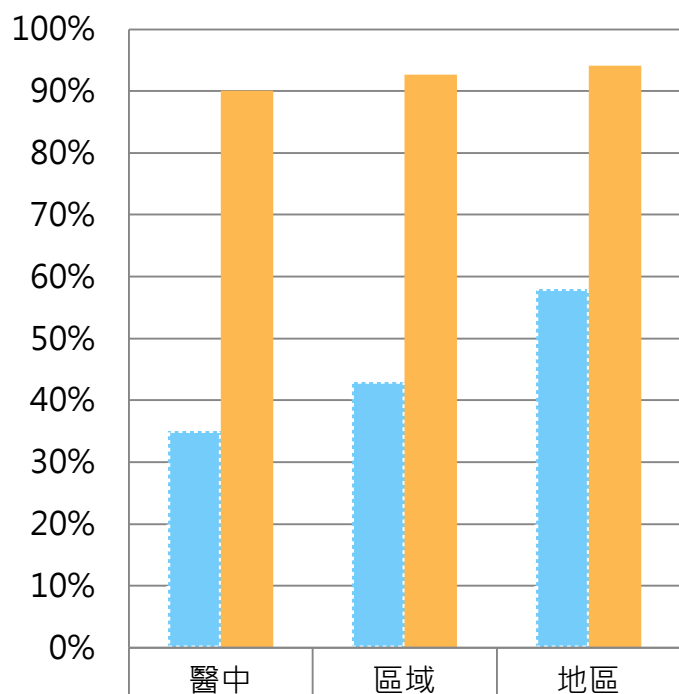


註:實施前(105年)係105年1月之指標值；實施後(106年)係106年1-3月指標值；方案實施期間為105年7-12月

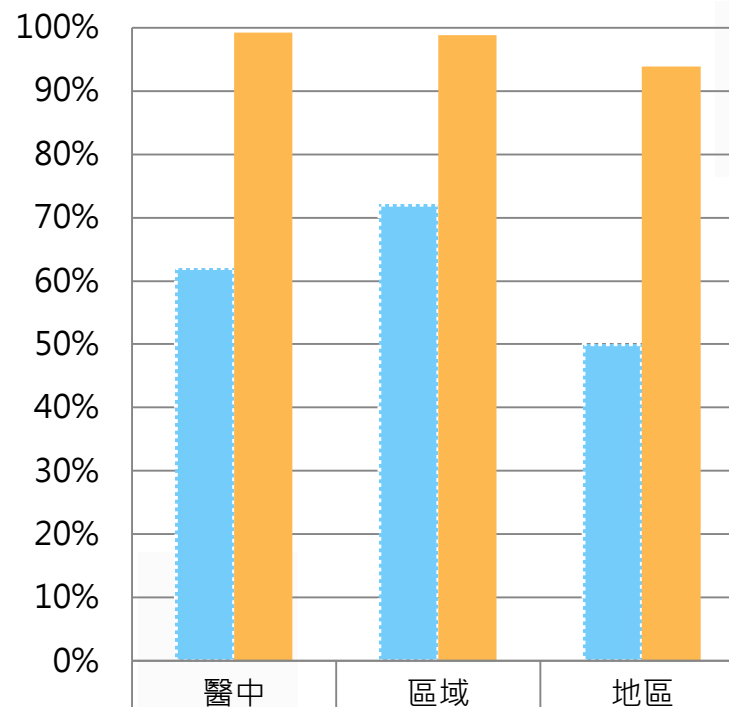


提升ICD-10-CM/PCS住院編碼品質指標3-2

指標3:主診斷編列側性之比率



指標4:損傷及中毒編列外因碼(V00-Y99)之比率

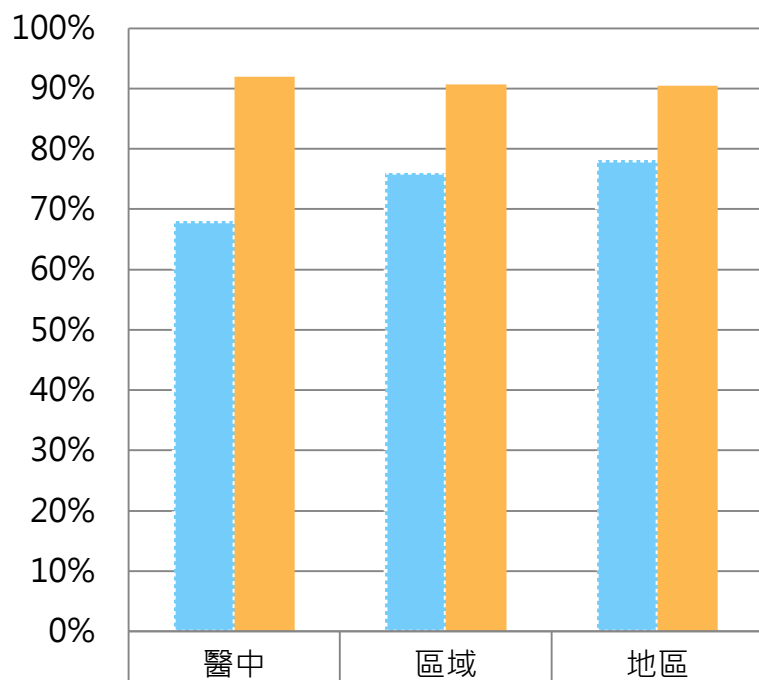


註:實施前(105年)係105年1月之指標值；實施後(106年)係106年1-3月指標值；方案實施期間為105年7-12月



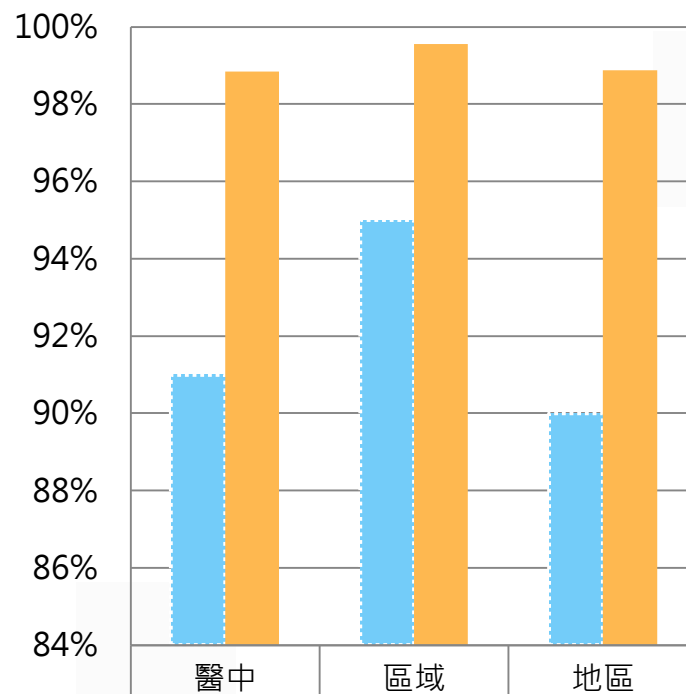
提升ICD-10-CM/PCS住院編碼品質指標3-3

指標5:處置及診斷編碼符合率



實施前(105年)	68%	76%	78%
實施後(106年)	92%	91%	90%

指標6:特定手術申報特材之比率




實施前(105年)	91%	95%	90%
實施後(106年)	99%	100%	99%

註:實施前(105年)係105年1月之指標值；實施後(106年)係106年1-3月指標值；方案實施期間為105年7-12月

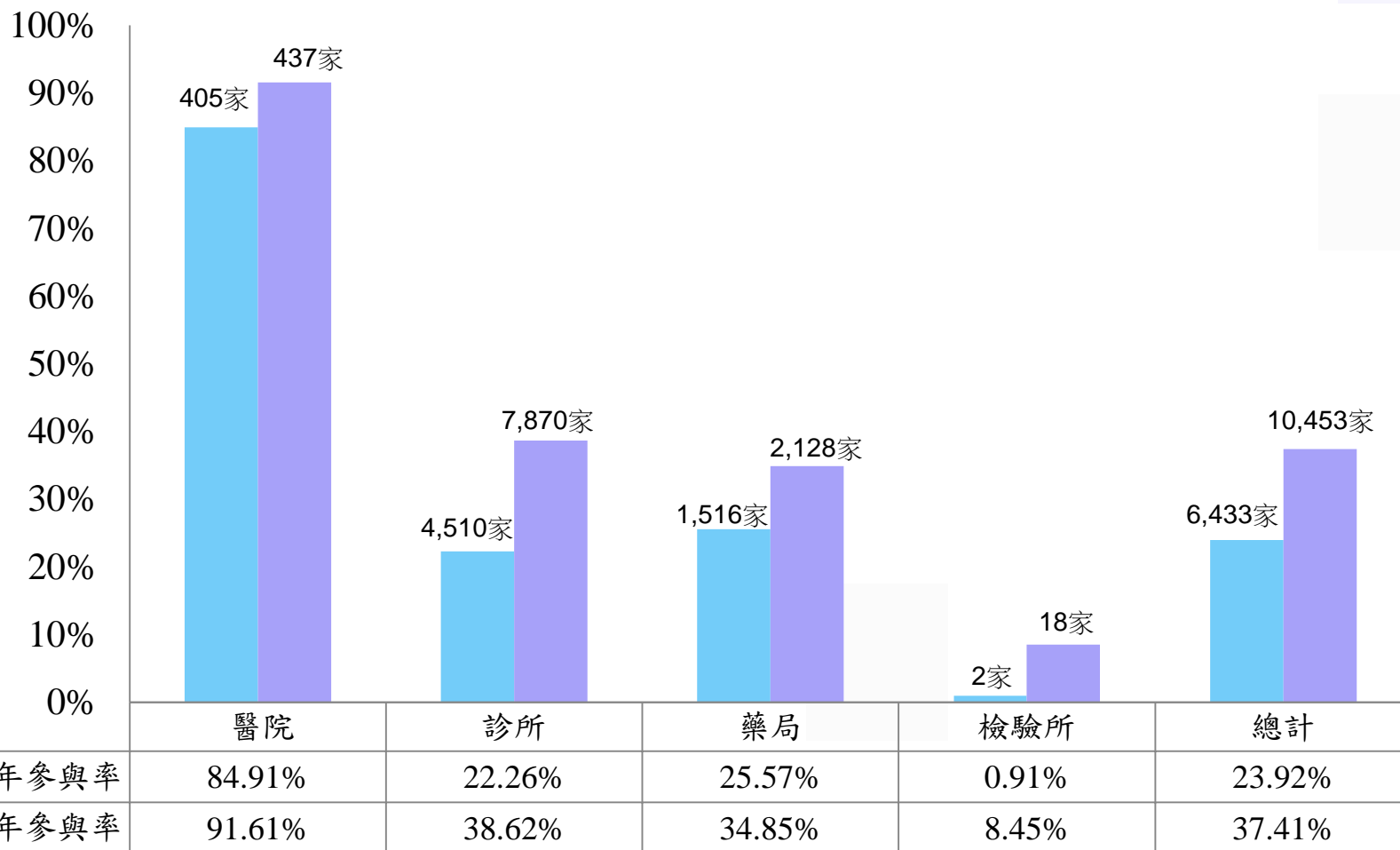


即時查詢病患就醫資訊方案6-3

方案或計畫摘要	預期產出或影響
<p>目的 鼓勵特約醫事服務機構提升網路頻寬，以利即時並迅速辦理各項全民健保相關業務，對跨院所就醫民眾，可提升就醫安全。</p> <p>內容</p> <ul style="list-style-type: none">網路月租費：<ol style="list-style-type: none">基本費：50%。指標獎勵：扣除基本費50%之補助後，依指標達成率計算支付。醫院指標：住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率、門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率、特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率、門診或住診抽審案件數位審查、特定檢查項目（CT、MRI、PET）資源共享率及檢驗（查）結果上傳率。診所指標：門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率、特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率門診抽審案件數位審查、健保卡上傳作業正確率及檢驗（查）結果上傳率。上傳獎勵金：上傳檢驗（查）結果、出院病歷摘要及人工關節植入物資料。	<p>(1)特約醫事服務機構參與率增加</p> <p>(2)網路月租費給付率增加</p> <p>(3)上傳檢驗（查）結果、出院病歷摘要及人工關節植入物上傳資料量增加</p> 



即時查詢病患就醫資訊方案-參與率



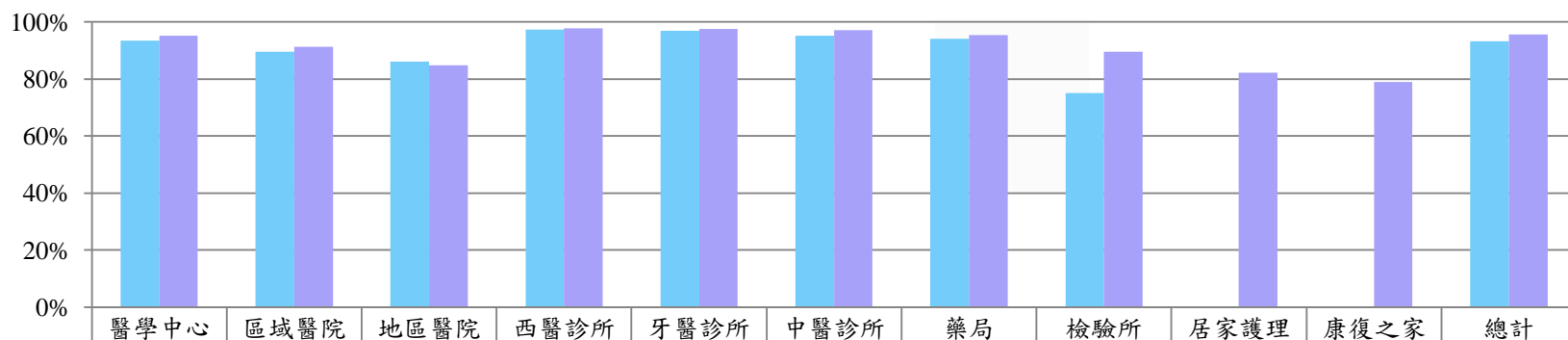


即時查詢病患就醫資訊方案

-月租費給付率

單位：家、千元

特約類別	家數	中華電信費用(A)	基本費 (B=A/2)	指標獎勵(C)	合計(D=B+C)	給付率 (E=D/A)
醫學中心	21	5,944	2,972	2,687	5,659	95%
區域醫院	83	20,839	10,419	8,604	19,023	91%
地區醫院	298	31,754	15,877	11,038	26,915	85%
基層診所	3,253	114,018	57,009	54,560	111,569	98%
牙醫診所	2,343	64,108	32,054	30,501	62,555	98%
中醫診所	1,426	32,198	16,099	15,196	31,295	97%
藥局	1,862	53,829	26,915	24,450	51,365	95%
檢驗所	14	169	84	67	151	90%
居家護理	2	35	17	11	29	82%
康復之家	3	49	25	14	39	79%
合計	9,305	322,943	161,472	147,128	308,599	96%



	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫診所	牙醫診所	中醫診所	藥局	檢驗所	居家護理	康復之家	總計
104年給付率	94%	90%	86%	97%	97%	95%	94%	75%	0%	0%	93%
105年給付率	95%	91%	85%	98%	98%	97%	95%	90%	82%	79%	96%

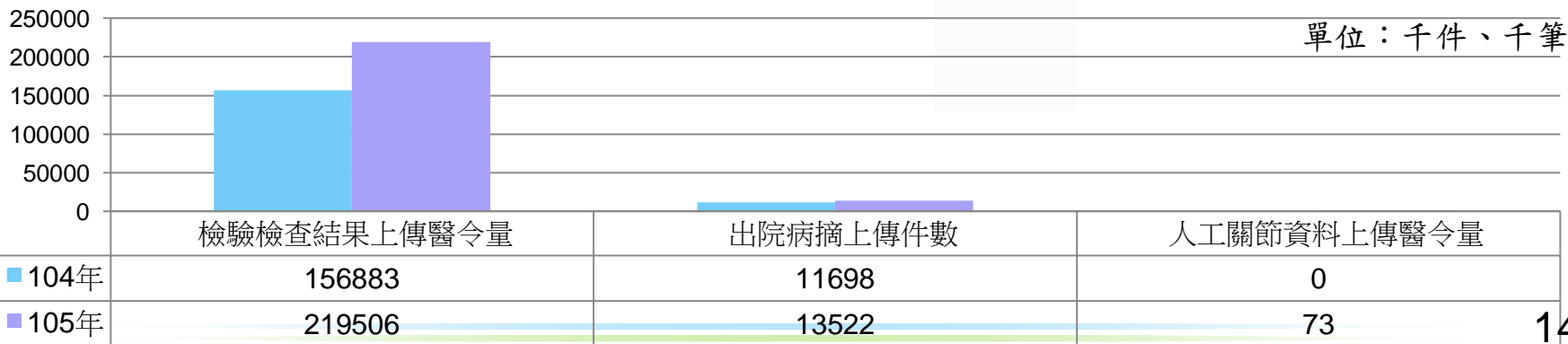


即時查詢病患就醫資訊方案上傳獎勵金




單位：家、千元、千件

特約類別	上傳檢驗檢查結果					出院病摘 (每件5元)			人工關節骨材 (每件5元)			合計 (E=D+E+F)
	家數	基本費 (A)	非報告型 (每筆1元)	報告型 (每筆5元)	小計 (D=A+B*1+C*5)	家數	數量	金額 (E)	家數	數量	金額 (F)	
			數量(B)	數量(C)	金額							
醫學中心	26	255	78,024	12,319	139,811	26	1,047	5,237	13	5	23	145,071
區域醫院	82	805	79,478	14,647	153,311	82	1,312	6,558	53	7	36	159,905
地區醫院	206	1,805	26,979	5,528	55,909	205	346	1,728	50	3	13	57,650
基層診所	50	116	1,252	176	2,211	-	-	-	-	-	-	2,211
檢驗所	9	16	1,103	0	1,112	-	-	-	-	-	-	1,112
合計	373	2,996	186,837	32,670	352,354	313	2,704	13,522	116	15	73	365,949










高診次暨複雜用藥者藥事服務計畫6-4

方案或計畫摘要	預期產出或影響
<p>目的</p> <p>針對門診高利用暨複雜用藥者之保險對象進行居家訪視，輔導正確服藥觀念，強化用藥安全，間接減少醫療資源之浪費</p> <p>內容</p> <ul style="list-style-type: none">• 依前1年門診超過90次者再篩選藥品使用複雜之保險對象訪視輔導。（10310-10409門診就醫次數≥ 90次者為基礎，再以優先輔導順序進一步篩選。第一優先：具有2種以上慢性疾病者，其在≥ 2家院所領取≥ 13張慢性病連續處方箋者、第二優先：藥費在前50百分位且就醫院所家數≥ 6家者、第三優先：半數以上處方箋之藥品品項≥ 6種，及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。）• 採論次計酬，每次至少30分鐘，支付1,000元，另由保險對象至藥師執業藥局或藥師至偏遠地區輔導另訂有支付標準• 獎勵措施：以藥事人員輔導之所有照護個案，開始接受輔導至105年12月31日之門診醫療費用與前1年同期比較，門診醫療費用下降達17%以上者得分配獎勵金。	<ol style="list-style-type: none">1. 收案6,500人2. 門診醫療費用下降15%3. 藥師協助個案整理7日藥盒比率達30%4. 問卷調查25%照護個案對藥師照護的滿意度達80%5. 醫師及照護個案對藥師建議事項之回應比率達50% 



高診次暨複雜用藥者藥事照護計畫指標

105年計畫執行結果	達成率
 收案人數5,101人	78% (目標>6,500人)
 門診醫療費用點數下降率為13%	87% (目標>15%)
 藥師協助照護個案整理七日藥盒之比率為65%	100% (目標>30%)
 5,101人隨機抽樣1,515人【至少須抽樣25% (1,276人)】，問卷調查個案對照護藥師的滿意度(含「非常滿意」、「很滿意」)，病人回答滿意人數達92%	100% (目標>80%)
 對藥師回應比率【CC：醫師之回應結果及個案回應結果／BB：藥事人員建議醫師用藥之溝通事項及與個案溝通內容】：10,932/14,197=77%	100% (目標>50%)

註1：收案率未達100%，係因藥師法第11條訪視個案前需事前逐個案向當地衛生局報備所致，惟衛生福利部106年5月4日已釋示可免逐個案報備，106年應可改善收案人數未達成問題。

註2：門診醫療費用下降率未達15%，已召開檢討會議，106年應可改善。



提升保險服務成效6-5

內容	預期產出或影響
<ul style="list-style-type: none">• 進行總額作業、專業審查、資料倉儲系統、行動應用服務、檔案分析指標開發及強化軟硬體設備全面提升保險服務成效。• 健保藥品品質監測計畫：確保健保藥品應有品質各廠牌間維持同一水準及保險對象用藥安全。	<ul style="list-style-type: none">• 資訊端全面提升：<ul style="list-style-type: none">➢ 增進審查效率：為達精準審查之目標，引進SAS VA視覺化工具，並建立主動管理模式，開發14項專案管理報表如處置及手術管控與用藥管控等指標。➢ 升級資料倉儲系統：擴充現有資料庫及系統作業空間建置具巨量資料處理或分析之倉儲整體運作環境。➢ 提升資安強化作業：強化資料庫安全監控、及資安管理，包括建置虛擬網路架構、防火牆與大量影像檔案傳輸交換平台。➢ 擴展行動應用服務：建立雲端網路身分識別機制及雛型系統，結合健保快易通APP之新增功能。• 委託食品藥物管理署以外機關抽驗健保給付之藥品品質了解各廠牌間同成分規格藥品品質是否保持相同水準。





提升保險服務成效

--健保藥品品質監測計畫

- 為確保保險對象用藥安全，健保藥品各廠牌間應維持同一水準及品質，故而進行監測。
- 選定治療指數狹窄、藥品使用量大及醫療機構或民眾對藥品品質有疑慮而通報之品項包括降血壓藥、降血脂藥、降血糖藥、抗生素、血管擴張劑、抗凝血劑及安眠藥等製劑，依藥典之規範執行溶離度/崩散度試驗、單位劑量均一度試驗及含量測定。
- 委外執行至106年6月30日，完成146件藥品檢驗，相關檢驗結果報告已請藥政主管機關食品藥物管理署協助判斷及說明後再公開結果。





其他預期政策改變及調解預期風險經費6-6

內容	預期產出或影響
其他預期政策改變及調解預期風險	<ul style="list-style-type: none">• <u>配合推動醫藥分業政策</u>，依前全民健康保險醫療費用協定委員會91年12月24日費協字第091Z000738號公告事項第1點第6項規定「本會協定醫療給付費用總額後本保險主管機關依法公告新增實施醫藥分業地區，因處方交付特約藥局調劑所增加的費用，不包括於本(西醫基層及牙醫)總額範圍內」辦理。每年以1.78億元預算按季併入總額一般服務結算。

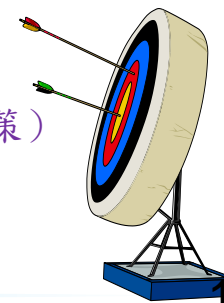




結語2-1

預算項目	適當性	效能性	效率性	回應性	公正性	充分性
1.急診品質提升方案	V	V	-	-	V	V
2.提升ICD-10-CM/PCS 住院編碼品質	V	V	-	-	V	V
3.鼓勵醫事服務機構即時 查詢病患就醫資訊方案	V	V	-	-	V	V
4.高診次暨複雜用藥者藥 事服務計畫	V	V	-	非常滿意 及很滿意 病人數達 92%	V	V
5.提升保險服務成效	V	V	-	-	V	V
6.其他預期政策改變及調 解預期風險所需經費	V	V	-	-	V	V

- 適當性：目標與價值是否合適？
- 效能性：達成預期產出或影響之程度？
- 效率性：產出與投入間之關係？（註：較適用經濟發展與大型興建工程相關政策）
- 回應性：滿意度？
- 公正性：資源是否公平分配？
- 充分性：目標達成後降低原有問題之程度？





結語2-2

1. 急診品質提升方案→方案賡續1.6億元

調整急診部分負擔，增訂「出院準備及追蹤管理費」、修訂「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」、鼓勵西醫基層診所假日開診多管齊下解決急診壅塞

2. 提升ICD-10-CM/PCS住院編碼品質計畫→計畫終止

3. 鼓勵醫事機構即時查詢病患就醫資訊方案→方案賡續11億元

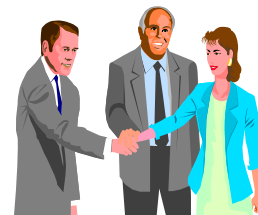
增訂「行動網路」月租費補助、「醫事人員溝通平台轉診資訊交換系統登錄轉診資料獎勵金」、「居家訪視醫令登錄暨上傳資料獎勵金」、「特定醫令申報執行起迄時間資料獎勵金」及「即時上傳檢驗(查)結果額外獎勵金」，及微調醫院「固接網路」月租費核付指標

4. 高診次暨複雜用藥者藥事服務計畫→計畫賡續4,000萬元

增訂平均每日調劑處方箋 ≤ 40 張之1人藥事人員執業之特約藥局可參加計畫，分區收案率 $< 20\%$ ，該分區業務組終止計畫，收案對象提前結案

5. 提升保險服務成效→計畫賡續3.10億元

6. 其他預期政策改變及調解預期風險所需經費 →計畫賡續10億元



謝謝聆聽 敬請指教!



衛生福利部中央健康保險署

