

跨部門及其他預算專案 計畫執行成果報告

中央健康保險署

醫務管理組

科長 王玲玲

科長 韓佩軒

108年7月18日





107年專案計畫報告大綱

1

跨部門專案



1 醫療給付改善方案

- 西醫基層編列**3億元**，辦理**7項**方案
- 醫院編列**11.87億元**，辦理**9項**方案
(108年增加「提升醫院用藥安全及品質」)

2 家醫計畫

- 西醫基層編列**28.80億元**

3 C肝新藥

- 醫院、基層、其他編列**49.36億元**



107年專案計畫報告大綱

2

其他預算



1 偏遠及弱勢照護

- 山地離島IDS計畫編列6.054億元。
- 居家、精神社區復健、助產所及轉銜長照 編列55.20億元。
- 收容於矯正機關醫療服務編列16.538億元。



2 促進體系合作

- 促進醫療體系整合編列7億元。
- 鼓勵院所即時查詢編列11億元。



3 提升保險成效及其他

- 非預期風險編列8.22億元。
- 慢性腎臟病照護編列4.04億元。
- 高診次藥事照護編列0.4億元
- 罕病等預備款編列2.9億元。
- 提升保險服務成效編列3億元



醫療給付改善方案





方案構面



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



方案目的

得到妥善治療

- BC肝個案追蹤計畫
- 思覺失調症
- 早期療育
- 臨床藥事照護

- 糖尿病
- 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



方案架構

參與資格



- ✓醫師科別
- ✓教育訓練
- ✓執業經歷

收案條件



- ✓診斷結果
- ✓就醫習慣
- ✓特定資格

獎勵制度



- ✓同儕排序
- ✓自我進步

品質監測



- ✓過程面指標
- ✓結果面指標

費用支付



- ✓新收案
- ✓追蹤管理
- ✓年度評估
- ✓特定項目



方案實施時程



子宮頸癌：95年起業務移由國民健康署辦理

結核病：97年導入支付標準後已排除於醫療給付改善方案專款支付項目。

高血壓：因常合併多重疾病（如糖尿病、慢性腎臟病等）故未再以疾病別單獨計畫追蹤，於102年停止試辦



方案簡介-糖尿病

計畫重點



- 提供連續性照護，定期追蹤
- 合宜衛教，減緩病程及減少併發症

收案條件

近90天於同院診斷為糖尿病
就醫次數 ≥ 2

費用項目

新收案、追蹤及
年度評估管理照護費

參與資格



- 第一階段照護須為縣市政府共同照護網認證之醫師、護理及營養專業人員；第二階段照護限特定科別、專科或原第一階段照護醫師。參與第一階段院所才可提供第二階段照護
- 除特定專科及原第一階段照護醫師，其他醫師需接受課程認證

獎勵及監控指標



獎勵單位醫師
(醫院及診所分別評比)

門檻指標

新收案率30%
收案人數 ≥ 50 人

品質加成指標

- ① HbA1C不良率($>9.0\%$)
- ② HbA1C控制良好率($<7.0\%$)
- ③ LDL良率($<100\text{mg/dl}$)
- ④ LDL不良率($>130\text{mg/dl}$)
- ⑤ 個案完整追蹤率

品質卓越獎



品質加成指標按權重
加總後排序前25%醫師

品質進步獎



品質加成指標
皆進步或持平

- 全球資訊網公開每年度各項品質加成指標之百分位25、50、75及100指標值



方案簡介-氣喘

計畫重點



- 早期發現及正確治療，提昇病患治療指引遵循率
- 提供病患完整且**正確衛教**，**加強自我照護能力**，**減少急性發作及併發症**

參與資格



- 內、兒、家醫、耳鼻喉科醫師且定期接受氣喘照護教育訓練(健保署認可單位提供)
- 經特定學會認證之專科醫師

獎勵指標



醫院及基層皆分成人及兒童評比，各組排名前25%醫師予以獎勵，依據指標：
→病人完整追蹤率、**因氣喘住院比率**、**因氣喘急診比率**

監控指標



- ①**降階治療成功率** ②**出院14日內再入院率**

收案條件

近90天於同院同醫師診斷為氣喘，就醫次數 ≥ 2

費用項目



新收案管理照護費
追蹤管理照護費
年度評估管理照護費



方案簡介-乳癌

計畫重點



- 定期檢查，達到**早期正確診斷及治療**
- **定期醫療品質報告，確保癌症診療品質，提高存活率**

收案條件

該院新收治之女性乳癌病患

費用項目



依各病理分期及診療組合(診斷、治療、追蹤等) 定額支付

參與資格



- 醫院 → 每年乳癌手術達100人，且建立乳癌各期別病人存活率統計資料庫
→ 建立乳癌臨床照護指引及診療準則實施結果之流程與機制
- 醫師 → 外科與內科(含腫瘤內科)專任專科醫師分別 ≥ 2 、特定科別專任專科醫師 ≥ 1

獎勵指標



依據：**無病存活率(第零至三期)及整體存活率(第四期)**
對象：治療結束且滿1~5年之未死亡、復發個案數

監控指標



醫院需定期自我**品質監控**，含17項指標：**結構面**1項(ex:每年診斷與治療的新個案數)、**過程面**13項(ex:第一期病人執行乳房保留手術率等)及**結果面**3項(ex:手術後局部復發率等)



方案簡介-思覺失調

計畫重點



醫師主動積極介入，使患者**固定規則接受治療**，提高治療依從性。收案名單由健保署提供，除正當理由，院所應全數收案。

參與資格



院所應檢附計畫書向健保署提出申請，成立專責窗口；另應依個資法規定，負保險對象資料保密之責

收案條件

領有重大傷病卡之思覺失調症患者。
(排除精神科慢性病房住院中病患，或同時有2(含)張以上不同疾病之重大傷病卡者)

費用項目



基本承作費(高風險病人依相對風險權值加權計算) 發現費

獎勵指標



- 正向指標：平均每月精神科門診次數
- 負向指標：精神科不規則門診比例、急診使用比率、失聯結案率

監控指標



- 強制住院發生率、非高風險病人固定就醫占率等 7 項



方案簡介- B、C肝追蹤

計畫重點



- 定期追蹤與檢查
- 以降低肝癌發生率

收案條件

近 6 個月於同院診斷為 B 肝帶原或 C 肝感染，就醫次數 ≥ 2

若符合「加強慢性B型或C型肝炎治療計畫」用藥條件
→可同時接受B、C型肝炎用藥療程治療

參與資格



內科、消化系內科、兒科、
消化系外科、家醫科醫師

費用項目



新收案管理照護費、追蹤管理照護費、
超音波檢查早期肝癌病兆-篩檢異常及轉介費
肝癌早期發現費

獎勵指標



- 達獎勵門檻及所有品質指標目標值院所予以獎勵
- 門檻：當年度收案人數（醫學中心及區域醫院 ≥ 50 人；地區醫院及診所 ≥ 20 人）
- 品質：①收案率 $\geq 30\%$ ②腹部超音波檢查執行進步率 ③年度完整追蹤率 $\geq 50\%$

監控指標



- ①執行腹部超音波人數 ②腹部超音波檢查實際追蹤率



方案簡介-孕產婦全程照護

計畫重點



將「懷孕」至「生產」視為完整療程以達全人照護
提升**同一院所全程醫療照護品質**，**降低生產風險**

參與資格



- 設有符合醫療機構設置標準規定之產房及嬰兒室
- 登記有婦產科診療及專任婦產科專科醫師資格

收案條件

在該院所接受全程產前檢查及
生產全程照護者

費用項目

產期管理照護費



不符醫學上適應症而自行要求剖腹產，高風險及急重症經醫師診斷有必要轉診者，不得申報

獎勵指標



符合以下五項指標之院所予以獎勵；具助產人員執登者，另外加給：

- ①**孕產期全程照護率**≥45% ②**剖腹產管控率** ③**低出生體重率不超過前一年度1%**
④**產後14日內再住院率**<1% ⑤收取「自行要求剖腹產」自費費用未超過上限

監控指標



院所每季提報下列指標：①**結構指標** ②**過程指標(ex:方案前後平均住院天數比較)**

③**結果指標(ex:週產期死亡率)** ④**危險因子指標(ex:低體重兒比率)** ⑤**其他指標(ex:院期間總母乳哺育率)**



方案簡介-早期療育

計畫重點



- 以家庭為中心之整合性照護模式
- 導入個案管理概念，按需求研訂療育計畫
- 提供適當之療育及轉介服務，導正就醫行為

參與資格



院所符合醫療機構設置標準且具兒童獨立評估及治療空間；有復健、精神、小兒神經或兒童心智科專科醫師、專任專業治療人員及臨床心理師或社工師（醫師及專業治療人員具一定執業資歷及每年固定繼續教育）

獎勵指標



年就醫總次數下降比率(僅舊個案)
個案固定就醫率、療育資源聯結率、

監控指標



- 院所填報評估報告書、「家庭服務成效評估」及「兒童功能成效專業評估量表」
- 品質監測指標：個案復健及精神醫療接受療育次數

收案條件

- 新個案：國健署委辦之兒童發展聯評中心診斷符合發展遲緩者
- 舊個案：前一年早療次數 ≥ 150 次，且就醫院所數 ≥ 3 家，又無明顯集中（治療次數最高院所佔率 $< 70\%$ ）由保險人提供名單給院所收案

費用項目

以家庭為中心之



早期療育整合照護費

家長(或法定代理人)須參與每次治療



方案簡介-慢性阻塞性肺病

計畫重點



早期發現及正確治療，提昇病患治療指引遵循率
提供病患完整且**正確衛教**，**加強自我照護能力**，
減少急性發作及併發症

參與資格



第一類院所：具胸腔暨重症專科專(兼)任醫師 ≥ 3 ，
呼吸治療師及個案管理師；第二類院所：科別之專(兼)
任醫師 ≥ 1 。前述醫事人員須定期取得教育時數證明

獎勵指標



分第一類院所、第二類醫院或基層診所分別評比，各組排名前**25%**醫師予以獎勵，評比依據指標：
病人完整追蹤率、出院後**14日**內再入院率、**6個月**戒菸成功率、**接受肺部復原評估率**
因COPD急診就醫率、**因COPD急性住院率**、因COPD入住加護病房率、**接受正確藥物治療率**

監控指標



• 病人上下轉相關指標，如**應上(下)轉病人率**、**應上(下)轉未下轉病人率**等

收案條件

近**90天**於同院診斷為COPD，有肺功能紀錄，符合國健署臨床治療指引，
就醫次數 ≥ 2

費用項目



新收案、追蹤及年度評估
管理照護費、**病人肺部復原及呼吸訓練評估費**



方案簡介-臨床藥事照護方案(108年起)

計畫重點



- 建立完整藥事照護模式
- 加強藥師執行調劑外的臨床藥事照護
- 協助醫師合理用藥，強化民眾用藥安全

參與資格



- 年資累計滿 2 年，或臨床藥學等相關科系畢業
- 醫中及區域→過去1年中，至少連續6個月
實際參與ICU團隊藥事照護
- 地區醫院 → 實際提供門診藥事照護
- 由醫院推薦，經藥師公會審核通過，函送本署核備

監控指標



醫師或其他醫事人員接受率

分子：醫師或其他醫事人員接受之臨床藥事介入件數；分母：臨床藥事介入件數

收案條件

醫中及區域：ICU病人。

地區醫院：2種以上慢性病且
≥5項用藥之門診病人

費用項目

醫中及區域：



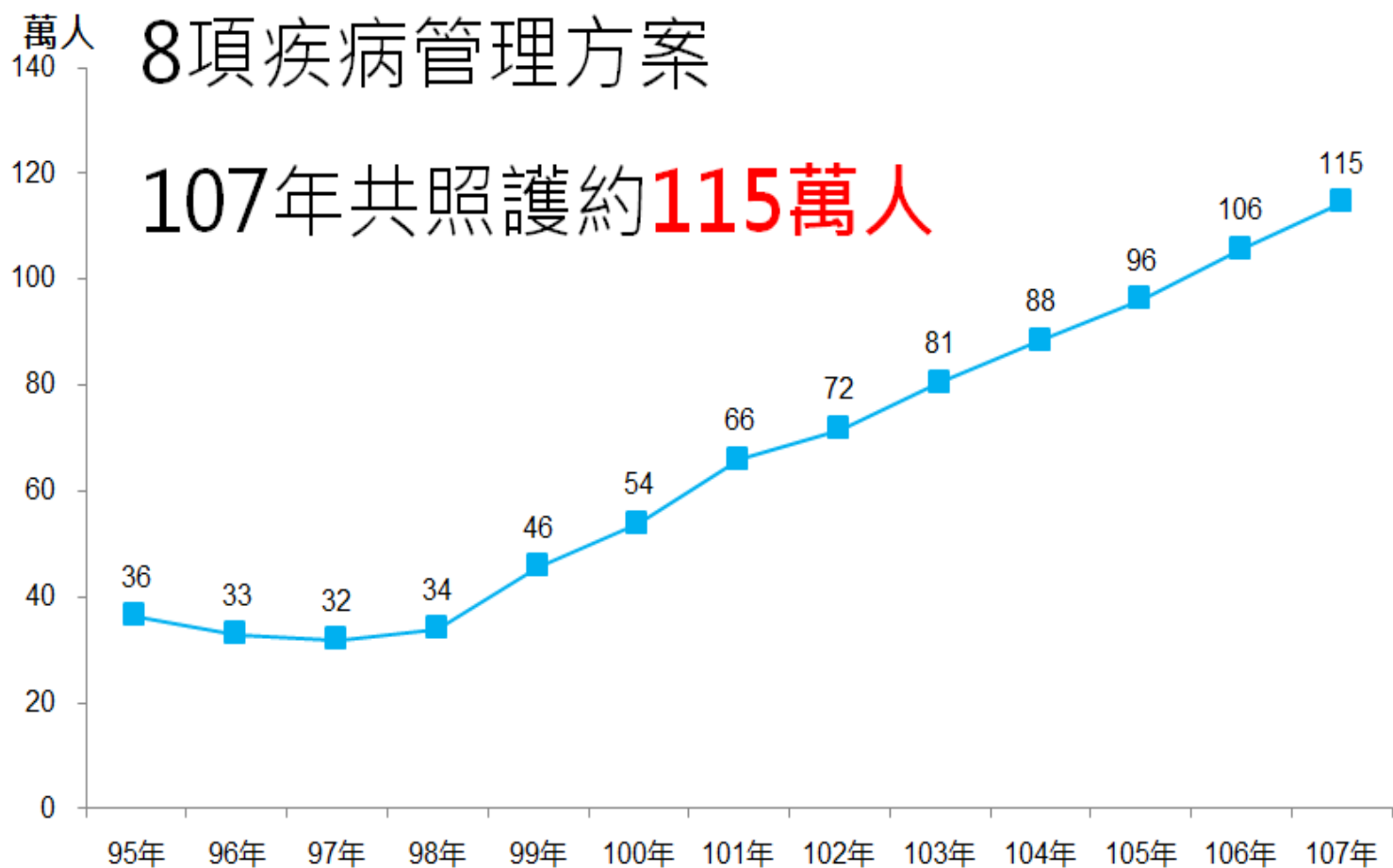
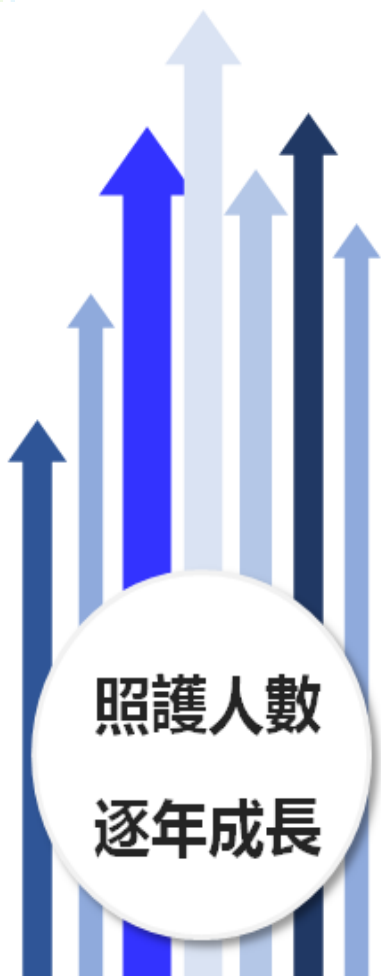
重症加護臨床藥事照護費

地區：

門診臨床藥事照護費



歷年方案照護人數





歷年方案照護人數

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	106年	107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	598,259	684,640
氣喘	190,671	140,464	119,645	115,788	115,423	115,600	106,581	103,984	101,990	102,948	109,066	117,801	122,976
乳癌	6,927	8,438	9,807	10,743	11,678	11,827	12,653	13,458	12,041	12,520	12,183	11,374	10,963
思覺失調	未實施				36,580	43,076	47,657	49,209	57,565	59,679	63,800	61,784	62,734
BC肝追蹤	未實施				44,057	92,049	121,451	149,375	175,317	201,452	220,928	231,093	247,877
孕產	未實施									59,114	57,958	60,475	56,581
早療	未實施									15	801	954	1,473
COPD	未實施											8,898	117,130
合計	364,213	328,652	319,037	339,037	456,434	537,955	659,479	717,255	805,166	883,964	961,869	1,056,756	1,145,141

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，合計為全部方案歸戶人數，故不會等於各方案人數直接加總。

註2：人數變化說明：氣喘→101年增修參與醫師資格(要求每三年 8 小時教育時數，故自101-103年陸續有醫師因三年期滿,未補教育時數而退出,間接影響照護人數下滑)、乳癌→分別各1家醫院於104年及106年完全退出，其中報量自前一年(103年及105年)開始下降；
內政部戶政司資料顯示:107年出生人數為近八年新低:18,1601人,間接影響孕產照護人數下降)

註3：早療自104年10月實施。故當年度照護人數僅15人



歷年方案照護率

照護率	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年
糖尿病	23%	25%	26%	28%	29%	31%	34%	35%	39%	41%	43%	48%	51%
氣喘	35%	35%	31%	32%	47%	46%	39%	38%	36%	36%	28%	30%	35%
乳癌	13%	14%	15%	15%	15%	14%	14%	13%	11%	11%	10%	8%	8%
思覺失調	未實施				41%	47%	51%	52%	60%	60%	64%	68%	69%
BC肝追蹤	未實施				8%	17%	21%	25%	29%	33%	35%	37%	39%
孕產	未實施									29%	30%	32%	33%
早療	未實施									1%	15%	14%	13%
COPD	未實施											24%	39%

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、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。

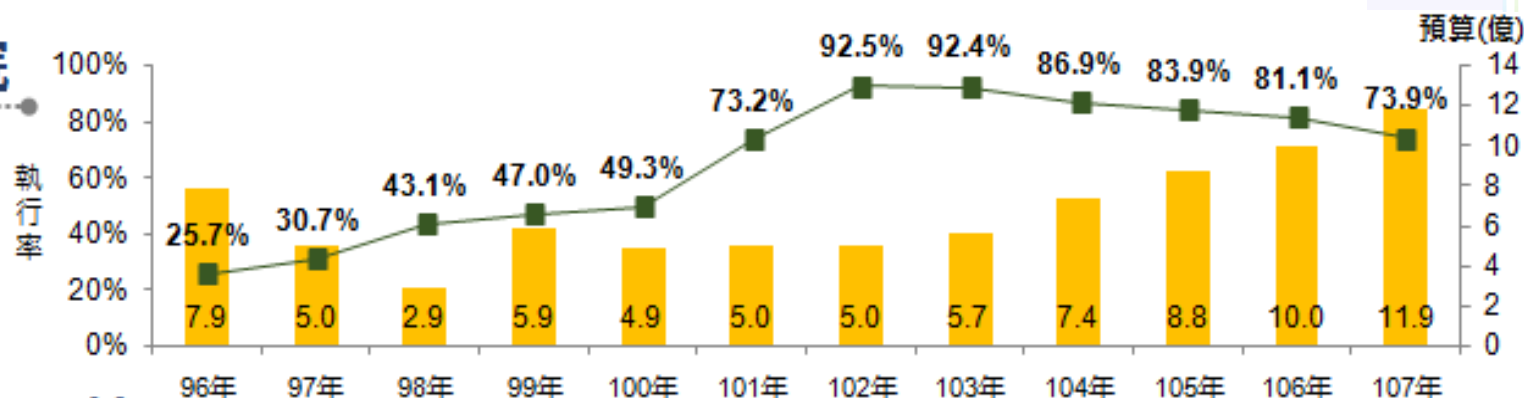
註3:氣喘→101年增修參與醫師資格(要求每三年8小時教育時數,101-103年陸續有醫師因三年期滿,未補教育時數而退出,間接影響照護率下滑
另於105年因收案條件主診斷ICD-9轉ICD-10,致分母縮小,照護率下滑;

乳癌→分別各1家醫院於104年及106年完全退出,其申報量自前一年(103年及105年)開始下降

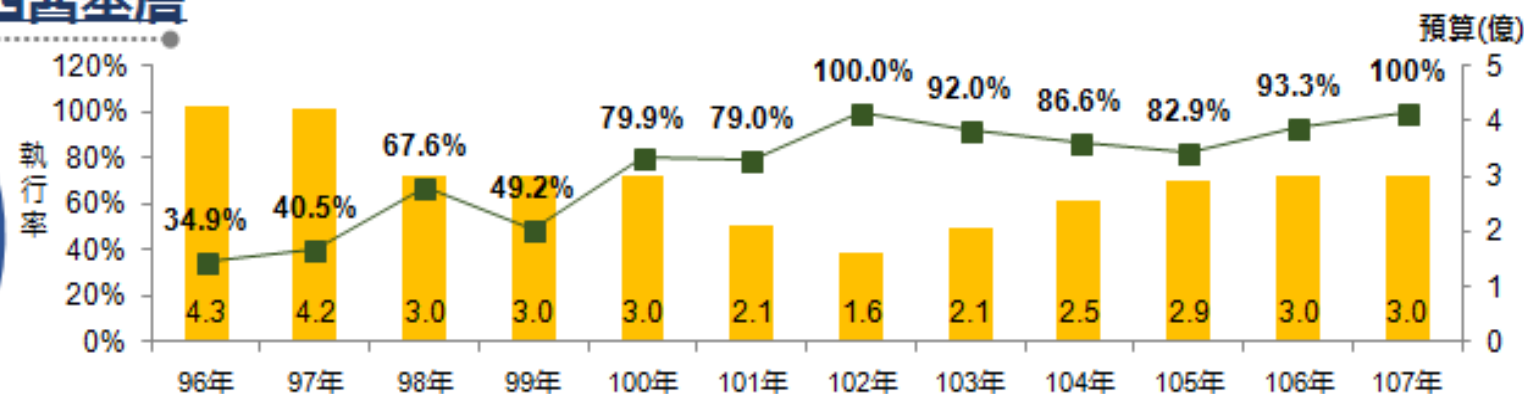


歷年預算執行率

醫院



西醫基層



說明：醫院總額自104年起，除乳癌方案106年執行數較105年減少7.4百萬，其他方案皆逐年增加，惟因孕產方案自104年始納入醫療給付改善方案專款，104年及106年新增早期療育與COPD方案，新方案實際執行結果較難貼近原預算推估數，且兩方案首年執行月份皆非完整(早療為104年10月,COPD為106年4月),故間接導致整體執行率微幅下滑。



107年方案執行情形

醫 院	方 案 別							
	糖尿病	氣喘	乳癌	思覺失調	BC肝追蹤	孕產	早期療育	COPD
參與家數	262	140	5	129	196	94	27	128
照護人數	487,784	48,255	143,252	60,993	172,736	45,866	1,400	15,924
照護率	56.8%	30.6%	7.7%	75.0%	37.7%	37.6%	13.2%	38.4%
執行數(百萬)	604.4	39.8	79.9	45.3	30.9	54.8	3.3	18.3

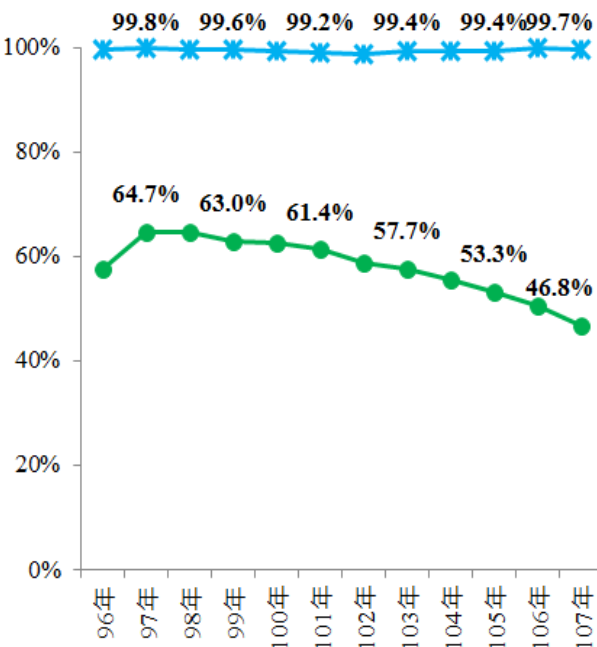
西醫 基層	方 案 別							
	糖尿病	氣喘	乳癌	思覺失調	BC肝追蹤	孕產	早期療育	COPD
參與家數	751	550	-	19	354	31	2	98
照護人數	198,529	74,821	-	1,741	75,345	10,775	75	1,206
照護率	36.7%	36.8%	-	14.1%	38.8%	22.8%	0%	39.2%
執行數(百萬)	259.5	42.8	-	1.2	13.4	12.0	0.2	0.7



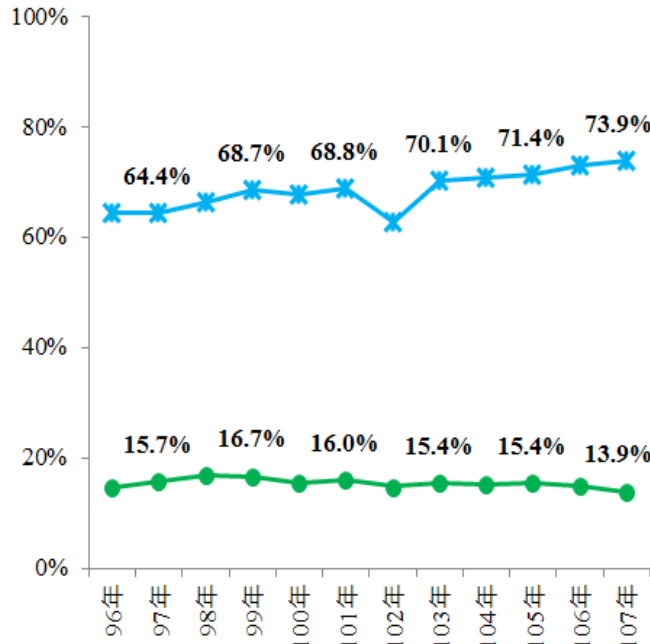
執行成效-糖尿病(1)

✓ 參與方案者 **各項檢查率** 皆高於未參與方案者 * 參與方案 ● 未參與方案

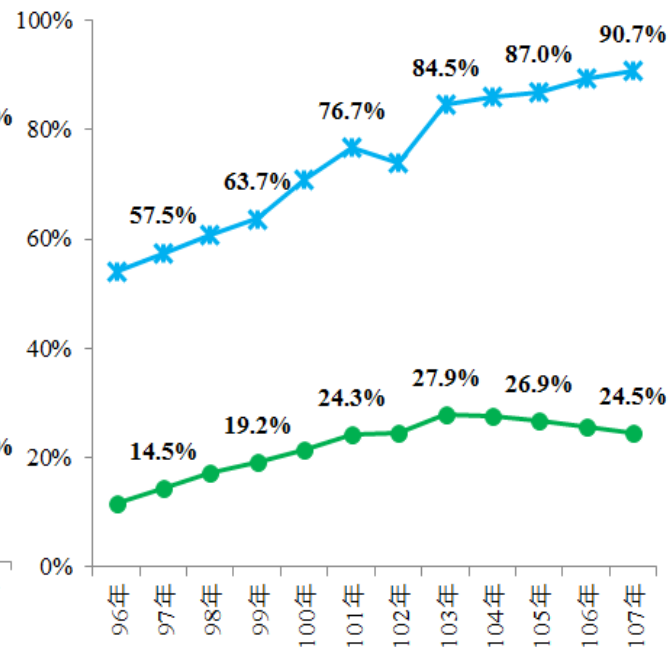
HbA1C



眼底鏡檢



微量白蛋白



96-107年參與及未參與糖尿病方案患者之HbA1C、眼底鏡檢、微量白蛋白檢查率比較圖表

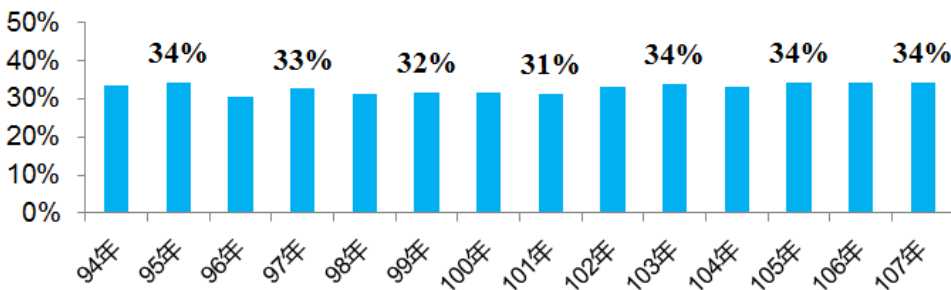
資料來源：健保署檔案分析系統 統計範圍：當年度符合本方案收案條件之對象



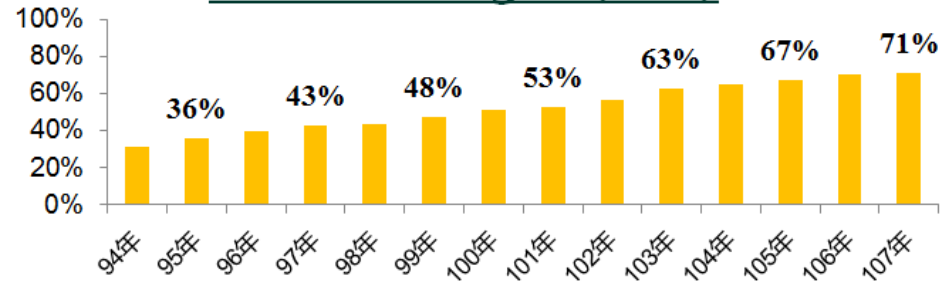
執行成效-糖尿病(2)

✓收案患者之HbA1C及LDL檢查值正常比例逐年增加

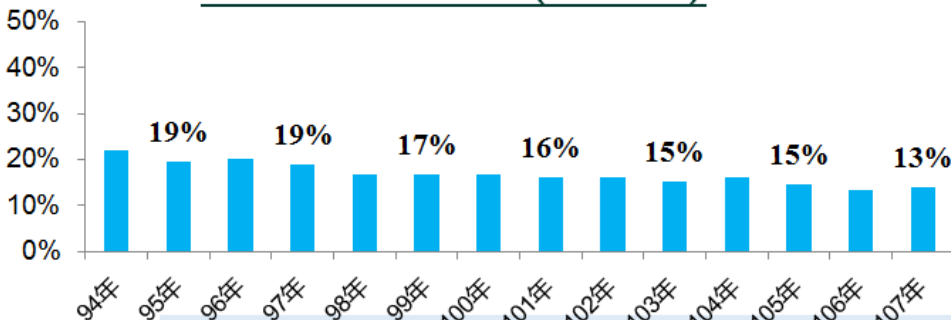
HbA1C < 7.0%(良率)



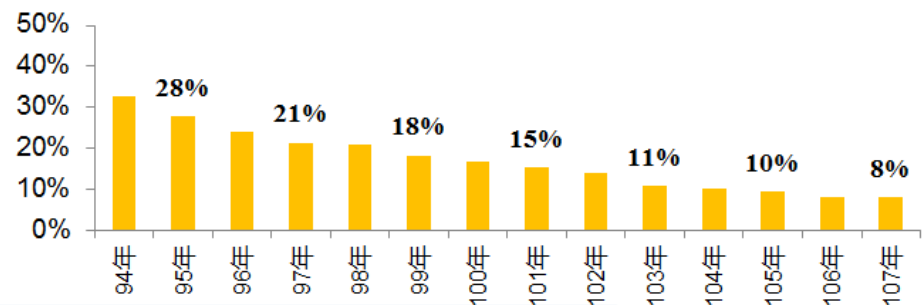
LDL < 100mg/d (良率)



HbA1C > 9.0%(不良率)



LDL > 130mg/d (不良率)



94年新參與糖尿病方案者(6.8萬人)於99~107年之HbA1C及LDL檢查值圖表

資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度本方案收案對象

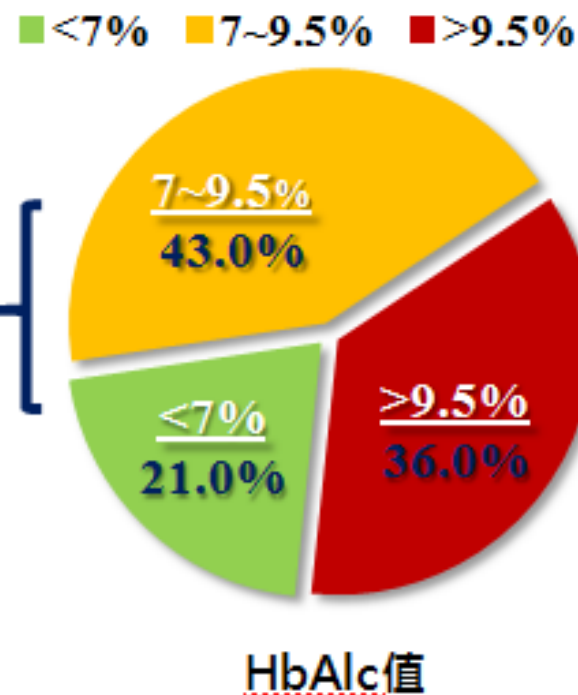


執行成效-糖尿病(3)

✓ 追蹤94-107年新收案：HbA1C > 9.5%個案中 **64%** 改善(一年後)

初診 HbA1c>9.5% 人數	1年後		
	HbA1c值	人數	比率
160,937	<7%	33,743	21.0%
	7~9.5%	69,255	43.0%
	>9.5%	57,939	36.0%

改善比例
64%



94-107年糖尿病新收案者之HbA1C一年後改善追蹤圖表

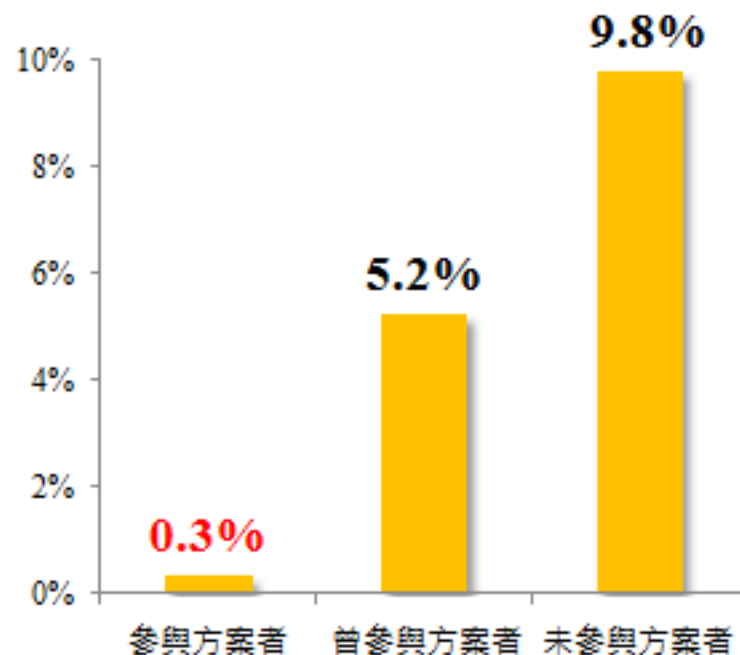
資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度本方案收案對象



執行成效-糖尿病(4)

✓ 參與方案者之洗腎發生率低於未參與方案者

94-107年	洗腎患者數	累計之糖尿病患者	洗腎發生率(%)
參與方案者	85	26,249	0.3%
曾參與方案者 (中途退出)	16,907	323,602	5.2%
未參與方案者	30,273	309,428	9.8%
合計	47,265	659,279	7.17%



94-107年參與及未參與糖尿病方案之洗腎發生率比較圖表

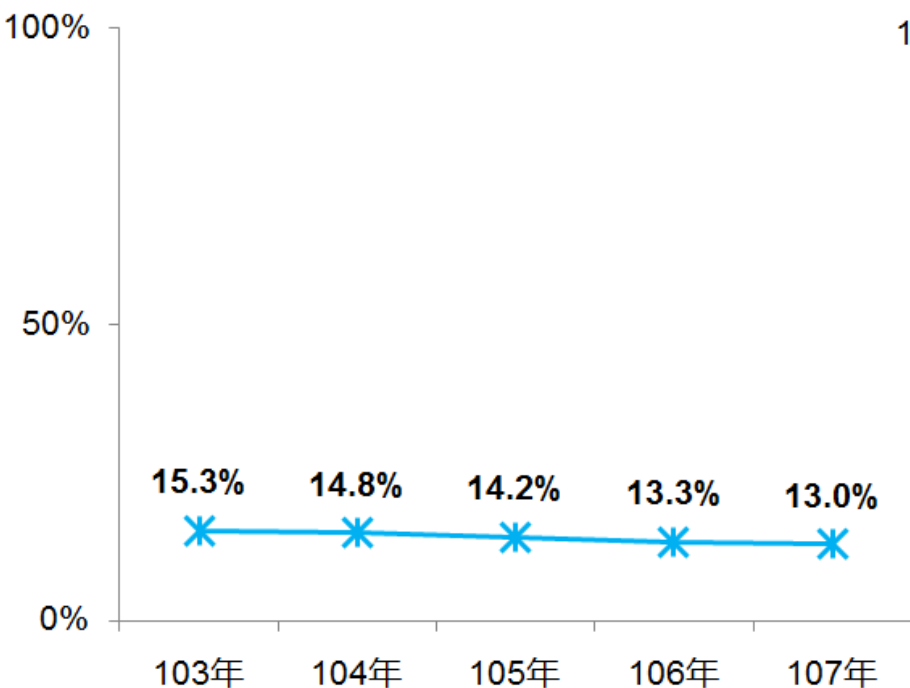
資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度符合本方案收案條件之對象



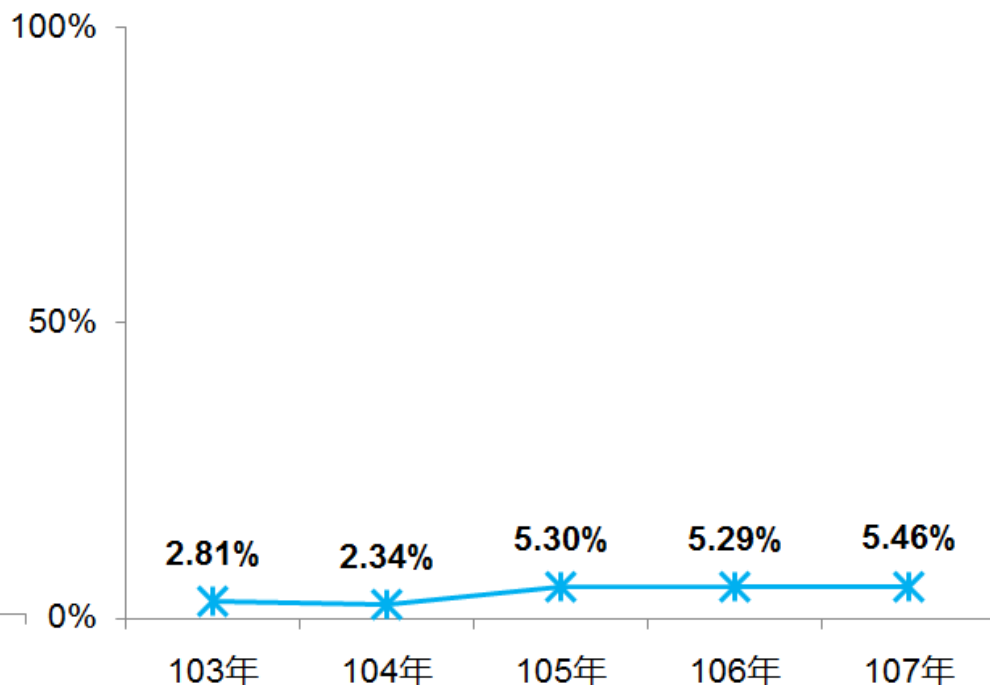
執行成效-氣喘(1)

✓ 近五年參與方案者之監控指標表現未有明顯起伏

降階治療成功率



出院14日內因氣喘再入院率



103-107年參與氣喘方案患者之降階治療成功率、出院14日內因氣喘再入院率圖表

資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度本方案收案對象

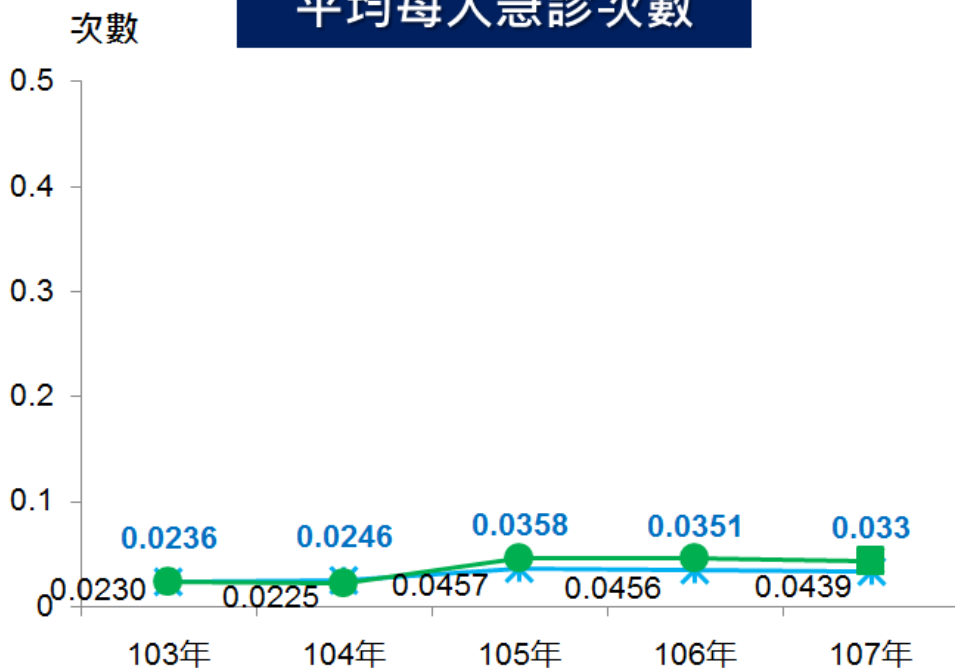


執行成效-氣喘(2)

✱ 參與方案 ● 未參與方案

✓ 近五年參與方案者與未參與方案者之每人急診及住診次數無明顯差異

平均每人急診次數



平均每人住診次數



103-107年參與及未參與氣喘方案患者之平均每人急診、住診比較圖表

資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度符合本方案收案條件之對象，已進行年齡校正

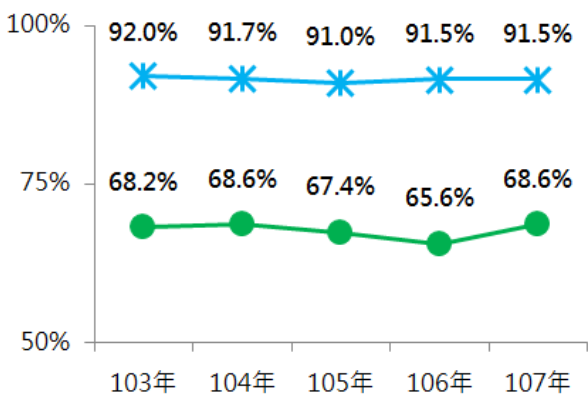


執行成效- B、C肝追蹤(1)

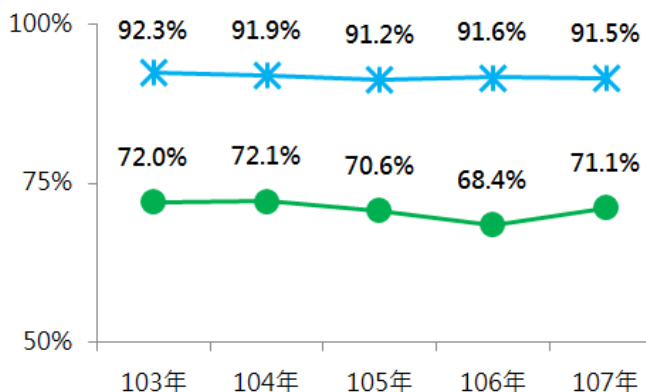
✓參與方案者之各項檢查率皆高於未參與方案者

✱ 參與方案 ● 未參與方案

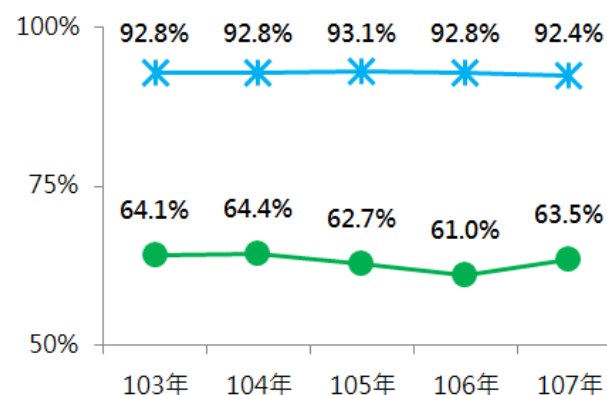
GOT



GPT



腹部超音波



103-107年參與及未參與BC肝追蹤方案患者之GOT、GPT、腹部超音波檢查率比較圖表

➤ 107年參與方案者之早期發現肝癌計有**497人**

(103-106年分別為：317人、472人、465人、395人)

資料來源：健保署檔案分析系統 統計範圍：當年度符合本方案收案條件之對象

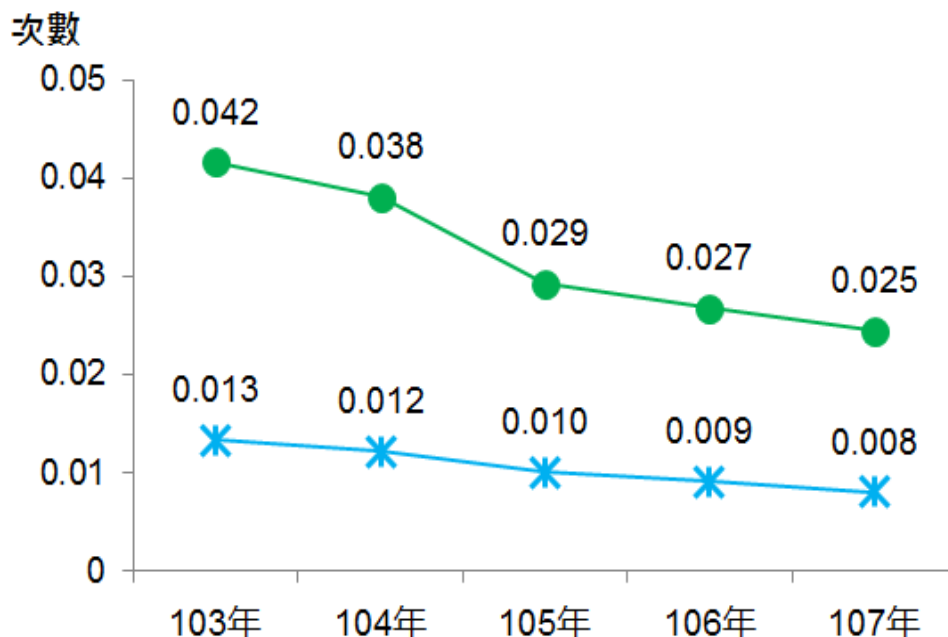


執行成效- B、C肝追蹤(2)

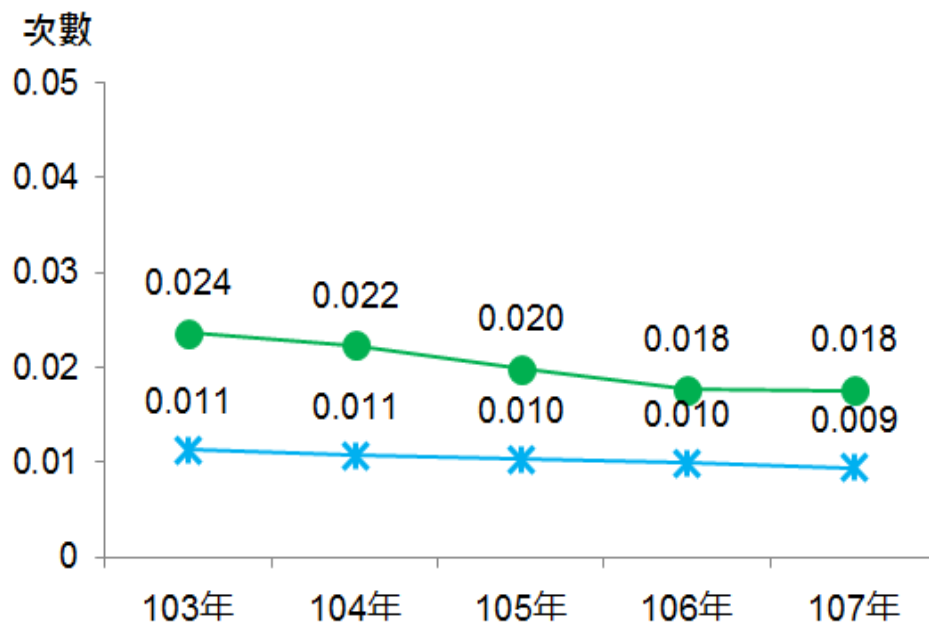
—*— 參與方案 —●— 未參與方案

✓ 近五年參與方案者與未參與方案者之每人急診及住診次數無明顯差異

平均每人因肝炎或肝硬化急診次數



平均每人因肝炎或肝硬化住診次數



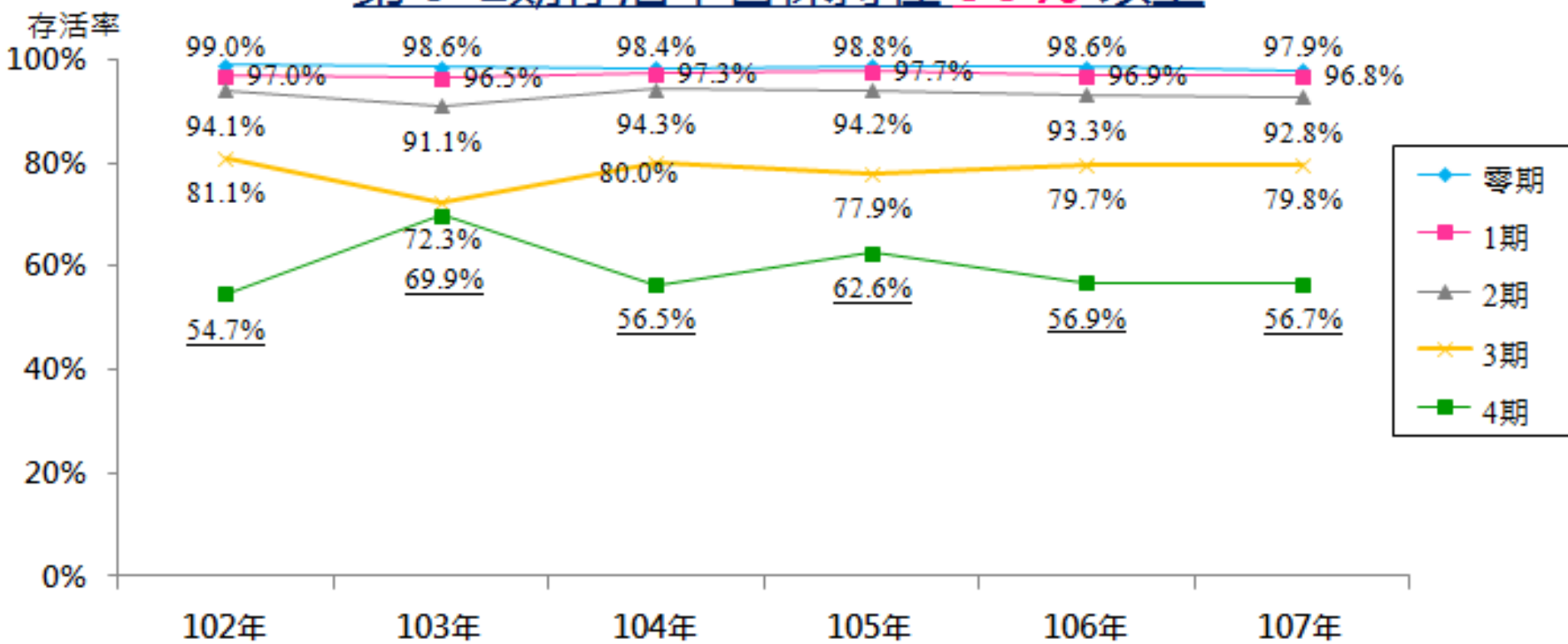
103-107年參與及未參與BC肝追蹤方案患者之平均每人急診、住診比較圖表

資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度符合本方案收案條件之對象，已進行年齡校正



執行成效-乳癌

✓第0-2期存活率皆保持在**90%以上**



102-107年參與乳癌方案患者之五年存活率圖表

資料來源：參與方案院所提供 資料說明：參與方案醫院提供數據之平均值 (107年共4家醫院全年參與)



執行成效-思覺失調(1)

方案內高風險及非高風險病患監測指標達成狀況

(符號說明：✓ 達標 X 未達標)

強制住院發生
人次比率

較前一年減少

非高風險 ✓ 高風險 ✓

平均每月精神科
不規則門診比例

較前一年減少

非高風險 ✓ 高風險 ✓

急診使用人次比率

較前一年減少

非高風險 X 高風險 ✓

失聯結案率

較前一年減少

非高風險 ✓ 高風險 ✓

平均每月精神科
門診次數

較前一年增加或 ≥ 1

非高風險 ✓ 高風險 ✓

非高風險病人且固
定就醫占率

較前一年增加

未達標

(106年62.5%、107年55.6%)

資料來源：健保資料庫

統計範圍：當年度本方案收案之對象

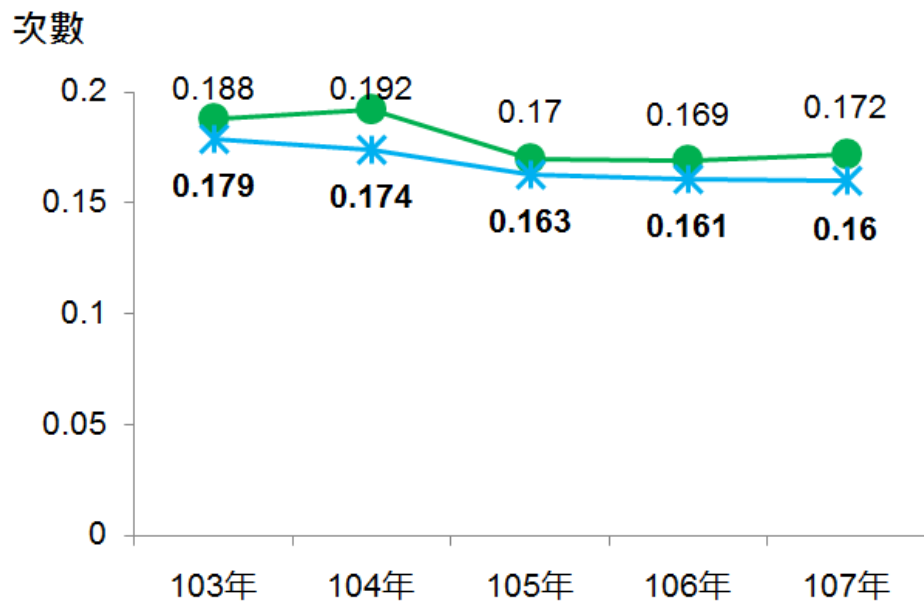


執行成效-思覺失調(2)

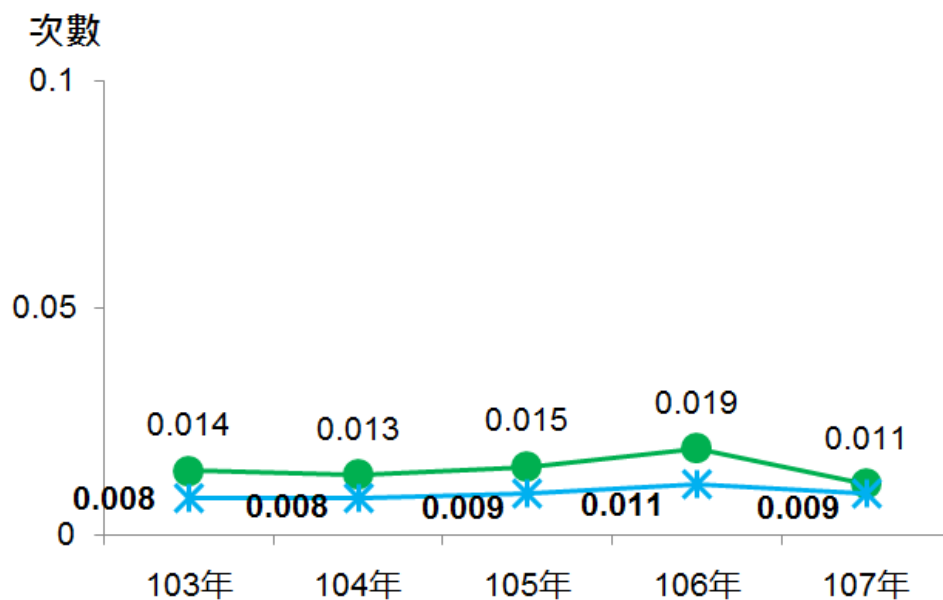
—*— 參與方案 —●— 未參與方案

✓ 近五年參與方案者與未參與方案者之每人急診及強制住院次數無明顯差異

平均每人因思覺失調急診次數



平均每人因思覺失調強制住診次數



103-107年參與及未參與思覺失調方案患者之平均每人急診、強制住診比較圖表



執行成效-孕產婦全程照護

✓ 近五年全程照護率皆達50%



103-107年參與方案者之全程照護率

103年	104年	105年	106年	107年
53.3%	52.8%	51.6%	52.9%	52.4%

資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度本方案收案之對象

✓ 近五年低出生體重率皆未超過前一年度1%

103-107年參與方案院所
低出生體重率

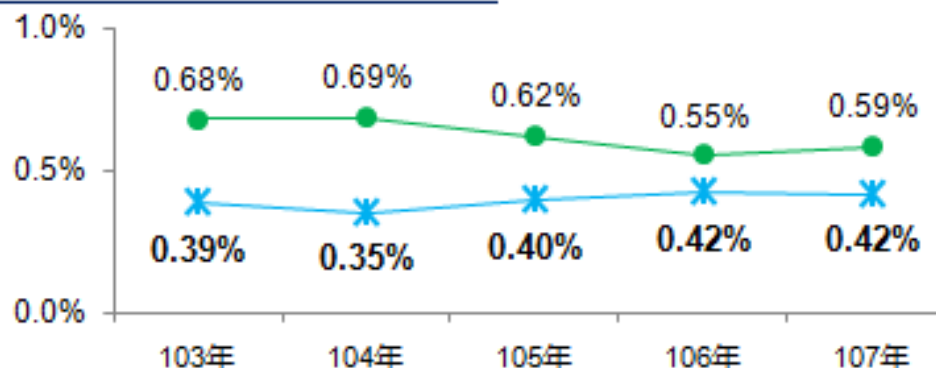
103年	104年	105年	106年	
0.04%	0.53%	0.29%	0.42%	

資料來源：國民健康署 計算方式如下：

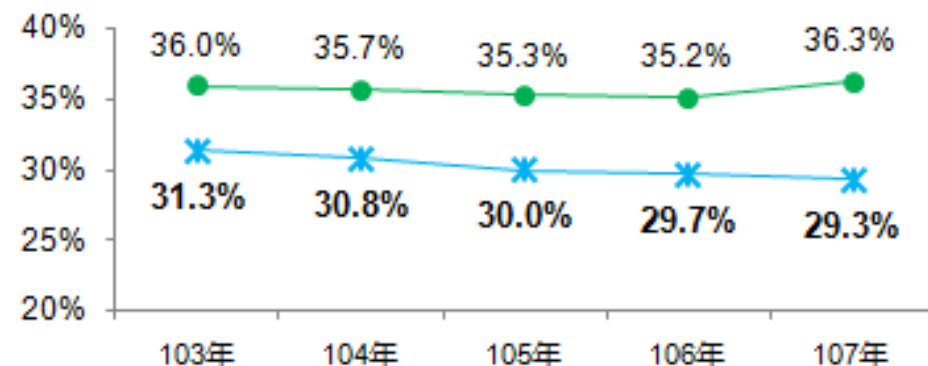
1. 低出生體重率 = 體重 < 2500公克之活產人數 / 年度出生通報之活產人數
2. 當年度低出生體重率院所平均值 - 前一年度低出生體重率院所平均值

出院後14日內再住院率

✧ 參與方案 ✪ 未參與方案



剖腹產率



註1：統計範圍：當年度符合本方案收案條件之對象

註2：已進行年齡校正



執行成效-慢性阻塞性肺病

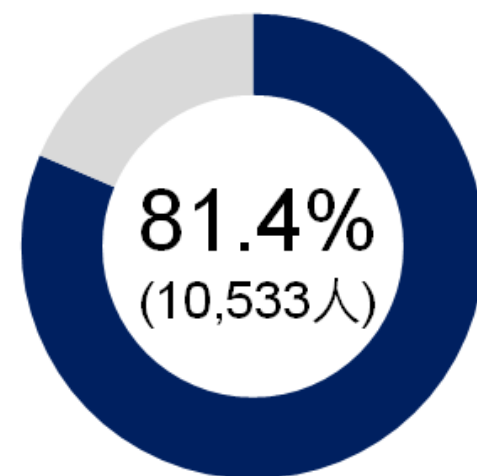
COPD新收 個案人數	收案前一年曾 因COPD急診		收案後一年曾 因COPD急診	
	人數	人數占率	人數	人數占率
8,878	1,141	12.9%	1,162	13.1%

COPD新收 個案人數	收案前一年曾 因COPD住院		收案後一年曾 因COPD住院	
	人數	人數占率	人數	人數占率
8,878	1,110	12.5%	1,054	11.9%

資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度符合本方案收案之對象

註：本方案106年4月實施

✓ 八成參與方案者
接受正確藥物治療



107年參與方案者之
接受正確藥物治療占率圖

統計範圍：當年度本方案收案之對象



小結

01

方案辦理情形

多數方案檢查(驗)執行率表現以參與方案者較未參與者佳：如糖尿病、BC肝追蹤及孕產婦全程照護。

02

方案照護狀況

除早期療育，其他方案照護率皆較去年成長。

早期療育方案參與院所及收案率，與辦理初期相較無明顯成長

03

方案執行成效

- ✓ 糖尿病檢驗結果良好比例增加；思覺失調多數指標達標
- ✓ COPD因為新辦理方案，執行成效仍需再追蹤觀察。



檢討及展望-早期療育(1)

早療方案 執行困境

問題一.參與方案院所數少

- ✓ 參與院所集中於醫院，診所參與數少
- ✓ 部分縣市尚無院所參與
- ✓ 設有聯評中心之院所未全面參與方案

問題二.照護人數少、舊個案收案率低

- ✓ 個案就醫模式讓院所難與以收案
- ✓ 設有聯評中心之院所未全面參與方案

問題三.新收個案之案源難掌握

- ✓ 聯評中心改由國健署委辦地方衛生局辦理



檢討及展望-早期療育(2)

整體收案概況

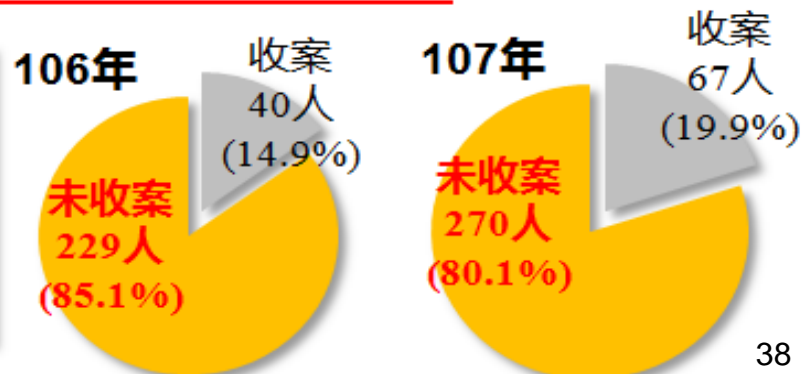
年度	106年			107年		
項目	接受早療 個案數	早療方案		接受早療 個案數	早療方案	
		收案數	占率		收案數	占率
人數	93,026	954	1.0%	104,490	1,473	1.4%

資料來源：本署三代倉儲門診明細檔及醫令明細檔(2019/4/25擷取)。

註：接受早療定義為未滿7歲個案(年齡以費用年減出生年計算)，主或次診斷碼為腦性麻痺、自閉症、特定發展遲緩等百項，進行物理、職能、語言、心理、精神等復健治療，依當年是否曾申報「家庭為中心之早期療育整合照護費」(P5301C)判斷當年是被收案。

- ✓ **51家設有聯評中心醫院，33家(65%)未參與方案，導致新個案案源缺乏**
- ✓ **六成院所未收案舊個案，導致八成以上舊個案未被收案**

年度	參與方案 院所	全年收案對象無舊個案	
		院所數	占率
106年	22	13	59.1%
107年	29	18	62.1%





檢討及展望-早期療育(3)

固定就醫率

百分率 區間	106年		107年	
	新個案	舊個案	新個案	舊個案
70-100%	55.2%	26.3%	65%	35.2%
50-69%	24.1%	25.0%	8%	12.3%
0-49%	20.7%	48.8%	28%	52.5%
平均值	74.2%	53.2%	73.4%	54.1%

年就醫次數下降率 (舊個案)

百分率 區間	106年		107年	
	個案數	占率	個案數	占率
50-100%	8	11.1%	8	9.8%
10-49%	22	30.6%	35	28.3%
0-9%	12	16.7%	20	9.7%
負數	30	41.7%	59	52.2%

療育資源聯結率

收案案源	106年	107年
新個案	59%	28%
舊個案	65%	53%
平均	62%	41%

- ✓ 近半數舊個案年就醫總次數較前一年增加
- ✓ 舊個案之「固定就醫率」約半數未達50%
- ✓ 逾半數個案未給予個案療育資源聯結

註.資料來源：健保三代倉儲系統



檢討及展望-早期療育(4)

✓早療方案執行概況，未能達到方案初衷

- ① 參與院所未積極配合方案規範，僅持續收案並申報照護費
- ② 照護品質不佳，恐淪為健保資源之浪費

✓現行健保針對復健治療已有多項給付項目(復健及精神醫療章節)

- ① 多已訂定兒童加成(未滿二歲，支付點數加成30%；二(含)至六歲，支付點數加成20%)，提供早期療育之患童及醫療團隊
- ② 原方案收案病患接受治療的權益不因停辦方案而受損

 **擬議停止辦理早期療育門診醫療給付改善方案
回歸健保醫療服務給付項目及支付標準**



檢討及展望—整體醫療給付改善方案

未來努力 方向

- 1 持續追蹤方案執行狀況
- 2 檢討方案規定適當性與持續精進
- 3 相關疾病方案整合辦理



C型肝炎





C型肝炎口服新藥健保給付執行計畫

目的

- 配合C型肝炎治療費用專款額度，進行健保給付C型肝炎全口服新藥之管理，將有限資源做最適分配並達成最佳效益，以達成我國全面性根除C型肝炎之目標。

策略

- 為管理經費之運用，醫事服務機構須上傳個案資料並取得「登錄完成號碼」後，方得處方藥品，並依時序登錄個案後續追蹤之病毒量檢驗結果，以評估治療效果。



收案人數分布

- 醫院收案18,369、診所1,180人，其中南區收案比例最高。

轄區別	醫院		診所		合計	
	人數	比例	人數	比例	人數	比例
臺北業務組	3,321	17%	137	0.7%	3,458	18%
北區業務組	1,680	9%	225	1.2%	1,905	10%
中區業務組	3,032	16%	66	0.3%	3,098	16%
南區業務組	6,152	31%	568	2.9%	6,720	34%
高屏業務組	3,628	19%	129	0.7%	3,757	19%
東區業務組	556	3%	55	0.3%	611	3%
總計	18,369	94%	1,180	6.0%	19,549	100%



收案病人特性

項目	N=19,549	
	人數	%
1.年齡		
平均值±標準差	66.7±11.6	
19歲以下	1	0.01%
20-29歲	15	0.1%
30-39歲	268	1.4%
40-49歲	1,330	6.8%
50-59歲	3,480	17.8%
60-69歲	6,260	32.0%
70-79歲	5,471	28.0%
80歲以上	2,724	13.9%
2.性別		
女	10,772	55%
男	8,777	45%
3.肝纖維化診斷		
F3	8,928	45.7%
F4	10,555	54.0%
肝臟移植者	66	0.3%
4.病毒基因型		
1a	958	4.9%
1b	8,544	43.7%
2	8,742	44.7%
3	109	0.6%
4	20	0.1%
6	1,071	5.5%
混合型	105	0.5%

- 107年給付條件限**肝纖維化F3**以上病人；若屬**病毒基因型第1型或第4型**之**肝臟移植者**，使用Harvoni則**不限**肝纖維化條件。
- 使用者年齡主要分布於**60歲至79歲**間。



治療成果

• 個案治療後12週病毒量檢測結果：

達追蹤人數	偵測不到病毒 人數(A)	偵測到病毒 人數(B)	未檢測或太早驗 人數	SVR12 [A/(A+B)]
19,361	17,407	512	1,442	97.1%

註：1.臨床上判斷使用C肝新藥後是否治癒的標準，為從完成治療時起算12週後檢測不到病毒量，又稱SVR12。追蹤至108/4/27止，治療個案之SVR12比例約97.1%。

2. 太早驗人數36名中，有35名檢測不到病毒量。



個案提前停藥原因

治療人數	停藥人數		停藥原因分布(%)							
			醫師評估建議停藥				病人死亡	病人自行停藥		
	人數	停藥比例(%)	4週病毒未降100倍以上	治療期間病毒突增†	肝功能異常	其他不適或疾病		身體不適而放棄	非健康因素	原因未明之逾時未回診
19,549	729	3.7	6.0%	0.4%	6.7%	14.8%	3.4%	20.7%	4.5%	43.3%

†治療期間病毒突增：用藥後4週病毒量降低100倍以上，但治療期間病毒量突增。



家庭醫師整合性照護計畫





計畫目的

1.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。

2.建立以病人為中心的醫療觀念

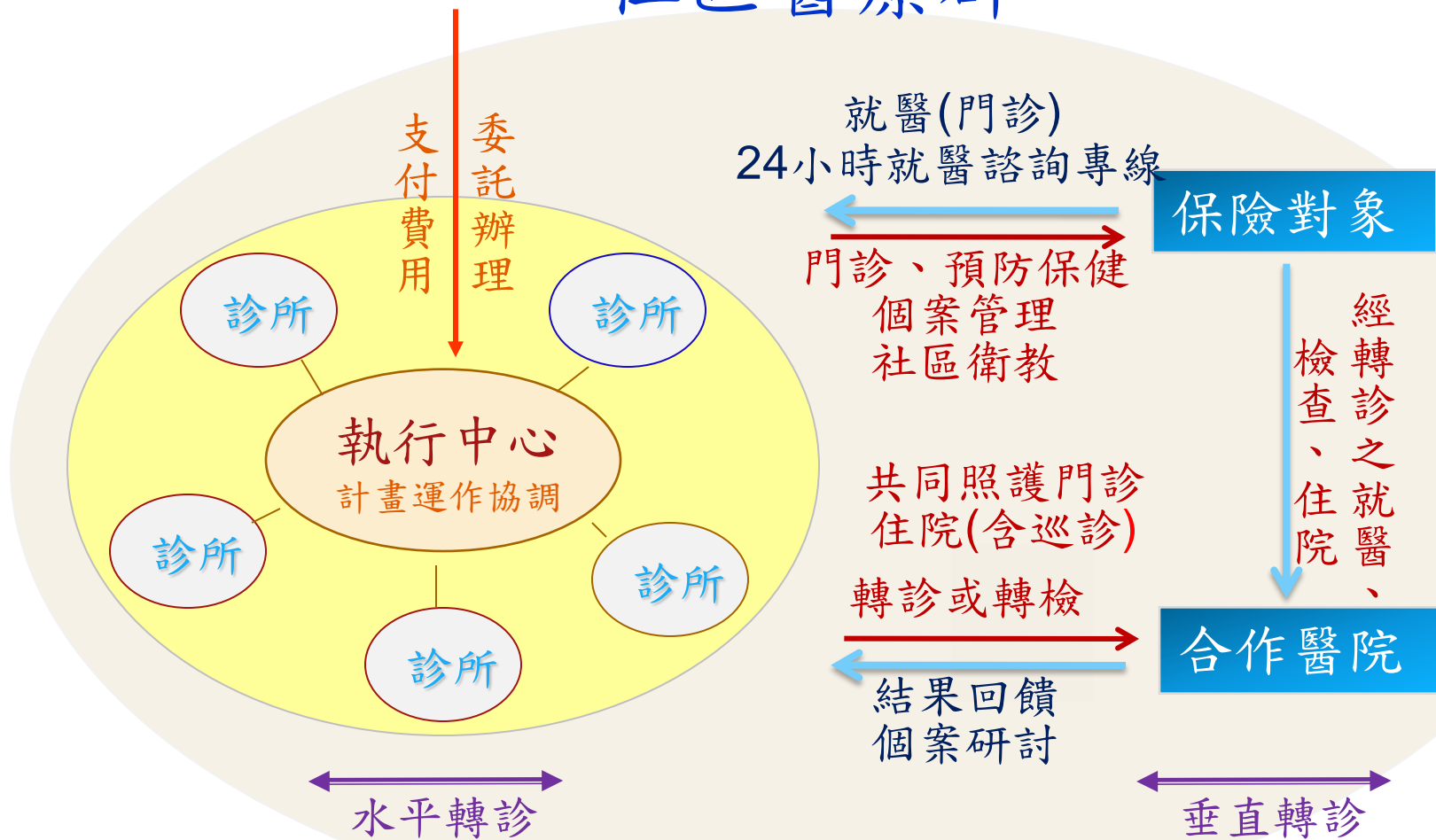
以民眾健康為導向，提升醫療品質。

3.奠定「家庭責任醫師制度」基礎



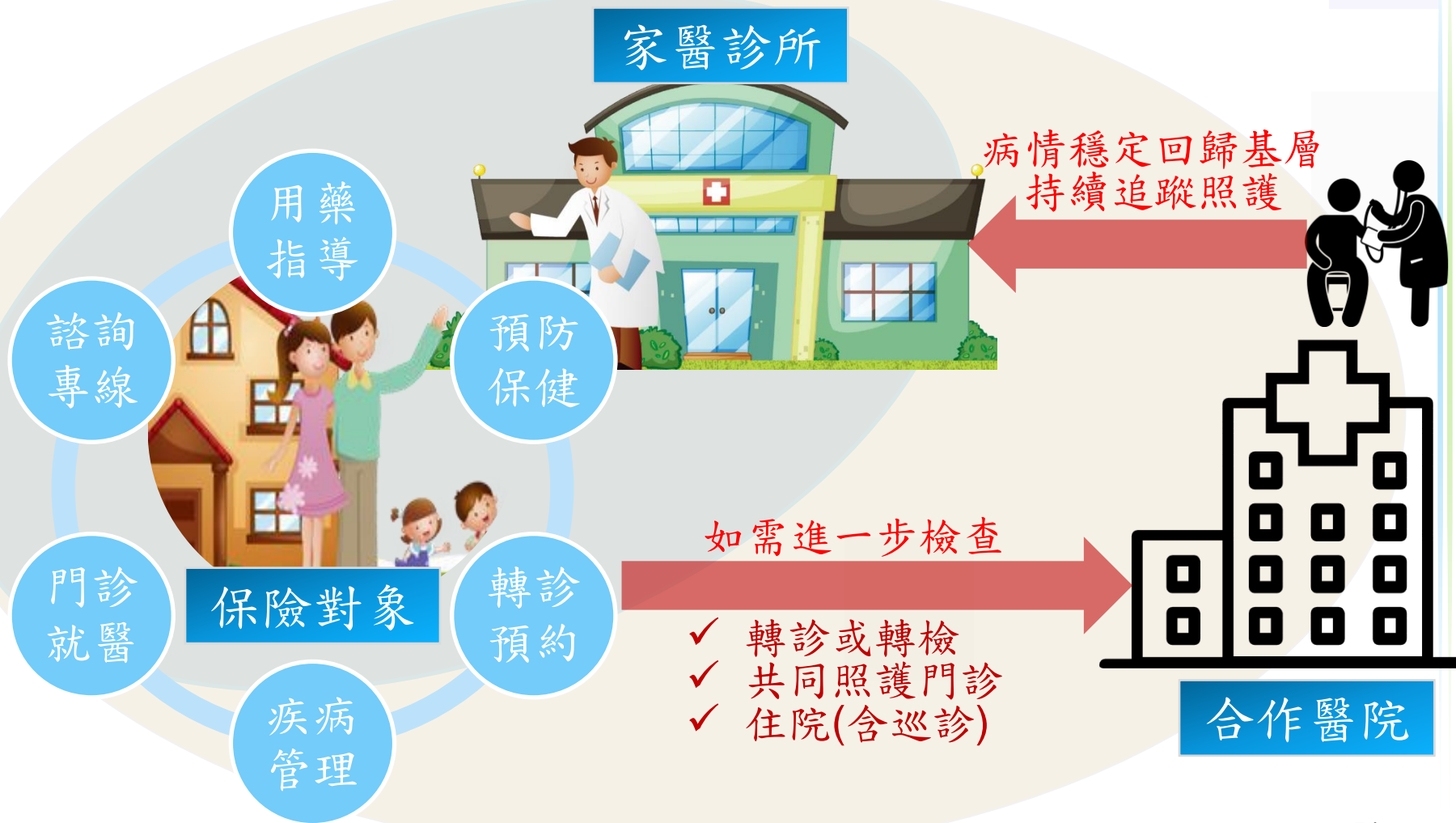
家醫計畫照護模式

健保署 社區醫療群





提供整合式照護服務





107年參加院所服務涵蓋



107年執行情形

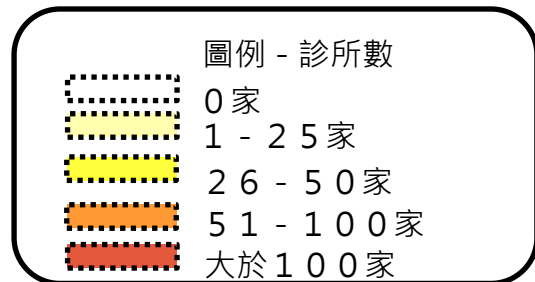
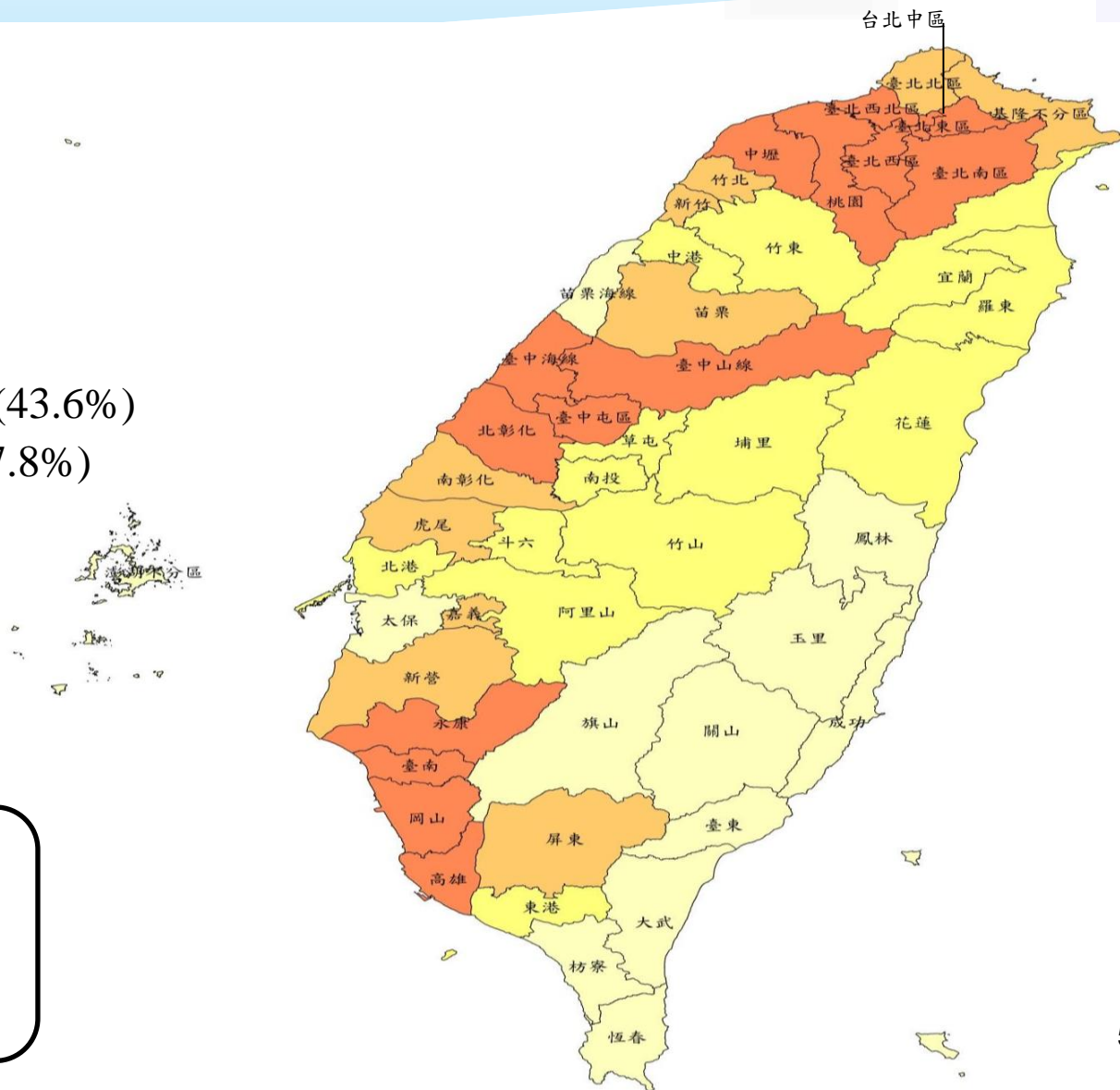
收案會員數：473萬人

參與醫療群數：567群

參與診所家數：4,558家(43.6%)

參與醫師數：5,924人(37.8%)

合作醫院家數：202家





107年次級醫療區群數及診所數分佈

二級醫療區	次級醫療區	醫療群數	診所數	二級醫療區	次級醫療區	醫療群數	診所數	二級醫療區	次級醫療區	醫療群數	診所數
臺北	北區	12	90	臺中	山線	63	314	高雄	岡山	32	130
臺北	西北區	19	174	臺中	海線	62	288	高雄	高雄	50	283
臺北	中區	34	148	臺中	屯區	61	319	高雄	旗山	2	19
臺北	西區	37	284	彰化	北彰化	33	247	屏東	屏東	13	79
臺北	南區	32	145	彰化	南彰化	11	64	屏東	東港	7	30
臺北	東區	29	211	南投	埔里	4	35	屏東	枋寮	1	4
基隆	基隆	11	75	南投	草屯	9	41	屏東	恆春	1	7
宜蘭	宜蘭	5	32	南投	南投	5	28	澎湖	澎湖	1	13
宜蘭	羅東	5	36	南投	竹山	5	30	臺東	臺東	2	24
金馬	金馬	1	8	雲林	北港	6	27	臺東	關山	2	2
桃園	桃園	29	202	雲林	虎尾	15	69	臺東	成功	1	3
桃園	中壢	25	151	雲林	斗六	13	43	臺東	大武	2	2
新竹	新竹	12	79	嘉義	嘉義	12	70	花蓮	花蓮	7	48
新竹	竹北	12	62	嘉義	阿里山	13	35	花蓮	鳳林	2	2
新竹	竹東	6	27	嘉義	太保	4	15	花蓮	玉里	1	1
苗栗	海線	4	21	臺南	新營	16	79				
苗栗	苗栗	9	51	臺南	永康	36	148	合計		567	4,558
苗栗	中港	6	46	臺南	臺南	46	217				

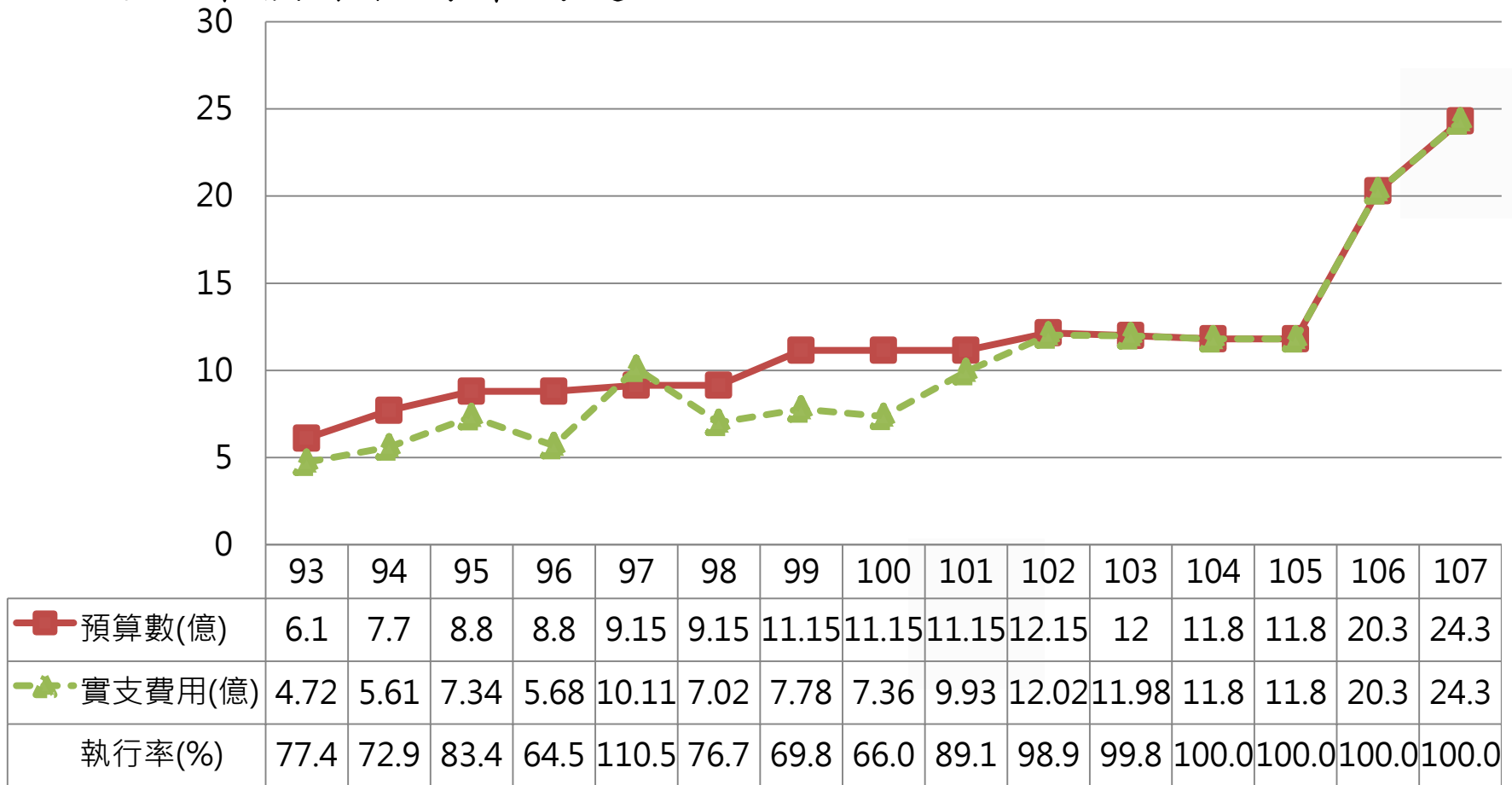
備註：

1. 資料來源：健保署二代倉儲系統-家庭醫師整合性照護計畫申請資料檔(截至107/07/16資料)
2. 次級醫療區係依據醫院設立或擴充許可辦法規定。
3. 同一醫療群內診所可能位於不同醫療區，故同一醫療群可能在不同的次級醫療區被重複列計。



歷年經費執行情形

● 近四年預算執行率均達100%。



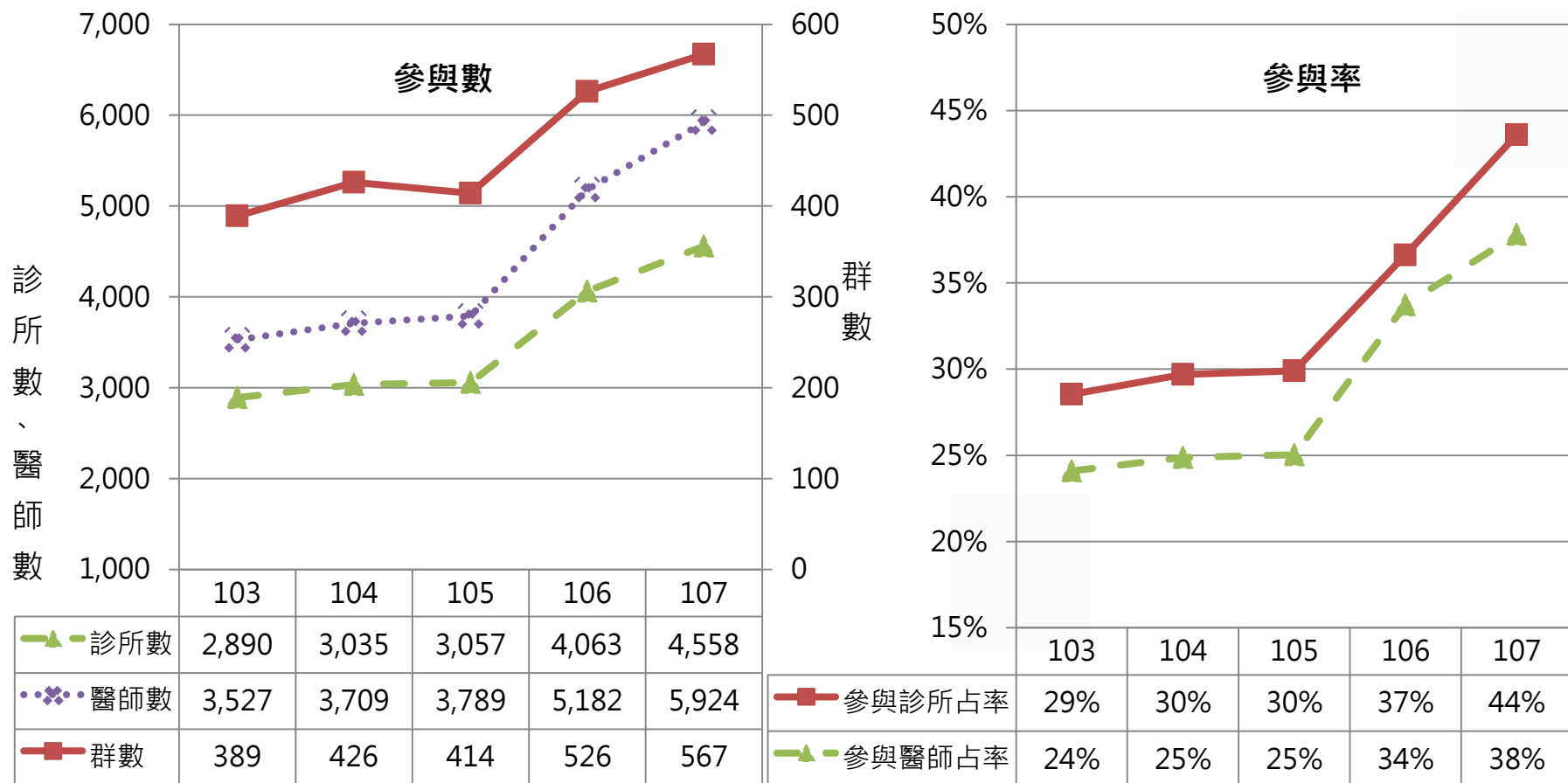
註1：97年因政策導向故選擇健康回饋型之醫療群數不斷增加，致預算較實際給付費用不足0.96億元(實支10.11億元，不足費用由總額其他部門預算之其他預期政策改變所需經費支應)。

註2：106年原預算為15.8億元，由107年度家醫計畫專款之450百萬元挹注106年度之不足款，故06年預算為20.3億元。



近5年社區醫療群參與情形

- 參與本計畫之社區醫療群數、診所數、醫師數皆呈現逐年上升趨勢。



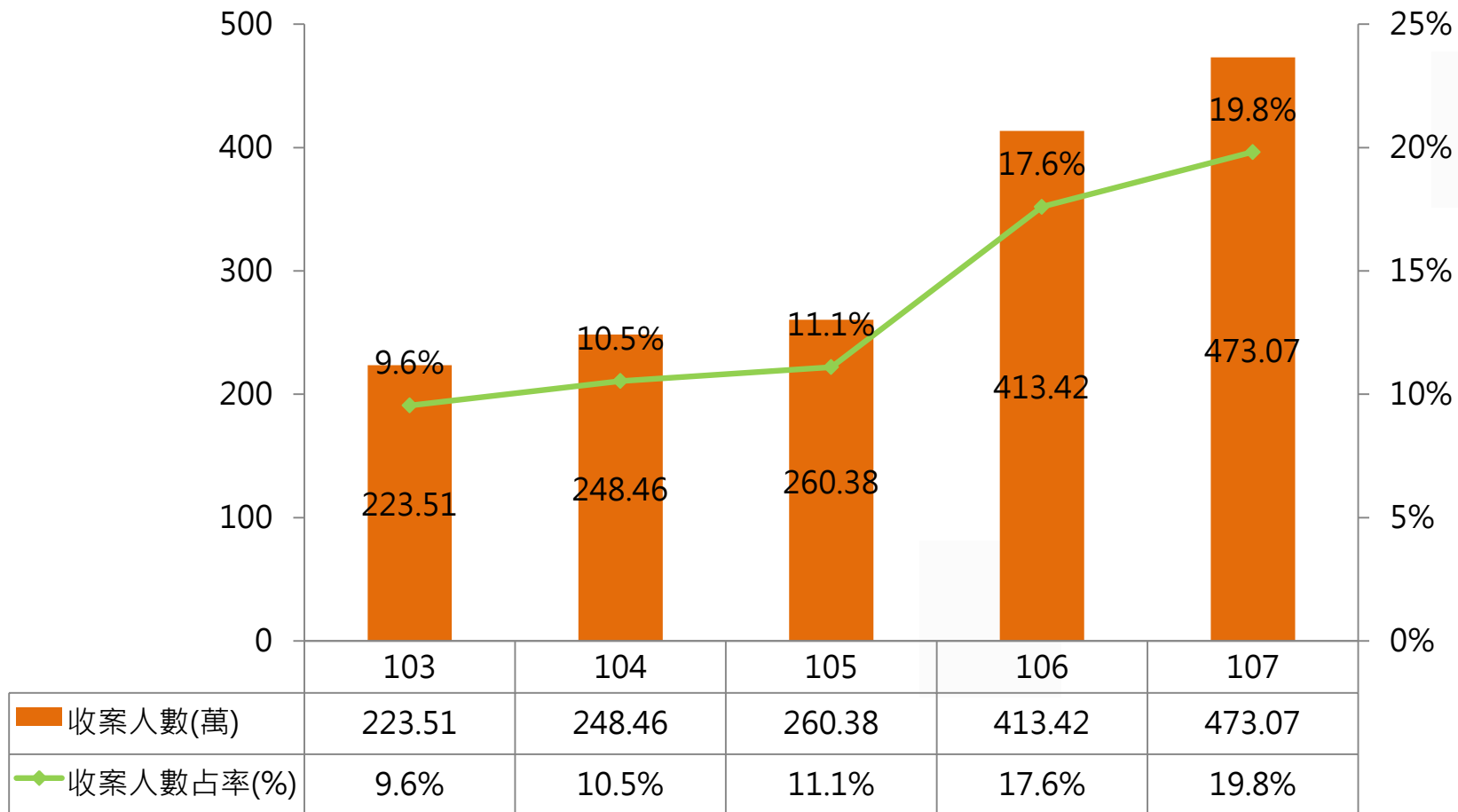
註1：資料擷取時間為當年度4月；另退場群數係以當年度全年執行後計算。

註2：102年至103年包含單一診所型態，102年284家診所、366位醫師、會員12.3萬人；103年193家診所、274位醫師、會員8.9萬人。



近5年社區醫療群收案情形

- 計畫收案人數呈現逐年上升趨勢



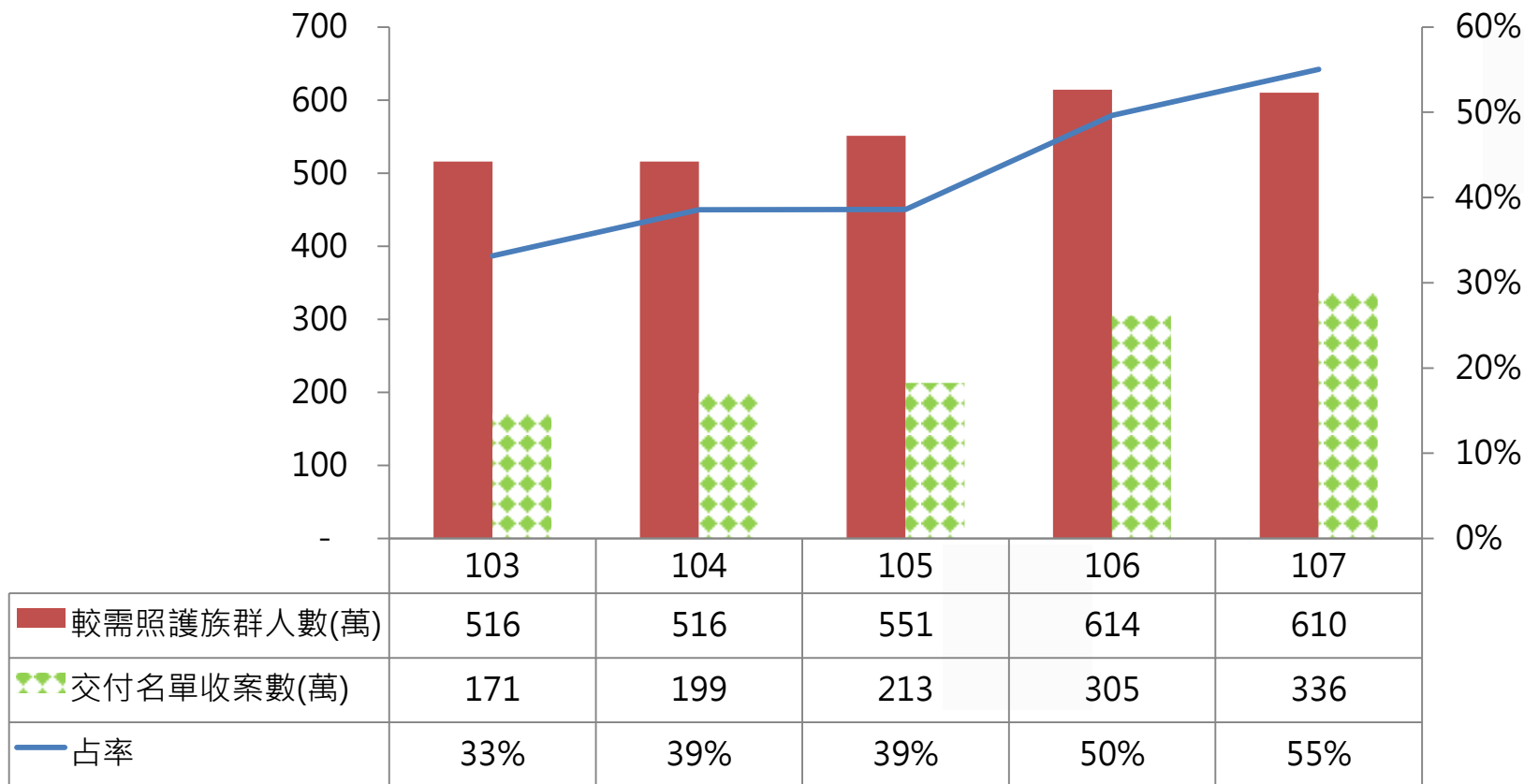
註1：資料擷取時間為當年度4月

註2：收案人數占率為收案人數/保險對象人數



近5年社區醫療群交付名單收案情形

- 107年本計畫交付名單收案人數占較需照護族群人數之55%



註1：資料擷取時間為當年度4月

註2：較需照護族群人數為慢性病、非慢性病、門診高利用、65歲以上多重慢性病、3-5歲兒童及參與醫療給付改善方案之個案。

註3：交付名單收案數不含院所自行收案個案。



107年家醫計畫個案管理

會員健康資料建檔

1

- 加強會員個案管理及衛教
- 預防保健各指標歷年均達高標

2

24小時諮詢專線

- 電話諮詢服務：38,119通
- 提供適當就醫指導
- 減少急診與不必要就醫

提供病人轉診服務

3

- 醫療群與202家醫院合作
- 轉診服務：366,677人次
- 共照門診：5,114診次
- 病房巡診：1,324次

4

加強診所與醫院合作

- 醫院與診所合作轉診。
- 辦理個案研討。
- 辦理共同照護門診。
- 參與上述活動6次以上醫師計5,000餘位。

辦理社區衛教、宣導

5

- 營造健康社區，提升醫療群形象。
- 辦理社區衛教2,127場次。
- 參與人數達73,462人次。



107年醫療群品質指標執行情形

達標	指標	收案會員	目標值	評估構面
V	電子轉診使用率	73.80%	$\geq 60.00\%$	服務協調性
V	住院雙向轉診率	46.79%	$\geq 16.67\%$	服務協調性
	門診雙向轉診率	84.69%	$\geq 85.00\%$	服務協調性
V	成人預防保健檢查率	45.88%	$\geq 34.56\%$	服務周全性
V	子宮頸抹片檢查率	29.32%	$\geq 27.64\%$	服務周全性
V	老人流感注射率	45.56%	$\geq 43.23\%$	服務周全性
V	糞便潛血檢查率	44.79%	$\geq 37.89\%$	服務周全性

註1：目標值：電子轉診使用率為 $\geq 60\%$ 、住院雙向轉診率 \geq 同儕50百分位、門診雙向轉診率 \geq 同儕50百分位；成人預防保健檢查率、子宮頸抹片檢查率及65歲以上老人流感疫苗注射率為 \geq 較需照護族群60百分位；糞便潛血檢查率為高於全國民眾檢查率。

註2：住院雙向轉診率及門診雙向轉診率指標成績尚未完整計算。



107年醫療群品質指標執行情形

達標	指標	收案會員	目標值	評估構面
	每十萬人潛在可避免急診件數	1,159.2	≤ 559.5	服務結果
	每十萬人可避免住院件數	661.2	≤ 236.7	服務結果
	會員急診率	33.15%	$\leq 26.85\%$	服務結果
V	糖尿病會員胰島素注射率	13.59%	$\geq 12.25\%$	服務結果
V	會員固定就診率	48.27%	$\geq 44.72\%$	服務持續性

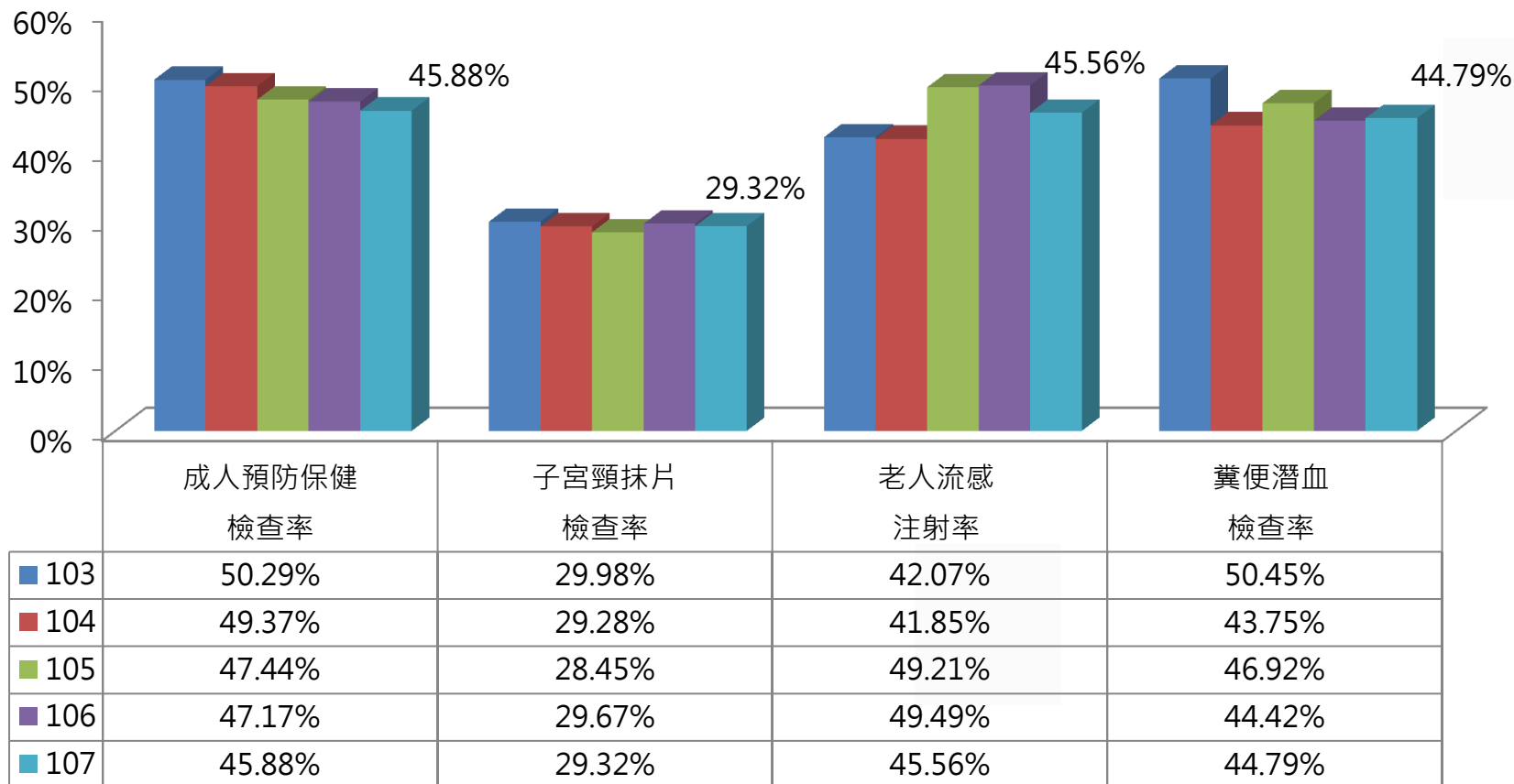
註1：目標值：會員固定就診率為 \geq 同儕60百分位；潛在可避免急診件數、可避免住院件數及會員急診率為收案會員30百分位；糖尿病會員胰島素注射率為其50百分位。

註2：可避免住院指標各疾病代碼係參照美國AHRQ公告之第五版；潛在可避免急診及可避免住院指標，自107年起調整為侷限為罹患慢性類疾病會員，慢性類疾病急診/住院之案件。慢性類指標(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、心絞痛等8項指標)。



近5年預防保健指標檢查/注射率

- 近年社區醫療群各項預防保健達成率均達成設定之目標值

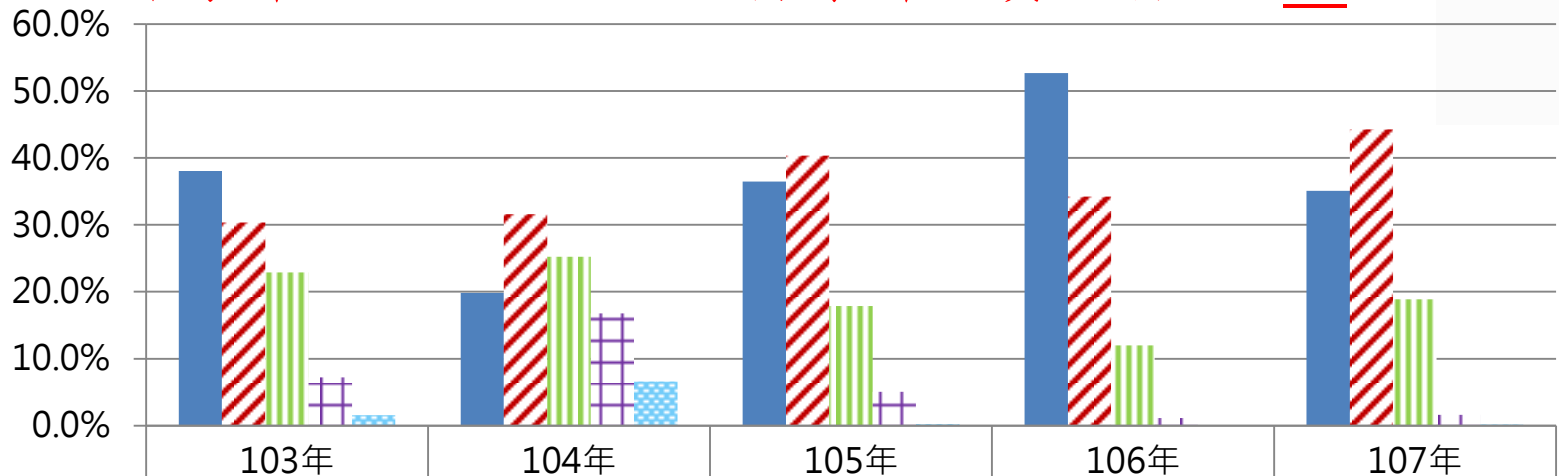


- 會員接受成人預防保健服務：分子為40歲(含)以上會員接受成人健檢人數；分母為(40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)。
- 子宮頸抹片檢查率：分子為30歲(含)以上女性會員接受子宮頸抹片人數；分母為30歲(含)以上女性會員數。
- 65歲以上老人流感注射率：分子為65歲以上會員接種流感疫苗人數；分母為65歲以上總會員人數。
- 糞便潛血檢查率：分子為50歲以上至未滿75歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查人數；分母為50歲以上至未滿75歲會員人數/2。



近5年社區醫療群績效評核結果

- 持續執行擇優汰劣之退場機制
- 107年567群社區醫療群中，品質指標達80分以上共計450群，占有所有群數約79%，一個醫療群品質指標<65分。



■ 特優級(≥90分)	38.0%	19.8%	36.5%	52.7%	35.1%
▨ 良好級(80分~90分)	30.3%	31.6%	40.3%	34.2%	44.3%
▤ 普通級(70分~80分)	22.9%	25.2%	17.9%	12.0%	18.9%
⊥ 輔導級(60分~70分)	7.2%	16.7%	5.1%	1.1%	1.6%
⊞ 不支付(<60分)	1.5%	6.6%	0.2%	0.0%	0.2%

註1：表內占率係呈現各品質分級之醫療群所佔當年度參與醫療群。

註2：103年共389群、104年共426群、105年共414群、106年共526群、107年共567群。



近5年滿意度調查結果

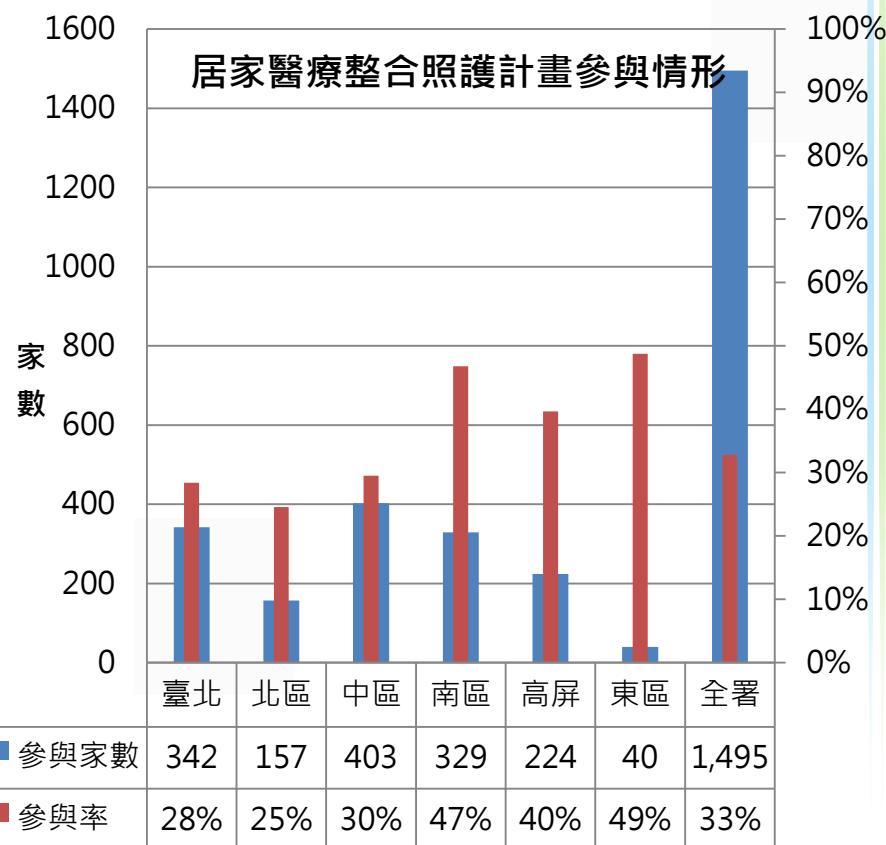
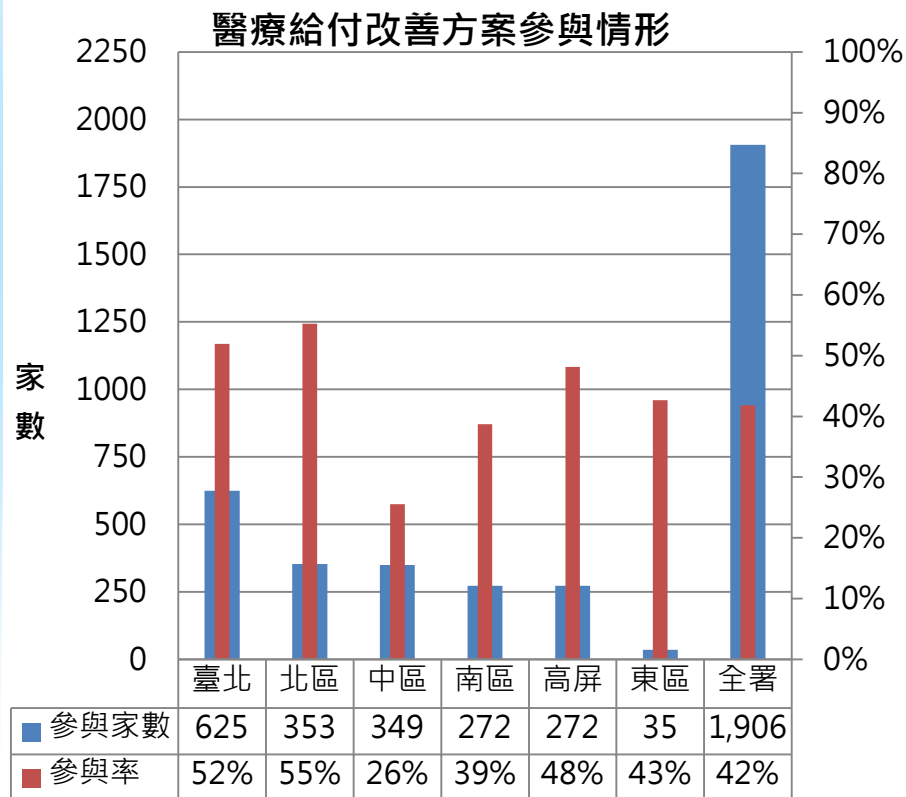
- 107年抽測會員滿意度結果均達99%以上

年度	分區電話抽測通數	施測項目		
		健康諮詢及衛教	對會員健康狀況的了解程度	對家庭醫師整體性
103	3,895	98.0%	98.0%	98.0%
104	4,440	99.3%	99.4%	99.3%
105	4,172	99.2%	99.2%	99.1%
106	5,272	99.5%	99.5%	99.5%
107	5,398	99.3%	99.4%	99.3%



107年家醫診所參與整合服務情形

- 全國參與家醫計畫診所4,558家，其中1,906家(占42%)有參與醫療給付改善方案、1,306家(占32%)有參與居家醫療整合照護計畫。



註1：參與率係指106年度參與家醫計畫診所(4,063家)，其中有參與論質方案及居家整合照護計畫的比率。

註2：上述醫療給付改善方案係指參與糖尿病方案、氣喘方案、BC型肝炎方案、初期慢性腎臟病及COPD方案。



108年計畫修訂方向

- **新增「多重慢性病人門診整合費」，由收案診所提供多重慢性病人門診用藥整合**
 - ✓ 支付方式：符合前項條件，當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達56日(含)以上，每一會員每年支付500點；總處方調劑日份達169日(含)以上，每一會員每年再增加支付500點。
 - ✓ 支付條件：會員有慢性病指高血壓、糖尿病、高血脂、動脈粥樣硬化、心臟病、腦血管病變等15種慢性病任2種(含)以上慢性病並於收案診所內就醫，且無重複用藥情形，申報整合照護模式註記者。



108年計畫修訂方向

➤ 調整收案會員及名單交付原則

- ✓ 慢性病個案之交付原則，增列於該診所門診就醫次數達2次(含)以上。
- ✓ 非慢性病個案之交付原則，增列門診就醫次數排除復健治療次數 ≥ 33 次/年。

➤ 調整評核指標

- ✓ 調升「電子轉診使用率」、「假日開診並公開開診資訊」之得分閾值
- ✓ 預防保健項目回歸基層院所提供服務，改以收案會員於基層院所接受預防保健項目為統計範圍



2

其他預算(127.812億元)



1 偏遠及弱勢照護

- 山地離島IDS計畫編列6.054億元。
- 居家、精神社區復健、助產所編列55.20億元。
- 收容於矯正機關醫療服務編列16.538億元。

2 促進體系合作

- 基層總額轉診型態編列13.46億元。
- 促進醫療體系整合編列7億元。
- 鼓勵院所即時查詢編列11億元。

3 提升保險成效及其他

- 非預期風險編列8.22億元。
- 慢性腎臟病照護編列4.04億元。
- 高診次藥事照護編列0.4億元
- 罕病等預備款編列2.9億元。
- 提升保險服務成效編列3億元





歷年協定預算及執行率一覽表

預算項目	103	104	105	106	107
1.山地離島地區醫療給付效益提升計畫	6.054億元 (4.48億元 74%)	6.054億元 (4.69億元 77%)	6.054億元 (4.88億元 81%)	6.054億元 (4.75億元 78%)	6.054億元 (5.01億元 83%)
2.非屬各部門總額之服務項目 (居家、精神社區復健、助產所等)	37.68億元 (32.91億元 87.3%)	37.14億元 (97.14億元 100%)	40億元 (40億元 100%)	50億元 (43.86億元 88%)	55.20億元 (49.39億元 90%)
3.醫院以病人為中心門診整合 照護計畫	5億元 (1.20億元 24%)	3億元 (1.13億元 38%)	3億元 (2.28億元 76%)	3億元 (2.28億元 76%)	3億元 (1.93億元 64%)
4.急性後期整合照護計畫	2億元 (0.08億元 4%)	4億元 (0.43億元 11%)	4億元 (0.57億元 14%)	4億元 (0.45億元 11%)	3億元 (0.42億元 14%)
5.跨層級醫院合作計畫		1億元 (0.14億元 14%)	1億元 (0.18億元 18%)	1億元 (0.32億元 61%)	1億元 (0.42億元 42%)
6.鼓勵醫療院所即時查詢病患 就醫資訊方案	22億元 (0.085億元 0.4%)	22億元 (3.83億元 17%)	11億元 (6.76億元 61%)	11億元 (8.53億元 77.8%)	11億元 (11億元 100%)

註：() 內資料為預算實際執行數及執行率



歷年協定預算及執行率一覽表

預算項目	103	104	105	106	107
7.高診次暨複雜用藥者藥事服務計畫		5,400萬元 (4,220萬元 78%)	5,000萬元 (3,160萬元 63%)	4,000萬元 (2,820萬元 71%)	4,000萬元 (3,310萬元 83%)
8.慢性腎臟病照護及病人衛計畫 (含Early-CKD、Pre-ESRD、 ESRD門診服務品質提升計畫)	4.04億元 (2.800億元 69%)	4.04億元 (3.03億元 75%)	4.04億元 (3.35億元 83%)	4.04億元 (3.69億元 91%)	4.04億元 (3.97億元 98%)
9.保險對象收容於矯正機關醫療 服務計畫	14.05億元 (10.32億元 74%)	14.05億元 (10.94億元 78%)	14.05億元 (12.53億元 89%)	14.05億元 (13.14億元 94%)	16.538億元 (13.55億元 82%)
10.提升保險服務成效		2.85億元 (0.31億元 11%)	2.95億元 (3.15億元 108%)	3.10億元 (1.65億元 53%)	3億元 (2.52億元 84%)
11.基層總額轉診型態調整費用					13.46億元 (0.63億元 5%)

註：() 內資料為預算實際執行數及執行率



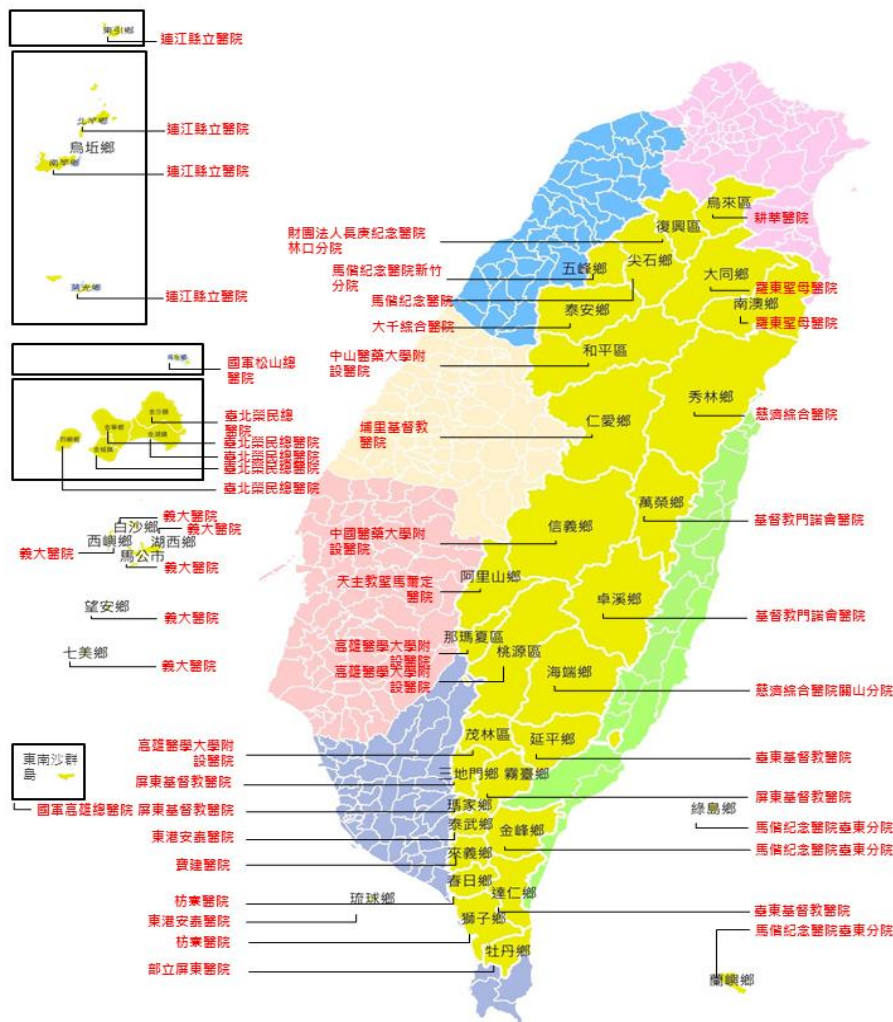
山地離島地區醫療給付效益 提升計畫





山地離島地區(IDS)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 26 家特約醫院承作 30 個計畫。



承作醫院	家數
醫學中心	7
區域醫院	14
地區醫院	5

29
山地鄉



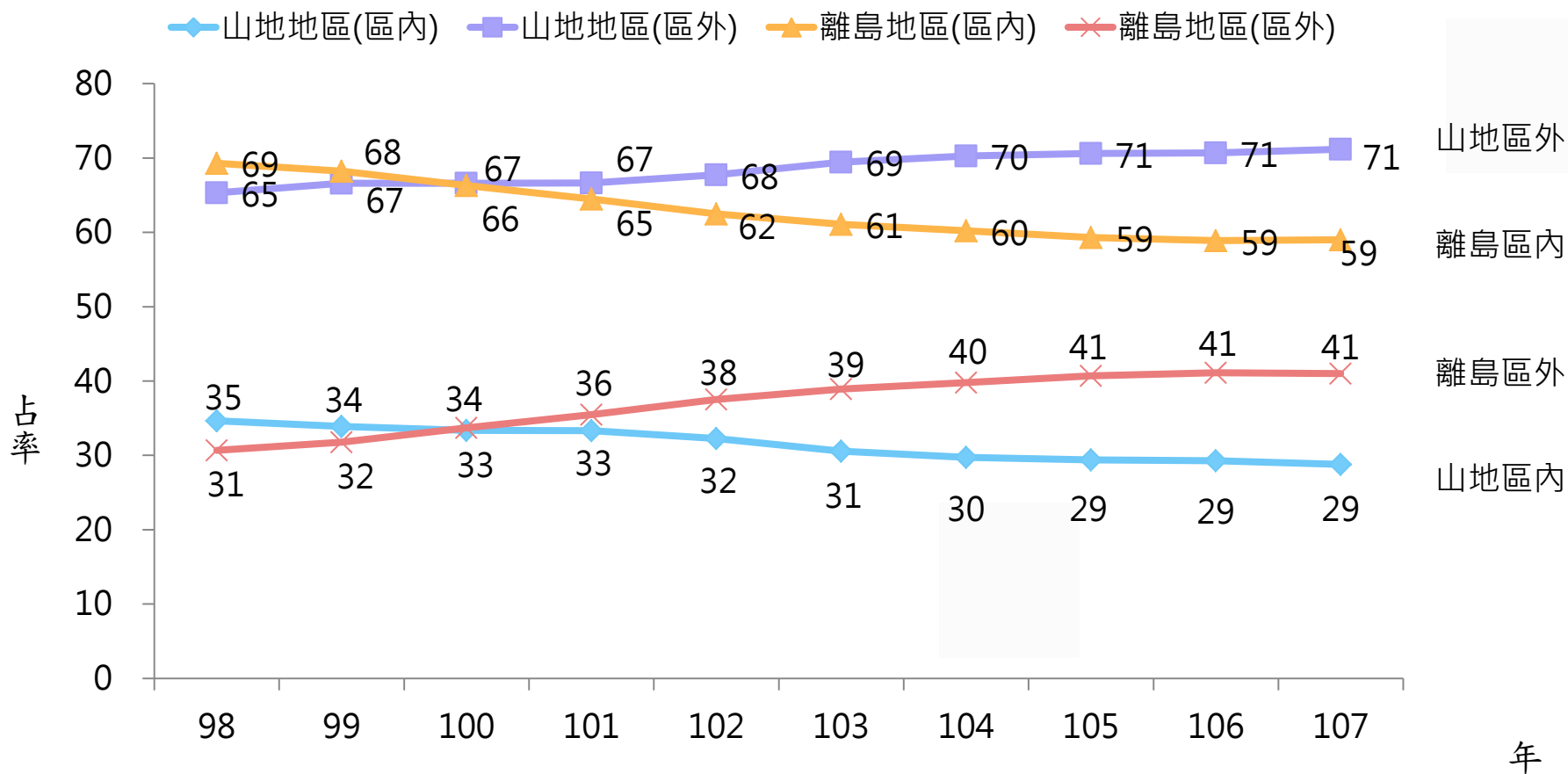
21
離島郷

50
山地離島



山地離島地區保險對象於該區內外就醫次數比較

- 山地地區之區外西醫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)

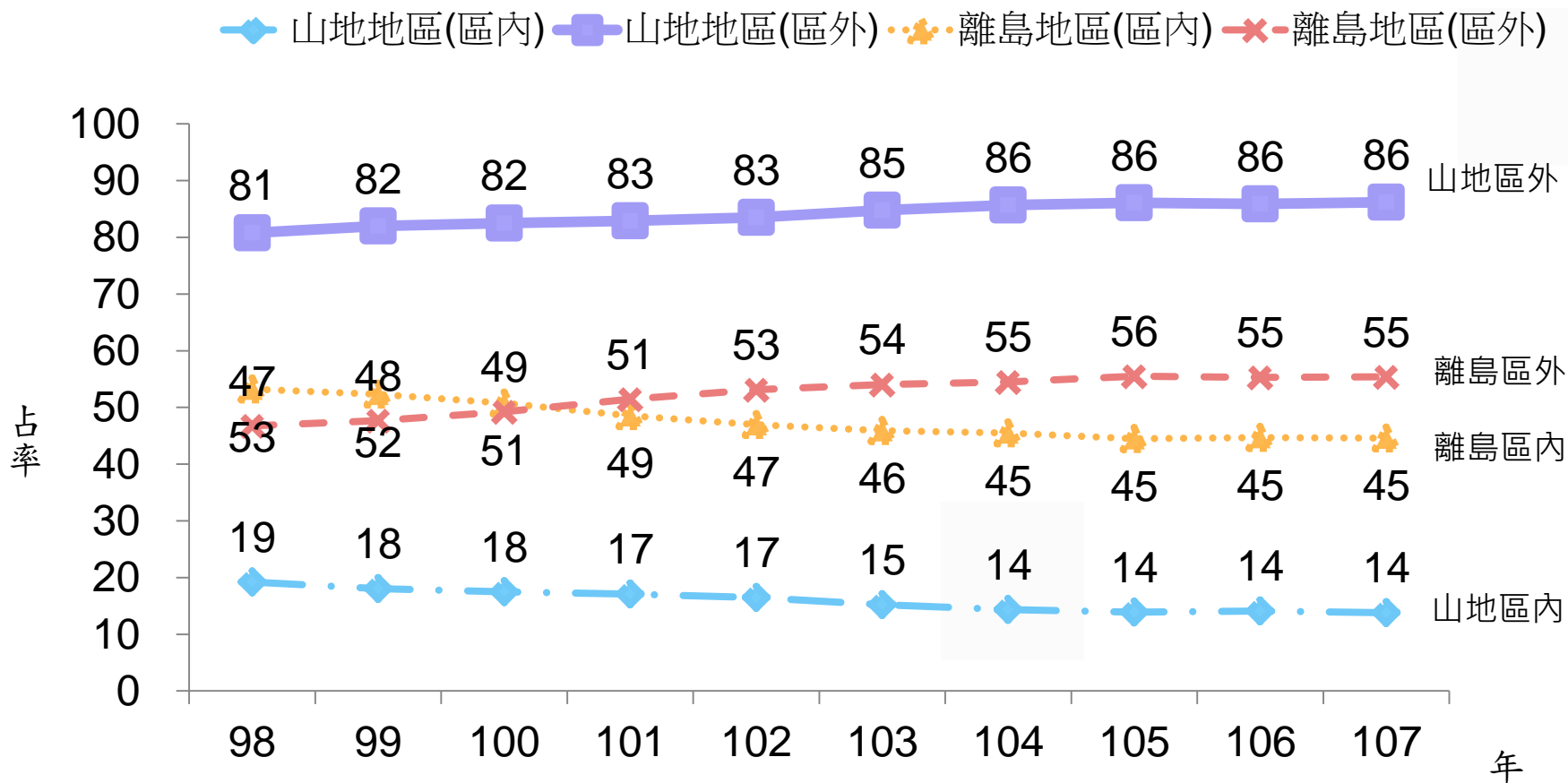


註：1.統計對象為戶籍於山地離島地區且在保之保險對象
2.門診就醫次數經年齡性別校正
3.地區外就醫指保險對象在非山地離島地區內就醫



山地離島地區保險對象於該區內外就醫費用比較

- 山地地區、離島地區之區外西醫門診醫療費用點數占率較高，分別為約8成6及約5成5

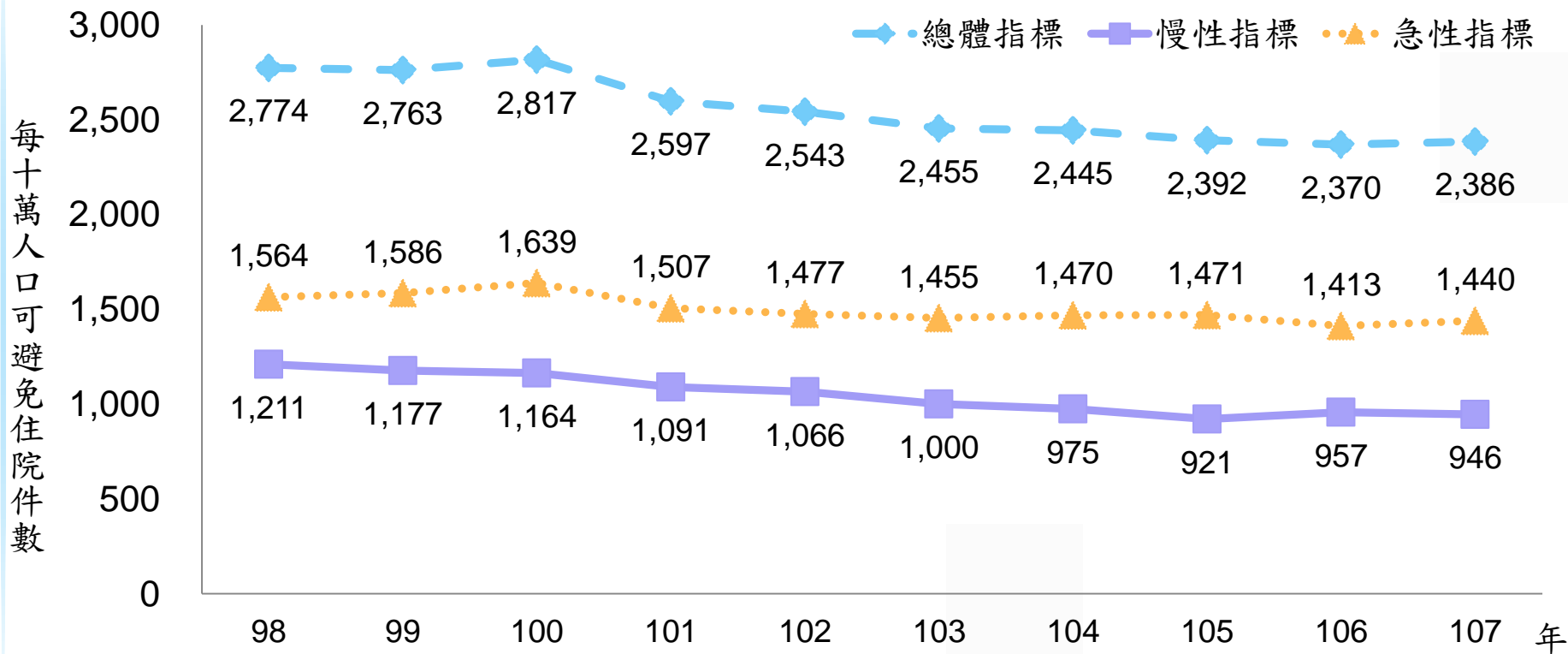


註：1.統計對象為戶籍於山地離島地區且在保之保險對象
2.門診就醫次數經年齡性別校正
3.地區外就醫指保險對象在非山地離島地區內就醫



98-107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趨勢



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。

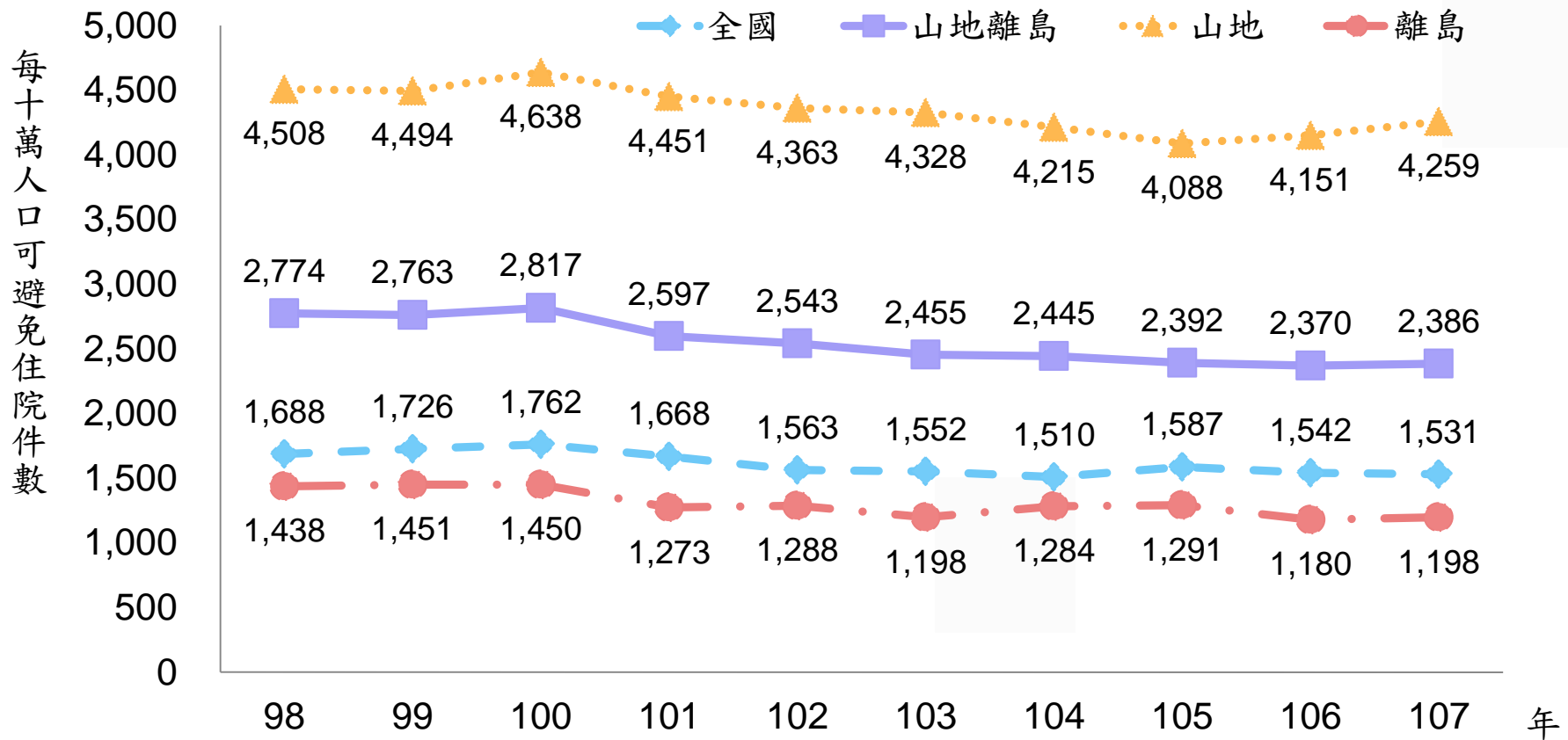
(2)慢性指標：係指短期糖尿病併發症、長期糖尿病併發症、控制不良糖尿病、糖尿病下肢截肢、COPD及成人氣喘、青年氣喘、高血壓、心臟衰竭、心絞痛等9項指標。

(3)總體指標：急性指標及慢性指標之住院件數總和。



98-107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





居家醫療整合照護計畫





居家醫療照護整合計畫

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。



居家醫療照護整合計畫

- 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

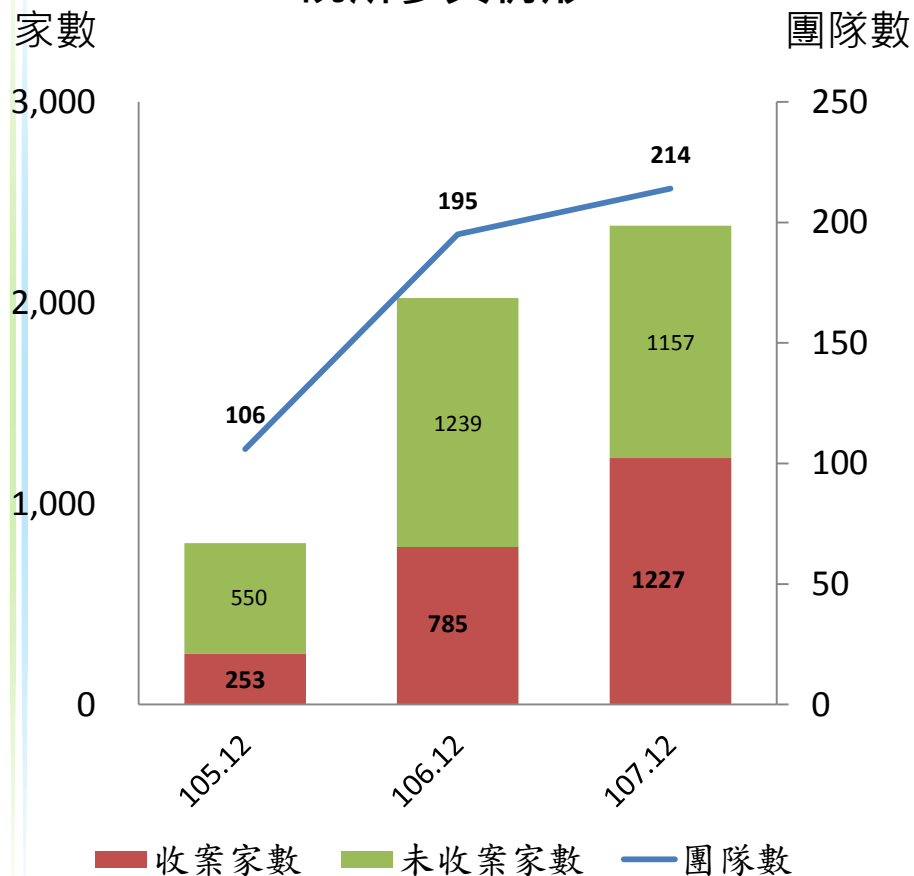
促進社區內團隊
合作：醫事人員
間、院所間

強化個案管理機制



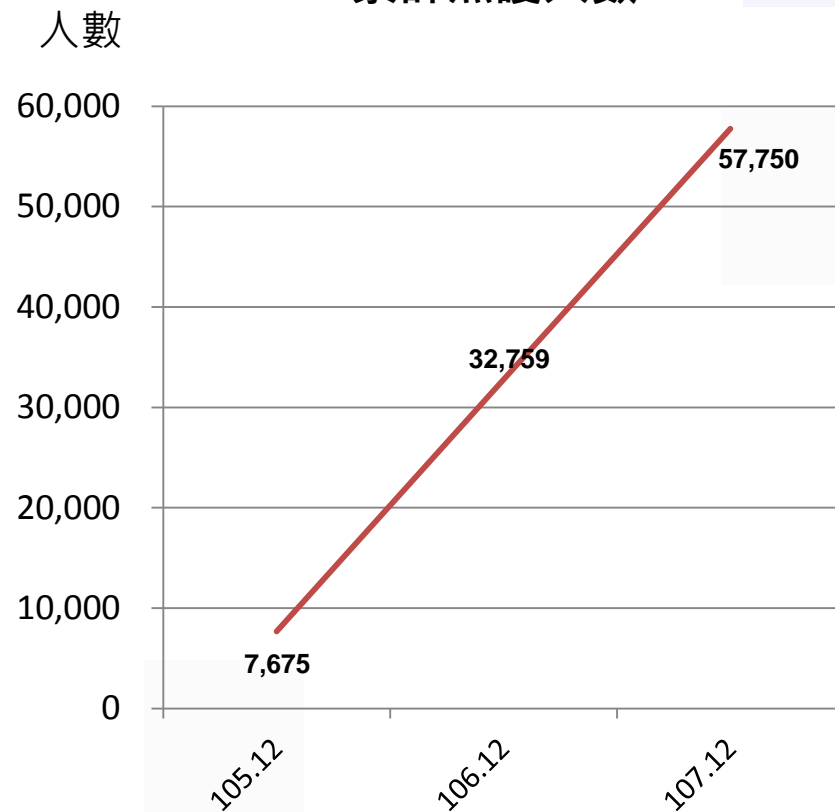
105年-107年服務提供情形

院所參與情形



107年12月收案院所：醫院137家(11.2%)、診所766家(62.4%)、居護所314家(26.4%)。

累計照護人數



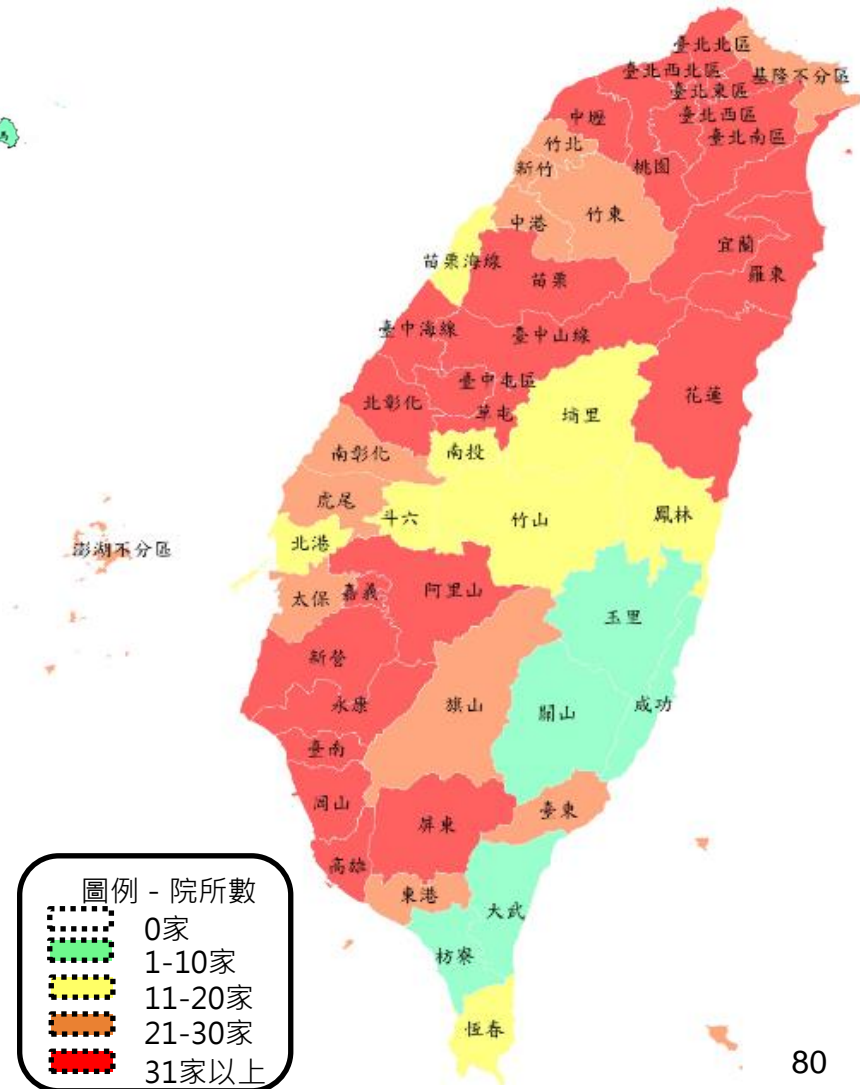
**資料來源：居家醫療整合照護計畫收案資料檔。

**照護對象：包含收案照護中、已結案之個案。



社區化居家醫療整合照護推廣情形

- 截至107年12月，計有214個團隊、2,384家院所參與，50個次醫療區域均有服務院所。逾9成為基層診所及居護所，可就近提供照護。
- 107年全年累計照護57,750人，較106年全年照護32,759人，成長1.76倍。
- 居家醫療與長照2.0之銜接方式：
 - 出院個案：透過出院準備服務評估，依個案需要分別轉介居家醫療團隊或照管中心。
 - 社區個案：醫療院所與照管中心建立聯繫合作機制，發掘社區中有需求的個案，可透過電子轉介平台互相轉介。

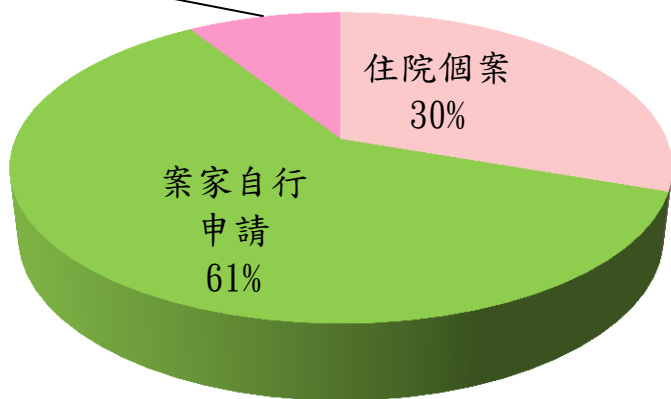




107年照護對象收案來源及特性

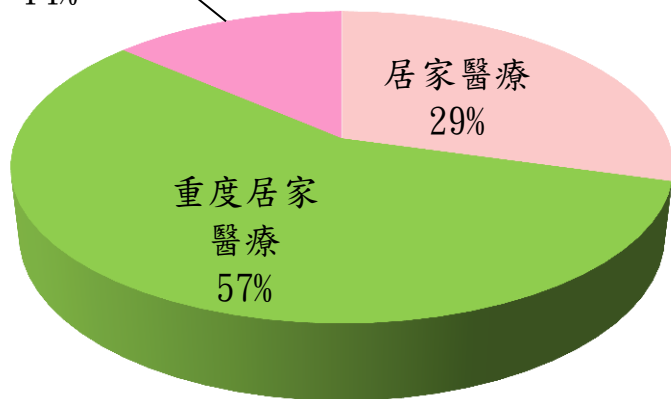
收案來源

長照管理
中心等轉
介
9%



照護階段

安寧療護
14%



- 外出就醫不便原因：
 - 失能(ADL<60) 93%
 - 疾病特性15%
 - 其他4%
- 85.6%為65歲以上長者。



居家醫療與長照2.0轉介平台

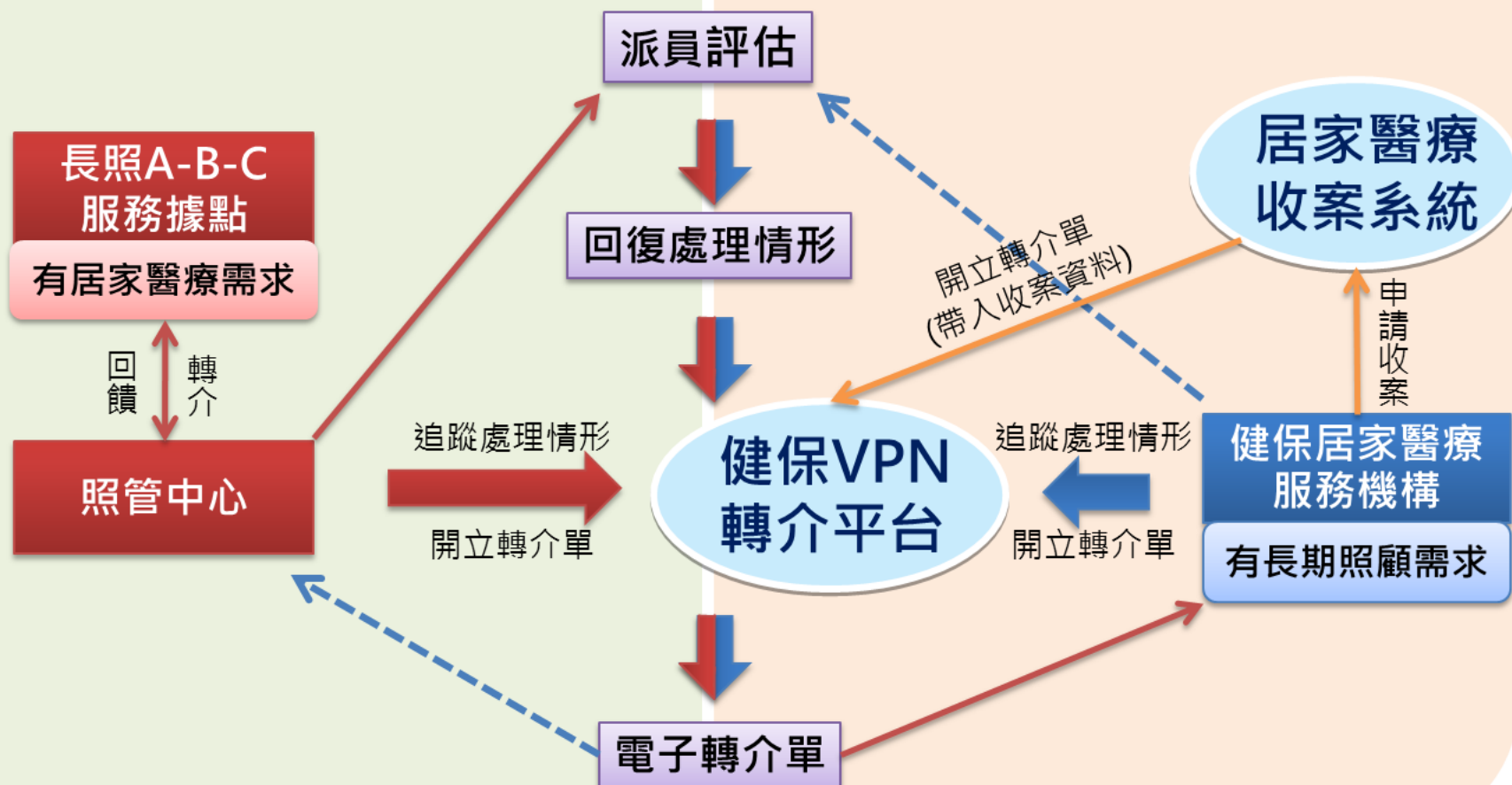
- 背景：為利長期照顧管理中心及健保特約醫事服務機構雙向轉介、交換與追蹤居家醫療及長期照顧個案，以提升收案登管效能，本署自106年10月建置「電子轉介平台」。
- 目標：逐步推廣至全國22個縣市長期照顧管理中心使用。
- 辦理情形：
 - － 106年10月至12月，由本署中區業務組與臺中市衛生局合作試辦。
 - － 截至108年5月底，已推廣至19個照管中心。【尚未使用：新竹縣、金門縣、連江縣】

居家醫療與長照2.0轉介平台

長照體系

失智民眾
失能民眾

醫療體系



備註：-> 醫療轉介長照流程；-> 長照轉介醫療流程；-> 連結居家



居家輕量藍牙方案

- 背景：醫事人員設備負擔沉重、因地點偏僻，網路連結耗時費工。
- 目標：
 - － 減輕醫護人員到病人住家提供醫療服務之設備重量。
 - － 居家醫療服務品質提升。
- 執行內容
 - － 以藍牙讀卡機取代健保卡專屬讀卡機、及以手機或平板電腦取代筆記型電腦，並安裝「居家輕量藍牙版app」。
 - － 可於病人住家取健保卡就醫序號、讀、寫與上傳健保卡之就醫資料、查詢健保醫療資訊雲端系統及產製電子處方箋等類似診間之作業。



居家輕量藍牙方案

- 初步成果：

「居家輕量藍牙版app」於107年底開發完成，108年1月至2月為宣導期，於108年3月正式上線，預期能達到：

- ✓ 「輕」：減輕醫護團隊居家訪視攜帶各式資訊設備之不便。
- ✓ 「快」：即時取得病人過去就醫資訊。
- ✓ 「簡」：APP操作介面直覺化簡單易用，讓訪視醫師有更多時間和心力照顧病人。



居家訪視設備輕量化試辦情境



2

訪視人員到達服務地點，開啟手機中讀卡app程式，開始提供服務。



院所訪視人員



接受服務者
(試辦個案)

3



完成服務，以手機讀卡app程式讀取感應式健保卡，留下過卡紀錄(加密儲存於手機端app私有資料區)。



參與試辦院所訪視人員自備行動智慧裝置 (android)

1

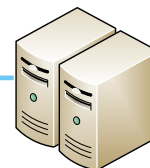
安裝本署開發讀取感應式健保卡app程式。



參與試辦院所訪視人員

4

回到院所或網路暢通地區，上傳過卡紀錄給本署，可作為確實提供服務佐證資料；可向本署查詢已上傳紀錄



紀錄查詢系統



健保署



居家醫療照護整合計畫— 108年計畫修正重點

- 強化**連結服務**

- 西醫主治醫師整體評估病人需求後連結服務
- 院外醫師配合出院準備服務到院評估居家醫療需求
- 居家醫療團隊間之照護資訊應流通傳遞

- 新增**夜間及例假日緊急訪視加成**

針對生命徵象不穩定、呼吸喘急持續未改善等8項適應症，醫師、護理人員及呼吸治療師之夜間及例假日緊急訪視，加成40%~70%。

- 新增居家**牙醫、中醫及藥師**醫療服務



居家醫療照護整合計畫— 108年計畫修正重點

- 增訂本計畫**管理措施**

- 收案前請病人簽署同意書，6個月內未完成用藥整合之病人(不含安寧療護階段)應予以結案
- 修訂收案條件使更明確
- 收案量遠高於同儕者加強審查
- 無意願提供服務院所之退場機制

- 增訂每位醫師每日訪視人次以8人為限，惟緊急訪視不納入計算。

- 增訂**品質獎勵措施**

照護對象收案滿6個月後，由居家醫療照護團隊提供完整照護者，調高個案管理費



未來推動重點

- 透過多元轉介途徑，使住院與社區患者可經居家醫療團隊評估收案，獲得居家醫療服務。
- 鼓勵基層醫師加入居家醫療團隊，提供病人完整照護服務，減少委請他人代領藥。
- 社區長照服務連結居家醫療。
- 期待減少急診率、住院率及住院天數，提升醫療效益。



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

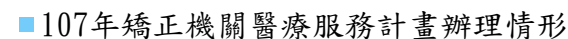
- 鼓勵特約醫療院所至矯正機關提供保險醫療服務，提升收容對象之醫療服務可近性及醫療品質。
- 兼顧矯正機關犯罪矯治管理之需求，落實轉診制度。
- 健全矯正機關醫療照護網絡。

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。



-

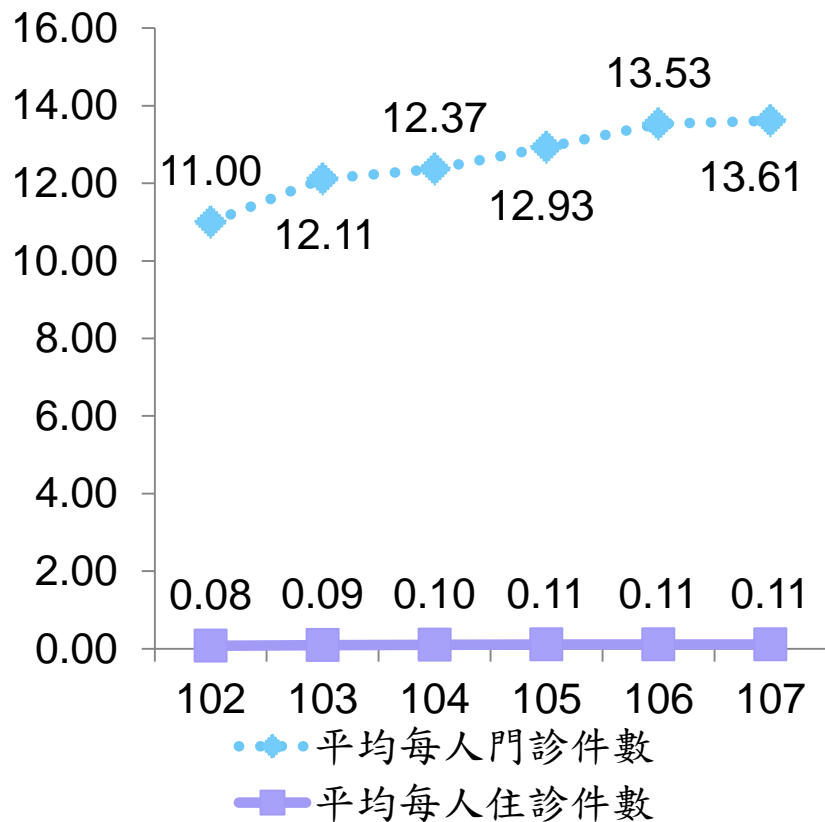




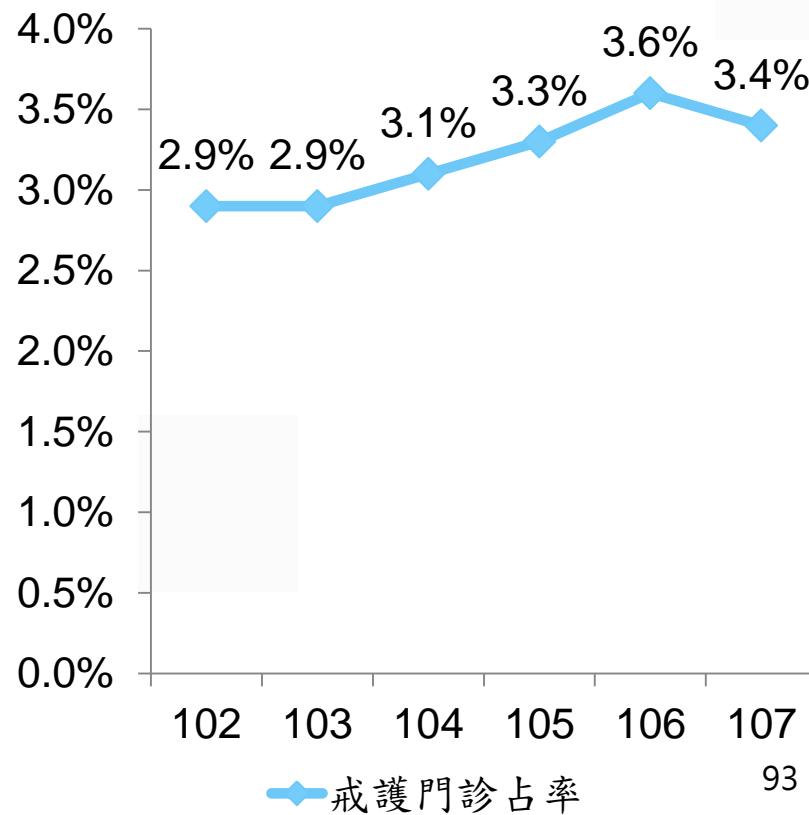
收容於矯正機關者就醫情形

- 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3.4%

平均每人就醫次數



戒護門診占率

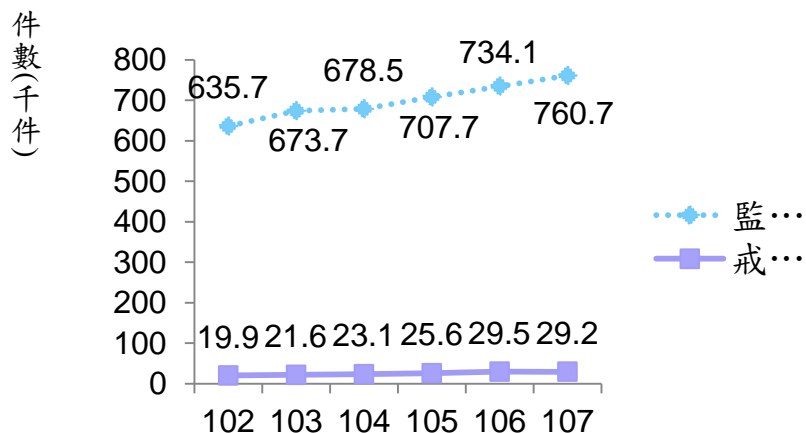




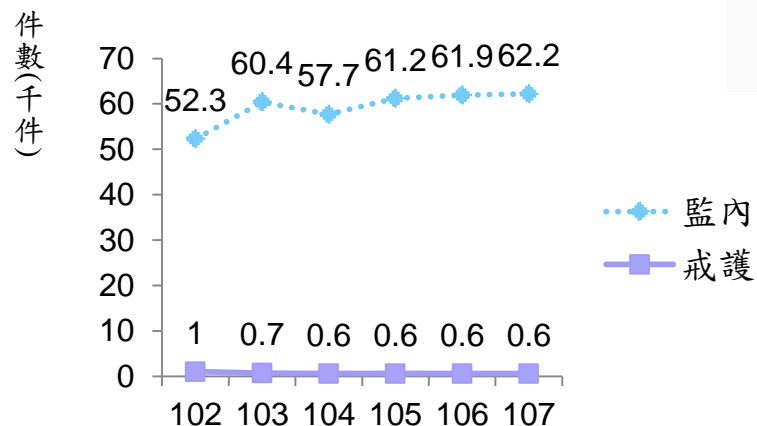
收容於矯正機關者就醫情形監所、戒護 就醫情形

- 矯正機關內門診就醫件數西醫、牙醫逐年微幅上升，中醫持平、透析略為下降，戒護外醫件數除西醫逐年成長外，其餘維持穩定

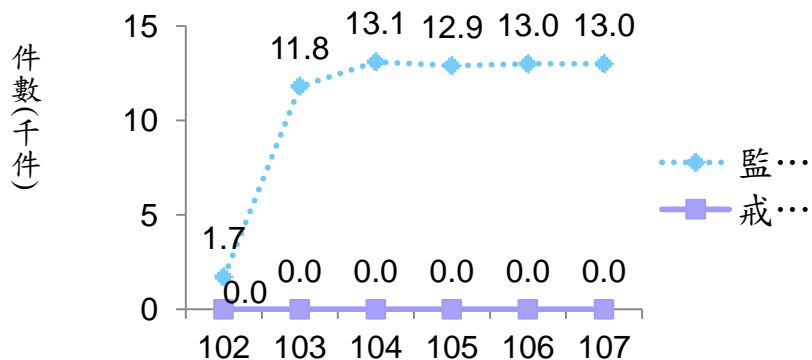
西醫



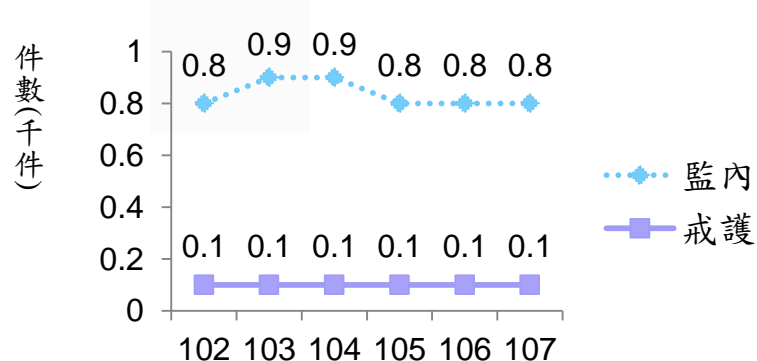
牙醫



中醫



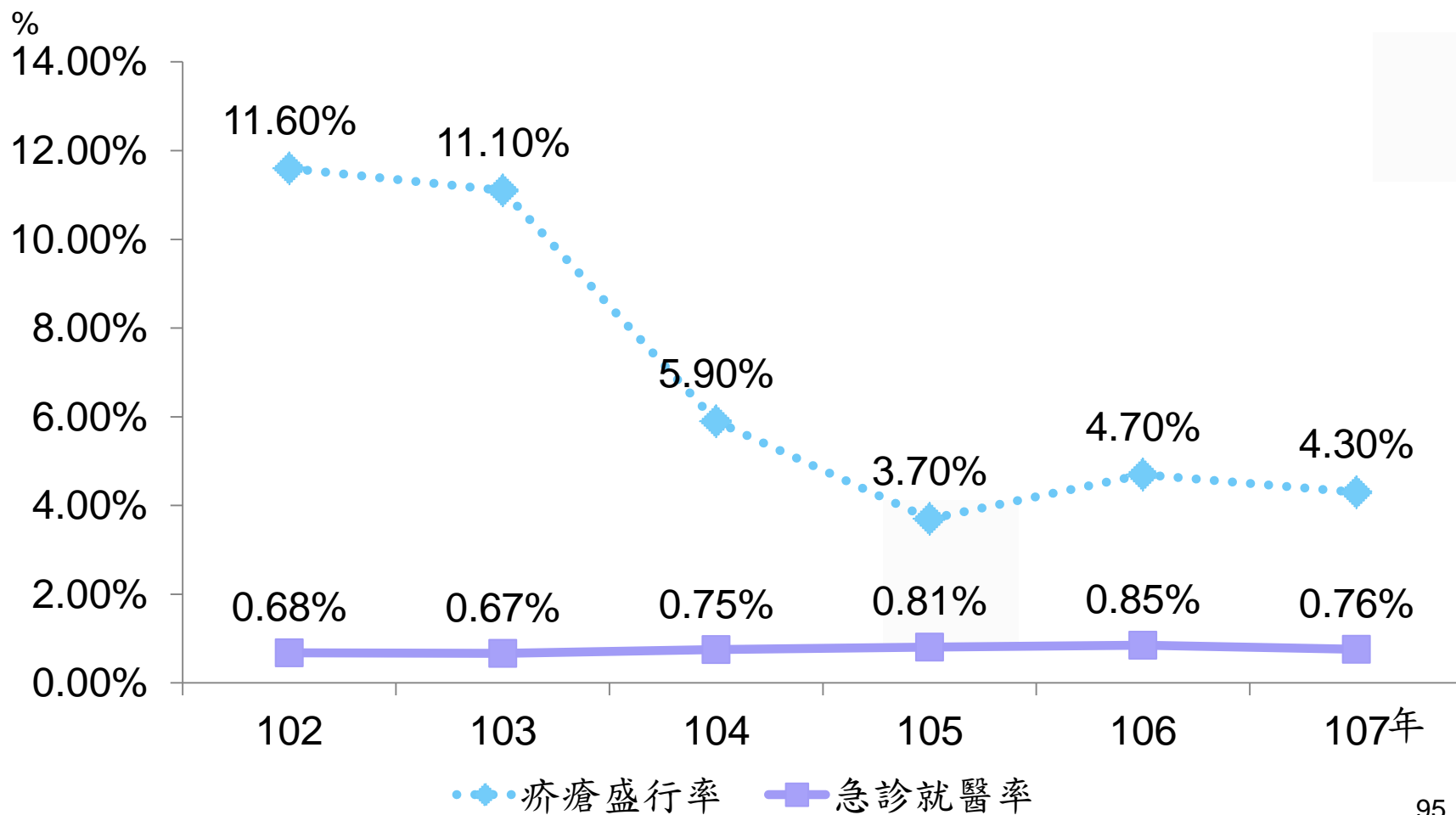
透析





收容於矯正機關者-急診就醫率、疥瘡盛行率

- 107年急診就醫率、疥瘡盛行率均微幅下降





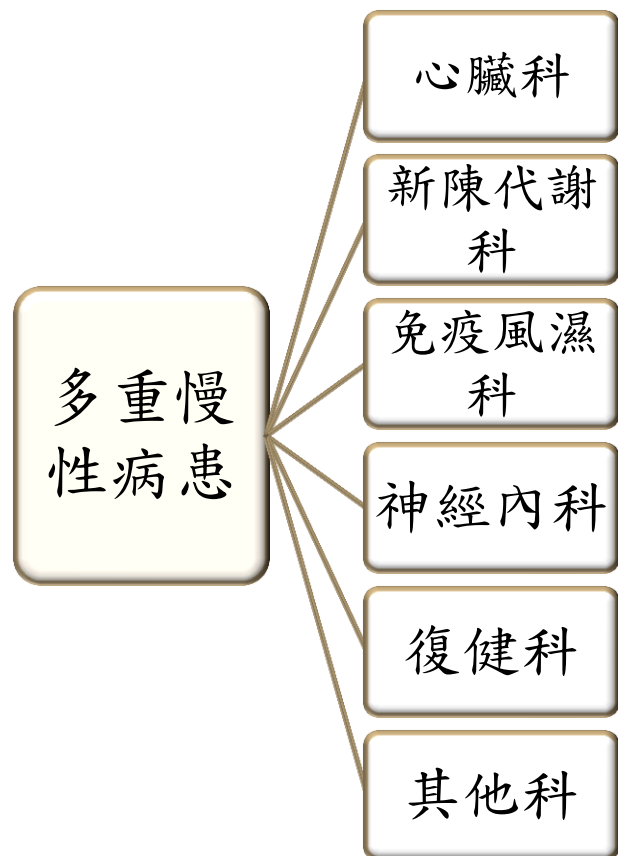
醫院以病人為中心 門診整合照護計畫



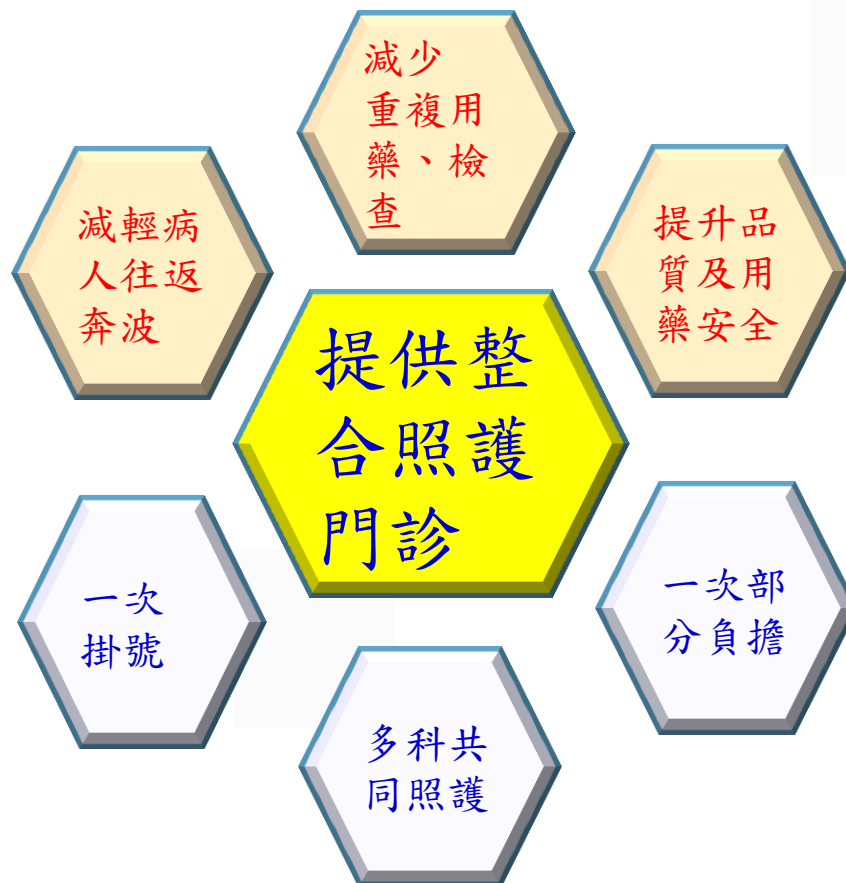


計畫概念

以醫師為中心



以病人為中心





歷年計畫推展情形

99年計畫 (98年12月-100年3月)

- ◎院內高就診忠誠病患為照護對象。
- ◎給付基本承作費。
- ◎成效指標(院內就醫費用、次數、用藥品項數、急診率)達標者，給付獎勵費。

100年計畫(100年4月-101年3月)

- ◎照護對象修訂為全國高就診之該院忠誠病人。
- ◎開放院所自行選定多重疾病有整合需求之個案。

101年計畫(101年4月-102年3月)

- ◎成效指標評量範圍擴大至院內+院外整體
- ◎指標取消急診率

102、103年計畫(102年4月-103年12月)

- ◎照護對象改為罹患2種(含)以上慢性病忠誠病人。
- ◎成效指標增加住院率、三高用藥重複率。
- ◎取消基本承作費，新增評核結果獎勵費用。
- ◎自行收案不納入成效評量獎勵。

104-106年計畫(104年1月~106年12月)

- ◎照護對象以高齡、三高多重慢性病及失智症患者為重點照護病人，另開放醫院自行收案多重慢性病患整合照護。
- ◎配合國健署高齡友善醫院認證政策，給予加成給付。
- ◎104年9月新增失智症家庭諮詢費及個案門診整合費，取消住院率成效指標及評核結果獎勵費。
- ◎105年重點照護對象新增重大傷病及罕病病患。

107年計畫(107年1月~108年3月)

- ◎配合分級醫療及大醫院門診減量，107年計畫以不增加醫院照護人數及家數為原則，本署不再新增照護名單，俾利醫院就現行個案作好實際整合及下轉。



107年計畫簡介

➤ 整合式照護對象

1. 失智症病患
2. 罹患高血糖、高血脂、高血壓至少2種以上之病患
3. 65歲以上罹患2種(含)以上慢性病，需2科(含)以上看診之病患
4. 重大傷病及罕見疾病病患



照護模式與費用支付

➡ 照護模式

- ▶ 高齡醫學或失智症整合門診
- ▶ 罕見疾病或重大傷病整合門診
- ▶ 三高疾病整合門診
- ▶ 主責照護整合門診
- ▶ 其他整合門診

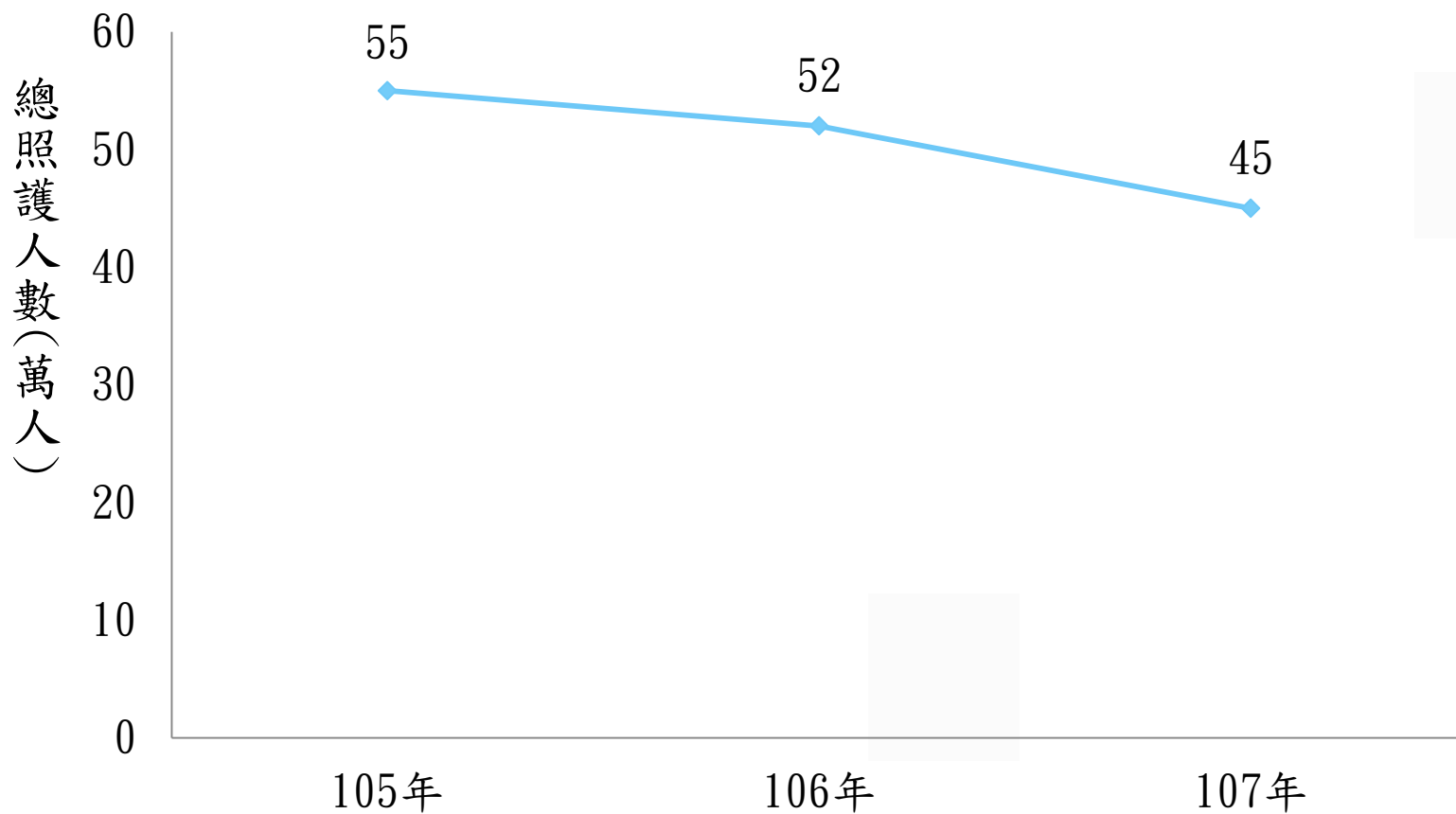
➡ 費用核付

- ▶ 個案門診整合費：每人次支給120點
- ▶ 整合成效獎勵費：依整合成效指標核發，每位照護對象全年最高支付1,000點
- ▶ 104年起新增失智症門診照護家庭諮詢費用：依諮詢時間給付300-500點



105-107年照護人數

- 總照護對象約50萬人



註：照護人數包括：重點照護對象與醫院自行收案個案。



跨院整合成效

➤ 107年各項指標於參與計畫醫院整體照護情形

指標項目	成長率(%)		
	105年	106年	107年
平均每人每月門診次數	-4.66%	-4.22%	-2.85%
平均每人每月門診醫療點數	0.30%	0.16%	0.87%
平均每人每月藥品項數	2.33%	2.72%	2.84%
降血脂藥物用藥日數重複率	4.29%	-38.72%	-0.49%
降血壓藥物用藥日數重複率	6.32%	-24.93%	8.70%
降血糖藥物用藥日數重複率	-0.54%	-34.33%	5.87%

■有關本年度指標成長率為正值之說明：

1. 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。
2. 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，105年每人平均藥品項數為7.643項、106年每人平均藥品項數為7.436項、107年每人平均藥品項數為7.579項。

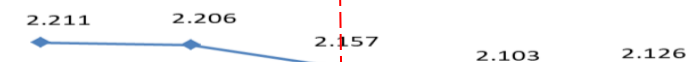


整體整合成效

➤ 107年各項指標於各季整體照護情形

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

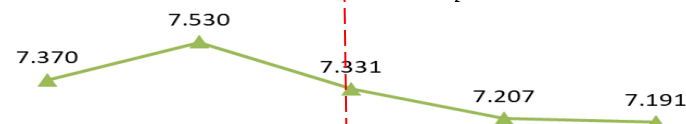
平均每人每月
門診次數



平均每人每月
門診點數



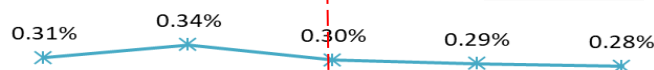
平均每人每月
用藥品項數



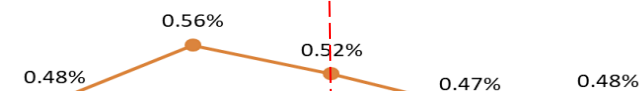
血壓



血脂



血糖



三高用藥日數
重複率

➤ 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。



108年新計畫之研議與實施

公告實施

- 108年修訂案已於108年3月14日公告實施，其中緩衝期至108年7月1日。
- 原計畫施行期間至本(108)年3月底止。

緩衝期

• 最低開診診次

• 承作醫師6小時教育訓練



108年7月1日生效



執行方式

無法開設整合門診者，仍可協助整合藥物。

同一日多科

最後就診醫師

*整合藥物及處置

僅收一次部分負擔

不得申報門診整合診察費

開設整合照護門診模式者

整合門診

穩定
慢性病人

上傳VPN

開診診次

(平日看診日)

- ✓ 醫學中心:2診
- ✓ 區域醫院:1診
- ✓ 地區醫院:不限診次

給付
整合診察費(初
診、複診)



提升急性後期照護計畫





急性後期照護推動歷程

建立**腦中風病人**急性後期照護模式，發展跨院垂直整合轉銜機制

導入健保支付標準，減少長期照護病人或與之無縫接軌。

逐步擴及所有急性期後失能之病人。

103年腦中風試辦

1. 專家會議選擇共病多、人數多**腦中風**病人先行試辦。
2. 提供住院模式，採依復健強度與時間「論日支付」，並訂定支付期限。

104年新增燒燙傷

八仙塵暴為契機，新增**日間照護**模式，提供社區化之燒燙傷急性後期整合照護及復健服務。

106年擴大辦理

新增**創傷性神經損傷、脆弱性骨折、衰弱高齡及心臟衰竭病患**等4類疾病，照護方式新增**居家**照護模式。



急性後期照護推動目標及策略

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。
- 銜接長照2.0
- 強化出院準備服務



計畫理念-促進院所合作

急性期



急性醫療照護

- 出院準備。
- 個案功能評估
- 本計畫照護個案管理及衛教說明。
- 轉銜及跨院轉診。
- 續訪視、個案討論。

急性後期照護



承作醫院

- 個人化之治療計畫。
- 定期團隊評估。
- 跨專業團隊整合照護服務。
- 短期高強度復健。

結案後轉銜

- 回歸門診或居家自行復健。
- 後續居家照護及追蹤、技術指導。
- 長照、社福資源轉介。
- 家醫師、居家醫療照護。
- 照護機構。

返家



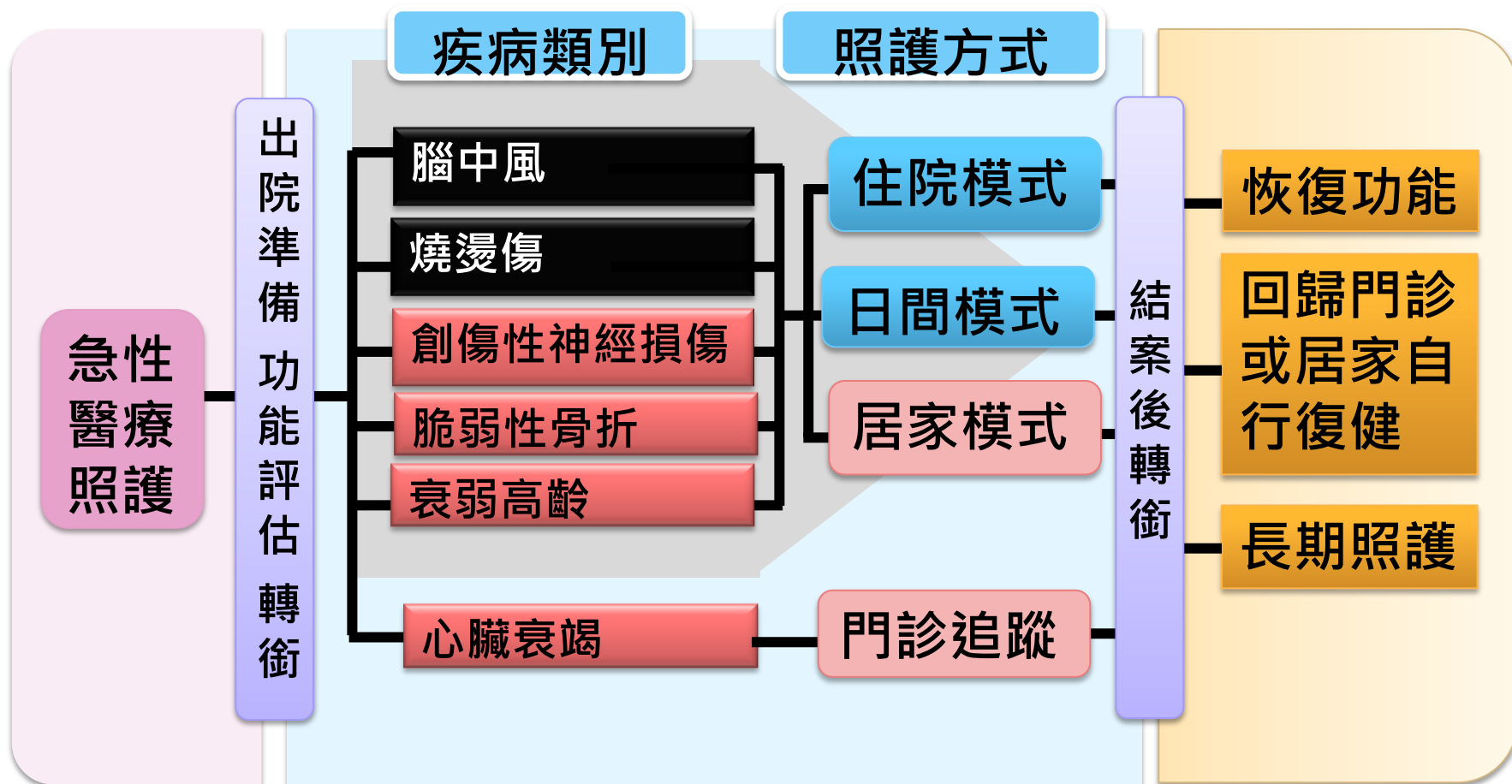


擴大辦理急性後期照護模式及內容

急性期

急性後期(post acute care)

後續照護



由急性後期照護團隊，依病人評估結果安排適當照護模式(除心臟衰竭外可轉換模式)，各類模式合計天數不超過計畫所訂上限天數。



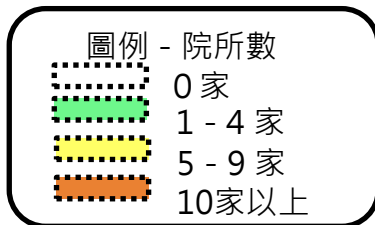
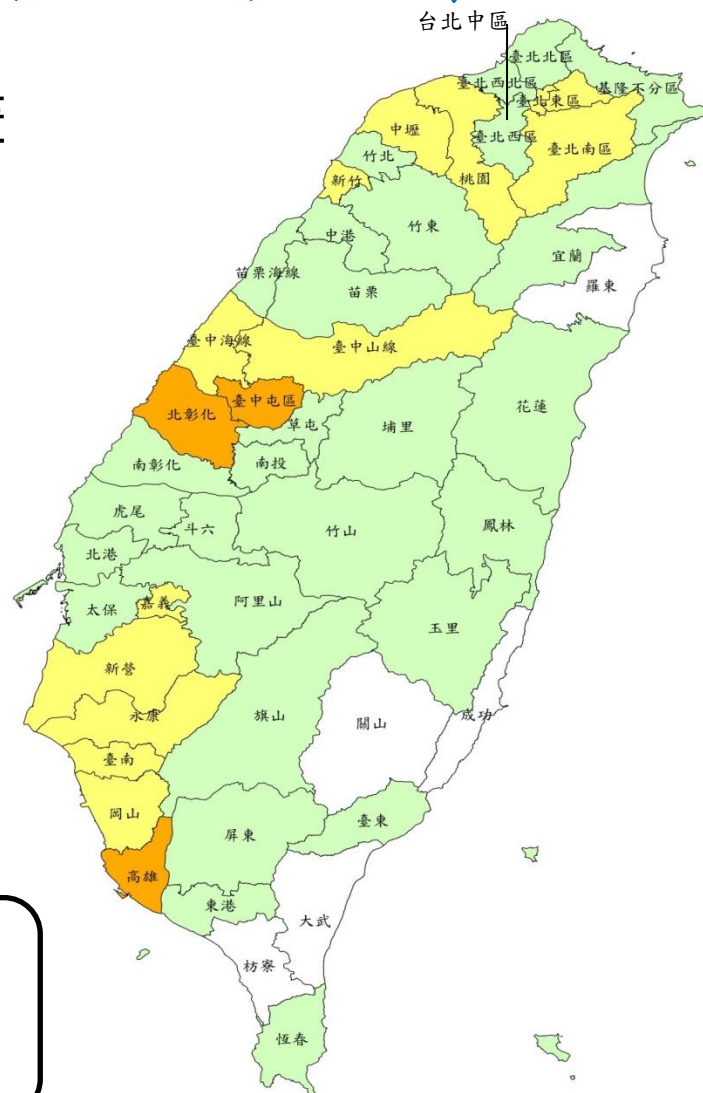
急性後期照護院所(整體)分布

107年共38團、204家醫院參與計畫
(所有照護疾病)



醫院 類型	腦中 風	燒燙 傷	脆弱性 骨折	創傷性 神經損傷	衰弱 高齡	心臟 衰竭	合計
上游 (轉出)	154	39	127	101	107	28	164
承作	174	29	135	105	108	22	195
總計	197	44	159	129	133	29	204

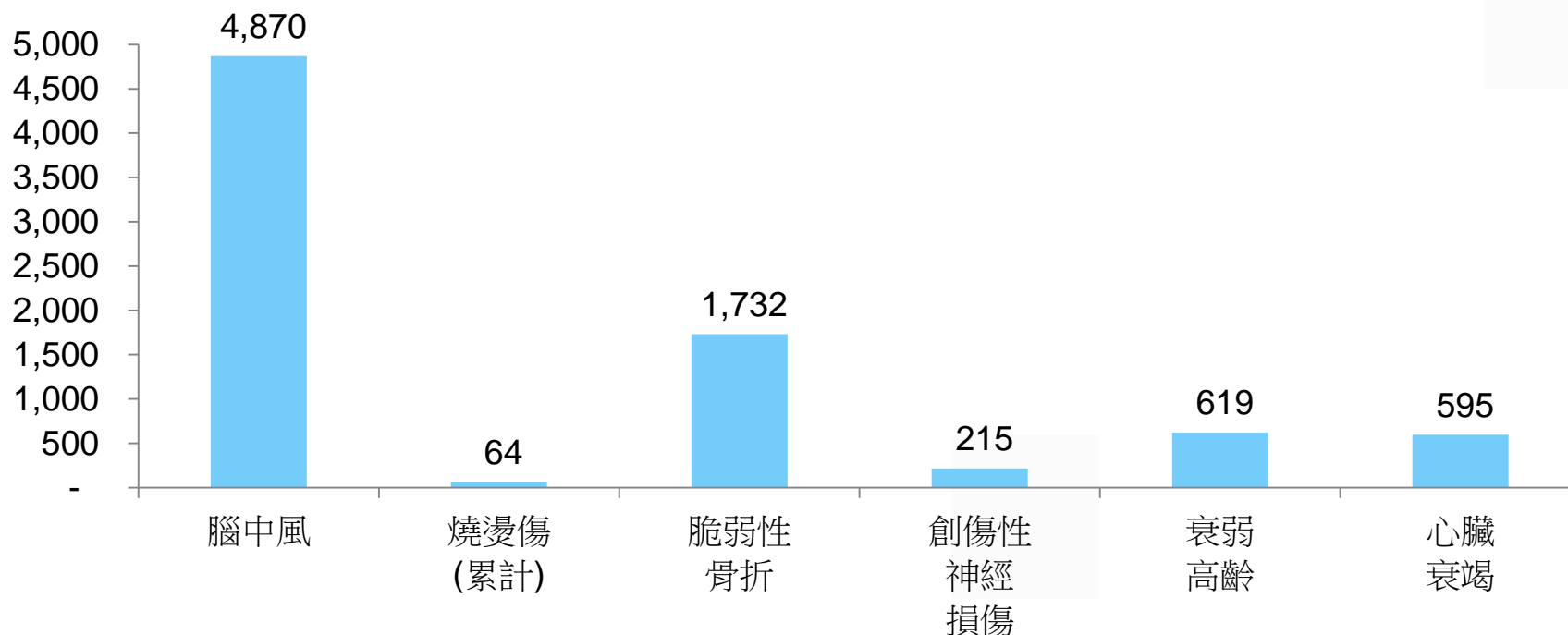
除屏東枋寮.宜蘭羅東.台東之關
山.成功.大武，45個醫療區有承
作醫院





照護人數

107年腦中風收案共4,870人、脆弱性骨折1,732人、創傷性神經損215人、衰弱高齡619人及心臟衰竭595人。



註：

1.資料來源:中央健保署VPN-QP1急性後期整合照護計畫收案及結案資料(統計至107年12月31日收案資料、擷取日期(108.05.21))。

2.收案及結案人次依據收案日期歸戶(若跨年度結案，依收案日期歸年)。

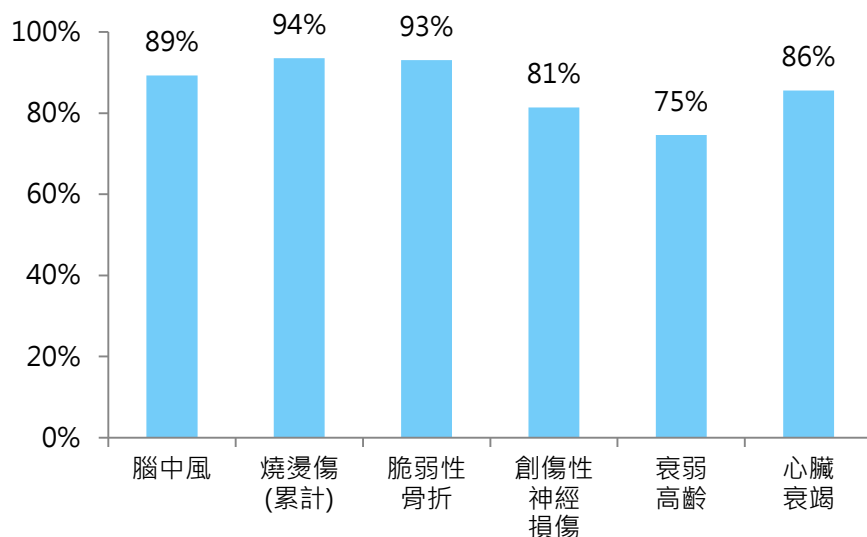


結案病人成效及後續回歸門診或居家復健情形

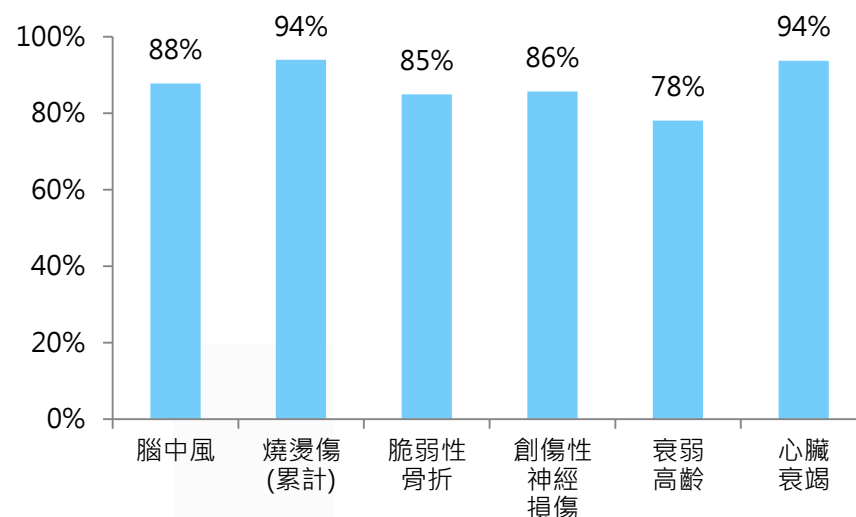
整體功能進步占率：腦中風89%、燒燙傷94%、脆弱性骨折93%、創傷性神經損傷81%及衰弱高齡75%、心臟衰竭86%。

回歸門診或居家自行復健占率：腦中風88%、燒燙傷94%、脆弱性骨折85%、創傷性神經損傷86%及衰弱高齡78%、心臟衰竭94%。

整體成效結果進步占率



結案後回歸門診或居家自行復健占率



註1.資料來源:中央健保署VPN-QP1急性後期整合照護計畫收案及結案資料擷取日期(108.5.21)，依據收案日期歸戶(若跨年度結案，依收案日期歸年)。

2.本資料係院所登錄個案整體成效快速進步、穩定進步者占率。進步情形共分為退步、無差異、穩定進步、快速進步。

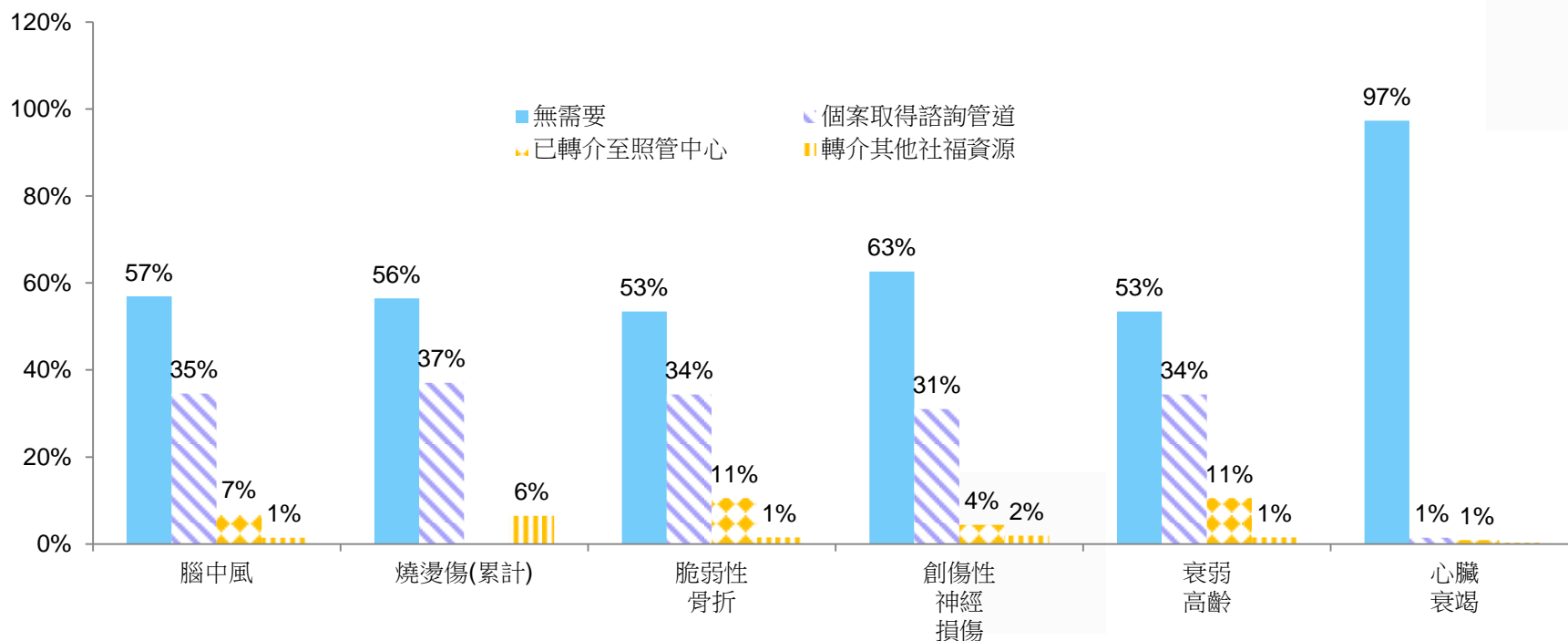
3.本以各類照護疾病之結案病人結果統計，未包含中途退出計畫未正常結案(如：死亡、病情轉變無法接受照護或自行中斷等)。

4.本資料係包含回歸門診或居家自行復健占率，餘個案流向包含安置於療護機構、病情轉變接受其他治療，未納入計算。



結案病人社福資源轉介

結案個案占率，無轉介需要個案：腦中風57%、脆弱性骨折53%、創傷性神經損傷63%、衰弱高齡53%、心臟衰竭97%。已取得管道占率：腦中風35%、脆弱性骨折37%、創傷性神經損傷34%、衰弱高齡31%。已轉介至照管中心占率：腦中風7%、脆弱性骨折11%、創傷性神經損傷4%、衰弱高齡11%。轉介其他社福資源占率：腦中風1%、燒燙傷(累計)6%、脆弱性骨折1%、創傷性神經損傷2%、衰弱高齡1%、心臟衰竭1%。



- 註：
- 1.資料來源:中央健保署VPN-QP1急性後期整合照護計畫收案及結案資料(統計至108年3月31日收案資料、擷取日期(108.05.22)。
 - 2.收案及結案人次依據收案日期歸戶(若跨年度結案，依收案日期歸年)。
 - 3.部分個案中途退出計畫未正常結案(如：死亡、病情轉變無法接受照護或自行中斷等)，未納入計算。



擴大急性後期照護預期效益

對病人在較短時間內改善失能狀態、恢復身心日常生活功能，減少急診率、再住院率、死亡率。

對社會減少整體之醫療耗用、減少長期照護耗用、增加照顧家屬的經濟生產力。

預期效益

對家屬減少直接照顧壓力、減少因照顧所帶來之經濟損失及家庭支出、提升家庭成員生活品質。

對健康照護體系組織跨院際整合團隊，協助急重症後期康復階段病人，就近回歸社區接受服務，有助分級醫療。



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。

- 經費來源：

- ✓ 全民健康保險醫療給付費用總額其他預算之「推動促進醫療體系整合計畫」項下「跨層級醫院合作計畫」，全年預算1億元。

- 醫療支援之補助：

- ✓ 每診次3,500點(由跨層級醫院團隊自行協調如何分配)，單一地區醫院每月份接受支援診日上限為40診次。



跨層級合作計畫院所-團隊合作情形

- 107年共56家地區醫院參與計畫，建立醫療品質提升及雙向轉診機制

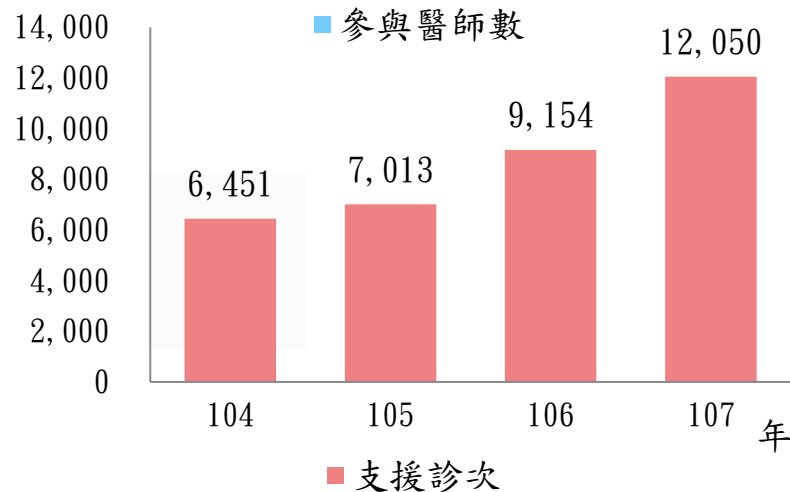
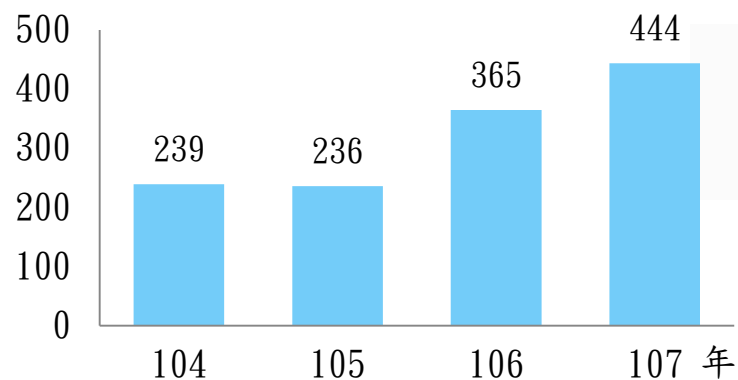
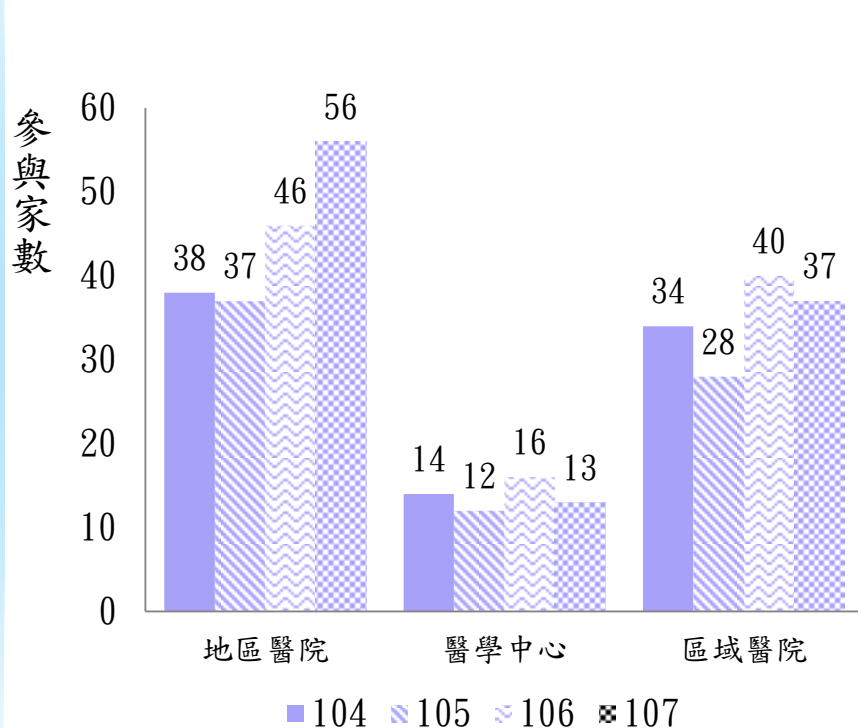
分區別	參與院所數 (主責醫院)	鼓勵團隊合作建立醫療品質提升及雙向轉診機制指標					
		對病患就醫 程序安排	醫師及醫事 人員專業訓練	醫療資訊交 換(電子病歷、 醫療影像交換)	醫療 設備 共享	辦理或參 與提升照 護品質活 動	建立雙 向轉診 作業機 制
台北	9	9	9	9	9	9	9
北區	13	13	11	11	10	11	13
中區	11	11	11	10	11	11	11
南區	11	11	10	5	8	10	11
高屏	11	11	11	11	11	11	11
東區	1	1	1	1	1	1	1
總計	56	56	53	47	50	53	56

註:107年參與本計畫醫院家數共56家，新泰醫院於107年5月退出計畫、基隆市立醫院於107年8月退出計畫、博正醫院於107年7月撤銷、謝外科醫院於107年12月起參與本計畫。



跨層級醫院合作計畫-院所參與情形

107年共56個團隊參與本計畫，共50家醫學中心及區域醫院、444名醫師，到56家地區醫院，提供12,050支援診次服務。



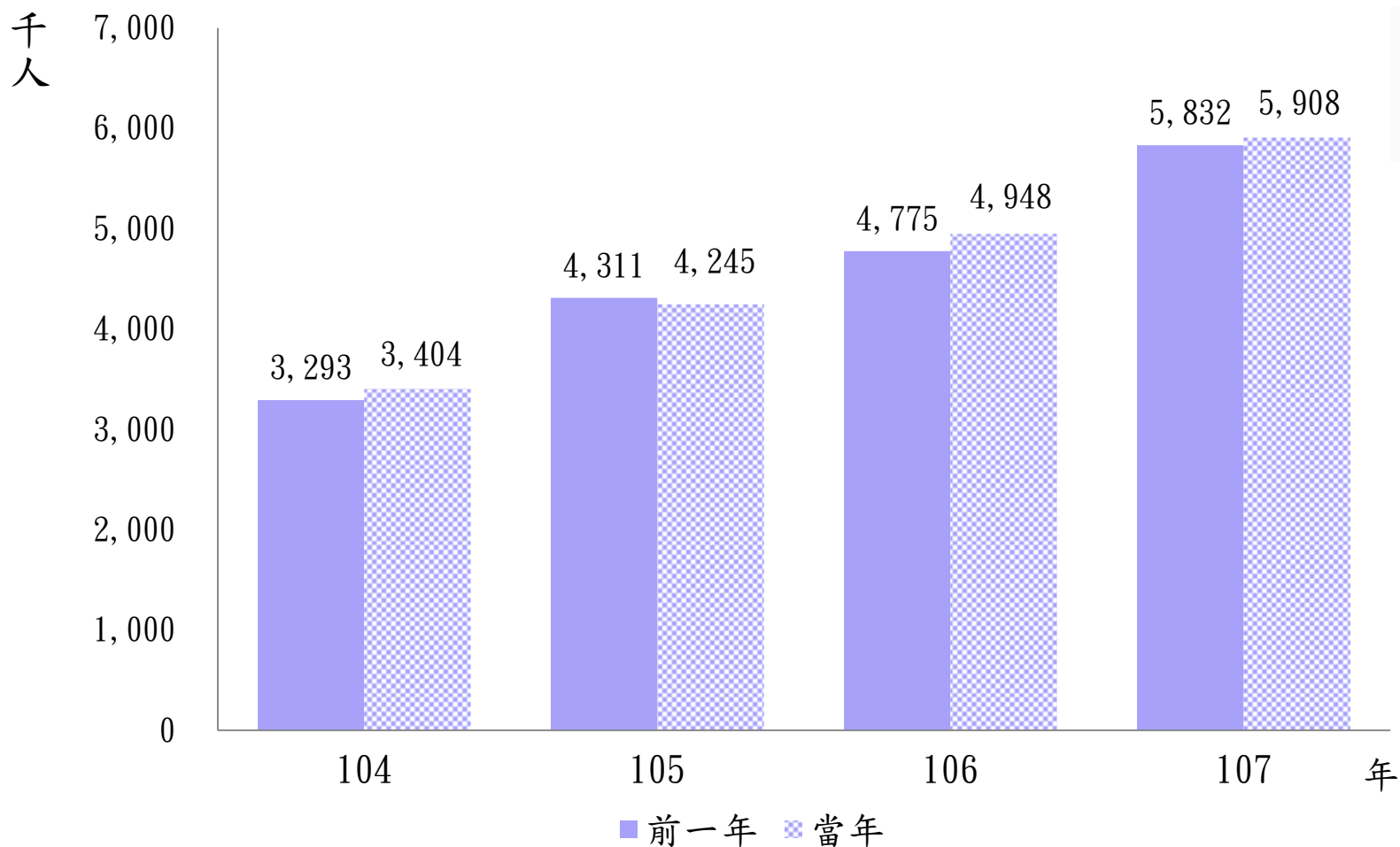
註：107年共56家地區醫院參與本計畫，新泰醫院於107年5月退出計畫、基隆市立醫院於107年8月退出計畫、120博正醫院於107年7月撤銷、謝外科醫院於107年12月起參與本計畫。上述醫院執行情形統計至退出計畫月份。



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

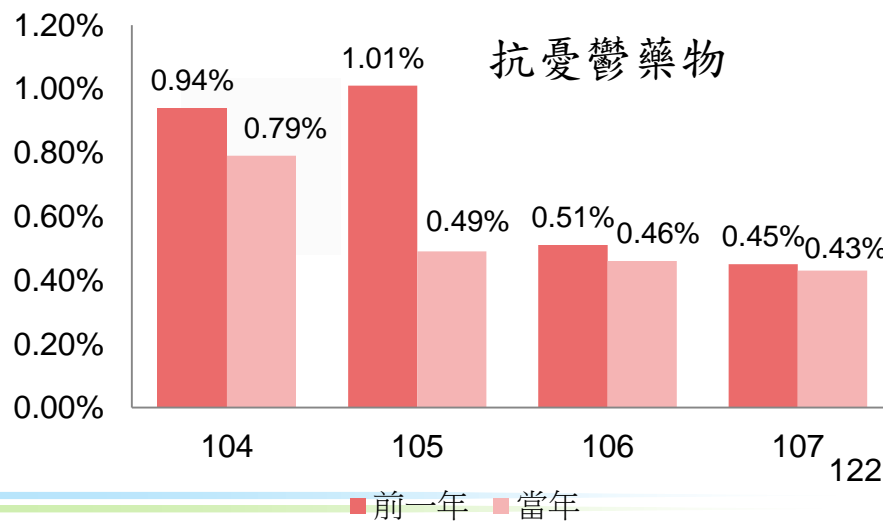
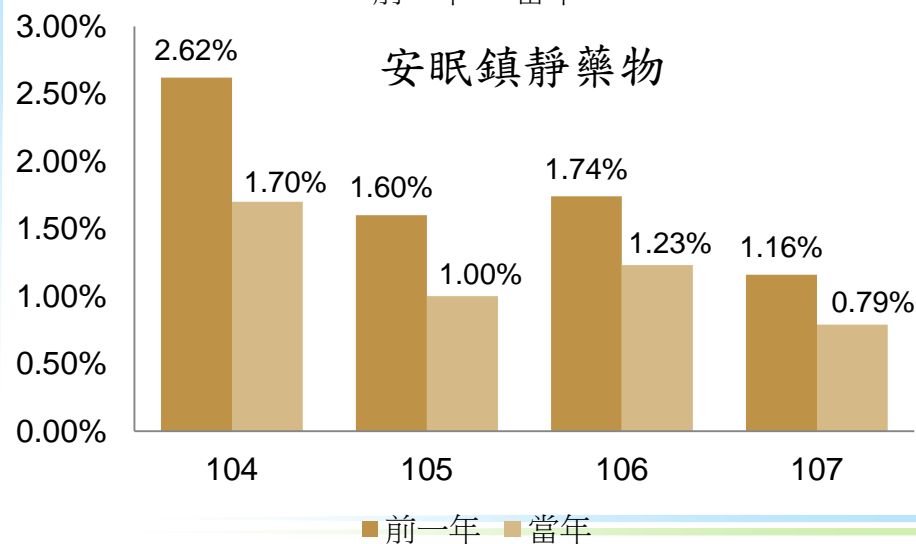
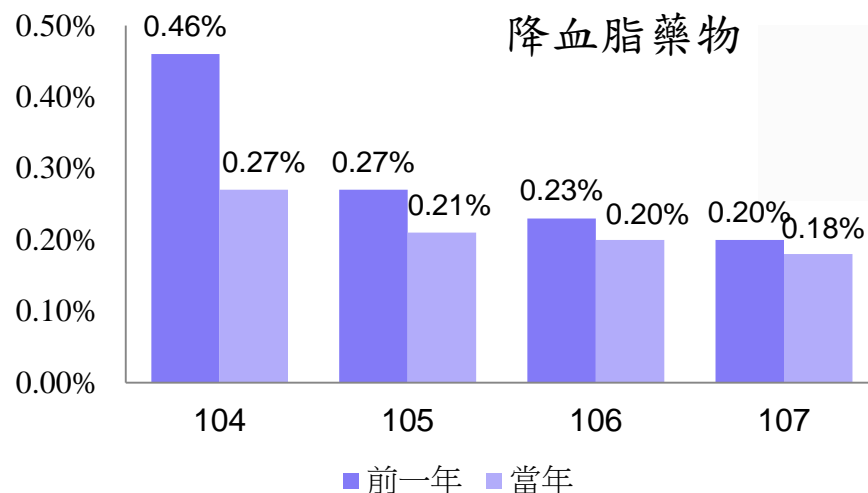
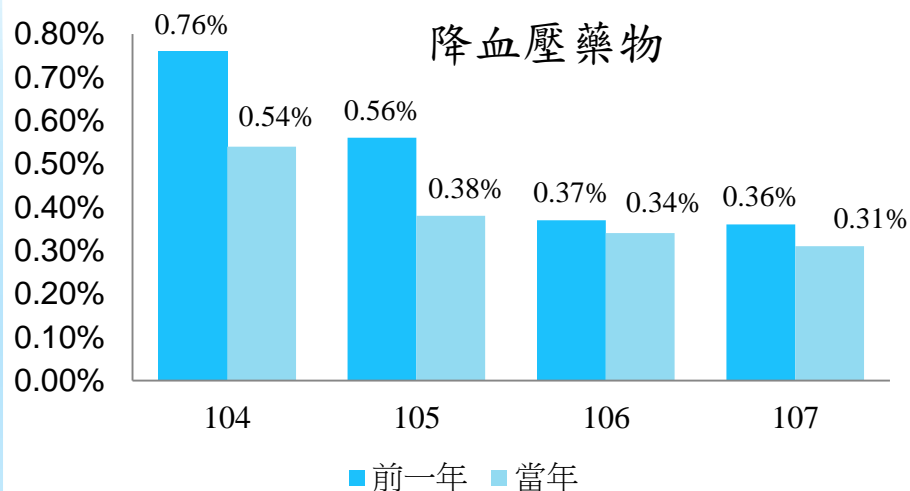
107年被支援醫院門診人次較去年同期高





跨層級醫院合作計畫-院所用藥重複情形

- 107年參與醫院之降血壓、降血脂、安眠鎮定及抗憂鬱藥物，用藥重複率均較去年同期降低。






即時查詢病患就醫資訊





即時查詢病患就醫資訊方案

方案或計畫摘要	預期產出或影響
<p>目的</p> <p>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">固接網路月租費：<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【醫院共7項指標、診所及交付機構共5項指標】。行動網路月租費：核實支付。資料上傳獎勵金：檢驗（查）結果、醫療檢查影像、出院病歷摘要、人工關節植入物資料、醫事人員溝通平台之轉診資訊交換系統登錄轉診資料、居家訪視健保卡登錄暨上傳資料、特定醫令申報執行起迄時間資料。	<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)檢驗（查）結果醫療檢查影像等上傳資料量增加</p> 

增訂「醫療檢查影像」即時上傳獎勵

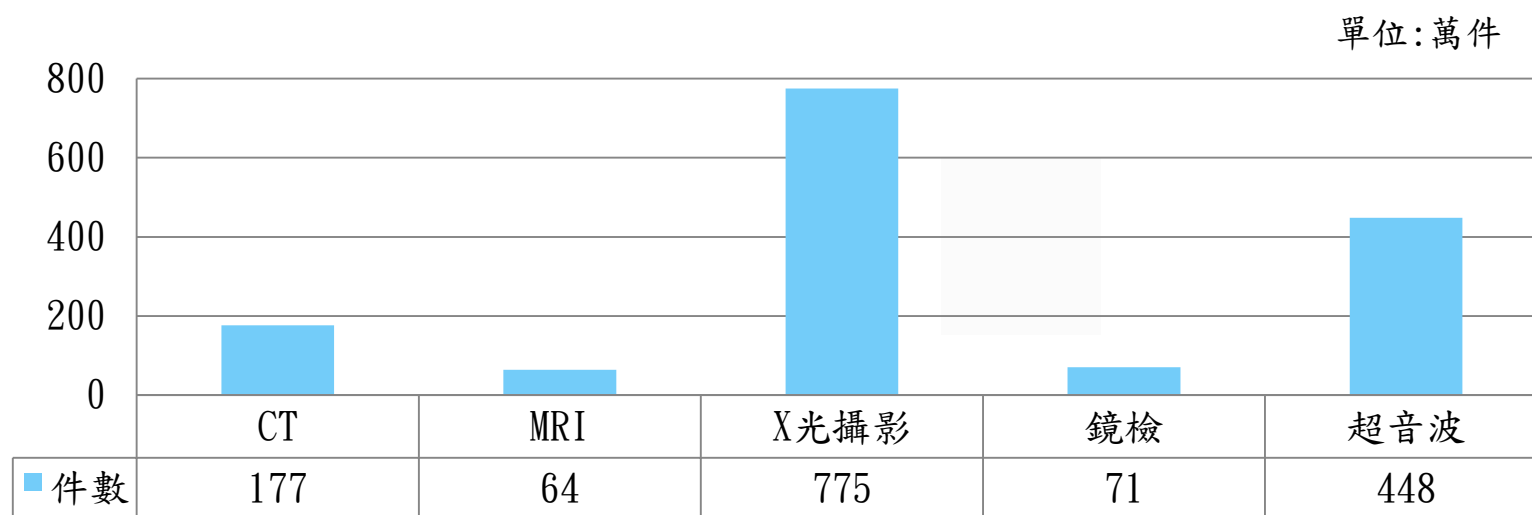
107年1月1日起，鼓勵各醫院將「醫療檢查影像」即時上傳，透過資訊共享機制，提高醫療品質，促進健保醫療資源合理使用。

獎勵項目

金額

醫療檢查影像(36項)

- CT、MRI:每筆10元。
- 超音波、鏡檢、X光攝影:每筆2元。

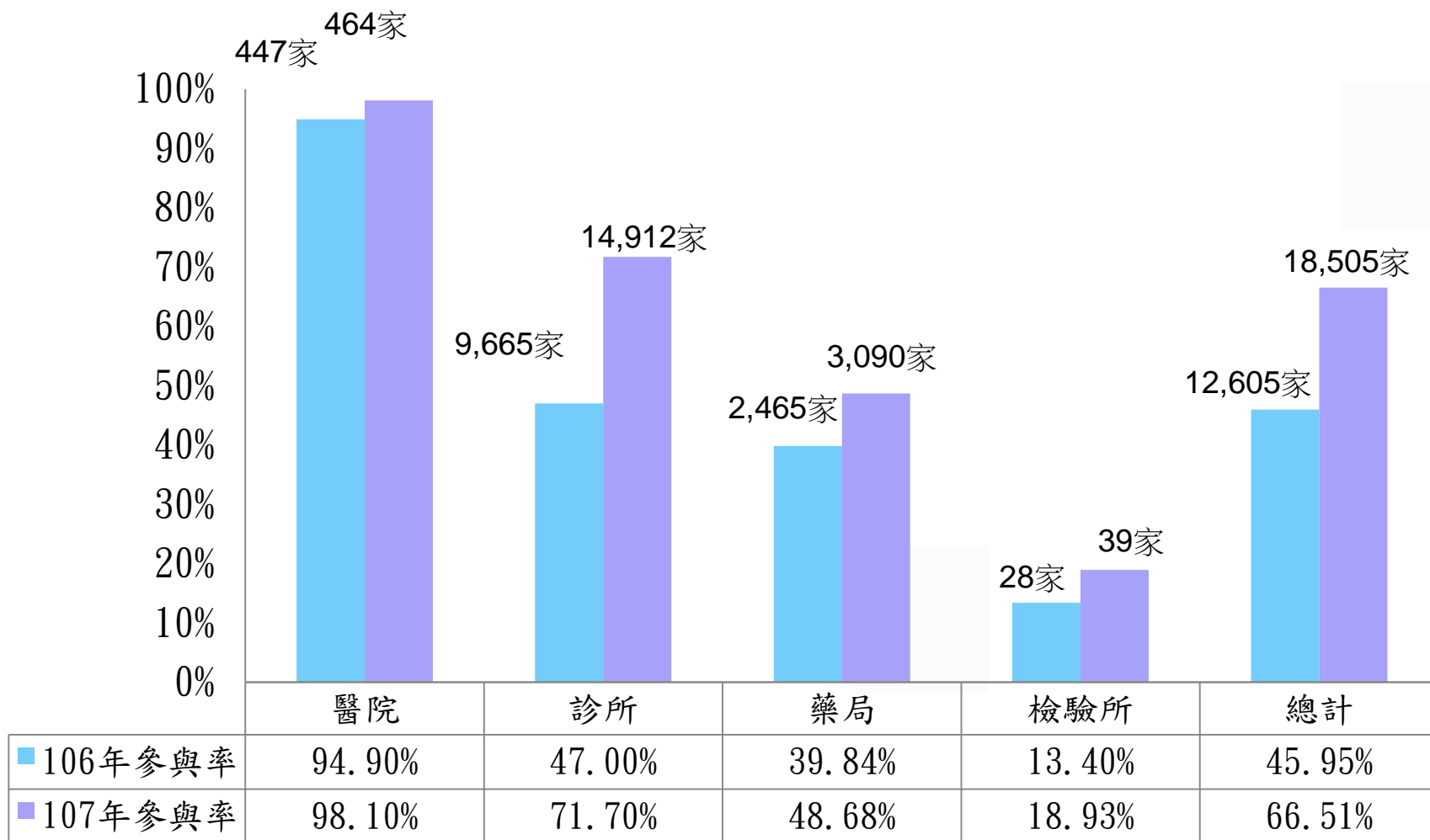


資料區間:106.12.22~107.12.31



即時查詢病患就醫資訊方案-參與率

- 107年參與家數約1萬8千家，較106年參與家數增加約6千家

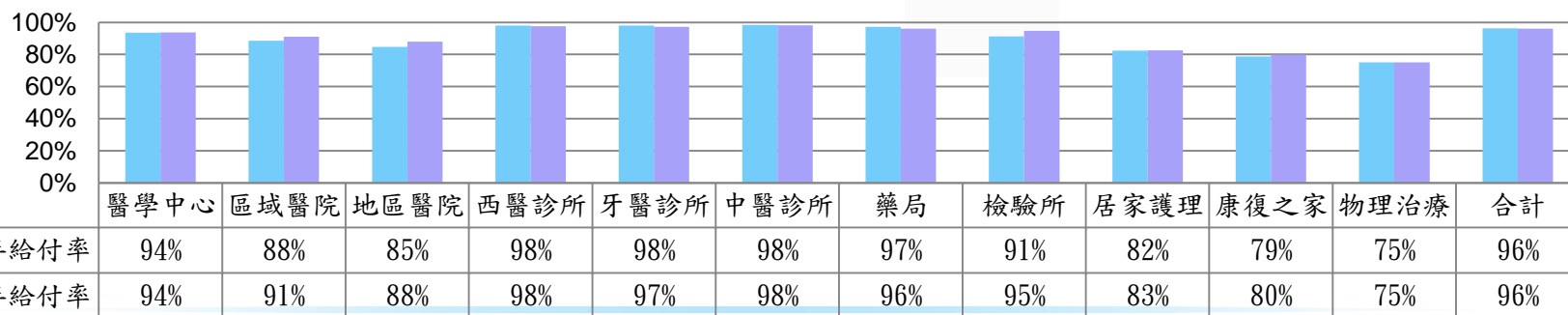


即時查詢病患就醫資訊方案-固接網路月租費給付率

- 107年依指標達成率及支付權重計算後，給付率約96%，與106年相同

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	10,574	5,287	4,637	9,924	94%
區域醫院	83	36,366	18,183	14,953	33,136	91%
地區醫院	344	53,635	26,817	20,410	47,228	88%
西醫診所	6,162	227,307	113,654	108,220	221,873	98%
牙醫診所	4,103	145,246	72,623	68,499	141,122	97%
中醫診所	2,579	74,886	37,443	36,115	73,558	98%
藥局	2,778	79,479	39,740	36,639	76,378	96%
檢驗所	31	726	363	324	687	95%
放射機構	1	14	7	4	11	75%
居家護理	36	709	355	231	586	83%
康復之家	28	691	345	207	552	80%
物理治療所	3	77	38	19	58	75%
合計	16,169	629,710	314,855	290,258	605,113	96%





即時查詢病患就醫資訊方案上傳獎勵金

- 107年各項獎勵上傳資料量皆較106年提升，107年增加影像上傳約1500萬筆

單位：千元

特約類別	上傳檢驗檢查結果		出院病摘	人工關節植入物	轉診資料登錄	居家訪視健保卡登錄	特定醫令申報起迄時間	醫療影像	合計
	基本獎勵	即時上傳額外獎勵							
醫學中心	167,521	45,252	5,434	85	1,212	78	1,693	20,211	241,485
區域醫院	187,997	49,888	6,850	95	1,108	312	1,365	22,025	269,640
地區醫院	83,354	22,928	2,165	55	692	249	508	7,493	117,444
基層診所	5,050	1,033	0	0	1,420	141	220	3	7,868
藥局	0	0	0	0	0	10	0	0	10
檢驗所	3,948	1,240	0	0	0	0	0	0	5,188
居家護理	2	0	0	0	0	913	0	0	916
合計	447,872	120,340	14,449	235	4,431	1,704	3,787	49,733	642,551

單位：千件、千筆、千次





慢性腎臟病照護





減緩腎臟病人病程進度相關措施

為提早在腎臟病早期介入相關預防措施，提升早期慢性腎臟病患對自我疾病認知並做改善，進而減緩與避免其疾病病程進入末期腎病變，降低台灣尿毒症之發生率與盛行率。

- **初期慢性腎臟病醫療給付改善方案 (Early_CKD)**
 - 照護CKD第1-3a期之個案，重新恢復腎功能。
 - 107年共有925家院所參與，參與醫師數3,893人，該年度收案數為38.7萬人，收案率約30.0%
- **末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫 (Pre-ESRD)**
 - 照護CKD第3b-5期之個案
 - 107年有240家院所參與，新收案數為2.7萬人，透析新增病患中有接受Pre-ESRD照護之比例約65.6%，逐年增加。



確保透析醫療服務品質

- **慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫**
 - 針對血液透析及腹膜透析訂有指標，包括血清白蛋白、尿素氮移除率(URR)、血紅素(Hb)、B型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率、C型肝炎抗體(anti-HCV)轉陽率、55歲以下透析病患移植登錄率等，針對指標優良之院所予以獎勵。
 - 全年4,500萬元，107年核發獎勵之院所數有502家，核發比率為75%。
- **定期公開醫療品質資訊**
 - 各指標之監測結果定期每季公開於健保署全球資訊網醫療品質資訊公開專區。



Early-CKD醫療服務利用情形

- 107年院所數925家，照護人數約39萬人，申報費用共1.26億點

年度	院所數	醫師數	照護人數	申報費用 (百萬)
103年	782	2,943	239,217	74.8
104年	828	3,289	278,037	86.6
105年	867	3,558	308,431	97.2
106年	901	3,853	352,650	113.2
107年	925	3,893	386,663	125.6

註：1. 資料來源：本署二代倉儲醫令及明細檔。(資料擷取時間:108年2月15日)

2. 院所、醫師、照護人數：申報醫令碼前三碼為P43之歸戶數。

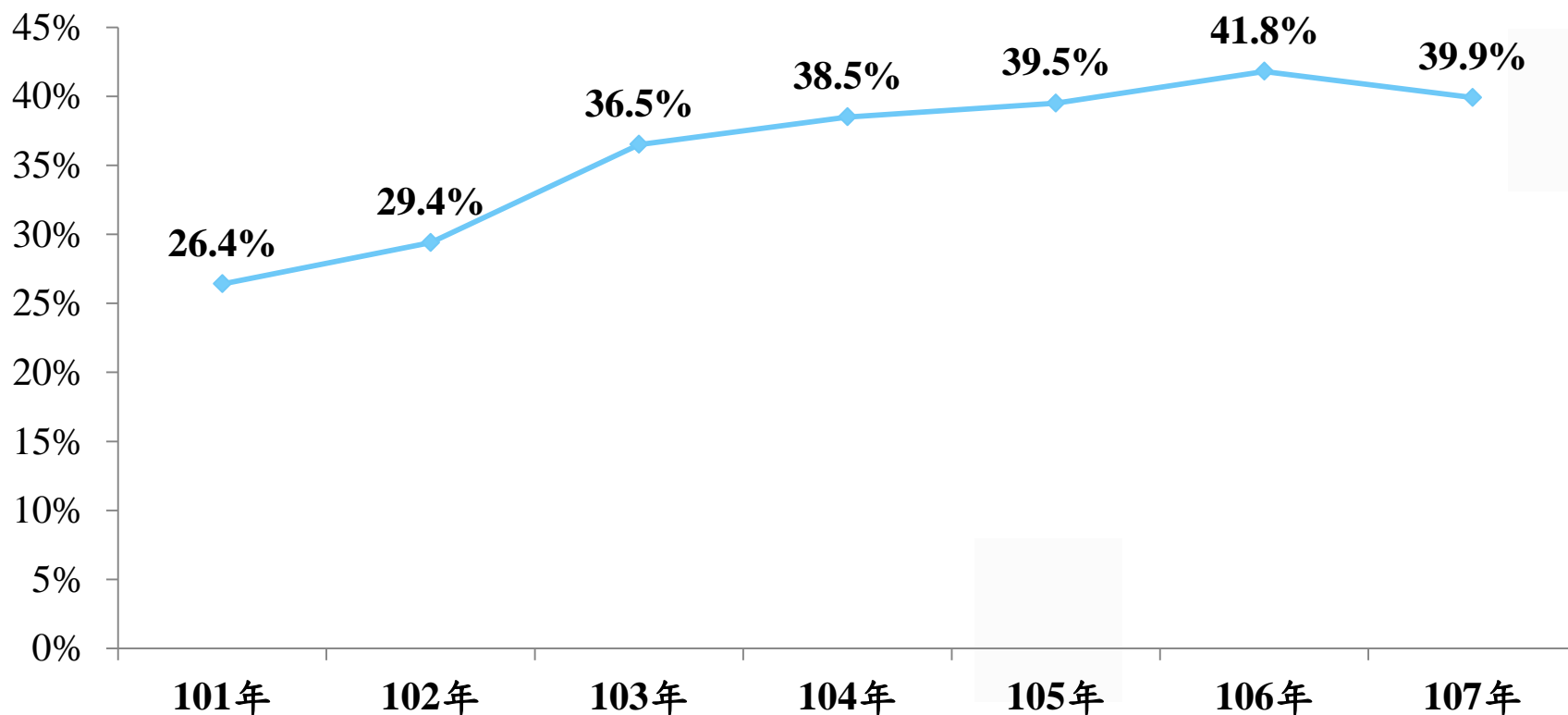
3. 申報費用：該年度申報點數。

4. 107年資料仍持續收載中，後會因擷取時間不同而變動。



Early-CKD個案照護率

- 自101年26.4%逐年成長，107年照護率為39.9%



註

- 1、資料來源：本署二代倉儲系統門診醫令申報檔。(資料擷取時間:107年2月2日)
- 2、分母：符合收案條件之歸戶病人數，排除洗腎及申報醫令代碼為P3402C、P3403C、P3404C、P3405C的病人。
- 3、分子：申報醫令代碼前3碼為P43之歸戶人數(ID歸戶)。
- 4、106年資料仍持續收載中,後會因擷取時間不同而變動。



Pre-ESRD醫療服務利用情形

- 107年院所數240家，照護人數約9萬人，申報費用共2.2億點

年度	院所數	醫師數	照護人數	申報費用 (百萬)
103	212	746	68,036	155
104	213	762	71,978	165
105	216	787	77,590	185
106	225	796	83,262	202
107	240	830	90,415	219

註：1. 資料來源：本署二代倉儲醫令及明細檔。

2. 院所醫師、照護人數：申報醫令碼前三碼為P34之歸戶數。

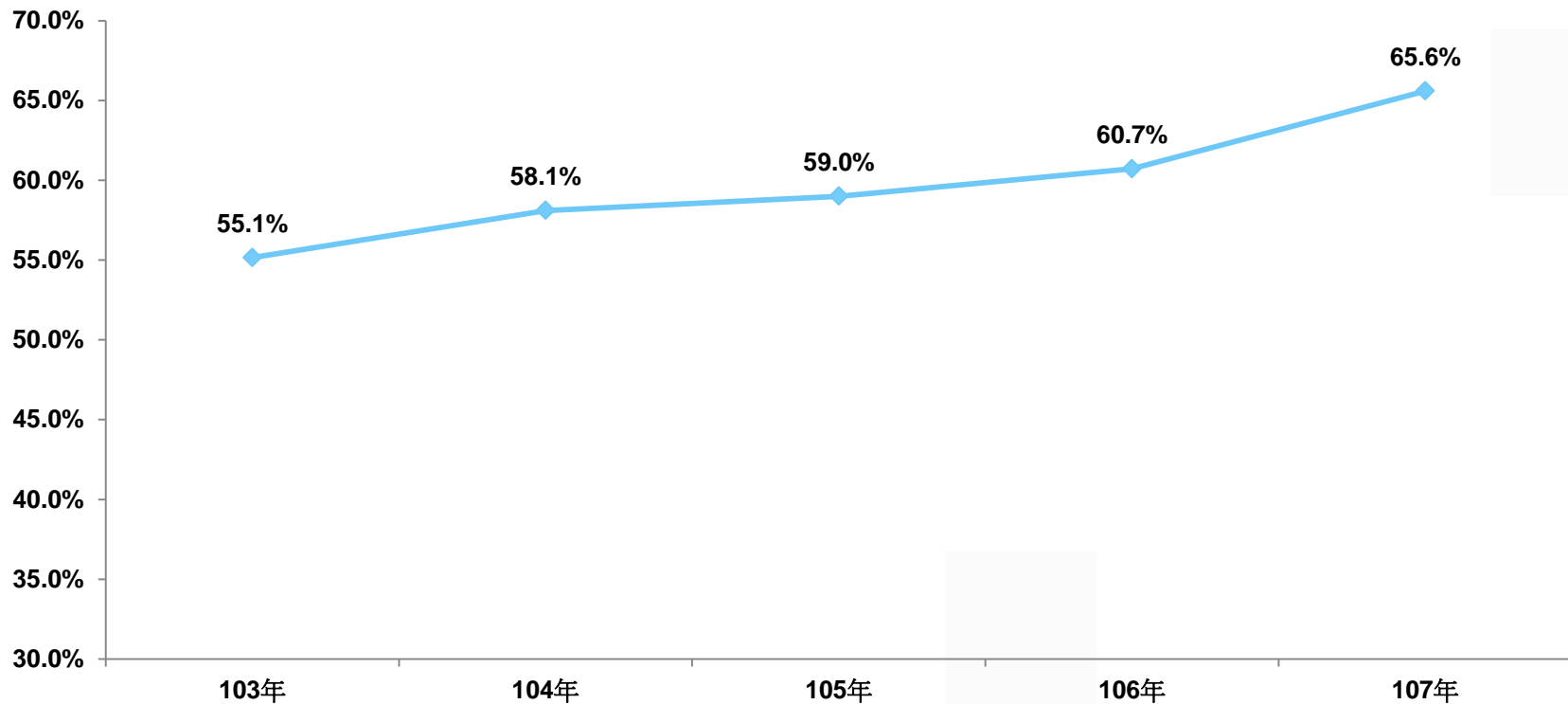
3. 106年1月1日新增預先建立屢管獎勵費P3410C及活體腎臟移植團隊照護獎勵費P3411C

4. 資料擷取：108年2月19日。



Pre-ESRD個案照護率

- 照護率逐年增加，107年照護率為65.6%



註：資料

- 1、資料來源：本署二代倉儲系統門診醫令申報檔。
- 2、分母：符合收案條件之歸戶病人數，排除洗腎及死亡人數。
- 3、分子：分母當中申報醫令代碼前3碼為P34之歸戶人數(ID歸戶)。
4. 資料擷取:108年2月19日。

Pre-ESRD新增獎勵費-107年申報情況

- 106年新增項目
- 107年申報預先建立瘻管共1,110人，鼓勵活體腎臟移植共12例

項目	院所數	醫師數	照護人數	預算執行 (萬)
預先建立瘻管獎勵費	1,110	327	1,110	111.4
活體腎臟移植 團隊照護獎勵費	10	11	12	60

- 註：1. 資料來源：本署二代倉儲醫令及明細檔。
2. 院所、醫師、照護人數：申報醫令碼前三碼為P3410及P3411之歸戶數。
3. 106年1月1日新增預先建立瘻管獎勵費P3410C及活體腎臟移植團隊照護獎勵費P3411C。
4. 107年全年則有12例(台中榮總、高雄長庚各2例；小港、中國、台大、亞大、林口、彰基、北榮及高榮各申報1例)。

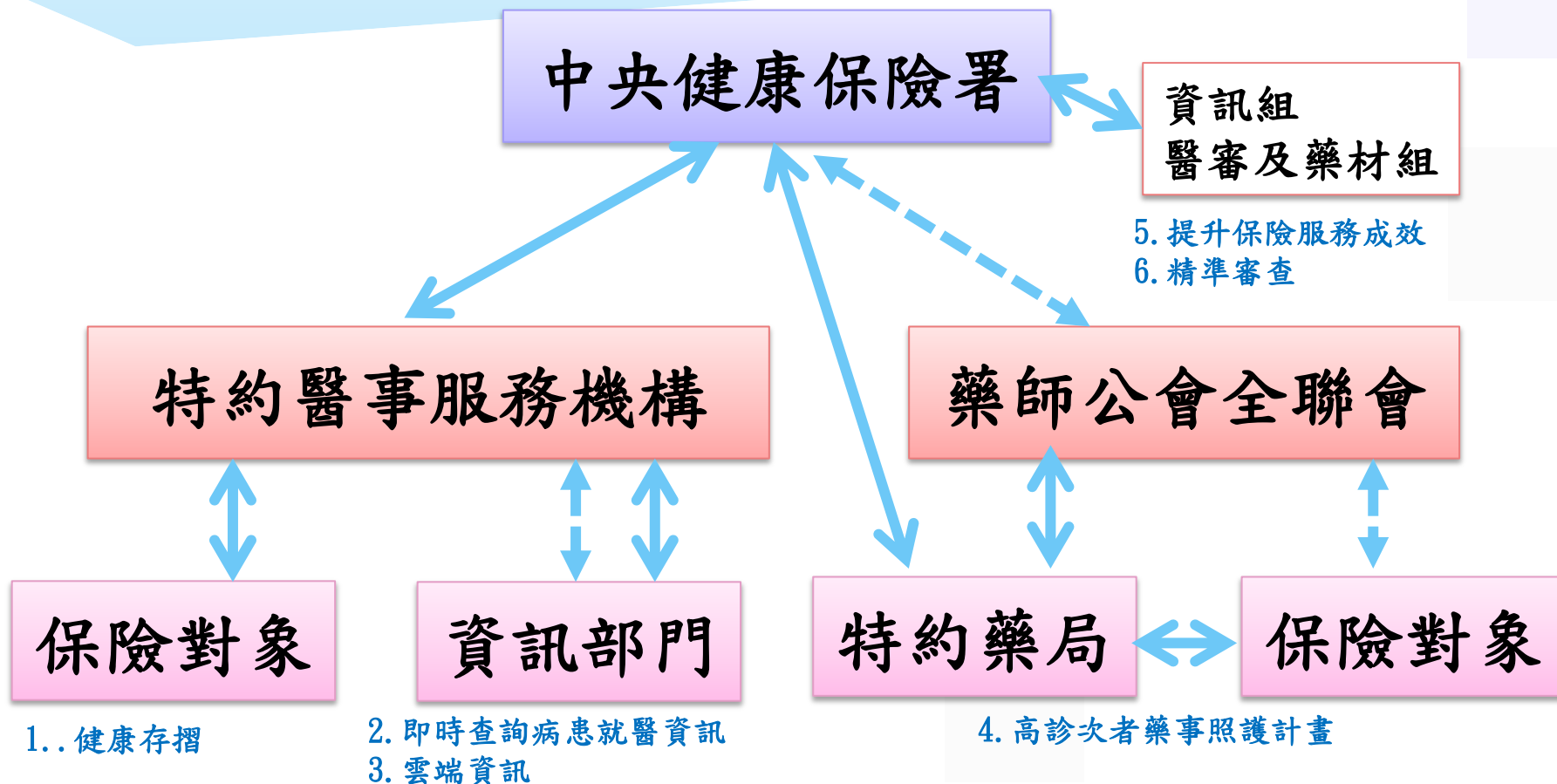


高診次藥事照護計畫





公私協力增進管理效能



效能：達成預期產出或影響之程度？



高診次者藥事服務計畫(一)

計畫摘要

預期產出或影響

目的

針對門診高利用之保險對象進行居家訪視，輔導正確服藥觀念，強化用藥安全，間接減少醫療資源之浪費。

內容

- 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。(10510-10609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，及醫師主動轉介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，支付點數按藥師至個案家中或指定公開場所訪視、個案自行前往藥事人員執業特約藥局、藥師至偏遠地區輔導分別為1,100點、600點及1,300點。
- 獎勵措施：
 - ✓ 獎勵資格:以藥事人員輔導之所有照護個案，開始接受輔導至107年12月31日止，符合下列條件之一者，但藥

1. 收案5,000人
2. 照護個案門診醫療費用與前一年同期比較，降低15%以上。
3. 醫師及照護個案對藥師建議事項之回應比率達50%。
4. 門診就醫次數下降達15%。



高診次者藥事服務計畫(二)

計畫摘要

預期產出或影響

事人員如中途退出本計畫者或收案人數少於5位(含)，則不予採計。

- 門診醫療費用與前一年同期比較，下降達17%以上者。
- 經醫師轉介收案輔導之個案，平均門診醫療費用下降與前一年同期比較，下降率排序前10%者。
- 依本計畫第七項監測指標6.餘藥品項數下降排序前10%者。
- 訪視紀錄(藥事照護報告書)中，藥師發現的藥物治療問題、改善建議及追蹤問題改善情形(AABBCC碼)填報完整者，由藥師全聯會審查藥師訪視紀錄針對藥物治療問題紀錄品質進行評分，於計畫年度結束時統計每位藥師之平均分數，取分數最高前10%之藥師。

✓ 總獎勵金額：以計畫之預算扣除論次計酬費用後之餘額為總獎勵金額，惟以預算之10%為上限。另若計畫總節省點數之70%低於前述上限值，則以該節省點數之70%為總獎勵金額之上限。

5. 問卷調查25% 照護個案對藥師照護的滿意度達80%
6. 提升個案配合度之比率達20%以上。
7. 藥師協助個案整理7日藥盒比率達30%。



高診次者藥事照護計畫指標(一)

107年計畫執行結果	達成率
收案人數4,095人	81.9% (目標>5,000人)
門診醫療費用點數下降率為17%	100% (目標>15%)
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】：=70.20%	100% (目標>50%)
門診就醫次數下降達21%。	100% (目標>15%)



高診次者藥事照護計畫指標(二)

107年計畫執行結果	達成率
4,095人問卷調查1,462人【至少須抽樣25%（1,024人）】，問卷調查個案對照護藥師的滿意度，病人回答滿意人數達99.85%	100% （目標＞80%）
提升個案配合度之比率22.76%。	100% （目標＞20%）
藥師協助照護個案整理七日藥盒之比率為56.09%	100% （目標＞30%）

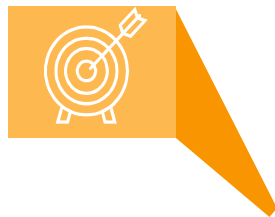


提升保險服務成效

~持續壯大資訊量能，作為分級醫療堅強靠山~

提升管控與審查溝通系統強化作業

- ✓ 整合計畫個案管理系統
- ✓ 建置出院準備服務追蹤管理系統
- ✓ 自墊核退審查電子化
- ✓ 醫療資訊歸戶審查平台



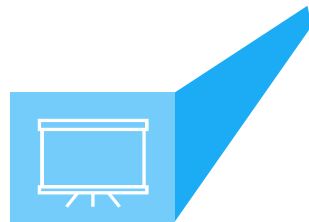
醫療服務指標暨統計分析平台建置

- ✓ 開發約200項以上醫療服務指標、重複用藥核扣方案指標
- ✓ 開發醫務管理業務統計分析系統
- ✓ 強化血友病個案彙整資訊



建置健保大數據智慧分析應用服務平台

- ✓ AI分析模型開發
- ✓ 建置「醫療費用申報異常查驗模型(降血脂用藥)」



強化醫事人員溝通

- ✓ 健保讀卡機使用者可於多種作業系統及瀏覽器運作
- ✓ 建置健保醫療資訊雲端查詢系統之影像共享機制



行動應用服務及功能強化

- ✓ 新增健保快易通App手機快速認證之機制
- ✓ 開發以地圖搜尋特約醫事機構功能

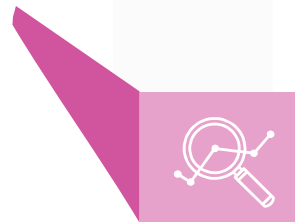


健保卡認證服務效能提升

- ✓ 方便民眾查詢個人健康資料，亦提高健保醫療費用申報資料正確性
- ✓ 藉由保險憑證與行動載具之應用，達成居家訪視設備輕量化，減輕醫護人員出診負擔

健保資料與開放資料(open data)匯集創新應用服務

- ✓ 建置開放資料匯集平台，以自動化方式蒐集各機關現有之開放資料
- ✓ 整合開放資料及內部資料源，利用AI技術找出大數據中潛藏之訊息
- ✓ 建立健保開放資料(OPEN DATA)自動轉檔機制



謝謝聆聽 敬請指教

