

# 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

專門委員 蔡翠珍

專門委員 劉林義

109年7月28日



衛生福利部中央健康保險署



# 108年專案計畫

I

1

## 跨部門專案



### 1. 醫療給付改善方案

醫院編列**11.87**億元，辦理**9**項方案

西醫基層編列**4**億元，辦理**7**項方案

### 2. C肝新藥

醫院、基層、其他預算合計編列**65.36**億元

### 3. 家醫計畫

西醫基層編列**28.80**億元

### 4. 鼓勵院所建立轉診機制

醫院編列**6.89**億元，西醫基層編列**2.58**億元

### 5. 基層總額轉診型態

其他預算編列**13.46**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

## 費用支付



- ✓新收案
- ✓追蹤管理
- ✓年度評估
- ✓特定項目

## 品質監測



- ✓過程面指標
- ✓結果面指標



時間軸

## 民國90年

1. 糖尿病
2. 乳癌
3. 氣喘

## 民國104年

6. 早期療育
7. 孕產婦全程照護

## 民國108年

9. 提升醫院用藥安全與品質方案

## 民國99年

4. B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者
5. 思覺失調

## 民國106年

8. 慢性阻塞性肺病



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 $\geq 2$

## 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 $\geq 50$ 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 $\geq 2$   
**自109年起放寬醫院收案條件**，近90天於同院診斷為氣喘且就醫次數 $\geq 2$

## 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 $\geq 2$ 、特定科別專任專科醫師 $\geq 1$

## 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。

## 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)

## 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

## 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 $\geq 2$

### 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 $\geq 50$ 人；地區醫院及診所 $\geq 20$ 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**

## 收案條件

在該院所接受全程產前檢查及  
生產全程照護者

## 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

## 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 $\geq 150$ 次，且就醫院所數 $\geq 3$ 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 $\geq 3$ ，  
呼吸治療師及個案管理師；第二類院所：科別之專(兼)  
任醫師 $\geq 1$ 。前述醫事人員須定期取得教育時數證明

## 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 $\geq 2$

## 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**

## 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



# 方案簡介-提升醫院用藥安全與品質方案 (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

## 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

## 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

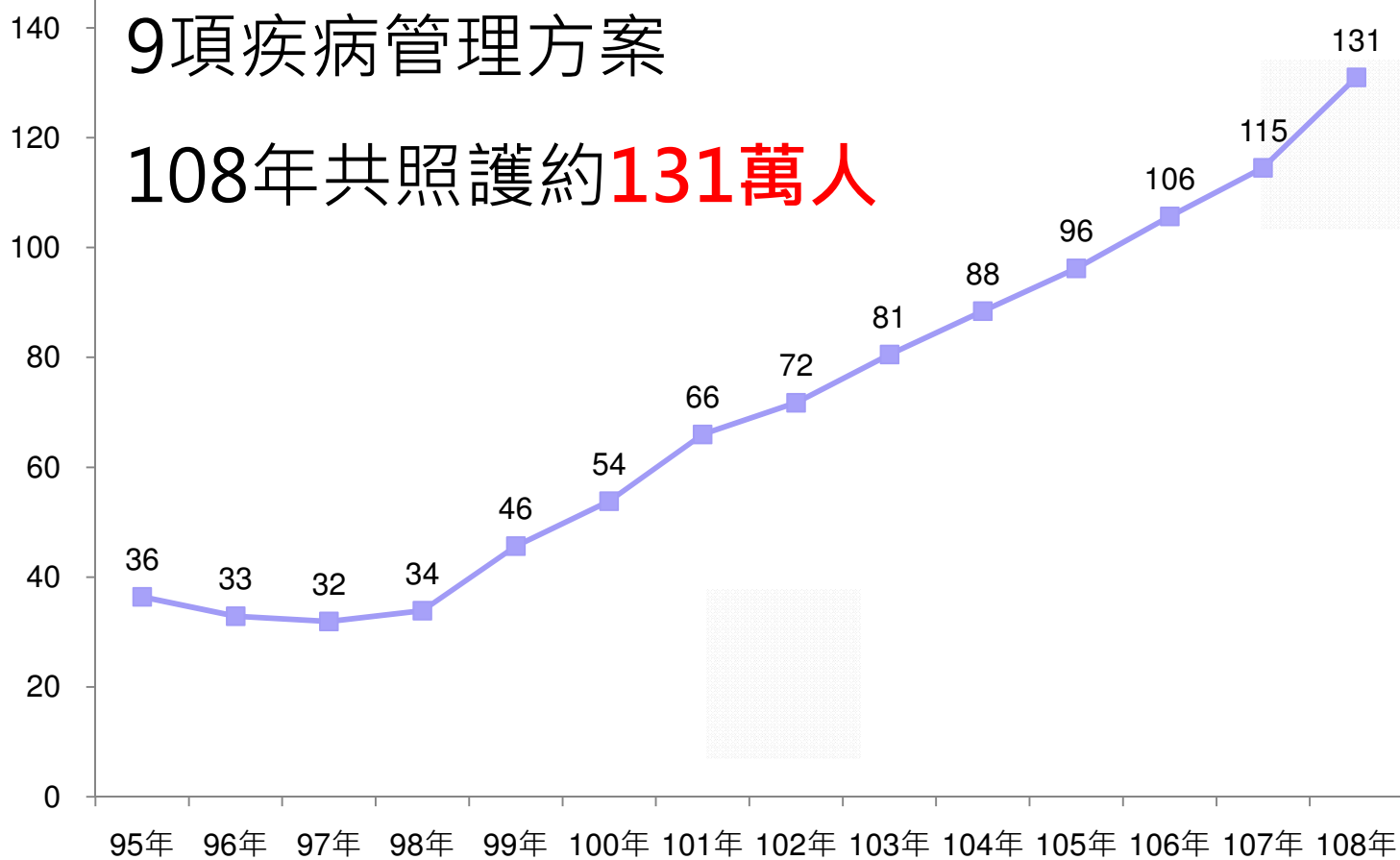


# 歷年方案照護人數

萬人

9項疾病管理方案

108年共照護約**131萬人**



照護人數  
逐年成長



# 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	108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	783,803
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	135,650
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	11,164
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	61,296
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	267,861
孕產	未實施									59,114	57,958	60,475	56,581	54,364
早療	未實施									15	801	954	1,473	1,497
COPD	未實施											8,898	17,068	21,877
用藥安全	未實施													40,953
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	1,309,852

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，其申報量自前一年(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	108年
糖尿病	23%	25%	26%	28%	29%	31%	34%	35%	39%	41%	43%	48%	51%	55%
氣喘	35%	35%	31%	32%	47%	46%	39%	38%	36%	36%	28%	30%	35%	36%
乳癌	13%	14%	15%	15%	15%	14%	14%	13%	11%	11%	10%	8%	8%	7%
思覺失調	未實施				41%	47%	51%	52%	60%	60%	64%	68%	69%	67%
BC肝追蹤	未實施				8%	17%	21%	25%	29%	33%	35%	37%	39%	41%
孕產	未實施									29%	30%	32%	33%	33%
早療	未實施									1%	15%	14%	13%	12%
COPD	未實施											24%	39%	35%

註1：照護率 分子：當年度申報該方案相關費用之歸戶人數。

分母：當年度該疾病之符合收案條件之歸戶人數(糖尿病)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。

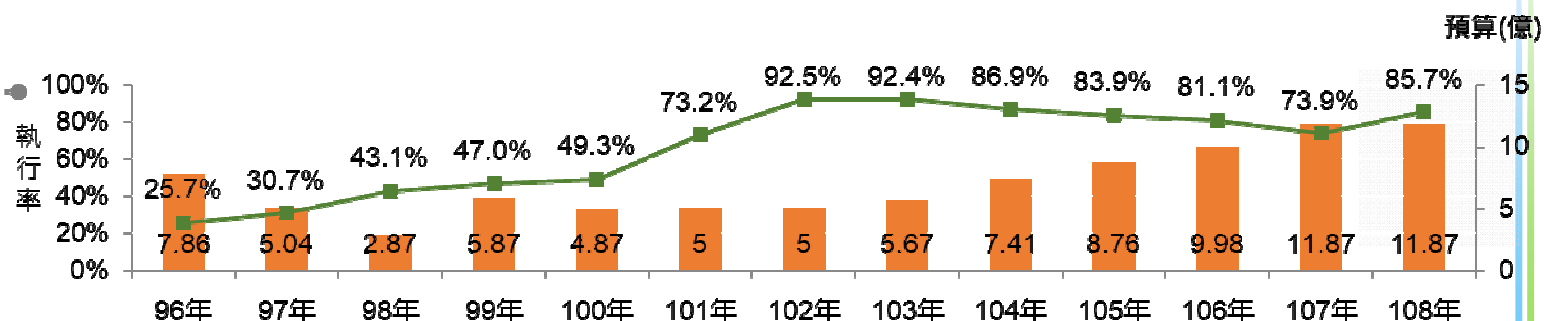
註3：氣喘→101年增修參與醫師資格(要求每三年8小時教育時數，101-103年陸續有醫師因三年期滿，未補教育時數而退出，間接影響照護率下滑  
另於105年因收案條件主診斷ICD-9轉ICD-10，致分母縮小，照護率下滑；

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

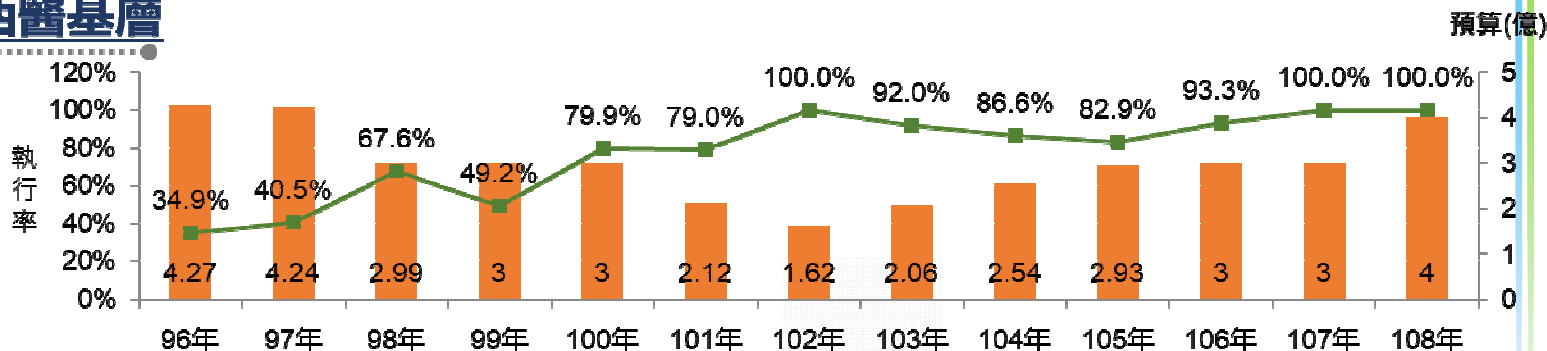


# 歷年預算執行率

## 醫院



## 西醫基層



歷年預算  
及執行率

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。





# 108年方案執行情形

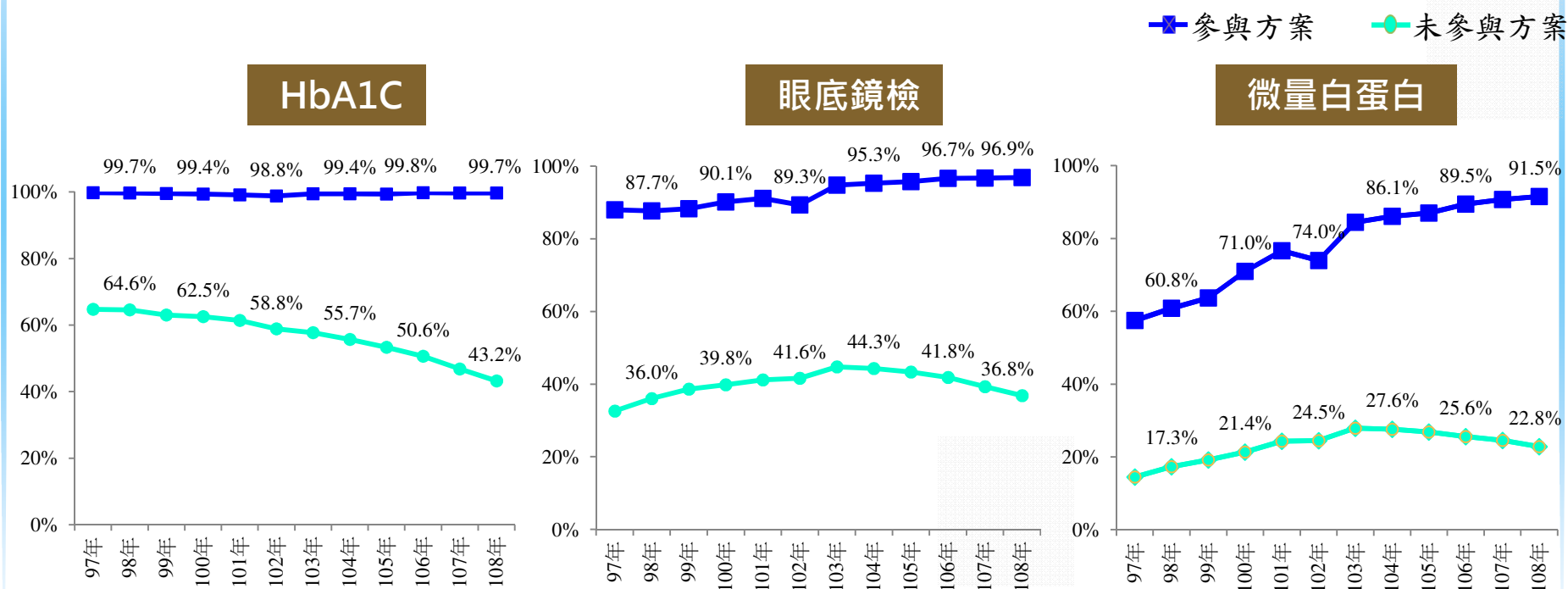
醫 院	方 案 別								
	糖尿病	氣喘	乳癌	思覺失調	BC肝追蹤	孕產	早期療育	COPD	用藥安全
參與家數	273	142	5	125	198	92	24	130	103
照護人數	539,679	53,983	11,164	59,668	187,763	44,659	1,383	20,471	40,953
照護率	60.0%	25.4%	7.3%	74.0%	39.5%	38.0%	11.9%	35.2%	-
執行數(百萬)	691.2	44.7	75.4	53.0	34.2	61.5	3.7	25.6	27.9

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	909	576	-	18	363	29	3	90
照護人數	246,940	81,814	-	1,628	80,368	9,705	114	1,406
照護率	42.1%	38.6%	-	10.5%	41.5%	21.2%	8.3%	38.1%
執行數(百萬)	328.6	44.8	-	1.2	14.7	12.1	0.4	0.9



# 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



97-108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

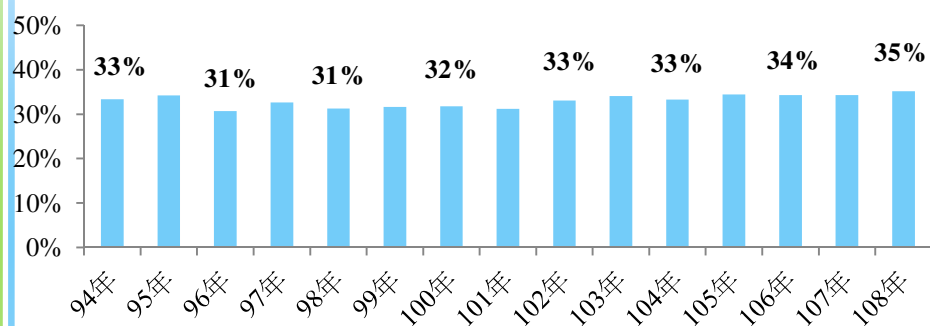
資料來源：健保署檔案分析系統 統計範圍：當年度符合本方案收案條件之對象



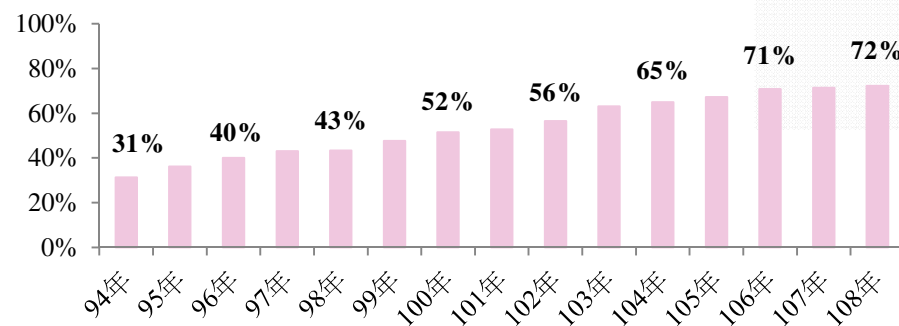
## 執行成效-糖尿病(2)

✓ 收案患者之 **HbA1C及LDL檢查值正常比例逐年增加**

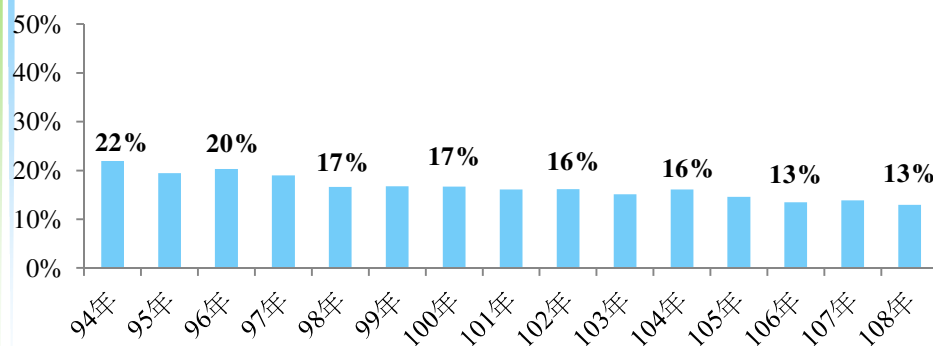
**HbA1C < 7.0%(良率)**



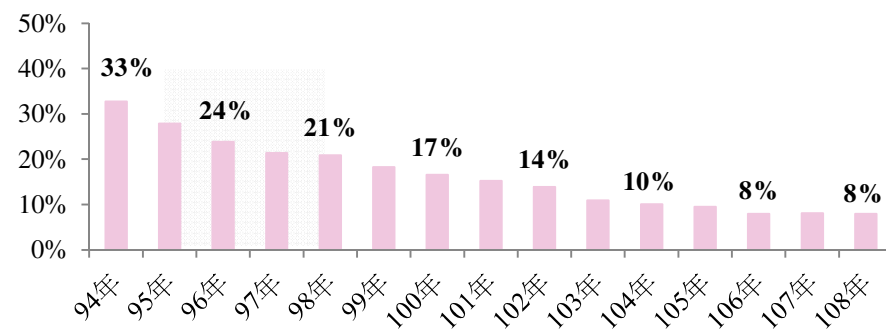
**LDL < 100mg/d (良率)**



**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

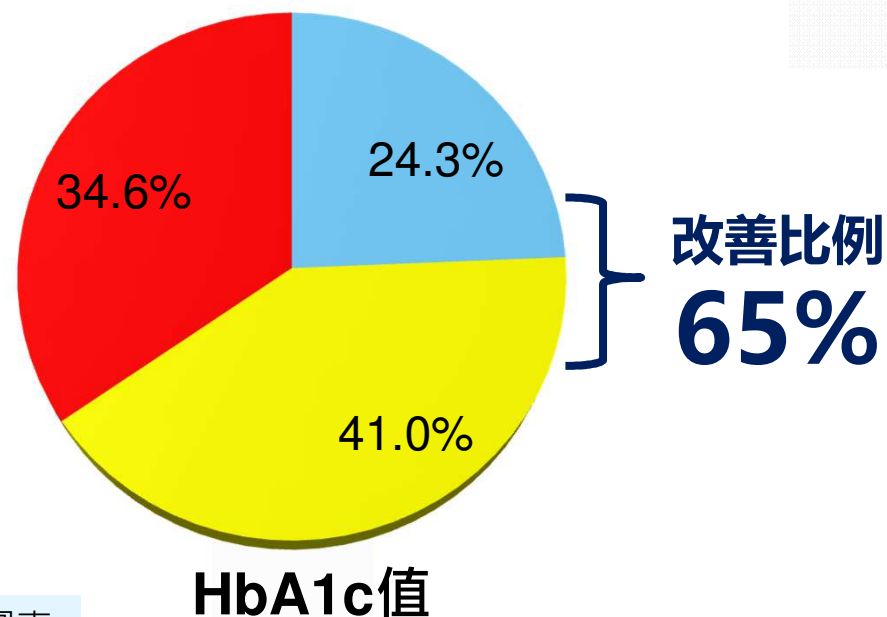


## 執行成效-糖尿病(3)

✓ 追蹤94-107年新收案：HbA1C > 9.0%個案中 **65%** 改善(一年後)

初診 HbA1c>9.0% 人數	1年後		
	HbA1c值	人數	比率
163,431	<7%	39,774	24.3%
	7~9.0%	67,068	41.0%
	>9.0%	56,589	34.6%

■ <7% ■ 7%~9.0% ■ >9.0%



94-107年糖尿病新收案者之HbA1C一年後改善追蹤圖表

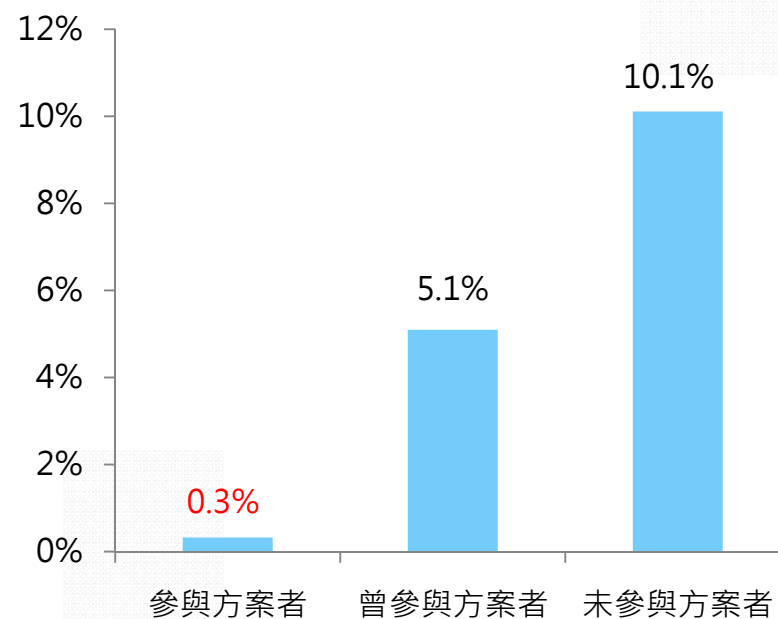
資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度本方案收案對象



## 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

94-108年	洗腎患者數	累計之糖尿病患者	洗腎發生率(%)
參與方案者	86	26,555	0.3%
曾參與方案者 (中途退出)	17,031	334,542	5.1%
未參與方案者	30,148	298,182	10.1%
合計	47,265	659,279	7.17%



94-108年參與及未參與糖尿病方案之洗腎發生率比較圖表

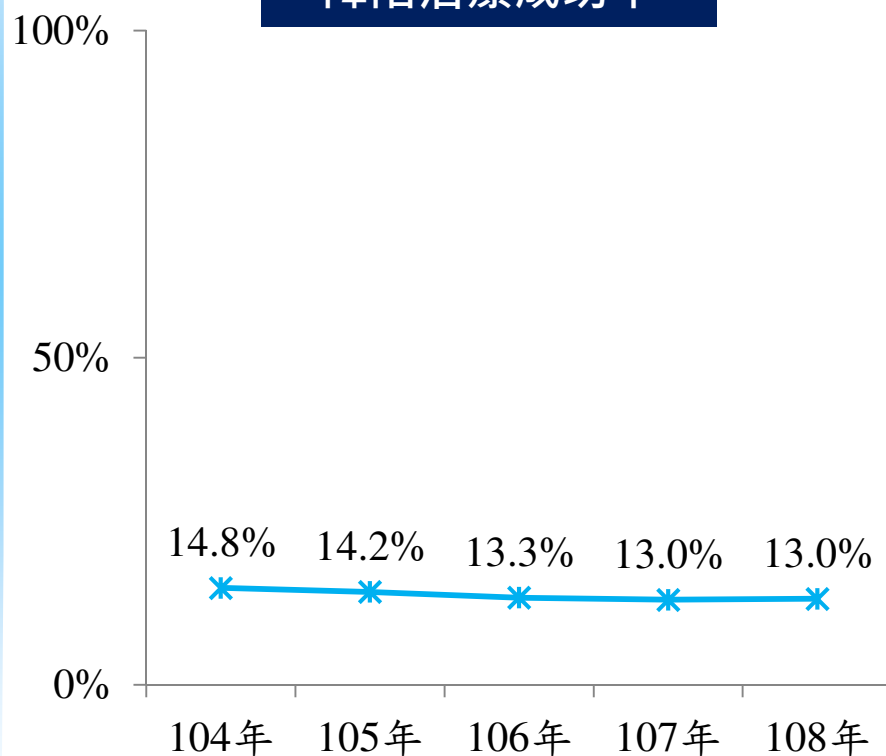
資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度符合本方案收案條件之對象



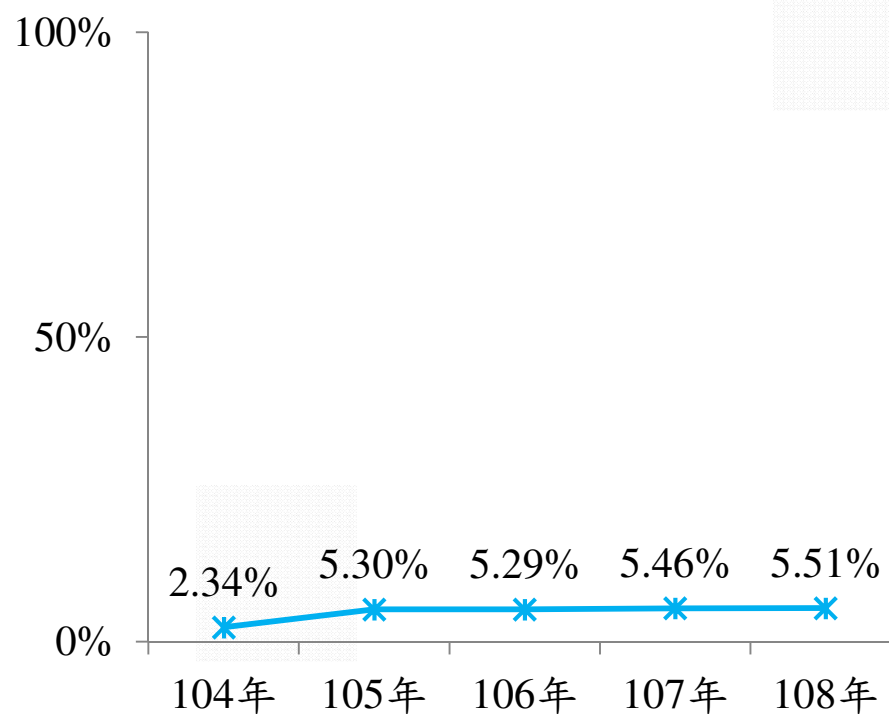
## 執行成效-氣喘(1)

✓ 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



104-108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

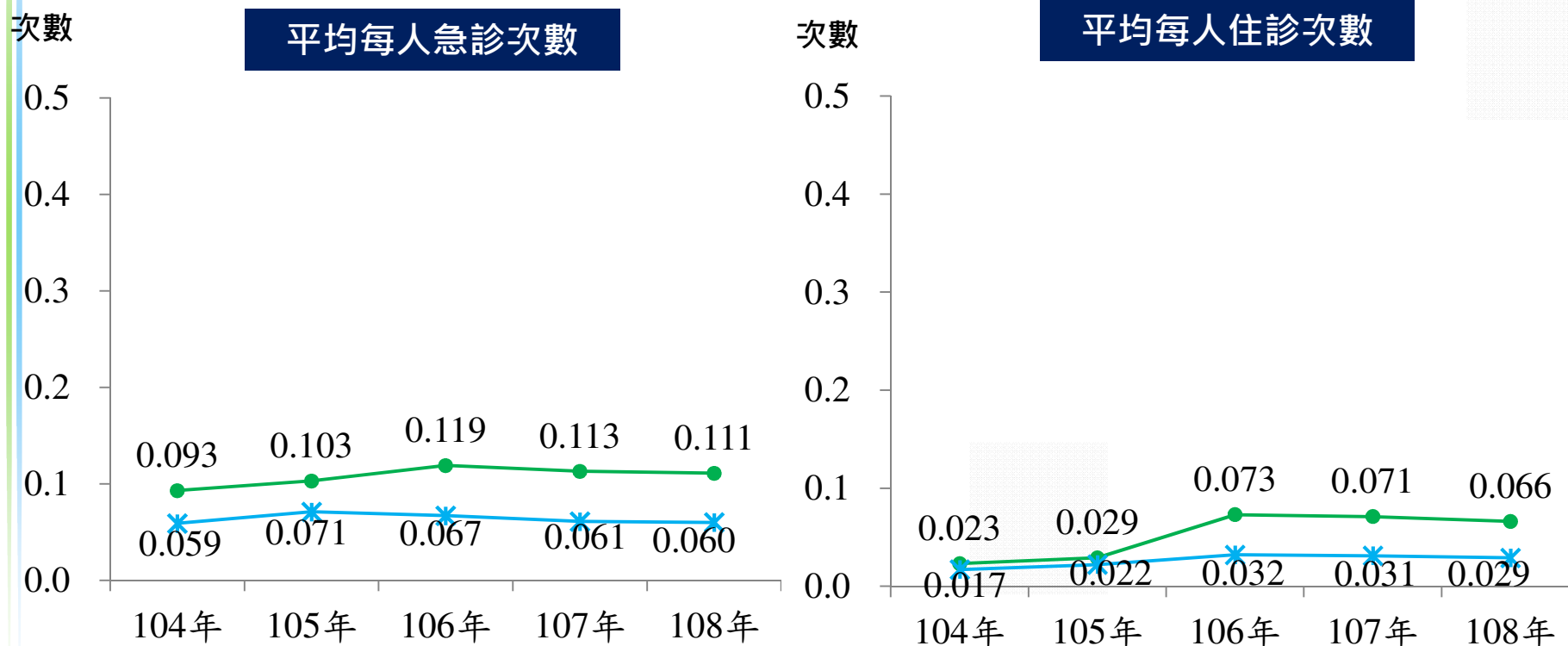




## 執行成效-氣喘(2)

✱ 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顯著差異



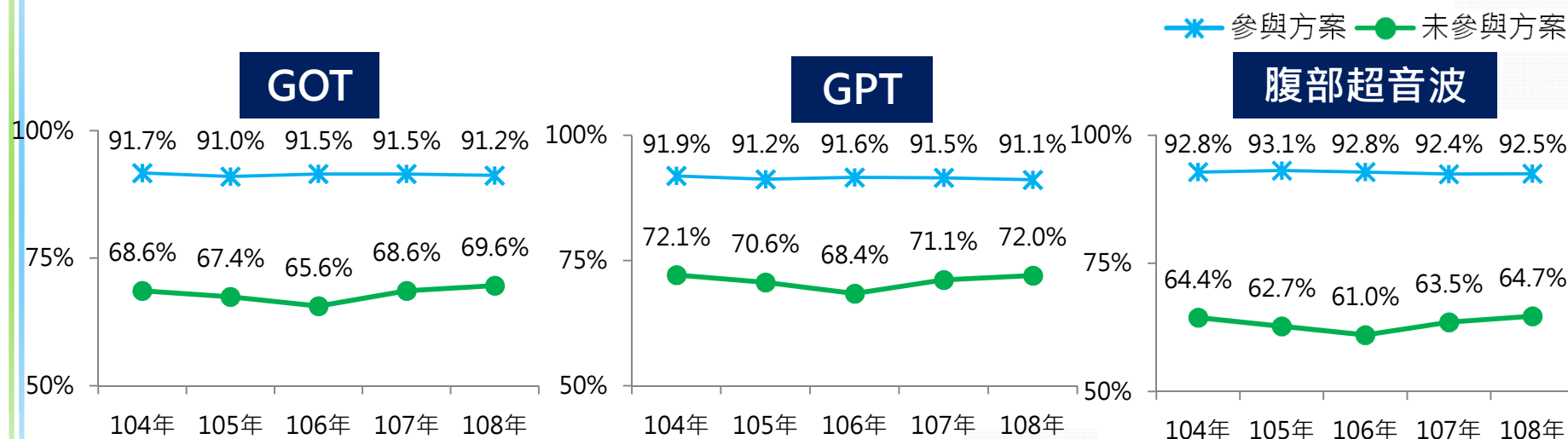
104-108年參與及未參與氣喘方案患者之平均每人急診、住診比較圖表

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



## 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



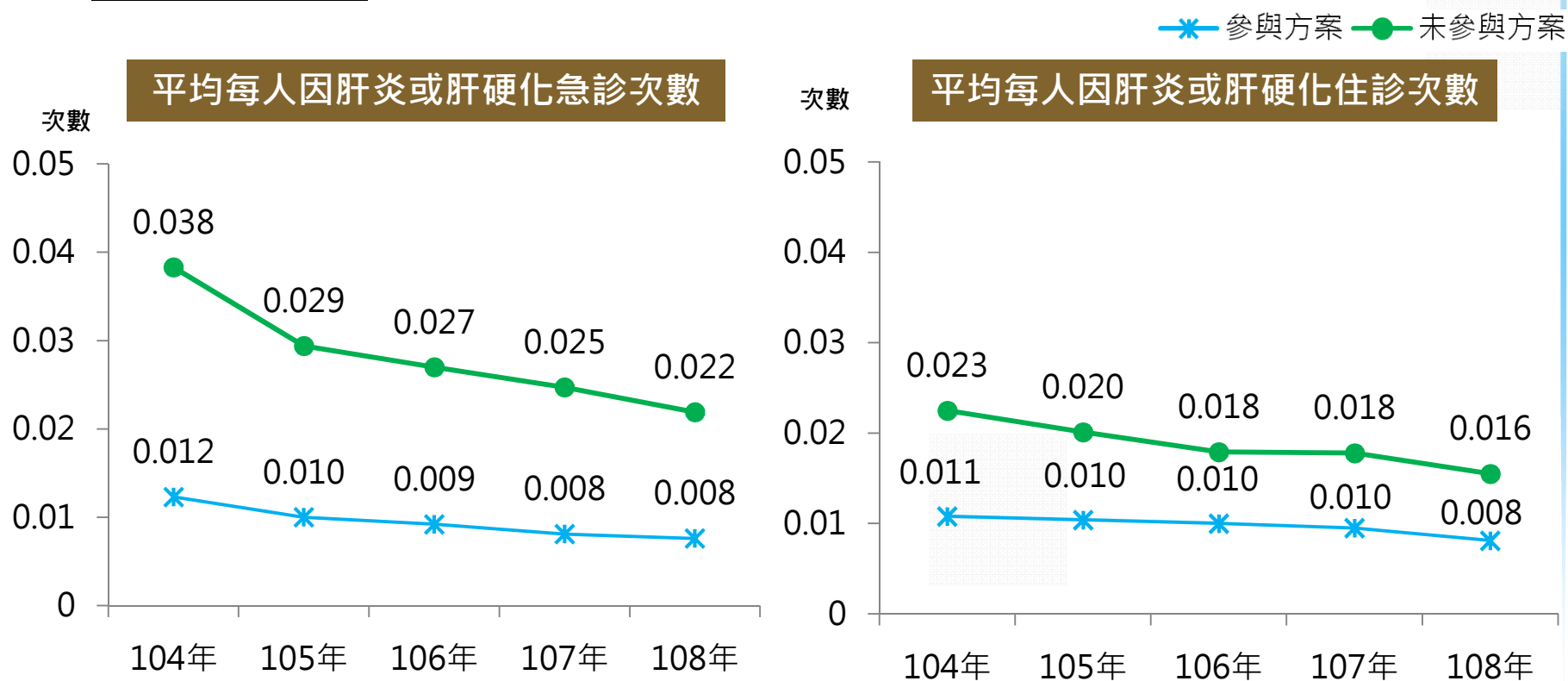
104-108年參與及未參與BC肝追蹤方案患者之GOT、GPT、腹部超音波檢查率比較圖表

- 108年參與方案者之早期發現肝癌計有**462**人  
(104-107年分別為：472人、465人、395人、497人)



## 執行成效- B、C肝追蹤(2)

- ✓ 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

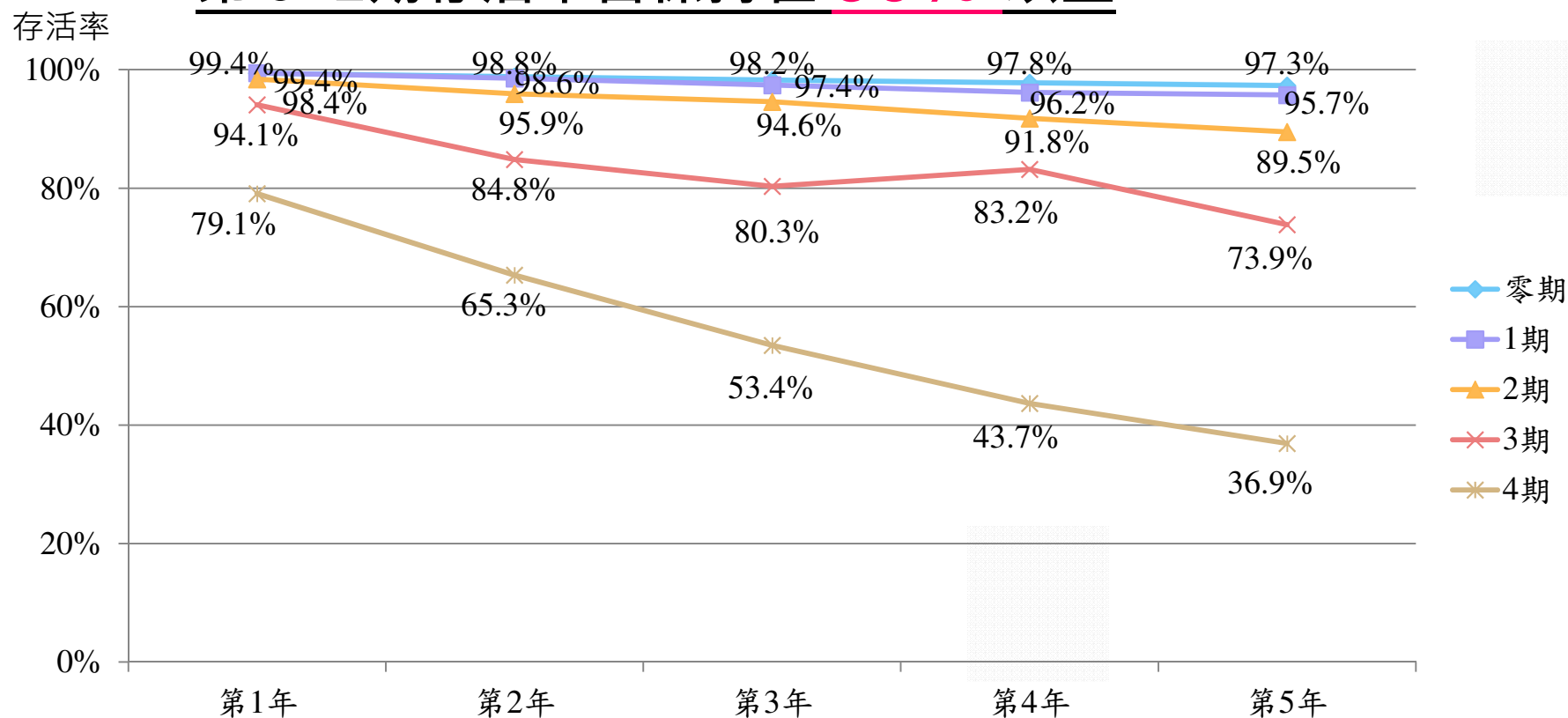


104-108年參與及未參與BC肝追蹤方案患者之平均每人急診、住診比較圖表



## 執行成效-乳癌

✓ 第0-2期存活率皆保持在 **90%** 以上



參與乳癌方案患者之五年存活率圖表

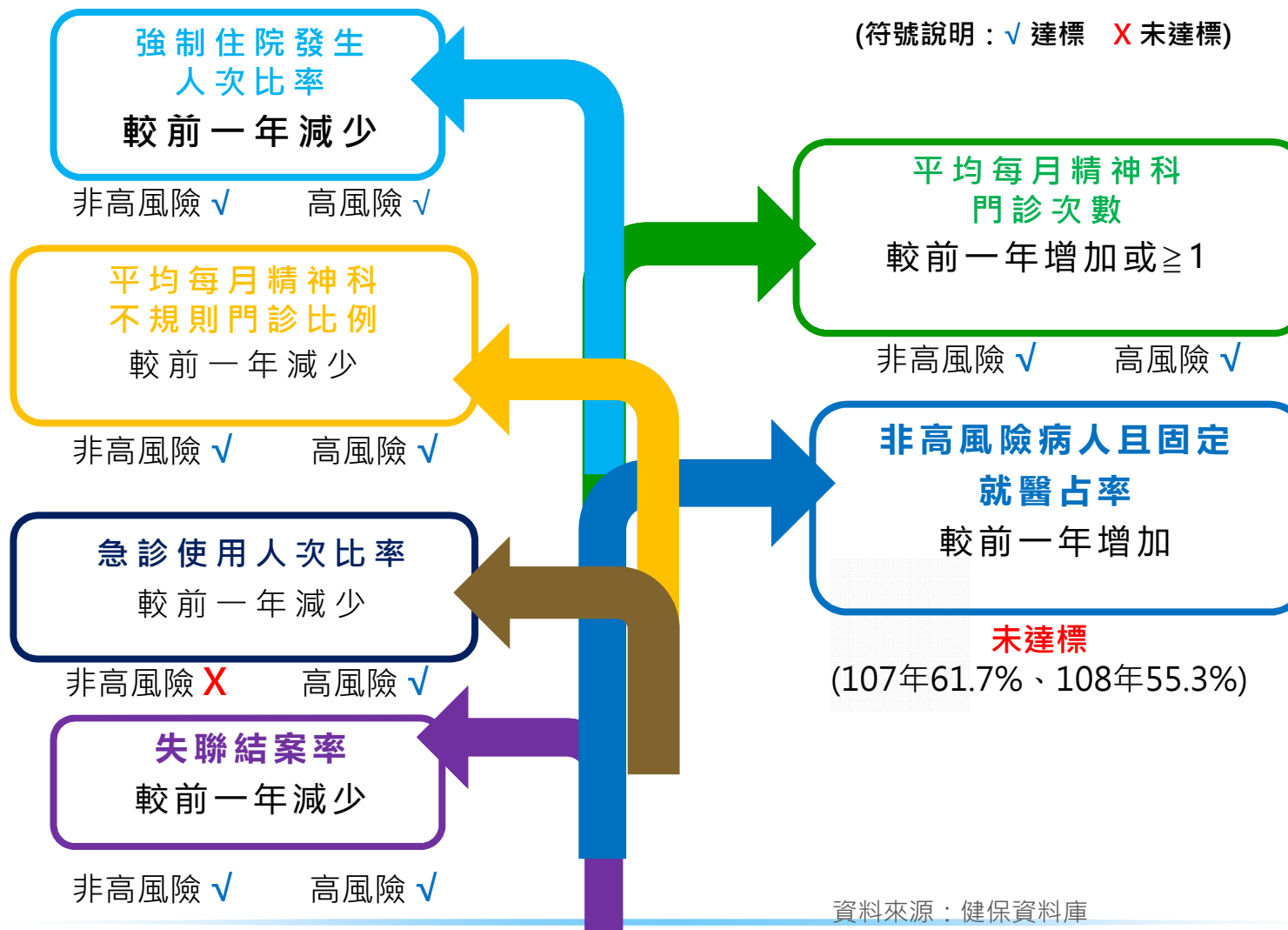
資料來源：參與方案院所提供 資料說明：參與方案醫院提供數據之平均值 (108年共4家醫院全年參與)



# 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 ✗ 未達標)

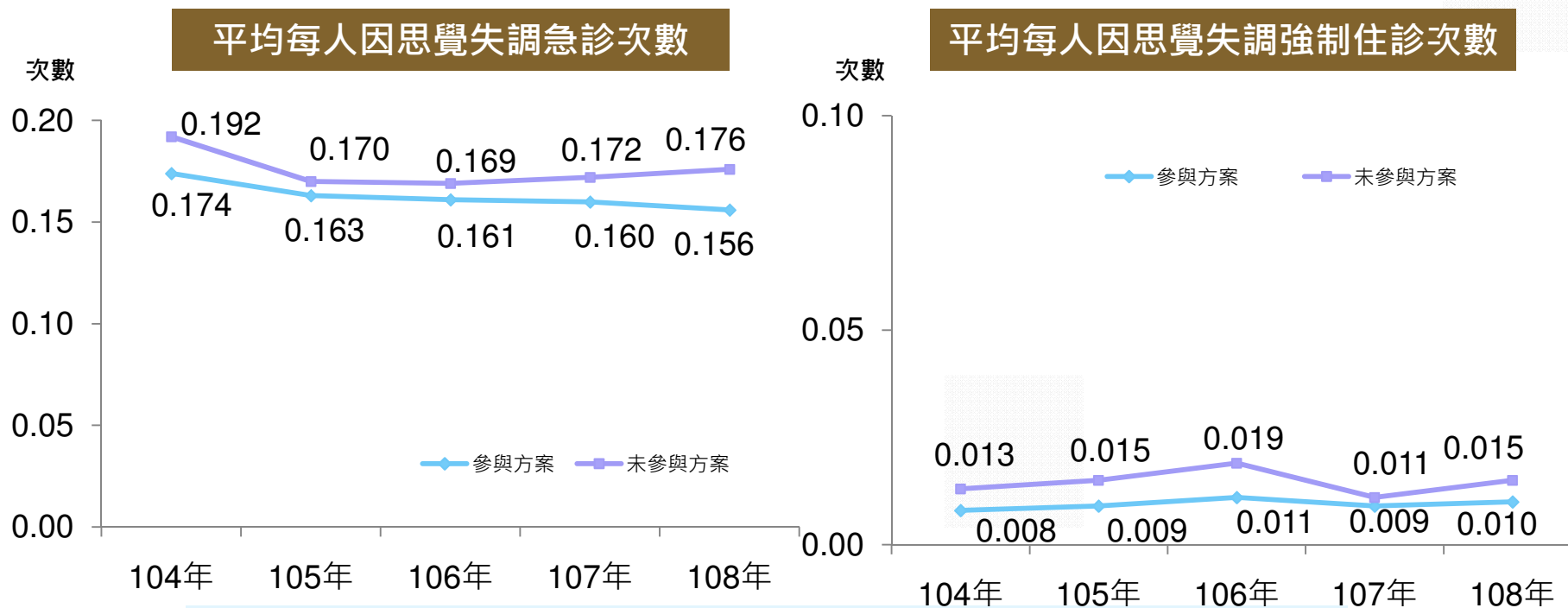


資料來源：健保資料庫  
統計範圍：當年度本方案收案之對象



## 執行成效-思覺失調(2)

- ✓ 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



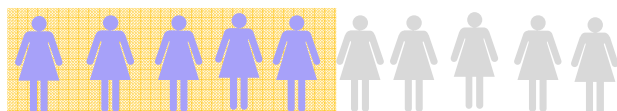
104-108年參與及未參與思覺失調方案患者之平均每人急診、強制住診比較圖表





# 執行成效-孕產婦全程照護

✓ 近五年全程照護率皆達50%



## 104-108年參與方案者之全程照護率

104年	105年	106年	107年	108年
52.8%	51.6%	52.9%	52.4%	52.1%

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	107年
0.04%	0.53%	0.29%	0.42%	0.35%

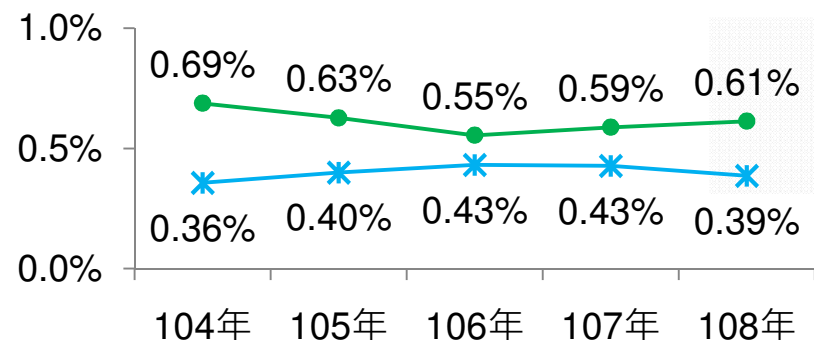
資料來源：國民健康署 計算方式如下：

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

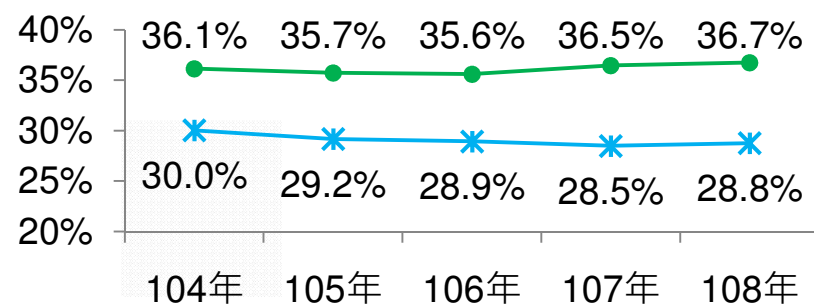
2. 當年度低出生體重率院所平均值 - 前一年度低出生體重率院所平均值

✱ 參與方案 ● 未參與方案

## 出院後14日內再住院率



## 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



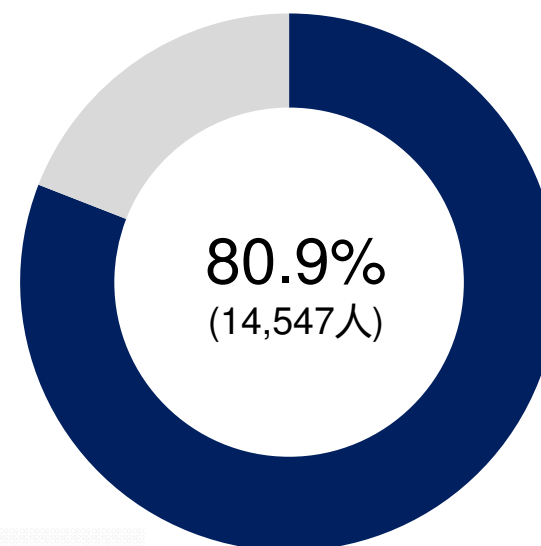
## 執行成效-慢性阻塞性肺病

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
10,169	1,092	10.7%	1,072	10.5%

COPD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
10,169	1,149	11.3%	941	9.3%

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, 以107年度參與方案個案人數為比較前、後年度 概況。

✓ 八成參與方案者  
接受正確藥物治療



108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



## 執行成效-提升醫院用藥安全與品質

		臨床藥事介入4大類(總計23小項)				
		建議處方	主動建議	建議監測	用藥連貫性	總計
重症加護臨床藥事照護	登錄件數	17,343	17,309	11,607	14,886	61,145
	接受件數	15,371	16,457	11,242	13,799	56,869
	接受率	88.6%	95.1%	96.9%	92.7%	<b>93.0%</b>
門診臨床藥事照護	登錄件數	1,827	510	212	320	2,869
	接受件數	1,669	430	204	314	2,617
	接受率	91.4%	84.3%	96.2%	98.1%	<b>91.2%</b>

醫師或其他醫事人員接受比率高，均達80%以上



# 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、乳癌、思覺失調症、COPD，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收案後一年之急診及住院率均較收案前低，惟本方案為106年新執行方案，執行成效仍需再追蹤觀察。



## 檢討及展望-早期療育

### ✓ 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

### ✓ 研議回歸健保醫療服務給付項目及支付標準

- ① 早療方案於108年4月29日衛生福利部召開之「發展遲緩兒童早期療育推動小組第10屆第2次會議」中報告執行概況，研議停止方案及回歸醫療服務給付項目及支付標準辦理，並獲得與會專家認同。
- ② 本署已於108年10月7日針對健保給付不足、早療資源浪費之管控以及早療治療模式等議題召開「早期療育相關健保支付項目討論會」。
- ③ 兒童青少年醫學會已依會議決議於109年4月1日來函申請增修早期療育6項健保支付項目，本署刻正依程序辦理支付標準增修訂事宜。



## 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型肝炎新藥







# 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。



# C型肝炎預算

項目 \ 年度	106	107	108
預算數 (億元)	29.43	50.36	65.36
預算執行數 (億元)	26.908	48.569	70.539
-既有C型肝炎藥品	4.454	1.369	0.096
-全口服C肝新藥	22.454	47.201	70.443
預算執行率	91.4%	96.4%	107.9%
C肝新藥			
-新收案數	9,538	19,549	45,800
-總治療人數	9,538	29,087	74,895
-已達治癒標準人數	7,819	15,361	41,592
治療涵蓋率(年累計)	22.1%	26.9%	38.2%

108年C型肝炎藥費之結算如下(預算合計65.36億元，實支70.54億元)；

(1) 醫院編列預算47.6億元，實支約64.31億元。

(2) 西醫基層編列4.06億元，實支約6.23億元。

(3) 前述不足經費約18.88億元，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費」編列13.7億元支應；另，5.18億元再由其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」(8.22億元)結餘款支應。



## 收案人數分布

- 醫院收案41,801、診所3,999人，其中南區收案比例最高。

分區別	醫院		診所		合計	
	人數	比例	人數	比例	人數	比例
臺北	7,577	17%	580	1.3%	8,157	18%
北區	4,979	11%	753	1.6%	5,732	13%
中區	7,982	17%	426	0.9%	8,408	18%
南區	13,437	29%	1,629	3.6%	15,066	33%
高屏	6,673	15%	457	1.0%	7,130	16%
東區	1,153	3%	154	0.3%	1,307	3%
總計	41,801	91%	3,999	8.7%	45,800	100%



# 收案病人特性

項目	N=45,800	
	人數	%
1.年齡		
平均值±標準差	61.1±13.2	
19歲以下	13	0.03%
20-29歲	320	0.7%
30-39歲	2,209	4.8%
40-49歲	6,760	14.8%
50-59歲	10,676	23.3%
60-69歲	13,257	28.9%
70-79歲	8,706	19.0%
80歲以上	3,859	8.4%
2.性別		
女	23,248	51%
男	22,552	49%
3.肝纖維化診斷		
F0	12,737	28%
F1	11,825	26%
F2	8,605	19%
F3	7,472	16%
F4	5,161	11%
4.病毒基因型		
1a	3,037	6.6%
1b	18,460	40.3%
2	18,470	40.3%
3	954	2.1%
6	3,987	8.7%
混合型	851	1.9%
4、5或無法分辨	41	0.1%

- 108年給付條件不再限制肝纖維化，只要檢查血中病毒量陽性，即可接受健保給付全口服用藥。
- 使用者年齡主要分布於50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 [1]	偵測到病毒 人數 [2]	提早停藥或未 檢測人數(%)	SVR-12 [1]/([1]+[2])
44,550	41,592	565	2393 (5.4%)	98.7%

註：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SVR-12。追蹤至109/4/27止，治療個案之SVR-12比例約98.7%。



# 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		病人自行停藥		
	人數	停藥比例(%)	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
45,800	1,085	2.4	4.1%	21.5%	18.6%	5.4%	50.3%



# 家庭醫師整合性照護計畫







# 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

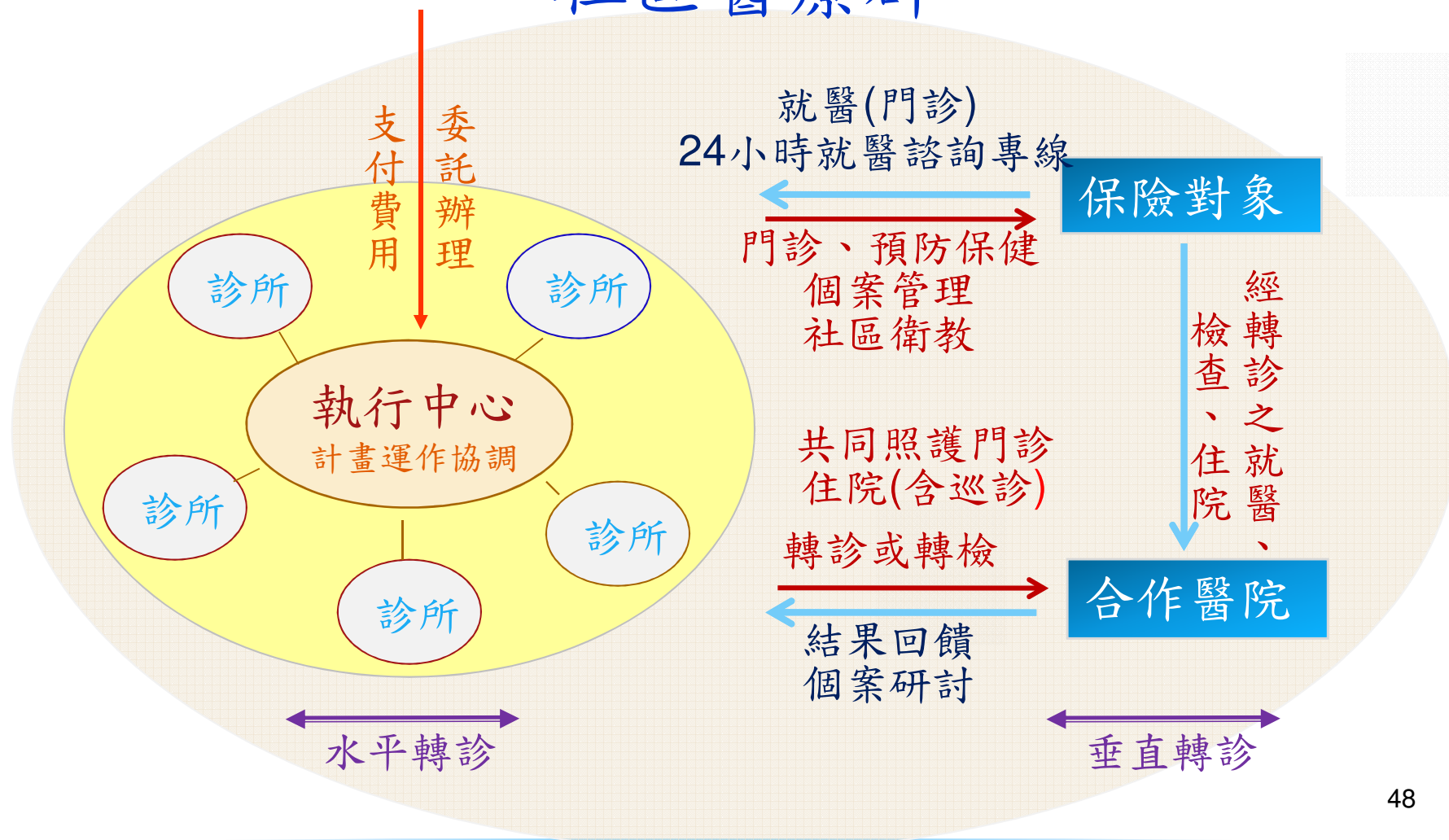
以民眾健康為導向，提升醫療品質。

## 奠定「家庭責任醫師制度」基礎



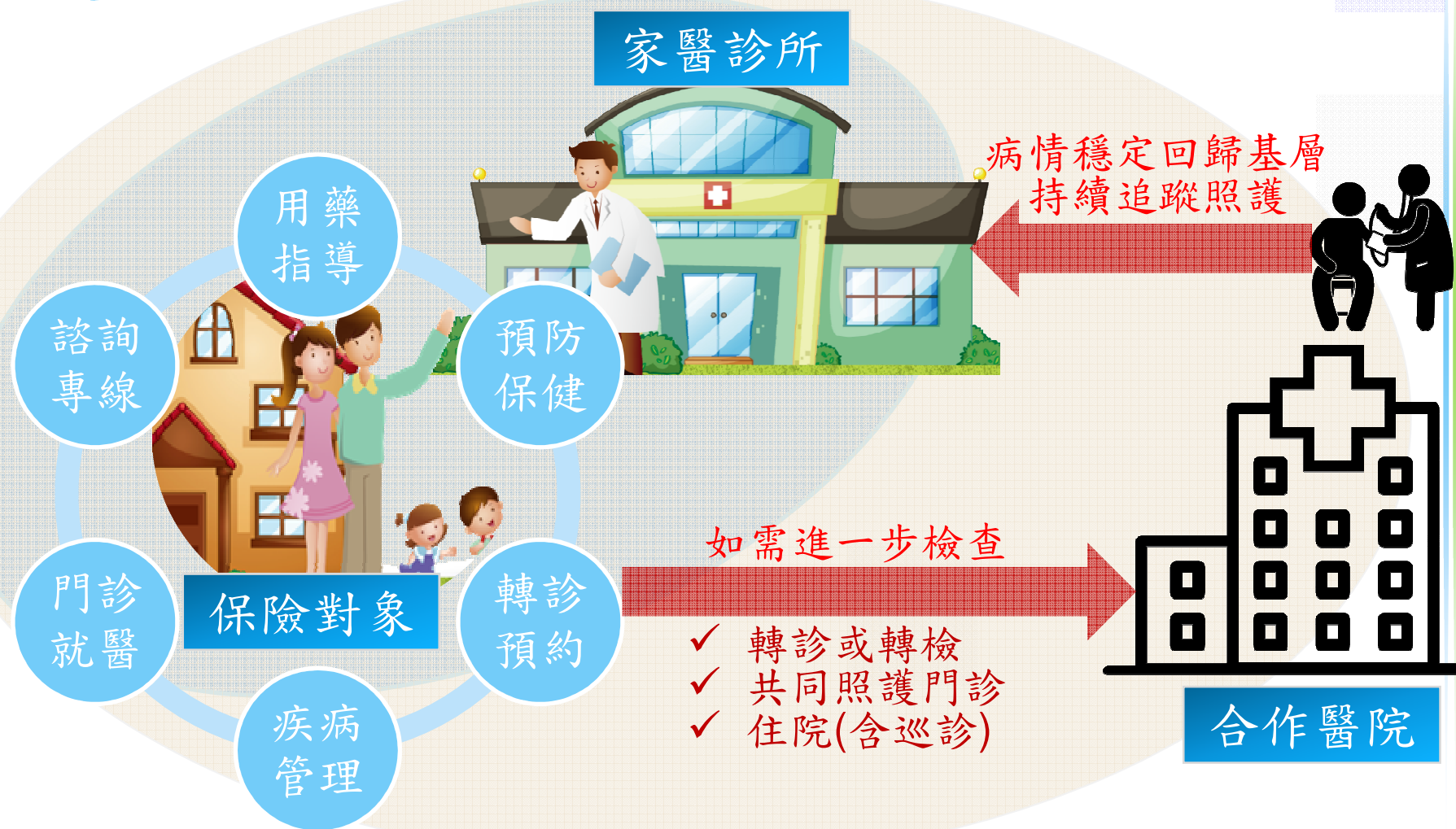
# 家醫計畫照護模式

健保署 社區醫療群





# 提供整合式照護服務





收案會員數：545.8萬人

參與醫療群數：605群

參與診所家數：5,052家(48.1%)

參與醫師數：6,666人(41.9%)

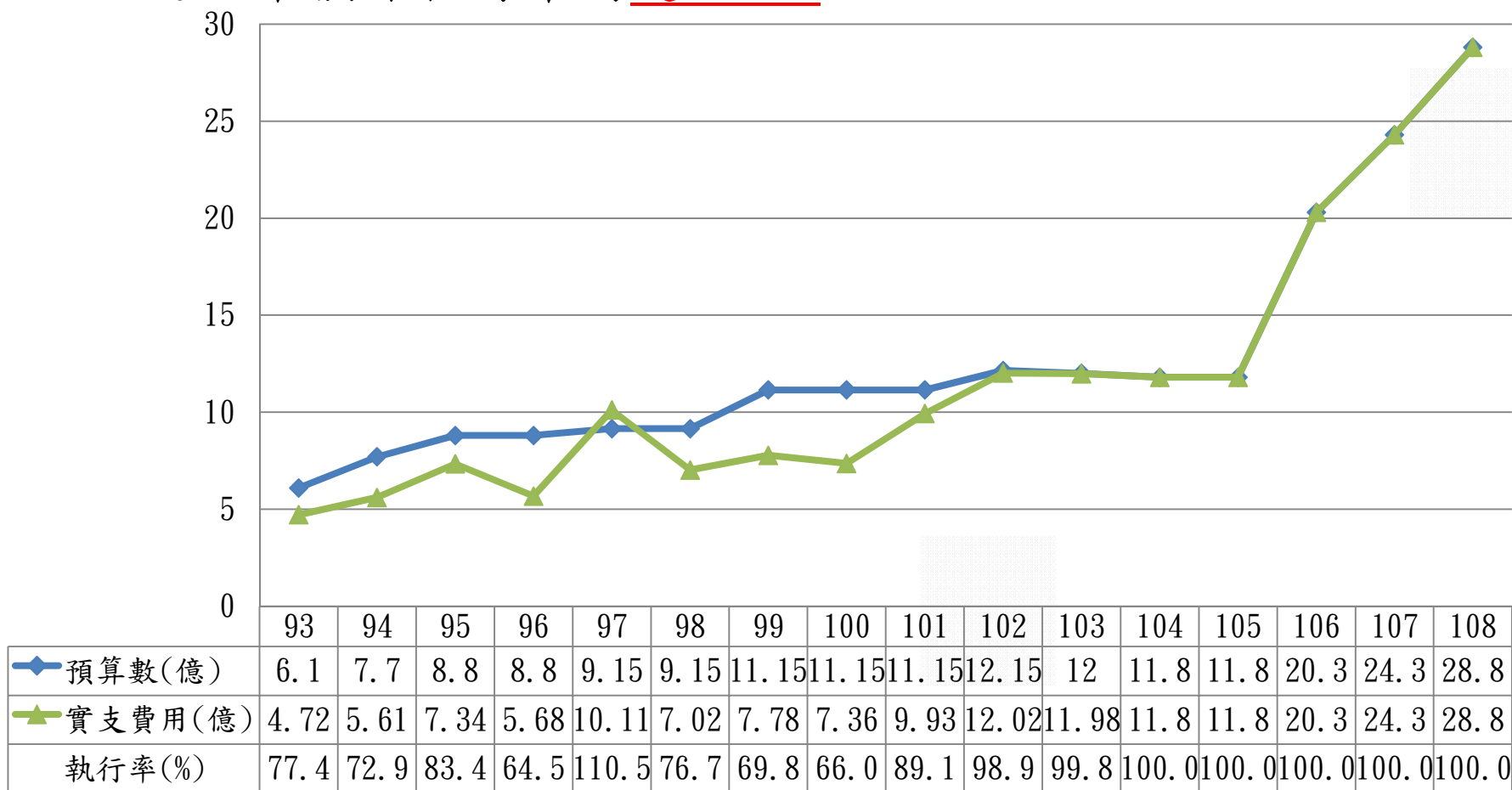
合作醫院家數：229家





# 歷年經費執行情形

- 近五年預算執行率均達100%。



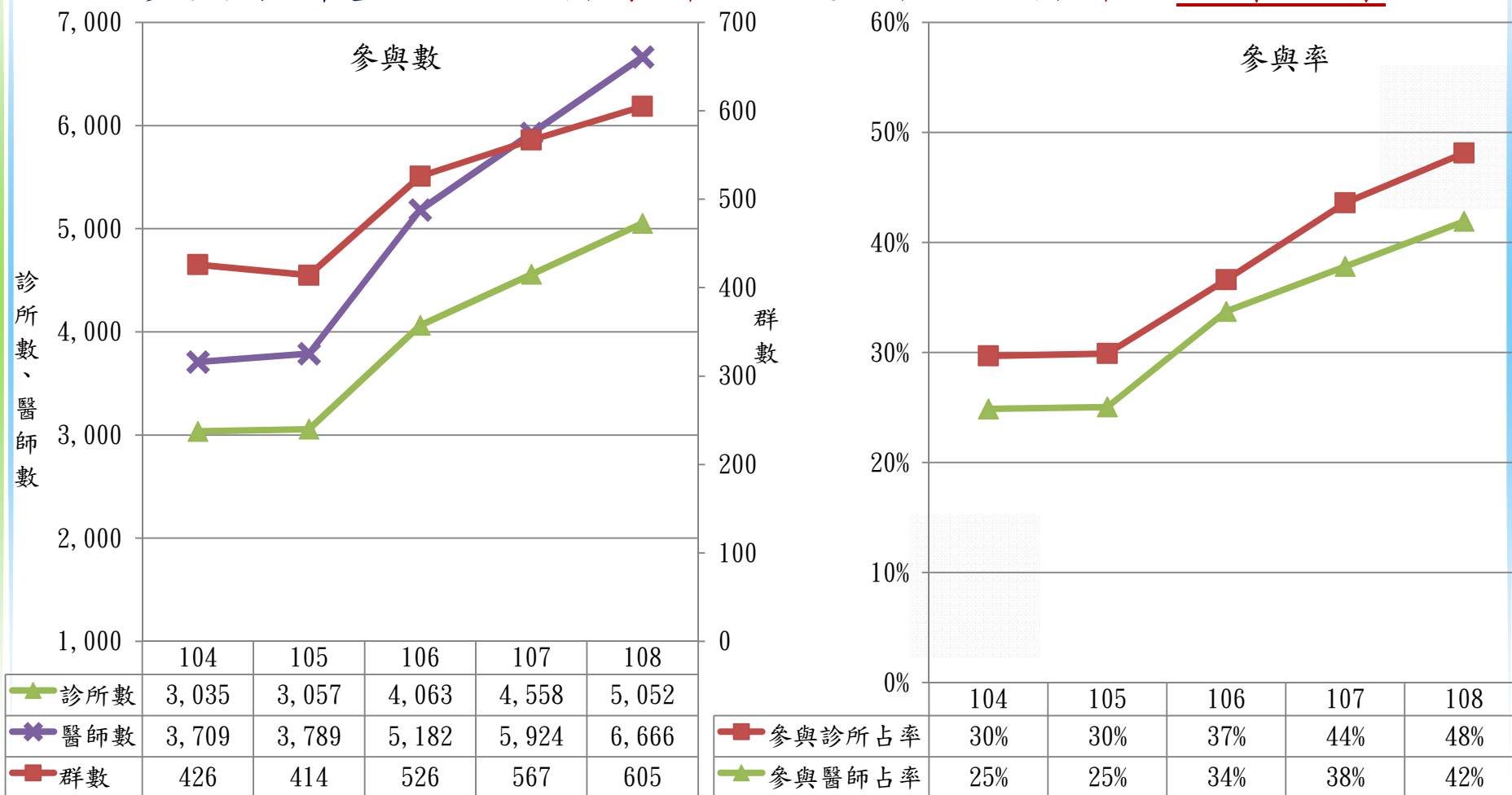
註1：97年因政策導向故選擇健康回饋型之醫療群數不斷增加，致預算較實際給付費用不足0.96億元(實支10.11億元，不足費用由總額其他部門預算之其他預期政策改變所需經費支應)。

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、醫師數逐年上升



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。

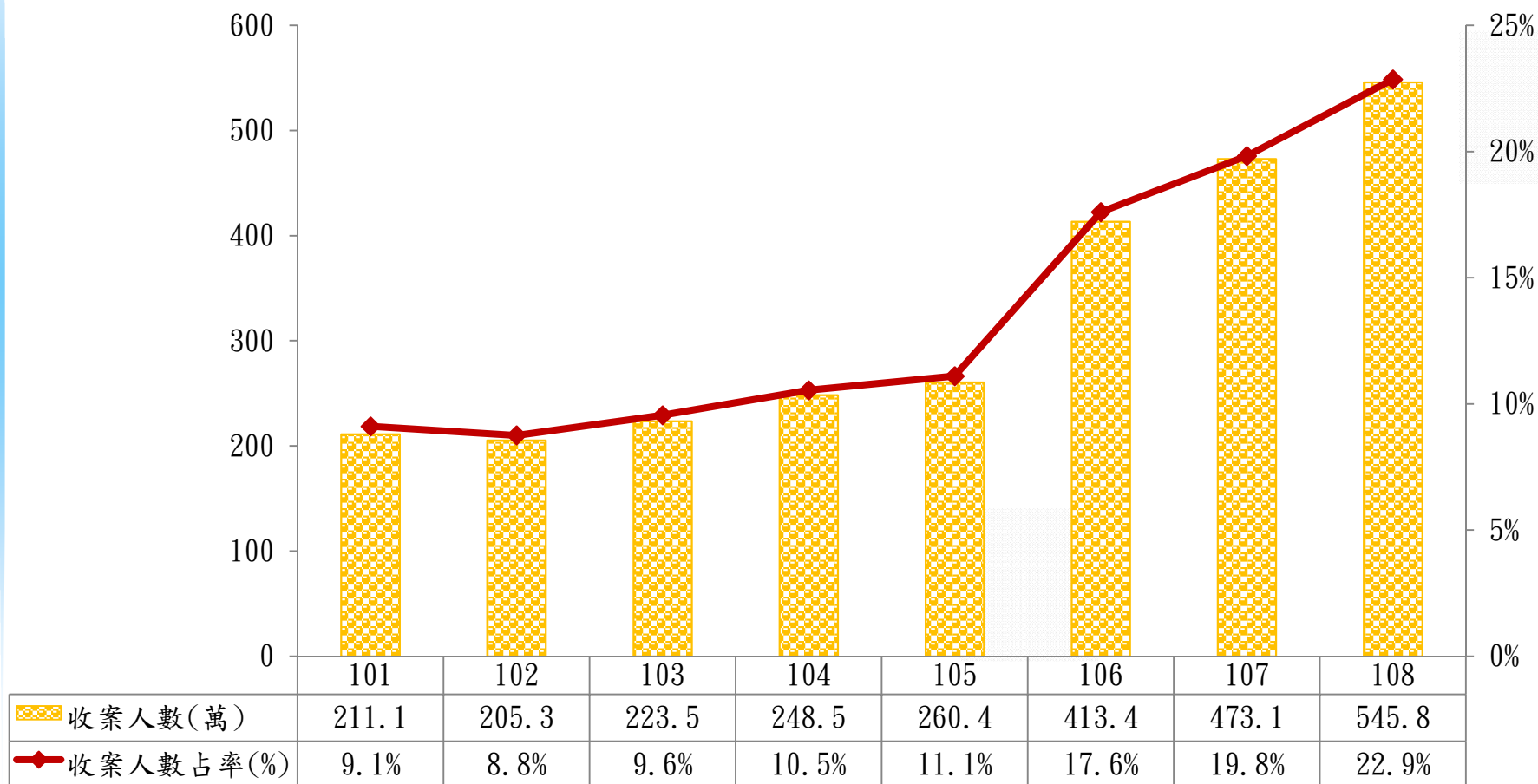
註2：102年至103年包含單一診所型態，102年284家診所、366位醫師、會員12.3萬人；103年193家診所、274位醫師、會員8.9萬人。





# 近5年醫療群收案情形

- 收案人數逐年上升，108年收案數占總保險對象數22.9%



註1：資料擷取時間為當年度4月

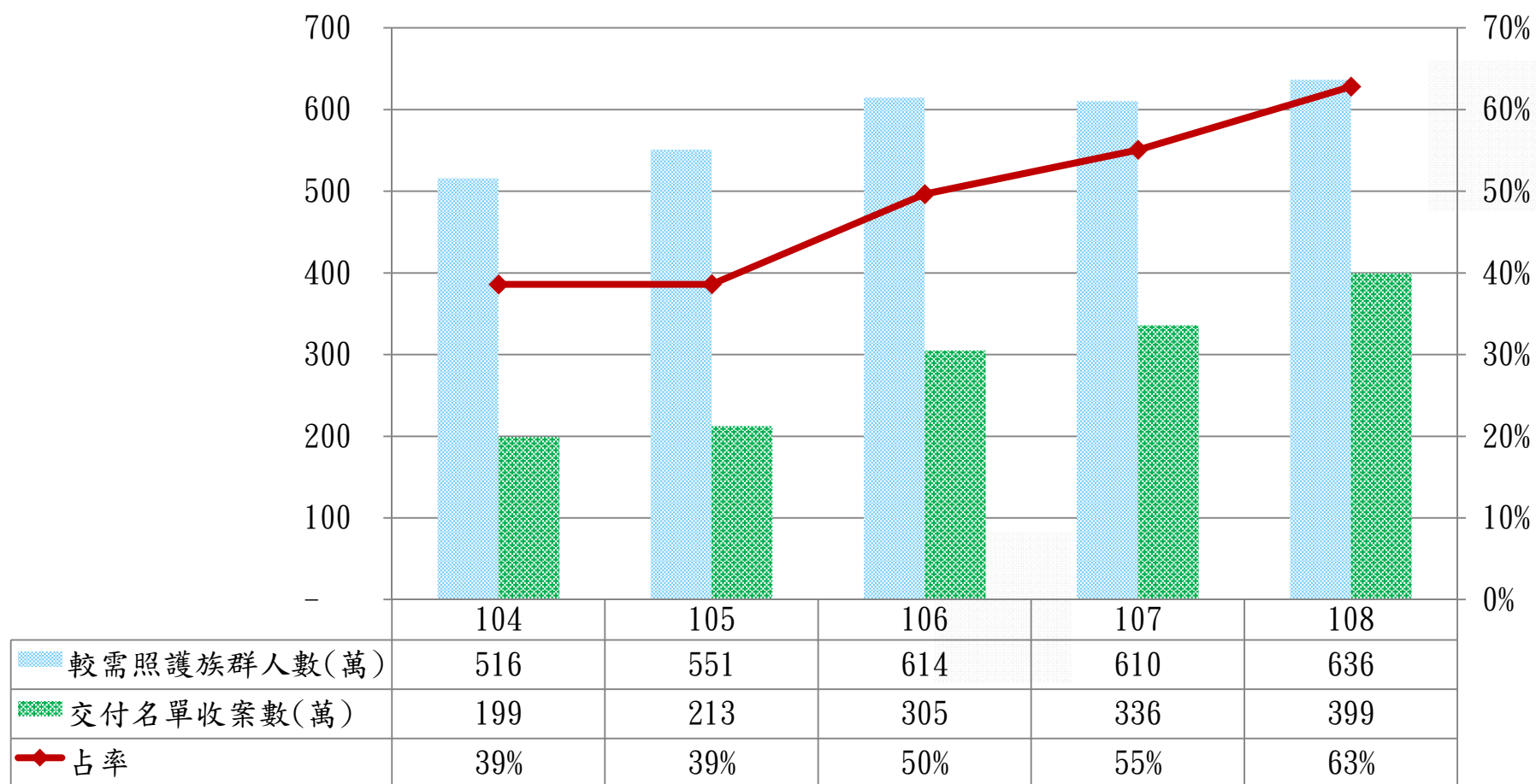
註2：收案人數占率為收案人數/保險對象人數





# 近5年醫療群交付名單收案情形

- 108年計畫交付名單收案人數占較需照護族群人數63%



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。



# 108年家醫計畫提供服務成果

## 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

3

## 提供病人轉診服務

- 醫療群與229家醫院合作
- 轉診服務：424,388人次
- 共照門診：6,502診次
- 病房巡診：1,015次

- 電話諮詢服務：45,668通
- 提供適當就醫指導
- 減少急診與不必要就醫
- 主動電訪會員人數：704,655人

4

## 加強診所與醫院合作

5

## 辦理社區衛教、宣導

- 營造健康社區，提升醫療群形象。
- 辦理社區衛教1,766場次。
- 參與人數達106,314人次。

- 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6,000餘位。



# 108年醫療群品質指標執行情形

指標	收案會員	目標值	達成 群數	達成群數 占率
電子轉診使用率	56.43%	$\geq 80.00\%$	81	13.4%
門診雙向轉診率	83.98%	$\geq 85.71\%$	112	18.5%
成人預防保健檢查率	37.87%	$\geq 24.43\%$	510	84.3%
子宮頸抹片檢查率	17.44%	$\geq 15.22\%$	382	63.1%
老人流感注射率	31.72%	$\geq 26.51\%$	435	71.9%
糞便潛血檢查率	21.63%	$\geq 14.30\%$	451	74.5%

註1：目標值：電子轉診使用率為 $\geq 80\%$ 、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2：108年群數計有605群



# 108年醫療群品質指標執行情形

指標	收案會員	目標值	達成 群數	達成群數 占率
每十萬人潛在可避免急診件數	1,160.5	$\leq 561.7$	126	20.8%
每十萬人均可避免住院件數	653.6	$\leq 247.9$	139	23.0%
會員急診率	34.67%	$\leq 28.30\%$	84	13.9%
糖尿病會員胰島素注射率	6.24%	$\geq 1.35\%$	528	87.3%
會員固定就診率	47.98%	$\geq 45.31\%$	351	58.0%

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。

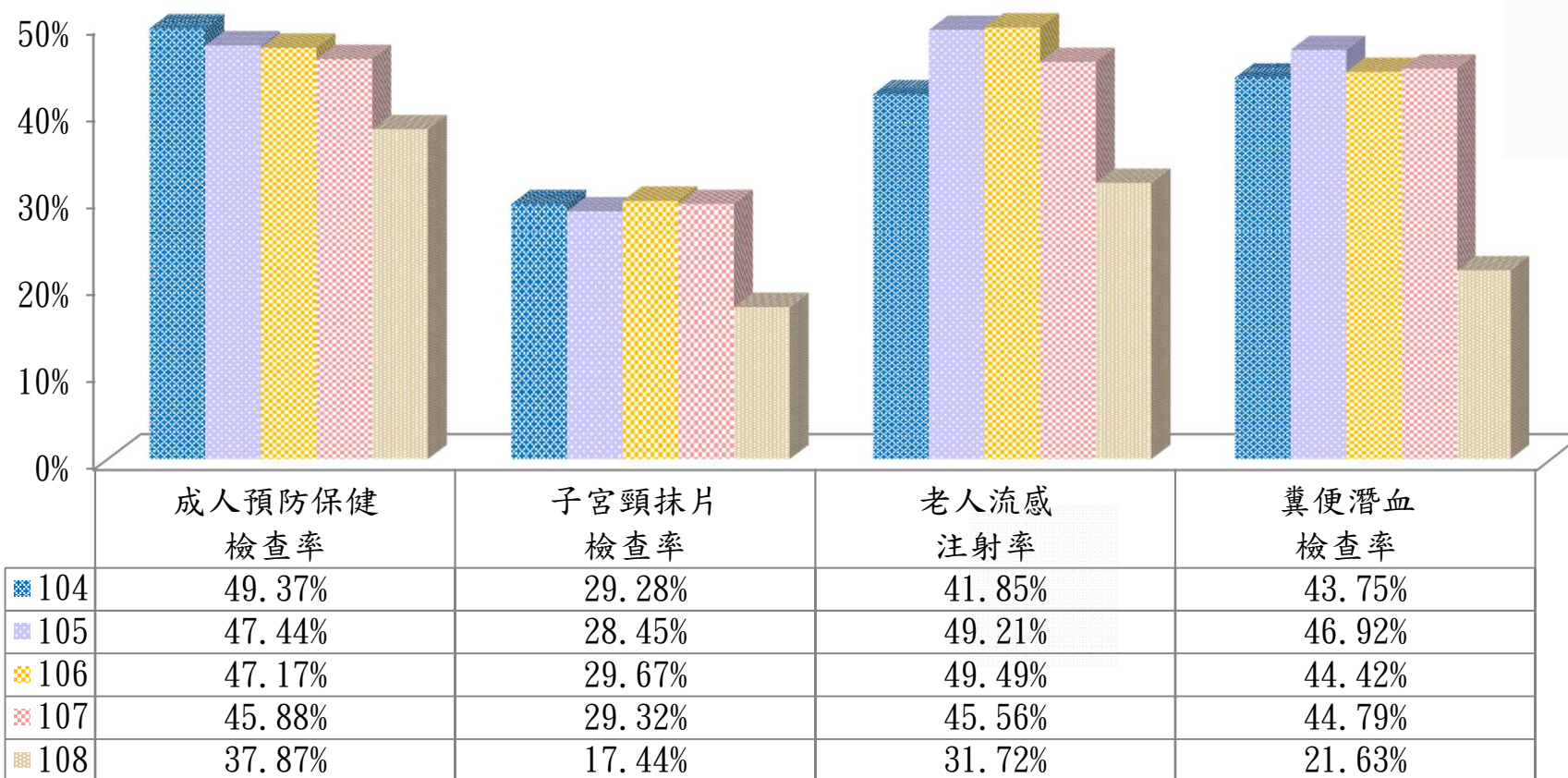
註2：108年群數計有605群





# 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
- 108年起會員於基層院所接受預防保健項目為統計範圍

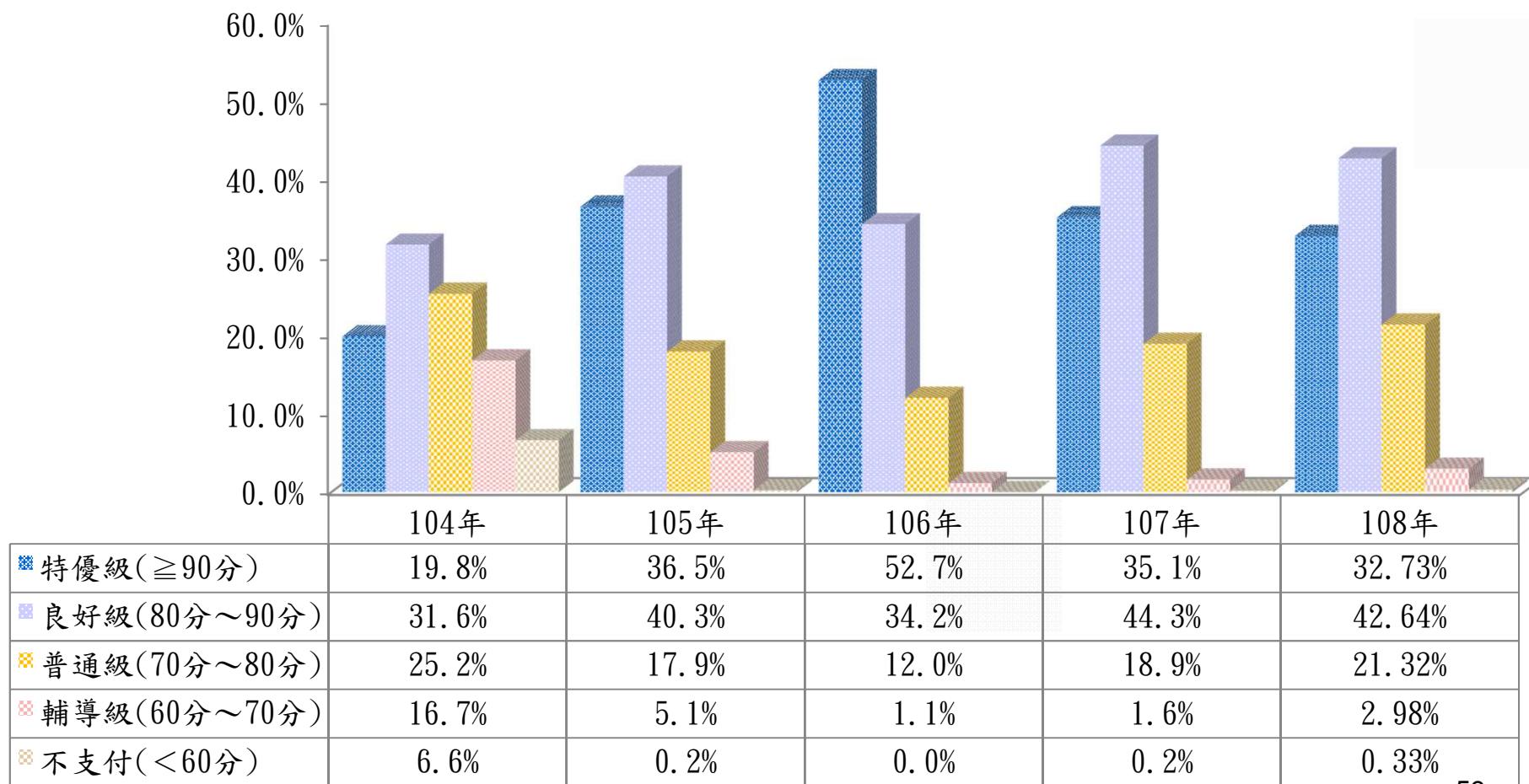


1. 成人預防保健檢查率：分子為40歲(含)以上會員於基層診所接受成人健檢人數；分母為(40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)。
2. 子宮頸抹片檢查率：分子為30歲(含)以上女性會員於基層診所接受子宮頸抹片人數；分母為30歲(含)以上女性會員數。
3. 65歲以上老人流感注射率：分子為65歲以上會員於基層診所接種流感疫苗人數；分母為65歲以上總會員人數。
4. 糞便潛血檢查率：分子為50歲以上至未滿75歲會員於基層診所接受定量免疫糞便潛血檢查人數；分母為50歲以上至未滿75歲會員人數/2。



# 近5年社區醫療群品質評核

- 108年品質指標達80分以上共計456群，占所有群數約75%，指標<60分計有2群



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2：104年共426群、105年共414群、106年共526群、107年共567群、108年共605群。

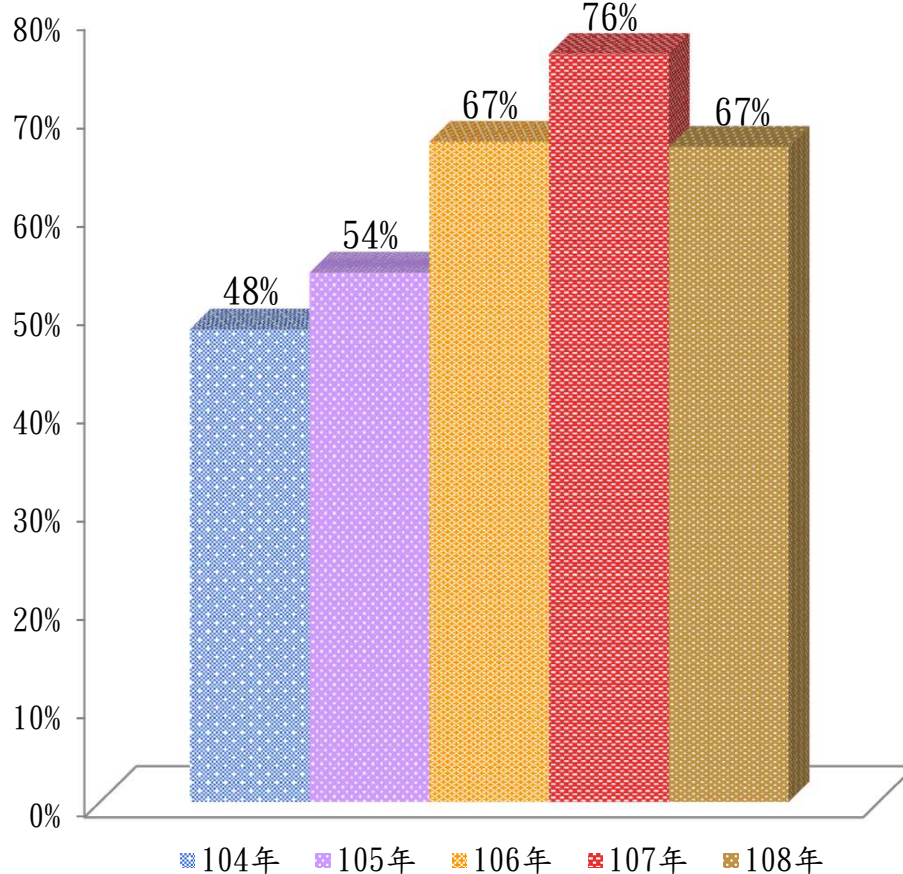




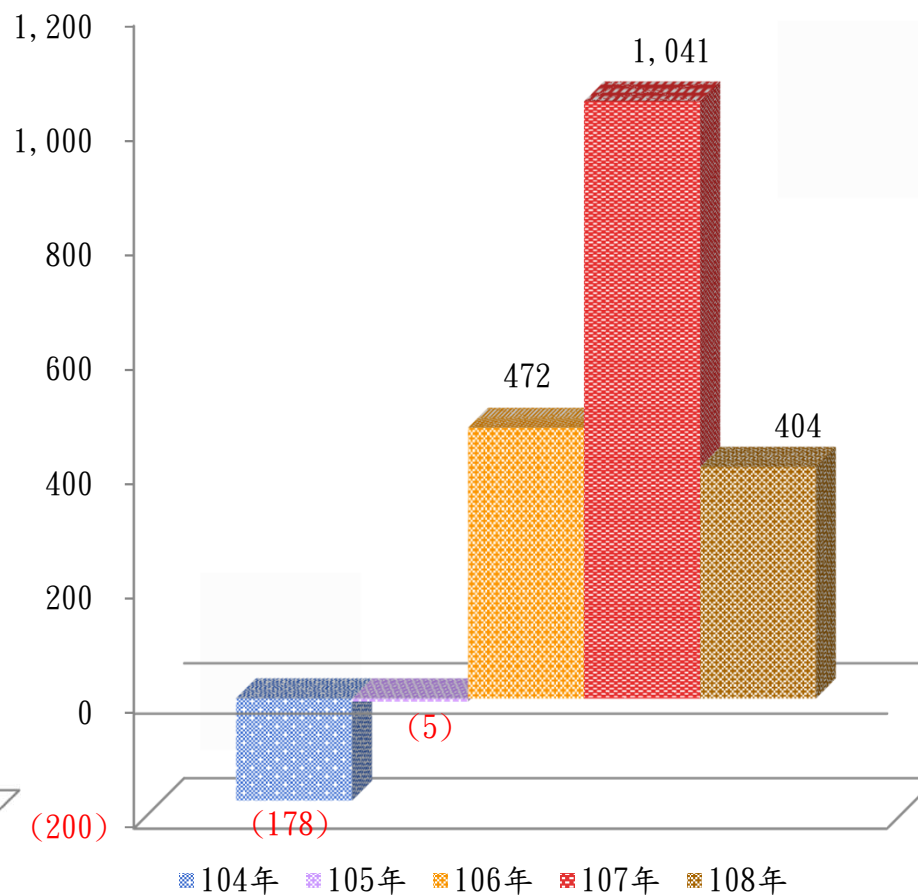
# 近5年社區醫療群健康管理成效

- 自106年起平均每人VC-AE結餘數已成正值

有結餘家醫群數占率



平均每人結餘數



註：健康管理成效鼓勵係依會員實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值 60





# 近5年滿意度調查結果

- 108年抽測會員施測項目滿意度結果均達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
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%
108	5,964	99.8%	99.7%	99.8%



# 109年計畫修訂方向

## 組織運作

- ✓ 會員24小時諮詢專線不得設置於醫院之急診室
- ✓ 增列計畫執行中心應辦理之核心業務及其內容項目，及其核心業務不得委由非醫事服務機構執行，如有違反則需終止執行計畫

## 績效獎勵費用

- ✓ 評核指標特優及且平均每人VC-AE差值 $>275$ 點者，品質提升費用由原每會員275點調整為每會員275元
- ✓ 調升評核指標輔導級及不支付等級之分數，由原60分調升為65分

## 多重慢性病人

- ✓ 原15種慢性病，考量基層診所醫師專科別及檢查設備設置，刪除失智症、甲狀腺機能障礙及攝護腺(前列腺)肥大3類疾病



# 109年計畫修訂方向

## 偏遠地區 診所績效 獎勵費

- ✓ 符合本保險醫療資源缺乏地區施行區域及本保險山地離島地區之診所，且所屬社區醫療群計畫評核指標為良好級(含)以上，診所之績效獎勵費每點支付金額1元計算

## 檢討評 核指標

- ✓ 調整得分閾值：成人預防保健檢查率、65 歲以上老人流感注射率、潛在可避免急診率、會員急診率(排除外傷)、可避免住院率及會員固定就診率
- ✓ 新增初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢之檢驗檢查執行率，以早期發現初期慢性腎臟病病人
- ✓ 收治糖尿病、初期慢性腎臟病個案之診所指標變更為糖尿病會員胰島素注射率，並調升得分閾值



# 鼓勵院所建立轉診機制 基層總額轉診型態調整費用





# 轉診支付誘因

✓為推動分級醫療，鼓勵院所「建立轉診之合作機制」，自107年起編列專款預算。規劃轉診支付誘因，新增5項轉診支付標準項目，自107年7月1日起施行。

預算(億元)	107年	108年	109年
醫院	2.58	6.89	6.89
西醫基層	1.29	2.58	2.58

支付標準	適用層級		支付點數
	醫院	基層診所	
辦理轉診費_回轉及下轉	✓		使用轉診電子平台：500點 未使用轉診電子平台:400點
辦理轉診費_上轉	✓	✓	使用轉診電子平台：250點 未使用轉診電子平台：200點
接受轉診診察費加算	✓	✓	200點



# 轉診支付範例

層級別	西醫基層		醫學中心	
是否使用 電子轉診平台	使用	未使用	使用	未使用
上轉	每人250點	每人200點	接受轉診診察費 加算200點	
下轉或治療結束後回轉 (限醫院層級以上申報)	接受轉診診察費 加算200點		每人500點	每人400點



# 轉診支付規範及核付情形

轉診支付標準支付方式：

- ✓ 病患需有就醫事實，轉出院所確認轉入院所受理轉診後即可先申報轉診費，惟轉診費用點數先申報為0，由本署後續勾稽個案就醫情形後每季統一補付。
- ✓ 同體系院所間（含委託經營）之轉診案件不得申報。

(單位：醫令數:萬件；結算數:億點)

	107年				108年			
	申報 醫令數	核付 醫令數	核付率	結算數	申報 醫令數	核付 醫令數	核付率	結算數
醫院	51.0	35.0	68.6%	0.71	123.8	81.8	66.0%	2.06
西醫基層	41.2	24.4	59.1%	0.55	96.2	61.1	63.5%	1.44
合計	92.3	59.4	64.4%	1.26	220.0	142.8	64.9%	3.50

備註：107年及108年皆以一點一元支應





# 基層總額轉診型態調整費用

- 一、108年預算為13.46億元，支用10.51億元，預算執行率78%。
- 二、轉診成功部分：申報轉診醫令且轉診成功者，該保險對象6個月於西醫基層總額案件點數。  
考量推動第1年院所尚不熟悉申報規定，108年起增列自行就醫部分。
- 三、自行就醫部分：
  - 1. 門(急)診案件：當月於基層就醫者，其主診斷自就醫當月及往前3個月，均只在醫院就醫而未在基層就醫者，該保險對象當月以同一主診斷於西醫基層總額案件點數 $\times 1.5$ 計算。
  - 2. 住診案件：當月於基層就醫者，其主診斷前3碼自就醫當月及往前3個月均只在醫院就醫而未在基層就醫，自醫院住院離院後，2週內至西醫基層總額案件點數。



# 基層總額轉診型態調整費用

項目 \ 年度	107年 7~12月	108年
--下轉病人數		
轉診成功(A)	13,567	66,884
自行就醫—門診(B)	...	381,375
自行就醫—住診(C)	...	2,299
--下轉病人就醫件數		
轉診成功(A)	72,973	533,616
自行就醫—門診(B)	...	536,567
自行就醫—住診(C)	...	3,354
--下轉病人就醫費用(百萬元)		
轉診成功(A)	62.6	449.5
自行就醫—門診(B)	...	598.3
自行就醫—住診(C)	...	3.2

10.51億元

註：下轉病人於基層診所發生之醫療費用以108年其他預算「基層總額轉診型態調整費用」之動支原則定義計算，摘要如下：

(1)轉診成功(於轉診平台有完成勾稽之個案)：於基層院所接受轉診之日起6個月，該病患於基層之門診案件點數。

(2)自行就醫—門診：於基層就醫前3個月均在醫院門診就醫者，下轉當月同一主診斷於基層之門診案件點數\*1.5。(6個月內不與其他補助條件重複計算)

(3)自行就醫—住診：於基層就醫前3個月只在醫院門診就醫，自醫院出院後，2周內至基層就醫，於基層之門診案件點數69(1個月內不與其他補助條件重複計算)



# 108年專案計畫

2

## 其他預算



### 1. 偏遠及弱勢照護

- 山地離島IDS計畫編列**6.554**億元
- 居家、助產所、精神社區復健及轉銜長照編列**60.20**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(跨部門)
- 促進醫療體系整合編列**5**億元
- 鼓勵院所即時查詢編列**8**億元



### 3. 提升保險成效及其他預備金

- 支應C肝不足經費編列**13.7**億元(跨部門)
- 調節非預期風險編列**8.22**億元
- 慢性腎臟病照護編列**4.04**億元
- 特殊族群藥事照護編列**0.3**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	104	105	106	107	108
1.山地離島地區醫療給付效益提升計畫	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%)	6.554億元 (4.94億元 75%)
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)	37.14億元 (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%)	60.20億元 (52.99億元 88%)
3.促進醫療體系整合	11億元 (1.69億元 15%)	11億元 (3.03億元 28%)	11億元 (3.05億元 28%)	7億元 (2.78億元 40%)	5億元 (2.04億元 41%)
醫院以病人為中心門診整合 照護計畫	3億元 (1.13億元 38%)	3億元 (2.28億元 76%)	3億元 (2.28億元 76%)	- (1.93億元) -	- (0.79億元) -
急性後期整合照護計畫	4億元 (0.43億元 11%)	4億元 (0.57億元 14%)	4億元 (0.45億元 11%)	- (0.42億元) -	- (0.61億元) -
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%)	- (0.42億元) -	- (0.64億元) -

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	104	105	106	107	108
6.鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案	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%)	8億元 (5.21億元 65%)
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%)	3,000萬元 (未執行)
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 (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%)	4.04億元 (4.04億元 100%)
9.保險對象收容於矯正機關醫療 服務計畫	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%)	16.538億元 (14.42億元 87%)
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%)	3億元 (2.97億元 99%)
11.調節非預期風險	10億元 (9.678億元 97%)	10億元 (1.775億元 18%)	10億元 (1.775億元 18%)	8.22億元 (無支用)	8.22億元 (5.18億元 63%)
12.基層總額轉診型態調整費用	-	-	-	13.46億元 (0.63億元 5%)	13.46億元 (10.51億元 78%)

註：( ) 內資料為預算實際執行數及執行率





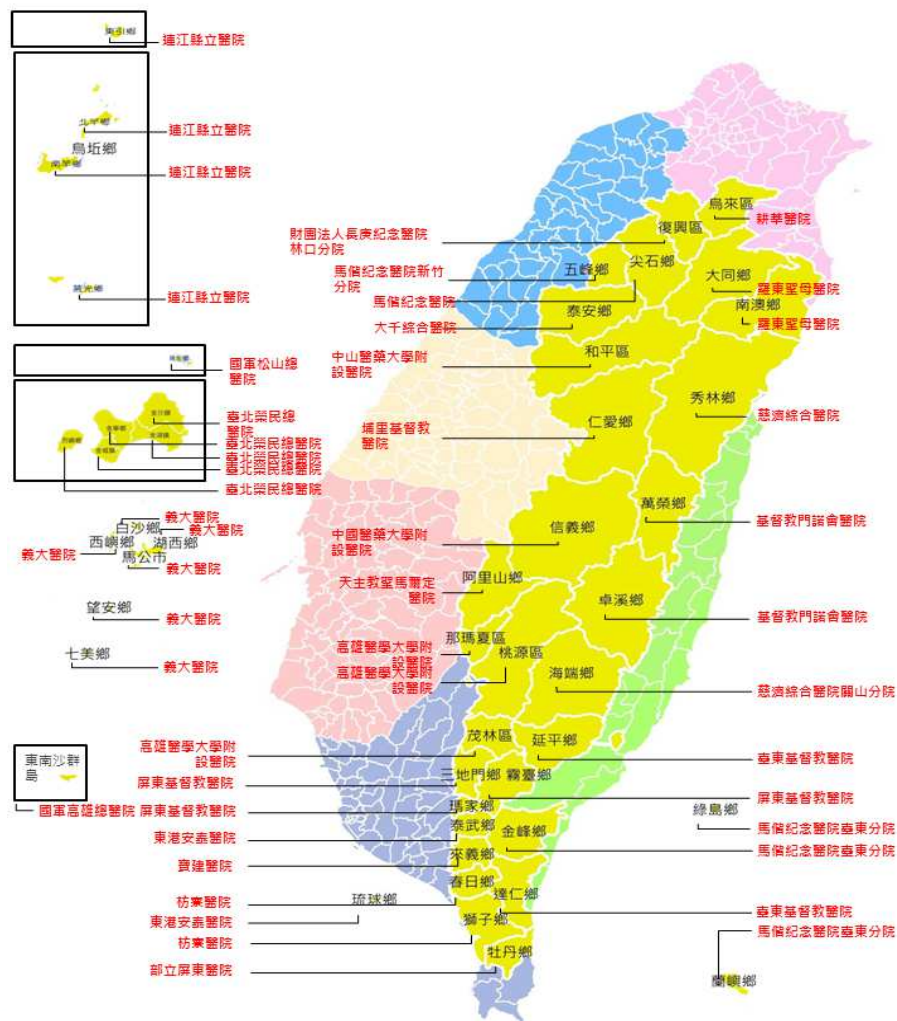
# 山地離島地區醫療給付效益 提升計畫



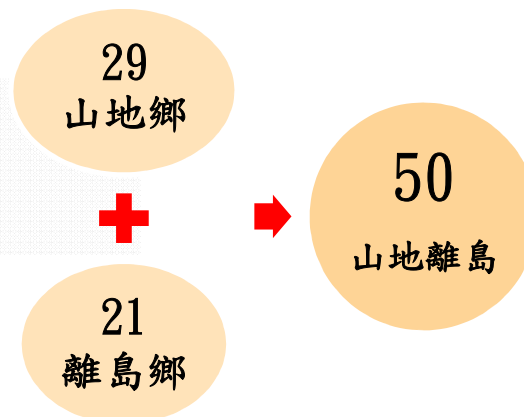


# 山地離島地區(IDS)醫療給付效益提升計畫

- 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

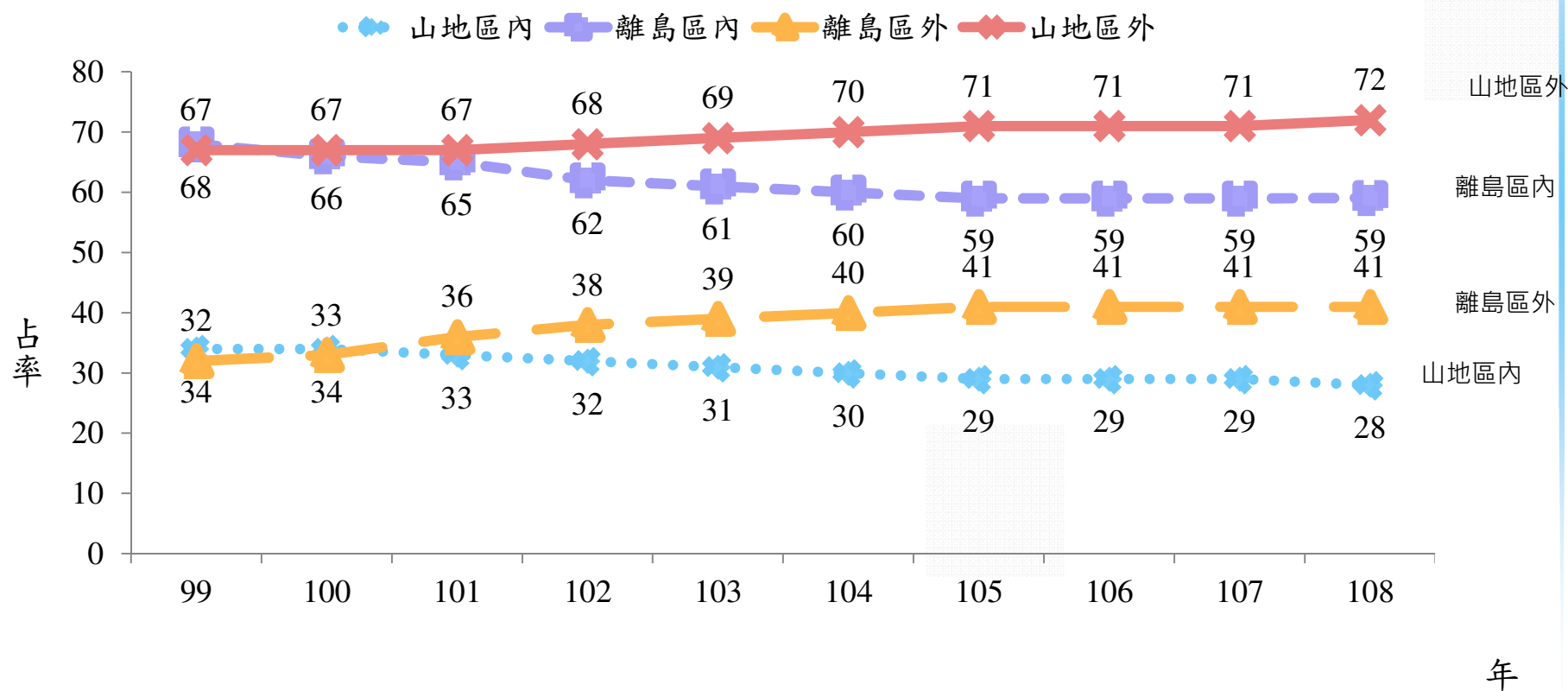






## 山地離島地區保險對象於該區內外就醫次數比較

- 山地地區區外門診就醫次數占率較高(約7成)
- 離島地區區內門診就醫次數占率較高(約6成)

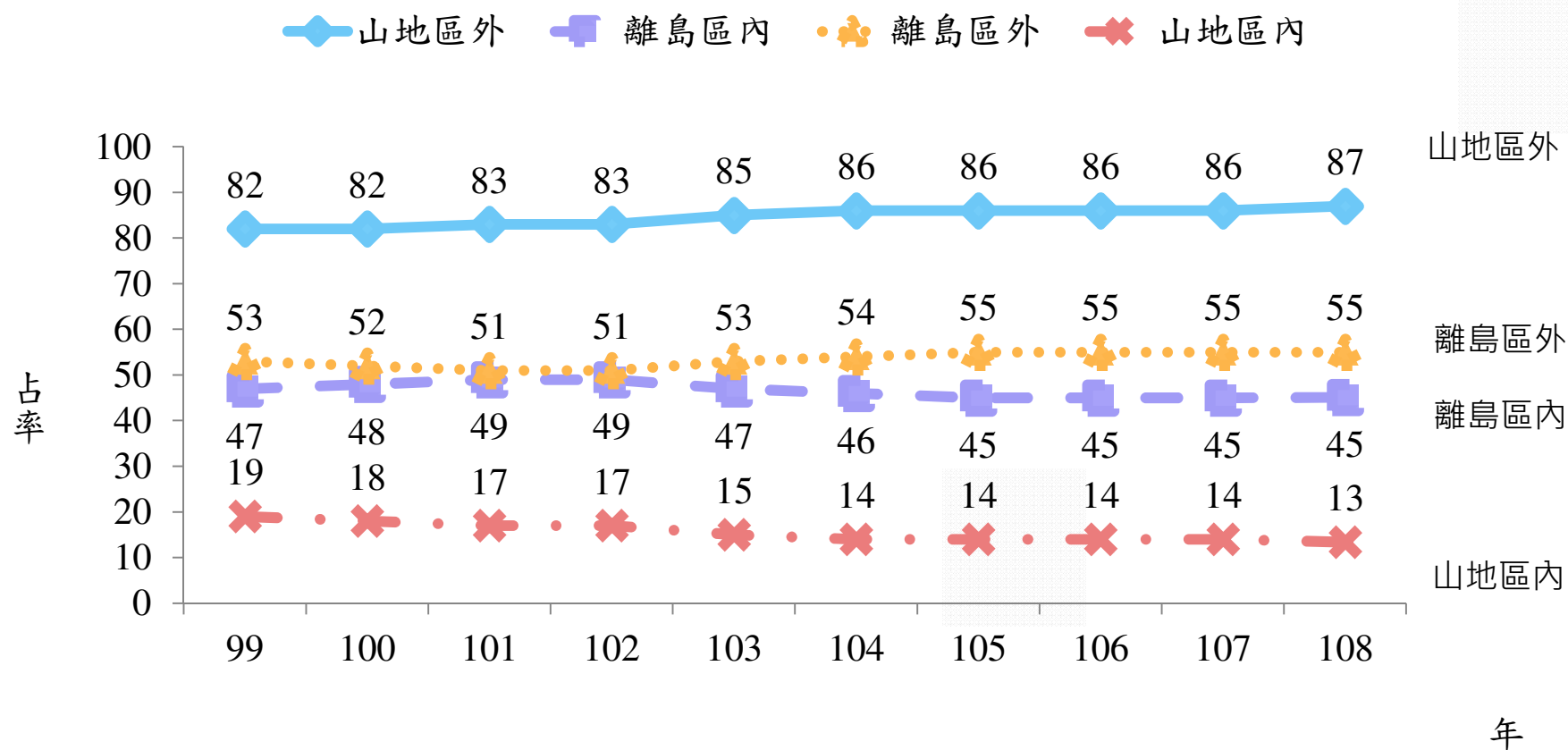


註：1.統計對象為戶籍於山地離島地區且在保之保險對象  
2.門診就醫次數經年齡性別校正  
3.地區外就醫指保險對象在非山地離島地區內就醫



## 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7及約5成5



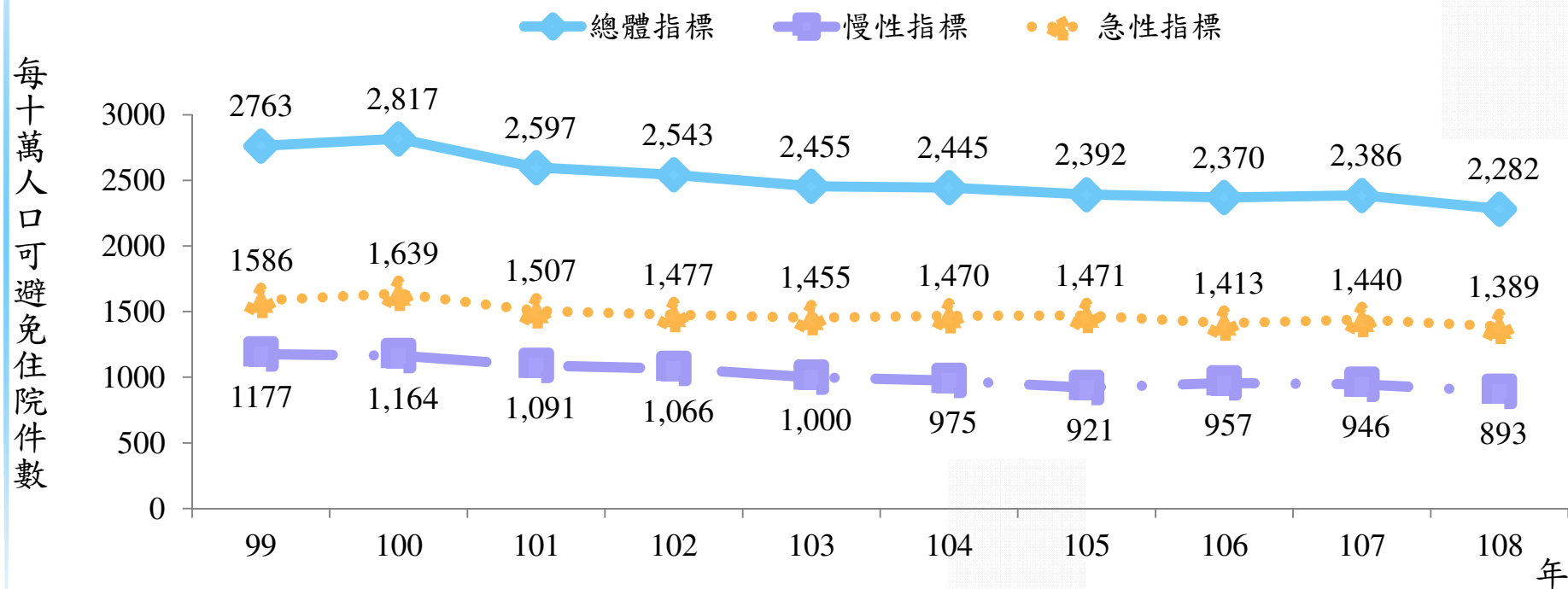
註：1.統計對象為戶籍於山地離島地區且在保之保險對象  
2.門診就醫次數經年齡性別校正  
3.地區外就醫指保險對象在非山地離島地區內就醫

年



# 99-108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。

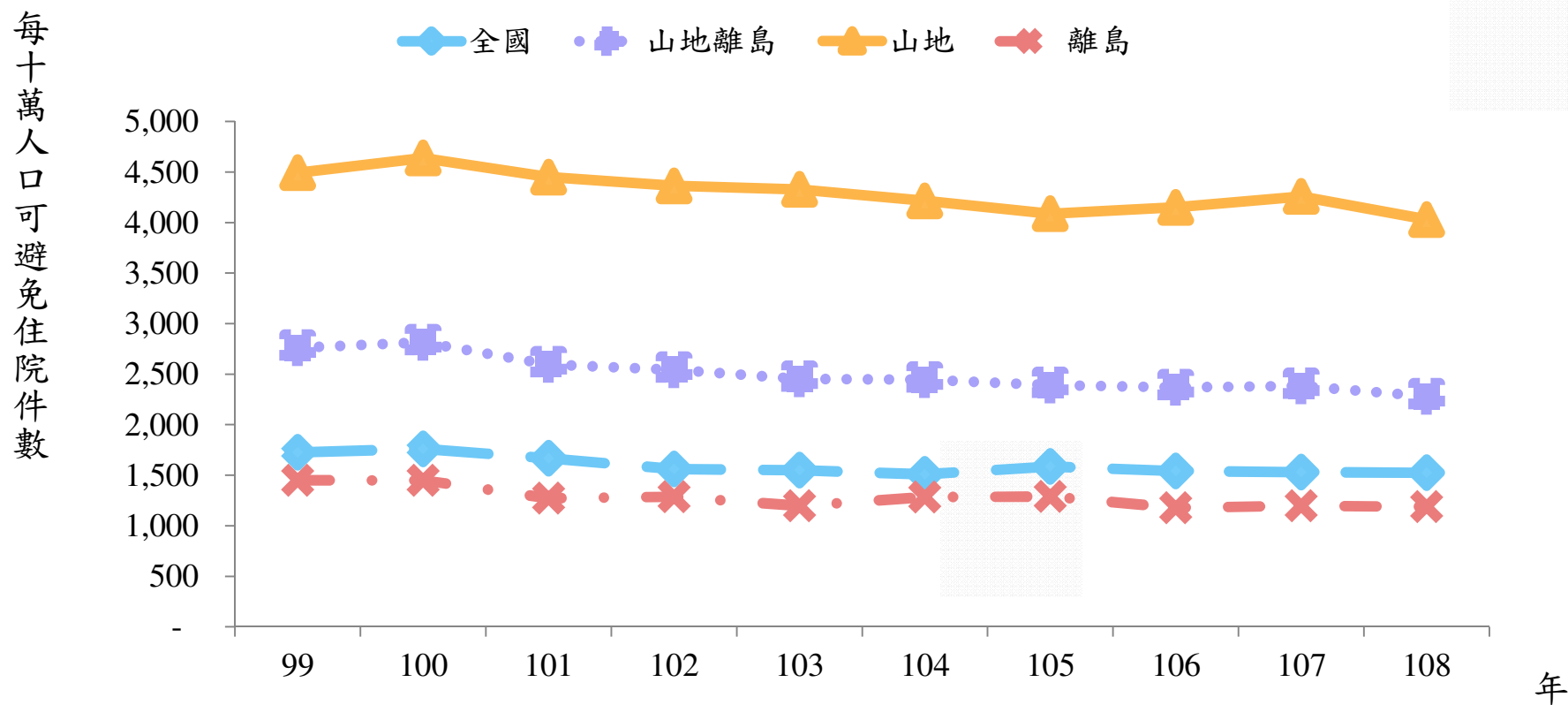
(2)慢性指標：係指短期糖尿病併發症、長期糖尿病併發症、控制不良糖尿病、糖尿病下肢截肢、COPD及成人氣喘、青年氣喘、高血壓、心臟衰竭、心絞痛等9項指標。

(3)總體指標：急性指標及慢性指標之住院件數總和。



## 99-108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

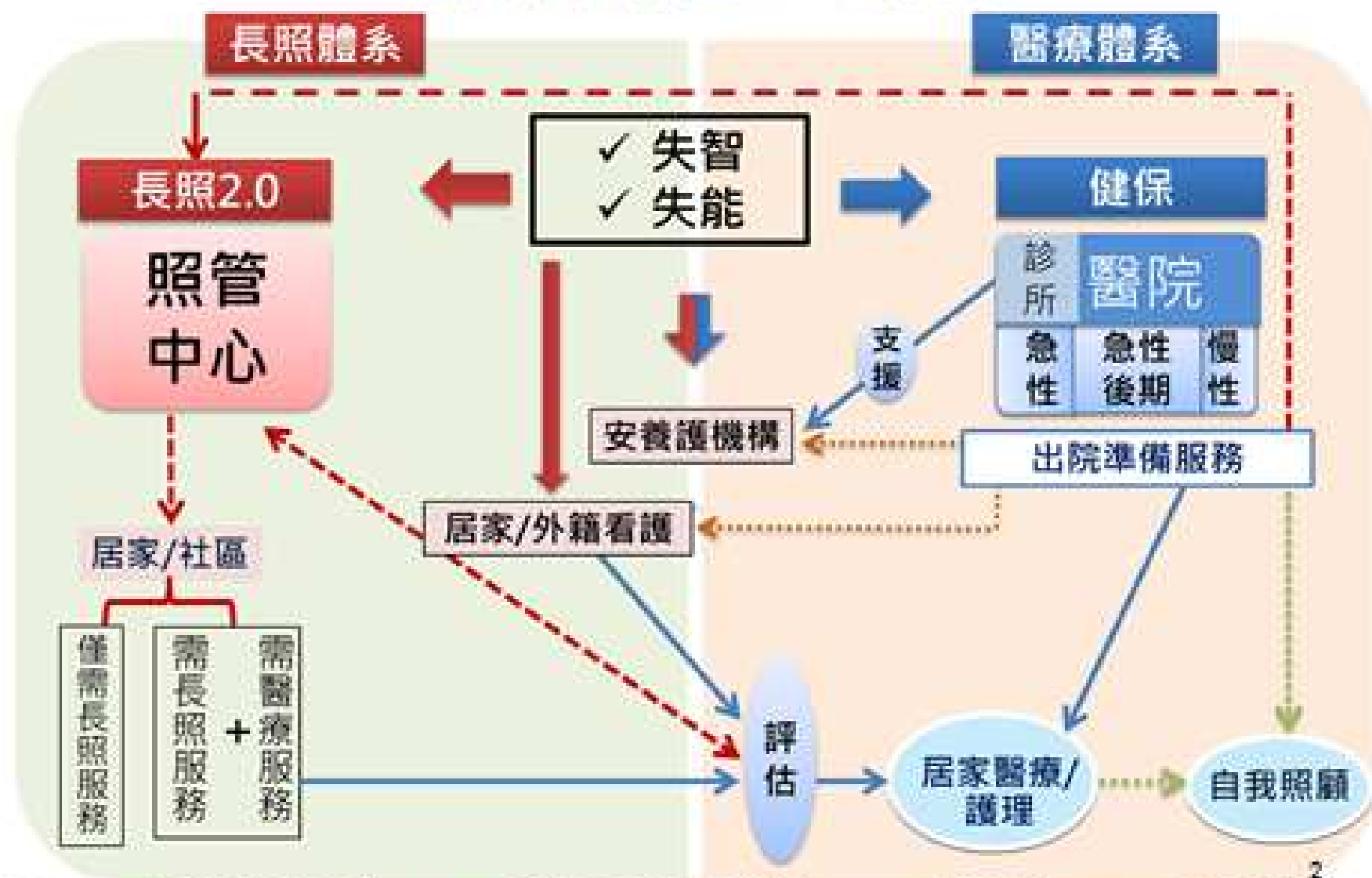




# 居家醫療、居家醫療照護整合計畫、轉銜長照2.0



# 醫療與長照銜接



備註：——> 醫療照護轉介；- -> 醫療與長照2.0銜接；...> 症狀改善；.....> 其他照顧





# 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



## 轉銜長照辦理情形

	申報健保出 院準備件數	出院前接受 長照2.0需求評估		出院後7日內 接受長照服務		出院後 接受長照服務	
	(A)	件數 (B)	件數占率 (B/A)	件數 (C)	件數占率 (C/B)	件數 (D)	件數 占率 (D/B)
106年4-12月	78,743	3,357	4.3%	784	23%	2,007	60%
107年1-12月	119,054	13,760	11.6%	4,066	30%	8,800	64%
108年1-12月	146,349	24,717	16.9%	10,664	43%	17,528	71%



# 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。

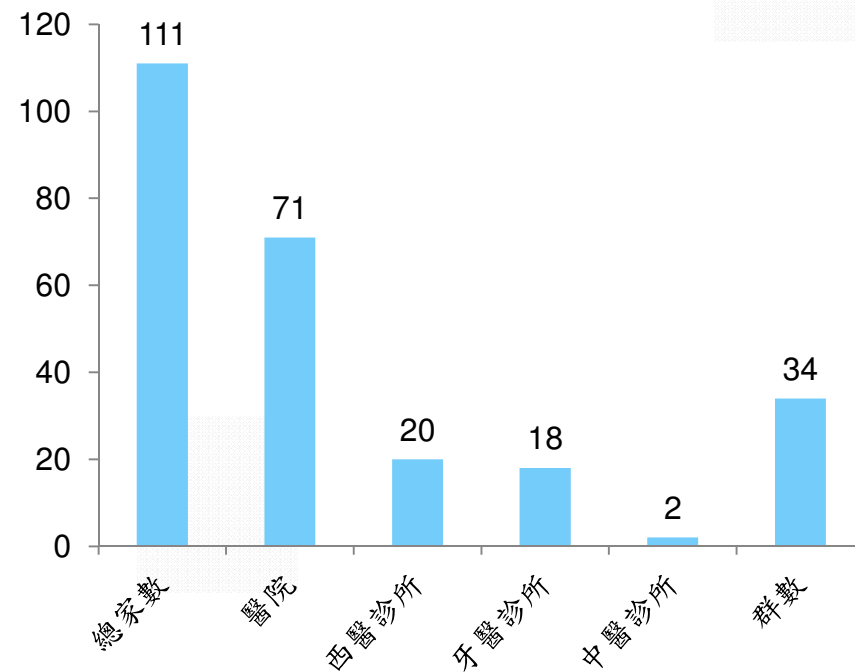
## 策略

- 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。



# 收容於矯正機關者醫療服務計畫 -服務涵蓋情形

- 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。



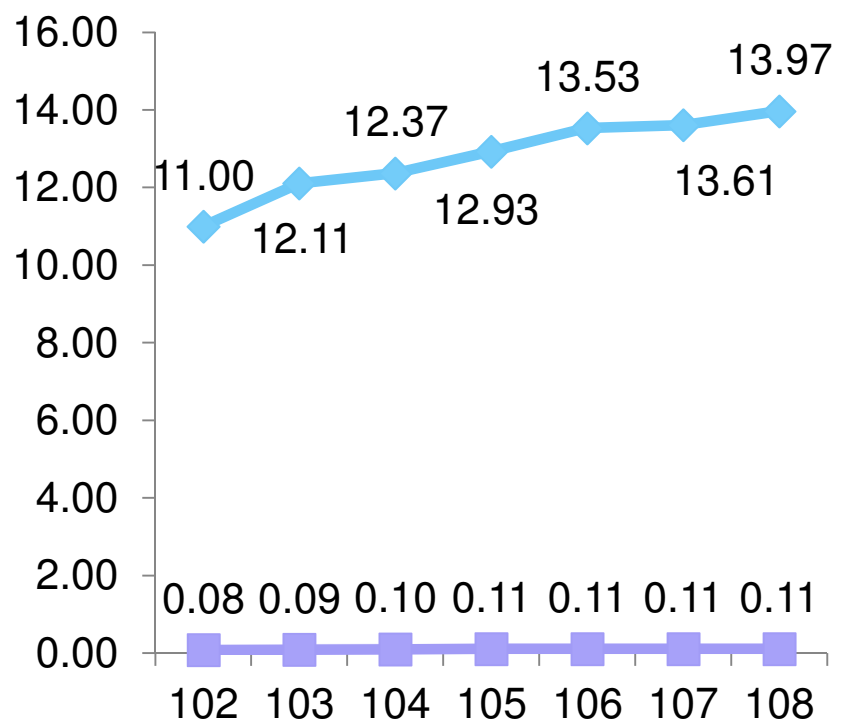
■ 108年矯正機關醫療服務計畫辦理情形



# 收容於矯正機關者就醫情形

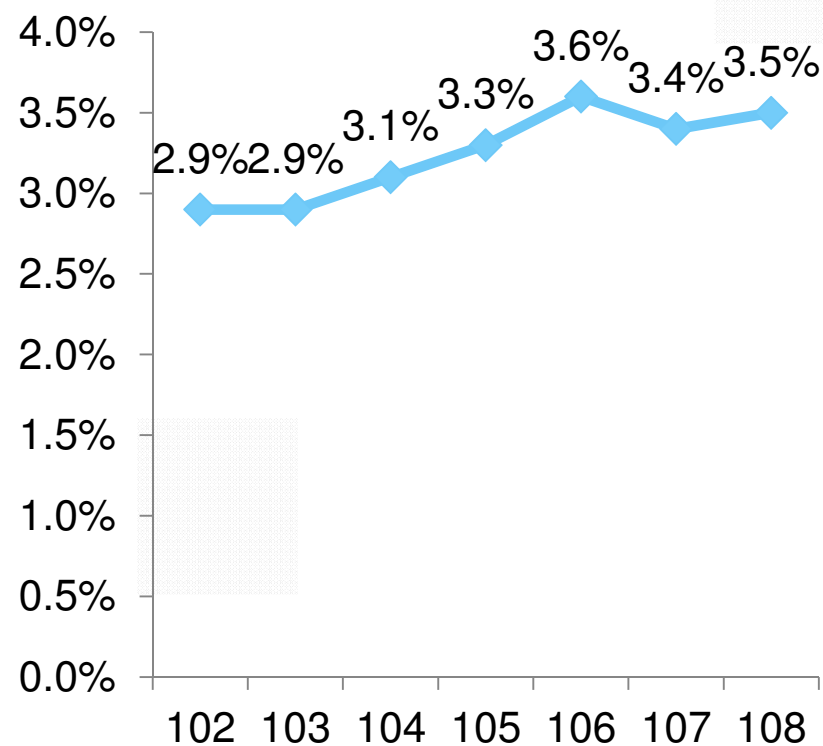
- 矯正機關收容人每人就醫次數約為14次、住院件數約為0.1次、大部分為監內就醫，戒護門診占率約占3.5%

平均每人就醫次數



◆ 平均每人門診件數 ■ 平均每人住診件數

戒護門診占率



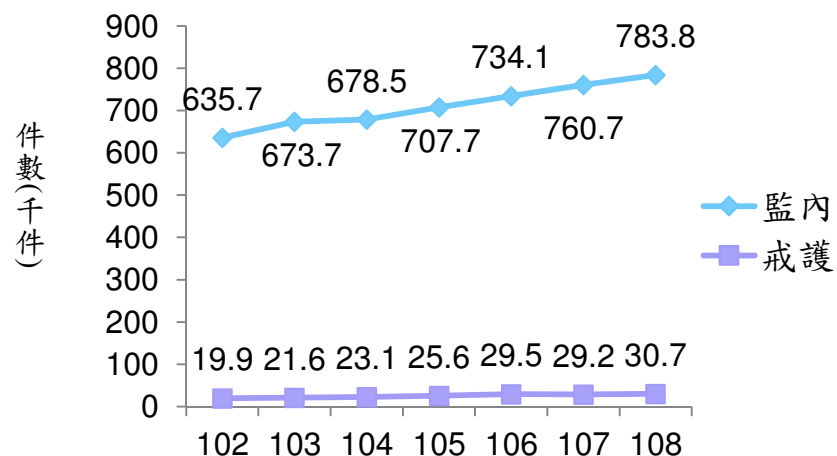
◆ 戒護門診占率



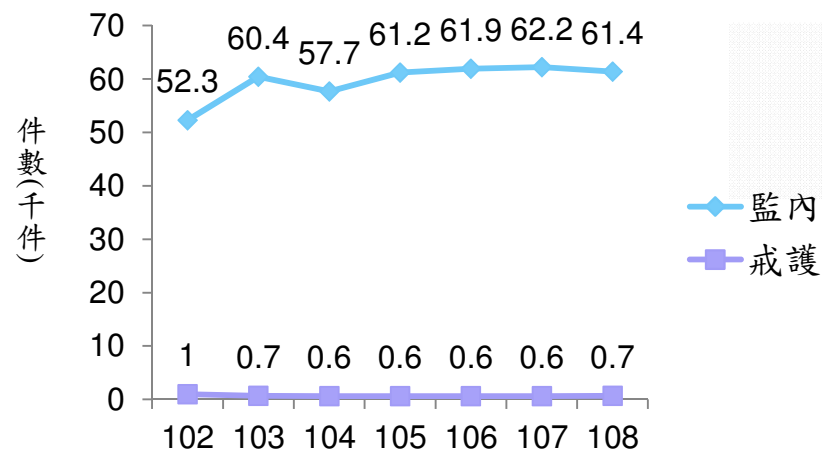


# 收容於矯正機關者就醫情形監所、戒護 就醫情形

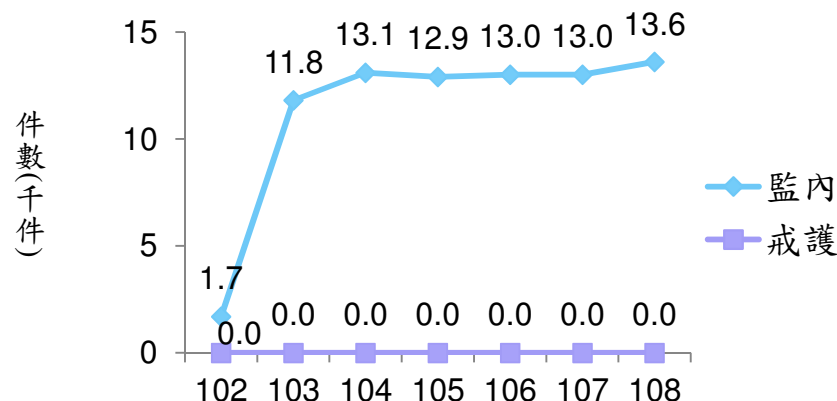
## 西醫



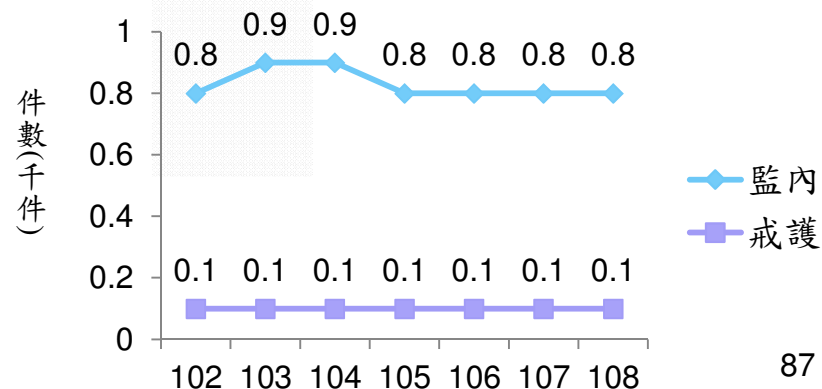
## 牙醫



## 中醫



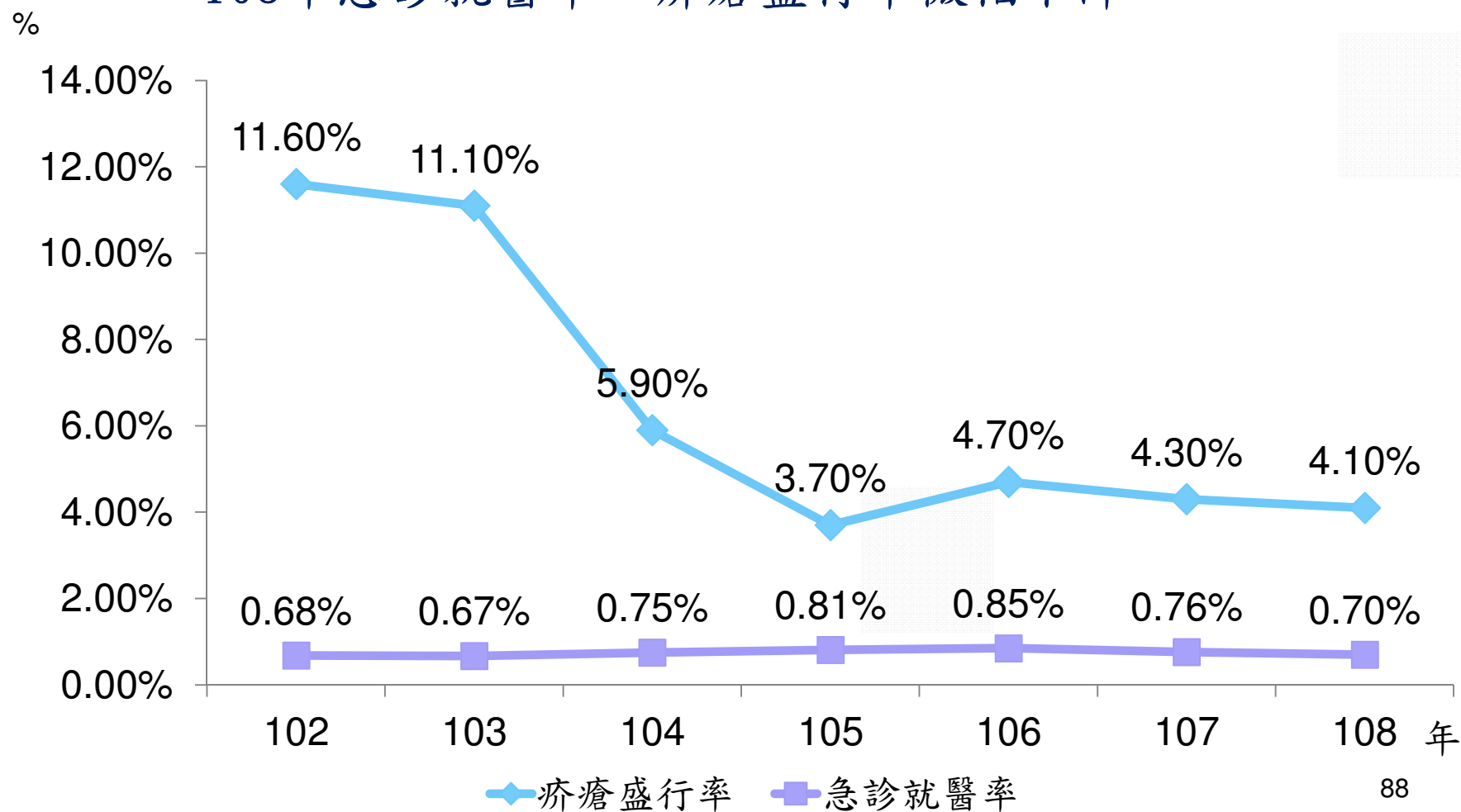
## 透析





# 收容於矯正機關者-急診就醫率、疥瘡盛行率

- 108年急診就醫率、疥瘡盛行率微幅下降





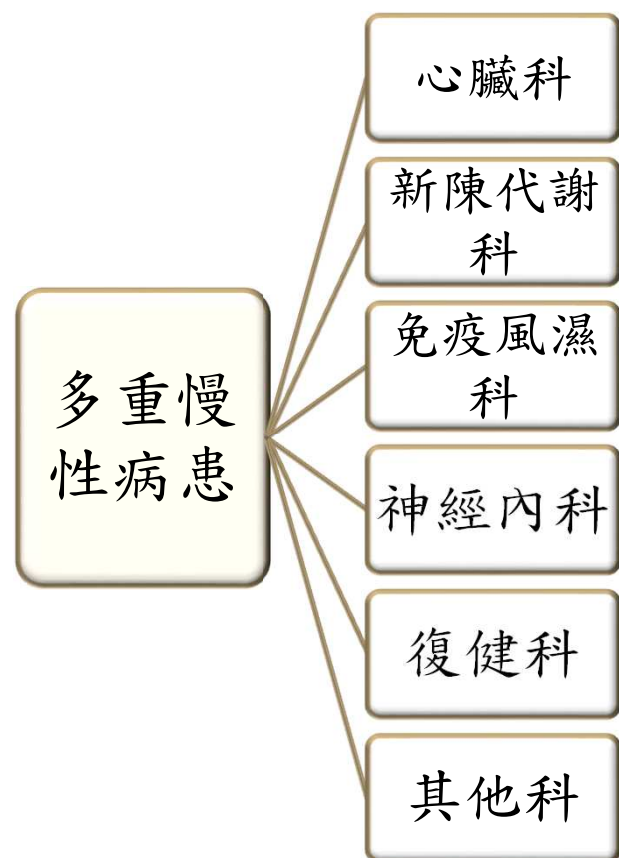
# 醫院以病人為中心 門診整合照護計畫



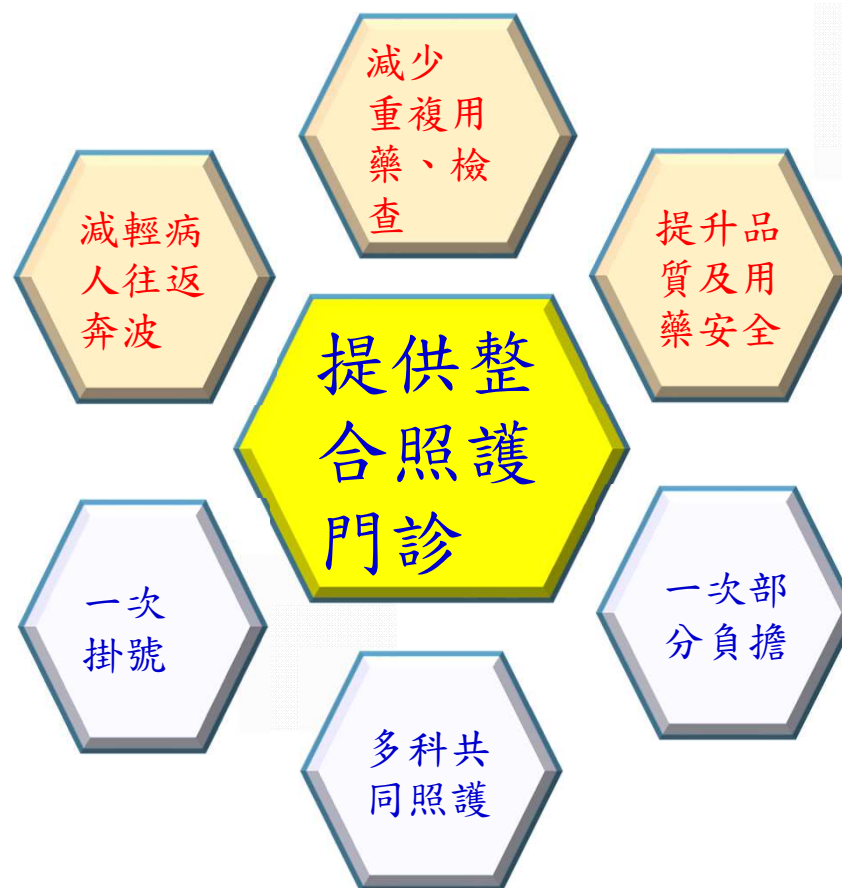


# 計畫概念

## 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、三高多重慢性病患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。

◎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。

## 108年-109年計畫 (108年4月~迄今)

◎鼓勵醫院開設「整合照護門診」，如無法開設者，同一保險對象如同一日就診多科，並由最後就診醫師整合開藥及處置者(非開設「整合照護門診」)亦得參加。



# 108年執行方式

無法開設整合門診者，仍可協助整合藥物。

同一日多科

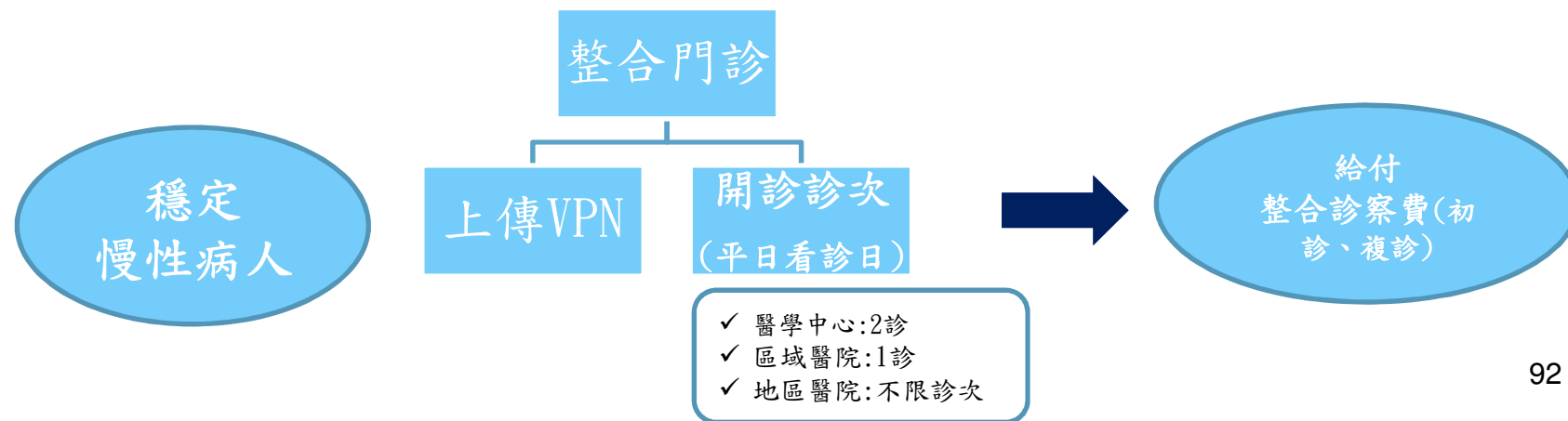
最後就診醫師

\*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







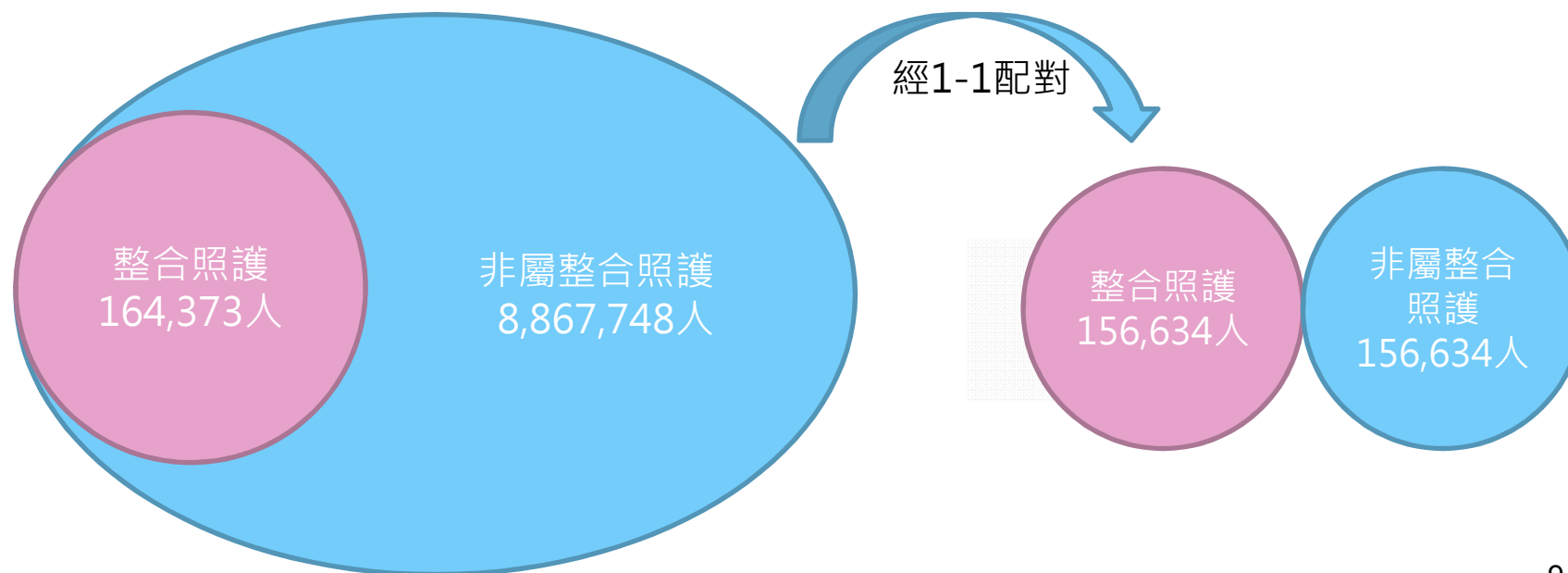
## 費用支付-個案門診診察整合費

- 限開設整合照護門診模式申報。
  - ✓ 門診整合初診診察費1,500點：須完成周全性評估及照護計畫
  - ✓ 門診整合複診診察費1,000點：
    - ◆限門診整合初診後半年內申報
    - ◆同一照護對象最多可申報2次
    - ◆含照護計畫之修正與調整
- 不得另申報醫院門診診察費



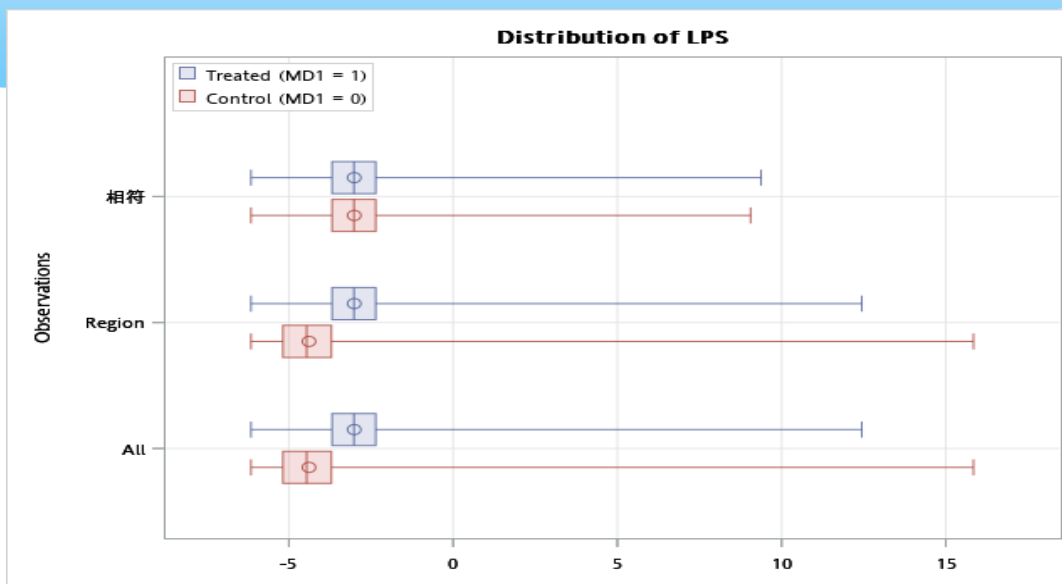
## 傾向分數配對(Propensity Score Matching)

- 2019年4-9月間，曾提供整合門診之院所計有130家醫院，共計就醫族群逾900萬人。
- 其中有16萬餘人接受過整合門診(整合式照護模式註記：Q、R、S、X)
- 就上述名單超過30歲族群，以傾向分數做1-1配對(Greedy Matching)

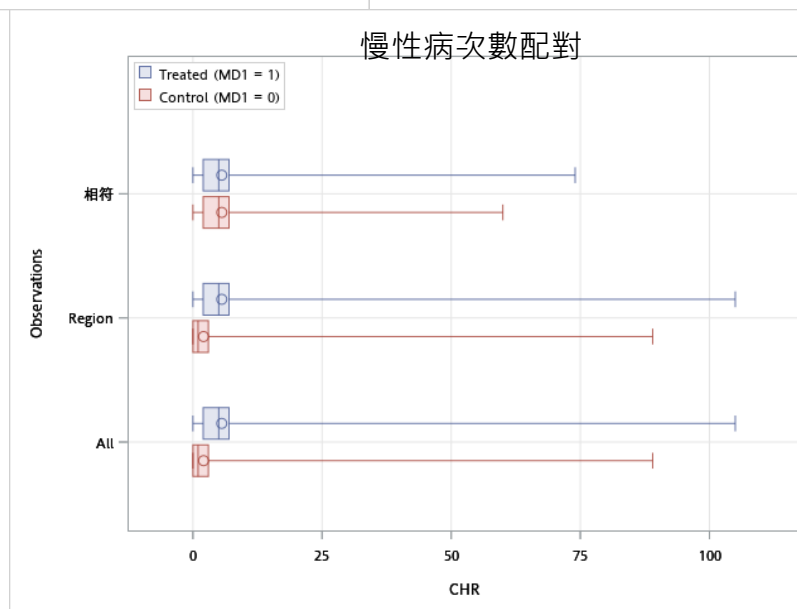
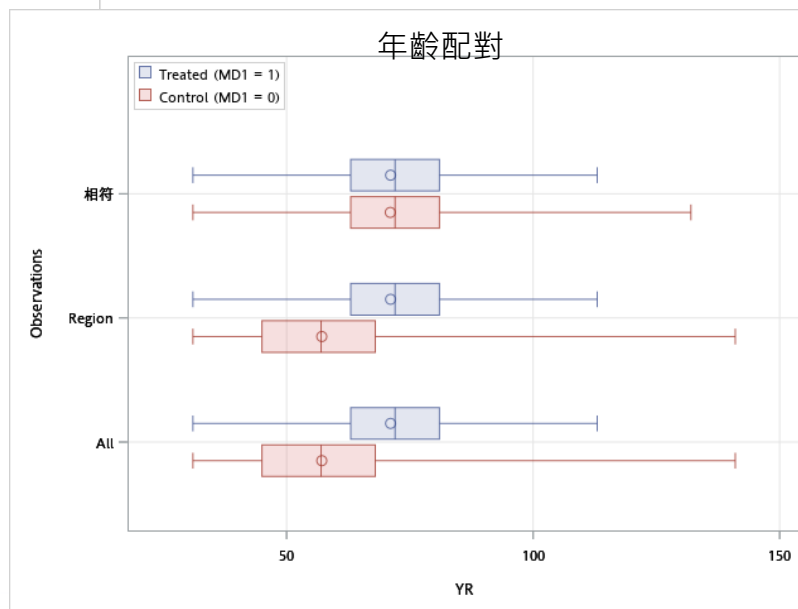




# 傾向分數配對之前後資訊II



■ Treated 整合照護  
■ Control 非屬整合照護





# 傾向分數配對之前後資訊I

	實驗組(門診整合)		對照組(非屬門診整合)			
			配對前		配對後	
	男	女	男	女	男	女
人數	77,900	78,734	3,035,554	3,688,590	77,900	78,734
年齡						
平均值	71.5	70.7	57.2	57.0	71.4	70.7
標準差	(13.8)	(13.6)	(14.8)	(15.0)	(13.7)	(13.6)
慢病次數						
平均值	5.8	5.4	2.2	1.9	5.8	5.4
標準差	(4.6)	(4.3)	(2.8)	(2.6)	(4.7)	(4.3)
糖尿病次數						
平均值	1.2	1.1	0.4	0.3	1.2	1.1
標準差	(2.4)	(2.3)	(1.5)	(1.3)	(2.5)	(2.4)
高血壓次數						
平均值	0.6	0.6	0.3	0.2	0.5	0.6
標準差	(1.4)	(1.4)	(1.0)	(0.9)	(1.5)	(1.5)
高血酯次數						
平均值	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
標準差	(0.7)	(0.7)	(0.6)	(0.5)	(0.7)	(0.7)
慢性腎病次數						
平均值	0.7	0.6	0.2	0.1	0.7	0.5
標準差	(2.9)	(2.7)	(1.3)	(1.1)	(2.7)	(2.4)

1-1配對



# 配對後前後期照護比較II

	照護前		照護後		差異中差異	
	平均值	標準差	平均值	標準差	值	P-value
西醫次數						
對照組	18.34	12.07	16.82	12.00	0.33	<.0001 **
實驗組(整合計畫)	18.27	12.15	17.09	12.09		
西醫點數						
對照組	45,296.51	87,785.18	40,415.71	89,626.07	1,042.07	0.06
實驗組(整合計畫)	49,492.57	141,488.28	45,653.85	139,270.92		
急診次數						
對照組	0.44	1.31	0.34	1.15	0.00	0.54
實驗組(整合計畫)	0.46	1.41	0.37	1.17		
PIM次數						
對照組	3.85	4.53	3.48	4.34	0.10	<.0001 **
實驗組(整合計畫)	3.76	4.34	3.49	4.23		
藥品品項數						
對照組	19.42	12.75	18.13	12.56	0.11	0.06
實驗組(整合計畫)	20.00	12.78	18.82	12.61		

註:PIM次數，係指西醫門診潛在不當用藥(PIM, 2015 Beers Criteria)就醫次數



# 指標比較摘要

## — 西醫門診次數

整合計畫組平均高於一般組(對照組)0.33次，而且達統計上顯著差異，換言之整合計畫組在半年間平均每人就醫次數高於一般組(對照組) 0.33次。

## — 西醫門診點數

整合計畫組在半年間平均每人西醫點數高於一般組(對照組) 1,042點，然此現象不顯著(西醫點數差異不大)。

## — 急診次數

整合計畫組與一般組(對照組)兩組在此一指標表現，並無顯著差異。

## — 西醫門診潛在不當用藥(PIM, 2015 Beers Criteria)就醫次數

開立PIM之案件表現上，整合計畫組平均高於一般組(對照組)0.10次(具顯著意義)。

## — 西醫門診藥品品項數

綜觀，兩組間在西醫就醫中，前後藥品的開立品項數約20左右，看似整合計畫組略高，然此一差異不具顯著意義。





# 急性後期整合照護計畫





# 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

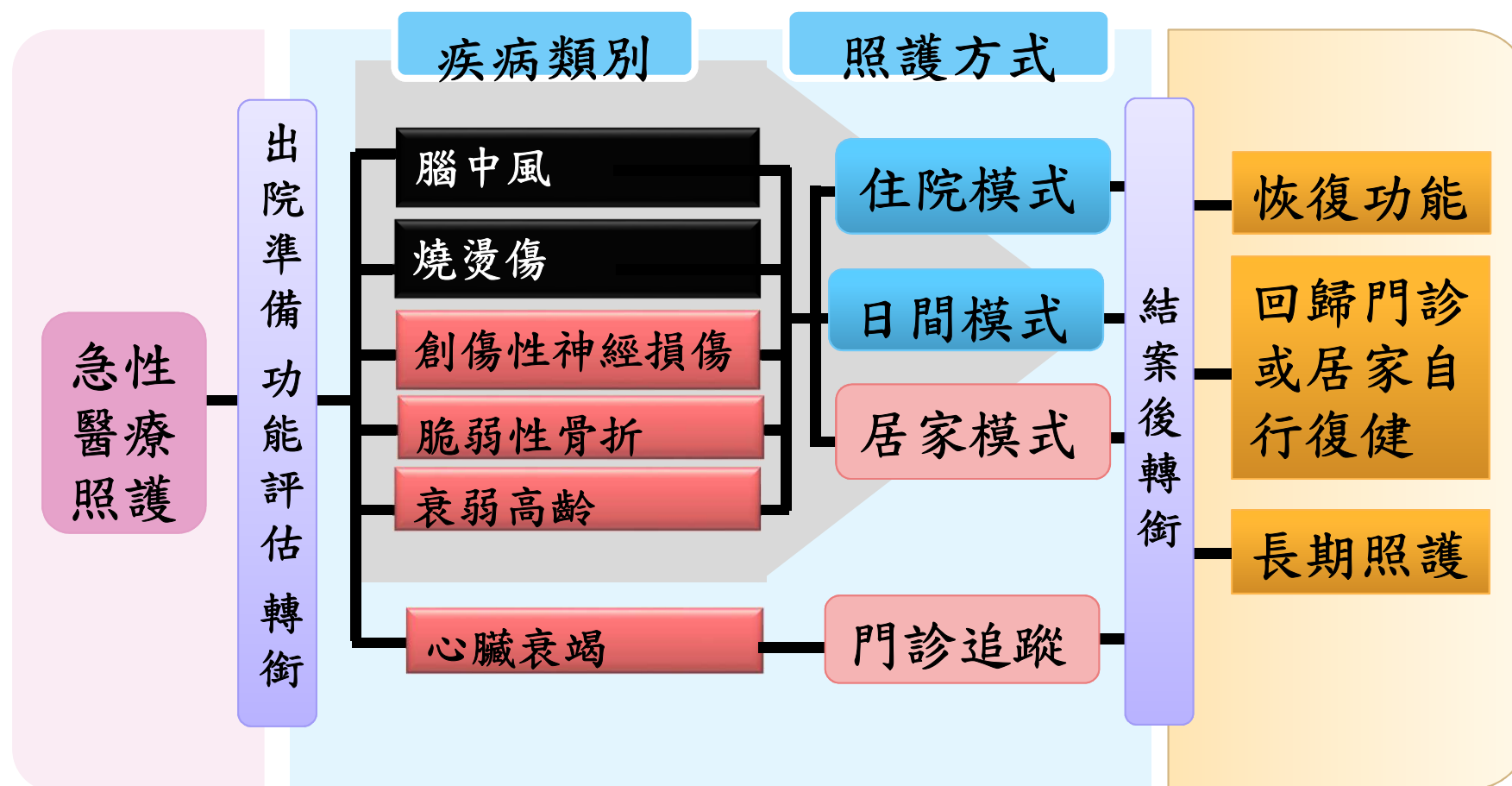


# 擴大辦理急性後期照護模式及內容

急性期

急性後期(post acute care)

後續照護

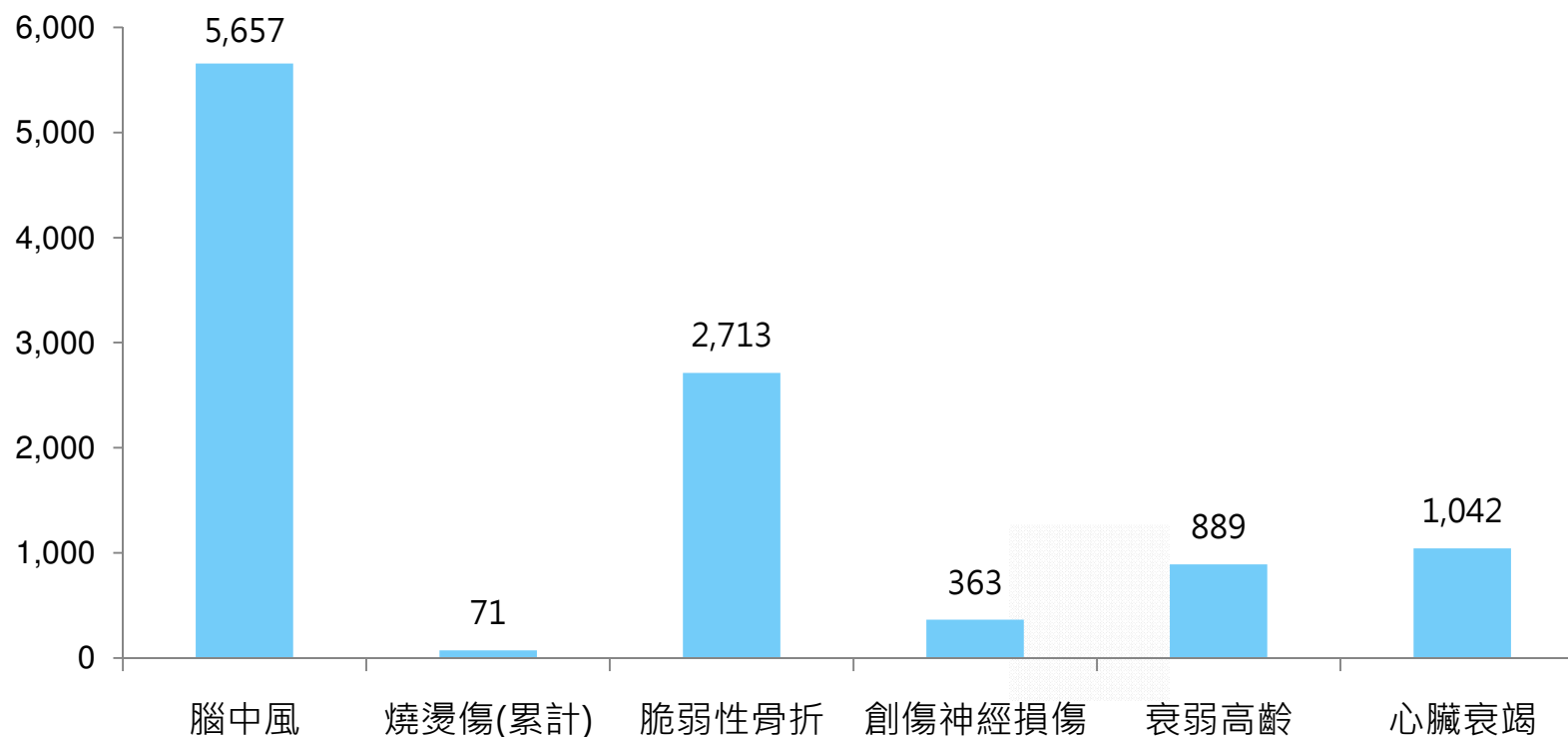


由急性後期照護團隊，依病人評估結果安排適當照護模式(除心臟衰竭外可轉換模式)，各類模式合計天數不超過計畫所訂上限天數。



## 照護人數

108年腦中風收案共5,657人、燒燙傷(累計)71人、脆弱性骨折2,713人、創傷性神經損363人、衰弱高齡889人及心臟衰竭1,042人；108年支用預算0.61億元。



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12月31日收案資料、擷取日期(109.04.28))。
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)。

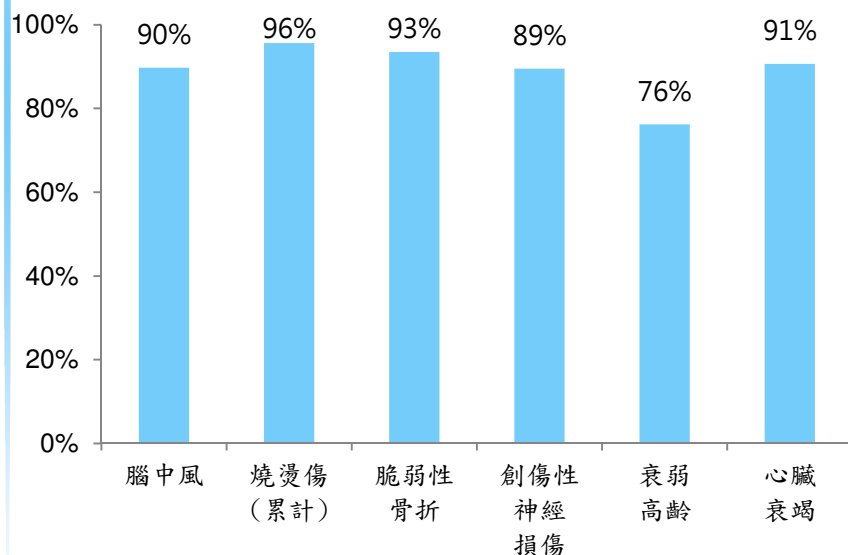


# 結案病人成效及後續回歸門診 或居家復健情形

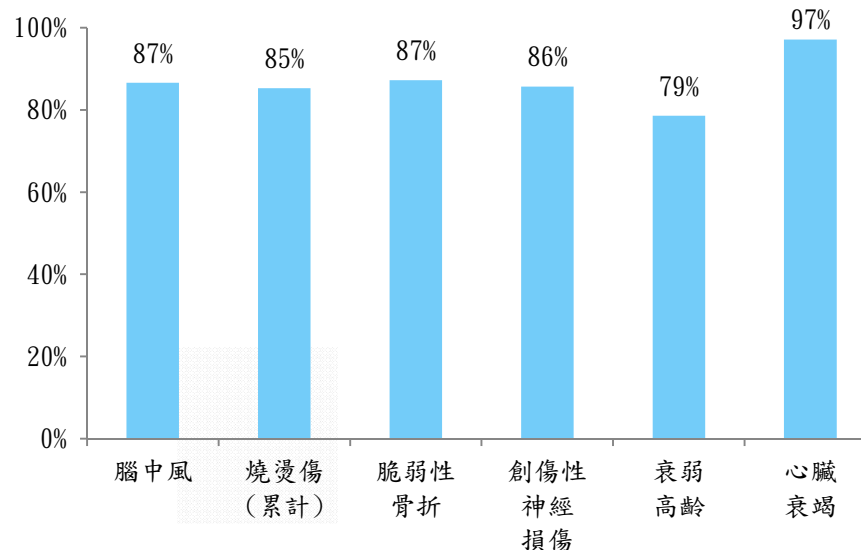
整體功能進步占率：腦中風90%、燒燙傷96%、脆弱性骨折93%、創傷性神經損傷89%及衰弱高齡76%、心臟衰竭91%。

回歸門診或居家自行復健占率：腦中風87%、燒燙傷85%、脆弱性骨折87%、創傷性神經損傷86%及衰弱高齡79%、心臟衰竭97%。

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(109.4.28)，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。

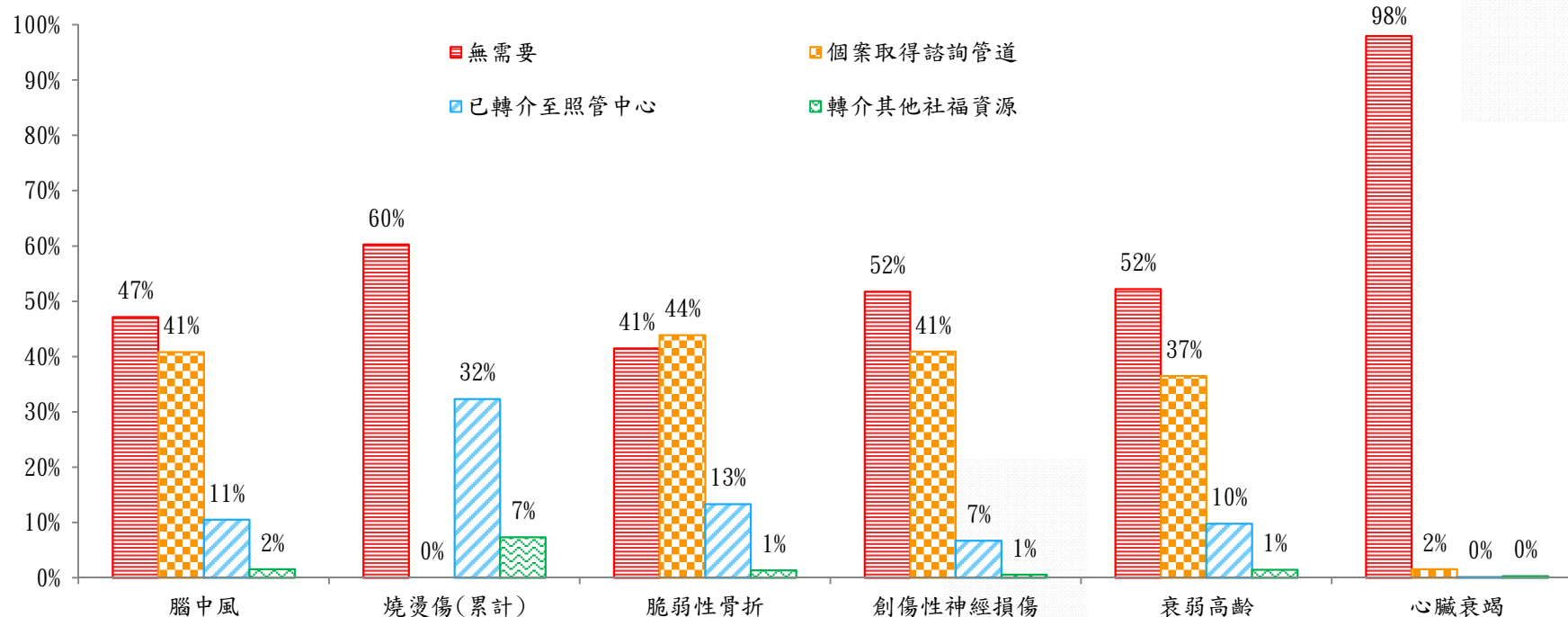




# 結案病人社福資源轉介

結案個案占率，

- 無轉介需要個案：腦中風47%、燒燙傷(累計)60%、脆弱性骨折41%、創傷性神經損傷52%、衰弱高齡52%、心臟衰竭98%。
- 已取得管道占率：腦中風41%、脆弱性骨折44%、創傷性神經損傷41%、衰弱高齡37%。



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12月31日收案資料、擷取日期(109.04.28))。
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



支援

跨層級合  
作團隊



地區醫院  
(主責醫院)

1. 醫學中心、區域醫院
2. 基層診所(皮膚科、眼科、小兒科、耳鼻喉科)支援地區醫院急診
3. 基層診所假日支援地區醫院(108年新增)

## • 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。

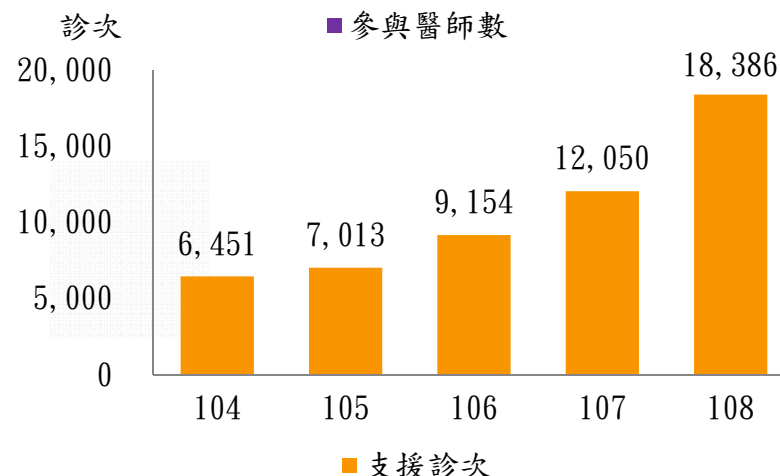
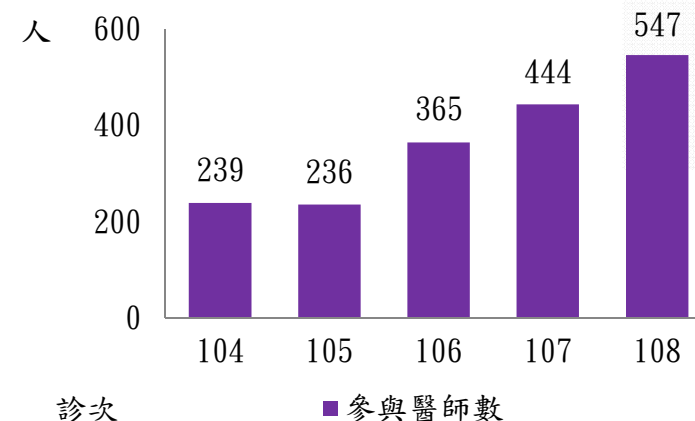
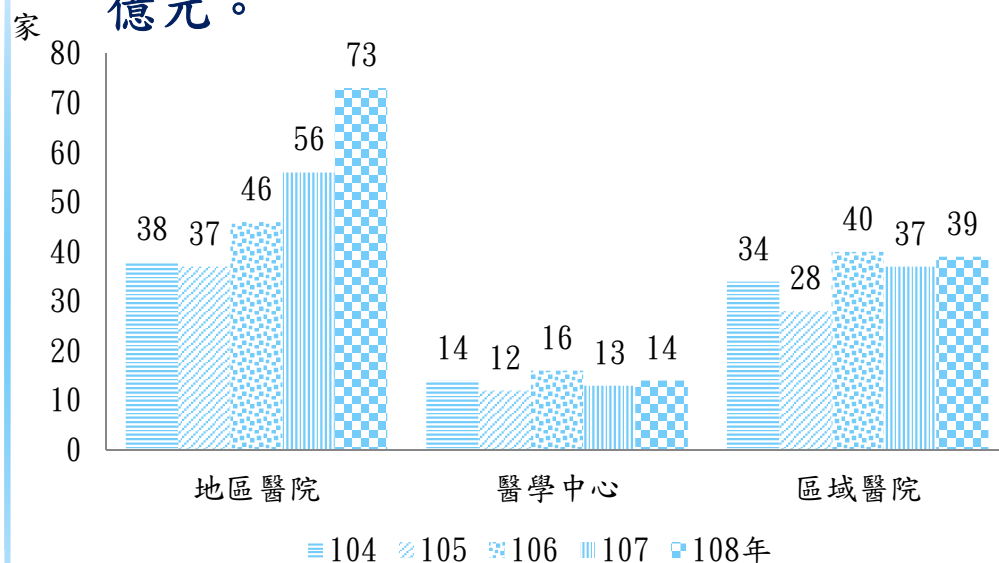
## • 醫療支援之補助：

- ✓ 每診次3,500點(由跨層級醫院團隊自行協調如何分配)，每月份接受支援診次上限為40診次；當月星期六開診率達100%且星期日開診率達50%以上者，接受支援上限為50診次。



# 跨層級醫院合作計畫-院所參與情形

108年共73個團隊參與本計畫，共53家醫學中心及區域醫院、547名醫師，到73家地區醫院，提供18,386支援診次服務；108年支用預算0.64億元。

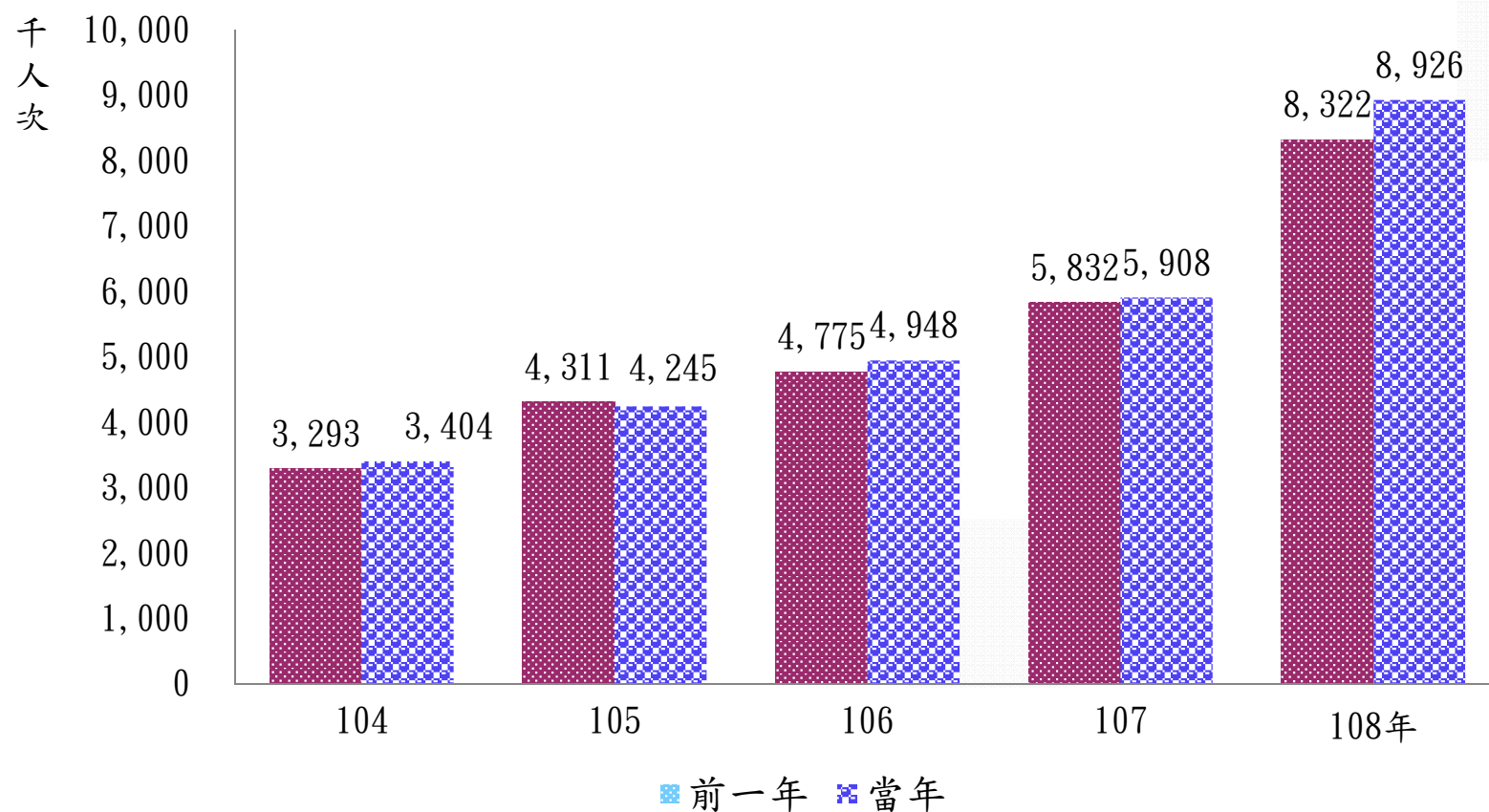


註：108年本計畫參與家數截至年底共73家，國軍中清分院於108年3月退出計畫、博正醫院108年5月停業。上述醫院執行情形統計至退出計畫月份。



# 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

108年被支援醫院門診人次較去年同期高





# 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><u>目的</u></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><u>內容</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 固接網路月租費：依各特約層級別支付上限核實支付。</li><li>• 行動網路月租費：核實支付。</li><li>• 資料上傳獎勵金：檢驗(查)結果、醫療檢查影像及報告、出院病歷摘要、人工關節植入物資料、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。</li></ul>	<p>(1)特約醫事服務機構<b>參與率增加</b></p> <p>(2)檢驗(查)結果、醫療檢查影像、出院病歷摘要等<b>上傳資料量增加</b></p>



## 即時查詢病患就醫資訊方案-參與率

項目 \ 年	104	105	106	107	108年
參與院所占率					
--醫學中心	100%	100%	100%	100%	100%
--區域醫院	100%	100%	100%	100%	100%
--地區醫院	80%	89%	93%	98%	99%
--基層醫療—西醫	25%	37%	43%	76%	94%
--基層醫療—中醫	17%	44%	59%	72%	91%
--基層醫療—牙醫	21%	39%	46%	64%	85%
--特約藥局	26%	35%	40%	49%	82%
--檢驗所、助產所、康復之家、居家護理	2%	3%	7%	15%	76%



# 即時查詢病患就醫資訊方案-上傳獎勵金

單位：千元

特約類別	檢驗(查)結果	出院病摘	人工關節 植入物	居家訪視健 保卡登錄	特定醫令申 報起迄時間	醫療影像 及報告	合計
醫學中心	105,882	5,340	92	95	1,814	51,414	164,637
區域醫院	114,945	6,842	98	351	1,418	52,832	176,486
地區醫院	50,054	2,246	58	271	548	20,614	73,791
診所	2,609			225	312	3	3,150
檢驗所	1,824						1,824
居家護理				2,291			2,291
呼吸照護所				12			12
合計	275,314	14,428	248	3,245	4,092	124,863	422,190

250,000  
200,000  
150,000  
100,000  
50,000

單位：千件、千筆、千次

	檢驗(查)結果上 傳醫令量	出院病摘上傳件 數	人工關節上傳醫 令量	居家訪視健保卡 登錄次數	特定醫令申報起 迄時間醫令量	醫療影像(及報 告)上傳醫令量
107年	89,535	2,890	47	341	3,787	15,322
108年	217,132	2,886	50	649	4,092	15,507



# 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。
  - 108年共有999家院所參與，參與醫師數4,001人，該年度收案數為40.7萬人，收案率約30.9%
- 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
  - 108年有244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69%，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，108年核發獎勵之院所數有515家，核發比率為74%。
- 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

- 108年院所數999家，照護人數約41萬人，申報費用共1.39億點，結算金額1.32億元。

年度	院所數	醫師數	照護人數	申報費用 (百萬)
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	930	3,893	386,663	125.6
108年	999	4,001	407,149	139.1

- 註：1. 資料來源：本署二代倉儲醫令及明細檔。(資料擷取時間:109年2月5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. 108年資料仍持續收載中, 後會因擷取時間不同而變動。  
5. 108年預算不足支應，採浮動點值支付。



## Pre-ESRD醫療服務利用情形

- 108年院所數244家，照護人數約9.5萬人，申報費用共2.37億點，結算金額2.25億元。

年度	院所數	醫師數	照護人數	申報費用 (百萬)
104	213	762	71,978	165
105	216	787	77,590	185
106	225	796	83,262	202
107	240	830	90,415	219
108	244	870	95,521	237

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. 108年預算不足支應，採浮動點值支付。



# Pre-ESRD新增活體腎臟移植獎勵費

- 106年新增項目
- 活體腎臟移植106年3例，107年12例，108年13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	109	345	1,108	111
活體腎臟移植 團隊照護獎勵費	10	11	13	65

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. 108年全年則有13例。



# 提升保險服務成效

~持續壯大資訊量能，成為分級醫療堅強後盾~





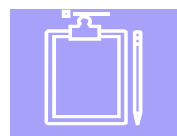
# 提升保險服務成效

~持續壯大資訊量能，成為分級醫療堅強後盾~

開發智能辨析健保  
違規模型



強化醫務管理統計  
分析作業功能



強化健保卡行動  
應用服務功能





謝謝聆聽  
敬請指教

