

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





110年專案計畫

1

跨部門專案



1. 醫療給付改善方案

醫院編列

西醫基層

2. C肝新藥

醫院、基層、其他預算

3. 家醫計畫

西醫基層

4. 鼓勵院所建立轉診機制、基層總額轉診型態

醫院、西醫基層、其他預算

5. 獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用



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

獎勵制度



- ✓同儕排序
- ✓自我進步

收案條件



- ✓診斷結果
- ✓就醫習慣
- ✓特定資格

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 ≥ 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

- ①HbA1C控制良率($<7.0\%$)
- ②HbA1C控制不良率($>9.0\%$)
- ③HbA1C進步率
- ④LDL控制良率($<100\text{mg/dl}$)
- ⑤LDL控制不良率($>130\text{mg/dl}$)
- ⑥LDL進步率

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



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

西醫基層：近90天於同院同醫師診斷為氣喘，就醫次數 ≥ 2
醫院：近90天於同院診斷為氣喘，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，使病人**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(ICD-9-CM 295；ICD-10-CM:F20、F25)病人。
(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



個案管理照護費(高風險病人依相對風險權值加權計算)、發現費、**長效針劑注射獎勵措施(110.09.01起實施)**、品質獎勵費

獎勵指標



- 正向指標：平均每月精神科門診1項
- 負向指標：精神科不規則門診比例、急診使用比率、失聯結案率等4項

監控指標



- 強制住院發生率、非高風險病人固定就醫占率等5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

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，提昇病人治療指引遵循率
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-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

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



110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	286	144	5	128	203	92	22	131	134
照護人數	598,932	50,475	11,427	58,408	188,567	35,751	1,681	22,599	59,263
照護率	63.9%	42.2%	7.0%	74.2%	39.8%	34.0%	12.7%	45.5%	-
執行數(百萬)	811.3	43.8	72.9	51.1	32.7	53.4	4.1	30.9	51.0

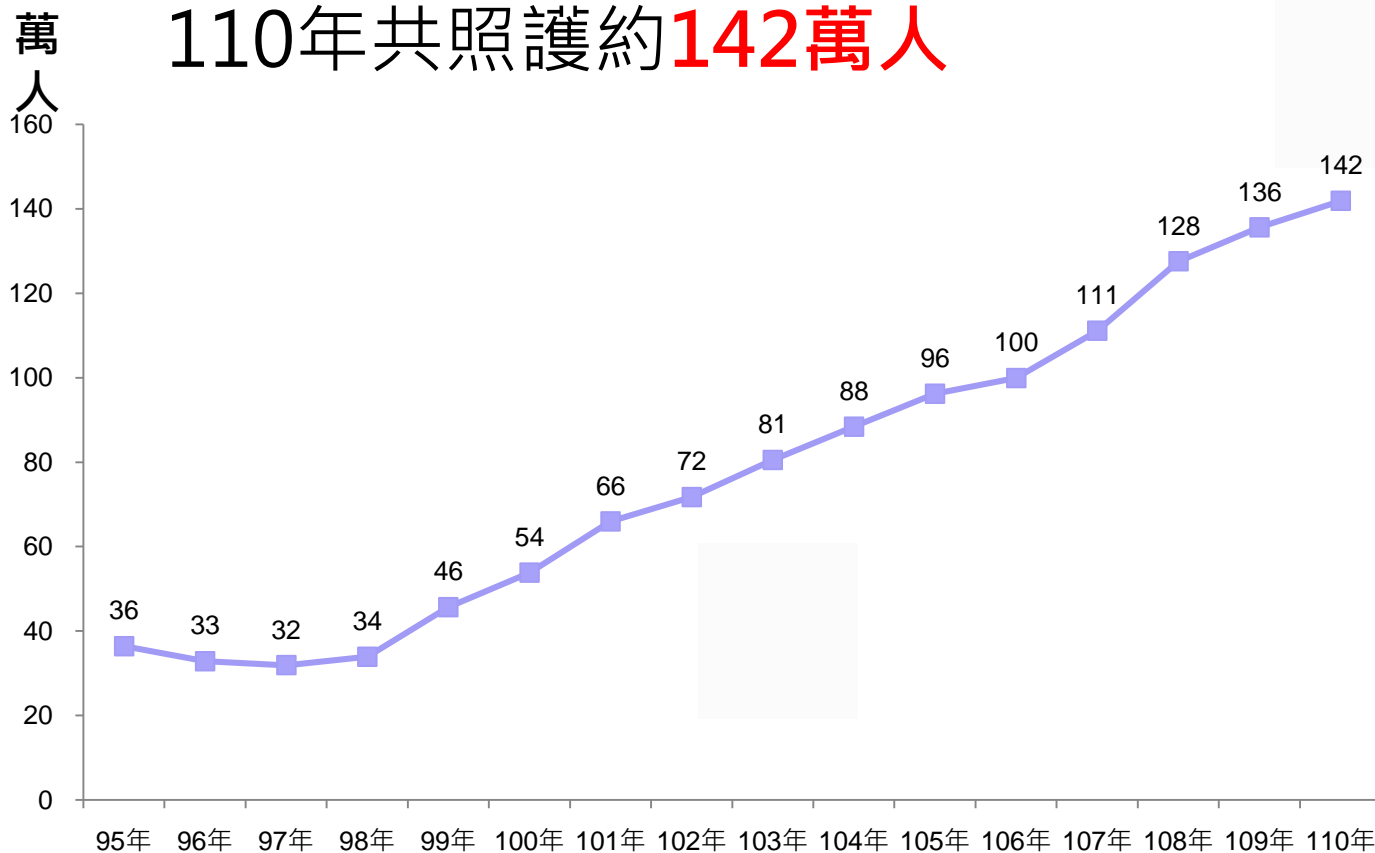
西醫 基層	方 案 別							
	糖尿病	氣喘	乳癌	思覺失調	BC肝追蹤	孕產	早期療育	COPD
參與家數	1,103	617	-	18	383	30	3	85
照護人數	339,049	67,585	-	1,500	88,724	8,062	135	1,364
照護率	47.8%	40.4%	-	9.9%	44.8%	19.5%	16.7%	45.8%
執行數(百萬)	495.3	38.0	-	1.3	16.2	9.9	0.4	1.0



歷年方案照護人數

9項疾病管理方案

110年共照護約**142萬人**



照護人數
逐年成長



歷年方案照護人數

照護人數	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年
糖尿病	191,251	214,340	254,504	283,748	325,501	365,821	419,455	468,180	520,727	598,259	684,640	783,803	870,760	936,195
氣喘	119,645	115,788	115,423	115,600	106,581	103,984	101,990	102,948	109,066	117,801	122,976	135,797	126,351	117,980
乳癌	9,807	10,743	11,678	11,827	12,653	13,458	12,041	12,520	12,183	11,374	10,963	11,164	11,220	11,427
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	60,713	59,822
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	267,931	268,889	277,151
孕產	未實施							59,114	57,958	60,475	56,581	54,364	51,297	43,813
早療	未實施							15	801	954	1,473	1,497	1,525	1,816
COPD	未實施									8,898	17,117	21,811	23,070	23,962
用藥安全	未實施											40,953	50,717	59,263
合計	319,037	339,037	456,434	537,955	659,479	717,255	805,166	883,964	961,869	999,245	1,111,016	1,275,159	1,355,811	1,418,487

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	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年
糖尿病	26%	28%	29%	31%	34%	35%	39%	41%	43%	48%	51%	55%	58%	60%
氣喘	31%	32%	47%	46%	39%	38%	36%	36%	28%	30%	35%	36%	38%	41%
乳癌	15%	15%	15%	14%	14%	13%	11%	11%	10%	8%	8%	7%	7%	7%
思覺失調	未實施		41%	47%	51%	52%	60%	60%	64%	68%	69%	67%	66%	67%
BC肝追蹤	未實施		8%	17%	21%	25%	29%	33%	35%	37%	39%	42%	42%	42%
孕產	未實施							29%	30%	32%	33%	33%	34%	30%
早療	未實施							1%	15%	15%	13%	12%	11%	13%
COPD	未實施									24%	39%	35%	40%	46%

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。

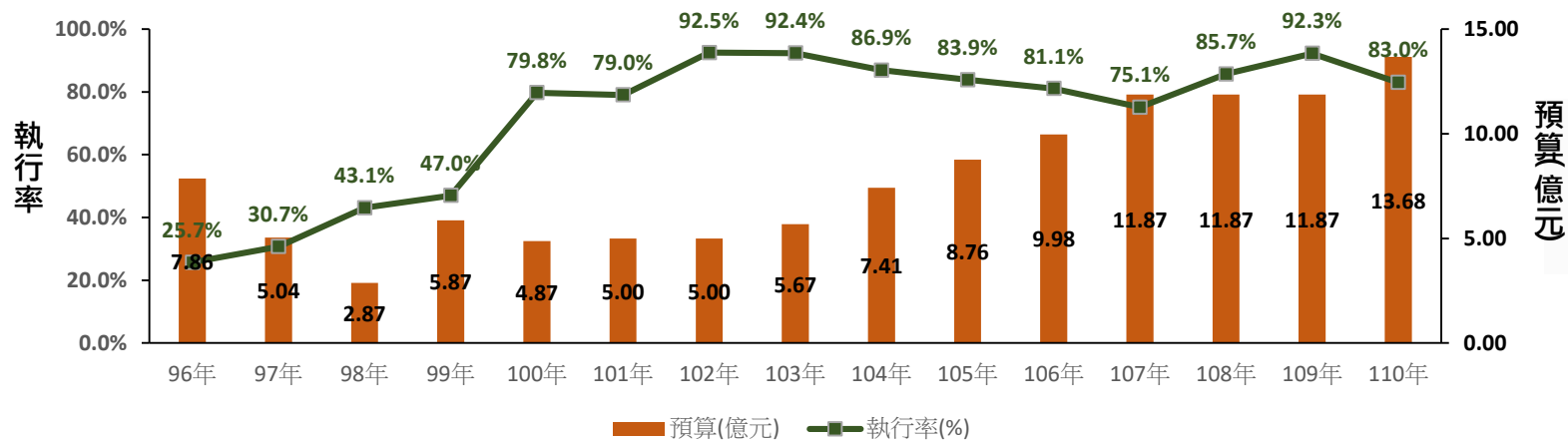
註3：氣喘→101年增修參與醫師資格(要求每三年8小時教育時數，101-103年陸續有醫師因三年期滿,未補教育時數而退出,間接影響照護率下滑
另於105年因收案條件主診斷ICD-9轉ICD-10，致分母縮小，照護率下滑；

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

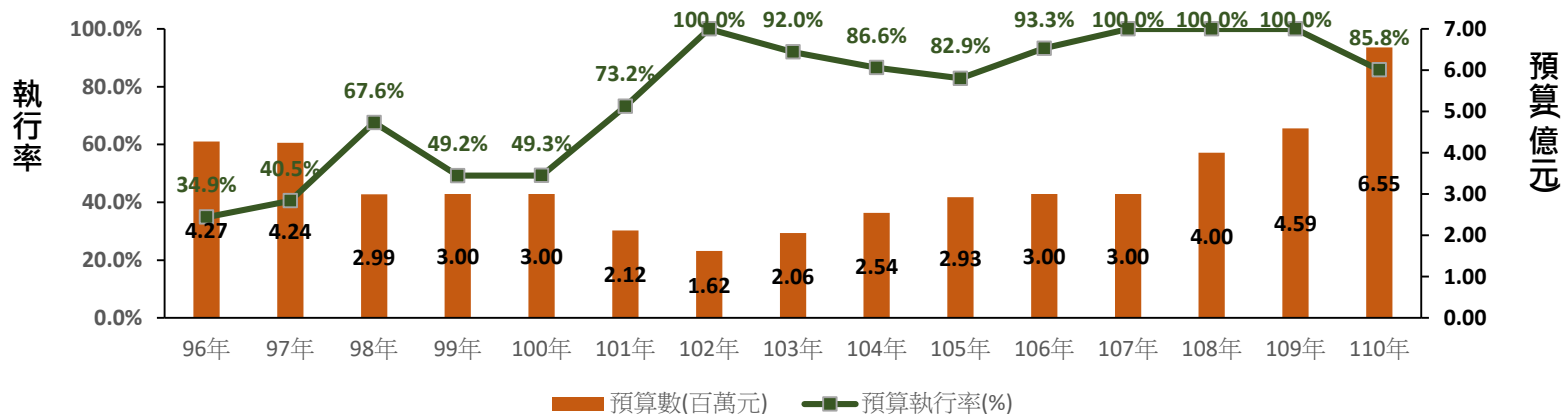


歷年預算執行率

醫院總額歷年預算執行率



西醫基層總額歷年預算執行率



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。

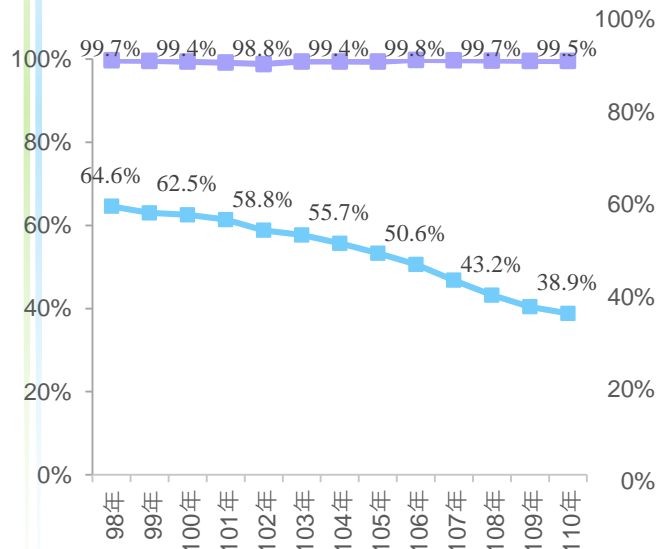


執行成效-糖尿病(1)

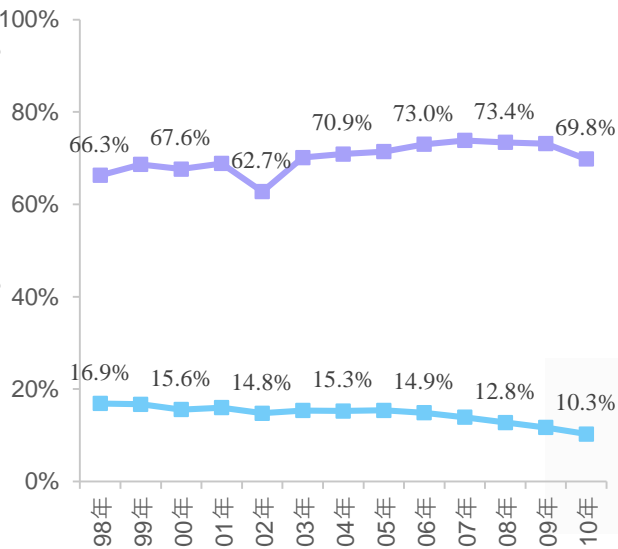
- ✓ 參與方案者 **各項檢查率** 皆高於未參與方案者

■ 參與方案 ■ 未參與方案

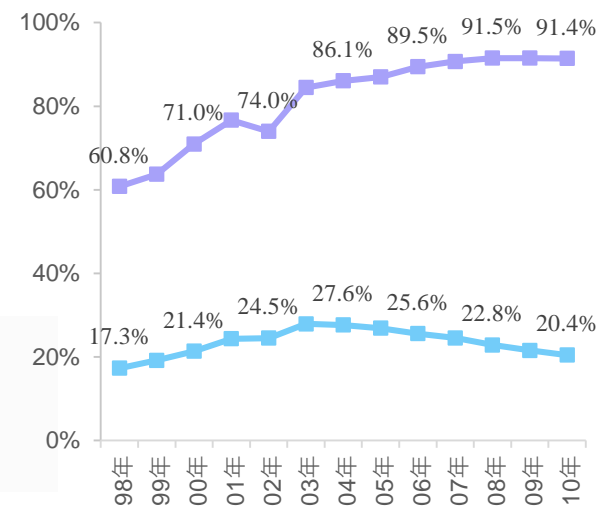
HbA1C



眼底鏡檢



微量白蛋白



98-110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

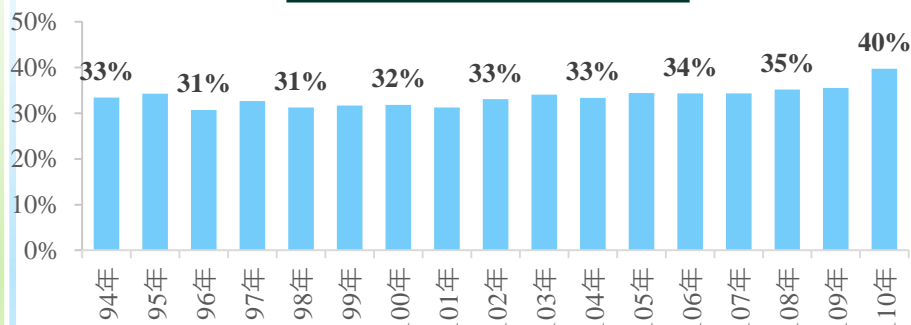
資料來源：健保署檔案分析系統 統計範圍：當年度符合本方案收案條件之對象



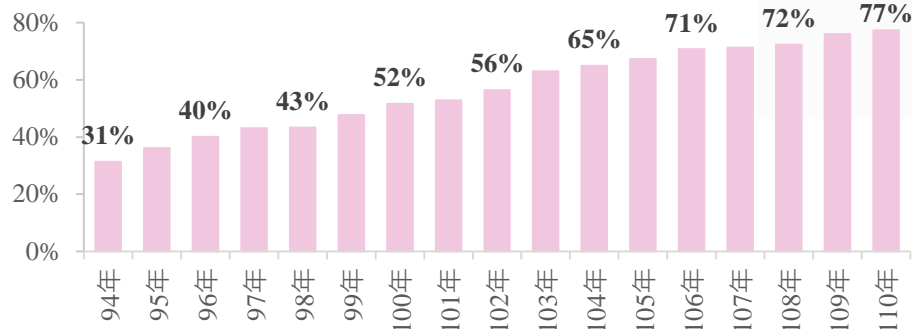
執行成效-糖尿病(2)

✓ 收案患者之 **HbA1C及LDL檢查值正常比例逐年增加**

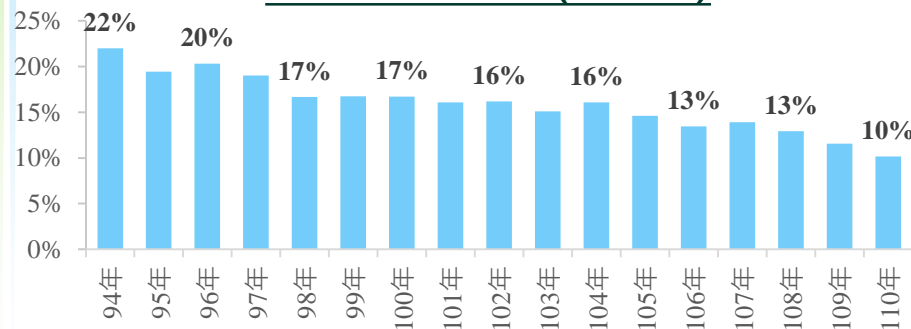
HbA1C < 7.0%(良率)



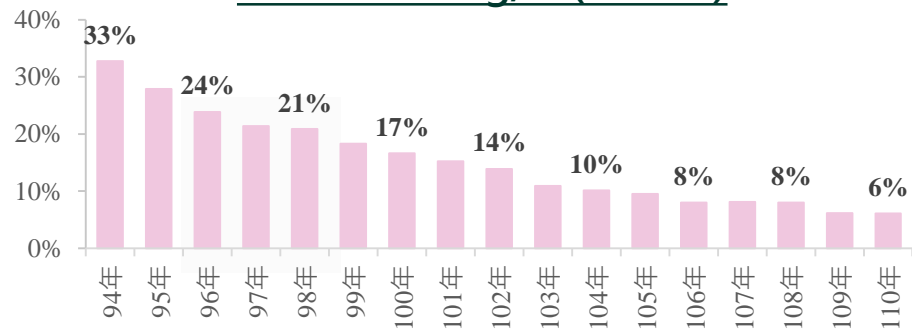
LDL < 100mg/d (良率)



HbA1C > 9.0%(不良率)



LDL > 130mg/d (不良率)



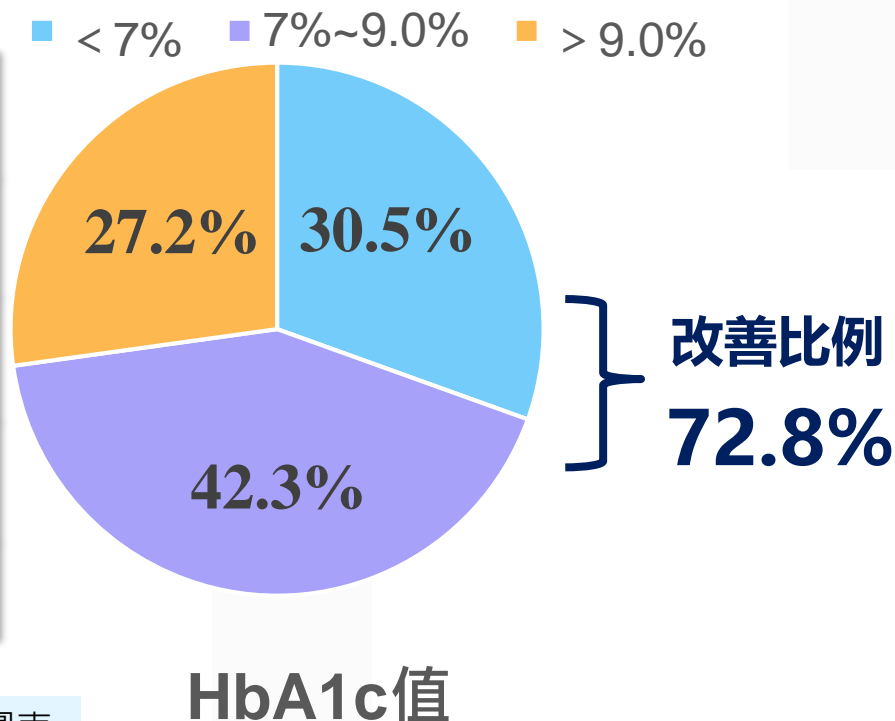
94年新參與糖尿病方案者(6.8萬人)於94~110年之HbA1C及LDL檢查值圖表



執行成效-糖尿病(3)

✓ 追蹤94-109年新收案：HbA1C > 9.0%個案中 **72.8%** 改善(一年後)

初診 HbA1c>9.0% 人數	1年後		
	HbA1c值	人數	比率
259,829	<7%	79,241	30.5%
	7~9.0%	109,916	42.3%
	>9.0%	70,672	27.2%



94-109年糖尿病新收案者之HbA1C一年後改善追蹤圖表

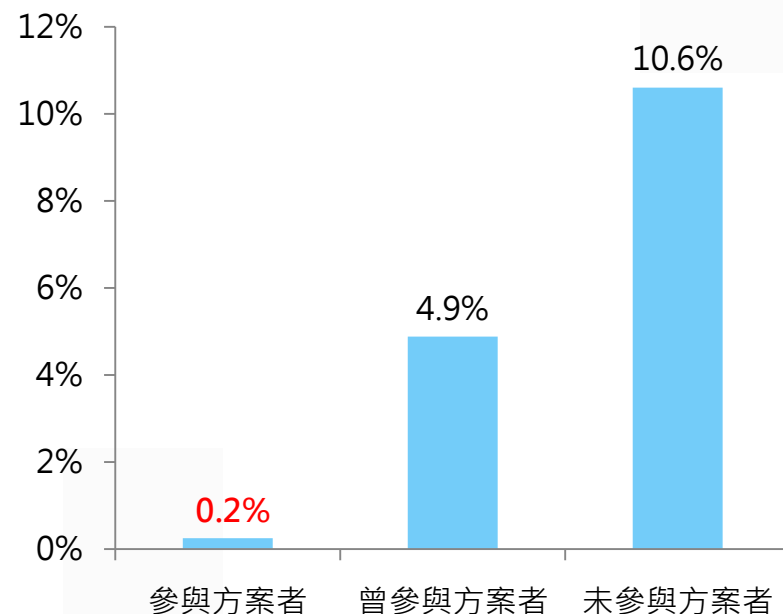
資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度本方案收案對象



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

94-110年	洗腎患者數	累計之糖尿病患者	洗腎發生率(%)
參與方案者	57	22,968	0.2%
曾參與方案者 (中途退出)	17,245	353,603	4.9%
未參與方案者	29,962	282,705	10.6%
合計	47,264	659,276	7.17%



94-110年參與及未參與糖尿病方案之洗腎發生率比較圖表

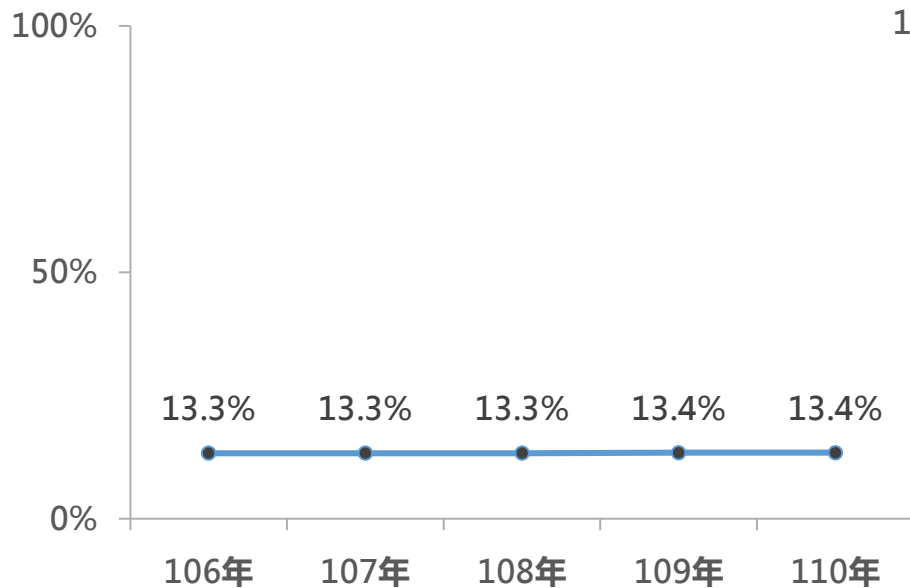
資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度符合本方案收案條件之對象



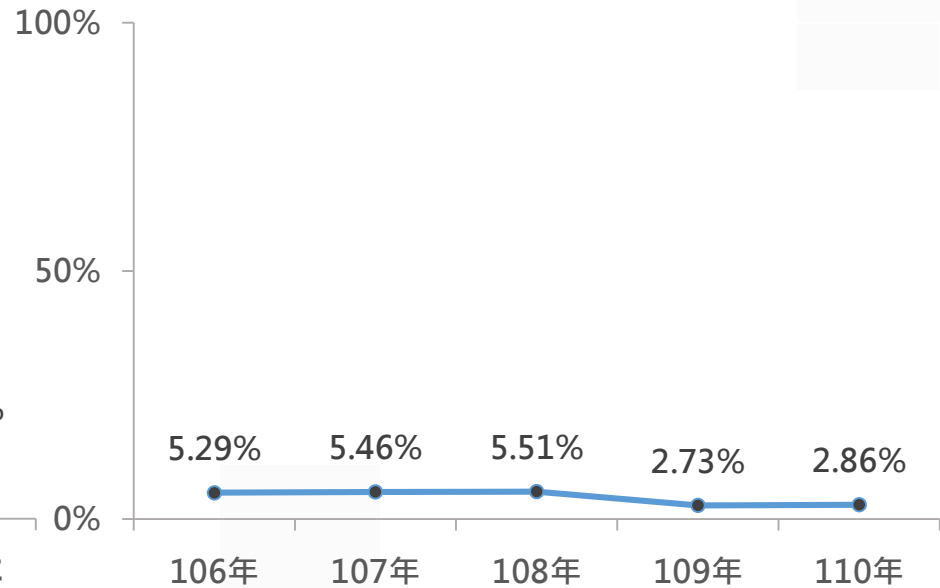
執行成效-氣喘(1)

- ✓ 近五年參與方案者之降階成功率表現未有明顯起伏；出院14日再住院率於109年起明顯下降

降階治療成功率



出院14日內因氣喘再入院率



106-110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

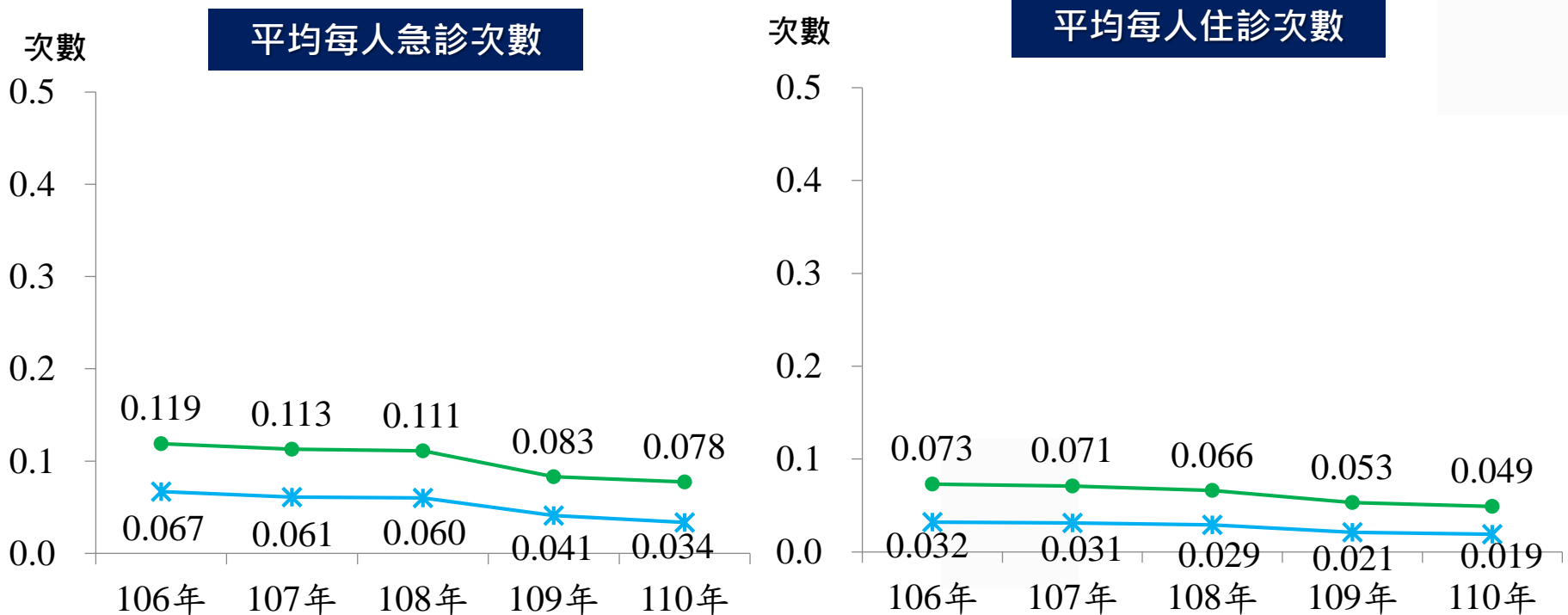
資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度本方案收案對象



執行成效-氣喘(2)

✱ 參與方案 ● 未參與方案

✓ 近五年參與方案者之每人急診及住診次數皆低於與未參與方案者

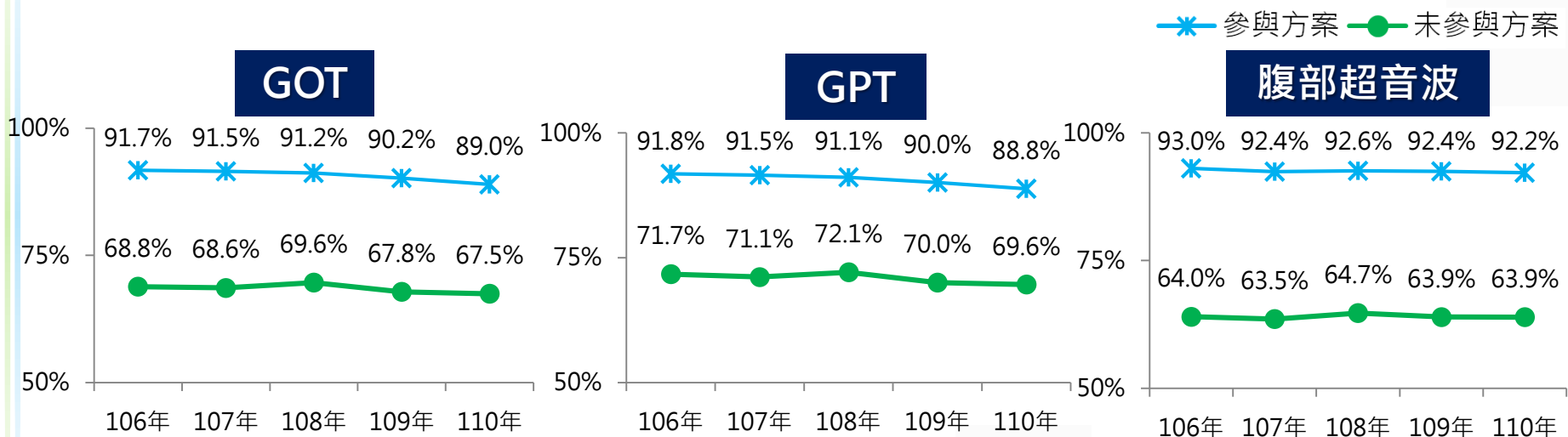


106-110年參與及未參與氣喘方案患者之平均每人急診、住診比較圖表



執行成效- B、C肝追蹤

✓ 參與方案者之各項檢查率皆高於未參與方案者



106-110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

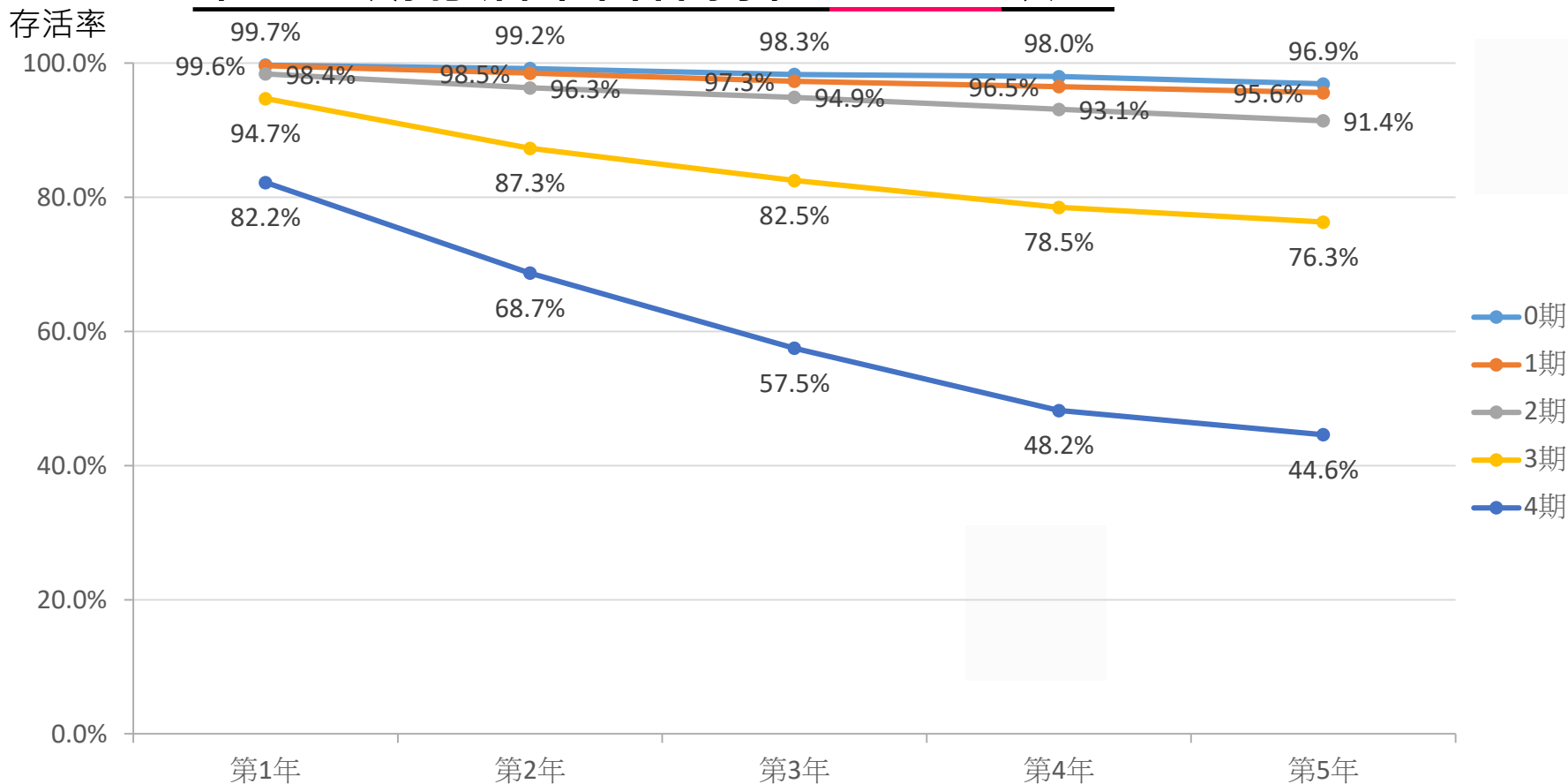
➤ 110年參與方案者之早期發現肝癌計有**446**人

(106-109年分別為：395人、497人、462人、388人)



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



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

(109年61.9%、110年53.2%)

資料來源：健保資料庫
統計範圍：當年度本方案收案之對象

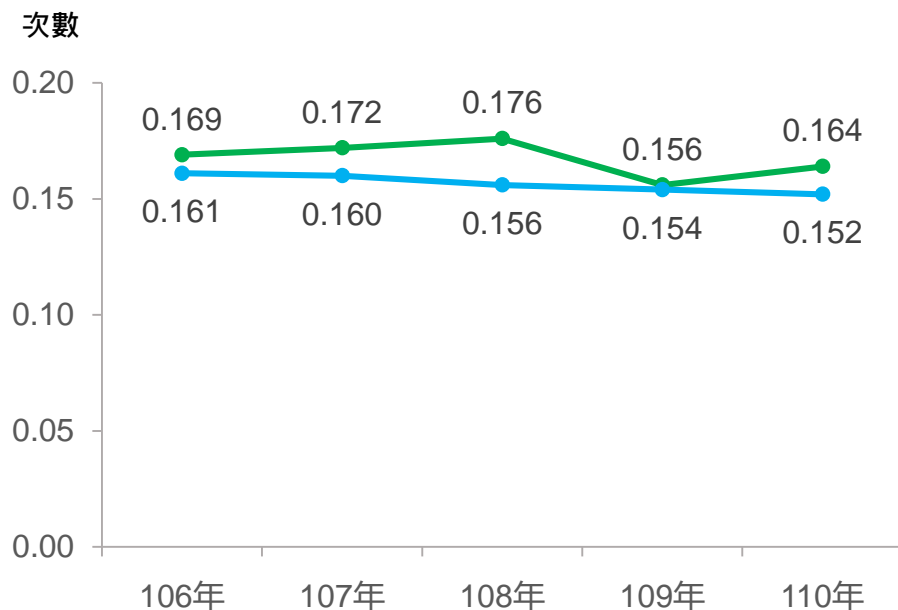


執行成效-思覺失調(2)

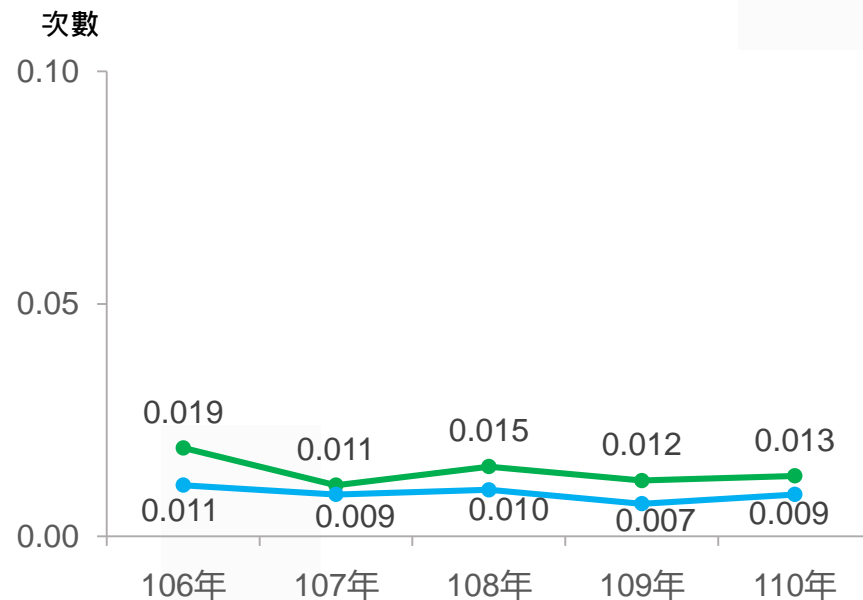
✓ 近五年參與方案者與未參與方案者之每人急診及強制住院次數無明顯差異

—*— 參與方案 —●— 未參與方案

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



106-110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

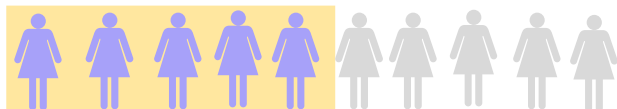
資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度符合本方案收案條件之對象，已進行年齡校正



執行成效-孕產婦全程照護

✓ 近五年全程照護率皆 $\geq 45\%$

✦ 參與方案 ✦ 未參與方案



106-110年參與方案者之全程照護率

106年	107年	108年	109年	110年
52.9%	52.4%	52.1%	53.7%	47.5%

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，除109年外，低出生體重率皆未超過前一年度1%

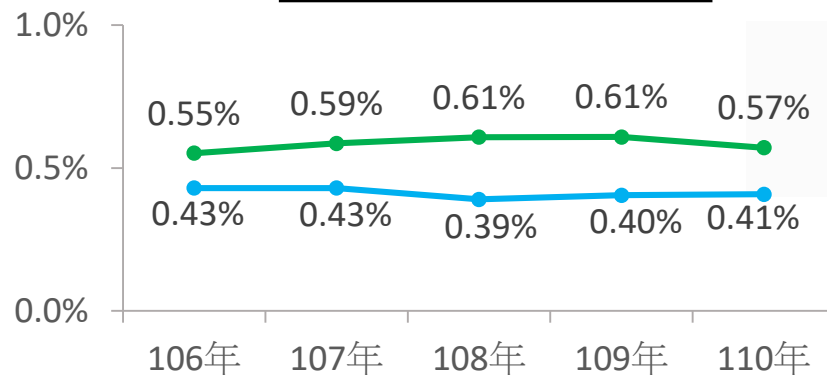
106-110年參與方案院所
低出生體重率

106年	107年	108年	109年	110年
0.42%	0.35%	-2.44%	1.06%	-0.44%

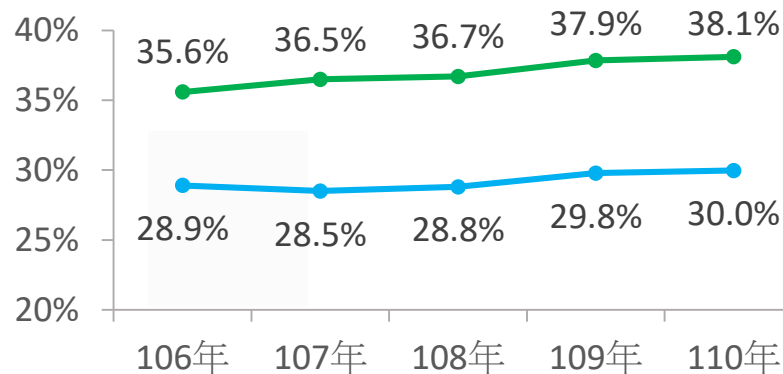
資料來源：國民健康署 計算方式如下：

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



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



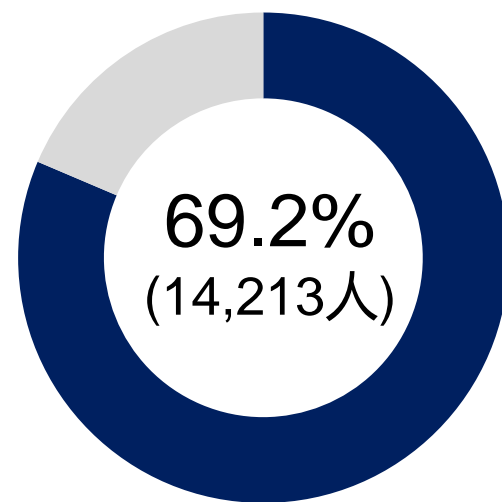
執行成效-慢性阻塞性肺病

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
6,980	599	8.6%	543	7.8%

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
6,980	677	9.7%	465	6.7%

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109年度參與方案個案人數為比較前、後年度概況。

✓ 近70%參與方案者
接受正確藥物治療



110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	24,295	30,602	23,999	36,543	115,439
	接受件數	21,998	29,428	23,579	34,459	109,464
	接受率	90.5%	96.2%	98.2%	94.3%	94.8%
門診臨床藥事照護	登錄件數	3,025	480	676	333	4,514
	接受件數	2,568	415	660	322	3,965
	接受率	84.9%	86.5%	97.6%	96.7%	87.8%

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

除孕產婦全程照護外，其他方案照護率皆較去年成長或持平。
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。
- ✓ 氣喘平均每人急診、住診次數逐年降低。
- ✓ 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。



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

✓ 增修訂醫療服務給付項目及支付標準，並研議修訂早療方案

- ① 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」。
- ② 本署於111年4月13日召開111年第3次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」討論同意新增「兒童特殊家庭功能評估」及「兒童社會情緒發展團體心理治療」診療項目。本署後續將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議(共擬會議)討論。
- ③ 本署已於110年9月30日函請台灣復健醫學會、台灣兒童青少年精神醫學會等相關10個學協會提供早療方案增修訂意見，截至111年1月20日已獲各學協會回復，後續將綜整規劃召開專家討論會議，並再提案至共擬會議。



檢討及展望-糖尿病及初期慢性腎臟病

✓ 強化共病病人整合照護

- ① 糖尿病及初期慢性腎臟病在基層院所多由不同專科醫師分別照護，爰對於共病病人難提供完整照護
- ② 落實以病人為中心之全人照護
- ③ 針對同時於同院所參與糖尿病(DM)及初期慢性腎臟病(CKD)方案之個案，推動新增糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理措施，自111年3月1日起生效



檢討及展望-思覺失調

✓提升照護層面

- ① 提供連續性照護：新增病人出院後病人追蹤訪視及居家追蹤訪視之照護服務，鼓勵醫師主動積極介入治療高風險病人，改善其病情不穩定及未規則門診就醫之情形。
- ② 擴大收案條件：收案條件增列新診斷為思覺失調症之病人。
- ③ 思覺失調方案於111年4月28日公告修訂，並自同年5月1日起實施。



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

執行期間 項目	106年	107年 ²	108年 ³	109年	110年 ⁴
年度預算(億)	31.01	50.36	73.58	81.66	65.7
–醫院專款	26.55	45.28	47.6	47.6	34.28
–西醫基層專款	4.46	4.08	4.06	4.06	2.92
–其他預算					
支應C肝專款不足		1	13.7	30	28.5
調節非預期風險結餘款			8.22		
執行數 (億)	26.91	48.57	70.54	49.04	32.73
執行率	91.4%	96.4%	95.9%	60.1%	49.8%
–醫院執行數	25.34	45.28	64.31	43.74	27.83
–西醫基層執行數	1.57	3.29	6.22	5.3	4.9

- 預算包含C肝全口服新藥 (DAA) 及既有C型肝炎藥品 (干擾素合併ribavirin) 費用。
- 自107年起，醫院與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。
- 108年C型肝炎藥費專款之不足，依健保會決議，同意由108總額「其他預算」項下之「基層總額轉診型態調整費用」、「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」、「提升保險服務成效」3項預算之結餘支應，並以19億元為上限，超出之5.18億元由其他預算「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。
- 110年C型肝炎藥費之結算如下 (預算合計65.7億元，實支32.73億元) ；
 - 醫院編列預算34.28億元，實支約43.74億元。
 - 西醫基層編列2.92億元，實支約4.9億元，不足1.98億元，由醫院總額同項專款支應。
 - 其他預算編列28.5億元，未支用。



110年收案人數分布

- 醫院收案17,380、診所3,178人，其中**南區**收案比例最高

分區業務組	收案人數		占比		總收案人數	總占比
	醫院	診所	醫院	診所		
臺北	3,212	418	15.6%	2.0%	3,630	17.7%
北區	2,268	723	11.0%	3.5%	2,991	14.5%
中區	3,445	592	16.8%	2.9%	4,037	19.6%
南區	3,923	748	19.1%	3.6%	4,671	22.7%
高屏	3,747	575	18.2%	2.8%	4,322	21.0%
東區	785	122	3.8%	0.6%	907	4.4%
總計	17,380	3,178	84.5%	15.5%	20,558	100.0%



110年收案病人特性

項目	N= 20,558	
	人數	%
1.年齡		
平均值±標準差	60.9±13.5	
10-19歲	14	0.1%
20-29歲	169	0.8%
30-39歲	890	4.3%
40-49歲	3,594	17.5%
50-59歲	4,575	22.3%
60-69歲	5,654	27.5%
70-79歲	3,925	19.1%
80-89歲	1,531	7.4%
90-99歲	201	1.0%
100歲以上	5	0.02%

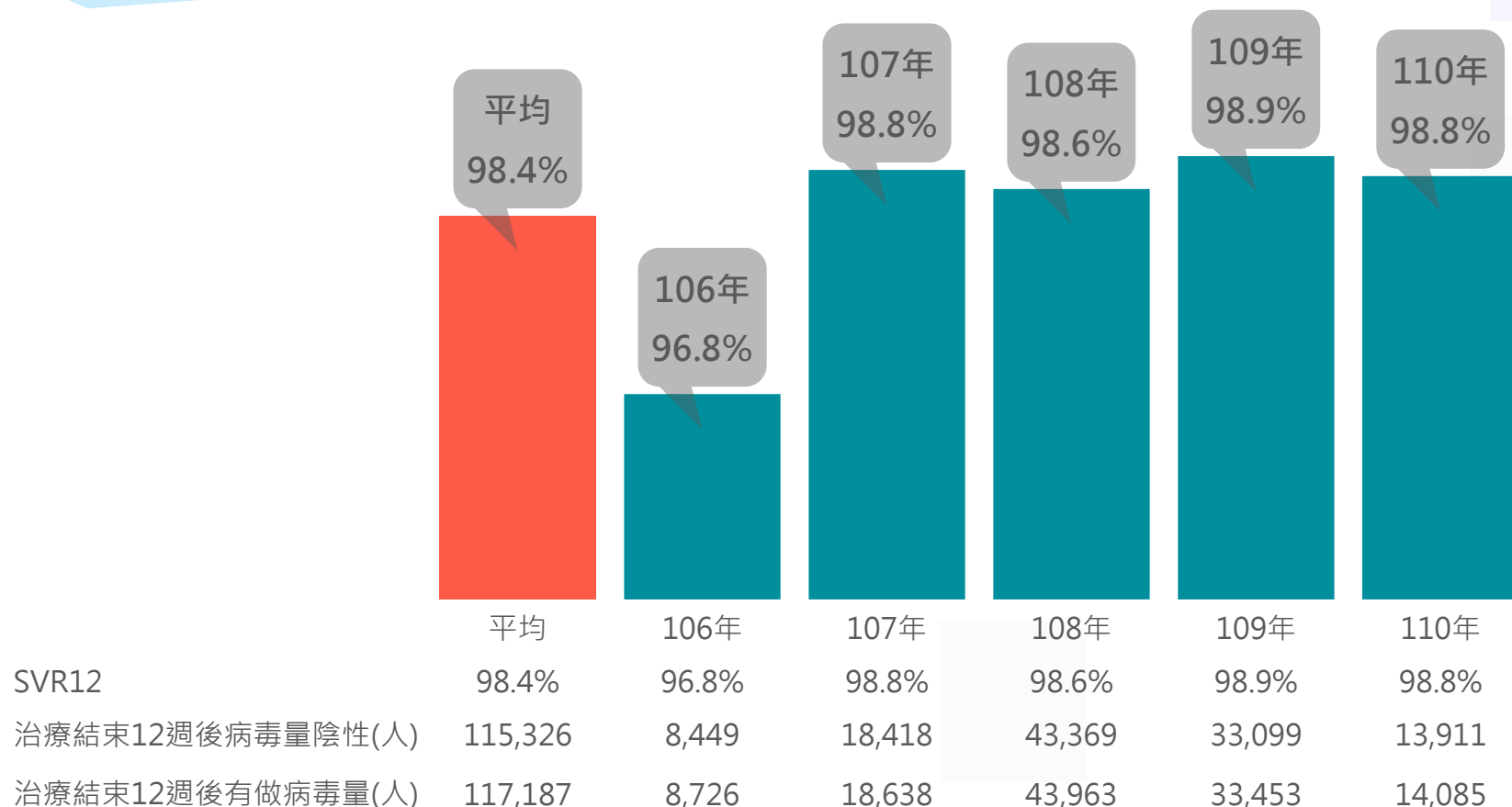
項目	N= 20,558	
	人數	%
2.性別		
女	9,596	46.7%
男	10,895	53.0%
不詳	67	0.3%
3.肝纖維化診斷		
F0	6,646	32.3%
F1	5,525	26.9%
F2	3,898	19.0%
F3	2,855	13.9%
F4	1,634	7.9%
4.病毒基因型		
type 1	9,107	44.3%
type 2	7,582	36.9%
type 3,4,5 or 6	3,223	15.7%
mixed type	270	1.3%
無法分辨	376	1.8%

- 使用者年齡主要分布於**40歲至79歲間**。
- 使用者肝纖維化程度主要為輕微者（**F0、F1占59.2%**）。



治療成果

—治療結束後病毒量檢測結果



註：1. 臨床判斷使用C肝新藥後是否治癒之標準，為從完成治療時起算12週後檢測不到病毒量的人數比例（SVR 12）。

2. 本表係統計醫療院所登錄C肝病人病毒量檢測結果的資料，擷取直到111/3/31底登錄的資料。

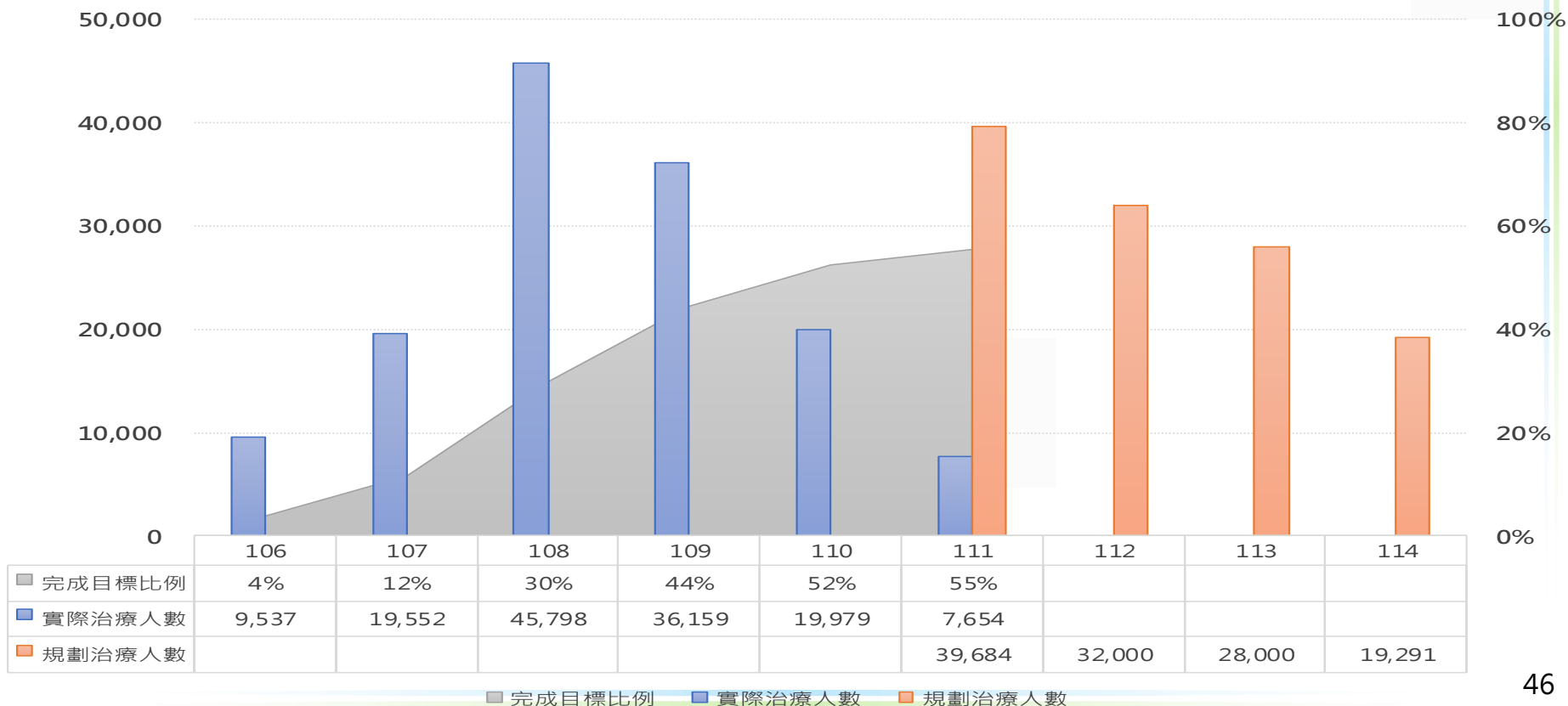


治療成果

—過半病人已接受治療

治療人數累積近**22萬人**，治療率**54%** (C肝需治療人數以40.5萬人計)

1. 干擾素治療成功：約7.5萬人
2. 自費C肝新藥：約0.5萬人
3. 健保給付C肝新藥第一次治療：13.9萬人





提高C肝治療人數的對策

- 提供C肝病人潛在名單予原檢驗院所



- 宣導海報
- 新聞稿
- 電子報

主動
發掘

放寬
限制

提升
病識

系統
提醒

- 擴大篩檢資格(國健署)
- 取消處方醫師資格限制

- 健保醫療雲端查詢系統
BC肝炎專區

- ✓用藥紀錄
- ✓檢驗(查)紀錄
- ✓就醫紀錄
- ✓成人健檢
- ✓藥品交互作用
- ✓RNA檢驗項目即時回饋



取消處方醫師資格限制



限消化系內
科或消化系
兒科專科醫
師處方使用

不限處方
醫師資格
110.10.22

截至111年6月1日，參與C肝新藥健保給付執行計畫之院所家數增加為1,016家，成長54.4%

DAA處方醫師資格
放寬前

658

DAA處方醫師資格
放寬後

1,016

- 1.台灣消化系醫學會網站建置「**C型肝炎全口服抗病毒藥物治療C型肝炎線上教育課程**」，並提供以電子郵件諮詢C肝抗病毒藥物治療相關問題服務，健保署配合將上述資訊連結置於全球資訊網之「**C型肝炎全口服新藥專區**」



台灣消化系醫學會 健保署

- 2.C肝新藥之**藥品交互作用API提示**
- 3.RNA病毒量檢驗項目跨院**重複開立醫囑API提示**



健保醫療雲端查詢系統 建置B、C型肝炎專區



自110年3月31日提供查詢



用藥紀錄

- B肝口服抗病毒藥品
- C肝全口服新藥
- C肝ribavirin
- 干擾素



檢查檢驗 紀錄及結果

- B肝抗原
- C肝抗體
- B肝DNA病毒量
- C肝RNA病毒量
- C肝病毒基因型



就醫紀錄

- 主診斷是B、C型肝炎之就醫紀錄



成人健檢- B、C型肝炎篩檢

- B型肝炎表面抗原 (HBsAg)
- C型肝炎抗體 (Anti-HCV)
- 成人預防保健服務資格
- B、C型肝炎篩檢資格

104年起

最近1次用藥紀錄、檢查檢驗紀錄及結果、就醫紀錄

100年起最近1次篩檢結果+最近1次陽性

介接國健署相關服務資格



媒體宣傳

新聞發布

C肝儘早治 肝癌遠離我

中央健康保險署表示，自2017年初健保給付C型肝炎全口服新藥，這去(2021)年底，全台C肝病人接受治療的人數已達到13.1萬人，但透過健保數據發現，約有6千名C肝病人還未接受治療，約有13.3萬名曾感染C肝而抗體呈陽性者，還未檢驗病毒量加以確定病毒是否寄居體內，中央健康保險署李俊璋署長呼籲有C肝的民眾應儘早就醫，還不知道有無感染的民眾，則可利用政府免費補助的成人預防保健B、C肝篩檢服務，即時治療，遠離日後出現肝硬化及肝癌的風險。

C肝新藥治療率達98%，而且治療費約18萬元全由健保給付。健保署表示，以往健保給付的C肝全口服新藥，醫師必須具有消化系專科資格才能處方，為了讓民眾可以在居住地就近接受C肝新藥治療，及避免篩檢確診C肝後必須轉介其他院所治療而失聯，健保署在去年10月22日公告全面取消處方C肝新藥的科別限制，目前參與C肝新藥健保給付執行計畫的醫療院所家數，與開放科別限制前相比，從659家增加到802家。

為提前達到世界衛生組織（WHO）根除C肝的目標，台灣預計在2025年底前能讓25萬人接受C肝全口服新藥治療，目前雖已達標一半，也代表另一半的C肝病人還未接受治療。健保署利用健保大數據分析發現，去年底約6,500人可接受C肝新藥，今（2022）年1月初再次分析時，有336人（5%）已接受治療，另外去年底還有13.5萬人曾感染C肝卻還未檢驗病毒量，目前其中約2,600人（1.9%）接受治療或檢驗病毒量，而且分析C肝抗體陽性者後續檢驗病毒量的結果，檢驗陽性的人約占6成，加上C肝感染初期幾乎無症狀，民眾千萬別輕忽了嚴重性。

健保C肝新藥 不限專科別醫師均可開立處方

藥費18萬元
健保來給付

健保C肝
全口服新藥

曾檢查為C肝病人或
為洗腎/共用針具等
高風險者，請主動
洽詢醫師安排治療

- ◆ 療程短
- ◆ 免打針
- ◆ 副作用少
- ◆ 治療率近99%

C肝會導致肝癌 立即治療不能拖



C肝風險高 顧肝顧健康

「肝若不好，人生是黑白的」，作為身體上最沉默的器官，對於肝的健康關注是每一個人不可忽視的課題。根據研究發現，平均每4名C型肝炎患者有1人會有肝硬化，而肝硬化病人中，每20人則有1人會併發肝癌。自1986年新生兒全面施打B型肝炎疫苗以來，已讓B型肝炎感染人數大幅減少，面對C型肝炎，目前也有治療率超過98%的C肝全口服新藥，協助你我遠離C肝對健康的威脅。

2016年，WHO宣示預定在2030年前達成消除病毒性肝炎的目標，而臺灣面對國內病毒性肝炎第二號敵人的C肝，則由衛生福利部擬定了「國家消除C肝政策綱領」，要在2025年提前達成消除C肝的目標。為此一目標，健保自2017年起將C肝全口服新藥納入給付，不僅療程短、免打針、副作用少，而且治療費約18萬元全由健保給付，讓C肝患者早日脫離肝硬化、肝癌的夢魘。截至2021年底，已有13.1萬的C肝病人接受治療，然而仍有少數C肝患者仍未接受治療，且還有13.3萬人曾感染C肝而抗體呈陽性者，還未檢驗病毒量確定病毒是否存在體內，因此呼籲患有C肝的民眾儘早就醫，45至79歲的民眾（40至79歲原住民）也可以利用國健署免費補助的成人預防保健B、C肝篩檢服務，即時檢測、治療，讓健康人生不失色。



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

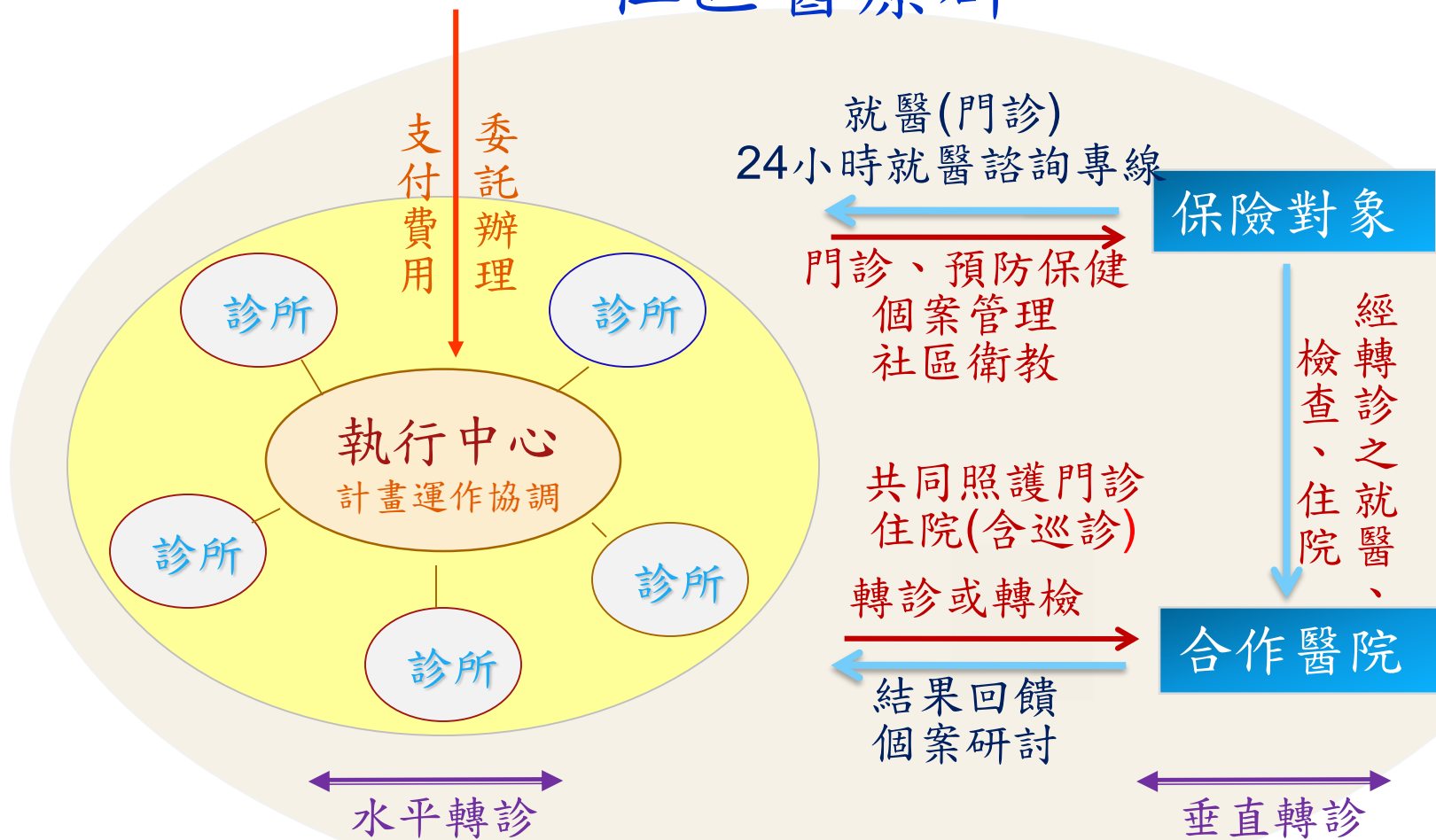
以民眾健康為導向，提升醫療品質。

奠定「家庭責任醫師制度」基礎



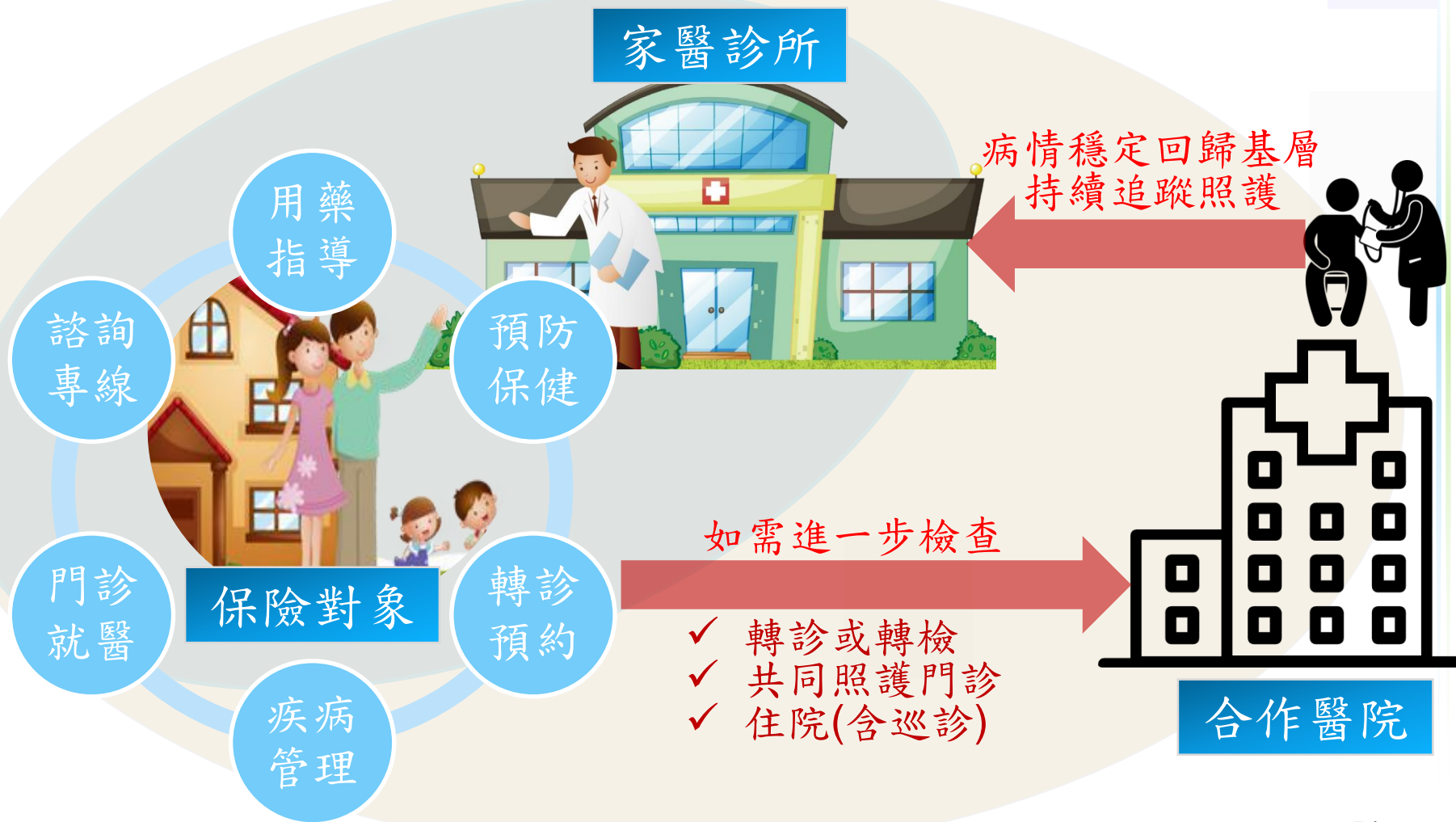
家醫計畫照護模式

健保署 社區醫療群





提供整合式照護服務





家庭醫師整合性照護經費撥付

依收案會員數給付費用

- 每人800點/年：
 1. 績效獎勵費用：每人550點/年
 2. 個案管理費：每人250點/年

失智症門診照護家庭諮詢費用

- 每位病人每年最多給付2次
 1. 諮詢服務時間15-30分鐘：300點
 2. 諮詢服務時間30分鐘以上：500點

支付費用

- 會員有2種(含)以上慢性病：
 1. 總處方調劑日份達56日(含)以上：500點
 2. 總處方調劑日份達169日(含)以上：1000點

績效獎勵費每點1元

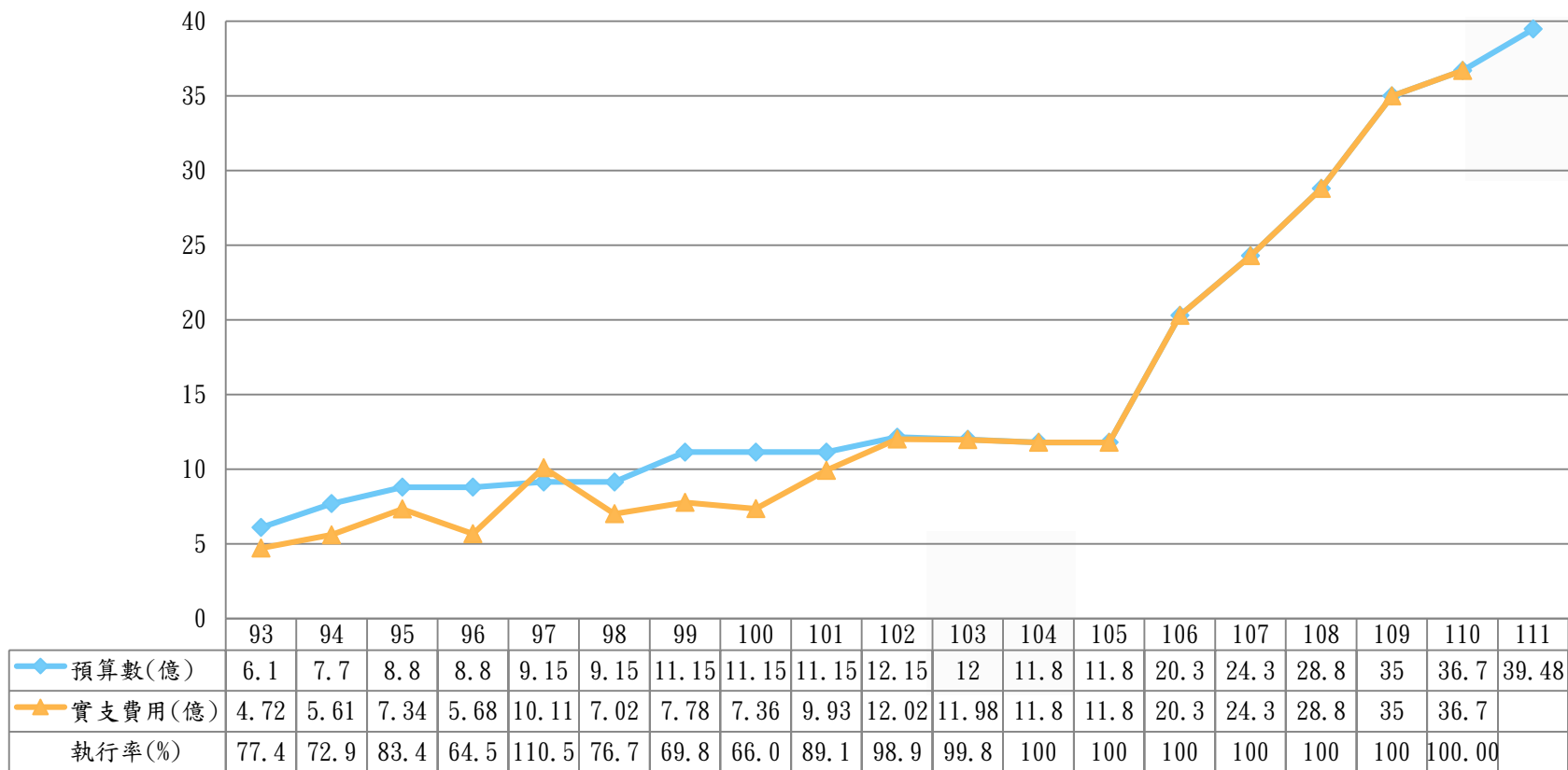
多重慢性病人門診整合費用

偏遠地區參與診所績效獎勵費



歷年經費執行情形

- 110年預算36.7億元，近五年預算執行率均達100%。



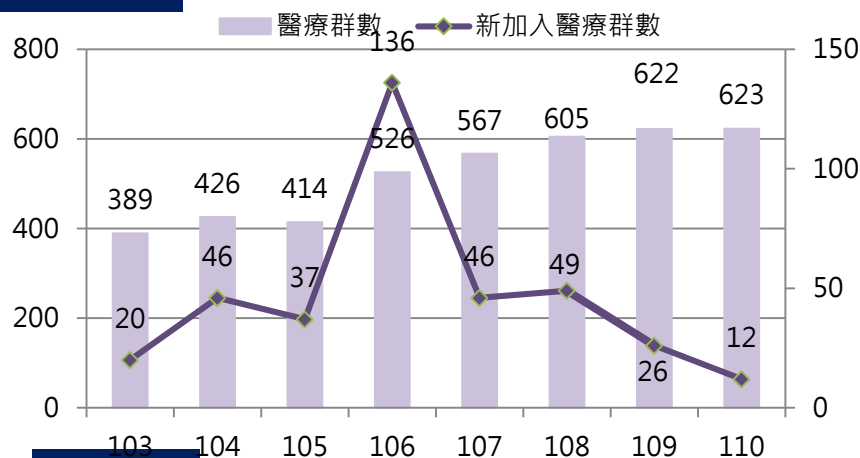
註1：97年因政策導向故選擇健康回饋型之醫療群數不斷增加，致預算較實際給付費用不足0.96億元(實支10.11億元，不足費用由總額其他部門預算之其他預期政策改變所需經費支應)。

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106年預算為20.3億元。

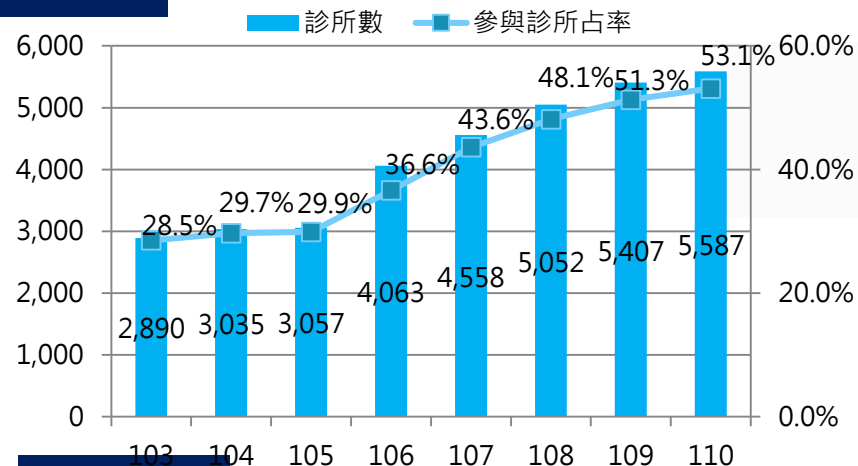
家庭醫師整合照護模式執行概況

110年共623個醫療群，診所數5,587家(53%)、醫師數7,367人(46%)，收案達600.8萬人

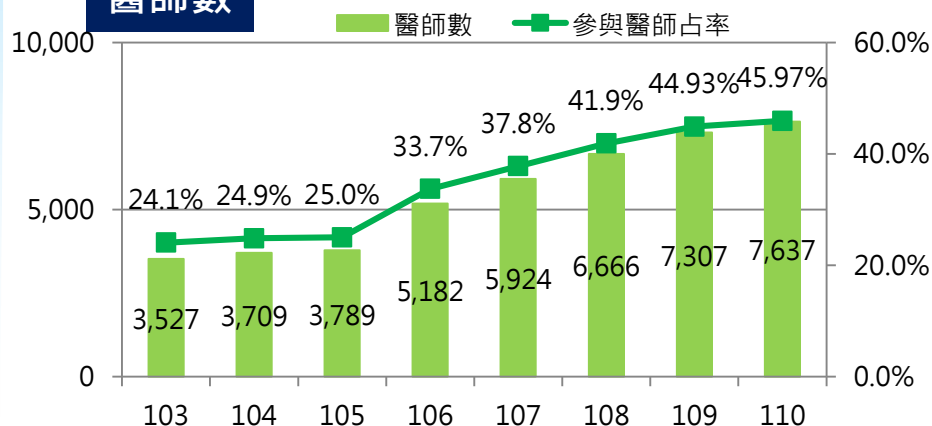
醫療群數



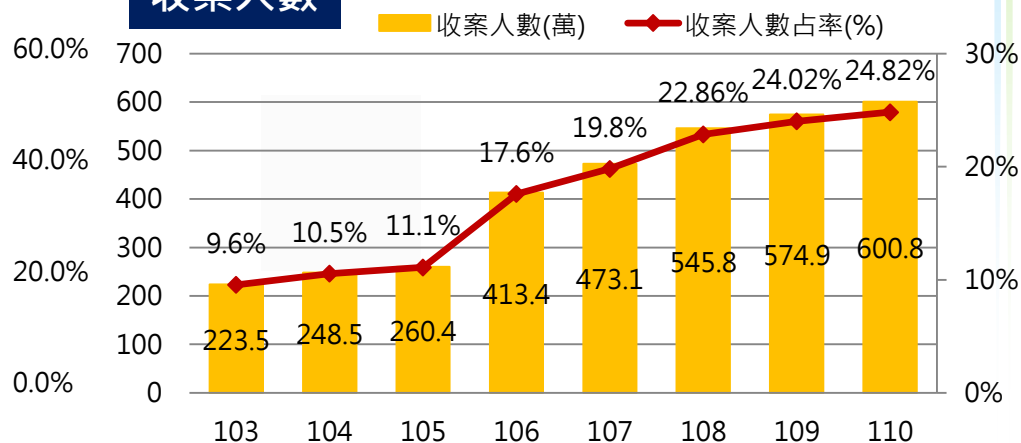
診所數



醫師數



收案人數



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。

註3：103年退場9群(未達評核指標6群、1群因無參與意願未繼續加入計畫、2群併入其他醫療群)



110年家醫計畫提供服務特色

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

提供病人轉診服務

3

- 醫療群與296家醫院合作
- 轉診服務：387,968人次
- 共照門診：5,344診次
- 病房巡診：793次

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736場次。
- 參與人數達24,458人次。

2

24小時諮詢專線

- 電話諮詢服務：47,034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：1,151,821人

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5,385位。



近5年滿意度調查結果

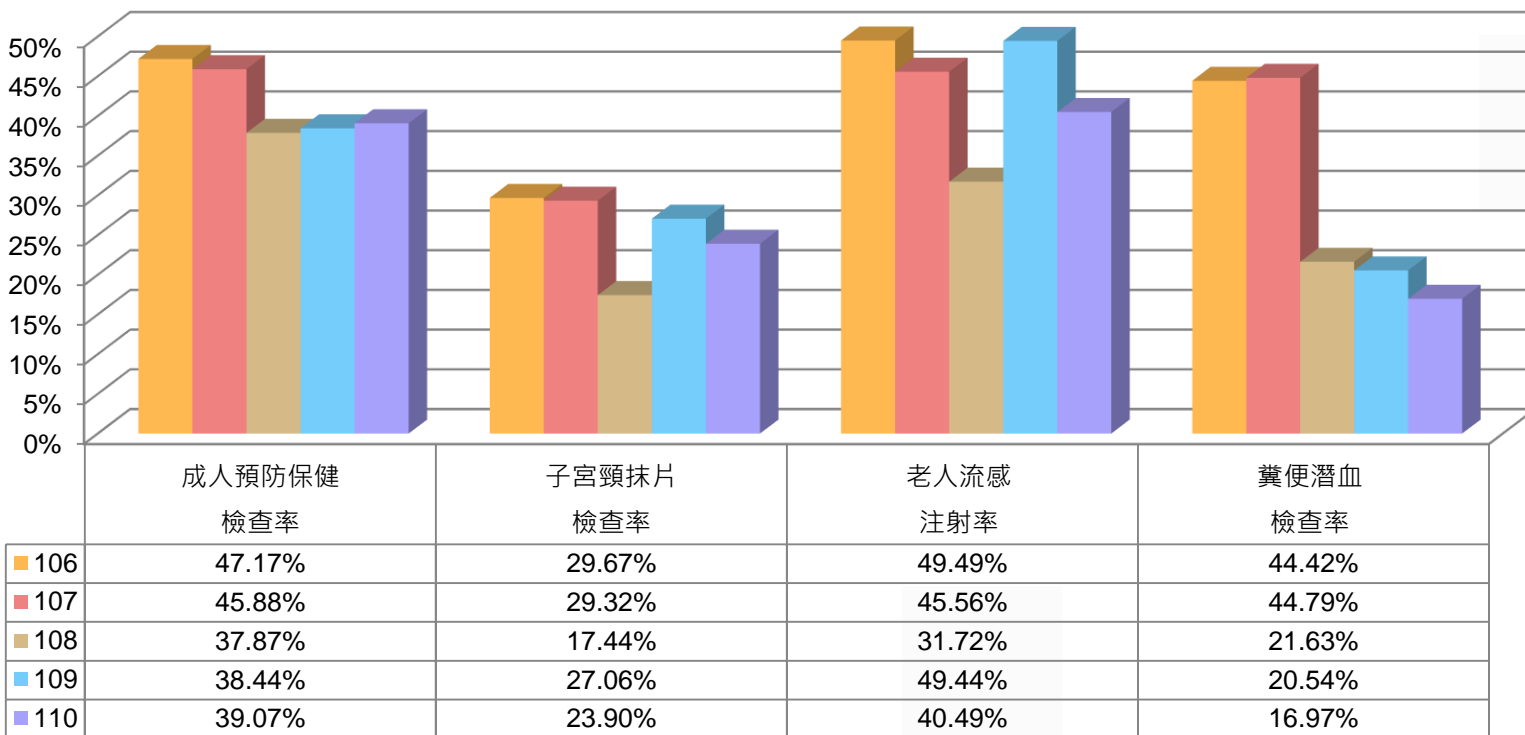
● 110年抽測會員施測項目滿意度結果均達99%以上

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
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	6,449	99.4%	99.3%	99.9%
110	3,196	99.6%	99.7%	99.7%



近5年預防保健指標檢查/注射率

● 各項預防保健檢查率/老人流感注射率均達成目標值

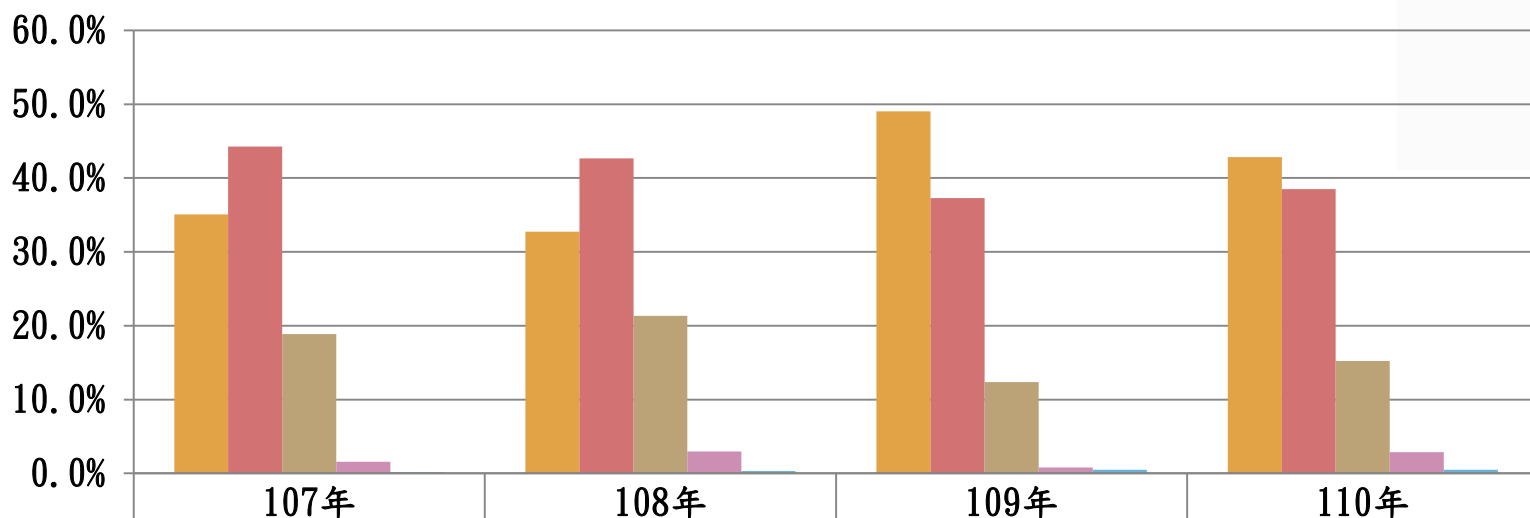


1. 成人預防保健檢查率：分子為40歲(含)以上會員於基層診所接受成人健檢人數；分母為(40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)。
2. 子宮頸抹片檢查率：分子為30歲(含)以上女性會員於基層診所接受子宮頸抹片人數；分母為30歲(含)以上女性會員數。
3. 65歲以上老人流感注射率：分子為65歲以上會員於基層診所接種流感疫苗人數；分母為65歲以上總會員人數。
4. 糞便潛血檢查率：分子為50歲以上至未滿75歲會員於基層診所接受定量免疫糞便潛血檢查人數；分母為50歲以上至未滿75歲會員人數/2。
5. 109年修改子宮頸抹片檢查率得分閾值及放寬收案會員於醫院層級檢查亦納為統計範圍



近5年社區醫療群品質評核

- 110年品質指標達80分以上共計507群，佔所有群數約81.4%，指標<65分計有3群



	107年	108年	109年	110年
■ 特優級(≥90分)	35.1%	32.73%	49.04%	42.86%
■ 良好級(80分~90分)	44.3%	42.64%	37.30%	38.52%
■ 普通級(70分~80分)	18.9%	21.32%	12.38%	15.25%
■ 輔導級	1.6%	2.98%	0.80%	2.89%
■ 不支付	0.2%	0.33%	0.48%	0.48%

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、109年622群。

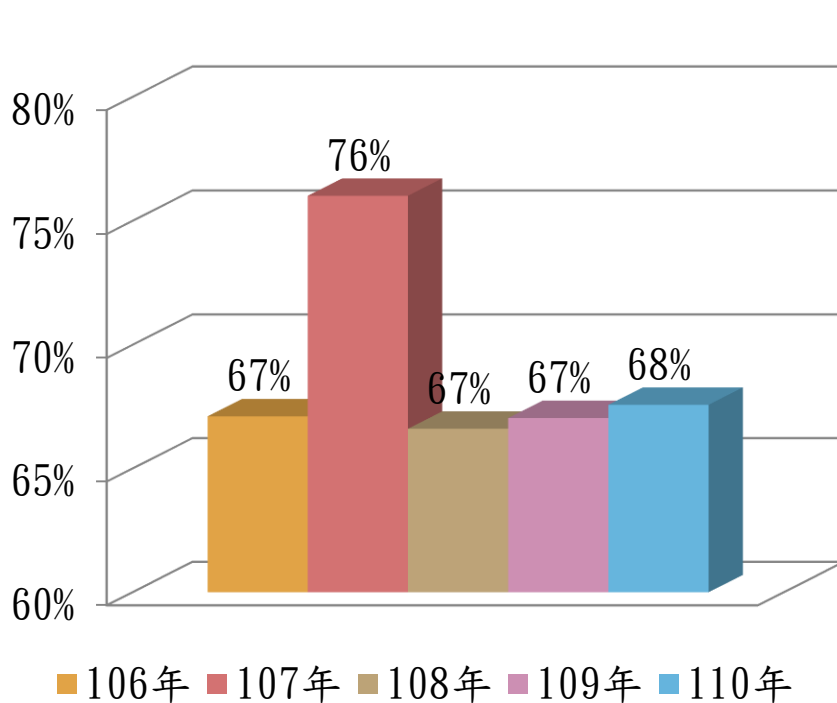
註3：自109年起不支付分數自60分以下調整為65分以下；輔導級分數調整為65-70分



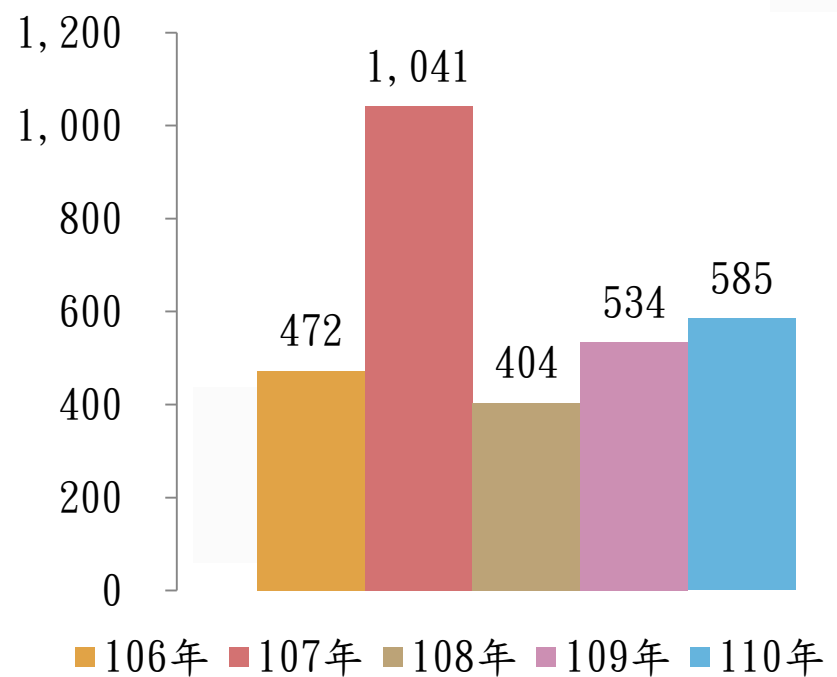
平均每人結餘數

- 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





111年計畫修訂重點

● 持續增訂管理及獎勵措施，並新增指標

強化知情同意
及滿意度調查
收載

社區醫療群自行收案會員於收案時向會員說明本計畫之目的及需病人配合定期回診等事項

會員可透過健康存摺進行滿意度調查。

依健保中長程計畫、
健保會建議增訂評
核指標

固定就診率 \geq 當年較
需照護族群65百分位
且 $\geq 50\%$ (健保會)

新增6項指標：檢驗
檢查上傳率(2)、三
高風險控制率(國建
署)、重複用藥核扣、
同日就診率

轉介失智症病人至適
當醫院就醫指標，增
列轉至診所所在縣市
失智共同照護中心納
入計分(長照司)。

再強化管理及
獎勵

增列社區醫療
群每家參與診
所自行收案人
數不得超過
1,200名。

增列「計畫評
核指標分數
 ≥ 90 分且平均
每人VC-AE差值
 > 275 點」，則
支付健康管理
成效鼓勵會員
每人275元。

24小時專線改
由全聯會抽測

調查修改「設
立24小時諮詢
專線」配分由
10分調整為5
分，並改由中
華民國醫師公
會全國聯合會
進行抽測。



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	110
醫院	2.58	6.89	6.89	6.89
西醫基層	1.29	2.58	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	V		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	V	V	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	V	V	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：

- ✓ 病人需有就醫事實，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）

	109年				110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	116.5	84.4	72.5%	2.14	107.5	78.9	73.4%	2.00
西醫基層	94.3	63.1	66.9%	1.48	92.7	60.8	65.6%	1.44
合計	210.8	147.5	70.0%	3.62	200.2	139.7	69.8%	3.44

備註：109年及110年皆以一點一元支應



鼓勵醫事服務機構即時查詢 病患就醫資訊方案



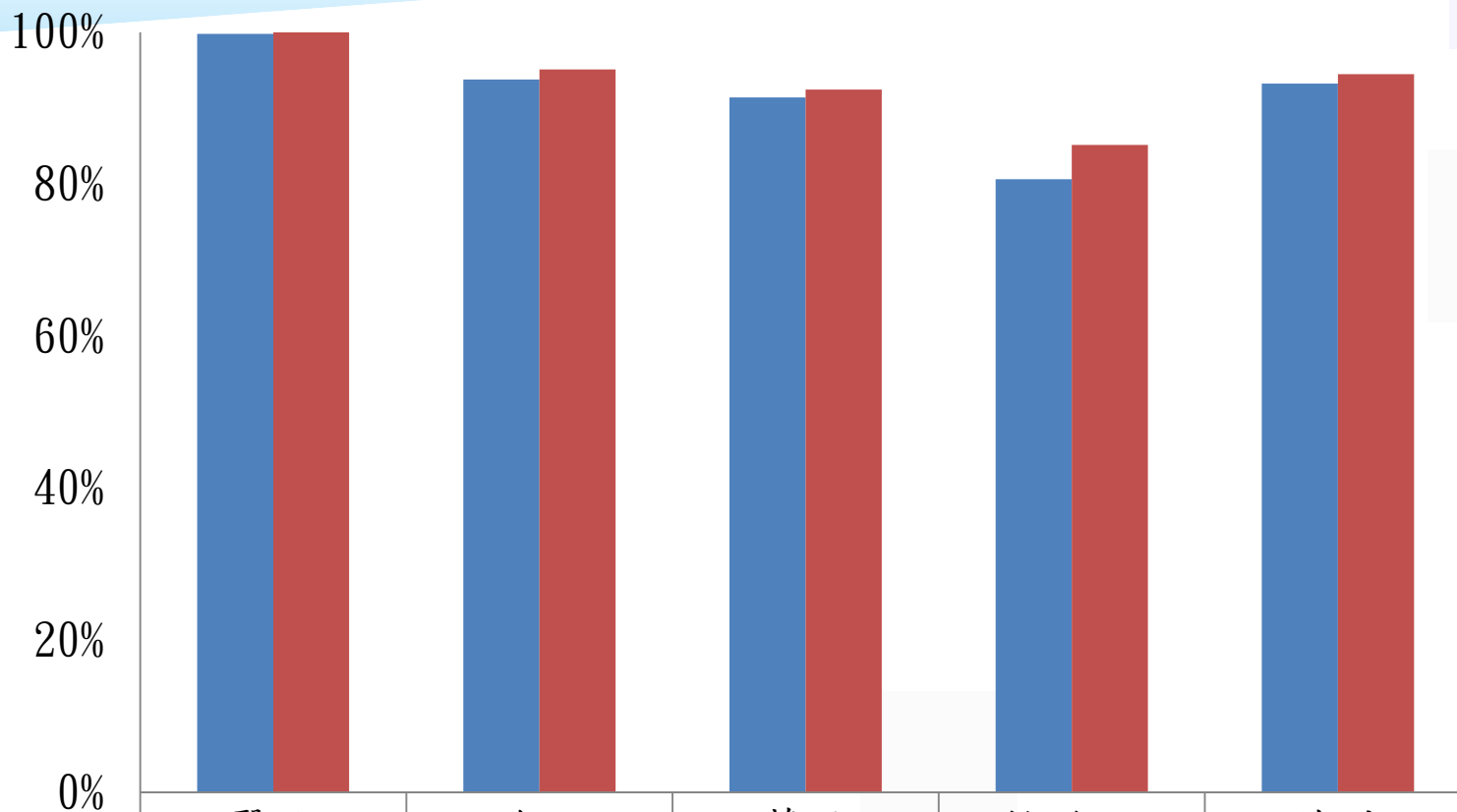


方案內容

方案摘要	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：依各特約層級別支付上限核實支付。• 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。	<p>(1)特約醫事服務機構 參與率增加</p> <p>(2)檢驗(查)結果、醫療檢查影像、出院病歷摘要等上傳資料量增加</p>



109年-110年參與率

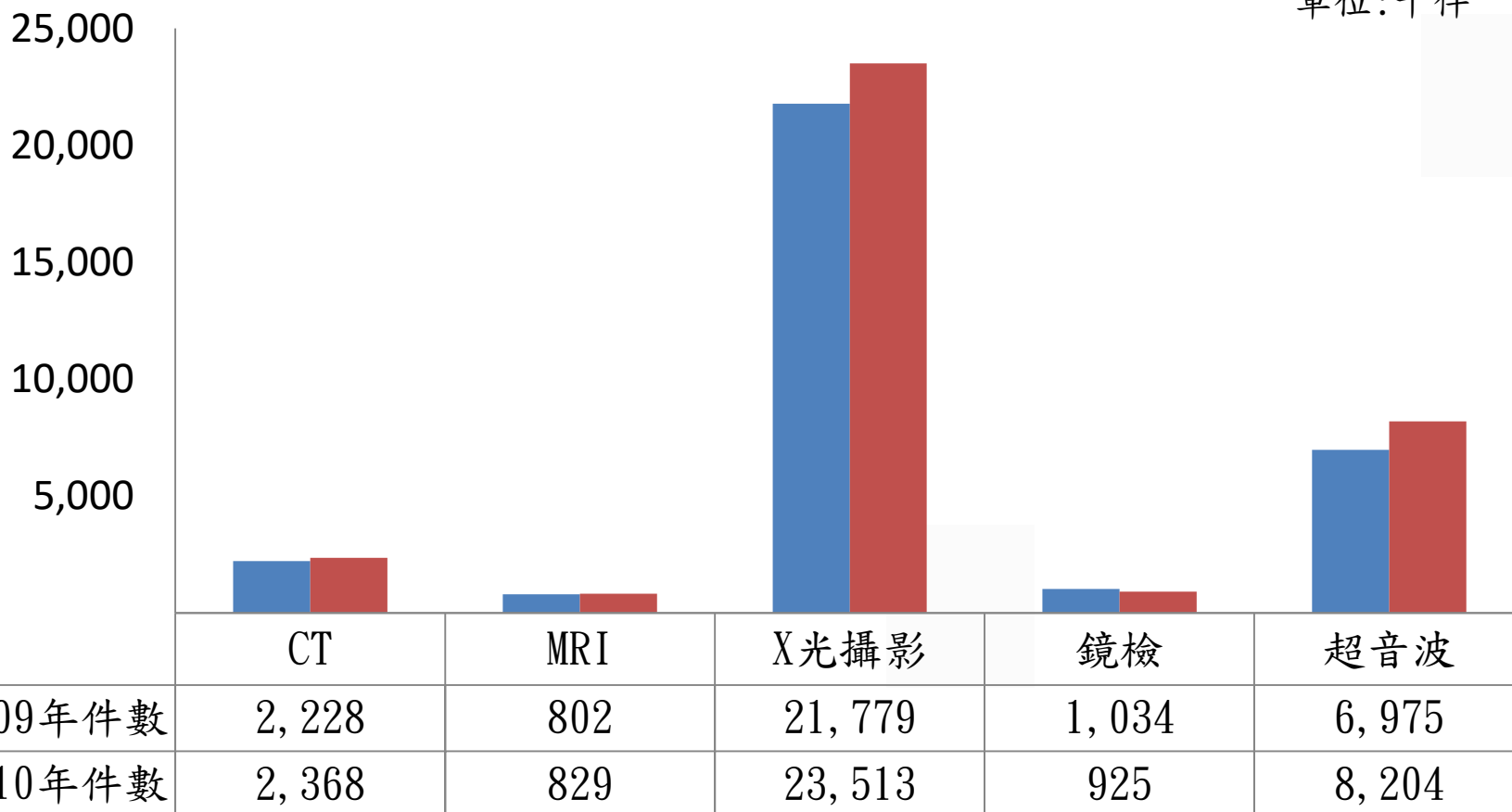


	醫院	診所	藥局	檢驗所	總計
109參與率	99.79%	93.79%	91.42%	80.68%	93.24%
110參與率	100.00%	95.10%	92.46%	85.17%	94.48%



109年-110年醫療影像上傳情形

單位：千件





110年固接網路及行動網路月租費給付金額

單位：家、千元

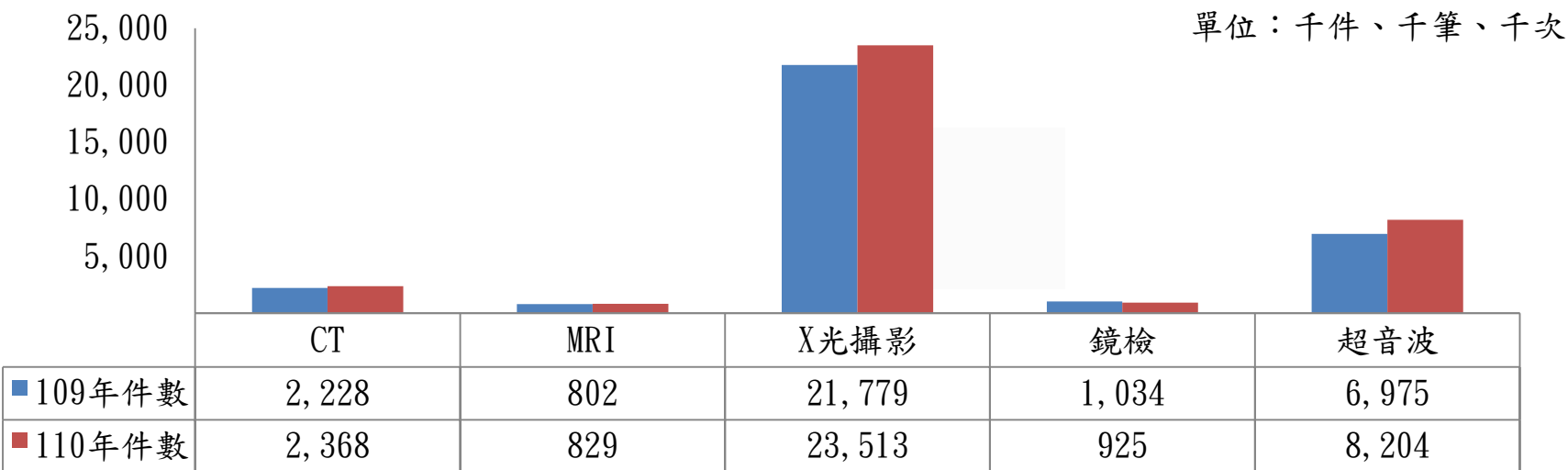
特約類別	固接網路月租費		行動網路月租費	
	家數	金額	家數	金額
醫學中心	21	13,330	1	4
區域醫院	82	43,670	21	64
地區醫院	360	88,756	40	105
診所	20,238	436,503	744	1,448
藥局	6,324	125,769	37	83
檢驗所	175	3,442	0	
其他醫事機構	598	10,938	340	805
合計	27,798	722,407	1,183	2,509



110年上傳獎勵金發放情形

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	120,727	4,947	76	192	1,765	79,036	164,637
區域醫院	124,067	5,835	92	401	1,419	98,904	176,486
地區醫院	59,346	2,323	54	298	650	55,578	73,791
診所	5,938			534	329	47	3,150
檢驗所	9,014			8		9	1,824
居家護理							2,291
呼吸照護所							12
合計	319,093	13,104	248	1,433	4,163	124,863	422,190





110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
- 居家醫療整合計畫及轉銜長照
- 收容於矯正機關醫療服務

2. 促進體系合作

- 醫院以病人為中心
- 急性後期整合照護計畫
- 跨層級醫院合作計畫
- 遠距醫療會診

3. 提升保險成效及其他預備金

- 腎臟病照護與病人衛教計畫
- 提升用藥品質之藥事照護計畫
- 支應C肝不足經費（跨部門）
- 調節非預期風險
- 罕病等預備款
- 提升保險服務成效



歷年協定預算及執行率一覽表

預算項目	106	107	108	109	110
1.山地離島地區醫療給付效益提升計畫	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%)	6.554億元 (5.27億元 80%)	6.554億元 (4.98億元 76%)
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)	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%)	61.70億元 (56.59億元 92%)	65.44億元 (59.61億元 91%)
3.促進醫療體系整合	11億元 (3.05億元 28%)	7億元 (2.78億元 40%)	5億元 (2.04億元 41%)	4億元 (1.79億元 45%)	4億元 (1.69億元 42%)
醫院以病人為中心門診整合 照護計畫	3億元 (2.28億元 76%)	- (1.93億元) -	- (0.79億元) -	- (0.50億元) -	- (0.39億元) -
急性後期整合照護計畫	4億元 (0.45億元 11%)	- (0.42億元) -	- (0.61億元) -	- (0.68億元) -	- (0.67億元) -
跨層級醫院合作計畫	1億元 (0.32億元 61%)	- (0.42億元) -	- (0.64億元) -	- (0.62億元) -	- (0.61億元) -

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	106	107	108	109	110
6.鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案	11億元 (8.53億元 77.8%)	11億元 (11億元 100%)	8億元 (5.21億元 65%)	9.36億元 (6.74億元 72%)	9.8億元 (7.42億元 76%)
7.高診次暨複雜用藥者藥事服務計畫	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)	3,000萬元 (未執行)	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 (3.69億元 91%)	4.04億元 (3.97億元 98%)	4.04億元 (4.04億元 100%)	4.27億元 (4.27億元 98%)	4.5億元 (3.29億元 73%)
9.保險對象收容於矯正機關醫療 服務計畫	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%)	16.538億元 (14.42億元 87%)	16.538億元 (13.67億元 83%)
10.提升保險服務成效	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%)	3億元 (2.98億元 99%)	3億元 (2.98億元 100%)
11.調節非預期風險	10億元 (1.775億元 18%)	8.22億元 (無支用)	8.22億元 (5.18億元 63%)	8.22億元 (無支用)	10億元 (無支用)
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%)	10億元 (10億元 100%)	10億元 (10億元 100%)

註：() 內資料為預算實際執行數及執行率



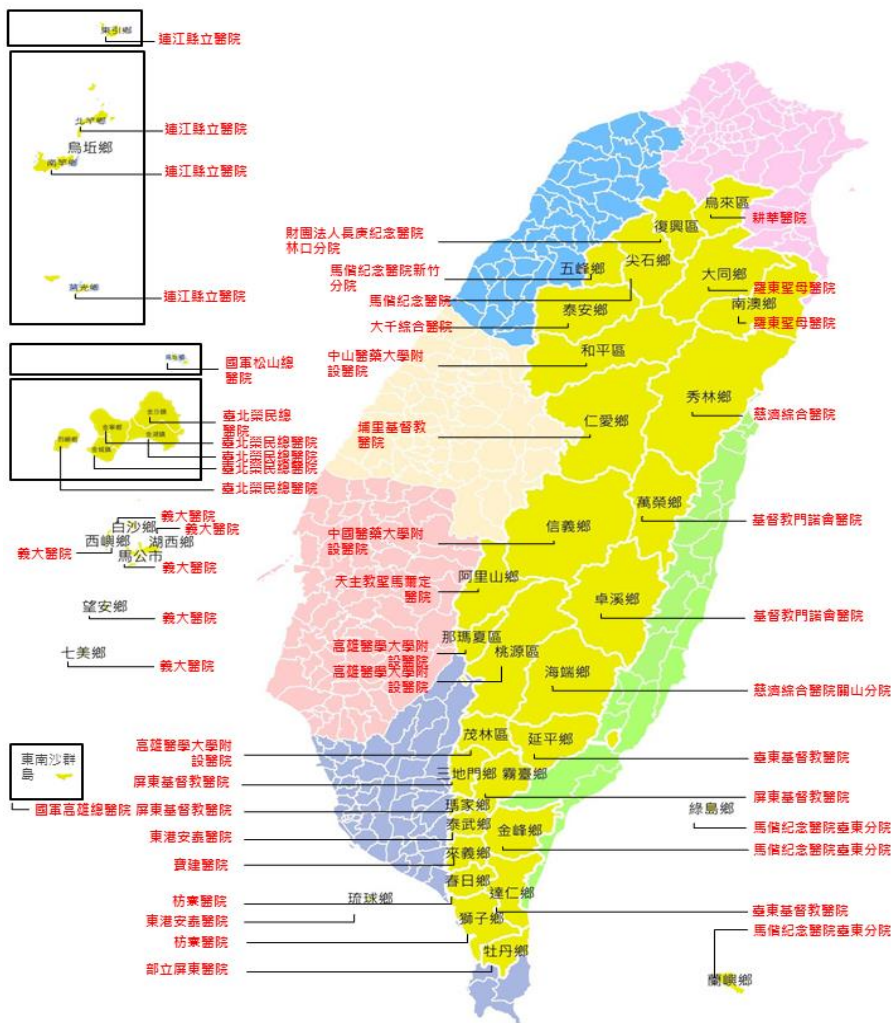
山地離島地區醫療給付效益 提升計畫





山地離島地區(IDS)醫療給付效益提昇計畫

- 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

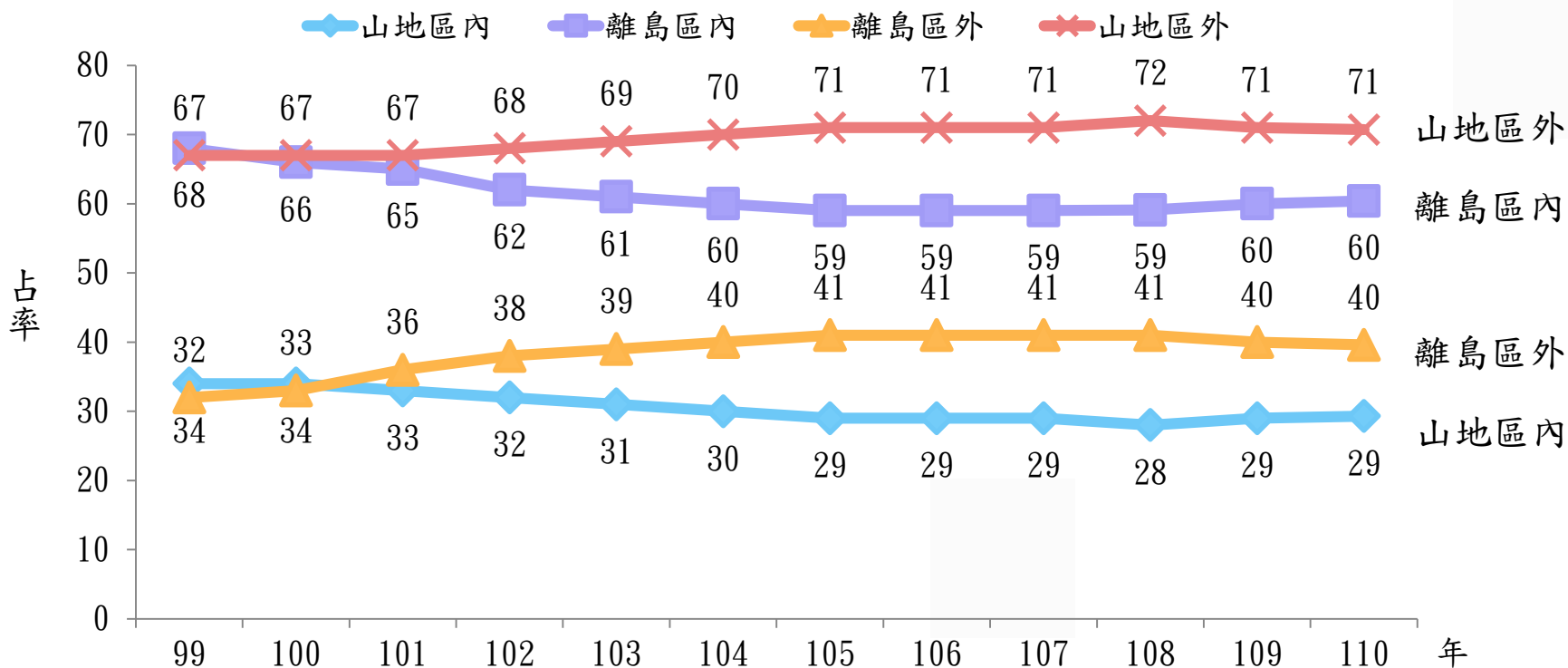
21
離島郷

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)

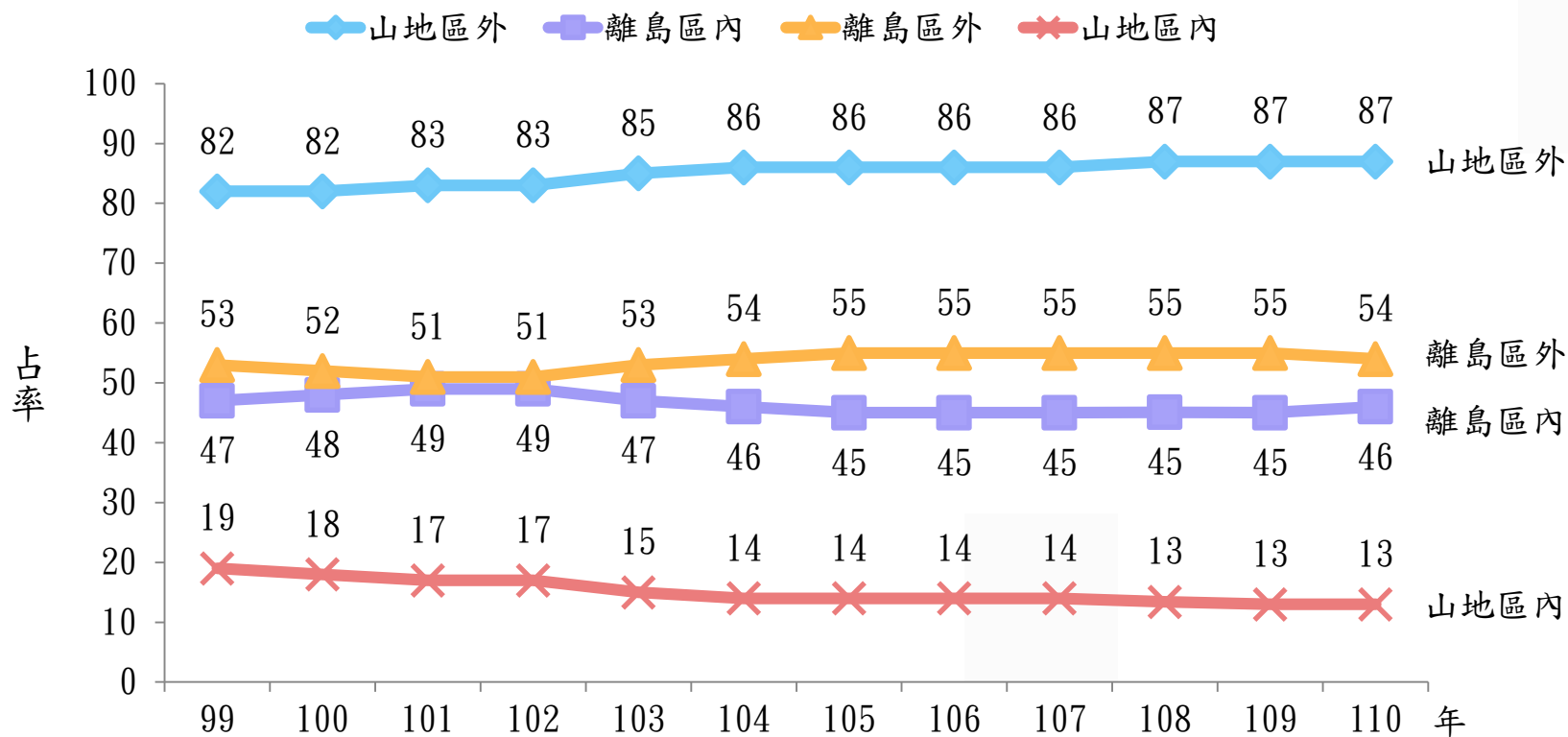


註： 1. 統計對象為戶籍於山地離島地區且在保之保險對象
2. 門診就醫次數經年齡性別校正
3. 地區外就醫指保險對象在非山地離島地區內就醫



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4

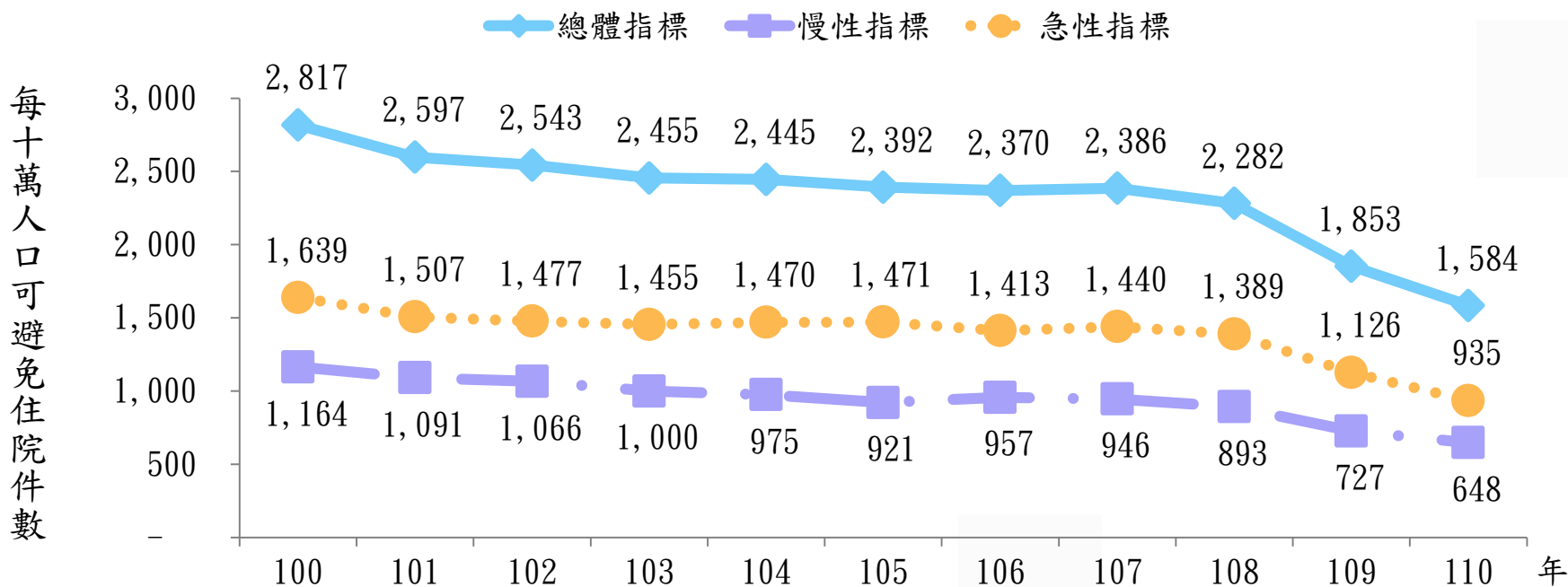


註：1.統計對象為戶籍於山地離島地區且在保之保險對象
2.門診就醫次數經年齡性別校正
3.地區外就醫指保險對象在非山地離島地區內就醫



100-110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。

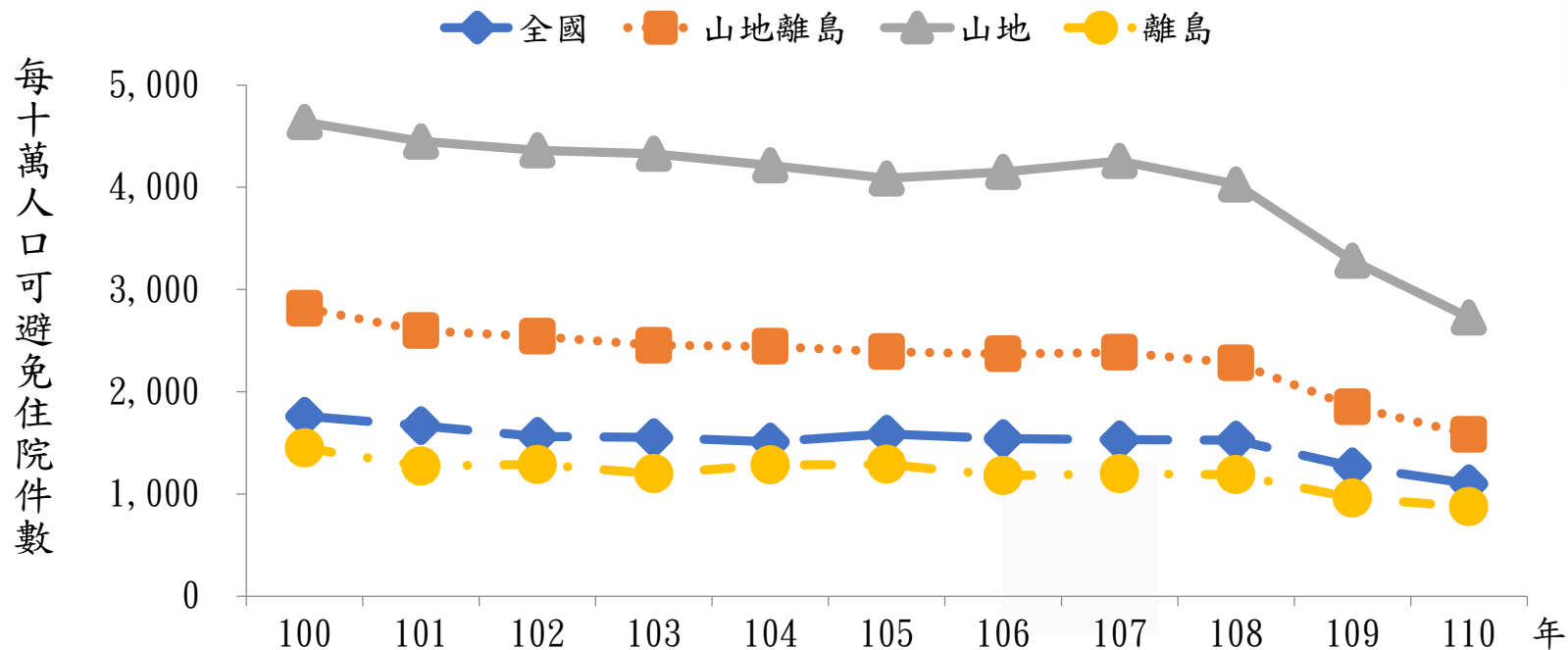
(2)慢性指標：係指短期糖尿病併發症、長期糖尿病併發症、控制不良糖尿病、糖尿病下肢截肢、COPD及成人氣喘、青年氣喘、高血壓、心臟衰竭、心絞痛等9項指標。

(3)總體指標：急性指標及慢性指標之住院件數總和。



100-110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





山地鄉全人整合照護執行方案 -花蓮縣秀林鄉

方案策略

- 改變服務提供者，長期以診療為主的醫療行為
- 健康及醫療之垂直及水平整合
- 建立民眾個人照護紀錄，掌握照護對象健康狀態
- 設計多元性支付誘因，鼓勵投入健康促進取代疾病診療
- 以健康結果為導向的評估指標

目的

- 藉由健康及醫療資源整合，融入社區參與，提供具文化敏感性照護服務
- 提升山地鄉住民健康狀態，縮短山地鄉住民健康不平等並提升照護品質

108年

公開徵求有意願參與之醫療團隊

109年初

- ◆ 109年2月僅花蓮慈濟醫院及秀林衛生所申請執行
- ◆ 地區為花蓮縣秀林鄉

109年中

- ◆ 109年5月邀請專家學者召開審查會議，因收案人數不符期待、成員任責度不足且未含中牙醫服務等原因，本署歉難同意花蓮慈濟醫院申請。
- ◆ 109年度暫不執行

110年

- ◆ 110年7月底公告修訂方案，並公開徵求承作院所。
- ◆ 110年10月核定由**花蓮慈濟醫院**承作「山地鄉(秀林鄉)全人整合照護執行方案」，並自111年1月1日起生效



山地鄉全人整合照護執行方案-花蓮縣秀林鄉

- 計畫期間：**111.1.1-113.12.31**
- 計畫執行策略：四大面向(資源盤點、預防保健、健康促進及醫療照護)
- 照護對象：**7,888**人(計畫期間內不再變動)
- 111年1-4月申報情形：服務7,153人次、2,873人

資源盤點

- 照護對象收案分析
- 民眾就醫經驗分析
- 鄉內醫療資源盤點
- 健康福祉資源共享

預防保健

- 提供定期檢查
- 各類篩檢(四癌、BC桿、TB、子宮頸抹片)
- 流感疫苗接種
- 健康檢查(兒童、孕婦產前檢查)

健康促進

- 疾病衛教課程(衛教活動宣導、社區校園頭蝨防治)
- 健康識能提升(運用衛教資源共享平台提升健康識能)

醫療照護

- 社區定點及巡迴醫療
- 專科醫療(眼科、婦產科等)
- 緊急醫療服、假日門診、夜間門/待診
- 遠距醫療
- 轉診後送服務

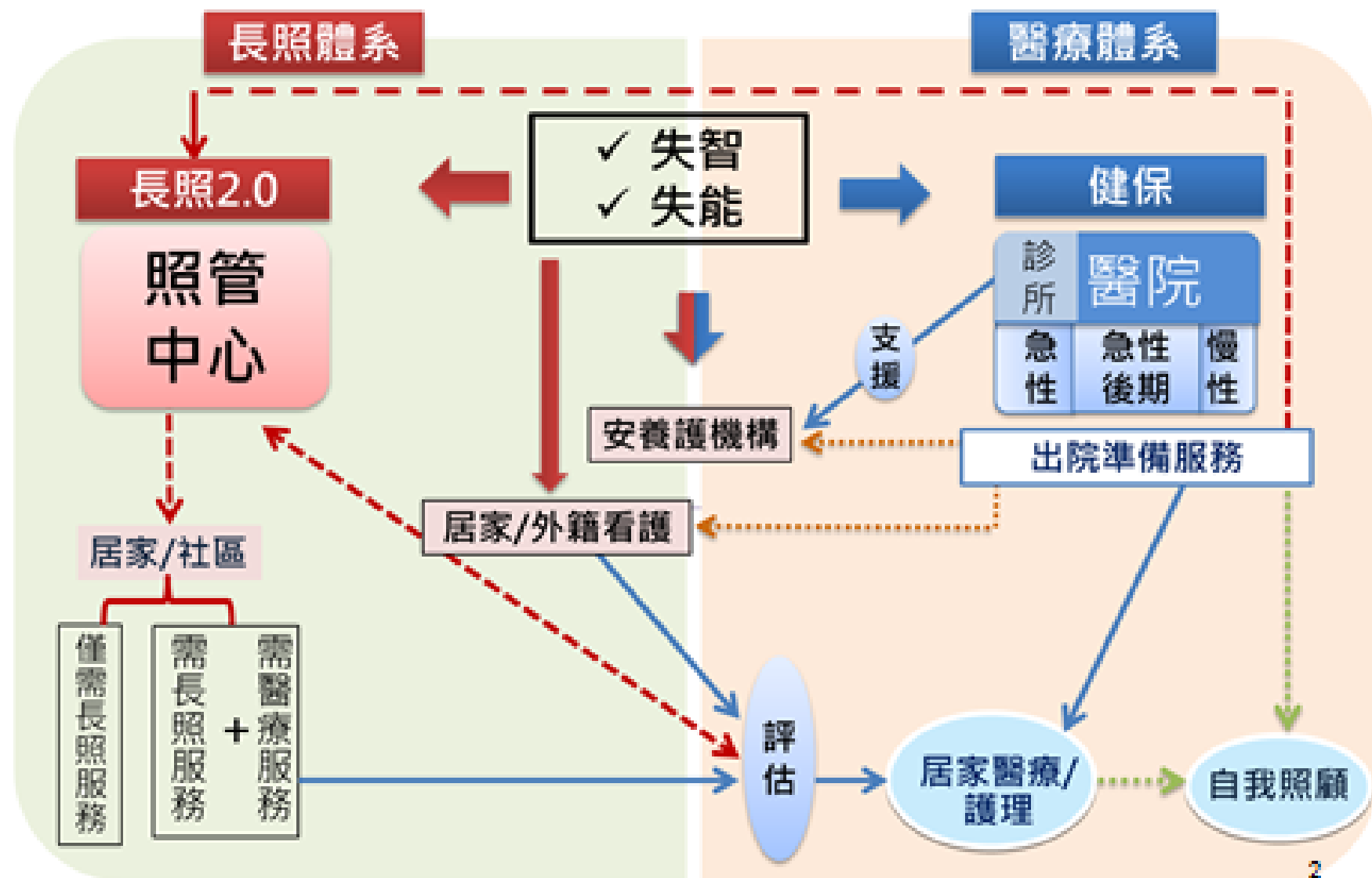




居家醫療、居家醫療照護整合計畫、轉銜長照2.0



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

出院後7日內接受長照服務之件數占率，
近三年(108年-110年)已超過4成。

	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	77,248	3,357	4.3%	784	23%	2,060	61%
107年1-12月	117,093	13,760	11.8%	4,067	30%	9,132	66%
108年1-12月	144,056	24,727	17.2%	10,666	43%	18,202	74%
109年1-12月	161,733	27,513	17.0%	12,951	47%	20,828	76%
110年1-12月	162,493	26,127	16.1%	11,660	45%	19,926	76%



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。

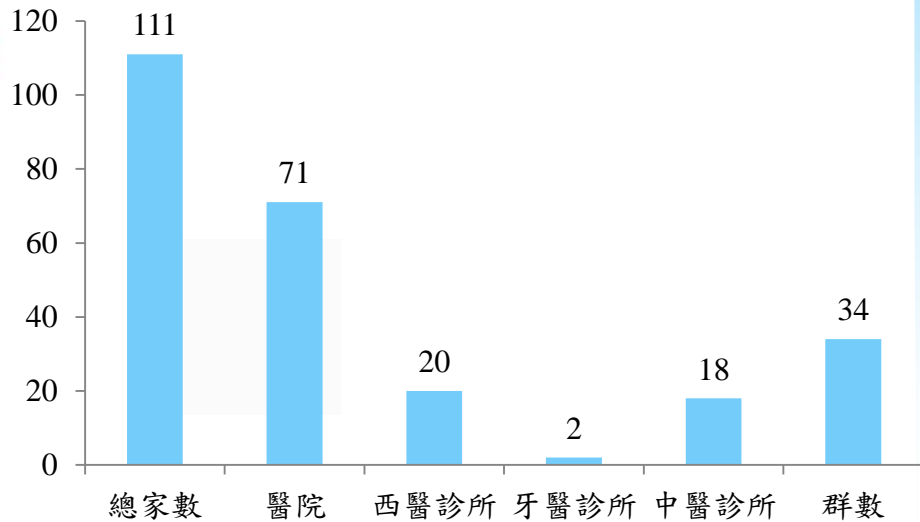
策略

- 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。



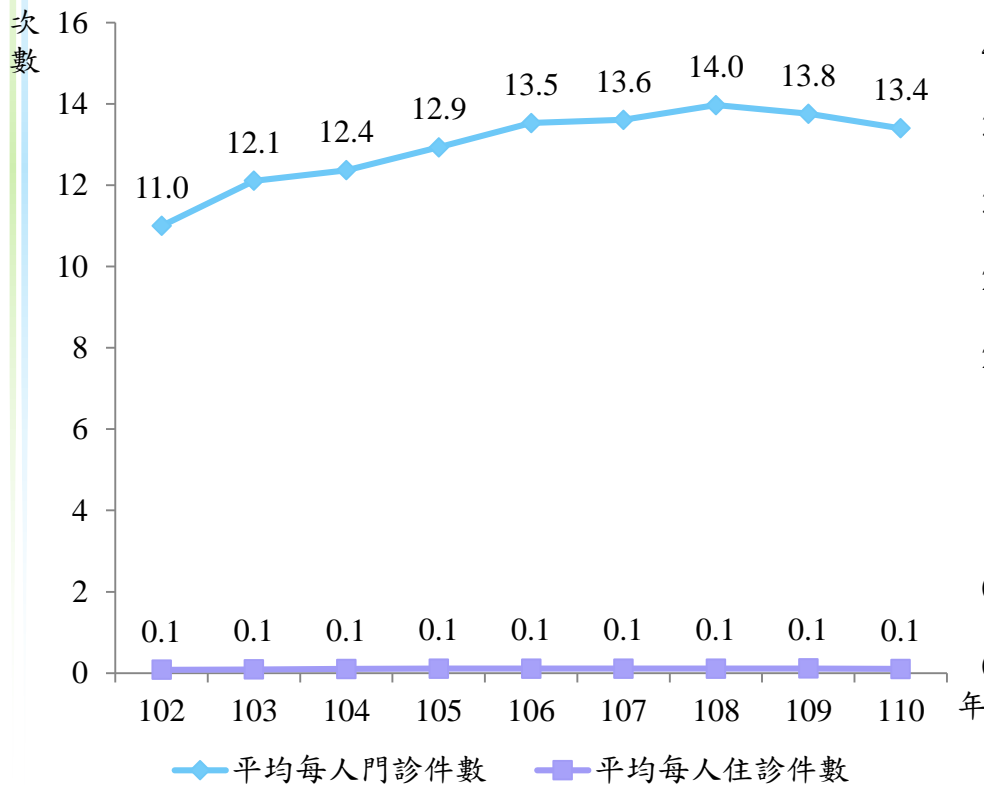
■ 110年矯正機關醫療服務計畫辦理情形



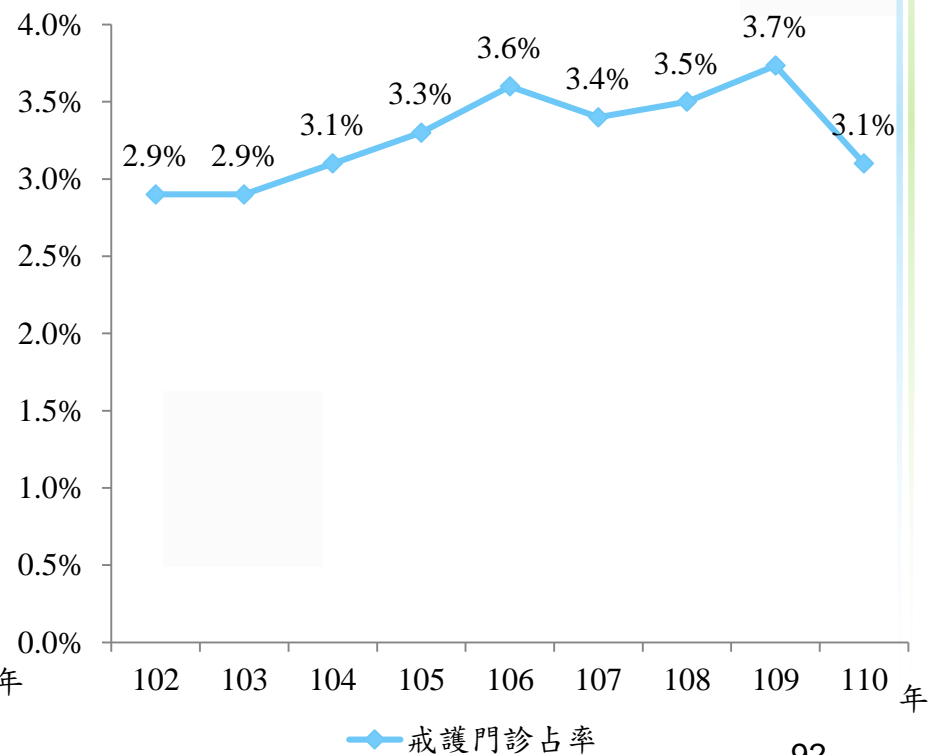
收容於矯正機關者就醫情形

- 110年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，大部分為監內就醫，戒護門診占率約占3.1%。

平均每人就醫次數



戒護門診占率

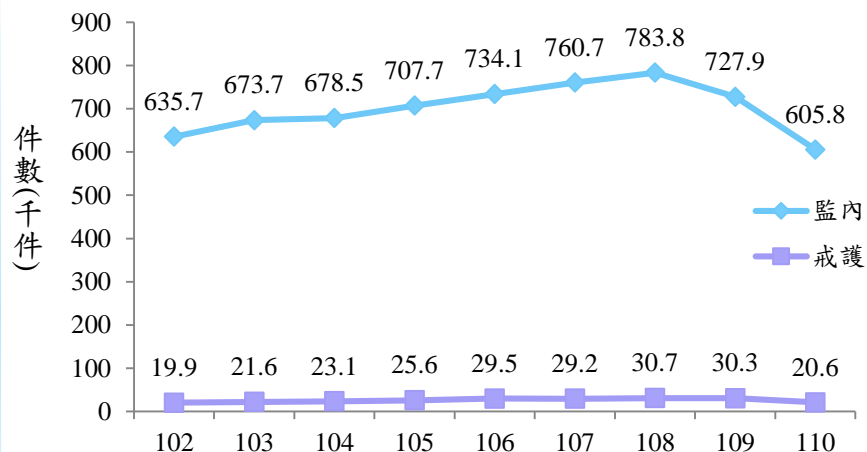




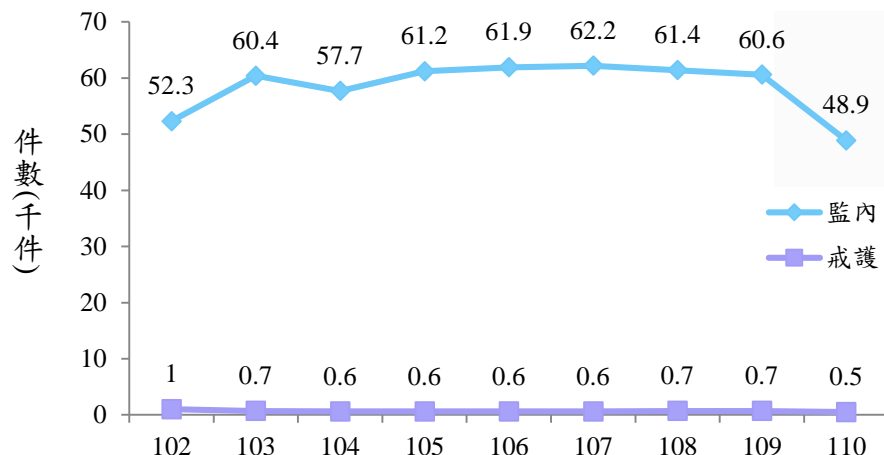
收容於矯正機關者就醫情形-監所、戒護就醫情形

- 110年監內門診就醫件數，西醫、牙醫、中醫及透析皆較109年下降
- 西醫戒護外醫件數約介於2萬至3萬件之間，呈現微幅下降趨勢，其餘各科呈現平緩趨勢

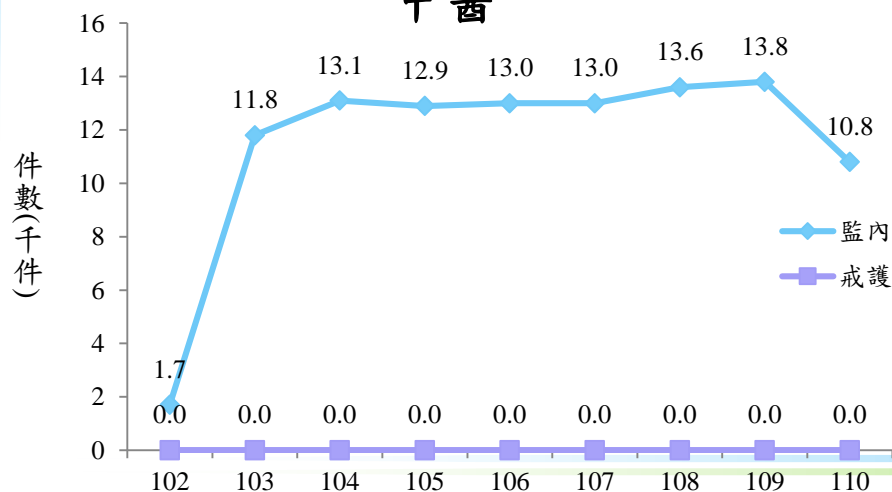
西醫



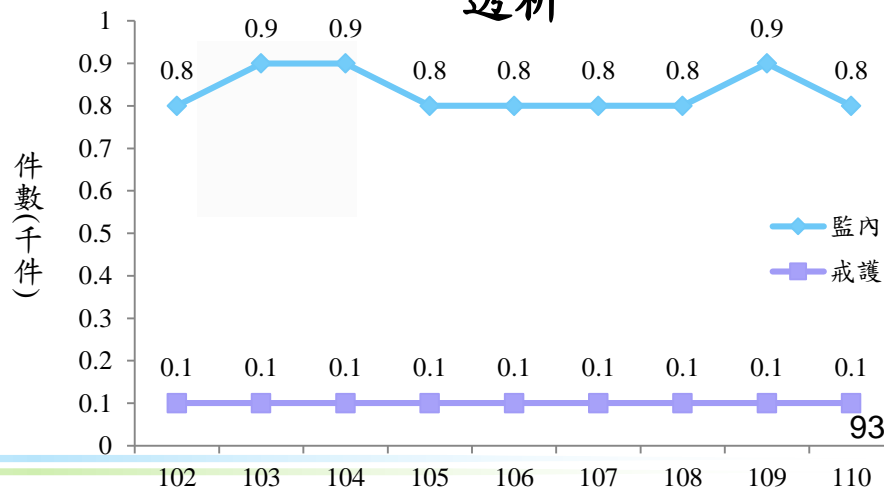
牙醫



中醫



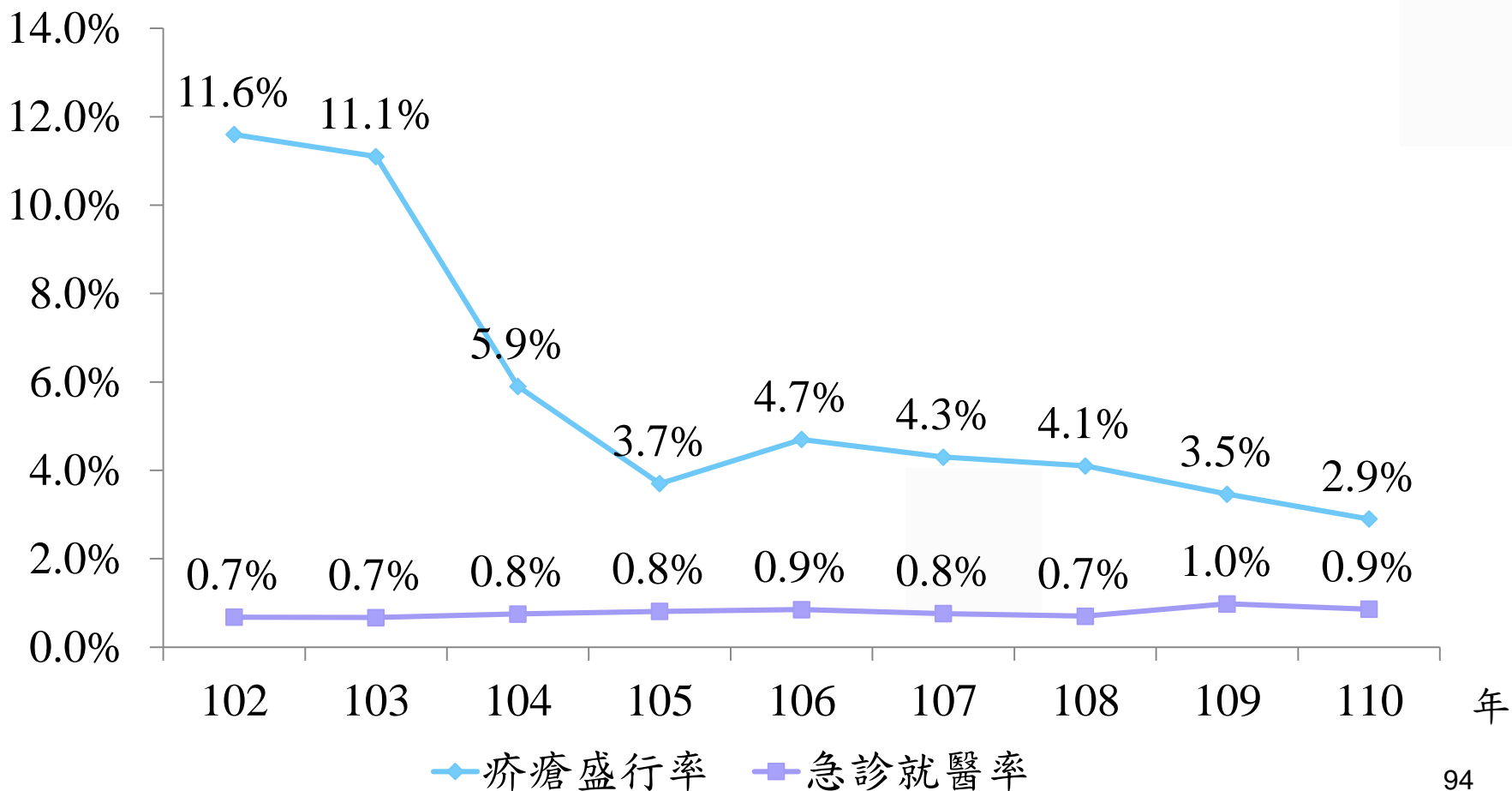
透析





收容於矯正機關者-急診就醫率、疥瘡盛行率

- 110年急診就醫率、疥瘡盛行率皆微幅下降





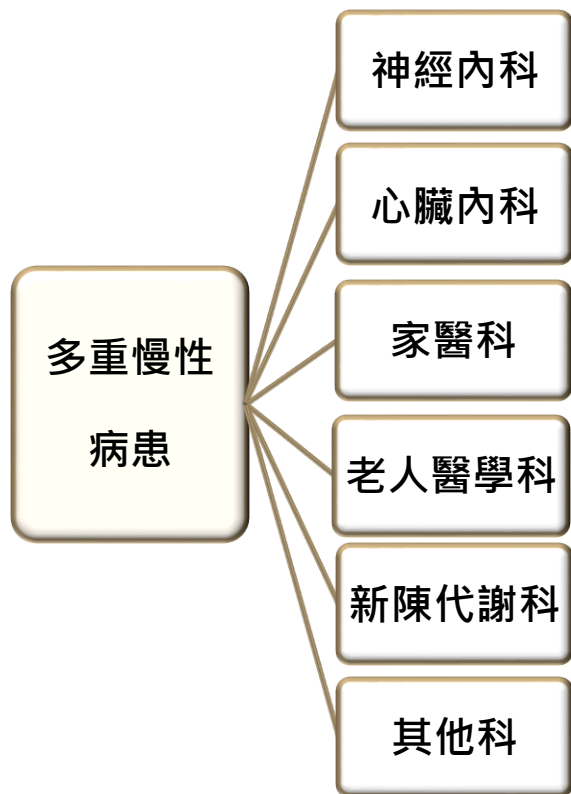
醫院以病人為中心 門診整合照護計畫



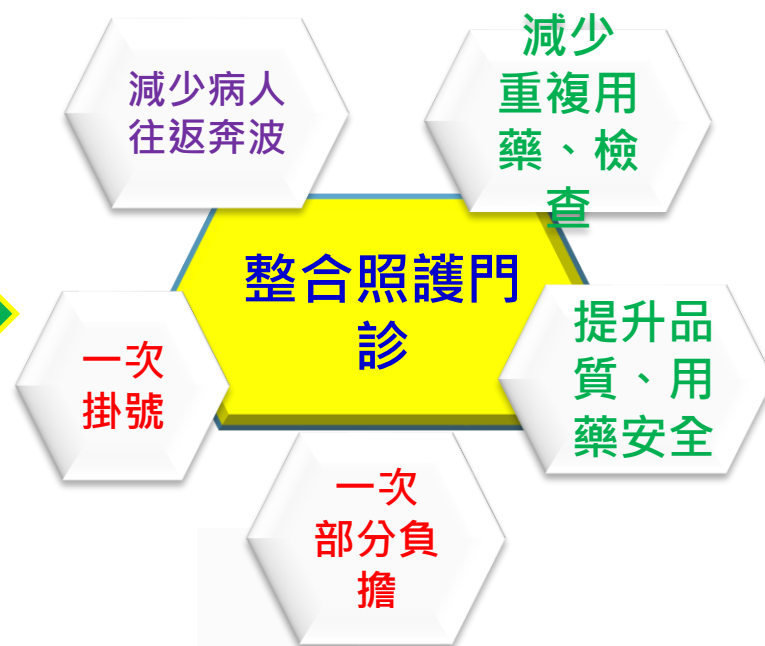


計畫概念

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)以上慢性病患忠誠病人。
- ◎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-111年計畫(108年4月~111年6月)

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

111年7月起

- ◎持續鼓勵醫院開設「整合照護門診」，取消「非開設整合照護門診」。
- ◎失智症門診照護家庭諮詢費用不內含於門診整合診察費，可額外申報。



110年執行方式

1.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

2.開設整合照護門診模式者

多重
慢性病

整合門診

上傳VPN

開診診次

(平日看診日)

- ✓ 醫學中心:2診/日
- ✓ 區域醫院:1診/日
- ✓ 地區醫院:不限診次

*僅收一次部分負擔

得申報門診
整合診察費
(初診、複診)



整合門診照護內容

1、整合用藥及處置

主責醫師可透過「健保醫療資訊雲端查詢系統」查詢個案近期之就醫與用藥資訊，協助整合門、住診用藥，減少多重慢性病患者重複、不當用藥或處置，亦可節省病患及家屬多科就診往返時間。

2、提供失智症門診照護家庭諮詢

依病況需要、由醫院專業人員提供照護技巧指導、藥物或營養諮詢、家屬心理支持、社會資源運用等內容。




110年執行情形-1

照護模式	<input type="checkbox"/> <u>開設整合門診</u> 	<input type="checkbox"/> <u>未開設整合門診</u> (為鼓勵開設整合門診， 此照護模式自111.7.1起取消)
執行方式	以 <u>整合門診方式</u> 提供多重慢性 病人整合照護服務	<u>同日多科就診</u> ，由最後就診醫師 <u>整合開藥、處置</u> 。
給付項目	1. 門診 <u>整合初診診察費</u> (1,500點*1次) 2. 門診 <u>整合複診診察費</u> (註) (1,000點*2次) 註： <u>僅收取一次部分負擔</u> 。	<u>不得申請本計畫整合初診、複診 診察費</u> 比照整合門診模式， <u>得僅收取1 次部分負擔</u> 。
110年 照護人數	14,798人 (收案人數)	131,876人 (同日多科就診)



110年執行情形-2

照護模式	<input type="checkbox"/> <u>開設整合門診</u> 	<input type="checkbox"/> <u>未開設整合門診</u> (為鼓勵開設整合門診， 此照護模式自111.7.1起取消)
其他給付 項目	<p>失智症門診照護家庭諮詢費用(註)</p> <ul style="list-style-type: none">● 諮詢服務時間<u>15(含)~30分鐘</u>：支付<u>300點</u> (P5201C)。● 諮詢服務時間<u>30分鐘(含)以上</u>：支付<u>500點</u> (P5202C)。● 同院每位病人<u>每年最多申報2次</u>。● 110年本項目申報人數約<u>9,113人</u>，醫療費用點數約為<u>470萬點</u>。	

註1：111年7月1日起，「失智症門診照護家庭諮詢費用」可另外申報，不再內含於門診整合診察費。

註2：同一年度同一個案不得重複申請衛生福利部「失智照護服務計畫」個案管理費之「按月提供諮詢服務」費用。



監測指標比較

項目 \ 年度	110
關鍵績效指標	
1.每人西醫門診申報件數	
--照護前(未參與計畫/參與計畫)	22.8/31.3
--照護後(未參與計畫/參與計畫)	24.0/27.7
--差值(=照護後-照護前)	1.2/-3.6
2.每人急診申報件數	
--照護前(未參與計畫/參與計畫)	0.73/0.99
--照護後(未參與計畫/參與計畫)	0.76/0.83
--差值(=照護後-照護前)	0.03/-0.16
3.每人西醫門診藥品品項數	
--照護前(未參與計畫/參與計畫)	21.6/28.8
--照護後(未參與計畫/參與計畫)	22.4/26.4
--差值(=照護後-照護前)	0.8/-2.4

參與整合照護個案在每人西

醫門診申報件數、每人急診

申報件數、每人西醫門診藥

品品項數之**指標表現，皆優**

於未參與整合照護者。





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

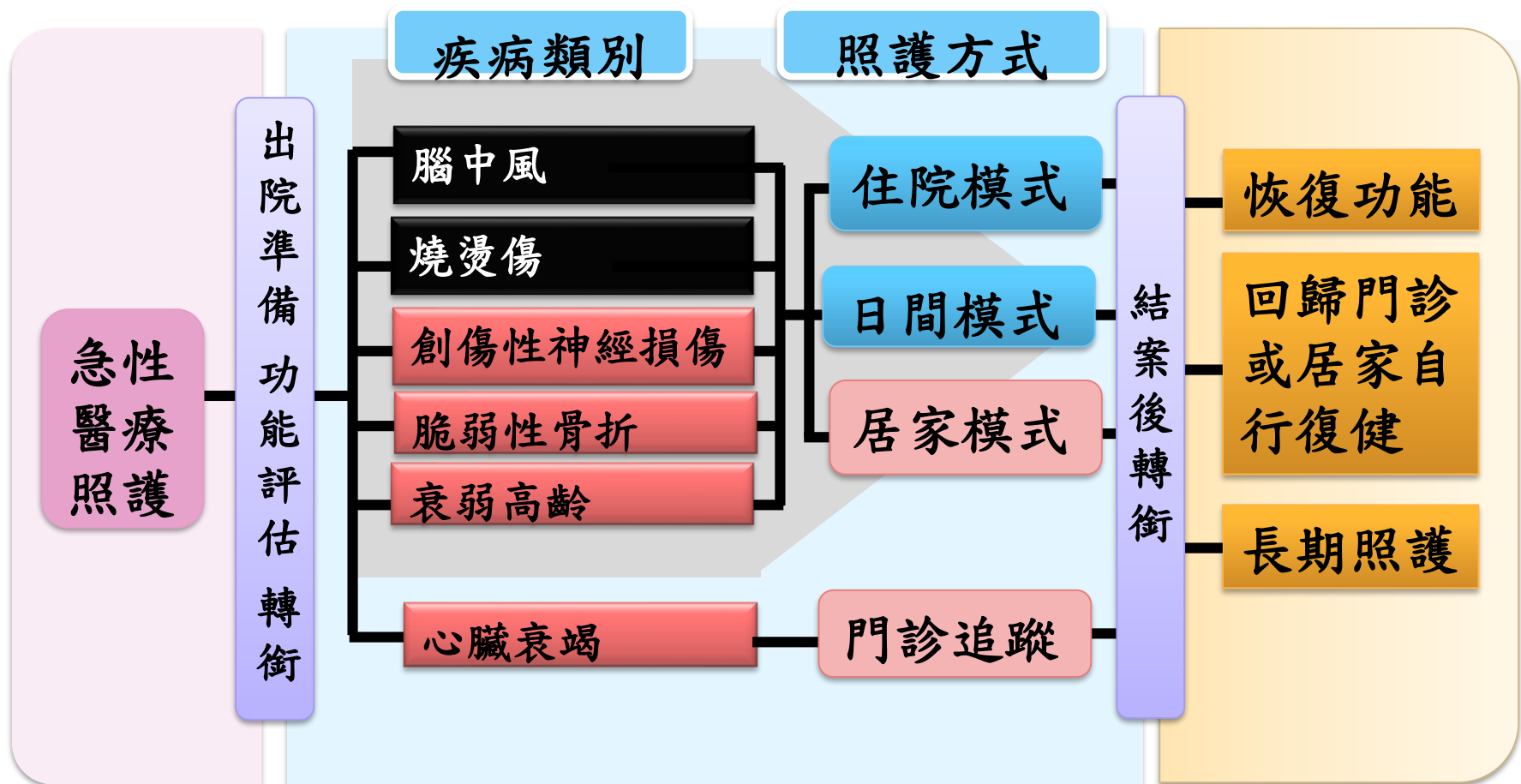


擴大辦理急性後期照護模式及內容

急性期

急性後期(post acute care)

後續照護

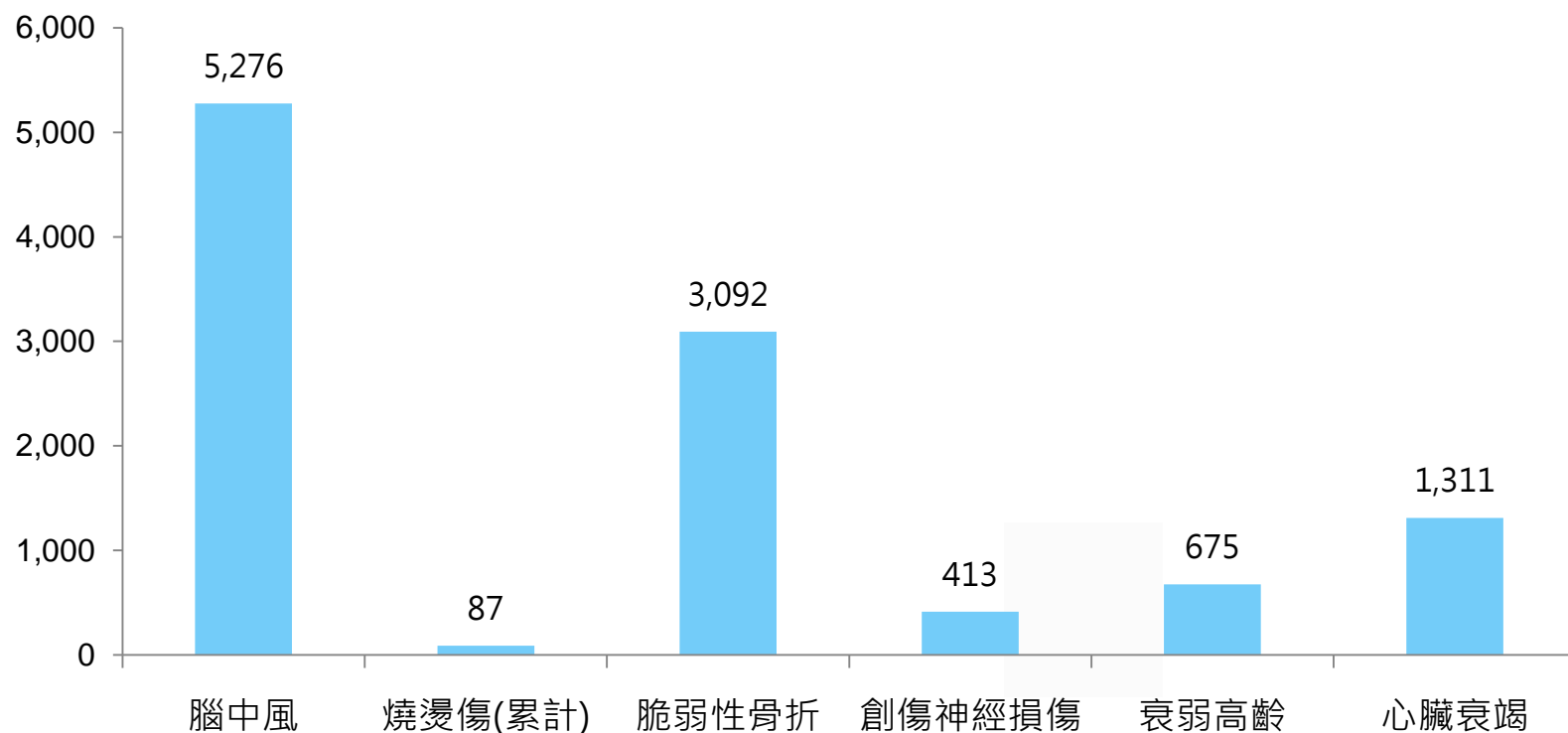


由急性後期照護團隊，依病人評估結果安排適當照護模式(除心臟衰竭外可轉換模式)，各類模式合計天數不超過計畫所訂上限天數。



照護人數

110年腦中風共5,276人、燒燙傷(累計)87人、脆弱性骨折3,092人、創傷性神經損413人、衰弱高齡675人及心臟衰竭1,311人；110年支用預算0.67億元。



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110年12月31日收案資料、擷取日期(111.04.30))。
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)。

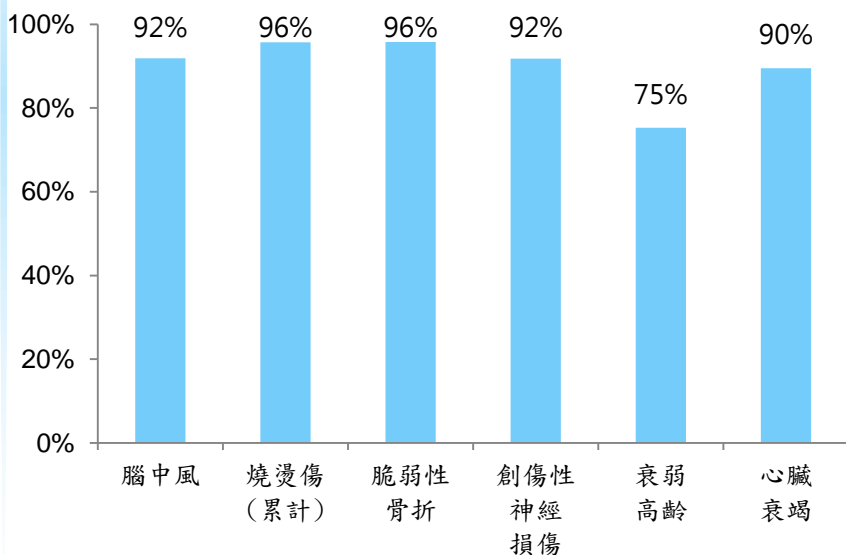


結案病人成效及後續回歸門診 或居家復健情形

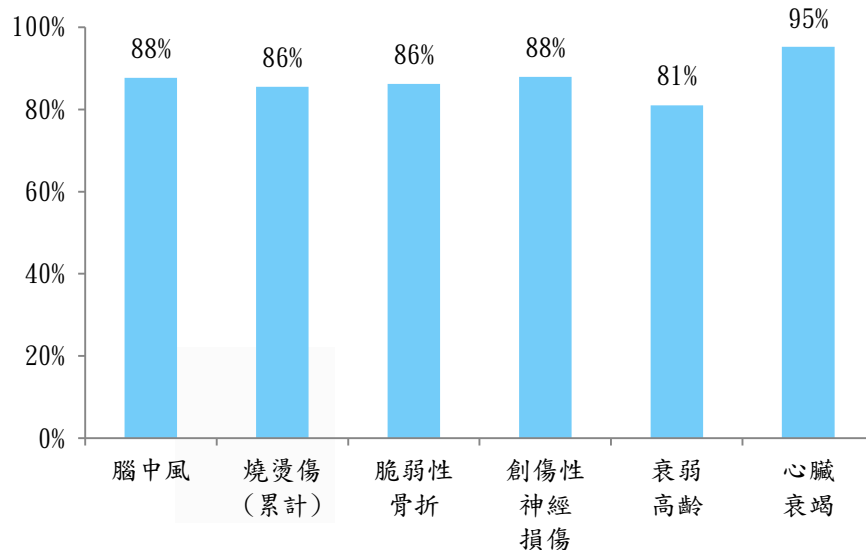
整體功能進步占率：腦中風92%、燒燙傷96%、脆弱性骨折96%、創傷性神經損傷92%及衰弱高齡75%、心臟衰竭90%。

回歸門診或居家自行復健占率：腦中風88%、燒燙傷86%、脆弱性骨折86%、創傷性神經損傷88%及衰弱高齡81%、心臟衰竭95%。

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(111.4.30)，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)。

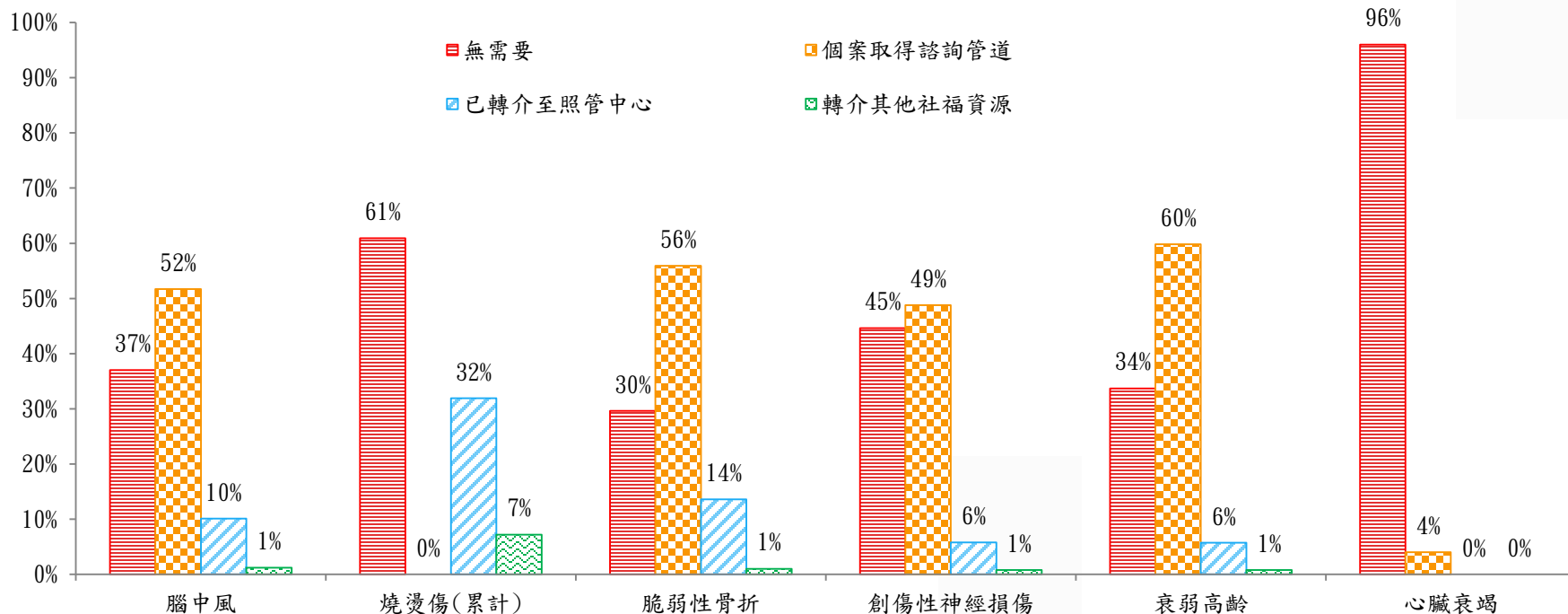
4.本資料係包含回歸門診或居家自行復健占率，餘個案流向包含安置於療護機構、病情轉變接受其他治療，未納入計算。



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37%、燒燙傷(累計)61%、脆弱性骨折30%、創傷性神經損傷45%、衰弱高齡34%、心臟衰竭96%。
- 已取得管道占率：腦中風52%、脆弱性骨折56%、創傷性神經損傷49%、衰弱高齡60%。



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110年12月31日收案資料、擷取日期(111.04.30))。
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



跨層級
合作團隊
支援



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

不適用對象

- 同體系醫院間(含委託經營)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

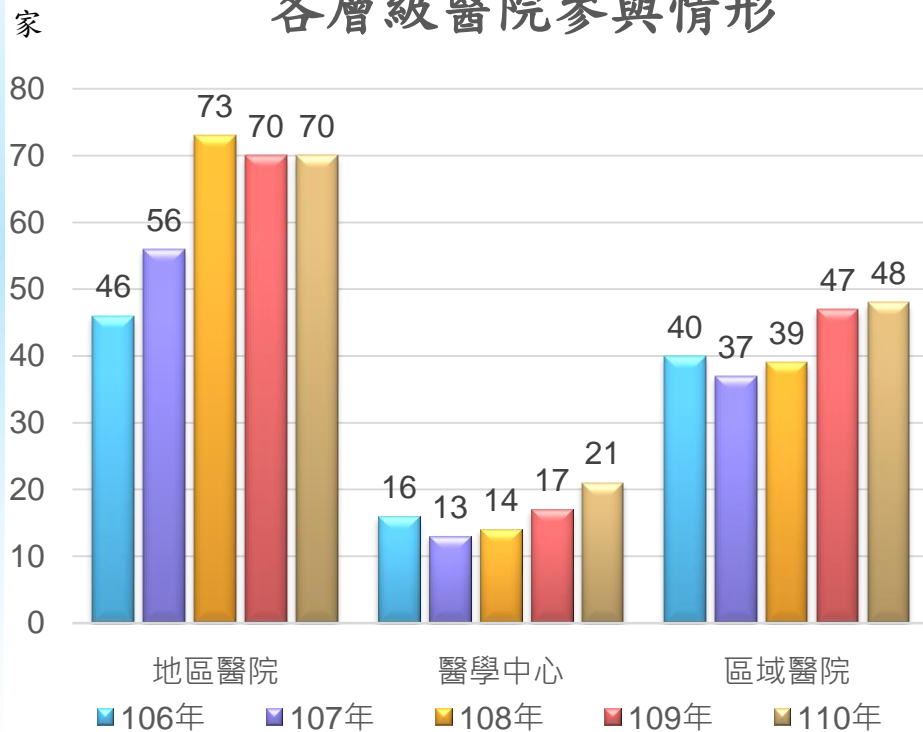
- 每診次3,500點(由跨層級醫院團隊自行協調如何分配)，**每月份接受支援診次上限為40診次；當月星期六開診率達100%且星期日開診率達50%以上者，接受支援上限為50診次。**



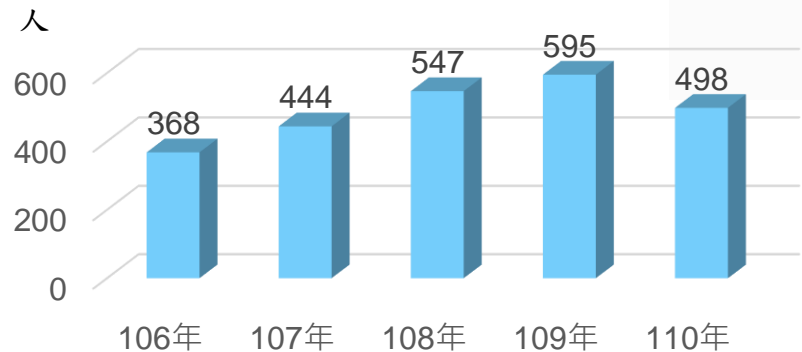
跨層級醫院合作計畫-院所參與情形

110年共70個團隊參與本計畫，共64家醫學中心及區域醫院、498名醫師，到70家地區醫院，提供18,407支援診次服務；110年支用預算0.54億元。

各層級醫院參與情形



參與醫師數



支援診次



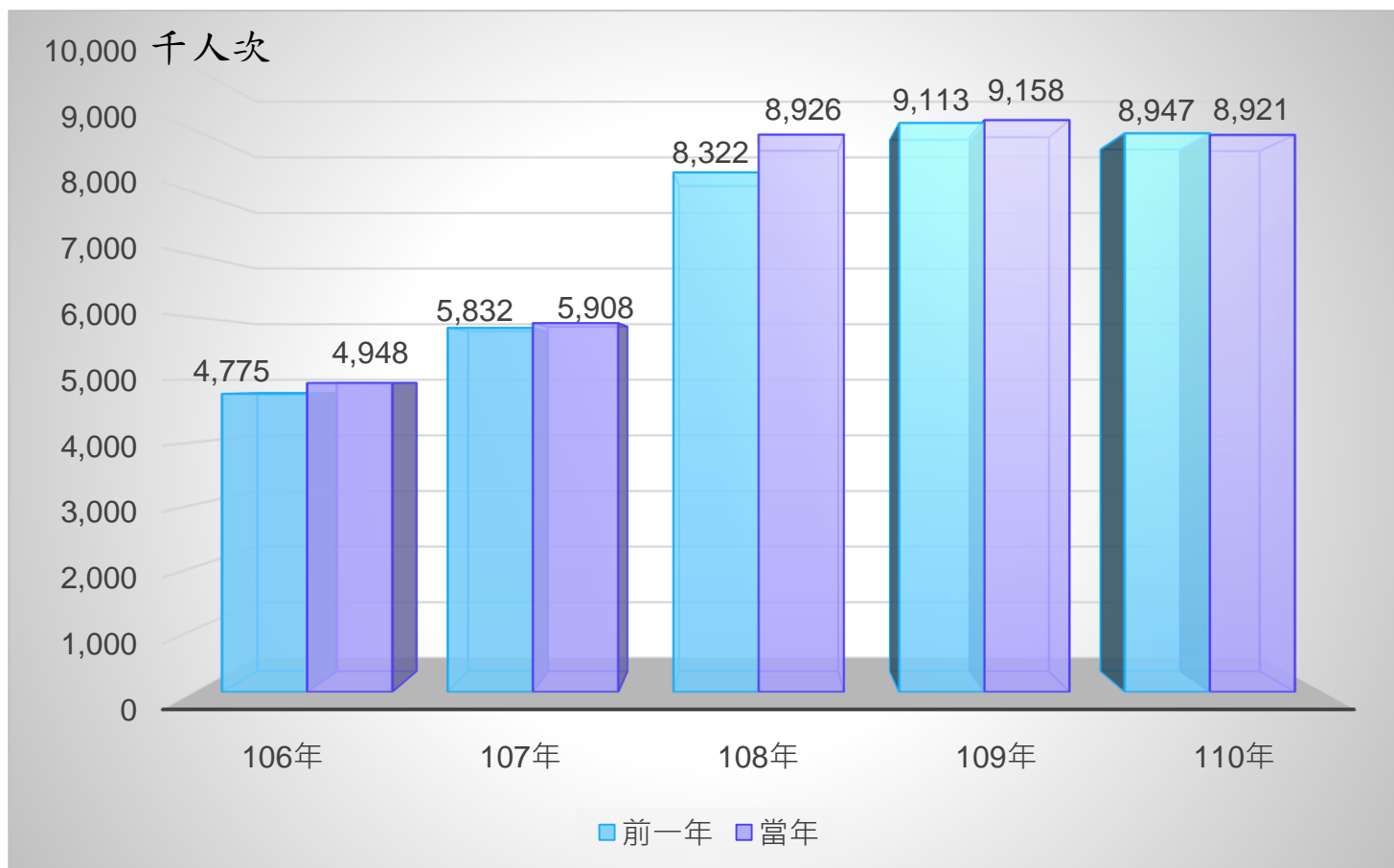
註：上述醫院執行情形統計至110年底。



跨層級醫院合作計畫-

被支援醫院當年就醫人次較前一年成長情形

110年被支援醫院門診人次與前一年比較





遠距醫療給付計畫





遠距醫療給付計畫

1

目的

提升山地離島、偏僻地區民眾之專科門診可近性

2

預算來源

遠距會診費：由其他預算之「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應
在地端醫療費用：由各總額部門預算支應

3

施行地區

全民健康保險法所稱山地離島地區(50個)

109年前衛生福利部遠距醫療試辦計畫施行地區(14個)

4

實施科別

眼科、耳鼻喉科、皮膚科與急診

5

執行模式

醫師對醫師之遠距會診



遠距醫療會診二種模式

在地端

遠距端

A院所診間



B院所診間



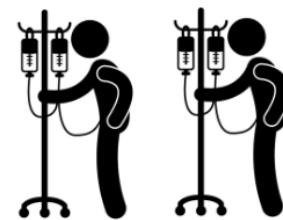
C院所診間



一般診間門診

遠距端於現行已開設之門診診次，
同時接受一般門診診療及遠距會診

遠距端院所診間



現場候診病人

插號看診

遠距專科門診

遠距端開設專門遠距門診，接受
遠距會診

遠距端院所診間



依序看診，
或一對多切
換診間



遠距會診支付點數

專科門診遠
距會診
(限眼科、耳
鼻喉科及皮
膚科)

論
服
務
量

- 一般門診提供會診服務：遠距院所於現行已開設之門診，同時接受一般門診診療及遠距會診
- 會診費：每人每次500點

論
診
次

- 開設專門遠距門診提供會診服務：遠距院所開設專門遠距門診。
- 會診費：每診次5,000點

急診遠
距會診
(不限科別)

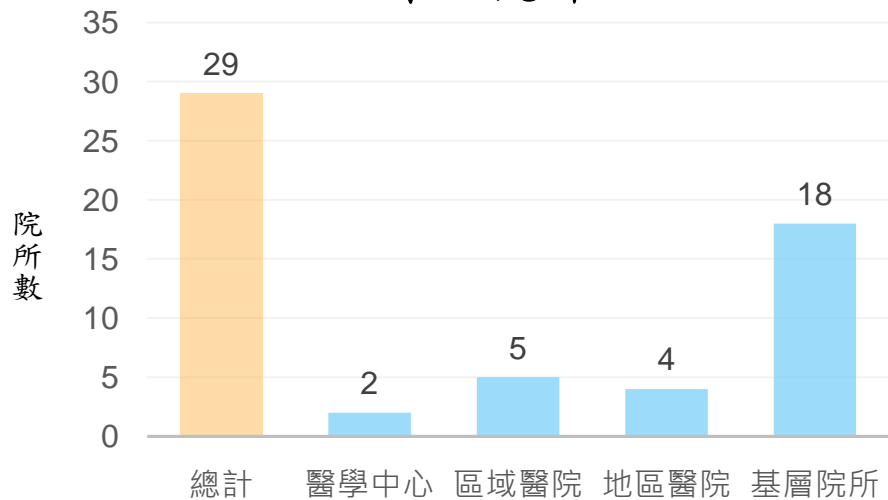
論
服
務
量

- 依據個案檢傷分類支付會診費
 - 檢傷分類第一級：2,340點
 - 檢傷分類第二級：1,300點
 - 檢傷分類第三級：788點
 - 檢傷分類第四級：584點
 - 檢傷分類第五級：507點



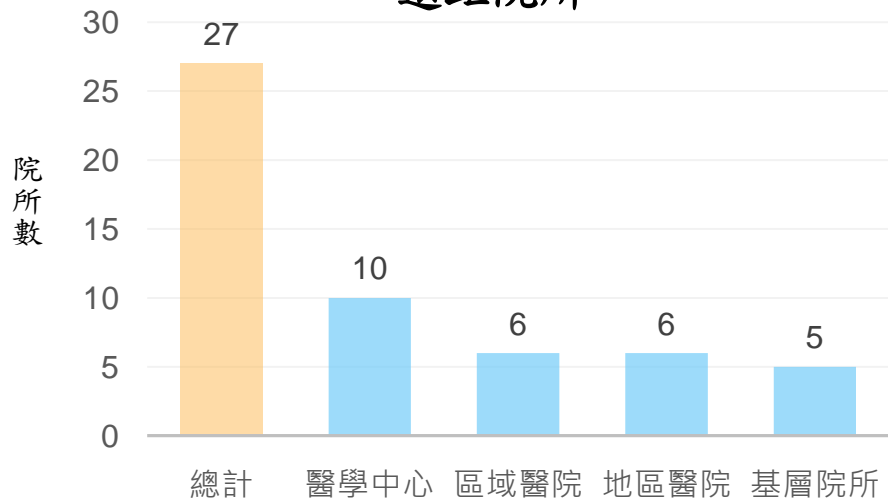
計畫施行地區及承作院所

在地院所

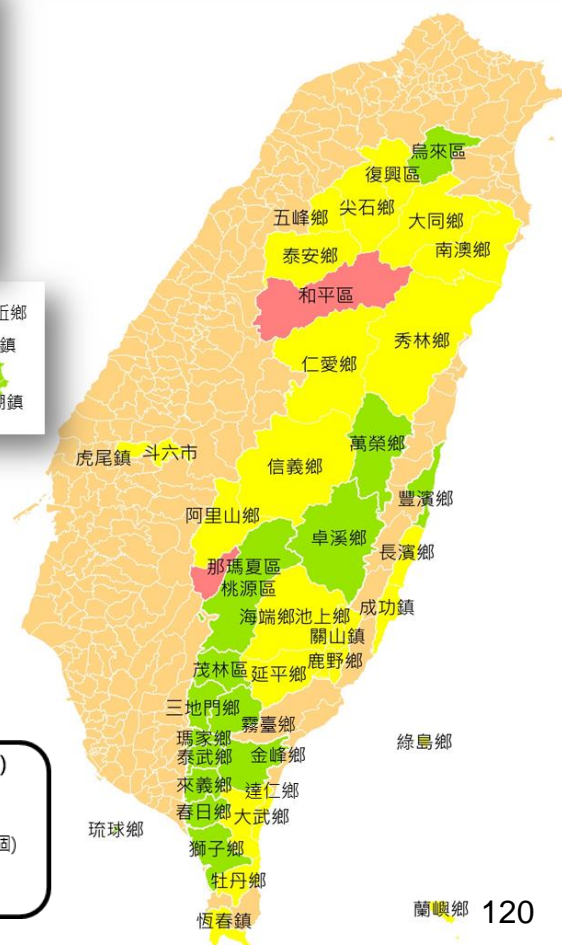


110年核定鄉鎮共28個

遠距院所



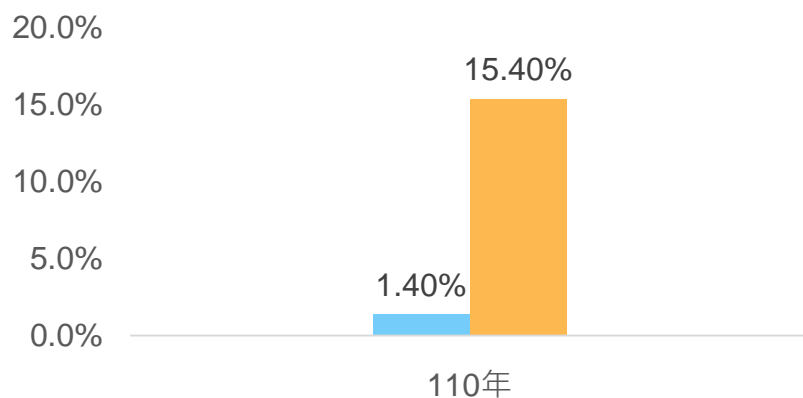
- 公告施行鄉鎮(60個)
- 未申請鄉鎮(28個)
 - 110年核定鄉鎮(28個)
 - 待核定鄉鎮(4個)



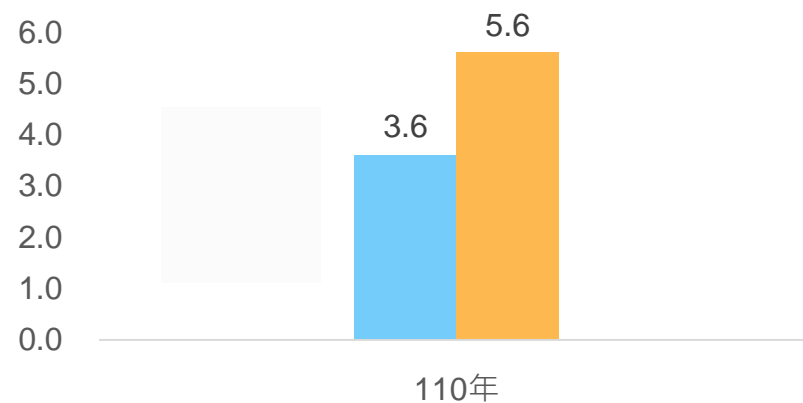


計畫執行概況

項目		110年	
專科 門診 遠距 會診	論服務量	服務人數	304
		服務人次	555
	論診次	開診數	177
		服務人次	636
急診遠距會診		服務人數	13
		服務人次	13



■ 門診遠距會診當次轉診(轉出)率
■ 急診：24小時內重返急診率



■ 專科門診-論診次：每診看診人次
■ 專科門診-論服務量：每月看診人次



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。
- 110年共有1,168家院所參與，參與醫師數4,360人，該年度收案數為46.2萬人，收案率約34.2%

- **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。
- 110年有237家院所參與，新收案數為2.6萬人，長期透析的新病人中曾接受Pre-ESRD照護之比例約66%，逐年增加



Early-CKD醫療服務利用情形

- 110年院所數1,168家，照護人數約46萬人，申報費用共1.52億點。

年度	院所數	醫師數	照護人數	申報費用 (百萬)
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	132.2
109年	1,099	4,158	433,663	143.6
110年	1,168	4,360	462,492	152.5

- 註：1. 資料來源：本署二代倉儲醫令及明細檔。(資料擷取時間:111年2月8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. 110年資料仍持續收載中, 後會因擷取時間不同而變動。



腎臟病照護與病人衛教

末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人衛教與照護計畫

計畫重點



- 洗腎高危險族群個案管理
- 跨域整合與衛教，降低透析發生。

參與資格



本保險特約之醫療院所組成照護團隊，成員應含專任腎臟專科醫師(至少1名)、衛教護理人員(具慢性腎臟病整體照護訓練證明)及營養師(具慢性腎臟病整體照護訓練證明或台灣營養學會腎臟專科營養師證書)

收案條件

CKD stage3b、4、5期病人、AKD及蛋白尿病人

費用項目

新收案、完整複診、年度評估、照護獎勵費(stage 3B~4、stage5、蛋白尿病人、AKD病人、持續照護、預建簾管、活體移植)、結案處理費等

獎勵及監控指標



獎勵單位
照護團隊

獎勵項目

Stage 3b、4
病患照護獎勵費

stage5病患照護獎勵費

蛋白尿病患照護獎勵費

持續照護獎勵費

預先建立簾管或導管照護獎勵費

活體腎臟照護獎勵費

監控指標

照護1年後：

- (1)DM病人：eGFR下降速率小於6 mL/min/1.73m²/year
- (2)非DM病人：eGFR下降速率小於6mL/min/1.73m²/year

蛋白尿達完全緩解(Upcr<200 mg/gm)

收案滿3年且完成3次年度評估，或第4年起每年完成申報年度評估。

透析前已完成簾管或導管之建立者

- (1)收案對象於取得重大傷病卡前接受親屬活體腎臟移植者。
- (2)取得重大傷病卡6個月內接受移植。
- (3)取得重大傷病卡超過6個月移植。



獎勵費

(1)符合符合獎勵指標，1,500點獎勵

(2)符合符合獎勵指標，3,000點獎勵

符合符合獎勵指標，1,000點獎勵

符合符合獎勵指標，2,000點獎勵

符合符合獎勵指標，1,000點獎勵

(1)符合獎勵指標，60,000點獎勵

(2)符合獎勵指標，30,000點獎勵

(3)符合獎勵指標，10,000點獎勵

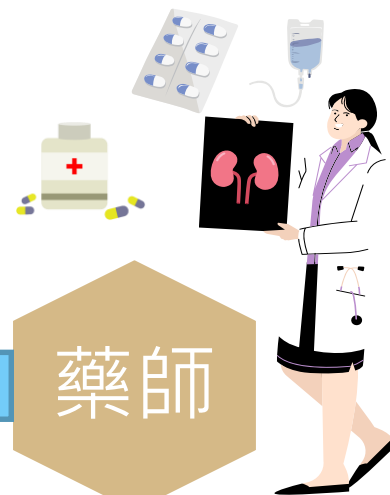
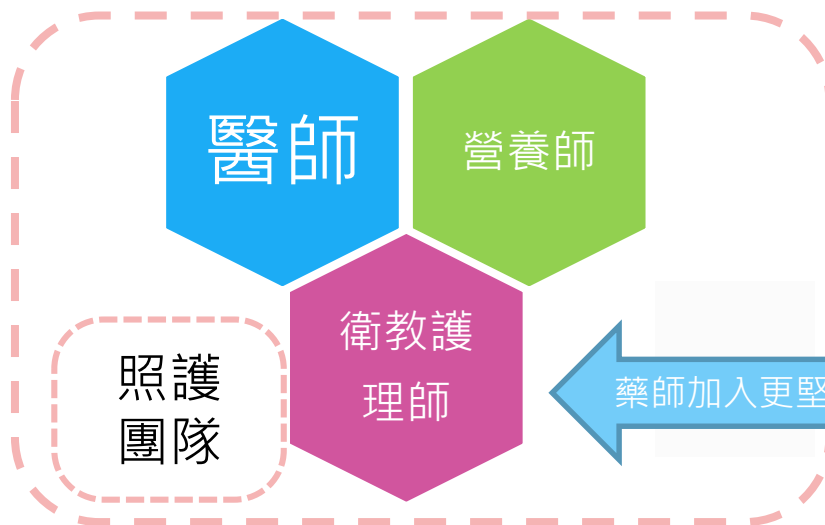
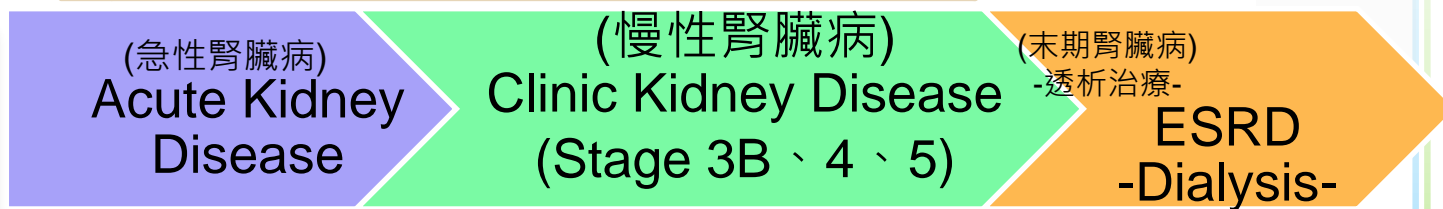


腎臟病照護與病人衛教

末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人衛教與照護計畫(續)

專案管理、團隊照護、提早介入、延緩透析

收案對象由**慢性**腎臟病擴及**急性**腎臟病

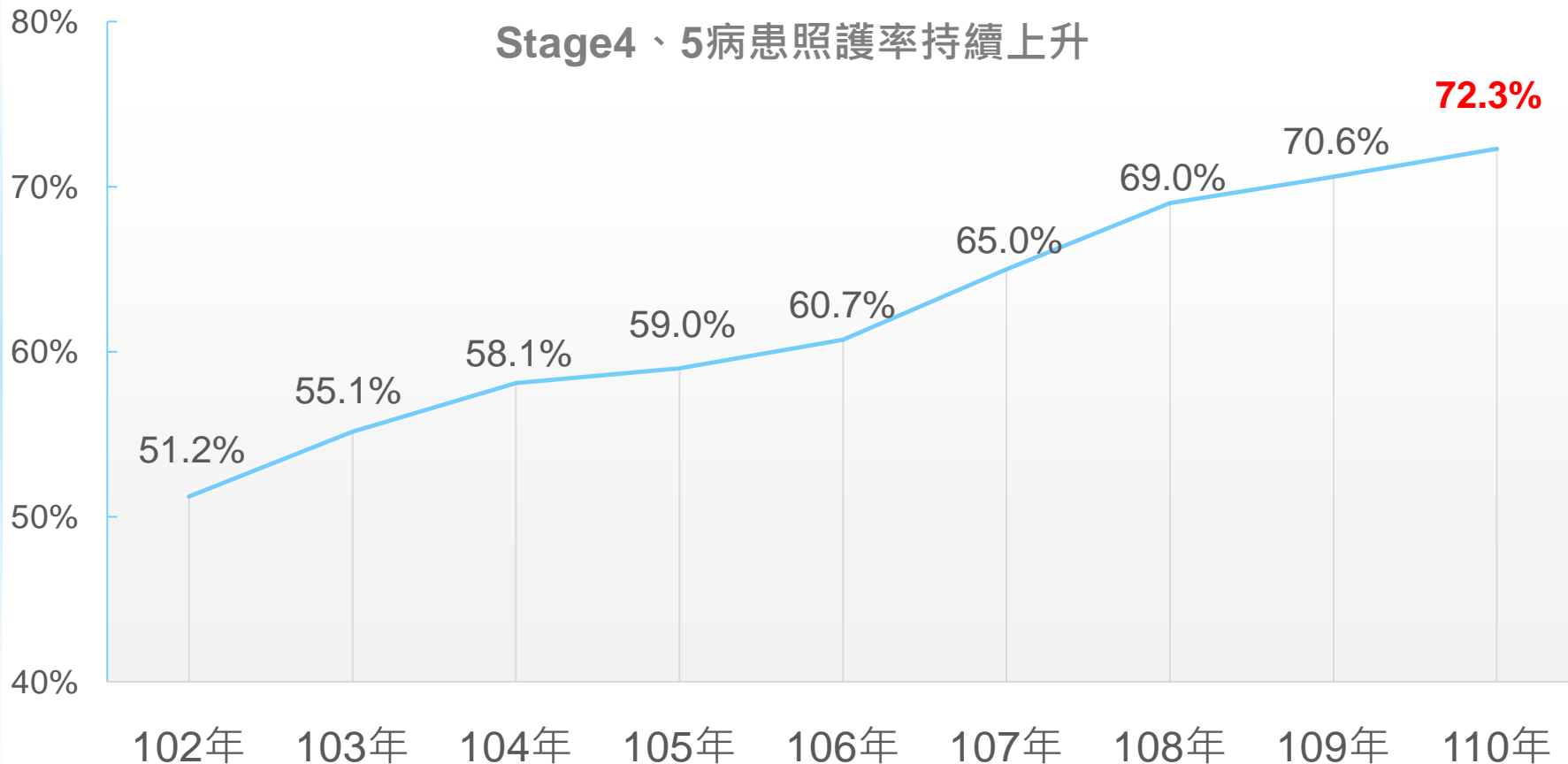




腎臟病照護與病人衛教

末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人衛教與照護計畫(續)

歷年Pre-ESRD個案照護率



註：

1. 資料來源：本署三代倉儲系統門診醫令申報檔 (擷取日期：111年2月9日)。
2. 分母：前12月門診兩次或住診一次就醫主診斷N184-186、049符合收案條件之歸戶病人數，排除洗腎及死亡人數。
3. 分子：申報醫令代碼前3碼為P34之歸戶人數(ID歸戶)。

全民健康保險提升用藥品質之藥 事照護計畫



衛生福利部中央健康保險署





計畫內容

參考

計畫目的



- 具有潛在用藥風險者，協助發現並解決藥品治療問題。
- 建立正確服用藥品觀念，提升療效與用藥安全。
- 建立醫事人員間溝通與合作模式，增進照護品質。

收案條件

保險對象符合下列條件之一，且經評估具有潛在用藥相關問題者：

- 跨院所處方用藥品項達十種(含)以上，且尚在服用者。
- 同時持有三張(含)以上跨院所且在有效期內慢性病連續處方箋者。
- 經醫師主動轉介或保險人分區業務組認定需要藥師專業輔導者。

參與資格



- 特約藥局或藥師須於提出申請之日起前二年內，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者（含行政救濟程序中尚未執行處分者）。
- 參與本計畫之藥師第一年須通過中華民國藥師公會全國聯合會培訓且符合其認證審查資格。
- 藥師公會全聯會審核參與計畫之藥師資格，對參與計畫之日起前二年內有違反藥師法第二十一條所列違規情事之一者，得不核發認證。

給付項目



- 藥師判斷性服務
- 用藥配合度諮詢服務
- 用藥配合度諮詢服務－第一次追蹤
- 用藥配合度諮詢服務－第二次追蹤
- 藥師判斷性服務－醫師共同照護費
- 醫師轉介服務費

監控指標



- 藥師判斷性服務：醫師對藥師建議事項之回應比率達70%
- 用藥配合度諮詢服務：個案配合度提升之比率達50%以上
- 年度預計服務人次至少達30,000以上
- 執行藥師數至少達150人以上
- 收案保險對象使用藥品品項數，照護後較照護前下降10%



計畫退場機制與執行狀況

計畫退場機制

1. 符合下列事項之一者，藥師應退出本計畫，且次年度亦不得參與本計畫：
 - (1) 該藥師有藥師法第二十一條所列違規情事之一者，或經照護個案申訴（如額外收費、藉機推銷或未依本計畫規定事項辦理），且經保險人查證屬實者。
 - (2) 計畫內容服務對象限定為照護個案本人或僅限面訪之服務時，藥師未依規定方式完成服務。
 - (3) 執行本計畫相關事項時，違反或與相關醫療法規牴觸者。
 - (4) 經保險人查有虛報、浮報之情事者。
 - (5) 藥師由非具資格人員代為服務，經保險人查證屬實者。
2. 特約藥局參與計畫期間，有特管辦法第三十八條至第四十條各款情形之一並經保險人處分者，以保險人第一次處分函所載停約日起，該藥局及其藥師終止參與本計畫。
3. 上開未盡事宜，則依全民健康保險法及相關法規辦理。

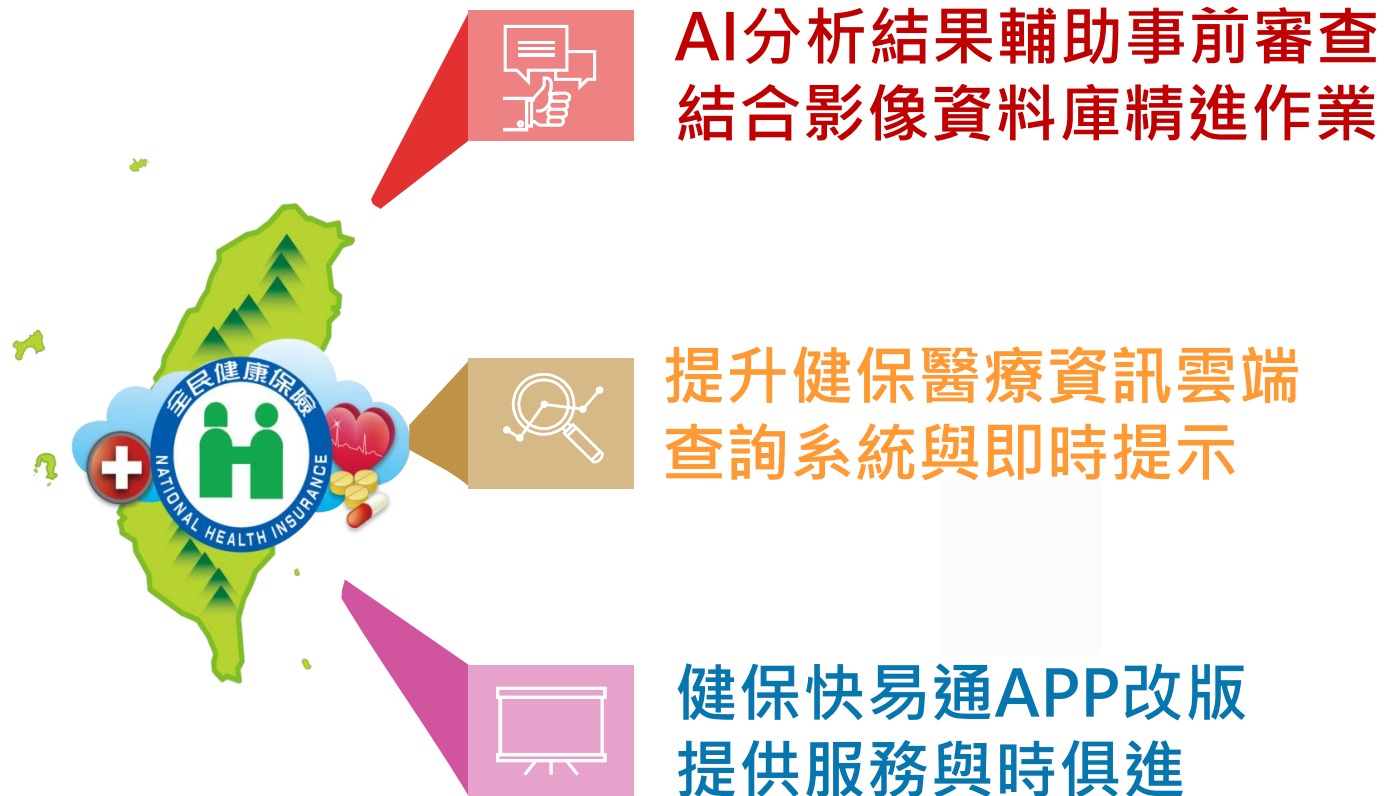
執行狀況及結果

1. 本計畫於110年10月21日以健保醫字第1100013957號函公告實施在按，自108年11月13日至公告前，期間歷經本署與中華民國藥師公會全國聯會無數次研議、2次共擬會會議討論暨陳報主管機關核定作業。
2. 特約藥局醫療費用申報資訊程式，須配合本計畫實施調整，經查截至110年12月31日止，特約藥局醫療費用案件，尚查無本案給付項目申報。惟查111年起已有案件提出申報。



提升保險服務成效

~壯大資訊量能及安全，有效運用各項健保資源~





提升保險服務成效

~壯大資訊量能及安全，有效運用各項健保資源~

精進醫療科技再評估
提出未來政策建議



擴增就醫資料加值功能
優化線上查詢及視覺化



持續增修訂相關醫療
品質資訊與篩異指標



謝謝聆聽 敬請指教

