

# 醫院及其他預算專案 計畫執行成果報告

中央健康保險署

第一部分：林淑範專門委員

第二部分：陳真慧專門委員

105.7.29



# 報告大綱(一)



保障偏遠  
地區醫療  
服務

山地離島地區醫療給付效益提升計畫

西醫醫療資源不足地區改善方案

醫療資源不足地區之醫療服務  
提升計畫

醫院以病人為中心門診整合照護計畫

提升急性後期照護品質試辦計畫

居家醫療整合照護試辦計畫

區域醫療整合計畫

整合醫療  
照護模式



# 山地離島地區醫療給付 效益提升計畫

衛生福利部  
中央健康保險署



# 全民健保照護基本精神



山地離島、偏遠地區醫療不足、就診不便



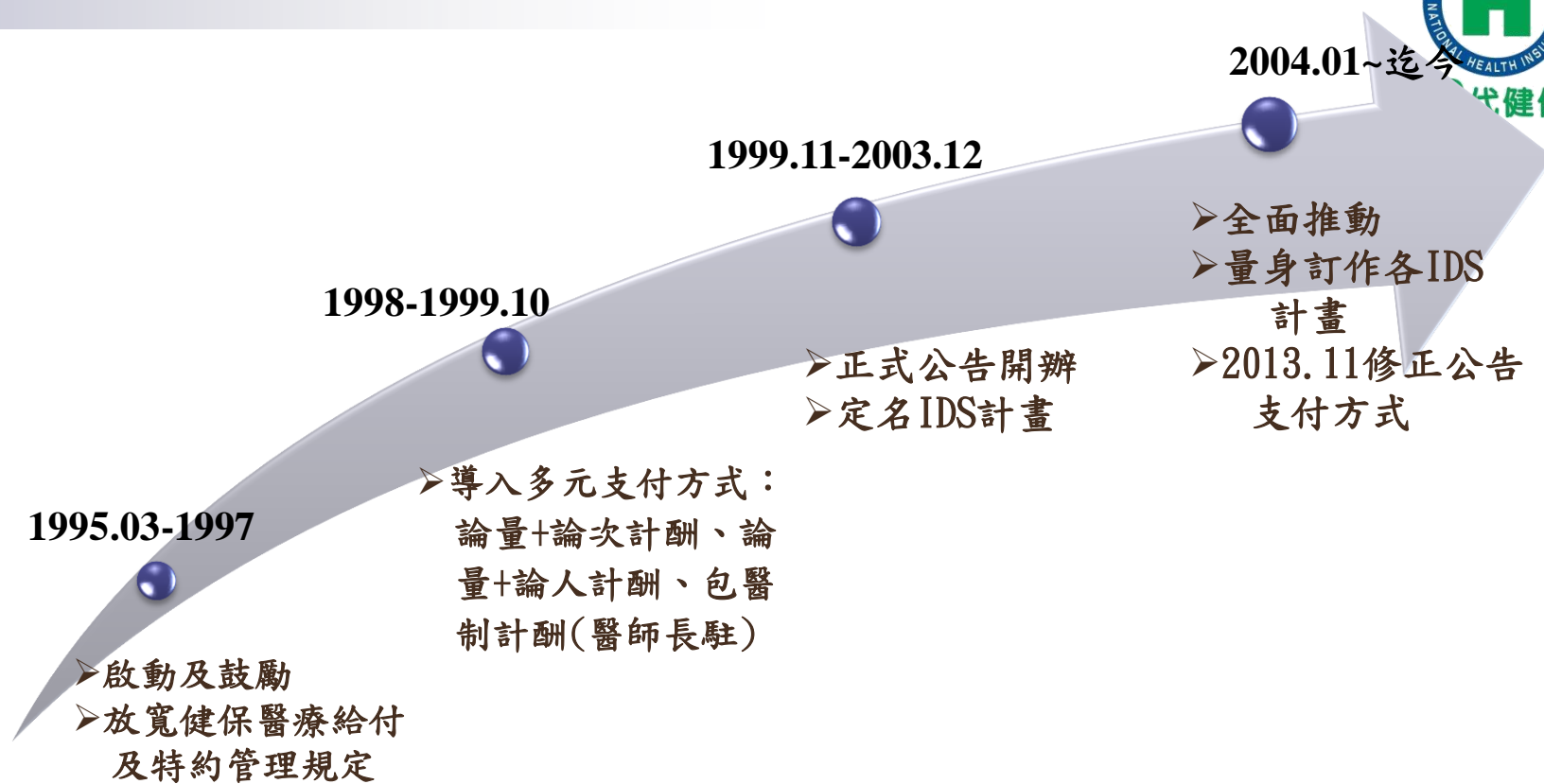
「有保險、醫療資源仍不足」



策略：挹注資源，駐點服務

- ✓ 內生性資源：補充及增加當地現有醫療資源
- ✓ 外生性資源：由鄉外醫療資源送入山地離島、偏遠地區駐點服務

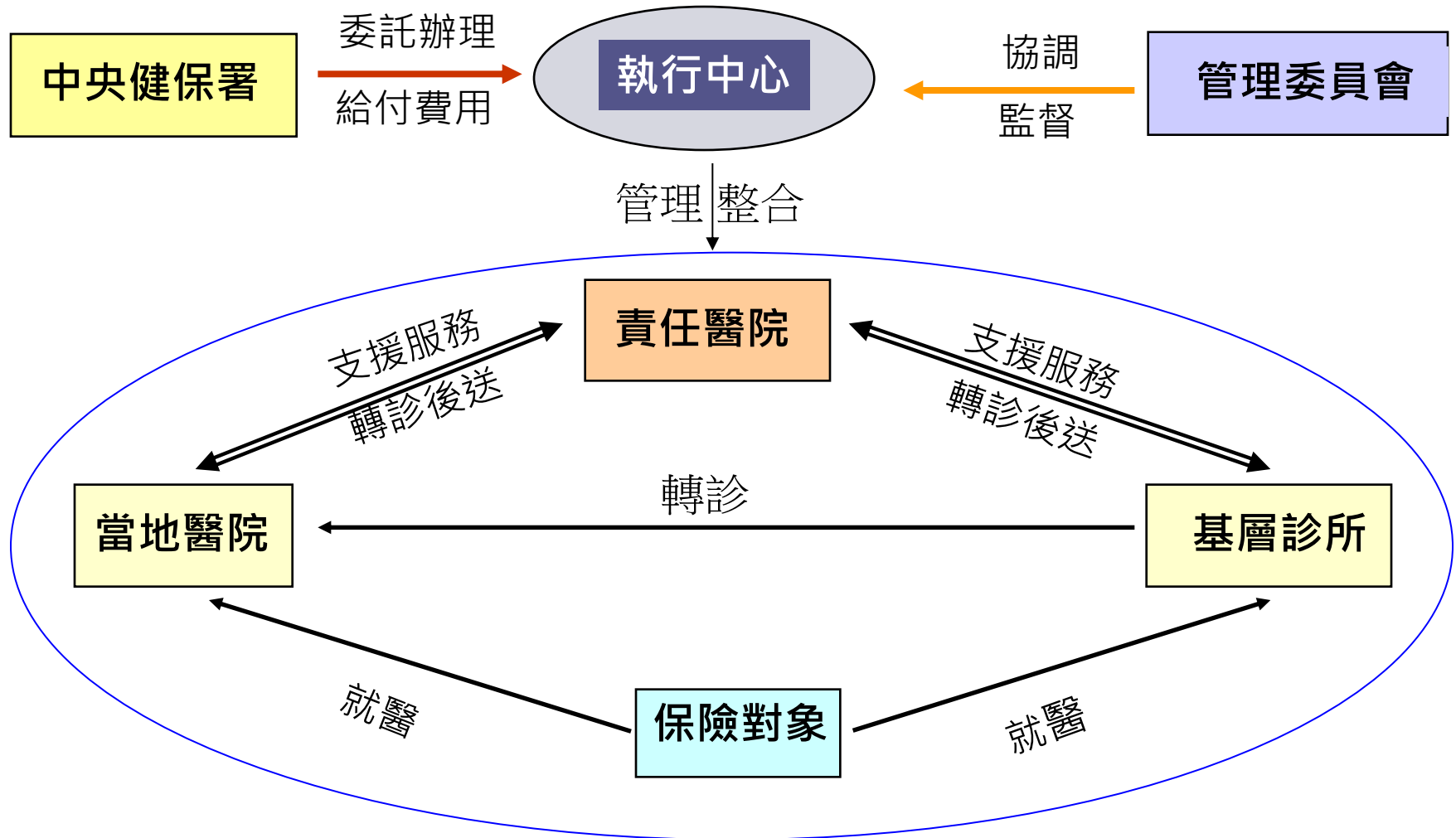
# IDS計畫推動歷程及投入資源



其他預算 經費(百萬元)	年度	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105
IDS計畫		359	454	549	549	549	603	603	603	603	603	603	605	605	605



# IDS計畫運作模式



# IDS計畫醫療照護內容



## 共同服務項目

- 定點門診
- 24小時急診
- 夜間門診
- 夜間待診
- 預防保健
- 居家照護
- 慢性病訪視
- 疾病管理
- 衛教活動
- 轉診後送
- 巡迴服務
- 到宅診療

## 在地化服務

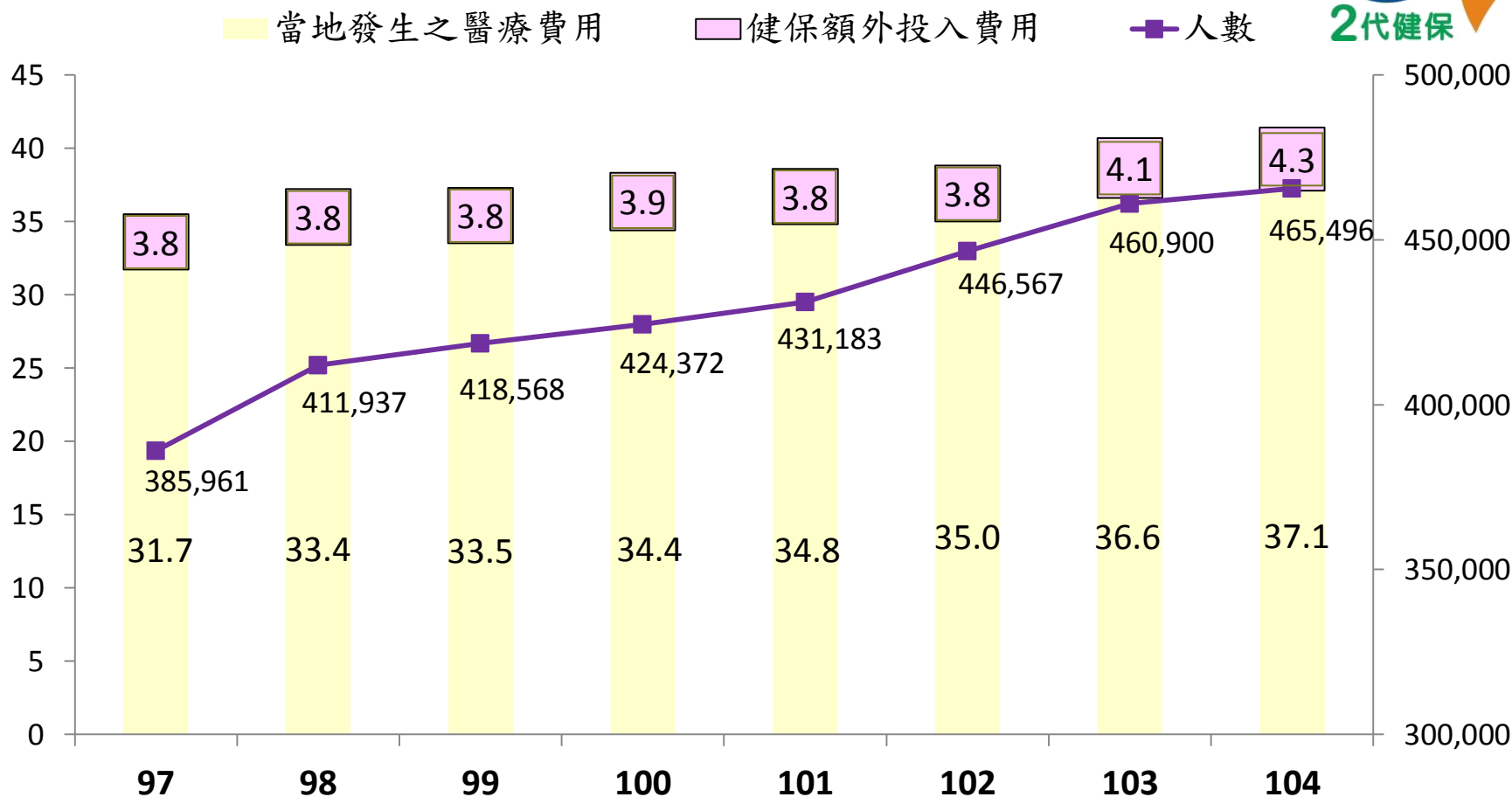
- 專科診療
  - ✓ 骨科、婦產科、皮膚科、眼科、牙科、精神科、復健科、胸腔內科、新陳代謝科等
- 特殊專科診療
  - ✓ 電腦斷層、X光檢查、DOTS、洗腎及孕婦待產(琉球鄉)、遠距醫療、早期療育、精神科論人照護(仁愛鄉、蘭嶼鄉)
- 設置醫療站
  - ✓ 桃園縣復興鄉
  - ✓ 新竹縣尖石鄉、五峰鄉
  - ✓ 苗栗縣泰安鄉
  - ✓ 台中市和平區
  - ✓ 嘉義縣阿里山鄉

## 機動式服務

- 颱風天災民緊急醫療站設置、加診或出診服務
- 特殊節慶加診
  - ✓ 阿里山櫻花季
  - ✓ 新竹縣五峰鄉健康嘉年華



# IDS計畫執行情形



滿意度(%)	89	94	93	93	95	95	95	95
--------	----	----	----	----	----	----	----	----

備註：

1.醫療費用及額外投入費用資料：為各年申報資料

2.照護人數：為針對當年最後一筆投保狀態為在保之人數針對其戶籍紀錄進行統計

# IDS計畫執行情形



## 97-104年山地鄉 vs. 離島鄉IDS計畫經費支出概況

### 額外投入經費

單位：億元

地理劃分/ 年度	97	98	99	100	101	102	103	104
山地鄉	2.6	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.6	2.7
離島鄉	1.2	1.3	1.3	1.4	1.3	1.3	1.5	1.6
總計	3.8	3.8	3.8	3.9	3.8	3.8	4.1	4.3

### 當地醫療費用

單位：億元

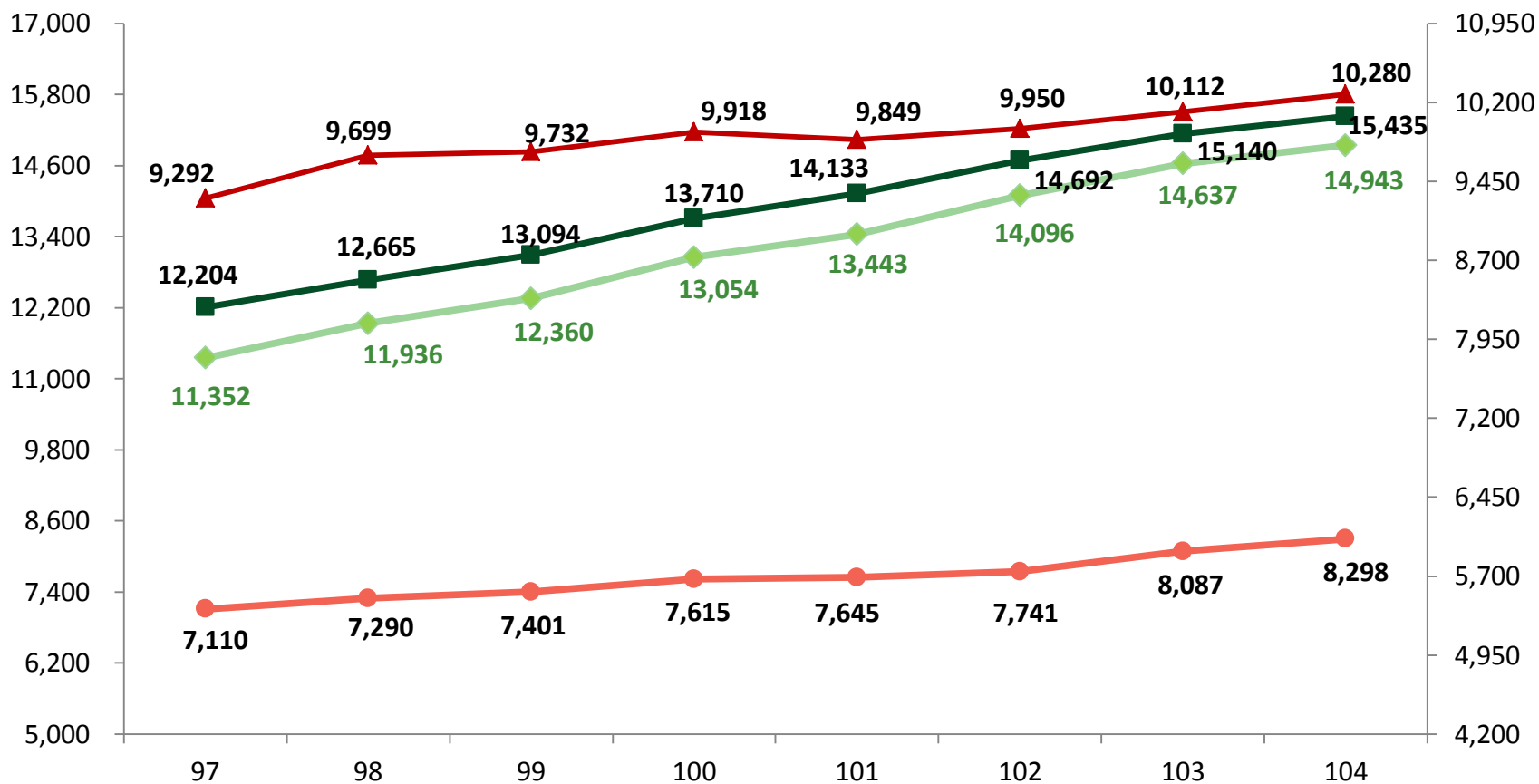
地理劃分/ 年度	97	98	99	100	101	102	103	104
山地鄉	10.1	10.4	10.4	10.4	10.7	9.9	10.1	10.1
離島鄉	21.6	23.0	23.1	24.0	24.1	25.1	26.5	27.0
總計	31.7	33.4	33.5	34.4	34.8	35.0	36.6	37.1

# 山地離島地區保險對象醫療利用



## 97-104年全國V.S.山地離島地區西醫每人年門診及住院醫療點數

代健保



◆ 全國每人平均點數(西醫門診)

■ 戶籍設於山地離島且在保每人平均點數(西醫門診)

● 全國每人平均點數(住院)

▲ 戶籍設於山地離島且在保每人平均點數(住院)

門診

住院

# 山地離島地區保險對象醫療利用



## 97-104年山地鄉 vs. 離島鄉西醫每人年門診及住院醫療點數

二代健保

### 每人平均西醫門診醫療費用點數

地理劃分/年度	97	98	99	100	101	102	103	104
山地鄉	12,617	13,292	13,856	14,626	15,244	16,186	16,721	17,322
離島鄉	11,948	12,225	12,423	12,934	13,232	13,543	13,952	14,057

### 每人平均住診醫療費用點數

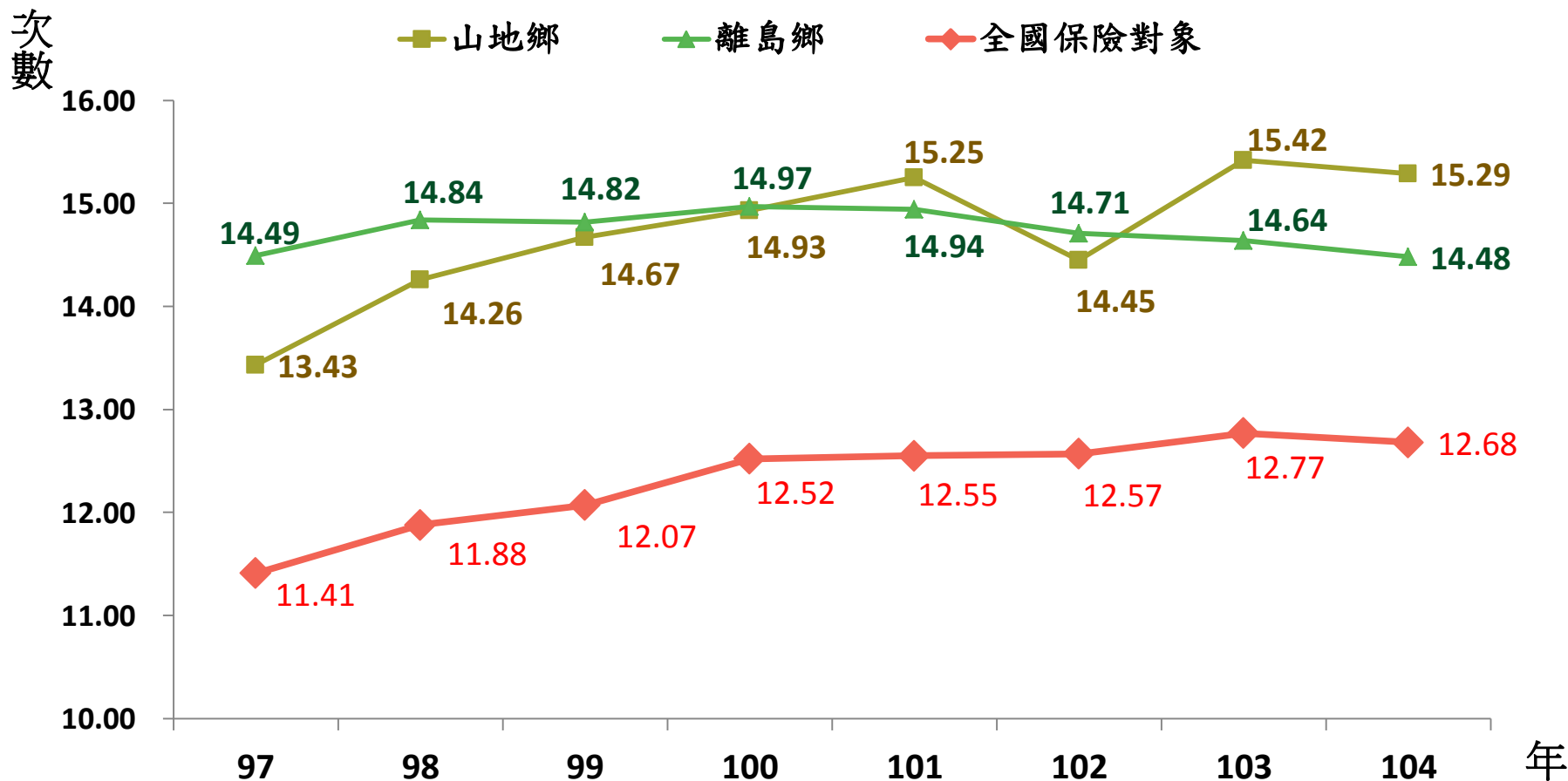
地理劃分/年度	97	98	99	100	101	102	103	104
山地鄉	11,447	12,117	12,460	12,828	12,727	13,271	13,526	13,687
離島鄉	7,196	7,430	7,326	7,452	7,515	7,396	7,547	7,793

# 山地離島地區保險對象醫療利用



## 97-104年山地鄉 vs. 離島鄉西醫門診每人平均就醫次數

二代健保



備註：戶籍設於山地離島且在保之保險對象；經年齡性別校正

# IDS計畫執行情形



- 103-104年本署「全民健保照護計畫對象需求監測模式及評估之研究-山地離島地區醫療給付效益提昇計畫及醫療資源不足地區改善方案」之第1、2年委託研究，結果顯示：
  - ✓ 山地離島地區民眾對全民健保醫療服務正向滿意度達87-89%
  
- 建議評核指標項目：包括「鄉內醫療服務利用率」、「可避免住院」及「民眾對鄉內醫療服務的評價」。

# 總結



- IDS計畫推動多年，每年額外投入經費(專科診次、巡迴醫療等)約6億元，醫療服務使用及可近性，與全國相較差距不大。
- 下階段目標及檢討：
  - ✓ 建立並監測各IDS計畫結果面品質指標(可避免住院)
  - ✓ 醫療服務的整合、支付衡平
  - ✓ 標準化之病患就醫經驗或滿意度調查



# 西醫醫療資源不足地區 改善方案(醫院)

衛生福利部  
中央健康保險署





# 計畫目標與重點



## ➤ 協定事項及經費：

- ✓ 100年至103年度於醫院總額部門之專款項目，續編方案經費，101-102年經費每年5千萬，103-104年經費每年6千萬。

## ➤ 計畫目標：

- ✓ 總服務人次：104年度50,000人次
- ✓ 總服務診次：104年度3,000診次

# 計畫目標與重點



## ➤ 計畫重點：

- ✓ 鼓勵地區級以上醫院醫師，至西醫基層醫師無法承作之醫療資源不足地區，提供巡迴醫療及行動不便或獨居老人到宅醫療或疾病個案管理服務服務。

## ➤ 公告施行區域：

- ✓ 以「98年西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案」的101個公告鄉鎮中，至98年6月12日仍未有西醫基層診所申請開業或巡迴醫療服務之鄉鎮。
- ✓ 惟自102年起，本計畫施行區域，係以每位執業醫師所服務戶籍人口數超過2,600人之鄉鎮及各縣市衛生局提供之鄉鎮名單，104年公告33個鄉鎮。

# 102-104年預算執行數與執行率



➤ 預算執行率100%。

➤ 執行鄉鎮數較去年減少1個。

項目 \ 年度	102年	103年	104年
預算數 (百萬元)	50	60	60
預算執行數 (百萬元)	50	60	60
預算執行率(%)	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
公告鄉鎮數	32	33	33
鄉鎮執行數	31	32	31
鄉鎮執行率(%)	<b>96.88</b>	<b>96.96</b>	<b>93.93</b>

104年起醫院與西醫基層之本項預算可互相流用。

# 102-104年執行情形及成效



➤ 104年服務人次及診次目標已達成。

項目 \ 年度	102年	103年	104年
目標總服務人次	50,000	50,000	50,000
總服務人次	51,315	59,052	60,937
總服務人次執行率(%)	<b>102.63</b>	<b>118.04%</b>	<b>121.87%</b>
目標總服務診次(註)	3,000	3,000	3,000
總服務時數/診次(註)	4,369	4,505	4,543
總服務診次執行率(%)	<b>145.63</b>	<b>150.16%</b>	<b>151.43%</b>
滿意度(%)	<b>93.71</b>	<b>89.9%</b>	<b>91.5%</b>

註:102年起則為總服務診次。

# 分區業務組鄉鎮執行概況



➤ 屏東縣萬巒鄉、雲林縣臺西鄉無醫院承作。

分區別	執行鄉鎮數		
	102年	103年	104年
臺北	4	4	4
北區	4	4	4
中區	7	7	7
南區	5	5	4
高屏	8	9	9
東區	3	3	3
<b>總計</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>31</b>
<b>鄉鎮執行率(%)</b>	<b>96.88</b>	<b>96.96</b>	<b>93.93</b>

# 104年各分區執行名單



分區	執行醫院		
	102年	103年	104年
臺北	8	8	7 台北慈濟醫院、基隆長庚紀念醫院、財團法人仁濟醫院、國泰綜合醫院、新光吳火獅紀念醫院、衛生福利部雙和醫院、臺灣礦工醫院
北區	4	5	5 大園敏盛醫院、財團法人為恭紀念醫院、臺大竹東分院、臺灣新竹分院、臺北榮民總醫院新竹分院
中區	13	11	11 中山醫學大學附設醫院、竹山秀傳醫院、秀傳醫院、彰濱秀傳醫院、洪宗鄰醫院、員林何醫院、新泰宜婦幼醫院、彰化基督教二林醫院、彰化基督教鹿港醫院、彰化基督教醫院、澄清復健醫院
南區	6	6	7 台南新樓醫院、麻豆新樓醫院、佳里奇美醫院、奇美醫院、柳營奇美醫院、成斗六分院、臺大雲林分院
高屏	8	9	7 安泰醫院、高雄長庚紀念醫院、屏東基督教醫院、高雄榮民總醫院、義大醫院、衛生福利部恆春旅遊醫院、寶建醫院
東區	3	2	2 財團法人門諾醫院、部立臺東醫院
總計	42	41	39

# 各分區巡迴科別及診次



➤ 巡迴科別及診次增加。

分區	巡迴科別數			巡迴診次		
	102年	103年	104年	102年	103年	104年
臺北	8	8	10	505	526	472
北區	2	3	2	265	212	193
中區	7	4	4	1,853	1,862	1,900
南區	2	2	2	563	659	781
高屏	7	7	7	985	1,086	997
東區	3	3	3	198	160	200
<b>總計</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>4,369</b>	<b>4,505</b>	<b>4,543</b>

註：102年含一般科、內科、外科、家醫科、婦產科、復健科、骨科、耳鼻喉科、小兒科、神經科、新陳代謝科。

103年含一般科、內科、外科、家醫科、婦產科、復健科、骨科、小兒科、神經科、耳鼻喉科、新陳代謝科。

104年含家庭醫學科、神經內科、骨科、小兒科、外科、內科、婦產科、骨科、神經科、消化內科、新陳代謝科、復健科、胸腔內科、腎臟內科等14個專科

# 各分區服務人次及滿意度



➤ 104年服務人次達60,937人次，逐年成長

分區	服務人次			滿意度(%)		
	102年	103年	104年	102年	103年	104年
臺北	4,415	4,385	3,727	93.35	90.8	93.0
北區	1,411	2,025	1,796	99.15	94.0	94.3
中區	22,042	24,806	26,138	94.47	90.9	91.8
南區	8,736	12,653	16,539	90.67	85.6	88.6
高屏	14,082	14,346	11,612	94.38	91.4	95.5
東區	629	837	1,125	89.60	87.0	85.5
總計	<b>51,315</b>	<b>59,052</b>	<b>60,937</b>	<b>93.7</b>	<b>89.9</b>	<b>91.5</b>



# 各分區申報點數統計



➤ 各分區論次及論量費用逐年成長。

單位：百萬點

分區	102年		103年		104年	
	論量	論次	論量	論次	論量	論次
臺北	2.20	3.36	2.20	4.26	1.96	3.21
北區	0.64	1.56	0.86	1.30	0.92	1.16
中區	11.97	11.72	13.19	12.15	13.54	12.61
南區	5.03	3.69	6.68	4.35	8.79	5.17
高屏	9.76	6.54	10.44	7.25	10.39	6.66
東區	0.34	1.19	0.52	1.09	0.62	1.29
<b>總計</b>	<b>29.95</b>	<b>28.07</b>	<b>35.29</b>	<b>30.08</b>	<b>36.21</b>	<b>30.09</b>

# 檢討與改進



## ➤ 檢討：

- ✓ 104年公告施行區域有2個鄉鎮(屏東縣萬巒鄉、雲林縣臺西鄉)無醫院承作，本署於104年底函請縣市衛生局及分區業務組確實檢討巡迴實施區域是否確屬醫療資源不足地區。105年屏東縣萬巒鄉、雲林縣臺西鄉仍列為醫療資源不足地區，其中雲林縣臺西鄉由若瑟醫院辦理巡迴醫療服務。

## ➤ 改進：

- ✓ 104年醫院部門共有2個巡迴點暫停服務，其中彰化縣永靖鄉東寧村提出改善計畫書，經本署中區業務組核定後恢復巡迴服務；另新北市平溪區菁桐里巡迴點經提出改善計畫恢復服務後就醫人次仍低於5人次，於104年8月底停止巡迴醫療服務，惟平溪區於白石里、南山里、十分里、薯榔里設有巡迴服務點。

# 105年計畫修正重點



## ➤ 增訂：

1. 施行區域計32個鄉鎮區，較104年減少1個鄉鎮區(雲林縣莿桐鄉)，該鄉醫人比未超過2,600人，鄉內有8家診所及2家藥局，附近有成大斗六醫院、台大雲林醫院、彰基雲林醫院及若瑟醫院，車程約20分，還有彰基雲林醫院醫療服務交通車行駛莿桐鄉內，故105年未納入。
2. 每巡迴點醫療服務時間，每季累計休診次數(原為每月累計)，達該巡迴點原申請總次數之四分之一，則終止執行該巡迴點服務。
3. 費用支付原則，採分級支付方式，依醫人比及人口密度等條件分為三級，每年調整一次：
  - (1)第一級：共2個鄉鎮區。論次費用一般日3,500點，例假日4,500點。
  - (2)第二級：共26個鄉鎮區。論次費用一般日4,500點，例假日5,500點。
  - (3)第三級：共5個鄉鎮區。論次費用一般日7,500點，例假日8,500點。<sup>27</sup>



# 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

衛生福利部  
中央健康保險署



# 計畫簡介



➤ 計畫期間：101年5月28日～迄今。

➤ 預算來源：

- ▶ 其他預算「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」項目，101年5億元，102年6.7億元。
- ▶ 醫院總額專款項目：103年起由其他預算移列醫院總額專款項下，每年編列8億元。

➤ 計畫目的：

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

# 預算執行情形



➤ 102年起預算執行均可達6億元，預算執行率達8成以上。

年度	預算 (億)	支出費用 (億)	執行率 (%)
101年	5	2.7	54%
102年	6.7	6.1	91%
103年	8	6.6	83%
104年	8	6.5	82%

註：本計畫自101年6月起公告實施。

# 申請醫院資格



- 第一項：**設立於保險人公告之離島、山地鄉之醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達30公里以上者。
- 第二項：**設立於全民健保醫療資源不足地區(鄉鎮)之醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院之鄉鎮。
- 第三項：**符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足區急救責任醫院」之地區級醫院。
- 第四項：**自103年起新增符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院。

## ➤ 符合資格醫院家數：

- ▶ 101年79家，102年101家，103年108家，104年108家。

# 申請醫院須承諾強化之醫療服務



## ➤ 提供24小時急診服務：

- ▶ 101年計畫規定醫院需提供本項服務
- ▶ 102年後之計畫則放寬，若該區已有醫院提供急診服務，醫院可不提供本項服務。

## ➤ 提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務(含支援醫師)，並應由各該專科醫師實際提供每週三次以上之門診看診服務。

## ➤ 檢驗、檢查報告須主動通知民眾。

## ➤ 深入社區加強預防保健服務。



# 獎勵措施-符合醫院申請資格第1~3項之醫院



## ➤ 浮動點數保障每點一元

- ▶ 一般服務部門(不含門診透析)自保障月起，納入結算之核定浮動點數，扣除住診呼吸器及門住診精神科案件之申請醫療點數後之點數，以浮動點值補足至每點一元支付。
- ▶ 提供24小時急診服務者：每家醫院全年最高以1,500萬元為上限，最低補助900萬元，醫院如選擇四科以下科別提供醫療服務者，其最低補助金額應予遞減(未滿四科，每減少一科，減少100萬元)。
- ▶ 102年起參與醫院若未提供24小時急診服務者，每家醫院每科全年最高以100萬元為補助上限。

# 獎勵措施-符合醫院申請資料第4項之醫院



- 補助其經急診檢傷分類第1及第2級之當次住院之前10天(含)，浮動點數保障每點一元，全年補助最高500萬元。

# 評估指標

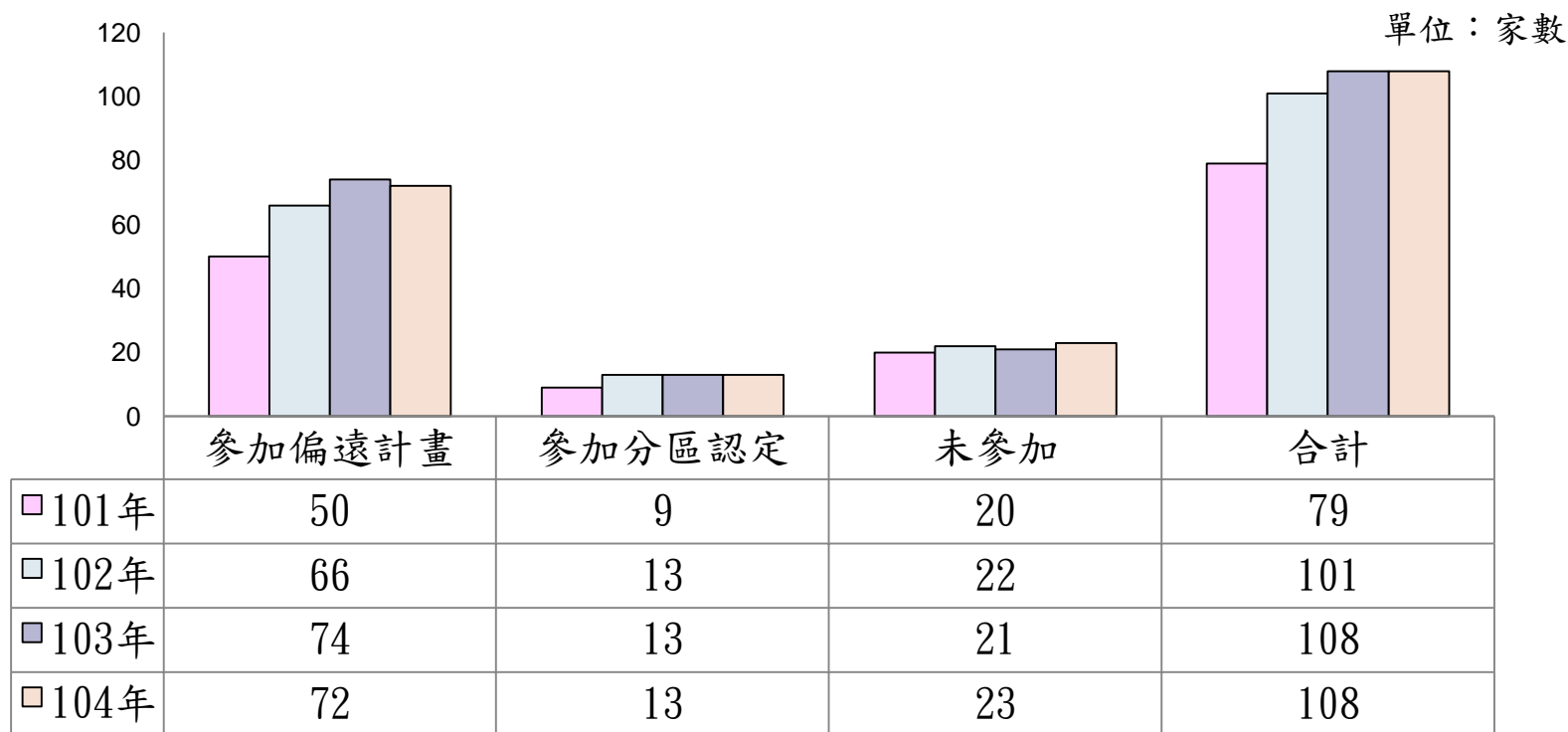


- 醫院增設24小時急診之家數。
- 醫院增設內科、外科、婦產科、小兒科之家數。
- 醫院提升預防保健服務量。
- 民眾滿意度提升
  - ▶ 民眾對急診、內科、外科、婦產科、小兒科之滿意度
  - ▶ 民眾對檢驗、檢查報告主動通知之滿意度
  - ▶ 醫院內整體民眾申訴案件成案數，低於前一年

# 參與情形



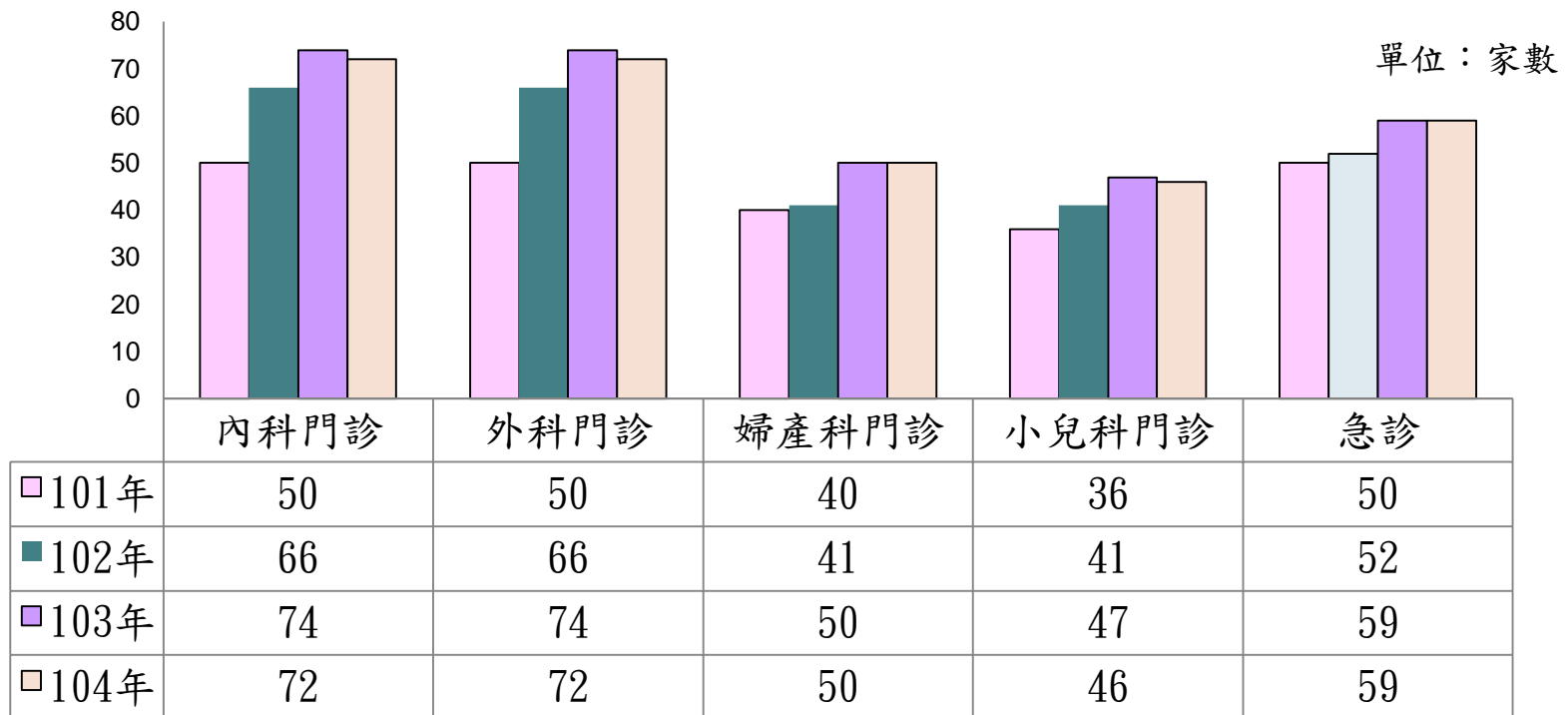
- 103年符合資格醫院計108家，其中74家(68.5%)參與本計畫，13家參與分區偏遠認定，21家未參加。
- 104年符合資格醫院計108家，其中72家(67%)參與本計畫，13家參與分區偏遠認定，23家未參加。



# 提供科別服務情形



- 103年：74家提供內科與外科門診服務、50家提供婦產科門診服務、47家提供小兒科門診服務、59家提供急診服務。
- 104年：72家提供內科與外科門診服務、50家提供婦產科門診服務、46家提供小兒科門診服務、59家提供急診服務。



# 滿意度調查結果



➤ 104年各項目之滿意度皆達8成以上。

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

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

# 申訴案件&預防保健服務量



## ➤ 整體民眾申訴案件成案數與整體預防保健服務量變化：

### ▶ 參與醫院的預防保健服務量：

- ✓ 101年：參與醫院50家，101年為45.3萬件，較前一年(100年)41.3萬件成長10%。
- ✓ 102年：參與醫院66家，102年為71.9萬件，較前一年(101年)66.5萬件成長8.1%，主要因大部分醫院已參與2年，預防保健服務量成長幅度較小。
- ✓ 103年：參與醫院74家，102年為130萬件，較前一年(102年)125萬件成長4.1%，主要因大部分醫院已參與2年，預防保健服務量成長幅度較小。
- ✓ 104年：參與家數72家，預防保健服務量為142.5萬件，較前一年(103年)142.6萬件成長-0.10%。

### ▶ 整體醫院申訴成案數：

- ✓ 100年8件；101年6件；102年1件；103年為0件；104年為1件。

# 退場機制



- 醫院有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第38條至40條所列違規情事，自其違規處分(第一次)之處分月起不再保障。
  
- 醫院於保障期間發生未依其承諾提供醫療服務，或自願中止本計畫者，自確定事實之月起，不再保障。



- 近年參與之醫院家數維持70家以上(101年50家、102年66家、103年74家、104年72家)，本計畫持續以點值保障偏遠或其鄰近地區之醫院，使其能繼續維持較佳之急診與內外婦兒四大科之醫療服務提供能力。
- 各參與醫院，提供24小時急診服務與內、外、婦、兒科四大科之醫療服務，確實強化了離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區民眾的在地醫療，減少遠程就醫奔波之苦，若有急症，亦可就近接受急診服務，獲益良多。



# 醫院以病人為中心門診 整合照護計畫

衛生福利部  
中央健康保險署



# 目的與策略



## 目的

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

## 策略

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

# 104年計畫簡介



## ➤ 整合式照護對象

1. 65歲以上罹患2種(含)以上慢性病，需2科(含)以上看診之該院忠誠病患
2. 罹患高血糖、高血脂、高血壓至少2種以上患者，且前1年慢性病門診就診次數均超過6次(含)以上之該院(或整合團隊)忠誠病患

## ➤ 104年擴增照護範圍：新增失智症整合門診

# 照護模式與費用支付



## ➤ 照護模式：

- ▶ 高齡醫學或失智症整合門診
- ▶ 三高疾病整合門診
- ▶ 主責照護整合門診
- ▶ 其他整合門診

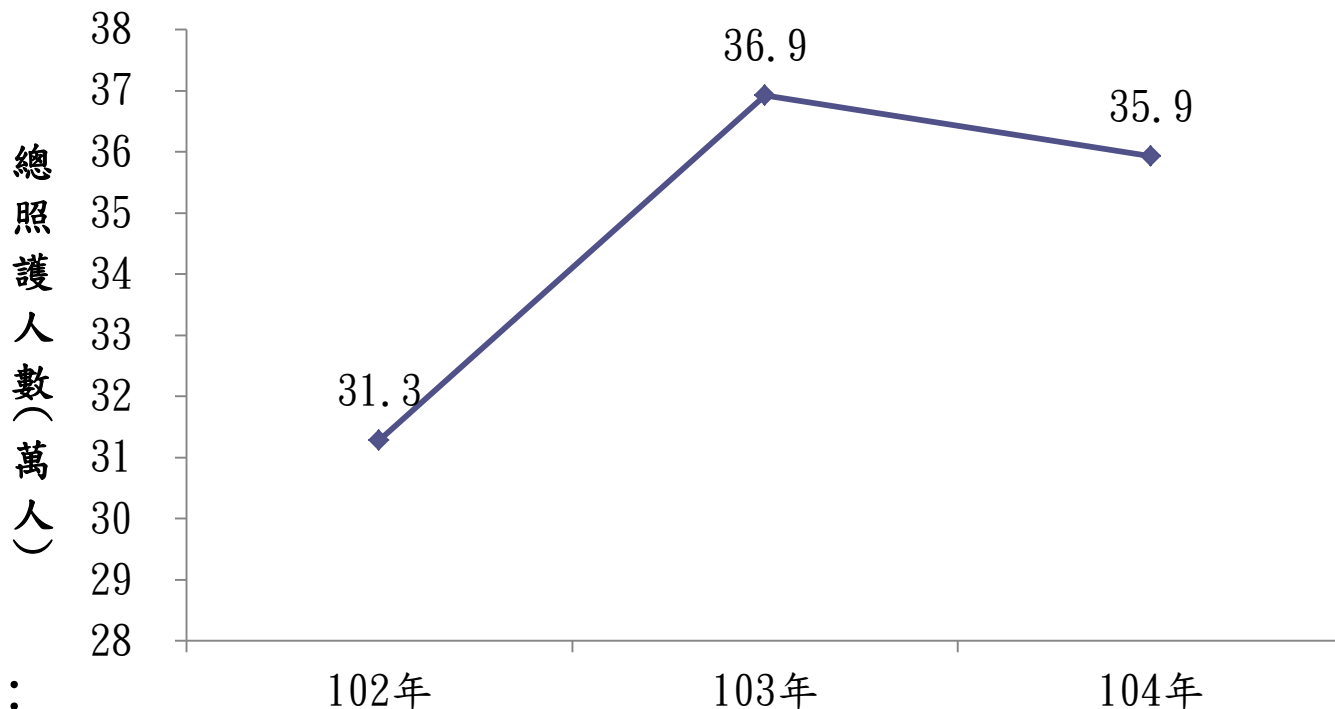
## ➤ 費用核付

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

# 歷年醫療服務及民眾利用情形



## ➤ 近3年醫療服務提供及民眾利用情形



註：

1. 照護人數包括：重點照護對象與醫院自行收案個案
2. 104年起為鼓勵醫院收治重點照護對象，將醫院自行收案對象亦支付「個案門診整合費」，惟最高支給人次數不得超過「重點照護對象」支給人次數

# 歷年預算執行情形



年度	102	103	104
預算數(億元)	5.00	5.00	3.00
預算執行數(億元)	0.765	1.199	1.129
預算執行率	15.30%	23.98%	37.63%
法定預算數與預算實支數差異原因說明	檢討後取消基本承作費，新增4項指標，仍以院內與院外合計執行結果進行評核，故支付費用再次減少。	本計畫係2年期計畫，爰續依102年計畫實施惟預算執行率已較102年高。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 104年檢討本計畫預算，將預算從5億元調降至3億元</li> <li>2. 擴增照護對象範圍。</li> <li>3. 增列失智症整合門診。</li> <li>4. 增加失智症門診照護家庭諮詢費用。</li> </ol>

# 跨院整合成效



## ➤ 104年各項指標於參與計畫醫院整體照護情形

指標名稱	重點照護對象		
	基期 (103年)	計畫期 (104年)	增減 比率
每人每月平均醫療費用	5,131	5,256	2.44%
每人每月平均就醫次數	2.437	2.371	-2.71%
每人每月平均藥品品項數	8.009	8.108	1.24%
降血脂用藥日數重複率	2.45%	2.16%	-11.84%
降血壓用藥日數重複率	0.91%	0.84%	-7.69%
降血糖用藥日數重複率	1.46%	1.20%	-17.74%



# 院內整合成效



## ➤ 104年3項指標於醫院重點照護對象病患 之院內照護情形

指標名稱	院內		
	基期 (103年)	計畫期 (104年)	增減 比率
每人每月平均醫療費用	3,609	3,536	-2.02%
每人每月平均就醫次數	1.273	1.189	-6.62%
每人每月平均藥品品項數	6.527	6.598	1.09%

# 105年整合計畫修訂重點



➤ 已於104年召開全國觀摩會，研議未來修訂方向

➤ 持續擴大照護對象範圍

▶ 105年再增加罕見疾病及重大傷病整合門診

➤ 精進成效指標

▶ 新增「可避免住院率」作為成效觀測指標

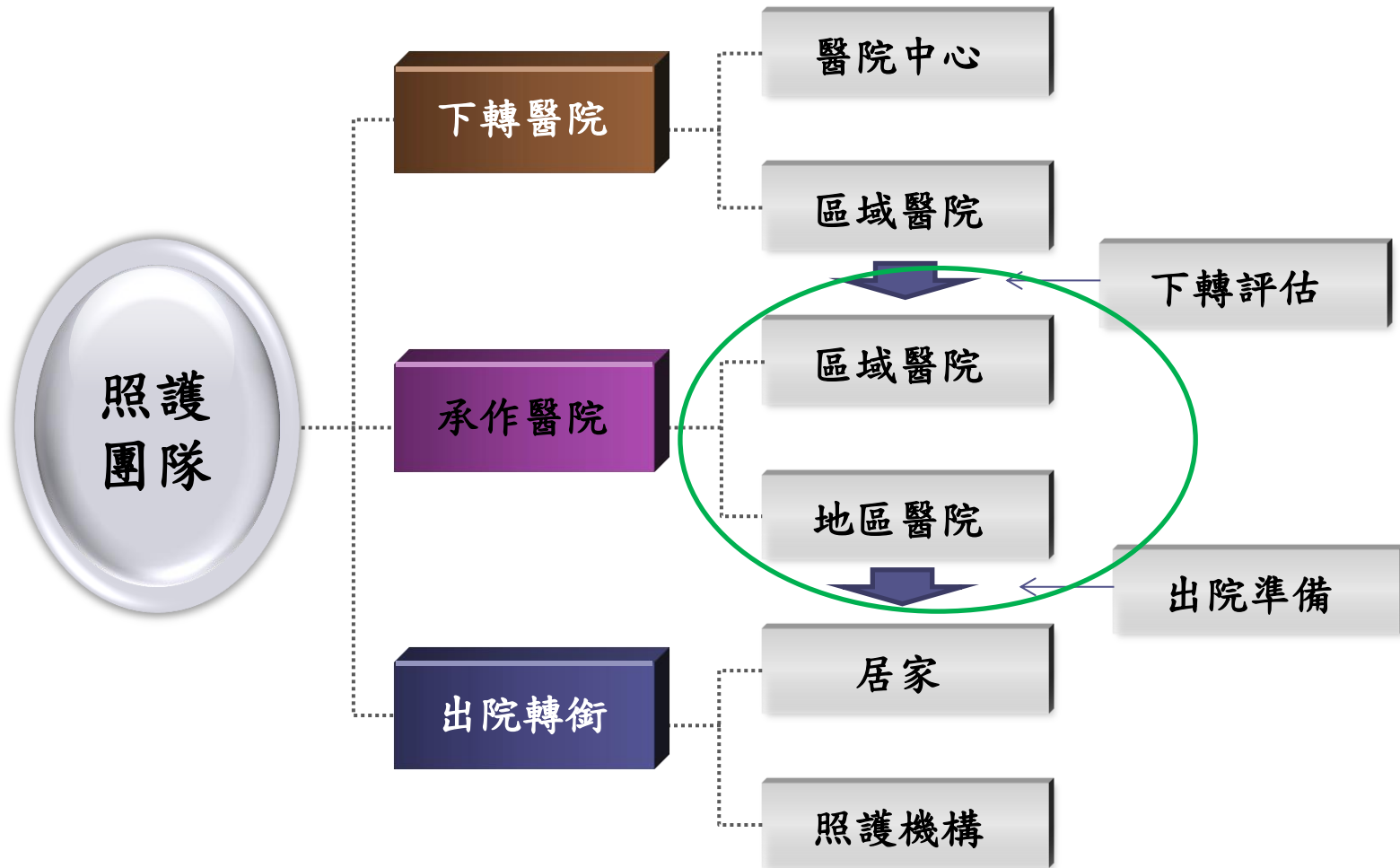


# 提升急性後期照護品質 試辦計畫

衛生福利部  
中央健康保險署



# 急性後期照護團隊 (促進體系垂直整合)



# 預算執行



單位：百萬點

	103年	104年
預算數	200	400
執行數	7.5	42.7
執行率	3.8%	10.7%

註：執行數包含燒燙傷急性後期整合照護計畫(BPAC)

- 104年非八仙事件病人BPAC費用38.6萬點
- 另104年八仙病人PAC費用104.6萬點，由全民健康保險醫療給付費用總額「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項下支應。

# 試辦計畫參與醫院數



- 39個醫院團隊：157家承作醫院、23家上游醫院(包含所有醫學中心)
- 分布全國各縣市，包含金門、馬祖與澎湖。

醫院層級	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
團隊	10	7	7	5	8	2	39
醫學中心	8	1	4	2	3	1	19
上游醫院							
區域醫院	3	0	0	0	1	0	4
合計	11	1	4	2	4	1	23
承作醫院							
區域醫院	10	12	15	13	9	3	62
地區醫院	13	16	26	12	22	6	95
合計	23	28	41	25	31	9	157

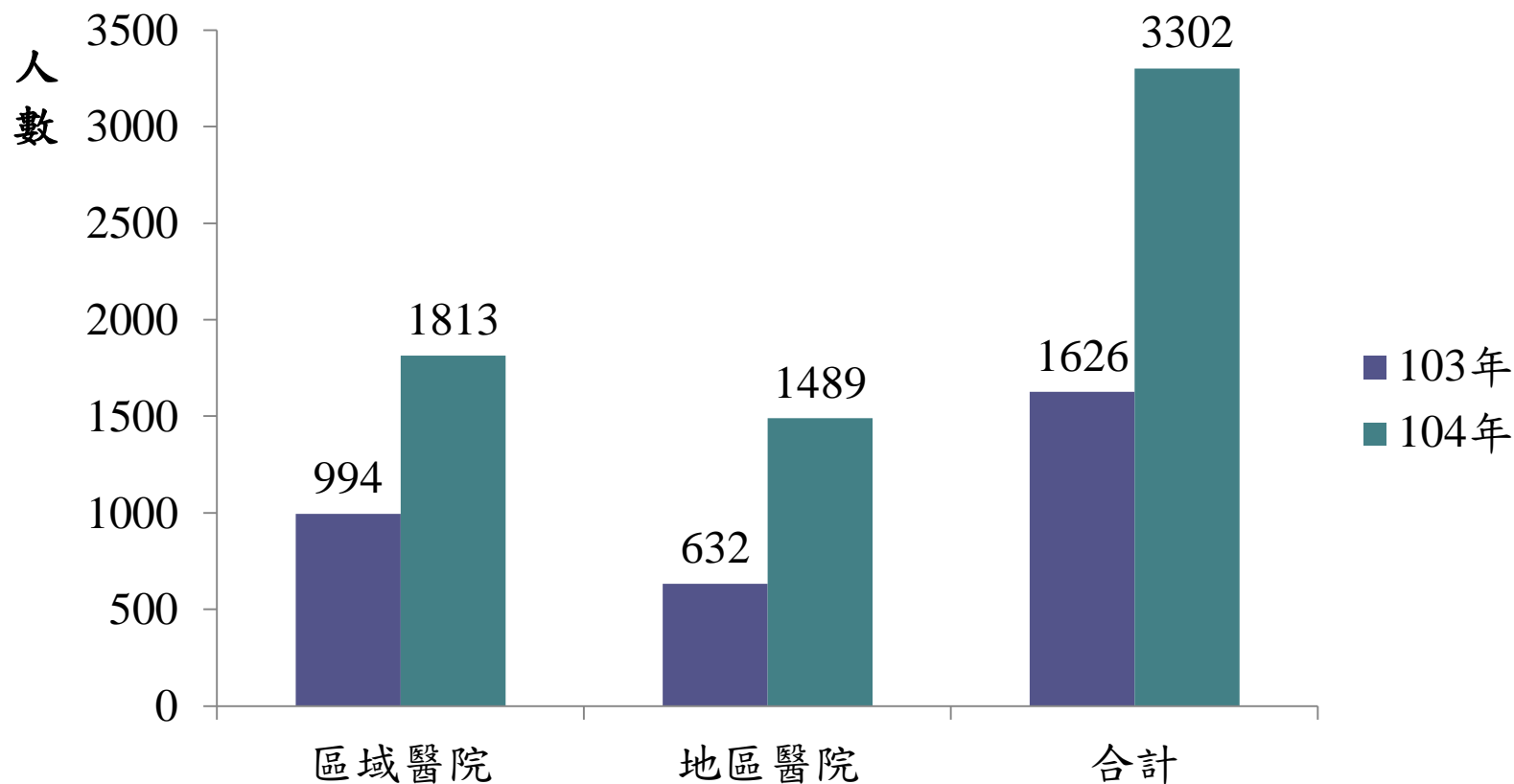
備註：

1. 資料截止日104.12.31。
2. 承作醫院分布全國各縣市，包含金門、馬祖與澎湖。

# 收案情形



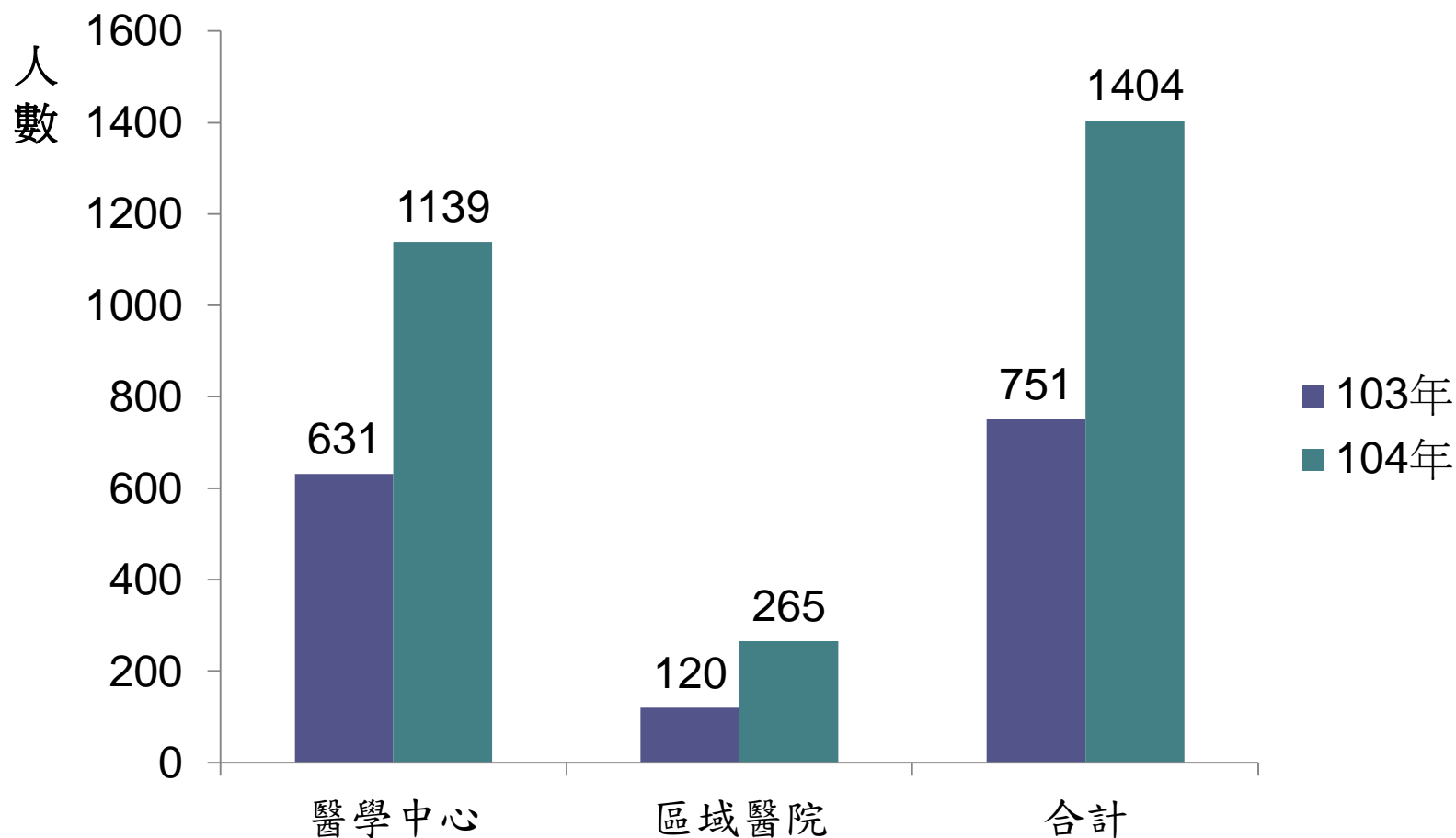
- 104年收案3302人，較上年度成長2.0倍。
- 地區醫院收案增加2.4倍，占率由39%增至45%。
- 區域醫院收案增加1.8倍。



# 下轉病人情形



- 下轉收案1404人，較上年度成長1.9倍
- 醫學中心下轉1139人，成長1.8倍





# 結案整體成效評估



➤ 87.4%(2663位)整體成效進步，85.4%(2605位)回歸社區。

單位：個案數

整體成效	結案後續照護方式									
	居家自行復健		門診復健		安置於療護機構		其他		合計	
	人數	占率	人數	占率	人數	占率	人數	占率	人數	占率
退步	3	0.1%	12	0.4%	2	0.1%	38	1.2%	55	1.8%
未進步	52	1.7%	145	4.8%	60	2.0%	73	2.4%	330	10.8%
穩定進步	467	15.3%	1810	59.4%	150	4.9%	117	3.8%	2544	83.5%
快速進步	37	1.2%	79	2.6%	2	0.1%	1	0.0%	119	3.9%
合計	559	18.3%	2046	67.1%	214	7.0%	229	7.5%	3048	100%

註1：結案後續照護方式「其他」多為病情轉變接受醫療者。

註2：資料日期104.12.31

# 銜接居家及社區資源



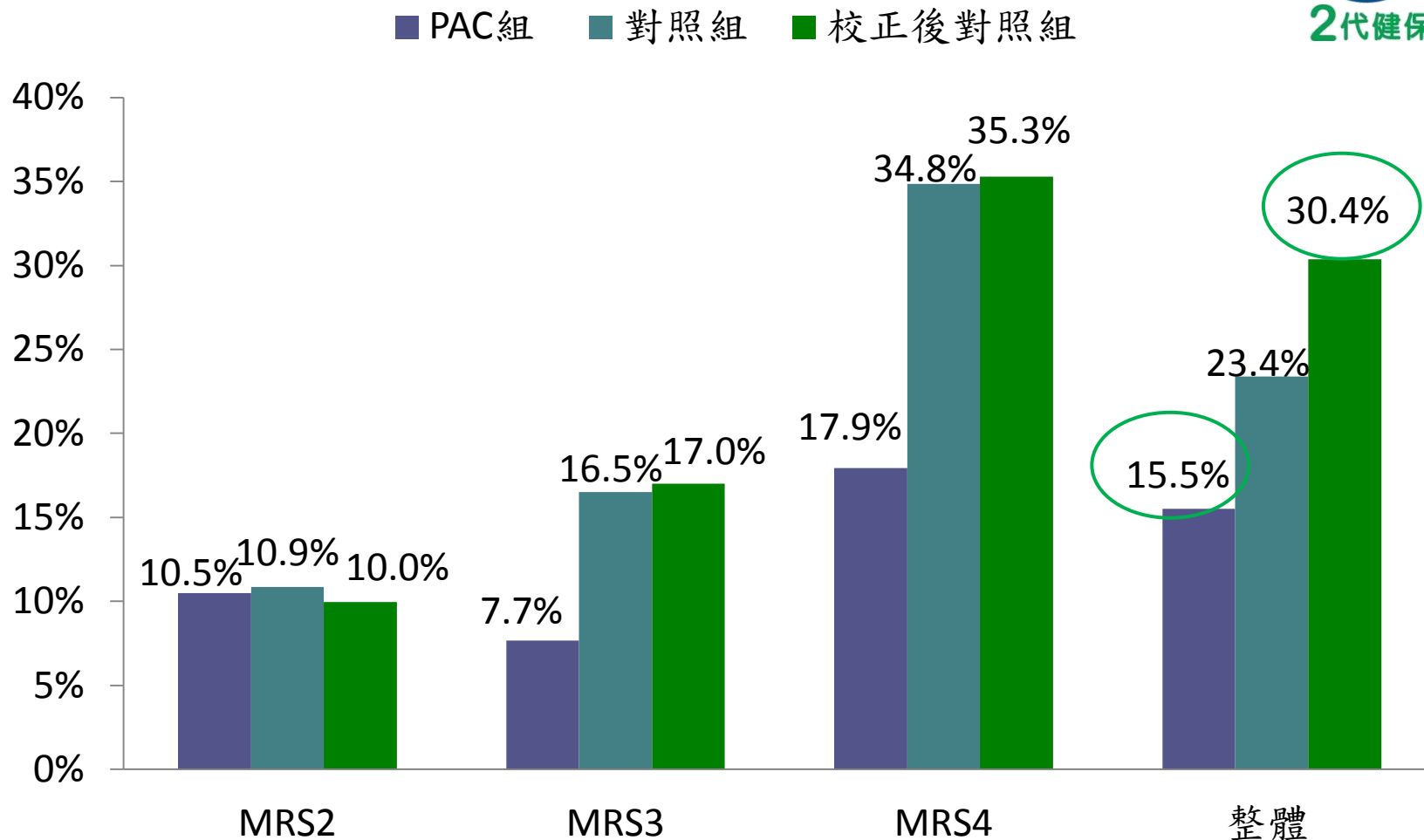
- 協助申請適合之照顧服務(居家服務、日托站、長照據點、家庭托顧)
- 尋求社會愛心資源提供送餐服務
- 交通：復康巴士
- 喘息服務
- 身心障礙鑑定服務
- 身心障礙輔具補助評估
- 轉介住家附近醫療資源

單位：個案數

社福資源轉介	103年		104年	
	人數	占率	人數	占率
個案無長照需要	815	63.2%	1861	61.1%
已確認個案取得諮詢管道	370	28.7%	1000	32.8%
已轉介至長照照管中心	46	3.6%	107	3.5%
轉介長照以外社福資源	58	4.5%	80	2.6%
合計	1289	100%	3048	100.0%

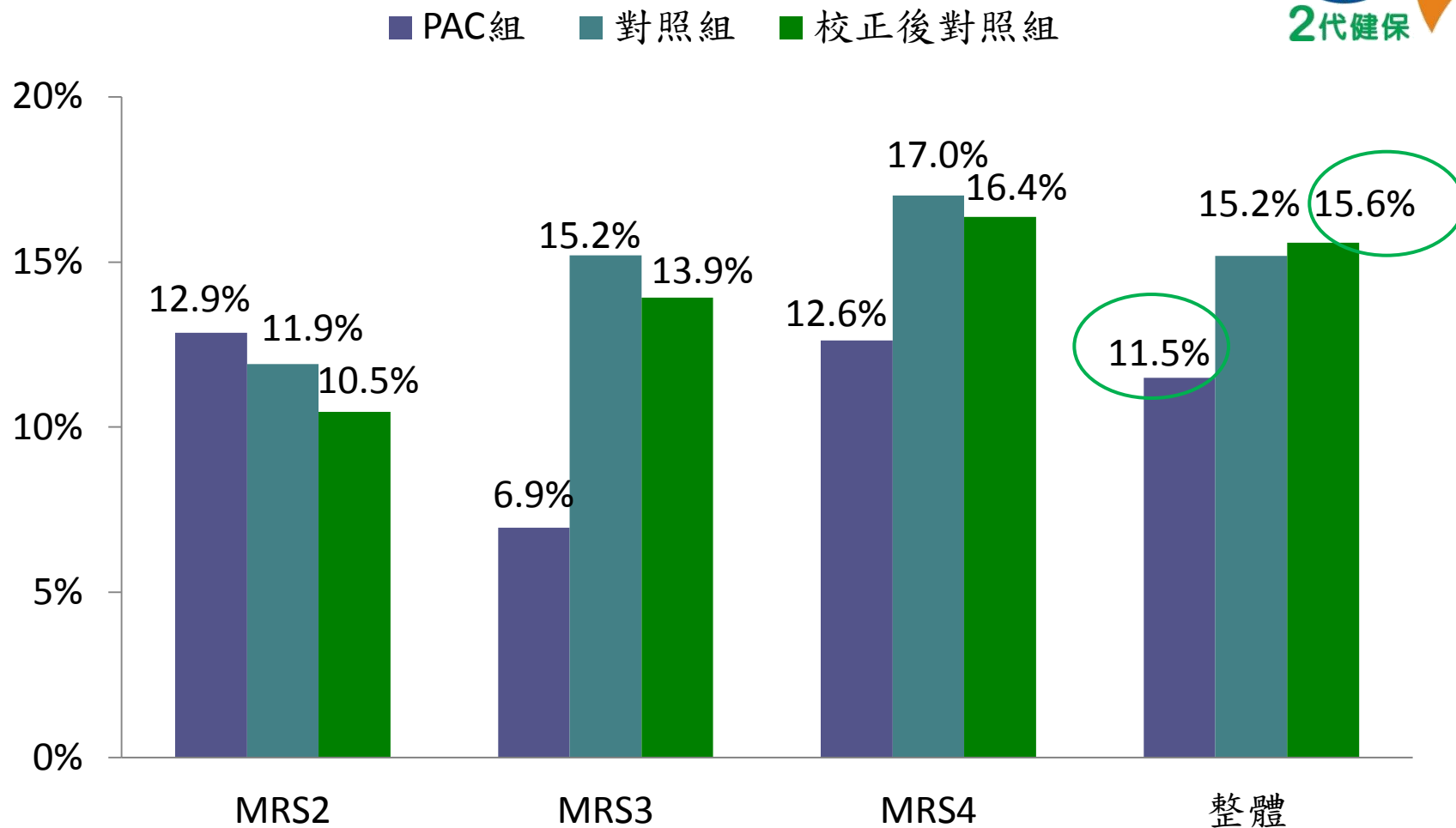
資料日期104.12.31

# 30日再住院率



註：對照組為醫院提供，與PAC病人失能程度相當者(MRS 2-4分)。  
校正後對照組：以PAC組之年齡、性別、功能別(MRS)標準化校正。  
103年1月至104年12月結案者，觀察期間103年1月至105年01月。

# 30日內急診率

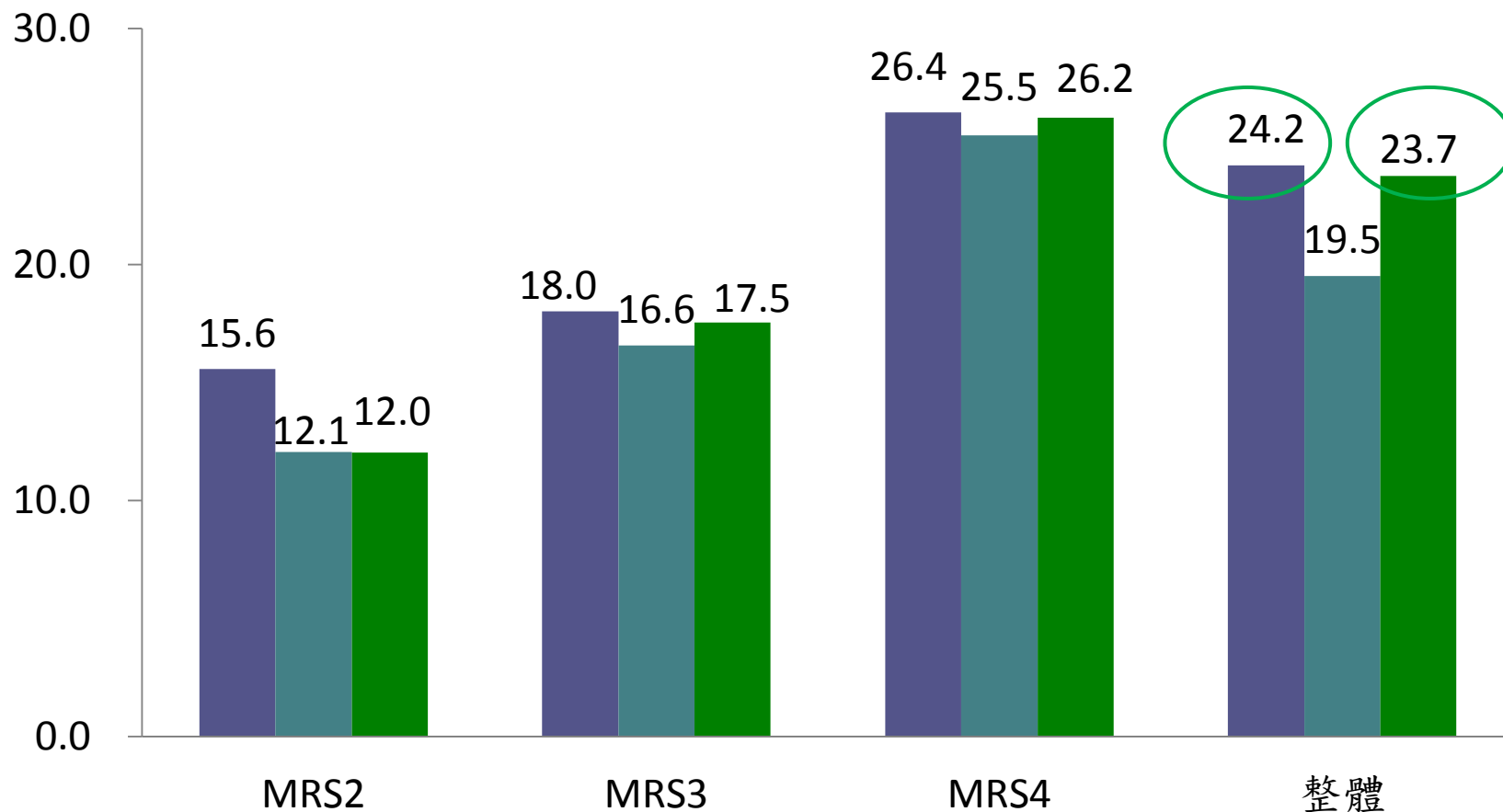


註：對照組為醫院提供，與PAC病人失能程度相當者(MRS 2-4分)。  
校正後對照組：以PAC組之年齡、性別、功能別(MRS)標準化校正。  
103年1月至104年12月結案者，觀察期間103年1月至105年01月。

# 平均每人醫療費用 (中風發病6個月內門住費用)



■ PAC組 ■ 對照組 ■ 校正後對照組

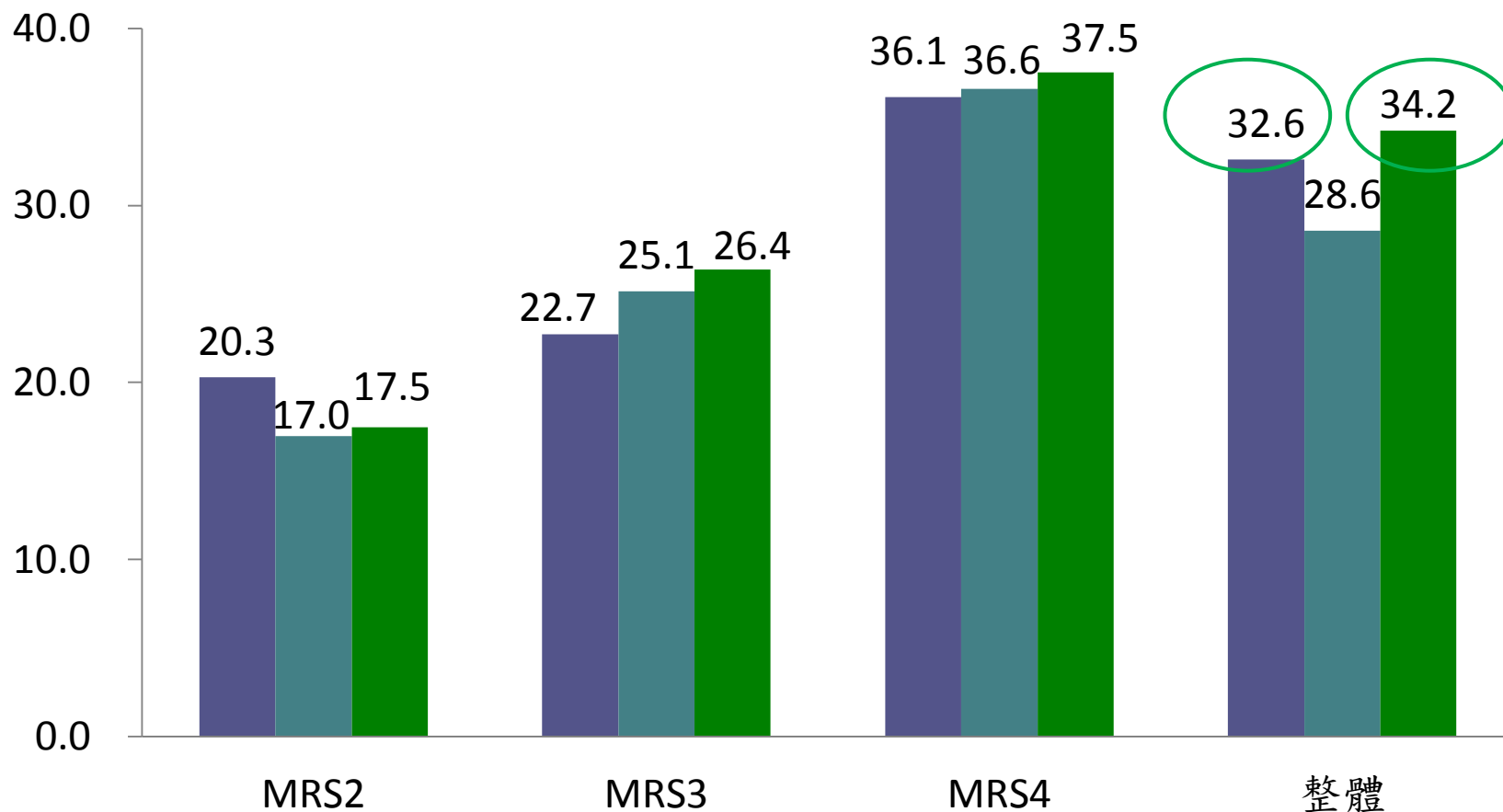


註：103年1月至104年12月結案者，觀察中風發病6個月內醫療費用(申請金額+部分負擔)，含門診及住院。  
校正後對照組：以PAC組之年齡、性別、功能別(MRS)標準化校正。

# 平均每人醫療費用 (中風發病1年內門住費用)



■ PAC組 ■ 對照組 ■ 校正後對照組



註：103年1月至104年12月結案者，觀察中風發病1年內醫療費用(申請金額+部分負擔)，含門診及住院。  
校正後對照組：以PAC組之年齡、性別、功能別(MRS)標準化校正。

# 104年委託評估研究結果



- 經傾向分數配對後統計果，相較於對照組，PAC組有顯著較低的再住院率、中風再住院率、急診率。
  - ✓ 90天內再住院率(PAC: 11.0% vs. 21.1%)，減少再住院率47.1%
  - ✓ 90天內中風再住院率(PAC: 2.1% vs. 8.8%)，減少中風再住院率76.1%。
  - ✓ 90天內急診率(PAC: 13.5% vs. 24.0%)，減少急診率43.8%。
- 13個功能評估量表，各項功能評估皆有顯著改善( $p < 0.01$ )
- 團隊運作機制：上下游醫院間的醫師直接聯繫交接班或互動溝通，妥善處理用藥接續問題，有助於增加成功轉銜人數。
- PAC對個案ADL生活功能具正面成效，但有六成個案在IADL生活功能方面尚需有後續之照護介入
- 未來將延長觀察時間，以評估PAC的長期效益。

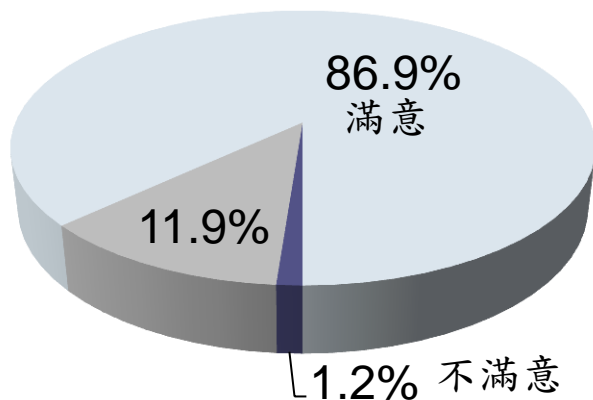
註：104年委託醫師公會全聯會陳亮恭主任研究結果

# PAC住院經驗滿意度

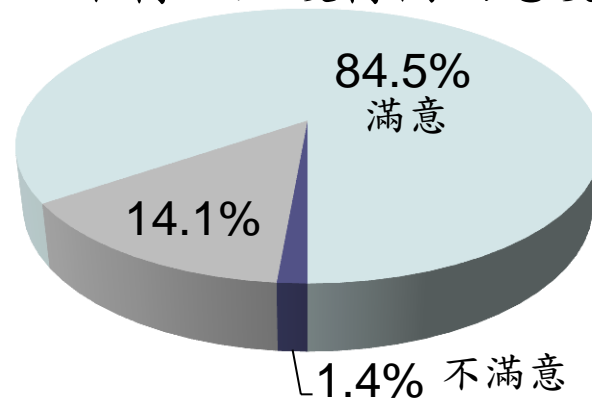


■ 不滿意 ■ 普通 ■ 滿意

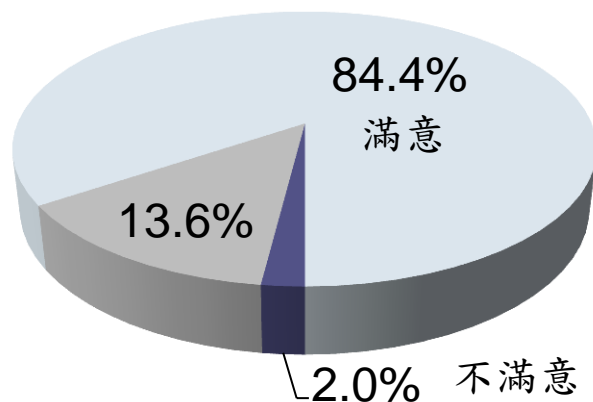
### 對PAC整體滿意度



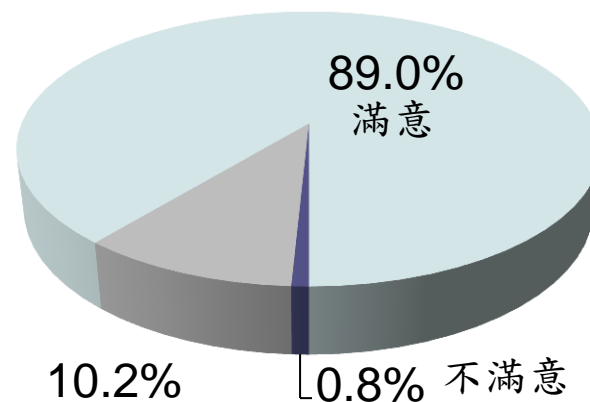
### 下轉及照護轉銜滿意度



### 結案到門診轉銜滿意度



### 對醫療團隊滿意度



註:104年委託醫師全聯會陳亮恭主任研究結果  
104年8-10月對結案者執行電訪，有效問卷369人



- 收案人數不如預期：據腦中風學會推估中風病人約有15%有PAC需求，以全年腦中風4.2萬人預估約6300人，104年收案數約占52%。
- 分析對照組未參加PAC原因如下：
  - (1)個案拒絕(期待跨院延長住院時間、對下轉PAC醫院沒信心)：44%
  - (2)回家(家中無人力至醫院照顧、較輕症)：33%
  - (3)轉復健科病房住院：18%
  - (4)續住一般病房或ICU：4%。
  - (5)跨院下轉病人作業調度：1%。
- 承作醫院反映13個評估量表過多。

# 104年採取措施



- 增加跨院接支付誘因：新增轉銜作業、醫事人員訪視、居家訪視、主責醫院提升團隊照護品質等多種獎勵，提供病人或家屬衛教說明、跨醫院醫師、與居家之銜接。
- 鼓勵收治較重症者：符合一定條件(如加護病房住院超過兩週)30天內下轉收案規定放寬為40天內，管灌飲食、符合一定條件吞嚥攝影檢查核實支付。
- 分區辦理分享觀摩會議、辦理輔導等措施。

# 改善方向



- 加強醫師及醫療團隊跨院聯繫及溝通
- 修訂計畫簡化評估工具
- 加強對病人宣導衛教PAC成效，增進急性病床使用效率。
- 推廣銜接急性後期照護及居家醫療照護，讓病人在康復、安寧緩和等階段回歸社區醫療體系。
- 委託研究發展單一評估量表，研議支付誘因與評估工具扣連。

# 擴大推動之方向



- 擴大PAC適用對象(依專家會議結論：分為神經系統、骨骼肌肉系統、心肺功能缺損、多系統功能缺損等四大類規劃發展)。
- 目前已規畫「創傷性神經損傷」、「髖關節與脊椎骨折」、「心臟衰竭」、「衰弱高齡病患」方案，因專家會議各方意見分歧，決議由醫師公會全國聯合會先行整合醫界共識。
- 該會於6月初提供與相關醫學會討論後意見。
- 將召開專家會議，繼續溝通達成共識後推動。



# 燒燙傷急性後期整合照 護計畫

衛生福利部  
中央健康保險署

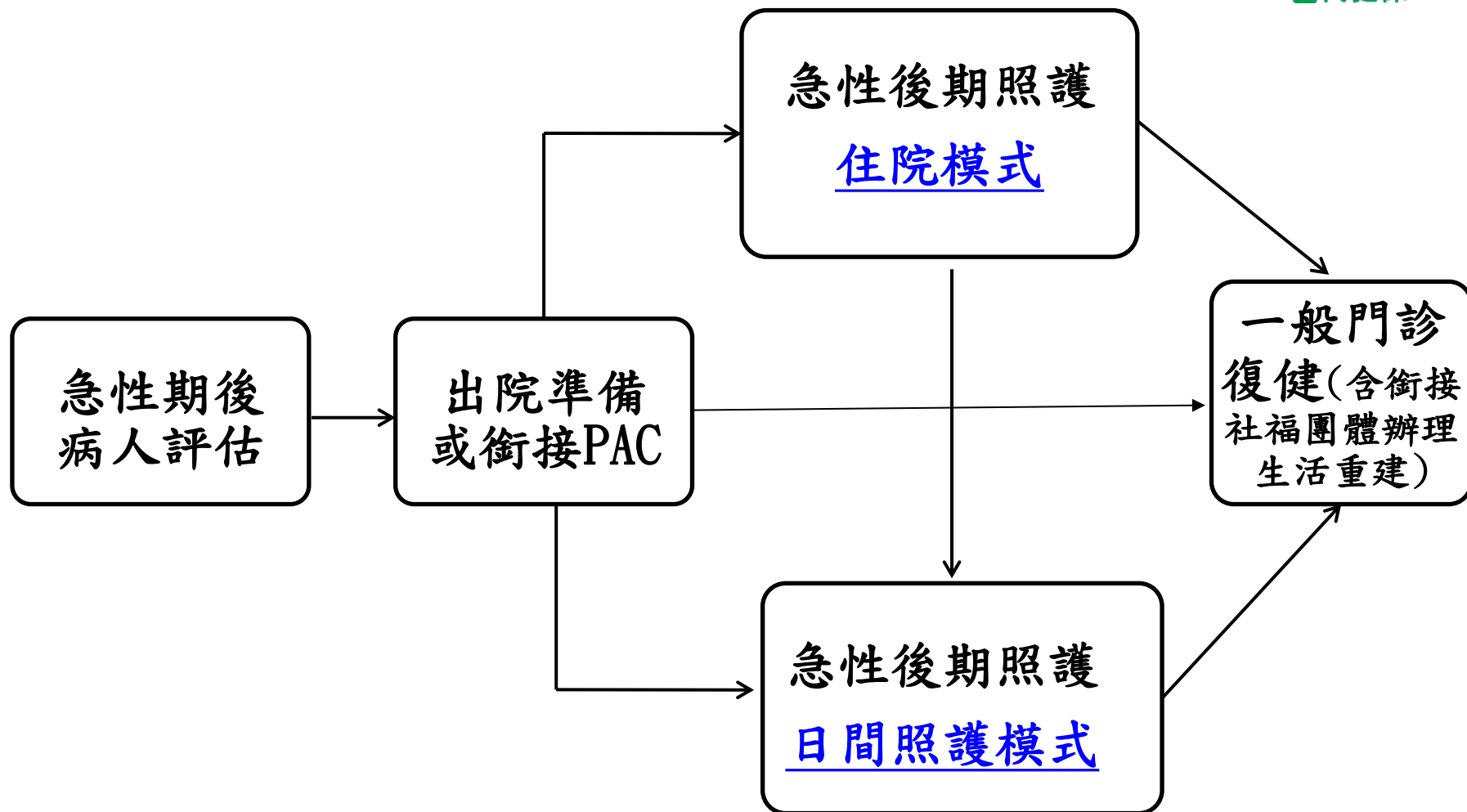


# 計畫目標



- 建立燒燙傷急性後期照護(Burned Post-Acute Care, 簡稱BPAC)模式，設計誘因讓醫療院所建立跨領域、多專業之整合性燒燙傷急性後期照護團隊。
- 提供社區化之燒燙傷急性後期整合照護及復健服務，使燒燙傷病人盡早恢復最大功能及日常生活獨立。

# BPAC照護模式



# 本計畫放寬或新增支付項目



## ➤ 因應燒燙傷復健治療特性之支付項目

- ✓ 新增燒傷PAC中度-複雜治療(不限執行項目數，限最低執行時間)
- ✓ 新增燒傷PAC複雜治療(不限執行項目數，限最低執行時間)
- ✓ 放寬本計畫收案對象住院期間，物理治療、職能治療、語言/吞嚥治療、心理治療可視病患情況，增加至每日最多各2次，或採用本計畫新增之高強度復健治療項目。

## ➤ 諮詢指導及衛教

- ✓ 燒燙傷專業醫事人員臨床諮詢指導費
- ✓ 家屬照顧者之支持性心理社會個別諮詢(或團體諮詢)衛教費

## ➤ 門診個案燒燙傷衛教及個案管理費



# BPAC醫院參與計畫情形



- 104年9月9日公告新增「全民健康保險燒燙傷急性後期整合照護計畫」。
- 參加計畫醫院共81家
  - ✓ 曾收治八仙事件住院病患之醫院計有36家
  - ✓ 遍布臺灣本島19個縣市

# 收案情形



- 104年收案29人，其中八仙傷患19人，非八仙傷患10人。接受住院模式18人，日間照護模式11人。
- 累積至105年4月，收案40人，其中八仙傷患23人，非八仙傷患17人。接受住院模式24人，日間照護模式16人。

單位：個案數

分區	醫學中心		區域醫院		地區醫院		合計	
臺北	0	0.0%	2	6.9%	3	10.3%	5	17.2%
北區	0	0.0%	9	31.0%	0	0.0%	9	31.0%
中區	6	20.7%	0	0.0%	0	0.0%	6	20.7%
南區	2	6.9%	0	0.0%	0	0.0%	2	6.9%
高屏	0	0.0%	7	24.1%	0	0.0%	7	24.1%
東區	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
合計	8	27.6%	18	62.1%	3	10.3%	29	100.0%

# 結案整體成效評估



➤ 89.7%整體成效進步，86.2%回歸社區

單位：個案數

整體成效	結案後續照護方式									
	居家自行復健		門診復健		安置於療護機構		其他		合計	
	人數	占率	人數	占率	人數	占率	人數	占率	人數	占率
退步	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
未進步	0	0%	3	10.3%	0	0%	0	0%	3	10.3%
穩定進步	9	31.0%	13	44.8%	3	10.3%	1	3.4%	26	89.7%
快速進步	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
合計	9	31.0%	16	55.2%	3	10.3%	1	3.4%	29	100%

註：資料日期104.12.31

# 社福資源轉介



單位：個案數

社福資源轉介	人數	占率
個案無長照需要	10	34.5%
已確認個案取得諮詢管道	15	51.7%
已轉介至長照照管中心	0	0.0%
轉介長照以外社福資源	4	13.8%
合計	29	100.0%

# 評核指標



➤ 功能進步：巴氏量表平均分數由58.4分進步至73.1分，進步14.7分。

## ➤ 結案後品質指標

- ✓ 30日內急診率：3.4%
- ✓ 14日內再住院率(排除計畫性住院案件)：0%
- ✓ 30日內再住院率(排除計畫性住院案件)：0%

## ➤ 關節活動度(ROM)

- ✓ 收案時平均有27處(約三分之一)關節有受限，結案時：
- ✓ 恢復正常關節活動33%
- ✓ 有改善26%
- ✓ 未改善19%
- ✓ 退步22%

➤ 追蹤499位八仙塵爆病人出院後情形，97%持續接受全民健保門診治療，其中近半數同時接受門診復健治療。僅3%病情較輕或外籍人士無後續就醫紀錄。顯示八仙之病人多屬年輕族群，復原狀況持續進步，其後續醫療照護需求，全民健康保險持續提供。

➤ 本計畫收案人數少

- ✓ 地方政府與陽光基金會合作，傷患至社會福利機構接受服務，並結合生活重建照護。
- ✓ 八仙事件出院病人多需要後續傷口治療，復健需求以一般門診復健因應。

# 改善方向



- 本計畫收案17位非八仙傷患，新增日間照護模式收案16人，並放寬每日復健治療次數，研擬保留本計畫內容，併入急性後期照護計畫之章節，以提供未來有需要燒燙傷PAC之病人。
- 因缺乏日間照護設置標準不利推廣，將建議醫事司增列。
- 部分醫院因未收案或未完成各專業人員6小時訓練時數擬退出計畫，將輔導後辦理退場事宜。



# 居家醫療整合照護試辦計畫

衛生福利部  
中央健康保險署





# 計畫簡介



## 目的

- 提升因失能或疾病特性致外出就醫不便患者之醫療可近性。
- 鼓勵醫療院所連結社區照護網絡，降低住院日數或減少不必要之社會性住院。

## 期間及經費

- 自104年4月23日起至105年3月31日止。
- 論次費用由其他預算之「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」項下支應，其餘醫療費用由各總額部門預算支應。

## 收案條件

- 中低收入戶或低收入戶，居住於住家(不含照護機構)、有明確醫療需求，因失能或疾病特性致外出就醫不便，且符合特定條件者(重度身障、罕病、獨居等)。

## 照護內容

- **醫師訪視。**
- 個案健康管理及24小時電話諮詢服務。

# 執行情形



## ➤ 醫療服務提供情形

- ▶ 參與院所數：403家，除連江縣外，各縣市均有參與院所。
- ▶ 實際收案院所數：74家。
- ▶ 實際訪視醫師數：78人。

## ➤ 醫療服務利用情形

- ▶ 照護人數、件數：170人、723件。
- ▶ 醫療費用：102萬點(論量計酬30萬點、論次計酬72萬點)。

# 實務執行困境



## 供給端

- 基層診所無人力投入，區域級以上醫院有意願但不符合參與資格。
- 易被誤為詐騙集團，須耗時取得民眾信任。
- 如非自家病患，因就醫習慣，易遭病人拒絕，案源發掘不易。
- 單一院所未必可滿足多重疾病個案需求，建議可由其他院所共同照護。
- 已辦理巡迴醫療之院所，無意願、時間及人力再投入居家醫療。
- 案家一人需一般居護，另一人需居家醫療，建議將居家照護整合，提供完整醫療服務。

## 需求端

- 收案條件嚴，案源尋求不易。
- 參與院所未普及，有個案卻無法轉介；照管中心不熟悉轉介流程。
- 個案有固定就醫習慣，排斥由未接觸過的醫師(醫療院所)照護。
- 基層醫師對未照護過的個案(尤其是多重疾病、罕病)亦擔心無法掌控病情。
- 照管中心轉介個案，如屬非固定性就醫或無家屬陪伴的個案，較易收案成功。
- 照護對象為中低收入戶及低收入戶，屬經濟弱勢，無力負擔醫事人員訪視交通費。

# 105年計畫修訂重點



- 將4項個別收案之居家醫療服務，整合為3照護階段：收案期間可視病情變化彈性調整照護階段，無須結案後重新收案。
- 須組成整合性照護團隊：提供含括3照護階段居家醫療服務，及團隊內、外轉診服務。
- 放寬收案條件：居住於住家(不含照護機構)，且經醫師評估有明確醫療需求，外出就醫不便患者。刪除中低收入戶、身心障礙類別與等級、罹患罕見疾病等條件限制。

# 105年計畫修訂重點



- 照護期間、照護內容與訪視頻率由醫師專業評估決定。
- 增加個案管理費：以強化個案健康管理及24小時電話諮詢服務。
- 支付原則朝一致性規劃：
  - ✓ 人員訪視費採論次計酬
  - ✓ 呼吸器使用採論日計酬
  - ✓ 藥費與藥事服務費核實
  - ✓ 檢驗(查)費核實
- 建立品質監測指標：如住院率、急診率等。



衛生福利部  
中央健康保險署

# 區域醫療整合計畫



# 原論人計酬計畫試辦經驗



## ➤ 試辦經驗

- ✓ 照護人數過少，財務風險高。
- ✓ 因照護團隊規模不足，民眾至團隊外就醫占率高，無法盡責。
- ✓ 醫院與基層屬不同總額，合作關係待提升。
- ✓ 面對論人與論量之不同支付方式，醫療行為產生矛盾。
- ✓ 成果指標不夠多元。

# 區域醫療整合計畫之策略



**目的**  
民眾在完整團隊合作下，獲得完整且連續性之醫療服務。

## 策略



## 一、團隊組織

1. 成立權責相當之管理執行委員會，透過實地審查與評選，促使團隊發展實質整合能力。
2. 基層須有一定參與度。
3. 須涵蓋照護對象醫療利用至一定程度。

## 二、承擔財務風險

1. 融合醫院與西醫基層總額之區域預算，財務自主管理。
2. 照護對象規模至一定程度，減少財務風險。
3. 年度間允許機動之退場機制。

## 三、績效獎勵與品質指標

1. 績效獎勵須與團隊貢獻與品質達成情形扣連。
2. 建立多面向之品質庫。
3. 逐步公開品質指標。



# 協商過程



- 103年-104年8月本署邀集專家學者、試辦團隊、醫界代表、衛生局等，共計召開6次諮詢討論會議，擬訂計畫(草案)。
- 本署於104年10月1日召開「支付標準共同擬訂會議」討論；未獲共識。
- 為增進基層醫師瞭解計畫內容，於104年10月21日，拜訪中華民國醫師公會全國聯合會進行說明。
- 蒐集醫界建議修正計畫，再提104年11月17日「支付標準共同擬訂會議」討論；因時間因素未及討論」。

# 協商過程(續)



- 105年1月6日中華民國醫師公會全國聯合會於網站發出聲明稿，「落實分級醫療、全人照護，反對實施全民健康保險區域醫療整合計畫」
- 本署於105年2月3日再次向該會各縣市公會代表說明，惟未具共識。

## 聲明稿意見

- 1) 落實健保法第43條部分負擔、轉診規定；適度限制民眾就醫自由並發展分級醫療。
- 2) 由大醫院主導，無合作機制，基層無主導權。
- 3) 預算制下，院所須投入時間及管理成本，醫院較具節省空間，基層恐無獲利誘因。
- 4) 建議提供偏鄉(山地離島)充分誘因，由偏鄉先試辦；或以家醫群做為主導，加入醫院端擴大辦理。

## 健保署說明

- 1) 本署就聲明稿內容逐一回應說明。
- 2) 另針對健保法第43條對於部分負擔、強制轉診、分級醫療等法源，及基層擔憂改變醫療生態等，詳盡說明，惟該會仍有疑慮。
- 3) 本署再次說明將持續溝通，並俟雙方達成共識，始推動執行。

# 醫師公會全聯會之意見



- 限制民眾就醫、提高部分負擔，以落實轉診及分級醫療。
- 醫院與基層間缺乏信任與合作機制，整合須有互信基礎。
- 區域內醫院與西醫基層總額合一，其適用法源之爭議。
- 參與及未參與院所，均應保障其權益。



## ➤ 擴大基層與醫院合作機制

考量現行IDS或家醫計畫已具小規模合作之精神，故將朝向前述計畫進行修訂，持續溝通，擴大醫院與基層間之合作經驗後再予研議。

## ➤ 持續委託研究區域整合之影響

持續就區域整合之民眾就醫流向與品質、財務責任、風險監控、整合效益等面向予以研究，以供政策參考。

# 醫院及其他預算專案 計畫執行成果報告

中央健康保險署  
第二部分：陳真慧專門委員  
105.7.29



# 報告大綱(二)



強化疾病管理

醫療給付改善方案

加強慢性B型及C型肝炎治療計畫

慢性腎臟病照護及病人衛教計畫

急診品質提升方案

跨層級醫院合作計畫

鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案

高診次者藥事照護計畫

促進醫療服務效率

政策指示及行政效率提升

提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫

國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)編碼實作獎勵方案

其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費

提升保險服務成效



衛生福利部  
中央健康保險署

# 醫療給付改善方案



# 分項計畫



1 糖尿病

2 氣喘

3 乳癌

4 思覺失調症

5 B、C型肝炎個案追蹤方案

6 孕產婦全程照護

7 早期療育



# 歷年協定事項與經費



➤ 協定預算金額：由相關總額部門之專款項目「醫療給付改善方案」預算項目支應。

總額別	項目	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年
醫院總額	預算數 (億元)	7.86	5.04	2.87	5.87	4.87	4.998	4.998	5.673	7.413
	執行數 (億元)	2.02	2.04	1.94	2.89	3.89	3.950	4.623	5.241	6.445
	執行率 (%)	<b>25.7</b>	<b>40.5</b>	<b>67.4</b>	<b>49.3</b>	<b>79.8</b>	<b>79.0</b>	<b>92.5</b>	<b>92.39</b>	<b>86.9</b>
西醫基層	預算數 (億元)	4.27	4.24	2.99	3.0	3.0	2.12	1.624	2.055	2.544
	執行數 (億元)	1.49	1.30	1.29	1.41	1.48	1.552	1.657	1.891	2.202
	執行率 (%)	<b>35</b>	<b>30.8</b>	<b>42.7</b>	<b>46.9</b>	<b>49.3</b>	<b>73.2</b>	<b>102.0</b>	<b>92.03</b>	<b>86.6</b>

註1：96-103年執行預算，係以點值結算結果。

註2：因乳癌及思覺失調症無申報之管理照護費用P碼可擷取，需待結算資料，故尚無法統計。

# 預算執行情形－醫院部門



年度	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年
預算數	7.86	5.04	2.873	5.873	4.873	4.998	4.998	5.673	7.413
預算執行數	2.02	2.039	1.936	2.893	3.887	3.950	4.623	5.241	6.445
糖尿病	1.11	1.39	1.496	1.945	2.283	2.610	3.031	3.608	3.990
氣喘	0.16	0.16	0.162	0.169	0.175	0.175	0.199	0.23	0.270
高血壓	0.07	0.13	0.070	0.072	0.094	0.064	註2	—	—
乳癌	0.25	0.37	0.208	0.530	0.901	0.608	0.837	0.773	0.809
思覺失調症	未實施			0.147	0.347	0.376	0.402	0.438	0.477
BC肝炎帶原者	未實施			0.03	0.087	0.117	0.154	0.192	0.221
孕產婦	未實施								(註3) 0.678
早療	未實施								(註4)
預算執行率	25.7%	40.5%	67.4%	49.3%	79.77%	79.03%	92.50%	92.39%	86.9%

註1. 96-104年執行預算，為點值結算結果。

註2. 高血壓因病患常合併多重疾病，例如糖尿病、慢性腎臟病等，故未再以疾病別單獨另列計畫追蹤，自102年1月1日起停止試辦。

註3. 孕產婦自104年起由醫發基金移至健保基金。

註4. 早療自104年10月實施，執行預算數計13,000點。

# 預算執行情形－基層部門



年度	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104
預算數	4.27	4.236	2.99	3.00	3.00	2.12	1.624	2.055	2.544
預算執行數	1.49	1.303	1.290	1.406	1.478	1.552	1.657	1.891	2.202
糖尿病	0.48	0.60	0.684	0.768	0.832	0.966	1.139	1.379	1.563
氣喘	0.60	0.51	0.473	0.471	0.438	0.410	0.404	0.388	0.388
高血壓	0.39	0.18	0.133	0.137	0.138	0.086	註2	—	
結核病	0.018	導入支付標準	—	—	—	—	—	—	
思覺失調症	未實施			0.004	0.011	0.012	0.011	0.013	0.014
BC肝炎帶原者	未實施			0.026	0.058	0.078	0.103	0.111	0.125
孕產婦	未實施								0.112
預算執行率	35%	30.8%	42.7%	46.9%	49.26%	73.21%	102.03%	92.03%	86.6%

註1. 96-104年以點值結算結果。

註2. 高血壓因病患常合併多重疾病，例如糖尿病、慢性腎臟病等，故未再以疾病別單獨另列計畫追蹤，自102年1月1日起停止試辦。

# 照護人數(整體)



照護人數	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	104年 成長率
糖尿病	176,475	181,098	191,251	214,340	254,504	283,748	325,501	365,821	419,455	468,180	11.62%
氣喘	190,671	140,464	119,645	115,788	115,423	115,600	106,581	103,984	101,990	102,948	0.94%
乳癌	6,927	8,438	9,807	10,743	11,678	11,827	12,653	13,458	12,041	12,520	3.98%
高血壓	98,960	123,392	76,667	54,698	54,481	65,528	30,980	註2	—	—	—
思覺失調症	未實施				36,580	43,076	47,657	49,209	57,565	59,679	3.67%
BC肝帶原者	未實施				44,057	92,049	121,451	149,375	175,317	201,452	14.91%
孕產	未實施									59,114	—
早療	未實施									15(註3)	—
合計	473,033	453,392	397,370	395,569	516,701	593,061	628,496	681,837	766,368	903,908	17.95%

註1：照護人數係指當年度有申報該方案相關費用之歸戶人數。

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

註3：早療自104年10月實施，照護人數15人。

# 照護率(整體)



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

註1：照護率 分子：當年度申報該方案相關費用之歸戶人數。

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

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

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

# 照護情形(醫院)



方案別	年度	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年
糖尿病	個案數	123,289	127,842	135,926	154,512	188,827	209,647	241,970	270,818	308,313	345,372
	照護率	23.77%	25.51%	27.61%	30.06%	31.30%	35.01%	38.41%	39.84%	43.50%	46.6%
氣喘	個案數	33,686	27,029	23,534	23,911	25,006	24,860	24,626	27,390	29,959	32,709
	照護率	13.93%	14.34%	14.60%	15.75%	21.73%	20.87%	19.34	21.24%	22.73%	24.2%
乳癌	個案數	6,927	8,438	9,807	10,743	11,678	11,827	12,653	13,458	12,041	12,520
	照護率	12.98%	13.60%	14.64%	14.50%	14.62%	13.67%	13.66%	13.29%	10.96%	10.60%
高血壓	個案數	未實施	25,138	30,821	18,709	19,621	26,140	12,981	—	—	—
	照護率	未實施	2.62%	3.16%	1.87%	1.92%	2.48%	1.21%	—	—	—
思覺失調症	個案數	未實施				35,585	41,846	46,405	47,928	55,634	57,918
	照護率	未實施				40.95%	54.8%	60.10%	61.23%	70.38%	67.1%
B、C肝帶原者	個案數	未實施				23,590	55,608	74,303	91,945	111,129	131,379
	照護率	未實施				6.1%	13.9%	18.0%	21.4%	25.4%	29.4%
孕產	個案數	未實施									50,068
	照護率	未實施									34%
早療	個案數	未實施									15
	照護率	未實施									0.7%

註1：照護率 分子：當年度申報該方案相關費用之歸戶人數。

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

註2：糖尿病方案99年放寬收案條件。

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

# 照護情形(基層)



方案別	年度	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年
糖尿病	個案數	54,717	54,410	56,408	61,007	66,866	74,561	83,912	96,497	111,549	123,965
	照護率	16.55%	19.67%	20.80%	20.01%	19.74%	21.79%	22.23%	23.07%	25.63%	27.3%
氣喘	個案數	159,302	114,610	97,228	92,672	91,038	91,203	82,282	76,771	72,156	32,709
	照護率	46.43%	48.12%	43.94%	40.96%	65.71%	63.03%	53.29%	48.45%	44.83%	43.8%
高血壓	個案數	98,960	98,305	45,865	36,007	34,870	39,393	18,000	—	—	—
	照護率	9.31%	8.89%	3.98%	2.89%	2.69%	2.92%	1.30%	—	—	—
思覺失調症	個案數	未實施				995	1,230	1,252	1,281	1,931	1,761
	照護率	未實施				32.21%	17.6%	17.51%	13.46%	19.21%	17.3%
B、C肝帶原者	個案數	未實施				20,512	36,547	47,244	57,543	64,313	70,267
	照護率	未實施				12.2%	20.9%	26.1%	30.5%	33.6%	36.2%
孕產婦	個案數	未實施									9,046
	照護率	未實施									15%

註1：照護率 分子：當年度申報該方案相關費用之歸戶人數。

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

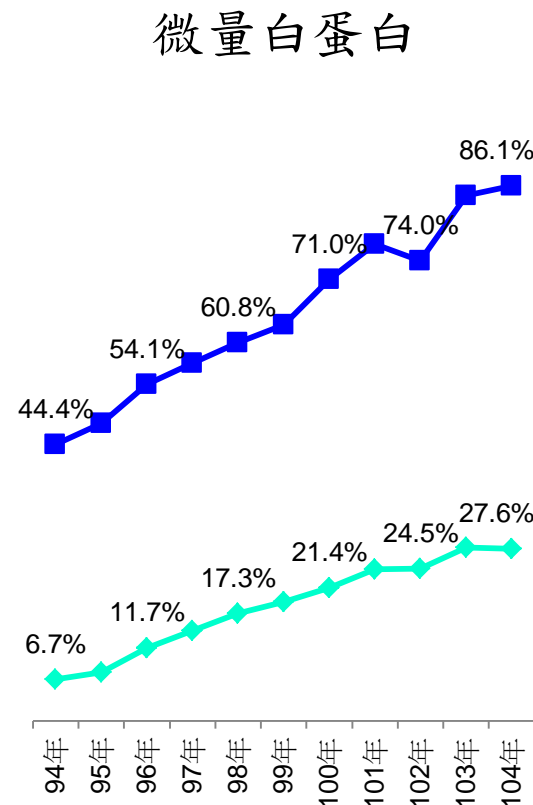
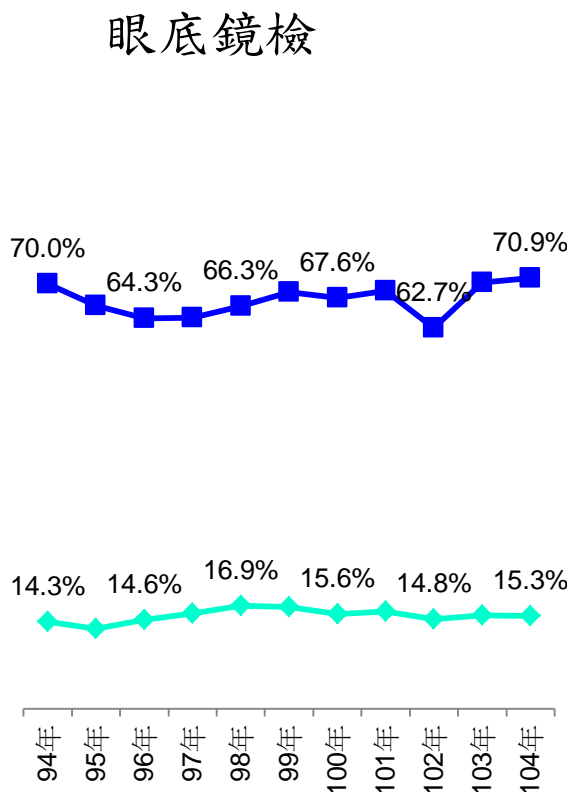
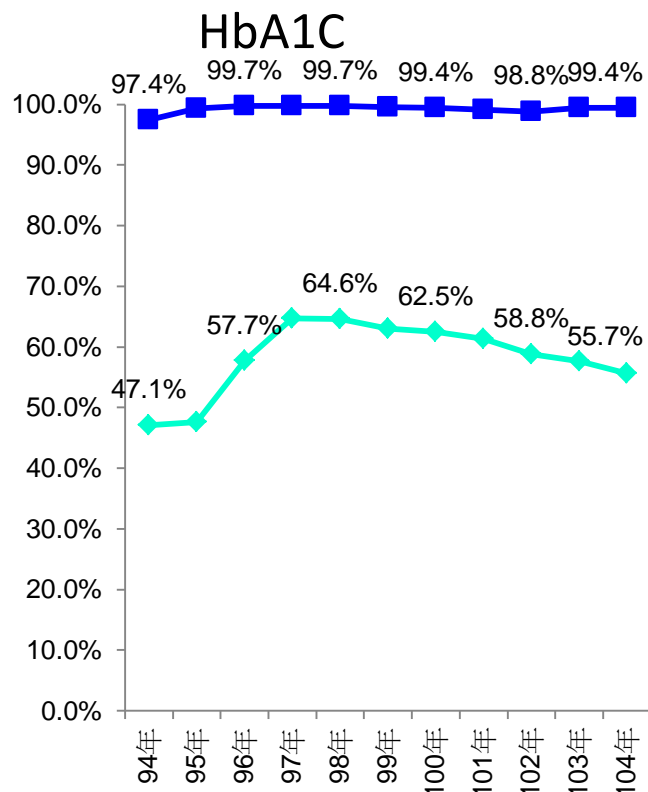
註2：糖尿病方案99年放寬收案條件。

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

# 執行成果-糖尿病方案



➤ 參與方案之個案，其治療指引遵循率較高



◆ 未參與方案

■ 參與方案



# 執行成果-糖尿病方案



➤ 追蹤94-104年新收案HbA1C > 9.0%個案62.41%改善

初診HbA1C > 9.0%人數	1年後HbA1C值	人數	比率
115,569	< 7% 良	22,439	19.42%
	7%~9.0%	49,684	42.99%
	> 9.0% 不良	43,446	37.59%

# 執行成果-糖尿病方案

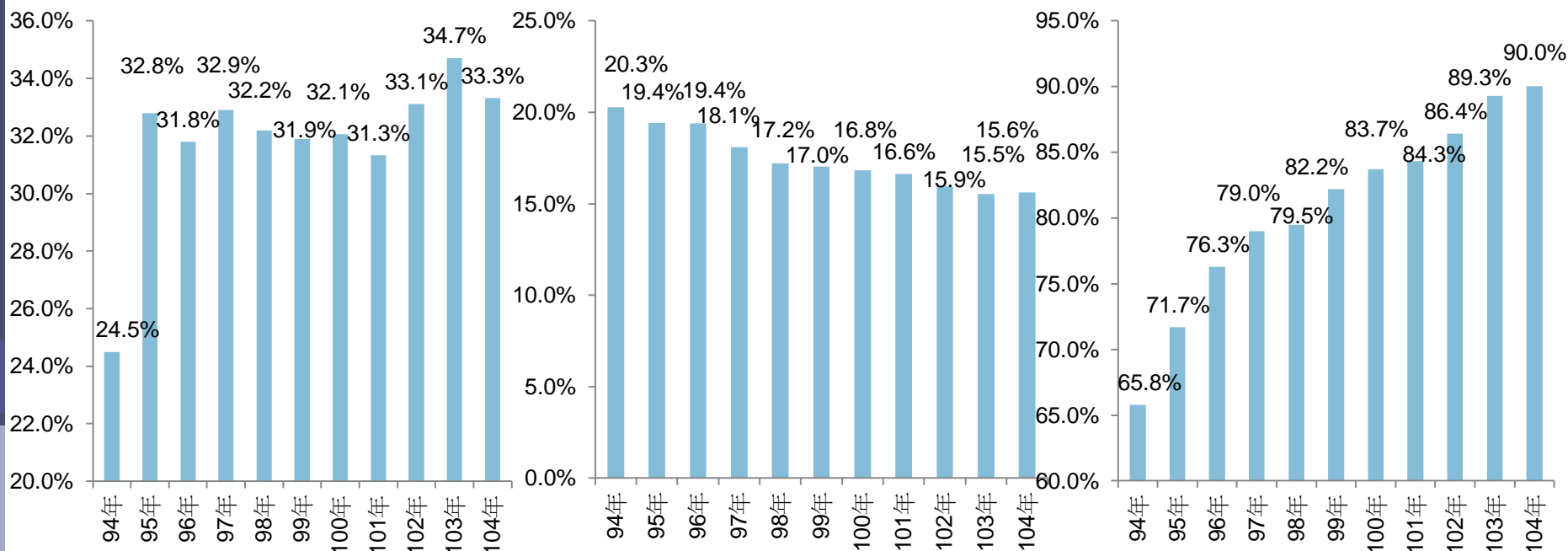


## ➤ 連續追蹤94年新參與方案者95-104年成效

HbA1C < 7.0% (良率)

HbA1C > 9.0% (不良率)

LDL ≤ 130 (良率)



註：94年新參加個案6.8萬人於該年度年度檢查值

# 執行成果-糖尿病方案



## ➤ 追蹤11年糖尿病人之透析發生率

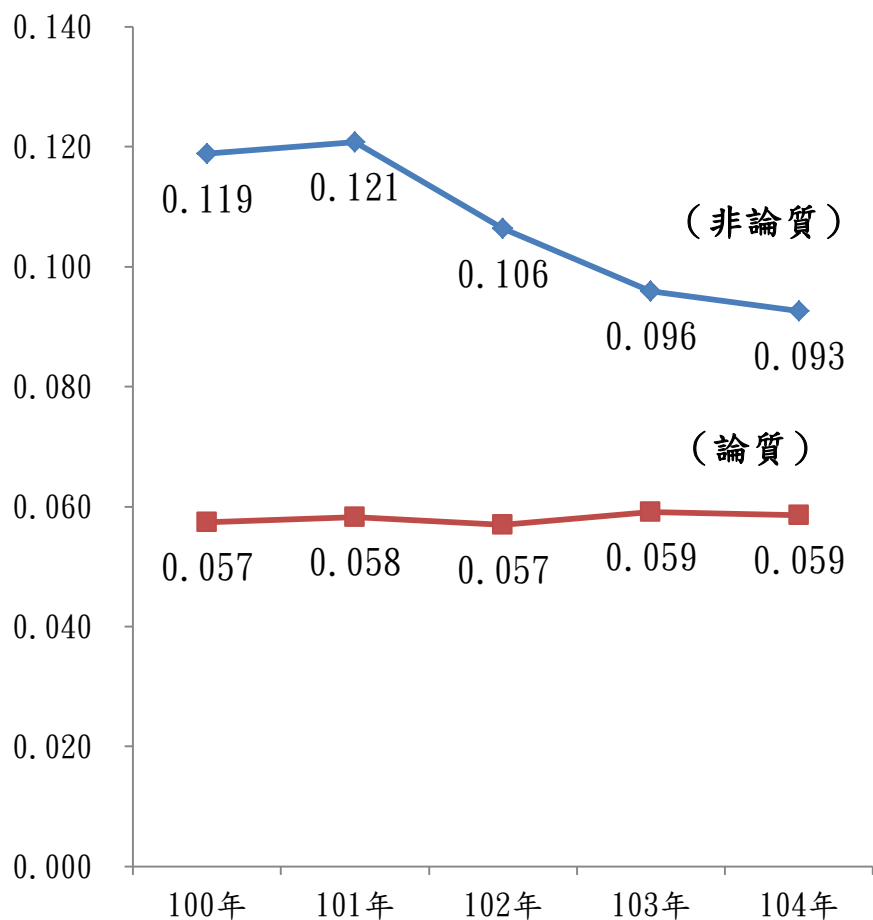
94-104年	透析人數	糖尿病人數	透析發生率
皆參加方案	229	33,472	0.68%
皆未參加方案	23,335	346,130	6.74%
曾經參加但 未連續參加	14,437	279,675	5.16%
合計	38,001	659,277	5.76%

註：追蹤94年之糖尿病人(排除案件分類08，90天內2次以上主診斷250之就醫)，比對94~104年重大傷病檔領證ID，主診斷慢性腎衰竭(尿毒症)，585、40301、40311、40391、40402、40403、40412、40413、40492、40493。

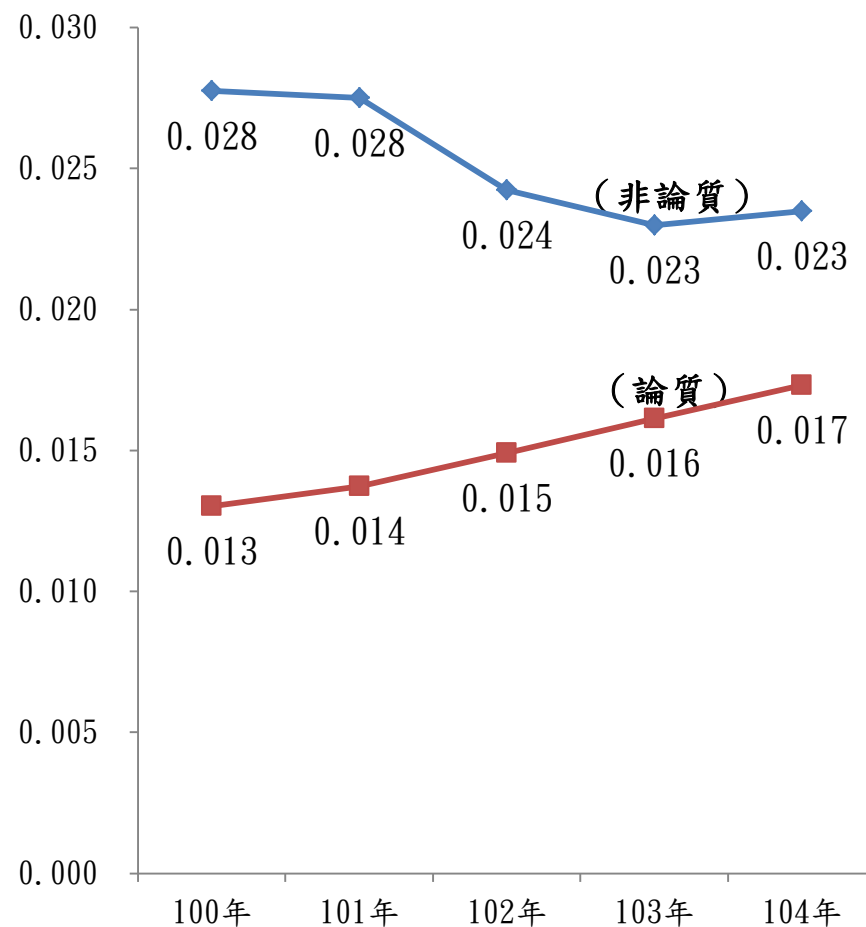
# 執行成果-氣喘方案



## 平均每人急診次數

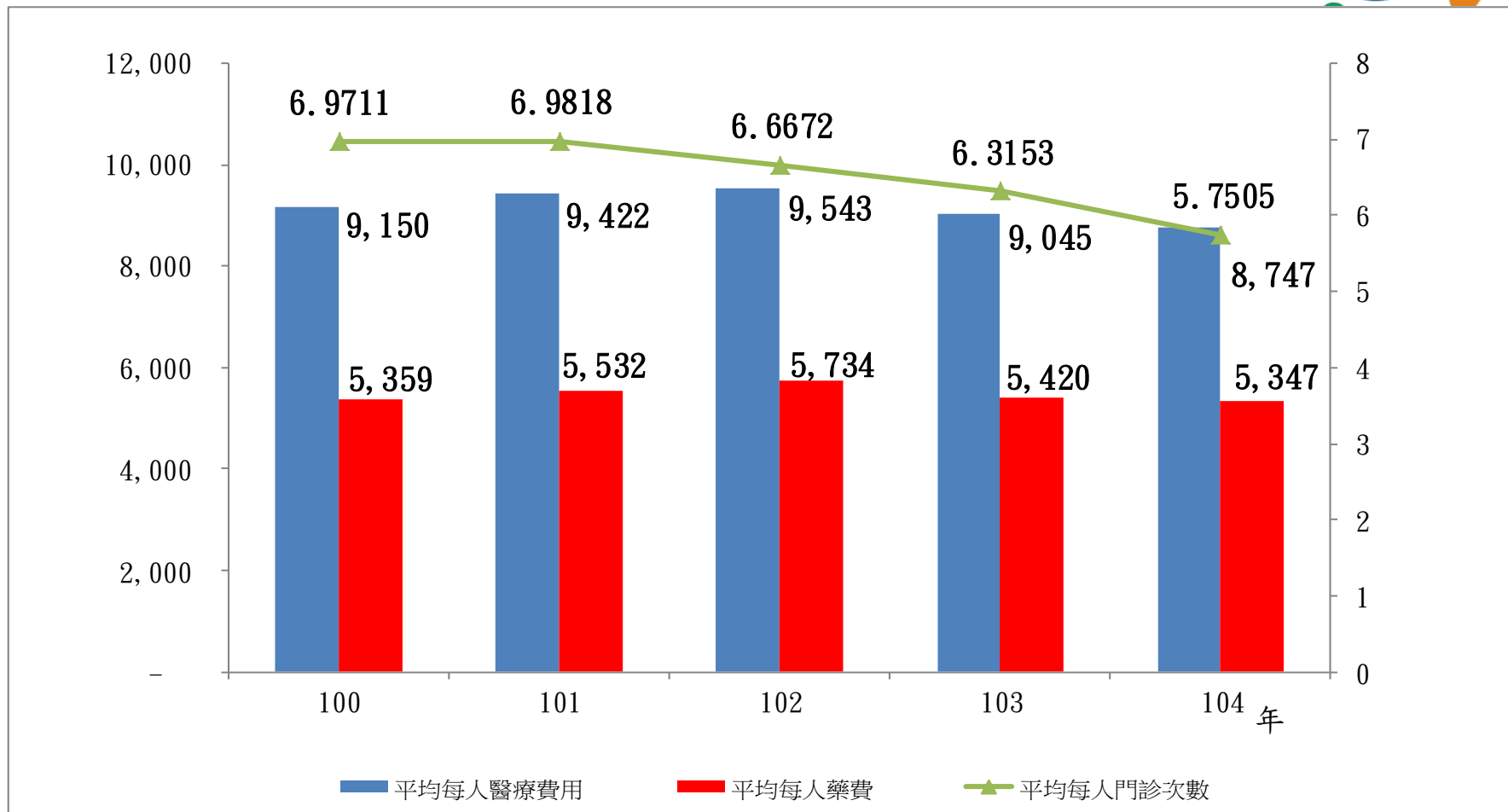


## 平均每人住診次數



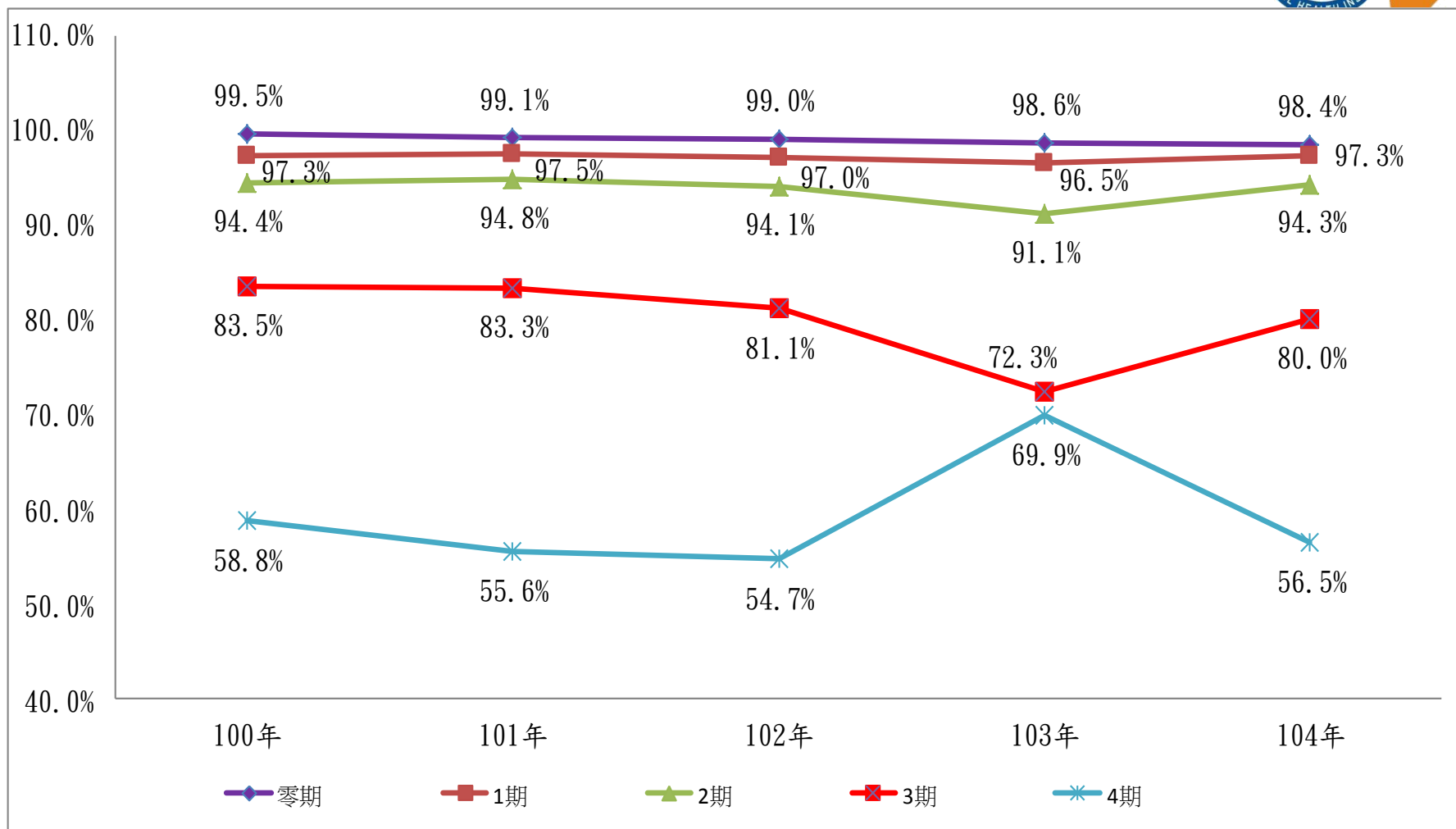
說明：參與個案每人平均因氣喘急診及住診次數均較未參加者為低

# 執行成果-氣喘方案



說明：連續追蹤99年參與方案者(22,596)100-104年成效

# 執行成果-乳癌方案



說明：

1. 本指標係以Kaplan-Meier或Life table計算存活率，104年度試辦個案5年平均存活率。
2. 零期持平；第1、2、3期提升；第4期為降低。

# 思覺失調症方案-收案家數



特約類別	本方案收案院所家數			
	一般病人		高風險病人	
	103年	104年	103年	104年
醫學中心	16	16	16	16
區域醫院	47	50	46	50
地區醫院	48	49	44	46
基層診所	17	16	17	14
合計	128	131	123	126

# 思覺失調症-病人類別及收案率



病人類別		應收案人數 (A)		實際收案人數 (B)		收案率 (B/A)	
		103年	104年	103年	104年	103年	104年
一般病人	固定	54,857	59,948	40,279	40,451	73.43%	67.48%
	未固定	21,697	20,154	10,735	12,053	49.48%	59.80%
	久未	10,719	11,638	1,006	1,220	9.39%	10.48%
	小計	87,273	91,740	52,020	53,724	59.61%	58.56%
高風險病人	固定	5,999	5,582	4,216	4,457	70.28%	79.85%
	未固定	2,219	1,714	1,243	1,372	56.02%	80.05%
	久未就醫	817	654	103	126	12.61%	19.27%
	小計	9,035	7,950	5,562	5,955	61.56%	74.91%
合計		96,308	99,690	57,582	59,679	59.79%	59.86%

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



# 思覺失調症-品質指標達成權值情形



指標項目	目標值	權值	一般指標			高風險指標		
			103年	104年	是否達成	103年	104年	是否達成
指標一_平均每月精神科門診就診次數	較上年度增加或 ≥1	20%	1.3601	1.3073	Y	1.3331	1.264	Y
指標二_精神科平均每月不規則門診比例	較上年度減少	20%	5.82%	4.18%	Y	6.15%	4.71%	Y
指標三_六個月內精神科急性病房再住院率	較上年度減少	20%	16.40%	19.14%		49.30%	38.22%	Y
指標四_急診使用人次比率	較上年度減少	20%	18.15%	20.99%		101.71%	67.71%	Y
指標五_失聯結案率	較上年度減少	20%	25.37%	0.81%	Y	24.85%	1.28%	Y
指標六_強制住院發生人次比率	較上年度減少	參考	0.31%	0.23%	Y	0.76%	0.50%	Y
指標七_固定就醫病人精神科急性病房平均住院天數	較上年度減少	參考	13.0244	12.7502	Y	34.1649	25.7615	Y
指標八_規則病人精神科急性病房住院人次比率	較上年度減少	參考	21.40%	22.00%		72.02%	50.26%	Y
指標九_規則且一般病人佔率	較上年度增加	參考	60.49%	57.71%		60.49%	57.71%	
合計					60%			100%

註：1.104年一般指標之指標一、指標二、指標五、指標六及指標七均較103年成績進步。  
2.104年高風險指標，除指標九\_規則且一般病人佔率外，其餘指標均較103年成績進步。

# 思覺失調症-參與方案者門診醫療利用



單位：點

年度	人數	人次	申請費用	部分負擔	平均每人門診申請
103	58,760	183.4萬	33.5億	5,844.5萬	57,091
104	58,787	184.3萬	34.0億	5,686.1萬	57,823
差異	27	0.9萬	0.5億	-169.4萬	732

註1. 以104年收案人數59679人匯入103~104年健保門診檔之醫療費用。

註2. 人次計算排除申報類別2及補報原因註記2。

# 思覺失調症-參與方案者住診醫療利用



單位：點

年度	人數	人次	申請費用	部分負擔	住院天數	平均每 人住院 天數	平均每 人住診 申請	住院發生 率
103	18,111	32,029	37.46億	2,639萬	296.4萬 (92.5天/件)	163.6	206,832	30.35%
104	17,607	31,619	37.40億	2,544萬	278.7萬 (88.1天/件)	158.3	212,393	29.50%
差異	-504	-410	-0.06億	-95.5萬	-17.7萬 (-4天/件)	-5.4	5,561	-0.84%

註1.以104年收案人數59679人匯入103~104年健保住診檔之醫療費用。

註2.人次以相同院所相同ID相同生日相同住院日計算之。

註3.住院發生率=人數/收案人數。

# 執行成果-104年B、C肝帶原者



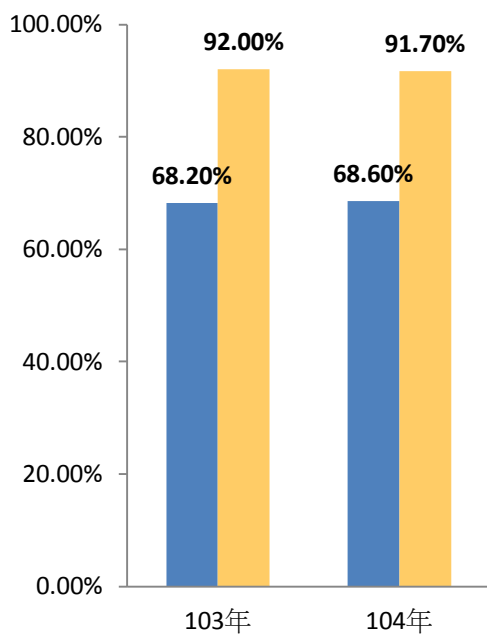
層級	參與家數	門檻符合率	年度完整追蹤人數	年度完整追蹤率	早期發現肝癌人數
醫院	191	31.67%	83,312	63.42%	466
基層	320	53.39%	43,219	61.43%	6
合計	511	85.06%	126,531	62.73%	472

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

# 執行成果-B、C肝帶原者

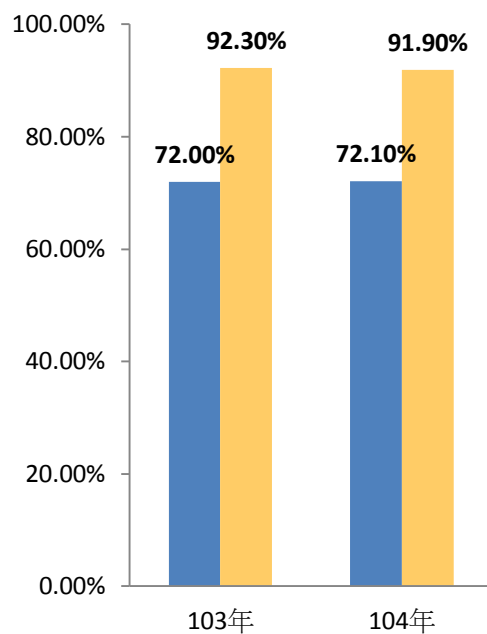


## GOT檢查率



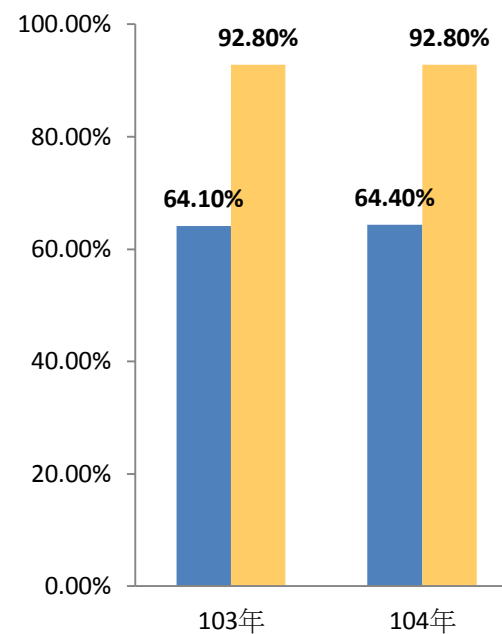
■ 非試辦 ■ 試辦

## GPT檢查率



■ 非試辦 ■ 試辦

## 腹部超音波檢查率



■ 非試辦 ■ 試辦

# 推動「糖尿病及初期慢性腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳」



- 提升照護涵蓋率
- 鼓勵及回饋院所提供符合治療指引之服務及跨專科合作
- 簡化院所個案資訊維護作業

	論質支付	資訊整合及鼓勵資料上傳
支付章節	第八部第二章、第三章	第八部第四章
適用對象	1.收案個案 2.符合結構性規範之醫師	1.「非」收案個案 2.照護醫師
服務內容	定期追蹤、管理照護、照護資料登錄、衛教	
支付費用	1.管理照護費 2.醫師為單位，論量支付	1.定期追蹤及報告回饋費 2.院所為單位，年度核付
費用來源	各總額別「醫療給付改善方案」 其他部門「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」	

# 論質方案成果總結



- 整體照護人數達90.4萬人，較103年成長17.95%，呈現上升的趨勢。
- 治療指引遵循率，參與方案者均高於未參與者，其中糖尿病最重要指標HbA1C之執行率已達99.4%。
- 糖尿病方案：初診血糖控制不良(HbA1C > 9.0%)的病人62.41%改善。
- 氣喘方案：參與方案者急診及住院次數減少。
- 乳癌方案：零期持平;第1、2、3期提升;第4期為降低。
- 思覺失調症方案：104年較103年住院天數每件減少5.4天。
- BC肝帶原者追蹤方案：參與試辦計畫病人的GOT、GPT檢查率及腹部超音波檢查率皆高於未參加者。

# 檢討事項



- 關於建議個案避免選擇性偏差部分，本署已於105年4月1日增設糖尿病及初期慢性腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳方案。
- 早療方案：104年10月1日開始實施，收案人數較少



# 未來展望



- 總額下持續以病人價值為中心之思維，改革支付制度，以提升效率及品質。
- 擴大論質計酬項目及照護人數，加強結果面指標，以確保醫療服務品質。
- 持續整合服務，提供全人式照護。



# 加強慢性B型及C型肝炎 治療計畫

衛生福利部  
中央健康保險署



# 計畫目標及重點



## ➤ 計畫目標：

計畫目標：本計畫自92年10月起試辦，主要目的為配合衛生福利部加強肝炎防治計畫之推動，加強全民健康保險B型及C型肝炎藥物治療照護品質，本項藥物治療費用，101年(含)以前列為專款專案計畫。醫院部門自102年起預算全數回歸一般服務費用；西醫基層仍編列於專款，不足部分由其他預算支應

## ➤ 執行重點：

本署負責費用之給付及相關審核管控等，並視新藥及新療程之發展，適時修訂本計畫之給付規定。

# 歷年協定事項及經費執行率



單位:百萬、%

部門別	預算來源與使用情形	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年
醫院	專款專用金額	1,484.0	622.0	1,282.0	1,922.0	0.0	0.0	0.0
	一般服務部門支應預算	0.0	2,194.9	1,748.0	1,275.7	3,406.9	3,285.5	-
	其他部門支應預算	0.0	0.0	200.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	使用金額	1,094.4	2,816.9	3,230.1	3,197.7	3,406.9	3,285.5	3,092.4
	專款專用執行率	73.7%	100.0%	100.0%	100.0%	-	-	-
西醫基層	專款專用金額	15.0	60.0	157.0	157.0	157.0	200.0	400.0
	一般服務部門支應預算	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	其他部門支應預算	0.0	0.0	0.0	28.2	90.2	97.4	0.0
	使用金額	5.0	49.5	113.5	185.2	247.2	297.4	290.7
	專款專用執行率	33.4%	82.6%	72.3%	118.0%	157.3%	148.9%	72.7%

# 醫院總額-新收案人次



項目/年度	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年
試辦醫院家數	136	151	156	157	170	185	205	214	217	220	248
B型肝炎	5,662	5,439	5,715	6,637	9,263	17,771	15,715	14,404	17,477	16,197	16,081
B肝抗藥株	-	710	1,326	912	926	1,079	799	638	553	353	274
B肝復發	-	-	117	546	1,173	1,783	1,083	1,354	1,940	2,285	2,288
B肝抗藥株復發	-	-	-	0	0	235	135	141	167	96	90
<b>B肝總計</b>	<b>5,662</b>	<b>6,149</b>	<b>7,158</b>	<b>8,095</b>	<b>11,362</b>	<b>20,868</b>	<b>17,732</b>	<b>16,537</b>	<b>20,137</b>	<b>18,931</b>	<b>18,733</b>
C型肝炎	3,504	3,101	3,848	3,554	5,142	11,415	9,497	8,138	8,627	7,193	6,483
C肝復發	-	-	-	-	280	993	810	773	770	668	582
C肝總計	3,504	3,101	3,848	3,554	5,422	12,408	10,307	8,911	9,397	7,861	7,065
<b>總計</b>	<b>9,166</b>	<b>9,250</b>	<b>11,006</b>	<b>11,649</b>	<b>16,784</b>	<b>33,276</b>	<b>28,039</b>	<b>25,448</b>	<b>29,534</b>	<b>26,792</b>	<b>25,798</b>

註1：B肝抗藥株自95年9月起開放治療。

註2：B肝復發自96年10月起開放治療。

註3：B肝抗藥株復發自99年7月起開放治療。

註4：C肝復發自98年11月起開放治療。

註5：當年度收案人次及累計收案人次有可能因病患接受不同療程而有重覆計算之情形。

# 西醫基層總額-新收案人次



項目/年度	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年
試辦診所家數	23	30	28	32	53	91	202	235	221	233	235
B型肝炎	51	51	39	44	110	510	841	875	1683	1394	1,343
B肝抗藥株	-	4	5	10	16	17	19	29	53	29	38
B肝復發	-	-	1	5	15	34	33	49	119	218	239
B肝抗藥株復發	-	-	-	-	-	2	5	6	11	10	14
<b>B肝總計</b>	<b>51</b>	<b>55</b>	<b>45</b>	<b>59</b>	<b>141</b>	<b>563</b>	<b>898</b>	<b>959</b>	<b>1,866</b>	<b>1,651</b>	<b>1,634</b>
C型肝炎	16	21	44	22	49	351	674	837	995	987	744
C肝復發	-	-	-	-	1	23	36	37	69	66	83
<b>C肝總計</b>	<b>16</b>	<b>21</b>	<b>44</b>	<b>22</b>	<b>50</b>	<b>374</b>	<b>710</b>	<b>874</b>	<b>1,064</b>	<b>1,053</b>	<b>827</b>
<b>總計</b>	<b>67</b>	<b>76</b>	<b>89</b>	<b>81</b>	<b>191</b>	<b>937</b>	<b>1,608</b>	<b>1,833</b>	<b>2,930</b>	<b>2,704</b>	<b>2,461</b>

註1：B肝抗藥株自95年9月起開放治療。

註2：B肝復發自96年10月起開放治療。

註3：B肝抗藥株復發自99年7月起開放治療。

註4：C肝復發自98年11月起開放治療。

註5：當年度收案人次及累計收案人次有可能因病患接受不同療程而有重覆計算之情形。



- 已於105年2月1日公告修訂全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫，放寬基層診所於醫療資源不足區，得由具消化內科專科醫師或小兒專科醫師之兼任專科醫師參與，擴大支付嘉惠民眾，以及執行病毒量檢驗。
- 持續監測B型及C型肝炎治療藥物使用情形及費用審核管理。
- 持續請醫療院所於VPN登錄系統登載，以瞭解評估預算由專款項目回歸一般服務項目後，醫院收案的變化情形。



# 初期慢性腎臟病醫療給付改善方案

衛生福利部  
中央健康保險署





# 目的



- 本方案自100年1月1日起開始實施，其目的如下：
- ▶ 減少洗腎發生率：依照實證Guideline給予病患最適切的醫療，並預防阻緩腎功能的惡化、蛋白尿的緩解、避免不當藥物的傷害、預防併發症發生。
  - ▶ 提供衛教諮詢：教導適切的腎病衛教知識，掌握病患狀況，追蹤病況與檢驗結果，提供醫師與家屬在照護上的溝通介面。
  - ▶ 提供定期重要的追蹤檢查：eGFR(腎絲球濾過率)、Upcr(尿蛋白比值)、血清肌酸酐、LDL(低密度脂蛋白)等重要的腎功能檢查。

# 參與醫事人員資格及退場機制



## ➤ 參與醫事人員：具下列資格之醫療院所

除腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師外，其他專科醫師需接受本署認可之慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少6小時(4小時上課+2小時e-learning課程)，並取得證明。

## ➤ 退場機制：

- ▶ 參與本方案之醫師，年度追蹤率小於20%者(指前一年度已收案之個案中，於本年度完成追蹤者)，經輔導未改善，自本保險人文到日之次月起，一年內不得再申報本方案之相關費用。

# 收案對象



➤ 收案前90天內曾在該院所就醫，新收案當次需以「慢性腎臟疾病」為主診斷

CKD stage 1  
病患

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

CKD stage 2  
病患

- 輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等
- $eGFR 60 \sim 89.9 \text{ ml/min/1.73 m}^2 + U_{PCR} \geq 150 \text{ mg/gm}$  (或糖尿病患者  $U_{ACR} \geq 30 \text{ mg/gm}$ )

CKD stage 3a  
病患

- 中度慢性腎衰竭
- $eGFR 45 \sim 59.9 \text{ ml/min/1.73 m}^2$  之各種疾病病患

# 結案條件



- 腎功能持續惡化，其Urine protein/creatinine ratio (UPCR)  $\geq 1000$  mg/gm，或eGFR  $< 45$  ml/min/1.73 m<sup>2</sup>，應建議轉診至「全民健康保險Pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫」院所。(Stage 3b或以上)
- 腎功能改善恢復正常，連續追蹤2次腎功能及蛋白尿並未達慢性腎臟病標準。
- 可歸因於病人者，如長期失聯( $\geq 180$ 天)、拒絕再接受治療、死亡或病人未執行本方案管理照護超過1年者等。

# 102-104年照護管理費申報情形



項目	102年			103年			104年		
	病人數	案件數	醫療點數(百萬)	病人數	案件數	醫療點數(百萬)	病人數	案件數	醫療點數(百萬)
P4301C 新收案管理 照護費	102,282	102,614	20.52	127,935	128,318	25.67	126,315	126,802	25.37
P4302C 追蹤管理照 護費	114,764	164,077	32.83	166,803	244,973	49.01	203,087	305,597	61.11
P4303C 轉診獎勵費	279	286	0.06	431	434	0.09	385	387	0.08
合計	174,915	266,964	53.41	239,217	373,707	74.77	278,037	432,751	86.56

註：本統計為歸戶病人數與累計收案數統計不同。

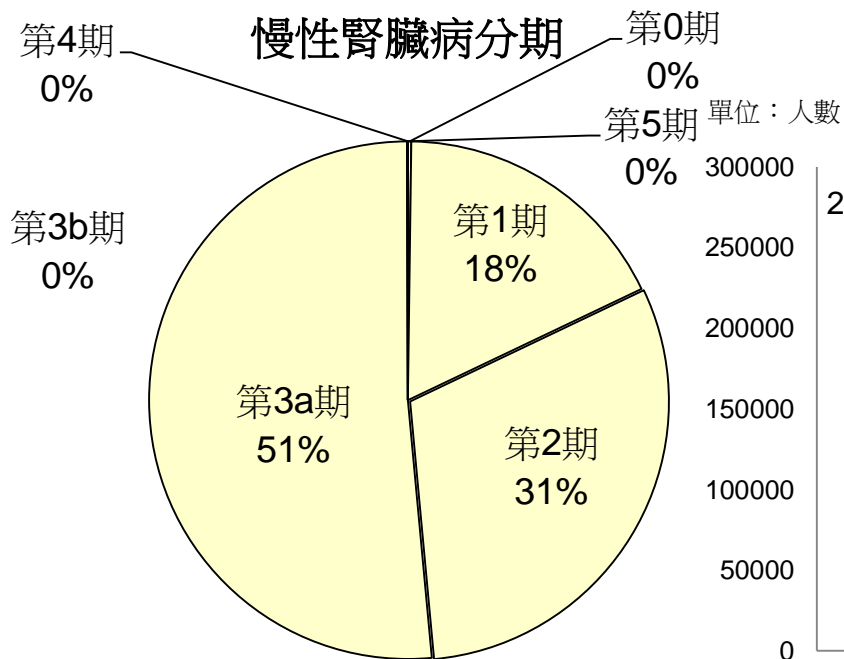
# 102-104年累計收案情形



層級	102年累計收案統計		103年累計收案統計		103年收案 人數成長率 (B-A)/A	104年 累計收案統計		104年收案 人數成長率 (C-B)/B
	申報 家數	累計收案數 (A)	申報 家數	累計收案數 (B)		申報 家數	累計收案數 (C)	
醫學中心	19	48,072	19	81,410	69%	19	108,224	33%
區域醫院	78	57,340	82	91,932	60%	83	125,765	37%
地區醫院	158	35,201	175	53,851	53%	188	71,608	33%
基層診所	640	103,641	702	131,919	27%	783	160,232	21%
合計	895	242,455	978	353,779	46%	1073	456,337	29%

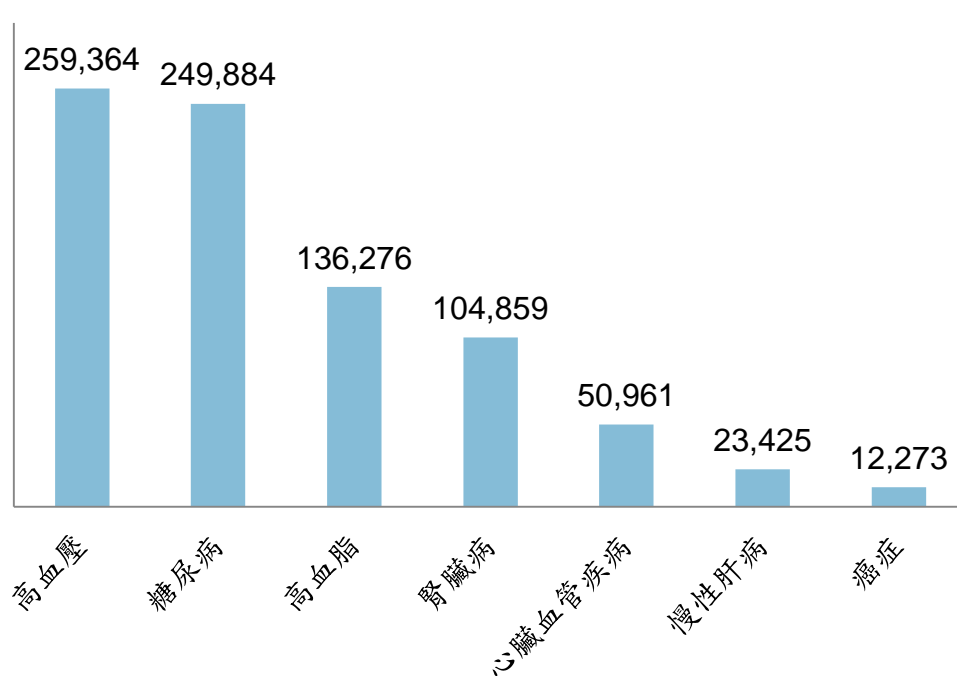
註:收案人數:申報醫令代碼前3碼為P43之人數,從100年方案開辦累計至統計期間之資料,因部分個案結案後,至另一不同層級之院所重新收案,故各層級之收案人數加總不等於合計之人數。

# 依腎臟病分期及伴隨疾病累計收案數



### 伴隨疾病

累計收案數：456,337人



註：本統計為100年至104年累計收案數

# 病患參加照護改善情形



指標	異常	收案數	佔率	改善人數	改善率
血壓控制	$\geq 140/90$ mmhg	57,118	12.52%	15,671	27.44%
糖尿病患 HbA1C控制	$\geq 7.0\%$	162,798	35.67%	27,542	16.92%
低密度脂蛋 白LDL控制	$\geq 130$ mg/dl	107,192	23.49%	42,981	40.10%
戒菸	抽菸	55,949	12.26%	10,228	18.28%

註:資料來源VPN登錄資料，100年至104年資料評估。

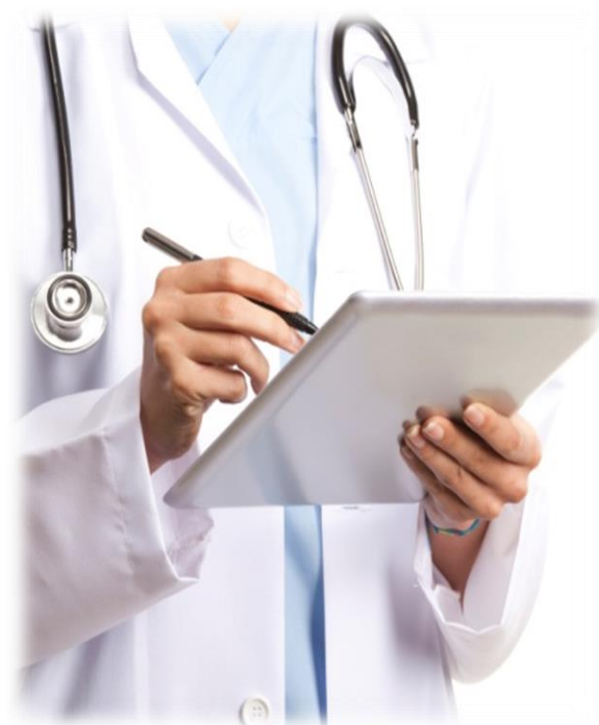


- 本方案為104年參與院所數有828家、收案病人達278,035人，收案率38.5%。
- 收案病人其品質指標有一定比率之病人疾病有改善：
  - ▶ 血壓控制：27.44%
  - ▶ 糖尿病患HbA1C控制：16.92%
  - ▶ 低密度脂蛋白(LDL)控制：40.10%
  - ▶ 戒菸：18.28%
- 持續推廣方案，輔導醫療院所加強收案。



# 末期腎病前期之病人照 護與衛教計畫

衛生福利部  
中央健康保險署



# 目的及預算



## ➤ 目的：

- ▶ 對3b~5期慢性腎臟病人提供積極治療，減少併發症，有效延緩進入末期腎臟病透析之發生率。
- ▶ 結合跨專業、跨領域的醫療團隊，建立以病患為中心的慢性腎臟病整體照護模式，提升我國慢性腎臟病整體之醫療照護品質。
- ▶ 降低末期腎臟疾病發生率為最終目標。

## ➤ 預算來源：

- ▶ 104年度全民健保「其他預算」之「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」項下支應，與「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」、「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」合併運用4.04億元。

# 計畫內容-參與院所



- 具腎臟專科醫師資格，且為本計畫診療申報醫師
- 從事本計畫衛教護理人員：
  - ▶ 領有台灣腎臟護理學會、台灣營養學會、台灣醫療繼續教育推廣學會與台灣腎臟醫學會共同舉辦之慢性腎臟病整體照護訓練班上課證明。
  - ▶ 或具血液透析臨床工作經驗。
  - ▶ 或具腹膜透析臨床工作經驗。
- 營養師得依相關法規規定以支援方式辦理，至少每半年為照護對象進行營養諮詢服務1次。

# 計畫內容-參與院所



## 組成照護團隊

醫療照護

依照K-DOQI Guideline  
給予病患最適切之醫療

飲食營養衛教

教導適切的CKD營養知識  
掌握病患飲食配合狀況

護理衛教

教導CKD衛教知識與資料  
追蹤病況與檢驗結果

其他專科

專業知識的諮詢

社工師

藥師



# 計畫內容-收案條件



Stage  
3b

GFR 30-44.9 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>之各種疾病  
病患

stage  
4

GFR 15-29.9 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> 之各種疾病  
病患

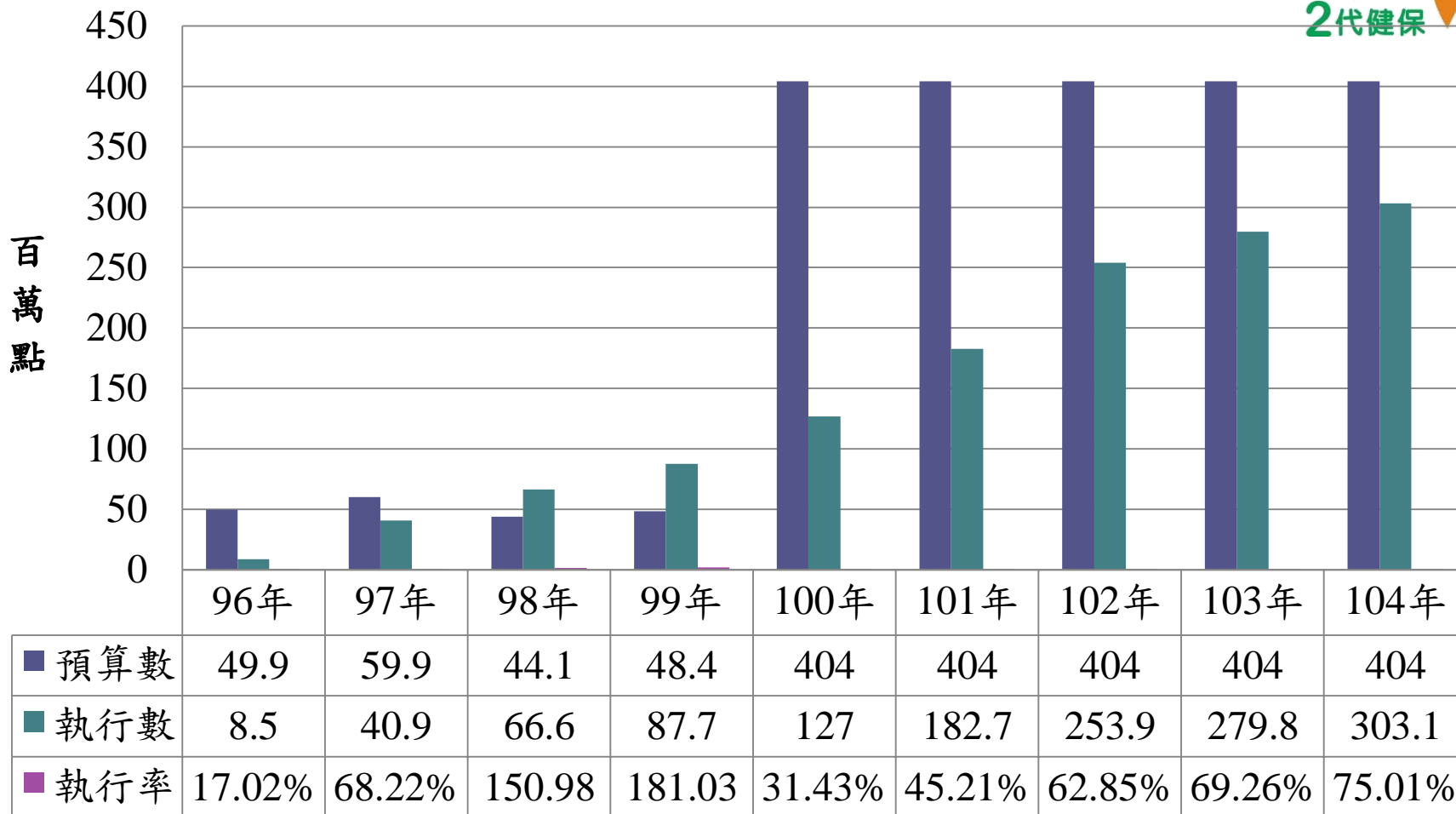
stage  
5

GFR < 15 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>之各種疾病病患

蛋白尿  
病患

24小時尿液總蛋白排出量大於1,000 mg或 Upcr>  
1,000mg/gm之明顯蛋白尿病患

# 96-104年預算執行情形



註1：98、99年執行率超過100%，採浮動點值支付。

註2：100年 (1)CKD預算執行數19.5百萬點。(2)Pre-ESRD計畫預算執行數107.5百萬點。

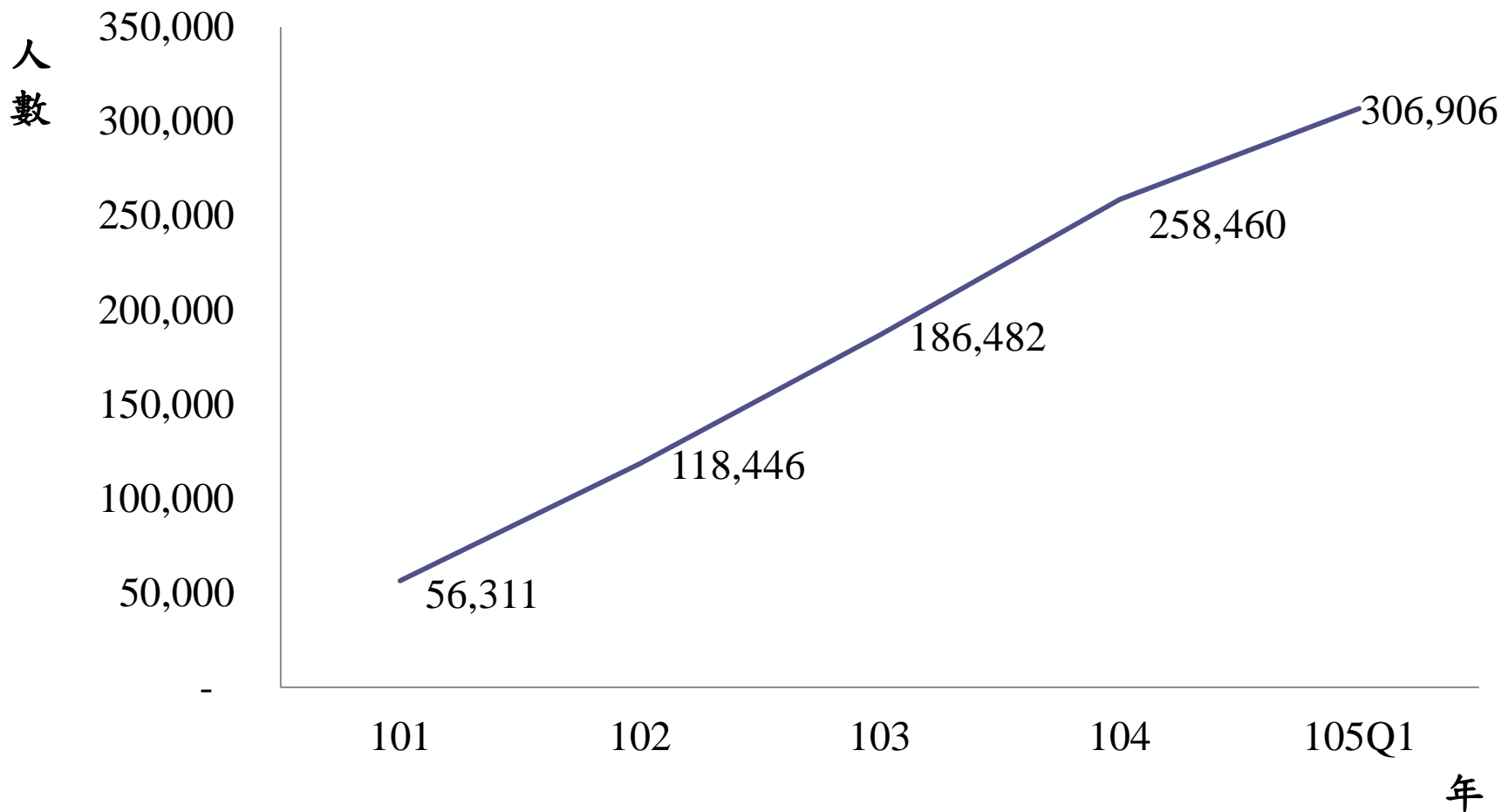
註3：101年 (1)CKD預算執行數37.8百萬點。(2)Pre-ESRD計畫預算執行數144.9百萬點。

註4：102年 (1)CKD預算執行數5,442萬點。(2)Pre-ESRD計畫預算執行數154.5百萬點。(3)102年度慢性腎衰竭門診透析品質提升獎勵計畫預算執行數4,500萬元

註5：103年 (1)CKD預算執行數79.8百萬點。(2)Pre-ESRD計畫預算執行數154.9百萬點。(3)103年度慢性腎衰竭門診透析品質提升獎勵計畫預算執行數4,500萬元

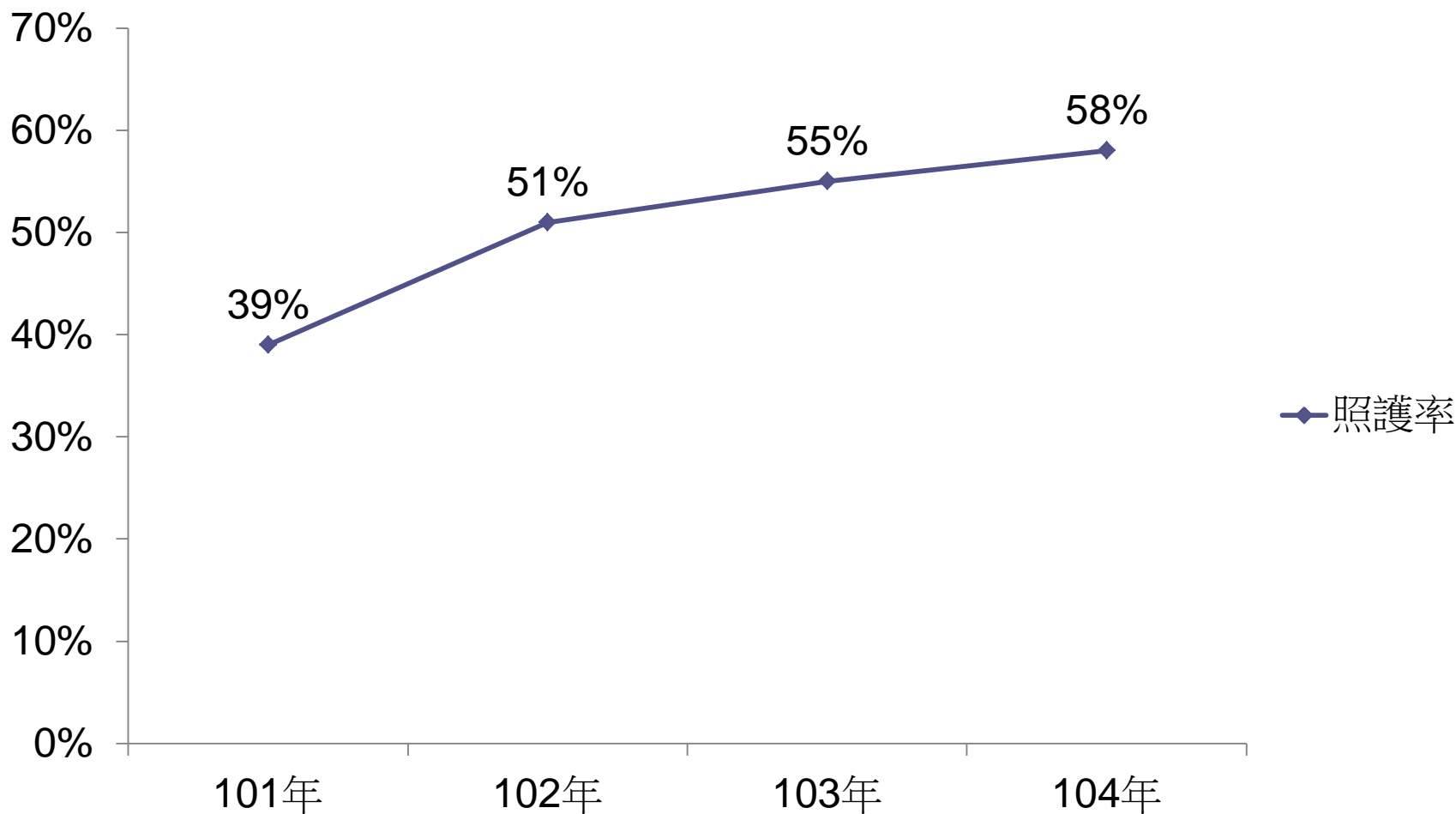
註6：104年 (1)CKD預算執行數93.6百萬點。(2)Pre-ESRD計畫預算執行數164.5百萬點。(3)104年度慢性腎衰竭門診透析品質提升獎勵計畫預算執行數4,500萬元

# 執行情形-累計照護人數





# 每年新透析病人曾接受Pre-ESRD計畫照護之比率



註：Pre-ESRD計畫自101年起以媒體申報格式申報P碼。

# 檢討方向

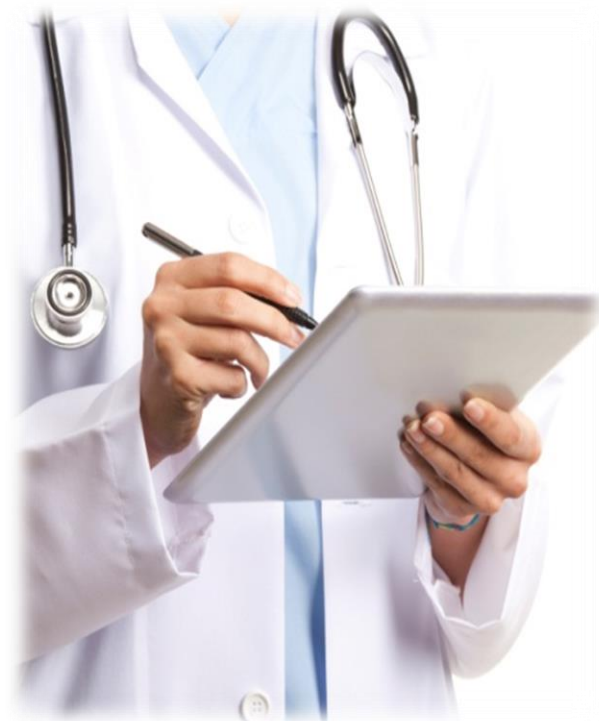


- 持續與腎臟醫學會研討擴大照護率策略。
- 增加資訊公開資料。
  - 符合Pre-ESRD計畫獎勵院所資訊
  - 符合透析院所品質保證保留款各面項得分結果
- 檢討計畫誘因項目。



衛生福利部  
中央健康保險署

# 慢性腎衰竭病人門診透析 服務品質提升獎勵計畫



# 協定事項及經費



- 99~101年經費由醫療發展基金預算項下編列4,500萬元支應
- 102年-104年預算改由全民健保「其他預算」之「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」項下支應，全年預算和「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」與「末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護與衛教計畫」合併運用4.04億元，其中編列4,500萬元支應本計畫。
- 本計畫由保險人與台灣腎臟醫學會及醫事服務機構相關團體代表共同研訂，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。

# 計畫目標



- 提升專業服務品質，減少慢性腎衰竭病患併發症、住院率、死亡率及腹膜炎發生率等。
- 提升慢性腎衰竭病患自我照護能力，預防疾病惡化促進健康。
- 鼓勵有效管理腎臟疾病，持續改善品質，提升腎臟病整體醫療照護品質。

## ➤ 品質監測指標項目如下：

- ▶ 血清白蛋白、血紅素(Hb)、尿素氮移除率(URR)、Weekly Kt/V
- ▶ B肝表面抗原(HBsAg)轉陽率、C肝抗體(anti-HCV)轉陽率
- ▶ 透析治療模式選擇充分告知機制
- ▶ 55歲以下透析病患移植登錄率

➤ 針對各項指標設訂監測值及達成率，符合規定之院所方可得分。

➤ 依全年得分之高低訂定加權指數，得分越高分配加權越多。

# 執行情形



- 104年起各項品質指標資料改為向本署申報。
- 104年核發家數及占率統計：
  - ✓ 血液透析核發家數為461家，占率74%；103年為89%。
  - ✓ 腹膜透析核發家數為71家，占率60%；103年為80%。



# 急診品質提升方案

衛生福利部  
中央健康保險署





# 緣由、目的及經費



## ➤ 緣由及施行日期：

大醫院急診壅塞為大眾關心，影響重症醫療品質，101年5月起施行本方案。

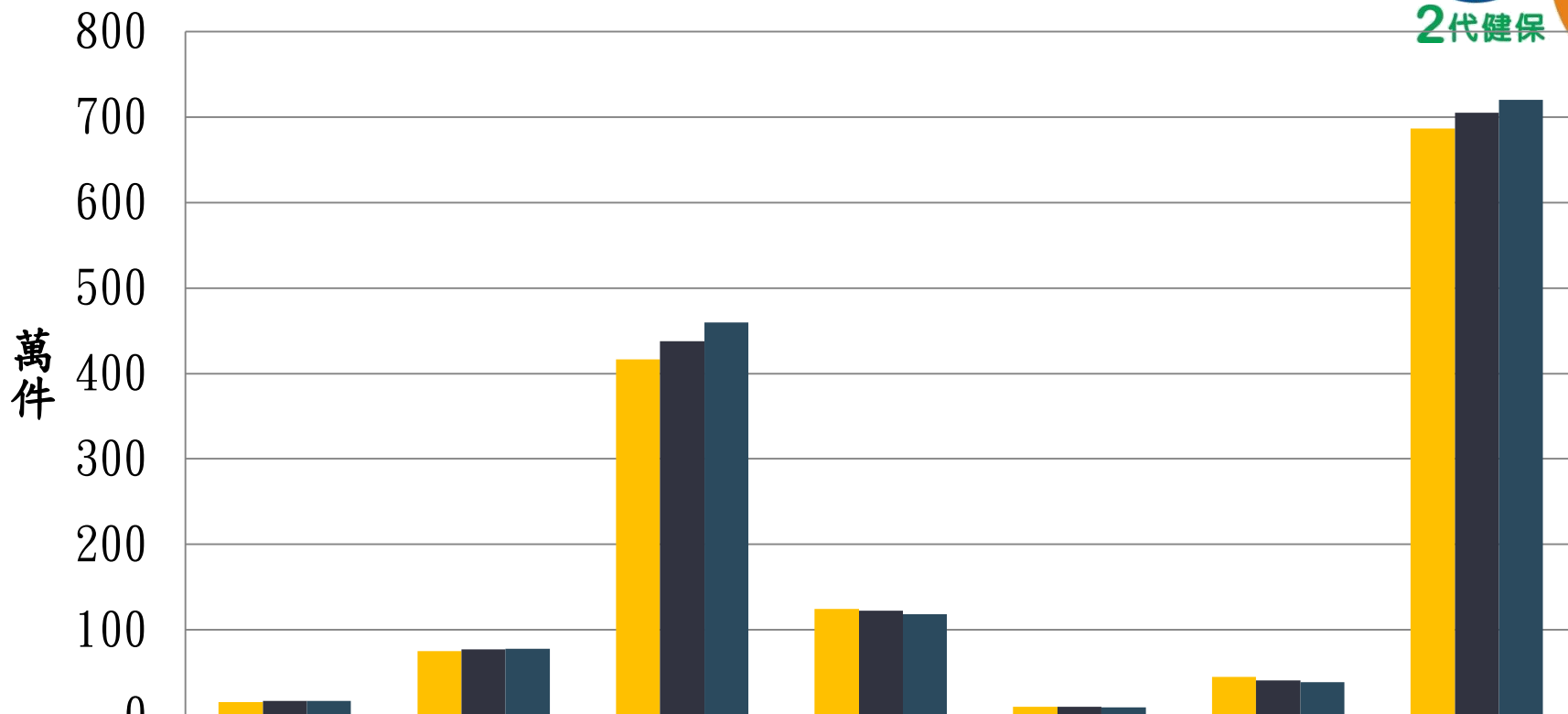
## ➤ 目的：

1. 確保重大疾病照護品質
2. 落實品質導向轉診制度
3. 提升急診病人處置效率
4. 提高急診照護品質

## ➤ 經費：

101~103年每年經費皆為3.2億元，104年經費為1.6億元。

# 近3年全國各級檢傷分類急診案件



	第1級	第2級	第3級	第4級	第5級	其他	總計
■ 102年	15.6	75.2	416.4	124.5	10.3	44.8	686.9
■ 103年	17	77.4	437.6	122.3	9.9	40.9	705.1
■ 104年	16.8	77.6	459.4	118.5	9	39	720.4

# 近3年各層級醫院各級檢傷分類急診案件



特約類別	檢傷類別	102年		103年		104年	
		件數(萬)	占率	件數(萬)	占率	件數(萬)	占率
醫學中心	小計	183.7	100.0%	189.2	100.0%	193.4	100.0%
	第1級	6.2	3.4%	6.5	3.0%	6.2	3.7%
	第2級	32.0	17.4%	32.4	15.7%	32.0	5.0%
	第3級	115.8	63.0%	123.2	66.6%	131.2	77.2%
	第4級	25.6	13.9%	24.5	13.3%	21.8	12.8%
	第5級	2.3	1.3%	1.7	0.9%	1.3	0.8%
	其他	1.9	1.0%	0.9	0.5%	0.9	0.5%
區域醫院	小計	347.3	100.0%	360.1	100.0%	366.9	100.0%
	第1級	7.5	2.2%	8.2	2.1%	8.5	2.3%
	第2級	35.4	10.2%	36.7	9.9%	37.8	10.3%
	第3級	228.1	65.7%	240.6	66.9%	249.7	68.0%
	第4級	68.0	19.6%	66.1	18.6%	62.3	17.0%
	第5級	5.2	1.5%	5.6	1.6%	4.9	1.3%
	其他	3.1	0.9%	2.9	0.8%	3.7	1.0%
地區醫院	小計	151.5	100.0%	151.7	100.0%	156.8	100.0%
	第1級	1.9	1.3%	2.3	1.5%	2.1	1.4%
	第2級	7.8	5.2%	8.3	5.7%	7.8	5.0%
	第3級	72.4	47.8%	73.7	50.1%	78.6	50.1%
	第4級	31.0	20.4%	31.7	20.5%	34.4	21.9%
	第5級	2.8	1.9%	2.6	1.7%	2.8	1.8%
	其他	35.5	23.4%	33.1	20.4%	31.2	19.9%

# 費用支付方式



## 重症照護

- 訂定到院急診一定時間內接受必要之用藥或治療處置或手術之標準及獎勵。
  - 急性腦中風、急性心肌梗塞、重大外傷獎勵2,000點
  - 嚴重敗血症獎勵1,000點

## 轉診品質獎勵

- 上轉：醫院照護能力未符需求之病人，轉診至上一級醫院給予獎勵，每個案轉出及轉入醫院各支付500點。
  - 主診斷包括急性心肌梗塞，急性腦中風、主動脈剝離、重大外傷須緊急手術、大量腸胃道出血、嚴重敗血症等疾病。
- 下轉或平轉：收治病況穩定者，轉出至同等級或下一級醫院之適當醫療機構，給予獎勵，下轉個案之轉入及轉出醫院各支付1,000點，平轉個案醫院各支付500點。
  - 主診斷包括上消化道出血，肺炎，泌尿道感染、肝硬化或肝昏迷、鬱血性心臟衰竭、軟組織之蜂窩組織炎等疾病急診病人。

# 費用支付方式



## 急診處置效率獎勵指標

- 壅塞指標：急診病人停留超過24小時之比率
- 效率指標：
  - ✓ 完成急診重大疾病照護病人進入加護病房 < 6小時之比率
  - ✓ 檢傷一、二、三級急診病人轉入病房 < 8小時之比率
  - ✓ 檢傷四、五級急診病人離開醫院 < 4小時之比率
  - ✓ 地區醫院急診病人增加

## 補助急診專科醫事人力

- 醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務
  - ✓ 每人每次每月補助上限1.5萬點。
  - ✓ 派出支援與接受支援之醫院皆可接受本項補助)
- 補助地區醫院增聘急診專科醫師人力
  - ✓ 每人每月補助3萬點。
  - ✓ 未滿1人則依比例發放補助
- 上述2項補助合計，每家地區醫院全年申請上限為1.8百萬點。

# 費用支付方式



維持獎：  
壅塞指標  
 $\leq 1\%$

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

進步獎：  
壅塞指標  
 $> 1\%$

- 前三項效率指標年度進步8%以上，每一醫院給予10點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數之獎勵
- 前三項效率指標年度進步10%以上，每一醫院給予15點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數之獎勵
- 以上單項指標達到給予1/3，兩項指標達到給予2/3

進步獎：  
地區醫院

- 地區醫院本年急診人次較上年增加，每增加1人次支給500點之獎勵

# 方案所列各類獎勵統計



## 102年至104年急診品質提升方案獎勵金統計

特約類別	家數	重大疾病 照護品質 獎勵	轉診品質 獎勵	急診處置效率獎勵			小計	補助急診 專科醫師 人力	總計
				維持獎	進步獎	地區醫院急診 病人增加獎			
<b>102年</b>									
醫學中心	19	465.5	762.1	59.2	389.6		448.8		1,676.3
區域醫院	68	386.4	637.6	747.5	131.0		878.5		1,902.6
地區醫院	96	37.0	551.6	128.4		504.6	633.0		1,221.6
小計	183	888.9	1,951.3	935.1	520.6	504.6	1,960.3		4,800.5
<b>103年</b>									
醫學中心	19	527.6	872.9	63.0	238.3		301.3		1,679.6
區域醫院	62	403.1	671.3	544.4	35.4		579.8		1,615.6
地區醫院	81	36.7	614.5	138.0	10.9	3,450.1	3,599.0		4,230.1
小計	162	967.4	2,158.8	745.3	284.6	3,450.1	4,480.0		7,525.3
<b>104年</b>									
醫學中心	19	936.5	1,293.7	63.5	63.9	-	127.4	72.4	2,425.6
區域醫院	65	650.1	881.2	672.1	171.8	-	843.8	3.2	2,371.5
地區醫院	82	175.6	760.6	134.2	16.8	2,950.1	3,101.2	690.6	4,727.9
小計	166	1,762.2	2,935.5	869.8	252.5	2,950.1	4,072.4	766.2	9,525.0

◎資料來源：健保署二代倉儲門診、住院明細醫令檔(擷取日期：105年5月20日)。

◎特約類別：以申報當時之特約狀況認定。

# 急診處置效率相關指標執行情形



## 急診處置效率相關指標整體監測結果

單位：人次、%

	3.1 完成急診重大疾病照護進入加護病房<6小時之比率			3.2 檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8小時之比率			3.3 檢傷四、五級急診病人離開醫院<4小時之比率			3.4 地區醫院急診病人增加	
	完成急診重大疾病照護於6小時內轉入加護病房人次 A	完成急診重大疾病照護總人次 B	比率 C=A/B	檢傷一至三級急診病人8小時內住院人次 D	檢傷一至三級病人住院人次 E	比率 F=D/E	檢傷四、五級病人4小時內出院人次 G	檢傷四、五級病人出院人次 H	比率 I=G/H	急診病人次	急診病人次(不含職災案件)
102年											
醫學中心	1,588	2,217	71.6%	181,422	334,055	54.3%	226,518	256,503	88.3%		
區域醫院	1,460	1,670	87.4%	430,629	547,571	78.6%	636,239	685,746	92.8%		
地區醫院	175	230	76.1%	116,894	126,718	92.2%	311,578	323,751	96.2%	1,497,068	1,488,569
小計	3,223	4,117	78.3%	728,945	1,008,344	72.3%	1,174,335	1,266,000	92.8%		
103年											
醫學中心	1,867	2,736	68.2%	187,432	349,061	53.7%	217,103	243,694	89.1%		
區域醫院	1,543	1,775	86.9%	427,509	559,879	76.3%	625,573	670,548	93.3%		
地區醫院	151	201	75.1%	117,352	128,189	91.6%	317,623	329,335	96.4%	1,507,745	1,507,199
小計	3,561	4,721	75.4%	732,293	1,037,129	70.6%	1,160,299	1,243,577	93.3%		
104年											
醫學中心	2,201	4,096	53.7%	198,019	370,862	53.4%	199,086	220,366	90.3%		
區域醫院	2,258	2,825	79.9%	453,087	584,072	77.6%	595,584	633,905	94.0%		
地區醫院	393	808	48.6%	122,820	136,111	90.2%	344,675	356,163	96.8%	1,557,682	1,557,675
小計	4,852	7,729	62.8%	773,926	1,091,045	70.9%	1,139,345	1,210,434	94.1%		

◎資料來源：健保署二代倉儲門診、住院明細醫令檔(擷取日期：105年5月20日)。



# 急診處置效率相關指標執行情形



## ➤ 104年與103年本方案急診處置效率指標相較：

- ▶ 完成急診重大疾病照護進入加護病房<6小時之比率  
各特約類別比率皆略降。
- ▶ 檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8小時之比率  
各特約類別比率皆略降。
- ▶ 檢傷四、五級急診病人離開醫院<4小時之比率  
各特約類別比率皆增加。

➤ 綜上各項指標所示，104年急診處置效率與103年變化不大，尚待觀察後續趨勢變化。

# 成效評估-重症照護方面



## ➤ 申報重症照護獎勵人次：

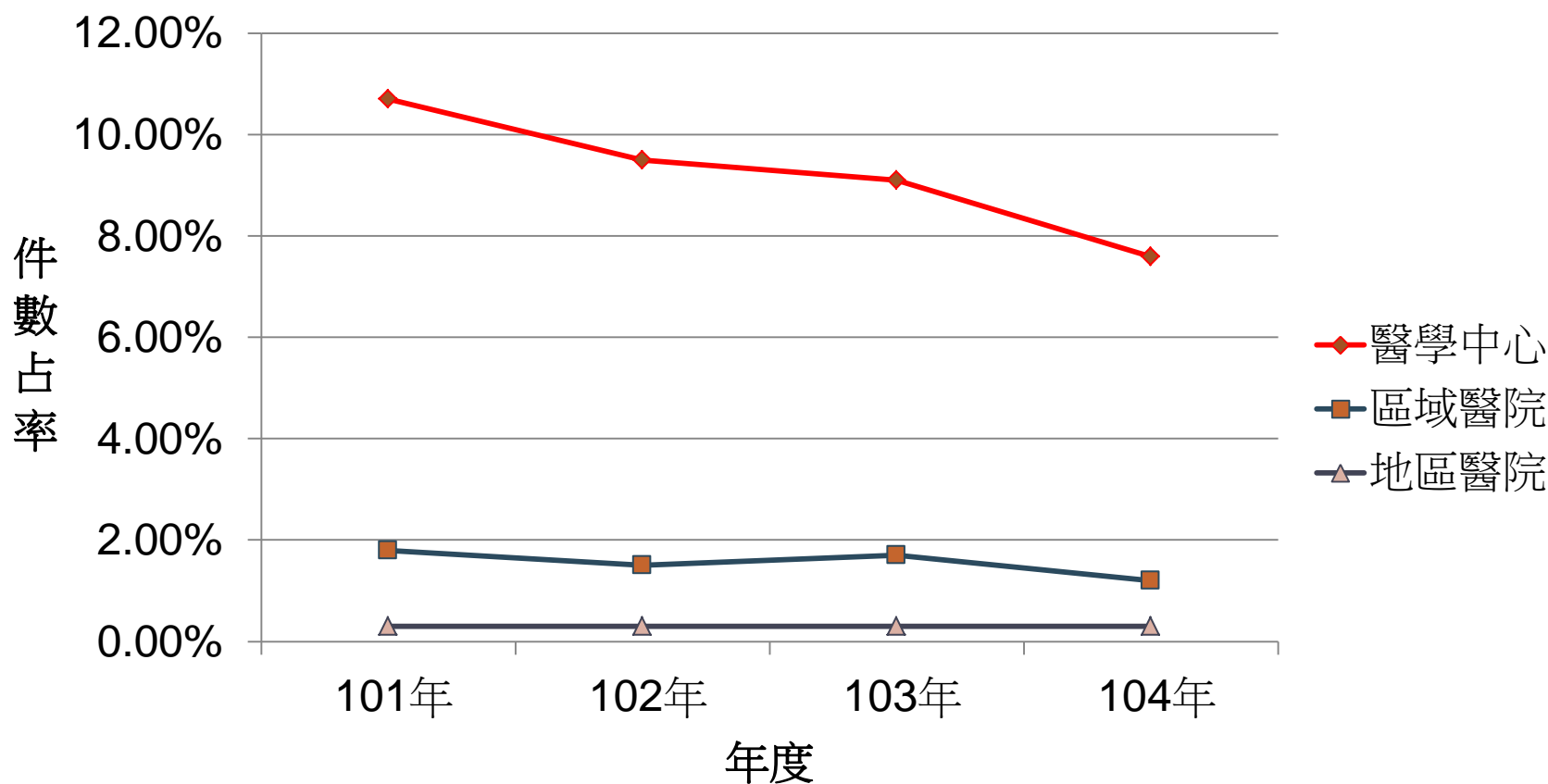
- ▶ 102年全年件數共5,168件。
- ▶ 103年全年件數共5,578件。
- ▶ 104年全年件數共8,881件。

➤ 各年度之重症照護申報獎勵件數逐年增加，104年更成長近60%，顯示院所依計畫方案，對重症者即時的照護件數有穩定增加的趨勢。

# 成效評估-急診處置方面



➤ 各特約類別醫院急診轉住院停留急診超過48小時件數占率趨勢圖



# 成效評估-急診處置方面



## ➤ 各特約類別醫院急診轉住院停留急診超過48小時件數占率及成長率

特約類別	急診後轉住院件數		停留超過48小時之件數		
	值	成長率	值	占率	成長率
<b>醫學中心</b>					
101年	383,910	-0.9%	41,012	10.7%	9.6%
102年	368,239	-4.1%	35,853	9.5%	-12.6%
103年	387,906	5.3%	36,000	9.1%	0.4%
104年	390,571	0.7%	30,835	7.6%	-14.4%
<b>區域醫院</b>					
101年	623,936	-2.8%	11,457	1.8%	81.1%
102年	608,818	-2.4%	9,414	1.5%	-17.8%
103年	638,380	4.9%	11,371	1.7%	20.8%
104年	649,556	1.7%	8,674	1.2%	-23.7%
<b>地區醫院</b>					
101年	176,521	0.3%	489	0.3%	135.1%
102年	181,729	2.4%	555	0.3%	25.4%
103年	178,288	-1.4%	568	0.3%	-7.3%
104年	187,073	4.9%	595	0.3%	4.8%

註:◎資料來源:中央健康保險署二代倉儲門診明細、醫令及住院明細、醫令檔(擷取日期:105.5.20)。

◎急診停留超過48小時為急診停留時間>2\*24\*60=2880分。

◎特約類別:以當年度最後特約狀況認定。

◎成長率係指與去年同期比較。

# 成效評估-急診處置方面



- 急診轉住院停留急診超過48小時件數占率：
  - ▶ 醫學中心及區域醫院逐年穩定下降，104年分別下降1.5%及0.5%。
  - ▶ 地區醫院持平，變化不大。
  
- 綜上顯示，急診個案留置醫學中心急診室過長情形，已穩定改善中。



衛生福利部  
中央健康保險署

# 跨層級醫院合作計畫



# 計畫簡介



## 計畫目標

- 鼓勵醫院跨層級合作，建置區域性醫療支援系統。
- 促進中、大型醫院醫師支援社區醫院，提升社區內醫療服務品質與內容，吸引民眾回歸社區就醫。
- 透過醫師支援模式，讓可以在社區醫院提供的醫療服務回歸社區，讓中、大型醫院醫師能更深入瞭解社區醫療需求，更願意投入社區地區醫院服務的行列，亦使社區醫院醫療團隊提升照護水準。
- 建立落實分級醫療及雙向轉診制度之基礎，減少健保、醫療資源重覆不當使用，民眾亦免受舟車勞頓之苦。

## 預算來源

- 104年度全民健康保險醫療給付費用總額其他預算及其分配之「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。

## 計畫期間

- 104年1月1日至104年12月31日

# 計畫簡介



醫學中心、區域醫院

跨層級合作團隊

支援

每診日補助2,600點：

- 接受支援地區醫院1,300點。
- 派出支援之醫學中心或區域醫院1,300點。



地區醫院

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、醫療團隊訓練)

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

醫療資訊交換  
(電子病歷互通、醫療影像交換)

醫療設備共享



# 預算執行



- 104年2月2日公告，跨層級合作團隊組成及磨合需要時間，執行率不高。

單位：億元

年別	104年
預算數	1
預算執行數	0.13
預算執行率	13.51%

註：資料來源為104年結算報表

# 參與醫院數



➤ 38個醫院團隊：共38家接受支援醫院、47家派出支援醫院(醫學中心、區域醫院)

分區\項目	計畫執行 團隊數	接受支援 醫院數 (主責醫院)	支援醫院數			參與醫 師數
			醫學中心	區域醫院	小計	
台北	4	4	4	5	9	15
北區	10	10	1	9	10	40
中區	10	10	3	7	10	86
南區	7	7	2	6	8	38
高屏	6	6	3	5	8	57
東區	1	1	1	1	2	3
<b>全署</b>	<b>38</b>	<b>38</b>	<b>14</b>	<b>33</b>	<b>47</b>	<b>239</b>

註：  
支援科別包含：內科、骨科、泌尿科、心臟內科、神經外科、外科、耳鼻喉科、婦產科、神經內科、復健科、腸胃科、眼科、胸腔內科、家醫科、乳房外科、精神科、急診醫學科、新陳代謝暨內分泌、感染科、風濕免疫科、皮膚科、整形外科、職業醫學科、兒科、胸腔外科、麻醉科、大腸直腸科、心臟外科、放射診斷科、西醫一般科。

# 醫療服務提供情形



分區\項目	接受支援診次	總服務時數	總服務 人次	總服務 人數	醫療費用點數 (千點)
台北	409	1,227	5,876	2,057	7,898
北區	1,167	3,501	45,932	14,358	88,131
中區	1,749	5,247	53,378	18,601	119,216
南區	1,047	3,141	12,565	4,802	15,966
高屏	1,989	5,967	34,196	16,904	39,368
東區	90	270	696	307	560
<b>全署</b>	<b>6,451</b>	<b>19,353</b>	<b>152,643</b>	<b>57,213</b>	<b>271,140</b>

# 民眾滿意度



➤ 104年執行本計畫之跨層級合作團隊有38個，其中31個團隊的民眾滿意度 $\geq 85\%$ (達成率為82%)，整體民眾滿意度平均為88%。

評核指標	項目	104年
參與本計畫民眾 就醫滿意度 $\geq 85\%$	跨層級合作團隊數	38
	指標達成團隊數	31 (82%)
	問卷份數(民眾及醫師)	5,105
	平均民眾滿意度	88%
	平均醫師滿意度	86%

# 評核指標



- 接受支援的地區醫院總門診就醫人次較去年同期增加：104年執行本計畫，38家接受支援的地區醫院中，有22家的總門診就醫人次較去年同期增加。

	項目	104年
接受支援的地區醫院總門診就醫人次較去年同期增加	指標達成家數	22
	被支援醫院的103年門診人次(千次)	3,293
	被支援醫院的104年門診人次(千次)	3,405
	被支援醫院的104年門診人次成長率	3.39%

# 評核指標



- 接受支援之地區醫院「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」<sup>2代健保</sup>  
≥當年全部醫院查詢率60百分位：104年全部醫院之「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」60百分位為81%，38家接受支援的地區醫院，有16家查詢率≥81%，平均查詢率為71%。

	項目	104年
接受支援之地區醫院「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」≥當年全部醫院查詢率60百分位	指標達成家數	16
	門診病人查詢數	238,727
	門診病人數	335,217
	平均查詢率	71%

# 評核指標



- 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服)、降血脂(口服) 2代健保  
38家接受支援的地區醫院，皆有申報降血壓藥物，其中34家的用藥重複率較去年同期降低；降血脂藥物，則有37家申報，其中32家用藥重複率較去年同期降低。

-降血壓DA-1713		-降血脂DA-1714	
目標數	38	目標數	37
指標達成家數	34	指標達成家數	32
目標達成率	89.50%	目標達成率	86.5%
被支援醫院 103年重複率	0.76%	被支援醫院 103年重複率	0.46%
被支援醫院 104年重複率	0.54%	被支援醫院 104年重複率	0.27%

註：38家承作醫院，其中1家無申報降血脂藥物。

# 評核指標



- 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜、抗憂鬱：接受支援的地區醫院中，有36家申報安眠鎮靜藥物，其中33家的用藥重複率較去年同期降低；抗憂鬱症藥物，有31家醫院申報，其中22家的用藥重複率較去年同期降低。

安眠鎮靜DA-1731		抗憂鬱DA-1730	
目標數	36	目標數	31
指標達成家數	33	指標達成家數	22
目標達成率	91.7%	目標達成率	71.0%
被支援醫院 103年重複率	2.62%	被支援醫院 103年重複率	0.94%
被支援醫院 104年重複率	1.70%	被支援醫院 104年重複率	0.79%

註：38家承作醫院中，2家無申報安眠鎮靜、7家無申報抗憂鬱症藥。



# 檢討



- 本年度預算執行率為13.51%，104年自2月2日公告，共有146家地區醫院符合本計畫參與資格，計有38家組成合作團隊執行本計畫。
- 本計畫執行一年，執行成效應持續觀察。



衛生福利部  
中央健康保險署

# 鼓勵醫事服務機構即時 查詢病患就醫資訊方案



# 方案目的與執行重點



## ➤ 目的：

鼓勵特約醫事服務機構提升網路頻寬，以利即時並迅速辦理各項全民健保相關業務，另查詢雲端藥歷及健保卡內存放最近6次就醫資料及上傳檢驗(查)結果等，對跨院所就醫民眾，可提升就醫安全。

## ➤ 預算來源：104年「其他預算」22億元。

## ➤ 執行內容：

- ▶ 採穩健逐步推動方式，103年上半年以鼓勵醫院申辦；103年下半年推廣至診所及藥局；104年擴大推廣至交付機構。
- ▶ 醫院層級別選擇企業型光纖4M或6M或10M，基層診所及交付機構選擇企業型或專業型光纖1M或2M以上之網路。另地區醫院規模差異大，授權本署各分區業務組視服務規模，申請企業型或專業型光纖2M以上之網路頻寬。

# 支付方式



支付項目	支付方式
網路月租費	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ 基本費：補助50%。</li><li>◆ 指標獎勵：扣除基本費後，按指標達成率之支付權重總和支付(詳下張投影片)。<ul style="list-style-type: none"><li>➤ 醫院5項指標。</li><li>➤ 診所及交付機構4項指標（擇二項）。</li></ul></li></ul>
上傳檢驗(查)結果及出院病歷摘要獎勵金	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ 上傳檢驗(查)結果：<ul style="list-style-type: none"><li>➤ 基本費：上傳率&gt;50%且上傳醫令數&gt;0，每季醫院2,500元、診所及交付機構750元。</li><li>➤ 上傳獎勵金：符合之支付基本費者，支付非報告型資料每筆1點、報告型資料每筆5點。</li></ul></li><li>◆ 上傳出院病歷摘要獎勵金：每筆5元。</li></ul>

指標名稱	醫院適用		診所及交付機構適用	
	指標達成率	支付 權重	指標達成率	支付 權重
住院病人健保雲端藥歷系統查詢率	第一季>15% 第二季>30% 第三季>45% 第四季起>60%	20%		
門診病人健保雲端藥歷系統查詢率	第一季>12% 第二季>24% 第三季>36% 第四季起>50%	40%	第一季>5% 第二季>10% 第三季>15% 第四季起>20%	50%
特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率	≥90%	15%	≥90%	50%
抽審案件數位審查	門診或住診至少一個西醫科別達評核標準，建置檢索快查功能並完成健保署分區業務組認可之試傳作業後，並正式單軌運作者	15%	完成試傳作業，並正式單軌運作者 (西醫基層診所排除適用)	50%
特定檢查項目(CT、MRI、PET)資源共享率	≥2.1%	10%		
健保卡登錄處方及上傳作業正確率			≥90%	50%

# 執行情形



- 104年中華電信公司已開立計費明細之4,943家醫事服務機構【醫學中心21家(占家數81%)、區域醫院83家(占家數99%)、地區醫院246家(占家數67%)、診所3,441家(占家數17%)、藥局1,151家(占家數19%)及檢驗所1家(占家數0.5%)】月租費為1.3億元，審核後核付1.22億元，月租費補助率為93% (1.22億元/1.3億元)。
- 上傳檢驗(查)結果及出院病歷摘要獎勵金約2.61億元。
- 預算執行總數3.83億元 (1.22億元+2.61億元=3.83億元)，預算執行率為17% (3.83億元/22億元)。

# 成效評估



- 頻寬提升為本署與特約醫事機構間全民健保業務朝電子化、無紙化及即時性互動之基礎建設
- 傳輸大量資料及執行線上互動如「健保雲端藥歷系統查詢」、「特定醫療資訊查詢關懷名單」、「健保卡登錄處方及上傳作業」、「抽審案件數位審查」及「檢驗檢查結果」上傳等使用端對速度提升較有感
- 運用頻寬執行一年約4億件醫療費用案件之申報與審查，以及執行一年近6千億元之總額預算
- 運用在雲端藥歷系統節省約105億元之藥費，逐步收載一年3億筆檢驗(查)結果資料供原有之雲端藥歷系統及新建置之健康存摺系統使用後，預期其對全民健康之貢獻，效益可期待

# 105年公告計畫修正重點



- 考量部分地區醫院服務規模較小，得由本署分區業務組認定後，同意其申請企業型或專業型光纖2M或1M以上網路費用頻寬。
- 為提升特約醫事服務機構之參與率，網路月租費之基本費補助比率維持50%。
- 網路月租費之核付指標修訂如下：
  - ✓ 增訂「檢驗(查)結果上傳率」，指標達成率70%以上，醫院支付權重20%，並調整其他指標之支付權重，診所及交付機構支付權重50%。
  - ✓ 西醫基層診所得適用「門診抽審案件數位審查」指標。
  - ✓ 考量檢驗所代檢案件，登錄作業在處方端，故修訂「健保卡登錄處方及上傳作業正確率」為「健保卡上傳作業正確率」。



# 105年公告計畫修正重點

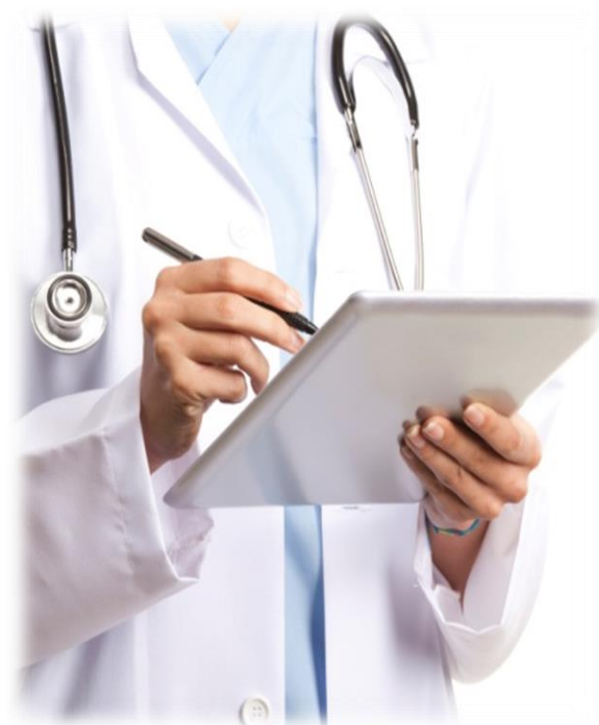


- 截至105年6月30日止申辦家數8,769家，另醫院、診所及藥局占特約家數比率如下：
  - ✓ 醫院421家，占88%（區域級以上醫院申辦率100%、地區醫院申辦率85%）
  - ✓ 診所6,455家，占32%
  - ✓ 藥局1,876家，占31%
  - ✓ 其他交付機構及助產所17家
- 105年增加「上傳人工關節植入物資料獎勵金」，檢驗（查）結果上傳筆數增加到約2億筆，且至105年6月已申辦家數增加至8,769家，推估105年結算金額可達8億元，預算執行率可達八成。
- 106年研議納入居家及巡迴醫療服務之行動VPN（Mobile Data Virtual Private Network, MDVPN）月租費之補助。



衛生福利部  
中央健康保險署

# 高診次者藥事照護計畫



# 99年至104年執行情形彙整表



年度	99年	100年	101年	102年	103年	104年
預算金額（萬元）	924（僅臺北及高屏業務組）	3,600（全國）	3,600（全國）	5,400（全國）	5,400（全國）	5,400（全國）
申報金額（萬元）（預算執行率）	509.8 （55%）	3,225.5 （90%）	3,401.2（94%）	4,930.2 （91%）	5,136.2 （95%）	4,397.3 （81%）
預定收案輔導人數	1,100	4,300	至少4,300	至少7,000	至少7,000	至少7,000
實際收案輔導人數（收案率）	808 （73.45%）	4,041 （93.98%）	4,966 （115%）	8,038 （115%）	8,198 （117%）	7,846 （112%）
參與計畫藥師人數（藥局家數）	42（35）	101（94）	135（122）	174（142）	170（135）	162（132）
平均每位藥師輔導人數	19	40	37	46	48	48
預定輔導成效	<u>門、住診</u> 醫療費用-10%	<u>門、住診</u> 醫療費用-10%	門診醫療費用-12%	門診醫療費用-12%	門診醫療費用-14%	門診醫療費用-14%
實際輔導成效（醫療費用下降率）	-3,547,124點 （門診下降雖為-20%，但門住診合計為-4%）	-8,066,812點 （門診下降雖為-10%，但門住診合計為-2%）	-42,524,787點（-14%）	-71,920,312點（-16%）	-63,255,767點（-14%）	-66,366,180點（-17%）
門診藥費下降值（下降率）	-466萬 （-19%）	-858萬 （-10%）	-876萬 （-11%）	-494萬 （-4%）	-286萬 （-2%）	-1,185萬 （-11%）

# 104年計畫目標與重點



## ➤ 目的：

針對門診高利用之保險對象進行居家訪視，輔導正確服用藥物觀念，避免藥物重複使用，強化用藥安全，間接減少醫療資源之浪費。

➤ **施行區域：**全國實施，預算為其他部門，全年經費5,400萬元。

➤ **實施期間：**104年1月至12月。

## ➤ 預期目標及成效：

- 104年預期收案人數至少為7,000人。
- 預期輔導成效：以照護個案開始接受輔導至104年12月31日，與前一年同期比較，門診醫療費用降低14%以上。
- 監測指標：
  - 1) 醫師及照護個案對藥師建議事項之回應比率達50%。
  - 2) 照護個案對藥師照護的滿意度達80%以上。
  - 3) 照護個案生活品質提升：以「EQ-5D-5L」生活品質問卷進行調查，效用分數平均上升0.074。
  - 4) 藥師協助照護個案將藥品整理成七日藥盒之比率達30%。

# 主要輔導對象



第一優先：具有2種以上慢性疾病者，其在 $\geq 2$ 家院所領取 $\geq 13$ 張慢性病連續處方箋者

第二優先：藥費在前50百分位且就醫院所家數 $\geq 6$ 家者。

另西醫基層醫師或分區業務組認為需要藥師專業輔導轉介之個案。

輔導對象係以前1年(10210-10309)申報門診就醫次數 $\geq 90$ 次者為基礎，再以優先輔導順序進一步篩選

第三優先：半數以上處方箋之藥品品項 $\geq 6$ 種者。

第四優先：扣除第一至第三優先後者。

104年新增：居住於向保險人報備同意指派醫事人員提供醫療服務之照護機構住民，前一年(102年10月~103年09月)領有慢性病處方箋且平均每日服用藥品超過10個品項者

# 支付方式



- 採論次計酬，每次支付1,000點，每點1元。由保險對象自行前往藥事人員執業之特約藥局接受照護，每次支付600點，每次至少30分鐘，並應完成書面報告及註明輔導起訖時間。屬照護機構個案每次支付700點。
- 藥事人員之訪視地點屬「全民健康保險山地離島地區」、「全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」地區者，每次支付1,200點，每點1元。
- 每位保險對象每月輔導不超過1次(含)，全年以8次為上限。每位藥師收案人數以140位為上限，原則上每日輔導上限為10位。
- 收案對象須具有接受輔導之書面同意書，同意接受藥師輔導至當年度12月底，始為給付對象。
- 藥師輔導後須填具訪視紀錄表並上傳至藥師全聯會設置之照護管理系統，遇有保險對象申訴或疑義時，保險人得向藥師全聯會調閱上開資料查核，並應於提供服務時，將健保卡過卡，且應於服務登錄後24小時內上傳本署。

# 獎勵機制



- 獎勵資格：個別藥師輔導之所有個案開始輔導至104年12月31日之門診醫療費用與前1年同期比較，門診醫療費用下降達17%以上者。
- 總獎勵金額：以計畫節餘款為準，如節餘款超過計畫經費之5%，則以5%為上限；另若總節省點數之70%低於上限，則以該節省點數之70%為上限。
- 獎勵金計算公式：總獎勵金額\*（符合資格之個別藥師節省點數\*70%/所有符合資格之藥師總節省點數\*70%）。
- 104年輔導個案門診醫療費用下降達17%以上者，計79位藥師，已依上開獎勵措施核發計畫經費5%，270萬元之獎勵金。

# 104年計畫實施整體成效



項目	輔導前 (103年) 收案日至12月	輔導後 (104年) 收案日至12月	下降率
門診就醫次數	478,375	380,825	-20%
門診醫療費用	3.99億元	3.32億元	-17%
門診藥費	1.09億元	0.97億元	-11%

備註：

1. 104年輔導人數為7,846人，參與計畫之藥事人員共計162位。
2. 醫療費用包含藥費。



# 104年計畫執行情形



執行項目	104年預定目標	104年執行結果	執行率
總目標	門診醫療費用-14%	-17%	達成
預算執行	5,400萬元	4,397萬元	81% (4,397/5,400)
輔導人數	至少7,000人	7,846人	112% (7,846/7,000)
照護人次	7,000*8=56,000人次 (每人8次為上限)	42,496人次 (平均每人照護次數5.4次)	76% (42,496/56,000)
獎勵金	270萬元 (以預算5,400萬元 x5%為上限)	參與計畫之藥事人員 162位，有79位達醫療費用 -17%，可分配270萬元之 獎勵金	獲分配獎勵金藥師 占率49% (79/162)

# 104年執行結果檢討



## ➤ 預算執行率較低：

預算執行率81%較103年95%為低，係因103年7月16日總統令修正藥師法第11條略以，藥師執業以一處為限，但屬【藥事照護相關業務】者，藥師經事先報准，得於執業處所外執行業務。故104年計畫，藥師至執業處所外執行本計畫，須事先經執業處所主管機關同意，增加行政作業流程，以致預算執行率較低。

## ➤ 落實被動退場機制：

- ▶ 104年計有6位藥師，其所輔導保險對象之門診醫療費用與前1年同期比較，不降反升並超過10%，經藥師公會全聯會查證屬不可歸責於藥師者計3位；另3位藥師屬可歸責，已不得參加105年之計畫。
- ▶ 另有高姓藥師請保險對象至該執業藥局過卡，已被動退出105年計畫。另本署高屏業務組亦查有藥師虛浮報費用，已核扣費用16萬餘元，並停止特約3個月。

# 104年執行結果檢討



## ➤ 104年藥事照護計畫與本署自行輔導成效比較表

項目	104年	
	藥事照護計畫輔導	本署門診高利用輔導專案輔導
門診就醫次數下降率	-18%	-19%
門診醫療費用下降率	-14%	-16%

註1：藥事照護計畫輔導：本署104年提供藥師選案者（分1至4類）總計33,201人，藥師收案計5,506人（為比較扣除照護機構住民及經本署轉介及共同輔導之個案）。

註2：本署門診高利用輔導專案輔導：自上開33,201人中排除被藥師收案之5,506人，但為本署104年收案輔導者22,654人中，依類別1至4，以SAS自動抽樣配對選取5,506人配對比較。

註3：比較結果藥事照護計畫輔導與本署門診高利用輔導專案之輔導成效無明顯差異。

# 105年計畫修正重點



- 105年預算由104年5.4千萬元調降至5千萬元，收案人數隨之下修為6,500人；輔導成效將輔導後門診醫療費用下降率由-14%調整為-15%。
- 獎勵措施：增列收案人數少於5位(含)者排除，不列入鼓勵範圍。

# 105年輔導名單之收案統計表

(截至105.7.7止)



業務組	收案人數 (A)	收案率 (A/目標至少 6,500人)	已簽訂附約並 執行之 藥事人員數 (B)	平均每位藥事 人員照護人數 (A/B)
臺北業務組	229	3.5%	24	10
北區業務組	383	5.9%	14	28
中區業務組	1,086	16.7%	31	35
南區業務組	1,152	17.7%	24	48
高屏業務組	1,015	15.6%	29	35
東區業務組	44	0.7%	9	5
<b>總計</b>	<b>3,909</b>	<b>60.1%</b>	<b>131</b>	<b>30</b>

註：最後收案截止日為105年7月31日，收案人數持續增加中，藥師全聯會並須於105年8月15日前將最終收案名單送本署及各分區業務組。



衛生福利部  
中央健康保險署

# 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫



# 計畫簡介



## 目的

- 提升**6萬4千名**收容人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。

## 期間及 經費

- 102年起實施，每期3年。
- 104年經費：其他預算項下編列14.045億元。

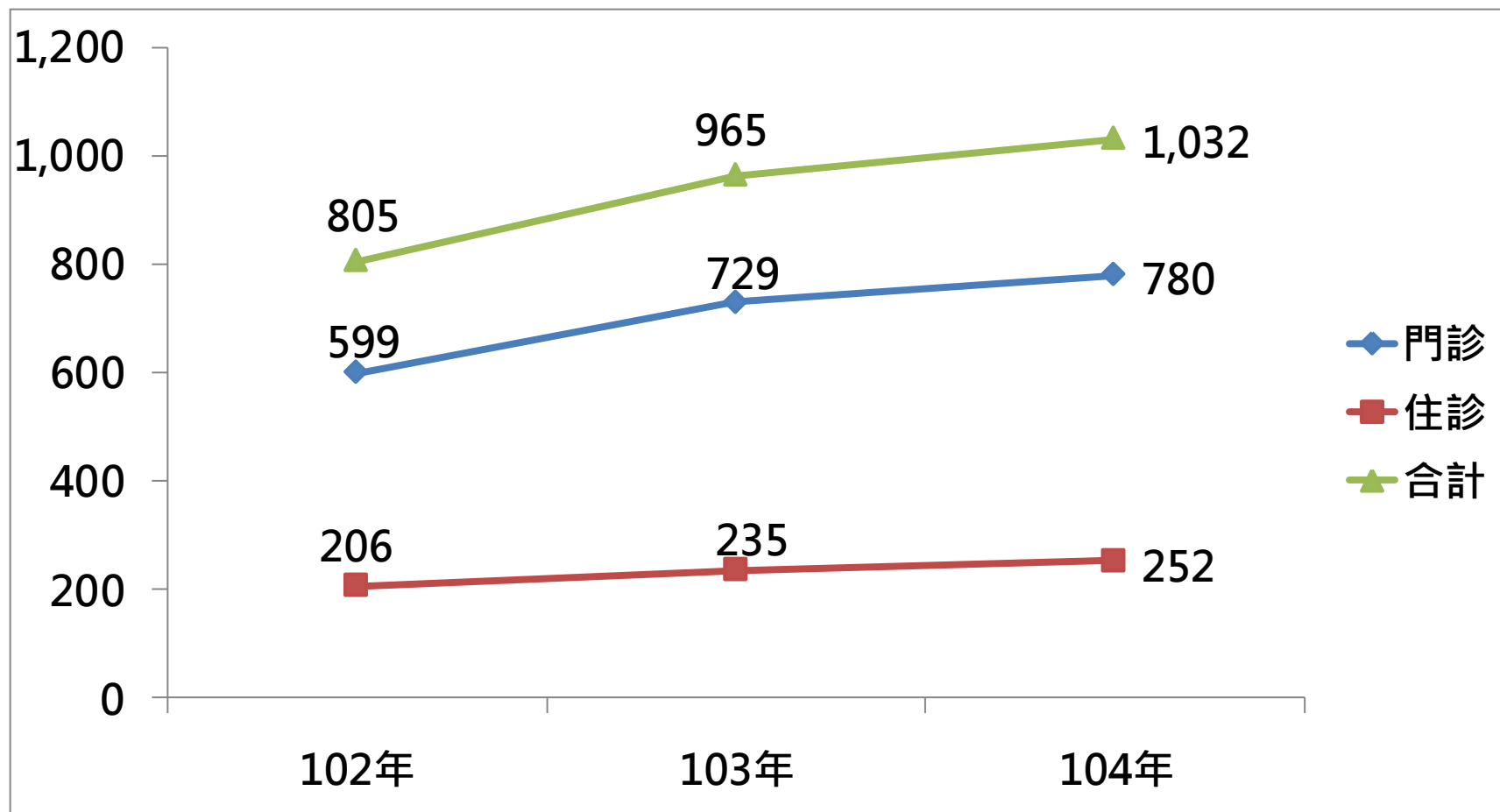
## 執行現況

- 參與院所數：**102家**，醫院65家(64%)、西醫診所17家(17%)、牙醫診所18家(18%)、中醫診所2家(2%)。
- **每月提供監內門診逾2,200診**，含西醫各專科、牙科、中醫科等28種科別，就醫人次占門診總人次**97.0%**。
- 每月門診就醫約6萬5千人次，住院近500人次。

# 門、住診醫療費用



百萬點



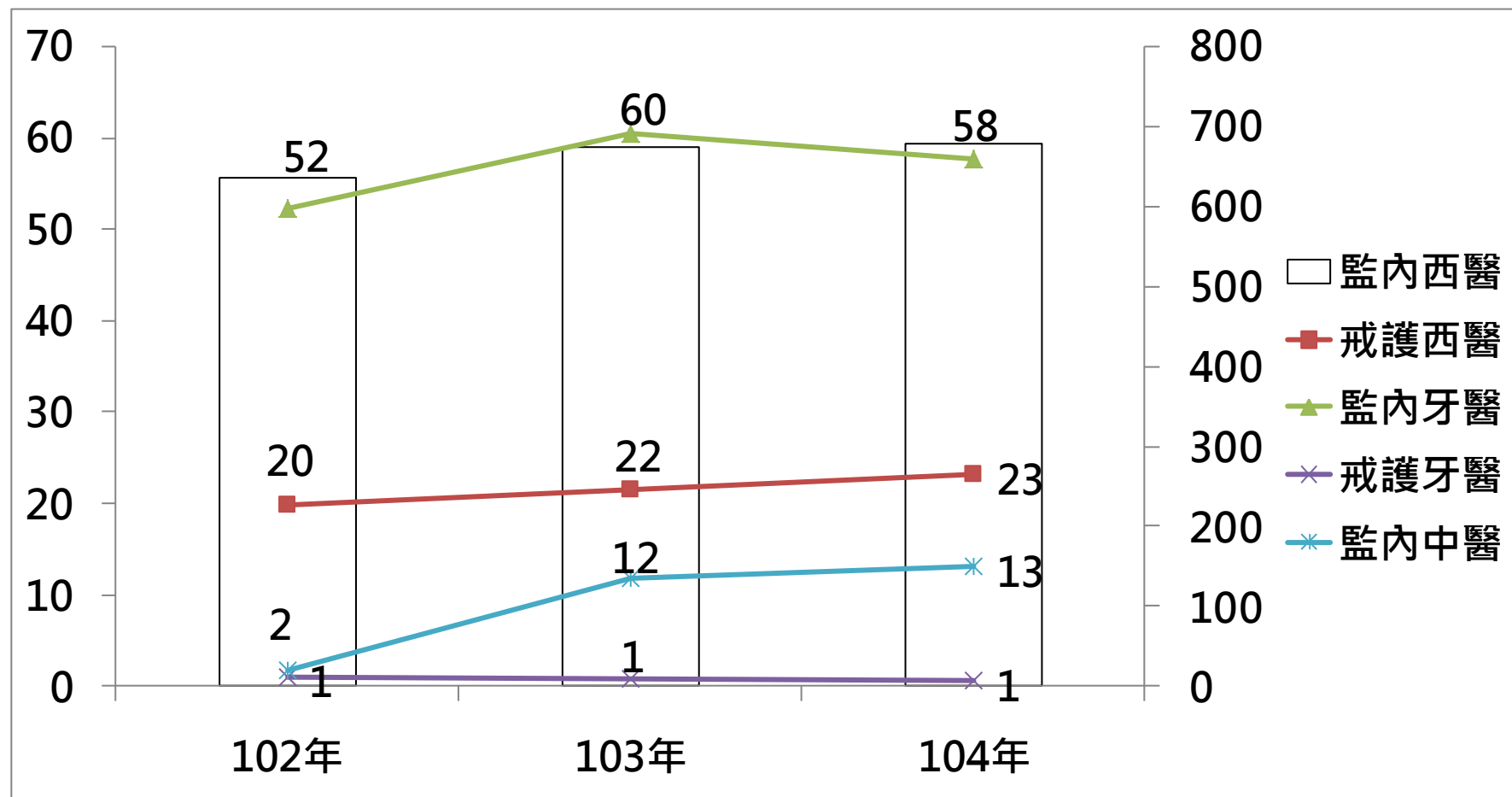


# 門診就醫次數



千件

千件



# 監內門診每診服務情形



醫事別	年度	每診服務人次	每診醫療費用
西醫	102年	31.0	20,676
	103年	30.1	22,905
	104年	30.3	24,871
牙醫	102年	12.5	16,669
	103年	11.3	14,742
	104年	11.0	14,702
中醫	102年	19.9	11,213
	103年	26.5	18,694
	104年	24.1	19,199

1. 費用不含論次費用、診察費加成與藥事服務費加成等獎勵。西醫門診排除洗腎科。
2. 監內門診每診次定義：同一矯正機關、同就醫日期、同醫事人員身分證號計為1診。

# 總額專款執行情形



單位：百萬元

年度	專款金額	執行金額	執行率
102年	1,405	835	59.4%
103年	1,405	1,032	73.5%
104年	1,405	1,094	77.9%

# 收容人滿意度



- 調查工具：健保署研擬之矯正機關醫療服務滿意度調查問卷。
- 調查方式：由矯正機關於指定問卷施測日，收集當日健保門診就醫之所有收容對象之滿意度問卷。如遇指定施測日無健保門診，則順延之。
- 調查結果：

年度	問卷數	整體滿意度	
		滿意以上	普通以上
102年	2,840	66%	94%
103年	3,226	66%	94%
104年	2,751	71%	95%

# 第2期(105-107年)計畫修訂重點



- 強化承作醫療團隊評選作業程序，使2家以上院所團隊投標之評選作業更嚴謹。
- 整體調整獎勵費用：使規模大、小矯正機關之獎勵費用差距縮小。
  - ▶ 檢討偏遠地區矯正機關之論次費用。
  - ▶ 修訂基本承作費核發基準：以「團隊組成完整性」、「指標達成情形」分第2階段核付。
  - ▶ 新增連續假期論次計酬。
- 修訂評核指標：增列急診就醫率、疥瘡盛行率。
- 增修退場機制及申複條款。
- 增訂保險人分區業務組應實地訪視之規範，矯正機關應予配合。



衛生福利部  
中央健康保險署

# 國際疾病分類第十版 (ICD-10-CM/PCS)編 碼實作獎勵方案



# 104年計畫目標及重點



## ➤ 目的：

鼓勵特約醫療院所重視國際疾病分類第十版(下稱ICD-10-CM/PCS)轉碼工作、做好全面轉碼之準備並進入實作階段，提升編碼品質。

➤ 對象：提供住診服務之特約醫院及提供門診服務之西醫、中醫及牙醫診所。

# 104年方案給付方式-醫院住診



104年特約醫院每月(費用年月)住診申報案件，除原以ICD-9-CM編碼外，另以ICD-10-CM/PCS編碼，並同時符合下列標準之案件，始能獲得獎勵。

## 標準1

醫院該月以ICD-10-CM/PCS編碼之案件中，無效碼案件數不得大於當月申報ICD-10-CM/PCS編碼案件之5%，大於5%者，該月不核發獎勵金

## 標準2

醫院須每月於保險人「健保資訊網服務系統(VPN)」填報以下2項「疾病分類品質稽核指標」：

指標1：編碼人員每月以ICD-9-CM編碼平均出院病歷數  
計算公式：每月ICD-9-CM編碼之出院病歷數÷實際編碼人員數

指標2：編碼人員每月以ICD-10-CM/PCS編碼平均出院病歷數  
計算公式：每月ICD-10-CM/PCS編碼之出院病歷數÷實際編碼人員數

## 標準3(新增)

104年7至10月間，依現行醫療費用申報格式申報門診案件，並通過預檢程式檢核；未通過或未進行預檢程式檢核者，不核發本方案獎勵金。



# 104年方案給付方式-診所門診



- 除原以ICD-9-CM編碼外，另以ICD-10-CM/PCS編碼，於104年7至10月中，任一月份之次月30日前於VPN之「ICD-10-CM/PCS預檢醫療費用申報資料上傳」作業區，依現行醫療費用申報格式申報，並通過預檢檢核。

# 歷年預算執行數與執行率



➤ 103年至105年預算執行情形：

項目\年	103年	104年	105年
預算數(億元)	1.005	2.5	1.0
預算執行數(億元)	1.005	2.5	尚未執行
預算執行率(%)	100%	100%	0%

註:本案經提報105年6月23日召開之105年第2次「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」討論通過，並於105年7月7日報衛生福利部核定中。

# 醫院住診上傳ICD-10-CM/PCS 有效碼之比例



➤ 104年ICD-10-CM/PCS有效碼平均上傳率99.8%

項目\年		103年	104年
醫院住診	全體	99.2%	99.8%
	醫學中心	100%	99.9%
	區域醫院	99.6%	100%
	地區醫院	97.3%	99%

# 有效上傳件數占當月申報出院 住診案件之比例



➤ 104年ICD-10-CM/PCS有效上傳件數占當月申報出院住診案件之比例76.6%。

項目\年		103年	104年
醫院 住診	全體	53.3%	76.6%
	醫學中心	44.7%	71.6%
	區域醫院	54.7%	77.9%
	地區醫院	72%	84.1%

# 各總額通過門診預檢之比例



➤ 104年醫院及西、中、牙醫診所通過門診預檢之比例87.8%

項目\年		104年
門診	全體	87.8%
	醫院	93.4%
	西醫	85.1%
	中醫	94.8%
	牙醫	87.8%

# 執行成效



- 104年全民健保特約醫院國際疾病分類第十版 (ICD-10-CM/PCS)編碼實作獎勵方案，上傳醫院共406家，占特約家數之86%。
- ICD-10-CM/PCS住診案件有效碼平均上傳率99.8%。
- ICD-10-CM/PCS有效上傳件數占當月申報出院住診案件之76.6%。
- 醫院及西中牙醫診所通過門診預檢之比例為87.8%。



衛生福利部  
中央健康保險署

# 其他預期政策改變及調 節非預期風險所需經費



# 執行情形



➤ 103年執行數包含731高雄石化氣爆之醫療費用0.5億元，全年執行2.28億元。

## ➤ 104年執行數

1. 台北八仙樂園粉塵暴燃事件，7.37億元。
2. 支應其他預算之「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」項目經費不足部分0.52億元。
3. 醫藥分業支用費用1.78億元。
4. 全年合計支用9.68億元。

項目	年	100年	101年	102年	103年	104年
預算數(億元)		5	10	10	10	10
預算執行數(億元)		4.56	1.78	2.94	2.28	9.68
預算執行率		91.2%	17.8%	29.4%	22.8%	96.8%





衛生福利部  
中央健康保險署

# 提升保險服務成效



# 方案目的與預算執行



## ➤ 目的：

建構總額監控及獨立專業審查分析管理系統，透過自動化審查及各項指標分析機制，及早篩選異常資料，以管控品質及費用。

## ➤ 預算：

1. 健保會同意於「其他預算」編列 2.85億元，惟因政府預算編列時程先於總額協商，104年度健保基金未及編列本項預算，須依預算法第88條規定，先報經行政院核准，其中涉及固定資產購置部分因須辦理補辦預算，行政院核定104年度預算數為0.9億元
2. 104年剩餘金額，經提105年總額協商會議討論，業經同意保留併105年同項金額使用。
3. 104年預算執行數(截至105年6月)為0.7億元，執行率為77.8%。

# 執行內容



- 完成多項特定藥品門診案件重複費用核扣方案之明細相關資料
- 建構醫療利用決策支援系統相關之指標。
- 精進民眾端資訊傳遞效率，應用專業審查結果，方便民眾查詢，開發行動應用服務功能。
- 加速全國醫療院所採用數位化檔案方式，製作病歷資料提供審查，為病歷電子化應用及交換奠定基礎，達成衛生福利部「加速醫療院所實施電子病歷系統」、「加速電子病歷互通」政策之目標。
- 將醫療費用申報、抽樣、審查、核定寄件等主流程作業流程，整合為數位化電子交換，將大幅提升系統程式執行之效率。

# 檢討與建議



- 確保總額穩定運作，精進就醫資料傳遞與管理。
- 強化資安，系統升級，增進各項行動化應用服務之開發
- 建議本項經費持續編列，以提升保險服務成效。



謝謝聆聽 敬請指教