

# 102年-103年6月抑制資源不當 耗用改善方案執行情形與成效

103/10/24

中央健康保險署

# 報告大綱

2

- 法源依據與核定實施
- 九大面向與實施策略
- 102年至103年6月執行情形及成效
- 結論與建議

# 法源依據與核定實施

3

## □ 法源依據

- ▶ 全民健康保險法第七十二條:為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，提健保會討論後，報主管機關核定。

## □ 核定實施

- ▶ 102年7月26日於衛生福利部全民健康保險會第1屆102年第1次會議專案報告。
- ▶ 102年12月27日於102年第6次健保會會議提討論案獲同意
- ▶ 103年2月10日奉衛生福利部核定實施

# 九大面向與實施策略

4

- 面向一 加強全民健保教育宣導
  - ▶ 策略 推廣合理就醫行為及正確用藥，提升民眾自我照護知能；建立民眾珍惜全民健保資源，減少醫療浪費的觀念。
- 面向二 持續支付制度改革
  - ▶ 策略 推動以有助於提升醫療照護效率及品質之支付制度。
- 面向三 減少無效醫療資源耗用
  - ▶ 策略 積極推動安寧療護，節省臨終前之不當醫療利用。
- 面向四 高耗用醫療管控
  - ▶ 策略 降低高科技檢查項目、高單價診療項目及復健治療等不必要之醫療使用。

# 九大面向與實施策略<sub>2</sub>

5

- 面向五 多重疾病整合醫療推動
  - ▶ 策略 提供多重疾病患者適切、效率、良好品質的醫療服務，避免重複醫療、不當治療用藥或處置。
- 面向六 高診次就醫輔導
  - ▶ 策略 導正就醫觀念及行為、整合及提供醫療高利用保險對象醫療需求，進而提升其醫療利用之效率。
- 面向七 加強重複醫療查核機制
  - ▶ 策略 利用健保卡取號即時提醒及輔導，以及提升健保卡登錄及上傳資料之完整性，提供避免重複醫療之即時資訊。
- 面向八 藥費管控
  - ▶ 策略 降低慢性病患不當處方用藥，並藉由用藥資訊管理，提升慢性病患用藥品質。
- 面向九 強化違規查處機制
  - ▶ 策略 加強查處違規院所，防杜不實醫療申報。

策略一 推廣合理就醫行為及正確用藥，提升民眾自我照護知能；建立民眾珍惜全民健保資源，減少醫療浪費的觀念

6

### □ 方法一

- ▶ 結合教育部將全民健保議題納入12年國教課程教綱

### □ 執行情形

- ▶ 配合12年國教課程教綱計畫，研發中小學教材及教學模組，並辦理師資培育

### □ 執行成效

- ▶ 「全民健保」已納入12年國教健康教育課程教綱中，預計於105年正式實施。

策略一 推廣合理就醫行為及正確用藥，提升民眾自我照護知能；建立民眾珍惜全民健保資源，減少醫療浪費的觀念2

7

## □ 方法二

- ▶ 辦理社會大眾之宣導

## □ 執行情形

- ▶ 製作媒體宣導素材，包括微電影、電視、廣播及平面。
- ▶ 辦理「健保19 健康永久」記者會，宣示103年度醫療支出面重大管理計畫計10項。

## □ 執行成效

- ▶ 媒體露出，計廣播531檔、平面媒體28則、戶外電視牆1,680檔；網站訊息稿56則；會員電子報2篇、臺鐵、國光客運三十站及松山機場戶外燈箱。

## 策略二 推動以有助於提升醫療照護效率及品質之 支付制度持續支付制度改革

8

### □ 方法一

- ▶ 推動論質支付方案（TW-DRGs支付制度）

### □ 執行情形

- ▶ 為提升醫療照護效率及品質，以包裹式支付方式賦予醫院控制成本的責任，並發展臨床路徑，99年起實施TW-DRGs支付制度，第1階段導入164項DRG，占全部住院費用18%，占總醫療點數6%；103年第2階段導入237項。

### □ 執行成效

- ▶ 102年相較於TW-DRGs實施前（98年），平均每件住院天數下降5.49%，DRG住院案件轉出率下降0.06%、14日內再住院率下降0.24%。
- ▶ 103年第1季相較於TW-DRGs實施前同期（98年第1季），平均每件住院天數下降5.69%、DRG住院案件轉出率下降12.12%、14日內再住院率下降4.91%。



## 策略二 推動以有助於提升醫療照護效率及品質之 支付制度持續支付制度改革2

9

- 方法二
  - ▶ 推動論人計酬支付方案
- 執行情形
  - ▶ 3種試辦模式(區域整合、社區醫療群及醫院忠誠病人)，計8個試辦團隊，各試辦3年，照護對象人數約20萬人。
- 執行成效
  - ▶ 各試辦團隊均竭盡所能提出各種創新照護策略，包括為貼近民眾需求，走入社區進行健康促進及宣導活動；積極推動團隊內(院內)病患醫療資訊整合，結合社區志工，推行健康促進與運動計畫等，朝預防醫學、整合醫療、減少無效醫療及提升照護品質方向努力。
  - ▶ 有7家試辦團隊於102年下半年啟動期中結算作業，其中6家試辦團隊均有節餘。
  - ▶ 指標達成情形
    - ▶ 指定指標(9項)：有8項指標達成率達50% (57%-100%)以上。
    - ▶ 自選指標(10項)：有6項指標達成率達100%，僅4項指標(慢性腎臟病完整追蹤率、3項預防保健項目)未達成目標，將鼓勵試辦團隊繼續努力。

# 策略三 積極推動安寧療護，節省臨終前之不當醫療利用

10

## □ 方法一

- ▶ 安寧療護納入給付，以鼓勵醫院積極提供重症病危末期安寧緩和醫療照護，節省臨終前之不當醫療利用

## □ 執行情形

- ▶ 加強辦理住院、共照、居家安寧療護，另於101年12月起新增「緩和醫療家庭諮詢費」及103年1月起新增「社區安寧照護」支付標準。

## □ 執行成效

- ▶ 102年度住院安寧計申報10,330件（87,559萬點）、安寧共照28,879件（3,955萬點）、安寧居家13,518件（5,531萬點）均較101年成長。103年1-5月住院安寧計申報5,464件（46,688萬點）、安寧共照16,621件（2,272萬點）、安寧居家6,934件（2,763萬點）。
- ▶ 「緩和醫療家庭諮詢費」：102年計申報3,745件，平均每月約313件。103年1-5月計申報2,595件平均每月約519件。
- ▶ 「社區安寧照護」給付，103年1-5月共計7家院所申辦本項業務，訪視次數共25次，申報件數共4件，醫療費用共18,710點。

## 策略三 積極推動安寧療護，節省臨終前之不當醫療利用<sub>2</sub>

11

### □ 方法二

- ▶ 呼吸器依賴患者病患整合照護

### □ 執行情形

- ▶ 將安寧療護及安寧緩和條例等相關資訊納入「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」試辦院所對呼吸器病患（家屬）必要衛教項目，提升此類病患接受緩和醫療家庭諮詢人數比率。
- ▶ 103年新增呼吸器依賴病患接受緩和醫療家庭諮詢人數比率及RCC轉RCW個案緩和醫療諮詢之比率二項監控指標。

### □ 執行成效

- ▶ 102年呼吸器依賴人數為27,275人數相較101年（29,275人）下降6.8%，102年申報約240億點相較101年（約252億點）下降4.8%。
- ▶ 103年第一季呼吸器依賴病患接受緩和醫療家庭諮詢人數比率為1.5%；提供RCC轉RCW個案緩和醫療諮詢之比率為1.7%。

## 策略四 降低高科技檢查、高單價診療項目及復健治療等不必要之醫療使用

12

### □ 方法一

- ▶ 電腦斷層及核磁造影檢查:強化資源共享機制，並針對影像品質不佳者加強審查

### □ 執行情形

- ▶ 推動全民健康保險特定檢查資源共享試辦計畫，並納入支付標準全面實施，落實資源共享、節約醫療費用。
- ▶ 研訂醫療院所電腦斷層掃描影像品質不符專業認定之通報及加強審查原則，透過專業審查評量醫事服務機構電腦斷層掃描影像品質。

### □ 執行成效

- ▶ 102年資源共享試辦計畫，於102年申報共計74,379件，其中第二次處方醫院計40,911件；103年1-3月申報共計18,721件，其中第二次處方醫院共10,390件，申報點數共1,837萬點。以第二次處方醫院申報件數推估節省費用 102年節省費用為1億2,442點；103年1-3月節省費用為3,226萬點。
- ▶ 102年計抽審149家5,055件、核減1,992件、影像品質不佳而通報衛生局家次計8家。103年1-6月計抽審109家1,483件、影像品質不佳而通報衛生局家次計10家。

## 策略四 降低高科技檢查、高單價診療項目及復健治療等不必要之醫療使用2

13

### □ 方法二

- ▶ 按不同疾病之治療類別，研擬放射線治療療程包裹支付方式。

### □ 執行情形

- ▶ 103年6月11日召開之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，建議新增「身體立體定位放射治療（SBRT/ SABR）」診療項目，強調呼吸調控、動態放射治療為主，可提高療效及縮短傳統放射治療之療程及照射次數。

### □ 執行成效

- ▶ 近期提案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討論，並依會議決議辦理後續事宜。

## 策略四 降低高科技檢查、高單價診療項目及復健治療等不必要之醫療使用3

14

### □ 方法三

- ▶ 加強異常醫師之管理及醫療利用異常病患之管控，以降低震波碎石術之過度使用。

### □ 執行情形

- ▶ 訂定年度「抑制資源不當耗用改善方案-ESWL專案」專業審查作業原則，據以辦理審查作業。
- ▶ 對於執行ESWL與輸尿管取石術次數異常之個案，加強審查，提升ESWL處置執行之適當性。
- ▶ 醫師別執行量及執行次數居全署95百分位之醫師施行個案歸戶併案專業審查。

### □ 執行成效

- ▶ 103年第一季申報約5.23億點較102年第一季（約5.67億點）約減少7.6%。

## 策略四 降低高科技檢查、高單價診療項目及復健治療等不必要之醫療使用<sup>4</sup>

15

### □ 方法四

- ▶ 復健治療:研議「同一院所超長復健期之門診案件數比例過高」及「同一個案於同一院所各治療類別持續復健治療頻率過高」兩項不予支付指標相關操作型定義及財務影響等事項。

### □ 執行情形

- ▶ 經邀請醫事團體及專科學會討論後，指標修正為「同一院所超長復健期之門診醫令數比率過高」及「同一院所復健治療頻率過高個案所佔醫令數比率過高」

### □ 執行成效

- ▶ 將於今(103)年度第二次西醫基層及醫院總額檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式討論會議討論。

## 策略五 提供多重疾病患者適切、效率、良好品質的醫療服務，避免重複醫療、不當治療用藥或處置

16

### □ 方法一

- ▶ 推動「醫院以病人為中心整合照護計畫」，透過獎勵誘因，鼓勵醫院對於門診就醫之多重慢性病患提供整合式門診照護服務。

### □ 執行情形

- ▶ 辦理說明會鼓勵醫院參加該計畫，提供多重慢性病個案名單或個別醫院或整合團隊整合式照護對象名單予參加之醫院，藉由實地訪查瞭解參加醫院實際執行情形，並設定評量成效指標作為獎勵依據。

### □ 執行成效

- ▶ 102年度持續照護者及65歲以上之每人月平均費用低於新參加者及65歲以下者，就醫次數及用藥項數院內及合併院外均呈負成長，在院內照護醫療費用點數僅成長0.57%。



## 策略五 提供多重疾病患者適切、效率、良好品質的醫療服務，避免重複醫療、不當治療用藥或處置<sup>2</sup>

17

### □ 方法二

- ▶ 推動「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」，擴大推廣家庭醫師「社區醫療群」照護模式；提供24小時諮詢專線、適當就醫指導，減少急診與不必要就醫。

### □ 執行情形

- ▶ 辦理計畫宣導說明會，鼓勵基層院所參與家庭醫師「社區醫療群」照護模式，102年計374群、103年計389群。
- ▶ 提供24小時諮詢專線提供就醫指導，102年諮詢專線總服務量為33,083通。
- ▶ 102年辦理社區衛教1,369場次，衛教民眾適當就醫與不必要就醫，參與人數達57,506人。

### □ 執行成效

- ▶ 102年門診就醫次數減少189.3萬次。
- ▶ 103年參加本計畫之基層診所所有2,890家，參與占率為28.5%，參加醫師數3,527位，建立與146家醫院合作模式，照護個案收案數為214萬人。

## 策略六 導正就醫觀念及行為、整合及提供醫療高利用保險對象醫療需求，進而提升其醫療利用之效率

18

### □ 方法

- ▶ 擴大高診次就醫輔導對象，由 $\geq 100$ 次/年，降為 $\geq 90$ 次/年，及各季 $\geq 50$ 次，降為 $\geq 40$ 次，並建立高利用輔導流程標準作業程序。

### □ 執行情形

- ▶ 對於高診次就醫對象，先郵寄關懷函，如未改善者，則採電訪或親訪方式關切經常就醫之原因，如具榮民身分者結合退輔會給予輔導。
- ▶ 與醫界及藥事人員合作，居家訪視高診次就醫對象，給予專業輔導或轉介至適當院所及科別就醫。
- ▶ 經輔導無效者，經專業審查醫師逐案評估後，納入指定院所就醫。

### □ 執行成效

- ▶ 至102年12月底，全年門診就醫次數 $\geq 90$ 次者就醫次數下降22%，較輔導前1年節制醫療費用約6.7億元。每季門診就醫次數 $\geq 40$ 次者，就醫次數下降32%。
- ▶ 102年申報門診就醫次數 $\geq 90$ 次者於103年1月至3月輔導後就醫次數與102年輔導前之同期比較，下降16%。

## 策略七 利用健保卡取號即時提醒及輔導，以及提升健保卡登錄及上傳資料之完整性，提供避免重複醫療之即時資訊

19

### □ 方法

- ▶ 持續輔導保險醫事服務機構配合健保卡登錄及上傳資料作業，並依不同年齡設定不同標準就醫次數之提醒機制，提醒醫師避免重複醫療及輔導正確就醫。

### □ 執行情形

- ▶ 自102年5月1日起新增健保卡取號即時提醒機制，對當年度就醫次數達20次（含）以上之保險對象，請醫療院所協助協助瞭解原因及輔導民眾正確就醫。
- ▶ 未來對於就醫次數提醒，將按不同年齡層訂定不同之就醫次數，將併104年1月全面實施國際疾病分類ICD-10—CM/PCS修改健保卡讀卡機控制軟體。

### □ 執行成效

- ▶ 至102年12月上傳就醫資料符合輔導指標之醫事機構家數計25,862家，占率為96.55%；另登錄處方之正確率為96.39%。
- ▶ 截至103年4月上傳就醫資料符合輔導指標之家數計25,424家，占率為96.89%；另登錄處方之正確率為96.43%。

## 策略八 降低慢性病患不當處方用藥，並藉由用藥資訊管理，提升慢性病患用藥品質

20

### □ 方法一

- ▶ 整體門診慢性病用藥案件及藥費成長率管控（含高血壓、高血糖、高血脂藥費）：統計各分區門診慢性病用藥案件數、領藥日數及藥費成長率，對異常院所加強管控。

### □ 執行情形

- ▶ 統計三高同疾病就醫累計開藥日數偏高者，對同院所同病人領取偏高藥量之情況，請分區業務組加強抽審。
- ▶ 於103年5月對三高藥品同院所門診同藥理用藥日數重疊率偏高之醫療院所，請分區轉知醫療院所加強管理三高藥品之同院所門診同藥理用藥日數重疊情形。

### □ 執行成效

- ▶ 102年全年至103第1季針對門診三高用藥之抽審件數約34萬件，醫令樣本總核減約1,318萬點。以102年全年醫療費用核減總計約118億點，其中藥品醫令核減點數佔率約22.6%，且三高藥費占藥費約25%，推估三高藥費102年全年核減約6.7億點。

## 策略八 降低慢性病患不當處方用藥，並藉由用藥資訊管理，提升慢性病患用藥品質<sup>2</sup>

21

### □ 方法二

- ▶ 門診一般藥品(排除重大傷病及慢性病案件)處方用藥品項數之監控

### □ 執行情形

- ▶ 自102年1月起對西醫醫院及西醫基層門診之「每張處方用藥品項大於10項」者及「院所別平均每張處方用藥品項大於5項」者，加強監控及審查。
- ▶ 按103年5月召開之專業審查業務溝通討論會議，103年調整為「每張處方用藥品項大於8項」者即加強監控審查。

### □ 執行成效

- ▶ 102年「每張處方用藥品項大於10項」由約117,700件下降至約84,900件；「院所別平均每張處方用藥品項大於5項」之家數，由470家下降至134家。
- ▶ 「每張處方用藥品項大於8項」者，103年第1季西醫醫院之抽審114家次，抽審1,923件，核減1,000件，核減約46萬點；西醫基層之抽審48家次，抽審231件，核減68件，核減約5萬點。

## 策略八 降低慢性病患不當處方用藥，並藉由用藥資訊管理，提升慢性病患用藥品質<sup>3</sup>

22

### □ 方法三

- ▶ 訂定不予支付指標，並設定指標數值或比率的上限值，超過部分不予支付，並每年持續檢討增修。

### □ 執行情形

- ▶ 用藥異常或不當處方之管控指標，醫院總額計16項、西醫基層總額19項。
- ▶ 於102年11月1日新增西醫基層門診高血壓、高血脂及糖尿病慢性病連續處方箋用藥日數重複率等3項不予支付指標。

### □ 執行成效

- ▶ 102年至103第1季點數醫院總額約為365萬點；西醫基層總額約為1,447萬點。

## 策略八 降低慢性病患不當處方用藥，並藉由用藥資訊管理，提升慢性病患用藥品質4

23

- 方法四
  - ▶ 建置全民健保雲端藥歷系統，利用全民健保醫療費用申報資料及健保卡上傳就醫資料之用藥紀錄，建置病人最近3個月用藥資訊系統，提供醫院即時查詢及醫師處方參考
- 執行情形
  - ▶ 病人為中心之健保雲端藥歷系統102年4月份開始規劃，同年6月完成建置，102年7月正式於特約醫事服務機構推展使用。
- 執行成效

門診病人藥歷查詢使用前後之用藥品項數及藥費之變化

統計項目	102 年第一季		103 年第一季	
	藥品平均品項數	每人平均藥費	藥品平均品項數	每人平均藥費
門診病人合計	3.75	5,270	3.56	4,754
高血壓門診病人	4.01	2,151	3.81	2,016
糖尿病門診病人	4.25	3,378	4.12	3,402
高血脂門診病人	3.59	2,236	3.35	2,080

# 策略九 強化違規查處機制

24

## □ 方法

- ▶ 加強查處違規院所，防杜不實醫療申報執行情形。

## □ 執行情形

- ▶ 落實一般違規案件之訪查及辦理全國性查核專案。
- ▶ 經查獲違規者，依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定核處。

## □ 執行成效

- ▶ 102年計訪查689家特約醫事服務機構，辦理2次全國性查核專案，查處344家次違規特約醫事服務機構。
- ▶ 103年1-6月計訪查372家特約醫事服務機構，辦理1次全國性查核專案，查處157家次違規特約醫事服務機構。



# 結論與建議

25

- 本方案相關策略及方法已見初步成效，部分重大策略需推動一段時程才能顯現成效，而本方案於103年2月10日核定施行，建議104年應延續102至103年改善策略持續推動並小幅修定內容。
- 104年方案建議小幅修定如下，如獲貴會同意，本署依法將修訂後方案呈報衛生福利部核定。
  - ▶ 刪除研擬放射線治療療程包裹支付方式：支付標準專家諮詢會議，建議新增「身體立體定位放射治療（SBRT/SABR）」診療項目，已達成目標，建議刪除本項方法。
  - ▶ 修訂復健治療不予支付指標名稱：依與醫事團體及專科學會討論之不予支付指標名稱，修訂方案文字。

# 敬請指教

