



# 醫院及其他預算專案計畫 執行成果報告

中央健康保險局

100年7月26日



# 大綱一：99年計畫

- 醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案
- 提升住院護理照護品質計畫
- 醫療給付改善方案
- 慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫
- Pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫
- 醫院以病人為中心之整合照護計畫
- 高診次保險對象藥事居家照護試辦計畫



## 大綱二：100年新增計畫

- 全民健康保險論人計酬試辦計畫
- 初期慢性腎臟病照護及病人衛教計畫
- 增進全民健康保險醫療資源不足之醫院點值保障方案



# 醫院支援西醫基層醫療資源不足地區 改善方案



# 增進偏遠地區健保醫療服務計畫\_1/4

- **協定事項及經費：**為99年度其他預算之「增進偏遠地區醫療品質」預算項下，經費2億元；100年度費協會核定，於醫院總額預算項下編列經費5千萬元，更名為「醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」。
- **計畫目標及重點：**
  - 1.強化偏遠地區醫療資源，藉由額外經費投入，鼓勵地區級以上醫院至西醫基層診所未提供開業或巡迴服務之醫療資源缺乏地區提供醫療及相關保健服務。
  - 2.執行期間：98年8月1日-12月31日、99年1月1日-12月31日
  - 3.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，公告35個鄉鎮，執行31個鄉鎮。99年1月1日-99年12月31日，公告並執行31個鄉鎮。
  - 4.執行目標：
    - ✓ 總服務人次：150,000人次(100年度修正50,000人次)
    - ✓ 總服務時數：15,000時數(100年度修正為5,000時數)



# 增進偏遠地區健保醫療服務計畫\_2/4

➤ 執行情形及成效評估：執行期間99年1月1日-12月31日。

業務組別	執行鄉鎮數	執行醫院
台北	4	慈濟台北分院、新光、馬偕、基隆長庚、礦工、耕莘
北區	3	署桃、國軍桃園、馬偕新竹分院、為恭
中區	7	道周、中山醫、員林何醫院、洪宗鄰醫院、彰基二林 竹山秀傳、署立南投
南區	7	中國醫大、成大斗六、奇美、奇美柳營、嘉義長庚
高屏	8	高雄長庚、義大、國仁、寶建、安泰、屏基
東區	2	台東基督教、署立花蓮
總計	31	30家地區級以上醫院 (醫學中心5家、區域醫院14家、地區醫院11家)
執行率：100%(執行鄉鎮/公告鄉鎮=31/31)		



# 增進偏遠地區健保醫療服務計畫\_3/4

► 執行情形及成效評估：執行期間99年1月1日-12月31日。

業務組別	巡迴科別數*	巡迴診次	服務人次	巡迴報酬點數		滿意度 (%)
				論量	論次	
台北	4	321	2,168	822,230	1,822,500	94.5%
北區	10	327	651	220,208	1,841,400	92.0%
中區	8	819	7,144	3,526,622	4,482,000	86.7%
南區	3	472	3,274	1,893,879	2,732,000	91.6%
高屏	5	952	7,504	4,154,898	5,655,300	99.5%
東區	3	112	376	192,825	638,400	88.6%
<b>總計</b>	<b>18個科別</b>	<b>3,003</b>	<b>21,117</b>	<b>10,810,662</b>	<b>17,171,600</b>	<b>92.2%</b>

\*備註：包括家醫科、婦產科、小兒科、眼科、胸腔內科、精神科、骨科、心臟內科、感染科、腎臟內科、復健科、泌尿科、神經科、內分泌科等



## 增進偏遠地區健保醫療服務計畫\_4/4

► 執行情形及成效評估：執行期間99年1月1日-12月31日

預算數	預算執行數	預算執行率
2億元	27,982,262點	13.99%
公告鄉鎮數	鄉鎮執行數	鄉鎮執行率
31個	31個	100%
目標值	目標執行數	目標執行率
總服務人次：150,000	21,117服務人次	14.07%
總服務時數：15,000	9,009服務時數	60.06%
滿意度	92.20%	



## 增進偏遠地區健保醫療服務計畫\_5/4

➤ 問題檢討與分析：無法完全達成之原因如下

✓ 執行目標值100%不易達到：

1. 於本計畫係沿用「98年西醫基層醫缺改善方案」的目標值，總服務人次150,000、15,000總服務時數，未鄉鎮數調整目標值所致。
2. 施行鄉鎮數較西醫基層醫缺少且偏遠→不易達到目標值。
3. 本計畫已於100年度，修正目標值為50,000服務人次及5,000服務時數。



# 提升住院護理照護品質計畫



# 計畫目標及重點

- 目的  
鼓勵醫院重視護理照護，提高住院病人醫療照護品質。
- 對象  
屬醫院總額範圍內有申報住院護理費之特約醫療院所。
- 給付方式
  - ✓ 品質指標報告：醫院於每季次月20日前填報前季出院病人數中曾發生跌倒意外人數、院內感染、壓瘡發生人數及出院病人數，並於每年2月20日及8月20日前填報1次護理服務滿意度，每半年結算1次，每次支給3萬元。
  - ✓ 護理人力：
    - 1.以院所每月實際申報門急診人次及住院病床日數，按本計畫依醫院評鑑相關護理人力設置標準議定每位護士每月服務量，計算每月實際所需相關護理人力。
    - 2.以全院登錄之護理人員數/前開計算之護理人數計算出護理人力比值。
    - 3.按月依各層級院所數納入獎勵之比率由多到少排序前70%者，以每月申報住院護理費(全民健康保險醫療費用支付標準第二部第一章第三節各類病床護理費)支付標準加成6%獎勵。



# 99全年及100年第1季預算執行數與執行率

## ➤ 99年預算執行數與執行率

1. 全年預算為8.325億元。

2. 共計核發456家院所，核付8.56億元，預算不足0.24億元（將進行全年浮動點值計算）。

項目	總計	占率
醫學中心	335,718,724	39.20%
區域醫院	359,765,672	42.01%
地區醫院	143,862,262	16.80%
精神專科	17,119,109	2.00%
總計	856,465,767	100.00%

- 100年現正進行季結算作業，預算尚未執行。



# 護理品質指標值登錄

- 本年度4項品質指標登錄分別為跌倒意外人數、院內感染、壓瘡發生人數及出院病人數，總計有456家院所參與本項試辦計畫。
- 99年第1、2季品質指標登錄及上半年滿意度共有396家院所登錄，登錄率為87%。
- 99年第3、4季品質指標登錄及下半年滿意度共有403家登錄，登錄率為88%。

層級別	跌倒發生率		壓瘡發生率		感染發生率		上半年滿意度		下半年滿意度	
	98年	99年	98年	99年	98年	99年	98年	99年	98年	99年
全體	0.82%	0.53%	1.62%	0.64%	5.62%	2.06%	71.45%	87.63%	86.41%	88.02%
醫學中心	0.65%	0.52%	0.89%	1.11%	2.46%	2.52%	88.97%	92.70%	93.29%	93.02%
區域醫院	0.54%	0.46%	0.38%	0.36%	1.86%	1.73%	82.16%	86.97%	89.47%	88.63%
地區醫院	0.75%	0.46%	1.98%	0.56%	6.80%	2.27%	68.38%	83.23%	84.45%	82.41%
精神專科	4.71%	9.45%	0.00%	0.01%	0.43%	2.95%	65.58%	77.50%	85.97%	81.19%

註：發生率=當年指標數/當年住院人次



# 護理人力-1

## ➤ 比值

各層級護理人力比值在各分區略有消長，整體而言，99年較98年略為小幅成長，其中地區醫院之成長在各分區優於其他層級醫院。

排序	全局	醫學中心	區域醫院	地區醫院	精神專科
最低比值	0.500000	1.5094510	1.524823	0.500000	0.769231
最高比值	189.000000*	3.4166667	8.705882	189.000000*	32.000000*
平均比值	3.624034	2.2230091	2.669432	3.741021	5.182653

\* 因院所服務量少，造成比值異常偏高情形



## 護理人力-2

### ➤ 護理人員數

經比較98年底及99年底全國參與本方案之院所執業登錄之護理人員數，總計增加2,410人，扣除新成立院所增加之1,226人，98年已參與本方案之院所共計增加1,184人（成長1.34%），其中醫學中心增加222人（成長0.71%），區域醫院增加908人（成長2.45%），地區醫院增加29人（成長0.16%），精神專科增加25人（成長1.24%）。

層級別	98年底人數	99年底人數	增加數
醫學中心	31,332	31,554	222
區域醫院	37,016	37,924	908
地區醫院	18,191	18,220	29
精神專科	2,018	2,043	25
合計	88,557	89,741	1,184



## 成效

- 99年全體跌倒發生率、壓瘡發生率及感染發生率均較98年低，尤其感染發生率下降最多，護理品質滿意度則較98年上升。
- 本方案係依據評鑑標準，計算各院合理護理人數，依醫院層級做全國人力評比，藉由本方案之實施，增加院所提升護理人力配置之動機，經由護理人力數之統計，發現在各層級院所皆有正面促進之效益。



# 醫療給付改善方案



# 醫療給付改善方案

## ▶ 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。
- ✓ 預算執行數：
  - 提高收案數及照護率。
  - 成效評估應包含健康改善狀況量化指標。

總額別	項目	95年	96年	97年	98年	99年	100年
醫院 總額	預算數 (億元)	7.25	7.86	5.04	2.87	5.87	4.87
	申報數 (億元)	1.88	2.02	2.04	1.94	2.89	0.65
	執行率	<b>25.9%</b>	<b>25.7%</b>	<b>40.5%</b>	<b>67.4%</b>	<b>49.3%</b>	<b>13.4%</b>
西醫基 層總額	預算數 (億元)	3.56	4.27	4.24	2.99	3.0	3.0
	申報數 (億元)	2.04	1.49	1.30	1.29	1.41	0.35
	執行率	<b>57.3%</b>	<b>35%</b>	<b>30.8%</b>	<b>42.7%</b>	<b>46.9%</b>	<b>11.5%</b>

註：100年為第1季資料。

註：99年及100年執行預算，暫以門住診醫療申報P碼進行計算。



# 預算執行情形－醫院部門

年度	95	96	97	98	99	100Q1
預算數	7.25	7.86	5.04	2.873	5.873	4.873
預算執行數	1.88	2.02	2.039	1.936	2.893	0.651
糖尿病	1.02	1.11	1.39	1.496	1.945	0.479
氣喘	0.24	0.16	0.16	0.162	0.169	0.046
高血壓	—	0.07	0.13	0.07	0.072	0.021
乳癌	0.15	0.25	0.37	0.208	0.53	0.06
結核病	0.43	0.431	導入 支付標準	—	—	—
子宮頸癌	0.044	註1	—	—	—	—
精神分裂症	未實施	—	—	—	0.147	0.029
BC肝炎帶原者	未實施	—	—	—	0.03	0.016
預算執行率	25.9%	25.7%	40.5%	67.4%	49.3%	13.4%

註1. 配合子宮頸抹片檢查移為公務預算，本計畫自健保刪除。

註2. 93-98年以點值結算結果，99年及100年以截至100年3月申報疾病管理照護費用計算。



# 預算執行情形－基層部門

年度	95	96	97	98	99	100Q1
預算數	3.56	4.27	4.236	2.99	3.00	3.00
預算執行數	2.04	1.49	1.303	1.290	1.406	0.346
糖尿病	0.45	0.48	0.60	0.684	0.768	0.173
氣喘	1.21	0.60	0.51	0.473	0.471	0.128
高血壓	0.29	0.39	0.18	0.133	0.137	0.034
乳癌	—	—	—	—	—	—
結核病	0.019	0.018	導入 支付標準	—	—	—
子宮頸癌	0.07	註1	—	—	—	—
精神分裂症	未實施	—	—	—	0.004	0.001
BC肝炎帶原者	未實施	—	—	—	0.026	0.010
預算執行率	57.3%	35%	30.8%	42.7%	46.9%	11.5%

註1. 配合子宮頸抹片檢查移為公務預算，本計畫自健保刪除。

註2. 93-98年以點值結算結果，99年及100年以截至100年3月申報疾病管理照護費用計算。



# 計畫目標及重點



## 論質計酬(Pay for Performance)

以疾病管理進行論質計酬方案，主要針對醫療費用大、罹病人數多、照護模式有改善空間之疾病為優先。

➤90年-糖尿病、乳癌、氣喘、子宮頸癌（95年移至國民健康局採預防篩檢方式）、結核病（97年照護率高達91.81%，納入支付標準）

- 95年-高血壓

- 99年-B、C型肝炎帶原者、精神分裂症



# 論質方案推動理念<sup>-1</sup>

疾病項目	設計精神	重要品質指標
各方案	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 改善單一、片斷看診情形，成為以「病人為中心」之連續性追蹤照護。</li> <li>2. 論量計酬改變為論質計酬。</li> </ol>	收案率 完整追蹤率
糖尿病	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 提供符合疾病診療指引，加強追蹤管理及衛教服務。</li> </ol>	HBA1C糖化血色素 LDL低密度脂蛋白
氣喘	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. 加強病患自我管理照護。</li> </ol>	平均每人急住診次數
高血壓	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. 配合適宜的治療，減少急症、併發症及合併症的發生。</li> </ol>	血壓值
乳癌	癌症需要「早期正確診斷，早期正確治療」，可獲得最佳療效，以定期醫療品質報告(report)與追蹤，確保癌症診療與照護品質。	5年整體存活率、無病存活率、乳癌手術後局部復發率、乳癌手術後再度治療率



## 論質方案推動理念<sup>-2</sup>

疾病項目	設計精神	重要品質指標
精神分裂症	使精神分裂症患者能固定規律接受治療及定期服藥，減少急性住院、急診、自殘損傷等高風險行為。	精神科門診平均就診次數 精神科不規則門診比例 6個月內精神科急性病房再住院率 急診使用人次比率
BC型肝炎帶原者	持續追蹤B型、C型肝炎帶原者，使其能定期接受追蹤檢查，有助減少肝癌的發生。	完整追蹤率 腹部超音波檢查執行進步率



# 論質方案-支付誘因

▶ 支付誘因：論量核實支付+額外獎勵誘因

疾病項目	額外獎勵誘因
糖尿病	管理照護費：初診支付400點、複診支付200點、年度評估支付800點；96年起依品質指標評核給予品質加成鼓勵。(檢驗檢查項目另得核實申報) 歷年獎勵金96年1409萬(醫院755萬，基層654萬)、97年1654萬(醫院1110萬，基層544萬)、98年1645萬(醫院1045萬，基層600萬)、99年2681萬(醫院1744萬，基層937萬)
氣喘	管理照護費：初診支付400點、複診支付200點、年度評估支付800點。(檢驗檢查項目得核實申報)
高血壓	初診支付200點、複診支付200點、年度評估支付500點。(檢驗檢查項目得核實申報)
乳癌	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 依診療組合(診斷、治療、追蹤等)定額加成支付。</li> <li>▶ 於試辦期間乳癌病人第零期至第三期之無病存活率及第四期之整體存活率達一定程度者，核撥獎勵金。</li> </ul>
精神分裂症	一般病人1000點，高風險病人1500點。40%基本照護費，60%品質獎勵。 99年獎勵金33.8萬(醫院33.7萬，基層0.1萬)
BC型肝炎帶原者	初診支付100點、複診支付100點、品質獎勵100點。



# 執行情形及成效評估



# 論質方案-照護人數(整體)

照護人數	94年	95年	96年	97年	98年	99年	99/98 成長率	100年 Q1
糖尿病	160,889	176,475	181,098	191,251	214,340	254,504	18.7%	183,536
氣喘	184,269	190,671	140,464	119,645	115,788	115,423	-0.3%	61,112
乳癌	5,852	6,927	8,438	9,807	10,743	11,678	8.7%	9,532
高血壓	未實施	98,960	123,392	76,667	54,698	54,481	-0.4%	21,031
精神分裂症	未實施					36,580	NA	29,553
BC肝帶原者	未實施					44,035	NA	48,548
合計	351,010	473,033	453,392	397,370	395,569	516,701	30.6%	353,312

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。

註3：99年開始實施精神分裂症方案與BC肝炎帶原者方案。



## 論質方案-照護率(整體)

照護人數	94年	95年	96年	97年	98年	99年 <sup>1</sup>	100年 Q1
糖尿病	23.52%	23.16%	24.67%	26.34%	27.56%	29.26% <sup>2</sup>	38.50%
氣喘	32.50%	34.78%	35.17%	31.29%	31.61%	47.02%	55.59%
乳癌	12.09%	12.98%	13.60%	14.64%	14.50%	14.62%	15.90%
高血壓	未實施	9.31%	6.54%	3.93%	2.65%	2.55%	1.25%
精神分裂症	未實施					40.65%	32.20%
BC肝帶原者	未實施					9.83%	8.62%

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。

註2：糖尿病方案99年放寬收案條件，分母由78萬人增加為87萬人(+12%)  
若與98年相同條件分母，收案率32.72%。



## 論質方案-照護情形(醫院)

方案別	年度	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100Q1
糖尿病	個案數	119,828	123,289	127,842	135,926	154,512	188,827	134,150
	照護率	24.47%	23.77%	25.51%	27.61%	30.06%	31.30%	41.96%
氣喘	個案數	36,267	33,686	27,029	23,534	23,911	25,006	13,362
	照護率	13.54%	13.93%	14.34%	14.60%	15.75%	21.73%	25.48%
乳癌	個案數	5,852	6,927	8,438	9,807	10,743	11,678	9,532
	照護率	12.09%	12.98%	13.60%	14.64%	14.50%	14.62%	15.90%
高血壓	個案數	未實施	---	25,138	30,821	18,709	19,621	8,461
	照護率	未實施	---	2.62%	3.16%	1.87%	1.92%	1.12%
精神分裂症	個案數	未實施	---	---	---	---	35,585	28,417
	照護率	未實施	---	---	---	---	40.95%	32.05%
B、C肝帶原者	個案數	未實施	---	---	---	---	23,580	29,904
	照護率	未實施	---	---	---	---	6.79%	6.59%



## 論質方案-照護情形(基層)

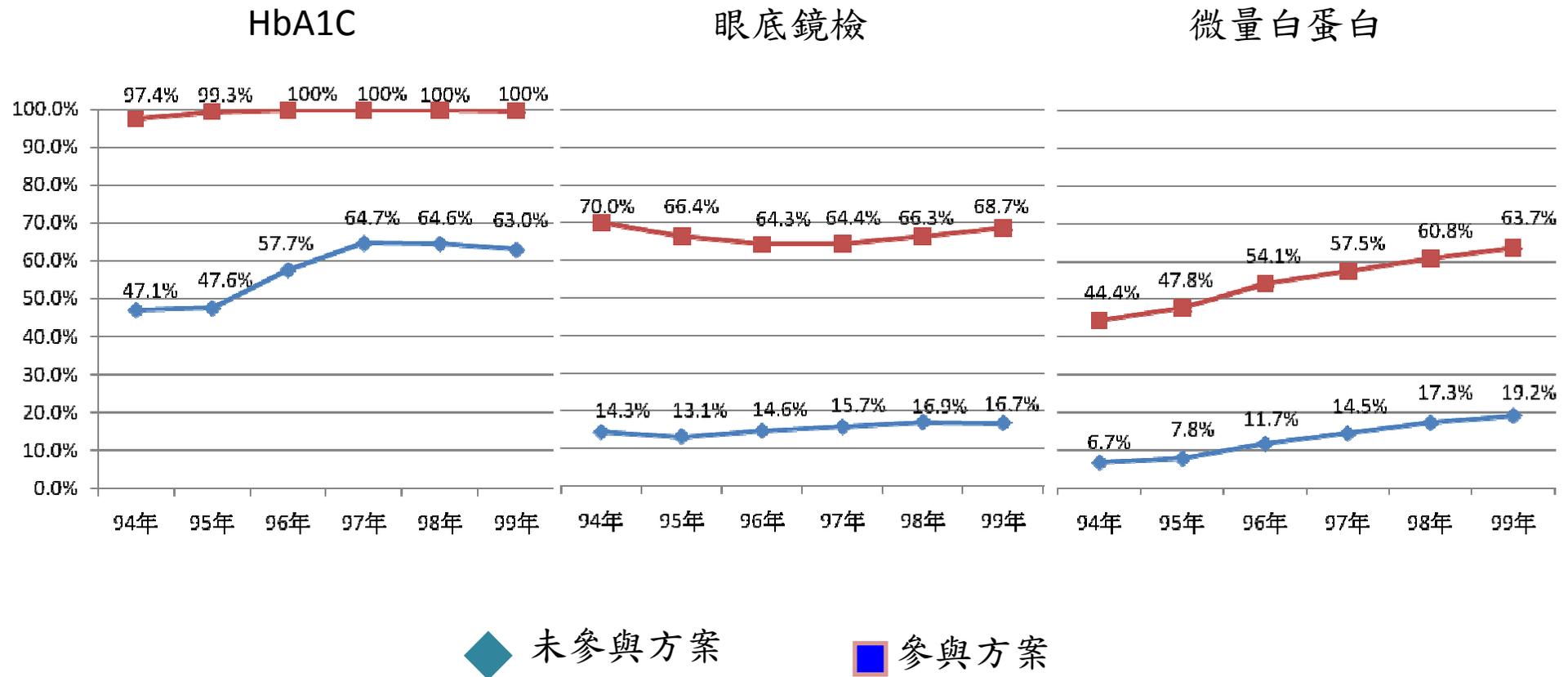
方案別	年度	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100Q1
糖尿病	個案數	43,897	54,717	54,410	56,408	61,007	66,866	49,490
	照護率	14.84%	16.55%	19.67%	20.80%	20.01%	19.74%	30.36%
氣喘	個案數	150,778	159,302	114,610	97,228	92,672	91,038	47,855
	照護率	44.50%	46.43%	48.12%	43.94%	40.96%	65.71%	81.07%
高血壓	個案數	未實施	98,960	98,305	45,865	36,007	34,870	12,570
	照護率	未實施	9.31%	8.89%	3.98%	2.89%	2.69%	1.29%
精神分裂症	個案數	未實施	---	---	---	---	995	1,136
	照護率	未實施	---	---	---	---	32.21%	36.78%
B、C肝帶原者	個案數	未實施	---	---	---	---	20,645	18,655
	照護率	未實施	---	---	---	---	16.13%	16.14%

註：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



# 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





# 論質方案成果-糖尿病方案

追蹤新收案HBA1C > 9.5%個案**66%改善**

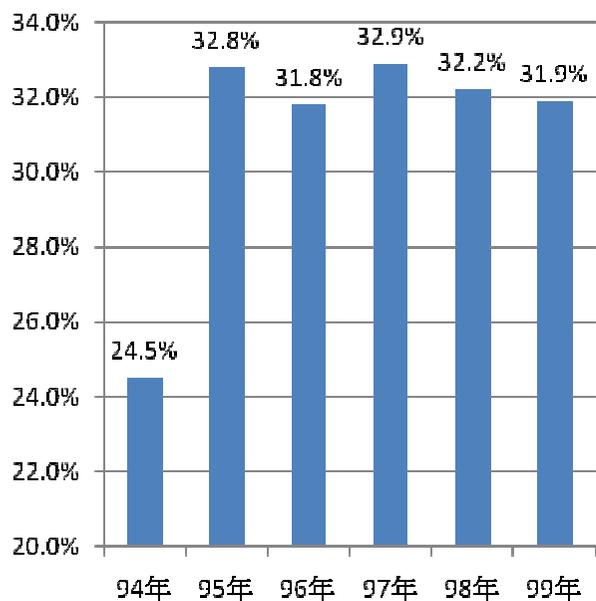
初診 HBA1C > 9.5%人數	1年後HBA1C 值	人數	比率
43882	<7% 良	11210	25.5%
	7% ≤ ≤9.5%	17861	40.7%
	>9.5% 不良	14811	33.8%



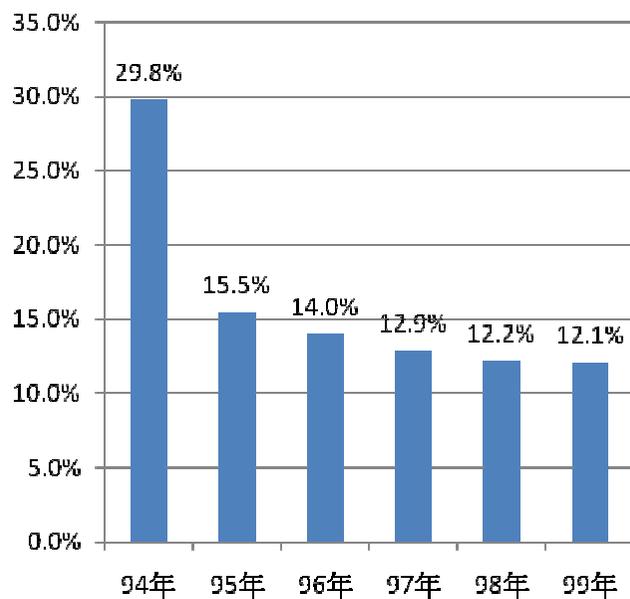
# 論質方案成果-糖尿病方案

連續追蹤94年新參與方案者95-99年成效

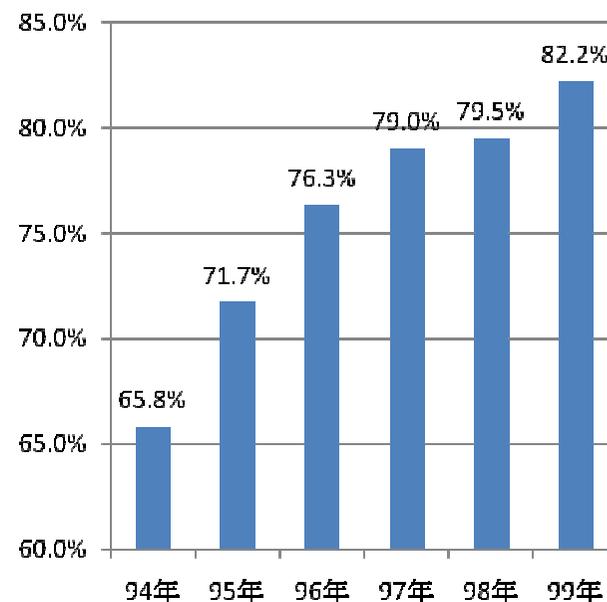
HbA1C < 7.0%(良率)



HbA1C > 9.5%(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



# 論質方案成果-糖尿病方案

## 追蹤六年糖尿病人洗腎發生率

94-99年	新增洗腎人數	糖尿病人數	洗腎發生率
皆參加方案	288	55,330	0.52%
皆未參加方案	16,496	408,414	4.04%
曾經參加但未連續參加	6,089	184,742	3.30%
合計	22,873	648,486	3.53%

註：追蹤94年符合收案條件之糖尿病人64.8萬人，比對94-99年重大傷病檔病新增領證ID，主診斷慢性腎衰竭(尿毒症)，585、40301、40311、40391、40402、40403、40412、40413、40492、40493



# 論質方案成果-乳癌方案

- 本指標係以Kaplan-Meier或Life table計算存活率，本年度試辦個案其存活率，零期病患平均為99.19%（98年為99.25%），第1期病患平均為97.76%（98年為98.13%），第2期病患平均為94.88%（98年為87.26%），第3期病患平均為87.30%（98年為81.60%），第4期病患平均為70.93%（98年為48.61%）與98年比較第2、3、4期均有提升趨勢。



# 論質方案成果-乳癌方案

## ➤乳癌手術後局部復發率

本指標係指部分乳房及全乳房切除術的總人數中，局部復發（含鎖骨上淋巴結）人數，依試辦醫院提供之品質指標值每年局部復發率低於2% ，五年局部復發率低於10% ，符合品質監控要求。

## ➤乳癌手術後再度治療率

本指標係指部分乳房及全乳房切除術的總人數中，部分乳房及全乳房切除術後因乳癌再度接受化學或放射治療人數，依試辦醫院提供之品質指標值18個月後再度治療率 $\leq 10\%$  ，24個月後再度治療率 $\leq 15\%$  ，30個月後再度治療率 $\leq 20\%$  ，符合品質監控要求。



# 慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫



# 慢性B型及C型肝炎治療計畫

## ➤ 歷年協定事項及經費執行率

### ✓ 醫院總額

項目/年度	93年	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年 Q1
預算數 (億元)	19.91	15.0	7.0	11.15	14.37	14.84	6.22	12.82
執行數 (億元)	6.58	6.66	6.38	8.25	8.74	10.94	28.16	7.74
執行率	33%	44%	91%	74%	61%	74%	453%	60%

註：預算數為100年全年金額



# 慢性B型及C型肝炎治療計畫

## ▶ 歷年協定事項及經費執行率

### ✓ 西醫基層總額

項目/年度	93年	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年 Q1
預算數 (億元)	0.89	0.5	0.1	0.72	0.08	0.15	0.6	1.57
執行數 (億元)	0.39	0.03	0.06	0.02	0.02	0.05	0.54	0.23
執行率	44%	5%	57%	3%	28%	33%	89%	15%

註：預算數為100年全年金額



# 慢性B型及C型肝炎治療計畫

## ➤計畫目標及內容

1. 計畫目標：本計畫自92年10月起試辦，主要目的為配合行政院衛生署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；另為免排擠一般預算，本項藥物治療費用列為專款，由中央健康保險局管控。
2. 給付範圍：慢性B型肝炎病患之藥物治療。
3. 藥品給付規定：依全民健康保險藥價基準辦理。



# 慢性B型及C型肝炎治療計畫

## ➤計畫目標及內容

### 4. 醫院參與資格：

- ✓須具有消化系內科專科或小兒消化學專科醫師之醫院。
- ✓醫師資格為前開醫院內之消化系內科專科醫師、小兒消化學專科醫師、血液病專科醫師、腫瘤內科專科醫師、癌症專科醫師及符合器官移植手術資格之專科醫師。
- ✓非消化系專科醫師需先照會消化系專科醫師；限愛滋病毒感染患者併有B型肝炎感染者，得由其照護之感染科醫師開立處方。

### 5. 基層院所參與資格：

- ✓須具有消化內科專科醫師或小兒消化學專科醫師之基層院所。



# 慢性B型及C型肝炎治療計畫

## ➤計畫目標及內容

### 6. BC型肝炎醫療資源不足地區放寬醫師資格：

✓由BC肝醫療資源充足區符合資格之醫師長期兼任，或由醫療資源不足區符合計畫之專科醫師且其專任院所未加入本試辦計畫者長期兼任。

✓如經評估仍有不足，得視情形由該資源不足地區常駐之內科或家醫科醫師參與，但彼等必須先接受消化系醫學會之訓練，取得合格證書，方可申請參與此項試辦計畫。

7. 山地離島地區專案申請，醫師資格放寬部分比照BC型肝炎醫療資源不足地區辦理。



# 慢性B型及C型肝炎治療計畫

## ➤ 歷次修正之重點

- 1) 92年10月計畫實施，開放B型肝炎及C型肝炎療程。
- 2) 95年9月起開放B肝抗藥株療程。
- 3) 96年10月起開放B肝復發療程。
- 4) 97年8月起新增貝樂克及喜必福1線用藥，及貝樂克2線用藥。
- 5) 98年11月開放C肝復發療程，並放寬用藥條件(抽血驗病毒量取代肝穿刺)及延長療程至36個月。
- 6) 99年7月起開放B肝抗藥株復發療程，並增列肝硬化病患可長期使用之規定。
- 7) 100年6月新增Tenofovir 300mg納入第一線慢性B型肝炎抗病毒劑。



# 慢性B型及C型肝炎治療計畫

## ► 執行情形\_醫院

項目/年度	93年	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年1-4月
試辦家數	99	136	151	156	157	170	185	196
B型肝炎	6,085	5,662	5,439	5,715	6,637	9,263	17,771	5,368
B肝抗藥株	未開放	未開放	710	1,326	912	926	1,079	281
B肝復發	未開放	未開放	未開放	117	546	1,173	1,783	343
C型肝炎	3,741	3,504	3,101	3,848	3,554	5,142	11,415	3,081
C肝復發	未開放	未開放	未開放	未開放	未開放	280	993	286
B肝抗藥株復發	未開放	未開放	未開放	未開放	未開放	未開放	235	36

註1：100年收案數係截至100年5月2日。

註2：B肝抗藥株自95年9月起開放治療。

註3：B肝復發自96年10月起開放治療。

註4：C肝復發自98年11月起開放治療。

註5：B肝抗藥株復發自99年7月起開放治療。



# 慢性B型及C型肝炎治療計畫

## ➤ 執行情形\_醫院

- 1) 99年醫院總額部門參加試辦計畫院所共計185家，B型肝炎新收案17,771人，B型肝炎抗藥株新收案1,079人，B型肝炎復發新收案1,783人，C型肝炎新收案11,415人，C型肝炎復發新收案993人，B型肝炎抗藥株復發新收案235人。
- 2) 100年醫院總額部門參加試辦計畫院所共計196家，截至今年5月2日止B型肝炎新收案5,368人，B型肝炎抗藥株新收案281人，B型肝炎復發新收案343人，C型肝炎新收案3,081人，C型肝炎復發新收案286人，B型肝炎抗藥株復發新收案36人。



## 慢性B型及C型肝炎治療計畫

### ► 執行情形\_醫院

3) 本試辦計畫自92年開辦以來，依本局健保資訊服務網網頁登錄資料(VPN)統計，參與B、C型肝炎治療試辦計畫個案數，截至100年5月2日，醫院總額部門已有110,352人次肝炎病患參與B、C型肝炎，其中B型肝炎治療人數共61,940人、B肝抗藥株為5,234人、B肝復發為3,962人，C型肝炎有37,386人，C肝復發有1,559人，B型肝炎抗藥株復發有271人。



# 慢性B型及C型肝炎治療計畫

## ► 執行情形\_西醫基層

項目/年度	93年	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年1-4月
試辦家數	21	23	30	28	32	53	91	173
B型肝炎	24	51	51	39	44	110	510	224
B肝抗藥株	未開放	未開放	4	5	10	16	17	5
B肝復發	未開放	未開放	未開放	1	5	15	34	7
C型肝炎	13	16	21	44	22	49	351	169
C肝復發	未開放	未開放	未開放	未開放	未開放	1	23	6
B肝抗藥株復發	未開放	未開放	未開放	未開放	未開放	未開放	2	1

註1：100年收案數係截至100年5月2日。

註2：B肝抗藥株自95年9月起開放治療。

註3：B肝復發自96年10月起開放治療。

註4：C肝復發自98年11月起開放治療。

註5：B肝抗藥株復發自99年7月起開放治療。



# 慢性B型及C型肝炎治療計畫

## ► 執行情形\_西醫基層

- 1) 99年西醫基層總額部門參加試辦計畫院所共計91家，B型肝炎新收案510人，B型肝炎抗藥株新收案17人，B型肝炎復發新收案34人，C型肝炎新收案351人，C型肝炎復發新收案23人，B型肝炎抗藥株復發新收案2人。
- 2) 100年西醫基層總額部門參加試辦計畫院所共計173家，截至今年5月2日止B型肝炎新收案224人，B型肝炎抗藥株新收案5人，B型肝炎復發新收案7人，C型肝炎新收案169人，C型肝炎復發新收案6人，B型肝炎抗藥株復發新收案1人。



# 慢性B型及C型肝炎治療計畫

## ► 執行情形\_西醫基層

3) 本試辦計畫自92年開辦以來，依本局健保資訊服務網網頁登錄資料(VPN)統計，參與B、C型肝炎治療試辦計畫個案數，截至100年5月2日，西醫基層總額部門已有1,890人次肝炎病患參與B、C型肝炎，其中B型肝炎治療人數共1,053人、B肝抗藥株為57人、B肝復發為62人，C型肝炎有685人，C肝復發有30人，B型肝炎抗藥株復發有3人。



# 慢性B型及C型肝炎治療計畫

## ➤ 未來方向

- ✓ 由本局針對用藥量大之醫療院所進行專案立意抽審，並加強控管試辦醫院之收案人數。
- ✓ 本局於參與行政院衛生署肝癌及肝炎防治委員會議時適時表達，為基於病患用藥之公平性，建議B型及C型肝炎治療藥物適應症之放寬，仍應考量當年度之預算金額，以免影響其他病患之用藥權益。



# Pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫



## 協定事項及經費

- 99年度預算係依費協會協定，0.16%成長率用以推行品質改善計畫，預算4,800萬元。
- 100年度預算來源，由全民健保「其他預算」之「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」支應8,400萬元。



## 計畫目標及重點-計畫修訂

- 100年度該計畫之內容部分修正，與99年主要不同為：

高危險群健康管理(P3401C)刪除，改由「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early\_CKD)」照護Stage1~3a期之病患。



## 計畫目標及重點-計畫目標

- 對於Stage 3b、4及蛋白尿病患：

照護目標為阻緩腎功能的惡化、蛋白尿的緩解、避免不當藥物的傷害、預防併發症發生。

- Stage 5病患：

照護目標為以周全的準備，在適當的時機，順利且安全地進入透析醫療。



## 計畫目標及重點-計畫重點

- 收案前：需向病人解釋本計畫之目的，及需病人配合定期回診等事項。
- 護理衛教及飲食營養衛教：提供與教導適切的CKD衛教知識與資料，且隨時掌握病患狀況，追蹤病況與檢驗結果，提供醫師與家屬在醫療上與照護上的必要訊息與溝通機會。
- 其他：包含社工師、藥師及其他專科醫師等，專業知識之諮詢。



## 100年第1季各分區業務組院所數

院所數/分區業務組	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
醫院	34家	19家	27家	12家	27家	3家	122家
基層	3家	4家	3家	6家	2家	0家	18家



## 新收案人數

年度	醫院	基層	合計
95年11~12月	721人	28人	749人
96年	9,653人	409人	10,062人
97年	13,626人	382人	14,008人
98年	17,118人	676人	17,794人
99年	17,272人	617人	17,889人
100年第1季	2,762人	114人	2,876人

註：新收案人數係申報給付類別為P3402C(新收案管理照護費)核定人數，  
一年只限新收案一次。



## 院所申報各年度結案狀況

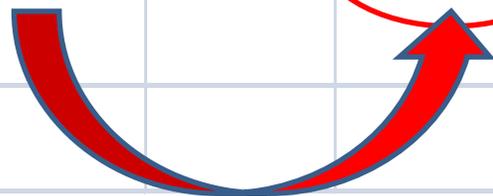
結案條件/年度	96年	97年	98年	99年	100年第1季
進入長期透析	189	1,077	1,575	1,989	664
於國內進行腎臟移植	3	19	21	22	5
可歸因於病人者	65	553	502	725	272
長期失聯	20	279	166	189	58
拒絕再接受治療	2	85	72	91	39
死亡	43	189	263	441	175
蛋白尿緩解			1	4	
總計	257	1,649	2,098	2,736	941

註：此表係院所申報P3405C(結案資料處理費)時，病患治療狀況(TREATMENT\_STATUS)分類統計。其中進入長期透析人數不含繼續追蹤者



## 計畫結案進入透析者 占新發個案比例

項目/年度	96年	97年	98年	99年	100年第1季
院所申報結案進入長期透析者(A)	189人	1,077人	1,575人	1,989人	664人
當年度新增之透析個案(B)	9,422人	9,580人	9,579人	9,211人	1,026人
(A)結案且為當年度(季)新增之透析個案(C)	186人	1,022人	1,495人	1,827人	300人
計畫結案占新發人數比率(C/B)	1.97%	10.67%	15.61%	19.83%	29.24%
註：一、(B)新增人數指透析期間超過3個月者。					
二、(C)人數為(A)之ID與(B)之ID串檔統計而得。					





## 計畫結案原因小結

- 結案以進入長期透析者最多，99年為1,989人，占結案人數72.70%；其次為死亡441人，占16.12%，另有蛋白尿減緩、失聯或拒絕照護等。
- 每年新增長期透析病患中，經由本計畫照護後才進入透析比率逐年增加，由97年10.67%增至99年19.83%，照護品質得到確保的受益人數占率愈多，配合本計畫可減緩腎功能惡化，間接減少醫療費用支出。

# 95年11月至100年第1季申報Pre-ESRD衛教計畫申報點數



給付類別/年度/層級別	95年11月-12月	96年	97年	98年
	P3401C健康管理費	353,600	495,300	912,500
P3402C新收案管理照護費	1,680,000	6,505,000	16,922,400	21,433,200
P3403C完整複診衛教及照護費	-	1,330,600	15,573,600	30,070,200
P3404C年度評估費	-	38,400	1,891,200	4,086,600
P3405C結案資料處理費	-	122,400	1,204,200	1,424,400
P3406C病患照護獎勵費	-	-	1,480,500	4,027,500
P3407C病患照護獎勵費	-	-	2,877,000	4,914,000
P3408C病患照護獎勵費	-	-	-	3,000
合計申報點數(A)	2,033,600	8,491,700	40,861,400	66,612,300
預算數(B)	51,969,480	49,897,664	59,893,996	44,120,398
執行率(C=A/B)	3.91%	17.02%	68.22%	150.98%

給付類別/年度/層級別	99年	100年1-3月		
		醫院	基層	合計
P3401C健康管理費	430,400	-	-	-
P3402C新收案管理照護費	21,475,200	3,318,000	136,800	3,454,800
P3403C完整複診衛教及照護費	41,722,200	7,486,800	326,400	7,813,200
P3404C年度評估費	7,143,600	1,245,000	54,000	1,299,000
P3405C結案資料處理費	1,850,400	354,600	12,600	367,200
P3406C病患照護獎勵費	8,191,500	1,428,000	48,000	1,476,000
P3407C病患照護獎勵費	6,804,000	1,107,000	18,000	1,125,000
P3408C病患照護獎勵費	35,000	4,000	1,000	5,000
合計申報點數(A)	87,652,300	14,943,400	596,800	15,540,200
預算數(B)	48,419,887			21,000,000
執行率(C=A/B)	181.03%			74.00%

註1：製表日期：100年5月4日。 註2：資料來源：6分區業務組二代醫療主機。

註3：當季預算不足時，以浮動點值計算。



# 歷年符合獎勵人數及成長率

給付別/ 年度/層	97年		98年			99年			100年第1季	
	人次	點數	人次	點數	成長率	人次	點數	成長率	人次	點數
病患照護 獎勵費 (P3406C)	978	1,467,000	2,685	4,027,500	174.54%	5457	8,191,500	103.24%	983	1,476,000
病患照護 獎勵費 (P3407C)	959	2,877,000	1,638	4,914,000	70.80%	2267	6,804,000	38.40%	375	1,125,000
病患照護 獎勵費 (P3408C)			3	3,000		35	35,000	1066.67%	5	5,000

1. 製表日期：100年6月13日。 2. 資料來源：6分區業務組醫療主機。 3. 成長率為人次與前一年比較。



# 我國透析發生率及盛行率

慢性腎臟病品質提升計畫相關指標								
年度	年底人口數	當年透析新發生人數		年底透析人數		境內腎移植 人數	腹膜透析人數	
	(A)	(B)	每百萬人 發生率		每百萬人 盛行率			腹膜透析率(%)
95	22,876,527	9,018	394.2	49,419	2160.2	296	3915	7.92
96	22,958,360	9,422	410.4	52,975	2307.4	240	4707	8.89
97	23,037,031	9,580	415.9	56,558	2455.1	298	5323	9.41
98	23,119,772	9,579	414.3	60,121	2600.4	313	5940	9.88
99	23,162,123	9,211	397.7	63,550	2743.7	287	6327	9.96
資料來源:本局二代倉儲系統重大傷病證明檔、門診及住診明細檔								
製表日期:100.05.								

註1. 與國際數據比較:2008年發生率為第1名,盛行率為第1名

註2. 透析發生人數係以曾領有「慢性腎衰竭(尿毒症)必須定期透析治療者」之重大傷病有效卡者且有效期限合計超過3個月者,以ID歸戶計算而得。



## 小結-1/2

- 參加Pre-ESRD計畫之病患，如其eGFR下降幅度少於規定指標值表示照護成效佳，可另給予獎勵費用：

99年符合CKD Stage 3b、4整體照護個案之獎勵條件人數有5,457件，成長率103.85%；符合CKD Stage 5整體照護個案之獎勵條件人數有2,267件，成長率39.17%。此執行方案可有效降低洗腎發生率，延緩病患進入長期透析。

- 有「慢性腎衰竭(尿毒症)必須定期透析治療者」之重大傷病有效卡者且有效期限合計超過3個月者，99年透析新發生人數較98年下降3.84%（99年新發生人數9,211人，98年新發生人數9,579人）。



## 小結-2/2

- 據台灣腎臟醫學會統計發現：糖尿病及人口老化都是相關因素之一，透析個案之原發性病因是糖尿病而導致腎病變者占43%，在本局推動之糖尿病醫療給付改善方案發現，有參與該方案之糖尿病個案其治療指引遵循率較高、HbA1C、LDL控制良好比率增加。
- 末期腎臟病人若因病況發展，其腎臟功能已屬不可回復，必須接受透析以維持生命；透過本計畫不僅可延緩進入長期透析狀態，並且在專業醫護團隊的協助下，對於透析方式的選擇、照護認知的強化、支持體系的建構、透析事前的手術(瘻管重建等)，甚至工作的調整等，可以有充分的時間準備，讓長期透析患者也能有較高品質的生活型態。



## 未來規劃

- 持續於費協會爭取編列推動「Pre-ESRD計畫」相關預算，並加強糖尿病改善方案之照護人數，以落實減緩洗腎人口之政策。
- 慢性腎臟病患照護品質提升第1期5年計畫四大目標
  - ✓ 降低洗腎發生率年成長-2%
  - ✓ 腎臟移植人數五年達15%成長
  - ✓ 透析病患五年存活率高於歐盟3%
  - ✓ 五年內腹膜透析人數占率達13%



# 醫院以病人為中心之整合照護計畫



## 整合照護計畫之目的

- 提供具成本效益之照護，減少重覆浪費
- 增進遵循實證醫療，提升醫療品質
- 建立以病人為中心之服務模式



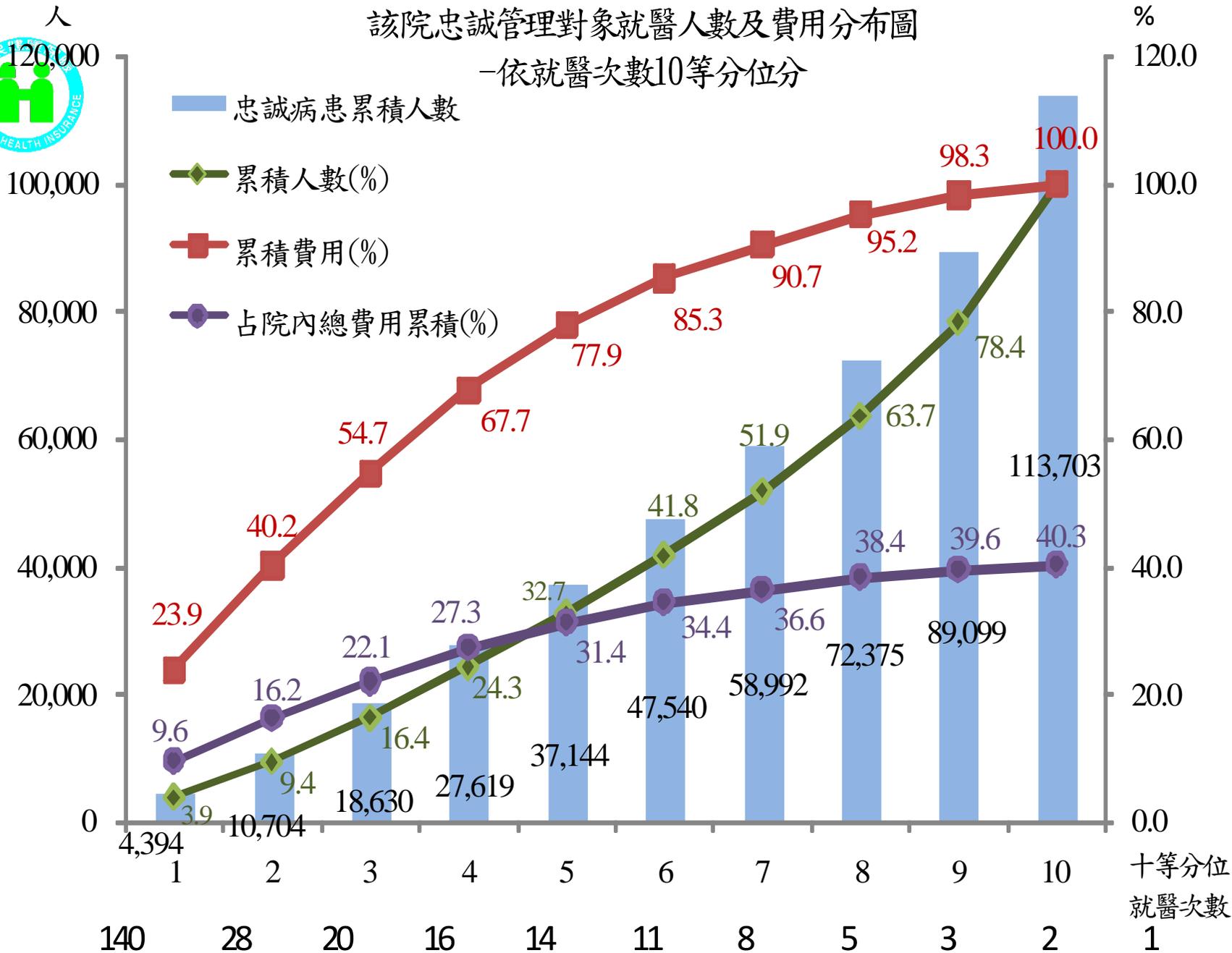
## 計畫目的與策略

- 提供多重醫療需求病人適切、效率、良好品質的醫療服務，避免重複、不當治療用藥或處置，影響病人安全。
- 配合總額支付制度，提供整合式照護服務，促成醫院各專科醫療之適當整合。
- 鼓勵醫院盡責，透過專業合作，以達全人照護之理念。
- 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，避免因重複及不當用藥、重複檢驗檢查、處置等，並逐步達成一次掛號、一次部份負擔之有效率醫療服務
- 鼓勵醫院互相標竿學習，逐步朝醫療體系整合推進。



人

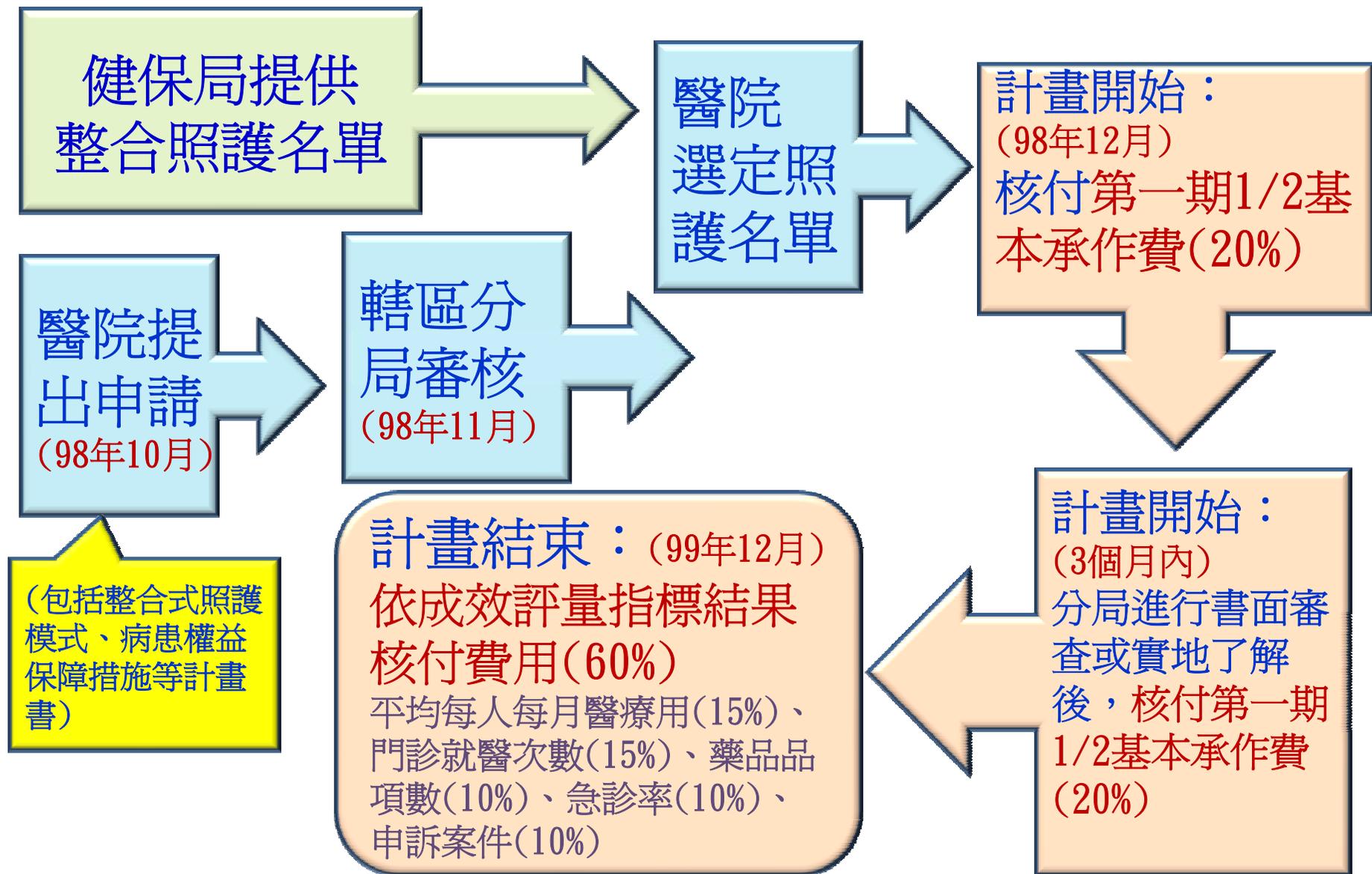
該院忠誠管理對象就醫人數及費用分布圖  
-依就醫次數10等分位分



註: 忠誠病患為該病患於此院就醫次數大於其整年總就醫次數之50%。



# 執行流程





## 支付方式

- 照護費用第一年每位照護對象1000元，依下列方式分配：
  - 基本承作費占40%
  - 成效評量占50%
  - 民眾就醫權益10%



## 評量指標

➤ 比較基期： 97年1月-98年6月

指標項目	配分比例	評量方式
平均每人每月醫療費用(申報點數)	15%	低於基期
平均每人每月門診就醫次數	15%	低於基期
平均每人每月藥品項數	10%	低於基期
平均每人每月急診次數	10%	低於基期



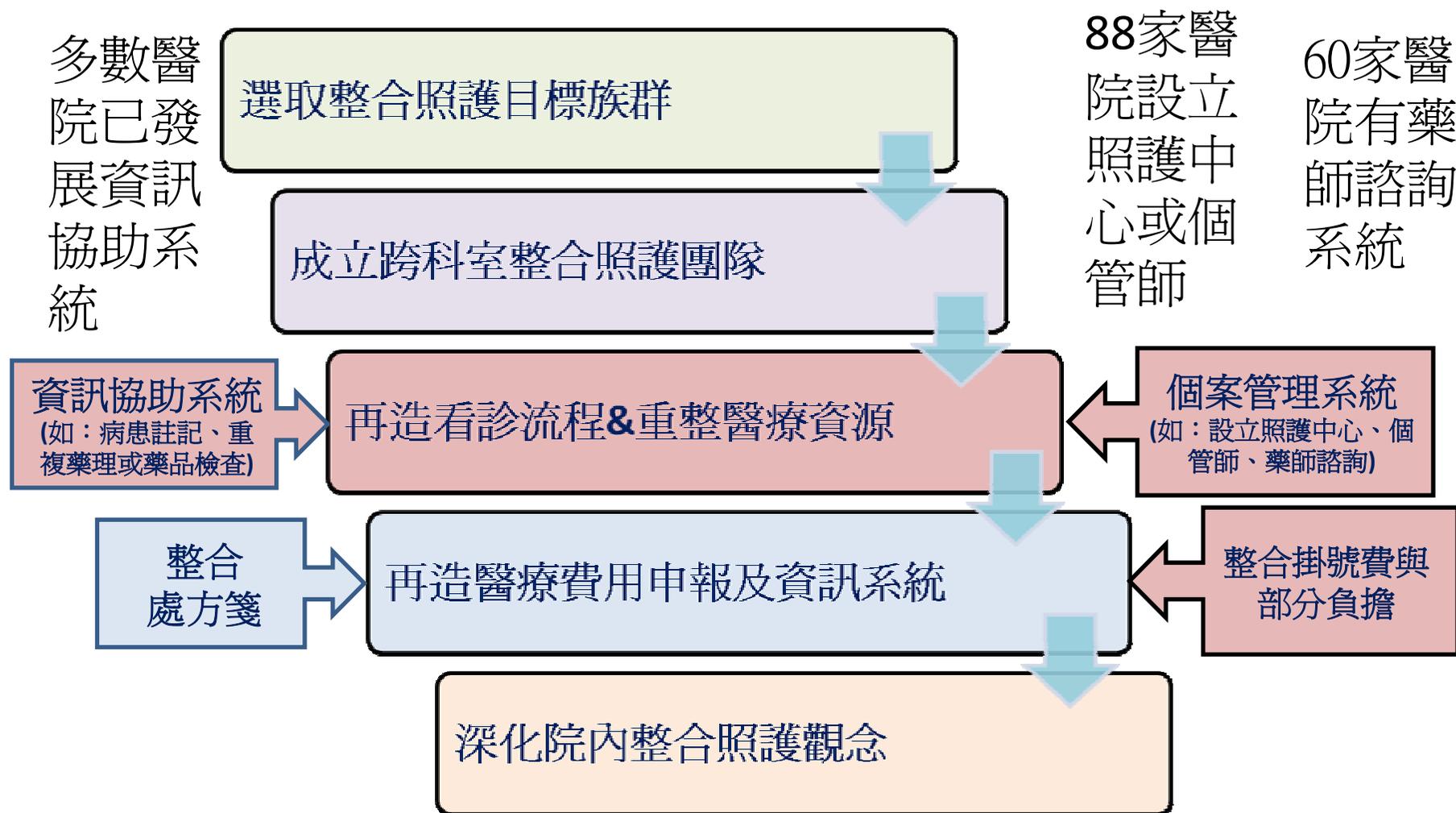
# 99年醫院參與整合照護試辦計畫情形

分區別	醫學中心			區域醫院			地區醫院			合計		本局提供 4等分位	納入照 護比率
	試辦 家數	特約數	照護人數	試辦 家數	特約數	照護人數	試辦 家數	特約數	照護人數	試辦 家數	選定照護 人數		
台北	8	8	132,691	18	19	92,604	13	84	21,120	39	246,415	341,852	72%
北區	1	1	27,015	11	12	35,878	31	51	35,463	43	98,357	137,510	72%
中區	4	4	41,514	15	16	49,446	25	87	30,453	44	121,413	174,517	70%
南區	2	3	16,830	14	15	42,096	8	48	4,759	24	63,685	111,252	57%
高屏	3	3	33,503	11	12	32,753	16	101	15,550	30	81,806	138,236	59%
東區	1	1	5,123	3	4	4,418	3	10	3,218	7	12,759	21,706	59%
合計	19	20	256,676	72	78	257,196	96	381	110,563	187	624,435	925,073	68%
申請醫 院家數 佔率	95%			92%			25%			83%為慢性病 患			

83%為慢性病  
患



# 醫院整合照護模式的建構





## 創新多元之整合照護模式(1/3)

### ➤ 一般門診型態

- ✓ 照護對象當日就診，不論就醫科別或疾病別都屬整合範圍，醫院多藉助資訊流程之管理。

### ➤ 僅對部分科別整合

- ✓ 按照照護對象所須照護型態發展整合門診，如：高齡老人整合門診、內科整合門診....等。

### ➤ 僅對部分疾病別整合

- ✓ 醫院開設以疾病別為主之整合門診，如：糖尿病、心腎門診、三高門診.....。



## 創新多元之整合照護模式(2/3)

- 同時對部分疾病別及部分科別整合
  - ✓ 如糖尿病足共同門診及老人醫學門診。
- 一般門診及部分科別整合
  - ✓ 如老人引導至老人門診看診，非老人則接受一般門診照護型式。
- 一般門診及部分疾病別整合
  - ✓ 如糖尿病至糖尿病門診，非糖尿病者則接受一般門診照護型式。



## 創新多元之整合照護模式(3/3)

分區別	一般門診	僅部分科別整合	僅部分疾病別整合	部分疾病別與科別	具一般門診及部分科別整合	具一般門診及部分疾病別整合	小計
台北	9	16	4	4	6	0	39
北區	24	15	1	0	2	1	43
中區	26	14	1	0	3	0	44
南區	7	10	0	0	5	2	24
高屏	18	9	0	1	2	0	30
東區	2	3	0	1	1	0	7
總計	86	67	6	6	19	3	187
佔率	46%	36%	3%	3%	10%	2%	100%



# 執行成效



# 病人滿意度調查

由各試辦醫院進行整合門診病人滿意度調查，採立意取樣方式，總計回收問卷2,759份

選項	整體滿意度	減少不同 科別看診	減少看病次數	減少用藥數量	是否繼續推動
非常滿意	26.2% 76.1%	24.1% 70.9%	22.6% 70.0%	18.8% 76.1%	26.6% 72.1%
滿意					
普通	21.2%	21.1%	21.5%	25.5%	20.9%
不滿意	2.1%	7.8%	8.1%	8.9%	6.3%
非常不滿意	0.4%	0.2%	0.3%	0.2%	0.6%
未填或不明	0.1%	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

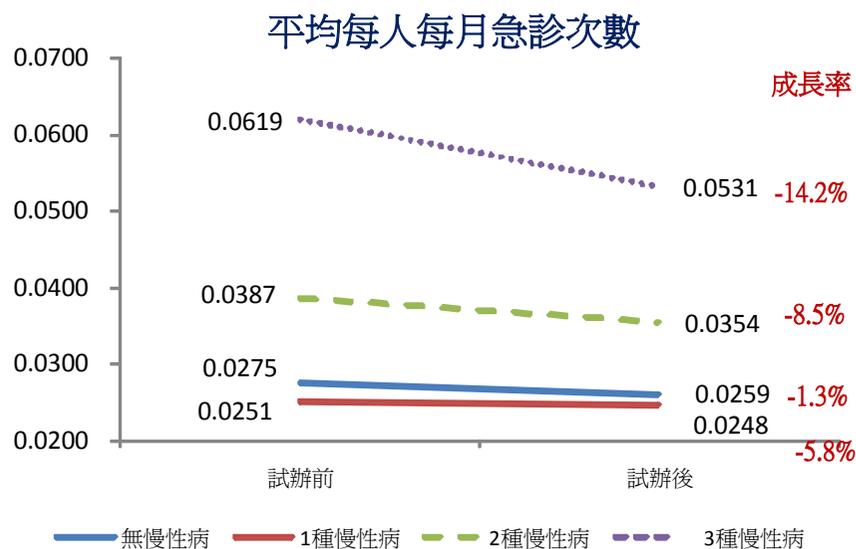
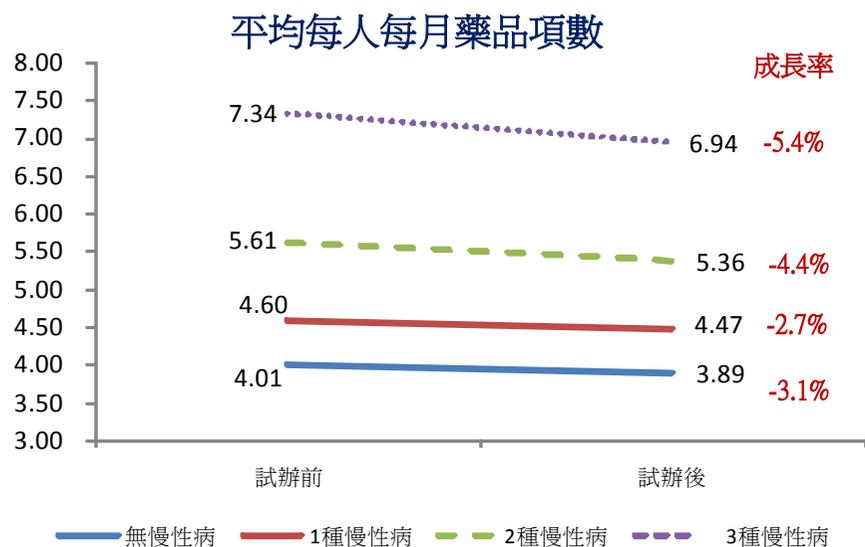
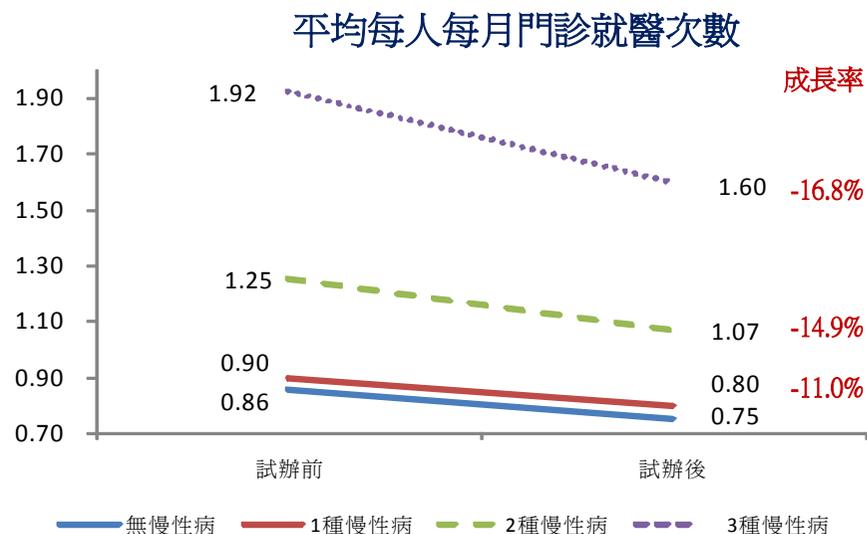
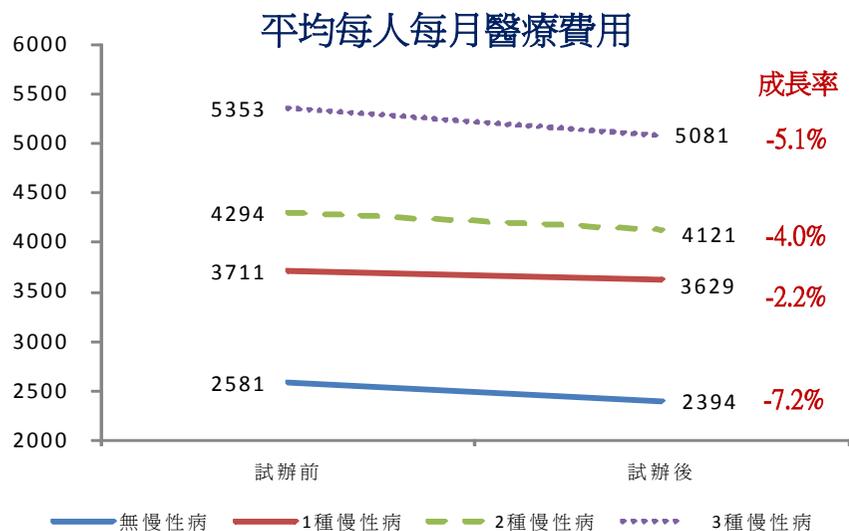


## 99年成效指標

指標項目	試辦前 (9701-9806)	試辦後 (9812-9912)	成長率
平均每人每月醫療費用	3850	3708	-3.68%
平均每人每月門診就醫次數	1.09	0.95	-13.40%
平均每人每月藥品項數	5.05	4.87	-3.66%
平均每人每月急診次數	0.033	0.031	-6.66%



# 99年成效指標-以慢性病數區分





## 99年成效指標-以醫院達成情形區分

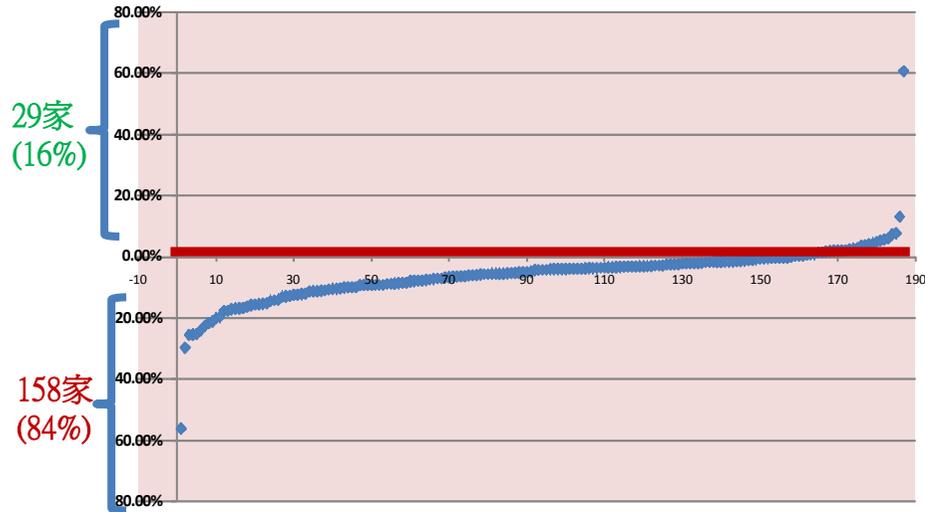
成效評量指標	資料	未下降	下降情形			總計
			下降比例 5%以內	下降比率 5%至10%之間	下降比率 >10%	
平均每人每月 醫療費用	醫院家數	29	68	44	46	187
	核付金額	-	16,570,800	15,714,100	5,930,400	38,215,300
平均每人每月 門診就醫次數	醫院家數	4	4	19	160	187
	核付金額	-	1,796,850	11,178,800	70,110,750	83,086,400
成效評量指標	資料	未下降	有下降	總計		
平均每人每月 藥品項數	醫院家數	95	92	187		
	核付金額	-	20,312,800	20,312,800		
平均每人每月 急診次數	醫院家數	69	118	187		
	核付金額	-	49,264,200	49,264,200		
平均每人每月 申訴成案數	醫院家數	36	151	187		
	核付金額	-	39,385,800	39,385,800		

註：本計畫基本承作費用核付約2.2億，成效指標核付約2.3億，推估約達4.5億元

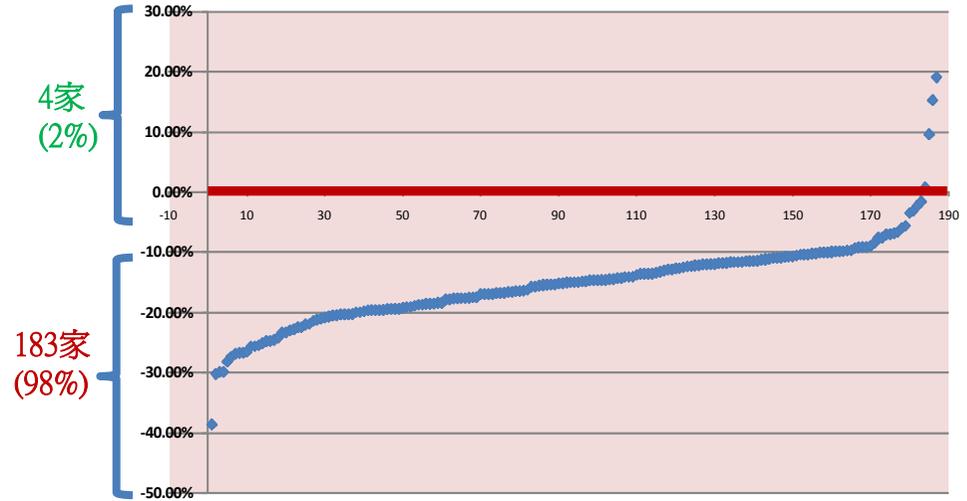


# 個別醫院四項指標相較基期之增減比例

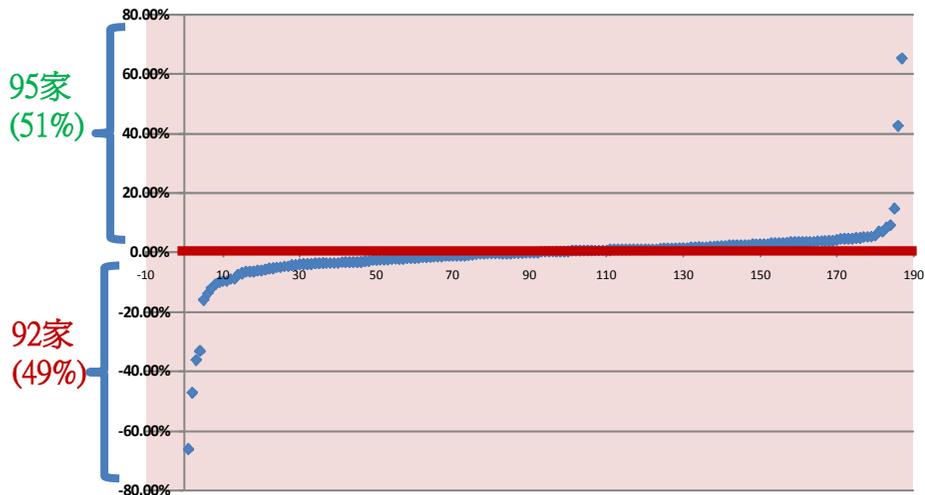
## 個別醫院平均每人每月醫療費用



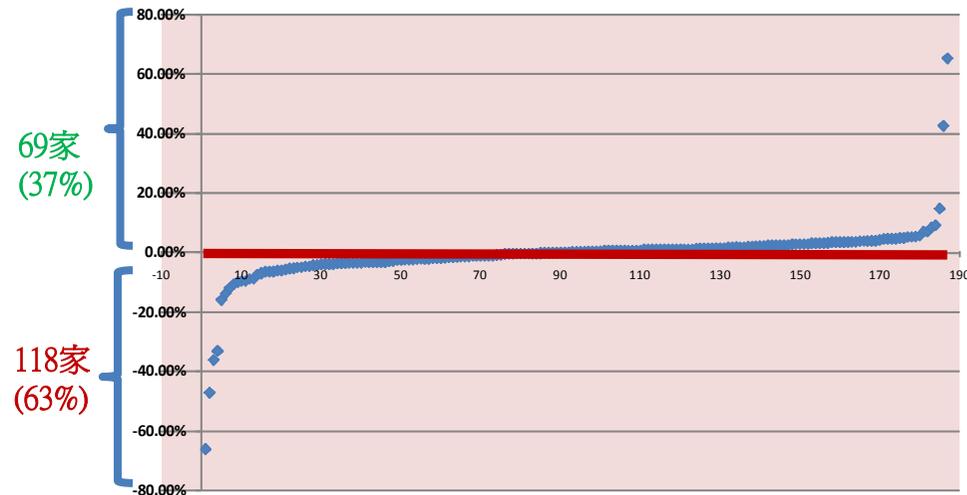
## 個別醫院平均每人每月就醫次數



## 個別醫院平均每人每月藥品項數



## 個別醫院平均每人每月急診次數





# 個別醫院平均每人每月申訴成案數 相較基期之增減次數





## 對照護對象的價值

- 節省保險對象的財務負擔
  - ✓ 部分負擔：全年可節省部分負擔約2.03億元。
  - ✓ 掛號費：全年節省掛號費約8000萬元。
  - ✓ 看診時間：全年每人可節省約8小時，全年共節省387萬小時等候看診時間。
  - ✓ 其他的社會成本(如家人陪伴的就醫成本)則難以衡量。
  - ✓ 每人全年約可節省支出588元，看病及交通往返時間約8小時。
- 用藥品項數的減少，提升病患用藥安全。



## 初期成效

- 對照護對象而言
  - ✓ 7成以上的病人表示滿意，且減少不同科別之看診、看病次數及用藥數量。
  - ✓ 減少部分負擔及掛號費支出，看診及往返交通的時間等。
  - ✓ 減少重複用藥及檢查，提升就醫安全及品質。
- 對試辦醫院而言
  - ✓ 有5-9成的醫院，分別達成各項成效指標。
  - ✓ 創新的照護模式，更能貼近多元慢性病患的照護型態，使其在各成效指標值之下降幅度更高。



# 高診次保險對象藥事居家照護試辦計畫



## 99年試辦目地及區域、預算

- 目的：為使醫療資源合理使用，針對門診高利用之保險對象且需輔導建立正確服藥觀念者，進行居家訪視，避免藥物重複使用，提升用藥安全，間接減少醫療資源之浪費。
- 施行區域：本局臺北及高屏業務組轄區。
- 實施期間：99年1月1日至12月31日。
- 預算來源：99年全民健康保險醫療給付費用總額中「其他預算」—924萬元。
- 預期目標及成效：
  - 99年預期照護1,100人，總服務人次8,800人次。
  - 預計降低輔導對象前1年同期申報門、住診醫療費用10%以上。



# 支付與申報

- 支付方式：採論次計酬，每次支付1,000點，每點1元。
- 申報時需將「首次訪視紀錄表」、「追蹤紀錄表」、「結案紀錄表」等書面資料，一併檢送藥師公會全聯會及本局兩業務組備查，並依「特約藥局醫療服務點數清單媒體申報」格式申報。



# 99年訪視人次及支付金額

分區別	訪視人數	藥師人數	訪視人次	平均每位保險對象訪視次數	平均每位藥師訪視人次	申報訪視費用 (萬元)	預算 (萬, 執行率)
臺北業務組	351	23	1,419	4.04	61.69	141.9	924 (15.3%)
高屏業務組	457	19	2,431	5.31	127.94	243.1	924 (26.3%)
合計	808	42	3,850	4.76	91.66	385	924 (41.6%)

註：截至100.5.2止共申報訪視費用385萬元。



# 99年執行成果

執行項目	98年(輔導前)	99年(輔導後)	執行成效
平均每人門診次數	93.19次	66.17次	-29%
平均每人醫療點數(門診)	7.73萬點	6.16萬點	-20%
平均每人醫療點數(住院)	3.57萬點	4.7萬點	+32%
平均每人醫療點數(門、住診)	11.3萬點	10.86萬點	-4%
平均每人藥費點數(門診)	3.1萬點	2.5萬點	-19%
平均每人藥費點數(住院)	1.1萬點	0.86萬點	-22%
平均每人藥費點數(門、住診)	4.2萬點	3.36萬點	-19%



# 99年執行結果檢討

- 預算執行率偏低：預算924萬執行率僅41.6%之原因與本案首度實施及收案經驗不足有關，包含藥事人員行前訓練及關懷函配對作業較晚實施，以及篩選及收案之經驗不足，以致收案人數及訪視次數受到影響，故預算無法使用完竣。
- 未達設定目標值：本計畫目標值為99年門、住診醫療費用較98年醫療費用下降10%，本案僅下降約4%，未達目標值，原因係受輔導個案住院醫療費用未下降反而增高達32%之因素影響，導致門診醫療費用雖下降率高達20%，但經門、住診合計後卻僅4%，而住院醫療費用實非由本計畫之介入輔導可以改變。



## 99與100年計畫之比較

- 預算及輔導人數：由924萬增加至3,600萬，人數由1,100人增加至4,300人。
- 施行區域：由臺北及高屏業務組擴大至全國。
- 輔導對象：由門診高診次及就醫院所家數 $\geq 6$ 家者改為前1年申報門診就醫次數 $\geq 100$ 次之保險對象中予以**篩選**：具有2種以上慢性疾病者(在 $\geq 2$ 家院所領取 $\geq 13$ 張慢性病連續處方箋)、藥費在前50百分位且就醫院所家數 $\geq 8$ 家、半數以上處方箋之藥品品項 $\geq 7$ 種者等納入優先輔導對象。
- 預期成效：由降低輔導對象前1年同期門住診醫療費用10%以上改為**開始輔導至100年12月31日**與前1年同期比較。
- 100年新增：須得到輔導對象同意接受輔導至100年12月31日之**同意書，始得進行輔導。**



# 100年計畫收案情形 (截至100.7.10止)

業務組	已簽附約 藥事人員 數 (A)	收案人數 (B)	收案率 (B/目標 4,300人)	平均每位藥 事人員照護 人數 (B/A)
臺北業務組	34	478	11.12%	14
北區業務組	14	63	1.47%	5
中區業務組	17	656	15.26%	39
南區業務組	23	472	10.98%	21
高屏業務組	21	710	16.51%	34
東區業務組	3	9	0.21%	3
總計	112	2,388	55.53%	21

註：依公告計畫第十條收案、輔導與結案之程序（一）收案程序第5點規定：最後收案截止原訂時間為100年6月30日，本局同意中華民國藥師公會全國聯合會來函申請展延至100年7月31日，故須至100年8月15日後始有完整名單。



# 全民健康保險論人計酬試辦計畫



## 計畫目的\_1/2

- 使民眾獲得更完整的照護
  - ✓ 疾病治療服務、加強提供預防保健、衛生教育與個案管理服務，以促進民眾健康。
  
- 使醫療衛生團隊發揮整合照護能量
  - ✓ 促進區域醫療體系整合：包括基層醫療與醫院之整合。



## 計畫目的\_2/2

### ➤ 為二代健保法第44條準備

- ✓ 該法條：「保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度。前項家庭責任醫師制度之給付，應採論人計酬為實施原則，並依照顧對象之年齡、性別、疾病等校正後之人頭費，計算當年度之給付總額。」
- ✓ 本局需要先有不同模式之試辦，尋求最佳模式，作為未來全面推展時的依據。



## 計畫期間與預算

### ➤ 計畫期間：

- ✓ 計畫期間以3年為原則
- ✓ 自100年7月1日至103年6月30日止。

### ➤ 預算：

- ✓ 由全民健保年度醫療給付費用總額其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應本計畫之回饋金。
- ✓ 100年預算經費上限為3億元。
- ✓ 101年起研議向費協會提案，將參加論人計酬之人口所有費用自現行總額中分離，以明確計畫之責任。



## 實施原則

- 民眾就醫權益不受影響
  - 區域型-民眾不必登記
  - 忠誠型-團隊之忠誠對象
- 醫療服務提供者自由參加
  - 鼓勵但不勉強
- 醫療院所費用申報及審查作業不變
- 不含牙醫、中醫及器官移植。
- 已協定之各總額費用及架構不變動(100年)
- 有結餘才能回饋→由其他部門總額支應(100年)



## 論人計酬三種試辦模式\_1/2

- 區域整合模式
- 社區醫療群模式
- 醫院忠誠病人模式



# 論人計酬-區域整合模式

➤ 照護對象：

區域內之戶籍民眾，所試辦行政區域內前一年底戶籍人口為範圍。

➤ 試辦團隊：

醫院與該區若干院所組成團隊

➤ 照護對象不需登記。



# 論人計酬-社區醫療群模式

- 照護對象:由現行家庭醫師整合照護計畫為基礎向上整合，承辦團隊之家戶會員，除由承辦團隊自行收案，本局另提供最適收案名單。
- 試辦團隊:  
社區醫療群與轄區醫院組成團隊
- 照護對象登記於該社區醫療群照護，仍可自由就醫。



# 論人計酬-醫院忠誠病人模式

## ➤ 照護對象：

以現行辦理之醫院門診整合式試辦計畫為基礎，持續發展門、住診整合。由醫院自行收案忠誠對象，並由本局提供最適收案名單予醫院。

## ➤ 試辦團隊：

醫院(亦可由醫院及轄區院所組成團隊)

## ➤ 照護對象雖收案於該醫院(團隊)照護，仍可自由就醫



# 虛擬總額點數之設定

- ✓ 計算虛擬總額點數，範圍包含門(急)診、住院及透析費用，不含中、牙醫與移植。
- ✓ 計算公式：

虛擬總額點數

= 照護對象前一年平均每人醫療點數  $\times$  (1 + 照護對象之年齡性別校正後每人年醫療費用成長率 + 當年西醫部門成長率)  $\times$  照護對象人數。



## 試辦院所團隊（醫院）回饋金

➤ 虛擬總額之醫療點數高於試辦對象實際使用之醫療點數，兩者之差額為「結餘點數」。

➤ 回饋金：

✓ 基本回饋金(60%)：回饋結餘點數之6成。

公式：回饋金=(結餘點數)×60%×每點一元

✓ 醫療品質回饋金(40%)：回饋結餘點數之4成，並依符合本計畫規定之評核指標成數，獲得本項回饋金。

公式：醫療品質回饋金

=(結餘點數)×40%× $\Sigma$ 符合品質指標占率×每點一元



## 試辦院所團隊（醫院）負擔財務風險費用

- 虛擬總額之醫療點數低於試辦對象實際使用之醫療點數，兩者之差額為「風險點數」。
- 財務風險費用之計算：

公式：負擔財務風險=(風險點數) $\times$ (1- $\Sigma$ 符合品質指標占率) $\times$ 50% $\times$ 每點1元



## 計畫評核指標\_1/2

- 組織指標：每項10%，共20%。
  - ✓ 照護對象於院所團隊（醫院）（區）內固定就診率
  - ✓ 院所團隊（醫院）自選指標
  
- 臨床指標：計2項，共占50%。
  - ✓ 糖尿病品質指標（計5項指標，占40%，每項各占8%）
  - ✓ 院所團隊（醫院）自選指標



## 計畫評核指標\_2/2

➤ 民眾(忠誠病人)感受指標：10%。

滿意度問卷調查滿意度得分達80%(含)以上，即得10%；滿意度問卷調查滿意度得分70%-79%，即得5%。

➤ 其他政策鼓勵指標：每項10%，計20%。

✓ 子宮頸抹片檢查率

✓ 65歲以上老人流感注射率



## 評估與監控

- 參加醫院或院所團隊：每年提送年度執行報告（包含計畫運作執行現況、計畫評核指標達成率等），全期完成提出總報告。
- 健保局：彙整各醫院或院所團隊所提執行報告，進行整體執行成效之評估，並定期提供相關品質監控結果。
- 健保局各分區業務組：定期輔導轄區試辦計畫醫院或院所團隊計畫之執行、指標之計算與費用核發。



## 計畫申請與實施期程

- 100年3月底前：醫院或院所團隊應於100年3月31日前檢附計畫書10份，向本局提出申請(以郵戳為憑)。
- 4-5月：本局邀請學者專家進行評選。
- 5月15日：本局於100年5月15日前於全球資訊網公布試辦院所團隊名單。
- 5-6月：協助試辦團隊進行前置作業。
- 100年7月1日：正式實施。



# 目前辦理情形



## 執行現況

- 公開徵求參與團隊期間，全國共有25家院所檢送計畫書，表達願參與本試辦計畫。
- 經2階段評核，共評選出7家試辦院所團隊同意參與正式試辦：
  - ✓ 3家採區域型模式：彰濱秀傳醫院(彰化縣線西鄉)、台大金山分院(新北市金山區)、澄清綜合醫院(台中市東區)
  - ✓ 1家採社區醫療型模式：芝山診所(台北區)
  - ✓ 3家採醫院忠誠病人模式：天主教耕莘醫院(台北區)、彰化基督教醫院(中區)、屏東基督教醫院(高屏區)
- 100年7月1日開始試辦。



# 「全民健康保險論人計酬試辦計畫」 試辦名單

順序	試辦模式	照護團隊	照護對象
1	區域整合模式	彰濱秀傳紀念醫院 及42家區內衛生所及診所	彰化縣線西鄉 戶籍人口
2	區域整合模式	臺灣大學醫學院附設醫院金山分院及 2家區內衛生所及診所	新北市金山區 戶籍人口
3	區域整合模式	澄清綜合醫院及11家區內診所	台中市東區 戶籍人口
4	社區醫療群模式	芝山診所(主責診所) 及5家合作診所	團隊忠誠病人
5	醫院忠誠病人模式	天主教耕莘醫院	醫院忠誠病人
6	醫院忠誠病人模式	彰化基督教醫院	醫院忠誠病人
7	醫院忠誠病人模式	屏東基督教醫院	醫院忠誠病人



## 未來展望

試辦上路，健保局將協助試辦團隊定期檢討成效，強化醫療體系與醫療服務之整合，俾未來逐步為落實二代健保法第44條之宗旨。



## 初期慢性腎臟病照護及病人衛教計畫



## CKD方案目的

- 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)、Up<sub>cr</sub>(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。



# 初期慢性腎臟病(CKD)方案內容

## 參與資格

經本局認可單位受訓認證之內. 外.  
婦. 兒. 家醫. 神經專科醫師

退場：追蹤率 < 20%

## 收案對象

CKD Stage 1、2、3a患者

收案前90天內曾在該院所就醫

## 結案條件

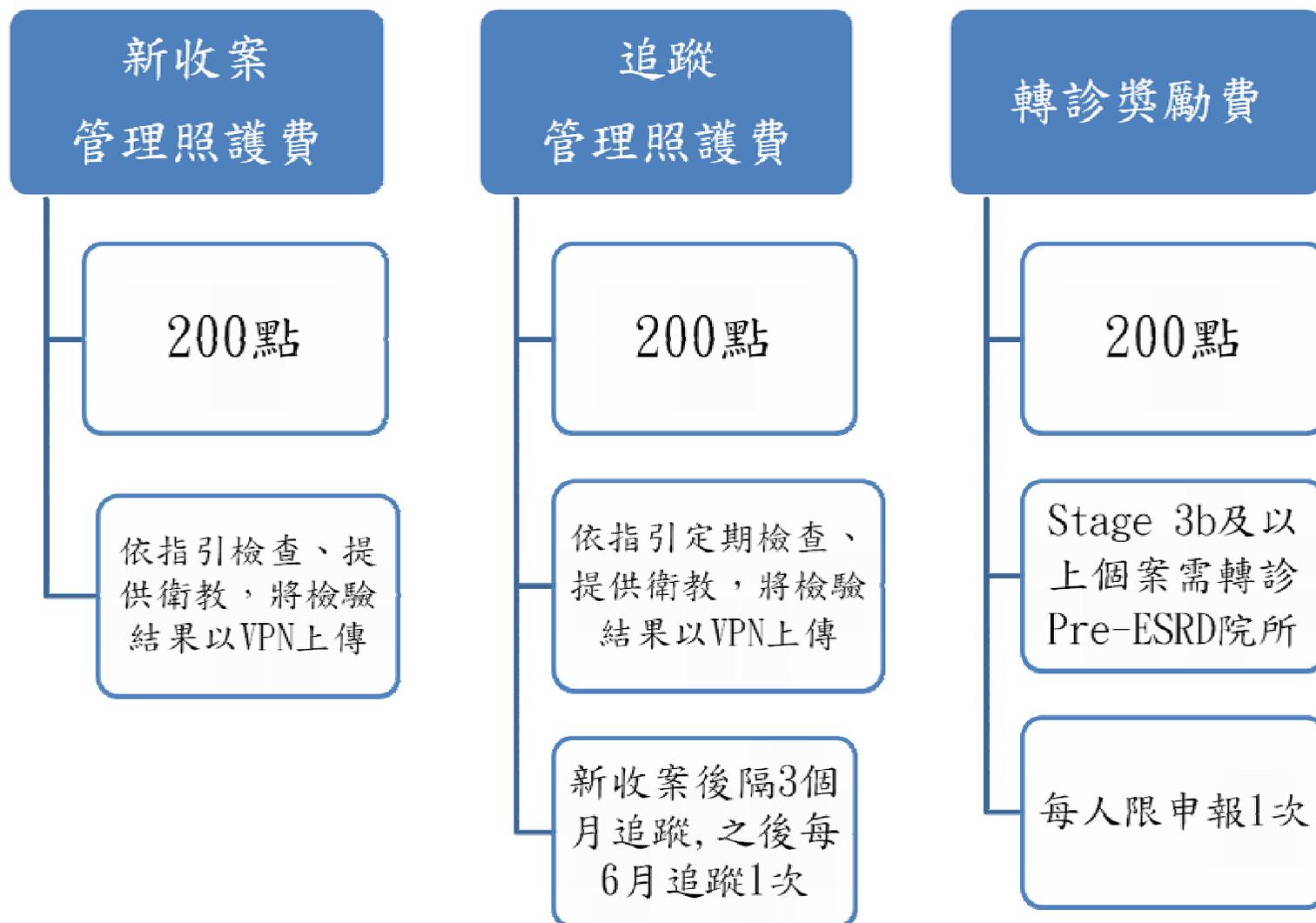
轉診：腎功能惡化至CKD  
Stage 3b及以上

腎功能改善恢復正常  
追蹤2次

歸因病人原因  
如失聯. 死亡



# CKD 方案支付標準





## 病患照護目標

- 必要指標：
  - CKD分期較新收案時改善（如stage 2→stage 1）；或
  - eGFR較新收案時改善（eGFR > 新收案時），且下列良好指標至少需2項指標由異常改善為正常。
- 良好指標：
  - 血壓控制：<130/80 mmHg。
  - 糖尿病病患HbA1c控制：<7.0%
  - 低密度脂蛋白(LDL)控制：<130 mg/dl
  - 戒菸(持續六個月以上無抽菸行為)



# 執行情形(1)

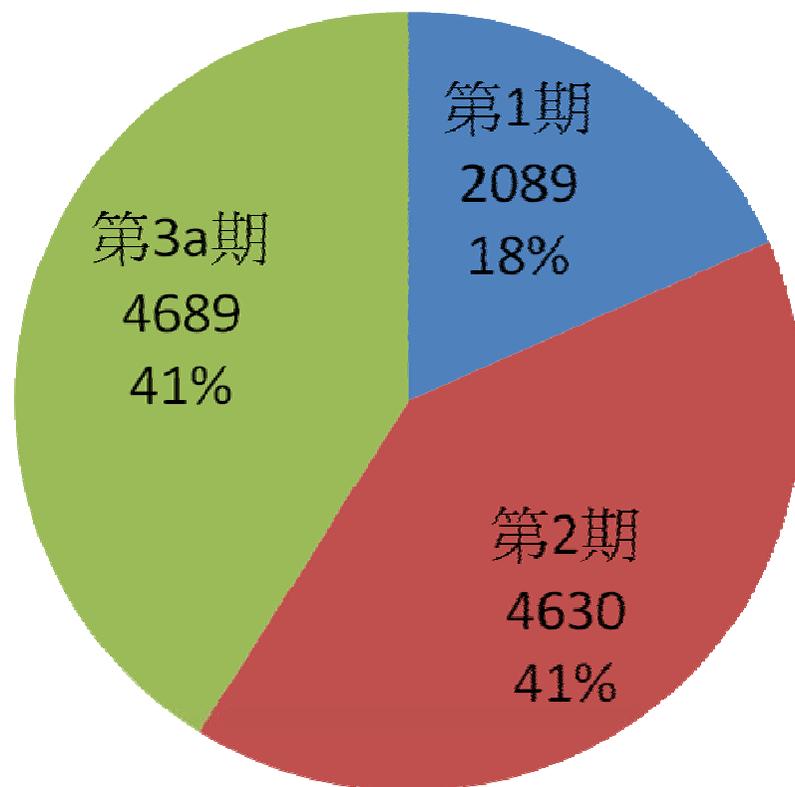
資料日期：100.4.30

層級	參與家數	參與醫師數	CKD第1期收案數	CKD第2期收案數	CKD第3a期收案數	收案人數
醫學中心	17	462	140	200	185	525
區域醫院	56	429	57	162	202	421
地區醫院	119	379	188	594	893	1675
基層診所	502	678	1704	3674	3409	8787
合計	694	1,948	2,089	4,630	4,689	11,408



## 執行情形(2)

### 一 收案病人慢性腎臟病分期





## 執行情形(3) — 收案病人情形

指標	異常	收案數	占率
血壓控制	$\geq 140/90$ mmHg	4422	38.8%
糖尿病患 HbA1c控制	$\geq 7.0\%$	4159	60.0% <sup>註</sup>
低密度脂蛋白 (LDL)控制	$\geq 130$ mg/dl	3315	29.1%
戒菸	抽菸	2301	20.2%

註：分母為收案且糖尿病人6936人，其他分母為收案數11408人



## 小結

- 參與院所數(694家)及醫師數(19,48位)，涵蓋範圍廣。
- 各縣市衛生局、腎臟醫學會、糖尿病衛教學會、醫師公會全聯會、各縣市醫師公會合作，全省大規模32場次CKD照護訓練，認證醫師已超過1,500位，全面提升各層級照護慢性腎臟病品質。
- 已提供國健局100年新編印之「慢性腎臟病防治手冊」給申請參與方案醫師做為照護指引。
- 100年6月將轉發3.6萬本「慢性腎臟病健康管理手冊」給收案個案，提升病人自我管理衛教能力。
- 擬訂提升收案率5大策略，輔導醫療院所加強收案。
- 追蹤個案接受照護之成效(eGFR、血壓、LDL等)。



# 增進全民健康保險醫療資源不足之醫院 點值保障方案



# 醫療資源不足地區之醫院點值保障方案

## ➤ 預算來源

- ✓ 100年度全民健康保險醫療給付費用總額之其他預算項目「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」項下，編列預算經費2億元。

## ➤ 計畫目的

- ✓ 對於離島地區或肩負鄰近山地鄉民眾之主要就醫醫院，具備重要急性醫療照護功能且距離醫學中心較遠者，將加強保障該等醫院所提供之醫療服務，維護山地離島民眾之就醫品質及權益。

## ➤ 適用醫院資格

- ✓ 包含離島地區之醫院、該醫院為該緊鄰之山地鄉民眾主要就醫醫院、且須以急性照護為主、其附近無其他醫學中心得以選擇且醫院須離最近之醫學中心車程達45分鐘以上者。

## ➤ 保障措施

- ✓ 符合本方案之醫院，其該季納入結算之核定浮動點數，以浮動點值補足至每點一元支付。

## ➤ 100年符合前述條件之醫院15家，每年公告符合之醫院名單



# 100年符合條件之醫院名單

	分區別	醫院名稱
離島地區	台北	連江縣立醫院
	台北	行政院衛生署金門醫院
	高屏	行政院衛生署澎湖醫院
	高屏	財團法人天主教靈醫會惠民醫院
	高屏	三軍總醫院澎湖分院民眾診療服務處
山地鄉民眾主要就醫醫院	北區	行政院衛生署竹東醫院
	北區	竹東榮民醫院
	中區	東勢鎮農會附設農民醫院
	中區	埔里榮民醫院
	中區	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院
	中區	竹山秀傳醫院
	高屏	同慶醫院
	東區	財團法人佛教慈濟綜合醫院關山分院
	東區	鳳林榮民醫院
東區	財團法人佛教慈濟綜合醫院玉里分院	



## 結語

- 持續每年監測各協定計畫(方案)之執行情形，成效穩定者持續推動，成效不佳者設定退場機制，新計畫則評估其推動成效，成效佳者再持續革新推動。
- 推動門診整合式照護計畫、及論人計酬試辦計畫等，促進醫療體系整合，期達以病人為中心之整合照護。



敬請指教

