

# 專案計畫執行成果評核 結論報告



評核委員代表：李教授玉春

99.7.27

# 內容大綱

- 評核方式及結果總說明
- 對醫療資源缺乏地區改善方案之建議
- 對醫療品質及服務效率改善方案之建議
- 對特殊族群醫療服務確保計畫之建議

# 評核方式及結果總說明-1

## ■ 專案評核範圍

各總額部門列於一般服務或專款項下，屬計畫或方案型態者(共25項)

## ■ 評核重點

- 預期目標達成度

- 醫療服務效益(如：照護率、民眾健康狀況/醫療品質提升或就醫可性)

- 醫療服務效率

## ■ 評核結果之計算

- 將與一般服務評核分數加權合計而得總評分

- 一般服務：專案計畫 = 75%：25%。

# 評核方式及結果總說明-2

## ■ 專案計畫評核結果

### ■ 對計畫與經費之建議

總額別	項數	續辦與否			建議經費		
		擴大	維持	縮小	增加	不變	減少
牙醫門診總額	4		4			4	
中醫門診總額	5		2	3		2	3
西醫基層總額	2	1	1			2	
醫院總額	3		3			3	
西醫跨部門專案	11	1	9	1	1	9	1

### ■ 評核評分數

- 1.牙醫門診總額：84.4 分
- 2.中醫門診總額：79.0 分
- 3.西醫基層門診總額：80.6 分

## 醫療資源缺乏地區改善方案-1

- 牙、中、西醫基層(3項)：續辦，經費不變
- 偏遠地區醫療服務品質計畫：計畫縮小，預算應核實編列
- 綜合性建議
  - 應整合各總額醫缺方案、增進偏遠地區健保醫療服務計畫、山地離島醫療給付效益提升計畫
  - 不同部門支付醫師與護理人員的報酬各異，宜共同檢討其合理性與公平性
  - 對各部門所投入資源與所服務人次進行評比，以使資源之運作更趨合理
  - 執行面需考量距離可近性、持續性及效率性

# 醫療資源缺乏地區改善方案-2

## 牙醫

- 目標值之設定(服務總天數及人次)：可再提高
- 涵蓋對象：多以學童為主，可增民眾使用率
- 分析：除分析服務人數及服務人次外，建議可依醫缺實行地區，分列其醫師人數、支援天數、服務診次及平均每診服務人數、民眾利用情形等
- 評核指標：除齲齒填補率外，應增列成果指標，如各年齡層之存留齒數情形等

## 西醫基層

- 目標與預算編列：目標達成率175.68%，預算執行率僅59.25%，宜檢討是目標設定過低或預算編列過高，應更積極並擴大參與醫師數
- 醫缺點之選定：平均每診次人數仍偏低，且計畫多集中在南區，應檢討醫缺鄉鎮篩選標準
- 對執業部分：應依各地人口數及人口、疾病特性訂定不同之考核目標，以利正確評估成效

# 醫療資源缺乏地區改善方案-3

## ■ 中醫

- 目標達成度：醫師定點巡迴服務之服務天數及人次已達目標；惟鼓勵醫師前往醫缺地區執業之目標尚未達成，仍有努力空間
- 效益評估：除呈現服務量及滿意度外，宜朝改善民眾健康方向努力，並建立品質相關指標
- 分析與說明：數據比較宜以同年為基礎、對執行成果有待加強或困難處，宜說明原因及擬改進措施；增列分析醫缺地區民眾之利用情形，並與全國平均相比較

## ■ 其他-增進偏遠地區醫療服務計畫

- 委託醫院辦理35個鄉鎮，預算2億，與西醫基層醫缺方案預算1億，辦理66個鄉鎮，兩者不成比例，應考量部門間預算之衡平性

# 醫療品質及服務效率改善

- 牙醫門診
  - 提升初診照護品質計畫
  - 牙周病統合照護計畫
- 中醫門診
  - 三項延續性照護試辦計畫
  - 腦血管後遺症中醫門診照護計畫
- 西醫(醫院及西醫基層)
  - 家庭醫師整合性照護計畫
  - 提升住院護理照護品質方案
  - 醫療給付改善方案
  - Pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫計畫
- 其他預算
  - 推動促進醫療體系整合計畫
  - 高診次民眾就醫行為改善方案－藥事居家照護試辦計畫

## ■ 綜合性建議

- 現行各部門內、間相關方案或計畫互有關聯，應以病人為中心進行整合：

醫療給付改善方案、家庭醫師整合性照護計畫，及建構整合式照護模式並逐步朝促進醫療體系整合計畫，均可提供(多重)慢性病人整合式醫療服務

糖尿病、高血壓及Pre-ESRD(末期腎臟疾病前期)各疾病間亦互有關聯

- 評估：各項專案計畫的成效評估，多屬過程面數據，對於實質療效的評估則較缺乏

## 牙醫門診

### ■ 初診照護品質計畫：續辦，經費不變

#### ■ 成效評估：

- ▶ 應比較有接受與無接受照護者，多年後之口腔健康狀況
- ▶ 評估接受初診照護民眾，其短期可治療之口腔疾病完診率

- 初診照護發現就醫者有牙周病之比率不低，若與牙周病統合照護計畫收案條件相符時，可併入該計畫執行，以提升服務成效

### ■ 牙周病統合照護計畫：續辦，經費不變

- 計畫之推動成效，如與病患配合度有關，建議預算分配時，將一部分用於個案管理、牙周衛生教育，亦可爭取對配合計畫民眾減免部分負擔，以提高配合度

## 中醫門診-1

### ■ 三項延續性照護試辦計畫：縮小計畫，減少經費

- 各項計畫間關連性不大，為免相互排擠，預算應分列，各自運用、管控，並應避免分區投入資源或服務效能不均
- 成效評估：尚無嚴謹證據支持其效果，除對收案者進行介入前後比較外，未來並應與未參者對照比較
- 「腦血管疾病患者」及「腫瘤患者手術、化療、放射線療法後患者」，兩者之疾病及治療型態差異很大，建議分列為兩個計畫
- 腫瘤患者中醫輔助醫療：平均就醫次數與其他試辦計畫相較偏低，應檢討、分析原因
- 小兒腦性麻痺中醫優質門診照護：自96年起服務診次、就醫人數均下降，宜檢討、分析原因。所提成效評估，尚無嚴謹證據支持其效果
- 小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護：可依氣喘發生率高之區域加強推動，以提高服務效能

## 中醫門診-2

- 腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫：續辦，經費不變
  - 目前執行率僅1.32%，宜研擬提升對策
  - 成效評估方式：可將「再次中風率」列為評估指標之一，另應延續「腦血管疾病西醫住院患者住院中醫輔助試辦計畫」之評估指標，並及早建立成效評估方式
  - 支付標準：檢討中醫護理衛教費、營養飲食指導費、中風評估等項目，所編支付點數之合理性，並顧及與西醫相同處置之衡平性

## 西醫-1

- 家庭醫師整合性照護計畫：擴大辦理，經費不變
  - 96~98年收案人數占投保人數比率(約6%)，遠低於參與醫師或診所之占率(15~19%)，應積極提升照護率及加強民眾對基層醫療信心，並提出更具體策略
  - 會員固定就診率偏低(41.93%)，應對各群評比，落實退場機制
  - 應分析會員參與前後之醫療利用率，及在基層與醫院利用情形
  - 收案方式：肯定改由健保局提供多重醫療需求忠誠病患名單模式
  - 照顧模式究以家庭醫師或疾病管理模式為宜，應詳加探討。目前模式是英國昔日的家醫模式，但英國已改為Primary Care Trust(初級照護信託)，未來也可考慮擴大醫療團隊之規模，使共同照護之範圍擴大，可能更適合在診所推展

## 西醫-2

- 醫院提升住院護理照護品質方案：續辦，經費不變
  - 獎勵原則與計算標準：
    - ▶ 應著重對執行良好醫院，提供差別支付，以符論質計酬理念
    - ▶ 事先規劃相關品質指標及評量方式，以是否達「品質標準」作為獎勵條件，而非僅依「排序」作為支付依據
    - ▶ 護理人力之計算公式，有修正必要
  - 評估住院護理品質，應不只限於跌倒、壓瘡及感染發生率3項指標，可再研議適用之品質指標

### 醫療給付改善方案-整體建議

#### ■ 共6項：續辦，經費不變

#### ■ 評論意見：

- 論質計酬計畫之立意良善，不僅有助於醫療品質提升，其實施理念與資訊公開等層面，均有其正面意義，值得繼續推行
- 收案對象：
  - 應比照家庭醫師整合性照護計畫99年改革方向，不應讓醫療院所自行選擇
  - 除呈現以盛行率為基礎的照護率外，可考慮針對新發生個案全面收案，再進一步評估成效，較能確定方案的效果
- 評估方式宜更嚴謹：進行參與和未參與者比較時，對個案之挑選，宜有更嚴謹篩選條件(如就病患的baseline健康狀況先做比較)，以控制其差異，所得之比較結果，較可顯示計畫真正的效果

## 醫療給付改善方案-各別建議-1

### ■糖尿病醫療給付改善方案

- 成效較其他論質方案顯著，其他方案應比照推廣
- 可參考Medicare作法，對執行未達一定比例者，訂定懲罰措施，或深層瞭解執行困難點，修正方案
- 預算執行率低，且照護率僅27.6%，顯有多數糖尿病患者未獲妥善照顧，尤其試辦對象HbA1c追蹤率、眼底鏡檢查率、微量白蛋白檢查執行率等，都與非試辦對象相距懸殊，若未能提升照護率，不利於多數未加入患者之治療
- 糖尿病照護之臨床治療指引(guideline)除少數指標(如微量白蛋白)外，並未限制非嚴重個案，亦即所有個案皆需遵守此指引，所以計算照護率時不應扣除嚴重個案

### ■氣喘醫療給付改善方案

- 目前照護率僅3成，且歷年醫院的照護率(13~16%)，均較基層(41~48%)低，宜檢討改進
- 宜監控未納入試辦計畫病人，有無被不當誘導自費情形

## 醫療給付改善方案-各別建議-2

### ■ 乳癌醫療給付改善方案

- 由照護率、民眾健康狀況及五年存活率等指標之呈現，確有助提升醫療品質。
- 照護率僅**15%**，宜檢討改進
- 98年有3家醫學中心、3家區域醫院參與，可配合國健局推動之乳房攝影篩檢計畫，增加參與院所數，或考量與其癌症相關業務整合或整併的可行性

### ■ 高血壓醫療給付改善方案

- 收案數與照護率尚低，為達預期目標，宜增加相關誘因及機制之檢討
- 參與方案且完成療程之個案，其血壓值在實施前後有很大的改善，但未與對照組比較，較無法確定成效

## 醫療給付改善方案-各別建議-3

### ■ 精神分裂症醫療給付改善方案

- 肯定由分局定期產製個案名單供醫療院所之收案方式
- 應修正收案對象：目前不規則就醫者收案率(33%)遠低於規則就醫者收案率(79%)，宜加強對前者的收案
- 品質監測指標多屬論量性質，缺乏有關「社會功能提升或生活品質提升」等品質指標

### ■ B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者醫療給付改善方案

- 與慢性B、C型肝炎治療試辦計畫之服務對象，互為疾病上下游，就醫療資源、疾病預防及治療之整合，應合併執行
- 過去曾有專家建議慢性B、C型肝炎病人於40歲後，才每半年須做一次超音波，但本計畫規定，收案對象不論年齡或其他條件，都規定每半年須做一次，宜再檢討有無此必要性

## 西醫-4

### ■ Pre-ESRD預防性及病人衛教計畫：續辦，經費不變

- 95年11月至99年第1季結案人數共有5,172人，其中72.35%為進入長期透析者，究本計畫介入後，能否延緩進入透析，尚需證實，可與國健局大型腎臟病防治計畫整合，深度嚴謹評估，以提升執行成效
- 收案人數與預算執行雖符原訂目標，但對減少末期慢性腎臟病發生率，應有總體之分析報告，以利參考
- 對報告之呈現：
  - 1.宜說明進入長期透析而結案之個案，係因收案時病情較為嚴重，或有其他原因造成
  - 2.成效的呈現，應以已刊載的文獻為主，信度較佳；健保局所提相關研究結果，是以效果評估為主，未來宜提供成本效益之評估結果。

## 其他預算-1

- 推動促進醫療體系整合計畫：續辦，經費不變
  - 就現行三階段(醫院內、醫院間、醫院診所間)推行方式，考量是否得同時推動或可因地制宜，以提高各區醫療服務效率
  - 建議收案對象合併固定就診率及跨科率高，且有三種以上慢性病者，可考慮與糖尿病、高血壓等醫療給付改善方案及家庭醫師整合性照護計畫進行整合
  - 監控指標：以就醫次數計算固定就診率或住院率作監控，不夠敏感，建議增列門診及住院之費用指標
  - 分析：請提供收案對象之分析，包含慢性病年齡、性別、地區別分布，及與其它照護計畫的對照效益等

## 其他預算-2

- 高診次民眾就醫行為改善方案－藥事居家照護試辦計畫：續辦，經費不變
  - 應由基層醫師與藥師共同努力，可考量與家庭醫師整合性照護計畫或醫療體系整合計畫整合
  - 可考慮多組實驗，一組為藥師、一組為公衛護士、一組為健保行政人員的關切，以證明由藥師輔導較護理人員有效。

## 特殊(弱勢)族群醫療服務確保計畫

- 罕見疾病及血友病藥費、鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：續辦，經費不變
- 加強慢性B、C型肝炎治療試辦計畫：擴大計畫及增加經費
  - 99計畫修正與預算編列應一致，不宜放寬收案條件，卻減少預算
  - 可利用歷史檔嘗試找出對照組資料，以評估治療成效
- 牙醫特殊服務項目試辦計畫：續辦，經費不變
  - 有助於特殊弱勢族群之口腔照護，可逐步擴大辦理
  - 應增加在離島及偏遠地區之醫療團服務
  - 可與內政部或縣市政府合作，將教養機構配合辦理成效，列入身心障礙福利機構評鑑之加分項目
  - 建議牙醫師公會全聯會每年開設不同障別特性之教育訓練課程，協助牙醫師提高專業知能與品質



# 評核委員

李教授玉春 吳教授肖琪 盧教授瑞芬

黃副教授偉堯

許副教授怡欣

林執行長金龍

滕發言人西華

敬請指教！