



推動促進醫療體系整合計畫 執行情形

衛生福利部中央健康保險署
107年6月22日





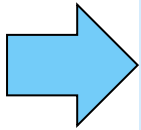
大綱

- 醫院以病人為中心門診整合照護計畫
- 全民健康保險急性後期整合照護計畫
- 全民健康保險跨層級醫院合作計畫

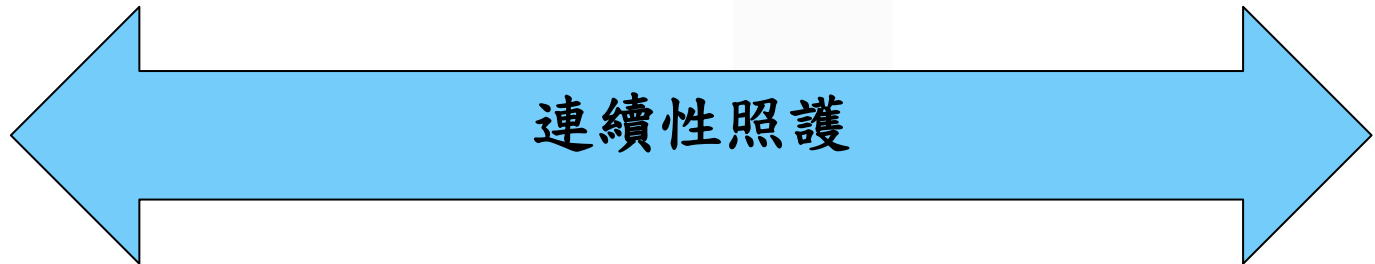
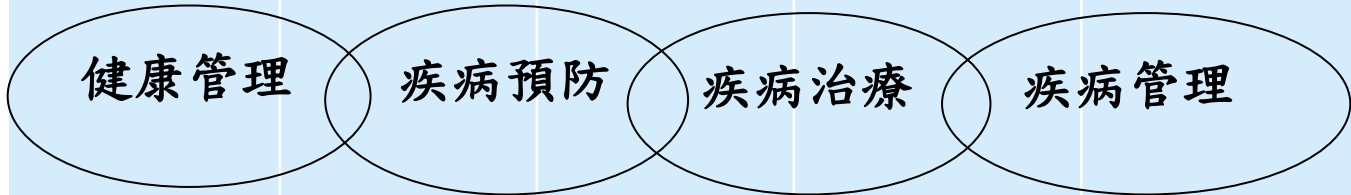


以病人為中心完整連續性醫療

前瞻性支付方式
以人為單位之



健康促進	基層照護	醫院急、門診與住院照護	急性後期之住院照護	出院後照護
健康評估 衛教 預防	健康評估 醫療照護 衛教 預防	健康評估 醫療照護 安寧療護 衛教 出院準備	健康評估 醫療照護 衛教 出院準備	衛教 預防 居家照護 追蹤





落實分級醫療、信任合作

層級別



基層診所

轉診
支援



地區醫院

轉診
支援



醫學中心、
區域醫院

醫院以病人為中心、家醫計畫、醫師跨層級支援、PAC、居家整合

基層診所

醫院

目的

1. 回歸各層級院所核心之醫療任務。
2. 壯大基層，增進民眾信任度。
3. 互助合作、分級醫療與雙向轉診。



健保西醫部門具「整合」精神之計畫

簡單

複雜

單一組織型

跨組織型

單一疾病型

給付改善方案、DRG

乳癌、糖尿病、氣喘、B型及C型肝炎、思覺失調、Pre-ESRD、CKD

急性後期計畫 (PAC)、居家整合計畫

多元型

醫院以病人為中心

急診品質提升

呼吸器計畫

居家醫療服務

跨層級醫院合作計畫
家庭醫師試辦計畫(門診)
論人計酬試辦計畫(門住)
預算型(未來)
區域醫療整合計畫(門住)

整合度及複雜度更高
(院所間高度信任與合作)

註：不含山地離島及醫療資源不足地區之計畫、中牙之相關計畫



醫院以病人為中心門診整合 照護計畫



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。



歷年計畫推展情形

99年計畫 (98年12月 -100年3月)

- ◎院內高就診忠誠病患為照護對象。
- ◎給付基本承作費。
- ◎成效指標(院內就醫費用、次數、用藥品項數、急診率)達標者，給付獎勵費。

100年計畫(100年 4月-101 年3月)

- ◎照護對象修訂為全國高就診之該院忠誠病人。
- ◎開放院所自行選定多重疾患有整合需求之個案。

101年計畫 (101年4月 -102年3月)

- ◎成效指標評量範圍擴大至院內+院外整體
- ◎指標取消急診率

102、103年 計畫(102年4 月-103年12 月)

- ◎照護對象改為罹患2種(含)以上慢性病患忠誠病人。
- ◎成效指標增加住院率、三高用藥重複率。
- ◎取消基本承作費，新增評核結果獎勵費用。
- ◎自行收案不納入成效評量獎勵。

104-106年計畫 (104年1月~106年12月)

- ◎照護對象以高齡、三高多重慢性病及失智症患者為重點照護病人，另開放醫院自行收案多重慢性病患整合照護。
- ◎配合國健署高齡友善醫院認證政策，給予加成給付。
- ◎104年9月新增失智症家庭諮詢費及個案門診整合費，取消住院率成效指標及評核結果獎勵費。
- ◎105年重點照護對象新增重大傷病及罕病病患。

106年計畫簡介



➤ 整合式照護對象

1. 失智症病患
2. 罹患高血糖、高血脂、高血壓至少2種以上之病患
3. 65歲以上罹患2種(含)以上慢性病，需2科(含)以上看診之病患
4. 重大傷病及罕見疾病病患



照護模式與費用支付

➤ 照護模式

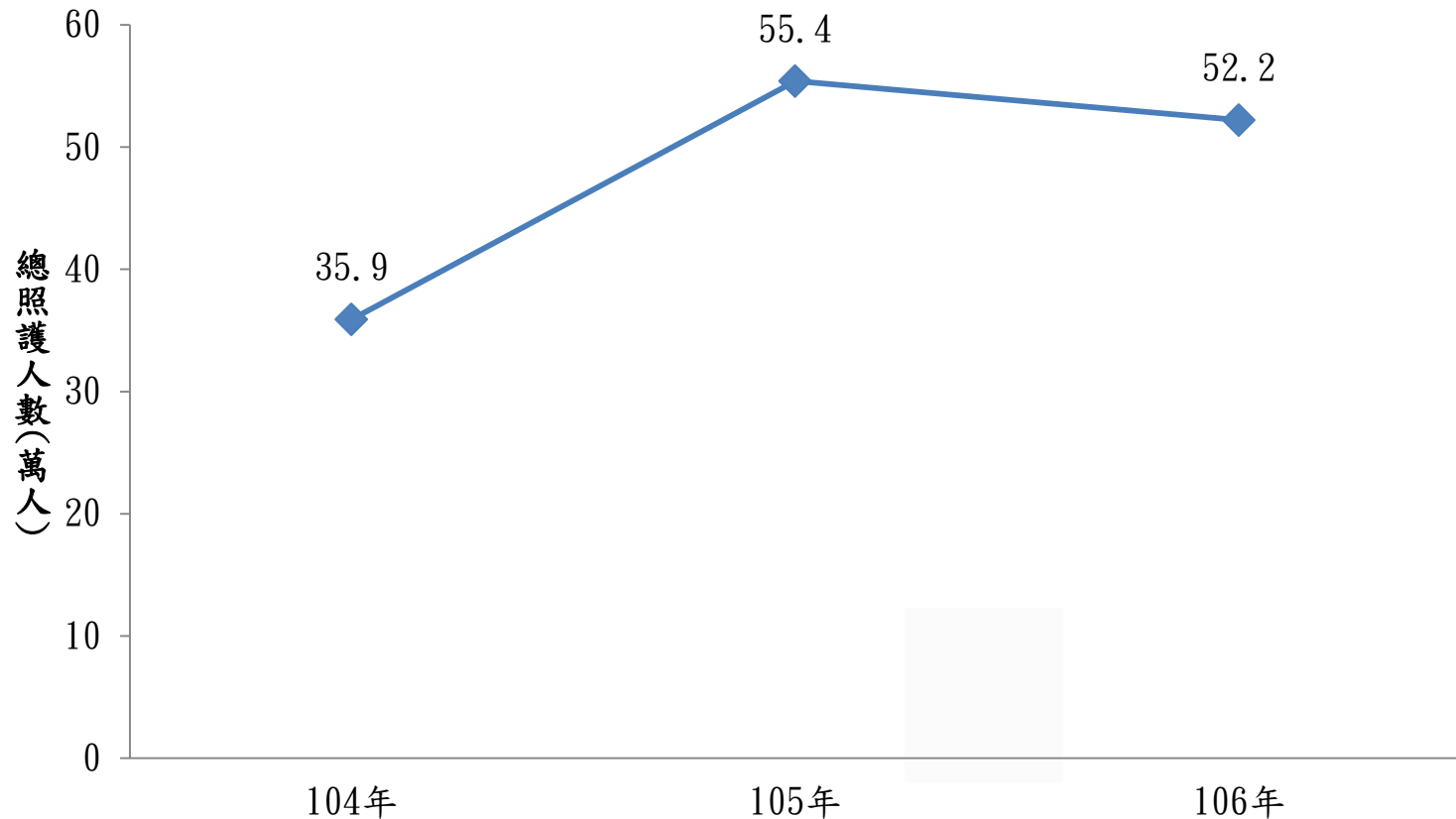
- ▶ 高齡醫學或失智症整合門診
- ▶ 罕見疾病或重大傷病整合門診
- ▶ 三高疾病整合門診
- ▶ 主責照護整合門診
- ▶ 其他整合門診

➤ 費用核付

- ▶ 個案門診整合費：每人每次支給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



104-106年照護人數



註：照護人數包括：重點照護對象與醫院自行收案個案。



跨院整合成效

➤ 106年各項指標於參與計畫醫院整體照護情形

指標項目	成長率(%)		
	104年	105年	106年
平均每人每月門診次數	-2.71%	-4.66%	-4.22%
平均每人每月門診醫療點數	2.44%	0.30%	0.16%
平均每人每月藥品項數	1.24%	2.33%	2.72%
降血脂藥物用藥日數重複率	-11.84%	4.29%	-38.72%
降血壓藥物用藥日數重複率	-7.69%	6.32%	-24.93%
降血糖藥物用藥日數重複率	-17.74%	-0.54%	-34.33%

■有關本年度指標成長率為正值之說明：

1. 醫療費用係以照護對象當年度整體就醫費用計算，然醫療費用受到支付標準或藥價調整等多重因素影響且難以校正。
2. 本計畫主要照護對象多為多重慢性病病患，該種病患使用藥品項數較一般病患多，104年每人平均藥品項數為8.108項、105年每人平均藥品項數為7.643項、106年每人平均藥品項數為7.436項。



整體整合成效

➤ 106年各項指標於各季整體照護情形

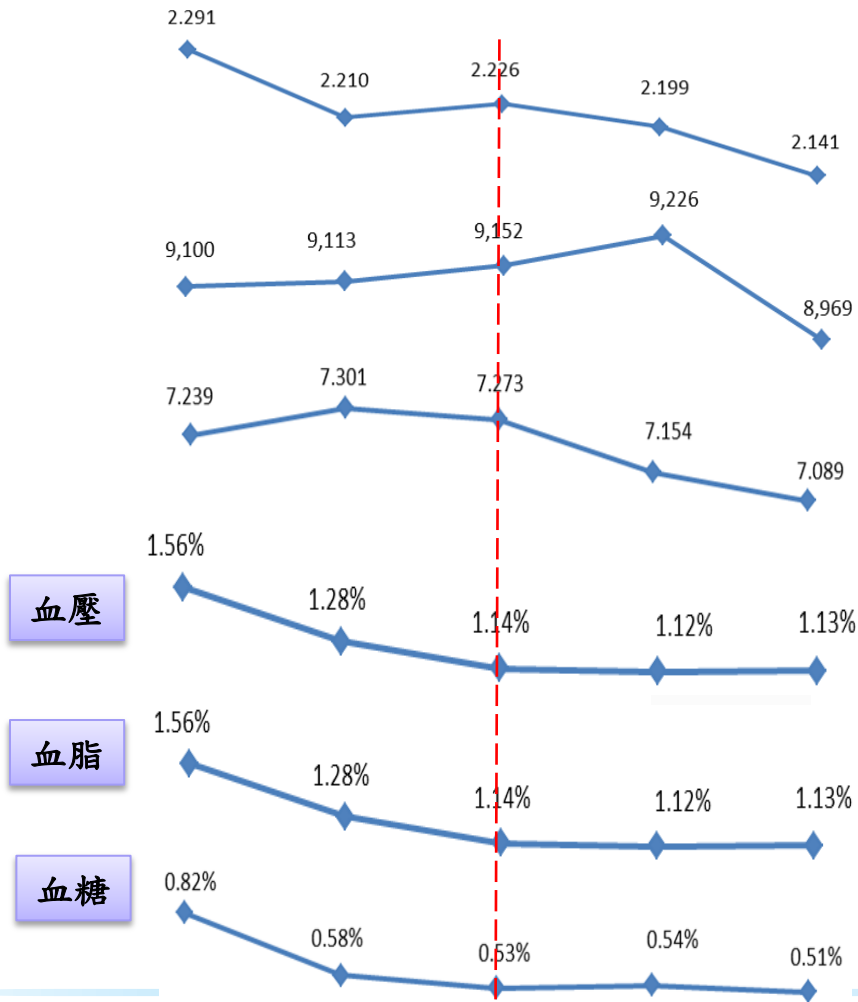
||基期-----Q1-----Q2-----Q3-----Q4||
(收案期)

平均每人每月
門診次數

平均每人每月
門診點數

平均每人每月
用藥品項數

三高用藥日數
重複率



➤ 大部分醫院收案都集中在第1、2季，隨著個案收案照護時程越長，照護成效越顯著。



整合計畫修訂重點

- 繼續鼓勵醫院發展良好整合模式
- 配合分級醫療相關措施
 - 鼓勵醫院下轉穩定病人
 - 依整合成效給予獎勵



全民健康保險急性後期整合 照護計畫



計畫目標及策略

目的

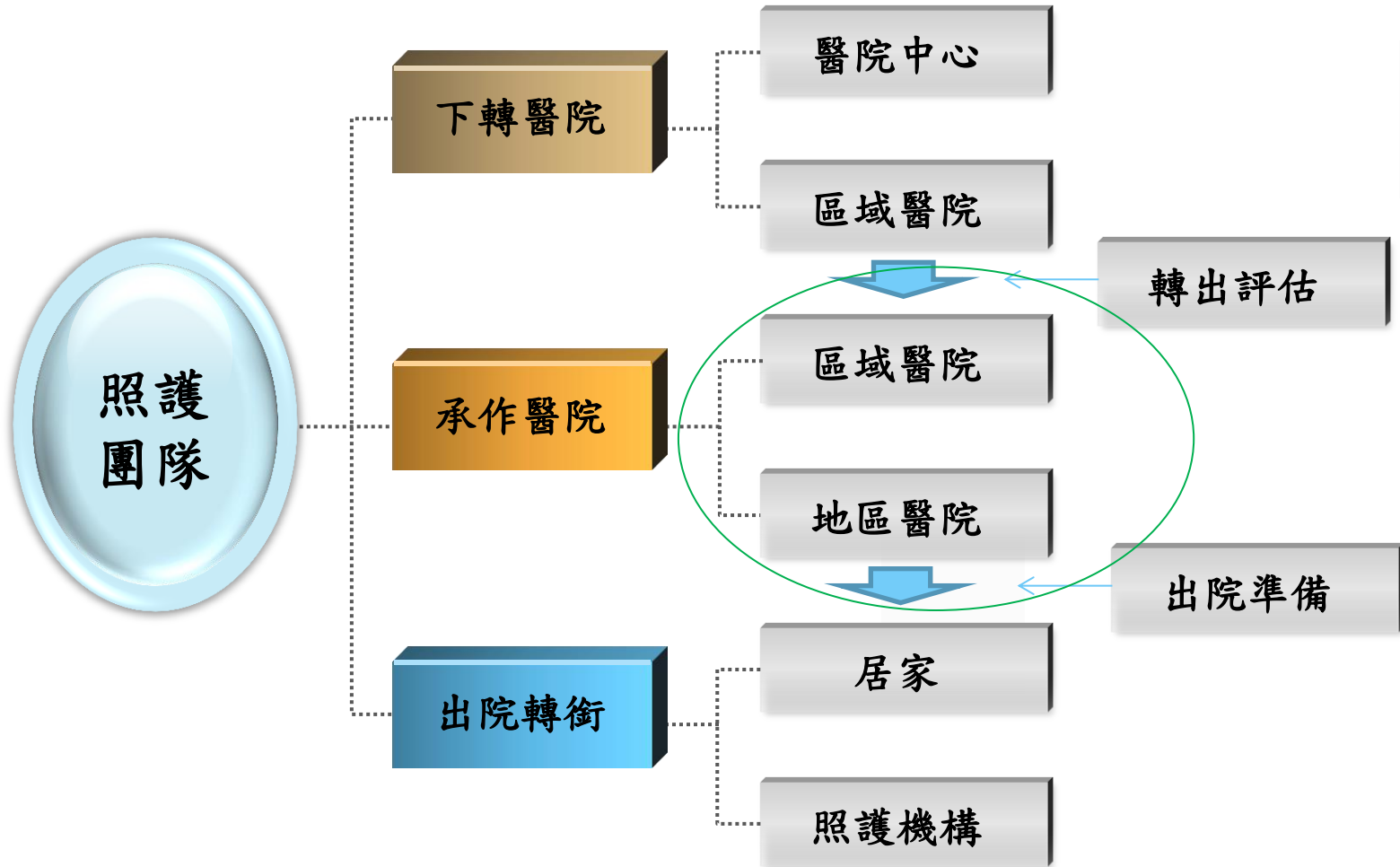
- 建立急性期、急性後期、慢性期之垂直整合轉介系統，提升病人照護之連續性。
- 確立急性後期照護之完整性及有效性，對治療黃金期之病人給予積極性整合性照護，使其恢復功能或減輕失能程度，減少後續再住院醫療支出。

策略

- 建立急性後期照護模式，並發展跨院垂直整合轉銜機制。
- 逐步擴及所有急性期後失能之病人。
- 銜接長照2.0
- 強化出院準備服務



急性後期照護-促進體系垂直整合





急性後期照護-院所參與情形

截至106年底，共38團、200家醫院參與計畫

照護疾病	腦中風	燒燙傷	脆弱性 骨折	創傷性神 經損傷	衰弱高齡	心臟衰竭	合計
上游醫院							
(轉出醫院)							
-醫學中心	19	4	18	18	18	9	19
-區域中心	66	4	39	38	30	6	68
-地區醫院	67	5	52	36	38	-	76
小計	152	13	109	92	86	15	163
承作醫院							
-醫學中心	-	10	-	-	-	3	11
-區域中心	64	27	37	36	26	6	69
-地區醫院	104	7	71	49	55	-	108
小計	168	34	108	85	81	6	188
合計	191	55	131	107	104	15	200

註：

- 1.本計畫106年7月1日修正，本資料係至106年12月底之統計值，資料持續異動(院所陸續申請本計畫)。
- 2.資料來源：各分區業務組及HMAI2130S02_醫事機構試辦計畫檔(資料截至106年12月)。
- 3.醫學中心，台大醫院包含台大兒童醫院；彰基包含彰基兒童醫院；中國包含中國兒童醫院；林口長庚包含台北長庚；馬偕台北包含馬偕淡水及馬偕兒童醫院。
- 4.燒燙傷日間及居家照護、心臟衰竭照護，醫學中心得為承作醫院，其他照護疾病醫學中限制僅為上游(轉出)醫院。
- 5.區域及地區醫院得同時為上游(轉出)醫院及承作醫院。
- 6.合計為該照護疾病之轉出及承作醫院歸戶後總機構數。

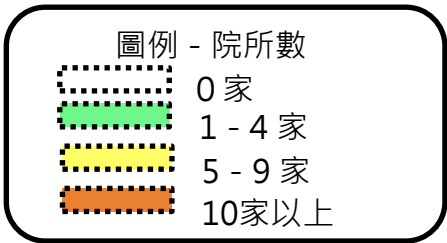
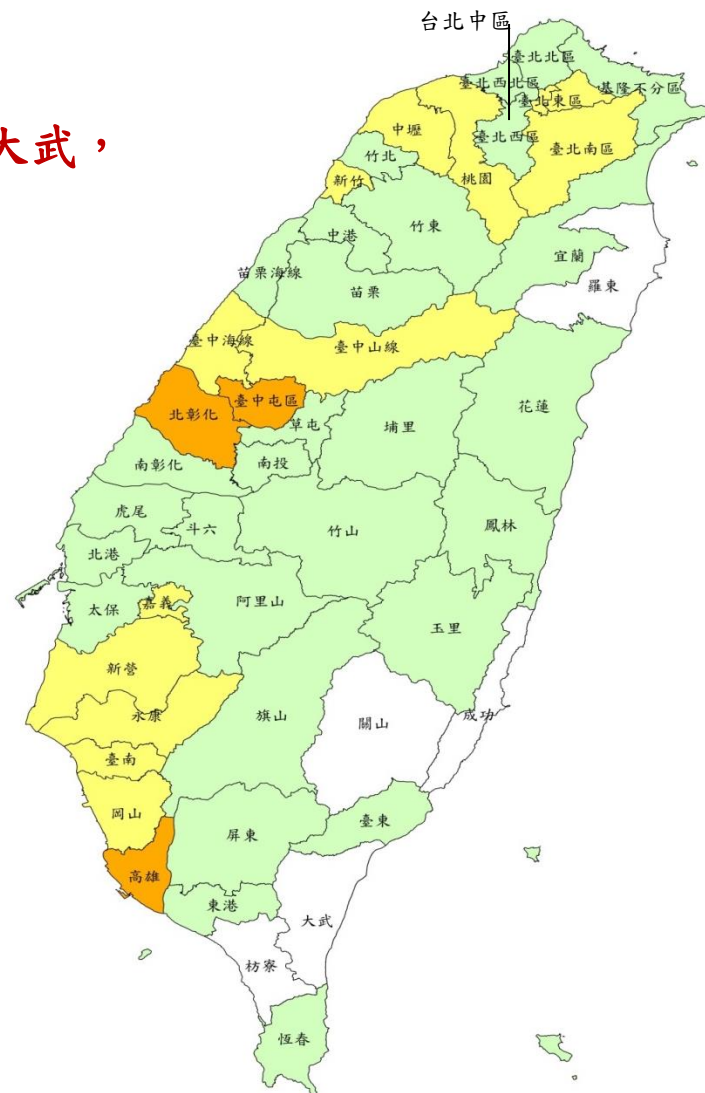


106年急性後期照護院所分布

除屏東枋寮. 宜蘭羅東. 台東之關山. 成功. 大武，
45個醫療區有承作醫院



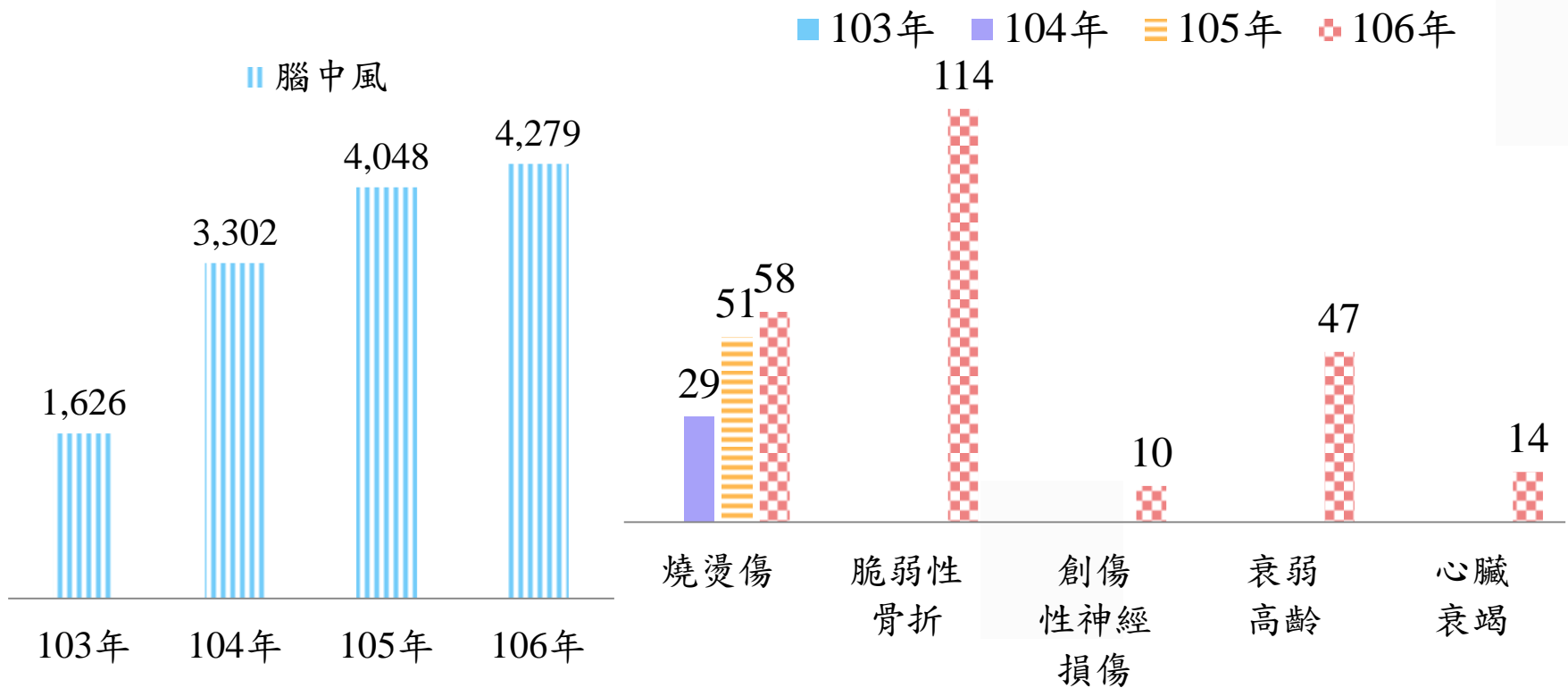
- 103年1月1日：腦中風PAC。
- 104年9月9日：新增燒燙傷PAC，照護方式新增日間照護模式。
- 106年7月1日：新增創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭及衰弱高齡病患等4類疾病，照護方式新增居家照護模式。





103-106年急性後期照護-收案人數

106年腦中風收案共4,279人、燒燙傷收案人數為58人(累計)、脆弱性骨折114人、創傷性神經損10人、衰弱高齡47人及心臟衰竭14人



註：

1. 資料來源:中央健保署VPN-QP1急性後期整合照護計畫收案及結案資料(統計至106年12月31日收案資料、擷取日期(107.05.23),排除不符收案條件個案。
2. 收案及結案人次依據收案日期歸戶(若跨年度結案,依收案日期歸年)。
3. 部分個案中途退出計畫未正常結案(如:死亡、病情轉變無法接受照護或自行中斷等)。



103-106年醫療費用申報情形

106年門診費用共申報約26.2萬點、住診共申報約5.6億點 (千點)

年度	103		104		105		106	
門住診	門診	住診	門診	住診	門診	住診	門診	住診
合計	-	142,246	555	372,640	1,221	482,224	262	562,084
腦中風	-	142,246	-	369,962	-	478,732	-	555,350
燒燙傷	-	-	555	2,678	1,221	3,492	80	1,330
脆弱性骨折	-	-	-	-	-	-	135	2,803
創傷性神經 損傷	-	-	-	-	-	-	-	487
衰弱高齡	-	-	-	-	-	-	-	2,114
心臟衰竭	-	-	-	-	-	-	47	-

註：

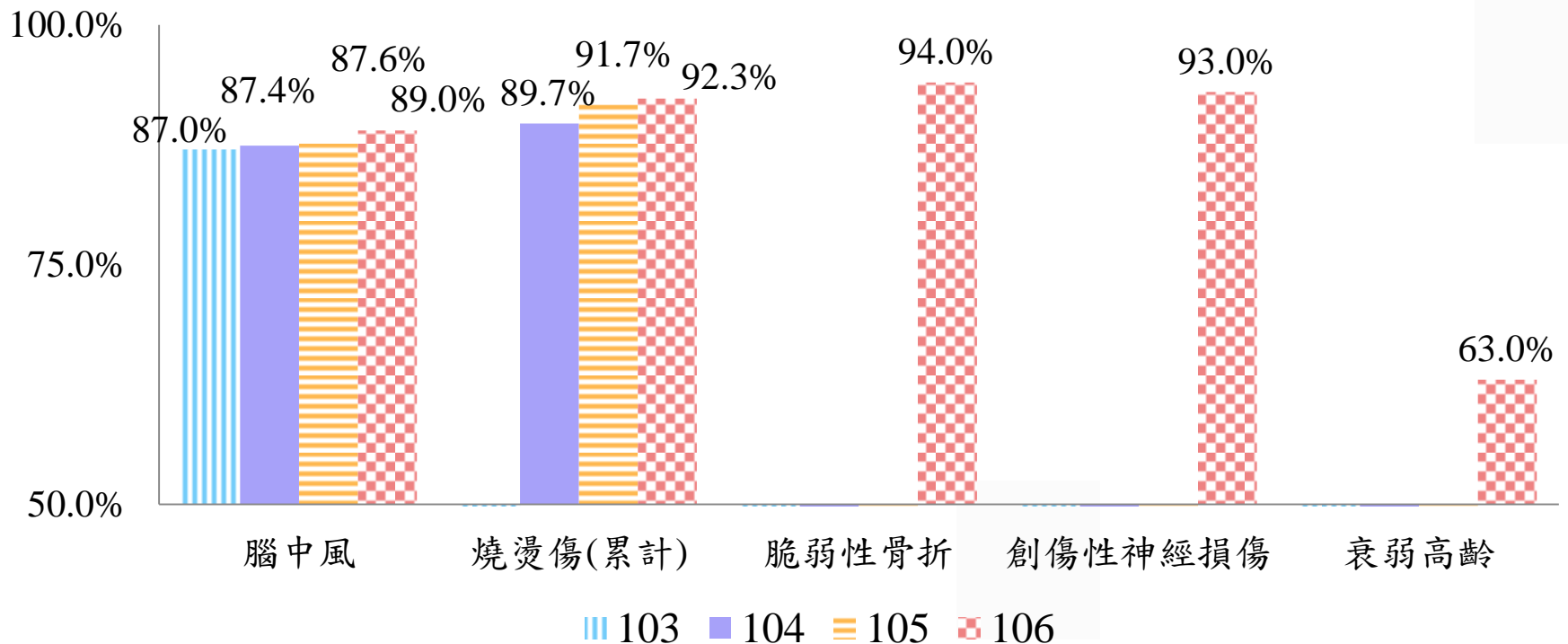
1. 燒燙傷照護自104年起試辦，提供日間照護(門診)及住診照護、脆弱性骨折、創傷性神經損傷、衰弱高齡及心臟衰竭自106年7月1日起辦理，提供住診、日間及居家(門診申報)服務、腦中風自106年7月1日起辦提供日間及居家照護服務。

2. 本資料費用包含急性醫院出院準備及轉出評估、轉銜獎勵費、至承作醫院訪視獎勵費；燒燙傷照護包含急性期提供復健服務。



103-106年結案病人整體成效結果進步占率

106年結案病人整體功能進步占率：腦中風89%、燒燙傷92.3%、脆弱性骨折94%、創傷性神經損傷93%及衰弱高齡63%。

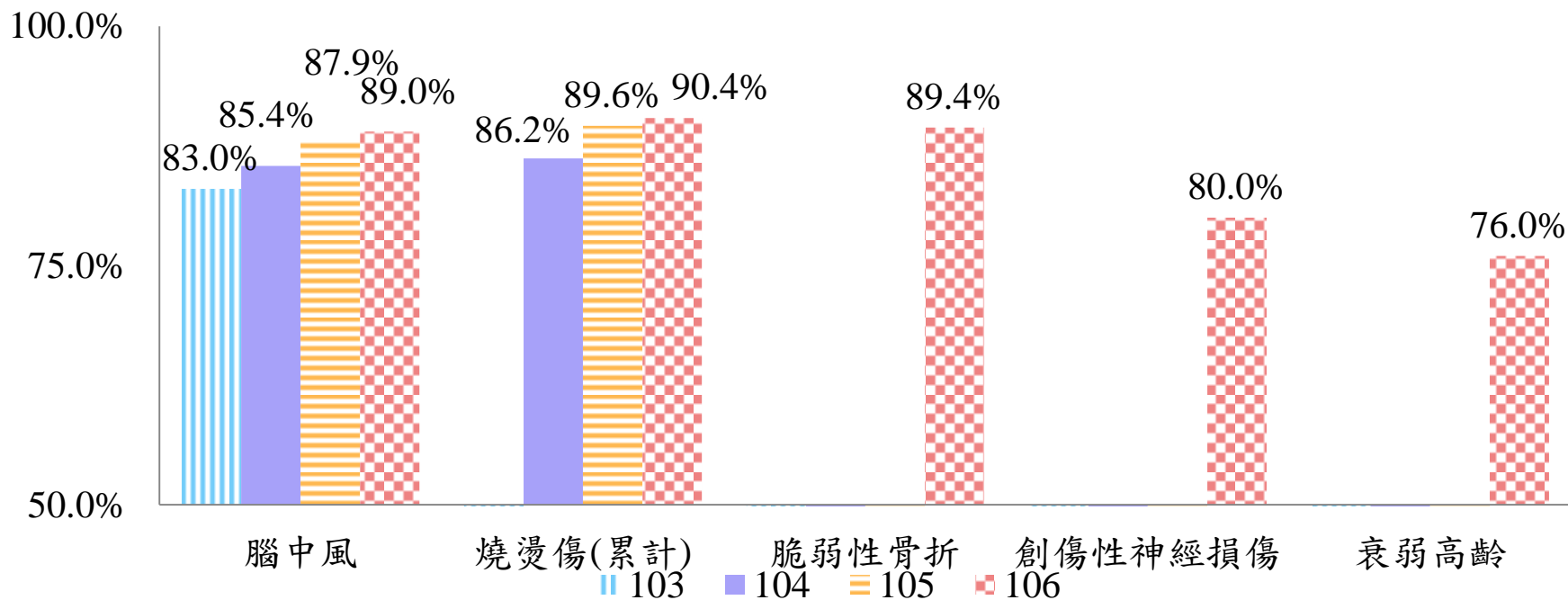


註：

1. 本資料係院所登錄個案整體成效快速進步、穩定進步者占率。進步情形共分為退步、無差異、穩定進步、快速進步者。
2. 本以各類照護疾病之結案病人結果統計。
3. 部分個案中途退出計畫未正常結案(如：死亡、病情轉變無法接受照護或自行中斷等)。
4. 心臟衰竭個案照護期間為6個月，截至107年Q1所有個案均未結案。

103-106結案後回歸門診或居家自行復健占率

106年結案病人結案後 回歸門診或居家自行復健占率：腦中風89%、燒燙傷90%、脆弱性骨折89%、創傷性神經損傷90%及衰弱高齡76%。



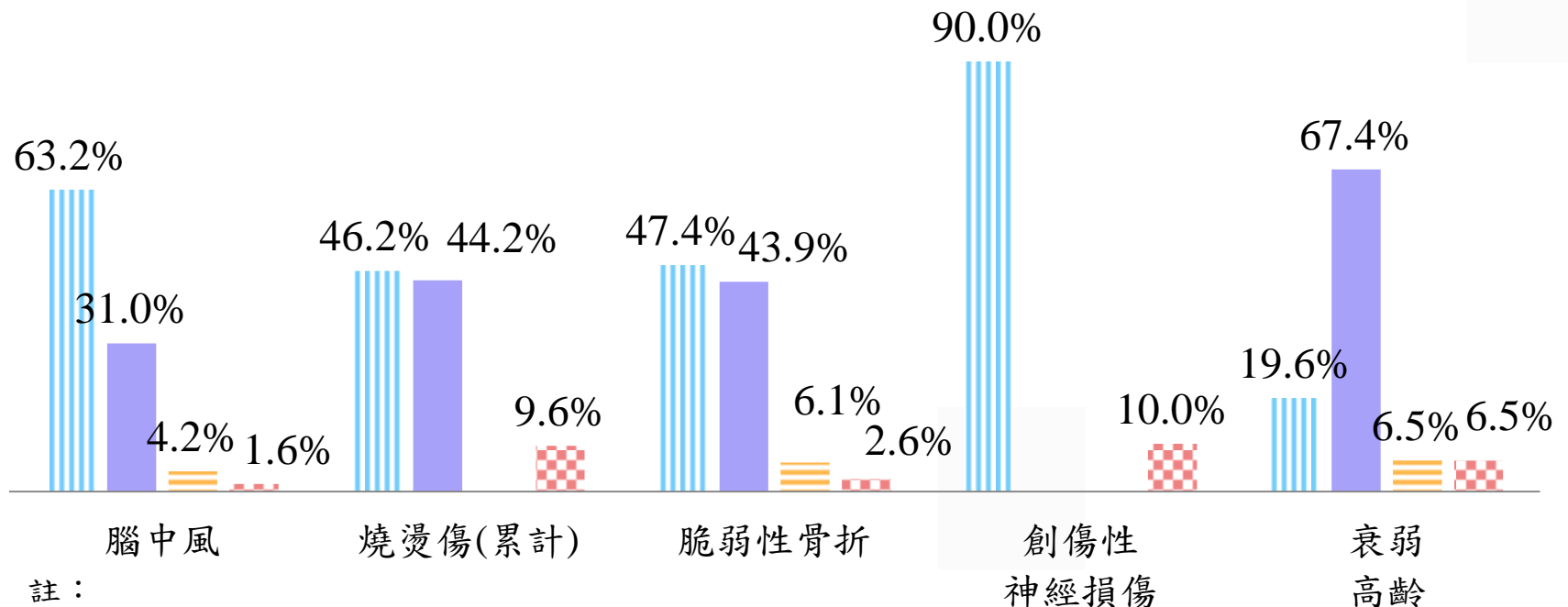
- 註
1. 資料來源:中央健保署VPN-QP1急性後期整合照護計畫收案及結案資料(統計至106年12月31日收案資料、擷取日期(107.05.23),排除不符收案條件個案。
 2. 收案及結案人次依據收案日期歸戶(若跨年度結案,依收案日期歸年)。
 3. 部分個案中途退出計畫未正常結案(如:死亡、病情轉變無法接受照護或自行中斷等)。
 4. 心臟衰竭個案照護期間為6個月,截至107年Q1所有個案均未結案。
 5. 本資料係包含回歸門診或居家自行復健占率,餘個案流向包含安置於療護機構、病情轉變接受其他治療,未納入計算。



106年結案病人社福資源轉介

106年結案病人結案個案，63%腦中風病人無轉介需要、31%已取得諮詢管道、衰弱高齡病人67%已取得諮詢管道、19.6%無轉介需要。

|| 無需要 ■ 個案取得諮詢管道 == 已轉介至照管中心 ❑ 轉介其他社福資源



註：

1. 資料來源:中央健保署VPN-QP1急性後期整合照護計畫收案及結案資料(統計至106年12月31日收案資料、擷取日期(107.05.23)，排除不符收案條件個案。
2. 收案及結案人次依據收案日期歸戶(若跨年度結案，依收案日期歸年)。
3. 部分個案中途退出計畫未正常結案(如：死亡、病情轉變無法接受照護或自行中斷等)。
4. 心臟衰竭個案照護期間為6個月，截至107年Q1所有個案均未結案。



結案病人評估指標進步情形(1/3)

106年腦中風結案病人之巴氏功能量表、IADL及整體功能等功能均較收案初評時進步。燒燙傷結案病人之巴氏功能量表較收案初評時進步。

照護疾病	結案人次	評估指標	平均得分		差值	指標屬性
			收案	結案		
腦中風	4,077	巴氏量表	38.5	64.4	25.9	正向
		工具性日常生活功能	1.3	2.4	1.1	正向
		整體功能	3.7	3.1	-0.6	負向
		健康相關生活品質	10.2	8.4	-1.8	負向
		吞嚥進食功能	5.7	6.4	0.7	正向
		營養評估	15.0	15.6	0.6	正向
		心肺耐力	69.7	149.2	79.6	正向
燒燙傷(累計) 註	52	巴氏量表	59.5	78.6	19.0	正向

- 1.資料來源:中央健保署VPN-QP1急性後期整合照護計畫收案及結案資料(統計至106年12月31日收案資料、擷取日期(107.05.23)，排除不符收案條件個案。
- 2.收案及結案人次依據收案日期歸戶(若跨年度結案，依收案日期歸年)。
- 3.部分個案中途退出計畫未正常結案(如：死亡、病情轉變無法接受照護或自行中斷等)。
- 4.心臟衰竭個案照護期間為6個月，截至107年Q1所有個案均未結案。



結案病人評估指標進步情形(2/3)

106年脆弱性骨折結案病人之巴氏功能量、疼痛評估(較不疼痛)均較收案初評時進步。創傷性神經損傷結案病人之巴氏功能及IADL等均較收案初評時進步。

照護疾病	結案人次	評估指標	平均得分		差值	指標屬性
			收案	結案		
脆弱性骨折	114	巴氏量表	47.9	62.3	14.4	正向
		疼痛評估	5.4	2.3	-3.1	負向
		HarrisHipScore (髖關節個案)	43.5	61.6	18.1	正向
創傷性神經損傷	10	巴氏量表	57	79	22	正向
		工具性日常生活功能	2	2.9	0.9	正向
		健康相關生活品質	8.5	7.4	-1.1	負向

註

- 1.資料來源:中央健保署VPN-QP1急性後期整合照護計畫收案及結案資料(統計至106年12月31日收案資料、擷取日期(107.05.23),排除不符收案條件個案。
- 2.收案及結案人次依據收案日期歸戶(若跨年度結案,依收案日期歸年)。
- 3.部分個案中途退出計畫未正常結案(如:死亡、病情轉變無法接受照護或自行中斷等)。
- 4.心臟衰竭個案照護期間為6個月,截至107年Q1所有個案均未結案。



結案病人評估指標進步情形(3/3)

106年衰弱高齡結案病人之巴氏功能量、IADL、衰弱程度、認知功能等均較收案初評時進步。

照護 疾病	結案 人次	評估指標	平均得分		差值	指標 屬性
			收案	結案		
衰弱高齡	47	巴氏量表	36.7	49.7	12.9	正向
		工具性日常生活功能	0.6	0.7	0	正向
		健康相關生活品質	10.4	9.6	-0.8	負向
		營養評估	7.9	8.8	0.9	正向
		衰弱程度	6.4	5.9	-0.6	負向
		認知功能	5.6	5.3	-0.3	負向
		憂鬱狀態	1.7	1.4	-0.3	負向
		跌倒風險	2.500	2.455	-0.044	負向
		潛在不當用藥	0.565	0.587	0.022	負向
		急性譫妄評估 (有譫妄占率)	9%	2%		負向

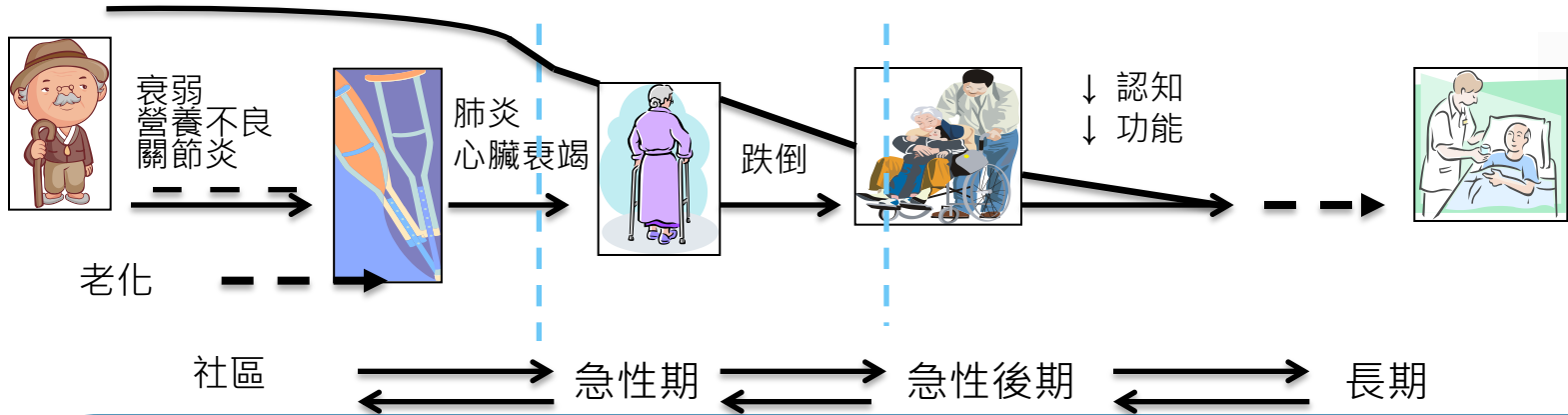
註

- 1.資料來源:中央健保署VPN-QP1急性後期整合照護計畫收案及結案資料(統計至106年12月31日收案資料、擷取日期(107.05.23),排除不符收案條件個案。
- 2.收案及結案人次依據收案日期歸戶(若跨年度結案,依收案日期歸年)。
- 3.部分個案中途退出計畫未正常結案(如:死亡、病情轉變無法接受照護或自行中斷等),未納入計算。
- 4.心臟衰竭個案照護期間為6個月,截至107年Q1所有個案均未結案。



未來展望

老化過程



健康照護

維持健康

- 疾病預防
- 健康促進
- 功能提升
- 社會活動

- 基層診所
- 縣市衛生所
- 社區活動中心

急性照護

- 老年疾病評估與管理
- 中風病房

- 醫學中心
- 區域醫院
- 地區醫院

急性後期照護

- 老年疾病照護
- 恢復功能復健
- 團隊整合照護

- 區域醫院
- 地區醫院

長期照護

- 居家照顧
- 居家護理
- 社區照護
- 護理之家

- 居家健康照護
- 社區關懷
- 護理之家照護



全民健康保險 跨層級醫院合作計畫



跨層級醫院合作計畫

目的

- 鼓勵醫院跨層級合作，建置區域性醫療支援系統。
- 透過醫師支援模式，讓中大型醫院醫師能投入社區地區醫院服務，提升社區醫院醫療團隊照護水準。
- 建立落實分級醫療及雙向轉診制度之基礎。

策略

- 建立醫療品質提升及雙向轉診機制，提供「以病人為中心」之連續性全人照護。
- 就醫程序安排(急診後送及下轉、轉住院或手術)
- 醫師及醫事人員專業訓練(建教合作、支援)。
- 醫療資訊交換(電子病歷互通、醫療影像交換)。

團隊組織運作



醫學中心、區域醫院

支援

跨層級合作團隊



地區醫院
(主責醫院)

• 不適用對象：

- ✓ 同體系醫院間(含委託經營)之支援，如：同法人醫院體系、國軍醫院體系等。
- ✓ 衛生福利部或健保署有相似性質補助。如：衛福部緊急醫療資源不足地區改善計畫、全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫等。

• 經費來源：

- ✓ 全民健康保險醫療給付費用總額其他預算之「推動促進醫療體系整合計畫」項下「跨層級醫院合作計畫」，全年預算1億元。

• 醫療支援之補助：

- ✓ 106年每診日3,500點(由跨層級醫院團隊自行協調如何分配)，同醫師同天之支援均以1診日計，單一地區醫院每月份接受支援診日上限為35診日。



106年跨層級合作計畫院所-團隊合作情形

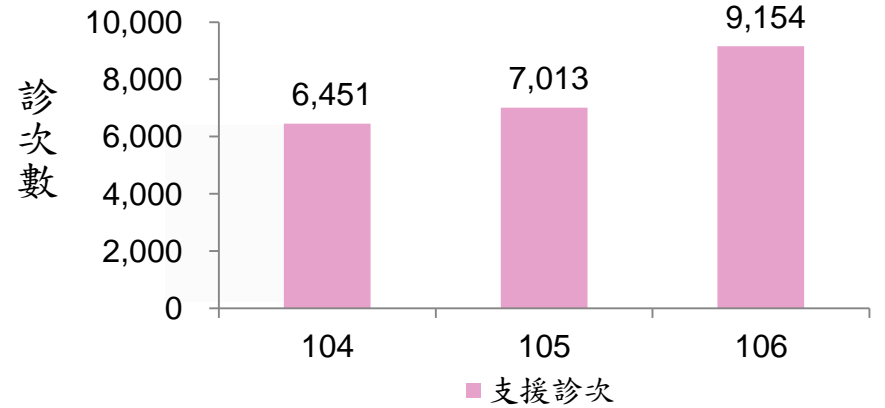
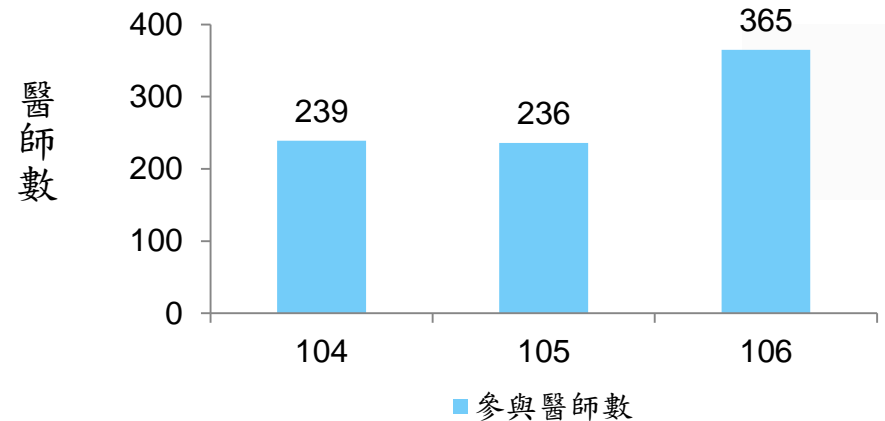
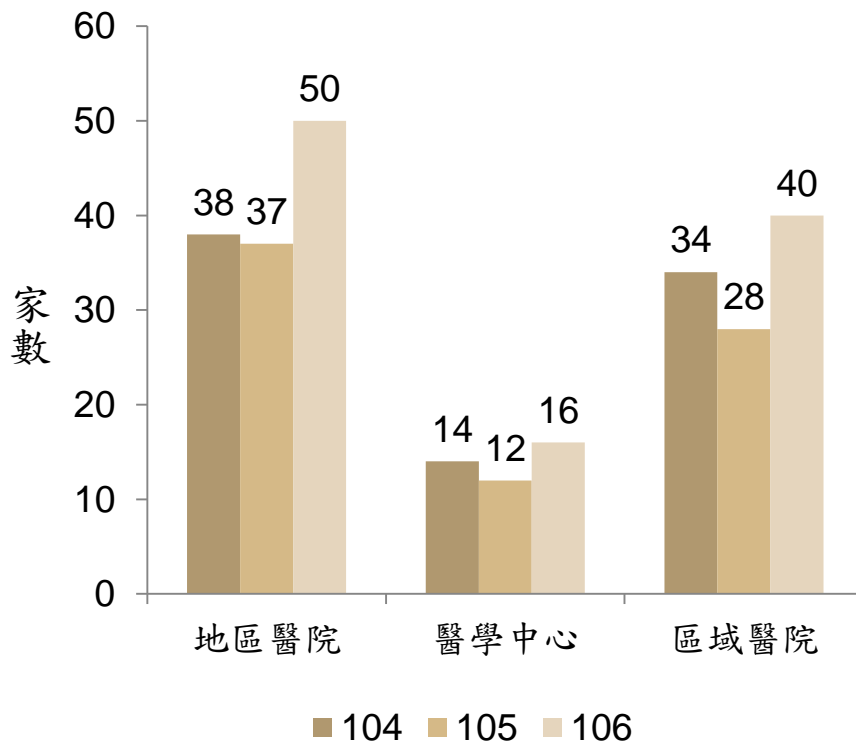
分區別	參與院所數 (主責醫院)	鼓勵團隊合作建立醫療品質提升及雙向轉診機制指標					
		對病患就醫程序安排	醫師及醫事人員專業訓練	醫療資訊交換(電子病歷、醫療影像交換)	醫療設備共享	辦理或參與提升照護品質活動	建立雙向轉診作業機制
台北	5	5	5	3	5	4	5
北區	12	12	10	11	0	8	12
中區	9	9	9	9	9	9	9
南區	11	11	10	4	7	10	11
高屏	8	7	8	6	8	8	8
東區	1	1	1	1	1	1	1
總計	46	45	43	34	30	40	46

註:本計畫原參與家數共50家,截至106年底為46家,中心綜合醫院於107年7月退出計畫、臨海醫院於106年7月歇業、順天醫院於106年11月歇業、蘭陽仁愛醫院於106年5月起參與本署醫療資源不足地區服務提升計畫,後續退出本計畫。



104-106年院所參與情形

- 106年共50個團隊參與本計畫，共56家醫學中心及區域醫院、365名醫師，到50家地區醫院，提供9,154支援診次服務

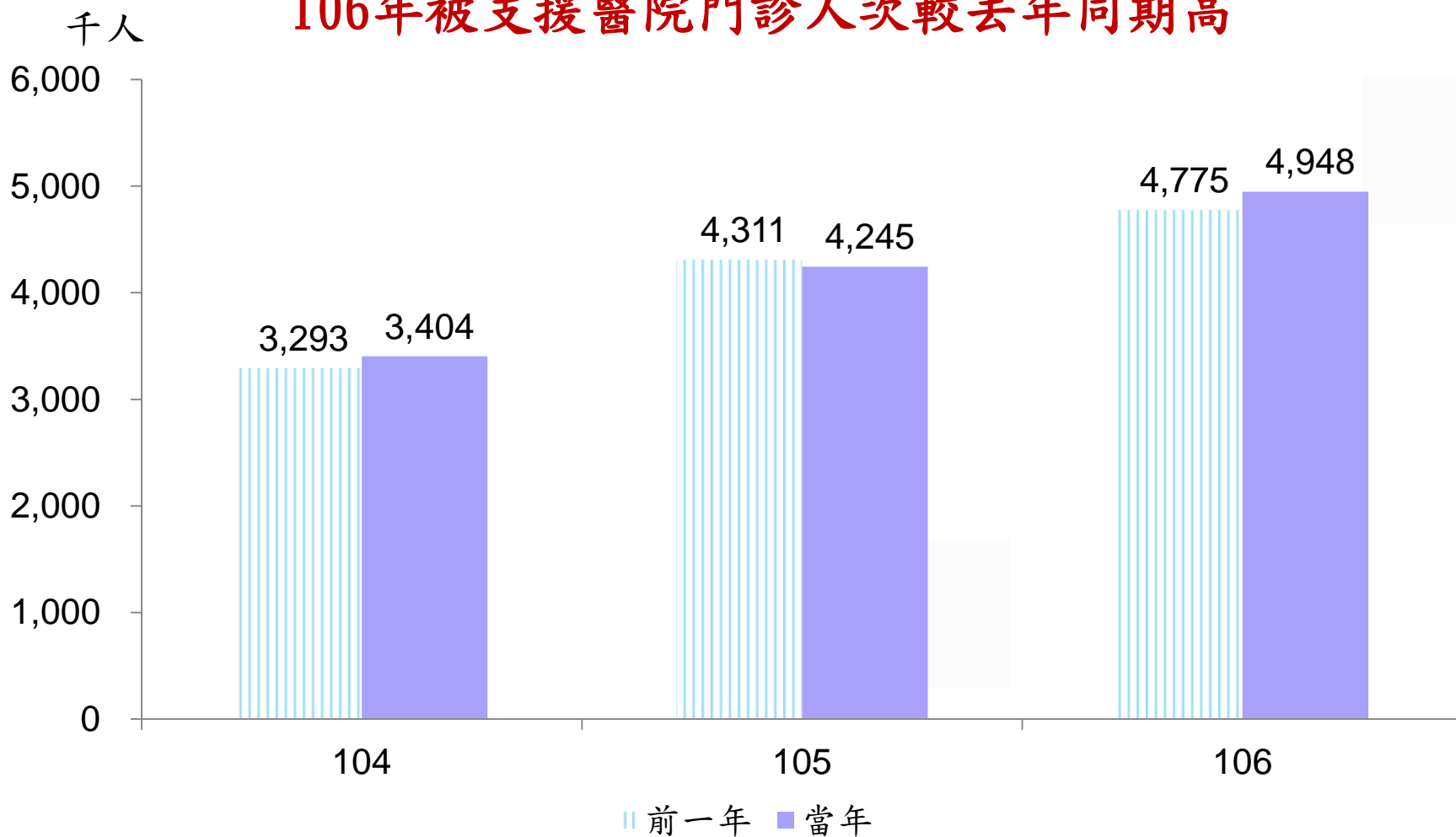


註:本計畫原參與家數共50家，截至106年底為46家，中心綜合醫院於107年7月退出計畫、臨海醫院於106年7月歇業、順天醫院於106年11月歇業、蘭陽仁愛醫院於106年5月起參與本署醫療資源不足地區服務提升計畫，後續退出本計畫，上述醫院執行情形統計至退出計畫月份。



104-106年被支援醫院當年就醫人次

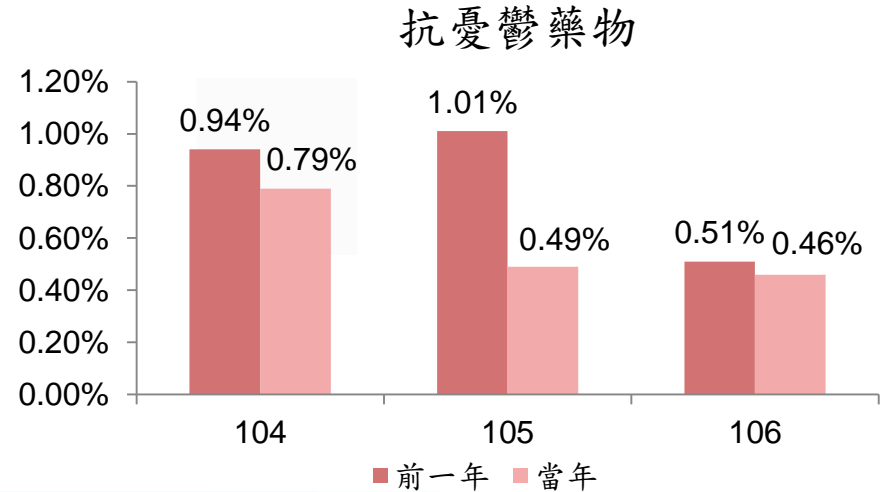
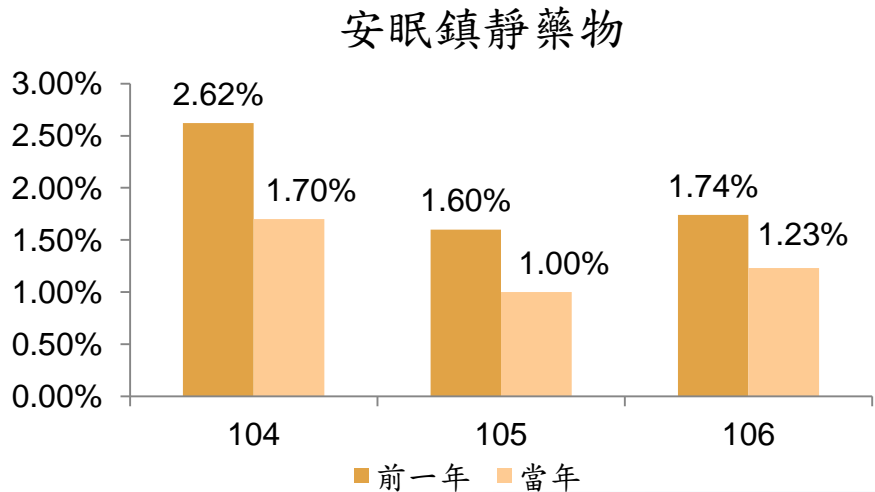
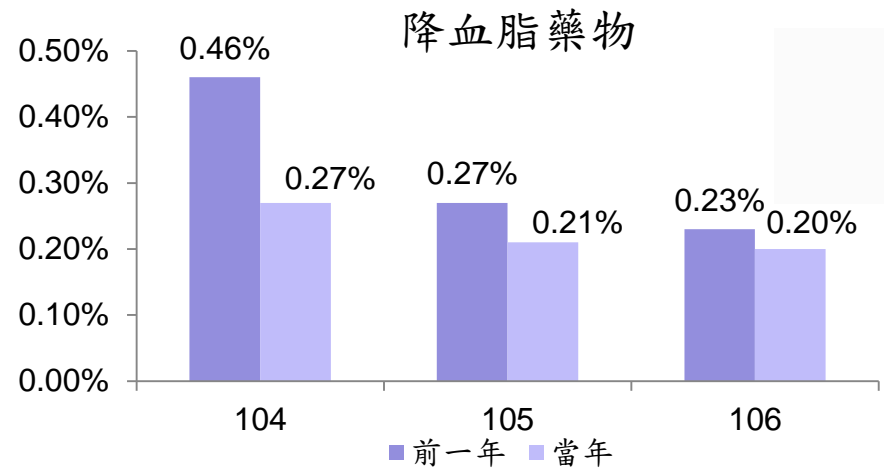
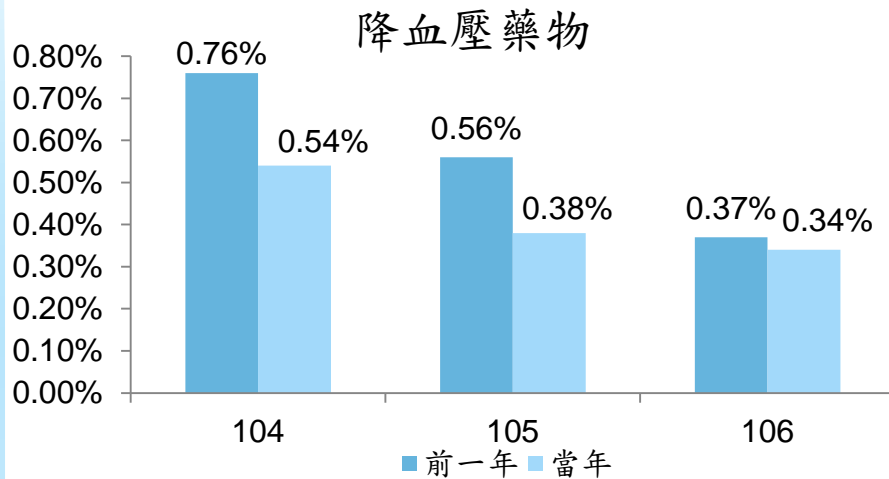
106年被支援醫院門診人次較去年同期高





104-106年院所用藥重複情形

106年參與醫院之降血壓、降血脂、安眠鎮定及抗憂鬱藥物，用藥重複率平均較去年同期降低。





敬請指教!