



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
108年3月8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



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。

107年計畫 (107年1月~107年 12月)

- ◎配合分級醫療及大醫院門診減量，107年計畫以不增加醫院照護人數及家數為原則，本署不再新增照護名單，俾利醫院就現行個案作好實際整合及下轉。



107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

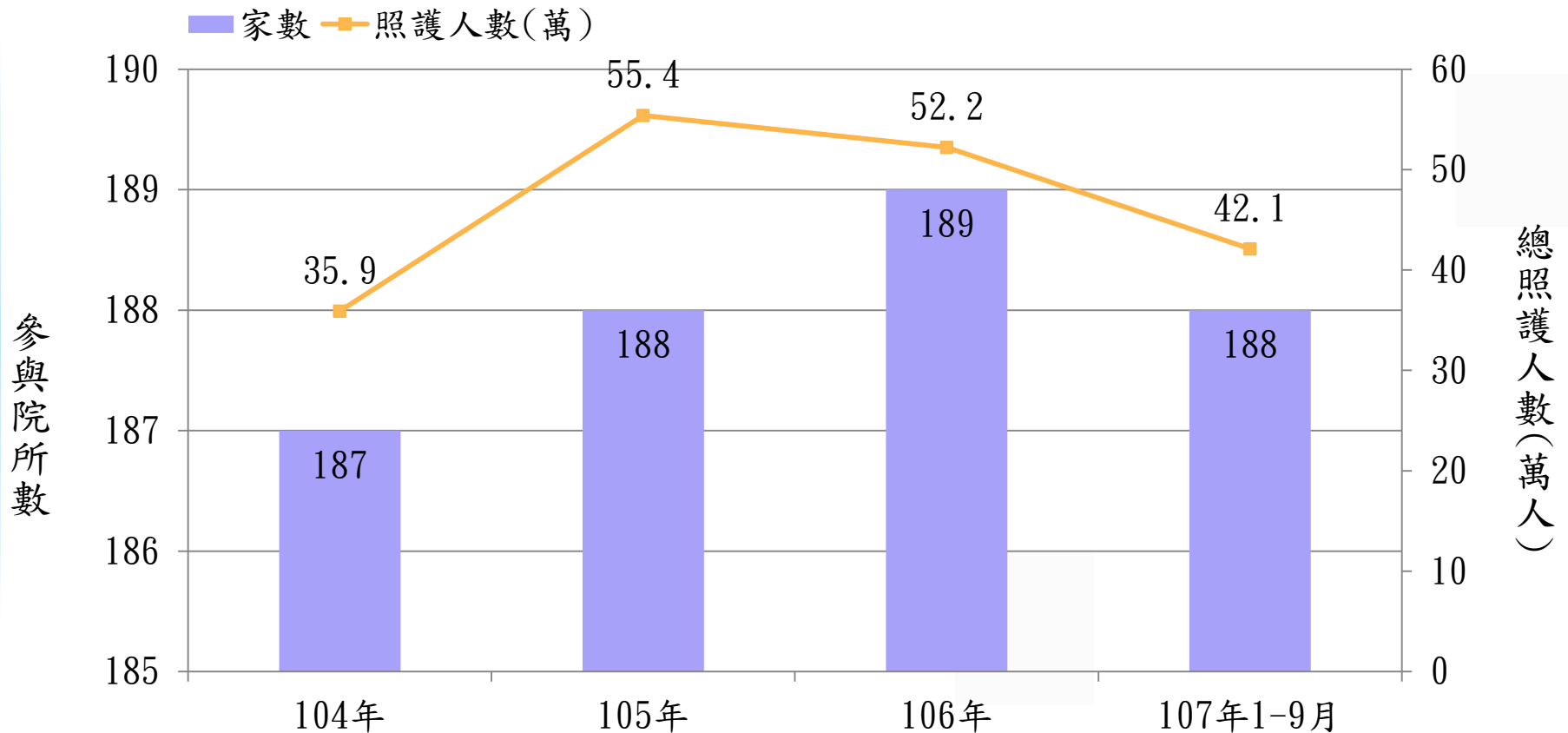
- ▶ 高齡醫學或失智症整合門診
- ▶ 罕見疾病或重大傷病整合門診
- ▶ 三高疾病整合門診
- ▶ 主責照護整合門診
- ▶ 其他整合門診

➤ 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



104-107年參與院所數及照護人數



註：

1. 照護人數包括：重點照護對象與醫院自行收案個案。
2. 106年起配合分級醫療，醫學中心及區域醫院推動初級照護減量，故照護人數略有下降。
3. 107年計畫為107年6月21日公告。



跨院整合成效

➤ 107年Q1-Q3各項指標於參與計畫醫院整體照護情形

指標項目	成長率(%)		
	Q1	Q2	Q3
平均每人每月門診次數	-0.08%	-2.35%	-4.83%
平均每人每月門診醫療點數	3.24%	1.92%	-0.66%
平均每人每月藥品項數	2.32%	-0.40%	-2.28%
降血脂藥物用藥日數重複率	11.44%	-1.45%	-4.84%
降血壓藥物用藥日數重複率	11.96%	8.44%	5.20%
降血糖藥物用藥日數重複率	16.66%	8.58%	-0.53%

- 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，用藥品項數指標於計畫開辦初期有顯著改善，近年亦有推動雲端藥歷，本項指標下降幅度已漸趨平緩。三高用藥日數重複率於第1季較較高之原因，係因醫院收案多集中在第1、2季，隨著個案收案照護時程越長，其照護成效較顯著。
- 另門診醫療點數部分，係以照護對象當年度整體就醫費用計算，其成長率亦受到支付標準調整…等因素之影響。



修訂方向

- 108年專家諮詢會議:8/29及10/30
- 整合門診條件
 - 承作醫院應先行報核整合門診之門診時刻表、診次及醫師等
- 收案對象
 - 本署不再主動提供名單
 - 穩定領慢箋病患、多重慢性病
 - 病患同意接受整合照護服務且簽署同意書



修訂方向

- 承作醫師之資格
 - 不限專科別
 - 須完成教育訓練課程
- 診察費支付標準
 - 診察費依看診階段給付不同點數，分別為初診、複診共2階段，整合完竣後，則回歸一般門診(一般案件，不納入本計畫)
- 評估整合成效
 - 過程面及結果面之給付項目及品質指標



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

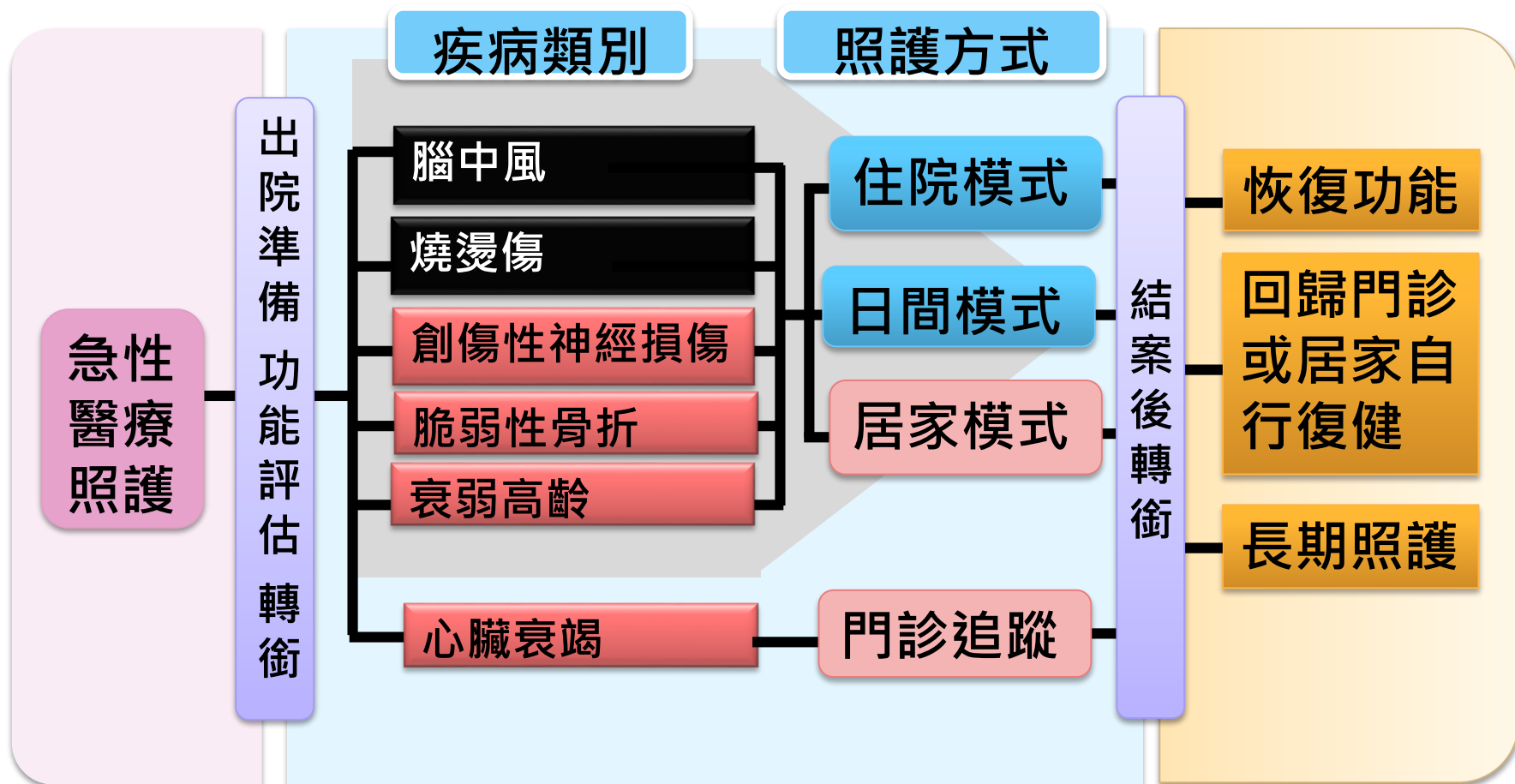


擴大辦理急性後期照護模式及內容

急性期

急性後期(post acute care)

後續照護



由急性後期照護團隊，依病人評估結果安排適當照護模式(除心臟衰竭外可轉換模式)，各類模式合計天數不超過計畫所訂上限天數。

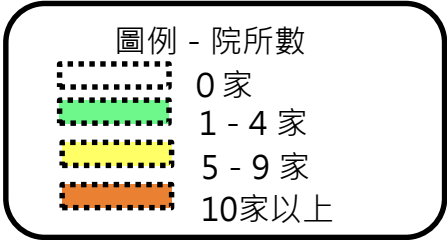
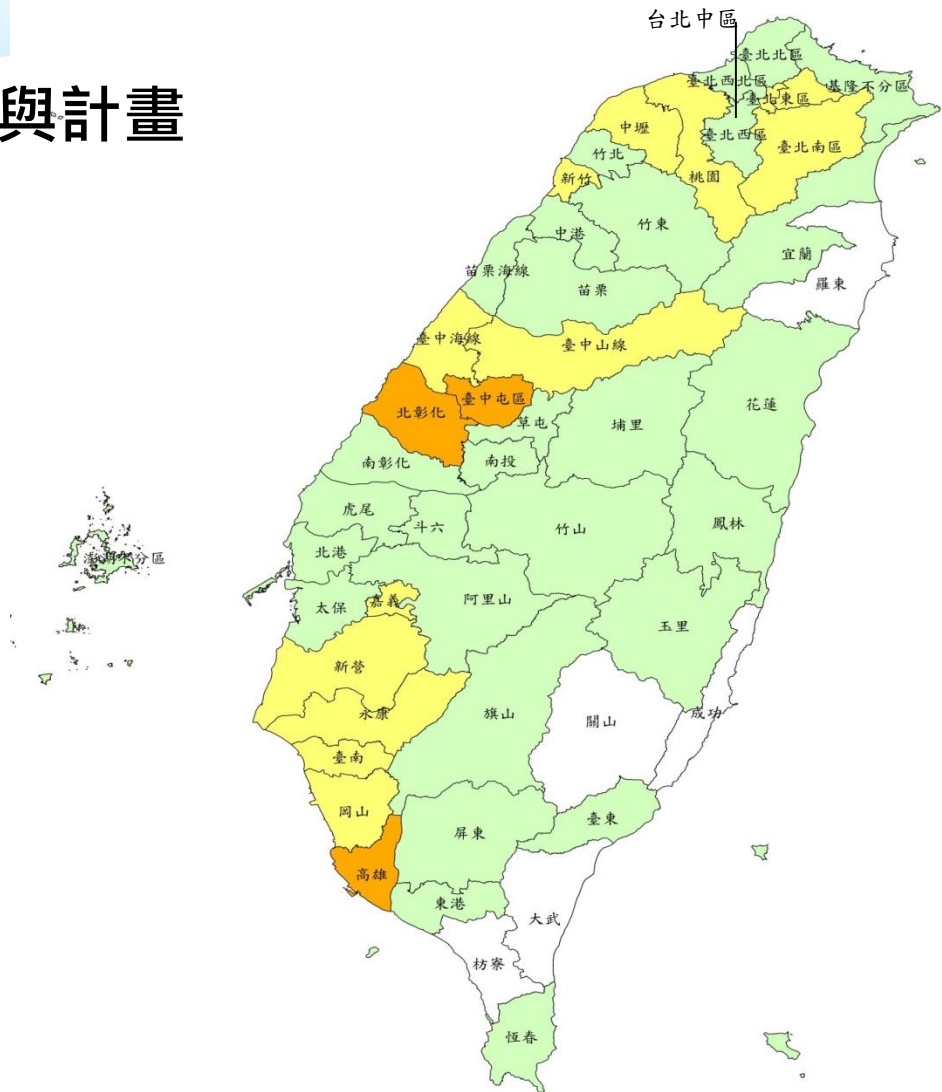


急性後期照護院所(整體)分布

目前共38團、202家醫院參與計畫
(所有照護疾病)



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





院所參與情形

上游醫院分布情形

項目	分區別	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
層級別	醫學中心	19	16	19	19	19	16	19
	區域醫院	58	15	41	39	32	9	63
	地區醫院	74	8	61	42	52	1	80
合計		151	39	121	100	103	26	162

承作醫院分布情形

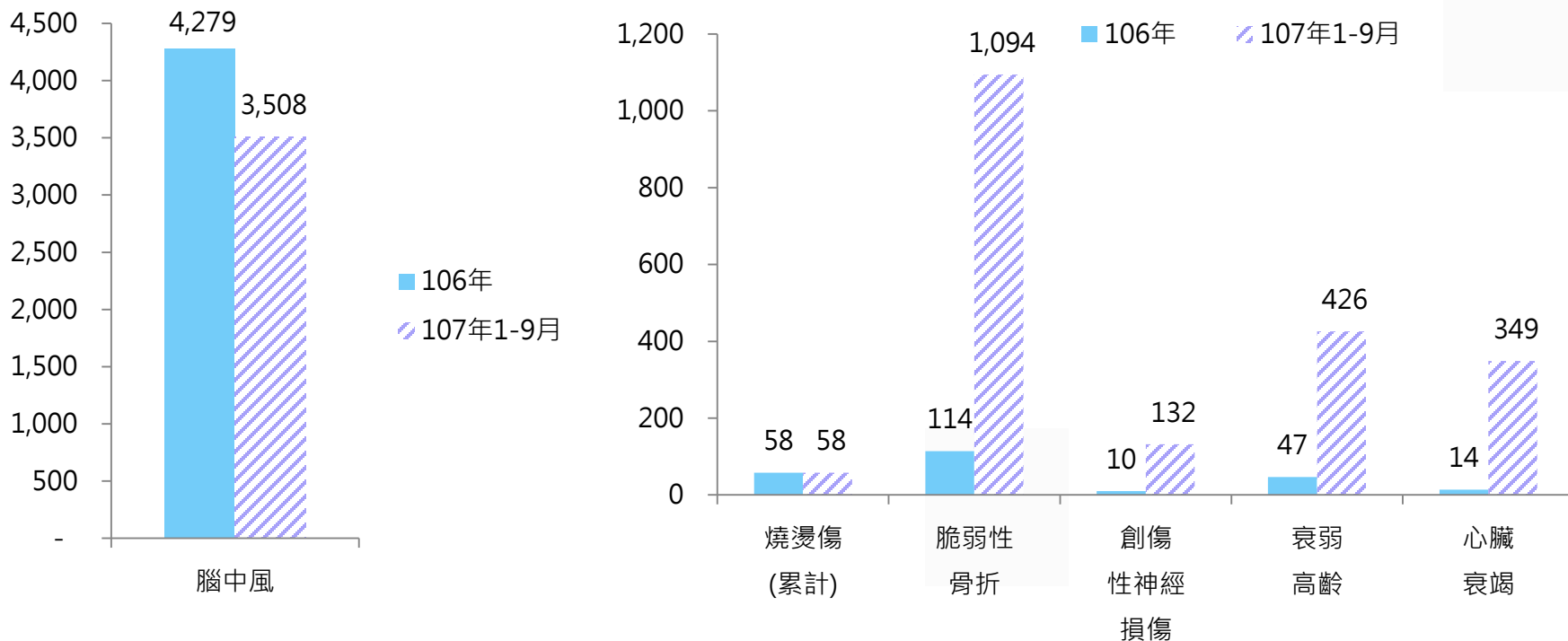
項目	分區別	腦中風	燒燙傷	脆弱性 骨折	創傷性 神經損傷	衰弱 高齡	心臟衰 竭	合計
層級別	醫學中心	0	8	0	0	0	10	12
	區域醫院	64	17	46	43	33	9	66
	地區醫院	107	4	84	61	72	1	114
合計		171	29	130	104	105	20	192

醫學中心僅能承作燒燙傷日間照護及心臟衰竭門診追蹤服務



106-107年9月照護人數

- 106年腦中風收案共4,279人、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；107年1-9月份腦中風照護共3,508人、脆弱性骨折1,094人、創傷性神經損132人、衰弱高齡426人及心臟衰竭349人；燒燙傷累計收案58人。



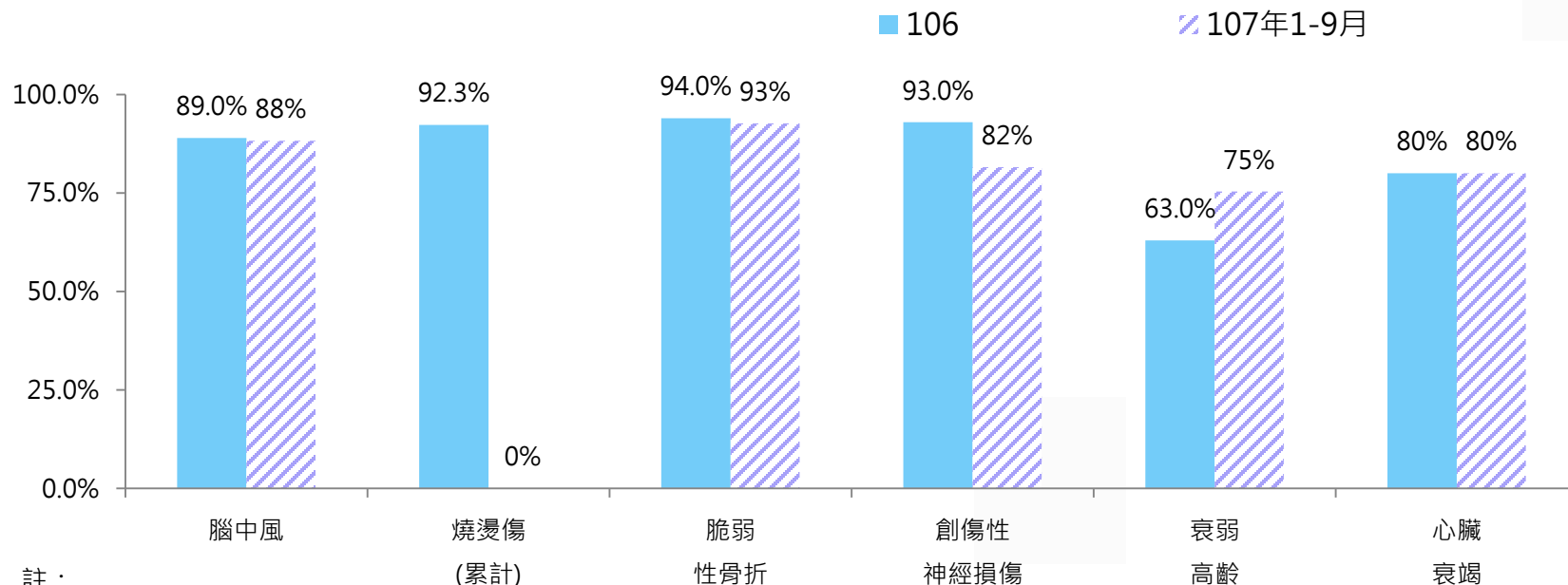
註：

- 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107年9月30日收案資料、擷取日期(107.10.29)。
- 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)。



106-107年9月結案病人整體成效結果進步占率

- 107年1-9月結案病人整體功能進步占率：腦中風88%、脆弱性骨折93%、創傷性神經損傷82%、衰弱高齡75%、心臟衰竭80%。



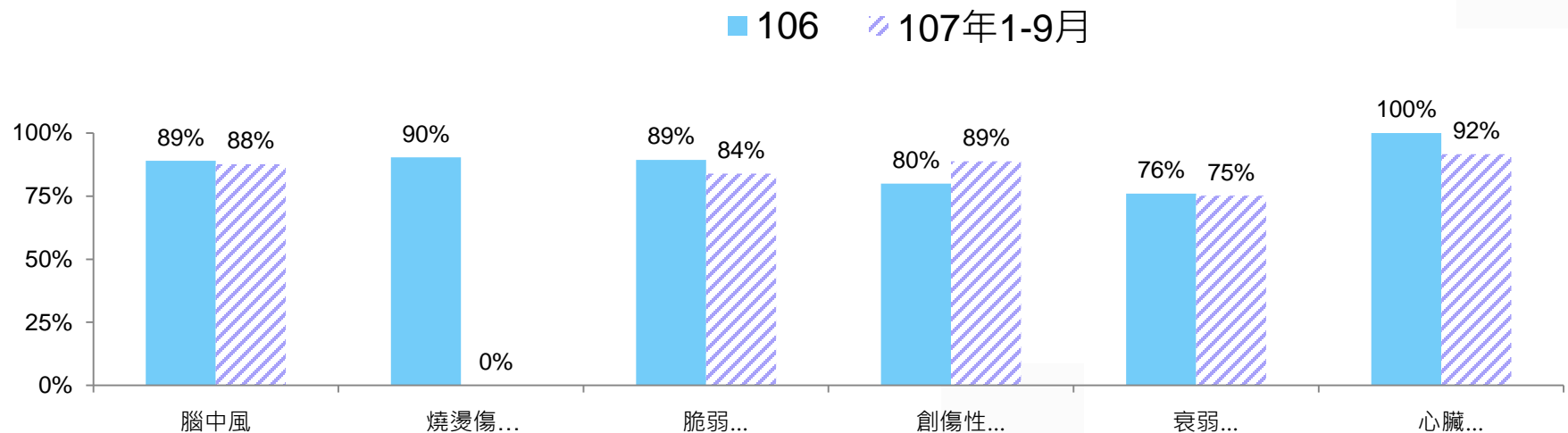
註：

- 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),未納入計算。
- 4.心臟衰竭個案照護期間為6個月,107年部分個案尚未結案。
- 5.統計至107年9月30日收案資料、擷取日期(107.10.29)。



106-107年9月結案後回歸門診或居家自行復健占率

- 107年1-9月結案病人結案後回歸門診或居家自行復健占率：腦中風88%、脆弱性骨折84%、創傷性神經損傷89%及衰弱高齡75%、心臟衰竭92%。



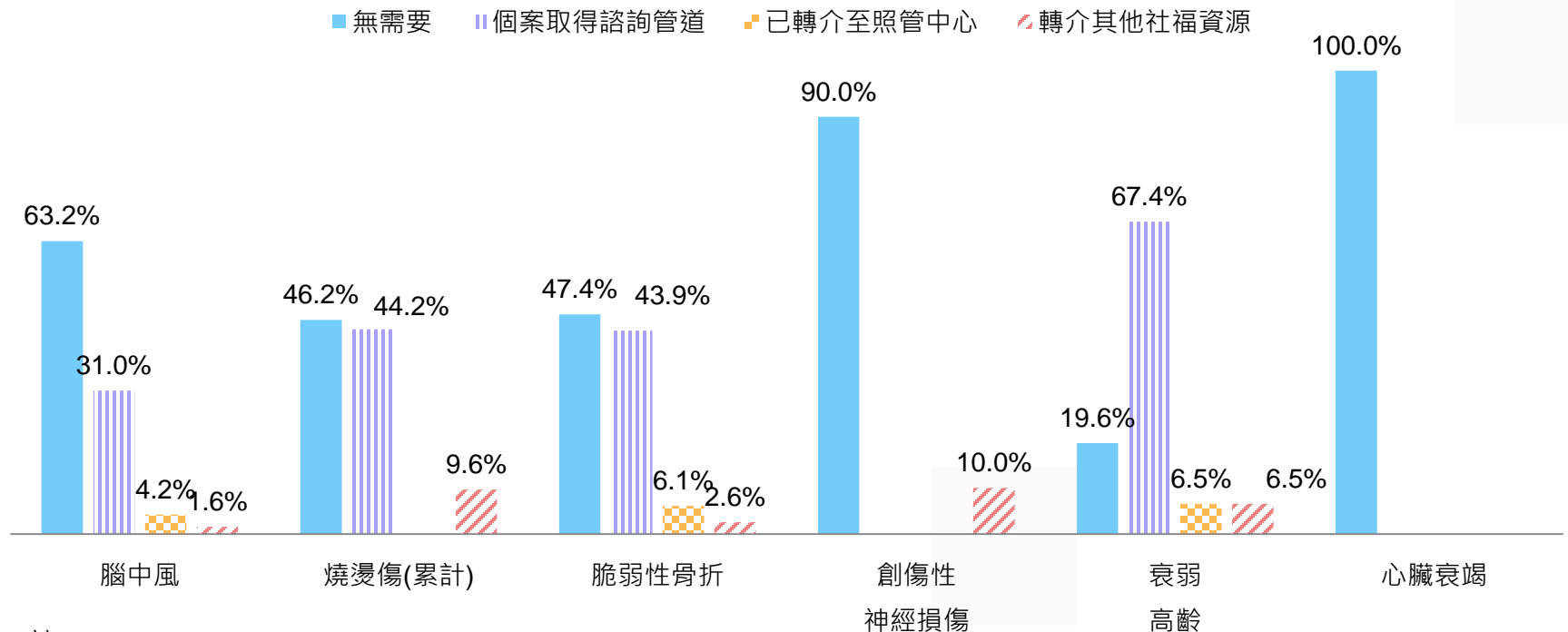
註

- 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107年9月30日收案資料、擷取日期(107.10.29)。
- 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,107年部分個案尚未結案。
- 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，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。



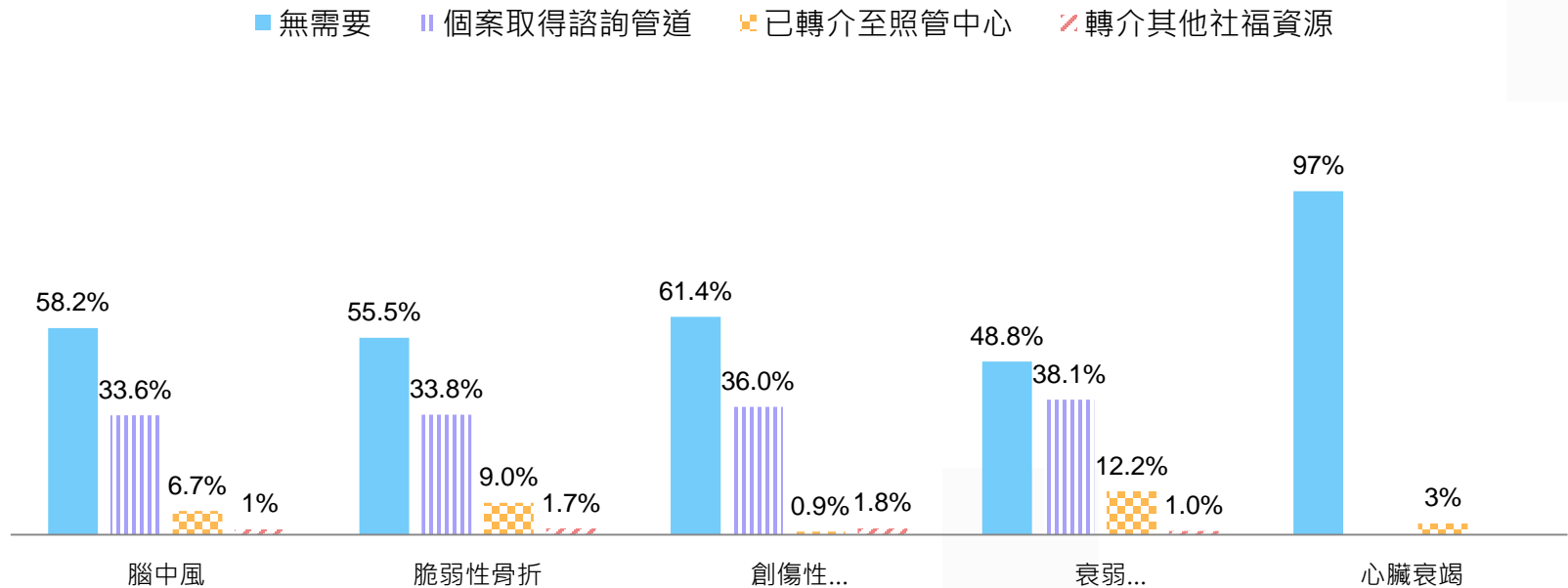
註：

- 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107年8月31日收案資料、擷取日期(107.10.10)。
- 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。



107年1-9月結案病人社福資源轉介

- 107年1-9月結案病人，腦中風、脆弱性骨折、創傷性神經損傷及衰弱高齡病人無轉介需要約5-6成、另約3-4成已取得諮詢管道、心臟衰竭則97%無轉介需要。



註：

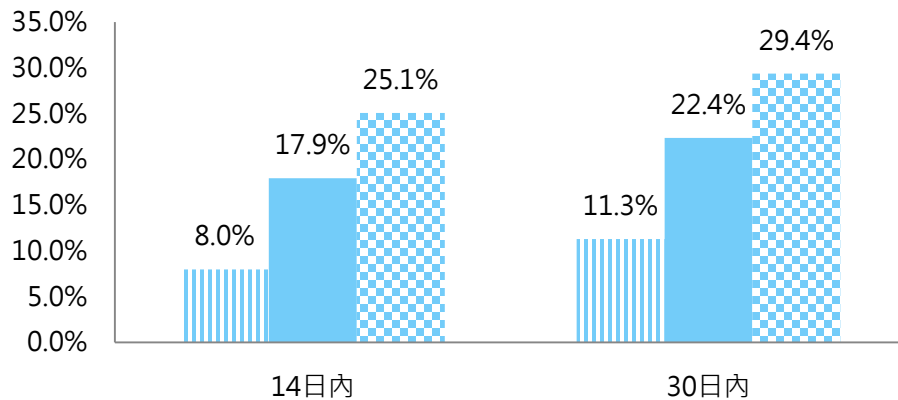
- 1.資料來源:中央健保署VPN-QP1急性後期整合照護計畫收案及結案資料(統計至107年8月31日收案資料、擷取日期(107.10.10)。
- 2.收案及結案人次依據收案日期歸戶(若跨年度結案，依收案日期歸年)。
- 3.部分個案中途退出計畫未正常結案(如：死亡、病情轉變無法接受照護或自行中斷等)，未納入計算。



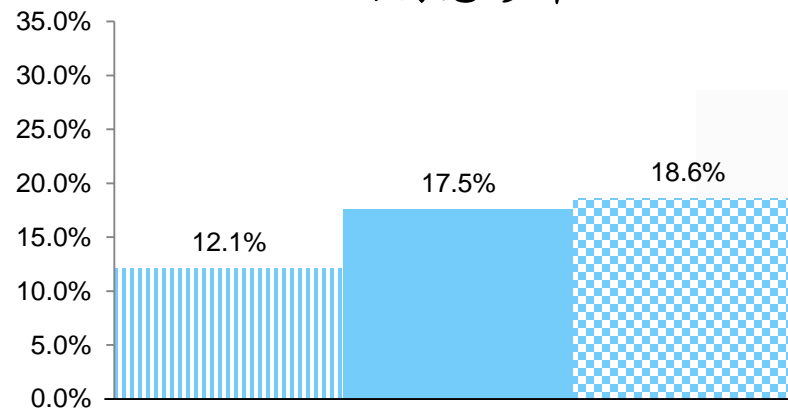
106年腦中風個案照護成效

▨ 接受急性後期照護 ■ 對照組 ❏ 校正後對照組

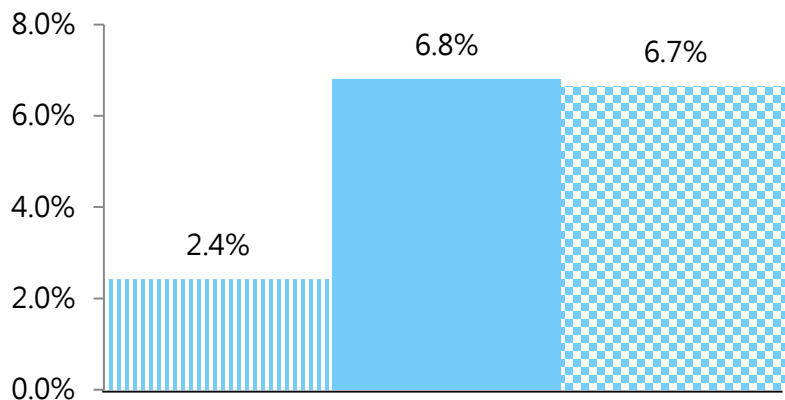
結案後再住院率



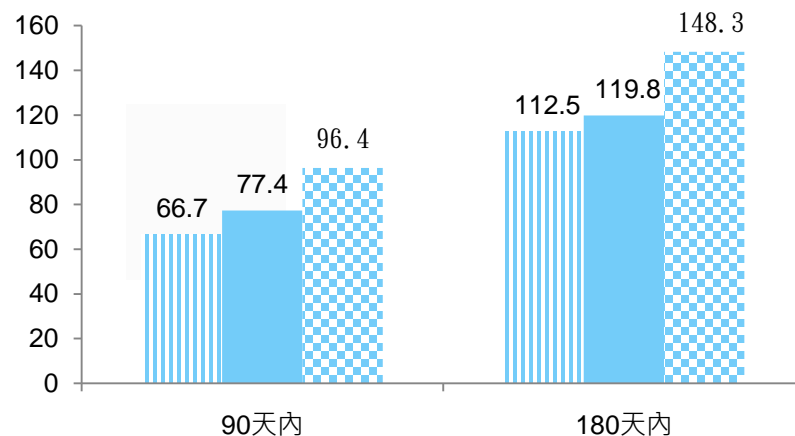
30日內再急診率



一年內死亡率



結案後醫療費用(千點)



註：

- 1.對照組：急性醫院提供，符合PAC收案條件但未參加急性後期照護病人(失能程度與接受急性後期照護個案相當)
- 2.本資料係署腦中風病人成效、新增照護疾病之對照組資料醫院持續收集中。



106年-107年第1季初步成果-照護品質指標

照護疾病	14日內再住院率		30日內再住院率		30日內再急診率	
	106年	107 第一季	106年	107 第一季	106年	107 第一季
腦中風	8%	7.7%	11.3%	11.8%	12.1%	11.1%
燒燙傷	-	-	-	-	14.3%	-
創傷性 神經損傷	25.0%	9.1%	25.0%	18.2%	50.0%	13.6%
脆弱性骨折	9.8%	5.3%	11.9%	9.7%	8.7%	11.4%
衰弱高齡	16.6%	4.3%	22.2%	14.5%	13.9%	14.5%

註:

1.資料來源DA-1863-1865

2.排除計畫性再住院案件。

3.本計畫自106年7月1日起擴大辦理，院所均籌備及熟悉整體運作，其創傷性神經損傷、脆弱性骨折、衰弱高齡及心臟衰竭持續收集提供對照組。

4.心臟衰竭個案照護期間為6個月，需觀察1年內再住院情形。



擴大急性後期照護預期效益

對病人在較短時間內改善失能狀態、恢復身心日常生活功能，減少急診率、再住院率、死亡率。

對社會減少整體之醫療耗用、減少長期照護耗用、增加照顧家屬的經濟生產力。

預期效益

對家屬減少直接照顧壓力、減少因照顧所帶來之經濟損失及家庭支出、提升家庭成員生活品質。

對健康照護體系組織跨院際整合團隊，協助急重症後期康復階段病人，就近回歸社區接受服務，有助分級醫療。



未來展望

Womb 落實以人為中心之全人照護 提升社會福祉 Tomb

健康維護(Health Maintenance)

- 提升民眾健康意識
- 鼓勵自我健康管理
- 促進穿戴式裝置或健康促進知創新發展

健康保險(Health Insurance)

- 促進支付誘因轉換(健康導向)
- 分級醫療、轉診
- 提升整體照護效率及品質
- 就醫資訊之分享

急性後期(Post Acute Care)

- 持續性的追蹤照護
- 即時性的治療安排及醫療介入
- 完備的次級照護系統輔助

安寧照護(Hospice Care)

長期照顧(LTC)

- 妥善居家及護理照護
- 用藥安全的提升-雲端醫療資訊
- 詳盡慢性病的個案管理及照護計畫

雲端查詢系統、健康存摺、電子轉診、居家照護資訊分享平台



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



支援

跨層級合作團隊



地區醫院
(主責醫院)

1. 醫學中心、區域醫院
2. 基層診所(皮膚科、眼科、小兒科、耳鼻喉科)支援助地區醫院急診

• 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：

- ✓ 每診次3,500點(由跨層級醫院團隊自行協調如何分配)，每月接受支援上限35診日，107年5月1日起調整為每月接受支援上限40診次。



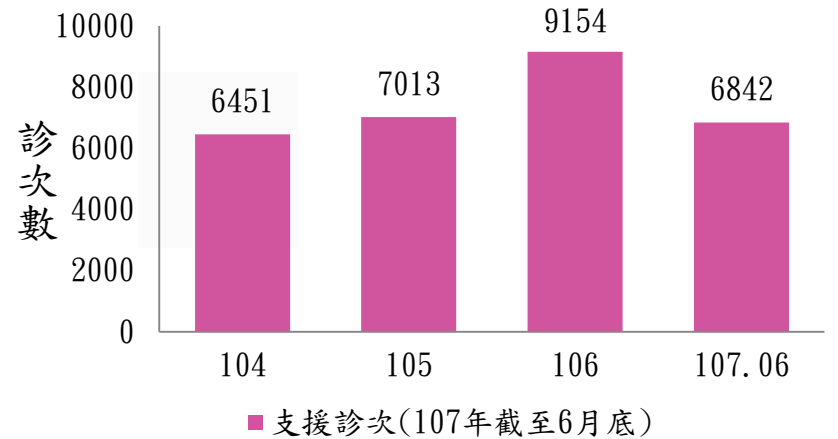
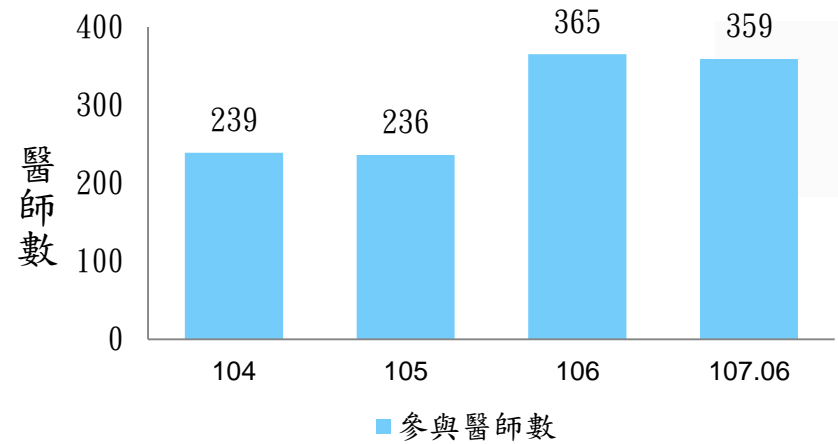
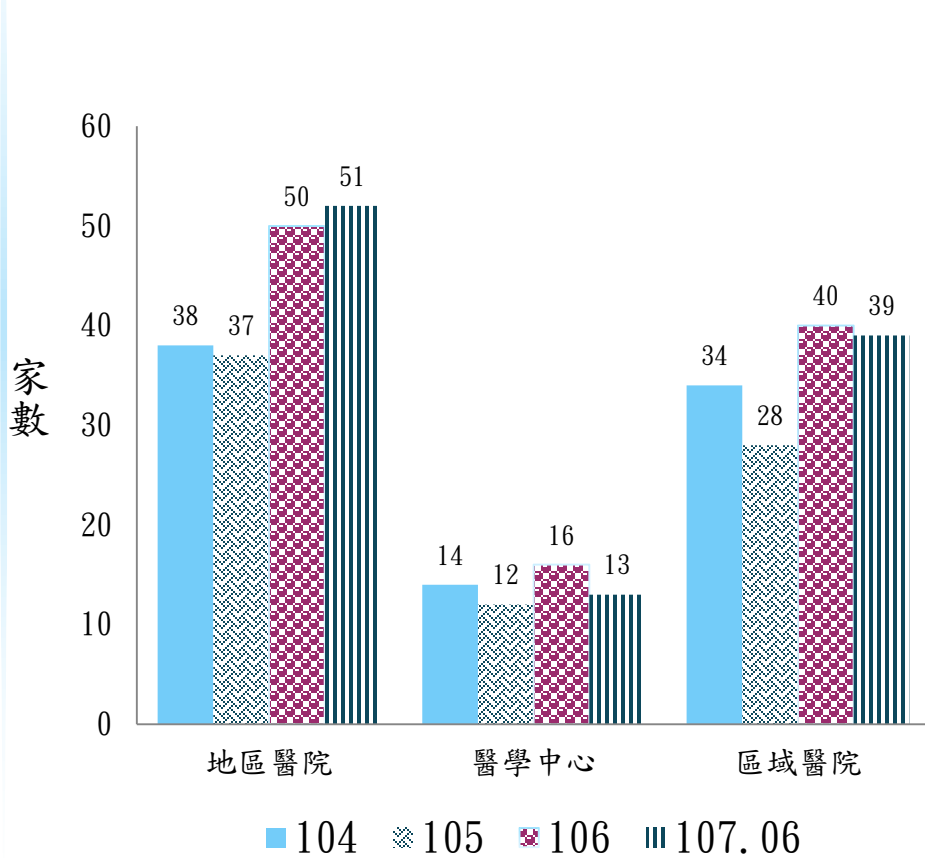
107年跨層級合作計畫院所-團隊合作情形

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	9	7	9	5	3	9	9
北區	11	11	11	11	0	10	11
中區	9	9	9	8	9	9	9
南區	11	11	10	6	7	9	11
高屏	10	10	10	9	10	10	10
東區	1	1	1	1	1	1	1
總計	51	49	50	40	30	48	51



104年-107年6月院所參與情形

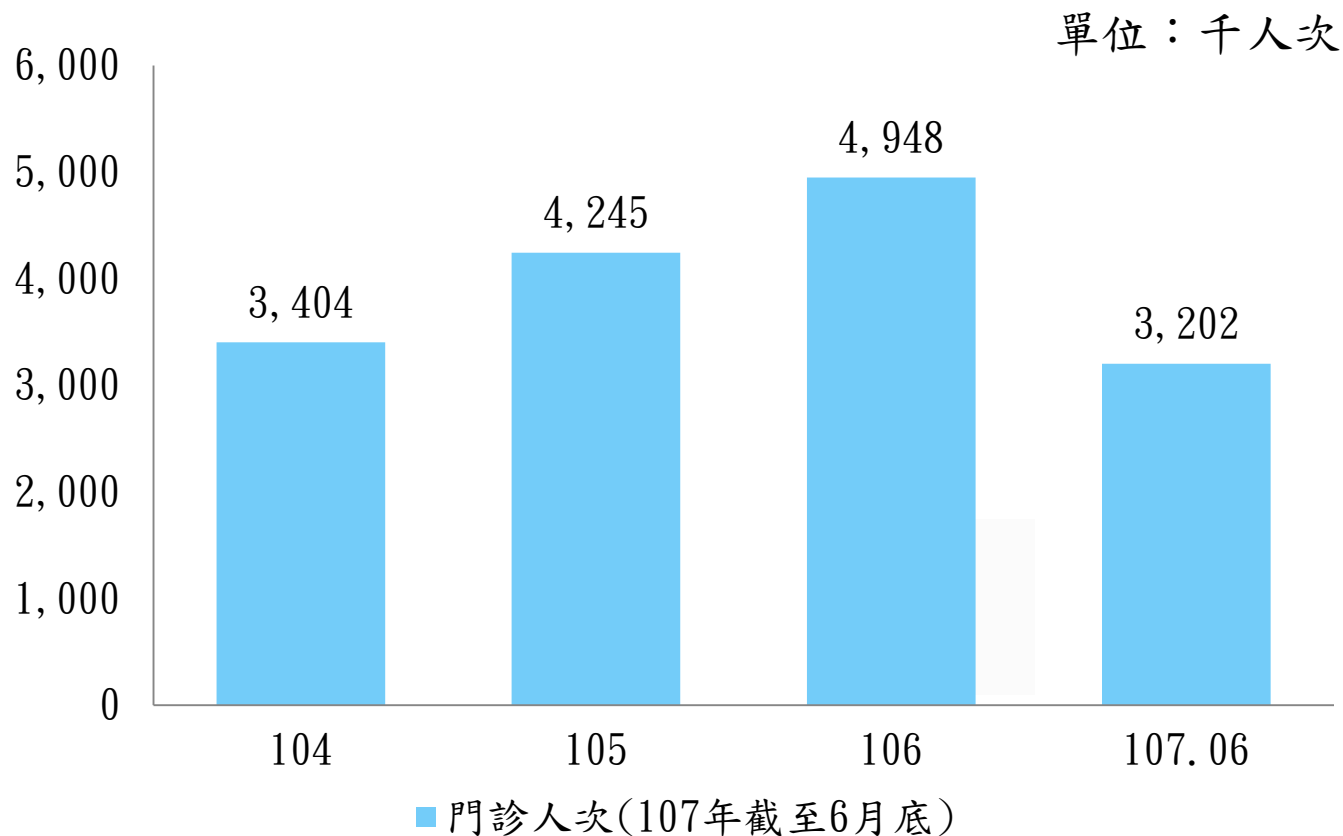
➤ 截至107年6月，共51個團隊參與本計畫，共52家醫學中心及區域醫院、359名醫師，到51家地區醫院，提供6,842支援診次服務。





104-107年6月被支援醫院門診服務人次

- 被支援醫院門診服務人次逐漸上升，107年預計為6,404,000人次，較106年成長29.4%。





敬請指教