

行政院衛生署補助專案計劃出國報告書  
(出國類別：考察)

美國疾病管理制度和健康照護計畫

出國單位：中央健康保險局

出國人員：張照敏、劉林義、陳慧如、李貞姮

出國地點：美國

出國期間：民國九十二年十二月十七日至廿五日

報告日期：民國九十三年三月

10/009205428

系統識別號:C09205428  
公務出國報告提要

頁數：49 含附件：否

報告名稱：

考察美國疾病管理制度和健康照護計畫

主辦機關：

行政院衛生署中央健康保險局

聯絡人／電話：

高以琳／27028920

出國人員：

張照敏 行政院衛生署中央健康保險局 台北分局 課長  
李貞姮 行政院衛生署中央健康保險局 高屏分局 課員  
劉林義 行政院衛生署中央健康保險局 醫務管理處 四等專員  
陳慧如 行政院衛生署中央健康保險局 醫務管理處 科員

出國類別： 考察

出國地區： 美國

出國期間： 民國 92 年 12 月 17 日 - 民國 92 年 12 月 25 日

報告日期： 民國 93 年 03 月 25 日

分類號/目： J0／綜合（醫藥類） J0／綜合（醫藥類）

關鍵詞： 疾病管理, 氣喘, Medicaid, 優先順序表

內容摘要： 在有限的醫療資源下，健保局仍不斷致力於保險對象醫療可近性的增加及品質的提升，故於九十年規劃推出五大疾病論質計酬醫療給付改善方案，期望藉由支付誘因的增加及相關配套措施，鼓勵醫療提供者主動關心及追蹤病情，並適當給予衛教服務，同時病人也將因積極配合醫囑，使病情得到控制甚而痊癒，而健保局初期雖因支付誘因的增加而擴大醫療支出，但終將因病人病情穩定而更為節省未來之醫療支出。疾病管理計畫是一個讓被保險人、醫療服務提供者及保險人獲得三贏的方案，但因試辦時間僅達二年，未來如何與國際接軌，需再輔以國外實際推動之經驗，本次出國即為瞭解參訪機構選擇疾病管理之策略及所面臨之問題，以作為健保局未來推動疾病管理之參考。另全民健保實施至今，亦面臨老年人口及慢性病、重大傷病患者醫療費用高漲之苦，在費率調整每淪為政治議題之際，是否還有其它方式可作為本國健保永續經營之參考？故於本次行程中亦安排

訪問美國奧勒岡州政府，聽其解說該州推動健康照護計畫改革的方向及民眾接受程度，此亦可作為我國推動全民健保之參考。摘要考察心得與建議如下：一、美國疾病管理模式 1. 疾病選擇方向：主要依據下列四項指標篩選：(1)高費用(2)明顯的發生率或盛行率(3)臨床診治的變異程度(4)醫療介入可有效增進病人結果並降低費用。 2. 疾病管理模式：視病人需要給予不同的照護頻度，病人係依危險因子或嚴重程度予以分級，再視分級之不同給予從定期電話訪視到親自拜訪等模式管理。 3. 支付誘因：Medicaid 基本上以論人計酬支付疾病管理組織(DMO)，另於年度評估費用時，Medicaid 將在同樣人數基礎下，評估有無接受疾病管理之效益，如實施疾病管理確實造成醫療費用下降，則疾病管理組織可獲得其中一部分比率回饋作為獎勵。 4. 評估方式：依各疾病特性設定不同的指標據以評估(以佛羅里達州的疾病管理計畫為例如表一)。 二、奧勒岡州的健康照護計畫 1. 改革方向奧勒岡州政府為實踐對健康照護的基本理念，即「在合理的財務限制下，與其提供某些人全面的保險而讓一些人什麼保險也沒有，還不如對所有的人都提供一個基本的健康保險保障」，依此理念，該州藉由調整給付項目、擴大部分負擔範圍及設定合理的保費來達成。 2. 設定優先順序表為調整給付項目，該州以「預防死亡能力」及「成本」二大考量，將給付項目予以排序，再由立法機關依該年度預算，選定給付基準線，該基準線以下的項目不予給付。 三、考察心得：藉由與國外推動經驗相互比較，我們相信良好的疾病管理計畫確實可在節省醫療資源的前提下，更可提升醫療品質，並作到被保險人、醫療提供者及保險人三贏的結果；美國方面值得我們借鏡之處為保險對象分級方式及豐富的網路教育資源，另建議疾病管理計畫要竟全功，個案管理追蹤及病人配合至為重要，故應加強對個案管理人員之重視並協助其整合資源；此外，美國在費用壓力下，又為擴大保險範圍以涵括更多保險對象，故設立給付項目優先順序表以據此調整給付項目，此或亦可作為我國健保面臨費率調整或給付項目縮減之另一參考。

本文電子檔已上傳至出國報告資訊網

## 摘要

在有限的醫療資源下，健保局仍不斷致力於保險對象醫療可近性的增加及品質的提升，故於九十年規劃推出五大疾病論質計酬醫療給付改善方案，期望藉由支付誘因的增加及相關配套措施，鼓勵醫療提供者主動關心及追蹤病情，並適當給予衛教服務，同時病人也將因積極配合醫囑，使病情得到控制甚而痊癒，而健保局初期雖因支付誘因的增加而擴大醫療支出，但終將因病人病情穩定而更為節省未來之醫療支出。疾病管理計畫是一個讓被保險人、醫療服務提供者及保險人獲得三贏的方案，但因試辦時間僅達二年，未來如何與國際接軌，需再輔以國外實際推動之經驗，本次出國即為瞭解參訪機構選擇疾病管理之策略及所面臨之問題，以作為健保局未來推動疾病管理之參考。

另全民健保實施至今，亦面臨老年人口及慢性病、重大傷病患者醫療費用高漲之苦，在費率調整每淪為政治議題之際，是否還有其它方式可作為本國健保永續經營之參考？故於本次行程中亦安排訪問美國奧勒岡州政府，聽其解說該州推動健康照護計畫改革的方向及民眾接受程度，此亦可作為我國推動全民健保之參考。摘要考察心得與建議如下：

### 一、美國疾病管理模式

#### 1. 疾病選擇方向：

主要依據下列四項指標篩選：(1)高費用(2)明顯的發生率或盛行率(3)臨床診治的變異程度(4)醫療介入可有效增進病人結果並降低費用。

#### 2. 疾病管理模式：

視病人需要給予不同的照護頻度，病人係依危險因子或嚴重程度予以分級，再視分級之不同給予從定期電話訪視到親自拜訪等模式管理。

#### 3. 支付誘因：

Medicaid基本上以論人計酬支付疾病管理組織(DMO)，另於年度評估

費用時，Medicaid 將在同樣人數基礎下，評估有無接受疾病管理之效益，如實施疾病管理確實造成醫療費用下降，則疾病管理組織可獲得其中一部分比率回饋作為獎勵。

#### 4. 評估方式：

依各疾病特性設定不同的指標據以評估(以佛羅里達州的疾病管理計畫為例如表一)。

## 二、奧勒岡州的健康照護計畫

### 1. 改革方向

奧勒岡州政府為實踐對健康照護的基本理念，即「在合理的財務限制下，與其提供某些人全面的保險而讓一些人什麼保險也沒有，還不如對所有的人都提供一個基本的健康保險保障」，依此理念，該州藉由調整給付項目、擴大部分負擔範圍及設定合理的保費來達成。

### 2. 設定優先順序表

為調整給付項目，該州以「預防死亡能力」及「成本」二大考量，將給付項目予以排序，再由立法機關依該年度預算，選定給付基準線，該基準線以下的項目不予給付。

## 三、考察心得：

藉由與國外推動經驗相互比較，我們相信良好的疾病管理計畫確實可在節省醫療資源的前提下，更可提升醫療品質，並作到被保險人、醫療提供者及保險人三贏的結果；美國方面值得我們借鏡之處為保險對象分級方式及豐富的網路教育資源，另建議疾病管理計畫要竟全功，個案管理追蹤及病人配合至為重要，故應加強對個案管理人員之重視並協助其整合資源；此外，美國在費用壓力下，又為擴大保險範圍以涵括更多保險對象，故設立給付項目優先順序表以據此調整給付項目，此或亦可作為我國健保面臨費率調整或給付項目縮減之另一參考。

## 目 錄

### 摘 要

壹、考察目的	1
貳、考察人員名單	1
參、考察行程	1
肆、考察內容	
一、美國疾病管理之緣起	3
二、參訪保險機構之疾病管理過程	
(一) 美國 Medicaid 推動疾病管理經驗	5
(二) Kaiser Permanente 的疾病管理照護計畫	12
(三) Health Net 的疾病管理照護計畫	21
三、參訪奧勒岡州政府之健康照護計畫	29
伍、心得與建議	44

## 圖目錄

圖一：慢性疾病照護模式.....	9
圖二：病人管理及分級架構圖.....	16
圖三：成人氣喘照護管理計畫照護流程圖.....	17

## 表目錄

表一：依疾病特性之結果測量方式表.....	11
表二：成人氣喘分級照護對象標準及介入措施表.....	18
表三：2002年奧勒岡州人口調查預估數.....	29
表四：1998年奧勒岡州沒有保險的人口比率.....	30
表五：1998年奧勒岡州各項醫療資源利用率.....	31
表六：奧勒岡州保險計畫給付與不給付項目表.....	33
表七：奧勒岡州 OHP Plus 和 OHP Standard 部分負擔之比較.....	37
表八：奧勒岡州 2003-2005 優先順序表之每人平均費用.....	39
表九：奧勒岡州 2003年4月29日訂定之優先順序表前30名.....	41

## 壹、考察目的

瞭解美國現行的疾病管理模式及支付方式，並參考其排定給付項目優先順序表方式，以供中央健康保險局研擬後續醫療給付改善方案及制定支付標準之參考。

## 貳、考察人員名單

姓名	服務單位	職稱
張照敏	中央健康保險局台北分局	課長
李貞姮	中央健康保險局高屏分局	課員
劉林義	中央健康保險局醫務管理處	四等專員
陳慧如	中央健康保險局醫務管理處	科員

## 參、考察行程

出國期間：民國九十二年十二月十七日至九十二年十二月廿五日

日期	參訪機構	拜會人員
12/17 (星期三)	啟程	搭機
12/18-12/19 (星期四-星期五)	1. 拜會加州 Health Net 機構  2. 拜會加州凱撒基金會	<b>William Hinshaw</b> National Director of Contracting Trade Relations <b>Scott M. Wert, Pharm.D.</b> Vice President Trade Relations  <b>Enid Hunkeler</b> Senior Research Scientist, Director, Mental Health Initiative <b>Joe Tierdman</b> Director, IT, Department of Research
12/20-12/21 (星期六-星期日)	搭機至奧勒岡州	



<p>12/22-12/23 (星期一-星期二)</p>	<p>1. 拜會奧勒岡州 Office for Oregon Health Policy and Research 2. 拜會奧勒岡州 Department of Human Services</p>	<p><b>Robert S.Diprete</b> Special Projects Manager  <b>Thomas M.Turek M.D.</b> Medical Director Administration Section Medical Directors Unit</p>
<p>12/24 (星期三)</p>	<p>返台</p>	<p>搭機</p>
<p>12/25 (星期四)</p>	<p>抵台北</p>	

## 肆、考察內容

### 一、美國政府推動疾病管理<sup>1</sup>之緣起

隨著美國聯邦政府及各州政府預算的緊縮，在面對醫療費用上漲壓力下，紛紛尋求能在控制醫療費用下，亦能提升病人醫療品質的方法，其中因慢性疾病所佔整體費用比率較大，故成為首要管理目標，於是某些州自 1995 年開始發展疾病管理計畫，這些計畫均著重在慢性疾病的治療，如氣喘、糖尿病、心臟病及愛滋病等，各州的慢性疾病管理計畫（CDM program）目標在於控制 Medicaid<sup>2</sup> 成本及改善慢性疾病的醫療照護品質，結果在實施追蹤治療下，減少了慢性病患者者的緊急醫療處置，也節省了 Medicaid 的成本。

各州的 CDM 計畫並非完全相同，其差異之處包括疾病涵蓋的範圍、行政管理程序及提供病人不同類型的專業服務等。截至 2003 年 7 月底為止，已有 21 個州推動疾病管理計畫，包括 Alabama, Arkansas, Colorado, Florida, Georgia, Illinois, Indiana, Maryland, Maine, Minnesota, Missouri, Mississippi, North Carolina, New Jersey, Oregon, South Carolina, Tennessee, Texas, Utah, Washington, West Virginia。

---

註 1：疾病管理的發展原是德國藥廠 Merck-Medco 在 1993 年針對慢性病人所設計的一套以衛生教育為主要介入方式的管理計畫，藉由此方案可達到保險人、醫療提供者、被保險人及藥廠多贏的結果。

註 2：Medicaid 是在 1965 年由聯邦政府及州政府共同成立，主要是用來協助州政府提供適當的醫療照護，給有資格及有需要的人，Medicaid 是美國提供醫療及健康相關服務給貧窮者最大的機構，針對聯邦資金的運用，聯邦政府立法設立 25 個不同的資格類別，可分做不同的五個族群，包括小孩，孕婦，有家屬的成人，殘障者及 65 歲以上老人。

而因疾病管理計畫有效控制醫療費用並且提升醫療品質，有關疾病管理的模式正方興未艾，疾病管理方式亦多所不同，以下就美國疾病管理學會(Disease Management Association of American)對疾病管理之定義、內涵及實施要素，說明如下：

➤DMAA 對疾病管理之定義<sup>3</sup>：「疾病管理是整合醫療照護資源及與願意付出努力自我照護的病人間聯繫的一個系統」(Disease Management is a system of coordinated healthcare interventions and communications for populations with conditions in which patient self-care efforts are significant.)。

➤DMAA 認為疾病管理的內涵可以下列三點來表示：

- 支持醫師與病人的關係並規劃照護的計畫。
- 強調藉由證據醫學所發展的臨床指引和促進病人自我照護的策略，預防病人病情的惡化及合併症的發生。
- 在促進整體健康的基礎下，評估臨床的、人性的及經濟的結果。

➤DMAA 亦將推動疾病管理之重要實施要素歸納如下：

- 目標人口確認程序
- 在證據醫療基礎下的治療指引
- 醫師與其它支援服務提供者的合作模式
- 病人自我照護教育(包括基礎預防、行為調整計畫及醫囑遵從性)
- 過程及結果的測量、評估及管理
- 例行性報告或回饋(包括和病人、醫師、支援提供者間之聯繫、健康計畫的調整及執行經過的檔案)

---

註3：請參考疾病管理學會網址 <http://www.dmaa.org>。

本次參訪除選定位於美國加州舊金山的 Kaiser 基金會及奧克蘭的 Healthnet 等私人保險公司外，亦拜會奧勒岡州主導 Medicaid 疾病管理之政府部門，希望能綜合學習美國保險機構及政府機關在疾病管理計畫之實務推動經驗。

## 二、參訪保險機構之疾病管理過程

### (一)美國 Medicaid 推動疾病管理過程

在政府預算日益縮減下，美國 Medicaid 積極研究如何提供服務對象更具成本效益的健康照護方式，不但提升照護品質，也能節省醫療支出，針對慢性病患所推動的疾病管理模式即為一成功兼顧品質與費用之方式。美國目前辦理疾病管理之經驗如下：

- 在 Medicaid 發展新的管理式照護模式，如疾病管理計畫，的確可以提供一個新的選擇方式讓各州的健康計畫能夠繼續存在。
- 疾病管理計畫可以涵括 PCCM(Primary Care Case Management)且效果更好，因為它可以提供慢性病人較好的醫療服務整合及管理。
- 針對有特殊需要的患者，疾病管理計畫能提供較好的整合及管理。
- 從需求管理到疾病管理，醫師的角色需要調整。
- 醫師的參與是成功與否的關鍵因素。
- 在疾病管理計畫中，為避免加入計畫的個案產生自我選擇的偏差導致結果評估的不正確，可能要以一律加入的方式進行。

以下即依疾病管理的程序，分階段描述美國目前之作法：

## 1. 管理族群及管理疾病的選擇

疾病是如何選出來的呢？首先從醫療費用資料分析中，得知約 10% 的 Medicaid 保險對象，卻花費整體醫療費用約 60%，符合 20-80 原則，即少部分特別複雜的個案會使用較多的醫療費用，因此，只要管理好這些高花費個案，即可省下大幅的醫療費用，那到底是那些疾病對這些個案所造成的費用影響最大呢？依據下列指標以確定最影響費用的診斷項目或疾病，指標項目如下：

- 高費用
- 明顯的發生率或盛行率
- 臨床型態的變異程度
- 醫療介入可有效促進病人結果及降低費用

以佛羅里達州為例，該州由上述步驟，選出了包括 HIV/AIDS、糖尿病、氣喘及血友病，作為 Medicaid 保險對象的疾病管理項目，後來立法機關又建議增列 ESRD，充血性心臟衰竭(CHF)，癌症，鐮刀性貧血及高血壓等項目。

## 2. 管理負責公司的選擇

經選出欲作為疾病管理之項目後，隨即招標符合資格的疾病管理公司(Disease Management Organization)來承作，所謂符合資格的疾病管理公司包括各個傳統疾病管理公司、藥廠及以社區和醫療提供者為主的單位。州政府對參與投標的 DMO 訂定規範如下：DMO 所提針對某些疾病的管理模式及提供醫療服務方式，必須能證明可以促進照護及結果的品質同時也可以降低醫療費用。參與投標的 DMO 並需具有下列能力：

- ◆ 發展臨床常規的診療指引
- ◆ 提供個案管理和教育服務
- ◆ 提供醫療提供者教育及支援

另 DMO 也需證明在行政管理上可提供下列的資源及能力

- ◆ 醫療供給者的資料分析(Provider Profiling)<sup>4</sup>
- ◆ 財務及醫療照護成果的資料收集
- ◆ 監測服務品質及報告相關數據

### 3. 保險對象的選擇

DMO 經投標由各州政府篩選出後，州政府會提供被保險人名單給 DMO，DMO 必須連絡各會員並確認被保險人是否同意加入計畫（因被保險人可自由選擇加入或不加入疾病管理計畫，加入後也可中途退出），同時做資格查核、執行保險對象評估、規劃照護計畫及提供持續的照護管理服務給參與的被保險人。

另外，最重要的是 DMD 有義務連絡被保險人本身的家庭照護醫師 (Primary care physician ,PCP)，詢問他們是否可參與此照護計畫，但家庭照護醫師的參與是志願性的，參與的家庭照護醫師將可免費接受 DMO 所提供持續的教育訓練，以維持最新及最佳的實務能力，DMO 並配合提供一位照護管理師 (Care

---

註 4：是一個統計的過程，包括成本、照護品質及不同醫療照護提供者在採用共同基準所提供的服務效能比較。

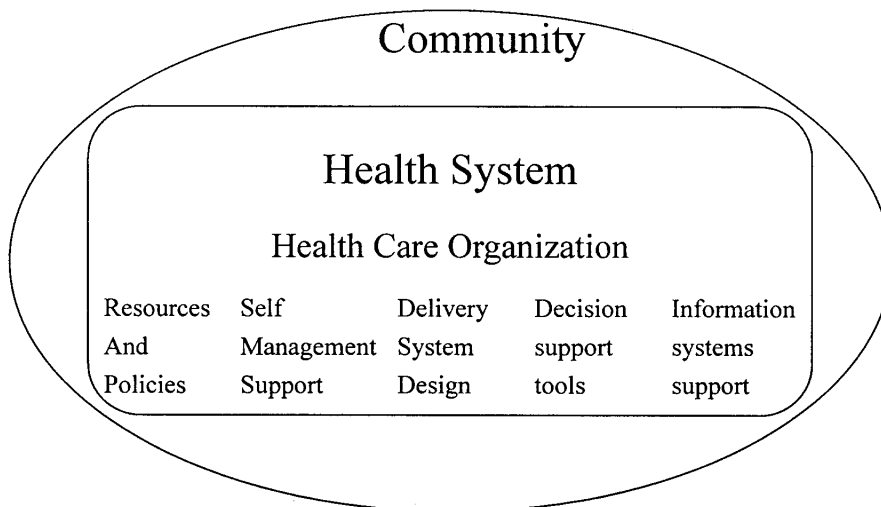
manager) 以服務它的保險對象，同時進行護理計畫及提供病患關於疾病過程、基礎預防、治療配合及社會支援方面的資源。

care manager 會依照病人的疾病情形區分對個案管理需求程度的分級，依需求強度以電話或親自訪視的方式提供衛教相關資源。

#### 4. 慢性病管理模式

要作好疾病管理，需注重包括社區、健康系統、醫療服務提供者組織及病人各面向之整合，並具備下列六項要素（如圖一）：

- ◆ 社區資源及政策：各項機構及資源的聯繫。
- ◆ 健康照護機構：經費來源、疾病管理優先順序、支付方式。
- ◆ 自我健康管理：以病人為中心（個人化的醫療計畫）、所需之醫療服務、信心及工具等。
- ◆ 健康服務遞送之設計：主動提供服務之醫療團隊、後續追蹤及醫療介入的計畫及人力需求。
- ◆ 決策支援工具：治療指引、處置、專科、衛生教育之整合。
- ◆ 臨床資訊系統：提醒、報告、回饋、登錄、擴展、不同等級區分之醫療照護。



圖一：Chronic Care Model

### 5. 品質監測及計畫評估

計畫品質監測係透過疾病管理公司從病歷記載、病歷審查及消費者意見調查等方式收集相關資料，以確認是否達到提昇病人照護結果及減少醫療費用之計畫目標。各項依疾病特有的結果測量方式整理如表一（以佛羅里達州的疾病管理計畫為例）。

### 6. 費用給付方式

Medicaid 計畫基本上使用三種基本付費模式(1)Provider 論量計酬支付方式(2)給 PCCM<sup>5</sup>的行政管理費用，及(3)給 MCO

---

註5：PCCM(Primary Care Case Management)為 Medicaid 的一種管理式照護模式，在此模式下，家庭醫師除以論量計酬申請費用外，並須負責個案之追蹤，Medicaid 則按月給付個案管理費。



(manager care organization) 的論人支付費用，即按每位被保險人、每個月計算給付照護管理費用。

為彰顯疾病管理對醫療費用造成的影響並給予 DMO 合理的報酬，美國政府會在相同的人數基礎下，比較有無實施疾病管理之醫療費用差異，假若 DMO 入會會員的整體照護實際成本超過整體預估成本，則 DMO 必須退回部分或全額當月的照護管理費用給州政府；相對的，假如 DMO 入會會員的整體照護實際成本少於整體預估成本，州政府須從實際節省總費用中，於扣除實際發生的醫療費用後，所能節省的照護管理費用，再由州政府及 DMO 分配剩餘節省的金額作為推動疾病管理的額外報酬。

表一 依疾病特性之結果測量方式(以佛羅里達州的疾病管理計畫為例)

疾病	測量方式	目標導向
合併糖尿病, HIV/AIDS, 充血性心臟衰竭, ESRD and 血友病	住院率	低
	急診就診率	低
	住院日數	低
	再度住院情形	低
	病人知識程度	高
	患者滿意度	高
	相關病歷報告	完整性/及時性
糖尿病	併發症發生率/發病率	低
	糖化血色素維持在正常範圍內	低
	眼睛檢查	高
HIV/AIDS	CD4 的平均值	高
	最大病毒量的平均值	低
	伺機性感染的發生率及盛行率	低
	每年一次的最大病毒量檢驗平均值	高
	每年一次的 CD4 平均值	高
	CD4<50 之 MAC prophylaxis 率	高
	CD4<200 之 PCP prophylaxis 率	高
CD4<50 之完成眼睛檢查情形	高	
ESRD	感染率	低
	透析治療合併症	高
	貧血率	低
	透析中體重增加情形	低
	電解質不平衡	低
ESRD 持續	換腎者情形	高
血友病	病人及家屬自我注射藥物的能力	高
充血性心臟衰竭	降低 NYHA 分類被保險人之百分比	高
	病人接受六個月的 ACE 抑制劑/AT2 阻斷劑治療的百分比	高
	高血壓情形(1~3 級)	高
	急性心肌梗塞病史及 Beta 阻斷劑治療	高
	病人接受流行性感冒疫苗注射百分比	高
	最低限度的功能狀態:	
	甲、無症狀的最大活動程度	高
乙、持續出現症狀的活動種類	低	

(二)凱薩基金會 (KAISER PERMANENTE) 的成人氣喘照護管理計畫  
(Adult Asthma Care Management Program)

1. 背景簡介

凱薩機構成立於 1945 年，為全美最大非營利性的健康照護機構，它包含了醫師、醫院、居家健康系統以及保險體系，是一個整合型的健康照護組織。由於結合保險及健康照護的特性，投保凱薩機構的會員，經由固定的投保月費，接受預防性、規律性照護計畫，機構也提供門診、急診以及住院的醫療照護。

凱薩機構改變了以往醫療體系只將注意力放在治療生病的病患，而是將重心放在如何保持人們健康，早期發現問題，早期治療。也由於凱薩機構結合了醫師、醫院、居家健康系統以及保險體系，因此，醫師可以依病人的情況選擇在門診、居家或是醫院提供醫療照護。凱薩機構是由三個組織結合而成：

(1)凱薩基金會健康計畫 (Kaiser Foundation Health Plan)：

非營利性的保險公司，它負責與個人或團體接觸，來安排全面性的醫療照護計畫，而這些照護計畫由凱薩基金會醫院以及永久醫療團隊提供。

(2)凱薩基金會醫院 (Kaiser Foundation Hospitals)：一個非

營利性的機構，他擁有並管理在加州、奧勒岡州、夏威夷的

地區醫院，以及在許多其他州的診所；它提供且安排醫院服務、研究及教育計畫。

(3)群體醫療中心 (Permanente Medical Groups)：為一個醫師團體的專業組織，它的責任在於提供必要且符合需求的醫療照顧；在此醫療團隊的醫師將和各種不同專業的醫療人員共同負責該地區的醫療需求，而非傳統的單一專業提供醫療照護而已。

凱薩醫療機構目前分布在美國的九個州，一共有 29 個醫學中心，423 間診所，共有九萬個員工及一萬一千名醫師；投保凱薩健康計畫的會員截至目前為止有八百萬人，其中加州地區就占了六百萬人。

凱薩機構的承諾：提供會員健康照護，建立可信任的品質、個別化的照顧及方便、容易、可負擔的照護體系；而其願景為希望藉由提供整合性且病患可負擔的健康照護，成為世界健康照護的領導、標竿。該機構藉由強烈的社會責任感、醫師在臨床上優良的決策，以及對於健康計畫及醫療團隊的夥伴關係，也受到世界的推崇。

## 2. 成人氣喘照護管理計劃(Adult Asthma Care Management Program)

氣喘是一種慢性疾病，它對病人及健康照護系統均造成極重大的衝擊，美國受氣喘影響的人口約有一千四百萬到一千五百萬，所有氣喘患者大約共有一億多個日子會受到活動限制及每年四十七萬天住院，在所有慢性疾病中，氣喘是導致成人喪失工作時間的最大因素，每年因氣喘死亡者超過五千人，每年耗費在氣喘的直接及間接成本約為六十三億美元，大多數的研究證實氣喘疾病控制不良造成急診、住院、工作時間損失增加並降低生活品質。

1997 年全國氣喘預防教育計劃 (NAEPP, National Asthma Education and Prevention Program) 頒佈專家小組報告 II - 氣喘診斷管理指引，建議氣喘照護治療的四大要素：

- (1) 肺功能測驗：評估氣喘嚴重度與監測治療過程
- (2) 環境控制評估：避免及消除誘發或加劇氣喘症狀的因素
- (3) 綜合性的藥物治療：徹底改變及預防引發氣管發炎的特性
- (4) 病人教育：培養病人、家屬及臨床醫師間的合夥關係

北加州地區凱薩疾病基金會 Kaiser Permanente Northern California Region (KPNCR) 大約有十六萬個會員罹患氣喘，每一季約有二萬個會員是住院或急診的高危險群，KPNCR 的氣喘照護管理計

劃希望提供給會員整合性及系統性的照護方法，照護管理計劃的理想與目標：

- (1)促進氣喘病患及家屬的生活品質。
- (2)提供氣喘病患高品質的照護。
- (3)加強氣喘病患對自己的信心及自我照顧的能力，以達成病人能有效管理自己的慢性疾病。
- (4)降低或減慢疾病的病程，並減少可能的合併症。

### 3. 成人氣喘照護管理計劃管理模式-分級照護模式

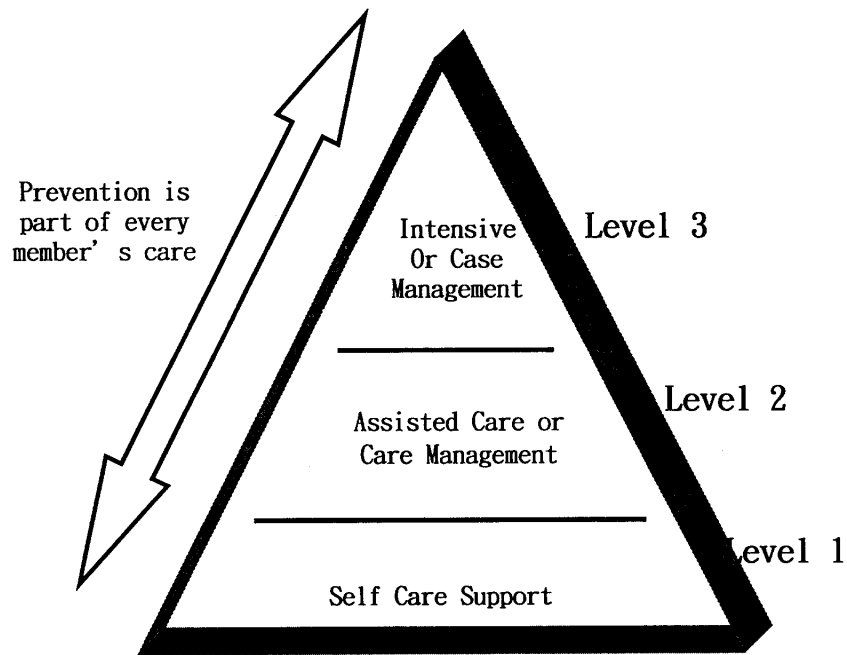
#### ★病人分級方式

為了能以更有效、積極及計劃性的介入行為，讓照護與滿足最大化並降低成本，氣喘照護管理計劃依照不同的照護需要與目標將氣喘患者分為三個層級作分級管理：

- (層級一) Self-Care Support：病人具備自我照護的能力，氣喘症狀控制良好，由 APC 成人初級照護小組提供例行性照護服務（含教育、需求評估及專家諮詢），目標是經由早期診斷、臨床管理及自我照護教育以維持病人最佳健康狀態。
- (層級二) Assisted Care or Care Management：病人缺乏自我照護的技巧，氣喘症狀控制不良，需要氣喘管理計畫的重新評

估、教育、個別照護管理及行為改變諮詢，目標是最有效地進行醫療管理、加強自我照護的技巧、改善病患生活品質及減少不適當的醫療資源利用。

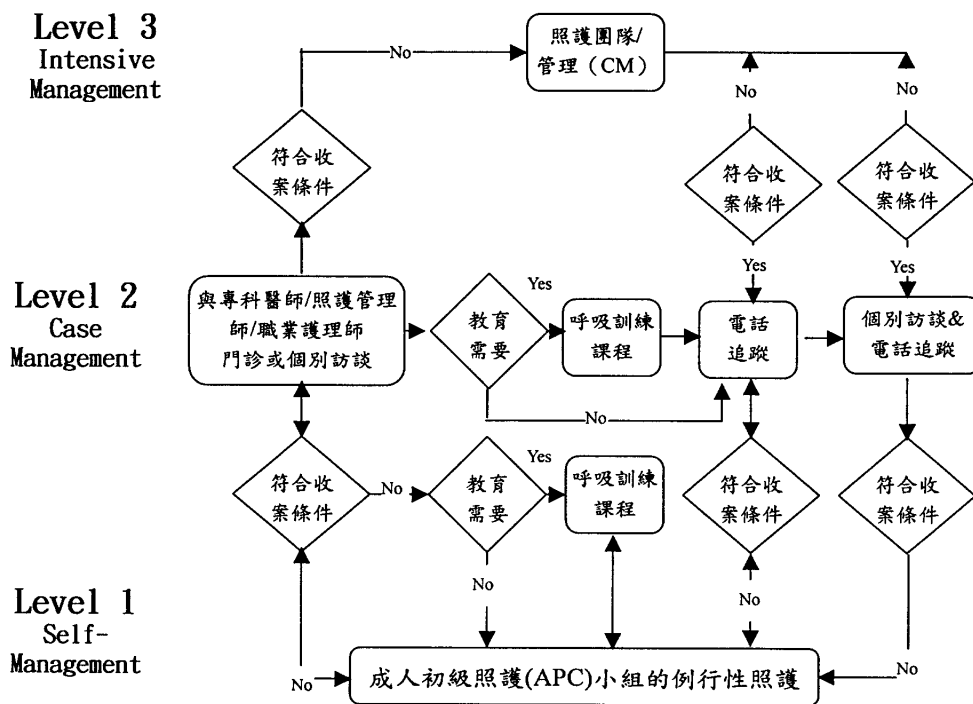
(層級三) Intensive or Case Management：病人的氣喘嚴重度高或有精神社會問題及其他不穩定的合併症，管理上非常困難，需要投入密集的時間與資源、審慎的監測及各項服務間的照護協調，病人需要過敏症專科醫師或肺疾病專家進行專家管理，目標是高危險及耗用高成本資源病患經過密集管理後，有希望回復到層級一（病患不需要照護管理計畫）。



圖二 病人管理及分級架構圖

★標準照護流程及照護團隊

凱薩疾病基金會的臨床診療指引為了滿足所有氣喘病患對一致性照護流程（包含正確診斷、疾病嚴重度評估、自我管理書面計畫、教育及追蹤）的需求，依據氣喘病患的疾病嚴重度、醫療管理需求及自我照護能力而規劃的照護流程如下圖所示，照護管理計劃的照護團隊包含的專業人員有專科醫師、執業護理師、藥劑師、呼吸治療師、照護管理師、過敏症專科醫師、肺疾病專家、社會工作者及行為治療專家。



圖三 成人初級照護氣喘照護管理計畫照護流程



表二 成人氣喘分級照護對象、目標及介入措施表

照護層級	對象	目標與介入措施
預防	<ul style="list-style-type: none"> <li>•所有經診斷為氣喘患者</li> </ul>	<p>目標：確保所有預防服務均予提供。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 確保所有病人每年均注射流行性感疫苗。</li> <li>2. 確保所有病人均注射肺炎疫苗。</li> <li>3. 出版預防健康手冊。</li> </ol>
Level 1 層級一 自我管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>•氣喘症狀控制良好 (可能偶而發生氣喘惡化情形)</li> <li>•新診斷為氣喘患者 (無合併症)</li> </ul>	<p>目標：維持會員自信心、自我照顧的能力及最佳健康狀態，而不需要較高層級的照護。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 由 APC 成人初級照護小組提供例行性照護。</li> <li>2. 由專科醫師或執業護理師、臨床健康教育人員等提供個別教育/諮詢。</li> <li>3. 氣喘自我管理書面計劃。</li> <li>4. 自我照護教育課程-鼓勵所有氣喘患者參與“呼吸訓練”與“健康過慢性疾病生活”的課程。</li> <li>5. 必要時提供專家諮詢。</li> </ol>
Level 2 層級二 照護管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>•最近有氣喘相關的急診或住院治療</li> <li>•符合 KPNCR 每季成人氣喘高危險報告標準</li> <li>•新診斷有合併症病人</li> <li>•經過 APC 小組的照護與教育，氣喘症狀仍控制不良</li> </ul>	<p>目標：穩定及回復病人到層級一的照護。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 與專家或初級照護小組個別門診訪談，重新評估治療管理，穩定病情及提供基本自我照護教育。</li> <li>2. 呼吸訓練課程。</li> <li>3. 電話追蹤確定會員氣喘控制情形、自我照護能力及需求。</li> <li>4. 與照護管理師面對面及電話訪談，照護內容含病人教育、臨床管理、監測及藥物調整。</li> <li>5. 必要時提供專家諮詢。</li> <li>6. 轉介其他服務。</li> <li>7. 照護協調。</li> </ol>
Level 3 層級三 密集管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>•病人的氣喘嚴重度高或有精神社會問題及其他不穩定的合併症，管理上非常困難</li> <li>•病人在層級二的照護失敗</li> </ul>	<p>目標：密集管理高危險及耗用高成本資源病患，介入與轉介措施必須是個別化、依據每一個病人的需要。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 專家管理：過敏症專科醫師或肺疾病專家。</li> <li>2. 結合各項專業的團隊管理：APC 專科醫師/執業護理師、社會工作者、行為治療專家等。</li> <li>3. 各部門間的照護協調。</li> <li>4. 必要時提供專家諮詢。</li> </ol>

★收案條件

1. 最近有氣喘相關的急診或住院治療。
2. 符合 KPNCR 每季成人氣喘高危險報告標準—
  - (1)前一年因主要診斷為氣喘或氣喘合併主要診斷為呼吸相關症狀的住院治療。
  - (2)前六個月因氣喘診斷的急診治療。
  - (3)前六個月有五種或五種以上的氣喘藥物及前一年有二種或二種以上的口服類固醇處方治療。
  - (4)前一年有十二次或十二次以上使用噴霧器的處方治療。
3. 新診斷有合併症病人。

★排除條件

1. 非凱薩機構會員。
2. 無法接受電話訪談者。
3. 無法接受照護提供者簡單的指導追蹤。
4. 拒絕參與活動。
5. 積極的化學藥品成癮者或濫用者。
6. 合併症末期患者（例如：生命存活期少於三個月、接受收容照護或其他臨終照護者）。

★結案條件

1. 病人的氣喘症狀維持良好控制（指標如下）達一到三個月，且病人證明具備自我管理的能力。
  - (1)極少慢性症狀發作，包括一個月少於二次的夜間症狀。
  - (2)氣喘惡化頻率不多。
  - (3)極少需要使用支氣管擴張劑（一星期少於二次）。
  - (4)活動（包含運動）不受限制。
  - (5)全天尖峰呼氣流速（peak expiratory flow, PEF）差異少於20%（理想值約為10%）。
  - (6)尖峰呼氣流速（peak expiratory flow, PEF）均維持在個人最佳狀態的80%（理想值為90%）以上。
  - (7)極少發生使用氣喘藥物的反作用。
2. 病人不希望再參與照護管理服務
  - (1)病人拒絕再參與計畫。
  - (2)病人失去改變行為來改善控制的動機

### (三)Health Net 的氣喘管理計畫

#### 1.背景介紹

HEALTH NET 總部位於加州，共有員工 9,400 人，其分支機構分布於 15 州，主要業務為商業保險及政府支付健康計畫。截至 2003 年 6 月 30 日，涵括商業保險二百七十萬人、低收入戶保險 (Medicare) 十七萬人，老人殘障保險 (Medicaid) 八十八萬人；tricare 一百五十萬人共五百三十萬人；年歲收 (2002 年底) 一百億，在加州約有四萬八千名醫師，750 個群體醫療地點，4,600 個藥師一起服務超過 2.5 百萬對象，其商業保險及老人照護計畫為國家品質保證委員 (獨立非盈利性評估健康品質計畫單位) 評鑑為值得推薦的公司。

#### 2.疾病管理計畫-氣喘

##### ★疾病定義

我們以氣喘為例深入瞭解 Healthnet 的管理方式，Healthnet 的氣喘管理包括氣喘及 COPD，首先，Healthnet 從被保險對象中挑選符合氣喘資格如下：

➤個案必須大於五歲且在一年期間符合下列條件：

1. 急診或住院之主診斷碼為氣喘<sup>5</sup>(Asthma)或慢性阻塞性肺部疾病 (COPD)
2. 在其它診斷下，含有治療氣喘或 COPD 藥品四種以上<sup>6</sup>。

➤至於同時診斷為氣喘及 COPD 者，則分類為 COPD。

---

註 5: asthma ICD-9 Codes: 493; COPD ICD-9 Codes: 491.0, 491.1, 491.20, 491.21, 491.8, 491.9, 492.0, 492.8, 494, 494.0, 494.1, 496。

註 6: 一個事件定義為一個 30 天以下的處方；同一天二種不同處方為兩個事件；如處方超過 30 天，則除以 30 計算，例如 100 天處方除以 30 為四個事件 (100/30=3.33)。

### ★病人分級及醫療介入方式

找到符合資格之氣喘目標族群後，再以危險程度區分為四種等級，分別給予不同的照護。

#### (1)最高危險群體(本部分病例約占全體 5%)：

- ◆ 成員同時併有下列疾病：癌症、充血性心臟疾病、HIV、器官移植、腎臟疾病及腎衰竭。
- ◆ 處置方式：患者須接受例行性的醫療照護，包括直接的訪視，並視需要轉介至照護機構。

#### (2)高危險群體：(本部分病例約占全體 15%)

- ◆ 與中度危險群差別在於患者沒有作藥物控制。依嚴重度又可區分為二級
  - ✓ 第一級不適當使用藥物(本部分病例約占全體 5%)：在沒有使用藥物長期控制下，過度使用 beta agnist 藥物：  
在沒有使用長期(至少 6 個月)藥物控制下，前 12 個月內使用 6-8 種 beta agnist 藥物。
  - ✓ 第二級在沒有長期藥物控制下，發生氣喘及 COPD 急性症狀(本部分病例約占全體 10%)：  
在沒有使用長期(至少 6 個月)藥物控制下，發生二次以上主診斷為氣喘及慢性阻塞性肺部疾病急診或住院，使用噴霧器或口服類固醇處方治療。

處置：長期藥物控制

(3) 中度危險群體(30%)：

- ◆ 依嚴重度又分為四級，其中有兩個以上危險因子者被分類為最高級；第三級及第四級與高危險群相似，其區別在於中度危險群體成員有長期使用藥物控制。

- ✓ 第一級：行為偏差，如憂鬱症或吸煙

憂鬱症定義：「處方至少有三種抗憂鬱治療藥物」；「主診斷碼為憂鬱症」；「有二個次診斷為憂鬱症」；「在過去 12 個月中，因次診斷碼憂鬱症而住院的病人」。

- ✓ 第二級不適當藥物使用：

指在沒有長期藥物控制下，在前 6 個月使用 3 種 beta agonist 藥物者。

前二級病患比率約占 20%。

- ✓ 第三級不適當藥物：beta agonist 藥物過度使用（在一種長期控制藥物下）：

- ✓ 第四級急性呼吸道症狀：氣喘及慢性阻塞性肺部疾病急性症狀（使用一種長期控制替代藥物）：在前六個月有一種藥物長期控制下，發生二次以上以氣喘及慢性阻塞性肺部疾病急診或住院，使用噴霧器器治療，並使用口服類固醇者。

後二級病患比率約占 10%。

- ✓ 處置方式視計畫資源給予額外及特別的醫療介入。

(4)低危險群成員(50%)：

- ◆ 診斷為氣喘及慢性阻塞性肺部疾病，另再聯結二種用於治療氣喘及慢性阻塞性肺部疾病藥物，或雖尚未符合中或高危險群體指標，但有四種用於治療氣喘及慢性阻塞性肺部疾病藥物。
- ◆ 處置方式為給予基本衛生教育或視計畫之資源給予低密度的醫療介入。

#### ★實證醫學及臨床診療指引

Health Net 提供醫師經由網路使用實證醫學或影印臨床診療指引，實證醫學之基礎來自臨床實驗及病患兩者資料，每個診療指引由排行前六名學會及醫學中心依最新研究報告監督、管理、發展、評論、更新及合併，每一指引包含最強及最弱實證等級，每一決議皆有聯結摘要及較久遠研究報告之註解，並要求參與合約之主要照護醫師遵循各項指引為 Health Net 成員治療，為即時得知現有診療指引資訊，可由有關單位網站上查詢。

## ★品質及結果評估

### ▶品質改善評估構面包括：

1. 所提供照護服務的監測及評估。
2. 被保險人、醫師及支援服務者滿意度。
3. 健康管理、提昇及預防照護。
4. 行為健康照護。

### ▶結果測量

Health Net 測量服務及照護品質以提供其會員的方法，包括健康員工資料系統(Health Employer Data Information Set)、健康計畫調查及顧客評估(Consumer Assessment of Health Plans Survey)、顧客評估調查(Consumer Assessment Survey)、Health Net 成員滿意度調查及家庭照護醫師的轉診資料等。

除此之外，Health Net 也從滿意度調查中，獲得醫師及服務提供者包括利用率管理、照護持續性及合作性等資料；另外如二年一次的臨床執業醫師利用率報告卡等，種種資訊回饋讓 Health Net 得以依各界意見改善，參與計畫執業醫師也每年收到照護成效及滿意度之報告。

在利用率管理方面，Health Net 使用 Interqual 及 ST.anthonys complete guide for medicare coverage 為指標確認必需醫療服務，於審



查時如有不同意見會以信件通知，並解釋如何達到標準過程，Health Net 審核醫師也會經常討論否決決定以再次檢視標準。

★所提供之醫療服務

►與 MHN 合作轉介

Health Net 與健康管理照護網(Managed Health Network, MHN) 訂定合約，提供 Health Net 成員（低收入戶及選擇性醫療照護成員除外）健康行為及藥物濫用照護，轉介 MHN 照護之對象如下：

- \* 急性或嚴重性精神症狀者。
- \* 中度或重度憂鬱症且第一線抗憂鬱症藥物無反應者。
- \* 酒精或藥物過量，在要求減少攝取量時卻沒有反應者。

MHN 專人評估成員的照護需求、地理位置、有利處置及計畫 排程來確定服務提供者的型態及位置或安排轉診以符合成員需求，而成員對於性別或文化的偏好，將在可能被範圍內被儘量考慮。MHN 會督促所有醫師注意該病人的家庭醫師所作處置並推薦 行為健康服務。

►開放的臨床諮詢

Health Net 合約包括執業醫師可與成員自由討論溝通關於他們醫療狀況、替代治療及醫療處置的選擇，不管有無包括於給付 之內。

### ►藥物管理

Health Net 藥品管理包含 Health Net 建議藥品名單及 Health Net 用藥準則，合約醫師及成員都可取得這些文件，Health Net 建議的藥品名單都在給付範圍內。

Health Net 藥品及治療委員會在發展藥品治療計畫時，會考慮計畫利益、階段性照護、數量或持續時間的限制、須排除利益、潛在誤用可能性、所使用的指標不符食物藥檢局適應症標準、仍在實驗使用、需要安全檢測等，這些表單與使用準則由藥品及治療委員會及執業藥師、醫師重審及更新。

### ►權利與責任

- ✓成員權利與責任：成員可合理期望從執業醫師及提供者得到標準服務，成員也有責任與執業醫師及提供者共同合作健康照護。
- ✓執業醫師權利與責任：執業醫師有義務再檢查 Health Net 資訊報告，Health Net 有原因或理由可終止執業醫師品質照護或醫療紀律但會給予公正機會通知。
- ✓成員申訴：成員或成員代表受到不正確判決或申請書時有權申訴，Health Net 必需於 30 天內回復；如果成員因等待將導致嚴重性傷害時，必需於 72 小時內解決。

► 隱私及機密

Health Net 成員之個人健康紀錄，不論是否以書面、口頭、電子取得，全部都會加以保護，Health Net、執業醫師及提供者在下列情形可以不須授權而釋放經保護的健康資料：

- \* 需要付費時候
- \* 治療需要或共同照護時
- \* 使用於健康照護計畫時（包括但不限制提供 HEDIS 報告、申訴、利用率管理、品質改善、照護管理計畫）
- \* 法律要求及允許

任何公開 Health Net 成員保護資料必需先書面授權，特殊授權如精神科治療紀錄、AIDS 或藥物濫用，這些釋放資料必需尊重敏感性情況。

► 醫療紀錄文件標準化

Health Net 品質改善委員會建立一套標準，將行政及醫療記錄標準化，遵從國家品質保證委員、州政府及聯邦政府之規定。好的醫療紀錄管理系統不止提供執業醫師標準格式以有效取回資料，也可作為照護品質及滿意度研究分析，該紀錄同時可供醫師作為成員詳細病史分析以作為健康照護團隊評估溝通、提供醫療品質服務及滿意度分析資料，甚至作為訴訟時保護資料。

### 三、 參訪奧勒岡州政府之健康照護計畫

#### (一) 奧勒岡州健康計畫簡介

奧勒岡州位於美國西北部地區，面積 97,073 平方英哩，總人口數約三百萬人，首府位於 Salem，居民整體收入在 200%聯邦貧窮標準線(FPL)下的人數，約占全部人口數的 1/3。(附表一)

表三 2002 年 Oregon 人口調查預估數

	<=100% FPL	101-200% FPL	201-300% FPL	301-400% FPL	401-500% FPL	>=501% FPL	Total
各種收入範圍 人口數	456,949	641,412	722,366	461,342	459,961	632,087	3,374,117

資料來源：<http://www.ohpr.state.or.us>

奧勒岡州沒有保險的人口比率在 90 年代初期約為 18%，其中有超過 20%的兒童沒有健康保險，自從實施 Oregon Health Plan 後，在配合經濟的強力成長及私人部門所提供的健康保險，已經使得沒有保險的人口比率大幅下滑，1998 年大約只有 11%的人口比率沒有健康保險，兒童的比率更下降至 10%，但仍有分布不均的問題(鄉村、種族....等，仍有較高的未保險人口比率)。

為解決健康保險分布不均的問題，奧勒岡州當局於 1998 年 7 月實施二項新計畫，分別提供家庭收入在 100%-170%聯邦貧窮標準線

的民眾購買健康保險的現金補助，稱為 FHIAP，此計畫在 1999 年 7 月已有超過 6,000 人受惠；另一個計畫為類似 Medicaid 一樣的計畫，提供家庭收入在 170%聯邦貧窮標準線以下而未滿 19 歲兒童的健康保險，在 1999 年 7 月已有超過 13,000 位兒童被保障在本計畫中。

表四 1998 年 Oregon 沒有保險的人口比率

年齡	<100% FPL	<150% FPL	<200% FPL	>200% FPL	總計
0-5	7.5%	15.3%	14.8%	11.5%	3.9%
6-11	10.1%	18.4%	18.7%	18.2%	3.5%
12-18	11.1%	14.6%	23.4%	20.2%	5.1%
19+	11.6%	27.2%	27.0%	23.0%	6.9%
總計	<b>11.1%</b>	23.1%	24.3%	20.9%	6.3%

即使如此，奧勒岡州花在健康照護的費用比之其它的州，仍然相對要低很多，不管是公部門或私部門，二者花在健康照護及健康保險的費用(每人平均費用)，在全美國排名倒數第三名；而就照護資源利用率觀察，亦呈現類似現象(附表三)。

在醫療資源方面，1981 年時奧勒岡州有 74 家社區醫院，在 1998 年時已降為 59 家，但 Health System 則從 3 家增加到 9 家；另醫師數

在 1990 年平均每千人口有 2.28 人，在 2000 年微幅增加為 2.58 人。

表五 1998 年 Oregon 各項醫療資源利用率

項目	利用率	全國排名	低於全國平均比率
住院人次 (年齡調整)	92.7 次/千人	47	19.9%
住院日數 (年齡調整)	386.7 日/千人	51	38.2%
住院費用 (年齡調整)	\$922/人	46	20.8%
平均住院天數	4.1 天	--	--
Medicare billings	\$4,341/人	51	

奧勒岡州政府有感於(1)私人保險公司於加保前會先詢問保險對象過去的醫療史，且往往以高風險為由拒絕此類民眾的加保申請。(2)小企業及經營不善的公司，雇主通常不提供員工健康保險。(3)低於或位於聯邦貧窮線附近的人數越來越多，導致其民眾對於健康可近性(health access)不足的問題越來越嚴重，為解決上述問題，奧勒岡州陸續實施下列政策，首先於 1987 年通過 IPGB(Insurance Pool Governing Board)，讓自營工作者及小型企業(員工人數 25 人以內)得

以可負擔的保費向私人保險公司投保，並於 1989 年提供賦稅優惠以鼓勵企業主為員工購買保險，同時於 1991 年增加一條條款，規定中小企業雇主對其員工不得選擇性投保，要保就要全體員工一起保，否則就一個員工都不要保；另如於 1989 年立法之 OMIP(Oregon Medical Insurance Pool)，提供因病被拒保民眾一個保費可以負擔的健康保險，約保障 5,000 位高風險民眾；及擴大 Medicaid 的保障範圍等，希望能降低沒有保險人口的比率。

但如何以有限的費用達到健康保險最大的效益呢？該州決定將所有的醫療服務經公開討論蒐集該州州民及專家的意見後，排定優先順序表(Prioritized List of Health Services)，再由議會視預算及可負擔的保費情形選擇基準線所在位置，基準線以上的醫療服務項目即為本年度健康保險給付的項目。醫療服務優先順序表於 1991.5.1 經 12 場次公聽會、50 場次社區會議、超過 200 位醫師義務提供 25,000 小時的諮詢後第一次提出，而於 1993 年 3 月經聯邦政府通過，奧勒岡州於 1994 年實施。

1994 年實施之 OHIP(Oregon Health Insurance Plan)，特點如下：

1. 保障了更多民眾，除了低於聯邦貧窮線的民眾可獲得保障外，另位於 133%FPL 的小孩及孕婦亦可獲得保障。
2. 經由前瞻性支付方式及管理式照護模式，使健康照護容量得以發

揮到極致，並確保獲得有效率及適合的健康照護。

3. 本計畫只提供某些必須保障範圍的服務以涵括提供服務的費用。
4. 由 HSC(Health Services Commission)發展之醫療服務優先順序表，以作為決定適合保障範圍的決策工具。
5. 當預算不足時，會藉由改變保障範圍來調整本計畫的費用，而不會去改變提供者的費用支付或保險對象投保資格。

表六 OHIP 給付與不給付的範圍

給付	不給付
● 發現問題的診斷	● 可自動痊癒的疾病，如感冒。
● 醫師門診	● 沒有有效處置的疾病
● 健康檢查(醫療和牙醫)	● 無效治療項目
● 家庭計畫服務	● 整型手術
● 生產、懷孕、新生兒照顧	● 性別改變
● 處方服務	● 人工受孕
● 住院服務	● 減重
● 安寧療護	
● 牙醫服務	
● 酒精/藥癮 治療	



經統計此計畫之受益者已達 1,060,150 位(1994.2.1-1999.6.30，以不重複的個案計算)，也就是約 30%的奧勒岡居民自 1994 年起，已經接受本計畫的照護。

除了改革 Medicaid，奧勒岡州政府亦持續針對不同對象推出不同的健康保險計畫，同時致力於解決地理及種族間之醫療可近性不均的問題，如 1998 年 7 月實施之 CHIP(Children Health Insurance Plan)，在聯邦政府的 CHIP 計畫下，再補助家庭收入在 170%FPL 以下未滿 19 歲兒童的健康保險保費，所保障的範圍則比照 Medicaid，目前受惠的兒童數達 20,000 名；另如於 1997 年立法之 FHIAP(Family Health Insurance Assistance Program)，對於中低收入(100-170%FPL)而尚無保險的奧勒岡民眾直接提供現金補助，以協助他們經由雇主或私人市場購買健康保險，經費來源則全部來自於菸稅，迄 1999.7 有超過 6,000 人受惠，這些計畫都針對鄉村地區及少數族群加強宣導。

這些計畫實施後之初步成果整理如下：

1. 未保險人口比率，於 90 年代初期約為 18%，其中有超過 20%的兒童沒有保險，而於實施 OHP 後，於 1998 年統計發現，配合經濟強力成長及私人部門提供健康保險比率上升，未保險人口已大幅下降，在 1998 年僅約 11%的人口沒有保險(約 36 萬人)，兒童沒有保險的比率更下降至 10%，但仍有分布不均的問題(鄉村、少數民

族.....等仍有較高比率)。

2. 在 1999 年中期，全州未保險人口比率已下降至 10%，未保險的兒童比率亦下降至最近十年的最低點，大約只有 8%；同時鄉村地區未保險人口比率亦下降至少 2%，顯見本計畫對於降低未保險人口比率及縮小城鄉之醫療可近性差距，已達初步成效。

## (二)2001 年健康計畫(OHP2)改革方向

奧勒岡立法當局在 1989 年通過了奧勒岡健康保險計畫，以強調奧勒岡州民所面對越來越嚴重的健康照護可近性缺乏的問題，實施以來雖已將 Medicaid 保障範圍擴大至收入超過 100%FPL 的人也可享有保障，但該州立法當局仍發現下列事實：

1. 奧勒岡州政府之健康保險計畫雖已提供超過 100 萬無法負擔健康照護服務的奧勒岡居民對於健康照護的可近性，亦藉由擴大提供預防保健服務和基本健康照護，有效促進整體健康的結果，但仍有若干奧勒岡居民沒有健康保險保障，他們經常藉由緊急醫療來獲得照護服務，但這往往已是疾病末期，需花費大量費用而效果不彰。
2. 上述藉由急診系統提供健康照護服務的體系所產生的費用，會被轉移讓有健康保險的民眾身上負擔，這也提升了全部奧勒岡民眾的健康服務和健康保險的費用。

3. 聯邦的 Medicaid 規定缺乏彈性，它規定各州須提供整體一致的包裹保障(onesize-fit-all)及全有全無的保障(all-or-nothing)，避免各州政府使用聯邦資源自行補助公立或私人的保險機制。
4. 缺乏足夠的支付誘因，以致健康照護的提供者將費用轉移至保險對象或製造就醫障礙。

基於上述問題，為讓更多人能納入健康保險保障，該州立法當局於 2001 年通過更具彈性的 HB2519 法案，除再次重申基本理念為「在合理的財務限制下，與其提供某些人全面的保險而讓一些人什麼保險也沒有，還不如對所有的人都提供一個基本的健康保險保障」(It's better to provide some health insurance to everyone, than covering some people for everything and other people for nothing.)，並重新設計 OHP 以使其能繼續實施並更擴大照護對象，希望在合理可負擔的費用下，增進民眾對有品質的健康照護可近性，本次改革即稱為 OHP2。

依據該法案，奧勒岡州政府重新規劃的 OHP2，一方面仍盡量維持現有的架構，另一方面則儘可能降低仍沒有保險民眾的納保限制，同時也企圖影響私人保險，尤其是雇主自辦(employer-sponsored)的健康保險。OHP2 針對較弱勢族群仍維持既存的 Oregon Medicaid/SCHIP 的保障利益(稱為 OHP Plus)，而對其它保險對象則降低某些保險利益以擴大保險對象範圍(稱為 OHP Standard)，說明如下：

1. OHP Plus：提供現行 OHP 的給付包裹，對象為符合 Medicaid 條件的民眾，包括一般接受救助的民眾(年老者、殘障者...)及 185%FPL 以下的懷孕婦女和兒童，此部分如要更改給付內容，須經 CMS(Center for Medicare and Medicaid Services)的同意。
2. OHP Standard：提供較類似商業保險保障範圍的保險，它降低給付的範圍，只要它還符合聯邦法定 Medicaid 的最低保障範圍，這個範圍大約等於現在 OHP 保障範圍的 56%，保險對象為收入在 185%FPL 以下且不符 Medicaid 規定之成年人，OHP Standard 將可提供收入在 110%-185%FPL 保險保障，如預算許可還可以往上調整 15%，保障對象優先順序為參加 SCHIP 的父母和 PLM 的兒童。
3. FHIAP：提供購買私人保險的保費補助，保障對象為收入在 185%FPL 以下仍未保險的對象。

表七 OHP Plus & OHP Standard 部分負擔之比較

Service Category	OHP Standard	OHP Plus
住院	每次住院部分負擔\$250	免部分負擔
急診	每次部分負擔\$50	
急診病房	每次部分負擔\$50	
門診手術、洗腎中心	每次部分負擔\$5-\$20	
門診	每次部分負擔\$5	
實驗室檢驗	每次部分負擔\$3	
處置及手術	每次部分負擔\$5	
非緊急醫療之交通	不包含	
例行眼科檢查	不包含	
預防接種及疫苗	大部分包含，免部分負擔	

藥品-HIV/Mental Health/Oncology Drugs	原加入 OHP2 的保險對象每次\$3，新加入的保險對象每次\$10	Brand-name 每次\$3 Generic drugs 每次\$2
藥品-其它 Brand-Name 藥品	原加入 OHP2 的保險對象每次\$15，新加入的保險對象每次\$25	除兒童外，每次\$3
藥品-其它 Generic 藥品	原加入 OHP2 的保險對象每次\$2，新加入的保險對象每次\$5	除兒童外，每次\$2
牙醫服務	矯正、假牙及大部分外科手術程序都不包括，牙醫部分負擔範圍從\$5-\$100；拔牙的每天最高部分負擔為\$40，每半年最多可申請\$500的給付。	免部分負擔

### (三)醫療給付優先順序表訂定方法

#### ►訂定方式

優先順序表由 Health Service Commission(HSC,1989 年設置)彙集後建議給州長及立法機關參考，該委員會由 11 名成員組成，其中 5 位為醫師，4 位為消費者代表，1 位公衛護士及 1 位社工人員，第一版的優先順序表於 1991 年實施，在 709 項中給付前面 587 項，而至當年五月份，優先順序表已被修正達 20 次，1995 年則在 745 項中給付 581 項(此時累計已修正 27 次)，1997 年在 743 項中給付 574 項(此時累計已修正 32 次)，1999 年則在 743 項中給付 564 項，2001 年為 566 項/736 項，2003 年為 558 項/736 項(平均每人每月費用為 \$309.48)，此時優先順序表累計修正次數已達 38 次。

當初排序的資料來源為 Oregon 有執照的健康照護專家所蒐集，初時只有死亡率及費用資料，再將資料依下列步驟由電腦跑出初步的排序：

1. 這項處置或情況的排序，取決於它能預防死亡的能力，假如有二者能力一致的話，則進入第二個步驟。
2. 這項處置或情況的排序，取決於它的平均費用，費用較高者排序會較後，假如二者費用相同，則取決於治療的字母順序。

表八 2003-2005 優先順序表之每人平均費用

Threshold	Percent of Total Cost	Average Per Capita Cost
317	78.8%	\$244.71
347	80.9%	\$251.12
377	85.0%	\$263.95
407	85.9%	\$266.63
437	87.6%	\$272.04
467	93.1%	\$288.85
497	94.7%	\$293.86
527	98.5%	\$305.85
549	99.5%	\$308.89
557	99.7%	\$309.48
100%Funding	100.0%	\$310.42

電腦跑出的順序表再經由委員會確認排序位置是否適當，但任何要移動順序的意見都只能在 25 行的範圍內(例如生產照顧許可移動的範圍在 75 行至 99 行之間)。委員會通常以下列指標考慮是否移動及移動的重要性：

1. 一般預防服務(包括兒童、成人及牙科)
2. 安寧療護
3. 生產照護
4. 家庭計畫服務
5. 處置前的預防保健(如在子宮頸癌處置前，先作子宮頸抹片 the treatment for dysplasia of the cervix before the treatment of cervical cancer.
6. 醫療無效性：定義為「本項治療在大部分病例中，都沒有達到預期目標」。
7. 避免額外的併發症
8. 避免未來的費用
9. 整型服務-目前並未包含在 Medicaid
10. 具有自我復原能力的病情-如感冒不管有沒有吃藥，都會自行痊癒
11. 調和的狀況(Congurent condition)
12. 公共傳染危險的疾病。

最後委員會於確認各項服務之優先順序表時，會再確認預防保健服務在其中的順序並優先保障，例如一般產前檢查就應比低體重兒的醫療處置優先順序要來得高，因為產前檢查可導致較少早產兒的發生。

表九 2003.4.29 訂定之優先順序表前 30 名

排序	診斷名稱	Diagnosis
1	嚴重或中度的頭部傷害	<b>Severe/Moderate Head Injury</b>
2	第一型糖尿病	<b>Typ I diabetes Mellitus</b>
3	腹膜炎	<b>Peritonitis</b>
4	急性腎小球腎炎	<b>Acute Glomerulonephritis</b>
5	氣胸、血胸	<b>Pneumothorax &amp; Hemothorax</b>
6	複雜阻塞性疝氣或壞疽	<b>Complicated Hernia with Obstruction or Gangrene</b>
7	卵巢扭轉	<b>Torsion of Ovary</b>
8	睪丸扭轉	<b>Torsion of Testis</b>
9	愛迪生氏症	<b>Addison's Disease</b>
10	內部器官的傷害	<b>Injury to internal organs</b>
11	連枷胸	<b>Flail chest</b>
12	盲腸炎	<b>Appendicitis</b>
13	脾臟破裂	<b>Ruptured spleen</b>
14	結核病	<b>Tuberculosis</b>
15	頸部深度傷害，包括喉、氣管的破裂等	<b>Deep open wound of neck, including larynx; fracture of larynx or trachea</b>
16	會厭炎、哮喉症候群、急性咽喉氣管炎	<b>Croup syndrome, epiglottitis, acute laryngotracheitis</b>
17	肺炎雙球菌肺炎、細菌性肺炎、支氣管肺炎	<b>Pneumococcal pneumonia, other bacterial pneumonia, bronchopneumonia</b>
18	百日咳&白喉	<b>Pertussis &amp; diphtheria</b>
19	乳突肌斷裂	<b>Rupture of rapillary muscle</b>
20	凝血異常	<b>Coagulation defects</b>
21	主動脈瘤剝離	<b>Dissecting or ruptured aortic aneurysm</b>
22	主動脈或四肢動脈傷害	<b>Injury to major blood vessels of extremities</b>
23	腸扭轉、胃部異物	<b>Intusception, volvulus, intestinal obstruction, foreign body in stomach</b>
24	非解剖沒有破裂的動脈瘤	<b>Non-dissecting aneurysm without rupture</b>
25	內臟破裂	<b>Ruptured viscus</b>
26	急性細菌性腦膜炎	<b>Acute bacterial meningitis</b>
27	血脂蛋白過多症	<b>Hodgkin's disease</b>
28	急性腎盂腎炎	<b>Acute pyelonephritis, renal &amp; perinephric abscess</b>



29	周圍動脈栓塞	Arterial embolism/thrombosis
30	肺膿腫	Liver abscess

►修訂方式

委員會維護優先順序表方式，除每二年定期檢視各服務項目之排序是否仍適當外，另亦會於下列情形發生時即時修正其排序順序：

- (一)因錯誤、疏忽或編碼改變(ICD-9-CM、CPT-4、HCPCS.....)所導致的技術性改變。
- (二)因醫療科技的進步或新的健康產出(health outcome)資料，導致優先順序表必須提前在每二年檢視一次之前先行改變。

在剛開進行每二年定期檢視時，是將優先順序表寄給各相關利益團體請其對其位置及該處置費用及死亡率表示意見，而目前優先順序表之實施已漸趨成熟，對於本表之意見已日趨減少，HSC的職員已不需再花費大量時間在整理資料及彙整意見上，因此，在2002年意見調查的方式又有所改變，在2002年1月，針對醫療提供者團體設計一份五個問題問卷請其答覆，問題如下：

- 1.在您的專業領域內，有沒有任何醫療處置仍在使用卻已被本表廢除的？
- 2.有沒有任何一般性應被給付的診治卻沒有被給付？
- 3.有沒有任何昂貴的醫療處置程序是多餘或不需要的？

4. 有沒有任何治療指引限制比較嚴重的病人使用較昂貴的治療程序？

5. 有沒有任何有效的給付仍未被 OHP 包含在內的？

有關修訂方式仍依各界反應持續檢討中。

雖醫療資源有限，但該州政府仍致力提供所有必須的醫療服務，並視其重要性予以排序，再視預算情形決定給付項目，為一標準「量入為出」的預算控制概念，其中仍持續參考民眾提供之意見，不僅符合保險原理之風險分攤觀念，更集中資源於重大疾病，據其表示迄今民眾之反應不錯，可作為我國調整全民健康保險模式之另一參考方向。

## 伍、心得與建議

### 一、疾病管理模式

#### ►國內與國外之實施異同

- (一) 美國的疾病管理計畫係由各疾病管理公司(DMO)主導，家庭照護醫師僅為義務性參與，並無額外給付誘因；我國的疾病管理計畫則大多由醫院或醫事人員主導，並享有內含疾病管理費及給付誘因之包裹式給付。
- (二) 因資源有限且配合病人的實際需求，美國將病人依危險因子或診斷情形予以分類，再給予不同的照護服務；國內則尚未將病人分類，直接由診治醫師視病情予以不同處置。
- (三) 給付誘因部分美國將實施疾病管理所節省之費用，扣除實際醫療費用後，將此部分視為利潤由政府及疾病管理公司依不同比率均分，以鼓勵疾病管理公司。
- (四) 美國對於疾病管理人員較為重視，甚而以疾病管理公司為主體，設計個別管理照護計畫以協助醫師照護病人；我國現行之疾病管理計畫則僅於結核病改善方案中明訂「疾病管理照護費」，並敘明病例數達一定比率時須相對配置疾病管理專人，再輔以年度考評以約束醫療院所，但仍以原則性宣示為主。
- (五) 在資訊可近性部分，美國透過網路隨時提供疾病管理相關資訊，包括各式治療指引、醫藥常識及衛生教育之知識，供院所及民眾查詢，甚至已著手開發適合個人化使用之網頁內容；我國則目前僅含個案管理登錄系統，其餘尚在發展中。

## ►心得建議

我國因疾病管理模式尚在發展中，目前重在提高參與率及讓保險對象及醫療院所瞭解並進而配合疾病管理方式，故相關管理均暫彈性處理，但等參與率達一定程度後，為更有效益使用資源，似可參考美國分類方式，以疾病嚴重度及危險因子將病人依需要之醫療資源予以分級，以提供真正符合病人需求之醫療服務；另美國於網站上提供包括各種治療指引及教育資源，對於本計畫主要目的在教育病人自己作好自我健康管理方面，無疑提供極佳的資源協助，且本次訪問時，美方亦透露其正在嘗試設計完全個人化及整合相關資源的網站服務，包括完全依個人需求而設計之衛教、醫療提醒服務及目前健康狀況等，讓使用者更貼心，並已進入試辦階段，此均值得我方借鏡；至於結果評量方式，美國依各種疾病特性，設計不同目標導向之指標，亦可作為我國最後走向論質計酬之參考。

## 二、美國健康照護改革計畫

在健康照護計畫之改革方向中，美國因尚無全民健康保險，民眾（尤其是弱勢族群），沒有任何保險的比率偏高，造成醫療可近性不足，奧勒岡州政府在改革 Medicaid 時，嘗試將原本只保障某些低收入戶的保險，在透過調整給付項目（設定給付項目優先順序表後，依該年度預算調整給付項目）、部分負擔及設定合理保費後，達到擴大保險對象的目的（已擴大至 185%FPL 以下而原不在 Medicaid 保障範圍之對象），但亦隨時間而逐漸提高給付基準線（自 1991 年在 709 項中給付 587 項，到 2003 年在 736 項中給付 558 項），不免仍將遭到民眾的質疑，但這種縮減給付項目的作法，似亦可提供我國全民健保改革的參考。