

壹、案由：據審計部106年度中央政府總決算審核報告，腦中風為國人死亡與失能主要原因，惟因民眾對急性症狀認知不足，多數病患未能及時送達醫院，且部分偏鄉仍較缺乏居家醫療及長照相關資源，尚難滿足患者支持性復健需求，允宜研謀改善，以強化腦中風醫療照護品質案。

貳、調查意見：

腦中風係因腦血流受阻，無法供應腦部氧氣需求，致發生腦功能障礙之一種急症，「風」代表其發病急遽、迅速、詭異及多變。依據世界中風組織（World Stroke Organization, WSO）網頁所載，中風會發生在任何人、時、地，是全球民眾身心障礙之主因及排序第2之死因。25歲以上成人終身之發生率約1/4，而公元2018年全球有13.7百萬人中風，其中5.5百萬人死亡，目前存活之中風病人約8千萬人，每年損失116百萬健康人年，且患者於中風後，需面對身體障礙、行動困難、理性及情感特質的改變、失去工作、收入及社會網絡等生活難題。

腦血管疾病107年位居國人死因之第4位，且通常會遺留下不同程度的神經功能障礙。腦中風好發於60歲以上，男性多於女性，102至107年我國腦中風之死亡人數每年約1.12萬人至1.18萬人、死亡率約每10萬人47.6人至50.4人，標準化死亡率約每10萬人26.1人至30.4人。另據臺灣中風登錄資料庫顯示，初發中風病人在中風1個月後之失能比率為61.2%、3個月後55.58%、半年後51.72%，且每10人中約有2人癱瘓臥病在床、5人需家屬協助照顧、7人無法再從事原有的工作¹，中風失能之後遺症為國人身心障礙的主因，既造成病患及照顧者之沉重負擔，亦影響生活品質²。

據審計部106年度中央政府總決算審核報告指出，腦中風為國人死亡與失能之主要原因，但因民眾對急性症狀認知不足，致多數病患未能及時送達醫院，且部分偏鄉缺乏居家醫療及長照相關資源，難以滿足患者支持性復健需求，腦中風醫療照護品質亟待強化等情。經調閱衛生福利部（下稱衛福部）卷證資料，並詢問相關人

¹ 資料來源：國健署出版之腦中風手冊。

² 國健署 106 年 10 月 28 日「中風預防人人有責！90%的中風均與危險因子有關」新聞稿。

員及諮詢專家學者後，業調查竣事，提出調查意見如下：

一、衛福部雖依據公共衛生三段五級防治概念，在初段預防方面推動健康促進，控制「吸菸」、「身體活動不足」、「不健康飲食」、「有害飲酒」等危險因子；然於提升國人健康識能及落實衛生教育部分，卻未見明顯成效，多數民眾仍未能積極改善並建立健康生活型態，亦未對自我之健康照護負起責任；另國際研究中風的危險因子已將PM2.5、室內空污納入，但衛福部國民健康署迄未將之列為民眾健康識能及良好生活型態之宣導或衛教項目，防治措施有欠周全，均應檢討改進。

(一)國際知名醫學期刊Lancet期刊發表一系列關於全球疾病負擔(GBD)之研究成果。其中，於公元2016年發布「Global burden of stroke and risk factors in 188 countries, during 1990-2013 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013」，摘錄重點如下：

- 1、利用公元2013年全球疾病負擔研究資料，估算全球188國於1990至2013年，因相關危險因子造成中風失能校正人年(DALYs)之可歸因分率(PAF)。納入分析之危險因子包括空污、菸、飲食、行為、環境、代謝等6個風險因素群，共納入PM2.5、室內空污、鉛暴露、高鹽、高糖、低水果、低蔬菜、低全穀飲食、飲酒、低身體活動、吸菸、二手菸、高BMI、高空腹血糖、收縮壓高、總膽固醇高、腎絲球過濾率低等17個風險因子，並以理論上最低風險暴露水平進行評估。
- 2、全球中風疾病負擔有90.5%可歸因於該17個風險因子，且大部分可歸因於「行為」及「代謝」風險因素群：

- (1) 74.2%可歸因於菸、不當飲食、低身體活動等行為因素。
- (2) 72.4%可歸因於高BMI、高空腹血糖、收縮壓高、總膽固醇高、腎絲球過濾率低等代謝因素。
- (3) 33.4%可歸因於空污、鉛暴露等環境因素；29.2%可歸因於空污因素（PM2.5、室內空污）。
- (4) 前5項危險因子為：高收縮壓、水果攝取不足、高BMI、高鹽及吸菸。
- (5) 中風疾病負擔可歸因分率增加最多之危險因子為高糖飲食（增加63.1%），又以高所得國家的增幅最大；其與超重及第2型糖尿病有關，持續接觸含糖量高之飲料及飲食，可能導致與此危險因子相關之負擔大幅增加。

3、研究發現空污對中風負擔之比率出乎意料的高，特別是在中、低所得國家。中風與空氣污染間之關聯可能係因空污對血管內皮之不利影響，造成血壓升高及血栓形成之風險增加。另鉛暴露對中風負擔之貢獻，可能與高血壓及其他心血管危險因子之相互作用有關。

(二)依衛福部提供之資料，WHO 2014年指出室內與室外空氣污染會對呼吸道造成危害，包含急性呼吸道感染及慢性阻塞性肺病（Chronic obstructive pulmonary disease, COPD），且與心血管疾病及癌症亦具有強烈相關性。各類疾病占室外空氣污染所致之死亡比率分別為：缺血性心臟病40%、中風40%、慢性阻塞性肺病（COPD）11%、肺癌6%、兒童急性下呼吸道感染3%。惟我國對空氣污染與中風相關性，缺乏本土實證性研究。

(三)衛福部國民健康署（下稱國健署）以90%之中風均與危險因子有關，爰依公共衛生三段五級防治概

念，期藉由健康飲食及生活型態加以預防，並對民眾宣導把握下列原則，可降低罹患中風之風險³：

- 1、選擇健康飲食：掌握「三少二多」原則，即少調味品、低油脂、少加工食品、多蔬果、多高纖；建議每日鈉的攝取量少於2.4公克（相當於6公克之食鹽；1茶匙）。
- 2、養成規律運動：維持每週5次（或至少3次）、每次30分鐘，依身體狀況健走、伸展操、跳舞、慢跑、騎自行車等活動。
- 3、維持健康體重：肥胖（超過理想體重20%以上）會增加高血壓、冠心病、心衰竭或中風的風險，建議BMI維持在18.5-24之間，腰圍男性小於90公分，女性小於80公分。
- 4、拒絕菸酒危害：直接吸菸或被動吸入二手菸、過度飲酒，增加罹患中風之風險，民眾應戒菸、節酒。

（四）國健署在初段預防部分，係透過提倡健康促進，對肥胖、吸菸、缺乏運動、不健康飲食等4大危險因子進行防治，並提高民眾之健康識能，鼓勵營造良好生活型態。經查：

- 1、國健署結合勞動部介接勞工特殊健康檢查結果，發現血壓、血糖及腰圍異常率分別為23.37%、6.93%及31.37%，並請勞動部職業安全衛生署研議鼓勵事業單位在職場推動後續轉介及衛教諮詢等健康管理服務⁴。惟據國健署107年

³資料來源：國健署網頁，網址為：<https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=213>，內容修正發布日期：108年9月26日。

⁴參考本院內政及少數民族委員會108年6月6日審查通過之「全國約有200多萬名糖尿病病友，每年約增加25,000名；另據研究統計，國人洗腎最常見之危險因子為糖尿病，且末期腎臟病人約有40%以上係由糖尿病引起。國健署已推動糖尿病共同照護網絡，衛生福利部中央健康保險署亦推動糖尿病品質支付服務方案，但每年仍近萬人因糖尿病死亡，且國際醫學期刊於2017年5月對全球醫療照護品質之評比，我國排名第45位，糖尿病照護品質為評

健康促進統計年報資料顯示，國人之吸菸率、飲酒率、每日鹽攝取率係為下降，另規律運動率、65歲以上有利用健康檢查之百分比亦為上升，但每日三蔬二果攝取百分比減少，18歲以上有過重及肥胖的百分比則增加。

- 2、WHO建議18至64歲成人每週必須從事150分鐘以上的中等費力身體活動，兒童及青少年每天應至少達到60分鐘以上的中等費力身體活動，每週累積420分鐘以上。依據教育部之「運動現況調查」，104年調查結果，13歲以上國人每週身體活動量達WHO建議量者有61.4%，其中男性為69.8%，女性52.9%；至106年調查結果，13歲以上國人每週至少運動3次、每次至少30分鐘、運動強度達到會流汗而且會喘之規律運動比率，雖從95年之18.8%，上升至106年之33.2%（男性35.6%，女性30.9%），但缺乏規律運動習慣之比率仍高達66.8%，顯示我國規律運動人口比率仍待提升，以年齡區分，在40至49歲之年齡層規律運動比率最低⁵。
- 3、據國健署102至105年之「國民營養健康狀況變遷調查」，國人每日飲食內容偏離飲食指南建議。國人「蔬菜類」每日建議量為3-5份，「水果類」每日建議量為2-4份，然而除65歲以上男性及45至64歲女性外，其餘年齡層蔬菜平均攝取量均未達3份，另各年齡層男女水果平均攝取量皆未達2

比結果較差之項目之一。究相關機關對於糖尿病之防治措施及照護品質是否妥適，有查明之必要案」調查報告。

⁵資料來源：2018 國健署年報第 40 頁。另國健署 107 年 9 月 21 日新聞稿指出，根據 WHO 建議，18 至 64 歲成人每週需進行 150 分鐘以上中等強度身體活動，且於日常生活通勤或等候之零碎時間，隨時隨處都可進行身體活動或運動，每天累積 30 分鐘，即可達成 WHO 建議每週 150 分鐘中等強度身體活動量（網址為：<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=1405&pid=9552>）。前述每週規律運動比率與每週身體活動量為不同指標項目。

份，顯示國人每日飲食要符合建議標準比率有待加強⁶。此外，由103至106年之「國民營養健康狀況變遷調查」可知，我國國小、國中、高中學生之過重及肥胖盛行率雖逐步降低，但18歲以上成人過重及肥胖之百分比，於82至85年為32.7%，94至97年43.4%，103至106年47.1%，仍呈增加趨勢⁷。

- 4、目前跨國研究中風之危險因子已納入空污、菸、飲食、行為、環境、代謝等6個風險因素群及17個風險因子。惟截至目前，國健署仍未將「環境」因素中之PM2.5、室內空污等風險因子列入作為民眾健康識能及良好生活型態之宣導或衛教項目。
- 5、據衛福部表示，民眾對腦中風之認知應包括：何謂腦中風、危險因子及高危險群、辨識症狀、緊急處理與治療、再次中風的高危險群及預防等。國健署於107年委託台灣腦中風學會更新、編修「腦中風防禦手冊」，相關之衛教素材亦置於該署官網與健康九九網站供民眾瀏覽、下載。惟此仍係屬將專業人員或醫護人員本身之專業知識判斷告訴病人之傳統衛教方式，為單向之說明過程，偏重於資訊之給予，民眾或未能有效汲取衛教知識，且若未與自身經驗相結合，亦難長久記憶，往往成效不彰。

(五)綜上，腦血管疾病107年位居國人死因之第4位，且通常會遺留下不同程度的神經功能障礙，每10人中約有2人癱瘓臥病在床、5人需家屬協助照顧、7人無法再從事原有的工作，中風失能之後遺症為國人

⁶資料來源：2018 國健署年報第 42 頁。

⁷資料來源：2018 國健署年報第 42 頁。

身心障礙的主因，既造成病患及照顧者之沉重負擔，亦影響生活品質，政府自應積極預防。而衛福部雖依據公共衛生三段五級防治概念，在初段預防方面推動健康促進，然106年調查發現，13歲以上國人缺乏規律運動習慣之比率仍高達66.8%，有待提升；另國人每日3蔬2果攝取情形，除65歲以上男性及45至64歲女性外，其餘年齡層蔬菜平均攝取量均未達3份，至各年齡層男女水果平均攝取量則皆未達2份；又，18歲以上國人過重及肥胖之百分比，於82至85年為32.7%，94至97年43.4%，103至106年47.1%，係呈增加之趨勢，在在顯示多數民眾猶未能積極改善並建立健康生活型態，亦未對自我之健康照護負起責任；此外，國健署在提升健康識能及落實衛生教育部分，亦未見成效，使得腦中風等代謝症候群相關疾病仍持續威脅國人健康；再者，國際研究中風之危險因子已將PM2.5、室內空污納入，但國健署迄未將之列為民眾健康識能及良好生活型態之宣導或衛教項目，防治措施實欠周全，均應檢討改進。

二、國健署為預防或減緩腦中風等慢性病之發生及惡化，係辦理成人預防保健及篩檢，期使民眾能控管相關危險因子，並早期診斷及介入治療。惟目前醫療院所並未全面提供具品質之慢性病醫療團隊服務及疾病管理等整合性健康照護服務，國健署與衛福部中央健康保險署在民眾健康照護之業務推動上顯未能有效整合，益證衛福部及其所屬對腦中風等慢性病之照護及管理措施未臻健全，猶未能落實預防或減緩腦中風等慢性病之發生及惡化，亟應檢討改進。

(一)茲摘錄國內高血壓、糖尿病、心臟病、高血脂等疾病，可能增加腦中風發生風險之研究，略以：

1、據衛福部提供之「腎功能與中風相關性」研究結果：

慢性腎臟病病人較一般人有較高之中風危險，中度至高度慢性腎臟病病人（eGFR <60ml/min/1.73m²）經多因子校正後之中風相對危險性為非慢性腎臟病病人的1.82倍。eGFR每下降10 ml/min/1.73m²，即增加7%之中風危險⁸。慢性腎臟病病人中風之風險升高的病理、生理機轉目前仍不清楚，可能與尿毒症身體環境特有因素，諸如血管加速鈣化、頸動脈粥樣硬化增加、血栓傾向及腦循環自動調節功能受損等有關⁹。

2、依國健署出版之腦中風防治手冊：

高血壓、糖尿病、心臟病、高血脂、凝血異常、肥胖、抽菸、飲酒過量、缺乏運動、嗜吃鹽、高膽固醇飲食、紅血球過多症、服用口服避孕藥及某些藥物（如安非他命、海洛因等），皆有可能增加腦中風發生之風險。腦中風還有1項重要的危險因子是心房纖維顫動（atrial fibrillation），約占所有缺血性腦中風的12-20%，而且隨著人口老化，盛行率將會越來越高，是最常引起腦中風的心律不整。心臟因為不規則的跳動，使得血液無法順暢通過，而在心房凝固成血栓子，一旦血栓從心臟打出，就可能造成腦中風、腸子缺血壞死或肢體血管栓塞等急性併發症。

（二）腦血管疾病與糖尿病、心臟疾病、腎臟病、高血壓，均為代謝症候群相關疾病，107年全國死亡人數合

⁸Hussein, 2014

⁹財團法人國家衛生研究院，2015

計為53,937人，占總死亡人數之31.20%¹⁰，超過惡性腫瘤死亡人數48,784人¹¹。國健署已針對控制高血壓、高血糖、高血脂等三高問題，可加以預防及降低罹患腦中風等代謝症候群相關疾病之風險¹²，宣導下列原則：

- 1、掌握三高關鍵控制數字：高血壓、高血糖、高血脂個案發生腦中風之風險，分別為非三高個案之2.84倍、2.86倍及2.37倍。三高數值應控制在血壓<140/90mmHg、醣化血色素<7%、低密度脂蛋白膽固醇<100mg/dl之標準。
- 2、定期健康檢查：利用免費成人預防保健服務，檢查血壓、血糖、血脂、BMI、腰圍等。及早發現身體異常，調整不良生活習慣及控制三高等危險因子，遠離疾病威脅。

(三)國健署為預防或減緩腦血管疾病等慢性病之發生及惡化，在次段預防部分，辦理成人預防保健及篩檢，控管相關風險因子與早期診斷及介入，銜接衛福部中央健康保險署（下稱健保署）之治療，以延緩病程，避免惡化及合併症發生。惟查：

- 1、國健署辦理成人預防保健及篩檢所投入之經費遠少於健保署支付之醫療費用，97至106年成人預防保健服務費用每年約新臺幣（下同）8.69億元至9.72億元。以106年為例，約有188萬人接受成人預防保健服務，比率甚低，給付金額約9.72億元¹³；但部分民眾對篩檢結果不重視，即使發

¹⁰107年心臟疾病死亡人數21,529人、腦血管疾病11,520人、腎臟病5,523人、高血壓5,991人、糖尿病9,374人，合計死亡人數53,937人，占總死亡人數172,859人之31.20%。資料來源：衛福部網頁，網址為：<https://www.mohw.gov.tw/cp-16-48057-1.html>

¹¹107年惡性腫瘤死亡人數為48,037人。資料來源：衛福部網頁，網址為：<https://www.mohw.gov.tw/cp-3795-41794-1.html>

¹²資料來源：國健署網頁，網址為：<https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=213>，內容修正發布日期：108年9月26日。

¹³參考本院內政及少數民族委員會108年6月6日審查通過之糖尿病照護品質案調查報告。

現異常狀況，亦不因此調整為健康之生活型態，或接受後續之追蹤及治療；又該年腦中風醫療費用約189.7億點，因腦中風急診之病人5.7萬人、門診39.6萬人、住院6.7萬人，然目前並無實證醫學研究可評估國人預防保健對於腦中風等代謝症候群之防治成果，「預防重於治療」之理念如何具體實踐，亟待努力。

- 2、糖尿病、心臟病、腎臟病與腦血管疾病之發生，有諸多共同危險因子，且高血壓、糖尿病、心臟病、高血脂、凝血異常等，可能增加腦中風發生風險。以106年為例，糖尿病就醫病人，又因腦血管病變就醫者約6.54萬人，占糖尿病病人之4.4%，雖較101年之5.2%略有下降，但人數均維持在6萬餘人¹⁴；而慢性腎臟病病人又較一般人有較高之中風風險，中度至高度慢性腎臟病病人之中風相對危險性為非慢性腎臟病病人之1.82倍，eGFR每下降10 ml/min/1.73m²，即增加7%之中風危險。代謝症候群疾病需終身治療，目前雖無法治癒，但可從飲食控制、規律運動與藥物治療併行來加以控制，且國人老化常發生多重共病之問題，應鼓勵醫療院所針對慢性病進行整合性衛教。又目前全民健保已透過醫師、護理師及營養師等衛教人員提供衛生教育內容，使糖尿病病人能獲取用藥、飲食及運動之正確識能，以進行血糖、血脂及血壓之紀錄及管理，但糖尿病等慢性病之照護品質仍有待改進，應由醫院端及病人端雙管齊下，加強個案管理，監測病人ABC（糖化

¹⁴糖尿病就醫病人，又因腦血管病變就醫者，101年6.17萬人，占糖尿病病人之5.2%；102年6.45萬人，占5.1%；103年6.60萬人，占5.0%；104年6.65萬人，占4.9%；105年6.35萬人，占4.4%；106年6.54萬人，占4.4%。參考本院內政及少數民族委員會108年6月6日審查通過之糖尿病照護品質案調查報告。

血色素、血壓值、血脂) 達成率，不要等到惡化或癱瘓臥病在床，才花費更多資源提供復健服務。

- 3、目前國內醫學中心耗用許多醫師人力及時間為民眾進行成人預防保健或三高等慢性病之醫療，連帶影響醫學中心醫師對於治療急重難症病患之醫療任務，而代謝症候群疾病之病人，若能在基層診所醫療，最具備可近性，但診所受限於護理師、營養師之人力編制與設備，未必能提供適合之團隊服務及疾病管理等整合性健康照護，是以衛福部醫事司、健保署、國健署允應重視代謝症候群病人在不同醫療機構所獲得照護品質不一的問題，並為妥適之處理。
- 4、國健署前函復本院表示，為提高慢性疾病防治效益，支付誘因應從單一疾病給付轉變為多重疾病品質支付，在品質支付服務中納入以價值為基礎的醫療保健服務概念 (value-based healthcare delivery)，例如慢性病之防治應從疾病控制ABC (A : HbA1c<7.0% ; B : Blood Pressure<140/90mmHg ; C : c-LDL<100mg/dL) 整體達標率，而非單一疾病照護指標¹⁵給予支付誘因。惟同為衛福部所屬之健保署，卻未能透過健保之支付標準，提升慢性疾病之防治效益，顯見國健署與健保署在民眾健康照護之業務推動上各行其是，未能有效整合。

(四) 綜上，國健署為預防或減緩腦中風等慢性病之發生及惡化，係辦理成人預防保健及篩檢，期使民眾能控管相關危險因子，並早期診斷及介入治療。惟目前醫療院所並未全面提供具品質之慢性病醫療團

¹⁵參考本院內政及少數民族委員會 108 年 6 月 6 日審查通過之糖尿病照護品質案調查報告。

隊服務及疾病管理等整合性健康照護服務，國健署與健保署在民眾健康照護之業務推動上顯未能有效整合，益證衛福部及其所屬對腦中風等慢性病之照護及管理措施未臻健全，猶未能落實預防或減緩腦中風等慢性病之發生及惡化，亟應檢討改進。

三、衛福部未能本於保障國民健康之職責，針對腦中風之發生率、盛行率進行長期、系統性之深入調查；亦未探究不同年齡層、性別、地理位置等對腦中風病人照護品質之影響並分析其差異原因；復未針對腦中風類型進行研析，俾作為協助醫療政策之擬訂，均應檢討強化。

(一)有關國內近年來新增腦中風病人人數及發生率、盛行率等相關統計一節，據衛福部表示，該部並無調查腦中風之發生率及盛行率等語；另依該部所提供國內學者於105年發表之89至100年針對國人腦中風的研究結果，缺血性腦中風每10萬人之發生率，89年為161.2人，100年156.4人，其間以94年之167.7人最高、98年157.4人最低¹⁶。此外，衛福部提供其他針對國人之相關研究如下：

1、發生率：

(1) 75至79年針對36歲以上8,562人之研究，發生率為每10萬人330人。

(2) 82至84年針對金門縣50歲以上3,081人之研究，發生率為每10萬人527人。

2、盛行率：

(1) 75年針對36歲以上8,705人之研究，盛行率為每10萬人1,642人。

(2) 83年針對35歲以上4,972人之研究，盛行率為每

¹⁶ Lee et al.發表在 Journal of Stroke 2016;18(1):60-65 分析健保資料庫的研究。

10萬人1,427人。

(3) 90年針對35歲以上9,794人之研究，盛行率為每10萬人1,930人。

(二) 106年我國腦中風之標準化死亡率為每10萬人27.5人，但花蓮縣為47.0人、苗栗縣43.0人、屏東縣38.1人，皆遠高於全國平均值。而衛福部對於本院所詢上開縣市腦中風標準化死亡率偏高之原因，僅稱該部並無針對各縣市的腦中風標準化死亡率之差異分析其原因等語。然各縣市之腦中風標準化死亡率差異甚大，是否係因醫療水準不同所致，衛福部未予深究，實應檢討改進。

(三) 針對國人腦中風之類型及病患人數分布一節，衛福部於本院詢問時表示，該部並未進行相關統計等語。嗣衛福部依健保署諮詢專家學者之意見，將腦中風類型區分為蜘蛛網膜下腔出血、出血性腦中風、缺血性腦中風（腦梗塞）、腦動脈阻塞及狹窄（Occlusion）、血管瘤及其他腦中風診斷，並按健保特約醫療院所105至107年申報住院資料，統計各類型腦中風人數及其就醫情形，如表1所示。以107年為例，住院就醫人數合計66,008人，其中缺血性腦中風（腦梗塞）36,398人、占55.14%，出血性腦中風（腦內出血）12,950人、占19.62%。

表1 105-107年腦中風類型及申報、就醫情形

單位：件、人

腦中風類型	年度	105	106	107
	蜘蛛網膜下腔出血			
申報件數		2,778	2,821	2,997
就醫人數		2,092	2,092	2,181
有外傷原因代碼人數		119	133	127
出血性腦中風（腦內出血）				
申報件數		17,030	17,699	18,588

腦中風類型 \ 年度	105	106	107
就醫人數	12,034	12,478	12,950
有外傷原因代碼人數	709	796	839
缺血性腦中風（腦梗塞）			
申報件數	41,941	43,310	44,611
就醫人數	34,542	35,757	36,398
有外傷原因代碼人數	1,471	1,748	1,889
動脈阻塞及狹窄（Occlusion）			
申報件數	5,054	5,400	5,647
就醫人數	4,146	4,510	4,666
有外傷原因代碼人數	207	274	274
血管瘤			
申報件數	2,076	2,181	2,514
就醫人數	1,564	1,674	1,770
有外傷原因代碼人數	107	130	132
其他腦中風診斷			
申報件數	8,966	9,299	9,484
就醫人數	7,668	7,941	8,043
有外傷原因代碼人數	341	357	424

（四）腦中風就醫案件及醫療費用（如表2）：

- 1、102至107年主診斷為腦中風就醫案件之醫療費用點數逐年增加，107年為199.0億點，較102年之128.5億點增加70.5億點（增幅54.86%）；其占整體醫療費用之比率，亦從102年之2.18%成長至107年之2.69%。
- 2、102至107年全國腦中風急診人數每年約5.7萬人至6.0萬人，急診人次則介於6.8萬人次至11.7萬人次間；102至104年急診「人次」約為「人數」之1.17倍，但自105年起，每年急診人次約為急診人數之2倍。
- 3、102至107年全國腦中風門診人數每年約36.2萬人至40.7萬人，門診人次則介於245.9萬人次至394.5萬人次間；另105年門診人次約357.3萬人次，較

104年之248.3萬人次成長43.9%，增幅最大。

- 4、102至107年全國腦中風住院人數每年約6.4萬人至6.8萬人，住院人次則介於7.2萬人次至7.6萬人次間。

表2 102-107年腦中風就醫案件及醫療費用點數

單位：億點

年度	醫療費用點數	急診		門診		住院	
		人數(萬人)	人次(萬人次)	人數(萬人)	人次(萬人次)	人數(萬人)	人次(萬人次)
102	128.5	6.0	7.0	36.2	250.5	6.4	7.2
103	131.4	5.8	6.8	37.1	245.9	6.4	7.2
104	135.3	5.8	6.8	37.8	248.3	6.4	7.2
105	177.7	5.7	11.7	37.1	357.3	6.6	7.4
106	189.7	5.7	11.2	39.6	383.9	6.7	7.6
107	199.0	5.8	11.1	40.7	394.5	6.8	7.6

註：

- 1.資料來源：107年總額協商參考指標要覽、健保署第三代倉儲系統門住診清單明細檔（擷取日期：107年12月24日）。
- 2.本表係統計總額內案件，且不含代辦案件。
- 3.腦中風醫療費用係擷取門、住診(含急診)當次就醫主診斷碼符合腦中風（102至104年為ICD-9-CM，105至106年為ICD-10-CM）案件之醫療費用。
- 4.醫療費用點數=申請費用點數+部分負擔。

(五)腦中風為國人失能之主要原因，約有半數以上病人於出院後有立即銜接長照資源之需求。國內雖有腦中風登錄系統，但並非全國性之登錄管理系統，且病患出院後，能獲得之醫療、復健及長照服務，並無整合之追蹤機制，各機構雖可自行提供片斷之服務內容，卻無法整合腦中風患者可獲得之醫療及照顧等服務資源。

(六)惟查：

- 1、生命統計是流行病學研究之基礎，死亡率可反映照護之品質；而發生率係研究致病因子之基本工具，可辨別某種因子是否影響疾病之發生；至盛行率則可決定保健工作之負荷，用來作為計畫人

力及設備之根據。又疾病之發生常以人、地、時探討影響因素，在與「人」有關的因素中，年齡及性別對疾病之死亡率、發生率及盛行率最為相關，建立完善之生命統計資料，方能針對特定疾病之目標族群，提供有效之衛教資訊及防治措施。如前所述，腦中風107年位居國人第4大死因，且為失能之主因，然衛福部目前之生命統計分析，並未調查腦中風之發生率及盛行率，亦無年齡別、性別之疾病率等相關統計。且揆之衛福部提供本院有關國內腦中風之相關研究，即便最近期之研究，時間亦是在100年時，距今已9年，未必能反映國內中風發生率及盛行率之現況。

- 2、腦中風之防治，應針對不同對象可改變之危險因子，進行介入，更應分析及研判各種危險因子對於腦中風之影響。花蓮縣、苗栗縣及屏東縣之腦中風標準化死亡率明顯高於全國平均值，惟衛福部並未研析其差異原因，自難訂定因地制宜之防治計畫。
- 3、102至104年全國腦中風急診「人次」約為「人數」之1.17倍，但自105年起，每年急診人次約為急診人數之2倍；另105年門診人次約357.3萬人次，較104年之248.3萬人次成長43.9%，增幅明顯。上述現象，究係因自105年起，腦中風急診病人二次中風情形增加，故至急診就醫之情形增加所致，抑或因健保政策改變，使105年腦中風門、急診人次明顯增加，衛福部亦未有所說明。
- 4、衛福部過去並未對國人腦中風之類型及病患人數分布進行統計；於本院詢問後，該部已依申報住院情形，將腦中風類型區分為蜘蛛網膜下腔出血、出血性腦中風、缺血性腦中風（腦梗塞）、

腦動脈阻塞及狹窄（Occlusion）、血管瘤及其他腦中風診斷。臨床上，缺血性腦中風病患於發作3小時內接受血栓溶解劑治療，可增加康復機會或降低身心障礙等級，但此種治療方式不可作為出血性腦中風之治療，如能蒐集並整合腦中風個體疾病類型、年齡、病患特性、疾病照護模式及預後資訊等相關資料，將有助於腦中風病因之探討、治療計畫之評估及照護品質之改善等。

(七)綜上，腦中風107年位居國人第4大死因，且為失能之主因，衛福部卻未能本於保障國民健康之職責，針對腦中風之發生率、盛行率進行長期、系統性之深入調查；亦未探究不同年齡層、性別、地理位置等對腦中風病人照護品質之影響並分析其差異原因；復未針對腦中風類型進行研析，俾作為協助醫療政策之擬訂，均應檢討，期強化有關腦中風生命統計資料及資訊系統之建置與分析，以為完整評估腦中風防治政策之工具，並進行國際比較、監測長期趨勢及預測未來發展方向。

四、缺血性腦中風病患於發作3小時內接受血栓溶解劑治療，可增加康復機會或降低身心障礙等級，但國人發生缺血性腦中風於到院3小時內接受血栓溶解劑的人數有偏低情形，究係臨床上本不應使用此一治療方式，抑或多數病患未能於2至3小時內送達醫院，衛福部應予深入瞭解並研謀對策，俾使腦中風病人能即時送達醫院救治。

(一)腦中風可概略區為缺血性腦中風及出血性腦中風，缺血性腦中風係因血液凝塊堵塞腦部血管所造成，在所有腦中風中約占70-80%；出血性腦中風係因供應腦部之血管破裂所造成，約占20-30%。近年來拜醫療科技快速發展之賜，讓及時就醫之腦中風

病人能重獲健康，遠離死亡威脅，但仍有許多民眾不知自己為腦中風之高危險群，或因不清楚急性腦中風發作徵兆，錯失黃金治療時間¹⁷。

(二)105至107年因出血性腦中風（腦內出血）住院就醫之人數各為12,034人、12,478人及12,950人，因蜘蛛網膜下腔出血住院就醫人數各為2,092人、2,092人及2,181人。依台灣腦中風醫學會訂定之「自發性腦出血的內、外科療法-一般處理原則」，由臨床表現及神經檢查結果很難準確區分出腦出血或腦梗塞，而電腦斷層或磁震造影檢查是目前最能夠早期區分為腦出血或腦梗塞的主要檢查，但目前尚無足夠的臨床試驗佐證，可證明內科或外科治療對病人較有幫助，然急診室第一線處理之基本原則仍是保持呼吸道暢通、維持適當的呼吸換氣及循環，亦應注意病人是否有頭部外傷等。

(三)美國國家神經疾病及腦中風協會（NINDS）於公元1995年在新英格蘭醫學雜誌發表使用靜脈注射「血栓溶解劑」治療急性缺血性腦中風之大規模臨床研究，以注射血栓溶解劑快速溶解並阻斷腦部血流血栓之治療方式，減少因缺血所引起之腦部傷害程度，使病患之症狀在很短時間內改善甚至於消失。該研究發現，對於急性缺血性腦中風病患如在急性腦中風症狀發生後3小時內給予血栓溶解劑，與未使用血栓溶解劑治療之對照組病人相較，3個月後，前者較後者高出33%完全復原或僅有輕微功能缺損之機會。而國內台灣腦中風醫學會訂定之「靜脈血栓溶解劑治療急性缺血性腦中風指引」，亦指出血栓溶解劑建議用於急性缺血性腦中風發病3小時內使用靜脈注射，可增加中風康復機會或降低殘

¹⁷參考國健署出版之腦中風防治手冊。

障等級。

- (四)全民健保已收載用於缺血性腦中風之血栓溶解劑為 Actilyse Injection (plasminogen activator recombinant human tissue-type A) 20mg及50mg共2品項；50mg品項於92年4月1日納入給付，20mg品項於99年7月1日納入給付，處方血栓溶解劑之醫院應具有神經內、外專科醫師及加護病房或同等級之設施。另急性缺血性腦中風處置費，自105年1月1日納入健保給付，醫療院所按支付標準編號47101B「急性缺血性中風靜脈血栓溶解治療處置費(107年2月1日起更名為急性缺血性腦中風處置費)」申報，表定支付點數13,866點，醫院層級以上適用。經統計105、106年分別有89家及97家醫院申報47101B項目，申報點數合計1,803萬點、2,189萬點；至該期間主次診斷屬腦中風就醫案件，各有127家、125家申報藥品血栓溶解劑(ACTILYSE INJECTION)，申報點數合計4,710萬點、5,044萬點。
- (五)另據審計部之統計資料，104至106年經緊急醫療能力分級評定之急性腦中風中度級以上能力急救責任醫院共35家，其中31家對於符合施行血栓溶解劑治療條件病患，於送達醫院後60分鐘內完成該項治療者，達50%至100%不等，超越美國心臟及中風學會(American Heart Association/American Stroke Association)於公元2010年所訂定大於50%病患數之目標，顯示醫院已儘可能完備院內腦中風急救團隊整合治療流程。
- (六)缺血性腦中風患者若超過3小時才使用血栓溶解劑，將導致病患腦出血風險增加。惟依衛福部說明，105至107年因缺血性腦中風(腦梗塞)住院就

醫之人數分別為34,542人、35,757人及36,398人，有外傷原因代碼人數為1,471人、1,748人及1,889人，兩者相減概估臨床上，在3小時內或可接受血栓溶解劑治療之缺血性腦中風（腦梗塞）各約33,071人、34,009人及34,509人，然該期間腦中風病人到院3小時內接受血栓溶解劑之人數僅1,562人、1,609人及1,844人，顯示實際在臨床上以此方式治療之情形偏低。

- (七) 本案電話諮詢某醫學中心復健科主任，據表示缺血性腦中風病人於3小時內接受血栓溶解劑治療之比率，可能不到1/10，主要原因是病人於發作3小時後才被發現。醫院於腦中風病人緊急送至急診時，一定會向家屬詢問病人發病時間，但家屬未必清楚知道，可能原因在於有些病患的症狀輕微而不自覺，另，有些病患呈現偏癱、無力、不能行動等明顯腦中風症狀，但發病當時，旁邊卻無人，因此無法適時發現，並協助就醫等語。
- (八) 腦中風之治療，需與時間賽跑，醫護人員之及時處置，可減少病患死亡或失能的風險，因此緊急收治腦中風病患之醫院，應確實掌握病患發病之可能時間、症狀等訊息，以助於醫療人員之臨床判斷。惟衛福部就本院所詢腦中風患者於病發多久時間內可到達急救責任醫院一節，並未能提供相關資料，其原因或係醫院端亦未確實掌握相關資訊，或雖有資料卻未上傳衛福部，該部即難對病患未能及時送醫之原因進行分析研究，亦難據此訂定改善計畫。
- (九) 綜上，國內有許多民眾於急性腦中風發作時，仍未能及時就醫，致錯失黃金治療時間。其中，缺血性腦中風病患於發作3小時內接受血栓溶解劑治療，可增加康復機會或降低身心障礙等級，但國人發生

缺血性腦中風於到院3小時內接受血栓溶解劑的人數有偏低情形，究係臨床上本不應使用此一治療方式，抑或多數病患未能於2至3小時內送達醫院，衛福部應予深入瞭解並研謀對策，俾使腦中風病人能即時送達醫院救治。

五、國人對於腦中風急性症狀認知不足，致多數病患未能於2至3小時內送達醫院，而錯失獲得緊急醫療之機會，衛福部允宜督促所屬研謀善策，並透過多元管道進行宣導，使民眾能辨識腦中風急性症狀，俾及時協助病患就醫，爭取黃金治療時間。

(一)國健署為使民眾對腦中風症狀有所警覺，於100年開始將「FAST」納入宣導中風口訣，即遇突發「臉歪、手垂、大舌頭，記下時間快送醫」。嗣107年結合專業團體推廣中風口訣「FAST」中文化，即「臨微不亂」，以方便民眾記憶、判斷，在發現急性中風症狀時，能立即或協助他人就醫，爭取黃金治療3小時：

- 1、「臨」時手腳軟：單側手腳無力，或單側舉不起手腳（ARM）。
- 2、「微」笑也困難：臉部表情不對稱，或嘴角歪斜（FACE）。
- 3、講話「不」清楚：口齒不清或無法表達（SPEECH）。
- 4、別「亂」快送醫：看到以上其中一種徵兆，立刻記下發作時間，通知119緊急送醫（TIME）。

(二)「FAST」原是美國辛辛那提州到院前救護系統評估病患是否為腦中風的指標，由「Face」、「Arm」、「Speech」及「Time」4個英文字的縮寫組成，代表4個評估項目，同時內含「迅速」之意，由於簡易實用，目前世界中風組織（World Stroke Organization）、美國中風組織（American Stroke

Association)、台灣神經學學會、台灣腦中風學會等均引用作為衛教宣導項目。國健署宣導情形如下：

- 1、106年廣播託播496檔次；戶外媒體刊登預防腦中風海報至少775萬觸及人次；網路媒體刊登文字訊息至少49萬網路點擊次數；平面報紙雜誌刊登「預防腦中風」文宣至少180萬觸及人次。
- 2、「FAST」係針對一般大眾宣導。所製作、出版之預防腦中風衛教資訊，如宣導短片、廣播、海報等，均公布於國健署官網及健康九九網站，提供民眾或機關團體自行於網站瀏覽。
- 3、國健署尚無針對民眾對於FAST腦中風評估認知進行調查。

(三)國健署為依據不同族群之特性研擬合適的分眾傳播策略，增進國人預防腦中風健康知能，於108年以小額採購方式委託辦理國內外相關策略或行動方案文獻蒐集分析，並針對推動現況面臨問題及應提升層面進行探討，同時研提腦中風健康識能之分眾提升策略方案報告。據國健署表示，109年將參採方案建議，規劃針對不同對象族群，運用社會行銷策略，進行系統性宣導，增進民眾對預防腦中風議題之重視與識能。

(四)國健署目前推動中風口訣「FAST」，並將中風症狀「『臨』時手腳軟」、「『微』笑也困難」、「講話『不』清楚」及「別『亂』快送醫」中文化為「臨微不亂」。然而前述4字口訣，係適用於發生各類疾病急性症狀之處理，並不具特殊性，實難讓人立即聯想且能透過口訣迅速辨識腦中風症狀，甚至不若原本之「臉歪、手垂、大頭，記下時間快送醫」容易記憶，爰以「FAST」或「臨微不亂」作為辨識腦中風症狀之宣導，恐未能使民眾於日常生活中隨時記憶，自

無法有效強化國人對於腦中風急性症狀之認知。

- (五) 牢記腦中風症狀辨識口訣，掌握黃金治療時間，可減少死亡風險與致殘率；且缺血性腦中風病患如於發作3小時內接受血栓溶解劑治療，能增加康復機會或降低身心障礙等級。惟國人對於腦中風急性症狀認知不足，致多數病患未能於2至3小時內送達醫院，而錯失獲得緊急醫療之機會，衛福部允宜督促所屬研謀善策，並透過多元管道進行宣導，使民眾能辨識腦中風急性症狀，俾及時協助病患就醫，爭取黃金治療時間。

六、健保署推動腦中風急性後期照護服務，使患者於治療黃金期獲得高強度復健及整合性照護，恢復功能或減輕失能程度，參與計畫患者8成以上可回歸社區且功能進步。惟腦中風病人僅約有1成加入急性後期照護服務計畫，多數病人仍未能獲得完整復健及整合性照護服務，亟待強化病患參與腦中風PAC計畫之誘因，同時與衛福部長期照顧司進行資源整合，俾利患者均能得到應有之醫療照護及復健服務。

- (一) 健保署於102年10月7日公告「全民健康保險急性後期整合照護計畫」，並自103年1月1日起施行，目的係為建立台灣急性期、急性後期、慢性期之垂直整合轉銜系統之整合照護模式，提升病人照護之連續性及急性後期照護品質。該計畫實施之初，選擇腦中風為照護對象，嗣104年9月9日新增燒燙傷照護，照護方式新增日間照護模式，再於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。因此，截至目前急性後期整合照護計畫收案對象包括：腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭、衰弱高齡病患共6類。所需

經費係由全民健康保險「其他預算」之推動促進醫療體系整合計畫之「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫」(106年7月修訂計畫前)或「全民健康保險急性後期整合照護計畫」(106年7月修訂計畫後)項下支應。有關103至106年急性後期整合照護計畫之預算編列及執行情形，如表3。

表3 103-106年急性後期整合照護計畫之預算編列及執行情形

單位：百萬元

年度	103	104	105	106
預算數	200	400	400	400
執行數	7.5	42.7	56.9	44.5

(二) 醫院及醫師參與急性後期照護計畫-腦中風(下稱腦中風計畫)之情形：

截至107年11月底，全民健康保險急性後期整合照護計畫之腦中風照護部分共194家醫院參與，其中152家轉出醫院、171家承作醫院(參與醫院可同時為轉出醫院及承作醫院)，23個縣市均有承作醫院，參與醫院係採跨院際整合團隊模式提出申請，團隊成員需符合各類照護疾病之相關專業人員標準。

(三) 腦中風病患收案情形：

1、符合腦中風收案條件人數及實際收案人數：

(1) 由急性後期照護團隊評估個案病況、具復健潛能、失能程度等核心量表及選擇性量表，以評估是否符合收案條件。

(2) 依評估結果安排住院模式、日間照護模式、居家模式之照護服務等急性後期整合照護模式(各類模式合計天數不超過計畫所訂天數上限)。

2、健保署以健保資料庫統計，推估住診就醫之主診

斷為腦中風（排除條件如備註），符合收案條件人次及實際收案人次，如表4。

表4 腦中風符合急性後期整合照護計畫收案條件情形

單位：人次

年度	103	104	105	106	107
符合收案條件	42,367	42,735	43,411	46,093	45,971
實際收案	1,626	3,302	4,048	4,279	4,693

註：

- 1.資料來源-中央健康保險署三代倉儲系統門住診費用申報資料。
- 2.腦中風人次係依據106年7月計畫公告修訂後之新定義統計：重大傷病申報腦中風或者山地離島，且主診斷碼為腦中風之案件。
- 3.排除案件分類為試辦計畫且為PAC腦中風案件、呼吸器依賴、安寧療護、死亡、病危自動出院者。

3、健保署每半年均請參與計畫院所，自行提報符合收案條件但未參與計畫之病患，107年未參與計畫之主要原因為個案拒絕，占67%；其中患者回家且不願意接受居家PAC占49%，後續轉至復健科病房（包含本院及外院）占18%¹⁸。

（四）腦中風計畫執行情形及成效：

1、結案後，107年回歸門診之比率為68%、回歸居家自行復健20%；42%病人有長照需求並已取得諮詢管道或已轉介長照照管中心。

2、105至107年腦中風患者參與居家醫療整合照護計畫人數，如表5。

¹⁸ 個案拒絕-患者回家且不願意接受居家PAC占49%、個案拒絕-後續轉至復健科病房（包含本院及外院）、續住本院一般病房或ICU10%、個案轉回原安置機構或養護機構4%、已經轉銜長照2.0約4%、無PAC病房1%、已經轉銜全民健保居家照護整合計畫繼續照顧1%、其他（包含門診追蹤、門診復健、體力或認知無法配合復健等）13%。

表5 腦中風患者參與居家醫療整合照護計畫人數

單位：人

年度	105	106	107
收案人數	907	4,518	6,639

註：

- 1.資料來源：中央健康保險署三代倉儲居家醫療整合照護收案檔。
- 2.資料擷取日期：108年9月4日。
- 3.資料擷取範圍：居家醫療整合照護收案名單且主診斷碼為腦中風。

3、結案病人整體功能改善比率，如表6。以107年為例，約88.9%病人經PAC團隊評估，整體功能改善情形為穩定進步或快速進步。

表6 103-107年結案病人整體功能改善比率

年度	103	104	105	106	107
改善比率	87.0%	87.4%	87.6%	89.0%	88.9%

註：

- 1.資料來源：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12月31日收案資料，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.整體功能改善比率為結案時團隊評估整體功能為穩定進步或快速進步者。

4、結案病人較收案時之相關評估指標進步情形：

將腦中風個案結案時相關量表評分與收案時前後比較，經過急性後期照護後，結案個案之相關評估指標，包括「巴氏量表」、「工具性日常生活功能」、「整體功能」、「健康相關生活品質」、「吞

嚥進食功能」、「營養評估」及「心肺耐力」均較收案時進步。

(五)據審計部查核報告指出，經檢視腦中風病患符合該計畫收案條件而未參與情形，約有半數符合收案條件者未參與計畫，其中以出院回家為大宗，其次為轉本院或他院病房，轉病房者其中又以轉復健科病房占多數。其原因又可能與健保腦中風計畫收案以3至6週為原則，至多得展延至12週，意即收案至多3個月即應結案返家，惟部分患者或家屬擔憂如結案後恢復程度不足而仍欲轉本院或他院住院復健，除非自費住院，院方考量可能受健保加強審查而拒絕收治，爰患者改採過往一般住院復健方式，以每家醫院1個月住院期限方式於不同醫院間輪替，延長整體住院時間；後者則係醫院考量腦中風病患可能有併發症突發狀況，要求計畫收案病患24小時均應有人照護，惟病患家屬因無人力或經濟無法負擔看護費用，爰患者直接返家改採門診復健或轉至長照機構照顧。

(六)本案諮詢臺北榮民總醫院（下稱臺北榮總）負責辦理腦中風PAC計畫之護理師，據表示：

1、對腦中風個案進行分析，參與PAC計畫之病人失能改善情形優於未參與PAC計畫之病人。且個案及家屬回饋表示，有專責個案管理師提供協助，可提供持續性照護並銜接復健，更可減少病人及家屬對出院的焦慮。

2、惟臨床上，執行腦中風計畫曾遇有下列困難：

(1)目前政策規定住院3-6週，6週後依健保署審查通過者，得再展延3或6週，最多可住院12週，家屬對於實際的住院天數不確定性感到焦慮。

(2)家屬多希望可以繼續於原醫院住院復健，不想

下轉。

(七)腦中風計畫之急性後期整合照護模式包括住院、日間照護及居家模式，而長照2.0之長照服務又包括住宿型、社區式及居家式長照機構提供之服務，前者服務內容著重於復健服務，後者除復健服務外，尚包括照顧服務、專業服務、輔具服務及居家無礙環境改善等；惟前者之病患不需額外之部分負擔，後者之失能民眾的自付額則為一般戶16%、中低收入戶5%、低收入戶免付。上述腦中風計畫及長照2.0之部分服務內容重疊，是否為病患未選擇參與腦中風計畫之原因？遇有需求之民眾究應如何選擇？健保署、衛福部長照司（下稱長照司）如何整合資源，提供腦中風民眾最佳之照護，亦有檢討之必要。

(八)綜上，健保署推動腦中風急性後期照護服務，使患者於治療黃金期獲得高強度復健及整合性照護，恢復功能或減輕失能程度，參與計畫患者8成以上可回歸社區且功能進步。惟腦中風病人僅約有1成加入急性後期照護服務計畫，未參加之原因可能包括對住院天數有所疑慮、希望留原醫院進行復健等，因此多數病人仍未能獲得完整復健及整合性照護服務，亟待強化病患參與腦中風PAC計畫之誘因，同時與長照司進行資源整合，俾利患者均能得到應有之醫療照護及復健服務。

七、衛福部為改善出院後銜接相關服務及時性，獎助醫院辦理銜接長照2.0出院準備友善醫院獎勵計畫，並鼓勵醫院申報健保出院準備及追蹤管理費，惟健保誘因不足，申報病患數仍少，不利居家醫療及有長照相關需求之出院腦中風病患可及時獲得出院整合性轉介追蹤服務，應予檢討改進。

- (一) 健保署為鼓勵醫院落實「出院準備」及「出院後追蹤諮詢」服務，減少出院病人發生短期內再急診及再住院情形，自105年4月起開始給付「出院準備及追蹤管理費」，醫院實際辦理每位病患出院準備服務可申請健保給付1,500點；申請醫院應提供服務項目包括：訂定個案出院準備服務計畫、進行1次以上之跨團隊溝通協調、評估個案需求，協助轉介後續醫療或照護資源、提供電話專線諮詢服務及出院後至少電訪追蹤1次。經統計，107年申報醫院共231家、病人96,371人，其中腦中風病人11,657人。
- (二) 國內住院病人於出院時，部分有失能情形，出院後將面臨主要照顧者老化而無能力照顧，或年輕照顧者無法全日照顧等狀況，有立即銜接長照資源之需求。爰衛福部於長照2.0開始實施後，補助醫院辦理「銜接長照2.0出院準備友善醫院獎勵計畫」，藉由地方政府照護管理中心連結醫院出院準備團隊，於出院前即共同完成評估病患身體、經濟、心理或情緒照護需求，讓失能民眾縮短獲得長照服務之等待時間，協助民眾及時獲得所需服務資源。出院準備友善醫院獎勵計畫之經費可用於補助人事費（僅計畫主持人費）、業務費及管理費等，由醫院自行提出欲申請類別，對於第一類每月補助25,000元、第二類2萬元、第三類1萬5,000元。有關各類別實施範圍之執行內容，如表7。

表7 出院準備友善醫院獎勵計畫經費補助各類別實施範圍之執行內容

類別	實施範圍	預期效益
第一類	一般病床開放數20%或5種科別病房	每月轉介個案數20名或出院前3日內完成評估結果占率20%
第二類	一般病床開放	每月轉介個案數15名或出

	數 15% 或 3 種科別病房	院前 3 日內完成評估結果占率 15%
第三類	一般病床開放數 10% 以上	每月轉介個案數 10 名或出院前 3 日內完成評估結果占率 10%

註：出院前 3 日內完成評估結果占率 = (出院前 3 日內完成評估結果轉介照管中心個案數 / 實施範圍每月出院符合長照服務病人數 * 100%)

(三)截至 108 年 7 月底，經醫院端評估且符合長照需求資格之腦中風個案人數有 10,554 人，包括：長照失能程度 2-3 級者 433 人 (4.1%)、4-6 級者 2,834 人 (26.8%)、7-8 級者 7,287 人 (69%)，其中使用長照 2.0 服務者有 4,710 人，比率為 44.6%。另據申報健保出院準備及追蹤管理費之個案接受長照 2.0 統計資料顯示，自 107 年 1 月至 108 年 7 月止，出院前評估且出院後 7 日內接受長照服務比率，每月平均已從 16% 提升至 43%；民眾於出院前接受評估之平均出院後接受長照服務日數，每月平均日數由 62.62 天降至 6.68 天。惟揆之 107 年健保出院準備及追蹤管理費申報情形，已有 231 家醫院申報該項費用，申報病患數計 96,371 人，其中屬腦血管疾病者 11,657 人，然腦血管疾病住院患者每年約 6 至 7 萬人間，目前醫院申報健保出院準備及追蹤管理費之病人數仍少，據審計部查核報告指出，係因相關給付尚難促使醫院積極對包括腦中風在內之出院患者提供完善出院準備服務，允宜督促研謀善策。

(四)本案諮詢臺北榮總負責辦理出院準備服務轉銜長照 2.0 服務之護理師，其係表示於執行時發現下列問題：

- 1、個案若屬於未滿 65 歲且無身障之個案，因疾病導致失能，有長照服務使用之需求，例如腦中風病

人，尚無法立即取得身心障礙證明，且發病年紀較輕時，即無法使用長照服務之相關資源，此類個案可能係家中經濟主要來源，或本為其他失能家屬之主要照顧者，更需要相關資源協助。

- 2、部分家屬有24小時居家照顧服務之人力需求，但長照2.0服務無法滿足案家需求，或可利用時數不足、等待人力時間過長、案家需求服務時間與居服人員可提供服務之時間不符合，家屬若遇上述情形，通常就不使用長照2.0服務，而轉至機構照護或聘僱外籍看護。
- 3、聘僱外籍看護之家庭，僅給付「照顧及專業服務給付額度」之30%，因部分案家有高密度使用復能服務之需求，可能面臨專業服務給付額度不敷使用之情況，建議可將照顧服務及專業服務之給付額度分開計算。
- 4、出院準備銜接長照評估後，資料即上傳衛福部照管系統，但評估資料內容未反饋予醫院，不利醫院追蹤案況及個案返家後使用資源情形。

(五)綜上，腦中風為國人失能之主因，部分病患出院後仍有居家醫療及長照相關需求，健保署鑑於過往病患出院後無縫接軌長照服務涵蓋率偏低及取得服務等待天數過長等問題，配合長期照顧十年計畫2.0之推展，於106至107年獎助醫院辦理「銜接長照2.0出院準備友善醫院獎勵計畫」，惟健保誘因不足，申報病患數仍少，出院準備計畫服務人數遠低於住院人數，且成功連結到照管中心協助尋找資源之人數更少，計畫成效不彰，不利居家醫療及有長照相關需求之出院腦中風病患可及時獲得出院整合性轉介追蹤服務，應予檢討改進。

參、處理辦法：

- 一、調查意見函請衛生福利部督同所屬檢討改進見復。
- 二、調查意見函送審計部參考。
- 三、檢附派查函及相關附件，送請內政及族群委員會議處理。

調查委員：張武修、包宗和、尹祚芊