

第 10 章

個案管理與臨床路徑的 實施與應用

**The Implementation and Application of
Case Management and Clinical Pathways**

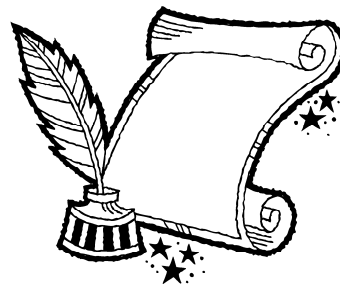
作者：徐南麗、莊淑華

本章大綱

個案管理

臨床路徑

結論



前言

由於醫療費用的高漲，醫療費用成為多數人就醫的一項壓力與負擔，也為了實施社會福利制度，台灣自 1995 年起開始實施「全民健康保險」，以使政府照顧全民、保障全民的精神落實以及達成社會互助的精神，並減少醫療成本的浪費，其主要的目的在於普遍提升國民健康照護之可近性、持續性及醫療品質，期望能提升全體國民適切的健康照護，同時控制醫療費用在社會得以承擔之範圍。

目前全民健保現行支付制度是以「論量計酬」(Fee for Service)為主，其次是「論病例計酬」(Case Payment)、「論日計酬」、「論人計酬」(Capitalization)，如試辦「牙醫門診總額支付制度」。「論量計酬制」即醫師診療之後，計算使用成本，出院時付費。醫護人員不但不必擔心醫療的成本，而且有可能誘發病人醫療需求，以增加服務量及利潤，但結果必造成嚴重的醫療資源浪費。此外，醫療提供者只對當次疾病之醫療照護負責，而缺乏照護之持續性是最大缺點之一。「論病例計酬」是根據「診斷關係群」(Diagnosis Related Groups; DRGs)所推行的，即每一種診斷關係群都有固定的價格及加權係數，同一疾病的給付金額是固定的，以「病例」(Case)為計算單位，以照護流程為導向，因此，醫院如何有計畫地提供醫療照護，縮短病人住院天數，是醫院能否獲利的關鍵，目前正積極擴大辦理中。「論日計酬」目前使用在精神病的慢性住院及社區服務中。「論人計酬」試辦總額支付制度，牙醫門診已於 1998 年 7 月 1 日開始實施總額支付制度，緊接著中醫門診亦將推出總額支付制度，並擬訂 2001 年全面實施總額支付制度。

在全民健保擴大辦理「論病例計酬」之際，醫院如何在不影響健康保險的真義及顧客權益之下，創新、研究、發展、主動出擊，制定出公平、合理的醫療報酬標準，有前瞻性地規劃及隨時保有危機處理的意識，避免健保支付制度帶來的負面影響呢？另一方面，全民健保實施以來面對醫療費用的支出不斷增加，而政府為能有效經營全民健保，除了設法節制各項醫療費用的支出，如何制定出一套標準來協助醫院獲得合理

支付，而又不影響健康保險局的財務呢？是大家共同關心的議題。

「個案管理」(Case Management)是因應健保「論病例計酬」給付醫院，以及期望能節省醫療給付、縮短住院天數、保障患者在有限的住院時間內能得到應有的醫療服務品質與照護、控制成本及增進醫護人員滿意度，是一個很重要的管理方式；而「臨床路徑」(Clinical Pathways)就是個案管理的基本工具，是一種指引，兩者的目的都是為了提升品質，在有限的資源下達到最佳效率與效果，如果沒有臨床路徑的個案管理就像沒有航海圖的船在海中行駛。何謂個案管理及臨床路徑呢？

個案管理

一、個案管理的定義

個案管理是臨床醫療管理系統之一，以改善品質為目的，結合不同的醫療照護結果，以達到三方面的結果，即生理結果、滿意度結果（心理）及成本結果（社會）。個案管理是包含多種學科參與的照護方法，內容包括標準化的應用資源，提供一個持續性的醫療照護計畫，持續不斷的監測，以朝向事先設定的結果目標。此乃護理人員、醫師與其他健康小組成員共同協調合作的執行醫療照護業務，他們在一起工作、溝通、共同解決問題、做決策及共同負起執行醫療照護計畫的責任（盧美秀等，1997）。「個案管理」可提供一個貫穿連續性醫療照護，持續不斷的監測，以朝向事先設定的結果目標。

二、個案管理師(Case Manager)

個案管理師的重要與被需求，隨著國內醫療保健體系的轉型而日漸增加。個案管理師是指接受過個案管理訓練的人員，負責與醫師、醫療小組及病人協調溝通，訂出某種特定疾病之治療計畫與目標，並確保病人在住院期間內，達成期望的目標（李麗傳，1999）。Cohen 和 Cesta 綜合文獻整理出個案管理師的功能包括：①改變的催化者；②臨床專家；③商議者；④協調者；⑤教師；⑥病患照護的管理者；⑦協商者；⑧病患與家屬的代言者；⑨成果與品質的管理者；⑩研究者；⑪危機處理者(Cohen et al., 1997)。另李玉春教授在談論全民健保支付制度及對護理界的影響中指出：面對論病例計酬和診斷關係群的衝擊，醫院必

須兼顧病室的照護品質及成本控制，建議與醫師合作實施個案管理制度。可提升護理人員的角色功能，有助醫院的經營（林文香，1995）。

三、個案管理的效益

許多專家學者研究證實，實施個案管理可以：

◎提升照護品質，增進病人對服務的滿意度

因為當病人被告知需住院那一刻起，醫療人員便會讓病人知道如果無特殊情況下他將會接受怎樣的「標準」照護與住院「流程」，知道何時檢查、治療、手術及出院等，病人對整個療程有一個「清晰」的概念。此外病人不會因為醫院作業關係而在醫院住院等待檢查或手術等延誤時間，因此可縮短住院天數、增進病人對服務的滿意度以及減少醫療資源的浪費。

◎減少不必要的檢查，縮短住院天數

因為所有的治療都依據臨床路徑執行，有標準化作業程序，較不會因為外在因素，如：遇到假日無法檢查或機器維修、人員休假，無法做檢查等特殊因素有所影響而改變住院天數。也因病人一住院起便知道何時會出院，較不會有因臨時被告知要出院而產生害怕，會要求多住一兩天；或因家屬無法前往醫院接病人回家，而要求多住一兩天。

◎降低醫療費用

由於所有檢查、治療都有一定的標準程序，是嚴格依計畫執行的，醫療人員皆有共識，是以病人均能獲得合適的醫療處理，減少合併症發生、縮短住院天數，所以無形中減少醫療成本的浪費(Bowen et al., 1994)。

◎增進醫護人員工作滿意，增加醫療團隊對各專業成員的溝通

臨床路徑是一種教學指引，提醒什麼是此時此刻對此病況重要而適當的步驟；對護士而言，經由臨床指引可以知道對病人預期的服務及醫療後果，並做日後實際與預期後果之比較評估。此外，新進護理同仁有一定標準可依循，可降低因環境不同及新的工作而產生的壓力。

臨床路徑

一、臨床路徑的定義

臨床路徑是一個標準化的流程，即是醫院將病人關鍵性醫療與護理過程，按住院天數表格化，以縮短平均住院天數、降低醫療成本，並持續提升醫療品質（朱樹勳，2000）（表 10-1）。所以，臨床路徑是醫療管理者用來控制醫療成本及改善醫療品質的方法之一，即希望找出最有成本效益的治療模式，而達到最佳的治療效果。

臨床路徑就是醫療團隊內一組專業成員，針對某種疾病，制定一套時間排程的診療模式，病人由入院到出院就依標準作業程序，按步就班實施，如：一住院就計畫什麼時候出院，例如：沒有合併症的盲腸炎病人，第三天就要出院，第一天就讓他了解：「你這個病要是沒有什麼問題的話，第三天就要出院。」而不是第三天才告訴他：「你今天要出院」，這樣會讓病人措手不及。臨床路徑是我們制定一套治療模式，讓病人從住院到出院都按照這個模式來，包括第一天住院就要告訴他第幾天要出院（朱樹勳，2000）。

二、臨床路徑的簡介

「臨床路徑」是針對某一特定診斷，參考實務流程、成本分析資料與專家意見等共同發展一個從入院到出院過程的照護指引。一般而言，由提供醫療照護的成員，包括：醫師、護理師、藥師、檢驗師、營養師、復健師、社工師與個案管理師等共同組成。約有 80 % 的個案可以實行臨床路徑，其餘的個案則由個案管理師做適當的監控（盧美秀等，1997）。提供最有利的治療模式，使其能在最好的照護下，在最短的時間內出院。

臨床路徑係由全體參與照護成員所共同制定。又稱重要路徑(Critical Pathway)內容包括：病患基本資料、住院天數、檢驗（查）、治療、藥物治療、飲食、出院計畫、監測評估、護理指導、護理處置、進度評估、變異數記錄及醫師／護士簽名等項目。臨床路徑是個案管理的基本工具，是一種指引，可引導醫護小組成員每天的照護工作（盧美秀等，1997）。

表 10-1 台北榮民總醫院婦產科臨床路徑表

自然生產

姓名：_____ 入院日期：_____ 出院日期：_____ 住院日數：_____
 病歷號：_____ 主治醫師：_____ 住院診斷：_____

日期				
天數	生 產 日		產 後 1~2 日	
監測評估	✓ TPR & BP ✓ 生產史評估 ✓ FHR & 產程觀察記錄 ✓ 評估小便自解	✓ 評估新生兒出生狀況 ✓ 產後立即評估惡露量 ✓ 評估會陰傷口情形 ✓ 灌腸後 stool 自解	✓ TPR ✓ BP ✓ 產後護理評估	✓ 評估尿液自解情形 ✓ 評估 stool 自解情形
檢驗	✓ CBC ✓ U/R	✓ 備血		
治療	✓ on OBS routine ✓ NSD ✓ on Fetal monitor	✓ Baby care (Dr.) ○ on Foley ✓ Induction		
藥物	✓ D ₅ W, L/R ✓ Pitocin	✓ 局部麻醉用藥 ✓ Ergonovine	✓ 抗生素使用(Oral) ✓ 止痛劑 ✓ 軟便劑	
活動	✓ Bed rest		✓ 下床活動	
飲食	✓ NPO→Regular diet		✓ Regular diet	
護理處置	✓ DR 環境介紹 ✓ 簽生產志願書 ✓ 生產前準備 ✓ 協助 PV ○ 導尿 ○ 引產護理	✓ 產婦保暖 ✓ NSD 流動護理 ✓ 新生兒立即護理 ✓ 完成臨產/生產記錄 ✓ 會陰清潔	✓ PP care ✓ 病房環境介紹 ✓ 母乳/牛乳哺餵 ✓ 熱水坐浴 ○ 母嬰同室 ○ 冷敷	
護理指導	✓ 教導呼吸及鬆弛技巧 ✓ 教導用力技巧 ✓ 教導子宮環形按摩 ✓ 預防產後即刻性出血		✓ 母乳哺餵 ✓ 退奶衛教 ✓ 新生兒照護衛教 ✓ 產後運動	✓ 飲食衛教 ✓ 避孕指導 ✓ 產後性生活指導 ✓ 團體衛教 (PP, BR) ✓ 出院衛教 (PP, BR)
護士簽名	白	晚	夜	白 晚 夜
醫師簽名	R:	CR:	VS:	R: CR: VS:

注：○表非必要執行；✓表一定要執行。

資料來源：台北榮民總醫院婦產科。

三、臨床路徑表格的發展

1. 選擇適當診斷：臨床路徑診斷的選擇通常選擇機構內病患人數最多或治療方式有固定模式的疾病為發展臨床路徑的對象。以台北榮總婦產科為例，其中自然生產及剖腹產病人占最多，而且其治療方式相似、變異較小，所以，選擇此類診斷為該專科發展臨床路徑之優先考量。
2. 計畫：從開始實施臨床路徑至最後的變異檢討，每一個步驟的流程都必須列入計畫。
3. 多元性的組織：即各醫療單位有關人員均應參加，實施臨床路徑失敗的原因常常是各單位未達成共識，而無法相互協調、配合，所以邀集各有關單位組成臨床路徑推廣小組（如醫師、藥師、護理人員、專科護理師等），及機構內相關中層以上的行政主管，如院長、副院長、醫療品質審議委員等，訂出各部門執掌並定期開會討論。院長或該科主任醫師的主動參與、全力支持常是臨床路徑實施成功的最大助力。
4. 教育：當施行臨床路徑的領導小組確定了推行策略後，就要開始教育，教育的對象包括三部分：第一部分為參與規劃與推動的領導小組，共同溝通討論臨床路徑的目的、效益、優點限制與訂定的原則等；第二部分針對參與病患照護的成員，說明臨床路徑的目的、優點、應用臨床路徑的方法及各項照護標準等；第三部分是變異原因記錄、分析或處理者，教導差異原因的分類、簡易地統計與協調溝通醫療成員的技能，以及臨床路徑與個案管理的相關概念等（廖美南等，1997）。
5. 臨床路徑的制定：是採回溯法，歸納分析自然產及剖腹產病患住院中各項檢查、治療、飲食、活動、護理指導及住院天數等資料，透過文獻參考、小組討論及相關檢驗（查）單位等確認及檢討流程後，將重要事件及流程列出。每一位病患必須接受的診斷及治療，列為必要的項目，因病患狀況不同而須執行的檢查，列為選擇項目（廖美南等，1997）。
6. 相關文件之制定：制定各項照護標準，另外整合原先的護理計畫記錄表單內容與臨床路徑的流程，使之一致化，並將可能造成無法吻合臨床路徑之差異原因訂為「路徑變異」，即指病程進行中間每一階段的立即目標、預期出院日、預期花費、預期後果等，和條列於臨床路徑有偏差者稱之，制定變異編

碼以利往後的統計分析。一般路徑變異可分為：①臨床人員方面，例如：路徑上應出現的醫師處方未出現或被忽略未執行；②系統方面，例如：檢驗時間延誤；③病患方面的，例如：若由於病患本身的異常狀況，或合併症(Complication)等。收集變異的資訊加以評估、找出缺失、加以改善，是很重要的項目(楊樹昌等，1995)。

以某醫學中心自然／剖腹生產臨床路徑表為例說明，變異項目包括：

1. 與產婦有關的：①產前合併症；②生產合併症；③產後合併症；④藥物影響；⑤產後接受輸卵管結紮(Tubal Ligation; T/L)或擴張子宮頸及子宮刮除術(Dilatation & Curettage; D & C)；⑥引產無效；⑦引產失敗改行剖腹產(Cesarean Section; C/S)；⑧剖腹產後陰道自然產(Vaginal Birth After C/S; VBAC)；⑨首次 C/S；⑩再次 C/S。
2. 與系統有關的：①檢查延誤；②治療延誤；③手術延誤；④設備故障或當機；⑤床位不足。
3. 與醫護人員有關的：①醫師處方延誤；②護士執行醫囑延誤；③會診人員延誤；④護士執行護理延誤；⑤支援部門延誤。
4. 與社區有關的：①產婦自覺身體未復原；②新生兒因故繼續住院，產婦繼續住院等新生兒；③出院乏人照顧；④無人接送出院；⑤坐月子中心轉住延遲；⑥引產失敗加一日；⑦提前出院。

四、臨床路徑的施行

當表格建立後即可進入施行階段，施行過程是需每一位相關人員隨時注意病患是否依訂定的路徑表執行治療，如果沒有依路徑表進行檢查及治療，是什麼原因？皆需加以探討原因做記錄並力求改進，以供病人出院後，統計人員做變異數分析，以便了解為何無法依路徑表做治療的原因及做為改進路徑表的參考。此外路徑表是可依病人個別狀況修正的。以台北榮總自然生產為例說明：

產科臨床路徑的實施，主要是配合醫院政策來推展。病人由門診入院醫師決定是否適合依臨床路徑方式做治療，可依臨床路徑表做治療者，門診醫師會列出依臨床路徑做治療單張隨病歷到病房，醫護人員則根據所設計的臨床路徑表做治療，出院後做變異評估並修正、調整路徑表。

醫師的職責有：①決定何類病人應進入臨床路徑；②負責臨床路徑之檢驗

治療、監測評估、藥物項目之執行，每日簽名並記錄變異數；③評估實施效益；④彙整臨床路徑表，統計結果及進行變異分析。

護理人員的職責有：①在病歷封面貼上臨床路徑字樣作辨識；②協調與協助產婦按時完成各項檢查；③三班護理人員須根據臨床路徑活動、飲食、護理指導及出院計畫各項目加以執行並簽名；④每日監測臨床路徑表所載應進行活動之變異情形，即時與醫師討論，修正不必要的差異，同時負責產婦及家屬的教育工作；⑤查核表格的完整性。其他部科人員則盡量配合，安排作檢查。

五、執行效果評值

(一) 在住院天數方面

以某醫學中心產科病房為例：自 1999 年 1 月至 12 月止共計 12 個月，平均住院天數為 3.0 天，由變異項目分析中得知與產婦有關的變異項占 14.5 %；社區變異占 8.2 %；與產婦相關的變異依序為：痔瘡、產後出血、小便無法自解、會陰傷口腫脹、產後高血壓、產後腸胃炎等。與社區有關的變異依序為：等新生兒出院、自覺身體未恢復、無人接送、乏人照顧等。

住院超過 3 天以上者，有 47 % 是以「健保身分」續住，其續住原因有：①有引產之事實占 63.4 %，健保規定生產過程中有「引產之事實」者，得多住一天；②產後有合併症產生，如貧血、乳腺炎及麻醉後頭痛；③未符合陰道生產出院狀態，如惡露量多、會陰傷口癒合差、解尿困難。

住院超過 3 天以上者，有 53 % 是以「民眾身分」續住，其續住原因依序為：自覺身體未恢復、等新生兒出院、乏人照顧、無人接送、等坐月子中心。如果產婦住院日滿 3 天且不符合健保可續住的原因，而需延遲出院，則須填寫「產婦自費住院同意書」。

(二) 在醫療費用方面

產科自然生產、剖腹產是最早實施論病例計酬的診斷，自然生產在醫學中心每一個案支付點數為 17,420 元（表 10-2），剖腹生產支付點數為 32,330 元（表 10-3），文獻指出實施個案管理可以減少合併症的發生、縮短住院天數，所以無形中減少醫療成本的浪費(Bowen et al., 1994)，由資料統計結果得知：臨床路徑的實

施使產科病房成本控制在合宜的範圍內，在健保局給付之下仍有 11~13 % 的盈餘，顯示在健保的實施下進行臨床路徑的照護方式可增加醫院盈餘（表 10-4）。表 10-2、10-3、10-4 之資料為虛擬教學，如有雷同，純屬巧合。

表 10-2 1999 年 1~12 月自然生產損益平衡表

日期	實際總費用（元）	健保個案給付（元）	健保總給付（元）	盈餘（元）
1999/01	1,091,823	17,420	1,219,400	+ 127,577
1999/02	1,064,199	17,420	1,201,980	+ 137,781
1999/03	1,731,537	17,434	1,952,588	+ 221,051
1999/04	1,442,277	17,420	1,637,480	+ 195,203
1999/05	1,480,500	17,437	1,673,923	+ 193,423
1999/06	1,409,521	17,442	1,640,640	+ 195,119
1999/07	1,454,222	17,420	1,637,480	+ 183,258
1999/08	1,392,304	17,420	1,567,800	+ 175,496
1999/09	1,376,269	17,420	1,550,380	+ 174,111
1999/10	1,238,885	17,420	1,393,600	+ 154,715
1999/11	1,342,157	17,420	1,515,540	+ 173,383
1999/12	1,516,580	17,420	1,707,160	+ 190,580
合計	16,540,274	—	18,661,971	+2,121,697

注：1999 年 3 月、5 月、6 月因部分個案有合併症，然健保仍依規定給付，依個案實際狀況核報，因此給付費用超過 17,420 元。

結論

在健保財力吃緊的狀況之下，為了健保局、醫院的永續經營，保障病患就醫的權利及品質，造成三贏的局面，每一個人都有責任共體時艱，除注意自身健康及小病到小醫院，大病到大醫院就診醫療，並善用轉診制度，避免醫療資源浪費外，醫院更應該盡量配合健保局實施個案管理與臨床路徑，以提升病人的滿意度、避免醫療資源的浪費，如此才能使政府照顧全民的美意落實。

表 10-3 1999 年 1~12 月剖腹生產損益平衡表

日期	實際總費用(元)	健保個案給付(元)	健保總給付(元)	盈餘(元)
1999/01	1,167,078	32,330	1,206,710	+ 39,632
1999/02	963,772	32,330	1,009,230	+ 45,458
1999/03	1,317,239	32,330	1,368,360	+ 51,121
1999/04	1,254,520	32,330	1,278,370	+ 23,850
1999/05	1,323,111	32,330	1,336,030	+ 12,919
1999/06	1,494,970	32,330	1,530,010	+ 35,040
1999/07	1,236,308	32,330	1,293,200	+ 56,892
1999/08	1,223,684	32,330	1,303,700	+ 80,016
1999/09	1,375,111	32,330	1,461,850	+ 86,739
1999/10	1,128,816	32,330	1,138,550	+ 9,734
1999/11	1,182,136	32,330	1,239,040	+ 56,904
1999/12	1,167,811	32,330	1,066,890	- 921
合計	14,734,556	—	15,231,940	+479,384

表 10-4 1998~1999 年產房實際總費用與健保給付費用比較表

日期	自然生產		剖腹生產	
	實際總費用(元)	健保總給付(元)	實際總費用(元)	健保總給付(元)
1998 年	14,493,207	16,440,580	14,821,513	15,357,880
1999 年	16,540,274	18,661,971	14,734,556	15,231,940

本章習題



問題討論

- 一、您認為全民健保有繼續推行的必要嗎？其優點為何？缺點為何？
- 二、推行臨床路徑時各單位人員應該如何配合？
- 三、臨床路徑表如何建立，其建立步驟為何？
- 四、您認為臨床路徑有推行的必要嗎？請說明原因？
- 五、實施臨床路徑可減少住院天數、降低成本嗎？請討論之。
- 六、實施臨床路徑可減少住院天數、降低成本，會影響服務病人的品質嗎？請討論之。
- 七、何謂個案管理？何謂個案管理師？
- 八、個案管理與臨床路徑有何相關性？
- 九、如何做好個案管理？

引用文獻

- 朱樹勳(2000)·中華民國醫療精算論文選輯·中華民國精算學會。
- 李麗傳(1999)·個案管理師角色與功能·護理雜誌，46(5)，55-60。
- 林文香(1995)·全民健保支付制度及其對護理的衝擊——訪李玉春教授·榮總護理，12(1)，109-112。
- 楊樹昌、蘇喜(1995)·臨床路徑介紹·醫院，28(5)，20-31。
- 廖美南、盧美秀(1997)·臨床路徑之建構·護理雜誌，44(5)，29-33。
- 盧美秀、林秋芬、魏玲玲(1997)·個案管理與臨床路徑·護理雜誌，44(5)，23-28。
- Bowen, J., & Yaste, C.(1994). Effect of a stroke protocol on hospital costs of stroke patients. Neurology, 44, 1961-1964.
- Cohen, E. L., & Cesta, T. G.(1997). Nursing case management: From concept to evaluation(2nd ed.). St. Louis: Mosby.

參考書目

- 江宏哲(1999)·個案管理與臨床路徑研習會講義，由醫療政策與保險制度看個案管理與臨床路徑之推展於台北榮民總醫院主辦·台北：台北榮民總醫院。
- 林碧珠等(1999)·臨床路徑在骨科之應用·護理雜誌，46(2)，45-54。
- 黃金蓮(1997)·臨床路徑中個案管理者的角色功能·領導護理，1(2)，10-13。
- 鄧素文(1997)·臨床路徑的發展與建立——以某醫學中心自然生產發展經驗為例·護理雜誌，44(5)，34-40。
- Currie, L., & Harvey, G.(1998). Care pathways development and implementation. Nursing Standard, 12(30), 35-38.
- De, L. K.(2000). Are different models of care pathways being developed? International Journal of Health Care Quality Assurance, 13(2-3), 80-86.
- Harkleroad, A. et al.(2000). Critical pathway development: An integrative literature review. American Journal of Occupational Therapy, 54(2), 148-154.
- Husbands, J. M. et al.(1999). Clinical care pathways: Decreasing resource utilization in head and neck

surgical patients. Otolaryngology & Head & Neck Surgery, 121(6), 755-759.

Kelly, C. S. et al.(2000). Improved outcomes for hospitalized asthmatic children using a clinical pathway. Annals of Allergy, Asthma, & Immunology, 84(5), 509-516.

Lin, P. C. et al.(1999). Application of clinical path methods in orthopedic unit [Chinese]. Journal of Nursing (China), 46(2), 45-54.

Rohrbach, J. I.(1999). Critical pathways as an essential part of a disease management program. Journal of Nursing Care Quality, 14(1), 11-15.

附件

專題報告：「全民健保支付制度與因應措施」

報告者：徐南麗

於 1999 年元月台北榮總行政會議中報告

「全民健康保險」已於 1995 年三月一日在台灣實施，全民健康保險的目的在於普遍提升國民健康照護之可近性、持續性及醫療品質，期能提升全體國民適切的健康照護，同時並應控制醫療費用在社會得以承擔之範圍。

全民健保現行支付制度是以「論量計酬」(Fee for Service)為主，其次是「論病例計酬」(Case Payment)及試辦「牙醫門診總額支付制度」，未來可能推行「論人計酬」(Capitation)。「論量計酬制」，即醫師診療之後，計算使用成本，出院時付費。醫護人員不但不必擔心醫療的成本，而且有可能誘發病人醫療需求，以增加服務量及利潤，結果必造成嚴重的醫療資源浪費。此外，醫療提供者只對當次疾病之醫療照護負責，而缺乏照護之持續性是最大缺點之一。「論病例計酬」是根據「診斷關係群」(Diagnosis Related Groups; DRGs)所推行的，即每一種診斷關係群都有固定的價格及加權係數，同一疾病的給付金額是固定的，因此，醫院如何有計畫的提供醫療照護，縮短病人住院天數，是醫院能否獲利的關鍵。試辦牙醫門診總額支付制度，現由健保小組試行中。目前健保局的支付制度改革重點是：①訂定支付標準點數；②逐步擴大論病例計酬的項目，由原先的二十二項擴增為五、六十項；③加強審查作業；④試辦論人計酬，選擇優秀的計畫小規模試辦；⑤在總額預算方面，限制可使用的資源、醫療服務、醫療費用的總量。

面對全民健保收支逐漸出現赤字的情形，各醫院除紛紛在開源節流上努力，以降低成本減少不必要之開支外，有些醫院已積極發展「臨床路徑」(Clinical Pathways)及「個案管理」(Case Management)，期能節省醫療給付、縮短住院天數、保障患者在有限的住院時間內能得到應有的醫療服務品質與照護、控制成本及增進醫護人員的滿意度。「個案管理」可提供一個貫穿連續性醫療照護，持續不斷的監測，以朝向事先設定的結果目標。「臨床路徑」是由提供醫療照護的成員包括：醫師、護理師、藥師、檢驗師、營養師、復健師、社工師、與個案管理師等共同組成。針對某一特定診斷，參考實物流程、成本分析資料、與專家意見等共同發展一個從入院到出院過程的照護指引，亦是個案管理的基本工具，一般而言，約有 80 % 的個案都可以依據臨床路徑執行醫療照護活動。

假設所有醫院均朝全民健保依論病例計酬方向邁進，那麼未來趨勢可預期到住院天數會逐漸降低，醫學中心即不需要那麼多床位，床位數減少則所需員工減少，醫院就有裁員之必要。因此如何發展多角化連續性的經營是醫院管理當前重要的課題之一。本人擬就目前支付制度醫院因應措施提出幾點淺見：①宜開源：開源方面的實際行動，例如：增加必要而未列入收費的項目、不敷成本項目提高收費、擴充服務擴展市場、提高個人工作生產力等；②要節流：節流具體行動方面，例如：實施住院日的控制、降低藥品及醫材庫存、減少水電開支、及貴重儀器避免重覆採購等；③要有前瞻性規劃：考慮將高成本低收入的單位轉型經營或做連續性的規劃，例如：在大醫院分別轉型成立專科醫院，成立慢性病房及護理之家等，使健保給付及病人照護有連續性；④面對危機處理及未來趨勢預測要能主動出擊，事先收集資料，預防重於治療，才能收事半功倍之效。

總之，全民健保實施帶給醫療業者的衝擊是必然的，如何在不影響健康保險的真義及顧客權益之下，創新、研究、發展、主動出擊、有前瞻性規劃、及危機處理的意識，避免健保支付制度帶來的負

面影響，其解決之道除推行個案管理實施開源節流外，多角化連續性的經營也是未來精算成本的趨勢，願我們共同努力，共創榮總光明的未來。