

# 重點工作項目 7、推動慢性病預防管理及健康促進整合執行重點說明

## 壹、背景說明：

鑒於慢性疾病與人口老化已對整體醫療支出造成沉重的負擔，為有效率提供高品質、全面性及可近性醫療照護，自 111 年起由衛生局結合並活化當地醫療體系資源，透過盤點並與社區資源服務連結，推展健康促進業務，共同打造以民眾為中心之照護環境。因應高齡化，提供重視高齡者，具性別和年齡特異性之健康照護服務，透過衛生局及轄下健康照護機構增能賦權，持續推動高齡健康促進工作之照護服務。

經 110 年成人預防保健服務分析，我國 40 歲以上自述無三高(血壓、血糖、血脂)相關疾病者，25% 透過檢查發現三高中至少有一項異常；另 2017-2020 國民營養健康狀況變遷調查結果顯示，20 歲以上國人三高自知率不到 40%，為使國人能透過瞭解疾病成因與疾病對生活品質造成的影響，改善不良生活習慣，降低罹病風險，本署持續推廣三高防治宣導，提升國人慢性疾病知能，遠離三高威脅。另考量原鄉地區保有獨特的傳統文化及生活習性，且幅員廣闊、交通不便、醫療資源相對缺乏，透過慢性病照護模式 (Chronic Care Model, CCM)，加強盤點並整合原鄉社區資源，建立原鄉三高個案管理，以期讓原住民族達到健康促進與永續。

為強化醫院對健康促進及慢性疾病管理，提升戒菸服務品質，也落實無菸環境，106 年起配合 WHO 健康促進醫院國際網絡新版評核標準，結合友善環境、健康促進等議題，發展具臺灣特色的健康照護機構認證。110 年起透過提升衛生局與轄下健康照護機構慢性疾病管理及專業服務量能並結合本署重要預防保健政策，建立因地制宜的個案管理模式。參考國際作法，113 年起以網絡會員取代認證模式，擴大加入意願，期望縱向強化不同層級醫療機構間之合作，橫向整合更多慢性疾病(糖尿病、腎臟病)照護資源，共同推動健康促進業務，提高整體照護量能，創造民眾自醫院至社區完整性的健康照護服務。

貳、計畫期程： 113 年 1 月 1 日至 113 年 12 月 31 日止。

參、計畫目的：

總目標：整合健康照護機構服務資源，持續打造以民眾為中心之服務體系，建立在地化整合性保健服務及慢性病管理服務模式，提升無菸醫院之戒菸服務品質，使民眾自醫院至返回社區皆能持續獲得完善的健康照護服務；並以危機應變走向統籌規劃本計畫執行，建立於緊急災害或疫情中仍可持續推動之作法，自行訂定相關因應對策及計畫管理監控機制，並發展各地方或文化特色。

肆、受理申請：

22 縣市衛生局（原鄉三高防治及管理-預計共補助 12 縣市衛生局輔導 55 個原鄉，申請縣市輔導範圍須包含轄內所有山地及平地原鄉。）

伍、主要工作項目：

#### 一、工作分項 1：衛生局與轄內醫療院所建立合作平台

**工作重點**：本項工作目的係衛生局與轄下醫療院所（如醫院、衛生所／健康服務中心、診所等）建立穩定夥伴關係，配合政策走向訂定年度目標，透過相關策略（例：工作聯繫會議、辦理與政策及健康醫院相關議題活動等）強化不同機構間之橫向連結及合作，以持續精進健康促進、無菸醫院服務品質及慢性疾病防治。

(一) 衛生局工作事項：

- 1、召開工作聯繫會議：邀集轄下健康醫院、衛生所就本年度之工作重點討論，依本署所定之預期成效設定計畫目標，規劃在地化推動策略，並強化轄下健康照護機構之間夥伴關係之建立。
- 2、強化衛生局服務量能，推動高齡友善健康促進服務，包含 3 項策略。
  - (1) 輔導及鼓勵衛生所/健康中心持續推動高齡友善服務，鼓勵新認證或屆期衛生所/健康中心持續參與(再)認證。
  - (2) 宣導長者防跌相關知能，於衛生局官網提供防跌資訊連結，並針對 ICOPE 評量有行動及認知等障礙之長者實施介入措施。
  - (3) 推廣診所高齡友善服務。
- 3、提升醫院戒菸服務品質：依全球無菸健康照護服務網絡（GNTH）之認證標準條文，持續推動醫院落實無菸環境，提升醫院戒菸服務品質。

4、推廣並提升地區醫院加入健康醫院網絡數量，輔導並追蹤健康醫院網絡年度報告，依限將年度資料上傳至本署成人預防保健暨慢性疾病防治資訊系統(下稱本署資訊系統)，並由衛生局針對年度成果給予相關建議。

5、推動三高防治及管理

(1) 於各縣市針對三高危險因子及預防舉辦跨場域之心血管防治知能宣導活動，以提升民眾識能。

(2) 原鄉三高防治及管理：為掌握原鄉成人預防保健服務情形，且使血壓、血糖、血脂異常個案達三高良好控制率，參照慢性病照護模式(Chronic Care Model, CCM)於原鄉針對成健服務、血糖、血壓、血脂異常者進行個人、家戶及部落管理，以增進個案自主健康行為。基線值於第一季前提供本署(附件 13-1)。

(3) 配合本署調查，於每季(3、6、9、12月)回復當季執行概況(附件 13-2)。

(二) 衛生局依計畫需求召募健康醫院參與：

1、由衛生局於受補助經費額度(包含健康醫院辦理之補助經費)內依計畫規劃運用及召募轄內健康醫院共同辦理本計畫相關工作項目，本項計畫書提交時請提供預計補助參與本計畫工作分項 2 之轄下健康醫院家數及經費等資料，各機構經費運用細節由衛生局管理，惟本計畫不得編列設備費(請依補助情形，填入註表 1)。

2、醫院受補助名單由局端自行依健康醫院受補助資格所列條件，審核申請機構資格，以及所申請經費編列合理性及是否逾原則規定(請依附件 10 經費編列所述之原則及經費使用範圍及編列標準檢視，但不得編列設備費)，實際核定補助名單於期中報告檢附。

3、各衛生局計畫書經本署核定後，後續計畫之執行、經費撥付、計畫執行過程之輔導及經費運用，請進行本計畫輔導管理，並進行期(中)末報告審查，依限將執行情形提報本署期末成果報告。

4、健康醫院受補助資格：符合以下任一條件者：

(1) 已通過健康醫院認證且加入健康醫院網絡者：

受補助 經費	每家機構補助以下列金額為原則，可依現況酌調： 1、醫學中心≤50萬元整。 2、區域醫院≤40萬元整。 3、地區醫院≤30萬元整。
補助 家數	已具健康醫院資格以不低於「112年度推動慢性病預防管理及健康促進整合計畫」受補助家數為基礎，所有健康醫院都加入為原則，若無法補助所有健康醫院請於報告檢附原因。
備註：113年受本計畫補助之健康醫院，經委員審議，年度報告表現優良者，擬於115年給予適當獎勵。	

(2) 113年以前未曾加入健康醫院網絡之地區醫院：

受補助 資格	1、未曾參加健康醫院認證且113年預計申請加入健康醫院網絡之地區醫院。 2、依據地區醫院病床數、預防保健服務提供情形分組(本署提供分組名單)： A組：一般病床100床(含)以上，且提供本署成人預防保健服務。 B組： (1)一般病床100床以下，且提供本署成人預防保健服務。 (2)一般病床100床(含)以上，且未提供本署成人預防保健服務。 C組：100床以下且未提供本署成人預防保健服務。
受補助 經費	1、每家地區醫院補助上限25萬元整，可依現況酌調。 2、補助包含基礎補助(完成必選題)及自選題： (1)A組基礎補助15萬元整；B、C組基礎補助10萬元整。 (2)自選題(共計5項)每多選1題，補助2萬元，以單一家醫院補助總額不超過25萬元為準。
補助 家數	補助113年加入健康醫院網絡之地區醫院目標家數(參考註表A)為基礎。
備註：113年受本計畫補助之健康醫院，經委員審議，年度報告表現優良者，擬於115年給予適當獎勵。	

## 二、工作分項 2：推動健康醫院持續精進

**工作重點**：本項工作目的係以推動健康醫院持續精進為基準訂定，包括：促進員工充能、提升預防保健服務、健康促進品質精進、提升無菸醫院服務品質等。

### (一) 健康醫院工作事項：

#### 1、促進員工充能：

由醫院依推動健康促進、高齡友善照護、慢性疾病預防及健康管理經驗，因地制宜自行辦理院內員工充能課程、工作坊、專家輔導等，提升員工執行能力。

#### 2、提供慢性病危險因子預防及保健服務：

- (1) 鼓勵符合本署成人預防保健服務(下稱成健)資格者接受服務。
- (2) 追蹤經成健發現之三高(血壓、血糖及血脂)、肥胖個案，建立異常提醒機制並進行介入、管理。
- (3) 鼓勵符合本署 B、C 肝炎檢查服務(含成健非成健)資格者，接受檢查。
- (4) 醫院專科醫師提供成人預防保健服務 B、C 肝炎檢查服務。

#### 3、健康促進品質精進：

- (1) 鼓勵醫療院所參與本署或衛生局舉辦之健康促進宣導活動。
- (2) 針對加入健康醫院網絡者，舉辦共學團體、召開健康促進主管會議，針對健康促進議題進行交流討論。
- (3) 醫院運用 112 年培育之心血管種子人員，於院內、社區等地辦理心血管防治知能宣導活動，且種子人員參與率 $\geq 50\%$ 。

#### 4、健康醫院網絡繳交年度資料，鼓勵並輔導健康醫院定期自我檢測，依限繳交 111 年度門診人次檔案、當年度精進健康促進品質報告。

#### 5、提升醫院戒菸服務品質：持續提升醫院戒菸服務品質，落實無菸環境。

陸、預期成效：

一、工作分項 1：衛生局與轄內醫療院所建立合作平台

衡量指標	定義/說明	目標值	備註
1、召開工作聯繫會議場次	邀集健康醫院、衛生所就本年度之工作重點討論。	至少 1 場	應於期中、末報告以附件方式呈現辦理情形
2、提升服務量能，推動高齡友善健康促進服務	1、衛生局依本署公告高齡友善健康照護機構認證基準內容，輔導協助 113 年屆期、新認證或 112 年未通過之衛生所/健康服務中心參加(再)認證作業。	113 年屆期、新認證及 112 年未通過之衛生所/健康服務中心參加(再)認證__家(自訂)	衛生所/健康服務中心完成認證家數≥113 年通過家數。
	2、宣導長者防跌相關知能，並針對 ICOPE 評量有行動及認知等障礙之長者實施介入： (1) 運用衛生局多元管道(例如網站點擊、活動宣導品發放等)，向 18 歲(含)以上民眾宣導長者防跌專區( <a href="https://www.hpa.gov.tw/4624/s">https://www.hpa.gov.tw/4624/s</a> )與防跌相關衛教訊息。 (2) 針對 65 至 75 歲執行 ICOPE 評量，有 <b>行動異常</b> 之長者實施防跌介入措施。 【分子：分母中有進行防跌介入措施之人數；分母：衛生局/所 65 至 75 歲長者經 ICOPE 評量有行動異常人數；介入措施包含衛教、提供衛教單張及轉介資源等】	(1) 將本署防跌專區連結放至衛生局網站，並呈現宣導成效，包括網站防跌專區點擊/瀏覽人次及實體宣導活動之辦理情形。 (2) 防跌介入率____%(自訂)	1、應於每季報表及期中、末報告呈現網站專區瀏覽人次。 2、應於期中、末報告呈現註 2 防跌推廣成效表(包含活動場次及參加人次)。 3、防跌介入情形應於每季報表及期中、末填寫參與情形(除提供比率外，須提供分子分母數，分母不限當年度新發現個案)。

衡量指標	定義/說明	目標值	備註
	3、推廣高齡友善診所，輔導及協助診所填報「高齡友善服務診所自評表」。	協助診所填報「高齡友善服務診所自評表」每縣市8家(除離島)。	1、於期中報告前完成註3診所高齡友善輔導名單，並於期末呈現實際成效。 2、110-111年已通過、112年已申請之診所不列入家數計算。
3、提升醫院戒菸服務品質	1、稽查承辦醫院無菸環境維持情形，並撰寫稽查紀錄。 【備註：每家至少4次。】	稽查承辦醫院無菸環境每家至少4次。	-
4、輔導地區醫院加入健康醫院網絡	1、鼓勵轄內尚未加入健康醫院之地區醫院加入健康醫院網絡，促進地區醫院涵蓋率。 分子：113年加入健康醫院網絡之地區醫院家數 分母：113年尚未加入健康醫院之地區醫院家數	20%	1、於期末報告呈現辦理情形(加入之醫院家數、名單等)。 2、優先邀請「已為糖尿病或腎臟病健促機構，但尚未加入健康醫院」之地區醫院申請。 3、縣市目標家數請參考附表A。
	2、追蹤健康醫院網絡完成年度報告並給予建議： (1) 追蹤健康醫院網絡完成年度報告繳交。 (2) 提供轄內健康醫院網絡年度報告相關建議。	100%	1、加入計畫醫院皆須逕行至本署資訊系統上傳資料。(若系統屆時未完成建置，須將資料回復至本署提供之繳交位置)。 2、衛生局至本署

衡量指標	定義/說明	目標值	備註
			資訊系統提供參與計畫醫院年度報告建議，若屆時系統未建置完成，比照醫院繳交辦法辦理。
5、推動三高防治及管理	<p>1、衛生局舉辦跨場域之心血管防治知能宣導活動(如講座、園遊會設攤、社區篩檢衛教等)，人數達標且符合下述條件：</p> <p>(1) 112 年培育之種子人員活動參與率達 50%</p> <p>(2) 舉辦場域需 <math>\geq 3</math> 種</p> <p>(3) 每場域至少辦理一場活動</p> <p>2、三高防治及管理參照慢性病照護模式(Chronic Care Model, CCM)提供原鄉成人預防保健服務，並針對血糖、血壓、血脂異常者進行個人、家戶及部落管理。</p>	<p>100%</p> <p>第 1-3 組縣市目標分母 5,000 人；第 4 組縣市目標分母 2,000 人</p> <p>如註 5 表格</p>	<p>1、於期中、期末報告填寫成效，格式如註 4。</p> <p>2、目標人數以年度總人數計算。</p> <p>3、種子人員參與率以年度計算，如 112 年培育種子 100 人，113 年至少需 50 名參與本項指標活動。</p> <p>1、僅有原鄉之 12 縣市需辦理。</p> <p>2、需填寫附件 13-1、附件 13-2。</p>

註 1、補助轄下健康照護機構家數及經費(表格若不敷使用請自行增列)

編號	機構名稱	機構類別：		核定 補助經費 (單位：元)
		1、醫學中心	2、區域醫院	
		3、地區醫院(112年(含)前已加入)	4、地區醫院(113年新加入)	
1、_____衛生局				
1-1				
1-2				
1-3				
1-4				
_____縣(市)				
核定補助家數總計： _____家醫院				
補助總經費：				

註 2、防跌推廣成效表(表格若不敷使用請自行增列)

宣導管道	辦理日期	成效
例：於衛生局網站設立防跌專區、辦理宣導活動等	(宣導活動須填寫，網站點擊請寫統計期間)	線上點擊瀏覽人次/辦理活動場次及參加人次

註 3、診所高齡友善輔導名單(表格若不敷使用請自行增列)

編號	輔導診所名單	參與自評情形-是否參與 (期中-執行進度；期末-成效)
1		
2		
3		

註 4、心血管防治活動執行情形表(表格若不敷使用請自行增列)

活動時間	活動主題	舉辦場域	參與情形 (種子人員及民眾)	執行成效
113/mm/dd	心血管防治講座	社區據點、校園、職場、醫療院所等	1、種子人員：分子/分母(112年種子總數) 2、民眾：人數	例：識能前後測，認知提升X%

註 5、三高防治及管理指標

指標項目
1、成人預防保健使用率提報 100%。 【註：原鄉成人預防健使用率：每季、年底符合成健資格並有使用服務者(累計)/當年度符合成健服務使用資格總人數】
2、三高異常個案追蹤率達 65% 以上。 【註：三高異常個案追蹤率：每季、年底追蹤血壓、血糖、血脂異常者/三高期初異常個案收案人數】
3、計畫介入後血壓控制良率提升 5% 【註：(當季、年底血壓進入良好範圍人數-期初血壓進入良好範圍人數)/期初血壓異常人數】
4、計畫介入後血糖控制良率提升 5% 【註：(當季、年底血糖進入良好範圍人數-期初血糖進入良好範圍人數)/期初異常人數】
5、計畫介入後血脂控制良率提升 5% 【註：(當季、年底血脂進入良好範圍人數-期初血脂進入良好範圍人數)/期初異常人數】
6、計畫介入後 BMI $\geq$ 24 改善率 (目標值自訂) 【註：(1)累計 BMI 改善人數/期初 BMI $\geq$ 24 收案數；(2)改善係指 BMI $\geq$ 24 減少 1-2BMI 值；或 BMI $<$ 24】
7、使用戒菸服務比率 (目標值自訂) 【註：使用戒菸服務人數/有吸菸行為人數】
8、血壓異常者居家血壓 722 之衛教率 (目標值自訂) 【註：完成血壓 722 衛教之人數/血壓異常人數】
9、其他自訂指標

指標項目
<p>1、血壓良好範圍定義：經檢驗血壓控制 &lt; 140/90 mmHg。</p> <p>2、血糖良好範圍定義：空腹血糖值 &lt; 126mg/dL (7.0mmol/L) 或 HbA1c &lt; 7 %。</p> <p>3、血脂良好範圍定義：請參考全民健康保險降血脂藥物給付規定表。</p> <p>4、居家血壓量測口訣「722」：「7」連續七天量測 「2」早上起床後、晚上睡覺前各量一次 「2」每次量兩遍</p> <p>註：資料來源為 2016-2019 年國民營養健康狀況變遷調查。</p>

## 二、工作分項 2-1：推動健康醫院持續精進(適用 111 年以前已取得健康醫院資格者)

### (一) 員工充能：

衡量指標	定義/說明	目標值	備註
1、醫事人員接受健康促進相關議題教育訓練率*	<p>參與健康促進教育訓練相關課程至少 2 小時。</p> <p><b>【註】</b></p> <p>1、相關課程包含：評估及介入預防保健服務和四大危險因子、氣候風險(如高溫熱傷害、低溫寒流)等。</p> <p>2、分子：分母中完成訓練之醫事人員人數；分母：院內所有醫事人員人數。</p>	10%	期中、期末除比率，須呈現分子及分母數。
2、住院科別之醫事人員接受高齡友善相關議題教育訓練率*	<p>參與符合本署訂定之高齡友善健康促進訓練規範之相關課程或教育訓練至少 2 小時。</p> <p><b>【註】</b></p> <p>1、分子：分母中完成訓練之醫事人員人數；分母：院內住院科別醫事人員人數。</p> <p>2、住院科別至少有 2 科別，分母住院科別由醫院/衛生局自訂。</p>	90%	期中、期末除比率，須呈現分子及分母數。

含\*之相關指標請執行之健康醫院保留佐證資料以供備查

(二) 提供慢性病危險因子預防及保健服務：

衡量指標	定義/說明	目標值	備註
1、40 歲(含)以上門診民眾接受成健服務之成長率*	<p>服務成長率： (113 年 40 歲(含)以上門診民眾接受成健服務率)減(112 年 40 歲(含)以上門診民眾接受成健服務率)。</p> <p><b>【服務率定義】</b> 分子：分母中有完成成健服務之人數 分母：該年度轄下參與計畫醫院所有來院 40 歲(含)以上門診民眾人數</p>	<p>醫學中心：__% 區域醫院：__% 地區醫院：__% (自訂)</p>	<p>1、於期中及期末報表填寫參與情形(除比例,須提供分子分母數)。 2、112 年數據統計至 112 年 12 月底。</p>
2、透過成健發現三高異常或肥胖,後續介入機制及成效*	<p>1、建立異常個案提醒機制。 2、異常個案介入率 分子：有進行介入措施人數 分母：透過成健發現三高異常或肥胖之總人數(含員工及來院民眾) 3、異常個案改善率 分子：分母中有改善人數 分母：透過成健發現三高異常或肥胖且有進行介入之總人數</p>	<p>1、機制建立 ≥ 1 式 2、異常個案介入率__% (自訂) 3、異常個案改善率__% (自訂)</p>	<p>1、於期中、期末提報異常個案機制進度(內容須包含個案、異常辨別機制、提醒流程等),格式如註 6。 2、個案介入方案(如:追蹤、介入方式)、異常個案改善情形,格式如註 7。</p>
3、來院 45-79 歲 B、C 型肝炎檢查服務成長率*	<p>涵蓋成長率： (113 年來院 45-79 歲 B、C 型肝炎檢查服務涵蓋率)減(112 年來院 45-79 歲 B、C 型肝炎檢查服務涵蓋率(統</p>	<p>醫學中心：__% 區域醫院：__% 地區醫院：__% (自訂)</p>	<p>於期中及期末報表填寫參與情形(除比例,須提供分子分母數)</p>

衡量指標	定義/說明	目標值	備註
	計至 112 年 12 月底)) 【涵蓋率定義】 分子：分母中有提供 B、C 型肝炎檢查服務(含成健及非成健)之人數 分母：該年度轄下參與計畫醫院所有來院 45-79 歲民眾(包含門診及住院)之人數		
4、全院專科醫師提供成人預防保健服務 B、C 型肝炎檢查服務參與比率*	分子：分母中提供成人預防保健服務 B、C 肝篩檢專科醫師人數 分母：轄下參與計畫醫院執登專科醫師人數 【註：中醫、牙醫、小兒不列入，非臨床直接接觸病人之科別，：如病理等，可不列入分母】	醫學中心：__% 區域醫院：__% 地區醫院：__% (自訂)	於期中及期末報告填寫參與情形(除比例，須提供分子分母數)

含\*之相關指標請執行之健康醫院保留佐證資料以供備查

(三) 健康促進品質精進：

衡量指標	定義/說明	目標值	備註
參與推動慢性疾病防治之健康促進政策宣導活動*	推派主管級以上人員參與由衛生局、本署推動之慢性病防治健康促進政策宣導活動(例：醫院共學團、代謝症候群、糖尿病、腎臟病、ICOPE、心血管疾病、成人預防保健、BC 肝炎防治等)	≥2 場	應於期末報告呈現註 8 參與情形
辦理提升心血管疾病防治知能活動*	運用 112 年培育之心血管種子人員，辦理院內/社區心血管防治知能宣導活動 【註】 1、每場人數不得少於 20 人，第四組縣市得調整為每場人數不得少於 10 人。	≥1 場	於期末報告呈現註 9 參與情形。

衡量指標	定義/說明	目標值	備註
	2、112 年培育之種子人員活動參與率人數須 $\geq$ 50%，例 112 年培育 20 名種子，則至少須有 10 名加入本年度知能宣導活動。		

含\*之相關指標請執行之健康醫院保留佐證資料以供備查

(四) 健康醫院網絡繳交年度資料

衡量指標	定義/說明	目標值	備註
111 年度門診人次提報*	<p>最晚於期中報告繳交前完成 111 年度門診人次檔案提報。</p> <p>【數值列舉如下，請依本署公布之格式、欄位為主】</p> <p>1、門診 40-64 歲就醫人數</p> <p>2、門診 65 歲以上就醫人數</p> <p>3、門診 30-69 歲婦女就醫人數</p> <p>4、門診 45-69 歲婦女就醫人數</p> <p>5、門診 50-69 歲就醫人數</p> <p>6、門診 30 歲以上預期嚼檳榔或吸菸人數</p>	100%	逕行至本署資訊系統上傳資料。(若系統屆時未完成建置，須將資料回復至本署提供之繳交位置)。
113 年 10 月 16 日以前繳交年度健康品質精進報告*	依本署格式提報，繳交年度精進健康促進品質報告。	100%	逕行至本署資訊系統上傳資料。(若系統屆時未完成建置，須將資料回復至本署提供之繳交位置)。

(五) 提升醫院戒菸服務品質

衡量指標	定義/說明	目標值	備註
提升醫院戒菸服務品質*	<p>1、追蹤戒菸服務(治療)於 VPN 之 3 及 6 個月點戒菸情形填報率：：</p> <p>(1) 每一戒菸治療及戒菸衛教療程之初診日起，應擇一日以面對面或電話追蹤個案三個月、六個月之戒菸狀況，並將追蹤結果登錄於 VPN 系統。</p> <p>(2) 計算公式=3 個月及 6 個月應追蹤並完成填報之個案數/3 個月及 6 個月應追蹤個案總數。</p> <p>2、戒菸服務(治療)於 VPN 之 3 及 6 個月點戒菸成功率：</p> <p>(1) 醫院應於個案接受戒菸服務(治療)後進行個案管理及追蹤，應於初診日後 3 個月進行追蹤。計算公式=藥物治療個案中，[訪問時表示 7 天內未吸菸個案/應追蹤 3 個月戒菸情形之總個案數*100%]。</p> <p>(2) 醫院應於個案接受戒菸服務(治療)後進行個案管理及追蹤，應於初診日後 6 個月進行追蹤。計算公式=藥物治療個案中，[訪問時表示 7 天內未吸菸個案/應追蹤 6 個月戒菸情形之總個案數*100%]。</p>	<p>1、3 個月個案吸菸情形填報率：醫學中心、區域醫院≥90%；地區醫院≥65%。</p> <p>2、6 個月個案吸菸情形填報率：醫學中心、區域醫院≥90%；地區醫院≥65%。</p> <p>3、VPN3 個月點戒菸成功率：醫學中心、區域醫院≥27%；地區醫院≥20%。</p> <p>4、VPN6 個月點戒菸成功率：醫學中心、區域醫院≥25%；地區醫院≥20%。</p>	

## 二、工作分項 2-2：推動健康醫院持續精進(適用 113 年新加入計畫者)

### (一) 員工充能：

衡量指標	定義/說明	目標值	備註
1、醫事人員接受健康促進相關議題教育訓練率*(必選)	參與健康促進教育訓練相關課程至少 2 小時。 【註】 1、相關課程包含：評估及介入預防保健服務和四大危險因子、氣候風險(如高溫熱傷害、低溫寒流)等。 2、分子：分母中完成訓練之醫事人員人數；分母：院內所有醫事人員人數。	10%	期中、期末除比率，須呈現分子及分母數。
2、住院科別之醫事人員接受高齡友善相關議題教育訓練率*(必選)	參與符合本署訂定之高齡友善健康促進訓練規範之相關課程或教育訓練至少 2 小時。 【註】 1、分子：分母中完成訓練之醫事人員人數；分母：院內住院科別醫事人員人數。 2、住院科別至少有 2 科別，分母住院科別由醫院/衛生局自訂。	50%	期中、期末除比率，須呈現分子及分母數。

含\*之相關指標請執行之健康醫院保留佐證資料以供備查

### (二) 提供慢性病危險因子預防及保健服務：

衡量指標	定義/說明	目標值	備註
1、提報 40 歲(含)以上門診民眾成健服務率*(部分自選)	服務率： 分子：分母中有完成成健服務之人數 分母：該年度轄下參與計畫醫院所有來院 40 歲(含)以上門診民眾總人數	100%	1、於期中及期末報表填寫參與情形(除比例，須提供分子分母數) 2、112 年數據

衡量指標	定義/說明	目標值	備註
			統計至 112 年 12 月底。 3、此項 A 組必選，B、C 組自選。
2、透過成健發現三高異常或肥胖，後續介入機制及成效*(部分自選)	建立異常個案提醒機制。	≥1 式	1、於期中、期末提醒異常個案機制(內容須包含個案蒐集來源、機制流程等，格式如註 6。 2、此項 A 組必選，B、C 組自選。
3、提報當年度來院 45-79 歲 B、C 型肝炎檢查服務涵蓋率*(自選)	提報 113 年度來院 45-79 歲成人預防保健服務 B、C 型肝炎檢查服務涵蓋率 【服務涵蓋率定義】 分子：分母中有提供 B、C 型肝炎檢查服務(含成健及非成健)之人數 分母：該年度轄下參與計畫醫院所有來院 45-79 歲民眾(包含門診及住院)之人數	100%	1、依據涵蓋率定義，於期中及期末報表填寫參與情形(除比例，須提供分子分母數)。 2、服務涵蓋率可依醫院層級分別填寫。

含\*之相關指標請執行之健康醫院保留佐證資料以供備查

(三) 健康促進品質精進：

衡量指標	定義/說明	目標值	備註
1、參與共學團體* (部分自選)	參與由本署舉辦之共學團體。	≥1 場	1、此項 A 組必選，B、C 組自選。 2、辦理情形請填寫註 8，相關資料於期末以附件方式檢附本署。
2、召開健康促進 相關主管會議 *(必選)	召開至少 2 次主管會議： 第 1 次檢視條文自評表， 訂定醫院今年執行方向。 第 2 次檢討今年訂定之執行方式是否達成。	≥2 場	辦理情形請填寫註 8，會議資料及決議於期末以附件方式檢附本署。

含\*之相關指標請執行之健康醫院保留佐證資料以供備查

(四) 健康醫院網絡繳交年度資料

衡量指標	定義/說明	目標值	備註
111 年度門診人次 提報*(必選)	最晚於期中報告繳交前完成 111 年度門診人次檔案提報。 【提報數值】 1、門診 40-64 歲就醫人數 2、門診 65 歲以上就醫人數 3、門診 30-69 歲婦女就醫人數 4、門診 45-69 歲婦女就醫人數 5、門診 50-69 歲就醫人數 6、門診 30 歲以上預期嚼檳榔或吸菸人數	100%	逕行至本署資訊系統上傳資料。(若系統屆時未完成建置，須將資料回復至本署提供之繳交位置)。

衡量指標	定義/說明	目標值	備註
113年10月16日以前繳交年度健康品質精進報告*(必選)	依本署格式提報，繳交年度精進健康促進品質報告。	100%	逕行至本署資訊系統上傳資料。(若系統屆時未完成建置，須將資料回復至本署提供之繳交位置)。

(五)提升醫院戒菸服務品質(本部分自選，若醫院有執行請提供，無則計畫書撰寫時本部分指標目標值為0，後續成果報告不提報)

衡量指標	定義/說明	目標值	備註
提升醫院戒菸服務品質*(自選)	<p>1、戒菸服務(治療)於 VPN 之 3 及 6 個月點戒菸情形填報率：</p> <p>(1) 每一戒菸治療及戒菸衛教療程之初診日起，應擇一日以面對面或電話追蹤個案三個月、六個月之戒菸狀況，並將追蹤結果登錄於 VPN 系統。</p> <p>(2) 計算公式=3 個月及 6 個月應追蹤並完成填報之個案數/3 個月及 6 個月應追蹤個案總數。</p> <p>2、戒菸服務(治療)於 VPN 之 3 及 6 個月點戒菸成功率：</p> <p>(1) 醫院應於個案接受戒菸服務(治療)後進行個案管理及追蹤，應於初診日後 3 個月進行追蹤。計算公式=藥物治療個案中，[訪問時表示 7 天</p>	<p>1、3 個月個案吸菸情形填報率：醫學中心、區域醫院<math>\geq 90\%</math>；地區醫院<math>\geq 65\%</math>。</p> <p>2、6 個月個案吸菸情形填報率：醫學中心、區域醫院<math>\geq 90\%</math>；地區醫院<math>\geq 65\%</math>。</p> <p>3、VPN3 個月點戒菸成功率：醫學中心、區域醫院<math>\geq 27\%</math>；地區醫院<math>\geq 20\%</math>。</p> <p>4、VPN6 個月點戒菸成功率：醫學中心、區域醫院<math>\geq 25\%</math>；地區醫院<math>\geq 20\%</math>。</p>	-

衡量指標	定義/說明	目標值	備註
	<p>內未吸菸個案/應追蹤 3 個月戒菸情形之總個案數*100%]。</p> <p>(2) 醫院應於個案接受戒菸服務(治療)後進行個案管理及追蹤，應於初診日後 6 個月進行追蹤。計算公式=藥物治療個案中，[訪問時表示 7 天內未吸菸個案/應追蹤 6 個月戒菸情形之總個案數*100%]。</p>		

註 6、成健三高異常及肥胖提醒機制建立表(請參採格式，不敷使用自行增列)

異常類型	提報參考值	異常提醒機制	異常提醒流程
例：血壓異常、血糖異常、血脂異常、肥胖。	例：收縮壓 $\geq 140\text{mmHg}$	例：簡訊提醒個案、系統提供異常警報、轉診輔導機制等。	例：從篩檢如何發現異常個案到提供介入/追蹤有哪些步驟。

註 7、三高異常及肥胖介入成效表(請自行參採格式，不敷使用自行增列)

辦理對象	介入方式	參與人數	具體成效 (例：三高進入良好範圍人數、介入前後人數差異等)
例：員工、民眾	例：減重班、健康促進班等	例：00 人	例：介入前 00 人數三高異常，介入後 xx 人數三高進入良好範圍。

註 8、實際參與活動情形表(請自行參採格式填寫，不敷使用自行增列)

合計場次數：				
參與活動主題	辦理單位	參與對象	辦理日期/ 活動名稱	具體成效
<input type="checkbox"/> 健康醫院共學(團)交流 <input type="checkbox"/> 健康促進主管會議 <input type="checkbox"/> 代謝症候群 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> ICOPE 計畫 <input type="checkbox"/> 心血管防治 <input type="checkbox"/> 成人預防保健(成健/BC 肝) <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 衛生局/所 <input type="checkbox"/> 中央主管機關：____ <input type="checkbox"/> 其他：____	<input type="checkbox"/> 主管級人員 <input type="checkbox"/> 醫事人員 <input type="checkbox"/> 志工 <input type="checkbox"/> 其他：____	例：於 113 年 3 月 11 日參與 0000 舉辦之(活動名稱)。	例：共 x 人參與本次活動，對慢性疾病風險認知率由 70% 提升為 90%。

註 9、心血管防治知能活動辦理情形表(表格不敷使用請自行增列)

合計場次數：                      場；合計參與人數：                      人					
主辦單位	活動時間	活動主題	舉辦場域	參與情形 (種子人員及民眾)	執行成效
例：XX 醫院	113/mm/dd	心血管防治講座	社區據點、校園、職場、醫療院所等	1、種子人員：分子/分母(112 年種子總數) 2、民眾：人數	例：識能前後測，認知提升 X%

附表 A-113 年新加入健康醫院網絡(地區醫院)目標參考家數

縣市別	地區醫院(未加入健康醫院)家數 <sup>*1</sup>	目標 <sup>*2</sup>
基隆市	4	1
台北市	12	2
新北市	39	8
桃園市	21	4
新竹縣	4	1
新竹市	5	1
苗栗縣	9	2
台中市	45	9
彰化縣	19	4
南投縣	2	0
雲林縣	8	2
嘉義縣	0	0
嘉義市	7	1
台南市	17	3
高雄市	60	12
屏東縣	11	2
台東縣	3	1
花蓮縣	0	0
宜蘭縣	2	0
澎湖縣	1	0
金門縣	0	0
連江縣	0	0
<b>小計</b>	<b>269</b>	<b>53</b>

備註：

\*1：參採健康保險資料開放服務網站

(<https://data.nhi.gov.tw/Datasets/DatasetDetail.aspx?id=327&Mid=A111088>)

健保特約醫事機構-地區醫院資料(112年3月22日更新)，扣除現有健康醫院(地區醫院層級)後計算出地區醫院(未加入健康醫院)家數。

\*2：目標計算為地區醫院(未加入健康醫院)家數之20%(四捨五入)

血壓、血糖、血脂異常定義：

項目	異常定義
血壓	收縮壓 $\geq 140\text{mmHg}$ 或 舒張壓 $\geq 90\text{mmHg}$
血糖	空腹血糖值 $\geq 126\text{mg/dl}$
血脂	1、(TC $\geq 200\text{mg/dl}$ 或 LDL-C $\geq 130\text{ mg/dl}$ ) 且有 2 個危險因子或以上。 2、(TC $\geq 240\text{mg/dl}$ 或 LDL-C $\geq 160\text{ mg/dl}$ ) 且有 1 個危險因子。 3、LDL-C $\geq 190\text{ mg/dl}$ 。 4、TG $\geq 200\text{mg/dl}$ 且 (TC/HDL-C $>5$ 或 HDL-C $<40\text{mg/dl}$ )。 5、TG $\geq 500\text{mg/dl}$ 。  上述危險因子定義為： (1)高血壓，(2)男性 $\geq 45$ 歲、女性 $\geq 55$ 歲或停經者， (3)HDL-C $<40\text{mg/dl}$ 、(4)吸菸、(5)有早發性冠心病家族史(男性 $\leq 55$ 歲，女性 $\leq 65$ 歲)。

資料來源：成人預防保健服務異常定義