

# 看診不必趴趴走： 健保推動以病人為中心之 相關整合照護計畫

李伯璋 衛生福利部中央健康保險署署長

## 壹、前言

我國 65 歲以上老年人口占總人口比率，在民國 107 年 3 月已達 14%，正式宣告邁入「高齡社會」，且距離「超高齡社會」（達 20%）也僅剩 8 年，反映出我國老化速度嚴重的程度。鑑於全民健保乃是保障社會安全最重要的基石，健保署近年來規劃多項政策，便是以臺灣未來面臨超高齡社會所需的醫療照護需求，預為未雨綢繆，特別是老人往往有多重用藥、共病現象，以及身心功能退化與失能等「高齡症候群」的特徵，因此健保署積極推動院所辦理各項整合性醫療服務計畫，建構以病人為中心的醫療照護模式。

## 貳、人口老化反映在健保大數據

隨著人口的老化、科技的進步與醫藥的發達，國人平均壽命持續延長，疾病的型態也從細菌病毒感染之急性病，逐漸轉變成生活型態導致之慢性病。而慢性病治療與急性病不同，大部分只能控制病情穩定而無法治癒，故慢性病患者人數不斷增加，其後續醫療照護問題，對健保是一項挑戰。

依據健保大數據分析，臺灣的慢性病人數及醫療費用不斷攀升，民國 106 年慢性病的醫療費用達 2,318 億元，約占總醫療費用之 3 成，較 102 年成長 2.3%（如圖 1）。當年罹患慢性病人數已超過 1,100 萬人，就

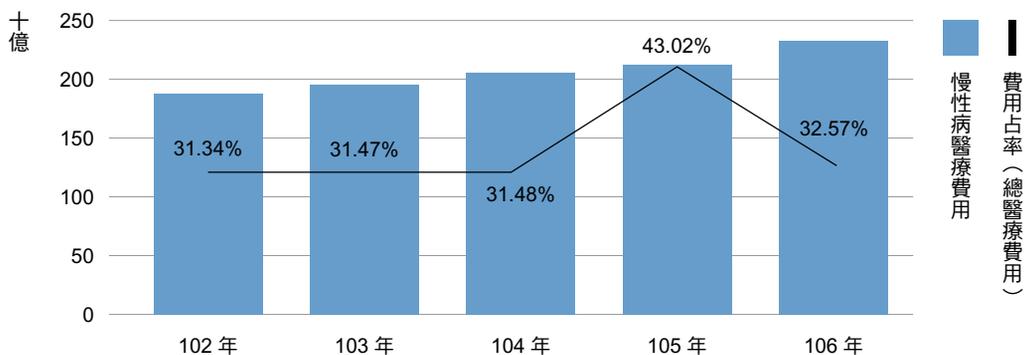


圖 1 慢性病醫療費用及占總醫療費用比率

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

相當於約占總人口之一半，較 102 年成長 13%。

另從平均醫療費用觀察，65 歲以上老年人慢性病藥費達 180 億元、醫療費用為 337 億元，兩者均遠高於 19~64 歲勞動年齡人口的 93 億元及 165 億元。由此觀之，未來隨著勞動年齡人口逐漸邁向老年，健保醫療支出將更為可觀。

健保署統計資料顯示，106 年慢性病患者人數約 629 萬人，其中 65 歲以上約 386 萬人，約占 6 成；如以罹患慢性病的數量加以分析，罹患 1 種慢性病有 213 萬人，約占 34%，其餘 66% 則罹患 2 種以上慢性病，而 65 歲以上患者罹患 2 種以上慢性病的比率近 6 成（如表 1）。由此顯示，國內的慢性疾病不僅逐年增加，而且慢性病患跨院或多科看病，很可能出現重複開立處方，除浪費醫療資源外，

表 1 106 年罹患慢性病患者人數分析

慢性病個數	人數(千人)	占率
合計	6,289	100%
1 種	2,127	34%
2 種	2,013	32%
3 種	1,200	19%
4 種	578	9%
5 種	371	6%
未滿 65 歲	2,429	100%
1 種	561	23%
2 種	740	30%
3 種	564	23%
4 種	323	13%
5 種	242	10%
65 歲以上	3,859	100%
1 種	1,566	41%
2 種	1,273	33%
3 種	636	16%
4 種	255	7%
5 種	129	3%

資料來源：中央健康保險署

一旦服藥超過劑量或各醫師開藥出現交互作用，對病人健康反而有潛在的風險。

## 參、推動家醫整合性照護計畫

鑑於國內都會區的醫療資源非常充足，加上健保部分負擔金額不高，許多民眾往往到處看病，卻未能對症下藥，因此健保署自92年起辦理「家庭醫師整合性照護計畫」，主要特色在鼓勵同一地區5家以上基層診所與合作醫院共同組成「社區醫療群」，以群體力量提供服務，期待藉由家醫計畫的施行，養成民眾正確就醫習慣，平時由基層診所提供初級照護，如果有進一步診療的需要，再經轉診到醫院就醫，整合醫院及基層診所之醫療資源。

在「家庭醫師整合性照護計畫」的運作方面，由基層診所與特約醫院合作，共同提供較完整的健康照護，包含提供會員24小時諮詢專線服務，藉由提供適當就醫指導和加值服務，減少急診和不必要就醫；建立完善轉診機制，落實雙向轉診及共同照護，提升病人照護之連續性與協調性；藉由服務提供、醫療品質、滿意度、預防保健之評核，結合支付制度以確保運作。

截至106年底，全臺參加「家庭醫師整合性照護計畫」共計有526個社區醫療群，參加基層診所4,063家，較105年3,057家，增加1,006家。104年照護人數約為250萬人，至106年人數增為410萬人，3年人數成長為1.6倍，醫療費用支出則由104年約



圖2 社區醫療群是推動家醫制度的基礎

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

12 億元，成長到 106 年 20 億元，費用成長為 1.7 倍。（如表 2）

## 肆、提供整合及跨科服務新模式

此外為提供多重慢性病患者整合性的醫療服務，讓民眾享有周全性、協調性與持續性的醫療照護，提升病人安全，避免重複、

不當治療用藥或處置，健保署依民眾就醫習慣於不同醫療院所層級，額外規劃整合性醫療服務，若病患習慣於醫院就醫者，可參加「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」；若病患習慣於診所就醫者，則可參加「家庭醫師整合性照護制度計畫」；若病患因行動不便於醫院或診所就醫者，則可參加「居家醫療照護整合計畫」。

表 2 104 年至 106 年「家庭醫師整合性照護計畫」收案人數及醫療利用

項目 \ 年度	104	105	106
總點數（百萬元）	1,180	1,180	2,030
診所家數	3,035	3,057	4,063
醫師人數	3,709	3,789	5,182
社區醫療群數	426	414	526
收案人數（千人）	2,485	2,604	4,134

資料來源：中央健康保險署



圖 3 醫院以病人為中心門診整合照護計畫，慈濟醫院發表成果

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，從 98 年起開始推動，其目的為引導醫院各專科間之適當整合，不再只從單一科別思考治療策略，鼓勵醫院對於門診就醫病患提供整合式門診照護服務，由醫院整合治療團隊，同診間多科醫師共同照護，每週至少 1 診次，每診次至少 3 小時，提供失智症、重大傷病或罕見疾病、高齡多重慢性病、三高慢性病，及其他疾病等患者 1 次看診之診療服務。每次看診除支給一般診察費外，再給予每人 120 點門診整合鼓勵費，若為多科醫師共同照護的整合門診，再額外給予 60 點

獎勵；對於失智症患者，特別給付家庭諮詢費用 300-500 點。健保署透過經濟誘因，讓罹患多重慢性病患可以獲得整合性照護服務，提升多重慢性病之照護品質，讓民眾看病更安心，品質有保障。

根據統計，106 年參與「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」醫院計有 189 家，104 年至 106 年照護人數從 36 萬人提高至 52 萬人，3 年人數成長為 1.4 倍，醫療費用支出則由 104 年約 1.1 億元，成長到 106 年約 2.3 億元，費用成長為原來的 2 倍。（如表 3）

表 3 104 年至 106 年「醫院門診整合照護計畫」之照護人數及醫療利用

項目 \ 年度	104	105	106
總點數（百萬元）	112.9	228.0	228.0
醫院數	188	188	189
照護人數（千人）	359,260	553,742	522,330

資料來源：中央健康保險署

## 伍、居家醫療人力投入整合照護

為進一步服務行動不便患者，健保署自 105 年起爭取經費，推展「居家醫療照護整合計畫」，對於行動不便的老人或失能者，由社區照護團隊就近評估及整合照護資源，讓長期照顧居家服務人員到家中提供生活照顧服務；醫療部分則由醫護人員到家中提供居家醫療照護，並隨著民眾病情變化，延伸至居家安寧療護，陪伴民眾善終，建立以病人為中心的醫療觀念。

「居家醫療照護整合計畫」整合了一般居家照護、呼吸居家照護、安寧居家療護及 104 年實施的居家醫療試辦計畫，藉由照護團隊之合作與個案管理機制，提供病人完整醫療服務，無需因病情改變更換照護團隊，提升居家醫療照護之連續性。

106 年計有 195 個團隊、2,024 家院所參與，50 個次醫療區域均有服務院所，其中逾 9 成為基層診所及居家護理所，可就近提供照護。106 年累計照護人數 32,759 人，85.4% 為 65 歲以上長者，較 105 年 3 月至 12 月照

護 7,675 人，成長為 4.3 倍。醫療支出則由 105 年約 0.6 億元，成長到 106 年約 4.7 億元，費用成長為 7.8 倍。

108 年起，「居家醫療照護整合計畫」除持續擴大服務內容，納入牙醫師、中醫師及藥師服務，更加重居家主治醫師的責任，



圖 4 健保署與臺大醫院金山分院舉辦居家醫療照護整合記者會

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

表 4 105 年至 106 年「居家醫療照護整合計畫」之照護人數及其醫療利用統計

項目 \ 年度	105	106
總點數（百萬元）	66.0	469.5
團隊數	106	195
參與院所數	550	2,024
累計照護人數	7,675	32,759

資料來源：中央健康保險署

病患之整體照護需求，由居家主治醫師整體評估，必要時再連結牙醫師、中醫師、護理師、呼吸治療師等其他醫事人員服務；而病患也需要配合居家主治醫師整合用藥、接受完整照護，如果無法配合，則維持原有就醫模式於門診就醫領藥，將有限的居家醫療人力，留給真正有需要的行動不便患者。

## 陸、促進醫院與診所垂直整合

從家庭醫師整合性照護計畫、醫院以病人為中心門診整合照護計畫、居家醫療照護整合計畫以及健保各類促進醫療可近性與品質方案的實施，都是為了建構以病人為中心的醫療照護模式，依病人需求，提供安全、適切及持續的整合式醫療服務，並減少醫療資源的浪費。

尤其是近兩年健保署積極推動分級醫療與雙向轉診，獲得各醫學中心及區域醫院熱烈響應，出面擔任轄區醫療龍頭的角色，主動與社區醫院及診所結盟，截至 107 年 11 月中旬，全臺組成「垂直整合」策略聯盟的院所群已達 78 群，鼓勵民眾若有身體不適可就近選擇信任的家庭醫師看診，而且基層診所所有醫學中心當醫療備援，必要時可透過健保署建置的「電子轉診平台」安排轉診，經由診所與醫院間彼此分工合作，既可提供民眾連續性的照護，也可節省往返大醫院等候的時間與就醫成本。

## 柒、雲端醫療促成醫病健保三贏

健保的資源有限，健保署與醫界必須有共識來設計支持推動整合性照護服務的誘因，並依照品質設計獎勵制度。部分醫界代表

抱怨，現行醫療專業分科的制度下，醫師各有專才，醫師要提供整合性照護服務有一定難度；另有部分醫院雖提供整合照護服務，僅為資訊端整合，仍讓病人多科就診；病人希望仍維持原就醫自由等因素，醫療照護體系仍面對醫療照護片段性的挑戰。

因此，健保署近年來積極進行各種醫療資訊的整合，包括 105 年建置「雲端藥歷」，藉此加強病人用藥安全、避免重複用藥，106 年逐步提升為「健保醫療雲端資訊查詢系統」，增加提供檢驗檢查紀錄及結果等民眾就醫資訊，107 年起更進一步建立「醫療影像分享調閱」機制，提供診間醫師即時跨院調閱病人的醫療數位影像，接著又建立線上即時提醒之警訊，讓診間醫師在開立藥品或檢驗（查）單之前，就能立即掌握病人最近 3 到 6 個月所吃的藥品及檢驗（查）。如果每位醫師都能在診間徹底查詢健保雲端醫療系統，減少重複檢查及重複用藥，就能降低不必要的醫療花費，也能保障病人的就醫安全。

在健保資源有限又要保障患者醫療權益的情況下，唯有加強節流才能減緩調漲保費的壓力。健保署近年來推動各項醫療及支出面的改革，藉此促進醫療與健保資源更有效率分配，從源頭加以管控減少醫療浪費，從而避免因為總額支付制度造成的點值浮動，影響醫事人員的收入。此外，為方便民眾自主健康管理，107 年更精進「健康存摺」可經由手機認證功能，民眾下載「健保行動快易通」App，即可快速查詢個人保費繳費及就醫紀錄、健康檢查、預防保健等相關資訊，截至 107 年底，下載人數已突破 100 萬人，我們希望創造醫、病與健保三贏的局面，才能迎接超高齡社會的各項挑戰。

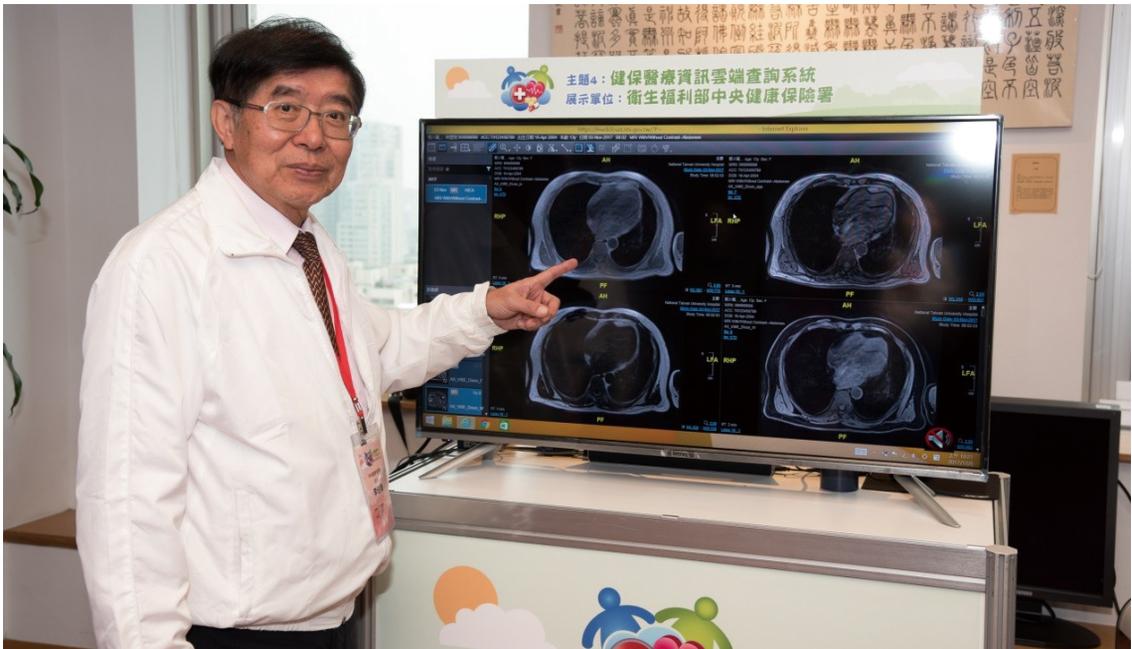


圖 5 107 年元月起，各醫院可進行影像檢查上傳分享調閱

資料來源：衛生福利部中央健康保險署



圖 6 健保署邀請醫院分享雲端醫療系統標竿學習

資料來源：衛生福利部中央健康保險署