

以人為中心－完善多重慢性病人整合照護暨民眾認識

成果報告

補助單位

台灣主婦聯盟生活消費合作社

主辦單位

台灣醫療改革基金會

2022年2月

# 目錄

一、問題意識 .....	2
二、計畫目標 .....	4
三、計畫內容 .....	4
四、計畫成果 .....	7
五、計畫效益 .....	12
六、執行經費表 .....	14
七、附件 .....	15
附件一：善用整合醫療資源 多重慢性病長者不再逛醫院.....	15
附件二：線上專題講座活動報導：基層醫療群與分級醫療 .....	17
附件三：重複就醫又怕吃錯藥？多重慢性病人可依「3原則」自救(含連結) .....	23
附件四：就醫安全宣導折頁：多重慢性病，整合照護 1 次搞定 .....	24
附件五：「有名無實，有心無力：體檢醫院門診整合照護計畫」記者會新聞稿 .....	28
附件六：「有名無實，有心無力：體檢醫院門診整合照護計畫」記者會報導露出 .....	33
附件七：「有名無實，有心無力：體檢醫院門診整合照護計畫」記者會後醫改會再回應 .....	34

## 一、問題意識

衛生福利部中央健康保險署(簡稱「健保署」)2019 年公布，罹患慢性病人數推估已超過 1,100 萬人，而且慢性病的醫療費用高達 2,319 億元，不論人數與醫療費用均是歷年之最。根據國民健康署 2017 年的「國民健康訪問調查」(N=17,026)，約有 18.9% 自述罹患高血壓、17.8% 有高血脂、7.9% 有糖尿病，也有 2.9% 民眾經醫護人員告知罹患腎臟病。伴隨台灣人口高齡化、疾病型態轉變與醫療照護服務片段化的趨勢，如何治理慢性病已是衛生部門亟需面對的主題。

慢性病容易誘發併發症，造成障礙、失能等問題，一旦慢性病與其他慢性病共病，便稱作「多重慢性共病」，並且會衍生多重慢性病人的長期照顧、觀察與療養的需求。根據健保署的統計，2017 年 629 萬的慢性病人中，以年齡別區分，未滿 65 歲約有 243 萬人，65 歲以上約有 386 萬人；若以共病個數區分，有 1 種慢性病約佔 213 萬人(34%)，2 種慢性病約佔 201 萬人(32%)，3 種慢性病約佔 120 萬人(19%)，加總 2 種以上慢性病個數者高達 416 萬，也就是說，每 5.5 位國民中就有一位是多重慢性病人，其嚴重性不可小覷(參表一)。

表一：慢性病人人數分析

慢性病年齡層	人數(萬人)	占率
未滿 65 歲	243	38.6%
65 歲以上	386	61.4%
慢性病個數	人數(萬人)	占率
合計	628.9	100%
1 種	212.7	34%
2 種	201.3	32%
3 種	120.0	19%
4 種	57.8	9%
5 種	37.1	6%

註：統計至 2017 年

資料來源：中央健康保險署，醫改會整理

在多重慢性病中，又以慢性腎臟病、(第二型)糖尿病、高血壓，三者共病的情形最為嚴重。而慢性腎臟病、糖尿病、高血壓的死亡人數、醫療支出歷年來也居高不下。如果比較衛生福利部公布的 2019 年度十大死因與 2019 年度的 10 大

燒健保疾病，可以發現慢性腎臟病、糖尿病及高血壓的死亡人數、醫療支出均名列前茅。其中，慢性腎臟病不僅居首，更高出 2018 年度近 20 億元(請參表二)。

表二：2019 年慢性病死因排名及醫療支出

疾病	2019 排名		醫療支出		
	死因	燒健保	2018	2019	差額
急性腎衰竭及慢性腎臟病	9	1	514 億	533 億	+19 億
糖尿病	5	2	292 億	310 億	+18 億
高血壓性疾病	8	5	139 億	140 億	+1 億

註：統計至 2019 年

資料來源：中央健康保險署，醫改會整理

為因應多重慢性病人的醫療照護問題，健保署自 2000 年起陸續制訂了數項整合性照護計畫<sup>1</sup>，以整合社區照護、基層醫療與各層級醫療院所，提供多重慢性病人整合式的醫療照護，以避免重複領藥與藥物交互作用、降低醫療費用支出，以及落實分級醫療、增加就醫可近性等。

然而，經研究發現，現行政府部門提出的整合照護計畫，卻仍因受限於數項因素或條件而可能未收實效，或雖稱整合門診，但淪於藥物與資訊整合，仍讓民眾在同一時段，看不同的次專科等，並不符合整合照護「以人為中心」的理念及目的。經醫改會觀察，影響整合照護計畫的數項因素或條件可能有：1. 醫療院所的意願程度；2. 實際醫療行為的整合程度；3. 轉診制度的運作情形；4. 各醫療院所次專科化的程度；5. 既有政策條件，如「論量計酬」的限制、「家庭醫師制度」未落實、慢性病處方箋開立率等，以及 6. 病人的參與意願程度。

綜上，醫改會認為，如何落實「名實相符而有效能」的整合醫療，改善多重慢性病人的醫療品質，尚有以下數項主題亟待研究與倡議：

(一)在需求面，不同整合模式中，如何協助多重慢性病人使用更良好、可近且公平的整合醫療照護？多重慢性病人還有什麼常態醫療及社會需求尚未整合？

<sup>1</sup> 包含 2003 年至今的「家庭醫師整合性照護計畫」；2009 年至今的「醫院以病人為中心門診整合照護計畫(簡稱「醫院門診整合照護計畫」)」，以及 2016 年推動至今的「居家醫療照護整合計畫」。除健保署外，醫事司也同步推動「醫療垂直整合銜接照護試辦計畫」、「醫院整合醫學暨醫療銜接照護試辦計畫」及「醫院整合醫學照護推廣計畫」等。

(二)在供給面，各層級的整合照護計畫進行垂直整合與銜接照護上，還有什麼潛在問題？如何促使醫療資源之有效運用與分級醫療的推動？

## 二、計畫目標

醫改會欲透過本計畫的實證為本之倡議與宣導，以及結合系列活動的經驗基礎與媒體效果，並且藉著公益金，倡議多重慢性病人(糖尿病、高血壓性疾病、慢性腎臟病)使用整合照護資源的在地性、可近性與服務品質，以及教導民眾面對慢性病時，如何聰明就醫與有效利用照護資源。此外，本計畫亦將促成政府修訂整合照護的相關政策及法規，進一步保障多重慢性病人的醫療權益，降低多重慢性病人(家)的醫療經濟障礙與風險，更能減少慢性病人就醫的整體醫療費用支出，進而實現「以人為中心」的理念。

該操作目標圍繞於 WHO 提出的「以人為中心」及「整合服務」的益處指標，並且著重於：1. 個體及其家庭層面：倡議照護的近用及及時性；改善民眾健康識讀能力與決策技能，以促進獨立性；以及，瞭解病人與家屬的需求，以結合不同照護而有更好的協作照護。2. 社區層面：促進邊緣團體(如赤貧階級、行動不方便者等)的參與；釐清公民在健康照護中的權利與責任；以及，協助建立健康社區意識與信任，並且促使照護政策可以更積極回應社區需要。

## 三、計畫內容

為喚起各界對多重慢性病人醫療及社會需求之重視，醫改會擬辦理 4 場焦點團體、5 場線上專題講座，以及帶領至少 5 場 PGY 訓練，促進民間與年輕醫師參與討論，最後透過政策遊說與議題倡導，提出整合照護制度的變革訴求。

### (一) 焦點團體

1. 根據醫改會的經驗觀察、整合照護政策的困境、多重慢性病人的社會需求、整合醫療資源欠缺等主題，設計「焦點團體討論題綱」。

2. 統整分析多重慢性病人醫療爭議諮詢服務案件之經驗，及搜集既有國內外文獻，並結合醫改會學者專家的實務經驗與觀察，針對不同參與對象設計「前期調查問卷」，同步調整焦點團體討論題綱。
3. 根據前期調查問卷結果、討論題綱舉辦焦點團體，預計辦理 4 場次，至少 20 人次參與。參與人員以病友或病友團體為主，病友包含病人或其家屬，病友團體則邀集具代表性的民間非營利組織人員。
4. 整理焦點團體田野筆記與正式記錄，作為研究分析、凝聚倡議訴求及共識的材料。透過焦點團體記錄，分析各利害關係人或團體(stakeholders)的觀察、意見或主張，以及以服務使用者未被滿足的需要為基底，構思聰明就醫指引的內容方向，與政策倡議訴求主軸及可行模式。

## (二) 線上專題講座

該講座預計每次 40 分鐘，共計 5 場次。我們預計在 40 分鐘的講座中，邀請與多重慢性病整合照護相關專家、醫師、衛教師、病友團體等合作，運用社群平台或媒體平台(如 Facebook、YouTube、Podcast)等現今頗具效率與傳播效能的媒介，深入淺出的談論整合照護與健保改革主題。講座內容可以分成基本、進階及主題三面向：首先，「基本面向」是描述該議題的輪廓與爭議處，以及提供理解爭議的基本知識。其次，「進階面向」是說明該次講座涉及的專業知識，與各利害關係團體的看法及其專業意見。最後，「主題面向」是共同討論整合照護與健保改革主題的政治面、社會面、經濟面的過程與效果，並且針對爭議處發表各方主張與看法，以及與收看的觀眾進行即時互動。暫擬 5 場次的主题如下：

### 1. 主題一：提升多重慢性病人的醫療品質，為什麼需要整合照護？

目的：瞭解台灣多重慢性病分布的現況，資源分配概況，以及多重慢性病人就醫的民怨、民苦，說明整合照護的理念、重要性與作法。

訴求：說明因應台灣多重慢性病的急迫性、重要性，並且強調「以人為中心」的理念與價值。

**2. 主題二：盤點社區基層的整合照護資源，多重慢性病病人的照護需要什麼？**

目的：瞭解社區基層的整合照護資源、分布概況、利用情況，以及多重慢性病人參與社區整合照護的管道、作法。

訴求：促進民眾瞭解在地社區的整合照護資源分布，邀請民眾表達自身需求，分析現行社區醫療資源不足之處。

**3. 主題三：朝向實際醫療行為整合的醫院整合門診，打破整合有名無實！**

目的：說明多重慢性病人在醫院就醫的過程，剖析醫院整合門診較少實際醫療行為整合的現狀。

訴求：促進民眾理解整合照護不能止於「藥物與資訊整合」，向衛生部門倡議「實際醫療行為整合」的重要性。

**4. 主題四：從社區、診所到醫院，如何結合多重慢性病病人的醫療及社會需求？**

目的：瞭解多重慢性病病人的垂直醫療整合資源，分析病人就醫能夠如何「上轉」，依病況銜接大醫院的整合照護團隊，以及如何「下轉」，一旦病情穩定，如何回到社區、日常照護，並且穩定病情與減少就醫。

訴求：促進民眾瞭解「分級醫療」之重要性，並且同時倡議政府部門應重視整合照護資源在社會層面與醫療層級的水平整合及垂直銜接。

**5. 主題五：我或家人有多重慢性病，如何聰明就醫？**

目的：結合醫改會的醫療爭議諮詢服務，與統整多重慢性病人在社區端、醫院端與社區－醫院整合照護銜接過程的常見問題、注意事項，指導民眾聰明就醫。

訴求：從民眾端的角度出發，闡述多重慢性病病人的醫療及社會需求，一方面指導民眾在現行醫療體制下聰明就醫，另一方面訴求政府提出整合照護計畫的改善規劃。

**(三) 畢業後一般醫學訓練(PGY 訓練)**

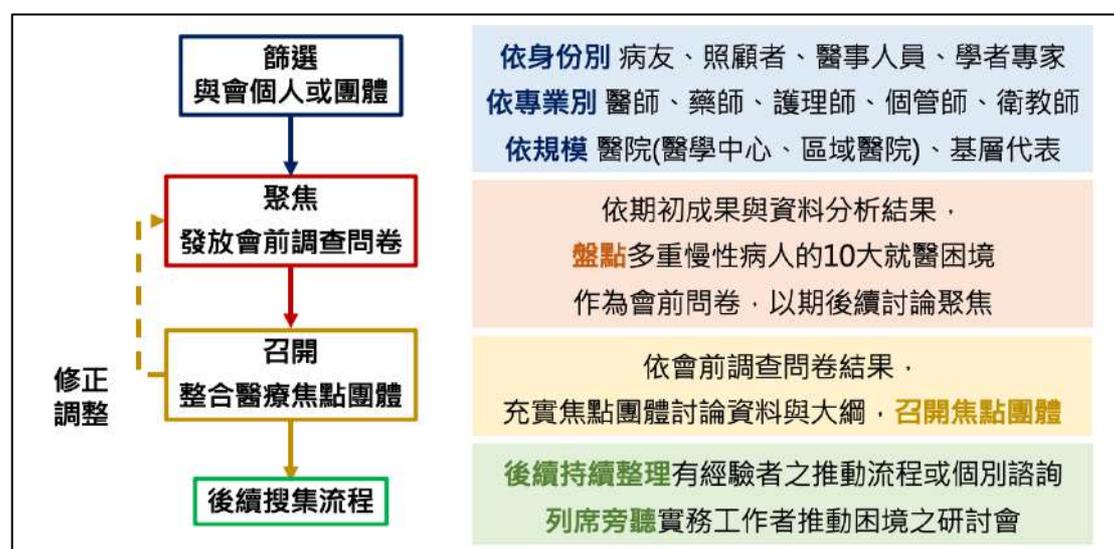
醫改會每年提供 600 至 700 通醫療爭議來電、線上諮詢服務，預計透過每月定期整理與分析本會醫療爭議資訊系統中，與慢性病或共病醫療爭議相關之案件，

找出共相與新興現象。並準備醫療爭議中之多重慢性病案例故事，辦理至少 5 場 PGY 訓練課程，每場次 2 小時，將前述資訊與知識轉化，並納入本會帶領年輕醫師的 PGY 訓練，整合學員回饋的實務經驗與經驗，瞭解年輕醫師的意見與主張，調整與深化本計畫的社會意涵。

#### 四、計畫成果

##### (一) 焦點團體(因應防疫政策，所有場次均採線上辦理)

##### 1. 實際服務過程摘述



- (1) 訪談諮詢：透過滾雪球方法，訪談諮詢推動整合照護，或開設整合門診的醫事人員、學者專家，計 7 位。
- (2) 發放前期調查問卷以聚焦討論：根據資料盤點結果，彙整多重慢性病人使用整合醫療的困境，進一步製作前期調查問卷，發放給焦點團體參與者，及提供焦點團體主持人參考，以聚焦後續討論方向與內容。
- (3) 召開整合醫療焦點團體：根據前期調查問卷結果，充實焦點團體資料與討論題綱，召開 4 場焦點團體(病友場、綜合場)，邀集醫事人員、醫療專業團體、病友團體、學者專家等，計 17 人次參與。為了為了增加焦點團體成果的豐富性、多元性，每場焦點團體的與會者均採異質性的組合，除病友場外，綜合場的每 1 場次均含醫事人員、病人或照顧者代表。

- (4) 後續針對推動整合門診或其他創新整合模式的醫院，進行個別諮詢或搜集其推動的流程與實務經驗，以及統整其對「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」改善建議。



## 2. 服務產出

- (1) 前調問卷成果整理民眾就醫可近性困境



- (2) 製作焦點團體重點彙整，列舉病人端、醫師端、醫院端、健保端的困境：

A. 多重慢性病人端	
困境	a. 病人不信任整合醫療醫師或體系 b. 病人就醫耗時多、科別多、用藥多 c. 病人沒有不想整合，但是現在沒有看整合門診的誘因 d. 多重慢性病人可能因用藥複雜，而降低藥物順從度，但仍缺乏藥物諮詢管道 e. 多重慢性病人用藥、就醫資訊來源不可靠(如藥袋標示難理解)

	<p>f. 多重慢性病人跨區、跨科或跨層級取藥，常有連續性問題(如缺藥、不信任三同)</p> <p>g. 多重慢性病人經常是忠誠病人，較易延續就醫習慣</p>
建議	<p>a. 諮詢藥師、增加藥品資訊可及性及完整性</p> <p>b. 提供病人端就診誘因</p>

B. 醫師端	
困境	<p>a. 處方單價壓力，受限專科(小總額)政策</p> <p>b. 病況較複雜，而致看診時間較長，無法衝量而有業績壓力</p> <p>c. 現行門診整合雖有合併門診的美意，但是比起住院看診整合來說，醫師更認為門診看診整合較困難</p> <p>d. 醫師從事整合、支付制度誘因不足</p> <p>e. 雲端藥歷可協助藥物整合，但系統警示恐干擾醫師判斷，常徒具形式</p> <p>f. 部分用藥的存在開藥限制，僅特定專科可開特定藥物，等於仍需保留專科診</p> <p>g. 即使協助民眾整合，也要顧慮醫院需留住病人，或病人即使下轉是否方便取藥，又會不會回到就有專科化的就醫習慣</p>
建議	<p>a. 需提高誘因、獎勵</p> <p>b. 匯聚內部力量、多元化團隊、資源雨露均霑</p> <p>c. 改變醫療團隊，以個案管理取代分科管理</p>

C. 醫院端	
困境	<p>a. 一個離均值(病程是變動的)，影響指標成效表現，致醫院會盡可能排除困難個案</p> <p>b. 與民眾在未建立信賴關係時，從疾病治療末端介入難度高</p> <p>c. 過去健保署有提供建議收案名單，但後來不提供</p> <p>d. 門診有不同醫師照會(一個病人讓很多醫師同時看診)雖陣容豪華，但真的有其必要性嗎？照會通常會發生再住院期間，亦不宜貿然照會，容易複雜化問題</p> <p>e. 誘因不足，醫院寧願自斷手腳，來達到門診減量目標</p>
建議	<p>a. 操作面上，針對行動不便、住院病人優先收案較為容易(臺大案例)，可因地制宜</p> <p>b. 醫囑系統整合外，可加強在個案系統的整合(中榮案例)</p>

D. 健保端	
困境	<p>a. 自 108 年起未提供各院建議收案照護名單，中小醫院找不到收案族群</p>

	<p>b. 欠缺輔導醫院發展整合模式貼近民眾需求、醫院可行的方式</p> <p>c. 計畫獎勵點值可補整合門診無法衡量，而致醫師診察費的損失，但是卻未必能夠補到醫院聘請團隊人力，故很多醫院雖做整合門診，但人力卻沒有到位</p> <p>d. 不同整合體系都在病人身上作用，但是彼此卻沒有交集(病人做門診整合，又做居家整合，甚至還有安寧、長照等)</p>
建議	<p>a. 檢討指標目的與內容</p> <p>b. 建議：檢討獎勵與制度誘因</p>

## (二) 線上專題講座

### 1. 實際服務過程摘述

- (1) 檔案分析：聚焦民眾、慢性病人使用整合醫療服務的需求、疑問或困難。
- (2) 轉譯資料搜集成果，以製作親民、實用的節目內容：透過檔案資料、訪談諮詢與焦點團體成果，加以轉譯為親民、實用的論述及節目內容。邀請與節目內容有關的專業人士參與，藉與主持人問題，雙向溝通、討論慢性病人的整合需求、疑問或困難，並對聽眾進行教育宣導，以提升健康識能。

### 2. 服務產出

- (1) 在 Apple Podcast、Soundon、Spotify、KKBOX 等多媒體平台，開設《[醫改許願池](#)》節目；文字報導露出於 Facebook 粉絲專頁，計 5 則。



台灣醫療改革基金會  
**醫改許願池**

這是台灣醫療改革基金會的Podcast頻道。醫改會自2001年成立以來，戮力推動台灣具品質與正義的醫療環境。我們的改革始於虛心聆聽病患與民眾的聲音，尋找制度深處的病原。因此我們將透過這個頻道，邀請各界專家交流，共同剖析醫療新聞、時事議題，陪伴您關心台灣醫療改革的大小事，聆聽台灣醫療與社會的真實脈動。

歡迎寫小紙條給醫改會Podcast編輯台，告訴我們你想聽什麼：  
問卷：[pse.is/3ku33n](https://pse.is/3ku33n) 信箱：[thrf@seed.net.tw](mailto:thrf@seed.net.tw)

關於醫改會：  
官網：[thrf.org.tw](http://thrf.org.tw)  
FB：[facebook.com/thrf.org.tw](https://facebook.com/thrf.org.tw)

🎧 <https://player.soundon.fm/p/0f7a023d-cb06-4903-9409-8b224846550a>

- (2) 與台灣病友聯盟吳鴻來理事長、宜蘭縣愛胰協會劉苑菁理事長、台灣年輕藥師協會周子鈞理事長、岡山社區醫療群王宏育醫師、北投社區醫療群洪

德仁醫師，共 5 個專業團體／個人和和和，以多重慢性病人「看不見的整合需求」為題，製作 5 集線上專題，分享實務經驗與專業意見。

主題	目的	時間
A. 多重慢性病族群的就醫挑戰	多重慢性病人的就醫需求及困境	9 月
B. 糖尿病用藥難配合？面對糖友的第一線觀察	1. 解構多重慢性病「用藥複雜、不遵醫囑」現象 2. 醫療團隊與制度設計能夠介入的模式有哪些	10 月
C. 藥吃多不當，小心不治病反致病	1. 藥事照護、用藥整合的諮詢資源及功能 2. 多重慢性病的用藥需求與困境	10 月
D. 現代的疾病管理大師－社區醫療群	社區醫療群與家庭醫師，在推動病人疾病照護、管理的現況及困境	12 月
E. 打破都市中醫醫療偏鄉的先鋒	居家醫療在整合照護推動的現況及困境	12 月

(3) 在全台約 200 個醫療類頻道中，《醫改許願池》節目甫上線就名列臺灣醫療類 Podcast 頻道收聽名次第 20 名。

(4) 《醫改許願池》第 1 集到第 5 集，在所有平台的總觸及人次逾 2 千人次。

#醫改許願池 #整合醫療 #就醫行為

「看不見的整合醫療需求」是《醫改許願池》的系列Podcast節目，多重慢性病人在醫療行為缺乏整合時，可能會面臨更高的病人安全與用藥風險，邀請各位聽眾一起認識他們的疾病經驗、用藥整合、門診整合需求與政策設計。歡迎關注醫改會Podcast頻道，陪你關心醫改大小事。

**【看不見的整合醫療需求：EP-2 糖尿病用藥難配合？面對糖友的第一線觀察】**

根據健保署歷年統計，全台約200多萬名糖尿病患者，每年增加約7萬名的糖尿病人數，但根據2018國際糖尿病聯盟大會發表的「台灣糖尿病登錄計畫」報告，卻有超過6成、超過120萬名的糖尿病患者血糖控制未達標。但中華民國糖尿病學會曾多次表示，糖尿病治療重點為控制血糖，若未妥善控制，會引起許多併發症、多重共病，不只影響健康，同時提高醫療費用，還會增加患者的經濟負擔。

控制不佳的結果，往往會導向為「用藥順從度(病人配合用藥的程度)」的問題。但不按醫囑用藥可以簡單歸因為病人意志力不足嗎？還是病人或家屬其實在複雜用藥時，容易出現哪些迷思或困境呢？

繼上一集節目邀請TAPO吳鴻來理事長，與我們漫談多重慢性病患者實際就醫經驗，第二集我們邀請了宜蘭縣愛康協會的劉苑菁理事長，從糖尿病基層第一線護理師、衛教師的角度，解構糖尿病病人、多重慢性病人「用藥複雜、不遵醫囑」等現象；在這樣的情況下，醫療團隊與制度設計能夠介入的模式有哪些？

收聽平台：  
 SoundOn | <https://pse.is/3mpph>  
 Spotify | <https://pse.is/3p6t5v>  
 KKBOX | <https://pse.is/3p4vmj>  
 Apple Podcasts | <https://pse.is/3nrwz6e>

歡迎寫小紙條給醫改會Podcast編輯台，告訴我們你的想法以及想聽什麼：  
<https://pse.is/3ku33n>

PLAYER.SOUNDON.FM  
**醫改許願池 | Podcast on SoundOn**  
 這是台灣醫療改革基金會的Podcast頻道。醫改會自2001年成立以來，戮力推動台灣具品質與正義的醫療環境。我們的改革於虛心聆聽病患與民眾的聲音，尋找制度深處的病原。因此。



### (三) 畢業後一般醫學訓練(PGY 訓練)

#### 1. 實際服務過程摘述

透過多重慢性病人醫療爭議案例、既有資料等，與年輕醫師討論在多重慢性病人的醫療過程中，如何強化醫病溝通，以促進思考醫病溝通間的核心面向，以及反思溝通理念與醫療實務間的重要性與可行性，並且瞭解醫界對於整合醫療服務的看法與建議。部分場次因應 COVID-19 防疫政策，採線上方式辦理。

#### 2. 服務產出

- (1) 以慢性病人實際就醫過程與困境為例，製作多重慢性病人就醫困境、醫療爭議教案、討論題目，促進醫師強化認識民眾整合需求、院內資源，並尋求可行的轉介方式。
- (2) 促進年輕醫師思考醫病溝通間的核心面向：醫病溝通順暢、醫療費用合理、資訊公開透明、醫療結果良好，與病人知情選擇。
- (3) 瞭解醫界在醫療過程中，對多重慢性病人常見需求及困境之看法，如何強化民眾對整合醫療資源(如整合門診、藥物整合與諮詢等)之認識程度與可近性。

### 五、計畫效益

- (一)活動宣傳註明由台灣主婦聯盟生活消費合作社贊助。
- (二)從地方社區共老的視角，以「整合照護」、「老人慢性病社區照護」為主題，投稿至《綠主張月刊》。向合作社員提倡自身多重慢性病之覺察，與加強在厝邊診所使用整合醫療資源、居家醫療等之認識與可近性(參附件一)。
- (三)將焦點團體記錄、線上專題講座的内容及 PGY 訓練成果記錄，轉化為多元的媒材及文字内容，如懶人包、圖文報導等，登載於台灣醫療改革基金會官方網站、臉書，並且提供民眾或醫療院所公開使用。我們藉線上專題講座之

內容素材，撰文報導、提倡民眾對基層社區醫療群的認識，以及深入淺出地瞭解分級醫療議題(參附件二)。同時，也在優活健康網撰寫文字專欄，以實證為基礎、溫和批判作筆鋒，倡議政府與醫界改革整合醫療、民眾應聰明就醫(參附件三)。

(四)統整講座訊息、病人或家屬意見，製作針對多重慢性病人的聰明就醫指引，邀請各單位參與，放置於衛生所、捷運站等各大站點。我們製作 1 式「多重慢性病，整合照護 1 次搞定」宣傳折頁，因囿於經費未採實體出版，但上傳至網際網路，以提供民眾參考或免費下載(參附件四)，宣傳折頁之連結如右：  
<https://www.thrf.org.tw/page/1025>。

(五)實質參與各縣市或衛生部門提出之整合照護計畫方案，辦理新聞記者會揭露多重慢性病人就醫之民苦、民怨，提出改善政策之倡議訴求。在計畫執行期間，本會拜會了數個相關專業團體，研討現行整合醫療政策、「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」的執行情況與限制。並實際參與全民健保相關會議，於體制內、體制外雙管齊下倡議、遊說。在累積一定成果後，在 110 年 12 月 23 日召開「有名無實，有心無力：體檢醫院門診整合照護計畫」記者會，演出「有名無實，有心無力」行動劇、公布前列一至三項服務策略之產出成果，喚起各界對多重慢性病人醫療及社會需求之重視，以及促進整合醫療政策、「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」之檢討。發表整合醫療、整合門診或用藥整合等相關倡議文章或論述 9 則。倡議結果包含：

1. 邀請台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟(醫勞盟)召開「有名無實，有心無力：體檢醫院門診整合照護計畫」記者會，揭露在計畫設計不周下，醫療端的「四沒有」造成醫院想做也「有心無力」，更造成整合門診「有名無實」的現況，並公布全國《多重慢性病人就醫現況調查》、點出病人醫療需求沒有被整合的「三多」困境。(參附件五)
2. 共有 7 家媒體採訪、8 則報導露出。(參附件六)
3. 促成健保署回應與檢討整合門診推動狀況，並發布醫改會再回應。(參附件七)



**三多  
四沒有**

**整合  
要加油**

**醫病  
有意願**

**政策  
要到位**

#### 六、執行經費表

經費項目	計畫經費明細			
	單價(元)	數量	總價(元)	說明
人事費				
專案人員	8,000/人	12 月	96,000	推動計畫執行之人事費(2021.1 至 2021.12)
業務費				
臨時工資	160/時	54 時	8,640	4 場焦點團體、5 場線上講座布置，共需 54 人時。協助活動前後之場地整理、活動中機動支援，以及協助歸納活動文件與檔案
專家出席費	2,500/人	25 人	62,500	4 場焦點團體出席費，共 20 人次；5 場講座專家出席費，含講座前諮詢、講座進行與講座後回饋的出席費用，共 5 人次。合計 25 人次
主持人鐘點費	2,000/人	9 人	18,000	4 場焦點團體主持人鐘點費，共 4 人次；5 場講座主持人鐘點費，共 5 人次。合計 9 人次。
場地費	2,000/場	9 場	18,000	4 場焦點團體、5 場線上專題講座，合計 9 場
交通費	2,000/人	30 人	2,154	4 場焦點團體，計 20 人、5 場線上講座，計 10 人，合計 30 人

其他	10,000	1 式	99,750	含資料蒐集費(委託民調公司進行問卷調查)、其他交通費、雜支
本會自籌款	205,044			
經費補助款	100,000			
總金額	305,044			

#### 經費來源說明：

主婦聯盟生活消費合作社補助 10 萬元(實際支出為 305,044 元)，醫改會自籌 205,044 元。

#### 七、附件

##### 附件一：善用整合醫療資源 多重慢性病長者不再逛醫院

隨著醫學科技進步，如何在高齡生活中活得健康、減少臥床時間，變成當前許多長者重點關注的問題。而國人壽命的延長與疾病型態的轉變，也讓慢性病就醫與照護需求激增。慢性病容易誘發併發症，造成障礙、失能等問題，不僅影響病人情緒管理與生活品質，甚至可能需要長期的照顧、觀察與療養。

##### 多重慢性病高齡長者 吃錯藥機率高

台灣約有一半的人有慢性病，每 5.5 位國人中，就有一位罹患兩種以上慢性病。多重慢性病人不僅就醫次數跟醫療花費都較高，在用藥方面，多重慢性病人藥品項數也是一般人的二至六倍；其中老人家吃錯藥的機率更是比一般人多七倍，服藥發生交互作用的機率也多 2.5 倍。

根據 2021 年醫改會的研究調查，多重慢性病人因為就醫耗時多、科別多、用藥多、醫囑多的情況下，可能會因用藥複雜而降低藥物服用順從度；或因為分多科看診沒有經過整合診斷，長期下來造成疾病控制不佳而衍生盲目就醫的情況，形成惡性循環。

##### 長輩看過來 醫院看病一次搞定

「整合醫療」是為了因應高齡化社會與慢性病患逐年增加，而出現以慢性病人為中心，整合各專科服務的連續性醫療照護模式。藉著「門診整合」或「整合用藥」，可以結合多專科看診的就醫時段或醫囑開立等，以避免多重慢性病的病人四處就醫，造成多重用藥、多重檢驗、或非必要的門急診利用。如此不僅可節省病家的交通時間及掛號費支出，也降低在不同科別重複領藥，或藥物交互作用的情況，此外也可讓醫療資源達到更有效率的分配，目前全台已有 160 家醫療院所提供相關服務。

甚麼人需要整合醫療服務，可藉由「審視就醫紀錄表」來評估(圖一)。如果您或家人在最近三個月中有以下任一狀況：經醫師診斷罹患三種以上慢性病、看兩位以上的醫師、領有兩張以上的慢性病連續處方箋、藥品項數達到十種等，那可能就需要「整合醫療」的服務，可向所看病的醫院詢問。

### 居家醫療照護整合計劃 社區內就近提供協助

高齡及少子化社會下，常會發生長輩有醫療需求，但孩子工作忙或沒有照護人員幫忙，而長輩卻可能衰弱到連家門都走不出，更遑論去使用醫院的整合醫療服務資源。若遇到這種情形，可以試著使用健保署的「居家醫療照護整合計劃」，搜尋居住社區或厝邊的醫事機構有加入者。尤其近兩年受新冠疫情衝擊，也改變大家過往動輒上醫療機構就醫的方式，透過申請相關服務，不僅有醫師及護理師可到宅診治與衛教，照顧者也能在專業協助下學習適當的照顧技巧，病家也可透過 line 或電話隨時諮詢專業意見，甚至媒合社區長照資源減輕家庭照顧的重擔，有助於延緩相關併發症。一旦發生急性狀況，居家照護團隊也能連結轉介在地的醫院網絡，待處置穩定後，再轉回原提供居家醫療的診所或醫師接手，繼續居家整合照護服務。

如病人或家屬附近的醫療院所沒有提供整合醫療相關服務，則可透過以下三大管道來尋找合適資源：

1. 查詢「健保署——醫院以病人為中心門診整合照護計畫」或「居家醫療照護整合特約醫事機構查詢」網站。
2. 從健保快易通 App 查詢參與「居家醫療照護整合計劃」的特約院所。
3. 電洽健保卡背後的 0800 諮詢服務專線，或撥打 1966 長照專線諮詢，由專員協助評估連結相關照護資源。

改變醫師與病人的行為是一個漫長且複雜的過程，醫病皆需有長期抗戰的決心。建議民眾要聰明就醫，破除廟大和尚靈、名醫才好的迷思。唯有建立正確的就醫用藥觀念，提升自我健康意識，才能做好慢性病健康管理、保有生活品質。

圖一、審視自己或家人近 3 個月的就醫紀錄

 **審視我的就醫紀錄**

我正在治療的慢性疾病：	領有慢性處方箋
1.	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
2.	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
3.	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
4.	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
5.	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>

我就診的專科有：	開立藥品項數
1.	_____項
2.	_____項
3.	_____項
4.	_____項

台灣醫療改革基金會 製表

圖二、掃描 QR Code 了解更多醫改會關於多重慢性病就醫資訊



附件二：線上專題講座活動報導：基層醫療群與分級醫療

### 基層醫療群成立

「醫療群」起源於民國 92 年，有鑑於偏鄉地區就醫不便，謝博生博士在路竹、金山等地組成群組醫療，派遣醫師過去改善當地醫療品質。後因群組醫療不足，開始推動醫療群制度，一開始是五家以上診所與一家醫院結合，可以將病人在診所與醫院間轉診，讓病況穩定的病人可以不用跑到大都市，不用為看診奔波。王醫師於隔年加入醫療群，他們四個醫療群與岡山空軍醫院以及秀傳醫院合作成立大型醫療群，希望把岡山的病人都留在岡山，利用醫院資源幫助診所，病人可以不用疲於前往台南、高雄等地。隨著制度調整，現在一個醫療群可以配合二家醫

院，甚至可以與大醫院聯合，現階段岡山醫療群與秀傳醫院、空軍醫院、義大醫院結盟，也越來越多醫師參加，多達八個醫療群，所有病人可以在裡面互相合作，可平行轉診或上下轉診。

舉例而言，曾經有病人在王醫師看診時因為魚刺卡在喉嚨緊急求助於王醫師，王醫師立刻請他到學弟的耳鼻喉科診所，15 分鐘內病人魚刺鯁喉狀況立即解決。王醫師診所附近還有泌尿科診所以及眼科診所，彼此間不但不會互相搶病人還會互相推薦病人去彼此的診所看診，不用久候也不用繳多次掛號費，實為非常便民的制度。基層診所間的運作很像一間虛擬大醫院，但醫療群中的中、小型醫院間關係更好更緊密，提供的服務很符合民眾需求，已先做過初診再導引到適合的醫療機構。

然而，如此便民的醫療服務，加入的民眾卻不多。根據健保署統計，基醫計畫約有一半的診所加入，但加入的民眾卻只有 1/4 左右。針對如何加入此計畫，劉董事長也特別請王醫師為大家解惑。早年間，每位醫師可以邀請一定名額的病人加入此計畫，病人以簽名授權方式指定某一位醫師為他的家庭醫師，由特定醫師照護。因而此階段常有病人全家的家庭醫師皆為同一位，而全家也都是一位醫師忠誠病人的狀況，醫師對於病人的身體狀況都很了解，也能提供其需要的照護。而後健保發現許多家庭醫師的照護個案年紀較輕，需要家庭醫師提供的照護也不多，但醫師仍可以透過收此個案獲得健保提供的個案獎勵。因而健保對計畫方案進行調整，現在制度透過系統來篩選病人，針對常看慢性病的前 90%病人以及常看非慢性病的 10%病人，系統自動納入計畫中。若醫師將計畫內病人照顧狀況良好，他可以有額外名額選自己篩選適合病人(例如：常到自己診所看病的病人)，並將它納入計畫中。病人若主動想加入此計畫，可以直接找家庭醫師，一般家庭醫師都會貼家庭醫師貼紙，而最簡單方式是直接打到各地區業務屬問一下住家附近有哪些診所是家庭醫學科，並提出加入意願。

## 24 小時專線 不熄燈的安心的燈塔

家庭醫師服務中有 24 小時諮詢專線，對於是否真的 24 小時有人提供服務，如此經營不困難嗎？劉董事長也為大家提出一系列疑問。這個電話又是由誰接聽呢？民眾甚麼情況下才能打這個電話呢？畢竟生病不挑時間，尤其半夜週末等時間生病，大家第一個想法多半是掛急診，此方式某種程度也是醫療浪費，因此 24 小時專線確實能幫到民眾許多忙。

對於此專線成立始末，王醫師也在節目中娓娓道來。民國 93 年時，在電話費昂貴的時空背景下，王醫師很有理想的想辦一支電話專門做 24 小時服務，但因為岡山醫療群內醫師為怎麼排班而無法達成共識，後來決定這支電話委託秀傳醫院

的值班護理長接聽。護理長可以很大程度協助民眾，但他並不瞭解每個病人狀況，因此王醫師還是鼓勵他的病人，上班時間就直接打給家庭醫師，非上班時間再打 24 小時專線。為確保電話服務品質，王醫師及秀傳醫院院長偶爾會在半夜扮作神秘客查勤確認電話是否有人接聽，還曾出現他們兩位可愛的神秘客問了非常複雜的病情，被聰明的護理長識破，把護理長弄的哭笑不得的有趣狀況。

以現在各醫療群 24 小時專線來說，有的醫療群是將業務委託生命線，有的委託專科護理師，制度沒有硬性規定由誰來處理，但必須由專業醫護人員接聽。近來，這隻 24 小時電話受到健保會關切壓力，因而現在若是病人打電話到這隻電話，表示自己是哪位醫師的病人，要找這位醫師談話，以健保署考核標準，20 分鐘內醫師必須回撥電話給病人，因而這隻電話品質很有保障，民眾可以放心撥通。對於民眾撥打專線條件上也沒有任何限制，只希望民眾還是需珍惜健保資源。

然而，24 小時電話並非萬能，無論如何要不瞭解病人狀況的人直接做判斷是非常困難的，所以還是鼓勵病人找藥袋上的診所電話。另外，以王醫師而言，若是看診幾天內做詢問，他都一定會做清楚說明，但若是隔一兩年沒來，用電話詢問就不太合適，醫師也沒辦法在沒有親自診察下診斷。因此，若有民眾打去診所做諮詢，得到需要實際過來診所之類的回覆，民眾可能也需多體諒醫師的難處，畢竟事關民眾的健康，再小心也不為過。

對於這支電話，劉董事長也是感慨良多，這支電話也是醫改會努力爭取許久的成果，雖然明白這會增加醫療群負擔，但確實對於民眾而言非常需要，感謝醫療群與健保署的付出，讓民眾的需求更能得到滿足。

### 上轉容易下轉難 分級醫療基層執行上困境

前文中，王醫師提及了整合照護中平行轉診的案例，而上下轉也是整合照護中重要的一部分。理想上，我們希望可以讓需要更高層級醫療照護的民眾上轉到醫院、醫學中心，病情處理穩定後再下轉到基層診所，讓病人在家附近即可得到良好的照顧。但現實是，上轉容易下轉難，上轉業務量是下轉的十倍左右。已在醫學中心看某個醫師看慣，民眾不願轉診是執行上很大的困難。就劉董事長觀點，她覺得這是不放心的問題，若是醫學中心能夠給予民眾足夠說明並讓民眾信任自身疾病在基層有能妥善得到照顧，相信民眾是願意的。

針對實務上向下轉診的困境，王醫師也就他的實務狀況與看法和大家分享。下轉有兩種困難，其一是病情穩定，但因習慣在那邊看診轉不下來，這可能要基層診所繼續努力。另一種是因人口老化，人越來越老，病越來越複雜，診所沒辦法處理，這部分不應該下轉，所以健保署對醫院訂定的標準只要求 2% 下轉。舉王醫

師曾遇到的狀況說明。疫情前王醫師曾問會內一同仁，從大醫院心臟科出來，師兄弟有無下轉病人給他？他表示，老師一旦跟病人提到下轉，病人表示我已經給你看 20 年，你不要我了嗎？老師往往無言以對。而年齡相近的年輕醫師病人本來就較少，再做下轉動作自己則無病人可看診。王醫師認為，這個問題真的比較困難，因而需要鼓勵。

王醫師認為，如同劉董事長說的不放心的病人，診所需要再加強。慢性病衛教部分，各診所做的完整度不一，若診所能做到跟醫院一樣好，和醫院相比具備不用久候又不用特別挑醫師看診時段、時間夠彈性等優點，病人應該就願意來。只要診所做得更好一點，醫院也增加一些鼓勵措施，執行效果可能更佳。近來因為疫情，到大醫院看診有傳染風險及核酸檢測的不便，許多病人自動自發下轉。王醫師也鼓勵會內醫師在此時照顧好病人，不要讓病人疫情過後又回流到大醫院。早期診所領有的健保費較少，開藥限制較多，現在診所幾乎沒有此問題，只要診所服務照顧好些，分級醫療其實是很有希望的。也希望病人能夠對於診所多給予一些信任與信心，並把大醫院的寶貴資源留給更需要的民眾。

### 居家醫療 為人口老化盡一份心力

台灣預估 2025 年進入超高齡社會，65 歲以上人口有三分之一會有多重慢性疾病共病。人口老化既不可避免，基層診所照對這些年長病患的照護也愈發重要，再加上有時病患的照護還須與專科醫療連結，實務上愈發複雜。王醫師也坦承實務上確實困難，他也舉身碰過的負面例子為例。有一位九十幾歲的伯伯，因多重共病常須請復康巴士到榮總看診，同時須看心臟、腎臟、胸腔、神經科，因為失智症藥物王醫師診所沒有，無法由診所收案所以打電話到榮總家醫科門診，請他們收案，統一由一位醫師開藥。伯伯的家人很高興，但私下老先生卻像醫生表示，看診算是他出去透氣的機會，不用每天關在家。劉董事長也認為，雖然我們不樂見看醫生成為老人家排解孤單方式，但人口老化情況下，此狀況很常見。尤其疫情期間很多活動都停止，老人特別容易孤單憂鬱，希望未來老人活動繼續辦得更多元。除鼓勵不要看那麼多醫師外，整合藥單、剔除重複及交互作用用藥更是重要，除了資源的浪費外，重複用藥及藥物交互作用對於健康來說也可能產生的很大的危害。

若基層診所想要給多重共病病患協助，王醫師認為最重要的必須壯大基層。王醫師當上公會理事長後常請各專科醫師來教基層門診提升競爭力，辦理心臟科、糖尿病等進修課程，且每個月固定有學術討論會，幫醫師補充新知，甚至還把課程寫成文章刊登在雜誌，教導全科醫師盡量樣樣精通，太困難深入的個案才交給專科醫師。另外藥物管理也有困難，太多藥品種類藥師管理不易，但王醫師較幸運的是診所隔壁是岡山最大藥局，診所沒有的藥可以釋出給藥局開立，較不受藥物

限制。相信這些問題往後可以慢慢改善，畢竟同一位醫師一起開處方，國家有給整合津貼，病人也可以少奔波，病人感受也較佳，就會繼續介紹其他病人，醫師業務量也可進而提升。

除了多重共病，老年人口的增長也讓長者的失智、失能變成家庭、社會必須面對的重大問題。針對延緩失智、失能，早期評估與介入是極重要的一環。針對此點，王醫師也提及他個人的一些盼望。世界衛生組織針對長者失智、失能的早期評估提出「I code」包含智力、聽力等的六項評估指標，國健署在此指標下多增加用藥評估等兩項評估指標作為國人失智、失能早期評估標準。王醫師認為，若能把此八項評估納入成人健檢標準檢查項目內，對於早期評估介入會有很大助益。然而礙於國健署經費不足，健保法又限制健保經費只能用於治療而非預防，政策難以施行。無論是王醫師或是劉董事長都在此呼籲，希望能在前端預防投入更多心力，如此後續治療支出也可以大幅下降。

除了失智、失能預防，長照資源也是許多民眾關心的焦點。雖然岡山醫療群在與長照資源作搭配結合這一塊做的比較少，但王醫師也提到，醫療群與長照單位有良好的作關係，若醫療群中有病患有此方面需求，絕不會無資源可轉介。另外王醫師也與大家分享他聽過的經驗，有醫療群利用醫療群力量成立長照據點、購買復康巴士。過往他去日本考察時，日本也有地區醫院以復康巴士免費接送病人往返住家、醫院、長照機構等處，近乎包攬當地相關業務，民眾對於這間醫院也極度信任，以守護當地的明燈視之。但台灣法規為怕圖利特定單位，這方面的規範較嚴格，要做這方面整合服務需要通過嚴格審查。期望未來也能有愈來愈多醫療群在長照這一塊投入更多服務，也希望法規能夠在防弊與給予有心服務者鼓勵與便利間取的平衡。

## 疫苗注射 打比不打好！

節目最後，劉淑瓊董長針對近來許多人都很關注的疫苗追加劑問題提出疑問。是否該打？究竟打哪個廠牌好？多重共病的患者是重症死亡及突破性感染高風險群，又該怎麼打呢？王醫師坦言，許多病患都問過他哪種疫苗最好？其實他認為每種疫苗都很好，各有個優點。打疫苗原則是：打比不打好！堅持不打疫苗若感染病毒，重症風險高，對自己、家人、醫療體系都會帶來很大不便。也有病人懷疑，那身體不舒服是不是不要打？王醫師認為國家疫苗最優先施打的就是洗腎病人，此類人大多有糖尿病、心臟病或多重共病，打的風險高，但確診風險更高，因而國家規定要先施打，而施打完有嚴重不良反應的也不多。所以王醫師在此鼓勵多重共病患者愈需要打，健康者也鼓勵施打。

## 節目之後

居家醫療、社區醫療群概念從無到有，服務也愈來愈多元完善，一點一滴壯大至今，一路走來實屬不易，這是政府、醫師、民眾，整個社會共同努力的成果，而這個成果若要再更進一步，就需要更多人一起投入其中。願民眾、病人們能花一點點時間理解基層診所、家庭醫師們在家庭醫師制度中付出的努力，以及家庭醫師制度對於自身能夠提供的好處，無論是更了解自身身體狀況，能夠提供就醫建議的家庭醫師或是 24 小時專線，在生病、不舒服，最茫然無措時，想必都會是病人心中一盞最及時的明燈。也期盼在未來，家庭醫師制度、醫療群能夠為社區、為民眾提供更多元、更符合民眾需求的服務。

附件三：[重複就醫又怕吃錯藥？多重慢性病人可依「3原則」自救](#)(含連結)

據國家發展委員會推估，台灣將在 2025 年邁入超高齡社會，會有兩成以上的老年人口，扶養、長期照顧與醫療社會服務的需求大幅增加。其中，最為人熟知與擔憂的是「慢性病如何治理」，慢性病容易誘發多重併發症，造成障礙、失能等問題，也需要長期的醫療觀察及介入。

以台灣的現況而言，一半的國人患有慢性病，更在每 5.5 位國人中，就有 1 位是多重慢性共病(患有 2 種以上慢性病)。多重慢性共病的嚴峻程度，從病人的用藥安全與醫療利用可見一斑。與一般病人相較，在用藥安全面，多重慢性病人的藥品項數為 6 至 18 項，為一般平均的 2 至 6 倍；在醫療利用面，多重慢性病人的就醫次數約為 2 倍、醫療點數使用更超出 3 倍之數。前述問題伴隨的是，用藥安全風險的提升及醫療利用資源的耗用，多重慢性病人更容易吃錯藥、發生藥物交互作用，以及多重就醫、多重取藥、餘藥等造成醫療資源的不當耗用，還恐因多重共病而影響生活品質與疾病照護，形成惡性循環。

如何改善與時遽增的多重慢性病人口，以及面對其衍生的龐大醫療社會照護需求？世界衛生組織(WHO)2015 年曾提出，醫療服務應從分散分科的服務，朝向「以人為中心」與「整合服務」邁進。從個體及其家庭、社區，乃至社區健康工作者、醫療保健系統等由下而上改變。這些改變有數點核心命題，包含：醫療照護的近用與及時性、民眾與專家共享決策、病人的自我管理能力的提升、不同照護層級的水平或垂直協作、改善健康專業的勞動條件與減少過勞、加強預防監測體系、強化病人安全、提升診斷的準確性及適當性，並提供資源轉介。

而從政策回到民眾端，醫改會建議，多重慢性病人或家屬可遵循三大聰明就醫原則：第一，應定期審視就醫與用藥情形。第二，善用可近的醫療資源。第三，有堅定的決心與破除名醫迷思。具體而言，首先，如病人在最近 3 個月中，經醫師診斷罹患 3 種以上慢性病、看 2 位醫師以上、領有 2 張以上的慢性病連續處方箋、藥品項數達到 10 種等任一狀況，即可能符合整合醫療服務的資格。其次，為確認自身是否適用整合醫療服務，可以詢問家庭醫師、厝邊診所或藥局，或詢問醫院有沒有提供「整合門診」或「藥物整合」等服務。最後，改變醫師的醫療行為與病人的就醫行為，是一個漫長且複雜的過程，醫病皆需有長期的決心。民眾也應破除廟大和尚靈、名醫才好的迷思，就近善用信任的醫療資源，與醫師合作與共享決策，才能做好慢性病健康管理、提升生活品質。

附件四：就醫安全宣導折頁：多重慢性病，整合照護 1 次搞定

### 多重慢性病整合醫療服務哪裡找

**開口問**

藥局藥師、診所藥師或醫院藥師，能不能協助多重慢性病用藥整合？  
 診所醫師或醫院醫師，院內有沒有開設多重慢性病整合門診、提供慢性病整合服務？  
 醫院的服務人員，有沒有高齡醫學科、整合醫學科等門診？

**動手查**

藥師公會醫聯會 請問藥師(Q&A)  
 您可使用藥師公會的民衆用藥諮詢服務，進入網頁畫面後，點選「民衆專區」，點選「關於請問藥師(Q&A)、諮詢信箱」，可匿名詢問。

如果您或您的家屬經常在診所看診...

中央健康保險署 > 健保服務 > 健保醫療計畫 > 家庭醫師整合照護計畫

您可詢問您的家庭醫師或傳統診所，尋求多重慢性病整合服務共同管理。

如果您或您的家屬經常在醫院看診...

中央健康保險署 > 院所查詢 > 醫院以病人為中心門診整合照護計畫

部分醫院有參與健保署的「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，提供「整合門診」，您可選擇您所在「區域別」，照護模式代碼選擇「開設整合門診模式」者，致電聯絡該院的窗口。或確認您正在就醫的醫院，有沒有「開設整合門診模式」，儘先使用院內資源。

請按台灣建立品質管理計畫的醫療機構，踴躍加入「醫改之家」行列！

### 財團法人台灣醫療改革基金會 捐款單

想約，我願意加入醫改之友行列！

捐款人姓名：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_

聯絡地址：\_\_\_\_\_

聯絡電話：(日) \_\_\_\_\_ (夜) \_\_\_\_\_ 行動：\_\_\_\_\_

E-mail：\_\_\_\_\_

收帳給領： 同捐款人  其他 \_\_\_\_\_

統一編號：\_\_\_\_\_

收帳給發方式：  
 每月寄發  年度彙總  
 郵政存摺： 需要  不需要

您可以選擇下列捐款方式

**1. 郵政劃撥捐款**  
 劃撥帳號：10623875  
 戶名：財團法人台灣醫療改革基金會 (請按最新劃撥、附摺單！)

**2. 信用卡捐款**  
 卡 號： VISA  MASTER  JCB  聯名信用卡  
 發卡銀行：\_\_\_\_\_

信用卡有效期限：\_\_\_\_\_月 / \_\_\_\_\_日 元 \_\_\_\_\_年

持卡人姓名：\_\_\_\_\_ (請與信用卡帳單一致)

我願意繼續捐款 捐款金額：\_\_\_\_\_

我願意成為定期捐款人 每月固定捐款：(請勾選)  
 300元  500元  1,000元  2,000元  其他 \_\_\_\_\_元  
 (請至郵局 (02) 2709-1540 匯票部！)  
 (重要事項) 捐款資料，請與本會聯絡，我們將會協助您處理！

**3. 銀行電匯**  
 帳號：347-20-035591-1 華南銀行總行分行  
 戶名：財團法人台灣醫療改革基金會  
 (查詢後，請至郵局或郵局本會窗口諮詢詳情，轉帳日期以郵 (02) 2709-1540 匯票部！)

### 多重慢性病 整合照護 1 次搞定

多重慢性病，整合照護 1 次搞定

財團法人台灣醫療改革基金會

地址：台北市大安區敦化南路二段155號三樓三樓302  
 電話：(02) 2709-1539 傳真：(02) 2709-1546  
 網址：http://www.taiwan-med.org.tw Email: tai@med.org.tw



認識多重慢性病就醫的潛在危險

- 每5.5位國人，就有1位是多重慢性病人，且用藥量是一般人的**2至6**倍。
- 多重慢性病人平均每人每月藥品項數是**7至8**項，很可能是多重用藥族群。
- 與一般人比較，多重慢性病人就醫次數多**2**倍、花費的醫療費用多**3**倍，每人每年花費約10萬元的醫療費。
- 能真的用到門診整合資源的多重慢性民眾僅約**5%**，多數病人仍處於多科看診或盲目就醫的情境中，造成疾病控制與健康管理上的困境。

據健保署統計，多重慢性病人口65歲以上與未滿65歲的比例是6:4，不只是老年入專利。且醫改會調查，多重慢性病人就醫通常會看多專科，平均看病時間長達4.3小時，甚至最多花到12小時以上，會影響醫療及生活品質。



誰需要多重慢性病整合醫療

您或您的家屬符合下列描述嗎？如果勾選越多描述，那可能就越有多重慢性病整合的需要，可以詢問您或您的家屬就醫的醫院、家庭醫師等專業醫療人員，是不是能夠協助整合藥物，或協助共病管理及整合。

- 覺得每月要花很多時間，看很多診次，甚至需常待院、跨科就診領藥。
- 屬於多重慢性病(長期用藥)族群，曾因為長期因藥發生副作用，或是有藥物過敏。
- 因為藥量太多，擔心會有重複或交互作用，或自行停藥、加藥、減藥。
- 忘記服藥，或是不清楚控制藥的正確時間及用法。
- 除了西醫師開的藥之外，同時也服用中藥或營養補給品(如維他命等)。



審視我的就醫紀錄

我正在治療的慢性疾病：	領有慢性處方箋
1. _____	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
2. _____	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
3. _____	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
4. _____	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
5. _____	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>

我就診的專科有：

開立藥品填數

1. \_\_\_\_\_ 項
2. \_\_\_\_\_ 項
3. \_\_\_\_\_ 項
4. \_\_\_\_\_ 項

若您或家人在最近3個月中，有3種以上慢性病、看2位醫師以上、領有2張以上的慢性病連續處方箋、藥品項數達到10種等任一狀況，可以詢問醫師或院方，能否使用整合照護服務

## 認識多重慢性病就醫的潛在危險

- 每 5.5 位國人，就有 1 位是多重慢性病人，且用藥量是一般人的 2 至 6 倍。
- 多重慢性病人平均每人每月藥品項數是 7 至 8 項，很可能是多重用藥族群。
- 與一般人比較，多重慢性病人就醫次數多 2 倍、花費的醫療費用多 3 倍，每人每年花費將約 10 萬元的醫療點數。
- 能真的用到門診整合資源的民眾僅約 5%，多數的多重慢性病人仍處於多科看診或盲目就醫的情境中，造成疾病控制與健康管理上的困境，既耗用健保資源又有傷身疑慮。

小叮嚀：據健保署統計，多重慢性病人口 65 歲以上與未滿 65 歲的比例是 6：4，不只是老年人專利。且醫改會調查，多重慢性病人就醫通常會看多專科，平均看病時間長達 4.3 小時，甚至最多花到 12 小時以上，會影響醫療及生活品質。

## 誰需要多重慢性病整合？

您或您的家屬符合下列描述嗎？如果勾選越多描述，那可能就越有多重慢性病整合的需要，可以詢問您或您的家屬就醫的醫院、家庭醫師等專業醫療人員，是不是能夠協助**整合藥物，或協助共病管理及整合**。

- 覺得每月要花很多時間、看很多診次，甚至還需跨院、跨科就診領藥。
- 屬於多重慢性病(長期用藥)族群，曾因為長期服藥發生過副作用，或是有藥物過敏。
- 因為藥量太多，擔心會有重複或交互作用，或自行停藥、加藥、減藥。
- 忘記服藥，或是搞不清楚服藥的正確時間及用法。
- 除了西醫師開的藥之外，同時也服用中藥或營養補給品(如維他命等)。

小叮嚀：

若您或家人在最近 3 個月中，有 3 種以上慢性病、看 2 位醫師以上、領有 2 張以上的慢性病連續處方箋、藥品項數達到 10 種等任一狀況，可以詢問醫師或院方，能否使用整合照護服務。

## 哪裡找得到多重慢性病整合服務

### 開口問

- 問 藥局藥師、診所藥師或醫院藥師，能不能協助多重慢性病用藥整合？
- 問 診所或醫院醫師，有無開設多重慢性病整合門診、提供慢性病整合服務？
- 問 醫院的服務人員，有沒有高齡醫學科、整合醫學科等門診？

### 動手查

查 藥師公會國聯合會 請問藥師(Q&A)  
<https://dpm.taiwan-pharma.org.tw/menu/45/>

您可使用藥師公會的民眾用藥諮詢服務，進入網頁畫面後，點選「民眾專區」，編號 1「關於請問藥師(Q&A)、諮詢信箱」，可匿名發問。

#### 如果您或您的家屬經常在診所看診...

查 中央健康保險署>健保服務>健保醫療計畫>家庭醫師整合照護計畫  
<https://www.nhi.gov.tw/OnlineQuery/FamilyDrSearch.aspx>

您可詢問您的家庭醫師或厝邊診所，尋求多重慢性病整合服務共病管理。

#### 如果您或您的家屬經常在醫院看診...

查 中央健康保險署>院所查詢>醫院以病人為中心門診整合照護計畫  
<https://www.nhi.gov.tw/Query/query11.aspx?&pcode=AY&n=0BD4E98F812CFD86&sms=36A0BB334ECB4011&topn=D39E2B72B0BDFEA15>

部分醫院有參與健保署的「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，提供「整合門診」，您可選擇您所在「區域別」，照護模式代碼選擇「開設整合門診模式」者，致電聯絡該院的窗口。或確認您正在就醫的醫院，有沒有「開設整合門診模式」，優先使用院內資源。

附件五：「有名無實，有心無力：體檢醫院門診整合照護計畫」記者會新聞稿

## 有名無實，有心無力：體檢「醫院門診整合照護計畫」

### 記者會

在 COVID-19 疫情肆虐下，讓我們看到國內外的多重慢性病人因免疫力低，在染疫的重症率、高致死率，甚至突破性感感染，也常常聽到 2 關鍵字，一是老人、二是多重慢性病人，他們都是首當其衝的高風險族群。然而在台灣到底多重慢性病的情形有多嚴重？醫改會劉淑瓊董事長指出，每 5.5 位國人中就有 1 位有 2 種以上慢性病，多重慢性病人的就醫次數近國人的 2 倍、花費醫療點數更超過國人的 3 倍，約 10 萬點。在用藥方面，一般病人平均藥品項數 3.1 項，但多重慢性病人藥品項數卻達 7.5 項，門診整合照護收案對象平均藥品項數甚至高達 20 項，飯前一把藥、飯後一把藥。若未能有效回應多重慢性病人的整合醫療需求，不僅會增加病人安全風險，惡化多重慢性病人醫療照護品質，更會成為民眾與健保的沉重負擔。

因應多重慢性病人逐年增加的醫療照護需求與醫療成本，健保署自 98 年起試辦、105 年開始擴大辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」作為解方，企圖解決多重慢性病人高就醫次數、高用藥品項數、重複或不當治療用藥與處置、未將醫院忠誠病人落實分級醫療等問題<sup>2</sup>，總計投入約 45 億元專款。然而這個被健保署認定為「當務之急」的計畫，每年編列 2.5 億到 3 億元的費用，至今執行率卻不到 5 成。照護人數更從 105 年 55 萬人，直落至 109 年 20 萬人不到，只占整體多重慢性病人的 5%；甚至，總額評核報告指出，利用過門診整合的病人，不論在門診點數、急診次數，或是藥品項數，都沒有顯著改善，顯見政策執行成效不佳。劉淑瓊表示，體檢「門診整合計畫」的目標與宗旨，健保署等於繳交了一張完全不及格的成績單。

為了解民眾與醫療端的困境，醫改會在聯合勸募、主婦聯盟生活消費合作社的經費支持下，邀請台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟(醫勞盟)的曾家琳理事一同召開記者會。揭露在計畫設計不周下，醫療端「有心無力」造成「有名無實」的現況，並公布全國《多重慢性病人就醫現況調查》、點出病人醫療需求沒有被整合的「三多」困境。醫改會說明如下：

---

<sup>2</sup> 健保署「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」計畫說明：「改變現行醫療照護模式，使成為適合多重慢性病患之整合醫療照護模式，乃當務之急」。並有三目的：「一、提供多重慢性病人適切、效率、良好品質的醫療服務，避免重複、不當治療用藥或處置，影響病人安全。二、配合總額支付制度，提供整合式照護服務，促成醫院各專科醫療之適當配合。三、對於病情穩定之病人，逐步落實分級醫療、促進層級間之轉診，以提升醫療資源使用效率。」

## 一、【四沒有】整合醫療焦點團體與深度訪談

醫改會邀集不同的醫事人員、醫療專業團體、病友團體、學者專家等，召開 4 場的焦點團體與 10 次的深度訪談，共 28 人次。結果發現，整合醫療服務的迫切需要，是各方與會人士的高度共識，除病友團體表明多重慢性病人不易找到整合醫療的窗口及資源、診次太少，醫療供給端更是「有心無力」：

1. 沒有團隊：為維持整合門診運作，除了核心的醫師，還須穩定且專業的團隊人力來協助評估與管理(如個管師等)，但這個計劃卻沒有從團隊人力來設計支付標準，導致整合團隊經常沒有聘足人力或流動率高，影響疾病照護的連續性與病人的信任感。
2. 沒有誘因：整合門診開設成本高，又因多重慢性病人往往併發症多、用藥複雜需耐心梳理，個案看診及處置所費時間也較長，依規定卻只能申報前 3 次的整合診察費<sup>3</sup>，也因收案慢、案量低而有業績壓力被檢討。醫院端往往因顧及執行成效或個案不得重複收案之限制，所以只好「上有政策下有對策」，而改成自行吸收或甚至拒絕收案。
3. 沒有配套：因 107 年實施門診減量，隔年起健保署不再提供重點照護對象收案名單<sup>4</sup>，這造成原本會依名單挑選需整合的病人的中、小醫院，後續卻因不具充足量能或資訊科技能力，苦無配套下反而無法找出院內的潛在照護對象，收案能力大受影響甚至停止提供相關服務。
4. 沒有輔導：因為政府沒有去輔導各層級醫院發展合適的模式，有意推動整合門診的專科別，往往僅能做到最基礎的資訊整合或一次掛號多科看診模式，而無助於改善病人多科看診、用藥多與醫囑多的擔憂與恐懼，易造成「空有整合之名，而無整合之實」的困境，進而降低控制病情與治療之成效。

劉淑瓊說明，「門診整合計畫」有四種常見模式，分別是：僅資訊整合、門診時段集中、單一整合門診，與多專科共同看診。由於前兩種模式是，醫院容易投入、低門檻，又可因應門診減量、門診整合計畫的方式，但病人多科看診、用藥多、醫囑多的問題，仍沒有辦法改善。也就是說，「門診整合計畫」的照護人數與成效，很大幅度是灌水而來。

醫勞盟曾家琳理事，從整合門診第一線人員、醫療永續發展的角度也呼應，

<sup>3</sup> 整合診察費僅能申報前三次：初診 1,500 點、2 次複診 1,000 點，後續則回到一般診察費。

<sup>4</sup> 105-107 年保險人依下列條件順序提供忠誠病患名單：失智症、重大傷病及罕病、三高至少 2 種以上且慢病診次超過 6 次、65 歲以上 2 種慢病且 2 科以上。

「門診整合計畫」若不是實際的多科整合，僅資訊整合根本無助改變病人困境，只是把病人醫療資訊印在同一張。且單看一般門診診察費才約 300 點，醫師通常會努力提升看診量，沒有條件、心力去發展整合門診，或提供多科整合的服務。而多重慢性病人通常老了、家人也累了，還會合併很多複雜的飲食或排尿困難、血糖及血壓高度起伏等問題，看 1 位病人起碼需要 30 分鐘以上，後續也還有很多問題要處理，並不是只有病人前 3 次才需經費支持。

## 二、【三多】多重慢性病人就醫現況調查

由於以上的「四沒有」，醫院端很自然地走向簡易好操作的資訊整合模式，造成此計畫在長年推動下發展失衡、「有名無實」。然為瞭解整合服務沒到位，民眾就醫還存在哪些問題，醫改會於今年 11 月委託博思市場調查研究顧問公司，針對 332 位<sup>5</sup> 2 種以上的慢性病人或家屬進行民調，結果發現儘管這個計畫已經推動 12 年之久，多重慢性病人就醫仍然面臨「三多」的困境：

1. 就醫時間多：多重慢性病人通常需要看多個專科，平均看病時間要花 4.3 小時，最多要花到 12 小時以上。有超出 4 成的病人每月要挑好幾天，掛數個不同的專科別。近 6 成病人表示，就醫所費時間會對日常生活造成負擔，如果罹患 3 種以上慢性病的話，更有 7 成 4 的病人認為會造成負擔。
2. 用藥問題多：
  - (1) 3 種以上慢性病人為什麼沒有按醫囑用藥？有 33.3% 覺得藥量太多；有 29.6% 擔心會有交互作用；有 22.2% 覺得副作用太強(複選)。
  - (2) 複雜用藥的病人最想諮詢的前三名，分別是「我短時間(或同時)服用不同醫師所開的藥品，是否會影響療效，或發生不良交互作用？」、「我服用不同醫師所開的藥品中，有沒有療效重複或相近的藥品？」以及「萬一發生副作用時，應如何確定發生問題的原因與處理？」
3. 使用困難多：
  - (1) 在 3 種以上慢性病人中，雖然有 77.3% 的病人知道整合門診，但進一步分析卻有 2/3(65%) 的病人沒有繼續用或根本沒有去用。沒有繼續用的主要理由(單選)，分別是：認為「對病情幫助不大」(36.5%)、「找不到合適的醫療團隊」(27.0%) 以及「對藥品項數不滿意」(23.8%)。

<sup>5</sup> 此份民調並非調查國人就醫習慣，而是鎖定多重慢性病病人的就醫習慣來調查，因此樣本條件必須是多重慢性病的病人或照顧/陪病者

- (2) 對於沒聽過整合門診的病人(22.7%)來說，經說明門診整合的服務內容後，有 9 成以上表達願意使用。

劉淑瓊認為，多重慢性病是未來漸趨嚴峻的社會問題、醫療照護問題，政府卻端出灌水、設計不善的政策，造成醫療端「四沒有」，想做也有心無力，更衍生有名無實的整合模式，把民眾推向「三多」困境。

曾家琳也直言，從台灣健保的給付與支付面，沒有辦法讓醫療提供者設計合於病人整合需求的醫療行為。整合門診相關科別一個時段看 10 幾個病人就很了不起。她也分享，有大醫院發生一位病人一個月看 17 個診、跑了 17 次醫院，演變成一位醫師熱心介紹另一位醫師給病人，病人就一直看下去。不僅醫病間沒有信任關係，醫師更難給予實質的整合建議，更受限整個支付環境，實在是有心無力。即使整合門診努力宣導，但民眾仍然不一定看得到、用得到，他的專科醫師也不一定清楚。健保署應該要思考更多。

劉淑瓊總結，從健保署健保財務收支檢討報告中，提出惡化的重要因素之一，就是老年人口等多重慢性病人的整合性醫療匱乏。而設計不當所造成的「有心無力」與「有名無實」，還可能惡化病人對整合醫療的可近性以及照護的連續性。因此醫改會呼籲健保署應積極檢討整合醫療政策，並提出以下訴求：

#### **短期—即刻轉型：**

- 一、全面檢討現在因陋就簡的「醫院以病人為中心門診整合計畫」，及其收案條件、給付項目、支付標準不合理，以及監測指標不能反映實務需求等問題，並提出計畫轉型時程規劃。
- 二、針對有意願推動整合醫療服務的醫療院所，輔導院所發展因地制宜的整合模式與操作方式。
- 三、強化民眾宣導，並提供可簡易查詢符合自身需求的整合門診照護院所名單，讓目前 160 家的門診整合服務更能讓民眾所知所用。

#### **長期—大整合：**

- 一、應從預防到治療，從醫院、基層診所到社區，跨司署統合現有的各類整合計畫，如：家庭醫師整合性照護計畫、居家醫療照護整合計畫等，以提高慢性病的照護連續性與協調性。
- 二、應針對高醫療資源使用及多重共病病人，強化疾病管理，並就同院的住診及門診、跨院與跨層級進行整合及提升個管監測系統，完善醫療體系間的銜接

和轉介機制。

改變醫師與病人的行為是一個漫長且複雜的過程，醫病皆需有長期抗戰、相互學習的決心，並追根究底找出問題。醫改會呼籲衛福部應拿出推動整合醫療的決心，加速提升多重慢性病人的醫療照護品質與病人安全。讓有需求的民眾知道、看到並可以就近使用整合資源，才能有效提升醫院與醫師對複雜照護需求病人的長期關注，與達到提高慢性醫療照護品質及控制醫療成本雙贏的計畫推動目標。除此之外，醫改會也建議民眾要聰明就醫，破除廟大和尚靈、名醫才好的迷思，若自覺有多重慢性病、多專科、多用藥等複雜就醫困境時，可主動詢問信賴的醫師院內有無提供整合服務。

附件六：「有名無實，有心無力：體檢醫院門診整合照護計畫」記者會報導露出

1101223 聯合報 [老翁單月狂跑 17 診看病 醫改會指整合門診 4 沒有、3 多](#)

1101223 自由時報 [減少共病患者奔波推整合門診 醫改會揭照護人數下降盼檢討](#)

1101224 自由時報 [整合門診計劃／擴大辦理 5 年 照護人數大減 38 萬](#)

1101223 優活健康網 [翁月狂跑 17 診！醫改會批健保署推「整合門診」不及格](#)

1101223 蘋果新聞 [醫院門診整合照護計畫上路 12 年成效不佳 民團：有名無實](#)

1101227 大愛 [整合門診醫療量下滑 醫改會呼籲檢討](#)

1110102 健康醫療網 [健全「醫院門診整合照護計畫」提升多重慢性病照護品質](#)

附件七：「有名無實，有心無力：體檢醫院門診整合照護計畫」記者會後醫改會再回應

## 【鄉親評理】整合門診三多四沒有，健保署勿再掩耳盜鈴

醫改會 12/23 召開記者會，揭露健保署「門診整合照護計畫」設計不善，造成醫療端「四沒有」，就算想做也有心無力，更衍生有名無實的整合模式，多重慢性病人仍陷於「三多」的困境。針對計畫設計與執行不彰，健保署卻回應：「門診整合照護計畫已在 109 年，與急性後期整合照護計畫、跨層級醫院合作計畫、遠距醫療會診共用四億。」

醫改會對健保署這種掩耳盜鈴式的回應深感遺憾。

門診整合照護計畫在 108 年起調整計畫內容，如收案對象等，修正前 107 年執行率為 6 成 4、計畫修正後 108 年執行率卻直接砍半降為 3 成 1，署方卻仍沒有檢討修正前後到底醫療服務提供端出現了什麼問題和困境，並設法解決、滾動修正。

而門診整合計畫自 98 年本就是屬「推動促進醫療體系整合計畫」的分項計畫之一，且過往一直都是獨立編列預算(105-107 年預算各編列 3 億)，直至 108 年起，陸續與另外 3 個分項計畫[註] 共用 4 億的預算(預算可用上限 2.5 億)。從投入經費下降，到共用經費的作法，都顯示健保署對本計畫的重視不足，與門診整合照護計畫開宗明義，表述此服務之推動為「當務之急」背道而馳。更不能掩飾現行計畫仍有諸多執行困境、政策規劃不善。而據健保署資料，統包 4 個分項計畫的「推動促進醫療體系整合計畫」，整體執行率近年也不到 5 成，顯見相關整合計畫都應有檢討之必要。

門診整合計畫至今已推動 12 年，即使計畫修正，沒有團隊、沒有誘因、沒有配套、沒有輔導仍是計畫的四大核心問題。顯見，該計畫沒有考慮醫院的執行條件、可行性不足，這是健保署規劃有問題；如果健保署認為計畫設計沒問題，執行面沒做好，健保署便是監督管理不力。

醫改會呼籲，健保署應儘速檢討規劃不善的門診整合計畫，輔導醫院發展因地制宜的整合模式，並提供民眾可簡易查詢符合自身需求的整合門診照護院所名單，才能讓門診整合服務更能讓民眾所知所用。

【註】「推動促進醫療體系整合計畫」自 98 年開始，逐年增加分項計畫。於 98 年 12 月 1 日開始實施「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」；100 年 7 月新增「論人計酬試辦計畫」(105 年更名「區域醫療整合計畫」但未執行、108 年取消)。103 年新增「提升急性後期照護品質試辦計畫」；104 年新增「跨層級醫院合作計畫」。