

一、計畫名稱：以人為中心—完善多重慢性病人整合照護暨民眾認識

二、主辦單位：財團法人台灣醫療改革基金會（詳參附件一、附件二）

財團法人台灣醫療改革基金會（簡稱「醫改會」）成立於 2001 年，以「純民間」的立場，致力推動兼顧品質與正義的醫療環境，並且建立以人為本的醫療實踐。為了達成台灣醫療改革基金會的宗旨與核心理念，我們既不申請政府部門的經費，也不接受醫療利益團體的指定捐款。截至 2020 年 10 月，醫改會內共有 2 位研發組專職員工、1 位行政組專職員工、2 位臨時人員，主要以民眾的小額捐款，支持醫改會的醫療糾紛免費諮詢服務、醫療議題經營與日常營運。

三、辦理期間：2021 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日

四、服務對象：對多重慢性病與整合醫療議題感興趣的民眾

五、問題意識：

（一）前言

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（請參表一）。



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¹，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。

¹ 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。



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：

1. 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？
2. 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）緣由與目的

世界衛生組織（World Health Organization, WHO）在 2015 年建議，有鑑於近年來人口邁向高齡化、長期慢性病與可預防疾病的負擔提升，並且逐漸衍生多重及複雜的醫療介入需求，當前醫療體系迫切需要「整合照護」的轉變。整合照護旨在趨向「以人為中心」的醫療照護體制，掌握多重慢性病人未被滿足的需求，並據以擬具可行、在地的解決方案，並且 WHO 制訂了「以人為中心」及「整合醫療服務」的益處指標（詳見附件三）。台灣醫療改革基金會參考其指標，擬訂了「個體及其家庭」、「社區」層次的倡議行動，以倡議符合在地需求的整合醫療照護。

（三）操作目標

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。

六、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人的醫療及社會需求？

目的：瞭解多重慢性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。

七、預期效益

- (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》。
- (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。
- (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。
- (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。



八、經費預算

經費項目	計畫經費明細			
	單價(元)	數量	總預算(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	60,000	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	10,000	含資料蒐集費、其他交通費、雜支
本會自籌款	133,140			
經費申請款	140,000			
總金額	273,140			



附件一 財團法人台灣醫療改革基金會，組織介紹

簡介

台灣醫療改革基金會是推動台灣建立具品質與正義醫療環境的公益團體。醫改會成立於 2001 年，由一群社會科學背景、非醫療專業的學者及關心醫療人士發起，以「溫和堅定、證據說話」為基調，從純民間立場出發，既不接受政府補助，也不接受醫療利益團體指定捐款，推動台灣醫療環境回歸以人為本的醫療實踐，十八年來已成為台灣捍衛醫療人權指標性的民間力量。本會僅有 3 名支薪專職員工，但有 10 位以上常駐議題指導老師、50 位以上經常性諮詢專家，平均每年召開 5 場新聞記者會、發表 6 篇民意論壇文章與新聞聲明，每月媒體露出 37 則，累積接聽近 8,000 通醫療爭議諮詢電話，並發行 252 期醫改電子期刊，竭盡所能極大化改善醫療環境之影響力。

宗旨

- 一、 推動全民參與醫療改革
- 二、 結合社會力全面體檢醫療環境
- 三、 回歸醫療事業非營利本質
- 四、 促進台灣建立公開、透明的醫療體制
- 五、 協助建立有利於施行正確醫療之環境
- 六、 敦促醫療品質提升，保障病患權益

願景

推動台灣建立具品質與正義的醫療環境，回歸以人為本的醫療實踐。

工作項目

- 一、 倡導資訊公開：以病患權益為基礎，督促整府、醫療院所、評鑑機構，公開民眾權利知道的醫療資訊。
- 二、 推動傷害救濟：網站公布醫療爭議參考資訊、舉辦醫療爭議教育宣導講座、協助醫療糾紛個案組成自助團體、進行醫療爭議法令之立、修法遊說。
- 三、 監督醫療品質：針對就醫民眾、病患家屬、醫護人員等進行以病人為中心之醫療品質調查，茲為促進品質提升之實證基礎。
- 四、 促進醫療公義：結合關心弱勢族群醫療權益之社會團體，促使社會各界覺察、重視弱勢者醫療困境，以共同促進台灣醫療資源分配的公平與正義。



附件二 執行團隊成員簡介

一、計畫主持人

姓名	現職
林雅惠	台灣醫療改革基金會執行長
主要學經歷	
● 陳曼麗立委國會辦公室主任 ● 慈濟大學公共衛生所碩士	

二、執行團隊成員

姓名	現職
吳奎彥	台灣醫療改革基金會研究員
主要學經歷	
● 教育部非營利幼兒園推動工作專案計畫助理研究員 ● 國立臺灣大學社會學研究所碩士	

姓名	現職
劉偉琳	台灣醫療改革基金會行政組長
主要學經歷	
● 全球醫藥新知行政專員 ● 真理大學企業管理學系學士	

三、諮詢顧問

姓名	現職
吳尚琪 教授	台灣醫療改革基金會顧問
主要學經歷	
● 國立陽明大學衛生福利研究所特聘教授 ● 澳大利亞雪梨大學公共衛生及社區醫學研究所訪問學者 ● 國立臺灣大學公共衛生學研究所博士	



附件三 「以人為中心」及「整合服務」的益處指標

社會層面	益處
個體及其家庭 (individuals and their families)	(一) 增加對照護提供者的照護和更佳關係之滿意度 (二) 改善照護的近用與及時性 (三) 改善健康識讀能力與決策技能，以促進獨立性 (四) 與專家共享決策，並且增加對照護計畫的參與 (五) 增加自我管理能力，與控制長期健康情況 (六) 在不同照護層級有更好的協作照護
社區 (communities)	(一) 改善照護的近用，邊緣團體的參與 (二) 改善健康成果和更健康的社區，包含更高層次的求醫行為 (三) 提供社區更好的管理及控制傳染疾病的能力，與回應危機的能力 (四) 與照護提供者更廣泛影響及更好的關係，以在照護服務中，建立社區意識和信任 (五) 在使用健康資源的決策過程中，有更廣泛的經營與參與表現 (六) 釐清公民在健康照護中的權利與責任 (七) 照護可以更積極回應社區需要
健康專業及社區健康工作者 (health professionals and community health workers)	(一) 改善職業滿意度 (二) 改善工作負擔和減少過勞 (三) 角色增強，擴展勞動技能以讓工作者能夠負擔更大範圍的責任 (四) 學習新技能的教育與訓練機會，如在團隊基礎的照護環境工作
健康系統 (health systems)	(一) 促進改變照護平衡，以便資源可以更貼近需求 (二) 改善與照護公平與增強照護近用 (三) 藉減少醫療疏失與不良事件，改善病人安全 (四) 增加監測與預防體系的接受程度 (五) 改善診斷的準確性及適當性，以及轉介的及時性 (六) 透過更堅實的國家及社區照護服務，以及更好的管理與協作照護，減少住院及長時間留院 (七) 減少非必要健康照護設施使用及等待接受照護的時間 (八) 減少健康投資與服務的重工 (九) 減少人均照護的總成本 (十) 減少傳染病及非傳染病的死亡率及發生率

資料來源：WHO (2015)，醫改會整理



