



衛生福利部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

台灣醫療體系 未來發展與挑戰

石崇良 醫師

衛生福利部醫事司

2018.10.31



大綱

- 健康照護體系發展趨勢
- 近期醫療體系改革重點
 - 社區為基礎之健康照護網絡
 - 醫療執業環境改善
 - 創新醫療照護與產業發展
 - 其他
- 結語



壹、趨勢



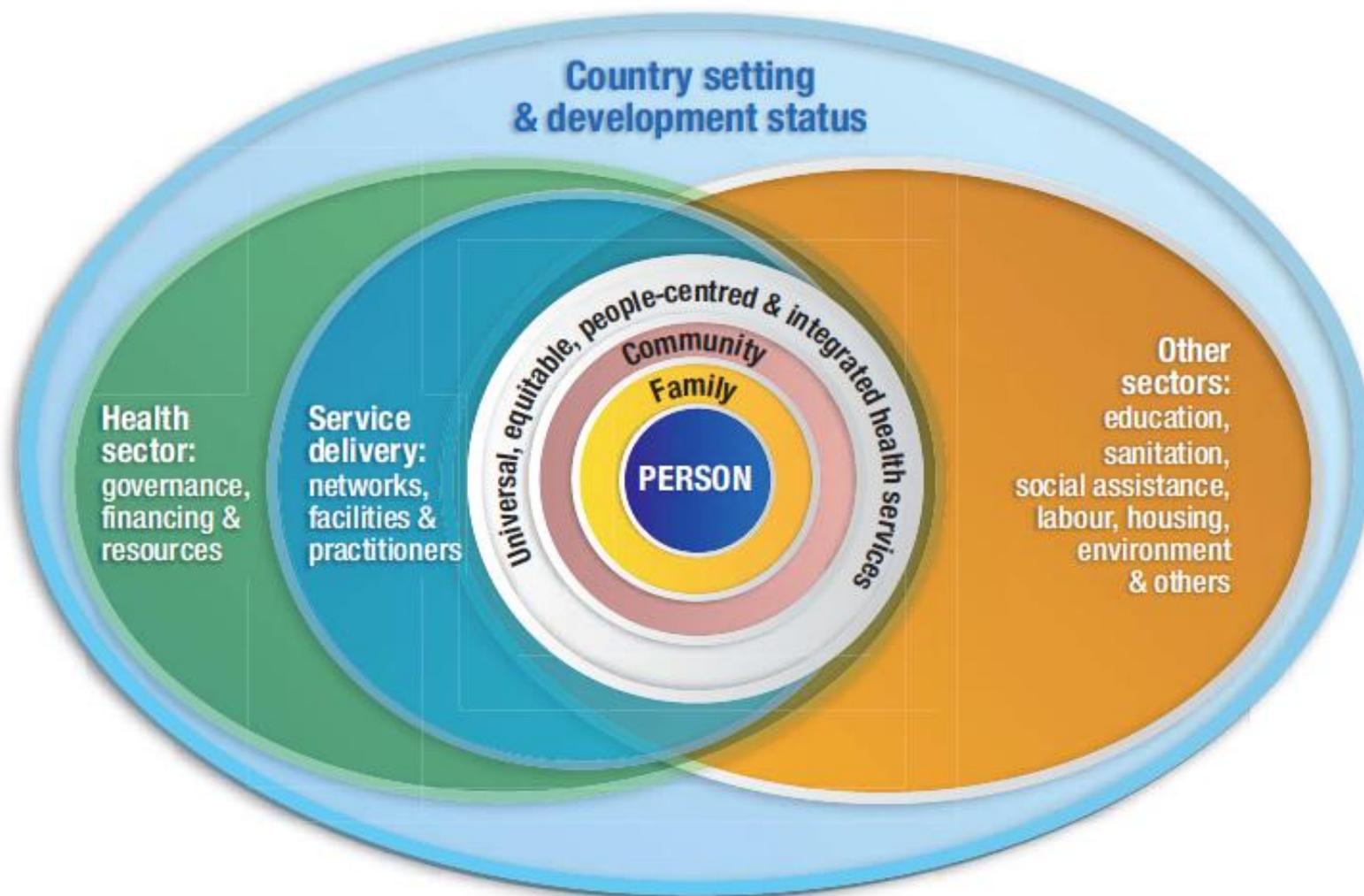
21世紀健康照護模式革新

- ✧ 醫院為基地 → 社區（居家）為基礎
- ✧ 單次服務 → 持續性照護
- ✧ 當面診療 → 遠距醫療
- ✧ 治療疾病 → 促進健康
- ✧ 標準化 → 客製化（精準醫療）
- ✧ 預防疾病發生 → 預測罹病風險

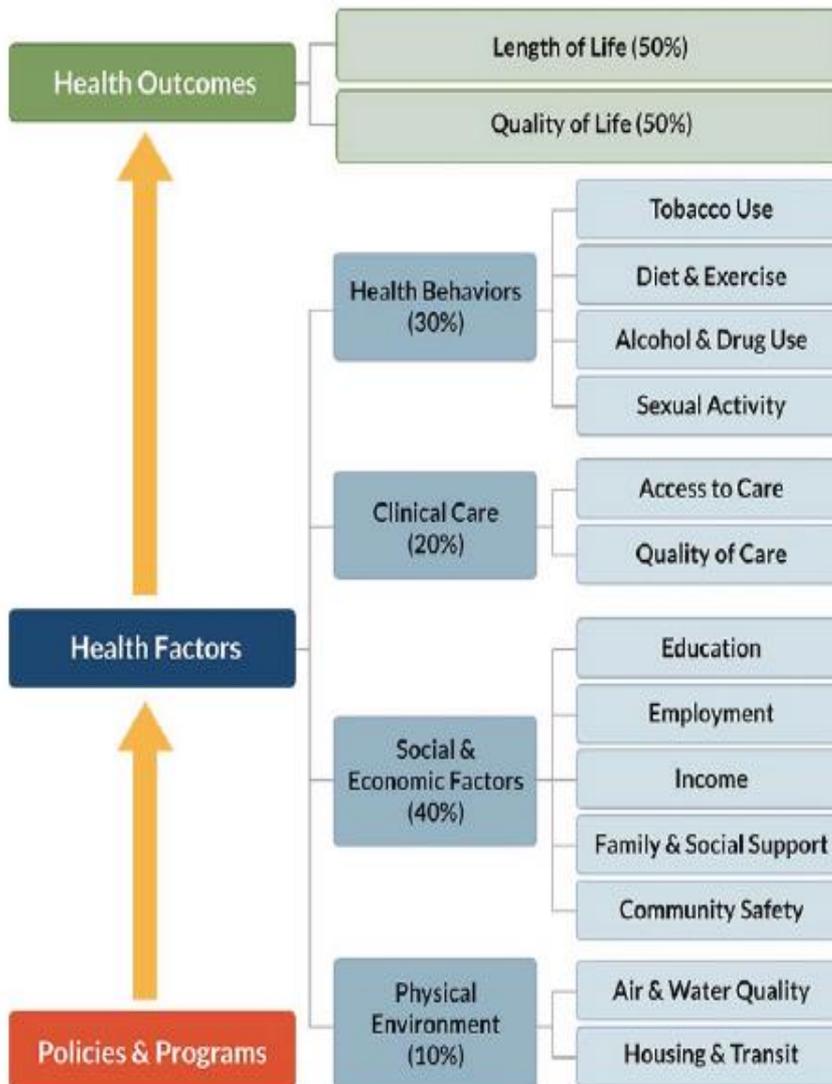


以人為中心之整合性健康照護

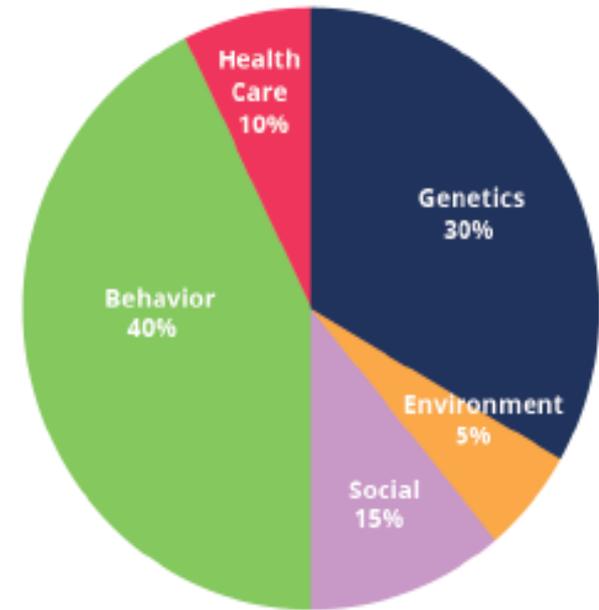
Fig 1. Conceptual framework for people-centred and integrated health services



健康決定因素與關聯性



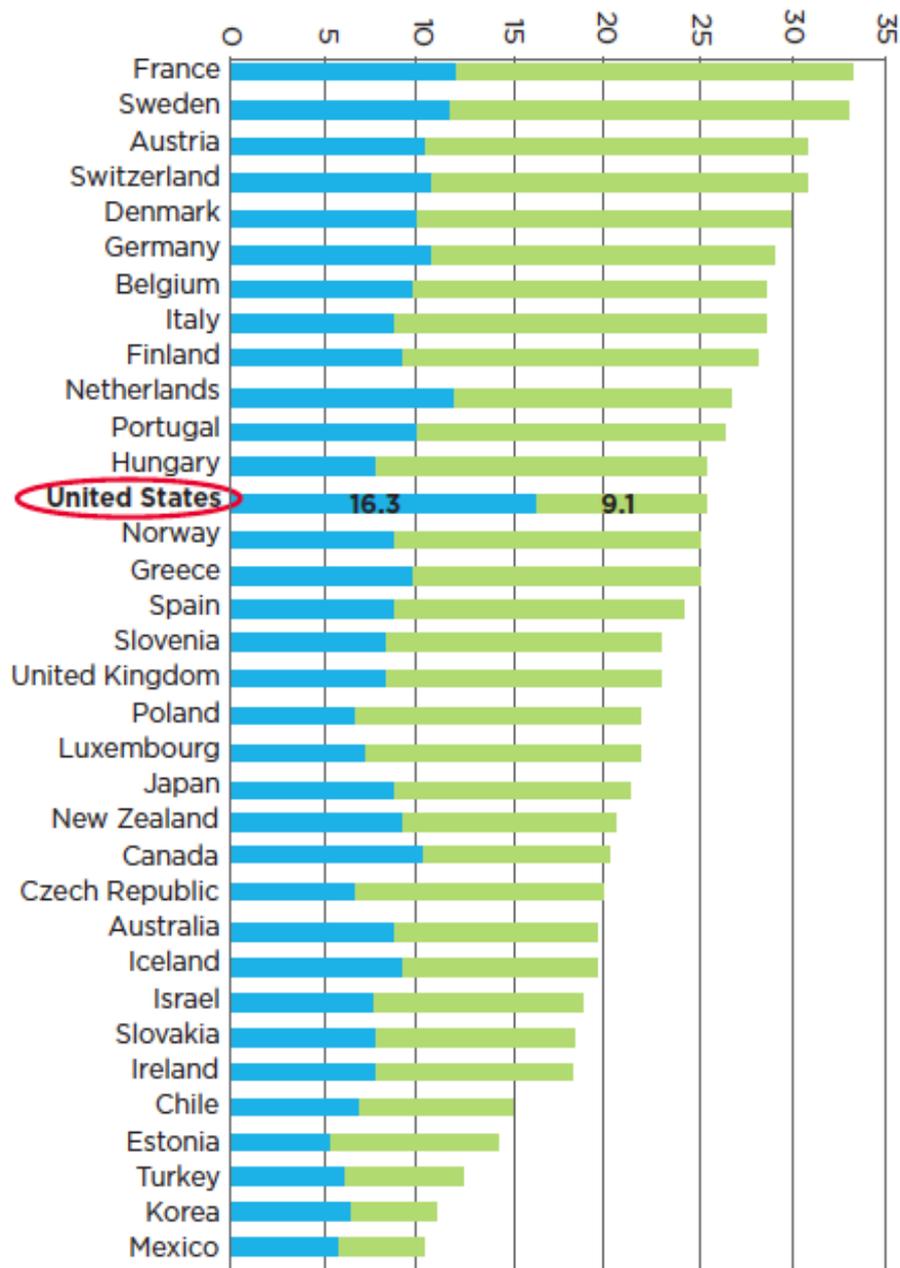
County Health Rankings model © 2016 UWPHI



1. County health rankings; www.countyhealthrankings.org
2. Vital directions for health & health care 2017 National Academy of Medicine



Expenditures as % of GDP



醫療保健與社會福利支出於OECD國家的比較

2013
■ Total health service expenditures
■ Total social service expenditures



健康照護的新趨勢

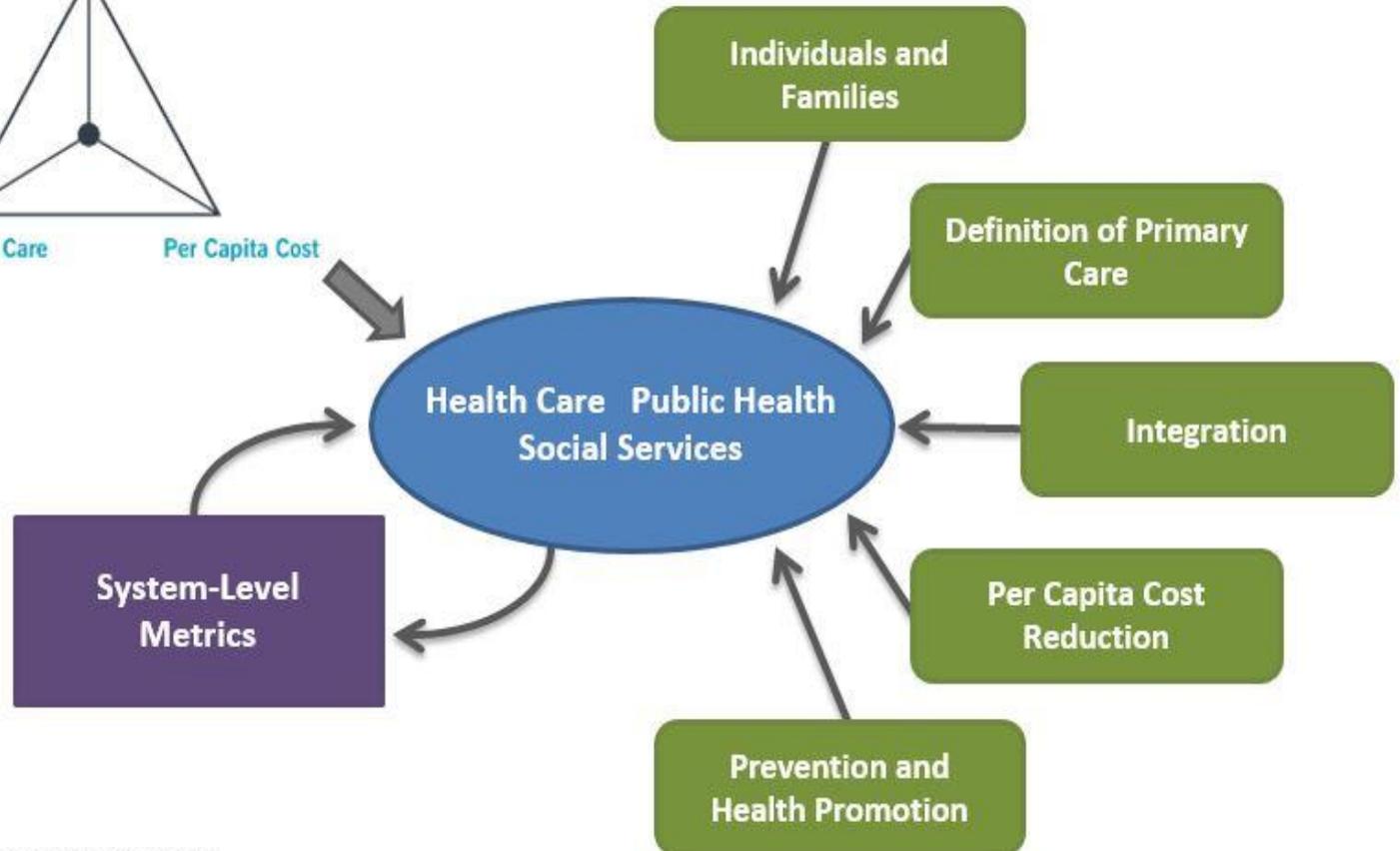
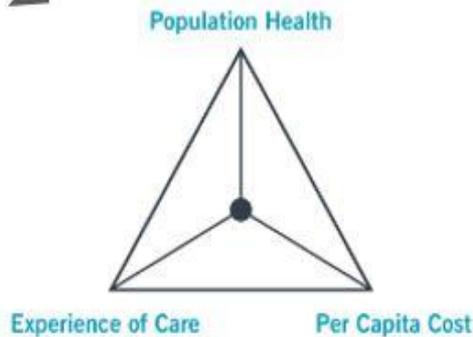
- “醫療照護”不等同“健康”。
- 個人與社區健康的社會決定因素 (SDoH) 必須融入健康照護計畫中。
- 單純的醫療介入企圖解決SDoH將徒勞無功或事倍功半。
- 透過資料收集分析，結合（整合）社區資源，提供具成本效果的健康照護服務。

Design of a Triple Aim Enterprise

Define "Quality" from the perspective of an individual member of a defined population



The IHI Triple Aim



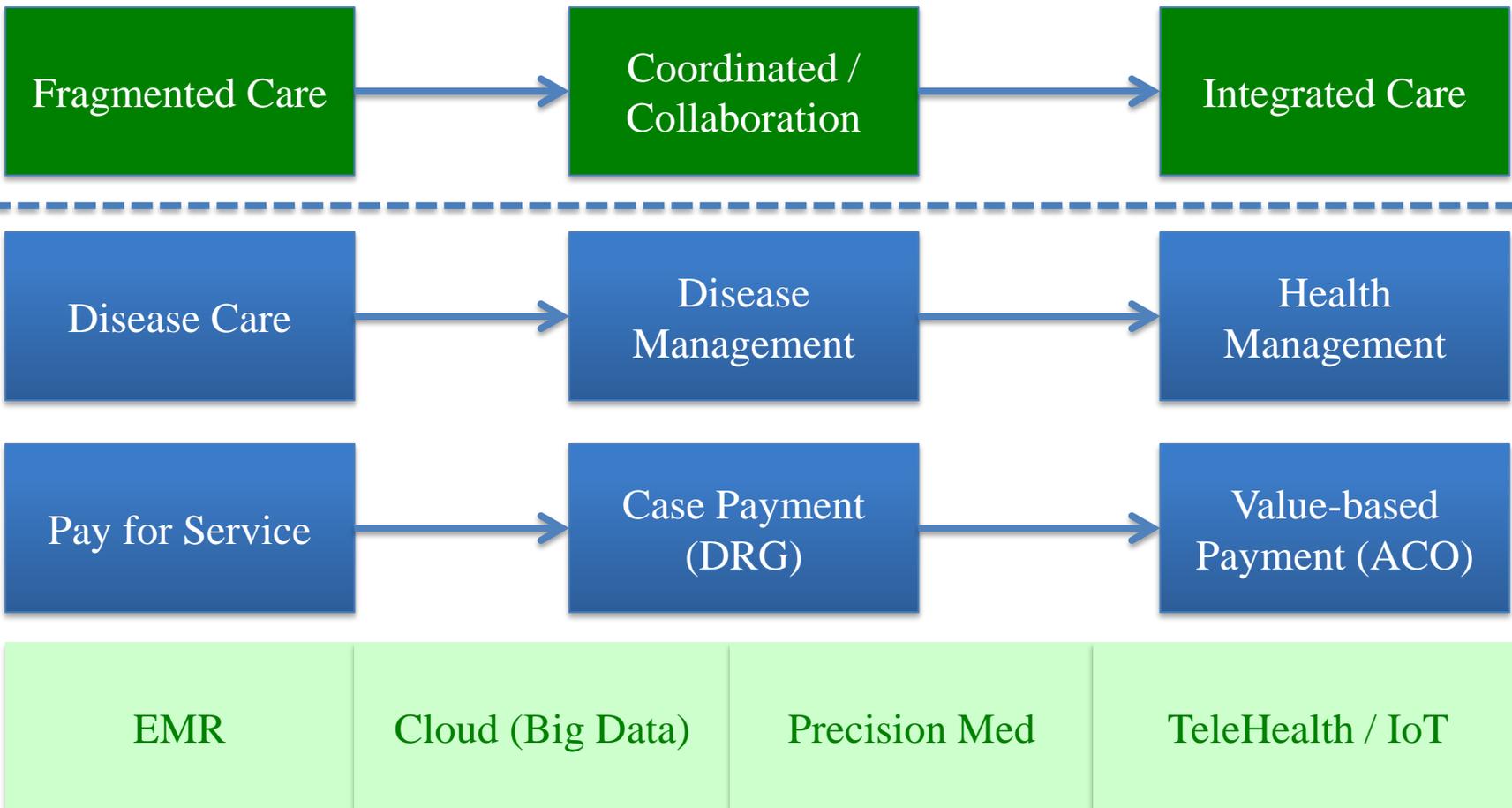


健康照護模式的轉變

Provider Centered



Patient Centered





貳、改革重點



臺灣健康照護面臨之挑戰

民眾整合照護需求增加 醫療效率與量能需提升

外在環境因素

人口結構快速老化 多重慢性病患者增加

醫事專業人力

- ✓ 急重症人才流失
- ✓ 醫護過勞
- ✓ 醫療糾紛影響投入

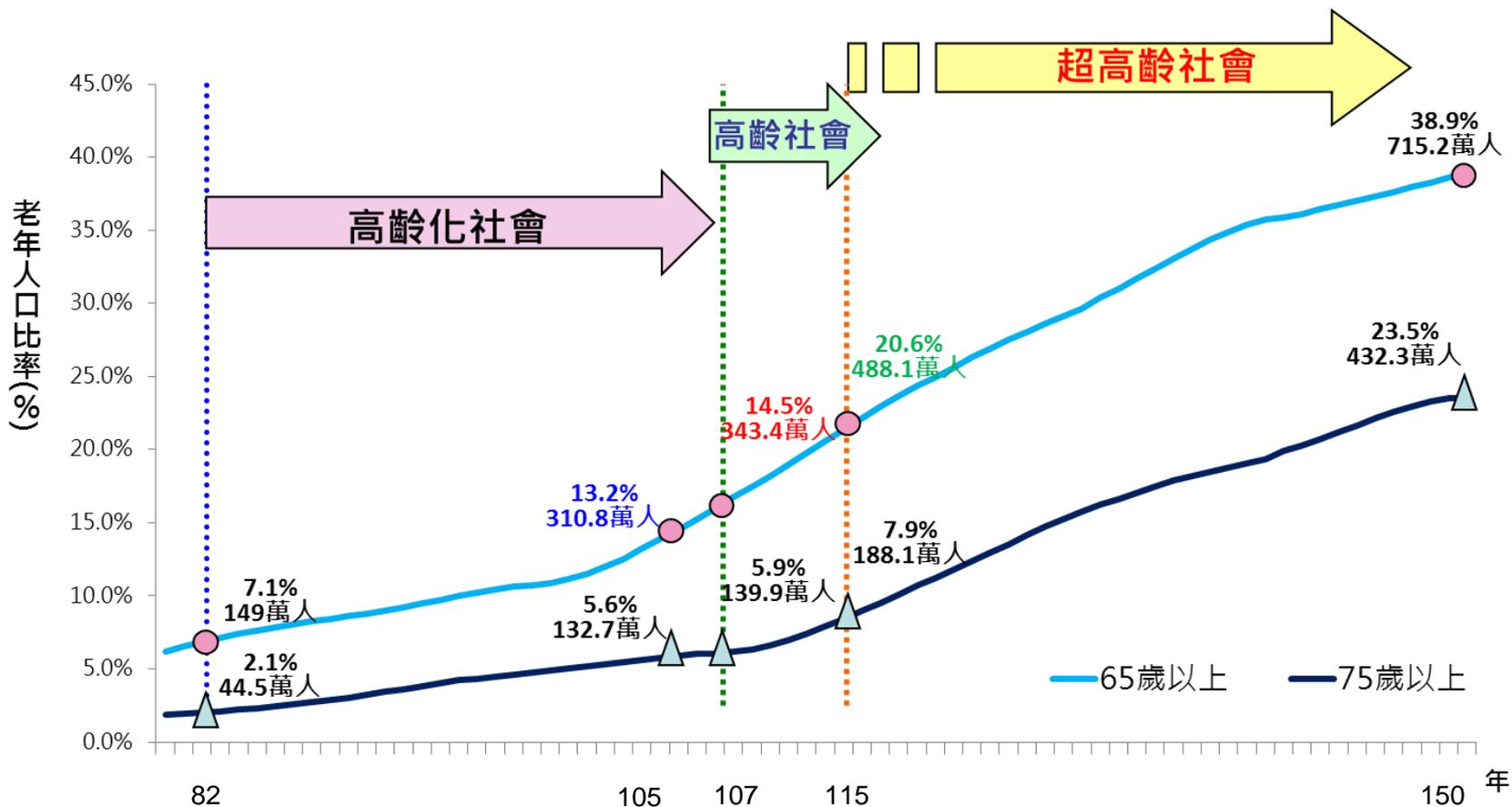
民眾端

- ✓ 照護需求/期待增加
- ✓ 自我照護能力不足
- ✓ 醫療資訊不對等

健康照護體系

- ✓ 醫療費用支出不斷上升
- ✓ 機構兩極化
- ✓ 片段式醫療
- ✓ 初段預防與長照投入不足

老年人口占率趨勢分析



註：107年以後之人口數據係推估值。

資料來源：

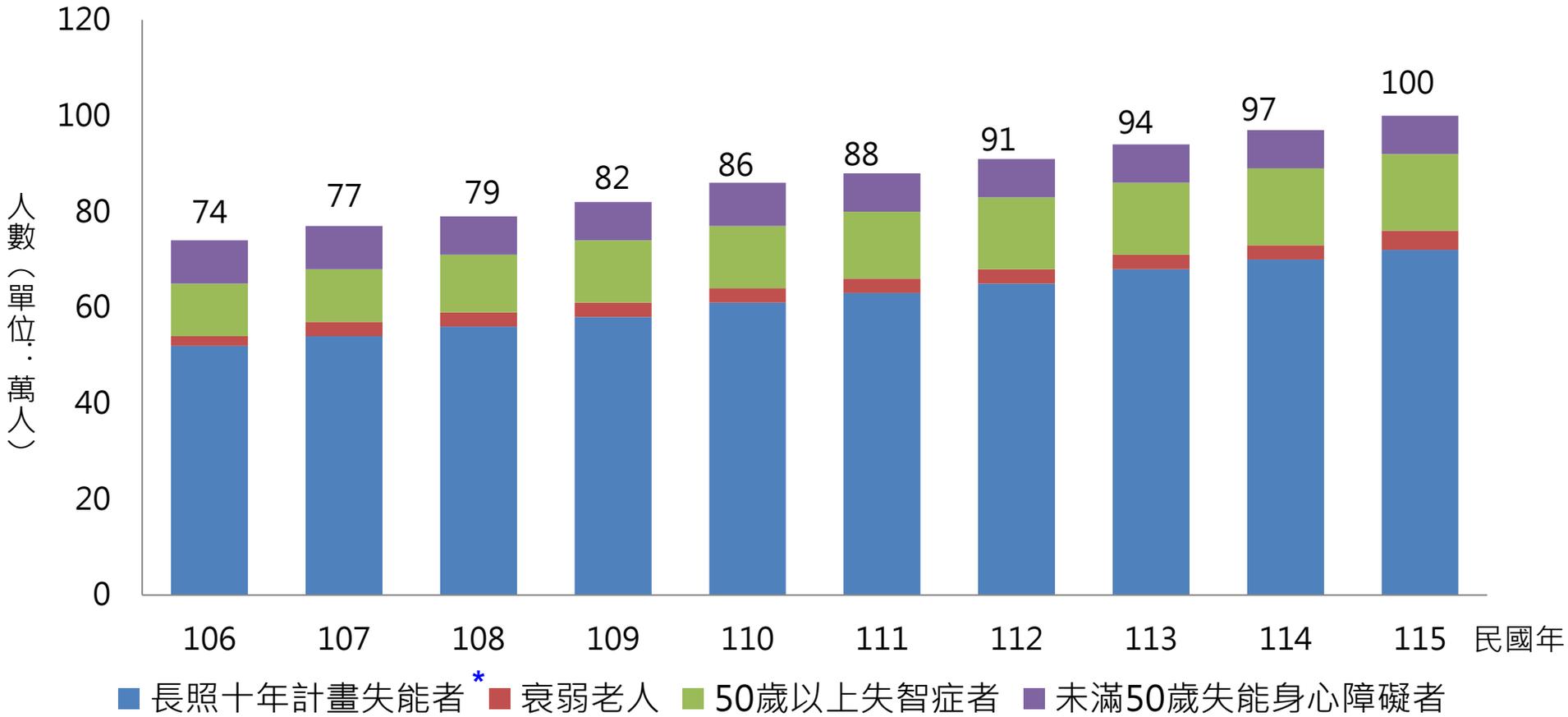
1. 國家發展委員會 (105)。中華民國人口推估 (105至150年) 數據—中推估。取自 <http://goo.gl/d4kckk>

2. 內政部統計處 (105)。內政統計月報1.11資料歷年單齡人口數、人口年齡中位數。取自 <http://goo.gl/05L1A4>



106-115年長照需求人數推估

我國人口快速老化，預估115年長照需求人數達100萬人



*註：含65歲以上失能老人、50-64歲失能身心障礙及55-64歲失能原住民。



近期醫療體系改革重點

落實分級醫療，強化連續性之全人健康照護體系

檢討醫療網計畫，提升區域醫療量能與效能

改革醫糾處理及執業環境，深化病人安全之核心價值

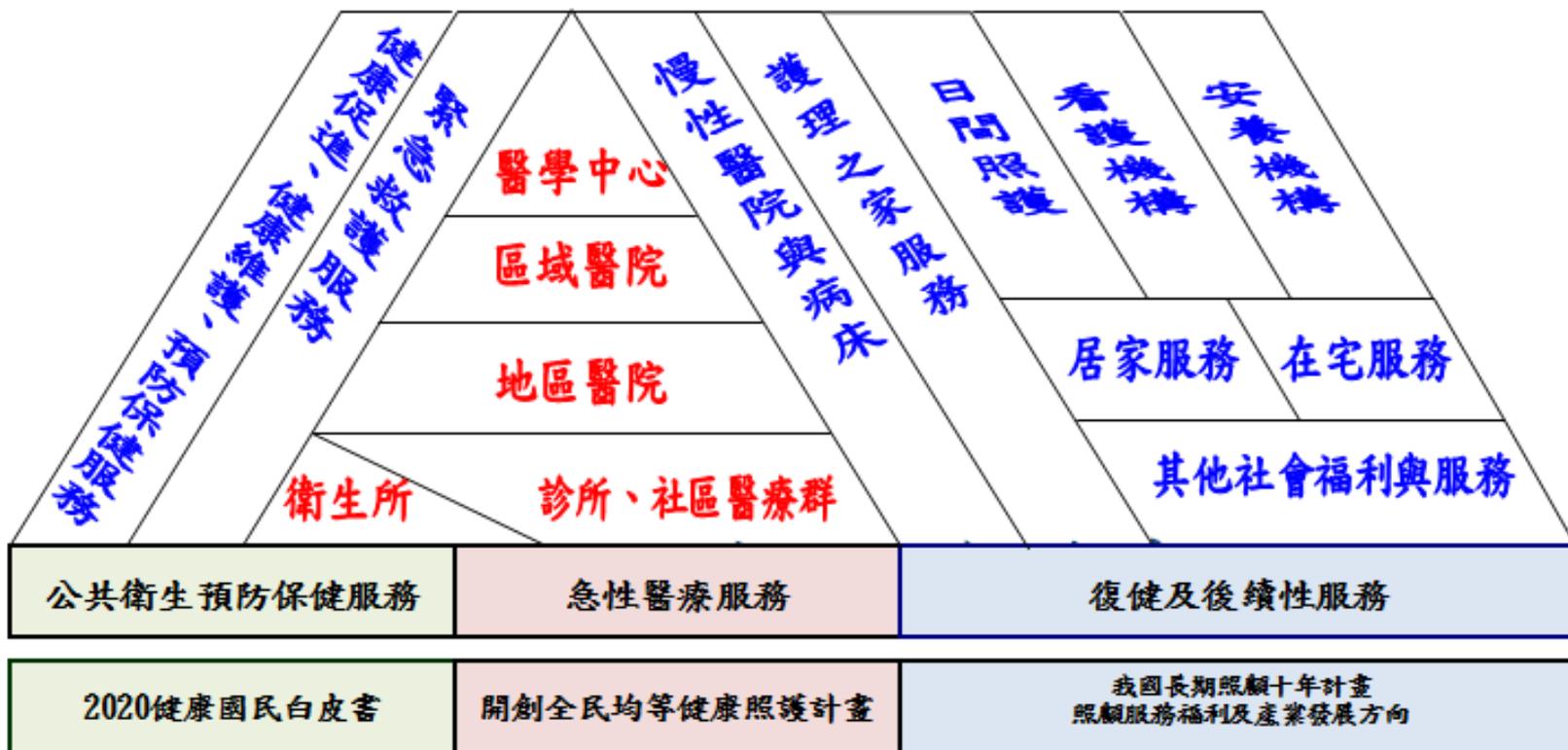
法規檢討調適，鼓勵創新照護模式與產業發展



醫療垂直整合銜接照護制度

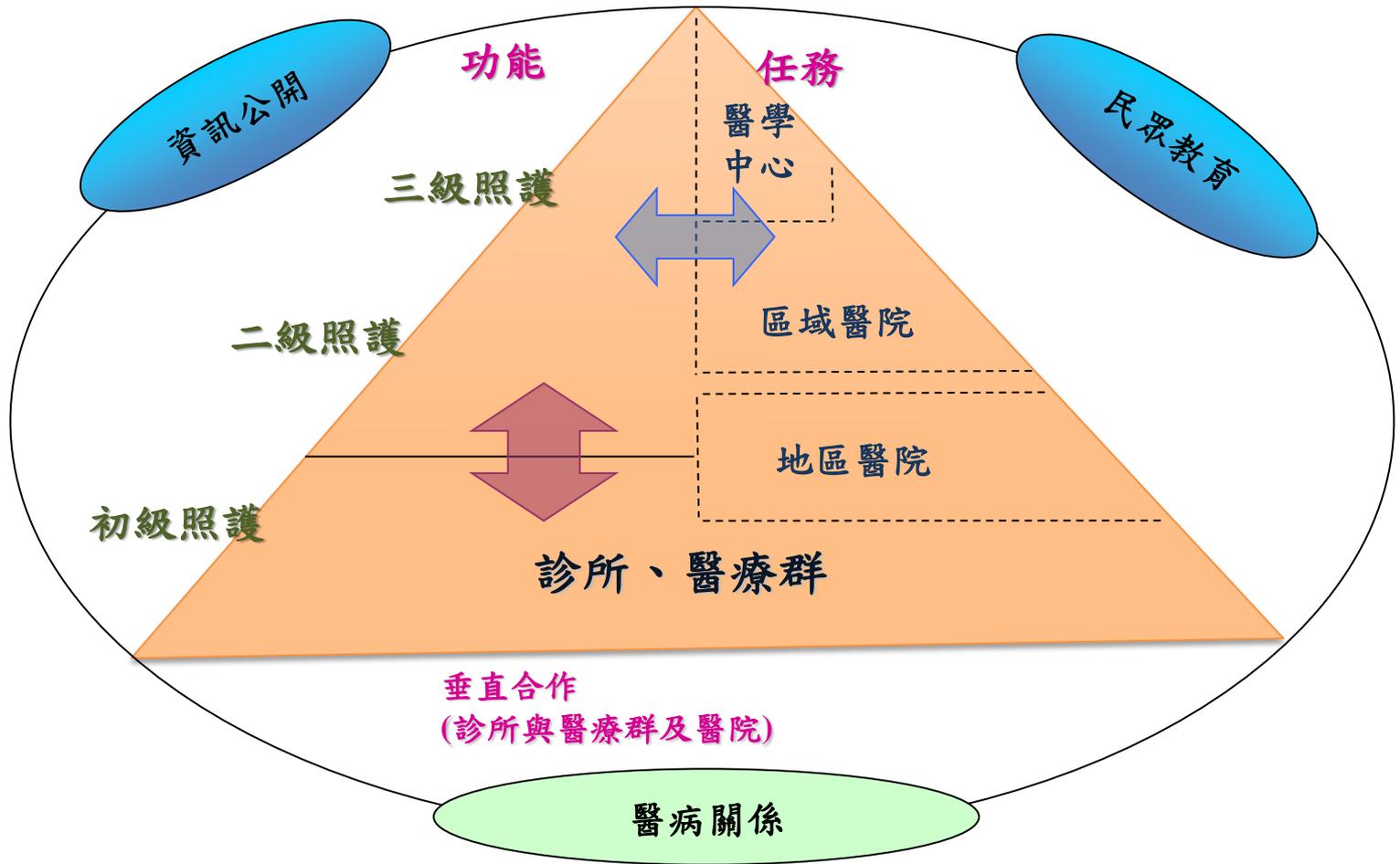


現行健康照護體系與資源配置檢討





急性醫療照護體系之架構





落實分級醫療策略

1. 提升基層醫療服務量能

- 開放基層表別，擴大診所服務範疇
- 編列15.8億擴大家庭醫師整合性照護計畫
- 鼓勵診所朝向多科聯合執業，提供一站式整合性服務
- 輔導基層診所規劃無障礙空間，建立友善就醫環境

2. 導引民眾轉診就醫習慣與調整部分負擔

- 降低弱勢民眾就醫經濟障礙
- 提高假日基層開診率、提供開診時段與急診就醫資訊查詢
- 調整門診部分負擔，鼓勵民眾至診所就醫
- 調整急診部分負擔，紓解急診壅塞
- 建置電子轉診單並監控非必要轉診

3. 調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務

- 挹注60億元調高重症支付標準
- 限制醫院輕症服務成長
- 持續推動緊急醫療能力分級

6. 加強醫療財團法人管理

- 修法加強醫療財團法人監督管理
- 限制醫療法人醫院附設診所之管理措施
- 規範醫院不得以交通車載送方式不當招攬輕症病人

5. 提升民眾自我照護知能

- 加強宣導分級醫療
- 加強自我健康管理
- 宣導利用家醫群24小時電話諮詢服務

4. 強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護

- 建置轉診資訊交換平台
- 建置居家照護資訊共享平台
- 強化醫院出院準備及追蹤服務
- 挹注1億元鼓勵醫師跨層級支援
- 鼓勵診所及醫院共同照護
- 挹注3億元試辦區域醫療整合計畫



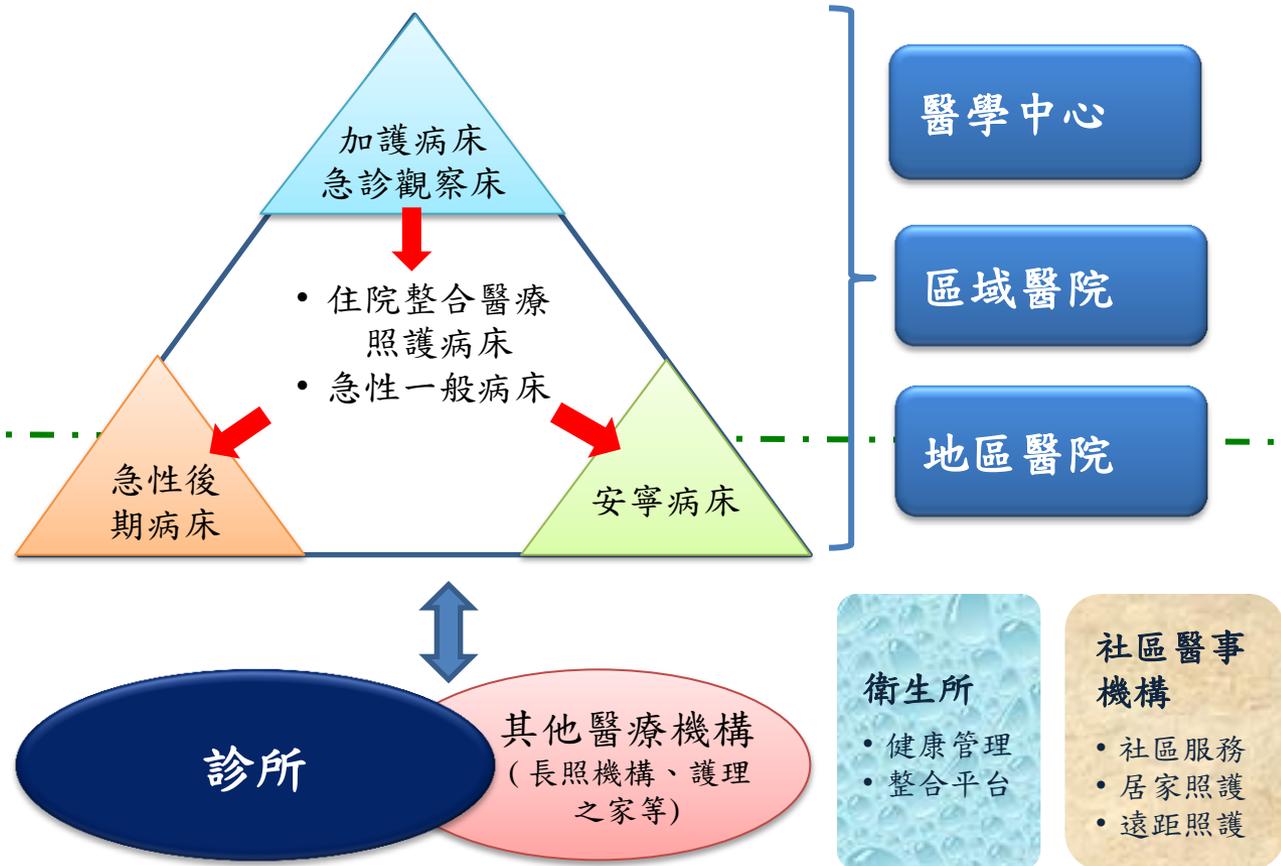
健康照護體系新定位

醫療資源整合

- 病床資源配置管理
- 醫事管理系統強化
- 醫療區域輔導
- 偏鄉離島醫療諮詢與後送

整合性社區醫療照護服務模式與網絡

- 急性後期醫療服務
- 居家醫療/安寧療護
- 長期照顧





推動Hospitalist制度

■ 目的：

- 推動住院整合醫療照護模式
- 提升醫療品質與效能
- 減輕醫師工作負荷
- 因應醫師納入勞基法

■ 效益：

- 銜接門診、急診及住院照護，使住院病人獲得連貫照顧
- 整合醫師人力運用，提升醫療處置效率與品質



美國 Hospitalist 的發展

- Robert M. Wachter 於 1996 年首次提出。
- 2016 年登記執業超過 50,000 人，全美第四大科（僅次於內科 10 萬 9000、家醫科 10 萬 7000、兒科 55,000）。
- 75% 的醫院設有 hospitalist。
- 發展的背景
 - 住院病患高齡化、多重疾病、嚴重度與複雜度
 - 住院醫師工時的限制
 - 支付制度的改變（cost↓、LOS↓、品質、效率↑）
 - 醫師收入與選科



台灣Hospitalist 的規劃

- **目標**：培養以住院病人為主要照護對象，提供整合性、全人照護及教學、研究之專科醫師。
- **核心能力**：漸進成立專科制度
 - ✓ 照顧複雜性（多重疾病）住院病人能力
 - ✓ 整合其他專科或Paramedics的能力（coordination）
 - ✓ 連結其他照護資源的能力（transitional care）
- **推廣計畫**：自104年開始試辦，106年擴大試辦
 - ✓ 本土化住院整合醫療照護模式。
 - ✓ 結合社區醫療資源之全人照護模式。



推動醫療垂直整合銜接照護制度

現況分析

■ 片段式醫療服務

- 慢性病人住院期間，社區的基層醫師與住院照護的專責主治醫師，均難以對病人之疾病現狀有全盤掌握。
- 基層醫師未參與住院時的治療、診斷及出院準備服務決策，無法銜接病人出院後的持續性照護。

■ 轉診機制

- 醫院常無法順利下轉病人至次級醫院或基層診所。

照護體系之間如何銜接與轉介？
以提供病人連續性醫療照護

醫療垂直整合銜接照護策略

醫院整合醫學照護制度計畫：
醫療團隊提供臨床服務(專責主治醫師、專科護理師、營養師、社工師、個案師、護理人員...)

醫院整合醫學科醫師
(Hospitalist)



分級轉診

共同照護

結合醫院與社區基層醫療，建構區域內醫療垂直整合銜接照護網絡。

社區醫院、
基層診所醫師

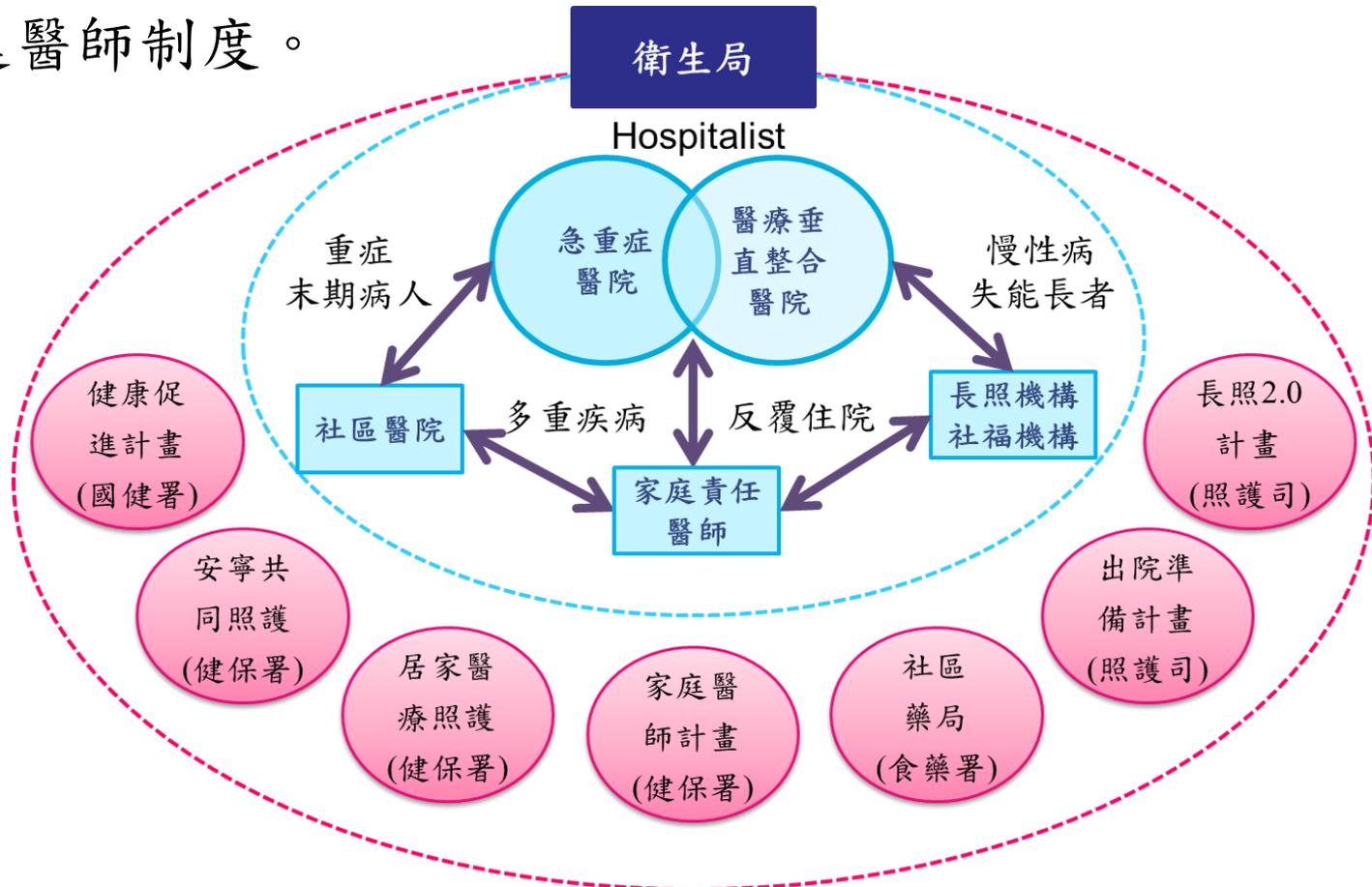
末期病人
經常性住院病人
多重慢性病病人

整合個案管理師
(Case manager)



社區健康照護網絡

- 由衛生局輔導建置以病人為中心之跨層級機構間照護模式。
- 促使醫療服務有效自醫院轉銜至社區，逐步推展分級醫療及家庭醫師制度。





推動社區健康照護網絡策略

- 協調單位：地方衛生局
- 建立連續性照護機制或模式
 - 輔導Hospitalist醫院建置以病人為中心之跨層級機構間醫療照護模式
- 建構社區照護資源網絡平台
 - 盤點轄區內社區健康照護計畫
 - 視個案需求連結服務，有效自醫院轉銜至社區
- 建立開放醫院與基層醫療機構共同照護模式



政策重點

■ 醫療垂直整合銜接照護模式

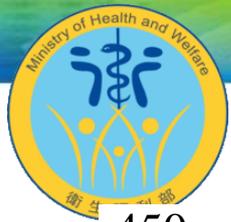
由醫院承辦，以安寧（末期）、多重慢性病及嚴重失能等病人為對象，結合Hospitalist與Primary Care Physician之照護，減少住院急診利用率、延緩或降低失能、減少無效醫療。

■ 整合性健康照護網絡模式

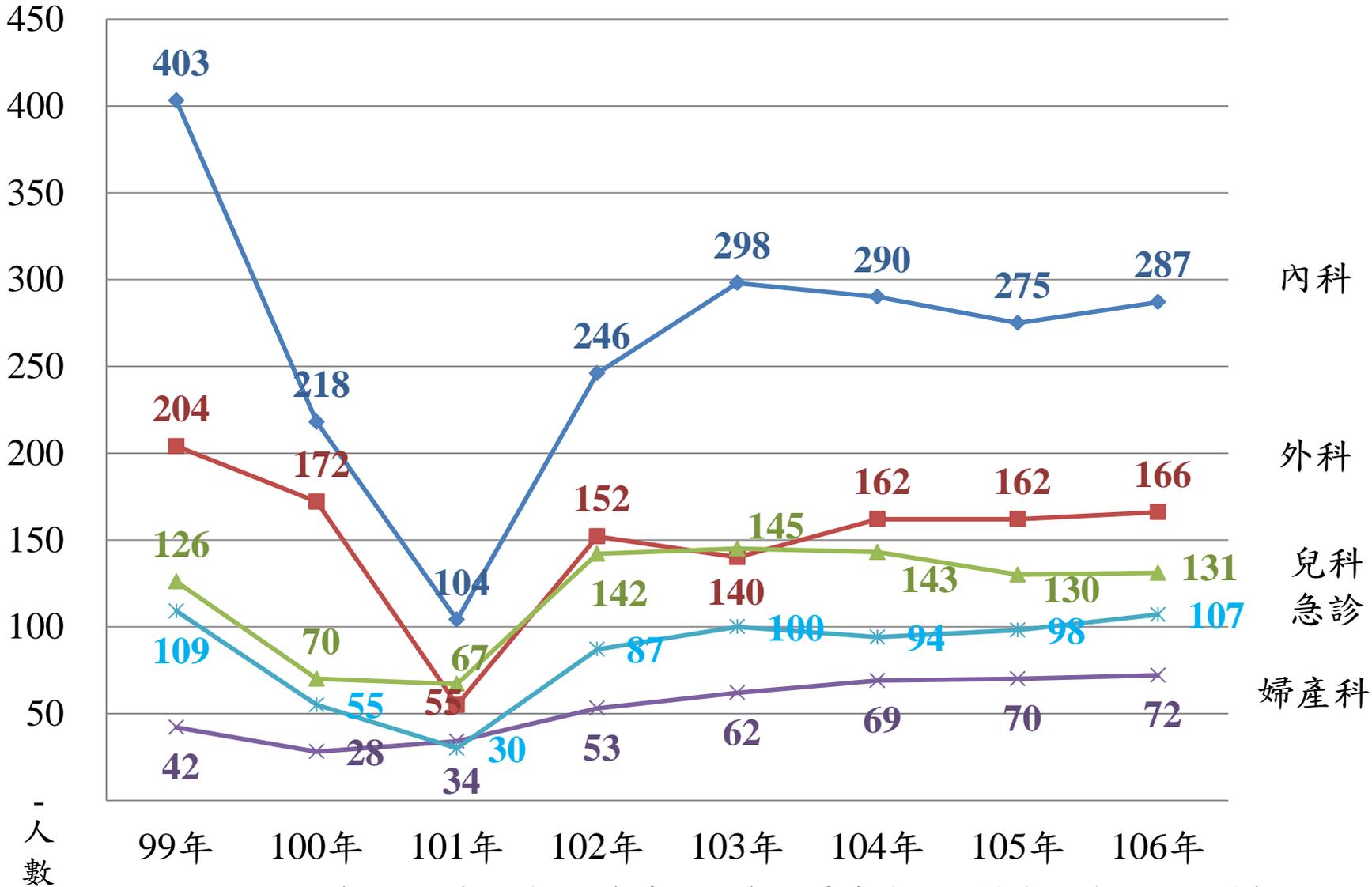
由衛生局輔導建置以病人為中心之跨層級與多元機構間照護模式。



醫糾處理法制化與執業環境改善



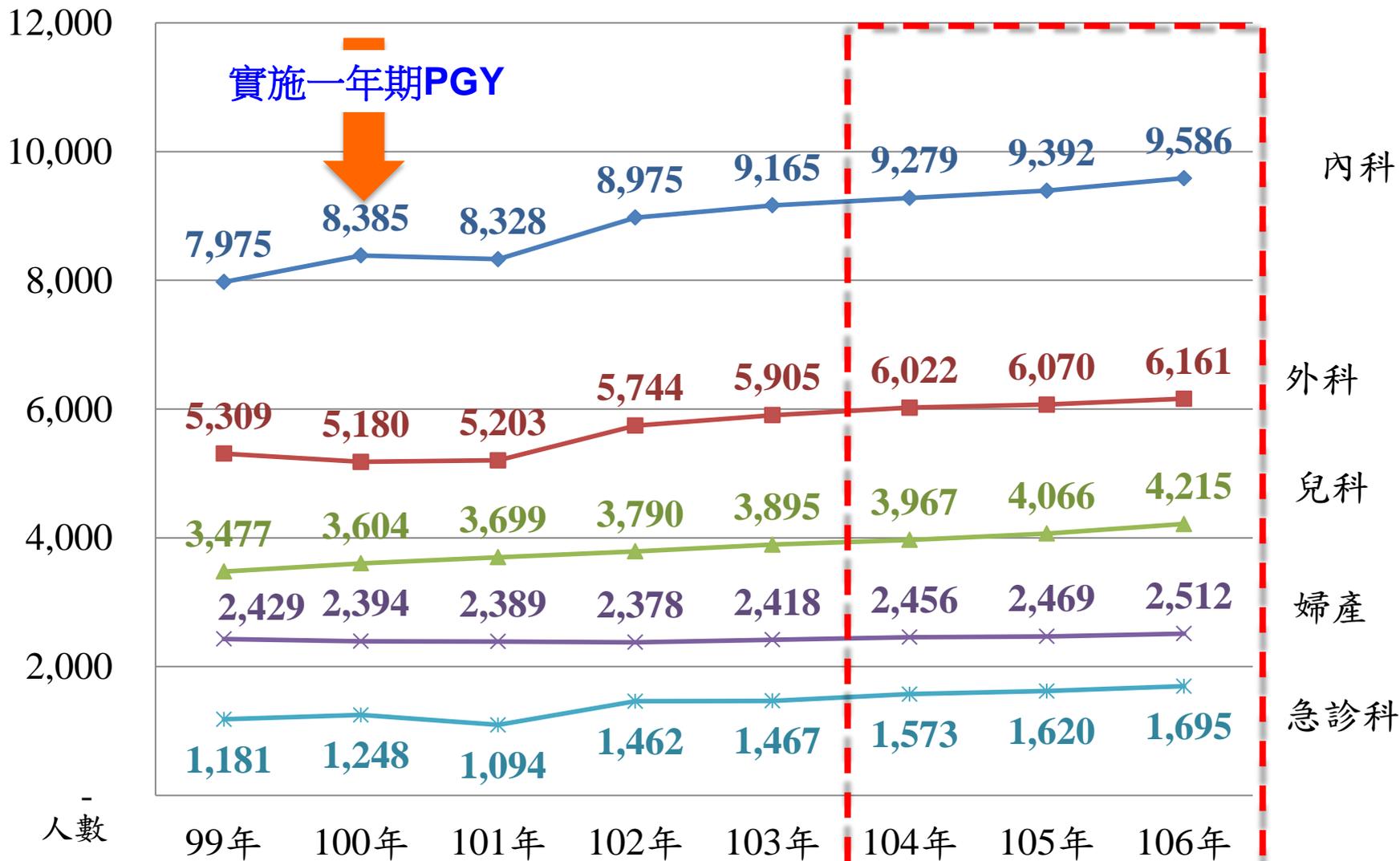
99-106年五大科招收人數



備註：100年及101年配合100年實施一年期畢業後一般醫學訓練，住院醫師人數減4-5成。



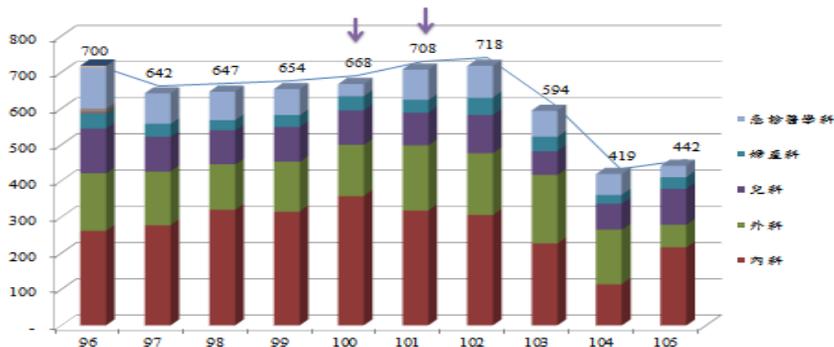
99-106年五大科執業人數



醫師人力情形

- 醫學生人數，採教、考、用政策，自88學年度起每年招收1,300名為上限。近10年醫師執業總人數增加8,988人(28%)，其中醫院增加5,836人、診所3,152人。
- 統計至105年底，西醫師領證人數為64774名，辦理執登人數為44803，扣除死亡、年齡70歲以上者，執業率達94%。
- 內、外、婦、兒、急診專科醫師領證人數每年約700人，約佔全體53%，因100年起實施一年期PGY訓練，致103-105年領證人數減少，105年起逐漸回穩。

歷年五大科領證人數變化情形

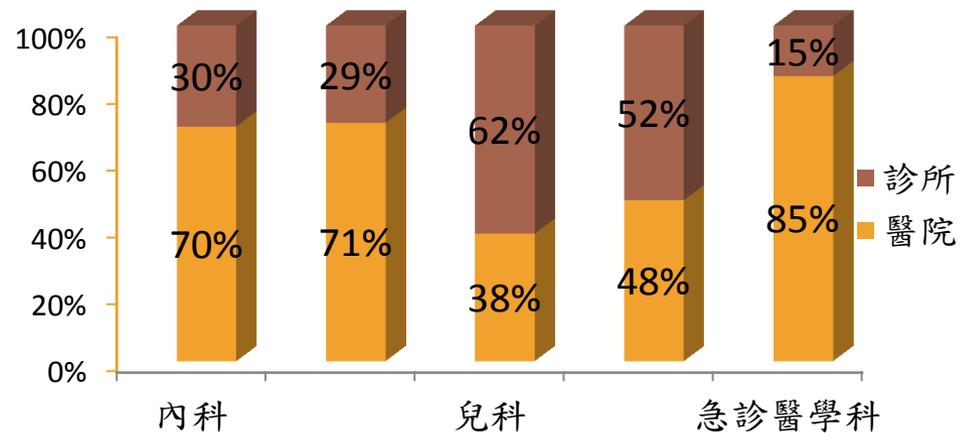
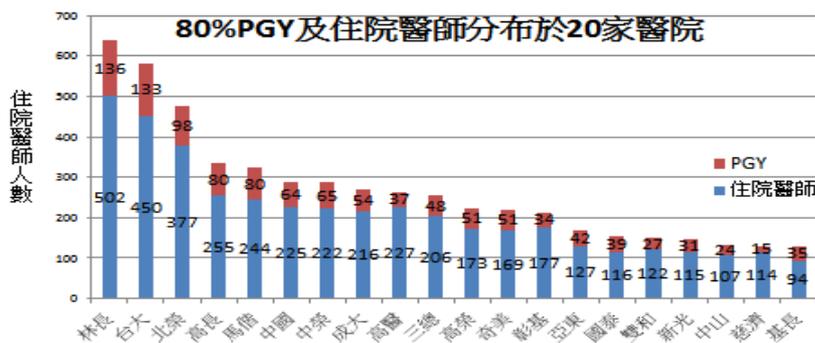


人數/年度	96	105	增減率
西醫師領證人數	52,249	64,774	+28%
西醫師執業人數	35,815	44,803	+29%
專科執業人數	34,438	44,218	+52%

醫師人力分佈情形

- 醫師於醫院執業者約占62%，近10年無明顯變化。內、外、兒、婦、急診科分別為70%、71%、38%、48%、85%。
- 住院醫師(含PGY)約6700名，80%分佈於20家醫學中心及大型區域醫院，約5,000人於非公立醫院。

住院醫師人數分佈情形—按醫院別





四大科人力問題

- 整體而言，四大科人力已有改善，但…
 - 內科：新進人力約為過往之七成，衝擊部分次專科醫師培育。
 - 外科：新進人力招收已顯著改善，然部分次專科與**偏鄉人力**仍困窘。
 - 兒科：醫師人數，按服務人口已高於OECD國家，惟**部分（偏鄉）地區**24小時兒科服務仍短缺。
 - 婦產科：新進人力已明顯成長，惟受生育率與生產風險影響，**偏鄉地區**24小時生產服務拮据。
- 108年醫師納入勞基法，為下一階段之人力挑戰。

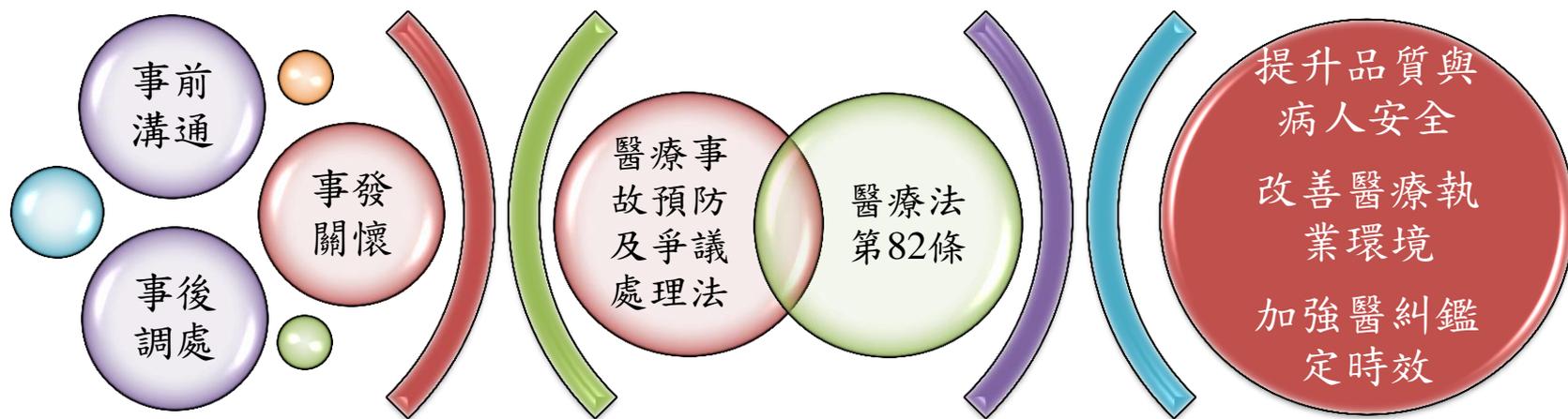


五大皆空 三大主因

- 工時長（負荷重）
- 高風險（醫療糾紛）
- 給付低（健保 vs 自費）

醫療事故與爭議處理法制化

- 擱置醫糾法爭議，參考生產事故救濟條例成功經驗。
- 強化醫療爭議非訴訟處理機制，促成醫療過失實質去刑化。



目標：

及時化解爭議促進系統改善

法制化

目標：

醫療過失實質去刑責化

推動全面性解決策略
引導醫病雙方和緩共利的紛爭解決模式



醫療事故預防及爭議處理法

推動醫療事故預防及爭議處理法立法

- 以「保障病人權益、促進醫病關係與提升醫療品質」為核心，解決醫病雙方就醫療事故爭議處理之困境，達成醫療事故實質去刑化之目標。

修法歷程

106.08.11
召開專家
會議

106.12.19
外部團體溝
通

107.01.24
函送行政院
審議，03.19
審查完成

107.04.13
函送立法院
審議

107.05.24
逐條審議完
畢，通過27
條，保留16
條送黨團協
商。



推動全面性解決策略

引導醫療事故以**和緩共利**的紛爭解決模式

醫預法三大重點

1. 溝通關懷

醫療事故發生後即時進行關懷及協助，說明真相、建立互信，以緩和醫病緊張關係避免發生爭議。

2. 爭議調解

不論民、刑事醫療訴訟應先經調解，並導入中立第三方提供爭點整理及專業評析意見，以儘速消弭爭議、促成和解。

3. 預防除錯

建立不責難之病安通報與風險管理，重大醫療事故進行根因分析、檢討改善，嚴重醫療事故成立外部調查小組，促成系統除錯、預防再發。

說明、溝通及關懷

- 100床以上醫院應設**醫療事故關懷小組**。
- 99床以下醫院、診所或其他醫療機構，應指定專業人員或委**由專業團體提供關懷服務**。
- 醫事人員或其代理人所為**遺憾、道歉、讓步或為緩和醫病緊張關係所為之陳述**，不得採為相關行政處分、訴訟之證據或裁判基礎。
- 成立專責機構接受申請提供**中立第三方爭點整理及專業評析意見**。

爭議調解

- 醫療爭議之民刑事案件均須先行調解，但民眾訴訟權利不受影響。
- 地方衛生局設醫療爭議調解會辦理醫療爭議調解。
- 調解期間以3個月為限，必要時可延長3個月，經雙方當事人同意，得再延長1次。
- 調解委員之勸導及當事人之遺憾、道歉、讓步或為緩和醫病緊張關係所為之陳述，不得採為相關訴訟之證據或裁判基礎。
- 調解結果送法院核定，與民事確定判決同一效力。

醫療事故預防

- 醫療機構應**建立病人安全管理制度**，鼓勵內部人員**通報病人安全事件**，對醫療事故進行改善與預防。
- 對於**重大醫療事故**，醫療機構應**分析其根本原因、提出改善方案**，並通報主管機關。
- 主管機關就**發生醫療事故或醫療爭議之醫療機構**，得令其限期分析原因並提出檢討及改善方案。
- 對於嚴重之醫療事故，中央主管機關應**成立專案小組進行調查**，並提出報告後公布之。
- 病安事件**通報相關資料**與重大醫療事故**根因分析**，不得採為行政處分、訴訟證據或裁判基礎。

立法核心概念及重點

溝通
關懷

醫療事故預防
及爭議處理法

爭議
調解

除錯
機制

- 醫院設置**醫療事故關懷**小組。
- 關懷溝通過程為緩和醫病關係所為陳述，不得採為訴訟證據或裁判基礎。
- 輔導成立專責機構接受申請提供第三方釐清爭點及評析意見。
- **爭議調解先行**，死亡及重傷之醫療爭議提供第三方評析意見。
- 地方衛生局設立**醫療爭議調解會**。
- **醫療爭議調解以3+3個月為限**。
- 醫療機構應建立內部**風險事件管控與通報機制**，並針對**重大醫療事故**進行根因分析、提出改善方案。
- 嚴重醫療事故成立外部專案調查小組。
- **醫療事故分析改善資料不為司法訴訟證據**。



法規鬆綁創新照護模式



何謂 智慧醫療(eHealth) ？

- **eHealth**：運用 ICT 技術，促進健康照護體系之運作與效能。
- **Telemedicine**：運用 ICT 技術，解決病人端與醫療照護端距離相隔之障礙，提供醫療服務。
- **Telehealth**：較 Telemedicine 更廣泛的運用於健康監測、健康促進及健康知識的提升。
- **mHealth**：運用移動式裝置(mobile device) 提供醫療或健康照護。
- **EHRs**：以病人為中心的完整性(comprehensive)、即時性(real-time)電子化健康紀錄。



eHealth全球趨勢

調查125國

- 58% **eHealth** strategy
 - 90% reference the objectives of UHC
- 83% at least one **mHealth** initiative
- **Telehealth** continues to grow
 - 77% teleradiology
 - 50% telepathology, teledermatology
 - 1/3 telepsychiatry program
- 47% **national EHR**
- 84% **eLearning**
- 78% legislation protecting the privacy of personal information

Global diffusion
of eHealth:

Making universal health
coverage achievable

Report of the third global
survey on eHealth

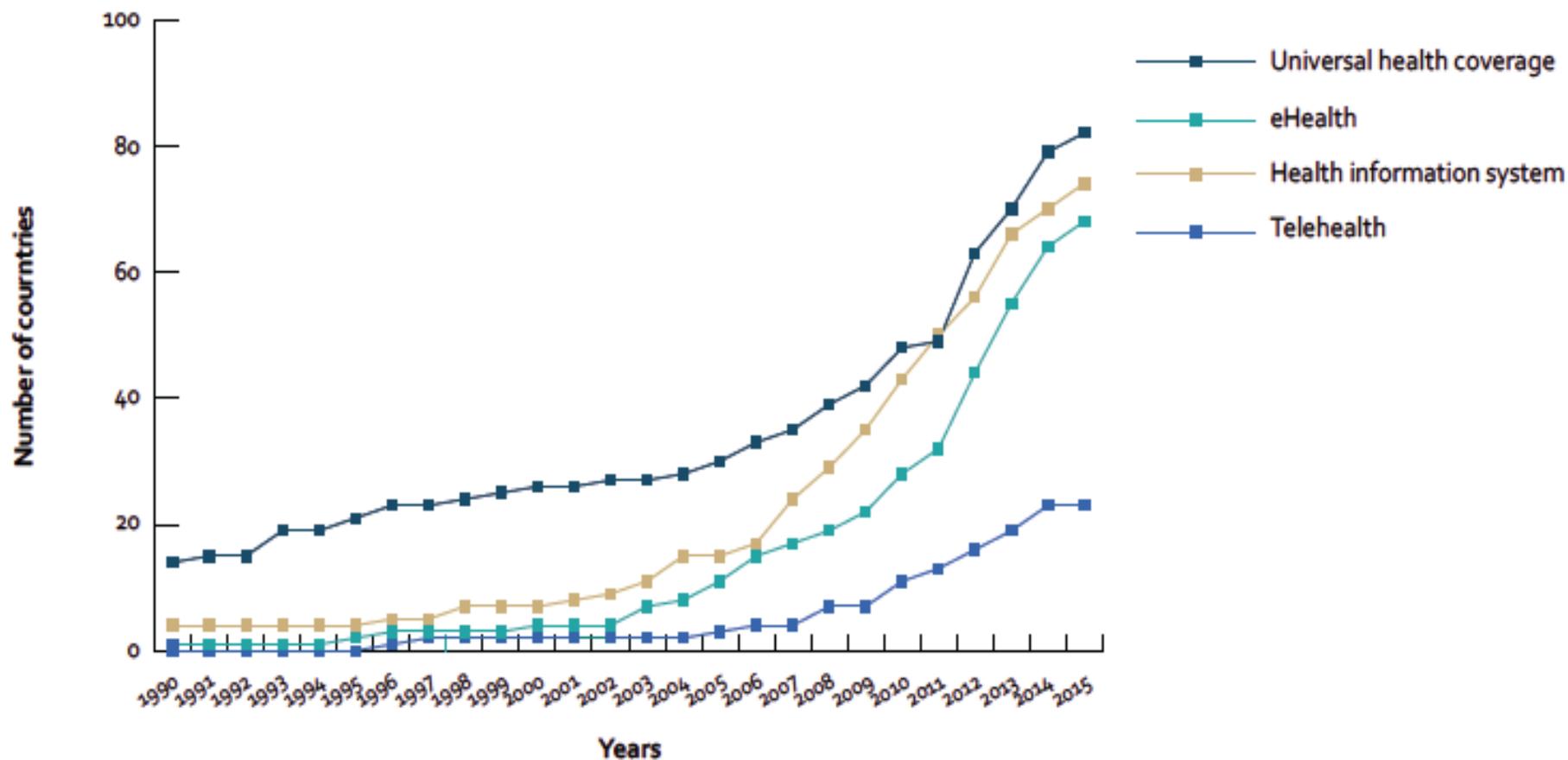
Global Observatory for eHealth



WHO 2016



Fig. 1.1. Number of countries with UHC, eHealth, HIS, and telehealth policies or strategies, cumulatively by year of adoption (1990–2015)



Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable. Report of the third global survey on eHealth

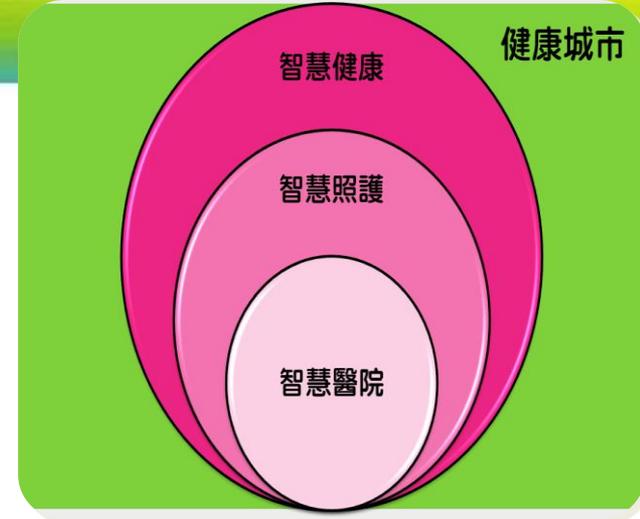
TeleHealth 趨勢

- 透過電話、電子郵件與網路、或衛星通訊等各種資訊通訊科技聯結不同地點的醫護人員與病人，進行資訊傳輸、諮詢、或是診斷或治療的行為。
- 最初是為消弭醫療服務需求者與供給者之間的地理隔閡。
- 現在則藉助通訊技術多元、即時、可互動、傳送與接受之結合等特性，以提升效率、品質，並回應病人的需求。



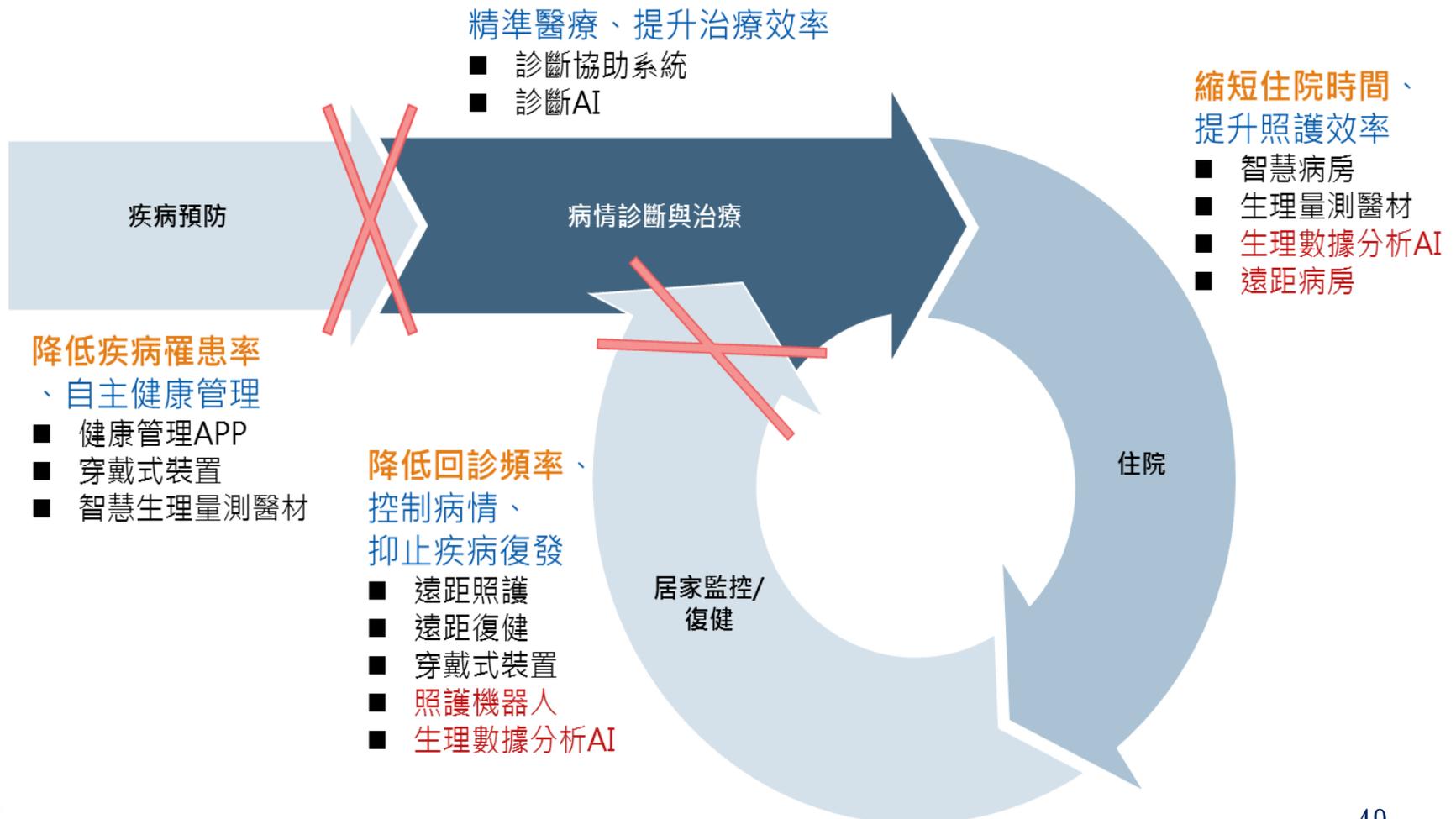


醫療管理智能化 智慧醫院到智慧健康



- 醫療資訊整合、及時提供臨床照護資訊。
- 結合智慧照護，強化醫院與社區連結，縮短病人來院期間及頻率（**Keep patients away from hospital, stay shorter**）。
- 發展大數據(Big data)處理及分析能力，由醫療資訊到健康資訊管理；由資料匯整到預測醫療需求（行為），及風險管控。

透過資通訊與數位科技導入，提升醫療照護效能與自主健康管理，降低醫療支出



N Engl J Med 378;2 2018

In-Person Health Care as Option B

Sean Duffy, B.S., and Thomas H. Lee, M.D.

What if health care were designed so that in-person visits were the second, third, or even last option for meeting routine patient needs, rather than the first? This question seems to elicit two basic responses — sometimes expressed in the same breath: “The idea will upset many physicians, who are already under duress” and “I wish my health care worked that way.”

are more convenient, but there’s a difference between recreating an in-person approach with digital tools and designing the safest and most efficient way to achieve an optimal outcome. Consider Kaiser Permanente’s teledermatology program,² in which pictures of skin lesions are sent to designated dermatologists. Contrast this system with what most physicians do: encourage some pa-

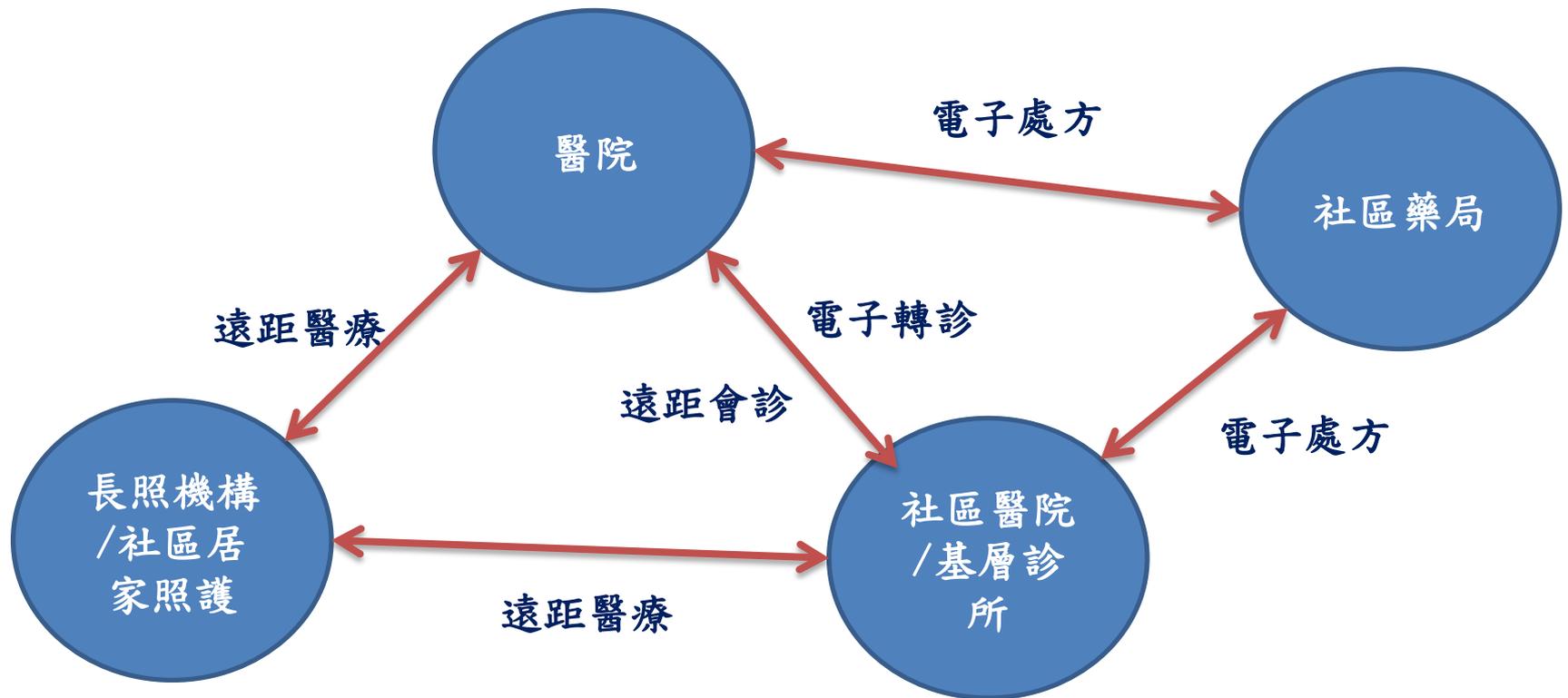
“Isn’t there a way to do this without my having to drive to your office?” Many physicians have responded by letting individual patients check their own blood pressure or send in photos of a wound. To make nonvisit care excellent and equitable, however, it needs to be a matter of routine.

It’s not hard to envision how such a system might work. Take, for instance, a patient with an

- At Kaiser Permanente, 52% of Pts are virtual visits.
- Smartphone penetration increased from 17% to 81% between 2009 and 2016.

第八期醫療網智慧醫療發展策略

- 法規檢討、技術/資訊/人員整合、由點而面





我國遠距醫療相關法律規範

➤ 醫師法第11條通訊醫療規定，主要是為了解決山地、離島及偏遠地區醫療資源不足之問題。

➤ 醫師法第11條

第1項：醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。但於山地、離島、偏僻地區或有特殊、急迫情形，為應醫療需要，得由直轄市、縣（市）主管機關指定之醫師，以通訊方式詢問病情，為之診察，開給方劑，並囑由衛生醫療機構護理人員、助產人員執行治療。

第2項：前項但書所定之通訊診察、治療，其醫療項目、醫師之指定及通訊方式等，由中央主管機關定之。



解決現況困境也準備未來

遠距醫療法規鬆綁

- ✓ **原則**：以病人為中心（有需求）、技術可行，且不低于親自（面對面）診療之效果下，進行遠距醫療法規鬆綁。
- ✓ **法律依據**：醫師法第11條，訂定通訊診察治療辦法。
- ✓ **發布日期**：107年5月10日
- ✓ **適用對象**：
 - ✓ 山地、離島、偏僻地區
 - ✓ 五類特殊情形
 - ✓ 急迫情形



通訊診察治療辦法1

✓ 特殊情形（不限於山地離島偏僻地區可執行遠距醫療）：

1. 急性住院病人，依出院準備計畫，於出院後3個月內之追蹤治療。
2. 機構住宿式服務類之長期照顧服務機構與醫療機構訂有醫療服務契約，領有該醫療機構醫師開立效期內慢性病連續處方箋之長期照顧服務使用者，因病情需要該醫療機構醫師於效期內診療。
3. 健保家庭醫師整合性照護計畫之病人。
4. 主管機關認可之遠距照護或居家照護計畫收案對象。
5. 國際醫療病人。



通訊診察治療辦法2

- ✓ **醫療項目**：詢問病情、診察、開立處置醫囑、原有處方之調整或指導、衛教。
- ✓ **做法**：執行機構擬具計畫報地方主管機關同意。
- ✓ **方式**：電話、手機、智慧型手機、傳真、網際網路等
- ✓ **遵循事項**：
 - ✓ 取得實施對象之知情同意。
 - ✓ 確認病人身分，除國際醫療外，不得為初診病人。
 - ✓ 於醫療機構內實施，並全程確保病人之隱私保護。
 - ✓ 製作病歷，並註明以通訊方式進行診療。
 - ✓ 病人方如有醫事人員執行通訊診療醫囑時，應將執行紀錄併同病歷保存。

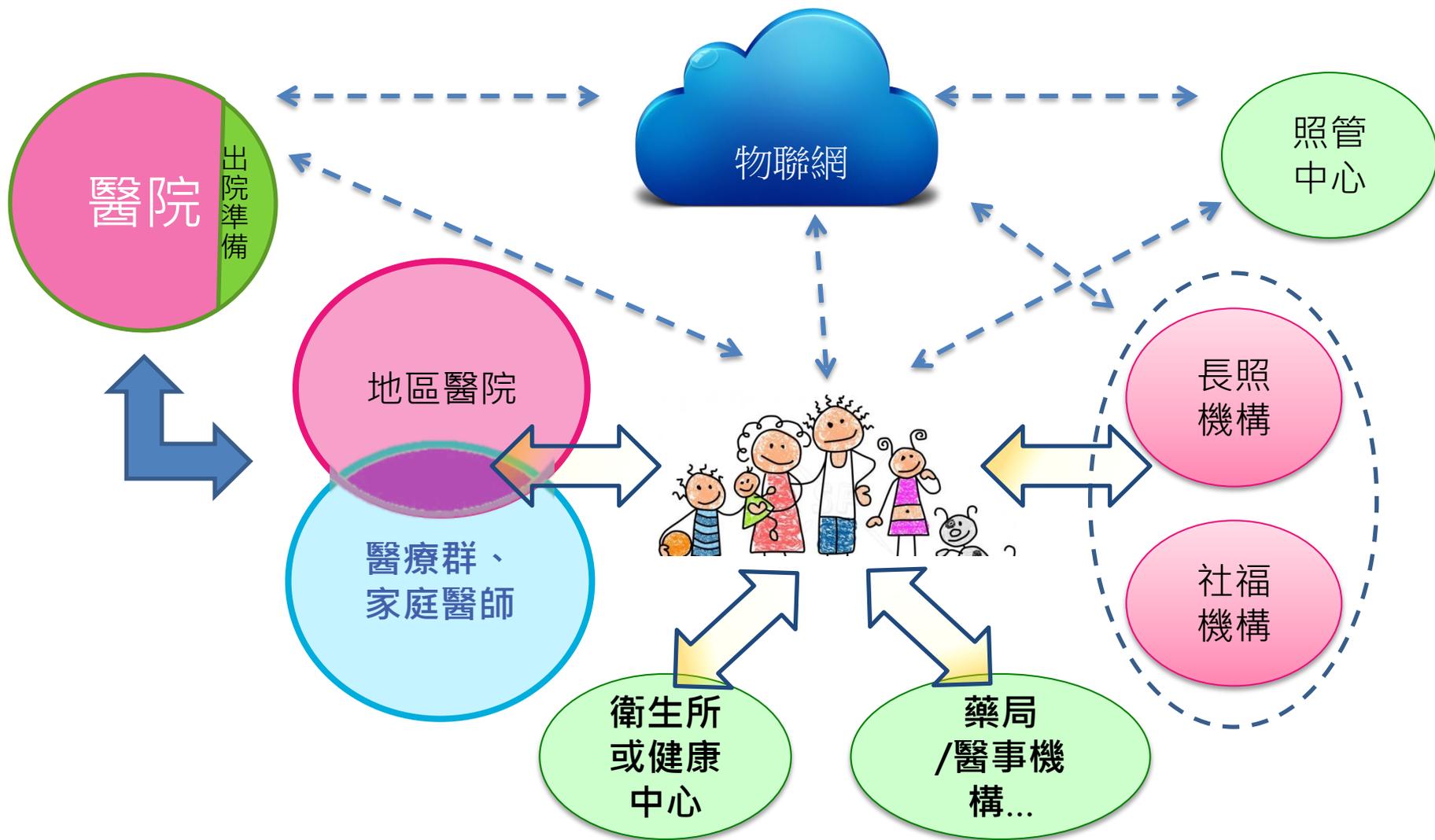


通訊診察治療辦法3

■ 執行特殊情形通訊診療之醫療機構，應擬具通訊診療實施計畫，經直轄市、縣（市）主管機關核准後，始得實施。實施計畫內容，應載明下列事項：

1. 實施之醫事人員。
2. 醫療項目。
3. 實施對象。
4. 實施期間。
5. 合作之醫事或長期照顧服務機構。
6. 告知同意書。
7. 個人資料保護及資料檔案安全維護措施。
8. 其他主管機關指定事項。

以社區為中心，全人健康照護整合系統





其他重大法規變革



推動病人自主權利法

- 105年1月6日公布，預計108年1月6日正式施行。
- 以病人為主體，確保病人有知情、選擇、決策的權利，並將善終權利擴及非末期病人。
- 107年10月3日完成子法規公告
 - 施行細則、提供預立醫療照護諮商醫療機構管理辦法、預立醫療決定書、及變更醫療決定程序
- 推廣病人自主權利法計畫
 - 開發教育素材、民眾宣導、醫療人員訓練
 - 輔導開設預立醫療照護諮商門診（每縣市至少一家醫院）

推動病人自主權利法

(108年1月6日正式施行)

發布「病人自主權利法及其子法規」

預立醫療決定書

- 依病主法第14條之臨床條件選擇醫療照護
 - ◆ 不接受維生治療或餵養
 - ◆ 於一段時間內接受維生治療或餵養，可隨時由本人或醫療委任代理人停止
 - ◆ 醫療委任代理人代為決定
 - ◆ 希望接受維生治療或餵養
- 見證或公證證明
- 預立醫療照護諮商醫療機構核章證明
- 醫療委任代理人委任書

提供預立醫療照護諮商醫療機構管理辦法

- 諮商前應提供必要資訊
- 諮商過程應告知資訊內容，過程作成紀錄，經簽名後，併同病歷保存
- 諮商結束後，應依規定於預立醫療決定書上完成核章證明
- 報經地方衛生局許可，得收取預立醫療照護諮商費用

病人自主權利法施行細則

- 明定臨床醫療決定同意係以「病人同意為主，關係人同意為輔」原則
- 明定意願人臨床書面決定與預立醫療決定不同時之處理原則
- 明定末期病人、不可逆轉昏迷狀況、永久植物人狀態及極重度失智判定基準
- 明定醫療機構或醫師不施行病人預立醫療決定時協助轉診責任





擴大新興技術發展與運用

- 心臟停止死亡後器官捐贈作業參考指引（106年12月26日公告）
- 通訊診察治療辦法（107年5月11日公告）
 - 山地離島偏僻地區
 - 特殊情形
- 特殊醫療技術檢查檢驗醫療設備管理辦法（107年9月6日公告）
 - 細胞治療管理
 - 美容醫學管理
 - 糞微生物叢植入治療(FMT)



參、結語



挑戰

- 要做的事情太多
- 資源有限
- 公、私機構協力
- 跨部門整合
- 溝通協調
- 借鏡國際、政策落地、行動權衡



健康照護體系改革

翻轉思維

- 以人為中心的設計
- 以社區為基礎的照護體系
- 以追求健康為目標的照護模式
- 整合—整合---再整合
 - 預防保健+醫療+長照
 - 健康照護+社會照顧
 - 資訊+人力+科技

一起改變 為了更好

感謝聆聽 · 歡迎指教

