

# 探討歐美整合照護模式於臺灣醫療政策制定之借鏡

李選

考試院考試委員、中山醫學大學暨國防醫學院護理學系兼任教授

## 摘要

21 世紀醫療產業在全球化、科技化與高齡社會的衝擊下，臺灣醫療保健體系面臨極大挑戰，研議能兼顧服務品質與產業轉型的創新照護模式已是制定醫療政策的顯學。歐美國家近年於現實浪潮下，推動整合照護模式，於提升在宅服務品質與專業功能、降低醫療與社會成本成效卓著，本文將介紹荷蘭與美國的整合照護模式，其模式可作為臺灣醫療體系之借鏡。

**關鍵詞：整合照護模式、醫療政策**

## 前言

臺灣正置身高齡化、少子化、慢性病患日增與健保資源不足的威脅，2019年65歲以上者已占14.9%，進入高齡社會，老化指數112.64，顯示臺灣正面臨勞動力不足、國家財政困難、城鄉落差大與資源欠缺的危機，原有的生活型態、家庭功能、產業經營與社會結構正快速蛻變。2025年即將邁入超高齡社會，國人若準備度不及，於物價高漲、價值觀混淆與社會支持系統崩壞下，健康及社會安全事件將層出不窮。歐美國家近年實施「整合照護模式」(Integrated Health Care Model)，在控制成本與品質下，大幅提升醫療照護的普及性。醫療政策依人民需要與解決社會問題而制定，本文擬探討荷蘭與

接受刊登：108年11月2日  
通訊作者地址：李選 (Lee, Sheuan, RN, Ph.D) 臺北市文山區試院路1號  
電話：02-82366008  
E-mail：[a074@exam.gov.tw](mailto:a074@exam.gov.tw)

美國整合照護模式於臺灣醫療政策可借鏡之處，期能對改善現況與推展社區照護有助益。

## 臺灣醫療環境的困境

臺灣自1995年3月起實施全民健康保險制度，雖大幅提升醫療服務的可近性與民眾滿意度，但也導致醫療資源被濫用。醫學中心與區域醫院就診人數暴增，但偏鄉地區醫院或地方診所卻因經營困難而關閉，導致醫療資源分配失衡，難以落實世界衛生組織呼籲2016-2030年達到永續發展(SDGs)與整體健康覆蓋(universal health coverage)的目標(黃鴻茗, 2013)。以精神醫療為例，2016年領有精神重大傷病手冊者約20.1萬人，佔全國總領卡數的21%，人數持續增加中，僅六都提供多元精神醫療模式，偏鄉地區能提供長照服務、居家治療或被社會安全網覆蓋者，極為有限，難以保障偏鄉與離島地區民眾之就醫平權(衛福部, 2016)。遠見雜誌2015年公布「臺灣醫療關鍵報告」，以醫師、護理師、檢驗師、藥師、醫院管理及社區診所醫療人員為樣本，針對四大面向調查，具參考價值。

### 一、整體醫療環境

醫療從業者對未來職場環境92%持悲觀看法，6成以上「很悲觀」。顯示政府改革方針未能解決醫院現存之問題。6成樣本認為用藥品質差，逾半數感覺醫材品質下滑，醫療資源遭濫用，各類專業醫療人力短缺皆與健保給付有關。病患自付治療項目日增、照護品質下降(掛號與候診時間長、看診時間短)與未落實健康促進或衛生指導諮詢等服務。

### 二、醫護人員生活與工作品質

醫療分流制度未落實導致醫學中心就診量增加，4 成以上醫護人員每週工作逾 61 小時，高達 75% 不滿職場環境。醫事人員面對日增的醫療糾紛，長期工作負荷重，導致專業人才離職率高。醫事人力不足與專業功能未受重視有關。

### 三、醫師診療行為

過度診療之看法，近 6 成認為私立比公立醫院嚴重，可能原因為私立醫院醫師底薪低，業績為主要收入來源。對病人餘命 3 個月以內的無效醫療或高價檢查使用率偏高。多數醫師為防止醫病糾紛，採「防禦性檢查與醫療」自保。半數樣本認為逾一成檢查無效，39.8% 覺得逾兩成醫療行為沒必要。

### 四、健保制度改善

改革方向採「提高掛號費或自付額」能否有效抑止民眾濫用醫療資源，有待觀察。醫事人員認為壓低健保給付與制度設計的矛盾導致價值錯亂的兩難。

醫療環境崩壞影響社會成本付出。醫界認為臺灣醫療環境最大問題前三名是：民眾濫用醫療資源（67.1%）；醫護人力短缺（66.7%）及健保給付被壓低（58.7%）。民眾、醫療機構或政府若無法改革現今醫療照護模式與克服醫療困境，將導致健保制度難以永續發展。

## 文獻查證

### 一、荷蘭整合照護模式 (Integrated Care Model)

荷蘭為歐盟 (European Union) 與經濟合作暨發展組織 (OECD) 的一員，2019 年世界經濟論壇 (WEF) 評比，荷蘭競爭力名列第四，國土面積 41,526 平方公里，其中約 50% 的土地高於海拔 1 公尺，2018 年全國人口約 1,718 萬人，人口密度每平方公里 498 人，為歐洲之冠；65 歲以上人口 330 萬人，佔總人口 20%，國民平均年齡逾 80 歲，健保支出約占半數。國民經濟力強、政府效率高、具備高教育水準及技術能力，該國秉持信念是讓高齡者尊嚴老去，採「在地老化」與「去機構化」照護模式，在居家環境中延續生命。

2007 年社區護士 Dr. Jos de Blok 以「人本精神」

與「整體服務」為宗旨，創立 Buurtzorg 機構，此字含意「鄰里照護」(neighborhood care)，以「創新基層照護模式」(Innovative Primary Care Model) 提供高齡者居家照護。此模式以自我管理 (self-management) 與結果導向 (outcome oriented) 為核心，改變傳統以醫院為主軸的照顧政策，改善以技術服務為導向或按時計費給付制度的「斷裂式服務」，為節省成本由低教育程度的照護者負責，導致被照顧者須和不同專業與教育背景者溝通，形成溝通限制、聯繫困難、照護分歧與成效不彰等缺點。護理師常因醫院病患就診量與壓力大，工作時數長，且因服務內容難以發揮專業自主而感挫折，形成工作滿意度低與高離職率的困境。整合照護模式可達到善用護理人才、紓解醫療機構床位難求與改善醫療機構人潮擁擠而降低服務水準 (Buurtzorg, 2017)。

整合模式之人事組織扁平化，為掌控人事成本簡化行政層級，以護理師與病患為中心，護理師以精湛的專業知識，展現專業自主，6-12 人組成小型團隊深入家庭，在信賴與有默契的護病關係中，依居民健康需求設計服務內容，採一站式服務提供居家護理 (身體檢查、傷口換藥、治療處置、給藥、收集標本等)，且提供輔助服務 (生活協助與活動安排等)，落實「支持獨立」(support independence) 與鼓勵「自我管理」(self-management)。居家服務主要集中在上午 8~12、下午 4~6、晚間 7~10:30 三個時段。深夜時若有緊急需求，仍可即時應援 (陳娟紋, 2015)。

此模式推出後深獲好評，高齡者無須耗時費力至醫療機構就診，降低家屬陪同與節省社會成本。2015 年該機構計 700 個團隊，約 8,000 名護理師投入；2017 年增至 900 個團隊，約 10,000 位護理師投入，照護範疇由高齡者擴及到慢性病患、心理疾患、嬰幼兒或須要安寧緩和照護之高危險性家庭 (high risk family)。照護人數雖龐大，但辦公室卻僅 30 名員工提供行政支援。此模式除減低居民往返醫院的就診時間與次數，提高自主性、便利性與滿意度，且大幅提升護理師專業功能、團隊合作和工

作滿意度。成功秘訣為：「信賴的護病關係」+「落實照護模型的自主團隊」=「發揮個案自主管理的緊密服務」。

此模式流程由護理師先以友善溝通進行初訪與收案，重點包含：詢問病史與引導個案進入照護模式，了解生活期望與困難處。說明服務宗旨、居家服務範疇與資訊管理，照顧者固定防止造成個案混亂，當場撰寫報告。取得信賴後，共同評估與商議客製化居家服務以解決問題，觀察照護進展，隨時修正方式。護理師配備平板電腦即時收集完整數據，以奧馬哈系統 ( Omaha system ) 軟體為訊息平臺，蒐集病人生活改變與症狀緩解等數據。善用網路系統降低資訊落差與緩解焦慮。個案與家屬了解團隊提供的策略，可依其意願接受協助，經自主管理 ( self- management ) 與充分賦權 ( empower ) 以改善居家生活。洋蔥式照護模式 ( Onionmodel Buurtzorg )，以個案自我管理為中心，依序外展：非正式網絡 ( informal networks )、照護團隊 ( Buurtzorg team ) 與正式網絡 ( formal networks )，護理師發揮賦權、調適、創造網絡與支持 ( empowering and adaptive, network creating & supporting ) 等功能，強化專業自主與認同(李選、張婷，2017)。

2010 年荷蘭會計師事務所報告，個案使用 Buurtzorg 服務模式平均費用金額減少 40%，該模式已納入保險給付範疇。估計全國均採取此模式，每年可省約 20 億歐元。2012 年 KPMG-安侯建業聯合會計師事務所研究發現，提供服務的護理師時薪雖高，但因採單一窗口服務，效率高，能減少 50% 的照護時間。十餘年間此模式已獲顯著成效，成功經驗也從荷蘭複製至瑞典、日本、英國及美國。

## 二、美國零售醫療診所照護模式 ( Retail Healthcare Clinics )

2019 年世界經濟論壇(WEF)評比排名第二的美國，國土面積達 9,833,517 平方公里，人口 3 億 2973 餘萬人。1960 年 65 歲以上人口達 9.15%，2014 年逾 14%，現達 17.4%，是高齡社會，2018 年人均

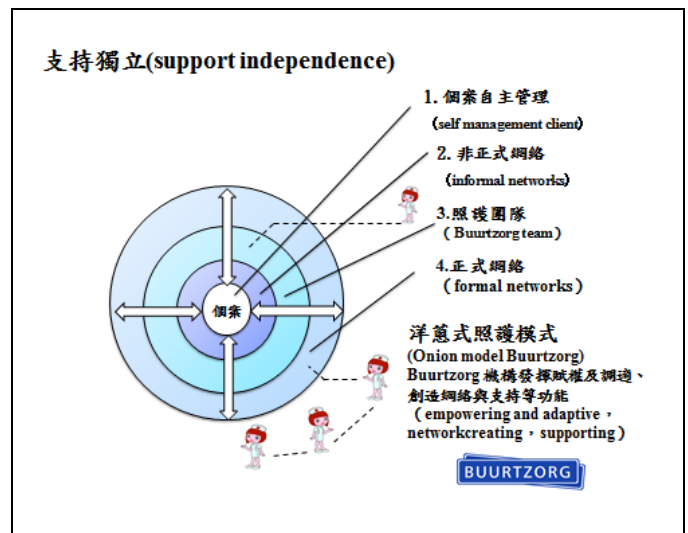


圖 1：洋蔥式照護模式圖 ( Onionmodel Buurtzorg )

壽命達 78.5 歲。預測 2030 年高齡人口將占總人口的 30%。顯示政府投入之健康經費持續增加，社會公共服務與財政支出將面臨極大壓力。美國人崇尚獨立，約 40% 的老人居住在養老機構或老人公寓。美國老人協會 ( National Council on Aging ) 指出：戰後嬰兒潮的高齡者自我意識高，加上經濟及維持社會互動等原因，65 歲以上者近 20% 仍選擇工作，足見高齡者未來在經濟和全球市場中仍將扮演重要的角色(美國勞工統計局，2016)。

美國為滿足高齡者健康需求，自 1960 年鼓勵專科護理師 ( Nurse Practitioner，簡稱 NP ) 投入基層醫療服務，1965-1990 年初期，NP 主要在社區基層醫療體系 ( Primary Health Care System ) 執業。1990 年美國護理學會及專科護理師學會推動 NP 認證制度，過程嚴謹，通過後發證，效期 5 年，具備「診斷」與「特定藥物處方權」，各州執業規範略有差異。為強化 NP 執行開藥及用藥的專業知能，須至認可的學術機構修習藥理學課程。研究發現：NP 的執業品質和掌控成本效益與開業醫師相近，甚至更能節省醫療費用。1997 年聯邦政府修訂「平衡預算法 ( Balance Budge Act )」，NP 和醫師助理 ( Physician Assistant，簡稱 PA ) 獲聯邦老人醫療保險局認可，支付費用 ( reimbursement )，在社會肯定下，NP 已成為進階護理執業 ( APN ) 的主流(Sarasohn-Kahn,

Jane, 2016)。

零售醫療診所 ( retail healthcare clinics ) 奠基於 NP 制度，出現於 2000 年前後，稱護士主導的基層照護模式 ( Nurses-Led Primary Care Models ) 或便利門診 ( Convenient Care Clinics )，在原有的基層醫療上拓展服務領域，成為近年普及的照護方式。診所多位在人潮聚集的賣場或藥房附近，由 NP 或 PA 駐診，為無併發症的輕度病患提供預防性、多元性與立即性服務。因其方便性、平價與服務品質高，對無醫療保險或因旅居在外無家庭醫師者，獲得支持。2015 年全美在 41 州與華盛頓哥倫比亞特區成立逾 2,000 家零售醫療診所，2017 年全美國已開設約 2,800 家。零售醫療診所每週營業 7 天，平日每天營業 12 小時，服務至今逾 3,500 萬人接受服務，約 30% 的民眾給與肯定。此模式優點比家庭醫師或門診掛號費便宜，服務便利 ( 時間彈性、地點方便、無須預約等 )、高照護品質、控制醫療成本與減少門診量 (Martsolf, et al, 2017)。

零售醫療診所提供的服務類別，包含：健康問題評估與疾病篩檢、身體檢查、預防注射、過敏處理、傷口處理、流行性感冒、腹瀉、頭痛、耳疾等治療，症狀緩解或意外事件及時處理、心理疾病處置、嬰幼兒保健服務、孕婦產檢、慢性病定期檢查、癌症篩檢、家庭計畫、收集標本 ( 血液、尿液、糞便等 ) 與檢驗、提供健康促進與衛生指導之諮詢服務及複雜病情的轉診服務。NP 工作性質類似基層醫療醫師或家庭醫師，發揮預防與第一線照護功能。美國對此照護模式雖仍有正、反面討論，如：診斷是否正確、治療類別的限制性、NP 與醫師專業比較、後續追蹤服務品質等，但零售醫療診所仍快速成長中。

### 建議政府、專業與人民的努力方向

依醫改會(2015)調查，逾 9 成醫學中心的門診與急重症醫護人員的工作量已逾負荷，因轉診制度難以落實，半數以上患者其病情無須至醫學中心就診，導致醫療資源浪費與加重醫事人員工作負擔。在工時延長和壓力激增下，易影響醫療判斷力，對

病人而言，醫療品質和病人安全面臨危機！衛福部或地方政府若能推動醫療模式改革，善用 NP 提供基層服務，將有助於滿足高齡社會或偏鄉地區的照顧需求與紓解醫療機構負擔。

### 一、政府積極建置整合與多元選擇的基層醫療照護體系，分流醫院就診量

臺灣醫療資源分配不均，以偏鄉與離島地區為甚，醫療資源嚴重不足，難以落實基層醫療在地化的目標。若能仿效美國模式，在小型城鎮人潮聚集處，如：當地賣場或藥房附近，建置零售醫療診所，配置 NP 與簡易的醫療檢查設備，善用資訊設備，提供即時的基層服務，配合目前家庭醫師，將有助於降低偏遠地區或高齡民眾就醫困難。整合醫療資源可使民眾及時接受在地醫療服務、降低家屬負擔與社會成本，紓解醫療機構就診量。亦可仿效荷蘭模式，針對情況複雜的高危險家庭提供整合照護模式，將高危險家庭列案管理，即時評估健康需求與到宅服務，預防患者因就醫奔波，造成家庭負擔。政府應配合偏鄉地區民眾需求，設計多元照護模式，符合民眾所需。

### 二、強化醫院轉診與分流制度，珍惜有限醫療資源

衛福部除對不同層級之醫療機構要求增加自付金額與診療費差價外，更應嚴格落實轉診與就診分流制度，以保護醫療人力資產與提升照護品質，防止醫事人力因過勞而離職或衍生醫療糾紛，造成人力資源流失與影響醫療品質提升。

### 三、積極培育能提供基層醫療服務之專科護理師，發揮專業人才的獨特功能

依中華民國護理師護士公會全聯會資料統計：2019 年 10 月護理人員領照人數：292,874 人，執登人數：171,348 人，扣除 65 歲以上者，執業率為：61.8%。健保制度要永續發展須控制醫療成本，積極強化善用人才。我國 NP 角色發展至今已逾 20 年，與美國 NP 的教育準備 ( 碩士學歷 )、角色功能與執業狀況相較，因臨床限制其專業功能發揮，其獨立性、專業能力與自信上，差距大。護理專業者在養成教育培育下，經繼續教育與訓練，多能提

供預防醫學、身體檢查與評估、健康需求評估、健康促進、緊急救護、衛生保健、復健護理、安寧療護與情緒支持等知能，若專業功能被限制，將導致人才浪費；若能打破現今醫療市場壟斷與僵化思維，善用護理專業功能，提供社區照護平臺，將有助於激發專業潛能與發輝專業貢獻。

#### 四、加強民眾珍惜醫療資源的衛生教育

政府應教育民眾積極維護個人健康、對疾病的自主管理、珍惜有限醫療資源，在適宜的醫療機構接受諮詢服務、配合早期篩檢與預防疾病發生。政府可對民眾加強宣導，勿輕忽健康促進、濫用藥品傷害健康與恣意浪費醫療資源將導致健保制度難以永續發展等，喚醒民眾對珍惜醫療資源之認知。

### 結論

在醫療環境日趨惡化與醫療資源不足及不均的衝擊下，醫療模式轉型是當今政府與專業應努力之處。荷蘭 Buurtzorg 機構中護理師組成小型團隊，針對社區提供到宅服務，善用專業知識對個案與其家庭的了解，以個案為中心提供客製化服務，建立高度互信的合作關係，創造個案和提供服務者雙贏的成果。此模式著重在資源整合和個案自我管理，經創造自主學習環境，善用科技設備與資訊溝通平臺，推動照護管理、資訊管理與社群分享，減少護理師行政負擔，讓專業照護和案例分享更為流暢。護理師成為最佳夥伴、顧問和導師，各成員利用內網 (intranet) 討論，提供服務無階級和身分差別，因專業背景不同，任何問題透過平臺即可快速得到諮詢。美國零售醫療診所針對民眾需求提供多元化選擇，可對偏鄉地區或資源欠缺地區達到普及醫療服務的目的。以上整合型照護模式期能提供主管機關與專業者借鏡，汲取國外成功經驗，發揮專業效能，解決醫療產業困境與因應高齡社會需求，防止醫療生態持續崩壞，影響政府推動全民健保的美意。

### 參考資料

中華民國護理師護士公會全國聯合會 (2019) · 護

理人力統計資料，2019 年 10 月 30 日取自 <http://www.nurse.org.tw/DataSearch/ManpowerAll.aspx>

李選、張婷 (2017) · 臺灣長照服務借鏡歐美創新整合型照護模式之可行性探討，T & D 飛訊，233期，1-20頁。

美國勞工統計局(2016) 社會高齡化美國65歲以上仍工作的老人創新高，2017年7月17日，取自 <https://kknews.cc/zh-tw/world/33znvo.html>

產業觀察 / Buurtzorg 掀起荷蘭居家照護產業的寧靜革命，2017 年 7 月 17 日，取自 <http://npost.tw/archives/20799>

黃鴻茗 (2013) · 台灣地區醫院的消逝對社區醫療安全網絡的影響，台灣社區工作與社區研究學刊，3 (1) : 1-22。

陳娟紋 (2015) · 居家照護分工的逆向思維：荷蘭 Buurtzorg 模式，取自 2017 年 7 月 17 日，<https://blog.silverliningsglobal.com/>

國際週專欄-讓專業的來-荷蘭-buurtzorg-由護理人員主導的照護模式-d5340da50e03。

遠見雜誌 (2015) · 前進的動力：台灣醫療關鍵報告，取自 2017 年 7 月 17 日，[https://www.gvm.com.tw/Boardcontent\\_27252.html](https://www.gvm.com.tw/Boardcontent_27252.html)

衛福部 (2016) · 衛福部統計處，<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-2976-113.html>

醫改電子報(2015.5.12) · 2015 年醫護人力吃緊現況網路調查」，第 137 期。

Buurtzorg | Research | Buurtzorg model, 取自 2017.07.20, <http://research.buurtzorg.com/content/Buurtzorg/Index/en>

Martsof, Grant; Fingar, Kathryn R.; Coffey, Rosanna M.; Kandrack, Ryan; Charland, Tom; Eibner, Christine; Elixhauser, A.; Steiner, Claudia A.; Mehrotra, Ateev (2017) Association Between the Opening of Retail Clinics and Low-Acuity Emergency Department Visits, *Annals of Emergency Medicine* 69(4), 397-403.

Sarasohn-Kahn, Jane (2016) Retail Clinics Continue

to Shape Local Healthcare Markets,  
<http://www.healthcareitnews.com/blog/retail-clinics-continue-shape-local-healthcare-markets>.

## European and American Integrated Care Models to Serve as References for Taiwan's Medical Policy Development

Sheuan Lee

Minister without Portfolio, Examination Yuan,

Professor in Chung Shan Medical University & National Defense Medical Center

---

In the 21<sup>st</sup> century, under the impact of globalization, technology, and aged society, the health care system is facing great challenges in Taiwan. The exploration of innovative care models, that can ensure both service quality and industrial transformation, has become a mainstream in medical policies development worldwide. In recent years, European countries and the U.S. have promoted integrated care models based on reality concerns. They have achieved remarkable results in improving the quality of homecare and professional functions, as well as reducing medical and social costs. This article will introduce the integrated care models in both Netherland and the United States, which can serve as references for Taiwan's medical health system.

**Keywords:** Integrated care model, medical policies development

---

Accepted for publication November 11, 2019

\* Address correspondence to: Sheuan Lee, No.1, Shiyuan Rd., Wenshan Dist., Taipei City 11601, Taiwan (ROC).

Tel: 02-82366008      E-mail : a074@exam.gov.tw