



## 整合健康與長照服務： 國際經驗與政策啟示

張文瓊·吳淑瓊

隨著人口老化的趨勢，如何滿足一再成長的老年人口照護需求，越來越受各國公共政策的重視，其中，如何整合服務以提供老人全人照護，增進服務的可近性與品質，並降低照護成本，已成爲各國長期照顧改革的努力重點。

整合照護之所以被納入改革重點，係因爲各國在分析老人的服務使用時發現，罹患多重慢性問題的個案，每年花費龐大照護經費，因爲這些個案不只同時罹患多種慢性病，又可能具有身體功能障礙或認知受損等，其複雜的健康與社會照顧問題，並非單一服務可以滿足；然而他們所面對的，卻是分立的醫療與長期照顧體系。醫療體系的專科制度設計，長期照顧服務的多元零散，讓個案只能在眾多零散的服務之間遊走，造成服務取得不易、服務重複濫用、照護體系效能低落、照護成本居高不下等問題，因此，如不對多元服務進行整合，絕無可能有效提供全人照護，控制一再成長的照護經費需求。

展望未來的人口成長趨勢，歐美先進

國家面對的不只是老人的增加，更要面對老年人口的超高齡化，在 85 歲以上超高齡老人快速增加的趨勢下，多重慢性問題將更爲盛行，照護成本高漲的壓力將更爲沈重，整合照護模式的發展，因而越來越受重視，被視爲先進國家老人照護政策改革的關鍵，是後進老化國家發展老人照護體系的重要參考。

有鑑於此，本文將引述先進國家整合模式發展經驗，闡述整合照護的概念與內涵，彙整過去整合模式發展的觀察與評估，並以國外優良整合案例具體說明整合模式的操作內容，供我國老人照護政策改革參考。

### 壹、整合照護之重要性與功能

在論述整合照護的功能之前，應該先思考爲什麼整合照護是目前世界各國重視的議題，其重要性爲何？由歐美各國的經驗來看，雖然各個國家在發展老人照護的過程中，在不同的社會福利思維、家庭倫

理觀念、健康與社會照顧體制等背景因素下，各國的老人健康及長照政策會有不同的演變，但其共同面對的問題和挑戰趨勢卻是一致的，像是家庭照顧資源減少，對正式服務的需求一再增加，全人照護與消費者自主自覺的需求提升，以及在財源緊縮下面臨衛生福利的公共支出減少的壓力。因而從各國的老人照護政策也可以觀察到共同的大方向，包括在地老化的目標訂定、多元化的服務發展、個人化服務、支持家庭照顧資源，以及強調整體照護體系中的服務提供者應該有充足的“協調性”，而整合照護就是支持這些政策發展方向的重要基石。

由個案照護需要的觀點來看，整合照護是回應多元且複雜的照護需要的答案。以美國的照護制度來看，一般老人依賴老人醫療保險（Medicare）提供醫療照護，而經濟弱勢者則依賴低收入戶醫療救助（Medicaid）提供長期照顧服務。在這樣的體系之下，他們發現其中雙重資格符合被保險人（dual-eligible beneficiaries），亦即在上述兩種系統都符合給付資格的個案，往往就是具有複雜照護需要，是每年花費高額的照護經費的一群。據統計，雖然此類雙重資格符合者在人數上僅約 1,020 萬名，分別占有老人醫療保險人數的 18% 及低收入戶醫療救助人數的 14%（Congressional Budget Office, 2013），但其照護費用卻占老人醫療保險的 36% 及低收入戶醫療救助的 39%（Grabowski, 2012）。因而認為如能讓此類個案獲得整合照護，定可大幅降低老人照護費用，因此，

發展有效的整合照護模式已成為該國老年照護政策的重要議題。

但是，一直以來美國的老人醫療保險和低收入戶醫療救助是分立的兩套制度，低收入戶醫療救助主要負責長照服務，在缺乏整合機制的情况下，沒有動機來控制個案對老人醫療保險中醫療資源的使用。Walsh 等人的報告中指出，2005 年的老人醫療保險與低收入戶醫療救助的雙重資格符合被保險人之中，住在技術性護理機構者，有三分之一都曾住院，而這些住院中有將近 40% 都是可以避免的（Walsh et al., 2010），可見其不當使用醫療資源之一般。

此外，多重慢性病盛行也是要求整合照護之重要因素。大多數老年人有慢性病，而有多重慢性病者更占其中多數，調查資料顯示我國 65 歲以上老人中，有一項以上慢性病者占 88.7%，而同時併有兩項或以上慢性病者則為 71.7%，至於有三項以上慢性病之多重慢性病患者盛行率則達 51.3%，也就是七成以上的老年人有多重慢性病的問題（國民健康署，2007）。而多重慢性病患者常具有多重複雜的照護需要，惟有整合照護始能兼顧照護品質及避免資源浪費，提供個案適切的照護。除了慢性病之外，老年人也可能同時有衰弱、老年症候、憂鬱、認知功能損傷、身體功能障礙等問題，而產生日常生活活動功能上的限制，需要提供長期照顧服務方能滿足其照護需求。因而完整的老年照護必須由健康及長照體系的服務共同組成，包括預防服務、急慢性醫療、正式與非正式照顧、居家社區式與機構式服務、生活照顧及其

他社會服務等。老人具有如此複雜的照護需要，但面對的卻是分立的健康與長期照顧體系，不僅造成人力及照護服務資源的浪費，對需要服務者及其家人來說，更造成獲得服務的障礙，進而影響照護品質。綜合以上對老人照護需要的討論，可以瞭解整合照護之重要性，藉由整合照護才能有效利用有限的照護資源，以個案為中心，提供全人且連續的照護服務。

整合照護可以使傳統照護模式中因為健康與長期照顧體系分立而產生的諸多問題獲得改善，又能以個案為中心的模式來取代傳統提供者導向的模式，達到健康與長期照顧體系整合的個人化以及連續性的照護 (Lloyd & Wait, 2006)。歸納整合照護的功能包括：在個案健康狀況改變時，可以即時回應照護需求的改變；為重度失能或具有複雜照護需求的個案，提供整合性的照護；提高服務可近性，改善照護品質並達成照護連續性；以及有效率的運用健康與長照體系的資源，避免因兩者缺乏聯繫而產生的資源浪費。

## 貳、整合照護之定義及內涵與類型

雖然過去二、三十年來，整合照護一直是各國照護體系改革的重要工作，但對其仍無明確一致的定義。因此各國發展整合照護的模式並不相同，其整合的深度及廣度也不盡相同。

在探討整合照護的定義之前，先分別從個案、第一線服務提供者、管理者，以

及政策制定者的觀點來看整合照護的意義。從個案的角度，整合照護可以讓他們在照護需求變化的過程中，無障礙的得到所需要的各種服務，讓他們在不同照護單位或是體系間的轉移中，可以無縫接軌。對第一線工作人員來說，整合照護指的是跨越傳統的專業間的藩籬，讓他們可以和各種不同專業人員進行協調，並共同合作提供服務。就管理者而言，重點則在於組織層次，必須協調與整合不同組織間的目標與成果評估，並且組織與管理更多其他不同專業的人員。最後，政策制定者必須掌握的則是體系層次，包括預算、服務輸送方式、服務對象資格等的整合，更重要的是必須瞭解到，在某一體系的措施或介入，可能會同時在另一體系產生影響，例如健保對住院給付的改變，可能改變個案對長照資源的需求，因而在思考及擬訂政策時必須有全面性的考量。

延續前段的概念，Kodner & Spreuwenberg (2002) 提出整合照護的定義是，在財源、行政管理、組織、服務輸出，以及個人臨床及生活照顧等層次上，透過一系列經過協調、目標一致性的方法，建構健康與長期照顧體系內部以及彼此間的聯結、結合與合作。在其定義中提到了整合照護包括從巨觀到微觀的不同層次。最巨觀的是體系層次，對健康照護體系的預防性及治療性服務，以及長期照顧體系的照顧性服務，就財源及規章制度進行整合；其次是組織層次，健康及長照體系下的各種服務單位以合約、策略性聯盟或合併等方式進行整合照護；再下來是專業人員間

的整合，在組織整合的架構下，不同專業間可以以群體執業或其他方式進行合作；最微觀的層次是個人照護上，也就是對個案提供所需要的各種服務，達到連續性的照護。

根據 Nies & Berman 的定義，整合照護是指一系列經過良好規劃與組織的照護服務，透過這樣的照護，可以滿足具有複雜且多重面向問題個案的照護需求。此概念下的整合照護應包括預防、急性醫療、慢性醫療、社會照顧、住宅，以及其他如送餐或交通等服務共同組成，因此所謂的整合可能是同組織內的各種服務，也可能是不同組織之間的整合。此外，整合照護的概念中還包含了對被照顧者的賦權（empowerment）的考量，重視其自主性及獨立性。有別於傳統的服務提供者導向或疾病導向的照護，整合照護應該是個案導向，以個案為中心，量身打造適合的照護計畫，並有效率提供照護服務的照護模式。

在整合照護的概念之下，包含了不同程度類型的整合照護模式，而何種個案需要何種程度的整合照護，則需視個案的照護需要複雜度及穩定度而定之。Leutz（1999）提出，整合照護模式有不同的程度的整合，最陽春程度的整合模式可能包括大多數個案，但整合內容及深度較有限；而強度最高的整合模式，則是只針對部分最需要整合照護的群體而制定，其整合內容及深度最為完整。大體而言，整合照護可分為三種不同的程度類型，分別說明如下：

## 一、服務連接模式（linkage）

是屬於最陽春程度的整合。此模式界定個案問題及需要，瞭解多元照護資源隸屬於各個不同單位等資訊，以及為個案提供建議及轉介服務。大多數的個案，不論其照護問題的複雜程度如何，都可納入此類型的整合模式，因此其涵蓋使用者的範圍最為廣泛。首先自群體中找到有照護需要者，可能是透過需要調查，也可分析現有資料庫，或在醫療院所或長照服務單位使用服務者中篩選需要整合服務的個案。各種不同專業的人員經過訓練可以敏銳的察覺個案各項服務需要，並提供所需服務的連接。例如醫療人員可以發現個案可能有知覺損傷問題，需要輔具等服務；或是非醫療人員發現個案有健康問題，則可聯繫醫療人員加以處理；對於有複雜需要的個案，各專業人員也會知道應該將個案轉介到什麼系統以獲得所需照護，在提供資訊和轉介服務後，再後續追蹤確保個案有獲得需要的服務。在此層次的整合中，各專業人員必須受過訓練，熟悉掌握各個單位的服務資源以及對個案的適用性，也都清楚瞭解何種服務由何種單位給付和管理，以及哪些對象涵蓋在給付範圍內。但此類型的整合還沒有跨專業或跨服務單位的共同合作，也未涉及照護成本或權責的轉移。

## 二、協力合作模式（coordination）

可視為中等程度的整合，適用對象是需要橫跨健康與長照體系服務的個案。在此類型的整合中，建立聯結不同體系（包

括急、慢性醫療與長照)之間的各種服務的機制，並配置照顧管理師進行不同體系間的聯結與協調工作。其功能包括對不同體系的給付(或補助)範圍的協調、對各種服務的協調、協助各單位間共同取得及運用個案資訊，以及管理個案在不同服務單位間的轉移等。舉例來說，在此類型整合模式下，當照顧管理中心獲知個案住院時，就會通知居家服務暫時停止；而受過良好訓練的出院計畫管理師，可以很專業的篩選出出院後需要長期照顧及照顧管理的病人；出院後居家護理和居家服務單位則彼此間會有資訊聯結並共同合作負責病人的長期照顧服務。相較於上述「服務連接模式」類型，此程度類型的整合更有高度結構性，但仍維持各原有的組織體系。整體而言，此類型的整合重點在於建立結構性的機制，解決不同體系間可能產生的摩擦、模糊、或連續性不足等問題。

### 三、完全整合模式 (full integration)

是整合程度最高的類型。並非所有個案都需要此類型的整合，而是只針對具有複雜照護需要或是狀況較不穩定的個案。在完全整合模式中，建立新的組織，將原本來自各個不同體系的服務整合進來，也將原本屬於不同體系的財源整合在一起運用，因此可以完全掌控所有的照護資源，也可以重新整合收案條件資格和給付範圍，對於個案資訊也不僅限於資訊交換，而可建立共同的資訊平臺。

由以上說明可以看出，由最陽春至最完全整合模式，各具有不同的整合內涵，

規劃整合模式時，應對不同照護複雜程度的個案，給予不同程度的整合照護，才能避免資源浪費，並使個案得到最符合需要的服務。

### 參、國際整合模式經驗

在體認整合照護為提升老人照護的重要關鍵後，許多先進國家即分頭進行整合照護之改革，其多年經驗實為後進國家寶貴的參考。根據 OECD 和歐盟等國際組織對歐美先進國家的綜合評估，大體而言，各國的整合模式都有降低住院、降低護理之家的使用、節約照護費用、延緩功能衰退、並增加社區服務以及預防保健服務的使用的趨勢；但是各國的整合照護所帶來的成效卻不盡相同，究其原因，可能是因為受到國家制度、環境、文化差異的影響，各國採取的整合照護模式不盡相同所致 (Johri et al, 2003; Leichsenring, 2012)。綜合分析他們的經驗發現，一般而言，較具整合成效的國家，其所設計的整合模式，具有以下四個要素：

- 1.在照顧管理制度中配置跨專業團隊，並採用周全性老年評估技術，才能全面掌握個案多樣化的照護需求，再透過跨專業的整合力量，有效提供完整照護。

- 2.建立單一窗口，個案可在一個單位取得所有服務，因而方便個案獲得多元照護，讓個案容易進入整合照護模式，提升服務的可近性和連續性。

- 3.提供整合服務的財務誘因，這是多數成功整合案例所採用的策略，其原則是

以前瞻性的支付，用論人計酬的方式取代傳統論量計酬的支付制度，承辦單位因為必須在定額的支付下，負責個案所有照護需求，並自負盈虧，因此為了發揮資源的效用，節約開銷，會有極高的整合服務的動機，以達到最佳的照護結果。

4. 清楚界定整合照護的範圍，給予清楚定位後，才能進行服務輸送、管理、財務等制度的一系列改革，提供具體有效的整合服務。

為能對整合照護模式的內涵更具體了解，以下提出美加兩國相當具有成效的整合照護模式案例，具體說明其整合內容，以供參考：

### 一、全方位老年照護計畫 (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE)

PACE 是美國幫助重度失能老人留住社區的照護模式，第一個 PACE 名稱安樂居計畫 (On Lok)，於 1971 年創立於舊金山的中國城，當時考量華人排斥機構照顧的文化，因而設立日間照護中心模式，提供完整的醫療、復健、喘息、和社會服務，希望盡量延長失能老人留在自己家裡，安度晚年的時間。之後在 1979 年被納入低收入戶醫療救助給付，其後，聯邦政府將老人醫療保險的醫療服務經費也交給它，由其整合提供醫療和長照的服務，並作全國示範推廣，於 1997 年立法納入老人醫療保險和低收入戶醫療救助的正式服務模式，收案 55 歲以上，且達到低收入戶醫療救助的護理之家照護層級給付標準的個案。

美國政府發展 PACE 的動機是，希望在不增加經費的前提下，提供居家與社區式整合服務，讓本來可能住進護理之家的失能老人，能留住社區。其設計論人計酬的財務誘因，將個案在老人醫療保險和低收入戶醫療救助所能得到的給付，全數交給承辦 PACE 單位統籌運用，承辦單位必須在這筆經費下，負責個案所需的全部醫療與長期照顧，並盡可能將個案留住社區。承辦單位在必須自負財務盈虧的動機下，致力於社區有效照護模式的開發，希望盡可能在社區中滿足個案的照護需求，以減少住診、急診、和護理之家的使用，同時提升照護品質與控制成本。

為達上述目標，PACE 組織跨專業團隊，包含醫師、護理師、社工、治療師、照顧服務員、司機等，整合提供老人醫療保險和低收入戶醫療救助中給付的所有服務，例如：預防、基層醫療、住診、急診、復健、日常生活活動照顧、和醫療相關的交通接送等，包含了醫院診所以及居家、社區、與機構等服務模式。在操作上，各承辦單位設立日間照顧中心，以其為服務主軸，中心可以提供老人基層醫療門診、復健治療、活動參與、營養餐飲等，每週定期接送個案前來中心數次，參與活動並接受必要的治療與照護。除此之外，承辦單位並提供或合約醫院診所，以及各式居家與機構式長期照顧服務，提供門診、住診、與急診服務，以滿足個案多元服務的需求。

在服務輸送方面，PACE 實施管理式服務模式，以提升服務整合效率，由跨專

業團隊整體評估個案照顧需要，並邀請個案或其家人在考量個人的偏好後擬訂最有效照護計畫，依據個案的需要給予整合性服務，繼而監測服務的提供情形與結果。

以筆者曾經參訪的 PACE 模式為例，他們當時收案 500 多位個案，在個案居住的社區中，以合約或自行提供服務的方式，提供所有醫療與長期照顧服務。最核心的是，他們自行設立四個日照中心，在中心配置跨專業團隊，每天召開晨會商討個案的照護計畫和服務提供情形，充分發揮跨專業整合的力量。中心提供門診、復健、社會活動、諮詢、餐飲等服務，每位個案平均每週前來 2-3 次，由中心配置巴士接送，每次來半天，在中心接受必要的治療與照護，於吃完午（晚）餐後送回。在此模式規劃下，居家個案可以定期前來日照中心，增加社交活動參與，同時可以定期監測個案的身心狀況，即時給予必要的治療或處置，具有預防或減緩衰退的功能，他們稱此為 aggressive care（積極照護）。

對家庭照顧者而言，PACE 模式的推動可以幫失能者擬訂個人化的照護計畫，提供完整配套服務，讓想留住家裡的個案有多元的服務選擇，協助他們盡可能的留在社區中。他們可以有一個單一窗口，在這個窗口可以找到他們需要的全部服務，跨專業團隊可以根據他們的需要製作照護計畫，引進整合性服務，並監測服務提供狀況與品質。

對服務提供者而言，在論人計酬方式下，他們可以彈性活用經費，開發創新服

務，增進他們聯結跨界服務以及滿足個案個人化照護的能力。

對付費者而言，PACE 可以控制成本，將費用控制在一定預知的範圍，並可掌握服務品質，提升照護體系的成效。

綜合上述，PACE 是一個完全整合的照護模式，成功關鍵在於利用財務整合的機制，讓承辦單位可以彈性運用經費發展服務系統，在系統中充分發揮基層醫療的功能，活化日間照顧中心的角色與功能，成爲一個積極的照護環境；另外，跨專業團隊協助家人製作照護計畫與監測服務的提供，更確保個人化與整合式服務的提供。

但是因爲必須結合老人醫療保險和低收入戶醫療救助兩者的經費，雖然多數老人涵蓋在老人醫療保險之中，但低收入戶醫療救助只涵蓋經濟弱勢者，因此目前 PACE 的收案大多爲具有低收入戶醫療救助資格的經濟弱勢老人，此爲該模式案量成長緩慢的主要因素。

在 PACE 成功的基礎上，美國目前更積極投入整合模式的建立，於 2010 年通過「可負擔之照顧法案 (Affordable Care Act, ACA)」(一般通稱「歐巴馬照顧法案 (Obamacare)」)，責成聯邦醫療保險與醫療救助中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 成立了聯邦整合健康照護辦公室 (Federal Coordinated Health Care Office, FCHCO)，負責照護服務協調整合工作的推動，成立目標包括提高照護品質、降低成本，並促進服務可近性及照護整合，消除老人醫療保險與低收入戶醫療救助之間的分離產生的浪費與混

亂。為達成這些目標，聯邦整合健康照護辦公室開始進行三大面向的工作，包括照護服務給付相關的整合，資料庫的整合，以及推動各州進行整合照護模式的試辦。同時具有老人醫療保險和低收入戶醫療救助給付資格的個案，納入第一波整合對象，希望擴大他們接受整合照護的人數，以增進醫療與長期照顧資源的有效利用。美國積極的整合作為，值得我們持續關注。

## 二、維持自主性的整合服務研究計畫 (Program of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy, PRISMA)

PRISMA 是加拿大魁北克省於 2001 年開始進行的整合照護計畫，其收案對象為 75 歲以上，經篩選有功能退化風險且未住進長照機構者。PRISMA 是屬於協力合作 (coordination) 類型的整合照護模式，受邀納入計畫的各服務單位仍然維持原有的組織，只是配合計畫的要求，共同為個案提供個人化的整體照護。PRISMA 整合照護模式的進行，主要由下列六個元素構成 (Hébert et al., 2010; Stewart et al., 2013)：

### (一) 單位間的協力合作

單位間的協力合作是 PRISMA 最核心的元素。PRISMA 在政府、管理和實際照護層次分別建立合作機制，在政府層次成立了共同治理委員會，成員包括健康及社會體系機關，以及民間團體。在該委員會中成員們對政策方向及資源配置等建立共識。管理層次則是由各公、私部門服務提

供者與服務使用者代表共同成立聯合委員會，負責監督服務協力合作機制的運作，並促進照護連續性。而在第一線提供直接服務的照護層次，由跨專業團隊以及照顧管理師合作，在評估個案的需要後，提供量身訂造的整合照護服務。

### (二) 單一窗口

單一窗口的設計可以方便具有複雜照護需要的個案得到所需要的服務，包括居家服務、復健、門診、住院、志工關懷，及經濟協助等。PRISMA 建立了魁北克地區 24-7 (一天 24 小時，一周 7 天) 的熱線服務，只要電話進來，即可以透過一個簡易的篩選工具，快速界定出是否為失能老人，並可透過較詳細的評估，判斷其是否為具有複雜需要的個案，再轉介給照顧管理師，進一步進行更詳細的評估及照護計畫的擬訂。

### (三) 標準化評估工具

PRISMA 使用的評估量表是 SMAF (功能自主性評估系統 (Functional Autonomy Measurement System) 的法文縮寫)，共 29 項，可以將個案依其失能狀況及需要程度分為 14 類，並用以進行病例組合，依據分類的結果決定個案所需要的服務，以及應支付給服務提供單位的費用。

### (四) 照顧管理師

在 PRISMA 中，照顧管理師隸屬於地區性的共治委員會，負責個案的完整需要評估、擬訂照護計畫、安排個案使用所需

服務、聯結各種支援、引導跨專業團隊參與個案的照護工作、監測服務提供、並定期或視需要進行個案重新評估等工作。

### (五) 個人化的照護計畫

個人化的照護計畫是根據對個案的完整評估所擬訂的服務建議，並設定個案服務的照護目標。由照顧管理師提出並在跨專業團隊討論中取得共識，再經由個案及家人認同接受，讓服務需要者也可以參與決策過程得到賦權。

### (六) 電腦化的個案紀錄

將個案的健康狀況、需要及使用服務情形等資料都建置在一個共同的電腦資料庫中，各單位藉由共同取得及使用資料，可以即時掌握個案完整和最新的狀況。

PRISMA 執行期間共四年，研究結果指出，PRISMA 整合照護模式顯著降低個案功能衰退、個案入住機構意願、家庭照顧者負荷、未滿足需求、專科醫師門診使用、不必要之急診使用、及每年門診費用，並顯著提高個案滿意度 (Stewart et al., 2013)。

## 肆、成功的整合照護必須考量之原則

整合照護的重要性受到歐美各國的重視已有相當長的一段時間，各國也相繼實施各種整合照護模式，但過去評估結果卻顯示，並非所有整合照護模式都能成功達到各項目標。檢視過去各國施行的諸多整

合照護計畫中，歸納值得學習或檢討的重點如下 (Leutz, 1999; Grabowski, 2012; Cercone, 2013)：

### 一、同時進行服務輸送制度與財務制度的改革

美國早自 1970 年代後期起進行了許多實驗計畫，但大多數計畫都是僅有服務輸送上的協調整合，或是僅在支付制度上進行整合，而鮮少有兩者兼具的。在只有服務輸送整合的改革模式中，對照護提供者而言，缺乏整合的財務誘因，因此不會將進行整合照護所需成本以及可以得到的利益內化為其各項行動的一部分，一旦計畫結束後，沒有額外的經費來支持繼續提供整合照護，因此很難持續推行下去。而相反的，僅在支付制度上做整合的模式中，在服務輸送制度中，並沒有做完整的協調或整合規劃，同樣無法達到整合照護的成效。因此，服務輸送與財務及支付制度兩者必須同時進行改革，才能達到整合之效。

### 二、明確的整合目標

過去研究發現，整合照護的施行若缺乏事前明確訂定的目標，而只是配合由上至下的政策宣達，則往往難以達到成功的結果。如果從決策、政策執行者、到服務提供者，都能事先掌握明確的目標，在整合照護改革規劃時，才能據以明確的擬定各層面需要改變的策略，朝共同目標邁進，達到成效。例如如果將減少急性住院的使用列為目標之一，在策略規劃上就一

定會思考在支付制度上應該如何改革，才能促使醫療及長照服務的提供者在規劃其服務輸送方式時，有擴大居家與社區照護提供的動機，讓個案在居家與社區中獲得好的照護，以避免不必要的住院支出。

### 三、不需要一開始就尋求組織的整合

如前所述，整合照護有不同的程度類型，涵蓋範圍及深度都有所不同。一開始就直接將不同組織整合在一起，可能會過度干擾各單位的工作人員，不見得對個案所得到的照護本身有所助益。建議可以由第一線照護工作的聯結和合作模式建立開始，並先找出第一線工作人員在進行整合照護時，最需要的組織上的支援協助為何，如此對個案本身的照護有較直接的幫助。

### 四、對各種背景因素的考量及準備

建立整合模式前，應瞭解並考量到各項背景因素的狀況，包括不同組織或單位的工作文化、以往對合作組織的信任程度、現有的多專業團隊組成、人員對合作與改革所抱持的態度、以及資訊系統等溝通平臺等，這些都是增進整合可行性的重要資訊。

### 五、瞭解不同體系下迥異的文化

體系間文化的差異是整合照護難以成功的常見障礙。以健康和長期照顧體系而言，兩者的發展過程及專業思考邏輯可能都存在很大的差異，造成彼此合作整合的困難。如何加強彼此的溝通協調，共同為

個案的全人照護而合作努力，是整合計畫最重要的工作之一。

### 六、瞭解到施行整合照護本身也必須付出成本

過去評估研究結果顯示，整合照護可以提升照護品質及服務可近性，但對於是否能達到減少照護費用，各研究間則有不同的表現。此一現象指出一個可能的事實，就是整合照護雖然有機會提昇照護服務輸出的效率，然而在此同時，也必須付出整合所需成本。政策規劃者應該將這一點納入考量，如何善用整合資源，以控制整合成本，將是整合規劃重要的面向。

### 七、複雜度不同的個案有不同程度的整合需要

整合照護依照整合程度的不同可以分為服務連接、協力合作，及完全整合等三種類型。一般政策的焦點大多著重於完全整合模式。然而並非全部個案都是複雜程度高而需要完全整合者，其實其中有很大一部分的非重度複雜個案，他們可能只需要服務連接或不同服務間的協力合作，就可以充分改善其照護情形。理想的整合照護系統應該包含各種不同程度的整合機制，符合不同需要程度的人之需求。因此在所有個案進入照護體系之際，運用完整的需要評估和照顧管理來進行個案分級，再分別納入不同程度的整合模式，盡量將多數整合資源用在最需整合的複雜照護需求者，以節約整合成本。

## 伍、國際經驗對我國之政策啓示

從各國建構整合照護體系所產出的成效來看，其發展整合模式的經驗，實可供我國規劃老人照護體系之參考。

目前我國整合照顧的施行現況，可以分別從長期照顧和醫療服務等兩方面觀察之。在長期照顧方面，「長期照顧十年計畫」中長期照顧管理中心的設置，可以說是我國長期照顧體系中的服務整合設計，目前各縣市均設有長期照顧管理中心，一方面於其轄區中合約各種服務提供者，以配置社區多元服務資源；另一方面由中心聘任照顧管理專員執行照顧管理工作，專員手中握有居家服務、日間照顧、家庭託顧、喘息服務、居家護理、居家/社區復健、輔具租買、餐飲、交通接送與經濟弱勢者的機構式服務的補助款，在整體評估個案長期照顧需要，為個案製作配套的照護計畫後，幫民眾引進並補助他們接受前述各項服務。分析目前的照管功能，其包含需求評估、服務資格核定、照顧計畫擬訂，及連結服務等，其收案範圍包含轄區中全部的失能老人。由此可知，目前我國長照十年計畫中的服務整合機制，已經做到服務的連接，又在財務上做了整合的設計，將各服務的補助款集中由照管中心統籌使用，但是並未改變各服務提供者組織。因此目前照顧管理中心的整合模式，可以說希望達到前述完全整合的功能，但卻又納入轄區內全數失能老人，並未依據個案所需照護的複雜程度加以分級，給予不同的

整合照護模式，因此未來還有節約整合成本的改善空間。

再深入評估我國照管制度的服務整合內涵發現，目前照管中心雖然依據擬訂的照護計畫可以提供個案多元的配套服務，但是各個服務均各自單獨對個案提供服務，例如同時核定某一個案接受居家服務、居家護理、居家復健服務，但三方服務人員均分別前往個案家裡做自己的服務，彼此並無溝通協調的設計，因此並無組織服務團隊共同服務這個個案的功能，由此可知，我們的模式並沒有做到前述成功整合案例中的跨專業整合的功能，因此不易發揮整合成效。另外，目前納入整合的服務項目只限於長期照顧服務，以及急性後期的護理與復健服務，並未納入預防、基層門診、住診、與急診等醫療保健服務，因此我國的長期照顧服務並未與健康醫療服務整合，不利整體提升服務效率與品質，也不利於照護成本的節約。

而在醫療保健體系方面，雖然全民健保在支付制度上使用總額預算作為控制費用的手段，但在總額之下還是採用論量計酬（fee-for-services）方式支付醫療服務，在計次的支付模式下，就醫越多次給付越多，提供整合服務會減少服務提供者的收入，因此服務提供者不但沒有提供整合服務的財務誘因，反而會因提供整合服務而損失收入，這樣的支付制度設計形成對建構整合模式的一大阻礙。

雖然目前全民健保開始試辦論人計酬（capitation payment）模式，希望能以病人為中心，發展符合成本效能和提升照護

品質的服務模式，但是目前的試辦只重醫療服務的部分，並沒有將重點放在醫療與長照體系聯結的機制改革，十分可惜。

綜合前述國際經驗來看，整合照護是引導照護體系朝向永續發展的重要方針，目前我國正積極規劃長期照護保險，將來如可付諸實行，全民將可同時享有醫療和長照的雙保險給付，與美國的重要差異在於該國只有低收入老人才具有雙保給付，其整合模式改革因此易侷限於經濟弱勢者的部分，難以大規模推廣。我國將來在實施長照保險之後，應較美國更具條件進行整合模式的改革。有鑑於此，長照保險的規劃應重視健康與長照服務的整合，切勿失去建立整合機制的契機，參考上述國際

經驗進行體系整合規劃，建議在長照體系內部，重新檢討目前照顧管理模式，重新定位採行的整合的層次，真正建立跨專業團隊服務，以增進整合成效，節約整合所需成本。除了長照內部的整合改革，應規劃長照與醫療保健體系聯結機制，參考前述整合成功經驗，設計鼓勵整合的服務輸送與服務支付制度，以建立兼具可近性、品質，與效率的照護體系。

（本文作者：張文瓊為臺灣大學健康政策與管理研究所博士生；吳淑瓊為臺灣大學健康政策與管理研究所兼任教授）

**關鍵詞：**健康照護、長期照顧、整合、照護政策

## 📖 參考文獻

- 行政院。我國長期照顧十年計畫（核定本）。行政院，2007。
- 國民健康署。民國 96 年中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查。國民健康署，行政院衛生福利部，2007。
- Banach E, Bella M. What is the focus of the integrated care initiatives aimed at Medicare-Medicaid beneficiaries? *Generations*. 2013; 37(2): 6-12.
- Cercone JA. Coordinated care lessons learned from the OECD: a review of the literature. (Conference Abstract) *International Journal of Integrated Care*. 2013;13.
- Congressional Budget Office. Dual-eligible beneficiaries of Medicare and Medicaid: characteristics, health care spending, and evolving policies. Congressional Budget Office, United States, 2013.
- Fretwell MD, Old JS. The PACE program: home-based care for nursing home-eligible individuals. *North Carolina medical journal*. 2011; 72(3): 209-11.
- Grabowski DC. Care coordination for dually eligible medicare-medicicaid beneficiaries under the affordable care act. *Journal of Aging & Social Policy*. 2012; 24(2): 221-32.
- Hébert R, Raïche M, Dubois MF, Gueye NR, Dubuc N, Tousignant M; PRISMA Group. Im-

- fact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): A quasi-experimental study. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*. 2010; 65B(1): 107-18.
- Henk Nies, Philip C. Berman, editors. *Integrating services for older people: a resource book for managers*. European Health Management Association (EHMA): Dublin, Ireland. 2004.
- Hirth V, Baskins J, Dever-Bumba M. Program of all-inclusive care (PACE): past, present, and future. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2009; 10(3): 155-60.
- Johri M, Beland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2003; 18(3): 222-35.
- Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*. 2002; 2: e12.
- Leichsenring K. Integrated care for older people in Europe-latest trends and perceptions. *International Journal of Integrated Care*. 2012; 12:e7.
- Leutz WN. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*. 1999; 77(1): 77-110, iv-v.
- Lloyd J, Wait S. *Integrated Care - A Guide for Policymakers*. International Longevity Centre-UK. 2006.
- Quick Facts about Programs of All-inclusive Care for the Elderly (PACE).  
[http://www.npaonline.org/website/download.asp?id=2378&title=Quick\\_Facts\\_about\\_PACE\\_\(CMS\\_Publication\)](http://www.npaonline.org/website/download.asp?id=2378&title=Quick_Facts_about_PACE_(CMS_Publication))
- Stewart MJ, Georgiou A, Westbrook JI. Successfully integrating aged care services: a review of the evidence and tools emerging from a long-term care program. *International Journal of Integrated Care*. 2013; 13: e003.
- Walsh EG, Freiman M, Haber S, Bragg A, Ouslander J, Wiener JM. Cost drivers for dually eligible beneficiaries: Potentially avoidable hospitalizations from nursing facility, skilled nursing facility, and home and community-based services waiver programs. Washington, DC: Final Task 2 Report, CMS Contract No. HHSM-500-2005-00029I. 2010.