

行政院及所屬各機關出國報告

(出國類別：考察類)

美國貧民保險之 全方位老人醫療服務計畫

服務機關：中央健康保險局高屏分局

出國人職稱：費用一組組長

姓名：黃麗鈴

出國地區：美國

出國期間：91.12.29至92.1.4

報告期間：92.3.20

J3/CO9500154

公務出國報告提要

頁數: 19 含附件: 否

報告名稱:

Medicaid考察

主辦機關:

行政院衛生署中央健康保險局

聯絡人/電話:

劉彥秀/27029959

出國人員:

黃麗鈴 行政院衛生署中央健康保險局 高屏分局 組長

出國類別: 考察

出國地區: 美國

出國期間: 民國 91 年 12 月 29 日 -民國 92 年 01 月 04 日

報告日期: 民國 92 年 03 月 20 日

分類號/目: J3/醫療 J3/醫療

關鍵詞: 醫療保險,美國貧民保險,PACE,長期照護

內容摘要: 美國貧民保險「全方位老人醫療服務計畫」,稱「PACE」計畫,起源於1971年在San Francisco's Chinatown North Beach,是為解決亞裔族群的老人能在家接受服務的問題,是一種長期服務及財務改善的整合性的計畫。「PACE」模式是採論人計酬,醫師的醫療行為與傳統論量計酬和健康維護組織的醫師行為不同。其獨特之點是合併所有需要的服務在單一的機構內,含急性和長期照護,服務在「PACE」中心、家裡或醫院內進行。PACE強調基層的照護,各科間團隊合作模式,有醫師、專科護理師、護士、社工人員、治療師等人員所產出的服務效果。此模式逐漸受重視每年正以18%的速度成長,雖然參加者疾病嚴重度皆達住護理之家的程度,但經照護不僅改變健康服務利用率又死亡率不增加,但亦有其發展的限制。

本文電子檔已上傳至出國報告資訊網

美國貧民保險

全方位老人醫療服務計畫

摘要

美國貧民保險「全方位老人醫療服務計畫」，稱「PACE」計畫，起源於1971年在San Francisco's Chinatown North Beach，是為解決亞裔族群的老人能在家接受服務的問題，是一種長期服務及財務改善的整合性的計畫。「PACE」模式是採論人計酬，醫師的醫療行為與傳統論量計酬和健康維護組織的醫師行為不同。其獨特之點是合併所有需要的服務在單一的機構內，含急性和長期照護，服務在「PACE」中心、家裡或醫院內進行。PACE強調基層的照護，各科間團隊合作模式，有醫師、專科護理師、護士、社工人員、治療師等人員所產出的服務效果。此模式逐漸受重視每年正以18%的速度成長，雖然參加者疾病嚴重度皆達住護理之家的程度，但經照護不僅改變健康服務利用率又死亡率不增加，但亦有其發展的限制。

目錄

全方位之老人醫療服務計劃「PACE」是什麼	1
參加「PACE」服務模式者之資格	1
PACE 模式的演進	1
PACE 模式的財務	2
PACE 模式的服務是什麼	3
成果	8
計畫的成本分析及付費者所節省的费用	10
PACE 模式的限制	13
結論	14
心得	15
建議	16

美國貧民保險之「全方位之老人醫療服務計劃」

Program of All-inclusive Care for the Elderly 「PACE」: An Innovative Model of Integrated Geriatric Care and Financing

全方位之老人醫療服務計劃「PACE」是什麼？

「PACE」是一種長期服務及財務改善的計劃，是一種整合性的計劃，對美國的貧窮保險（Medicaid）及老人保險（Medicare）所照顧的人提供連續性的醫療服務，使合於居住在護理之家的人可選擇是否居住於社區內。

參加 PACE 服務模式者之資格

參加者須年滿 55 歲以上，收入低於 1656 美元，住在 PACE 服務之區域內且是州政府認可可住護理之家的居民。平均的情況是：

- 約 80 歲（74% 是 75 歲以上的人，>33% 是 85 歲以上的人）
- 75% 是女性
- 7.9 項的疾病（多數是慢性疾病有糖尿病、老人癡呆、冠狀動脈疾病和腦血管疾病）

PACE 模式的演進

PACE 模式開始於 1971 在 San Francisco's Chinatown North Beach 是為解決亞裔族群的老人能在家接受服務而開設。1973 『ON LOK』獲得基金設社區日間照護中心，是 PACE 發展的開始，ON LOK 是廣東話（平安快樂的住處）。

1975 年增加居家的服務，1978 由 HCFA 獲得四年試辦的補助款，包括基層的醫療服務，因而帶來了在單一機構的管理之下，對老弱人

口有急性與慢性健康服務的制度。

1986年 Robert Wood Johnson and John A Foundation 提供基金給另六個地點試辦 PACE 模式，這是造成國會授權通過增加老人保險及貧窮保險給付。

1997年的平衡預算法案簽署承認 PACE 模式是老人保險的一種保險模式，且州的貧窮保險亦可比照辦理。如今 PACE 模式已不再是試辦性而是永久的保險供給模式了。

到 2000 年有 19 州 36 個 PACE 在全美進行，到 2000 年 12 月 31 日共服務 8160 位老人（有 11 處預備要進入 PACE），這些計劃分由不同的單位在承作：

- 衛生體系：42%
- 獨立身份社區代辦處：21%
- 社區健康中心：17%
- 長照提供者：10%
- 醫院：7%
- 州的代辦處：3%

PACE 模式的財務

PACE 模式的財源是合併美國聯邦 Medicare 與州政府 Medicaid 的費用或個人的資源。PACE 是論人計酬，由於法律給 PACE 的費用較原有的貧窮保險及老人保險要優惠，因此參加者不用再付額外的費用如部份負單或扣除額。老人保險部分的的計算方法依風險校正後每人平均成本 AAPCC (average area per capita cost)，經常用來給付 TEFRA-HMOs。TEFRA-HMOs 依據年齡、性別及機構的情況而訂。PACE 模

式老人保險給付是調整後的 AAPCC×2.39，在 1994 年全美每人的費用幅度是美金 689 到 1562 元不等。

在貧窮保險部份是與各州協商，用各州付給長照機構的費用來比照給付比率。在 1994 年全美每人的費用幅度是美金 1486 到 4465 元不等，平均為 2361 元。以目前華盛頓州 Medicaid 給付給 PACE 是美金 110.33 元/一天

PACE 模式的服務是什麼？

1、各科間團隊合作模式

因時間及狀況不同，有能力去調整每位保險對象的照護內容，是本模式的重點。所強調的是各科間團隊合作所產出來的服務效果，此團隊組成有醫師、專科護理師、護士、社工人員、治療師、司機、助理及其它人員，定期開會交換資訊並解決問題。經各科團隊的運作，由不同面向思考的觀點和資訊就能彙集和分享，這個方法授權團隊成員，當他們在緊要關頭需要作決策時有足夠的資訊可用。每位團隊成員的專業知識和助力能增加其它成員提供服務的能力。

其實保險對象在 PACE 所受到的服務無異於其他傳統的服務，其獨特之處是在於合併所有需要的服務在一處，各專家之間的協調是有效率的且適時的。每位保險對象每季重新評估，這當然費時又費力，但為了要適當的管理保險對象複雜的醫療照護，是需要多數專家的見解。

2、單一機構提供綜合性服務的特徵

PACE 是經由單一的機構提供綜合性的服務，含急性和長期照護，這些服務在 PACE 的中心（包括日間照護中心及治療門診）、居家或在

醫院內進行。每中心約服務 120 人，每星期開放 5-7 天，所有 PACE 的地點至少有一個中心週末是開放的。

PACE 的團隊依個別保險對象的需要，明確的訂出適當的治療計畫，分配適當的資源，直接提供需要的醫療服務，監測治療計畫的成效和調整計畫，一般是醫生負責醫院及護理之家病人的照顧，但部份的 PACE 地點是用老人專科護理師參考醫師的意見來照顧護理之家的保險對象。

要服務 120-150 位保險對象平常約需 60-80 工作人員，在門診人員的配置約為一位專科護理師、三位註冊護士、一位職業護士。設在中心的人員有三位碩士資格的社工員、.75 位全職的註冊營養師、.5 位全職物理治療師，1.5 位全職職能治療師和二位復健助理、二位娛樂治療師和一位靈修助理，一位中心主任，一位接待員和一三位健康工作人員。在家庭照護部門其組成有 1.5 位全職家庭健康護士 19-26 位家庭健康照護員。為了快速回應保險對象需求，需要較彈性的安排，車輛的安排是很重要的一環，不僅是一種服務而已。需要四輛車、四位司機、三位助理運送保險對象到中心及到外面的專科醫師。車輛排班是每日安排的，司機皆配有手機。管理和行政是由一位計畫主任、.25 位全職醫療主任、一位行銷專家一位內部聯絡員和 2.5 位全職醫療記錄員負責。

3、基層照護和醫生的角色

PACE 的成功，基層照護是主要的。醫生的行為與傳統論量計酬和健康維護組織醫生的行為不同。服務於 PACE 模式的醫生，必須能夠工作在一種各科間團隊合作的組織，因此需要很強的臨床背景及溝通

技巧且覺得自在。治療的決定與心理和社會的或居住的問題都相關連，所以 PACE 的醫生需與其他組員相互分享他所作的決定。

PACE 各方面照護的設計促使醫病互動加強。在一般門診模式，醫生看診很困難有足夠的時間與病人面談尤其對評估脆弱的老人，因為病人認知方面的變弱和功能性的脆弱包括聽力喪失，醫生和病人都需要時間和耐心。因為 PACE 中心其他組員的運作模式可增加醫生資料蒐集的能力，例如衛生助理員、娛樂治療師、和其他人員一星期有好多次機會與病人接觸，可以很快的發現病人情緒、認知、食慾、和其它方面的改變，這些發現對醫生都相當有用。醫生和護理人員組成 PACE 基層照護小組，在可走動的老人照護中具有技能的護理人員的設立是重要的。專科護理師執行常規的健康評估，協助護士追蹤慢性病的情況，且在諮詢過醫生後處理簡單臨時發生的疾病。這種醫師和護理人員在門診及健康中心高度的合作團體可使慢性情況很快的追蹤出來，且任何病況加重亦可迅速的得到處理，可避免住院。

列舉特殊小組成員的典型行程

小組內三位主要人員是醫師、社工員和復健治療師，他們典型的日程約如下：

在約 120-150 位保險對象的 PACE 中心，醫師在一天內典型的活動約如下：

- (1) 1-2 小時多科間小組會議
- (2) 4-5 小時門診，包括三位例行評估、一位新病人評估及看
6-10 位急性病人
- (3) 1-2 小時電話諮詢

(3) 45 分鐘寫病歷、作記錄和其他書面工作，和 30 分鐘到一小時家庭討論會。

因為住院病人使用時間少，大部份使用在出院的病人。然而，一星期內可能會有一位病人住院，醫師需要每日 30-45 分鐘的探視。150 位病人中大約 8 位會住進護理之家，每位視其需要給予多次訪視，至少每月一次。

社工人員及復健治療師開始的行程與醫師相同，參加小組討論。每日下班前亦花約相同的時間在記錄病歷及處理其他文書工作。社工人員期望用 1-2 小時與 5-8 位保險對象諮詢與解決財務或其他方面的問題、用 45 分鐘協助午餐以觀察保險對象用餐與社交狀況、一小時打電話追蹤 2-3 位保險對象之變化和協調其他小組成員（居家護理、交通或護理等）及外邊的代理公司如負責保險對象財務的或法律的問題（如退伍軍人行政部門、社會安全部門及保險部門等）、花一小時與家屬會談說明複雜的治療問題和協調一些計畫例如保險對象出院回家或要住進護理之家等、在下班前花 45 分鐘到 1 小時作家庭訪視或到醫院探訪。一週內有時社工人員會重估三位參加者且為一位可能的參加者作收案的評估。

復健治療師在近中午及午後個別治療 10 位保險對象，重估 2-3 的的治療及評估一位新來者。一天剩餘的時間向督導提出事情，訓練衛生工作員與其他組員開會協調治療事，且進行家庭訪問。

4、預防保健服務

PACE 模式下對老人的預防保健是基本的事，但在傳統的論量計酬或老人的健康照護組織是少見的。對老人預防保健的原則是經由定時的監測急性病和定時治療慢性病以維持功能和減少死亡。不同於年青人的預防保健，PACE 對老人的預防保健以延長壽命為主，包括傳統的預防服務（如預防注射）和社會支持，例如給予照護人員休閒時間可避免老人被虐待。預防措施包括治療的遵從性和例行的監測、適時的調整治療、定期的營養評估、一年一度的憂鬱症篩檢、定期的家庭安全評估等皆在 PACE 預防服務範圍。換言之，PACE 並非優先設定在預防如癌症或膽固醇的篩檢上。

5、更前進的健康照護指導

PACE 團隊的醫生和其他的組員設了更優先的事即與病人在討論健康願望的話題上，這種指示可以是簡單的口頭形式或書面表示，或更具法律的手段諸如一式兩份的委任授權書或遺囑。有些族群如亞裔或非裔不願意使用或很少使用這種法律的手段如授權書或遺囑來生效。因 PACE 分設在不同的州，每一地區都必須要考慮各州法律的必要條件，不論是口頭或書面的指示，配合各特定州司法權的要求，以維護指示的有效性。當登記成為會員時，每位病人被鼓勵去指派一位家人或朋友當代理人，當病人重病而失去執行能力時可以代表達病人的願望。在 1993 年，建議當健康狀況有所改變時，病人事前的指示至少每年與病人或家屬翻新一次。此項已編入預防保健的指導指引內，部分地區列入品質改善

的主要項目。提倡挽救生命和延長壽命的治療，對於有多種慢性病衰弱情況的病人，不見得是他們希望得到的結果，因為這種治療措施的結果難以預料，最近發現心肺呼吸器的使用對脆弱老人是無效的，當老人被告知 CPR 的後果時，他們常放棄。

成果：

1、人數成長和消費者滿意度

到 2000 年 12 月 PACE 計畫在 36 處已服務超過 8160 人。平均每月每處有 6.1 人加入，且每年正在以 18% 速度成長。退出本計畫去除死亡的原因為每處每月平均 0.9 人，這個比率指出消費者的對所提供服務滿意度，但衡量消費者對這種綜合性服務的滿意度為時過早。以消費者滿意度當作是 PACE 的品質指標，健康照護財政行政機關已委託研究調查過。顧客選擇退出 PACE 常常是因為他們想回到私人醫師的照護。PACE 計畫需要參加者使用該計畫內的醫生。但是較大的論人計酬的計畫如 TEFRA-HMOs 可以提供病人較多基層照護醫師的選擇，PACE 通常有 200 位參加者但僅能提供 2 位醫師供選擇。另一原因是較喜歡居家照護而非日間照護服務。因為 PACE 計畫強調中心式的服務是提供長期照護最有成本效益的方法。

2、服務目標人口群情況

所有 PACE 處所的參加者，在 1995 年平均是 80 歲且有平均 7.8 項的健康問題和 2.7 項日常生活需協助事項 (ADL)，雖然許多保險對象與家人住在一起，家人可稍協助與輔導，但有 39

% 的人單獨住在社區，且 14% 沒有任何其他的協助，很大部份的人 (55%) 有膀胱方面的問題，且 42% 已診斷為癡呆症。

3、減少機構式照護

PACE 主要的目標是對這些非常需要急性住院或住護理之家的脆弱老人，預防其不該住院而住院或不適當的住院。在 1995 年 PACE 的保險對象，年住院天數平均為每 1000 人住院 2399 天；這相較於老人保險的所有人口在 1994 年年住院總日數平均每 1000 人 2448 日，是有利地。當然住院情況因地而異，在所有的地點其差異有每 1000 人由 480 日至 5040 日；平均住院日數 4.9 日，相較於老人保險在 1994 年平均住院日數 7.6 日較優。

相同的，PACE 的保險對象比其它老人群在護理之家的時間亦較短，在保險給付時間內只有 5% 的日子是住進護理之家

PACE 已成功的將他們所照顧的老人轉成社區日間照護機構而不住進護理之家。在 1995 年，PACE 的保險對象使用日間照護中心的時間平均每月為 11 日，個人的照護及其它家務的服務因地而異，基本上與社區服務及居住的環境有關，平均的時數在 1995 年每月 7.2 小時到 104.6 小時之間，全部地區月平均時數為每人 30.6 小時。

4、改變健康服務的利用

在 1994 年每位 PACE 的保險對象看醫生平均每月 1.05 次，每四個月看一次專科醫師，且平均每月到門診接受護理 6.15 次。專科醫生的低使用率與基層醫師的照護相關，是 PACE 基

層照護成功的證明，且顯示 PACE 基層照護行為其合作本質在慢性情況的管理成效。

適當的處方及避免重復的用藥對老人是很重要的，PACE 在管制用藥方面已顯成效。在所有 PACE 計畫地區每月平均使用 5.53 種品項，研究發現住在社區可以行動的老人藥品使用率每人每月 2-5 項隨身的藥物。PACE 保險對象年齡與護理之家較相近，在 1992 年研究報告顯示居住在護理之家平均 84 歲的病人藥物的使用品項為 7.2 項。PACE 對於藥物的管制其優點包括減少藥物反應的危險，增進遵從性，及減少相關處方藥的成本。

5、死亡率持平

對老弱易受傷害的這群人管制服務及住院的利用，不免使人有懷疑，是否會減少適當的醫療服務而導至比預期的死亡人數多，很顯然的，該情形並未在 PACE 發生，在 1993 年每年每 1000 人 138 人死亡，勝過護理之家每年每 1000 人 186 人死亡。

計畫的成本分析及付費者所節省的費用

在典型的 PACE 地點，其費用的使用情況：

中心的服務 32% 包括日間照護及醫療門診。住院服務 17% 包括急性住院及護理之家。其他醫療服務 8% 包括專科醫師、處方藥、X 光和檢驗及耐用的醫療設備。居家服務 22% ，是基本的個人服務及家務的費用。

老人醫療每月是依社區老人校正後每人平均的醫療費用的 2.39 倍，採論人計酬付給 PACE。這調整是 ON LOK 在 1986 年向衛生服務財

務部門提出的，是經 Rand 公司所核准為這群老弱人口論人支付的變通方法。這種因素是協商的，協商比率是機構式照護成本 2.09，Brandeis 大學估算社區長期照護調整 2.69。這方法老人保險給付 PACE 所申請費用包含 5% 的成本節餘(Cost Saving)。Gruenbery et al. 在 1993 的研究發現社區居住的老弱人口需要的醫療費用約為護理之家等級照護平均每人成本的 2.42and 3.6 倍，因此他的結論是 PACE 確實較論量計酬的方式省了老人醫療保險 14-39% 的醫療費用。整個來說州貧民保險的代理公司估算 PACE 的費用代表可省 5-15% 成本相較於長照的人口群。私人付費者亦很喜歡，有成本比較的替代方法，無論是機構式或社區式長照服務。

比立即性操作節省成本更重要的是 PACE 對於老人及貧民保險未來更大意義資金節省的承諾，因為 PACE 是替代機構式的服務，發展 PACE 去照顧更多的老人可以明顯降低未來建護理之家資金的花費。大約需一百五十萬美金可發展一處服務 250-300 人的 PACE 點。這轉換成約五千美金每一 PACE 小點，遠遠少於建護理之家每一床的成本。

討論：

PACE 和其他長照計劃例如家庭健康照護及老人保險健康照護組織和社會健康照護組織等主要的不同在於：

PACE 相對於家庭健康照護及長期家庭照護

PACE 的服務沒有時間限制，並與急性事件或住院相關連，其服務是以中心為基礎的，非以家為基礎但更超越的是包含居家的。PACE

的環境給予照護提供者更大的機會，去注意病人健康的改變和執行適當的介入措施。中心基礎的活動亦可以讓每位保險對象與其他人互動因而減少因久病衰弱產生的社會孤立。

以中心為基礎的科際間協同整合的團隊工作對醫療照護提供者亦相當有幫助。一般長照的提供者包括醫師，經常費力的獨立嘗試用很有限的資源管理複雜的慢性問題，PACE 的團隊讓提供者一齊創造，更互相尊重和瞭解其他人的技術及促進均等供獻於作決策及照護計畫時。

PACE 相對於老人健康照護機構及社會老人照護機構

老人健康照護機構及社會老人維護機構是二個框住成本努力的例子，他們保證給予較好的服務措施；此二個計畫醫療提供者每月會收到事先的定額款項，且承擔健康照護計畫的財務風險。老人健康照護機構是用來提供相等於論量計酬般有品質的照護，且提供更多預防保健服務給所負責的老人。然而，此照護機構曾有過登記主要為使用不多照護的健康老人的歷史，因為他們排除了長照服務，特別是正有疾病的脆弱老人。社會老人照護機構綜合了老人健康照護機構住院及醫師慢性照護的給付範圍（例如護理之家、個人的照護等）及其他延伸的福利。社會老人照護機構服務所有老年人口包括健康的老人且限制護理之家的登記人口，且有限的提供長照福利給他的照護人約每人每年由美金 7500-12000。但是 PACE 主要在脆弱的老人，提供所有急性及長期照護服務根據個人的需要且沒有限制。

PACE 模式的限制

儘管 PACE 計劃整合了老弱族群的持續照護和控制照護的費用，但運作至今有一些限制，包括發展的議題、無法吸收中產階級市場、很難聘到基層照護醫師。

發展的議題

發展一處 PACE 費時又費錢，計劃在獲得老人保險及貧民保險授權通過前已經花了三至五年發展且花了約一百五十萬美元。在發展期間，必須聘請和訓練員工，教育病人和家屬，和贏社區醫師的支持。

病人和家屬都擔心加入 PACE 後他們選擇的權利受到限制，例如諮詢專家、基層的醫師、醫院、護理之家和藥局等都受到限制，但當他們瞭解 PACE 的運作後，大部份的人都會被說服。

PACE 提供者與其他社區醫療提供者間的工作的關係與溝通必須變得容易，因為 PACE 的這種照顧方式，可能使社區其他醫師因失去病人而失望和生氣，瞭解了 PACE 綜合性照護之優點後，大部份社區的醫生將這種的顧慮及憤恨放一邊轉而改變對病人的照護方式。每一 PACE 處發展一組專科諮詢小組供保險對象諮詢，這很容易獲得社區醫療諮詢者的支持。彼此可接受的補償之契約先前就已訂定，PACE 提供立即的補償以最簡單的手續，不用太多文書工作。

對中產的老人較不具吸引力

幾乎所有的 PACE 登錄者皆具有貧民保險及老人保險雙重的身份，中產階級不具有貧民保險的老人則須自付差額，在 1994 年平均每位的自付差額約每月 2361 美元，雖然這個錢數相較於所有 PACE 所在地的護理之家要少，但對於中產階級的老人依然是筆相當可觀的自

付款。許多老弱的老人與其要付護理之家或 PACE 的費用寧可不要長期照護，更甚者許多親屬較喜歡將這些老人安置在護理之家因為那裡提供膳宿。PACE 必需更加緊瞭解沒有貧民保險老人的需要及喜好，教育他們的家屬 PACE 的好處且與衛生政策制訂者及消費者共同建構財務機制，以便在如此眾多的人口群裡，向各種不同的部門請求。

聘任基層照護醫師的困難

醫師和其它專業人員的聘用對 PACE 點已經是一項困難的挑戰，調查在 1993 年受 PACE 所聘用的 25 位醫師，顯示 42% 已取得老人科的專科證書，28% 已受次專科的訓練，67% 將接受次專科的訓練了。最多的是內科 83% (75% 已取得證書)，其他的 17% 才是家庭醫學科(75% 已取得證書)。每年受次專科老人科訓練的醫師不足，PACE 需要的合格人選，必須與大的管理式照護系統和研究的醫學中心競爭。似乎 PACE 點將繼續由內科及家醫科聘人，很少的人可受正式的老人科的訓練。住院醫師的訓練，對老弱的照護是醫院式急性病的訓練，在家或社區如 PACE 的中心的照護經驗很少。在醫學研究教育裡持續的增加老人科方面的訓練和朝向管理式的照護系統的運動，可以使得 PACE 模式在將來更能吸引醫師且使 PACE 更具吸引力成為住院實習點。

結論：

二十幾年間 PACE 已經發展由一地方性醫療照護起源於服務在舊金山貧、老的中國移民，進到成功的複製到全國健康照護計畫，服務不同種族文化的老弱族群且在不同州不同地區的環境下運作。此模式的複合式的健康和社會的服務，其整合性且成本效益的照護服務系

統，和綜合財務的模式有很大的合適性及吸引力。同時期全國的健康照護計畫亦發展由強調論量計酬和住院為優先的移到目前管理式照護的出現且強調社區式的服務。經過這期間的改變，On-Lok 和 PACE 繼續委以憐憫的態度和責任心去照護脆弱老人的重任，且與全國健康照護趨勢同步，際續發展照護和財務改革。

心得：

美國是個多元保險的國家，許多的保險給付方式源於他，由論量計酬到論人計酬等無一不是，最重要是醫療費用的高漲又未能得到應有的品質，因此極於尋求一有品質的服務系統又能兼顧財務的管控，PACE 的發展似乎是個正確方向既有品質又省錢。

台灣人口老化的速度是歐美國家的 2 倍以上，預計到公元 2020 年台灣六十五歲以上的人口將達到 14% ，慢性病醫療及長期照護將成為棘手又迫切的問題。目前台灣的疾病診療型態，因在論人計酬的環境下，對病人的照護經常是片段的，又因病人就醫方便，經常自動轉診，導至無論是疾病管理或個案管理皆不可能。老年人口常具多種疾病，可能一日看診多科、重復用藥而造成另一種新的問題。其實，因為老年人口醫療資訊缺乏，不知要看那一科或是向誰諮詢以致浪費資源，相信他們是多麼祈求有人給予整體性的照護。

PACE 的模式特色為在同一處所的照護團隊運作，一組人可以掌握到保險對象立即的訊息，評估每人的病情，作出因人而異的治療計畫或變更計畫，更與家屬討論計畫，使保險對象免於住院或病情加重，相信這種照護模式在台灣會深受歡迎。常聽老一輩的人回憶以前的醫

生多麼可敬和懷念，其實這當中道盡醫師關心病人又可信任的景象，台灣的醫療照護何時可以再如此呢？幾年前讀過和信醫院黃達夫院長的大作「用心聆聽」，院長的用心良苦正是廣大的病人和家屬的心聲。有一天在中山大學上「倫理與衝突」的課，授課老師問了「醫師還收紅包嗎？」「如果您的親人住院或開刀，您會送紅包嗎？」，同學的反應讓我相當悲痛，健保局每年花了三千多億，到底買到了什麼？

很慶幸健保局正要推動「整合性照護制度試辦計畫」，這是一種共同照護門診的計畫，以個人也以家庭為單位的照護，基層醫師與合作醫院的聯合執業方式，雖然有別於PACE，但對病人的照護方式已大有改革了，如果能成功實在是病人的福音，健保局萬歲！

建議：

- 1、基層有許多聯合診所，以其聯合的型態再加入PACE照護的精神若再加上給付的誘因應可以嘗試辦理。
- 2、由區域醫院，選定一社區以風險較正的方法以論人計酬方式試辦之，或許能找出一套適合於台灣的全方位照護模式。
- 3、山地鄉老年人口比率高，幅員廣大就醫較不便，需要整體的照護，若能以現有之衛生所擴充相關人力與設備進行家戶及個案管理，配合現有山地鄉醫療整合照護計畫當可改善現有的狀況。