長照服務照顧組合建議書(新增)

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

提案單位聯絡資訊：

聯絡人及職稱：陳威利

聯絡電話：02-27527286分機123

聯絡地址：台北市大安區安和路一段29號9樓

Email：[ili.chen@mail.tma.tw](mailto:ili.chen@mail.tma.tw)

|  |  |
| --- | --- |
| 新增照顧組合名稱 | 衰弱症評估 |
| 新增照顧組合類別 | ■A 碼□B 碼□C 碼□D 碼□E 碼□F 碼□G 碼 |
| 新增組合與照顧類別之關係 | 衰弱症評估及社區疾病失能評估轉介，與「照顧管理評估量表」性質相近，建議列為不扣「個人額度」之A碼。 |
| 新增照顧組合內容與說明 | 1. 評估 2. 採用台版衰弱症評估國際量表(SOF)進行評估及判定前衰弱和衰弱者。 3. 擬定後續計畫 4. 針對評估符合衰弱者，利用全民健保資源，轉介社區醫療群，或醫院老人醫學科或相關科別，進行後續評估與處置。 5. 同時針對評估符合衰弱者，轉介各縣市照管中心進行長照評估，若符合長照2.0計畫服務對象者，安排後續長期照護計畫。 6. 前衰弱者(不申請給付)，提供運動與營養衛教資料，半年後重新評估(若達衰弱標準，逕行後續處遇及申報)。 7. 後續處置：   個案因疾病因素到醫療院所診療，經醫師專業評估，確認失能者若有需要接受長照2.0服務者，應轉介各縣市照管中心進一步作收案評量，提供轉銜服務。   1. 給付頻率：   醫療院所就醫個案接受長期照護衰弱症評估原則以65歲(含)以上，每兩年一次為原則，但因病人狀況需再評估者（如首次評估認定為前衰弱或衰弱者），每半年可追蹤評估一次。   1. 執行長期照護衰弱症評估條件及執行人員資格：   本照護組合應於健保特約醫療院所執業，且符合下列執行人員資格任一條件之醫師。   1. 老年醫學科、復健科、骨科、神經科、神經外科、家庭醫學科、內科等之專科醫師，並需完成長期照顧Level-I共同課程與Level-II西醫師專業課程，取得相關證明。 2. 取得長期照顧服務人員證明，且在效期內之醫師。 |
| 建議給(支)付價格(新臺幣/元) | 500元 |
| 新增理由 | 台灣平均餘命80歲，不健康餘命高達8年，國家固然有衛生福利部國民健康署ICOPE計畫，長照有照專訪視，但是面對眾多潛在失能的衰弱者尚無法使用長照服務，這些需求者基本都散居在社區，並常去醫療院所就醫，當他們到醫療機構就醫，這些潛在失能個案應有評估及轉介機制，由醫療端給予介入或轉介到長照單位，接受進一步長照服務。  解決方法：   1. 針對醫療機構就醫個案，由醫師診察後有明顯因疾病造成失能，需要長照服務者，得由診察醫師協助轉介該縣市之長期照顧管理中心。 2. 失能長照服務轉介費由長照2.0計畫給付。 3. 醫療端費用依照健保給付。 4. 若照管專員評估後，認為個案有長照專業服務之需求，且轉介醫師為居家失能個案家庭醫師照顧方案之特約醫師，建議優先派案給該醫師之服務單位，執行醫師意見書與個案管理。 |
| 預估受益對象及人數預估 | 1. 受益對象：   慢性阻塞性肺病(Chronic Obstructive Pulmonary Disease，簡稱COPD)、慢性腎臟病第三級以上（Chronic kidney disease，簡稱CKD）、鬱血性心臟衰竭（Congestive Heart Failure，簡稱CHF）、中風史、巴金森氏症、脊膸損傷、創傷性腦損傷(traumatic brain injury)、6個月內曾住院、骨折史、1年內跌倒2次(含)以上、癌症治療中、肌少症及75歲以上長者。   1. 人數預估：   上述疾病民眾衰弱症盛行率高，113年1月老年人口占比18.4%，總數為4,316,873人，根據國家衛生研究院老人醫學組統計，臺灣醫療院所門診之65歲以上老人衰弱盛行率為19.0%，臺灣高齡健康與長照服務2021年報顯示老年人口健保就醫率達101%，健保資料門診就醫數推斷每年約可從門診篩出總數為820,205名衰弱老人，其中20%實際接受評估及處置，共計約164,041名(假設每名老人每年至少會就醫1次，4,316,873 X門診衰弱盛行率19%X實際接受評估及處置20%=164,041人)。 |
| 成本分析 | 詳附表 2 |
| 效益分析 | 1. 早期篩出前衰弱和衰弱老人。 2. 預防或延緩前衰弱或衰弱老人衍生跌倒、行走能力下降、失能、失智、入住機構、高死亡率等嚴重後果，提昇老人群生活品質。 |
| 法規競合分析 | 與國健署長者健康整合式功能評估(ICOPE ,Integrated Care for Older People，包含認知功能、行動能力、營養、視力、聽力、憂鬱等6大項目)內容有競合性。  門診醫師可以根據自己對病患整體了解選擇篩檢工具，ICOPE可針對生病但尚未衰弱之個案進行評估；但SOF可針對懷疑衰弱但尚未失能之個案進行評估，彼此可以互補而無衝突。 |
| 可提供照顧組合之服務單位數及分布情形評估 | 1. 全國醫療院所門診部。 2. 完成長期照顧Level-I共同課程與Level-II西醫師專業課程之老年醫學科、復健科、骨科、神經科、神經外科、家庭醫學科、內科等專科醫師；或取得長期照顧服務人員證明，且在效期內之醫師。 3. 全台老年醫學科、復健科、骨科、神經科、神經外科、家庭醫學科、內科等科別專科醫師或具長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法完成認證為長期照顧服務人員之醫師分布普遍，不虞有資源不足。 4. 搭配後續照護轉介計畫可與全台長照據點結合，也有充足的資源。 5. 建議以試辦計畫開始進行，試辦對象以20間醫療群(參與國健署ICOPE計畫的醫療群優先）及10間醫院，並考量城鄉差距，包含都會、鄉村、山地離島地區，共計30單位先行試辦，再依試辦成效，研議擴大辦理。 |
| 可提供照顧組合之人力數及分布情形評估 | 1. 全國健保特約醫療院所執業門診，截至112年11月止統計，醫院474家、診所21,591家，衛生所374家，分佈全台各地。 2. 後續轉介照護長照2.0ABC級據點，截至112年11月止之佈建A級719間、B級8,491間、C級4,144間。 |
| 照顧組合之未來發展性 | 1. 目前該組合編號由醫師執行。 2. 未來可結合長照ABC級單位另立共同照顧組合代碼。 |
| 備註 |  |