

專欄 | Column



## 社區醫療品質提升

# 基層醫療品質評估的發展背景與指標架構

國立陽明大學公共衛生研究所 邱淑媿助理教授

國家衛生研究院老年醫學研究組 陳慶餘

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 闕瑞紋

行政院衛生署參事 蔡素玲

### 【基層醫療之重要性】

1978年世界衛生組織之Alma Ata宣言即指出，基層健康照護是達成全民健康目標的關鍵<sup>[1]</sup>；其後歷經全球醫療資源大幅擴張與科技快速進展，設備新穎之醫院大量興設，醫療保險亦趨於普及，但到了21世紀在全球SARS風暴之後的「2003年世界衛生報告－形塑未來」中，世界衛生組織再次確認了基層健康照護之價值與實踐仍是改善健康照護體系的基礎，建議各國應引進新照護模式與管理技能，提供團隊學習環境，並透過在職訓練、提振士氣以及加強照護品質的測量與改善等措施，以加速提昇醫療體系的整體效能<sup>[2]</sup>。

美國Institute of Medicine 2001年出版的「跨越品質的鴻溝」一書，亦宣示醫療品質是美國21世紀醫療體系改革的重點，並提出六大改善目標，包括：安全、有效、以病人為中心、適時、效率與公平，期使病人能經歷更安全、可信賴、反應更靈敏、具整合性與更易獲得的照護，而基層醫療的改革與強化便是達到這些目標不可或缺的一環<sup>[3]</sup>。

反觀臺灣在醫療體系發展上，欠缺把關者（gatekeeper）功能設計，病人逛醫院、逛診

所之現象普遍，平均每人每年門診次數超過14次，門診支出高達所有健保費用三分之二<sup>[4]</sup>。統計資料顯示，健保實施以來門診總花費成長超過五成，且民眾就醫層級朝向單次費用較高的區域醫院與醫學中心移動<sup>[5]</sup>。在高度競爭、以量求勝的生態下，中、大型醫院門診角色擴充、基層院所角色萎縮，不只門診成本提高，更衝擊到健康照護的整合性與持續性；面臨SARS衝擊時，醫療安全與公共衛生都亮起紅燈<sup>[6]</sup>。政府在2005年再度推出加重部分負擔的策略，嘗試引導民眾至基層就醫，再度遭到輿論界與民意機關的反彈；其中對基層醫療信心不足，可說是最常被列舉的理由之一<sup>[7]</sup>。

衛生署有感於長此以往，醫療體系發展失衡，終將走向病人、診所、醫院三輸的局面，乃委由醫策會研擬一套具體的架構，希望可以反映基層診所多面向的功能，並能用來評量、找出優良診所，加以表揚；透過社會行銷過程，提昇基層診所的能見度，增進各界對診所角色有更多瞭解，進而支持基層醫療的發展。另一方面，這樣的架構也可以供診所作參考，透過參與和交流，相互激勵，帶動追求品質與安全的風氣，於是由醫策會在社區醫療品質提

升計畫中成立一個指標發展工作小組，並找本人擔任召集人。

### 【基層醫療之內涵與應具備之特質】

根據1978年Alma Ata宣言之定義，基層健康照護是基本的健康照護，既是構成國家健康體系的一個主要部分，同時也是社區整體經濟與社會發展的一環。它是個人、家庭和社區與國家健康體系接觸的第一線，使健康照護能儘可能地靠近人們居住和工作的處所，並且是一個持續的健康照護過程中的第一個元素，針對社區主要健康問題提供促進性、預防性、治療性與復健性之服務<sup>[1]</sup>。世界衛生組織的定義指出了基層健康照護的科學性、綜合性、協調性、持續性與可近性，且重視其在公共衛生上扮演的角色。

美國IOM 1994年定義基層醫療（primary care）為「整合性、可近性健康照護服務的提供；對大部份的個人健康照護需要提供盡責性的服務、與病人發展長久的伙伴關係，並且在社區與家庭的架構中提供服務」。整合性是指服務具有完整性、協調性與持續性；可近性是指病人可以因任何健康問題而尋求與臨床人員的互動（透過電話或到醫療場所），且地理上、行政上、以及經濟、文化、語言方面的服務障礙應盡力加以去除；健康照護服務是指由醫療人員或在醫療人員指導之下提供的以促進、維護或恢復健康為目的的任何服務<sup>[8]</sup>。

以提供基層醫療為主要任務的醫師訓練科別為全科醫師（general practitioner）或家

庭醫學科醫師（family physician），其專業領域為全科醫業（general practice）與家庭醫學（family medicine）。世界衛生組織歐洲辦公室提出的「歐洲全科醫業／家庭醫學之專業與行政發展架構」指出，全科醫業之特色為：一般性（包括對象與健康問題）、持續性、完整性、協調性、合作性、家庭導向與社區導向。而全科醫師提供高品質服務所需要的條件可分為結構性條件、組織改善與專業發展三個層面。結構性條件包括：清楚自己照顧的病人（透過建檔）、以一般人口為對象（不分年齡、性別）、工作環境（地理位置上與服務上的可近性）、轉介系統（與其他專業人員及專科醫師間之合作、資訊交換以及雙向互動）與報酬。組織改善包括：詳實的病歷紀錄與管理、團隊運作、診療管理（包括服務的前提、設備與輔助人力，例如必須尊敬病人隱私、盡量提供診斷與治療的機會與促進可近性，有掛號約診系統但亦保有處理緊急個案的彈性，必要的檢驗與檢查設備，以及下班時間的服務規劃以確保24小時照護等）。專業發展包括教育（含大學醫學訓練、畢業後的專科訓練，與繼續教育）、品質發展（使用專業指引、接受評估、建立品質監測系統等）、形成專科與學術部門、研究發展、以及專業組織之成立與有效運作<sup>[9]</sup>。

瞭解基層醫療與全科醫業（或家庭醫學）之定義、核心任務以及影響其服務品質的條件，將有助於界定基層醫師之功能與基層醫療品質評估之標的和重點。

## 專欄 | Column

**【臺灣基層醫療品質指標發展與架構介紹】**

發展臺灣基層醫療品質評估指標的基本目的有三，第一是透過品質評估架構與指標的發展，勾勒符合專業發展需要與社會期望的基層醫業架構，增進民眾之認識與瞭解、並供診所作為自我提昇之參考；第二是透過專業、客觀而具公信力的外部評估，發現優質的基層醫療，給予公開的承認和表揚，鼓勵默默耕耘的醫師和診所，並提昇醫界形象；第三是透過品質評估的執行和推廣，帶動品質風氣，共同邁向期望中的基層醫療。

臺灣基層醫療品質評估指標係結合基層醫師代表、家庭醫學專家、公共衛生學者與相關部門代表成立工作小組，以澳洲皇家全科醫學會之全科醫療評鑑基準第二版為基礎<sup>[10]</sup>，並參酌英國、美國、紐西蘭<sup>[11-14]</sup>之基準以及我國目前實施全民健保家庭醫師制度與社區醫療群計畫採用之評估指標，考量臺灣基層醫療之特色與現況，訂出草案，並以草案進行試訪以及

召開多次檢討會議，輔以問卷調查收集診所醫師與民眾之意見，以及以座談會與個別訪談徵詢醫療、衛生行政、學者專家以及民間團體各領域代表之看法，依各指標之重要性、可行性與適合性，進行反覆增刪修正而完成目前之草案。而為檢視臺灣基層醫療品質評估指標之適用性，於94年對於35家志願報名的醫療群診所進行實地試訪，在基層診所醫療品質訪查基準（28個項目）的評估上，各項目以得分C或C以上為通過，則有10家診所100%的評量項目都通過，24家診所通過80~99%的評量項目，只有一間診所其通過項目低於80%。整體而言，願意參加的診所要通過80%的項目並沒有太大困難，此套臺灣基層醫療品質評估指標可符合臺灣當前的基層醫療環境，並能作為診所自我品質提升之參考，並能進一步透過專業、客觀的評估，提供民眾優質的基層醫療品質。

檢視各國的評估基準，以澳洲的版本最為簡易。其架構含5大章、15個基準、42個項



目（“42標”），其下包含超過160項指標。一個基準下的所有項目都有通過，該基準才算通過；所有基準都有通過，評鑑才通過。評鑑採自由參加，效期三年[10]。英國蘇格蘭的基準含兩大部份、19個基準、172個項目（其中46個為必要項目，82個為良或優等項目）。46個必要項目全部通過，加上20個良或優等項目，評鑑才通過。亦是採自由參加，效期三年[12]。美國JCAHO之門診評鑑含兩大部份、9大章、163項基準，內容更加繁複，有評估委員認證制度，同樣是採自由參加，效期三年[13]。台灣的評估架構草案則是包括五大章（基層醫療服務、病人的權利和需求、品質保證和教育訓練、行政管理、設備及環境）、11個基準、28個項目（其中有6個是必要項目），其下有73個指標。6個必要項目都通過，加上22個項目中有16個項目通過，這個部份的評估就算通過。經行政院衛生署95年10月份衛生機關暨衛生署醫院業務聯繫會報專案報告，96年度起，衛生署先輔導有意願之縣市衛生局依此項基準草案試行實地訪查，再視試辦成效逐步擴大辦理；同時，自95年10月起，衛生署以社區醫療群或衛生所為優先，採自由參加方式，透過臺北醫療區域輔導，由宜蘭縣政府衛生局從8個社區醫療群（33家診所）先行試辦，並由醫策會辦理試訪委員共識營及提供實地訪查作業之諮詢與輔導，初步結果呈現，基層診所醫療品質訪查基準部分（28項目）有11家診所通過100%之評量項目、20家診所通過80~99%之評量項目以及2家診所通過80%以下之評量項目，

此次試訪的結果，33家診所達到「通過基層診所醫療品質訪查認證」的比率为90.9%。因此本項訪查業納入衛生署「96年度醫療區域輔導與醫療資源整合計畫作業要點」之重點工作項目，96年預計有3個醫療區、10個縣市政府衛生局據以試行。又因是以社區醫療群診所為適用對象，除了進行前述個別診所之品質評估，亦會針對醫療群功能作一整體瞭解。我國基層醫療品質評估基準之五大章、11個基準與28個項目之架構如下：

## 第一章、醫療服務

### 1.1可近性與可利用性

- 1.1.1.各類病人之處理及安排
- 1.1.2.電話諮詢服務及照護安排

### 1.2醫病溝通

- 1.2.1提供病人足夠的看診、諮詢時間和醫療資訊

### 1.3特殊疾病診斷及管理

- 1.3.1病人能獲得常見及重要疾病的相關資源之資訊（含社區及支持性團體資源）
- 1.3.2對於常見及重要疾病提供符合現代水準之醫療照護

### 1.4醫療紀錄內容

- 1.4.1對每位病人應留有完整的醫療紀錄

### 1.5整合性照護

- 1.5.1能視病人需求提供其當地之健康和社會資源

### 1.6健康促進、風險降低和疾病預防

- 1.6.1基層醫師能夠提供病人疾病預防和健康促進的衛生教育相關資訊，並加入或共同推動當地政府的健康促進和公

## 專欄 | Column

### 共衛生計畫

- 1.6.2能使用具實證基礎的指引，提供機會性、系統性的預防保健和篩檢服務

## 第二章、病人權利及需要：

- 2.1基層診所的醫師及員工均能提供病人有尊嚴的醫療服務與顧及病人的需求
  - 2.1.1診療及檢查之隱私
  - 2.1.2病人有要求轉診的權利
  - 2.1.3妥善回應病人抱怨或回饋
  - 2.1.4明訂收費內容明細及標準

## 第三章、品質保證和教育訓練：

- 3.1執業對品質保證和繼續教育的堅持
  - 3.1.1執業的醫師有經過基層醫師品質的訓練和認證，並參與品質保證相關的醫學繼續教育
  - 3.1.2非醫師之醫事人員有適當的認證和訓練
  - 3.1.3醫師及診所員工有討論及改善醫療品質或加強風險管理之機制
  - 3.1.4執業有相當範圍的臨床參考資源與材料可供取用

## 第四章行政管理：

- 4.1病人醫療紀錄之保密與管理
  - 4.1.1診所能確切掌握病人醫療紀錄之去處
  - 4.1.2診所能維護病人醫療資訊之保密、隱私及安全
  - 4.1.3對於病理報告、診斷影像及臨床相關結果能確實記錄於病歷並作處置

## 第五章、設備及環境

- 5.1診所之設備應提供足夠執業之用，並達到安全舒適及健康促進

- 5.1.1診所有獨立、舒適和安全的看診空間
- 5.1.2診所能提供合適的候診、等候領藥及衛教之空間
- 5.1.3診所設有合適的衛生設備供病人及其他人員使用
- 5.1.4診所訂有環境清潔及消毒之作業流程
- 5.1.5診所工作人員(含醫師及其他工作人員)能落實感染管控措施
- 5.1.6診所具有對其人員之工作安全及健康照護策略
- 5.2診所醫療配備
  - 5.2.1診所能提供適當之初級照護及急救設備
  - 5.2.2診所能提供必要的檢查、處置之設備供臨床醫療使用

## 【結語】

在政府政策的啟動下，結合基層醫師代表、家庭醫學專家、公共衛生學者與相關部門之共同參與，參考澳、紐、英、美之基準，並徵詢各界意見，衡酌我國現況進行多次修改，已研擬出本土化基層醫療品質評估基準草案之初步規劃。未來應進一步加強與各縣市衛生局及醫師公會之溝通，羅致公正專業之評估委員加以訓練，以進行審慎的實地訪查與對基準的後續檢討修正。對於通過評估之醫療群診所應給予適當表揚以及辦理觀摩會，分享基層醫療品質管理與提昇之經驗，以推廣持續追求卓越之風氣，鼓舞基層士氣，並增進社會對診所功能之認同。㊦

## 【參考資料】

1. International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978. Declaration of Alma Ata. Available at: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf). Accessed June 20, 2006.
2. WHO. The World Health Report 2003: Shaping the Future. Geneva: World Health Organization, 2003.
3. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington D.C.: National Academy Press, 2001.
4. 行政院衛生署：衛生統計資訊網，全民健康保險統計動向。  
URL: <http://www.doh.gov.tw/statistic/data/全民健康保險統計動向/2003.htm>。引用2006/06/20。
5. 行政院衛生署：衛生統計資訊網，全民健康保險重要統計資料，醫療給付。  
URL: <http://www.doh.gov.tw/statistic/data/全民健康保險重要統計資料/醫療給付.xls>。引用2006/06/20。
6. 林恆慶、石賢彥：SARS疫情之省思－臺灣實施家庭醫師制度的必要性。臺灣醫界 2003；46：57-60。
7. 中國時報：轉診補健保錢坑 就醫權益被坑。中國時報A2版社論，2005/07/21。
8. Donaldson M, Yordy K, Vanselow N ed. Committee on the Future of Primary Care, Division of Health Care Services, Institute of Medicine. Defining Primary Care: An Interim Report. Washington D.C., National Academy Press, 1994.
9. World Health Organization, Regional Office for Europe. Framework for Professional and Administrative Development of General Practice/Family Medicine in Europe. World Health Organization, Regional Office for Europe, 1998.
10. The Royal Australian College of General Practitioners. Standards for General Practices. 2nd ed., Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners, 2000.
11. The Royal New Zealand College of General Practitioners. Aiming for Excellence: An Assessment Tool for General Practice. 2nd ed., Wellington: The Royal New Zealand College of General Practitioners, 2002.
12. Royal College of General Practitioners (Scotland). Practice Accreditation: A College System of Quality Team Development. version 1A., Edinburgh: Royal College of General Practitioners (Scotland), 2004.
13. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. About Ambulatory Care Accreditation. Available at: [http://www.jointcommission.org/GeneralPublic/gp\\_amb.htm](http://www.jointcommission.org/GeneralPublic/gp_amb.htm). Accessed July 7, 2006.
14. Buetow SA, Wellingham J: Accreditation of general practice: challenges and lessons. Qual Saf Health Care 2003; 12: 129-35.
15. The International Society for Quality in Health Care. International Principles for Healthcare Standards. 2nd ed., East Melbourne: The International Society for Quality in Health Care, 2004.