

基層醫療(社區醫療群及社區公衛群) 的回顧

採訪：醫策會 謝博生董事長、國家衛生研究院 陳慶餘主任、
台大醫院 邱泰源主任

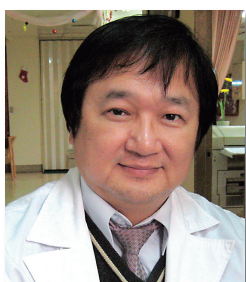
撰稿：廖慧娟記者



謝博生董事長



陳慶餘主任



邱泰源主任

1978年世界衛生組織(WHO)以阿瑪阿塔宣言(Declaration of Alma-Ata)，揭示落實基層保健醫療、促進民眾的健康(Health for All)為目標，提供個人、家庭和社區的基本保健醫療照顧。

此後，基層醫療、社區民眾的健康等議題，成為全球各國醫療體系的核心，尤其是醫療科技迅速進步，慢性病人、高齡病人對醫療需求增加，醫療費用急速飛漲等因素，為了民眾的健康、提升醫療品質及有效利用醫療資源，世界上各先進國家都在進行醫療照護體系的改革。

在這個全球性的潮流中，台灣也無法置身事外，從被稱為「基層醫療搖籃」的澳底社區保健計畫、群醫中心、家庭醫師制度、社區醫療群計畫，乃至即將展開的第6期醫療網等，都是一連串奠基與發展的軌跡。

現任醫策會董事長謝博生教授更直言台灣基層醫療的發展歷史，可往前推至日據時代，百年之間，一項項順應台灣社會發展的前瞻性醫療計畫、前輩醫師與學者們的熱心投入，至今從未停止對基層醫療的建構。

日治時代的衛生醫療體系

謝博生董事長表示，日治時期的殖民政府，在台灣的開發活動，早期以糖業、農業、交通、港口為主，後期加上電力、工業。但在開發建設的同時，也建立了完整的衛生醫療制度，使多項嚴重傳染病得到控制，台灣民眾的健康得到顯著改善，而在整個日治期間也未造成疾病傳播的新形態。

「雖然日本人治理台灣是以高壓手段、將衛生政策與警政合而為一，要求民眾遵守既定的衛生政策；但在50年間，也因為日本人重視公共衛生建設、醫療人才培育、醫院興建，整個制度讓台灣民眾在健

康上並沒有遭遇傷害，反而打好了台灣基層醫療網絡的基礎。」謝博生董事長表示，日治時期殖民政府當時的衛生醫療建設，由最初的醫院設立(1895年)至總督府研究所成立(1909年)，只花了14年就建立了完整的衛生醫療制度，包括：

- 一、公共衛生制度
- 二、基層醫療制度
- 三、公立醫院制度
- 四、醫生培育制度
- 五、醫生執業許可制度
- 六、醫學研究體制

例如1895年建立大日本台灣病院(台大醫院前身)。1897年創立土人醫學講習館(台大醫學院前身)培育人才；雖然這些措施都是為了照護日本軍隊及移民的健康，但最後都成為建構台灣醫療體系的開端；最好的例證之一，就是現今台灣從北到南的20家署立醫院，前身幾乎都是日治時代成立隸屬總督府的醫院。

「西班牙人征服墨西哥時，因為帶來天花等傳染病，阿茲特克帝國的人口由1500萬迅速下降到300萬。英國在印度殖民時，疾病隨著鐵路、公路的開發蔓延開來。但是日本在統治台灣時期，因為有永久居住的準備，一邊開發，一邊建立基層醫療體系，不僅沒有帶來疾病，民眾健康反而好轉，台灣人口也大幅成長，從日治初期的200多萬，到台灣光復時，已達600萬人。」謝博生董事長表示，在日本殖民台灣的歷史中，殖民政權確實利用醫學作為它在統治上的重要工具，卻也促進了台灣現代化的進程，更為戰後台灣醫學的發展，奠定堅實的基礎。

不過，台灣光復之後，因為日本人撤出台灣，國民政府又還沒上手，許多制度崩潰，包括醫療體系，造成一片混亂；幸好政府適時在1951年公佈「台灣省各縣市衛生機關組織規程」，在全台各地成立衛生所填補這個空窗期，扮演龍頭角色，帶領基層醫療體系穩定發展，直到1971年行政院衛生署成立為止。

澳底保健站創造新醫療模式

進入1970年代末期後，台灣的醫療體系進入「近代史」階段，因為社會經濟、人口結構與醫師培育制度的改變，再度面臨新的挑戰與變革。

國家衛生研究院陳慶餘主任表示，1970年代，越戰打得激烈，台灣因地理位置的關係，成為美軍的重要補給地，經濟快速起飛，醫院越蓋越多；但相反的，年輕醫師爭相出國留學，而不少資深醫師則前往日本擔任無醫村(偏遠地區)醫師，醫生人數大幅減少，導致台灣基層醫療發生嚴重人才荒，另一方面密醫多，診所的平均醫療品質也不理想。

另一個問題是政府大規模裁軍，1963年到1971年間，有不少軍醫除役，藉由政府規劃的專修班、特考等制度，3500多名軍醫進入基層醫療，但素質參差不齊。

這些不利因素，嚴重衝擊基層醫療。陳慶餘主任表示，前台大醫院公共衛生研究所所長已故陳拱北教授，在1970年代即發現了這個隱憂，引用美國的經驗，在其發表的醫療2000年白皮書中，提出台灣的醫學教育應把社區人才培育列為重點之一，並在台大醫學院、省政府衛生處的支持下，運用亞洲基金會的農村發展

經費，在台北縣貢寮鄉試辦為期2年的「澳底社區保健計畫」。

當時的澳底保健站主任是由第二屆醫療奉獻獎得主李建廷醫師擔任；為了這個計畫，台大醫院特別成立一般科(即家庭醫學科的前身)，一年招收3名學生，輪流支援澳底保健站計畫，駐站醫師早上看病，下午支援公共衛生工作。「原本我接受的就是內科醫師訓練，1979年結束台大總醫師任期後，即負責支援澳底保健站工作。」陳慶餘主任回憶說。

由於計畫成效相當好，1983年7月，許子秋接任衛生署署長，決定這個計畫模式擴大為「群體醫療執業中心(以下簡稱群醫中心)試辦計畫」，建立新型醫療保健單位，從1983年到1989年的6年內，在全國各地醫療不足地區的衛生所，成立100個群醫中心，這是基層醫療體系重大的改革。

陳慶餘教授表示，群醫中心由醫學中心派出醫師，分發到各地服務，由政府補助醫療設備、又有後送醫院支援。在長期缺乏基層醫師的地區，民眾都像「久旱逢甘霖」般熱情歡迎，卻引起地方醫師公會「與民爭利」的反彈，衛生署決定在擴增至180個群醫中心後，即終止試辦計畫。

不過，群醫中心帶來了兩項重大改革。其一，人事鬆綁，群醫中心若有賺了錢，可約聘更多人。

其次，會計改革：收入盈餘可以充做服務獎勵金，改善人員的生活，是非常創新的改革行動。

雖然計畫最後提前中止，但從中得到很多

經驗，例如家庭醫學的概念、衛生保健結合、推動公共衛生教育等，成為目前發展社區醫療群的重要基礎與理念。醫策會基層醫療品質精進計畫專案小組召集委員、現任台大醫院家庭醫學部邱泰源主任更把群醫中心計畫，視為台灣基層醫療近代史的二次重要「革命」之一。

邱泰源主任表示，1983年政府在偏遠地區的衛生所設立群醫中心，讓偏遠鄉鎮的醫療水準獲得相當程度的提升，不僅吸引許多年輕醫師前往奉獻，也深深影響台灣基層醫療的發展。

九二一震災後重建、試辦醫療群

1986年政府開始推動醫療網計畫，將台灣分為18個區域執行，平均地方資源，讓民眾都能享受醫療服務；獎勵偏遠地區投資開設醫療院所。同時，開始進行醫院評鑑，推動專科醫師制：醫學生不能一畢業就開始執業，必須經過2年的專科醫師訓練，並配合公費生分發，引導醫師的發展方向。至於醫療資源則是進行橫向與縱向的整合：

一、橫向：開業醫師、家庭醫師、專業醫師與公衛系統建立密切聯繫管道。

二、縱向：落實轉診制度。

不過，醫療網計畫在1999年的921大地震中，受到極大挑戰。謝博生董事長表示，當時災區醫院設備受損，像南投縣的鹿谷，支援的後送醫院是竹山秀傳醫院也在地震中受創，外界的資源也因交通中斷，無法進入災區救援，就只能靠鹿谷當地的5位診所醫師設立急救站，不眠不休的治療民眾；當時擔任台大醫學院

長的謝博生教授表示，災難發生後的3天是急救的黃金期，但當時道路、公共設施被破壞，外援難以進入，在災難急性期唯有基層醫療發揮了重要功能；從這個過程中，醫界也發現如果基層醫療若能建立良好的合作關係，不僅平時可以管控、治療社區的各種疾病，在災難發生時，民眾的安全也得到最大保障。

所以謝博生董事長向日本阪神大地震學習，認為災後重建時，若醫療體系只回復舊觀，無法解決社區民眾依賴基層醫療，但基層醫療體系卻日漸萎縮、效能不彰的問題，決定結合台大醫院與台大醫學院的力量，在鹿谷、竹山推動社區醫療群，創出一個新的醫療模式雛型，並將其慢慢擴大，成為5個點的試辦實驗計畫。

邱泰源主任表示，台大負責重建南投縣鹿谷、竹山一帶的社區醫療體系，除了台大醫院投入資源，當時擔任台大醫學院院長的謝博生教授，有鑑於這是台灣百年來的大災難，應該也讓醫學生前往學習，因此派出師生前往當地長駐支援，除了幫助醫院重建，也進行社區醫療重整，集結社區的醫師成立鹿谷社區醫療群，共同討論如何藉由彼此合作，給社區民眾一個完整的健康照護。

因為成效很好，藉由這樣的經驗，翌年把社區醫療群拓展到北部，在台北縣三重市、台中縣大里市、桃園縣平鎮市等地成立醫療群示範點，進行先導計畫，並向行政院衛生署申請經費，累積了不少經驗，建立一個社區資訊系統的雛型。

2002年7月到12月更進一步舉辦「建構社

區醫療體系之先導計畫」，推出鄉村型、都市型及混合型的整合醫療體系，成立社區醫療群、促進診所與醫院合作、提升醫療品質、推動家庭醫師制度、建立社區健康資訊系統，協助老人照護政策的推廣。

SARS襲台、催生醫療群計畫

陳慶餘主任表示，從先導計畫累積經驗之後，衛生署醫事處原本預定在2003年說服健保局配合，將計畫推廣到全國各地，但在2003年3月，SARS風暴震撼台灣，因為基層醫師不了解疾病的因應之道，不敢看發燒的病人，全部轉送醫院，造成嚴重的院內感染，也讓醫界深刻體認基層醫療重要性，因為新型疾病發生時，若是基層醫療棄守，醫院就可能淪陷，所有醫療體系也會遭受到空前考驗。

謝博生董事長表示，SARS風暴侵襲台灣，衝擊醫療體系，曝露出一連串存在已久、極需改善的問題，包括：

- 一、基層醫療萎縮、醫療服務過度專科化；
- 二、醫療單位轉診制度難以落實；
- 三、注重治療、忽略預防。

所以醫界痛定思痛，從2003年7月展開「後SARS的醫療體系改造」，2005年則推動「全人照護」，到2009年則是公共衛生行政網絡的建構，所有重點的核心工作，就是社區醫療體系構造，主要目的是建立以社區為主體的醫療服務整合，解決台灣醫療體系的幾個根本問題：

- 一、人口老化及新興疾病衝擊健康照護體系；
- 二、醫療單位轉診制度難以落實；
- 三、注重治療、忽略預防；

- 四、基層醫療萎縮、醫療服務過度專科化；
- 五、民眾缺乏專責的家庭醫師。

這也就是邱泰源主任口中的第2次革命，2003年衛生署通過推展社區醫療體系，中央健康保險局隨後推動「家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」，強調三個主要工作：

- 一、**成立社區醫療群(以下簡稱醫療群)**：結合5~10位醫師與社區醫院，組成醫療群，在社區提供民眾共同照護。
- 二、**建立家庭醫師制度**：對民眾提供2A3C的照顧：負責性(accountability)、可近性(accessibility)、持續性(continuity)、協調性(coordination)、周全性(comprehensiveness)的照顧，這也是社區醫療群制度的核心價值。
- 三、**建立良好的社區資訊系統**：醫療群不是在同一幢大樓或同一個地區做，而是在醫師工作的地方執行，因此，各診所間的資料分享，必須依賴良好的社區民眾健康資訊系統。

邱泰源主任表示，基層醫療最大的問題就是單獨開業，力量有限，所以未來一定要轉型。政府要鼓勵家醫制度、醫療群的推動，一定要有向上提升的力量，需要掌握一定資源。此外，在風險管理方面，參與計畫的診所與醫院，要接受評鑑，訂定退場機制、品質指標，民眾才能受到有品質保障的服務。

原本整個後SARS醫療體系改造，規劃了800個醫療群，希望健保局藉由醫療群的運作，掌握至少一半的基層醫師與社區民眾，並鼓勵年輕醫師往群體醫療模式發展，才能保障基層醫療，例如基層醫師抽空到醫院參與共同照護，成為一個學習性的醫療團體，有專業性的

成長。

中央健康保險局開始推動「家庭醫師整合性照護計畫」，推行至今，獲得許多基層醫師肯定及熱心參與、支持，讓社區醫療群得以運作到現在。但因部份醫師公會、沒有參與計畫的醫師，不了解計畫內涵，而抱持質疑與反對態度，因此，並不是沒有困難與挫折。

不過，礙於執行面的一些限制，例如健保給付不足，所以直到2007年為止，只成立了約300個醫療群。邱泰源主任表示，雖然在計畫執行過程中碰到許多困境，至今仍有許多地方需要相關單位溝通協調，但所獲得的成效已得到國際間的肯定與認可。

突破困境、提供有品質的社區醫療

邱泰源主任表示，國家推動以社區為基礎的醫療體系，面對的難題包括：

- 一、民眾缺乏專責醫師照顧，很難在社區獲得整體性、持續性服務；
- 二、醫療以治療為主，預防保健方面的工作不足，忽視病人的健康照顧；
- 三、醫療單位間缺乏合作，診所與診所互相競爭，診所與醫院更是競爭，轉診制度很難落實；
- 四、基層醫師眾多，但病人數量、健保給付日益減少，市場正在萎縮中；
- 五、過去醫療體系過度強調專科化，進入基層醫療之後，若僅以次專科技術及觀點服務，很難為民眾提供「全人醫療照護」、「整體性照護」；
- 六、未來人口老化迅速、隨時可能有新興疾病衝擊醫療體系，將有更多的醫療照護需求

與挑戰。

面對種種問題，政府與醫界不能坐以待斃，必須努力思考如何突破困境，主動關懷這些未來的問題，想出解決之道，讓醫界有明天，民眾能得到好的照護，政府也不必為了日益高漲的醫療支出而傷腦筋。

不過，在執行面來說，基層醫療改革困難，最大的原因是台灣醫院無限制膨脹，病房數大幅增加；為了生存，醫療競爭越來越激烈，缺乏競爭力的基層醫療因而萎縮，所以政府必須檢討醫院數量是否合理。

此外，各地衛生局(所)不一定了解或掌握基層醫療改革的理念，與醫療群配合時會很困難，甚至會產生衝突，例如醫療群如何申報健保費用。邱主任表示，醫療群強調提供以品質為主的醫療服務，應該被鼓勵，但健保制度卻有一些限制，會有相當多的核刪，但衛生局(所)無法給予太多的協助，形成醫療群大隱憂。

另外，醫療群推動的經費是以專案計畫支出，但實際的預算，卻是由健保局編列的「基

層醫療總額」專款專用，所以會引起基層醫師的質疑，尤其是沒有參與醫療群計畫的醫師們，會因為用不到這筆錢，而抱怨不公平。邱主任認為，如果認為醫療群計畫是好的，對國家有極大幫助的政策，釜底抽薪之計，就是費用要由政府的公務預算來支付，才能平息反彈聲浪、減少阻力。

不論醫療群、公衛群，都是延續過去的基礎，因應時代、社會的變遷，人口與疾病的變化，而有不同的配合，例如安寧照護進入社區的政策，就是為了21世紀人口老化的社會、核心家庭的社會，所設計的政策，因為有醫策會之類的團隊不斷投入，在背後支持計畫運作、提升醫療品質，解決問題，並訂定有一致遵循的發展方向，方能產生成效。

謝博生董事長表示，建構以社區醫療為主的醫療體系，並不是完全為了某一層級的醫院或基層醫療，而是為了讓民眾的健康得到更好的保障，也讓國家擁有一個健全的醫療體系，在新的運作模式下，一定有難度，更需要大家熱心投入，才能有好的成果。㊦

2008年新制精神科醫院評鑑及 新制精神科教學醫院評鑑說明會

時間 | 2008年3月24、25日（星期一、二）

地點 | 高雄市長谷世貿會議中心22樓東京廳(高雄市三民區民族一路80號22樓)

活動主題 | 2008年新制精神科醫院評鑑及新制精神科教學醫院評鑑作業流程
2008年新制精神科醫院評鑑評量重點說明

相關活動訊息請參閱本會網址：<http://www.tjcha.org.tw>