

家庭醫師全人照護制度

詹其峰 陳慶餘

台灣大學附設醫院家庭醫學部

台灣健康體系所面臨的困境包括民衆缺乏社區照顧的專責醫師，自行選擇就醫管道；家庭醫師制度式微，民衆無法獲得整體性、持續性及方便性的醫療健康服務；健保給付制度未能鼓勵醫療團隊積極參加預防保健，反倒產生醫療浪費與醫療院所間惡性競爭；醫療則以治療為主，忽略預防性醫療服務；醫療單位間缺乏合作，轉診制度難以落實；基層醫療萎縮，醫療體系過度專科化；人口老化及新興疾病衝擊醫療體系，衍生各種醫療照顧需求與問題。

推動以家庭為中心的責任制醫療、社區醫院開放經營，加強基層醫師與社區醫院的合作與互動等，為家庭醫師全人照護制度的主要目標。若從常見健康問題的需求來看，全人醫療體系的實現應從基層醫療保健的社區醫療體系做起，亦即「社區導向基層醫療保健」Community Oriented Primary Care (COPC)。COPC 的理念結合臨床診療和公共衛生服務於社區執業中，並特別重視流行病學調查和社區健康問題改善計畫的執行與紀錄，以一種多專業工作團隊的方式進行。COPC 成為全球化的社區健康改造運動來自於 1970 年代世界衛生組織揭示「Health for All-2000」，成為社區醫學發展的新模式，在美國並帶動家庭醫學科的成立及發展。近 20 年來，在實施家庭醫師制度的先進國

家如加拿大或英國，將 COPC 理念與醫療政策結合，例如在加拿大，為減少健保費用的支出而成立類似 COPC 的整合性健康照顧系統 (IDS)；英國的全民健康服務體系下一般開業醫師擔任健康照顧體系的守門員，自然成為 COPC 的代言人。過去在台灣結合醫療執業與公共衛生服務，成為政府 1983 年試辦群體醫療執業中心的基礎，但僅限於公家基層醫療單位。

COPC 提供的照顧包括可近性、周全性、負責性、持續性、與協調性，不僅提供治療性服務，也提供預防性服務。換言之，病人把生命交給醫師，而醫師是「以病人為中心」來照顧病人，除了能幫助病人解決「身心」的問題外，也應知道如何幫助病人轉診或諮詢及尋找其他可利用的醫療資源，例如其他醫療體系或其他專科或次專科醫師。如果國家有完整的公共衛生組織，則可進一步推展社區醫學做長期的疾病預防及保健工作。

在英國，工黨 Blair 首相於上台之後鑑於 National Health Service 並無法解決就醫之資源未能有效與平等分配的問題，因此提出以社區導向之基層醫療為基礎的計畫 (The Blair Proposals (1997))，在這個計畫中，基層醫療照顧單位群 (Primary Care Groups) 成員包括基

Editorial: Family Physician Person-centered Care System

Chyi-Feng Jam, M.D., Ching-Yu Chen, MD, Department of Family Medicine, National Taiwan University Hospital, No.1 Chan-der Street, Taipei 100, Taiwan.



層醫師、社區護理人員、社工人員、以及一些當地具影響力之公眾人物等，他們負責社區內80-90%的健康照顧工作，並有四個階段的時程：第一個時期為基層醫療照顧單位群擔任最基本的角色，對基層醫師的處方開支、以及對其所提出之健康照顧決策負責，並能提供諮詢的服務；第二個時期為基層醫療照顧單位群擔任健康管理專家的角色，可以統籌管理社區的健康問題；第三個時期為基層醫療照顧單位群成爲一個獨立個體，可以委託處理社區大部分的健康照顧問題，並對有關單位負責；第四個時期為基層醫療照顧單位群爲他們的社區提供必要的專家服務以求得周全性之照顧。

在國內，醫療體系的改革是一個十分艱鉅的工程，早在1998年，台大醫學院社區醫學研究群已開始研究各種改善目前醫療體制的方法，參考歐美國家之醫療系統，究其得失，去蕪存菁，並考慮國內之社會文化因素，提出醫療改革的構想。歷經在桃園、雲林、鹿谷等地的研究，在觀念與實務上不斷創新與修正，使理念與現實狀況能夠達到最和諧的平衡，最後發展出「本土化家庭醫師制度」作爲現階段處理醫療服務系統問題的方法。

「本土化家庭醫師制度」的主要理念是改變我國目前醫療系統中，基層醫療體系與次級體系間的失衡。強調基層醫療在結構面上的重新改造；由單獨開業的方式，逐步改變爲聯盟合作的醫療群，或成爲共同執業的群體醫療。在醫療品質上加強基層醫師的繼續教育，以增加基層醫師對疾病照顧與執行預防醫學的能力。以家庭爲中心的照顧與個案管理可以加強民衆與醫師之醫病關係，與醫師對民衆健康的責任。在基層醫師與社區醫院關係方面打破以往的競爭關係與彼此間的隔閡，使社區醫院朝向開放式醫院經營，基層醫師可以使用社區醫院的醫療設施，強化基層醫師的醫療照顧能

力，使醫療資源獲得更有效益的使用。另一方面，可以利用與社區醫院的雙向轉診，來增加基層與醫院良性的互動，化解歧見，開放合作雙贏的契機。透過基層醫師在社區醫院中看診的「共同照護門診」模式，一方面可以做爲基層醫師利用醫院資源以照顧其責任家庭中較嚴重的病人，另一方面亦增加基層醫師與社區醫院間的互動朝向彼此更緊密的合作，以合作互利取代打擊競爭，創造更良好的基層醫療環境，提供社區民衆更佳的健康照顧。

「本土化家庭醫師制度」也希望建立全人照護體系，提供全人（包括生物、心理、社會及靈性等層面）、全民（每一個人都可以得到）基本保健醫療服務（包括預防保健、疾病診治、長期照護以及末期照護）的照顧系統（從初級至二、三級醫療的整合）。「全人照護」之目標在於對任何一位民衆的照護必須達到深度與廣度兼備的內涵。「全人」可再細分爲兩個面向：縱向代表一個人的生命週期，包含生、老、病、死等，此面向最主要的資訊來源應在於家庭醫師所建立的個人健康紀錄及既往歷。橫向則包含個人的身、心、靈、以及家庭等各個層面，而非僅止於疾病本身。

就推動預防醫學的全人照護而言，我們需要強調不僅僅是在生病後提供以病人爲中心之醫療照護，也要在生病前提供正確有效的預防方法，所以全人包括「病人」及「非病人」。就基層醫療與社區醫療之發展而言，要達到全人照護的目的最重要的便是如何重建民衆對基層醫療的信心。作法上可從重整本土化基層醫療體系開始，提供家庭醫師周全性保健醫療服務，成爲民衆進入醫療照護體系的把關者；推動及落實社區公衛群，執行防疫與保健的功能；及落實執行公共衛生防疫體系；建立良好社區性健康管理制，包括疾病與個案的管控；宣導社區民衆正確生活方式；建立社區健



康醫療資訊平台/網路，提供有效的溝通聯繫管道。就團體醫療模式之導正而言，推廣聯合執業，在醫療體系中重新建立跨專業醫療團隊合作機制，修正過去醫師單獨開業的疾病照護模式，設法促使醫師對政策增加了解，以獲取合夥醫師的互信、醫院全人醫療團隊之建立，建立認證制度、有效的整合性醫療照護系統、結合基層團隊與醫院團隊，引導醫院走向開放制、建立健保給付差異，從優給付參與醫院團隊之基層醫師，提供聯合執業較為優惠稅率、實施以整體結果為導向（Fee-for-Outcomes）的論人計酬制度。不論是在改革國內醫學教育或

醫療體系制度，需持以「病人為中心」之整合性醫療保健為導向，逐步提供以個人為中心，家庭為單位，社區為範疇之整合性、協調性、持續性之預防保健及醫療照護，暨以良好互動之醫病關係，進而達到落實執行全人健康照護之理念。

綜上所述，建構全人照護之健康體系是矯正當前醫療困境的重要策略，藉此得以維護國民的健康，減少醫療資源的浪費，改善醫病關係，期盼藉由家庭醫師全人照護制度的逐步建立，讓台灣的健康體系得以健全發展。