

## 基層醫療未來之發展

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

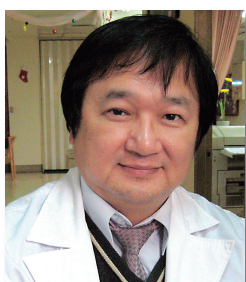
撰稿：廖慧娟記者



謝博生董事長



陳慶餘主任



邱泰源主任

根據2004年世界衛生組織WHO的研究，發現以社區醫療為主的醫療體系，會使民眾的各項死亡率降低、總醫療支出較低、病人滿意度較高、就醫可近性及持續性較高、就醫的公正性較佳，也就是說基層醫療的水準，決定一個國家民眾的健康水準。

台灣醫療網計畫，自1986年開始辦理第1期，經過20年的努力，計畫已經進階到第5期，2009年也即將進入第6期，無論在醫療區域之劃分、醫事人力之培訓、醫療品質之提升以及特殊醫療之發展皆持續地在檢討、建立及努力，希望讓全民可以獲得以病人為中心的健康服務。

醫策會董事長謝博生表示，未來的基層醫療發展將有兩個重要的意義：

- 一、共同照護概念：台灣人口漸趨老化，慢性病增加，尤其都是多重疾病，但過去台灣走的是專科化教育，一位醫師專精一個科別，如何將這樣的醫療體系與人口老化之後的醫療趨勢融合，提供健康照護，就成為基層醫療體系未來發展的思維。
- 二、落實的措施，則有賴2009年開始的第6期醫療網計畫；今年是一個很重要的過渡期，在「以健康為導向」、「以病人為中心」、「以民眾為主體」、「提升醫療服務品質」的概念下，為明年的計畫先做出一個模式，讓過度專科化的基層醫療有共同照護的概念，共同為新願景努力。

### 推動醫療網 改革社區醫療體系

醫療網第1~5期的實質工作為進行公費醫師的培育、專科醫師制度的建立，以及醫事人員繼續教育訓練規劃與落實，現正致力於專科護理師制度之建立等工作；執行至今，已建立緊急醫療系統、推動精神醫療、慢性病及復健醫療、山地離島醫療以及長期照護等計畫，也在心理衛生作業與自殺防治工作上收到許多成效。

謝博生董事長表示，基層醫療發展至今，最大的成果，就是建立家庭醫師制度、建構社區醫療群，落實整合式基層醫療保健網絡，改變過去初級醫療照護及慢性病人佔據重症醫療資源的弊端，讓民眾對基層醫療產生信心，扭轉醫病關係。

基層醫療體系對促進全民健康所能揮灑的空間非常寬廣，所提供的醫療服務，必須先從個人的疾病治療，擴大到考慮個人健康問題與社區、環境、行為的關係，提供整合性醫療服務，將臨床醫學與公共衛生結合，納入醫療、預防醫學、復健和心理衛生等概念，改善民眾健康。

在《醫療藍圖》一書中，謝博生董事長強調一個很重要的觀念：「推動社區醫療體系的成敗關鍵，取決於民眾是否能改變就醫習慣。」他表示，台灣民眾就醫習慣是相信高科技專科醫療的功能，往往直接到大醫院找專科醫師看病，不願在社區診所接受診療，讓政府與醫界努力推動的整合性醫療服務效果大打折扣，所以落實社區醫療群、家庭醫師制度，建立全人健康照護概念，是非常重要的事。

國家衛生研究院陳慶餘主任則強調，在2003年SARS疫情穩定後，衛生署推動「後SARS醫療體系再造計畫」，為我國社區醫療體系的建構及社區醫療品質的提升提供了良好的契機。

陳慶餘主任表示，在SARS風暴發生初期，醫界因為對這種新興疾病無所警覺，不幸造成醫院感染；事件發生後，衛生署決定在基層醫療設置發燒篩檢站，發現病人之後，再轉送到醫院隔離治療，讓後送醫院有所準備，不致

再發生大規模院內感染、重創醫療體系。但當發燒篩檢站發現SARS病人之後，這個地方就必須關閉隔離，因此，基層診所沒有人敢承接這項業務；最後想到的是設置在衛生所，可是衛生所沒有醫師支援，或是無法24小時待命，突顯了衛生所能力不足的大問題。

因此，醫界思考未來在面對SARS或其它新型疾病時，決戰點都不應該在醫院，而是在社區就必須先進行初步處理。所以，公衛群的推動，成為極重要的目標。

## 第6期醫療網 以創新服務提升品質

隨著大環境的變遷、科技的發達、疾病類型及社會結構不斷地改變，醫院組織與結構及其角色功能定位等亦隨著社區民眾之需求而作調整，也使得我們健康照護體系面臨了考驗。

目前台灣醫療體面臨的問題包括：

- 一、人口老化及新興疾病的衝擊；
- 二、醫療單位轉診制度難以落實；
- 三、注重治療而忽略預防；
- 四、社區醫療萎縮，醫療服務過度專科化；
- 五、民眾缺乏專責家庭醫師。

展望台灣基層醫療的未來，提升基層醫療品質，使民眾對基層醫療有信心，成為民眾信任的家庭醫師、健康守護者，正是政府、醫界應該努力的方向。因此，在第6期醫療網，架構規劃了「以創新服務、提升品質，建構持續性全人健康照護體系」願景，並以健康服務提供系統為主軸，從體系面、健康照護人力面以及照護與機構品質面等面向進行規劃。

由體系面思考因應人口結構的改變，考量與健康相關產業的發展，透過資源整合與品質

改善，落實分級醫療與轉診制度，提供以病人為中心的全人持續性、整合性照護，且能滿足人口結構老化之照護需求。

謝博生董事長表示，目前第6期醫療網在政策面已經定案，2008年是一個重要的關鍵籌備期，規劃重點如下：

### 一、衛生所與基層醫療結合

把光復以後的衛生所功能與任務轉型，與基層醫療結合，改變過去基層醫師只在診所看病的思維。未來人口老化的趨勢，在老化、慢性病增多的社會，與社區民眾健康照護結合，所以衛生所會變成管理者角色，實質上與病人健康、醫療問題結合的是基層醫師，這是很大的觀念與實務做法的改變，希望今年能做出幾種模式，作為地方衛生所、基層醫師角色轉變的方向。

### 二、政府行政體系重新定位

社區醫療群推動至今，醫師從執行任務中，對基層醫療體系的轉變，已經有一定的基礎概念，現在主要的問題在於衛生所、衛生局的執行面要改變；因此，衛生署已選擇幾個點，希望建立一些新的合作模式，作為未來協助計畫推動的典範，例如彰化鹿港的社區共同照護網，讓衛生所、衛生局了解如何扮演管理者的角色，而基層醫師能協助民眾做健康促進的工作。

### 三、生命末期照護

這是謝博生董事長特別強調的一點。他表示，在人口老化的社會中，生命末期照護已經是非常重要的環，但不論是癌症病人或老人的安寧照護，現在是非常依賴醫學中心的科技

；為了延續生命，在最後的幾個月期間，病人身上插滿管子。許多植物人依然靠呼吸器維持生命；人性化不夠，生命品質並不好。以前科技不發達的年代，病人的最後一段生命，傳統上是回家，由家人陪著溫馨的度過。但現在這些溫馨的場景已被冰冷的高科技設備取代，以這種方式來延長病人的生命，是否是最好的方法，值得思考；但家屬對此是無可奈何，因為醫師基於「救人」的本份，不得不這麼做，而站在病人的立場，這段期間生命品質並不理想。

其次，利用高科技來延長末期生命的醫療費用非常昂貴、資源耗費最多，但效用難以評估；尤其與治療急重症年輕病人的醫療資源相較，在醫療投資所呈現的效率，值得思考。舉一個具體的例子，就是呼吸照護，目前使用人工呼吸器的病人有1萬多名，每年耗費國家3億台幣經費。

謝博生董事長表示，不論從總額醫療費用、人性化的照顧、生命品質與醫療資源等方面考量，政府與醫界都應該思考將生命末期照護、呼吸治療等需要長期照護的病人，轉移到社區，在家裡或離住家很近的醫院，由社區醫師與醫院共同擔負起照護之責。在此同時，也要給予社區醫師教育訓練，讓他們熟悉生命末期照護的技巧，一同加入照護的行列；目前衛生署已經將這個思維納入第6期醫療網計畫中，讓社區民眾從出生到死亡，都有基層醫師可以給予照護。

### 整合性醫療 建構健康城市

誠如陳慶餘主任所說，「未來的變化，誰也無法預期！」但他認為後SARS時期的醫療

體系改造，將會有系統的做下去，因為台灣的基層醫療軌跡，承先啟後是連續的，例如台灣社會未來50年中，都將面對人口老化問題，所以慢性病管理、失能預防、照護管理、培養老人醫學醫師及相關照護人員等工作，不論政府是由誰主導政策，都將是醫療工作的重點。

台大醫院邱泰源主任更具體提出未來基層醫療應有的發展方向：

### 一、社區醫療群：照顧病人的型態，已從單打獨鬥轉型為團隊合作

這是建立醫療群很重要的關鍵，也應該堅持做下去，政府更應有魄力全面推廣，擴大計畫規模，不侷限於現有的300個醫療群，給民眾一個有信心、值得信任的基層醫療體系。

### 二、宣導並鼓勵民眾優先使用基層醫療團隊

鼓勵社區民眾若有健康方面的問題，不論是疾病或心理衛生、防疫等，都要先向社區醫療群診所諮詢，或找家庭醫師，由基層醫療體系視狀況決定是否讓病人轉介到醫院；在有品質的醫療體系下，未來無需以法令強制，就能自然而然地落實分級轉診制度。

### 三、納入公衛系統的任務

社區醫療群除了提供醫療工作之外，未來基層醫師也要幫助社區進行公共衛生、預防醫學、及長期照護的相關工作；如此一來，即使健保給付限縮，基層醫師也能有生存的藍海。

### 四、調整給付制度

呼籲政府提高衛生醫療的預算，符合世界一般的水準，擺脫醫療的廉價勞工制。醫療群自我肯定之外，政府也要提供一定的獎勵計畫，作為醫療群提升照護品質的誘因。

邱泰源主任表示，社區醫療群計畫，讓醫師投入社區公益、社區健康營造，民眾也會因此對醫師更加信任、肯定，提升醫師形象，如此一來，未來醫病關係會突破僵局，參與社區活動，醫師形象尊嚴都受到肯定，民眾、醫療及政府可共創三贏局面。

謝博生董事長則強調另一個重點：要因應各區域的特性，分為都會、鄉村以及介於兩者之間的混合區域發展醫療群的特色。他舉例說，都會區的民眾，因為醫療資源豐富，擁有極高的就醫可近性，有病可直接到醫院。

但是未來要思考一個很重要的問題：醫院在過去扮演的是急性醫療、救命的角色，因此，當大環境面臨人口老化、慢性疾漸趨多元的狀況時，就應該建立一個新型態的就醫模式，關於慢性病的治療與管理，平時利用社區醫療網絡，病情嚴重了，再轉診到醫院；等病情控制好了，就要離開醫院、回到社區接受延續性的治療，這才是社區與醫院針對慢性病所做的整體照護的互補做法。

因此，第6期醫療網的籌備工作中，最重要的工作之一，就是建立都會區、偏遠地區，以及都會區與非都會區混合的基層醫療模式。

未來，台灣的醫療型態，應從專科醫療，導向專科與一般醫療並重的局面、醫療場所要從急性醫院為主，改變為醫院與診所均衡發展的理想境界，而過去民眾片斷式的健康照顧，也要轉變成連續性的全人照顧，因此，相關單位如何整合現有醫療保健設施，善用社區健康資源，加重個人和社區對健康問題的關心，朝向健康民眾、健康城市及健康國家的目標努力，就是政府施政的重要課題。☉