

102 家庭責任醫師制度 (Family physicians system)

詹其峰 陳慶餘

Key messages

1. 好的基層保健醫療確可提高健康照護品質、節省國家醫療支出、提升國民健康、以及消弭健康不平等。
2. 民國100年1月26日，由總統公告之二代健保法第44條提到：「保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度。」
3. 家庭責任醫師是能夠為社區中大多數家庭負擔起責任做好預防性與治療性醫療保健照顧的醫師，能夠在社區中提供給所有家庭中成員一種全人醫療保健照護模式。

2011年1月26日，由總統公告之二代健保法第44條提到：「保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度。」家庭責任醫師制度包含家庭、醫師、責任和制度四項名稱與概念。其所提供的服務內容和強調項目，符合二十一世紀國際間健康照護體系所要求的發展方向：以人為中心、以社區醫療為導向、以在地健康照護為模式、以慢性疾病管理為優先。以下分別提出「家庭責任醫師制度」的理念與重要性、服務內容，以及未來方向。

以人為中心的健康照護（全人照護）模式Person-centered care model [全人全家]

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」，計畫目的為：(1)建立家庭醫師制度，提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療照護，同時提供家庭與社區健康服務，以落實全人、全家、全社區的整合照護；(2)以民眾健康為導向，建立以病人為中心的醫療觀念，提升醫療服務品質；(3)為新修正之全民健康保險法實施家庭責任醫師制度奠定基礎（101年度新增）。該計畫所強調的是：(1)成立社區醫療群：結合數位醫師與社區醫院組成（101年度後修正為5家診所以上、合作醫院的地區醫院不限家數），在社區提供民眾共同照護；(2)建立家庭醫師制度：對民眾提供3C2A的照顧，這也是該計畫的核心價值；(3)建立良好的社區資訊系統：各診所間的資料分享需依賴良好的社區民眾健康資訊系統。

張必正等人(2011)進行家庭醫師整合性照護計畫執行成效實證分析，發現社區醫療群可以做到：(1)減少民眾門診、住院次數，節省民眾醫療花費及健保成本；(2)提升民眾就醫滿意程度；(3)強化對民眾的必要轉診服務功能；(4)提升健康促進與疾病防治效益；(5)透過混合論質計酬精神之服務要求，提升醫療服務品質；(6)經由健康回饋型的經營模式，發揮多樣且有效益的健康生活型態養成效益。

以衛生署健保局101年度計畫公告為例，評核指標包含三項組織指標：(1)健康管理與個案衛

教；(2)個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診；(3) 24小時諮詢專線。三項品質指標：(1)會員急診率；(2)疾病住院率；(3)會員固定就診率。會員滿意度調查，以及四項預防保健：(1)成人預防保健檢查率；(2)子宮頸抹片檢查率；(3) 65歲以上 人流感注射率；(4)糞便潛血檢查率。透過以上工作項目期望達到對民眾的全人健康照護。

臺灣的社區醫療群是一種創新的整合方式，將國家資源運用在水平整合上，在這體系內，每個人都享用基本的健康照護權利，醫療群不只注重醫療層面，還有許多的預防醫學及健康教育要求，若再結合了過去的社區公衛群，將公領域、私領域進一步結合，真的是將預防保健、殘障復健及長期照護適切融合，促使基層醫療的各面向均衡發展，逐漸達成理想中具備3C2A基層醫療照護。

家庭責任醫師制度的理念、重要性與服務內容

家庭責任醫師是能夠為社區中大多數家庭負擔起責任做好預防性與治療性醫療保健照顧的醫師，能夠在社區中提供給所有家庭中成員一種全人醫療保健照護模式。2004年家庭醫學年誌 (Annals of Family Medicine) The Future of Family Medicine: A Collaborative Project of the Family Medicine Community一文中提出21世紀的家庭醫師特質應具備：

- (1) 尊重個人價值、喜好與表達出的需求，讓個人參與；
- (2) 協調與整合的照顧；
- (3) 緩和病人的疼痛，減少受苦；
- (4) 情緒上的支持；
- (5) 家屬與朋友的參與；
- (6) 告知、溝通與教育；
- (7) 交接與連續性的照護；
- (8) 醫療可近性；
- (9) 充分了解病人疾病的過程；

了解健康的決定因素、健康照護與健康大眾的關聯，以及醫療專業人員的責任。

由此顯見醫學人文、倫理與法律的重要性。另未來家庭責任醫師制度的服務內容應包含12大項預防醫學三段五級從出生至死亡，由健康狀態至疾病末期的全程照護：

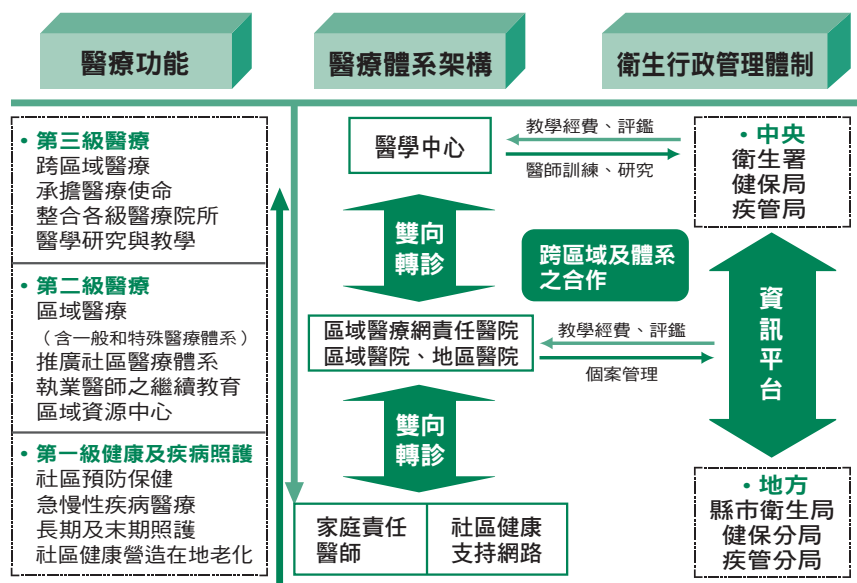
- (1) 個人照護的整合和品質改善；
- (2) 健康評估；
- (3) 疾病預防；
- (4) 健康促進；
- (5) 病人教育與自我照顧支持；

- (6) 急性傷害與疾病的診斷與處置以及轉介；
- (7) 慢性疾病的診斷與處置；
- (8) 復健服務的整合與提供；
- (9) 支持性治療，包括末期照顧；
- (10) 婦女健康照護；
- (11) 基層精神衛生照護；
- (12) 在醫療體系內為病人發聲。

家庭醫師擔負家庭會員在醫療上的代言者角色，經由「預防保健服務」（健康促進、疫苗接種、疾病篩檢等公共衛生業務）、「疾病管理」（論質計酬）、「個案管理」（論質計酬）至「照護管理」（長期照護、老人照護）的階段推展，以共同照護門診做為基礎，主動關心特定病人的健康，並逐步在社區中擴大照顧的範圍為全體社區民眾，為建立社區健康照護網絡系統做準備。為了達成這樣的目標，需要社區民眾、家庭責任醫師、各級醫院一起動起來，在體系與政策的輔助與監督下，達到提高健康照護品質、節省國家醫療支出、提升國民健康與消弭健康不平等的目標(Starfeild, 2005)。這需要個人家庭、責任醫師、制度面皆對健康議題「有感」，瞭解是各人切身需要，是社會責任、是長遠國家政策，並有體制與政策面支持，逐步依二代健保施行實務面修訂法律，並保障醫師應有的社會價值與給付。

未來方向

Starfield(2005)的許多研究證明好的基層保健醫療確可提高健康照護品質、節省國家醫療支出、提升國民健康、以及消弭健康不平等。圖一為臺灣三全照護模式藍圖的醫療體系架構圖，以未來二代健保即將實施的「家庭責任醫師」制度為核心，需要醫療體系再次整合，希望未來所有基層醫師皆需有家庭醫學的訓練，對家庭有責任、提供全人全家全社區的3C2A照護；除醫院與基層診所外，也需同時整合社區健康支持網絡，將社區資源、志工一併納入；此外，亦要政府單位支持從中協調各項資源分配；最後，不可忽略民眾的健康教育，使其對自我的健康負責。回顧過去，臺灣三全照護模式一定可以持續達成以社區為導向、在地化、持續性以及以人為中心的照護邁入下一里程碑，並重視醫療品質與健康結果，進而節省醫療浪費，健全健保財務，逐步達成二代健保法的家庭責任醫師制度，並提升民眾健康，達成醫界、政府、民眾三贏的局面。



圖一、以人為中心以體系為基礎的家庭責任醫師醫療體系

參考文獻

1. Kahn NB: The future of family medicine: a collaborative of the family medicine community. Ann Fam Med 2004; 2: S3-32.
2. Starfield B, Shi L, Macinko J: Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q 2005; 83: 457-502.
3. WHO Regional Office for Europe, Synthesis of 111 empirical papers, 2004.
4. 行政院衛生署健康保險局101年4月11日健保醫字第1010072898號公告修正：全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫。
5. 池岸軒：台灣整合式照護的發展與現況。出自邱泰源主編，台灣整合式健康照護的未來與建言。台北：台灣家庭醫學醫學會，2011。
6. 邱泰源：台灣社區醫療發展與家庭醫學教育。出自陳慶餘主編，社區醫學訓練手冊(下)。初版。台北：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，2009。
7. 邱泰源等：家庭醫師整合性照護計畫成效實證回顧暨政策建言書。台北市：台灣家庭醫學醫學會，2010。
8. 洪德仁：健康社區的營造。Journal of Healthcare Quality 2008 ; 2: 19-23。
9. 洪德仁：社區營造一社區老人關懷與照顧。出自戴寶村總編輯，看見北投營造幸福2000~2010系列二永續健康。台北：北投文化基金會，2011。
10. 張必正、郭斐然、李汝禮等：台灣家庭醫師整合照護計畫的執行成效與未來展望。台灣醫界 2011 ; 54 : 56-60。
11. 梁繼權、陳慶餘：社區醫學訓練概論。出自陳慶餘主編，社區醫學訓練手冊(上)。初版。台北：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，2009。
12. 陳慶餘：實踐二代健保醫療品質提升之模式建構計畫研究總報告 2007。行政院衛生署九十五年度委託研究

計畫。

13. 詹其峰、劉文俊、陳慶餘：社區導向之基層醫療。出自陳慶餘主編，社區醫學訓練手冊(上)。初版。台北：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，2009。
14. 廖慧娟：資源整合 程就區域共同照護。醫療品質雜誌 2007；1：38-42。