

三、以體系為基礎的共同健康照護芻議

(一) 理念

1985年台灣開始推動醫療網計畫，改善了醫療機構設施數量不足及資源分布不均，但在分級醫療和轉診制度未竟其功之際，全民健保於1995年匆促上路。由於健保的分級轉診制度並未落實，病人往往在多個醫療院所間重複醫療。在論量計酬的誘因之下，小病往大醫院集中，造成競相創造業績，就醫自由的種種醫藥浪費。從經濟學的觀點來看，民眾因為無使用限制而有誘因增加醫療需求，醫院因以量計酬而有誘因增加醫療開支。這兩個結構性的因素致使全民健保的財務問題，始終在難以永續執行的破產邊緣徘徊。既使如此，最近健保局調查顯示：民眾的期待包含專業的診治、必要轉診、醫病溝通，減少重複用藥與檢查等。反應在醫療品質上，仍有改善的空間。

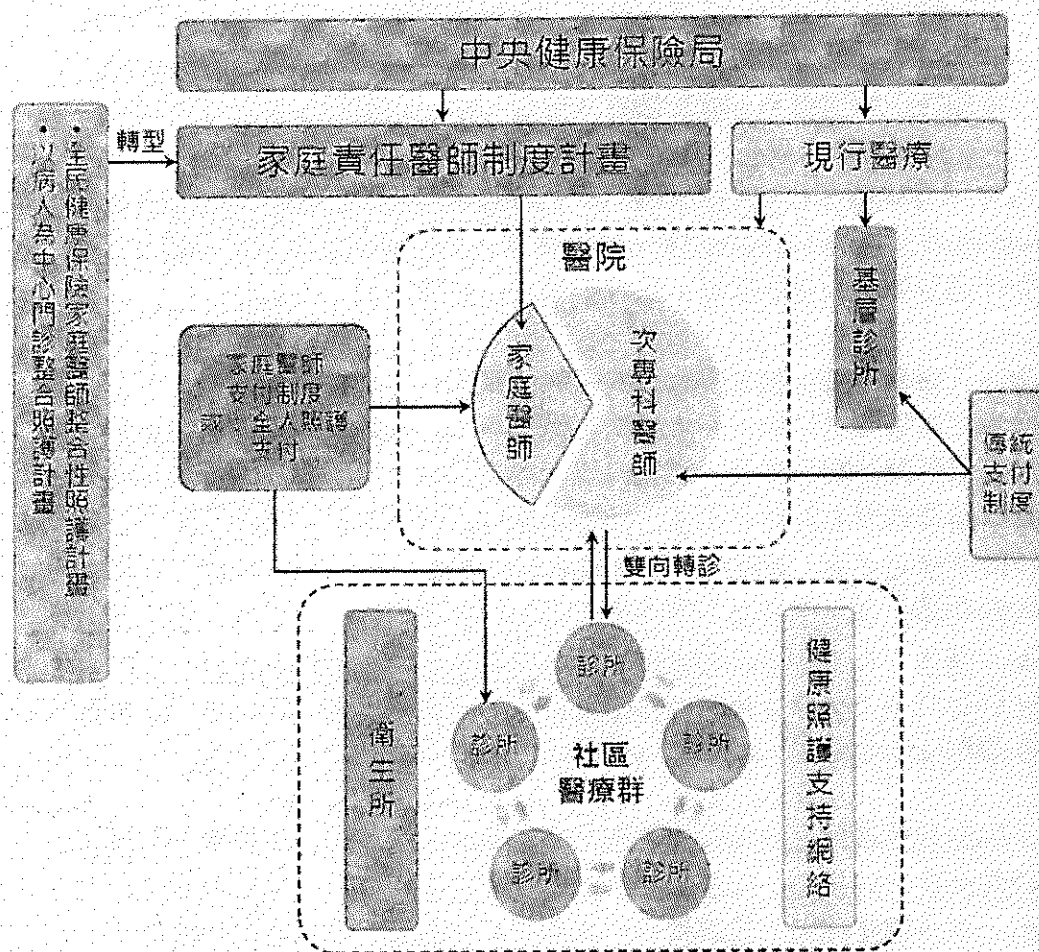
全人健康照護不僅強調在生病時提供以病人為中心之醫療，也要關注正確有效的預防保健服務，提高民眾健康生存餘命和生活品質。在疾病預防的三個階段中，重視「自我健康照護」並強調第一段預防（健康促進及特殊保護）的必要性，是比強調醫療更積極實踐全人健康照護理念的做法。過去台灣的衛生體系推行第一段預防的效果並不理想，最主要的原因是未能融入全民健保及醫療體系，其次是公衛資源短少，人力與資源不足，投入第一段預防的能力有限。

1999年九二一震災後，臺大醫學院社區醫學研究群提出社區醫療群之構想，由當地基層醫師與合作醫院組成醫療群，繼之在台大雲林分部建校籌備工作中，於所屬雲林醫院成立基層醫療聯合門診示範中心，展開基層醫師繼續教育，辦理健康家庭成員登記和開發健康資訊管理系統。2003年衛生署通過推展社區醫療體系，健保局隨後推動社區醫療群「家庭醫師整合性照護計畫」，實施至今。在此基礎之上，臺大醫學院社區醫學研究群進一步提出臺灣「三全健康照護模式」(Community Comprehensive Care Model, 3“C” Model)，及「全人、全家、全社區共同照護」理念。

家庭責任醫師制度和家庭醫師支付制度，基於以人為中心的醫療照護理念，目的在提升醫病品質、促進預防保健，幫助民眾有效醫療與健康促進，從而養成固定就醫的習慣；2011年1月26日通過的二代健保法第42條及第44條，已經為落實此目標提供了法源依據。

目前六大醫療區域共有19家醫學中心，若能明定醫學中心的任務在於垂直整合醫療區域內各級醫療院所，成立三級醫療體系，提供區域內民眾選擇加入

第二階段進一步到合作醫院比照辦理，即醫院分為兩種醫師，一為家庭責任醫師(做全人評估)，另一為次專科醫師(不做全人評估)，第三階段則為建立垂直整合跨院所、跨醫療群的分級醫療體系。



(三) 方案

1. 計畫目的：

- (1) 落實二代健保法第 44 條之家庭責任醫師制度。
- (2) 加強預防保健、衛生教育與個案管理服務，使民眾獲得更完整的照護。
- (3) 促進區域醫療體系整合，使醫療衛生團隊發揮照護能量。
- (4) 提升民眾健康知能，落實民眾自我照護，節省醫療浪費。

2. 經費來源：

- (1) 試辦初期向衛生福利部申請專案計畫支付體系組織運作執行中心行政管理費用。
- (2) 待全民健康保險『家庭責任醫師制度』推動計畫通過後，由全民健保

年度醫療給付費用總額其他預算項下支付全人照護評估費、個案管理費與績效費用，而醫療費用仍依現行各總額部門支付，以明確家庭責任醫師制度之責任。可由家庭醫師整合性照護計畫與五大疾病醫療給付改善方案經費支應本計畫之基本管理費用。

(3) 透過健康促進所節省的醫療費用則回饋予照護團隊作為績優獎勵。

3. 實施原則：

- (1) 從全人健康照護的角度，鼓勵健保特約醫事服務機構參與，並受理民眾登記註冊。
- (2) 各縣市/地區之醫療照護需求各異，分為基層診所、合作醫院及醫療體系等三階段之多元化推動方式。
- (3) 各區(縣市)成立跨醫療群的分級醫療體系實施依行政區域全人照護支付的家庭責任醫師制度，落實分級轉診，節省下來的費用則做為各承包醫療體系下各級醫療院所團隊成員的績優獎勵費用。
- (4) 培訓健康教育志工，使其具有全人、全家、全社區健康照護理念，以建立社區健康照護支持網絡，支持民眾進行自我照護，協助民眾養成良好的生活型態及正確的就醫行為。
- (5) 透過社區健康志工團隊參與醫院的出院準備服務，篩選潛在的高危險群，協助其在出院後仍可獲得適當的後續社區照護資源，給予適當的健康促進與健康照護(含末期照護)，並發展健康問題的急性病出院後失能高危險群老人之照顧管理和社區安寧照護模式。