

家庭醫師角色之探討

——現在與未來

家庭醫師制度在國外已行之有年，美國鑑於醫療過度專科化而造成龐大之醫療支出與浪費，家庭醫師制度因而產生，目的在訓練更多能對常見疾病及保健有專門知識，同時具有行為及社區醫學觀念之醫師。而國內之基層醫療制度非常複雜，目前在基層執業的醫師有家庭醫師、一般科醫師、各細專科醫師及中醫師，其訓練背景和程度差異很大。台灣全科醫師訓練始於台大醫院，於民國68年成立一般科，並以澳底保健站作為社區醫學訓練場所，家庭醫學科則於73年成立；而後各醫院開始陸續成立家庭醫學科，陽明醫學院公費生畢業後經以家庭醫學科住院醫師訓練，進入羣醫中心，則是基層醫療之另一種模式。

近年來政府大力推行家醫專科，雖然其數目迅速增加，但在現有的醫療體系下，家庭醫師是否扮演他們應有的角色，所提供的服務是否有別於其他非家庭醫師；專科醫師和醫療消費者對家庭醫師的認同與認知，以及日後在醫療網中應擔負之角色，是現今家庭醫師制度實施多年及全民健保尚未實施前應迫切評估的問題。

醫療層次之利用狀況

「小病往大醫院擠」這是每一位從事醫療工作者都可瞭解之事實，三級醫療機構居於轉診與後送之角色，但實際上它服務內容大部分與基層醫療相似；而二級醫療之病患接近90%是與基層醫療重覆，形成二級三級醫療院所扮演了很多基層醫療之角色。醫療資源之不適當使用，民眾、基層醫師、專科醫師、保險機構都應負起部分責任。以民眾而言，常見問題中，大部分人仍以專科醫師為優先考慮求診之對象，而專科醫師大部分在二級或三級醫療場所。對基層醫師而言，大部分只提供內科疾病處理層面，無法擔任較全面

性及預防性之工作，因此基層醫療之特色無法發揮，對病人之親和力亦相對的變低。對專科醫師而言，雙向轉診之成效很低，當專科問題處理結束後，把病患轉介回原基層醫療者並不多。保險機構對基層醫療與三級醫療給付差距很大，已是不爭的事實，亦影響民眾在基層醫療就醫之意願。

民眾對家庭醫師之接受情況

在消費意識越來越重視之時代，醫師與病患之關係已慢慢改變，昔日醫師那種權威的時代，已變為一種醫療消費者與醫療供給者對等的時代，這中間保險制度的介入更形成複雜的三者互動關係。但基本上，民眾的要求，是影響基層醫師執業內容及情況最重要之因素。

一般民眾在尋找醫療協助時，仍偏愛專科醫師；選擇家庭醫師作為求診對象，主要為感冒、腸炎、頭痛、脖子痛、頭暈及失眠等一些較輕微或非特異性之症狀。而在發生社會心理問題時，亦以自我調適為主要之解決方法，大多不願意對外求助，求助於家庭醫師者更少，無形中使家庭醫師之工作偏重於身體之醫療部分。對於家庭醫師所提供之服務（應包括醫療照顧、預防保健、居家護理……），一般人認為醫師應提供上述服務，但在觀念上，仍停留在醫療工作才應付費，若醫師只提供衛生教育、健康諮詢，則不應收取醫療費用，甚至認為醫師應免費服務。

同時大部分人認為打針吃藥非常重要，這種情況尤以較低社經層次之民眾更明顯，可見在現階段家庭醫師的角色對民眾而言仍極為陌生。社會在大力推動醫療網時，基層醫療之紮根是非常重要的，家庭醫師制度是其中重要的一環，但消費者之不認同會使醫療網之推廣更為困難。

基層醫師之服務狀況與對未來角色之意見

根據全民健保委託研究計畫顯示，在病歷之記錄部分，只有半數醫師在病歷記錄上，有固定之過去病史記錄，身體檢查及家族病史大部分都從缺。病歷之完整性常顯示醫師對病人之整體照顧，但家醫科訓練背景之醫師在病歷之記錄上與其他科醫師同樣未能達到滿意的情況。

而門診之預約制度，常表現了醫師對病人之主動持續性照顧。有預約下次門診時間之制度者只有6.4%，顯示醫師並未能主動與病患接觸，看病行為之發生仍由病患主導。在慢性病越來越多之時代，這種無主動預約之方式，常會影響病人對治療之服從性及慢性病之追蹤管理。

在轉診問題上，家庭醫師應能利用社區資源為病患作適當轉介，但根據調查，家醫科受訓之醫師，對於心理及社會機構之轉介較其他科醫師為多；對於醫療機構方面，半數醫師無特定之轉介醫院或醫師，而轉診重回歸原來醫院者更少。

國外從事基層醫療之工作者，除了家庭醫學科以外，一般科、內科、小兒科均能提供第一線之服務；但國內由於未來醫療政策的不明朗，造成很多基層醫療之內、外、婦、兒等科之醫師一致申請加入家庭醫師醫學會，取得家醫科專科醫師資格，以因應將來之改變，但在基本之工作上，大部分仍維持原來執業之狀況，因此服務內容仍以單一範圍為主，徒有家醫科專科醫師之名，卻無法認同於家醫強調之全面性及生理、心理、社會之照顧層面。

基層醫師對於未來執業之看法，以維持現狀之個人執業方式佔絕大多數；以醫療工作為主，大部分不願負擔保健工作。羣體執業方式有點類似小型之地區醫院，在國內醫療市場中最缺乏之地區醫院，若能以羣體執業方式作為轉型，亦可稍為減輕基層醫療與區域醫院中之斷層情況，但羣體執業方式，只有四分之一醫師認為可行。至

希望在合理給付下扮演原有之醫療角色，服務層面及方法並不希望改變。

對於繼續教育之意見，基層醫師仍偏向目前之上課及通訊方式，只有半數醫師願意參與醫院之病例討論；在國外，課堂方式之繼續教育其結果已受到質疑，這是一種被動式之教育，對醫師處理病人之技巧及態度，都無法提供有效之改變。電腦繼續教育小組討論，以及從個人門診個案中整理學習，都是一些新的繼續教育方式。在調查中，大部分醫師最少已有上百小時以上之家醫科繼續教育學分，但在門診之服務內容及態度上仍無改變，不免使人懷疑繼續教育之成效。

專科醫師對家庭醫師角色的看法

健全的醫療體系有賴於專科醫師與基層醫師良好的互動關係，才可能在彼此互相尊重，互相信任的基礎上，做到完好的雙向轉診。專科醫師認為轉診時機不適當的原因，多為基層醫師未能作適當之判斷與安排，同時專科醫師亦少有雙向轉診之安排。大多數專科醫師贊同基層醫師到醫院診視病人，基層醫師應更主動參與，以增進專業知識，增加溝通機會以達到責任性、持續性之本質。

期待政府、醫界、民眾和諧的共識

1. 醫療資源之分佈不均，已是不爭之事實，缺乏三級醫療資源之縣市包括嘉義市、新竹縣、苗栗縣、南投縣、嘉義縣、屏東縣、澎湖縣。加強這些地方之三級醫療有其需要性。
2. 民眾對基層醫療利用較差之縣市，包括台北市、高雄市、基隆市、台中市、台南市，可能與這些縣市之二級及三級醫療資源較豐富有

行為；其次為基層醫療。利用廣播媒體、學校教育、社區活動，以及公衛人員之參與，改變民眾之正確就醫行為，應為當務之急，再配合保健制度之改變，才能落實基層醫療。

4. 部份負擔制度是全民保險中重要之關鍵。但此觀念並不為一般民眾所接受，尤其是知識水準較低及農勞保之民眾，因此在推廣部分負擔觀念時，應針對這羣人數最多，同時亦最不瞭解者，以他們作為實施宣導之首要對象。
5. 雖然家庭醫師非常強調預防保健工作，但以現階段之家庭醫師，無論在質與量方面，均無法完全負擔，因此在規劃全民健保時，衛生所之功能亦須作適當之定位，使預防與醫療都能發揮完整之功效。
6. 醫療網之推行，有賴於基層醫療之健全發展，家庭醫師只是其中一部分，雖然其醫療服務較廣泛，但其他科訓練之醫師亦擔負不同之工作，因此加強基層醫師對將來保健制度之認知，有助於基層醫師本身之發展，不致為爭取家庭醫師之名稱而忽視原來之基層工作。
7. 家庭醫學科專科醫師之取得，不應只以學分之多寡為標準，應該加上評估其實際之醫療行為、社區參與、轉診醫院之安排等情況，作為家庭醫學科專科醫師之標準。
8. 正式受家醫科住院醫師訓練之醫師，其所提供之服務為全面性，對於偏遠地區的服務，此種能力更為重要，群醫中心即為明顯之例子。由於群醫中心已停止增加，為鼓勵正式受訓之家庭醫師下鄉服務，於全民保險給付下，對偏遠地區服務之家庭醫師能提高其給付，相信更能提昇基層醫療之品質。
9. 雙向轉診制度是醫療網推行之重要條件，據調查，影響轉診發生之重要原因之一，為醫師與醫師們之熟悉情況，因此各地醫療網應該亦扮演積極溝通與聯繫之角色。

結語

家庭醫師的精神強調臨床醫學、預防醫學、行為科學。未來的目標，在質的方面，政府希望藉家庭醫師制度之推展，提昇基層醫療水準；在

量的方面，除了鼓勵更多醫師從事基層醫療工作，更希望現階段從事基層服務者能提供家庭醫師之全面性服務，家庭醫師應是基層醫療供給者的主幹。然家庭醫師制度實施多年以來，有名無實；全民健保第一期規劃設計上亦未見強調家庭醫師，若不審慎規劃，即使民國83年喊一聲全民健保剪綵，家庭醫師依然是一混淆矛盾之角色。

基層醫師對將來醫療網角色的意見

	人數 (N)	百分比 (%)
以合理給付醫療工作為主，衛生保健仍由政府衛生單位負責	383	43.7
在合理之保險制度下，同時負擔預防保健工作	462	52.7
以個人執業為導向方式，但配合醫療網轉診作業	558	62.7
聯合執業(非群醫中心)，集合數名醫師共同以門診方式看診，並擔任夜間on call	228	25.1
病人在醫療網之保險給付中，必須經由基層醫師轉介，才能看其他專科醫師	428	47.9
每一區域內有固定數目之家庭醫師，民眾須與醫師簽約才能獲得醫療給付	176	20.1
基層醫師須與當地地區、區域醫院簽訂合約，以作為轉介、照會管道，所照會之病患住院時亦可前往診視，其費用：	328	37.4
不收費	51	5.8
合保於住院費中，但由病患自付	81	9.2
合保於住院費中，但由保險機構支付	282	32.2
不收費與合保於住院費中，但由病患自付	0	0.0
不收費與合保於住院費中，但由保險機構支付	1	0.1
合保於住院費中，但由保險機構支付與合保於住院費中，但由病患自付	13	1.5
沒意見	449	51.2
其他模式	23	2.6

資料來源：經建會