

論述

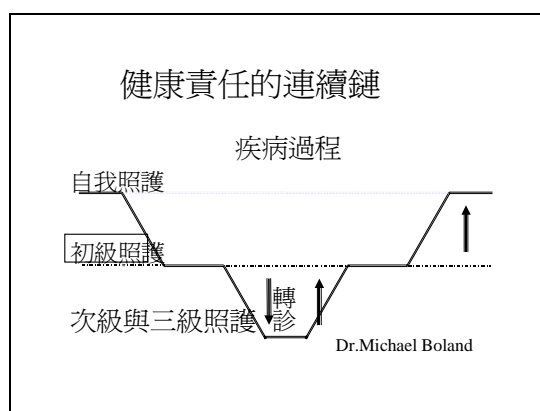
從宏觀角度看轉診制度

陳宗獻

醫師公會全國聯合會 大里陳內小兒科診所

前言

健康是一種狀態也是一種態度，「個人」是「健康責任鏈」中最重要的一環，所謂「健康責任鏈」(圖一)，是將個人視為三級醫療照護之外的第一層照護；平時養成健康習慣，生病從個人照護開始；咳嗽感冒先在家休息，必要才進入初級醫療接受第一線醫師建議診治或轉診至次級或參級醫療體系。康復過程則反向從機構照護而回歸於個人或居家照護。



圖一：健康責任鏈

國人習於依賴醫葯而疏於健康生活，微恙就醫，看病服葯，視為常理。醫師則遷就民眾習性，勤於處方疏於衛教；醫院績效掛帥病無分大小門診通吃。國內醫療現象三高三低：平均年就醫次數高、醫學中心門診量高、葯品費用比例高、層級整合度低、醫療政策能見度低、轉診轉檢比例低。三高是病態，它代表輕症排擠重症的醫療資

源、小病佔據專家的寶貴時間。三低是障礙，它顯現機構利益本位已經阻礙健康服務持續改善的可能性。

因此，本文檢討台灣醫療病態，試圖跳脫基層生存發展問題，或所謂病人流動等觀點，而從更廣泛的角度去解析轉診轉檢。

轉診制度的首要課題： 個人與醫師的健康責任

轉診制度不是單純民眾就醫處所的移轉，而是整個醫療體系運作轉化的過程：因此，面對的問題相當複雜。

總額支付制度提供了醫療照護責任鏈分工的初步發展空間，然而總額之下仍然論量計酬，為確立三級轉診制，分配工具臺版 RBRVS 若未及推出，現行支付標準表必須大幅修訂，以兼顧大醫院營運的邊際成本，反映門住診實際的成本差距。如此才能根本解決大醫院衝門診量套利的動機。過去許多有關轉診制度的討論，碰觸到這個難題，往往只得知難而退。幸而，我們可以宣稱：時機已經允許探討更深一層問題。

要不要家庭醫師這個 GATE OPENER？國內自勞農保時代迄今，除醫院評鑑制度按醫院之規模訂定不同支付標準，引發所謂「醫療軍備競賽」外，始終未能有效推展家庭醫師制度。「基層醫療」之定義與「診所」同義，而「基層醫師」等於各種專科醫師在外自行開業者。如此定義既無益於醫療分工，也無法說服民眾，何以「限制就醫自由」的分級轉診制度比現行制度好？！

為釐清基層之初級照護功能，有必要就「基

層」作一個較為嚴謹的定義。

一. GP 的同義名詞：

國外用以下不同的文字定義執行初級照護的醫師：1.general practitioner (最為廣泛使用)，2.general practice，3. family medicine,4.primary physicians。

二. GP 的定義：

1. GP 定義最常被引用的是 Leeuwenhorst 於 1974 的定義：「經過認證、對個人或家庭提供初級、連續、全人、不分性別、年齡、疾病的全面性照護的醫師」(The general practitioner is a licensed medical graduate who gives personal, primary and continuing care to individuals, families and a practice population irrespective of age, sex and illness. It is the synthesis of these functions which is unique.)。
2. 從 GP 的服務特質，提供：連續性 continuity，全面性 comprehensiveness，在社區服務 work in a society (or even in patients' homes)，以家庭為單位 a family approach，有良好的溝通的醫療服務 Good communication。
3. 從 GP 的定位：病人的第一線接觸者，提供個人全面、連續、轉診分工鼓吹健康態度的醫師 (Personal、First Contact、Comprehensive、Continuing、Co-ordinating、Advocacy)。

在定義之前，必須承認醫療專科之間有許多重疊之處，區分 GP 與非 GP 事實上有些困難。如何建立正確的健康責任鏈是討論轉診制度的首要課題，檢討轉診不宜糾纏於分配面而應由分工方向思考。

對 GP 的定義是對基層醫療照護的定位與要求，不應是用來區分其些科別是「GP」，而某些科別「非 GP」，或「某些醫師是家庭醫師，某些些醫師不是家庭醫師」，之類分配式的思考模式。

轉診分工宜從健康的連續性照護的功能區

分：

- 一. 初級預防：(社區照護：健康照護、疾病預防、公共衛生)基本上應以基層負責為原則。
- 二. 次級預防(急性照護：門診治療、慢性病門診、急性住院)應以疾病別或嚴重程度建立一套轉診制度。
- 三. 參級預防(慢性照護：長期照護、居家照護、安寧照護)應以醫院層級負責為原則，使各層級各依特質各有所司。

健康照護鏈[健康--初級照護--次級照護--三級照護]是一條由左而右的可逆(除非走向死亡)過程。醫療照護越往右側傾斜或停留在右側時間越久則社會、經濟成本支出就越高。為避免健康鏈向右傾斜，政府和醫界應加強：

1. 民眾健康教育及自我照護動機的建立(如 Health Education. OTC Medication. patient Empowerment)。
2. 轉診制度：雖然健保總額支付制度從財務面將健康責任鏈一分為二，功能上，基層總額與醫院總額之間必須架構一套縱向的機制，以維持醫療照護的持續性及完整性。其中臨床徑路、平衡的基礎設施、轉診條件的訂定 (Clinical Guidelines, Equivalent Infrastructure, Criteria for Referral)；都是可以努力的方向。
3. 強化基層醫療照護的功能使其提供整合的、全人的、連續的醫療照護，並課以重任，擔任民眾進入醫療照護體系的第一個接觸者。

分級轉診的要素：時勢

總額支付將醫療照護橫切為二，至今仍頗有爭議。然而借鏡國外經驗，總額未必是醫療的分割，反而是整合的起始。以英國為例，自從 1991 年 The NHS reforms 切出 GP 並強化 GP 之照護責任(亦即大家耳熟能詳的「守門人制度」)，迄今二十年，歷經數次變革，清楚的出現以下特色與趨勢：

1. 強化了基層醫療。
2. 各部門接觸增加：包括 GP、保險購買者以

及次級照護者之間發展出更密切的接觸，甚至 GP 與次級照護之醫院層級開始管理共同預算。

3. 各地區雙向整合增加(integration vertical and "virtual" integration of providers in primary and secondary care.)，而其中並無放諸四海皆準的固定模式。1997 的 Primary Care Act 提供了進一步垂直整合的機會，包括疾病的垂直整合照護、GP 與社區照護工作者及其他專業人員的整合等等。
4. GP 聯合執業增加逐漸取代單獨執業。
5. 管理性照護 managed care 逐漸抬頭。

整合是國際醫療保險的共同趨勢，非僅英國，美國、紐西蘭、加拿大都有跡可尋。

醫院與基層總額全面實施後，門診部分醫療費用都是分配到六分區，無論管理上的同儕制約，或審查及財務上的責任，均有很明顯的地方自治色彩，醫院與基層在地區上各有分區委員會形成對口協商的窗口，分中有合，利於將來從醫療功能上分工合作，這是有利轉診整合趨勢之一。醫院總額自九十一年七月，每季門診點值始終小於一，甚至低達 0.94，門診利益誘因相對減少，將來整合地區醫療資源，減少重覆投資及過度提供，更有可能成為醫院與基層共同關切的問題，此其二。醫院總額委員會有關：「重分配門住診比例，回歸醫院層級的角色」更是總額之前從未被認真探討過的問題，這是有利整合趨勢之三。

推動轉診短期內是整合總額橫切問題的有效手段。長期趨勢上，層級的垂直合作也是必經之過程。醫療政策是時空變遷妥協的產物，不是使命計劃孕育的成果。英國 NHS 如此，台灣亦復如此。檢討健保發展史，分級轉診制度在健保初期不可能無由而生，在此刻亦無很難疾而終。

推動轉診的問題

轉診制度仍有許多待解問題：

- 一. 民眾認知差異：長期以來民眾在保險的第三方支付者制度激勵下，習慣自由消費的就醫形式，強制性的英式 GP 制度短期內勢難實

行，然而，缺乏強制力的家庭醫師登記規定，病人登記後若未改變就醫習慣，極易使家庭醫師制度形同虛設草草收場。

- 二. 總額：如前所敘；是機會，但也是障礙。因為費用協定委員會中，總額的規範公式設計仍然是舊思維套在新制度上。

目前，醫院與基層總額之間的財務風險分擔監控指標，除慢性病開藥天數為品質指標外，如：門診就診人次比率、病患就診率成長率、醫師人數成長率、急診就診率…。都著重於「服務量」的計算，而忽略了「醫療分工」的考量。

其結果是，不但兩個總額之內醫療院所的給付論量計酬；兩個總額之間的風險分擔公式也是論量分配的。因此，可能產生兩個總額之間的競量服務，而非所期待的整合分工。

此外，轉診與整合分工產生的合理就診量下降，在目前的總額架構下不但缺乏鼓勵因子，反而會因該區域整體服務量下降而受到了縮減總額的"處罰"。

推動分級醫療策略

- 一. 基於合理、合作、合乎成本的原則，著重鼓勵醫院與基層總額之合作機制。
- 二. 改善並統一現有醫院所轉檢轉診流程。
- 三. 透過各區基層總額與醫院總額協商，共同研訂區域醫療服務整合方式，減少重覆投資及過度提供。
- 四. 在各區發展因地制宜的合作形式，建立區域性轉診體系。
- 五. 規定全民健康保險需辦理轉診服務。
- 六. 強化並落實基層照護的 GP 特質。
- 七. 加強院所推動轉診之誘因：轉診案件診察費加成，其幅度大小，可依科別濟弱原則，及資源耗用不同而異、轉診案件支付標準、審查鼓勵優惠。
- 八. 除前項主動誘因外，另宜提供民眾選擇家庭醫師的被動誘因，如部份負擔：受託單位不必收取，掛號費；委託及受託單位：均不收取。
- 九. 排除少數醫院設置門前診所的套利行為。

- 十. 架構跨院所之間之共同資訊平台。
- 十一. 增列整合分工性質的風險分擔指標，鼓勵轉診加成。如個別指標：轉介率、整體指標：初級照獲比例及醫院門住診比例。
- 十二. 有效的評估機制：分別就個別及整體轉診成效評估，將所節省之醫療費用回饋於當地醫療團隊。
- 十三. 轉介病例檔案分析下：轉診行為(比例)之適當與否，影響醫療品質與醫療費用甚巨，太過是醫療浪費，不足是品質低落。故有必要建立專科別、城鄉別轉診行為常模。
- 十四. 轉診比例異常：特約醫院、診所接受轉入或辦理轉出之人次與未經轉診之人次比例異常者，列為追蹤輔導對象，轉診比例異常情形涉及業務不正當行為或不法者，應有處理規定。
- 十五. 對於完成轉診規定之個別病例予以鼓勵：
 1. 病例共同管理，
 2. 社區醫療整合：增加給付項目給簽定有轉診合約之委託及受託單位(論轉診病例數，
 3. 社區健康管理：增加給付項目給建有家庭戶資料的院所，
 4. 落實 GP 醫療功能與服務品質：鼓勵繼續教育及成立基層診所 Peer Group 小組。
- 十六. 試辦家庭醫師計劃

轉診：實務

規定不得無故拖延或拒絕。如係危急者，並得視需要先行通知接受轉診之醫院預作準備。接受轉診之保險對象後，應依下列規定辦理：

通知義務

1. 將處理情形及建議事項通知原轉介之特約醫院、診所。
2. 門診於三日內，住院於十四日內；如因保險對象病情需要，需繼續在接受轉診之醫院、診所治療時，應一併告知。

雙向轉診

1. 已無須繼續在接受轉診之醫院、診所治療。

2. 需追蹤治療者，應予轉回原轉介之特約醫院、診所。

保險對象經轉診者，應於轉診單有效期限內就醫；如逾有效期限就醫，視同未經轉診：(未來)。

基層醫療同儕群 GPPG (general practitioner peer group)

同儕群在愛爾蘭實行近二十年，成效卓著，其最大的特點是使單獨執業的醫師有定期討論、接受再教育、及政策傳達溝通之功能。

傳統上，疾病治療的方式常由醫師單獨決定，相同疾病的處方有時差異極大，此一現象往往備受各界質疑。國內專家學者因此傾向認為臨床路徑(Clinical Guideline)是提昇醫療品質，齊一處方水準的法門。也因此，西醫基層總額支付制度「醫療品質指標」中規定，總額執行委員會必須於第二年起建立疾病之臨床路徑。

然而，報告指出：若非經常檢討改進，否則即便是高品質的臨床路徑，仍無法有效的被醫師用於日常診療中。另一項跨英、德、法、意、瑞典的調查顯示：雖然90%醫師同意並執行冠狀動脈高危險群的膽固醇治療臨床路徑，但不論治療成果(療效)、或病人對膽固醇的了解(衛教)，實際狀況與醫師樂觀的預期有相當大的落差。由於醫師與病人溝通上的認知差異，使得冠狀動脈高危險群的膽固醇治療效果大打折扣。另一項調查顯示，即使將臨床路徑e化，方便醫師查訊，臨床路徑的使用率依然無法提高。

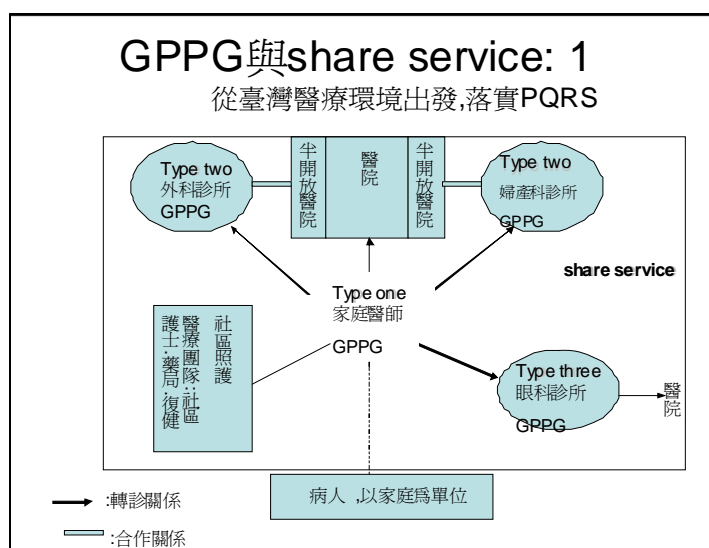
因此，針對上述國外殷鑒，在基層總額進入第二年的今天，我們推動轉診制度之餘，尤應鼓勵基層醫師走出診間邁入社區，也必須在制度面上，建立一套可行的辦法，與家庭醫師制度互為表裏。試說明如下：

基層醫療同儕群 GPPG 之定義

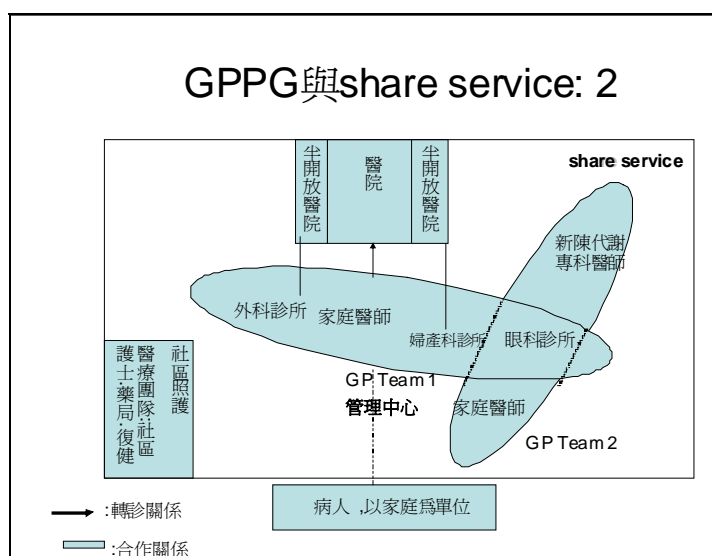
一. 同一地區同一科別或相近科別八至十位醫師組成以執業研討為目的之團體。

二. 背景：

1. 時代變遷，醫師傳統疾病治療的決定權受挑戰。



圖二：GPPG 與 share service：1



圖三：GPPG 與 share service：2

說明（圖二、三）：

1. 在各分局推動共同服務(shared service)網絡由健保局為媒介，促成各分局轄區內之基層總額與醫院總額之協商。以建立一對一或多對多的聯合服務網絡，以逐步推動病人的轉診或輔助服務(ancillary services)之轉介及合作。
2. 利用論質計酬疾病管理試辦計劃，以共同照護的精神，做為推動其他轉診制度之基礎。
3. 簡化基層參加論質計酬試辦計劃規定，減少障礙，鼓勵參與。

2. 臨床路徑：西醫基層總額支付制度「醫療品質指標」。
 3. 國外殷鑑：臨床路徑無法有效的被醫師用於日常診療中。
 4. 愛爾蘭經驗。
- 三. 期待功能
1. 結合個別醫師參與地區社區照護醫療體系，推動社區醫療資源整合。
 2. 改變醫師單打獨鬥的執業形態，彼此研討執業病例及醫業管理題。
 3. 研究社區特殊醫療問題，提解決方案。
 4. 為轉診協商、評估、執行的單位。
 5. 提供繼續教育機會。
 6. 地區臨床路徑的推動與檢討。
 7. 因應總額論人計酬的可能性。

中縣診所協會在九二年度中區醫療網提出基層醫療同儕群 GPPG 試辦研究計劃，初期先進行：(一)文獻資料收集整理報告，(二)成立核心研討小組，研訂「基層同儕群」組織規章，(三)預計成立二至四個同儕群，進行同儕群運作評估檢討。

社區醫療整合

轉診與社區醫療整合是一體之兩面，轉診是手段，整合是目的。然而，國內至今尚無家庭醫師制度：我國特殊的醫療體係系，基層醫療包含內、外、婦、兒、家醫、神內、神外、復健……等等；十餘個專科及次專科，這麼多專科醫師同時提供民眾初級醫療照顧，每個專科醫師服務之內容及病人之群落分佈是否有所不同？對家庭醫學中「全人的健康管理」、「家庭為單位的健康管理」觀念是否認同或一致？均足以影響家庭醫師制度推動的成與敗。

社區醫療整合成敗關鍵在於多數非家庭醫學專科的基層醫師對家庭醫師制度的了解，以及政策推動者有無解決現實障礙的認知與決心。

為強化基層醫師對家庭醫師制度的正向態度，應多舉辦家庭醫學講座，協助基層醫師了解家庭醫學與家庭醫業的內涵。諸如：家庭週期、

家戶型態(household type)等等。先鼓勵基層醫師試辦家戶資料建檔，使為肩負民眾衛教、預防保健、初級照護之「gate opener」預做準備。再逐步建立社區家戶健康資料庫，建立共同醫療資訊平台，以探索「台灣版家庭醫師制度」的可能形式。

「醫療政策是時空變遷妥協的產物，不是使命計劃孕育的成果」並不意味我們必須隨波逐流無為而治。相反的，如果我們忽略國際潮流與趨勢，如果我們以個別事件、政治問題看待最近連串的衝擊如：北城崇愛事件、健保雙漲風波、IC卡推動爭議等等問題，而忘記許多事件其實都是大現象裡的小片段，則我們將陷在處處暗礁惶然無助的困境。從系統化架構去思考瞭解健康保險；整合是未來的趨勢。將轉診轉檢含括於內，改變對"病"的轉診合作關係為對"人"的健康管理，並擴為"家庭"及"社區"的健康管理應是值得期待的新世紀台灣醫療願景。

推薦讀物

1. 費用協定委員會第 55 次會議決議案：西醫基層與醫院財務風險分擔指標。
2. 李玉春：「家庭醫師論質計酬支付試辦計劃」，2002。
3. Burgers,Zaat J, Grol R,Foy R: Effectiveness of Guideline in general practice: How to predict actual use of Guideline, 2001.
4. Hobbs FDR, Erhardt L: Reassessing European attitudes about cardiovascular treatment (REACT)-physicians survey.
5. Ane Esmail: Primary care in the NHS. Structure, Organization and Quality, 2002.
6. 蔡世滋：家庭週期、家庭功能、家庭醫學。第二版，2002。
7. Michael Boland: Challenges for Global Family Medicine。台灣家庭醫學會學術研討會，2002。
8. McWhinney IR: A textbook of family medicine. 2nded. New York: Oxford University Press, 199