

Primary Care:

Balancing Health Need, Services, and Technology

基層醫療

—— 平衡健康需要，服務與科技

原 著 Barbara Starfield

總編譯 醫學博士 許文燦 醫師

編譯群 王淳樺 醫師等



Oxford University Press

合記圖書出版社 發行

基層醫療

平衡健康需要，服務與科技

PRIMARY CARE : Balancing Health Needs, Services, and Technology

原著 Barbara Starfield

總編譯 醫學博士 許文燦 醫師

編譯群 王淳樺 醫師等



Oxford University Press
合記圖書出版社 發行

國家圖書館出版品預行編目資料

基層醫療：平衡健康需要 / 許文燦編譯。

-- 初版.-- 臺北市 ; 合記, 民 90

面 ; 公分

含索引

譯自 : Primary care : balancing health
needs, services, and technology

ISBN 957-666-726-7 (平裝)

1. 醫療服務

410

90004864

書 名 基層醫療-平衡健康需要
總 編 譯 許文燦
執行編輯 程慧娟
發行人 吳富章
發行所 合記圖書出版社
登記證 局版臺業字第 0698 號
社 址 台北市內湖區(114)安康路 322-2 號
電 話 (02)27940168
傳 真 (02)27924702

總 經 銷 合記書局
北 醫 店 臺北市信義區(110)吳興街 249 號
電 話 (02)27239404
臺 大 店 臺北市中正區(100)羅斯福路四段 12 巷 7 號
電 話 (02)23651544 (02)23671444
榮 總 店 臺北市北投區(112)石牌路二段 120 號
電 話 (02)28265375
臺 中 店 臺中市北區(404)育德路 24 號
電 話 (04)22030795 (04)22032317
高 雄 店 高雄市三民區(807)北平一街 1 號
電 話 (07)3226177

郵政劃撥 帳號 19197512 戶名 合記書局有限公司

中華民國 九十年四月十日 初版一刷

譯序

基層醫療為全體民眾生活中最密切與最重要的環節之一；隨著醫學迅速地發展，知識的快速膨脹，基層醫療亦有其新時代的內涵及需求。在用心於瞭解基層醫療及改善基層醫療之際，Barbara Starfield教授的聞名著作" Primary Care"，實為經典權威作品，本書以國際性的觀點，呈現邁入二十一世紀的新基層醫療。雖限於專業及語言解釋意義之困難，吾人亦盡力譯述本書，猶盼略助於醫藥衛生護理等健康專業人員之認識現代基層醫療。

眾人完成此書與醫界前輩之期盼有關。亦特別紀念陳啓川先生、謝獻臣博士對台灣醫學的貢獻。又若非王淳樺之全權助理協調，本工作亦不可能完成。本書更是由下列醫師們所組的奉獻團隊辛苦共同討論協商而完成，如：

王淳樺，王眾舉，王宏振，王憲忠，古偉裕，朱仁杰，余明隆，李孝貞，李孟勳，李忠勳，李謙益，李劭軒，李純瑩，林永祥，林俞仲，林俊祐，周志和，吳思賢，吳明修，吳源益，邱鈺雯，邱偉鴻，洪嘉惠，洪禎鎂，徐康程，徐偉倫，柯巧俐，許寶仁，許立生，莊明哲，粘慧美，彭程毅，胡士文，施綺娟，孫樵隱，孫穆乾，孫瑋佑，連啓宏，張佳寧，張敏麗，張蕙芳，張鈺堂，張裕隆，郭育淇，傅真如，黃瑞妍，黃志中，黃于芳，黃繼增，楊文祺，趙玉華，趙士州，蔡美杏，蔡兆琮，潘嘉和，劉耿麟，劉時佐，陳宜嬪，陳崇華，陳浩榕，陳怡妤，陳啓文，陳子安，鍾政和，鍾嘉勵，謝玉鈴，謝和揚，蘇奕豪，蘇佳玉，蕭正輝，熊得志，盧奕丞，等人。

願上帝保佑

譯者、眾人及家人們身心靈平安健康，並賜福予眾家庭直到永遠。

許文燦 博士 敬序

評序

理想的醫療專業人才培育應在基層醫療與專業醫療的人才養成之間取得平衡，本書對基層醫療的闡述非常值得醫學院教師、教學醫院主治醫師及住院醫師閱讀，也有助於醫學系學生的生涯規劃與專科選擇。

臺大醫學院院長 謝博生

基層醫療是健康服務系統的基礎，需要醫師、護理師、社工及管理等各專業人員協同團體執行。許博士對各國基層醫療的演變及特色研究多年，為加強健康服務執行者的新觀念，編譯本書。願從本冊，拋磚引玉，匯集各專家探討基層醫療的成就，再次開創我國基層醫藥的先機，誠吾所願。

謝維鈐

臺灣大學名譽教授兼內科及家庭醫學科

臺灣醫療衛生政策在過去二十年間有重大的改革，從群醫中心試辦、家庭醫師培訓、全國醫療網籌建到全民健保的實施，可以看出政府對實現以基層醫療為重心的健康照顧體系有很好的規劃，可惜執行至今未竟其功，基層醫療的觀念反而愈形模糊。

本書很明確指出對基層醫療定位愈清楚的國家，愈能享有更完善的健康照顧和花費更少的成本。先進國家對基層醫療的重視和努力，本書有詳細論述，值得借鏡。

臺大醫學院 陳慶餘 教授

「基層醫療」(一書由約翰霍普金斯大學公衛學院資深傑出教授 Barbara Starfield 所著，並由其高徒許文燦博士精心編譯所成，對基層醫療保健之內涵、運作及評價有深入的探討，值得各界參考研究。

中山醫學院 周明智 教授

許文燦醫師的譯作 "基層醫療—平衡健康需要，服務，及科技 "(1998 Primary Care-Balancing Health Needs, Services, and Technology)是近年來國內基層醫療相關領域中，涵蓋最廣泛，且內容最充實，立論最中肯的譯作。這本書完整而巧妙地結合了公共衛生、醫療保健制度，與基層醫療服務。它不僅是每位基層醫師充實自我的最佳教材，對從事公共衛生與社區醫學的行政與研究人員，也將有極多的啟發，是一本值得一讀再讀的好書。

臺大公共衛生學院 李瑋珠 教授

Barbara Starfield 教授為國內知名基層醫療照護學者，亦是本人業師。本書乃 Strafield 教授畢生心血結晶，與其過去所撰專書不同之處，在於採取跨國比較之觀點。今高雄醫學院許文燦教授將之譯為中文，以饗國內讀者，本人故樂為之推薦。

臺大公共衛生學院 江東亮 教授

序 言

在基層醫療：觀念、評價、與政策這本書出版後的六年之中，醫療服務界已有了許多的改變。醫療照顧的改革幾乎是每個國家的特色，即使在已有完善醫療體系且有數十年經驗的國家中亦是如此。這些改革主要起源於日益高漲的醫療費用，並來自於人口的逐漸老化、因醫學進步導致慢性病人的高存活率、以及在疾病診斷和處置上越來越吃重的昂貴方法。很少有國家有能力吸收這些增加的費用而不去嚴肅地思考改革的問題。正因為這些問題的共同性跨越國界，與基層醫療在其中心地位，歸結出基層醫療的本質和它在醫療體系角色的益處。是故，本書特別著重各個國家在知識和經驗上的不同點。

本書是要幫助讀者瞭解，基層醫療扮演著醫療體系組成中心的角色，在應用上，提供足夠的科學證據，並對其發展與成長提供更進一步的幫忙。然而，在對照顧品質的威脅逐漸成長及社會的不公平日益增加的情形下，社會上利益得失雙方的差距越來越大，這帶來了一個迫切的新課題：一個有效且公平的醫療服務以及基層醫療在其中所加強的角色。

在已經高度發展的體系裡，基層醫療是進入醫療服務體系的一個點，也是一直負責照顧病人和民眾的所在地。現在仍有個十分盛行的觀念：基層醫療在本質上說是簡單的。沒有什麼比事實更重要的，而本書就是要證明它的挑戰。

本書有五個部分：基層醫療與健康；基層醫療執業；基層醫療的責任；病患與群體；以及衛生政策與基層醫療。

- 基層醫療與健康。這三個章節描述基層醫療和健康之間的關係，回顧基層醫療成為觀念的發展史，並且建立思考的基礎，以思考基層醫療已達到的或是可能達成的貢獻。
- 基層醫療執業。三個章節描述基層醫療執業的特性以及執業者的類型。並就醫療服務體系的一部分來檢視基層醫療。
- 基層醫療的責任。五個章節描述評估與測量基層醫療的基本組成。四個章節敘述基層醫療每一個特點的重要性，評估它們的成就，以及它們和政策之間重要的關

係；其它的章節探討在基層醫療中病患和執業者間互動的重要性。

- 基層醫療與病患和群體。這三個章節我們就病患和群體的焦點來探討其中的交互關係，以達到高品質、有效、公平的基層醫療。
- 衛生政策與基層醫療。最後四個章節我們探討在西方工業國家的幾個不同的基層醫療體系、資訊系統的重要性、可能被採納為國家策略或是被研究機構或個人所承擔的研究需要、以及一些政策的討論事項，以達到更公平有效的境界。

本書是爲了那些被批判性想法諸如何謂基層醫療，以及它能爲健康帶來什麼樣的改進等所挑戰的人們所寫的。包括執業的臨床醫師、授業的教育者、研究評估的研究員、使用它及希望瞭解它的病患、以及希望改進它的政策制定者。本書企圖滿足下列五種讀者：希望瞭解他們做什麼以及爲何而做的基層醫療執業者；想要有個基礎以思索他們學習方法的基層醫療教育者；可能在這裡找到有助他們工作的架構、觀念、和線索的研究員；藉由對基層醫療所遇到的困難和挑戰以及它的重要性有更佳的瞭解而可以有更多幫助的政策制定者；以及可以發現本書對瞭解和解釋他們自己的經驗有幫助的醫療服務消費者。

早期的書是寫於美國急於改革醫療照顧體系的前夕，當時期望能對基層醫療帶來更多注意力。因此，例子大多來自美國。今天，這種情況已經改變了，幾乎所有的國家都致力於他們自己的改革，而這些原則適用於世界各地。這些其它國家的研究結果(大部分用英文寫的)，現在已併入本書以獲得更大的延伸。由於討論基層醫療的文獻仍然很少，因此本書中的許多章節併入了早期書本的發現，並佐證1990年代新加入的證據。是故，本書也可以說是有關二十世紀基層醫療評價與發展這些累積資訊的原始資料。

本書主要以醫師所提供的照顧爲導向。這並不表示其他人員，尤其是護士，在基層醫療中不必負擔什麼責任。相對的，這個論題是基於一種假設(對工業國家而言大致是對的)，即醫師是負責察看整個基層醫療的人。其他的人員可以就他們的領域負起相當的責任，即使是相當核心的人員亦是如此，但醫師仍要監督所有的領域。基於對其它專業人員重要性的認知，本書使用執業者這樣的字眼。執業者這個字，用來代替醫師，是因為基於特定功能的考量，有時非醫師的專業人員會被套上這個名詞。儘管基層醫療醫師的專業知識，使得他們成爲他們工作領域的"專家"(specialists)，本書仍採納更習慣性的說法，即稱非基層醫療的執業者爲"專家"或"次專家"(subspecialists)。讀者須瞭解這只是一種"速記"(shorthand)，即只有基層醫療醫師才是真正在基層醫療方面的專家。

基層醫療是很複雜的。它所遇到的挑戰需要大家的共同努力研究，並將所知的知識有系統地轉化為政策。儘管基層醫療已漸漸的被認為是醫療體系的主要特點，它的特點與貢獻仍不為人知，以及它的功能在節約醫療資源的呼聲中被削減。強而有力的基層醫療對於壯盛的醫療體系而言是必需的。本書若能傳達給讀者這個概念，那本書的目標也就達成了。

感謝

對於這本分析基層醫療對醫療服務體系之重要性的書，有許多人貢獻良多。當然最大貢獻來自我的同事和朋友，他們已深深地思考有關基層醫療在醫療體系的主題。我尤其受惠於 Juan Gervas 和 Mercedes Perez Fernandez，他們堅定的友誼和同僚情誼使我接觸到新的思考與詢問的方法。他們對於 BBC (Bibliografico CESCA) 的管理，一份無價的國際月目錄，使我認知與瞭解到一個更廣闊的天地。

筆者早年接觸到 Kerr L. White 的著作，後來有機會成為他部門的工作夥伴，的確在我心中種下了基層醫療的概念，如果沒有 Kerr 在 1960 年早期的介紹，我根本不知道有這個名詞的存在。他的大作對我而言，是當一個年輕臨床醫師努力地想瞭解到底我做了什麼時，第一部讓人真正明白易懂的書。Kerr 對於醫療照顧體系的挑戰，使得資料成了資訊、成了訊息、成了智慧，這即使在今天，都和他們 40 年前一樣地適切。

我也感謝我在 Johns Hopkins 一起共事的同事們，和他們一起研究真的很有趣。尤其是和我一起研究與基層醫療相關的主題，如個案組合測量、兒童與青少年健康狀態評估的 Jonathan Weiner，Don Steinwachs，Chris Forrest，與 Anne Riley。

我還要感謝 Margorie Bowman，他在臨床的描述上給了我相當的幫助，還有 Karen Rappaport。

對於國際上許許多多樂於和我分享他們的資訊與想法的同事們，我實在不知道該說些什麼才好，對於他們的貢獻，我們滿懷著感謝，這部分置於第 15 章。

像往常一樣，我要誠摯地謝謝我的家人。我出色的母親，Eva Starfield，自從我出色的父親過世之後，便接下這本書的發起人和幕後編輯的角色。我的丈夫，Neil Holtzman，即使處於寫書這樣的緊張氣氛中，生活相當的不舒適，他仍然給予我們許多的建議與支持。我也要特別感謝 Rob 和 April，Jon 和 Beth，以及 Susan 和 Steven，為我生了五個孫子，增添了我情感上的樂趣，另外還有 Deborah。

最後，我要感謝我的助手 Ruth Hurd，在冗長的過程中沒有閤過眼，於上百篇的草稿中仍能保持極度的冷靜，她給我的協助是難以估計的。

目錄

-I- 基層醫療與健康

- | | | |
|---|--------------------|----|
| 1 | 基層醫療及其與健康的關係 | 3 |
| 2 | 衡量基層醫療的架構..... | 19 |
| 3 | 基層醫療中的罹病率..... | 35 |

-II- 基層醫療執業

- | | | |
|---|--------------------------|-----|
| 4 | 描述基層醫療..... | 55 |
| 5 | 基層醫療、次專科醫師、和非醫師執業者 | 75 |
| 6 | 基層醫療在醫療體系中的關係 | 101 |

-III- 基層醫療的責任

- | | | |
|----|-------------------------|-----|
| 7 | 可近性與第一線接觸：醫療之門 | 119 |
| 8 | 病患名單和隨著時間以病患為主的照顧 | 143 |
| 9 | 醫病互動 | 169 |
| 10 | 醫療照顧的廣博度：誰應該提供什麼？ | 181 |
| 11 | 照顧的協調工作：整合所有資訊 | 213 |

-IV- 病患與群體

- | | | |
|----|----------------------|-----|
| 12 | 基層醫療服務的品質：臨床觀點 | 245 |
| 13 | 基層醫療的評估：群體觀點 | 281 |
| 14 | 公共衛生及社區定位的基層醫療 | 313 |

-V- 衛生政策與基層醫療

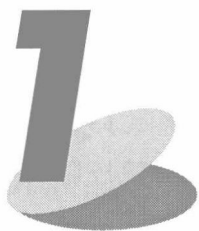
- | | | |
|----|---------------------|-----|
| 15 | 西方工業國家的基層醫療體系 | 335 |
| 16 | 基層醫療之資訊系統 | 357 |
| 17 | 基層醫療的研究需求 | 377 |
| 18 | 有效及公平的衛生政策 | 397 |

附錄-兒童醫療體系基層醫療評估調查工具..... 417

索引..... 429

— I —

基層醫療與健康



基層醫療及其與健康的關係

(Primary Care and Its Relationship to Health)

…無法認清特殊的觀察而得來的結果，充其量只是部分的真相，這需要用更有智慧的研究所得來的事實來加以更正。

…我們這一專業所存在的成員當中，沒有比自稱生來就是什麼的人（如專家）還要更危險的。

Osler, 1892

醫療服務體系 (Health Services System) 有兩個主要的目標，第一是藉著使用最進步且有關疾病的因果關係、病症處理、和強化健康的知識，使人民的健康更為完善。第二也是同等重要的目標，即是將各個次群體間的不一致性減到最低。這樣的話，一些群體在利用醫療服務以達到理想健康的這件事上，可以不用再處於不利的一方了。

在了解幾乎所有國家都存在愈來愈嚴重的社會和健康上的不公平後，世界衛生組織 (World Health Organization) 採取了一連串的方針，用來建立醫療服務的基層醫療基礎。在 Ljubljana 憲章 (Ljubljana Charter) 中，提出了醫療體系應該要是：

- 以人類的尊嚴、公平、團結、以及專業倫理的價值為目的。
- 目標在捍衛和增進健康。
- 以人為中心，允許一般人民來影響醫療服務，並進而為其自身的健康負起責任。
- 著重在品質，包括有效的花費。
- 以足以支撐的財力為基礎，以便範圍能包括全體，且能有公平的接觸機會。
- 朝基層醫療的方向。

歐洲社區在 1996 年採取了這些方針，他們在多數歐洲的國家建立起努力朝向公平和“團結一致” (solidarity) 的慣例 (BMJ, 1996)。但可惜的是，並非所有的國家都贊成這些方針。

隨著知識的累積，為了克服和處理大量出現的新資訊，專家的分化更細了。因此，在幾乎各個國家都可以見到有關健康的職業變得更加分散，其能力及興趣也逐漸窄化，且關注在特定的疾病與型態更甚於關注人民和社區的整體健康。在一些

國家中，次專科醫師的數量已凌駕於基層醫療的專科醫師。因為現在多強調能使病患存活的昂貴科技的發展和配置，反而較不關心更常見的、無立即生命威脅的慢性病的預防和處理計劃。專科醫療 (Specialty Care) 常常可以較基層醫療控制更多的資源，朝向建立在最流行知識上的專科化，可提供個人疾病高度有效的照顧，這是現在的趨勢，相對地，要同樣高度有效的基層醫療幾乎是不可能的。為什麼會這樣呢？朝向病症治療的專科化並不能強化健康，因為疾病的預防和理想功能的提升比起單單治療特定的疾病來得重要，而且需要一個比疾病專家所能達到的更為廣闊的前瞻。

有效的醫療照顧不僅限於治療疾病本身，更需要考慮到疾病的發生與人民居住的背景環境。進一步而言，疾病在隔絕中單獨存在是罕見的，特別是它已經歷了很長的時間。於是，疾病專科醫師在他們特別能力所及的範圍內可提供對特定病症最適當的照顧，但基層醫療的執業者卻需要整合個體所可能經歷各式各樣健康問題的照顧。

朝向次專科化的醫療體系有著另外一個問題：它威脅了公平的目標。沒有一個社會能提供無限制的資源給醫療服務。次專科照顧比基層醫療更昂貴，所以對那些只有辦法負擔較少資源的個人是不易獲得的。進一步來說，需高度技術的疾病導向照顧，正和提供基層醫療給特別是無法付出資源的人們競爭資源。

相反地，基層醫療在於處理常有多項診斷以及無法和已知診斷相符的怪異主訴的這一些病患，並且提供治療以改善其生活的品質和功能。世界衛生組織 (World Health Organization) 的歐洲分部提出健康的定義為“對一個個體或群體而言，是一方面可以了解渴望和滿足需求；另一方面對於環境所作的處理的一種程度。健康因此視為每天生活的資產，而不是生活的目標；採用社會和個人資源以及身體的包容力是正向的概念。” (the extent to which an individual or group is able, on one hand, to realize aspirations and satisfy needs and, on the other hand, to cope with the environment. Health is therefore seen as a resource for everyday life, not the objective of living; it is a positive concept embracing social and personal resources as well as physical capacities.)

“健康”(health)有很多的決定因子(圖 1.1)。已經演化了數百萬年的基因構造具有高度影響力，其決定了醫療服務可達到改善健康的極限。基因構造持續演進，明日的情況可能又和今天不同，這是健康的潛力。這將逐漸成為可能，因科學家正在研究如何干預基因以期改變健康的狀態。除此之外，現代科技正使得藉由改變環境、變更行為和利用特定的醫療行為等方式來干預基因表現的這件事成為可能。其

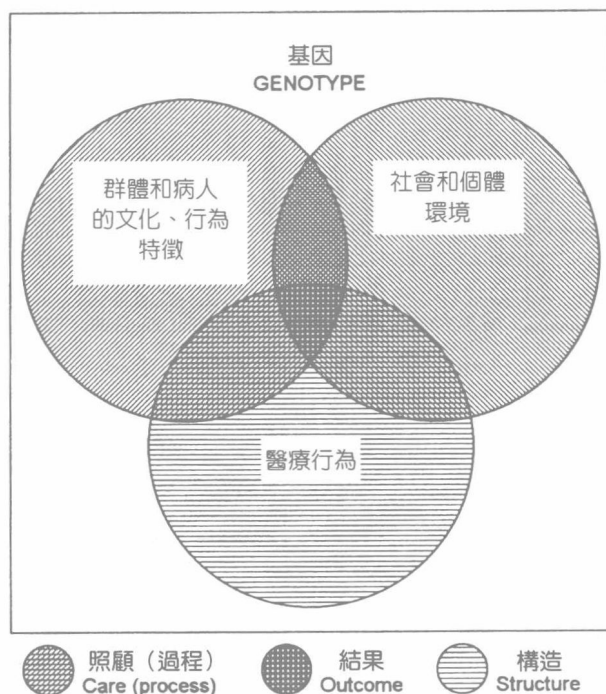
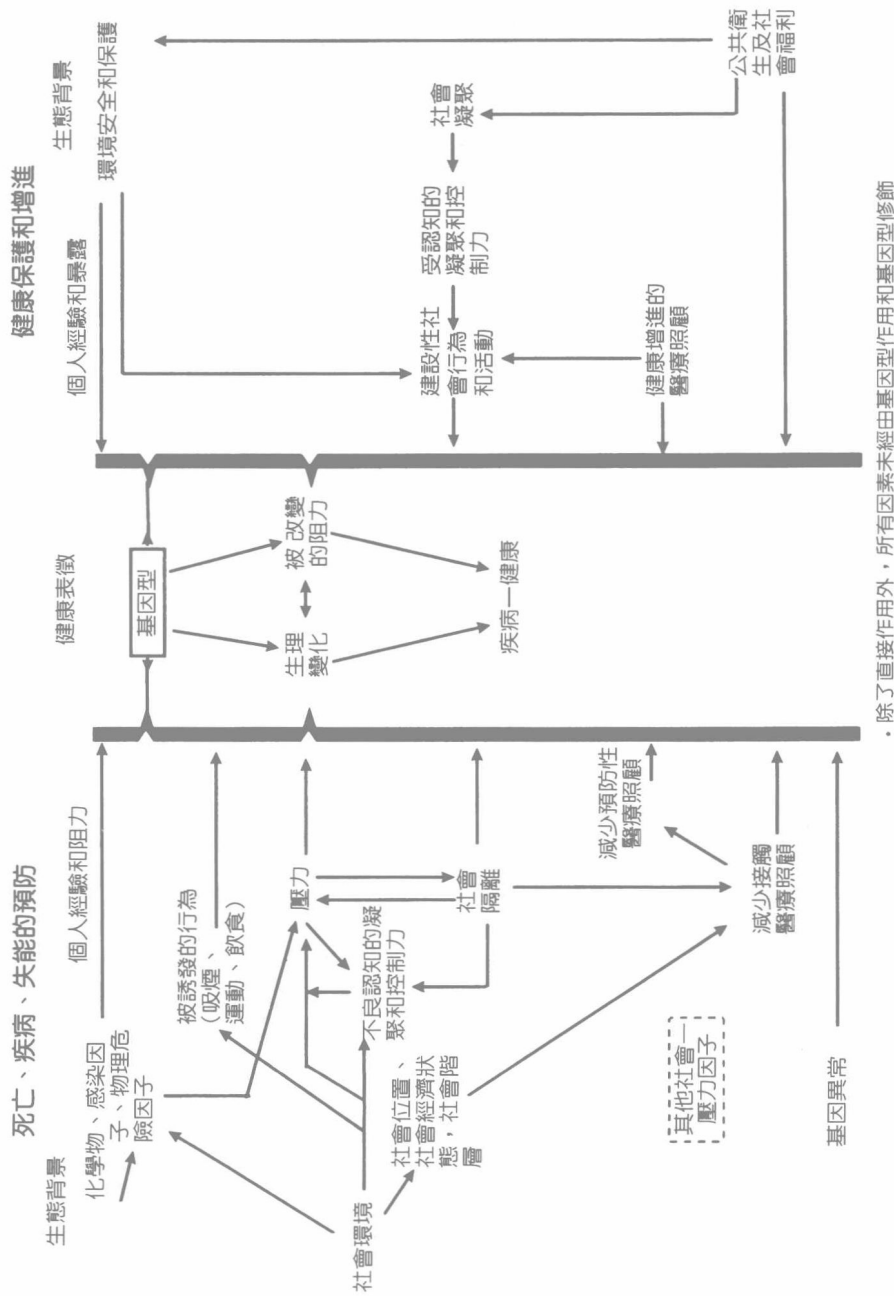


圖 1.1 健康狀態的決定因子。資料來源：Starfield (1973)。

他的決定因子--社會和個體環境、個人行為、和醫療服務（醫療行為）--重疊在基因構造（基因型）之上，如同圖 1.1 所示。在這張圖中，個體和群體的健康決定在他們的基因，但是會被社會和個體環境、文化和社會決定的行為、和提供醫療照顧的本質三者所大大的影響。

圖 1.2 是根據現今的知識，提供了這些主要決定因子可能的路徑。這個因果關係的連結是非常複雜的。它含有前提因子，如環境背景、社會情況和社會關係，還有遺傳的危險因子。這些因子，有些是直接作用（如受污染的水或家中的危險），有些因子則是間接的作用，也就是透過一些中間因子，如行為、社會壓力、社會隔離、和接觸醫療照顧的機會。所有的危險因子以各式各樣的方式（大多數的方式仍未知）互相作用，對健康造成影響。

有關健康決定因子的看法是和個人以及個人所聚集而成的群體相配的。這是說，群體的健康情形是由同樣影響社會生態層次（即群體層次）的因子決定，較不是由個體層次決定。所以，一個社區的健康情形，是由代表這個社區的環境、代表群體的行為、和在此社區內的凝聚感和社會凝聚力的程度所共同決定的。同樣的情形在社會情況中也可見到。社會情況亦即群體間收入和財富的程度、社區內一般的教育程度、和所有成員間可有的工作機會。



· 除了直接作用外，所有因素未經由基因型作用和基因型修飾

圖 1.2 健康和疾病的決定因子。修改自：Starfield (1990)。