

莊欣怡科長：

主席、各位長官、同仁以及醫界的夥伴大家好，今天是我们讀書會的第十場，今天因為署長公出，由承保組江姝靚組長代理主持，我們先請主席為我們說話，謝謝。

江姝靚組長：

謝謝大家，大家早安，很辛苦喔，一早就要來聽這個，可是我覺得早起的鳥兒有蟲吃。我們今天是承保組來導讀這篇，那我們先介紹主講人逸青視察，其實在這部分承保收入面對於醫療這部分或許有一些不是那麼專精，可是我們有努力去學習，那我很感謝逸青今天準備了非常豐富的資料來跟我們分享，那我想我們就開始讀書會。

林逸青視察：

各位長官、同仁、醫界的夥伴大家好，我是承保組的逸青，今天很高興有機會跟大家分享understanding value-based healthcare的第九章：「初級照護匱乏危機：失去傳遞價值的機會」，其實本書的前幾章常提到以數量的支付制度會對醫療系統有許多影響，本章也會說明到這其實也是造成初級照護匱乏的原因。

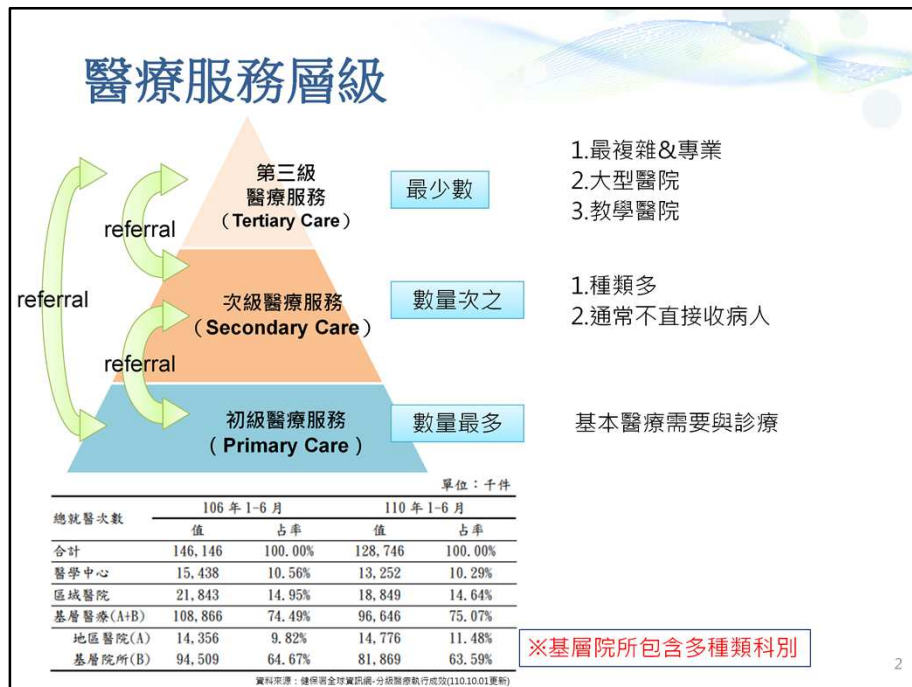
那本章開頭的話，循例也是先用病人與醫師的故事開頭，之後才來論述作者的觀點跟目前美國醫療體系會遇到的問題。

大綱

- 1 醫療服務層級與病人初級照護方式的改變
- 2 初級照護(Primary Care)對傳遞價值的重要性
- 3 供需失衡(The Supply/Demand Mismatch)
- 4 重振初級照護勞動力管道與非醫師的救援
- 5 初級照護短缺造成的成本與改革的必要性
- 6 重新設計照護提供模式與以病人為中心的醫療之家

1

這是今天的報告大綱。



首先是醫療服務層級的部分，可能各位都相當清楚，但我還是快速瀏覽一下，醫療服務層級會分為三個層級：初級、次級跟第三級醫療。

初級醫療服務是指病人在第一線最先遇到的服務跟診療，通常會由家醫或GP在院所提供治療。

次級醫療服務主要由專科醫師提供，種類較多，在美國通常不直接接收病人，是需要透過轉診。

那第三級醫療服務的話，相對於三個層級的醫療服務是最為專業跟複雜的，通常會在大型醫院，這些大型醫院也會擔負著教學醫院的責任，肩負科學研究跟培養後續新進醫護人員的責任。

左下角這邊的話是本署分級醫療專區的統計，我們會定期去做更新，其實可以看到今年上半年比106年同期就醫次數其實下降了約12%，在基層醫療的部分目前約75%，在醫學中心跟區域醫院有些微下降。

初級照護的介紹

➤ 初級照護 (Primary care) (初級醫療)

醫療人員日常提供的健康照護：
病人與醫師間的**初步診療**、後續主要醫療照顧者
涵蓋治療和預防性保健及衛生教育
在病人有需要時，轉介專科醫師治療

Primary care
第一線照護



➤ Primary care提供者依地區法令而有差異：

初級照護醫師 ✓

專科護理師(NP)

醫師助理(PA)

護理師

藥師

醫療相關團隊

美國大部分醫師選擇從事專科而非初級照護

Physician Type	Number of Physicians	Percent of Primary Care Physicians	Percent of Total
Total Physicians	699,670	-	100.0%
Non-Primary Care Physicians	476,546	-	68.1%
Total Primary Care Physicians	223,125	100.0%	31.9%
Family Physicians	88,197	39.5%	12.6%
Geriatrics	4,170	1.9%	0.6%
General Practice	6,097	2.7%	0.9%
General Internal Medicine	77,068	34.5%	11.0%
General Pediatrics	47,593	21.3%	6.8%

Source: American Medical Association (AMA) Physician Masterfile (2017)

3

因為本章都環繞著primary care，primary care指的就是醫療人員日常提供的健康照護，是最先在病人跟醫療機構之間第一線的服務，後續如果有需要的時候，其實也會由初級照護的提供者轉介到後續的專科醫師。

作者在這邊有提到說，初級照護提供者會依地區法令不同而有些許差異，但其實在美國3/4是由初級照護醫師提供，其他也有專科護理師或是醫師助理，在後續的投影片都會有詳細的說明。

但是作者這邊點到一個問題，就是美國大部分醫師會選擇從事專科而不是初級照護，目前僅31.9%從事初級照護，相對較少。

病人初級照護方式的改變-1

Dr. Jones-初級照護醫師

簡短問診
偶爾電訪

helpless 感到挫折

Mr. White-Heart failure病人



After -以病人為中心的醫療之家

團隊照護→更好處理過程
就醫間隔→更多醫病接觸

團隊醫師助理-健康教練
每週電訪Mr. White討論症狀、藥物及其他問題



NSHC定義
健康教練(Health coach)「指引慢性病或中到高度健康風險者」
保健教練(Wellness coach)「指引健康但期望維持或提升者」

4

接下來開始本章的第一個故事，Dr. Jones是一名心臟衰竭病人Mr. White的初級照護醫師，他7年前認識White先生，多年來透過簡短問診跟偶爾電話訪談，都沒有辦法幫助White先生有效的離開醫院。

原因從右邊的流程圖可以看到White先生這七年來遇到的問題，其實就是重覆的住院、診療然後出院，再繼續住院。

當這間診所決定執行初級照護創新後，採取“以病人為中心的醫療之家”，透過兩種方式，第一個是團隊照護，帶來更好的處理過程跟就醫間隔間帶來更多的醫病接觸。

這個團隊決定由團隊的醫師助理，同時也是一名健康教練，他每周透過保留的時間跟White先生電訪，了解他遇到的問題，在數周後這些措施就有效的幫助到White先生，讓他不必再繼續困在這個循環裡面。

病人初級照護方式的改變-2

相關文獻- 初級照護提供者 ↑ 病人體驗 ↑ 住院率 ↓
 基層醫師比例 ↑ 醫療品質 ↑ 死亡率 ↓ 醫療費用 ↓

(Starfield 1994) · (Shi 1994; Shi and Starfield 2000, 2001; Shi et al. 2003) · (Parchman and Culler 1994) · (Franks et al. 1998)

Unfortunately

主要支付結構沒有納入初級照護部份重要服務
 (ex. 疾病外診斷、諮詢和照護協調)



越來越多的診療數量 →
 職業倦怠和更少受訓者選擇該職業的循環

Fortunately

少數地方開始採「醫療之家」醫療專業團隊；
 與當地保險人夥伴關係，支援照護模式創新。

Near future

透過面訪、電子郵件、電話、照護團隊
 → 照顧大量病人

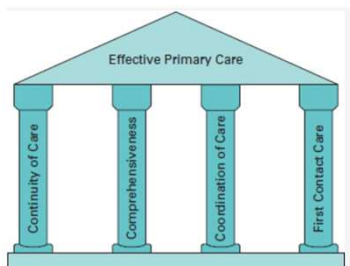
5

所以從前面的故事我們可以知道初級照護提供者可以幫到病人許多，也有相關文獻提到，初級照護者跟基層醫師比例增加的時候，病人體驗跟醫療品質是上升的，在住院率、死亡率與醫療費用是以下降的。

但是不幸的是，美國目前的支付結構並沒有納入初級照護中部分的重要服務，像是疾病外的診斷、諮詢或照護協調，這會導致初級照護提供者每天面對越來越多診療量，進而導致他們落入職業倦怠跟更少受訓者會選擇這個職業的循環。

幸運的是，目前美國少數地方開始採取醫療之家的醫療專業團隊，透過團隊的照護幫助病人，也開始與當地保險人採取夥伴關係，支援照護模式創新，希望在不久的將來，可以透過面訪、電子郵件、電話或照護團隊，有效照顧大量病人。

初級照護對傳遞價值的重要性-1



Source: Christopher Moriates, Vineet Arora, Neel Shah:
Understanding Value-Based Healthcare:
www.accessmedicine.com
Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.

初級照護是多數富裕國家，包含美國的高價值醫療照護系統基礎。

儘管初級照護已經被證明有益，但當談到美國醫療照護系統整體構成時，總是較晚列入討論。

1. Continuity of Care Over Time
2. Comprehensiveness
3. Coordination of Care
4. First-Contact Care

家庭醫師的3C2A

1. 持續性 (continuing)
2. 周全性 (comprehensive)
3. 協調性 (coordinated)
4. 可近性 (accessible)
5. 負責性 (accountable)

6

前面提到初級照護帶來的幫助後，接下來作者開始談到初級照護對價值傳遞的重要性。初級照護其實是目前世界上多數富裕國家，包含美國的高價值醫療照護系統基礎，但是儘管初級照護已被證實有所幫助，但當談到整個醫療體系的時候，往往都是比較晚才會被談論到的。

根據已故衛生政策專家 Barbara Starfield 提出初級照護的四大支柱，這四大支柱也是本章節作者想要強調、環繞的重點，這四大支柱在後面的投影片都會有比較詳細的說明。

看到這四大支柱會發現說這跟我們看到家庭醫師的3C2A有點像，其實在前面三個直接對應起來外，第四個First-Contact Care其實就是3C2A的可近性accessible，然後第五個負責性的話，是近幾年文獻比較常出現的“社會責任”(Social Accountability)。

初級照護對傳遞價值的重要性-2

➤ First-Contact Care?

越多無法適時獲得初級照護者，
而是去急診室 (ED)

Emory University-Stephen Pitts 博士：

2/3 急診在下班後或週末發生



110.9.13~110.9.19 基層診所開診率

週一	週二	週三	週四	週五	週六	週日
97%	98%	97%	96%	98%	30%	6%

研究估計，適時獲得初級照護，可避免50%急診

➤ Continuity of Care

多數病人喜歡連續性照護：對其醫療人員和門診滿意度有關

可減少住院、降低成本和降低總體死亡率



美國醫療照護系統目前缺乏：

1. 足夠的醫療人員
2. 完整的照護系統

7

首次接觸照護是指病人首次接觸到醫療機構時，就可以獲得適當的初級照護，但是在美國其實越來越多人沒有辦法適時的獲得初級照護，在1997到2007年，美國的急診次數上升了23%，尤其是Medicaid補助者急診次數更上升了84%，急診會比初級照護昂貴，更造成醫療資源的浪費。

Emory大學的 Stephen Pitts 博士指出，2/3的急診會在下班後或週末發生，這其實並不奇怪，因為美國在這時段開診的初級照護機構只有29%，英國是89%，荷蘭是97%。

這邊查了一下目前9月13日到19日，我們平日開診率都有96%以上，那假日的話也稍微偏低一點點，有研究估計，如果真的可以適時獲得初級照護，其實可以避免近一半的急診。

在照護的連續性方面，病人會覺得有照護的連續性能對他們的病情有所幫助，除了會讓醫療人員跟門診滿意度提高之外，也有研究顯示可以真的減少住院跟降低成本以及總死亡率，但是要有照護的連續性，第一個會需要有足夠的醫療人員，第二個是完整的照護系統，這是作者在本章節點出來目前美國醫療體系中所缺乏的。

初級照護對傳遞價值的重要性-3

- Comprehensiveness—美國能透過周全性減少轉診給專科醫師的需求？



與其他富裕國家相比，美國更容易轉診至專科醫師

1. 一半專科醫師—常規問診和預防保健服務。
2. 專科醫師傾向開立昂貴檢查、治療和藥物。(原廠藥vs學名藥)

- Coordination of Care –各種環境配合管理病人需求
國際調查顯示—美國初級照護病人擁有最佳的護理協調

But

美國有複雜護理需求且最能受益者，也最不可能獲得完整初級照護。

- 四大支柱提供更高價值的整體照護
1. 總死亡率
 2. 可預防住院率
 3. Medicare spending

初級照護逐年面臨越來越多挑戰：

1. 需求不斷增長
2. 勞動力短缺日益嚴重
3. 不重視初級照護服務的支付制度

8

那美國是不是可以真的透過剛剛前面提到的周全性，來減少轉診給專科醫師的需求？因為周全性可以去處理相當多的問題。那答案其實可能是沒有的，因為跟其他富裕國家相比，美國相對更容易轉診到專科醫師，因為美國有一半的專科醫師，是為了常規問診跟預防保健服務而工作著，但這些工作其實應該是初級照護提供者的責任。

第二個是專科醫師其實會傾向開立比較貴的檢查。在一項研究中指出，心臟病的專科醫師會比一般科醫師，在當有學名藥可以用的時候，心臟專科醫師會更容易去開出原廠藥。

在協調性部分的話，有一項國際調查顯示，美國的初級照護病人擁有最佳的護理協調。但是作者在這邊特別點到，這些美國有複雜照護需求，且真的可以受益的人，其實也最不可能獲得完整的初級照護，這邊在後面的投影片會再做說明。

所以如果真的可以完成四大支柱的話，是可以提供更高價值的整體照護。但是初級照護在美國面臨越來越多的挑戰，包含了需求不斷增加、還有勞動力短缺、跟不重視初級照護服務的支付制度，就是沒有納入疾病外診斷、諮詢或是照護協調等等，相對比較不重視初級照護。

供需失衡(The Supply/Demand Mismatch)-1

美國對初級照護需求穩步增長，且預期會**加速增長**

人口老化

日益複雜
照護需求

ACA

減少未納保人數、降低整體醫療花費
提升健康照護成效、簡化醫療服務
Medicaid擴大計畫 (Medicaid expansion)
醫療保險交易所 (Health insurance exchanges)



➤ 初級照護提供者**分布不均**，農村和醫療服務不足地區的短缺程度更高

農村和醫療服務較缺乏地區：2005~2025年預計增加 29%。
ACA→Massachusetts社區衛生中心照護病人數增加 31%。
但初級照護醫師沒有增加。



9

那前面提到初級照護的重要性之後，這邊作者開始點到目前初級照護遇到的問題。

就是美國初級照護需求穩步生長，是因為人口老化跟日益複雜的照護需求，而且在《平價醫療法案》(ACA)擴大保險後，需求更會激增，初級照護目前面臨分配不均的問題，在醫療服務短缺地方的缺乏現象會更為嚴重。

在農村和醫療服務缺乏地區，2005到2025年醫療照護需求預計增加29%，在ACA實施後，Massachusetts州的社區衛生中心照護病人數增加31%，但初級照護醫師數並沒有增加，所以每個醫師相對需要負擔的病人數就更多了。

供需失衡(The Supply/Demand Mismatch)-2

➤ 需要多少初級照護提供者滿足不斷增長的需求？



特徵1. 排除非醫師提供者(醫師占美國初級照護75%以上)
特徵2. 需求將遠超供給，初級照護人力嚴重短缺

➤ 流出過多

越來越多提前退休或轉向兼職工作

1. 照護要求更高
2. 時間壓力更大
3. 工作環境紊亂
4. 監管力道增加
5. 勞動力老齡化

$\frac{1}{3}$ Retire
(2014起10年內)



By 2033, we project:

✓ A shortage of primary care physicians of between 21,400 and 55,200.

Source: June 2020 Prepared for the AAMC by JHS Markit Ltd.



10

那需要多少初級照護提供者來面對這些不斷增長的需求呢？其實，有許多許多的研究報告，但作者主要歸納出兩點。

第一點是這些報告都排除非醫師的提供者，因為醫師其實佔美國初級照護供給的3/4以上，所以研究報告都會比較重視醫師。那第二點是，不管是哪一份研究報告，其實都可以看到需求會遠超過供給，美國會面臨初級照護人力的嚴重短缺。

AAMC在2020年的一項統計，提到在2033年，美國會面臨21,400~55,200的初級照護提供者缺乏。

目前面臨流出過多，就是越來越多初級照護提供者會選擇提前退休，或者是轉向兼職工作，原因有照護要求更高、時間壓力更大、工作環境混亂跟監管力道的增加，那最後也包含了勞動力的老化。

在2014年的一項統計，在十年內會有1/3的初級照護醫師會到達退休年齡，在2018年的時候，這比率已經從1/3提高到40%。

在另外一項研究指出，醫師會比一般人更容易有倦怠症狀，還有對工作與生活的不滿意，尤其是初級照護醫師，又相對的比專科醫師更容易發生，大概有50%，就是兩個人中就有一個人。

剛剛前面提到勞動力老化，當勞動力老化的時候，年長醫師更容易受到這些倦怠症狀的影響，更可能選擇提前退休而不是延後退休，所以前面提到缺乏的問題可能會更為嚴重。

供需失衡(The Supply/Demand Mismatch)-3

➤ 流入不足

擴大勞動力？

ANS：讓更多醫學院學生加入

BUT：越來越不可能

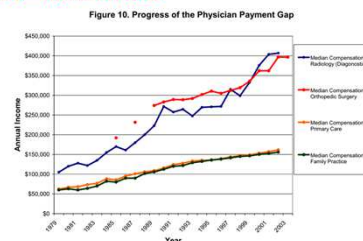
醫學院畢業生選擇初級照護職業，自 1980 年代以來下降近 25%



Bad-mouthing(對初級照護臨床經驗不滿)

1. 初級照護醫師的倦怠
2. 學校文化(約8%)、臨床體驗
3. 初級照護執業的投資回報顯著降低

專科醫師收入是初級照護醫師 **267%**
醫學畢業生平均就學貸款為16萬至20萬美元



11

因為剛剛前面提到初級照護提供的缺乏，那是不是有辦法去擴大勞動力，來讓更多的醫學系學生加入呢？

答案其實是越來越不太可能的。因為作者提到在1980年代以來，醫學系的畢業生會選擇初級照護職業，已經下降25%，原因是Bad-mouthing，就是他們對於初級照護經驗的不滿，或者是學校說壞話的文化，因為他們會觀察到初級照護醫師的倦怠，就相對比較不願意選擇，或者是學校老師會提到，只有優秀跟比較聰明的人，才可以當專科醫師，所以他們都會往這個目標去邁進。

其實更大的影響可能是初級照護職業的投資回報顯著的降低，最直接的就是專科醫師收入是初級照護醫師的2.67倍，也因為醫學系畢業生平均有16萬美元到20萬美元的教育貸款，所以他們當然會選擇比較高收入職業去服務。

重振初級照護勞動力管道-1

➤ 要擴張初級照護團隊需要什麼？

- 1 收入達專科醫師 **70%** \$
- 2 受訓者 貸款減免 (HRSA提供貸款減免和工資補貼) 2008~2013成長**200%**
- 3 醫學院改變-招生政策的變化 (擴大公立醫學院·優先考慮醫療服務不足與非城市地區)

➤ HRSA提高初級照護培訓待遇

BUT 資金流經醫院·門診培訓重視度較住院培訓低·導致畢業生在門診醫療培訓不足

ANS 改革資助方式
1. 鼓勵門診培訓
2. 改善診所實際照護

學習協作加速實習照護和臨床醫療培訓-2003(I3協作)改善 10 個初級照護慢性病管理步驟
有效改善糖尿病和congestive heart failure(CHF)·其中CHF住院人數減少**380%**

12

如果我們要擴張初級照護團隊會需要什麼？美國的衛生及公共服務部曾提到，收入至少要達到專科醫師的70%。第二個是可以提供對初級照護提供者的貸款減免。最後是在醫學院層面做出改變，例如招生政策的變化，可以擴大公立醫學院，因為公立醫學院的學生，相對比私立醫學院的學生更會優先去考慮到醫療服務不足地方去服務。

也因為HRSA有提高初級照護培訓待遇，所以狀況相對有緩解，但是因為資金流經醫院，醫院在門診培訓度比住院培訓低，導致畢業生在門診的培訓還是不足，改革方式作者提到可以鼓勵門診培訓跟改善協作，下面也有舉例說，在心臟衰竭部分，住院人數可以減少接近四倍。

重振初級照護勞動力管道-2

振興初級照護

Not only 解決醫師短缺

but also 招募非醫師提供者



通過**團隊**提供初級照護(非醫師提供者、護理師、藥劑師、社會工作者和醫師助理)

需要**放寬執業範圍法律**和**支付改革**(可在預防保健和慢性病照護服務提昇初級照護覆蓋率)

初級照護轉型面對的挑戰：

1. 傳統上孤立的培訓方法
2. 日益龐大的**團隊間協調**造成**低效率和高成本**
3. 引起將**醫師跟病人**隔離擔憂



病人滿意度
醫病關係
病人安全
受訓者對初級照護
職業的興趣

能確定的是，當前初級照護提供模式岌岌可危

13

如果我們要提振興初級照護，其實不只是一定要解決醫師短缺的問題，作者很大一塊也提到要招募非醫師的提供者，雖然目前只有1/4。

其實可以透過團隊提供初級照護，但是要透過非醫師的提供者，會面臨第一個問題就是需要先放寬執業範圍法律，跟支付改革，所以在初級照護轉型會面對到的挑戰有三點，第一個就是傳統上孤立的培訓方法，因為不同專業間在培訓期間沒有接觸。第二個是剛剛前面提到的團隊醫療，團隊如果越來越大，其實一定會有一些額外造成的低效率，或者是高成本，影響到目前的工作。第三個是初級照護提供者介於醫師跟病人間，其實有可能大家會在意病人跟醫師被隔離，可能會衍生一些醫病的問題。

但是作者在這邊也提到說，這些問題跟造成的結果關係其實是不確定的。但是作者可以確定的是，如果繼續維持目前的初級照護提供模式是岌岌可危的，就是對於那些關係彼此影響不確定，但是可以確定的是，如果照現在這樣下去，其實是會有問題的。

非醫師的救援(Non-MDs to the rescue)-1

- 專科護理師(NPs)和醫師助理(PAs)數量較少，但可在醫療服務不足或鄉村地區提供初級照護服務。



- 職責依各州法律規定
解釋檢查結果、診斷疾病、協助手術、記錄病史、開藥、擬訂和執行病人治療計劃、為病人提供預防性建議和諮詢等。可在基層醫療機構或大型醫院工作。

Employment projections data for physician assistants, 2020-30

Occupational Title	SOC Code	Employment, 2020	Projected Employment, 2030	Change, 2020-30	
				Percent	Numeric
Physician assistants	29-1071	129,400	169,500	31	40,100

SOURCE: U.S. Bureau of Labor Statistics, Employment Projections program

14

所以非醫師的救援，作者提到兩個職業，第一個是專科護理師跟醫師助理，雖然數量比較少，但可以相對選擇在醫療服務不足地區服務，職責會依各州法律規定而有所不同，主要有解釋檢查結果，或者是診斷疾病跟協助手術，但他們也可以在基層醫療機構或大型醫院工作。

美國勞工統計局統計，在2020-2030年間，醫師助理工作人數預計增加31%，其他職業增加率的中位數只有8%，所以醫師助理這個工作未來會增加滿多。

非醫師的救援(Non-MDs to the rescue)-2

- 與醫師相同，越來越少NP與PA進入初級照護職業：

$\frac{1}{2}$ NP、 $\frac{1}{3}$ PA Engage in *Primary care*

- 執業法律和支付制度限制業務範圍

僅部分州允許 NP 獨立執業，其他州則要求醫師在場或於一定時間內檢視，

Missouri，當NP診療新病人時，醫師要於看診後 2 週內複診。



Policy

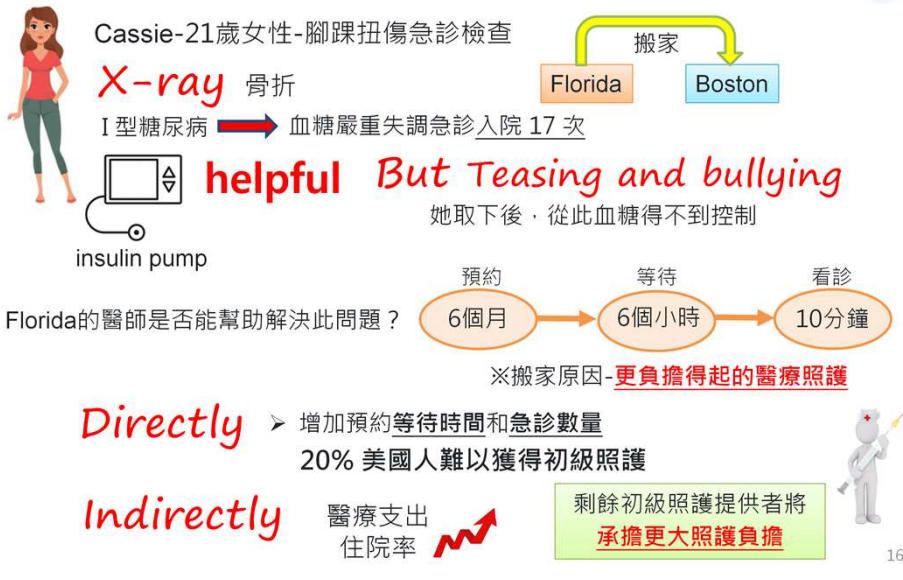
使NP彌補初級照護人力短缺

即使更全面將NP與PA納入，
但預期初級照護人力佔人口比例仍將隨著時間下降。

15

但是與醫師相同，越來越少NP和PA進入初級照護職業，因為遇到執業法律限制業務範圍，在Missouri州當專科護理師診療一位新的病人時，會要求醫師在兩週內複診，所以作者提到需要修改一些政策，讓專科護理師更能去彌補目前遇到初級照護人力短缺，但即使更全面將NP跟PA納入，其實初級照護人力佔人口比例還是會隨著時間下降，還是不夠的。

初級照護短缺造成的成本



作者這邊點到了第二個故事，當初級照護提供不夠的時候，會衍生哪些成本？Cassie是一位21歲的女性，因為腳踝扭傷去急診，X光照出來是骨折，她其實7歲就被診斷有第一型糖尿病，所以中間也去急診17次，她最近剛從Florida搬到Boston。

在這個故事裡面有提到胰島素幫浦可以有效幫助控制她的糖尿病，但是她在高中的時候，因為胰島素幫浦要裝在身上，造成衣服不合身而被取笑，最後選擇把它拿下來，從此血糖得不到控制。

當問到Florida的醫師可不可以解決這個問題時？她笑了一下，她說，Florida為窮人提供的醫療計劃，需要先等待六個月的時間預約，然後當天再等待六個小時，最後只能看診十分鐘，所以她覺得這不太值得，搬家原因點出其實是波士頓提供的醫療照護是她更負擔得起的。

所以直接的成本我們可以知道，初級照護提供不足的時候，會增加預約的等待時間跟急診數量。目前有約20%的美國人難以獲得適當的初級照護。間接的話，就是在醫療支出跟住院率會上升。

初級照護投資不足和支付制度改革必要性-1

Obstacles to primary care

➢ 按服務收費的支付制度-獎勵執行手術

→ 診療時間短、提供者倦怠率高、照護結果較差

➢ Medicare(1992)開始根據「相對價值量表」支付標準提供報酬

RVS Update Committee (RUC)

選擇的價值會影響
整個美國醫療保健系統

1995 ~ 2005 年 診療價值 \downarrow 手術報酬 \uparrow 手術數量 \uparrow

數量勝過品質 → 不支付初級照護服務

17

初級照護面臨的主要障礙，其實是按服務收費的支付制度，因為這只會獎勵手術的提供者，會造成初級照護提供的診療時間短、倦怠率高，跟照護結果較差。

Medicare在1992年開始根據相對價值量表的支付標準來提供報酬，相對價值量表是由相對價值委員會決定。作者提到這個委員會其實初級照護提供者的代表佔相當少數，而且這個委員會選擇的價值是會影響整個美國的醫療保健系統。

所以在1995到2005年間，診療的價值其實沒有增加，但是手術的報酬跟數量都顯著上升，造成有數量勝過品質，是因為有部分的初級照護服務，並沒有獲得應該要獲得的支付。這在後面第15章時會跟大家做說明。

初級照護投資不足和支付制度改革必要性-2

美國內科學會主席 Richard Baron 觀察到醫師的日常：



➤ 這些活動與照護協調和病人健康關聯性高—



RUC只重視醫師在問診中提供的服務，
花時間照顧診間外病人的創新初級照護服務不會得到支付。

➤ Medicare從 2014 年開始支付部分照護協調活動，
但行政和文書工作也更加繁重，部分初級照護服務仍持續無償提供。

➤ 初級照護轉型必須持續獲得捐款或補貼

However 初級照護機構不太可能願意或能找到額外財源

18

美國內科學會主席觀察到醫師的日常，每天需要打23.7通電話、16.8封電子郵件、開立12.1個處方藥，這些活動都跟病人健康相當有關，但因為相對價值委員會只重視醫師在診間提供的服務，所以這些活動其實都沒有獲得支付。

初級照護轉型必須獲得持續的捐款，但是作者提到初級照護機構不太可能真的願意，或是有辦法找到額外財源支應。

透過改變使管道暢通-1

➤ 在美國，試圖改以**價值支付**取代**數量支付**

責任醫療機構 (ACO) 和以病人為中心的醫療之家 (PCMH) 出現

① 主動管理病人的健康，防止不必要的成本發生。

② 越來越多商業保險業者、以州為基礎的醫療改革、國防部及

Medicare.gov **And** Medicaid.gov 增加對初級照護的投資

診察費
照護協調費
品質改進獎金



每年為初級照護提供者帶來
高達 91,000 美元的額外收入

初級照護資金投入可能仍不足，因為初級照護醫師收入僅專科醫師一半

19

美國試圖改以價值支付取代數量支付，責任醫療機構跟以病人為中心的醫療之家(PCMH)出現，開始主動管理病人的健康，防止不必要成本發生，越來越多商業保險業者跟以州為基礎的醫療改革，還有Medicare跟Medicaid增加對初級照護的投資。

透過診察費跟相關獎金每年可以為初級照護提供者帶來91,000美元的額外收入，但其實資金投入可能還是不足，因為初級照護醫師的收入還是只有到達專科醫師的一半，不足前面投影片提到的70%。

透過改變使管道暢通-2



保留按服務量的支付制度，
可能無法改變混亂的“hamster wheel”

基層醫療支付改革—必須打破以數量為基礎的支付模式，改採綜合支付制度

➢ 支付結構轉型需要配合在地因素和資源： **允許自行選擇臨床品質改進項目**

➢ 較大的醫療保險支付者改革速度緩慢 **SLOW**

退出傳統第三方支付模式—與病人和雇主建立直接財務關係

禮賓服務

直接初級照護

similar



預定的保留費

更好的預約機制

(通常非保險給付範圍)



對負擔得起費用者意味著獲得**更好的初級照護**；
但造成提供者可服務對象更侷限，導致**更嚴重初級照護人力短缺**。

20

而且目前保留按服務量的支付制度，沒有辦法改變診所仍然每天追求診療量，然後一樣會造成有職業倦怠的問題。作者提到必須打破數量為基礎的支付模式改採綜合支付制度。支付結構轉型也應該要依美國各州的不同，允許各州自行選擇臨床品質改進項目。

較大醫療保險支付業者，改革速度相對都會比較緩慢，所以開始有些醫療機構，直接透過和病人或雇主的財務直接連結，不透過傳統第三方支付，開始出現禮賓服務與直接初級照護，相同的地方都是帶來了更好的預約機制，例如用電話或者電子郵件預約，付一定的保留費，這保留費通常不是保險給付範圍，所以對負擔得起的民眾、病人，意味著更好的初級照護可能就是完成前面四大支柱的一環，但其實也可能讓初級照護提供者服務的對象更加局限，造成初級照護人力更嚴重的短缺。

支付改革和重新設計照護提供模式-1

許多醫療照護系統重新設計照護提供模式，以提供更高價值的照護：

Table 9-1 Primary care problems and innovations

Problem	Innovation
Unplanned visits with overfull agendas	Previsit planning Preappointment laboratory tests
Inadequate support to meet the patient demand for care	Sharing the care Expanded nurse or medical assistant rooming protocol Standing orders Extended responsibility for health coaching, care coordination, and integrated behavioral health to nonphysician members of the team Team responsibility for panel management
Great amounts of time spent documenting and complying with administrative and regulatory requirements	Scribing Assistant order entry Standardized prescription renewal
Computerized technology that pushes more work to the physician	In-box management Verbal messaging
Teams that function poorly and complicate rather than simplify the work	Improving team communication through: Co-location Huddles Regular team meetings Improving team functioning Systems planning Work flow mapping

Source: Reproduced, with permission, from Sinsky CA et al. In search of joy in practice: A report of 23 high-functioning primary care practices. *Ann Fam Med*. 2013;11(3):272-278.

Group Health-
華盛頓州醫療保健機構初級照護轉變後21個月觀察到：
Unnecessary ED ↓29%
住院人數 ↓6%

Southcentral Foundation-
阿拉斯加從1999年開始初級照護轉型之旅：
ED跟住院人數 ↓50%

Have a lot in common :

1. Continuity of Care Over Time
2. Comprehensiveness
3. Coordination of Care
4. First-Contact Care (**accessibility**)

無法達成可及性—更多急診與死亡率
和糟糕的病人體驗。

21

許多的醫療照護系統有重新設計照護提供模式，在華盛頓州的醫療保健機構，在初級照護創新之後，21個月內就發現不必要急診降低29%，住院人數下降6%，而在阿拉斯加州的初級照護機構，則是發現急診跟住院人數都下降50%，其實在這兩家機構可以發現一些共通點，就是都有做到前面提到的四大支柱。

支付改革和重新設計照護提供模式-2

- **供需間搭配** (可用預約) 防止冗長等候名單
尤其是管理**慢性病患者**，如糖尿病和充血性心臟衰竭。

- **Wagner博士-慢性病照護模型**：
 1. **替代接觸** 取代診間問診，團隊主動提供慢性病管理
 2. 結合**基本特性** 實施高品質慢性病管理：
 - (1). 提供者支持
 - (2). 臨床資訊系統
 - (3). 促進病人提出自我管理的承諾
 - (4). 醫療保健組織
 - (5). 參與社區資源



- 主動照護應包含**預防性照護**：
非醫師成員發揮重要作用-持續追蹤病人資料，提醒自我健康管理
EX. 癌症篩檢、疫苗接種及慢性病管理如糖尿病檢測

22

剛剛第二個故事的Cassie可以知道，就算有預約可能當天也是要等待六個小時相當久，所以其實可以透過供需間的搭配來防止冗長的等候名單，尤其是在管理慢性病的患者。

美國衛生研究院的Wagner博士，提出慢性病照護模型，裡面提到兩點，第一點是由替代接觸來取代診間問診，團隊應該主動提供慢性病管理。第二點是結合病人的基本特性，實施高品質的慢性病管理。

支付改革和重新設計照護提供模式-3

※一小部分病人經常佔特定地區整體醫療支出很大部分

高利用者 ← 熱點 → 大幅降低住院率和 ED 數量

高風險病人提供跨科照護，重視病人心理問題(如生活型態、心理健康和藥物濫用)，需團隊非醫師全天候支持。



病人和醫療服務準確數據
-電子健康紀錄 (EHR)



新墨西哥州ECHO、舊金山地區醫院eReferral—
專科醫師與初級照護提供者線上溝通平台



視訊會議促進醫療服務不足地區獲得專業藥物和治療機會，減少病人昂貴交通花費。

治癒率與單獨由專科醫師治療一樣(如C型肝炎)，讓專科醫師的預約等待時間減少一半。

23

一小部分的病人常常會佔特定地區醫療支出的很大一部分，就是有一些人其實有複雜的照護需求，針對有複雜照護需求者，如果主動去管理的話，是可以去降低後面的住院率跟急診數量。

但是我們要如何去發現這些病人，其實應該要透過病人跟醫療服務的準確數據，像說電子健康紀錄，有點類似我們健保署的統計資料，或者是雲端藥歷或是健康存摺。

在墨西哥州跟舊金山地區醫院有建立一個平台，提供專科醫師跟初級照護提供者的線上溝通平台，透過視訊會議可以幫助專科醫師跟初級照護提供者間做連結，減少病人昂貴的交通花費。在治癒率方面初級照護提供者表現跟單獨由專科醫師治療一樣，就是沒有比較差，也成功的讓專科醫師預約等待時間減少一半。

以病人為中心的醫療之家：初級照護的希望？

基層醫療專業組織(2007) · patient-centered-medical home(PCMH)

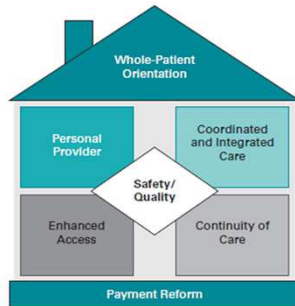


Figure 9-3. Components of the patient-centered medical home (PCMH)

每個病人都有：
醫師、醫師指導的醫療指引、全人照護、
照護協調、強化後的問診和支付改革

AAP(1967)首次描述到medical home

PCMH特別的是，**主要利益關係人現在承認**醫療照護系統需要健全的初級照護

(大型企業、勞工組織、國家健康計劃和美國醫學協會的認可)

僅些微改善醫療人員和病人滿意度，且沒有節省總體成本 ?

該研究使用比 NCQA 更廣泛的 PCMH 定義

完全接受 PCMH 模型：

病人滿意度 ↑ 社群健康 ↑ 醫療成本 ↓

為達到Group Health和Southcentral Foundation初級照護改革，至少需要NCQA的PCMH水準

24

最後是PCMH，以病人為中心的醫療之家。提到每個病人都應該要有醫師跟醫師指導下的醫療指引跟全人照護，其實這個概念並不是一個新的概念，在1967年美國兒科學會就已經首次提到，但是當時沒有風行，直到最近因為主要利益相關人如大型企業或國家開始承認醫療系統真的需要健全的初級照護，所以目前在美國開始受重視。

但是作者這邊提到一項研究，這個研究裡面說PCMH只有些微改善醫療人員跟病人的滿意度，也沒有減少總體成本。作者針對這一點回應，這個研究使用比認證的PCMH更為廣泛定義，其實沒有符合PCMH模型，如果真的符合是可以讓病人滿意度，還有社群健康上升、醫療成本下降。所以我們可以知道，如果要達到前面兩家醫療照護機構的初級照護改革，至少會需要NCQA的PCMH水準以上。

作者結論與重點提示

Conclusion

初級照護轉型存在許多障礙，但仍勢在必行，健全的初級照護會提供許多利益。沒有初級照護基礎的醫療體系是一個正在下沉的體系，當沒有地方、州和國家層面的改革，美國醫療體系將繼續走向底部。幸好目前美國各地已逐漸參與初級照護的創新。

Key points

有初級照護為基礎的醫療保健系統能提供更多價值

有效的初級照護應由四大支柱組成

團隊照護可解決人力短缺並提高整體品質

創新初級照護成功案例證明醫療照護可以被重新設計

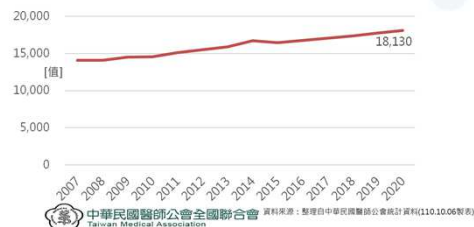
透過教育改革與照護服務轉型緊密結合，才能全面實施照護改革

25

這是作者本章提到的結論跟重點提示，在前面都有說明。

讀書心得與現況比較

1 基層診所執業醫師人數增加



2 醫療服務不足地區NP公費試辦

3 2020-參加家醫計畫：622群、收案會員574萬人、基層診所51.3%

家醫計畫- 基層醫療品質
民眾預防保健 ↑ 門診次數
↓ 急診率

4 COVID-19期間視訊診療院所增加

暫定期限：
至中央流行疫情指揮中
心解散日止

26

在讀完章節後，想要稍微講一下讀書心得跟現況比較。其實我們跟美國差異還滿大的，首先在基層診所執業醫師我們在2007到2020年已經有增加4,000多位，也因為我們台灣沒有強迫性的轉診制度，不會像美國一樣需要層層轉診上去，所以我們相對有可能在醫學中心那邊人力會比較匱乏。

第二點是今年是首年開始試辦「醫療服務不足地區的專科護理師公費試辦」，希望可以透過專科護理師去醫療服務不足的地區服務，緩解這些地方醫療人力缺乏的情形。

然後我看到健保改革日記2.0，裡面有一篇提到家醫計畫，其實這整個章節都跟家醫滿有關係的，家醫計畫有包含接近1/4的納保對象，但是我有稍微問一下身邊的人，如果非醫療相關背景的，可能對這個計畫還是稍微比較沒有那麼清楚，如果確實完成家醫計畫，是可以讓基層醫療品質上升，民眾預防保健意識也上升，在門診次數跟急診率部分可以下降。

最後是遠距診療部分，在COVID-19期間，我們目前公告可以接受視訊診療院所已經有超過11,000家，但是我們上面寫的視訊診療說明，暫定期限是到中央流行疫情指揮中心解散日止，所以這之後有沒有要持續推行，就可能還需要看看。



Thank
you!

那最後再講一下，其實這整個章節都跟我們的分級醫療看起來很相關，大家都知道我們分級醫療有六大策略，裡面其中三個有一半都是在講初級照護，所以相關性很高，我之前有時候會出去推廣健康存摺，其實會發現民眾都會回饋正向意見，因為他們會覺得多了一個管道可以知道自己的健康。從本章前面的兩個故事，我們可以發現說，在Cassie跟White先生，他們其實都是沒有遵循醫囑，就是沒有完全照醫生的話去做，可能是病識感相對比較低一點，所以其實我們如果真的可以提供更多管道讓他們注意自己的身體健康，應該也可以有效幫助他們。以上是我今天的報告，謝謝。