

蘇百弘

# 全民健康保險

# 醫院營運 與

五十九年七月十六日，聯合報第二版載：

〔本報霧峯十五日電〕台省府主席陳大慶，今天在省議會說，中央對於實施全民醫療保險制度，已有擬議，在近頒第二期社會建設四年計劃中，已列有「策劃實施國民健康保險」項目。

他在答覆省議員邱仕豐詢問時表示，擬議中的計劃，是先擬訂「國民健康保險暫行辦法」，由行政院核定試辦，然後根據試辦結果，擬訂「國民健康保險條例草案」，完成立法程序後，正式公布實施。「國民健康保險暫行辦法」，內政部已擬訂初稿，曾於今年初召集有關單位開會研討一次。

※ ※ ※

醫療福利是社會福利事業重要的一環，在政府的社會福利政策下，全國民健康保險是必然的方向。

政府年來推行「公教保險」「勞工保險」等德政，為「社會安全」推動了一大步。就民生言，政策本身擴大了社會福利事業的範疇，然則年來各方多所詬弊，何以故？就其實乃制度的釐定以及執行方面的不實有以致。

可以說「公教保險」和「勞工保險」就是全國人民之某部分人等之國家健康保險。但若我們的全民保險像現行勞保公保制度方法實行，無可諱言終將無法獲得多數醫師廣大群眾的支持與合作。勞保局現行設計的制度方法多數是供給資本雄厚的醫院獨佔。在這種情形下將會形成種種弊端，就如現行

的公保勞保制度下享有醫療保險的公教及勞工朋友，若是他們的服務機構或住家在偏僻地區，一旦患病卻求享受受保人的權利却不可得，因為在他們就近地區無所謂的勞保局或公保局指定的醫院來為他們服務。若要他們抱病前往有「指定」的大醫院求診，一則身體精神的痛苦，二則車馬費的負擔，他們也就寧可放棄受保人身分應享的權利而就近找醫生。就他們來說，每月所繳納的保險費是多餘的負擔，可是這確實是他們的義務，一隻看不見的巨靈手早就從那薄薄的薪水袋中抽去了。有什麼比忠誠的盡義務而臨到極需請求——哀求——讓他們享受權利時，不但不可得，且還得增加一倍的負擔，這種事情來得更不平的？這只是種種不平中的一點。因此我們希望在政府制定全民保險制度時，能多為全體醫師與全民的健康福利設想，確求全民保險之福利歸於全民，勿致未見其利反受其害，浪費國家人民的財力。

至於醫界本身的立場，擁護社會福利事業之政策，為消滅貧病，為造福人群，對社會對國民提供最佳服務，我們考慮到在實施全國民保險制度下，醫院營運制度之更新，以確實配合因全民保險制度所產生之種種需要。

首先我們談論全民保險對現行醫院營運制度之影響。

廿世紀是知識爆發的世紀，現在是群眾科學的

兼談所謂

醫  
師  
荒



時代。醫學的進步，新技術的發明，以及廣大群眾知識的增進，生活水準之提昇加上醫院本身之亟需突變，這些在在形成現行醫療、制度曝露問題的火線。更甚者，存在於醫療能量和醫療需求量之增加及質的提高間的差距以及醫療費用之昂貴使得大部門民衆負擔加重，於是構成了促使醫療服務營運系統變革的壓力。

全國民健康保險對國人來說應是一個很誘人的念頭。但從多方面考慮，這將有使現行醫院營運制度陷於癱瘓的可能。由於醫療需求之急遽而累積的產生使得我們原已支 的醫院設備、人力、物力將更形短缺。過度負荷的醫療需求量加之於簡陋的、不足的醫院設備將導致對病患的服務，在質與量上形成極端的差距。

現行醫療的重心在於醫師，或是獨立行醫或是集體行醫，病人從門診以至出院，就其間醫師乃最重要之醫療人員。在醫院和政府訂立國民健康保險契約成爲指定醫院後，以醫院原有的編制來承受劇增的求醫患者的壓力，由於醫院的設備是鑄形了，而醫療人員之編制又據設備而來，一旦過度的醫療負荷加之於醫院，除非醫院擴建，充實設備，繼之需要更多的醫療人員，否則醫院的人力、物力必呈短缺的現象。

醫療需求量的急劇增加是由於實行國民健康保險後，原本存在於醫院和求診人們間的一道節制關卡的廢除所致。原來病人入院診療需付診療費。診療費之付給很顯明地是爲了酬勞醫師，另有一個潛在但甚爲重要之作用，就是它無形中成爲進入醫院的病人數量的關卡。無人願意爲不需要之醫藥浪費，人們只在他真的病了才看醫生，也不管費用之多寡，人們病得愈厲害時，也就愈早去看醫師。於是，診療費也就發揮了它節制求診人數的功效。它減少健康無病的人入院求醫的人數，而保留醫師寶貴的時間和精力以及更多之醫院設備福利來提供真正需要醫師細心診療照顧的病人。然則在醫療費用日漸昂貴的今日，它也有形成阻止部分病人早期入院求醫的情形。而早期診斷與及時治療是防止疾病更惡化以及迅速恢復健康所必需的步驟。

在國民健康保險制度下，保健知識的增進，尤要者免除了昂貴的醫療費用的顧慮，進入醫院求醫的人數必大增。於是，我們又會發現取消診療收費也將和收費一樣形成阻礙病人尋求早期和及時的醫療。因爲取消收費的同時，我們也除去了節制人們入院求醫的關卡。結果大股人潮無分健康疾病湧進

醫院大門，且依先進先看的原則，並無視需要之緩急。大股人潮不僅加重醫院的負荷，且因爲健康人等佔入院人數一個可觀的比率，他們侵佔了醫師應給予病人的時間。醫師必需以許多時間來試着在健康人身上檢查以找出什麼不對勁的地方，這不只是浪費醫師的時間，且相當的困擾着他。

謀求抵消此一因全民保險制度實行而產生的醫療作業量和醫療需求量之差距，勢必要有一新的關卡來填充因取消收費後留下的缺口，以爲節制淨進醫院人潮的質與量。在此介紹一個醫院營運系統的新構想，或可參考。此一系統包括四個部門：

#### 一、健康檢查

健康檢查 (Health testing) 配合電腦化的病歷和生理檢查，是由輔助醫療人員 (paramedical staff) 負責的。檢查過程完畢後，由電腦提出的記錄建議或者需更進一步的檢查，或者有任何不正常的情形需和醫師連絡。

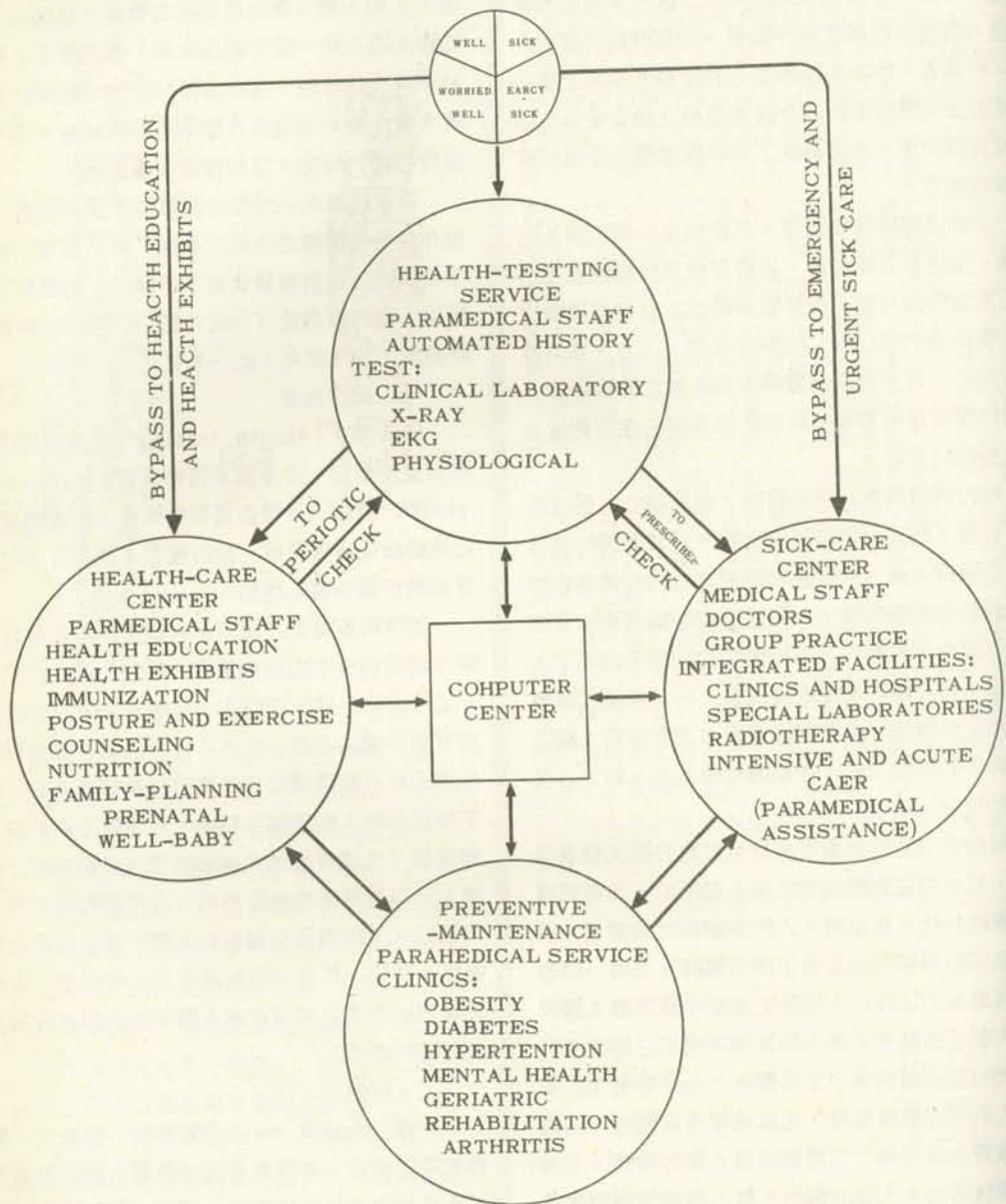
這種健康檢查可說是新的關卡。比起收費這個關卡或者依先來先看的原則，顯然它要來得明智些。它能分別出健康或病人，以建立診療之先後秩序或有無診療的必要。此外，它也能偵察無癥候時的早期疾病，提供醫師原始資料以助診斷之需，節省了醫師和病人的時間和精神，節省醫院的有效工時和設備，也儘可能的使輔助醫療人員發揮最大的效率。可以說健康檢查是新的、合理的醫院營運系統的樞紐。它能將湧至醫院的人們分別出他們身體的性質、狀況。然後分別放送至另三個部所。這是不同於現行制度之將所有進入醫院的各類人等完全納入醫師的處理。

#### 二、保健

保健 (Health care) 是醫學的一個新支。醫學界總期望於有一天能更著眼於維護人們的健康而不必如目前之疲於治療疾病。目前一個健康人想尋求醫學服務總是浸沒在病患服務的環境中。醫師需以大部的時間來診療疾患，相形之下他所能給予健康人的照顧就頗爲有限。真正的保健醫學在這種環境中決不能得到充分健全發展的機會。事實上，在文明最具發達的醫學的國家所能給予她的國民的醫療服務除了衛生和免疫外還有什麼？醫師們浸淫在處理所有人們，健康的病患的，結果可以說兩方面都沒有得到醫師足夠的看顧。

所以，保健服務 (Health care service) 是維護人們健康的途徑之第一步。它必需具有如我們現在的婦幼衛生示範中心一樣的利用保健教育的環





境，顧問的設置、保健展覽、視聽設備等。保健服務是絕對需要的，因為尋求這一類服務的人們已大大增加，並且也可維護執行醫療之部門不致於過度負荷。

### 三、防護服務

防護服務 (preventive-maintenance) 和保健服務一樣，也是一直處於病患照顧的巨大陰影下。實則它是一個為發病率極高而需經常治療和密切注意的慢性病而設的。它的目的在於改進病人的情況或防止疾病之轉劇且儘可能避免併發症的產生。這

些看護可由輔助醫療人員執行，而隨時將病人的情況送給主治醫師，這樣醫師能節省許多的時間用在他類病人身上而這類病人也因此能得到較密切的看護。以具有有限的知識和有限但精確的技術之輔助醫療人員來寬減醫師的 routine，必需要對這些人員之工作加以清楚的規定和監督。他們主要是在此一系統之三個部門：健康檢查、保健服務、防護服務工作。這樣使醫師可專注於他們的病患診療。

### 四、病患診療 (Sick-care)

在診療處，醫師從事他的醫學專業提供病患最

佳服務。同時醫師可得其他三部門的幫助，比如診斷時需要健康檢查的資料，病情追蹤時需要防護服務的協助，對病人和其家屬的指示可由保健服務的視聽設備來達成。相信在今日時間的密集安排下，醫師和病人間的關係將大有改進，使醫師有更多的時間和病人接觸建立起可人的敬愛。

或許，此一新系統可加強我們對病患的服務，也將改進我們對健康人所能做的貢獻。

可是，我們可以預見在我們傳統保守的醫學界想有一些許的沿革也需要頂大的幹勁。看看，台北唯一的一家開放性醫院也繞了個圈子回到老路改為閉鎖性醫院了。台北市立仁愛醫院院長林柳新先生是鼓吹開放性醫院營運最力人士之一，在風氣未成，剛長成的一顆新苗即已夭折，我不知林先生感覺如何？然而有遠見的醫師將了解在醫學發達國家行之多年卓有成效的醫院營運制度總會提供他們一個佳機來改善他們給予病人的服務以及他們自己的生活。

目前大多數醫師負荷着較他們工作能力更大的重量並且吝惜給予病人他們所應當給予的時間。若他們能得着經過仔細設計而能確實幫助醫師們的健康檢查和保健服務的協助，那麼許多醫師將會很歡迎新系統的形成。這些服務部門的成立或許由健全的地方醫學會來負責要為好些。不只是公立醫院的機能加強，新系統的設立也是維護醫療仍為私人企業的必要步驟，這點或許大部醫師以及醫學生們將會了解。

再者，這個新系統或許能提供迄今未能解決的許多地區之醫療匱乏這個問題的處方。

一個設備良好，醫師陣容堅強的醫療中心或大醫院可以在鄰近地區設立幾個駐在診所，每個診所都有略具雛形的健康檢查，保健服務和防護服務，要在這些較偏僻地方配置輔助醫療人員勢比在診所配置醫師來得困難少。這些駐在診所密切配合診療中心將能提供高水準的醫療服務，且所費可能比目前鄉下地區貧窮人民所得到的低劣醫療來得經濟。將來我們學校附屬醫院建立後，是否能做些富於機動性的嘗試，一則為我們的醫院廣拓「腹地」，一則確實為鄉下地區的醫師荒而生的醫療匱乏盡點力量。

最後我願意說醫療福利是一種權利，大量的健康人要求醫療服務，我們不應視為是一種壓力而棄之。相反，這正提供我們醫學界一個絕佳良機，假如健康人的尋求醫學照顧，我們能導使他從專為病患而設的系統中走進一個新的有效的健康服務系

統，我們很有希望由於將來的需要發展出一個完善的預防醫學計劃。

※ ※ ※

本文中所述的「人力短缺」並不意味着所謂的「醫師荒」，需知當時所唱出的是某大醫院的醫師荒。其實荒不荒，天曉得。想擠入一般認為熱門科的內外婦兒等部門，真如同駱駝穿針孔，難怪擠得準醫師們發慌。至於其他的所謂小科、冷門科，他們的畢業生鮮有願屈就者，荒，可能就是荒在這裡了。

據統計，台灣人口之自然增加率為24%，下約每年增加32萬人。而民國55年後，每年獲得醫師執照數約有500人。換言之每新生600人，就有醫師一人，目前台灣醫師與人口比數為1/2500，而醫師之增加率以後更有逐年提高之趨勢。

再就公立醫院機構所需醫師量來看，公立醫院平均每年增加600床，若以6床一個醫師計算，則每年僅須增加70位醫師即可。6床這是一個偏低的比率，就國際標準言，每一醫師負責10到20床。

這樣看來，約略可知醫師之增加率遠在人口增加率和醫院需要新醫師量之上。我們懷疑以目前的環境能容納得下這每年600多位醫科畢業生。

醫事人員出國條例，限制醫學院畢業生需留國內服務二年以上方能出國。先在國內服務再出國，抑或服完兵役就出國，熟好熟壞，見仁見智，我們姑且不論。然則，由於一片面不確之詞竟引出來一個單行法規，以為謀求解決所謂的「醫師荒」，這真叫人看不出是個智者之舉。

身為醫界的一分子，我們願意強調一個存在的事實，鄉村僻遠地區的醫師匱乏。醫療業務之分配，都市與鄉區之不能均衡，此乃世界各國遍存的現象。即使是都市地區之醫師也趨向集中於在那裡醫師能獲得較高酬勞的地方，並且專科化以及醫師的專家化更加重此一不均現象。無可諱言，大部的醫師都希望能置身在設備精良、有學術研究、有前輩指導、有競爭刺激長進的環境中從事醫療工作。基於都市地區醫師高度集中而鄉村地區醫師匱乏的事實，我們也深知醫師下鄉是絕對需要的。然而，這不是呼籲喊口號能做到的。政府如何極力的推行提高鄉鎮衛生單位的醫療工作環境，促成各公私立醫學研究服務機構以及各機構本身如何負起為全民健康服務的天職，這些才是真正的問題。