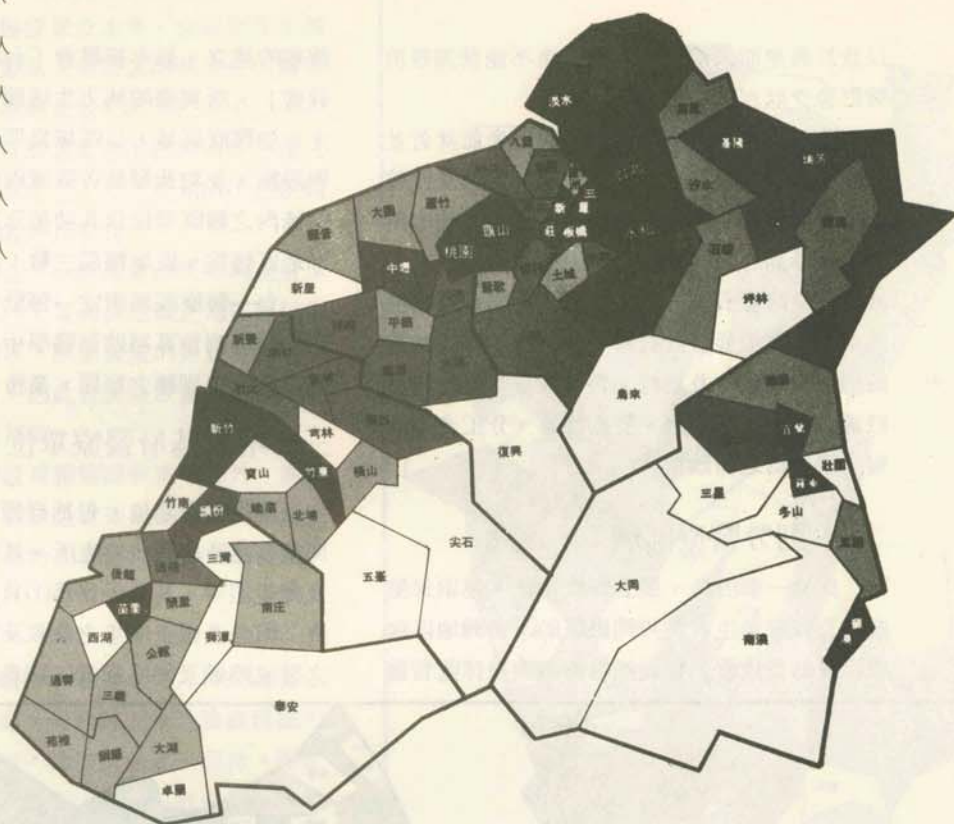
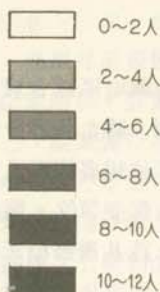




每萬人口醫生數



# 台灣醫療的明天

## 醫療網草案簡介

張東杰

「醫療網計劃草案」這個近年衛生署全力投入籌畫的計劃，是歷年來在醫療制度上最重要、牽涉最廣、投入經費最多的計畫。它試圖描繪我國未來醫療體系架構，將目前自由放任而且紛雜的醫療體系導引向一個合理、進步的制度。

### 一、背景

目前台灣有近一萬三千個醫師，四萬五千張病床，但其分布極為不平均，較具規模的醫院都集中在大都會區而廣大的農村如雲林、屏

東等地區則缺乏具水準的醫院，因此不但使病人為湧向大醫院而南北奔波，且使在鄉鎮開業的醫師每人要照顧四千人，在都市開業的醫師卻只照顧一千八百人，此種不均的分布狀況嚴重了影響了農村民眾醫療的需求和醫療的品質。

台灣的醫療機構分隸屬省、市醫院、軍醫院、榮民醫院、教會醫院、民間財團醫院等不同系統，各自發展，很多大型醫院在興建之初都未能配合國家整體醫療需要以致於有的醫院藉其龐大財力，雖可順利營運但卻馬上影響到其他中、小型醫院之生存或是未有充足的資本



以致於興建而未能完成，完工而不能營運等浪費財源之狀況。

由上述現象可知為使大多數民衆能就近並在最短時間內獲得一般性之門診、急診及住院醫療照顧，當需要精密診斷及高度治療時亦能隨時轉診到專門之醫院求治且有效利用現有設施，避免醫療資源的重複投資，全面提昇醫療水準，均衡發展醫療服務，使醫療人員及設施能均衡分布城市及鄉村。整合現有各系統醫療機構，建立分級醫療、雙向轉診、分工合作的醫療網實為最佳政策。

### 二、劃分醫療區域

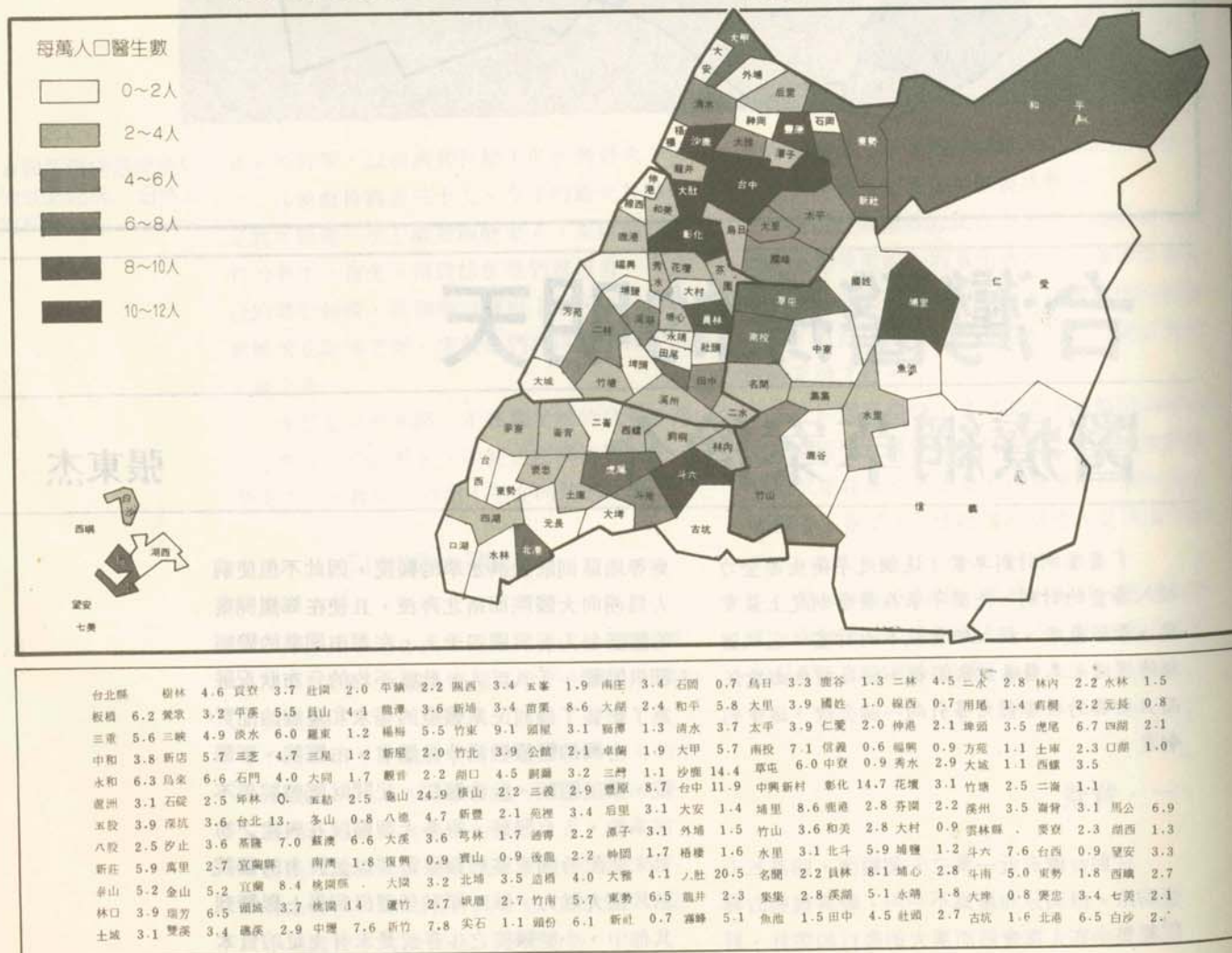
成立一個由公、私立醫療系統、健康保險機構及政府衛生官員共同組成的「台灣地區醫療網推動委員會」負責推動協調與指揮監督醫

療網的建立。參考經建會「台灣地區綜合發展計畫」，所規畫的地方生活圈，將台灣畫分為十八個醫療區域，以區域為單位規畫醫療人力與設施、並均衡發展各區域內醫療單位。醫療區域內之醫療單位依其功能分為基層醫療單位、地區醫院、區域醫院三類（內容後詳述）。

每一醫療區域指定一醫療中心支援，並由衛生署編列預算補助該醫學中心對醫療區域之輔導及教育訓練之旅運、業務、教材及鐘點費。

### 三、增設基層醫療單位

基層醫療單位，包括群體醫療中心、小型開業醫院及診所、衛生所、基層保健服務中心及衛生室等，其其任務為(1)負責第一線門診醫療(2)緊急及嚴重病患之急救及後送(3)慢性病患之居家照顧及復健指導(4)病患之早期發現、追



踪訪視(5)辦理一般保健及公共衛生工作。

為提昇基層醫療單位水準，由省市衛生機關訂定辦法，鼓勵私人開業醫群執業或由醫學中心、區域醫院在適當地點試辦門診中心。在醫療資源不足或特殊需要之地區則由政府優先辦理群體醫療執業中心，並派受過兩年住院醫師訓練之公費醫師前往服務。

群體醫療中心、一般開業診所除與基層保健中心加強連繫外，並與該地區之地區醫院建立良好之轉診關係。開業醫師的素質及服務品質常為人所詬病，因此責成區域醫院辦理地區醫師繼續教育來補救。

除了政府籌設群體醫療執業中心外，應鼓勵醫師在醫療資源缺乏之鄉鎮開設診所，健康保險宜優先指定為特約診所以鼓勵醫師下鄉。

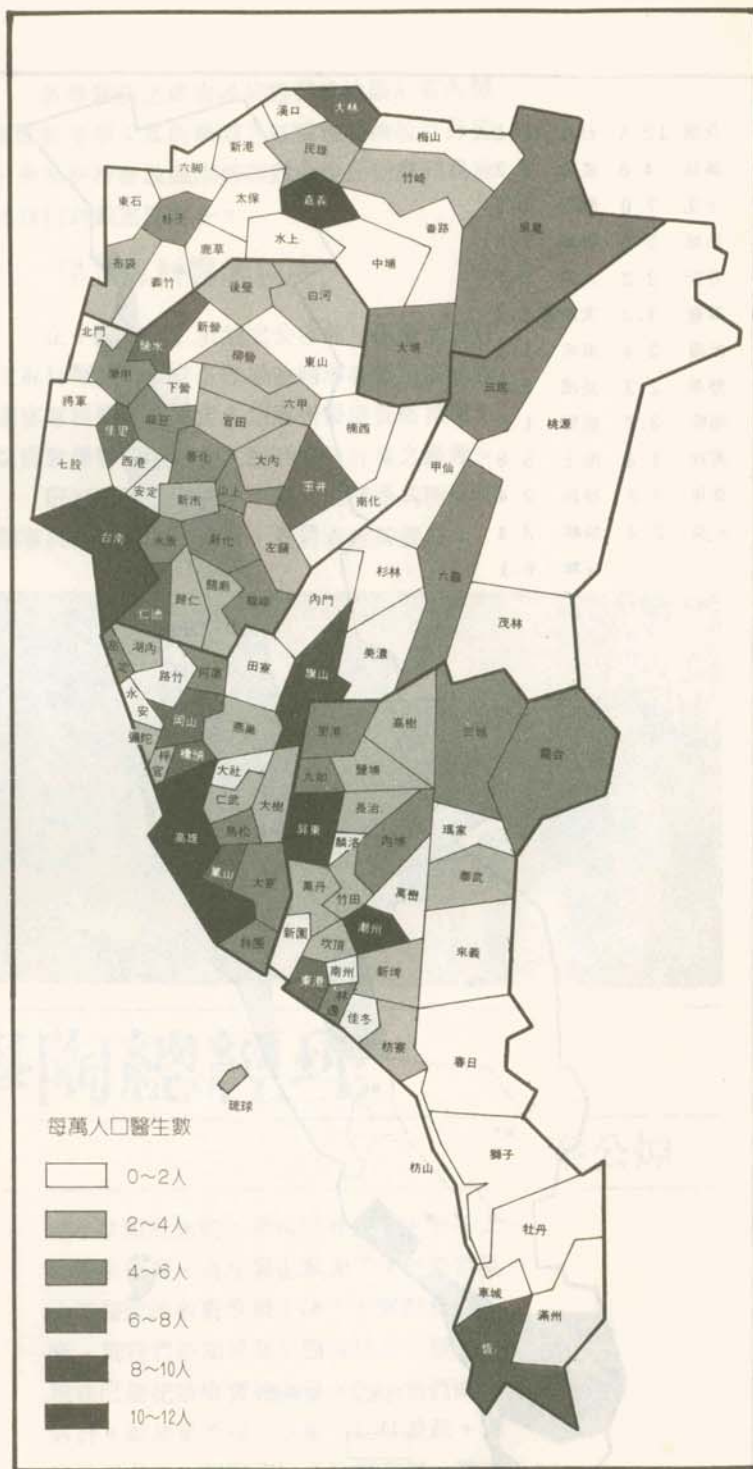
#### 四、地區醫院

在各醫療區域內，以每十萬人口指定有一至少具內、外、婦、兒四科並有急診處理能力的地區醫院為原則。如省立台北、雲林、彰化醫院，其主要的任務為(1)負責一般住院醫療及專科門診醫療工作(2)急診患者處理(3)接受基層醫療單位轉送之病患，支援基層醫療工作(4)支援基層保健與公共衛生服務。

由衛生署及省政府規畫「醫療資源缺乏地區興建地區醫院計畫」，並輔導民間團體或農會、漁會等公益社團承辦，必要時由政府提供低利貸款。若無民間團體投資，則由政府興建之。

地區醫院，應與地區內之群體醫療中心、衛生所等醫療單位，密切配合業務，並與區域醫院或醫學中心建立人員進修及訓練制度。在院內則建立各項病歷、住院、營養、社會服務等醫務行政作業體系。

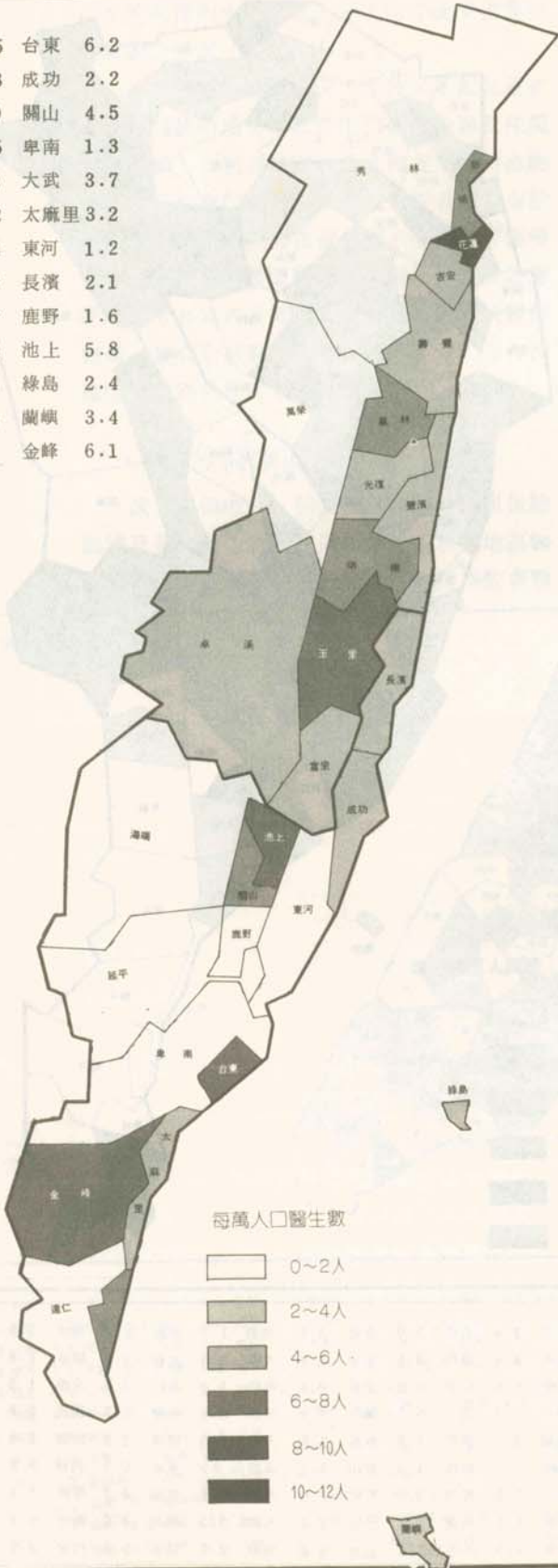
#### 五、區域醫院



嘉義 11.9	鹿草 1.4	布袋 2.2	六甲 3.0	北門 1.8	楠西 1.4	大社 1.9	茄萣 3.7	美濃 1.7	里港 3.4	長治 2.8	枋山 1.3	
朴子 5.2	太保 1.5	台南 8.5	官田 2.5	將軍 1.1	永康 4.4	烏松 3.2	永安 1.9	六龜 3.0	高樹 2.7	麟洛 1.8	恆春 5.7	
新港 1.3	梅山 1.6	新營 9.4	麻豆 3.3	佳里 5.0	仁德 6.6	仁武 2.2	田寮 0.9	內門 1.0	萬丹 2.7	來義 1.3	麟台 3.1	
大林 7.0	番路 0.8	柳營 2.4	大內 2.9	西港 1.7	歸仁 3.0	岡山 6.5	彌張 2.8	茂林 0.6	新園 0.7	崁頂 2.8	獅子 1.9	
六腳 1.7	吳鳳 4.9	鹽水 5.8	善化 3.2	七股 0.4	關廟 2.1	橋頭 5.9	燕巢 2.9	大寮 3.3	琉球 2.6	竹田 1.8	春日 1.9	
東石 0.5	義竹 0.4	後壁 2.1	安定 1.2	新化 4.7	龍崎 3.4	路竹 4.5	旗山 7.3	高雄市 9.9	東港 6.5	內埔 3.2	瑪家 1.7	
中埔 1.7	大埔 5.1	白河 2.0	新市 2.5	左鎮 2.6	鳳山 5.0	梓官 3.0	杉林 0.6	屏東市 10.1	林邊 4.7	萬巒 1.5	三地 4.3	
水上 1.8	竹崎 3.1	東山 1.1	山上 3.9	玉井 6.7	林園 4.5	阿蓮 3.5	甲仙 2.0	九如 3.3	潮州 4.0	潮州 9.0	新埤 2.9	
溪口 1.0	民雄 2.7	下營 1.4	學甲 3.5	南化 0.9	大樹 2.3	湖內 2.7	三民 3.6	鹽埔 2.5	佳冬 0.8	枋寮 2.7	新武 2.2	
											枋寮 2.7	牡丹 1.0



花蓮	12.5	台東	6.2
鳳林	4.8	成功	2.2
玉里	7.0	關山	4.5
新城	3.5	卑南	1.3
吉安	2.2	大武	3.7
壽豐	3.2	太麻里	3.2
光復	2.4	東河	1.2
豐濱	2.3	長濱	2.1
瑞穗	3.7	鹿野	1.6
秀林	1.4	池上	5.8
富里	2.6	綠島	2.4
卓溪	2.4	蘭嶼	3.4
		金峰	6.1



醫療區域內以每四十萬人口指定一所區域醫院，其病床規模以三〇〇~六〇〇床為原則，除各類專科外，尚須有病理、麻醉、放射線、復健及精神科以從事須精密診斷與高度技術之醫療工作。

區域醫院應協助進行區域醫療規劃工作，辦理醫師繼續教育及區域性學術研討會及臨床病例討論活動。區域醫院之規模不應過份擴大，以不超過六〇〇床為原則，醫院應與醫學中心合作，參與各項教學研究工作。每年應選派醫師前往國內、外受訓，以引進最新醫療技術提高服務水準。

### 六、建立轉診制度

醫院、診所因限於設備及專長，無法確定病因或提供完整治療時，應建議病患轉診，並填具由衛生署統一規定格式之轉診單及病歷摘要交予病患。但危急病人應先作適當之急救處置後，始可轉送，病患轉診流程見附圖二。

各醫療單位應指定專人辦理轉診業務，並在醫療區域內就各醫療單位之專長及設備建立完整之醫療資訊系統，以提供各類醫療單位轉診病患之參考。

醫學中心及區域醫院急診及家庭醫學科門診外，其他門診以提供轉診病人進一步診療為主。對病人作完處理後，將處理結果及對繼續治療的建議轉知原醫療單位，俾使病患能被轉回原單位接受繼續治療，同時提供醫師繼續教育的機會。

健康保險機構應訂定合理部分負擔制度，並應能配合鼓勵民眾在適當醫療機構就醫之意願。醫療費用除轉診病人由保險單位依照規定支付外，被保險人非經轉診逕赴高層次醫院就診，則應自行負擔較高比例之診療費用。

### 七、醫學中心

醫學院之主要教學醫院或具有研究、教學、訓練及高度醫療作業等多種功能之醫院指定為醫學中心（相當準一級以上之教學醫院）。其規模不宜太龐大，以不超過一千床為原則，

以免經營管理困難。醫院中心除負責醫學生之臨床教學，醫學研究，訓練專科醫師外並至少輔導一所區域醫院，與其建立建教合作關係，辦理各項醫師繼續教育，支援該區域內之各級醫療單位作業。

由衛生署會同教育部邀請國內外專家學者組成醫院評鑑小組，每三年評鑑各教學醫院一次，評鑑重點為各醫院負責教學人員素質、教學設施，教學活動內容、教學績效及住院醫師訓練制度之考核等，以為醫學院學生分發實習場所之依據及醫學生畢業後選擇接受住院醫師訓練之參考。

台灣地區勞工保險局擁有四百萬以上的投保人口，是台灣最大的「醫療消費者」；同時又有近兩千七百家特約醫療院所，也是台灣最大的「醫療供應者」。因此任何醫療體制的變革，都絕對脫離不了勞保局的影響。醫療網不能徹底實施，勞保局的重要性實不亞於擬定政策的衛生署。以下是訪問勞保局總經理徐學陶先生的內容：

教學醫院之圖書設備應開放給該地區內開業醫師使用；其所舉辦之區域性繼續教育計畫，學術研討會及臨床病例討論等活動應列為教學醫院評鑑重點之一。

## 八、建立專科醫師制度

在「醫療法」未制定公布前，由衛生署訂定專科醫師最低資格標準並輔導各專科醫師甄選審專科醫師及訂定各該專科醫師資格標準，以為教學醫院擬訂住院醫師訓練計畫之參考。

研訂專科醫師資格年限，期滿憑其所受相關專科繼續教育之證明，重新審定其資格。



# 訪勞保局徐學陶總經理

秦公焯

問：請教總經理，勞保局對於「醫療網計劃」抱什麼樣的希望？

答：我想醫療網建立之後，因為醫療資源在地域分布上可以均衡，水準可以畫一，對投保人及勞保局有很多便利，我們樂見其成。

問：有人認為，勞保局現在的醫療給付制度，對大型醫院限制較少，對小型醫院則限制太多，以致病人湧向大型醫院，可能妨礙醫療網的推動。總經理有什麼看法？

答：是有人這麼說：因為勞保局對大、小醫院的給付不一致，可以造成醫療資源運用的不均衡。目前我們也知道有這種現象，但是你曉得這個問題牽涉很廣的：大型醫院的設備、人事費用分攤下來，成本是不能

同小型醫院比的。勞保局曾經幾次邀各大醫院來協商，衛生署也參加了，結果發現大型醫院的收費很難下降。大醫院無法下降，則我們必順提高小醫院的給付標準，現在已經把診療費提高了一倍。我們做過估計，如果要再進一步縮短給付差距，即使僅僅是把小型醫院的費用提高到一個不大能令人滿意的水準，勞保一年要多三十億元的支出。所以勞保的財務能力是一個現實的難題。

問：勞保財務何以如此困難？

答：我們的保費大概是全世界最低的了。只有投保薪資的百分之七。日本是百分之二十點六五，但是我們醫療水準和日本差不多