

醫療生態

健保原先規畫四級轉診制，意在落實大醫院看大病、小醫院及診所看小病，大醫院與醫學中心也才能從事研究及教育。但目前健保醫療給付支付醫療費用為門診七成、住院三成，在重門診而輕住院的情形下，加上相關給付措施未及配合（如各類檢查在基層醫療之給付），民眾與大醫院要求四級轉診改為目前的二級轉診制，而掛號費也改為五十元及一百元，完全喪失原先的規劃。結果迫使大醫院加開門診與基層醫療競爭，大醫院門診量不減反增，更加重了大醫院醫師的負擔。部分大醫院管理階層改採成本制，醫師的薪水完全來自自己看病的收入抽成。許多人薪水反而縮水，難怪要求去自行開業了。而在公立醫院中，醫師的薪水雖無變動，但門診的負擔增加，無法從事研究工作，也紛紛考慮離開醫學中心開業去。在全國各地的地區醫院都面臨找不到耳鼻喉科、復健科、眼科、泌尿科主治大夫的問題，中華民國私立醫療院所協會理事長詹啓賢先生表示，中小醫院醫師出走事件將在今年八月分締照開業旺季。此外，給付標準的不合理，導致各科資源分配不平均，進而影響日後

醫學生對各科的選擇，原本由市場供需平衡的醫療生態，如今在健保制度下被嚴重扭曲。

健保的醫師診察費過低是一個事實，雖然診察費之表面數字確比以前勞保時代高，但以前有自有財源（非勞保部分）足以平衡，健保開辦之後，僅有健保給付，相對之下，診察費的調漲是必須的。尤其醫院診察費又比診所低，在以量多彌補過低的診察費下，看愈多，賠愈多，於是醫師過度勞累；又為了「以量補價」，花在每位病人的時間太短，無法給予病人良好品質的醫療照護。所以檢討門診診察費乃當務之急，而醫院的住院診察費、會診費及鼓勵雙向轉診的轉診診察費應一併考慮。各科有各科的問題，應該由醫界協商平衡各科利潤，配合精算人員，重新調整費用。

另外，轉診制度的建立，針對慢性病人設立長期照護醫療中心，改善目前慢



性病人佔用病床問題，同病同酬之重新檢討。由於健保的倉促實施，許多制度因陋就簡，遵循舊制，都還拖著以前公勞農保的包袱，最令人垢病的就是「論量計酬」，例如健保局對自然生產採取定額給付，欲藉此減少過度申報服務項目造成不必要的浪費。但又習慣於「論量計酬」及對醫師提供服務之不信任，遂畫蛇添足地規定自然生產之給付一定要包括最低服務項目，其

中包括打點滴。這種很怕醫師過多服務多花錢，又怕醫師少服務仍領一樣多錢的「論價計酬」心態，使每一位自然生產產婦一定要打點滴，均不能下床走動，實在是錯誤教育，怕過度治療（論件計酬）的結果反而造成過度治療（打點滴）。真是要五毛給一塊，你說奇怪不奇怪。

重新賦予醫師照顧民眾健康的責任感是今後健保成功的要件，日前健保局

委託的類似美國健康維護組織（HMO）模式評估使每個醫師均能以「保障健康」，「民眾的健康就是醫師的福利」為念。健保局不必再以「服務量」為念，而以「預防」為念，只要能讓人民得到健康，不須要跟醫師斤斤計較，醫師可以創造需求，謀對謀的結果是大家浪費精力，醫療費用反而節節高升，奉勸健保局讓專家憑醫學良知自己去管，才是長治久安之道。

醫療資訊系統

全民健保實施，如欲迎頭趕上已開發國家的衛生指標，尤其是 OECD 國家之標準（亞洲只有日本），國內基礎醫療資訊之建立乃是一刻不容緩的課題。

尤其是在控制醫療成本方面，施行 DRG 或 Case Payment 總額預算，則需建立全國疾病與用藥之統計，以及病人之檔案，確認以就診疾病為基本之醫療市場評估系統，及精確之醫療成本效益分析。如此方能確認藥品的定位及其與處方者和服務者之關係檔案。

然目前國內最缺乏就是基礎醫療資訊。基礎醫療資訊應依世界衛生組織疾病分類（ICD-9）為經，以國際藥品市場調查團體藥品治療分類為緯（ACT：Anatomical and

Therapeutic Classification），加上就診病患檔案（Patient Profile）及醫師檔案構成以就診疾病為基礎的醫師處方用藥資料庫（Disease-based Drug Usage Profile）。

另外，目前台灣亟需建立疾病調查系統，追蹤國人罹病型態與發生率，處方用藥及病人資料之檔案。並且進行研究醫藥消費行為，由需求面提供醫藥政策決策資訊，以合理規劃及使用有限之醫療資源。當然醫師處方之行為也應評估，藉此能建立診斷與合理用藥之規範，提昇用藥品質，以促進醫藥消費者之權益。最終目的是『總體醫療需求』的規劃，及患者『醫、藥、護』等專業照顧的健康需求。