

# 合理的標準，在哪裡？

健保實行之後，在當前的醫療生態下，民眾大多選擇到大醫院就診，而大醫院的門診量也逐漸攀升。在這裡，我們將會由財團醫院興起的緣由，而討論到當前醫療政策與醫院經營方式，對大醫院醫師的影響。

## 合理不合理？

2001年元月起，健保針對醫學中心及教學醫院，開始實施合理門診量，曾引起許多醫療院所的強力反彈，許多醫事團體宣稱「堅決反對到底」，甚至揚言若健保局不能提出完整的配套措施，九成以上的公私立醫院已委託協會出面集體向健保局談判，健保局提出的配套措施若不合意，將不再與健保局續約。

健保開辦之初的制度設計，是強調費率隨收隨支，也就是費率應該依照現況來隨時調整，但是目前健保费率調整受到政治因素的考量，以及民眾存有花最少的錢、享受最好的醫療資源的觀念，誰都不敢說要合理的調漲費率。那擺在眼前的健保財務黑洞問題，健保局要如何

化解？不必透過冗長修法程序的縮減醫療給付，可說就成為健保局的救火妙方。雖然健保局在其實施合理門診量說帖中強調，健保局並不是為了財務虧損才實施醫院門診合理量，而經健保局初步分析，門診量合理化後健保給付支出將可減少五億元也是不爭的事實。健保局在其說帖中的說法是，目前以醫學中心及區域醫院每日的看診量，病患平均分配不到五分鐘看病的情況下，相信病人並不會滿意，所以實施醫院門診合理量，對於門診合理量內的診察費予以調高，超出門診合理量者予以降低，主要目的也是在減少醫院一直擴診的誘因，對病患來說，醫師減少每診看病人數，病患相對也可以得到較細心的照顧，新制實施應該是提高門診醫療品質的起步。

醫改會籌備處召集人張苙雲也肯定健保局的做法並表示，合理門診量制度旨在遏止大醫院「看一個病人三分鐘」所造成的醫療品質惡化現象。希望透過這個制度導正醫界「衝門診業績量」的行為，提供醫院減少「非必要門診」的誘因，進而多用一些時間深入診察病人，降低臨床誤診率。

但是，經過這兩個月的觀察，各大醫院在門診時間仍舊人滿為患，並沒有任何限制門診量的做法，反而為了因應健保局對合理門診量的計算方法，就是看一個算一個，採薄利多銷



# 戲院醫查歸歸

「國家醫療政策之規範，與收入的箝制之下，醫師也成了最不自由的自由業；醫病關係持續緊張，民眾以消費者的心態，社會福利化的低廉價格，預期買到最好的醫療品質，當然其間的糾紛與弊病會不斷地浮上檯面。我們不禁要問，合理的標準在哪裡？健保局要求合理的健保支出，醫院經營者要求合理的收支，醫師們要求合理的給付，病人要求合理的治療與對待，民眾要求繳交合理的保費，當然，不能忽視的是，政客們要求合理的選票，以期能合理的掌握權力。如此之下，所有的合理加起來，就是讓人一頭霧水的不合理了。」

——李登輝醫師在「醫師與健保」演講稿

的方式，台北醫學院附設醫院行政副院長郭乃文曾表示，現在大家唯一的共識就是要衝今年的門診量，以免明年的給付額又被打九折，導致收入更加減少。

## 問題哪裡來

自從1995年三月健保實施以來，健保局的種種動作，對台灣醫療環境的生態，都做了相當大的改變。

台灣是全世界第一個實行全民健保的國家，至今健保六年，全民納保率96%，民眾滿意度也維持在70%左右。健保體檢小組執行長楊志良在接受康健雜誌訪問時表示，根據英國經濟學人雜誌對23個已開發國家和亞洲四小龍的健康照護做評比，以投入的金額對照得到的成效(死亡率、平均餘命及母親分娩死亡率)來看，台灣是名列第二，第一名，是瑞士。

在這些風光的數字背後，我們不能忽視的，卻是越來越畸型的醫療生態，民眾聚集到大醫院看病，中小型醫院搖搖欲墜；醫師社會地位的低落，從過去強調獨立而自主地執行業務，帶有濃厚的小生產者色彩的自由業，轉換成大型或財團醫院的雇

員，在國家醫療政策的規範，與收入的箝制之下，醫師也成了最不自由的自由業；醫病關係持續緊張，民眾以消費者的心態，社會福利化的低廉價格，預期買到最好的醫療品質，當然其間的糾紛與弊病會不斷地浮上檯面。我們不禁要問，合理的標準在哪裡？健保局要求合理的健保支出，醫院經營者要求合理的收支，醫師們要求合理的給付，病人要求合理的治療與對待，民眾要求繳交合理的保費，當然，不能忽視的是，政客們要求合理的選票，以期能合理的掌握權力。如此之下，所有的合理加起來，就是讓人一頭霧水的不合理了。

## 問題在那裡？

從健保局實行合理門診量的做法，不難看出健保局與醫界的溝通不良，與其政策執行時，只是在統計數字上下功夫，並未深入去了解現今醫療生態的細節，而且沒有



做出完善的配套措施，以至於在政策的轉換之中，造成人心的壓力與資源的浪費。

是醫師們變得越來越功利了嗎？還是在現今制度之下，符合上有政策下有對策的原則，為了生存而做的變通？在一切看似便宜又大碗的健保政策下，被犧牲掉的，到底是什麼？醫療被視為消費行為已然是時勢所趨，如何在這個狀態之下，謀求病人與醫師間都能雙贏的局面？