

試診台灣醫療體制

文：李維倫

醫療體系總體檢

過去幾十年，在政府和全體國人的努力下，台灣地區的經濟迅速發展，國民的生活素質也已顯著提升。由民國四十一年至民國七十三年止，三十二年期間，人口數增加2.3倍，國民生產毛額約成長15倍，平均個人所得約增加6.7倍，交通與通訊成長16倍，而工業產品更高達51倍以上。在如此變化迅速的經濟環境下，國內的醫療環境也受到了巨大的衝擊，發生革命性的變化。不僅天然資源可成為國家之財富，人類之智慧亦成為可貴的資產，尖端、開發性的工業乃為今日致富之鑰，例如以光束纖維取代過去的金屬製品、核能資源的開發等革命性科技的出現，再使整體的醫療環境受到更大之啟發。

而台灣的醫療保健在這幾十年來，已有顯著的進展，不僅已開發出更多的衛生資源，而且民眾也廣泛地意識到健

康是一種權利。然而，社會、政治及經濟方面的改變，也連帶使得醫療保健體系在其轉型過程中面臨一些考驗；為了因應這些挑戰，台灣目前正致力於重組其醫療保健服務遞送體系，該體系的目標在於策建一綜合性的全國醫療網，以便所有民眾均能獲致所需的醫療保健服務，而最終目的則希望能達到世界衛生組織（WHO）所揭示之「西元二〇〇〇年讓所有民眾均享健康」的崇高理想。

然而，在這轉型的過程中，依然產生許多過渡性的問題。例如，當前我國醫療保險對大型醫院的發展有利，使中小型院所漸形萎縮；又環境衛生與預防醫學之進步，造成開業醫師面臨歇業困境。此外過去我國醫師教育種類多，有大學、專科、特考及中醫等，但醫師資格之認定略同，引起醫療界溝通失當，醫師形象低落。而醫師數量的逐年增加及平均密度不均，亦造成醫病關係的不平衡，這種種失調的現象，皆有待一個嶄新的醫療體系來調和。

在經濟變局主導社會情勢，及國際資訊流通迅速的今日，醫師亦應將眼光放在世界性醫療環境上，認清醫療經濟發展的國際共同規範，必須體認閉門造車、擅印圖書的時代已經過去，要在國際上立足，應建立文明國家的形象，具有新的觀念與做法，採取公平、公開、自由的競爭原則，否則國內的醫療環境

將在各國採取保護主義的報復手段下，導致最新的醫療文獻、儀器等無法輸入，使國內的醫療水準在無刺激的狀態下，停滯不前，甚至萎縮。

值得強調的是，過去個人執業，能據一方的行醫方式幾乎已可確定無法存在當代醫療環境中。未來的醫師將在全國醫療網路中扮演一個「界面卡」的角色，亦即不僅要能獨立處理病人的各種情況，更能在必要的時候，利用鄰近之大型醫院，對病人做更進一步的照顧與善後。而在大型醫院方面，也不能再抱持著以往獨佔醫療資源的心態，忽視較高層次的學術研究工作。如此基層醫療體系配合後送系統的建立，自然使得全民保健的理想能早日實現。

本文的目的，在對台灣醫療體系進行回顧及總體檢，期能對醫療環境有個整體且客觀的概念，進而對二十一世紀的醫療做一次前瞻性的遠眺。

大型醫院

面臨轉型期

過度膨脹之醫療體系

大型醫院的急遽發展似乎是近十年間的事，尤其最近所謂的「國家醫學中心」成立，更為台灣的超級醫院系統



▲私人開業醫師，雖然執行第一線的醫療工作，仍應隨時追求醫學新知。



▼超級醫學中心之設立，對台灣醫療體系是禍是福？



下世界紀錄。但相對的，在發展超大型醫院的同時，是否同時注意到併發之其他問題，如醫療費用之節節上升、醫學科技之盲目移植、醫病關係之淪喪、醫療資源之分佈不均、醫德之低落……等，是否也與此種過度膨脹之醫療體系有關？究竟此種醫療體系的發展能否代表台灣未來醫療之走向？

我們知道大醫院的真正功能只是集中精密貴重的設備儀器，配合特殊專門人員來為需要精密診斷及特殊治療的病服服務，並從事臨床和基礎醫學研究，以及有關醫護人員的教學訓練工作。目前病患不分大病小病都湧向大醫院，不但因人多而形成所謂的「三長兩短」，真正病重者因此耽誤治療，一般病人也無法得到醫師的詳細解說或治療，保健之道，當然更不能得到任何心理安慰，而只是淪為「吃藥機器」而已。

醫師面對的只是小病或無病呻吟的病人，自然會產生不耐煩情緒。讓這些學有專長的大醫師能集中心力，診療真正有專科疾病的病人，並有餘暇多作研究，才不致糟蹋人才。門診投資少，却有極高相對報酬，大醫院因此而拼命而擴大門診，把醫師變成了「開藥機器」，似乎偏了方向。大醫師被門診佔用太多時間，對住院的重症病人的照顧必不能周全，醫療品質必然降低。而大醫院本身的真正功能則更因為「大病」患者掛號無門，一床難求，醫院的特殊專人缺乏足夠的時間和力量去從事更積極的臨床或基礎醫學研究，更有力地支持 and 進行醫護人員的教學訓練，而大打折扣。

國內的醫療政策長久以來過份地偏重於向上發展，創新突破的大醫院，使得向下紮根、守成、力行、默默奉獻的中小型醫院一直沒有得到適當地輔助和應有的尊重。一般民衆及傳播媒體似只關心於试管婴儿、器官移植等尖端醫學的發展，而對百分之九十病患所迫切需要的第一線個人固定家庭醫師都缺少了基本的概念。

為何民衆偏愛上大醫院？

而民衆喜歡上大醫院看病的原因，詳述如下：

- (一)勞保給付不平等，同病不同酬。
- (二)許多大醫院醫師有機會在報紙上發表一些病例或心得，好心指導民衆一些常識，實際上都有藉機宣傳之嫌，無形中也告訴大家，大醫院醫師才會看病，如果發燒去小診所看，會拖成肺炎，十分危險。
- (三)大醫院醫師看的常是「病尾」，本就居於診斷的有利地位，在治療上又有會診、觀察、各種儀器及一再嚐試臨

床換藥之便，治起病來當然比較順手。不過大醫院本來就是要治療較複雜的病症，實在不值得炫耀，而且在大醫院發生重大誤診的事並不是沒有。

(四)政府及社會輿論常有意無意貶損私人開業醫師的地位。診所的診斷書不被採信。多數診所也不被考慮加入肝炎防治計劃。

(五)有不少「非醫師」身分的人開設醫院，並用惡劣的商業手段經營，自然破壞了開業醫師的形象。

(六)無可諱言，有些開業醫師水準不夠好。一方面是政府發執照時未有極嚴格的規定；一方面大家缺乏強迫性或主動的接受繼續進修機會，日久就與現代醫學脫節。這是基層醫師被瞧不起的最大致命傷。

(七)由於對醫療糾紛之恐懼，很多開業醫不願接受較複雜的病例，說起來是無可奈何，却也造成開業醫師能力不足的印象。

(八)單向的轉診制度，使診所介紹的病人被大醫院「吃掉」。

面臨轉診制度之應變措施

近年來由於醫學科技的快速發展，醫療分科、3級轉診早已成了現代醫學不可或缺的基本理念。不但醫院必須分級，醫師也必須分專長。任何先進國家的大型教學醫院除急診外，幾乎都不接受一般性的直接門診。有位大醫院院長說：「許多開業醫師分不清大病小病，轉診制度會增加誤診。」可能這句話並非全然錯誤。不過，是否應該經過客觀調查，再提出來？到底是真的為可憐的病人著想，或只是怕影響醫院收入，就隨便抨擊醫界的同仁，仍值得商榷。事實上大、小醫院的醫師，本就各有不同的任務。基層醫師不一定要有什麼專精學問，但却能從病人整體性角度，做各種分析及初步處理，並有較多時間為病人解釋、指導保健常識。大多數人需要的是這種醫師，而非名醫。名醫對某一方的疾病比較專門，但對其他範圍的能力就和普通醫師差不多。但有人說，一旦實行轉診，大醫院內的醫師編制會過剩。事實上，大醫院許多住院醫師原是為病人住院才招收的，轉診實行後，住院病人可能會減少些，但減少有限。而主治醫師過去花太多時間去看門診，現

在的研究及教學工作皆需要他們，焉有裁員必要？

又有謂大醫院如門診收入減少，可能會面臨無法經營的困境。事實上，大醫院靠門診賺錢，本來就不是正軌作法，如今終於向國外醫院看齊。今後更該致力開源節流，為國民健康繼續服務。有人會因此而「倒閉」，似乎不太可能。或許亦可採用與中小型醫院聯誼，爭取下游醫師感情，舉辦教學活動，雙向合作的方式，重新為醫院樹立新的形象、新的作風，如此似為較合理的做法。

總之，在轉診制度實行後，過去種種不合理的醫界現象或許已不會再存在於台灣醫療環境中，大型醫院的黃金時代已消逝了。

開業醫的第二春

目前國內的醫療資源，大致說來由三個體系分攤照顧，即公立醫院體系、私人企業經營之大型醫院，及私人開業之診所，其中以遍佈於大街小巷，窮鄉僻壤的私人診所負起了絕大部分的醫療實施情形，也承擔了國民健康的第一線責任，對多數國民的疾患診治、生命保障有不可磨滅的貢獻。但近年由於勞保結構之偏差、與醫療體系之不健全，開業醫已陷入苦苦撐持的局面。但開業醫至今仍能普遍存於醫療競爭之中，可說是有其優點，如一般民衆就醫方便、醫療費用較為低廉、醫療服務較為親切、醫生病人間關係易於建立、私人診所彌補了許多公私立醫院無法顧及的偏僻地區……，這也是至今大多數民衆有病時

仍是先找私人開業醫的原因。

揆諸台灣醫療體系發展歷程，大型醫院正朝超級醫學中心的路上邁去，並投下了大量的金錢與技術，期能集中人力與財力，創造台灣醫學的尖峯。而反觀私人診所的發展，却逐年萎縮，就全民保健的觀點看來，實在是捨本逐末，且使醫療費用形成浪費。因此，目前衛生行政單位推展中之醫療網計劃，便企圖整合國內既存的各醫療系統，如榮民醫療系統、軍方醫療系統、公私立醫院附設醫院、省市公立醫院、教會醫院以及私人醫療院所，以加強協調各系統醫院間之聯繫與合作，達到醫療分工及合作的目的，進而積極發展全國性之整體醫療保健體系。

但發展全國醫療網之結果，必然有些既得利益階層者受到損失，而私人開業醫之地位則將凸顯出來。因此，在此二者之間，時常可聞互相攻訐之聲，探究其因，莫不為了自身私利而為之辯，但如此徒然自毀醫界形象，為大眾製造笑柄而已，何苦為之？我們相信，健全的基層保健是全民健康的基礎，在強調全民保健的今日，凸顯基層醫師的地位有其必要，但更重要的是，拋棄私有的利益，為全民的利益著想；而開業醫師們更應積極要求自我程度的提昇，趕上時代潮流的脚步，不亂使用花招騙病人，不亂開刀打針，並時時想到全民醫療保健的責任，如此方能贏得大眾的信任，奠定全國醫療網的基石。

轉診制度勢在必行



▲私人診所面臨轉診的契機，是否可能創造第二春？



醫療需求供給失調

自民國四十五年至於現在，勞保開辦住院醫療給付以來，我國醫療保險採取逐漸擴大方式向西元二〇〇〇年完成全民健康保險的目標邁進中。其間三十餘年，經濟的發展，生活水準的提高及勞工保險的擴大，無疑地刺激政府及私人對醫療事業的投資意願，帶動醫療設施的擴充及充實。唯在自由經濟、自由求診的體制下，加上勞保的醫療給付標準，由醫院等級而異的差距太大，導致醫療事業愈來愈走向企業化的路線，投資集中於大醫院，講求的是成本、效率、廣告、推廣等利潤導向的企業管理及擴充，不僅破壞了醫療需求供給的正常系統及平衡，也引起醫療界的惡性競爭，誤導國民以為在大醫院看病健康才有保證，而忽略了提昇基層醫療保健服務的質量，才是增進國民健康的大道理。一方面醫界失掉了和諧與合作精神，醫療倫理及國民道德為之敗壞，而造成醫療資源的浪費，醫療費用的步步提高，不可應付的勞工醫療保險已發生財務的困境。長此以往，不但增加醫界的紊亂，也會步上美國の後塵，而拖垮了經濟的發展，全民保險的目標也將無法達成。

轉診制度初試啼聲

行政院衛生署為了整合現有各系統醫療機構，建立分級醫療及轉診制度，達到醫療分工及合作的目的，於民國七十五年十一月二十四日公佈醫療法、規定轉診制度，期能全面提昇醫療水準，

第一次台灣地區醫評鑑結果

醫療區域	醫學中心	區域醫院	醫療資源評估
基隆 台北	台大、三總、榮總、馬偕	基隆長庚、國軍八一二(準)、北市婦幼(準)、中心診所(準) 國泰、市立仁愛、北醫附設、市立陽明、省立台北 空總、亞東、耕莘、市立中興、市立和平	過剩 過剩
桃園	林口長庚(準) 省立桃園(準)		不足
新竹		新竹南門(準)、省立新竹(準)	過剩
台中	榮總台中分院(準)	國軍八〇三、中國附設、童綜合 (準)、省立台中(準)、沙鹿光田(準)、中山設設(準)	過剩
彰化		彰基、秀傳(準)	不足
雲林		北港中正(準)	不足
台南	成大(未完工)	省立台南、逢甲	不足
高雄	高醫附設中和醫院 榮總高雄分院(未完工)	高雄長庚、國軍八〇二、海總、阮綜合、高雄民生(準)	過剩
台東		馬偕台東分院(未完工)	不足
花蓮		慈濟(準)、國軍八〇五(準)、門諾(準)	不足
宜蘭		羅東博愛(準)	
馬公苗栗 嘉義 南投 屏東			不足

註：(1) (準)為準醫學中心或準區域醫院。

(2)成大醫學院附設醫院與榮總高雄分院都尚未完工，不列入評鑑，但其規模為醫學中心級醫院。

有效利用現有設施，避免醫療資源重複投資，均衡發展醫療服務。使大多數民眾能就近獲得一般性之門診、急診及住院的醫療照顧，其需要精密診斷及高度治療時，亦能透過轉診制度，而轉移到適當的醫院接受治療。在這整個計劃中，轉診制度的建立，實居一個非常重要的關鍵性地位。而勞保局在七十六年二月初公布，七家一級醫學中心將改為轉診醫院，並以四至六個月為緩衝期，月底又進而擬議把二級區域醫院也改為轉診醫院。國泰等六家醫院原已試辦兩年之轉診，亦將繼續此種合約。而以後新設的大醫院要訂勞保，同時，只准許辦理轉診。這些決定，已引起醫界極大震撼。勞保局之決定，看起來完全是著重於財務上的考慮，因為讓病人無限制地到大醫院看任何大小病，使醫療支出日益上漲，勢必拖垮勞保局。

轉診制度之效益

據統計顯示，百分之九十以上疾病

，都可以在普通合格醫師手中處理，只有低於百分之十的病人，需要大醫院及專家的診療（根據另一項統計顯示：60%~70%並不需要高技術照顧，30%~40%需要高技術治療，10%醫學現階段無法治療）。至於目前會有這麼多的爭議，主要癥結可能是醫生的水準問題。我們尊敬的某些醫界領導人士，很「努力」的向大眾灌輸開業醫師分不清大小病的印象，這一點很值得討論。關於此問題，待後探討之。

一套健全的轉診制度，可以產生許多重大的效益：

(一)強化疾病診斷的正確性：

以往各級醫療單位之間，彼此缺乏良好的聯繫，基層醫療單位處理不好的疾病，就把病人推給大醫院去處理，而大醫院在接到病人後，由於對於病人之過去的病情不了解，常有瞎子摸象的感覺。轉診制度建立後，大醫院可經由基層單位提供的資料，對病人有個較通盤的了解，再輔以醫院精密的設備及專科

醫師的學識經驗，使許多複雜的病症誤診機會減少。而基層單位的醫師亦可透過轉診，了解病人的病情，有助於往後的治療。

(一)病患免於長途跋涉就診之苦：

轉診制度的建立，對許多居住於偏遠地區的民衆，提供了許多方便。許多慢性病的患者只須定時到專門醫院作檢查治療，平常一些小毛病可就近到基層醫療單位治療。

(二)病患可得到持續性的治療：

罹患慢性疾病的病人，大多需要長期連續性的治療。但許多病患，由於到大醫院就醫不方便，病重時就到大醫院診治；症狀減輕時就到附近診所治療，甚或不加理會。這種不相連貫治療方式不一定一致的狀況，常常造成病情的延誤，轉診制度的建立可彌補此一缺憾。

(三)為急診病患爭取時效：

當病患突罹患重病時，常被送到附近醫院或診所做暫時性的治療，再轉到適當的大醫院。若基層單位與後送醫院之間有良好的連繫，當病人被送到基層醫療單位時，基層單位可一方面給予急救處理，一方面連絡轉診醫院做好充分準備後轉送病人，以爭取時效。

(四)為病人節省時間、金錢：



▲轉診制度不僅節省醫療費用，更建立正確的就醫觀念。

由於病情資料的流通，使病人不必多做重複的檢查，可節省許多時間及金錢，也減少病人精神上的折磨，且可充分利用轉診醫院現有設施，避免醫療資源之重複投資。

(五)免除一般大醫院門診的擁擠情況：

由於勞保病人占了一般大醫院門診病人的極大比例，使得大醫院門診人滿為患，而不得不實施門診名額限制，造成許多急症患者，無法順利就診。轉診醫院由於沒有一般勞保門診，病人大多不必受到門診名額限制。

推行轉診之阻力

轉診制度雖有許多好處，但於推行上亦有許多方面的阻力及實施過程的缺失，使轉診制度的推展可能產生許多困難，其中重要的因素有：

(一)病患方面的因素：

轉診會使部分病患覺得醫師能力不足，而喪失對醫師的信心。有些不明事理的病人，則懷疑醫師是否別有用心。有些病人其病情已非同小可，却堅持是輕微小毛病，而認為醫師多此一舉。

(二)基層單位本身的因素：

部分醫師擔心轉診會使收入減少。部分醫師則因本身業務繁忙，而轉診是一個既耗費時間；對許多醫師而言，又無實質利益的工作。

(三)後送醫院方面的因素：

後送醫院若處理有不當，連帶會使基層單位醫師受到病患或其家屬之責難。為了避免惹上無謂的麻煩，基層單位的醫師自然不願輕易為病人轉診。而後

送醫院的醫師或因本身工作的忙碌，或因對轉診制度不熱心，常疏於對病人與轉診單位的聯繫，或隨便應付了事。而基層單位的醫師欲取得病人的有關資料又非常困難，使轉診制度缺乏雙向交流的作用。

(四)醫療保險體系方面的因素：

由於保險單位對不同醫療單位有不同的待遇，造成轉診制度實施的許多困難。許多由基層單位轉診到大醫院的慢性病人，出院後原可到基層單位繼續接受治療，但受到基層單位保單費用的限制，而工作單位保單數量又有限制，只好留在大醫院繼續治療。

(五)家庭醫師制的迷思？

現在有許多志在從事家庭醫師工作者，並無勞保合約，而一般家庭普遍都有勞保成員。未辦勞保合約，實際上無法成為名符其實照顧全家健康的家庭醫師。所以要使家庭醫師普遍，就必須勞保全面開放，否則等於是空談！轉診如能使財務負擔減輕，或許才有能力開放更多的勞保。因此轉診是建立家庭醫師的基礎工作，有轉診才有機會使家庭醫師制度生根。要等家庭醫師普遍才實施轉診，這種說法，顯然是不完全了解醫療現況。

如何使轉診順利推行？

轉診制度推行是政府未來二十年內的主要醫療政策，其成功與否關係全體國民健康甚鉅。因此，要建立一個健全的轉診制度，便須化除各種阻力，改善實施過程的缺失：

(一)在病人方面：首先，需改變病人



▼面臨醫療經濟之大幅變動，醫療體系是否應好好反省回顧？



對能治大病的醫院，小病也能治療更好的不正常心態。因為這種心態造成了醫院競相投資於精密設備，而造成了醫療資源重複投資的浪費。

(二)基層醫療單位方面：雖然，轉診在初期常是吃力不討好的工作，收入短期內也會受到影響。但從長遠的觀點來看，能為病人著想，使病人得到更妥善的治療，最後，必能獲得病人的信心。目前許多病人因耽心在小醫院、診所延誤病情，而大病、小病皆擠往大醫院。假如基層單位的醫師能衡量本身的設備能力，能力辦得到，則給予病人適當的治療；能力辦不到，則幫病人做適當的轉診，則病人不必耽心被延誤病情，就不會一窩蜂擠往大醫院。

(三)後送醫院方面：基層單位的醫師必須對後送醫院醫師的專長、醫院的工作效率及其他一般概況有深入的了解，才能對病人提供醫院的良好服務。後送醫院必須與基層單位保持良好聯繫，隨時提供醫院的有關訊息，並協助基層單位的醫師獲取有關轉診病人的資料。

(四)醫療保險管理單位應調整大小醫院間的差別待遇，使許多病人能由大醫院轉診到基層醫療單位繼續接受治療，以減輕大醫院不必要的工作負荷。

綜合上面所述，轉診是一定要做，而且要在做好周全準備工作之後，亦即基層醫師之「質」與「量」皆無問題後，好好地徹底執行。日本的保險制度，為鼓勵基層醫師將病人轉診，對轉送病人至大醫院之基層醫師發給日幣一五〇〇元，而對大醫院已治好的病患再轉回給基層醫師時，分發日幣四〇〇〇元給

大醫院做手續費。這種做法之原意，是感謝基層醫師照顧病人，肯在必要時轉送病人，也感謝大醫院，因為已治療一段落，把病人再轉回小醫院，就可節省醫療費用。我們不一定要如此做，但是對於他們的制度與精神，似乎可加仿效。同工同酬，以醫藥分業方式，設立勞保藥局及檢驗院，也是另一個方法。同樣一個病，醫師診斷費應該相同。比較複雜的病，由較專門的醫師治療，診療費當然較高。

勞保轉診制度是一種比較合乎分級醫療理想的制度，但醫院診所之間必須能確立良好的轉診觀念。若勞工們對轉診制度的缺失能做全面的檢討改正，才能建立一個完善的勞保轉診制度。

勞保給付之檢討

民國七十六年春（公元一九八七年），國家最高行政當局宣稱：民國八十九年（公元二〇〇〇年）廿一世紀，台

灣地區將邁進已開發國家之林，按我國經濟情況，國民所得早已超越此標準，唯政治的完全民主化與已開發國家標準小有差距。在距廿一世紀短暫的時限裏，政治能否達到此一目標，一切國家建設完成，而順利的實施全民健康保險（health insurance），則將視全民國家掌舵的導航者的意願、國庫財力、人力資源、全民共識、行政組織及醫療網或曰醫療體系，能否有效的配合？然而未雨綢繆、全盤規畫、早作準備，政之善者也。

社會保險是國家施行福國利民的一種計畫，通常是經由立法，由政府或指定單位或特約機構來辦理，一般是以強迫方式要求被保險人參加，其目的在保障、預防受雇者或中低收入者甚或全民在遭受生育、疾病、傷害、殘廢、死亡、老年、失業等事故時，可獲得現金、醫療，或其他照顧。如依保障事故可分為四類（一）職業災害保險（二）健康保險（三）老年殘廢、遺囑保險（四）失業保險。大部分

國家是分開辦理，祇有部分國家是綜合辦理的，如我國勞工保險即是其中之一。在這四大類保險中，健康保險一直是扮演著最吃重的角色。健康保險因實施方法不同，名稱也有差異，如英國、紐西蘭、義大利等，是以國家租稅來辦理，全部免費服務國民的方式稱為「國民保健服務」，又如西歐、北歐一些國家及美國、日本、我國等由保險團體向被保險人收取保險費辦的，稱為「疾病保險」或「健康保險」勞保則稱為醫療給付，全部稱為醫療保險制度。

勞保業務險象叢生

勞保是社會安全制度中重要措施之一，政府於民國三十九年三月一日開辦勞保醫療，四十五年七月實施勞保住院醫療給付，五十九年實施勞保門診醫療給付，此後不斷業務膨脹，迫及七十六年八月底，勞保特約醫院已達三五六七間中小型醫院，勞工人數已達530多萬人，目前已呈現財務赤字，險象叢生，由七十六年六月底結算出上一年度營運數字顯示，勞保七十五年底共計虧損新台幣十四億元，如不速謀對策，將是政府與被保險人的無限傷害痛苦。

何以造成如此，其原因歸納如下：



▲醫療儀器之大量進口，造成醫療費用節節上昇，也拖垮了勞保局

(1)中小醫療院所門診或住院總應診量較大型醫院為多，但相對給付費用不成比例，平均醫療費用亦遠低於大型醫院，顯見勞保資源運用不合理。

(2)對門診每人次平均費用，中小醫療院所均受限制，但大型醫院却不加限制。因此，基於求醫便利及高額消費即代表優良服務的誤導下，非但膨脹大型醫院門診負荷，影響其應有的住院服務及教學研究工作，同時影響中小醫療院所應有的病患來源與營運收入，有礙整個醫療供給體制健全發展。

(3)老人人口的增加，更增加醫療照顧的花費。

(4)醫療科技的進步所帶來的結果，如高昂診療儀器、藥品、科技之成本及利用次數增加。

改善勞保給付之方向

由以上所分析之結果，我國勞保醫療給付仍須改善的地方有：

一應全面開放醫療院所方便保險人就診

所謂全面開放是指有條件的開放，應由衛生主管機關、勞保局、醫師公會、被保險人就各項主客觀因素訂定一套合理的標準。這也是為民國89年之全民保險工作鋪路。

二給付方法要公平、合理以確定達到保障被保險人之功能

勞保醫療給付雖明文規定實際需要供給全部醫、藥材料，却又訂出一套診所140元、單科醫院145元、乙類醫院150元之免審範圍，依此免審範圍做為給付標準，相當不合理。應配合我國國

情及勞保條件，重新訂立一套給付辦法。

三勞保監理委員會、輔導委員會應有醫師代表參與

四建立完整的轉診制度，並及早付給實現

醫療保險帶給勞保局的財務赤字，已年年擴大。唯有實施轉診制度，方能為勞保局節省不必要的浪費，同時減少醫師人力浪費，病人亦可得到合宜的照顧。

五實施「部分負擔制」

實施部分負擔制，可在一定範圍內免費，以避免被保險人貪小便宜而擇惡就醫的現象。

總而言之，為解決勞保財務或國民健康，保險醫療應開拓預防醫學層面，來配合疾病治療，可能是未來該走的方向。有關這方面的達成，有賴政府主管機關之推展，保險事業單位之配合，及醫療學術單位之教育配合。

「專科醫師制」

背道而馳

由以上幾篇整體性探討醫療體系的文章中，我們其實只強調一件事，即醫療政策走向基層化，其做法是在整個醫療網的規畫下，使全民保健逐步實現，另方面也使整個醫事人力得以平均分配至各鄉鎮市區。

備受爭議的幾條法律條文

民國76年11月公布的醫療法中規定



▼專科醫師立意雖好，却非實行的良機。



：「專科醫院、專科診所之負責醫師，並須具有專科醫師資格。」而在同一條文中有一條但書「但於本法公布前已充任負責醫師者，不在此限」。初看之下，醫療法似已保障了目前存在的基層醫師。但是，我們再看看其他相關的幾條法律條文。如衛生署擬的「醫療機構設置標準」，有關醫師的部分即規定，專科醫院須依負責醫師所具專科醫師資格的專科別設置；至於綜合醫院或一般醫院，「各診療科均應有專科醫師一人以上」。此外，勞委會所修正的「勞保特約醫療院所特約及管理辦法」，有關醫師的資格規定中也有：地區專科「負責醫師應具有申請診療科別之專科醫師資格」。

這二條法規不僅漠視醫療法中的但書規定，更強迫非專科醫師退出專科醫院負責醫師的行列，必然影響到許多資深開業醫師的生存。

「專科醫師制」不宜躁進

醫療網計畫的精神在使醫療資源普及化。衛生署如此倉促及不顧一切地推行專科醫師制度，讓一般人誤以為專科醫師高人一等，不拿好像就水準差人一般，導致每位醫師都以能得到一紙資格為最後目的，最終結果只有令地方的醫療服務工作萎縮，讓醫療網推動的工作多一分阻力而已。

其實，專科醫師制度在大醫院有其必要性，學有專精的醫師是會受到一定的敬重。相對的，在基層的開業醫師就比較沒有必要性，民衆真正需要的是像家庭醫師一樣，可以分辨出大小病的醫

師。這樣的醫師，其重要性是絕對不亞於專科醫師的。假如人人只是以得到專科的資格為目的，那麼將由誰來做「檢傷分類」般的篩檢工作？所以，應該強調的是「基層醫師」和「專科醫師」一樣重要，其地位無分高低，只是看病的對象和內容不同罷了。

若要鼓勵醫師接受再教育，提高醫師進修的意願，可以採行完善的學分制度，定期換證。要提升醫院的水準，可以實施各種評鑑與考核辦法，未必非要實施專科醫師制才行。

醫界遲早必須實施專科制度。不過，專科制度應當和臨床博士學位一樣，是一種榮譽一種特權，而非必要之資格。

只要專科醫學會的辦法日趨健全，國內的專科醫師人力逐漸充實，實施專科醫師制應是水到渠成的事。目前，似不宜冒然推動此制度。

註：此篇文章部摘錄自醫科校友會李金生醫師之大作：「勞保問題、轉診制度及專科醫師法之我見」，特此致感謝之忱。

參考書目：

1. 陳永興著，「醫療，人權，社會」
2. 民生報醫事專欄，黃明和立委：「實施專科制此非其時」
3. 台灣醫界30卷2期p.6.~7.
4. " 30卷5期p.73~74.
5. " 30卷12期p.13~14.
6. " 31卷1期p.19~20.
7. " 30卷8期p.61~63.
8. " 30卷9期p.15~21.
9. " 31卷1期p.15~18.
10. " 30卷4期p.76.
11. " 30卷4期p.73~75.