

落實分級醫療 強化基層 座談會

主辦：高雄市醫師公會 中華民國基層醫師協會 共同主辦

時間：105.09.20 星期二 中午 12：30

地點：高雄市醫師公會 禮堂

主持人：王欽程 理事長

健保對策委員會 林俊傑 召集人

議題一：在民國84年，第一次推動之分級醫療為何不到一個月就失敗？

1. 分級轉診(診所轉地區，地區轉區域，區域轉醫學中心)。民眾反彈一認為層層轉診，延誤時機，最後醫學中心轉太平間。
2. 小病看診所，大病看醫院(民眾質疑：如何分別自己是大小病?)
3. 醫學中心集結反對(醫學中心怕業務量縮減，而影響生存)

議題二：台灣的健保，到底是屬於那一種制度，本質到底是什麼？

1. 健保是稅制，不是保險制。
2. 健保不是保險制，是福利制。
3. 是左派社會主義，不是民主市場機制；是威權體制市場，不是自由競爭市場。

4. 是財務擺中間，醫療專業閃旁邊。
5. 是壟斷市場，健保署一家獨買，醫界沒有訂價權。
6. 總額不足，但要包山包海。
7. 給予民眾一張健保無限卡、世界卡。(到世界各地都可無限制)
8. 健保的問題，不是醫療專業問題，而是政治問題。

議題三：經過20年的健保，台灣的醫療生態起了什麼變化？

1. 政策的偏頗造成財團寡頭托拉斯，基層萎縮。呈倒金字塔型分佈。健保總額，基層佔率逐年下降(由28%逐年降至20%)
2. 資源分配不均，城鄉差距擴大。台灣每一位醫師平均照顧513人，台灣每一萬人有58床。但資源分配不均。台北市每286人有一位

醫師，嘉義大埔、金門烏坵都是無醫鄉。

3. 到大醫院就診，可以拿很多藥，做很多檢查。因此，到大醫院就診相對便宜，因此民眾不管大小病均往醫院擠。
4. 小病也往大醫院擠，使用大醫院的重裝備，健保醫療費用愈來愈高。根據統計，2013 年全國每次門診平均費用，醫學中心為 3050 元，區域醫院 2155 元，地區醫院 1342 元，基層西醫診所 556 元。
5. 每年 9000 萬人次在醫院門診 / 急診就醫，其中 16%(1300 萬人次) 是初級照護 (小病就醫)。如果加上穩定性慢性病，則比率更是高得嚇人。
6. 醫院專科醫師做太多基層家庭醫師的事務，乃至每位病人平均門診診療時間不到 5 分鐘。
7. 不同病同酬，造成五大科皆空，很少醫師願意走風險高又收入少的科。
8. 醫學中心利用低底薪及 PPF 制，變相造成衝量，甚至利用院前診所早安門診、夜間門診蠶食基層健保總額。
9. 醫學中心門診、急診壅塞，人滿為患。但有 50% 的基層診所，一天看不到 30 人次。

10. 一年有 1500 位新進醫師，但醫學中心仍缺值班醫師。
11. 醫師“醫德”受質疑，醫師尊嚴遭踐踏。醫暴、醫鬧、醫糾事件年年快速增加。

議題四：目前的醫療環境如何? 如果不進行改變，將來可能之發展為何?

1. 造成更多的醫療資源浪費。
2. 品質因 COST DOWN 而逐漸低落。
3. 小病擠大醫院，排擠重病病人。重症病患上大醫院掛不到號、排不到床。
4. 醫學中心醫師為生存疲於奔命。
5. 財團醫院愈開愈多，基層逐漸被消滅。
6. 民眾到大醫院就診，等待時間更長，看診時間更短。
7. 民眾不知惜福，健保卡變成無限卡，世界卡。缺乏自我照護的責任感，浪費下一代資源。
8. 台灣人口老化很快，健保成立時，7.7% 是老人，現在 12%，至 2025 年，達 20%，按目前的醫療模式，勢必無法應付未來的醫療支出。

議題五：基層醫療有存在的必要嗎? 世界潮流如何?

1. 去年登革熱及今年初流感塞爆醫學中心急診室造成「急診看不了病，重症住不了院」的醫療困境，證明一個國家在只有強壯的醫學中心，沒有基層醫療的情況下，人民仍無法受到妥適的照護。
2. 今年高雄推動登革熱“一篩二追三轉”防治計劃，以及新政府長照政策，推動社區在地老化，在宅醫療照護，如果缺少健全基層醫療院所，一定不易成功。
3. 非都會區的醫療照顧，主要是靠基層院所及社區小醫院，迄今幾乎未見任何醫學中心的足跡。
4. 為了資源最有效率，最經濟的運作，全世界先進國家，都是以基層醫師為第一線 (Gate Keeper)，為民眾健康把關，並將病患分流。(Gate Keeper 制度也是先進國家經過許多討論、研議、經驗累積的結論)
5. 2015 年大陸廣東省也開始推動“分級醫療制度建設實施方案”。鼓勵大型醫院逐步取消門診，要求醫學中心的專家下基層駐診。計劃到 2017 年，基層醫療機構診療量佔率達 65% 以上。並且利用醫保調控初級照護到大醫院門診，可能不能報銷或報銷比例變小。
6. 基層醫療的特質包含可近性 (acce-

ssibility)，周全性 (comprehensive) 協調性 (coordination)，持續性 (continuity) 是與醫院有很大差異性的，有些並非醫院可以做得較好的。

議題六：基層如何看待過去20年的健保制度？

1. 健保推動家庭醫師制 20 年，但迄今只有 10% 民眾願意接受這種正常就醫方式，如政策不改變，再努力 20 年是否能導正此行為，雖還是未知數，但可能還是無法推廣。
2. 今天台灣健保的成就，是醫師及所有醫療從業人員血淚堆砌出來的。健保的高滿意度，是犧牲醫師及醫療從業人員之權益以及借用下一代的資源造就出來的。
3. 政策改變醫師醫療行為，更影響民眾就醫模式，其實大多數民眾對基層醫師一直有信心，只是到大飯店和到路邊攤吃飯，錢都一樣，大家當然擠大醫院。

現在政府的政策到底是要扶植基層或消滅基層，如果政策是要消滅基層，則基層再多的努力，也是沒有明天。如果政策方向要為基層點一盞燈，則基層就會亮起來。

議題七：目前新政府(小英總統)之醫療政策重點為何?政策會有效嗎?

1. 應落實分級醫療，在政府、民眾、醫界(基層和醫院層級)中謀求最大公約數，逐步推動，讓基層與醫院均衡發展。
2. 不能限制民眾就醫場所。
3. 以經濟的手段誘導民眾正確就醫，落實分級醫療。

議題八：現行健保法第 43 條，為何 20 年來未能落實去執行?

第 43 條保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，居家照護醫療費用之百分之五。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十。

1. 現實之情況下一如果立即實施健保 43 條，其反彈可能衛福部長不到一個月就要下台，換十個部長，一樣下台。
2. 小英的民調立即掉 10%，衝擊政權的穩定性。
3. 財團的背後操作，基層抵擋得了嗎？。

議題九：最近衛福部推出的政策“壯大基層，落實分級醫療”的原則或實質內容為何?

1. 加強基層醫療功能，讓病人回流。
2. 鼓勵聯合診所。
3. 鬆綁 B、C 表及財務配套措施。
4. 開放單科專科醫院，鼓勵半開放制地區醫院。
5. 逐步拉大不同層級醫療院所的部份負擔。

議題十：基層如何加強競爭力?

1. 強化專業能力。但過去的專科、次專科制度或太多的軍備，是否有利 Gate Keeper 制，仍有待考量。
2. 開放 B--C 表，讓基層能夠做更多，拉近基層與醫院間的差距。
3. 審查核刪合理化，不宜過度或不當限制。審查共識公開化，不要有黑箱作業，讓基層無所適從。
4. 基層要懂得行銷及醫務管理。以濟世救人的胸懷來照顧病人，但也無須自我醫德無限上綱，變成自己的緊箍咒。
5. 基層要團結(基層診所其實就是一個小企業，醫師就是小企業主。武林第一大幫是丐幫，因為它人多。民主時代基層也是第一大幫，

人數夠多，只要團結，其實實力也很驚人。好的科，應有雅量讓五大皆空科優先改善及成長。好的科則穩定發展，如此才容易團結。

6. 單打獨鬥的時代已過去，鼓勵聯合診所，社區醫院採半開放制度。或不同專科診所間，平行轉診，或聯合採購。
7. 為適應勞基法新制，建置社區醫療守護網，由基層診所與社區醫院共同合作，推動例假日排班制，提供全國民眾全年無休的醫療守護。將病患留在基層。

議題十一：政策影響醫師醫療行為及民衆就醫模式。政府政策須做何調整，才能落實分級醫療？

1. 逐年減少醫學中心門診佔率(分五年將醫學中心、區域醫院的初級照護病患及穩定病人逐步釋出給基層，政府監看實際釋出情況，且調整後續基層增加之支出編列新增預算。
2. 醫院總額不變，將減少的輕症及慢性穩定性病患，以 80% 資源回歸調整急重症及五大皆空科系支付標準。
3. 醫學中心需有總額管制。
4. 訂定法規，限制醫學中心擴充門診部(院前診所)，院前診所的申請額，回歸該醫院總額。並停止早安門診或夜診。
5. 降低醫院初級照護的支付金額，甚至低於基層，停止成人健檢、流感疫苗注射、四大癌篩的醫療服務。
6. 醫師薪資結構及給薪方式改變，去除 PPF 制，減少主治醫師衝量的誘因。
7. 修改財團法人醫院董監事法，監督財團收支的走向(醫院實際盈餘不少，但報表上稅後盈餘僅一點點)，以及政府補助款要落實給付到醫療員工，改善血汗醫護。
8. 轉診單須優先處理(一定要保障當天可就診)，轉診去大醫院的病人，一定要回歸基層，落實雙向轉診。
9. 鬆綁自費醫療和掛號費限制。
10. 逐步調整不同層級之就醫部份負擔(配合對弱勢或者重大傷病的補助)。逐步調整慢性病用藥及檢驗的部份負擔。
11. 以健保給付或評鑑手段，作為負面指標，明訂醫學中心門診/住診費用比例，輕症比例過高的核扣機制，強迫醫院檢討改進。
12. 醫院不正常行銷，假藉各種名義

(義診、社區服務)吸引病患減免掛號費，專車接送或置入性行銷，政府應積極處理。

議題十二 如何讓民衆接受分級醫療？ 導正民衆就醫習慣。

1. 教育民衆，有病先找社區厝邊基層醫師，基層醫師絕大多數是醫院資深醫師或受過完整訓練，甚至曾是大醫院年青主治醫師的指導老師，其能力無庸置疑。
2. 宣導分級醫療的必要性以及利和弊，讓民衆不要誤解。
3. 對某些反對團體而言，應了解”沒有什麼東西是可以永遠廉價取得”，現在的制度，民衆表面上是享受到便利，但造成重症病患上大醫院掛不到號、排不到床、急診室像難民營、醫護過勞、品

質下降、健保財務飲鳩止渴。廉價取得乃至免費取得，必招致大幅度浪費，到時候哭泣的是誰？是經濟弱勢的一群，或是經濟優勢的人？

4. 醫療費用儲戶制。

以上方案涉及結構性的改革，因此需要主管官署以堅定的政策信念，主動積極的介入主導，並配合修改相關的醫療行政規定，才能成功。慶幸的是健保醫療的危急困境以及醫療崩壞已經是大家共同認知，醫療界，消費者、醫改會、健保會都能體認到改革的勢在必行，分級醫療也成為社會的主流共識，只要有全面周全的推動方案，是有機會翻轉現在的醫療困境，讓民衆、醫療工作者和政府三者皆贏，也讓健保重獲生機，得以永續經營。