

專案質詢

9-2-7-0315

立法院議案關係文書 中華民國 105 年 10 月 19 日印發

案由：本院黃委員昭順，針對衛福部擬對未經轉診而直接到醫學中心就診者小幅提高部分負擔乙節，籲請主管機關宜再審慎評估！本項作為主要目的應是希望能夠落實「分級醫療」，期藉「以價制量」來減少醫學中心人滿為患的問題。本席以為；這是見樹不見林的不切實辦法，也誤解「分級醫療」的精神。「分級醫療」是一個牽涉醫療品質、效率，以及公平的概念，主要目的在於促進「社區醫療」的強大，提供民眾更為第一線、整體性的健康照護。但提高部分負擔與提升社區醫療的實質能量並非等號，對於民眾就醫權益，以及整體健康照護體系更是一大倒退。再者；民眾前往醫學中心就診，「價格」在其選擇上並不是重要因素，主要是民眾主觀認為，醫學中心能夠提供就醫者需要的品質，就維護個人權益的角度，即使衛福部意欲提高醫療中心的部分負擔，其實並不會 100%改變民眾的就醫習慣。衛福部過度相信「財務誘因」的政策工具，長時來除造成醫療政策過度消極，也把整個醫療改革搞得像一場算數。若從另一角度來看，對於真有經濟壓力的家庭來說，是否也實質剝奪了他們在醫學中心就醫的權益？這不僅不公平，也對「全民健保」的核心精神造成威脅，特向行政院提出質詢。

說明：

- 一、為了有效落實「分級醫療」，減少民眾因為「輕症」即跑到醫學中心就診，以及並強化醫學中心以「急重症」作為主要診療項目，衛福部於日前拋出新政策：計畫提高醫學中心的

立法院第9屆第2會期第7次會議議案關係文書

部分負擔，未經轉診而直接到醫學中心就診，部分負擔將會小幅調漲。期待透過這項新政策，來扭轉目前「分級醫療」功能不彰的現況。然而，這個政策藥方確實開對了嗎？

二、減少醫學中心輕症給付的手段，能不能確實達成其落實分級醫療的政策目標？其實是有爭議的，民眾不論輕、重症之所以選擇醫學中心，是主觀的認為其醫療品質符合病者需求，除非；衛福部預調漲的部分負擔，遠遠高於現行負擔的數十甚至數百倍，否則欲「以價制量」的目的，恐成效有限！而且再從病患權益言；當「輕症患者」湧進醫學中心時，醫院並沒有權利拒絕，而原本即在醫學中心診治的慢性疾患，有意願轉換診療醫師與場所者，勢必也相當有限。更何況；大部份的時候，「診斷」其實是醫師說了算，輕、重症間的模糊，又如何一刀明確認定？

三、落實「分級醫療」的主要改革，應該落在「強化基層醫療體系」。一直以來，台灣的基層醫療完全仰賴以私人提供者為主的醫療市場來提供，每個私立醫療院所自己各憑本事，在一個如同便利商店般的競爭當中自求多福。政府除了健保，以及基本的法律性規範外，其實對這個「醫療市場」幾乎可以說完全沒有政策。爰此；嚴謹的來說，倘若新政府真的有心落實「分級醫療」，其實除了健保給付制度的財務誘因，諸如從社區導向醫學教育、創新服務輸送模式的發展，以及跨層級醫療院所的整合等，這些關鍵的改革，猶待主管機關的努力，才能真正有效「分級醫療」的理想。

四、「以價制量」期減少醫療資源的不必要浪費，其本意並沒有錯，只是要達到分級醫療之目的，並非單僅係以價制量可成，理論與實際需求的落差，民眾看診習慣等等主客觀因素，均應逐項分階段推動，並輔以周全的配套措施包括：諸如透過制度引導降低大醫院看輕症比率，提高醫院重症及急診給付；放寬基層醫療的服務限制，讓診所可發揮所長，對弱勢民眾補貼，及考量高齡人口就近看診等等問題，分級醫療制度才能逐步落實！