

健康名人堂／分級醫療 減少醫護過勞

李伯璋

2年前，健保署在衛福部長陳時中帶領下推動分級醫療，期待醫學中心著重「急診、重症、困難疾病與罕病」治療，至於常見疾病，則由「厝邊好醫師，社區好病院」的家庭醫師來照顧。

當時行政院長賴清德找了陳部長與我去行政院討論「分級醫療」，提醒擬出說帖來減少民怨。當時我的論述是大學醫院的醫師也是一天24小時，若同時要做好教學、研究，服務內容必須有所取捨，否則台灣學術成就一定會受影響。感謝賴院長的瞭解與支持，讓台灣分級醫療在穩定中前進。

健保財務怎麼改 難有共識

健保財務的總額是由雇主、政府與民眾共同來承擔保費的收入，醫療供應者總覺得自己的付出與收入不成正比，每年要求總額再成長，也就是提高健保費。目前全球經濟發展遲緩，我有很多小企業的朋友深刻感受到雇主承擔員工保費的壓力。對健保財務的收支連動，該「量出為入」或「量入為出」，常因不同背景而有不同的思維與策略。

若民眾仍習慣逛大醫院…

但相同的原則是民眾與醫療人員都應珍惜健保資源，如果民眾仍習慣逛大醫院，而醫師也積極安排檢查，就可能變成「防禦性」醫療？醫療行為越多，醫療點數大幅度成長，在每年醫療支出總額固定下，每一點的點值就下降。譬如闌尾炎手術給付是15,000點，當點值變成1點是0.9元、0.8元時，開刀拿到的現金給付比以前更少，醫療人員必然抱怨。

檢驗大增 恐受不必要輻射

就任署長以來，透過雲端藥歷、醫療影像雲端分享，嚴格控管重複拿藥、重複檢查，但「上有政策，下有對策」，病人就醫人次沒增加，但電腦斷層、核磁共振等檢驗費用卻增多，107年上半年279億點，108年上半年283億點。醫界以「沒做檢查怎麼會知道病人沒有問題」為由，強調檢查的必要性，但患者可能因此接受不必要的輻射劑量，這值得醫學省思。

大教授 不一定最擅長手術

所謂的尋找名醫，應該是找專精於該次專科的醫師，而不是大教授，因為大教授不一定比年輕的醫師更擅長於一般常見疾病的診斷與手術。「病人最好的老師是醫師」，彰基陳穆寬院長常向病人說：「○○醫師比我更厲害，你去找他沒有問題」，由醫師引導，對落實分級醫療最有說服力。

期盼民眾不必迷信到大醫院，而是就近找一位可以信賴的醫師做為自己的家庭醫師，需要時再轉診到大醫院安排檢驗檢查，減少部分負擔的金錢；透過醫療資訊雲端分享，病患在診所與地區醫院也可看到在醫學中心與區域醫院所開的藥與所做的檢查影像及檢驗報告，唯有落實分級醫療，才能提升台灣民眾就醫品質與減少醫療人員過勞，達到病醫雙贏，這正是健保改革的目標。（作者為中央健保署署長）