

談分級醫療

常務監事 王三郎

健保法第43條規定民眾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，應分別負擔百分之三十、百分之四十、百分之五十，其立法精神即是分級醫療。疾病依嚴重度的病人數目，其分布成金字塔型，在底層輕症較多，中度或嚴重者才到地區、區域醫院或醫學中心治療。當時無法實施，是否是因訂得太高難以推行或者其他因素介入，不得而知。由此觀之，部分負擔的調整是需要檢討，也有利於分級醫療的推動。

健保列車開動後，邊動邊修。為了財務的管控，牙醫總額、醫院總額、基層總額相繼出現。在此制度下，非一點一元，點值是浮動的，醫療費用是會打折扣的。基層總額實施前的討論會中，醫師主張如果點值下限低於0.95時要補足，健保人員則說大於1.0時是否要收回。大家微笑著，心想保平安就好，別想添福壽。總額的浮動點值，醫事人員的心事誰人知？希望分級醫療的推動有利於一點一元的早日實現。

公會在去年九月理監事聯席會議成立了分級醫療及轉診服務之醫院及基層溝通平台小組，定期召開會議、推動標竿學習，並請各院分享與診所之合作模式。如臺大醫院的星月計畫，臺大醫院邀請了大台北地區400多家基層診所與地區醫院，共同結盟成立健康照護網路。簽約後彼此合作、資訊互通、相互交流，

促使醫療資源最有效的利用，以病人為中心，讓病人得到最完美的治療。

此外分級醫療之實施也要有配套措施，除了部分負擔的適度調整外，二代健保44條：「為促進預防醫學、落實轉診制度並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度。」目前的家庭醫師整合照護制度能導引民眾在基層就醫，厝邊的醫師即為你的家庭醫師，良好的醫病關係也有利於分級醫療的推動。

最後也要提升病人的健康識能及自我健康的照護能力，必須透過教育系統，從健康教育著手才能達到事半功倍的效果，目前台大星月計畫中，對民眾的教育「聰明就醫一二三」：即告訴病人每個人要有「一」個家庭醫師，不宜在超過「二」家醫療院所就診，不宜超過「三」個慢性病門診。是相當好的說明。這個聰明就醫宣導，全民的接受度如何？隨時檢討推動，困難之處提出解決方法，且有配套措施。水到渠成的效果指日可待。此時，公會之溝通平台小組就非常重要了。☘