

# 以民眾為中心的考量

## —醫院與診所共同努力來創造醫界、政府、民眾三贏的未來展望

監事 石賢彥

以下所敘述的乃是目前醫界有待努力解決的問題：

### (一) 逐年合理的提高健保給付，是健保根本的問題。

我國健保醫療的支出佔GDP的6%多，而美國的支出是17%，相差太多。要馬兒好又不給馬兒吃草，是不可能的事。醫療進步，人口老化，及重大疾病、癌症的給付增加，是造成醫療支出愈來愈大的重大原因，要提升醫療的品質，給國人更好的醫療照護，不能總是犧牲醫界，給付總是打折，一點給付不到一元。為了造成健保的永續經營，民眾、政府、醫界的三贏，應逐年合理提高健保給付。至於用何種方法來調整，是否考慮先把健保的總額給付用由「上限制」改為「目標制」，多年後再實施一點一元，廢掉總額制度的給付，修改健保法。

### (二) 門診量的問題，是醫界核心的問題。

理論上，大醫院應以研究發展、照護需住院的病患為主要的責任。但目前沒有硬性的轉診制度，而造成大醫院門診量過多，而基層診所醫師，雖歷經大醫院住院醫師訓練、主治醫師、甚至主任的經歷後，仍很難開業；而許多年輕醫師去從事醫美服務，造成內、外、婦、兒四大皆空的情形，醫界的前輩應重視此一問題，無論是服務醫師（在醫院工作者）或開業醫師皆有責任，共同想出一套使醫院住院的

病人醫療給付逐步合理及提高，讓醫院服務的醫師有合理足夠的收入，不必再倚靠門診的收入，是否醫院和診所共同協調出醫院門診的總量多少是合理的，同時醫院和診所必須有共識，在醫療過剩的地區如台北市，醫院不該以任何名義或理由來擴建門診，使服務基層的診所愈來愈難生存。民眾的健保費用及部分負擔是否應該調整？日本一般民眾門診部分負擔百分之三十，老人百分之十五；而我國只百分之十幾，且未依健保法轉診的精神訂定百分比，應逐步調整。

### (三) 長照的發展是政府的政策，應該增加長照合理的給付，鼓勵醫院、診所共同努力參與長照計劃。

人口老化及少子化的問題愈來愈嚴重，造成長照的問題也愈來愈嚴重。好的、理想的長照在院內住院病房不足要等很久才能入住，政府應要求醫院在安排病患出院前，就必須評估哪些病患需住長照中心，政府要給予要住長照中心的病患有合理給付，醫院有足夠的誘因，自然會加強長照病房的發展，不必再增擴門診和診所的競爭。

### (四) 再生醫療修法的問題。

許多再生醫療製劑，有人建議應及早開放，使許多面臨絕望的病人(如癌症病患)，有多一點機會、有一線希望。但依目前的了解，目前未經phase 3通過的藥

物，只能使用在研究計畫的病人身上，費用全由研究計畫單位先付，但如果修法通過之後，未通過phase 3的藥物將全由病患支付，動輒百萬的費用，但治療成功率可能只有5~10%，或有高達80~90%的治療效果，這結果可能造成最弱勢的病患，破財而致使家庭破碎，是否該維持原案，待通過phase 3之後，才考慮開放進口，以保障民眾的生命安全及財產維護。再生製劑，不應以藥品來管理，應另立更嚴謹專法，由政府代表；醫學院校代表；醫師團體代表；再生醫療研究者、相關專科醫師、法學專家及其他專家學者；民間團體代表；社會公正人士…組成的審議委員會來制定及監督之。

由於再生醫療製品的風險較高，價格較貴，製造以及使用複雜，其中更涉及醫療之技術以及知識，藥政單位並無能力單獨進行管理。再加上再生醫療製品管制制度之推動者，涉及再生醫療製品之龐大利益，推動者甚至希望此一更具風險之製品，規避完整嚴謹的臨床試驗程序提前上市。也因此，該附條件提前上市之條件，自無法由單一機關自行訂定，而需由具有完整專業、具代表性、有實質審查能力的審議委員會進行審議，現有僅具諮商性質的諮議會無法發揮上述功能，可能僅淪為進口業者輸入產品的橡皮圖章，對本土生技研發產業沒有保障。

也因為再生醫療製品風險大、療效不確定性更高、甚至提前上市造成安全性的不確定，不如藥品經由完整的臨床試驗後上市，包括療效、副作用以及其他風險，都較為清楚，甚至未完成臨床試驗卻提前上市，病人所扮演的，一方面是接受治療病人，另一方面也是接受試驗的白老鼠，若不嚴格把關及建立適當救濟機制，風險發生時將求助無門，對病人的權益無法有周全的保護。

#### (五) 醫療資源缺乏地區，醫師人力缺乏之問題。

醫療資源缺乏地區，醫師人數不足，不是醫師總數不足而是分佈不均，沒有足夠的誘因使醫師願意去偏遠地區執業。這不只是修法能解決問題，應該向日本無醫村一樣，免費提供偏遠地區診所及醫師居住的房舍及提高保證薪水。

以上所提的幾個問題是目前醫界正在面臨的問題，需要你、我、大家要共同面對及思考，首先大小醫院要有共識，一起想出一個解決的辦法。⊕