

公醫時代代表\_黃致翰醫師發言稿：

針對政府目前提出的分級醫療政策，我們認為主要有三個問題：目的問題、實證問題，以及體質問題。

第一，目的問題，或者說是目的錯置問題。目前看起來，分級醫療的施政目的，似乎有以「省錢」為最主要目的的味道。此外也有人將分級醫療視為是改善醫護過勞的手段。然而，我們認為，從政策的長遠面與宏觀面來看，「省錢」不該是推行一個政策的最重要目的。要真正成功的轉型為落實分級醫療的醫療體系，我們認為，應以兩點為最主要的上位目標。第一，提供病人更好的照顧；第二，改善醫護人員的工作條件。唯有圍繞這兩個目標來設計並落實政策，才能真正提升全台灣人民的福祉。

第二，實證問題，或者說是缺乏實證的問題。姑且不論第一點所說的目的錯置問題，單就省錢的效果來看，目前學術文獻中其實並沒有堅實的證據，可以支持分級醫療一定能節省醫療支出。姑且不論學術研究，先來直觀的推想分級醫療的理論。比起沒有分級醫療的體制，有分級醫療的醫療體制的基層醫師可以將那些不該去醫學中心，卻會想直接去醫學中心的病人，留在基層手中，理論上可能可以避免掉不必要的檢查與治療（題外話：這些病人假設直接去醫學中心又一定會接受很多不必要的檢查與治療嗎？），這是分級醫療能夠省錢的機制

之一；相對而言，有些疑難雜症或嚴重疾病，注定該接受醫學中心的檢查或治療，但在分級醫療的體制下，可能反而必須多浪費一次基層門診的醫療資源(此外尚可能有延遲診斷或延遲治療的問題)。因此，分級醫療最終能否省錢，是受到疾病分布、醫療價格等等參數所動態決定的。

此外，就改善醫護過勞而言，分級醫療可能可以減少醫學中心的病人量。然而，以筆者數年前遇過的一位私立醫學中心資深住院醫師為例，這位學長曾這樣說：「以前資淺的時候都會希望病人越少越好，等資深了之後才發現，如果病人真的一直少下去，醫院怎麼可能繼續請這麼多醫生？搞不好下個月我就沒工作了！」誠然，目前醫學中心病人量雖大，但醫院不是沒有多請人力的盈餘，事在人為，卻不肯做。醫院這樣的行為，其實相當符合資本主義追逐利潤的機構榨取最大勞動力剩餘價值的鐵律。因此，若無勞基法規範工時，或醫療法規定人力與病人比，就算醫學中心的病人量下降，除了讓醫學中心的醫護失業之外，並看不到任何改善過勞的機轉。

第三，體質問題，或者說是體質不良的問題，又可分為診所及地區（區域）醫院市場競爭大於團隊合作的品質問題，以及醫學教育的專科導向問題。所謂診所市場競爭大於團隊合作的品質問題，並不是說診所的醫師在醫療知識或技術上一定遜於醫學中心，而是說在台灣

的醫療體制下，鼓勵診所進行市場競爭；而在如此競爭的環境下，姑且不論一些扭曲的醫療行為，就算單純是要各診所間以及診所及醫院之間互相合作轉診，就已經是一件極為困難的事情；而我們尚未見到政府有針對此點作出甚麼相對應的配套政策。

再者，我們也見到地區或區域醫院同樣在市場競爭的壓力下，偶有在本身並非對病人最好的治療層級的情況下，延遲將病人上轉。我們也尚未見到政府的相應配套政策。

此外，在醫學教育方面，以最典型的分級醫療體系英國為例，英國的醫學教育從醫學院到住院醫師，都非常著重基本疾病的初級照顧教育。反觀台灣，在早已過度專科化的情況下，醫學教育的師資與學習環境基礎，都是以專科教育為導向，缺乏培養初級照顧團隊合作能力的基礎。

總結而言，我們認為政府目前的分級醫療政策，存在目的問題、實證問題，以及體質問題等三個問題。我們認為，應以提供病人更好的照顧，以及改善醫護人員的工作條件為推行分級醫療的上位目標，才能真正達成理想的分級醫療體系。