

「分級醫療，台灣準備好了嗎？」媒體座談會 發言稿

分級醫療是誰的事，干民眾屁事？居家醫療的觀點

余尚儒

(台灣在宅醫療研究會召集人)

分級醫療的「目的」是什麼？

現況是

對民眾來說：生病就是生病，沒有大小之分。方便的醫療，卻不一定「有效」。

對政府來說：一味追求省錢的機制，卻不一定「奏效」。

對醫療人員來說：提供有效的醫療，卻不一定「有績效」。

現階段台灣的醫療現況，分級醫療可以達成嗎？

寄望基層醫療強大？分級醫療可以達成嗎

基層醫療 = Primary care，誤會大了！

基層？初次？第一線？「最主要」的就醫管道？

初次或第一個接觸到的，往往是平時「最主要」的就醫管道，必須遍佈在社區內，因此不會是大醫院，當然是「基層診所」扮演這個角色。

「最主要」才是關鍵！！

我們要推「家庭醫師制度」，但是即便參加「全民健保家庭醫師整合照護計畫」會員，八成的人，自己不知道自己有家醫師。但是，到醫院住院，不能換的時候，出現一位「主治醫師」？？

民眾知道醫院的「主治醫師」，不知道自己的「家庭醫師」是誰？問題出在哪裡？既然民眾只認識「主治醫師」，如果主治醫師「可以外帶」回家，可以外帶的主治醫師，或稱「居家主治醫師」。三不五時來看你，你的家庭醫師自然發生了，不是嗎？

我認為，居家醫療是建立「家庭醫師制度」的新契機！！

最大問題在於，我們的醫療制度，缺了「主治醫師權」的移轉程序。

所謂，雙向轉診：就是病人的「主治醫師」的轉移過程。

雙向轉診，不談「主治醫師權」轉移，分級醫療的轉診，是假命題。

「主治醫師權」的轉移建構在，醫療團隊和病人家屬之間的「信賴關係」之上。為了建立「信賴關係」，達成「主治醫師權」的轉移，日本在宅醫療非常重視以下程序。例如出院前準備會議、診療情報提供書（俗稱介紹信）、甚至由照顧經理主導的在家照顧會議，居家主治醫都要參加。

1. 出院前，召開出院前準備會議，社區的居家醫療診所和長照單位一定要參加。「醫院主治醫」和「在宅主治醫」的角色。
2. 出院後銜接居家醫療診所和長照單位，權責分明，甚至 24 小時應對。
3. 社區診所病人，轉病人到醫院，一定要寫一份「介紹信」。
4. 上述會議（出院前準備會議）、文書（介紹信）和服務（在宅醫療），都有「保險給付」。

鼓勵「聯絡」的給付，在健保制度中不能缺席。我國健保只給付「服務」，不給付「聯絡」，是一大敗筆。

分級醫療中，醫院應該扮演什麼角色？

日本醫療體系改造，2025 年減床 20 萬。病床機能分化，提升回復期和社區整體照顧病房的床數，預估需要在宅醫療人數，達到 30 萬。家是最好的病房，但是在宅醫療需要醫院的後援。發展在宅醫療之前，日本已經建立診所和醫院之間的「轉診制度」。

1997 年日本第三次醫療改革，指定社區醫療支援醫院（地域医療支援病院）

設置條件：

紹介率：五成（經社區診所介紹到醫院門診或急診的病人數/所有初診的病人）

逆紹介率：四成（本院介紹到其他醫院或診所的病人數/所有初診的病人）

醫院應該和診所競爭嗎？

我們應該期待的分級醫療，是透過「有效的分工」，民眾的就醫次數減少。然而，台灣的醫療體系是私有化與市場化，奉行「競爭至上」的市場主義。所有的人競爭服務的提供機會，「分級」搞不好，「就醫次數」更多。

我期待台灣的分級醫療，把分工做出來。

1. 醫院做好住院中治療：「維修處理」
2. 診所做好社區內管理：「追蹤保養」

3. 雙向轉診（主治醫師權轉移），政府不能沒有立場和角色。。政府必須把「電話線、基地台」架好，把「費率」設定清楚。

居家醫療的角色

超高齡社會（2025 年）轉眼及到，老人、多重慢性病的人、失能的人（100 萬），長期而有效的健康管理，醫療體系不得不改造。方便、有效的醫療，才能建立信賴關係，長期下來國家才可能「省錢」。

以前雜貨店、專賣店到百貨公司，沒有選擇到有選擇，到不知道該怎麼選。時代走到到「宅配」，專人家裡教你怎麼「選」。居家醫療（在宅醫療）看似昂貴，卻是最有效果的一種選擇。