

臺灣轉診制度 百廢待舉

The System of Referral in Taiwan
Has Hundred Things to Do

林靜儀 Ching-Yi Lin*



摘要

全民健康保險法第43條之規定，係臺灣轉診制度明文之法源依據。然而過去20年來，由於未能有效實現各級醫院間自行負擔費用之級距，民眾未經轉診而逕自到各級醫療院所接受醫療服務，導致醫療需求與成本不當拉抬。面對此一現象，衛生主管機關不積極矯正民眾就醫觀念，卻僅希望藉由總額與核刪制度，來限縮醫療服務提供者的費用支出。本文認為，當前醫療制度已近崩毀，醫療分級尚能調整制度的錯誤，讓醫療資源得以妥適分配，如何能落實醫療分級，係當前值得重視的問題。

The paragraph 43 of the National Health Insurance Act is the legal source of the system of referral in Taiwan.

*不分區立法委員（Legislator-at-large seats）

關鍵詞：健保核刪（denied payment of National Health Insurance）、總額支付（global budget system）、轉診制度（system of referral）

DOI：10.3966/241553062017090011001

Angle

However, people went to hospitals without any referral in the past 20 years, because the level distance of hospitals in different levels wouldn't fulfilled. The cost raised unorderly consequently. Instead correcting the custom of seeking a medical advice for the people, the authority took the strategy of a sum and canceling after confirming, so that the cost of medical service provider could be declined. This article believes that the medical system has been collapsed already and the medical grading system could fix the problems in the system. It would be the important issues that the medical resources could be properly divided and how the medical grading system could be fulfilled.

壹、前言

轉診制度在臺灣是否已經實施？從理論的角度觀察，答案是肯定的。轉診單是有的、轉診系統也是有的，由基層診所醫師寫轉診單交給患者，再讓患者轉診到區域醫院或者醫學中心的流程也是有的，但以上種種都只是聊備一格而已。

事實上，全民健康保險（以下簡稱健保）制度在實施之初，這個新的醫療服務提供模式，不要說民眾了，就連醫療人員、醫院診所也是深陷於五里迷霧中，所以主管機關一方面積極鼓勵民眾使用這個醫療制度，另一方面則是開始對醫療端控管其醫療成本支出。但逐漸地，所謂「便宜好用」的健保成為民眾醫療的主要習慣，接著，民眾開始對於醫療制度「有主見」、「挑醫院或醫師」；而衛生福利部中央健康保險署（舊稱為中央健康保險局，下稱健保署）在政治評估上傾向對醫療端作規範，全力滿足病患端的要求；在健保財務出現缺口之後，所採取的也是——實施對於醫療端的給付緊縮、折扣與罰則。

健保實施20年至今，出現了急重難症給付不足、內、外、婦、兒科與護理人力不足、大型醫療院所急診與病床塞爆、區域與地區醫院倒閉、民眾掛號困難急診候床更久的問題；當然，醫療人員提到健保莫不咬牙切齒、忿忿不平。當中值得深思的問題是，醫病關係的對立並不合理，醫病雙方在面對疾病與治療的過程，應該是身處同一陣營才是。然而，衛生主管機關在無法開源（加收健保費）和節流（停止某些給付）的情況之下，對於民眾的醫療給付需求又展現出全面滿足的態度，只好反過來對於醫療機構進行防賊式的規範；惟又缺乏足夠的智慧與數位化管理，粗暴的政策最終導致醫病衝突的發生，彷彿主管機關多為醫療人員設想就會損及病患權益似地，這樣荒謬的邏輯持續了非常多年，加上在媒體的渲染之下，醫病關係逐漸惡化。

貳、分級醫療制度的法源基礎

按全民健康保險法第43條之明文規定：「保險對象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，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十（第一項）。前項應自行負擔之費用，於醫療資源缺乏地區，得予減免（第二項）。第一項應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依診所及各級醫院前一年平均門診費用及第一項所定比率，以定額方式收取，並每年公告其金額（第三項）。第一項之轉診實施辦法及第二項醫療資源缺乏地區之條件，由主管機關定之（第四項）。」本條係為分級醫療之法源依據¹。

¹ 分級醫療係當前醫療服務提供的重要議題，相關討論可見：衛生福利部中央健康保險署，「推動健保法43條分級醫療」公聽會，傾聽各