

議題研析

一、題目：推動分級醫療之醫療法修正芻議

二、所涉法律

醫療法、全民健康保險法

三、探討研析

健保開辦至今已 23 年，2018 年宣導重要策略為「落實分級醫療/信任社區好醫院/厝邊好醫師」及「避免重複檢驗檢查/注意用藥安全」。希望透過宣導，讓民眾先到診所就醫，如有病情需要，再行轉診，以避免同時重複檢驗檢查。

關於分級醫療政策之相關法制，涉及《醫療法》及《全民健康保險法》。《醫療法》第 88 條第 1 項規定：「中央主管機關為促進醫療資源均衡發展，統籌規劃現有公私立醫療機構及人力合理分布，得劃分醫療區域，建立分級醫療制度，訂定醫療網計畫。」

為推動分級醫療政策，健保署調整部分負擔，讓民眾未經轉診直接到大醫院就醫負擔增加；調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務；並推行家庭責任醫師制度。《全民健康保險法》第 43 條第 1 項、第 2 項：「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 1 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 2 項）。」第 44 條：「保險人為促進預防醫學、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（第 1 項）。前項家庭責任醫師制度之給付，應採論人計酬為實施原則，並依照顧對象之年齡、性別、疾病等校正後之人頭費，計算當年度之給付總額（第 2 項）。第一項家庭責任醫師制度之實施辦法及時程，由主管機關定之（第 3 項）。」

四、建議事項

為避免醫療資源浪費，設計分級醫療制度及轉診制度，即大醫院看大病、小病由基層診所承擔。但是，就醫選擇是民眾的自由，不能強制為之。是以，藉由調高民眾看病部分負擔、調高醫院重症支付標準，希冀引導民眾的就醫選擇。但實務上民眾仍然擠大醫院、爭掛名醫門診，之所以如此，其實是因為民眾對於基層診所的設備及醫師能力的信任度不足所致。是以，解決此問題不能單從費用考量，為提高就醫民眾對診所及看診醫師的認識，辦理診所評鑑以及醫師學經歷的揭示或許是可行之道。

現行《醫療法》第 28 條：「中央主管機關應辦理醫院評鑑。直轄市、縣(市)主管機關對轄區內醫療機構業務，應定期實施督導考核。」僅對「醫院」辦理評鑑，「診所」被排除在評鑑之外，為將診所納入，建議將「醫院」改為「醫療機構」。此外，《醫療法》第 20 條規定：「醫療機構應將其開業執照、診療時間及其他有關診療事項揭示於明顯處所。」所提供就醫民眾之資訊似仍有不足，建議於「及其他有關診療事項」之前，增訂「、醫師學經歷」之揭示。

撰稿人：李郁強