

# 推動衛生福利照護體系改革 落實組織再造改革契機

476

出版時間：2018/07/04 11:56



圖為民眾候診示意，與本文無關。資料照片

洪錫隆／健康照護產業管理人員、中正大學博士生

「大醫院不減診健保不給付，下猛藥落實分級醫療」，在平面媒體報導上斗大的頭版標題下，健保制度改革再出招。「要求區域級以上醫院，每年要減診2%，5年要減10%，否則不給付相關健保費」。從全民健康保險於1995年3月1日開辦時該年度健保支出預算約為2,800億；走過完整23年頭，到2017

年核定年度近 6500 億元健保支出預算；超過 1.3 倍醫療費用成長。

全民健康保險支付制度的改革從各項給付支付制度：如論量計酬、診斷關係群(論病例計酬)給付制度、牙醫總額、各層級總額及特殊疾病總額(洗腎)、十幾次的藥價調查.....到目前的個別醫院總額(斷頭)及點值浮動(失血)，幾乎全世界在健康保險各項給付制度設計全部都套用在台灣的全民健康保險支付制度了，期間為了整個健保財務危機下也啟動了一、二代健保。

從健全全民健康保險財務的觀點，上述各項健保支付制度措施無非是要讓醫療服務端在整體健保收支的財務機制上能夠得到醫療費用支出有效的控制，也就是在兼顧到醫療科技發展(含新藥納入給付)、人口老化、區域新的醫療服務機構投入醫療服務、其他醫療費用成長.....等等措施下合理適切的「控制醫療費用支出成長；避免健保財務機制收支出現失衡」的狀況。但是單純以「要求區域級以上醫院，每年要減診 2%，5 年要減 10%，否則不給付相關健保費」做為推動策略，其影響不僅是近 110 家區域醫院的經營壓力、民眾對於基層(含地區醫院)照顧能力信心提升；長期民眾自主健康承擔能力提升(Accountability)以及雙向轉診後基層照護與大型醫院合作機制(與基層或醫療群診所合作如區域聯防照護網絡佈建完整性：北榮與開業醫簽約合作、長庚醫院雁行團隊、嘉基醫院大航嘉運作模式...)整體照顧體系下各級照顧層級(醫中、區域；地區、基層) 的角色功能重新調整定位以及民眾的就醫習慣改變...其涉及層面就不是單單以健保署為了「推動雙向轉診及落實分級醫療」以「要求區域級以上醫院，每年要減

診 2%，5 年要減 10%，否則不給付相關健保費」。如此簡單的執行策略可以達到其財務穩定的目標了。其涉及的調整改變必須要以整體衛生福利健康照顧體系改革的格局思維才能做有效益的支付制度改革。

回到衛生福利部全民健康保險署「推動分級醫療、落實雙向轉診」該衛生政策的目標，其實也並非是全民健康保險署首創的。早在民國 73 年 11 月 11 日總統公布實施的《醫療法》第 63~68 條 (63 促進醫療資源均衡發展之方法、64.醫療區域劃分應考慮因素、醫療機構設立擴充...)即揭橥台灣醫療健康照護體系，朝向分級醫療服務提供的思維。另外第 50 條 (轉診及急救處置)、第 51 條 (原診治醫院提供病歷摘要及檢查報告)到第 53 條 (適當醫療場所之安排)也將現行健保署要推動的「落實雙向轉診」提供在當時具有前瞻性健康照護體系制度思維，建構一個很好的基礎工程。

意思就是說早在民國 73 年當初《醫療法》制訂主管機關：中央部會機關(行政院衛生署)已經是將該重要衛生政策納入《醫療法》。甚至於在 83 年 8 月 9 日公告實施的全民健康保險法第 61 條 (轉診程序)「保險醫事服務機構對於須轉診之保險對象，除應依《醫療法》規定辦理外，並應填具轉診病歷摘要，再行轉診。」得以讓全民健康保險制度在民國 84 年 3 月 1 日「匆促、簡單上路」執行的依法行政依據。

但是為什麼已經有近 35 年法令依據的「分級醫療、轉診制度」還需要透過全民

健康保險署這個以財務收支機制的行政機關來「推動」及「落實」呢？表示這 35 年來的健康照護體系推動的各項改革措施和其政策目標之間仍有一個不算小的鴻溝。

這並不是說中央衛生主管機關(過去是行政院衛生署，現已於 102 年 7 月正式以原行政院衛生署為基礎，整合公共衛生醫療、社會福利等兩大[社會](#)、[民生](#)事務，設置「衛生福利部」。)都沒有在「推動」及「落實」。乃在於從大格局時代變遷下；人口老化、醫療健康醫療科技日新月異、疾病慢性化、癌症化、長照化.....需求端：民眾的健康照護需求挑戰越來越大，但在供給端：服務提供的主管機關思維格局及所屬組織雖仍有對應業務推動司、署、處個別對應管理。雖有整合「公共衛生醫療、社會福利等兩大[社會](#)、[民生](#)事務，設置「衛生福利部」組織再造重新設計，產生了很多新單位，但是卻無「業務重新盤點、功能角色重新定位、人員配置效益整合、服務流程重新效率調整.....等「組織再造，重新設計」帶來實質改變。

例如即將正式運作的衛生福利部長照照顧司(長照司籌備辦公室)就是一個典型科層體制大政府組織設計的思維所產生的新單位。就是原本在衛生福利部在長照相關司署處(國民健康署、全民健康保險署、社會保險司、社會暨家庭署、護理暨健康照護司、醫事司、教育部的終身教育司)為了解決長照 2.0 即將新成立的單位。

在地方政府的思維下也是受到思維的限制，例如衛生局、社會局處仍未能以行政改革、組織再造重新設計、業務重新檢視、功能角色重新定位思考；輔以整合的角度對應中央的衛生福利部的設計(賴清德院長擔任台南市長出其原本有要整合當視為生局及社會局成為衛生福利局對應中央主管機關的衛生福利部，整合統籌成為衛生福利局，但是一推出構想即受到各方勢力的圍剿及攔阻，後來也就不了了之)。

陳建仁副總統日前年改會推動年金改革的任務正式實施後表示：「年金改革是通往社會公平、正義與和諧的重要工程，更是今天不做、明天就會後悔的必要改革，感謝國人同胞的共同努力，今天，我們又再一次為台灣的幸福共好向前邁進一步，讓我們繼續努力，帶給臺灣更團結、更公義、更美好的未來！」。

對應對衛生福利部全民健康保險署大力推動「推動分級醫療、落實雙向轉診」即將成立「長期照顧司」該衛生福利政策，於此同時若有陳副總統曾擔任衛生署署長現為副總統角色。加上醫師背景曾有地方整合衛生局及社會局處為衛生福利局的行政賴清德院長的高度及視野。「推動衛生福利照護體系改革 落實組織再造改革契機」，相信「推動」及「落實」就不會淪為政策推動的口號，勢必成為帶來新世代衛生福利政策實質改變的可行措施實際作為。其帶來政穩定發展及政策落實正面影響性將是另一個值得誇讚的「台灣奇蹟」。