

為台灣醫療制度把脈

曾嶽元

台灣的健保聞名世界，但弔詭的是，醫療糾紛層出不窮，醫師受刑風險大增；重症醫療的醫師紛紛出走；醫院由四大皆空逐漸變成六根清淨。為什麼其他國家稱讚的台灣健保，我們自己會覺得問題多多呢？此事值得我們探究，因為同樣的錯誤可以發生在其他事情上。簡單地說，此問題和國人一向不注重醫療品質有關，因為這種態度導致了醫療「效率偏高」和「成本偏低」的惡性循環。

品質不良是歷史必經的過程。只要我們回顧半世紀之前的歷史，我們就不難發現，即便是歐美先進國家，早年的醫療品質也都遠不如今日。這不外乎是因為每個社會的進步都始於簡陋，而逐漸邁向精良之故。開始的時候，大家只問「有、無」，只要「有」就謝天謝地了，還挑什麼？也因如此，當時醫療所需費用只有基本耗材及設備而已。由於初期大都透過研發經費吸收，而之後則因病例數量大使成本降低，所以一般而言，單價普遍都不高。但隨著時代的進展，醫療服務也跟著進步。病人不再只滿足有醫療服務而已，而且還要求有好品質的服務。亦即病人期待有更確切的診斷和分類、更詳細地評估疾病程度以及更新的治療方法。美國醫療界常將利潤中相當大的一部份投入品質的改善，我們看看美國食品藥物管理局對品質的把關近乎苛求就可見一斑。由於羊毛出在羊身上，醫療費用必然也隨之攀升，導致醫療昂貴，民眾生不起病，苦不堪言。此外，「深入地探討病情及小心地伺候病人」的結果就是，醫療過程常會慢到讓等候中的病人覺得「效率不彰」。貴且慢的情況在訴訟率較高的國家如美國尤其明顯。

台灣醫療的發展情況與美國很不相同。雖然台灣的醫療支出也的確隨著社會繁榮及人民所得提高而增加，然而台灣絕大多數的醫療院所，並沒有因此而投入經費來改善品質。比較常見的情況倒是，經營者沾沾自喜地把社會繁榮所創造的利潤當作可分配的紅利（當然分配的主要對象是經營者）。這可能和國人馬馬虎虎不重視品質的性格有關。當然台灣早期較少醫療訴訟，自然也包容了這種心態與生態。

當醫院經營者允許門診大排長龍，而且繼續用老舊的儀器做檢驗時，利潤必然會比預期賺得多。這時如果再增加效率，那麼利潤就更可觀了。在這種環境下，台灣醫界自然也產生了不少所謂的「管理長才」和「醫管大師」了。

醫療效率好，不只病患住院診療方便，更鼓勵民眾微恙就醫，因此深受台灣民眾的稱讚。由於病人同時也是選民，因此醫療的便利性自然就成為重要的政績了。不過，醫療的便利性必須以低單價為前提，否則光是「以價

制量」的效果就會使便利性大打折扣。因此，在健保總額給付的控制下，醫療費用的單價並沒有隨著時代進展而增加，反而因高效率吸引更多大量的服務，但太大的服務量必然會把原本就低單價的醫療壓得更低。在這種情況下，便宜沒好貨，我們就不必奢論品質了。

由於醫療品質的改善速度趕不上病安及消費者意識的提高，病人對醫療的疑慮終究隨著時代潮流也愈來愈明顯了。現今常看到一個現象，當病人懷疑診療品質時，就會尋求第二意見，病人心存著一個念頭：「多看幾位醫師無妨，以免被誤診」。而醫療的便利性更助長此風。一個常見的例子就是，病人前個星期才在一家醫院做過乳房超音波檢查，這個禮拜又到另一家醫院要求再做一次乳房超音波檢查。微恙就醫再加上重複就醫，因此整體醫療業務量就更多了。在這種情況下，醫師常忙到無法思考，也沒時間接受新知。於是醫師就更加依賴檢查和照會來找病因了。不難想像，這一定會使已經爆量的醫療情況更糟糕而已。

為了避免忙中出錯，所謂的「醫管專家」開始採用「標準作業流程（standard operating procedure; SOP）」來因應。因為SOP常是根據常態情況來擬定，因此這個策略的一個立即好處就是大部份的病人都適用此流程。又因為工作人員熟練此作業流程，所以效率提高。當然，管理者會利用效率好來縮減人力，來壓低人事成本。SOP的缺點是，對於不適用該作業流程的病人，則有可能硬被套上此作業流程。即便病人運氣好，有符合其特殊性的SOP可用，但也常常因工作人員對此作業流程的生疏及人力的縮編，而增加病人的挫折感。如果再加上忙中易出錯，就不難想像醫療糾紛必然大增。

面對醫療糾紛不斷的今日，醫師必然會多做檢查以增加其醫療防禦性。可想而知，這只會使上述的各種情況更加惡化而已。那麼醫療品質勢必更加不良了。在醫療糾紛層出不窮的時代，衛生主管機關為了改善醫療品質而付諸醫院評鑑及各種監督評鑑。的確，各醫院因此而被迫改善了不少硬體設備。但是代價是，醫療人員則變得更加忙碌了。因為醫療各專業人員平時就要上各種課程以湊足學分，到了評鑑前一年更是在醫院總動員的號角下衝刺。想不到主管機關的用心，竟意外地讓醫療品質受到更大的挑戰。

當醫療品質不良而讓病人失去信任時，病人只好依賴法律提供的保障了。問題是醫療糾紛各國都有，為什麼台灣的醫療疏失要以刑法伺候呢？固然病家喜歡利用刑法可讓檢察單位免費介入調查，但其更強烈的動機是：「醫療院所在刑法伺候下都不見得重視我的問題，那醫療除罪化後，我還有命嗎？」

醫療人員怎麼會不在乎病人呢？他們忙不過來以及醫療品質不良，怎麼能全部都怪醫師呢？

真是孰可忍孰不可忍，在趨吉避凶的心態下，醫師逐漸由重症醫療科出走。結果，原先認為沒能救多少病人

生命的五官科，一下子變成可以救醫師自己老命一條的熱門科別。對於畢業後一腳就踏入重症醫療科別的熱心醫師，只好日後改行換科別了，不過改行有一定的門檻，因此沒有門檻限制的醫美就成了眾醫師避難的集中營了。至於改行進醫美後，才發現醫美更是醫療糾紛熱區而回頭，那就不是本文的議題了。

由上所述可知，「不重品質」成就了「醫療便利性」但減低了信任度，這兩者皆使醫療業務量增加。在健保總額管制下，此薄利多銷策略使醫療品質變得更差，醫師因此動輒得咎。惡性循環終於導致今日的局面。我們看看核四的紛爭就知道，問題也是出在建廠工程品質令人不能信任。大多數反對核四者不是因為天災難測，而是擔心核四的品質對抗不了天災。

一旦失去了互信，就會造成每況愈下的惡性循環。雙方總是認為對方心存惡意，因此各說各話，無法理性的討論出共識。最後病人只好訴諸刑事訴訟，而醫師則採取防禦性醫療來因應。至於核四則連坐下來談的機會都沒有，雙方只想直接訴諸於公投。

要改善此醫療制度陳痼所造成的局面，我們面臨極大的挑戰，因為重建信任是極為困難之事，而且惡性循環很難被打斷。以縮編各科容額來強迫醫學畢業生進入重症醫療科有用嗎？看看公費生制度的結局就知道強迫是沒用的。重症醫療科加薪有用嗎？急診科醫師月薪加到40萬都還面臨如此下場，就知道以金錢利誘也是沒用的。如果不了解問題根源，怎能解決問題呢？本文為台灣醫療現況把把脈，供改革者參考。但願改革者勿枉顧病因而胡亂投藥，浪費錢也就罷了，我們怕的是，這變成台灣醫界的悲哀和台灣居民的悲劇。



生物醫學

BIOMEDICINE JOURNAL