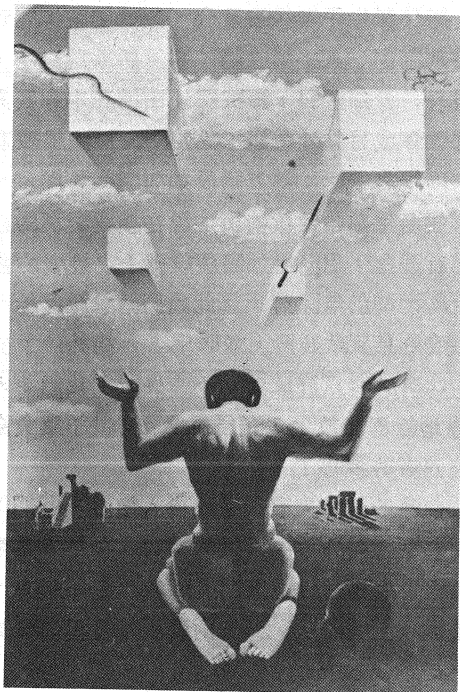


# 展覽 群體 醫療 執業中心 試辦計畫

• 陳正強 •



## 壹、緣起一

醫療資源分佈的不平均，長久來，一直是台灣地區重要的醫療問題；諸如：醫師分佈不勻，分科不勻現象，衛生所過半醫師未曾受過正規醫學教育等等。在大都市現代化設備的醫院中，隨時可以發現來自各地的病人，他們徹夜排隊等候掛號，為的是希望能「享受」高度科技的醫療服務，但在離開市區不到一、兩小時的車程，便出現了偏僻地區的種種衛生醫療問題。

基本上，私人開業診所和公立衛生所原為我國基層保健醫療中心，但是因為①醫師不願到衛生所服務。②衛生所人員缺乏。③居民對衛生所缺乏信心，而使衛生所的醫療功能退化。而觀之私人診所雖然仍發揮部份功能，但仍嫌集中於城市。是以，第一線的醫療保健功能無法發揮，造成衛生所的醫療設備形同浪費，鄉村的人無法獲得妥善照顧。

所以如何強化衛生所醫療功能，改善衛生所實屬當務之急。

現今衛生所雖然擁有場所、設備，問題在於缺乏良好訓練醫師來使用它，此乃因待遇不高，沒有很好的學習機會，難以吸引醫師前往開業，如何延覽醫師是它最重要課題。反觀醫師本身，欲開業而賺大錢者雖普遍，但也不容易，既要接受許多挑戰，醫療投資亦十分龐大。於是，有人倡開放衛生所的設備讓開業醫來經營的構想，同時希望執業的醫師不只一人，以發揮羣體的力量。亦即由一群不同科別的醫師，共同在一個場所執業，共為該社區的居民服務，並將營業所得的極大百分率當作營業醫師的收入。

所以要採取此項政策，一方面是民衆的醫療需求愈來愈高，醫師分科愈來愈細。既兼顧品質的需要，也兼顧時代的潮流。衛生署長許子秋強調，由各大教學醫院支援的群體醫療執業中心，是一個只許成功不許失敗的基層保健計畫，其成敗將影響到未來基層保健的方向。衛生署原計劃在全省各地普設群體醫療執業中心，為了慎重起見，決定先行選擇十二處試辦。

## 貳、由計劃一籌備一到開辦

基於上述概念，為求重新整建衛生制度，普及農村醫療保健，配合社會轉型的要求，因應國人衛生需求，最高衛生單位衛生署於七十一年七月擬定「加強基層建設，提高農民所得方案——醫療保健計畫」，方案內的重措之一即試行開辦「群體醫療中心」。

在實施計劃中明文登載以下數點：

一目的：

- (一)加強對偏遠地區民衆之醫療保健照顧，藉近年來衛生所已重建之房舍，充實之設備及增加之員額，鼓勵醫師參與基層醫療服務，以提高衛生所醫療服務品質，強化基層醫療功能，奠定全民健康保險之基礎。
- (二)提供醫師參與基層醫療服務機會，使政府有效管制醫療行為，促使醫療費用合理化。
- (三)透過醫師實際參與基層醫療服務過程，培養社區醫學之觀念，建立群體醫療執業制度及轉診制度。

二實施期間——

- (一)七十二年二月至七十二年六月三十日：籌備階段。
- (二)七十二年七月至七十四年六月：試辦期間二年

三地點確定之基本原則——

- (一)社區民衆健康需求較高。
- (二)地區醫療資源較缺。
- (三)地方行政機構與民衆參與意願較大。
- (四)並能以中央、省市及地方之對等方式（或依適當比例分擔）提供創辦經費者為優先。
- (五)當地衛生所房舍已擴建及醫療設備已獲充實，可供作羣體醫療中心者。
- (六)現有社區可提供十坪以上空間，作為基層保健服務中心之用；或能提供土地供建房舍者。其他要項將在後面陸

續討論到，不再贅述。

省衛生處所擬定的群體醫療執業中心實施要點，內容包括：

- 一執業場所——設在各地衛生所內。
- 二行政劃分——原來的衛生所將負責公共衛生及其他原有業務，群體醫療執業中心專門負責醫療業務。
- 三人員組織——醫師由支援的教學醫院調配，藥師及檢驗員則由衛生局自行調配。
- 四執業時間——全日應診，上午九至十二時，下午二至五時，必要時開放夜間門診及特別門診。
- 五執業範圍——以門診醫療為主，必要時再視情況出診。體檢及醫療證明書由執業中心開立。
- 六收費——比照省立醫院標準。扣掉藥材成本及其他規費均歸類為報酬，其中百分之八十歸醫師，百分之廿歸協辦人員。
- 七轉診服務——由支援各地執業中心的教學指定醫院及省立醫院負責轉診服務，各支援醫院應擬定轉診計畫，對於轉診病人簡化程序優先處理。

籌備工作包括邀集各大醫院到訂定計畫、勘察地點、收集資料和協調合作單位等等，由於各醫院進展步調不一，開辦時間也就不同。其中最早者為榮總支援三星。

如今，全國各地十二個群體醫療中心已陸續開辦，支援醫院和地點如下：台大—北縣貢寮鄉，台大與國泰—北縣雙溪，榮總—宜縣三星鄉，三總—新竹橫山，高醫—屏縣車城鄉，長庚—苗栗大湖鄉，馬偕—台東成功鎮，省桃—雲縣四湖、桃縣八德，省立台南—南縣七股，彰基—彰縣竹塘鄉，陸軍八〇四—嘉縣東石。

群療中心開辦後，各界反應熱烈，欣見民衆對衛生所重燃信心，但是，為期不到一半的試辦期間內，卻陸續發現許多潛在的問題，等待解決。

## 叁、問題根源與因應之道

### 一、收費偏低的問題

中心收費的高低直接關係到中心的收支和醫護人員待遇，而中心的自給自足又是最初的期望，如何提高收入，遂成爲極爲迫切的問題。

計劃中規定，中心之收費比照省市立醫院收費標準辦理。在群療中心，公保初、複於掛號費二十元，勞保和自費的初、複診掛號費分別是十四元和七元，診療費二十八元。再者，醫師開藥都不很貴，所以中心的收入無法和預期目標相符。

在幾個中心中，榮總支援的三星鄉算是業績較好者之一，但在如此的收費標準下，以去年七月份收入三四八、一四四元，扣除成本的淨所得爲一七三、〇二八元，再以其中八十%分給三位醫師，二十%給協辦人員。雖然說至今確切的數字尚未結算清楚，估計每位醫師的收入有三至四萬元，距離衛生署保證收入六萬元仍有一段距離；而協辦人員僅有一至二千元津貼，與工作量相比，則有不合理之處。

以目前的收入，卻提供醫護人員合理的待遇尚且不足，遑論還要增雇人員和添購設備了。但要從提高服務量達到增加收入的目的，則又不太可能，因此，值得檢討的是收費是否偏低的問題。

目前衛生署醫政處正試圖爭取提高省市醫院部份收費標準，不僅利於群療中心功能的推動，並有提高全國醫療水準之功效。楊副處長表示，群療中心爲全國性計劃，提高收費的作業可能會比省市立醫院的提高收費更早。另外，經由衛生署的協調結果，勞保局最近已有計劃將診療費由二十五元提高至四十元，而公保則隨著省市立醫院收費標準的提高而提高。

一旦中心收入足夠增雇工作人員、添購設備及保障醫師收入，則群療中心對開業醫師必產生極大的吸引力。

### 二、協辦人員問題

計劃中，實施群療中心的衛生所，其門診業務交由群療中心執行。主任主要是負責公衛服務，並調度所內其他護士、助產士、檢驗員及行政等工作人員，協助辦理醫療業務。

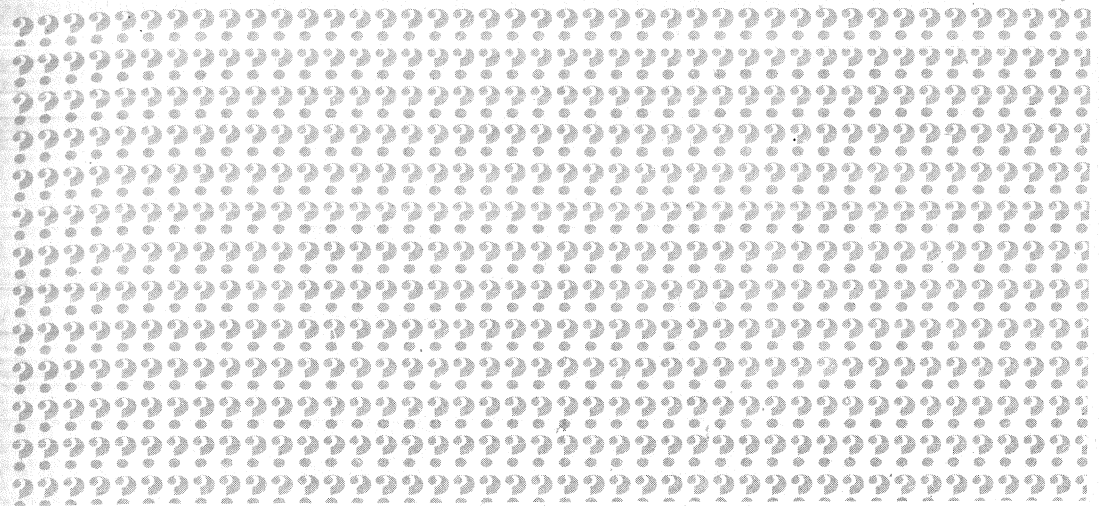
如此一來，衛生所編制人員全數投入群療的工作，還需抽空兼顧原已繁重的公衛業務，造成幾個相關問題：①工作量增大，超越負荷，工作人員壓力既大，而津貼微薄，僅靠一分榮譽感爲其精神支柱。

②荒廢了原本的公衛業務，與其他鄉鎮不可相比。雖然衛生局降低了要求，以此爲試辦計劃而稍加體諒，然長此以往，問題終難解決。

何況「醫療只是公共衛生工作的一部份，不是它的全部」，「公共衛生工作是一種積極性的投資，比作消極性的治療還重要」，那更該爲它謀一解決之道。

③協辦人員本身爲公務人員，遵守上下班的規定，使得中心想開辦夜間門診和假日門診以便民構想，無法實現。

種種問題，都緣由中心沒有屬於中心本身的工作人員，根本解決之法，可從提高中心收入及政府正式編制人員兩方面著手。譬如去年十二月份起，將在各群療中心的鄉鎮，設置兩個保健站，共有四位工作人員，工作內容以居家護理爲主，則不僅可以分擔公衛的業務，其價值不容忽視。



### 三、場地設備問題

原始的構想是打算充份利用衛生所的場所、設備，以免造成浪費，結果竟出乎意料的超出負荷。不僅在空間上發現病床不足，候診室不夠大，而且醫療器材的缺乏也使得醫師不得施展，只得從事簡單的診療。

就空間來說，部分現有的衛生所都是九十坪、二層樓的建築，現在若要加蓋三樓，將面臨行政上的困難，經費也無著落。可行的應急辦法，將省衛生處補助六十萬興建的醫師宿舍，暫時充當觀察病房，這是因爲目前醫師都已經在鄉長宿舍裏了。但這畢竟不是長久之計，我們必須想出適宜的解決辦法。

就醫療設備而言，雖說基層醫療不必配置太貴重的器材，但基本的東西也需要太多。譬如X光設備，有好幾個診所付諸闕如。而婦產科設備過於簡陋，剛開始連最基本的鴨嘴都沒有，致使許多檢查無法進去。雖然每個中心有一百五十萬元可用來添購設備，杯水車薪，難濟於事，將要若大量增設群療中心，設備如何加以充實。

### 四、衛生署該有專職推動單位

譬如去年十二月推行的二十四個「基層保健中心」試辦計劃，以及將要推行的「公立醫改革

衛生署醫政處推動群療中心計劃的規則不小，未來的一年中，仍將花費相當中心力在上面。但這只是醫政處目前衆多計劃中的一個，計劃」和「全國性醫療網」計劃均是。在如此衆多業務下，如何兼顧？實有必要成立一個專職的執行小組，隨時發現問題，依專案來處理，以充份掌握群療中心計劃的推展情況。

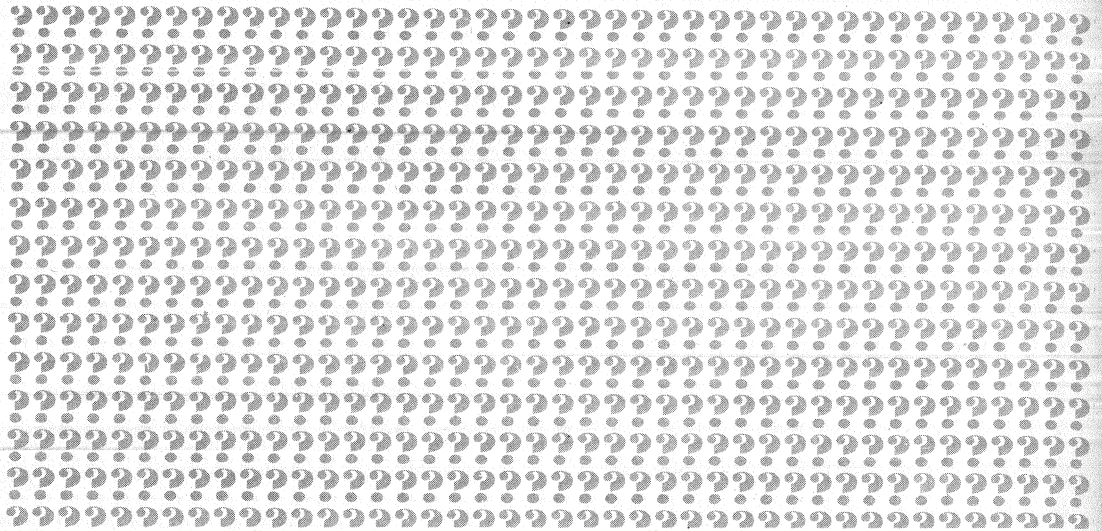
#### 五、醫師來源問題

群療中心的醫療模式是否成功，醫師來源將是重要關鍵。目前各中心的醫師都由支援醫院委派，或輪調，或長駐中心，而且人數不等，但是他們多半是抱著「派我去，不得不然的心理，自願出馬者少。將來的醫師來源，是否仍可由大醫院來支援？

自願下鄉的醫師所以少，榮總的一位張醫師認爲，他至榮總是爲了接受更好訓練，若去了幾個星期就短少數月訓練，擔心落伍。至於薪水，由於醫院照常支付，外加中心盈餘，待遇堪稱滿意，比較關心的，還是在進修學習上。將來若要吸引開業醫師，則學習環境和醫師報酬同等重要。

按照衛生署的構想，目前各大醫院輪派醫師支援群療中心的作法，並非長久之計，將來比較可行的是吸收受過完整訓練有志下鄉的開業醫師，以及延攬陽明醫學院畢業，受完一般科訓練的公費生。並在兩年試辦期間，逐步派遣湯明公費畢業生前往參與各中心業務。





## 肆、評估工作

評估工作的目的在於挖掘試辦期間面臨的問題，作為執行時的參考，並研究分析群療中心試辦計劃的成效，作為決定是否推廣辦理的依據。

評估的作業，除了中心按月將醫療業務狀況由衛生局轉報衛生處統計分析外，尚有中華民國公共衛生學會成立五人評估小組，由台大楊志良老師負責召集，負責評估工作。

評估工作將分三個層面，第一、需要性評估：在試驗計劃實施前，調查對各項服務的需要性或必要性，以為規劃中心人力，作業時間、作業方式等等的參考。第二、執行性的評估：針對人事會計及總務的協調配合、作業的流程、資訊的管理、與相關機關的配合等等，發掘問題所在，提供改進第一綫醫療的組織、人力、服務方式的參考。第三、成效的評估：為明瞭效果發揮的程度、民衆滿意度和利用度、醫師滿意度等等，與試辦前比較，以作為工作推廣的參考。

目前的進度是，第一部分已完成，「社區民衆健康需求調查」和「社區醫療資源調查」和「社區醫療資源調查」問卷則正在進行統計中。第二部份的問卷大致草擬完成，尚未進行調查，不過，一般的反映均超出原預期的。第三個部份因時候未到，尚未開始。

至於試驗成效的評估標準，在群療中心評價草案中提及，「民衆對衛生醫療服務可近性的增進，服務品質的提高（綜合性、持續性）及衛生醫療代價之減低，根據文獻與邏輯，前述之改進，應可促進民衆之健康與幸福。」因此，這些標準均指向群療中心計劃所預期的目標，也是現今所要努力的地方。

## 伍、未來展望

觀乎政府策動群體醫療執業中心試辦計劃的魄力與理想，值得吾人喝采，而全國各衛生醫療單位、學術界和行政單位的全力配合，尤其值得稱道。在開辦短短一年期間，儘管或多或少出現一些緩急不等的問題，但是由各界熱烈的迴響來看，足證昔日構想之正確、採行的方向無偏差，甚且出現方興未艾欲止而不能的傾向。蔚為解決台灣基層醫療的一道曙光。

今日，我們應將現實困難排除，力促最終目標實現，以建立一個完美的衛生醫療體系。