

壹、爲何要推動醫療改革？

臺灣醫療改革基金會於2001年10月正式成立，距離1995年臺灣「全民健保」的實施已有六年。當時，臺灣的全民健保甚受國際社會矚目與肯定，因爲以有限的保險資源，提供民眾包山包海的醫療需求，醫療的可近性高且全民健保的覆蓋率幾乎是百分之百，這使得2000年英國的*EIU Healthcare International*雜誌在比較27個先進或新興工業國家後，無論從健康指標、醫療保健支出、醫療資源或及醫療品質等各方面來看，臺灣的成就在全世界是排名第二，僅次於瑞典（行政院衛生署，2004）。的確，當時以臺灣健康照護支出僅占GDP不到6%的比率，且健康保險費率僅4.55%（經校正爲家戶的比率爲8.1%）也低於其他工業先進國家的條件下，做到了許多先進國家尙未能完成的這項重大社會工程。既然如此，還有醫療改革的空間嗎？究竟醫改要改革什麼呢？

在舉世稱羨的健保制度下，卻因爲一開始制度設計的不夠嚴謹，導致現在陸續出現許多後遺症。就宏觀面出現的問題，包括健保支出快速膨脹，致使保險財務頻亮紅燈，醫院競相爭取成爲醫學中心所顯現的「軍備競賽」（增添購置昂貴儀器與引進各種高端的檢驗與手術），一般內、外、婦、兒、急診人力流失，醫院大型化（地區醫院嚴重萎縮），每人每年平均門診次數持續增加、每筆處方籤所開藥品品項高達四至五種（較先進國家之平均值高許多），洗腎盛行率、呼吸器使用率及葉克膜使用率也幾乎是世界之冠（黃煌雄、沈美真、劉興善，2012）。

這些後遺症爲健保的前路蒙上陰影，雪上加霜的是，臺灣的醫療院所紛紛採取管理主義的經營模式，講求成本效益，連公立／署立醫院也紛紛捲入管理掛帥的漩渦中，嚴重影響醫師在醫療處置上的專業決定，例如：醫師要收治哪種病人、開什麼藥，甚至建議病患進行何種檢驗與手術，也受到醫管行政單位的干預與限制，導致醫病之間的不信任與衝突也在惡化之中。最令人扼腕的發展是，醫療走向營利化的趨勢，使得偏鄉醫療資源匱乏的情況更是嚴重，城鄉醫療資源的巨大鴻溝，使得健保未能有效滿足弱勢民眾的醫療需求與「同卡不同命」現象，在健保享有國際美名下的這些醫療現場的真相，則是臺灣2,300萬民眾不得不面對的挑戰。

從微觀的角度來檢視臺灣目前的醫療服務，民眾求醫處處是困境。由於醫療專業分科日趨細瑣，民眾看病時，苦於無法判斷要掛哪一科及哪位醫師。而長期以來，醫療資訊缺乏透明度，病人及家屬無法判斷哪位醫師或哪家醫院的醫療品質較佳，使得求醫淪為「口耳相傳」或「碰運氣」了，其間對病人而言是充滿焦慮的一個過程！

醫師向來是臺灣學校場域中的佼佼者，因而自信程度高，不少人認為這些高深的專業，非一般人能理解，因此，在與病人互動時，常常「惜話如金」，少見醫師能夠從容地以民眾聽得懂的語言，耐心地說明與解釋病情，甚至願意提供相關的自我照護之衛教知識。在醫師面前，病人與家屬很難有能力也不敢質疑醫師給的意見。

若不幸在醫療過程中出現問題，民眾面臨的是投訴無門的困境，地方衛生局主持的醫療糾紛協調會也常常以雙方無法達成協議收場。此時，民眾糾結在是否要走司法途徑以求真相，偏偏臺灣的醫療司法案件審理判決曠日廢時，即使勝訴也滿是煎熬！

由於健保支付制度設計不當，因而出現所謂無效醫療的情況，其影響不僅是健保資源的耗損，家屬更常陷入「救」或「不救」之間的兩難，一再考驗著倫常與孝道，其結果是經常賠上病人纏綿病榻上的生命尊嚴與家屬無止盡的痛苦與懊悔。

病情複雜之病患在現行制度下，淪為醫療人球的情況時有所聞，致使家屬在不同醫療院所間奔波跪求收治的苦楚，也只有親身經歷後更感刻骨銘心。

貳、改革之路，曙光乍見，但仍遙遠且艱辛

醫療生態的不變，已經攪動起醫療場域內各方利益的矛盾，更暴露出健保難以為續的困窘，因而長期以來自恃甚高且對改革抱持抗拒的醫師，也不得不捲起袖子進行團結的組織工作，並走上街頭要求改革（方瑞雯等，2012）。雖然醫界人士，特別是年輕一代，面臨日益惡劣的執業環境與訴訟風險，已經開始行動，但醫界內部複雜極了，利益嚴重衝突，不同層級的醫療院所及不同的科別，甚至資深資淺醫師之間對於臺灣醫療體系或健保該如何變革的主張，也常常相去甚遠。