

附件四

《醫院轉嫁成本給病患、不合理緊縮成本、行政干預專業》

實際發生案例

【案例一】賺錢的檢驗、手術作完了 請仍須醫療照護之病人出院

六月下旬，台北某醫院接到一個從高雄轉來的張姓病人，張先生因大腸癌剛在高雄某大醫院做過手術，肚子裡有腹水。家屬說，台中的醫生告訴他們，醫院細菌很多，容易感染，所以請他們出院。台北的醫師瞭解病人情形之後告訴家屬，如果執刀的醫師沒有能力全程照顧大腸癌的病人，他應該在治療前作轉診，而不是把可以賺錢的檢驗和手術都作完了，就要求亟需醫療照護的病人出院。真正有良知的醫師和醫院，一旦接受了病人就應負責到底。

【案例二】壓縮藥師人力影響藥事服務品質 藥師苦嘆「不是沒有能力，只是沒有人力」

台北某大醫院沒有考慮醫院從藥品價差賺取的利潤有多高，只計算健保給付的藥事服務費和醫院聘請藥師人力的支出比較結果，認為藥師人力的經濟效益比醫師人力低。所以開始縮減藥師編制，聘請廉價的「藥師助理」替代藥師部分工作，同時降低新進藥師的起薪，藥學碩士起薪三萬多，較藥品產業界給予的薪水低甚多。這些措施直接影響該院的藥事服務品質，對該院藥師士氣打擊甚大，認為他們「不是沒有能力，只是沒有人力」！

而如果類似情形擴散至其他醫療團隊人力，如護理人員、檢驗師、營養師、社工，甚至某些利潤較低之專科別醫師身上，有可能降低優秀相關科系學生投入醫療臨床實務的意願。

【案例三】醫院管理扼殺專業自主 「檢討」弱勢科別醫師醫療處遇花費

今年六月，某醫師接受一名高雪氏症病患的門診，不久即接獲醫院企劃處的「問候」：「依住診用藥狀況就教您的醫療專業是否有具體改善空間可以配合調整因應，以共同戮力迎接新健保體制的挑戰」。高雪氏症是一種罕見的遺傳病病，體內無法順利進行醣脂類大分子的新陳代謝，導致骨髓細胞及神經系統病變，有貧血傾向，或者運動協調失靈，甚至智能退化、失去運動能力，必須定期注射基因合成的藥劑。此一藥劑每次價格共十幾萬，每個月二次的治療花費三十至四十萬，可說是罕見疾病用藥當中價格最高的。若醫生接受一名高雪氏患者，一年就約要佔去醫院健保總額的四百萬，勢必影響全民健保對於其他科別、其他醫療服務項目支付金額。總額實施在即，已有多位醫師受到醫院管理部門的關心，來信要求檢討，甚至有遺傳專科醫師被醫院高層直接召見。救人救命的專業倫理與醫院成本效益，成了個別醫師的難題。

【案例四】昂貴孤兒藥排擠醫院收入 病人何處去？

罹患罕見疾病「多發性硬化症」的黃小姐，因神經纖維的髓鞘塊狀脫失而平衡失調、灼熱疼痛，需要長期服用「乙型干擾素」(Interferon beta-1a) 減緩惡化和痙攣，六月初例行門診時，醫師擔憂地告知：「總額預算開始以後，這個藥很貴，我不知道還能不能一直開給你」。黃小姐無法理解健保給付的藥品怎麼會有問題，保命的藥是不是會無以為繼？她和親友打電話到健保局詢問，得到的答案是：「總額預算沒有改變給付項目，健保局還是會付您的藥」，孰不知透過「醫院自主管理」的財務機制，已經影響到診療內涵，更令人擔憂的是如果原就診醫師離開現在的醫院，會不會沒有醫生願意看她的診？