

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2015.18.008

台湾医疗和中医药发展近况及思考

赵 静*

(中国中医科学院中医临床基础医学研究所, 北京市东城区东直门内南小街 16 号, 100700)

摘要 台湾医疗在经历了数年发展后, 其“全民健康保险”政策、不同级别医疗机构、稳定的转诊机制、不断改进的健康保险政策及不断完善的医院职能、特色医疗建设构成了较为完善的体系; 同时中医药虽作为辅助疗法在医疗行业中所占比重不高, 但其诊疗时间灵活、服务内容多样、药物形式独特等灵活多样的服务形式, 亦使得中医药在医疗、研究及相关产业方面取得了一定发展。借鉴台湾医疗及中医药发展, 结合大陆中医药发展的实际情况, 提出加大力度建设中小型医疗机构、完善双向转诊制度、发挥中西医结合的特色与优势等建议。

关键词 台湾; 医疗状况; 全民健康保险; 特色医疗

近年来, 台湾医疗水平稳步发展, 在肝肾移植、心血管外科及人工生殖等领域取得的成绩得到国际医学界的认可, 而其自 1995 年开始实行的“全民健康保险”不仅全面惠及民众, 更引起世界的广泛关注与赞誉^[1-2]。与此同时, 面临西医学的强势发展, 台湾中医药并没有因其曾经的不受重视而逐渐萎缩, 而是在中医界人士不断呼吁和持续努力下, 逐渐被政府认可和民众接受, 并努力发挥出自身特色, 与西医学一起为维护民众健康做出贡献。笔者应邀于 2014 年 11 月对台湾医疗整体状况、中医药应用及特色医疗等情况进行了考察并与台湾同仁进行了深入交流, 现将其概况及相关思考总结如下。

1 台湾医疗概况

1995 年 3 月, 台湾开始实施“全民健康保险”(简称全民健保或健保)政策。健保政策实施近 20 年来, 台湾民众得病后的及时诊疗有了保证。同时, 随着民众对健康需求的不断增多, 健保政策需要不断完善, 卫生部门也开展了发展私人诊所、促进转诊制度建立、鼓励定期体检及全面健康引导等相关工作, 以达到确保民众健康、合理分配运用医疗资源、有效降低医疗成本的目的。

1.1 “全民健保”保障民众及时诊疗

全民健保将在台湾地区设有户籍者, 除特殊情

形(如服刑中、失踪达半年以上及因长期出国而申请停保者)外, 均依据其身份(六大类)纳入强制保险。台湾民众根据不同级别缴纳一定健保费, 就医时即可享受全面负担医疗费用的待遇^[3]。健保政策实施后, 极大程度地方便了民众就医(携带健保卡即可), 并有助于提升弱势人口的健康, 减少因病致贫的情况^[4]。同时健保政策还提供成人健康检查服务, 定期免费的基本检查不仅为民众提供了实时全面的保障, 也可早期发现疾病并及时治疗。台湾全民健保政策自实施以来, 虽因骗保、诈保、医生处境变差等情况^[5]不时遭到诟病, 但为民众提供了全方位的医疗服务及保障, 取得的成效有目共睹, 在国际上也获得很多肯定的评价。

1.2 不同级别医疗机构共同服务

台湾医疗机构根据权属的不同分为公立医院、财团法人医院和私人医院三大类, 根据医疗机构规模及评鉴级别主要分为医学中心、区域医院、地区医院、精神专科医院和卫生所五大类^[6]。与大陆以公立大型医院为民众医疗服务主体不同, 台湾的医疗机构呈两极化分布, 一边是大中型医院, 另一边是基层诊所^[7], 不同级别医院共同努力完成医疗服务的任务。特别值得指出的是, 台湾诊所数量众多, 且诊所执业医师多来自大型医院, 具有较高的专业水平。因此, 患者对基层医师信任度高, 约 80% 的病患会选择到就近诊所进行诊疗, 这可能也是近年来台湾诊所的数量逐渐增多而医院数量反而下降的主要原因之一。从 2003 年的 18 183 所到

基金项目: 国家自然科学基金(81102872)

* 通讯方式: hzhaojing@126.com, (010) 64014411 转 3403

(C)1994-2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

2013 年的 21 218 所, 诊所数量的稳步增长^[8], 不仅方便周边民众, 提高了医疗资源的便利性与可及性, 也有效缓解了大型医院的压力。不过由于台湾患者就诊不受区域和医院级别的限制, 很多患者仍会选择到大的医学中心及医院进行诊治。

1.3 稳定的转诊机制

由于台湾民众可以凭健保卡自由选取就诊地点, 因此, 医学中心与大型医院就诊量仍较大。为缓解大医院的诊疗压力, 台湾卫生署自 2005 年开始实施“家庭医师整合性照护计划”, 鼓励民众到“周边的好医师”处就医, 借此来推动转诊制度的落实。该项计划要求诊所必须结合区域里 5~10 家诊所, 并联合医院, 建立“社区医疗群”。患者首先在诊所就诊, 如无法解决再转送到大医院, 从而达到“小病到小医院大病到大医院”的目的。大医院与诊所间是合作而不是从属关系, 诊所的医生不仅可以在大型医院出诊, 还可带教学生、进修提高业务水平。此外, 有些医院还联合不同级别的医疗机构建立转诊网络, 为加入该网络的其他机构设立特别转诊部门, 以确保患者及时得到诊治。稳定的转诊机制不仅加强了不同级别医疗机构间的协作, 也为不同病情患者得到及时诊治提供了保障。

1.4 不断完善的健保政策及医院职能

健保政策实施后, 不断根据医疗实际进行调整。例如对于慢性病患者, 为避免患者频繁、多次往返医院, 健保局允许医生最多可开付 1 个月的药量。这种较为灵活的政策既方便患者, 也减少了门诊量、节省了医疗资源、减轻了医院的压力。与此同时, 台湾政府和医学界也意识到与不断增多的患病人群相比, 倡导健康的生活方式、预防及降低疾病的发生才是维护健康、减少医疗负担的根本措施, 因此, 很多医疗机构在治疗患者的同时, 还担负起推广健康理念、宣传预防疾病的责任, 一些医院专门设立“健康促进中心”等类似机构, 以便及时开展健康维护与疾病预防的引导, 降低由不良习惯引起的疾病发病率、提高恶性疾病早期诊断率, 从根本上惠及民众并降低医疗成本。台湾中央健康保险局亦从 2012 年 7 月 1 日起试办“论人计酬计划”, 鼓励医疗院所除提供一般医疗照护外, 主动增加对患者正确饮食、生活方式卫教等预防保健策略, 促进民众健康及有效运用医疗资源, 以达到民众、医疗提供者及保险人三赢的目标。

1.5 特色医疗建设体现更多人文关怀

近年来, 台湾人口老龄化问题日益严重, 65 岁以上老人比例从 2003 年的 9.02% 上升至 2013 年

的 11.15%^[9]; 同时台湾恶性肿瘤的发病率与死亡率也逐年增加, 从 2003 年每 10 万人口恶性肿瘤死亡 152.88 上升至 2013 年的 187.64^[10]。在人口老龄化、恶性肿瘤发病率增高等压力下, 台湾自 20 世纪末开始了安宁病房、临终病房、老人/失能者居家照护等特色医疗形式的建设。安宁病房、临终病房由专科医师、复健科医师及治疗师、护师、药师、营养师、照顾服务员及社工人员、牧灵人员共同组成, 为患有恶性肿瘤等重症疾病的患者提供身心全方位的特色医疗和服务, 尽量减轻病痛给患者带来的痛苦, 帮助患者及其家属保持平静安和的心态面对疾病和死亡。对于老年慢性病、失能与失智等特殊患者, 由于其需要长期的照顾与护理, 安养照护和居家护理的需求不断增多^[11]。很多医院在政府与卫生福利部的支持下开设了老人中心、居家照护中心, 为独居、家居老人及失能、失智者提供专业照护, 其中居家照护不仅包括专门的医护人员上门提供医疗护理, 医院还组织社工提供家居服务, 并成立督导小组入户对照护人员的服务进行调查与随访以确保服务质量。此外, 有医院还专门购置“沐浴车”, 提供“到宅沐浴”服务, 为失能人员提供更加贴心的关怀和照顾。

2 台湾中医药发展情况

与台湾西医学稳步发展、多获肯定的状况不同, 台湾中医药的发展并不顺利。20 世纪民国初期, 废止中医的言论此起彼伏, 虽终为时任国民政府主席蒋介石以奉行孙中山先生“保持固有智能, 发扬光大”之遗训、勒令主管机关撤销一切废止中医法令所终止, 但似乎台湾当局教育与卫生主管机构对中医中药仍旧怀有歧视的心理^[12]。直至 1958 年, 经陈立夫等政要及中医界人士共同努力, 第一所中医高等院校在台中成立, 才为中医正式教育及中医中药的继承与发扬奠定了基础。其后随着各界努力, 中医中药在医疗、研究及相关产业方面不断发展。至 1995 年, 中医药被列为健保给付范围并设专科进行管理, 从而使得台湾中医药逐步具备了今日的规模。

2.1 在医疗行业占比不高

台湾医疗行业在专业构成上总体分为西医、中医和牙医三类。由于上述原因, 中医药在台湾医疗行业中的比重并不高。2013 年统计显示, 台湾医疗院所共 21 437 家, 其中医院共 506 家 (西医 488 家, 中医 14 家), 诊所共 20 935 家 (西医 10 997 家, 中医 3 462 家)^[13]; 而台湾卫生福利部公布的

数据显示,健保给付中中医所占比例不足 10%^[14]。由此可见,台湾医疗仍主要以西医为主,中医药所占比重不高,服务民众作用的空间仍有待于提高。

2.2 服务形式灵活多样

与大陆中医药一直获得国家肯定与大力支持的环境不同,台湾中医药的发展稍显不足,但近年来随着中医界人士坚持不懈的努力,台湾在中医医疗、中医药教育及研究方面都取得了一定进展,特别是近几年,中医诊所的增长率多高于西医诊所,以 2013 年为例,中医诊所增长率为 2.48%,西医诊所增长率为 0.98%^[15];同时为了更好地服务民众,台湾中医药在诊疗及药物使用方面发展出了不同的方式和方法并形成了自身特点,为中医药的持续发展提供了可能。

2.2.1 诊疗时间灵活 与老年退休患者就诊时间灵活不同,台湾年轻民众工作与学习时间比较严格。台湾中医医院及诊所为了更好地服务年轻患者,不耽误其正常工作日时间,多开设夜间(营业时间通常至夜间 21 点 30 分或 22 点)及周末门诊,以方便更多患者就诊及坚持治疗。很多台湾中医医生的出诊时间从白天一直持续到晚上,工作强度较大,延长的诊疗时间不仅方便了民众,也增加了患者量,提升了中医药服务民众的可达性。

2.2.2 服务内容多样 近年来,随着民众对养生保健知识需求的不断增多,对中医药的认可度也在不断提高。与大陆主要运用于疾病的诊疗不同,台湾中医除正常疾病诊疗外,非常注重中医药调理、保健、养生及美容等方面服务的开展。很多诊所开设了养生调理、转骨(促进青春期低矮儿童的生长)、减重及中医美容等项目,并且根据不同人群、不同时节开发和推广不同的中医服务项目。灵活多样的服务项目的开发与推广,不仅扩大了中医的影响,宣传了中医疾病预防与养生保健的能力,也吸引到更多民众、增加了收入。

2.2.3 药物形式独特 受日本中医药研究的影响,台湾使用的中药一直以免煎中药及中药浓缩制剂为主,传统中药饮片的使用比例不高。免煎中药/浓缩中药既包括单味中药也包括常用复方,在疾病治疗时根据需要调配使用,因免煎中药不需煎煮并可及时配制,所以更加便于患者服用。不过随着民众对中医接受度与认可度的提高以及中药企业的增多,很多医生与患者认识到传统煎煮饮片的独特作用,近年来对饮片的需求开始增加,尽管健保政策尚未

将饮片费用纳入给付范围,仍有民众愿意自费使用。此外,台湾医院对中药的配比进行严格监控,以确保药物的正确配伍与发放,以林口长庚医院为例,其中药房采用计算机联网与监控,中药师在收到医生开具的中药处方后通过计算机对于配药进度、配比数量等进行实时记录,保证了药物的质量。

3 思考与建议

台湾作为兼具中、西医学形式,医疗水平不断发展、医疗政策不断完善的地地区,在很多地方值得我们借鉴。

3.1 加大力度建设中小型医疗机构

针对大陆目前医疗服务仍以公立大型医院为主的情况,应考虑加大力度建设中小型医疗机构,特别是可直接服务城市或农村普通民众的社区/乡镇卫生站或卫生所,在确保医疗水平与质量的前提下,提高民众就诊的便利性,倡导民众“小病到小医院,大病到大医院”;同时通过实施鼓励或奖励制度,促进大型医院医生或医学院校毕业生到基层医院执业,并建立完善相应的教育或继续教育制度,通过定期进修、免费提供文献资源及参加会议等多种方式,帮助基层医生不断提高专业水平,以吸引更多民众到中小型医疗机构就诊,从而有效缓解大医院的医疗服务压力。

3.2 完善双向转诊制度

为了有效配置和使用医疗资源,全面而合理地满足人民的健康需求,大陆于 2006 年开始推广双向转诊制度并在一定程度上有所成效。但是双向转诊制度在制度设计上仍存在不足,导致目前无法有效推行^[16]。建议通过建立区域内医疗协作网,或是“社区医疗群”的形式,以区域内的公立大型医院为核心,联合中小型医院建立区域内医疗协作网络,对于网络内中小医院转诊到大医院的患者给予特别通道,帮助其快速就诊及住院,同时对于病情稳定及慢性病患者大医院可指定其到就近的基层医疗机构进行复诊并给予追踪指导。通过整体提高区域内医疗水平的方式为患者提供更多方便、快捷的医疗选择,在尊重患者选择自由的同时消除其顾虑,吸引其到不同级别医院就诊,才能真正促进双向转诊制度的有效实施。

3.3 继续发挥中西医结合的特色与优势

中医药是具有中国原创优势与特色的医学^[17],中国政府一直对其发展给予大力支持,且中医药在疾病防治、养生保健等领域的作用与成绩也得到政

府和民众的广泛接受和认可。在此发展环境中,中医药应继续发挥自身的特色与优势,在现代医学与科技对疾病认识逐渐深入的基础上,以更加灵活、便捷的方式与方法,系统、规范地指导民众进行养生保健、疾病预防与治疗,并切实落实“治未病”的思路与方法,努力将疾病防治的重点前移,与现代医学一起建立起具有我国特色的医疗卫生模式。

致谢:感谢美国加州大学洛杉矶分校许家杰教授台湾之行的邀请;台北中医师公会蔡新富总干事、梁文深理事,台湾基层中医师协会陈潮宗理事长,李郁佳医师,林口长庚医院中医部张小姐、养生中心林组长;屏东基督教医院梁子安主任、许锦萤女士、高承志专员、张雅婷复健师、张琼如护师,林碧玉督导;马光中医医院高宗桂院长,吴正裕行政主管的接待与交流,以及在参访过程中受访人员与患者的理解与配合。

参考文献

- [1] Reinhardt U. Humbled in Taiwan [J]. BMJ, 2008, 336 (7635): 72. doi: 10.1136/bmj.39450.473380.0F.
- [2] Paul Krugman. Pride, Prejudice, Insurance [N]. New York Times, 2005-11-7(01).
- [3] Cheng SH, Chiang TL. Disparity of medical care utilization among different health insurance schemes in Taiwan [J]. Soc Sci Med, 1998, 47(5): 613-620.
- [4] Davis K, Huang AT. Learning from Taiwan: experience with universal health insurance [J]. Ann Intern Med, 2008, 148(4): 313-314.
- [5] 周守君. 台湾医疗服务与全民健康保险体制分析 [J]. 中国医院, 2011, 15(2): 76-80.
- [6] 刘丽伟. 台湾医务行政管理体制及其发展简史 [J]. 中华医史杂志, 2005, 35(1): 17-21.
- [7] 龚寒. 向台湾社区医疗学习什么 [J]. 今日中国(中文版), 2013(4): 42-43.
- [8] 台湾卫生福利部. 历年医疗院所资源概况统计 [EB/OL]. [2014-11-25]. http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=1717.
- [9] 台湾卫生福利部. 历年人口统计概况 [EB/OL]. [2014-11-25]. http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=4220.
- [10] 台湾卫生福利部. 历年生命统计 [EB/OL]. [2014-11-25]. http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=5150.
- [11] 卢又菁. 台湾医疗保健服务业: 医院大型化 诊所区域化 [J]. 海峡科技与产业, 2012(12): 56-61.
- [12] 邱登茂. 台湾中医发展过程研究 [D]. 北京: 北京中医药大学, 2004: 50-62.
- [13] 台湾卫生福利部. 历年医疗院所家数(按权属分) [EB/OL]. [2014-11-25]. http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=1880.
- [14] 台湾卫生福利部. 医疗统计年报 [EB/OL]. [2014-11-25]. http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=5235.
- [15] 台湾卫生福利部. 历年医疗院所家数(按形态分) [EB/OL]. [2014-11-25]. http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=1881.
- [16] 夏琳. 我国双向转诊制度优化研究 [D]. 上海: 上海交通大学, 2012.
- [17] 王永炎. 概念时代应重视中医学原创思维的传承与发展 [J]. 中华中医药学刊, 2008, 26(4): 677-679.

Recent Development of Medical Care and Traditional Chinese Medicine in Taiwan and Relevant Thinking ZHAO Jing

(Institute of Basic Research in Clinical Medicine, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100700)

ABSTRACT Medical care in Taiwan has been a relatively well-established system after years of development, with the policy of *the national health insurance*, the different level medical institutions, the stable referral mechanism, the constantly improved health insurance policy, the constantly improved hospital function, and the characteristic medical construction. Meanwhile, although as complementary therapy, the proportion of traditional Chinese medicine (TCM) is not high in the medical industry, it also achieved some development in clinical, research and related industry due to its flexible and diverse service forms, including flexible consultation hours, diversiform service content, unique form of medicines, etc. Drawing lessons from medical care and TCM development in Taiwan and combining with the actual situation of the development of TCM in the mainland China, the author puts forward suggestion that devoting greater effort to build small and medium-sized medical institutions, improving the two-way referral system, and using the features and advantages of integrative Chinese and western medicine.

Keywords Taiwan; medical care condition; the national health insurance; characteristic medical treatment

(收稿日期: 2015-01-22; 修回日期: 2015-03-06)

编辑: 崔京艳