

HMO能登陸台灣嗎？

呂宗學



去年九月中旬，美國最龐大的「健康維護組織」(Health Maintenance Organization, 簡稱HMO)凱薩基金會的總裁，曾來台灣考察一週，考慮將HMO的醫療制度引進台灣。由衛生署、醫療機構及公、勞保單位組成的「HMO專業小組」也於去年十二月初赴美考察，研商HMO在台開辦的可行模式。這兩則新聞，似乎沒有引起很多人的注意。殊不知，此制度很可能是未來醫療結構的主流，而且一定會對現存的醫療關係帶來很大的衝擊。

HMO的前身是「預先償付羣體醫療」(Prepaid Group Practices)，一直到一九七〇年初期才有「健康維護組織」的名稱出現。通俗一點的說法，可稱其為「包醫制度」。HMO的機構本身可能是非營利的財團法人基金會、保險公司、營利為目的的股份投資公司、醫院本身或一羣不同專科醫師組成的。這些機構會提出很多類型的健康維護計劃，而參加合約的對象可能是以公司或工會為單位按月預付定額保險費，以年為限。在合約期間內，投保者的一切健康問題，包括：門診、急診、住院治療、口腔衛生（補牙、鑲牙）、配眼鏡、長期慢性病復健或療養、預防保健、健康檢查等，一切花費及照顧都由HMO包辦。

既然保險費的收入是固定的，那HMO如何才能賺錢呢？當然就是參加者愈少生病，愈少醫療開支，HMO才會愈多盈餘。HMO為了多賺錢，自然會主動積極地為參加者經常地健康檢查、健康教育，提供很多均衡膳食，甚至會辦不少聯誼或休閒活動，讓參加者生活更充實以避免生病。已得病的參加者，HMO更要密切地追蹤照顧及復健，避免病情惡化而花費更多的醫藥費。總之，這是一種由醫療者主動地、預防地及連續地提供照顧的醫療關係。

目前美國約有323個HMO組織，1984年底的統計，參加者人數高達一千五百萬。其年成長率由1980年的10%上升到1983年的15.3%。據估計，到了1993年，全美國可能會有五千萬參加者，這趨勢實在不得不提醒我們

的注意。

一九六〇年代醫療措施的概念進入了一個新領域，那就是「社區醫學」(Community Medicine)，視整個社區為醫療對象，而非僅單獨之個人而已。疾病預防較治療更經濟及病人與醫師的關係牽涉到政治、經濟、立法的觀念興起，主要受當時消費者運動、尊重少數民族權利運動及反貧窮運動的影響很大。

其實由病人的醫療消費額、病人受疾病侵害的痛苦和殘障程度及社會的經濟成本等角度來看，我們都會同意「預防勝於治療」的觀念。

在傳統的「醫療服務是要酬勞付給」(fee-for-service)的醫療交易行為關係中，病人往往只有在組織、生理變化超過臨床水平後，開始出現症候和症狀時(即所謂的開始生病後)，才會不得不去找醫師。

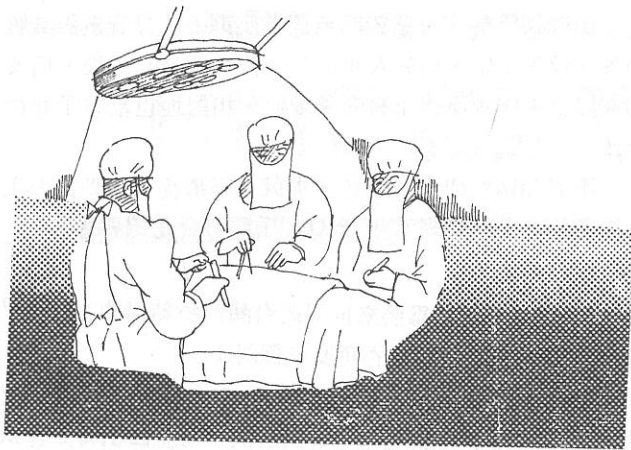
如果我們能在可感染期或症候前期中，好好重視或實施各種預防工作，則病人可減少痛苦及金錢的損失，病人的家屬及工作場所也不會受到牽連，相對地也都省了社會成本。

不過預防醫學有一特色，那就是醫療提供者要採取主動的角色。由此點來看，HMO似乎頗符合這個要求。

HMO是否能成為將來世界或台灣醫療結構的主流呢？我們將從下面幾個不同的角度來探討：

我們由台灣「民國41、51、61、72年的十大死因比較表」中，可以很明顯地看出台灣疾病的轉型已由傳染性疾病(如腸胃炎、肺炎、結核病、支氣管炎及瘧疾等)轉變到慢性疾病(如腦血管疾病、高血壓性疾病、惡性腫瘤、慢性肝病及糖尿病等)。

順位	41. 年		51. 年		61. 年		72. 年	
	死亡原因	死亡率 1/100000	死亡原因	死亡率 1/100000	死亡原因	死亡率 1/100000	死亡原因	死亡率 1/100000
第一位	胃炎、十二指腸炎、腸炎及大腸炎	135.01	肺炎	59.01	腦血管疾病	71.43	惡性腫瘤(包括淋巴及造血組織贅瘤)	81.65
第二位	肺炎	131.47	中樞神經之血管病變	58.49	惡性贅瘤(包括淋巴及造血組織贅瘤)	59.21	腦血管疾病	80.56
第三位	結核病	91.56	胃炎、十二指腸炎、腸炎及大腸炎	48.73	意外災害	46.67	意外災害	60.25
第四位	心臟疾病	49.03	心臟疾病	44.60	心臟疾病	38.39	心臟疾病	47.44
第五位	中樞神經之血管病變	48.78	惡性贅瘤(包括淋巴及造血組織贅瘤)	42.38	結核病	26.44	高血壓性疾病	18.47
第六位	周產期之死因	44.06	周產期之死因	41.83	肺炎	25.83	慢性肝病及肝硬化	17.11
第七位	腎炎及腎水腫	36.31	結核病	39.16	支氣管炎、肺氣腫及氣喘	19.30	支氣管炎、肺氣腫及氣喘	14.68
第八位	惡性贅瘤(包括淋巴及造血組織贅瘤)	30.74	意外災害	37.77	肝硬化	14.52	糖尿病	12.63
第九位	支氣管炎	28.13	自殺及自傷	17.73	高血壓性疾病	11.80	結核病	12.14
第十位	瘧疾	27.45	腎炎及腎水腫	17.40	腎炎及腎水腫	11.52	自殺	12.00
總計 (包括其他)	所有死因	950.80	所有死因	616.90	所有死因	458.27	所有死因	483.08



再由「中華民國40年至72年台灣地區平均餘命圖」及「台灣地區中老年人口增加情形圖」兩圖中，也可看到中老年人口占總人口之比率也會逐年增加，所以中老年疾病之防治也成為台灣未來衛生工作的重點之一。

而慢性病的預防或治療與中老年疾病的防治，都需要長期不斷的定期檢查、追蹤控制、居家護理復健、飲食及環境的改善。這種角色絕非「醫療服務需要酬勞付給」的被動醫療關係所能擔任的。HMO在這點上好像也能符合需要。

傳統的醫療關係大概可分為第一團體，即醫療專業人員，第二團體為病人及其家屬。可是自從社會醫療保險制度的實施後，又多了第三團體（third party）的介入，通常是保險機構或主管之行政單位。

自從醫療保險制度盛行後，給第三團體帶來最大的困擾就是，不必要的檢驗及醫療措施突增，相對地也使醫療費用年年上升。美國每年醫療保健的支出佔國民生產總毛額約11%，政府1984年的醫療保健支出甚至高達一千億美元。如果以這種趨勢下去，預估到1990年初期，美國聯邦醫療健康保險的信用基金會因之而虧空。

台灣近年來勞保醫療費用上漲幅度高達四點五倍，但消費物價指數上漲幅度只有二點八倍。這令醫療保險機構不得不擔心。

濫用醫療檢驗及不必要的醫療處理，在國內外都很普遍，但若分析其背後因素却不太一樣。在美國，由於醫療訴訟糾紛事件太多，醫師們為了保護自己才多作了很多不必要的檢查，以防萬一。而台灣，則是民衆覺得既然已繳保險費，不看白不看，最好能多去醫院撈本。另外，醫師們（尤其私人醫院或開業醫師）因保險單位的嚴格給付標準，也希望藉著多一點的檢查來多賺點錢。

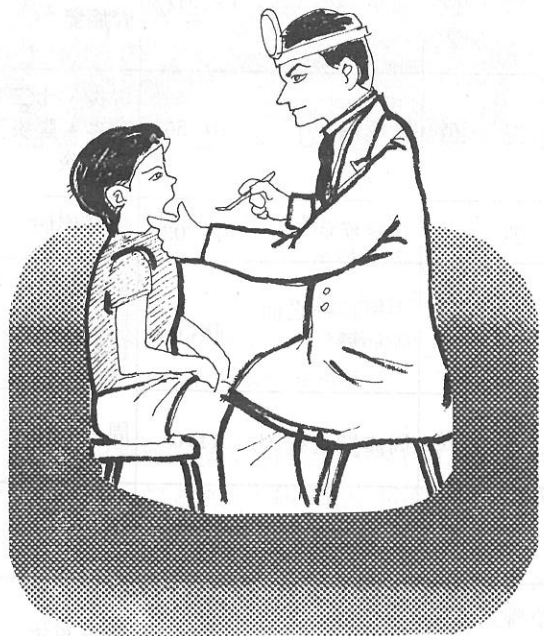
不管什麼因素，醫療費用的急速上升已使第三團體頭痛不已。美國已於一九八三年修改了給付原則，頒布新的

「診斷相關群」（diagnosis-related-group）的給付原則。把每一種疾病都訂下一定的價錢，不再像以前任憑醫院事後報價，這產生了相當大的節制作用。至於國內實施了病人負擔部份醫療費用的修訂，也是希望盡量減少醫療費用的上漲。

由此觀點來看，HMO似乎更能節省醫療開支。

要介紹HMO的歷史，大概得從1906年美國西北部當時世界最大的木材集散地Tacoma的「西方診所」談起。兩位醫師合開的西方診所，與當地伐木工廠簽下合約。工廠老板每月繳給診所每個員工50分的預付金，則以後生病，都得由西方診所負責照顧。之後，約有二十幾家類似的群體醫療診所紛紛在華盛頓州及奧瑞崗州等的森林伐木區成立。這是「醫學工業化」（Industrialization of Medicine）的早期例子。

其他的例子如，1927年奧克拉荷馬州的一些農村聚落，也與當時的社區醫院建立預先償付合約。1929年德州的達拉斯也有1250位老師，與當地醫院成立了美國史上最早的保險制度。



與此制度發展的同時，反對的聲音一直未停止。反對最厲害的，無疑是傳統Fee-For-Service中的既得利益者——醫師們。因為在預先償付制度下，醫師們只能領固定的薪水，而很多病人也會因參加此合約而不用去原來的醫師那裏看病。所以先述幾個例子的同時，醫師公會控訴這類機構剝奪病人自由選擇醫師權利，甚至醫學會選抵制

參與預先償付羣體醫療的醫師們，不發給執照。每次的訴訟都是醫學會敗訴。

此類例子以1929年，兩位醫師在洛杉磯與當地的自來水公司及電力公司的員工建立了預先償付保健計劃，兩年後所有市政府員工也加入此計劃。不出意外地，當地醫師公會提出控告，這場官司打得相當熱烈而引起全國性注意。

1932年，國會的特別委員會提出了一份「醫療保健費用報告書」，竟然推薦此種制度。所以各地方繼續推行此類計劃。到了1937年，第一個都市的預先償付計劃在華盛頓社區成立了。1944年，紐約市政府撥款補助此類計劃，立下了很好範例。40年代到50年代，很多消費者自行組成的團體，及各類公會的參與，使得這種制度更加蓬勃發展。1957年，有些州開始訂定相關此類計劃的法令規章。

在1970年，美國約有28至39個類似的組織，參加者人數與總人口比較起來還是很少。當時美國的復健學會主席Ellwood就極力向政府反映。他的呼籲引起了當時美國總統尼克森的注意，而將此計劃放入聯邦醫療保健計劃政策中。HMO的名稱是由Ellwood在當時提出的，因此得了「HMO之父」的美名，HMO從此邁入新的紀元。

從一九七〇年至一九八五年美國HMO的發展特色，大概可歸納為以下三點：

一聯邦政府的Medicare及Medicaid是否要改成HMO型式。

Medicare及Medicaid是美國聯邦政府最重要的兩項醫療保健政策。前者的服務對象是六十五歲以上之老人及六十五歲以下身體殘障及患有特殊慢性腎病者，所有醫療費皆由聯邦政府負擔。後者服務對象則是失業貧民或需要領社會局津貼才能度日的民衆，其醫療也全由政府負擔。

目前美國有五千萬人接受這兩項服務，若這兩個計劃全部改為HMO型式，這對醫療界將有相當大的影響與衝擊。1972年美國國會通過Medicare及Medicaid的對象

可以與HMO簽約，但由於當時政府條件苛刻，只有兩家HMO願意合作。到了雷根政府時，為了刪減國家預算。又開始考慮HMO型式。同時，撥款給四家HMO試辦，結果似乎不錯。但是全面性實施的計劃還不敢貿然決定，因為這涉及一項技術上的問題，那就是應該預先償付多少錢？因此，很多財經市場分析家及醫院管理專家的參與醫療決策，也就成了HMO的第二特色。

第三趨勢就是以營利為目的的股份投資公司也加入HMO的競爭行業。

早期的HMO大多是財團法人或基金會等非營利組織，但到了1981年九月開始有一家相當大的財團法人HMO申請改成股份公司。1983年二月更有一些HMO開始在華爾街市場發售股票了。

造成這種轉變的最大原因，主要是為了快速累積成本，以便擴展經營市場甚至國際化。有不少生意人看到HMO的蓬勃發展，也趁機組成公司來插一脚。如此激烈地競爭，對病人而言真不知是禍是福？

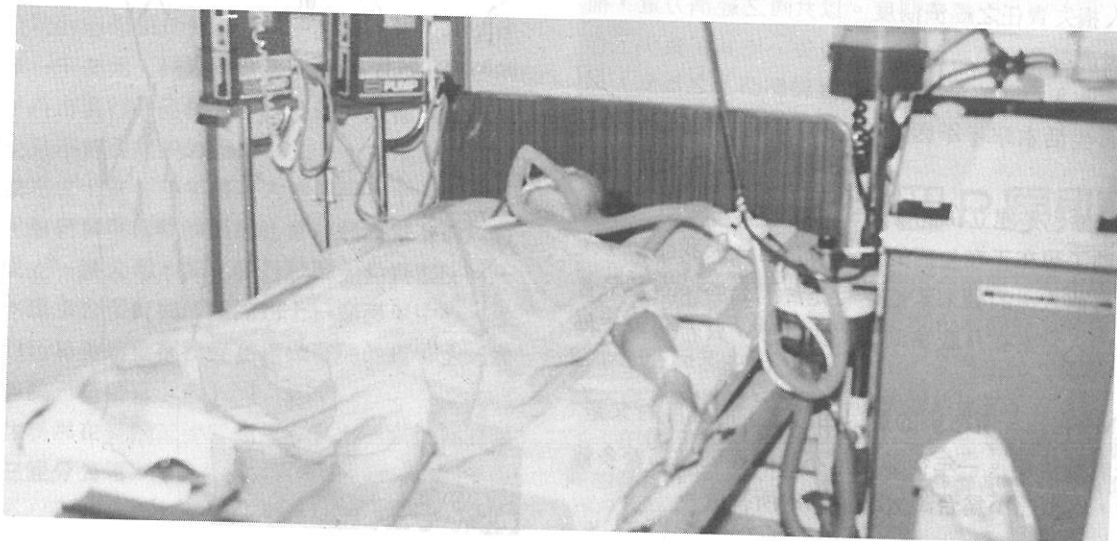
在討論HMO在台灣是否可行的過程中，我們最好由前面所提三種不同團體的角度來談。

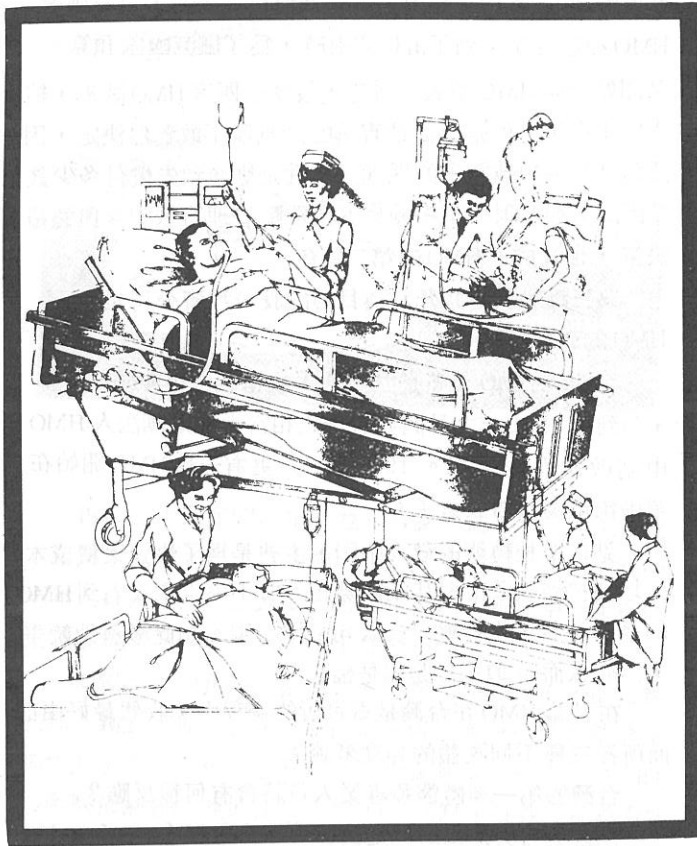
台灣的第一團體醫療專業人員將會有何種反應？

(1)首先會被提出的就是醫療專業自主權（professional autonomy）的受到打擊。在HMO下，醫師多作檢查及醫療處理，卻要受到第三者的監督、評估及干涉，心情自然不愉快。

(2)既得利益被剝奪。受僱於HMO的醫師好比拿固定薪水的職員，看再多的病人薪水也一樣，是不是士氣會較低落。而且病人是固定的，態度不好似乎也跑不掉。不受僱於HMO的醫師更擔心病人都被HMO拉走，自然也會想辦法攻擊HMO。

(3)醫學倫理受到考驗。譬如很多慢性病人變成植物人或遇到急救時，會不會因為考慮到成本因素，而對那些較





沒希望者不盡力處理，以減少開支？

(4)醫學學術研究會不會受到影響。有很多的醫療檢查對病人並沒有實質上的幫助，但是對於醫學研究病因，診斷技術的改良及治療的突破有很大幫助。在HMO的嚴格成本維持要求下，很多學術性檢查，似乎都不敢做了。

HMO在台灣實施的最大障礙可能是在第二團體，即病人本身及其家屬。

(1)沒有危險分擔共濟合作之社會保險觀念。

社會保險乃是集合多數人之經濟力量及政府財力，負擔被保險人損失責任之經濟制度。以共同之經濟力量，補償少數人因遭遇保險事故所引起之損失，使其在喪失工作能力而造成收入中斷或減少時，能獲得經濟上之補償，以維持其正常生活水準；不因遭受任何事故而失去最低生活之保障。

醫療保險也是建立在此觀念上，今天我沒生病，但我繳的錢幫助了現在正在生病的人。可是有一天我生病了，我也需要其他人繳的錢來幫忙。可是台灣公勞保的投保者，沒生病的人常常在月底擠到醫院去拿藥，只希望能「撈本」。

而HMO在預先所繳納的費用相當高，而且目的又是希望投保者不生病。一年從頭到尾不生病還要繳那麼多健康維護費，這似乎不為台灣大多數民衆所接受。

(2)沒辦法像以前一樣地「逛醫院」。

這點也是台灣民衆的特色，今天這家看不好，明天換一家，這家態度不好明天也再換一家，這家藥太貴了，下次不再來，聽說某位醫師不錯，長途跋涉地來求診。在HMO制度下似乎就沒辦法享受這種「消費者自由權」，民衆能接受嗎？

(3)對健康維護不夠積極。

在台灣醫院住院的病人，很明顯地感覺到病人「聽天由命」、「自認倒楣」、「一切交給醫護人員」等的消極被動態度。殊不知疾病的造成與治療，決定的關鍵大多在病人本身，病人若不主動積極或一切等到生病再說等觀念不改善，以預防醫學為主的HMO也很難實行。

最後再以第三團體，即保險業者或政府的觀點來看。台灣是否有足夠的財經專家、市場分析員及專業的醫院管理者來配合HMO的推行？因為這是一個很複雜的問題，要預繳多少錢才有可能維持成本？國內各類疾病的盛行率及流行病等分佈如何？參加者的資格限制、相關法令之配合及如何開拓市場等等因素都要克服，台灣有這基礎能力及團隊合作的精神嗎？

筆者認為台灣全面實行HMO至少在十年內是不可能的。不過倒是可由一些專業團體或是較有遠見的老板所主持的公司或工廠開始簽約實施，藉著幾個實際的例子，看出真正的問題，有朝一日必能發展出屬於本土的HMO模式。

