

保不保

全民健保面面觀

主編：賴育宏

座談會

施欣怡

全民健保 保不保 全民健保

吧！

回顧一下全民健保的歷史程是如何的呢？現在就來康保險，這當中的發展過程到三種保險再到全民健

間之中，健康保險從無保

在這將近一世紀的時

了八十多年的歲月。

健保的規劃，前後共經歷公、農保的實施，到全民最初的想法萌生，經勞、我國的全民健保，從



全民
發展

1. 健 民

從民
將近四十
觀念的
生在他
的疾病
觀念第
民國三
憲法中
謀社會
民之老
災害者
與救濟
「國家
行衛生
奠定
礎，正
保列
領，
立中
日後

2.

健康
是公
國三
稱的
都
邁進

全民健保的發展過程

1. 健保觀念萌生期 民國初—民國38年

從民初到民國三十八年這段將近四十年的時間，是全民健保觀念的萌生期。國父孫中山先生在他的著作中論述德國所實施的疾病保險制度，這是健康保險觀念第一次出現在國人的面前。民國三十六年底頒布的中華民國憲法中第155條規定：「國家為謀社會福利應實施社會保險，人民之老弱殘廢無力生活及受非常災害者，國家應予以適當之扶助與救濟。」及第157條規定：「國家為增進民族健康應普遍推行衛生保健事業及公醫制度。」奠定了日後健康保險的法源基礎，政府為遵行憲法乃將公、勞保列為當時的社會政策重大綱領，制定「社會保險原則」，成立中央社會保險局籌備處，作為日後籌備公、勞保的單位。

2. 公勞保實施期 民國39—民國47年

自民國三十九年起，我國的健康保險就進入了第二期，也就是公、勞保的實施期。不論是民國三十九年實施的勞工保險（簡稱勞保）還是民國四十七年實施的公務人員保險（簡稱公保），都為我國的社會保險制度，向前邁進了一大步，奠定了我國日後

實施其他健康保險的基礎。

3. 公勞保擴充期 民國48—民國68年

由民國四十八年起，健康保險的發展就進入了第三期。在這為期二十年的時間裏，並沒有增加保險的種類，只增加了參加投保的人數。民國三十九年前實施的勞保在經三次修法後，其投保人數增加了三倍，而公保投保人數也增加了三分之一，並且擴大公勞的投保資格，使退休公務人員能自由續保。

4. 健保規劃時期 民國69—民國79年

民國六十九年到民國七十九年，是全民健保發展的關鍵期，政府自民國七十四年開辦農民健康健保，使農民也能享有健康保險的照顧，此時參加健康保險的人數已大幅增加，但是保險的財務卻益見惡化。民國七十五年，行政院長俞國華在立法院做施政報告時指出：「為貫徹實施社會保險措施，政府將預定在民國八十九年，實施全民健康保險。」次年，由行政院經建會成立全民健保第一期規劃小組。第一期規劃小組由民國七十七年七月一日起至民國七十九年六月止做第一期的規劃。當時第一期規劃小組所規劃實施全民健保的進度是：

時間	進度
80.7.1	農、勞保由本人擴充至配偶
81.7.1	農保被保險人父母納入保險
82.7.1	農保被保險人子女納入農保眷保
83.7.1	勞保被保險人子女納入勞保

但是這些勞、農保條例的修正案並未在立法院中通過，因此這些措施也未實施。

5. 健保立法時期 民國80年之後

民國八十年，郝柏村院長上任後，全民健保第一期規劃小組向郝院長做第一期的規劃報告。依照第一期的規劃進度，此時全國未參加保險的人，只占了全國人口的7%，由於群體醫療執業中心推行順利，加上醫療網的建立可能提前完成，當時認為可在民國八十三年底實施，因此郝院長指示，要在民國八十四年初實施全民健保。

民國八十年二月，全民健保的規劃由經建會轉移至衛生署，由衛生署開始做全民健保第二期的規劃，全民健保也從規劃期正式進入了立法期。為了兌現要在民國八十三年七月底完成立法，在民國八十四年初實施全民健保的政治壓力下，立法院開始審查健保法。在無數朝野協商及立法院法案堆積待審的情況下，原定於民國八十四年初實施全民健保的政治支票跳票。民國八十四年一月十六日，立法院通過三保條例中的公保條例修正案。同年二月，勞、農保條例修正案在立法院中只完成勞保條例的修正。接著在二月二十五日，衛生署宣布全民健保將在三月一日實施，而第一個月為過渡期，依過渡時期規定實施。二月二十六日，行政院長連戰宣布，全民健康保險將在民國八十四年三月一日零時在臺澎金馬地區實施。

民國八十四年三月一日開辦的全民健康保險，為我國重大社會改革。然而實施至今的成效卻褒貶參半。

全民健保的法律依據

全民健康保險法是全民健保的法源依據，到底全民健保是什麼？全民健保有什麼？很多人都不是很清楚，現在就讓我們來深入了解一下全民健保法。

全民健保的意義

「全民健康保險」是以全體國民為保障對象的健康保險制度，是一種強制性的社會保險，因此凡是符合資格的人，都必須參加全民健康保險，而參加保險的每一個人，只要按規定繳納保險費，由中央健康保險局負責匯集運用管理，一旦個人遭遇生育、疾病與傷害事故，就能獲得適當的醫療服務，以維護與增進全民的身心健康。

全民健保的投保資格

全民健保以全體國民為保障的對象，合於全民健保資格的人需具備下列三項條件：

- (一)在臺閩地區設有戶籍滿四個月者。
- (二)在臺閩地區設有戶籍或領有外僑居留證，並有一定雇主的受雇者及其眷屬。
- (三)在臺閩地區辦理戶籍出生登記，並符合被保險人眷屬資格的新生嬰兒。

其實並不是人人都可以參加全民健保，事實上也有人不能參加全民健保：

- (一)已享有軍醫體系醫療照護的現役軍人，軍中聘雇人員及軍校學生。



- (二)需服刑或接受管訓（保安）處分二個月以上的受刑人。

- (三)失蹤滿六個月者。

全民健保保險費之繳納

全民健保的保險費是要按月繳納的，繳納的方式有下列規定：

- (一)受雇者及軍人眷屬應付之保險費，由投保單位負責扣繳，並在次月月底前，連同投保單位應負擔的部分繳交給健保局。
- (二)參加工會、公會、農漁會、水

利會及榮民部分的自付保險費，按月向投保單位繳納，投保單位則於次月月底前，將保險費繳交給健保局。

- (三)軍人眷屬及第(二)項所述之被保險保險費，應由各級政府、國防部或行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助部分，每半年一次於一月底及七月底前預撥給健保局，於年度時結算。

- (四)低收入戶被保險人之保險費，應由補助保險費之各級政府，

於當月
全民健保
當保
或生育事
給予門診
並將處方
調劑。

全民健保

(一)特約

(二)特約

(三)保險

(四)其他

醫事

全

保聯合

而和一

約醫院

房設置

準及應

關定之

保

定之醫

向保險

險對象

核保險

核者，

用。

健保局

一診療

分

系，而

同的結

(一)診戶

1. 西醫

有專

①

②

③

④



於當月五日前撥給健保局。

全民健保的保險給付

當保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由醫療機構依法給予門診或住院診療服務，醫師並將處方箋交予保險對象至藥局調劑。

全民健保的醫事服務機構

(一)特約醫院及診所。

(二)特約藥局。

(三)保險指定醫事檢驗機構。

(四)其他經主管機關指定之特約醫事服務機構。

全民健保實施後，原有之公保聯合門診中心，不得再增加，而和一般門診醫院同病同酬；特約醫院設置病房，應符合健保病房設置基準，而健保病房設置基準及應占總病床比率，由主管機關定之。

保險醫事機構除健保所規定之醫療給付外，不得自立名目向保險對象收保險費；此外在保險對象就醫時，醫療機構必須查核保險對象的保險資格，未經查核者，健保局將不支付醫療費用。

健保局對保險醫事機構的給付

一.診療費：

分為診所和醫院兩種不同體系，而西醫、中醫、牙醫也有不同的給付：

(一)診所部分：

1.西醫診所部分（未開處方者或有藥師調劑者）

分為三階段方式來給付：

- ①每日看診人數在50人次內：220元。
- ②每日看診人數51人到70人次：180元。

③每日看診人數超過70人次：120元。

診所醫師親自調劑，診察費依上項標準另加十元，如交由藥師調劑，診察費再加二十元。

2.中醫門診部分：

中醫診療費也是分為三階段，但還有給藥的部分：

①每天看診人數50人次內：210元。

②每天看診人數51人到70人次：170元。

③每天看診人數超過70人次：110元。

醫師親自調劑藥者多加十元，未聘護理人員者少付十元。

3.中醫給藥部分：

①給藥一到七天者每天支付30元。

②給藥八到十五天者每天給付25元。

③給藥十六天以上者每天給付20元。

針灸、傷科處置，每次皆為180元。

4.牙科診所部分：

①每日診療人數36人次以下：220元。

②每日診療人數超過36人次：120元。

牙科診所的處置費和手術費按全民健保支付標準辦理。

(二)醫院部分：

①當月每日平均門診量在「合理量」以內，每人次給付200元。

（「合理量」是指依各醫院前一年門診量，主治醫師數及急性病狀數加權平均而得。）

②病房費：

醫學中心—780元

區域醫院—600元

地區教學醫院—473元

地區醫院—430元

③加護病房費

醫學中心—4410元

區域醫院—3780元

地區教學醫院—2750元

地區醫院—2500元

（84年2月22日核定）

一月21日台中北屯國小全民健保說明會
(左起)沈富雄、彭百顯、洪奇昌、盧修一



全民健保對醫界的衝擊

全民健保開辦後，我國的醫療體系將產生重大的改變，面臨這些新衝擊，醫療界將以何種態度去面對挑戰呢？健保開辦前，醫界曾揚言以拒簽合約來抗議診療費給付太低，到底診療費對醫界造成了什麼傷害呢？除了開業醫生外，全民健保對醫院也發生了影響，這些影響將會使醫院產生什麼轉變呢？

這個帶給醫界重大衝擊的社會法案，將在這些風風雨雨中實施了，我們將從開業醫師和醫院營運的觀點，來探討全民健保對醫界的衝擊及未來醫療業的趨勢。

開業醫師的疑問

一、醫療自由度的限制

全民健保實施之後，將會使得診療制度發生很大的轉變，這些轉變使許多醫生感到困惑。「我一天只看十來個，一個才一百八十元，一個月下來，我連設備的錢都不夠。」一個婦產科醫生這樣說。沒錯，在限制看診人數和診療費的給付，不論科別，都是相同的限制，這對必須投資昂貴器材，看診時花費時間較長、工作壓力較大的一些科別像婦產科、外科來說，這些限制的確不甚公平。雖然衛生署最後將原先的制度，改為現在的三級給

付制，還是無法讓醫師們滿意。醫師無法接受醫療給付降低，醫療限制增加的制度，這分明是刻意打壓醫師，將醫師從自由業的身分轉變為公務員。這是一個「限制醫師賺錢機會的措施」，一位開業醫如是說。

面對這個問題，張博雅署長認為：「醫生憑什麼比別人多賺錢，別人唸到研究所碩士班、博士班，唸得書不會比醫師少，他們為什麼就要賺得比醫師少，而且限制看診人數是為提升醫療



■中山鍾坤井學長，現為壽山婦產科負責人。攝於全民健保說明會。

品質，醫師看一個病人少說也要七、八分鐘，天天看80個已經很夠了，為什麼非要把自己弄這麼累，讓自己沒有時間休息，這些限制不但可以提高醫療品質，還能改善醫師的精神生活，這有什麼不好。」

二、家庭醫師和轉診

開業醫師：家醫制度實施後，我診所裏的病人可能都跑光了，像我是婦產科的專科醫師，而男病人絕不肯找我當他的家庭醫師，如果我也開始看家醫科醫師看的病，哪個男病人會來我這裏看病？臺灣就這麼小，你看大都市裏面窄窄的一條馬路，就有那麼多診所，還要什麼家醫科，小地方才需要嘛！應該視情況而定嘛，不要全都用同一種制度，大城市裏專科醫生那麼多，民衆看病也固定向特定的人看，一旦實施家醫科，那些專科醫師就不需要專科了，那好不容易建立的專科制度，不就又破壞了，民衆也不知道該怎麼看病。

衛生署：我們的民衆就是喜歡往大醫院跑，看名醫、看設備好的，但是都忽略了基層醫療的重要性，如果在有小癥兆的時候能早期發現，早期治療，就不需要勞師動衆的跑去看專家、跑大醫院了。我們都忽略了第一線的重要性，家庭醫師就是能把你照顧的很好，他在平常的時候就告訴你保健的常識，安排你要定期做什麼檢查，這不就是像朋友一樣，你不需要跑到大醫院去掛號做個檢查，因為你的家庭醫師已經幫你在醫院安排好了，並且推薦了醫師幫你做進一步的診斷。像這樣的服務，不是很好嗎？為什麼不實施？

三、醫藥分家的爭論

開業醫師：像我開個小診所，病人直接來我這裏看病領藥，這有什麼不行的，為什麼還要多繞一圈，再去藥局請藥劑師調劑

後再給藥，又限制藥的給付。我同樣開個紅黴素，也有價格不同的藥，而且藥效也不太一樣，那醫療的品質怎麼掌握，像法國的情形就是醫生開業沒有任何限制，這樣才能掌握品質嘛！而且各人情形不相同，如果這樣綁手綁腳的，誰還要來當醫生。

衛生署：從前藥劑師都不受醫師重視，醫師開業又兼調劑，造成了藥劑師淪落到賣成藥、當推銷員的地步，現在只是把應該還給藥劑師的權利，還給他們而已，至於限制藥的給付，那只是爲了有一個標準，讓給付更方便，並沒有限制用藥，壓低醫療品質的意思，醫界不該有這樣的誤解。

醫院營運的挑戰

一、醫院形態面臨轉變

臺灣目前醫院是採封閉式的

經營，也就是醫院擁有自己的主治醫師，醫院內的行政工作由醫院內的醫師來擔任，並不假手於他人。醫院內的住院及檢查都是獨立自主的，病人來醫院看病，主治的醫生是醫院裏的醫師，和外面的開業醫師沒有任何關聯，也就是說開業醫就是開業醫，在醫院裏的醫師就是只在醫院裏看。這種方式雖然在醫師的品質上可以保證，但是醫院間不相往來，卻會阻礙醫療水準的提升。全民健保實施之後，由於轉診關係及家醫科制度等原因，將會使目前醫院的形態面臨轉變，以因應未來的要求。醫院將轉變成什麼樣子呢？我們將在未來趨勢中作說明。

二、醫院管理難度增加

目前臺灣的醫院除了各種保險給付之外，還有對外的收入（也就是民衆自付醫療費用看病的部分），這部分對醫院的營運影響很大，因爲在勞保給付過低

的情況下，民衆自付醫療費用的部分就成爲醫院最主要的收入了。但在全民健保實施之後，民衆自付醫療費用這部分沒有了，必須完全依賴健保的醫療給付，醫院面對這種轉變，必須重新評估醫院資源的使用，以新的管理方式改變醫院工作人員使用材料的習慣，提高醫療設施的成本效益，使材料能充分發揮功能，減少醫療資源的浪費，增加醫療材料的使用價值。

三、醫療工作挑戰提高

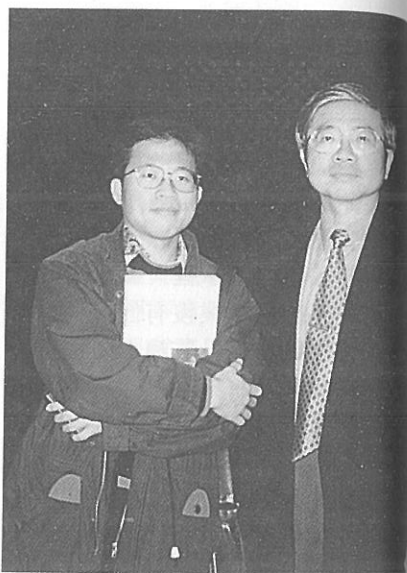
目前醫院的醫療工作主要是門診和住院，其中門診占了醫療工作的大部分。但是在全民健保實施後，醫療工作將面臨重大轉變，由於轉診制度中自付額提高的限制，民衆將不像從前喜歡上大醫院去看病，一般的門診應該多是轉診而來的病患，但在急診和住院的部分，將會比從前吃重，因爲到醫院來住院的病人病情將較嚴重，醫療從業人員將面



習慣。醫院面臨挑戰，就連民衆也必須調整就醫解決民衆問題。全民健保的施行，不只是批流動諮詢人員，未來可在各櫃台走動，由於全民健保設計複雜，馬階醫院訓練一

(左)張博雅署長面對各界對全民健保開辦的質疑，明確而有自信地作出回應。

(右)洪奇昌委員在說明會場上——解答民眾對健保的疑問。



臨較大的挑戰，如何避免新進醫護人員出現經驗不足無法應付的局面，將必須靠醫院方面加強對醫療成員的再教育及訓練來維持醫院服務的水準了。

全民健保實施後 未來醫療生態

一、診斷關係群的建立

診斷關係群(簡稱DRGS)的建立，將是全民健保醫療給付部分的一種新趨勢，這種制度是美國聯邦政府在1983年在美國實施的一種支付老年健康保險住院費用的制度。這種制度依病人主要診斷、年齡、手術與否、併發症等等從頭到腳分為467種，每一種有不同的診斷係數和住院天數，每種只付一個價錢。全民健保的醫療給付未來將走DRGS的方式，目前衛生署正請陽明大學的公共衛生研究所研究屬於臺灣自己的DRGS，相信日後在醫療給付的方面將更公平，在醫療品質的維持上能有一定標準。

二、聯合診所的成立

聯合診所的設立將是未來開業醫師的一種趨勢，由於家醫科的實施及診療費的限制，開業醫師不適合在自己的診所裏單打獨鬥，而是三、四個開業醫師一起開個聯合診所。開設聯合診所的最大好處就是節省醫療資源及提供多樣服務，開業醫師們不必再花錢購買昂貴的設備，而可以很多人一起共用一個就好，而除了節省醫療資源外，提供多樣服務也是聯合診所的一樣特色，因為同一診所內如果有不同科別的醫師，可以提供民眾看病更好的服務，因為可以在小診所內就得到專科醫師的診斷，減少民眾對家庭醫師通才的疑慮，這種聯合診所，將會成為日後開業醫的一種新趨勢。

三、半開放式醫院的誕生

臺灣目前醫院的形態是封閉式的，這種醫院內的醫師是自成一個系統，和外界的開業醫沒有什麼聯絡，這對醫療水準的提升沒什麼幫助。全民健保開辦之後，為了不使醫院的資源浪費及減少診療費限制的衝擊，開業醫

師將和醫院簽約，利用醫院內所有的設備及儀器，替病人開刀或檢查，開業醫師也可以到醫院去替病人手術及診斷。這樣一來，醫院內的醫療資源能充分運用，開業醫師也可以不必花費重金去購買昂貴儀器，而醫院也不會再成為一個封閉的系統，醫院和外面的開業醫師有了接觸，也可以提升醫療水準，為民眾提供更好的就醫環境。

全民健保面面觀



署長張博雅 V.S. 立委沈富雄

座·談·會

整理：施欣怡、王瓊儀、賴育宏



張博雅：本來就要有很多人走家醫科的路，家醫科的醫生應該要占全部醫生的一半以上。

轉診制與家醫科

問：根據轉診制度，任何疾病必須先從基層醫療機構起轉至醫學中心，而有些疾病的前兆或是較輕微的症狀，並不能在醫學中心或教學醫院看到，而醫學系學生都在這些醫院實習，如此一來，對醫生的養成是否有困難？

張：這必須完全遵守轉診制度才会有這種問題，事實上並不可能完全轉診，因為一定有人願意多付診療費到大醫院去看病，所以醫學中心並不是沒有這些小毛病，更何況大醫院裏都有家醫科，在家醫科也可以看到這些疾病，目前我們希望能推動一種方式，希望醫學中心能和地區醫院有合作，這樣就可安排醫生過去支援（尤其是實習醫生），如果能夠這樣的話，就不會有這樣的問題了。

沈：這是台灣醫學教育制度的缺失，因為在台灣，基層醫療單位和大醫院間沒有溝通管道，這是錯誤的，而我們目前施行的強迫轉診制，就是為了糾正過去的缺失，也讓基層醫療單位能吸收更多的服務對象；但是要立即完全執行，恐怕存在著不可忽視的困難。在美國，大型醫院與基層醫療單位有聯繫，所以，假使病患在基層醫療單位就醫，而醫生認為病患的病情需要住院，可以就近在大醫院住院，然後，由醫生前往大醫院為病患看診。然而，現今台灣的情形完全不同，上述在美國發生的情況，在台灣是不存在的。分析其原因如下：第一醫生對自己的醫術缺乏信心，害怕到大醫院為病患看診錯誤，遭致恥笑。第二不合算，就在這一來一往於診所與大醫院的途中，醫生基於利益出發點考量下，他可能早已錯失好幾位病人。所以，

台灣並沒有這種所謂的「開放式醫療體系」；要如此一級一級、按部就班地轉診上去，是很困難的，嚴格執行下，醫學生在大醫院就無法獲得小毛病的臨床診斷知識。其實，在美國的醫學中心都有與開業醫師合作的慣例，所以醫學生可以在實習的過程中，至一般開業診所見習一般小疾病的臨床診斷情形。憑良心說，這些小病的見習，很快就能學得要領，所以耗費的時間與心力並不多，即使學不好，也不至於嚴重到致人於死，因為小病即便不醫治，也能漸漸地痊癒。

問：由於轉診制度，造成基層醫療（也就是家醫科）的醫生需求量大增，會不會造成醫療品質的低落？

張：本來就要有很多人走家醫科的路，家醫科的醫生應該要占全部醫生的一半以上才合理，而專科醫師則要少，像三、四十年前的醫生，那真的是家庭醫師，他有你從小到大的健康紀錄，把你照顧得很好，而且還會問你們家的小孩多大了，上小學了嗎？高中考上了那裏啊這一類的問題，態度很親切，人們也很尊重他。後來專科化以後，什麼都講求專科，哪一家的設備好，我就去這家，變得太依賴醫療儀器，忽略了醫生和病人那種互動的感覺，這樣是不對的，所以我們要注重基層醫療，他們是醫療的第一線，如果基層醫療把關的好，根本就不會有大問題，而且家庭醫師也必須要時時進修，每年要進修多少小時都有規定的。所以家醫科需求大增，並不會破壞醫療品質。

沈：基本上，我個人十分不贊成在台灣設置所謂的家庭醫學科。在美國，家醫科有它存在的必要，主要是因為它幅員廣大，且醫學分科太細。在我小時候，台灣有真正的家庭醫師，主要是因為那時的台灣醫學並未分科，一般人所稱的醫生是個全能的醫生，他可能認識家裡祖孫三代，大大小小的人，甚至熟悉家裡每個人的底細；現今則完全不同了。我認為家醫科是騙人的把戲，台灣根本沒有家醫科存在的必要。現



沈富雄：基本上，我個人十分不贊成在台灣設置所謂的家庭醫學科，這種轉診制度無法適應台灣的民情。



在家庭醫學科的專科執照淪為一些素質很差的醫學畢業生的專利，實在令人痛心。其實整體來看，整個台灣島可視為一個都會化的地區，就像一個超大型的都會，所以任何人從鄉下到都市的交通是很便捷的。這種對類似美國等其它因為地廣人稀、幅員廣大所造成家醫科存在的必要性的國家而言，台灣根本不存在。所以我也反對衛生署根據美國的觀念所建立的醫療網。舉例來說：目前規劃依照台北市人口所分配的病床數是錯誤的，這跟學區的劃分不一樣。學生要設籍才能就讀，但是卻沒人會因未設籍於台北市，就遭到台北市醫院拒絕看診的命運；更不會有人在城市間置關卡，過濾看病的人，現在到大醫院看病的風氣鼎盛，其中接近一半是來自外縣市，可見這樣的限制是不可行的。當然，衛生署會宣導大家不要盡在大都市蓋醫院，儘量移往外縣市，但是這又與台灣的民情不符，怎麼說呢？假設三重的居民要接受腦瘤的切除手術，通常都寧可跋涉到台北市動手術，也不願留在三重開刀。所以，美國的醫療網並不適合台灣。我們台灣老百姓是個較為急功近利的民族，事事講求捷徑，這種分級轉診制度，從周邊的科一直到精細的科，根本無法適應台灣的民情。台灣人不願意透過家醫科找醫師，大醫院只是利用家醫科的擴充做為轉診的工具。但是台灣人喜歡追求卓越，凡事都要專家，而且是最好的。

問：轉診制度是否會導致開業醫師從中謀取利益的流弊？

沈：關於這點，我想全民健保局會看得很緊，它會限制每月的轉診次數，不可超過轉診次數的上限；同時觀察這些違規的診所的地理位置是否與大醫院接近。

問：由於轉診的關係，到大醫院看病的人是否會比從前少？

沈：這不一定，因為目前定額差別不大，對大醫院應當不會造成太大的影響。如果是百分之五十的話，影響就會很明顯，而造成大醫院病患的減少。

■ 診斷關係群

問：我國的全民健保是否會走上美國的診斷關係群，也就是根據疾病的種類、住院的天數不同訂定固定的費率，這種制度能在台灣實施嗎？

沈：目前母法的住院部分都走向DRG，這種制度一定會有問題，但是會一直修正下去。以門診為例，在美國並沒有DRG，台灣現在是論量計酬，劃一單價而無法定價。在台灣一人以十次計算，總合就達到了2億次。而這是一個無法估計、追蹤及控制的數目，所以我主張門診要開放。我基本上是反對全民健保管制的項目太多了，而我的版本則是主張國家的經費要用在刀口上。老百姓喜歡全民健保，主要是因為當人遇到大風險時，政府的公權力能給與他們保護。而不是每一次的咳嗽、流鼻涕、發燒、拉肚子等都要給醫生看，然後由政府劃一單價，如此一來就成為第三者付費。如今全民健保照著政府的意思去做，所有可笑的毛病都出現了。

張：我們希望未來能走上這條路，但是我們要做自己的DRG，我們國情不同，不能用美國的方式，要建立自己的DRG。目前我們請陽明醫學院做這方面的研究，在這一兩年還沒辦法做出像DRG那樣的總額支付制，相信將來一定可以朝向這個方向走。

DRG: Diagnose Relation Group 即診斷關係群，根據疾病種類、住院天數訂定不同費率係數。



沈富雄：理論上的解決之道是：政府給予合理的給付，醫界降低看診人數至常態，現在的關鍵是到底誰先守法，誰先提高價錢。

醫師心態的調整

問：全民健保限制醫生的看診人數（一天80人），是爲了提高醫療的品質，是否會影響醫醫生看病的心態呢？

張：照道理來說，一個醫生看個病人必須要量脈搏、聽心音、看喉嚨，這樣下來，看個病人也要七、八分鐘，一小時大概看個十個，一天工作八小時大概80個，這和最高看診人數符合，其實很多醫生一天根本看不到80個，你看超過了80個，並不是不能看，只是診療費率降低了，表示你看得多，是馬馬虎虎的看，這十分合理，因爲有很多醫生都是收勞保單換藥，診所裏根本沒什麼人，報上來的數字卻有二、三百個，限制看診人數也是爲了要維持醫生的生活品質。過去醫生看得很辛苦，都沒有什麼休息的時間，像是廉價的勞工，毫無生活品質可言；現在醫生就可以多和家人相處，做一些休閒活動，調劑一下身心，不必整天看病看得那麼辛苦。

沈：到目前爲止，勞保給付是一百二十元，單靠這一百二十元要過日子似乎有些困難。在窮則變、變則通的情況下，就導致醫生做假的弊端。所謂上有政策、下有對策，搞得全台灣每人每年看病的次數高達二十四次。曾在報紙的讀者投書欄中閱讀到兩篇斥責醫生行爲的文章。其中一封的讀者認爲醫生從前一百二十元都能接受，爲何現在中央健保局所調整的一百八十元就無法接受呢？這解釋可以這麼說，其實過去的一百二十元就不夠，但是大家逆來順受，反正還有一半自費可供調節，勞保單再多收幾張就好了。但是全民健保後，要偷雞摸狗就沒那麼容易了，所以仔細考慮的結果，一百八十元大概是真的不夠了，

以前醫界忍氣吞聲那麼久，讓一般民衆認爲一百二十元都可以過活，爲何一百八十元就不可以呢？這實在是自作自受的惡果。第二封投書的作者敘述她跌倒後，頭皮縫了十針。一個禮拜後去拆線，第一次去，醫生只幫她拿掉五條線；第二次，才再拿掉剩餘的五條線。作者主要是利用這個現象諷刺醫生的行爲。我的看法則不同於這位作者，我想那位醫生認爲拿掉十條線起碼要兩百四十元才合算。比起其它的服務業，醫生這個職業有時就像賤價廉賣似的，至於現在備受爭議的價錢問題，我想這完全在販賣智慧財產權，所以，病患給付什麼樣的價錢，醫生就提供什麼樣的服務，最後就算只有八十元，醫生也會屈服，但是其醫療品質，大家可想而知。理論上的解決之道是：政府給予合理的給付，醫界降低看診人數至常態，現在的關鍵是到底誰先守法，誰先提高價格。此外，我認爲劃一價格是錯誤的。看皮膚科和心臟科所花的功夫必不相同，衛生署規定四十次以上就要打折，那是針對低成本的科別，但是有的科別一天看不到二十次，所以劃一價格是不合理的。今天的關鍵不在看多少人，如果病人都很滿意，你何必管制它呢？一旦限制次數，病人隔天還得再排一次隊，豈不更麻煩。從這點，我們知道自由市場的可貴。

問：全民健保實施後對醫生的經濟生活有什麼影響？

張：影響當然是有，如果把醫生當成是個賺錢的行業，那最好趕快改行去做生意。過去醫生收勞保單是一種作弊的行爲，全民健保只是在改正這種弊端。由於這種弊端，使得民衆把醫生看得跟生意人一樣，造成醫生社會地位的低落。很多醫生抱怨收入變少了，事實上醫生沒有必要這樣辛苦的賺錢，將來的開業醫生，不像現在這樣單打獨鬥，最好是二、三個一起開個聯合診所，這樣比較輕鬆，也比較有自己的時間。如果你只是想賺錢，當醫生會當得很辛苦。



張博雅：限制看診人數是爲了維持醫生的生活品質，不必整天看病看得這麼辛苦。



問：由於各科的診療費率都相同，家醫師的需求量又大增，是否會造成醫學生選科的趨向改變？

沈：這是當然的，舉個例子，在美國，只要有一點風吹草動，大家都很敏感，又例如有一陣子大家都不願意擔任婦產科醫師，久而久之，僧少粥多，於是大家也就不在乎有多勞累，開始從事婦產科工作。而目前全民健保規劃爲計畫經濟，這是不好的，除非將來價錢有適度的調整。但是若由政府出面調整往往不妥，如果是自由市場就不會產生這個問題。

張：診療費外，還有內診的費用。其實，像婦產科，除了看診的診療費外，還有內診的費用，外科也一樣，除了看診的診療費外，還有住院的費用。其實最主要的還是醫學生的心態了，看他的是想提高生活品質，想研究，還是想賺錢，每個人想法都不同。很多醫生都認爲我們要賺得比別人多，其實別人唸個碩士、博士加上大學也唸了八年，而醫生只唸了七年。不要往錢看，這樣人家會看不起你，而且生活到一定程度之後，多賺的錢只是在銀行的存款簿上添零而已。要當一個好的醫生，就是要好好的照顧病人，憑著良知良能，該給的藥就給，該打的針才打，自己不能處理的就轉診到大醫院，這才是醫生應該做的，不應該只是在錢上斤斤計較。

醫院未來的改變

問：民眾只要自付保費就可以在大醫院看診，大醫院是否會成爲貴族醫院呢？

沈：我想在中南部的人通常都較爲節儉，較可能會爲了百分三十的差額至基層醫療單位看病；而北部的人，就比較不會按照轉診制度的步驟就醫。那麼，衛生署把病人留在基層醫療單位的意義就因此失去效果。照理說，在大、中、小醫院中小病的醫療品質應該是相同的，但是目前在台灣恐怕不是如此。

問：國人向來不太珍惜醫療資源，像從前的勞保單便是，而健保卡是否成爲另一種變向的勞保單呢？

沈：健保卡和從前的勞保單比較起來，必須多支付五十元，也許因此可以比較能控制這種情形。但是若發生醫生不收病患那五十元，藉此收集兩百張年輕力壯的人的健保卡，幫他們刷卡的情況，那要怎麼辦呢？這一觀點，又回應到我剛才一直反對的門診給付問題，因爲假使生病住院的話，病人在在，可以查詢到其僞實，但是苦於門診的看病時間太短，根本讓人無從查起。所以我想防範醫療資源浪費的效果依然是十分有限，不被看好的。

問：從醫院營運的觀點來看，醫院要以什麼態度接受全民健保？

張：台灣目前的情形就是開業醫師和大醫院間有隔閡，沒有聯繫，我們希望台灣的醫院能從從前的封閉式轉變成爲半開放式的，目前長庚醫院有意要這麼做，這樣做可以減少醫療資源的浪費，使大醫院和開業醫間有聯繫，醫生也不必在自己診所內裝昂貴的設備，這對病人、醫生都好。

問：全民健保後，醫師要如何去面对新衝擊，做出調整呢？

沈：據我所知，台北市近兩、三年來五十床以下的小醫院陸續地關門，這些醫生或許是賺夠了，亦或對全民健保有種莫名的恐慌，也有可能過去這五十床以下的小醫院都收留著一些病情不重的病人，這是不合法的。想想實施健保後，走暗路的機會不大，乾脆關門。很多人把這種小醫院紛紛關閉的現象視爲是基層醫療單位的萎縮，我個人認爲這只是一個轉型期，是一種淘汰的自然過程。

問：署長您曾說全民健保是在腐敗的根基上蓋大樓，那要怎麼看緊政府這筆龐大的支出呢？

張：為什麼說全民健保是在腐敗的根基上蓋大樓，這個腐敗的根基就是指從前的勞保制度，過去有人一天看三、四次，一年看了1500次，勞保局還說是正常，一張勞保單可住院一個月，這都是作弊。全民健保要改正這種弊端，所以要精算費率，減少財政赤字，要部分負擔，才不會浪費資源；精算費率是要避免虧損，部分負擔是避免浪費，有了這些措施，應該可以改正國人的習慣，使國人珍惜資源，政府減少虧損。

問：以目前的情勢來看，實施全民健保會不會太倉促了呢？

張：其實實施全民健保並不會太倉促，倉促的是立法院的立法。最初在民國75年的時候，俞國華院長在立法院指出在民國89年實施全民健保，民國76年時經建會成立第一期規劃小組，從77年7月1日～79年6月，在郝院長上任之後，第一期規劃小組向郝院長報告規劃情形，按照規劃進度：80年7月1日，勞、農保擴充至配偶；81年7月1日，農保擴大至父母；82年7月1日，農保擴充至子女；83年7月1日，勞保的子女加保。按照這個進度，全國只有7%的人沒有加保，如果能加快一點，那83年底不就可以實施全民健保了，但是立法院一直沒有通過勞農保條例，如果能夠分批加保，就不會倉促了。

問：全民健保實施後，對國內目前的醫療生態有何影響？

張：關於這個問題，可以從幾方面來說明：

(1)醫藥需求增加：從前有很多人怕看病花錢，所以都不去看醫生，全民健保實施後，他一年可以有12次可以看，他就會去看病。還有就是老人和小孩，全民健保讓他們每年都作健康檢查。還有一些重大傷病，可以免自行負擔費用。以上這些措施，一定會使醫藥須求量大增。

(2)醫療自由度受限：以前很多人都到大醫院去看病，事實上這種看法造成醫療資源的浪費，全民健保規定看病必須要轉診，不能什麼病都上大醫院，另外就是醫生的部分，限制了醫生的看診人數，這些規定造成了醫療的自由度受限，不像從前那麼自由。

(3)保險政策影響醫療資源分配：很多人都認為生了病去大院看比較好，全民健保實施了以後只要在基層醫療院所看就可以了，不要把醫療資源都集中在大醫院。基層醫療也很重要，要都能兼顧才好。

問：全民健保實施後，必須醫藥分家，這在大城市實施，當然沒問題，但是在偏遠地區要怎麼實施呢？

張：所謂醫藥分家就是醫師開立處方簽後，醫師不能自己調劑，必須交由藥劑師來調劑。過去因為醫師兼藥劑師，藥劑師的專業完全不受重視。將來全民健保實施以後，就要實施醫藥分家，醫師只負責診斷和開處方，藥的調劑就交由藥劑師來做。這在大城市做當然沒問題，但是在偏遠地區，藥局並不多，有的地方甚至沒有藥局，這時候我們就准許醫師的診所內有藥局。其實不管再怎麼偏遠的地區，都會有衛生所，衛生所內就會設藥局來服務民衆，因此並不需要擔心這個問題。

◎採訪：(左起)施欣怡、王瓊儀、吳雅穎、賴育宏

張博雅於行政院衛生署



沈富雄於立法院厚生會

