

從立法層面來談全民健保

洪奇昌 立委專訪



案由：洪奇昌立委專訪
採訪：蔡哲安、莊俊義、郭明正
整理：蔡哲安
時間：八十二年三月二十日
地點：洪奇昌臺中服務處

由於素聞洪奇昌立委對於全民健保方安有其獨特的見解，透過其專業的背景，讓我們對台灣醫療史上的大事—全民健保的實施有更深層的認識，遂促成此行，以下就是本次專訪的內容：（為使內容傳真，筆者儘可能照委員的話寫出，稍加潤飾）

問：全民健保是否會如期實施？又連揆剛上任，內閣改組之際，全民健保勢在必行，但若未經妥善評估，貿然實施，會造什麼樣負面的影響？

答：任何一個國家在實施全民健保，常先由弱勢團體著手，如老人、兒童、殘障等醫療保險。台灣自從民國三十九年實施勞工保險以來，公保、農保也陸續開辦了，這可以看出台灣是由受薪階層開始受保，然後再漸次擴大到眷屬，台灣將於八十三年開辦全民健保，就是依照這個模式去做的，但就時間表而言，很明顯的，已經慢了。例如：勞保人口有七百一十萬，本預計於八十一年七月一日實施的勞工眷保已延誤了，因此若照衛生署及相關單位之時間表來推的話，要於八十三年如期實施全民健保似乎不太可能，我認為可能會跳票。另外就是主管機關，目前的十三種保險當中事權的單位不一致有如多頭馬車：主管公保的是考試院銓敘部，但執行單位是中央信託局；主管勞保的是勞委會之勞工處，但執行單位卻是各省市政府的勞工保險局；因此醫療保險事權單位之整合和一致化是實施全民

健保刻不容緩的工作。

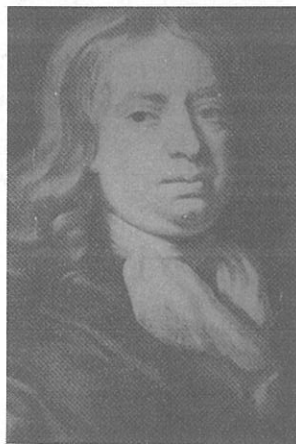
問：以往保險對象是否有偏差？

答：目前台灣尚未加入保險的人是最需要保險的人，如老人、兒童、殘障者等弱勢團體都被忽略掉了，以往是爲了政治上的考量，爲了其政權的穩固，必須安定廣大的勞工階級與公務人員，因此優先辦理保險，但實際上最需要受保的反而卻遲遲沒有開辦。



問：政策形成過程中，所遭遇到的問題、爭議，以及其癥結何在？

答：一個健全的健康保險，是應該把社會保險和醫療保險分開，而目前的保險還包含了疾病、傷殘、生育、死亡等的給付，會造成財務上沈重的負擔，影響醫療之品質，因此往後全民健康保險實施以後，應該由中央健康保險局來承辦全民的醫療業務，醫療保險的支出，應僅以醫療業務爲主，而退休金、死亡等的給付，則交由社會保險的權責單位—社會福利部去負責。



英國的希波克拉提斯
——湯瑪斯·席田漢

問：以您專業的知識在立院之全民健保法案的制定所扮演的角色爲例？

答：做爲一個民意代表，在法案的審查過程中，有兩個部分；一是民意：必須反應民意、順應民意的好惡；另一是專業知識：如何運用自己的專業知識，來導引民意走向正確的方向。一個健康的保險制度必須由行政機構、醫療提供機構（醫學會、醫師公會等專業人員）、醫療接

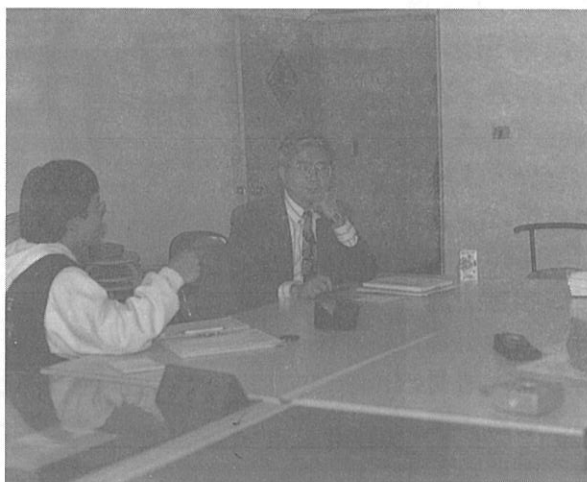
受者（消費者）三方面來共同參與保險政策的制定。但在過去，只是單方面的，由衛生行政單位決定一切，醫療提供者並沒有受到相當程度的尊重，更遑論一般的消費大眾了。個人以爲，應於最短時間內將老人納入保險體系，再者就是重病、慢性病的保險，類似「只保大病不保小病，只保住院、不保門診」。平均勞工保險每年就醫次數爲十二次之多，遠高於沒有參加保險的人，這會形成醫療資源的浪費，如何減少呢？一是民衆的再教育：『我有投保，但我身體

全民健保 PART II

健康那是我的幸福』，要有風險共同分擔的認識。二是醫生的再教育：避免一些不肖醫師，與病患聯手拆爛污，以勞保單換取日用品的荒唐行為發生。另外爲了維持較佳的醫療品質，醫師的診療費必須增加，目前的一百二十元似乎稍嫌太低了。再者，部分分擔的實施和目前掛號費用的提高（如公保掛號費由二十元提高到五十元）等皆有助於避免醫療資源的浪費。

問：委員對「只保重病不保小病，只保住院、不保門診」這個方案有什麼看法？

答：最近醫界聯盟曾提出這個構想，對於重病和住院應優先納入保險，而小病和門診則由個人來負擔，如此可減少醫療資源的浪費且減少醫療成本的增加。



問：那會不會造成有人小病忍著不去看，等到釀成大病後才去看的流弊呢？

答：這也是個存在的問題，我也跟沈富雄醫師討論過，這只是個方案，目前尚在審慎評估中。

問：醫師公會對其會員所做的問卷調查，發現有高達六分之一比率之醫生在全民健保實施後，選擇改行，請問委員，這對全民健保整體的實施有何影響？另外開業醫的角色該如何定位呢？

答：因為這牽涉到整個全民健康保險的規劃和執行成效，所以究竟全民健保實施之後對開業醫所造成的衝擊多大，目前尚難以定論；但若從重病、住院者，優先將之納入保險，而小病、門診不納入保險，如此一來，開業醫的執業空間相對就比較大；另一方面，如果能把保費適度的提高，部分分擔的比例也做合理的調整，這樣就能有效抑制門診的就診人次，減少醫療資源的浪費，每次診療費能夠合理提高，如此對開業醫生的衝擊就不會太大了。

問：剛剛委員提到避免醫療資源的浪費，現有一構想就是醫療IC卡的推行，請問您對此有什麼看法？

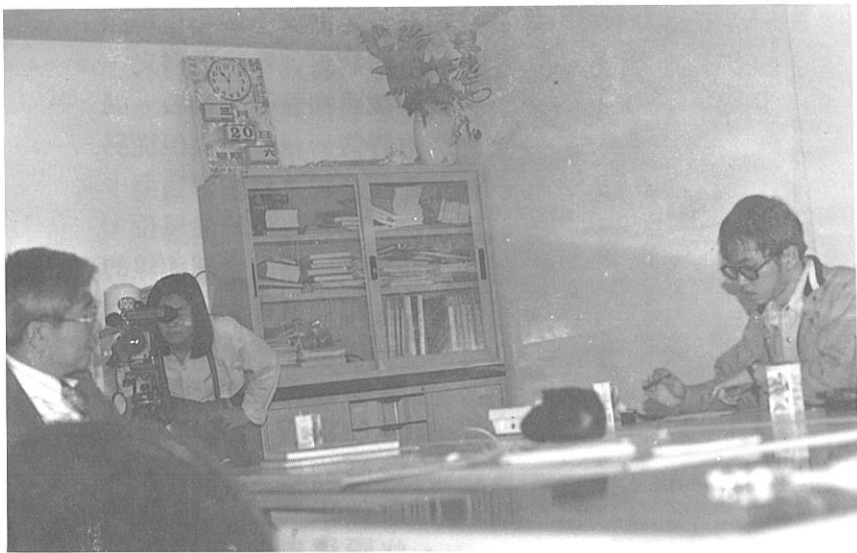
答：這個構想，基本上立意甚佳，類似郵局提款卡，銀行金融卡，民衆就醫只要拿著這張醫療卡到保險局特約醫院一刷即可，電腦上面就會詳細列出他的一切基本資料、就醫記錄，如此不但可以省下每年印製大量保單的成本，也可避免民衆濫用醫療資源（因為該病人每次就診的時間、地點、病因、治療狀況、服藥情形，在電腦螢幕均可一目了然），這樣亦

可幫助醫師做更正確的診斷和妥善的治療（如可了解該病人的病史、家族遺傳史、對某種藥物是否有過敏、副作用等情形……）；但從另一方面來說：民衆帶醫療卡就診，如此每一診療單位，都必須有一部與全國連線的電腦，這在技術上，成本上的相關問題，尚待評估。

問：台灣為什麼要實施全民健保？事實上有些國家所實施的健康保險，其對象並未涵蓋全體國民，此兩種制度有何優劣？

答：我想目前在台灣所實施的全民健保，基本上是屬於強制投保的性質，凡是在臺閩地區設籍六個以上的中華民國國民，都有參加保險的義務，一個好的健康保險，是否要全民保險，或是全病保險（不論何人、何病均納入保險），這其間的優缺點，實在見仁見智，目前尚有爭議。





問：對於醫藥分業，醫師、藥師，雙方爭議的焦點便是調劑權的歸屬。請問委員的看法如何？

答：本在立院的構想是當藥事法一通過，便實施醫藥分業，但後來經過協調結果是，在全民健保實施後兩年，除了在緊急情況下或藥師不在場外，調劑權應歸還藥師，但要實施醫藥分業的前提必須是藥師的素質要加強，必須具備臨床藥師的專業資格，而且醫師的診療費，尤其是專科醫師的診療費必須合理的提高；再者便是病人的醫療習慣問題，因為有些病人還是存在著對醫師的給藥較有信心，對一般的藥師較不信任。最後還牽涉到一點法律上解釋的問題：醫療法第四條規定醫師得有調劑權，但藥事法卻規範調劑權應歸屬藥師，究竟藥事法能不能適用在醫師身上，法律如何解釋，如何修改，尚有爭議。

問：現在連戰剛組閣，爲了政治上考量，全民健保勢必得如期實施，才能符合民衆對連內閣殷切的期望，但委員剛開始不是說會跳票嗎，這對連內閣來說，帶來了什麼樣的考驗？

答：國民黨信誓旦旦說八十三年一定要實施全民健保，可是該的事準備工作都還沒有做好，諸如醫療法令的修法或制定新法，公、勞、農保相關條例的修改，全民健康保險法也尚未出爐，這是法令的部分；第二，醫療保險的事權單位都尚未整合了第三，財源的籌措，相關的保費費率，部分分擔比例等都尚無定論。照這樣看來，八十三年要如期實施全民健保，恐不太樂觀。現在醫界聯盟就各方意見整合之後的結論是：讓最需要投保的人如老人、幼兒、原住民、殘障、低收入等弱勢團體優先進入醫療保險的體系，另外讓重病的人優先參加保險……等措施，皆是讓最需要的人能得到其最好的醫療照護，這才是全民健保的主要目的。

由於洪委員待會還有幾個會議要開，晚上還得趕回臺北，我們的訪問就此告一段落，雖覺得有些意猶未盡，但還是非常感謝洪委員百忙之中撥冗接受我們的訪問。