

全民健保法案，可說是從民國肇造以來，最重要的社會福利政策。它所牽涉的層面既深且廣，更攸關著全民福祉和醫療資源的重新分配。然而在農保和勞保嚴重虧損的情形下，政府驟然提前于民國八十三年實施全民健保，其用意實在令人玩味！身為醫學院的學生，面對各種版本之全民健保法規的出爐，讓我們來一探究竟——
聽聽不同的聲音：

全民 健保 大家談

整理、撰文／王惠民

日據時代遺留下之醫師獨大主義，現今是該提出總檢討的時候了。

在這個知識爆炸的時代，醫學資訊的取得，已不復以往那般困難，遂逐漸打破從日據時代以來，醫師被普遍視為一種清高，容易致富的社會特殊階層。但是隨著全民健保的實施，讓我們不得不重新考慮一些醫療資源分配的問題，舉凡醫藥不分的事實，護理工作與醫師之重疊性、檢驗權則的劃分，和最新復健科治療項目的區別等，無不顯示醫療人員角色的制度化、均衡化，已是時勢所趨。

醫師固有調劑權利不容剝奪，民眾自由選擇意願不容忽視。

醫藥是否分家這個問題，長久以來眾說紛云，影響的層面也最為廣泛。台北市醫師公會二年多前曾作問卷調查，發現有九成以上的病患願意在醫院或診所領藥。而勞保局也曾委託社會學者對勞保病人做了一份問卷調查，顯示六成以上的民眾願在醫院或診所領藥，因而醫師公會理事長沈痛表示：隨著醫療系統之進化，調劑權的分配，雖然是時勢所趨，但仍須以病人的權益為重，因為醫師必須掌握最佳治療契機，若是將時間花費在奔波尋找合格之藥局調劑或是遇著深夜求助無門時，豈不因噎廢食？況且七年的醫科教育，在臨床藥物研究上投注了大量心血，除了對藥性的了解之外，更須與病人體質配合，假如從來不曾見過藥物長什麼樣子，不明瞭其特性功效，還有誰敢輕易信任醫師，拿自己的

生命開玩笑呢！從美日的前車之鑑，我們更不難發現，縱使全民健保在即，藥政的完善規劃處理，恐怕才是確保全民健康的依據。

「總額預算制」是塊大餅嗎？

私立醫療院所協會常務理事——謝文輝，曾於日前公開表示：醫療保險財務支出的快速增長，是世界性的難題，許多國家都為此焦頭爛額，而「以總額預算制度控制整體醫療保險費用」是目前公認較具約束力的方法。究竟總額預算制有什麼法寶，可以控制令人頭痛的保險財務支出呢？簡單的說總額預算制就是「包醫制」，每年全體國民的醫療費用就給一定的總額，無論整體醫療行為的多寡，均以此總額分配，因此總額確定後，支出就不會超過，所以財務的支出一定可以控制。可是我們不禁要問，全民健保的目的是什麼？難道只是財務控制嗎？枉顧保險醫療品質的良窳，只端出一塊大餅，讓所有醫事人員擠破頭還吃不到，相信這是大家所不願見到的吧！

週邊條件未俱足，全民健保不保險。

農保、勞保保費大量的積欠，和保費的審核方式，早為大型綜合醫院所詬病，而小型私立醫療單位的強烈爭議，更令衛生署頭疼不已。謝理事對此沈痛指出：除了政治扭曲外，當前台灣醫療成本的精算分析，仍尚貧乏，應該加緊努力，全面來建立詳實的成本分析資料，以作為財務精算的基礎；否則僅依現有不合理公勞農保醫療費用去推估，而

又忽視現行醫療保險實質上是依靠自費病人來支撐的事實，而貿然敲定未來全民健保的需求總額，是非常危險和不確實的。

過去勞保局中央管制式的審核已經證明是失敗的；醫療是相當專業的，且又極具不確定性，任誰也訂不出一個沒有爭議性的審核標準。若只是對於各級醫療單位的作齊頭式的刪減，結果只懲罰了正派規矩的醫療院所，鼓勵造假虛報的氾濫。所以，改變全民健保的審核制度，委由醫療院所同業間的相互監督協調的「同儕制約」方式，來節制不當的醫療行為，勢必成為必要的手段。另一方面，專家也建議，這應該配合「專科醫師審查」，以昭公信。我們知道一塊錢的投資不可能導致二塊錢的效益，因而如何訂立合理總額，採行同儕制約，和進一步大刀闊斧地凍結公立醫院的成立，加速專科醫師的制度化、超然化，才能提升醫療品質，免除誘導性的醫療行為。

醫療網的建立，轉診的實施，是空白支票嗎？

數位開業醫師曾經聯合在報上公開表白：轉診制度的形成，本來立意甚佳，旨於充分掌握醫療資源，利用每一份保健潛力。無奈的是金權、財團的介入，綜合醫院照樣興建，是病床不夠嗎？是診所不夠嗎？當然，在今天公私皆沒有人願意蓋專屬之復健醫院，而這些可以轉到專屬慢性病醫院之患者則佔去了普通病床，使得有病一床難求；聲聲喊叫，大醫院看大病、小醫院診所看小病，實施轉診制，行得通嗎？現在教學醫院不願意放棄這塊既得之肥肉，竟然開放第二門診來



臨床醫學巨人——
—歐斯勒

應付。所謂轉診嘛，病人轉去了，卻一去不回，要不就寄回轉診單，沒有檢查報告、確實診斷，醫師隨便簽個名就寄回來了，這樣的轉診會有意義嗎？請問現在有幾家診所願意轉診將自己的財路向外推，「利」之所在，醫療網的建立，豈不是一張白紙？所以，如何導正民衆求醫老往大醫院送的習慣，並且充分發揮各省市衛生單位的功能與醫院系統結合，期能從疾病的防治，環境的衛生方面上努力，減少患病數，提升全民健康素質。

全民健保草案的迷思： 究竟保我什麼？可行性如何？

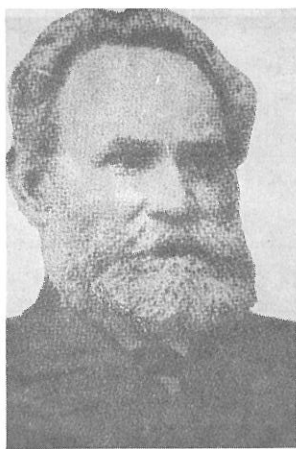
由衛生署策劃並經立法院通過的全民健保草案，雖是集合了許多精英制定而成，並同時為大部分民衆認可，但醫界卻對一些規範提出了質疑：過去因為保費訂得太低，導致許多無工作之人，為取得保險利益，想辦法加入勞保，引發了許許多多後遺症；另一方面基於人道立場，有關囚禁服刑應予退保的問題，也應設法加以解決。還有關於生育、事故、傷殘的保險給付，草案未明定門診或住院，包括未經轉診越級診療加重其部分負擔比例問題；急診時，醫療機構須不須先填病歷摘要才能轉診。對於較具爭議性的話題，如中醫住院納入保險給付和因酗酒、鬥毆等不當行為而受傷，不予保險給付等問題，都有待通盤的考慮後，才可順利實施。

全民健保行得通嗎？其 定位取向何在？

因為全民健康規劃過程中，其細節當牽涉一些制度定位的問題，而由其條文中，不難發現規劃者立意在遏止醫院巧立名目，亂向病患敲竹槓。不過許多社會賢達則認為衛生署擬定法案時仍需斟酌下列情形：一則是沒有考慮醫院是否能繼續生存，即先行限制醫院空間；二則在多元化競爭社會裏，不合時宜或收費不當者自然會受到淘汰，不宜立法過度保護弱勢者；再則如英國採行社會主義，其醫療品質不佳，然其二階段的醫療制度，卻可補償性地讓民衆選擇較高品質就醫機會，而健保草案則稍嫌僵化些。最後，我們亦不難發現「總額預算制」明顯朝向社會化主義，爭議性頗大，有待溝通協調。

結語

全民健保草案雖然在風風雨雨中通過立法，但如同藥事法一般，在實際上留下了許多懸而未決的問題。無論是總額預算制，轉診制度等等，勢必需要在觀念上重新再做一番調整；若想落實健保福祉，仍需許多完善保險制度的規範和建立，而醫療環境軟體和硬體的配合，也是不可或缺的。誠如衛生署長張博雅五月廿二日提出「全民健保不是免費午餐」的呼籲，指出保費可能較現在增加數倍。我們不難知道唯有審慎考慮，在所有努力和條件都能配合時，我們才有資格說：以民衆福祉為依歸，以嶄新的心情來迎接全民健保。



生理學巨擘——
巴夫洛夫