

沈富雄版：

門診自付 杜絕浪費

DRG 系統 提昇醫療品質

由於各保險就醫浮濫，造成保險財務嚴重虧損。

所以沈版主張門診費用由國人自付，

應可杜絕浪費，健全財務體系。

撰稿、整理：楊佳玲

台灣地區自三十九年開辦勞工保險迄今，計已開辦十四種健康保險，誠為我國最重要之社會安全體制；然因各項制度不符保險原則，且未考量國情，以致造成財務嚴重虧損，而為國庫一大負擔。

一般門診給予給付，造成被保險人動輒求醫就診，我國勞保被保險人平均每人每年門診就診次數高達十五次，比無健保者高出兩倍多，顯示被保險人就醫情形相當浮濫。因此，沈富雄委員認為，依目前情勢，全民健康保險非大幅更革不可，爰以配合本國國情，在不虧損、不浪費，並能提高醫療品質之原則下，

合理規劃保險給付。

門診費自行付擔

沈委員認為，門診制度回歸傳統式的醫病關係，對人民而言，變

數不大，收費不少，雖對已有保險機構而言，變動較大，恐需裁撤。然就照顧既得利益之保險機構及照顧全民健康加以衡量，仍以本案較可行。且可針對國人「不拿白不拿」之國情，以門診費用自付，重新給消費者照顧自己健康之責任及醫界照顧鄉親健康之責任。以目前保險

本保除保險費之負擔：

- 一、中央政府撥付百分之五十。
- 二、第一類被保險人之雇主及第二類被保險人其付百分之五十。
- 三、第一及第三類被保險人不負擔保險費。

弊端來看，其要者為浪費，尤其門診之浪費，且浪費的結果害多於利，利者為小病即看，可以及早控制，害者為過度診斷及過度治療。此時將小病、大病分開，大病浪費少且控制容易，小病由醫界及消費者自行控制，剷除浪費誘因，可使本來醫療費用之漲，較易控制。以免走上美國的舊路。

現行社會保險的一大弊端，即因制度繁複，造成投保單位、承保機關及醫療院所均負荷過量的行政事務。沈委員認為，必須簡化行政作業，減少行政浪費。他將被保險人分為三類包括，保險費計算基準及保險費負擔比例簡單明確，加以取消一般門診給付，則不惟投保單位及醫療院所可省卻許多行政瑣務，承保機關亦能簡化行政作業，減少不必要的行政浪費。

被保險人分三類

沈委員認為，第一類被保險人（即受雇者）之保費由雇主負擔，其計算基準為雇主當月實際付出之薪資總額。而保險人（本保險由主管機關設中央健康保險局為保險人）為辦理保險所需之人事及行政管理經費，由應收總保費百分之三點五內支應。關於保險費之負擔，可分為：一、中央政府撥付百分之五十。二、第一類被保險人之雇主及第二

類被保險人共付百分之五十。三、第一及第三類被保險人不負擔保費。當保險對象發生疾病，傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構根據下列規定，給予保險給付：一、門診給付：（一）終身無法痊癒，須長期治療之慢性疾病。（二）包括特殊醫療程序（如胃鏡、骨折固定）之門診。二、住院給付。另外，門診慢性病之界定，分為：診斷病名、用藥類別、服藥期限三種。

疾病診斷相關羣組

由於醫療不同於一般市場，不能完全仰賴市場經濟的運作，但若全然按照計劃經濟施行，又常導致缺乏效率，更而淪至破敗。所以，他主張，必須結合自由與計劃經濟，

以兼顧醫療品質及服務效率。關於住院部分，為杜絕不良的經濟誘因，將逐步完成「疾病診斷相關組群」（D.R.G.）系統之運用，使各醫事服務機構能在良性競爭下，降低成本，提昇效率，進而提高醫療品質。

為了要防止住院浮濫，沈委員提出了四項妙招：1. 分五年逐步實施 D.R.G. 2. 如住院次數上升過速，比例調降 D.R.G. 單價 3. 以高價聘任年青、積極的訪查員來作同業審查 4. 每次住院時，醫師與病人同時刷卡，由中央保險局監控。

財務健全與否，是全民健保成敗的最大關鍵。故沈委員認為，在保險安定基金作為後盾下，透過每年精算推算費率的財務調節機制，並且有效遏止就醫浮濫，方能使保險財務立基穩固，減輕被保險人、雇主及政府負擔，進而維繫全民健保運行不墜。

本保險之被保險人分為下列三類：

- 一、受雇者。
- 二、雇主，專門職業及技術人員自行執業者，及未加入職業工會或漁會之自營作業者。
- 三、其他不含前面類，但若為中華民國國民在台灣地區設籍六個月以上，均為本保險對象。

下列項目不在本保險給付範圍：

- 一、由政府負擔費用之醫療服務項目
- 二、預防接種。
- 三、藥癮美容外科預防性手術，人工生殖技術變性手術。
- 四、成藥醫師指示用藥。
- 五、指定醫師特別護士及護理師。
- 六、器官。
- 七、人體試驗。
- 八、中醫住院。
- 九、日間住院，但精神病照護不在此限。
- 十、管灌飲食以外之膳食，病房費差額。
- 十一、病人交通掛號費、證明文件。