

# 全民健康保險 的實施癥結

採訪 / 吳祖漢 邱馨儀

## 專訪——吳凱勳教授

做好福利制度乃社會進步的根本，所以全民健康保險勢在必行。

假如你曾經注意過國外的社會福利制度，或許會發現許多國家有所謂的全民健康保險；在我們的國家裡，你一定聽過「公保」、「勞保」、「農保」這樣的名詞，但是對於「全民健康保險」，相信大多數人只聞其名而不知其所以然。究竟什麼是全民健康保險？它與我們國民之間又有什麼樣的關係？這個問題需要你我共同關心。八月十五日，懷著期待的心情，我們來到南京東路上的經建會，訪問全民健康保險規劃小組的成員之一——吳凱勳教授；在長談了一個半小時之後，心中的疑慮漸漸的沈澱下來……

### 全民健保 的構想及推動

問：據我所知，韓國的全民保險自開辦到現在已有26年，日本也有34年，不知我國的全民健康保險開始有多久了？真正提出構想是在什麼時候？

答：我國很早就有人提出全民健康保

險的構想，大約在20年前就有人在推動。起先是內政部，自衛生署成立之後就由衛生署研究，所以從衛生署的第一任署長就開始籌劃國民健康保險。其實在衛生署之前就有人在推動國民健康保險，做各方面的研究，方案也很早就有，只是仍停留於研究的階段。

問：真正具體推動又是在什麼時候呢？

答：行政院把全民健康保險納為中央政府的決策後，準備於民國89年實施，此時才真正進入規劃工作，以前都是紙上談兵而已，例如立法院、國民大會都曾提案建議政府、行政院儘早規劃，於是行政院就知會有關的主管單位開會，開會擬定後報請行政院提決議案，但是後來就沒有下文了。我想那時政府還沒有充分準備要去辦，才如此處理。一直到民國85年2月，行政院院長在立法院正式宣布民國89年要實施全民健康保險，這時才顯示出政府要辦的決心。

問：政府找吳教授等人去規劃，有沒有給什麼工作目標呢？

答：政府希望以社會保險的方法來做。至於為什麼定於89年呢？是為

# 國外早有全民保險 為何國內對此陌生？

了配合國際上的一項運動——世界衛生組織所推行的：到公元二〇〇〇年時，各國都能對其國民健康加以保護。運動名稱爲「HEALTH FOR ALL」。世界衛生組織並未限制各國實行的方法，這是各國政府之事，聯合國不能強制規定，也不能干預；因為保障全民健康的方法很多，比方救濟、醫療補助等。只要政府能採取措施，對人民維護健康這件事有幫助，使全體人民能夠達到此運動的目標就可以了。當然也可以採取更高級的公義制度啊！總之方法很多。政府爲了響應世界衛生組織公元二〇〇〇年的號召，俞院長才說出89年這個時間以配合公元二〇〇〇年。民國75年明定表示以後，政府並未展開很實際的工作，因此科技組才繼續如何推動這件事。之後，科技組接受外國科技顧問的建議：「你們若要實行全民健康保險恐怕要好生規劃，必須成立專案小組；而規劃時要注意兩件事：（一）醫療供給體制的配合。（二）財務妥善。」

## 藍圖設計

### 的掌握及配合

全民健康保險在規劃時有個重點性的原則：全民健康保險設計藍圖規劃時，必須配合全民的醫療

需求。不能說國民醫療需求是這樣，而去設計另一樣的全民健保，那又有什麼用？或者他有這麼多的量或品質需求，而設計出不符合他的要求，這就是設計者有偏差。所以：

第一：要掌握國民醫療的需求。我們必須了解，尊重他，不能瞎子摸象的扭曲真象，這樣不好。全民健康保險的主人是國民，國民是主體，不是爲別人設計的。全民健康保險規劃就如設計房子，規劃成員就如設計師或裝潢建築師。今天主人要蓋一個房子，他告訴建築師他的需求，例如家裡有多少人口，希望採光好、有幾層樓，希望有幾間，有多少停車場等等。結果建築出來走樣了，不符合主人的需求，這樣即使房子的外觀再漂亮又有什麼用呢？所以說全民健康保險也要遵守這個原則。

第二：要考慮現有制度的情況。全民健康保險在設計時並非已是一片空白，若以建築為例，現在這片土地乾乾淨淨，要蓋房子很容易，完全可以按我的理想做；地上無地上物、障礙物，乾乾淨淨的，我不必去清理，不必去拆除，也不必去談補償問題，就可以容易的挖地基，一層一層的往上蓋。可是現在不是這樣，在實施全民健康保險時，這片土地已經有公保一棟房子，勞保一棟房子，農保一棟房子，農保還是最

近才弄好的。面對這些既有的房子，要蓋一棟大樓你說好不好蓋？究竟要拆掉這些房子重建呢？還是保留而在這些房子旁邊把新大樓蓋起來呢？老房子、新房子要能新舊調和，不要一個蓋西方的，一個蓋東方的，西式、中式雜混很難看的。這其中種種的問題，都是我們要規劃、重視、面對的。我們不能閉起眼睛管你什麼公保、勞保，我就是要怎麼樣，這是不行的。公保、勞保、農保現在等於是既得利益，已經有這麼多人在享受這個好處，你要改變他很不容易，但是，假如你不改變他也不行吧！所以要考慮現有制度的情況。

第三：要學習外國的經驗，要採取外國的長處。因爲全民健康保險——社會性的保險是外國人的制度，外國人已經做了106年，人家歷史悠久，規模很好，很有成效，我們應該學習人家的長處，不能閉門造車、躲在象牙塔裡畫圖，這樣不好。我們要放眼世界，看看人家是怎麼辦的，人家遭遇什麼困難，什麼問題，人家的缺點不要學，人家的優點能做到的帶回來。學習外國的經驗是很重要的。

第四：這點恐怕是四點中最重要；就是政策的走向，政策的趨向。你們知道，一個制度要成立，背後一定要有某種政策來支持你；你在設計時，要依照政策的

要做多少完全決定於醫師；做完後要報費用，做多少就報多少。「論量計酬」著眼於服務項目、服務量的多少，根據這些項目、量的多少去申報醫療費用。因為只要是完成的 Case，你通通可以要錢，如此對醫療費用的總額度就無法控制了。我們現在研究的全民健康保險不能這樣做，如果這樣的話，我們的社會資源會無法控制，也無法做合理的分配，所以限制，一年只能用這麼多，不管你這裡醫療行為怎麼做。我們沒有所謂的單價，沒有什麼甲乙丙表，了解嗎？將來甲乙丙表通通沒有，我們就根據某種標準把錢分配給你，或各類，各醫院，各醫師診所，然後你就要承擔一種責任，如果你分配到的錢（按事先談妥分配的錢）大於你自己做的醫療行為所花的成本，那你就賺了；如果你分配到的金額，小於你實際上為病人服務所花的成本，那你就賠了。

問：那這樣會不會影響醫療的品質呢？

答：不會啊！醫生自己要控制好

## 數量數質

### 錯誤誘導

問：就是那種定額給付嗎？

答：也不一定是定額給付，看你定額是定在什麼單位，以人頭？還是

以件數、天數？有很多種。或者就是一個總費用給你，你那邊預算看看我一個月要給你多少，你自己要估計出來；意思也就是說，以前醫師向來沒什麼成本觀念，也沒有所謂會賺會賠，好像我當醫師就永遠賺；以後不是，醫



▲ 醫院應伴隨其服務品質而升。

師和作生意，經營一種企業沒有什麼兩樣，你若是經營不好，你可能就會賠；你若經營的好，你可能就會賺。但總費用是可以確定的，大家費用的總額度是可以確定的。那要看看各醫院要不要加強管理？若不加強管理，你就會賠。而所謂的賠不一定會影響醫療品質。醫療品質這個東西我們要研究；比如說：你這個醫院不要養這麼多人，但你總是養這麼多人，這和醫療品質並沒有關係啊！再者，這個病人不要吃那麼多藥，你老是給他吃那麼多，

這和醫療品質有沒有關係？搞不好是剛好相反，你給他吃太多的藥是醫療品質不好，你給他吃適當的藥才是醫療品質好。量之大並不表示質之高，這是你們當醫生、藥師該有的觀念；醫療品質不是以數量、數質的大小來衡量

。不能一個病人住了15天，另一個同樣病的病人住了七天，住了15天的醫療品質高，可以做這樣的解釋嗎？不行吧！不是以天數、日數量來衡量醫療品質，可不可以說我手術一次和手術兩次，手術一次的醫療品質低，手術

兩次的醫療品質高？可以這樣說嗎？剛好顛倒，同樣的病我手術一次，應該是我醫療品質高啊！你要花兩次才把人開好刀，這怎麼叫好？不是以數字的多少來衡量，沒有錯吧！而且有時還恰好是相反的。但是很多人認為量多就表示質高。比方他到大醫院，哇！可以做很多種檢查；到診所去，不能做那麼多檢查，所以大醫院素質高。噢！檢查做多就表示品質高啊？你同意這個觀念嗎？不對嗎！怎麼能這樣呢？不必要的檢查都算進去就叫品質高啊！

## 選醫院不選醫生

### 大醫院品質就比較好嗎？

所以現在有一些誤導，我認為你們這一方面的人自己要去研究什麼叫醫療品質。醫療品質的解釋有很多不同的觀念，不同的說法，所以誤導很多人；他們認為大醫院就是最好的；醫院大就一定好，醫院小就不好，其實真如此嗎？醫療品質的高低不能以醫院的大小來分，了解吧！現在我們病人最錯最錯的是他選醫院，而不是選醫師。舉個例子，我們信佛教，常常去選這個廟，而不是去選這個和尚；廟大，就表示這個和尚道行高嗎？不見得吧！有道行很高的和尚他寧願一個人躲在深山裡，那個道行才高！大廟裡的和尚不一定人人都是道行高的和尚。而我們的醫院也是，大型醫院固然有好的醫師，但也有普通的醫師，一大堆還沒成熟的醫師，很多啊！而且我們的醫師最好不要終極落在醫院裡，醫師最好的歸宿是出來開業，這是最好的。過去醫師他們自己人生路程的安排，都是自己出來開業，而這些出來開業的醫師都是科主任級，主治醫生級的。他們的廟雖小，但你能說他的醫療品質比他的屬下，過去的部下差嗎？這是錯誤的。當然我們不能一概而論，在小醫院、診所裡也有不好的醫生，所以很難說。你要選醫院不如選醫生；大醫院裡也有許多經驗不夠的醫生在看病，他的服務品質、醫療診斷一定會高

過小診所裡有經驗的醫生嗎？不能這麼說，是不平的。

## 醫療網社會化

### 保障人民健康

問：今後應該努力的方向

答：醫療網包含的內容很廣，而在全民健康保險的重點中，我們願意談的是：基層很重要。也就是所謂一級的醫療院所很重要。在全民參加保險後，總不能完全依賴金字塔的尖端，即一級的教學醫院，也就是大型醫院，這是很錯誤的。特別是全民健康保險向來強調醫療社會化。醫療社會化有二個意義；一個是醫療消費面的社會化，一個是醫療供給面的社會化。醫療消費面的社會化就是用實施全民健康保險來達成。以前我們醫療消費並不是社會化而是自由化、私費化，也就是私人解決，個人自費。將來社會化之後，就是大家照合理的分配來出錢發揮互助作用。等於說健康的人要照顧病人，有錢的人要幫助沒有錢的人，年輕的幫助年老的，這就是醫療消費面的社會化。至於醫療費用，以後就不用擔心付得起付不起，只要定期的繳交你應繳的保險費，看病的時候按規定承擔一部分的醫療費用，那無論是輕病也好，重病也好，社會都會替你承擔醫療費用。而人

民如果生活在這樣的社會裡頭，受這個制度的保護，我想會比以前更好。這是提高我們生活品質的一種方法，也是使人民的生活獲得保障的一個具體化。保障人民有很多層面，首先我們要保障人民的健康，透過健康保險提供全民醫療服務，這是最基本的；假如要再向上再進步，那就要考慮實施公義制度，現在我們要一下子實施公義制度能力還不夠，所以先實行健康保險。

在醫療供給面這部分，我們也需要社會化。今天我們供給面的社會化太少了。醫療供給面社會化的最大最終的目標是公義制度，也就是所有醫療制度、醫療資源、醫療院所都是公有的，但是我們不希望一下子就做到這點，因為這究竟對人民好或不好，有待我們去商榷，所以醫療供給面的社會化，我們最少要做到基層醫療的充實與美化，所謂基層不是指鄉下，在都市裡也有基層醫療單位。像現在劃分的一級、二級、三級中所謂一級是都市鄉城不分的；任何人民住的地方，首先都要有一級的醫療單位，而基層醫療單位要能落實、穩健，從業的人員就要最多，因為他照顧老百姓，患者機會最大，了解吧！但現在不是這樣，照顧人民的好像都是大醫院，大家都迷信、依賴、崇拜大醫院，動不動不分大小病通通跑大醫院。為什麼

會造成這種情形呢？實在值得我們省思！

## 醫療體制點線面

### 基層醫院具功效

問：那意思就是要讓基層醫院發揮它最大的功效？

答：對，換句話說在基層服務醫師要最多，而不是大醫院的醫師最多；放眼望去，沒有一個國家是這樣做的。現在國內却剛好相反，很多醫師不願跑到基層去，探就其原因，一個是不願意，一個是怕。在基層中沒有保障，沒有什麼發展，有誰願意去呢？所以在現今的醫療網中，改善醫療供給成了首要課題！就大型的醫院而言，我相信若要和別的國家一較長短是不輸別人的，我們雖然無法稱霸世界，但至少和別的國家比較時並不遜色！而最不能和人家比的，就是基層這一環。很多先進國家的基層的醫療設施要比我們強得多！所以許多人到外國參觀之後，都很羨慕人家的基層醫療。但是，美國的現象和我們一樣，不值得一看，因為他完全自由市場嗎！誰有能力，誰有辦法，誰的財力雄厚，就可以瓜分醫療業；像那樣的自由市場，對我們的醫療保護，醫療業是不當的，所以最好是能學歐洲，如英國瑞典、西德、法國、或北歐



；尤其是北歐國家，雖然他們也有他們自己的問題，但他們很重視基層，而且做得比我們好，可以給我們做借鏡。我們希望更多的開業醫生能到鄉下去，使我們的老百姓，只要有病痛，需要人家醫療服務的時候，在他家附近，就能找到他所需要的開業醫師！了解吧！

## 國內向外看齊

### 輔助基層醫療

問：吳教授剛剛提到歐洲、北歐在基層做得比較好，那我想請問一下、他們的基層是一個怎麼樣的情況？有什麼地方值得我們學習？而在管理方面又是如何？

答：這個說來話長，外國因為國家重視基層，所以對基層醫生所給予的待遇一般都不錯，有的國家甚至是用公費，相當於付薪水給予保障。在給付方面，有的是用人頭，比如說，某個地區有這麼多人口，政府就劃分，讓人民去登

◀ 重視基層乃全民健保的根本

記。比較得人望的醫師，就會有較多的人民願意讓他保護。有些國家鼓勵幾個開業醫師能聯合起來，組成一個診所或小型醫院或健康中心，這就稱為group practice，我們現在翻譯為「群醫中心」，其實應該叫做「聯合門診」或「聯合診療」比較恰當。這些醫師彼此的專長有些不同，有些擅長內科，有的是外科、腸胃科、精神科等等，他們聯合起來，依這個地方有多少人口，就提供多少量。但如果提供太多，也就是醫生太多，人民沒有這麼多，那就會養不起這麼多醫生；反觀如果醫生太少，人口太多，表示這地區的醫生將來承擔的業務量會很重，因此需要增加醫生的數量。換句話說，醫療的提供必須與當地的需求配合。這可經由市場調節或由政府輔導，給予行政上的指導。比方說，醫生不知道那個地方病人太多或太少，政府可做調查公布，給予意見：「某個地方醫生缺多少人，有誰願意去？」另外政府可以提供低利貸款或無息貸款供願意去的醫師蓋房舍、診所、病床、醫療儀器設備等；若這醫師想請護士，但護士不肯來，政府可以替他找；或者他只能出得起一萬，政府補貼五千，一萬五就可以請一個人了。類似這樣的方法，使每個地方都有適當的醫療提供。

# 落實醫療供給面社會化 如何發揮基層醫院功效？

## 政府輔助社會化 病人醫師得福利

問：就是說利用政府輔助的方式，讓供需達到平衡？

答：這才叫社會化。在自由市場中，政府可以不管的。自由市場就是這樣；什麼地方容易賺錢，大家都往那裡擠。照這樣着，誰願意下鄉呢？那麼住在偏遠地方的人不就倒霉了！沒有醫師去，政府就要解決！為什麼沒有人去？可能那裡進修比較不方便，這時可由政府出面，幾個月或半年或一年安排你到附近的教學醫院或地區醫院去實習，在一級、二級醫院之間，應該有直線方向的連接。同樣的，同地區的一級醫院也要有連繫，比方說，我是看內科的，我的病人發生精神科或神經科的病歷，我應該 Pass 給當地或附近的基層服務單位，這叫「轉會」。橫向要有連繫，縱面要有向下輔導的關係，這樣才能讓醫生有成就，並且有機會學習新的醫療技術，而不會老待在偏遠地區，以致脫節、落伍。舉例來說，有一個比較棘手的 Case，你可以帶病人到你的上級醫院要求會診，而你就在一邊學習。或者由地區派人來輔導你；不然你到地區醫院開會或參加研討會等，都是很好的學習方法！如果沒

有一種合作關係，像現在各做各的，互不相通，這種各自為政的做法，如何使基層醫療水準提高呢？若基層醫師想學習更高的技術，可以越過二級到一級醫院，政府也給他機會，看是二年一次或三年一次。進行一個月或一、二個禮拜的密集訓練。這些都是要有計畫的。看看別人能做得很好，而我們為什麼不能？

希望全民健康保險能做到這樣，否則會變成空有保險而沒有醫療，有醫療也是粗的、虛的，不能令國民滿足，這樣的全民保險就變成一個不負責任的全民保險；要人民繳錢的時候，催得很緊，而老百姓享受時，卻有很大的差別待遇——住在醫療資源集中的地區，就很幸運，住在醫療資源缺乏的地區，就很不幸。爲了要使人民獲得均等的醫療機會，應該要普及醫療設施，做到醫療社會化。這點能不能做得到，關鍵在我們全民健康保險成效。

## 病人救醫師？

### 重組現體制

問：所以需要衛生主管單位的配合？

答：就是將來由幾個人研究，針對衛生署提出要求。全民健康保險要能落實，做得有成效，令國民能滿意，那麼醫療供給體制的健全相當重要。

問：這個衛生，福利體制是兩種事業，將來全民健康保險一旦實施後，政府機關要如何改變、配合？

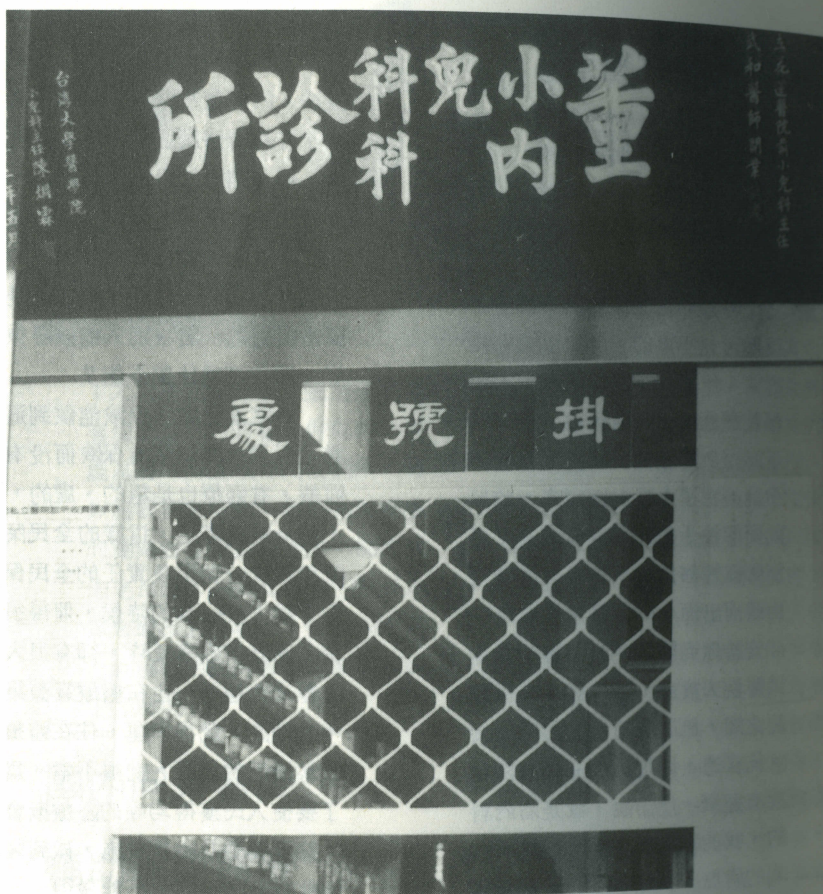
答：這就是剛才所說的，必須重組醫療院所的組織。在國外常常這樣子，不行就改組、調整、重編。像現在我們亂了，你看看國內那有什麼醫療制度：醫師執業，明知那裡人太多了，大家還是往那裡擠；某些地方人太少了，就是沒有人要去，這不叫亂嗎？再者，這個醫院已經夠大了，還花大錢來擴充，請問醫院擴充要不要病人來養他？當然要囉！當地已經沒什麼病人了，他就從外地收割，用宣傳車、計程車、遊覽車，希望能把外地的病人拉到這邊來，這是很不民主的！醫療要民主化，就是醫生和醫院要救患者和國民，而不是患者，國民來救醫師、醫院。懂不懂我的意思？但今天的現象是醫師、醫院高高在上，要看病的人通通過來，醫生是要救病人的，這樣行嗎？況且現在還有一些病人沒有人去照顧他，醫生該投入那裡，照顧病人，這才是民主的做法，才尊重民意，尊重患者嗎！大家想想看，患者已經有病了，還要花很多時間，大老遠的跑到醫院看病，依我看，他的病症恐怕要加上一等！這是很殘酷的一件事。為什麼不由醫師下鄉？為什麼不在鄉下蓋醫院呢？舉個例子，現在台灣省要花一百八十億來改善醫

療設施，要知道一百八十億是一筆很大、很難籌措的經費，而省政府要花此經費的60%在省立醫院；我就覺得，省立醫院的的確確已經破破爛爛需要改善，但是不要花那麼多錢。他現在不過是要擴大省立醫院，讓省立醫院能達到某個標準，足以和當地的私人醫院競爭！政府又何必做這種傻事；如果能拿出一百億到各縣市鄉鎮去蓋一百所中小型的醫院；一億可以蓋一個小醫院，大約五十張病床左右；這樣在原來沒有醫院的地方也能有醫院，我想台灣的醫療環境會大大的改善！

## 糾紛說法不一 有待衛生福利

問：現在有所謂醫療給付糾紛，而勞保局和衛生單位兩者的說法不同，到時候政府部門該如何改組，劃分這種職權？

答：我想這個現象將來在衛生福利部成立後就不會這樣。因為現在管保險的行政單位和管衛生的行政單位是獨立的兩個部分，所以才各自為政，將來衛生、福利合在一起的時候，保險行政單位和衛生行政單位是合而為一的。現在一定會有這種現象發生：保險站在保險的立場，衛生單位站在衛生的立場，說法和作法就有所差別。將來衛生福利部成立，就不



▲政府應推廣中小型醫院，改善醫療環境。

會有這種現象；部長說話，市長說話或者由一個部的發言人說話，無論是誰，他說的時候同時要兼顧到衛生也要兼顧到保險的立場。

問：那中央和地方的職權怎麼樣劃分呢？

答：就全民健康保險而言沒有這種現象，因為目前勞保是委託省政府

辦的，所以牽涉到地方的權限，而全民健康保險的辦理純粹是國家的責任，整體的事業，所以不可能再交給地方政府辦了，中央應該自己辦理。由中央成立一個單位來負責，就不會有所謂地方政府還要管理，而中央與地方政府的分權則是各負各的責任。現在不是這樣，勞保局是隸屬於

## 社會資源有限 應有何收費標準？



◀ 勞保公保各自為政，用藥標準不一。

最後每一個人所繳的保費就不同了。所得高低不同，繳的保費就不一樣，但費率是一樣的。今天要統一的就是這個費率。當然也有人主張乾脆每個人繳的保費都一樣好了。到底怎麼樣，這就需要大家來討論了。

問：至於費率怎麼計算？

答：很簡單，只要先精算出全體老百姓一年所要花的醫療費用，再除以現在參加保險的人的總所得，如此費率就出來了。這是總體計算法，但個體繳納保費的算法就不一樣了。比方你一個月賺二萬，我一個月賺一萬，我們的保險費率相同，但你的保險金額一定比我多一倍；假設保險費率為10%，那你要繳兩千元，而我只要繳一千元。因此可知，保險費率的意思是：每賺一塊錢要負擔多少醫療成本，化做百分比之後就是費率。而且因為每個人的所得不同，因此賺錢多的出錢多，高所得的多出一點幫助低所得的。每個人看病的機會是相同的，不一定所得高的就少生病，所得低的就常生病啊！

一個小時半很快就過了，正午赤熱的陽光毫不留情的灑在大地上。南京東路的街頭依然是這樣的忙碌，想想，每個人的身體不也正是如此嗎？我們希望社會能更進步，當然更希望人人都有健康的身心，更健全的生活。

回

；或許一方認為新開發的藥價格比較貴，說不定就不同意使用。你們學藥的應該懂得這種道理。

### 保費推動保險

### 費率給付統一

問：想再請教吳教授，一般不是勞工或公務人員的民衆，不能另外享有其他給付，那在繳納保費時有沒有差別呢？

答：有差別的，項目多所付的保險費也比較高，但在健康保險方面希望做到大家一致。也就是說在總保險費上有差別，但在同項的保險中希望能做到沒有差別。當然所謂沒有差別不一定是指每個月繳納的金額相同。所採用的方式可以是，費率一樣，按每個人的所得，乘以一個相同的百分比，

台灣省政府的，有時候中央還不便出面講話，這種現象將來就沒有了。可能就是繳納保險費用時會有增減，或者是看病時，過去不能用的藥現在可以用，過去能用的藥現在不能用。至於統合的結果究竟如何？現在還不知道。剛才提及公保、勞保的用藥，大部分相同，小部分不同，假使將來公保勞保同意的藥通通可以使用，那公務人員和勞工就皆大歡喜了。若不是如此，在用藥方面可能會受一點影響。

這裡所說公、勞保的用藥標準不一樣，為什麼有這種現象呢？

因為他們各自為政，在審查時就有不同的標準；比方勞保認為甲藥很好，乙藥的藥效不明確，因此選用甲藥；但公保可能認為乙藥對醫生做治療，對病人的治病有很大的好處，他就會同意使用