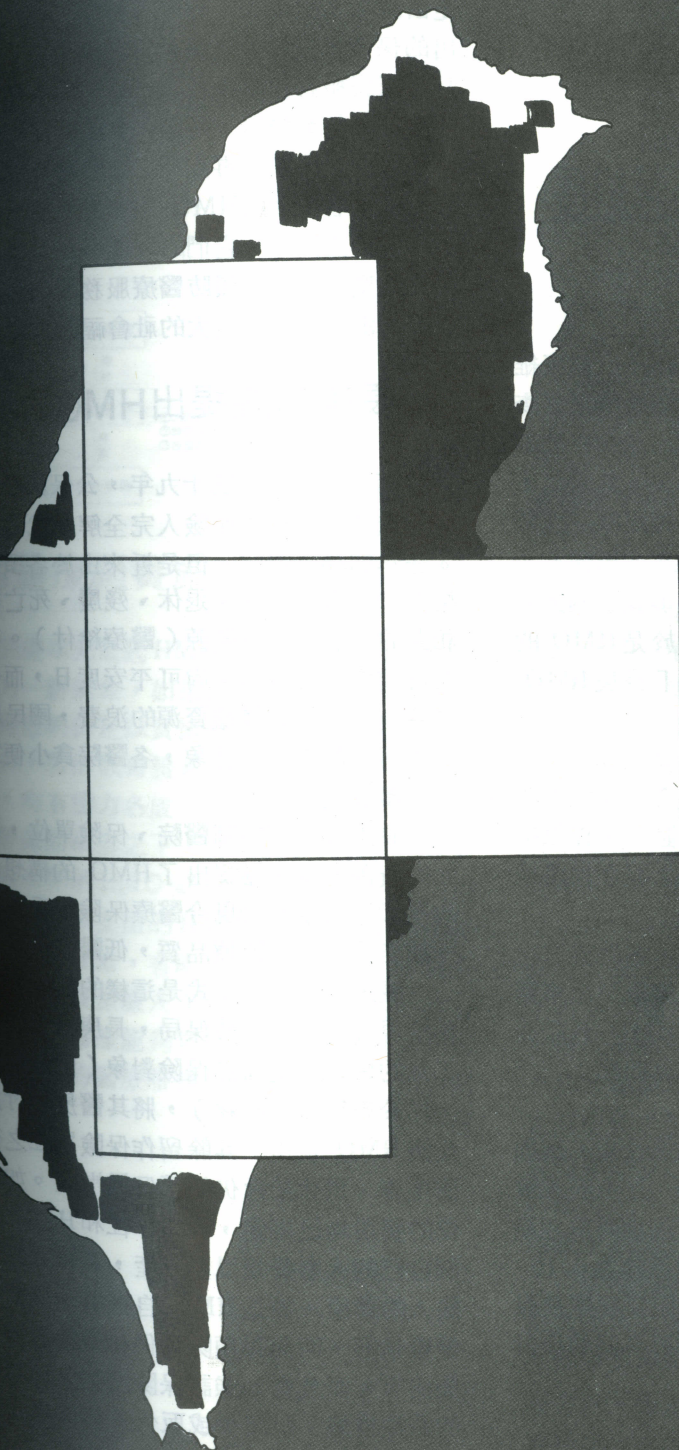


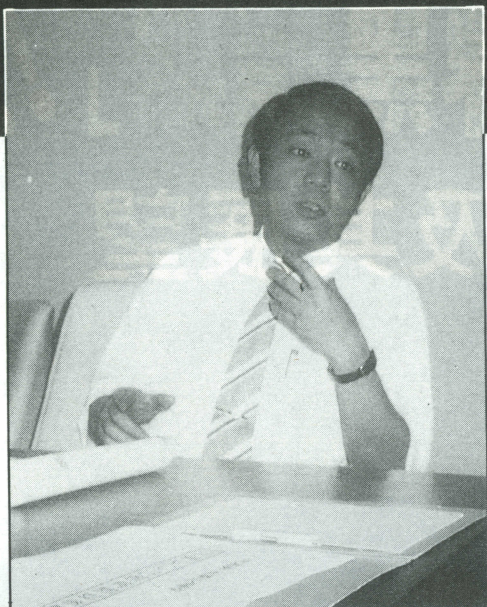
未來十年是「醫界黑暗期」!/?

—台灣醫療現勢及其展望



策劃 / 綠杏社
執行 / 陳永昌
周龍生
徐明義
陳晉誼
陳揚裕
陽光耀
陳惠君
馮天民
黃照娥
周龍生
陳揚裕
陳永昌
陳惠君

編 /
影 /
攝 /



傅天明 / 長庚管理中心醫護組長

什麼是HMO

HMO (health maintain organism 健康維護組織) 一詞始見於一九七三年，美國總統尼克森所提出的「健康維護組織法」。該法的意義在於維護被保險人健康為宗旨的組織的組織法。其間二十年，美國陸續成立了公、民營健康維護組織三百餘家，分擔了美國被保險人數的百分之八。民國七十四年九月初，美國凱撒家族基金會董事長亨利凱撒及總裁塔洛夫應我國政府之邀來訪，於是HMO 的理念遂散布於國內醫療界，而有今日「長庚HMO」成立的構想。

HMO 的定義是，健康維護組織是以健康保險原則經營之社區醫療保健機構，其集合了醫療服務和健康保險經營雙重功能於同一管理體系，提供給自願參加而按期繳費之被保險人所需之綜合性醫療保健服務。

這段定義只是HMO 的基本精神，各欲成立之HMO 均可按照此一精神，以不同的經營型態來滿足該HMO 服務的對象。例如以現今HMO 最發達的美國為例，其經營的型態主要可分為四類：

一、由非營利性社區團體或組織設立：

全美有三分之一的HMO 採用這種模式，參加人數高達一半以上。其特色是該HMO 是由被保險人代表組成，將其醫療服務和健康保險經營承包給保險公司代為管理，醫療給付金額的百分之4.16給保險公司作為行政管理費用，其中作業程序被保險人均可參與，比較有保障，例如華府群體健康計畫。

二、由保險公司經營：

特色是1.有較多保險項目可供選擇，2.保險公司負責保險經紀人的工作，3.沒有籌設機構與特約醫療院所的麻煩，循保險公司原有的體系即可。
三、是由企業界為其員工或工會所設立：

凱撒HMO 為其典型模式。長庚所提出之HMO 即是以其為基礎所發展而來的。其特色是保費大多是由雇主、工會或是政府所支持，被保險人所需付出的保費也僅為少數（如同我國的公、勞保），而且其醫療服務和健康保險經營，均由HMO 負責，四、由群體執業醫師、醫師公會或醫院等醫療供應者所設立之機構，再委託保險業辦理保險業務。

以上各型態的HMO 均是針對服務的對象之不同所設計出來的。它們的好處是由以往被動的治療服務轉型成主動的預防醫療服務，因而能節制醫療資源的浪費和避免龐大的社會福利拖垮政府財政。

長庚醫院提出HMO的原因

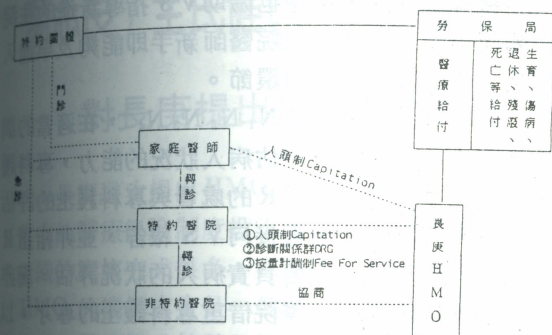
勞保始於民國三十九年，公保創辦於四十七年，立意甚佳，使被保險人完全解除就醫之經濟障礙。廿年間深獲贊同。但是近來由於各項保險給付大增（如生育、傷病、退休、殘廢、死亡等給付），相對的剝奪了醫療資源（醫療給付）。在以前勞保局財務寬裕的時候，尚可平安度日，而今天保險給付健全後，所謂醫療資源的浪費，國民用藥的激增，無病求醫的不當現象，各醫院貪小便宜的情事，就陸續被關注了。

長庚基於要節制醫院、保險單位，被保險人三面的資源浪費，遂提出了HMO 的構想。長庚HMO 的模式是在不影響現今醫療保險體系之下，提供另一種能兼顧「高醫療品質，低醫療保費」的服務。

長庚HMO 的模式是這樣的：勞工被保險人仍舊按現行保費繳交勞保局，長庚HMO 以某一產業工會的會員或地區為保險對象（因其生活環境相近，便於施行保健服務），將其醫療給付之部分挪為，長庚HMO 使用，其餘留作保險單位之行政費用，而生育、退休給付仍歸勞保局辦理。如此一來各單位的費用均已固定，保險單位和HMO 均得自行控制自己的人事費用以免破產，HMO 又得兼顧被保險人的健康，於是HMO 自會評估該被保險團體的健康情形，而加以預防。例如職業傷害、地區性傳染病等。而且會加強該保險團體之預防性、保健性的醫療措施，以減少或取代患病時昂貴的住院治療。

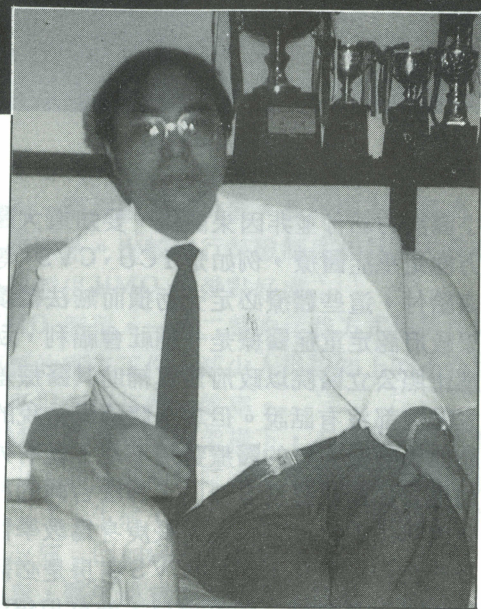
。這種醫療行為由被動地治療疾病到主動地預防疾病，實是醫療界的一大創舉。（預防醫療以前是不在勞保給付之內的。）

至於長庚HMO的新構想是，如果被保險人的健康維護得當，而使HMO有盈餘，對於下次的保費還有減免的誘因。此外目前被保險人應付百分之廿的保費，在HMO下，不必先付，如果生了病則採部分分擔方式；如果不生病，則自己根本不要繳費。其被保險人、保險單位和HMO的關係可用下圖說明之。



國內醫療網實施HMO的優劣

今天長庚率先發起HMO，只是對現今醫療保險發展出另一新氣象，如果這套模式合適於台灣，以現今的醫療網仍足以實施HMO。例如榮總、三總軍方體系，馬偕教會體系、台大基層醫療體系，國泰企業，均有能力各成一家，這樣一來HMO保險制度在勞保局統籌之下，仍有競爭的機會。沒有維持高醫療水準的HMO必然會喪失被保險人而淘汰，沒有節制醫療支出的HMO也必然是自行破產，所以HMO的實施，有助於國內醫療網的推展（以利容納更多的被保險人）、家庭醫生制度的建立（以利保健預防醫療能夠更推展）、轉診制度的形成（以提供完善的醫療服務），以更早建立預防醫學。



莊逸洲 / 長庚管理中心主任

長庚對勞保甲表的看法及因應對策

勞保自民國三十九年開辦以來，其給付內容包含七種給付標準，除了醫療給付之外，尚且有退休、傷殘、生育、死亡等等給付。依其給付性質，勞保實際上可分為兩部份，一部份為醫療保險，一部份為社會福利。而醫療保險應該是一種純「保險」，乃基於危險責任採共同分擔的互助性質，實不該和退休給付的社會福利混為一談。但勞保制度對這個概念自始即模糊不清。試觀勞保創辦時，雖然立意甚佳，完全免除了被保險人就醫之經濟障礙，可是經過十多年的推行，由於沒有精確的財務會計管理，使得原本有浪費虧損的勞保財務，卻因退休給付的屯積，反而略有盈餘。換句話說以往的勞保費用中，應含有退休給付的支出，但是因為被保險人之退休年齡未到，每年提撥之退休支出有限，經年累月就成了勞保局的數百億盈餘。不過自從六十六年起各大型教學醫院加入勞保醫療服務行列之後，其醫療品質即大幅增進，逐漸趕上歐美先進國家的水準，相對地醫療費用亦因醫療技術及設備，儀器之進步而水漲船高，這樣一來龐大的勞保盈餘就日形萎縮而終於發生了財務的困難。因此在日益加重的壓力之下，勞保局根據論量計酬的方式提出甲乙丙表，期能抑制目前醫療給付的高漲。

甲乙丙表的基本精神是同工同酬，其着眼在緊縮大醫院給付，提高小醫院給付，以減少醫療浪費。惟甲乙丙表的擬訂並未考量各型醫院的任務與發展方向。雖然認定過去對小醫院的給付是不合理須要提高，但怎可認定大醫院的給付就太多了呢？大

小醫院的給付並非因果關係，要知道大醫院發展的方向是重症醫療，例如是 ICU、CVS 等，若依甲表給付，這些醫療必定受虧損而無法繼續營運。如果政府認定重症醫療是一種社會福利，私立醫院即應比照公立醫院以政府預算補助其醫療差額，則每家醫院都沒有話說。但拿全體國民納稅的錢，僅補助部份勞保人口的醫療費用不足，就有欠公允了。如果公私醫院都沒有補助，那麼台灣的重症醫療就會因無法維持正常營運而長庚身為教學醫院，爲了教學實習與服務 ICU、CVS 病房是必需的。況且今天並不是說關了此等病房，就可拒絕這類病人。因此爲了生存及確保醫療品質，不得不作捨棄勞保醫療服務的打算。有句話說：「殺頭的生意有人作，賠錢的生意沒有人作。」人即使有滿腔的熱忱，但巧婦難爲無米之炊。財團法人醫院固然不以營利爲目的，但如果長期承辦給付偏低甚至不夠醫療成本的服務，就必須以基金補貼虧損，惟基金終有用罄之一日，至時法人醫院一旦結束營運勢必造成對社會及病患更大之傷害。職是之故，勞保財務實應作澈底改進，讓被保險人、醫院、保險單位能夠認清各自在醫療保險制度下的定位與責任，共同節制醫療浪費才是全民之福。

談談長庚裁員問題

很多人都會聯想到長庚縮減員額是因應甲表實施後勞保住院病人銳減之措施，其實是觀念上的差異。就以住院醫師爲例，如果沒有競爭的壓力，住院醫師的訓練就難臻完善。譬如以前住院醫師人數的自然現象是 R₁ 8 個，R₂ 6 個，R₃ 4 個，R₄ 2 個，CR 1 個，中間人數的逐漸減少或流失可能是自行開業去了。但是如今因爲專科醫師制度，規定要在大醫院中待上四年，或三年才可報考專科醫師，如此一來，就導致 R₁ R₂ R₃ R₄ 都是 8 個了。但是 R₁ R₂ R₃ R₄ 的工作不盡相同，人數一多自然學到的東西就少，沒有學到東西，怎可出去考專科醫師呢？因此就必須減少一部分人以利教學之推行。這就是外界所謂的長庚「裁員」問題。關於實施專科醫師制度，其目的在使開業醫師具有一定的服務水準，但是每個 R 都要在大醫院待上四年，這對當事人和醫院教學都會造成困擾。醫院決定住院醫師人數實應以訓練容量爲基礎，唯有在良好的制度下相互競爭，才能訓練出專精人才，否則濫竽充數，對

醫師個人與醫院都是損失。

長庚實施專科護士的情況

醫院中有住院醫生訓練制度，而每個病房的住院醫生都會輪調，這對病人來說是不好的現象，例如每年六七月是 R 招生的時段，如果新鮮的 R 到達病房時能有資深的護理師加以協助，不但對病人比較好的照顧，而且有利住院醫師之訓練，如果護士也是新招來的，對病人的服務就難予週全了。同時專科藥師在內科病房中也協助 VS 指導新進的住院醫師用藥禁忌，如此住院醫師新手即能夠及早進入情況，熟悉醫療體系的環節。

專科護士的晉升是 N₁ N₂ N₃ N₄，在適當的訓練過程中，使其具有評估病人狀況的能力，專科護士是對 VS 負責，如果 R 的處置與專科護士的評估不一致時。專科護士直接向 VS 報告，並非指正 R 的處置。專科護士主要負責病人的狀況評估，而非直接參與護理工作。醫院借重專科護士的專才，以補住院醫生的不足；但不能取代醫師的工作。專科護士，是護士專業化的品質提升，使護士不僅是擔任清理，送藥的簡單工作；而且提升其專業知識與榮譽。但由於專科護士之人數有限，對於目前產生的護士荒，猶如杯水車薪，幫助不大。今天的護士荒由來已久，原因也很多，並非是一句口號，一時熱忱就能解決的。全世界都有護士人力不足問題，非獨台灣才有，美國也曾深深體會到，並創立所謂「醫事助理」制度；加以短期訓練後，從事某些醫事工作，以減輕醫生，護士等專業人員的工作量，期能挽回護士人員的心，紓解醫護作業的困難。