



劉見祥 / 勞保處處長

對長庚提出HMO之看法

HMO 的制度，在美國有很多種實行的方法，而此種制度的發展，是當初在美國社會尚無照顧勞工健康的制度時，由雇主為其員工健康與保險公司所做的一種制度，基本上也是類似於一種健康的承包制度，這是一種由無而有至於擴大的制度，此一發展背景與我國的健康保險現況不甚相符，我們現在有勞保、農保、公保，若加上軍人軍眷等，已有四成以上的人在現有的保險制度之中了。因此我們要引進一個新的制度，與我們現有制度間，立即發生如何協調的問題。舉例而言，長庚的HMO 制度，是要以企業為單位或是以地區為單位，都必須面臨與現有制度衝突的狀況。本人對於長庚醫院所言的HMO 制度的詳細規劃並不清楚，但我認為長庚要實行HMO，至少有二個層面必須考量：

1. 被保險人認同此一制度：

要實行HMO，醫院必然會提供一些健康檢查、醫學諮詢等額外服務，但相對而言，對被保險人，一定也有另外一些限制，例如被保險人就醫的醫院，必然會有限制，而不如現行勞保一般可以自由選擇醫院，因此被保險人是不是能認同此一制度，願意接受此種限制，是最重要的前提。

2. 醫療單位接受此一制度：

同樣道理，醫院診所是否願接受此一制度，而成為此一體系下的一個單位，也是另外一個關鍵：

對於長庚希望實施的HMO 制度，由於我不清楚其詳細計劃，因此不能評論，但我相信不論如何實施，不管以地區或企業為單位，對於勞工就醫的

權利與醫療單位對醫療資源運用的權力，都必須尊重，才有可能談實行細節。

勞保甲表的實施

在甲乙丙表未實施之前，勞保給付會有不同的標準，原本在國立、省立及衛生署評鑑合格的教學醫院等共一百零二家醫院，有著與一般勞保特約醫院不同的給付標準，此一現象，不但對勞工朋友的就醫機會造成不公平，對醫療資源的運用造成不合理，也使勞保處在作業上增添許多困難，甲乙丙表便是在這種背景下制定的！

甲乙丙表的制定，是基於同病同酬的原則，配合醫療網的建立，而將醫療行為盡可能的羅列出來，然後以醫療的難易分級，將適合基層醫療單位可以做的列入丙表，地區醫院與地區專科醫院適用乙表，醫學中心及區域醫院則用甲表，事實上這是一個表，只是基於同病同酬的原則，讓較輕的病給較基層的醫療單位來承擔，達到小醫院看小病，大醫院看大病的原则。

其中乙丙表由於有68年公佈的基礎為骨幹，加上若干的增添刪，爭議較少，因此已於去年九月十五日公佈，十一月一日開始實施。

甲表的爭議有如醫療項目、支付點數、難易度判斷等三方面的問題，這些爭議也幾經協調，在項目上，除了不給付的項目之外，儘可能的列入，點數難易度等也一再協議，至今表列，雖然大醫院不見得完全贊成，但他們在瞭解勞保的難處下，有些醫院也不再那般堅持反對，此番協議，至今近於落幕，而可能於近期公佈實施，實施後，也同乙丙表一般，先經半年的實施狀況，再檢討修正，期於實施後半年內，勞保處與各大醫院都能確實檢討，做好財務分析，半年後再一同協議改進，此後也可以每年檢討一次，以符現實狀況！

未來勞保要走的目標，先由難易度的判定為準，將難易度的判定，先將表列項目，交給各專科醫學會，由各科醫學會將其科內項目，找出一個判定的基準點，將以此基準來檢討其內各項目難易度所應分配的合理點數，然後再綜合各科的基準點，定出一個總合的基準點，以使所有項目有一個共同的基準點，將所有難易度的配點合理化。難易度的公認標準定出來之後，再來分配點數，而點數的分配與其給付的標準，則需參考勞保的財力，醫療的成

本及物價的波動等種種因素，定出一個合理且各方能接受的醫療費用，這是勞保努力的目標。這是以論量計酬的原則下，在全民健保實施前，勞保單位所能做的事情。

在現行勞保未能實行部份分擔制加上又以論量計酬的狀況下，當然會造成醫療資源的浪費，這個問題勞保處已經委託藍忠孚教授研究，看能否引進類似DRG制度，配合我們的國土民情，將勞保走向真正合情合理的地步。

勞保藥局與檢驗所的規劃情形

由於醫藥分業的制度尚未實施，因此勞保無法先進行醫藥分業，但勞保處同意有勞保特約藥局，只是勞保的特約藥局，必須經過醫師處方才能給藥，這是勞保準備修改的部份，也是勞保必須配合現行醫療體系的做法，至於檢驗所的問題，由於檢驗師尚未立法，而衛生署亦曾有行政命令，規定檢驗所需經醫師推薦才能做檢驗，否則視同私人執行醫療業務。因此勞保無法指定檢驗院，但若有必要送外檢驗，經勞保核準，依然可以付費。現在勞保處尚無特約檢驗院的規劃。

勞保眷保的進展

眷保是勞保一直努力的目標之一，公保的眷保已由配偶到父母，勞保並有專案小組在研究規劃，勞保處已提出勞工眷屬保險的議案要點，報到行政院，行政院並交給經建會在討論，經建會覺得原則可行，但希望透過修法程序併入勞保條例之中，而不要單獨立法，這與公保單獨立法的狀況不同。勞委會亦依此原則，已完成勞保條例的修正，現送請行政院審議之中，依勞委會的建議，希望分期實施，民國八十年開辦，由配偶開始，增加勞保中的配偶保險，就要增加一百零四萬，如果以後再增加父母、子女，則會增加七百多萬的被保險人，因此這種工作需要循序漸進。現在的進度是勞委會已完成修法工作，行政院經建會在討論之中，如果能完成修法，可望民國八十年能增加配偶保險的部份。

部份負擔的推動

世界各家實施健康保險時大多有部份負擔制，

而此一制度在我們國家尚未實施，部份負擔制在勞保條例制定之初即有一些爭議，勞工代表們希望勞保單位先行改革，將其他方面造成的醫療浪費弊端先行革除，如果改善之後勞保依然不能平衡，再行考慮部份分擔制度，因此關於部份負擔的實施，必須由行政院訂定日期與辦法，送請立法院審議後實施，因此，現在的部份負擔無法實施。勞委會成立改進勞保業務督導小組，一年多來致力將勞保業務改善至最合理的狀況，於今勞保業務已有許多改善，因此勞委會正希望延請專家，共同研究如何實施部份負擔？如何負擔？勞保處希望能研究出一種合理的部分負擔制度，在不造成醫療浪費的前提下減輕勞工朋友的負擔，這也是未來努力的目標之一。

健康保險最基本的原則是讓被保險人在就醫的時候能排除經濟的壓力，因此部份負擔制度除了要讓被保險人承擔一點經濟上的代價，以免醫療浪費之外，也要有一個最高數額的限制，以免慢性病與老年人會承擔不起，所以如何定出一個最合理的部分負擔制，是需要好好研究。

轉診制度的實施

轉診制度的實施，我們期望由兩個方面來推動，其一是經由自然的醫療技術限制，讓基層單位無法醫療的行為經由轉診而至大醫院，另一方面，我們希望透過勞保的財力，將大醫院中的轉診與非轉診病患，做一區隔，讓轉診病患在大醫院中可享受完全免費的診療，而非轉移病患在大醫院中的勞保給付做一些限制，讓大醫院也能配合與輔導中小型醫療單位，共同建立轉診制度。我們也希望透過提高基層單位的給付，來提供基層醫療單位的服務品質與競爭能力，好讓整個制度合理化！