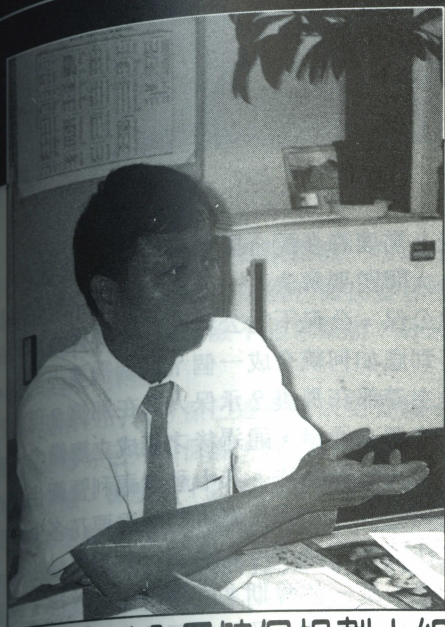




楊志良 / 全民健保規劃小組顧問

對長庚提出HMO的看法

長庚這次提出HMO的醫療保險形式，對國內舊有的醫療保險制度投下了巨大的變數，至於HMO組織的實施方式很多，在美國，有一種方式是辦HMO的機構本身是一個保險者兼收保費，一方面也提供醫療服務給被保險人。

然而長庚提出之HMO，則是長庚本身僅具醫療提供者的身分，它是不辦保險收保費的，也就是仍由勞保局向被保險人收費，然後再將保費交給長庚。

值得注意的是長庚是不隨便替患者看病的，患者必須到長庚登記參加HMO才予以看病，按照美國的做法，登記的年限是一年，在這一年期間僅能到長庚或長庚底下的特約醫院看病，而不能到其它醫院去看病。也就是說：參加者自願放棄自由就診的權利，但若此患者參加許多HMO系統，那就另當別論了。

HMO者要如何計算保費呢？長庚是屬於數人頭包醫制，舉例來說：若醫療保費每人要交六千元，若有一萬人參加HMO那麼勞保局就要支付六千萬元給長庚，這對支付保費的勞保局來講，省却了不少煩惱，因為行政人員不須做診療單的審查工作，直接數人頭付費就對了。這就能提高行政效率和減少人為的錯失。

現行的醫療保險制度，則是被保險人交保費給勞保局，然後就可以自由的到任何特約醫院看病。然後勞保局就計算醫院的看病量先審查再付費，所謂看病量就是例如開盲腸計一點，開心臟又計若干點，然後按點付費。如此病人就擁有到處看病的自

由，保險人、醫療服務提供者，被保險人（患者）形成了三角關係。比較現行保險制度和HMO系統，我們可以看出HMO有幾點好處：

一、HMO簡單，一清二楚的付費方式使勞保局能省略煩雜的審查工作及減少人為認知上的不合理及錯失，所以能提高行政效率。

二、HMO仍是在保險架構下，不同的HMO實施者去競爭，那麼要如何賺錢呢？那就必須靠登記者多及登記者少生病，在如此條件下，HMO的醫療行為會改變。例如病人來看病會要求多打針、多注射抗生素，醫生便會告訴病人不打針、不注射抗生素的好處。然而為何會造成病人喜歡打針注射抗生素呢？那是因為現行保險制度下醫生唯有鼓勵病人打針注射抗生素才會多賺錢。所以在HMO下這種情形會改變。

三、HMO底下分級醫療一定會做得很好，如此才能有效率。長庚一定不會把心臟外科的醫師去兼看感冒，所以任何的HMO機構一定二十四小時都有基層醫師來看顧病人，家庭醫師也很多，轉診制度會做得相當好，因為唯有如此才有效率。

但是，HMO的施行仍會產生許多漏洞，譬如說HMO機構會選擇病人，把會賠錢的病人推掉，譬如說：某個HMO機構開放登記，且登記者能免費參加有氧舞蹈班，並加贈小贈品，但登記的地點却在五樓。因此能爬上五樓登記的，一定是身強力壯，成本極低的健康人，這就是一個不合理的現象。另外還有登記者生病了，故意不給病人看病以降低成本。為了阻止這些漏洞，我們必須要有因應對策：

一、登記參加HMO者必須以家庭為單位登記，只要家庭中的一員去登記，那麼全家就會得到醫療保險，不管是健康的或生病的。不需要一個一個去登記。所以辦HMO者不能任其選擇病患，一定要病患來選擇HMO機構。

二、若醫院該給病患的照顧卻不給，以降低成本，這種做法我們就必須以不續約的方式來遏止。比方說：某個HMO機構今年有一萬人登記，一年過後，已有30%的人不再登記此HMO了，那麼勞保局就有權利中止付費給這機構的合約，且不再續約，任其破產。如此一來，HMO機構一定給病患予最好的醫療來留住病患。

另外還有一種HMO的形式，這也是長庚原先所提出的，那就是長庚本身擔任保險人，叫員工不

參加勞保而轉付保費給長庚，然後由長庚提供醫療服務。但這種大企業各自組成HMO 機構且兼收取保費又提供醫療服務的形式是為本人所堅決反對：因為此HMO 會大賺其錢，這些大企業的員工年輕健康且收入高付得起保費當然年年都有盈餘。

這種HMO 為什麼能在日本能辦的下去呢？主要原因是日本政府很強勢，他認為年輕健康的人都被你們這些HMO 網羅去了，剩下殘弱，無職業的人給我照顧，當然大賠其錢；所以政府要抽取企業HMO 70%的盈餘，以為補償。如此各個保險機構間的錢能互相流通仍符合大數法則平均分攤危險的原則。

台灣的各個保險間的錢，如公、勞保却是不能互相流通，連政府辦的都不行，更遑論私人辦的。所以長庚的HMO 一定要僅具醫療服務提供者即不能兼做保險人（收保費）的工作。

對勞保甲表爭議的看法及改善對策

在勞保甲表未實施以前，關於保費的給付是個別洽定，同工而不同酬。勞保局給付醫學中心的一般門診為800～1000元，但一般診所僅140元。

因此醫學中心往往掛羊頭賣狗肉，不做屬於醫學中心的事，而去看一般門診，其一般門診的看病量甚至達40%以上，如此能獲得大利潤。所以只要醫學中心提供好一點的服務，那麼病人皆往醫學中心跑。故醫學中心大賺其錢，愈蓋愈高。

甲乙丙表實施後採同工同酬制，這些醫學中心看小病自然不敷成本，當然要起爭議了。唯一的辦法就是不看不敷成本的項目。

甲表的實施造成醫學中心賠錢不能存活，是因為甲表裏包括了乙丙表的項目，例如：感冒、開盲腸。如果長庚、台大去做盲腸手術當然不賺錢，因台大、長庚手術室的成本和一般地區醫院不同。要做盲腸手術地區醫院即可，不需要到醫學中心。倘若做心導管，只有醫學中心可以做，地區醫院不能做，那醫學中心不會賠錢，但是醫學中心來看感冒，甲表實施後不給付那麼多錢了，因此賠了40%～50%的錢。

儘速推動全民健保的時間表

原則是84年實施全民健保，但規畫是一回事

，在執行上需要許多配合措施。

許多大問題要解決，一是保險體制：現在有12種保險如公保、公保下的公務人員眷屬保險、勞保、農保等到底如何統合成一個？這個需要去調整。

二是主管部在那裏？承保人又在那裏？現在行政院組織法還未通過，通過後才能成立籌備處，籌備處要規畫部的組織法。其中社會福利暨衛生部的組織法要通過後，才有預算，想想這要花多少時間，這個立法院會期是不可能通過行政院組織法的，通過後，最少延一個會期才能送出部組織法，通過後才有預算，才能請人及動支預備金等等。

三是醫療體系現在一塌糊塗，很多地方有人沒有醫療措施，即醫療資源分佈不均。我們從報上得知：過去五年來，醫療資源分佈只有更加惡化，沒有更好，有保險而無醫療，保險是不能辦的。若要醫療資源分佈平均，一～三年是辦不到的，至少需要五年以上。我們把醫院蓋好，讓他發揮功能至少需要5年以上的時間。

四是保險財務，現在亦是一塌糊塗，我們民衆每人都要保險但提到繳費卻十分不願意。錢要從那裏來？一是稅、二是保費。但目前的稅制極端不公平，一加稅就是加間接稅，政府抽稅效率又非常差，地下經濟很多，所以不太可以用稅收作來源。

說到保險費，大家却不願繳，不是繳不起而是不願繳！因為大家對保險沒有共識，這點是非常重要的，沒有共識而來辦保險會把國家給害了，將來造成無底洞，致使經濟停滯。

所以考慮以上問題，人家說全民健保要提前，我認為條件不夠應延後，在規畫進度上是沒有問題，但配合措施不夠，尤其是國人對健保沒有共識，所以我認為84年辦全民健保有問題須延後。

殘障人士保險提前實施對全民健保規劃的影響

殘障者是社會上不幸的人，應該優先保障。但我們先要搞清楚保險和社會救助是不一樣的，保險是共同分攤危險，比方說一羣沒有得到癌症的人我們是可以辦癌症保險，但如果都是癌症患者，我們還要辦什麼癌症保險呢？都是殘障人士怎麼辦殘障保險？所以社會上對保險仍不甚了解。

對殘障者仍須給予幫助，這叫做社會救助，我們從稅裏墊錢給他們幫助。譬如對低收入戶實施免費醫療就是社會救助。

現在我們要辦殘障健康保險，可以！但是要用社會救助的精神來納入保險，而且要以家庭為單位，所以說殘障健康保險不能單獨辦，必須以家庭為單位來納入保險。

現階段的公勞保已逐漸擴大至眷屬、殘障的配偶及父母亦已列入保險，我們再將殘障的子女優先列入保險，那麼剩下沒有保險的殘障者就不多了，至於那些剩下者則利用社會救助予以幫助，那麼殘障者便都有保障了，更何況實施全民健保後這些問題已不復存在。

眷保的開辦與全民健保的關係

眷保的開辦是全民健保的基礎，我們要把現行保險擴大，擴大後才有機會使所受的醫療服務條件一致。

我們知道現行的好幾個保險所給予的醫療條件相當不一致，譬如醫院不開某種藥給勞保，不對公保病患提供某種醫療服務，這些不平等是會造成政治問題的，所以我們藉由擴大至眷屬的條件來交換優待的廢除，使醫療條件一致，我們知道台灣現有勞工六百萬擴大至眷屬便是一千三百萬。公務人員一百萬擴大至眷屬便是二、三百萬。再加上農民統合起來就幾乎達成全民健保了，所以眷保的開放是全民健保的基礎。

醫藥分業與否對全民健保投下之變數

醫、藥兩團體本身沒有太大的心胸，醫師公會，開口閉口都是自己醫生的利益，沒有考慮民衆健康的利益，這樣子，醫師和民間距離就愈拖愈遠，這是很危險的。所以醫藥分業要往大方向看。

在醫界他們的說法是藥師水準太差，所以醫藥不能分業。但是為什麼會太差呢？在以前藥師根本没拿到處方箋，沒有機會配藥，水準當然差了。開藥房只能賣香港腳藥膏，能不差嗎？所以許多人都反因爲果。我們今天要嘛，就裁撤藥學系；要嘛，就徹底實施醫、藥分業，讓醫藥師各盡其分。

公辦民營V.S.公醫制度

現在公立醫院一切人事行政規定，都按照政府行政機關的規定，所以很多事情都不能辦，產生許

全民健保實施進度預定表

79年7月	低收入戶以鄉鎮市區公所為投保單位，提前納入地區團體保險。
79年12月	勞工保險完成全面精算工作。
80年元月	勞工保險實施部分負擔及分級醫療轉診制度。
80年7月	僱用四人以下事業單位之勞工及勞保被保險人之配偶納入勞保，農民配偶納入農保，私校教職員之父母納入私校保險。
	「社會福利暨衛生部組織法」公布施行。
80年12月	完成社會福利暨衛生部編組及人員訓練。
81年6月	「中央社會保險局」組織條例公布施行。
81年7月	各種保險被保險人之子女，勞工及農民之父母分別納入公、勞、農保。
	地區團體保險對象有關人口及所得資料開始調查。
	完成建立醫療機構成本會計制度。
81年12月	初步完成改進醫療費用支付制度。
82年元月	承保機關及業務完成合併，成立「中央社會保險局」。
82年7月	軍眷、榮民、榮眷納入地區團體保險。
83年7月	公布「國民健康保險法」及修正公佈相關保險法規。
84年元月	中央社會保險局完成設置分支機構。
	保險成本完成精算工作。
	健康保險業務規章完成增修增訂工作。
84年7月	中西醫醫療機構及保險藥局完成全面特約。
	保險資訊系統建立完成。
	分級醫療轉診制度全面實施。
	醫藥分業全面實施。
	第二期醫療網計畫實施完成。
	其他未參加保險之國民納入地區團體保險，至此全民健康保險即告完成。

多問題。

公辦民營有許多方式，一種是組成公法人來辦，即產權屬於政府，由醫院裏推選醫師人員代表，地方人士代表，衛生人員，學者專家代表組成一董事會，依照政府規定，提供一定質與量的醫療服務，但是享有人事，財政的自主權。只要認為好的事，就可以去做。

第二種就如省立臺南醫院，它是由私人競標經營，自己負擔盈虧。

全民健保和公醫制度，兩者沒有多大差別。無論是全民健康保險，或是公醫制度，都是使全體國民的健康獲得妥善照顧，全民健保和公醫制度都是達到此目的手段，但有些人堅持公醫制度錢的來源是稅，全民健保錢的來源是保費，所以兩者不同，但保費廣義來說即是一種稅是由薪支所得扣的，所以實際上兩者是沒差別的。

因此「公辦民營」和公醫制度兩者根本沒有關係。我們辦的全民健康保險，可以說是公醫制度，也可以說不是。

是公醫制度的原因乃是全民健保運用社會力量來保障每個人的健康所以是公醫制度。

不是公醫制度的說法是我們並非把醫師都當成公務員。事實上像英國實施的公醫制度，醫師一半以上都屬自由業呢！