

# 阿鴻老師談健保

林志鴻老師

台北大學社工系助理教授

醫改會全民健保組諮詢委員

前言：

從熱熱鬧鬧的健保十週年慶祝活動，到部分負擔調漲、實施轉診制度、限制感冒門診...，健保局拋出的議題非常多元，而面對健保財務持續惡化，醫界也展開捍衛生存的大行動。醫改會持續關注醫療環境發展，在每天的剪報分享中，林志鴻老師對部分新聞議題不吐不快，為關懷小公民醫療權益願意當個大聲公，提出個人分析及見解，在此依事件發生遠近整理，和大家分享。

## 提升醫療資源使用效率引導民眾正確就醫習慣

(940618 民生專題座談報導)

阿鴻老師觀點：

家庭醫師轉診制度是一種全科醫師訓練，確保民眾有就醫權保障，不排除大小病之論人計酬制，民眾感冒看不看家庭醫師，是民眾自我決定之權限，健保法以及家庭醫師應不得拒絕。

因為民眾是否是真感冒或其他疾病之症候，在尚未透過家庭醫師確認前，固然可以因為民眾自己對醫學以及其自身體能狀況，作自我判斷以及進而進行自我管理，即要不要看醫師要不要服藥？要服什麼藥？

但是制度上應給所有之國民疾病就診透過專業醫師確診之空間，甚至經過專業權威疾病確診之後得到之診斷，再依診斷而對症下藥，醫學知識夠的，對自我身體能力有信心的，可以依其意願不必找家庭醫師確診，但是制度上不能要求所有民眾皆應該要有此些知識以及風險預判能力，所以疾病就醫以及確認權必須保有。至於確認後依處方權，民眾可以選擇要不要購藥、服藥，一方面可依民眾之判斷，另一方面，在制度設計上也可以因為某些藥物已經成熟安全、價格低或易遭濫用，或因為財務吃緊而不給付，故保有民眾凡罹病即具就醫確診之權，可說是用藥安全之前提，屬第一段工作，藥師進而對處方或開列藥物之互動或副作用之諮詢與給藥，屬於第二段工作。

此一民眾、醫師、藥師三者構成基層醫療之關係，制度上之關聯必須慎密而週延之設計，否則大多數民眾憑者一知半解甚至誤判疾病，甚至亂投藥物造成藥害，可能更嚴重。

固然我們知道不是所有之家庭醫師與藥師都是神醫，百發百中，但是即使庸醫還是在制度設計提供民眾選擇家庭醫師之可能。在制度設計家庭醫師品質確保機制（錢跟者病人走以及在職教育之強調）以及庸醫或誤診時制度提供並賦予專業責任，使得民眾得以信任基層醫療，使得基層醫療具有責信。

救基層醫院 政府砸 500 億填洞 謝揆昨在民進黨中執會透露 有意編列「基層醫療重建基金」特別預算 放棄向醫界追扣總額點值

(94.06.15 聯合報)

阿鴻老師觀點：

醫院點值必須追討總共才 270 億元，而行政院卻要建立 500 億元基金，這是什麼邏輯！

去年獲利豐碩的醫院不必吐回，如果政府執意健全這種破壞健保財務責任制度之重建基金，那民眾也要健保紓困基金（不是現在之經濟特殊困難紓困基金），建議行政院撥 2000 億供民眾使用，或者是否考慮發起全民拒繳健保費運動。

雖然地區醫院如同其他機構有其重要性，這是必須肯定，但是既然健保有關醫院支付偏頗醫學中心是錯的，而且長期的違法(健保法規範的同病同酬)，那就應該訴諸大眾並且狀告健保局知法違法，應該回歸同病同酬，糾正不法，還民眾多付不該付、冤枉付的錢，怎麼能放任不法繼續存在？！一方面讓醫學中心繼續 A 我們的錢，然後他們也要違法，破壞健保財務責任制度，另外建重建基金！

請基層醫療協會要重建基金就去醫院總額協商中去爭，以當前制度而言重建基金必須在總額中去爭，在總額協商中去建立，而不是叫我們繼續當冤大頭，甚至叫行政院給預算(還是我們繳的稅)，掏空口袋裡面的錢，這是其一，另外，地區醫院應該把健保支付違法偏頗大醫院之事實，以及其在醫療體系之重要性，在總額制度中加以論述。

台積員工一個月回台東門診七次 健保局質疑

(94.05.26 中央社)

阿鴻老師觀點：

以健保局現有稽核人力以及實施 IC 卡所呈現之制度性漏洞，我想健保局可能回到以往公勞保時代無力稽核情況。

因為醫療專業又鑽制度漏洞實施人海戰術，健保局根本就沒有能力抓，這是祇相信現代科技萬能之後果，而不思考用對的制度解決事情。

世界上主要實施健康保障之國家除日本韓國外(健保十週年請了那麼國家的專家到底在幹什麼?)，我聽了兩天得到的結論：

1950年代起英國的NHS體制，以及其後之北歐國家都實施家庭醫師轉診制度，其後實施社會健康保險制度的荷蘭首先發難，捨去德國健保實施民眾自由就診的醫療大漏洞，於1970年代全面推動家庭醫師轉診制度。

1970年代起自由就診制度始作俑之德國健保制度也感覺勢態嚴重，於1977年起首先推動總額支付制度，且於1992年起由AOK開始試辦家庭醫師轉診制度，並改革其醫學教育培養真正之家庭醫師。而於2004年於德國健保全面推動制度誘導之家庭醫師轉診制度，加拿大之專家於健保十週年時坦承，加拿大現在只有住院健保，尚未實施一般門診健保(我們國內有多少介紹加拿大健保制度之專家刻意忽略此一事實)，加拿大現在要建構她們之基層醫療體系，實施如同英國體系之家庭醫師轉診制度。

這是在健保十週年聽到所有專家之說法，可是國內專家學者說要檢討總額支付制度，對於上面這些國家之制度走向卻隻字未提！一致把矛頭對準總額支付制度。

個人以為，在我國健保制度還未找出好的有效的控管機制之前，不應輕言放棄雖有瑕疵但是可用之方法。我們的健保專家與衛生署，可能也都不知道或刻意忽略這一21世紀健保制度新走向，而德國荷蘭甚至英國根本就未宣示揚棄所謂之總額支付或預算制度，可是我們的健保專家以及國內醫界卻大肆宣染國外已經放棄總額支付制度，實有待商榷。

我還能期待健保的未來!?

我還能為健保說什麼!?

另外，西醫基層以及牙醫和中醫不是已經實施總額支付制度，而總額支付制度下各專業開業醫師之醫療作為不是已經交由專業同儕審核，怎麼健保局還要負擔這些事情？而各總額部門又在玩什麼把戲？令我百思不其解！

也許我對健保制度認知差距太大!?

也許我該退休了!?

420 醫師萬人大遊行，中華民國醫師公會全國聯合會所提出之訴求「顧民眾、救健保、廢總額」

阿鴻老師觀點：

全聯會之目的應是在訴求廢除令他們頭痛的總額制度，回覆以往的論量計酬制度，主旨還是財務問題，不是顧全民也非救健保。但是：

1. 到目前為止實施總額只是對於醫院部門有必要檢討，對其他部門未必如是，沒有西醫基層總額將開業醫與醫院支付分離，開業醫恐怕會很慘。
2. 不過總體醫界之訴求大概是仍然維持分項支付，而以論件計酬計價，這是醫界最大利益所在也是民眾最大惡夢之所在，是開倒車之做法。
3. 以健保實施十年之總額成長率與經濟發展人口結構老化相較，應是醫界在吃健保，而健保局束手無策之結果。
4. 總額支付每年還有成長，應將每年之成長數據列出，特別是醫院總額。
5. 將健保每年總額除以醫師數量以及專業人力之數據，說明我國醫師與專業報酬之高，大概世界所僅。
6. 政府不應再出五百億，這是總額制度之成果之一，而醫界特別是醫院已經吃下去，就不想提出，然後以倒閉相要脅，這五百億政府不應該出，也是全民埋單，應該反對到底。

## 420 醫師萬人大遊行後續

### 阿鴻老師觀點：

看了這些新聞與反應，個人以為無論民眾的褒或貶，醫師之支持或憤怒，聰明的醫院大老闆總不吭聲，盈餘自享或分給關係企業，而醫師在兩面壓力下強出頭。

我們須注意的是：醫師勞動環境的確在惡化、重要科別給付支付不合理、好的醫師同樣遭殃，醫改會對健保問題似乎已到通盤檢討之關頭。包括：

1. 費率問題
2. 強化付費者參與費用協定以及健保事務內部相關團體決策之能力與權限，包括費用總額之決定以及費率之調整，理論上而言總額支付制度下費用總額一決定，付費方就須依協定總額如數解繳，故應自動回饋到費率調整機制上。
3. 科別給付之偏頗
4. 醫師勞動權益
5. 醫院盈餘分配
6. 健保稽核效力與機制
7. 建立轉診制度(仿效德國健保(1992年規劃試辦,2004年普遍實施)在維持舊的自由就醫制度下,衛生署與健保局規劃醫學教育家庭醫師之教育與課程之改革,而在健保體

系上建立以誘導被保險人選擇家庭醫師,建立基層醫療與次級醫療:醫院之任務分工方式).達到讓基層家庭醫師負責全人健康照顧與諮詢,確保被保險人罹病就診權利.以論人頭計費之制度。

8. 另外：反對貴賓門診之實施、反對加重部分負擔之實施(至少應定出實施期限如為五年)然後在家庭醫師轉診制度下取消部分負擔。

### 落實多元微調 三年內不漲保費

健保昨天慶祝成立十周年，健保局總經理劉見祥表示，只要能落實行政院日前定調的「多元微調改革方案」，估計一年可為健保增加三百億收入，健保財務將能維持穩定平衡，到九十七年七月前，都不必調漲保費。

(94.03.02 中國時報)

阿鴻老師觀點：

宣導民眾減少就醫效果，不如加強稽核以及如藥價合理化來得實際。加重部份負擔沒有配套等於要民眾自行負擔或自當醫師，但健保局口袋滿滿成為變相財源，甚為可議。

加重部份負擔必須與家庭醫師轉診制度配套，而家庭醫師必須透過醫學教育改革，以及其他更周全制度措施之配合才有效果，否則現在各大醫院已經有荒誕之家庭醫學科，台灣的家庭醫師與醫院之家庭醫學科醫師有何區別？

在加重部份負擔部分，健保局不循監理委員會討論，竟另立無法源依據的公民會議，依其建議做成決議，並非適當作法。