

前言：

健保法修法草案（俗稱二代健保）即將送入立法院進行修法，各界對此寄予厚望，一方面希望拯救瀕臨破產的健保財務，一方面更期望提升醫療品質。我們非常感激二位醫界人士，以身為第一線基層醫師，針砭健保制度，提出我思我見，在二代健保未上路前，讓各界思考改善醫療環境的各種可能。

健保問題的省思

牙醫師 侯英男

近來在健保總額預算實施後出現一些亂象，造成醫療機構與健保局的衝突。事實上這類醫療保險的問題從過去勞保到現在的健保都一再爭論不休，以下我將以身為診所牙醫師的身份，針對一些爭議焦點提出個人的淺見。

一、現行健保體制的問題

健保為何會入不敷出？當然是收入成長跟不上支出成長。費率無法隨著支出的增加而調整就註定健保早晚要虧損的命運。但費率調整不易，於是唯有從控制支出來著手，這也是總額預算制被採行的原因。如此健保局每年的財務支出就會事前有一個有限制的金額，而不會像過去一般全看當年度申報金額給付，無法事先控制開支。在無法將收入隨支出浮動的情況下，也只有採取將醫療支出控制為定額的手段來促成收支的平衡，否則只有破產一途。

總額預算制的錯誤在於它將收入定額，但支出變額的財務問題由健保局轉嫁給醫療機構去承擔這項責任，同樣的醫療機構在收入有限制的情況下只有將支出針對收入狀況做好同步控制，才能維持相同的利潤，所以就產生諸多問題。以牙科為例，台北區的給付在總額預算制實施後往往打九折，等於較實施前固定少掉近一成的收入，如此若要維持利潤只有設法開源節流。於是我們就會看到醫院採取各種措施嚴格控制成本，種種亂象乃由此產生。有人認為只要控制浮濫申報並糾正不合理的給付結構，減少醫療資源的浪費就能解決健保問題，但恐怕沒這麼單純，因為這牽涉到病患、醫療機構、健保政策、社會環境等複雜的結構性因素。

二、醫療體系的問題

(1) 醫療機構商業化：

現今的醫療機構大多是營利組織，所以追求利潤也成為醫療機構管理階層最為重視的營運指標。而整個社會的環境更助長醫療商業化的現象，當一個社會總是只以獲利能力、規模大小、營運模式來評量組織的成就與競爭力，而未去深究這些組織的所作所為是否有盡到它們該承擔的社會責任時，那我們又如何以較高的道德標準去約束醫療機構採取商業管理手段來追求自身的利益？

(2) 醫療服務消費化：

現今醫療費用給付制度所造成的醫療消費化現象極易產生浪費。醫療機構的收入來源當然大多來自於醫藥費，所以看的病人人次愈多，做的檢查愈多，收入自然更多。現今的醫療機構其整個運作模式愈來愈商業化，於是有醫院或診所開始採用種種行銷手法，希望在競爭日趨激烈的環境中吸引更多病患的目光，甚至開發諸如健檢、美容、減肥等等的服務項目以擴大收益來源，這一切的變化都在逐漸改變整個醫療的環境，也使人們對醫師的形象逐漸改觀。現在的醫生或醫院經營者在這個轉變中需培養出有如企業家般的能力，否則可能在殘酷的競爭中被淘汰，但這一切的轉變對醫療品質的提昇或病患權益的保障是否真的有幫助，應是個值得深思的問題。

(3) 自由市場經濟觀點的誤用：

很多人常從市場經濟的觀點來看待醫療供需問題，認為在市場競爭的環境下，醫院自會致力提昇效率與服務品質，以降低成本吸引病患，如此方能杜絕浪費，讓資源使用更有效率病患也能因此享有更好的醫療品質。但這一套商品經濟的觀點是否真能套用在醫療業？理論上醫療機構往往被歸類為非營利組織，為什麼？因為醫療機構與一般講求營利的企業不同，它擔負著很重要的社會責任。人都有生病的時候，且無法選擇何時、何地生病？更無法決定生的是什麼病？是重症或輕症？是急症或慢性病？如何找出病因對症下藥，讓每一位病患都能得到最適切的照料而痊癒，正是醫療機構所肩負的責任。這責任何等重大，面對的變數何其多，其作業的流程、成本的計算、面臨的風險，都是很難完全標準化的。在這種情況下，醫療機構若一味為求節省成本並提昇獲利，必然會對醫療服務的執行產生許多限制，如此將嚴重影響病患權益。

三、健保的精神

醫療業與一般消費商業服務不同，後者可以透過種種企業經營手段去使利潤極大化，消費者也可以根據自身需求與經濟能力去自由選擇所要的產品或服務。但醫療不同，在一個進步的社會對生命是重視的，是一視同仁的，所以不論貧富貴賤都會希望享有相同的醫療待遇因為疾病沒有選擇性，富人窮人都可能得到相同的疾病。一般消費，收入低者可以選擇不消費或購買較便宜的物品，但生病不同，若不接受治療或因經濟因素無法選擇適切的治療方式則可能延誤病情，甚至危及生命，而這正是實行全民健保所要改善的。透過一套機制讓收入高者協助收入低者，身體強壯者扶助身體虛弱者，透過這套濟弱扶傾的作法，讓全民享有良好的醫療保障，這也正是健保制度與一般商業醫療險的差別，它扮演著社會救助與服務的角色。

四、健保與醫療體系的變革方向

健保要改革成功，不能只是在給付制度的調整，它需要的是對整個醫療供需體系的總檢討，否則問題將只是頭痛醫頭，腳痛醫腳。個人提出一些淺見，可從幾方面著手：

(1) 費率需彈性變動：

為解決健保財務問題，費率採取更彈性的做法乃不得不為的事，除非大家要放棄健保，

或要醫療機構服務品質下降。但政府必需先提出未來健保制度的改革方案，以宣誓政府的決心。

(2) 減少醫療浪費：

要減少醫療浪費除了從供給面(醫療機構)著手外，需求面(病患)也很重要。唯有先從醫療體系進行改革，再輔以給付方式與標準的調整，然後改變民衆就醫習慣的工作才有可能水到渠成。

● 醫療體系的改革

※ 醫療機構的運作需公開透明並接受監督與評鑑

* 醫療機構應規範為準社會服務機構，鼓勵其接受公衆的監督，將其運作透明化。

* 結合政府、醫界與民間社團成立醫療院所的評鑑機構，建立醫療院所的公開評鑑制度，從醫療品質、服務水準、營運效率、社會服務的參與等面向來評估醫療院所的素質，將資訊公開，作為民衆就醫參考，促進醫療院所良性競爭。

※ 整合醫療體系減少醫療浪費與民衆的不便

* 建立各級醫院間，以及醫院與基層診所間的協同合作機制，讓病歷與檢查報告能相互流通，減少民衆重覆檢查的醫療浪費，並增加民衆就醫看診的效率。

* 建立診所醫師與醫院醫師的交流制度，協助提供診所醫師進修管道，並透過評鑑與認證制度改善診所良莠不齊的問題，提昇民衆對基層診所的信賴度，如此轉診制度與家庭醫師照顧體系的推動才有可能成功，也才能減少民衆為了小病就上大醫院的誘因。

● 改進健保費給付的方式與標準

※ 放棄總額預算制

因會降低醫師看診的誘因，如此只是造成醫療品質的降低。雖說醫師應有服務的精神，但我想現實的誘因仍是很重要的。

※ 改進論量計酬的給付方式

論量計酬的給付方式雖是造成醫療浪費與消費化的最大禍首，但不可否認的它也是最公平合理的給付方法。使命感、成就感或許是激勵一個人努力工作的誘因，然而若長期缺乏現實的報酬，則工作表現一定會受到影響。但論量計酬的給付方式必需有所修正，應配合醫療品質的評鑑，合理看診人次與時間的管控，以

降低浮濫申報的情況。

※ 調整給付標準

* 全盤檢討給付標準，調高急重症醫療的給付金額及項目。不同醫院等級也應有不同給付標準，以引導大型醫院往急重症的診療發展，降低一般門診的量。

* 給付方式可針對疾病與處理方式採取療程制，同一疾病的同一次治療過程視為同一療程來給付。

* 非急性或重症的一般門診疾病可採取人頭制，針對不同情況制定每年最高給付上限。

● 教育民衆建立正確的醫療習慣

* 適度提高民衆就醫的部分負擔金額，以減少民衆過多非必要的就醫行為。

* 鼓勵民衆以基層評鑑優良診所為主要醫療管道。

* 透過學校或社會教育管道宣導正確就醫行為及自我保健常識，強化一般民衆的自我照護能力。

(3) 鼓勵民衆開立醫療儲蓄帳戶或投保商業醫療保險，並提供抵稅誘因。以提高民衆負擔健保給付以外所需醫療支出的能力。

(4) 強化醫療機構在預防保健上的角色

* 基層診所或衛生所讓它們能發揮更積極的病患保健照護功能，並列入評鑑項目。

* 建立具備基礎醫療保健知識的專業醫療照護員制度，讓他們能在醫療機構擔當第一線的預防保健宣導與病患健康追蹤照護工作。

(5) 推動居家照護體系

* 病情穩定但需要較長住院照顧的病患，可透過居家照護體系在家接受專業醫療人員的照顧，增加醫院病床的周轉率，除可減少一床難求的情況外，更可降低住院病人照顧上的成本。

(6) 弱勢族群的照顧

政府應協同民間力量透過社會福利政策和社會救助體系，對弱勢或低收入族群提供必要的協助。

五、民衆對醫療支出應有的認知：

隨著科技的進步，許多新的藥品和診療方法也不斷推陳出新，但也造成醫療費用不斷的上揚。民衆必需了解健保所能做的只是基本的補助，因為若要涵蓋所有的醫療項目及費用，那健保的保費一定很高，那就失去健保的意義了，因為健保的作用是透過全民強制性的參與互相扶助，濟弱扶傾，才能以相對低廉的保費，來提供廣泛的醫療補助。它的目標應是減輕醫療費用負擔（特別是重大疾病、慢性病及外傷等需要高額費用時），讓人們不致因經濟因素而無法接受治療，或為了治病散盡家財。所以健保應是屬於社會服務體系的一環，是對生命與就醫權的重視所規劃的政策，對全民是有利的。健保的維持是全民的責任，醫界固然需要在制度面進行通盤改革，減少醫療消費化所帶來的浪費。健保局也要透過給付制度的修正導正醫界的一些亂象。但最重要的是民衆必需為自身的健康負起責任，惟有建立正確的就醫觀念與保健常識，才能增進自身健康，避免錯誤和非必要的就醫行為，並透過適當的財務規劃（如儲蓄或醫療險）來支應健保所無法承擔的醫療服務，以求取更好的醫療品質。人沒有不生病的，都需要醫療，但維持健康的身心，減少對醫療體系的倚賴，才是控制醫療支出最佳方法。

面對社會對醫界的責難，雖然我陳述許多弊端，但我仍要為許多兢兢業業的同事來大聲疾呼一件事：要有好的醫療，品質民衆的心態需有徹底的改變。我們常羨慕先進國家的醫療品質，但為什麼仍有許多旅居國外的人要回台治病。除了健保因素外，台灣就醫的方便性很好，醫療水準不差，更重要的是費用和國外比起來真是很便宜。我有些病人移民美國或加拿大，他們看牙一定要先預約，有時要開很遠的車，且往往要付出在台灣作相同治療的數倍費用。我也看過病人在國外補過的牙，事實上台灣的醫療技術絕對不比先進國家差，但對病人看診的用心程度和照顧上可能較不重視。但要看診用心，一定要花時間，如此看診的人次一定減少，所需成本及費用一定提高，而且病人的等待時間一定拉長，這也是為何先進國家的醫療費用是國內數倍，非急症病患約診等待時間有時要數週的原因了。民衆需了解，要有好的醫療服務品質，時間和金錢的花費是無可避免的。若要減輕這兩方面的負擔，就惟有民衆具備足夠的保健知識，強化自己照顧自己身體的能力，以減少疾病的發生及看病的次數，如此整個醫療資源的浪費一定會減少。

六、結論：醫病合作，加強保健

英國文豪蕭伯納在一九〇六年寫了「醫者的困惑」這齣戲，他在序言中有一段深令醫者省思的話：「請不要把我歸類為不信任醫師的一份子，我們當今最迫切需要的是一群能被我們信任的醫師團隊，他們的繁榮生計不是靠人民的生病，而是依靠人民的健康。」這段話充分點出近代醫療體系最大的問題：重疾病治療輕預防保健。健保和醫療體系的改革最重要的目標是降低醫療費用的支出成長並改善醫療服務的品質，與其在各種制度和給付方式的調整等技術性問題吵吵嚷嚷，其實更應該從最根本的核心下手：醫療體系應建立一套具公信力的評鑑訓練制度，以取得民衆的信任，並強化對民衆預防保健的追蹤照護，以發揮促進大眾身心健康的積極功能。民衆則要增加保健知識，具備必要的自我照護能力，並建立正確的就醫心態和就醫行為，更要做好財務規劃以因應健保基本保障外所可能產生的額外支出。如此醫病雙方能夠合作，改革才能成功，共創雙贏，願醫改會能在這中間扮演積極的角色，共勉之。

"政策不當，對策違法"

健保制度下的基層醫療現象

基層執業醫師 林杰正

許多基層醫師抱怨自從健保實施以後日子變得越來越難過，也有一些醫師認為因為健保的實施使得醫療品質向下沉淪，其實這種說法 and 事實有很大的出入。醫師的痛苦指數上升應該是毋庸置疑，但是醫療品質是否向下沉淪倒不一定。基本上臺灣的基層醫療品質一直就不是很理想，尤其在健保之前基層醫療一直處在黑箱作業的狀況，醫療內容能見度很低，加上將近一半的人口並沒有任何的保險，大醫院的醫療費用又相對很高，一般民衆除非病重否則不會選擇到大醫院就診。全民健保打開了沒有保險的藩籬，讓基層醫療直接曝露在大醫院的競爭之下，因此流失了一些病患。外科體系的衝擊更是嚴重。大醫院當然有它的優勢，但是基層診所擁有可近性的優勢，如果配合溫馨親切再加上精緻的醫療內容，事實上還是可以獲得一般民衆的支持。

傳統上基層醫療專注於打針，不重視衛教，健保實施之後，這樣的醫療內涵受到了極大的挑戰，最大的問題在於必須申報醫療內容。為了延續過去的醫療內容，基層醫療奮力爭取了簡表申報的措施，但卻也讓基層醫療喪失了向上提升的契機，成為不當醫療以及醫療浪費的溫床，可以說是現今醫療給付點值過低的最主要禍首。

健保10年，政策變了又變，而基層醫療卻也在政策與對策之間空轉。不過說穿了可以用"政策不當，對策違法"來勾勒整個基層醫療和健保制度之間的互動。最令人遺憾的是當初設立全民健保的精神已經蕩然無存。健保制度完全基於政治的考量，概括了醫療保險與社會福利，又未善盡告知民衆就醫的權利與義務，讓民衆對醫療的期待無限上綱。另一方面，健保局以半公家機構的身份，承襲了公務機構推諉卸責的陋習，欠缺民營單位的效率，如今已是窘態百出，唯有靠著總額給付、浮動點值、自主管理等既無奈又不負責任的措施苟延殘喘。但是所謂基層總額自主管理最終必然會進行到反向淘汰的結果，同時也會造成地方醫師公會內部的緊張和對立，實在不是可取的辦法。

健保制度的精神並不是在保障每位醫師都有飯吃，而是在保障每一位國民都可以接受到合理且足夠的醫療照顧，雖然臺灣的健保費率相較於大部分的國家明顯偏低，但是醫療給付除了少數項目外，只能用低得離譜來形容。因此在全體醫師都願意接受這種不合理支付的前提下，這樣子的費率應該也是足以維持點值在1.0以上。遺憾的是健保局對基層醫療的監督非常的鬆散，導致醫療浪費嚴重，醫療品質普遍

低下。如今基層點值掉到0.8，我們相信沒有任何一家基層醫療院所可以既能維持良好醫療品質又能不憂慮診所是否能夠永續經營。

我們曾經期待健保局負起監督管理的責任，但是這樣子的期待顯然已經落空，健保局一再屈服於多數暴力之下，一付反正事不關己的態度，我們只好自力救濟籌組基層醫療品質促進會，透過公佈各種醫療浪費的手法以及防弊的方針，讓過去長期不當A健保給付的醫療單位知所警惕，提供通報獎金鼓勵民衆能夠共同參與健保防弊，督促且協助健保局能夠發揮監督的功能，期盼藉此方式能夠導正基層醫療確實成為全國民衆身體健康的第一線守護者。

到底醫療浪費有多嚴重？實在很難正確評估。但是從醫療支出和單一醫療品項的給付比率，參考不同國家的情況就可以看出一點端倪，再加上92年SARS期間兩季門診病人大幅滑落到不到50%但是點值卻變動不大，以及從93年以後四季點值浮動有限等現象也可以得到一個結論：決定點值高低的最主要因素不是淡旺季，醫療浪費才是看不見的那一隻黑手，我們有理由懷疑浪費的部分可能高達50%。

醫療浪費的種類：

A) 純浪費：

- 1) 親友團贊助：這是最普遍的部分，最嚴重還會診所對換親友健保卡
防弊指標：醫師、護士一等親使用健保比率遠高於正常值（國人平均15卡/年）

診所看診數/人頭數比率大於2.0

幾乎都用簡表申報

淡旺季申報量變動很小

正常上班時間外異常刷卡

單位時間異常刷卡

卡數在1,500卡以內

退補卡比率大於5%

- 2) 以卡易物：偏遠地區，都會周邊較為常見。

防弊指標：診所家數與地區人口總數比率異常，

幾乎全部 簡表申報

看診數/人頭數比率異常(大於2)

退補卡比率大於5%

淡旺季申報量差異很小

建制人員很少

- 3) 以卡換錢：偏遠地區、都會周邊，已出現職業性作業

防弊指標：同上

4) 盜刷：都會區、都會周邊

分為兩種：

- a) 病患知情：醫師告知用高貴藥或打針或打點滴必需多蓋一或兩卡，可以用退補卡或他人卡

診所或小醫院和檢驗所合作，任何檢驗都可以在檢驗所做，再由檢驗所幫忙拿去診所刷卡(1或2或3卡)，或比較熟的病患自己拿卡到診所刷，更先進的甚至將診所刷卡機放在檢驗所直接由檢驗所代刷，有些成健第一和第二階段都可以在檢驗所完成。

診所和熟識之藥局合作，健保不給付的藥品或保健品都可以到診所刷健保卡取代付費。

防弊指標：高診次比率高。

卡數/人頭數比值大於2

退補卡比率大於5%，

幾乎完全簡表申報

淡旺季申報量差異小

- b) 病患不知情：打預防針兼做兒健或成健時再偷偷退補卡

看診時偷蓋一或兩卡做退補卡

防弊指標：退補卡比率大於5%

兒健成健當日又退補卡比率偏高，

高診次，

簡表申報，

淡旺季申報量差異小

- 5) 由社區藥局出面整合多家診所，不用請藥師，完全釋出處方籤但是仍然自行打針包藥，晚上才將制式處方籤整疊拿去健保藥局由健保藥局申報，診所不但可以省藥師薪資，還有25元釋出處方費（95年1月1日即將施行的門前藥局方案對這些完全做假的診所藥局組合沒有影響，反而會讓這些社區藥局和診所更加得利），健保藥局不用包藥又可以申報調劑費，診所還可以領回藥劑費，只要10%給藥局當做稅金補貼。

防弊指標：健保藥局申報量大且簡表申報比率高就問題很大，因為目前除了是門前藥局以外正常接單大多以慢性病籤或慢性病連續處方籤為主。診所方面申報卡數1,000上下，幾乎完全

報簡表調劑處方者也是有問題。因為看急性病診所的病人量要嘛就很大要嘛就很小，不太可能會有卡量中等病患又配合度這麼高的。

健保藥局申報量和藥師比率異常（正常每位藥師每月不應該超過2000張處方）。

6) 診所與檢驗所合作，病人看感冒或其他疾病後診所再回頭釋出檢驗單到合作之檢驗所申報檢驗費用，但是病人並沒有真正抽血，檢驗報告用寫的，兩造再朋分。

防弊指標：一般診所會釋出的檢驗單通常是X-光，至於生化、血液檢查，尿液檢查很少會做釋出的動作。

B) 醫源性的浪費：簡單的說就是透過醫療的手段而產生的醫療浪費，它的特性是看起來似乎沒有甚麼問題，口碑也不錯、病人數多，問題出在醫療內容不當。

1) 濫用類固醇：有一些基層醫療院所無論是上呼吸道感染、酸痛、頭痛、頭暈、皮膚問題，例行性的給予患者類固醇(注射或口服)這類型的診所只要其他周邊條件搭配得當，通常會變成基層醫療的明星，由於臺灣並未列管類固醇，因此使得這類藥品成為養病的溫床，另一方面也經常造成許多的遺憾，譬如腸病毒變成重症甚至死亡。

防弊方針：無法防弊，必須透過衛生署管制類固醇。如果類固醇能夠受到列管，一年之後急性流行性疾病應該可以減少50%，而且許多因為濫用類固醇所產生的併發症譬如誘發糖尿病、糖尿病惡化、糜爛性胃炎、消化性潰瘍、青光眼、慢性炎性病急性惡化、誘發憂鬱症、精神病癥惡化、機能不良性子宮出血等等也會大幅的減少。

這類診所的特點：

- 1) 口碑好，門診量大，幾乎全部簡表申報。有門前藥局，雖然大量使用類固醇但是處方卻看不出來。比較麻煩的是很多調劑都是磨成粉，因此無法看出藥品和處方是否一致。
- 2) 卡數/人頭數比超過2.0
- 3) 大部分的病例都報上呼吸道感染
- 4) 幾乎全部簡表申報
- 5) 處方籤內容與病患拿到的藥不一樣(做AB帳)
- 6) 處方籤的藥品名稱有一些只有一個英文字母

2) 濫用針劑：主要是止痛劑加類固醇、習慣性或低成癮性藥品、各種維生素、點滴

這類診所特點：

- 1) 醫病關係良好，彼此配合度高，可以用他人之卡看診（這樣可以盡量避開高診次的指標）
 - 2) 卡數/人頭數比大於2.0
 - 3) 高診次病患比率偏高（每月看診超過三次的病人量比率較高）
 - 4) 幾乎全部簡表申報
 - 5) 不給病人處方籤
 - 6) 即使有處方籤，針劑也不會出現在處方籤上，
- 3) 利用檢驗招來：比較發生在剛開業的診所，不嚴重
 - 4) 對病患很親切（這本就是應該的），但同時建議病人不斷回診
 - 5) 例行性只開兩天份藥
 - 6) 慢性病開短期藥增加就診次數

將基層診所的醫療現況給公開出來，或許會讓很多的醫師感到難過，但是衡之目前幾乎大部分的基層醫師都很不快樂的狀況，或許這只能算是小痛。畢竟沒有合理的給付，必然會對基層醫療的品質造成重大傷害，同時也會嚴重輒傷醫師的生活品質以及內心的素質。更何況如果沒有辦法讓真正的醫療支出儘可能的呈現出來，醫界實在欠缺合理的基礎去爭取合理的費率，另一方面，也無法理直氣壯的去和健保局斡旋，制度或政策不當，當然可議，但是違法的對策最終必然會面對被”以刑相逼”的窘境。