

附錄一

深度訪談問題大綱：

說明：

本研究的深度訪談法採用開放式問卷，因此以下是所有相關問題的歸納，受訪者將不受限於以下問題，可針對各自的專業領域可選擇不同部分加以回應。

1. 全民健保現狀瞭解：
 - 全民健保實施以來最重要的貢獻與影響為何？
 - 導致全民健保財務問題的重要原因？
 - 總額支付制度的實施成效？
2. 對現行支付制度之問題診斷：
 - 對現今醫療費用支付制度整體認知與評價？
 - 易導致醫療代理問題之支付制度誘因為何？
 - 在論量計酬支付制度下容易產生的醫療專業代理問題？
(即醫療專業濫用、醫師自利投機行為)
3. 有關醫療浪費現象的瞭解：
 - 門診量過高現象該如何解決？
 - 「合理門診量」的規定是否合理？
 - 藥價黑洞、藥品申報不實、用藥浮濫等？
 - 其他的醫療浪費狀況有哪些？
4. 費用支付制度給付結構：
 - 支付標準偏低？
 - 支付標準設計不當？
 - 有關支付制度改革方案的內容？
 - 總額支付制度是否是支付制度與醫療品質間連結的最佳方式？
 - 外國可供參考之改革方向？
5. 醫療專業審查制度之檢討：
 - 醫療專業審查成效？
 - 醫療專業審查對醫療代理問題抑制效果有限的原因？
 - 如何積極型塑醫療專業自律行為（制度面的設計抑或道德勸說）？

附錄二

訪談對象：

（民進黨前政策會副執行長、沈富雄立委前辦公室主任、大葉大學講師）

訪談時間：930517 PM1:30-2:30

訪談代號：P1

全民健保實施以來最大的貢獻莫過於就醫可近性的提高，這一點造福了很多弱勢族群不容否認。

給付項目的太過複雜與太過多樣（論量計酬制度），使得總額支付制度實行的困難，成為給付制度的最大問題。這也使得全面實施預期中的總額支付制度有實際上的困難。因為沒有任何一種制度，不管是 DRGs 或論「質」計酬等方式，是可以一體適用於全部的醫療支付，我認為多元支付的體系才是比較適當的，也就是與現狀類似的狀態。

支付標準設定的不當，比方診療方式容易的病例反而採取高給付，這很不合理，因為這會使各科別醫師人力資源分配不均，例如內科醫師人力會因此銳減。另一方面，也造成醫院生態的扭曲，例如醫學中心會大量擴充門診，醫學中心成為門診中心，基層醫院也增加，使醫療院所數目呈現兩極化發展的趨勢，也就是造成中型醫院（區域醫院）的減少。

台灣健保的優點在於醫療專業人力水準不錯，醫療資源可近性高，醫療資源佔總體資源的比例也比其他國家要低。各國的健保制度都在改變修正中，由於各國國情的不同所以面臨到的危機當然也不同，所以能參考的方向有限。美國奧勒岡州的 HMOs 將健康補助排序，若政府預算多則補助多，預算少則補助排序較前的項目，我認為是個很不錯的參考模式。

基本上保大病不保小病、門診不予給付，這些都是要減少醫療資源浪費可以採行的措施。因為小病變成大病的可能性極低，而且症狀的專業判斷也會不同，所以

有人說「大病常由小病起」而認為大、小病都要保的想法是有問題的。例如發燒雖然有可能是小感冒或是 SARS 的前兆，但基本上專業上的判斷當然會不同，這是屬於醫師醫學專業判斷的部分。那若是嚴重疾病則感冒也是屬於大病的範圍內。

針對藥價黑洞，我們可以從健保局聯合門診中心的藥價預算(收入與支出的差別)為例，即可看出端倪，因為如果健保局自己都有這種藥價差的問題，那也不難想像其他醫療院所的情況有多浮濫了。

醫事團體靠同儕力量制約有限，專業審查效果很有限，要完全杜絕幾乎不可能。然而要在重病作假是比較不容易的。

「量能負擔」在全民健保上的實行有爭議。此這個原則可運用在稅制及其他如汽車強制保險等方面，而不需要以全民健保做為財產重分配的手段。比如說應該規定在某種程度的收入以下國民，政府予以補助，在此範圍之上的則每人繳納相同的保費，因為健康保險是健康者幫助較不健康者分擔風險，而不一定因為財富的多寡而影響健康程度。而且為何勞工需要分等級而農民不需要？也就是說此目標並無一體適用，比較好的作法應該是全國國民均為被保險人而不需要經過加退保的行政程序，全台灣約有五十七萬個投保單位，也就是說最低有五十七萬人的行政費用可節省（公務人員才約六十萬人），這是一筆可節省的費用。

附錄三

訪談記錄：（中華民國基層醫療協會前理事長）

訪談時間：930608A AM10:30-12:00

訪談代號：D1

全民健保的最大貢獻就是達成全民納保的目標，尤其對弱勢團體來說，這是對他們幫助最大的。尤其在就醫的可近性上，這是很了不起的貢獻。

我覺得要使全民健保財務問題最好的作法就是要去除政治力的干預，說實話那些立法委員真的懂嗎？簡單地來說，就像費率調漲的問題沒有人願意做，只要一提出來，不論是哪一黨執政都一樣，就像之前的健保雙漲，它是有原因的，不會無緣無故上漲，比如有人口老化的問題啦，物價上漲的因素啦等等，這些都是導致保費必須因應調整的原因。其實很簡單嘛，就比照中油模式，你看中油每次油價要上漲都有一個固定的公式，有專家在作精算的工作，這樣就很好，我認為多點專業的考量，政治力不要介入是最好的作法。

總額支付制度實施最明顯的成效，就是財務控制的部分，他（健保）的餅就給你畫那麼大，你很難再去 argue 要增加大餅的範圍。他們給醫界的東西就這麼多，就是要醫界裡面自己去協商，自己控制。但總額要作的好，必須設計到給付範圍要適當，不然就醫的可近性勢必受到影響。

* 吳凱勳教授將總額支付制度比喻為父母給子女的零用錢，以前的制度就是你跟父母伸手要錢要多少給多少，現在就是給你一個零用錢的總數，如果你要買衣服的錢就不夠買 CD，那這個中間自己要想清楚到底要的是什麼。

現在的醫療費用支付讓醫療自由市場競爭機制受到影響，具體的講就是病人的自費部分減少，法律上是不能有自費的，因為健保局會說你這個醫師巧立名目賺取不當利潤，但是明明有些治療或藥品對病人比較好，但健保不給付也不允許自費的情況發生，雖然還是有自費的狀況啦，可是萬一病人在我這邊用自費的方式治療，之後再跑去健保局告我，那做醫生的不是很倒楣嗎？

像你提到的醫療代理問題，支付制度上創造最大的誘因就是論量計酬的方式，你想想看現在醫院的收入有百分之五十是靠門診，門診浮濫就是最大醫療浪費的現象。現在醫院、醫學中心和基層醫療院所搶生意做，這是一個很嚴重的問題，因為門診對照其他診療在健保來說的給付是比較高，成本又低，才造成這個現象。所以我們強烈主張要做好分級診療和轉診、轉檢制度。

要解決門診量過高的辦法，我認為要建立合理的門診量是很好的作法，基層診所早就在做了，你可以看看我們有關合理門診量的規定，只是大醫院沒辦法放下這個利潤，因為這佔了他們百分之五十的收入來源。還有保大（病）不保小（病）也應該要做，但是這也沒人敢做，因為這牽涉到太多的既得利益，誰做誰倒楣。而且大病和小病要怎麼劃分？這也是個問題。但是整個大方向是沒錯的。

* 分級診療和轉診意思不同，分級診療主要是指民眾要有大病跑大醫院，小病往小診所跑的觀念。轉診則是指由基層醫師做好醫療守門人的角色，小病在小診所解決，真的有急重病的病患才送往大醫院，這樣才能真正不使醫療資源浪費。這就是衛生署現在在推的家庭醫師（family doctor）制度。

再說回來，什麼叫醫療浪費？像我剛才看的一個病人，一個老人家氣喘發作八十多歲，自己騎摩托車來第一次看我的門診，要拿了將近兩千多元，如果吃了沒用就去找別的醫生，這才是醫療浪費。這種病人是最麻煩的，如果他是在我這邊長時間的看診，藥就持續的拿，因為這種病需要長時間的調養和許多診療方式的配合，不是看一次就可以解決的。氣喘的病人平常應該用保養的藥，病情比較嚴重的時候才用噴鼻劑，如果一天到晚不保養拚命用急救藥，等到哪一天症狀很嚴重的時候就再見了。而且在我幫他看診時候，發現是因為上一次的處置不對，才再度引發氣喘，這就是醫師的專業訓練不足又沒有找固定的醫師看嘛！所以應該要 doctor fixed 而不是 doctor shopping，不然這樣才是醫療浪費不是嗎？同樣的症狀如果是由一個固定、訓練有素的¹家庭醫師看診，他可以長期的追蹤病情，也可以避免病情惡化。長期的慢性病患也應該交給基層醫師診療，大醫院不應該為了利潤跟基層診所搶這種病人，他們應該把資源用在更需要的病人身上才對。

其實醫療浪費的現象除了門診浮濫之外，檢驗的浮濫就是第二名。因為醫院會想

反正儀器、器材那麼多不用也是浪費，不做白不做。像我們講到有一個醫療怪獸（長庚醫院），他們佔了醫院總額分配的七分之一，爲什麼？他們都理直氣壯的說，病人就找上門來那麼多，我們也沒有辦法。那爲什麼上門的病人絡繹不絕？因爲他們都有診療套餐啊！比如說你來做一個什麼內科檢查，醫院就順便幫你做眼睛檢查，或其他的配套檢查，病人覺得付同樣的錢，他們怎麼檢查那麼仔細，所以病人愈來愈多，但是他們不知道醫院把這些一樣上報健保局請更多的給付。現在的審查我們用同儕制約，但是大家一起浪費如果工作切割得很好，就可以避免很多的醫療浪費。

醫療浪費還有一點值得討論的，就是醫師醫療專業的考量不同，這和專業訓練不同有關。就比如說中耳炎的處理就見仁見智，健保局認爲中耳炎一定要用抗生素治療 10-14 天，可是我們一些專家認爲那是已經過時的想法，中耳炎應該是依照病人的年齡、症狀嚴重程度有不同的給藥治療方式。那你說這樣健保局是不是帶頭在做醫療浪費的事？

我不是很同意「藥價黑洞」的說法，因爲這是一個正常的現象啊，本來我跟廠商買藥量多的話就會有 discount，像我聽到大醫院往往可以拿到約 20%-30% 的折價，但基層診所就沒有辦法，像我拿到的要都還是平價，也就是和健保局買的要是一樣的價錢，你不能說有這種藥價差現象的存在是不應該的，藥品也需要折舊和汰新啊！如果沒有這樣的價差存在，那醫生都要自行吸收虧錢做了。

支付標準當然有些偏高有些偏低，洗腎方面像沈富雄委員就很堅持洗腎這部分，這樣就也沒辦法降下來，所以說要少一點政治干預。但是急重病要增加給付。

門前診所才是目前侵蝕健保大餅的最嚴重問題。所謂『門前藥局』，就是指原本附設在診所內的藥局，從診所裡獨立出來，有的只在診所內區隔出一個小空間，有的則在診所隔壁租房屋，再由原本診所自行聘請的藥事人員來管理藥局，但是實際負責人則是醫師。從我知道健保局大概的估計數字，全台灣「門前藥局」已經高達七、八百家左右。醫師釋出處方，診察費可多申報 25 元，而由藥局調劑的藥事服務費也較診所藥師調劑多 11 元，才使門前藥局越來越多，以 92 年度爲例，門前藥局就在台北分區吃掉 7 億多的費用，有 70% 的處方來自同一診所，導致基層點值掉到 0.87，今年第一季更嚴重，點值只剩 0.85。

附錄四

訪談記錄：（醫療改革基金會執行長）

訪談時間：930608B PM2:30-4:30

代號：N1

基層醫療被大型醫療機構壓縮的很嚴重，其實醫改會的成立就是醫療院所不要走向大型化醫療的方向，因為大型化醫療會擴大健保醫療費用支出。

造成醫療專業代理問題的嚴重的最大原因就在輿論量計酬支付方式，台灣人民就診次數會高達 12、13 次，這種「醫療奇蹟」不能完全歸咎於民眾愛逛醫院的心態，因為在這種（論量計酬）醫療給付方式下，醫師有很大的誘因去誘發病人的就醫行為。比如說小感冒如果不是細菌性感染而是病毒性感染，其實不需求醫也會自行痊癒，因為它就是一個 cycle 嘛，但是醫師會不會告訴病人這樣的資訊？不會啊！因為這對他自己不利。也因為這樣不當的需求，也會使社會上的生產力無法發揮，病人生個病總要請假、又加上來回舟車勞頓，這其實是一個很大的社會成本，如果這些病一定的比例是不需要看診的，將這些資源投入有生產力的事情上，會創造多少的資源？因為醫療畢竟是個消耗性的行為。所以現在衛生署在逐步在推動的 DRG，選定幾個大項目把醫療支出控制在某個金額上，醫師只要趕快把整個療程做完，前就給付給你了，就不會發生一直拖（療程）的現象。這就是藉由支付制度的改變，使某些不合理佔大比例的醫療給付減少（這些選定項目就是衛生署統計得來的）。但這種改變是不是可以有效改善醫療費用上漲的結果，在醫院「上有政策、下有對策」的配合調整下，制度的實施成效還很難說。現在每年醫界仍然在抱怨醫療給付不夠，還希望政府將費率調高，自負額的部分要提高，實在是不合理。

例如台灣的關節、腰椎間盤等手術浮濫的原因，就是因為手術風險相對低、給付又高。像剖腹產也是，因為它和自然生產的給付相差很多（有近十倍的差距），所以醫師會有比較大的動機鼓勵婦女進行剖腹產，一方面也是民眾一些錯誤的觀念：要挑時辰生產、剖腹產比較不會痛（其實手術之後麻醉失效後會更痛，也需

要更長的復原期)、骨盆不會撐大可以保持身材苗條、產道不會鬆弛等等，這些迷思和醫師的利益恰好相符。醫師其實有更大的責任應該教育民眾正確的醫療觀念，比如剖腹產對婦女日後的生理狀況影響很大，很容易產生子宮、腹腔沾黏的現象。歐美國家的剖腹產率大約 10-15%，台灣大約 33%，這表示每三個剖腹產的孩子中有一到二個是不必要的，自然產就可以的，而且剖腹產的孩子體重都是偏輕的。

像這些手術是不是需要一些 SOP (標準作業流程) 的程序，關節受傷要到怎樣的程度才需要開刀？有沒有其他替代的治療方式？因為病人無法跟醫師在醫療專業上有什麼 argue。

我們之前接到一個案子，一年前一位李先生因為母親髌關節骨折住進甲醫學中心進行「全髌骨置換術」，手術後一個月，李先生的母親因為某種不明原因發燒轉送到乙醫院，乙醫院的醫師檢查以後，開了一張檢驗報告要李先生拿去給甲醫院的原診治醫師，後來再回去詢問醫院醫師，甲醫師支吾其詞又讓病人再進行二度手術，後來李先生的母親在三天以後去逝。之後李先生申請核對兩家的病歷資料，發現當初的甲醫院只為母親進行「半套」髌骨置換術，而不是醫師口中的「全套」，他又到健保局申請他母親的住院醫療清單和醫療費用明細表，核對之下發現甲醫院向健保局浮報費用，這個執刀醫師把沒有做的治療也向健保局申請給付，整個事件才被揭發出來。

所以現在醫改會正在推動「病例透明化」的行動，這是從民眾的角度對也可以監督的作用，因為我們接到很多案例是病例上的記載和病患接受的療程有不一致的狀況。醫療法之前規定是醫院「得」提供整份病例，現在修正後改為醫院「應」提供整份病例，雖然在法律明文規定民眾有權取得整份病例，但在實際取得（行政）過程中還是會碰到不少門檻和障礙，我們做了一項調查，大部分的醫院會規定病人要取得病例前必須收取掛號費，然後經過他的醫師同意，即使最後病人可以拿到病例，但是在過程中，醫師就會不斷質疑病人取得病例的動機，這會使得醫病關係緊張，通常病人都不樂見這樣的狀況，不敢據理力爭。其實病人拿到病例可以作自我的健康管理外，也可以間接監督醫療行為，這其實對醫師也是好的，當有醫療糾紛產生的時候，醫師的病歷記載愈清楚，對醫師是愈有力的證據。對健保局和政府來說，便利民眾取得全本病例可以抑制醫院病例造假報費用，又可以減少健保支出與浪費，更可以有效阻止醫院許多名不副實的醫療行為，避

免醫療浪費。

門診的給付相較於住診高，支付標準不公平的結果，讓專科醫師人力結構會發生危機，人力資源無法新陳代謝，國家用這麼多的資源培養醫學院學生，結果使多數醫學生從事眼科、耳鼻喉科等風險低給付高的科別，真正需要的內科、外科(要動刀的)科別反而乏人問津，這會使國民健康產生不利的影響。

「合理門診量」的政策使醫師收入不比從前，這當然會引起反彈。又由於國人有迷信名醫的想法，這讓醫師不願意減少門診量的說詞，「因為病人都大老遠的來掛我的號，是病人來找我的，我有什麼辦法？」，但即便是名醫又怎麼能再不到一分鐘的時間內做一個完整的病情診斷？這方面也需要加強對民眾作基本的衛生教育。如果排除一些不必要的求診，這些名醫也不會忙得焦頭爛額，把醫療資源給予真正需要治療的病人，每個病人都會得到比較合理、完善的照顧。

我們希望將來醫師能夠作的愈少、收入卻不會減少，而不是像現在作的多賺得多，提高看診的每支付單位，把節省下來的醫療拿來補貼重症、護理、外科手術等過去不合理的部分。

保大不保小的前提要件是需要對民眾大量而充分的衛生教育，整個社會必須建立共識才可行。用家醫制(家庭醫師制度)作基層的把關。但台灣的家庭醫師其實還不算真正的家庭醫師，因為台灣的醫師訓練是以專科為主，在配合其他的訓練而成，不像西方國家是全科式的 training，因為家庭醫師必須在第一時間對病人病情作整體性的初步判斷，必須要累積相當經驗才行，也需要對病人本身及家族病史有一定程度的瞭解，有過去病史做線索追蹤，會得到比較正確的判斷。

台北有幾個基層醫療為他們的社區做聯合服務，二十四小時開放專線，醫師可以在電話中判斷是否需要接受治療。

醫師應該賺的是藥品的使用專業知識，也就是藥事服務，比如說藥品的適應症是如何、副作用如何、但如果只是開藥給病人，不應該賺取藥品的利潤。

藥價差如果是因為經濟規模的因素，其實應該回饋給這個體系。合理的利潤可以賺取，可是不能因為醫師以利潤為用藥的最大判斷標準，不能因為 A 種藥最有

賺頭，而不使用 **B** 種對病患最有效的藥。還有針對醫院來說，例如醫院的動線規劃在台灣很少有這種考量，在西方國家比較有所謂人性化的醫療環境，這是我們必須學習的。

附錄五

訪談記錄：（陽明大學衛生福利所副教授、健康保險局支付制度組組長）

訪談時間：930609 PM3:30-4:30

訪談代號：H1

總額支付制度的最重要精神在「合理控制」醫療費用，而不只是在消極地抵制費用增加，建立一個費用框架，我們設計一個適當的誘因結構，使制度的改良引導醫療行為的改變。當然總額支付制度要運作得當，必須要有其他配套措施一併施行，例如最重要的就是支付制度建立、配合檔案分析審查，未來將以 DRG 取代現行的論量計酬制度，將醫師浮報的現象壓縮至無利潤的狀態。

總額支付制度背後的施行理念當然隱含了抑制醫療專業濫用的意義在，也就是說因為專業最清楚專業，例如現在醫院總額的實施就以自主管理的方式，也就是用同儕制約、專業集體監督的力量進行，又比如牙醫的總額支付制度的實施成效就很不錯。

舉例來說，基層醫療是採用日劑藥來申報藥價，基層醫師為了顧慮審查時的核減所以常會自我設限，使基層藥品費用及開藥天數受到限制。還有，基層服務項目受到 ABC 表別的限制，加上審查標準會因為醫院層級不同而不同，這樣就讓病人大量往大醫院跑。像醫師就會偏向幫病人做更多的實驗室的自動化檢查、放射線檢查、物理治療；相對之下一些手術或比較複雜的物理治療，在價格上都沒有隨著調整，這樣怎麼會有醫師願意投入呢？

醫療院所如果缺乏品質提升的專業醫療責任，而且醫療體系也沒有整合的跡象時，我們就會看到許多重複的醫療資源投資、病患將受到各種重複的檢查和用藥或治療行為，這樣下去只會造成醫療院所的惡性競爭，助長醫療費用上漲的歪風，對病患和醫事服務提供者都不是什麼好事。

像最近討論的很熱烈的中耳炎治療問題，健保局認為 10-14 天用藥的規定都是專

業的意見，這些治療 **guide-line**（指引）就是醫療專業，這些東西不可能經由一般民眾討論得出。

其實沒有哪一個國家是我們奉為圭臬的，我只能說我們的總額制度參考加拿大、德國的東西比較多，應該說我們多是取其精神，而不是一味引用，因為沒有一個國家的制度可以完全移植外國而沒有問題的，我們必須面對自己的問題發展方法解決，而不是照單全收。

保大不保小的成效和可行性值得懷疑。因為你限制了小病的給付，醫師照樣可以從其他方面將補貼，這只是醫療消費項目的移轉而已，因為你要花的就是這麼多錢。另一方面政治可行性也值得考量，現在國人普遍已經習慣醫療支出都有健保給付的狀況下，要馬上扭轉這個就醫習慣恐怕有問題。

因為全民健保中保費的來源，有百分之二十八的保費由政府負責，所以政府的在全民健保中扮演的角色，不可能完全像德國那樣完全保持中立，所以健保局的影響力在全民健保中不可能棄守。

附錄六

訪談記錄：

（全民健保監理會委員、前牙醫師公會全國聯合會理事長、總額委員會執行長）

訪談時間：930630 PM3:30-5:30

訪談代號：D2

在第三者付費的機制下某些弊端（醫療專業代理問題）是一定都會存在的，即便是沒有第三者付費機制存在，還是會存在一些缺陷。只不過是在病人直接付費的情況下，病人監督的角色比較明確，對價關係比較清楚會降低這種現象，但一些不必要的手術，例如說美容、賣成藥一樣存在，只是說若是存在第三者付費機制下，當然會更嚴重。

也就是說資訊不對稱、交易成本這些現象不僅僅是出現在第三者付費機制或是僅存在健保制度中，它存在所有的對價的關係中。比如說減肥，很多減肥是不必要的、甚至是有危險性的，很多人卻肯付大把金錢去使用，這些健保都沒有付費啊！我覺得這是一個因為有利潤就有人會去做的現象。只要利潤夠高、風險又比較低，自然會有人去「偷」，不純粹是因為（健保）制度設計不良的原因。

所以我們要減少這樣的醫療浪費或濫用的現象，就必須把保險給付的利潤降低，這樣所謂醫師自利行為就會降低。第三者付費機制當然會少了一層的監督責任，但我不認為這是最重要歸咎原因。譬如我再舉一個簡單的例子，假如今天開心臟手術、腦部手術不用錢，你會隨便去動手術嗎？

今天健保局要控制這樣的醫療 abuse 狀況，就必須把利潤和風險的對價關係弄清楚，因為只要利潤和風險的對價關係失衡，簡單講就是支付表定的不好，那醫療 abuse 的情況就會變得很嚴重，因為先要「有利」，之後才能「可圖」，得到不該得的利潤。不該得的利潤多了，相對上就會壓迫到應該要多付費的項目，這邊（該多給付項目）變少那邊（不該多給付項目）就會變多，也讓醫師人力配置會傾斜，這也算變相鼓勵醫療代理問題的發生。

在我們做牙醫總額的經驗裡，最在意的部分就是支付表的改進，花費多年時間希

望將支付表的設定較為合理。如果適用其他的方式來防弊，我認為效果都會很有限。但也不是說支付表強調要反映醫療成本，因為這樣會造成醫療浪費，因為如果今天沒有用到這樣的成本，是不是會要增加使用量來彌補？但是就一個保險來說，要降低成本也是很重要的，否則是變相的鼓勵醫療浪費。所以牙醫的支付表我們是這樣的操作：該獲利的部分就調升、其他地方就不去動（這樣相對來說也是調降，好像幣值貶值一樣），因為我們要調降任何一項支付項目都很困難，這牽涉到利益的糾葛、利益團體的角力等，所以基本上在總額控制下調升支付項目費用所遭遇的阻力會比較小。

就牙醫部分主要是調升口腔外科的（見血、風險較高的）、根管治療的支付，在做總額控制之前，我們已經有整理出一個相對難易值表，我們是根據這個難易值表來做調整的，我覺得這才是一個治本之道，不管是什麼制度都是會出問題的。

只要支付的利潤合理，即使是論量計酬制度醫師可以 control 的範圍會比較大，但是論「量」也會合理，因為 DRGs 也是論量的一種啊，只是他把「量」group 起來變成「案件」(FUG)，譬如我們的根管治療你一定要做到衝填完畢、X 光片的證明我們才會付錢。以前是論「次」所以問題會比較大，現在有點像是 APG，我們有統計過，以前在勞保是論「次」計酬，一顆牙根管治療做到完要差不多 11-12 次，現在（全民健保總額支付）就差不多 2 次，現在是做到某一個成果我們才給錢，這會產生這兩個很截然不同的結果。

所以支付要根據不同的療程特性來設計，來抓那個點，不然一次一次計算怎麼會合理？譬如說補牙齒，打麻醉藥要不要付錢？如果麻藥付錢、補牙也付錢，你就會發現申報麻藥費用就會增加；如果不付麻藥的錢醫師就會減少使用麻藥，但是我們做過研究，不論有沒有付錢，醫療行為沒有改變，但申報費用行為會改變，所以我們就決定不管有沒有打（麻藥）都幾付一樣的麻藥費用，那要不要打麻醉就憑醫師對病人的專業判斷。

不是說所有都採用 DRGs 就不會有問題，有些項目需要使用我們就用論量計酬的方式來鼓勵醫師採用，所以要根據疾病的特性的不同，用多元支付的方式，當然能 group 的盡量把它 group 起來，大部分 X 光或麻藥，非主治療部分都把它 group 起來。

牙科醫院的門診量一直都是蠻固定的，畢竟看牙醫一般人可能認為盡量不到醫院

就盡量避免，另一方面可能是牙醫的基層醫療可近性高，牙醫看診可能屬於比較親密的就診行爲，一般人不太願意輕易換牙醫師（在醫院換醫師看診的機率會比較高不論是分科或輪班的關係），牙科一般比較沒有門診擴張的機會，這可能也是（牙醫）總額控制能做的比較好的原因。

牙醫的量一般都比較穩定，西醫部份就會高高低低的起伏，不過這又牽涉到有沒有意願去積極控制量的問題。

（牙醫）合理門診量約 20 個人（是控制人數），這部分沒有特別大的 argue，但是現在在訂的合理門診點數就碰到蠻大的阻力的。簡單講「合理門診點數」就是控制牙醫的申報點數，控制每個牙醫的申報金額總數。因爲每一個醫師在他一天的門診時間都有固定的成本在，就是成本的邊緣效益在，我們要負擔這個固定成本，在這個範圍之內我們希望能支付較高的點值，。比如說 20 萬點值以內我們可以支付一點 1 元，20 萬點值以後就採取浮動點值，如果做 50 萬點醫師可以拿到 20 萬沒問題，但之後的 30 萬點值可能每一點值只支付 0.2 元。每個人都可以拿到基本的固定費用，維持一定的營運成本，而沒有特別利潤製造的空間，不會產生做多的單價一樣高、做少單價也高的情況。

這就跟西醫一樣，急診和慢性病就有固定的點值，只是他們用疾病的類別區分因爲總額支付的浮動點值需要有一個安全閥的設計，不然醫療院所會因爲點值浮動、支付過低不敷成本而倒閉。

合理門診次數用「人次」來計算是沒有問題，，皮膚科看 100 個病人很容易，內科要看 10 個病人就很困難，如果不同科訂定不同的門診量也不合理，如果皮膚科看 100 個病人是合理的，比較複雜的某內科 10 個病人是合理量，那一個病人同樣支付 400 元有合理嗎？現在的西醫就是用這樣的支付標準來實施，這樣的「合理門診量」一點都不合理。我認爲應該用每一科的申報總量來計算基本看每案件要花多少錢、考量這科成本、風險再來做調整因素，特殊科別要加多少錢大家也可以一起來協商啊。這就是一個預算的概念，總不能預算要花一千億，算出來結果要用一千五百億是吧！應該是說預算有一千億，留下差不多一成預算，然後九千億大家來分，剩下的一千億再來做額外分配。不這樣做的結果就是去控制整個「量」，所以就把「量」管控的很嚴，然後找不出什麼是合理的量，只好大家做齊頭式的平等用一樣的量，合理門診量反而造成不合理的結果。

在藥價問題的部分，我認為應該採用「差額負擔」的方式，健保局應該給付基本藥價，那當然要做一個用藥的 guide，基本的藥我都有付，超過基本藥價的部分就自己負擔。當然醫師可以建議病人採用不同的藥，但必須先以健保局給付的藥為主要考量，比如說 B 處方要多付 1000 元、C 處方要多付個 2000 元，A 處方可能都免費，政府可以將成本壓得很低，當然 A 處方必須是在醫學研究上證實有效的藥品，政府也大力宣導這種藥的好處，醫藥界或醫師的宣傳就會用在 B 或 C 處方上，病人可以自行選擇。

那今天的狀況是，A、B、C 處方健保局都要給付，每一種用藥都要管制要怎麼管？什麼叫做醫療浪費？高血壓 A 藥必須一天吃一次，B 藥一個月吃一次但是貴 2000 元，你要用哪種藥？那病人一定多會選擇 B 藥，你可以說這是浪費嗎？那政府今天如果說我只給付 A 藥，B 藥不給付，那政府是不是阻礙了我們用先進醫療科技來照顧我們健康的權益？而且我如果選擇使用 B 藥，但是 A 藥我已經在繳交的健保費裡面給付了，這樣對我公平嗎？那不如就是今天把所有用藥攤開來講明，政府只給付 A 藥，不論貧富貴賤大家有一樣基本的待遇，其他種藥你們必須自負差額，依照個人的經濟能力或喜好或需要，政府不必管制那麼多，這樣也才有可能有某種程度的節制效果啊。這樣醫師的處方也會多採用 A 藥，因為 B、C 藥品的市場佔有率沒有那麼大，也會因此降低 BC 藥品的成本。

今天的狀況是藥價進來會提高，因為這樣給醫院的回扣才會多，這就產生政商間、醫藥間利益的交換，造成民眾利益的損害。表面上政府花了很大心力在管制藥價上，但是他已經設立了一個共犯結構存在。如果開放差額負擔，我估計藥品利潤可能只剩下一半而已，一方面保障病人的基本就醫權，另一方面也可以不因爲管制太多而阻礙新科技產品的使用。譬如說如果一個新療法比就法增加了 5% 的成功率，但是醫療費用增加了兩倍，到底要這時健保要不要給付？如果不給付的話，是不是病患就被剝奪了治療權？是不是我們就自絕於這個新方法了？尤其是健保局三令五申醫療院所不得加收費用，於是病患如果詢問最好的治療，醫師都只好說健保的給付都是最好的。

醫療資源浪費的情形很難去 commend，大約可以分成 under use、over use、abuse 這幾個層面來看，但是因爲管制嚴格的關係，第一種情況幾乎不會發生，不然事實上是會有這種問題。就以 X 光檢測來說，做多還是做少才對？站在醫療品質

面來說，多做檢測當然比較有保障啊，但毫無節制的使用當然會增加濫用的現象和醫療費用的上漲，所以我們在牙醫部份 X 光就是照次數有限制的給付。在西醫部分可以用固定薪的檢驗師，讓他沒有經濟誘因多做，而是需要就做，不必多加限制。不然因為不給付怕產生審查爭議被刪除費用，這樣也不公平。

現在雖然是有療程 SOP（標準作業程序）做指引，但卻是以醫院為中心的醫療，而不是以病人為中心的醫療，比如我們在甲醫院照過 X 光片但是去乙醫院還要在照一次，當然每個醫院都會說自己做的檢查比較好，這部分我們就應該有公信力的醫院評鑑，這樣大家的（醫療）標準就會比較一致。

支付標準偏低是一定的。

現在醫療體系整個問題，我一向主張醫療要敢花錢，當然你會認為我站在醫療提供者的角度為自己辯解，但是站在消費者的立場，（消費者）權益真的有被照顧嗎？健保實施以來 86-93 年總費用上生多少？不用說七八年之間總費用上漲七八成，至少五成一定有，那這麼多年醫療有大幅度的進步嗎？這一千七百億的錢帶來什麼效果？如果站在一個比較宏觀的角度，終究是付了這麼多，為何不大方一點，多付一點，然後要求多一點？每年都多一點多一點有什麼效果？假設三年內有三項項目支付要都要調 3 元，與其一年分別花一年花費少要求少，不如就第一年設定某項花 3 元重點要求它，然後不同年重點要求不一樣，三年後我三科都可以是高水準的品質。現在不是這樣，政府為了雨露均沾，每項都調一樣多。

像我們在調整牙醫支付標準的時候，我們都會依照相對難易值表來看，在合理的範圍內，專業團體你要 1000 元我就給你 1000 元，但是你要保證給我什麼品質？在審查上監控上要怎麼配合？並且在學理上是說的過去的，我們都會允許，如果時限到做不到費用收回或扣減費用。

當然也有專業團體不願意配合提高品質，但是他們會受到同儕間的壓力：「為什麼明明可以提高品質得到高給付卻不做？」，所以我們採取的態度是專業團體內部間必須得到共識後才給他們做支付標準的調整。我的意思是在財務方面應該放的更開，而要求更高的醫療品質。把品質攤開來看就可以更合理的調整，比如說上呼吸道感染你要調整支付點值就沒什麼道理，這些專業意見都是可以攤開來說的，科別的平衡就可以出來了，品質也可以提升，專業團體也才更有動力共同合作。

也就是說（健保）制度的設計應該是要專業的人來主動跟你配合，但是現在的制度卻是讓懂得最多的人來跟你對抗，那當然是耗費掉很多的社會成本，要不然政府要逼這些專業人如何跟你合作，那當然除了專業團體提供品質保證外，還必須提供監控的方式讓半專業的人士控管才合理。專業人士應該要有更高的道德標準去作自我要求。

還有些團體會怕達不到這樣的品質要求，而用一些過程的達成（比如替會員做再教育、訓練課程）來做調整支付的交換條件，我們通常不會接受，我們要的不只是過程，更注重成果出現。甚至有一次口腔外科的支付表我們讓他們自己填，只有一項支付標準我們審查沒通過，大部分我們都接受。

在我看來健保的醫療品質管理不良，就是造成醫療資源浪費的主要原因。「有品質的東西在怎樣都不嫌貴」，健保最大的敗筆也在於對品質的要求不足，有些地方壓抑過大、有些誘因不足，讓醫界裡面中道的力量出不來，讓短視近利的聲音很上揚，這樣對社會的損失很大。

因為我們同樣花了那麼多錢，品質有怎樣的提升嗎？

總額支付制度是與品質連結的方式之一，醫界利益共生的結果，讓專業自主力量能介入品質管理，或加重資訊不對等的情況，是可能產生兩極化現象。

醫療 NGO 這些外部團體要監督醫療專業團體我覺得是有困難的，他們最重要的功能應該是長期 support 這些在醫界內部的中道力量，而不是用外部的監控企圖來改變醫界內部的生態，除非是內部的醫師跳出來參與外部團體才比較有可能。

基本上外國案例很難移植國內，我們是需要長期在本土耕耘的人士的溝通努力，來將制度做漸進式的改善。即使外國制度再如何的完善，在沒有中間份子的共識形成下，也不容易生存。