

性病人佔用病床問題，同病同酬之重新檢討。由於健保的倉促實施，許多制度因陋就簡，遵循舊制，都還拖著以前公勞農保的包袱，最令人垢病的就是「論量計酬」，例如健保局對自然生產採取定額給付，欲藉此減少過度申報服務項目造成不必要的浪費。但又習慣於「論量計酬」及對醫師提供服務之不信任，遂畫蛇添足地規定自然生產之給付一定要包括最低服務項目，其

中包括打點滴。這種很怕醫師過多服務多花錢，又怕醫師少服務仍領一樣多錢的「論價計酬」心態，使每一位自然生產產婦一定要打點滴，均不能下床走動，實在是錯誤教育，怕過度治療（論件計酬）的結果反而造成過度治療（打點滴）。真是要五毛給一塊，你說奇怪不奇怪。

重新賦予醫師照顧民眾健康的責任感是今後健保成功的要件，日前健保局

委託的類似美國健康維護組織（HMO）模式評估使每個醫師均能以「保障健康」，「民眾的健康就是醫師的福利」為念。健保局不必再以「服務量」為念，而以「預防」為念，只要能讓人民得到健康，不須要跟醫師斤斤計較，醫師可以創造需求，謀對謀的結果是大家浪費精力，醫療費用反而節節高升，奉勸健保局讓專家憑醫學良知自己去管，才是長治久安之道。

醫療資訊系統

全民健保實施，如欲迎頭趕上已開發國家的衛生指標，尤其是 OECD 國家之標準（亞洲只有日本），國內基礎醫療資訊之建立乃是一刻不容緩的課題。

尤其是在控制醫療成本方面，施行 DRG 或 Case Payment 總額預算，則需建立全國疾病與用藥之統計，以及病人之檔案，確認以就診疾病為基本之醫療市場評估系統，及精確之醫療成本效益分析。如此方能確認藥品的定位及其與處方者和服務者之關係檔案。

然目前國內最缺乏就是基礎醫療資訊。基礎醫療資訊應依世界衛生組織疾病分類 (ICD-9) 為經，以國際藥品市場調查團體藥品治療分類為緯 (ACT : Anatomical and

Therapeutic Classification)，加上就診病患檔案 (Patient Profile) 及醫師檔案構成以就診疾病為基礎的醫師處方用藥資料庫 (Disease-based Drug Usage Profile)。

另外，目前台灣亟需建立疾病調查系統，追蹤國人罹病型態與發生率，處方用藥及病人資料之檔案。並且進行研究醫藥消費行為，由需求面提供醫藥政策決策資訊，以合理規劃及使用有限之醫療資源。當然醫師處方之行為也應評估，藉此能建立診斷與合理用藥之規範，提昇用藥品質，以促進醫藥消費者之權益。最終目的是『總體醫療需求』的規劃，及患者『醫、藥、護』等專業照顧的健康需求。