

福和會 2021 健保國是論壇文集

福和會座談文集

2021 年 4 月 25 日

目次

Table of Contents

主題演講 健保防疫有功 該如何有續經營	5
開幕致詞	13
貴賓致詞	14
第一節 巧婦難為無米之炊 健保如何開源節流？	17
全民健保會的角色與功能	19
如何珍惜健保資源照顧人民	23
健保會如何避免外行領導內行	34
落實部份負擔制度 追求健保永續	49
抽屜裡多少藥？	53
第二節 分級醫療政策如何落實？醫學教育品質應如何維繫？	64
基層醫療永續發展——如何避免醫療托拉斯	68
偏鄉醫事人力缺乏——擴充公費醫學生員額是解方？	76
醫學人才培育——如何維持高品質的醫學教育	88
綜合討論	100
閉幕致詞	116



主題演講

健保防疫有功 該如何有續經營

前副總統 陳建仁院士



國立台灣大學理學院動物學系理學士
國立台灣大學醫學院公共衛生研究所公共衛生碩士
美國Johns Hopkins大學公共衛生學院流行病學系理學博士
國立台灣大學公共衛生學院教授
中央研究院生物醫學科學研究所合聘研究員
國立台灣大學公共衛生研究所所長
國立台灣大學流行病學研究所創所所長
行政院國家科學委員會生物科學發展處處長
國立台灣大學公共衛生學院院長
行政院國家科學委員會副主任委員
行政院衛生署署長
行政院國家科學委員會主任委員
中央研究院副院長
中華民國第14任副總統
中央研究院基因體研究中心特聘研究員

謝謝邱委員的介紹，我進來的時候跟我們林理事長講：「台灣話咧講，僅有狀元學生，無狀元老師啦！」

今天我很高興應邀來做這個開場的演講，我今天的主題是「智慧科技防疫跟健保永續經營」。

我們大家都曉得COVID-19到4月19日的時候全球已經有1億4100萬的確診病例，然後有300萬的死亡，美國是最嚴重的一個國家，有3100萬人得到這個疾病，韓國有將近60萬人死於這個疾病。

在台灣，4月19日的統計，一共有1076個確診病例、11個死亡，境外移入的佔絕大部分將近9成，我們如果從這個表來看的話，我們曉

得美國雖然是發生數最多的國家，但是我們可以看到，就發生率來看，他也是最高是每10萬人9,647，但是以死亡率來看的話，每十萬人是176，是遠低於義大利還有其他的國家。

在這9個國家的比較當中，我們可以看得到台灣的發生率是每10萬人4.6，死亡率是每10萬人0.05，我們表現得是相當的不錯，但是還有些國家比台灣還好，像越南是每10萬人2.8，然後死亡率是每10萬人0.04，如果我們來跟全世界的193個國家來比較，台灣發生率排名是186，然後死亡率是排名181，算是相當的優秀，如果按照國際的一些媒體報導，日本民調，亞洲15個國家，按照各個國家中日系的企業來評估看各國防疫的情況，台灣獲得93%最高的評價，這

是早在去年6月份的時候。

7月份的時候，Bloomberg Economics做一個全世界75個經濟體防疫成果的評估，就公共衛生、經濟活動跟政策的部分，三個項目來做評估，在所有75個國家當中，沒有包括美、日、紐、澳這些國家，但是在75個新興經濟體裡面，我們可以看得到，前4名的國家就包括：台灣是第一名，波扎那是第二名，接下來是南韓和泰國。

7月21日的Newsweek Japan也是同樣的，他們就疫情受害情況跟經濟受損情況來做比較，我們在200分總分當中，台灣得到180分，也是位居第一名，馬來西亞是第二名，當然這是比較早期的情形，到了9月份的時候，在英國牛津馬丁學院他在Our World in Data的資料，大概可以看到左邊的是全世界30幾個國家當中經濟損失的情形，在第2季的時候全世界的經濟損失以比率看，台灣是經濟損失最少的，是負0.6%，大家可以看到最低的是秘魯是低到負30%，至於像英國這些國家也都是受到很大的影響，第二季有20%的GDP的下降。

我們再來看美國的全國經濟研究所在10月份發表的一個資料，我們大家從這裡可以看到，橫軸部分是COVID-19的死亡率，縱軸的部分是經濟損失的情況，在40個比較的國家當中，有一個國家好奇怪，這個國家就是在這40個國家當中算是邊緣人，所以把它用螢光筆畫出來，就是最左下角的那個國家，叫做台灣，台灣有很低的COVID-19死亡率，而且我們經濟損失、經濟的衰退是負的，換句話說我們是有唯一正成長的國家。

當然，政府要做好這些COVID-19的防疫，我們真的是要感謝台灣有60多萬人居家隔離、居家檢疫14天，加上7天的自主健康管理，要讓一個人在家裡居家隔離檢疫是很不容易，所以政府一定要提供關懷服務，包括送餐、清理垃圾、協助安置的地方，如果沒有地方住的話，有病的

話要安排就醫等等，甚至對於檢疫者政府也給防疫的補償每天有1千塊錢。

我們來看看台灣人民的了不起，我常常說台灣有很好的防疫成果應該感謝我們的醫療防疫人員，這是當然，因為他們付出很大的心血，但是更重要的我們可以看得到，在台灣我們一共居家檢疫、居家隔離了超過60萬人，居家隔離是1萬7千多人，居家檢疫是61萬8千多人，在這麼多人當中，到底有多少人被處罰？就是違反政府的規定。大家可以看得到，4月19日的时候我們一共被處罰的人還不到2千人，也就是說99.7%的居家隔離、居家檢疫者都好好的在家裡做很好的防疫，所以他們也是我們防疫的無名英雄。

政府為什麼能夠做到這樣？很重要的因素就是我們進行的防疫工作就是精準防疫，我們沒有封城、沒有普篩，但是我們運用很多的大數據、資通訊的科技跟人工智慧來做好精準的防疫，還有精準的紓困，我們沒有封城，但是我們對於每一個個案的密切接觸者還有疫區入境者，都做很好的精準的居家檢疫跟居家隔離，等一下我會談到我們健保怎麼這方面的幫忙。

我們也不做普篩，我們只對隔離檢疫的疑似個案還有通報的疑似個案做精準的篩檢，我們也不發放現金，但是我們很精準的發放給每一個人2千塊錢，然後讓他能夠再加上自己的1千塊來促進國內的旅遊跟消費。這就是為什麼我們台灣能夠在COVID-19的發生還有死亡能夠那麼少，而且我們的經濟能夠發展得很好。

其實在促進檢疫的過程當中我們有一件事情很重要，就是要知道病人的TOCC，就是他的旅遊史、接觸史、職業史跟群聚史，在這樣的過程當中，每一位醫師都希望知道，我記得剛剛開始的時候很多的醫師寫電子郵件給我說：陳老師，這樣子行不通啦！因為我們問他，他可以說謊，職業史、居住史、接觸史可以說謊，在那個時候，謝謝陳其邁市長——那時候是副院長——跟唐鳳開始把我們入境檢疫的資料還有相關的接觸

史、職業史的資料通通輸入到電腦，所以大家只要一打開電腦，就馬上能夠看到這一個就醫的對象他本身是怎麼樣，這個是謝謝健保署提供這樣的資料。

這就是我講的TOCC，就是有關於旅遊史、職業史、群聚史跟接觸史，我們都能夠利用這樣的資料放進去，所以我們真的要謝謝李伯璋署長他48小時寫下奇蹟，當時其邁也是逼得很緊，他們在很短的時間內就把這樣的系統建立起來，一共有2萬8千家的健保特約醫事機構，查詢了5.66億筆的資料，幸好我們有這樣的一個很好的健保體系能夠幫我們的TOCC能夠建立得起來，也使得整個防疫的工作大家會比較安心，而且穩定來進行。

另外一個也是很重要的，就是我們入境的時候得到TOCC的資料，我們在一個病人、一個密切接觸者、居家檢疫、居家隔離的時候，我們怎麼樣控制他，讓他好好的在家裡居家檢疫、居家隔離，我們就設置了電子圍籬，有些老先生拿著手機，他說：我也不會用，我說沒有關係，你只要按一個鍵下去它就有臉部辨識可以說：「欸，陳建仁先生你好。你咁有發燒無發燒？咁有流鼻水無流鼻水？」你也不用自己輸入喔，你只要一講話，它語音辨識就能夠自動填表，我們就是透過這樣的高科技來做好了病人的管控，如果他離開了他檢疫的區域，這時候就會發出警訊，我們的村里長、村里幹事就可以去看他。

但是在運用這些科技的時候，要注意到個人隱私的保障，所以行政院也注意到要利用最小侵害原則、合乎目的性原則，還有衡平原則來做個人隱私資料的收集，這些個人隱私資料的收集，到了28天以後就自動刪除，不會給其他任何單位來使用，除了防疫單位以外。所以台灣在用這樣的高科技來做防疫的時候，我們很注重個人隱私的保障。

當然大家都曉得，當時我們的口罩是欠缺的，其邁跟唐鳳他們就開始設立了這個所謂實名

制口罩的分配系統，這實名制口罩的分配系統真的是很感謝健保署，如果沒有健保署用健保卡來做的話，我們沒有辦法做到這麼好，而且我們也跟所有健保合約的藥局來合作，設立了所謂的口罩的APP，可以知道哪一個藥局是有口罩可以買得到，所以我們整個台灣在這次的防疫過程當中，感謝2300萬的無名英雄，每一個人都能夠勤洗手、量體溫，還有保持社交距離，更重要的就是戴口罩。

新英格蘭醫學雜誌的論文很明確的說戴口罩是有助於防疫的，台灣開始沒有口罩的時候，我們就大量的生產，從72家口罩廠增設了93條生產線，所以我們的產量可以從每天18萬片，增加到每天2,100萬片，所以我們有國家隊生產口罩，我們也有健保系統來做為口罩分配的幫忙。大家看看這個口罩實名制的時間軸，開發時間只有3天，謝謝健保署，在這方面真的是很棒，發揮了很大團隊的精神。

口罩多元的管控，我們大家知道有所謂的實名制1.0、實名制2.0、實名制3.0，這也都是健保署提供很大的功勞，另外就是在健保署的健康存摺當中，我們可以看得到在去年的2月份開始，我們的健康存摺有大量的增加，使用者大量增加，原因就是因為口罩實名制的關係。

其實很重要的就是我們把公民科技很快的轉成一個基礎建設公共建設，所以台灣才能夠使得全民能夠參與符合公共利益的這些活動，這裡面也包括了很多我們的振興或者是其他紓困的方案也都有利用到這些。

健保署除了做剛才的實名制的分配等等的幫忙以外，他也在COVID-19的胸腔X光的診斷系統當中，開始跟Taiwan AI Labs做了一個很好的AI輔助COVID-19的影像，跟MedCheX還有我們成大的團隊合作，成大曾經開了一個南向國家的醫療團隊有關的國際研討會，就在推進我們這樣的一個系統，所以這裡頭我們可以看得到健保局願意釋出他的資料，然後跟民間的人工智慧公司建

立這樣的AI輔助判讀的影像，然後透過成大來讓全亞洲的人都能夠分享到這樣的好處，其實這就是我們台灣展現出來的人民互相團結、公私力量團結最好的印證。

當然在國家醫療品質獎的時候我們的健保署就榮獲了這個團體獎還有防疫特別獎，這也是李伯璋署長他們發展的一個文章，在《英國醫學期刊》裡面，說台灣為什麼能夠很快的來因應這個COVID-19的流行，能做很好的防疫工作，大家也可以看得到，因為大家都很好的做好自主的健康管理，勤洗手、量體溫、戴口罩，有病不上學、不上班，然後在家好好的療養，避免群聚，大家可以看得到綠色的部分是在大前年的時候的門診量，然後2020年的時候是黃色的，大家都可以看到很明顯的下降，特別是什麼呢？大家看底下的那個圖，類流感的部分下降的情形更加的顯著，所以我們大家努力做COVID-19防治的時候，實際上是使得很多的傳染病也減少。

當然我們COVID-19防治很成功，但是如果我們要讓COVID-19完全的我們沒有恐懼，而且完全的讓整個生活恢復到新的常態，能夠很好的過正常生活、正常過日子的時候，最重要的一個還是疫苗的接種，台灣疫苗的接種是有比較慢才開始，但是我們來看看全世界實施疫苗接種比較好的國家，他們有什麼樣的成果？我們首先來看以色列，以色列在這裡我們可以看到在12月19日的时候就已經開始打預防針，然後他們是28天以後開始打第2劑，開始打了以後經過28天才會有保護作用，這裡我們可以看到，在上面這個圖裡面，是7天移動發生率的變化，打了預防針以後，大家看1月份的時候以色列的發生率就逐漸的下降，而底下這個圖是死亡率，也是明顯的下降，這是以色列的狀況。他打的是什麼？他打的是莫德納跟輝瑞的疫苗，效果相當的不錯。

我們再來看看英國，英國開始的時候是用「佛系」方式來防疫，當然你可以看得到他的

病歷是在大量的增加，可是英國因為有AZ的疫苗，再加上輝瑞的疫苗，他12月8日開始打，但是英國預防接種的策略跟我們剛才看到的以色列是不一樣，他先打第1劑，大家可以看到第1劑是快速的增加，他第2劑是延長比較長的時間，到2月多的時候，第2劑才上升，可是大家可以看到，他上面發生率的圖跟底下死亡率的圖都有明顯的下降，這當然是很棒的一件事情。

所以疫苗是終結COVID-19最佳的政策，也是最後一哩路，我們需要全民攜手團隊大家努力打疫苗，才能夠控制COVID-19，而且也讓台灣能夠經濟上更加的復甦。

我們來看看美國，美國是最慘的一個國家，可是他開始實施疫苗接種以後，他的發生率是有在下降的，最近有一點點起來，但是現在的這個趨勢又往下走，這個死亡率也是一樣，他們用的當然就是莫德納跟輝瑞的疫苗。

可是打疫苗不見得每一個國家都是有效果，我們來看看一個很奇怪的國家，這個國家就是智利，智利實際上1月28日開始打預防針，然後他們也是28天以後就打第2劑，大家可以看到他已經到了39%左右，但是他的發生率不斷的在增加，死亡率也還是在增加過程當中，當然他打的疫苗跟其他國家打的疫苗是不一樣的（註：智利主要使用中國科興疫苗），所以打疫苗一定要它安全性高而且有效性高，讓全民接種才能達到最好的目的。

我們需要走完最後一哩路，所以我在這裡也希望健保署能夠跟國健署，還有跟我們的疾管署大家一起努力來推動健保的接種，也許有一天我們應該把自我接種過COVID-19來做一個註記，讓醫師們能夠提醒台灣每一位民衆一定要踴躍出來接種COVID-19，我們才能夠走完最後一哩路，要不然的話，行百里路半九十，我們防疫不算成功的，我們也沒有辦法維持防疫楷模的地位。

COVID-19說老實話，對我們來講它是一個

這個時代最大的挑戰，我們一個自由民主法治的國家，沒有威權獨裁的統治，透過資訊開放、公眾的信任、有效治理，我們也成為世界上防疫的典範。所以台灣這裡的民主自由法治是可以帶來善治、安定跟公義，更重要的台灣人大家能夠團結一致，善良、慈悲跟團結也可以帶來永續、平安跟共好。所以我們希望更有自信的台灣能夠不斷的崛起，希望大家能夠都好好的去接種COVID-19的疫苗。

接下來，剩下來的一部分時間，我要來跟大家講我們全民健保怎麼樣去發展，實際上根據Numbeo這樣的一個統計，在實際上，我們做全球的Health Care Index來看，2021年的時候所做的評估，不管是2019也好，2020或2021，其實全世界在做評估的時候我們的Health Care Index都是排名第一，韓國是排名第二。我們可以看到台灣的健康照顧確實是做得最好。

民眾對健保的滿意度，我們也可以看得到，從開始的時候這個滿意度慢慢的不斷的上升，一直到去年的時候我們滿意度高達到90%，民眾對健保也是滿意。

但是健保的財務永續上來說並不是讓我們很放心，從一開始的時候我們大家可以看得到健保的收入跟健保成本的情況，一直到從1995年開始到2001年的時候，我們的收入跟支出就開始出現了差異，所以到了2003年1月的時候我們有二代健保，然後2000年的時候我們有所謂的費率調整，但是大家看到2019年的時候，我們可以看得到，我們的收入是比支出要來的少，所以怎麼讓健保財務永續是一個很大的挑戰。今天我們有很多的專家學者會有討論，所以我今天就是拋磚引玉，我不敢班門弄斧，提供一些探討。

其實要使得健保能夠永續改革，有三個很重要的工作，第一個就是要減少浪費，第二個負擔要公平，第三個要提高品質，減少浪費的部分我們應該要抑制醫療資源不當的耗用，在負擔公平的部分很重要的就是推動就醫的部分負擔，然

後提升品質的部分就看看給付的制度和支付的體制，還有健康照護體系，怎麼樣跟公共衛生還有其他政府長照計畫結合在一起，我們才能夠使健保能夠永續。

我們大家都很清楚我們有很多健保資源是浪費到有重複的檢查或是過多的用藥，所以怎麼樣讓重複的檢查跟過多的用藥給減少，是可以使健保的財務比較能夠永續，要得到永續我們當然需要有一個很好的雲端健康資料平台，讓每一個醫師在開處方箋的時候、在開立檢查的時候，知道有哪一些人曾經在前一個禮拜或者前兩個禮拜才接受過相關的檢查，然後減少不必要的重複開藥與重複的檢驗，這個就是我們健保醫療資訊雲端查詢的系統，大家都可以知道這裡有使用藥物的系統，手術、檢驗、牙科處置、檢查檢驗結果等等，如果這些檢驗的結果可以互相的來互通使用，我們當然可以避免重複使用或者重複用藥，甚至可以避免藥物重複使用產生的副作用。

所以我們來看看，推動醫療影像分享以後，我們做重複檢驗的情況就會減少，開始的時候我們可以看得到，ADSL來做影像分享效果不好，需要用光纖，但是到了2019年的時候，連基層診所運用光纖的部分都已經到達了80%，所以我們醫療影像分享就比較容易。就醫病人的健保雲端系統查詢，到2020年的時候已經到89%，大家都知道怎麼用這樣的情形。利用這樣的電腦主動提示的方式，我們就可以確保用藥的安全，當然也可以避免重複的檢驗，還有能夠避免過敏反應。

所以根據健保署這樣的統計，我們估計103年到108年之間，重複藥費的減少情形就減少了77億，當然這個影像跟內視鏡這些影像或者X光或超音波這些影像如果能夠分享的話，當然我們能夠更減少支出。

另外為了讓民眾自己能夠掌握自己的健康，我們現在也鼓勵民眾進入我們健保體系，建立他自己的健康存摺，了解自己的健康狀況，然後能



▲圖1 入境檢疫的數位化與雲端鏈結分析

夠把這些很好的資料自己也能夠一手掌控，所以現在的健康存摺是一手照護家人健康，除了自己以外，未滿15歲的人，或者是老人家，全家人都可以得到這個健康存摺，健康存摺裡面我們就開發了不同軟體套件來做加值應用，使得我們健保資料能夠充分的使用。健保署最近也認真的把相關的醫療檢驗、影像或者病理的資料都能夠開始電腦化。

未來的健康發展趨勢當然是預防重於治療，我們如果能夠早期發現疾病適切治療，而不是進入後期的這些高費的治療的話，台灣的醫療大概可以省下更多的經費，大家都很清楚現在的潮流是從以前的一體適用，one-size-fits-all這樣的醫療進入所謂的分層醫療，進入到現在的精準醫療，我們的目的就是讓不同的人接受更好的精準的診斷，做更好的有效藥物、安全藥物治療。

如果我們往精準醫療的方向去走，以外更重要的一個是還沒有發病以前，我們最好讓病人，

或每一個人在亞健康的情況下，知道自己可能有什麼樣的風險，然後做更好的精準健康的促進。

所以就像這一張圖一樣，最右邊的是精準處理跟智慧照護，我們是已經知道有疾病了我們來照顧他，我們慢慢的從右邊推往左邊亞健康的情況，我們需要有早期診斷跟避免惡化，當然更好的時候是到更前面的健康促進跟預防疾病。

我舉一個很簡單的例子，因為楊泮池校長建議讓我去做胸部X光的低劑量CT的檢查，讓我可以早期發現我的肺腺癌，經過微創手術以後，我的肺腺癌就痊癒了，這個時候我就不會進入到右邊的這個嚴重的情形，當然還可以省下很多健保不必要的開支。

換句話說我們現在醫療的典範在轉型，從一體適用的，到標靶治療，到精準醫療，未來我們要進入所謂的精準健康，如果往這個方向走的時候，我們就需要建立一個很好的健保資料庫，然後很好的個人健康資料庫來進入所謂的個人化醫

療。未來有可能在未來的1、20年當中我們每一個人可能在雲端都有10億筆的生物數據這樣的一個資料，用來推算說可能怎麼樣做我可以得到健康極佳化然後罹病極小化。當我們能夠量化自我健康的時候，我們就能夠使得每一個人都接觸到這個疾病預防還有健康提升的部分。

未來佈局2030全人照護體系的永續發展，這是衛福部有一個這樣的高峰會議，裡面就提出了精準醫療、智慧健康跟健保相關的策略，我想我就不詳細就這個部分再跟大家多說，因為等一下有更多的人會來討論這個問題。

未來怎麼樣有一個分散式的資料共享架構：生物檢體的資料也好，國健署的資料、統計處的資料，還有健保署的資料，跟國網中心，整個連結在一起，我們就有一個很好的雲端方式的資料，這些就可以提供給相關的廠商來做一些精準醫療的發展，我想這一種這個公私合夥，是未來發展的方向。

最後我用這張投影片跟大家說，其實COVID-19也好，或者健保未來發展也好，我們有一個精神是很重要的，在COVID-19很嚴重的時候，教宗方濟各他就寫了一個牧函給所有全世界的教友，希望大家要努力，他說：河川不喝自己的流水，樹水不吃自己的果實，太陽不為自己發光，花朵不為自己芬芳，為別人而活是大自然的法則，我們都是生來彼此互助，無論多麼艱難，當你快樂時，生命是美好的，當別人因你而快樂時，生命就更加美好。

COVID-19的防疫需要大家彼此互助、彼此相愛，我們才能夠做得很好，健保要永續發展，我們也需要彼此互助的精神，當別人因我們而快樂的時候，生命就更加美好，所以我相信台灣在大家的努力研討下，還有所有的醫療院所全體的努力之下，我們的全民健保是可以永續發展的，謝謝大家，謝謝。

邱泰源教授

我們非常謝謝陳前副總統，不但肯定大家過去的努力，更勾勒出未來在醫藥衛生各方面的一個願景，我們在座的各位，在醫療各方面相關的領域，各位等於是領導幹部，一定是全力來支持。

有三件事情跟副總統報告：第一個，就是在這次防疫，所有的醫療院所努力的成果，受到世界各國的肯定。我們最近得到世界醫師會投票，以22比1的票數，支持我們台灣繼續參與WHO、WHA相關的活動，我想這都是源於過去長期以來台灣優秀的醫療成就，與國際無私交流，讓全球醫界相當感佩。

這次的防疫更是讓國際經驗。這次防疫中，國外他們發現：第一，台灣在醫院層級有非常高品質的照顧，在社區，也有非常堅強的基層醫療診所，守住了例如敦睦艦隊等等多次危機。敦睦艦隊最初發現的病例都是到診所，衛福部桃園醫院群聚傳染最初發現的案例也是到診所就診時，診所醫師及時發現通報，才守住了社區可能的破口，這部分感謝不管是醫院或基層、在座的很多領導者，給予最大的敬意，在這個部分我們政府單位當然也很感謝大家的努力，

第二個部分，就是以疫苗接種來講，台灣的疫苗接種率是全世界算是最高的，我們有9成8的疫苗接種率，其中有8成是在社區的診所完成，以後將來疫苗推展當中，基層診所扮演怎樣的角色？因為基層每一家都擁有3、500個很忠實的長期病人，他們會聽這個醫師的話，所以怎麼樣借用我們基層醫療社區的醫師們、醫療團隊來做社會的呵護、來做疫苗的推展跟照顧，我想可能是我們下一步，也跟前副總統報告，這是我們國家可以善用的一個資源。

第三個。剛剛其實提到健保，今天大家比較重點討論的是我們的健保費率看起來是有提高，全民也都很支持，可是我們現在目前的醫療費用是總額預算制，分為醫院總額，或者是基層總額、醫療中心總額，這總額的成長率有沒有跟上人民健康照顧的需求？有沒有反映到成本的指數？這就是我們今天會產生比較多的問題，這些增加的費用如果沒有相對應增加總額來挹注的話，我想我們醫療同仁在照護上也是非常辛苦，人民得到要從預防到後端的照護服務，前面中間的醫療都已經在總額稀釋下相對貶值而使得品質無法維持，我們又如何以同樣的總額去延伸到進行全人的照顧？這個也是我們在未來要努力克服的一個挑戰，今天應該會報告的，所以不曉得副總統有沒有補充意見，所以這些跟副總統報告一下。

開幕致詞

福和會理事長 林逸民醫學博士



福和會理事長
羅東五福眼科院長
美國眼、外科學院院士
北醫兼任臨床教授
美國德州大學臨床教授
馬偕醫學院董事長

剛剛各位貴賓已經聆聽前副總統陳院士精闢的分享，陳院士提供我們投影片檔案，大會現場也有直播錄影，回家還可以再好好學習。再次感謝我們前副總統陳院士，不吝提供公衛教父等級的教導，可說價值連城，如果在美國要聽這場演講，至少要300美元以上。

今天召開健保國是論壇，大會開始，我簡單發言，健保國是論壇主要研討台灣健保能否永續經營、要怎麼來落實分級、如何兼顧提高醫療品質與公平的原則、瞭解醫學教育，如何培養與留住優秀的醫師，讓醫療服務能夠持續。

台灣健保在可行性、成本因素上，是全世界公認最好的醫療制度，但是醫療品質就不見得是世界第一的。至於健保永續經營這個問題，我們今天要來徹底檢討。今天非常榮幸我們能夠邀請我們賴副總統，儘管副總統行程滿檔，他在百忙之中，仍不缺席我們醫療人員的這場大會，賴副總統本身也是醫生，很看重健保國是論壇，不論如何都要來向我們說幾句話，現在就把時間讓給我們賴副總統。

貴賓致詞

副總統 賴清德醫師



副總統
台大復健醫學系
成大學士後醫學系
哈佛大學公衛學院碩士
成大醫院總醫師
臺南市立法委員
臺南市市長
行政院長

大家敬愛的陳建仁副總統、福和會林理事長，醫師公會的大家長邱泰源理事長，還有與會嘉賓何黎星國策顧問、陳永興醫師、楊黃美辛大使、郭旭崧校長、王義郎董事長、黃慶峰董事長，現場各位嘉賓，醫界各位夥伴，大家早安、大家好！

今天，非常高興能夠受邀參加福和會所舉辦的健保國是論壇，首先我代表蔡英文總統，感謝林理事長跟福和會全體會員，為了台灣健保的長遠發展，舉辦這次非常重要的國是論壇，也祝福我們國是論壇圓滿成功、成果豐碩，為下一個階段的健保改革打下深厚的基礎。

我個人非常敬佩林理事長，因為他執業數十年，醫師服務的精神堪比醫療貢獻獎的得主，可以說是犧牲奉獻，我很榮幸有機會在國民大會跟林醫師、林國代學習，我也非常感謝林理事長對我非常疼惜，他不斷的給我鼓勵、加油、支持。

今天的國是論壇我認為非常重要，應該要讓國人更清楚我們全民健保的情況。第一，就是全民健保在增進民眾健康的同時，也要解決當時的社會問題，就是因貧而病、因病而貧這種惡性循

環，在1995年3月1日開始推動全民健保後，因為醫界各位先進的犧牲奉獻，得到民眾90%的滿意度，這是國家有史以來第一個單項政策能夠獲得民意這麼高的支持。

根據全球網路資料庫網站Numbeo的調查，2020醫療保健指數（Health Care Index）排行榜，台灣排名第一，領先日本及南韓，這代表台灣因為有健保，讓社會形成一個安全制度去保護民眾就醫的權利，不必因為擔心沒有錢而無法就醫；而除了就醫平權外，更重要的是，因為我們醫界大家的努力，所以才有辦法達到這樣的情況。

其次，台灣的健保制度在這次防疫裡面也發揮了非常大的功效，一方面是經由健保紀錄了解民眾的就醫史或是旅遊史，並藉由健保的機制協助口罩發放；另外，健保對防疫的另一個貢獻是，因為民眾不必擔心醫療費用而不敢就醫，每個人都納入健康的社會安全網，所以才沒有武漢肺炎的漏網之魚，台灣才有可能防疫成功，不至於有公共衛生的破口。

但是，這20幾年來，不諱言，健保制度也存在許多問題，其中第一個、也是最大的問題，

就是收支跟給付失衡的問題，為什麼會造成這個情況？我想在場大家都很清楚，如果不解決，未來恐怕會更嚴重。

第一個原因是因為人口老化的結果，65歲以上的長輩在2018年已經超過14%，台灣正式進入高齡社會，如果這個趨勢不改變的話，大概在2025年我們會進入超高齡社會，也就是我們65歲以上的比例會高達20%，這個趨勢恐怕會越來越嚴重，特別是我們出生率不斷地下降，2017年台灣出生19萬多個新生兒，2018年大概是17萬多人，2020年甚至降低到16萬多人，也就是說繳保費的人數沒有增加，使用健保的人數卻不斷增加，人口結構的改變，必然給健保制度帶來非常大的衝擊。

第二個則是，隨著人口老化，慢性病人就會增加，癌症病人也會增加，從民國70幾年開始到現在，癌症一直都佔據台灣十大死因之首，目前癌症的治療方式日新月異，光癌症的免疫治療方法，費用就變得非常非常高，這些通通都納入健保裡面，從2018年開始，台灣癌症的健保給付已經超過1千億元新台幣，代表人口老化導致人口結構改變，然後疾病型態改變導致健保給付增加，這又是另外一層挑戰。

第三個是政府為滿足民衆的要求，醫療服務不斷提升，新的檢查、檢驗、新的治療不斷推陳出新，除了我剛剛講的癌症免疫療法外，包括最近C型肝炎的治療也都納入給付，所有這些情況都必然對健保財務產生相當大的壓力。

當然，我們也很高興，也很感謝健保署李署長帶領的團隊，在大家的共同支持下開始進行改革，我認為非常重要的就是跨域的用藥、檢查、檢驗，還有包括電腦斷層的五大影像資料都上傳到雲端，這個不僅僅可以增進醫療品質、提升醫療品質，也可以協助偏遠地區服務的醫療人員，不管是診所或地區醫院，都可以藉由雲端進一步了解病人最近所做的檢查檢驗或者是其他的治療等等。

而這些改革也帶來減少浪費的效果，因為善用資料庫與科技管理技術，推估2014至2020年約減少93.5億元重複藥費支出；而跨院分享調閱CT、MRI醫療影像，推估2018至2020年約減少10億點重複檢查檢驗費用。這對健保制度來講、對民衆來講是一大福音，雖然節省的這些錢對整個健保來講還是微不足道。

我們也看到陳時中部長相當有擔當，他在今年1月份進行健保費率調整，從4.68%調高到5.17%，這樣的調整固然對健保收入有幫助，但我認為長期而言健保制度要服務民衆提高醫療品質，又要能夠財政平衡，必然需要一連串大刀闊斧的改革，而這也是福和會今天舉辦健保國是論壇意義之所在。

因為在場都是專家，我認為如何建立一套制度把疾病預防的觀念導引到健保制度裡面來非常重要。最近國民健康署公佈的資訊，大家可以注意一下，就是台灣民衆的平均餘命雖然有增加，已經超過80歲，不管是男性或女性，可是不健康的年數已經長達8.4歲，換句話說國人平均有10%的時間是不健康的，他可能是臥病在床、可能是坐輪椅、可能是仰賴他人的照顧，這表示什麼？可能國人比較重視醫療、比較重視長照，並不重視健康促進。

由於台灣醫療行為深深受到健保制度的影響，醫生個人、診所或者醫院其實很難在現有的制度之下，去做健康預防的事情，或者不是沒有做，而是很難把它當成是一個主要的工作或優先的工作，健保的制度就是如此。所以，未來如果健保制度有辦法調整因應國人這種情況，然後設計一套健康促進的預防制度到健保裡面去，我覺得不僅對民衆是好的，對健保制度的長久發展也是好的。

第二，這幾年來健保不僅照顧民衆的健康，它累積的資料也相當的可觀，26年來的醫療申報資料已經高達650億筆，醫療影像資料也有23億筆，大家都知道智慧化的時代，全球已經進行

第四波的工業革命，人工智慧、物聯網、雲端運算、大數據分析、AR、VR，還有區塊鏈等等，科技導入醫療服務已經勢在必行，在這種狀況之下，台灣擁有這麼龐大的資料庫，資料在人工智慧的時代就相當於石油，非常可貴，如果好好善用這些資料，對未來台灣智慧科技的發展其實將帶來非常大的幫助。

蔡英文總統上任後提出大健康的產業計畫，希望能夠眾志成城，結合包括醫界、資訊科技界、生物科技界，大家共同來推動大健康產業，包括剛剛講的智慧醫療，或是精準醫療，像過去特別是傳統醫學的望聞問切，我們看的是體外的生命訊號，包括多高多瘦、氣色好不好，現在我們看的是體內，但未來則是看細胞內，在精準醫療的趨勢下，如果能夠好好運用過去累積的健保資料、好好利用台灣社會各領域的優秀人才，大家同舟共濟，往精準醫療、智慧醫療、大健康產業方向發展，相信台灣未來無論是健保制度或生醫產業的發展，都一定會有非常美好的結果。

今天很高興受邀參加這個盛會，感謝理事長給我這個機會，也祝福現場各位貴賓身體健康、萬事如意，謝謝。

第一節

巧婦難為無米之炊 健保如何開源節流？

主持

福和會理事長 林逸民醫學博士



福和會理事長
羅東五福眼科院長
美國眼、外科學院院士
北醫兼任臨床教授
美國德州大學臨床教授
馬偕醫學院董事長

台灣的健保要怎麼來開源節流？我想可能要從分配健保預算的根本來說起，我簡單介紹一下健保的預算分配機構。台灣健保總額，以2020年來說，大概為7526億元新台幣，總額及分配方式如何決定，是由全民健康保險會39位委員來審查，所以，平均而言，全民健康保險會委員每個人分擔審核193億預算的權力。

相較之下，在座有好幾位立法委員，台灣總共有113位立法委員，審核每年政府總預算約2.1兆，平均來說，立法委員每個人只分擔審核186億預算的權力，立法委員是人民選出來的民意代表，全民健康保險會39位委員，是不知道誰選出來的審定委員，他們的權力卻比全民選出來的立法委員還大，你們立法委員都不吭聲？我們今天就是替你們討一個公道。

很榮幸我們今天請到尊敬的商東福商司長，我知道他在這方面非常有研究，商司長是事務官，依法只能聽從政務官的指示，奉命執行，他沒有辦法改變健保的結構，但是他可以說是最了解健保的官員，所以請他來向我們說明。我們的立法委員都很聰明能幹，但是日理萬機，不是每個專業問題都有辦法詳細了解全貌，負責官員來解釋，讓我們立法委員能更清楚健保的運作方式，能從中發掘健保真正問題關鍵。今天就由我們商司長為我們與委員們報告，讓委員們回去以後更能促進我們健保合理分配，以改善現有問題。謝謝大家。

引言

全國醫師醫療產業工會理事長 吳欣岱醫師



國立陽明大學醫學士
屏東醫院血管外科主治醫師
好過日協會理事長
全國醫師醫療產業工會發起人

一直以來，健保制度為人詬病的常常是分不清究竟是「社會福利」還是「商業保險」。剛開始接觸醫療議題的時候，我一直認為是不是應該要由政府來主導，在這兩種極端的概念中找到一個平衡點？兩種方式當然都各有好壞，全包的福利制度會影響到科技發展，阻礙自由市場的進步動力；但毫無制衡的市場機制則有可能造成醫療兩極化，弱勢族群的權益不保。

理論上，政府機關要做的是確保公平正義以及在法治下的自由，讓每個人都能得到最低限度的醫療照護及保障。但什麼是最低限度？基本人權有包含達文西手術或標靶治療嗎？

回到前言，我現在認為的確應該在兩種概念中找到一個平衡點，但責任不在政府，而在我們所有人。不應該是由單一個視角去找到任何平衡點，反而應該由各個團體都發揮他的代表性，忠實呈現出不同立場的聲音，讓不同的勢力去抗衡，最終跑出一個大家都接受的結果。

醫療是一個專業的領域，無論是醫學會、全聯會、各大協會以及工會，都應該要展現高度的自律性以及嚴謹而通用的標準，如此一來才對得

起社會大眾的信任。但同樣地，我們也必須積極而自信地向政府爭取行業內的定價權及我們存在的價值，如此一來才對得起這份需要不斷進修，一輩子戰戰兢兢的志業。

全國醫師醫療產業工會今年年初正式成立了，過程中很多人挑戰我說醫生賺那麼多，何必組工會？大家知道連NBA球星都有工會了嗎？從工會的角度出發不是為了要挑戰資方或是罷工，而是回歸到這份工作最原始的價值，去掉經營、管理各種考量的林林總總，好好的想想醫療應該追求的是什麼？

我有時候都覺得當醫生也太累了，不僅要臨床視病猶親；要花時間做研究發表期刊；要教學；現在還要參與公眾事務。但換個角度想，不就是一開始對於公眾事務、對於政策的擬定獨善其身，才落得現在這樣的困境嗎？初衷不變，敬佩福和會願意舉辦不只一次的健保國是會議，也感謝願意到場參與聆聽的各位前輩，希望透過不斷的衝撞和溝通，台灣的醫療制度能夠走出最適合我們的路。

全民健保會的角色與功能

衛生福利部社保司 商東福司長



衛生福利部社會保險司司長
國立台灣大學公共衛生學院職業醫學與工業衛生
研究所博士
國立陽明醫學院醫學士
衛生福利部醫事司副司長
衛生福利部國際合作組主任
台灣國際醫衛行動團隊（TaiwanIHA）執行長
行政院衛生署大陸事務辦公室主任
APEC衛生工作小組副主席
行政院衛生署國際合作處代理處長
國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹分院兼任胸腔外科
主治醫師
行政院衛生署新竹醫院胸腔外科主任

各位先進、各位夥伴大家早安，很感謝主辦單位福和會，尤其理事長剛剛的引介，讓我有這個機會來說明大家關切的這個問題，關於健保會的角色跟功能。

我先講一下，在衛福部有四個單位跟健保制度有關，一個單位是社會保險司，也就是我服務的單位；另外一個健保署，是衛福部所屬的機關，還有兩個常設性的任務編組，也就是爭議審議委員會，跟我們今天要特別跟各位介紹的健保會。

我們知道整個健保制度是以衛福部做為主管機關，社會保險司是這個主管機關主要的幕僚，另外剛剛提到今天要介紹的健保會，還有處理健保制度的爭議事項的爭議審議委員會。健保署是扮演一個保險人，就是負責整個健保業務的執行，整個運作的架構是這樣的三角關係，由健保署（保險人），跟被保險人，還有醫界，三方構

成運作的架構。

我們來回顧一下過去健保的沿革，從經建會開始做規劃，移到當時的衛生署有一個健保的規劃小組，這個規劃小組在健保1995年開辦之後，因為當時在衛生署裡面，並沒有一個督導健保制度的幕僚單位，所以就把當時的規劃小組轉型為健保小組，一直到二代健保跟衛福部成立的時候，我們把原來的任務小組健保小組，跟規劃長期照護保險的籌備小組，還有在內政部負責國民年金保險的同仁，整併成社會保險司，這就是社會保險司的由來。

健保開辦的時候，當時健保局主要是由勞保局跟公保處的人員組成，他是一個金融保險的事業單位，並不是一個行政機關，擔心沒有監督的制度，所以就成立全民健康保險監理委員會（簡稱監理會），剛剛理事長有特別介紹的，擔心沒有立法的監督，所以當時就成立監理會，由專

家、被保險人、醫界、雇主及政府代表來主持這個監理會，來監理包括財務的部分、包括保費、健保制度所有監督、運作事項。當時因為在健保剛開辦的時候其實是有一些制度設計，在健保法裡面規定要推動總額，所以當時另外有一個全民健康保險醫療費用協定委員會（簡稱費協會），所以這一個大概跟各位特別介紹當時開辦的狀況。

在102年我們實施二代健保之後，當時就把比較側重收入面監理的監理會，跟負責支出方面的費協會，兩會合一，做一個整併。除了原來監理的事情之外，事實上也要負擔年度平衡費率、給付範圍的審議，跟費用的協定。從原來的工作裡面，其實增加了需要做年度的審核，因為過去在費協會，可能只有行政院核定範圍之後，才開始處理，不過現在因為為了要讓收支連動，所以事實上更早的時候，就有健保會的介入。

監理是很重要的事情，其實健保會因為有各界的代表，所以我們希望能夠讓他扮演一個健保制度重要事務的溝通、審議及協商的平台。也就是說透過擴大民衆參與，剛剛理事長有特別提到有39位委員，其實過去監理會應該是有29位，費協會有27位，都有各方的代表。不過當時以監理會來講，29位裡面只有6位被保險人代表，其實大概1/5，但是現在二代健保之後，為了擴大民衆參與，為了實踐健保會是一個跟外界溝通的平台，所以人數比例增加，也就是現在大家所關切的委員人數，規定被保險人代表不得少於1/3，也就是說，現在39位，是14個人，過去35位時，是12個人，大概是這樣的。

當然付費者代表也要參與包括醫療服務、藥物給付、藥品跟醫療器材、總額支付制度的推動，因為過去這是蠻專業的，大家認為這個很專業，沒有他們參與的機會，不過為了要落實這樣的精神，所以二代健保以後也把付費者代表納進來。

所以大家知道在二代健保之後，其實健保

會在整個二代健保的重點裡面還是扮演相當大的角色，剛剛我們兩位副總統都提到財務的問題，第一個收支連動的機制就是一個的重點，另外一個是重要資訊的揭露，還有剛剛提到的民衆的參與。所以現在很顯然今天大家所關切的健保會，其實是在二代健保制度的設計上很重要的一部分。

我跟各位報告一下現況跟外界的意見，其實現在健保會根據健保法有法定的任務，大家熟悉的費率審議，或者是給付範圍的審議，當然，還有總額的對等協商的分配，還有很多政策的部分，這是法律上給他的任務，這是現況。

跟各位講一下，在實務的運作上，大家可以看得到，事實上以健保會的功能，以收支連動這個機制來跟各位介紹，就是說在每年年初，也就是現在，衛福部就由社保司，來跟各個相關團體召開一些會議、溝通一些意見，我們擬訂明年的年度總額，就是明年醫療總額應該要多少成長，然後送到健保會去諮詢，其實只是一個諮詢，這是在二代健保之前是沒有的，因為過去可能就直接等到行政院核定這個範圍之後，健保會才依這個去做協議費用總額的協商。

依法是由主管機關在年度開始6個月前擬定這個總額範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定；在時間點上，剛剛講在4月的時候，我們會交到健保會諮詢意見，之後送到行政院去核定這個總額範圍，然後再交回到健保會，希望在9月底以前去做總額協商。在場很多醫界的先進都很了解這個時程，這個很重要的一件事情，9月底以前必須要去協議訂定這樣的醫療服務費用總額。

如果沒有辦法達成共識時，可能就直接由衛福部來核定，但如果說是有甲乙兩案，或者是沒有共識的部分，再由部裡面來核定，確定明年要花費多少錢之後，再去根據你的收入夠不夠、你的保費收入夠不夠，去做一個年度保險費率的平衡。

健保費率的決定，就是我們剛剛前面副總統提到的，從4.69%到5.17%這種改變，誰來核定？就由衛福部送給行政院去做核定，所以這個核定是在行政院，所以大家可以看得到健保會，其實只是一個諮詢審議的角色跟功能，真正在核定還是在我們行政機關來做核定，特別跟各位說明。

外界有很多意見，當然是要面對，財務及總額分配，當然大家都一定有很多很多意見，所以我們綜整起來，其實大家都對委員的代表、委員專不專業、醫師的效率怎麼樣、他的代表是不是合理、委員的發言內容是不是適當、還有會議的資料是否公開，都曾經有意見。

我對照我們現行的規定，跟各位說明，其實在二代健保把開始推動健保會的時候，到現在已經有3次的修正，去因應外界的意見，比如說剛剛特別提到委員從35人到39人，這件事情也是在108年修法的時候處理。

至於在對等協商的時候，有一些意見的話，其實在102年就有做一個修正。

對發言不當的部分，108年也對於委員既然是各個團體的代表，你的發言事實上代表你的團體，不是你個人，這個也是在組成辦法去做規定。

至於開會的一些效力，在104年的時候，事實上也有修正去界定，就是如果你出席次數沒有達到2/3，下一次就不續聘，所以現在的規定已經經過一些滾動式檢討，甚至有些修正。

我們前瞻未來，事實上我們為了要對於這個健保的體制，當然包括健保費、相關的法規體制，我們希望能有一個檢討，所以我們也有一個委辦的計畫，希望對於幾個監理制度，甚至健保會的運作來做一個研討，希望作為將來改革的一個重要參考。

我們比較國內跟世界，包括亞洲國家跟歐洲國家的保險制度，我們做了一個研討，提到幾個改革方案，我們未來當然會分析它的可行性，做

為將來主管機關研議這個議題的主要思考方向，其實現在的健保跟國民年金保險，包括剛剛吳醫師有提到健保到底是福利、還是保險的爭論？其實國民年金保險，它的法不是稱為國民年金保險法，它是國民年金法，因為它除了保險之外還有延續一些過去的福利措施在裡面，所以從國民年金保險的實務可以了解，保險跟福利的分際在哪裡？

這邊跟各位介紹，如果比較我們勞保跟國保的監理制度，我們的健保會有一個什麼特別的地方，當然它是常設性的任務編組，剛剛介紹過，雖然核定權，費率可能是在行政院，然後總額協定最後是在部長這邊，事實上核定權還是在行政機關，健保會是行政決定前的事前審議，我剛講的會送到健保會諮詢這件事情，其實也是在實現我們希望落實民衆參與的設計。

相對於勞保，我剛剛沒有特別提到，因為勞保局是一個行政機關，本來就有立法院真正審預算各方面的監督，所以勞保的監理會是已經設在勞動保險司內，國監會雖然是常設性，但也偏重結果的審議跟備查。所以從這點來講，健保會已經算是一個前進的設計，希望民衆參與的設計。

跟國際比較，當然各國的制度跟背景有很大的不一樣，不可能直接來套用，包括日本也有一些各個組合跟不同組合，但是基本上我們看日本的法條，也是做為行政結果的一個備查跟審議，也沒有像健保會這邊，還有一些事前諮詢的部分。跟歐洲國家相比，他們有這個監理制度，也是有不同因應的機制。

所以我們不管是政策的形成或者是相關的過程，事實上很多很多的問題，我們會歸納這些意見，設定一些議題，然後做可行性政策的規劃。如果是可行，我們就會去立法，然後執行，然後再去評估，所以它是這樣的過程。

所以不論是從剛剛講的，政策形成跟立法的程序，都要廣納各界的意見，才有可能變成一個好的制度，所以其實立法程序，我們的立法委



員，就可以單獨啟動這樣的修法，所以只要有共識，都有可能完成修法。這張是從立法院的網頁上摘錄下來的，其實五院都可以啟動這樣的修法程序，也就是說如果今天有共識的話，其實都是可以做到這個改革的程序。

最後做一個結語，剛剛我提到我們當時的設計，二代健保之後希望健保會能夠落實財務收支連動，還有我個人覺得更重要的一個，建構社會參與平台這樣的核心精神，所以我們時時都要檢視，它還是不是有合乎原來當時設計的精神，然後適時凝聚共識做修法的參考，做改革的參考，謝謝。

如何珍惜健保資源照顧人民



立法委員 江永昌

中興大學物理學士
師範大學政治碩士
台灣大學工業工程碩士
台灣科技大學財務金融碩士
新北市立法委員
台北縣議員／新北市議員



陳瑩 立法委員

高雄文藻外語大學學士
舊金山音樂學院學士
伊利諾大學香檳校園音樂碩士
伊利諾大學香檳校園音樂博士
平地原住民立法委員
民主進步黨中央常務委員
立法院民主進步黨團團書記長



蔡易餘 立法委員

台灣大學財經法律系學士
台灣大學農學院生傳所碩士
嘉義縣立法委員
萬國法律事務所律師
民主進步黨中央執行委員
台灣陪審團協會理事
凱達格蘭基金會理事



周穎政 教授

哈佛大學衛生政策博士
國立陽明大學公共衛生研究所碩士
國立陽明大學醫學系學士
國科會生物處社會醫學學門召集人
臺灣健康經濟學會副理事長
國立陽明大學校友總會秘書長
台北市市立醫療院所醫療基金監督管理委員會常務委員

謝謝與會，我很榮幸獲邀參加，也覺得戒慎恐懼，剛剛我們一開頭的時候就講，這立委的責任重大，所以我們回去會再更加深刻的用功努力。

問題正如先前周教授所講的：我們的健保醫療是巧婦難為無米之炊，到底資源夠不夠？還是應該檢討不必要的浪費，尤其很多是人民就醫的習慣，或者我們政府有些政策，包含在上面，我們深刻檢討。

我們回顧一下健保的大事記，1995年開辦，2002年的時候，實施了總額支付制度，然後就接著調高保險費率以及部分負擔，2004年就全面換發了健保的IC卡，2005、2006年有一個多元微調，只要營業的費用、醫療保健跟傳染病的費用總額一共支出，然後調整投保金額上下限，2010年這樣還不夠，又調了保險費率，然後2013年收了二代健保的補充費，然後還辦了藥品費用分配比例目標值，2016年有一個好事情就是說為了要照顧弱勢，健保就不鎖卡了，2021年大幅挑戰又來，就是這個調保費。

在這些過程當中，因為我們是民主國家，在民主制度下，大家把我們立委看得很大，我們壓力也很大，剛剛我講的那些變革當中，政策支持者能不能有繼續推動的機會？或是屢次相關的行政首長又下台一鞠躬，我想大家對很多次官員更迭應該都記憶猶新。

講到台灣大家說健保成功，人民對醫療照顧的滿意度相當高，世界各國也非常稱讚稱羨，不過在這裡有一點必須要講出來，因為這當中，絕大部分是建立在我們醫護人員的奉獻犧牲跟血汗工作之上。

我們不能把這個現象常態化，不能一直把醫護人員這樣無私的貢獻當做是理所當然，不能這樣子，因為把醫療人力緊繃到極限，未來總是還有各種不同醫療問題的挑戰，不知道還要應付多

少次的衝擊？難道每一次都能夠過關嗎？

可是，到底我們醫療是要走一個市場經濟的路線，還是社會主義的路線？我們台灣健保就是社會強制保險，希望每個人都有基本的醫療人權，若要改走使用者付費，付費多一點的人可以得到比較多的醫療照顧，固然可解決供需的問題，但又帶來平等的問題。

我們以這次的武漢肺炎全世界爭搶疫苗來看，現在世界各國為了武漢肺炎在搶疫苗，強而有勢的國家大概每4人就搶到1支疫苗，又窮又弱的、死亡率還比較高的國家，卻要500人才搶到1支疫苗，我們前面的講題也有提到，到底怎麼樣去計算生命的核心價值，這實在也是不容易。

我們醫療到底要走哪個方向，我用疫苗來做一個延伸的比喻：要去防範死亡、重病更重要？還是對於經濟社會的衝擊要放在前面？但誰付得出、誰付不出、誰享受到、誰沒有享受到？剛剛其實剛好接著周教授剛剛的圖表，在我們民衆對於健保是相當肯定的狀況之下，到底我們的付出夠不夠公允合理？

其實坦白講，資源就已經很少了，其實更要避免不應該的浪費，接續剛剛前面講者所講，我國2017年的資料，台灣經常性的醫療保健支出，每年的花費，平均一個人大概是1400多元美金，美國是1萬2千多元美金，瑞士是9千多元美金，挪威是7千多元，瑞典是5千多元美金，日本是4千多元美金平均，韓國也有2千多元。再重複一次，台灣每個人經常性的醫療保健支出平均只有1千多元美金。

你說大家的消費水平不一樣，台灣這個物價指數跟剛剛那些我講的其他國家不一樣，那我們就回頭看，又回到剛剛周教授前面所講的，回頭來看我們佔GDP的比例，以2017年的數據來看，美國他的醫療保健支出佔他的GDP要到17.2%，然後瑞士也有12.3%，德國11.3%，

日本是10.7%，韓國是7.6%，台灣是多少？台灣比我剛講的這些國家都還要少，台灣只有6.1%。

所以我們從個人的支出或者我們回頭看佔國家GDP的這個比例，顯然我們在醫療保健這個支出上或是佔比上，都是非常非常低的，所以這是很重要的因素，該怎麼樣處理這樣的問題？還不只有資源過少，就是我剛講的巧婦難為無米之炊，另外還有政策上的考量到底怎麼樣才知道有沒有被浪費？我舉一個例子，但並不是要批評這個政策。

因應現在台灣少子化，希望讓年輕的父母減低育兒負擔，所以2005年我們有一個政策，3歲以下的兒童，部分負擔免費，我想大家不會跳出來反對，都贊成？可能有人搖頭。在此並不是講我的意見是支持或反對，而是討論政策的結果。

看數據發現：免部分負擔，造成年輕的父母直接帶小孩去大型醫院，因為他覺得原本去大型醫院健保部分負擔比基層診所高，現在同樣全免，相較之下，感覺去大醫院更划算，所以感冒也帶去大型醫院了。我們的健保資源就在這裡消耗掉了，這個消耗有多誇張？3歲以下兒童免部分負擔之後，讓大型醫院增加將近50%門診量，在這個區塊中醫藥總支出增加了7%，門診數增加了5%。

所以也就是說，政府下達這樣的政策的時候，顯然一定不是站在整個健保制度的考量，事實上他是基於其他政策的考量，放到健保這裡來。到底健保資源的使用上，還要去涵蓋國家其他重要政策，這到底正不正確？但這是我們的健保必須面對的問題。

大家一直常常在講應該要支持醫療制度分級，要鼓勵轉診，我也實際看了一下數據，如果以2014年來看，因為我這數據有點舊，醫學中心看呼吸道感染平均8位是1386點，如果你去基層診所算平均8位是500點，但是民衆又覺得想要去大醫院。

醫學中心也有自己的困擾，因為健保重症相對給付的比例算起來偏低，所以那些大型醫院的收入，還有很大部分也是要靠這個門診來挹注，所以也不可能不收小病來大醫院看的病人。從人的觀點、人的就醫的需求跟意願，或者是從大型醫院的需求來看，所以年年一直在推轉診我看效果都都很有限，要分級分級，到現在也沒有看到什麼大的成績。

最後講到立委的困難，有時候我們真的不曉得民意是長那樣嗎？如果誠如剛剛衛福部的指教、周教授的意見，我們去聽民意，一定會跟你剛剛講得有很大的衝突。所以在這邊這樣講，當然我們是希望盡量能夠支持，因為每一個政策在最後都會牽一髮動全身，醫界也有跟我們提過，設計獎勵誘因不只有下轉上的轉診，應該要上轉下也設計轉診獎勵，我也真的很希望能夠看到這樣的方案提出，但我個人是還沒有能夠想像說應該怎麼樣去提案。

在這一點上也有看到過去曾經在健保局時代的時候就有官員提出過，我不要把名字講出來，那時候提出有分級保單的設計，在這裡我再去提一點，就是台灣還有另外一個困難，就是超高齡化，我們台灣15到64歲的勞動參與率在2020年才只有59.2%，15到64歲有就業的人，也就是計入勞動參與率者，比較容易掌握到薪資所得繳納健保費，比較勞動參與率，我們看旁邊的日本76.9%，韓國有69.4%，台灣真的很低。

其實健保費是健康的人在繳，因為我們保費並不是現在繳了以後再用，是現在繳了，大家都繳，身邊的人在用，所以醫療支出，健康的人補貼了生病的人，也等於年輕人補貼了老年人。所以過去也有人提出說勞動力參與的年齡，台灣大家都提早退休，還有一個部分就是這個時代的年輕人月光族，每個月領薪水就花掉，真的他繳健保費的能力會比較高嗎？還是已經打定主意奮鬥成功退休的，人家說老年人是國家的寶，他是不是反而比較有能力繳納保費？

回到我剛剛的轉診分級制度，有的人他傾向於反正直接去大醫院，有的人願意配合轉診，前者很多是老年人，而年輕人或許他可能先去基層診所，不會一下子就去大型醫院，沒有可能在這邊做出區別？也許不是年輕人跟老年人的區別，而是有兩種保單的設計，一定要遵守轉診制度是其中一種，要第一次就要跑去大醫院的又是另外一種，後者可收取較高費率，如此就能彌補對健保造成的成本增加。

但是這個其實它相當的衝突，沒有一次那麼好能夠說明的。

我再濃縮一下，最後我是從這一次的武漢肺炎，台灣去年一整年我們的防疫看到一個現象，我相信大家也都相當了解了，去年看病求診的民衆大幅減少，但就診的減少可能來自三種狀況：

第一種狀況是因為疫情，所以民衆更小心仔細的去審慎評估自己到底是不是過度看診？真的

有需要非看醫師不可嗎？還是只是因為不放心，反正健保很方便，就去醫院掛號看診，是這種情況嗎？因為去年有疫情，大家更審慎，所以我們的門診量整個降下來，是這種情況。

還是說其實他還是該去就診，但是因為他擔心疫情傳播，擔心被感染，所以不敢就診，這是第二種情況。

第三種情況有可能是因為大家都口罩戴起來，防疫措施做起來，連帶的對相關的其他的疾病，他生病的機會就少。

這三種情況其實如果真的是從去年的疫情我們看到去門診的次數大幅減少，我們應該對民衆再多做些教育，就是說不要去浪費醫療資源，我在這邊做這樣的一些報告，等一下再繼續聆聽，希望到立法院這個地方，今天有很多委員一起來，我們會為大家認真努力，以上謝謝。

立法委員 陳瑩

我們在座的各位好朋友，還有我立法院的好同事邱教授還有江委員、蔡易餘委員，還有我們在座各位很多前輩們大家好，今天來這裡看到這麼多的專業人士我還蠻緊張的，跟大家報告，我想大部分的人都知道我來自台東，有去過台東的舉手一下我看看，幾乎都去過了，是去巡迴還是去玩？聽這個笑聲應該都是去玩。

我想我們今天就先從台東的人口跟面積來談起，其實台東縣面積很大，人口數也只有21萬4700多人而已，跟台北市比起來，台北市大概有250萬6千多的人口，所以這個人口數是台東的超過10倍，在人口密度上，台東大概是61.09，台北是9516.79，所以這個密度上的差距是有141.85倍，這個數據有點不太好換算，所以我舉個簡單的數字來比喻，就是說假如這個面積，大家都知道台東非常的狹長，如果我們台東面積假如是台北市的10倍大，因為這個健保資

源是用這個人口參數來做一個分類，等於我們台東可能跟台北比起來是用1/10的醫療資源，但是卻用在10倍大的面積的建置上面。

但是大家不要忘了，我們台東人有兩樣東西，跟大家繳的費用是一樣，我要特別提出來，當然第一個是健保費，第二個是自強號火車的車票錢，因為我們都是早期電氣化還沒有通到花蓮的時候，其實我們都是坐柴油很臭的自強號，不像大家坐比較新型的傾斜式列車，這兩個繳一樣的費用，其實都是我們台東人心中長期的不平。

當然這個健保資源依照人口參數被分配在北中南高屏台北然後東區，或許在偏鄉，在我們東部這邊在健保的點值可能高了一點點，當然政府也投注了很大的經費在IDS醫療給付效益提升計畫、醫學中心支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫，當然最近特別像大武的部分也增加遠距醫療，還有也謝謝高醫的團

隊長期以來支援我們台東大武線醫療的部分。

但是我們其實大家想一想，下午當然也會針對偏鄉醫事人力缺乏的部分還會有做深度的討論，但是我們即便在健保點值的分配上給偏鄉的醫師再高一點點，但這個高一點點有真的可以幫助到多少嗎？因為這多一點點的健保資源分配配置上，他未必能解決我們偏鄉的問題，因為我們想要留住醫師，並不是說我們多一點的醫師進來，其實如果多一點的醫師進來，但是專科不是我們需要的，可能也沒有辦法解決我們的問題。

其實我的大伯他是在南迴路段開車的時候忽然就身體不舒服，那時候他的小孩還很小，可能就只有3、5歲，那時候也沒有手機，後來他在路上就走了，連叫救護車都來不及，這件事情在我心裡一直留下很深刻的印象，所以其實這個急重症的醫事人員才是我們真正急需要補強的。

所以在台東我特別要提的是未來回到立法院也會再用力徵詢，因為以台東為例，其實我們急需的是需要把台東的地區醫院把它提升為醫學中心，整個急重症的醫事人員我們很難數出來有幾個開腦的、幾個開心臟的，甚至有很多癌症的病患或者我舉這樣例子可能不是很好，但是大家想想看，如果之前的太魯閣事故、普悠瑪事故，如果他發生了路段也跟我大伯一樣是在南迴段的時候是怎樣的情形？我們應該要往屏東送還是要往台東市送？因為以羅東來講，宜蘭羅東還有聖母醫院，花蓮有慈濟，這些都可以處理這個急重症的部分，我們台東呢？

所以這個部分在這邊特別也是要呼籲我的同事還有各位大家一起來幫幫忙我們提升，趕快

把台東的地區醫院提升為醫學中心，讓整個醫療的量、醫事人員的品質能夠補強，因為我們要的不是單一醫師的能力上的提升，而是整個醫療團隊，我們缺的是這個，目前因為大量的經費其實是投注在我剛剛有舉例的IDS計畫等等的，但是其實我倒覺得這個經費上除了剛剛要做醫療中心的提升以外，點對點的提升就是這個交通的便利性。

我特別要講的，我之前在立法院推了一個不算大的一個計畫，就是要求我們在有些像長期需要到北部來看病的有些癌症病患跟家屬，常常我們連火車票都買不到，也沒有特別保留，所以前陣子推了這樣的計畫，當然我們也希望就是說其實因為要到北部，我們還有家屬的陪同，還有住宿，當然政府有一些補貼，但是這些補貼遠遠都不及，因為這些家屬還要請假，整個身心跟時間上其實都是非常疲憊的。

所以在這個點對點的提升，特別是有緊急事故發生的時候，整個交通的便利性我們都是在跟時間賽跑，最後後送的整個系統串連，我們從台東要送到外地去，我真的希望我們可以建置一個系統，比如我們從台東馬偕送到北部的馬偕，未必說要在同一家醫院，因為我相信每個病患他們有自己的選擇，特別是如果他的選擇到北部不是在同一家醫院的時候，我們這個系統是不是能夠很快速的讓這個醫療的一貫性不要打斷，我想今天就藉著這樣的機會小小的替我們東部偏鄉的民衆發聲一下，後續我們回到立法院再繼續努力，謝謝大家。

立法委員 蔡易餘

謝謝主持人，各位與談人還有我在立法院的好同事，我們的邱泰源邱委員、江永昌委員，還有陳瑩陳委員，很高興今天受到我們福和會邀請，來討論這個健保的議題。

在講這個議題之前，想跟大家分享，大家看到新聞也知道，我爸爸是健保一個很大的受惠者，他在台大醫院接受了肺臟雙肺移植的手術，非常的成功，在今年3月的時候正式出院，現在

還是會回台大醫院去做一些復健的工作。

我爸大概是從去年的5月進到台大的加護病房，前面2個月大概狀況比較糟糕，因為他的肺阻塞末期，是沒辦法用肺去交換氧氣，那時候狀況很危險，但他也是非常幸運，在他生日的前一天晚上，台大醫院徐紹勛徐主任告訴我說有一個比對起來適當的肺，問我要不要接受移植的決定，當下我就同意，所以後來在7月14日那一天進行肺部移植手術，移植的時間大概15個小時，完成了這個手術。

我想跟大家分享的就是說因為我爸住院的時間很長，所以這中間當然就是有很多費用支出，當我真正接到醫療費用帳單的時候，我看到覺得馬上要流眼淚，就是實際上去做肺部移植的這個手術的費用，那個費用講出來大家會嚇一跳，因為那個費用是12萬，一個肺部移植這樣把生命救起來，只花了12萬，所以我從這個經驗覺得台灣的健保真的是太了不起了，可以用這樣低廉的費用來提供這樣好的醫療，不管是來自全民繳交健保費或是做部分負擔，可是需要的時候，它就是可以發揮非常大的功能，所以我覺得這真的是台灣健保最了不起的地方。

我今天受邀來參加我們的健保國是論壇，也看到了準備的數據，我們知道台灣健保的支出大概只佔全民GDP的3.8%，跟其他國家大概都是10%以上有很大落差，大概相對比較接近的就是韓國7.5%，但還是我們的一倍，我們是3.8%，所以看起來台灣相對支出在健保這一塊可以說世界最低，而且是遠遠的低於其他國家，甚至1/3都不到。

我們支出相對少的健保費用，卻得到可以說是世界最棒的醫療技術跟醫療的這些團隊，從這裡可以看出來，實際上大家都覺得台灣的健保真的很不簡單。當然健保我們支出少，得到這麼大的服務跟照顧，現在整個健保支出的規模也從95年開辦的時候的2千億已經膨脹到現在的7千億，這樣膨脹的數字到底花在哪邊？我想這個是

更值得去探討的。

當然最近因為整個健保費率的調高，也是有一些討論，不過我想還是要感謝整個醫療團隊這段期間台灣的醫療團隊撐住了台灣在面對武漢肺炎的這個挑戰，人民的信心讓我們這次在調整健保費率的時候，相對受到的阻礙沒有預期中的大，當然這個就是醫療體系的努力有受到肯定。

可是我想要跟大家分享的就是說，我們這樣膨脹的醫療支出，事實上可以看出來，花在慢性病的人多，所以我就想跟大家分享第二件事情，就是因為總統叫我減肥這件事情，最近我又很常上新聞了，我的體重108公斤，快109，量體重被總統發現，她就下令我3個月內一定要減肥，如果沒有減肥要把我開除黨籍。

當然這是總統的玩笑話，不過畢竟君無戲言，所以我也來認真減肥，減下來不要讓總統漏氣，我有去健身房操練，也都不吃澱粉，什麼都有，大家也很關心我，什麼秘方全部都給我，我家有好多藥譜跟食譜。不過這是題外話，因為我認為事實上台灣的健保支出，大多都是用來應付像我這種肥胖的人。

肥胖的人他後來會有什麼？像我4年前就在吃高血壓的藥，在2年前我就要吃降血脂的藥，所以我是變成每天定期在服藥物的人，定期服用藥物，這部分就會有藥的健保支出，給付藥品費用開藥給你，我看到藥的支出在整個健保給付裡面已經佔到了將近30%，所以健保支出對於藥的這一部分又支出很多。

但是我們知道，服用高血壓的藥，如果沒有改善生活型態，像我如果沒有減肥，我這個藥就是要吃一輩子，我現在開始有在控制，我發現我的血壓好像有跟著掉下去。所以有個觀念就是說：我們是不是可以著重在於如何讓國人健康，取代事後的醫療。

比方說洗腎，洗腎一直是我們整個健保支出很大的一塊，每年大概花了500億，後來大家去檢討這一塊後，我們就針對所謂糖尿病的患者，

我們有個共同照顧的機制，這個共同照顧機制就是說如果你的血糖已經高到一定的程度，可以由醫生、衛教師、營養師跟藥師共組一個共同照顧網，他們一起為這個人的血糖做合理的調控，延緩這個人進入到洗腎的一個起始點，所以越慢開始洗腎，至少這一個人一年可以省下54萬元的健保支出，洗腎一年就是要花這麼多錢，這個就是說我們要怎麼強調預防的概念。

所以我在想，如果在未來健保的支出裡面，再更進一步的把類似要洗腎這個觀念把他預防高血壓，因為高血壓可能就中風，中風後面還有一連串的醫療支出，我們如果有辦法支出醫療健保一部分經費，透過我們幾位立法委員來倡議看看，比方說要投入早期的衛教，衛教的部分是不是可以視為預防，然後校園的這一塊就可以來做健保的先行支出。

甚至現在大家的地區都在推動國民運動中心，國民運動中心很便宜，一次才50元，50元分成10元是健保支出，對國家也是划算，因為這裡面都是自己去的，國民運動中心光靠自己是養不起來的，如果我們可以透過健保支出，逼著這些人去運動，像我現在被總統逼著運動的話，

他去花費的40元，10元由健保來支出他，他還是要花費一定的錢，對國家來說，這個運動中心可以賺錢，然後，這個整個健康的概念就會導入到國人的觀念裡面。

這是我的一些小小的想法，當然不是很成熟，不過我是感覺我們如果可以真的從健保提倡健康，延緩大家進入實質醫療的時程，因為現在台灣老年化已經很嚴重了，現在到2019年是15%以上，所以老人是越來越多，老人的病就會比較多，老人生病有很多是慢性病，我們從延緩進入慢性病，延緩開始的時間，我覺得這是減少整體的健保支出的很重要的一個發想。

因為在立法院有邱教授是我的學長，我的意思是我嘉中的學長，所以我很多醫療知識不足，包括我爸爸這次整個治療的經過，邱教授都給我很大的幫忙，我也覺得未來如果有機會可以在這一塊的領域可以一起來跟大家合作，也是學習，因為本身我對這一塊的專業也是沒有那麼多，不過對於立法修法這一塊我覺得是我們責無旁貸的一個工作，也是今天真的很感謝有這個論壇大家一起分享，謝謝大家。

立法委員 賴惠員／由邱泰源教授代理致詞

謝謝，首先感謝我們立法院幾個好同事，在百忙之中仍踴躍出席，陳瑩召委還是從桃園趕回來，她馬上又要趕回去；蔡易餘委員是從嘉義上來，我本來以為他應該不會來，沒想到大家誠意十足；我本來想說江永昌委員講3分鐘，竟然講了快30分鐘，表示他準備得非常充分，他的辦公室就在我旁邊，每天我們有很多醫療領域代表都去過他辦公室，好解決的我來解決，不好解決的就早上我們在座三位報告，永昌來努力。在座我們前委員陳曼麗委員也在這裡，大家一起努力。

賴惠員委員她因為台南的行程，一直到昨天才跟我說真的不能上來，所以麻煩我代為向大家

致詞。賴惠員委員是台南的立委，其實她先生是診所醫師，台大醫學系畢業，以前是我帶過的學生，我們都蠻熟的。

賴惠員委員長期受到醫界很大的支持，一直很關心醫界專業的權益，不管是資深的或資淺的，當然很樂意協助大家解決醫界的各種困難，也因為自己長期在社區醫療界努力、為人民在努力，所以了解到、也強調：基層醫療在醫療體系非常重要，也特別請政府能夠在健保總額預算裡面更重視基層。

聽說今年基層醫療總額成長率幾乎非常的低，她覺得她先生能贊助的選舉費用好像會少了

很多的感覺——這是她說笑的部分，不在正式致詞之中——還有也希望政府在防疫紓困當中也能考量基層診所的部分，因為他們都首當其衝，在疫情中身陷困境，希望政府多加關心，特別在

這邊也提出這樣的呼籲，希望多多幫忙基層的診所，相信對分級醫療會有很大的幫助。在這邊賴惠員委員也特別對大家對她的支持表達感謝，我代表她說聲謝謝。

陽明交通大學附設醫院行政副院長 周穎政教授

大家好，非常榮幸可以到健保國是論壇來分享一些心得，說明一下，我剛剛卸任健保委員，所以很體會到其實在健保會開會相當的不容易，因為健保會委員來自各方，確實對健保的議題，從我的觀點，並不是那麼的了解，所以常常是一些比較資深的委員就會把持整個議事的推動，新進的委員不太容易有所發言。

這本身還是回歸到核心的問題，就是怎麼讓健保會委員能更為專業，我們可以看到其實我們立法委員經過多年來制度的調整改革，分設不同的委員會，經由這樣的制度設計，相當程度提高了立法問政的品質。反觀健保會並沒有這樣的規劃設計，在會議品質上就可以看到很大的落差。

我今天因為要探討的題目相當的多，我大概只想聚焦在一點，就是在我們都提到一點，就是醫療費用，就長期來看，台灣是相當的不夠，今天我們大概要談的一個問題是面對長期而言，整個台灣的醫療支出勢必要有更高的成長。

我們今天也有另外一種聲音，就是說有沒有辦法透過一些節約辦法來避免浪費呢？希望透過節省的制度，想避免掉我們整個醫療費用的成長。這是一個核心的問題：如果沒有辦法只透過節約與避免浪費，來抵銷長期醫療費用要成長的趨勢，你所面對的挑戰要如何來解決？

我首先要報告的是，其實就醫療服務而言，最重要的產出就是健康，就健康而言，我們今天要求的不只是壽命的量，還有它的質，所以最重要的是醫療服務希望能夠產出有品質的壽命。因此，所有問題最核心的關鍵，就是我們怎麼去計

算健康的價值？甚至更進一步，來說是怎麼用金錢來代表我們整個醫療服務所創造出來的價值？

我喜歡舉一個簡單的例子，就是在這次美國疫情來的時候，大概美國的健康經濟學者就被召集起來，他們要回答一個很重要的問題：在這個疫情之中，我們所受到的這些挑戰衝擊，尤其生命的損失，到底換算成金錢的價值大概是多少？很多相關決策，到底要不要進行何種防疫工作、預算到底要做怎樣的調整？勢必受到這樣的統計數字的影響。

美國的EPA他們現在用的數字大概是900萬～1000萬美金，這是他們官方的數字，也就是說今天在美國，生命的價值相當高，正因為生命價值相當高，不惜一切代價也要去控制疫情。所以大家都可以聽到一個人準備的疫苗已經買到3支、4支，因為他們可以重複在這裡投入買更多的疫苗，就只是為了要控制疫情，因為控制疫情下挽救的生命價值相當的高。

台灣有沒有相關的研究？其實是有的，台灣健康經濟學會的第一任理事長劉錦添教授，他是我們蔡英文總統的姊夫，其實在2004年就已經發表了一篇文章，在SARS之後他測量台灣人民願意為生命付出多少價值，大致上算出來台灣人平均一個生命的價值會是9786萬～4.12億新台幣。從這些數字大概都可以看得出來，只要一個國家越進步的話，生命的價值就越高。

今天我們探討任何的措施，我們要引進科技，最重要的還是要回到經濟評估的觀點，也就是說我們花了多少錢、我們買到了哪些品質的東西，所以就是一個簡單的東西，就是你創造的價

值到底有多大？你的成本多少？

所以你可以分兩個面向，我們今天醫療服務，健保是付給這些醫療團隊的價格，就是等於我們成本的部分，一方面來說，只要付出的成本很低，要達到創造價值就消滅比較容易；一方面來說，假如生命的價值越高、命越值錢的話，也越容易能達到創造價值的目標。

所以就是今天我要講的基本的觀念，這張圖其實是大家常常看到，最下面那一條紅色的線就是台灣，台灣整個經常性的醫療保健支出，走的路線是跟全球其他國家都不一樣，我們幾乎是平的，就是代表我們幾乎是毫無成長，大概一九九幾年的時候，一路到今天的話我們還是在6點多，全世界其他國家通通都面對一個快速成長的醫療保健支出，我們台灣就走跟人家不一樣的路線。

從這些先進國家的醫療費用成長，帶給我們最大的啟示是醫療支出將會隨所得成長而持續成長，而且他的速度會更加的快速，這裡必須要釐清一個概念，醫療支出增加並不意味著其他的支出會比較少，其實其他的支出也是增加，只是你國家越有錢、人民越有錢，你在醫療支出會相對其他支出的速度比較快，其他支出的速度會比較慢。

我下面用一個簡單的數學式大概可以算一下，今天我們醫療支出佔GDP的比重隨時間而成長，這個成長上去的時候，醫療支出會成長得很快，但是別的醫療支出還是會成長，這裡面反應出來的是對於生命價值的重視。也就是說國家越進步越發展的時候，人民跟國家都願意投入更多的資源到健康，去創造出生命的價值。

這裡面大概就是反映我在美國的老師David Culter，其實美國是全世界最極端的一個例子，因為他們的醫療支出相當的龐大，我們醫療支出佔GDP的比重在台灣還是只有6點多，大概美國已經到17%，美國雖然這個醫療支出相當的龐大，但是他們算起來是認為他創造的價值還要更

加的巨大，花很多的錢，但是這個創造出來的價值還是很巨大，雖然醫療運作仍然充滿各式各樣的浪費，但是整體來說創造出來的價值還是遠大於他所投入的一個成本。

所以對台灣而言，生命的價值隨著所得增加將會不斷的提升，我們今天面對一個很大的挑戰就是我們都知道每天實務上有浪費、有很多的無效醫療，我們常常讓這樣的聲音讓這個醫療產業所創造的價值在情感上，或是感覺上，大打折扣。

其實我覺得剛剛賴副總統講得很好，他提到我們有很多雲端藥歷，各式各樣的節約方法，省下來一點點的小錢，其實無從去因應整個要快速成長的醫療費用。所以我們面對最大的困境就是在於：怎麼樣在有效節制浪費的同時，你最重要是要兼顧醫療費用的合理成長。

醫療支出合理成長在這個年代是特別的重要，幾個重要的理由就是整個製造業慢慢的在往整個服務業轉型的全球趨勢，製造業需要的人口會逐漸的減少，醫療服務這個產業會吸收大量的就業人口。

第二點可能現在是更重要，COVID-19之後，我本來一直以為疫情會有結束的一天，現在看起來可能會是長長久久，所謂的流感化，因應這樣的挑展，整個醫療體系必須要重建。實證證據也證明：沒有好的一個醫療體系，沒有辦法把疫情控制好，經濟也無從發展。

第三大點就是在全世界所有國家面對疫情的時候，對各式各樣行業去紓困的時候都會面臨一個很大的問題，紓困的錢最後是照顧到勞工還是被上面的老闆給拿走？分析起來，醫療保健行業裡面，勞工分配的比例是最高的，簡單的看一下以前有位院士計算出來的結果，醫療保健行業裡面，最終勞工所得佔總值比例達71.9%，其他的行業大概都不會這麼高。

我們面對整個21世紀，全球所有的國家都是在往生技產業發展，進行全球的競爭，背後必

須要有合理的醫療支出成長，才能夠去支持國家的產業轉型、COVID-19之後體系的重建，以至於要發展生技產業。

我們總結看一下，其實台灣的健保費率從開辦4.2一路走到110年調到5.17後來又下降，現在終於回到5.17，其實看起來在全球的趨勢裡面是相當的疲軟，也幾乎可以說沒有辦法反映出人民對於生命價值的提升。從這個觀點裡面，當然很值得去思考一點就是我們投入這麼少的一個費用，我們趕不上全球醫療支出的成長趨勢，我們下一步該怎麼辦？

因為今天有很多人還要發言，我大概只簡短的講：合理的醫療費用成長才能分攤風險、照顧弱勢、創造生命的價值，同時要促進整個台灣產業轉型、創造就業機會，帶動整個經濟的成長跟發展。

醫療浪費跟無效醫療，從我的觀點是：假如你沒辦法妥善處理，這樣的一種感覺，這一種看法會導致醫療保健支出沒有辦法合理的成長，就是人民會認為必須先解決浪費問題，才來跟我談要調高費率、調高醫療保健的支出。所以這一點其實大家要注意，是不利於台灣整個的長期發展。

最後一點我大概必須要提到，我們大概最困難的一點是在於醫療保健支出佔GDP的比重在21世紀一定會成長，而且會快速的成長，佔到GDP的10%、15%、20%，都是可以預期也都會發生的。比較大的一個問題是：假如這筆錢都是要透過公共的預算，也就是透過政府的預算或是全民健保來支應，很可能它會面臨很大的困難，因為你很難有一種課稅或收集保費的機制能夠課到這麼高比例的GDP。

所以怎麼利用民間的力量，透過私有智慧其他的智慧保險市場來滿足整個國家未來會在醫療保健支出的成長，這些可能要做及早的規劃，所以我簡單的報告到這邊。

健保會如何避免外行領導內行



健保會委員／全聯會醫療政策委員會召集委員
吳國治醫師

國立台灣大學醫學系
中華民國醫師公會全國聯合會常務理事
中華民國醫師公會全國聯合會醫療政策委員會召集委員
衛生福利部全民健康保險會委員
新竹市醫師公會常務監事
中華民國眼科醫學會理事
吳國治眼科診所院長
前新竹市醫師公會理事長
前新竹醫院眼科主任



台灣植牙醫學會理事及專科醫師
史書華醫師

環球牙醫診所院長
台灣大學牙醫學士植牙訓練
中華牙醫學會全國假牙鑲復及牙體復形臨床操作競賽
冠軍
美國哈佛大學植牙進修
台灣植牙醫學會TAOi植牙專科醫師理事
台灣植牙醫學會TAOi前學術委員會主委
現任公關委員會主委
台灣植牙聯盟第一屆專科醫師及種子講師



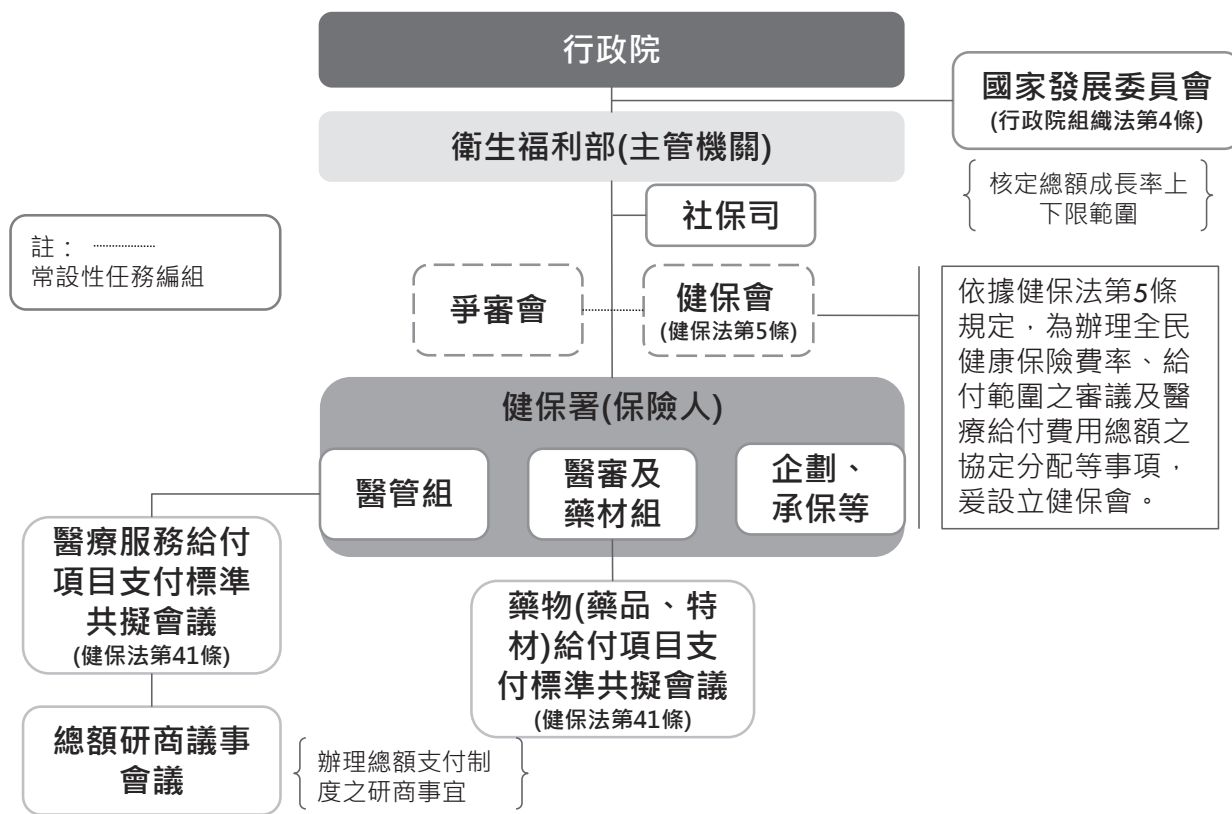
▲圖2 衛生福利部組織圖

我只有7分鐘，那要講快一點，各位前輩大家好，我就不再一一稱呼，今天的主題是「健保會如何避免外行領導內行」，我之前擔任過2屆健保會委員，現在已經是「前委員」了，因為參加過健保會的會議，所以我可以從裡面去做些觀察，我希望健保會能夠更加的健全，如此一來才是人民的幸福。

要討論健保會的改進，我覺得要從組織、組成跟任務來做一些分析（參照圖2），另外我提幾個案例跟大家分享，這張投影片商司長也秀過，健保會基本上是一個常設性的任務編組，部裡有很多的司，跟健保有關係的，包括爭審會，

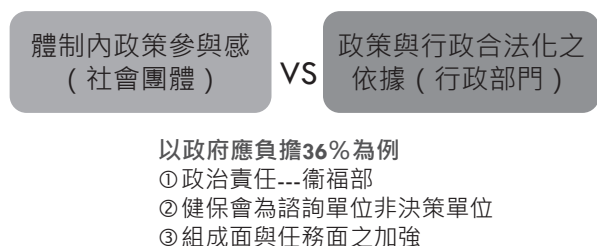
可以看到其他的任務性編組，同質性非常高，專業性也非常高，可是健保會裡面委員的組成，同質性是很低的，對健保的專業性，了解程度上有極大的差異，但不是他們的錯，因為整個社會的結構就是這個樣子，所以他的組成是很廣泛性的，這個要先點出來。

在這張健保行政的組織圖（參照圖3），健保會是在衛福部下面所列的常設性任務編組，另外我們可以看到國發會在這裡扮演的角色，每年的總額都是由國發會訂定它的上下限，所以國發會在健保會委員中佔有一席之地，另外在部裡面處理健保相關議題，主要是社保司、健保會還有爭審



▲圖3 全民健保行政組織圖

會，健保署基本上在這樣的架構，是處理健保各種的事務性工作，裡面有各種不同的研商議事會議，有給付支付標準共擬會議等，這些會議健保會委員（付費者代表）也都有參與在裡面。



▲圖4 社會團體的參與

要跟大家分享，社會團體很希望能參與這些政策制定的討論，這是非常重要的，我想政府也希望他的政策跟行政上的推動能有合法化的依據，如果能讓委員一同參與，這個政策會很好推

行，如果這個設計沒有問題的話，那麼效益就會提升，可是如果這中間產生一些問題的話，他的效益就會不好。

我以政府應負擔36%為例，我想商司長感受應該非常的深，健保法裡面規定，政府要出資36%做為健保費用，可是在公式計算的基礎，這中間跟各位委員產生了不一樣的觀點，這時問題就來了，事實上司長已經在會上解釋非常多次了，他代表政府的觀點，也有明確的函示，可是付費者代表不一定認同。

剛提到健保會委員有39個，每一個人每次開會講10分鐘就要6個鐘頭，會有效率嗎？不可能有效率，還有一些常設性要報告的東西，我在這邊當了2屆委員，光反覆聽這36%的事情，就快抓狂了，這讓我覺得大家對組織的認知錯誤以及位階不清楚，我剛有提到健保會是在衛福部下

面常設性的單位，所有政策都是衛福部負責，衛福部要負責他的政策責任，之前調費率犧牲了2位部長，並不是健保會的主委下台，是部長下台。

所以大家要有一個認知，如果政府代表已經提出他的解釋，還不能滿足團體的期待時，剩下就要有疏解的路，看民間單位怎麼樣走行政訴訟，去訴訟沒有關係，最後呈現在選票上面，這種我們非常的認同，可是如果為了一個議題在那邊打轉打滾，我覺得這是很沒有效率的事。

如果這樣的話應該要馬上明確的處理，不然效率一定很差，所以我們在委員會裡面也要釐清，健保會事實上是一個諮詢單位，絕不是一個決策單位，從組織的位階來看，委員的認知非常重要，在組成面還有任務面上，我覺得還是有改善的空間。（參照圖5）

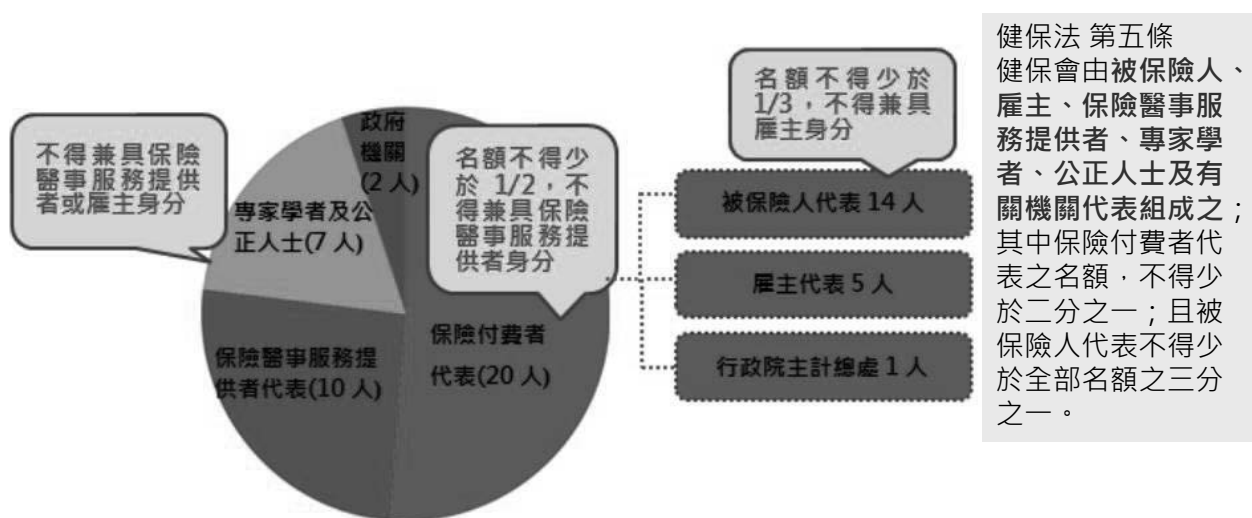
在健保會委員組成與結構可以看到當時的設計，就是要求保險付費者代表要超過一半，而且被保險人代表不能低於1/3，除了這些保險付費者代表之外，還有醫療提供的代表，還有專家與公正人士，有一些人數限制。

當然我們每一個國民都是被保險人，在這邊提出一個問題，大家思考看看，擔任主委只能是

專家學者或是公正人士，如果當過付費者代表、當過被保險人代表，他適不適合再當公正人士？這是值得討論的，萬一這公正人士以後變成主委的話，這個大家能夠信服嗎？所以對於每一個委員產生的條件，我覺得都藏在細節裡面，當然司長剛剛有提到這是一個宏觀的架構問題，事實上這是值得，也應該要檢討的。

第二個問題，大家可以看到健保會的組成，在討論政府負擔36%的議題時，政府在付費者代表裡面為什麼只有1席（行政院主計總處），這個也是值得討論的。另外就是保險醫事服務的提供者代表只有10席，剛剛司長提到很多國家的議會，在架構上基本是一個諮詢單位跟一個審議單位，可是他們的醫療提供者代表跟付費者代表事實上比例不是一樣的，這個是我們跟國外不一樣的地方。所以在這個地方如何能達到一個對等？目前我看起來是不太對等的。

可以看到委員遴聘方式，每個團體在做健保會委員推薦，是以2倍數的名單推薦，再由部長去選，這次部長遴選的時候有做了一些處理，包括連任基本上是2屆為原則，所以我這次就沒有續任，不過我覺得在遴選的原則還是有需要考量的地方，雖然有一些擔任太久的人選這次有



▲圖5 健保會委員組成與結構

第二條

全民健康保險會（以下稱健保會）置委員**39人**，委員名額分配如下：

一、保險付費者代表：

（一）被保險人代表14人。

（二）雇主代表5人。

（三）行政院主計總處1人。

二、保險醫事服務提供者代表10人。

三、專家學者及公正人士7人。

四、國家發展委員會及主管機關各1人。

被保險人代表之委員，其中11人，由主管機關參照被保險人類別，洽請有關團體推薦後遴聘之；其餘3人，由主管機關以公開徵求方式，遴選依法設立或立案之團體，再洽請該團體推薦後遴聘之。

雇主代表、行政院主計總處、保險醫事服務提供者代表、國家發展委員會及主管機關之委員，由主管機關分別洽請有關機關、團體推薦後遴聘（派）之。

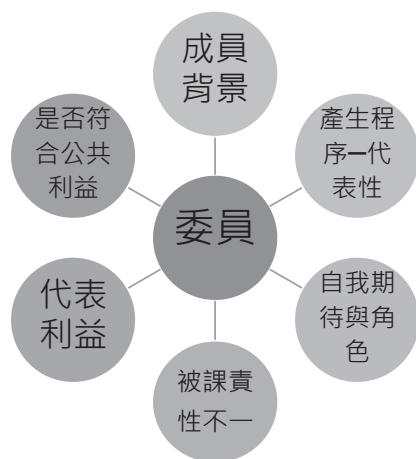
專家學者及公正人士之委員，由主管機關就國內公共衛生、公共行政、社會福利、社會保險、醫務管理、財務金融、經濟或法律等健康保險相關領域專家學者或社會公正人士遴聘之。

保險付費者代表之委員，不得兼具保險醫事服務提供者之身分；被保險人代表之委員，不得兼具雇主身分；專家學者及公正人士之委員，不得兼具保險醫事服務提供者或雇主身分。

▲圖6 健保會組成及議事辦法

輪換下來，可是實質上還是有一些老委員繼續存在，這個遴選的原則不知道是怎麼決定的。（參照圖6）

我們也認為按照現在議事規則，代表產生的時候，不如預期時，很多委員就用長期代理的方式來做他委員的工作，這個是不是也要考慮在連任的原則裡，甚至如果說原則一樣的話，以前在費協、監理會所擔任的屆數，是不是也應該要考慮進去，這個都是可以來討論的。



▲圖7 各團體內部民主機制應健全

整理出委員本身及背後所需具備的內涵，委員的產生基本上涉及每個團體組成的不同，但這是每個單位的認知，我的意思是，成員的背景歧異性非常的大，這無可厚非，可是產生的代表是不是有代表性？

跟大家分享一個經驗，我們從事公共事務很久了，參加過很多會議，有一次在衛福部開會，結果有一個醫師團體代表、公會代表一直講，講了20分鐘，才了解他的意見是唱反調，大家都覺得很奇怪，後來再問說你們內部是不是已經充分討論過，因為我們在討論的是外科的事情，可是他是內科代表，怎麼意見這麼多，大家都搞不太清楚，結果他說那是他個人意見，大家都快抓狂了，浪費大家20分鐘。所以我覺得推舉出來的代表在會上發表的是他個人意見，還是代表他團體的認知，這是非常重要的，我們也期待委員對自我角色應該要有一些高度的期待。

每個團體出來開會，被課責性是不一樣的，在會上的發表，如果說不是大家有共識性的決定，是用個人意見的話我個人是非常佩服，可是有些團體的代表，就我了解並不是這樣產生的，

就好像只是需要有人要去，理事長就指定一個人去，這沒有經過民主的程序，他在這個團體有沒有代表性。

我們認同他為他的團體利益發聲，就像我們知道有病友團體，其實我對他們充滿了敬意，因為他們確實就是在病人的角色上面去思考、去做，當然我們也期待我們做出來的決定能夠符合公共的利益，我們也期待部長在遴選委員的時候，也能把團體內部是不是有民主機制的產生，做為遴選的依據，這是比較好的方式。



- ① 專案報告與專案臨時會
- ② 健保會（健保署）體制內既有的專業，積極主動提供與必要管控
- ③ 尋求外部專業諮詢—複委託（延續性）

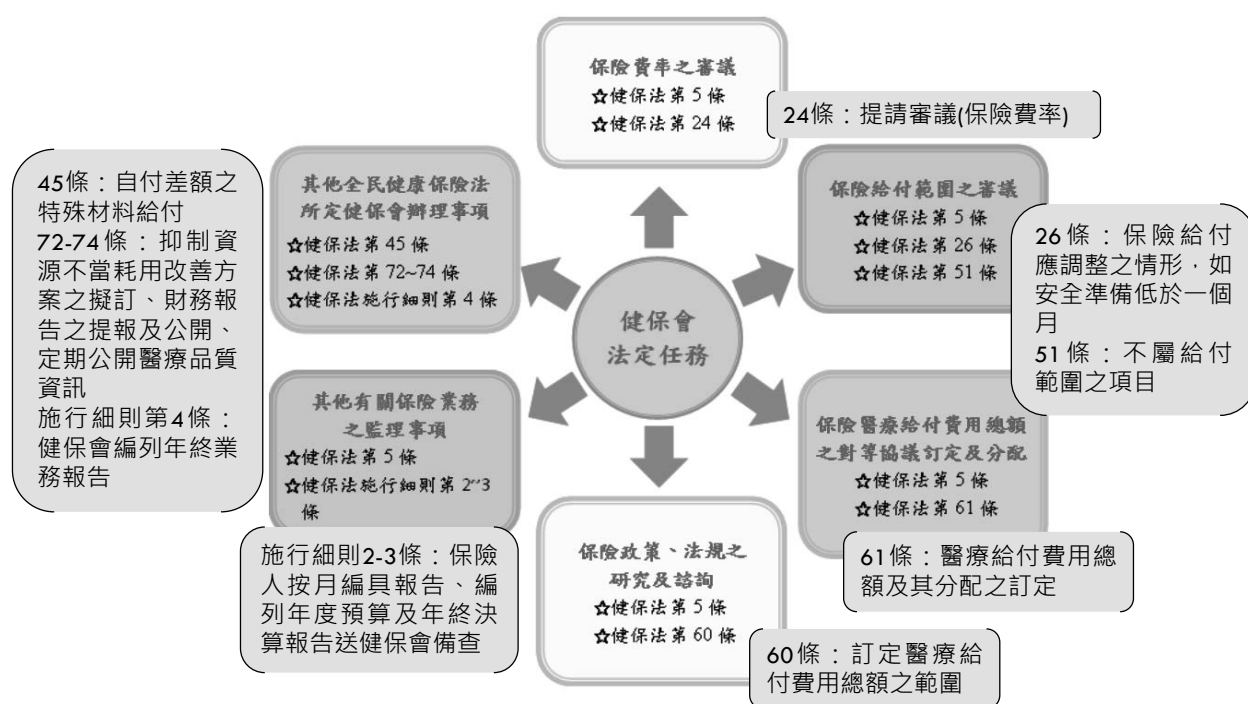
▲圖8 資訊傳達的形式

我個人的體悟，在參與健保會等議會，需要學習大量的健保政策、財務等相關訊息，如果委員感覺到資訊不對等，這是無可厚非的事情，只是我們怎麼樣在資訊不對等中讓自身的專業度不斷提升，我覺得健保會有很多形式可以做，比如以專案報告或專案臨時會的方式，不要變成一個議案，每次還要從頭，從緣由來說起。

另外，因為健保會的幕僚跟健保署的幕僚他們的專精不同，對於議題的掌握，一個是決策面，一個是事務面，他們有他們不同的觀點存在，這個部分應該也要積極主動的向委員提供資訊，也要做必要的管控。

事實上委員會也發生幾個例子，當時有委員說這是什麼時候的決議，所以才拿出來討論，結果講了20分鐘之後，幕僚提出來說以前沒做過這個決議，大家就瘋掉了。

因為健保事務非常繁複、變化快，有的時候委員對於現狀的掌握沒有辦法很精確，就以認



▲圖9 健保會的任務

案例一：藥物給付項目為健保署權責

付費者提案

有關健保署針對免疫療法中「胃腺癌」與「晚期肝細胞癌」免疫新藥，以療效不佳而停止健保給付申請案，專業醫師提出該理由並不具合理性，也違反健保會總額協商，建議該署應立即恢復給付「晚期肝細胞癌」和「胃腺癌」免疫新藥，以維病友用藥權益案

再次建請中央健康保險署早日與「胃腺癌」及「晚期肝細胞癌」IO免疫新藥業者達成協議，讓「胃腺癌」與「晚期肝細胞癌」患者能夠使用IO免疫新藥，讓病患及家屬有多一種選擇和生存機會案

法源/業務權責

1. 健保法第41條規定，藥物給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布。
2. 新藥係由新醫療科技預算項下支應，該預算由中央健保署於額度內，妥為管理運用，總額協商未匡列特定預算額度。本案建議事項係屬藥品給付規定之修訂，依法為中央健康保險署權責。

▲圖10 案例一

定的現狀在討論，實際上的現狀卻不是這個樣子時，又延宕了議事效率，像這些我覺得都是可以做一個調整的。

很重要的是，我認為委員應該可以做複委託動作，每一個職業團體他們畢竟在這個部分沒辦法非常專精，他們可以與一些長期研究健保議題的學者，建立溝通的關係，他們對這部分的見解非常精闢，而且都有研究，每個團體把他的需求告訴這些學者，能夠用複委託的方式，因為每個團體的代表、主事者會來來去去，延續性就不夠，可是健保是長長久久，所以我覺得如果用複委託的方式尋求外部專業的諮詢，是一個很好的方法。

接下來，從健保會的任務範圍來看，這張商司長有提過，大家可以看到有幾個很大的任務，第一個是保險費率的審議，第二個是給付範圍審議。在第12張簡報，整理出不符健保會任務的地方，像是審議與審定，使用審議這個名稱，審議就不是投票，審議就是審查、去討論，所以基本上如果要用投票的方式，其實是不對等的，像最近這一次費率的調整來講，當時還是有把每一個健保會委員認為費率應該調多少的人數呈現出

去，我覺得這是一個很不好的例子，這是有關於審議，所以審議絕對不是投票，對於審議跟審定這個定義一定要弄清楚，大家知道民主不一定要投票，有審議式的民主，這是大家耳熟能詳的。

還有保險醫療給付費用總額的對等協議跟分配上，我們醫療提供者一直認為，所有一些權利義務都不是相當對等的，這個分配也是一個大概的分類，而不是說細節到每一個藥、每一個處置，這個是沒完沒了的，這也不是健保會的任務，所以我認為在協商上，醫界應該要提升一些對等地位。對於這樣的爭議，應該也要有處理的機制。

還有主席也是非常重要的，我在健保會中發現主席曾經想要限制委員發言時間、次數，事實上力道也都不夠，尤其是有的委員常常講到他跟高層的關係，甚至動不動就爆粗口、要告誰，這個在健保會裡面其實都不是很好的現象。

案例解析的部分用很簡短方式說明，比如說這個免疫療法的藥物，基本上在健保署的專業評估，已經認為它的效果不好而且這也非健保會的職責，可是卻還有委員執意一定要提出來讓它通過，藥品的研議其實是很專業的事情，委員還提了2次，這是很不妥的。（參照圖10案例一）

案例二：健保收入與醫療支出討論面項有誤解

付費者提案

為監理全民健康保險財務正常運作，正視呆帳對於健保財務收支平衡的重大襲蝕影響，建請於每年度協商下年度健保總額預算時，應將前年度自7月1日起算至協商時當年度6月30日止的呆帳總額列為下年度健保總額預算基期的減項，就此減項計算結果，做為協商下年度健保總額預算擬定範圍的計算基準，並就每年健保呆帳納入公務預算或其他財務來源補助案

法源/業務權責

- 1.依健保法第5條及施行細則第2條規定，健保會辦理其他有關保險業務之監理事項。且健保署按月編具報告提健保會備查(保險收支會計報表等)。
- 2.呆帳屬「收入」，為應收取保險費，在催繳無效、並經強制執行無果之金額。與健保署催收流程等政策因素有關。
- 3.健保總額為「支出」，依健保法第60、61條訂定醫療給付費用總額範圍及分配。另每年度之總額協商架構及原則，僅定違反特管辦法之扣款為減項。

▲圖11 案例二

案例三：法源引用不當

付費者提案

考量109年上半年健保「門診及住診件數」，相較去年同期減少近一成，在兼顧醫療給付點值及改善健保財務，建請健保署持續落實期中預算檢討，並依預算法第69條，將原預算可節減部分，列為準備，以供未來挹注醫療資源更有效的運用案

法源/業務權責

- 1.預算法第一章到第五章是針對單位的公務預算，本案引用第69條規定，屬於第四章範疇；健保是附屬單位預算，特別於第六章的專章處理，並非根據第69條規定。
- 2.依照健保法第61條，各年度開始前三個月，協議訂定醫療給付費用總額。如因醫療利用下降就節減預算，違反協商結果及影響健保穩定性。
◆ 財務來源不同，適用之管理不能一體適用
- 1.預算的裁減機制，主要規範對象為公務預算，因為公務預算的主要來源是稅收與規費。
- 2.健保基金屬以特別收入來源支應特定用途之特種基金，其主要收入來源為保費。

預算法第4條：特種基金之管理，得另以法律定之

▲圖12 案例三

第二個，有委員提到呆帳，呆帳是收入面，我們怎麼協商？竟然提到要把呆帳從總額基期扣掉，這個對健保收支架構研究不清楚，事實上在會議中就是徒增困擾。（參照圖11案例二）

第三，就是對於法源的引用不當，像這個部分就有委員提到因為疫情的關係，醫療利用減少的部分，他想要把這個預算節減列入準備，事實

上這在法上都是引用錯誤。這幾個案例提供給大家參考。（參照圖12案例三）

最後，已經有專家學者對健保會的委員組成代表性、委員專業性、會議運作情形、資訊化的部分等，提出一些建議，這是在健保會擔任兩屆委員中，所看到的一些現象，希望能夠從這些觀點切進去，增加健保會的效益，以上，謝謝。

台灣植牙醫學會理事及專科醫師 史書華醫師

各位委員、長官、醫界前輩們大家好，我是史書華醫師，今天很榮幸可以收到福和會跟醫師公會全聯會的邀請，我代表台灣植牙醫學會的專科醫師專家的身分，跟大家分享一些台灣醫療現況。

我同時是一位醫療院所的經營者、社會工作者，其實今天會來講這個議題是我自己已經4年不做健保了，來講這個議題是因為我研究健保很久了，然後我發現在這個制度下沒有辦法把事情做好。

這是我的簡歷，就是個人的資歷，我是台大醫院受訓，我待過8間診所，成立了4間診所，連鎖診所當自費診所經營，所以除了醫師的身分之外，我也跟很多醫師一樣，我在健保體制下被荼毒很久。

雖然我現在已經完全脫離健保，只做自費的門診，但是我還是健保診所的經營者，所以我也很樂於跟大家分享一下健保制度的問題到自費醫療它的分析，然後我希望可以改善，為台灣的醫療做一些貢獻。

這些都講了，醫療是基本人權嗎？我一直以為是，但是它事實上只存在台灣，因為除了少數共產國家之外，醫療其實都很昂貴，剛剛前面很多講者都已經提到，醫療其實是非常昂貴，而且一般民衆很難得到或是很簡單拿到的奢侈品。

以美國例子來講好了，沒有全民健保的美國人，他住院一個晚上帳單81萬，或是說去一次急診30萬、40萬、50萬，有60%以上的美國人破產是因為醫療花費，所以甚至台灣人健保洗腎，美國人就要賣房子，或是家破人亡，因醫療開支破產比背房貸還有背學貸的比例還高很多，就是很多人都說在美國有錢人跟貧窮差距就是一場重病。

以牙科治療來講好了，我們根管治療一個根1千元台幣，然後在美國一個根是1千元美金，

我自己在美國就醫過，沒有保險的狀態下，只是做簡單的血液檢測，花費是1500元美金，然後在台灣是900點。

這是匯豐銀行做的一個圖表，它是一個國醫療的性價比，然後我們可以看到台灣在這裡，就是負擔最低、品質最高，然後我們擁有全世界最先進，然後最便宜又最方便的醫療，所以為什麼台灣的醫療是世界奇蹟？因為其他國家做不到，為什麼做不到？因為它是建立在醫療人員的專業被嚴重低估的情況下。

所以說起來很可憐，我們過去1年來台灣的防疫有成，很大一部分成功，為什麼？因為我們的醫療人員很廉價、很賤，然後我們台灣的民衆也因為很習慣這樣的醫療、便宜的醫療，所以我們到國外發表文章，看到新聞，到國外才發現說外國醫療好貴，怎麼會這麼貴？不是，是因為我們太便宜了，是因為台灣的醫療專業人力太便宜了。

你想要什麼樣的醫療？要快、要好、要便宜，事實上它不存在，有。存在，只在台灣，台灣的健保。剛剛陳建仁教授有提到台灣人對於健保的滿意度高達9成，甚至有全世界評比，就是全世界台灣是最適合居住的地方，為什麼最適合居住？因為我們有便宜又先進的醫療。

身為消費者我們當然會希望我們的服務又快又好又便宜，但事實上我們都知道不可能，一定有些東西被犧牲掉了，除了老年問題——我們台灣現在一直老年化——還有人性的關係，醫療方我們會希望增加所得，我們會多申報。病人方我們希望貪小便宜，我們不需要多救人，我們希望去教學中心，不要去地區的門診。

這樣子循環下來就是不斷的醫療浪費，所以為什麼不管保費怎麼繳，不管你要怎麼樣去審議，資助一定是不夠的，然後9成的民衆滿意，剩下不滿意的這些人其實都是醫療人員。

這個剛剛前面周教授跟蔡委員都有提到，就是關於醫療支出的比重，像這邊可以看到美國的支出就是GDP的17.2%，台灣是6%，然後健保支出是3.8%，我們醫療的可近性又比他們還要快許多，你知道美國要看一個門診可能要排1個月甚至2個月，在台灣你當天沒看到你可能就開始罵醫生了。

所以就不用說我們的醫療又普及又快速，不好意思我剛忘了提到，我戴著眼鏡，我其實是因為職業傷害，因為看顯微鏡的強光，所以我眼睛比較沒有怕光，需要護目鏡，這其實就是從事醫療，我們需要付出的成本。

這邊總結就是台灣醫療現在目前制度現存有個問題，專業價值被低估，然後醫療人員過勞，然後我們失去定價權，然後健保是按件計酬，按件計酬可是醫療專業不同工卻同酬，簡單來講我今天剛畢業的醫師，我今天是實習醫師，跟一個執業30年的老教授名醫，我們收到的檢查費是一樣的，你覺得這樣子合理嗎？可是這是現實。

醫療院所就得想辦法開源節流，然後另外就是複雜的行政措施造成醫療人力的資源分散，今天如果你是診所經營者就知道，你有多少公文要審、你有多少的健保資料要看，然後不當核刪這個等一下我們會提到，總額管制點值降低這個等一下會提到。

然後就是健保會的部分，健保會的問題剛剛前面講者都已經提到很多了，委員這邊也可以多參考，再來就是院所的浮報濫報，還有病人的濫用健保，這個其實就是人性問題，然後最後是醫德綁架還有儲備不足。

談專業價值，為什麼講專業價值？這是一個醫師整理的，醫療團隊第一個養成的時間跟成本，在場很多醫師應該知道CPR超過30分鐘你會被核刪，因為他認為你救太久了，這是不需要的，這叫做不必要醫療，因為這個如果你媽媽快死了，然後你送去CPR，然後幫她壓了40分

鐘，增加的10分鐘被刪掉了，那個點值是會被刪掉，這是核刪。

然後我們有聽過一個笑話是手術成功了，但病人死掉了，為什麼？因為診斷錯誤，所以我們都知道診斷很重要，比開刀正確更重要，但偏偏我們的診查費是多少？診查費是200點，你算命算一次可能都比診查費還要高，可是偏偏診斷的價值最低廉。所以剛剛陳建仁教授也有提到精準醫療，那就是需要及早的診斷，就算我們醫療人都知道早期診斷的重要性，可是診療費本身在健保下卻是最不被尊重、價值最低的東西。

因為我是牙科醫師所以我拿牙科的例子，這是牙科醫師講的，左邊這個case他是6顆臨時假牙，右邊的case大家可能看不出來，反正他有2顆是臨時假牙，如果以件計酬來講的話，左邊的價值比右邊的價值還要高，可是我這樣很簡單問你，今天如果是你，你會選哪一個？可是我們收費標準是這樣定的。

一樣上面下面這兩個都是植牙，就跟車子會有國產車跟進口車一樣，現在的健保制度非常普及，但是做的治療都是按件計酬，所以他會限縮願意把治療做好的醫師，我們都說我們的醫療很好，對，我們的醫療很好是因為我們的醫師都很有醫德，也不是很有醫德，是我們的醫師都很講究自己的成就感，我們願意花多一點的時間、花多一點的精力、花多一點的精神把治療做好，而不去care我們拿到多少點值。

但是醫德不是免費，醫德是醫師竭盡所能所學去幫病人想，大家並不是不要求回報，上下這兩個case是一樣的東西嗎？它其實是完全不一樣的東西，但是對於我們的醫療制度跟民衆想像來講的話，它是一樣的。

這是一個補牙的案例，一樣，這個醫師先後跟健保請領了大概3千點，但是看起來就是一個悲劇，而且健保只保障中間這個東西可以使用2年，2年後他要重新補，合理、合法、合情，但是如果是你，你們會想要做這樣的東西嗎？

不好意思我的東西有點多，講得比較快，如果太快的話可以跟我講一下。這是在美國各專科醫師的平均年薪，台灣的醫師收入很高嗎？台灣平均住院醫師收入在8萬到10萬，但是我們的工作量最高，而且沒有加入勞保，到去年終於通過納入勞基法，問題是我們的平均工時是一周不超過80個小時，請問多少上班族一周的工作是超過80個小時？以前我在醫院的時候也超過80個小時。

我們會過勞，而且沒有保障，為什麼是跟美國比？我們的所得是美國的1/2到1/3，我們的收入也是他們的1/2到1/3沒有錯，但是我們的工作量大概是平均他們的10倍到20倍，所以我們的醫療才有辦法這麼快，才有辦法這麼有可近性。

就在納入勞基法，我們還是過了，而且這個時間還沒有包括我們醫師需要進修、需要念書、需要做paper、需要教學的時間。就像我在美國進修的時候，當地的專科醫師聽到我們的病人量他嚇到，我們一天做的病人量就是他們一個禮拜的病人量。

這個新聞我不知道大家有沒有印象？是因為這位蔡醫師在值班30個小時之後倒下來，然後醒來的時候智商只剩5歲，妻小都不記得了，10多年來他只得到700萬的賠償金，我不知道一個醫師的養成跟這個社會需要花的成本跟他家庭成本只值這樣而已嗎？

然後這是八仙塵爆的時候，醫師累倒在辦公桌的畫面，每次天災人禍，就會開始醫生好棒，醫療人員好辛苦，但事實上我們不是只有在天災人禍的時候過勞，包括這次太魯閣事件不是只有在災害人禍的時候過勞，不是只有在疫情的時候過勞，我們隨時都在過勞，然後健保一開始的設定在我們偉大的楊前署長設定下，本來就設定醫師的月薪1個月大概在15萬上下，但是他卻沒有設定我們的工作量多少。

我是一個牙醫師，我用補牙做舉例，醫療給付太少的時候，我們就沒有辦法要求醫師用最高

標準治療病人而不要求合理的回報，如果按照一般的治療標準，下面這個case其實2顆牙齒都可以拔掉，但是事實上他可以做，他也能做，只是需要比較高的技術要求，但是比較高的技術要求因為健保保險制度的關係，很多人不願意花這個時間成本去學習或是這樣做，因為這是虧本的。

一樣的，自費市場也是一樣，這些假牙，這上面4顆跟下面4顆是同一個case，可是上面4顆跟下面4顆，這樣的治療你覺得它的價值會是一樣的嗎？不一樣，但是我們的制度跟我們的政策讓民衆覺得所有的醫療單項品項都是一樣的，假牙都是一樣，左邊做到右邊，不是從右邊做到左邊，右邊這個也是假牙。

當民衆只覺得醫療應該又快速又方便的時候，頂尖的醫療技術就會被放棄，因為他獲得的成本太高了。這個牙齒是我從上顎竇裡面拔掉的一顆牙，這顆牙長得很可愛，所以我特別把它留下來，但是其實它的健保只給付了我900點，然後換算下來我大概可以拿到200元，這顆牙一般來講這麼困難的拔牙可能需要3個小時，所以換算下來我的時薪只有70元。

當然你可以拔得很快，我可以3分鐘拔完，病人就抱怨說你怎麼拔那麼快？你們都很好賺，我不知道有沒有人願意在椅子上被拔牙齒3個小時，嘴巴張開不能閉起來。一樣，不同工但是同酬的話，就是這兩個病人都是28顆的假牙，我跟那個病人做治療做了2年，右邊的治療我不知道他花了多久，我猜他大概一個禮拜就做完了，但是都是28顆假牙。

一樣，植牙，我們最常出現醫療糾紛的問題就是植牙，為什麼？因為病人看到是一顆植牙，而不是看到背後技術，所以你會聽到植牙有2萬、有5萬、有10萬、有20萬、有1萬5，為什麼會有這些價格的差別？這些價格差別就在於他看不到的地方，因為在健保底下我們是沒有定價權的，所以不管補一顆牙補得再怎麼好都是800點。所以單純看左邊這個病人他植了這麼多顆

牙，很便宜，一顆才2萬，可是我們看到他會覺得他是悲劇。

可是醫療不是考試，他沒有要考100分，他只有更好，他沒有最好，所以願意把自己逼到100分的醫療人員通常都是像蔡醫師一樣，就是過勞，然後我們得到的報酬只有成就感，這是很現實。

我沒有講到補牙，左邊這顆是補過的牙，可是因為健保體制下健保的醫師沒有定價權，如果可以做成右邊的樣子有誰會想要把自己的牙齒做成左邊這個樣子？可是因為我們沒有定價權，如果你拿到錢你拿到那邊都一樣，右邊那個你要多花5倍到10倍的時間，請問有多少醫師或是多少民眾讓你自己的工作願意做到右邊那個樣子？

再來講到醫院必須想辦法開源節流，我曾經有寫過一篇文章，就是說我自己看過感染控制，因為我們都知道開源節流你沒辦法開源就需要節流，節流就想到我們的人事成本跟材料成本，有提節感染控制，我們前陣子SOP感染控制才剛剛結束，我們都知道感染控制很多院所跟很多地方就是形式上做給大家看而已。

我自己看過診所是只讓護理師一天只換一雙手套，他可能接觸30個病人，換一雙手套，一個星期換一個口罩，然後縫針縫線泡在酒精裡面可以重複使用的，對，泡在酒精裡面。

我說老實話，你如果領到一樣的錢，你今天是經營者，你願意怎麼做？疫情來了，大家所有醫材都是疫情前的好幾倍，包括口罩還有手套，手套大概是去年的4倍到5倍價格，而且你不見得買得到，這些都是隱性成本。

右邊這個是PAPR我自己個人買的，這一套要5萬多元，然後結果我不曉得有多少家醫院願意幫一線醫療人員添購這樣的設備，更何況很多醫院他們賺錢的不是醫生，賺錢的是停車場跟美食街。

然後剛才講到複雜的行政措施，這個大家可以不用看內容，看下面那條字就好了，醫療院所

的給付總額點值結算方式，我跟你講我開診所開10年了，我從來沒有看懂點值結算方式怎麼給的，所以健保局少給我100萬我也分不出來。

然後再講到核刪，核刪應該是所有醫療人員心中的痛，很多被砍得莫名其妙，這個東西砍什麼？他砍你同一個病患同樣的診所可以用兩次，這是前陣子新聞同樣一個針被很多人一起用的事件一樣，因為我們自己的審查人員都這樣子審，然後核刪的理由是這個樣子。

然後也有CT你照了電腦斷層，然後核刪的理由是你照了電腦斷層然後沒有發現病灶，這不是很扯嗎？你照電腦斷層不就是為了要照東西，然後因為沒發現病灶所以被刪掉。

這個也是一樣，這個核刪的理由是因為這個病人的年紀太大了，抵抗力差，花再多財力物力效果有限，你就是叫他去死就對了，你就是叫他不要看，各位長官除了平常感謝基層醫療人員之外，你們有沒有刪醫療人員？還是只有出事的時候是英雄？平常我們都是被當賊。

這種更可憐，被刪16元，然後你還要寫申覆，然後我自己有碰過被刪一筆1萬多元，然後被放大20倍被刪了20幾萬，我都忘記我被刪什麼了，所以後來我就不做健保了。

健保會委員在這邊，剛剛商司長跟吳醫師都討論了很多，我們39位名單裡面有些萬年委員，甚至是擔任公正人士代表，我就直接講像李來希也當過，我不知道他是公正人士還是正義人士，滕西華好像也是現任委員，然後我只有在喝酒的場合遇過她，我不知道她的專業是什麼。

所以委員在這邊，立法委員在這邊，健保委員在這邊，你們可以討論看看說健保會的構造跟權限到底應該在哪裡？應該要怎麼樣去解釋？我可以直接講，反正我不看健保。

我們講到診所濫報健保的問題，因為今天是健保國是論壇，我們不可能不講到醫療業的老鼠屎，這個病人他來的當天智齒被拔了一半，他非常痛，然後我用急診的方式幫他處理，我吃飯

時間幫他弄，弄完我不看，但是因為他真的非常痛，痛到不行，痛到他一邊坐在診療台前面一邊哭，然後我馬上處理，然後他的傷口是開放式的傷口，然後他當天治療被報了健保，他被報了3顆乳牙，總共2千多快3千點，然後我沒有幫他申報健保，因為按照健保規定當日就診我沒辦法申報，而且我沒有其他的東西可以處理，所以我只跟他收了100元，然後這就是我們的一般健保使用的方式。

然後這個是病人就醫的情況，43歲的女性就醫466次，我自己在外島衛生所待過，當地人是沒有部分負擔，我有看過長輩一年365天都來拿藥，多的藥送他們的親戚朋友，反正我們的醫療很便宜，我們的醫藥也很便宜，所以健保的本意很好，我們相對收入高的人繳交比較高的健保費去補足收入比較少的民衆醫療費用，但是我們沒有考慮到人性，因為人性本來就是貪婪，不管是病人還是醫師，一定會有人貪小便宜，所以我們在制度面上可能要隔絕這些問題。

最後是醫德綁架，我很喜歡這句話，If you're good at something, never do it for free!然後可是我們的醫療一直告訴我們，我們就是要免費，然後我們都說我們要嚴守我們的醫師誓詞，我要憑我的良心經營醫療事業，病人的健康是我的首要等等，醫德的重點是幫病人看好，而不是免費。所以我們的教育一直以來都告訴我們說醫療就是要免費、要便宜、要犧牲奉獻，所以犧牲奉獻獎都是給醫生，而不是把最努力把病人做好，創造最新有效做法的醫生

我這邊講一下關於自費收費的限制，和醫療法21條、22條裡面有明定，主管機關必須規定收費的上限跟收費項目，健保法以外的項目他必須有這些規範，如果沒有的話我們就巧立名目，像這個案子就是以牙科來講最多的糾紛是植牙，這個植牙失敗，可是我們的收費標準裡面沒有拔除植牙這個項目，所以如果我今天幫他拔除植牙，我如果收了費我是違法，可是我沒有這個健

保項目可以報，我只能做功德，或是我用其他的項目，我用幫他補骨頭的方式去拆除這個植牙，可是如果他只拆除植牙不補骨頭，不好意思我不能跟他收費，這是法律上的漏洞，這是法律上的現實面。

這個case一樣同樣的問題，所以我們很多在做治療的醫師其實在不經意的時候有很多處罰，我們可能幫病人想但我們就違法了，這我想委員在這邊其實也可以參考就是像這樣的問題，然後反而像這種新聞報出來，是說這個植牙直接打到鼻腔裡面，他直接打到鼻腔底下，他是合法的只是有糾紛而已，這不是覺得很莫名其妙？

一樣這是莫名其妙的植牙，然後只要他沒有超過收費上限，他都是合法的，所以會有很多醫師說服病人做不需要的治療，就是過當治療，所以就產生很多治療糾紛跟問題，像這個你看不懂X光片也看得懂這個植牙不知道是在植什麼，可是他合法，他沒有違法，這就是我們制度面上的問題。

所以法令限制了我們的醫療進步，當然像我們現在以新北公會來講的話，我們的公會現在的收費項目表還是10多年前定的，雖然我們這2、3年公會一直在審新的資費項目表，但是一直卡關，因為消費者代表們我們的第一審的消費者代表們一直卡關，他認為你這個沒有列成本分析，你這個東西成本多少錢，這根釘子才多少錢而已，一支釘子1元，我學習怎麼樣把它放進去我收4999元，反正就是這個樣子，不管你醫療成本跟學習的東西是怎麼來的。

然後一樣這樣可以植沒有違法，他沒有違法，可是醫師看到了我們只想殺了他，然後剛賴副總統有提到新的醫療方法包括AR、VR、顯微治療，其實這些東西我們平常門診就已經在使用了，不過不好意思健保沒有給付，然後我們要做的話又需要另外申請，然後像這個是顯微治療，一般我們看牙齒我們可以看他的牙齒這麼大顆，像達文西手臂，這些都需要經過很複雜的行政考

核流程、批核下才能使用，不然就是巧立名目這樣收費，所以像這樣的新聞就時有所聞。

我講實在話如果今天要訂定一個收費上限，我會建議委員在這邊你們可以訂定一個台灣的房價收費上限或地價收費上限，這樣子我們就可以實現居住正義，這樣比較快。

所以剛講到人性，最後不好意思再多給我3分鐘，醫療制度怎麼樣可以民衆、醫師、政府達到三贏？剛剛前面很多講者都有提到增加預防醫學，衛教支出的比重，因為現在健保的比重都在治療不在預防，然後我們必須減少浪費，醫師用藥跟就醫都需要減少浪費，等一下我會講。

最後就是解方，負擔要公平，社會福利要分流，要有分流的門診，然後提升品質，消除自費收費的上限，我們應該要明定他的收費下限而不是收費上限，然後同時發展商業醫療保險，這個部分是我其中最重要的部分，就是我們提倡多年的想法，就是希望這幾位委員在這邊現場可以參考一下。

健保到底是社會福利還是保險制度？其實它是社會福利，但是它的實行是保險制度，但它實行的不是真正的保險制度，因為保險制度並不會是你不用付錢，保險公司去幫你付錢，而是你先付了錢之後跟保險公司請領錢。

所以如果你真的要做的話，你應該要回歸保險精神，民衆先做自費，再憑醫療收據去跟健保局申請全額退費，減少醫療濫用跟醫療方的濫報，因為今天我知道你幫我做什麼，我付了錢，我一定知道醫師幫我做了什麼東西，然後我付了錢之後我拿這個收據去跟健保局申請，我就也避免了醫療端行政資源浪費，然後民衆先付費我知道哪一個品項，院所絕對不可能濫報，醫療人員可以在醫療本業上面，然後唯一造成什麼？就是民衆小小的不方便，可是這些小小的不方便就會讓本來就不需要看病的民衆就不會去看病，我們就可以減少，剛剛前面提到的減少10億，那個一點意義都沒有，你只要能夠減少這些不需要去

看病的民衆去看病，事實上就可以減少30%以上的醫療費用。

然後落實分級醫療部分負擔比例，開放自費差額限制，當然還有社會福利的部分，然後去除自費上限，落實收費下限的限制，這樣才可以避免限縮頂級醫療的發展，然後讓制度去淘汰劣質跟不肖醫療人員，然後最後避免醫德綁架，然後落實商業保險補足尖端醫療支出，因為尖端醫療支出本來就不是每一個人都可以享有。像我要出國我坐經濟艙，可是不是每一個人都有權利去坐頭等艙，因為它就是比較貴。

一樣的，醫療只有最好沒有更好，一定都有更進步的處理方式在處理，這個都是假牙，這不是補牙，這是新的技術，但是依現在法律來講的話，你越新越好的技術就醫師來講的話就越吃虧。

這個也是一樣同樣的案例，在傳統的做法就是全部拔掉，這事實上都有方式把它留下來，但是在醫療方來講的話很難做，在法治上來講的話更難做，因為法治限制了這些醫療進步。

然後最後這是一個很特殊的案例，這個病人是因為嚴重的上顎骨缺損，之前的醫師做了4次的植牙跟補骨手術，然後他轉介給我，我幫他處理，這是一個非常複雜的骨重建手術，我幫他把上顎骨跟軟骨都全部做回來，但是如果按照一般的收費標準這樣的手術就算成功我會賠錢，如果收足費用了我會違法，所以這個case我會怎麼做？

因為這個case是醫師幫他付錢的，因為他超過地方訂定的收費標準上限，所以像這樣的病人就因為法律的問題，醫師有技術做得到，但是法律卻卡在那邊，我們沒有辦法這樣子做，我們可以把這樣的骨頭都做完。

台灣醫療水準真的很高，我們希望在法治上，在健保規範跟自費、在醫療法上，然後還有商業保險上，在各方面我們能夠真的落實就是說對醫療從業人員是比較友善的，然後隨著時代發

展治療發達，其實醫療院所現在很普及，民衆不會因為資訊被矇蔽，所以你限制收費上限或是不給醫師定價權，其實這個都是很共產的做法。

有人會有疑問說自費上限調高窮人怎麼辦？你還是有健保，所以不影響你基本醫療，但我們要從體制上做改變，這樣子同時帶動基層醫療的進步，對於醫療院所跟民衆是雙贏。

這是我點眼藥水的，因為我長期強光造成我眼睛乾眼症，我15分鐘就要點一次眼藥水，然後我已經點眼藥水可以點到這樣子點了，我就不示範給你們看了，因為我戴著墨鏡也可以點眼藥水。我很喜歡一句話是說你必須非常努力才能看起來毫不費力，所以醫療人員都知道我們的專業技術成本的取得有多高，我們需用多少努力跟健康跟陪伴家人的時間去換，所以也希望說在各位委員跟民衆我們可以知道這些東西怎樣從制度面上去改善，讓台灣的醫療跟民衆可以更好，謝謝大家，這是我今天的一些分享，不好意思超過時間。

落實部份負擔制度 追求健保永續

健保會委員／全聯會基層醫療委員會召委 黃啓嘉醫師



嘉光耳鼻喉科診所院長
衛福部健保會委員
醫師公會全聯會基層醫療
委員會召委
台灣大學醫學士
東華大學企管碩士
南京中醫藥大學醫學博士
花蓮縣醫師公會理事長
花蓮縣生命線理事長
行政院東發會委員

剛聽完史醫師的精彩演講後，真的讓我耳目一新，聽過了史醫師的論述，我就會認為其他醫生已經被健保教得很歪了，像我就是被健保教得很歪的那一邊，所以我今天講的話可能跟史醫師講的層面是完全不一樣的角度來看。

其實我們醫師核心價值是什麼？我一直在深深思考這件事，醫師的核心價值就是讓我們自己失業的考量，事實上醫師都是盡力想讓病人不要生病，讓病人健康，所以我們的核心價值就是要讓自己失業，可是因為有上帝在，所以我們一時不會失業，因為上帝會讓我們生病，讓大家最終還是會面臨死亡跟需要醫療。

另外，健保核心價值是什麼？其實健保核心價值是要讓它破產，大家肯定知道為什麼健保會破產，因為健保做得越好，人口就越老化，人口越老化，整個醫療資源一定不夠，原來的支付標準一定無法應付未來的醫療需求，所以健保的核心價值最後會讓自己破產，會讓它產生財務危機。

可是，即使醫師要失業，醫師還是會努力救病人讓他不要生病，健保即使要破產，健保還是盡它的努力讓它能夠永續經營，讓我們民衆可以享受健康照顧，因為有大家，所以健保不會破產，因為有上帝，所以醫師不會失業，大家說對不對？

我們就開始來談部分負擔，其實部分負擔本身是一個看起來很簡單，其實有很深層意義的東西，什麼叫部分負擔？其實部分負擔簡單講，我可以看病不用自己出全額的錢，就叫部分負擔。其實部分負擔牽涉到整個健保公平正義的實現，以及健保整個收費合理的分擔。

我們講健保對民衆很好，到底誰在付錢？有三個人在付錢，一個是政府、一個是民衆、一個是雇主，有部分負擔以後，再增加一個使用者，他已經生病了很弱勢，還要出部分負擔，好像不太對？其實我跟大家講，在使用健保的人，絕對不是最弱勢的人，有很多人他生病了，但是他的工作環境、他的工作條件，讓他無法負擔健保，

這些人更弱勢，所以我不會說生病的人就是弱勢者，其實生病的人他有能力是應該要負擔他自己使用者的一些應該負擔的費用，這樣才能保護我們健保的永續經營。

部分負擔本身也是一種重分配，重分配裡頭它有一個最大的精神叫保障弱勢，所以它排除了財務障礙，排除了地理障礙，對於偏鄉的民衆，對於弱勢的低收入戶，部分負擔有不同的標準，所以部分負擔本身它基本上是實現了健保公平正義是有強化的效果。

大家都知道健保其實它的支出面跟收入面是分開的，大家講到濫用健保資源會不會造成醫師的收入增加或減少？或者醫師濫用健保資源史醫師剛剛講到分為兩方面，一個是醫師、一個是病人，其實不管是醫師或病人怎麼樣濫用，我們健保的支出面是不會變的，因為我們的總額在前一年的9月份已經大家商議商好了，經費總額就是這麼多，你醫療浪費不會增加總額，醫療節省也不會增加總額，但是它會造成總額內部的合理重分配做不合理重分配。

當醫療濫用增加的時候，這些濫用醫療的醫師就把錢從那些沒有濫用醫療的醫師口袋裡拿走了，拿到他口袋裡頭去了，所以我們醫界對於濫用醫療資源是非常深惡痛絕，我們的醫界有很多機制在自律希望醫療不要浪費，所以聽到老師說不要浪費，醫療浪費會造成健保破產，不對，因為我們健保的總額是有個精密的公式計算，算出民衆的醫療需求，不管這個醫療怎麼樣呈現，它的總額是不會變的。

但是我們這個必須要很沉重的講，我們總額本身是低估的，為什麼是低估呢？總額開始是有一個基起點，在民國90年，因為不同總額開始會有不同的基起點，我們有四個總額，西醫，醫院的西醫、基層、中醫、牙醫，這四個總額一開始不太一樣，但都有一個基起點，基起點比如按照人口結構變化價值做變化，每年去成長，如果基起點是錯的怎麼辦？他們沒有考慮這個問題。

事實上我跟大家講，總額基起點以國際標準來講絕對錯誤，因為那時候我們的支付標準在全世界來講都是偏低的，所以我們在一個偏低的基起點下開始後有們總額預算的發展，換言之我們對民衆實際應有的醫療需求事實上低估了，所以剛剛史醫師把醫療那些亂向呈現出來了，因為我們總額本來就低估的，更何況在未來公式的發展中，對於總額預算的一個預估也偏低，雙重偏低，基起點偏低，預估偏低，總額就會陷入困境。

在這個總額預算下我們的收入面按照現有的健保費率收進來的錢還不夠的時候，我們才會去調整費率，所以支出面已經低估了，而收入面本身還不夠，我們就要調整費率，所以我先把這個背景講在這裡。

再下一張，我們講到部分負擔，其實部分負擔就是一個收入面，也就是說大家知道健保費率有定一個固定的標準，現在到5.07，之前是在4.69，這個健保費率定出來以後，按照這個健保費率，會按照每個人的薪資來付這個錢，徵到的錢叫健保基金，這個健保基金其實本身跟我們的總額預算是分離的，當這個健保基金沒辦法應付總額預算的時候才會需要調整費率。

而這個健保基金裡頭有一個很重要的部分，我剛講到三方付費以外最重要的就是使用者要不要負擔，使用者負擔的部分就是部分負擔，所以部分負擔其實是保費收入的一種，也就是一種互惠，一種分攤保費的制度，也不要再說部分負擔跟醫師有什麼關係，跟醫師完全沒關係。

我們現有的法源，部分負擔是從20%，到30%，到40%，到50%，依照不同層級叫部分負擔，但是也有對於有些醫療缺乏的地區我可以豁免，然後住院也有部分負擔，從急性病房跟慢性病房有不同，從10%一直到30%，從5%一直到30%這樣不同的制度，我想法規的細節如果大家有興趣，這些內容都是可以提供給大家，我這邊就不要再多敘述了。

我們剛講到有很多條件可以免除部分負擔，整體完全免除的，跟藥品免除的，跟復健免除的，都有詳細的規定，所以我們事實上免除部分負擔的地方就已經保障了弱勢，不管他是經濟弱勢還是病理弱勢，所以部分負擔其實是有一個保障弱勢的制度在配套。

我剛剛講過健保總額雖然已經被低估了，但是我們按照健保費率還是沒辦法應付這個總額，也就是說當我某一個費率收了健保基金，應付我的健保總額，它的安全準備低於2個月的時候，我們就要啟動調整費率了，我們之前有調整過，是調降費率，主要是因為我們那時候二代健保實施所謂的補充保費，收入大幅增加，造成我們的健保基金遠超過我們當時法定的總額預算，所以那一次在付費者代表強烈的要求下調降費率。

但其實那次調降費率有很多學者專家都說不能調，為什麼不能調？因為人口老化很快，很快我們的健保就面臨財務危機，它的健保基金會應付不了我們的總預算，果然後面很快到今年度被迫要調整，而這個調整幅度其實是不高的，為什麼？按照我們人口老化的程度，在這總預算的公式下，我們可能很快1、2年以後就面臨了健保基金的不足。

所以說如果我們能有部分負擔的挹注，當民衆有部分負擔的時候健保基金就多了一些財源，那個財源本身會讓健保基金足以應付未來人口老化後的總額預算，就可以緩解調升費率的壓力，這是我們門診部分負擔，目前有做了一些微調過，現在藥品費用最高是只收到200元。

我們的部分負擔到底在全世界裡頭目前來講算高還是算低？其實我們算非常低，因為我們現在部分負擔只有收10%左右，韓國人收30%，英國人固定，他每個部分負擔是收340元，就每一件藥品都要收340元，每一件藥品都要收340元是什麼意思？那就是我們台灣每個醫師看病你拿藥都是3400元的意思，按照我們台灣目前的部分負擔，也就是說事實上我們台灣平均藥費哪

有收3400元？都在1000元附近以下，平均不管大醫院還是診所，診所大概只有收1、200元醫療費而已，但是英國人是不管你大病小病拿多少錢，他的部分負擔都是大概在台幣340元，所以我們跟全世界比都是人家的1/3以下，這是目前我們台灣的現狀。

部分負擔是依法規定要收的，但是因為健保本身因為政治的需要而產生，政治需要就是人民的利益，所以在人民的一些壓力之下，我們健保部分負擔一直過去都沒辦法落實法治面，事實上在43條裡頭講的現行有的條文應該從20%，到30%，到40%，到50%，但是從來沒有實現過，過去都用定率當做標準，定率其實是43條裡頭的例外處理，也就是我們過去43條從來沒有落實，而是用例外在處理43條所要求的部分負擔。

我們的醫師公會全聯會理事長邱泰源委員為什麼會提出要修正呢？他是說如果照現有條文沒有人做得下去，我希望把它調整下來逼著它調整，不是他反對部分負擔，而是要讓部分負擔有落實的機會就把它調整下來，從20調成15%，30的調到25%，40的調到35%，50的調到45%，這樣的話才讓部分負擔有可能執行，否則我們目前一直在依照法條的例外在執行，然後把法條的常態凍結的狀態下，來執行我們部分負擔的政策。

健保署在前段時間有放出一個風向球，就是說他要推動藥費部分負擔，然後300元以下的要收40元，這個一出來以後基層醫療的部分診所就非常的反彈，為什麼？因為很多藥費連40元都沒有，你只要300元以下不分青紅皂白全部收40元，可能比實際上的藥費還要貴，所以事實上他的方向基層的朋友非常有意見。檢驗部分負擔還有急診部分負擔都有調高，事實上這個風向放出來以後，在社會各界引起的反應真的是不一。

不過我剛剛講過，所有定額支付都會有一個問題，就是不管原來是要定率，但是你現在都是

用權宜措施用定額，會造成部分負擔不公平，因為我們講使用者付費是按照使用的費用多寡來比例收費，可是你用定額結果，事實上就是我剛講的你300元以上都要收40元，290也收40元，30元的也收40元，這樣子怎麼會是公平的呢？

所以部分負擔那時候有人跟我說這個應該要怎麼處理這一塊東西，我說應該是抓大放小，其實這樣子民衆的反彈會最小，因為大多數使用的都是小的多，大的比較少，抓大放小，依法要定率，不要從權定額，目前的定額是權宜措施、從權定額，我們應該要依法定律，然後要保障弱勢，最後要健保永續，因為健保永續就是最大的公平正義，我相信大家在場的朋友應該不會反對我這句話，也許心裡頭不見得符合各位自己切身經歷，但是健保永續整體來講絕對是符合大多數人民的利益。所以剛剛講依法要合乎法原則，要保障弱勢民衆的利益。

最後來談分級醫療，大家知道不同層級的部分負擔比例不一樣，但是機構轉診後可以打平，也就是希望說看診要有分級醫療的觀念，其實分級醫療不是只為了省錢而已，還能代表醫療資源的合理配置，如果我今天國家非常有錢，我可以蓋滿了醫學中心，讓大家小病都可以往醫學中心跑，但事實上我們國家的經濟負擔、社會負擔無法容易醫學中心每個城鎮、每個鄉里都設，因為開醫學中心政府要付成本。

政府付最大成本是什麼？醫學中心是一個財團法人，它的稅務政府會少收很多稅，另外我們社會要提供很多補助，所以醫學中心不是你付錢付得比較多而已，或是病人付錢付得比較多而已，它整個設置我們政府是負擔不起的，所以我們有限制多少名額，多少的人開一個中心。

我再下一張後面，這個是我常講的比喻，其實我認為分級醫療最大的功能就是讓醫療資源做合理的運用，我們都知道方面如果我們以後坐交通在台灣旅行或是我們出錢的時候，政府絕對沒辦法讓每個人都坐高鐵，對不對？以台北到桃園

去的時候就要坐通勤列車，到台中的話可以坐自強號，去台中以南才需要坐高鐵，如果高鐵上擠滿了去桃園跟台中的人的話，請問從台北要去台南、高雄的人他還有沒有位置可以坐？沒有位子。

所以為什麼要分級醫療，第一個我沒有在每個鄉村都開醫學中心，所以必須要有不同層級的醫院存在這個社會中，而如果沒有分級的話，需要真正到醫學中心治療的人就會被那些小病跟不需要到醫學中心的人排擠了他醫療資源的利用，造成他們的醫療照顧會出現缺乏，這是分級醫療真正的精神。

部分負擔在分級醫療的落實上它有制度強化的功能，這是部分負擔另外一個功能，我想部分負擔的思維它在健保制度中絕對是一個必須而且合理的存在，我希望大家能夠支持健保法43條落實部分負擔定律制，我的報告到這裡，謝謝。

抽屜裡多少藥？

引言

台灣廣告主協會理事長／福和會常務理事 王義郎董事長



香菇王股份有限公司董事長
第一名店股份有限公司董事長
第一超市股份有限公司董事長
亞太天羅科技股份有限公司董事長
國立台北大學經濟系系友會名譽理事長
TAA台灣廣告主協會理事長

林理事長、所有的我們在座的貴賓，包括福和會的會員，大家午安，便當呷的未歹吧？謝謝。

今天說的主要提到的、談到的是我們每年的健保的總預算，大概是7千多億，為什麼特別提7千多億這個數字呢？你想，等於我們的國防預算的2倍，如果依照我們F16機隊經費的編制，大概是150架。

昨天我到台中逢甲學院，演講「從飛安到食安」，因為過去我在經營航空公司，大概民國65年，我送了一部直升機給逢甲學院，所以他們特別要我去談這個飛安然後到食安。

今天談這個7千多億，7千多億裡面，我們裡面所有的乳癌藥佔了1400億，洗腎600億，我們C肝跟口服藥差不多佔了差不多2千億，所以我們加起來7千多億裡面，慢性病很嚇人，特別是腎臟。

我今天特別弄這個便當，就是要讓你知道說，很多人、即使醫生對吃也不了解——歹勢，我家己的孩子也係醫生——但是為啥，這實在真重要，我講今日7千億是安怎來的，哪會用這麼多藥？看病免錢的，所以大家就拼命看，閻時拼命飲酒。哪會肝病這麼多，就係頭家去夜店喝了，明早去看肝，無要緊，免錢的，拚了，這就是肝病的來源。

另外就係安怎呢？我彼工在跟柯文哲講，我講，你動員所有的國小學生去看阿公、阿嬤的藥，厝內厝仔給開起來，都是蛇蛻（蟑螂）屎和藥丸，你欲相信莫？這無吃的藥有偌多你知影否？係安怎會有無吃的藥呢？等一下我們播放影片就知道。

第二個就係講，阿公呷到阿嬤的藥，阿嬤呷到阿公的藥，有可能無？阿嬤吃阿公的攝護腺藥，阿公吃阿嬤真多婦產科的藥，也呷無知。攞來就係安怎呢，這浪費，我自己常常感覺，咱這今也健保一大堆藥提乎你的話，你無知影藥啥麼名，你就回去吃，現在半粒的，在庄腳人就想講，這費事，半粒？歸去今日就安呢剝無開就呷一粒，呷半粒？今日呷一粒後日才攞呷一粒，阿無係同款，哪要呷半粒？

他在剝藥的中間落在眠床腳，老伴說，你緊撿，他說，免撿啦，彼粒也無啥效啦，無要緊，有可能無？這就是牽涉到藥物管理，藥物管理，很多藥開出去了攞無咧管理講有呷沒呷，攞無知，這是啥呢？哪照阮生意人來講，阮無做售後服務，無去追蹤，你聽有莫？像阮哪在賣豆腐的時候，阮也會講，你豆腐呷了感覺安怎？你會安怎吃？有的人豆腐買回去也無知影安怎吃，係無係？

所以今日我特別講，因為我是做廣告主協會理事長，我正在經營、推動一個「潔車自愛、擦亮台灣」公益活動，主要就啥，就係發覺講，台灣有兩個少年仔，去深圳參加世界洗車大賽得到第一名，我認為這兩個應該給好好表揚，所以我發動這咧活動。

這活動就啥呢？我就設計一個，藍、綠的車，潔車自愛就是說，你給車擦乎乾淨，潔身自愛太難了，無可能，大官要潔身自愛做未到，潔車自愛，我厝內家己擦車，所以發動這個活動，在彰化發動，彰化客運、彰化市長林世賢配合，把垃圾車攞整理得遐清氣，叫這兩個冠軍來教講安怎擦車，阮今也一個運動就係講，今也無水所以無免擦車。

我拿這觀念，就係講，這台車叫做藍、綠，今日藍、綠逐工冤家，無代誌做，每一工吵，所以歸去這台車，珍秀車，內底有一粒番薯，表示講，咱台灣人要珍惜，這個觀念是安怎？因為阮的會員偌多人攞帶去日本迫迫，我攞時常跟阮某在講，講日本人的遊覽車的輪框，擦的比你厝裡的電鍋更加清氣，別人係安怎做得到，咱做未到？就是人愛好清氣。

所以咱今也欲超前佈署，彼工賴副總統也來，我跟他講，今也COVID-19散了後，全台灣每一個旅館攞爆滿，因為偌多人要來看台灣係安怎遐爾進步，所以，阮在福和會創這個活動，賴副總統也來，義美高志明總經理，他係廣告主協會的創辦人，看阮按呢做，提100萬出來。

我今日欲推動這個藥物盒運動，就係希望講，咱老大人裡面，有真多人，阿公、阿嬤拿到藥之後吃無對，而且也有可能講回去厝裡，明早起來，頭昏昏腦鑽鑽，過期的藥提起來吃，昨天提的藥忘記吃，所以這個藥物的管理係上重要的，是欲安怎管？

所以我發一個藥盒，我有調查我的會員裡面，用這個藥盒的人大概30%爾爾，存的回去都結著作伙，結著放在計程車門就無記憶，有的人回去厝了後，發覺說，都攞攞在一起，佢一粒藥在吃他不知影，所以這就係今日台灣造成，咱這藥的浪費。

所以欲安怎自這開始來管理？就係我認為講，要用這個藥盒子。所以我昨在彰化福興，盡前，昨我在福興，這位鄉長他有成立一個好德義工隊，就係講欲乎這些老人服務，兌他的厝給您配藥，教您欲安怎麼呷，無，這藥攞攞作伙，他根本就無知影呷，他無知，今也攞攞落，有的有吃到有的沒吃到，無好這樣，這係上重要的。

對這些藥盒，將來想啥呢？建議係講，咱這病院內面要有一個房間，呼做敬老服務隊，就係講這些歐巴桑、這些老人在那，這些義工來教講，你的藥欲安怎分，給分乎好，分乎好就拿回去厝，妳欲吃，拜一、拜二，一格安呢呷，你才有法度教他安怎呷，才有可能才佇在講的，杜絕這浪費。

我以上講的，恁無知有啥看法莫，你不知影說這老人的管理偌重要，他這老人多歲來，有的厝內無孩子，攞一人在厝內，所以沒法度，他這個呷藥係用猜的，所以你結算，台灣一年寡多？193噸，

一年600億過期的藥，咱的長照預算才500億。這方面咱係不係要檢討？

所以福和會今日特別來關心、我來講這個運動，阮要發起這個活動就是說，自彰化市開始，我彰化人，發起這些鄉鎮，把厝內阿公、阿嬤的藥提出來看看，給編號，編號講這裡面1、2、3、4，隱私權有關係，這包藥到底寡多錢，你給算，台灣2400萬人，若四口一戶，平均的話，600萬戶，每一年，如果有過期的藥3萬，1800億，過期的藥5萬，3千億，很可怕，從來沒有人在調查這個，我是從管理的角度來看。

現在我們放一個影片，看一下，先從我們那個偶像劇看。



影片請自QR連結觀賞。

這個福興是台灣上多奶牛的所在，所以這奶牛、肉牛供應的關係熟識，因為我有進口日本與澳洲的捕蚊器。我特別跟福興鄉的鄉長講這代誌，他創這好德志工隊，我感覺這真好，對彰化發起這個運動，就是好德志工隊，就是要幫忙這些老人，會當上好就係講，這個病院内面邊，創一個服務，服務這些老人。

但是上重要的，正本清源，就是我最近，我一禮拜攞去大學演講，昨我在逢甲學院講這個飛安到食安，我今日有送恁一個物件，恁中晝呷的物件。其實咱今日的病遐多，就是攞病從口入，我現在播一個影片，乎恁看，我去演講就是講這，就是亂吃、消夜、吃烤肉，油攞不對。

像我今日就報告一個，這個油，這個米糠油是台灣現在農業試驗所裡面自由時報刊出來，糙米、米糠油是會當降血壓，這佢多試驗，但是咱台灣佢多米糠攞在養豬，所以這個米糠，為啥日本人的米糠安呢用，日本人的米糠你給看，他都弄這個泡菜，攞來，像講河豚內面有毒，日本把河豚的卵，經過米糠、撒鹽醃了之後就無毒，所以這米糠是排毒的物件。

這將來，今也咱這米，像我現在就建議講將來呷這好的糙米，我送這小項的Sample，我現在來講這個，來給阮過去，我今也在講這個吃的習慣，怎會病從口入？攞係自呷的來，像講這洗腎，佢多人無知影，洗腎的人無知影講高鉀、高鹽未使呷，啥呼做高鉀、高鹽他也無知影，醫生僅在無間看藥而已，也無知影講——我家己的孩子也醫生，知影無知影這些？

你給看，這人的健康，我是覺得，情緒的表達，消夜、疲倦、酗酒、不當飲食，食物保存錯誤，這裡面上重要的，就係啥？飲酒、消夜，是上可怕，泡麵也未使呷，我今日送恁的泡麵，恁安心的呷，好不好。

我最近，這個芫荽，彰化北斗的芫荽，做芫荽麵，我已經開始外銷，昨外銷香港，香港賣三萬包了。所以這個消夜、泡麵，你閤時，根本這消夜，你都靜態，所以吃了就拄著，疲倦、沒睡、打麻雀（麻將）、酗酒，這攞是患病根源。像麻辣鍋，越辛越好，辛係未歹，但是你所有辛的東西，自中國來的攞是毒，攞農藥，我家己的物件無農藥你放心，因為係安怎呢？欲檢查一項物件欲開1萬3500元，像阮，阮在好市多在賣，所以這物件無係在宣傳我的東西，係講，你對食材的檢查，最嚴格的管控，無毒、食安保持觀念。



講到雞排！今也當選就請吃雞排，害死佢多人，我跟你說，根本就油未使呷，所以阮政府要去查夜市的油，這些夜市無一個好的油、無一個好的醬油，我今日帶這個米糠油，這上好的油，這款油煙點兩百度以上，這就係一個好的油。

以上，就係我特別報告，阮今也廣告主協會、福和會，阮欲推動這些，所有的就係講，像阮的「潔車自愛、擦亮台灣」同款，我們今也阿公阿婆這些物件提出來看，你就知影，台灣浪費寡多，政府要自這個食材教育開始，咱的教科書教三民主義哪有啥效，反攻大陸也反攻未回去，對莫？你不如給這食材教育做乎好，你要安怎呷，這才是一個政府經驗，多謝，謝謝各位，謝謝各位。

講評



台大三重社區醫療群執行中心／
醫師公會全聯會秘書長 張必正醫師
國立台灣大學公衛學院健康政策與管理研究所博士
候選人
國立台灣大學公衛學院醫療機構管理研究所碩士
國立台灣大學醫學系學士畢業
中華民國醫師公會全國聯合會代理秘書長
世界家庭醫師組織（WONCA）亞太區域榮譽秘書長
台大醫院家庭醫學部兼任主治醫師
台灣家庭醫學醫學會理事
新北市醫師公會第27屆理事
台大三重醫療群執行中心負責醫師
前台北縣三重市衛生所主任



北投社區醫療群／
中華民國社區營造學會理事長 洪德仁醫師
國立臺北藝術大學藝術行政與管理研究所碩士
臺北醫學大學醫學系學士
中華民國醫師公會全國聯合會理事
臺北市醫師公會常務理事
臺北市健康促進協會常務監事
臺灣健康城市聯盟副理事長
中華民國社區營造學會理事長
財團法人台北市北投文化基金會創辦人及董事長
臺北醫學大學醫學系臨床副教授
臺北榮民總醫院、振興醫院兼任主治醫師
士林、北投、石牌、蘆洲、八里社區醫療群總召集人
洪耳鼻喉科診所負責醫師

台大三重社區醫療群執行中心／醫師公會全聯會秘書長 張必正醫師

謝謝，今天很榮幸在林理事長邀請下能夠參加今天福和會這麼精彩的國是論壇報告，我很開心能夠擔任這個小節的引言人，我在開始之前是不是再邀請現場各位貴賓給剛剛的影片一個熱烈的掌聲？

我覺得真的是非常精彩的影片，因為其實剛早上的議題談到，黃啓嘉常務理事有講到說健保的核心價值就是要準備破產，其實大家談到健保就是想到很擔心的問題就是藥價的浪費、醫療浪費的部分，所以大家在影片中其實也點到非常多的部分，到底我們能不能夠透過剛剛王董特別講的潔身自愛還有一些其他的活動，讓大家更能夠感受到我們健保資源是非常的可貴，千萬不要讓它破產。

請看下一張，這一張有拋出一個議題問到底是要調整價錢還是要使用者付費，交由今天現場的專家來討論，事實上這是一個很大的議題，不過我想用這個議題做今天下午開場的引言。

在提高使用者付費的部分，其實很多不管是使用藥物或是求診民眾會提到一個所謂醫療資訊不對等，講今日這落藥係醫生叫我吃的，我咁有法度去判斷要吃不吃？所以在這個部分上還是會有一些爭議，不過比較沒有爭議的部分是剛剛有提到有沒有辦法增加民眾對健康的識別？就是他對於疾病的治療、對於藥物的使用，他如果沒有更深刻了解的話，他也許就能夠在每次的會診跟醫師討論過程中，讓他在藥物的使用上更有正確性。

我現在要提出一個部分，就是很多在做慢性病的個案都是一些我們的長者，有沒有一個比較好的慢性病患的管理方式能夠讓這些浪費減少，我談的不只是所謂的藥物，包括所有治療，能不能更有效率？所以這裡面大概有兩個重要的因素，一個就是提醒，這些長者其實是需要提醒的，不管是回診拿藥或者是使用藥物的副作用；再來是整合，有沒有人能夠幫他們看過所有的東西？有沒有人能夠審閱他所有接受的治療？那幫他在現在最需要的狀況裡面去做一個部分。

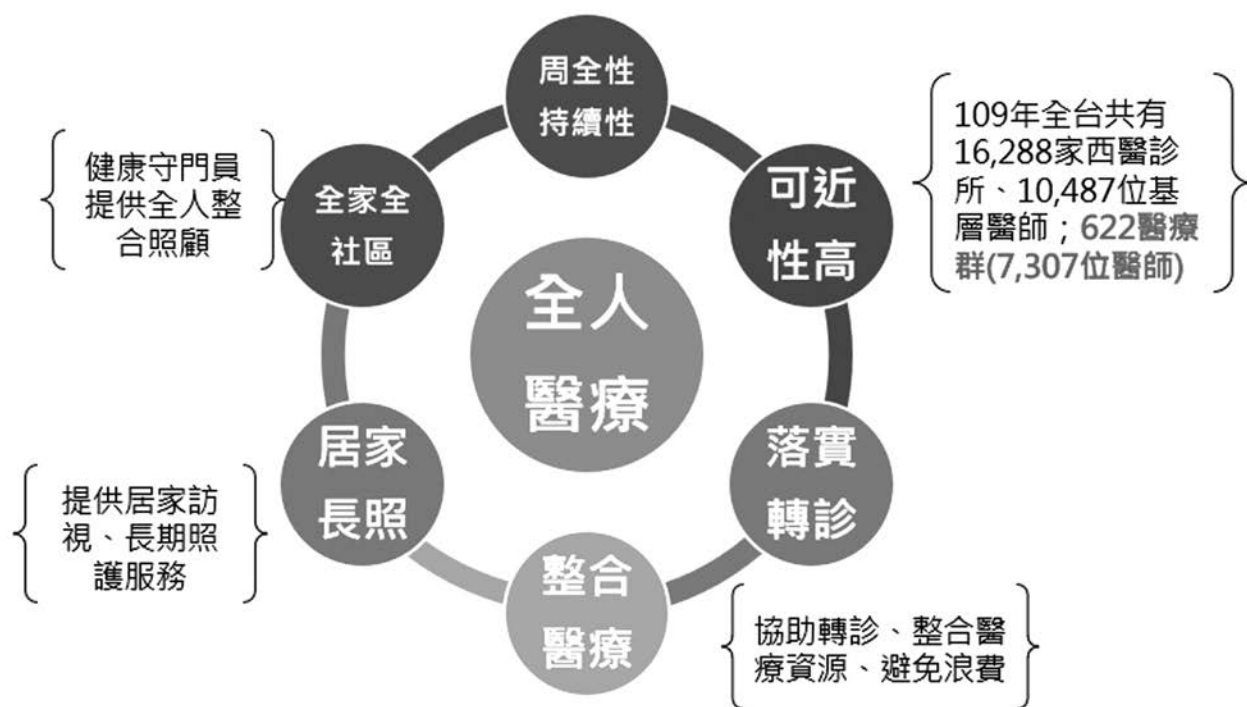
那能夠做到提醒，能夠做到整合，其實就是我現在，跟接下來洪德仁教授要一起來跟大家報告一個叫做社區醫療家庭式整合計畫，這個計畫從健保署在2002年示範，到2003年開始測試推動到現在，其實已經有17個年頭了，這邊在談的就是怎麼透過一個社區家庭醫師的設置，來幫助民眾做好個案管理，做到提醒跟整合的事情。

那社區醫療群這個家庭醫師，他不一定是家庭醫學科的醫師，就是說，我們傳統上來說，有一個醫生，對我們家屬裡面都很了解，這個醫生是我們從老到小都常常去看的醫生，常常可能是一個耳鼻喉科醫師，可以是一個婦產科醫師，可以是兒科醫師，當然也可以是一個家庭醫學科醫師，他就是你的家庭醫師。

因為他對你家裡的事情都最了解，那有一個家庭醫師他可以做什麼事情？他可以做全家的健康守門員，我有什麼病，我胸痛？到底是看胸腔科？心臟科，還是什麼其他科？經過家庭醫師來訪。他可以做居家長照，尤其現在在推健保長照制度，很多醫生都已經到家裡面去幫忙長者了。

另外就是我剛剛講的整合，他能夠整合你的醫療資源、你的治療，甚至協助你做後續的轉診，那透過這樣的全人醫療照顧，就可以讓民眾的可近性，周全性跟持續性提高，這個就是家庭醫師很重要的意義。

那所以這個制度其實我簡單做一個說明，就是說他只要一個，有個專科醫師以上，或者是特約診所以上，其中的1/2是內外婦兒或家醫專科，或者是1/5以上的家醫專科，他就可以成立一個叫做社區醫療群。



▲圖13 家庭醫師的角色

顧名思義，他既然是一個醫療群，他就是一群醫師共同來照顧一群社區裡面的病人，那他不是只有靠醫生來照顧，他包括後面的後送醫院，他可以是地區醫院，可以是醫學中心，那不限家數，像我就跟三重縣立醫院做合作，後面還有台大醫院做我的後援，所以這是一個完整的照護體系。

除了在轉診醫療方面，我跟社區也有合作，我跟社區的藥局，我跟社區的醫學診所都可以合作，所以在一個醫療整合群概念下面，病人可以得到一個更完整的照顧，那他提供什麼照顧？其實最常講的就是24小時服務專線，那當，像我在開玩笑說，我的病人看我診所的名片，上面就印一個24小時諮詢專線多少多少，其實只要你是這個家庭，社區醫療群的會員，你真的是個24小時就打這個電話，就有醫師可以跟你諮詢。

當然有的人，我們台灣人很有人情味，常常在…我們真正有接到，大家可以猜一下，我一個月接到半夜打來的電話，幾通？有人舉手，看一下。

現場觀眾：0。

張必正：0，不會0啦，不可能是0。

小於10通，是怎樣呢？那就是一直忍耐，忍不了，如果11點之後絕對不會打電話，忍耐到隔天早上差不多5點才會打電話，所以真正會接到電話的時間，落在11點到5點中間的微乎其微，可是還是會接到，大部分都是因為小孩子發高燒，不知道該怎麼辦，很惶恐。但是這個病人很會感恩，我就曾經在半夜3點接過電話，同時就他們全家都成為我的診所的忠誠病患，他們說真的有醫生可以在半夜接到這個電話。

那我們做諮詢，我們特別說，諮詢只是提供一些健康的建議，不是真正的醫療，那完整的醫療透過諮詢之後，我們要幫他做最適當的安排，這就是社區醫療群的重要觀念，當然另外就是說，怎麼樣

提升品質，把轉診做好，那做好這個個案管理，同時我還去做社區衛教宣導。

所以當很多我們的藥師，我們的醫師，到社區裡面去辦一些活動，大家可以看一下，那這個是跟醫院的合作，當社區醫療群的病人，進到住院或急診的時候，醫院就會傳訊息到我醫生的手機，我就知道我的病人已經到這個地方去了，然後我可以到醫院裡面去關心他住院的狀況，我還可以跟醫院的醫師交換他在社區治療的心得。

那這些實際案例的部分，等一下，洪德仁醫師會再跟大家做細節的報告，那像我們醫療群出院還有人包白班，就表示我們有在關心他，知道他出院跟住院的部分。

那這是我們的一些活動，這是我們醫生之間，醫院的醫師跟診所的醫師有一個互動，所以我們醫院跟診所的轉診流程是通暢的，我們會有個案討論把我們照護的會員常見的疾病做討論，我們會去社區辦衛教，不管是營養，剛王董有提到營養，我們的藥物宣導，我們的醫療的宣導，還有其他有關慢性病的預防，都可以在這個活動裡面去做達成。

那最後我給大家看一下，簡單的目前的成效，大家可以看，其實大家關心的是說，這麼好的東西到底有多少醫院診所在做？大家可以看到從104年開始是逐步的增加，到目前有一半的診所，已經參加這個醫療群。

所以其實你可以問問看，如果你有固定在某個診所看，你可以問那個醫生說，我可不可以成為你們醫療群的會員？只是遺憾的是，預算的編列，好像沒有辦法跟上我們會員數的增加，所以大家可以看到這個點值，早上談了很多點值，就是說我們醫生幫病人照顧1塊錢，其實我們只能拿回8角，就是中間多出來的部分就是醫生要去擔。

尤其在最近這幾年，因為越來越多的會員加入，大家可以看到，人數越來越多，照顧的人也越來越多，平均掉這個預算就變得更少，就貶值到原來的1點1元，慢慢降到現在的0.7~0.8，這個我覺得還有努力的空間，也請在場所有健保會的委員跟我們立法委員，能夠讓我們繼續努力。

那這是一個很重要的指標，就是VC減AE，就是我們會先預測今年這個人要花多少錢，那最後他真正花掉的錢把他去互相去折扣之後，你就會發現說，VC減AE如果是正的話，表示這個人在這個計畫裡面是省錢的，然後可以看一下喔，這個成效非常好，這個計畫本身，從106年到現在已經3年，3年都是正的。也就是說做這個整合的家庭醫師照護計畫，他事實上是能夠幫健保省錢的。

那品質的部分，這麼多打勾的部分都是他品質這一塊，其實在預防保健，子宮抹片、老人健檢、糞便篩檢、癌症篩檢的都多，那會員預防注射率、胰島素的控制率，這些品質是提升的，所以品質提升，費用又能減少，就是一個相當不錯的計畫。

而且從民衆觀點來調查，幾乎99%以上都非常感謝家庭醫師的照顧以及在服務上的付出，所以我從個人，我從2001年其實就在國際研討會中，不斷在講台灣的這個社區型醫療制度，其實也得到各國的好評，那很開心今天有這個機會，簡短的跟各位報告一下台灣的社區醫療群家庭醫師制度，希望大家能夠多多宣導及利用。謝謝。

北投社區醫療群／中華民國社區營造學會理事長 洪德仁醫師

會長、這個場次的醫生、董事長，在座的各位大家好，才督的紀錄片講的係我們的長輩用藥的安全這個議題，我感覺這個係真重要的問題，但是督咱張秘書長有講，一個長輩的健康照顧係整體的，所以如果我們有法度整合這個資源，來彌合每個長輩，甚至於每個家庭，都有一個就近可以作為家庭醫師的諮詢照顧這樣的一個功能，我認為他是一個最完整的可能性。

我等一下的報告，大概就是著重於剛剛必正秘書長所提的如何用社區醫療群這樣的概念，我們好好的去做好全方位的照顧。大概報告的，是以我實務的經驗為主軸，各位大概了解，這個北投區是位在台北市最裡面的地方，我們有山區，有河邊，有平原的地區，也有都會區，簡單講，它是一個很標準的城鄉，一起凝聚的地方。

請看下一張，那相關的社區資源，我想各位可以看一下，下一張，那最重要的，我們統計了這個它過去，我們的民衆他的健康狀況，影響造成主要死亡的原因，各位可以看出來，這裡面跟生活形態有關的慢性疾病，佔非常重要的角色。

為什麼要特別強調跟生活形態有關的疾病？那是代表，如果我們有介入、有關心、有某一個程度的管理，那相對的生活型態會能夠來改善，這一些健康的風險，會有機會來下降。

那這個是剛剛必正兄所提的，這個是2003年健保局當時為了彌合基層的診所，能夠跟醫院合作的關係，做好相互的轉介也好，或者是把社區的哪一些項目推廣、或者是相關的合作互動，就推出了一個計畫。

下一張，基本上，我參與這個計畫就會一直在想，我們這個所謂的社區醫療群到底核心精神是什麼？必正兄，他本來是家庭醫師科的背景，我相信這社區醫學他是非常的了解，是很好的專家，我本身是耳鼻喉科醫生，其實講實在的，要讓我去談社區醫學，我認為我非常的惶恐。

不過從老師們所聽到的，他一定會告訴你一個叫做COPC，Community-Oriented Primary Care, Primary Care感覺上是單一個，社區在診所提供照顧，但是又要請你做一個Community-Oriented，感覺好像是一個很抽象，但是又好像是可以念過去就可以了，到底什麼東西？其實可以在這邊看。

這個是過去，下一張，剛剛必正兄有提的，過去幾年這個醫療群發展的變化，那我們是在2004年，大概北投、士林、蘆洲、左岸，淡水河出口，這兩邊的基層醫師，目前60幾位，跟振興跟北榮都密切合作。

下一張，我要特別感謝振興醫院的劉榮宏院長，他是眼科醫生，我是耳鼻喉科，我們兩個加起來叫做五官科，兩個都不是社區醫學專科，但是我們認為國家的一個健保公衛體系，一定會面臨到某一個時間點的瓶頸跟困難，它有多元改變的可能性。

但是這種也就是說，以人為本的照護的體系，一定在未來健保的體制改革，佔有重要地位，要怎樣的改革？他到底是叫做全人照護，他到底是叫做家庭科醫師的情況，或是家庭醫師等等，可能是問號，沒有人可以猜測得到，但是如果有可能可以做一個地區的一個彌合整合情況，這個未來或許是一個更大的改進。

20年前我們還看到這個情況，所以就很認真的去把這樣的東西把它給做系統起來，下一張，也感謝各級的長官，後面我們也加入台北榮總是我們的合作醫院。

下一張，那這些服務內容必正兄剛剛也提過，我不只是在對付24小時的電話，我們主要是放在，

不像必正兄是醫師一直接電話，我們是放在開始是振興醫院的一個，初期是放在振興醫院的家庭醫學部，我們跟醫院有一個互動的合作的要求，也就是當接到這樣電話的時候，絕對不可以叫他直接來急診，一定要去記錄相關的一些症狀，跟提供諮詢，而且是在隔天的早上9點鐘一定要把這個訊息email給那個主責的醫師，他可以主動後續的追蹤，這個提供了病人某個程度非常好的一個照護。

下一張，那慢慢的，彼此基層跟醫院的連結互動，情感這樣的一些連結，建立了一些感情，下一張，振興也好，北榮也好，很重視基層的醫師，所以兩院的院長，都是親自這個幫我們診所掛這個金字招牌，因為我是亮名是非常簡單的，當然在他們醫院的網站裡面，也把合作的診所都很清楚的羅列出來，讓民衆可以有一個很好的選擇。

這個可能各位在座的健保署或是健保院的長官認為是不重要的，但是某個程度對醫病關係的一個信賴，我認為是非常重要的，這個醫師就是，像我是台北醫，我的程度可能是很低的，但是台北的榮總願意把我的診所、把我的名字掛在他們的網站上面，院長願意到我的這個診所來親自接談，讓我水漲船高，不是我要攀龍附鳳，而是因為醫院的重視，對轉移病人，民衆對我的信賴，相對的，如果我們能做好後續的醫社的連結，那麼這個相關的一個照顧跟服務可以更加的完善。

下一張，後面一樣我們除了強調叫做分級轉診之外，平行轉診我個人認為也是非常重要，也就是健康是調劑的概念，左鄰右舍的同業同行的診所，那不是競爭的對手，而把他變成是合作的夥伴。

下一張，這個轉診的機制我就不再贅述了，下一張，再往下走，電子的平台也大概稍微講，下一張，一樣的我們也是跟我們的會員持續地保持不同層次的這樣聯結的互動，下一張，有會員住院我們基本上會讓醫院跟基層診所一起共同紀錄，在住院期間致贈我們的問安卡，當時本來想是要送花，但是一束花至少要1千元，又會造成污染，所以就想用問安卡。

我非常感謝台北榮總，台北榮總張德明院長，強調一定要讓基層的醫師掛名掛在上面，台北榮民總醫院張德明院長放在下面，這個建立病人的一個信賴，他會覺得這個基層醫師，他跟醫院的關係這樣的密切，相對的，後面我們也拜託醫院可以把他分配到診所，病人都引以為傲。

執行的成效，我這邊是引用張必正這個秘書長所做的研究，簡單講，病人滿意度都是高的，然後大家也覺得有這個可以用，可以增加信賴，品質也都很好，甚至於我們期待的醫療費用會不會因為這樣子來下降，也確實是看到積極的成果。

下一張，我認為社區醫療群其實更大的一個影響，他是健保署要去試辦很多的計畫，這一個前瞻的一個期待，他會把未來2、3年要發展的各種計畫放在社區醫療群裡面當做品質指標，比如說請你們看失智症，他是很重要，所以就鼓勵我們社區醫療群去發展失智症的篩檢、衛教、轉介，跟社福體系連結的這樣的一個體系，留下完整的紀錄就在品質指標，他可以加分。這樣的一個東西，就變成是國家要去發展我們長照體系很重要的一個醫療環境。

譬如說我們現在一直在強調變成常態的雲端藥歷查詢，這個也是一樣，在7、8年前他是一個醫療群的品質指標，所以健保署要講他邪惡，他其實是蠻邪惡的，因為蠻多醫師申報，就覺得很多的委屈，但是有一些前瞻的、聰明的這樣的一個計畫的融合，這部分我認為健保署是要給肯定的，也就是很多類似的要示範的計畫，在前三年前五年，他會變成醫療群這樣的品質加分指標，也就是讓基層的醫師有機會跟合作醫院，一起去合作發展顧問的模式。

剛剛我們張秘書長也有提到，由於高齡化以後，慢性病一定是必然的趨勢，如何提供給慢性病的長輩相關的慢性病健康管理，那國外提出了一個ICOPE的這樣的論述，整合長期照護的體系，用藥安

全是其中一個蠻重要的指標，相關的推動，我跟必正兄也應該是，必正兄是2年前，我是3年前，我們就參與健保署跟國民健康署這樣的示範計畫，也把用藥安全在診所如何，自己藥師跟醫師的管理模式發展起來，還有更重要的是，如何跟社區醫療群互相合作，發展出用藥安全的機制。

下一張，這個是我的診所，我們大概有自己自聘2位藥師，附近我們又有2家社區藥局，所以簡單講，也就是當我們看到在家的民衆，這個長輩他用藥有超過5種以上，原則上先在我們社區，先在我們的診所的藥師跟醫生來做一個討論，那個量數真的太大，我們就到社區醫療群，醫師、藥師、診所藥師跟社區藥師，我們一起來討論相關的資訊。那這些基本上就可以提供蠻多用藥的一個大觀念可能性。

也有一些相反的模式，有一些民衆他到藥局去買藥，雲端藥歷一查，他用藥的品項太多了，這些藥師會提供一些資訊，也會就近轉給我們社區的診所，來做一個整體的照護，所以我們發展了一個剛剛講的，看到高風險的這樣的一個個案，他的一個服務的流程，看過去看適用，也感覺上是蠻好用的。而且是有確實有幫忙。

健保署也是我剛剛報告的，這麼多年來一直在推動很多很多的計畫，無非是讓民衆能夠在社區有一個就近家庭醫師的照顧跟支援，然後讓我們相關的醫師、專業團隊可以一起建立一個以人為本的照護醫療體系，我認為剛剛紀錄片所看到的劇情，表達的很傳神，我相信如果我們看到彰化那個阿公跟阿嬤，能夠就近有社區診所作為他的家庭醫師的話，那剛剛所看到的事件，搞不好就可以迎刃而解，重要的是一個民衆健康的用藥安全，絕對是其中一個很重要的一個考量因素，但是整體的一個健康評估，這個應該才是病人的福氣。

我想大概做這樣的報告，我們期待我們以站在民衆為本的角度，能夠一起共生、規劃一個比較全方位的照護服務體系，那至於因為這樣子的服務要不要多那個一點點的給付的投資，也是我們健保署各級長官，我認為應該要考慮的。

剛剛紀錄片或者是我們所了解的，台灣品質這麼好，民衆不知道那個藥這麼貴，然後民衆聽到他只要負擔這麼一點點的錢，就可以得到這麼好的一個用藥，民衆除了要有自覺之外，某個程度，也要告訴民衆、要教育民衆：健康的照護是非常昂貴的、是需要負擔的，而不是永無止境的，付一點點的健保費、漲一點點的保費，大家就哇哇叫，然後就把這樣的一個健保服務，當作理所當然。

那相對，他如果沒有感覺到必要的一個投資，沒有這樣的一個責任跟準備，我們想要去把健保體系建立在一個物美價廉的一個制度下，那是很難永續的，所謂物美就是醫療結果好、品質好，就是今天健保的一個很好的結果，價廉是什麼意思？你要負很低的代價，病人不知道這個裡面是這麼貴的，那相對的他代表什麼？服務方他是受委屈的，服務方是受委屈的，要讓健保永續，一定要打破物美價廉的概念，要用健康投資的概念，才能讓這個制度永續發展，民衆的健康得到更好的照顧，以上報告。

第二節

分級醫療政策如何落實？

醫學教育品質應如何維繫？

主持



21 健保國是論壇

立法委員 邱泰源教授

中華民國醫師公會全國聯合會理事長

中華民國立法院立法委員

台大醫學院醫學系家庭醫學科教授

台北市醫師公會理事長

國立東京大學醫學碩士

國立台灣大學附設醫院門診部主任

國立台灣大學附設醫院家庭醫學部主任

台灣家庭醫學醫學會理事長

台灣安寧緩和醫學會理事長

引言



醫師公會全聯會副秘書長／

台灣醫事法律學會執行長 羅浚暉醫師

台灣大學醫學士

台灣大學法學士

醫師公會全聯會副秘書長

福和會顧問

衆律國際法律事務所醫療法顧問

基層醫療協會常務理事

台灣醫事法律學會醫務執行長

醫師公會全聯會副秘書長／台灣醫事法律學會執行長 羅浚叡醫師

大會主席林理事長，今天大會特別邀請的全聯會理事長邱泰源教授，也是我們現任立法委員，各位現場的好朋友、各位醫療的先進、各位媒體朋友、還有各位工商業社會各界的夥伴們，大家午安、大家好！

我想今天是一個非常重要的日子，在早上我們第一場次裡面，我們現任的副總統，賴清德副總統，到現場給我們鼓勵、加油打氣，我們的陳建仁前副總統也到現場，就這次台灣防疫的絕佳表現，發表了非常專業的演說。

我覺得福和會辦的這一場國是論壇，現任的副總統、前任副總統都到，當今的立法委員衛環委員會裡面的意見領袖，以及我們林應然理事長，還有各位福和會重要的先進，包括我們大使，長期為台灣努力的人都到場，這個是一個真真實實的國是論壇，我們要用最虔敬的心來迎接這樣的會談。

去年這個論壇辦過一次引起很大的迴響，今年這個論壇其實我們邀請了很多政府部門的重要官員，也許他們今天事情比較多沒有辦法出席，可是我相信就像去年一樣，福和會每次辦的活動，一定會把所有最重要的，論壇裡面討論的結果，用逐字稿的方式，以論文集的方式呈現給大家。

我是醫師公會全聯會的副秘書長，我想今天講這一個下半場的活動非常有意義，雖然表面上我們要討論幾個議題，包括基層醫療如何永續發展，怎樣能避免托拉斯，包括偏鄉醫療怎麼樣人力能夠不虞匱乏？包括怎麼樣讓我們百年醫學教育能夠越來越好。

表面上看起來，好像是幾個我們日常生活中常常都會提到的關鍵議題，可是我覺得把它串在中間有一個重要精神是台灣要軟體，各位不要忘記，這一次台灣的國際地位能夠脫胎換骨，跟美日等世界各國站在一起，最大的關鍵是什麼？就是因為防疫成功。

最近有一個重要事件，花蓮太魯閣號意外失事，很多人說這個沒辦法，長期台灣的這個工業文化就是這樣子，這個要改，要改組織，改這個公司經營，很多都要改，可是我跟大家講，這種預算不足的問題在我們醫界長期都存在，可是醫界從來沒有因為這樣子，讓我們對人民的服務、對人民的照顧有些毫的打折扣的狀況，不管我們總額如何去打折，不管我們的資源多麼的困窘，我們還是努力完成。

所以我想這個代表什麼？代表醫療在台灣這個醫界的文化裡面他跟其他文化不一樣，他不會只有看到錢辦事，他不是看到醫療資源才辦事，就算資源不足，我們會憑藉我們的專業繼續向前衝。

在我們今天下午討論前的這個時刻，其實有一個更重要的事情是說，陳時中部長開這個記者會，說明說我們第6位機師，最近有6位機師，紛紛確診。第6位機師確診，表面上聽起來本土感染越嚴重的話，大家應該很緊張，可是我們在座每個都坐在這邊老神在在，沒有人會緊張的，等一下開完這個國是論壇之後，我們還一樣可以去看電影、一樣可以吃飯、一樣可以跟家人聚在一起聊聊天，我想就是台灣的價值。醫界長期守在這裡，對抗武漢肺炎的醫師從來沒有退讓。

我另外跟大家講說也許在每一天100萬人次的這種醫療服務裡面，有時候會有一些1、2件的邊際案件，可能會有一些瑕疵，可是我們不能因為這樣的瑕疵就否定所有醫療的努力，大部分的醫師都為了國家、隊所有人民去做最大的貢獻，毫無要求回報，只希望能夠把從當學生開始的那個教育訓練、那個敬業精神能夠展現開來。

最後我要特別提到兩個會是非常重要的，一個就是剛說的福和會，福和會是台灣社會中流砥柱的良心，我有幾次跟福和會在開這個一開始的會

議我都要做一些討論的時候，我們都會發現說其實福和會真的是把他們畢生的精力都用在台灣這塊土地上，他們非常愛台灣，用任何方式，不管從國外、國內，不管是一般議題或是健保議題，我相信這樣的真心誠意是他可以做到的。

另外我也要特別感謝一個就是醫師公會全聯會，在不久前我們才跟世界醫師會做了一些會談，大家應該有看到說電視上有顯示出，在推動台灣加入世界組織世界衛生會議的這個表決上，是22比1壓倒性的勝利，我們是不是為了這樣的勝利能夠來鼓掌？這個為自己歡呼一下。

我要跟大家講說，帶我們台灣打贏這場仗

的、帶領我們得到這壓倒性勝利的人，就是現在在座位上的邱泰源理事長。

我要跟大家講，在有限的資源裡面，在年年折扣的狀況之下，台灣醫界5萬2千名醫師幫國家打了一個大勝仗，我們終於成為世界冠軍，面對下半場，還有疫苗的推動要進行，還有社會工作要做，還有更多的風險控管，我們相信等一下我們這個議題每一個都是專家，都可以講得很好，但是講完之後我相信我們政府部門跟我們各界也都會去思考，怎麼樣才能讓這樣的真心誠意、讓這樣的台灣價值繼續昇華，在下半場我們一樣要是世界第一，謝謝。

主持人講評

好，我的10分鐘已經被羅浚鉅醫師講了9分鐘，我只講評一點，就是我們謝謝羅浚鉅醫師這一年多來，他除了在醫師公會全聯會負責統籌調度物資，讓全國醫療院所不至於缺乏防疫物資以外，他也必須要常常上電視，穩定社會的民心，去把更專業的訊息能夠藉由全聯會的討論，把這樣的結論呈現出來，也是我們全聯會的發言人，他有個特徵就是，從疫情第一級到現在，他可能上電視上了一百次，他都用這條全聯會的領帶，下次大家看電視可以注意一下。明天給他置裝費。

剛剛羅浚鉅醫師所提的，我都非常支持跟同意，而且今天有更多的專家跟我們來做相關的評論，我們完全沒有立場，只是希望台灣更好，台灣的一切能夠更順利的有一個更好的空間來照顧人民的健康，我很感謝福和會，在林理事長領導之下跟各位重要的幹部同仁這段期間來，真的是犧牲了很多時間，我知道半夜都還在忙，我們也請羅浚鉅醫師跟大家一起學習跟籌辦，我相信今天的會議一定會有相當重要的結論、會相當的圓滿，再次感謝福和會在座所有的大家，不論平常對台灣的付出以外，今天又特地來這邊犧牲假日來參加，在此致上最大的謝意。

我想今天後續的議題，因為講台上位置比較有限，所以第三場的講師等一下再上來，我們一個主題就這樣來進行，剛剛三個主題羅浚鉅醫師都有跟大家報告過了，我們是不是按照這個順序一位一位來？司儀有說每人有10分鐘的時間，大家時間控制一下，比較不會太累，我知道各位說話都是一言九鼎，說話非常精要，可以在時間裡面把重要的事情講出來，因為今天禮拜天下午的時間幾乎都是我們林應然理事長在打球的時間，若是不打球就去看病很痛苦，所以我昨天特地餓著肚子在球場陪他打一下球，所以他今天來是心平氣和的來這邊跟大家分享、發揮智慧。

我們第一位就請中華民國基層醫療協會理事長林應然醫師，林醫師是一個兒科資深的老師、資深的醫師，在基層也做得非常的好，各位不要覺得兒科輕鬆，其實都是很忙，他其實也不需要媒體曝光，在座的各位幾乎都不需要，但他這麼辛苦奔波，跟大家一樣，花那麼多時間，為了溝通政策，他有2個小孩都是台大醫學系，現在都是台大很重要的主治醫師，但是他還是依然很認真在社區看兒科，貢獻很多，然後經過實際上的經驗幫政府、幫我們醫界提出很多很重要的建議，他提出的建議有

時候比較衝擊一點，但是我都非常虛心在學習，因為畢竟他這麼多年的經驗，他對台灣的熱愛以及他對專業的堅持，我們想我們今天有10分鐘的時間來聆聽他的演講，我們歡迎林理事長。

基層醫療永續發展——如何避免醫療托拉斯



中華民國基層醫療協會理事長
林應然醫師

中華民國基層醫療協會理事長
第二十一屆台灣兒科醫學會副理事長
林應然小兒科診所院長



中華民國診所協會全國聯合會副理事長
蔡昌學醫師

高雄市醫師公會常務監事
臺灣復健醫學會理事
高雄市市政府顧問
中華民國診所協會全聯會副理事長
中華民國醫師公會全聯會醫療政策委員會委員
蔡昌學復健科診所院長
旗津明華診所復健科院長
Anya雅研醫美體雕中心顧問醫師
中華民國復健科/內科雙專科醫師
高雄長庚紀念醫院復健科主治醫師
國軍高雄總醫院內科專科醫師
台維斯杯國際男子網球賽大會指定復健醫師
德國Richard wolf體外震波原廠指定駐講醫師

中華民國基層醫療協會理事長 林應然醫師

謝謝邱理事長邱立委的介紹，另外我們敬愛的林理事長還有今天我們重要人物劉越萍司長也在這裡，她是管我們醫界的，所以她現在在這裡很重要，我們今天也要講給她聽。

我們講怎麼預防托拉斯，托拉斯就像這隻章魚一樣，牠會把觸角伸向各地，用牠的吸盤去吸取各地的資源，然後牠就越長越大，當然牠會變成一個很大的龐然怪獸不容易控制。

我這次講的應該是比較是為了醫界的醫療分業的問題，為了這個分級醫療，所以希望這個事情變成是在講這些醫院與診所之間的事情，我希望這是一個很中立的說法，沒有說要貶抑誰，只是把事實陳述出來，有關被提到的醫院名稱，我今天本來是要把它隱藏的，但是即使不提名稱，我這樣講大家也都會知道，那隱藏也就沒有道理了，所以我就直接明講了，這就是國泰信義診所的興建，這個都是發生在台北市的事件，這個不是很古老阿公娶阿嬤的故事，這是現在正在發生的故事。

國泰醫院有一個信義診所要新設，國泰醫院本來就已經有一個內湖分院了，這個內湖分院其實是已經很龐大的診所，一年大概申報3億，然後內湖分院現在又要擴大營業，診所的面積要增加到4倍，目前這個新設在信義路的院前診所，其實他用的名義是用「杏保醫網」屬下「信誠診所」這樣的呈現，國泰醫院說信誠診所跟他沒有關係，但是事實上我們都知道這家診所事實上是放在國泰建設轉投資的子公司所設立的。

他設立了杏保醫網，其實我們都知道，既然叫杏保醫網，他設一個診所，他將來一定會再設一大堆的診所出來，就是一個杏保醫網控制一大堆的診所，你說所以有什麼不對？其實好像是沒有什麼不對，但事實上我們醫療法規定，醫療法人只能最多設一家診所，也就是說國泰醫院已經有設了一個內湖國泰診所了，為什麼還可以在國

泰醫院附近的信義路上也另外再設一個新診所？因為他知道如果用國泰醫院的名義設立他不合法，所以他就用一個人頭，用子公司來設立這個診所，這個診所的面積也是很大，這是好幾百坪的大診所。

大家都知道，《新新聞》已經把他報出來說他根本就是實質上的院前診所，因為他距離國泰醫院只有500公尺，事實上財團醫院設立的院前診所，平均每位病人申報健保數額幾乎是一般診所的2、3倍，而且他設的地方就在醫療很豐盛的地區，在國父紀念館很熱鬧的地方，你在這個醫療豐盛地區，又設一個很大型的診所，就設在你的醫院旁邊，很明顯大家都知道這是你國泰醫院的院前診所，就是原來在國泰醫院的門診病患要轉去那裡看門診的。

其實不要講說他新設在信義路上的院前診所，他原先的內湖國泰診所幾乎所有申報額度都是國泰醫院去支援他的醫師所申報的，一半以上都是醫院支援醫師所賺的錢，所以他根本就是醫院的人偽裝成基層醫師來申報一樣。

另外舊的所謂的內湖國泰診所，他現在要搬到一個叫內湖宏匯廣場去，他原來的使用面積就已經是724.98平方公尺，他現在要變成一個3384.1平方公尺，這是BOT案，大家知道他一年已經申報3億，想想看他變4倍面積的時候他將來要申報多少？

所以我們說這個是一種酷斯拉，就是說這麼大的怪獸我們要跟他競爭實在很難，醫院可以到處設診所，診所沒辦法聯合起來設一個附設醫院，幾乎沒有這種東西。但是目前的總額，就是有一個醫院的總額跟基層總額，就兩個總額都是分開的東西，你現在醫院把觸角伸向基層，當然對基層是一個很大的危害，為什麼我們要去拜會各地方的官員與民代，包括議員、市長或是衛生福利部長都拜會了，事實上如果拜會有用我也不

會站在這裡講這個事情。

投影片裡呈現的是我們拜會的一些過程，這些過程當然我們做了很多的努力，但是我想我盡量把它說簡短一點，做了很多的努力，但是目前為止大概也是沒辦法解決，因為目前來講他其實是遊走法律邊緣。

當然我們是希望就是說短期內既然院前診所申報的每一個案件都那麼高，我們是不是可以用核刪的方式去核刪，這件事有時候會牽扯到醫學的問題，所以目前是還沒有這樣在做，但是有想辦法要考慮核刪的這個手段，因為太高的申報量事實上對基層是一個很大的危害。

另外應該也要透過衛福部這邊，其實規定上醫院可以用很多醫師支援基層診所業務，這個政策目前已經是不合時宜了，因為那已經是民國90幾年所設立的條例了，現在這個都被人家知道怎麼去突破了，已經沒有辦法再控制醫院去撈基層的總額了，當然我們也更希望就是說在醫療資源豐盛的地區盡量醫院不要設診所，尤其設那麼大型的診所，一設就是幾百坪的診所。

我們曾經發文給衛福部，我想劉司長應該知道這件事情，就是說你現在醫院支援基層的，比如說只能幾倍基層的人力，或時段只能多少%的，已經不合時宜了，應該要重新修訂了，不然的話事實上很多在基層診所都是由醫院的人來支援，然後錢就撈回到醫院去，所以對基層來講是非常不公平的事情，當然衛福部也有善意的回函，問我們說你覺得應該要怎麼修訂比較好？他就發文給我們，很多是就是請我們備文發文給他，我們事實上也發文給他，不過已經6個多月了還石沉大海，目前還沒有回應。

當然劉司長在這裡，我們希望是說，衛福部是不是能夠開個會，讓我們這些基層能夠大家共商大事一下，不要說一直讓這個事情繼續再惡化下去。我們有發文把我們的意見提供給衛福部的，再來全聯會這邊也有提供這個意見給衛福部了，只是說目前為止，事實上是都沒有再進一步

的消息。

當然希望醫院的醫師在支援診所的時候，你的人數比也應該有一定的限制，不然的話你這個診所都是醫院的人在幫他賺錢，這根本是沒有道理的事情，根本這樣的診所就像是醫院的延伸一樣，你每家醫院已經都有設門診了，那幹嘛還要再設一個院前診所在那邊？這很明顯就是說，你醫院本來就是應該看一些比較嚴重的疾病，要不然我們為什麼要分級醫療？你為什麼要年減2%？為什麼希望醫院每年要減2%的門診？尤其要把輕症下放到基層去，國家醫療政策的目的就在這裡。

但是你現在目前這樣任他發生的話，他是越來越惡化，尤其很多所謂的院前診所事實上每年他的申報量都很高很高，針對所謂的大型診所設限，全聯會講的定義是300萬，事實上很多的院前診所每一年申報量好幾億，對一般基層診所來講那個根本是天文數字。

醫療法的規定本來就確定分級醫療這個部分，中央機關也是說醫療過程中應該要限制這個醫療院所機構的設立，所以這個醫療法事實上也定在那裡，只是沒有被認真執行。

我簡單的把這個所謂的醫院跟基層這兩個愛恨情仇講一下，醫院的總額在這裡，基層的總額在這裡，醫院為什麼要設診所？因為醫院會有所謂的斷頭，就是說如果他業績超過一個程度，他會被砍掉給付，另外醫院還有一個實際申報上限，就是你的業績上升得太快，他會設一個點值，你上升太快我要扣你，所以醫院被扣來扣去，他覺得受不了，你既然要扣，醫院的錢沒辦法拿，我就到基層去拿，我就設一大堆附診的院外診所，設一大堆診所。

當然你本來只能設一家，但是院外診所設一大堆，然後他就把這個錢吸到醫院去了，他事實上這些院外診所是醫院的人進來當人頭，事實上當人頭之後他又可以回到醫院支援，醫院又回來這裡支援，所以兩個變成一個合體一樣。

本來醫院只能設1家院外診所，現在變成設一大堆診所，他用診所來設，然後結果是什麼？結果是我們基層總額的一塊會變成醫院的總額，就變成這樣的事情，所以這樣對基層是一個非常大的危害，你說這樣對病人好不好？病人絕對無感，病人到院前診所去看病，事實上他付的錢是跟一般診所一樣，只是他受到的待遇是跟醫院一樣，所以病人絕對不會抱怨，但是整個健保就受到很大的傷害。

所以雖然看起來好像對病人是有益，但對基層來講是很有害的東西，我們到底要不要分級醫療？這個是重點所在，為什麼要分級醫療？如果你今天不分級醫療，我們每個病人都跑到醫學中心去，這樣不是服務更好？醫學中心看待一個病人CT、MRI或是驗血這個那個都驗，每一個病人申報那麼高的額度，你看我們健保受不受得了。

我們到底需要一個短視近利，讓民衆感覺上很爽快這樣，然後那個民衆滿意度很高，但是在醫界的滿意度剩2、30%，因為醫界一直在斷頭，一直在攤扣，然後一直在被殺、砍來砍去，但是對民衆來講他很好，又不是他付錢，損失錢的是醫院跟診所，又不是病人，

所以這種醫療托拉斯的政策對整個健保制度是很大的一個危害，當然最會做這種事的就是財團，因為財團才敢做這種事，公家醫院不敢做這種事情，因為公家醫院不太敢做這種法律邊緣的事情，政府要怎麼約定這個就是問題所在。今天劉司長在這裡，我相信她應該也有她的苦衷我也了解，她也很忙，但是我們希望這個事情不要再發生，不要讓財團法人都掛羊頭賣狗肉，用人頭設一大堆診所，然後把錢撈到醫院去，讓我們基層一個一個在萎縮，謝謝大家。

主持人邱泰源教授講評

接下來在蔡昌學醫師主講之前，我先回應一下前面，第一次聽林逸民理事長正式的演講，平常只是聽他抱怨一下，想不到準備了這麼完整的資料，我真的也是嚇了一跳，這讓我們覺得醫療體系必須要以基層醫療來做基礎，因為基層醫療是有醫院取代不了的特色，它有可近性、它有周全性，它有一個跟民衆的關係，這是醫院過去一直所取代不了的，所以必須要各種層級的角色都要有。

剛剛聽林逸民理事長談醫院侵蝕基層的情況，但其實醫院也並不是全然優勢，因為我在醫院幾十年，醫院有醫院的苦衷，因為他也是被斷頭，他也是被攤扣，想坑想縫，我在台大醫院其實也不乏有醫院院長曾經要台大醫院開巡迴車到捷運站的門口去接病人到台大醫院，但是台大醫院基本上主管都接受醫療核心價值，都全力反對，所以變成不會去做這件事情，剛剛應然兄提的，我們醫院基本上會注意，所以我想這個部分聽起來是非同小可，也感謝福和會提出這個，如果不趕快處理的話我想就已經是國安、國家的問題了，非常感謝林理事長。

接下來請我們非常優秀的南部的講員我們蔡昌學院長，他本身是復健科的醫師，對公用的事務、對醫院未來都有很透徹的思考，我們是不是熱烈掌聲歡迎我們中華民國診所協會全國聯合會副理事長。

中華民國診所協會全國聯合會副理事長 蔡昌學醫師

謝謝我崇拜敬愛的邱理事長的讚許，也很感謝福和會林理事長的邀請，今天在我們林理事長大砲級的後面講，實在是有點吃虧，不過我盡量完成其他相關的一些東西。

我本身是來自高雄，目前是在我們重要的全聯會裡面是醫療政策委員會委員，也是高雄市政府的顧問，這邊也廣告一下，其邁市長的5G IoT的發展逐漸在加溫當中，這跟醫療也有關係，有空我們再分享。

「Trust」托拉斯，托拉斯的東西最早那時候是美國，因為是擔心有企業去弄一些併購的方式、價格統一化的方式去把它做一個算是利潤最大化的做法，美國那時候最早就開始實施了托拉斯法案，台灣因為健保的關係，後續有發現狀況有這個需求，所以在1999年立法院也通過了公平交易法案的修正案。

現階段我們台灣基層醫療有關這方面的困境，剛剛我講過了最近很夯的，年輕人喜歡看的哥吉拉，哥吉拉大戰金剛中間這個小小兵，小小兵就是我們基層醫界，諾古錐，也諾古意，但是也諾堅持，在這個巨獸前面屹立不搖，還是站得直挺挺的，旁邊這個金剛照理說牠是要幫誰？金剛應該是我們政府相關單位，是要對抗哥吉拉還是要一起修理小小兵？我們一起看下去。

民衆就醫長時間被養成，很變態，逛醫院（Hospital Shopping），為什麼？因為財團醫院提供一些高價的藥，很繁複常規性的檢查套餐，病人覺得檢查很多就很爽，抽血檢查很多就覺得很超值，民衆也有尋求名醫的就醫習慣，會導致這個醫療分級其實長時間已經失衡了，基層醫療一直在苦撐，用我們的便利跟我們的親切來苦撐。

第二個財團以商業化模式來介入經營醫療事業，他這個叫做流刺網式的攬客方式，用車子去載，甚至很厲害的跟一些保險公司結合，把一些

人頭拉進來，有一些鄉村用免費全身健檢或老人健檢，或是免費的疫苗注射來攬客，攬客進來開始幹嘛？發現問題開始壓榨，壓榨什麼？壓榨健康所需要的處置。甚至還有一些促銷優惠，早上免費送，這些都是已經發生好幾年了，一直發生的進行式。

第三個剛講到很重要的院前診所的興盛，醫院以醫師報備資源的方式來支援他前面參與大型醫院型診所，但是他重點就是那個收入根本就是吃到基層，跟他們醫院沒有關係。這一張很清楚的看到很恐怖，這幾區台北區、北區這邊，都有1億多、1億8、1億6，這個是一個醫師這邊就1億6，這個是北區1億9、1億2，中區還好，高屏這邊很可憐，其實我看了才知道這1億1，這個一個診所，咱牽腸掛肚，一個月賺呷3、40萬，攔要去乎健保修理，攔要驚去乎衛生局標管制藥品什麼的，做得欲死欲活，一冬寡多錢？他一次嚙遐多錢，甘敢給振動？不敢動他，怎麼敢動他？後面的靠山很強。

但是我要強調一點，不是每個財團醫院都這樣搞，部分，是少部分，所以要把害群之馬揪出來，所以基層尤其中部的夥伴們其實之前就受不了，We say no，我們跟他說不，不要這種流刺網式的攬客，不要大財團用這種制度方式來玩，那大家綁起這個頭巾、帶上布條，但是無效，所以今天才會在這邊來繼續用力疾呼。

遇到一個轉機，武漢肺炎2020肆虐全台灣，我們觀察到什麼東西？因為武漢肺炎的關係，我們各科慢性病到大醫院的就診率降低了，包括心臟科、新陳代謝科、精神科、皮膚科、復健科，合理地把病人留在基層院所接受醫療處置，你會發現醫院這段時間的檢查跟治療大幅下降，暗示有許多可能在財團商業化導向經營之下有很多的部分不必要的醫療行為目前也減少了。

那我簡單用一個我們的這個2020心臟內科

的就醫狀況來說明，在2020第一季1到3月這個時候，它的跟前一年的成長率是1.3%，這是合理的，因為那個時候還沒有很嚴重，大家還沒有嚇到，到7到9月的時候7.1%，這個相差之大，代表什麼？代表很多病人跑到基層來了。

高血脂的就診，它跟去年同時相比成長了8.4%，病人從醫院回流到診所；高雄某醫學中心轉出、下轉到診所的人數，你看一直到這邊，9、10、11慢慢往上拉，拉到這個時候289，病人願意到診所來看診、希望醫院幫我們轉下。

當這些現況我們現在講到一個我們醫學最常用的「問題導向解決方案」（problem-oriented solution），我講五點。

第一點，剛剛理事長有提到，一直沒有辦法落實健保法第43條與醫療法第88條的分級醫療，而健保會核准醫院跟基層院所的總額又有明顯的落差，我們基層院所呈現逐年衰退。怎麼解決？第一個我們討論它的成長率，第二個我們討論健保會會員他人數的比例跟他專業的比例的正當性。

這張是從95年到110年基層醫療的市占率，從21%掉到19%，這是醫院的市占率，從65%拉到68.9快69%，所以一看就很清楚。我們健保會39名委員裡面，醫院的有4位醫師代表，那全聯會有2位，那一般代表基層的0，你說全聯會這兩位也是基層代表，錯，全聯會是代表5萬2千或5萬3千個醫師會員的代表，他不能用他自己的身份來說他們是屬於基層代表，所以這邊，抱歉，基層代表是0。

但是我們看109年醫院跟西醫基層診所的醫師人力比例是多少？是2比1，所以照理說如果目前醫院代表有4位，我想基層代表應該是要有2位，目前0位。

財團醫院長期壟斷，剛剛林理事長有講到的，我們健保署有公告從2018年7月1號開始要慢慢把各個醫院門診的量，每年降2%，實施5年，到10%為目標，但是目前因為疫情暫時暫停。

怎麼解決這個問題呢？其實可以考慮國外成立一個開放醫院的模式，也就是說像找來很多很優秀的開業醫師適時到區域或地區醫院來做醫療行為的經營，然後有澳洲和日本的經驗分享一下。

澳洲跟很多先進國家一樣，他們住院醫師的訓練比較限制在公家醫院，他們不讓財團醫院去把持受訓的容額，那這個有什麼好處？這個代表我們生產地是在我們自己國家可以控制的範圍之內，那他們從家庭醫師到我們的專科醫院，分級醫療非常地落實，如果你真的要一下子要到醫學中心或是到財團醫院很簡單，你就自費買比較貴的保險。

日本醫學會很強大，他們照理說是可以決定你這個區域有沒有辦法核發執業的資格給這些院前診所或是不適任的醫院的會員。

那使用者付費概念的落實，今天早上有提到部分負擔的部分，一定要想辦法把醫院的部分負擔跟診所的部分負擔拉開來，讓民衆覺得去到醫院會付比較貴的錢，所以他們選擇比較嚴重才到醫院去。

但是我們要為了醫院來著想，剛剛邱理事長有講，醫院醫生有些也是非常省吃儉用，為什麼？他們給付太低了，那逼死他們很多名醫，一次要看60、80個病人，在國外不可能啊！10個、12個已經差不多了，問題出在哪裡？他們給付太低了，照理說就是應該要把相對他們的點值要提高，讓他們真的可以達到重質不重量、優良的醫院醫療品質。

那院前診所大興其道的解決方式，第一個我們不要把院前診所集中在都會區域，希望在低密度的醫療提供的人口偏鄉區域；第二個我們對他們高頻率的人力派遣的這個部分，一定要設立一個完整的一個控管機制；第三個他們診所的金流檢查，我覺得這個可以慢慢介入，第四個賦予地方醫師公會更多的權責，給他們信心來勇敢檢視是否他們符合設立的資格。

最後一個壯大基層醫療，好，與其怪別人不如想辦法提升自己的能耐，但是健保說真的壓榨到已經剩下乾了，根本都沒了、已經沒利潤了，怎麼辦？在完整的配套之下，行政醫療費用應該要鬆綁，自費醫療費用應該上限也要跟著鬆綁，為什麼？這是一個市場自由機制。

當我們尊重自由市場機制，我們也要有限度放寬廣告行銷的法令，這些行銷法已經是早期在新聞局時代那個時候的白色恐怖，寫一個唯一、寫一個什麼什麼都被罰6萬、甚至被計點，這個東西要慢慢放寬。

這個是可以給予我們的基層更多的能耐，那他有賺到這些的錢，他額外犧牲一點點做健保的服務沒有關係。

結語兩個，希望我們這個金剛、我們的政府單位轉向面對該面對的敵人，帶著一群小小兵真的落實分級醫療，最好的理想狀態是這樣：我們這個金剛很驕傲地站在中間，我們這些小小兵團結一致，讓酷斯拉變成了草食性的雷龍，不再那麼兇惡，這樣才可以維持一個很好的、美妙的醫療槓桿平衡，以上報告，謝謝。

主持人邱泰源教授講評

非常感謝，我們的綜合討論時間是在後面，所以這裡就只有報告而已，那因為這個主題可能要稍微做一個段落，因為我們蔡昌學醫師提的這些建議都是基層醫療可以來思考的，我重申一下，譬如說醫師公會全聯會是照顧全部5萬2千個醫師以及他們的醫療團隊，那這些醫師其實分佈在山地、離島、醫院、基層通通有，所以他們的權益、他們的這些專業技能我們都會照顧，所以我們參與醫療政策大概有三大原則，第一大原則就是要怎麼樣讓人員的醫療品質可以一直提升，第二個就是醫療人員的專業權利如何維護，第三個要讓醫療院所能夠順利運作。

最近健保署公告各大醫院體系的醫療收入，像榮總幾乎沒有醫療的盈餘，台大只有3%，長庚是負的，但是他們還有盈餘是因為他們有業外收入，來自停車場或者是美食街，如果沒有這些，健保給醫院的其實是虧損，所以醫院也是很難經營，醫院被擠壓到已經也很難生存了，又往基層醫療去擠壓過來，如蔡昌學醫師所提，我想這個部分都是很嚴重的問題

另外必須要講清楚的，我在立法院只要主張提高費率，差不多很多立委就起來罵，罵說浪費、現在又要增加人家的錢，所以真的是情何以堪，但是你如果不讓健保維繫下去，其實吃虧的還是民衆，因為很多給付項目是沒有包括進來的，而給付的金額也很低，幾乎到最後大家醫療品質是很難維持的。

另外一件事要跟大家報告，我今天早上才跟副總統報告，我們現在的費率增加，可是這個費率的增加沒有反映到總額的費用，所以我們的總額還是照常被健保會嚴格的限制擠壓，給付費用很低，所以現在的費率增加，其實所提升的健保收入都是完全還沒有到我們醫院或是基層的總額，這一點要說清楚，不要現在民衆會覺得我已經給你們費率增加了，你們為什麼不服務好一點？就又開始要求很多醫院診所，我覺得這個是很大的冤枉。

因為這個總額的成長是有一定的計算方式，而計算方式還決定在健保會，最後當然是衛福部要去核，剛剛有提到今年的診所，據我了解，基層醫療總額的成長率幾乎是快等於0，其他的總額是成長還不錯，所以對基層來講是雪上加霜，這個部分我們希望政府用別的措施來彌補基層，因為如果沒有基層醫療貼近民衆的這些服務，我相信台灣的醫療體系就沒有辦法在世界上去引以為傲了。

這部分我補充一下，因為等一下還會有討論的時間，我這一段就先跟大家報告到這邊，我們接下來的主題是「偏鄉醫療醫事人員缺乏，擴充公費醫學生員額是解方嗎？」首先我們請由高雄過來，高雄市診所協會常務理事林工凱醫師，那林醫師他對醫、法，對政策上，在我們全聯會的貢獻非常的多，那熱烈掌聲歡迎我們的林工凱醫師。

偏鄉醫事人力缺乏 ——擴充公費醫學生員額是解方？



高雄市診所協會常務理事
林工凱醫師

醫師公會全聯會副秘書長
高雄市診所協會常務理事



中華民國診所協會全國聯合會秘書長
黃致仰醫師

中山醫學院醫學系
台中榮總急診部住院醫師派內科部一年
耳鼻喉科專科醫師
台中市太平區建志耳鼻喉科診所院長
臺中市大臺中醫師公會理事
中華民國診所協會全國聯合會秘書長



衛生福利部金門醫院家醫科主任
薛雅元醫師

衛生福利部金門醫院家醫科主任
中山醫學大學醫學系學士
國際認證泌乳顧問IBCLC
衛生福利部金門醫院家醫科主治醫師
安寧緩和醫學專科醫師
家庭醫學科專科醫師
台大醫院家庭醫學部總醫師及住院醫師

醫學人才高雄市診所協會常務理事 林工凱醫師

謝謝邱理事長，謝謝剛剛昌學醫師風趣幽默的方式來呈現嚴肅的議題，大家可能都吸收，那我們要報告的是「偏鄉醫事人力缺乏－擴充公費的醫學生員額是解方嗎？」。

第一個醫師人力缺乏嗎？我們要探討的是城鄉環境、偏鄉還有離島這些差距，國衛院的報告顯示說我們的醫事人力是分布不均，它穩定增加，那當然結構老化是隨著社會老化，但是它更老，女性的比例也漸漸增加。

想像未來的情況，除非每年增加一家區域醫院，醫師才會人力不足，不然的話診所或是地區醫院都是過多，只有醫學中心可能不足。

那城鄉分布不均，還有女性在未來職場的環境友善程度，還有生育等等的，其實都是需要考慮的。

跟OECD比較。我們台灣每千人口醫師數，看起來好像是比較偏低對不對？可是問題是我們就多少錢，多少錢才能夠養多少人而已，我們平均大概，早上也有聽到，就NHE或THE對GDP的比值是6點多%，那其他國家或是OECD國家都10幾%，甚至接近20%，我們是只有他們一半的。

而且其中，這個6點多%，健保只有3點多%，只有一半是健保，我們養得起這樣的團隊、這樣的醫療提供者不錯了。

國衛院的報告說分布不均，什麼叫分布不均？大家看一下，左邊兩個圖是病床數跟醫療院所的分布，它是用點狀來分布，我們可以看到從高雄到中央山脈到台東，最右邊是綠島，事實上醫療院所，那個紅點就是醫療院所的樣子，是非常分布不均。

裡面那個密密麻麻的是高雄市，高雄市也是有又老又窮的。看右上角，一些很紅很深的地方就是說，扶老比65歲以上的，然後你是年輕人口、青壯年人口要去負擔、去扶養這些人的比例，越紅的代表越多，那台東在市區以外就有很

多扶老比很高的地區。

綜合所得大家可以看一下，雖然在一個城鄉差距裡頭，就一樣在偏鄉裡頭也是有很深很亮的紅點，那其實所有偏鄉都會有蛋黃區跟蛋白區。

偏鄉離島的醫療需求是這樣子，從一開始的時候，日治時代到民國88年然後新蓋醫院，這個是澎湖的例子，從一開始「無魚蝦也好」，就是說有誰來都可以，什麼科都可以，每一科都包，全部都包，然後接著開始我們要後送、然後開始要專科、然後接著次專科，像早上的委員他說我們癌症還要探討的東西，還有達文西、CT、MRI、高壓氧這些等等的。

其實我們要思考一點就是說，什麼東西是我們的需要，什麼是我們的想要，那當然國家這個部分它有各式各樣一直在發展，但是我想因為人的壽命、還有人的希望、還有生活條件水準的改善會讓我们的需求還是越來越增加，這是無止盡的。

從人口數再乘上我們的扶老比，然後我加上醫療提供者，包含醫師數目、床數來綜合算出來的醫療需求，大家可以看到金門在第一名，在左邊，接著是雲林、苗栗、澎湖、南投、嘉義、台東、屏東、新竹，那右邊看起來比較像是偏過剩。

所以在縣市老化相對需求大家可以看到，像台北市的醫師數每萬人口42位，那台東14，金門只有6點多，但是這個等一下後面薛主任還會再做一個報告，澎湖、台東、屏東好像就差不多，事實上，在台灣本島的雲林是相對醫療需求最需要的一個縣市。

在去年的時候，邱理事長邱委員率領著全聯會的幹部到金門的地方，他除了參加民進黨醫療資源服務處的街訪以外，我們也舉辦了一個醫政研討會，實地探訪醫療缺乏地區、離島地區到底有什麼問題。

這個另外一個是醫缺改善方案，它是用一個衛福部的計畫，然後用人口結構、醫療人員密度、交通狀況來看3個醫療資源的區域，這等一下我會再講，目前先呈現的其實就是這些，還是有一些醫療不足的市區，像這些市區。

接下來我們講一下偏鄉醫療的官方計畫，偏鄉醫療有六大策略，但是請不要忘了分級醫療的精神，我們看了6個，1、2、3、4、5、6，那個綠色跟黃色醫學中心、地區醫院、區域醫院的東西，那基層社區診所，它充實在地醫療人力，還想要公費醫師，提升醫療可近性，那推動遠距醫療是會有忘了基層的存在。

這就是它的計畫，像在105年到109年預計5年有500位公費醫師，那接下來第二期還是5年會有750位公費醫師在醫療可近性這邊，它會有山地離島IDS，那是跟醫院合作的一個計畫，在全聯會他們爭取之後，有一個醫療不足地區的開業計畫，有包含無醫村的開業計畫跟一個巡迴醫療的計畫。

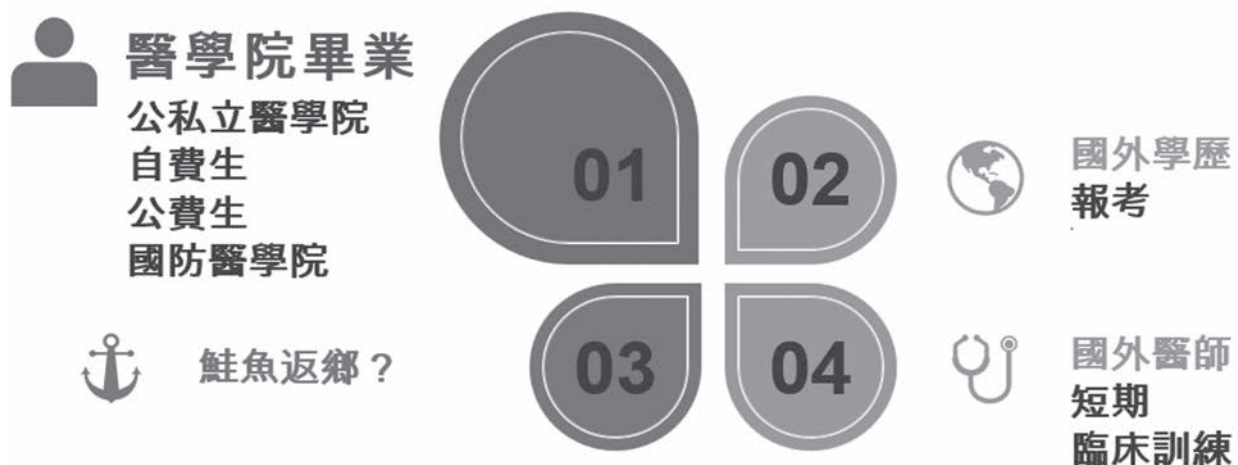
再來看下一張，這就是全聯會他去爭取醫缺地區改善方案，它有一個計畫，然後有服務的大概20幾萬人次的民衆，那推動遠距醫療來說，大家可以看到，衛福部的計畫裡面就是一些精進作為，就是直接從醫院，直接到金門，或者澎

湖醫院，或者是從一個遠距中心到另一個遠距中心，有沒有漏掉什麼？

民衆的實際需求跟利用電話、手機，這是最簡單、方便、有效的工具。基層診所直接面對民衆的遠距照顧，基層醫療來整合在地基層資源，我們都忘了診所對專科診所、診所對當地醫院、診所對外地醫院的會診，這是我們的需求、民衆的需求還有基層診所的需求在哪？事實上我們不要以一個科技上好像新穎的手段來忽略我們對整個系統的架構跟建構。

這個是英國的NHS相當於我們的衛福部跟健保署，它有一個十年長程計畫就是說我們將會投資更多錢在科技跟線上服務跟系統，但是它的目的寫得很清楚，我們希望每一個人在他想要的時候，用他的電腦、平板、電話就可以來用醫療服務，達到民衆跟家人可以有更好的照顧自己健康的目的，那醫師可以透過一些互相之間的照會來做更好的醫療決策。

接下來講到醫師公費生的問題，那擴充公費生是解方嗎？我們知道醫師人力來源，醫學院畢業後，有自費生跟公費生，我們今天是講公費醫師，主要就是衛福部的公費生，另外國防醫學院有軍費生跟代訓生，軍費生當然就是去軍醫院10幾、20年再退伍，代訓生就是榮總跟走偏向公立



▲圖14 醫師人力的來源

醫院這個系統，那其他有國外學歷報考、鮭魚返鄉計畫，還有一些很少數的國外醫師短期訓練。

我們看到這個計算醫學系學生總額這個議題，就是牽扯到之後他們變成醫師的議題，國家目前是一年有1300個醫學生，這是一年畢業的人數，還聽說目前要新增4間醫學院進來，大家可以算算看，目前衛福部的計算是說，因為偏鄉地區的需求，大家聽到偏鄉離島地區好像就覺得非常可憐，全部都要塞醫師給他們，目前缺265位，10年後缺643位，那5年的預算大概從幾千萬到後來是1.8億。

我在想這1.8億如果分給600位醫師就每人30萬元，那如果說我們把經費弄多一點，不要1點多億，弄個10幾億，我看很多人都搶著去了，那個點在那邊執業醫師都給他補，大概很快那個點就可以補上去，但是它要發多一點，但是我們國家拿不出十幾億的錢嗎？

如果我們再加上一些新增的公費醫生，105年到109年本來5年500位，現在第二期是5年750位，這個從總額之外再增加名額的話，其實是會影響到整體醫事人力的長期規劃。

這個解方，這是衛福部偏鄉醫療的六大策

略的相關細項，那大家可以看剛剛講到每年增加100名，之後是每年增加150名，第二個推動公費醫師留任計畫，這個也是有問題，因為大家看留任率16%，所以它要增加留任，但是這又會造成可能勞逸不均或是收入不均等等。

再來第三個鼓勵退休公職醫事人員回任，第四個推動大型醫院的IDS，有一個收入的保障，第五個我們全聯會有去申請，然後健保會核准的醫缺計畫，再來第六個就是推動永續醫療。

大家不要忘了我們公費醫師培訓的計畫定位在哪？其實我們還是要回到以人為中心的本位，我們不要忘了基層，社區診所還是一個醫療的整體，這是最周全延續性照護的最主要的一個來源。

像NHS就說要支持家庭醫師來提供對病人如果在他附近能夠得到更多更好的醫療，其實執業醫師最在意的事情，其實就是金錢回饋，第二個就是居住環境、交通方不方便、生活便不便利，你會不會從一個相對偏遠的地方通勤，有的人還會每天通車，因為他還考慮到小孩的過程等等，再來是友善的職業環境，最後才是能夠達到實現自我的目標，我的報告到這邊，謝謝。

主持人邱泰源教授講評

林工凱醫師對這個主題的看法，我稍微回應他的重點，第一個，在推動遠距醫療裡面不是大醫院直接跟民衆的家裡去結合，應該要善用基層醫療過去長期間跟民衆建立的關係，它最了解社區的是哪些問題，所以是應該先去結合醫院跟診所的遠距醫療設備，而如果你執業到家裡，因為我30幾年前已經在金山衛生所，我在那邊當主任就在推這個，到最後都是失敗，因為你沒有全人醫療的觀念、你沒有去借用社區醫師他們長期了解社區的問題、社區的疾病是怎麼樣，我想這個是非常可惜，所以未來在做遠距醫療的時候請不要忘記，不能把診所跳過去，不然會造成以後有很大的問題

第二個，公費醫師的部分就是說，到底你為了好像去彌補偏鄉需要一些醫療資源，你為了喝牛奶去養一隻乳牛，然後這頭乳牛貢獻幾年後他又回到台北來，那不如改善多元條件，讓牛的生活條件好一點，願意留下來，可能才是更為實際，也不會造成以後很大的問題，我覺得工凱在那方面有這樣的訴求，那接下來我們邀請中華民國診所協會全國聯合會秘書長黃致仰醫師，他是一個學養俱佳的醫師，那我們熱烈歡迎黃醫師。

中華民國診所協會全國聯合會秘書長 黃致仰醫師

謝謝我們的大家長邱委員教授，還有謝謝福和會林理事長，還有謝謝無任所大使楊黃美幸大使，還有我們敬愛的師長，各位前輩大家好，我們現在繼續以下報告。

10年前，有一位徐超斌醫師募款籌建偏鄉醫院，2012年當時當地達仁鄉的民衆有4141人，以守護4141心跳為號召。

在這期間，另外一位法師也是想設一個醫院，但地點在台中市南屯區。中市南屯區有3家醫學中心環繞，分別是北區的中國醫藥大學附設醫院、南區的中山醫學大學附設醫院、及西屯區的台中榮總。

經過了10年，法師的醫院設好了，非常的漂亮、很大。附近有全國最大的重劃區，台中市單元一、單元二、單元三重劃區，接下來會有很多很多的民衆聚集過來。目前西屯區跟南屯區的總人口數有多少？40萬8441人，大概是台東縣人口的2倍，可是附近已經有很多醫院，錦上添花。

我們剛講達仁鄉守護4141心跳的南迴醫院夢，經過了10年，人口減少了15%，只剩下3490人，如預定地的看板，十年了，建醫院還在敬請期待的階段。

醫事人員為什麼會缺乏？為什麼偏鄉醫事人員不來？是因為當地生活圈的人口少，有時候不但是人口數少，更是因為地廣人稀。以剛才4141這個例子來講，在台九線有100多公里之間都沒有醫院，就是因為地廣人稀的問題。

在日治時代曾經有集團移住，那時候我們有1/3的原住民在日治時代被往山下移動，現在憲法有保障居住遷徙自由，所以不可能這樣做，我們就是以交通建設的方式來改善困境。

我小時候住故鄉為例，當時只有幾位醫師，沒有牙醫師，算是一個醫缺的地區。後來高速公路蓋好了，有交流道，高鐵蓋好了，也有高鐵車站，自然而然，民衆來了，醫院來了、醫師也來

了。改善交通，本身就是解決醫缺的重要關鍵。

2009年世界衛生大會提出「用一個世代的時間來弭平健康落差」。提到說是以一個世代的時間，表示不容易，最大問題更是錢那裡來？健保不管是過去的論件計酬，現在的人口來分配總額，規劃中的論人計酬，它都是沒有辦法達到現在偏鄉醫療困境。弭平健康落差要來自政府獨立於健保會的另外的預算。

在這個世界大會裡面說「針對健康社會決定因素採取行動，減少健康不平等」，至於如何行動？醫學上遇到困難怎麼處理？就去做一些動物實驗、去觀察動物，看要怎麼解決。

這是台中霧峰區，人口老化務農人手少，老鼠變多田埂打洞、稻田的水常因此漏掉。推廣里山精神的李璟泓先生團隊就設棲架，讓黑翅鳶站在上面，讓猛禽抓老鼠，解決了整個問題。我們建議衛福部找到合適的棲架，來解決我們偏鄉的醫療困境。

我覺得最重要的一個關鍵，是要塑造公職醫師優於同儕的社會地位與光榮感，並非只是用下鄉去換取醫師資格的交換交易。當心態是勉強念了公費醫學系，勉強盡了一個義務，盡義務之後就是要趕快離開，那就社會地位上來講，跳板就是低於同儕一等，沒有辦法吸引到很好的畢業生進來。

以這次最近才剛出現的個人申請第一階段篩選，台大醫學系篩選滿分60級分，台大藥學系56級分，台大公費醫學系落在53還是54。我覺得是糟糕很不好的警訊，因為這個會變成往後志願參考的一個例子。

這是衛福部公開資訊提供110年公費醫師下鄉待遇的一覽表，衛生所的部份平均大概是在八萬多。可是我發現這個表，大部分的人應該看不懂，因為裡面分本俸、有些有不開業獎金、有些是分紅PPF。對一個一般了解不深、沒有醫療背

景的家長，當孩子有意念公費醫學系的時候上網去查，很可能會看不懂裡面這些數字含義，我覺得這會造成一些影響。

醫療最特殊就是易逝性，白話就是無法保存，醫療這個服務無法儲存也無法提前產生。譬如說我們現在有10床加護病房，今天是空床，周一到周六是空床，禮拜天的時候會不會突然變出7倍70床？不可能，週日還是只有10床。因為它就是固定一個床數，它既無法提前產生也無法儲存。

在一般的醫療院所裡面，大概有這四個業務。譬如說急性的創傷就是外傷，急性的非創傷就像一些感冒、呼吸道感染的病人，第三項慢性病的疾病管理是比較穩定的，第四項是公共衛生的促進，就看政府的政策。

第一項跟第二項其實它的業務量變化很大，就是有時候旺季、有時候淡季，那淡季怎麼去維持一家診所的收入呢？剛才那張公開資訊一覽表沒有辦法提供現在的學生，去確定他將來可以領到多少錢。學生念公費6年之後再2年的PGY、再經過專科訓練、才開始服務，10幾年後的事情，沒有辦法預測收入，一個沒有辦法確定的地方他們就不敢進去。

其實建議就是要以國健署一些非醫療計畫來緩衝急慢性的淡季，比如這個地方人口就是很少，台東就是22萬人，現在有那麼多家衛生所，再怎麼做再怎麼做就是做不到業績，這時候我們就要先設定他收入該多少錢，中間的差額不是發錢給他，而是要找事情給他做。其實目前疫情下呼吸道科別診所，也都應該提供以現有的人力能做的公共衛生促進，來彌補疫情造成收入的差額。

其實在法律上醫療法第77條，醫療機構應受政府委託，協助辦理公共衛生、繼續教育、在職訓練、災害救助等領域有關醫療服務，也就是說政府其實是可以按照醫療法77條，編列一些收入，去彌補這個人口比較少的地區，除

了醫療以外增加它的收入，以適當服務介入，來支撐平日醫療收入，在必要時例如說大量傷患，流感流行的時候才有足夠的醫事人力。

今天早上陳瑩委員提到說，假設火車事故是發生在台東，那怎麼處理呢？那其實台東南迴鐵路與台9線100多公里沒有比較大的醫院，如果遇到大量傷患，其實真的是一個人命價值的問題。

這是公費生目前下鄉服務的收入，我把它做一個表，其實我覺得也相當的不錯，希望司長能繼續努力，把這個平均收入箭頭再繼續往上提升。

回首台灣過去公費醫學生，第一代舊制的公費生大概從民國64年開始到98年停招，就是我念大學的那個年代，那時候我們班上有15個公費生。然後在105年到109學年入學的是重點科別培育公費生，就目前還在在學中，還沒有畢業。108年有「優化偏鄉醫療計畫」辦理留任計畫。重點科別培育公費生第二期就是這個學期開始。

第一代舊制公費生從64年到98年，938人服務10年之後，有25%的人在台北市，60%在新北、高雄、台南、台中。但其實台北市以外的六都也有一些偏鄉。

像我一個高中同學，他是公費分發高雄內門衛生所，10幾年後，在那附近開業，其實這也算是一個相當成功的一個公費生的例子。我小時候家鄉的那個公費衛生所主任，期滿之後在附近開業，一直到現在都在。

我們班上的15個公費醫學生同學裡面，目前有3位同學還在公職，2位是在退輔會系統，1位是在衛生署系統，目前都已升遷當了主任或當院長副院長，對過去的公費生政策其實應該給予相當大的肯定。同學自費醫學生中也是有藉著高考，進到公立醫院，目前在略偏遠的衛福部署立醫院當院長。

所以我覺得其實公費生跟自費生的人才，其

實是流用的。公費生盡完義務在附近開業，也是基層的醫師，自費生有些就進到公立醫院去變成公職醫師，所以公費生的名額本來就應該內含在醫學生的總額管制中。

讓我們關心一下第二期。第二期的制度我有稍微看了一下，保障在醫學中心受訓，我覺得這是司長剛剛講照顧的地方，其實這是一個非常好的地方。如果再改善薪資福利的制度，個人對這個政策非常肯定。

其實來講我覺得除了這些問題以外，除了收入、除了剛才的這個社會地位以外，偏鄉可能還會遇到家庭安置跟子女教育兩大問題。圖片是50年前，衛生所與兩間美援宿舍，如果是外縣市的工作人員就可以住在這裡。

如果能夠統計、預先估計當地的縣市需要多少偏鄉人員，就以當地的人為優先，例如說我預計苗栗20年後需要7位，我現在就找7位在地人學生，在地人就比較不會有這樣的問題。

這是50年前衛生所前面的車棚，當時的台灣摩托車稀少，整個鄉裡面只有3台摩托車，衛生所主任有摩托車，其他的公衛護士、保健員都是騎腳踏車。員工孩子就在那邊玩，還跟著出去打預防針、收烏腳病的井水，都是靠腳踏車。

去念了小學之後發現，鄉下班上只有四個人在念書，不是只有健康不平等，教育也不平等。隔壁的同學，書包打開書都不見了，我問同學，你書呢？他說媽媽在賣爆米花，書本被拿去包。我爸爸覺得這樣教育環境不行，於是搬到市區去，每天爸爸騎摩托車二十公里來回。偏鄉資源教育也是一個很大的問題。

我們在講到這個公費生的多元來源，現在公費生是個人申請，就剛才講的級分，還有這個考試入學，及國防醫學院的軍事學校甄選入學，學士後醫系的話就是請各校自行辦理。

可是我覺得還是在地的學生，比較好的。是不是可以在這個之前就用一個特殊選才幫他先選出來？因為他如果進到申請入學，他的級分比別

人低，他的地位就比別人低，但是如果他是在特殊選才就進來的時候，他沒有考推甄，也不用指考，我覺得這是一個方向。

另外如果這個選系已經比較明確，比如說大三大四他已經決定說他對家醫科、他對內科，他對下鄉的科有興趣，他已經有志於偏鄉，是不是這個時候也可以提早再收一些學生，在各個不同的階段可以考慮。

那提到一生能夠有幾次選擇，其實醫生也沒有幾次可以選科。其實選科非常重要，如果我選到一個我不喜歡的科，我要做個10年、20年，這一輩子覺得非常的累。選到一個喜歡的科，覺得做得很順，跟我的個性很像，是醫生最重要最幸福的事情。

問題是，一個醫學生，在高中的時候、進到醫學的時候，他不曉得他會選哪一科，如果他喜歡的是正好是我們需求的內外婦兒科當然是OK，但是萬一他個性就是很不適合，怎麼辦？所以我覺得就是說，畢業後公職醫師考試，我們那時候呢，就是實習完之後，在考醫師執照的時候，我們就去考公職醫生的考試，因為那也是一個吸收偏鄉人員的一個途徑。

另外就是剛才講的空巢期的壯年醫師，像我現在那個小孩都已經去念大學了，其實也可以想辦法看這些醫師有需要、有什麼需求，那可以提供一些換跑道的誘因。

這是當年去參加台灣省省訓團基礎訓練，餐點福利晚餐很好吃。

我現在講的就是偏鄉人員在派駐之前，如果能夠先給他一些課程，行政的課程、偏鄉服務訓練，一些學長學姊的實戰介紹，我覺得更能夠減少對未知的一些擔憂，增加適應能力。

再次強調，增進公職醫師的福利，社會尊榮是重要關鍵，改善環境福利比增加名額重要，型塑公職醫生社會尊榮、優於同儕、在地優先、關切家庭子女的照顧、多元的方式來挑選有心人、注重公職醫師職前訓練。謝謝。

主持人邱泰源教授講評

好，謝謝我們黃敬仰醫師這麼詳盡喔，下次再特別辦一個座談會齣，再請你把那個很深入的見解來發揮一下，一定會幫國家。

衛生福利部金門醫院家醫科主任 薛雅元醫師

謝謝，各位在座先進前輩，尊敬的邱泰源理事長，我們金門醫院的董文雅董副院長，大家好，我是衛生福利部金門醫院的家醫科主任薛雅元，很榮幸今天有來這裡跟大家分享。

我對於離島偏鄉醫療和公費醫師制度的一些心得和想法，我先補充一下剛剛的那個林工凱醫師在講的那個金門狀況，就是剛剛大家在林醫師到報告看到好像金門的一些好像醫療的條件好像有一點差，包括醫師跟那個當地居民人數的占比，或者是說老年人口的比例，事實上金門有一個很特殊的社會狀況，金門戶籍人口在今年的110年1月統計是14萬左右，但是實際上長年居住在金門地區的居民只有6萬左右，不到一半。

金門地區有非常嚴重的幽靈人口的問題，因為他的社會福利太好，所以導致很多就算是他是可能中壯年，他已經到了台灣某個都市落腳工作的，已經很少再回到金門的一些學子或者是已經到台灣的一些他們的子弟，他其實並不會把戶籍遷到台灣。

如果你可能是澎湖或馬祖的人，你可能到了台灣固定定居了以後，你可能會選擇把你的戶籍遷到你的居住地去，但金門不會，因為你的戶籍留在金門，你有很好的社會福利可以享受，進一步來說，金門的老年人口依據人口統計是2萬左右，所以大部分都是老年。

老年人口占比算出來是13~14%，可是實際上會留在金門的以老人家居多，所以當統計上面是2萬的老年人口，那事實上常住人口只有6萬的時候，老年人口占比其實是超過20%，所以

其實金門也是一個隱形的超高齡社會，所以這是金門的一些地方問題。

所以在很多政府統計的數據上面來說，他並沒有辦法真實的反應金門的醫療現況，其實金門的醫療環境的條件並沒有那麼差，因為他這樣子的醫師數，他實際上服務的不是14萬人口，他只有服務6萬人口左右，所以算出來其實跟嘉義、宜蘭、新北，其實並不會差太多。

我進入我今天要講的正題，我先自我介紹一下，我做為金門醫院的代表，但是我不是金門人，我是桃園人；我今天講公費議題，但我也不是公費生，其實我是自費生，中山醫學大學畢業。為什麼我會到金門來服務？為什麼今天這個講座會由我來擔任與談人？其實最主要是因為我的先生，衛福部金門醫院泌尿科的翁文慶醫師，他是金門現在地培養的醫學系的公費保送生，金門當地我們都簡稱叫做金保生。

介紹一下金門的公費醫保、金保生的制度，第一代的金保生，他是在民國63年到75年，金門縣地方醫事人員養成計畫，在13年間總共培訓了27位醫師，包括我們在座的董副院長，他也是其中之一，這27位醫師目前還在金門醫院服務的有5人，大多數的醫師都是在服務期滿以後的某個時間點，到金門的基層去開診所，少數的到台灣，或者是國外。

在民國75年之後其實中斷了12年，一直到民國87年到90年這個階段，才開啓了第二代的金門縣地方醫事養成計畫，這四年的時間大概是培養了10位的醫師，那在這樣子的這個公費的

制度下面，他們簽合約其實是簽10年的，住院醫師的訓練可以折抵3年，所以他們實際上需要在金門當地服務7年。

我跟我的先生是在台大工作的時候認識的，我那個時候是實習醫師去泌尿部實習，認識了當時在泌尿部擔任總醫師的我先生，那個時候是當他們科的護理師好像看得出來說我先生好像有意要追這個女醫師的時候，還特別語重心長的把我叫到一個小房間去跟我說，他是金門縣的公費生，要還10年，你要想清楚，還語重心長這樣跟我說。

事實上那個時候我也不知道學長他其實是金門縣的醫保生，要還公費10年，他都沒有跟我講，後來我就問他，他就說其實他們折了3年以後只要還7年，事實上這個不是一個個案，其實這是每一位金保生都必須面臨到的一個困難點，這個時候我也不是就是很直接就答應跟他交往了，我回去問了我爸媽的意見，我爸媽覺得OK以後我們才交往的，所以這個對金保生來說是一個，對於公費醫師來說都是一個人生需要面臨的課題。

我先生他在民國100年7月的時候完成了他台大泌尿部的住院醫師訓練，就立刻被金門醫院召回去還公費，那個時候因為我還是住院醫師，我還在台大家醫部訓練，所以那個時候我們曾經就討論過到底要不要結婚，結婚的兩個時機點，要嘛就是在還公費之前先結婚了，再來就是等我完成住院醫師訓練以後，再到金門去結婚。

那時候我先生問我意見，那時候算男朋友，我就跟他講說，我只能跟你講，如果沒有結婚，我不能跟你保證什麼，結果我先生立刻當機立斷就說好那我們就先結婚，所以其實我們100年之後就是我們先生回去還公費了，那我們其實當了2年的假日夫妻，我是在102年7月的時候結束台大家醫部住院醫師的訓練，才搬到金門跟我先生一起工作和生活，我先生其實他的公費在107年還完了，其實還完之後我們還是經過了一番的討

論，再三思考，最後我們是繼續決定留在金門服務。

第二代的金保生就到民國87年到90年齣，那這個時候是還在跟金門縣政府簽公費的合約，每年大概就是2到3個名額左右，從民國91年之後到現在為止，我們說第三代金保生，他們是衛福部原住民族跟離島地區醫事人員養成計畫，這就改成跟衛福部簽公費合約，但是他們的合約跟台灣的一般公費是不一樣的，還是一樣要綁七年。

目前這幾年金門地區每年都保送大概10個左右的公費、醫學系公費生的名額，我給大家看一下目前金門醫院的醫師人數，我們職登在金門醫院的醫師有49位，大家可以看一下這個圖，金門公費醫師他已經還完了，現在還留任的包括一代二代，包括像董副院長他是一代的金保生，二代的金保生像我先生他們還完了，目前大概是一代的有5個，那二代的有4個，總共9人，金門縣公費還在還公費中的醫師有22個。

很大的這塊，我們看一下台灣的醫師占比，台灣的公費醫師他們是民國98年以前入學的，到目前在金門醫院服務的，他們那時候的公費制度大概是簽2年或是4年左右，到了離島那個偏鄉服務的時候他們可以打5折，所以合約4年變成還2年，合約2年的變成還1年，這樣的醫師目前有8位。

台灣的公費醫師繼續留任在金門醫院的有3位，其中一位他是娶了我們當地的社工室主任，所以他變成了我們的金門女婿，另外的2位醫師他們都是單身的醫師，沒有結婚的，台灣的自費醫師有4位，包括我、包括我們金門醫院的侯院長，另外的話還有另外一位醫師他是陪他的台籍的公費生太太來一起還公費。

還有另外一位剛剛有提到的，他是一位年紀比較稍微年長一點，小孩子都已經念大學了，比較進入空巢期的一位醫師，他長期在金門醫院服務，另外一定會有某些特殊科別的業務跟台北榮總，或是其他醫院合作的醫師大概有3位，職

登在我們醫院。除了我們這49位職登的醫師之外，透過IDS或醫中計畫來支援我們醫院的每月大概會有20位左右。

所以我們現在面臨的問題是說，目前還在學校念醫學系公費，或者是說還在接受住院醫師訓練的金保生，還有100多個人，大家可以看剛剛那個圖，假設我們未來所有醫師都我們金門公費生去佔，大概也只有7、80位的名額，那所以這個7、80位還包含現在已經在服務的，這些金保生還有100多個人沒有回來，其實在某些科別他已經招滿了他需要的醫師人力的時候，他就沒有辦法再讓選這個科的金保生回來了，所以開始已經有流浪金保生的狀況，這些金保生他們必須去找其他的偏鄉離島去還公費。

我們這樣子想，如果他是一個金門籍的公費醫師，他必須今天要找另外一個那個離島去還公費，他還完的時候其實已經40幾歲了，其實這樣的制度對離島公費的保送生真的好嗎？

我們先不要談醫師的個人規劃，我們先從離島偏鄉的居民需求去想出發，假設您真的是住在離島偏鄉的居民，您到底比較想要或是需要哪一種醫師？

A：長期在當地服務，熟悉地方風土民情，有長期的醫病穩定關係，醫師以前可能也是在醫學中心訓練出來，醫術也不錯，鄉親評價也很好。

B：最近開始每個月會來這個地方兩次，早上他會來當地看診，傍晚就會離開的知名醫學中心大教授。

C：剛從醫學中心完成訓練，預計在當地待醫兩年就離開的年輕醫師。

我必須說其實這三種醫師都很好，但是如果真的要選，民衆到底要先選哪一位醫師來就醫？哪一種醫師在當地佔比比比較多會對我們的醫療發展比較好？我想其實大家在座心裡可能都會有自己的答案。

我們家醫科醫師有五個核心價值，其中有一項就是對病人照護的連續性，如果一個長期穩

定的醫病關係，醫師也可以充分的去了解病人的健康和健康情況、過去病史、生活習慣、家庭背景，甚至是他的觀念個性，他會可以有很充分的了解，這個其實對病人有沒有辦法得到即時正確的診斷，能不能提供他最適切的醫療或是保健服務，甚至是參與醫病共享決策這些，都有很重要的影響。另外，能夠建立長期的醫病關係，其實是民衆對醫療的信任感和滿意度的根基，是最重要的一個根基。

醫學中心的支援醫師或是台籍的公費醫師，他們可能短期可以提供非常好的醫療服務給當地民衆，但是如果一但醫師離開了，就又什麼東西都沒有了，所以其實重點是這樣子，有足夠願意留任在離島偏鄉的好醫師，持續為地方醫療努力，建立長期的醫病穩定度，這才是最唯一正確的解方。

離島偏鄉醫療的困境除了醫事人員羅致不易之外，他其實最重要的是「資源」和「支援」的不足，因為離島偏鄉地方人口就少，醫院都很遠，所以其實不太會有人特別跑到那裡去看病，所以他的病人數是很少的，而且不穩定，醫療成本其實是更高的。

在我們金門為例，購買醫療的儀器設備都一定要在台運過來，所以他的預算一定要比台灣本島的醫院預算再拉高一成左右，廠商才會願意承做，那甚至有些藥品跟儀器，即使我們都提高價錢，廠商也是不願意供貨，或是不願意來標，因為他們用量可能太少、運費太高，儀器保養維修或是故障的時候，廠商還要派人來這個離島偏鄉去處理。我們離島的醫療廢棄物回收價格是比台灣再貴2到3倍。

再來因為醫療弱勢的關係我們的醫療收費要照顧地方居民，所以我們不管是掛號費或是各種的自費價錢，其實訂的都比台灣的同等級醫院更低，在這樣子的狀況之下其實醫院本來就營運非常困難，其實這也根本就沒有辦法自給自足的。所以政府的政策非常重要，一定要支持離島偏鄉

的醫療，從政策制定就要開始，那經費的補助，建立良好的轉診管道、人力資源。這些都是需要政府大力支持的。

到底要怎麼樣能夠讓偏鄉的優秀的醫師留在離島偏鄉，絕對不是說頒一個上面寫「犧牲奉獻」四個大字的匾額給他就可以了，因為其實醫師也是人喔，他工作上班要能夠最基本得到令他可以滿意的一些薪資報酬，他服務病人的時候可以得到一些成就感，他下班的時候他能夠兼顧他的家庭生活，能夠安身立命，才是可以讓他們長久的方法。

公費醫師其實都是剛完成住院醫師訓練的年輕醫師，他們人生絕對不是只有還公費這個議題，他們得面對像感情，還沒結婚的他要面對他的感情問題，結婚的他要面對他婚姻的穩定，生了小孩，他的幼兒要怎麼照顧，子女要怎麼就學教育，甚至他同期要來，他要在當地定居要買房地產也是問題。

我要在這邊跟大家講，其實不是所有的這些還公費7年的金保生的另一半都願意跟他們到金門去定居，因為他真的是考慮到一些照顧或是子女教育等等的因素，其實大概不到一半的金保生，他的另一半假設是台灣籍的，不見得願意跟他們一起到金門來。

所以假設金保生你讓他們在這裡還7年，不管他家裡來不來，就是另一半來不來，至少他回家他有他爸爸媽媽，他至少可以跟他家人相聚，可以互相陪伴照顧，這是相對比較符合人性比較自然的一種義務，萬一他們是回不來的，他要離鄉背景再去還7年這是我們未來的公費生政策是10年，這其實是非常違反人性，是非常痛苦的一件事情。

所以我覺得我們的政府政策不能只用這種免洗筷式的人海戰術去來填補偏鄉醫療，什麼叫免洗筷？很多，便宜、用完就丟，不是這樣子的，如果是一直用這樣的方法去做的話，其實是離島偏鄉居民和公費醫師的雙輸，為什麼呢？因為對

民衆來說，醫師來了就走來了就走，其實他沒辦法得到一個連續性很好的醫療照顧，醫師他可能被迫離鄉背井，假設醫院的體質不好，給他待遇也不好，他每天都滿心怨懟，就數饅頭，想回家，其實他根本不會有心好好的照顧當地的居民。

最後一張，要改善離島偏鄉真正的解方，其實最重要的是政府你一定要有非常好、非常完善的配套政策，最重要的是你可能要先改善偏鄉和離島醫院的給付和補助，要改善醫院的體質，能夠讓醫院提供，不管是醫院或政策性的，去提供醫事人員合理的待遇。

在這裡我又要再岔一個題，我們現在的政府政策從109年開始有個偏鄉公費醫師留任計畫，那是獎勵109年到110年年底還完公費的台籍醫師，或是跟衛福部簽約的醫師，他們如果留任的話，在金門醫院這樣的醫師一年可以多拿到120萬，每個月其實是多10萬的薪資，但我們剛剛看到那個圖，其實這樣醫師的比例是佔相對低的。

你對這些已經在金門金保生還完公費的，或者是我們這種台灣自願去金門，或者是其他離島偏鄉服務的醫療醫師來說，那個是製造一個相對被剝奪感的問題，我們做一樣的事情，但是這一位他有這個身分可以支領這個政府計畫的醫師，他每個月薪多我們10萬塊錢，所以這個制度到底是不是一個真正有效，或者是真的是公平正義的政策？值得大家思考。

再來的話，我必須要說適當得培養當地的公費生，成為優秀的人員是很重要的，但是一定要適量，其實到現在的這個政策已經過量了，這樣的學生他學成以後，他返鄉公費期滿，他會有比較高的意願在家鄉繼續服務，再來的話，政府如果能建立快速便利的轉診管道或是如果小醫院沒有辦法處理的問題，他可以快速轉診，或者是他的人力不足的地方會有台灣的醫學中心可以大力支援，能夠做到以上這些的話，其實才是離島偏鄉真正的解方，謝謝大家。

主持人邱泰源教授講評

因為時間的關係我們可能時間要緊湊一點，非常感謝雅元醫師這麼精闢而且講出問題，我們一切都是想要幫國家解決問題，非常感佩薛雅元主任，跟董副院長的這些重要的分析。

我們最關心人民身體健康、立法院最優秀的立法委員羅致政委員，已經來到現場，歡迎羅委員！羅委員現在擔任黨團書記長，每天早上5點就要去排隊，可以在場聽一下，讓他們報告完還是？沒問題喔，好，因為立法委員都很忙，像我這樣可以出席坐整天的很少，謝謝致政。

我們是不是就接下來，我們邀請我們的衛福部醫事司劉越萍醫師，劉司長她本身也是台大的兒科醫師出身，也是急診的專業，在台北市政府與中央都做過相當傑出的醫療的醫事的管理，非常有經驗，而且非常有愛心，我們是不是歡迎我們劉司長？

醫學人才培育——如何維持高品質的醫學教育



衛生福利部醫事司 劉越萍司長
 銘傳大學法律系研究所
 國立台灣大學醫學院醫學系
 衛生福利部醫事司簡任技正
 臺北市政府衛生局醫護管理處處長
 台灣急診醫學會主任委員
 臺灣兒童健康聯盟秘書長
 國立臺灣大學醫院附設急診部主治醫師
 衛生署臺北區緊急應變中心副執行長
 國家級人體生物資料庫整合平台中央辦公室副主任
 中華民國醫師公會副秘書長
 臺北市消防局醫療顧問師



臺大醫學系 盛望徽主任
 臺北醫學大學醫學系學士
 臺大醫學院臨床醫學研究所博士
 台大醫院教學部主任
 台大醫學院醫學系主任
 台大醫院內科主治醫師



北醫醫學系 吳建志主任
 臺北醫學院醫學系醫學士
 臺北醫學大學醫學研究所博士
 臺北醫學大學醫學院醫學系主任
 臺北醫學大學附設醫院泌尿科主治醫師
 臺北醫學大學醫學系醫學教育暨人文學科主任
 臺北醫學大學教務處副教務長
 臺北醫學大學教務處教師發展中心主任
 臺北醫學大學教務處醫學模擬教育中心主任
 臺北醫學大學臨床教育委員會執行秘書
 臺北醫學大學附設醫院教學部主任

衛生福利部醫事司 劉越萍司長

謝謝邱教授的介紹，然後也謝謝與會的先進，論壇已經到了最後一場，比我早來的人好多，大家都還在場聽講，心裡滿感佩。

這一節我所講主要是針對醫事人員的培養這一塊，我很快帶過我們在這上面的大概理念，因為相信有些數據：現在有多少醫師啊，我們養成那些，大概前面都介紹過了，所以我請同仁幫我準備投影片的時候，就把那些跳過。

很重要的是說，對於這樣的一個制度而言，我覺得我們先回過頭來看一件事，以台灣而言，這是最近才出爐的我國國發會報告，我國國民的預期壽命是越來越長，不管我們怎麼推估，像是以女性而言，2019年的時候，我們的平均餘命是84歲，男性是77歲，以這樣平均餘命結構之下，一生中可以工作的時間是越來越長的。

所以我們才會是說，在我們設計中，醫學教育訓練裡面，怎麼教都不太可能一個25歲畢業的人，我畢業時是25歲，現在是6年畢業，所以少1歲，20幾歲畢業的人，如果65歲退休，到生命真的結束，其實還有一段很長的時間，

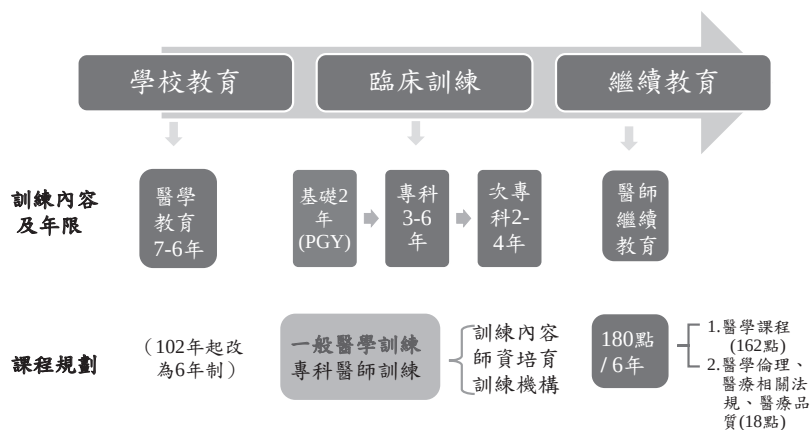
這個第二曲線的概念，是1980年代，最先是在講產業發展到了一定程度，就會來到所謂成熟期，之後就會衰退，如果要減少衰退的話，就

要想辦法再創造出第二個成長曲線，也就是第二曲線。後來發現，這樣的想法，應該也可以用在個人的生涯規劃裡面。

因為這樣，我們覺得在醫學教育裡面，在醫療領域，其實不管我們要做的是廣度很廣的這種一般科的醫師，也就是說基層醫師，廣度超廣，可是也有專科醫師，深度很深的這種醫師，同樣都有一個問題，在這個職涯上面，如何能夠讓大家找到，在這一個階段成熟的時候，再尋找下一個議題，下一個方向再投入。

像我們這麼優秀，大家這麼優秀的人才能夠一起投入解決社會的問題，我們覺得才會是最重要的醫學教育的未來的理念。怎麼樣讓學生永遠對這個社會保持新奇、保持一個探索的那個概念，而不是一做以後就燃燒殆盡，燃燒殆盡以後只有一個結論：我不做可以吧？這樣的話，對於人力的培養跟養成，其實都是浪費。

目前我們的醫學教育又分三階段，在學校、在臨床跟繼續教育訓練，這是就現況而言，我們就覺得是不是可以從學校教育、臨床經驗，持續的教育訓練中，我們一直都來提醒大家，其實所有的事情，醫學教育就是訓練我們大家什麼？解決問題。



▲圖15 醫學教育三階段

- 21世紀醫師培育的趨勢 (Frenk J. Lancet 2010, 1910)
 - Science-based → Problem-based → Competency driven (IOM 醫師五大核心能力; 英國GMC 畢業後醫師訓練七項能力)
 - University-based → Academic hospital-based → Health-education system based
- 因應社會需求 (Flexner Report AMA, 1910)
 - 醫師是一種「社會工具」，醫學教育應配合社會的需求及著重預防醫學和公共衛生
- 後SARS之醫學教育省思 (侯勝茂, 醫學教育通訊 2003)
 - 缺乏人文教育素養，及公共衛生與社區醫學教育

▲圖16 PGY訓練計畫緣起

解決問題的這件事情，其實從今天的研討會就可以看得出來，只要是討論醫療的問題，其實大家都聚焦在怎麼去提供一個解決問題的解方，然後那也因為這樣子，所以就是說我們在質的這一塊的時候，就是專科醫師訓練養成、住院醫師養成的我們這邊稱之為就是臨床訓練的這端的時候，先跟大家報告一下是，我們現在其實就跟國外一樣，就是在做所謂的PGY的訓練，它可以解決過去的一些痛點。

哪些痛點？實習醫師產生一個問題：他到底是學生還是醫師？結果什麼都不是。這樣的狀況，除了解決這個問題以外，第二件事情是，國內國外都發現，全人的培養應該是從剛剛開始在畢業的時候，在學校的時候我們就應該積極投入，所以我們就開始了做PGY計畫與國際接軌。

和國際接軌這一塊，到目前為止，108年就是做兩年期的PGY，這其實是跟國外一樣，這邊跟在場一些先進報告，因為有些人脫離醫學教育很久了，因此簡單報告。

很重要的是後面，我們在PGY這邊，希望他的第一年是把我們講的五大科這部分有些基礎的概念，所以在第一年結束的時候，他簡單的能力應該是OK的。那第二年，會看到是對於有些基本課程的一些簡介，整個透過這樣的兩年期，

其實是不是像有一點是職前訓練的概念？因為它就是在培養一個我們講的一般科醫師需要具備的能力。

選組的影響，我只是給大家簡單看一下。更重要的是後面，在專科醫師的這邊，其實跟我們PGY一樣，我們專科醫師訓練計畫，其實是從1986年開始，然後我們希望更能夠透過深度更深的，所謂的專科醫師訓練，提升照顧的品質，以這樣的理念，我們會看到，自2013年，其實就開始有了專科醫師訓練的審訂。

就是每一個專科我們都有這樣的去審定住院醫師訓練的計畫該怎麼做，考慮訓練出來的人怎麼評定，很重要的是，在這幾年，從1986年開始的專科醫師訓練計畫，其實到2001年開始我們就開始在做一些管制，這將近30年，結論是什麼？

目前我們有23個專科，我們覺得專科醫師訓練應該要更紮實，這個紮實的這個除了是說我們成立了住院醫師計畫認定委員會 (Residency Review Committee, RRC) 去看以外，我覺得很重要的是從106年，我們開始思考：過去我們在講工時，然後限制不同科，特別是剛剛有先進講到就是說，高中剛畢業我就選錯科，我好後悔這怎麼辦？

我們可不可以回到從我們在剛剛講的PGY訓

- Patient care病人照護
- Medical knowledge醫學知識
- Professionalism專業素養
- Practice-based learning and improvement
臨床工作中的學習與改善
- Interpersonal and communication skills
人際關係與溝通技巧
- System-based practice制度下的臨床工作

▲圖17 六大核心能力

練也好，到專科醫師訓練也好，我們如果都很能夠確定我們的學生，都能夠達成所規定的核心能力，因為都具備這些核心能力，所以很放心他可以直接進入到任何一科，選錯科沒關係，他基本的核心能力有了，可以讓他很容易轉換科別。

因此，不同科別之間的抵扣，過去是用時數，這個我也不知道到底怎麼算，一種就是乾脆不承認，所以重來；一種就是勉強抵扣，抵扣1年好了，這是根據什麼樣的依據，可以抵扣1年？其實這些部分，我們就覺得，那可不可以把它拆解成每一個專科，在訓練的過程當中，從PGY開始，有達到那些科別相關的核心能力的訓練，有完成的，因為已經訓練完這樣子有專科能力，在該科就可以抵扣時數。

所以我就試圖去改變，我一直過去在講時間時間時間的這件事，也因為這樣子，所以從106年開始我們大概就會很強調的就是專科醫師訓練的里程碑，然後在PGY這邊的話，我們也開始建立是說，其實也要從里程碑，就是專科能力這個地方來做一個訓練制度的一個規劃，然後這個地方就拜託各個專科學會大家一起來。

106年開始我稱之為宣導期，然後今年已經是110年了，所以我們大概在今年開始，任何包括RRC一些計畫的時候，還沒有開始，只有基本的規劃的科別，我們大概都會強調要落實。因為

只有這樣子做一貫性的統整之後，做一些整理之後，我覺得後面有一些些問題的解方，不同科、選錯科之類的，甚至我們在講工時的時候，其實怎麼去兼顧訓練，其實我們把它聚焦回到這個學生到底養成他的能力了沒，這件事情其實會比較容易去解決。

也因為這樣子，所以就是說我們其實跟國外一樣，我們都在著重以勝任能力為導向的醫學教育（competency-based education），我前面所講的，幾乎全球先進國家都覺得這個是一個趨勢，問題會在於怎樣把衡量的方式做到比較有效率。就是這個聽起來很好，老師會不會被累死？我要怎麼去評學生的這件事情，其實是從106年我們為什麼稱之為就是一個宣導期的概念是這樣子。

這個六大核心能力，台灣其實跟美國很像，因為我們在部裡面在推的時候，我們也是覺得是建議就給醫學會，也是從自己的學生這個地方來養成是這六大核心能力，然後那里程碑這邊，不管是對住院醫師的訓練計畫的醫院而言，甚至對住院醫師本人，我們都覺得是說其實老實講，會比過去在強調多少年限裡面完成多少訓練來得好。

里程碑的這邊的話，基本上我們會覺得是說，理想上就能夠快速完成，或者這樣子，通過這樣子的評估的時候，其實年限、什麼時候做，

其實看起來好像時間就不會是一個問題，這會是未來我們在醫學教育這邊會跟教育部一起合作，會希望從醫學院的教育裡面都開始提倡這樣子的概念跟理念。

COVID-19造成了很多很多的改變，其實如果我們把我們的學生訓練好的時候，很多像比如說國外因為疫情很嚴重，大家就在討論了，碰到這樣子的一個危機的時候，醫療資源怎麼分佈、怎麼分配？會不會有些倫理議題？可是如果我們的學生、我們的訓練是紮實的時候，對於在決策上怎麼樣去做到最有效率的資源分配，而且重點是在醫療危機下，我們的照護常規是不一樣的。

我們很多很多國外的醫師大家在討論醫學倫理的問題，其實是因為這樣的一個資源架構下面的時候，他們發現其實醫師很內疚，因為他對他所照顧的病人沒有辦法獲得醫療資源感到愧疚，甚至很多很多的醫師自殺。

在台灣這邊我們就會覺得是說，在教育這樣子的一個狀況的時候，回過頭來我們應該理性的去看待，照護常規在醫療危機的情況下就是不一樣，我們是用最有限的資源去救最多數的人，所以應該回過頭來看，這麼多的侷限沒關係，可是我因為這樣子我多救了什麼人，而不是我沒救到什麼人。一個這樣的思考架構，然後這樣子的一

個邏輯，我們就覺得，其實是在教導我們的學生怎麼去因應一個，真的是會值得挑戰的這件事情。

我們的未來的規劃，在需求評估方面，會有三大塊，一個是先進醫療它會有這樣的需求，第二個是基礎的醫療，基本的醫療提供也會是我們的需求評估，可是很重要很重要的，我們怎麼樣讓這樣子的一個學生、醫師，訓練、接受訓練者，他的需求也能夠兼顧。這是我們在未來推動這樣子的醫學教育，特別是臨床訓練這邊會需要注意聚焦的這一塊。也因為這樣，所以我們覺得評估起來，推動以勝任能力為導向的醫學教育訓練，這個會是我們未來在這一塊上面的主軸。

然後最後就是這句話，其實剛剛講的第二曲線的這件事情，就是查爾斯·韓第這位經濟學大師他要講的，就是碰到問題的時候很多時候都沒有標準答案，可是我們教導我們學生有解決問題能力的時候，老實講我們就會自己做判斷、下決定跟自己負責，其實也能夠對我們的醫療服務，我們不用擔心它會被打折，也不用擔心我們做的決定會是錯誤的，然後這個大概是我很簡單的勾勒了一下，我們未來對於繼續教育訓練這一塊、對於臨床訓練這一塊的最大方向，然後我的演講到這邊，謝謝。

主持人邱泰源教授講評

謝謝我們劉司長，從住院醫師的訓練、水準這個部分提出了最新的觀點以及最新發展，後面那些的部分，也是現在目前在EPA這10年來大家認為在醫學教育裡面很重要的，司長帶領我們把整個醫療醫學人才的訓練，做了很好一個回顧。

接下來我們非常難得，我請教台大醫學院吳院長，要來講這個醫學教育，台大醫學院誰最具代表性？他就馬上說我們的醫學系盛望徽主任、盛教授。

他最近很忙，最近台大醫學系今天又在考試，任務一大堆，他還能夠出來真的非常不簡單，盛教授他不但是感染科的權威，現在應該是台大首屈一指，我們很多病人都是他處理，包括早上蔡易餘的父親，其實有感染症也是幸虧他大力的幫忙，非常感謝他，他在醫學教育也投入了很多，我們是不是用熱烈掌聲再歡迎。

謝謝主持人邱委員的介紹，林理事長還有羅委員，還有各位我們的先進，各位長官大家好，今天非常榮幸有這個機會來跟各位報告有關於醫學人才的培育，如何維持一個高品質的醫學教育，我從學校端這個部分來跟各位做一個介紹。

我相信各位都知道十年樹木、百年樹人，教育就是所有人才紮根的基礎，以醫學教育的目標是什麼？我找了一些文獻，基本上在醫學教育的目標可以分成四個大塊。

首先，因為他是一個專科的醫學專業領域，所以第一個就是要培養能夠具有醫學專業知識跟技能。

第二塊，醫學的教育跟其他教育有一點點不一樣的就是他很強調人文素養跟服務的熱忱，也就包含我們的醫學倫理等等。

第三塊，醫學這個領域是一個進步非常快的專業，所以他必須要有一個終身學習的能力，而且必須要跟其他的團隊、不同的領域有合作的關係。

最後一個，就是要培養這些醫學生能夠有主動學習跟跨領域的知識追求跟解決問題的能力。

這四個目標哪一個最重要？我自己認為人文素養是其中最重要的，包括之前我們也有一些前輩說要成為醫生之前要先成為人，或是以人為本、以病人為中心等等這樣的教育目標。

所以台大醫學院的教育目標，是要培育好的人才，能夠領導這個專業，希望有些創新的研究，最後也能夠奉獻給人類跟人群。

現代醫學跟過去有什麼特色？我也是分析了一下大概有這幾個特色，首先第一個各位可以看看醫療的知識累積跟技術的進步非常非常快，特別有跨領域相關的協助。所以每年這樣的醫學知識都不斷的在做變化，這也造成了我們很多醫療服務會有細專科化的問題，也就是隔行如隔山的狀況。

第二個就是資訊的普遍而且是全球化資訊的普遍，這些知識的流通非常快速，而且也因為是網路的時代，所以慢慢的都會看到我們醫學生學習的方式已經有很大的改變，特別是去年開始的COVID-19，我們很多線上學習都開始，所以這樣的遠距學習，會有什麼樣的影響？這是未來會非常值得深思的。

第三點就是有關於我們剛才提到醫療給付體系跟醫療照護體系這樣的改變，在台灣跟全世界都一樣，很多都是醫療保險，特別是在台灣95%以上的醫院醫療收入是來自於健保的給付，所以健保制度的改變，就會對於我們醫療照護發生影響，甚至會直接影響醫學生。

最後，醫病關係大家也都可以知道現在醫病關係跟以前是很不一樣，有這樣的關係改變。

所以歸納在現在醫療的特色，主要就是專科化跟知識累積進步很快；第二個就是資訊化，所以在學習的這個部分以及資訊的普及也跟過去有很大的不一樣；第三個醫療的照護現在偏向於相關的給付體系系統，以台灣來講就是健保體系系統可能會影響醫學教育；最後一個就是醫病關係的改變。

當然這個投影片我是想到目前在醫學教育所面臨的一個挑戰，當然第一個就是健保制度的誘因也會影響不同醫學生的成長、選科或者是後面的服務，所以醫療制度特別它又是可以由政府來做這樣的主導，所以政府對於醫學教育的推動其實是有很大的責任跟他的能力，這是第一個部分。

第二個部分剛才幾位先進也有提到，在醫療資源分配上，不管是地區的分佈不均，或是科別裡面的分佈不均，等等的這個問題，也會影響學生去選科等等的這樣的意願。

當然，現在還遇到剛才提到專科化或是有一些相關領域的進步，也許我們未來對醫學生或是住院醫師甚至到最後的主治醫師，連續性的醫學

教育、繼續教育都是非常重要的。

最後這是未來幾年我們要看看可能的影響，就是慢慢的不管是住院醫師或者是主治醫師納入勞基法之後，第一個，在學生來講，訓練的時間可能會縮短，到底在這樣的時間訓練之下，能不能勝任擔任獨立的醫師？第二個，在主治醫師或是住院醫師一旦有勞基法時間工時等等的限制，會不會對病人造成一些影響？這也是未來可能在醫學教育可能會有的很重要的挑戰。

過去面臨這些挑戰到底台灣醫學教育有哪些因應？剛才司長也有提到一些，我這裡就簡單報告在學校跟我們的一些制度如何因應。首先，第一個在醫學教育，過去我們可能是大堂課，每個器官、每個系統，但現在有所謂叫整合課程，就是把一個人當做是一個課程的中心，不再以過去拆解成不同這樣的器官或是疾病。

第二個就是以問題導向的學習叫做PBL的小班教學，過去我們可能就是上心肌梗塞，但是現在不是，現在是舉一個個案，這個病人除了有心肌梗塞的病生理以外，還有家庭社會因素，還有後續的復健、失能等等這樣的因素，讓學生去思考這個問題，所以目前的課程很多是走向問題導向這樣的學程。

第二個部分是學制的改變，包括剛才司長有提到畢業後有一般醫學的訓練醫師，所以就不會

過早專科化，第二個在學生時代為了要銜接他的住院醫師，中間少了實習醫師的這一年，所以我們加入了非常多臨床實作，所以這樣在學生畢業前他能夠有一些實際的臨床基礎。

第三點是有關於入學的管道，過去各位也都知道我們大部分是用聯考的方式，但現在為了讓醫學生有更多元、異質化的來源，所以現在不管是在指考或學測都能申請繁星、希望入學等等，有非常多的入學管道，所以醫學生就會有很多異質化的特徵，大家來自不同的背景跟領域。

最後我們有一個系統去評估，也可以說是去監督各校的醫學教育，這就是所謂的評鑑系統，簡稱叫TMAC評鑑，也就是各校的醫學院組成的評鑑系統。

所以最後這2張投影片絕對在3分鐘之內可以完成的，首先第一個就是怎麼去維持一個高品質的醫學教育，這個是在做的幾個部分，首先第一個就如同剛剛司長講的，我們會把學習者當做為中心，我們會在課前可能會了解同學的能力，依照他的能力給予他問題導向或是一些相關的教學，會有一些差別，所以這個叫做以能力導向為醫學的教育，也就是推動向里程碑或是像EPA等等這樣的制度。

第二個是評估，過去評估可能是考試，但是在國際上目前有非常多的多元評估方式在台灣也

- ▶ 醫學教育方式變革：整合課程、PBL小班教學
(問題導向學習課程)
- ▶ 學制改變、PGY制度、OSCE(臨床實作)
- ▶ 多元入學管道招生
- ▶ TMAC評鑑

▲圖18 台灣醫學教育的因應與變革

逐漸引進當做為醫學教育評估的一個評估，像是迷你的實作或是360°的評量或是個別化即時的回饋，這個是一個多元的評估。

最後在各校因為有TMAC的評鑑開始，所以對於教學的資源就會有一定的基礎，因為在一定的監督系統之下，各校就會提升他的相關教學資源，在台大我們目前做的，在學生時代會有跨領域的專業小組討論，以及有些新的教學技巧，像翻轉教室等等，最後我們也有一些相關的醫學倫理這樣的課程。

舉例來講在同學一年級進來之後，我們前面會有一個習醫的先修營，就是讓這些同學還沒有真正學到醫學前，先知道怎麼跟病人相處、怎麼有這些醫學倫理，以及一些倫理道德等等這樣的基礎，這個臨床隨行是什麼？就是同學會跟著老師，我們會特別選一些導師，就是能夠以身作則非常棒的老師，讓這個同學去跟著這個老師看他一天在做什麼、他的行為表現，希望以言教身教

這樣的方式讓同學能夠強化他的人文醫學這樣的教育。

第二點剛才有提到跨領域這個部分，未來是一個非常重要，不僅是醫師、護理師、復健師，我們還希望能夠跨到不同領域，像是醫學跟法律，醫學跟電資、電機等等，這個都是未來可能在醫學會很重要，因為在以科學創新的模式需要其他的領域做一個介入。

當然現在也有一些新的教學科技，像是AI的教學或是像模擬實境跟數位化等等這樣的學習，特別在這2年國際上有越來越多有遠距教學的情形，

當然比較可惜，最後一點其實我們還是要有一個國際化的視野，所以在推動醫學生跟這些年輕的醫師能夠有國際交流的機會，這是一個非常重要，讓台灣能夠改善在其他先進國家這樣的教育，以上是我很簡短的報告，謝謝各位。

主持人邱泰源教授講評

謝謝盛主任這麼精彩、精闢的演講，接下來我們也特別邀請，以私立醫學大學的角度來看醫學教育，請來我們從事醫學非常投入、表現非常傑出的北醫醫學系主任吳建志教授來跟我們演講，我們歡迎吳主任。

北醫醫學系 吳建志主任

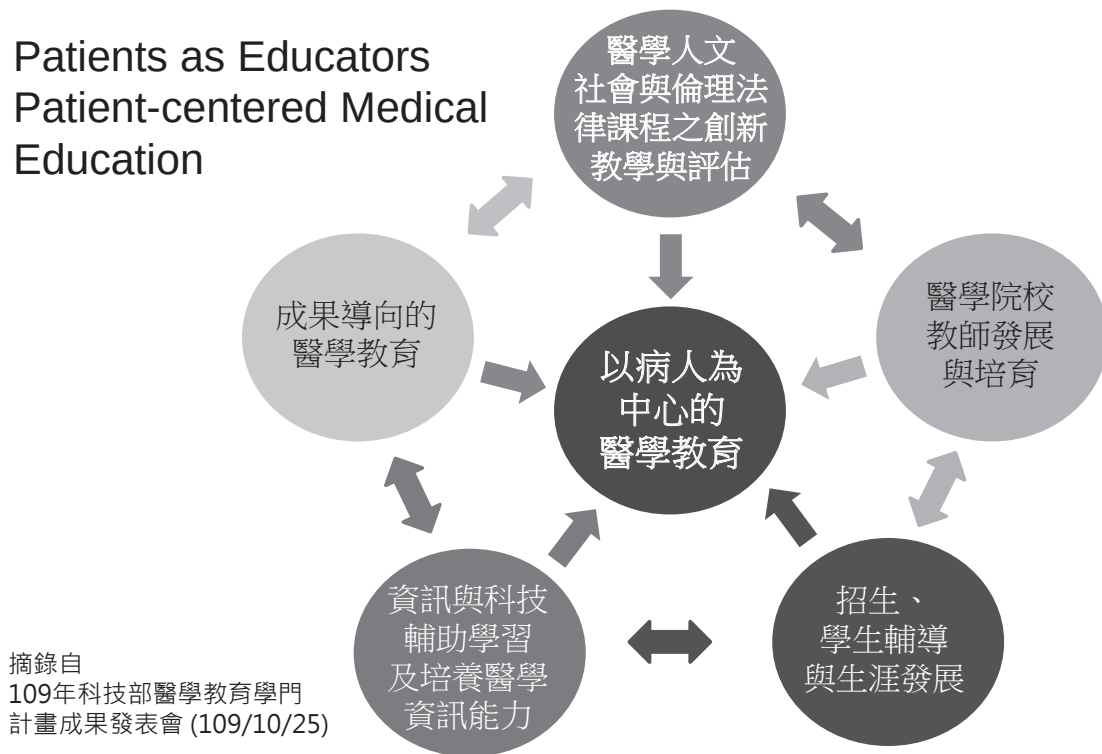
主席還有委員跟各位醫界的前輩跟醫界的同好大家午安，我是醫學系主任，但事實上我才上任5個月而已，不過我再從事醫學教育這一塊，應該是從民國90年多開始就投入，所以大概對我們醫學教育這一塊，大概可以講一下我自己的心得。

其實我們醫學教育是從學生從一年級進來開始一直到畢業，一直到專科醫師訓練，一直到永

久，都是我們醫學教學的範疇，當然後面那一段我們的司長跟我們盛望徽醫師講了很多，但是我把目前在醫學系裡面做得比較細節一點的跟大家做一個報告。

私立醫院跟公立醫院可能不太一樣，因為私立醫院比較彈性一點，我們比較有彈性的做法，這是我們台北醫學大學醫學系的教育目標，跟剛剛盛主任報告的一樣，有基本素養、人文關懷，

Patients as Educators Patient-centered Medical Education



▲圖19 歷年來醫學教育趨勢

我們人文關懷也是擺第一位，創新能力、國際視野、專業素養，專業素養反而擺在最後，其實每個醫學系幾乎都一樣。

我們的教育目標是人文素養與社會實踐能力，人文素養真的是非常重要，非常強調所謂的「全人醫療」，全人醫療就是要關懷病人，不只病人而已，他的家庭、環境，都是我們在醫療上一定要做的一些事情。

核心能力當然在醫學系來講思辨能力、醫學知識、臨床技能，所以我們一個醫學系的畢業生必須要有知識、態度跟技能這幾方面的養成。

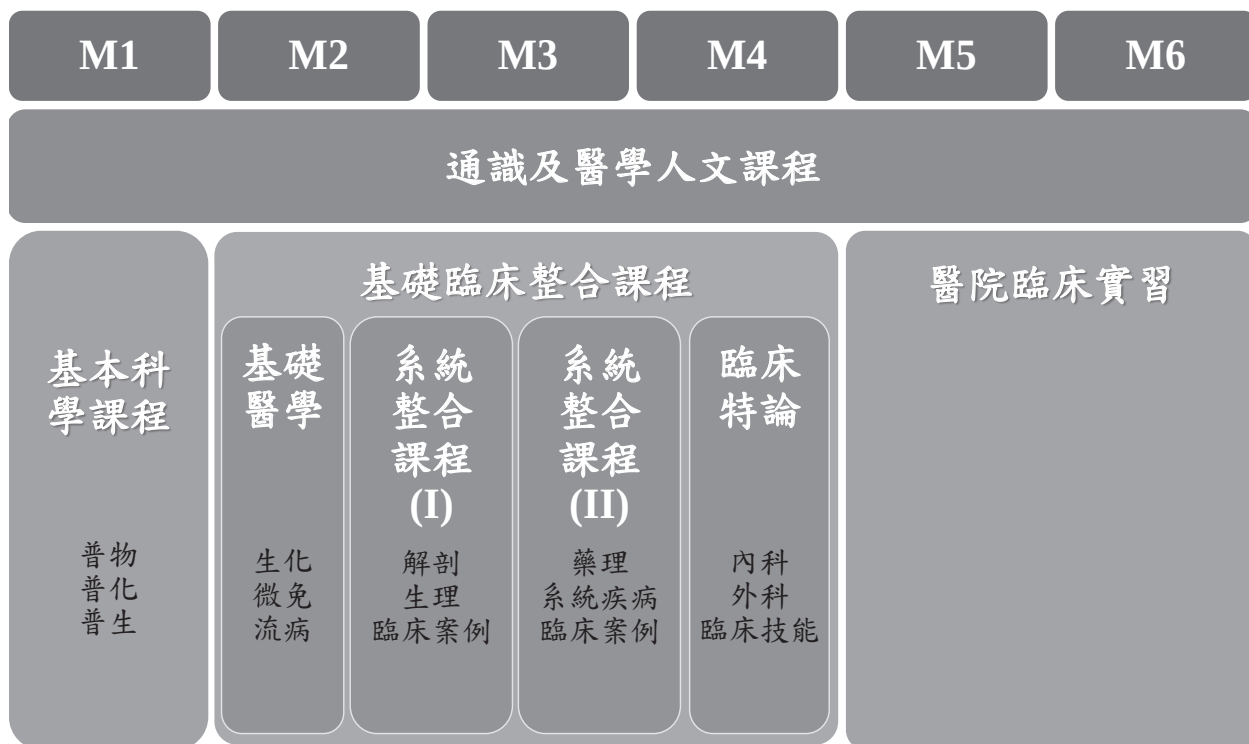
近年來醫療教育的趨勢，這是去年科技部醫學教育學分的計畫成果發表會，通常都是以病人為中心的醫學教育，從醫學人文社會跟倫理法律課程來教導學生，然後會有醫學院教師發展的一些課程。老師非常重要，老師要與時俱進。

另外就是招生、學生輔導與生涯發展，我想這是每個醫學院都有在做，因為現在資訊科技非

常發達，所以現在資訊與科技的輔助教學非常重要，所以這也牽涉到老師的培育，也牽涉到未來學生除了在專業知識之外，他是不是有第二專長能夠跨出去變成他的一個能力，跟其他領域做結合。

最後就是一個成果導向的醫學教育，就是剛所講的勝任能力為導向的醫學教育，這是我們台北醫學大學60年的發展跟定位，因為我們北醫才剛剛滿61周年，61周年有新的定位，我們的定位叫做以醫學教育為本，生醫臨床為用，具社會影響力的創新型大學。

主要定義就是注重實際問題解決的教學與研究，所以我們整個醫學系6年的課程設計裡面，就會著重讓學生養成解決問題的能力，這是非常重要的，所以我們的目標一樣，在教學，是人文關懷、跨域多元、培養具廣度生醫人才；在研究，學生還是可以開始做他的研究規劃，生醫轉譯、聚焦特色，這些前瞻性的東西也可以讓學生慢慢



▲圖20 六年制課程架構

來養成。

所以在台北醫學大學我們的課程設計就會牽涉到這些東西，這是我們的六年制課程架構，從一年級到六年級，通識及醫學人文課程是貫通六個年級，大概一年級是基本科學，我記得我是1979年進北醫的，現在快40年了，我們剛進北醫的時候就是生理、病理、寄生蟲、解剖，然後是內科、外科全部都坐下來，跟工作一樣是有點填鴨式的課程設計。

但是最近這幾十年來的醫學教育改革，我們學生變成他不是只有坐在課堂上，他們要養成能夠去思考、去思辯、去批判的能力，所以整個課程設計就不一樣，等一下會跟大家報告。

他們進入二三四五年就是基礎臨床整合課程，就如剛剛盛主任講的，不再是以一個疾病為導向，是有一個系統，就是我今天是上胸腔的一個系統，包括胸腔的藥理、胸腔的病理、胸腔的臨床結構等等，就一起講下來。

然後五六年級進醫院，我們非常強調我們學生要自主學習的能力，他們都要養成這樣的習慣，所以很多的課程都會設計他們中間有自主學習的時段，讓學生去養成他們另外的專長，比如他可以參加跨領域的學程，他畢業學分裡面除了專業的學分之外，會有一個跨領域的學程，變成是他必修的畢業門檻，

一些翻轉教育學習，像團隊式的基本臨床這些都是必要的，GOSCE也是團隊的學習，TRM (team resource management) 就是團隊資源管理，就是要知道如何跟其他團隊能夠結合，個案式的學習剛剛盛主任有報告過。

我們基礎課程的定義就是我們一直在做課程的改革，我們盡量減少必修學分，讓學生在選修方面能夠更自由。初階臨床體驗因為我們以往都是五年級、六年級才進醫院實習，但是我們現在把學生到醫院去的時間拉前，到一年級下學期，就有機會到醫院去，最主要的是跟著老師，有點師

- 利用 VR 的先進數位科技，體驗人體結構在不同方位與空間視角下的相關層次與排列，加深學生對結構立體位置與空間概念之了解。
- 展望未來，將分組競賽或團體測試的元素導入 VR 系統中，希望在 VR 的環境輔助下，逐步改善傳統的模型教具教學方式，除了可讓課程更生動活潑之外，也大幅增加學生的參與與互動程度。



▲圖21 翻轉教室：VR帶來的改變

徒制的關係，讓他學習這個科或好幾個科在醫院是如何運作的。

有點像我們先看打棒球知道棒球的規則怎麼打的，之後我進了棒球隊，我就知道怎麼打，所以很多學生都利用他們在上課的時候剛好修到泌尿科，剛好碰到泌尿科醫生，他剛好修到泌尿科就會到泌尿科門診、泌尿科開刀房、泌尿科病房裡去看你在做什麼事情，這可以加深他們的學習印象。

翻轉教室VR，因為私立醫院總是經費會比較拮据一點，尤其像這種大體老師我們比較少一點，我們用VR這個方式來讓學生除了真正的解剖之外，其他時間可以用VR來解決，然後醫學模擬教育，我們用模具、用一些模擬的情境讓學生養成，在進入醫院之前就學習到所謂的臨床技能，還有溝通技巧等等。

剛才也講到醫學倫理、法律的課程，我們在醫學系五年級、六年級進入醫院裡面就開始跟他

們講授這堂課程，讓他們實際體驗這些醫法的議題。然後進入實習之後我們有一個實習的監測機制，我想可能每個醫院都一樣，我們有從院長、系主任、副主任、行政老師還有到附屬醫院去，每個環節都會有老師運作。

我們在醫院裡面的實習不是只有這個課的實習，我們要跨領域，因為醫師未來絕對不會是單打獨鬥，要跟其他的科系一起合作，所以我們在床邊教學裡面會導入跨領域，會有藥師、營養師一起來做床邊學習，讓這個學生不是只有專業的課程。

我們也非常歡迎學生一開始進來就做研究，這我們會啟發學生的研究態度，讓研究能夠紮根，所以我們一年級就有醫學研究的概論，讓他們有好奇心開始看新的研究，我們常常看到我們的學生有毫無止盡的好奇心，讓我們在醫學領域上隨時去想可能發生的事情要如何解決。

我們也希望我們的學生能夠多多跟國際交

流，我們到五、六年級就會有一個自選課程讓學生可以選擇到國外去，北醫醫學系的學生大概有80%，一年大概有100多個學生會到國外去，拿到這些學分都是很有價值，當然我們北醫大有很多盟校都打好關係，其中老師的進修也是很重要的環節，因為老師如果能夠學到新的東西、新的教學方法、新的專業知識，回來教給學生也是很好的一個教育。

所以我們最後的結語，我是喜歡以學生學習為中心，我不喜歡以學生為中心，因為你用學生為中心，到時候如果你課堂點名你的滿意

度會降低，如果你不點學生，學習評量滿意度會降低，所以我是覺得以學習為中心，來管控這些學生。

因為我們希望他們最後是一個稱職的專業人士，他們需要我們要採用多元的教學跟評量方式，然後培育人文與社會科學素養，獨立思考、自主學、習批判能力，跨領域學習，溝通技巧，創新創業與創造，這是我們學校所強調的三創，另外醫師通常都是一個團隊的領導者，所以我希望他有解決問題的領導力，以上報告，謝謝大家。

主持人邱泰源教授講評

這個階段經過幾位專家學者的演講，我們在三個不同的主題除了能夠有所連貫以外，也多了很多結論，我們希望能夠做為我們類似會議的結論，做為未來政策的參考，這邊非常感謝這幾位專家。

綜合討論

主持



福和會理事 黃國欽醫師

福和會理事

台北市醫師公會理事

中國醫藥大學醫學士

台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會專科醫師

引言



福和會理事長 林逸民醫學博士

福和會理事長

羅東五福眼科院長

美國眼、外科學院院士

北醫兼任臨床教授

美國德州大學臨床教授

馬偕醫學院董事長

與談



立法委員／民進黨黨團書記長 羅致政

新北市立法委員
民進黨黨團書記長
加州大學洛杉磯分校政治學碩博士
政治大學外交學系學士
民進黨國際事務部主任
東吳大學政治學系副教授
國策研究院執行長
新台灣國策智庫執行長



新北市醫師公會理事長／醫策會董事
周慶明醫師

新北市立法委員
民進黨黨團書記長
加州大學洛杉磯分校政治學碩博士
政治大學外交學系學士
民進黨國際事務部主任
東吳大學政治學系副教授
國策研究院執行長
新台灣國策智庫執行長



醫師公會全聯會副秘書長／
台灣醫事法律學會執行長 羅浚昺醫師

台灣大學醫學士
台灣大學法學士
醫師公會全聯會副秘書長
福和會顧問
衆律國際法律事務所醫療法顧問
基層醫療協會常務理事
台灣醫事法律學會醫務執行長



中華民國基層醫療協會理事長
林應然醫師

中華民國基層醫療協會理事長
第二十一屆台灣兒科醫學會副理事長
林應然小兒科診所院長



衛生福利部醫事司 劉越萍司長

銘傳大學法律系研究所
國立台灣大學醫學院醫學系
衛生福利部醫事司簡任技正
臺北市政府衛生局醫護管理處處長
台灣急診醫學會主任委員
台灣兒童健康聯盟秘書長
國立台灣大學醫院附設急診部主治醫師
衛生署臺北區緊急應變中心副執行長
國家級人體生物資料庫整合平台中央辦公室副主任
中華民國醫師公會副秘書長
臺北市消防局醫療顧問師



台灣世代智庫執行長 陳冠廷

日本東京大學公共政策碩士
美國威斯康辛大學麥迪遜分校學士
台灣世代智庫執行長
以色列資安暨科技協會副理事長
台北市政府主任研究員兼副發言人
日本國立社會保障人口問題研究所 訪問研究員
日本交流協會招聘研究員
國家安全會議研究助理
台灣世代智庫副執行長
野村總合研究所 助理顧問
日本東京大學公共政策研究所研究助理

主持人黃國欽醫師

我們在場的各位與談人以及各位貴賓，大家午安、大家好，今天已經累了一天，不過越夜是越美麗，所以討論是越來越精彩，大家開始之前先請我們福和會的理事長林逸民林醫師來為我們講幾句話，謝謝。

林逸民理事長

好久沒有當學生了，剛剛上一節我都沒有打瞌睡，一直在聽這幾位學者專家師長談的內容，剛剛聽到劉司長講台灣男性平均年齡77.7歲，我今年78歲，可以說是活得值回票價了。

再來談到有關上一節檢討醫療「酷斯拉」的部分，這個議題原則上，可以參考美國如何發展醫學中心，美國是以國家GDP的固定百分比在補助醫學教育，並不是以全民健保總額這樣用於給付醫療費用的這一塊大餅來支付。

美國的醫藥衛生方面支出大概是GDP的18%，然而，對於醫療教育和醫療人才培育，這樣的經費還是不夠，所以美國對於醫學中心，設有很多美國國家衛生院（NIH）獎助捐款，像我以前在聖路易斯華盛頓大學（Washington University in St. Louis），我拿的獎助學金就是來自於NIH拿的，所以美國的醫學教育制度設計上是這樣，不是從健保經費中拿錢。

美國國家健保制度，65歲以下不參加美國醫療保險（Medicare），所有65歲以上、居住至少5年的美國合法居民，都有資格加入Medicare，由聯邦政府補助75%，各州則平均出資10~15%，像加州、紐約州、德州、伊利諾州等比較富有的州，就出資15%，剩下差不多5到10%才是個人額外購買民間醫療保險，所以就不會被保險業來壟斷。

但台灣剛好相反，都是由財團辦醫院，財團法人醫院又以營利為目的，所以這是立法委員諸公你們要去注意的，我們都是被保險業綁架，這是一個重大問題。

關於偏鄉醫療人力問題，剛剛我們薛醫師講得很好，我們也可參考美國制度，例如，美國偏鄉印第安部落如何吸引醫療人才？方法之一是提供更高的月薪，偏鄉醫師比起一般在城市的醫師，多2到5倍的薪水，最重要的一點，剛剛有講到生活環境的問題，為了增進生活便利吸引人才居住，如何吸引企業來設據點？

以麥當勞而言，大概需要2萬消費人口才能支持一家麥當勞，若是偏鄉沒有這樣的人口基數，又希望麥當勞或是肯德基炸雞來設店，可以用稅務減免的方式來獎勵，再偏鄉設立分店不會賺錢，但可以抵減稅賦，鼓勵企業來設點，讓這些偏鄉地區也可以吃到麥當勞的漢堡，滿足最基本的生活需求。

最重要是他的教育，我一個朋友叫鄭傳舟，台北市人，他在美國一處非常鄉下、四千人口的地方開業，剛好在密西西比河、阿肯色州與田納西州交界處，沒有人要去，他在那邊服務40年，兩個孩子都念哈佛大學。兩個孩子考試成績僅1200分，要進入哈佛最少要1455，有人會質疑：怎麼他的兩個孩子1200就能上哈佛？

全美國哪個醫生到如此偏遠地方奉獻40年？只有這個鄭醫師，所以國家有責任補償他，哈佛大學校長講我哈佛大學有責任，如果他的兩個孩子來波士頓讀書，一定能考上一間常春藤盟校，所以兩個孩子都是哈佛大學，哈佛醫學院，就是國家在照顧，我剛剛這樣簡單說明。

至於我們需要醫生嗎？剛剛薛醫師講，今年台灣醫師人數已經夠多了。我們政府說要增加醫學人才，認為醫師的供給不足，但其實並非如此，剛剛劉司長也講了，專科制度從2113名現在減少到1555名，又減少了693名，表示專科的名額又要減少，表示有過多的人在做專科了，所以醫生總數並沒有缺乏，怎麼運作的這才是重點。

剛剛我聽了兩位醫學系主任的演講感處很深，我記得我到華盛頓大學擔任研究醫師的時候，第一個月是學什麼？「how to listen」怎麼來聽，「how to speak」怎麼來講，「how to communicate」怎麼來溝通，整個一個月都是在學這個，溝通的能力最優先，以後才再去做臨床。

所以我簡單報告今天我們請了幾位專家，張醫生他們是在講台灣真正的問題和健保分配的不公，剛剛有講，如果是醫學中心要來做門診沒有關係，但是在醫學總額分配方面他要回歸他自己的總額，但比起總額分配問題，真正最根本的，是國家要用國民生產毛額的比例來支出醫療預算，這樣才是對的，這是我補充的，謝謝。

主持人黃國欽醫師

我們謝謝林逸民理事長，我們林逸民醫師30年前放下美國眼科教授以及美國眼科院士的頭銜回到羅東，我們台灣史懷哲陳五福眼科診所來接他的業務，基本上是把他的精華以及他人生所學回歸到台灣這一塊土地。

而且他是在基層醫療服務，所以他更了解基層醫師所面臨的問題，所以當我們福和會要舉辦這個論壇的時候，也受到我們醫界的大家長邱泰源邱理事長邱立委邱教授他的響應，並且號召我們醫界的先進以及前輩們，大家共同出錢出力來催生這個論壇，現在是不是我藉著各位你們熱烈的掌聲來謝謝林逸民理事長以及我們邱泰源理事長來這次的健保國是論壇，謝謝他們。

健保國是論壇顧名思義是對健保制度的討論跟檢討，我們對於健保的永續生存發展以及人民的健康福祉而努力，我們今天討論了許多關於健保會的組成、功能還有角色，以及對於部分負擔制度以及分級醫療政策的落實，還有醫事人力培養，這些偏鄉醫療資源的種種問題。

所以最後我們在這個討論的時間，我們今天最後的討論有3位與談人來加入，有幾位已經之前對我們的政策以及制度有闡述過，所以我們希望在下面有3個加入的與談人用簡短的3分鐘時間來為我們闡述他的想法，之後我們就進入我們實質上的討論，我想可以在腦力激盪下可以對一些政策提出相對的看法跟解決方案。

首先歡迎我們第10屆立法委員羅致政羅立委來為我們講幾句話，他目前是民進黨黨團書記長，他之前對國防外交這方面的業務相當熟悉，但是他在新北市跟我們的地方許多醫療先進們、醫療從業人員有相當好的互動，我們先歡迎羅致政羅立委。

我不敢說解答，但如果我們談談醫療是商品還是政府機構的一個服務？我舉個例子，當我們把它定型這種所謂大型的醫院必須是財團法人的時候，事實上已經清楚了，我們把它稱為非營利的，可是從另外一個角度來看，它真的是非營利的嗎？大家都知道這種大型的醫院所謂號稱財團法人是非營利的，它總是要生存下去，所以我們經常政府是有一個很崇高的理想，可是實務上就有很大的落差存在。

我再舉例子，我們的學校也是非商品化，我在學校最清楚，可是它非商品化的結果就會有一種結果，類似社會主義是這樣子，就把你綁手綁腳，全台灣教師在以前沒有真正開放之前，在一個學校只要是正教授跟另外一家正教授就是一樣的薪資，不管你表現再好，那是社會主義的做法，可是當我們慢慢把市場機制引進來之後，它的質跟量必然會有所提升。

所以我覺得台灣的醫療我希望它不是一個純商品，可是它不能免去市場機制那一塊，所以如何適度的引進市場機制，包括偏鄉也是一樣，它是用政府的誘因也好或是獎勵也好，這誘因跟獎勵自然是市場機制，然後導向我們希望走的地方去，所以政府不是用那隻看得見的手去干擾看不見的市場機制的手，而是讓這個看得見的手去導引那個市場機制更有效運作。政府什麼時候出手？當市場失靈的時候。我覺得這才是所謂的醫療市場也好或是醫療商品也好，更多有效發揮出來的角色。

當然有一個東西我們必須要心裡有個數，就是台灣民衆已經習慣便宜又大碗的健保制度，便宜才是重點，大碗不是重點，你看最近因為疫情的關係很多人就不願意去醫院看，因為反正就算便宜我也不願意去，再怎麼大碗你也不願意去，所以便宜才是重點，我們做為民意代表很難完全違背這個民衆長久以來的習慣。

所以我覺得除了醫界跟我們政府部門溝通之外，我覺得跟民衆的溝通是非常重要的，這一塊大家有待努力，包括我們醫界也好或是政治人物也好，這一塊真的需要努力，因為當台灣民衆習慣這樣類似社會福利國家的醫療提供服務之後，也要幫改回到更多的智慧也好或更多必須要等等也好，我覺得難度是蠻高的。

可是如果民衆願意付更多的錢，然後享受更好的醫療品質的時候，政府不應該去擋，也就是當自費比如類似國際醫療這樣的東西，當有人願意花更多的錢然後買更好的藥做更好的檢驗的時候，政府在市場這一塊不應該去綁它，不應該去扭曲它，這就是給人民最基本的醫療服務，可是我們現在政府連最好的那一塊市場希望能夠自由的那一塊，我們很多是把它綁住的，我覺得這一塊是未來可以努力的地方，謝謝。

主持人黃國欽醫師

非常謝謝羅致政立委，今天我們也很謝謝羅致政立委在醫界在立法方面非常協助我們，我們今天也在羅立委方面，我們5萬2千個醫師就是你最好的後盾，如果以後有需要我們大家都可以過來溝通交流，接著我們請新北市的醫師公會理事長也是我們醫策會的董事周慶明周理事長來為我們講幾句話，謝謝。

周慶明醫師

最尊敬的林會長還有楊黃美幸無任所大使、我們全聯會的大家長邱理事長，還有我們新北最優質最優秀的致政委員，還有在座我們福和會對台灣最犧牲最奉獻的前輩還有醫界的老朋友，還有媒體的老朋友，還有今天所有與會辛苦的工作人員，大家午安，大家好，從早上到現在已經開始要講晚安了。

非常感謝福和會這次提供的這麼好的一個溝通平台，我個人認為福和會其實對台灣的奉獻犧牲真的是非常的大，這個福就是人民的幸福，和就是台灣的和平，這兩樣就是福和會的組成，是我個人的想法，其中這個福其實就是人民的幸福，人民要幸福、對政府要滿意，還有幸福感十足，其實最重要的就是醫療，你把醫療做得很好，民衆有感，自然就會有幸福的感覺。

今天福和會提供這麼好的平台，來讓我們所有醫界的好朋友跟政府提供很好的溝通平台，這是非常重要的，因為我們政府在醫療的政策或是健保的相關事務，其實應該要常常跟醫界在第一線作戰的醫療人員要多多的做溝通，目前我個人覺得現在台灣的問題就是我們的政府跟在第一線行醫療業務的醫療人員溝通並不是那麼的順暢，所以不管是在政策提出之前或提出以後，常常沒有辦法跟醫界做好的溝通。

所以剛剛致政委員講要當顧問，其實我們最近常常在麻煩致政有些相關的事情，為什麼要透過立委？因為跟政府的溝通管道並不是那麼的暢通，所以才會當致政的顧問，常常麻煩致政來幫我們，還有很多相關我們新北幾位優質的立委幫我們醫界來奔波，非常的感謝福和會這次提供這個平台。

其實最近我們某個長就提出來部分負擔的改革，藥費100元以內要付40元的部分負擔，其實這個比例真的是太高了，這個東西一下就提出來，其實在我們整個基層引起了很大的波浪，當然另一個長又提出論人計酬，又要把長照還有預防保健的業務也要加到健保裡面來，這些其實在我們醫療執行人員來說，我們覺得這個還是很不成熟的政策，還是沒有跟醫界做很好的溝通。所以我這邊大概要特別提出來就是要多多溝通，非常感謝福和會今天提供這麼好的平台。

剛剛工作人員已經提醒只剩1分鐘了，所以我再講一下下好了，就呼應剛剛逸民理事長提出來關於GDP的問題，其實我覺得我們的健保費委員這些觀念應該要做適當的提升，還有改正，他們一直以為他們把健保支出壓低，不願意付更多健保的錢，他們認為他們是幫老百姓守老百姓的荷包，就是變成一個過度壓抑健保的支出。

其實我個人認為這個就是造成目前台灣低薪經濟不是那麼好的很重要的原因，因為所有醫護人員薪水沒有辦法提升的時候，你所有經濟2、30年來我們的薪資沒有特別提升很高，最重要的原因可能在醫療支出這一塊。

我們在一些相關的數據，就是每個人經常性的醫療健保支出，台灣佔GDP是6.1%，南韓是8.1%，日本是10.9%，如果要跟上韓國跟日本的話照現在成長的速度來看，可能要20年、40年才跟得上韓國、日本，這個真的是差蠻多的，所以我們希望在GDP這一塊，希望我們健保會的委員能夠在觀念上能做修正。

我之前有參加過健保總額的協商，我記得那時候健保會的主委是鄭守夏主委，我們全聯會這邊提出來的很好的醫療一些應該是我們要提出來給百姓的醫療政策需要一些錢，我個人覺得講得非常好，鄭主委也覺得很好，所以我們提案完以後，他就講了3次，就是說付費者代表願不願意付錢來買更好的醫療，說1次沒有人回應，2次，講了3次沒有任何一個健保會的委員敢回應，最後還是賠錢，所以

我們覺得其實非常挫折，所以這一塊希望在健保會的整個結構還有委員基本的概念能夠做一些改善，不好意思我講得多了一點，以上報告，謝謝。

主持人黃國欽醫師

我們非常謝謝周理事長，我們理事長常在政策健保外面做折衝，所以跟幾年前我看他，他的頭髮又白了，非常有智慧，接著我們請到年輕世代，我們台灣世代智庫的執行長陳冠廷陳執行長，陳執行長是在美國跟日本求學，他的專長在公共政策的研究，我們請他來為我們發表一些意見，謝謝。

陳冠廷執行長

非常感謝主持人，在日本有中醫協，不是中醫的那個中醫，是中央醫療協會，我看他們中醫協裡面會員的組成當然也是非常多元，其中裡面我覺得值得我們效法的是，他把經營科，就是這麼多商學院的教授，包含一橋大學、東大等等的，那些醫科的專門委員都會參與。

當然這有一部分是他們會不會更傾向就是朝向市場機制，然後盡量去壓低這樣的做法？其實如果仔細研究這些參與的會員裡面的著作，再深切地去了解的話，可以發覺到他們重視的是永續性。

永續性有包含很多種做法，我們今天當然有看到台灣的健保或是醫療支出佔GDP應該是6%，韓國多一點8%，日本是4%，其實健保的總額會不斷的再提高，不斷提高的過程中我們就會想要從支出方面去做改革，改革的方式裡面就開始有各方的利益衝突，從保險方、被保險方到在第一線的醫療人員，或是針對病患的整體醫療狀況提供最好解決方案的這些醫師們，小到第一線的做法，當然都會互相去衝突。

我覺得這種比資金的競爭，比如社會福利也好，或者是商業化的這些醫院也好，就是永遠是會存在的，也不會有一定的正確解，只是我認為，在一開始的定調上面，盡量的融入更多有些市場機制背景的，或是有醫療專業背景的這些醫師也能夠加入，這樣最後的結論，或是第一線的這些結論，會比較趨近於市場化。

我剛只是提出我目前對於日本醫師會也好，或是支付基金大部分的看法，可是當然更細項走進去的話，包含到他們的過程當中他們各個的說法，又有不同的衝突的講法，有些時候他們會覺得，就我所聽到的，他們覺得台灣的健保有這樣的這種制度之下還沒有破產，而且好像還運作得很順暢，還有一個教授甚至說你們花這麼少錢得到這麼大的效力，我們應該值得向你們效法，這種說法也有，當然我們都知道羊毛出在羊身上，一定還有其他地方要付出比較多，希望這樣的回覆有回覆到你。

主持人黃國欽醫師

非常謝謝冠廷執行長，你剛才提到日本健保會的經驗，也許之後可以再提供我們對於台灣健保會的角色跟功能提供給我們更多的經驗，我們機會難得，時間寶貴，接著我們就開始做一些討論，以下

我們先請羅浚鉅全聯會的副秘書長，因為他最近1年來為台灣的醫界基層醫療或是全聯會在政策在整個醫療防疫方面在我們媒體上做了非常多的闡述，也幫我們醫院大大提升我們的形象，我們請他來發言一下，謝謝。

羅浚鉅醫師

林逸民理事長、各位先進，包括我們國家當代行政部門跟立法部門所有政治菁英，大家午安大家好。

我想今天經過一整天的努力，開始有個聚焦就是平台建構起來，平台建構起來就要對話，早上我們的層峰來過，我們現任的副總統跟前任的陳建仁副總統都來過，這些人的貢獻都非常大，也剛好都是跟醫療相關的專業人士。行政部門、立法部門有許多的前輩也都來過我們會場，當然因為時間關係都沒辦法久留，可是我相信福和會每次都把我們這些討論做成逐字稿，這個會一直傳下去讓大家充分去討論。

我要特別要講的是其實我早上在聽兩位副總統覺得很感動，因為包括賴副他講的是很有溫度的一段話，是人文關懷的一段話，不是冰冷的素質，後來我坐在羅致政委員旁邊，我其實第二次感動，因為我覺得他說得非常好，可是他本子上密密麻麻全部都是註記，我想一個人如果不是很認真關切這件事情，怎麼會寫這麼多記錄？我們是不是要先給他鼓掌？

另外一部分是劉越萍司長也是當代的行政部門，我覺得今天其實最有誠意就是劉司長，她陪我們來探討這些問題，包括周慶明以及林逸民理事長還有剛剛說的陳冠廷執行長。

我們知道COVID-19在台灣翻轉這麼一件事情就是說醫界不管預算如何，絕對絕對不會把台灣人民的幸福跟醫療漏鉤，絕對是把它提高做到最好，所以我們打了一場世紀大戰叫做世界冠軍。

現在回過頭來看，在討論醫界問題的時候，我覺得從今而後不要再去用一些所謂的要先減少浪費、要先除弊，來模糊議題的焦點，我們現在要的是什麼？就像早上周穎政教授說的，像我們邱大理事長講的，我們要的是一個適當的成長，一個合理分配，一個永續高品質的人才培育，因為在台灣、在醫療沒有弊端，你說對不對？大家說對不對？

在台灣醫療沒有弊端，我們就是勇敢的向前走。

國家的政權合法性有三個部分，第一個就是對國家本土的認同，在座包括國會所有所有前輩我們對台灣都是非常認同，這是第一個達標的；第二個是定期合法改選，在座就是現任的立法委員，都是經過民意洗練的，這是第二個達標；第三個是公共的供給，包括什麼？包括教育、國防、交通以及我們今天討論的醫療，這個部分台灣做得是最好的。

所以我們平台建構起來，我想要切入一個問題就是說，第一個我想問我們司長就是說，剛剛因為我們都有提到，像公費生好像又開了4間學校，多了150個名額，我不知道就剛剛這些討論還有你的想法，我們現在還有沒有補救的方法？應該怎麼補救？因為我們立法委員也在這裡，如果說假設行政部門覺得好像力有未逮的話，是不是也給我們一些指導？

第二個問題是醫療分級服務大家都在講，跟各位報告是醫療法第88條跟90條都有提到分級醫療的

重要性，這是依法行政該做的事情，90條提到說主管機關我認為這個醫療過剩分配不均要去調整，這個主管機關在地方就要做地方政府，可能是台北市政府，可能就是柯P，在中央就是衛福部，我們講說到底地方政府比較厲害還是中央比較厲害，在這個醫療法的現行裡面可不可以顯得出高低？可不可以顯得出它的專業性跟對政策的執著？我想問一下我們的司長對這兩個問題有什麼看法？

劉越萍司長

我覺得這個其實就變成是我們管制什麼叫做醫療資源，如果大家覺得它就是要申請來管，因為我會覺得醫師是一個非常自律的團體，如果自律不行的時候，他律要進來，我的原則是這樣子，因為我也在全聯會當過，所以我會覺得是說我為什麼一直覺得共好的這些，其實我們自己在這個環境裡面先要有一個共識，因為我不覺得這個共識做不到。

第二件事情是因為我們其實內部也在討論，我們目前掌控的醫療資源其實很簡單，第一件事情是床位，第二件事情醫師的人數，這是我們在管控資源比較巨觀來看的指標，所以有沒有指標要做調整的？我覺得其實是需要再做調整，這個部分希望大家再給一些建議我們要怎麼做比較好的調控，因為在做國際比較的時候主要是這兩個指標，所以我們一向在管控的時候也是以這個。

然後過去診所數目的這件事情就不會在我們的掌控當中，為什麼？因為它對整個醫療的衝擊基本上是小，所以沒有做設限，我是覺得這部分是可以做處理的，以上。

主持人黃國欽醫師

我們謝謝司長，司長很勇於任事，所以對公費生提到量是總額的管制堅持，提升質是更重要的，至於分級醫療她覺得需要彼此的溝通，我想這是一個好的開始，我們是不是也請林應然理事長來發表一下意見？

林應然醫師

謝謝，我其實一直認為重賞之下必有勇夫，你看楚王好細腰，宮娥多餓死，唐明皇寵愛楊貴妃，遂令天下父母心，不重生男重生女，所以這個獎勵措施是很重要的一件事情。

過去每年2300個住院醫師的容額，為什麼後來縮成1600？那是因為畢業生只有1500，你如果2300個都設下去，四大一定皆空的，大家都選到輕鬆的科去了，一定四大皆空，所以後來縮成1600個，可是獎勵措施還是不夠，為什麼？你現在強迫他一個蘿蔔一個坑，畢業生的容額跟住院醫師的容額一樣，但是他有時候做那一科的住院醫師一兩年後又跑掉了。

一樣，當你的獎勵措施不夠好的時候，一定是沒有用的，過去你看我們醫學生的大專聯考，會有軍人外交子女我記得是有20%的加分，如果今天偏鄉的醫師在那邊他的子女有類似20%的加分，你看有沒有人要去？有人要去。剛剛林逸民理事長提到偏鄉的資訊，他說美國在偏鄉服務的醫師子女可以

優先去念哈佛，類似我們今天的繁星計畫，但是我們的繁星計畫做得還不夠好。

少子化的問題，你看我們也是講少子化是國家問題，如果今天少子化說你生5個小孩我配一棟社會住宅給你，你看他要不要生4、5個？

所以獎勵是很重要的一件事，重賞之下必有勇夫，你財團好了，財團今天開設一大堆院前診所，他把他的醫院門診量弄到院前診所去申報，他賺一大堆錢，他不會被砍頭，不會被斷頭，也不會被打折，不會業績不能成長，他當然一定很高興，因為他可以賺到更多的錢，那他一定會設更多院前診所，然後申報更多，因為他去開診所的時候，他用的看診方式是醫院的方式，所以我剛提到每一個申報額都是一般診所的2、3倍，因為他做一大堆檢查，你頭痛了我就幫你做CT、MRI都做了很多檢查。

現在的核刪其實沒有辦法，因為核刪是一種行政流程，你沒辦法從醫療裡面去核刪它，頭痛也可能是裡面腦瘤，也可能是裡面血管阻塞，可是這個機率有多少？所以你沒有辦法用醫學的理由去刪它，因為它也有那個可能性，但是你要用行政措施去防止他才有可能。

所以為什麼我們需要政府？政府就是要來管制這個事情，如果政府不管我們何必要這個政府，對不對？所以今天我們財團的問題其實很多都是遊走法律面，既然政府能夠用法規說醫院名義上只能設一個附設診所，醫院就另外用人頭去設立診所，基層醫師實在沒辦法去阻擋，我們有什麼辦法？需要政府用行政力去規定。

再講到這一次COVID-19這麼盛行，基層診所幫他做了那麼多事情，篩檢了那麼多的病人，抑制了疫情的盛行，你看磐石艦的問題，還有金巴黎事件的問題，部桃事件，都是診所發現的，可是本來衛福部要獎勵措施，剛開始放出風聲說什麼逐月比較低於8成要比照去年辦理，後來弄了一個到最後1到11月總數去算比照8成，老實說我們基層也是很大很大的失望。

所以我覺得政府有時候要有一些更好的獎勵措施，你的獎勵措施不夠好，可能整個社會趨勢沒辦法突破，所以有時候「我本有心向明月，奈何明月照溝渠」，但實在是沒辦法，我們做了一大堆事情，可是有時候總覺得很無奈，不曉得怎麼辦，當然我也知道官員難為，我了解，劉越萍司長會說，又不是我一個人說了算，我上面還有老闆，也是沒有錯，但是至少我們可以努力多少也算多少，我覺得這個事情大家要共勉，一個好的制度可以矯正整個社會的變態，如果可以變成一個好的常態，當然是大家全台灣之福，謝謝。

主持人黃國欽醫師

醫療在自由市場、公共利益以及社會問題這三方面確實有一個相當大的需要去解決，林理事長。

林逸民理事長

在這邊向我們羅委員提出，我們思考一個問題：為什麼台灣的財團法人會變成以營利為目的？美國的財團法人是這樣的方式，這邊不是特定指哪個單位，只是舉例來說，譬如說，國泰或是新光、遠東集團，要奉獻社會，因此出資興建醫院，醫院興建費用是1千億，政府就以1千億為額度，給予企業

集團有幾年間可以抵扣稅賦，但是這家醫院財團法人的董事會，企業集團的家族、親戚、有關人士，都不能參與，因為這間醫院已經奉獻給國家了，所以是由公正的第三方擔任董事會，不是由當初出資的企業集團控制，財團法人若有獲利，所賺的錢再回歸這間醫院的員工與社會福利。按照美國這樣的方式去走，就不會有太大問題。

但台灣目前不是這樣，變成財團法人成為企業的金庫，變成營運上只想著賺錢，這一點，應當羅委員可以去思考，擬定相關的立法，往美國制度靠近，這一點是可以立法來改進的。我是覺得可學習外國的榜樣，美國很多教育機構、醫院都是這樣成立的，因此最好的大學、醫院都是私立，最好的15間大學是私立大學，醫學院也同樣，最好的20間醫院都是私立醫院，為什麼？因為他們有錢人奉獻出來，政府用抵扣稅賦的方法獎勵，而財團法人就交給社會，這樣的方式是可以實行的，謝謝。

主持人黃國欽醫師

謝謝理事長，我們請常務理事黃慶峰黃常務理事。

黃慶峰常務理事

剛剛羅委員講的俗擱大碗，我想應該是時候了，我們應該透過我們的基層醫療院所，比如各個所謂的聯合醫院各個院區在社區裡面跟民衆溝通，你現在不做，再5年、10年之後他還是要求要俗擱大碗。

我們的藥袋上面要印出來，不只是印說那是什麼型的是吃什麼，你還要印一個你今天交了50塊、100塊，你每一顆藥的費用如果不是有健保會是多少錢，你每個檢驗是多少錢，這個人民的智慧他也是在進步，資訊是越來越透明。

以早講，我交這五拾塊，醫生看半工，我這落藥政府就給我替我用去千捌塊，伊才較有感，他才會來支持調漲這個會費，這樣才不會變成劣幣驅逐良幣，要不然今天這政府也不敢公辦民營，也不敢開放自費，這種天上的天花板也不敢開放，一味討好選民，這個到最後，民衆是吃虧的，因為是劣幣驅逐良幣，未來無法永續，所以我覺得要開始了，5年、10年也許可以翻轉，不只翻轉教室，還要翻轉社區，謝謝。

主持人黃國欽醫師

謝謝常務理事。呼應我們理事長講的，就是診所財團化，這個議題，已經在基層醫療逐漸在加溫，而且越來越重視，這個確實是下一個問題，是不是我們劉越萍劉司長這邊也可以簡短的回應一下這方面的問題？

劉越萍司長

各位先進，應該要說晚安了，我先就人才這件事情講一下，像剛剛有講偏鄉醫療，其實從2009年到2019年這10年當中台灣的人口移動是往六都，這個現象是很明顯的，也因為這樣，那時候我們討論第二期的公費生制度的時候，其實我們把他看成是一個公職醫師這個制度的改革，也因為這樣子，所以才會說他的保障這件事。

受訓這一塊，我覺得整個制度的保障是讓他的能力建構變更好，因為醫師的執業時間只要身體夠健康其實是沒有限制的，也因為這樣子所以才會說制度的改善包含後面的配套措施，因為現在的配套措施他是學生，然後要到真的拿到變成專科醫師這10幾年還是太早。

如果我今天表示說一定什麼，其實我覺得講空話倒不如我們實際來說它就是一個改革制度，所以也因為這樣子，所以才會對公費醫師我們會盡可能的去做處理，什麼意思？因為偏鄉如果要挪動任何的人力，其實老實講公費醫師會是我們的主力，這未來30年台灣偏鄉醫師的主力會是我們現在進來的公費醫師，所以他就是我們寶貴的人才，他的種子剛進來我們就會希望把這個土變好，他才會長大，也因為這樣子，所以對於總額管制這件事情我們是堅持的。

然後另外對於公費醫師的這部分，因為他是往30年偏鄉的，如果這30年我們沒有把土變好，把它變成是砂，大家可能就會一直看到我們公費醫師可能會一直流失，可是到目前為止，部裡面的態度就是，兩期的公費醫師制度完之後，我們在這個當中做了所謂的檢討，比如說有兩套公費醫師制度，一個叫一般生，一個叫在地養成。

剛剛講的金門這個問題，我們跟照護司兩邊就開始這兩個計畫做一些合併，也就是說在地養成的也會改成跟我們一般公費生大家現在看到的那個制度是一致的，這個大概我們在講能夠替台灣留下好的人才在偏鄉服務，不管你是來自澎湖也好、金門也好，我都覺得這個對國家而言都是賺到。所以我們碰到大家在講所謂的流浪什麼生的時候，我們就在想其實根本沒有流浪，因為大家都在台灣裡面，這是第一個要回應的。

第二件事情是醫學升等這件事情，就是要升醫學系的這件事情，我覺得這其實還是得多做溝通，因為目前看到在做申請的這個階段，其實都還在籌備當中，然後講了很多的願景，可是你會看到剛剛特別像北醫、台大都在講的，我如果希望未來的世代其實是有所謂的團隊合作跨領域的能力的時候，我們其實大家用一個專長跟另外一個專長一起合作的這件事情，不見得每一個都要像副秘書長一樣就是醫法雙修，還要特別去念一個法律系，以這樣的架構來說的話，我覺得從不同的角度來思考問題的時候其實才會更活躍。

所以對於醫學系學生堅持總額的這件事情我們也會繼續維持，只是需要政策的溝通，因為怎麼樣一起去提升某些大學的排名，我覺得這個是可以一起合作達到所謂互贏的這件事情。

至於另外一個問題就是分級醫療這件事情，我覺得其實回過頭來也是缺乏溝通，第一件事情是我們在台灣我們講的距離這件事情，我覺得我們過去太多的經驗是我們都是對抗，怎麼合作這件事、共好這件事我覺得我們必須要重新思考，也就是說在所謂的分級醫療這邊，其實你會看到以我們公部門出發的立場，其實希望推動的是共好，只是這個共好目前為止是共不好，所以我覺得我們在這個政策上面需要做檢討，這是第一件事情。

第二件事情。其實大家一直在思考的，法治法治法治，我覺得那是很重要很基本的問題，可是回

過頭來是說國家一直在修法，大家都知道有很多的法律是在落實的過程當中如果沒有經過比較好的溝通，要推動一個修法其實也是困難的，就很像有沒有可能比較好的規範限制所謂的耗費資源的問題，我收集意見以後其實我就發現道高一尺、魔高一丈，如果我們一直回過頭來想辦法限制的這時候，倒不如回過頭來我們再思考一下就是說，所謂的專業團體如果他一直要伸進去的話，我覺得是造成大家的限制，根本連動都不能動。

比如像剛剛有先進說廣告的事情，其實我本來之前在台北市衛生局的時候，我就思考過不要管醫療廣告，我那時候真的是這樣，後來發現很多先進跟我講是說我告訴你，財團他們的廣告費用放在那裡等你開罰的那個金額早就準備好了，你一旦不管之後，他們那個金額會出來更恐怖。

所以那時候我才想說對喔！醫療廣告適度的管理好像是一個必要政策，只是在這樣的狀況下面我們應該是想想看怎麼樣處理會更有效率，也因為這樣，所以我對於分級醫療第一件事情，其實我們同仁已經收集好意見，指是我們還在思考怎麼樣比較有效，我覺得是需要溝通，因為老實講基層跟所謂的醫學中心其實都是我的合作夥伴，既然都是我的合作夥伴的時候，我就不希望兩邊是對衝。

另外一邊的話其實我自己就會覺得所謂共好的地方，真的衛福部這邊其實是想要推動的是開放醫院的概念，昂貴的設備在醫院，大家過來用，基層這邊的話就是輕薄短小、點很多，就近提供我們的民衆服務。其實可近性可以增加，然後稍微不容易出來的病人，我們可以用遠距醫療來做協助這件事情。

我會覺得我們對於未來分級醫療這件事情會希望用共好的方式，除非不得已，不然的話我覺得要等到修法這一步的時候，老實講大家都為難，大家都往共好方向的時候怎麼樣做合作的這件事情，我覺得是接下來我們醫師自己在那邊怎麼多做溝通，然後大家把那個共識，因為對民衆好的這件事情，我相信大家都覺得那是前提，那是核心價值，在這個價值上面我不覺得不同層級的醫療機構不能夠對話，這大概是以上。

主持人黃國欽醫師

謝謝我們劉司長，這個對於下一步可能提供我們一點意見，也許醫師是在整個集團化醫療集團附屬的門前診所或是他所相關企業的診所，他是不是要整個人力的調控跟人力的分配，醫事司是已經提供我們也許可以往這方面進一步去思考。

呼應剛我們周理事長的健保會在裡面，因為付費者代表跟我們提供服務的醫療單位常常彼此之間有相衝突的地方，這方面是不是請我們陳冠廷執行長提供一點意見給我們參考？謝謝。

陳冠廷執行長

非常感謝，謝謝理事長還有秘書長還有各位醫師的邀請，今天非常榮幸能夠在這個平台上分享，過去我曾經在交流協會約聘的一個計畫，然後到厚生勞動省下面的人口保障研究所，進行一個研究，那個時候我記得在日本核定特別是在核刪給醫療的部分行為的時候是有國保連跟支付基金他們去負責

的，那時候我的教授也是厚生勞動省的官員，那時候我去詢問他們是醫科專門役井原裕宣先生，我就想說我們台灣這個健保會怎麼樣，或是健保署，對這些醫療行為是怎麼樣核定的。

從收的方面我們當然是有一些補充保費、高額獎金鼓勵這些直接去課，然後在制的部分過去是有總額制度，接下來還有DRG，DRG之後當然是有一些不同的說法，我印象很深刻的是那一位專門老師他是說支付基金的使命不是為了減少支出，而是要給付正確的資金給相應的醫療行為，這不僅是給他所有審議的人的這個使命，他也是這個支付基金裡面共同的概念。

我想今天很高興看到福和會從健保的開源節流也好，從健保費用到健保會到各種醫事行為的討論，我認為是非常棒的開始，過去其實醫療的溝通，不管是在第一線的人員跟管理人員到一般民衆到管理人員到醫界的人員，都跟政府每個溝通上面平台管道有些時候其實都會輪到各說各話，像福和會這樣把不同的利害相關者全部集結在一起，是未來我們健保不管是要改革或做調整，我認為都是最好的方式。

今天看到我們這次參與的人員有包含國會議員，我們的邱泰源立委還有我們的羅致政委員，我認為這是一個非常好的開始，最後還是要提醒過去一年來其實台灣遇到的挑戰不只是武漢肺炎而已，從醫材上限也好，到COVID-19的獎勵金也好，這個種種的這些問題，第一線的醫療人員所做的事情，所對台灣的付出，我們要怎麼樣用最快速的方式去反應，這個都是要用最快的速度全盤去檢討的。

對於第一線醫療人員，我想在講的就是一些管理層的這些院長還有立法委員，我們未來確實可以給第一線醫療人員提供更多的協助，也不要讓他們在穿上免責寶裝去幫這些病重的、可能是疑似感染人員裝設呼吸器的時候都還要忐忑的看之後的這些補償要怎麼申請等等的，這些都是我們未來可以去做的。

再次感謝，因為時間的關係，只剩下20秒，我只是要再強調一下，過去人家說護國神山是台積電，也說台積電的市值是多少，我們醫療產業的市值又是多少，我們醫療產業的市值是很難去預算的，因為它具有公益性，尤其是我們可以看到我們GDP醫療只佔6.1%，這是對於相對全球來講又是比例或是效益比是最高的，我也希望全民能夠共同去珍惜這樣好的醫療系統，謝謝各位。

主持人黃國欽醫師

謝謝，我想健保會目前當然一年掌握7千多億的預算，也沒有像政府的預算受到立法委員的監督，我想我們對於健保會委員的代表性，以及不同的專業之間彼此之間溝通的方式、運作效率，確實需要大家來研究，特別需要我們羅致政委員將來在立法院方面對健保會的運作跟組成是不是能夠再有更多的機制來監督，不知道你有什麼看法？

羅致政委員

謝謝，事實上我曾經聽過一個講法，健保會要有一個再監督健保會的機制。

所以事實上就好像我們立法院有所謂監督立法委員的公督盟，然後去評估立委，所以我們就有表現，然後工作更努力，健保會的表現除了自己裡面或或這個圈子裡面有很多公正客觀的團體來監督

這個團體，當然每個團體適不適合監督這是打個問號，但是我常講任何一個組織不論是公部門、私部門，一旦沒有監督機制的時候，就比較容易會出問題。

如果不能夠自律那就他律，什麼叫自律？我舉個例子，對於所謂的健保會或這樣的單位，他有沒有每年都能夠提供一個他們的這個績效表現的報告供全民來監督？

如果沒有的話，那就是需要他律，他律就是有些NGO團體或什麼樣的團體更主動的來扮演這樣的角色，可能不只一個。現在監督立法院的團體很多，同樣的監督健保會或監督政策的人民團體也可以很多，

所以我覺得這樣的監督不見得是要找麻煩，但是從比較客觀或外面的角度來提供每一個政府部門或是這樣的組織更完善的做法，所以我認為是需要一定的專業或是一定的外面來講我認為比較公正客觀的組織來扮演這個角色，謝謝。

主持人黃國欽醫師

謝謝羅立委，時間確實是很快，我們表定時間到了，不過我們再讓吳國治理事長再發言。

吳國治理事長

謝謝司長今天能夠來參加，不過我想很多的公共議題是需要經過不斷不斷的溝通的，其實提到兩個，第一個就是剛提到的基層醫療財團化，是不是真正的分級醫療？這是第一個。第二個醫學系的設立是衛福部要主導還是教育部主導？這個中間互相的關係，還有我們總量的管制，是不是排在位階比較上面，如果這個總量管制是位階在上面的時候，所有的公費生加自費生就應該加起來是一個固定數額才對，這個部分全聯會這邊也是會不斷的再做些政策的討論，再跟司長做溝通，謝謝。

主持人黃國欽醫師

謝謝理事長，我們時間的關係，等一下我們私底下再繼續這個题目的延續，非常謝謝在座的與談人以及各位貴賓，這個階段就到此，謝謝大家，謝謝。

閉幕致詞

亞太自由婦女協會理事長／福和會常務理事 楊黃美幸大使



得福坦莫大學社會學碩士
亞太自由婦女協會理事長
國際自由婦女聯盟總會秘書長
陳文成博士紀念基金會董事長
彭明敏基金會董事
民主人權無任所大使
台灣民主基金會副執行長
僑委會副委員長
外交部研究設計委員會主委
民進黨國際事務部主任
民進黨財務執行長
創辦北美洲台灣婦女協會
紐約及全美國台灣同鄉會
首任女性會長

林理事長、邱理事長還有各位醫生、各位與談人，今天的與談人的內容都非常豐富，我看大家都坐著，很少人離開，這表示我們的內容真的很好。

我做幾個結論，第一個結論就是大家有一個共識，我們台灣的人民對醫療整個系統的醫療非常肯定，有90%以上，世界上也得到國際的肯定，不過這種的結果犧牲的是誰？大家要想一想。俗又大碗，便宜又品質好是不是有犧牲到誰？犧牲的是我們的醫事人員，這大家都無去想到。

第二點就是我們要永續經營，永續經營就要收支平衡，我們的人口是越來越老化，健保的費用越來越高，小孩子又生得越來越少，所以醫療支出的成長是非常的重要，剛剛羅致政委員說的：台灣人已經習慣這樣，咁有可能增加？

不過讓我想到的，大家看到美國總統拜登當選，他當時的政策是什麼？他說他要提高稅率。平常在台灣沒有一個政黨敢說要提高稅率，提高稅率就選不上。就跟現在的健保問題一樣，健保費用合理的成長是非常的重要，這樣才能讓各方面做到平衡，可以得到我們是一個重質不重量的醫療健康的一種行業。

另外今天有講到的是健保會的組織有缺陷，健保會的組織總共有35到39個委員，結果我們的醫療人員只有10位，醫療人員是實地提供服務的人，代表卻是少數，被保險人跟一般其他團體是超過25人，所以這種預算就沒有看到整個醫療制度良善的發展應該要怎麼做合理的分配。

今天大家談到我覺得很重要的是一個觀念的問題，如果大家認為基層的醫療是最重要的，就是說家庭醫生是最重要的，就是說家庭醫生跟個

人整個家庭有長久的接觸、長久的了解，這個接觸了解可以做到預防醫療。

因為去看醫生不是只有拿藥而已，醫生跟病人中間一定要有很好的溝通，就是非常了解他長期的缺陷，還有精神上的一種安慰，所以我們的觀念知道基層醫療是最重要的，在整個預算上，還有現在遇到的這些問題，這些健保費的預算，7千多億，一定要做一個改善，就是健保會的成員組成一定要做改善，對這個預算的分配非常的重要。

我想簡單說，台灣人又要馬兒跑又要馬兒不吃草，我為了台灣的未來，這個其實政府有這個責任，因為今天聽到的是層層相扣，學生醫學生要選的科系是什麼？這個跟健保怎麼分配預算有關係，你要選擇哪個科系、他們要做一個基層醫生還是醫學中心，這是有關係的，所以這真的是很重要的事情。

我回想我們福和會會員今天所有與談人非常寶貴的建議，我們要整理起來，看怎樣是不是送給如剛剛羅致政剛剛講的給執政黨，跟執政黨說好像不夠，對在野黨他們也要得到他們的支持，還有政府方面，我知道要把行政單位其實都會聽立法院，必須得到朝野的支持，非常感謝各位。

我們可以開這麼成功的國是論壇，首先要感謝很多志工，我們洪先生秘書長、副秘書長侯敏慧，還有執行主任藍弋丰在這裡，他也是醫學院畢業的醫學生，很多志工在這裡，在這邊跟你們謝謝。

