

福和會 2020 健保國是論壇文集

福和會座談文集

2020年10月3日

目次 *Table of Contents*

開幕致詞	5
貴賓致詞	7
主題演講 樂活防疫——台灣模式	8
第一節 座談 COVID-19 考驗下各國醫療制度與防疫成果比較	15
第二節 健保國是論壇	43
主題演講 SARS 後 17 年，台灣防疫經驗探討	77
閉幕致詞	82



關於「福和會」 (Formosa Republican Association)

- 福和會成立於 2018 年 12 月 10 日 (國際人權日)。
- 福，福氣；和，和平、共和。以宣揚右派，基督精神「保守價值」為主。是台灣史上第一個以基督信仰為根基的政治團體。



開幕致詞

林逸民醫師



林逸民

福和會理事長

羅東五福眼科院長

美國眼、外科學院院士

台北醫學大學兼任臨床教授

前美國德州大學臨床教授

前馬偕醫學院董事長

「大家敖早」容我以台語向大家請安，我看到坐在前面有幾位認識的貴賓：黃清山董事長、前中興大學校長中央研究院李德財院士、我們前法國大使呂慶龍大使，陽明大學公共衛生學科暨研究所周穎政教授，陽明大學郭旭崧郭校長也在這邊，以及陽明大學醫學院國際副院長黃心苑教授。

在我旁邊這位，是全國醫師公會聯合會理事長邱泰源醫師，他是台大醫學院家庭醫學科教授。

南六企業的黃清山董事長，是我們這次口罩實名制捐贈最多口罩的廠商，可說是國家隊的隊長，很高興黃董事長今天能撥空參加。

首先，我在此先簡介一下福和會的源起，在2018年的時候，李席舟長老在美國提倡，認為台灣需要成立一個比較右派的團體，相當於各國的保守黨。

右派的意思是什麼呢？一般認為右派就是與共產黨「無同款」相對立，右派當然不支持共產黨，右派的意思就是說我們的經濟政策是遺產稅比較少、營業稅比較少，消費稅比較高，勞工政策應該減少管制，不需要像現在這樣，印尼的勞工來台，需要經過層層限制關卡，印尼國家政府已經抽取部分費用，台灣政府又抽取部分費用，外勞仲介又要收取費用，一層牛遭剝好幾層皮，這個都是錯誤的。醫療健康保險應該留一些給醫生有自費的空間，像美國大概10-15%，這樣醫師才有誘因要積極看病，這樣的自由市場論述，是比較右派的想法。

台灣缺少這樣的右派論述，所以當時李席舟長老就提倡要發起一個推動右派政策的組織團體，李席舟院長很不幸因為罹癌在一個月前，於美國德州休斯頓安德森癌症中心醫院去逝，今天沒辦法出席，我們心中相當感念他的貢獻，對於李長老往生心中相當難過。

李長老是虔誠基督徒，所以我們知道他終歸天家，是得到永遠的快樂，這點是做為一個基督徒最嚮往的地方，所以不捨之間，我們還期望一個人生最後永恆的存在。

但是我們福和會要繼續李長老的遺志，去年福和會舉辦「迷失台灣的財經政策」座談會，真歡喜民進黨政府後來有採用一些裡面的政策，雖然我們一開始的時候是對政府政策有所批評，但是最後他們有採用我們的建議，這就是我們福和會真歡喜能對政策有正面的影響力，我們不是在反對政府，我們是在建議一個好的政策，若是好的，政府拿去用，我們都真歡喜，這是一群愛台灣的有志之士，組成福和會，請在座參加福和會的會員起立讓大家認識一下，我們人不多，但是一年奉獻相當多，人人出錢，傻傻做一些好事，這就是福和會精神。

今天特別要感謝前中央研究院李遠哲院長，李德財院士最清楚，李遠哲院長原本要前來為本次論壇致詞，很不巧幾天前他接到科技與社會（Science, technology and society, STS）論壇通知，那是全世界科學跟科技的論壇，今天在東京召開線上董事會議，李遠哲院長身為科技與社會論壇董事成員，他一大早，從凌晨一點起就在視訊，所以無法出席，幸好我們陳部長他有很多學問跟政策，特別請他有比較長的時間來跟我們報告，講給我們聽，很感謝陳部長撥空，與部內局處長一同前來，他的時間寶貴，我也不要說那麼多。

我也要特別感謝邱泰源教授擔任理事長的全國醫師公會聯合會，因為這次他們聽到福和會要舉辦這個論壇，主動詢問全國醫師公會聯合會能不能參加合辦，我感到真歡喜，沒想到這些醫生會想要加入，所以今天有許多醫界代表、政府代表，或是像陽明大學郭校長與幾位教授，他們也很投入要來跟我們說很好的議題。我簡單的致詞，最重要的是，多謝大家的參與，我想更多人的參與會讓我們越有精神、有力量可以來辦更好的事情。

衛福部陳時中部長也出席在場，我個人是很希望他登上巔峰，再爬高一點，在醫界我比較無力，我旁邊這位邱泰源教授比較有力，祝陳時中部長心想事成，來達到這個願望。我很喜歡談他，因為我們看到台灣這次發光，如果沒有他的領導，台灣這次在疫情無法做為世界新指標，這點我們要感謝陳部長他的領導跟他的團隊，當然我們台灣人民的守法才共同達到這個目標，我個人對陳部長表達最深的敬意，謝謝。

貴賓致詞

邱泰源醫師

我所敬愛的老師林逸民會長理事長，我們台灣的防疫英雄陳時中部長，剛才很多貴賓我的老師都唸過我就不唸了，不過我稍微講一下一、兩個，就是我們台大兒童醫院院長黃立民本來安排下午，對他比較不好意思，早上特別來這邊跟我們指導一下，他過去在我們醫師理事公會開過一、二十次的應變會議，每場都幫我們做一些專業的觀念，在這邊特別感謝他能夠來，我們的黃執行長，特別容許我稍微介紹一下，他推動我們過去醫療的事務，這些事情都很多，讓我們共同來努力，在座的各位很多國界，尤其是不少醫界前輩，大家早安大家好，我剛才請教我們理事長、我的老師我們福和會台語怎麼唸，我怕今天唸錯，他說福和會，福就是福氣、幸福，我相信每個台灣人都需要這樣，我們就是有這個福氣，我們有這個福氣，我們有一個蔡英文萬能的總統跟政府，我們有陳時中部長，我們有我所敬愛一生奉獻給我們醫界偏遠醫療的林逸民教授，還有台灣的福氣有各位前輩對台灣本土的照顧，對這點感到非常的感動。

和當然在字面上是永和，但是其實和氣、和平這個精神，我覺得在這個會每個人都做到，我們去年就開始辦一些活動，研討會什麼的我都第一個了解，因為我有一個好朋友叫做黃國慶醫師，他很成功，但是他對台灣這個事情做了很多，而且我們福和會就是關心我們國家有什麼重要的議題，他就是站出來關心，把這個議題化危機為轉機，幫台灣來增加我們的力量，這就是這段時間我感覺福和會的精神呈現，包括陳永金老師他過去對台灣的付出，尤其這段時間很多議題，他都還深入在探討、在幫忙，說到他的精神很多。

所以福和會…尤其這次關心到我們議題COVID-19跟健保制度，這兩個問題就是我們部長很關心，部長在法院遇到我跟我說健保事情要處理，所以他也在想這個健保要怎麼處理，福和會關心這個問題，所以請大家來這裡討論，當今最關心最投入這個議題的人在這邊討論，所以我覺得今天的會議特別有意義，所以我們醫師公會說我們全部的醫生…我都隨著精神體力好，我們就投入的越努力，跟隨著我們福和會的精神，我們醫師公會全聯會責無旁貸，給我們這個機會來這邊跟大家一起，我相信今天醫師公會出來，在這邊的大家都是過去這段時間長久對醫療的奉獻、為健保制度努力的幹部，最重要就是我們從一月初開始不停的領導著幕僚的醫生，每天戴著N95、穿著防護衣，這些醫生，我們這些幹部在政府的支持之下，配合政府的政策，還有醫生他領導團隊，每個醫生可能有一、二十個團隊，這些人要怎麼安全來看病、來顧患者，讓患者在防疫之間還能得到很好的醫療照顧，這段時間就是我們醫師公會領導幕僚的醫生在努力，我相信今天應該有這個機會來跟大家鼓勵、來跟大家請教，希望我們能有更好的基礎，我相信今天我們的衛服部一定聽大家的聲音，因為醫療我們都負責的很好，我們希望今天的基礎繼續研討看怎麼替台灣醫療找出路，為民衆謀幸福，再度感謝大家來到這個會議參加，謝謝。

主題演講

樂活防疫——台灣模式

陳時中部長



衛生福利部部長
臺北醫學院牙醫學士
總額委員會主任委員、執行長
前總統府國策顧問
前行政院衛生署副署長
中華民國牙醫師公會全國聯合會第七至九屆常務理事
中華民國牙醫師公會全國聯合會第六屆理事長
台北市牙醫師公會第12屆理事長

林理事長、邱理事長、郭校長，在場許多在醫界舉足輕重、而且關心防疫與健保議題的朋友們，大家好，大家早安。我一開始想先跟大家分享：在防疫之中，台灣堅持幾個基本態度，我認為這幾個基本態度，讓我們的防疫開大門、走大路。

第一，我們認識到，防疫是一個科學領域，相對於自然科學，人類相當渺小，很多變化——就像這次COVID-19病毒——人類自以為能夠了解它，事實上並不了解，人類不能妄自尊大，面對病毒必須謙卑以對，要戒慎恐懼。但是我們不用害怕，我們要清楚：在病毒之前，我們人類很渺小，但是我們願意用科學方法一步步和它和平共處，想要徹底消滅病毒，大概是很困難，但是我們可以用謙卑的態度謹慎地與它相處。面對這樣一個疫情，我們基本上要抱持謙卑的態度。

第二，人類對於不知道的事情、對於無知，總是抱持著恐懼，所以在疫情發展過程中，很重要的一點是：必須照顧民衆心理層面。大家害怕不知道的事情，因為害怕，產生很多意見衝突、針鋒相對，使得很多政策本來可以順利進行，卻

因為大家有不同意見跟恐懼——不同面向、不同程度的恐懼，造成大家意見分歧。所以我們在策略上很清楚：要消除基本的恐懼、無知。如何消除恐懼與無知？最重要的就是透明。我們很難跟大家講怎麼做最好，但是我們很清楚，我們必須讓大家知道所有我們所知道的資訊，大家有同樣認知基礎，才能共同防疫，讓無知的破壞從最大化為最小。

第三，大多數國家都使用管制手段，執行一些強力管制措施來對抗疫情，但是臺灣採用一種不太一樣的方式：我們用關懷。我們更常運用關懷，而非純然管制，因為關懷的力量，大家在這次疫情中，慢慢建立起互信。建立起社會互信之後，相對的，政策實施效果就更好。這幾個面向，我認為是民主國家跟相對集權國家之間最大的不同：民主國家相信人民，相信人民彼此互相關懷，相信人的價值；集權國家的統治高層，心裡覺得管制手段才有效，將可疑的人通通關起來比較要緊。雖然兩種做法都都有不同程度的效果，但我非常慶幸我們是一個民主國家，我們不需要實施那麼高強度的封鎖，我們不需要為了防

疫，全民得關在家中，關得這麼辛苦。所以我認為在這段時間，其實我們防疫的成就，證明了非常重要的民主核心價值。

先回到健保的問題，長期來說，健保財務上有困難，基本上，在健保原始設計之中，財務收入自然成長率，比起醫療費用開銷成長，相對較低，自然成長率大概2%多，而醫療費用開銷的成長大概將近4%。在討論健保的時候，必須了解幾個基本原則：

第一，臺灣的醫療評比在世界之中都是數一數二，這不是我們自吹自擂，而是國際評比；也不是單獨哪一任政府的成果，而是好幾任的政府、好幾代的醫生共同的成就。台灣的健保在世界中評比總是出類拔萃。

第二，達到這樣的成就，我們開銷到底多少呢？台灣醫療保健支出占GDP比例，各種算法各有不同，約6.4%~6.6%之間，但是OECD國家都是9%~10%起跳，美國是16%~18%。不論從微觀面來看，是否有個人浪費、是否有不當濫用健保資源，但總體而言，醫療保健支出佔GDP比例遠低於OECD國家，在這樣的比例下，可說，臺灣醫療費用開銷低，而且是非常低，然而醫療品質好，而且非常好。

第三，臺灣的平均餘命和OECD的國家比起來並不輸人，餘命長。

以上是比較宏觀的三個角度。從這三個角度來看，未來的醫療費用該怎麼做，我們真的可以厲害到這種程度，用OECD國家三分之二的開銷水平維持整個醫療品質不下降嗎？我很懷疑，事實上也不可能。若從企業經營面來看，企業經營好壞，其中一個評判要素，是觀察企業資本支出到底足不足夠，資本支出不足，如何期待下半年或兩年後的營業額能夠上升？

我們現在是在消耗老本，醫療事業是靠人，現在良好醫療品質，是依靠從健保前時代留下來，本來就好的人才，台灣過去歷來培養的醫護人員素質相當高，有最優秀的人才在當醫生，

所以才能維持品質，但若不繼續投資，過去的積累總會坐吃山空。從這樣的微觀層面，與投資的概念來看，臺灣健保保費調整並不是單純的費率問題，事實上健保已經面臨一個分水嶺，在這分水嶺上，到底是要繼續把醫療當成開銷來看，或是作為投資？我一向主張：如果一個國家對任何事情只看到開銷，沒有看到投資，只有看到節流，沒有看到開源，沒有看到整個開源節流所產生的社會效益，必然會投資不足，在將來就會很辛苦。

臺灣醫療人才培育是相當困難、很辛苦的工作，要培養一個醫生，算起來短則10年，推出政策影響醫療人才培養，10年後發現有問題，再來改善，等到產生成效，又拖了10年，如此就產生20年的空轉，會造成什麼樣健康的傷害？我們不願去設想，我們若不希望它發生，就必然要強化投資。在這個時代討論健保或醫療時，總是會先提到節制浪費或抑制不當使用，這些固然要做，但不是說節制浪費要做到100分、90分，才要開始投資，不能以這樣的方式思考，這樣一定失敗。從經營的概念，投資一定要走在前面，企業經營裡面相關的問題再逐步來改善。所以在此還是語重心長的呼籲：必須重視投資。

今天有許多醫界朋友蒞臨現場，跟大家分享，關於健保財務議題，並不是只有健保財務收支平衡問題，這是關係到全民健康的議題，現在正是一個時代的轉捩點，所以必須要來談。我強烈的呼籲：要用投資健康的角度來看健保對健康與醫療的影響，沒有投資就沒有健康，我剛剛也講我們的基礎點是什麼，醫療開銷目前只有OECD國家的三分之二不到，我不認為這樣健保可以永續經營下去，必須要有適當的投資與智慧的經營，健保才能永續經營。

再回到此次防疫經驗，我們記得，疫情一開始，在2019年12月31日我們向WHO通報中國可能有新型傳染病，後來我們透露這件事，引發一些爭議，有些人說我們這樣通報資訊不足，認為

我們可能通報內容不夠直接，對方不會認知到傳染威脅，我說實話，這是內行人說外行話。當時觀察到中國病人住院都受到加強隔離，卻不曉得他的病因是什麼，這種狀況，眼尖的就知道，是新興病原已經開始傳染。我們國內對病毒管控相當好，要不然其實應該是要向國人發出警訊。我們知道中國發生傳染病，但不知道病原，只知道可能是新的、一個不知病原的傳染病，在這樣的情況下，世界應該警覺，因此當我們在12月31日收到相關訊息匯報，我就決定一定要有所行動，因此開始登機檢疫。常有人問我說登機檢疫你有查到幾個？有查到一個，通報第一個案例。登機檢疫並不在於我們檢查多少人，登機檢疫在去(108)年12月31日開始做這件事情，到1月20日第一個病例查到之前，這種東西很現實，篩檢站要有一個醫師做判斷，那當我們要開始對各區做檢疫，那每個出口很多，整個行動方案、人力的配置都大有不同，我們花了相當多的時間才將這樣的基礎工作做好，也因為有那20天的基礎工作的籌備，我們後來才來得及應付各個國際港埠入口，怎麼樣在境外、邊境做一個阻絕，行動是最大的考驗，為什麼說是最大考驗，因為永遠都來不及準備，每差一天數目就差很多，前兩天簡報之中，COVID-19死亡數還不到一百萬，現在已經超過一百零一萬，染疫也有三千多萬。

我常思考，當初在疫情開始的時候，回顧過去的經驗，我們在SARS疫情中，73個人死亡，346人染病，那時候這樣的一個規模，臺灣當時就已相當警覺，全世界那時候是8,096個染疫者，744人死亡，這個規模已經很可怕，我每天都在記這些數目。所以當COVID-19死亡數超過900~1,000人的時候，我覺得疫情比SARS時更為嚴重，已經不是前一次SARS那樣的情況跟規模，而是一個世界大流行，我們於1月2日成立應變小組，1月20日成立三級指揮中心，1月23日，短短的三天，出現一個境外移入的案例，讓我們1月23日就成立二級指揮中心，2月27日成

立第一級指揮中心。這要感謝SARS那時候的經驗，讓我們瞭解到協調指揮的重要性，SARS之後我們開始修正防疫規範，規定要設立一個專責指揮中心，各部會都要派出一定層級官員參與佈設，開設時就要派一定層級的相關人員進駐指揮中心，從那個時候到現在，這個進駐工作都還沒停，只有稍微彈性調整，讓參與人員放假時可以輪休，而指揮中心本身的運作其實是沒有休假的，一直到現在都還在運作。我印象中我們指揮中心開會開到快要七點，我們在討論一些疫苗相關的事情，不同時期都有不同的狀況與障礙，沒辦法完全了解會遇上什麼困難、沒辦法完全了解病毒特性，也沒辦法了解疫苗情報，不知道有多少種疫苗，也不知道哪一家真的成功，怎樣在這樣的未知之中蒐集情報，做一個綜合的判斷，事實上很困難。指揮中心可以把情報蒐集的很完整，可以說相當了不起。我常在開玩笑說每天開完記者會後都有一堆問題。每天指揮中心開會，各部會回報一些意見，讓我們的決策可以做得很快，決策做下去，當天就可以再往下走，在公文往來最有效率的時候，跨部會的公文能夠兩個禮拜就完成，以往從本部要自己跑一個公文，除非部長自己下去跑，不然不到兩個禮拜沒辦法做，不過公文的確是有一個嚴謹的作業程序。在這個時候，在防疫的時候，可能只需要一天，我們就形成決策，繼續往下走。非常感謝總統跟院長跟指揮中心，層層上報、層層指示，不然我們無法動作這麼快。在這之中，幾個較大的決策，例如3月21日要停止全球旅遊，事實上指揮中心的壓力非常大，畢竟本部還有我們相關的單位，其實我們都處理國內的事情比較多，國際的事情其實比較少，如何跟友邦或者我們相關友好的國家讓他們能夠諒解我們防疫的必要，必須要關閉國門，不過，之後沒多久，全世界大概都關了。

很多人都批評我，覺得說對於中國比較嚴，對歐美比較鬆，請參考這一張圖表，按照時間順序大家看，其實都差不了多少，對中國關閉的時



間點，跟我們關閉歐美的時間點其實差不多。我一直到現在仍然認為，處理歐美疫情時，晚了一兩天，但疫情發展實在是難以想像的快速。我幾乎在歐美疫情開始，已經是警覺心算高，其實在2月我就開始講，歐美馬上就要起來，馬上就要全國流行，但我也沒有預想到說他們是以這樣陡峭的角度快速激增，我一直在觀察歐美情況，當地醫療體系非常好，那整體社會福利也非常好、社會制度很完全，理論上從公共衛生的角度來看，公共衛生好、社會體系也完整，國家對抗疫情的能力應該相對會比較好才對。

我們的醫療政策與公衛知識都是從OECD這些歐美國家學習，不管是社會制度、醫療體系、醫療能力、科技上面，都覺得歐美是可以借鏡的先進國家，沒想到一遇到疫情竟然那麼快淪陷。我稍微去了解問題的根源，我認為第一個是他們的醫療體系，認為小病不看，以此為主要的方針，我們也一直認為這樣是對的，可是在這次COVID-19，我認為這個地方，讓個案被發現的可能性就晚了大概7天，所以病原量儲存比較多，這也讓病原在這社區裡面跑來跑去，一旦爆發時就不可收拾，也因為突然爆發大批感染，各種醫療裝備、人員，就一時之間對不起來，所以不堪用，形成惡性循環，所以從歐美經驗來看，只能說，面對這疫情，真的是大意不得。有人說開了這個先例，之後就會比較少，並不是這樣說，疫情傳播是一圈一圈惡性循環，不是等差級數，而是呈等比級數在往上跳，所以這很嚴重。

我們也觀察到，全球通報採檢的定義一直在變，檢驗標準在短短時間內，幾乎兩個禮拜、甚至2~3天就改變，因應這樣的變化，也發現其實我們的醫療資訊系統能力，跟我們醫療人員的配合能力，非常的強，這一部分要感謝健保，健保剛好全民納保，每天的醫療準則也好，或是檢驗也好，定義改變的時候，都讓醫事人員一打開健保資訊系統就看得見，因此整體資訊傳遞速度很快，假設我們沒有健保這樣的體制，而是發送公文，醫療院所尚未收到，病人已經來診，來不及更改作法，更何況疫情與防疫作法是滾動式的一直往前走。

我們也必須設立疫情調查的標準，疫調的標準在開始的時候，大家都會想說管控範圍盡可能拉大，稍微碰到、摸到就覺得要納入，比如一開始疫情在傳的時候，大家都講很多，買一個菜遇到就感染，打一個招呼，~~放一個屁~~就會感染，這些案例都相當多，所以我們當然要用一個有效的方法去控制它。那時候參考防疫醫師、人民的意見跟一些資料，我們建立這樣一個疫調的標準，那也非常確實的去做，要如何做好防疫，我認為最重要的是要有一個標準，這個標準不管是對還是不對，但是你要有一個標準，很確實的去執行這個標準之後，你才有辦法參考執行成效去改變標準。

如果標準混亂，這裡增加一些那裡增加一點，到時候執行結果不如理想，也不知道問題到底出在何處，不斷更改規範，增加這個條件要隔



離、那個條件就要檢驗，執行標準不斷變動沒有一致性，最後因為沒有一個統一標準，沒有確實遵行，無法釐清到底是應該要改鬆一點還是改嚴一點。台灣在這方面狀況還好，我們給大家遵行的標準很一致，當有成效的時候，我們知道標準做法是有效的，但很多國家都不斷更改作法，不斷輪迴，有的國民以這樣的標準處理，其他國民卻以別的標準處理，治絲益棼，越改問題越大，陷入惡性循環，走到一個程度人民就不配合。當管制強度提高，原本疫情能控制得比較好，可是管制強度到這麼高的時候，人民開始反彈不配合，疫情就又往上走，於是死胡同裡頭繞，繞不出來。

我們採用跟很多其他國家不一樣的概念，我們是分流隔離重於檢驗，並不是完全不檢驗，而是認清隔離才是一個最終有效的方式，討論階段曾經想過很多檢驗方法，希望能夠縮短隔離時間，但是最後都沒有採納，因為我們覺得以不確定性高的篩檢縮短隔離的作法，風險實在太高。由於採用隔離重於檢驗的檢疫策略，台灣到現在居家隔離大概一萬人，居家檢疫大概三十萬人，犧牲這三十多萬人的時間跟自由，但相對的給臺灣社區帶來安全保障，我們對這些接受隔離檢疫的人表達敬意，當然負責監督這件任務的工作人員：里幹事、民政、衛政人員都很辛苦，他們的努力達成確實的效果。以上是檢驗與隔離方面相關處理流程。

每次談隔離跟檢驗之爭，我最喜歡講的案例，就是鑽石公主號，鑽石公主號那時候造成社會上很大的震撼，日本軍隊跟自衛隊一開始接管，進入船上看看裡面到底是怎麼樣的情況，之後宣布說有260幾位乘客要做檢驗，檢驗陽性的人到醫院治療與隔離，陰性的就回到船上，然而接下來在船上部分分流措施做得不確實，終於，有天突然爆出有60幾位乘客確診，當時看到這個消息，我們得到什麼樣的教訓？我們得到教訓是：如果要做檢驗，接下來分流隔離工作要做好，不然檢驗是白做的。

陽性者送到醫院，陰性者回到船上，問題是，檢驗結果陰性的人全部都真的是陰性嗎？有些人未發病，有些是偽陰性，檢驗技術上有一些極限，採檢結果陰性的人回到船上，那時候的觀念——其實一直到現在也是——還是認為只要檢驗陰性就等於未受感染，所以檢驗陰性者就在船上隨意活動，沒多久馬上造成大量確診，最後鑽石公主號上大概三千多人中有七百多位確診，有些陸續回到原本國家才確診。

這個時間我們同時看到韓國經驗，不是首爾，是大邱，韓國疫情初期在大邱進行比較大規模的篩檢，也包含一些分流動作，世人原本認為韓國防疫做得很好，然而我們發現，大邱經驗因為也是篩檢重於分流，導致未能徹底阻絕病毒流向，到今天韓國還是不時爆出疫情再度回升的現象。從鑽石公主號經驗，我們很清楚看到，如果最初把三千多個人都分別隔離開來，其實完全不用做檢驗，每一個都隔離好，疫情根本不會擴散。

我們應用隔離重於檢驗的概念，來處理寶瓶星號，當時我們針對寶瓶星號擬定一個很理想的計畫，第一時間檢驗為陰性者全部分別隔離，那時候我們有擬訂備用的第二計畫，萬一有驗到一位陽性患者，我們當然就繼續擴大檢驗，但是我們不只隔離陽性患者，檢驗陰性者同樣隔離。那時候我們烏來的醫生同時參與防疫隔離計畫，計畫中，第一波檢驗後，檢驗陽性者送往醫院，陰性者就到烏來隔離，密切接觸者也是直接往外送，當船上乘客送出到一定程度，船上空間大體上淨空，就能區域隔絕，分區完成消毒，再把陰性者完全隔離開來，我們認為大概五、六天就可以完成這樣的事情，雖然很辛苦，但是能確實阻絕疫情。為什麼我們一直堅持分流隔離比檢驗重要，是有堅實的理論根據，再輔以實際經驗，並且，執行上要細膩，國外有時候急著隔離，造成民衆反彈不配合，引起的副作用更大。



補關懷中心投影片

再參考此張投影片，內容談的是設立關懷中心，地方政府成立關懷中心，耗費大概不到一個禮拜時間，我們將預設場址全部都整理好交給地方，因為每個地方政府認為這個是中央照顧地方，而且，地方政府明白，隔離疫情相關的可能風險，茲事體大，所以不需要下命令要求地方政府，都能自動配合，我們只需告訴地方政府可以怎樣做，遵循幾個指標、相關方法，一個禮拜之內就全部都做起來，很多事情都服務的很好，雖然難免會有少部分的抱怨或有一些意外情況，但整體結果是：地方政府跟人民站在一起，做出正確防疫措施。

防疫物資的調度，當然在一開始是非常辛苦，防疫是突發事件大家都蠻能諒解，但是未來要更加精進：怎麼在社會上運用資訊化、電腦化，在不妨害個資的前提下，讓整個社會變得更有效率。

我們在再TOCC方面執行的比較嚴苛，不過TOCC我相信大家還是要有專業判斷，我接到一些委員講說主要是醫療人員被分到負壓隔離病房去，我覺得不應該有這樣的事情，要有一些判斷才對。整體宣導上，我們以公開透明為原則，記者會現在大概一個禮拜開會一次，有任何新案例我們都會開記者會說明。

最後我再講一點關於檢驗方面，全世界現在許多國家在嘗試全面檢驗的辦法，不過以台灣的情況，陽性率非常低，並不需要再擴大全面檢驗，若進行全面檢驗，受驗者非常多，驗出陽性者非常少，效益不佳，而且其中偽陽性的比例會大增。跟大家分享一個基本概念：SARS跟這次COVID-19有什麼不同？

前者致死率高，全世界傳染規模則相對小很多，SARS經驗我們還記憶猶新，當時全世界做了一件讓全部人都安心的事，就是標示，把病人找出來。

SARS是有發燒才會有傳染，光是這點就讓全世界都安心，大家很確實把這些發燒病人跟一

般人隔開，發燒患者也清楚自己應該被隔開，很快疫情就受到控制，SARS是一個症狀很典型的病毒而且致死率很高。但是COVID-19這個情況不一樣，COVID-19的症狀不明確，幾乎包含日常生活大大小小可能的症狀，都在可能的症狀之中，還包括無症狀者，因此，第一，我們無法用症狀把病人標示出來，第二，在檢驗方面，相關檢驗在初期準確度有所不足，很多國家使用不準確的試劑檢驗，使得檢驗不但無法區分病人，反而造成混亂，比起一開始，現在檢驗試劑已經越來越好、越來越精確，到現在試劑可用。第一，是世界本身的一個警覺心，第二，是檢驗時間的侷限性，不對的時間去驗，就是驗不出來，在對的時間去驗，仍因為試劑的問題，可能驗不準，所以檢驗的有效性存疑。

大家知道症狀沒有辦法完全的區隔病人，檢驗也沒辦法。但這些事情當然還是要做，但最重要的是大家有一個全面防護的概念，這部分跟SARS原理相同，當時也是採取全民防護的概念，因為兩者都有潛伏期，都有症狀診斷上的不確定性，所以應該是要採取全民防護，事實上很多證據現在很清楚證明：戴口罩、勤洗手，對整體COVID-19的防護有效。

我們在第一時間先確認，檢驗出來有風險、有狀況的，依檢驗標準篩檢出，詳實做疫調，並把他確實隔離，這些動作都必須很精確地做，全民一起做的事情就是戴口罩、勤洗手，這個不但對COVID-19的防治有效，對腸病毒也同樣有效，對每年的流感一樣很有幫助，可以說做一件事情有多重效果，但是這件事，困難在知易行難，用說的大家都知道，但要做到很困難，但是我們要求全民發揮公眾力量，只要能做到大概80~90分，就能達成社會全體防疫的效果。

講到全體防疫，第一種不外乎有病都要醫好，另外一種是讓大家都不要得病，疫苗的有效程度如何？副作用如何？現在各種疫苗的相關資訊仍然都處於高度不確定的情況下，所以我們只

好多方投資，選擇適當購買量，確保我們能夠比較早取得疫苗，不過早一點拿到疫苗，不代表我們政策要早一點改，根據疫情的情況，才能決定什麼人打、什麼時候打，以臺灣的疫情情況，我們當然會選擇安全性比較高的時候才來做相關決

策，有些國家疫情比較嚴重，希望趕緊阻止疫情擴散，他們在疫苗政策上就必須冒更大風險。

疫苗策略由專家與衛福部疫苗小組共同討論做專業判斷，這方面我們非常積極準備，請大家放心，以上跟大家做報告，謝謝。

部長問答

問：

陳部長今天很高興看到您很像領頭羊把台灣帶向一個很好的方向，讓我們對抗武漢新冠病毒做得非常好，但是看到陳部長還是看到我們蔡英文總統去到聯合國在那邊敲門想要加入WHO，卻沒辦法進去，內心覺得非常難過，耶穌說如果聽到敲門聲，我就讓他進去，但是你今天敲40天他也沒給你回應，昨天我在祈禱突然想到耶穌跟我說到底是敲對門還是不對？到底有沒有想要比照一個正常的國家？你不要像我小時候去教堂一天一次而已，到後面不願意信耶穌，我希望大家一起努力讓台灣早日成為一個正常的國家，感謝各位。



答：陳時中部長

謝謝，但是說這個話，我不知道到底對不對，我覺得國家真的是要依靠公民意識，是否加入國際組織很重要，但是我們的公民覺醒更重要，防疫獎章頒獎典禮那天我致詞的時候那樣說，也很多人批評，我就說氣質最重要，臺灣人的氣質已經稍微有進步，個人不遵守是個人的問題，的確仍有少數個人不守規矩，但是防疫期間，我們看到臺灣人整體氣質並不輸人，你如果問我說氣質可以治病毒嗎？我說會，當然會啊，每個人口罩戴好、社交距離維持好，病毒防治就做了嘛，**不管**抗病毒**不管**或抗什麼東西，我們的公民意識集體行為，**這能**讓政策變得相當有效，**這**對很多事情都有幫助，加入聯合國也好參加WHO也好，這要靠我們公民意識的決心一步一步往前走，也不怕敲錯門，但是每個人有不同的門要敲，每個單位不同人有不同的門嘛，每個人把它敲，總有一天就會開了，以上回應，謝謝。

第一節 座談

COVID-19 考驗下

各國醫療制度與防疫成果比較

| 引言



楊欣慈

英國雪菲爾模擬WHA台灣代表
2019年聯合國協進會青年代表

| 主持



邱泰源

第九屆、第十屆不分區立法委員
日本國立東京大學醫學研究所碩士
中華民國醫師公會全國聯合會理事長
台北市醫師公會理事長
台大醫學院家庭醫學科教授
前台大醫院主治醫師兼門診部主任
前台灣家庭醫學醫學會理事長
前台灣安寧緩和醫學學會理事長

主談



李純馥
衛福部健保署醫務管理組組長

與談



高嘉瑜
第十屆台北市內湖、南港區立法委員
台大法律系法學組學士
台大國發所碩士
第十四屆台大學生會會長
第四屆國民大會代表
台灣智庫研究專員
台灣之友會青年部主任
第十一、十二、十三屆台北市議員



洪德仁
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



張必正

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



羅浚暉

台灣大學醫學士、台灣大學法學士

經歷：

中華民國醫師公會全國聯合會副秘書長

福和會顧問

衆律國際法律事務所醫療法顧問

中華民國基層醫療協會常務理事

新北市醫師公會理事、公關委員會副召集

行政院勞動部勞資爭議仲裁委員

醫療財團法人臺灣區煤礦業基金會監察人

台灣醫事法律學會醫務執行長

提問



劉立人

台大醫院金山分院急診主任
台灣大學醫學士
台大政治系研究所碩士
前台大醫院雲林分院急診主治醫師
搶救急診室創辦人與網站管理員



黃國欽

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

楊欣慈

各位貴賓大家早安，我是青年代表楊欣慈，今天非常榮幸能夠在第一節會議的時候為各位擔任引言人，今天第一節會議的題目「COVID-19 考驗下各國醫療制度與防疫成果的比較」，首先我想先感謝Alisa Lin、賴姿蓉還有李懿軒協助我的資料彙整還有簡報製作。

在COVID-19爆發以來各國都經營得非常辛苦，我們真的很慶幸台灣是個寶島，政府非常有效率地做超前部署，還有在全國人民的努力之下把疫情控制的非常好，這真的是大家的福氣。防疫成果的表現可能受到民族文化、自然環境還有地理限制、交通限制等等的影響，不過今天我想先帶各位總覽一下各個國家的醫療保險制度對疫情帶來了什麼不同的影響，希望透過今天會議的討論能夠帶大家了解不同的醫療制度造就的社會成本差異，還有反映民間的疫情表現，希望能夠引發大家的一些省思，去探討後疫情時代能夠建立什麼樣理想的醫療制度。

那我們首先看到美國的醫療保險制度，如同大家所知道的，美國並沒有全國強制實施一致性的醫療保險，他們沒有全民均健，他主要依賴全國市場經濟導向，雖然有聯邦政府所挹注的公共健康保險，但是有67%的民衆都還是使用自己的保險，且這都是由雇主贊助的，人口有8.5%，也就是大概2750萬的民衆其實是沒有受到任何醫療保險制度的保障的，這都造成醫療防疫上面可能的破口。川普在9/24的時候有提出了America First Healthcare Plan這樣一個政策，我們期待他後續的發展。我們知道，這是一個連總統都確診的國家，不同州有不同的政府在帶領大家，在醫療保險制度的多頭馬車之下，美國對疫情的反應是非常緩慢，是沒有辦法對疫情做出直

接反應的。截至昨天為止，美國已達到720萬人的確診數，死亡人數也已經突破20萬，是目前全世界最嚴重的國家，

那我們看到英國的醫療保險制度，他是全世界第一個建立在公醫制上的公共健康服務，因為英國政府相信醫療服務是國家最重要的基礎建設之一，他提倡不論國民收入都要提供免費的醫療服務，而且英國人也對他們的健保，也就是NHS，感到非常驕傲。大家知道英國沒有高鐵嗎？因為根據民調，英國的民衆不想要蓋高鐵，他們寧願把錢花在他的健保NHS上面，所以在他們旅行全國各地都還是在坐普通火車的。英國這樣的健保制度就建立在他們的高稅收，所得稅中有大約20%都是用在NHS上面，那當然這個稅收也會依照他們的薪資階級有所差異。這樣子的健保制度有什麼缺點呢，在2011年，也就是卡麥隆時期，政府大動作地刪減了NHS的預算，甚至資遣7000多名的護理師，造成醫療資源更加短缺，這裡數據顯示每年有2300萬人到他們的急診室求診，但有370萬人都還在候診名單上，我之前在英國留學的時候要看醫生，我預約之後我要等兩個禮拜才看的到第一線的GP，然後我要再等兩個禮拜，等他幫我轉診，我才能到醫院給醫生診斷也才能真正拿到處方，每次的診斷都是這麼的曠日廢時。

有人說他們的國民健保服務由建立開始，其實每天都處於危機之中，這點更可以在這次的疫情表現中看到，英國政府到處喊出Stay at home, Protect the NHS, Save Lives的口號，就可以看出他們多想要保護他們的NHS。英國提出了被全世界嘲笑的「佛系防疫」其實是情有可原的。政府知道長期以來他們NHS的財政壓力還有需求持續

增長，如果這次疫情沒有控制好、如果他們沒有辦法把患者的數量控制在醫院的處置量之下的話，那這次疫情可能就會成為壓垮NHS的最後一根稻草。

現在我們看到德國的醫療保險制度，他是全世界第一個宣示國家應該要介入提供醫療資源的體系。德國社會保險是政府強制每個人都一定要納保，但是其實國家不會介入這樣的醫療保險中，他讓私營的企業能夠提供全民的健康保險，政府只會針對保費還有醫療服務涵蓋範圍做決定、做統一的規範，這樣私營模式的好處在於他可以解決醫療服務沒有效率的問題，讓私營企業可以把醫療服務延伸到社會的各個階層，政府只需煩惱中央共同管控的政策。德國有很好的家庭醫師防護，也有很好的分級轉診制度，他們都習慣透過家醫去看診，德國的其中一個特色是，他們的醫療保險制度其實是跟他們的薪資成正比，也就是說你的社會階層越高，你得到的保障就越好，那這樣到底是缺點還是優點可能就見仁見智。德國在這次疫情其實還算表現得不錯，他甚至於可以幫助鄰國，德國目前確診人數將近30萬人，死亡人數也是將近1萬人。


接下來講到日本的醫療保險制度，日本也是一個有實施全民均健的國家，98.3%的民眾都有受到醫療保險制度的保護，就業人口大概59%在公司裡面投入健康保險，這是在受僱關係裡面，那其他非就業人口的部分可能就會有一個以國民年金為基礎的國民健康保險，這是以地方為主的非強制性的保險制度。日本醫療體制的缺點可能在於他們對醫生的標準非常的嚴格，也就是說他們高級醫生的總量是非常稀少的。還有一個缺點大家可能也很清楚，就是日本比較官僚，他們做事都是要照SOP，所以在疫情爆發需要及時反應的情況，可能就無法做出非常立即的決斷並形成有效率的反應。他們在第一波疫情發生的時候就實施了軟性封城，以勸導而非強制性的方式讓民眾待在家。而經過這次疫情，他們也了解到

「家庭醫師制度」實施的必要性。目前他們的確診數來到8萬多人，死亡人數達到1591人，這都是昨天的數據。

最後我們講到台灣的部分，相信在場的專家都非常了解情況，台灣依然規定每個人都需要納保，我們也是實施全民均健的國家，依照薪資階級繳納保費，所有的保費統一由政府控管，政府統一支出給各個醫療機構來控管醫療成本，就如剛才部長說的，我們的健保制度就是「開銷低、品質好」。這樣的缺點就顯示在我們有更多的成本都是由醫療院所還有醫療人員自行吸收，其實也造成我們醫護人員的龐大負擔。經過這次COVID-19，台灣的表現非常好是全世界有目共睹的，包括我們前副總統陳建仁接受CNN專訪分享台灣的抗疫經驗，相信在這次疫情中，台灣的表現已經讓全世界看到我們。那根據疾管局昨天的資料顯示目前確診人數來到517人，累計死亡7人，這已經是第172天沒有本土案例的情況。

我相信在這樣的保險制度之下，還有非常重要的一點，我們要去探討各個國家在險峻疫情的情況下是怎麼樣照顧到醫療人員的權利的。美國跟英國在這個部分就比較相似，他們都有提供免費的定期篩檢，美國這個部分又提供了1750億美元給醫療服務的各單位去申請。英國這邊就比較特別的是，他們給醫事人員一個特殊的購物時段，讓醫療人員可以在這個時段裡面跟一般民眾做區隔，安心地購物。德國、日本、新加坡三個國家，他們都有提供醫療人員特殊的補助。那台灣怎麼做呢？台灣在五月底的時候最後修正了一個補助津貼及獎勵要點，內容涵蓋到醫師每人每日新台幣最多1萬元的補助，那護理人員每人每班也會有1萬元的補助津貼，不過這樣的制度實際執行層面有沒有符合醫療人員的需求，這是我們要深入追蹤的。

經過這次的疫情，前線醫療人員功不可沒，後面會用什麼樣更精準的制度去面對，有勞大家在今天的會議中發想，希望今天的論壇能夠帶給



大家更多省思。謝謝在場的長官、前輩還有我們的抗疫英雄們，讓我們一起讓台灣更好，讓國際更知道我們，在此預祝今天的活動順利，謝謝大家。

主持

邱泰源

非常榮幸有這個機會來，大家可以看原來的schedule，原本是劉建國委員，那他是區域立委，區域立委比較忙，所以小弟經過大會的安排移到早上來跟大家負責這個會議，那下午我們特別情商最懂得健保最了解人民健康要領的周穎政教授，本來今天有研究所的課把它調開，來這邊跟大家互動。

那剛剛有幾位貴賓其實都有介紹過了，我再稍微講一下，首先我們感謝楊欣慈，我們的青年代表，如果每年過一年可能不是青年，像我這樣子以前也是青年，現在我旁邊這個也是青年，那他過去兩年在聯合國相關的會議表現相當激勵我們全國國民的心，謝謝欣慈，那剛剛也把各國的醫療制度做一個引言，非常的好，那我們過去在這個主題COVID-19考驗下各國醫療制度與防疫成果比較，透過剛才的引言我們了解各國的狀況，部長也有提到其實疫情一直在演變，這兩天的訊息當然就是川普，我們祝他能夠早日康復。

因為今天時間稍微有點delay了，所以我還是請大家盡量把時間再稍微縮短一點點，不然會弄到一點，我們剛才算一下大概將近一點，我們希望在12點10分以前，因為中間沒有休息，要考驗大家的膀胱力量，所以我們盡量縮短，在座的各位當今可以說是非常投入到COVID-19的疫情防範工作不管是在立法院，在實務的工作，所以每個人講話一定是一言九鼎，講得很短但是也很有內容，請大家盡量時間控制一下。

首先主談人我們剛剛介紹過的李純馥組長，最近也要升官了，我想大會非常有智慧，安排COVID-19各國制度規範跟防疫，請健保署的人來真的還蠻有智慧的，因為健保署貢獻很大，其實健保署這次在第一時間，在陳其邁當時是副院

長，他這個人對人工智慧對電腦很厲害，他之前是台大醫學院，他電腦很厲害，然後他又對基層醫療很熟，他跟高雄基層醫療很熟，所以拜託他想一個辦法，全體醫療人員辛苦那麼久，總是要對國家有貢獻，想到健保卡可以來檢視這個人的旅遊史，我非常敬佩我們陳其邁副院長他的反應，也佩服健保署在一天之內就完成這樣，只要健保卡插進去就知道他的旅遊史，當然一開始沒有很完整，但是慢慢完整起來，我們在診所即時找出很多CASE，找出旅遊史然後管理、顧牢他們，這就是社區顧好，所以我們全能的健保有他的優點，我們今天要討論的事情很多，但是它的優點我們一定要發揮，我們請李純馥組長，原來是20分鐘縮短到15分鐘，他是主持人我最喜歡的人，我們熱烈掌聲歡迎李組長。

主談

李純馥組長

謝謝邱委員、高委員，各位醫界的先進、前輩，還有很多關注我們健保議題的朋友們，大家早安，為什麼會由醫管組的組長來報告這件事情，是因為確實從疫情開始以後我幾乎是沒有休息、沒有休假，都在防疫這件事情，所以我們署長派我來講是最貼切的，因為我是被折磨最累的人。

那TOCC的查詢或許大家覺得他是一件輕而易舉的事情，可是其實是我們跟醫界合作很久的一個系統，也就是我們有雲端的一個查詢系統，因為有這個系統在，當我們要提示的時候就快多了，這個系統特別是因為裡面包含了個人的醫療資料，民衆也可以透過這個系統去查詢，如果大家對買口罩有心得的話，其實你上我們的APP裡面看，健康署裡面會有買口罩的紀錄，所以基本概念上我們本來就是一個以個人為主的醫療系統。

可是我們怎麼讓院所知道這個人的狀況就是透過這個平台，所以現在我們有健保很大的原因在這裡，透過這個雲端去做分享，其實這朵雲在建的時候，大家都說看這個很麻煩，你還叫我去查是要看到什麼時候？就有很多怨言，怨言怎麼解決？我們就是花一筆錢把頻寬拉大、路打通，打通以後大家覺得速度變快就願意查，也剛好我們其實在106、107年一直放預算，也很謝謝很多委員支持我們健保署的預算，把這個預算放在雲端資料系統，把他弄得很方便，所以透過這個系統我們現在不只可以查旅遊史，我們可以查你所有的藥歷、所有的檢查，甚至包括影像都可以在上面看到，也很謝謝院所幫忙上傳這些影像、檢驗、檢查的報告。

這些資料完成以後，我們現在已經增加新功

能，比如說這個個案有腎臟的疾病，我們可以透過雲端查詢說這個人腎功能不好，如果你要開藥物會影響腎功能要小心一點，我們現在其實是做了很多在這個雲端系統裡面，這個系統很好大家願意來分享是因為我們都知道在醫療資料的傳遞裡面有一些風險，如果我們能夠越知道這個病人吃什麼會過敏、他原本在吃什麼藥、有沒有做過什麼手術，這其實是很好的一個分享。

我們當然也就透過這個雲端把所有旅遊史、職業別、接觸史還有群聚等等資訊放在上面，當時在放這個職業別的時候其實大家爭議最大，因為所有的醫護人員，只要在醫院上班的人，在醫療資訊系統查的到的我們全部都會秀上去，後來有個長照機構出了問題，長照機構的護理師打疫苗，他有COVID-19，後來連在長照機構工作的工作人員都在雲端出現提示，接觸史這塊其實就是我們居家隔離跟檢疫，也就是剛剛委員所提的，有一些個案已經在檢疫或隔離，他還趴趴走，甚至跑到醫院，因為他生病他就想趕快去看病，結果一插卡就知道他是隔離的人，當然就要趕快做適當的防護，我們依循的管道甚至要到採檢的單位去，幫他做一個好的安排，所以也因為有TOCC的提示，那時候就出現很多民衆來醫院被管理，他就不敢亂跑，也不敢亂跑到醫院，甚至也不敢去看病，因為所有醫院門口都已經在插旅遊史，可是那時候出現一個狀況，很多人知道插健保卡會有旅遊史，他就說他今天要來看自費，我不看健保、我沒帶健保卡，這樣就糟了，又一個破口。

所以我們後來發展用ID或護照號碼就可以查，一關一關這樣擋下來，真的很謝謝，因為我們基礎工作做得非常好，非常謝謝我們家醫，

在所有委員的帶領下其實家醫群是表現最亮眼的，在雲端查詢的部分幾乎都是100%在查，他們習慣有這個系統以後，就可以看到一些資料，我們也因為這樣子其實這個系統最後不只是醫療院所查，矯正署也來查、檢調單位也來查，為什麼檢調要查？因為那時候出現幾個不明原因死亡的人，他說這到底有沒有問題？我們還要去相驗欸，很危險欸，後來連檢調單位都跟我們查，法院也跟我們查，因為他們也很多人進進出出，所以我們後來不是只有院所，包括一些會接觸到，很多國家都檢查到是檢疫站傳疫、感染，因為檢疫他進進出出，有一些人進到看守所他也不知道他過去有接觸過誰，後來看守所也跟我們連，所以我們其實是有很多的地方，可是大家也擔心說誰都可以查，這有沒有問題啊？後來我們都會留下紀錄，甚至醫事人員要查健保卡裡面我們雲端的醫療費用或是醫療紀錄，基本上要醫事人員卡還有醫院的卡才看的到，所以大家不用擔心，TOCC或許我們現在開放檢調可以查，可是他只能查防疫所需要的資料，其他醫療的機密，你看病的情形都不能查，我們把他隔開，不同朵雲在做管理。

我們後來用顏色一插卡就可以知道紅的最危險，這要隔離他有接觸到確診者，這最危險，他怎麼跑出來這就要小心，藍色就是說差不多了，自主健康管理已經過14天了，15-21天，還有更長的已經過30天，比如說這個人從國外回來或者是接觸者，都是過30天，這段也被病人罵翻，病人說我就過14天了，你怎麼一直提示我，這樣人家都汙名化、離我很遠，不過我們也覺得說這是保護醫生、護理師跟藥師，因為藥師賣口罩也很危險，藥師常常卡插下去說這個人還在隔離還出來買口罩快嚇死了，當然要查，有些是家屬拿出來幫忙買的，那就要看、還要看卡片，依顏色做管理。

現在有3億多筆資訊透過這個系統查，2萬多間的院所大家都有來查，行政單位像我剛才

講的矯正署，還有消防，消防也很危險，每天去載那些急救病人，他也不知道那些人為什麼倒下去，是不是因為COVID-19倒下去？所以消防署也跟我們連線，都可以查TOCC。

那口罩實名制就是剛剛部長講的，我們3天寫好賣口罩的系統，我從來沒想過我們健保署會從保險員變成電商，真的很謝謝尤其是藥師，那時候大家都覺得很危險，那他還在賣口罩，其實很危險，因為每個人進進出出，那時候藥局也跟我們有連線，一插卡我們系統開給他馬上進去就知道這個人有沒有買過，為什麼實名制？因為那時候大家閒閒的人每間超商都買，買完之後其他人都買不到，大家就用搶的，搶到大家都亂，到後面說這樣不行，要記名，要知道這個人有沒有買過，一定要統一系統，因為他這間繞完再到下間，就不知道他有沒有買過了，所以後來口罩實名制實在是大功德，謝謝唐鳳委員，他也是花很多心思，因為他知道我們資料接來接去很怕漏接，漏接資料就不齊全，不齊全就會亂。

有些人跟藥師吵，也有很多人說這口罩是假的，之前是說我要買口罩你為什麼不讓我買，現在說我口罩是假的，你要幫我換新的，真的是大家都要互相啦，藥師也很辛苦，那時候就是買買買，那哪裡還有存貨？因為那時候沒有那麼多貨，有的已經賣完，有的還有剩，所以那時候就有一個口罩地圖讓大家查，第一天我們系統就當機了，拍謝，因為我們沒做過電商，一瞬間湧入那麼多人，所以系統就當機，那次以後我們就知道並且馬上更改，真的很不好意思。

我們謝謝很多民間的人很厲害，我們一把口罩資訊例如哪家藥局賣多少片，還剩多少片，我們把他放到網站，有的人就開始寫APP，line還是什麼都有寫說你可以去查哪裡還有剩，那時候其實是全民一起，坦白講這次防疫最重要的是我們的人民，第一個人民很守法，第二個很有警覺心，再來就是我們的醫護人員還有藥師，大家都認真，所以我們健保署也不能漏氣，我們也

很認真，大家一起防疫，那口罩實名制其實就我所知是每天跟藥師公會，還有食藥署一起開會解決很多問題，包括我們APP怎麼查，這是我們當時進貨系統還有出貨系統，後來還有衛生署進來一起賣，因為有些偏鄉沒有藥局，要怎麼讓他們買，他不是單純沒有藥局，他也沒有7-11，沒有7-11要怎麼讓他們買，所以後來衛生署也來賣，大家一起合作。

另外就是我們除了口罩剩餘量，如果要看診幾點診所所有開？系統都查的到，大家方便。

這次其實我們真的很感謝很多人一起加入社群開發，把這個訊息傳出去，讓我們分散藥師的壓力，不然門口排一堆人，藥師不知道怎麼趕他，他們一直以為買的到口罩，現在不用了因為大家都知道存量了，這就是我們做的地圖方便大家查，因為大家都會用手機，另外還有販售地點的清單方便找現在哪裡還有幾片，其實口罩國家會不只有健保署，我們還有食藥組，還有負責衛生所那塊，藥師公會全聯會也發揮很大的效果，還有醫師公會全聯會，大家都想不到中華郵

政，他專門把口罩送到藥局，這個角色也很重要，我們有很多人一起努力完成這件事情，謝謝民衆的配合把事情做好。

其實我們都知道說協力才能把事情做好，不能說公家一個人一直做，其他人都不配合也沒辦法，很多的工程師我們這次都說是鍵盤救國，很多的資訊工程師主動投入，無償的，他們知道這是國家的事情也能保護到他們自己，所以他們一起幫忙，這次真的是感謝台灣人民，大家愛台灣，我覺得這真的很棒，這次能成功真的是靠大家，這點其實從我們口罩開始以後，我們健康署的下載已經超過500萬人，以前有60萬人我們就覺得很開心，168萬人更高興，結果一下子賣口罩變成500萬人，我們覺得與有榮焉，謝謝大家，我的時間很有限，我快要結束了。

另外就是透過我們系統去做口罩援助的捐獻，這個只要你上去把你沒有買口罩的那段時間的口罩量你可以捐出來，你不用花錢，你捐出來我們用來做外交，口罩外交我覺得台灣非常棒，就是為了互助，抱歉我講太久，謝謝。

主持人 邱泰源醫師

純馥他們的辛酸，非常敬佩健保署，其實每件事情的成功都是大家一起努力的，所以我們從各個角度來看將來怎麼樣連結，我們蔡英文總統在他連任就職的時候提到台灣未來要建立一個更堅強的醫療防疫及全民安全的體系，我們醫師公會全聯會，所有的醫療團隊就是朝這個目標在努力，我們要記取這段時間以來的經驗，再把他做得更好，非常感謝我們純馥組長代表健保署來做報告。

時間控制的蠻好的，接下來請我們主辦單位10分鐘的時候可以提醒一下，因為我覺得大家都是才高八斗的講，平常就會講出很好的文章，那接下來我們非常榮幸進到我們裡面第一位我最好的同事，那也不只說在立法院、在台北市，因為我也是台北市醫師公會的理事長，那在台北是很多醫療相關的事情，當時高嘉瑜議員的時候就非常的幫助，所以我們有深厚的感情，那他在進入立法院以後，我們在外面值班的時候，他一向都在旁邊陪著我，我會聽他唱歌，有人問我說有沒有想過要當立法委員，我想一想我跟她說我應該30年前就準備要當立法委員了，30年前台大總醫師以後，我就被派到衛生所當主任，我不是公會醫師從基層做起，我就想說我好像那時候就有準備，那更有準備、天生就是政治家的高嘉瑜，我看他出生就是，今天很榮幸他百忙之中，一本他對人民健康的關心，來到這邊跟我們分享他對這個主題的看法，熱烈掌聲歡迎高嘉瑜。

與談

高嘉瑜委員

謝謝我們邱泰源醫師同時也是立委，我們今天的主持人，各位健保署的長官、各位與談人，還有各位關心健保福和會的好朋友，大家早安，我今天也想說我來這裡要講什麼，因為本身不是醫學的專業，但是我有許多醫界的好朋友，而這次在整個疫情爆發到現在，我們接受了很多的陳情，甚至每次問談委員會我都有質詢，更直接的是我跟AIT在這次疫情爆發之後有合作一個向全世界去宣傳說台灣怎麼做抗疫，那我們訪問從第一級我們的口罩國家隊，然後到我們的人工智慧，我們的杜奕瑾PTT，包括很多工研院我們研發易開罐可以做快篩，到陳建仁前副總統，其實這過程中AIT非常肯定台灣在防疫的貢獻，也希望能夠透過這樣的訪談能夠讓台灣防疫成果傳到全世界，我覺得這是台灣在這次疫情裡面一個很大的收穫。

就我自己本身而言在這次疫情當中當然很肯定我們健保署在第一時間建立一個可以快速查詢旅遊史的系統，因為大家也知道疫情爆發的過程中，很多人要去排隊買口罩，從那時候我們就接到很多民眾不管是對口罩是不是要建立實名制有一個APP，到後來健保署是不是要建立一個疫情查詢，讓基層醫師診所能夠在第一時間知道說來看診的人去過哪些地方等等，我們基層提供了很多好的建議，我們再把這些建議反饋到我們的中央去，中央也很快回應說這些好的建議我們應該怎麼做，立刻來更正。

就像剛才說的健保署快速的查詢旅遊史，這樣的系統健保卡一插進去就知道，消防局當時也有人員反應說救護車常常會接到很多病患，這些病患當下你不知道，他也不會告訴你說他到底是不是新冠肺炎還是他有什麼問題可能也不知道，

所以第一時間消防人員所面臨在第一線不管是醫療的緊急防護設備或者是他們知道病患過去的病史、旅遊史，這些都有助於第一線來判斷的這些人他們如何去做救治，所以我覺得我們所有的政府這次從春節開始，如果大家有印象，我們所謂工具機的國家隊口罩就開始動工，大家不眠不休各部會的努力跟積極，才讓台灣這次的防疫成果才可以讓全世界看到我們不一樣的地方。

另外一個大家說從2003年SARS之後，我們得到了一個很寶貴的經驗，那次我們很遺憾有37名人員因SARS而過世，在這中間台灣就開始建立一個疫情的指揮系統連結各部會，面對這次新冠肺炎中我們更是積極，所以我覺得是從過去的經驗中，台灣得到了寶貴的經驗，然後有所成長。

但是看到美國面對這次疫情，很多人說美國醫療各方面應該不輸台灣，可是你會發現他們對於公衛或者過去這些，他們沒有建立一個很好的體制系統的時候，其實他面對疫情是非常混亂，而且不知道怎麼做處理，所以我們也特別提到說台灣在這次疫情裡面有三個達成我們防疫成果很重要的元素，第一個就是確保居家隔離者在家的系統，這非常重要，第二個就是口罩透明、公平分配的口罩實名制，那最後就是我們的網路平台、電腦防疫的措施能夠讓民眾清楚的知道，透過這樣數位防疫的三個元素，我們在防疫裡面奠定了一個基礎。

但是我們也希望說台灣如果能夠加入WHO，成為會員國的話，我們更能夠把TAIWAN CAN HELP分享到全世界，這也是這次防疫過程中，我們外交部長說台灣在國際上的地位如何能夠去做提升，甚至進一步的我們是不是有機會能

夠加入聯合國等等這些國際組織，那部長特別提到說最有機會的就是WHA、WHO的觀察員，那為什麼這樣講？就是因為台灣在這次防疫得到大家的肯定，所以可以看到說如果我們把我們的防疫經驗跟第一時間我們也把這樣的過程其實有發函給WHO，但是其實沒有得到很大的重視，不過台灣自己已經先動起來，所以我們在第一時間可以掌握先機，把這個防疫的成果做得很好。

那當然像剛剛講的要感謝很多人的貢獻，剛才提到了藥師、藥局在第一時間不眠不休，不管是分裝口罩等等，還有我們第一線的醫療人員在第一時間被禁止出國，還有我們的基層診所，他們在這段期間裡面我們接觸到非常多的醫師，他們都非常的兢兢業業，甚至很多人受到疫情的衝擊看診量是大幅減幅，可是第一時間民眾如果有呼吸道相關的疾病，其實超過七成的人會到基層診所去求助，問題是基層診所在第一時間就面臨到口罩、防疫設備不足的問題，那也很感謝我們邱泰源醫師當時也召集台北市衛生局還有中央各部會去討論至少診所的醫護人員都能夠有口罩，因為大家知道在口罩實名制落實之前，其實口罩對我們基層醫師而言是非常欠缺的。

我們同時發現在很多耳鼻喉科、兒科、復健科，這些基層醫師的業績其實也是受到影響的，因為很多人不敢去診所看診，擔心受到感染等等，所以我們也面臨說很多基層醫師他們反應的問題就是在整個醫療資源紓困等等經費裡面，其實對我們基層醫師、診所的分配相對是少的，但同時我們在防疫期間成果的努力，基層醫師也是功不可沒，那當然健保署還有工具機口罩國家隊，但是還有一個非常重要的就是台灣有一個鄰里系統，鄰長跟里長其實在居家隔離、檢疫扮演一個第一線的工作，大家都知道鄰居彼此不管監視或是什麼，彼此都知道誰出國、誰剛回來，所以不用等到相關主管機關通知我們地方，里長就會知道，因為鄰長等等就會打電話通知里長說誰要出國回來要小心等等，大家其實在這個部分做

得非常好，這個可能是其他國家沒有辦法的，只有我們鄰里的戶政系統，所以方方面面各個系統的整合，讓台灣是小而美，好國好民、小國小民，這樣子的國家能夠去面對疫情的衝擊。

當大家提到說這次的疫情在全球創下死亡紀錄的新高峰，連川普總統都已經確診了，那確實我們昨天病例數已經達到319萬多，成為歷史上第二高，這樣的病例跟大幅度死亡的人確實在全世界都非常普及，即將到來的秋冬會不會造成疫情的高峰，這也是我們關心的議題。

因為現在大家在講說疫苗的部分，那我特別跟我們國會議院長還有相關疫苗研發人員聊過，台灣其實在疫苗生技上研發的能力也是備受肯定的，我們不輸給其他國家，可是簽約的這9支疫苗裡面，好像很多人認為說裡面是中國有幾支，然後歐美的有幾支，但是沒有提到台灣的，台灣跟這9支簽約疫苗的進度其實是不相上下的，我們也已經進入臨床，這9支簽約裡面有些也已經進到臨床，可是為什麼我們沒有辦法進到全球疫苗供應鏈裡面，我覺得這是值得我們深思的地方，原因就在我們的產能，我們的產能沒有辦法供應到全世界疫苗的需求，所以我覺得我們這次在口罩上得到全世界的肯定，我們是口罩第一國，從我們過去一天只能生產幾十萬片幾百萬片，到我們一天能生產兩千萬片，我們口罩國家隊建立起來，可是我們是不是也應該建立疫苗國家隊，其實疫苗才是台灣能在國際上受到肯定，甚至對全世界人類有貢獻的一個非常重要的基礎，台灣有這樣的能力，可是相較之下，我們在疫苗的研發補助跟產能這個部分，顯然我們是有點輕忽這一塊，我覺得我們國會議院跟相關研發其實是有機會讓台灣在疫苗這個部分跟世界並駕齊驅，希望透過這次我們能夠重新思考說台灣要組生技，南港的國家生技園區，我們的醫療團隊跟技術，經過這次檢視之後，我們未來疫苗生產跟相關的技術能力也能夠讓世界看見，這個非常的重要，謝謝，謝謝大家。

主持人 邱泰源醫師

謝謝我們高嘉瑜委員，敬佩他做一個完整的論述，也從各方面來做了解，各個行業還有民衆的努力非常的讓人敬佩，難怪他是我們最好的立法委員，也是我們醫療衛生人民健康的維護者，我們謝謝高嘉瑜委員，接下來我很榮幸介紹我們洪德仁醫師，也是我們中華民國社區營造協會的理事長，他在醫界其實除了幾位前輩像史懷哲以外，也是現代值得學習的史懷哲之一，他在30年前講對社區的關懷，以一個醫師的立場，其實所有的人都想說這怎麼可能，生病就看醫生就好，但是他這樣的理念創造出現代一個醫療保健全社區照顧的模式，真的很敬佩我們宏醫師，那他今天要跟我們分享的是從社會的角度來看怎麼樣做好一個防疫的基礎，這是他的專長，我們熱烈掌聲歡迎洪德仁醫師。

洪德仁醫師

以社會處方強化社區防疫底蘊——洪德仁（中華民國醫師公會全國聯合會理事、中華民國社區營造學會理事長）

面對2019年年底，中國武漢傳出不明肺炎，疫情擴展到全中國，乃至於世界各國，這個不明肺炎致病原為「新型冠狀病毒（COVID-19，俗稱武漢肺炎）」所造成，疫情的嚴峻，遠遠超過SARS。疫病開始階段，台灣防疫及醫療工作加緊超前佈署，一方面做好隔離阻絕、嚴謹把關，也同時進行減災的佈署，保全醫療的量能，到了10月29日為止，已經連續200天沒有本土案例，成為全世界防疫的亮點。

近年來，台灣有許多新興傳染性疾病，像2003年的SARS、而後的H1N1、MERS等，面對重大災難或未知的疫病，人們在初期的時候，難免會有驚恐不安，當逐漸走過災難後的重建，是一番艱辛的歷程。

2003年的SARS疫情，發燒才有傳染力，因此當時擔任中央研究院院長的李遠哲院士，也是我們中華民國社區營造學會創會理事長，發起全國量體溫活動，就是由中華民國社區營造學會執行，當時我是秘書長，負責社區防疫的工作。然而，這次武漢肺炎病毒具有更高的傳染性，造成

全球疫情更加嚴峻。COVID-19大多為輕微症狀，因此民衆防疫工作更加需要具體落實，特別是防疫新生活，有幾個幾個有幾個基本功夫，包括：勤洗手、量體溫、戴口罩、保持安全的社會距離（社交距離，social distance）是必要的措施。

社會距離（社交距離，social distance）是指各社會存在體之間在空間、時間、心理上的距離，可以通過評價體系來量化。一定要注意到保持1公尺以上的社會距離（社交距離），這是避免疫病傳染的安全距離。根據研究，距離在2公尺以內、時間超過20分鐘的親密接觸者，是最容易受到感染的對象，正如德國總理梅克爾所說的：當下保持距離，才是真正的關心。因此，各種活動聚會一定要注意到保持人與人的「社交距離」。此外，加強人口聚集場域管理，包含：減少大型集會活動、社區預防與管理、大眾運輸工具、企業職場、社福機構、軍隊及矯正機關等人口密集機構，更要特別注意。

社會處方重建人性

保持適當的社交距離，雖然是減少疫病蔓延的方法，往往消極的會造心理上的隔閡和壓力，讓恐慌和不安更加嚴重。我們能不能有一些正向

的作為，導入積極的創新社會模式，舒緩當下的壓力，更儲存未來正向樂觀的希望。當我們看到義大利封城，市民自發性的在晚上時刻，走上自家陽台，彈奏樂曲，鄰居不約而同也打開自己家門，在陽台上合音起舞，甚至於雷射打光、DJ音響，可說是樂團現場表演，全體居民就是最好自娛娛人的演員。警車開到社區，不是要逮捕趴趴走民衆，而是警官帶動民衆一起高歌。醫院附近的住家，民衆會發起連續鼓掌3分鐘，感謝第一線醫護團隊的付出，連醫院穿著白袍的醫師護理師和相關醫事同仁，也不約而同聞聲出來一起鼓掌，相互打氣加油。

以義大利的模式而言，這正是「社會處方（social prescribing）」的實踐，也是社會集體療癒的最好方式。由於疫情，無法或必須減少進行社會活動，乃至於避免身體的擁抱和碰觸，但我們可以學習義大利自娛娛人的方式，都是有益心靈的舒壓。所謂社會處方，是指結社區的正向社會資源，為有需要的人，提供或媒合有益社會健康的介入。社會處方服務大多由非營利組織、社區與宗教部門提供，以建立在「以人群為基礎的途徑」，透過集體責任，建立整合的健康系統。重視公共衛生體系的英國，公共衛生部門特別鼓勵在社區的一般科醫師（GP），也就是台灣所謂的社區醫師，應該具備有認識了解和媒合轉介社會資源的能力，讓面對壓力、災難和疫病的民衆，能夠適當的轉介，以得到各種社會處方介入的支持。

社會處方可以應用多元、創意、有趣的模式，提供給有服務需求的民衆不同的參與方式，包括：向親人道愛：有一個美國阿嬤向醫師訴說她的煩惱，因為疫情的關係，需要與人保持一定的距離。要如何讓她年幼的孫子知道，阿嬤不抱他、不親他了，不是代表不愛他？醫師告訴這位阿嬤，可以跟小孩形容阿嬤現在在一個泡泡裡，所以暫時沒辦法太靠近。不過醫師也建議，表達愛有很多種方式，可以透過畫畫、寫字、玩遊

戲、說故事的方式增加互動。

音樂處方：大家都知道音樂是撫慰心靈的最好方法，像義大利封城時刻，民衆還在陽台上演奏樂器，或是一起合唱，都是可以讓情緒紓緩、強化認知能力和增強社會情感。

藝術處方：北投社區大學禪繞畫老師闕美麗老師，指導認知能力退化的老人家，學習禪繞畫，從老人家們害羞的說「不會」、「不要」，一筆一筆的描繪，慢慢的靜下心，又一筆一筆的上了彩繪，到作品的完成，長輩們滿臉歡欣。特別是社區同仁幫長輩的作品逐一保存，半年後舉辦一次成果發表，老人家的後輩家屬前來參觀欣賞，年幼的小孫女驚喜喊著「阿嬤是畫家」，老人家和家屬們的成就和喜悅，溫暖了照顧的壓力，也成為全家最美好的生活記憶。一樣的，很多博物館也在這個時間點，做好社交距離的管控，鼓勵民衆入館參觀，欣賞藝術品。像有一位民衆前往故宮博物院參觀，很驚喜的發現觀眾數目非常的稀少，可以在這樣的優雅、寧靜的環境中欣賞故宮的國寶，真是最好的心靈的享受。

運動處方：健身房運動、健康步行、自行車、游泳、水療、團體運動、舞蹈課程等等，大家都知道要活就要動，不管在室內，或者是大樓公寓陽台、屋頂，或是健身房，都是理想的運動地方，更可以找個空曠的地方，像公園、河濱綠地、山林、海邊等，曬曬太陽，吹吹風，加上運動，應該是最好的社會處方。媒體報導，西班牙封城，但是市民可以出門遛狗，主人一天多次遛狗，讓狗累癱在地，遛狗兼顧寵物療癒和運動處方，是一項很好的紓壓方式。

資訊處方：應用現代的資訊工具，例如手機、FB、LINE、IG等，提供文字、圖片、直播的連結，在這次疫情中，很多公司安排員工分批在家裡工作（work from home），除了可以減少感染之外，最重要的是達到分流、分工替代的準備。視訊會議也是大家常用的方式，醫師公會全國聯合會從2月上旬開始，部分與會者出席實體的會議，

大多數則應用視訊會議方式，能夠匯集40多位全台灣各地醫師幹部共同討論，大家認為簡便可行。另外，因為work from home，民眾更有彈性時間，相互問候關懷，傳遞居家生活樣態，彼此鼓勵。現在年輕人流行集體視訊聊天（virtual happy hours），把實體的喝酒、喝咖啡聊天的快樂時光，轉換成線上聊天，無遠弗至，友誼常在。

綠色生活處方：連結人和大自然環境的綠色活動，森林療癒透過導覽的解說，以身體的五感去體驗森林和大自然，感受森林的生命力，得到心靈休閒的效果，日本的研究，即使森林步道一日遊，也可以得到調整自律神經、平衡內分泌、促進免疫力、減輕疼痛、增進心血管健康、提升肺及腸胃功能、增加腿力預防跌倒等效果，而且森林浴的正能量可以延續維持30天。當然，住家或書桌的小角落，能夠多一顆植栽或一盆小小的綠色植物的園藝療法，一樣可以達到舒緩情緒的功能。

閱讀說故事處方：台灣政府提供給居家隔離或檢疫的民眾「居家防疫關懷包」，裡面有14片口罩、漂白水、肥皂、療癒植栽、乾糧、衛教傳單、市長關懷信，最受大眾矚目的，包含CATCHPLAY+、myVideo、LINE TV隨機一種影音平台的14天免費觀賞序號，最重要的還會有圖書館線上推薦書單及實體的勵志或宗教書籍，這是心靈最好的撫慰方式。

學習可以獲得生活及健康資訊，強化解決問題能力，提升自尊與自我效能、促進睡眠、增加體力等，對生理及心理健康具有正面的影響。

志願服務處方：志願服務能提高心理健康、降低憂鬱與負面的心理症狀，鼓勵人們擔任志願工作有助於心理健康。志願服務可以和時間銀行、食物銀行結合，提供健康關懷和社會福祉照護。甚至於福島核能事件時，很多該電廠退休的員工，自發性的前來，組成義勇隊，進入核災後的電廠搶救。這次疫情中，最嚴重的歐洲西班牙、葡萄牙，也有很多退休的醫師、護理師，返回醫療防

疫崗位，這種犧牲奉獻的精神，令人敬佩。

就業處方：穩定的就業是年輕人安定的基礎，即使是退休的老人家，如果體力許可時，部分工時、有償的就業機會，像在日本常常會看到交流道出口的收費站、計程車，大多都是高齡的就業者，對於老人家的身心靈也是有正面的功能。

社區實踐社會處方的基地

即使是已經確診的英國首相強生，在3月26日晚上走出家門，參加「為醫護鼓掌（Clap for Carers）」活動，替努力救治武漢肺炎病患的英國國家醫療保健服務人員加油打氣。在台灣，中華民國社區營造學會、職學工作室、台北市醫師公會規劃「您好我好：向第一線防疫醫護團隊致敬」，媒合醫師公會、扶輪社等社會資源，希望邀請高關懷青少年，通過餐飲的職訓，以餐車進入醫療機構，在不妨害防疫工作下，提供給第一線的醫療團隊漢堡、簡餐、點心、咖啡、茶飲等，享受片刻的輕鬆，也藉由感恩感謝的卡片，表達對醫療防疫同仁的敬意和謝意。

社區是實踐社會處方最好的場域

社區是生活的基地，擁有不同跨領域的資源，面對這個疫情，正是實踐社會處方最理想的基地。我們是生命共同體，每一個生命都彌足珍貴，在社區、在社會角落，有無數的人在為這場疫病的戰役做出貢獻，讓人民的健康得到保障。社區是最重要的社會防疫底蘊，我們可以從防疫的社會距離（社交距離），藉由社會處方的介入，自助互助，讓我們以溫馨關懷的方式，向第一線醫護團隊，也向自己說聲謝謝，一起建構社區心理衛生促進網絡，累積人與人的信賴，成為未來重建的重要基礎，累積正向的社會資本（social capital）。

（參考文獻：劉宜君（2018）。以社會處方作為社會福利服務提供與委外執行之可行性探討。社區發展季刊，166，98-110。）

主持人 邱泰源醫師

跟大家報告一下，今天陳部長也有提到家庭醫師社區要群，這個在SARS以後發展出來的社區要群，我們在座的李龍騰副署長貢獻的非常多，20年來發展可以成為現在台灣社區的亮點，這次防疫不重要，我們在座有一位教授，他做一個分析，有參加社區醫療群的基層醫師，他們提供COVID-19防疫工作的意願是significant difference，比沒有參加的好很多，所以表示我們過去20年來的社區要群讓我們防疫的工作更加的堅強，另外張必正代理秘書長也會提到跟國際分享的經驗，讓我們用熱烈掌聲歡迎張必正代理秘書長。

感謝我們洪德仁常務理事，我們的理事長短短的幾分鐘把他畢生的經驗講出來，我覺得非常感動，我想這個主題會是我們大家可以一起來努力，接下來我們請我們醫師公會全國聯合會的代理秘書長張必正院長，他本身有很精湛的家庭醫學或者疾病管理的經驗以外，他本身也是參與很多國際活動，從跟在座的王信章理事長在家庭醫學會在世界各國，在全聯會也在這次防疫不管跟WHO、WHA甚至WMA相關的國際組織，他都充分的溝通，他今天會跟我們分享在這次防疫醫師公會全聯會的角色還有社區醫療群的防疫經驗。

張必正代理秘書長

謝謝邱主席的介紹，今天主辦單位福和會林會長，各位在座醫界的前輩跟今天參加會議的專家，還有在線上我們很多觀眾在關注這個會議的進行，我是張必正醫師，很開心能夠接到福和會的邀請來擔任這個cession的報告，談的是健保制度的部分，但是我還是站在醫師公會的角色去做出發，讓更多民衆可以了解這段時間醫師為了全民安全在防疫上的貢獻。

我首先要先談到台灣防疫模式成功的關鍵，一件非常重要的事情是醫師公會全國聯合會在邱委員的帶領下怎麼跟國家衛生主管單位來通力合作，跟各位報告一個非常好的消息，我們邱泰源理事長即將要接任我們亞太區，亞洲暨大洋洲地區醫師會聯盟CMAAO的主席，也是在邱理事長的指示下，我們要展現台灣在這次防疫的經驗，所以邱理事長希望全聯會能夠把這次包含從基層醫療的角色，從醫師公會的角色，從政府的角色，從平時在做準備的一個角色，甚至在未來所

有的遠距醫療相關角色去做一個很好的規劃。

那我從醫師公會全聯會的角色跟各位前輩做分享，平常的時間醫師公會全聯會是要協助政府主管機關做持續疫情監控，並且研議通報條件，政府在疫情發生的時候，常常臨時狀況發生的時候來不及應變，但是醫師公會隨時關注各個地方公會會員的反應，所以我們可以很快速研議一些在各地方民情文化下應該有的通報條件。

尤其是過去在流感疫情期間，我發現到某些地方有特殊疫情的時候，其實公會就會馬上召開一些會議，在碰到真正疫情快速擴散的時候，怎麼去協助國家衛生主管機關做合理分配資源，包含口罩等等，待會我們會再講，如何去加強社區公共衛生的宣導，讓民衆有正確的觀念、正確的醫療資訊，然後去強化國際的交流，我們跟很多國家做交流，醫師公會聯合會的NGO角色跟各國做很好的分享，了解疫病新型態的發生，最後在疫情快速增加的時候，我們怎麼去協調醫療基

本人權跟醫療公益中間找到平衡點，在疫情發展很強的時候，我們限制一些醫學人員出國進修相關的事情，那在中間到底怎麼去做協調，公會可以扮演一個非常好的角色，我上面寫的這些東西其實都已經送到亞太去，也得到各個國家的認同，

跟各位前輩做個分享，我們就依照這樣的角色，今年1/31的時候邱理事長就已經超前部署，我記得是過年期間把大家找回來開會，因應疫情的部分，討論到最大的是我們防疫物資夠嗎？透過會議了解各地的狀況，大家可以看到視訊會議，因為疫情已經開始爆發，現場有些前輩就進來，有些人在連線上有二、三十個，都是各地醫界的領袖來討論說過去SARS，剛才才提到說2003年SARS大家都知道社區防疫站、社區發燒站的篩檢，我們有沒有需要在社區成立這樣一個防疫站的部分，接著就開了多次的會議，包含3/26如何避免社區醫療體系公會，我們在電視上看到很多，中國醫院整個都是人，很像難民，美國、義大利都沒有急救設備，為什麼呢？因為沒有好好應用我們基層醫療的優勢、沒有利用我們健保的優勢。

所以在這個過程之中我們透過這個應變會議，我們就邀請到衛服部薛瑞元次長過來，其實是一個有效合作，站在人民防疫的立場出發，那大家看到4/20發生艦隊感染的時候，我們醫師公會也沒有閒著，政府在研議，我們一樣在研論這些事情是發生在我們地方公會，艦隊是在北部地區，關聯到相關地區的醫療院所，醫師公會怎麼去協助在篩檢、防疫過程中的注意事項，這都非常重要的事情，還有TOCC。

陸續很多物資的調整等等，最後透過這些把基層的網路做快速應變，來保存正常的醫療照護，所以有一個醫療分級防疫模式，這個我們在稍後會跟大家報告，透過社區的分級，把醫療能量留在社區裡面，重症到醫院做治療。根據大數據的資料，我們分析健保從1/13-2/03，疫情

發生初期的時候，從疫情最嚴重的中、港、澳地區回來有339454人，他們回到國內，大家注意這個數字，75.94%是在基層院所被照顧，也就是基層醫療在很重要的位置，把3/4的人留在基層，所以我們沒有發生像國外醫院面臨崩潰，醫療人員疲於照顧奔命的狀況。

我要停在這張投影片稍微長一點的時間，那1/4的人在當時疫情不清楚、不明朗的情況，你怎麼能夠好好地照顧病人？這個就要回到我們剛才說2003年的SARS，SARS的時候大家建立一個很好的觀念，雖然那時候的疾病是要發燒就可以篩檢出來，但是大家已經有隔離跟發燒站的觀念，當時COVID-19剛發生的時候，基層醫師就已經有這個經驗，那個經驗是從2003年開始，我們成立了所謂社區醫療群家庭醫師計畫的第一年，到現在累積了17年的經驗，這次COVID-19台灣成為全球優秀成績單的表現，這是累積了17年的經驗，在這邊謝謝健保署其實是有遠見的，這個計畫一開始是試辦計畫後來變成一個正式計畫。

小弟我從2011年就在全世界亞太地區，泰國、馬來西亞，我跟邱理事長還一起去報告台灣的社區醫療群在社區管理上面的成效，我記得當時健保署編的預算一年只編10億元，當時參與的醫師跟COVER的民衆群是10%，到了今年我們COVER 50%以上的民衆，預算是多少？30幾億而已，也就是我們已經增加了4倍以上，所以今年我們極力爭取差不多要45億的預算，來幫助這麼一個有意義的事情，我們是非常希望能夠站在全民防疫的立場，讓這個事情能夠通過，未來我們碰到任何新的疫情，我們能夠把量能留在社區，大家記得這個數字75%，我們就能避免醫療崩壞，因為我們在防疫的成功，在邱理事長的帶領下，我們就在國家知名英國的雜誌BJGP Open，我們發表了這篇文章。

我稍微講一下我們的概念，這是醫師公會全聯會建議的模式，在未來也許有第二波、第三波，最好不要出現，可是如果有社區疫情出現

的時候，我們希望能夠把他分級，一般診所除了防疫以外，他還有慢性病、長期照護，一些外傷病人、一些心理諮商的病人，我們不能因為COVID-19就把原本照顧的病人停下來，所以我們給這些診所有一個標準保護配備，讓他們可以處理一般感染病的病人。

可是有一些社區醫療群強化性的診所，我剛才講過有17年的經驗，他們可以透過N95、防護衣更好的強化設備來接受一些發燒、咳嗽、上呼吸道症狀的疑似病人來就診，可以給他們一些診療，當然這些部分是需要他們自願性的參加，然後由政府去支持設備跟一些防疫的津貼。

第三級是如果找到個案，我們也把他留在社區做採檢，對於COVID-19的採檢一開始不清楚，現在有一個標準檢驗的流程，政府當然也輔導一些社區醫院在做這個工作，所以未來由衛生所社區醫院跟一些符合資格的自願診所，如果能組成這樣一個機構去提供採檢，採檢出來的個案如果是輕度的，或許是可以在地社區診治的，我們就在地診治，重症的我們把他轉到大醫院去，讓民眾得到比較可接近性的照顧，最後我們把真正的重症留到center照顧，center原本在照顧重症醫療的部分不會因為防疫而中斷。

我最後分享幾張在國際的部分往下走，保留醫療量能在社區，我剛才提到我們在國際角度上我們怎麼去做分享，其實在今年3月的時候世界醫師會秘書長Dr. Otmar就已經來跟台灣通話，他說台灣防疫做得這麼好，我們分享一些經驗，大家到YOUTUBE上可以找到這段，他說台灣政府尊重專業的防疫以及醫師公會全聯會的提前準備，台灣全民健保讓人民可接近性高，人民對醫

療也有充分的信心，那我要提一下其實健保的信心是建立在醫師的血汗上面，希望民眾給醫界多一點的鼓勵。

最後一句話是Kloiber自己講的，他說台灣有Strong Primary Health Care，他說你們都是walk in clinic，剛才我們的青年代表有說他去英國看病要等3-4個禮拜，台灣每個診所看到就walk in，因為這樣才能快速應變未知的疫情。

這個是邱理事長即將接的亞洲暨大洋洲醫師會聯盟，在這次的會議裡面，他們榮耀三個國家台灣、新加坡、香港，是在3/28這波在亞洲地區防疫最棒的三個國家，後來只剩台灣，另外兩國都淪陷。

這個是6月奧地利打來，那時候歐洲疫情已經緩和，這個訪談也是想請教台灣在後SARS緩和時期我們隔離政策、口罩政策、篩檢政策，有沒有什麼鬆綁或者新的做法，台灣也提供很好的做法給他。

7月的時候日本沖繩醫師會來跟台灣做分享講了一小時，鉅細靡遺問得很細。

英國醫師會也打來，他們了解台灣在資訊系統、大數據的部分做到的事情，透過這樣的訪談，我覺得很開心是台灣醫師會的積極態度，讓台灣用另外一個角度做好國民外交，我們跟各國醫生都有連繫，在這樣的管道下我們結交了世界各國的朋友，對民眾防疫做貢獻，那未來後疫情時期不管台灣有沒有第二波、第三波，不管我們經濟在防疫的管理上是要緊縮或開放，醫界要做的事情就是持續維護民眾的健康，站在關懷人民的立場，讓我們的專業繼續照顧人民，謝謝大家。

主持人 邱泰源醫師

謝謝張必正秘書長，他的英文是連外國人講黃色笑話都聽得懂的，所以才能接收到各種資訊，我們非常的感謝，由他的報告我也感覺我們福和會的前輩都是非常德高望重的，有一個理想，能夠注重到我們醫療部分的一些困難，各位可以看到其實100年來台灣有個傳統就是醫界真的是很多菁英的後

代也投入在醫界，很快地來提供民衆快速的服務，其實應該也是這次防疫成功的重要一個關鍵，福和會的前輩能夠關心到這點，我個人充滿敬佩跟感激，我在這邊感謝。

接下來請到隨著我們福和會的同仁一直在籌備的羅浚叺副秘書長，他現在是網紅所以他的出席價碼是很高的，但是來到這邊是零元，那他每天都跟我說他今天有四個節目，有時候拒絕了好幾個，不過林逸民理事要他去上民視他大概也不會拒絕，羅副秘書長從1月開始到現在真的都很辛苦，他在醫師公會負責籌備全國所有醫療院所的防疫物資，其實我們民間跟政府有一段時間是接不上的，這樣非常緊張有壓力的，所以我們羅浚叺醫師是非常優秀的精神科醫師，他自己也快要鬱卒了，他本身台大醫學系以外他也唸台大法律系，所以法律相當的強，觀念非常的清楚，這次不管幫醫界的防疫、這次的國是會議，我相信他也是來這邊學習的，那我們熱烈掌聲歡迎羅浚叺副秘書長。

羅浚叺副秘書長

謝謝今天大會邱泰源立委、高嘉瑜立委，還有我們福和會的林逸民理事長，以及所有關心台灣這個國家、熱愛台灣這片土地的先進們大家好，我想剛剛幾位先進都講了在這疫情當中非常重要的環節，我等一下會用稍微比較輕鬆的方式來講。剛剛邱立委提到說我常常推通告，跟各位報告其實也不是推通告，基本上上電視要對國家是有意義的，對人民是有幫助的，對疫情有加分的我們才去上電視，如果是一些言不及義的或是誇大渲染的，那幹嘛要出席？所以我不是推通告，我是很挑通告。

剛剛在會議當中其實三立的廖筱君主持人打來，他提到最近因為美國總統染疫，對整個美國選舉有影響，對目前正在升溫的台美關係會有因應的一些對策問題要處理，像這種通告我們可以不接受嗎？我們必須接受。

我在這個會議之前曾經跟福和會的很多先進一起開過籌備會，包括在座的林理事長、還有洪秘書長、陳永興前輩、王義郎前輩以及楊黃美幸前輩、還有一位敏惠理事，我們都開過會，我可以深切感受到福和會對台灣的用心，不是因為今天你邀請我來演講，所以我說好話，我是真真實實感受到說，確實有一群前輩為了台灣的未

來、為了國強、為了民富，繼續在努力、奮鬥和堅持。

在這次疫情當中，台灣確實表現突出，在今年4月16日我們把領袖，三軍統帥蔡英文總統推向世界的巔峰，登上時代雜誌接受專文訪問，他的內容說的是我怎樣帶領一個國家，也就是台灣來對抗疫情，避免疫情爆發，我覺得身為醫療人員感受非常深，能夠對這個國家有一些貢獻，這是我們畢生的福報跟榮幸，在這邊要說一下這個疫情防治到底是怎麼成功的，很多人說這個疫情到底是怎麼成功的？對岸國家對我們很不友善，他常常說你好運啦（台語），我跟各位說如果考試的時候你一次100分，那代表我們是好運，如果你一次100分、下次99、下下次又100分，但是對方都不及格，我跟各位講這個時候不能只是批評，你要靜下心來謙卑的觀察、認真的學習他為什麼會成功。

我跟各位說台灣為什麼會成功？剛剛我們時中部長有講因為對疫情這個自然的病毒，我們有謙卑之心，我們知道科學在進步，但是有些部分是人類所不能足的，我們必須更認真謹慎的學習，我們更應該透明，我們把所有資訊包括當初其他國家發生疫情，有27個患者7個嚴重個案，

我們都透過IHR系統快速地去回報，讓大家知道說這有人傳人的危機，那當然內行人看不出來，我們也沒有辦法，可是事實上我們已經善盡一個地球村公民最重要的責任，長期以來台灣受到不平等的待遇，包括我們無法進聯合國、無法進入世界衛生組織，可是我們還是很努力，還是在這邊奮鬥，現在台灣疫情控制得很好，所以美國衛生部長阿札爾來台灣、國務次卿也來台灣，捷克議會來台灣，這是台灣光榮的時刻，這是我們所有台灣人的驕傲，請各位給自己最熱烈的掌聲一下。

我現在要講的是醫師公會在這個關鍵時刻做了什麼事？剛剛時中部長講各國防疫，那我們想在疫情控制的當下，指揮官很重要，可是這是一個軍政系統，軍政發出來之後軍令怎麼樣貫徹？作戰指揮能不能流暢？後勤補給有沒有完備？最重要是什麼？最重要是醫師公會全聯會在中間穿針連線協助，醫師公會全聯會在國際上的名稱叫做台灣醫師會，前一陣子在講說到底要不要正名？我跟各位說醫師公會全聯會早就正名了，我們讓全世界看到台灣醫師會，剛剛秘書長說世界各國醫師會都要跟台灣連線，學習台灣的經驗，我覺得這不是只有單純的國民外交，這是一個國家的底蘊，當我們國家的科技、醫療表現跟防疫成績能夠傳播到世界各國的時候，代表什麼？代表你的底蘊被看到了，代表尊重應該重新再給，所以在這段期間台灣的國際地位快速提升，我覺得這是我們台灣人共同的驕傲。

這個疫情當中，我們來看從去年12月31日IHR通報之後，到底發生了什麼事情？其實醫師公會全聯會在今年1月2日，是最早跟我們CDC開會，我們發現在對岸好像有一些不尋常的疫病發生，有些嚴重個案甚至致死，後來第一個個案是在1月21日，一個台商確診，我們在中國經營商業的台灣人確診，我們在1月22日馬上開了一個記者會，為什麼？因為1月24日就進入除夕，要過年了，所以在過年之前我們開了一個記者會

讓大家知道說可能會有大事情發生。

跟各位報告在過年的當下，1月25日我跟邱理事長曾經通了好幾通電話，他說看起來疫情好像越來越嚴重，他說我們要小心，因為SARS的時候我們太過輕忽，那時候我們沒有這種嚴重疫情的經驗，但這次我們要小心，尤其防疫物資是這次最大的關鍵，我跟各位講現在來看在世界上有兩個聯盟，一個叫做口罩成功有效主義，一個叫口罩無效主義，很顯然的是戴口罩的國家、勤洗手的國家、保持社交距離的國家，在這次疫情中控制得都比較好。

本來我們有兩個同盟比如說像日本、韓國表現得不錯，可是後來在某些地方出現破口，到目前為止在這場防疫戰表現得最好的還是台灣，這樣的驕傲讓我們知道我們要繼續努力下去，那時候我們怎麼去爭取口罩？跟各位報告在1月27日初三的時候，我在彰化鹿港看布袋戲（台語），我已經十幾年沒看過了，飯店外面在演布袋戲我看得很開心，可是我的手機一直響，因為各地區跟我們講說買不到口罩，買不到口罩問題很大，因為再過兩天我們就要開診了，那時候就想說為什麼會有這個事情？以前不是都早上訂下午到嗎？會不會有人在囤積？會不會有人就不出貨了？

1月28日早上我特地就這個事情跟理事長報告，理事長說好！他趕快來處理事情，10分鐘之後，我們跟副署長羅一鈞聯絡口罩的事情，一開始羅副署長拍胸脯說沒問題他處理，那時候是一個診所有一大箱口罩，但是隨著新北、基隆、台南、台東、雲林、高雄等等公會打來之後，我發現他的量越來越高，副署長說這樣沒辦法耶，這樣算一算可能湊不出來，那時候跟口罩商討論說怎麼去配口罩，我從那天早上11點一直談到下午大概5、6點的時候，好不容易把口罩湊到大概110多萬個，這個過程中其實我的丈人一直在埋怨，他說哪有過年不陪家人喝一杯的，一直打電話是打什麼意思？我沒辦法，為了家國我們

必須努力。

可是到7點的時候廠商不出貨了，廠商說現在大家都要口罩，過年時間我們沒有人送，我說沒關係，運費我們處理都沒關係，他說不是這個問題，什麼問題？因為很多人要用更高的價格去買，那時候我們經過很多的討論也曾經有很多的衝突，我那時候心裡在想說我們有傳染病防治法，我們有刑法251條，傳染病防治法54條、61條，我們可以處理啊，可是仔細一看，我們那時候還沒有徵用口罩，那時候行政院也沒有發布口罩是生活必需品，所以變成法律構成要件不夠，但是我們還是忍住這樣的擔心，我們直接跟廠商說你今天不處理的話你會出事，他還嗆我說會出什麼事？最後還是經過我們全聯會邱理事長跟中央行政院的努力，從中央下一個指令下來說這個是一定要給，因為你不給基層醫療診所防疫物資，這個破口就會發生，一定會出事的。

當然我們的政府知道口罩可能有囤積、漲價的狀況，過了兩天之後，在1月31日馬上把徵用令發布出來，我跟大家講這張圖你們一定看過，這張圖叫做發財秘笈，各位這就是過了222天之後，加利公司用了很多安徽製的口罩混入國家口罩，當記者訪問時，記者在牆上拍到的；他說當疫情發生的時候停止出貨給舊客戶，要找新客戶，我們過了222天才知道當時發生了什麼事情，可是不管如何我們堅持住了，我要講的是說在這疫情之中可能會有一些人性的道德風險，但是我看到的是有更多的人他願意放棄自己的利益來配合國家的防疫，比方說我這邊提到的基本權的主張或退讓？我們看到歐美國家很多人舉著牌子說我要自由，我不要隔絕、不要隔離，在台灣還沒有發生這種情況，我們看到的是所有公民用最高標準的公民素養，好好排隊買口罩，我們看到的是五萬名醫師不斷為國家努力無論個人生死。

基本權的主張？基本權的退讓？在這過程中，我們退讓了什麼？各位，剛剛說的很多旅行

社不能出團損失慘重，很多人不能在網路上、電視上亂講話，言論自由要退讓，因為疫情的時候任何過度渲染的言論都會造成恐慌，我們看到很多、很多的退讓。

這是我們的口罩，各位，這些成箱的口罩、額溫槍都是心血和努力，我一直在說為了國家，我們醫師公會全聯會在關鍵時刻扮演了一個很重要的角色，讓口罩無法漲價上去，如果當初廠商真的漲價，我跟各位說他漲價之後要他回到原來的價格就不容易了，所以同時期其他國家口罩爆漲，但我們沒有。

額溫槍的部分我也特別跟大家講說真的是用了很大的努力去要到，這個額溫槍在3月19日我們發現到處都買不到，或者是極高價，一支可能要3、4千元，額溫槍在過去不是這麼熱銷的東西，在努力之下我們找到廠商，找到可以克服人性道德風險困境的廠商願意挺身而出用原價賣給我們，所以我們在3月25日買到額溫槍，各位看製造日期是3月24日，是廠商聘了很多員工不睡覺、三班制趕出來的，這就是台灣的驕傲，我們不會只是重視企業營利的價值，我們覺得企業精神要有社會責任，企業責任在國難的時候不是想賺錢，而是想辦法讓疫情維持比較好的情況。

再來看到這張，這是小弟本人，大家常常說認真的男人最帥，那大家覺得這個男人帥不帥？我女兒說他從小到大我只有這段期間比較帥，因為常常在電視上看到我，我們在電視上做什麼事情呢？不是名嘴隨口說說，我們讓民衆防疫過程中有個正確觀念不會過度恐慌，在過程中有幾個議題發生，第一個議題是到底要不要戴口罩？這件事情吵了很久，第二個議題是到底口罩多出來之後要不要捐給其他國家做人道援助？還有一個議題吵很久就是彰化普篩是對還是不對？要不要普篩？第四個是加利公司把中國製口罩跟台灣口罩混充之後，造成什麼實質影響？加利到底對不對？中國口罩好不好？

我跟各位說我們在媒體上因為要讓這個國家更好、讓人民安心，我們做了很多權宜處理，所以很多時候我們專業知識不是直接講出來，比如說你要怎麼讓人家安心接受？所以很多人講說我們國家對口罩的政策到底是不是搖擺？我跟各位說不是搖擺，從頭到尾都很堅定，從188萬個到1000萬、2000萬個，我們從頭到尾都非常堅定，只是怎麼樣跟人民訴說？怎麼讓人民放心？

在捐給國外1000萬口罩過程當中，很多人問說到底怎麼捐？為什麼要捐？我在鄭知道了節目提到說不要吵了，我們國家一天能夠做1000萬個口罩，現在捐給別人，你現在吵，到明天5、6點就做出來，到底要吵什麼？我們讓很多人理性思考，變得更有溫度、更溫暖。

我另外要講一下在我們的應變會議，剛剛提到我們應變會議的內容，我要講的是部長提到說標準是最關鍵的，疫情當中標準是最重要的，標準落實之後才夠有後續的檢討，我跟各位講說標準怎麼樣檢討？標準要經由不斷的意見連結，由這些應變會議去討論，才能慢慢檢討慢慢確定，所以我剛剛說如果指揮中心是一個軍政系統的話，醫師公會全聯會就是一個軍令系統，他讓所有政策能夠落實。

在這當中我們討論了很多防疫措施，防疫物資的整備，還有防疫獎金爭取跟基層醫師的角色，再來這張有個關鍵，部長已經離席，不然本來想要跟他講，部長說在這個過程當中我們的管制雖然有但是關懷更多，我要講的是希望部長、希望國家多關懷在這場疫戰裡面實質努力最多、貢獻最大的醫療人員們。

這些是我們醫界的很多先進，我們去拜訪很多立法委員，包括上面是蘇巧慧，下面是林俊憲委員，我們講什麼？我們講的是這次的嚴重特殊傳染性肺炎的防治及紓困振興特別條例是在2月25日火速通過，各位火速就是說眼睛都不眨，送上來就說防疫為先、通過，通過什麼？第2條

1裡面說對於防治的這些人員，他有做你就要給他補助跟津貼，這裡是說「應」喔，「應」就是沒有裁量，他有做就要給他津貼。2條2說什麼？2條2說他做得好你要給他獎勵，2條3說如果因為執行防治工作致傷亡，你要給他補償，然後第9條是一個紓困，可是關鍵問題是什麼？到現在我們只看到紓困越來越大，所有的資源都往紓困去進行，可是本來讓全民毫無懸念、讓在座立委火速通過的原因是什麼？就是要防治疫情這個重大公益的要件，卻沒有去執行，2條1沒有裁量權，可是我們所有政府發的防疫獎勵都沒有涉及到2條1，只有2條2，都跳過去了。

這是我們今天的一個狀況，大家看從2-4月每個診所平均大概每個月拿1萬塊，如果我們除以25天，那就是一天400塊，其實我們比較好的日式便當大概200元，我們要吃個Buffet大概也要4-500元以上，我們要講的是這樣到底這樣夠不夠？這樣的津貼補償到底對不對？從5月到現在10月，我們還在防疫，疫情指揮中心不是還一級開設。

這張有個QR Code，大家可以連結一下，這是這次過程中我們爭取口罩的重要關鍵跟紀錄，這是天下雜誌的專訪，那我們看最後一張，這張是我們在高雄醫政的研討會，中間坐的是陳其邁，原來是副院長，因為8月15日補選當選高雄市長，我要講的是不管如何，5萬名醫師，每天一百萬人次看診，我們永遠都會努力！醫師公會全聯會在這過程中跟台灣人民緊緊的站在一起，我們為歷史做下重要的貢獻，這個努力要繼續進行，因為疫情還在發生。我知道我們的小英總統登上時代雜誌，我要講的是未來的台灣會有其他總統，會有更多優秀的領導人，我們全民會用最好的公民素養、民主精神跟我們最好的醫療、科技能力，以及在座福和會對國、對家、對這片土地的熱愛，一起來努力，我相信台灣不會只有這次好運，在這麼好的底蘊之下，台灣每次都會好運，我也希望國家越來越好，謝謝大家。

主持人 邱泰源醫師

謝謝羅浚暉醫師精彩的報告，越講越久越緊張，對不起他因為他網紅價碼非常的高，首先還是要謝謝高嘉瑜委員，其實他在立法院幫我們訴求包括防疫設備、補助，在這邊我們非常感謝。

那其實有很多大家不了解的，社會覺得醫師過得再好所以不太會想要補助，但其實我想周教授在這邊有個Data，最近大醫院醫療的營運佔整體營運只有5%，就是說醫院都要去開餐廳、停車站去賺，這健保說的，健保給我們賺的盈餘很少，甚至沒有，所以政府有時候會說你們有健保所得所以不用補助，健保所得特別要講，他其實只是救命的基本資源而已，而且醫療院所所得是不夠的，我們都要做很多自費，今天下午也有自費上限的問題，醫療院所活不下去，醫師怎麼去照顧病人？今天這兩個題目真的非常重要，國家的大事情，真的很感謝福和會的前輩。

我這邊還是要感謝陳其邁副院長，剛才羅浚暉醫師說我們初四、初五診所馬上要營運，政策要拚口罩，我們用到12點多，怎麼樣都說不通，我設法讓行政院副院長說一句話，他也很好，他說花，醫師要什麼他說政府出錢，這句話就讓我們全力支持他上高雄市市長，

提問

■ 問：劉立仁醫師

各位來賓大家好，我是醫勞盟代表劉立仁醫師，那我的身分就是從疫情開始到現在基本上常常第一線穿著防護衣執行病患看診、採檢的工作，這邊提出幾點有疑問也有建議。

第一個就是想藉這次機會跟健保署溝通一下就是說剛剛提到雲端系統，其實非常、非常重要，但其實說並沒有on time，病患就診的資料有時候會延遲，甚至住院的資料延了半個月，沒有辦法及時，這有時候會對第一線造成困擾。

第二點切合剛剛這些主題就是說不曉得我們的政府有沒有去做跨國的比較，在這次疫情表現中有一些國家其實有經歷過在2003年的SARS，比如說台灣、香港、澳門、新加坡、越南等這些國家，跟從來沒有經歷過SARS摧殘的，比如說日本，那韓國比較特殊他們有both，以這些國家的交互表現來說，我們的優點缺點在哪裡？

因為我們自己初步看的話有經過SARS的國家，這次的反應都是非常的快，包括像我們台灣的急診當疫情起來的時候，我們腦中回想到第一個就是和平封院，第二個是台大急診被圍上封鎖線，很快去回顧那時候到底發生什麼事情？出了什麼狀況？從那個地方直接找出原因，這次馬上去做補強，所以醫院到現在目前防守的還不錯，希望政府對這些國家做截長補短的動作，我們希望能夠發展出全世界通用一套最好的防疫策略。

第三點針對疫情以來整個通報的標準，TOCC主要都著重在旅遊史的T以及接觸外國回來的人C，但老實說在台灣很多病例的發現都有點所謂逆時鐘，常常看我們本土病例沒有旅遊史、沒有接觸史，被找出來的時候我們其實常常問說這個為什麼要抓去採檢？問一問發現都不是符合當時的採檢，當時不管第六感還是怎樣反正就去採檢，那回頭看其實真的蠻精簡的，台灣的運氣真的很好，萬一接下來運氣沒有那麼好，我們還是只注重旅遊史T跟接觸旅遊史C的那些人，包括國際上一直很困擾所謂的無症狀感染者，那會不會在接下來造成防疫的漏洞？

延續這件事情，我最近看到兩件事情，第一個就是銅牆鐵壁的白宮竟然總統被染疫，代表這病毒無孔不入，我又回想起那時候武漢疫情的萬人宴，這兩天中秋節我們有很多地方在烤肉，變成說其實我們在面對民衆，台灣民衆因為太久沒有本土病例所以非常安逸，可以感覺到說都非常放鬆，但我們發現連川普都躲不過的時候，在民衆都已經放鬆的時候，接下來萬一第二波疫情開始的時候，我們怎麼面對？要有怎麼樣的準備？什麼樣的提前布署？以上幾點請教各位來賓。

■ 答：李純馥組長

謝謝您的提問，不過有些問題我確實沒辦法幫你回答，比如通報那部分應該是在疾管署，不過我非常感謝你提到我們雲端系統時間差的問題，我們目前是讓院所24小時上傳，所以如果同一天他掛了很多家院所，在我們系統裡面那個資料確實沒有那麼完整，這是我們目前要克服的，未來我們也期待

說如果院所可以看完診就上傳是最好的，不過這會干擾各位看診的流程，因為每個個案看完病他就要透過院所的資訊即時上傳，也碰到很多醫院的資訊人員跟我們反應說這樣會影響我們醫院內部系統的運作，所以這部分確實需要做克服，謝謝你提出這個問題，我們慢慢來提醒。

過去我們檢驗、檢查結果是4個月才上傳，那更久，我們覺得說這樣不對阿，你應該是最好能夠即時上傳才能分享，所以我們後來報告出來24小時內上傳，這樣子才能比較有他的效用。

第二點你提到SARS的經歷，我過去SARS的時候在陽明醫院上班，陽明是第二家封院的，因為我們接受和平轉出來的病人，後來我們封起來，那一次的經歷確實讓我對這次COVID-19比較不害怕，因為有那次打仗的經驗，那次差點被我老公叫回家，因為他說我太危險了，我說國家有難我怎麼可以離開戰場？所以我還是留下來，那次經驗確實讓我覺得如果你有打過那種戰爭，那次我覺得自己好像是軍人我在打仗的那種感覺，只是對象是看不到的，因為是個病毒。

這次一樣是有那次經驗，而且那次郭校長從CPC建立很好的模式，包括我們傳染病的防治網也建立了很好的效用，所以我覺得我們這次能夠成功確實是因為有那次經驗，只是我們目前沒有把那個資料做很好的Update，你提出很好的建議，確實是未來可以做很好的著重。

那您剛才講的插卡查詢，我們有時候也看到我們太依賴，所以那次軍隊出任務，他們從帛琉下來，可是他沒有上提示，為什麼？因為他都在船上，他是機密的、國家的行動，他不是一般出國，他資料是沒有給移民署，我們資料裡面就看不到艦隊他們是從帛琉回來的，我們看不到，跟國防部溝通以後，他們還是4/5帛琉回國的，他回來那個時間點有放到我們的提醒，提醒以後我們也知道很多院所依賴TOCC就Lost掉，所以那次艦隊有一個台中的兒耳鼻喉科因此被隔離了14天，我們補償了大概100多萬，因為他過去經歷、績效很好，他也真的是被影響到。

所以我覺得這個TOCC跟通報的標準其實一直在討論，那也透過我們的平台一直在更動，那我們也聽到院所一直跟我們講說又在變，不過因為這個Corona病毒確實非常詭異，我覺得每次連假完包括從清明連假，那時候我還拿了幾萬的通訊名單，一直監測病毒的情形，我覺得防疫提防確實是我們面臨最大的困擾，因為我們真的擋太久了，現在大家都累了，我相信真的是這樣子，那我們也是一直提醒，不然人真的會懶、覺得就這樣阿，就真的要很小心，尤其是醫院，因為醫院只要一個破口就很危險，裡面的病人防護比較差，所以他染疫的話得到重症的機會會增加，這裡我想提醒所有的醫護同仁、藥師、相關的大家都要小心小心再小心，謝謝。

■ 問：黃國欽醫師

好，我們的主持人，我們的邱P邱理事長以及參與這次座談的高嘉瑜立委，還有在座所有我們醫界的先進前輩，大家平安大家好。我是耳鼻喉科黃國欽醫師，我目前是服務於我們的基層診所，在此我以福和會理事的身分，再次感謝各位先進可以放下手邊的工作，來參加我們今天所主辦的2020健保國是論壇。尤其要感謝我們的邱P邱理事長，所帶領的醫師公會全聯會全力支援人力、物力，來把我們所有目前醫界的菁英、意見領袖，共同參與這次的活動。

剛剛組長一開始報告講到這個IC插卡可以查我們的旅遊史，其實來這裡要跟大家說一個秘辛，在2/5的時候18點公文的發布，有一個在18點58分會建置完成，就可以取得我們所有健保卡的身分跟TOCC，其中有一條未帶健保卡，必須要經取得被查詢人的書面資料，同意啦，當時我們看的這個，

以後的這個非常時期，你還要變成統一其實是非常的不合理，所以我們透過我們邱P的好朋友，我們法務部的部長蔡清祥蔡部長，馬上跟我們李伯璋署長聯繫，關於這點，關於病人的權益部分呢，法務部做全力的支援，所以在2/7又發一個文，就是如果沒有帶健保卡，需主動提供身分證號碼以利查詢，所以我想那是一個缺口，很快在我們政府單位通力的合作下，就把他補上了。

那這一次我們COVID-19是一個新興的傳染病，所以對於傳染的途徑治療都是在經驗中所累積，那對於政策的擬定，包括是否要篩檢呢？前一陣子都引起很大的爭論，那我這裡要用部長在8月所接受財訊的訪問，我說一段話，全世界的專家都在問為什麼我們沒有做普篩？台灣其實是透過醫療人員幫大家普篩，因為台灣有症狀的人都會去看病，這些病患一定是經過我們第一線醫療人員去診斷，選出來有可能的去篩選，世界各國沒有辦法學我們這套，因為其他國家篩檢比看醫生便宜，台灣則是看醫生比篩檢便宜很多，所以我們可以做這道防護，這大概就是說我們基層醫院、診所的專業度以及服務能量在這個分級醫療的防疫模式扮演相當大的角色，剛才我們那個張副秘書長也說在2/12-3/13，有75%從疫區、高危險地區回來的民衆，有75%都先到診所來看診。

那第二點，這個就比較辛酸，看診比篩檢便宜，我們部長本身是一個有名的牙醫，他也看到了醫師的看診費確實是偏低，那其實我一直感覺這好像我們現在是由第一線的醫護人員築起了一道人肉盾牌，人肉盾牌站在防疫的第一線，其實在疫情剛開始的時候，我們很多醫師就好像在把命提上戰場一樣，其實我們對這種未知，我們還是有恐懼，我們有恐懼、我們有擔憂，除了個人的健康之外，我們也擔憂診所的營運受到影響，員工的工作權受到影響，甚至也擔心我們的家人健康受到影響，這個有時候是很難一句話，叫做感同身受就可以理解的，所以在此我提出兩點來供各位參考，第一就是說我們的防疫如同作戰，在防疫物質的準備平常應該要確實的整備與清點，那甚至能夠建立一個穩定的供應鏈和發放防疫物資的系統通路，在第一時間能夠發送到防疫第一線的醫護人員相關人員的手上，這個我在我們台北市醫師公會，在我們邱P理事長的領導之下，第一時間我們在台北市12個行政區就建立起發放防疫物資的12個據點，讓我迅速的把這防疫物資送到我們基層醫療人員的手中，到目前為止，我們還繼續在做啦。

那第二點呢，我是覺得我們的政府相關部門要更能夠超前部署的站在醫護人員的角度去思考這個事情，就是說政府應該本於重視醫療人員在防疫期間的付出，也要考慮到醫療院所在經營上可能產生的困難，很明確地用政策宣示透過健保以及特別條例配套措施來降低對醫療院所的衝擊，那其實醫生不是很喜歡談錢，談錢是傷感情，但不談錢是傷心情，那所以就是說希望長官們以及各界不要以為說有健保總額所以醫界就沒有影響，事實上現在發現有經營困難的診所是越來越多，其實這也會影響到醫療的相關從業人員。

那其實我要講一點就是像最近暫付款的這個政策，在之前一剛開始有，第二個有沒有？我們不知道，結果最近又一個公文就是說可能、希望不一定會有這個暫付款的現象，甚至如果你覺得你有能力，你就不要參加暫付款的方案，甚至你可以提早還錢，其實我要說的就是說，政策的延續性跟明確性，對我是相當重要的，以上是兩個簡短的問題。

那我也在最後一個結論就是用我們部長所說的，在防疫的戰略裡面，台灣非常重視兩個元素就是透明與合作，想盡辦法讓大家來共同防疫，民主國家重視社會的對話，無論是政務官或事務官，有對話才能找到自己沒有做好的地方，做不好的地方就改，我想這樣才會進步，謝謝大家。



■ 答：邱泰源醫師

因為這幾個問題都非常重要，我想也不用今天在座位上的前輩來回答，因為在座很多人都是各縣市還有醫師公會的重要幹部，福和會有一個很大的民意力量希望把這些問題，拜託一下福和會能夠幫忙、能夠呈現出來，那我們醫師公會的成員不能只有一個團體，好像醫界反應在要錢，其實我們在幫人民的健康爭取資源，我們沒有這些資源怎麼照顧人民健康，但是會被打成沒氣質，沒氣質就沒辦法防疫。

所以拜託大家今天很重要的，我站在福和會的基層拜託福和會的大哥們，你們很有力量可以讓今天所有的問題呈現出來，我們共同來解決，那我相信今天的會議會更加圓滿，今天真的非常…早上部分差不多，那是不是我再度感謝台上的幾位報告者，我想我們彼此學習很多，那各位在座的前輩能夠整個早上在這邊跟我一起互動，我相信真的是為國家、為社會、為我們台灣的人民做最好的一個貢獻，我們今天早上的會議就到這，繼續來打拼，謝謝。

第二節 健保國是論壇

引言



林逸民

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

主持



周穎政

醫界代表



洪浩雲醫師

一般外科主治醫師
台灣大學醫學士
前羅東博愛醫院一般外科主治醫師
前新北市立聯合醫院一般外科特約醫師



簡立建醫師

台北市立聯合醫院仁愛院區急診醫學科主任
國立陽明大學醫學士
義守大學管理研究所碩士
前和平婦幼院區急診醫學科主任



李紹榕醫師

台北醫學大學臨床醫學研究所博士
台灣大學管理學院EMBA碩士
台灣大學醫學院臨床醫學研究所碩士
台灣大學醫學系學士
台北市立萬芳醫院外科部醫療副主任
台北市立萬芳醫院心臟血管外科主任
前敏盛綜合醫院心臟血管外科主任
前亞東紀念醫院心血管中心主治醫師



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



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

政府學界代表



石崇良常務次長

衛生福利部常務次長
台灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所博士
高雄醫學大學醫學系學士
歷任衛生福利部醫事司司長、主任秘書、綜合規劃司
司長
歷任衛生署企劃處處長、醫事處處長
衛生署桃園醫院醫務秘書
前台大醫院急診醫學部主治醫師



黃心苑副院長

陽明大學醫學院國際副院長
 美國約翰霍普金斯衛生政策博士
 美國波士頓大學公共衛生研究所碩士
 加拿大英屬哥倫比亞大學生化系學士
 國立陽明大學國際衛生學程主任
 陽明大學醫學院醫務管理研究所專任教授
 衛生福利部二代健保改革規劃小組「部分負擔制度
 (含重大傷病)」分組召集人
 衛生福利部菸害防制及衛生保健基金審議小組委員
 科技部生命科學研究發展司研究計畫臨床醫學複審委員
 會委員

提問



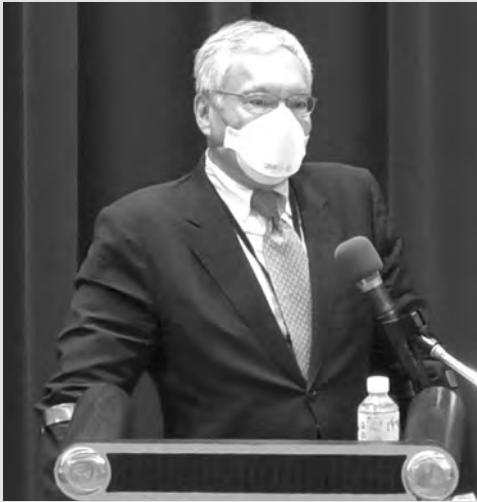
林應然醫師

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



王維昌醫師

中國醫藥大學醫學士
 中華民國醫師公會全國聯合會理事
 宜蘭縣醫師公會理事長
 中華民國基層醫療協會常務理事
 宜蘭縣政府顧問
 王維昌診所負責醫師
 羅東社區醫療群執行中心
 蘭陽居家醫療主責機構
 居家失能個案家庭醫師



黃慶峰藥師

台北醫學大學藥學士
SKYNET HI-TECH ASIA-PACIFIC 顧問
前美艾利爾健康公司董事長
歷任亞培台灣/Long Chain International Corp.
醫藥代表、嬰兒營養部主任、執行董事



呂雅雯專科護理師

國立臺北護理健康大學護理研究所專科護理師組系學士
福和會執行秘書
立法委員劉建國臨時助理
前台灣專注力研究學會秘書
前臺灣護理產業工會理事
前醫勞盟常務監事、理事、執行秘書
前樂山教養院護理師
前員榮醫療體系員榮醫院內科專科護理師、副主任
前馬偕紀念醫院器官移植協調師、內科專科護理師、
急診護理師

引言

林逸民

大家失禮，督咁飽，現在這個時間對我來說是最不利的，剛好要睡午覺。我今天要為接下來的健保國是論壇做個引言，感謝早上的羅醫師，羅醫師替我做了一些投影片，謝謝他。

請看上圖，這是上個禮拜我們健保會剛出爐的最新資料，台灣的健保成長，可以看到2020年度，其實還不是在這五年內成長最大的，早上我們有聽到衛福部長他講，健保的收入成長是2%，但是支出則是4%，所以表示現在是入不敷出，這健保的經費實在是很難解的問題。

但是在品質方面，2019年的CEOWORLD雜誌評比健康照護指數，89個國家之中，台灣還是排名第一最好的照護國家，在今年醫療健康指數（Health Care Index），台灣還是得到86.72分，是全世界第一，所以我們可以這麼說：我們用最少的成本，提供服務最好的高品質醫療。講實際話，就是我們第一線的醫療人員，實在貢獻非常多了，如果用「血汗」這個字，好像太恐怖，但是也差不多了。

早上邱泰源理事長不好意思講，現在要說的，福和會來講。政府是有照顧一般民衆，但是對醫療人員，好像認為醫師的核心價值就是應該奉獻犧牲，的確當醫生本來就要犧牲奉獻，像我一生從來沒有向病人寫一封信說要一毛錢，一生都沒有變過，以前沒有健保的時候，沒有錢的人，我照看，每年到12月31日我對我的護士講，今年沒有還錢的人，帳全部都銷掉、燒掉，我沒有寫一封信催討欠款，這是我一生值得驕傲的。

但是我現在也必須要替年輕人說話，像羅醫生，他這樣優秀，同樣很有名望，結婚又有孩子，還要負擔許多社會上社交開支，紅包、白包都要付，而他領的薪資，在台大醫院，也沒有多

少，真的很難養他的孩子，要去安親班，又要學英語，又要學日語，又要學跳舞，又要學鋼琴，這些錢實在是不夠。所以我們不是只以自己的立場犧牲奉獻，我們已經功成名就，理當回饋社會，但是，要考慮到年輕一代的醫師，現在才在建立他們的生活，以現在的醫療環境來講的話，實在是很困難。

話說回來，像我們的衛福部石常務次長也是醫生，但是他寧願來進入國家機構，領公家薪水，這個薪水不多，卻要做很多事，政策不好人家又要罵他，政策好他也只能當到常務次長，政務官又要看政黨輪替如何才能當，有時候這樣講起來對他們還是不公平。

我整個概括來講，這是這幾年來總赤字，缺口大概還是有4800億，台灣每年還缺240億的缺口，政府要用什麼預算來填補，240億要從哪裡來？健保曾經發生，已經給付的款項，5年前結算發現赤字太多又要追回，結果健保的預算短缺就是從我們醫生來扣的，各位醫師應該都還記得，幾年前我們曾經被健保討回一筆錢，一個診所追回300多萬，分4年每年要還90幾萬。

對台灣人民來講，健保非常的好保的滿意度非常的高，但是醫生的滿意度只有33%，這很奇怪，全民對台灣的健保滿意度將近9成非常滿意，但是問醫療人員只有三分之一的人滿意，三分之二的人不滿意，這是台灣現在的處境。

今年的第一季，因為從1月開始，C疫情開始以後，病人因為擔心疫情減少到醫療院所，不管到醫學中心、區域醫院、診所，都是門可羅雀，病人實在很少，換句話說就是醫院的收入差很多，這些錢中央健保局省下來，是一筆相當的金額，但是這些錢要作何用途？等一下石崇良次

長會講這些錢他們用在什麼地方。

以醫生的立場來講，這些錢原本就是應該要給付給醫生的，只是先以去年的點值比例計算，所以少付很多錢，總體醫療需求減少，總額預算制下，點值的比例應該要相對應提升。或者是撥給醫學中心，作為補助高階研究費用，讓有志先進醫療的醫師有多一點研究的機會。

我們政府只看到醫院反正都還能生存，連總額內的給付款都還要扣下來，至於額外的防疫獎助，當然也是杯水車薪，宜蘭衛生局說我們防疫有功，每個診所發給3萬塊。我們宜蘭縣醫師公會王理事長坐在那邊，也有領到3萬塊。我的診所聘用4位護士，我自己分文不取，都分給護士，每位護士分到的仍是聊勝於無。

我一個甥兒，姐姐的孩子在紐約開業，因為美國的疫情，美國政府給予防疫補貼，他告訴我說：「舅舅，真好，美國政府給我20萬美金。」一個月20萬美金。他的診所裡面只雇用4位護士，與他平分。台灣與美國對待防疫第一線的醫護，真的是差很多。

其實防疫的工作，第一線基層醫療院所，因應防疫需要，必須做相當多的準備。醫生要應付什麼？是不是需要多請一位工讀生，站在醫療院所門口，為每個進出的人量體溫，為此需要添購體溫計，還要請進門的人消毒雙手，為此需要添購幾瓶消毒酒精；加上每個人都要發口罩。這些都是成本。本來僱用一位清潔工，因為疫情的關係，他下午4點就下班離開，那又要另外請一位從4點做到8點直到診所休息，這又是另外一筆開支，政府都沒有替我們想到這些，這些額外開銷，讓一個診所每個月要多花30多萬元成本。

台灣的醫療水準非常好，但是醫療費用，與OECD國家相比較，佔國民生產毛額非常低，我這裡2019年的資料是6.1%。早上陳時中部長說我們大概佔6.4到6.6%，他的數據會比較準確，我這邊是去年的數據。不論如何，我們都遠低於美國的16.9%，也不要與富裕的美國比，我們來

比韓國，韓國是7%多。所以我們實在是最精準、最簡單，成本最少，呷最好又大碗又好吃又滿意的，這就是台灣的醫療健保，這就是來自我們第一線的醫護人員的辛勞，謝謝。

政府現在說要撥出123億元預算投入重症醫療，但這些預算又是從健保總額中去支出，健保總額原本應該要給付第一線的醫護人員，但是政府現在要挪出123億元給重症病人，預算底有沒有相對應調整，會補足總額？現在還不曉得，等一下石常務次長可以透漏一些消息。我今天做壞人，這些別人不敢質疑的，我們來提出質疑，不過不是針對個人，我們是對事不對人。

我們來談公平正義，台灣人民看起來認為健保很公平，但是對第一線的醫護人員，到底得到什麼正義？公平正義是互相，我給你公平、你也給我公平，我對你正義、你也對我正義，這樣才叫做公平正義，現在第一線的醫護人員，好像只能吞下去，不能抱怨、訴苦，只有朋友之間，像我遇到吳國治醫師，我是眼科前輩他是晚輩，我只能跟他互相訴苦，喝杯咖啡一邊談，也不能公開講，講出來大家批評說醫生只愛錢，這樣不好聽。

最近又講要管制自費醫材自付上限。近年來醫材不斷漲價，我的護士昨天跟我講，從10月1日起我們眼科已經沒有1萬的人工水晶體，起跳都3萬，我說1萬6人家就罵了，現在開到3萬的，怎麼會這樣？我也不曉得。我本身已經沒有在做白內障手術，我年齡這麼大了，這都是年輕的醫師在做，所以我是替年輕的醫生講，醫療材料這個收費上限，不應該下拉到6成，排除了4成的價格空間，這樣限制太多。

健保署發表政策方向，說不論是水晶體、心臟支架、人工關節，自費的收費，要從最高價壓低3成下來，這是不對的。曾經有人來說服我，說有的醫師開心臟要價200萬，最少也要100多萬，有開白內障要20幾萬，有的開關節、開脊椎要40幾萬，但這些頂尖收費的醫師都是少數，在醫界中的少數，人數不會超過1%，所以你不能

拿那1%稱收費過高，把其他醫材收費往下拉到剩下60%價格，這樣的平頭式的平等是錯的，可以降一點點，但是不能把價格直接往下拉30%。

牙醫就很聰明，牙醫植牙不屬於健保給付，他稱是「義材」：義牙。我們眼睛的人工水晶體，難道不是義眼嗎？所以健保法的第51條，這條就不公平正義，請我們邱立法委員應該要注意這條，牙科的植牙是義牙，所以不能包含在健保，眼睛的人工水晶體——現在主流的雙凸人工水晶體正是我設計的，1986年時在美國設計的，林氏雙凸人工水晶體，在美國正是以我的姓氏為名——我寫論文時也是稱這是義眼啊，因為是人工的，是以義體仿造人體水晶體的作用。植牙是義牙，人工水晶體就不是義眼？這個很奇怪，所以這個定義不公平正義。這應該不是衛生署石次長可以解答，因為這是立法院立的法條，剛剛高立委在場，應該問她，她應該要講這個，所以以後我們還要寫報告請他們注意這一項。

義材的定義就是以外來的醫材植入人體，維持應有的生理功能，義齒符合這個定義，則人工水晶體也符合這個定義，同理，心臟支架也符合義材的定義，心臟支架也是有用不銹鋼材質，人工關節也有用不銹鋼材質，但健保卻認定那些不算義材。當初設立健保的時候，立法委員最多是牙醫出身的，所以規定植牙不在健保，這個要去調查，吳國治醫師啊，我們眼科醫師就沒有出幾個去當立法委員。

所以我的建議，健保制度一定要改變，健保一定要落實轉診，我在美國當醫學院教授，在教學醫院看病，我一個禮拜只有看兩天，一次看25個病人，其他時間都在教室研究，我剛回來台大教書的時候，我的前輩說逸民啊你手腳很慢，你一天早上要看120個病人，我說老師你太厲害了，看到最後，我問他：你下午還有精力去研究嗎？他說睡午覺了啦！

所以台灣醫學院的教授就是在看病人，失去他原本應該授業、教書、研究的工作。所以從這

一點來看，台灣真的是醫療水準提高嗎？我真的很懷疑，如果我們看我們的臨床的基礎研究報告，如果沒有中央研究院這些人在做研究，我們李院士在這邊，我相信台灣的醫學水準基礎醫學與臨床醫學研究報告理當是不好的，是幸虧有跟國家衛生局這些合作，才勉強支撐醫學基礎報告水準。

我們再看日本，日本是這20年來，全世界得到諾貝爾獎最多是日本這個國家，這20年來，每年都有日本人在得諾貝爾獎，因為他們國家用了非常多的經費在做基礎研究，我的同學在東京大學看心臟科，他說他一個禮拜只有看兩天病，其他時間要研究、教書。

健保落實轉診到今天要2%都很難，醫學中心、地區要降2%，回歸基層門診，這都很難，因為我們沒有落實。

將來台灣人民年紀都越來越老，應當要去考慮照護這方面。

再來談商業的行為，台灣好像在剝削醫療人員的功能回饋給商業，因為財團，因為財團的商業保險，我常常被病人問說為什麼我這個保險沒有付？在美國很簡單，他說你先天的病是保多少？外傷的保多少？生病的保多少？每個保險你繳多少錢就可以給付多少，大概都有一定的標準，但台灣國泰很難啦，如果要保險我不敢保國泰，繳的最多，給付又一直砍，以我個人眼科方面，國泰是非常困難的，新光好一點，南山還不錯，以前遠雄也不錯，但現在遠雄也在砍，美國系統都很好，他們有一定的標準。如何用健保來跟已經成功的商業保險公司合作提供合理的保險，這個政府應該可以做。

再來要教導人民就醫的行為模式，不要一窩蜂就到醫學中心去，應該從附近的醫療診所來看病，另外是不是要調高健保費用或調高部分負擔？這是政治人物最不喜歡聽的，但是這個政策上應當可以去講，衛服部應該會考慮這個。

我今天很簡單的用這樣的引言來讓大家思考到底哪個方向會最好，謝謝大家。

主持

林理事長、石次長還有各位與會的貴賓，相當感謝福和會及全聯會的邀請讓我有機會來主持這場會議，剛剛林理事長做了一個很好的開場，他指出健康保險在2020年面對到很多的困境，那我們都可以感受到健康保險在醫界的努力之下，在台灣創造了巨大的影響，另一方面我們醫療支出成本相對是相當低的，醫界感覺在這樣的

周穎政

體系跟制度下，如果醫生要更能夠好好的照顧病人，勢必要在制度上做一些調整、做一些改革，我想我們今天聚在這邊就想聽聽各界代表，看看我們怎麼在2020年之後有個制度體系的改革，讓台灣的醫生更能夠幫助病人，讓這個制度能夠更照顧到這些為病人健康付出的醫療人員，現在請我們在座的代表發言。

醫界代表

洪浩雲醫師

各位長官、來賓大家好，我是洪浩雲醫師，我目前在基層的診所進行醫療服務，那我本來有個主題是要講到這次題目，那我的題目是要講到基層醫療的困境，那我要從健保的合身制度談起，全民健康保險法第64條，他這邊寫到醫師開立處方交由保險醫事服務單位進行服務的時候，如果保險人，這邊就是我們的健保署核定不予給付的話，歸責於醫師的時候，這個費用由醫師所屬的醫療機構去進行核減。

講白話點就是說如果我們健保發現有一筆醫療申請，我們現在是由醫院醫事去向健保申請給付，那這筆錢健保不想付的話，就請你自行吸收。那這個以我們商業保險模式來講的話，是一個很大的錯誤，因為商業保險進行的方式是病人去跟商業保險給付的公司申請，那如果這筆他不想出錢的話，這筆錢就不用付給病人，由病人這方來負擔。

我們現行健保制度的運行會發生什麼問題呢？現在的問題就是健保認為有些醫師會亂搞，所以改成核刪制度，這裡有個例子，有個醫師幫他的病人安排肺部電腦斷層，他要去檢查有沒有肺部腫瘤，事後健保把他刪掉說這筆費用不予給付，他的理由在下面寫到說因為沒有意識變化所以不需安排檢查，這筆費用就必須由院方自行吸收。

但是這就有問題了，因為醫師要進行的是肺部腫瘤檢查跟意識無關，所以現在的問題在於說健保為了要省錢，他進行了事後核刪制度，但他有可能隨便找個不洽當的理由進行核刪，剛剛保險法說這筆錢不管有沒有規則於醫師方，他說只要我抓到有問題就是你醫師方的責任，請醫院自行吸收這筆錢。

這個例子來說顯然問題不在醫院或醫師方，這是健保核刪制度本身的問題，就有人說刪如果有問題的話，你們應該申覆，那請看下一張，各位看這裡，健保署看病人的病歷，那他審核發現醫師用了降血脂的藥，於是他寫說你缺乏相關記載，按照健保的規定，降血脂的藥需要有病患的抽血報告，但是有經驗的話就知道說這應該是寫申覆的樣子，左邊醫師方在上面寫說病歷記載清楚，病患自100-104年都有服用降血脂的記錄，也都符合健保給付的規定，但是這個審核報告上去之後又被打回來，審核的意見還是不同意給付，他也寫說你缺乏記載檢驗報告沒有PE，所以拒絕給付，當時醫師覺得奇怪，我已經白紙黑字告訴你說我都記錄在病歷裡面了，如果你有認真去看病歷的話，不應該進行核刪，講坦白一點就是你認為我有問題，我刪的不對，那你可以申覆，可是我申覆以後，你最後還是不同意給付。

我們接下來看另外一個例子，我們醫界懷疑說我們健保進行核刪的時候，到底有沒有看出所謂正式的醫師，就是你到底是不是派有大腦的人來做這件事情？

這個案子就是在防疫病患身上，健保規定很簡單，就是所有的糖尿病患者第一線用藥建立供應，如果你有特殊問題的話，這個很顯然就會，看到一些患者身上用了糖尿病用藥，顯然用藥數量過多或怎麼樣就把他刪掉，這位醫師寫了申覆說我認真地使用了Glucomet藥物，最後還是不予給付的理由上面寫的是未併用Metformin，我前面就寫了Metformin，你後面又寫說我沒有用Metformin，到底這個審核的醫師是有沒有大腦？你到底是不是找正式醫師來審核？

這件事情到前陣子我們醫界就提出說所謂具名核刪制度的想法，因為前面幾個例子都有問題，這些有問題的例子不在少數，之前我們基層醫療醫師面對的是政府單位，他說我核刪的都是些正式醫師，我們找出核刪委員，那我們醫師是自己網內互打。

這個說法顯然是錯誤的，因為我們現在還是採取匿名核刪的制度，如果是以這個制度來講的話，匿名的醫師他們代表的就是健保署或是核刪的機構，他們的身分就不會是醫師了，所以不能夠說我們說你核刪有問題的時候，你的回應說這是你醫師刪的，不是，這是健保署刪的，不過現在核刪的權責單位好像有換過，這邊我們先跳過。

我現在要講的是我自己的例子，我們有個問題就是核刪完之後不管怎麼樣，前面有更多的例子，但是因為時間關係不可能全部都拿出來講，我們有時候在群組裡面抱怨某個案子被刪，我明明有抽血報告為什麼說沒有之類的，我們自己群組裡面會講說這個要感謝核刪的醫師，因為他是在做球給你去寫申覆很好過。

這講到兩件事，第一個就是為什麼我們要去這種無意義的事情？我們是為了核刪而核刪嗎？不是吧，我們核刪的目的有很多個，第一個幫健保省錢，第二個監督醫療執行人、監督其他醫師讓大家都有依照規則做事，而不是說我做了一些不必要的核刪，然後再請被核刪的人寫申覆，而且就我個人的經驗而言，我是每次寫申覆的回應都是這樣子，就是不給付然後給我一個代碼，這個案例我很火，所以我特地把他拍起來，這是一個疝氣的病患，我幫他動了一個疝氣手術，他上面寫了好幾個點就是刪了我前面門診一些抽血、住院的東西，刪了老半天我也不懂那個病人到底會不會被刪，我前面也寫了很多字，不過其實我也知道大概是沒有用的。

最後的結論，我今天提出這個問題就是說現在核刪制度本身問題非常的大，有些醫界朋友提出說應該要具名核刪，具名核刪本身會有很多問題，我們在這邊不做討論，他是一個方向，但是應該回過頭來想說我們核刪的目的是什麼？如果核刪是要監督大家有沒有把事情做好，就是我們講的藥物有沒有按照規定，這個其實不需要核刪，因為我們現在的醫師我們在點電腦的時候，他自己就會跳出比如剛才講的降血脂的藥，我每次想幫病人開血脂藥的時候，電腦都會跳出來說健保規定這個病人要有這些Loading，這種事情醫師自己就看的到了，就不會想說我到底要不要幫病人抽血，病歷裡面其實就有記載。

那如果核刪是要幫健保或整體預算省錢的話，現在是總額預算制度，那核刪這件事情跟醫療支出沒有直接關係，可能跟點值有關，但那是另外一回事。

回過頭來我只想問說在核刪制度下我們應該怎麼改？要直接去掉核刪制度或是說具名核刪，有些想法是說按照現在商業保險，商業保險是病患去跟保險公司請款，在這裡如果有一筆費用被核刪掉的話，理論上這筆錢應該要轉嫁回病患身上，因為按照法律來講沒有歸到醫院身上的話就是歸到病患身上，剛剛那幾個例子要核刪掉的話，顯然都不是醫院的問題，當然這執行層面上就有問題。

最後就是說我們要實行真正的公益制度，因為現在健保走向公益化，公益化制度做法就是在品質、效率、費用上面要取得平衡，按照目前的結果，要在費用上面有考量的話，我們只好犧牲品質或效率，可以想像說有些比較高價的像現在已經有事前審查的制度，也就是說把所有的手術都列出來，全部都是事前審查的，我都不刪，但你要過就要等，以上是我的一些想法，之後再請各位醫界先進指教，謝謝。

簡立建醫師

主席、各位前輩、參與國是會談的聽眾朋友大家好，我是簡立建醫師，我本身是醫勞盟理事，我剛卸任台灣外傷醫學會理事長，因為今天時間很短，大家可以加我的Line、facebook，如果有什麼問題我們都可以私底下討論，這是我的學經歷，我待過很多醫院，我喜歡到各個地方考察他們的風土民情、各個階級的醫院，我在醫學中心、區域醫院都待過，那我還待在第一線，我在2003年SARS的時候助有功績，其實那時候只是想到說可能要是真的不幸殉職的話，政府應該會付我喪葬補助費，不過後來沒有死，我還寫一篇lesson from Taiwan登在BJ，那時候像各位到醫院去，那我們一起想出來一個辦法，投到CMBJ，所以現在國內外都是，進到前面之前先在外面採檢，寧可錯殺一百不可放過任何一個可能是SARS或COVID-19的人，因為一進去會崩潰，這是我前年在國際大禮的時候幫我們前大使，我跟內科醫師我們兩個給他打26針強心劑，後來找人家來做葉克膜，後來轉到台大聽說住了兩個月出院。

這是我寫了18年的paper，SARS到現在17、18年，18年前我就用了這個東西，美國叫做PAP，在美國結核病的病人就戴這東西，因為他們對傳染病的管制非常嚴格，我2001年到洛杉磯看到他們戴這東西，我覺得這個很好，連TB（結核病）防治都戴這個，但是我們台灣沒有這筆錢，所以在10幾年前SARS的時候我就想到這個辦法，人家說很像變態，那個塑膠套裡面氧氣罩開很足的氧氣，其實這個很便宜，你可以homemade自己做一個airway，我們寫這篇文章登在disaster master，災難以及其他雜刊接受，後來我也把PPT整理出來，這是我今年在COVID19跟住院醫師說你的小孩才剛滿月，要插管叫我來插，所以這是我去幫病人插管真實的照片，那登了兩篇文章，一個是剛才的PAP。

台灣為什麼會沒有傳染？其實我們剛剛都講我們運氣好，老天疼我們，另外一個是我們戴著口罩保持社交距離，現在全台灣確診率最高就在我們大安，大安是最危險的地區，所以我們做了這些事情。

那今天跟各位報告為了醫界尊嚴，其實我這個演講準備了18年，我2002年就讀義守大學的碩士論文就是在寫總額預算，我記得我教授跟我說你這個寫100年都不會畢業，所以我就換一個題目，當時對於總額預算正面與反面的意見其實都還在我家裡，可是可以知道10幾年來為什麼要推行總額預算制度？就是要控制我們不停成長的總預算，那18年過去大家告訴我是成功還是不成功？沒有成功，制度沒有成功而且拖累了我們這幾年的醫療成長，醫療科技在進步，我要跟各位講我在外傷科，我在國外急救過研究我們台灣急救少了哪些東西？匿名審查就不講了，因為其實我們外傷科最容易被砍，莫名其妙就被砍。

這是我的文章，我沒有印給大家，你們可以掃QR Code，這在聯合報的網站上面還有，雖然要把他洗掉但沒洗掉，建立完善的外傷系統是很重要的，18年前總額預算我就說這件事情會弄得天翻地覆，因為醫療沒有進步，那在A健保的還是繼續A而且更好A，這有點像共產主義的計畫經濟，因為規定好大家這樣搞，那有錢有勢的還是繼續搞，在這體制裡面求個人本身的榮華富貴，有個年輕主治醫師，病人摔傷我在看急救，結果放射科醫師他看到背對我說你們是在做什麼？健保被你們搞成這樣，我心裡想說我又不認識你，你才V1、V2，你才剛畢業，我已經V10幾了，我還要被你罵？他今天應該不在這裡，如果他在，這10幾年來其實我們一直在努力、在改革健保推動健保，對話平台這部分我等了18年。

為什麼對健保署衛生部有很大的意見？2016年我們醫勞盟發了一個公文去健保署說會

不會推行DRG？今天應該都沒有健保署的官員，李淳馥組長，早上的演講者，他在最早期送DRG到我們外傷，我說不對啊，嚴重外傷3樓掉下來在路上被卡車撞到的，這完全不一樣的你怎麼做DRG？DRG是論病歷計酬，一定要很像的，比如說大腸癌、肺癌、痔瘡，這種相同病歷住院天數、醫療費用很相近的，才能實施阿，結果你一個送來我們外傷？他說抱歉簡醫師，因為那邊都是大老，開大腸癌、肺癌的都是大老，你們外傷科都是小老弟，外傷科就是大家不要去急診室做兩年、去外傷科做兩年，然後服刑期滿再回去樓上，這樣我們怎麼進步？那天我跟他吵得非常兇，他說我是讓他印象很深刻，因為我是唯一不讓他走的人，辦完他說要走我說不行，我們一定要把這件事情弄好，拖了這年多年DRG準備做。

DRG是一個很特別的給付制度，國外弄很好是國外有國外的背景，我跟大家分享我在美國讀博士，美國的教授講的跟我在台灣聽到的都不一樣，美國教授不是這樣講，他說你們總額摳，把台灣醫師都摳死了，我的美國老師說台灣人受傷去急診室看病，回來還可以去申請私人保險賺費用到自己口袋裡面，他是沒辦法理解，美國沒有這種制度，2016年我們因DRG去跟健保署談的時候，他跟我說不會實施，結果過一個禮拜馬上說要實施，報紙頭條上都在罵，我接到一個自稱健保分局的電話，他說你們簡XX是不是在裡面工作？我說對阿，他今天沒上班，他說你跟他講叫他不要亂批評政府，不然他要小心，這件事情我被查過很多次，但這次護理師跟我講說簡醫師因為你不在，我回官員說你可不可以留你的電話？因為簡醫師脾氣很不好，我們不敢跟他講，我請他打電話給你，你直接跟他講，剛才講的匿名給付跟現在這件事情的確都到了要改革的時候。

醫勞盟提出一些訴求，今天可能不是很方便跟大家分享，不過我們有幾點，第一個是要注重實務，傾聽基層，像我在美國當兵最重要的

是去伊拉克打仗回來的那些軍人經驗最重要，而且要公平正義、拒絕世襲，我們健保會管我們這7000個委員，這36個人很多人一直都沒有更換，就是沒有合適的，我們立法委員幾年就要換一次，各個社會階級要能有意見的參與，分級醫療不是醫學中心、診所、區醫院，跟大家報告這是我想了10幾年想出來的，真正的分級醫療在台灣已經打破美國轉診制度，而是必要、想要、需要的醫療，我今天開痔瘡也許可以不開，所以這是需要，但我今天心臟病發作那是必要的醫療需求，他說請你去排隊，美國、英國發生這種事情，台灣應該不會發生，所以未來台灣要繼續開會，10/9跟我們郭校長在陽明大學還有一場，請各位先進繼續參加。

滷肉飯如果一碗限定10元，大家只好吃到死豬肉跟地溝油，我們台灣的醫療品質在哪裡？右上角這張圖，大家用這張圖來笑說美國醫療資源不好，今天我們林理事長待過美國，請問美國醫療資源好不好？要看有沒有錢，但是台灣是沒有錢也可以享受最好的醫療需求，這樣對嗎？我們再看下一張，大家看英國、日本，日本在哪裡？日本收費不便宜但是品質很好，大家待過日本都知道他們其實不是那麼差的，他們其實很好，德國是價錢很高品質很好，五星級飯店米其林餐廳在哪裡？如果台灣這樣做一定沒有，我常跟老外講我們台灣就是夜市小吃醫療，隨時去都有，但要看運氣。

這是在美國洛杉磯，年輕人在門口聊天被開三槍貫穿心臟，他那天開刀、插管到我補他左邊的肺把他救活，他跟我聊天，在台灣可能嗎？他沒有保險，大家在笑美國醫療很差，這病人在台灣死100次都不會活啦，在美國看到這樣的例子到院前心臟受傷存活率還可以達到24%，這是美國南加大外傷中心，他醫院門口寫“you can get full health service with no pay”，我2011年走進去嚇一跳，我們說我們醫療多好多好，他們是這樣子，你們就算沒有社會保險，我們社區

醫院一樣照顧你，6歲以下、65歲以上不用錢，America Healthcare大家都知道低收入戶，所以美國沒有大家想的那麼差，我們台灣是包山、包海，這個直升機我想我們王董在這裡，直升機醫療每天20架，所以南投根本不需要蓋醫院，他只要把這個交通工具做的跟軍方一樣，拿平常的送外傷病人耽誤軍事演習，醫療、軍事就會好，空軍就會改善。

他們一次外傷急診室啟動這麼多人，我們台灣有些急診室啟動只有兩個人，護士、醫師都不來，外傷被告久了，救一個多一個。

大家說英國多好多好，他們2016年罷工了，前陣子英國連續四個年輕醫師自殺，有一個直接開去海邊自殺。

其實我們總額預算是德國來的，德國2005年罷工，這些年輕人還嘻嘻哈哈，過幾年又罷工，知道沒有辦法改善，他們繼續罷工，而且他們總額制度隨著GDP在調整。

這張大家可以看的出來總額沒有應付我們的總額費用成長，浪費的繼續浪費，我們醫療品質很多地方沒有成長，所以未來要漲價不是不行，但是一定要花在刀口上，有些使用者部分負擔，有些該花錢的，你要開BMW、TOYOTA、搭捷運都可以，不能要求大家都搭公車。

這張能力改革的部分，這個大學生送到急診室去，急診室醫師連續工作36小時以後誤診讓他死掉，我承認這是誤診，我那個年代連續工作三天三夜多的是，這不是好的事情，所以一定要納入我們勞基法來適當給年輕醫師一個保障。

下一張，這是我的病人，在前面的時候我想大家午飯吃很飽，看了之後無法消化，這被卡車輾過去送到醫院來，我們醫院要花多少資源才把他救活，但是在匿名審查跟總額給付的壓力之下，院長是不想要我收這個病人的，因為收下去我一個月可能要賠幾十萬，總額預算制度下，台灣病人第一個求巧而已，前一年的總額都爆掉，所以收這個可能至少要賠20-30萬。

下一張，台灣沒有這個東西，在國外才看的到，因為這個緊急剖腹探查器，10幾20年台灣弄不進來，因為廠商連弄都不想弄，台灣開的價格低到他連來問都不想問，所以我只能做我自己的Max's sandwich，這個也很出名，大家都說簡醫師自己手工homemade做這個袋子，你要多花半小時但這是我們的替代品。

下一張，這個臉撞成這樣，救的活救不活？放他走吧，我們還是把他救活，他只是以後不能從嘴巴吃飯，眼球、下巴全部都碎了，他還是可以工作，還是把他救回來，我們的外傷醫療就是在各地，不只是都市、城鄉都在救這些人。

下一張，工地掉下來，這都在台北市以外，這個他其實刺穿喉嚨更嚴重，這個也把他救活了，而且把他的手種到大腿把他養活，再把他裝回去。

後來開車環島，所以外傷科醫師努力做這些事情，但是這兩個東西我努力爭取4-5年了，右邊這個是強心劑，剛剛提到我幫大使打了26支強心針，每次都在那邊敲玻璃瓶敲敲敲，美國20年前就把強心劑做在預填式的針筒裡面，病人來撕開就直接打下去，我們在路邊、操場及敲玻璃其實非常非常落後，這個美國強心劑的藥大家網路上查8.99元，我努力了20年還沒有進來，台灣的醫療專業不是說不可以，但是就沒辦法給付阿，左邊那個是加溫加壓輸血器，之前大量出血的病人，我們給他輸的血都是冰的，紅血球越輸血體溫越低，從29度掉掉掉，後來就死掉了，這個是一分鐘可以輸血250CC到身體裡面，而且是38度半的溫血，這個機器在救命是非常重要的，我講了大概16-17年，去年李伯璋署長答應我們加入這個，我們在那邊謝謝他，雖然他今天沒有來，但真的要謝謝他，因為病人出血休克沒有左邊這個救不活。

最後，健保其實針對急重難罕，不是讓人吃到飽，健保署剛剛說要企業經營，大家都待過公司，大家出來講怎麼可能是下面的人支持度

30%，上面支持度90%，這個公司怎麼會好？所以很多經濟實落的事情大家不能不講，要維護醫界的尊嚴，其實醫材自費上限，有人在臉書上嘲笑說我們這邊被摸頭了，其實我不是眼科、心臟科的醫師，我不是為了我的收入在吵架，我是為了醫界的尊嚴在吵架，不是為了我們要賺大

各位長官、來賓大家好，我是心臟外科李紹榕醫師，其實每個醫界的人都有非常多的牢騷，不過我會努力把剛剛簡醫師花的時間還給大家，盡量講短一點。

這是我們網路上非常有名的一個漫畫叫醫界恐怖故事，推薦給大家，大家一定要去看一下，他完整的把健保這25年來犯了什麼錯，全部都用漫畫解釋了一遍，而且非常的短，那我今天想要講的主題其實就兩個：

一個是我們的勞動成本，另外一個就是醫藥材費用的部分，經過這二十幾年來這兩件事情一直被輕忽，終於造成一些嚴重的後果，為什麼說他被輕忽？其實最大的原因是下面這張，這是最近報導者他們所做的非常詳盡的兩篇文章內，就提到政府的支出並沒有確實達成當初他所承諾的1/3，甚至是後來立委要求的36%支出，政府都沒有真正做到。

那另外就是藥費一點一元，這個我們不得不稱讚藥業其實才是非常厲害的團體。藥費一點一元，在總額制度之下，那必定會壓迫其他的診察費、診療費，所以大家看到右邊這張圖診察費、診療費是在下降，藥費跟檢查費是上升。

我最想講的一件事情就是藥界的力量那麼

我今天沒有準備PPT，不過我今天主要講的是希望政府善待醫療人員，我要從COVID-19講

錢，而是要讓民衆有選擇開BMW的權利而不是叫大家搭公車，所以我覺得很多事情不能違背人性，違背人性就沒有用，所以我今天也不是醫勞盟的理事長，理事長今天沒辦法來，我僅代表醫勞盟說我們希望大家能夠社會公平正義，持續理性發生，這是我的臉書，謝謝大家，謝謝。

李紹榕醫師

大，他可以要到一點一元，然後我們醫護人這麼多，但是我們人微言輕，政府你一直壓，你真的覺得這樣的制度不會造成什麼樣的後果嗎？其實我們最近看同輩或者更年輕一輩醫界同儕的臉書，我覺得最經典的就是有人講現在上刀好辛苦，這個我深有同感，因為我是心臟外科，我每天都要面對新人、新的護士、新的照護者，我都覺得醫師再厲害，手術死亡率低小於1%，在這樣的後續照顧下我都不確定病人會不會活，這個是現在當下，如果我們制度再不改，讓這些護理人員跟新一代的醫師流失，我看大家以後怎麼過。

另外一個我想提出的質疑其實是採購成本，如果大家一直認為醫療院所老是利用所謂的藥價黑洞、醫材黑洞在賺錢，麻煩政府直接提供一個平台，做全台灣統一採購，所有醫院跟你買；不過其實大家都是明眼人，你知道這樣會有什麼樣的下場，就是共產主義的計劃經濟，會有非常多人衝康然後倒掉一堆地區醫院，我覺得這也是一種做法，反而是我們所期待的，你不如就這樣做吧，不要再把一些黑洞推在我們身上，我們看看全民健保最後會做到什麼程度，以上是我的發言，謝謝。

吳國治醫師

起，這整個過程我通通都有參與，真的為醫界感到不捨，大家在防疫的過程當中盡心盡力，政

府提供的紓困、補償、獎勵，紓困設立了一些條件，補償一定要面對看的到的病人，他才會給你補償，獎勵大部分的院所只拿到區區的3萬元，一個月1萬還要分給所有員工。

政府發了一大堆農遊券什麼的，怎麼好像醫界從來沒有這樣的優惠存在？對外反應總是告訴我們，我想現在很多包括健保署那邊，很多的長官對外都說你們有總額，其實總額當時是劃分出來的，所以根本不應該講有沒有總額的事情，我們走過一段總額點值非常低0.8的時候，有人補錢給我們嗎？沒有，所以防疫的時候說我們有總額，好像就給醫界一個favor，這個概念我完全不能接受。

我也跟署長講過我去新東陽只要我說我是醫護人員就打85折，我們明天去給他喝一杯咖啡，可是政府到底對醫界做了什麼？到底做了什麼？

我要跟大家報告一件事，當時規劃通訊診療，讓居家檢疫、防疫的病人回來的時候使用，當時用通訊診療告訴我們說大家辛苦了，還需要建置一些東西，會爭取通訊診療的加成，結果最後跟我們說沒辦法跟政府拿到這個錢，那時候我心裡很訝異，想說有這麼大的量嗎？有這麼多的病人需要居家嗎？這個錢政府出不起嗎？結果後來告訴我說加起來只要8萬多元，政府連8萬多元都不願意給醫界辛辛苦苦建立通訊診療的機制、照顧這些居家病人，連8萬多元都拒絕了，這情何以堪？我從通訊診療這邊就可以告訴大家，事實上政府這邊都認為說我們基層、醫院有總額就全部可以cover掉，這其實是讓醫界完全沒有辦法接受的。

政府都有這種想法了，健保會竟然有代表提出來說你們總額已經大於1了，當然這個引用的條文是錯誤的，他引用了預算法，事實上我們是用健保法在cover這些，而且總額已經分出去也在執行了，那在預算法那邊是在檢討政府機關，用錯誤的引用想把這個錢收回去，引起一些譁

然，最後我們是把它守回來了，不過可以知道社會氛圍對醫界是非常艱困的。

基層醫師耳鼻喉科、小兒科，這次疫情之中受到委屈，我耳鼻喉科的朋友告訴我說他到現在已經花30萬了，他買什麼？他買一些防疫的物資，甚至還要去搶，政府到底給了多少？N95口罩給了幾個？防護衣給了幾個？品質是好的嗎？

醫界在第一線守的這麼好，可是我們沒有辦法得到政府關愛的眼神，從疫情開始之後我參加過無數場會議，每一次開場都是說我們感謝醫界的付出，就是這樣而已，接下去什麼都沒有，連8萬多元通訊診療的補助也通通都沒有拿到，這個部分事實上從醫院那邊傳出來有給補助的錢，問題是這個錢醫院那邊都認為是不夠的，我想這邊有幾位院長在，大家都知道所有的資源都空下來等待隨時要上陣，但是沒有得到適當的補助，基層更是委屈。

我們面對第一線的病人，如果沒有基層守著，我常常問醫界的朋友講說兩個選擇你要怎麼做？在醫院你面對已經確診的病人，你要去照顧這些病人？還是你要在基層看到所有類似症狀的？大家都說我要去看確診的，我們在這邊像是消波塊，可是部長也講了，部長講什麼？我們之所以不做檢驗是因為我們看病的成本比較便宜，這是把醫界當做什麼？成本比較便宜？這個東西聽了感觸良深，可是醫界還是盡心盡力的守在第一線，太多事情其實讓醫界非常難安心，包括最近健保署在做什麼動作？在做核刪，其實我記得那時候部長有答應說去年額度8成的費用，他會爭取給醫界，可是事實上健保署現在已經在通知各診所，他擔心跟SARS的時候一樣，讓醫界吐出來的錢拿不回去了，開始讓診所簽你是不是不要採用那樣的付款方式，他已經在打預防針說希望這個不要造成呆帳，跟大家報告防疫還沒結束，醫界還守在第一線，現在已經在收帳，那醫界感受如何？大家心裡有數。

最近我們的同儕收到一些防疫的獎章，可是

大家還是搞不清楚說我為什麼得到這個獎章，因為有些看起來更有貢獻的人沒有得到獎章，醫界領導的幹部從來沒有爭取這個東西，到底是怎麼樣推薦的，這是怎麼來的？一個制度弄出來讓醫界覺得說問號重重，那這是一個好的制度嗎？

以上提的這些主軸就是希望政府善待醫療人員，從這邊帶進來為什麼政府這麼想？醫界為什麼難安心？因為政府always用價格來算醫界，而不是用價值，大家知道醫材上限，最後我們還是要去檢討健保到底是什麼制度，他是一個社會保險？還是共產主義？

健保署現在的想法是說只要跟我健保給付沾上一點邊的，都是我的人，醫界所有要跟病人收的費用都要經過他的同意，醫材上限就是這樣，這是一個補差額特材的東西，事實上健保這邊已經cover了最基本的病人需求，我是眼科醫師，我有在開白內障，我最有資格講這個話，我都用健保看診，我從來不用差額看診，病人就抱怨說我開得不好，因為視力只有稍微恢復，可是我們知道差額特材的東西有他的功能，連病人自己想要掏錢都說不可以，這樣好嗎？你要去檢討這個制度，包括之前達文西事件也是一樣，只要跟健保沾上一點點關係的，通通都歸他管，那把醫界的尊嚴、專業通通都踩在腳下。

同工一定要同酬，我說我們眼科的教授剛剛還有1000個病人要等待開刀，他一個多收2000元有錯嗎？有錯嗎？如果今天是這樣讓這些病人沒有辦法得到最基本照顧的時候，你訂立這個我是同意的，可是事實上今天有人工水晶體給病人用，這個已經沒有問題了，這個時候還要歸他管，所以這是完全不顧醫界的尊嚴跟專業。

在場各位關心健保議題的前輩跟各團體的代表大家好，我叫吳欣岱，我應該算是跟其他幾位醫界代表的年齡有差距，我代表年輕醫師跟大家

很多事情我要呼籲健保署，另外保費已經不夠了，漸漸的要漲費用了，其實我覺得政府這邊依法行政去做，就可以做得很好，20、30、40%的差額、病人的自負額，這個東西有沒有一個法在處理？

大家都知道健保本來設定的是一個定率的制度，後來說要改成定額，可是定額精神是什麼？他一定要配合定率，如果按照30%病人要付600元的話，可能算出來是631.5元，大家知道這樣收很麻煩，收600元是可以的，可是政府用所謂定額制的時候，把他弄成200元，那完全不符合這個精神，很多東西都是用函釋去解釋，部分負擔要給病人簽不用付所有負擔，超過的要處理，那都是什麼要處理？都是函釋出來的。

其實醫界委屈的地方是所有的東西政府通通都不敢對病人做任何規範，所有的規範都由醫界概括承受，慢性病重複用藥，超過一點醫界扣掉、核刪扣掉、什麼都是扣掉，可是我們什麼時候看到政府、健保署對病人做？

我跟病人常常在聊天，跟他說要漲保費，他說好阿、沒有問題阿，不然健保倒了，我們全家都糟糕了，可是事實上就跟我們現在的氛圍一樣，真正出來的人我覺得他的代表性是不足的，包括我自己在健保會，我常有這樣的體認，而且健保會在這部分也不是非常尊重專業，我是覺得這些都是政府要檢討的，我沒有用PPT，我很雜的講了一些東西，可是中間有很多點我相信政府能夠catch到，我希望健保能夠長長久久，病人也能夠很好，希望善待我們的醫療人員，讓我們的醫療人員在一個快樂的環境中照顧病人，以上，謝謝。

吳欣岱醫師

說說我的想法跟遇到的一些困境，那我本身是陽明大學醫學系公費生，我是公費醫師，校長好，目前選的是心臟血管外科，所以我一路以來待過

衛服部的基層醫院，我也為了心臟外科的受訓去過醫學中心，那因為是陽明大學的關係，其實全台灣北、中、南、東部很多醫院我都去過，一個月甚至一年以上的實習，甚至是住院醫師訓練。

進行這個主題之前想先問一下在場不是醫療專業的觀眾，你們覺得看到醫生是一件困難的事情嗎？有些人在搖頭，其實在台灣看到醫生從來都不是一件困難的事情，可是之前常常吵得一些人人力問題，包括四大皆空，現在年輕醫師跑去醫美行業等等的這些狀況，這不是因為醫師人力不足，是因為一些醫療專業給付跟尊重專業情形有受到忽視，像我們這樣年輕醫師，其實在受訓的時候看到外科的前輩是高工時、高訴訟率，而且給付是不成比例的，其實大家可以想看看，外科醫師應該算是佔次專科一個很大的部分了，外科醫師主要就是動手術，那外科醫師的手術點值，就是我們執行手術拿到的報酬，大概佔整體健保支出的百分之幾？其實聽到數字的時候我自己有嚇一跳，那時候我主治醫師第一年，我覺得前途黯淡無光，只佔整體健保不到5%，好像3%多而已。

那這些年輕醫師看到這些這麼辛苦的訓練過程，在我住院醫師的幾年途中，應該已經看到數不清楚多少個外科前輩開刀開到睡著，這個非醫療專業的人會覺得哇太誇張了吧，怎麼可以開到睡著？真的太累了。那這麼辛苦的訓練過程之後，不僅給付沒有比較多，而且很多外科的專業都是屬於剛剛前輩提到的DRG，一個病人只給一個固定的價錢，那DRG的狀況很多複雜的患者就會被醫院覺得是賠錢貨，在經營會議的時候常常被檢討，外科又不賺錢、又不帥還要被檢討，其實大家就不會想走外科。

剛才已經說過醫生的精力是足夠的，但是為了改善四大皆空的政策手段，前幾年我們進行過一個給外科的住院醫師多了給付，就是一年多給他幾萬的薪水，在住院醫師的階段讓他們算是領個小紅包，走外科走的比較開心一點，這幾年這

個政策也沒有了，相對的是去限縮這些皮膚科、五官科這些比較受歡迎的科別的名額，希望可以把人擠到那四大科別，我相信這個政策並不是大撒幣就有用的，靠著限縮皮膚科跟五大科，希望更多的醫學生畢業之後可以進入四大科訓練，這是治標不治本。

接下來還有各種政策提到會廣設醫學系，台灣的總人口數其實從小學到現在都沒有什麼變，只是會有人口老化的問題，所以我相信醫療人力如果再開放各大醫學系的話，只怕未來四大皆空跟流浪醫師這兩種極端的不幸都會同時發生在台灣。

接下來繼續講到心臟外科這門專業，特別提到是因為我是這科的，那我們這科有個疾病叫做動脈瘤，前陣子明星過世就是主動脈剝離，動脈瘤有兩種治療方式，一種是動脈內的支架置放，有點像是心導管，我們用一個有點像網襪的支架去把壞掉的動脈瘤包住，讓這個瘤不會越變越大，因為破掉就會死亡，另外一個方式則是讓病人的肚子打開，把壞掉的動脈整段換掉，然後去做治療，其實這兩種方式各有好壞，適合不同的病患族群，很不合理的地方是這兩種治療方式，一個大概2-3個小時大部分就可以解決，另外一個心臟外科醫師要花上10幾甚至20小時的時間，要花很多精力去開，而且開完其實需要照顧得比較久一些，那這兩種對醫師的給付是一樣的，所以外科醫師時常會考慮到這些比較現實的因素，他並不會對這個患者做出更適合他的選擇，另外也導致說我們剛剛說的很多這種比較吃力不討好的手術在臨床上越來越少人使用。

希望健保署跟各協會協調，在這種情境下可以節省健保資源，剛剛說到比較快的這種手術，他其實使用的醫療耗材是20-30萬以上都有，相對之下其實並不會節省到健保的支出，如果有辦法可以跟各協會協調類似像這樣的狀況，我們給醫師更多的給付，讓他們不再吃力不好好，而且選擇上也可以稍微為健保環境減少支出的話，我

相信這是一個雙贏的局面。

剛剛簡醫師有提到台灣槍傷打到心臟存活率是0，不過台灣因為沒有開放槍枝合法化，我比較常看到都是心臟被刀刺進去，那個死亡率其實沒有那麼高，因為拔出來再趕快治療就好。心臟外科其實蠻尷尬的，因為我們這個執照在醫院大部分是要建立心導管的時候會用到，可是我們很多手術剛才講到DRG都是做一台賠一台，常常因為成本考量，因為他做一台是固定的錢，所以醫院就會從比方說手術器械、手術耗材去做一些盡量costdown的動作，那心臟手術非常複雜，你要把胸部的骨頭鋸開，鋸開止血，把心臟停下來，把全身的血移到另外一個機器之後再移回去，只為了去幫心臟做手術，非常非常複雜，花了好幾個小時，那你這個手術耗材如果costdown的話，我常常舉例說你可以用湯匙喝湯不會流出來，其實你用叉子也可以喝湯，可是是會滴出來的，那你要心臟外科醫師一直用叉子喝湯，他滴出來的就不是湯耶，是患者失血的量，所以這些狀況在臨床非常嚴重，也發生好幾年了，只是因為這個很有專業鴻溝，一般民衆不會知道，所以一直沒有被提出來，希望這個部分也可以有一些應有的，針對這些情形做個改善。

那目前其實在南區有一些特殊手術的專案給付，那的確是有改善到比方說主動脈剝離這種困難手術少人開的狀況，可是如果有可以根治一般心臟外科醫師這種DRG狀況給付的話，還是希望可以進行。

接下來進行到給付，因為其實剛剛前面幾位前輩都提到很多了，追根究柢就是我們專業人力的付出跟技術是不符成本的，那外科醫師不願意進行辛苦又有糾紛的手術，所以我們醫師看診診察費一個患者只有70元，最多超過幾十元而已，那你這樣怎麼可能願意花很多時間去看患者？剛剛提到甚至有1-200個人，那患者也因此覺得我沒有受到醫師足夠的照顧，那我就看兩個醫師三個醫師，變成doctor shopping，那對醫療

院所這種算是沒有賺頭的患者，久了以後，短時間內一般民衆可能沒有感覺，但是醫療人員大部分都已經知道現在這個狀況是在崩壞進行中，說不定10-20年以後，甚至更早，我們的爸媽就有可能你自己知道他可以接受更好的治療，但是他不知道。那這樣的狀況其實是目前大多數醫界代表願意站出來的原因之一。

其實我昨天才聽到一個故事，就是我們高雄這邊有一對醫師夫婦，他們生了一個小孩膽道閉鎖，膽道閉鎖的嬰兒其實很難找到小兒科的醫師開刀治療，他們那邊就找不到，我們聽到之後很訝異，因為你爸爸媽媽身為醫師都找不到了，那一般民衆怎麼可能找的到？甚至他也不見得有一個很好的處理。

目前為止，審核將近國家預算一半的健保費總共是7-8000億，可是健保會組成副會長代表委員是沒有民意基礎的組織來指定的，而且他沒有任何的利益迴避機制，也沒有任何財產申報的規定，審核基準其實沒有像這些立法委員、民意代表這麼嚴格的，裡面我們去省思健保會的會議記錄，發現裡面一直有菸酒商的付費者代表，菸捐跟健保預算其實是有一定的關聯，雖然有規定健保會的委員他不能連續擔任超過兩屆，可是其實我們在看會議記錄，一直有個人他是代理別人出席的狀態，那這個部份其實沒有任何的管控。所以我認為說健保會的組成真的需要攤在陽光下讓大家一同檢視，如果有問題的話，必須要有一個可以申訴的機制。

最後一段是健保署的公告，目前每年有超過3億5千萬的申報，可是新聞卻報導去年有162件被民衆檢舉，然後新聞說醫界A健保，其實3億裡面只有162件是比鐘錶精準度還要高的一個數字，我們是非常有效率的，所以一直以來健保署在這麼有效率的狀況之下想要找出申報不良的醫療機構，這樣才可以避免犧牲其他規矩申報的醫師。

最後講一下醫材上限的部分，這個部分反應出兩個問題，第一個其實是長期以來衛服部跟醫

界基層沒有一個好的溝通管道，我想這個是我們醫師自己要去努力的部分，第二個是健保長期以來壓低藥品跟醫材價格的結果，已經有劣幣驅除良幣的效應了，很多藥廠開始退出海外，醫師平時在臨床的藥診應該都有感覺到某個藥本來是原廠，改成台廠之後怎麼好像要要用到2顆才有效？這其實是大家普遍的經驗，醫材這個部分其實也有，因為這個命令頒布之後血管外科就有一些支架他們在評估要不要進入台灣市場，看到這個命令之後他們嚇得收手了，他們不敢進來了。

除此之外因為最近武漢肺炎全球停工，就會有原物料缺乏的情形，很多特殊醫材在缺貨的狀況之下，廠商都明講了，如果缺貨第一個就是先不供給台灣，因為台灣利潤太低，這時候犧牲的當然就是患者的權益，醫師其實在臨床上比較少接觸到各種不同的武器，我們經驗比較少，也沒有辦法促進整體醫療的進步。早上邱理事長有提

到說政府要推廣智慧醫材部落，其實要提供東西的話，一定要建立更友善的醫療環境，也有點像陳時中部長講的健康投資的概念，要怎麼讓這個投資得到回饋，相信不會是在壓迫工作人員上進行的。

最後身為基層醫師的心聲，因為健保制度在有限資源下可以得到一個很好的結果，其實我們也都覺得很驕傲，但是第一線醫療人員常常會遇到比方說醫療暴力、盜用健保卡，或者是一些民衆要求我們做不合理的檢查，這些我們真的很需要健保署跟我們站在一線，跟我們站在一起才能一同為健保把關，而不是把我們夾在民衆跟政府中間，搞的兩面不是人，所以接下來年底我跟幾位醫師會一起成立全國的醫師醫療產業工會，基層工會Labor Union，希望可以統合一些臨床醫師遇到的困難，協助政府一同打造更好、更有效率的醫療環境，謝謝大家。

主持人 周穎政教授

我們很謝謝我們年輕的吳醫師，他真的是從年輕世代講出來，希望未來有一個更好的不管是醫材、藥品，以及更好的技術能夠來照顧病人，很謝謝他，我們接下來就是政府代表，我們今天很高興是石崇良常務次長來做報告，可是也要先替他說話，他過去也沒有主管健保業務，未來會有機會，那不管怎麼樣我們請我們的石次長來做報告。

政府學界代表

石崇良常務次長

我也是沒有簡報，我算是誤入叢林的小白兔，第一個先跟主持人各位先進大家問好，在中秋佳節討論這個題目實在是有點煞風景，我一直問我的秘書說這個會議有沒有延後？因為連假四天不曉得大家心情上還在過節裡面要來談論這個問題，結果沒想到今天還有這麼多人出席，表示大家很重視這個議題，第二個是剛剛大家提了很多問題，我也很抱歉，因為今天現場好像也沒有健保署的代表在，沒有人可以給我遞小抄，但是有個好處就是大家可以暢所欲言，因為沒有健保代表在大家就可以盡量講，不太會有火花發生，這是好處，但是我想這個健保議題非常的大，從各個層面上都可能會影響到，這不是一個單純的財務問題，他是整個國家醫療制度的問題。

我也很簡單的先向大家報告一下，對於這個醫療的照顧體系，WHO也有提出一個比較完整的架構，他必須從治理、體系、人力、基本藥物的供給跟財務的規劃，從這五個構面來思考，雖然叫做健保國會會議，但是他談的可能不是只有健保的費率或者是財務支付，而是從整個醫療制度、醫療體系的發展，如何永續來做思考。

在治理方面最重要的還是把規則確定，因為有一個法律在他立法當時就為這個體系做下定位，如果要看我們法律所受理這個制度上規劃方向的話，那當然就會回到我們的基本大法，就是中華民國憲法，那中華民國憲法第13章第4節第157條特別提到我們的憲法裡面是把醫療放在社會安全，所以我剛剛看到大家在談到底健保是一個福利？還是一個保險？其實在我們憲法裡面一個比較清楚的地方是放在社會安全這節，第13章基本國策第4節第157條叫社會安全，這樣的醫療制度把他明確的定義在公益制度，列在我們

的憲法裡頭，如果沒有更動的話，我們整個醫療制度是朝向一個符合公益制度精神來發展。

因此我們用全民健保來落實所謂公益制度的理念，這個從治理端來看先把他定位清楚，定位清楚之後當然就需要配套，剛才所有無論是治理、體系、人力、基本藥物的供給跟財務方面的規劃，隨著人口老化我們的體系就越來越複雜了，我們本來雖然叫做健保，但主要還是做醫療，看起來像醫療保險不像健康保險，我想在座很多先進也曾經提到說到底我們的健保是醫療保險還是健康保險？如果是健康保險的話應該要包含在預防保健的部分，現在顯然我們在健保法裡面已經明確排除，所以現在健保主要的支付還是以醫療的部分。

隨著人口老化我們有很多長照的需求，所以我們這個體系就越來越複雜了，從健康促進、醫療照護到後面的長照，這通通要包括進來，就變得非常的龐大且複雜，所以這幾年政府主要是在建構、因應老化社會所需要的照顧，以老有所終來做準備，因為現在還不是最差的時候，大家都知道我們現在才剛邁過老年人口14%的門檻，進入所謂的老年化社會，但是2025之後就會超過20%，到超高齡社會的時候我們的挑戰會更大，這是目前在做的。

為了讓這個體系能夠有效的運作，這也是這幾年邱委員一直在鼓吹的，就是分級醫療的落實，怎麼樣透過分級醫療讓這個體系更有效率，這是我們這幾年體系在做的一些轉變，後面有三個非常重要支撐這個體系的，一個是人力，一個是基本藥物的供給跟財務才有辦法去支撐這個體系。

人力方面前幾年我們面臨四大皆空，或者是說五大皆空，五大皆空因為急診室是一個新

興科，所以他還沒有，不過預期再過幾年他就飽和，這幾年人力的供給一直穩定的在成長，現在就整個人力來看，當然我們沒有辦法去跟OECD的國家比，每次比OECD人力就會被拿出來說是偏低的，是OECD國家的最後一名，那當然我們不能用OECD的標準來比，因為每個國家的體系制度不同，不能說我要比哪個點就抓哪個表來比，這喪失了全觀，不過在人力部份我們確實看到隨著少子化、老年化，我們確實要對人力重新思考。

簡單來說我們目前如果以一個兒科醫生來講，我們同樣總醫師，全國人數的總醫師比OECD國家落後，但是如果用兒童數跟兒科醫師比例來比的話，那就是高的，很顯然科別分布之間必須要檢討，但是講到外科也是一樣，看起來我們外科醫師比相對全體醫師比來講，他的排名又再往上，可是在某些外科面臨人力拮据的問題，比如我們的小兒外科或者是我們分科的細分科。

人力部分大概從兩個方面，一個是地域分布上偏鄉人力的問題，一個是在專門領域上人力的問題，因此我們人力的規劃上不太會只是看總數，當然很多人拿總數來看就說要增加醫師人力，因為比起來我們是低的，但是我們不應該只從總數去看，反而是要看到底我們人力的問題在哪裡，應該是分布不均，不均是在出現在科別的問題，出現在偏鄉的問題，這才是我們現在人力部分要做的思考。

過去我們都是叫23個主專科，現在也開始盤點到次專科，理由是因為次專科過去我們沒有這些人力的掌握，因為他不是固定，自由發展之下，反而造成一些人力吃緊，像是心外、胸外，這些都有吃緊的情形，所以我們今天進一步盤點這些次專科，這些科別人力都有清楚的掌握之後我們才有全貌，知道到底我們醫師的政策是什麼。

再來是基本藥物的供給，剛剛大家都有提到這兩天有個議題就是小兒科新生兒，過去大家比較熟知就是罕藥，罕病的用藥，因為這些很多

都是孤兒藥或者製藥廠沒有進入台灣，所以在這些罕病人藥物供給上出現問題，過去會有罕病藥物的基金專門處理這部分藥物的供給，但是現在已經不是罕藥的問題，隨著疾病科學的進步，越來越多類似這樣的藥物或是醫材出現，所以這兩天大家在報紙上看到就是兒科用藥，他不是罕病，但是因為我們這樣的人口數，新生兒的人口數少，使用的量也少，所以造成國內供給上不宜採購，甚至沒有進口，所以我們才會用一個叫做困難取得藥物的調度平台，來調查各個醫院的需求，統一來採購，剛剛前面有提到這個平台的目的是在處理像這樣基本藥物的供給包含醫材，這點在滿足這體系來講很重要，另外FBA現在也在盤點提供叫基本藥物的調整，這好多年沒有調整了，調查之後列出我們國家的基本用藥，基本用藥列入之後他就會定期，變成常態性的監測，那在藥物的供給上會不會有特別的問題，能夠及時介入，包含缺藥的通報、專藥進口或者補助藥廠開設生產線等等這些措施就會進來。

除了基本藥物的供給、人力政策之外，最後一定都會扯到財務的問題，要這麼多人、藥，最後會有財務面的問題需要解決，大家都知道我們在財務面向的兩個指標，一個是NHP佔GDP多少比例，這是一個重要的指標，另外一個是自費所佔NHP的比例，這兩個是很重要的財務指標，到底投入上是夠不夠？如果從這兩個指標來看，台灣的表現都不理想，NHP佔GDP的比例很低，第二個out of porting所佔比越來越高，這兩個指出我們財務上的確有很大改革的地方，所以overall來講，這麼多的問題我們也算是拋磚引玉，因為接下來大家一定會有更多的指教，那我相信這不是在這裡談一天、兩天就可以有解答的，但是透過這樣對話的平台集合大家的智慧，在座也有我們醫界尊敬的大家長邱委員在這裡，需要體制改革的部分，我想我們三方面跟大家共同來努力，讓我們的醫療體系能夠做永續的發展，以上做簡短的說明，謝謝。

理事長、校長、各位來賓大家好，我今天也沒有準備PPT，我很後悔沒有做，因為剛才前面幾位都做得很精采，首先今天我真的是再次確認我平常聽到的消息是正確的，醫界真的對醫療體系很不滿，我在學校主要是上醫療照護體系，很多學生、同事都是來自醫界，所以我常常這些對醫療體系的抱怨，但通常我們在介紹醫療照護體系的時候，尤其是國際場合裡面，身為台灣人是非常開心的，因為我們非常的驕傲拿出我們的健保，講出我們的健保保什麼，我們的費用比起其他國家相對的低，就感覺很驕傲，我們的滿意度都是8成、9成，大概是政府政策裡面滿意度最高的，這也就是健保為什麼不能倒的原因。

但是我們漸漸發現在醫療照護體系裡面還有一塊很重要的就是醫界，我有一張list line但是今天沒有帶來，真是太可惜了，一邊是我們民衆對健保的滿意度八成將近九成，另外一邊是我們醫療從業人員對醫療的滿意度，大概不到三成，所以就會發現說這個醫療照護體系從1995年健保實施到現在已經慢慢不是我們期待中健保奇蹟或是醫療照護體系的烏托邦，在社會的變遷、醫療科技的快速進展下，醫療照護體系已經到了需要根本性改革的時候。

剛才聽到大家談的這些議題，有心臟外科、外傷、各個不同專業的醫師談到他們在這個醫療照護體系下工作上遇到的困難、挑戰，其實綜合起來只有一個statement，就是看起來我們的醫療照護體系資源既患寡又患不均，大家知道醫療快速進展的主要因素裡面大概就是醫療科技最大，然後agent然後我們經濟發展大家對健康醫療的需求變高，那這幾個因素隨著社會變遷、醫療科技進展的時候，當我們控制我們醫療費用，控制這麼嚴格的時候，剛才所有問題就跑出來了，這是患寡，如果不患寡的話為什麼醫療費用要控制得這麼嚴格？醫療費用必須要控制的話就

會產生所謂的核刪、總額預算，必須支付制度去控制我醫療費用成本的成長包括DRG，就會造成剛才所有的問題。

另外還有一個患不均的問題，患不均就是說當我只有這些錢的時候，我怎麼分配，不同的分配方式就會產生不同的影響，剛才石次長講的四大皆空、五大皆空，假設我們醫師總數是夠的，是患不均，為什麼會患不均？是不是一路以來我們支付制度的關係，造成這樣的患不均？

所以我剛才聽下來所有的問題就是conclude在患寡又患不均，從COVID-19疫情發生之後就會發現醫療照護體系的缺陷更彰顯出來了，其實這是一個長期的問題，其實健保的問題在許多次健保會議裡面已經一再重複，所以我們對問題在哪大概沒有太大的差異，大家對問題的理解沒有什麼太大的差異，接下來要往前看的是假設我們要改變他，要怎麼來做？

醫療照護體系的問題很多都存在價值的判斷，比如說我們整體的醫療支出或投入，就像今天早上陳部長講的，其實醫療費用他不是一個consumption，他不是純消費也是一個投資，假設這樣看的話，我們整體社會對醫療的投資、對健康的投資夠不夠？到哪裡才算是合理？overall的投資有人說要7有人說要8有人說要9，到底要到哪？這個需要社會的共識。

假設我們今天說7，那7%裡面有多少是要健保？有多少要自費？這也是一個價值判斷，例如說可能1995年的時候80%都是健保，那到現在可能就不一定了，例如說之前跟私人保險公司合作，我們曾經做了一個研究，就是研究乳癌病人被診斷後第一年他有將近6成的費用都是自費，所以其實健保在cover這些所謂重症的病人來說，他的coverage已經沒有我們想像中這麼完整了。

到底整體費用我們到底是要多少？那這目標裡面健保要價多少？這個可能也是大家必須思考

的，因為健保佔的比例越低，可能對社會民衆保障就沒那麼好，如果自費比例比較高的話，可能會比較有效率，因為就比較不會浪費，但是公平性是民衆所在乎的，這也是大家要有共識的。

假設都在健保裡面，那健保這個部份我們想像的是要讓他又公平、又有效率可接近性好、品質也要好，這講起來大家都同意這些是我們要達到的目標，但實際上要實行政策的時候，他就必須要有個優先次序，那哪一個要先哪個要在後，這就是一個重要的議題，例如說大家喜歡談部分負擔，要談部分負擔的原因就是說要讓醫療體系制度不要被浪費、要有效率，但是用的部分負擔提高之後，我們就要考慮到另一方面就是有沒有會付不起？所以他就是一個翹翹板，或者我們在思考這個政策的時候他可能都會有winner跟loser。

那支付制度的部分，我們的總額跟世界其他國家都不大一樣，我們的設計也跟其他國家不一樣，因為我年紀還算輕，所以不太清楚當初是怎麼設計的，我們的總額分成四個部分，每一個總額到底是怎麼出來的？他的成長率是不是合理？他的設計是不是合理？我覺得這也可以去討論，因為他就是一個cap，在所有醫界的頭上。

那剛剛提到在總額下還有DRG，這個別的国家也是有，DRG用出來的結果如何？其實正反面的結果都有，我覺得我們在思考下一步的時候，下一步醫療照護體系改革、健保體系改革的時候，我覺得可能要思考的地方還蠻多的，尤其支付制度是一個非常重要的因素，為什麼？支付制度不是只有影響醫療供給者的行為，醫療供給的行為可能是短暫的影響，他中期的影響可能是醫師人力或者新世代醫師願不願意投入，這就是他中期的影響，長期的影響就是醫療科技到底能不能進來，因為我們把成本控制很嚴的時候，很多新藥、新科技對於進到台灣就有疑慮，現在我們自己要發展生技產業，那生技產業生產的時候難道我們不考慮國內市場嗎？都給外國人

用嗎？

其實在考慮醫療產業、醫療費用的時候，不能把他當做一個純消費，他其實也是一個市場一個投資，無論是對健康、產業的投資，如果時間OK的話，我今天先講到這邊，謝謝大家。

提問

問一：林應然醫師

首先要極端感謝台灣的健保署可以辦出令全世界稱羨的健保，台灣的健保實在很令人稱羨，但我一直很訝異，為什麼沒有人來學台灣的健保？這麼好的制度為什麼沒有人要學？你看那一個國家的被保險病人可以無限制看診？醫師的申報費用可以隨便打折、可以隨便核刪？相信沒有哪一個國家的保險制度有在搞這種東西？加拿大、英國他也是有全民健保，你看人家病人要等多久才能開刀，要等多久才可以看到特別門診？所以台灣這個健保制度很明顯是建立在醫護人員的血汗上，這是不可諱言的事情。

其實在這個制度之下，導致我們很多健保醫療機構不管是在醫院也好、基層也好，他一定要有看診一定多的量才能有足夠的收入來維持營運，如果有哪一個醫院哪一個診所能仿造美國的看病方式，一診只看10個20個病人，那他通通要倒店，一定會倒店，所以醫師只能用大量看診來彌補健保只對每個看診病人的微薄給付，那這樣微薄的收入其實在健保之下，我們沒有賺很多錢，其實很多醫院你們算起來好像很賺錢，其實他們健保的收入常常是虧的，他們是用停車場、美食街的收入來彌補健保的不足。

最近有個制度是醫材上限的事，醫材上限在6月中實施的時候醫界出現很大的壓力，陳時中部長說要無限制延長實施，可是很奇怪8/31報紙報出來說9/1就要實施極端值政策，極端值政策只是換了一個名稱的醫材上限方案，根本就是換湯不換藥，健保署說8/26有預先公布，可是公布在那裡沒有人知道，醫界大家都是8/31報紙報出來才知道，所以我覺得極端值實施的制度對醫界有點粗暴，我講粗暴其實是有根據的，這個沒有人知道的政策，公布一天後隔天就要實施，根本不把醫界放在眼裡，前幾個月才講說無限制延長，現在突然就不管醫界的意見就馬上要實施，你看這個對醫界是多大的一個打擊。

極端值不是說不能實施，只是要有點道理，實施這個極端值我舉個例子，眼科人工水晶體我去查了一下健保部分給付人工水晶體多少錢？才兩千多塊，對每一種人工水晶體都是只給付兩千多塊，但人工水晶體價值多少？價值好幾萬塊，有些甚至到十幾萬塊，用兩千多塊要把人家幾萬塊的東西的給付限制住，這就好像我今天只有一張台積電的股票，我說我一定要去當台積電的董事長一樣，這個沒有道理啊，你今天只給付人家幾%的總價，你才幾%的給付要管人家90%以上自費醫材的差額收入，所以我覺得這個政策沒有道理。

何況今天你說是因為資訊不對等才會實施，資訊不對等可以用其他方式解決，醫療院所可以主動把這個醫療醫材的價格公布給民衆知道，讓民衆好好考慮說我這個醫材在哪個醫院多少錢，何況這醫材的東西還牽扯到技術、後續照顧成本，這個不是只有醫材本身價格這麼簡單的東西而已。在實施醫材極端值之前你看健保署怎麼說的？他說我們醫界把民衆當冤大頭、我們醫界亂收費，這等於是在鼓勵醫病糾紛，所以這個東西真的是一個很粗暴、很粗暴的制度，我是覺得健保署對醫材上限這個政策沒道理，醫界才剛幫政府打完武漢肺炎的這個疫情，然後卻是換來醫材上限這麼粗暴的政策，所以我

覺得健保署應該好好考慮醫材上限這個政策你有多大的道理，你應該說給大家聽，而且不該前一天公布隔天就實施，而且前幾個月才說要無限制延長，這等於是欺騙民衆，謝謝。

主持人 周穎政教授

顯然今天最可惜就是沒有健保署在場，這個問題看起來有兩個面向，關於醫材上限這個部分石次長能不能幫忙，稍微用你的了解大致的回應，第二個很有趣的是剛剛提到我們的病人可以到處的看診，這個量非常的大，黃教授能不能稍微回應一下？

■ 答：石崇良常務次長

說實在健保差價醫材他的主源還是來自於說民衆得到服務的時候，好像有部分醫院同一類醫材的價差比較大，所以從民衆角度來看的話應該要讓這個資訊能夠充分透明，所以才有健保比價網，有了這個網站才又更凸顯為什麼會有價差這麼大的出現，才有這麼大的風波出來，那我想這部分健保已經在調整了，只是說極端值訂定的問題看起來還是有爭議，健保跟我說這些都是專科醫學會自己提出來的，所以我也搞不清楚，這個有點像前面談的核刪，因為核刪也不會是健保行政人員做的，他一定也是醫師做出來核刪的建議，我想在未來有更多元的資訊可以讓制度推動的時候更平穩。

■ 答：黃心苑副院長

剛才主持人依提問給我一個題目就是說台灣民衆是不是很愛看病這件事，是不是門診次數很多？的確，如果從國際比較上來看台灣民衆每年每人平均看門診的次數是比較高，那是的確的，但是為什麼會有比較高這件事？是不是民衆就真的比較喜歡去診所或醫院？還是說我治療的pattern，我們治療模式是跟人家不大一樣的，例如我從小在加拿大長大，我去看醫生的時候，那醫生可能一開就是兩個禮拜的藥給你回家吃這樣，在台灣不是這樣看，可能3天、5天就必須來check一下吃藥狀況怎麼樣，這可能是一個practice style的問題，這是一個，那另外可能是給付制度，我們的給付制度是論量計酬，是不是因為這樣我們的看病次數比較高，但是有一點比較有趣的是我們從95年到現在，我們民衆的看病次數並沒有增加很多，他就是維持在那個level，他並沒有增加很多，但是我們醫療費用是上漲的，所以就是說這中間的關聯性是什麼要再思考，的確我們是比較高，但是隨著時間過去我們沒有增長那麼快，那原因是為什麼？

另外很多人會說我們是不是調部分負擔去處理我們看病次數多這件事，我們調部分負擔最近這次不是第一次，我們調過好幾次，的確有讓醫療次數下降，但都是short time短暫的就又上去，所以這個部份我覺得也很值得再去探討說到底我們看這麼多次？是因為國外一次看病就給藥比較久，那我們是比較短看然後照顧得比較好或是什麼的，我覺得可以再去分析一下。

■ 問二：王維昌醫師

非常感謝福和會來提供這樣的平台，我是從宜蘭縣來的，今天早上部長有提到透明、公開、溝通以及關懷，這是我們台灣醫療防疫與外國的不同，現在看起來健保開源是有點困難，但是我們如何節流？高齡化社會有高成長的醫療費用，這個部分是我們要面對的，幸好台灣有最完整的醫療結構，從醫學中心到社區醫療，從急重診加護病房的治療到居家失能的社區醫療，都有很完整的醫療網絡，當然今年7月的時候我們衛福部有提出一個相當前瞻的計畫，這個也是因應COVID-19疫情爆發後的照護模式，提到一個「減少住宿型機構住民到醫療機構就醫方案」，這是很新的方案，而且相當前瞻性的措施，也呼應剛才我們黃專家所提到這麼多年來其實我們就醫次數並不多增加，大概十幾次，但是在機構的住民，平均一個人一年就醫需要33次，醫療費用一個一年人要花16萬，這是相當高的費用，當然在疫情期間如果頻繁進出醫療院所會有更高的感染率，提出這個我們覺得說是相當好的方案，也需要配合。

其實大家都知道最近說媒體報導居家住院的模式，這個也是在宜蘭縣的居家醫療團隊發生的，他可以透過一個團隊一個醫院的合作，來達到居家住院、在家輸血的模式，讓病人能夠真正留在家中接受比較輕症不用住院，但是類似住院的治療，居家住院這個制度在國外其實已經2、30年，可是在台灣面對這樣的社會，我們有沒有可能運用整合照護的優勢讓居家住院在台灣落實，我覺得政府應該把握後疫情時代來討論這個居家住院的模式，讓他可以落實，事實上已經有這樣的模式，但是政府還沒去面對，那當然我們整合照護的模式來整合資源做處理，未來在健保費用會議應該把這個拿出來做討論，這樣的居家住院甚至居家安寧可以真正幫國家省非常多的費用，我們在宜蘭縣的經驗覺得這樣的做法是很好，而且在邱泰源理事長的帶領之下落實的相當不錯，所以我今天提出這個看可不可以做未來的方向，謝謝。

主持人 周穎政教授

我覺得理事長提得很好，他提到一些創新的方案，我們在居家住院或是居家安寧裡面，但是我比較少講到有時候除了省錢，創造價值也要同步注意，我們每次拋出來的議題就是可以省多少，很少提到說其實這樣的作法下所創造出來的價值對病人更重要，那有沒有人要回應一下。

■ 答：石崇良常務次長

我簡單回應一下剛剛王醫師特別提到的，我們疾管醫療防治法裡面特別提到幾個，一個是post cure care跟社區的結合，另外一個就是居家醫療，我們也一直跟醫師在討論，也提出比較完整的從居家醫療homecare到居家住院、居家安寧如何用居家醫療資源診所或者是資源醫院，那他很多資源需要整合，他後面可能也會面臨其他專科的support，或者是相關的檢查、檢驗support，所以他需要一個整合醫療制度，所以我們會先有一些示範的推動，那最後還是會回到財務的支持才能長期，前面可能健保沒辦法一下子就跳到居家住院的支付等等，這些都需要先有一個模式，再來提出在實務上怎麼support，不過你剛才提的我們完全同意要朝這個方向，面臨老化社會，過去我們講的可及性

accessibility已經不是只有偏鄉才會有的問題，老齡化社會很多長者在家裡，其實他就有access的問題存在，我們在這方向上會一起努力。

■ 答：黃心苑副院長

我也想回應一下，謝謝您的建議，我覺得我非常非常贊成，但是我覺得要開源之後，這些有創意的做法我們才有空間才能讓他實現，然後我們現在的支付制度很多，我們很多支付制度都是用成本在定價，大家都在拚便宜，成本在定價，但是您剛才提到的不見得成本比較省，但是他價值非常高，那應該要怎麼定價？如果我們現在的投資還是只有這樣，還是不夠的時候，這樣一個好的idea就沒有辦法真正實施，讓實施的這些醫療供給者能夠得到相對應的捕獲，我的回應是這樣，謝謝。

■ 答：周穎政教授

我也想回應一下，因為我剛好幾年前到醫院去的時候，我一個朋友的太太在家裡做案例，我那時候覺得很感動就是說其實他們不是從省錢的角度，台灣常常推安寧照護是從角度說可以省更多的錢，我覺得他是從很人性的觀點在推動這件事情，因為人要離開的時候，在家裡離開很可能是最舒服的，但他花的成本不會比較便宜，他幾乎是把醫院做的，就是剛才石次長講的整個都帶到家裡來，所以他可以很得到這個病人的支持來做，那我們今天的麻煩點就是我們醫院的安寧病房都是虧損的，要做到居家安寧我想會虧得更大，好像做這些事都是在做功德的，那最核心的問題是我們怎麼找到足夠的財源創造出這個模式，這個財源也要告訴民衆第一個可能保費要漲，那即使保費不漲的話，你是要透過別的機制把這些錢找出來，那才能創造出一個有品質的醫療，補充一下。

■ 答：簡立建醫師

其實有一部電影就是說有些人忙著活，有些人忙著死，我們台灣人都在忙著生病，現在7000億不夠，總額18年還是在成長，所以我一直在想說我反對漲價，我一直記得我康健雜誌他說你們台灣的醫院沒有願景，只一直提著要加錢，這個大家回去康健雜誌上面還可以查到，我跟他說我就不是，你欠我一個道歉，我覺得居家醫療這件事，我在急診室待那麼多年，很多人居家他到最後是在那邊喘喘喘，喘到半夜喘不下去，半夜來急診室找我，我說你把他帶回來吧，我們可能3minute、5minute就解決問題了，其實我覺得人最後怎麼走的不重要，重要的是減少他的痛苦，在家裡、在安寧、在急診室so what？你只要能減少他最後受苦的時間，我之前寫一篇文章，我在急診室每天推一堆癌症末期、中風7-8年、皮膚爛掉，整個房間臭的不得了的抬來換藥，有的家屬在旁邊，有的家屬沒在旁邊，最大問題是我們健保給付一直在支付這些人讓他們受罪，一直在延長他們死前的痛苦，我們健保一直在給付他，其實早就該停止了。

所以回來講我們剛才必要、需要、想要的醫療需求，這才是最後真正重要的價值，而不是說我醫學中心做癌篩，這個大家都做不完，這個沖淡我們的價值，所以剛才講到說美國看50次，沒有關係，你看幾百次你自己付錢，我們台灣軟性一點平均45次，我們45次以上開始半費half half，100次以上

你要全部理費嗎？這個人三天來看一次醫院，這太誇張了吧，這是忙著生病，我在急診室常常卡插著插著半年了，7-8月的時候他已經看350幾次了，表示他一天看2-3次門診、急診，台灣就在這種極端值，我覺得可能政府石次長我們認識很多年，你也知道我的個性很直，因為這些一直重複醫療行為會耽誤我們治療真正需要的病人。

我去看胸腔外科7-80個，他連聽都沒辦法聽，他怎麼可能聽3分鐘，他沒辦法去聽這個病人，所以我們覺得在未來也許這是一個辦法，我們軟性一點，平均一人45次，超過50次的自己要付一半，這政府不能幫你，大家也知道丟掉193噸的藥，我想放在家裡的可能超過500噸，大家拿出來繳的就193噸了。

所以跟大家報告超過這些必要的醫療需求，必要的我們政府都給他，結果發現急救的藥現在100多塊200塊，健保署還做不出來，台灣的藥居然做不出來，我已經推強心劑我打26針那次，到現在還沒有做出來，最後一句話，我覺得不要希望大家都做聖人，務實到真的人性面去，我們不要像共產黨撻北阿檢舉人家幹嘛的，然後總額計畫，那是不可能的，已經證明失敗，我還是希望未來我們校長、大家我們10/9不見不散，我們再繼續談，謝謝。

■ 問三：吳欣岱醫師

不好意思我發個言，因為現在現場有各界長官跟經濟的專家在，所以個人想要問個事情，因為今天好像從早上到現在全部的主題都是在開源，那開源有很多方式包括調整健保費或各種部分負擔等等，那我一直想到在武漢肺炎剛開始的時候，我們的經濟部長沈榮津部長常常出來宣傳說我們政府給了很多友善就業環境，吸引多少外商回來100、200、300億的投資，那其實在場所有醫界專家都知道健保的問題就是這些，那我們希望政府除了幫助一些健保制度的改善之外，是不是有更彈性的措施可以幫助我們做這些100、200、300億的開源投資方式？

■ 答：黃振國醫師

吳醫師講了非常好的問題，我今天是提問人，也是醫師公會全國聯會的常務理事，前任基隆市醫師公會的理事長，也是健保許多委員會的代表，我的思考呼應我們吳醫師的提問，剛才石次長強調的醫療規劃重大不重小，尤其是各地重症醫院的規劃如何？但是我想強調一點，今天我們醫事人員並不是不夠，而是如何讓這些醫事人員留下來，尤其是願意承擔急重症，甚至是很多生離死別醫師的崗位，我們當然知道醫學中心是培育醫學人才的搖籃，但是能讓醫事人員有多元的發展，包括留在醫院、學界甚至到基層來服務，讓專業人員能夠有自主的空間，我們要強調一點是為什麼都只是在投資硬體而已？為什麼沒有投資在我們醫師人才的投入呢？應該投資在醫事人員的薪資待遇及照顧才對。

剛剛講的很重要，為什麼？你今天所有的投入就是用所謂的全民健保，全民健保是醫界的嗎？不是，全民健保是我們人民過去長久健康資料的支出、所有疾病的負擔，累積到隔年核定的總額，等於是我們過去全民健康的需求。

很可惜的是我們政府在做什麼事？第一個很多公立醫院免除掛號費，投入所謂的地方保健，等於是政府不斷地到處設立醫院，甚至在醫療公共的地區，因為討好當地的縣市長，所以不斷增設醫院，增設醫院之後硬體都需要基本的成本，相對地對於醫療人員投入的待遇就會減少很多，剛剛林會長就

有特別強調很多的財團法人醫院，甚至設立一間醫院不夠，他現在覺得總額也應該限制，總額絕對是不好的，因為總額是錯的，總額怎麼來？因為我們叫全民健保全部有保，等於對醫界是全「不」都保，不要的不。

西醫看到中醫、牙醫都很羨慕，為什麼呢？他一個器官甚至一個項目的給付就等於總額，但是我們西醫，今天一個人來看病，從頭到腳，從過去到未來，從他的心臟、肺臟、眼睛什麼都包括，所以林會長如果明年我們西醫總額要成長，請你成立一個科總額吧，心臟科、心外科的總額，我相信我們的保障會更高。

總額協定怎麼來的？在被詬病的健保會討論，我知道這兩年我們健保會西醫基層跟醫院總額的協商，兩年都破局，什麼意思？等於說這個協商的機制是不存在的，為什麼不存在呢？因為我們的付費者代表都是相同的兩個主談者，我們剛剛講的難道這兩位就是代表所有的付費者嗎？而且我們從健保會主持人裡面發現一個最大的問題，健保會主持人除了所謂的付費者代表、工商代表還有學者專家，但是學者專家裡面有我們剛剛醫界代表裡面所謂醫療提供者的代表，但是有醫療專員是去當醫療專家代表嗎？我們現在的老師可能就是所謂公費生的專家代表，難道沒有外科、內科、兒科醫學會，甚至眼科醫學會，各個專科學會在專業領域去提供他的專業諮詢，難道他們不專業不能代表嗎？那為什麼是這些代表？

我偶爾去健保會代理，我們在座很多前輩參加健保會發現那個場域我們真的是秀才遇到兵，我們講再多理由都是浪費口水，因為人家人數多，而且政府很暴力，我們的想法難道衛福部、主管單位，每個總額都要由部長來裁定嗎？難道我們的健保是任由少數人主導，甚至很多會議大家可以去查，我覺得我們內科的給付標準是他內定的，他在很多領域上爭取，所以他個人超過我們很多團體的需求。

重要的是，我們政府在這次COVID-19做了什麼？剛剛林會長講了美國政府怎麼做，我一個姪子在加州，他們提供補償也就是所謂的獎勵，第一個推無形貸款，根據上年度的繳稅總額分成12個月，一個月給他一個低利率的貸款，貸款是要還的，今天部長講的8成給付，也是要還，其實我覺得這也是蠻公道的，但是你要還的前提是他所謂8成，是從原來就有的總額分出來，大家知道疫情發生以來，我們所有的醫療是不中斷的，我們在第一線提供醫療服務，有因為疫情中斷嗎？沒有，所以我覺得從既有的付費內容跟所謂給付shift給其他因為疫情重大科之上，這是不公平的，重要的是我講的第二個，這個部分是什麼呢？也是根據去年的個人繳稅所得，直接給醫師一個月的所得，但是40%要給員工，等於說這個錢你不用還，你就安心的，不管你疫情影響，不管要不要擔任第一線的服務，你可以做選擇，停診的過程中政府給你薪水。

我們既然是公益制度，我請問一下各位，我們享受政府的照顧在哪裡？都只有健保而已，為什麼只有健保？我們既然有全民保障是公益制度，政府的社會資源要減少公立醫院的部分負擔，這是要從你的診所醫院把病人拉過去，請問預算從哪裡來？也是從醫院的營收來的，並沒有從社會福利來，我們政府難道不會給一個好的方向，希望從中央到地方能夠真正投入給醫療機構的健全跟人事的安定，實際上沒有，我們人心惶惶的時候，各位拿到什麼？拿到1萬，最多12萬，也不用很高興，這個錢你是自己的以外還要分給員工。

第三個根據去年所得，假設有員工因為這樣而離開的，政府給他錢，所以他們就是像院長講的一個月有20幾萬，除了要還的之外還有大概15萬美金左右，政府給你的一個安心，大家知道防疫是什麼？是我們站在第一線，就像各位你今天看一個感冒、呼吸道感染者發燒，你能躲嗎？政府叫我做必

要防護，要是你防護不妥當，你接觸之後會有什麼結果？就要被隔離14天，甚至最糟糕的要到醫院隔離，我們的身家財產，我們的性命保障在哪裡？政府應該不要再只是硬體的投入，要把資源投入在醫事人員身上。

剛剛大家講醫院公費不夠，醫院去搶急診，各個醫院去搶別人的病人，為什麼？因為要生存，剛剛我們的代表說要核刪，為什麼？因為公平正義，我們強調一點讓民衆知道，健康當然是權利當然也是義務，我希望政府這邊多做點福利，讓全能的健保是全部都保，也要讓參與健康保險第一線的醫事人員能夠安心的工作，謝謝。

主持人 周穎政教授

我覺得講得很好，就是剛剛提到基本上還是回應今天疫情之下，事實上政府還是有很多事情可以做，而且可以看到很多國家有做到的事情，剛剛提的問題也跟今天很多議題有關的就是健保會組成的成員，大家好像對這件事情也有一些看法，那我們現在請國治兄表達一下意見。

吳國治醫師：

我覺得健保會的改革真的是有需要的，我提出幾點，基本上在健保法裡面提到健保費的功能是要健保費率之審議、健保給付範圍之審議還有健保醫療給付費用總額對等協議，可是健保署怎麼現在什麼都要管？而且相當不尊重專業，對這些代表的代表性還有他們本身的認知我真的打很大的問號，這樣講對病友代表可能不是很禮貌，可是應該要跟第一線站在一起，他們用最少的保費讓他們的疾病能夠得到最好的照顧，可是連病友代表都在質疑這個費率部分要調，這個位置我覺得很奇怪，勞工代表也是一樣，你說資方代表反對這些，因為他們拿出很多的錢，剛剛這個周老師有提過，資方來講他在全世界是出的最少的，比例是最低的，那事實上連勞工代表也是這樣，政府、資方出了大部分的錢，可是勞方不願意提供這樣的服務，所以我覺得這個代表性真的要好好做個檢討。

第二個就是平等的氛圍不存在，好像出錢的就是大爺，大家都知道說我們每年協商的時候都是我們各總額去提出我們成長率然後協商，其實我一直存疑為什麼不是他們提出他們想要做什麼服務，讓健保署算一算價格來跟我們討論要不要做，這個是很重要的，這才是平等、互相，不要好像是我們在哀求他們一樣，那我們制度上面是不利的，另外一個他們連專業都不是非常尊重，像最近有個醫療用藥明明在證據上顯示對胃癌是沒有什麼效果的，我們就把他移到其他地方去，竟然有代表堅持要繼續做下去，那這樣還能說他這是學醫的嗎？不是，完全不是，我差一點講出來說我們用在別的地方是在救更多的人，在這裡救不了人，我們移到那邊去，然後犧牲那邊的人嗎？沒有這種概念，這就是不尊重專業，這對於改革其實都非常重要，我們期待政府有更進一步的作為，以上。

主持人 周穎政教授

我覺得健保費的改革在未來是勢在必行的，希望在座各位有機會或者衛服部針對這點做一些調整，因為我自己也感同身受，有些時候發現真的是連學理也沒辦法用道理來說明。

問四：黃慶峰藥師

我想這個問題主要還是落在開源整節，那你如果是一個免費的保費，會浪費，如果你要吃一個高級牛排，大家都很節儉，所以我覺得政務官在某些方面不能再一意孤行的討好民衆，要做對的事，這個是節流，因為浪費實在太大了。

再來就是要開源，這個社會一直在invention，多跟少而已，少是2%，多的時候3-4%，那你不開源就會落入共產所謂換眼睛的這些東西，你變成2000元要打死，那你還是要回到社會的機制，當你願意出多一點，我們會有好一點的，你要把整個天花板拿掉，厲害的人沒有在設天花板，就好像人沒有辦法判人死刑一樣，我想我們政府機關要去認知這點。

所以我覺得開源跟節流要同時做，同時我們政務官要有技巧，你如果不節流我漲更多，你節源我少一點，把這些用一個簡單的圖表畫出來，我想現在的民衆都很聰明，謝謝。

周穎政教授：

我們黃藥師講的蠻重要的，就是把開源、節流提到一個掛鉤的概念，也就是說我們怎麼樣努力的可以回饋，願意節流的人得到他的好處，我想大概有這樣的共鳴。

簡立建醫師：

補充一下其實我們剛才講如果這個人都沒有用健保，明年健保費退他一半，鼓勵大家少用，其實就跟汽車險一樣，我在美國開車的時候，你開紅色、黃色的車要加錢，開黑色車保費要增加，那我們乖乖開車幾年都沒出事，你的premium consumption保費就7折、5折，大家越來越健康而不是忙著看病，這不是不可能的，也許未來就像黃藥師黃前輩講的，有些人他很少拿藥，預估出來去年拿多少藥，今年少拿多少，這個計算出來可以慢慢把這個錢折抵回民衆，這是我的想法。

大會：

那我們是不是請我們最後一位提問人，有請護理代表呂雅雯專科護理師發表提問。

問五：呂雅雯專科護理師

各位長官、委員、先進、貴賓們你們好，我是福和會執行秘書呂雅雯，謝謝這次合辦的醫師全聯會跟協辦單位的大力支持福和會這次辦的健保國是論壇，讓這次的會議可以順利進行，整天都在講COVID-19跟健保，那我是從民國87年就入淡水馬偕急診，那時候一直在吵護理費，然後一直到11年以後才終於有所改善，我在臨床這21年，這最後4個月才在福和會協助這樣，那我在臨床有看到說在健保的給付上面，一般病房的護理費是643點，那在經濟病房是271點，這個就是我們護理人員無論是病人進來到病人出去的，還有就是在協助醫師還有其他的醫療工作人員上面，在護理師擔任的角色跟專科護理師是非常重要的，如果你缺少護理師，我不知道醫師們會不會做不下去？應該會。

所以說像我們開刀的話，單單就護理人員而言把他抽出來做一個健保制度，來做一個單純的工作給付，只有病房費或只有健保費，我講錯了，不單單是護理費，CPR裡面也是有佔點值，也可以算在護理人員上面，我覺得這對護理人員一定是大大的鼓勵，不然他們受委屈大家都走了，那你留下來的都是剛進來1-2年的，或者是2-30年準備要退休的，那這些人你們會不會用的很擔心？我不知道各位在座的醫師會不會覺得很擔心，我個人是覺得蠻擔心的，以上就是我的報告。

■ 答：周穎政教授

呂護理師也講出了護理界的心聲，其實我們把各種點值給社會看，都會看到那個數字都怵目驚心，就是說我在一個病房裡面我們付給護理的費用，那個實在是太低了一點，我相信大家只要看過這個數字，都覺得太低了，有沒有同仁願意回應。

吳國治醫師：

我覺得現在的制度是這樣子，就是付給院所，無論是醫院、醫護的診所，這個很難去呈現勞務的成本，因為像護理師、醫院的醫師，這個怎麼去結算？這個錢沒有直接到他們的口袋裡面，這邊講的就是說支付的改變，因為基層這邊是針對每個院所，所以我們困難的地方是我們科別太多了，每個科的觀點不同，醫院那邊是分三個層級，三個層級的利害關係又都不一樣，你在台灣重症醫學中心可能做的蠻高興，可是在地區醫院就容易受到委屈，那地區醫院也有他們的想法，所以這部分怎麼樣用制度上面去解決，我覺得是很重要的。

之前曾經有一個要條出來說要調的時候，某個代表提出來說你那個能不能用在材料費？不要在手術費，我想說那個錢都是付給醫院的阿，為什麼調材料費不調手術費？我後來才搞懂原來是手術費要付給醫師，材料費不用，所以像這個東西應該要點出來，所以也有人提出來說是不是直接把診察費給付給我們的醫師、護理師、專業人員，這個是一個想法，我們從支付制度去把他建立起一個讓所有醫療人員都能夠安心就業。

另外我也順道回應一下，其實我剛才提到說醫療端、醫師端的制度其實是不斷在進行，可是可是從病人端的是非常缺乏，大家都不敢動這塊，為什麼？因為事實上整個健保如果倒了，第一個受害者就是民衆，所以我們這邊應該要有個認識，因為其實病人民智已開，他不會希望健保倒啦，那是少數的、尤其是政治人物的觀點，可是事實上不符合大眾的觀點。

第二個就是說如果醫療是屬於受害者的部分，是一個公益制度的話，其實就只能保障病人基本、所有的、必須要有的需求，不然他會變阻礙醫界發展的一個障礙，所有的醫材、技術進不來的時候，最後受害的還是民衆，所以這個部分政府應該也要特別好好思考，以上。

■ 答：簡立建醫師

我說一分鐘就好，其實這次抗疫成功不是什麼民主、共產，是因為我們有一個傳染病防治法，這部法叫做準戒嚴法，第一件事情就叫護理人員不要出國，我那時候常被護理人員罵，所以護理人員自己要想辦法抗爭，因為這是你們的事情，我現在工作最怕問題是什麼你知道嗎？我們急診室護理師一年換一半，來的都不會打針，打了7、8支打不上，很多臨床不熟，現在已經發生，所以報告吳前輩健保不會倒，因為一直在變爛當中，不會倒，越來越爛而已。

■ 答：林逸民醫師

剛剛關於這點，因為我不是提問人也不是回答者，但是聽到這個很心酸，因為我曾經待過馬偕醫院，所以我知道醫學中心這些醫師的辛酸，台灣分兩種，一個是有底薪的，另外像國泰醫院、輔仁大



學、長庚醫院是沒有薪水的，輔大是最好的160元，就是說我們健保給他160元，1點1元，所以160點，看一個病人就是160元，國泰是100點，長庚是140幾點，有薪水的台大、馬偕和市立聯合醫院、彰化基督教醫院，台大和馬偕一樣是90點，市立聯合醫院跟彰基很慘，70點，但是我們健保實際給付時，點值又依照當年比例，大約乘以0.8-1之間，絕對不會是1，大概是0.8-0.9，所以你看一個醫師看病多少？基層醫療我曾待過宜蘭，宜蘭基層醫師是330元，但是因為宜蘭算半偏鄉，所以是0.92，但是有時候是0.9，所以我看一個患者來說是330元的0.9，我還分給其他的同仁，所以在台灣是賤賣醫師，難怪我兒子不讀，這再講就沒意思，今天福和會希望我們醫界醫療大家共襄盛舉，因為你越無聲的時候越多人吃，多謝。

主持人 周穎政教授

我們說個感謝，大家也提出很多方面的建議，希望這些東西能整理好，大家一同改善給醫療一個好的環境，來真正落實照顧病人的健康，謝謝各位。

主題演講

SARS 後 17 年，台灣防疫經驗探討

郭旭崧



郭旭崧

陽明大學校長

美國哈佛大學甘迺迪政府學院Senior Executive Fellow

美國耶魯大學衛生政策博士

國立台灣大學公共衛生研究所預防醫學組碩士

國立陽明大學醫學系醫學士

前醫衛領域無任所大使

前台北醫學大學公共衛生學院講座教授

歷任衛生署企劃處處長、疾病管制局局長、衛生福利部疾病管制署署長

前駐美國台北經濟文化代表處衛生顧問兼衛生組組長

前行政院SARS防治紓困委員會聯絡處主任

前駐美國台北經濟文化代表處衛生顧問

歷任陽明大學社會醫學科副教授、醫學系副主任、社會醫學科主任、主任秘書、衛生資訊與決策研究所副教授兼所長

各位福和會的朋友，大家好，應該也快要晚上了，感謝大家留到最後聽我這場演講，首先感謝林理事長邀請我來分享一下從SARS之後的一些經驗，我跟福和會結緣必須謝謝王董事長，我想一開始林理事長就講得很清楚了，福和會是一個右派的傾向，某種程度來講跟我的理念是相同的，今天的題目是健保，健保是一個很難的問題，但是我想他也已經到了我們必須面對的一個階段，我記得我在美國的時候常常有人要到台灣來了解健保，假如他是民主黨的話，我一定請他去拜訪健保局或健保署，假如他是共產黨的話，我一定請他到台灣跟我們的醫界見見面，我跟美國關係都很好，健保確實不是一件那麼簡單的

事，但是時機也差不多到了，所以林理事長今天來談健保這件事，特別是在大家認為台灣的健保做得很好，成為我們今天抗疫的基礎之下，我覺得這個心，特別是要能把年輕人帶上舞台，這個是令人敬佩的。

其實在過去20年，不是從SARS開始的，在台灣大概是經過10個大疫情，從1999年的腸病毒到今年的2020，幾乎平均兩年一次，在過去這十大疫情裡面，前面九個我都在政府裡面，這次第一次我在政府外面，也給我一個機會從外面來看政府的表現，我必須要講今天指揮中心的團隊真的做得很好，那我待會也會講到也是因為這次年輕人的加入，有了這樣的結果。

5個大S剛剛王醫師講了，那我想也可以終結成為兩個S、兩個T、兩個L，Speed、Solidarity、Technology、Trust、Leadership、Luck，是的，很多Luck，我不相信今天台灣做的這麼好只是因為我們自己的努力而已，我們SARS的時候跟今天美國的情況一樣，是在大選之前，所以多多少少政治的干預是有的，但是這次憑良心講是在大選之後，所以政府政治上的干預就少了很多。

在去年8/1的時候，其實在大陸有一個兩岸大學校長的會議，7月底一直到八月初，大家知道去年8/1發生什麼事情？就是大陸片面宣布說要中斷自由行，那時候其實在大陸我們都覺得說真的很不給我們面子，我們一堆校長在那邊他們宣布要停止自由行，那時候實際上感覺不是滋味，現在想起來運氣真好，要是當時他們沒有宣布停止自由行的話，今天說不定不是這樣，這個某方面來講是運氣好，當然從來沒有任何一個國家在這時候身經SARS之後的各種磨練，有一個陳時中，所以這是運氣，你怎麼會知道台灣我有一個全民健保磨練了很多時間，以至於說他有一個這樣的基準，那更不用講在過去這段時間不管藍、綠在這20年期間，很多人都是盡到他的努力，所以我常常講今天這樣的結果不是藍、不是綠，不是一些人的貢獻，其實是累積了很多人的經驗，以至於今天的結果。

Speed大概是這次最重要的一件事情，防疫視同作戰，速度決定一切，這是絕對沒錯的事情，這次我們的反應非常的快，我們的決策非常的快，這是非常重要的原因。

過去20年的經驗，過去經驗讓我們團隊包括我的反應很快，簡單的講就是防疫五四三，這裡面包括五大措施、四道防線、三大迷思，所謂的五大措施就是五個I，不管怎麼講任何傳染病就是這五件事情，第一個當然就是Investigation & Surveillance，就是做調查，剛剛已經講過了，我們傳染病最重要的一件事情就是把病源找出

來，把他的傳染途徑找出來，當初SARS的時候知道他不發燒、不傳染，這對於防疫來講非常重要，所有的人最重要的事就是把病源找出來，病源找出來之後不管說打疫苗也好，或者說檢驗都很重要，這也說明為什麼在所有防疫過程當中，像美國人第一時間一定是到疫區去。

第二個是Isolation & Quarantine，隔離跟檢疫，第三個I，Information & Communication，這很重要，溝通，第四個Immunization，假使有疫苗的話絕對是重要的，所以大家都知道疫苗是我們保命的終絕武器，也是今天我們在做的事情，最後一個I是很重要的International Cooperation，其實各種傳染病講來講去就是這5個I，也逃不出這5個I。

至於所謂的四道防線，大概就是這四件事情，決戰境外、邊境檢疫、社區防疫跟醫療體系，傳染病假使能不進到台灣來當然是最好的，所以很長的一段時間都在秉持著所謂的決戰境外的概念，對美國人來講HIV是他們的一個weak point，對我們來講SARS是警鐘，我們喚醒了，為什麼講HIV是美國人的weak point？就是因為這個疾病很早以前在非洲開始以後，很多人都跟美國人說要他們注意，但是他們後來沒有做到所謂決戰境外的概念，所以後來愛滋病在美國變成一個很大的outbreak。

SARS之後美國就貫徹決戰境外的概念，所以台灣、大陸的SARS一樣，2003/3/12，台灣第一個案例的時候，美國第一個就派他們的醫師到台灣來，目的是什麼東西？第一個當然就是決戰境外，但是決戰境外的目的是什麼呢？第一個當然是為了避免台灣SARS的病源跑到美國去，第二個為了保護美國在台灣僑民，但是他要能夠達到第一、二個目的，一定要跟台灣合作，但是不管怎麼講決戰境外變成所有先進國家必須要遵守的一個原則，這也是後來為什麼在所有疫病期間，台灣的防疫醫師一定是第一時間去國外的原因，伊波拉的時候我們的羅一鈞到了奈及利亞，

在MERS的時候世界第一個派防疫醫師到首爾的是台灣，這次COVID-19第一個國家派防疫醫師跟醫療人員到武漢的是誰？是台灣，這是因為這一連串的訓練所造成的。

邊境檢疫，這個不用講，其實過去很長一段時間我們跟美國人對於邊境檢疫是有不同看法，他們認為我們在SARS之後，他們認為很多亞洲國家在機場弄發燒篩檢站是很沒有意義的一件事情，那美國CDC到今天為止不認為真的有用，但是亞洲的國家包括台灣認為說他有用，他有用不僅是因為他能抓到發燒的病人，而是在於他可以變成國民教育的一部分，這個可以講很久，那沒關係，這是我們可以做的一部分，那萬一病毒到社區，我們就要啟動社區防疫的事情，那醫療體系是我們常講的最後一道防線，也是最重要的，重點就是我們從SARS學到的經驗，一旦你的醫療體系崩壞之後，醫護人員感染之後不但是造成最後一道防線崩解，更大一件事情會造成恐慌，這就是我們SARS的時候學到的。

另外有幾個迷思，第一個是所謂零個案的迷思，大家要知道所謂的傳染病都是冰山一角，這次也講得很清楚，雖然現在全球confirm的個案是3000萬，但是他真正的數字應該是在3-5億之間，真正看不到的是冰山底下的，所以當台灣開始有個案通知，就是白牌司機被彰化檢疫出來的時候，其實我們做防疫的人都很擔心，我們擔心在冰山底下到底還有多少？很多地方可能大家不知道，包括CDC這些訓練有素的，他們已經開始做很多事情去了解我們隱形的個案有多少，後來彰化抽出來的個案很少，憑良心講，這個是我們都稍微能夠了解、預測到的事情，不過我們的確不應該太去強調零個案，因為太多個案是我們並不一定知道的，掌握冰山底下的個案無論多少，這是我們做防疫很重要的一個部分。

我們之前常講民主不利防疫，但是這次台灣給世界很好的借鏡就是說在民主國家也可以把防疫做好，不過這個必須要講到這很長一段時

間以來我們怎麼樣可以做到這樣子？我們的指揮體系在SARS的時候的確是跟美國或者很多國家一樣，中央跟地方政府是不同調，所以SARS之後才會全面去把傳染病防治法做完整的修正，憑良心講今天的防疫有點像今天前輩講的軍政，因為指揮中心指揮官確實有絕對權力下令，他的權力以這樣來講比總統還要高，所以我們等於是在民主國家裡面暫時的一個設計，他有他的好、他的壞，不過我們現在確實做到在平跟變之間的一個轉變，這點對台灣來講非常重要，因為過去很多國家都會問說是不是因為台灣我們最近才脫離專制統治沒有多久，所以人民比較乖？剛開始想的時候或許是這樣子，後來想想也不是，這樣的原因說起來好像假使台灣將來我們民主的時間拖長之後，我們的結果就會跟美國一樣，我想不盡然，台灣現在代表東方一個新的文明，那這個是現在很多人在研究的一個課題。

另外很多人說經濟跟防疫要並重，這次疫情讓我們知道假使一個國家防疫做不好的話，經濟確實是很困難。

剛才講到免疫有三種，自然免疫、疫苗免疫跟行為免疫，雖然我們沒有疫情，但是透過民衆的Individual Universal Precaution其實也可以達到某種程度的免疫，我想這是一個基本的概念。

我想這20年來SARS能讓我們有一些基本的觀念，下面我就講一些故事以免太枯燥，因為時間的關係，我知道到5點20分，大家要回家，那我就5點20分準時做個結束，SARS的時候確實發生很多問題，那其中一個很大的問題當然就是我們的指揮體系還有醫院院內感染，這次的指揮中心跟CDC確實記取SARS的教訓，做了很多改變，這是莊護士傳給我的，這裡面從指揮體系的改變一直到到院內感染，還有所謂的建立防疫三級物資的制度，我必須要講一下今天很多醫師講到診所口罩的問題，SARS的時候確實建立了一個三級庫存的制度，但是這個制度沒有把基層醫師放在這裡面，是這一次才凸顯出來，所以

SARS之後，大家知道因為口罩的關係我們還有衛生組長因為這樣下台，口罩其實過去在我們的倉庫裡面通常都維持在4000萬-6000萬個，而且是三級庫存，所有的醫院每個人都要準備一個月，然後地方政府另外一個月，總共加起來要有6個月，在過去裡面確實沒有基層醫師，所以每一次都還是在學習。

這裡面講到說SARS的時候跟國際組織的合作，左下那張照片是李明亮李指揮官很頭痛的時候，那時候在跟美國的人討論說怎麼樣很快把我們的資料送到WHO去，讓WHO能讓我們在名單裡面剔除，但是那時候我們碰到很大的困難，WHO當然不希望我們比中國還要早宣布，所以我們資料送出去他們就把標準往上提，所以那時候真的是很苦，但是美國人幫了我們很大一個忙，幫了什麼忙？其實那時候全世界並不太知道台灣跟大陸有什麼差別，他們說不定也以為我們跟大陸一樣，但是因為有這些外國人，特別是美國人的關係，所以讓我們的疫情能夠更透明對外，右下角坐在左邊那個人Dr. Cathy Roth是WHO派過來的代表，他其實後來自己到台灣看了很多地方幫了我們很多忙，在WHO決定把台灣剔除名單的時候，他在6/17開了一個記者會，Cathy Roth寫出他的意見，他寫出台灣的狀況，他也知道說台灣後來真的進步很多，包括發燒篩檢站，我們後來才知道是簡醫師他提的，做了很多改變，他寫了一句話“We hope these improvements are permanent”。

因為他這句話，有一次我在行政院的時候跟院長報告的時候說SARS這樣大的疫情，真的是全世界可以分成三種國家，第一種國家是他們不僅能自保還能幫助別人，第二種是像日本，當時他們可以自保但還沒有能力幫助別人，很不幸第三種國家就是像台灣，我們無法自保還需要人家幫忙，希望有朝台灣可以藉由大家的努力變成一等的國家，我們要不僅能自保還要能幫助別的國家，但是我們的改變要是能permanent，這個制

度必須要能夠長久。

再來講到說迅速的反應，過去CDC在這十幾年不斷在超越，該換得要換，但是有些事情是不能夠亂的，所以今天早上時中部長也講其實有些事情是指揮部在做的，指揮中心逐步提升等級是一件事，擴大篩檢的事情早上花了很多時間在講，逐步擴大篩檢這件事也是很快，所以他那時候under pressure，希望能夠快速大量篩檢，我覺得這次防疫團這些人做了一個很好的建議就是對於篩檢跟檢驗這件事情很小心，沒有躁進進行，這件事情在台灣來講非常重要，不然我們會亂成一團。

再來講一下Taiwan CDC的故事，其實台灣三合一的時候，事實上是在腸病毒，腸病毒完了之後，CDC原本是三個單位，一個防疫站一個檢疫診所然後一個預防醫學研究所，其實希望能夠三合一很久了，我們的系統事實上跟日本非常的像，日本上到今天為止他還是分開，很多人想要合在一起，但問題是有很多的主意，所以在腸病毒之後，必須要感謝一個人，部長，那時候我是企劃部組長，確實能夠掌握到機會把這三個單位合在一起，那把三個單位合在一起是很困難的事情，那時候有人說從三頭馬車變成拼裝車，拼裝車的時間長達3-4年，即使合在一起到了SARS的時候，他還是沒有辦法應付，所以那時候變成火燒車，那時候在國外陳老師說既然是這樣子，那我們是不是一起回來把整個防疫體系把他overall，很長一段時間經過很多人的努力才會有這些。我講這點的意思是很多事情要花很長的時間來做，所以今天福和會要來做健保的事情要花很長的時間，但是你只要開始他就永遠不會困難。

我稍微講一下陳水扁陳總統，在整個防疫過程當中我覺得他是一個很重要的人物，這個SARS到了6月以後，因為5/24 SARS就差不多要結束了，總統就跟李明亮李指揮官講說是不是找美國CDC的人我們來謝謝他，美國CDC前後

派了將近30個人到台灣，我們陪這些人去見阿扁，他很感謝，他就問那時候美國帶隊的隊長說有什麼建議我們可以改進？他說一開始和平醫院的部分，但是後來你們真的是改進了很多，做的很好，沒有什麼可以建議的，要建議的Katty已經給你們一個16點的建議，這個就可以了，所以他就很客氣，那陳前總統其實沒有放過，他說你不用客氣你就講，碰到這麼大的事情一定有什麼東西是我們可以改善的，他還是很客氣地說沒有，那Susan就跟陳前總統講那這樣子，假使你們的CDC可以多幾位專業的醫事人員，可能比較好，他講話很客氣，那我在旁邊聽Susan的意思是這樣，美國CDC 7000多人裡面大概有2600多人是醫師，台灣CDC那時候900人只有7個醫師，而且醫生不願意進去，第一個薪水低而且工作量大，要不是因為陳前總統那時候因為這件事情講了一句話，或許今天沒有CDC，因為他講，所以總統府這邊馬上下來，下來什麼？

那是2003/06/11，我也回美國去了，但是要謝謝蘇益仁跟陳建仁，那時候他是衛生署長，蘇益仁是CDC局長，他們一直推動這個制度，不是只有爭取防疫的缺額，事實上你還要有一個防疫獎金，所以那時候防疫獎金就從5萬提升到9萬，所以我回來的時候他們已經爭取到，所以我一個一個去找防疫醫師，剛開始的確是…，因為那個薪水是16-17萬，憑良心講要比這些醫師到外面去還要低，但是後來我們也覺得這樣不錯，原因是假使薪水開高，會招來一些只是要薪水的醫師要來，這也不是我們想要的，而且美國CDC的薪水跟他們的同僚比也比較低，因為這些消息，所以我們知道這些好不容易找來的防疫醫師，第一個我們希望都是40歲以下，美國這些CDC防疫醫師之所以為什麼要去當防疫醫師，不是只是為了錢，錢是一定不能太低，但是更重要的是他們要有一個英雄可以用的地方，要能夠接受訓練，所以後來跟美國簽了一個10年的計畫，所以我們從2005年開始我們有防疫醫師送

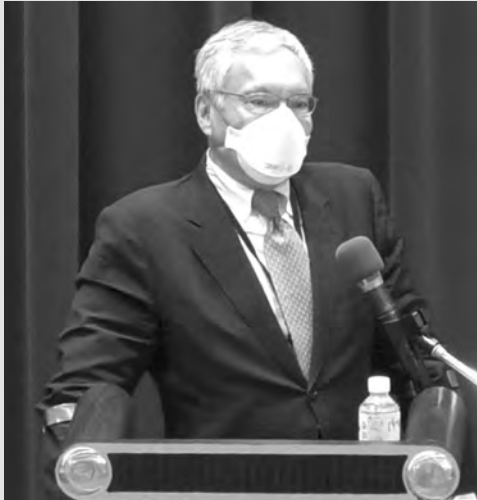
到美國去訓練，其中有五個人每個都是2年的時間，換算從2005-2015的這段時間，台灣的CDC都有一個人在，同一個時間我們有另外一個人在美國，換句話講台灣累積了10幾年，所以有那種自信，而且同時在這段時間CDC就給台灣、亞特蘭大、美國跟歐盟連鎖的關係，這20年大家也知道換了4個總統，14個行政院長，男男女女都有，大家都很辛苦來完成這樣的事。

那麼我想因為時間的關係我就停在這裡，還有很多故事可以講，我要傳達一件事情就是20年下來真的是幕後非常多的人，包括今天大家所看到在幕前的這些人，我做了那麼久的防疫，真的防疫沒有那麼久，都是今天很多人包括年輕的一代還有基層的醫師大家共同支撐起來。

我最後要講到唐鳳，台灣CDC他的能耐有多少我很清楚，在疫情剛開始的時候，他在數位能力這麼強，我確實是有點訝異，CDC是有那個能量而且很強，但是沒有強到那個地步，後來我就清楚的知道唐鳳真的是扮演了很大一個角色，他帶領一群年輕人進到這個所謂地方政府的角度來看，今天特別要謝謝福和會提供這樣的機會給年輕一代站上這個舞台，這是我們將來不管防疫、醫療非常重要的一部分，時間關係我想我就直接停在這裡，很高興有這個機會能夠跟大家聊聊過去的經驗，謝謝。

閉幕致詞

黃慶峰藥師



黃慶峰藥師

台北醫學大學藥學士

SKYNET HI-TECH ASIA-PACIFIC 顧問

前美艾利爾健康公司董事長

歷任亞培台灣/Long Chain International Corp.

醫藥代表、嬰兒營養部主任、執行董事

OK，很有意義的國是論壇來到尾聲，今天由我來到這裡做一個closing speech，各位委員、長官以及貴賓大家好，委員都跑光了，我是黃慶峰黃藥師，首先謝謝各位委員、長官蒞臨指導，我也感謝福和會秘書處辛苦付出，如果沒有你們這次辛苦的付出，我想我們無法圓滿達成，藉由這次的會議，我們跟專家們深入與談防疫及全民健保相關的重大議題，今天台灣在全世界又開始考慮封城的時候，好像只有台灣能盡情的封街烤肉，儘管如此，我們對這次病毒還是心存敬畏，大家應該持續在人多、密閉的環境中，我們要戴好口罩，LOOK AT ME！N95！因為我想保護第一排的貴賓，我不是川普你們也不是拜登，應該保持應有的社交距離，最重要的是養成勤洗手的良好習慣。

韓國有一個牧師、歐美國家的人民這個就是culture different，歐美國家這些白人，他們就是無法好好配戴口罩，所以今天國際上才一片混亂，那一片混亂後面的醫療人員就很辛苦，包括

像台灣的藥師全力以赴在第一線將寶貴的國家防疫資源交到全國民眾手中。

目前國際上的疫情仍然嚴峻，台灣應該要持續布署，不可防預疲乏，或是鬆懈，我想在這裡舉一個實際的例子給大家做參考，我個人拿拐杖，這裡有standlist，沒有，他本來是一個橡膠的套子，上面會有一些紋路防滑，我為了防疫我把他拔掉，為什麼？當我噴酒精我在用的時候，我可以讓他更百分之百的達到防滑的目的，對不對？所以這個就是每個人要去做好防疫，不是只是喊喊口號。

最後我也不浪費大家時間，我以2019年瑞士洛桑管理學院所列出的全球醫療保健基礎建設，這個醫療infrastructure的建設排名全十名的國家，我想這個大家都看過，哪10個國家呢？第一個是Switzerland, Belgium, Neitherlands, France, 再來是誰？Taiwan！第六名，接下來是Austria奧地利，United Arab Emirates就是阿拉伯國家，再來是誰呢？Denmark, and Germany這

10個國家，我們的基礎建設在這10個國家裡面是第六名，不是第一名不是最後一名，第六名大概在中間，但是在COVID-19的確診病例，在這10個國家裡面我們是第一名，最棒的，到昨天為止，我不知道今天的，到昨天我們確診是517名，517名我們已經覺得很多，你看美國會

嚇死，因為我們把冰山下面的翻出來或許不比他少，ok，那我想謝謝各位，也祝大家假期愉快，最後最後壓軸的絕對不是我，我來介紹福和會最大的support，王義郎董事長，我們請他講幾句話。

王義郎董事長



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

今天我們的林理事長還有各位貴賓大家好，很感謝我們今天大學的校長還有我們布袋戲的大使，從頭到尾，還有感謝我們的邱委員邱泰源先生，石崇良次長走了，我跟大家說你們站越久我送你們東西，先走的就沒有，我跟大家說明一下，邱委員在這邊我報告一下，台灣每年積欠的健保，從來沒有人檢討這7000億，每年5%的成長，乳癌1300億，腎臟600億，這個成長等於台灣每年國防預算的兩倍，兩倍哦，我今年82歲了，我跟各位報告因為從來沒有去檢討食安，我是現在從永信航空轉到食安，我發現食安的重要不亞於任何，但是政府從來不驗，沒有食材的教育，剛剛我說現在這些醫師很可憐，醫師比台南做生牛肉、殺牛的賺的還少，一個外科醫師開刀的話都不如賣生牛肉，我最近要開一個生牛肉

麵，到台南去找人，他說你要訓練把那些生牛肉拿出來的話要花很多功夫，我覺得那個應該比醫師的技術更落後，但是他錢不會比醫師差，表示台灣外科醫師比殺牛的差。

如果我訓練吳欣岱醫師做網紅，一個月可以賺100萬，為什麼？因為人漂亮，你把他放在外科太浪費了，口罩封起來沒有人看到漂亮，很可惜，包括我們陽明大學副院長，他也長的很有氣質，這都是身為網紅很重要的。

我這邊送你們三樣東西，一個是我賣了800萬瓶的醬油，人從2歲開始就開始喝醬油，醬油用不好的，致癌機率很大，你們相信嗎？我現在在costco賣，也賣到大陸去了，中國大陸上海都開始買我這瓶醬油，第二個送你們我在溪州花園種的越光米，你這個米如果你不把他放在冰箱就

長蟲，為什麼？台灣是全世界農藥密度最高的，但是我們常常忽略掉，我們農委會1200億裡面沒有去注意到這個事情，我最近到溪州去，我是彰化出生的，我是種田的，我82歲，我晚上都不用尿急，我也不用通便，我膝蓋也沒壞，因為我7歲開始種田，健康要靠什麼？愉快的心情、助人為快樂之本，我常在講那些有容乃大的沒辦法在我們的政客裡面，我們政客沒有任何一個有容乃大的，農民才有容乃大，我第三個送你們，你們千萬不要吃的泡麵，泡麵是我們台灣最嚴重的，你仔細看這些都是洗腎的來源，但是我們從來不看，我們沒有食材教育，如果食材教育做得好，每年健保7000億可以減少多少病痛，我的小孩是醫生，我的小舅也是醫生，我小孩在美國讀醫學院，小留學生，現在在北京一家醫院當醫生，他一年年薪蠻高的，但是他跟我講他一天只看20個病人，我問他說你要不要回台灣？他說他不要，看那100個沒辦法看。

我發現台灣的醫療對醫生是不對的，醫院裡面美食街比醫院值錢，醫師看病人要錢然後再去吃美食，有沒有發現長庚醫院這些都是靠美食賺錢的，為什麼政府沒有發現到這些訓練的醫師，他把他放在不對等的，我希望努力把食材列入教學，減少台灣人的罹患病，柴、米、油、鹽、醬、醋、茶，才是最根本的，病從口入。

我公司辦10年，每個禮拜兩次餐宴完全免費，我的slogan：「常待廚房，少待醫院」謝謝。