

衛生福利部

113 年度委託勞務計畫

113 年「多元公民參與模式探討-
以健保資源配置之議題為例」

期末報告

採購案號：M1316063

執行期限：1130101 ~ 1131231

執行機構：臺北市立大學

計畫主持人：陳永仁副教授

協同主持人：邱慈穎副教授

協同主持人：黎伊帆助理教授

專任計畫助理：趙于甯

兼任計畫助理：胡巧臻

兼任計畫助理：劉威廷

衛生福利部

113 年度委託勞務計畫

113 年「多元公民參與模式探討-
以健保資源配置之議題為例」

期末報告

採購案號：M1316063

執行期限：1130101 ~ 1131231

執行機構：臺北市立大學

計畫主持人：陳永仁副教授

協同主持人：邱慈穎副教授

協同主持人：黎伊帆助理教授

專任計畫助理：趙于甯

兼任計畫助理：胡巧臻

兼任計畫助理：劉威廷

目次

摘要.....	v
Abstract.....	vii
致謝.....	x
第一章 計畫背景與目標	1
第一節 計畫背景.....	1
第二節 計畫目標.....	2
第三節 執行進度.....	4
第二章 專家諮詢會議	7
第一節 健保總額支付制度之檢討與策進作為.....	10
第二節 如何提升醫事服務提供者及民眾端在醫療資源使用之效率.....	14
第三節 家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向.....	17
第三章 願景工作坊	22
第一節 公民參與活動辦理方式選擇.....	22
第二節 願景工作坊之準備.....	25
第三節 願景工作坊之執行.....	31
第四節 願景工作坊專家引言.....	37
第五節 願景工作坊結論.....	45
第四章 網路蒐集公民關切之重要議題	59
第一節 網路民意蒐集工具選擇.....	59
第二節 問卷設計與信效度測試.....	61
第三節 問卷實施對象與施作方式.....	66
第四節 問卷描述性統計之結果分析.....	70
第五節 問卷交叉統計結果分析.....	77
第六節 問卷中其他對家醫制度與提升醫療資源使用效率文字意見.....	97
第七節 問卷結果討論.....	100
第五章 112 年版全民健康保險會年報(含電子書)之編印	105
第六章 協助各總額部門 112 年度執行成果評核	109
第七章 結論與建議	113

參考資料.....	117
附錄 1：歷次工作會議決議及執行情形.....	118
附錄 2：歷次工作會議資料.....	146
附錄 3：112 年版全民健康保險會年報(含電子書)之編印.....	221
附錄 4：健保總額支付制度之檢討與策進作為專家諮詢會議實錄..	223
附錄 5：如何提升醫事服務提供者及民眾端在醫療資源使用之效率專家 諮詢會議實錄.....	264
附錄 6：家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向專家諮詢會議 實錄.....	291
附錄 7：願景工作坊會議手冊.....	328
附錄 8：北區願景工作坊會議紀錄.....	363
附錄 9：中區願景工作坊會議紀錄.....	389
附錄 10：南區願景工作坊會議紀錄.....	422
附錄 11：專家信效度問卷.....	455
附錄 12：網路蒐集公民關切之重要議題問卷.....	460
附錄 13：問卷開放式文字意見表達實錄.....	469
附錄 14：經費使用情形.....	491
附錄 15：期中報告書面審查意見回覆.....	493

圖次

圖 1-1	多元公民參與模式探討-以健保資源配置之議題為例計畫甘特圖	5
圖 3-1	各場次願景工作坊會議流程圖	32
圖 3-2	願景工作坊開會場景(集思台中瓦特廳 301 會議室).....	35
圖 3-3	願景工作坊會議參與者發言情形(臺北市立大學 G415 室).....	35
圖 3-4	願景工作坊小組長向其他兩組說明健保願景(高雄 Le Phare 共享空間).....	36
圖 3-5	願景工作坊參與者投票結果	36
圖 4-1	公民參與問卷跳題邏輯圖	65
圖 4-2	Facebook 發文內容.....	67
圖 4-3	IG 發文內容	67
圖 4-4	Dcard 發文內容	68
圖 4-5	問卷宣傳 QRcode	68
圖 4-6	計畫主持人赴機關團體宣傳問卷填答	69
圖 5-1	「112 年版全民健康保險會年報」電子書正面	106
圖 5-2	「112 年版全民健康保險會年報」電子書背面	107
圖 5-3	「112 年版全民健康保險會年報」電子書內頁	107
圖 5-4	廠商年報合計 130 本交件	108
圖 6-1	總額預算規劃、成果評核與總額協商關係圖	109
圖 6-2	本團隊協助「各總額部門 112 年度執行成果評核」情形	110
圖 6-3	本團隊協助「各總額部門 112 年度執行成果評核」報到情形	110
圖 6-4	本團隊協助「各總額部門 112 年度執行成果評核」準備餐點情形	111
圖 6-5	本團隊協助彙整「各總額部門 112 年度執行成果評核」審查報告	111
圖 6-6	本團隊協助彙整「各總額部門 112 年度執行成果評核」發言實錄	112

表次

表 1- 1	多元公民參與模式探討計畫目標	3
表 1- 2	本團隊八次工作會議時間及地點	6
表 2- 1	專家諮詢會議參加專家人次、議題專家姓名統計表	8
表 2- 2	專家出席公民參與活動(願景工作坊)諮詢姓名統計表	8
表 3- 1	全民健康保險願景工作坊專家顧問團	26
表 3- 2	本計畫北、中、南各場次願景工作坊人數規劃	28
表 3- 3	邀請團體名單	29
表 3- 4	本計畫北、中、南六場次願景工作坊參與人數統計	30
表 3- 5	本計畫北、中、南六場次願景工作坊上下午場時間與議程	33
表 3- 6	家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向願景排名 (北區).....	53
表 3- 7	家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向願景排名 (中區).....	54
表 3- 8	家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向願景排名 (南區).....	55
表 3- 9	如何提升醫療資源使用效率願景排名(北區).....	56
表 3- 10	如何提升醫療資源使用效率願景排名(中區).....	57
表 3- 11	如何提升醫療資源使用效率願景排名(南區).....	58
表 4- 1	公民參與問卷各題目及選項	62
表 4- 2	公民參與問卷民眾人口變項之描述性統計表	71
表 4- 3	家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向題組之描述性統計表	74
表 4- 4	提升醫療資源使用效率題組之描述性統計表	76
表 4- 5	是否知道衛福部中央健康保險署執行中的家醫計畫之交叉分析表	80
表 4- 6	目前是否有參加家醫計畫之交叉分析表	81
表 4- 7	有參加家醫計畫對所參加的家醫計畫團隊服務滿意交叉分析表	82
表 4- 8	受訪者願不願意參加家醫計畫之交叉分析表	83
表 4- 9	為提升家醫計畫執行效益交叉分析	84
表 4- 10	家醫團隊加入其他醫學專業團是否願意多負擔保費交叉分析	85
表 4- 11	家醫團隊除疾病治療之外增加疾病預防等而多負擔保費交叉分析	86
表 4- 12	是否配合家庭責任醫師團隊轉診加重部分負擔交叉分析表	87
表 4- 13	民眾對於家庭醫師計畫了解與否後續意向調查之交叉分析	88
表 4- 14	是否了解目前健保資源面臨的問題之交叉分析表	91
表 4- 15	為減少就醫次數民眾不一定要回到醫院回診看報告之交叉分析表	92
表 4- 16	病情穩定病人取消慢性處方箋 3 個月限制之交叉分析表	93
表 4- 17	降低醫院的一般性門診數量民眾就醫選擇可能受限縮之交叉分析表	94
表 4- 18	提高一般民眾直接至醫學中心看診部分負擔之交叉分析表	95
表 4- 19	推廣安寧緩和、ACP，預立醫療決定書是否願意配合之交叉分析表	96
表 4- 20	人口變項與各問題填答交叉分析有顯著差異之答題	102
表 5- 1	「112 年版全民健康保險會年報」印製進度表	106

摘要

我國全民健康保險開辦以來，政策排除了民眾就醫經濟障礙，也提供國人優質健康照護服務，民眾施政滿意度民國 111 年達九成，在國際上也享有極高的評價。全民健康保險會(下稱健保會)為繼續落實健保法規定，於審議、協議重要事項前，依法先蒐集民意，必要時，並得辦理相關公民參與活動之規定，協定醫療費用總額宏觀調控醫療資源，乃委託辦理本「多元公民參與模式探討-以健保資源配置之議題為例」計畫。

本計畫期限為決標日起至 113 年 12 月 31 日止。本計畫預定目的包括：

1. 編輯印製健保會 112 年版年報，以健保會法定業務執行成果為主，包括前言、組織任務及運作、協定醫療費用總額宏觀調控醫療資源、健保費率審議落實收支連動、其他重要業務執行成果等。
2. 辦理健保業務公民參與活動。於 113 年 3-7 月辦理健保業務公民參與活動，包括 50 名專家座談及 120 位公民參與願景工作坊。
3. 協助辦理「各總額部門 112 年度執行成果評核」相關庶務事宜，邀請 7 位健保領域專家學者擔任評核委員，就 112 年度各總額執行成效進行評核，提出改善建議。另辦理 1 天半之執行成果公開發表會議，就執行成果及評核意見進行研討、廣納各界建議，需籌辦公開發表會議及相關準備工作，並依據評核委員意見及會上交流意見產出審查報告，及完成與會人員發言實錄整理。
4. 研究團隊上述活動企劃書工作項目包括執行規劃、議程安排、活動網站、邀請與接待與會者、洽租場地、場地布置、製作海報、會議手冊、交通接駁、飲食與住宿規劃、活動拍攝、會議紀錄整理、會議結論研析並整理成冊等。
5. 由研究團隊與委託單位召開工作小組會議，定期針對工作內容及進度討論(原則上 2 個月討論 1 次，但得視情況增減)。

在編輯印製健保會 112 年版年報方面，於 113 年 2 月 5 日上網公告招標，113 年 3 月 13 日與得標印刷廠簽約，113 年 6 月 28 日如期完成印製及繳交 130 本 112 年版年報(含電子書)，送委託單位驗收完畢。

在辦理健保業務公民參與活動方面，已於 113 年 3 月至 7 月間，完成 50 人次專家諮詢及會議實錄與摘要並編印成冊。113 年 7 月 3 日於臺北市、7 月 10 日於臺中市、及 7 月 31 日於高雄市，辦理 6 場次健保議題改革願景工作坊，合計共有 145 人次團體代表參與，提出健保改革重要願景 15 項。上述專家諮詢人次及公民參與人次均符合本案合約規定。

在協助辦理「各總額部門 112 年度執行成果評核」相關庶務事宜方面，已於 113 年 7 月 15、16、17 三日，配合委託單位，邀請 7 位健保領域專家學者擔任評核委員，辦理各總額部門 112 年度執行成果評核會議，順利完成。另協助辦理 1 天半之執行成果公開發表會議相關準備工作庶務，完成與會人員發言實錄彙整。上述活動

企劃工作項目包括執行規劃、議程安排、活動網站、邀請與接待、餐飲準備等，及會議紀錄整理、會議結論研析，均已完成並整理成冊。

在與委託單位召開工作小組會議，定期針對工作內容及進度討論方面(原則上2個月討論1次，但得視情況增減)，已於113年1月至12月間，合計參與8次工作會議，均依規定行程參加、製作紀錄，並依工作會議之決議事項執行完畢。

另外，在辦理健保業務公民參與活動，運用網路收集民意部分，本團隊依第一次工作會議決議，收集民意部分採願景工作坊方式辦理，於辦理願景工作坊之後，運用網路收集民意。本計畫使用 Google 表單設計問卷，於113年9月~10月間執行網路民意調查，並統計分析完成。

網路民意調查問卷共收集 1,265 份，男性占 51.6%、女性占 48.4%；年齡占比以 36 歲~65 歲占 63.5%最多；職業主要以軍公教為最多占 41.4%；教育程度以大學或專科占 59.1%最多；月收入以 30,001~60,000 元占 52.0%最多；居住地區為台北區的民眾占 64.9%最多。參與網路問卷 1,265 人中，知道「家醫計畫」民眾占 26.0%，不知道家醫計畫的民眾占 74.0%。因此，建議政府執行家醫計畫過程中應加強宣傳。

各人口學變項與各填答問題交叉分析結果，包括：(1)是否知道目前衛生福利部執行中的家醫計畫；(2)目前是否有參加家醫計畫；(3)是否同意就醫自由度可能會略為限縮；(4)是否同意多負擔一些保費與加重部分負擔；(5)如果醫院的檢查(驗)結果正常，是否同意可以透過多元管道通知民眾不需再到醫院回診看報告；(6)是否同意對於病情穩定的慢性病病人，取消慢性處方箋只能開立3個月的限制等六項，以上六項健保議題，與各人口學變項至少一項以上有顯著差異。其中網路問卷受訪者人口學變項「月收入」方面，與上述問題之填答結果大多有相關。例如：在知道家醫計畫的民眾中，以月收入低於 90,000 元者占比較小；在是否同意就醫自由度限縮的議題方面，以月收入高於 90,000 元者選擇不同意的比率較高；在是否同意多負擔一些保費與加重部分負擔的議題方面，以月收入越高於 90,000 元者占比較大，反之，則占比較小；是否同意如果醫院的檢查(驗)結果正常，可以透過多元管道通知民眾，不需再到醫院回診看報告，月收入低於 90,000 元者有較高百分比填答同意；是否同意對於病情穩定的慢性病病人，取消慢性處方箋只能開立3個月的限制，月收入低於 90,000 元者有較高百分比填答同意；是否同意政府透過提高民眾至醫學中心或區域醫院看診之部分負擔，以降低醫院的一般性門診數量，讓醫院能收治更多急症、重症、難症病人，月收入低於 90,000 元者填同意的民眾百分比比較低。另外，在推廣安寧緩和、推廣預立醫療照護諮商(ACP)等措施，減少末期病人無效醫療，是否認同並願意配合簽署相關文件，女性填答同意百分比、56 歲~65 歲填答同意百分比都比較高。因此，建議政府在政策制定過程中，增加與利害關係人溝通。

關鍵詞：公民參與活動、全民健康保險會、健保業務、成效評核、健保議題

Abstract

Since the establishment of the National Health Insurance (NHI) system in our country, the policy has removed the financial barriers to healthcare access for the public and provided high-quality healthcare services to the citizens. The public's satisfaction with the administration reached 90% in 2022, and internationally, the system is highly regarded. To continue implementing the NHI regulations, the National Health Insurance Committee (hereafter referred to as the NHI Committee) is required to gather public opinions before deliberating important matters, and, when necessary, organize related public participation activities. To carry out this process, the NHI Committee has commissioned the "Exploring a Multi-faceted Public Participation Model: A Case Study on Health Insurance Resource Allocation" project.

This project runs from the date of the contract award until December 31, 2024. The objectives of the project include:

1. Editing and printing the 2023 Annual Report of the NHI Committee, focusing on the implementation results of the NHI's statutory tasks, including prefaces, organizational missions and operations, medical expense agreements, macro-level medical resource regulation, health insurance rate reviews, and other key operational outcomes.
2. Organizing public participation activities in NHI affairs. From March to July 2024, public participation activities will include a 50-person expert consultation and a 120-person citizen vision workshop.
3. Assisting in the "Evaluation of the Performance of the 2023 Budget Implementation by Total Allocation Departments." Seven NHI experts will be invited to serve as evaluation committee members to assess the implementation outcomes of the 2023 budget and propose improvement suggestions. Additionally, a one-and-a-half-day public presentation event will be organized to discuss the outcomes and evaluation opinions, gather suggestions from various sectors, and produce a review report based on the committee's feedback.
4. The research team's tasks for the above activities include planning, agenda arrangements, event websites, inviting and accommodating participants, venue rental, layout, poster creation, meeting handbooks, transportation, meals, accommodation arrangements, event photography, meeting minutes, analysis of meeting conclusions, and compiling reports.
5. The research team will hold regular work group meetings with NHI Committee staff to discuss work content and progress (in principle, once every two months, but this can be adjusted as needed).

Regarding the editing and printing of the NHI Committee's 2023 Annual Report, the

tender announcement was made online on February 5, 2024, and the contract was signed with the winning printing company on March 13, 2024. The printing and delivery of 130 copies of the 2023 Annual Report (including an electronic version) was completed by June 30, 2024, and submitted to the NHI Committee for acceptance.

In organizing public participation activities for NHI affairs, the expert consultations were completed between March and July 2024, with 50 experts consultations conducted. Meeting minutes and summaries were compiled into a report. From July 3 to July 31, 2024, six vision workshops were held in Taipei, Taichung, and Kaohsiung with a total of 145 group representatives, who proposed 15 key visions for NHI reform. The number of expert consultations and citizen participations met the contractual requirements.

For assisting with the "Evaluation of the Performance of the 2023 Budget Implementation by Total Allocation Departments," the NHI Committee invited seven experts to serve as evaluation committee members from July 15-17, 2024, to assess the implementation outcomes. The related administrative tasks for organizing a one-and-a-half-day public presentation were completed, including preparing meeting materials, consolidating meeting records, and finalizing the review report.

The research team also participated in eight NHI Committee work meetings between January and December 2024, producing meeting records and carrying out the tasks in accordance with the decisions made.

Furthermore, for collecting public opinions through an online survey as part of the public participation activities, the team used Google Forms to design a questionnaire for a survey conducted from September to October 2024. The survey collected 1,265 responses, with 51.62% male and 48.38% female participants. The most common age group was 36-65 years (63.48%), and the largest profession category was public employees (41.4%). The most common education level was university or junior college (59.1%), and the majority earned between NT\$30,001-60,000 per month (52.02%). Most respondents (64.90%) were from the NHI Taipei Division area. The survey found that 26.01% of respondents knew about the NHI Family Doctor Plan, and 73.99% did not. Therefore, it is suggested that the government should strengthen the publicity of the Family Doctor Plan.

The analysis of demographic variables and responses showed significant differences in the following issues: (1)whether respondents were aware of the current Family Doctor Plan, (2)whether they participated in the plan, (3)whether they agreed to slightly restrict their medical freedom, (4)whether they agreed to bear more premium costs, (5)whether they agreed that patients do not need to return to hospital, instead to be notified via multiple channels if their medical test results were normal, and (6)whether they agreed to

lift the three-month prescription limit for stable chronic patients. Among the public who are aware of the family doctor program, those with a monthly income lower than 90,000 NTD make up a smaller proportion. Regarding the issue of limiting medical freedom, individuals with a monthly income higher than 90,000 NTD have a higher percentage of disagreement. When it comes to agreeing to bear more premiums and increased out-of-pocket costs, the proportion is larger among those with a monthly income higher than 90,000 NTD, while the proportion is smaller for those with lower incomes.

Additionally, women and those aged 56-65 were more likely to agree to end-of-life care measures like Advance Care Planning (ACP). The government is recommended to improve communication with stakeholders during policy development.

Keyword: Civic participation activities 、 National Health Insurance Committee(NHIC) 、 Health Insurance Operations 、 Performance Assessment 、 Health Insurance issues

致謝

本「多元公民參與模式探討-以健保資源配置之議題為例」研究團隊在工作期間，承蒙衛生福利部全民健康保險會同仁提供健康保險知識、資料與經驗、以及各項行政工作協助；臺北市立大學許耿銘教授公民參與模式分析規劃協助；臺北市立大學張智鈞教授網路民意調查指導；臺北市立大學簡毓寧教授統計方法協助指導；盧瑞芬教授等 50 位健保專家辛苦提供意見指導諮詢；全民健康保險付費者團體代表、醫事服務提供者代表與健保署代表等 145 位先進不辭辛勞參與願景工作坊；台北市政府公務人員訓練處、台北市環境保護局、各大學公共衛生相關學系師生協助問卷填答。還有臺北市立大學衛生福利系趙于甯同學、胡巧臻同學、賴玢潔同學、李浩瑀同學、劉威廷同學、王韋竣同學、汪君翰同學利用課餘協助各項庶務工作。研究團隊一併獻上十二萬分感謝。

第一章 計畫背景與目標

第一節 計畫背景

我國全民健康保險於民國 84 年 3 月 1 日開辦，全民健康保險政策排除了民眾就醫經濟障礙，也提供國人優質健康照護服務，民國 111 年台灣民眾對健保滿意度超過九成[1]，在國際上也享有極高的評價。然而多年來社會各界也有改革的呼籲，尤其在健保總額支付制度、醫療資源使用之效率及家庭醫師整合性照護計畫等方面。

為落實健保財務收支連動、資訊公開透明，及擴大民眾參與，衛生福利部(下稱衛福部)依全民健康保險法(下稱健保法)第 5 條規定，於 102 年設立全民健康保險會(下稱健保會)，由被保險人、雇主、保險醫事服務提供者、專家學者、公正人士及有關機關代表組成，作為擴大社會參與全民健保事務之溝通平台，及提供重要政策建言。健保法第 5 條第 1 項規定，健保會法定任務包括：保險費率與保險給付範圍之審議、保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配、保險政策與法規之研究及諮詢、其他有關保險業務之監理事項。健保法第 5 條第 3 項也規定，健保會於審議、協議重要事項前，應先蒐集民意，必要時，並得辦理相關之公民參與活動。

為落實健保法規定，健保會擴大民眾參與，因此本(113)年度辦理本「多元公民參與模式探討-以健保資源配置之議題為例」計畫。考量公民參與活動辦理方式多元，包括：公民審議會、公民咖啡館、公聽會、法人論壇或願景工作坊等，為強化各類被保險人團體的參與度，本計畫規劃與保險付費者、醫事服務提供者委員代表團體合作，除規劃辦理專家諮詢外，接著以願景工作坊方式辦理公民參與活動，以呈現與會代表對健保資源配置議題之意見，作為各部門總額協商之參考，俾使健保政策的規劃更完善，符合民意需求。

第二節 計畫目標

為落實健保財務收支連動、資訊公開透明，及擴大民眾參與，衛生福利部依全民健康保險法第 5 條規定，於 102 年設立全民健康保險會，由被保險人、雇主、保險醫事服務提供者、專家學者、公正人士及有關機關代表，作為擴大社會參與全民健保事務之溝通平台，及提供重要政策建言。健保法第 5 條第 1 項規定，健保會法定任務包括：保險費率與保險給付範圍之審議、保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配、保險政策與法規之研究及諮詢、其他有關保險業務之監理事項。健保法第 5 條第 3 項規定，健保會於審議協議要事項前，應先蒐集民意，必要時，並得辦理相關之公民參與活動。

為落實健保法規定健保會得辦理相關公民參與活動之規定，本團隊在辦理「多元公民參與模式探討-以健保資源配置之議題為例」計畫時，以願景工作坊方式，結合專家意見，共同討論各議題之最佳願景，以及最佳可行計畫。為強化各類被保險人團體的參與度，本計畫也與保險付費者委員代表團體合作，規劃辦理公民參與活動，呈現與會代表對健保資源配置議題之意見，作為持續精進健保公民參與的參考，以及蒐集公民對於健保議題之意見，俾使健保政策的規劃更完善，符合民意需求。

本計畫之預定目標，請參見表 1-1。

表 1-1 多元公民參與模式探討計畫目標

計畫目標
1. 於 113 年 3-7 月辦理健保業務公民參與活動，包括 50 名專家座談及 120 位公民參與願景工作坊。 2. 檢視健保總額年度執行成效並落實檢討及回饋機制，於 113 年 6-7 月辦理辦理「各總額部門 112 年度執行成果評核」邀請 7 位健保領域專家學者擔任評核委員，就 112 年度各總額執行成效進行評核，提出改善建議，做為健保總額未來精進之參據。另辦理 1 天半之執行成果公開發表會議，就執行成果及評核意見進行研討、廣納各界建議，需籌辦公開發表會議及相關準備工作，並依據評核委員意見及會上交流意見產出審查報告及完成與會人員發言實錄整理，並就評核結果納入 113 年 9 月總額協商業務，辦理相關庶務事宜。 3. 研究團隊上述活動企劃書工作項目包括執行規劃、議程安排、活動網站、邀請與接待與會者、洽租場地、場地布置、製作海報、會議手冊、交通接駁飲食與住宿規劃、活動拍攝、會議紀錄整理、會議結論研析並整理成冊等。 4. 編輯印製健保會 112 年版年報，以健保會法定業務執行成果為主，包括前言、組織任務及運作、協定醫療費用總額宏觀調控醫療資源、健保費率審議落實收支連動、其他重要業務執行成果等。 5. 由研究團隊與委託單位召開工作小組會議，定期針對工作內容及進度討論(原則上 2 個月討論 1 次，但得視情況增減)

第三節 執行進度

112 年版年報(含電子書)之編印，於 113 年 2 月 5 日上網公告，已完成承製廠商招標、113 年 3 月 13 日簽約，合約廠商為加斌有限公司，加斌公司已於 113 年 6 月 28 日如期完成印製及繳交 130 本 112 年版年報(含電子書)，並送委託單位(詳如第五章)點收完竣。本計畫也於 113 年 3 月至 7 月完成 50 人次健保專家諮詢會議，完成會議實錄與摘要並編印成冊(詳如第二章及附錄 4、5、6)。於 113 年 1 月至 12 月間合計與委辦單位召開 8 次工作會議(詳如表 1-2 及附錄 1)。團隊 113 年 7 月 3 日於台北市、7 月 10 日於台中市及 7 月 31 日於高雄市，辦理 6 場次健保議題改革願景工作坊，議題包括(1)家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向，(2)如何提升醫療資源使用之效率，合計有 145 人次民眾參與，提出重要願景總共 15 項(詳如第三章)。113 年 7 月 15、16、17 三日，協助配合委託單位辦理各總額部門 112 年度執行成果評核會議，順利完成。上述活動工作項目包括執行規劃、議程安排、活動網站、邀請與接待、餐飲準備等，及會議紀錄整理、會議結論研析，均已完成實錄製作並整理成冊。在運用網路收集民意部分，本計畫使用 Google 表單設計問卷，於 113 年 9 月至 10 月期間執行網路民意調查，並統計分析完成(詳如第四章)。本計畫全部相關工作進度如圖 1-1 之甘特圖。

工作項目 (依預期成果填寫)	第 1 月	第 2 月	第 3 月	第 4 月	第 5 月	第 6 月	第 7 月	第 8 月	第 9 月	第 10 月	第 11 月	第 12 月
50 人次的專家會議(預定進度)												
50 人次的專家會議(實際進度*)												
6-10 月辦理 3 場公民參與活動 (預定進度)												
7 月辦理 3 場公民參與活動 (實際進度)												
6-7 月完成辦理各總額部門 112 年度 執行成果評核(預定進度)												
7 月完成辦理各總額部門 112 年度執 行成果評核(實際進度)												
112 年版年報(含電子書)之編印 (預定進度)												
112 年版年報(含電子書)之編印 (實際進度)												
期中成果報告(預定進度)												
期中成果報告(實際進度)												
公民參與問卷進度(預定進度)												
公民參與問卷進度(實際進度)												
期末成果報告(預定進度)												
期末成果報告(實際進度)												
工作小組會議(預定進度)												
工作小組會議(實際進度)												

*註：依衛福部公文 113 年 5 月 16 日衛部健字第 1133340127 號函，變更 50 人次專家會議完成時間。

圖 1-1 多元公民參與模式探討-以健保資源配置之議題為例計畫甘特圖

本團隊自 113 年 1 月 11 日至 12 月 31 日止，合計召開 8 次工作會議，時間及地點如表 1-2；討論議題、決議及辦理情形如附錄 1，均依照工作會議紀錄內容執行完畢。

表 1-2 本團隊八次工作會議時間及地點

會議日期	會議地點
113 年 1 月 11 日	南港衛福部大樓 204 會議室
113 年 2 月 2 日	南港衛福部大樓 206 會議室
113 年 2 月 27 日	南港衛福部大樓 206 會議室
113 年 3 月 21 日	南港衛福部大樓 206 會議室
113 年 4 月 2 日	臺北市立大學 T201 會議室
113 年 4 月 30 日	臺北市立大學 G415 會議室
113 年 5 月 27 日	南港衛福部大樓 203 會議室
113 年 6 月 25 日	南港衛福部大樓 203 會議室

第二章 專家諮詢會議

健保法第 5 條第 3 項規定，健保會於審議、協議重要事項前，應先蒐集民意，必要時，並得辦理相關之公民參與活動。為落實健保法規定健保會得辦理相關公民參與活動之規定，本團隊原計畫以網路收集民眾關心之健保議題，作為專家諮詢議題使用。惟考量健保議題之專業性，團隊依 113 年 1 月 11 日本計畫第一次工作會議決議，本年度專家諮詢會議議題選定下列三項：(一)健保總額支付制度之檢討與策進作為。(二)如何提升醫事服務提供者及民眾端在醫療資源使用之效率。(三)家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向。(如附錄 1)。原計畫以網路收集民眾關心之健保議題，第一次工作會議決議，改於公民參與活動之後辦理，本團隊遵照辦理。

為強化各類被保險人團體參與本計畫旨揭議題強度，本計畫依前揭第一次工作會議決議，規劃與政府機關、保險付費者委員代表團體、醫事服務提供者代表合作，規劃收集專家意見，俾利日後辦理公民參與活動時參考，以符合民意需求。專家諮詢會議分三主題，已分別於 113 年 3 月 20 日、113 年 4 月 2 日、113 年 4 月 30 日辦理。又於台北、台中及高雄辦理六場次公民參與活動時，繼續邀請專家諮詢，參與諮詢專家人數合計 50 人次。專家諮詢會議議題、參加專家姓名如表 2-1 及表 2-2。

表 2-1 專家諮詢會議參加專家人次、議題專家姓名統計表

議題	時間	地點	參與專家名單 (依姓名筆畫排序)
健保總額支付制度之檢討與策進作為	113 年 3 月 20 日 9：30~12：30	臺北市立大學 T201 會議室	李玉春 李飛鵬 吳肖琪 何紹彰 林文德 陳彥廷 黃啓嘉 楊銘欽 鄭守夏 盧瑞芬 謝天仁
如何提升醫事服務提供者及民眾端在醫療資源使用之效率	113 年 4 月 2 日 9：30~12：30	臺北市立大學 T201 會議室	朱益宏 曲同光 吳榮達 吳肖琪 李飛鵬 李永振 林文德 洪子仁 黃啓嘉 蔡淑鈴
家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向	113 年 4 月 30 日 9：30~12：30	臺北市立大學 G415 會議室	朱益宏 吳肖琪 何 語 郭年真 黃啓嘉 黃振國 楊銘欽 蔡淑鈴 戴桂英

表 2-2 專家出席公民參與活動(願景工作坊)諮詢姓名統計表

議題	時間	地點	參與專家名單 (依姓名筆畫排序)
家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向/如何提升醫療資源使用效率	113 年 7 月 3 日 9：30~17：00	臺北市立大學 G415 會議室	林文德 楊銘欽 蔡淑鈴 戴桂英 (上下午都參加)
家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向/如何提升醫療資源使用效率	113 年 7 月 10 日 9：30~17：00	集思台中瓦特廳 301 會議室	黃偉堯 滕西華 戴桂英 (上下午都參加)
家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向/如何提升醫療資源使用效率	113 年 7 月 31 日 9：30~17：00	Le Phare 共享空間 MR505 會議室	林文德 黃偉堯 蔡淑鈴 (上下午都參加)

茲將專家諮詢會議三議題：(一)健保總額支付制度之檢討與策進作為。(二)如何提升醫事服務提供者及民眾端在醫療資源使用之效率。(三)家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向。重點摘錄如本章第一、二、三節。重點內容並收錄於健保公民參與活動(願景工作坊)手冊中，供參加代表參考。

第一節 健保總額支付制度之檢討與策進作為

健保總額支付制度之檢討與策進作為議題，舉辦時間為 113 年 3 月 20 日上午 9 時 30 分迄同日下午 12 時 30 分，地點為臺北市立大學博愛校區 T201 會議室。茲將專家意見摘要如下：

一、總額支付制度是健保法明定，在現制下，健保署如何發揮保險人的角色，以維持總額支付制度的正常運作？

1. 制度性調整支付點數：過去幾十年來設定的支付標準，未能跟隨物價指數持續波動，導致醫療供給增加但支付卻沒有相應增加，若要調整須制度性調整，並評估調整後對整體預算的影響，提出相關管控措施。
2. 編列額外勞務費預算，勞務費合理提升：醫療成本隨著物價指數和人力服務成本的上升而大幅提升，例如基本工資的增加等。希望勞務費能合理增加，以確保醫療人員能夠得到合理報酬。
3. 增強動態管理能力：建議健保結算時間是否能達到日總額，除了方便醫院財務管理外，在預算不足時，讓醫界和健保署有機會反映，以更即時調整。
4. 審查制度問題：過去不具名審查時，核刪 4%，具名審查後，核刪不超過 0.5%，其中可能有一些政治因素。建議可由付費者與醫界代表自主協商談出方案，像是總額協商的分配，如何分配一直往下延伸到合理的狀態。
5. 加強民眾健康促進教育：醫療服務的提供越來越方便，診所和醫院的設備、服務水準提高，使民眾更容易就醫，也導致醫療成本的增加。除健保署外，隸屬衛福部下的國健署和疾管署也扮演著重要角色，如讓民眾了解保持健康不僅僅是健保支付的問題，才能減輕醫療及長照負擔。
6. 面對人口老化、人力減少情形，基層醫療應結合長照：目前申請長照需要通過多個單位，導致資訊整合不利。提倡組織扁平化，回歸社區，讓醫學中心不必負擔太多長照工作。以人為中心、以個案為中心的理念，可以減少個案需要接觸多個單位與經手多人的情況。
7. 維持收支連動機制：不論兩邊如何協商，收支連動都要繼續，想要醫療服務增加，費用就會增加。

二、近年醫界強烈訴求總額不足要求保障點值，但我國總額支付制度採支出上限制(Expenditure Cap，浮動點值)，可精確控制年度預算支出，超出預算部分以浮動點值處理，對此您有什麼看法？

1. 疫情期間醫療需求增加造成點值下降，使用「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」專款補助宜為一次性，而非非常態性：依健保基金收支保管及運用辦法，「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」為健保安全準備金的概念，不宜在總額協商時用來改善點值過低的情形。
2. 增加門診自付額，管控醫療使用量：建議從健保法修法，將門診自付額提高比例，由消費者端調整，管控醫療使用量，以達到點值不過度降低的效果。
3. 點值分配與補償方式須與付費者溝通：目前健保基金中尚未有項目可以用來補點值，若因疫情造成醫療服務量遽增，補助點值時，宜與付費者進行溝通，確保程序正義和廣泛接受性。
4. 改善點值問題不宜單純保障點值：點值的下降確實需要補償，而支付標準的調整可能影響整個預算的合理性。如果沒有針對此進行控制，而是只從點值的保障方面入手，可能會對整體預算和支付標準調整的基礎造成破壞。
5. 以定率調整部分負擔：定額的效果是有限的，但使用定率需要有相應的配套措施。例如，目前門診部分負擔沒有上限，這是消費者應該要求的，因此，門診部分負擔應該設定上限，以讓消費者承擔有限的負擔，對於受影響的人群來說，可以緩解一部分問題。

三、我國健保是否可能跳脫現行總額支付制度，未來改革方向為何？

1. 若要廢除總額制度須尋求替代方案：儘管許多國家並非強制性規定，仍採用總額支付的概念。例如，德國在醫療支出方面設定目標，而美國的醫療保險 DRG 和 RDS 的成長率由國會決定，日本則先設定成長率，再操縱支付標準表。如果以目標制的話，大家繼續衡量，為了達到目標，接下來得調降支付標準，完全無法掌控，德國的制度是目標至上，更沒有效率。若要廢除總額支付制度，必須建立一個能夠即時反映支付標準和合理控制的制度，以免醫療費用增長超出政府和民眾的負擔能力。
2. 支付方法宜依情況不同改變：在醫療資源充足地區採論質計酬、醫療資源及人力不足地區採論量計酬；世界各國的文獻已經提供了許多豐富的經驗，例如使用診斷相關分組(DRG)或捆綁支付(Bundled Payment)來管理住院醫療，而門診則可以採用論人計酬的方式。
3. 跳脫總額制度的國外作法：

- (1)申報量上限：目前台灣在推的有牙醫、中醫，但在整個服務上或者是其他費用，要從別的地方補進來。以健保支付標準的話，是一個階梯式的漸進減少，一些醫師會自行做調整，或是醫院儀器歲修不排檢驗檢查。
- (2)論人計酬：之前台灣有推過，但以美國來說可能有延遲治療或拒絕服務的問題。
- (3)分級轉診：目前台灣確實在推，但台灣的制度是民眾自己選擇醫院、診所，這部分很難去做調整。

四、我國全民健保為單一公營、全民覆蓋，因就醫方便，民眾對全民健保給予很高的滿意度，但隨著新醫療科技的進展，病友不斷呼籲加快昂貴的癌症新藥、罕藥的引進速度。然健保資源及民眾付費能力有限，如何顧及這類病人的需求？

1. 納保範圍調整：健保基金本身就不夠了，不光是醫療項目增加，許多未繳所得稅的民眾、國外僑民也在納入健保範圍內，若要擴大納保範圍要另有特別預算。
2. 提供基本醫療，不足部分由商保負擔：就醫便利性促進醫療利用率的增加，但隨之而來人口老化，進而增加健保支出。醫療品質與就醫便利性之間存在著相對關係，如果健保能夠提供基本的醫療服務，而其他方面則由商業保險負擔，那醫療品質就不會過度提高，同時也增強醫療服務的普及性。
3. 中醫缺乏新藥和新科技：中醫在新藥和新科技方面相對吃虧，因為藥廠較不願意投入開發植物新藥或傳統科學新藥。且近年來中藥價格飆升，只能私下跟患者收取自費貼補。
4. 另設特殊基金解決新藥需求：健保制度應該專注於解決一般情況下的醫療需求，而對於特殊情況，如罕見疾病治療，可能需要另外的基金或機制來處理，以確保健保制度的平衡運作。但若已達到一定經濟規模的癌症新藥，經過 HTA(醫療科技評估)評估後顯示財務上健保能夠負擔，可以考慮將其納入健保支付項目。
5. 支持透過 HTA(醫療科技評估)及 HTR(醫療科技再評估)評估新科技是否納入健保：新藥基金不是永遠都有，通過醫療科技評估(HTA)或修正標準的方式，要求新科技必須符合一定條件才能被納入。新科技難以引進的原因在於每年花費龐大的 8,600 億元，但未能有效地去除不必要的開支，儘管我們有醫療科技評估(HTA)，但卻缺乏醫療科技再評估(HTR)的，舊有的醫療技術未被淘汰，因此新技術難以進入。
6. 新科技宜與一般服務分開：針對昂貴新藥和新科技，有必要進行醫療科技評估(HTA)，但考慮到其龐大的費用，最好是將其與一般服務區分開來，單

獨提出較好。

7. 與醫療無關的項目開放付費：目前自費開放下應該更加明確的區分與醫療無關的項目，例如取消掛號費上限和病房費的限制，皆與醫療服務價值無關，政府只須監控價格，真正有效的競爭應該是讓民眾能夠充分了解醫療服務，並有資訊去做出選擇。

以上共 22 項意見。

第二節 如何提升醫事服務提供者及民眾端在醫療資源使用之效率

如何提升醫事服務提供者及民眾端在醫療資源使用之效率議題，舉辦時間為113年4月2日上午9時30分迄同日下午12時30分，地點為臺北市立大學博愛校區T201會議室。茲將專家意見摘要如下：

一、如何提升醫事服務提供者在醫療資源使用之效率？

1. 改變看病模式：總額架構下，效率提升的方式就是改變看病模式，隨著人口高齡化、疾病慢性化，醫界宜思考如何改變看病模式，同時醫界也需要破除層級之間的觀念，才能改變過去片斷式醫療的情形及慢性病照護不佳的結果。如果付費者願意投入預算，換來醫療看病模式的改變，這是醫病雙贏的局面，病人獲得整合式的照護，醫療提供者也可得到更多的給付。
2. 醫療服務提供者與民眾溝通的必要性：新藥、新科技可提供更多醫療選擇，使得醫療支出迅速提升，未來醫療費用增加或是自費項目的增加，都是不得不面對的趨勢。付費者並非不能溝通，但認為要明訂遊戲規則，醫療服務提供者必須讓民眾清楚知道醫療費用總額必需增加的理由，如果多付出的錢沒有換來任何好的改變或好處，就沒有增加的意義。
3. 透過衛教，提升民眾自我照護知能，建立正確就醫行為：提升醫療資源使用效率並不是在壓榨醫界，而是要思考如何在需求面做管理。例如，感冒就醫只能緩解症狀，但健保花費在感冒治療上的費用卻相當龐大，民眾的需求是否真有必要？透過醫事服務提供者提供衛教，提升民眾自我照護知能，建立正確就醫行為，減少病人就醫次數，有助降低不必要的醫療支出，同時也使醫療資源發揮更佳效益。
4. 建立資源共享機制，提升健保資源使用效率：因目前醫療體系是自由競爭，容易產生軍備競賽，建議參考開放醫院(Open Hospital)概念，如果能讓醫院用共享的方式，去利用同區域內的醫療設備的話，就可以減少醫療設備的成本，及調高支付較低的人力成本(調升醫療服務專業的支付標準)，並提升器材的利用率，使醫療資源更有效的利用。

二、如何提升民眾在醫療資源使用之效率？

1. 增加自我健康管理知能：隨著少子化、老年人口增加，賺錢(繳健保費)的人會變少，健康投資變得重要，當健康投資做得好，後續的醫療或長照支出就可減少。民眾應該提升對自我健康管理之認知，並做促進健康的事情(如吃的健康或運動)。此外，健保署推動之健康存摺，讓民眾可以瞭解自身的健康狀況，也能清楚醫療資源利用情形，民眾應該善加利用，以促進自我健康

管理。

2. 透過專家引領公民參與重要議題討論：重大改革或調整，宜讓民眾了解並有參與討論表達意見的機會，建議可透過專家引領公民參與模式，就健保重要議題，例如保險費率及給付範圍需要不要調整、給付的優先順序、部分負擔的輕重等，進行討論。
3. 透過與付費者團體共同推動正確就醫行為：全民健保制度允許自由就醫，因此民眾對於分級醫療政策與轉診制度認知程度不同，若單純由醫療機構去推動轉診制度，效果有限，或許可和付費者團體共同推動，使政府與醫界及民眾之間可以有更好的溝通和理解。但因為我們的就醫制度相對自由，如果要像其他國家的轉診制度(限制民眾就醫自由)，並不容易做到，可能需要思考折衷方案。

三、如何從政策面強化健保醫療資源妥適運用？

1. 持續進行支付制度改革及支付標準合理性檢討：
 - (1)實施總額支付制度雖可控制整體醫療費用成長，維持總體的效率，但如仍採論量計酬，服務量將會持續增加，點值勢必一直下降，也會影響醫療品質，建議健保署及醫界應共同思考如何提升個體效率，例如進行支付制度改革，實施門診論人計酬、住院 DRG 等。
 - (2)部分診療項目支付點數偏低且長期未調整，建議政府應正視及整體檢討支付標準合理性，以反映醫療服務的價值和成本。
2. 持續推動分級醫療及落實轉診制度：
 - (1)透過支付制度設計，引導分級醫療：支付制度的設計上，可朝鼓勵不同層級別醫療院所處理不同類型疾病，例如適合在大醫院做的服務，但它的成本不夠，在支付上可以給予一定程度的加成，某些疾病應該在診所或是小型醫院做的，在同樣支付制度上，也應該用鼓勵的方式給予加成。
 - (2)建議恢復因 COVID-19 疫情而暫停實施之區域級(含)以上醫院門診減量措施。
 - (3)目前轉診制度的成效有限，除非有高度政策力的介入，例如拉大未經轉診的部分負擔，否則不容易達成。
3. 檢討部分負擔合理性：
 - (1)落實使用者付費精神，強化民眾費用意識：對使用者收取合理的部分負擔，將有助民眾思考是否有不需要之醫療需求，並在治療過程中透過與醫師的共同討論，促進醫病共享決策，及有助醫療資源有效使用。
 - (2)112 年的部分負擔調整後，出現少部分自費就醫較便宜、部分醫院急診仍

壅塞的現象，反映出現行定額部分負擔方式應調整。建議可改以定額結合定率，並搭配上限的方式，當醫療支出超過某個額度時，應該搭配定率收取部分負擔，但因有些醫療項目十分昂貴，所以也應訂出上限，讓部分負擔更加公平，同時也能抑制一些不必要的浪費。

4. 消除醫病資訊不對等及公開醫療品質資訊：因醫病資訊不對等，民眾不清楚如何正確就醫、可能也無法與醫師討論適合的治療方式，政府應加強醫療資訊的公開及透明，尤其是品質資訊一定要公開，特別是公開各醫療院所的慢性病或重要的照護品質資訊，當品質資訊公開時，醫界可以往更好的方向競爭，民眾也能獲得更好的醫療照護，最終得到雙贏的結果。
5. 政府宜審慎規劃醫療資源配置：新治療方式陸續推出，其昂貴價格對健保是很大的負荷，可能將會面臨到底要調整費率、還是要縮減給付的問題，政府需思考如何審慎配置醫療資源，或可參考國外 priority setting 的做法，透過公民參與取得共識，決定醫療服務給付的優先順序，排序較後的醫療項目則加重部分負擔，把資源用在最有效益的服務項目上。
6. 對弱勢族群應有配套措施：考慮調升保費或部分負擔，會增加弱勢民眾財務負擔，可以由社會福利補助而非免除的方式，以符制度公平性。另針對昂貴藥品或科技等高額給付，可由政府編列公務預算支應，這樣既不會加重弱勢族群的財務負擔，也不會對健保的營運產生影響。
7. 恢復不具名審查制度：建議恢復不具名審查制度，讓審查者在沒有任何影響之下審查，或是設立專責機構來專門查處違規行為，對於抑制不當醫療行為有一定效果。

以上共 14 項意見。

第三節 家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向

家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向議題，舉辦時間為 113 年 4 月 30 日上午 9 時 30 分迄同日下午 12 時 30 分，地點為臺北市立大學博愛校區 G415 會議室。茲將專家意見摘要如下：

一、家醫計畫已執行 20 年，目前面臨各種問題與挑戰，就健保署或基層管理者角度，應如何改進計畫執行模式？

1. 失能不應只是長照及社福的責任：現在人口老化已經不再是預防保健跟疾病治療，家醫未來宜介入逆轉，讓個案減緩失能不繼續惡化也是一種進步。
2. 強化基層醫療：目前其實醫學中心過多，醫療資源其實是過度的提供，若能更強化基層醫療，有一個整體醫療體系方向的認知，基層醫師才知道自己扮演的角色跟責任，尤其是人口老化以後更需要的是個別式的去介入健康評估。
3. 專家學者及付費者擔任監督者：專家學者及付費者應該扮演監督的角色，當醫療服務未能符合理想時，必須知道是哪個層面出問題。醫療界也應該檢討自身，當醫療提供者未能認清自我角色時，往往容易被批評為過度治療，保險的核心應該在於有限的資源達到最佳的效益。
4. 派案方式改變：許多家醫群一直存在結構問題，每一群的醫師並不一定在一個生活圈，隨著每年的修正，應該要讓它儘量在同一個生活圈，由於這對許多指標都有影響，包括固定就醫率和群內轉診率等。特別是在都會地區，如果醫師的距離太遠，在需要就醫時，病人可能會選擇就近就醫，而不是去他們所屬的群內。如果結構性問題不解決，就難以談論後續的 P4P、連續性照護及定額支付等問題。
5. 基層提升醫療品質外，也宜訂定相關措施：在家庭醫師制度中，當然提升品質是必要的，但不能單靠基層提升品質去吸引病人與大醫院競爭，政府同時也應該有配套的政策。對大型醫院提供慢性病治療時，是否應該有一些措施，以減少病人前往的誘因呢？否則，一些患有慢性疾病的人，基層能提供的品質，在大型醫院中並不存在，但是病人還是很習慣往大型醫院去，所以並不是只有提升照護的品質或是個管師的叮嚀，就能夠解決。
6. 在比較參與醫療群與非醫療群成效時宜考慮的問題：
 - (1)參加家醫群，是會員跟非會員之間的比較，應該使用 DID(Difference-in-Differences)方法，比較家醫群和非家醫群在前後測中的改變，以更準確地評估改善情況。另外新案跟舊案也要分開，新案理論上進步較快，舊案則是維持。
 - (2)非監控的指標，譬如說同樣疾病的指標，但是沒有納入品質獎勵，甚至它疾

病相關的指標是怎麼變化?因為國外的經驗，特別是英國的經驗發現，這些指標在納入 P4P 的設計會有外溢的效果，沒有財務誘因也有可能反向的效果，這部分是需要去留意的。

7. 醫療院所改革：將醫學中心、區域醫院留下來，沒有病床的地區醫院來領導各偏鄉、鄉鎮地區跟西醫基層整合，都會區的地區醫院要求提升資格，進入區域醫院。

8. 放寬加入醫療群會員的條件：

(1)健保署已經做適當的派案，在相關的辦法、計畫條款裡面應該放寬，讓被派案的人的家庭成員都可以收為會員，儘量就整個家庭來收案。

(2)以整個家庭來收案，但保險人不提供額外財務誘因，由於其他家庭成員可能醫療使用率不高，重點是從家庭成員健康或亞健康時就建立良好醫病關係。

二、個案管理源自於美國的健康照護系統，由個案管理師擔任監督、指導及醫療資源管控之角色；家醫計畫為提升個案管理服務品質，醫療群得設置專任個案管理人，然健保多項提升品質計畫，亦均納入個案管理功能，請問如何整合並發揮其功能？

1. 醫師與個管師須相互配合：未來家庭醫師本身的個案管理能力，必須要了解預防保健，個管師必須也要了解預防保健，個管師也許沒有專業，但有行政的專業，可以隨時提供個案適當的需求跟專業的介入。

2. 個案管理申報重複情形需勾稽：早期長照譬如說復能跟提供給民眾物理治療的部分，有發現類似的服務健保跟長照兩邊都申報的情形，或是家醫群跟現在代謝整合的服務，是否也能做勾稽，避免重複申報的問題。

3. 醫療群收案時宜告知收案對象：如何讓病人能夠固定就醫、增加黏著度，有一個很關鍵的原因是在收案的時候是否有知情告知?因為政策上沒有要求病人一定到所屬家醫群就醫，但是如果有知情同意、知情告知，病人與所屬家醫群有一定程度的信任，他自動就去了。

4. 個管師資源共享：如果一個家醫群，又參加很多的 P4P，其實這個個管是可以共用的，他就是一個共用的概念，並不是各項計畫都需要一個個管，整合起來一起用是最棒的。

5. 儘量將所有品質提升計畫納入擴展家醫計畫：一個病人不必被拆成說，不同疾病參與不同品質提升的計畫，一旦可以納進家醫計畫，它的誘因跟品質的指標都可以重新整合，而不要讓家醫群的醫師跟管理人員要有兩方面的報表，增加管理成本。將各種提升品質的計畫盡可能地納入到家庭醫師

計畫中，同時讓管理系統儘量簡單而不過於複雜，以減少行政上的麻煩。

三、健保署規劃於 113 年進行大家醫計畫改革，包含提升服務涵蓋率、數位化追蹤管理、支付制度調整、精進醫療品質等四大面向。請問您的看法?與如何再精進?

1. 醫療資源合理的分配：

- (1)當醫療的需求無限的時候，我們要有適當的規劃，醫學中心、區域醫院要擔任什麼角色，地區醫院，甚至基層擔任什麼角色，應該從醫療資源合理的分配跟角色去著手，就是所謂的個案分級醫療。
- (2)如果財務誘因太小帶來的影響也有限，考量現況的情況下，有些參與的基層院所會有一些配合的措施，但伴隨衍生的行政成本，的確有可能導致參與的意願降低。

2. 落實使用者付費精神：部分負擔並沒有按照健保法，按比例增加部分負擔，造成民眾認為說，只要花少量的錢就可以上最高層級的醫院，得到一個所謂相對有經驗，而且醫療水準比較高的服務，這是違反市場機制的。

3. 建立完整在地醫療就醫環境：

- (1)健保如果有機會要做澈底改革，穩定慢性病患者就一定要強制釋出，已經在醫學中心接受一年，甚至兩年，急性期過了穩定之後就應下轉到基層醫療院所。
- (2)因為人口老化，病人發現他們的行動力不如從前，所以在地醫療是非常重要的，如何建立一個在地完整的醫療就醫環境，是我們該深思的，但是初期可能在規劃中會有些阻力，家庭醫師必須擔任基層的角色，以及做到一個全人照護。
- (3)針對家庭醫師的整合從觀念的建立，給民眾有誘因，告知其加入家醫群會員的好處。
- (4)對於在同一家醫院穩定就醫兩年，忠誠度高的病人應該有一些誘因。例如，可以更容易取得穩定慢連箋。

4. 系統資訊整合再精進：

- (1)未來因為資訊科技越來越發達，所以監測的部分蠻重要的，裡面有提到用 AI，但什麼時候要跳出警示，警示出來以後，相關的醫師、醫療群有沒有去做處置，處置完以後有沒有回饋，這一整套的內容，從監測、行動到回饋，這部分是可以再精進的地方。
- (2)大家醫計畫的數位化平台後，可以更加準確追蹤和評估醫療品質變化。透過數位平台，可以看到整個地區的醫療數據，打破過去只在特定群體內部

進行評估的限制。

- (3)整個家庭醫師整合照護計畫裡面，先從大家醫平台裡面能夠回饋品質的精進，未來有一些部分有論質計酬，至於說大家會選病人的問題，我們要看的是進步率，不是絕對值，這樣子就不會大家都去照顧輕症，而不照顧比較嚴重的病人，這是未來可以考慮的。
5. 醫療服務由點到面：現在有收案的是個人(點)，讓他在計畫裡面，親身經歷以後，感受到被照顧的好處，希望透過個人經驗分享給親友(面)，那是不是親友也可以去找同個家醫群。或是透過 LINE 細胞訊息或群組的方式去定期派發訊息(如簡易檢查、衛教資訊、講座等等)，多多少少是有幫助的。
6. 居家醫療給付與長照居家給付不一致：我們所有的資源，長照是屬於長照司，居家醫療是屬於健保署，事實上資源是有重複的現象，而且現在長照所謂居家部分的給付，遠高於我們現在健保的給付，所以很多的護理人員離開醫療機構，是因為長照部分的誘因、自由度跟給付太高，可能要去思索一下，給付是否要一致性。
7. 以人為本的照護模式，提高固定就診率：如果慢性病病人已經在地區醫院或醫學中心得到有效管理，在派送個案時就不應該再重複派給基層診所。如此可以避免兩個計畫之間的重疊，同時確保病人能夠在固定的醫療機構中接受持續的照護。
8. 優化基層院所的資訊系統：透過跟健保或者跟相關衛福部單位的界接，或資料的拋轉，這部分建議醫事公會是否能夠主動跟台灣主要的診所資訊系統的廠商接洽。

四、健保法第 44 條規定「保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度」，而家醫計畫之推行是為奠定家庭責任醫師制度之基礎。然我國民眾已習慣自由就醫，請問如何由現行家醫計畫過渡至家庭責任醫師制度，其相關配套措施應如何設計？以及如何引導民眾適應未來醫療環境的變化？

1. 疾病區分宜先由家庭醫師鑑別：基本上應該大小病都給家庭醫師看，因為民眾分不清楚是大病還是小病，必須要有一個守門員，像家庭醫師就是健康守門員一樣，他是有責任的，必須要幫忙鑑別民眾是大病還是小病。
2. 論人計酬宜為中長程目標：論人計酬前提是怎樣逐步縮減民眾就醫的自由度，如果現在把地區醫院拉進來跟基層，這一塊是地區醫院跟基層都要去幫忙，我們努力讓民眾受到鼓勵，先到基層醫療院所接受服務的話，資訊會比較完整，在照顧上會比自己想掛什麼科比較好。先由家庭醫師把關讓大

家慢慢習慣以後，這個是可以水到渠成，可是沒辦法很快。

3. 診所宜接受評鑑：民眾不接受下轉，除了個人因素外，診所沒接受評鑑，民眾要如何去區分診所的好壞，這件事情我們還是遲早必須面對的。長照這麼多年都有做評鑑，那為什麼我們的診所沒有評鑑，如何讓民眾有信心？
4. 從病人和基層醫療的角度改進現有制度：
 - (1)現況之下所有的機制，包含誘因都是作用在醫療服務提供者端，對病人來說沒有辦法明顯感受到好處，如果病人感受不到好處，甚至可能造成他的不便，就無法鼓勵病人留在基層、配合分級醫療的政策。
 - (2)對民眾來說時間其實是很重要的一個誘因，因為去大醫院就醫要花很多時間在等待，如果民眾的醫療需求超出了基層醫療的範疇，在轉診上有沒有機會有類似現在醫事司在推急診後送、綠色通道，如何讓病人在轉診之後的就醫更為便利，這也許都是可以努力的方向。
5. 建立基層與民眾良好的醫病關係：病人過去在診所有就醫的經驗是醫療下轉成功非常重要的預測因子，跟診所的過程面、照護品質，或者是用藥習慣相比，有沒有醫病關係是更為重要的，所以不要隨便把病人轉到從來沒有就醫過的診所，這個會失敗，他們很快就回去醫院就醫，所以基層要去思考如何在病人還沒有持續就醫需求的時候，就先建立跟民眾的連結。
6. 醫療品質資訊公開：可以公開每個診所的特色，例如該診所主要提供何種疾病的治療，例如糖尿病、高血壓、感冒等，有助於患者更準確地選擇就醫的地點。

以上共 27 項意見。

上述三場次的專家會議所得到的意見摘要，由於「健保總額支付制度之檢討與策進作為」議題，比較與政府政策制定直接相關，依 113 年 2 月 2 日第 2 次工作會議決議，只將「家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向」，及「如何提升醫事服務提供者及民眾端在醫療資源使用之效率」二議題納入公民參與活動(願景工作坊)討論。因此本團隊將上述二議題，分別收錄於北、中、南(上午與下午各一場次)共六場次「全民健康保險願景工作坊會議手冊」之中，並於願景工作坊會議前一星期，分發所有參加願景工作坊人員參考使用。「全民健康保險願景工作坊會議手冊」詳見附錄 7。

第三章 願景工作坊

第一節 公民參與活動辦理方式選擇

為落實健保財務收支連動、資訊公開透明，及擴大民眾參與，衛生福利部依健保法第 5 條規定，於 102 年設立全民健康保險會，由被保險人、雇主、保險醫事服務提供者、專家學者、公正人士及有關機關代表組成，作為擴大社會參與全民健保事務之溝通平台，及提供重要政策建言。依健保法第 5 條第 3 項規定，健保會於審議、協議重要事項前，應先蒐集民意，必要時，並得辦理相關之公民參與活動。台灣大學社會系教授林國明[2]於「運用公民參與模式模擬及評估健保財務平衡方案之可行性研究」研究計畫指出，公民參與模式有很多種類型，包括參與式預算、公民共識會議、公民咖啡館、願景工作坊等。

政治大學陳敦源教授等人[3]於「2020 年台灣電子治理願景與方向：情境規劃的應用」及淡江大學曾冠球教授等人[4]於「推展公民導向的電子化政府：願景或幻想？」均指出，願景工作坊目標是針對一項特定主題，邀請多元利害關係人參與，在專家解說與輔助者引領，進行理性溝通與討論，藉由精心設計的過程，將各類意見轉化為政策願景與行動方案，並確保其足以代表多數與會者的共識。

一、參與式預算

過去民眾甚少參與政府預算之制定，即便有很好的構想也不容易進入政府決策，獲得實質建設成果；而參與式預算則由有利害關係之人民，決定部分公共預算支出之優先順序，以當地居民或社區代表討論，並投票決定。透過政府下放制定權，以公民審議的模式，讓民眾決定應該將預算投入在何處[5、6]。林煥笙與黃東益[7]稱之為連結統治者與被統治者兩端，平衡行政專業與回應民眾需求的重要制度安排。

二、公民共識會議

邀請一般民眾，針對爭議性議題，事前提供閱讀文件資料、設定討論議題後，並針對所設定的討論議題，在正式會議中向專家提出詢問，並經過相互辯論後，凝聚出共同觀點，寫成正式文件，提供社會大眾及政府決策參考。依據實例觀察，執行流程大致如下：(1)挑選議題 (2)組織執行委員會 (3)挑選參與者 (4)預備會議 (5)挑選專家 (6)召開正式會議 (7)完成結論報告[8]。

三、公民咖啡館

「公民咖啡館」是一種讓參與民眾透過輕鬆氛圍，彈性且深入的小組討論及對話，進行產生團體智慧的公民參與模式。透過交叉討論的過程，引發反思及知識分享，從而凝聚共識。公民咖啡館在人數、議題及執行天數上較具彈性，執行

流程大致如下：(1)將參與成員依討論議題數量區分成數桌，每桌設一名桌長；(2)桌長負責統籌議題討論的執行流程，大致可區分為三回合：引發動機、拋出問題及匯集意見，最終凝聚結論；(3)各組成員進行換桌；(4)由桌長總結當次討論後結論，並於下一組成員開始前簡介上一組成員意見，並展開下一輪的討論，最終得到可行方案，供決策者參考。

四、願景工作坊

政治大學陳敦源教授等人[3]於「2020 年台灣電子治理願景與方向：情境規劃的應用」及淡江大學曾冠球教授等人[4]於「推展公民導向的電子化政府：願景或幻想？」指出，願景工作坊目標是針對一項特定主題，邀請多元利害關係人參與，在專家解說與輔助者引領，進行理性溝通與討論，藉由精心設計的過程，將各類意見轉化為政策願景與行動方案，並確保其足以代表多數與會者的共識。另，台灣大學林國明教授指出，願景工作坊是一種讓一般民眾、政府官員、專家學者、產業人士及社會團體代表可以共同依據各自經驗，針對特定主題交叉討論、交換意見，最終凝聚共識的公民參與模式[2]。工作坊的參與人數約 25-30 人，透過各界人士交換意見，提出在不同群體間的認知、建議，整合彼此異同後，最後針對外來可行政策，提出新的想法及共識。願景工作坊具有一定的流程與規則，主辦單位須事前準備「議題手冊」與「模擬情景」，並說明不同模擬情境方案可能產生的結果，讓參與者可以透過充分的意見交換，發展出共同願景。一般而言，願景工作坊的時間約需耗時 2 天，逐步推進以下進程：交換經驗、討論及批評主辦單位所提出的各項模擬情景、發展願景、並從共同願景形成共同行動方案。

由於健保議題既多又廣泛，經 113 年 1 月 11 日第一次工作會議決議，本年度專家諮詢會議議題有三項：(1)健保總額支付制度之檢討與策進作為。(2)如何提升醫事服務提供者及民眾端在醫療資源使用之效率。(3)家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向。經三次專家諮詢會議之後，與其他社會議題比較，健保議題爭議之處相對集中，而且各種情境經專家會議之後，也產生初步願景，詳如第二章第一、二、三節。

又由於時間與經費之限制，本計畫經由 113 年 1 月 1 日第一次工作會議決議，為讓台灣北、中、南地區更多利害關係人能充分參與健保改革議題討論，嘗試改變 112 年的辦理方式，於 113 年改以願景工作坊方式辦理，規劃三天六場次，每一場次採半天方式辦理。

願景工作坊是一種讓一般民眾、政府官員、專家學者、產業人士及社會團體代表可以共同依據各自經驗，針對特定主題交叉討論、交會意見，最終凝聚共識的公民參與模式。本(113)年度全民健康保險公民參與願景工作坊活動，邀請三類團體代表。第一類是全民健康保險付費者團體代表、第二類是醫事服務提供者代表、第三類是健保署代表。參與人數每場次約 25-28 人(請參考各梯次願景工作坊會議手冊)。本團隊特將 113 年 3 月到 4 月三次健保專家諮詢會議得到之意見，

彙整摘要納入在願景工作坊工作手冊，提供保險付費者團體代表、醫事服務提供者代表及健保署代表事先閱讀，以利各代表討論、交換意見、提出在不同群體間的認知、建議，最後透過討論、投票，整合彼此異同後提出最有共識的願景方案，提供政府決策參考。

第二節 願景工作坊之準備

一、專家顧問團隊之建議議題

依據本團隊與委託單位 113 年 2 月 2 日第二次工作會決議，本年度全民健康保險願景工作坊議題有二：(一)家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向。(二)如何提升醫療資源使用之效率。由於在專家諮詢會議時，上述該二健保議題現況已經由專家們提出初步改革願景，適合交由實際參與健保工作之三類團體代表，繼續討論共同願景。本次願景工作坊專家顧問團隊名單如表 3-1。

(一)家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向

1. 現行「家庭醫師整合性照護計畫」之收案方式，主要由健保署提供「較需照護之名單」，由醫療群進行健康管理，再加上部分由醫師自行收案。未來若要全面推動「家庭責任醫師制度」，意即每人/每家庭都有專責的家庭醫師(診所)，請問您對家庭責任醫師之選擇，及收案程序等屬行政層面看法？
2. 隨著我國人口老化，慢性病、甚至多重慢性病增加，在醫療資源有限下，為了減少片段醫療及維持健保永續，整合慢性疾病照護、推動全人醫療勢在必行。而「家庭責任醫師制度」旨在提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療照護，從預防保健、疾病治療、轉診醫院，乃至轉銜長照，都有專責家庭醫師提供服務、擔任核心角色，請問您對未來家庭責任醫師服務內容、模式看法？
3. 家庭責任醫師制度的設計，是由專責的家庭醫師擔任「健康守門員」角色，先進行診治，若有需要再由其轉診至醫院。若病人直接到其他非指定的院所就醫，國際上通常會增加民眾自付額(如提高部分負擔比率)，請問您對須限制就醫或額外自付費用看法？

(二)如何提升醫療資源使用之效率

1. 如何提升民眾在醫療資源使用之效率？
 - (1)對民眾看診次數過高之情形，健保署目前有針對高診次就醫者提供關懷與輔導措施，請問您認為可再採取哪些措施來改善？
 - (2)對民眾習慣至大醫院看診，請問您認為如何改善？
 - (3)您認為哪些措施有助民眾加強自我健康照護，以達到健康促進及減少疾病發生的風險？
2. 如何提升醫事服務提供者在醫療資源使用之效率？
 - (1)目前檢驗(查)及藥品支出約占全民健保醫療費用總額之 41%(以 111 年為例，檢驗(查)費約 1,064 億點，藥費約 2,305 億點)，每人平均就醫次數也達 15 次，您認為可採取哪些措施，減少重複醫療利用？
 - (2)支付制度設計具有導引醫療行為的效果，您認為現行以論量計酬為主的

支付方式，應如何調整，以提升醫療服務的效率?例如：減少論服務量支付、增加論品質支付、論人計酬及全面推動住院診斷關聯群 DRGs 等。

- (3)健保署自 106 年起推動分級醫療政策，您認為還可再採取哪些策略或配套措施，促使各層級醫療院所各司其職?例如：落實家醫制度及雙向轉診，強化基層診所與醫院的分工合作，讓基層診所扮演健康照護守門員的角色，醫院專注急重症病患的治療照護等。

表 3-1 全民健康保險願景工作坊專家顧問團

議題	時間	地點	參與專家名單 (依姓名筆畫排序)
家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向/如何提升醫療資源使用之效率	113 年 7 月 3 日 9:30~17:00	臺北市立大學 G415 會議室	林文德 楊銘欽 蔡淑鈴 戴桂英 (上、下午都參加)
家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向/如何提升醫療資源使用之效率	113 年 7 月 10 日 9:30~17:00	集思台中瓦特廳 301 會議室	黃偉堯 滕西華 戴桂英 (上、下午都參加)
家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向/如何提升醫療資源使用之效率	113 年 7 月 31 日 9:30~17:00	Le Phare 共享空間 MR505 會議室	林文德 黃偉堯 蔡淑鈴 (上、下午都參加)

上述專家顧問團隊之建議，在願景工作坊專家座談 40 分鐘中，由受邀之三位專家向健保付費者團體代表、醫事服務提供者代表、及健保署代表們說明，俾便代表們在後續 65 分鐘的分組之中討論，提出他們小組的初步願景，接著在另外 60 分鐘的全體會議中討論，最後經由全體出席代表，不能投給自己小組的提案，表決出來的最佳願景，供主管機關參考。請參考圖 3-1 各場次願景工作坊會議流程圖。

二、地點選擇

為鼓勵北、中、南三地之各團體代表積極、方便參與本「全民健康保險願景工作坊」，本團隊經工作會議決議，選擇交通便利、設施完善地點，北區位於近捷運中正紀念堂站之臺北市立大學博愛校區公誠樓 G415 會議室(臺北市中正區愛國西路一號)；中區位於高鐵台中站及台鐵新烏日站共構之集思台中新烏日會議中心瓦特廳 301 會議室(臺中市烏日區高鐵東一路 26 號)；南區位於高鐵左營站與台鐵新左營站共構之 Le Phare 共享空間高雄新左營館 MR505 會議室(高雄

市左營區站前北路 1 號 4 樓)。場地特色分別敘述如下：

(一)臺北市立大學博愛校區公誠樓 G415 會議室：

1. 位於愛國西路上臺北市立大學博愛校區內，搭乘捷運至中正紀念堂站 7 號出口附近，交通便利。
2. G415 會議室旁另有兩間小教室，可供與會者分組討論及休息用。
3. 會議室內設有線上錄影設備，可錄製會議全場畫面。

(二)集思台中新烏日會議中心瓦特廳 301 會議室：

1. 位於台鐵新烏日站內，由高鐵台中站出站步行 5 分鐘即可抵達。
2. 會議空間寬敞，適合分組討論不互相干擾。
3. 會議廳樓下設有美食街，供與會者午餐及休息時間有多樣選擇。

(三)Le Phare 共享空間高雄新左營館 MR505 室及周邊小教室：

1. 位於台鐵新左營站大廳 4 樓，搭乘至高鐵左營站即可抵達。
2. 會議室外為開放式公共空間設有自助茶水吧，可供休息或分組討論使用。
3. 會議場地樓下即為美食街，供與會者午餐及休息時間有多樣選擇。

三、參與代表選擇

本團隊獲委託單位協助，規劃請北、中、南區保險付費者團體代表、醫事服務提供者代表、健保署推薦共 166 人(83 人 x2)參加。北、中、南區(分上、下場次)邀請機關團體及人數規劃規劃如表 3-2。保險付費者團體包括全國產業總工會等 19 個團體、醫事服務提供者團體包括台灣醫院協會等 9 個團體、健保署代表則由健保署本部及各分區業務組派員參加，邀請名單如表 3-3。

表 3-2 本計畫北、中、南各場次願景工作坊人數規劃

場次	日期	擬邀請機關團體之人數分配			人數 合計 (單場)	會議場地
		健保署	醫事服務 提供者	保險付費者		
北	7/3 (三)	署本部、台北區、 北區、東區 (8 人)	9 人	18 人	35 人	臺北市立大學 G415 會議室
中	7/10 (三)	北區、中區 (5 人)	9 人	10 人	24 人	集思台中瓦特廳 301 會議室
南	7/31 (三)	南區、高屏區 (5 人)	9 人	10 人	24 人	Le Phare 共享空間 MR505 會議室
小計					83 人	

表 3-3 邀請團體名單

屬性	推薦單位
保險 付 費 者 代 表	中華民國全國教師會
	中華民國會計師公會全國聯合會
	全國產業總工會
	中華民國全國總工會
	全國工人總工會
	全國勞工聯合總工會
	全國產職業總工會
	台灣總工會
	中華民國全國職業總工會
	中華民國農會
	中華民國全國漁會
	台灣社會福利總盟
	臺灣癌症基金會
	台灣醫療改革基金會
	中華民國全國工業總會
	中華民國全國商業總會
	中華民國工商協進會
	中華民國工業協進會
	中華民國工業區廠商聯合總會
保險 醫 事 服 務 提 供 者 代 表	台灣醫院協會
	台灣醫院協會(醫學中心)
	台灣醫院協會(區域醫院)
	台灣醫院協會(社區醫院)
	中華民國醫師公會全國聯合會
	中華民國牙醫師公會全國聯合會
	中華民國中醫師公會全國聯合會
	中華民國藥師公會全國聯合會
	中華民國護理師護士公會全國聯合會

由於事前、事中聯繫溝通得宜，願景工作坊實際參加者，計有保險付費者團體 73 人、醫事服務提供者代表 44 人、健保署代表 28 人，合計與會代表人數達 145 人，符合本合約至少 120 人參加之規定。本計畫北、中、南等共六場次願景工作坊參與各列代表人數統計如表 3-4。

表 3-4 本計畫北、中、南六場次願景工作坊參與人數統計

場次	時間	議題	保險 付費者	醫事服務 提供者	健保署
北區	113 年 7 月 3 日 9：30~12：40	家庭醫師整合性照護 計畫之探討及未來改 進方向	12	7	5
	113 年 7 月 3 日 13：50~17：00	如何提升醫療資源使 用之效率	10	5	3
中區	113 年 7 月 10 日 9：30~12：40	家庭醫師整合性照護 計畫之探討及未來改 進方向	19	8	4
	113 年 7 月 10 日 13：50~17：00	如何提升醫療資源使 用之效率	18	9	4
南區	113 年 7 月 31 日 9：30~12：40	家庭醫師整合性照護 計畫之探討及未來改 進方向	8	7	6
	113 年 7 月 31 日 13：50~17：00	如何提升醫療資源使 用之效率	6	8	6
人數小計(人次)			73	44	28
總計(人次)			145		

四、願景工作坊會議手冊製作與分發

願景工作坊會議手冊(如附錄 7)提前製作完成，均於開會前 1 周以電子郵件寄達會議參加者信箱，並建請參加者於會議前閱讀以利討論。

第三節 願景工作坊之執行

願景工作坊分別在北區、中區及南區辦理，會議主題均相同。上午場次為「家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向」，下午場次為「如何提升醫療資源使用之效率」，詳細內容載於工作手冊，如附錄 7。

一、辦理時間：

- (1)北區：113 年 7 月 3 日(星期三)上午 9 時 30 分至下午 17 時 00 分
- (2)中區：113 年 7 月 10 日(星期三)上午 9 時 30 分至下午 17 時 00 分
- (3)南區：113 年 7 月 31 日(星期三)上午 9 時 30 分至下午 17 時 00 分

二、會議流程：

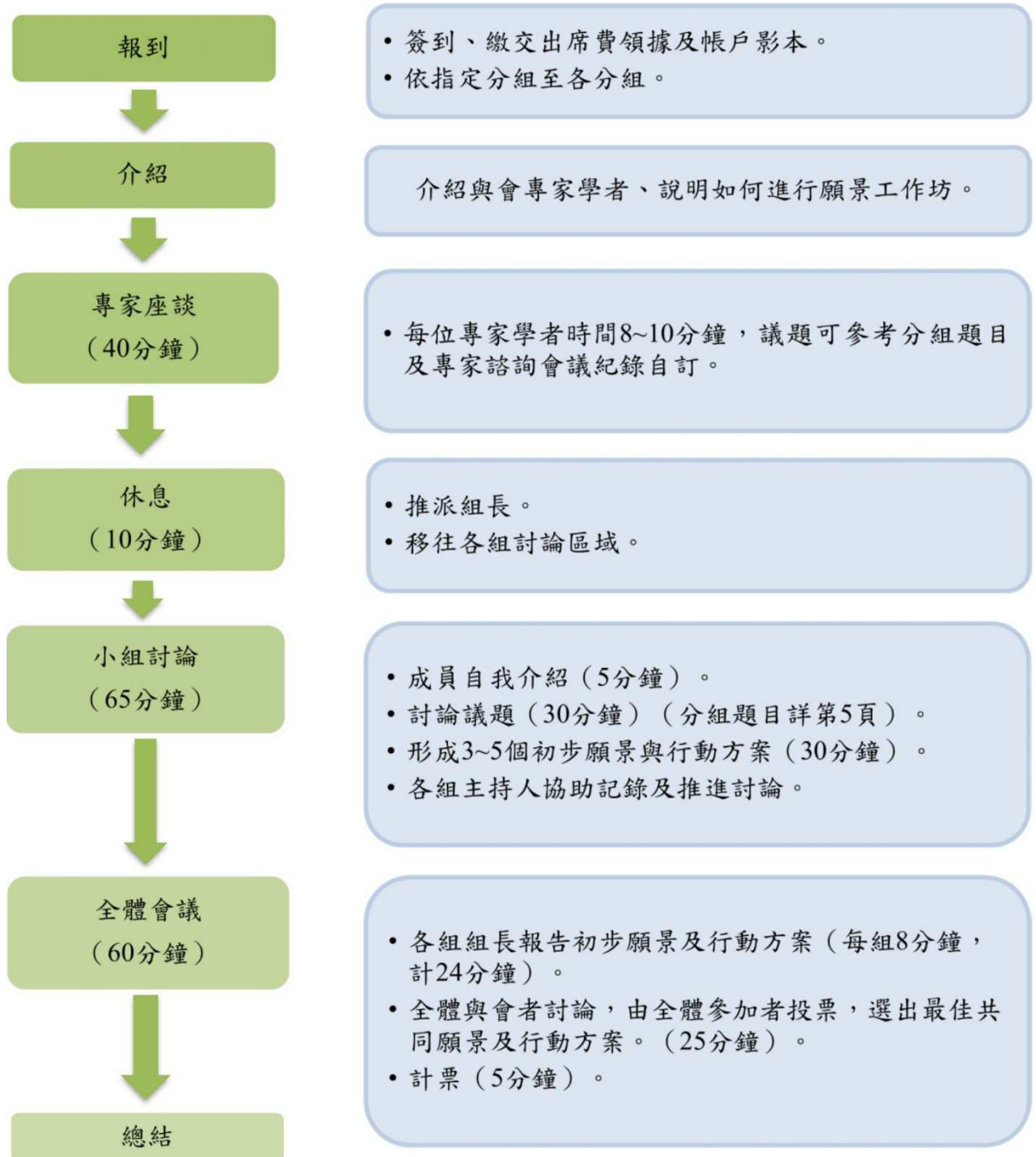


圖 3-1 各場次願景工作坊會議流程圖

三、會議議程：

表 3-5 本計畫北、中、南六場次願景工作坊上下午場時間與議程

議題一(上午場)： 家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向		議題二(下午場)： 如何提升醫療資源使用之效率	
時間	議程	時間	議程
9：10-9：30	報到	13：30-13：50	報到
9：30-9：35	主持人：陳永仁 (臺北市立大學衛生福利學系副教授) ✓介紹與會專家學者 ✓如何進行願景工作坊	13：50-13：55	主持人：陳永仁 (臺北市立大學衛生福利學系副教授) ✓介紹與會專家學者 ✓如何進行願景工作坊
9：35-10：15	專家座談(請參閱表 3-2)	13：55-14：35	專家座談(請參閱表 3-2)
10：15-10：25	休息	14：35-14：45	休息
10：25-11：30	分組討論	14：45-15：50	分組討論
11：30-12：30	全體會議—我們的願景	15：50-16：50	全體會議—我們的願景
12：30-12：40	總結	16：50-17：00	總結
12：40-	散會	17：00-	散會

本次全民健康保險願景工作坊係為解決二大問題：(一)為因應家醫計畫執行已 20 餘年，目前面臨各種問題與挑戰，借助工作坊討論如何改進計畫執行模式。政府於 113 年將進行大家醫計畫改革，在提升服務涵蓋率、數位化追蹤管理、支付制度調整、精進醫療品質等四大面向討論如何再精進。另外，我國民眾已習慣自由就醫，如何由現行家醫計畫過渡至家庭責任醫師制度，如何引導民眾適應未來醫療環境的變化。(二)我國健保總費用在 112 年已突破八千億元，如何提升醫事服務提供者在醫療資源使用之效率、如何提升民眾在醫療資源使用之效率、及持續推動分級醫療及落實轉診制度。因此願景工作坊在專家顧問團協助下展開。

在北、中、南三天上、下午共六場次願景工作坊中，每場次先由參與諮詢之三~四位專家，分別就家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改革方向，及如何提升醫療資源使用之效率，提出 40 分鐘報告(詳如本章第四節)，並接受參加者之提問與討論。隨後會議參加者稍作 10 分鐘休息之後，所有參與者分成三小組，各組先選出小組長主持分組會議，各分組提出該組該主題之健保改革願景，所提出之願景在分組內部先投票，投票結果小組票數最高的前 3~5 項願景，提供到隨後之全體參加者的會議中投票，決定本次會議主題之共同願景(參考圖 3-1 各場次願景工作坊會議流程圖)。

分組討論小組長為靈魂人物，因此小組長推舉十分重要，每場次願景工作坊之前，由各分組主持人說明討論小組長產生方式。指導專家建議小組長選舉前，由各小組成員自我介紹，接著由全體成員投票產生；各分組主持人也會就參與者學經歷、工作背景分析，鼓勵對健保業務相對熟悉的代表，供小組成員選舉參考。為確保各小組組成成員包含三類參與者代表，在各場次願景工作坊前，由研究團隊將保險付費者團體、醫事服務提供者代表、健保署代表等三類參與者平均分配於各小組，並列出名單經委託單位確認，再進行電子郵件發送會議手冊，供參與者在願景工作坊前先行準備討論內容。

全體會議進程序則先由小組長或提案人，向全體參加者說明該小組內投票出之願景內容，再由全體參加者投票，所屬小組成員不投自己小組提出之願景，由其他兩組參加者投票，依得票數高低排序，產出本次願景工作坊最佳願景。(參考圖 3-1 各場次願景工作坊會議流程圖)。

本次願景工作坊最佳願景，將製作為問卷，進行全民網路民意調查，民調結果將提報主管機關參考。



圖 3-2 願景工作坊開會場景(集思台中瓦特廳 301 會議室)



圖 3-3 願景工作坊會議參與者發言情形(臺北市立大學 G415 室)



圖 3-4 願景工作坊小組長向其他兩組說明健保願景(高雄 Le Phare 共享空間)

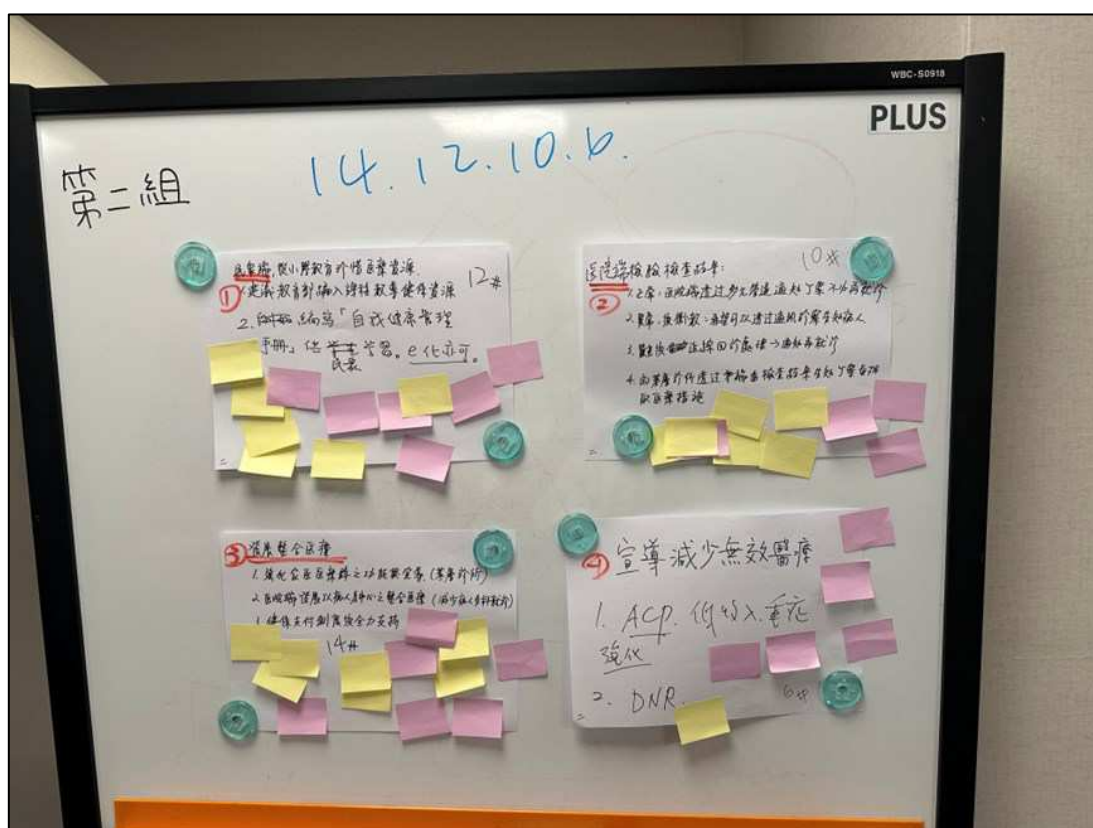


圖 3-5 願景工作坊參與者投票結果

第四節 願景工作坊專家引言

一、家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向

(一)台北區

有關願景工作坊台北場次，共有楊銘欽教授、林文德教授、戴桂英教授、蔡淑鈴教授等四位學者蒞臨參與討論。以下針對各位專家引言內容進行重點整理，詳細發言實錄請參考附錄 8。

1. 家庭醫師計畫的背景與發展

家庭醫師整合性照護計畫的發展可以追溯至 SARS 疫情後，當時醫學界注意到醫師過早分科導致專科化嚴重，部分醫師對非專科領域的疾病無法處理。為改善醫療教育，後來推行醫學畢業後的各科輪訓制度，並逐漸帶出家庭醫學的重要性，讓病人在就醫時能有初步診斷和引導，減少資源浪費。

2. 家醫計畫的效益與挑戰

家庭醫師制度能夠幫助病人節省時間和資源，並建立一個信任的醫療關係。然而，目前的家醫計畫仍有挑戰，如高風險病人的照顧是否應擴展至整個家庭，以及是否要求病人先經由家庭醫師評估後再轉診。這些問題仍需進一步討論。

3. 支付模式與資金分配

家醫計畫的財務誘因設計，目前有論人計酬及論量計酬兩種方式。支付模式應在尊重醫師自主權的前提下，同時鼓勵醫師進行預防保健工作，以提升整體醫療效能。

4. 家醫制度的國際對比與臺灣現狀

國際上許多國家實施強制性家庭醫師制度，但隨著醫療專科化和病人需求的多樣化，部分國家已逐步放寬規定。臺灣則採自由就醫模式，但家醫群的建立為高利用率病人提供了基層醫療支持，未來應擴大團隊規模，結合跨專業協作，提供更完整的照護。

5. 未來家醫制度的改進方向

家醫計畫應進一步提升資訊整合和服務品質，例如針對慢性病和亞健康病人提供營養、衛教和運動指導。同時，發展居家醫療與遠距醫療，以應對高齡化社會的挑戰。支付制度需逐步調整(例如擴大論人計酬)，並加強基層醫療的能力，讓家庭醫師制度更加完善。

6. 家醫制度的實際運作模式與改進建議

家醫計畫應重新審視其核心設計，例如是否應採取守門員制度，以及如何確

保家醫群內的整合性。設備和資源的不足可能限制家庭醫師提供周全服務，應考慮增加對基層醫療設備的支持，讓家庭醫師更有能力應對病人的醫療需求。

7. 分組討論的核心議題

幾位專家建議參與者分組討論可聚焦於家庭醫師制度的核心設計及運作模式，包括家醫群的組成、支付模式的調整，以及如何平衡基層診所與專科醫療院所資源分配，最終目標是提升民眾對家庭醫師制度的信任和接受度。

8. 結語與期待

家醫計畫是推動分級醫療和提升國民健康的重要一環，未來的政策應平衡各方需求，從支付制度、資源分配、設備完善等多方面著手，實現家庭醫師制度的願景，讓民眾在基層醫療中得到更周全、持續的照護。

(二)台中區

有關願景工作坊台中場次，共有黃偉堯教授、滕西華秘書長及戴桂英教授等三位學者蒞臨參與討論。以下針對各位專家引言內容進行重點整理，詳細發言實錄請參考附錄9。

1. 家醫制度的背景與未來展望

家醫制度的願景在於未來建立一個能真正促進全民健康的體系，政策設計需考量全民健保的核心目標，即避免財務障礙，並在此基礎上衡量政策是否公平合理，是否能提升全民健康。制度設計需平衡保險人、保險對象與醫療供給者三方的需求，並連動相關支付與財務制度。

2. 家醫制度的挑戰與法律限制

全民健保的影響範圍有限，無法直接改變醫療制度，而醫療制度的調整需涉及法律的修改與多方協調。僅依賴金錢誘因並不足以解決結構性問題。政策規劃需從多面向考量，包括法律可行性、資源配置以及現有制度的限制，才能推動家醫願景逐步實現。

3. 階段性願景與政策一致性

在實現家醫制度的過程中，應採取階段性規劃，確保短期目標與長期願景的一致性。政策規劃應以5年或10年為基準，反覆確認所執行的措施是否符合最終目標，以提升政策的有效性與可持續性。

4. 家醫制度的三大衡量標準

政策設計應從可近性、品質與效率三個面向進行評估。(1)可近性:確保民眾能就近獲取家醫服務;(2)品質保障醫療服務不因追求效率而下降;(3)效率則著

眼於在合理成本下提供最佳服務。政策應在三者間取得平衡，避免因過度強調單一面向而損害其他目標。

5. 民眾就醫行為的挑戰

許多民眾偏好直接前往大醫院就醫，而非基層院所。這與對基層醫療的信任不足及轉診流程的不便有關。宜分析民眾選擇大醫院的原因並尋求解決之道，例如簡化轉診程序或提高基層診所的服務能力，以鼓勵民眾留在基層就醫。

6. 家醫制度的運作模式與誘因設計

在醫療供給者方面，需討論家醫制度的運作模式與財務誘因，包括論人計酬與論量計酬的優劣。誘因設計應考量醫師的個人因素，例如偏鄉醫師的子女教育及家庭需求，同時兼顧支付制度的公平性與可行性。

7. 法律與制度配套的必要性

家醫制度的推動需配合相關法律與制度設計，例如修改醫療法規以支持醫療制度的調整。政策設計需兼顧經濟、社會、文化及政治層面的影響，確保制度的可行性與穩定性。

8. 家醫精神與政策實際落地問題

臺灣家醫制度與國外相比存有差異，例如基層醫療主要由專科醫師提供，而非通科醫師。家醫群的組成與運作方式仍需進一步改進，包括醫師間的熟悉度與地區分布。此外，現行制度過於依賴行政工作，與家醫精神存在偏差，未來應聚焦於提升民眾對家醫群忠誠度及對家醫制度認知。

9. 家醫制度的現實挑戰與未來方向

目前家醫群與家醫精神的推動仍不完善，例如病人收案模式及基層醫療的定位模糊。政策須提升家醫群的整合性，避免僅停留在形式上的運作。未來家醫制度應涵蓋中醫、牙醫等多專業領域，促進全方位的家庭醫療服務。

10. 結語與展望

家醫制度的推動需從根本制度設計與多方配套措施著手，並與其餘健保或醫療相關政策保持一致。在未來的討論與執行中，以促進全民健康為核心目標，循序漸進實現家醫願景，並平衡各方利益，達到高效率且可持續的醫療體系。

(三)高雄區

有關願景工作坊高雄場次，共有黃偉堯教授、林文德教授及蔡淑鈴教授等三位學者蒞臨參與討論。以下為各位專家引言綜合性重點整理，詳細發言實錄請參考附錄 10。

1. 願景與政策目標

專家說明本次願景工作坊的核心在於討論家醫制度的目標及實現過程，強調全民健保的最終目的是促進全民健康，並避免就醫的財務障礙。任何健保政策宜以此為基礎，確保改善效率與資源分配的同時，真正提升全民健康。

2. 全民健保的架構與運作

全民健保的運作由保險人、被保險人及醫療供給者三大要素組成，這三者之間緊密相連，並透過財務制度與支付制度相互協調與運作。專家提出家醫計畫宜透過適當的設計與引導，讓民眾在合適的分級院所就醫，改善資源分配和提升醫療使用效率。

3. 家醫制度的挑戰與考量

家醫計畫已試行 20 多年，雖投入大量資源，但成效似乎還有進步空間。家醫計畫的核心目的是建立周全性、持續性及整合性的照護模式，如何建立家庭醫師與病人與民眾的持續關係是未來討論的關鍵。

4. 民眾與醫療行為的連結

家醫制度在西方已行之有年，但臺灣的自由就醫文化導致民眾缺乏對家庭醫師制度的接受度。專家認為須設計財務誘因及相關機制，鼓勵民眾留在基層就醫，並建立家庭醫師作為「醫療顧問」及「資源整合者」的角色，減少醫療資源浪費。

5. 制度完善的路徑

家醫制度的完善需多方配合，包括提供醫事服務提供者的財務誘因、健保法規的修訂以及如何平衡基層醫療與大醫院資源之間的分配。專家強調，未來應將焦點放在建立病人歸屬感及提升對基層醫療信任度。

6. 總結

臺灣家醫制度的願景是提供周全性、持續性及整合性的照護。本次願景工作坊旨在透過討論，挖掘現行制度的不足之處，為未來的政策設計與執行提供建議，以實現更具體的家庭醫師模式。

二、如何提升醫療資源使用之效率

(一)台北區

有關願景工作坊台北場次，共有楊銘欽教授、林文德教授、戴桂英教授、蔡淑鈴教授等四位學者蒞臨參與討論。以下針對各位專家引言內容進行重點整理，詳細發言實錄請參考附錄 8。

1. 提升醫療資源使用效率的核心問題

提升醫療資源使用效率，需要同時從民眾與醫療服務提供者兩個層面著手。對於民眾而言，低效率可能包括過度就醫或忽視早期治療，導致病情惡化而需投入更多醫療資源。對於醫事服務提供者而言，現行制度可能限制其自主權，導致資源重複使用或浪費。因此，需要分析造成低效率的因素，並提出有效的引導措施。

2. 民眾就醫行為的反思與改進方向

民眾的就醫行為受到個人選擇與醫院安排的雙重影響，部分病人可能因自身原因頻繁就醫或隨意尋求多科診療，另一部分病人則因醫院安排而導致多次回診。宜透過健康教育與政策引導，減少不必要的就醫行為，尤其避免輕症患者過度依賴大型醫院。同時，改善醫療服務模式，減少片段化醫療，提升民眾整體就醫效率。

4. 醫療供應者行為與支付制度的關聯

現行支付制度可能導致醫療機構間競爭，提供過度服務或重複治療。根本應透過改善支付制度，促使醫師專注於提供必要且高效率的醫療服務，避免因財務驅動而浪費寶貴的醫療資源。

5. 健保給付範圍與無效醫療的剔除

隨著健保給付範圍不斷擴大，要審慎檢視哪些項目應保留，哪些要減少或移出健保支付範圍。例如，對於價值較低或無效的醫療項目，可透過科學評估進行剔除。此外，可藉由比較分析，發現無效醫療行為，例如過度檢查、重複使用藥品等，以減少資源浪費。

6. 臨終無效醫療利用與資源分配的反思

臨終前的無效醫療消耗了大量健保資源，卻未對病人健康帶來實質改善。建議針對此問題進行深入討論，並透過政策與支付制度的改進，減少無效醫療利用，進一步減輕健保的財務壓力。

7. 長遠發展的策略與討論空間

未來應結合政策、支付制度調整與健康教育多管齊下，全面提升醫療資源的使用效率。分組討論可聚焦於改善民眾就醫行為、改善醫事服務提供者的操作模式，並藉由科學化評估剔除無效醫療項目。這些策略不僅能減輕健保的財務負擔，也能全面提升國民醫療品質與滿意度。

(二)台中區

有關願景工作坊台中場次，共有黃偉堯教授、滕西華秘書長及戴桂英教授等

三位學者蒞臨參與討論。以下針對各位專家引言內容進行重點整理，詳細發言實錄請參考附錄 9。

1. 健保架構與效率的基本概念

健保的首要目標是促進全民健康並避免財務障礙，本次討論聚焦於支付制度與醫療行為中的效率，從個體層次(民眾與醫事服務提供者)及整體層次(健保資源分配)分析，旨在以最少的成本達到最大的健康效果。

2. 個體層次的醫療效率分析

在個體層次，醫療效率關注於如何以最少的時間與資源提供一定品質以上的醫療服務。例如，盲腸手術病人的住院天數及併發症風險，反映了醫事服務提供者效率的高低。提高效率需在保障醫療品質的基礎上，減少不必要的耗費。

3. 群體層次的資源分配效率

群體層次的效率關鍵在於資源分配的合理性，例如地區醫療資源分布及專科與一般科醫師的比例是否符合需求。若國家醫療資源過度集中於醫學中心，將導致成本增加及基層醫療無法發揮應有的功能。同時，專科醫師過多亦可能造成資源浪費，因此需透過分層與合理分配提升整體效率。

4. 效率與可近性的平衡挑戰

專科集中化可能提升手術品質與降低成本，但也會影響民眾的就醫便利性與時間成本，特別是在偏鄉地區。效率的提升應綜合考量成本、品質及可近性，找到一個各方可接受的平衡點。

5. 預防與治療效率的比較

在醫療資源使用效率的討論中，預防及治療的成本與效果是重要議題。預防能以較低成本避免疾病發生，但需要長期投入；治療則可能在病情嚴重時產生成本增加，兩者應根據不同情境進行適當調整。

6. 無效醫療與資源浪費的挑戰

醫療極限(如臨終前的大量醫療投入)以及無效醫療(如無法改善健康的昂貴治療)是效率討論中的困難問題。專家建議，以制度設計如 DRGs(包裹式支付)或論人計酬模式，為醫療機構創造經濟誘因，鼓勵預防性投入及成本控制。

7. 效率與效果的雙重考量

效率與效果應同時考量，有時提高效率可能犧牲效果，而為追求效果亦可能降低效率。例如，偏鄉地區的就醫次數偏高並不代表效果不好，應關注醫療服務是否達成病人需求。針對民眾端，應推廣「聰明就醫」概念，幫助病人選擇合適

的醫療服務。

8. 誘因設計與民眾健康行為

部分負擔對於控制醫療利用的效果有限，且可能影響低收入族群的就醫行為。建議透過經濟誘因，鼓勵民眾進行健康管理，減少不必要的醫療利用，並提升整體醫療效率。

9. 醫療服務供給者的效率提升策略

醫療機構需將有限的健保資源用於高價值服務，減少低價值服務的資源浪費。同時，須設計誘因鼓勵醫療機構主動提升服務效率，如推動分層分級醫療體系，讓基層醫療承擔更多初步診療任務，並由大型醫院處理急重難症與專科需求。

10. 政策面的重要性

政策面是提升醫療效率的重要基礎，需透過健全的規劃與法規支持，確保醫療體系資源分配合理化，並提供足夠誘因促使醫療供需雙方共同提升效率。

(三)高雄區

有關願景工作坊高雄場次，共有黃偉堯教授、林文德教授及蔡淑鈴教授等三位學者蒞臨參與討論。以下為各位專家引言綜合性重點整理，詳細發言實錄請參考附錄 10。

1. 願景與全民健保的終極目標

願景工作坊旨在討論健保資源使用效率之議題，必須聚焦於全民健保的終極目標：促進全民健康。無論政策或制度如何設計，都應先思考是否有助於提升全民健康，而非僅是提升效率或節省成本。此外，健保的核心功能是避免就醫時的財務障礙，而其他資源分配或效率提升需結合其他醫療機構與制度共同完成。為提升健保資源使用效率，家醫制度的推動是很重要的一環。

2. 家庭醫師照護計畫的核心目標與挑戰

家庭醫師整合性照護計畫的目標是提供周全性、持續性及整合性的醫療服務，並為未來家庭責任醫師制度(論人計酬)奠定基礎。然而，計畫實施 20 餘年，民眾對其認知度尚低，原因包括：(1)民眾缺乏歸屬感：多數人不了解自己的家庭醫師為誰；(2)就醫自由的矛盾：民眾習慣自由選擇醫療院所，限制性制度難以落實；(3)基層與大醫院之間的落差：基層醫師須克服民眾對其能力或設備的疑慮。

4. 家醫計畫的運作模式與誘因設計

家醫計畫的有效運作需解決以下問題：(1)醫療群的組成與合作：醫療群內部醫師專業分工是否合理，與醫院間是否建立有效合作機制。(2)財務誘因：透過論

人計酬等方式，激勵基層醫師提供持續性照護，同時設計公平的轉診與收費機制。
(3)法規支持：若需更改制度(如登記制或轉診規範)，需考量相關醫療法規是否具備配套措施。

5. 國外經驗與臺灣家醫制度的願景

國外家庭醫師多為民眾的首要接觸窗口，具備周全性與持續性的照護能力。然而，臺灣的自由就醫文化與專科醫師比例高的現況，使家庭醫師制度面臨挑戰。願景在於：(1)建立民眾與家庭醫師的持續關係：鼓勵固定醫師照護，減少就醫過程的片段化。(2)推廣基層就醫文化：讓民眾更信任基層醫療，減少不必要的專科醫療資源浪費。(3)財務與制度設計：透過登記制或財務誘因(如降低直接看專科的費用)，促使民眾留在基層醫療。

6. 民眾與醫事提供者的角色轉變

臺灣的家醫制度在國際比較中具潛力，但須提升民眾對家醫制度的認識與醫師參與度的問題：(1)對民眾的教育：讓民眾理解家庭醫師的角色，減少「逛街式」就醫行為，提升就醫效率。(2)基層醫師的定位：基層醫師大多為專科醫師，應加強其角色與責任感，並透過財務誘因促進基層與專科醫療的分工合作。(3)推動健康管理與預防保健：將基層醫師定位為健康管理顧問，從疾病治療拓展至健康促進與預防服務。

7. 政策整合與願景實現

家庭醫師制度的發展需政策與制度配合，包括支付制度改革、分級醫療推行及法規支持。同時，必須考量多方利益相關者(保險人、醫事服務提供者與民眾)的需求，才能實現兼顧效率、品質與公平的願景。

第五節 願景工作坊結論

一、家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向之共識願景

本計畫將全民健康保險願景工作坊，三場次投票結果之原始意見，依據得票數排列記錄於後。(如表 3-6~表 3-8)

(一)台北區

第一組建議：

1. 收案需全家服務，每位收案者應全家服務，以達到整體照護計畫的效果。
2. 擴充服務內容，特別是在增加諮詢細項。
3. 避免將 call center 避免設置在醫院急診部門，個管師須有資格限制，確保對醫療群的資源應該有充分的了解。
4. 確保收案者完全了解並同意照護計畫，落實知情同意。
5. 健保署應提升對家庭醫師整合照護計畫的宣導力度，增加民眾對家醫制度的了解。

第二組建議：

1. 希望家醫群內可涵蓋跨職種團隊，包括醫師、護理師、營養師等，甚至包括牙科，因為健康問題常相互關聯。
2. 全人醫療
 - (1)除疾病治療外，家醫群也可包括前端的預防工作，並結合長照和社福資源的轉介，甚至透過居家醫療來協助
 - (2)強調身心靈健康，必要時轉介諮商的資源。
3. 提升基層診所設備，讓病人可以留在基層接受治療，避免不必要的醫院轉診。
4. 在基層診所推動資訊整合，病人資料蒐集才能更全面，促進有效的醫療服務。
5. 加強民眾健康自我管理的教育。

第三組建議：

1. 透過小型試辦計畫，從自由就醫過渡到家醫制度，逐步擴充。
2. 試辦計畫中家醫群之水準、設備必須符合適當的評鑑標準和平衡機制，以增強民眾對家醫制度的信任。
3. 建議不要限制民眾自由就醫，臺灣民眾對於醫療問題的認識相對進步，限制就醫可能增加就醫流程和費用，不符合節省健保費用的目標。
4. 建立適當的、平衡的 KPI，檢視推行家醫計畫以後，是否有節省到健保的費用。
5. 未經轉診增加的費用，建議由定額轉成定率。

(二)台中區

第一組建議：

1. 希望一人收案全家收案。
2. 藥師、社區藥局也加入家醫醫療群。
3. 家庭醫療群的建立：
 - (1)地緣性。
 - (2)聯繫會員：提供內容加深加廣、建立信任感。
 - (3)適當衛教：生活習慣、環境、社會性。
 - (4)對象：多重慢性病病人及其家庭成員。
4. 提供加入家醫醫療群的誘因：
 - (1)加入家醫群擁有優先就醫號碼等方式提高轉診的便利性。
 - (2)家醫群內各專科醫師能就近提供服務及諮詢。

第二組建議：

1. 加強宣導及推廣：家庭醫師制度開始實施已有 21 年，但民眾對家庭醫師的功能仍不夠了解，不知道家庭醫師可以提供預防保健、疾病治療、轉診及長照服務。
2. 建議不要限制民眾自由就醫。
3. 家醫制度應往預防醫學方面積極推進，加強民眾健康自我管理的教育。
4. 家醫團隊需要更全方位專業的結合，尤其是營養師營養控制、生活管理及運動學、復健師資源的配置。
5. 提升基層診所資源，以利提供更完整的服務。
6. 加入即時通訊工具的運用。
7. 期望政府能增加相關經費，支持提升家醫群專業能力(如：營養師、心理諮商師或復健師)的費用。

第三組建議：

1. 未經轉診增加的費用，建議由定額轉成定率。
2. 轉診制度的改善：
 - (1)減少就診時間的間隔。
 - (2)降低因轉診造成的額外花費。
3. 加強基層醫師的家醫能力訓練，並給予相對應的給付：當家庭醫師的能力增加，民眾信任度就會提高。
4. 將資源分配到基層醫療，限制醫院門住診比，避免病人過度集中醫院。
5. 政府增加家醫推廣、宣導。

(三)高雄區

第一組建議：

1. 加強多元宣導內容：被收案人須了解加入的家醫群，包含家醫群的診所組成、特色、合作醫院，家醫也須提供長照資源連結服務。
2. 中醫、牙醫納入家醫照護計畫，擴大家醫群：群內被收案者涵蓋不同的醫療需求，若能擴大家醫群內醫療服務，經由群內轉介紹，可增加醫病之間信任度。
3. 宣傳管道加強：可將家醫群放入學生開學健康檢查宣導，並每年舉辦線上有獎徵答，讓學生或民眾中參加。對於初診民眾，診所可詢問其成為家醫群成員的意願，已加入家醫群的民眾可以透過健保快易通查詢自己與其他家庭成員資料。
4. 家醫群的診所醫生應在同一生活圈：目前家醫群沒有嚴格限制要在同一生活圈，民眾在家醫群內就醫的距離可能過遠，希望未來可以逐漸整合，集中在同一生活圈。

第二組建議：

1. 健保署和醫師端增強宣導力度：健保署過去都是向醫界推家醫制度，但很少直接向民眾端宣導，應該由健保署主動向民眾宣傳家醫制度，並討論在家醫群內就診的獎勵制度。
2. 提供「周全、持續、多元」的服務內容：持續壯大家醫群力量，家醫照顧的是全人、全家庭、全社區的健康，不論是預防保健、疾病治療、疾病篩檢，或居家照護、長照資源，家醫隨時能提供民眾最適的服務。
3. 提供轉診時，應考慮後續病人的問題：提供轉診綠色通道，透過轉診到醫院可以更快速得到醫療服務；下轉回基層診所時，須考量醫病信任度，以曾就醫就醫過的診所為主，民眾才會對下轉診所有信心。
4. 家醫群登記制及分配制雙軌並行：民眾可自行到各地衛生所登記想加入的家醫群，或透過健保就診數據，分配到常就醫診所。

第三組建議：

1. 加強家醫宣導使民眾理解制度優勢、目的或鄰里長宣導：強化家醫計畫中個管師的功能，透過e化、通訊軟體由里長或個公會團體發送。除宣導外，還需提供預防保健、就醫觀念、就醫模式等教育。
2. 家醫群登記制及分配制雙軌並行：民眾可自行到各地衛生所登記想加入的家醫群，或透過健保就診數據，由健保署分配到常就醫診所。
3. 對於加入計畫的民眾，每次去計畫院所看診，減免一部分的部分負擔：已加入家醫群者須受到一定的就醫限制，但提供掛號費、部分負擔減免。建議減免費用也在公務預算中呈現，當家庭醫師照顧的病人，醫療使用量下降時，醫師可以從健保署端取得該預算回饋。

二、如何提升醫療資源使用效率之共識願景

本計畫將全民健康保險願景工作坊，三場次投票結果之原始意見，依據得票數排列記錄於後。(如表 3-9~3-11)

(一)台北區

第一組建議：

1. 對於穩定的慢性病患者，建議放寬慢箋開立的月數限制，減少反覆就醫次數和檢查頻率。
2. 提升民眾的自我照顧能力
 - (1)分析常見的就醫原因，製作自我照顧手冊並向民眾廣發。
 - (2)考量不同族群資源可近性，可提供紙本或網路資源方式，教育民眾養成良好的生活習慣及如何合理尋求醫療資源。
3. 降低不必要的醫療
 - (1)提升檢驗檢查資訊的共享程度，減少重複和不必要的檢查。
 - (2)推廣整合的醫療模式，增加診所和醫院之間的整合誘因，減少非必要的用藥和檢查。
4. 檢討部分負擔制度：
 - (1)研究是否可以針對高診次者增加部分負擔，以提高成本意識。
 - (2)檢討目前的免部分負擔規定，促進更合理的醫療資源使用。
5. 推廣安寧緩和制度、預立醫療決定，鼓勵預立醫療決定書的諮商和簽署，減少末期病人的無效醫療。

第二組建議：

1. 考慮醫療糾紛背景下可能產生的防禦性醫療現象，未來需進一步探討具體解決方案。
2. 降低診次的方法
 - (1)檢討職場請病假要求提供就醫證明的狀況，減少無需真正就醫的情況。
 - (2)未來考慮整合門診以減少患者需重複多科就醫的情況。
 - (3)不同專科間加強合作，尤其像牙科與糖尿病等高風險共照的合作，以提升服務效率。
 - (4)檢驗檢查資訊共享，未來可以考慮引入 AI 等技術來協助管理和提升品質。
3. 各總額部門宜強化對檔案的分析，以提高執行效率。
4. 持續推動論人計酬，建議在 DRG 執行中進行更精細的分類，如低、中、高風險，以提升計酬的效果。
5. 建議醫師團體主動進行醫療項目的品檢，檢視是否有哪些為低價值的項目。

(二)台中區

第一組建議：

1. 提升基層醫療的能力和資源配置、調整醫學中心門急診比例，以減少病人前往醫學中心
2. 讓情況穩定病人放寬慢箋開立上限，減少診察費用及檢驗費用
3. 強化病人的用藥知識與居家照護：
 - (1)病人在用藥上常有不確定性，居家用藥行為難以掌握。
 - (2)恢復高診次病人的居家藥師照護計畫，藥師可以到居家中實地了解病人的用藥情況和行為，進行更有效的指導和溝通。
4. 提供更多的藥物諮詢服務，包括在醫院藥局和居家藥師服務，增強照顧者或病人對用藥的了解和管理

第二組建議：

1. 利用雲端平台和健康存摺來整合和共享醫療資訊，提高診斷準確性及效率。
2. 從學校開始推動健康照護知識及正確就醫觀念
3. 強化基層的品質，以建立民眾的信心
4. 醫院設立專門的整合門診，醫師共同照護慢性病或癌症患者，縮短病人就醫的時間和次數。
5. 提升基層診所資源，以利提供更完整的服務
6. 平衡醫療資源的分配：重視基層醫療和社區醫療的設備，都市及偏鄉醫療資源能公平分配，避免資源過度集中於醫學中心。

第三組建議：

1. 推廣基層院所整合醫療：推廣家庭醫師(西醫、中醫、牙醫等)整合服務，使其在基層診所中發揮作用，進行第一線判斷，減少病人直接前往大醫院，降低高費用醫療的需求
2. 建議將門診費用由定額改為定率：為確保費用公平合理，改為定率時需注意配套措施，尤其是對於弱勢群體的補助
3. 健康責任在於個人，應加強社區衛教，提升民眾自我照護的意識：利用健康存摺等工具，鼓勵個人檢視健康狀況，並改善生活習慣、降低疾病風險
4. 恢復放大回推機制、擴大論人計酬，有助於整體預算支出控制在範圍內，避免資源無限制的使用
5. 推動診所和醫療機構之間的醫療資訊共享：利用雲端醫療資訊系統來減少重複檢驗和醫療資源浪費，醫療機構即時上傳病歷和檢查報告，確保資訊的即時性和準確性。

(三)高雄區

第一組建議：

1. 落實分級制醫療作法：重啟區域級以上醫院門診量每年下降 2%，5 年達到 10%，並落實雙向轉診
2. 落實使用者付費觀念：建議立法調整檢驗檢查項目的部分負擔，當民眾自行要求高單價檢驗時，須付較高額的部分負擔。
3. 增加衛教的諮詢費用：由政府端宣導民眾下載健康存摺，了解自己的健康狀況、就醫情形，有任何問題也可即時到醫院諮詢衛，並提供衛教師、個管師衛教諮商費用。
4. 結合民間組織廣泛辦理衛教活動，如健康促進、體適能、疫苗注射、宣導正確就醫觀念

第二組建議：

1. 建議教育部將健保資源議題編入課程，從小教育民眾珍惜健保資源，e 化推廣「自我健康管理手冊」供民眾閱讀、學習。
2. 醫院檢驗檢查結果多元化管道通知：當檢驗結果正常時，直接通知民眾不必回診；檢驗結果為異常且可透過簡單衛教改善時，可用通訊看診提醒注意事項。只有嚴重須回診情況下，才要求再就診，或由基層診所透過雲端查看檢驗情形，並告知個案採取醫療措施。
3. 發展整合醫療：基層診所強化家醫醫療群之功能與宣導，醫院端發展以病人為中心之整合醫療，減少病人多科就診。希望健保制度上支持，醫師一次看多科別可提高診察費。
4. 宣導減少無效醫療：健保目前花費許多費用在無效醫療，希望可以由政府從國中開始提供預立醫療遺囑及拒絕心肺復甦的教育。

第三組建議：

1. 落實家醫制度，分級醫療確實：目前家醫計畫只有政策的推廣並沒有限制，若能落實家醫制度，將資源回歸社區，基層診所整合多科別，依據個人情況每年照會原主治醫師，並提供治療方針，才能讓民眾對基層診所有信心。
2. 檢驗、用藥資訊整合共享，延長資訊保留期限：目前雲端系統介面非即時及友善介面，若病人未如實告知或在不同地區就醫，基層醫師容易漏掉重要資訊，希望可以透過政府政策引導，整合雲端系統廠商，讓病人各類檢驗、用藥資料更易於取得，並延長保留期限。
3. 病人每月使用額度限制：民眾端就醫沒有限制，透過衛教也無法改善資源浪費。建議設定某個不易觸及的高額度，當每月健保使用超過該額度時，則會被收取更高部分負擔，使高額使用者的需求降低。

三、健保議題北中南各區之綜合願景

北、中、南三天上、下午，六場次各場次願景工作坊中，各場次最後大會所提出之健保改革願景，家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向之共識願景，與如何提升醫療資源使用效率之共識願景，研究團隊將其重要者彙整如下：

(一)家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向

綜合北、中、南三天上、下午，六場次，各參與者認為改進台灣家庭醫師整合性照護計畫之願景如下：

1. 建立家庭醫師醫療群時，應考慮包括下列事項：

考慮地緣性，使被收案者，住在同一生活圈者為宜，完全了解並同意照護計畫，並落實知情同意。收案對象除多重慢性病患者外，其家庭成員也建議一起收案。收案之後，要加深加廣聯繫會員，建立組員信任感。

2. 提供加入家庭醫師醫療群的誘因：

加入家醫群者擁有優先就醫號碼等方式，提高轉診的便利性。家醫群內各專科醫師能就近提供服務及諮詢。也要實施適當衛生教育，除生病就醫外，也要注意平時生活習慣、環境衛生及社會關係等。同時執行過程建議避免將家醫群 call center 設置在醫院急診部門，個管師須有資格限制，確保對醫療群的資源應該有充分的了解。

3. 應加強家庭責任醫師制度多元宣傳：

家庭醫師制度開始實施已有 20 餘年，但民眾對家庭醫師的功能仍不夠了解，不知道家庭醫師還可以提供預防保健、疾病治療、轉診及長照服務等。所以政府可以就下列內容多向民眾宣傳，例如家醫群由哪些診所組成；家醫群診所成員有哪些特色；家醫群與哪些醫院有合作。另外，家醫群與長照資源如何有效連結與相互支援。參與者希望家醫群內可涵蓋跨職種團隊，包括醫師、牙醫師、藥師、護理師、心理諮商師、營養師等。因為健康問題常相互關聯。

4. 家庭責任醫師制度應推動全人醫療：

家庭醫師除可以治療疾病外，家醫群也可以協助包括疾病的預防工作，並結合長照和社福資源的轉介，甚至透過居家醫療來協助，從預防疾病發生到長期照護，都可以兼顧。也要強調身心靈健康，必要時轉介諮商的資源。並提升基層診所設備，給家醫群適當評核，提升民眾信賴，讓病人願意留在基層接受治療，避免不必要的醫院轉診；但是須轉診時要方便轉診。

5. 在基層診所推動資訊整合，病人資料蒐集才能更全面，促進有效的醫療服務。家醫制度應往預防醫學方面積極推進，加強民眾健康自我管理的教育。

6. 期望政府能增加相關經費，同時支持提高家醫群內其他專業人員(如：營養師、心理諮商師或復健師)的費用。

(二)如何提升醫療資源使用之效率

各參與者認為要提升醫療資源使用之效率，重要內容包括如下：

1. 家醫轉診制度應加強宣傳：

家醫轉診制度應加強宣傳例如：宣傳雲端平台、健康存摺，減低或不必要的重複檢查與浪費。

2. 未經轉診直接到大型醫院就診應增加費用，建議門診部分負擔由「定額」改為「定率」，但弱勢族群擁有配套補助或相關措施，避免阻礙其就醫。

3. 診所與醫院資訊共享，雲端醫療資訊系統共享；檢驗資料的共享，要先確保品質一致(例如 X 光片品質)。

4. 發展整合醫療方面，建議強化基層診所、家醫醫療群之功能並妥為宣傳。醫院端則發展以病人為中心之整合醫療，減少病人多科就醫。另外也建議，減少末期無效醫療，包括推廣安寧緩和、預立醫療決定書、推廣 ACP 預立醫療決定諮商。健保支付制度則須全力支持。

5. 政府要教育民眾從小就應珍惜醫療資源，建議教育部編入課程教導健保資源、編寫 e 化「自我健康管理手冊」供民眾說明學習，並結合民間組織，廣泛辦理衛教、使用健康存摺，大病看大醫院，小病看地區、基層醫院、診所。

6. 強化病人的用藥知識與居家照護方面，由於病人居家用藥行為難掌握，建議恢復高診次病人的居家藥師照護計畫，藥師到家中了解病人的用藥情況和行為，進行更有效的指導和溝通。另，建議提供更多藥物諮詢服務，包括在醫院藥局和居家藥師服務，增強照顧者或病人對用藥的了解和管理。

7. 醫院端檢驗檢查結果如果正常，醫院端可以透過多元管道通知個案不必再就診；如果是異常，則需要做衛生教育，希望可以透過通訊診察告知病人。若是屬於嚴重者，則應追蹤回診處理，通知再就診。上述狀況，可由基層診所透過雲端看檢查結果告知個案，並採取醫療措施。

8. 落實使用者付費觀念，當病人主動要求醫師增加檢驗、檢查項目，或病人要求重複用藥時，應有增加部分負擔。

9. 對於穩定的慢性病患者，建議放寬慢箋開立的月數限制，減少反覆就醫次數和檢查頻率。

根據委託單位 113 年 9 月 23 日問卷調查會議的決議，本團隊將願景工作坊中各團體代表提出的 15 項共同願景進行整理，並將純粹為正面意見的項目(例如：加強家庭責任醫師制度的多元宣傳、家醫轉診制度應加強宣傳、政府應教育民眾從小珍惜醫療資源等)排除在外，共計 9 項(詳見附錄 9 網路蒐集公民關切之重要議題問卷)。接著，我們將這些願景及受訪者的基本資料一同透過網路調查方式，持續收集一般民眾對於家庭醫師整合性照護計畫的看法、未來改進方向，以及如何提升醫療資源使用效率的意見。

表 3-6 家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向願景排名 (北區)

提案組別	願景	票數
第二組	1. 資訊整合 2. 健康適能/評估、篩檢 3. 設備整合 4. 個管 5. 教育	20 票
第二組	1. 團體照護跨職種 2. 全人醫療 (1)疾病預防 (2)疾病治療 (3)長照(社福資源)+居家醫療 (4)心理諮商 (5)“職場”健康 “生活型態”改變 (6)設備資訊-聯防	14 票
第三組	建立適當 KPI 檢視是否減少總體醫療費用	13 票
第一組	落實收案知情同意	12 票
第一組	增加諮詢內容	10 票
第三組	家醫群之水準、設備透過適當評核機制來提升民眾信賴	10 票
第一組	一人收案，全家服務	9 票
第三組	落實健保法針對經未轉診民眾目前是定額，是否改成定率	8 票
第三組	不特定限制就醫	7 票
第一組	CALL CENTER 避免設在醫院急診，個管師需有資格限制，對醫療群資源應有適時了解	5 票
第三組	小型試辦	5 票
第一組	健保署加強宣導	4 票
第三組	家醫強制專科 考慮建立適當機制，避免醫療資源二次浪費	3 票

表 3-7 家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向願景排名 (中區)

提案組別	願景	票數
第一組	家庭醫師群 (家醫精神，可以解決 70~80%症狀) 1.地緣性 2.聯繫會員：內容加深加廣 3.適當衛教：生活習慣、環境、社會性 4.對象：多重慢性病及其家庭成員	27 票
第二組	重視家醫群內所有成員(增加營養師、心理諮商師、復健師等) 提升預防醫學功能，家醫團隊應全方位專業結合 加入營養師、心理諮商師等成員，給予固定員額配置	21 票
第三組	政府增加家醫推廣、宣傳	17 票
第二組	加強宣導”家醫制度”	15 票
第三組	加強基層醫師的家醫能力訓練並給予相應給付	13 票
第三組	增加基層醫療資源分配 (限制醫院門住診比) 避免病人過度集中醫院	11 票
第三組	轉診制度改善 1.減少診時間間隔 2.減少轉診額外花費	11 票
第一組	提供加入家醫群之誘因 (包括轉診方便)	10 票
第一組	社區藥局應納入醫療群	5 票
第一組	生活圈中的全家人(地緣)均應加入醫療群	4 票
第三組	建議門診部分負擔定額改為定率	4 票
第二組	提高資源，以利提供更完整的服務	3 票
第二組	工會和醫師合作讓基層更了解	1 票

表 3-8 家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向願景排名 (南區)

提案組別	願景	票數
第一組	加強多元宣導內容 1.診所組成 2.診所特色 3.合作醫院 4.長照資源連結	18 票
第一組	中醫、牙醫納入家醫照護計畫，擴大 家醫群	16 票
第三組	加強家醫(個管師、衛生所)宣導使民 眾理解制度優勢、目的(幼童、老人衛 教)鄰里長宣導	11 票
第二組	健保署和醫師端應增加宣導力度、主 動告知民眾以提高“家醫制度”口碑 例如：提供獎勵制度	11 票
第二組	提供轉診時，應考慮後續病人的問題	10 票
第三組	減免掛號費及部分負擔(加入家醫群 者)	9 票
第二組	提供”周全、持續、多元“的服務內容	7 票
第三組	家醫-登記制(衛生所)及分配制(依據 健保就醫數據)雙軌並行	7 票
第一組	宣傳管道加強 1.納入開學健康檢查推廣 2.每年舉辦線上有獎徵答 3.在「線上健保快易通」可查詢家醫 群成員 4.在初診單上加註「願意加入家醫計 畫會員資格」 5.納入健康促進(國健署)學校計畫中	5 票
第一組	家醫群之診所醫師應在同一生活圈	4 票
第三組	對於加入計畫的民眾，每次去計畫院 所看診，減免一部分的部分負擔，如： 預算太高，可以一年內減免(預算由 健保會編列)	4 票

表 3-9 如何提升醫療資源使用效率願景排名(北區)

提案組別	願景	票數
第二組	中醫牙醫要納入家醫群，各總額單打獨鬥服務效率比較差，例如牙醫醫缺的結合糖尿病或高風險的共照可提高效率	13 票
第二組	檢驗資料的共享，要先確保品質一致(例如 X 光片)	12 票
第一組	減少末期無效醫療 1.廣推安寧緩和 2.預立醫療決定書 3.推廣 ACP，預立醫療決定諮商	10 票
第一組	檢討部分負擔制度 1.高診次管理及增加負擔 2.免部分負擔規定檢討(增加負擔、減少非必要)	10 票
第一組	提升自我照護能力 1.分析常就醫原因 2.製作自我照護手冊(小病、生活習慣)分眾廣發	8 票
第一組	降低部必要醫療 1.檢驗(查)資訊共享 2.推廣整合醫療模式(誘因等)減少非必要用藥、重複檢驗(查)	8 票
第一組	放寬慢箋開立月數 1.減少就醫次數 2.減少醫檢次數 3.增加慢箋開立率	6 票
第二組	醫事團體要自發性對於醫療項目做體檢，找出低價值醫療	6 票
第二組	應持續推廣論人計酬，但 DRG 執行前要做更細緻的分類以利後續推動	5 票
第二組	總額各部門強化檔案的分析，提升執行的效率	4 票
第二組	降低診次的方式： 職場不強制病假需就醫證明，以及做整合門診	4 票
第二組	檢驗重覆要考量因為醫糾導致防禦性醫療	1 票

表 3-10 如何提升醫療資源使用效率願景排名(中區)

提案組別	願景	票數
第二組	家醫轉診制度加強宣導 (ex：雲端平台、健康存摺)	21 票
第三組	門診部分負擔由定額改為定率 (弱勢擁有配套補助或相關措施)	19 票
第三組	診所與醫院資訊共享，及雲端醫療資訊系統	17 票
第二組	一站式的衛教 (多重慢性病患者可多科同時就診)	15 票
第一組	分級醫療 醫學中心、區域醫院：同步執行 1.提高支付(急、重、難症) 2.門診減量 地區、基層、門診及一般住院醫療： 可近性高	13 票
第三組	推廣社區衛教 提醒民眾自我照護責任(健康存摺)	13 票
第一組	針對高診次就醫者，提供居家藥事照護，增加病人的用藥素養，減少藥物不良反應及浪費	12 票
第二組	從校園教導學生有關 ”DRGs、家醫群”等知識	10 票
第一組	提供照護者(家人或移工等)， 正確的醫療(ex.用藥)注意事項 (從身邊的親人延伸到陌生人)	10 票
第三組	恢復回推機制 擴大論人計酬	8 票
第二組	醫界民眾皆須對醫療行為負責，避免高診次的問題	6 票
第一組	慢性處方箋不限 3 個月，可減少就醫次數與檢驗費用，可提高慢性處方箋的開立限制	2 票

表 3-11 如何提升醫療資源使用效率願景排名(南區)

提案組別	願景	票數
第二組	發展整合醫療 1.強化家醫醫療群之功能與宣導(基層診所) 2.醫院端發展以病人為中心之整合醫療 (減少病人多科就診) 3.健保支付制度須全力支持	14 票
第二組	民眾端從小教育珍惜醫療資源 1.建議教育部編入課程教導健保資源 2.編寫「自我健康管理手冊」供民眾說明學習。e 化即可	12 票
第三組	分級醫療確實	11 票
第二組	醫院端檢驗檢查結果 1.正常：醫院端透過多元管道通知個案不必再就診 2.異常，須衛教：希望可以透過通訊診察告知病人 3.嚴重須追蹤回診處理→通知再就診 4.由基層診所透過雲端看檢查結果告知個案並採取醫療措施	10 票
第三組	落實家醫制度	9 票
第一組	衛教民眾 1.結合民間組織、廣泛辦理衛教活動(體適能) 2.政府衛教民眾使用健康存摺 3.大病→大醫院 小病→地區、基層醫院、診所	7 票
第一組	落實使用者付費觀念 1.檢驗檢查項目部分負擔 2.病患要求重複用藥	6 票
第二組	宣導減少無效醫療 1. ACP 低收入重症強化 2. DNR	6 票
第三組	檢驗、用藥資訊整合共享&友善介面，延長資訊保留期限	5 票
第三組	病人每月使用額度限制	2 票
第一組	增加衛教的諮詢費用(衛教師或個管師)	1 票

第四章 網路蒐集公民關切之重要議題

第一節 網路民意蒐集工具選擇

本計畫諮詢臺北市立大學公共行政專家許耿銘教授表示，使用網路蒐集民眾關切事項之工具，有 Google 表單、Surveycake、Jotform、Fillout、Typeform、SurveyMonkey...等。考量它們的特色功能、免費使用計畫、內建集成、自動化工具串階及手機 App 使用之後，決定以可使用手機填答、可快速蒐集和整理調查資訊、節省費用、可以不限問卷數量及回覆次數等因素，選擇蒐集民意工具。

根據關鍵評論調查，2023 年台灣所有的網路使用者中，高達 94.9% 的民眾都有透過手機上網的習慣[9]，根據中央研究院廖培珊研究員研究，隨著網路使用人口持續增多，將網路調查用在學術研究的可能性也越來越高[10]，因此免費運用手機上網收集民眾對健保改革意見，在不考慮代表台灣母群體情況下，僅收集民眾意見供政府單位施政參考，應屬可行，而且優先執行。

許耿銘教授表示，由於 Google 表單簡單易用，使用介面簡單直觀，設計上注重使用者友好性，無論是初學者還是進階使用者，都能快速上手，並輕鬆創建和管理問卷。而 Surveycake 雖然也有不錯的使用介面，但一些進階功能(如邏輯跳題、條件設置等)可能需要花一些時間熟悉。另外，Google 表單允許多人共同編輯問卷，並且能夠設置權限(例如，僅查看、編輯等)，非常適合團隊協作。而 Surveycake: 雖然也有協作功能，但在多人編輯方面的靈活性與 Google 表單相對比較弱。所以基於可以主動顯現填答人各項基本資料百分比、可以免費使用，節約計畫費用、立即同步得到統計結果，本團隊選用 Google 表單收集民眾意見。

本團隊也諮詢臺北市立大學張智鈞教授，得到下列網路填答問卷時要考量：

1. 填答對象不易掌握，人人都可以上網點選填答，除非事先控制範圍、對象或直接當面填寫。
2. 若要掌握性別、年齡、學歷、收入、居住地等條件限制，所耗費時間與成本相對高，才能取得合適樣本。
3. 近年網路假消息充斥，一般民眾不易主動上網對公共政策表達看法。張教授表示，如果透過說明會、研討會、服務站等特定管道，現場或當面填寫，填答效果較佳。民意調查採用網路形式與傳統電話調查雖存在一些差異，例如使用網路的人口結構雖無母群體，但是目前手機使用普遍，具有高可及性與穩定性；網路與電話調查兩種模式上的抽樣結果差異性並不明顯，網路問卷具有低成本的優勢[11]，若增加鼓勵填答方式，可以是電話抽樣民調的另一種考量。

願景工作坊中，各團體代表提出的 15 項重要願景，扣除純粹的正面意見後，剩餘的 9 項共同願景涵蓋了台灣一般民眾對家庭醫師整合性照護計畫的看法、未來改進方向，以及提升醫療資源使用效率的建議。這些願景將透過網路問卷持續收集公民對重要議題的關注與意見。

本次網路民意調查工作順序如下：1. 網路民意蒐集工具選擇、2. 問卷設計、3. 問卷信效度測試、4. 問卷修正、5. 問卷送委託單位確認、6. 選擇網路載具(管道)、7. 鼓勵民眾上網填寫、8. 統計分析、9. 撰寫報告。

第二節 問卷設計與信效度測試

經過六場次願景工作坊，本團隊得「到家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向」綜合願景與「如何提升醫療資源使用之效率」綜合願景(詳如第三章第五節)共 15 項，扣除純屬正面意見後共 9 項，增加 6 項基本資料後，本團隊將其綜合整理製作成問卷，進一步向關心全民健康保險之一般民眾徵詢意見。

問卷分為三大項，包括基本資料、家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向，及提升醫療資源使用效率。

問卷內容草擬後進行信效度測試，測試時團隊由本校公共行政專家、民意調查專家、衛生福利專家共三人，就問卷題目、專家效度(適切性)及修改建議填寫，專家效度(適切性)是根據題目之適切程度高低給予相關評分，1 為最低分，4 為最高分，如附錄 11。三位專家評分為 3.08 分、3.62 分、3.92 分，總平均分為 3.54 分，團隊並依照每位專家所提建議事項修改問卷。修改部分包括問卷內容定義不清楚、題目有重複、文字表達不清楚等，經修正後之問卷最後由委託單位確認後提供一般民眾使用。

附錄 12 為問卷詳細內容。本問卷大致包括：(1)基本資料、(2)家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進、(3)提升醫療資源使用效率等三大面向，並採用李克特五點量表(Likert scale)，將相關問項區分為「非常滿意(或非常同意)、滿意(或同意)、普通、不滿意(或不同意)、非常不滿意(或非常不同意)」五等第擇一回答。問卷內容摘要如表 4-1。問卷跳題邏輯圖如圖 4-1。

表 4-1 公民參與問卷各題目及選項

題組	題目	選項
家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向題組	Q1.請問您是否知道目前衛生福利部中央健康保險署執行中的「家醫計畫」?	知道、不知道
	Q2.請問您目前是否有參加「家醫計畫」嗎?	無、有、不確定有無參加
	Q3.如果您目前有參加「家醫計畫」,請問您對所參加的「家醫計畫團隊」服務滿意嗎?	非常滿意、滿意、普通、不滿意、非常不滿意
	Q4.如果你不滿意「家醫計畫」,為什麼不滿意? 請您以文字說明。	(開放題)
	Q5.請問您認為目前的「家醫計畫」還有什麼地方可以改進的嗎? 請您以文字說明。	(開放題)
	Q6.如果您目前未參加「家醫計畫」,請問您願不願意參加「家醫計畫」?	不願意、願意、尚未決定
	Q7.您如果不願意參加「家醫計畫」,請問您的原因是甚麼?	不瞭解參加家醫計畫的目的或用意、已有習慣看病的醫療院所或醫師、其他(文字說明)
	Q8.為提升「家醫計畫」之執行效益,未來如以生活圈為概念,整合家醫群內之診所與收案對象,則就醫自由度可能會略為限縮,請問您是否同意這樣的做法?	非常同意、同意、普通、不同意、非常不同意
	Q9.如將家庭責任醫師團隊中,加入牙醫師、中醫師、藥師、營養師、心理諮商師、物理治療師等專業人員,提供全方位的醫療服務,您是否願意因此多負擔一些保費?	非常願意、願意、普通、不願意、非常不願意
	Q10.除了疾病治療之外,如將疾病預防、心理諮商、勞動職場健康、生活型態衛生教育等功能納入家醫計畫辦理,以提供全人照護,您是否願意因此多負擔一些保費?	非常願意、願意、普通、不願意、非常不願意
	Q11.請問您是否同意,配合家庭責任醫師團隊轉診可免收部分負擔,但對未經轉診就直接前往非家醫指定的醫院就醫者的民眾,加重部分負擔?	非常同意、同意、普通、不同意、非常不同意
	Q12. 您對「家庭醫師整合性照護計畫」還有其他意見嗎?	(開放題)

表 4-1 公民參與問卷各題目及選項(續)

題組	題目	選項
提升醫療資源使用效率題組	Q13.為提升醫療資源使用效率，政府已推出諸多改善方案，包括訂定「113 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，擬訂對應管理策略並每年持續推動改革。請問您是否了解目前健保資源面臨的問題？	是、否
	Q14.目前政府擬定策略包括：健保資源宣導、強化民眾自我照護能力、門診高診次就醫個案輔導、持續推動分級醫療、精進雲端醫療資訊、加強審查與查核機制、減少不必要醫療利用、推動疾病管理、促進院所合作機制、照護服務之銜接等。請問您認為還可以採取哪些措施來提升醫療資源使用效率？請填入文字說明。	(開放題)
	Q15.為減少就醫次數，將醫療資源做最有效的配置，請問您是否同意，如果醫院的檢查(驗)結果正常，可以透過多元管道(例如：電話、簡訊、Line 等方式)，通知民眾不需再到醫院回診看報告；如果檢查(驗)結果異常，需再通知民眾回診處理？	非常同意、同意、普通、不同意、非常不同意
	Q16.為減少就醫次數，將醫療資源做最有效的配置，請問您是否同意，對於病情穩定的慢性病病人，取消慢性處方箋只能開立 3 個月的限制？	非常同意、同意、普通、不同意、非常不同意
	Q17.為加強推動分級醫療，政府可藉由擴大家醫計畫與強化轉診制度，請問你是否同意，降低醫院的一般性門診數量，使醫院能收治更多急症、重症、難症的病人，讓醫療資源用在刀口上，惟民眾的就醫選擇權可能受到部分限制？	非常同意、同意、普通、不同意、非常不同意
	Q18.承上題，請問您是否同意政府透過提高民眾至醫學中心或區域醫院看診之部分負擔，以降低醫院的一般性門診數量，讓醫院能收治更多急症、重症、難症病人？	非常同意、同意、普通、不同意、非常不同意
	Q19.推廣安寧緩和、推廣預立醫療照護諮商(ACP)，預立醫療決定書等措施，可減少末期病人的無效醫療，請問您是否認同並願意配合簽署相關文件？	非常同意、同意、普通、不同意、非常不同意
	Q20.若您對「如何提升醫療資源使用效率」，有其他意見，請填入文字說明。	(開放題)

表 4-1 公民參與問卷各題目及選項(續)

題組	題項	選項
基本資料	1. 性別	男、女
	2. 請問您是民國幾年出生?	(開放題)
	3. 學歷	小學及以下、國(初)中、高中(職)、專科、大學、碩士及以上
	4. 職業	(1)民意代表、主管及經理人員、(2)專業人員、(3)技術員及助理專業人員、(4)事務支援人員、(5)服務及銷售工作人員、(6)農、林、漁、牧業生產人員、(7)技藝有關工作人員、(8)機械設備操作及組裝人員、(9)基層技術工及勞力工、(10)軍公教、(11)家管、(12)學生、(13)無業/待業中、(14)已退休、(15)其他(文字說明)
	5. 每月收入	(1) 30,000 元以下、(2) 30,001~45,000 元、(3) 45,001~60,000 元、(4) 60,001~75,000 元、(5) 75,001~90,000 元、(6) 90,001~105,000 元、(7) 105,001~120,000 元、(8) 120,001~135,000 元、(9) 135,001~150,000 元、(10) 150,001~165,000 元、(11) 165,001~180,000 元、(12) 180,001~195,000 元、(13) 195,001~210,000 元、(14) 210,001 元以上
	6. 居住地區	新北市、臺北市、基隆市、宜蘭縣、桃園市、新竹市、臺中市、臺南市、高雄市、...等 22 縣市。

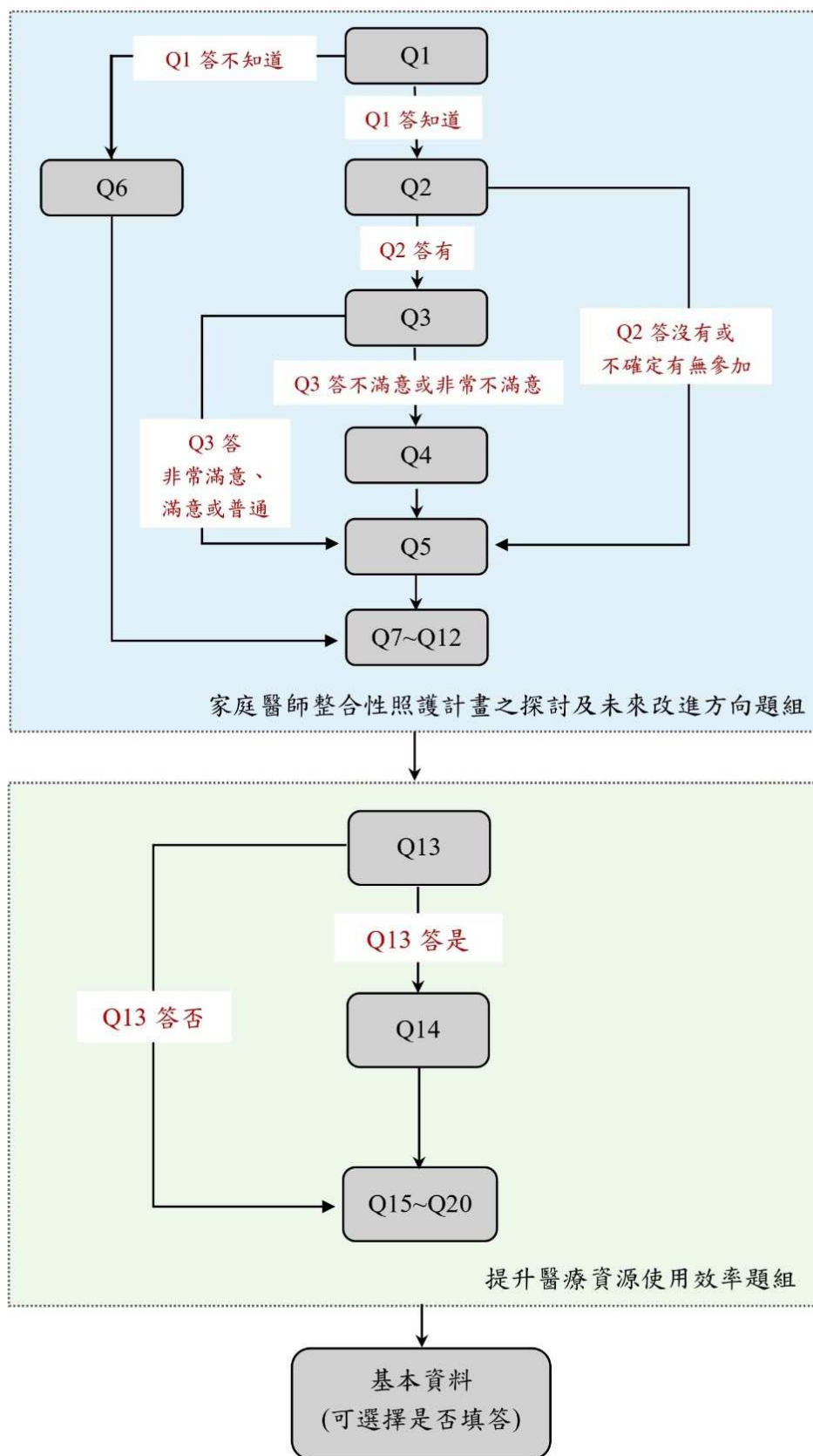


圖 4-1 公民參與問卷跳題邏輯圖

第三節 問卷實施對象與施作方式

(一)網路問卷實施對象選擇：

由於網路問卷無母群體，填答對象不易掌握，人人都可以上網點選填答，除非事先控制範圍、對象或直接當面填寫。若要掌握性別、年齡、學歷、收入、居住地等條件限制，所耗費時間與成本相對高，才能取得合適樣本。近年網路假消息充斥，一般民眾不易主動上網對公共政策表達看法。因此，本計畫先藉由 Email、簡訊發送、QRcode 等方式，由研究者屬名降低疑慮，將問卷發送至各醫師公會、勞工團體、各級政府機關等進行訪查；又以臺北市立大學機關網站、Line 群組、Facebook、IG、Dcard 等網路平台進行問卷發送。Google 表單為一般民眾較熟悉且具視覺直觀、即時回覆整理等優點，透過臺北市立大學網站刊登問卷，鼓勵本校學生上網填寫，也由研究團隊透過 Line 群組，鼓勵中國醫藥大學、高雄醫學大學師生填寫；各工會可由 Line 群組、Email 轉由會員填寫；Facebook、IG、Dcard 等為目前網路使用者最常使用且年齡層廣泛之社交互動平台及網路論壇，故採用以上幾種方式推廣問卷。

(二)鼓勵民眾上網填寫：

本計畫因此透過說明會、研討會、服務站等方式等特定管道，現場或當面填寫，增加填答效果。例如以 7 月曾參與過願景工作坊的各醫師公會、勞工團體為主，發送 Email 至公會聯絡人請公會協助轉發問卷；同時，透過拜訪各公會及臺北市府管理之單位舉行演講及講座，鼓勵民眾上網填寫。如圖 4-2、圖 4-3、圖 4-4、圖 4-5 及圖 4-6。

(三)調查期間：

113 年 9 月 29 日至 113 年 10 月 21 日止，共收集 1,265 份有效問卷。



圖 4-2 Facebook 發文內容



圖 4-3 IG 發文內容



圖 4-4 Dcard 發文內容



圖 4-5 問卷宣傳 QRcode



圖 4-6 計畫主持人赴機關團體宣傳問卷填答

第四節 問卷描述性統計之結果分析

一、人口變項之描述性統計

本研究問卷共收集 1,265 份，其中男性 653 人占 51.62%、女性 612 人占 48.38%；年齡占比為 25 歲以下 170 人占 13.44%、26 歲~35 歲 140 人占 11.07%、36 歲~45 歲 252 人占 19.92%、46~55 歲 284 人占 22.45%、56 歲~65 歲 267 人占 21.11%、65 歲以上 68 人占 5.38%；職業主要以軍公教為最多 524 人占 41.4%，接續為無職業者 271 人占 21.42%、技術人員 237 人占 18.74%及主管階級 182 人占 14.39%；教育程度高中(含)以下 209 人占 18.7%、大學或專科 748 人占 59.1%、碩士及以上 280 人占 22.1%，大學或專科人數最多；月收入 30,000 元以下 247 人占 19.53%、30,001~60,000 元 658 人占 52.02%、60,001~90,000 元 210 人占 16.60%、90,001~120,000 元 73 人占 5.77%、120,001~150,000 元 16 人占 1.26%、150,001~180,000 元 7 人占 0.55%、180,001~210,000 元 9 人占 0.71%、210,000 元以上 45 人占 3.56%。月收入以 30,001~60,000 元 658 人最多，其次為 30,000 元以下；居住地區為台北區的民眾占 64.90%、北區 8.22%、中區 12.41%、南區 5.69%、高屏區 6.25%、東區 2.53%。詳如表 4-2 公民參與問卷民人口變項之描述性統計表。

表 4-2 公民參與問卷民眾人口變項之描述性統計表

變項	n	%
總計	1265	100
性別		
男	653	51.62
女	612	48.38
年齡		
25 歲以下	170	13.44
26 歲~35 歲	140	11.07
36 歲~45 歲	252	19.92
46 歲~55 歲	284	22.45
56 歲~65 歲	267	21.11
65 歲以上	68	5.38
遺漏值	84	6.64
職業		
主管階級	182	14.39
技術人員	237	18.74
軍公教	524	41.42
無職業者	271	21.42
其他	51	4.03
教育程度		
高中(職)以下	237	18.74
大學/專科	748	59.13
碩士及以上	280	22.13
月收入		
30,000 元以下	247	19.53
30,001~60,000 元	658	52.02
60,001~90,000 元	210	16.60
90,001~120,000 元	73	5.77
120,001~150,000 元	16	1.26
150,001~180,000 元	7	0.55
180,001~210,000 元	9	0.71
210,000 元以上	45	3.56
居住地		
臺北區	821	64.90
北區	104	8.22
中區	157	12.41
南區	72	5.69
高屏區	79	6.25
東區	32	2.53

表 4-2 公民參與問卷民眾人口變項之描述性統計表(續)

變項	n	%
總計	1265	100
職業		
民意代表、主管及經理人員	27	2.13
專業人員	155	12.25
技術員及助理專業人員	27	2.13
事務支援人員	27	2.13
服務及銷售工作人員	77	6.09
農、林、漁、牧業生產人員	2	0.16
技藝有關工作人員	7	0.55
機械設備操作及組裝人員	5	0.40
基層技術工及勞力工	92	7.27
軍公教	524	41.42
家管	24	1.90
學生	165	13.04
無業/待業中	7	0.55
已退休	75	5.93
其他	51	4.03

*註 1：因細項職業某些變項樣本數較少，故將職業分為五組統計，(1)主管階級：「民意代表、主管及經理人員」、「專業人員」；(2)技術人員：「技術員及助理專業人員」、「事務支援人員」、「服務及銷售工作人員」、「農、林、漁、牧業生產人員」、「技藝有關工作人員」、「機械設備操作及組裝人員」、「基層技術工及勞力工」；(3)軍公教；(4)無職業者：「家管」、「學生」、「無業/待業中」、「已退休」；(5)其他

*註 2：居住地縣市已依健保分區調整統計。

二、家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向題組之描述性統計

本研究各問題變項回答項目中，統計時將非常同意(非常願意)、同意(願意)合併成一項，稱為同意(願意)；不同意(不願意)、非常不同意(非常不願意)合併為另一項，稱為不同意(不願意)。在家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向題組各項描述性統計中，知道家醫計畫的民眾為 329 人占 26.01%，不知道家醫計畫的民眾為 936 人占 73.99%；知道且有參加家醫計畫的民眾為 52 人占 329 人的 15.81%；參加家醫計畫的民眾 52 人之中，有 36 人對家醫計畫的服務感到滿意占 69.23%、14 人認為普通占 26.92%、2 人感到不滿意占 3.85%；不知道家醫計畫的民眾 936 人在閱讀完家醫計畫介紹後，497 人占 53.10%的民眾表示願意參加家醫計畫、121 人占 12.93%表示不願意參加計畫、表示尚未決定有 318 人占 33.97%。

民眾對第 8 題「為提升『家醫計畫』之執行效益，未來如以生活圈為概念，整合家醫群內之診所與收案對象，則就醫自由度可能會略為限縮，請問您是否同意這樣的作法？」，733 人占 57.94%表示同意、319 人占 25.22%普通、213 人占 16.84%表示不同意；第 9 題「如將家庭責任醫師團隊中，加入牙醫師、中醫師、藥師、營養師、心理諮商師、物理治療師等專業人員，提供全方位的醫療服務，您是否願意因此多負擔一些保費？」，779 人占 61.58%表示願意、293 人占 23.16%普通、193 人占 15.26%表示不願意；第 10 題「除了疾病治療之外，如將疾病預防、心理諮商、勞動職場健康、生活型態衛生教育等功能納入家醫計畫辦理，以提供全人照護，您是否願意因此多負擔一些保費？」，726 人占 57.39%表示願意、339 人占 26.80%普通、200 人占 15.81%表示不願意；第 11 題「請問您是否同意，配合家庭責任醫師團隊轉診可免收部分負擔，但對未經轉診就直接前往非家醫指定的醫院就醫者的民眾，加重部分負擔？」，750 人占 59.29%表示願意、277 人占 21.90%普通、238 人占 18.81%表示不願意。第 8 題至第 11 題都和「就醫自由度可能會略為限縮」、「多負擔一些保費與加重部分負擔」相關，同意及願意百分比落在 57.39%~61.58%之間。詳如表 4-3 家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向題組之描述性統計表。

表 4-3 家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向題組之描述性統計表

變項	n	%
總計	1265	100
1.請問您是否知道目前衛生福利部中央健康保險署執行中的「家醫計畫」?		
知道	329	26.01
不知道	936	73.99
2.請問您目前是否有參加「家醫計畫」?(跳答)		
無	223	67.78
有	52	15.81
不確定有無參加	54	16.41
遺漏值	936	--
3.如果您目前有參加「家醫計畫」,請問您對所參加的「家醫計畫團隊」服務滿意嗎?(跳答)		
不滿意	2	3.85
普通	14	26.92
滿意	36	69.23
遺漏值	1213	--
6.請問您願不願意參加「家醫計畫」?(跳答)		
不願意	121	12.93
願意	497	53.10
尚未決定	318	33.97
遺漏值	329	--
8.為提升「家醫計畫」之執行效益,未來如以生活圈為概念,整合家醫群內之診所與收案對象,則就醫自由度可能會略為限縮,請問您是否同意這樣的作法?		
不同意	213	16.84
普通	319	25.22
同意	733	57.94
9.如將家庭責任醫師團隊中,加入牙醫師、中醫師、藥師、營養師、心理諮商師、物理治療師等專業人員,提供全方位的醫療服務,您是否願意因此多負擔一些保費?		
不願意	193	15.26
普通	293	23.16
願意	779	61.58
10.除了疾病治療之外,如將疾病預防、心理諮商、勞動職場健康、生活型態衛生教育等功能納入家醫計畫辦理,以提供全人照護,您是否願意因此多負擔一些保費?		
不願意	200	15.81
普通	339	26.80
願意	726	57.39
11.請問您是否同意,配合家庭責任醫師團隊轉診可免收部分負擔,但對未經轉診就直接前往非家醫指定的醫院就醫者的民眾,加重部分負擔?		
不願意	238	18.81
普通	277	21.90
願意	750	59.29

三、提升醫療資源使用效率題組之描述性統計

民眾在提升醫療資源使用效率的描述性統計中，1265 人中有 712 人占 56.28% 民眾，認為已了解目前健保資源面臨的問題，553 人占 43.72% 則為不了解。民眾對第 15 題「為減少就醫次數，將醫療資源做最有效的配置，請問您是否同意，如果醫院的檢查(驗)結果正常，可以透過多元管道(例如：電話、簡訊、Line 等方式)，通知民眾不需再到醫院回診看報告；如果檢查(驗)結果異常，需再通知民眾回診處理？」，1,133 人占 89.57% 表示願意、96 人占 7.59% 表示普通、36 人占 2.85% 表示不願意；第 16 題「為減少就醫次數，將醫療資源做最有效的配置，請問您是否同意，對於病情穩定的慢性病病人，取消慢性處方箋只能開立 3 個月的限制？」，897 人占 71.08% 表示願意、225 人占 17.83% 普通、140 人占 11.09% 表示不願意；第 17 題「為加強推動分級醫療，政府可藉由擴大家醫計畫與強化轉診制度，請問你是否同意，降低醫院的一般性門診數量，使醫院能收治更多急症、重症、難症的病人，讓醫療資源用在刀口上，惟民眾的就醫選擇權可能受到部分限制？」，915 人占 72.45% 表示願意、229 人占 18.13% 普通、119 人占 9.42% 表示不願意；第 18 題「請問您是否同意政府透過提高民眾至醫學中心或區域醫院看診之部分負擔，以降低醫院的一般性門診數量，讓醫院能收治更多急症、重症、難症病人？」，914 人占 72.25% 表示願意、240 人占 18.97% 普通、111 人占 8.77% 表示不願意；第 19 題「推廣安寧緩和、推廣預立醫療照護諮商(ACP)，預立醫療決定書等措施，可減少末期病人的無效醫療，請問您是否認同並願意配合簽署相關文件？」，1,040 人占 82.21% 表示願意、195 人占 15.42% 普通、30 人占 2.37% 表示不願意。

綜合以上兩題組，民眾對第 15 題「為減少就醫次數，將醫療資源做最有效的配置，請問您是否同意，如果醫院的檢查(驗)結果正常，可以透過多元管道(例如：電話、簡訊、Line 等方式)，通知民眾不需再到醫院回診看報告；如果檢查(驗)結果異常，需再通知民眾回診處理？」、第 19 題「推廣安寧緩和、推廣預立醫療照護諮商(ACP)，預立醫療決定書等措施，可減少末期病人的無效醫療，請問您是否認同並願意配合簽署相關文件？」，呈現最多人填答正向看法，兩題項表示同意的民眾分別是 89.57% 及 82.21%，均超過 80% 以上。請參閱表 4-4 提升醫療資源使用效率題組之描述性統計表。

表 4-4 提升醫療資源使用效率題組之描述性統計表

變項	n	%
總計	1265	100
13.為提升醫療資源使用效率，政府已推出諸多改善方案，包括訂定「113 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，擬訂對應管理策略並每年持續推動改革。請問您是否了解目前健保資源面臨的問題？		
否	553	43.72
是	712	56.28
15.為減少就醫次數，將醫療資源做最有效的配置，請問您是否同意，如果醫院的檢查(驗)結果正常，可以透過多元管道(例如：電話、簡訊、Line 等方式)，通知民眾不需再到醫院回診看報告；如果檢查(驗)結果異常，需再通知民眾回診處理？		
不同意	36	2.85
普通	96	7.59
同意	1133	89.57
16.為減少就醫次數，將醫療資源做最有效的配置，請問您是否同意，對於病情穩定的慢性病病人，取消慢性處方箋只能開立 3 個月的限制？		
不同意	140	11.09
普通	225	17.83
同意	897	71.08
遺漏值	3	--
17.為加強推動分級醫療，政府可藉由擴大家醫計畫與強化轉診制度，請問你是否同意，降低醫院的一般性門診數量，使醫院能收治更多急症、重症、難症的病人，讓醫療資源用在刀口上，惟民眾的就醫選擇權可能受到部分限制？		
不同意	119	9.42
普通	229	18.13
同意	915	72.45
遺漏值	2	--
18.承上題，請問您是否同意政府透過提高民眾至醫學中心或區域醫院看診之部分負擔，以降低醫院的一般性門診數量，讓醫院能收治更多急症、重症、難症病人？		
不同意	111	8.77
普通	240	18.97
同意	914	72.25
19.推廣安寧緩和、推廣預立醫療照護諮商(ACP)，預立醫療決定書等措施，可減少末期病人的無效醫療，請問您是否認同並願意配合簽署相關文件？		
不同意	30	2.37
普通	195	15.42
同意	1040	82.21

第五節 問卷交叉統計結果分析

從本章上一節描述性統計中發現，第 8 題，民眾可能會因為家醫計畫以生活圈為概念，就醫自由度略為限縮；第 9~11 題，因為家醫計畫擴大團隊與增加服務內容，民眾是否願意因此多負擔一些保費；第 15 題，如果醫院的檢查(驗)結果正常，可以透過多元管道通知民眾不需再到醫院回診看報告；如果檢查(驗)結果異常，需再通知民眾回診處理；第 16 題，對於病情穩定的慢性病病人，取消慢性處方箋只能開立 3 個月的限制；第 17~18 題，降低大型醫院的一般性門診數量，使大型醫院能收治更多急症、重症、難症的病人，讓醫療資源用在刀口上，惟民眾的就醫選擇權可能受到部分限制，民眾到醫學中心或區域醫院看診，增加部分負擔；第 19 題，推廣安寧緩和、推廣預立醫療照護諮商(ACP)，預立醫療決定書，減少末期病人的無效醫療，您是否認同並願意配合簽署相關文件。

上述 9 個問題中，本研究一般民眾回答同意(或願意)者占 57.39%~89.57%，研究者認為有必要對回答同意(或願意)者，與回答不同意(或不滿意)者，做社會經濟地位或其他變數之交叉分析。

由於本計畫問卷填答人教育程度偏高(專科以上占 81.2%)，月收入 90,000 以下者亦偏高(占 88.15%)，研究者將對回答同意(願意)者、普通與回答不同意(不願意)者，有統計明顯差異部分都與月收入進行交叉分析。

一、家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向題組之交叉分析

表 4-5 為問卷第 1 題「請問您是否知道目前衛生福利部中央健康保險署執行中的『家醫計畫』？」之交叉分析，我們發現年齡、職業、收入、居住地對民眾是否知道家醫計畫有顯著差異。在年齡部分，年齡在 46 歲以上知道家醫計畫的比率較高(不知道者占 48.3%，知道者占 64.26%)；年齡在 46 歲以下知道家醫計畫的比率較低(不知道者占 51.7%，知道者占 35.74%)；在職業部分，以「主管階級」及「技術人員」知道家醫計畫比率較高(不知道者占 30.45%，知道者占 40.72%)；「軍公教」、「無職業者」、「其他」知道家醫計畫比率較低(不知道者占 69.55%，知道者占 59.28%)；月收入在 90,000 元以上者知道家醫計畫的比率較高(不知道者占 10.04%，知道者占 17.02%)；月收入在 90,000 元以下者知道家醫計畫的比率較低(不知道者占 89.96%，知道者占 40.72%)；在居住地部分，「北區」、「中區」、「南區」民眾知道家醫計畫的比率較其他地區高(不知道者占 23.14%，知道者占 35.56%)；「臺北區」、「高屏區」、「東區」民眾知道家醫計畫的比率較低(不知道者占 76.86%，知道者占 64.44%)。

表 4-6 為第 2 題「請問您目前是否有參加『家醫計畫』？」之交叉分析，其中性別、年齡、職業、收入對是否參加家醫計畫有顯著差異。在性別部分，男性參加家醫計畫的比率較高(無參加者占 49.78%，有參加者占 65.38%)；女性參加家醫計畫的比率較低(無參加者占 50.22%，有參加者占 34.62%)；在年齡部分，有參加家醫計畫者比率以 56 歲以上較多(無參加者占 36.27%，有參加者占 63.27%)；56 歲以下有參加家醫計畫者的比率較少(無參加者占 63.73%，有參加者占 36.73%)；在職業部分，「主管階級」及「技術人員」參加家醫計畫者比率較多(無參加者占 37.22%，有參加者占 67.31%)；「軍公教」、「無職業者」、「其他」參加家醫計畫者比率較少(無參加者占 62.78%，有參加者占 32.69%)；在收入部分，月收入在 90,000 元以下者有參加家醫計畫的比率較低(無參加者占 87.44%，有參加者占 55.78%)。月收入在 90,000 元以上者有參加家醫計畫的比率較高(無參加者占 12.56%，有參加者者占 44.22%)。

表 4-7 為第 3 題「如果您目前有參加『家醫計畫』，請問您對所參加的『家醫計畫團隊』服務滿意嗎？」之交叉分析，各人口學變項對有參加家醫計畫的民眾是否滿意，皆無顯著差異。

表 4-8 為第 6 題「請問您願不願意參加『家醫計畫』？」之交叉分析，各人口學變項對民眾是否有意願家醫計畫皆無顯著差異。

表 4-9 為第 8 題「為提升家醫計畫之執行效益，未來如以生活圈為概念，整合家醫群內之診所與收案對象，則就醫自由度可能會略為限縮，請問您是否同意這樣的作法？」之交叉分析，其中年齡、職業、收入對民眾的看法有顯著差異。在年齡部分，36 歲以下的民眾填答同意的比率較高(不同意者占 18%，同意者占 25.39%)；36 歲以上的民眾填答同意的比率較低(不同意者占 82%，同意者占

74.61%)；在職業部分，「主管階級」填答不同意的比率較高(不同意者占 25.35%，同意者占 12.14%)；「技術人員」、「軍公教」、「無職業者」、「其他」填答不同意的比率較低(不同意者占 74.65%，同意者占 87.86%)；在收入部分，月收入 90,000 元以下者填答同意的民眾比率較高(不同意者占 83.57%，同意者占 88.26%)，月收入 90,000 元以上者填答同意的民眾比率較低(不同意者占 16.43%，同意者占 11.74%)。

表 4-10 為第 9 題「如將家庭責任醫師團隊中，加入牙醫師、中醫師、藥師、營養師、心理諮商師、物理治療師等專業人員，提供全方位的醫療服務，您是否願意因此多負擔一些保費？」之交叉分析，各人口學變項與民眾對「家醫計畫納入更多專業人員，但因此多負擔一些保費」的看法皆無顯著差異。

表 4-11 為第 10 題「除了疾病治療之外，如將疾病預防、心理諮商、勞動職場健康、生活型態衛生教育等功能納入家醫計畫辦理，以提供全人照護，您是否願意因此多負擔一些保費？」之交叉分析，各人口學變項與民眾對「家醫計畫納入更多專業服務，但因此多負擔一些保費」的看法皆無顯著差異。

表 4-12 為第 11 題「請問您是否同意，配合家庭責任醫師團隊轉診可免收部分負擔，但對未經轉診就直接前往非家醫指定的醫院就醫者的民眾，加重部分負擔？」之交叉分析，其中年齡、收入對民眾的看法有顯著差異。在年齡部分，36 歲~55 歲及 65 歲以上者填答不同意的比率較高(不同意者占 57.87%，同意者占 50.63%)；36 歲以下及 56 歲~65 歲者填答同意的比率較高(不同意者占 42.13%，同意者占 49.37%)。月收入 90,000 元以下者填答同意的民眾比率較低(不同意者占 89.92%，同意者占 85.86%)，月收入 90,000 元以上者填答同意的民眾比率較高(不同意者占 10.08%，同意者占 14.14%)。

表 4-13 為民眾對於家庭醫師計畫了解與否後續意向調查之交叉分析。由表可發現，無論民眾是否了解家庭醫師計畫，其在後續各項意向調查中，兩者皆無顯著差異。在第 8 題至第 11 題，皆約 6 成左右民眾選擇「同意」或「願意」，且無論民眾是否了解家庭醫師計畫皆為這個比率。

表 4-5 是否知道衛福部中央健康保險署執行中的家醫計畫之交叉分析表

Q1. 請問您是否知道目前衛生福利部中央健康保險署執行中的「家醫計畫」?							
變項	不知道			知道		統計量	P 值
	總計 (N)	n	%	n	%		
總計	1265	936	100	329	100		
性別						0.17	0.684
男	653	480	51.28	173	52.58		
女	612	456	48.72	156	47.42		
年齡						33.94	<0.001
25 歲以下	170	147	16.78	23	7.54		
26 歲~35 歲	140	109	12.44	31	10.16		
36 歲~45 歲	252	197	22.49	55	18.03		
46 歲~55 歲	284	206	23.52	78	25.57		
56 歲~65 歲	267	177	20.21	90	29.51		
65 歲以上	68	40	4.57	28	9.18		
遺漏值	84	--	--	--	--		
職業						14.33	0.006
主管階級	182	120	12.82	62	18.84		
技術人員	237	165	17.63	72	21.88		
軍公教	524	405	43.27	119	36.17		
無職業者	271	211	22.54	60	18.24		
其他	51	35	3.74	16	4.86		
教育程度						1.04	0.594
高中(職)以下	237	179	19.12	58	17.63		
大學/專科	748	556	59.40	192	58.36		
碩士及以上	280	201	21.47	79	24.01		
月收入						24.52	0.001
30,000 元以下	247	190	20.30	57	17.33		
30,001~60,000 元	658	501	53.53	157	47.72		
60,001~90,000 元	210	151	16.13	59	17.93		
90,001~120,000 元	73	54	5.77	19	5.78		
120,001~150,000 元	16	9	0.96	7	2.13		
150,001~180,000 元	7	4	0.43	3	0.91		
180,001~210,000 元	9	6	0.64	3	0.91		
210,000 元以上	45	21	2.24	24	7.29		
居住地						20.42	0.001
臺北區	821	636	67.95	185	56.23		
北區	104	70	7.48	34	10.33		
中區	157	101	10.79	56	17.02		
南區	72	45	4.81	27	8.21		
高屏區	79	59	6.30	20	6.08		
東區	32	25	2.67	7	2.13		

表 4-6 目前是否有參加家醫計畫之交叉分析表

Q2. 請問您目前是否有參加「家醫計畫」?									
變項	無		有		不確定 有無參加		統計量	P 值	
	總計 (N)	n	%	n	%	n	%		
總計	329	223	100	52	100	54	100		
性別								4.13	0.127 ^a
男	173	111	49.78	34	65.38	28	51.85	4.12	0.042 ^b
女	156	112	50.22	18	34.62	26	48.15		
年齡								22.99	0.011 ^a
25 歲以下	23	17	8.33	0	0.00	6	11.54	16.30	0.006 ^b
26 歲~35 歲	31	24	11.76	2	4.08	5	9.62		
36 歲~45 歲	55	33	16.18	9	18.37	13	25.00		
46 歲~55 歲	78	56	27.45	7	14.29	15	28.85		
56 歲~65 歲	90	55	26.96	24	48.98	11	21.15		
65 歲以上	28	19	9.31	7	14.29	2	3.85		
遺漏值	24	--	--	--	--	--	--		
職業								34.13	<0.001 ^a
主管階級	62	35	15.70	22	42.31	5	9.26	22.20	<0.001 ^b
技術人員	72	48	21.52	13	25.00	11	20.37		
軍公教	119	78	34.98	12	23.08	29	53.70		
無職業者	60	48	21.52	4	7.69	8	14.81		
其他	16	14	6.28	1	1.92	1	1.85		
教育程度								0.70	0.952 ^a
高中(職)以下	58	40	17.94	10	19.23	8	14.81	0.08	0.959 ^b
大學/專科	192	128	57.40	30	57.69	34	62.96		
碩士及以上	79	55	24.66	12	23.08	12	22.22		
月收入								69.71	<0.001 ^a
30,000 元以下	57	45	20.18	5	9.62	7	12.96	56.47	<0.001 ^b
30,001~60,000 元	157	113	50.67	15	28.85	29	53.70		
60,001~90,000 元	59	37	16.59	9	17.31	13	24.07		
90,001~120,000 元	19	15	6.73	2	3.85	2	3.70		
120,001~150,000 元	7	1	0.45	6	11.54	0	0.00		
150,001~180,000 元	3	2	0.90	1	1.92	0	0.00		
180,001~210,000 元	3	0	0.00	3	5.77	0	0.00		
210,000 元以上	24	10	4.48	11	21.15	3	5.56		
居住地								9.61	0.475 ^a
臺北區	185	128	57.40	24	46.15	33	61.11	7.07	0.216 ^b
北區	34	26	11.66	3	5.77	5	9.26		
中區	56	33	14.80	13	25.00	10	18.52		
南區	27	17	7.62	7	13.46	3	5.56		
高屏區	20	14	6.28	3	5.77	3	5.56		
東區	7	5	2.24	2	3.85	0	0.00		

*註 1：本題設有跳答(僅「知道」家醫計畫者填答本題)

*註 2：本題回答「不確定有無參加」較無明確意向，另就回答無、有做統計 (P 值^a—統計回答無、有、不確定有無參加 / P 值^b—統計回答無、有)

表 4-7 有參加家醫計畫對所參加的家醫計畫團隊服務滿意交叉分析表

Q3. 如果您目前有參加「家醫計畫」，請問您對所參加的「家醫計畫團隊」服務滿意嗎？								
變項	不滿意		普通		滿意		統計量	P 值
	總計 (N)	n	%	n	%	n	%	
總計	52	2	100	14	100	36	100	
性別								0.89
男	34	1	50.00	8	57.14	25	69.44	0.489 ^b
女	18	1	50.00	6	42.86	11	20.56	
年齡								16.15
25 歲以下	0	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.214 ^b
26 歲~35 歲	2	1	50.00	0	0.00	1	2.94	
36 歲~45 歲	9	0	0.00	4	30.77	5	14.71	
46 歲~55 歲	7	0	0.00	2	15.38	5	14.71	
56 歲~65 歲	24	1	50.00	7	53.85	16	47.06	
65 歲以上	7	0	0.00	0	0.00	7	20.59	
遺漏值	3	--	--	--	--	--	--	
職業								4.83
主管階級	22	2	100	6	42.86	14	38.89	0.846 ^b
技術人員	13	0	0	5	35.71	8	22.22	
軍公教	12	0	0	2	14.29	10	27.78	
無職業者	4	0	0	1	7.14	3	8.33	
其他	1	0	0	0	0.00	1	2.78	
教育程度								1.54
高中(職)以下	10	0	0.00	2	14.29	8	22.22	0.874 ^a
大學/專科	30	1	50.00	9	64.29	20	55.56	
碩士及以上	12	1	50.00	3	21.43	8	22.22	
月收入								9.98
30,000 元以下	5	0	0.00	1	7.14	4	11.11	0.771 ^b
30,001~60,000 元	15	1	50.00	4	28.57	10	27.78	
60,001~90,000 元	9	1	50.00	2	14.29	6	16.67	
90,001~120,000 元	2	0	0.00	2	14.29	0	0.00	
120,001~150,000 元	6	0	0.00	2	14.29	4	11.11	
150,001~180,000 元	1	0	0.00	0	0.00	1	2.78	
180,001~210,000 元	3	0	0.00	0	0.00	3	8.33	
210,000 元以上	11	0	0.00	3	21.43	8	22.22	
居住地								10.38
臺北區	24	0	0.00	6	42.86	18	50.00	0.423 ^b
北區	3	0	0.00	2	14.29	1	2.78	
中區	13	2	100	3	21.43	8	22.22	
南區	7	0	0.00	2	14.29	5	13.89	
高屏區	3	0	0.00	0	0.00	3	8.33	
東區	2	0	0.00	1	7.14	1	2.78	

*註 1：本題設有跳答(須為「知道」家醫計畫且了解自己已參加者填答本題)

*註 2：本題因樣本數較小，另使用費雪精確檢定計算 P 值(P 值^a - Chi-Squared Test / P 值^b - Fisher's Exact Test)

表 4-8 受訪者願不願意參加家醫計畫之交叉分析表

變項	Q6. 請問您願不願意參加「家醫計畫」？							統計量	P 值
	總計 (N)	不願意		願意		尚未決定			
		n	%	n	%	n	%		
總計	936	121	100	497	100	318	100		
性別								3.28	0.194 ^a
男	480	69	57.02	259	52.11	152	47.80	0.94	0.332 ^b
女	456	52	42.98	238	47.89	166	52.20		
年齡								11.80	0.299 ^a
25 歲以下	147	20	17.54	81	17.20	46	15.81	6.86	0.231 ^b
26 歲~35 歲	109	14	12.28	57	12.10	38	13.06		
36 歲~45 歲	197	30	26.32	93	19.75	74	25.43		
46 歲~55 歲	206	27	23.68	109	23.14	70	24.05		
56 歲~65 歲	177	15	13.16	108	22.93	54	18.56		
65 歲以上	40	8	7.02	23	4.88	9	3.09		
遺漏值	60	--	--	--	--	--	--		
職業								3.24	0.918 ^a
主管階級	120	16	13.22	64	12.88	40	12.58	1.04	0.903 ^b
技術人員	165	21	17.36	87	17.51	57	17.92		
軍公教	405	54	44.63	215	43.26	136	42.77		
無職業者	211	28	23.14	114	22.94	69	21.70		
其他	35	2	1.65	17	3.42	16	5.03		
教育程度								3.48	0.481 ^a
高中(職)以下	179	17	14.05	97	19.52	65	20.44	2.31	0.315 ^b
大學/專科	556	75	61.98	300	60.36	181	56.92		
碩士及以上	201	29	23.97	100	20.12	72	22.64		
月收入								5.77	0.972 ^a
30,000 元以下	190	23	19.01	99	19.92	68	21.38	3.39	0.846 ^b
30,001~60,000 元	501	62	51.24	268	53.92	171	53.77		
60,001~90,000 元	151	21	17.36	79	15.90	51	16.04		
90,001~120,000 元	54	10	8.26	29	5.84	15	4.72		
120,001~150,000 元	9	0	0.00	6	1.21	3	0.94		
150,001~180,000 元	4	1	0.83	2	0.40	1	0.31		
180,001~210,000 元	6	1	0.83	2	0.40	3	0.94		
210,000 元以上	21	3	2.48	12	2.41	6	1.89		
居住地								5.83	0.829 ^a
臺北區	636	80	66.12	339	68.21	217	68.24	3.21	0.667 ^b
北區	70	9	7.44	42	8.45	19	5.97		
中區	101	17	14.05	51	10.26	33	10.38		
南區	45	6	4.96	21	4.23	18	5.66		
高屏區	59	8	6.61	30	6.04	21	6.60		
東區	25	1	0.83	14	2.82	10	3.14		

*註 1：本題設有跳答(僅"不知道"家醫計畫者填答本題)

*註 2：本題回答「尚未決定」較無明確意向，另就回答無不願意、願意做統計 (P 值^a—統計回答不願意、願意、尚未決定 / P 值^b—統計回答不願意、願意)

表 4-9 為提升家醫計畫執行效益交叉分析

變項	Q8. 為提升「家醫計畫」之執行效益，未來如以生活圈為概念，整合家醫群內之診所與收案對象，則就醫自由度可能會略為限縮，請問您是否同意這樣的作法？							統計量	P 值
	不同意			普通		同意			
	總計 (N)	n	%	n	%	n	%		
總計	1265	213	100	319	100	733	100		
性別								9.03	0.011
男	653	111	52.11	142	44.51	400	54.57		
女	612	102	47.89	177	55.49	333	45.43		
年齡								27.96	0.002
25 歲以下	170	20	10.00	49	17.01	101	14.57		
26 歲~35 歲	140	16	8.00	49	17.01	75	10.82		
36 歲~45 歲	252	52	26.00	62	21.53	138	19.91		
46 歲~55 歲	284	58	29.00	61	21.18	165	23.81		
56 歲~65 歲	267	39	19.50	59	20.49	169	24.39		
65 歲以上	68	15	7.50	8	2.78	45	6.49		
遺漏值	84	--	--	--	--	--	--		
職業								28.79	<0.001
主管階級	182	54	25.35	39	12.23	89	12.14		
技術人員	237	30	14.08	57	17.87	150	20.46		
軍公教	524	84	39.44	143	44.83	297	40.52		
無職業者	271	38	17.84	66	20.69	167	22.78		
其他	51	7	3.29	14	4.39	30	4.09		
教育程度								6.94	0.139
高中(職)以下	237	31	14.55	59	18.50	147	20.05		
大學/專科	748	126	59.15	200	62.70	422	57.57		
碩士及以上	280	56	26.29	60	18.81	164	22.37		
月收入								24.77	0.037
30,000 元以下	247	29	13.62	65	20.38	153	20.87		
30,001~60,000 元	658	109	51.17	172	53.92	377	51.43		
60,001~90,000 元	210	40	18.78	53	16.61	117	15.96		
90,001~120,000 元	73	12	5.63	15	4.70	46	6.28		
120,001~150,000 元	16	7	3.29	2	0.63	7	0.95		
150,001~180,000 元	7	1	0.47	0	0.00	6	0.82		
180,001~210,000 元	9	4	1.88	2	0.63	3	0.41		
210,000 元以上	45	11	5.16	10	3.13	24	3.27		
居住地								14.65	0.145
臺北區	821	132	61.97	224	70.22	465	63.44		
北區	104	12	5.63	24	7.52	68	9.28		
中區	157	38	17.84	30	9.40	89	12.14		
南區	72	11	5.16	16	5.02	45	6.14		
高屏區	79	13	6.10	20	6.27	46	6.28		
東區	32	7	3.29	5	1.57	20	2.73		

表 4-10 家醫團隊加入其他醫學專業團是否願意多負擔保費交叉分析

變項	Q9. 如將家庭責任醫師團隊中，加入牙醫師、中醫師、藥師、營養師、心理諮商師、物理治療師等專業人員，提供全方位的醫療服務，您是否願意因此多負擔一些保費？							統計量	P 值
	不願意			普通		願意			
	總計 (N)	n	%	n	%	n	%		
總計	1265	193	100	293	100	779	100		
性別								0.71	0.700
男	653	100	51.81	145	49.49	408	52.37		
女	612	93	48.19	148	50.51	371	47.63		
年齡								13.30	0.208
25 歲以下	170	18	10.23	45	16.79	107	14.52		
26 歲~35 歲	140	20	11.36	37	13.81	83	11.26		
36 歲~45 歲	252	38	21.59	61	22.76	153	20.76		
46 歲~55 歲	284	54	30.68	63	23.51	167	22.66		
56 歲~65 歲	267	37	21.02	51	19.03	179	24.29		
65 歲以上	68	9	5.11	11	4.10	48	6.51		
遺漏值	84	--	--	--	--	--	--		
職業								5.13	0.743
主管階級	182	31	16.06	34	11.60	117	15.02		
技術人員	237	37	19.17	60	20.48	140	17.97		
軍公教	524	84	43.52	120	40.96	320	41.08		
無職業者	271	34	17.62	68	23.21	169	21.69		
其他	51	7	3.63	11	3.75	33	4.24		
教育程度								7.48	0.113
高中(職)以下	237	34	17.62	59	20.14	144	18.49		
大學/專科	748	114	59.07	186	63.48	448	57.51		
碩士及以上	280	45	23.32	48	16.38	187	24.01		
月收入								19.49	0.147
30,000 元以下	247	35	18.13	67	22.87	145	18.61		
30,001~60,000 元	658	101	52.33	167	57.00	390	50.06		
60,001~90,000 元	210	32	16.58	37	12.63	141	18.10		
90,001~120,000 元	73	13	6.74	8	2.73	52	6.68		
120,001~150,000 元	16	1	0.52	2	0.68	13	1.67		
150,001~180,000 元	7	1	0.52	2	0.68	4	0.51		
180,001~210,000 元	9	2	1.04	3	1.02	4	0.51		
210,000 元以上	45	8	4.15	7	2.39	30	3.85		
居住地								10.62	0.388
臺北區	821	125	64.77	205	69.97	491	63.03		
北區	104	19	9.84	19	6.48	66	8.47		
中區	157	27	13.99	34	11.60	96	12.32		
南區	72	8	4.15	17	5.80	47	6.03		
高屏區	79	9	4.66	15	5.12	55	7.06		
東區	32	5	2.59	3	1.02	24	3.08		

表 4-11 家醫團隊除疾病治療之外增加疾病預防等而多負擔保費交叉分析

變項	Q10. 除了疾病治療之外，如將疾病預防、心理諮商、勞動職場健康、生活型態衛生教育等功能納入家醫計畫辦理，以提供全人照護，您是否願意因此多負擔一些保費？							統計量	P 值
	不願意			普通		願意			
	總計 (N)	n	%	n	%	n	%		
總計	1265	200	100	339	100	726	100		
性別								2.32	0.313
男	653	106	53.00	163	48.08	384	52.89		
女	612	94	47.00	176	51.92	342	47.11		
年齡								10.52	0.396
25 歲以下	170	20	10.87	48	15.48	102	14.85		
26 歲~35 歲	140	21	11.41	36	11.61	83	12.08		
36 歲~45 歲	252	37	20.11	75	24.19	140	20.38		
46 歲~55 歲	284	57	30.98	67	21.61	160	23.29		
56 歲~65 歲	267	39	21.20	71	22.90	157	22.85		
65 歲以上	68	10	5.43	13	4.19	45	6.55		
遺漏值	84	--	--	--	--	--	--		
職業								5.51	0.702
主管階級	182	31	15.50	48	14.16	103	14.19		
技術人員	237	35	17.50	70	20.65	132	18.18		
軍公教	524	92	46.00	131	38.64	301	41.46		
無職業者	271	36	18.00	78	23.01	157	21.63		
其他	51	6	3.00	12	3.54	33	4.55		
教育程度								4.39	0.356
高中(職)以下	237	34	17.00	75	22.12	128	17.63		
大學/專科	748	116	58.00	193	56.93	439	60.47		
碩士及以上	280	50	25.00	71	20.94	159	21.90		
月收入								13.40	0.495
30,000 元以下	247	36	18.00	72	21.24	139	19.15		
30,001~60,000 元	658	100	50.00	192	56.64	366	50.41		
60,001~90,000 元	210	35	17.50	46	13.57	129	17.77		
90,001~120,000 元	73	14	7.00	12	3.54	47	6.47		
120,001~150,000 元	16	2	1.00	5	1.47	9	1.24		
150,001~180,000 元	7	2	1.00	1	0.29	4	0.55		
180,001~210,000 元	9	2	1.00	3	0.88	4	0.55		
210,000 元以上	45	9	4.50	8	2.36	28	3.86		
居住地								8.79	0.552
臺北區	821	135	67.50	222	65.49	464	63.91		
北區	104	18	9.00	27	7.96	59	8.13		
中區	157	24	12.00	47	13.86	86	11.85		
南區	72	7	3.50	21	6.19	44	6.06		
高屏區	79	9	4.50	17	5.01	53	7.30		
東區	32	7	3.50	5	1.47	20	2.75		

表 4-12 是否配合家庭責任醫師團隊轉診加重部分負擔交叉分析表

Q11.請問您是否同意，配合家庭責任醫師團隊轉診可免收部分負擔，但對 未經轉診就直接前往非家醫指定的醫院就醫者的民眾，加重部分負擔？									
變項	不同意		普通		同意		統計量	P 值	
	總計 (N)	n	%	n	%	n			%
總計	1265	238	100	277	100	750	100		
性別								1.32	0.516
男	653	117	49.16	139	50.18	397	52.93		
女	612	121	50.84	138	49.82	353	47.07		
年齡								33.46	<0.001
25 歲以下	170	28	12.96	51	20.24	91	12.76		
26 歲~35 歲	140	22	10.19	37	14.68	81	11.36		
36 歲~45 歲	252	49	22.69	62	24.60	141	19.78		
46 歲~55 歲	284	59	27.31	54	21.43	171	23.98		
56 歲~65 歲	267	41	18.98	46	18.25	180	25.25		
65 歲以上	68	17	7.87	2	0.79	49	6.87		
遺漏值	84	--	--	--	--	--	--		
職業								9.07	0.336
主管階級	182	28	11.76	33	11.91	121	16.13		
技術人員	237	47	19.75	51	18.41	139	18.53		
軍公教	524	100	42.02	120	43.42	304	40.53		
無職業者	271	51	21.43	67	24.19	153	20.40		
其他	51	12	5.04	6	2.17	33	4.40		
教育程度								6.20	0.185
高中(職)以下	237	51	21.43	61	22.02	125	16.67		
大學/專科	748	134	56.30	163	58.84	451	60.13		
碩士及以上	280	53	22.27	53	19.13	174	23.20		
月收入								26.75	0.021
30,000 元以下	247	47	19.75	62	22.38	138	18.40		
30,001~60,000 元	658	127	53.36	161	58.12	370	49.33		
60,001~90,000 元	210	40	16.81	34	12.27	136	18.13		
90,001~120,000 元	73	13	5.46	10	3.61	50	6.67		
120,001~150,000 元	16	2	0.84	0	0.00	14	1.87		
150,001~180,000 元	7	2	0.84	0	0.00	5	0.67		
180,001~210,000 元	9	1	0.42	4	1.44	4	0.53		
210,000 元以上	45	6	2.52	6	2.17	33	4.40		
居住地								11.24	0.339
臺北區	821	169	71.01	185	66.79	467	62.27		
北區	104	15	6.30	23	8.30	66	8.80		
中區	157	24	10.08	31	11.19	102	13.60		
南區	72	9	3.78	13	4.69	50	6.67		
高屏區	79	16	6.72	20	7.22	43	5.73		
東區	32	5	2.10	5	1.81	22	2.93		

表 4-13 民眾對於家庭醫師計畫了解與否後續意向調查之交叉分析

變項	總計		「知道」家庭醫師計畫 (n=329)		「不知道」家庭醫師計畫 (n=936)		P 值
	n		n	%	n	%	
總計	1265		329	100%	936	100%	
Q8. 為提升「家醫計畫」之執行效益，未來如以生活圈為概念，整合家醫群內之診所與收案對象，則就醫自由度可能會略為限縮，請問您是否同意這樣的做法？							0.061 ^a 0.561 ^b
同意	733		178	54.1%	555	59.3%	
普通	319		99	30.1%	220	23.5%	
不同意	213		52	15.8%	161	17.2%	
Q9. 如將家庭責任醫師團隊中，加入牙醫師、中醫師、藥師、營養師、心理諮商師、物理治療師等專業人員，提供全方位的醫療服務，您是否願意因此多負擔一些保費？							0.739 ^a 0.455 ^b
願意	779		207	62.9%	572	61.1%	
普通	293		76	23.1%	217	23.2%	
不願意	193		46	14.0%	147	15.7%	
Q10. 除了疾病治療之外，如將疾病預防、心理諮商、勞動職場健康、生活型態衛生教育等功能納入家醫計畫辦理，以提供全人照護，您是否願意因此多負擔一些保費？							0.759 ^a 0.481 ^b
願意	726		190	57.8%	536	57.3%	
普通	339		91	27.7%	248	26.5%	
不願意	200		48	14.6%	152	16.2%	
Q11. 請問您是否同意，配合家庭責任醫師團隊轉診可免收部分負擔，但對未經轉診就直接前往非家醫指定的醫院就醫者的民眾，加重部分負擔？							0.255 ^a 0.333 ^b
願意	750		191	58.1%	559	59.7%	
普通	277		82	24.9%	195	20.8%	
不願意	238		56	17.0%	182	19.4%	

*註 1：P 值^a使用卡方檢定(Chi-square test)，P-value < 0.05 為顯著，檢定時分為滿意、普通、不滿意，共 3 組。

*註 2：P 值^b使用卡方檢定(Chi-square test)，P-value < 0.05 為顯著，檢定時分為滿意(包含普通)、不滿意，共 2 組。

二、提升醫療資源使用效率題組之交叉分析

表 4-14 為第 13 題「為提升醫療資源使用效率，政府已推出諸多改善方案，包括訂定『113 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案』，擬訂對應管理策略並每年持續推動改革。請問您是否了解目前健保資源面臨的問題？」之交叉分析，其中職業、教育程度、收入對民眾是否了解健保資源面臨問題有顯著差異。在職業部分，「主管階級」與「軍公教」有較高比率了解健保資源面臨問題(不了解者占 51.53%，了解者占 59.13%)；「技術人員」、「無職業者」與「其他」對於健保資源配置所面臨的問題了解比率較少(不了解者占 48.46%，了解者占 40.87%)；在教育程度部分，大學/專科以上者，對於了解健保資源面臨問題的比率較高(了解者約占 83.85%，不了解者約占 77.94%)；反之，高中職以下則有較高比率對於健保資源配置所面臨的問題了解較少(了解者約占 16.15%，不了解者約占 22.06%)。在收入部分，月收入 90,000 元以下的民眾有較高比率對於健保資源配置所面臨的問題了解較少(了解者約占 84.27%，不了解者約占 93.13%)，而月收入高於 90,000 元者有較高比率比較清楚健保資源配置所面臨的問題(了解者約占 15.72%，不了解者約占 6.86%)。

表 4-15 為第 15 題「為減少就醫次數，將醫療資源做最有效的配置，請問您是否同意，如果醫院的檢查(驗)結果正常，可以透過多元管道(例如：電話、簡訊、Line 等方式)，通知民眾不需再到醫院回診看報告；如果檢查(驗)結果異常，需再通知民眾回診處理。」之交叉分析，其中性別、收入對民眾的看法有顯著差異。在性別部分，男性填答不同意的比率較高(不同意者占 61.11%，同意者占 50.13%)；女性填答不同意的比率較低(不同意者占 38.89%，同意者占 49.87%)；在收入部分，月收入在 90,000 元以上者有較高比率填答不同意(不同意者占 27.78%，同意者占 11.74%)，月收入在 90,000 元以下者有較高比率填答同意(不同意者占 72.22%，同意者占 88.26%)。尤其月收入在 30,000 元以下者，填答同意者占 19.77%高於不同意者的 8.33%；而收入在 210,000 以上者，不同意者占 19.44%，高於填答同意者的 3.00%。

表 4-16 為第 16 題「為減少就醫次數，將醫療資源做最有效的配置，請問您是否同意，對於病情穩定的慢性病病人，取消慢性處方箋只能開立 3 個月的限制？」之交叉分析，其中年齡、收入、居住地對民眾看法有顯著差異。在年齡部分，25 歲以下及 36~45 歲的民眾填答不同意的比率較高(不同意者占 39.85%，同意者占 33.25%)；在收入部分，月收入約在 90,000 元以上者有較高比率填答不同意(不同意者占 17.14%，同意者占 11.58%)；月收入約在 90,000 元以下者有較高比率填答同意(不同意者占 82.86%，同意者占 88.42%)，尤其月收入 30,001 元~60,000 元者同意占 53.18%，不同意者占 40.00%；在居住地部分，「中區」及「南區」填答不同意的比率較其他分組高(不同意者占 29.28%，同意者占 16.83%)；「臺北區」、「北區」、「高屏區」、「東區」填答同意的比率較高(不同意者占 70.72%，同意者

占 83.17%)。

表 4-17 為第 17 題「為加強推動分級醫療，政府可藉由擴大家醫計畫與強化轉診制度，請問你是否同意，降低醫院的一般性門診數量，使醫院能收治更多急症、重症、難症的病人，讓醫療資源用在刀口上，惟民眾的就醫選擇權可能受到部分限制?」之交叉分析，其中年齡對民眾的看法有顯著差異。在年齡部分，26 歲~55 歲的民眾填答不同意的比率較高(不同意者占 64.29%，同意者占 54.20%)；25 歲以下及 56 歲以上的民眾填答不同意的比率較低(不同意者占 35.71%，同意者占 45.80%)。

表 4-18 為第 18 題「承上題，請問您是否同意政府透過提高民眾至醫學中心或區域醫院看診之部分負擔，以降低醫院的一般性門診數量，讓醫院能收治更多急症、重症、難症病人?」之交叉分析，其中收入對民眾看法有顯著差異。月收入在 90,000 以下者，填答同意的比率較低(不同意者占 88.28%，同意者占 86.43%)；收入在 90,000 以上者，填答同意的比率較高(不同意者占 11.72%，同意者占 13.57%)。

表 4-19 為第 19 題「推廣安寧緩和、推廣預立醫療照護諮商(ACP)，預立醫療決定書等措施，可減少末期病人的無效醫療，請問您是否認同並願意配合簽署相關文件。」之交叉分析，其中性別、年齡對民眾的看法有顯著差異。在性別部分，男性填答不同意的比率較高(不同意者占 60%，同意者占 40%)；女性填答同意的比率較高(不同意者占 40%，同意者占 50%)；在年齡部分，26 歲~55 歲的民眾填答不同意的比率較高(不同意者占 74.08%，同意者占 55.88%)；56 歲以上的民眾填答同意比率較高(不同意者占 14.81%，同意者占 30.40%)。

表 4-14 是否了解目前健保資源面臨的問題之交叉分析表

變項	Q13. 為提升醫療資源使用效率，政府已推出諸多改善方案，包括訂定「113 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，擬訂對應管理策略並每年持續推動改革。請問您是否了解目前健保資源面臨的問題？					
	否		是		統計量	P 值
	總計 (N)	n	%	n	%	
總計	1265	553	100	712	100	
性別					0.72	0.397
男	653	278	50.27	375	52.67	
女	612	275	49.73	337	47.33	
年齡					3.15	0.676
25 歲以下	170	68	13.10	102	15.41	
26 歲~35 歲	140	63	12.14	77	11.63	
36 歲~45 歲	252	118	22.74	134	20.24	
46 歲~55 歲	284	130	25.05	154	23.26	
56 歲~65 歲	267	113	21.77	154	23.26	
65 歲以上	68	27	5.20	41	6.19	
遺漏值	84	--	--	--	--	
職業					14.73	0.005
主管階級	182	63	11.39	119	16.71	
技術人員	237	123	22.24	114	16.01	
軍公教	524	222	40.14	302	42.42	
無職業者	271	118	21.34	153	21.49	
其他	51	27	4.88	24	3.37	
教育程度					8.90	0.012
高中(職)以下	237	122	22.06	115	16.15	
大學/專科	748	323	58.41	425	59.69	
碩士及以上	280	108	19.53	172	24.16	
月收入					26.31	<0.001
30,000 元以下	247	109	19.71	138	19.38	
30,001~60,000 元	658	312	56.42	346	48.60	
60,001~90,000 元	210	94	17.00	116	16.29	
90,001~120,000 元	73	15	2.71	58	8.15	
120,001~150,000 元	16	6	1.08	10	1.40	
150,001~180,000 元	7	2	0.36	5	0.70	
180,001~210,000 元	9	3	0.54	6	0.84	
210,000 元以上	45	12	2.17	33	4.63	
居住地					6.14	0.293
臺北區	821	376	67.99	445	62.50	
北區	104	40	7.23	64	8.99	
中區	157	67	12.12	90	12.64	
南區	72	27	4.88	45	6.32	
高屏區	79	28	5.06	51	7.16	
東區	32	15	2.71	17	2.39	

表 4-15 為減少就醫次數民眾不一定要回到醫院回診看報告之交叉分析表

變項	Q15. 為減少就醫次數，將醫療資源做最有效的配置，請問您是否同意，如果醫院的檢查(驗)結果正常，可以透過多元管道(例如：電話、簡訊、Line 等方式)，通知民眾不需再到醫院回診看報告；如果檢查(驗)結果異常，需再通知民眾回診處理。							統計量	P 值
	不同意			普通		同意			
	總計 (N)	n	%	n	%	n	%		
總計	1265	36	100	96	100	1133	100		
性別								9.84	0.007
男	653	22	61.11	63	65.62	568	50.13		
女	612	14	38.89	33	34.38	565	49.87		
年齡								15.85	0.104
25 歲以下	170	3	8.82	20	23.53	147	13.84		
26 歲~35 歲	140	7	20.59	12	14.12	121	11.39		
36 歲~45 歲	252	8	23.53	22	25.88	222	20.90		
46 歲~55 歲	284	7	20.59	16	18.82	261	24.58		
56 歲~65 歲	267	7	20.59	14	16.47	246	23.16		
65 歲以上	68	2	5.88	1	1.18	65	6.12		
遺漏值	84	--	--	--	--	--	--		
職業								12.68	0.123
主管階級	182	10	27.78	9	9.38	163	14.39		
技術人員	237	5	13.89	15	15.62	217	19.15		
軍公教	524	17	47.22	47	48.96	460	40.60		
無職業者	271	4	11.11	22	22.92	245	21.62		
其他	51	0	0.00	3	3.12	48	4.24		
教育程度								5.11	0.276
高中(職)以下	237	5	13.89	24	25.00	208	18.36		
大學/專科	748	20	55.56	56	58.33	672	59.31		
碩士及以上	280	11	30.56	16	16.67	253	22.33		
月收入								36.87	0.001
30,000 元以下	247	3	8.33	20	20.83	224	19.77		
30,001~60,000 元	658	18	50.00	54	56.25	586	51.72		
60,001~90,000 元	210	5	13.89	15	15.62	190	16.77		
90,001~120,000 元	73	2	5.56	1	1.04	70	6.18		
120,001~150,000 元	16	1	2.78	2	2.08	13	1.15		
150,001~180,000 元	7	0	0.00	0	0.00	7	0.62		
180,001~210,000 元	9	0	0.00	0	0.00	9	0.79		
210,000 元以上	45	7	19.44	4	4.17	34	3.00		
居住地								11.96	0.288
臺北區	821	21	58.33	69	71.88	731	64.52		
北區	104	4	11.11	5	5.21	95	8.38		
中區	157	9	25.00	8	8.33	140	12.36		
南區	72	1	2.78	7	7.29	64	5.65		
高屏區	79	1	2.78	6	6.25	72	6.35		
東區	32	0	0.00	1	1.04	31	2.74		

表 4-16 病情穩定病人取消慢性處方箋 3 個月限制之交叉分析表

Q16. 為減少就醫次數，將醫療資源做最有效的配置，請問您是否同意，對於病情穩定的慢性病病人，取消慢性處方箋只能開立 3 個月的限制？									
變項	不同意			普通		同意		統計量	P 值
	總計 (N)	n	%	n	%	n	%		
總計	1262	140	100	225	100	897	100		
性別								4.67	0.097
男	652	69	49.29	103	45.78	480	53.51		
女	610	71	50.71	122	54.22	417	46.49		
年齡								23.72	0.008
25 歲以下	170	20	15.04	45	22.06	105	12.47		
26 歲~35 歲	140	13	9.77	32	15.69	95	11.28		
36 歲~45 歲	252	33	24.81	44	21.57	175	20.78		
46 歲~55 歲	284	30	22.56	42	20.59	212	25.18		
56 歲~65 歲	265	29	21.80	36	17.65	200	23.75		
65 歲以上	68	8	6.02	5	2.45	55	6.53		
遺漏值	83	--	--	--	--	--	--		
職業								11.31	0.185
主管階級	182	28	20.00	38	16.89	116	12.93		
技術人員	235	25	17.86	38	16.89	172	19.18		
軍公教	524	49	35.00	84	37.33	391	43.59		
無職業者	270	31	22.14	56	24.89	183	20.40		
其他	51	7	5.00	9	4.00	35	3.90		
教育程度								4.95	0.293
高中(職)以下	235	27	19.29	44	19.56	164	18.28		
大學/專科	748	75	53.57	141	62.67	532	59.31		
碩士及以上	279	38	27.14	40	17.78	201	22.41		
月收入								24.50	0.040
30,000 元以下	246	33	23.57	51	22.67	162	18.06		
30,001~60,000 元	656	56	40.00	123	54.67	477	53.18		
60,001~90,000 元	210	27	19.29	29	12.89	154	17.17		
90,001~120,000 元	73	7	5.00	10	4.44	56	6.24		
120,001~150,000 元	16	3	2.14	3	1.33	10	1.11		
150,001~180,000 元	7	2	1.43	2	0.89	3	0.33		
180,001~210,000 元	9	1	0.71	2	0.89	6	0.67		
210,000 元以上	45	11	7.86	5	2.22	29	3.23		
居住地								18.70	0.044
臺北區	820	77	55.00	147	65.33	596	66.44		
北區	103	10	7.14	23	10.22	70	7.80		
中區	157	29	20.71	26	11.56	102	11.37		
南區	72	12	8.57	11	4.89	49	5.46		
高屏區	78	9	6.43	16	7.11	53	5.91		
東區	32	3	2.14	2	0.89	27	3.01		

表 4-17 降低醫院的一般性門診數量民眾就醫選擇可能受限縮之交叉分析表

變項	Q17. 為加強推動分級醫療，政府可藉由擴大家醫計畫與強化轉診制度，請問你是否同意，降低醫院的一般性門診數量，使醫院能收治更多急症、重症、難症的病人，讓醫療資源用在刀口上，惟民眾的就醫選擇權可能受到部分限制？							統計量	P 值
	不同意			普通		同意			
	總計 (N)	n	%	n	%	n	%		
總計	1263	119	100	229	100	915	100		
性別								0.13	0.939
男	652	60	50.42	117	51.09	475	51.91		
女	611	59	49.58	112	49.91	440	48.09		
年齡								22.93	0.011
25 歲以下	169	15	13.39	30	14.35	124	14.45		
26 歲~35 歲	140	14	12.50	36	17.22	90	10.49		
36 歲~45 歲	252	28	25.00	44	21.05	180	20.98		
46 歲~55 歲	284	30	26.79	59	28.23	195	22.73		
56 歲~65 歲	266	21	18.75	36	17.22	209	24.36		
65 歲以上	68	4	3.57	4	1.91	60	6.99		
遺漏值	84	--	--	--	--	--	--		
職業								1.15	0.997
主管階級	182	16	13.45	32	13.97	134	14.64		
技術人員	236	20	16.81	44	19.21	172	18.80		
軍公教	524	52	43.70	97	42.36	375	40.98		
無職業者	270	25	21.01	48	20.96	197	21.53		
其他	51	6	5.04	8	3.49	37	4.04		
教育程度								6.13	0.190
高中(職)以下	235	17	14.29	53	23.14	165	18.03		
大學/專科	748	70	58.82	132	57.64	546	59.67		
碩士及以上	280	32	26.89	44	19.21	204	22.30		
月收入								22.39	0.071
30,000 元以下	246	27	22.69	45	19.65	174	19.02		
30,001~60,000 元	657	59	49.58	132	57.64	466	50.93		
60,001~90,000 元	210	17	14.29	37	16.16	156	17.05		
90,001~120,000 元	73	13	10.92	7	3.06	53	5.79		
120,001~150,000 元	16	0	0.00	0	0.00	16	1.75		
150,001~180,000 元	7	1	0.84	0	0.00	6	0.66		
180,001~210,000 元	9	0	0.00	2	0.87	7	0.77		
210,000 元以上	45	2	1.68	6	2.62	37	4.04		
居住地								10.09	0.433
臺北區	819	83	69.75	151	65.94	585	63.93		
北區	104	10	8.40	19	8.30	75	8.20		
中區	157	13	10.92	30	13.10	114	12.46		
南區	72	1	0.84	11	4.80	60	6.56		
高屏區	79	7	5.88	15	6.55	57	6.23		
東區	32	5	4.20	3	1.31	24	2.62		

表 4-18 提高一般民眾直接至醫學中心看診部分負擔之交叉分析表

變項	Q18. 承上題，請問您是否同意政府透過提高民眾至醫學中心或區域醫院看診之部分負擔，以降低醫院的一般性門診數量，讓醫院能收治更多急症、重症、難症病人？							統計量	P 值
	不同意			普通		同意			
	總計 (N)	n	%	n	%	n	%		
總計	1265	111	100	240	100	914	100		
性別								2.88	0.237
男	653	63	56.76	114	47.50	476	52.08		
女	612	48	43.24	126	52.50	438	47.92		
年齡								16.21	0.094
25 歲以下	170	13	12.26	43	19.63	114	13.32		
26 歲~35 歲	140	9	8.49	31	14.16	100	11.68		
36 歲~45 歲	252	25	23.58	46	21.00	181	21.14		
46 歲~55 歲	284	32	30.19	52	23.74	200	23.36		
56 歲~65 歲	267	24	22.64	38	17.35	205	23.95		
65 歲以上	68	3	2.83	9	4.11	56	6.54		
遺漏值	84	--	--	--	--	--	--		
職業								14.10	0.079
主管階級	182	15	13.51	22	9.17	145	15.86		
技術人員	237	24	21.62	52	21.67	161	17.61		
軍公教	524	47	42.34	95	39.58	382	41.79		
無職業者	271	19	17.12	64	26.67	188	20.57		
其他	51	6	5.41	7	2.92	38	4.16		
教育程度								3.09	0.543
高中(職)以下	237	19	17.12	54	22.50	164	17.94		
大學/專科	748	69	62.16	134	55.83	545	59.63		
碩士及以上	280	23	20.72	52	21.67	205	22.43		
月收入								29.10	0.010
30,000 元以下	247	24	21.62	57	23.75	166	18.16		
30,001~60,000 元	658	58	52.25	134	55.83	466	50.98		
60,001~90,000 元	210	16	14.41	36	15.00	158	17.29		
90,001~120,000 元	73	11	9.91	6	2.50	56	6.13		
120,001~150,000 元	16	0	0.00	0	0.00	16	1.75		
150,001~180,000 元	7	1	0.90	0	0.00	6	0.66		
180,001~210,000 元	9	0	0.00	3	1.25	6	0.66		
210,000 元以上	45	1	0.90	4	1.67	40	4.38		
居住地								8.27	0.603
臺北區	821	78	70.27	168	70.00	575	62.91		
北區	104	8	7.21	15	6.25	81	8.86		
中區	157	9	8.11	26	10.83	122	13.35		
南區	72	5	4.50	11	4.58	56	6.13		
高屏區	79	7	6.31	14	5.83	58	6.35		
東區	32	4	3.60	6	2.50	22	2.41		

表 4-19 推廣安寧緩和、ACP，預立醫療決定書是否願意配合之交叉分析表

Q19. 推廣安寧緩和、推廣預立醫療照護諮商(ACP)，預立醫療決定書等措施，可減少末期病人的無效醫療，請問您是否認同並願意配合簽署相關文件。									
變項	不同意			普通		同意		統計量	P 值
	總計 (N)	n	%	n	%	n	%		
總計	1265	30	100	195	100	1040	100		
性別								6.16	0.046
男	653	18	60.00	115	58.97	520	50.00		
女	612	12	40.00	80	41.03	520	50.00		
年齡								20.14	0.028
25 歲以下	170	3	11.11	33	18.64	134	13.72		
26 歲~35 歲	140	5	18.52	28	15.82	107	10.95		
36 歲~45 歲	252	7	25.93	45	25.42	200	20.47		
46 歲~55 歲	284	8	29.63	37	20.90	239	24.46		
56 歲~65 歲	267	4	14.81	24	13.56	239	24.46		
65 歲以上	68	0	0.00	10	5.65	58	5.94		
遺漏值	84	--	--	--	--	--	--		
職業								6.89	0.548
主管階級	182	4	13.33	20	10.26	158	15.19		
技術人員	237	4	13.33	37	18.97	196	18.85		
軍公教	524	17	56.67	82	42.05	425	40.87		
無職業者	271	4	13.33	47	24.10	220	21.15		
其他	51	1	3.33	9	4.62	41	3.94		
教育程度								5.47	0.242
高中(職)以下	237	7	23.33	45	23.08	185	17.79		
大學/專科	748	14	46.67	113	57.95	621	59.71		
碩士及以上	280	9	30.00	37	18.97	234	22.50		
月收入								8.80	0.844
30,000 元以下	247	6	20.00	45	23.08	196	18.85		
30,001~60,000 元	658	17	56.67	108	55.38	533	51.25		
60,001~90,000 元	210	5	16.67	25	12.82	180	17.31		
90,001~120,000 元	73	1	3.33	9	4.62	63	6.06		
120,001~150,000 元	16	0	0.00	3	1.54	13	1.25		
150,001~180,000 元	7	0	0.00	1	0.51	6	0.58		
180,001~210,000 元	9	0	0.00	1	0.51	8	0.77		
210,000 元以上	45	1	3.33	3	1.54	41	3.94		
居住地								11.55	0.317
臺北區	821	22	73.33	129	66.15	670	64.42		
北區	104	2	6.67	11	5.64	91	8.75		
中區	157	2	6.67	23	11.79	132	12.69		
南區	72	0	0.00	18	9.23	54	5.19		
高屏區	79	3	10.00	11	5.64	65	6.25		
東區	32	1	3.33	3	1.54	28	2.69		

第六節 問卷中其他對家醫制度與提升醫療資源使用效率文字意見

本研究問卷分別在第 4、5、7、12、14 及第 20 題，有開放式文字意見表達之設計，以下將重要部分摘錄如下。惟因意見數量龐大而且多元，為避免有遺珠之憾，援將該六題開放式問題，問卷填答者原始意見，刪除”無意見”與回答不易被理解部分後，收錄於本報告附錄 10，供讀者參考。

一、您對所參加的「家醫計畫團隊」服務為什麼不滿意? (Q4)

1. 不切實際。2. 有名無實。

二、您認為目前的「家醫計畫」有什麼地方可以改進的嗎? (Q5)

1. 需持續宣導：一般民眾並不了解，且參與診所未積極說明。有許多民眾，未必信任自己社區附近的基層診所醫師，或覺得診所的檢驗水準不足，寧可跑很遠到自己期望的醫院就醫，建議可以很明確在診所門口掛上類似「本 OO 診所收治患者，由 OO 醫院提供共同照護」、「小病就近診療，必要時可轉診由支持醫院協助，醫療持續不中斷」...等標示，讓民眾可以更清楚在這間診所就醫，也可以獲得其信任的醫療院所支援/資源。
2. 增加照護範圍：以全人醫療照護為出發點，可以將口腔照護、中醫、職能治療等列入。加強擇優汰劣之退場機制。加強家庭社會心理及非藥物治療等全人照護治療。應納入內科專科醫生，不要只是家庭醫學會的家醫科醫師而已。
3. 健保署其他計畫與家醫計畫指標(慢性疾病)重複性高。
4. 不想因為家庭計畫而增加保費。
5. 其他：計畫已實施多年，但無法限制民眾就醫，導致計畫成效未明。家醫的品質不穩定。偏鄉診所人力資源不足。一個醫師跑居家，可能需要休診，勢必會放掉自己診所周圍附近需要即時獲得幫助的病人。

三、您如果不願意參加「家醫計畫」，請問您的原因是甚什麼? (Q7)

1. 費用又要逐年提高，加重年輕人負擔。
2. 醫生都分專科性，不放心不同科別看同一個醫生。

四、您對「家庭醫師整合性照護計畫」還有其他意見嗎? (Q12)

1. 願景及概念很好，但真正執行起來會不會和長照一樣門檻很高，或無法即時符合馬上有需求的病人。建議新制度執行前，加強與利害關係人的溝通及說明。
2. 如果家庭醫師團隊素質參差不齊，反而有可能因為家醫制度限縮民眾的就醫自由度，甚至影響到民眾的健康。醫師及治療團隊的專業度及態度的把關及是否能獲得民眾信任很重要。
3. 慢性病在家醫計畫是可以，但如果針對急性發作的病，或是治療有急迫性

的，還要轉診是否無法馬上治療，病人也會心急。

(1)整合到家醫計畫的優劣，讓專業醫師可以將時間用在需要的人身上，避免小毛病就占用時間。但是劣勢是，醫護是否水準相同？否則就近的家醫就很差，反而不公平。

(2)再來，只要多付錢不用轉介就能看比較好的醫生，其實有錢人還是負擔的起，能解決健保的問題，實質可能是分階級醫療？是否還是沒有真正達到全民健保？想賺錢的醫生不加入健保，專服務有錢人是醫生的自由，但是政府帶頭做是否有疑慮？

以上，如不是計畫的本質，那就需要多宣導讓我們一般人可以理解"

4. 家醫計畫遴選醫師時需專業、熱忱，勿因補助計畫而流於形式，問診敷衍及不專業。

5. 其他：偏鄉醫療不足請一併考量。想請問，計畫確實推動後，在一開始分配指定家庭醫師(診所)，會僅由主管機關的決定嗎，還是能夠提供至少2個選項？就醫的治療限縮會有一個問題，假設我的醫師給的藥對我都沒什麼幫助時，我不能找其他醫師看診？如果在外縣市需要看診需要先通知自己的家醫師嗎？不要多付錢，健保已經每月付錢了。希望能就醫自由不要拘限。

五、您認為還可以採取哪些措施來提升醫療資源使用效率？(Q14)

1. 醫師應避免開立不必要的藥品、要求病人做不必要的檢查。決定醫療資源如何使用，決定權其實主要在醫師，病人通常為被動的角色，現行的政策卻都針對病人端改革，並未對症下藥。提高醫療檢驗的速率，如果能在看診的同時也安排做檢查，而且檢驗結果能盡快出來，可以減少大家一直跑醫院的狀況(目前大部分醫院都是看診和檢查看報告需要分三次才能完成，這些完成後才能安排治療，非常費時又耗醫療資源)。
2. 鼓勵該診所(或衛生所)支持醫院定期至診所開診(讓民眾感受基層診所也可以有自己信賴的醫師，不必大小病痛都跑醫院)。
3. 長期居住國外人士回國，納保可立即使用健保的問題待解決。保費分級制度~依我國籍、雙重國籍、非本國籍。
4. 先提升基礎診所的醫療品質，方能達到良好的醫療分級制度。
5. 其他：持續推動分級醫療。針對高診次且重複拿藥的個案加收費用。針對利用率少的被保險人予以減免保費或部分負擔。限縮保險理賠，減少醫療浪費。簡化醫療與照護銜接流程。持續推動遠距醫療和數位健康服務。因不良習慣(如抽菸、酗酒等)導致的疾病，提高其負擔比例。

六、您對「如何提升醫療資源使用效率」，有其他意見嗎？(Q20)

1. 透過提高民眾就醫負擔，抑制醫院的門診數量，變相將健保資源的公共精神，轉成如商品化的分級服務。繳得起部分負擔的民眾，就有"權利"到醫院

看感冒，此方法並不妥適。

2. 臺灣的醫療水準非常高，但卻太廉價，導致民眾有事沒事逛醫院，應拉高未經轉診直接前往醫院就醫的輕症患者收費。
3. 醫生開藥需評估患者的狀況，常常開了一堆藥不但浪費且往往造成藥物間產生副作用！
4. 其他：健保單位的人事成本也要精簡一些，別淪為如台電一樣，引人垢病。對於臥床無意識病人，醫院不應鼓勵家屬做過度醫療浪費資源，減少病人臥床天數。醫療資訊流通要加強，讓慢性病的人也是可以到門診去就醫。未納稅之外勞、外籍人士和常年住外本國人民，一律採取高額收費，以減少健保資源支出。

第七節 問卷結果討論

本研究問卷共收集 1,265 份，男性占 51.62%、女性占 48.38%，與 108 年台灣地區男性占 49.59%，女性占 50.41%，男性稍多；年齡占比以 26 歲~65 歲 943 人占 74.55%最多，主要為健保繳費者；職業主要以軍公教為最多 524 人占 41.4%；教育程度以大學或專科 748 人占 59.1%最多；月收入以 30,001~60,000 元 658 人最多，其次為 30,000 元以下 247 人，二者合計 905 人占 71.55%；居住地區為台北區的民眾 821 人占 64.90%最多，其次為中區 157 人占 12.41%。

參與問卷填答者 1,265 人中，知道「家醫計畫」的民眾為 329 人占 26.01%，不知道家醫計畫的民眾為 936 人占 73.99%；不知道「家醫計畫」的民眾 936 人在閱讀完家醫計畫介紹後，497 人占 53.10%的民眾表示願意參加家醫計畫；知道且有參加家醫計畫的民眾 52 人之中，有 36 人對家醫計畫的服務感到滿意占 69.23%，14 人認為普通占 26.92%、2 人感到不滿意占 3.85%，雖然只有 52 人，樣本數少，但是多數人對家醫計畫的服務感到滿意，建議政府執行中之家醫計畫應加強宣傳。在願景工作坊重要願景，及民眾網路問卷開放性文字意見都有相同看法。

民眾對「為提升『家醫計畫』之執行效益，未來如以生活圈為概念，整合家醫群內之診所與收案對象，則就醫自由度可能會略為限縮，是否同意這樣的做法？」，733 人占 57.94%表示同意、319 人占 25.22%普通、213 人占 16.84%表示不同意；民眾對「如將家庭責任醫師團隊中，加入牙醫師、中醫師、藥師、營養師、心理諮商師、物理治療師等專業人員，提供全方位的醫療服務，是否願意因此多負擔一些保費？」，779 人占 61.58%表示願意、293 人占 23.16%普通、193 人占 15.26%表示不願意；民眾對「除了疾病治療之外，如將疾病預防、心理諮商、勞動職場健康、生活型態衛生教育等功能納入家醫計畫辦理，以提供全人照護，是否願意因此多負擔一些保費？」，776 人占 57.39%表示願意、339 人占 26.80%普通、200 人占 15.81%表示不願意；民眾對「是否同意，配合家庭責任醫師團隊轉診可免收部分負擔，但對未經轉診就直接前往非家醫指定的醫院就醫者的民眾，加重部分負擔？」，750 人占 59.29%表示願意、277 人占 21.90%普通、238 人占 18.81%表示不願意。第 8 題至第 11 題都和「就醫自由度可能會略為限縮」、「多負擔一些保費與加重部分負擔」相關，同意及願意者百分比落在 57.39%~61.58%之間；不同意及不願意者百分比為 15.26%~18.81%。建議政府執行中之家醫計畫加強與利害關係人溝通。

在提升醫療資源使用效率題組的描述性統計中，民眾對「為減少就醫次數，將醫療資源做最有效的配置，是否同意，如果醫院的檢查(驗)結果正常，可以透過多元管道(例如：電話、簡訊、Line 等方式)，通知民眾不需再到醫院回診看報告；如果檢查(驗)結果異常，需再通知民眾回診處理？」，1,133 人占 89.57%表示願意、96 人占 7.59%表示普通、36 人占 2.85%表示不願意；民眾對「為減少就醫

次數，將醫療資源做最有效的配置，請問您是否同意，對於病情穩定的慢性病病人，取消慢性處方箋只能開立 3 個月的限制?」，897 人占 71.08%表示願意、225 人占 17.83%普通、140 人占 11.09%表示不願意；民眾對「為加強推動分級醫療，政府可藉由擴大醫計畫與強化轉診制度，是否同意，降低醫院的一般性門診數量，使醫院能收治更多急症、重症、難症的病人，讓醫療資源用在刀口上，惟民眾的就醫選擇權可能受到部分限制?」，915 人占 72.45%表示願意、229 人占 18.13%普通、119 人占 9.42%表示不願意；民眾對「是否同意政府透過提高民眾至醫學中心或區域醫院看診之部分負擔，以降低醫院的一般性門診數量，讓醫院能收治更多急症、重症、難症病人?」，914 人占 72.25%表示願意、240 人占 18.97%普通、111 人占 8.77%表示不願意；民眾對「推廣安寧緩和、推廣預立醫療照護諮商(ACP)，預立醫療決定書等措施，可減少末期病人的無效醫療，請問您是否認同並願意配合簽署相關文件?」，1,040 人占 82.21%表示願意、195 人占 15.42%普通、30 人占 2.37%表示不願意。綜合以上，民眾對第 15 題「為減少就醫次數，將醫療資源做最有效的配置，請問您是否同意，如果醫院的檢查(驗)結果正常，可以透過多元管道(例如：電話、簡訊、Line 等方式)，通知民眾不需再到醫院回診看報告；如果檢查(驗)結果異常，需再通知民眾回診處理?」、第 19 題「推廣安寧緩和、推廣預立醫療照護諮商(ACP)，預立醫療決定書等措施，可減少末期病人的無效醫療，請問您是否認同並願意配合簽署相關文件?」，呈現最多人填答正向看法，兩題項表示同意的民眾分別是 89.57%及 82.21%，均超過 80%以上。建議政府在全民健保改革過程，加強與利害關係人溝通。

各人口學變項與問卷各問題之填答交叉分析結果，第 1、2、8、11、13、15、16、17、18、19 題與各人口學變項其中一項以上有顯著差異。其中月收入方面與上述問題之填答結果大多有相關。本研究優先將使用收入情形與各健保改革問題提出討論。

表 4-20 人口變項與各問題填答交叉分析有顯著差異之答題

題項	有顯著差異之變項
第 1 題	年齡、職業、月收入、居住地
第 2 題	性別、年齡、職業、月收入
第 8 題	年齡、職業、月收入
第 11 題	年齡、月收入
第 13 題	職業、教育程度、月收入
第 15 題	月收入
第 16 題	年齡、月收入、居住地
第 17 題	年齡
第 18 題	月收入
第 19 題	性別、年齡

第 1 題是否知道目前衛生福利部中央健康保險署執行中的家醫計畫之交叉分析，月收入在 90,000 元以上者知道家醫計畫的比率較高(不知道者占 10.04%，知道者占 17.02%)；月收入在 90,000 元以下者知道家醫計畫的比率較低(不知道者占 89.96%，知道者占 40.72%)。

第 2 題「目前是否有參加『家醫計畫』？」之交叉分析，月收入在 90,000 元以上者有參加家醫計畫的比率較高(無參加者占 12.56%，有參加者者占 44.23%)；月收入在 90,000 元以下者有參加家醫計畫的比率較低(無參加者占 87.44%，有參加者占 55.77%)。

第 8 題和第 11 題和「就醫自由度可能會略為限縮」、「多負擔一些保費與加重部分負擔」相關，同意及願意百分比落在 57.39%~61.58%之間。第 8 題經交叉統計分析結果顯示：當提出未來如以生活圈為概念，整合家醫群內之診所與收案對象，「就醫自由度可能會略為限縮」方面，月收入 90,000 元以下者填答「同意」的民眾比率較高(不同意者占 83.57%，同意者占 88.26%)；月收入 90,000 元以上者填答「同意」的民眾比率較低(不同意者占 16.43%，同意者占 11.74%)。呈現與收入相關。第 11 題在「多負擔一些保費與加重部分負擔」方面：收入 90,000 元以下者填答「同意」的民眾比率較低(不同意者占 89.92%，同意者占 85.86%)，月收入 90,000 元以上者填答「同意」的民眾比率較高(不同意者占 10.08%，同意者占 14.14%)。也與月收入相關。建議政策制定時應與利害關係人增加溝通。

民眾對第 15 題「為減少就醫次數，將醫療資源做最有效的配置，請問您是否同意，如果醫院的檢查(驗)結果正常，可以透過多元管道(例如：電話、簡訊、Line 等方式)，通知民眾不需再到醫院回診看報告；如果檢查(驗)結果異常，需再通知民眾回診處理？」，1,133 人占 89.57%表示願意、96 人占 7.59%表示普通、36 人占 2.85%表示不願意；經交叉分析，其中只有月收入對民眾的看法有顯著差異。月收入在 90,000 元以下者有較高比率填答同意(不同意者占 72.22%，同意者占

88.26%);月收入在 90,000 元以上者有較高比率填答不同意(不同意者占 27.78%, 同意者占 11.74%)。值得注意的是,月收入在 30,000 元以下者,填答同意者占 19.77%,高於不同意者的 8.33%。而月收入在 210,000 以上者,同意者占 3.00%,低於填答不同意者的 19.44%。是否接受上述醫院檢驗後回診看報告方式,明顯與收入相關。建議政策制定時應與利害關係人增加溝通。

第 16 題是否同意對於病情穩定的慢性病病人,取消慢性處方箋只能開立 3 個月的限制,全部回答者 897 人占 71.08%表示願意、225 人占 17.83%普通、140 人占 11.09%表示不願意。交叉分析結果顯示,月收入在 90,000 以下者有較高比率填答同意(不同意者占 82.86%, 同意者占 88.42%);月收入在 90,000 元以上者有較高比率填答不同意(不同意者占 17.14%, 同意者占 11.58%)。是否接受上述對於病情穩定的慢性病病人取消慢性處方箋只能開立 3 個月的限制,也明顯與收入相關。建議政策制定時應與利害關係人增加溝通。

第 17 題「為加強推動分級醫療,政府可藉由擴大家醫計畫與強化轉診制度,請問你是否同意,降低醫院的一般性門診數量,使醫院能收治更多急症、重症、難症的病人,讓醫療資源用在刀口上,惟民眾的就醫選擇權可能受到部分限制?」之交叉分析,26~55 歲年齡層比較不同意降低醫院的一般性門診數量,就醫選擇權可能受到部分限制;反之,56 歲以上年齡層比較多傾向同意。

第 18 題「承上題,請問您是否同意政府透過提高民眾至醫學中心或區域醫院看診之部分負擔,以降低醫院的一般性門診數量,讓醫院能收治更多急症、重症、難症病人?」之交叉分析,其中月收入與民眾看法有顯著差異。月收入在 90,000 以下者,填答同意的比率較低(不同意者占 88.28%, 同意者占 86.43%);收入在 90,000 以上者,填答同意的比率較高(不同意者占 11.72%, 同意者占 13.57%)。建議政策制定時應與利害關係人增加溝通。

第 19 題「推廣安寧緩和、推廣預立醫療照護諮商(ACP),預立醫療決定書等措施,可減少末期病人的無效醫療,請問您是否認同並願意配合簽署相關文件。」之交叉分析,在性別部分,男性填答不同意的比率較高(不同意者占 60%, 同意者占 40%);女性填答同意的比率較高(不同意者占 40%, 同意者占 50%);在年齡部分,26~55 歲年齡層比較不同意預立醫療照護諮商(ACP),預立醫療決定書;而 56 歲以上年齡層比較多傾向同意。

各人口學變項與問卷各問題之填答交叉分析結果,第 3、6、9、10 題雖然與各人口學變項皆無顯著差異,但是也有值得注意之訊息。

第 6 題「請問您願不願意參加家醫計畫?」之交叉分析,各人口學變項對民眾是否有意願家醫計畫雖無顯著差異,但是月收入在 90,000 元以下尚未決定者為 91.19%,稍微高於願意者的 89.74%與不願意者的 87.61%,呈現猶豫狀態,建議加強宣導家醫計畫。

第 9 題「如將家庭責任醫師團隊中，加入牙醫師、中醫師、藥師、營養師、心理諮商師、物理治療師等專業人員，提供全方位的醫療服務，您是否願意因此多負擔一些保費？」之交叉分析，各人口學變項與民眾對「家醫計畫納入更多專業人員，但因此多負擔一些保費」的看法無顯著差異。但是年齡在 26 歲~55 歲主要保費負擔者，不願意多負擔一些保費者多於願意者；而 56 歲以上，已屆退休年齡者，願意比率則較高(如表 4-10)。

第 10 題「除了疾病治療之外，如將疾病預防、心理諮商、勞動職場健康、生活型態衛生教育等功能納入家醫計畫辦理，以提供全人照護，您是否願意因此多負擔一些保費？」之交叉分析，各人口學變項與民眾對「家醫計畫納入更多專業服務，但因此多負擔一些保費」的看法無顯著差異。是否因為低齡者比較需要心理諮商協助，45 歲以下年齡層願意多負擔一些保費者多於不願意者(如表 4-11)，建議家醫計畫納入心理諮商以提供全人照護。

第五章 112 年版全民健康保險會年報(含電子書)之編印

為落實健保財務收支連動、資訊公開透明，及擴大民眾參與，衛生福利部(下稱衛福部)依全民健康保險法(下稱健保法)第 5 條規定，於 102 年設立全民健康保險會(下稱健保會)，由被保險人、雇主、保險醫事服務提供者、專家學者及公正人士、有關機關代表組成，作為擴大社會參與全民健保事務之溝通平台，及提供重要政策建言。

為讓外界了解健保會的運作情形，健保法施行細則第 4 條規定，健保會每年編具年終業務報告，並對外公開，乃自 102 年起每年編印「全民健康保險會年報」，介紹年度各項重點業務的辦理情形。本計畫工作項目之一即為編印「112 年版全民健康保險會年報」130 本。內容包括前言、組織任務及運作、協定醫療費用總額宏觀調控醫療資源、健保費率審議落實收支連動、其他重要業務執行成果等。

「112 年版全民健康保險會年報」(含電子書)之編印，已完成承製廠商招標、簽約，合約廠商為加斌有限公司，已於 113 年 3 月 1 日決標，113 年 3 月 13 日簽約，並於 113 年 6 月 28 日執行完成，已將 130 本「112 年版全民健康保險會年報」送到本校。本校 113 年 7 月 30 日驗收完竣無誤，繳交與委託單位。「112 年版全民健康保險會年報」印製進度如表 5-1。年報成果如圖 5-1、圖 5-2 及圖 5-3。

表 5-1 「112 年版全民健康保險會年報」印製進度表

日期	進度
02/05	公告上網日期
02/16	投標截止日期
02/17	資格審查： 1 家投標，加斌有限公司合格
02/20	廠商評審日期
03/01	決標日期
04/03	將完整文稿交付美編印刷廠商
05/03	美編印刷廠商交付排版一校稿
05/17	回覆美編印刷廠商一校稿
05/23	美編印刷廠商交付排版二校稿
06/04	回覆美編印刷廠商二校稿
06/11	美編印刷廠商交付排版三校稿
06/14	回覆美編印刷廠商三校稿
06/17	美編印刷廠商交付數位打樣
06/19	回美編印刷廠商數位打樣並確定付印
06/28	美編印刷廠商交付紙本書及電子書
07/30	驗收完竣



圖 5-1 「112 年版全民健康保險會年報」電子書正面



圖 5-2 「112 年版全民健康保險會年報」電子書背面



圖 5-3 「112 年版全民健康保險會年報」電子書內頁



圖 5-4 廠商年報合計 130 本文件

第六章 協助各總額部門 112 年度執行成果評核

健保總額支付制度的運作效能，攸關民眾健康及健保制度的長遠發展，為定期檢視健保總額執行成效，健保會於每年 9 月份總額協商前，舉辦年度總額評核作業，邀請專家學者檢視前一年各總額部門執行成果，提出評核結果與建議，做為下年度總額給予獎勵額度、專款項目經費增減及續辦與否之依據。

近年來，健保會為加強總額預算檢討與回饋機制，提升健保資源投入之效益，乃藉由「年度目標設定」、「執行成果評核」與「總額預算協商」之連結(如圖 6-1)，持續檢討及滾動調整，期藉由預先設定努力目標、事後檢討績效，並回饋預算編列等方式，讓健保投注於對民眾更有價值及效益的醫療服務。



圖 6-1 總額預算規劃、成果評核與總額協商關係圖

112 年度各總額部門執行成果評核會議，於 113 年 7 月 16 日(星期二)、17 日(星期三)舉行。為檢視健保總額年度執行成效並落實檢討及回饋機制，辦理「各總額部門 112 年度執行成果評核」時，本團隊經委託單位許可，協助邀請 7 位健保領域專家學者擔任評核委員，就 112 年度各總額執行成效進行評核，提出改善建議，做為健保總額協商及未來精進之參據。另辦理執行成果公開發表會議，就健保各部門執行成果及評核意見進行研討、廣納各界建議，並依評核委員意見及會上交流意見產出審查報告，完成與會人員發言實錄整理，並將評核結果納入 113 年 9 月總額協商業務。上述任務由委託單位完成規劃工作，本團隊辦理相關庶務事宜，團隊均如期如質完成。

本團隊協助辦理辦理事項如下：

1. 評核會議參與人數統計及製作相關表單。

2. 代訂購評核會議茶水及餐點。
3. 協助評核會議場地布置。
4. 印製評核會議手冊、評核委員審查資料。
5. 評核會議速錄檔案修稿。



圖 6-2 本團隊協助「各總額部門 112 年度執行成果評核」情形



圖 6-3 本團隊協助「各總額部門 112 年度執行成果評核」報到情形



圖 6-4 本團隊協助「各總額部門 112 年度執行成果評核」準備餐點情形

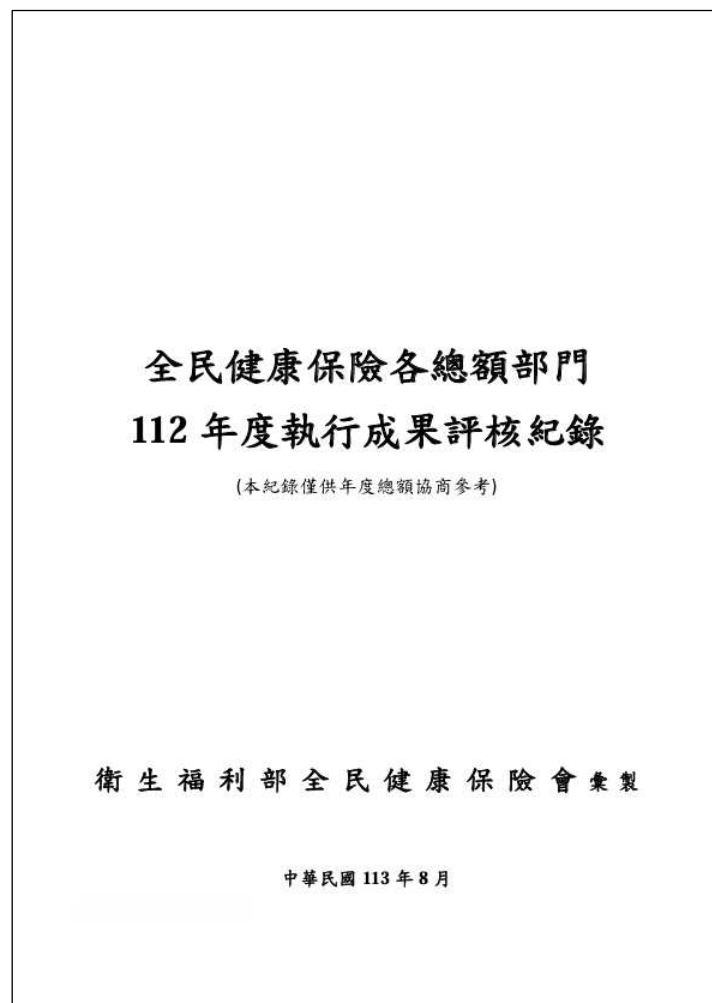


圖 6-5 本團隊協助彙整「各總額部門 112 年度執行成果評核」審查報告

司儀：

現在開始進行評論及意見交流，本場次主持人為盧瑞芬主任委員，評核委員為吳肖琪委員、滕西華委員、韓幸紋委員，評論及意見交流共進行70分鐘，進行方式是由3位評核委員各進行10分鐘評論，再開放與會者意見交流20分鐘，每位發言3分鐘，最後請健保署回應20分鐘，為掌握時間，發言時間均會按鈴提醒。提醒您，在每個座位的左邊扶手木板下備有麥克風，可供發言使用，您也可以利用會議手冊內的發言條提出書面意見，若有未及回應部分，請於7月26日前提提供書面回應或補充說明，謝謝，接下來請主持人介紹評核委員。

盧瑞芬主任委員：

好，我們這一場有3位評核委員，因為3位評核委員都有準備投影片，所以我們大家就先坐在台下，等到3位委員報告完了以後，評核意見陳述完了以後，我們再坐到台上。今天其實我們健保會的委員出席滿踴躍，我不一一唱名，是不是請委員跟大家揮個手，知道我們委員非常熱情地來參與，謝謝我們評核會的委員。好，謝謝，我們現在就先請吳肖琪老師。

吳肖琪評核委員：

各位大家好，因為我只有10分鐘，所以我今年學西華也用PPT了，我有9張PPT，我要這樣說，佑鈞今天你報告得非常好，佩珊你今天報告得非常好，你們很平實的把你們在做的，我也知道你們辛苦了，因為其實你們在分析資料是越分析越細，也讓我會看到一些東西，這個不在專案內其實還是可以分析，不一定要到專案內就可以分析。

- 一、其實從今天聽到我也很開心，因為從第九期醫療網就開始提到說整合效率是重要的，以人為中心、以社區為中心是重要的，E化是重要的，遠距醫療照護也是重要的，當時是全世界還沒有COVID之前就已經提出來，那時候是因為臺灣在10年之間人口增加60萬的時候，有224個鄉鎮人口就在減少，現在我們回顧過去5年，5年的話人口已經開始在減少30萬的時候，我們看到有279個鄉鎮人口在掉，所以呢，偏鄉遠距那一塊要怎麼做，其實有很多是挑戰我們的，幫我放下一張。
- 二、這邊是一定要提醒大家，這是我這麼多年一直要提醒大家的，我們從2020年開始人口在掉，什麼時候會到100萬？最下面你會看到16年會掉100萬人，8年會掉100萬人，再來就是5年、5年、5年、5

圖 6-6 本團隊協助彙整「各總額部門 112 年度執行成果評核」發言實錄

第七章 結論與建議

一、結論

(一)專家諮詢會議

本團隊原計畫先收集民眾關心之健保議題，作為後續專家諮詢議題使用。惟考量健保議題之專業性，及時程急迫性，團隊依 113 年 1 月 11 日第一次工作會議決議，專家諮詢會議議題直接選定下列三項：(一)健保總額支付制度之檢討與策進作為。(二)如何提升醫事服務提供者及民眾端在醫療資源使用之效率。(三)家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向。原計畫收集民眾關心之健保議題，於第一次工作會議決議，改於公民參與活動之後辦理。

專家諮詢會議三次，已分別於 113 年 3 月 20 日、113 年 4 月 2 日、113 年 4 月 30 日辦理。又於台北、台中及高雄辦理六場次公民參與活動時，繼續邀請專家諮詢，合計全程參與諮詢專家人數合計 50 人次，符合合約規定。

專家諮詢會議第一場主題「健保總額支付制度之檢討與策進作為」產出 22 項建議；第二場主題「如何提升醫事服務提供者及民眾端在醫療資源使用之效率」產出 14 項建議；第三場主題「家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向」產出 27 項建議。三場合計產出 63 項全民健保建議事項，都是目前健保改革重要方向。重點建議包括：總額支付制度是健保法明定，健保署應發揮保險人的角色，以維持總額支付制度的正常運作。但面對人口老化、照護人力減少，基層醫療應結合長照，讓醫學中心不必負擔太多長照工作。而我國健保現行總額支付制度支付方法，宜依情況不同改變。醫事服務提供者及民眾端在醫療資源使用之效率皆應提高，持續推動分級醫療及落實轉診制度，對弱勢族群應有配套措施；對家庭醫師整合性照護計畫未來改進方向，宜先強化基層醫療，加強家醫制度宣傳，並建立基層與民眾良好的醫病關係。

(二)願景工作坊

為落實健保財務收支連動、資訊公開透明，及擴大民眾參與，衛生福利部依健保法第 5 條規定，健保會在審議、協議重要事項前，均事先蒐集民意，辦理相關之公民參與活動。

本計畫 113 年 7 月 3 日於台北市、7 月 10 日於台中市及 7 月 31 日於高雄市，辦理六場次健保議題改革願景工作坊，合計共有 145 人次民眾代表參與，參與人次均符合本案合約規定。經過參與民眾分組討論，六場次全體參加者投票，總共提出健保改革 15 項重要願景。上述專家諮詢人次及公民參與人次均符合本案合約規定。重點共識包括：期望政府強化基層診所，增加經費支持增加家醫群內其他專業人員，加強家庭責任醫師制度多元宣傳，提供加入家庭醫師醫療群的

誘因，加強診所與醫院資訊共享；家醫轉診制度應加強宣傳，政府要教育民眾從小就應珍惜醫療資源，落實使用者付費觀念，強化病人的用藥知識與居家照護，發展整合醫療，減少病人多科就醫。另外也建議，減少末期無效醫療，包括推廣安寧緩和、預立醫療決定書、推廣 ACP 預立醫療決定諮商。健保支付制度則須全力支持。

雖然願景工作坊之標準操作為 2 天，參與人數最佳為 20~25 人，但是健保改革議題既多且專業又複雜，在經費與時間有限情況下，為了要讓更多區域、更多人、更多元職業人士、最短時間達成健保共識，建議事前加強多元專家諮詢，藉由專家知識與經驗，擘劃有效可行多元方案，供多元背景人士充分討論，進而達成共同願景。

(三)網路蒐集公民關切之重要議題

本計畫經與委託單位討論，決定以健保議題改革願景工作坊提出之健保改革 15 項中的 9 項重要願景，加上 6 項人口學基本資料，設計為 Google 表單方式，以臺北市立大學機關網站、facebook、IG、Dcard...等網路平台，詢問一般民眾意見。研究問卷共收集 1,265 份，知道「家醫計畫」民眾占 26.01%，建議政府執行中之家醫計畫應加強宣傳。

民眾對「未來如以生活圈為概念，整合家醫群內之診所與收案對象，對就醫自由度可能會略為限縮」，57.94%表示同意；民眾對「如將家庭責任醫師團隊中，加入牙醫師、中醫師、藥師、營養師、心理諮商師、物理治療師等專業人員，因此多負擔保費」61.58%表示願意；民眾對「家醫團隊除疾病治療之外，將疾病預防、心理諮商、勞動職場健康、衛生教育等功能納入計畫辦理，因此多負擔一些保費」，57.39%表示願意；民眾對「若配合家庭責任醫師團隊轉診可免收部分負擔，未經轉診就直接前往非家醫指定的醫院就醫者的民眾，加重部分負擔」59.29%表示願意。因此，建議政府執行中之家醫計畫加強與利害關係人溝通。

在提升醫療資源使用效率方面，民眾對「為減少就醫次數，如果醫院的檢查(驗)結果正常，可以透過多元管道(例如：電話、簡訊、Line 等方式)，通知民眾不需再到醫院回診看報告；如果檢查(驗)結果異常，需再通知民眾回診處理」，89.57%表示願意；民眾對「為減少就醫次數，對於病情穩定的慢性病病人，取消慢性處方箋只能開立 3 個月的限制」，71.08%表示願意；民眾對「為加強推動分級醫療，降低醫院的一般性門診數量，使醫院能收治更多急症、重症、難症的病人，民眾的就醫選擇權可能受到部分限制」，72.45%表示願意；民眾對「政府透過提高民眾至醫學中心或區域醫院看診之部分負擔，降低醫院的一般性門診數量，讓醫院能收治更多急症、重症、難症病人」，72.25%表示願意；民眾對「推廣安寧緩和、預立醫療照護諮商(ACP)，預立醫療決定書等措施，減少末期病人的無效醫療，認同並願意配合簽署相關文件」，82.21%表示願意。上述意見民眾同意(願意)比率介於 57.94%~89.57%之間，均超過半數以上。建議政府在全民健保改

革過程，加強與利害關係人溝通。

(四)112 年版全民健康保險會年報

為讓外界了解健保會的運作情形，健保法施行細則第 4 條規定，健保會每年編具年終業務報告，並對外公開。本團隊於 113 年 2 月 5 日上網公告招標編輯印製健保會 112 年版年報，113 年 3 月 13 日與得標印刷廠簽約，113 年 6 月 28 日如期如質完成印製及繳交 130 本 112 年版年報(含電子書)，送委託單位驗收完畢，順利結案符合健保法施行細則第 4 條規定。

(五)協助各總額部門 112 年度執行成果評核

健保會於每年 9 月份總額協商前，舉辦年度總額評核作業，邀請 7 位專家檢視前一年各總額部門執行成果，提出評核結果與建議，做為下年度總額給予獎勵額度、專款項目經費增減及續辦與否之依據。本團隊協助執行 1. 評核會議參與人數統計及製作相關表單。2. 代訂購評核會議茶水及餐點。3. 協助評核會議場地布置 4. 印製評核會議手冊、評核委員審查資料。5. 評核會議速錄檔案修稿印製。以上工作均順利如期完成。

二、建議

1. 加強家醫計畫宣導。健保法第 44 條規定「保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度」，惟，無論是願景工作坊參加者，或是網路問卷民眾文字意見，一致建議政府對家庭醫師計畫，應加強宣導、擴充家醫群診所醫院團隊成員、增強家醫團隊效能。
2. 重視與利害關係人溝通，本研究在 1,265 份問卷填答人中，大專以上學歷者占 81.26%，在一般民眾的網路問卷 9 項健保改革意見中，填答人中同意(或願意)比率介於 57.94%~89.57%之間，均超過半數以上，有良好共識。惟，有好的意見，距離具體可行之間，尚需政府與各健保相關利害關係人充分溝通協調。全民健康保險被保險人與醫事服務提供者，是政府推動健保工作二類重要利害關係人，政府要提出如何做，既不犧牲醫療品質，也可以節約醫療資源，並運用一切可行方法教育民眾。提高保費或就醫自付額，對多數低收入者，在薪水少漲物價多漲時代很辛苦，所以不犧牲醫療品質又節約醫療資源的雙贏政策，應加強教育宣導。
3. 注意調高各項健保費(例如部分負擔)與就醫自由度受限對中低收入者之衝擊，本研究在 1,265 份問卷填答人中，月收入 30,000 元以下者占 19.53%；月收入 60,000 元以下者占 71.55%；月收入 90,000 元以下者占 88.15%，多數人收入並不豐裕，況且居住在台北區者占 64.90%，安居大不易，要調高各項健保費用時，應注意對月收入相對較低的民眾之衝擊。

參考資料

1. 衛生福利部，2023。中華民國 112 年版衛生福利年報。
2. 林國明，2021。運用公民參與模式模擬及評估健保財務平衡方案之可行性研究。衛生福利部委託研究。
3. 陳敦源、胡龍騰、曾冠球，2008。2020 年台灣電子治理願景與方向：情境規劃的應用。行政院研究發展考核委員會委託研究。
4. 曾冠球、陳敦源、胡龍騰，2009。推展公民導向的電子化政府：願景或幻想？公共行政學報。第 33 期，第 1-43 頁。
5. Fung, A. (2015). Putting the public back into governance: The challenges of citizen participation and its future. *Public administration review*, 75(4), 513-522.
6. Abdel-Monem, T., Herian, M. N., Hoppe, R., PytlikZillig, L. M., & Tomkins, A. J. (2016). Policymakers' perceptions of the benefits of citizen-budgeting activities. *Public Performance & Management Review*, 39(4), 835-863.
7. 林煥笙、黃東益，2022。公民參與及公共價值創造：以台北市公民參與委員會為例。政治科學論叢。第 93 期，第 45-96 頁。
8. 盧美秀、蔣欣欣、楊哲銘、鍾春枝、林子倫、尹祚芊、林秋芬，2006。研究方法大突破－以公民共識會議修訂我國護理倫理規範。新臺北護理期刊。第 8 期，第 1-6 頁。
9. 關鍵評論。2023 台灣網路使用報告：95%民眾透過手機上網，八大重點洞察一次看。<https://www.thenewslens.com/article/182274>。2023/03/13 報導。
10. 廖培珊，2023。調查資料與它們的產地：淺談電話調查與網路調查的現況與挑戰。人文與社會科學簡訊。第 24 期，第 34-39 頁。
11. 李政忠，2003。從抽樣與統計方法探討網路問卷調查的可行性：比較電話訪談與網路問卷樣本的實質差異性。廣播與電視。第 21 期，第 55-95 頁。

附錄 1：歷次工作會議決議及執行情形

第一次次工作會議研商結果彙整表

會議類型	會議時間	討論議題	結論事項	辦理情形
第 1 次 工作會議	2024.01.11	一、辦理健保業務公民參與活動。 二、各總額部門 112 年度執行成果評核。 三、編撰印製健保會 112 年版年報。 四、其他。	一、辦理健保業務公民參與活動： (一)公民參與操作模式採願景工作坊方式，至少北、中、南各一場，每場次一天，合計 120 人，時間約在 6、7 月。 (二)專家會議 50 人次，主題包括健保總額支付制度檢討、家庭責任醫師制度之規劃及未來方向、如何提升醫事服務提供者/民眾端在醫療資源耗用之效率。 (三)民眾參與 120 人次，主題包括家庭責任醫師制度之規劃及未來方向、如何提升醫事服務提供者/民眾端在醫療資源耗用之效率。 (四)先召開專家會議，接者召開願景工作坊，最後藉由科技工具(如 Survey 等)蒐集一般民眾意見。	遵照決議規劃辦理規劃 「家庭責任醫師制度之規劃及未來方向」，題目奉示改為「家庭醫師整合性照護計畫之檢討及未來改進方向」。 遵照決議規劃辦理規劃

			二、各總額部門 112 年度執行成果評核： (一)各總額部門 112 年度執行成果評核會定於 7 月 15、16 日在衛生福利部 1 樓大禮堂辦理。 (二)評核會議實錄由臺北市立大學於 8 月 21 日前製作完成，並交付健保會。 (三)7 位評核委員由健保會提供名單及聯絡方式。 三、編撰印製健保會 112 年版年報。 112 年版年報須於 6 月底前完成，稿件資料由健保會提供。 四、其他： (一)請研究團隊提供公民參與活動、112 年度執行成果評核、112 年版年報負責助理之聯絡窗口。 (二)下次工作小組會議訂於 113 年 2 月 2 日上午 10 時，會議室另行通知。	遵照決議規劃辦理規劃 遵照決議規劃辦理規劃 遵照決議規劃辦理規劃 臺北市立大學預定於 2024/02/05 上網公告，等標期 5 天。將於 02/20 前決審。應可於 03/08 前決標。 已於 2024/01/26 提供。 遵照決議規劃辦理規劃

第二次工作會議研商結果彙整表

[illegible]

		(四)地點：臺北市立大學博愛校區。 二、願景工作坊規劃。 (一)主題： 1.家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向。 2.如何提升醫事服務提供者/民眾端在醫療資源耗用之效率。 (二)議程：上下午各進行一個議題。	遵照決議規劃辦理規劃																						
		<table><tr><td colspan="2">上午議程</td></tr><tr><td>09：00 - 09：30</td><td>報到</td></tr><tr><td>09：30 - 09：35</td><td>開幕式</td></tr><tr><td>09：35 - 10：15</td><td>專家授課</td></tr><tr><td>10：15 - 10：25</td><td>休息</td></tr><tr><td>10：25 - 11：25</td><td>分組討論 (專家在旁觀察、接受詢問)</td></tr><tr><td>11：25 - 12：25</td><td>全體會議-我們的願景</td></tr><tr><td>12：25 - 12：30</td><td>小結</td></tr><tr><td colspan="2">下午議程</td></tr><tr><td>13：30 - 14：10</td><td>專家授課</td></tr><tr><td>14：10 - 14：25</td><td>休息</td></tr></table>	上午議程		09：00 - 09：30	報到	09：30 - 09：35	開幕式	09：35 - 10：15	專家授課	10：15 - 10：25	休息	10：25 - 11：25	分組討論 (專家在旁觀察、接受詢問)	11：25 - 12：25	全體會議-我們的願景	12：25 - 12：30	小結	下午議程		13：30 - 14：10	專家授課	14：10 - 14：25	休息	遵照決議規劃辦理規劃
上午議程																									
09：00 - 09：30	報到																								
09：30 - 09：35	開幕式																								
09：35 - 10：15	專家授課																								
10：15 - 10：25	休息																								
10：25 - 11：25	分組討論 (專家在旁觀察、接受詢問)																								
11：25 - 12：25	全體會議-我們的願景																								
12：25 - 12：30	小結																								
下午議程																									
13：30 - 14：10	專家授課																								
14：10 - 14：25	休息																								

			14：25 - 15：25	分組討論 (專家在旁觀察、接受詢問)	遵照決議規劃辦理規劃
			15：25 - 16：25	全體會議-我們的願景	
			16：25 - 16：30	總結	
			(三)時間： 1.第一場：113 年 7 月 3 日(三)。 2.第二場：113 年 7 月 10 日(三)。 3.第三場：113 年 7 月 31 日(三)。 (四)地點： 1.第一場：臺北市立大學博愛校區 G415 教室及另外 3 間 教室(請研究團隊再提供分組教室照片)。 2.第二場：集思台中新烏日會議中心瓦特廳 301 會議室。 3.第三場：大台南會展中心 1 樓努山塔里亞 A 廳(場地大小 是否適合宜再實地評估)。		遵照決議規劃辦理規劃

			三、其他： (一)健保會提供專家會議擬邀請專家的聯絡資訊，請研究團隊處理邀約及聯絡事宜。 (二)下次工作小組會議訂於 113 年 2 月 27 日上午 10 時，會議室另行通知；討論內容為專家會議的邀約情形、會議資料的準備情形及場地安排。	遵照決議規劃辦理規劃

第三次工作會議研商結果彙整表

會議類型	會議時間	討論議題	結論事項	辦理情形
第 3 次 工作會議	2024.02.27	一、健保會 112 年版報。	一、健保會 112 年版年報： 因研究團隊招標規格載明得標廠商需於決標後 110 個日曆天交付年報電子書及紙本書，惟原預計於 113 年 6 月底結案，爰請研究團隊與得標廠商研議可配合結案時程之處理方式。(註：研究團隊於會後表示提案與廠商於 113 年 3 月 13 日簽約)	遵照決議規劃辦理規劃
		二、專家諮詢會議劃。 三、願景工作坊會議地點。	二、專家諮詢會議規劃： (一)討論議題： 1.第一場：健保總額支付制度檢討與策進作為。 2.第二場：如何提升醫事服務提供者/民眾端在醫療資源使用之效率。 3.第三場：家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向。	遵照決議規劃辦理規劃

			(二)會議議程及資料： 1.第一場： (1)因研究團隊原本邀約專家的時間是到 12 點，爰議程之散會時間修正為 12 時，並調整各細項之分配時間。 (2)請研究團隊於會議緣由中，補充辦理本次專家諮詢會議之緣由。 2.第二場：健保會將於 113 年 3 月 1 日(五)提供第二次專家會議討論綱要給研究團隊，並請研究團隊研擬會議議程及資料後，提第 4 次工作小組會議討論定案。 3.第三場：健保會將於 113 年 3 月 8 日(五)提供第三次專家會議討論綱要給研究團隊，並請研究團隊研擬會議議程及資料後，提第 4 次工作小組會議討論。	遵照決議規劃辦理規劃

			(三)會議場地： 1.第一場及第二場：臺北市立大學 T201 會議室。 2.第三場：臺北市立大學 G415 會議室或 T201 會議室。 (四)專家名單： 1.第一場：除已邀請 10 位專家之外，另增加牙醫(陳彥廷或徐邦賢)、中醫專家代表(柯富揚或何紹彰)，並請研究團隊依據健保會提供新增專家之聯絡方式盡速邀請。 2.第二場及第三場：請研究團隊盡早邀約與會專家。 (五)會議紀錄：各場次請研究團隊依據速錄師繕打現場錄音之逐字稿完成會議紀錄。	研究團隊已借場地 遵照決議規劃辦理規劃 遵照決議規劃辦理規劃

			三、願景工作坊(全天)會議地點： (一)第一場(7/3)：臺北市立大學 G409、G412 及 G415 會議室。 (二)第二場(7/10)：集思台中新烏日會議中心瓦特廳 301 會議室。 (三)第三場(7/31)：原定第三場願景工作坊(7/30)於台南辦理， 原則將改至高雄有機體商務中心，並由健保會與研究團隊於 113 年 3 月 26 日至高雄進行場勘。	遵照決議規劃辦理規劃
			四、其他：第 4 次工作小組會議預訂於 113 年 3 月 20 日下午 13 時 30 分，地點在臺北市立大學；討論內容為確認第二、三場專家會議的邀約情形、會議資料的準備情形及場地安排。	遵照決議規劃辦理規劃

第四次工作會議研商結果彙整表

會議類型	會議時間	討論議題	結論事項	辦理情形
第 4 次 工作會議	2024.03.21	一、健保會 112 年 版 年 報 進 度。 二、專家諮詢會 議進度。 三、願景工作坊 規劃。 四、其他。	一、健保會 112 年版年報進度：研究團隊與廠商已於 113 年 3 月 1 日簽約，預計 113 年 6 月 30 日履約。 二、專家諮詢會議進度： (一)第一次專家會議檢討： 1.開會通知單發文日期須提前，以利盡早確認專家時間， 會議資料可另於開會前以電子郵件寄發。 2.專家若無法出席，由健保會評估是否再行增加邀請專家 名單。 (二)會議場地： 1.第二場(4/2)：臺北市立大學 T201 會議室。 2.第三場(4/30)：臺北市立大學 G415 會議室。	已完成簽約。 遵照決議規劃辦理規劃。 已借場地。

			三、願景工作坊(全天)會議地點： (一)第一場(7/3):臺北市立大學 G415 及其他二教室 G409、G412 。 (二)第二場(7/10):集思台中新烏日會議中心瓦特廳 301 會議室。(已付款，由研究團隊 3/26 現場最後確認)。 (三)第三場(7/31):高雄有機體商務中心，並由健保會與研究團隊於 113 年 3 月 26 日至高雄進行場勘。 (四)各場次人數規劃： 1.第一場 (7/3): 健保署臺北區、北區及東區業務組 5 人、醫界 5 人、付費者團體 18 人。 2.第二場 (7/10): 健保署中區業務組 5 人、醫界 5 人、付費者團體 12 人。 3.第三場 (7/31): 健保署南區及高屏區業務組 5 人、醫界 5 人、付費者團體 13 人。	3/26 場勘及確認，中區場次已付訂，南區場次帶場勘後決定。 遵照決議規劃辦理規劃。

			4.曾推派代表擔任本會付費者委員之團體皆列入付費者邀請對象。 5.北中南3區上、下午場預計共120人次，每場次邀請3位專家學者進行40分鐘座談。 四、其他： 第5次工作小組會議預訂於113年4月2日下午13時30分，地點在臺北市立大學；討論內容為確認第三場專家會議的邀約情形，及願景工作坊擬邀專家名單及場勘結果。	遵照決議規劃辦理規劃。

第五次工作會議研商結果彙整表

會議類型	會議時間	討論議題	結論事項	辦理情形
第 5 次 工作會議	2024.04.02	一、專家諮詢會議紀錄。 二、第三場專家諮詢會議進度。 三、願景工作坊規劃。	一、專家諮詢會議紀錄：請研究團隊將三場專家諮詢會議逐字稿委由速錄師繕打，以完整呈現實錄，前二場專家諮詢會議紀錄請於 4 月中旬前完成。 二、第三次專家諮詢會議進度： (一)會議時間：113 年 4 月 30 日 9 時 30 分。 (二)會議場地：臺北市立大學 G415 會議室。 (三)專家名單：已發函 16 位專家，14 位回覆(7 人參加，7 人不克參加)，其餘 2 人持續聯繫。邀請名單新增林恩豪，請研究團隊儘速邀請。	遵照決議規劃辦理規劃。 遵照決議規劃辦理規劃。

			三、願景工作坊(全天)： (一)會議地點： 1.第一場(7/3)：臺北市立大學 G415 及其他二教室 G409、G412。 2.第二場(7/10)：集思台中新烏日會議中心瓦特廳 301 會議室(研究團隊已於 3/26 現場最後確認)。 3.第三場(7/31)： (1)方案一：Le Phare 共享空間新左營館(場租新臺幣：18,000 元)。 優點：高鐵左營站站內 4 樓、會議室外公共空間可休息、供應咖啡茶水。 缺點：空間較狹長、會議室外公共空間當日可能有其他活動。	北區、中區場地已確認。

			(2)方案二：有機體商務中心(場租新臺幣：11,603 元)。 優點：高鐵左營站出站約 5 分鐘、會議室較寬敞。 缺點：外觀為鐵皮屋、樓梯陡窄、會議室外走道擁擠、單一出入口。 決議：採方案一，請研究團隊辦理後續支付訂金之相關事宜。 (二)擬邀名單及會議手冊： 1.專家學者擬邀名單：請研究團隊於下一次工作會議提出。 2.付費者邀請名單：由健保會發函邀請各付費者團體推派代表。 3.會議手冊：待三場專家會議結束後彙整資料，請研究團隊於 6/1 前提供初稿。	南區場地依會議決議由研究團隊進行預訂及付訂流程，預計 4/10 前完成。 遵照決議規劃辦理規劃。

			四、其他：第 6 次工作小組會議預訂於 113 年 4 月 30 日下午 13 時 30 分，地點在臺北市立大學 G415 會議室；討論內容為確認願景工作坊擬邀專家名單及會議手冊進度。	遵照決議規劃辦理規劃。

第六次工作會議研商結果彙整表

會議類型	會議時間	討論議題	結論事項	辦理情形
第 6 次 工作會議	2024.04.30	一、第三場專家 諮詢會議紀 錄。 二、願景工作坊 規劃。 三、變更計畫及 預算需求。	一、第三場專家諮詢會議紀錄：請研究團隊與速錄師討論是否能在 5 月 3 日前交稿。 二、願景工作坊規劃： (一)會議地點： 1.第一場(7/3)：臺北市立大學 G415 會議室及其他二教室 G409、G412。 2.第二場(7/10)：集思台中新烏日會議中心瓦特廳 301 會議室。 3.第三場(7/31)：Le Phare 共享空間新左營館。	研究團隊會後表示因需加收急件費，涉及變更採購案單價，爰維持於 5 個工作天交件 北區:已借場地。 中區:研究團隊已繳訂金 13,200 元，剩餘費用須 7 月 10 日前繳納完畢。 南區:研究團隊已繳訂金 5,400 元，剩餘費用須 7 月 31 日前繳納完畢。

			(二)邀請名單： 1.專家學者擬邀名單：專家學者名單可納入健保會付費者代表委員及專家學者委員，健保會將於5月3日(五)就各議題提供建議邀請名單，北區場次專家由3人增加至4人。 2.機關團體邀請名單：由健保會發函邀請各付費者團體推派代表。健保署部分，在北區場次增加邀請署本部，中區場次增加邀請北區業務組。 (三)會議手冊：請研究團隊依作業時程規劃，分別於5月15日、25日前提出「如何提升醫事服務提供者及民眾端在醫療資源使用之效率」、「家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向」會議手冊初稿，並於會後提供公民參與活動議程之細項流程。	遵照決議規劃辦理規劃。 遵照決議規劃辦理規劃。

			(四)議題規劃：健保會將於 5 月 3 日(五)就各議題提供 3~4 個子題作為分組討論之題目。 (五)研究團隊辦理後續事宜之注意事項： 1.請另以電子郵件寄發開會通知單及會議資料給參加願景工作坊之專家學者，並於會前電話提醒專家學者出席；另開會通知單上請註明開會地點(如：公誠樓 4 樓)。 2.願景工作坊當日請於重要出入口放置引導海報(標明會議名稱及會場路線)。 3.請務必依健保會提供之願景工作坊作業時程規劃完成各項作業。	遵照決議規劃辦理規劃。 遵照決議規劃辦理規劃。

			三、變更計畫及預算需求： (一)變更計畫需求：原計畫書約定 5 月前完成 50 人次專家會議，因願景工作坊亦需邀請專家諮詢，爰健保會同意延後於 7 月完成。 (二)變更預算需求：原會議繕打實錄預算編列 15,000 元，惟 3 次專家會議、願景工作坊(部分)、評核會等，均須委由速錄師製作逐字稿，經費不足，爰健保會同意由印刷費及講座鐘點費勻支。 (三)由健保會提供後續會議所需繕打實錄時數，請研究團隊據以估計經費需求後，來函變更經費用途及 50 人次專家會議之完成時間。	研究團隊來函變更，預計 5 月 15 日前辦畢。

第七次工作會議研商結果彙整表

會議類型	會議時間	討論議題	結論事項	辦理情形
第 7 次 工作會議	2024.05.27	一、願景工作坊邀請情形。	一、願景工作坊邀請情形。 (一)專家學者：第一場(7/3)4 位、第二場(7/10)2 位、第三場(7/31)3 位，其中第二場名單增加滕西華秘書長或劉淑瓊董事長，請研究團隊盡快聯繫。	遵照決議規劃辦理規劃。
		二、變更計畫經費需求表。	(二)付費者團體：總計 19 人次。 (三)醫事提供者：總計 2 人次。 (四)請研究團隊於 6 月 5 日前提供 7 月 3 日上午及下午場報名人數統計表及名冊。	
		三、願景工作坊規劃。		
		四、各總額部門 112 年度執行成果發表暨評核會議規劃	二、變更計畫經費需求表：研究團隊考量委員開會時間冗長，參考 111 年度評核會餐飲明細，因供餐金額及增加點心、水果項目，健保會同意變更經費需求表，其他(與會者茶水費)修正為「茶點、水果費」。「餐費」備註欄「100 元」修正為「120 元」、「茶點、水果費」備註欄增列「點心餐盒 150 元」、	遵照決議規劃辦理規劃。

			「水果盒 80 元」，各項目檢據核實報銷，並於預估總額度內勻支。	遵照決議規劃辦理規劃。
			三、願景工作坊規劃： (一)會議手冊： 1.流程說明建議以流程圖方式呈現以利解讀，另依議程安排請主持人說明「如何進行願景工作坊」。 2.參考資料請納入專家諮詢會議紀錄(包含實錄)。 3.請確認專家學者在願景工作坊角色，並配合修改會議手冊相關文字。 4.請研究團隊於 6 月 3 日前完成修改第一場(7/3)會議手冊。 (二)行前通知：請研究團隊於 6 月 24 日前郵寄與會者會議手冊紙本；後續另以電子郵件傳送與會者會議手冊電子檔、分組名單及分組討論題目。	

			四、各總額部門 112 年度執行成果發表暨評核會議規劃： (一)開場投影片及議程海報：建議使用明亮、活潑、淡彩的顏色，投影片加上部徽，請研究團隊於 5 月 31 日前提供新版本。 (二)餐點規劃：在健保會提出需求後，請研究團隊於下次(第 8 次)工作會議前提出餐點規劃情形。 五、其他：下次工作小組會議預訂於 113 年 6 月 25 日(二)下午 15 時，會議室另行通知；討論內容為確認願景工作坊邀約情形、健保署與各團體之分組名單及評核會餐點規劃。	遵照決議規劃辦理規劃。

第八次工作會議研商結果彙整表

會議類型	會議時間	討論議題	結論事項	辦理情形
第 8 次 工作會議	2024.06.25	一、歷次工作會議結論執行情形。	一、歷次工作會議結論執行情形： (一)年報電子書於 6 月底辦理驗收。 (研究團隊會請加斌寄 3 本辦理驗收，其餘 127 本寄健保會)	遵照決議規劃辦理規劃。
		二、願景工作坊邀請情形及分組名單。 三、評核會餐飲規劃。	二、願景工作坊邀請情形： (一)7/3 北區(上、下午)：專家：4 位；健保署及各機關團體：53 人次。 (二)7/10 中區(上、下午)：專家：3 位；健保署及各機關團體：35 人次。 (三)7/31 南區(上、下午)：專家：3 位；健保署及各機關團體：38 人次。 (四)分組名單：健保會於會後提供建議分組名單(已於 6/25 下班前提供研究團隊名單)。	遵照決議規劃辦理規劃。

			(五)考量下午場結束時間已下午 5 點，請研究團隊提供出席者會後餐盒。	遵照決議規劃辦理規劃。
			三、評核會餐飲規劃： (一)評核會餐飲已確認品項、數量，請研究團隊儘速訂購。 (研究團隊已訂購) (二)會議場外點心，請參考健保會建議之品項，購買足夠份數(130 人份量×3 場次)。 四、其他：請研究團隊依需求說明契約工項辦理公民參與線上問卷之工作時程規劃，及相關後續事宜。	

附錄 2：歷次工作會議資料

113 年度「多元公民參與模式探討-以健保資源配置之議題為例」

《第一次健保會工作會議會議資料》

時間： 2024/01/11 上午 10 時整

地點： 南港衛福部大樓 204 會議室

討論議題：

- 一、專家諮詢會議的專家名單討論。
- 二、公民參與的操作模式討論。
- 三、健保會提供之相關議題討論。
 1. 健保總額支付制度檢討：上限制或目標制？超過核定總額之處理流程建議。
 2. 家庭責任醫師制度之規劃及未來方向。
 3. 如何提升醫事服務提供者/民眾端在醫療資源耗用之效率？

議題討論：

討論主題一：專家諮詢會議的專家名單

【說明】

多元公民參與模式探討-健保資源配置之議題-專家名單建議如下：

姓名	職稱
江東亮	國立台灣大學公共衛生學系健康政策與管理研究所教授
鄭守夏	國立台灣大學公共衛生學系院長兼健康政策與管理研究所教授
李玉春	國立陽明交通大學衛生福利研究所教授
吳秀英	衛生福利部食品藥物管理署前副署長
楊銘欽	國立台灣大學公共衛生學系健康政策與管理研究所兼任教授
何建志	臺北醫學大學醫療暨生物科技法律研究所教授
林葳婕	台灣全癌症病友連線理事長
孫友聯	台灣勞工陣線協會秘書長
張鴻仁	國立陽明交通大學公共衛生研究所兼職教授
陳昭姿	醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院要學進階教育中心主任
滕西華	台灣社會心理復健協會秘書長
蔡麗娟	臺灣癌症基金會副執行長
李中一	國立成功大學公共衛生研究所特聘教授
連賢明	國立政治大學財政學系教授

郭年真	國立台灣大學健康政策與管理研究所副教授
陳麗光	國家衛生研究所群體健康科學研究所研究員
楊志良	亞洲大學榮譽講座教授
蔡淑鈴	衛生福利部中央健康保險署副署長
謝天仁	全民健康保險會第 1~3 屆委員
簡毓寧	臺北市立大學衛生福利學系助理教授
戴桂英	亞州大學健康產業管學系教授專業技術人員
盧瑞芬	全民健康保險會現任主任委員
王惠玄	全民健康保險會現任委員
田士金	全民健康保險會現任委員
朱益宏	全民健康保險會現任委員
吳榮達	全民健康保險會現任委員
吳鏘亮	全民健康保險會現任委員
李永振	全民健康保險會現任委員
周慶明	全民健康保險會現任委員
周麗芳	全民健康保險會現任委員
林文德	全民健康保險會現任委員
林恩豪	全民健康保險會現任委員
林淑珍	全民健康保險會現任委員
林綉珠	全民健康保險會現任委員
花錦忠	全民健康保險會現任委員
侯俊良	全民健康保險會現任委員
翁文能	全民健康保險會現任委員
翁燕雪	全民健康保險會現任委員
商東福	全民健康保險會現任委員
張清田	全民健康保險會現任委員
陳石池	全民健康保險會現任委員
陳杰	全民健康保險會現任委員
陳彥廷	全民健康保險會現任委員
陳相國	全民健康保險會現任委員
陳節如	全民健康保險會現任委員
陳鴻文	全民健康保險會現任委員

游宏生	全民健康保險會現任委員
黃金舜	全民健康保險會現任委員
楊玉琦	全民健康保險會現任委員
楊芸蘋	全民健康保險會現任委員
董正宗	全民健康保險會現任委員
詹永兆	全民健康保險會現任委員
劉守仁	全民健康保險會現任委員
劉淑瓊	全民健康保險會現任委員
干文男	全民健保會卸任委員
林錫維	全民健保會卸任委員
古博仁	全民健保會卸任委員
馬海霞	全民健保會卸任委員
曲同光	全民健保會卸任委員
許鯤洪	全民健保會卸任委員
何 語	全民健保會卸任委員
黃偉堯	全民健保會卸任委員
吳國治	全民健保會卸任委員
趙銘圓	全民健保會卸任委員
吳鴻來	全民健保會卸任委員
謝武吉	全民健保會卸任委員

【討論】

【擬辦】

討論主題二：公民參與的操作模式¹

【說明】背景說明

2-1、公民會議

邀請一般民眾，針對爭議性議題，事前提供閱讀文件資料、設定討論議題後，並針對所設定的討論議題，在公開論壇中項專家提出詢問，並經過相互辯論後，凝聚出共同觀點，寫成正式文件，提供社會大眾及政府決策參考。

2-2、公民咖啡館

公民咖啡館是一種讓參與民眾透過輕鬆氛圍，彈性且深入的小組討論及對話，進行產生團體智慧的公民參與模式。執行流程大致如下：

1. 將參與成員依討論議題數量區分成數桌，每桌設一名桌長；
2. 桌長負責統籌議題討論的執行流程，大致可區分為三回合：引發動機、拋出問題及匯集意見，最終凝聚結論；
3. 各組民眾進行換桌；
4. 由桌長總結當次討論後結論，並於下一組民眾開始前簡介上一組民眾意見，並展開下一輪的討論。

【討論】

【擬辦】

註¹：

(1)專家會議 3~5 場合計 50 人次、公民會議 3 場合計 120 人次。

(2)透過 Google 表單或 Survey Cake 等網路科技工具每月定期蒐集公民關切之重要議題，進行整理及議題評估，進行滾動式更新，提升議題設計之合理性、可行性及適切性。

(3)各總額部門 112 年度執行成果評核：

a)第一階段：「各總額部門 112 年度執行成果評核」評核會議，半天，7 位健保領域專家學者。

b)第二階段：公開發表會議，一天半，預計 200 人。

討論議題三：健保會提供之相關議題：

議題 1. 健保總額支付制度檢討：上限制或目標制？超過核定總額之處理流程建議。

背景說明：

◆ 1-1 何謂總額支付制度？

總額支付制度是指付費者與醫事服務提供者，就特定範圍的醫療服務，如牙醫門診、中醫門診，西醫門診或住院服務等，預先以協商方式，訂定未來一段期間（通常為 1 年）內健康保險醫療服務總支出（預算總額），藉以控制醫療費用於預算範圍內的一種制度。由於英文稱「global budget system」，因此也譯為「總額預算制度」。(1)

◆ 1-2 總額支付制度有多少種類？

總額支付制度在實際運作上，可分為下列兩種：

1-2-1、支出上限制（Expenditure cap，浮動點值）：

即預先依據醫療服務成本及其服務量的成長，設定健康保險支出的年度預算總額，醫療服務是以相對點數反映各項服務成本，惟每點支付金額是採回溯性計價方式，由預算總額除以實際總服務量（點數）而得；當實際總服務量大於原先協議的總服務量時，每點支付金額將降低，反之將增加。由於固定年度預算總額而不固定每點支付金額，故可精確控制年度醫療費用總額。

1-2-2、支出目標制（Expenditure target，固定點值）：

即預先設定醫療服務支付價格及醫療服務利用量可容許的上漲率，當實際醫療服務利用量低於預先設定的目標值時，年度預算將會有結餘，但實際醫療服務利用量超過目標值時，超出部分的費用將打折支付，以適度反映醫療服務變動成本；因此實際支出可能超出原先設定目標。(1)

◆ 1-3、超過核定總額之處理流程之建議：

1-3-1、動用健保準備基金：

1-3-2、申請行政院第二預備金：

1-3-3、申請立法院特別預算：

1-3-4、其他

◆ 1-4、討論題綱

1-4-1、實際支出超出原先設定目標時，經費來源？

1-4-2、申請行政院第二預備金或申請立法院特別預算政治風險。

【討論】

【擬辦】

議題 2. 家庭責任醫師制度之規劃及未來方向：

◆ 背景說明：

全民健康保險法於 2011 年 1 月全文修正，增訂家庭責任醫師制度其第 44 條第 1 項明定「保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度」。第 2 項「前項家庭責任醫師制度之給付，應採論人計酬為實施原則，並依照顧對象之年齡、性別、疾病等校正後之人頭費，計算當年度之給付總額。」第 3 項「第一項家庭責任醫師制度之實施辦法及時程，由主管機關定之」。

家庭醫師整合性照護制度計畫已逾 20 年，110 年計有 623 個醫療群參與計畫，其中診所數為 5,587 家(占西醫基層診所 53.1%)、醫師數為 7,367 人(占西醫基層醫師 45.97%)、收案會員數為 600.8 萬人(占總保險對象人數 24.8%)。

在 COVID-19 疫情期間，有 99.5%的醫療群、83.5%的參與診所提供視訊診療服務，並協助未施打疫苗之會員施打疫苗。

外界有「主管機關宜儘速訂定家庭責任醫師制度之實施辦法及時程」、「主管機關宜配套修正通訊診察治療辦法及相關措施」之議。(2,3)

◆ 2-2 贊成者(優點)：

2-2-1 生病可以在短時間內獲得治療和照護，家庭醫師依其病情需求決定是否需轉診至其他診所或醫院做進一步的檢查與治療。在家庭醫師和轉診制度下，可以節省不少國家醫療支出。

2-2-2 少子化、人口老化「Hospital at Home」(醫院到宅)是趨勢。

◆ 2-3 反對者(缺點)：

2-3-1 部分民眾為醫院忠誠病人，難以納入家醫計畫，且家庭醫師目前誘因仍不足、...

2-3-2 分級轉診尚待落實(民眾就醫自由度很高往大醫院跑)、...

2-3-3 民眾對醫療群、家醫制仍一知半解、...

社區醫療群要建立家庭醫師制度，然健保署資料顯示，運用的民眾仍佔少數。雖然預算逐年提高，從 2018 年至 2021 年，分別是 24.3 億~36.7 億元，參與醫師到今年 6 月 7 日統計 7,683 人，占整體醫師比例約 4 成，家醫制的收案會員數 591 萬人，占總人口約 2 成 5。

家庭醫師制度參與現況

年度	預算數	參與群數	參與診所數	參與醫師數	收案會員數(萬人)
2018年	24.3	567	4,558	5,924	473.1
2019年	28.8	605	5,052	6,666	545.8
2020年	35.0	622	5,407	7,307	574.9
2021年	36.7	623	5,608	7,683	591.0

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

備註：2021年資料統計至6月7日

- ◆ 2-4「論質計酬」是一種新的醫療費用支付制度概念，以購買健康及提升醫療服務品質為導向，透過調整支付醫療費用的方式，引導醫療服務提供者朝向提供整體性醫療照顧，並以醫療品質及結果為支付費用的依據。(行政院衛生署全民健康保險醫療品質委員會)。
- ◆ 2-5 討論提綱：
 - 2-5-1、試辦社區醫療群家庭醫師制度經驗、成功案例分享。
 - 2-5-2、家庭醫師制度尚有哪些準備工作待完成？

【討論】

【擬辦】

議題 3. 如何提升醫事服務提供者/民眾端在醫療資源耗用之效率？

3-1、節流：

健康促進：
健保教育：
其他：

3-2、開源：

增加菸捐
開徵醣捐：
開徵空氣汙染防制捐：
開徵溫室氣體捐：
其他：

【討論】

【擬辦】

參考資料：

1. 全民健康保險醫療費用協定委員會(102 年後為健保會)，全民健康保險醫療費用總額支付制度問答集，94 年
2. 江建逸，家庭責任醫師制度之法制研析，立法院第 10 屆議題研析，2023 年
3. 全民健康保險會，健保會委員關切「家庭醫師整合性照護計畫」執行成效及未來規劃，111 年

113年度「多元公民參與模式探討- 以健保資源配置之議題為例」 第二次健保會工作會議會議資料

時 間： 2024/02/02上午10時整

地 點： 南港衛生福利部大樓206會議室

報告人： 主持人 陳永仁副教授

1

會議議程

- 一、報告事項
 - 第一次工作會議執行情形
- 二、討論事項
 - (一)、專家會議規劃，含議題/日期/場地。
 - (二)、願景工作坊規劃，含議程/日期/場地。

2

一、報告事項

第一次工作會議結論執行情形

3

二、討論事項

- 討論主題一：
 - 專家會議規劃，含每場次議題/會議日期/會議場地等。
 - 目標: 出席專家50人次。
 - 三次會議主題包括
 - 健保總額支付制度檢討。
 - 家庭醫師整合性照護計劃之檢討及未來改進方向。
 - 如何提升醫事服務提供者/民眾端在醫療資源耗用之效率。
 - 三選一

4

專家會議

- 第一次：
- 時間：
 - 2024/0320(三) 或
 - 0321(四) 或
 - 0326(二) 或
 - 0327(三) 或
 - 其他時間
- 地點：
 - 台北市中正區愛國西路一號（台北市立大學G415室）
 - 其他地點。
- 主題：
 - 健保總額支付制度
 - 家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向
 - 如何提升醫事服務提供者/民眾端在醫療資源耗用之效率
- 三選一

5

台北市立大學G415室實景



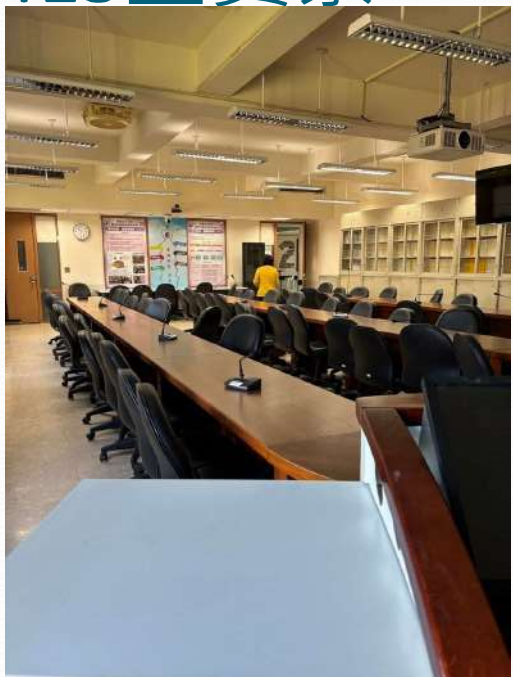
6

台北市立大學G415室實景



7

台北市立大學G415室實景



8

台北市立大學G415室平面圖



公誠樓四樓G415教室

公誠樓四樓平面圖



9

專家會議

- 第二次:
- 時間:
 - 2024/0326(二) 或
 - 0327(三) 或
 - 0411(四) 或
 - 0416(二) 或
 - 0418(四) 或
 - 其他時間。
- 地點:
 - 台北市中正區愛國西路一號（台北市立大學G415室）
 - 其他地點。
- 主題：
 - 健保總額支付制度
 - 家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向
 - 如何提升醫事服務提供者/民眾端在醫療資源耗用之效率
- 三選一

10

專家會議

- 第三次：
- 時間：
 - 2024/0425(四) 或
 - 0430(二) 或
 - 0501(三) 或
 - 0502(四) 或
 - 其他
- 地點：
 - 台北市愛國西路一號（台北市立大學G415室）
 - 其他地點。
- 主題：
 - 健保總額支付制度
 - 家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向
 - 如何提升醫事服務提供者/民眾端在醫療資源耗用之效率
- 三選一

11

專家會議小結

	日期	主題	地點
第1次	3/20(三) 或 3/21(四) 3/26(二) 或 3/27(三)	1.健保總額支付制度	台北市愛國西路一號 (台北市立大學G415室)
第2次	3/26(二) 或 3/27(三) 4/11(四) 或 4/16(二) 或4/18(四)	2.家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向	
第3次	4/25(四) 或 4/30(二) 5/01(三) 或 5/02(四)	3.如何提升醫事服務提供者/民眾端在醫療資源耗用之效率 (三選一)	

12

討論主題二

願景工作坊規劃含議程安排、預定日期

- 公民參與操作模式採願景工作坊方式。
- 北、中、南各一場，每場次一天。
- 目標: 合計 120人。
- 時間: 2024年 6月或 7月。
- 主題:
 - 家庭責任醫師整合性照護計劃之探討及未來改進方向
 - 如何提升醫事服務提供者/民眾端在醫療資源耗用之效率。

13

願景工作坊

- 第一次:
- 時間:
 - 2024/0612(三) 或
 - 0613(四) 或
 - 0614(五) 或
 - 0620(四) 或
 - 其他時間。
- 地點: 台北市中正區愛國西路一號台北市立大學G201室。
- 主題:
 - 家庭醫師整合性照護計劃之檢討及未來改進方向。
 - 如何提升醫事服務提供者/民眾端在醫療資源耗用之效率。
- 二選一。

14

台北市立大學G201室實景



15

台北市立大學G201室實景



16

台北市立大學G201室實景



17

台北市立大學G201平面圖



公誠樓二樓第一會議室(G201-202)

18

願景工作坊

- 第二次:
- 時間:
 - 2024/0620(四) 或
 - 0621(五) 或
 - 0627(四) 或
 - 0628(五) 或
 - 其他時間。
- 地點:
 - 台中市烏日區高鐵東一路26號
(集思台中新烏日會議中心瓦特廳301會議室)
- 主題:
 - 家庭醫師整合性照護計劃之檢討及未來改進方向。
 - 如何提升醫事服務提供者/民眾端在醫療資源耗用之效率。
- 二選一。

19

集思台中新烏日會議中心瓦特廳301會議室



20

願景工作坊

- 第三次：
- 時間：
 - 2024/0709(二) 或
 - 0710(三) 或
 - 0711(四) 或
 - 0712(五) 或
 - 其他地點。
- 地點：
 - 台南市歸仁區歸仁十二路3號
(大台南會展中心一樓，努山塔里亞A廳)
- 主題：
 - 家庭醫師整合性照護計畫之檢討及未來改進方向
 - 如何提升醫事服務提供者/民眾端在醫療資源耗用之效率。
- 二選一。

21

大台南會展中心一樓，努山塔里亞A廳



22

討論與決議:

- 討論:
- 決議:

23

感謝聆聽
請指教

24

113年度「多元公民參與模式探討 -以健保資源配置之議題為例」 第三次健保會工作會議會議資料

時 間：2024/02/27上午10時整

地 點：南港衛生福利部大樓206會議室

報告人：主持人 陳永仁副教授

1

會議議程

- 一、報告事項
歷次工作會議執行情形
- 二、討論事項
(一)、第一次專家會議議程
- 三、臨時動議

2

一、報告事項

歷次工作會議結論執行情形

1. 112年版全民健康保險會年報進度：

2024 /02/20 評審加斌有限公司第一名，正簽核可議價中。

上網日期	2024/02/05
截止日期	2024/02/16
資格審查	2024/02/17 (1 家投標，加斌有限公司合格)
廠商評審	2024/02/20
議價日期	評審後簽報校長核可後決標
決標日期	2024/03/08 以前
履約日期	決標後 110 天

3

二、報告事項

- 第一次專家會議
- 時間：2024/03/20(三) 上午
- 議題：健保總額支付制度檢討與策進作為
- 地點：台北市中正區愛國西路一號
(台北市立大學行政大樓 T201)
- 行政大樓 T201有麥克風座位數22席
- 有麥克風需求座位數：
 - 委員 12人，健保會5人及北市大2人，合計 19人
- 3/20 下午開工作會議 (場地沿用)
- 確認第二場會議資料

4

第一次專家會議專家學者邀請情形

- 1. 發函 16人，已回覆16人
- 2. 參加專家學者10位，預計邀約至12位：

盧瑞芬	李玉春	楊銘欽
林文德	謝天仁	吳肖琪
鄭守夏	滕西華	黃啓嘉
李飛鵬		

- 新增邀約對象:柯富揚(備:何紹彰)、陳彥廷(備:徐邦賢)

5

台北市立大學行政大樓 T201實境，
有麥克風22座位，另第二圈可坐10人以上



6

台北市立大學行政大樓 T201實境 簡報台



7

二、報告事項

- 第二次專家會議
- 時間：2024/04/02(二) 上午
- 地點：台北市中正區愛國西路一號
(台北市立大學行政大樓 T201)
- 預計3/2發專家邀請
- 3/20 下午開工作會議 (場地沿用)
確認第二場會議資料

8

二、報告事項

- 第三次專家會議
- 時間：2024/04/30(二) 上午
- 地點：台北市中正區愛國西路一號
(台北市立大學公誠樓G401室或G415室，
3/1待學校選課完畢後確認)
- 預計3/30發專家邀請
- 座位數需求19：
委員 12人，健保會5人，北市大2人，合計19人
- G415室有18座麥克風，座位數50席
- G401室可以使用4支移動式麥克風，座位數22席
- 3/8家醫綱要

9

台北市立大學公誠樓G401室實境，
第一圈有22座位，可以使用4支移動式麥克風



10

台北市立大學公誠樓G 415室實境，
有50座位可以使用18座麥克風



11

第一次願景工作坊

- 時間：2024/07/03(三) 全天
- 地點：台北市中正區愛國西路一號
(台北市立大學G415及其他二教室G409、G412)
- 大會議室1：參加 40人，工作人員10人，合計 50人
- 小會議室2：參加 15人，工作人員3人，合計 18人
- 大會議室G415、小會議室G409、小會議室G412
座位分別為50、20、20

12

第一次願景工作坊大會議室G415實境 有麥克風座位50



13

第一次願景工作坊會小議室G409實境 可使用4支移動式麥克風，20座位



14

第一次願景工作坊小會議室G412實境 可使用4支移動式麥克風，20座位



15

第二次願景工作坊

- 時間：2024/07/10(三)
- 地點：台中市烏日區高鐵東一路26號
(集思台中新烏日會議中心瓦特廳301會議室)
- 大會議室1：參加 40人，工作人員10人，合計 50人

16

第二次願景工作坊

集思台中新烏日會議中心瓦特廳301會議室實境

- 待2024/03/26現勘再審視，哪些設備須借用。

17

網路版：瓦特廳平面多功能會議室/82坪，可容納人數200人。
08：00~17：00，場租44,000元，不含餐飲、布置、設備等。



18

第三次願景工作坊

- 時間：2024/07/31 (三)
- 地點：台南市歸仁區歸仁十二路3號
(大台南會展中心一樓，努山塔里亞A廳)
- 大會議室1：參加 40人，工作人員10人，合計 50人

19

第三次願景工作坊

大台南會展中心一樓，努山塔里亞A廳實境

- 待2024/03/26現勘再審視是否加租會議室及裝備。

20

網路搜尋：努山塔里亞A Nusantara A(1F 會議室)41坪
08：00~17：00 場租21,830，不含餐飲、設備、布置等。



21

二、討論事項

- 討論主題一：
 - 第一次專家會議
 - 會議議程

22

健保總額支付制度之檢討與策進作為

專家諮詢會議議程

時間：113年3月20日(星期三)上午9點30分

地點：臺北市立大學行政大樓2樓T201會議室

(臺北市中正區愛國西路1號)

會議時間預定分配表

時 間	議 程	時間分配
09:30—09:35	主席致詞	5 分鐘
09:35—09:40	健保會代表致詞	5 分鐘
09:40—11:00	提案討論一、二	80 分鐘
11:00—11:10	休息	10 分鐘
11:10—12:30	提案討論三、四	80 分鐘
12:30	散會	

23

討論與決議：

- 討論：
- 決議：

24

感謝聆聽
請指教

113年度「多元公民參與模式探討 -以健保資源配置之議題為例」 第四次健保會工作會議會議資料

時 間：2024/03/21下午 15時30分

地 點：衛生福利部206會議室

報告人：主持人 陳永仁副教授

1

會議議程

- 一、報告事項
歷次工作會議執行情形
- 二、討論事項
(一)、專家諮詢會議議程

2

一、報告事項

歷次工作會議結論執行情形

1. 112年版全民健康保險會年報進度：

上網日期：2024/02/05

截止日期：2024/02/16

資格審查(2024/02/17)：1 家投標，加斌有限公司合格

廠商評審(2024/02/20)：

議價日期：2024/03/01

決標日期：2024/03/01

履約日期：2024/06/30

3

2-1 第一次專家會議檢討

4

報告事項

2-2 第二次專家會議

- 時間：2024/04/02(二) 上午
- 議題：如何提升醫事服務提供者 / 民眾端在醫療資源使用之效率
- 地點：台北市中正區愛國西路一號
(台北市立大學行政大樓 T201)
- 座位數：委員 12人，工作人員10人，合計 22人

5

第二次專家會議委員邀請情形

- 1. 發函16人，已回覆16人
- 2. 已回覆委員：

參加 (共8位)	曲同光	朱益宏
	蔡淑鈴	李飛鵬
	吳榮達	洪子仁
	林文德	吳肖琪
不克參加 (共8位)	李偉強	滕西華(當天已受邀)
	李玉春(本學期週二有開課)	李永振
	楊欽銘	郭年真
	劉淑瓊	黃偉堯

6

- 2-3 第三次專家會議
- 時間：2024/04/30(二) 上午
- 地點：台北市中正區愛國西路一號
(台北市立大學公誠樓G415室)
- 座位數：委員 12人，工作人員10人，合計 22人。

7

第三次專家會議委員邀請情形

- 1. 發函8人，已回覆8人
- 2. 參加委員：

林文德

黃啟嘉

蔡淑鈴

- 3. 擬邀名單：

臺大公衛學院 - 楊欽銘教授

臺灣家庭醫師協會理事長 -
黃鎮國醫師

臺北市立聯合醫院忠孝院區院 - -
何清幼院長

臺大醫院家醫部主任 -
程劭儀主任

張必正診所院長 - 張必正院長

國立陽明交通大學 -
吳肖琪特聘教授

- 4. 擬請健保會推薦民間團體名單

8

台北市立大學公誠樓G415室實境，有50座位
可以使用18座麥克風



9

第一次願景工作坊

3-1 第一次願景工作坊

時間：2024/07/03(三) 全天

地點：台北市中正區愛國西路一號

(台北市立大學G415及其他二教室G409、G412)

大會議室1：參加 40人，工作人員10人，合計 50人

小會議室2：參加 15人，工作人員3人，合計 18人

大會議室G415、小會議室G409、小會議室G412

座位數分別為50、20、20

10

第二次願景工作坊

3-2 第二次願景工作坊

時間：2024/0710(三)

地點：台中市烏日區高鐵東一路26號

(集思台中新烏日會議中心瓦特廳301會議室)

大會議室1：參加 40人，工作人員10人，合計 50人。

分割為小會議室3：參加 14人，工作人員3人，合計 17人。

預定0326現勘。

11

第二次願景工作坊

集思台中新烏日會議中心瓦特廳301會議室實境

- 待2024/03/26現勘

12

瓦特廳平面多功能會議室/82坪，
可容納人數200人。08：00~17：00，場租
44,000元，不含餐飲、布置，設備等。



13

第三次願景工作坊

3-3 第三次願景工作坊

時間：0731 (三)

地點：**暫定** 有機體商務中心
(高雄市左營區重信路608號2樓)

大會議室1：參加 40人，工作人員10人，合計 50人。

小會議室2：參加 14人，工作人員 3人，合計 17人。

預定0326現勘。

14

第三次願景工作坊

- 有機體商務中心
- 待2024/03/26現勘

15

大教室可容納60人



16

大教室可拆成三小組討論



17

二、討論事項

- 討論主題一：
 - 第二次會議主題包括
 - 2024/04/02 會議議程
 - 2024/04/30 第三次專家會議議程

18

感謝聆聽
請指教

113年度「多元公民參與模式探討 -以健保資源配置之議題為例」 第五次健保會工作會議會議資料

時 間：2024/04/02下午 13時00分

地 點：台北市立大學T201會議室

報告人：計畫主持人 陳永仁副教授

1

會議議程

- 一、報告事項
歷次工作會議執行情形
- 二、討論事項
 - (一)、第二、三次願景工作坊地點現勘討論
 - (二)、第三次專家諮詢會議議程

2

一、報告事項

歷次工作會議結論執行情形

- 第一次專家諮詢會議紀錄確認

3

報告事項

- 第三次專家會議
- 時間：2024/04/30(二) 上午
- 地點：台北市中正區愛國西路一號
(台北市立大學公誠樓G415室)
- 可使座位數：委員 12人，工作人員10人，合計 22人以上。

4

第三次專家會議委員邀請情形

- 1. 發函 16人，已回覆14人
- 2. 專家回覆情形：

參加	林文德	黃啓嘉	吳尚琪	楊銘欽
	吳榮達	蔡淑鈴	朱益宏	
不克參加	周穎政	林雅惠	劉淑瓊	滕西華 (4/30下午可以)
尚未回覆	顏鴻順 (秘書未回電)	黃振國 (醫師出國下週二回來)		

5

台北市立大學公誠樓G415室實境，有50座位
可以使用18座麥克風



6

第一次願景工作坊

3-1 第一次願景工作坊

時間：2024/07/03(三) 全天

地點：台北市中正區愛國西路一號

(台北市立大學G415及其他二教室G409、G412)

大會議室1：參加 40人，工作人員10人，合計 50人

小會議室2：參加 15人，工作人員3人，合計 18人

大會議室G415、小會議室G409、小會議室G412

座位數分別為50、20、20

7

第二次願景工作坊

3-2 第二次願景工作坊

時間：2024/07/10(三)

地點：台中市烏日區高鐵東一路26號

(集思台中新烏日會議中心瓦特廳301會議室)

大會議室1：參加 40人，工作人員10人，合計 50人。

可分割為小會議場地3

8

第二次願景工作坊

集思台中新烏日會議中心瓦特廳301會議室外簽名報到處實境



9

集思台中新烏日會議中心瓦特廳301會議室內部實境
可容納200人



10

瓦特廳平面多功能會議室/82坪，
可容納人數200人。08：30~17：30，場租
44,000元，不含餐飲、布置，設備等。



11

第三次願景工作坊

- 3-3 第三次願景工作坊
- 時間：2024/07/31 (三)
- 地點：方案一，共享空間
(高雄市新左營高鐵站內4樓)
- 出高鐵站2樓閘門，不出站直上4樓
- 大會議室1：可容納合計 50人。

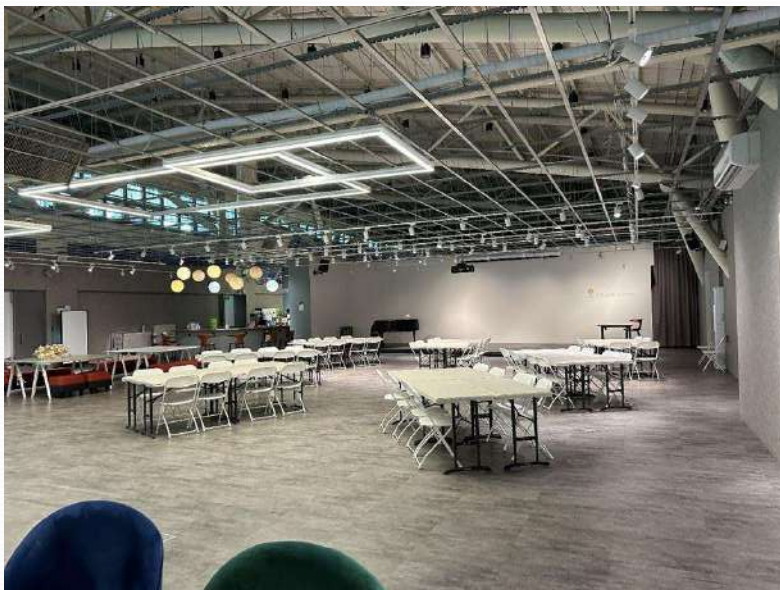
12

教室內可容納50人，
可否分3組請討論



13

教室外公共空間可休息、供應咖啡茶水



14

第三次願景工作坊

3-3 第三次願景工作坊

時間：2024/07/31 (三)

地點：方案二，有機體商務中心
(高雄市左營區重信路608號2樓)

大會議室1：可容納50人。

小會議室1：可免費使用。

15

教室可容納50人，出高鐵左營站，
過一條馬路走路約5分鐘



16

鐵皮屋裝潢，單一樓梯出口， 通道稍嫌壅擠



17

二、討論事項

- 2024/04/30 第三次專家會議議程

18

感謝聆聽
請指教

113年度「多元公民參與模式探討 -以健保資源配置之議題為例」 第六次健保會工作會議會議資料

時 間：2024/04/30下午 13時00分

地 點：台北市立大學G415會議室

報告人：計畫主持人 陳永仁副教授

1

會議議程

- 一、報告事項

歷次工作會議執行情形

- 二、討論事項

(一)、變更計畫需求，50人次專家會議

(二)、變更預算需求，增加會議實錄製作費用

2

一、報告事項

歷次工作會議結論執行情形

- 第二次專家諮詢會議實錄及記錄摘要確認

3

願景工作坊委員邀請名單

- 擬邀請委員：

北區	上午場	盧瑞芬、鄭守夏、李玉春、楊銘欽、吳肖琪、蔡淑鈴、黃振國
	下午場	盧瑞芬、李玉春、吳肖琪、楊銘欽、蔡淑鈴、李飛鵬、洪子仁
中區	上午場	戴桂英、朱益宏、王惠玄、蔡淑鈴、郭年真、楊銘欽、何語
	下午場	戴桂英、曲同光、朱益宏、蔡淑鈴、李永振、楊銘欽、吳榮達
南區	上午場	林文德、黃偉堯、黃啟嘉、戴桂英、郭年真、吳肖琪、何語
	下午場	林文德、黃偉堯、黃啟嘉、曲同光、吳肖琪、吳榮達、李永振

上午場：家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向

下午場：如何提升醫事服務提供者/民眾端在醫療資源使用之效率

註：各場次因主題不同，依據專家專業分配，由前往後依序遞補

4

第二次願景工作坊場地準備

- 第二次願景工作坊
- 時間：2024/07/10(三)
- 地點：台中市烏日區高鐵東一路26號
(集思台中新烏日會議中心瓦特廳301會議室)
- 已於3月8日前繳交訂金13,200元，剩餘經費7月10日前繳納完畢。

5

第三次願景工作坊場地準備

- 第三次願景工作坊
- 時間：2024/07/31(三)
- 地點：Le Phare共享空間新左營館
(高雄市新左營高鐵站內4樓)
- 出高鐵站2樓閘門，不出站直上4樓
- 大會議室1：可容納合計50人。
- 已於4月30日前繳訂金5,400元，剩餘經費7月31日前繳納完畢。

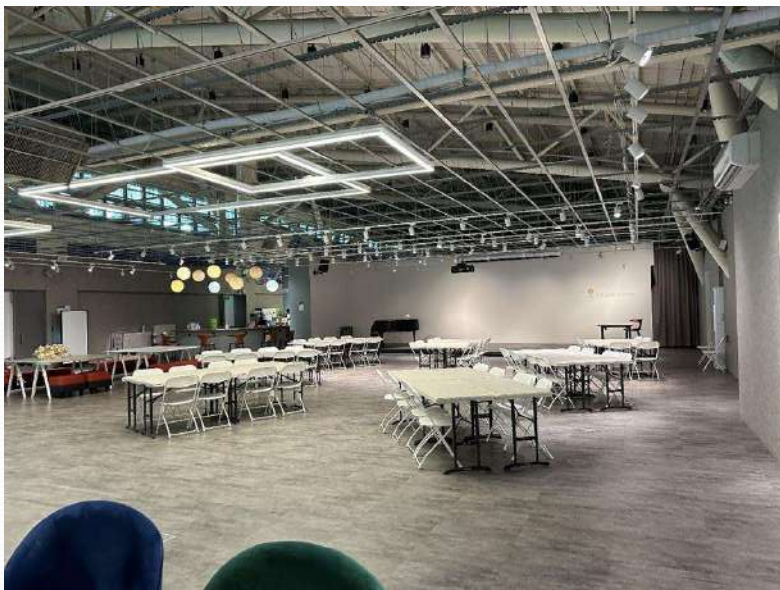
6

教室內可容納50人，
可否分3組請討論



7

教室外公共空間可休息、供應咖啡茶水

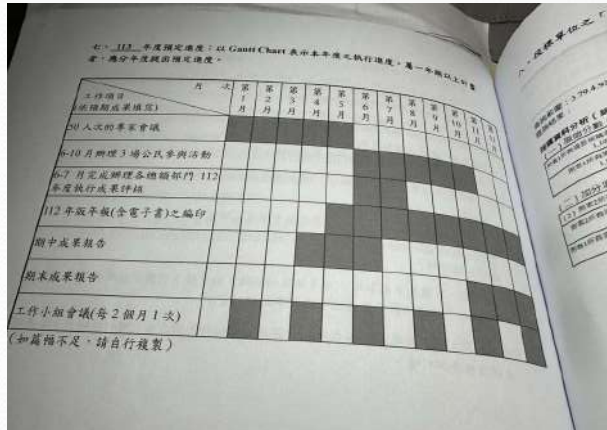


8

二、討論事項

1. 變更計畫需求，50人次專家會議完成日期

依據勞務計劃書七、第22頁，50人次專家會議執行進度應於第5月完成。惟，配合願景工作坊實際運作，需專家協助，要到第7月才能完成，擬請 貴部同意修改計畫，於第七月完成。請參考下圖。



9

2. 變更預算需求

- 依勞務計劃書第32頁，伍、經費需求表、貳、業務費其他(會議繕打實錄)預算編列15,000元(詳如下一頁)。惟三次專家會議、願景工作坊(部分)、評核會等，均須製作實錄，經費明顯不足。
- 擬由印刷費及講座鐘點費勻支 元。
- 實錄製作每小時報價2,500元。

10

位，經費需求表

113 年度經費需求表：

本計畫各年度所需各項經費，請依照「衛生福利部及所屬機關科學技術類委託研究計畫經費使用範圍及編列基準」計算編列，各經費項目請務必按照該標準表內所訂之名稱與次序填寫，說明欄內應詳細說明估列方法及用途。屬一年期以上計畫者，應分年度提出經費需求。

113年度「多元公民參與模式探討-以健康資源配置之議題為例」		
項目	金額	備註
壹、人事費	886,000	
1.計畫主持人	120,000	計畫主持人10,800元×12個月×1人
2.專任研究助理	521,160	38,000×12個月×1人，專技38,000元
3.兼任研究助理	92,580	(38,000×12個月×1人+專技38,000元×12個月×1人)
4.兼任研究助理	152,400	12,700×12個月
貳、業務費	1,653,920	
1.雜費	17,000	郵費、快遞費、電報、電話費、網路使用費等(包括：公民會議、2,000元×3場次、公民活動專家會議10,000元、評議會30,000)
2.印刷費	50,000	文書、報章、會議資料印刷費及影印費(包括：公民會議、2,000元×3場次、公民活動專家會議2,000元×5、評議會25,000)
3.繪圖費	12,000	會議資料繪圖費4,000元×3場次
4.出賃費	245,000	1.專家諮詢費2,500元×50人×1次 2.公民活動專家會議1,000元×120人×1次
5.講座酬勞費	120,000	公民活動專家會議2,000元×每位酬勞率2.5倍×4人×3日×每場2場(上午、下午各一場)
6.租金	105,000	公民活動專家會議之相關租金費用： 1.議事室租金：議事室租金20,000元×1天×3場次×60,000元 2.會議場地租金：會議場地租金15,000元×3場次×45,000元
7.國內旅費	208,000	實施本計畫所需之國內旅費及運費，依「國內旅費支給標準」規定辦理，包含交通、住宿、雜費等(包括：公民活動專家會議4人×3日×2,000元×2場次；評議會交通費2,000元×30人×1天×2場次；評議會住宿費200元×30人×1天)
8.餐費	59,400	實施本計畫執行期間之相關會議，已施用餐時之餐費，公民活動專家會議50人×100元×50×5,000；公民會議120人×100元×120×12,000；公民會議100人×4人×3日×2場次；評議會100×24,200
9.審查費	189,000	評議會委員審查費5,000元×9位委員×7人×180,000元
10.其他(會議場打票紙)	15,000	評議會之會議紀錄紙打票紙、會議紀錄紙打票紙等
11.其他(年報及電子書編印)	350,000	實施本計畫所需年報(含電子書)之設計費、印刷費、上光及裝訂費及印刷費用等
12.其他(與會者茶水費)	60,000	與會者茶水費(包括：公民會議100元×200人；評議會100元×200人)
13.文具紙張費	30,000	實施本計畫所需紙張、鋼筆、文具等相關費用(例如：鋼筆、鋼筆、鋼筆)
14.雜費	13,520	其他計畫所需其他雜費
參、管理費	236,000	人事費、業務費、其他人事費、業務費等費10%。本項經費應由計畫執行單位統籌運用，使用項目如下：水、電、瓦斯費、及人員臨時研究計畫費之加給費用等。
合計	2,650,000	

感謝聆聽
請指教

113年度「多元公民參與模式探討 -以健保資源配置之議題為例」 第七次健保會工作會議會議資料

時 間：2024/05/27下午 15時00分

地 點：衛生福利部203會議室

報告人：計畫主持人 陳永仁副教授

1

會議議程

- 一、報告事項
歷次工作會議執行情形
- 二、討論事項
 - (一)、願景工作坊擬邀請專家名單。
 - (二)、各總額部門112年執行成果評核邀請名單。
 - (三)、因應評核會議經費運用，變更計畫書第32頁經費需求表。

2

一、報告事項

歷次工作會議結論執行情形

3

二、討論事項

1.願景工作坊邀請情形

(1)已邀請專家名單：

日期	上午	下午
7/3	楊銘欽、戴桂英、 林文德、蔡淑鈴(早上會晚一小時)	
7/10	楊銘欽、蔡淑鈴(滕劉)	
7/31	楊銘欽、蔡淑鈴、林文德	

4

二、討論事項

(2)願景工作坊已報名付費者團體(總計19人次)

屬性	推薦單位	職別	姓名	7/3		7/10		7/31	
				上午	下午	上午	下午	上午	下午
保險 付費者 代表	中華民國全國教師會	理事長	侯俊良						
	中華民國會計師公會全國聯合會	秘書長	張清田	1					
	全國產業總工會	副理事長	游宏生						
	中華民國全國總工會	榮譽理事長	陳 杰	1	1	1	1	1	1
	全國工人總工會	理事長	鄭素華						
	全國勞工聯合總工會	理事長	林恩豪						
	全國產職業總工會	副理事長	鄭力嘉						
	台灣總工會	理事長	花錦忠						
	中華民國全國職業總工會	理事長	楊芸蘋						
	中華民國農會	會計部主任	林淑珍						
	中華民國全國漁會	秘書	田士金			1	1	2	2
	台灣社會福利總盟	副理事長	陳節如						
	臺灣癌症基金會	副執行長	蔡麗娟						
	台灣醫療改革基金會	董事長	劉淑瓊						
	中華民國全國工業總會	業務處處長	陳鴻文						
	中華民國全國商業總會	秘書長	劉守仁						
	中華民國工商協進會	國泰人壽保險公司監察人	李永振	1	1				
	中華民國工業協進會	產業發展委員會委員	楊玉琦						
	中華民國工業區廠商聯合總會	副理事長	董正宗						
	台灣癌症基金會			1	1				
	罕見疾病基金會			1	1				

5

二、討論事項

(3)願景工作坊已報名醫事服務提供者代表(總計2人次)

屬性	推薦單位	職別	姓名	7/3		7/10		7/31	
				上午	下午	上午	下午	上午	下午
保險 醫事 服務 提供者 代表	台灣醫院協會	理事長	李飛鵬						
	台灣醫院協會	副理事長(醫協理理事長)	陳石池						
	台灣醫院協會	會員醫院代表(區協理理事長)	吳鏘亮	1	1				
	台灣醫院協會	副理事長(社協理理事長)	朱益宏						
	中華民國醫師公會全國聯合會	理事長	周慶明						
	中華民國醫師公會全國聯合會	副理事長	陳相國						
	中華民國牙醫師公會全國聯合會	理事長	江錫仁						
	中華民國中醫師公會全國聯合會	理事長	詹永兆						
	中華民國藥師公會全國聯合會	理事長	黃金舜						
	中華民國護理師護士公會全國聯合會	副理事長	林綉珠						
	各場次人數小計			6	5	2	2	3	3

6

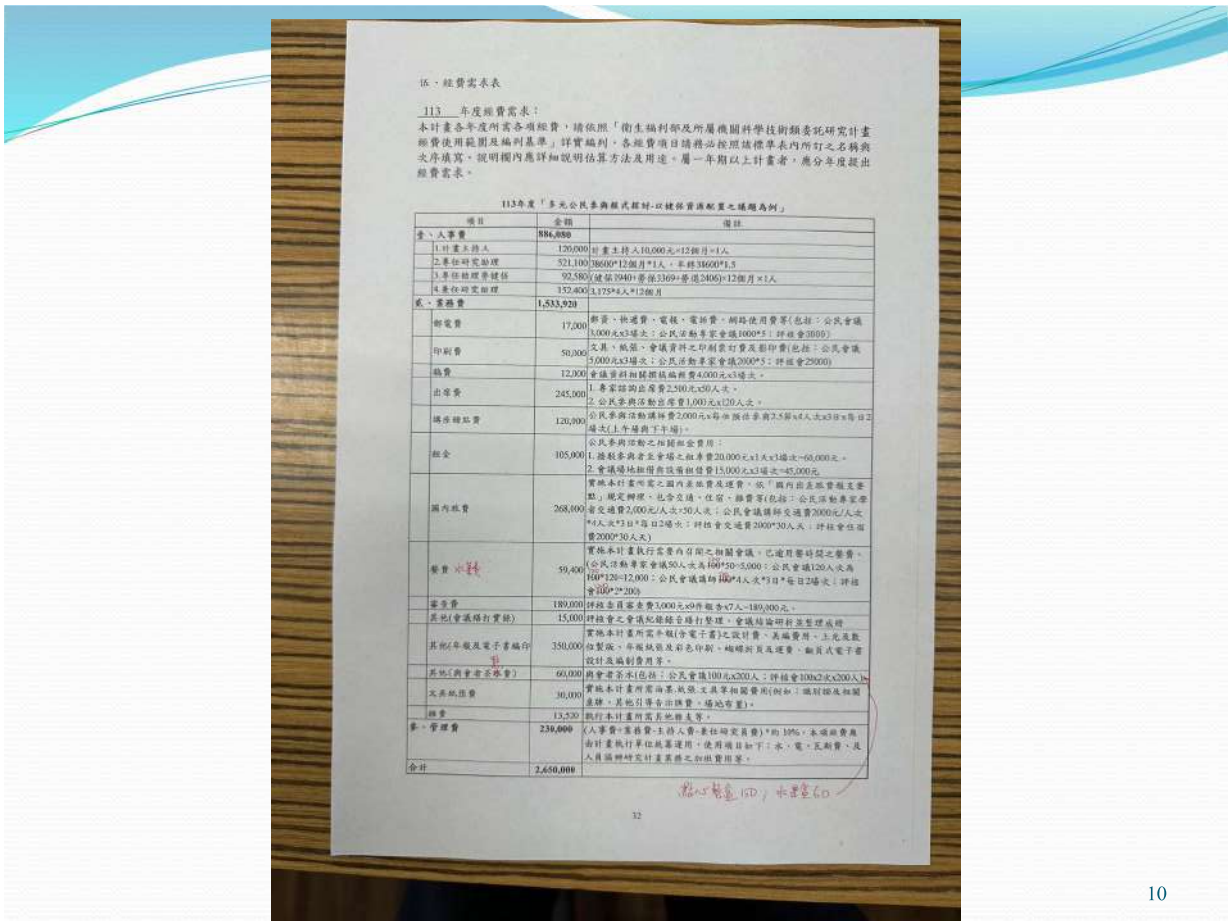
2. 各總額部門112年執行成果評核邀請名單。

7

3. 變更預算需求

- 參考111年度評核會餐飲明細，因供餐金額及增加點心、水果項目，擬請同意變更經費需求表。
- 依勞務計劃書第32頁，伍、經費需求表、貳、業務費項下「餐費」擬修正為「餐費水果費」、其他(與會者茶水費)擬修正為「茶點費」。「餐費水果費」備註欄「100」修正為「120」、增列「點心餐盒150」、「水果盒60」。

8



感謝聆聽
請指教

113年度「多元公民參與模式探討 -以健保資源配置之議題為例」 第8次健保會工作會議會議資料

時 間：2024/06/25下午 15時00分

地 點：衛生福利部 203 會議室

報告人：計畫主持人 陳永仁副教授

1

會議議程

- 一、報告事項
- 二、討論事項
 - (一)、願景工作坊擬邀請專家名單。
 - (二)、健保署與各團體分組名單。
 - (三)、評核餐點規劃。

2

一、報告事項

歷次工作會議結論執行情形

- 電子書6月底驗收

3

二、討論事項

1.願景工作坊擬邀請專家名單

日期	上午	下午
7/3	楊銘欽、戴桂英、 林文德、蔡淑鈴(早上會晚一小時)	
7/10	楊銘欽、蔡淑鈴、滕西華	
7/31	楊銘欽、蔡淑鈴、林文德	

4

2.團體報名-各場次人數統計(付費者團體)

推薦單位	委員 姓名	7月3日		7月10日		7月31日	
		上午	下午	上午	下午	上午	下午
中華民國全國教師會	侯俊良	1	1	1	1	1	0
中華民國會計師公會全國聯合會	張清田	1					
全國產業總工會	游宏生						
中華民國全國總工會	陳杰	1	1	1	1	1	1
全國工人總工會	鄭素華						
全國勞工聯合總工會	林恩豪						
全國產職業總工會	鄭力嘉	1	1	1	1	1	1
台灣總工會	花錦忠						
中華民國全國職業總工會	楊芸蘋	1	1	1	1	1	1
中華民國農會	林淑珍	0	0	1	0	0	0
中華民國全國漁會	田士金	2	2	1	1	2	2
台灣社會福利總盟	陳節如	1	1	1	1	1	1
臺灣癌症基金會	蔡麗娟	1	1				

5

2.團體報名-各場次人數統計(付費者團體)

推薦單位	委員 姓名	7月3日		7月10日		7月31日	
		上午	下午	上午	下午	上午	下午
台灣醫療改革基金會	劉淑瓊	1	1	0	0	0	0
中華民國全國工業總會	陳鴻文						
中華民國全國商業總會	劉守仁						
中華民國工商協進會	李永振	1	1				
中華民國工業協進會	楊玉琦						
中華民國工業區廠商聯合總會	董正宗						
罕見疾病基金會		2	2				
台灣病友聯盟(未邀請)	吳鴻來	1	1				

6

3.團體報名-各場次人數統計(醫事提供者&健保署)

推薦單位	委員 姓名	7月3日		7月10日		7月31日	
		上午	下午	上午	下午	上午	下午
台灣醫院協會	李飛鵬	1	1	1	1	1	0
台灣醫院協會(醫學中心)	陳石池						
台灣醫院協會(區域醫院)	吳鏘亮	2	2	1	1	1	1
台灣醫院協會(社區醫院)	朱益宏	1	1	1	1	1	1
中華民國醫師公會全國聯合會	周慶明	1	1	1	1	1	1
中華民國醫師公會全國聯合會	陳相國	0	0	0	0	0	0
中華民國牙醫師公會全國聯合會	江錫仁	1	1	1	1	1	1
中華民國中醫師公會全國聯合會	詹永兆	1	1	1	1	1	1
中華民國藥師公會全國聯合會	黃金舜	1	1				
中華民國護理師護士公會全國聯合會	林綉珠	1	1	1	1	1	1
健保署		5	3	4	4	6	6
小計		28	25	18	17	20	18

7

4.健保署與各團體分組名單-7/3上午

	屬性	第一組	第二組	第三組
上午	健保署	黃怡娟科長	許博淇視察	張作貞副組長
		林怡君科長	李純馥組長	
	付費者團體	楊芸蘋理事長	溫宗諭秘書長	張清田會計師
		蔡東乘研究員	田士金秘書	詹秋芬理事
		林思瑜專員	李永振監察人	陳詩妤工友
		吳奎彥副組長	吳鴻來理事長	洪春旬組長
			陳少傑助理	馬海霞副理事長
	醫界	黃遵誠副總院長	簡文彥主任	李飛鵬理事長
		黃啓嘉常務理事	林鎰麟主任	羅永達常務理事
		鄭文柏副秘書長	洪世欣副主任	黃景宏副執行長
	共28人	各組小計	9	10

註:黃底為現任委員,粉底為前任委員

8

4.健保署與各團體分組名單-7/3下午

	屬性	第一組	第二組	第三組
下午	健保署	王金桂視察	董玉芸參議	韓佩軒副組長
	付費者團體	楊芸蘋理事長	溫宗諭秘書長	詹秋芬理事
		蔡東乘研究員	田士金秘書	陳詩妤工友
		林思瑜專員	李永振監察人	洪春旬組長
		吳奎彥副組長	吳鴻來理事長	張淑卿秘書長
		王英倩主任		
	醫界	黃遵誠副總院長	簡文彥主任	李飛鵬理事長
		陳冠仁副秘書長	洪德仁監事會召集人	羅永達常務理事
		鄭文柏副秘書長	林鎰麟主任	林綉珠副理事長
	共25人	各組小計	9	8

註:黃底為現任委員，粉底為前任委員

9

4.健保署與各團體分組名單-7/10上午

	屬性	第一組	第二組	第三組
上午	健保署	陳祝美科長	蕭琬瑜專員	蔡瓊玉科長
		蘇彥秀科長		
	付費者團體	陳凱茂副理事長	溫國銘理事長	劉學聖代表
		賴添福榮譽理事長	林敏華秘書	林佳蓉助理幹事
			童文妮主任	
	醫界	紀淑靜理事長	蘇主榮執行長	鄭耀明召集人
		謝文輝常務理事	蘇俊郎理事	羅界山執行長
				林恒立副秘書長
	共18人	各組小計	6	6

註:黃底為現任委員，粉底為前任委員

10

4.健保署與各團體分組名單-7/10下午

	屬性	第一組	第二組	第三組
下午	健保署	謝明珠科長	倪意梅專門委員	蔡瓊玉科長
		蘇彥秀科長		
	付費者團體	陳凱茂副理事長	溫國銘理事長	劉學聖代表
		張立民秘書長	徐瑜理事長	林佳蓉助理幹事
	醫界	謝文輝常務理事	蘇主榮執行長	張美玉主任
		陳博淵秘書長	林恒立副秘書長	羅界山執行長
				林郁顧問
共17人	各組小計	6	5	6

註:黃底為現任委員，粉底為前任委員

11

4.健保署與各團體分組名單-7/31上午

	屬性	第一組	第二組	第三組
上午	健保署	郭郁伶視察	林憶梅視察	楊顯賓專員
		李珮如專員	賴文宏專員	何姿瑤科員
	付費者團體	陳美靜常務理事	洪秋鳳常務理事	梁素蘭副理事長
		洪韻玫助理幹事	伍貴慧助理幹事	卓春英理事長
		李雅文副理事長		
	醫界	謝景祥常務理事	傅尹志理事	馬事佐主任
		蘇建興監事	林誓揚理事	吳享穆主任
			陳麗琴副主任	
共20人	各組小計	7	7	6

12

4.健保署與各團體分組名單-7/31上午

	屬性	第一組	第二組	第三組
下午	健保署	郭郁伶視察	林憶梅視察	楊顯賓專員
		李珮如專員	賴文宏專員	何姿瑤科員
	付費者團體	陳美靜常務理事	洪秋鳳常務理事	梁素蘭副理事長
		洪韻玫助理幹事	伍貴慧助理幹事	余尚儒創會理事長
	醫界	朱文洋常務理事	王宏育常務理事	馬事佐主任
		吳幸周常務理事	馬淑清副理事長	吳享穆主任
共18人	各組小計	6	6	6

13

3.評核餐點規劃

- 詳見餐點規劃簡報

14

4. 其他

- 願景工作坊指引海報(已列印)

15

感謝聆聽
請指教

16

附錄 3：112 年版全民健康保險會年報(含電子書)之編印



「112 年版全民健康保險會年報」電子書網址:

<https://service.mohw.gov.tw/ebook/nhic/%E5%B9%B4%E5%A0%B1/109/bookcase.html>

附錄 4：健保總額支付制度之檢討與策進作為專家諮詢會議實錄

113年度多元公民參與模式探討計畫

健保總額支付制度之檢討與策進作為專家諮詢會議

與會人員發言實錄(依與會人員發言內容整理)

【主席開場】

主席陳副教授永仁：

各位委員早，現在時間是9點30分，兩位委員在停車了，所以我們就再等個1、2分鐘，還是要先開始？尊重委員。好，我們就開始好不好。

全民健康保險會張副執行秘書，我就不一一稱呼各位委員，我是臺北市立大學衛生福利系副教授陳永仁，我們非常高興能夠承接健保會「113年度多元公民參與模式探討計畫」，我們大家知道全民健保在剛規劃時的三大目標，就是提供國民適當的醫療保健服務與增進國民的健康、控制醫療費用在合理的範圍之內，以及有效利用醫療保健資源。大家都知道經過幾年來的執行，事實上民眾的滿意度是相當的高，我在公家機關32年裡面，很難得發現有這樣高到80幾%的滿意度，當然也有一些付費上的問題，所以健保會每年都會做總額執行成果的評核，接著進行總額協商。

全民健康保險法第5條第3項就規定，健保會於審議、協議重要事項前，應先蒐集民意，必要時，並得辦理相關之公民參與活動，並於公民參與活動前召開專家諮詢會議，所以我們這個計畫就分三階段來蒐集專家的意見，包括今天的健保總額支付制度的檢討跟策進作為，後續還會有如何提升醫事服務提供者跟民眾端在醫療資源使用的效率，以及家庭醫師整合性照護計畫的探討及未來改進的方向。

今天真的非常非常的感謝，各位委員都是百忙中的百忙，還抽空來替我們全民健保把脈，非常非常的感謝。是不是接著就請主管機關健保會張副執行秘書來跟我們勉勵。周執行秘書剛好部裡面臨時有重要的會議，她昨天好緊張的講說要跟大家請個假。

張副執行秘書友珊：

謝謝陳主任，今天很開心遇到在座的各位前輩跟專家，大家就是認識很久了，真的很開心可以來參加諮詢會議，提供我們寶貴的意見。在場有健保會的委員、或是早期監理會、費協會或健保會的曾任委員跟一些專家委員，醫界的部分其實也涵蓋了醫院代表、醫師公會代表，還有牙醫跟中醫界的部分，現場的主任委員就有4位，包括現任的主任委員跟過去卸任的三位主任委員，我們自己內部都覺得今天真的是黃金陣容，所以執秘其

實也非常期待可以來參與，但是因為部裡有一個必須要出席的會議，所以她要我代表來跟各位致意，謝謝大家來參與今天的會議、提供寶貴的意見，也謝謝主任及團隊來幫我們召開今天的會議。

我想健保從84年開辦到現在，已經快要30年了，總額從87年7月牙醫開始率先實施，陸續有中醫、基層跟醫院的加入，到全面推動其實也已歷經了26個年頭，在場的各位都有參與，有很資深、很寶貴的經驗，所以我想就是請各位提供寶貴的意見來跟大家一起分享，是不是就是請主持人這邊，可以開始今天的議程，謝謝。

主席陳副教授永仁：

好，謝謝，雖然我看一開始大家都好久不見在互相打招呼，不過我還是照例稍微介紹一下，我就從我的左手邊這邊，張友珊副執行秘書大家都認識，再來就是臺大公衛學院的鄭守夏院長、楊銘欽教授、李飛鵬理事長、謝天仁律師、中醫的何紹彰理事長，我們健保會的洪慧茹組長、陳燕鈴組長、邱臻麗組長。我右手邊是健保會現任的主委盧瑞芬教授、陽明交通大學的李玉春教授、陽明交通大學的吳肖琪教授，還有陳彥廷醫師、林文德副教授，還有遠從花蓮來的黃啓嘉常務理事，接著是我們計畫的協同主持人臺北市立大學衛生福利系邱慈穎副教授及黎伊帆助理教授，我們今天的會議就開始。

早前給各位的會議資料，我們提供四個子題，原來時間的規劃是，9點40分到10點45分討論第一、二個主題，10點55分到12點討論第三、四個主題。不過我們內部在討論的時候，覺得這四個子題都非常的有相關，大家在發言的時候可以一起、或者要照原來的規劃也可以。

我們今天四個子題大致上是這樣的，第一個子題就是總額的支付制度是健保法明文規定的，健保署在發揮保險人角色的時候，要怎麼樣繼續去維持總額制度的正常運作？事實上目前各界有不少意見，不過總額的預算控制目前還算是恰當的，但是未來要怎麼樣讓總額的支付制度維持正常、有效運作？

不可諱言的，第二個子題就是，近年來醫界也強烈的要求要保障點值不要太低，但是我們的總額支付是採支出上限制，也就是點值浮動，這個好處是可以控制我們的預算，但是如果利用超出的話怎麼辦？

第三個子題就是健保在這種情況下能不能跳脫現行總額支付制度，未來有沒有什麼改革的方向。

第四個子題，大家也都知道我們全民健保單一公營全面覆蓋，有好有壞，就醫方便、民眾對全民健保給予很高的滿意度。剛剛說過，政府施政滿意度很少超過80%，幾乎沒有，但是也不可諱言，隨著醫藥的進步，昂貴的藥一直引進，還有就是我國人口老化速度非常的快，老百姓的需求也非常的高，怎麼樣保持過去全民健保開辦時的三大目標，繼續讓全民得到健康的保障。

現在就開始徵詢我們在座的專家來給我們指教，有誰要開第一砲？

【專家學者】

李理事長飛鵬：

我先講好了。主持人，還有盧主委、各位專家學者，大家好。我們台灣醫院協會昨天才開理監事會，大家對健保的議題有差不多兩個鐘頭的熱烈發言，就是說在我們總額支付制度大概也不太能夠把衣服換掉，只能穿著衣服改衣服。

我當醫生以後，歷經過不同的階段，從以前比較自由的模式，後來轉變成納入健保。以前我當一個醫生跟病人看病，其實很單純，就病人來給我看病，我用我的勞務給他看病，他錢給我，然後我就乖乖繳稅，就是這樣子，但現在是實施健保的制度。如果民眾參加私人保險，譬如說參加了國泰、新光保險，民眾還是一樣付錢給我，我跟他收費，民眾回去要跟保險請錢，請得到錢、請不到錢，那是他跟保險公司的事情。

現在實施全民健保制度，我們醫界就被框入這個框架，病人看病的費用，醫界還要再去跟健保署打交道、折衝看這個錢有多少。在所有的行業裡面，就只有獨獨對醫界用這種方式來對待。就是醫生在這個特別的、特殊的一個商業模式下在運作。在後續的議題會討論到這個框架外的改革，其實比較單純，即是我們在跟病人看病，我們給他收費，他自己再去跟健保署申請錢，這就是一個模式，商業模式就是這樣，但是我們現在的健保制度不是這樣。

現在來講就是在體制內，穿著衣服改衣服，因為要改成前述那樣是不太可能的事情，但是我們醫界還是有在想，到底我們這樣的健保法獨獨的框住醫界，這是否合理？我們昨天在理事會也有討論，是不是要去釋憲，尤其在健保裡面目前有一些名詞，攤扣，像這種攤扣的名詞在健保法裡面是沒有的，但是現在的攤扣，健保就是在架構上把它劃分，在區域上分成六區，時間上切割成按季。

我們體制內就是用點值來處理事情，所以醫界現在在討論的就是這個點值，點值的算法是非常的複雜，民眾也看不懂。其實我們點值有保障點值、浮動點值及平均點值等三種點值。我們在討論、論述的時候，到底是要用哪一種點值？這個需要界定得比較清楚，所以在我們昨天討論的共識，是期待能夠保障點值0.95。當然有人說為什麼不是1，點值是每點1元，為什麼要0.95？或者是0.9，或0.95、0.92、0.93、0.94行不行？這就是剛剛講的，就是使用人多、費用不夠才用這個點值制度。

在我們現行的框架下面，點值制主要的問題就是，過去幾十年前訂的一些支付標準，事實上經過這30年物價的波動，已經偏低了。譬如過去吃一碗魷魚羹，很好吃，但是30年後也還是一樣的價錢，像我是耳鼻喉科醫生，如果病人耳膜破個洞，他的聽力障礙大概55分貝以上，就是殘障，那就將耳膜補起來就好了。30年前我跟著老師開刀的時候，這個支付標準就是1萬點，現在還是1萬點。所以在這個點值下，費用就是不夠，點值打折了以後，費用更不夠。這個支付標準30年都沒有調，我們每一次在共擬會議提出要調支付標準的時候，因為總額不夠了，幾乎都被反對，因為調高你的支付，會影響到我的支付。事實上我去算過，我們補耳膜的錢是韓國的1/3而已，大概日本的1/5，跟美國更不能比。

在這個點值、總額不夠的情況下，體制內改革，我覺得第一點就是要調漲支付標準，合理的調整醫事人員的勞務費。那你說醫生勞務費那麼低為什麼還能運作？我們有時候不是靠以藥養醫嗎？我當過醫院院長，知道我們醫院的運作很大部分是靠藥價差來彌補不夠的錢，護理人員的護理費也是不夠的啊。健保署太聰明了，他看到這個藥品議價完的差價就一直砍、砍，砍到現在一些藥也沒有了。我接理事長的時候，與翁文能理事長討論的結果，是支付標準勞務費的部分要合理的增加，讓醫事人員不必以藥養醫，藥是多少錢就多少錢，但我們勞務費要提升，但在現行體制下是沒辦法改的，所以我覺得健保署或政府應該編一筆預算，特別用來調整勞務費，然後在討論支付標準的時候才有辦法這可以調、那也可以調，不會互相打來打去，這是第一點。

第二點，我們錢不夠的時候，保險範圍若要擴增，一定要有特別的預算挹注後才能增加，錢都不夠了，你還要再把納保的範圍增加？或者是說，納保的範圍不只包括醫療項目，還有納保的人，我們現在很多不同的人都要進來納保，國外的僑民或其他人士，沒有繳所得稅的也要納進來，這納保的範圍也是要調整。

另外一個就是剛剛講的，總額的點值結算期程是把它切成季，一季一季算。事實上我當院長的時候，我根本到了快1年都還不知道我這個醫院是不是真的賺錢，因為你又有攤扣、又有點值，又有什麼東西，當一個院長還搞不清楚這一年真的賺了或者虧了多少，還是搞不清楚啦。所以建議健保署，在資訊系統這麼發達的情況下，結算的時間應該有辦法做到日總額，如果你真的要管，每一天、每一天的結算。我們去餐廳吃飯哪一家餐廳不是每一天結帳，哪一家商店不是每天結帳？那我們為什麼要搞到一季才結算一次？如果做不到，以資訊系統的發達，至少可以縮短時間，以利我們動態管理，在錢不夠的時候，可以有辦法更即時的調整，或者讓醫界，或者讓健保署能反應，因為今天的時間有限，我就先就講這幾點，實際面當然有一些操作上也許窒礙難行，謝謝。

主席陳副教授永仁：

好，我們非常謝謝理事長剛剛兩個重點的發言，我們都記錄下來了，其次，我們請黃常務理事。

黃常務理事啓嘉：

其實健保開辦的時候，每年大概3,000多億左右，那現在接近8,000億，感覺上健保總額支出大概已增加了兩倍多，為什麼醫界一直在說不夠？我先講兩個故事。

第一個故事就是，我爸爸70幾歲，但是他會用手機、會用LINE，有一天他就打給我，他說他買了一個手機、一個iPhone，我問他多少錢，他說1萬多元，我說你那個絕對不是iPhone，那假的，因為你知道嘛，1萬多元的iPhone，你知道那是假的，這是第一個。第二個，自從我診所旁邊開了一家7-11以後，我每天早上一去診所就喝一杯拿鐵，但在以前沒有開7-11的時候，我診所最接近的7-11要過三個路口，所以我那時候都不會天天去買拿鐵來喝，可能一個禮拜就喝一次，搞不好不會，可是我現在天天喝一杯。我講這兩個例子，第一個是說，東西有多少價值，其實是用常識判斷就可以知道的，第二個是說，服務的方便性會影響到利用比率。

我現在要講的是，為什麼總額從3,000多億會成長到8,000億？第一個，我們的各項指數不同，物價指數不一樣，人力服務成本指數也不一樣，我們付給員工的薪水也不一樣，健保開辦的時候基本工資時薪是70元，現在是183元。第二個，我的診所租金、各種器材也上漲，我是民國85年開業，我現在快要60歲了，講實話，現在我講的事情不是關乎我個

人，因為我的事業已經做完了，我要講的是未來的事情，未來年輕人的事情，跟我們未來老年要被人照顧的時候，我們需要怎樣的資源。我開業的時候買一個耳鏡5,000元，因為我的耳鏡已用很久，中間也換過很多次，最近參加醫學會，有廠商在醫學會賣耳鏡，一個要價3萬元，所以我回去跟診所的醫師講，耳鏡千萬不要給我摔到地上，以前是5,000元，現在是3萬元，太貴。事實上經過30年變遷，總額從3,000多億變到8,000多億，我只能說健保署很厲害，把它控管得非常完善，造成我們整體支出真的不高，以下我分四點來解釋為什麼3,000億會變8,000億。

第一點就是各項指數不一樣，勞力的指數不一樣、物價指數不一樣，所以費用當然會增加。照理講成本增加應該要去調整支付標準，但是為什麼沒有？我等一下會解釋為什麼，剛剛李飛鵬理事長講的，他也是教授，李教授講說支付標準都沒動，其實不是都沒動，有些有動，講沒動那是不公道，有些有動，但是全面來講大概有一半以上都沒動。

第二點是人口結構不一樣，為什麼人口結構不一樣？我們那時候的老年人口占率不到5%，現在快要20%了，現在這些人的耗用跟那個時候是不一樣的。要知道老年人的醫療耗用率可能是青壯人口的4倍、5倍，不是只有2倍而已。尤其是我們健保的成就是延長壽命，讓人口慢慢愈來愈老化，因為我們有健保在，大家就會活得更久嘛，活得更久的時候，我們的醫療費用是上升的。所以有人說醫療品質上升，是不是醫療費用下降？我覺得不是欸，因為早發現疾病，就可以把他導入慢性化，因為癌症如果不早點篩檢出來，發現時已第四期最省錢，不用醫了嘛，去醫院可能不到一個禮拜就掛掉，很省錢，可是那不是我們追求的價值。預防保健現在做得越來越好，第一期開始就發現，二期、三期慢慢治，那就慢性化，慢性化很花錢，所以人口結構會改變。

第三點是服務密集度，其實民眾到診所及醫院就醫是越來越方便，我剛剛講的，我診所旁邊開一家7-11，我就天天去買咖啡，到底我有沒有喝咖啡需求？其實醫療需求，我講實話沒有絕對標準，我們現在有部分負擔，也有掛號費，如果調高，民眾跟有些團體會反彈很厲害。有人說醫界在衡量，其實增加掛號費就在抑制衡量，當然懲罰病人不是正確的方式，但是我只能說，事實上醫界要衡量也很難，病人現在都很聰明，病人現在學習資訊，有時候知識都比醫生還厲害，他會跟醫師講怎麼樣、怎麼樣，然後討論到底這個藥要不要吃，OK，這是沒有問題的。但事實上，就算醫師要他來看，他也不見得願意來看，我相信各位也是如此。但是我們提供

服務的方便性是比以前高，以東部為例，其實早年慈濟醫院很多儀器、很多罕見疾病的專科醫師是不夠的，這20年來東部該補的醫療器材、該補的醫師全部補到位了，那個服務密集度就不一樣了，以前不是沒有這些醫療需求，是沒有被滿足，所以服務密集度也不同。

所以物價指數不一樣、人口結構不一樣、服務密集度不一樣，最後就是科技的型態也不一樣了。此外還有一些因素影響，這次疫情結束，為什麼大家的點值會突然掉很多？我在臨床上看到，除了反彈性的流感以外，大家不要忘了，很多疫苗的副作用都出來，很多疾病是打完疫苗以後產生的，有人以前從來不暈眩，眩暈跟他的疫苗之間，我這樣講，可能沒有因果關係，但有時序關係，我沒有evidence-based，所以我不能講說他有因果關係，但是有時序關係。這些病人很多，暈眩以外還有一些會痠痛，這都會造成醫療需求，所以最近為什麼疫情結束，感覺上怎麼突然間多一堆人要來看病，這個型態就不一樣。

我們的醫療科技、機器等各方面如果要引進來，那個費用也不一樣啊，所以我們總額從3,000億變到8,000億，各位覺得增加多不多？人口不一樣，那時候人口比較少，現在人口多了一點，未來人口可能會下降但老化，人口下降跟人口老化的醫療費用會互相競合。就是人口雖然下降，但老化增加的費用遠超過人口下降些微減少的費用，這個也是未來我們要面對的。

以前點值最差的時候，西醫基層事實上有自律，我們會要求不要衡量，但結果就是限制診所一個禮拜只能開五天、六天，有很多地區為了怕點值太差，限制禮拜天不能看診，限制一個診所一周只能開六天，不能全部開，如果全部開就加強抽審。如果你全部開診我認為是在衡量，所以加強抽審，那這種情況下，是不是我們在民眾就醫需求的滿足上也做了一些妥協？

當然我們有多少錢做多少事，我們最後妥協點在哪裡？這是我們未來健保的課題。要考量今天社會整體的專業人力到哪裡？需要照顧到怎樣的方便性跟品質，兩者其實是有相對性的，如果1萬元可以買到一支價值1.5萬元的手機，我覺得健保已經很厲害了，但如果說買到3萬元的iPhone，我知道這一定是假的！後來我證明我爸爸買的不是iPhone，因為我最後有看了那個手機的品牌，它是一支Android的手機。所以這方面就給大家參考，我們需要怎樣的醫療，就要建構怎樣的預算跟經濟的支出，那個平衡點在哪裡？我們可以妥協，這是可以妥協的，但不可能無限上綱，讓每個

人都去住頭等病房。我們是希望照護能普及到每個人，而醫療也不要一直要求過高，要求過高的結果其實我們是負擔不起，如果真的要再提高，我們可以用商業保險去彌補，這也是一個方法。但是我覺得全民平權是提供基本的收入和基本的醫療，但是不是全部都要拉到很高？現在很多時候，我們在品質的一個迷思是一直在拉高，但是沒有考慮到我們願意付出的財務是多少，謝謝。

主席陳副教授永仁：

好，真的非常謝謝黃常務理事，非常有系統，大家都聽得很清楚，講出四個理由，最後有一個妥協點，非常好，是不是我們請陳醫師。

陳醫師彥廷：

主席，還有各位老師、各位我們醫界的夥伴，大家早安。

我大概是在牙醫裡面，除了我們阿中部長以外參與健保最久的人，以前對於健保事務的參與比較像參加社團，充滿了理想性，就是覺得可以做一些事，覺得可以讓現況做一些改變。所以那時候常常大家會利用很多時間一起談這件事。我覺得我們現在的健保，雖然我們在討論議題裡面有講，健保署跟醫界共管，但這件事情其實現在並不存在，微乎其微，大概只有在所謂的研商議事會議裡面拿出來討論，醫界要求、健保署做，大概就是這樣而已，沒有其他的。

所以我發現一件事情，當我們制度傾向於越來越嚴謹，它的彈性不見了、可能性也不太出現，所以我覺得那個熱忱不見了。大家可以看到，我們的幹部其實很難找，我們的審查醫師以前是一堆人搶著要，現在是要透過各公會幹部、校友會去拜託，因為他不願意花時間，因為遊戲規則都在那邊了，大家知道遊戲規則，沒有人想要特別去了解，所以那個熱忱不見了。

在管控上，牙醫看起來好像管控比較好，為什麼？因為做同儕制約，所以你會發現，早期可能在宜蘭、在花蓮，醫師時間到了就休診，我為了這件事情民國100年曾經到花蓮去勸我們的幹部們要鬆綁，要鬆綁。牙醫師的人數從早期的幾千人到現在1萬7,000多人，但是我們看的病人人數只有略增，跟牙醫師人數的供給是不成比例的，為什麼？因為管控的很好，大家做到那個點數就該停了，大家不想惹麻煩，超過管控點數的部分就不提供服務。所以我想這是民眾的醫療需求，雖然大家一直都覺得這是醫師

的需要，可是我覺得我自己看病人，但我自己本身也是病人，我在看其他病的時候，是因為我有需求，然後就醫方便，我很滿意這樣的一個制度。

現在的情況是可能要約診很久，尤其在都會區民眾並不是很滿意，但在偏鄉，民眾有約到診就好，所以常常東區的民眾滿意度比台北好，大家一定會覺得很奇怪，為什麼？因為東區的民眾只要有就好，而在台北不是，約不到或是要約到兩個禮拜，民眾都會覺得很不好。所以熱忱不見了，管控很好，一切都很穩定，是大家要的吗？我只是反問大家，這是大家要的吗？

我在民國97年擔任台北市牙醫師公會理事長的任內，去歐洲開會，我看期刊上有很多新的補牙工具，就買了帶回來，我跟廠商講說這是一個很好的產品要引進，國際性的大公司就引進了。但過了一年多，廠商跟我說賣不出去、沒有人買，我說這麼好的東西為什麼沒有人買？健保相關的新產品、新的項目，要引進很難、很難。因為大家現在做的量已經over了，又有管控，所以大家也不會想在這一方面做投資，我們內部最近開始導入一些新增項目，但是沒有預算的情況下，我們今年新增了複合體充填，這是以前謝律師擔任健保會委員時候的新科技產品。隨著年齡的漸長很多人琺瑯質都磨損了，原來舊的樹脂充填物很容易掉，因為會酸蝕。所以在國際上很多的國家，因為我親友有一些在國外，他們都在用複合體充填，從我有這個想法到今年一晃已經過了15年，那時候的新產品15年後人家已經是普遍在用了，但我國要納入支付標準不容易，為什麼？因為他的成本比原有的材質高，牙醫內部希望能夠增加費用，可是大家認為現在的總額費用已編列醫療服務成本改變的預算，應該要用於調整支付標準，這兩個想法不同，我們好像動彈不得，所以新的項目難以引進。

所以我想，我們現在健保到底要怎麼樣做？我們那一天就提到，現在幹部們都不太提一些概念，或不太提一些事情來討論，因為大家覺得提了沒有用，那沒有討論，很難會有新的發想。當然，我覺得蠻遺憾的，因為看到以前的熱忱到現在大家的冷淡，連一般的醫師們都覺得反正現在日子過得很好，我做多了會被管理，我就做到這裡就休息了，所以我們有沒有可能在健保所謂的管理上，我不敢講叫做共管，但是專業意見及相關的這些程序上面，有沒有可能有比較多的彈性？能不能自由一點？我覺得國外有很多的保險制度也不限制太多，只要你把這件事情做好，但是會有一個評估機制，但我們現在年輕人好像也不太參與這些事。

第二個就是，回到大家討論所謂現在量這麼多的問題，剛剛幾位前輩都有講到高齡化，可是我覺得現在就醫方便，民眾利用方便沒有錯，可是大家都會想是不是都是醫界的責任？我們其實以前也想盡辦法，透過檔案分析、其他方式來管理，其實現在健保署很多管理方式，我們很早就發展了，我們也提供健保署建議，可是它僵化了。你知道公式只要放在那裡，沒多少年會員都會做調整，說要管總量，他就在那個量停下來，你管一個月的就醫量，那我就讓他跨月就醫，你管一季我就讓他跨季，上有政策、下有對策。我們應該是病人有什麼需要就做什麼，最好是從人的觀點來提供服務。像剛剛李老師提到民國91、92年在發展初診，我們就想做好初診，擬定完整的治療計畫，以後病人只要定期回診，只要有問題基本上都找得到醫師，可是我們就是沒有走出這一條路。

因為很多的事情要做，但是當時，我記得光是一個牙周病的篩檢就沒有放進來，我那時候剛從美國回來，美國那時候有一個叫做PSR的牙周病篩檢，可直接分類為正常、簡單的牙周問題、需要專科處理，在初診就評估出來了，所以病人的治療計畫很快就擬出來，在第一個階段就進行比較comprehensive的全面性治療，美國很多保險公司都是這樣，我當時想台灣能不能也這樣做？但是好像也很難。

然後那時候又擔心大家軍備競賽，買很多進口的X光機，現在連牙科電腦斷層已經很常見了，所以時代也在改變，其實現有的東西也需要經過整合。我們現在比較大的問題是一動不如一靜，這個心態很糟糕，我覺得如果提出來被turndown也好，幾次之後，可能未來還是有機會改，但如果不提大概都沒有機會。

我記得民國100年我接健保署委員的時候，我記得我們第一次提出來，建議醫療服務成本指數改變率所增預算，要用來調支付點數，但被拒絕。我一直覺得很奇怪，怎麼不是調支付標準，而是用來補量呢？如果我們從87年就開始這樣做，假設醫療服務成本指數改變率的指數是合理的話，其實有很多項目的點數調整都可以跟得上成本上漲。但是我們那時候就觀察到一個迷思，有人告訴我支付點數一增加，點值就會下降，會怎麼樣、怎麼樣，但是我就說要講道理，有多少預算就用到多少，後來我們是這樣做。

就是說本來是可以做的方式，若只是因為疑慮，連試著討論都沒有，就這樣一直過了，我記得那時候是民國100年，我們從民國87年開始試辦總額，計算到那一年累積的預算成長率是40%。各位，40%很多吧？可是那

時候就說支付標準不能這樣調，說點值一定會下降。但如果真的配合預算調支付標準，除非加量，否則點值不會下降。有關量的增加，大家都知道大概會受到人口結構改變、還有醫療利用的影響，所以我本來的希望是能設計一套制度讓大家跟著走，這樣比較不會讓不講話的人分配不到資源，我希望是這樣，但是好像這些事也都沒有做，這是我這20幾年來的觀察，我先講到這裡，謝謝。

主席陳副教授永仁：

好，我們謝謝陳醫師剛剛的意見，請何理事長。

何理事長紹彰：

主席，還有各位老師、各位醫界同仁大家早安，聽了三位的說法後剛好輪到中醫，其實跟總額協商一樣，就是醫院、基層、牙醫、中醫談過來，我國實施總額就是先從牙醫開始，中醫第二，基層第三，最後是醫院總額。

其實醫界應該不會喜歡總額支付制度，因為總額支付制度本來就是一個控管醫療費用上漲的手段，它就是為了要避免浪費、避免太多的費用成長，增加國家的財政或者是被保險人的支出。健保制度涉及三方，第一個是provider，醫療提供者，就是我們醫生，第二個是保險人，保險人只有一個，就是中央健康保險署，第三個是被保險人，2,300萬的人。剛才大家講過我國人口老化，生育率低、少子女化的現象，其實現在的人口結構跟當初的人口結構差異是蠻大的。

我是84年3月1日開業，所以是一路跟著健保，我從勞保時代開始執業，從勞保時代到健保時代，到89年中醫門診進入總額支付制度，我經歷過各個不同的階段。第一個，勞保時代基本上月底就是很多人來看診，因為月底就是勞保單釋出的時候，所以月底會看很多病人，月初基本上沒有病人。然後到健保時代，還沒有進入總額的時候，叫做fee for service，我們就盡量看、認真看，其實中醫界的成長跟健保總額的成長蠻類似的，我剛開始做的時候中醫師大概是2,000人左右，現在大概8,000人，總額剛開始的時候全部大概2、3,000億，現在8,000多億，快到9,000億。

大家的感受應該都差不多，尤其在做健保這麼多年之後，就是一年不如一年，因為錢增加這麼多，醫師也增加那麼多，醫師的執業是沒有年齡限制的，基本上他沒有到退休年齡，你想要早點退休50歲可以退休，你不

退休，像我們中醫界有人做到100歲還是在看診。這其實就是大家講的，需求的人越來越多，但是它的供給沒有越來越多，其實在去年開始人口就已經停滯、開始減少，繳錢的也越來越少，所以財務應該是越來越吃緊，我想健保制度執行下來，最滿意的大概就是民眾，因為他的醫療可近性增加、就醫方便，醫療品質基本上維持一定的水準，但是最不滿意的應該是醫界，你去調查醫界大概沒有滿意的，都不滿意這個制度，希望能夠改變。

保險人其實也被罵得很慘，除了民眾罵、醫界也罵，錢還是沒有增加，基本上現在的態勢就是這樣。所以剛才醫界前輩才會說，我們越來越沒有熱忱，年輕醫師進入這個行業的時候，就我們中醫來講，他們看到的是，我們上一代跟他們這一代有很嚴重的世代落差，兩代的薪資結構完全不一樣。尤其我們中醫是比較晚進入所謂臨床醫學教學的醫學部門，我們這幾年才有PGY，才想要推專科制度，但這個事情在我們內部掀起軒然大波，他比健保的impact還要大，就是新醫師進來的時候，發現這個環境並不如想像中的這麼友善，這是中醫界面臨的問題。

第二個是品質的問題，以前中醫界大概不會care點值，大概就是地區分配上可能會有一些argue，點值通常不會有太大的爭議。中醫的就醫率剛開始可能是26%、27%，增加到28%左右就停滯，我們人多了之後，就醫率開始往下掉，因為搶病人、有一些手段，當服務品質沒有得到民眾認可，加上傷科事件(2010年4月起傷科推拿需中醫師全程親自執行，健保不給付中醫助理代推拿)，慢慢的讓就醫率掉到24%左右。好奇怪的事情就是，當疫情來了，我隔壁的耳鼻喉科都沒有人看，為什麼我的診所滿滿都是人？尤其在清冠一號出現的時候，看到中醫其實是迅速的成長，迅速成長之後的問題是什麼？

我所在執業地的桃園市，因為人口增加，所以我們的點值竟然掉到0.7之後，大家開始炸鍋了，為什麼我們的浮動點值會降到0.7？後來我們才去請託、去發動醫界都很關心的「到底點值要不要補」，我想這應該都從中醫界開始，因為疫情把中醫的就醫率迅速的拉升之後，造成浮動點值剩下0.7，平均點值也掉到0.8附近，我想中醫界是很難碰到點值掉到0.8，全國性的掉到0.8，這是很特別的事情。

所以去年開始補點值，一補點值之後，醫界都有意見，為什麼只有中醫總額可以補，其他總額部門其實點值也很低啊。剛剛醫界提過點值的事情，可能在座的幹部都懂，可是我跟大家講，外面的人、外面的醫師，尤

其基層的醫師大部分都不懂，不知道總額有固定點值項目，譬如藥費是固定點值1元，竟然大多數醫師認為藥費是浮動點值，我的天啊，我們不是講過很多次了嗎？

這件事情因為很多認知上的不同，造成管理者保險人健保署跟醫界的衝突，為什麼會這樣？跟剛剛李教授說的一樣，我也在我們內部講過，我們永遠不知道我們的點值是多少，因為還有醫師會提爭議審議，還有被核扣申請複查的案件，這些費用可能會補回來。到底我們的預算3百多億元花了多少錢，其實大部分都不了解，我們的困境在這裡。這次疫情之後，我們內部的講法就是這樣也好，不用吵地區預算分配，因為大家都補到0.9，大家都很高興。

回到原來討論的議題，總額支付制度本來就是在控制醫療費用成長的問題，有醫療需求、醫療提供增加，點值就一定會下降。跟剛才李教授講的一樣，我想醫界都希望點值可以到0.95，我覺得0.95跟0.90、0.8其實都是打折的概念，任何人都會有不同的意見，因為都是打折。當然我們醫界希望可以恢復到所謂fee for service的狀態，不要再走global budget，global budget就是這樣的一個限制。其實我常常聽我們家的人這樣講，其實費用管控還有所謂RBRVS，或者是P4P等方式，而global budget是嚴格控管醫療費用的方式，醫界怎麼會滿意呢？醫界就會不滿意，我做了那麼多事情，得到的錢卻越來越少，我付出的心力越來越多，得到的回饋、責難反而越多，我做越多，可能效果還更差的時候，不管是做得久的人沒有熱忱，新投入的人也沒有熱忱。

第四點就中醫來講，基本上沒有新藥新科技，所以在我們這一塊其實是很吃虧，不管現在的植物新藥，或者是傳統科學新藥的開發，就我們所知，藥廠其實不願意投入去開發這樣的藥。

再講回來，這兩三年其實中醫沒有以藥養醫這回事，因為中藥的價格漲得離譜，當歸可以漲到1斤1,000多元，到底要怎麼活得下去。黃蓮可以漲到1斤2、3,000元，酸棗仁也漲到2、3,000元1斤。後來我們去深究為什麼中藥價格會這麼大的差別，就是我們80%、90%的藥材，基本上都從大陸進口，大陸目前面臨房市、房地產投資失利，景氣很不好，他們就把游資放在中藥，譬如去年他鎖黃蓮一年的生產，將一整年所有黃蓮契作物全部買斷，1斤300元買斷，然後分量釋出。價格就會一直波動，所以中藥一直都維持在一個很高檔的價格，你要去調嗎？日劑藥費從以前30元調到現在37元，調得蠻多，其實我們有去算，越來越薄、越來越薄，到後來我們只能

偷偷的跟病人說，這個藥太貴了，是不是可以跟你收一點錢，貼補一下。我想這是我們中醫界的困境，中醫沒有新藥，很難有新科技的進入。

回歸總額來講，我還是那句老話，就是在現行的體制框架下，我們要做一個很大的突破性是有難度的，我想在座各位教授、學者可能更清楚我們醫療的生態應該怎麼走，在人口老化的社會應該怎麼走，我們醫生都應該是非常配合的，我想醫界忍歸忍，還是都忍下來了，雖然一直罵，在公會場所一直罵，但他還是接受現在政府給的條件，以上是我的心得，謝謝。

主席陳副教授永仁：

好，謝謝何理事長，我們四位醫師或醫界代表大致上已經把目前醫界面臨到的處境做了很詳細的說明，而且剛剛黃理事長也提出一些妥協點，還有相對性的可能性出來，是不是律師先？還是公衛的幾位學者先？好，請謝律師先。

謝律師天仁：

我想健保本身的架構，從它整個歷史發展來看是很清楚的，84年就有健保了，但92年總額才全面開辦，意思是什麼？醫療費用快速成長，大家受不了，所以總額是在管控醫療費用快速成長的工具。實施總額制度大家要面對的其實是一個問題，量的問題。量誰能控制？消費者可以控制，醫療服務提供者可以控制，另外健保署當然也可以控制，除此之外還有什麼呢？老天爺會控制，從最近的COVID-19來看就知道，3年來除了中醫的點值以外，哪一個總額點值不超過1的？老天爺已經用鏡子照給你看了，醫療的需求量有必要這麼多嗎？這些是我們要去面對的問題。

從整體總額來看，譬如說我算醫院的總額，門診的部分有多少？我不要算56%那麼精準，55%好了，西醫基層全部都門診，牙醫也是門診、中醫也是門診，全部都門診，這樣夯不啣噹的門診加起來的量有多少？大概占總額60%跑不掉(111年總額整體門診占率約70%)，所以你真正會爆量的地方是在哪裡？門診。

所以我在健保會擔任委員時，曾經在兩個年度(107、108年)的總額協商，嘗試要讓區域級以上醫院的門診量降下來，希望門診量下降10%，減少像感冒那種輕症的看診，分五年逐步調整，一年砍2%，到現在停了嘛？100個理由，整體而言，以我們付費者的角度來看，在我參與健保的前半

段時間，我發現我們的健保署也罷，衛福部也罷，健保會幕僚也罷，基本上都是站在比較中立的角度在執行健保法賦予他們的任務。但現在不是，我看到的是偏了，為什麼偏？因為跟COVID-19有關，他需要醫療機構的協助，所以變成說如果不給他一點好處，醫療機構可能會不配合政策，所以就造成我們看到的一些怪異的現象。

在我擔任健保會委員的時候，第一個怪異的現象就已經發生了，像是具名審查跟不具名審查，這個大家可以清楚看到，不具名審查的時候，核減率近約3%，具名審查以後，核減率逐年下降，到現在，請告訴我有沒有超過0.5%？我不認為他們不想管，但是政治壓力太大，以前沒有政治壓力嗎？我不認為沒有，只是以前衛福部的部長可能就挺住了，認為本來就應該在自主協商的過程裡面，大家去談出一個好的方案出來，比如說剛剛李理事長提到的，很多東西其實在總額協商的時候可以提，為什麼不能提？

總額協商可以做比較大的分配，像我還沒參與總額協商前，很粗糙的分配全部都健保署在做，其實協商可以讓分配往下延伸，延伸到你認為合理的狀態，包括什麼？各位印象應該很深刻吧，我那時(協商106年度總額時)因為急重症的支付標準太低了，就要求用「醫療服務成本指數改變率」成長預算中框60億，優先調重症的支付標準，這不是我跟他們談的嗎？

為什麼現在反過來，每一個部門都抱怨、主張支付標準不能調？但是每一年的非協商因素(醫療服務成本及人口因素成長率)裡面，都有包含這個費用(醫療服務成本指數改變率)啊，健保署的心態我也很了解，因為我跟健保署的人接觸過，他們跟我講說不能調，為什麼？因為醫界衝量太厲害，我們實在是沒辦法，沒有比較好的工具，所以支付標準不能動，所以造成這整個惡性循環。

所以大家應該要面對這個現象，去提出一個可以解決的方案出來，問題才能解決，現在你說保障點值0.9的意思是什麼？快馬加鞭，我本來衝不到量，要死命地衝，為什麼他要衝？各位想一想，有一些財團型醫院的醫生實在是身不由己，規定財務標準就要到那裡，你就給我衝，我的藥價回扣就要到那裡，電腦已經告訴你了這個藥要多開，當然就會產生這些效果出來。整個生態有時候不是醫生本身能夠自主的，財團型的醫院已經大到直接到總統那邊，部長也受不了。這個東西不解決，健保的問題永遠存在，你改什麼制度我認為通通沒有用，大家要務實去面對這些相關的問題、解決問題。

首先，我要求健保署管控服務量，健保署說其實能管控量的可能性很低很低，剛剛李理事長就抱怨說，保險制度應該是我們直接對被保險人，怎麼這個保險人跑出來跟我們砍這個、砍那個。但我告訴你實際運作的情形，我在產險公司當了9年的獨董，什麼叫做不砍？照砍啊！你車子本身碰撞的時候去烤鈹金，汽車廠給你開5萬元，保險公司要付5萬元嗎？馬上跟你議價，哪有不砍。到美國一樣，不要講我們國內，美國一樣啊，你出險了，醫療機構開出來帳單，哇！7、8萬美金，你說他的保險公司不砍嗎？照砍啊，沒有不砍的。

大家沒有看到這些實情，所以觀念上有一些誤解，認為這是我跟被保險人的事情，干健保署什麼事。不是，因為醫療院所有跟健保署特約，你有選擇權，可以選擇做自費，不要做健保。如果特約，特約就跟你有契約的相關規定，包含特管辦法及其他相關的規定一堆，保險人怎麼不能管理？合約裡面大家的約定就是這樣子，所以大家要合理去看這些相關的東西。現在我們看到健保署在量的管理上，其實已經用盡所有的力量了，包括各分區對各醫療機構的年度成長目標都有管控，所以他能用的工具老實講，我的看法是已經用到極致了，對健保署來說量的管理是個難題。老天爺不會每天都給我們COVID-19去省思問題，如果這樣，我們大概也活不了。

現在剩醫療機構怎麼管控那個量？牙醫部門就做了一個很好的示範，他不是告訴你說，他們量管控的很好，所以基本上他們就享受了一個比較專門執業、比較好的生活，而西醫基層累得跟狗一樣，醫院部門更是一樣。

我同學開一個腦部微血管的手術，花了7、8個小時，從以前到現在支付3萬塊台幣，沒有改過。他一直跟我抱怨，我說你們本身可以去反應，每年總額都有給預算啊，非協商因素每年都有給，可以用來提升它的支付標準，當支付標準提升了以後，如果預算目標達到了，還要做那麼多量嗎？

管控量的策略當然還有很多啦，我一個做了35年的律師，你叫我跟一個做5年的小毛頭律師辦同樣一個案子，價格要一樣，天下沒有這種事，我可能是他價格的2倍，但是我們健保的這些支付標準本身有一點粗糙，不夠細膩。AI時代都可以做很多事，你寫再多的條件進去，電腦的速度很快，都可以處理，為什麼不能做？我去看眼科，30秒看完就出來，一下子兩個小時看了100多個，為什麼會這樣？其實醫師可以慢慢看。我兒子帶

狀皰疹在美國看醫生，我問他說看了多久？他說15分到20分鐘，這在我們這裡進去頂多2分鐘就給你趕出來了，為什麼落差這麼大？某個程度是價格不一樣，這是必須要去面對的問題。

我們再來看消費者的使用量，大概6成都在門診，你要管控消費者的門診量，到現在我們已經沒有回頭的路了，唯一可能的就是從支付端下手。我們健保法規定一般門診部分負擔定率20%，但沒有經過轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔30%、40%、50%，請問有沒有照做？全部都用定額，大家都應該要去了解這些跟量有關的東西。假使健保本身的量能夠合理管控的好，我認為健保滿意度會更高。舉個例子跟大家分享，假設我們發展到一定的程度，當病人有個症狀怎麼醫都醫不好時，如果健保能有一個教練告訴你，如果有這些問題，可以上我的網站或什麼平台，去參考相關的資訊。就像現在有一些比較新的制度，例如年輕人若在某些職務上碰到問題，有教練可以諮詢，包含評估專長、職務上碰到的困難該怎麼處理、公司有沒有其他的位置可以讓他去做？業界就有這個制度啊。健保也可以有這種教練的制度，讓病人不會因為無效醫療，而在醫療體系裡面一直逛、一直逛、一直增加無謂的量，但是疾病就是治不好，我不認為這個做不到。

所以我一直在提這些相關的改進做法，如果今天健保點值給他保障0.9，事實上講就是宣告健保準備要倒閉了，你要了解錢哪裡來？你說我用健保基金撥補，我們健保大概有兩個概念，一個健保的安全準備，一個健保基金，兩個看起來很相近，但不是100%一樣，差一點點，現在政府把240億撥到健保基金裡面去，請問能不能動支這240億去補點值到0.9？在健保會就發生這樣的爭議。

我說健保要花的任何一毛錢，有哪一些錢不用經過健保會總額協商就可以動支的，你告訴我。如果沒有的話，為什麼可以這樣動支？我以前在健保會的時候就曾經提過，若要追加預算須要啟動總額再協商，一樣的意思嘛。所以現在你認為點值太低了、預算不足，那可用「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」裡面的金額去補，這筆經費大概編個10億就已經很多了，本來的用意是用來因應發生非預期、不可抗力事故，像疫病、COVID-19等狀況可以動用，但如果常態性的動用就不對。

這件事大家的爭執點，你兩手一攤，說健保法裡面有沒有規定健保基金動支的條件，其實健保基金的收支跟管理辦法裡面講得很清楚，沒有其他的用途可以動用，他唯一的用途就是用於安全準備。沒有的話不可能這

樣動用健保基金。我不知道這個保障點值的法律依據在哪裡，當然事實已經發生了，大家必須要去面對，點值也確實是低，但是各位有沒有想一想，三年過來點值都超過1塊錢，有少給你嗎？你為什麼不把3年加1年，平均算起來你的點值是多少，會不會比較合理一點。

我看這些問題基本上大概都出在這個量上面，我認為解決量的問題已是刻不容緩，當然有很多的方法，包含論人計酬、DRG等等。如果以我的角度，我認為要修健保法，把門診的自付額從20%改成70%，讓消費者本身自己當剎車皮，就和現在商保一樣啊，商保自付額高的時候，肇事率就降低了，這就是一個剎車機制。因為門診部分負擔定率20%沒有辦法產生節制量的效果，況且現制是定額，更不用講。所以我認為總額支付制度本身還是可以維持，但是基本上要管控量，我認為應該從消費者端去發動，健保法要去做相關的修法。如果不修改的話，弄什麼都沒有用，這每年政府要貼幾百億進去才能解決問題，問題是政府負債的比例那麼高，他能解決這個問題嗎？

最後一個是特診(特殊診療)的問題，全民健保是提供民眾一般醫療，什麼叫一般醫療？就是經過HTA評估這個藥的效果，並考量成本效益及健保財務，再決定能不能納入健保。如果可以就把它納進去健保，如果相關的評估還沒有符合標準，為什麼要讓它納入健保？一個罕見疾病的藥4千多萬，納進去健保幹什麼？這屬於特診，如果用一般醫療的預算去處理特診，一定會左支右絀，最後一定會亂了套。特診就應該用特診的方式處理，比如說，有一家癌症的新藥本身的引進，我HTA評估了他已經到了一定的經濟規模了，財務上面，健保上面也可以負擔了，好，納進去健保做給付，做為支付項目。不是的話，就只能自費。

採取自費，考慮的重點就變成如何分散風險？消費者自己會去思考啊，這個東西是自費，假設我得了這個癌症健保不給付，我只能用商業保險去補他，對不對。那大家擔心的弱勢，應該另外有一個特殊的基金來解決弱勢的問題，這樣才能讓健保本身平衡的運作，提供民眾所需的一般醫療服務。而不是說這個罕見藥物一個4千多萬，我給他花出去，好像做了一件大事一樣，政績卓越。如果健保這樣搞下去的話，健保老早就會倒了，你搞100億的癌症基金這個是OK、對的，因為有一些特診的需求要去面對、去處理，可能特診是一種，而弱勢是另外一種，針對弱勢可以去募款，這些都可以去做相關的思考。

各位看到我們股市最近00940，募了1,700多億。我告訴各位，20、30年前台股總市值才幾十兆而已，現在已經超過50兆了，在不知不覺中已經超過60兆了，我們民間多有錢，那要募這些錢有困難嗎？我們台灣人最喜歡做善事啊，所以這些問題不要混淆在一起，基本上健保處理的就是一般醫療，應該要針對一般醫療的核心問題去處理，額外的部分我們也認為健保責無旁貸，這是政府的德政、可以做的。很簡單啊，你看我們有什麼AI七雄、AI幾雄，向他們募款，一下子就有100億了，對不對。

所以我要講的是，健保總額到現在已經8,000多億，眼看保險費率上限6%已經撐不住了，有人主張增加醫療支出，達到GDP的8%。我告訴各位，再多也不夠死。你錢越多，他量衝得越快，沒有用的。所以我們要認真去思考，可以管控量的相關規定及重點策略，我覺得這才是重點，以上是我在健保大概9年、10年我的觀感。最近幾年當然我沒有實際參與，但實際上每年他們總額在協商的時候，付費者都會找我去諮詢一些東西，所以老實講有一些東西我也很了解。

我還沒有講到的一點是，其實國民健康署跟健保署兩個要連在一起思考，國民健康署做得好，健保醫療的量就會稍微降。所以如果把預算編給國民健康署，國民健康署就要達成這個使命，如果沒有達到，國民健康署的錢就要回到健保署。像菸捐，我在擔任健保會委員的時候，菸捐挹注健保的經費就從七成變五成，兩成被國民健康署拿走，請問這筆錢在健保體系裡面有產生什麼效果？跟吸菸有關疾病的醫療花費、這些量有降下來嗎？看起來並沒有，我提這些意見給大家做參考、整體的思考所有的問題。

主席陳副教授永仁：

好，謝謝律師，各位委員我們關心健保的制度之外，我們也關心健康，我們休息10分鐘，聆聽五位的意見勝讀一年書，我們休息10分鐘。

（中場休息10分鐘）

盧教授瑞芬：

謝謝，接下來還有六位要發言，包括我自己，其實在座有四位是我的學長、學姊，所以我應該是要最晚講，而且我現在是水深火熱中的現任主委，希望很快就變成卸任主委，所以我應該是要聽大家的意見，但是很抱

歉，因為我下午還有一個審查案，所以我待會要先離開，但是我會仔細閱讀最後的會議紀錄。

我現在接下來發言，大概多少反映我過去一年多的水深火熱，我覺得健保的議題就是一個經濟的問題，就是「慾望無窮、資源有限」。所以在這樣的框架下要去提供民眾醫療服務，在今天的提案裡面提到，大概就兩條路，一個就是總額繼續，另外一個是總額廢除。總額繼續有總額繼續要走的路，也有須面對的挑戰；總額要廢除，也有須要做的準備跟面對的挑戰。

我先講如果總額繼續的話，從各位的反應裡面大概就是成本問題，就是醫療提供者面對的成本，沒有辦法從現行的公式去反映。因為總額計算醫療服務成本，使用的是主計總處的資料，而主計總處的資料並不是specific對哪一個層級的醫療提供者或者是類型，比如說牙醫、中醫、西醫，它並不是專門為你們來做成本調查的。因為這部分的調查，很費時又很費錢。所以過去衛福部只能採用主計總處的資料，但是並不表示這是一成不變，因為我們health sector越來越大，如果今天要繼續做總額的話，公式勢必要調整，就是怎麼樣讓他更合理，我們怎麼去define這個market basket。主計總處不做，是不是衛福部要來做？怎麼把這部分的成本做適當的反映。

我很贊同支付標準那麼多年不調是真的不對，謝律師剛才也有提到，不調的原因就是因為量，因為一調高，那個量的變化恐怕總額很難承受。但是這個都是現行的問題，如果總額要繼續做，這個部分就是要去面對、要去解決。其實主席下次可以邀請健保署，他也有一灘苦水可以吐，就是他已經盡了他所有最大的能力，洪荒之力，但是很多事情都是講的比較容易，我都不能夠想像坐在署長那個位子，每天要面對解決的事情有多少。

所以我覺得總額要繼續，我們就要面對公式的問題，要怎麼樣去調整。我也認為支付標準要改，但是當我們每次聽到支付標準哪裡不合理的時候，都是case，就是有人反映我做這項服務，卻只付這麼多錢。但整體來看，支付標準會截長補短，有些地方可能是profitable，但是他不曾拿出來講，所以支付標準要調整不會單項調，一定要是全面性的調整。這個其實需要健保署的決心，支付標準需要調整這件事情，講了很多年，然後也提過說要用RBRVS，但是RBRVS也不是萬能，最主要的原因是美國的RBRVS只針對醫師費做調整，而台灣的支付標準不是付個人，是付機構，永遠都是付機構，是把機構的所有成本都含在裡面，這跟美國的精神不一樣。

蕭慶倫教授當年在做RBRVS的時候，我是他的學生，我沒有involve這個project，但是我知道他們做起來是真的非常辛苦，而且這種計畫基本上大概只能做一次，因為做第二次的時候，醫療提供者非常聰明，馬上知道你的意圖，他就會有相對的countermeasure，他就會開始知道怎麼去應對你，所以第二次要怎麼做，第二次其實就是modification。

以前健保署在做支付制度改革的時候，如果各位有機會光臨那個盛況，每個人都是來吐苦水的，有人說他住鐵皮屋，就有人說他睡路邊，所以一個比一個苦就對了，重點就是每個人都主張你不要調降我的部分就好。但是這是個zero-sum game，要調升一部分，就一定要調降一部分，日本就是這麼做。所以這個部分，老實講我接下來的發言也是對不起主席，就是我還是在拋問題，但是我覺得有一個方向我們可以共同去思考，這些都不是這個會可以解決的。如果我可以在這個會就告訴你該怎麼做，那我覺得我們這個計畫就不用發包了，我們每個人看到的問題可能角度不一樣，我想把我看到的問題拋出來，所以我第一個強調，我真的覺得支付制度要進行改革。

事實上今年總額協商完的時候，健保會幕僚非常辛苦，每年都會準備給部長一個executive summary，20、30頁，我看完以後就跟執秘講說，我們再把它簡短，簡短到四項或者五項，然後我就拿著這個求見部長，我從來不會求見高官，但是為了總額，我就拜託執秘說，我要去找部長，跟部長解釋、說明，他所做的任何的一個決定其實都會影響後面的發展，因為就跟法院一樣若有先例，他如果今天這個給了，那以後就是都要給，這個不給，以後就是都不要給，所以這個要很小心。

其中有一項我的建議是，如果總額那個部分要給，我覺得應該是多給一點，整體去合理調整支付標準，而不是單獨給部分項目，這些提出來的proposal可能根本沒有內容，然後要付費者吞下來給這個項目預算，我覺得很難，付費者真的嚥不下這口氣。

醫療提供者很辛苦我們都知道，我先生也是醫療提供者，所以我也體驗過這種黑暗，因為他很辛苦，我就更辛苦。我覺得支付標準其實是要調整，健保署必須要面對這個問題，是全面地去改，然後全面地去做調整，有一些已經out of date不應該還支付那麼高的點數，自然應該要把它調降，健保署要有那個肩膀去做這件事情。

我覺得總額現在面對的更大問題是，我不能說是因為選舉的關係，我沒說你們大家都知道，我不知道是什麼原因，但是去年歷經協商的過程，

到後來衛福部核定113年度總額成長率是4.7%，這是部長的決定，這與健保會兩案併陳的兩個版本有蠻大的差異。還好有一項他沒有給預算，也要跟李理事長致意一下，醫院提出來的協商草案說要補點值，就要了30億元，我一看到那一項，我就知道醫院總額協商不會有共識，因為不可能在協商總額的時候，明白說要用預算補點值。付費者不可能同意，因為一旦同意，這個門一開，總額支付制度就蕩然無存了，總額就是要用點值去控制，不管這個方法好不好，制度設計的原則是這個樣子。總額協商只要任何一項沒談成，或者協定事項沒談成，就不會達成共識，所以一看到你們提的案子，我就知道無法達成共識，我覺得你們也心知肚明付費者是不會同意那個部分。

我覺得比較難過的是，去年我第一次接任主委，所以我花了很多的心思，做很多委員的職前教育，因為去年是新一屆的委員上任，有很多新委員。但這些努力最後的結果，讓我覺得前面的事情都白做，但是好歹也讓付費者比較容易上手，知道總額是怎麼一回事，不會說完全都不了解的情況下來做總額協商、談判。

讓我更擔心的是，去年的這個結果，也就是談113年總額的這個結果，其實讓兩方的互信基礎蕩然無存。所以總額要走下去，今年要再談114年總額，其實我不曉得要怎麼走下去。付費者會很辛苦，我知道醫界也很辛苦。去年協商付費者很辛苦地去review協商草案，然後針對裡面的細項提出很多的意見，但是呢，最後核定的結果成長率4.7%，是行政院核定的總額上限。老實講，其實我對於成長率4.7%也沒有意見，原因是其實付費者某些程度有underpay、總額成長可能有一些投資不足的情形。但是衛福部補到4.7%那些項目的分配我覺得很重要，給了一些只看到題目、沒有實質服務內容的這種項目，付費者會覺得很難嚥得下這口氣，我也必須要替他們說一下他們的心裡話。

到了今年，健保署提案補112年總額點值，因為是要動用調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費(下稱非預期風險經費)8億元，這點沒有問題，的確西醫基層跟中醫門診總額真的就是因為量爆衝，是因為Post-COVID，112年3月20日疫情降級，公務預算突然不再補助，然後一下子就轉給健保支應，使得服務量爆衝，所以按照我們的規則的確是應該補。但是問題在於撥補的額度很高，超過原來編列預算8億元。依照總額協定，動支這8億元，應該在健保會討論，跟付費者代表溝通。健保會當時的決議，多支持用非預期風險經費這8億元挹注，還是用到健保總額的

錢，至於其他不足部分，要用健保基金來補則是有不同意見。主要問題在於健保基金根本沒有法源可以來補點值，所以這就應該要充分跟付費者溝通。其實付費者是同意用非預期風險經費補給醫界，但是怎麼補，你應該也要聽聽他們的意見，就是說雙方都應該再互相溝通。

沒有想到後來健保署直接就上報行政院，就是bypass健保會，所以健保會有史以來第一次付費者舉牌抗議，他們真的不是抗議醫界要這麼多錢，抗議的是程序正義的問題，所以這點真的要請醫界也了解，他們是抗議程序正義，但是他們是同意由非預期風險經費挹注，COVID-19、Post-COVID-19費用暴漲的時候，他們覺得要適當地去compensate醫療提供者，這點他們是同意的，但是就這個做法、這個程序上面有一些瑕疵，所以後來部長跟大家聚餐的時候，他一開始就跟付費者說抱歉，今年就是有種種的原因，所以這個部分就這樣就過。

重點是，這樣一而再、再而三的，我覺得傷害了雙方的互信基礎，本來部長有提到，今年是不是由社保司及健保署提出一個版本，爭取付費者代表支持，醫界也有一個版本，用這兩個版本做協商，衛福部再依據政策需要做核定。因為選舉結束後到5月20日之間是看守內閣，接下來也沒有後續的動作，看起來今年總額協商還會走舊路，如果走舊路的話，那就真的不曉得怎麼玩下去，因為互信基礎已經不在。所以談跟不談，付費者可能覺得談不談都沒有什麼關係，反正送給部長裁，也知道部長可能會往哪一個方向裁，那樣的話總額協商機制其實很困難維繫。我也問過社保司，社保司說下個月就要提出114年度總額高推估跟低推估，好像是來不及有一個新的協商機制，我畢竟不是拿衛福部薪水的人，所以也沒有辦法再push，我就是提醒社保司。健保會也有委員關心，到底部長原本的承諾、構想，到底能不能夠繼續執行？這是目前總額要繼續面對的困難，現在已經要進入114年總額協商了，公式要改來不來得及，就看社保司有沒有辦法在這個時間內完成。但是我一向覺得，你不做什麼都不會發生。也許你做了，現在還不會發生，但是你如果不做，就永遠都不會發生，以上給大家參考。

關於廢總額部分，醫界希望廢總額，沒有人喜歡被管，我們個人也不喜歡被管，但是廢總額的前提一定是要有一個更好的、不要說更好，要有一個相當合理的alternative，有沒有別的方式來替代總額。我知道大家都一直講德國廢總額，因為政府說它違憲，最高法院說它違憲。對於這個說法，我一直在查資料，到底是哪一個documentation上面有講這件事情，

至今我都還沒有查到，所以我會繼續努力查。我這個暑假會去歐洲，會遇到德國學者，我會來問一下到底是哪個時候發生這樣的事情。但是，即使是說德國廢總額，我覺得他只是不用global budget這個字，但有沒有設上限？德國其實還是有，但是不用global budget，也許是不做點值這個部分，但是在很多OECD的文獻裡面都提到，德國在醫療支出上面還是設有target在那邊。如果看日本、加拿大，其實也都一樣。日本兩年調一次，以他們的學者來講那個就叫做pseudo global budget，所以他們也是這麼做，加拿大更不用講，現在還是繼續做總額。

所以廢總額後面的路要怎麼走，我覺得要廢總額之前，一定是要先有一個替代方案，不可能放任醫療費用無止盡的上漲，因為任何一個國家的財力都不可能承擔得起。我們現場還有很多的先進，我就先發言到這裡，謝謝。

主席陳副教授永仁：

好，謝謝盧教授，請問下一位誰要發言？

盧教授瑞芬：

對不起，我稍微補充一下，請各位注意，今年2月16日衛福部預告修正「全民健康保險基金收支管理及運用辦法」，把健保基金的用途加了一個跟菸捐一樣的使用內容，我記得有科技評估、醫療服務審查，還有全民健保政策推動相關的支出，把這些加進去健保基金的支出用途，這以前從來沒有過。原本健保基金是為了維持健保的財務穩定，現在修訂辦法加了一些內容，等於是把行政費用都納入健保基金的用途，這個請各位先進也要稍微注意一下，謝謝。

主席陳副教授永仁：

好，謝謝，下面哪一位？請。

林副教授文德：

我算是比較菜的，跟在場的這些專家學者，笨鳥慢飛我先飛，其實我去年才擔任健保會委員，之前雖然也有參與健保的相關政策，不過今年這樣參與下來，有身歷其境的感覺，也特別有很多的感受。

首先，就健保支出的部分，剛剛黃醫師也有提到，就是我國GDP的成長，可能這30年來已經成長了3倍，從1995年一季大概是1.7兆，到現在大

大概是5.8兆，大概成長了3倍，健保的支出大概只有成長2倍多，所以現在有一個呼聲就是說要增加醫療保健的支出，確實也得到政府的一些重視，所以才會有這些要保障點值、增加健保支出，甚至有一些補貼，包括112年挹注健保基金240億元這樣的一個補貼。

這個部分看起來像是醫界已經說服政府要來增加醫療相關的支出，但是好像沒有說服消費者，至少這個部分是需要去努力的，要怎麼樣去說服民眾、消費者，提高醫療保健的支出有其必要性。如果我們要提高健保的支出的話，很快就會面臨健保法定費率6%上限的限制。

今(113)年挹注健保基金200億，我不知道明年還有沒有、後年還有沒有，這個變成是一個不確定的因素，除非是在法規上面明訂。就像剛剛講的健保費率6%有沒有辦法去調整，或是政府應負擔健保總經費法定下限36%，在健保會也提過很多次，政府應負擔的撥補也都還沒有達到那個部分，所以在法制上須要先去解決這個問題，如果今天要增加支出的話，法制上須要處理，還有剛剛講的，需要爭取消費者、民眾、付費者的一個認同。

健保會是一個很好的溝通平台，是醫療提供者爭取付費者認同的管道，包括增加支出的部分。但是去年我參與總額協商經驗，感覺這個平台好像越來越岌岌可危，即使在這麼小的範圍裡面要去說服付費者代表都這麼困難，那要爭取更廣大的一般的民眾、消費者支持健保費要增加，甚至調高費率這件事情就會更加困難。所以我建議醫療服務提供者應該想辦法在這個平台上面，至少要先說服這些付費者代表，這樣的話他們才有辦法回去說服他後面代表的這些民眾。

事實上我會期待，醫療提供者協商提出來的這些預算項目，應該要更合理一點，而不是最後訴求由部長的決定，部長做這個決定，可能也要背負一些政治的風險，所以我覺得最好的方法還是透過健保會這個平台去爭取付費者、消費者的認同。

這個部分也牽涉到第二個問題，要增加支出，包括支付標準調整，其實我覺得很合理，因為支付標準很久沒有調整，要去調整、反映成本變化，這也是合理的。但是現在的問題在於，目前支付標準調整的方式好像沒有制度引導，而是每年提出個別項目，然後不足的部分調高支付點數，但是調高這些項目到底它的合理性在哪裡？舉個例子，最近討論中醫的議案，過去針灸跟傷科合併治療，以針灸或傷科擇高者支付，112年總額編列「針傷合併治療」預算3.04億元，支付「針灸+傷科」點數，兩項可以合起

來申請，等於是double的調高支付標準，但支付標準調整之後對整個預算造成衝擊，實際執行後超支非常多。理論上應該要在預算3.04億元的範圍內去控管，但現在看起來好像沒有這樣做，而是點值下降了，所以要去補點值。如果支付標準調整影響整個預算的平衡，然後沒有去做控管，反而要從點值的保障上面來撥補，這樣反而破壞了整個總額預算制度，還有支付標準調整的基礎。

我覺得支付標準調整並不是不可以，但是要去評估這樣的調整對於整個預算的衝擊到底是怎麼樣，如果超過這個預算，有沒有什麼管控的措施，而不是調整支付標準，然後量又跟著上去，這樣根本就沒完沒了，這整個預算的控制就會失效了，這是我看到的部分，提出來就教於各位，謝謝。

吳特聘教授肖琪：

大家好，因為在場有四位擔任過主委，我是曾任的學者專家。首先我還是要先講人口問題，近年大家都注意到我國2025年開始變成超高齡社會，過去大家覺得好像王子跟公主就過著快樂幸福的日子，所以我在2017、2018年的時候就開始提供一個數字，就是台灣人口數什麼時候會少100萬、少100萬、少100萬，少100萬，後來我一直在watching這部分、去計算，所以我先很快地講一下。

其實我國2020年人口數就開始減少，我把2020年當作人口減少的元年好了，大概到2044年會少掉200萬。接著就是5年少100萬，5年少100萬，5年少100萬，5年少100萬，再來就是4年少100萬。這是我以最新資料算出來的，也就是在2070年的時候，現在20歲的人70歲的時候，台灣人口會少掉700萬人。

100萬的人口是多少？剛剛有4個5年、1個4年，人口就不見700萬人，100萬大概是3個基隆市的人口，5年清掉3個基隆市的人口就是100萬的概念。2044年老人會增加約350萬人，這也是很多人都說，吳老師你知道人口在老化，我們當然要多編錢啊。我馬上就說，我們年輕人是少掉450萬人，年輕人少掉450萬人，可是老人多300多萬人，而且2044年是戰後嬰兒潮進到85歲的時候，如果我可以活到2044年，我想那時得到的服務絕對沒有現在這麼多，這是實話，我們保險本來要做世代互助，但我現在覺得我們在做世代互欠的事情。

過去兩年年輕人少45萬人，就已經到處都缺工，但是未來的20年，年輕人口會少400多萬人。我從最早做醫療、做健保、做長照，現在做健康促進活躍老化，一定要讓人民更健康才不會進到醫療、不會進到長照，那才是真的保護我們人民。也就是公共衛生強調的，在資源有限，慾望無窮的情況下，希望能夠將資源做最有效的配置。

當大家在喊醫療支出要達到GDP 8%的時候，其實我是支持的，但是我不支持把全部的錢丟到醫療，我們不叫衛生署、不叫醫療署，全民健保法不叫全民醫療法，所以我們應該思考的是怎麼買到健康。為什麼我參與規劃醫療網時，建議基層醫療跟長照結合，我不贊成醫學中心要做那麼多的長照，為什麼？因為醫學中心要去拚國際競爭、國際合作、SCI，又要他上山、又要他下海、又要去守偏鄉，我覺得是對不起醫學中心，對醫學中心是很大的損失，這也是我覺得醫學中心要去思考、去調整的。

我一定要講的前提是，我們的人口紅利不見，現在所有的思維都要重新思考。所以在規劃第九期醫療網的時候，當全世界還沒爆發COVID-19疫情的時候，我就提出敏捷韌性醫療體系，敏捷就是快速回應，韌性就是心臟要夠強。會提出敏捷韌性的醫療體系，是因為看到台灣人口快速減少，2017年的前10年人口增加60萬人，但是在368個鄉鎮就有224個鄉鎮人口在減少，現在的人口更是減少，你覺得會有多少鄉鎮人口在減少？過去5年有279個鄉鎮人口在減少，所以以後不是叫偏鄉，而是都會區以外就等於是偏鄉。就如韓國人說的，醫師都集中在首爾，不去偏鄉、不去首爾以外的地區。所以當所有的醫學中心都在都會區發展的時候，以後台灣的問題就是會有更多人找不到醫療院所，真正有醫療需要的人民要怎麼去照顧，在第九期醫療網我一直寫衛生所很重要、衛生所很重要，回到社區很重要，不好意思我一定先提醒這件事情。

回到以人為中心的照護，在第十期醫療網規劃時我很希望做一件事情，我們都知道很多大的機構都在做組織扁平化，可是這幾年除了醫療體系，長照體系也出來了。但試想，一個失能的人，同樣的疾病嚴重度，有的病人會接受很多人照顧，其實真的要整合，不整合我們也沒有人力了，所以資訊化跟整合這一塊我覺得要處理，這是衛福部要處理的。

剛才謝大律師提到支付制度部分，我完全支持要落實健保法，如果連急診的部分負擔都做不到，遑論醫學中心、地區醫院、區域醫院部分負擔。所以不要修法，就是先落實健保法，可以從節流的角度、從消費者的那一塊去努力。

支付制度絕對要改，因為論量計酬真的不是一個好的支付方式，只是讓大家更忙。實際上我覺得應該實施DRG制度，我曾經跟翁院長講，如果你是一個好醫生你應該支持DRG才對，因為DRG是鼓勵好醫生的制度。我們都知道它住院日數短，再住院率又低，最重要的是民眾感染的比率很低，這麼好的制度為什麼我們不推？除非你是不好的醫生才會反對DRG。所以對我來說DRG制度，從年輕講到我要退休了，但還是沒有全面實施。

美國的支付從DRG到PAC也是case-mix，到兩個綁在一起的bundled payment，現在都走到bundled payment的advance，那是有時機的。台灣現在的長照不該付PAC也付了，現在長照跟醫療怎麼去integrate到更好，就是回到我剛剛說的以人為中心、以個案為中心，減少一個個案接觸到好多照護單位、好多人，我覺得這是中長程改革該做的重點。

有關健保審查制度，匿名審查真的要恢復，匿名審查的政治衝擊比較小，之前有evidence顯示，在匿名審查之下就不敢扣錢。至於隨機抽樣核刪回推倍數上限，其實原先的放大回推是一個對的制度，怎麼被汙名化，這我已不想再說了。比方我說台灣不該再蓋床，還是繼續再蓋，台灣不該再增加醫學系學生的，還是再增加，那我能怎麼辦？還有記點退場，在美國違規會被罰很重，可是我們台灣這一塊真的好像不痛不癢，我想這也是一個可以努力的方向。

剛剛大家提到，我記得健保開辦的時候是約2,700億元，113年是8,700多億元，若以GDP成長1兆多增加3倍計算來比較的話，2,700億的3倍就是8,100億，8,700多億元就是3倍多，並沒有欠人家。但我們要思考的是，如果總體上我們的預算增加了，那問題出在哪裡？是裡面分布不均的問題，還是衡量的問題。從今天的討論聽起來，大家都覺得支付標準要改，支付標準應該提高，可是量要怎麼讓它下降？每個總統候選人選舉時都說點值每點1元，等於沒有總額了嘛，沒有總額請問要用什麼方式管控？如果我不好的醫師，我就主張不要去管控，如果我是一個好醫師，我是中規中矩提供醫療，理論上就該鼓勵政府適度的管控才對。如果你們覺得現在廢掉放大回推跟匿名審查，這樣做是鬆綁，但我覺得這樣的管控實在是太鬆了，大家會站在不同角度看事情。

我也要提醒，現在病床數一直在增加，如果醫院這麼賠錢，為什麼都一直在增加床數？醫學中心找不到護理師，不要講醫學中心找不到護理師，哀鴻遍野，醫療體系都找不到護理師了。很多護理師都去長照了，可是長照住宿型機構也找不到照護人員，我們要接受年輕人開始不見了這件

事。我們不能還用過去的思維，什麼服務都要拆拆拆，而不是併併併，這點也提出來讓大家一起思考。我最近在看占床率，地區醫院真的很低，未來該如何定位地區醫院，是全部轉由醫學中心來承接，還是怎麼樣，從醫療政策的角度來看，這些都是我擔憂的。

最後是疫情，疫情造成醫療利用增加，有點像高雄石化氣爆事件一樣，高雄事件我印象很深刻，因為當時謝武吉先生問這是天災還是人禍？如果是人禍要代位求償，不該健保買單。這次COVID-19是天災還是人禍？就天災，天災就該政府去補，由政府挹注預算撥補因疫情產生的醫療增加，這是一次性的，不應該放進去改善點值，我講實話，必須區分清楚，這樣事情才算得清楚，以上是我的部分，謝謝。

主席陳副教授永仁：

好，謝謝。這邊先好了。

李教授玉春：

其實我主要是echo一下盧老師剛剛的發言。

首先，我想澄清一下，就是很多人都說現在全世界都沒有在做總額這件事，事實上從OECD的資料，全世界有3/4的國家的醫療費用都有cap或設有target，包括美國，大家覺得美國是自由市場，美國的Medicare的DRG成長率是由國會決定的，RBRVS成長率也是國會決定的，它比我們更嚴格。日本也是一樣，也是先決定它要成長多少，然後再去操縱它的支付標準表。我們如果什麼都不變，至少要學日本，在論量計酬底下去操縱支付標準表，該降趕快降，而且要降很多。其實我覺得現在的問題是不平等，就是很多人賺很多，包括用高科技、檢驗檢查，以前靠藥價差，有的人賺很多，有的就是剛剛李理事長講的苦哈哈的都沒有動，我們就是因為沒有去處理這個問題，問題才會更嚴重，這是我第一個要澄清的。

第二個，即便想要廢總額，還是會有剛剛講的問題，全民健保是一個社會保險，政府應負擔健保總經費法定下限36%，雖然是付不足，但是至少它也付很多，所以責任是逃不了，某種程度的target一定是會有的。我必須說明一下，早先我在推動總額制度的時候，是讓大家選擇總額到底是要採target還cap，最後大家選cap，原因是如果採target，大家會繼續衡量，因為要達到目標，接下來就要調降支付標準，完全沒有辦法掌控。大家熟知猴子的故事，朝三暮四還是朝四暮三，其實最後是一樣的。而且德

國的制度就是target，市場更沒有效率，所以最後大家會選現在的上限制，其實當時的背景是因為這樣的。我們可能已經忘掉那個背景了，如果真的要廢總額，OK，我們就必須要把這個更複雜的、怎麼樣去即時反應在支付標準、讓費用能夠合理控制的那個制度建起來，事實上是更複雜。坦白講，對醫療院所其實更傷，因為更難預期會是怎麼樣，所以這個部分我稍微澄清一下。

第二個，剛剛何理事長講總額目的好像是控制費用，大家也都這樣認為，陳彥廷理事長從以前走來應該知道，我們不是只有這樣，重點是要怎麼樣把有限的資源用在刀口上，只是後來我們就被點值綁架，我們好像只追求要控制點值，到最後我們其實都忘掉當初的理想。那個理想跟很多人一樣，當然就是預防，預防走在先，疾病管理走在先，資源分配要合理等等，其實一路走下來是這樣，所以我不要講太高調，回到總額原本就是在處理價格跟服務量的問題，如果價格不調整，大家就是衡量，一樣花那麼多錢，到底要放在哪裡？

我還是支持要調支付標準，原有的「醫療服務成本指數改變率」所增加的費用就是用來調支付標準的，這是很清楚的。不調會導致就是大家還是要衡量，與其讓大家去衡量，為什麼不把它放在價格上反映，所以要說調支付標準會導致點數增加，這一點我其實並不支持，因為調支付標準是天經地義的，主要是因為大部分的勞務成本增加，如果不調整支付標準醫院怎麼去加薪？醫護人員其實那麼多年來面對的最大問題是，醫院賺了錢，但是犧牲了醫護人員的權益，很多醫院其實賺了上百億，可是並沒有去內部做薪資調整，不是嗎？就是有很多類似的問題，所以支付標準非調不可，調整時調高跟調低一定都要做，不能只做好人，健保這麼多年來的問題就是，大家都只想做好人，然後在制度改革的時候，大家都假設別人一定都反對。

因為我有參與部長主持的健保總額中長程會議，發現這樣一個現象，很多時候做改變，我們會假設醫療院所一定反對、消費者一定反對，例如剛剛謝律師講的要調漲消費者的部分負擔，其實都先假設大家會反對，而沒有真的花時間去遊說。我常常跟學生講，推動一個制度常要花個10年做遊說的工作，你看健保從規劃到後來真正實施，花了10幾年，所以必須要一步一步去遊說及分析，讓大家知道利弊得失。我覺得聽起來其實大家都願意改變，不是不願意，但是必須要有人去push，所以我也贊成吳老師講的，一定要提出改革方案，否則其實是很難進展。

回到剛剛講的支付標準要調整，而且必須要系統性的調整，其實在2004、2005年，那時候首度有調降，只有成本低於支付價格較多的項目才調降，但是調降的幅度比較少，而那些高科技賺錢的項目都還是維持。最近幾年的費用成長，成長最多的其實就是高科技、檢驗檢查、藥品等項目，就是造成整個醫療服務密集度增加，所以如果那些賺得多的項目，你不去調降支付標準，就還是花了很多錢。所以我還是贊成一定要系統性調整支付標準，尤其是勞務的項目一定要調整，那麼多年下來，勞務的成本一定是增加，人力成本增加，但是高科技的成本可能會降，因為有些科技現在已經比較便宜，那個部分必須要反映，兩者都必須調整，否則其實是對勞務的壓榨，不管跟日本、跟韓國比，這真的是重要的議題。但是這必須要醫療院所支持我們去做整體支付標準的調整，否則永遠都說大家都會反對，如果假設大家都反對，就什麼都做不了。

其次，回到剛剛講的「價」跟「量」，站在學者的立場，還是會贊成從支付制度改革，因為以DRG來講，我們做了DRG，醫療費用點數事實上相對於論量至少減了20%，比總額控制1年費用成長5%的幅度多很多，而且最重要的是讓醫療院所能有自主性，專業自主這件事情大家已經很久沒有提了，這其實是總額原來的目標之一。自主性不是在說衡量，而是可以讓專業自己去合理控制，不管是DRG、APG都是屬於剛剛吳老師講的bundled payment，現在的價值支付，volume-based payment，事實上也是走這條路。以台灣的制度而言，我們跑得快，但是像龜兔賽跑一樣，後來就停在那裡，最大的問題是通通先簡單上路，然後就忘掉漸進改革，到後來就會卡在那裡。別人一直進步，但到後來我們的制度改革真的很慢，如果沒有一個力量透過支付制度改革，去框住個別的醫療院所，是不會有機會去節省的。我們只靠點值，說真的我們太重視點值了，到後來整個醫療服務全部被扭曲，所以真的要回到初衷，本來應該要怎麼做，就去做，其實沒有什麼magic，就是該做的去落實，應該就可以讓現在的困境獲得紓解。

另外，對於需求面確實也太寬了，有史以來除了幾次部分負擔調整，整體對於需求面的要求並不是那麼多，這個部分我比較傾向部分負擔用定率，因為事實上定額真的效果有限，但是定率一定要有配套。現在門診沒有部分負擔上限，這才是消費者應該要求的，所以門住診要有部分負擔上限，如果消費者的部分負擔有上限，我覺得可以紓解一部分弱勢會受影響的問題，更何況重大傷病更是如此，因為重大傷病完全免部分負擔，目前重大傷病醫療費用占率已經快要三成了，而且成長非常快。所以我覺得要

平衡醫療院所的聲音，對於需求面，還是要有相當程度的改變，這是我的基本看法。

今天有很多議題，剛剛大家或許沒有特別提到，第一個部分我覺得健保署要扮演很重要的角色，目前在協商的時候好像健保署比較像是客人，而不是主人，這其實不應該。因為就整個健保體制，他其實應該扮演一個CEO的角色，他要有一個全盤的規劃，包括剛剛提到的，不管是支付制度改革，包括支付標準調整等等，要有全套的看法。這個部分當然必須要跟醫療服務提供者協商，必須要跟付費者協商，但是健保署本身必須要有一個全盤的規劃，包括文德剛剛講財務改革。我們不能說沒有錢就兩手一攤，應該要提出健保財務的改革規劃，才有辦法再去拓展健保的服務，可以有比較多的預算來購買服務。

另外，提到新科技，我覺得新科技如果不是那麼有效益，硬是要把它塞進來，我其實並不支持。因為這些最後都回到健保，還是要用到健保的錢，不是說因為有新藥基金，這些就永遠都由新藥基金支付。所以我也比較支持透過HTA，或者有一些修正的評估標準，讓新科技必須要經過某些條件評估才能夠進來。更重要的問題是，我們健保一年預算已經花到8,600億，可是我們沒有去蕪存菁，現在有醫療科技評估(HTA)，可是還沒有看到醫療科技再評估(HTR)扮演的角色。舊的不去，新的怎麼來呢？預算就很有限嘛，所以協商不應該只協商年度幾百億成長的預算，應該是就現有的8,600億、甚至9,000億，總體預算要怎麼利用做協商。這樣才會有協商空間，如果不去削減舊有的項目，接下來能夠有的協商空間其實有限。建議年度預算裡面要有一部分財源是來自於HTR節省的費用，才會有空間去引進新科技，才會有更多的空間。

對於商保補健保，我個人不覺得是全面解決問題的方法，因為大家只要買得起商保，其實都會去買，當然還有一些機制可以討論。我占用大家太多時間，有些我就略過，基本上我個人的看法是，現在的總額不是最完美的，現在有的問題都是因為當初規劃的配套措施沒有落實，才會導致現在的困境，所以回到原先談的配套措施，相對的這些問題就比較容易去解決。

我剛剛漏掉補點值那件事，最早在討論總額的時候，其實有設一個最低的點值，好像是0.85，是不是？那時候我記得有談到有一個數字，但是這個數字當然比大家要的0.95落差很大，我覺得這個部分大家隨時可以討

論，但更重要的是，應該是要落實支付制度的改革，如果是發生非預期狀況、疫情，才去補點值，我覺得才會有意義，謝謝。

楊教授銘欽：

因為鄭院長也當過健保局的總經理，他的經歷比較豐富，可以從更廣的角度來談這件事情，所以我想我還是先表示意見。

我看今天會議的緣由講到，會先開幾次專家會議，然後作為研擬公民參與活動可閱讀資料的基礎，我覺得這句話很重要，就是今天我們的發言，應該會由陳主任的團隊、邱老師、黎老師等等幫我們做紀錄，是不是？然後要提煉出將來開公民會議的時候，所謂可閱讀資料，意思就是資料要夠周延，可是又能夠淺顯易懂。

今天討論到現在，其實我都聽得懂，可是我不知道將來公民來參與的時候，他們看得懂或看不懂。如果你寫得夠清楚的話，那個資料份量就會很大，怕他消化不良，你如果寫得精簡的話，就容易看不懂，因為健保實在太複雜了，任何一項內容都可以講得非常非常的深入，因為健保實施20、30年下來，要講清楚不容易，還有歷史沿革、未來的發展都很複雜。所以我現在的發言，會考慮到將來要拿來做公民會議討論或參考的資料，內容儘量還是要平衡。因為我覺得今天的這個議題應該調整一下，否則好像所有健保的問題都是因為總額支付制度，其實不是這麼簡單，所以我建議先把問題列出來，譬如，到目前為止，健保面臨的問題是什麼？

就是錢不夠嘛，錢如果很多的時候，就不會有今天這些問題，所以是錢不夠。錢為什麼不夠？就是你收進來的不夠，或者你付出去要很多，這個是什麼樣的情形？所以我建議，在準備閱讀資料的時候，可能要把收、支這些部分，做一個比較完整的趨勢圖等等，讓公民可以了解現在所謂的錢不夠到底是什麼意思。

第二個是，醫界如果要求要點值提升，我們知道醫界的收入是等於點值乘上什麼？乘上服務量。如果只說現在點值低，那也要同時看服務量是多少，到底一年一個院所從健保這邊拿到多少錢，不要講點值，而是新台幣是多少？當然我可以充分理解，因為剛剛李理事長也講到說，健保署給的錢還是暫付款，暫付之後，一個季結束以後會去結算，結算以後還有一些暫扣的，暫扣也會補付，或者他後面又再核扣多一點，所以我相信醫院院長也是一個頭兩個大，因為真的不曉得到底這一季真正拿到多少錢，這我可以了解。以前我在醫院裡工作時，也碰到這樣的問題，一年以後終於

健保署把他原本預扣的錢撥補給醫院，我們要把這個錢再還給當值的這些醫師們，問題是，那時候有的醫師已經離職了，甚至有的醫師不幸往生了，那撥補給他的錢要怎麼返還。以醫院的收入來講，並不是大家想像的今天申報出去，明天錢就會給我，那都是暫付款，而且不是明天給，是一段時間後才給。回來點值問題，建議給公民的資訊，不能只看單一的點值，要看整體的費用多少，而且不能只看點值浮動的部分，還要看點值固定的部分，包含藥費、藥事服務費那個部分。

其實醫院的收入也不是只有健保，還有掛號費，有自費項目收入等等，所以我要講的是，醫界現在面臨的收入不足這個困境，也不能單一的說是健保、健保點值的問題，這樣給公民做參考時會誤導。所以建議，如果要寫的話，是一定要把量、點值、總收入，還有包括並非來自於健保的收入等等。現在大概75%~80%是來自於健保，其他的部分是自費，這個一定要讓公民有適度的了解。因為我覺得很重要一點是，醫界的服務對國人健康非常重要的，我們也不希望一個制度使得醫界萎縮、歇業，這絕對不是國人的福氣，所以我想這個部分要讓公民充分的了解，你要有健全的醫界發展，你必須要讓醫界有適當的收入，這個絕對是天經地義的事情。但我還是要強調，不能只有說點值太低，那量的部分是怎麼樣？或者剛剛講到支付標準要不要調，這個都需要做一個比較完整的敘述。

再來就是剛剛講到醫界收入不足這部分，有可能往自費發展，或者是他無法支撐或量不足，就可能會歇業，不管怎麼樣，這個負面的效果是什麼？再往下思考，如果自費項目變多，那民眾的自費金額就會增加，剛剛也有先進、專家提到，自費增加，醫界有可能會減少服務量、目的性的減量，或者是民眾自動性的減量，可能到藥局去買over-the-counter，就是買成藥。這樣子減量以後，對醫界來講量又再更少，量更少的話，又要想辦法再增加收入，所以變成一種惡性循環，這種循環就可能會讓醫療體系的發展發生問題，或者病人延遲就醫，這都不是我們所樂見的。

剛剛謝律師提到，我們今天談這個問題，如果目標是民眾健康，其實應該不是只有健保署要努力，還有衛福部的主管單位，健康署也好，疾管署也好，都很重要啊，還有其他的司署，其實都很重要。所以要讓民眾了解，今天我們要保持健康，不是只有健保這件事。如果民眾可以更健康，當然醫療服務會適度的減少，但醫療減少，醫界這邊又擔心了，因為他投資下去，服務量不夠就很難維持營運，這些都是環環相扣的。

我覺得這個文件裡面一定要講到，任何的制度都有他的優點、有他的缺點，現在我們這個總額支付制度，好像是一個很大的被怪罪的對象，我看起來是覺得好像有這個意味。還是得講一下，總額支付制度當時是跟好多醫界先進一起討論出來，像醫院總額規劃時，討論了好像17次，討論以後有一本指導原則(醫院總額支付制度研議方案)，這是大家的共識啊。這幾年執行下來，到底有總額跟沒有總額，他的影響是什麼？譬如說，費用成長、資源分配、品質保障等等，他的優點還是要講出來，因為現在看到總額制度限制或管制很多，那他的優點是什麼？如果沒有優點，為什麼大家會讓他做這麼久？

SARS來的時候，SARS還好，只有4月份到6月份，2個多月的時間馬上就恢復了，但是那段時間好多醫院、診所也受到影響，所以也是有保障點值的因應措施。這一次COVID-19疫情三年的時間，很多醫院、診所服務量減少，也是靠這個總額跟適度的撥補，以維持正常營運，這個優點我覺得要提，因為任何制度的檢討一定要平衡介紹。過去有過去的時空背景，未來當然時空背景不一樣，要做一些調整，我也是贊成，但是一定要把好的部分留下來，把不好的部分、改進的部分提出來，這是我建議要再補進來的部分。

最後我要提一下，今天有個議題是說能不能跳脫現行總額支付制度？建議準備這個資料的話，可以去列舉幾項國際上比較會用到的方式，第一個是「量的限制」，限制申報數量。那台灣有沒有？台灣有啊，像我們牙醫、中醫都有申報量，到一個程度以後的費用由醫界自行吸收，醫院其實也有小總額，超出的部分也是會斷頭，也需自行吸收。自行吸收有什麼壞處？院所一定會從他的整個服務或從別的地方補進來，我們去參訪加拿大的時候，有一個地方的醫師做法是，當年度申報量到達上限的時候就休假，就不看診，台灣目前是沒有，因為現在健保支付標準是依據門診服務量，採取階梯式漸進減少方式支付，但是有一些醫師可能就自行調整，有時候醫院儀器歲修就不排檢驗檢查，第一個方式是設定申報上限。

第二個是「論人計酬」，其實楊志良前署長在任的時候，也是曾經試著推動推過台灣式的論人計酬。不是美國式的論人計酬，以美國的制度來講，論人計酬會delay或denied service，也是有問題。

再來是「分級轉診」，這個部分大家可以看到，現在也確實有在推動，但是台灣現行的制度，民眾可以自己選擇醫院、診所，這個情形很難去做調整。

有關「商保補健保」，剛剛李老師提到，這也有他的限制，早在民國84年要推動之前，就有好多立法委員也參與討論。是說保大不保小，意思就是對於一些比較小病症的、或者費用比較低的項目，由民眾自費，大的費用才由健保來付，原則上這應該合理，可是現在健保實施至今快30年了，現在才要回到保大不保小，難免會有民怨，政治上可能也不太可行。所以我想可以把這幾項都列出每一項的可行性、優點、缺點，讓公民可以去參考。

新藥新科技，昂貴新藥新科技這個部分，我是贊成一定要有所謂的醫藥科技評估(HTA)，但是這個預算還是很大，所以最好是不要跟一般的服務併在一起，最好是另案去處理會比較合適，以上，謝謝。

主席陳副教授永仁：

好，謝謝，我剛剛跟鄭院長講，我們把便當發下去他有沒有反對，不是限制時間，是因為我們要遵守法律，勞工健康安全，請鄭院長。

鄭院長守夏：

很榮幸當最後一位，基本上我覺得這個議題真的非常大，非常多意見前面都已經講了。現在不是在健保會協商，其實我們都聽得出來，醫界跟付費者的意見就是不會一樣，簡單的說，如果我們學者能夠提一點稍微有理想性，但是有可能的願景，再加上一點點可行的方案，可以往那邊走，我覺得就已經很不錯了。謝謝剛剛楊銘欽老師提醒，這個資料如果以後要提供做為民眾參與的說明資料，有太多東西太專業，剛剛盧瑞芬老師講他第一任當主委，有很多新委員在職訓練至少一年，才有辦法跟醫界溝通，連溝通都沒辦法，更何況是協商跟辯論。所以我想被委託的研究單位要先做好準備，你寫很多，民眾不會看，你寫很少，他沒有真正了解。

我先講我的結論是，必須要跟民眾講天下沒有完美的制度，世界各國做民眾的滿意度調查，大家都覺得他們的制度不夠好。但台灣例外，台灣民眾的滿意度我是覺得太高了，太高的滿意度，表示那個制度撐不久，因為醫界會抱怨到不行，這是第一個。

第二個，各國的制度改革都是穿著衣服改衣服，所以都是小改，制度一旦訂下去，就很難打掉重練，幾乎不可能。所以用這個概念讓我們民眾知道，我們的缺點也很多，而且需要改革。我們最看得起的國家，日本也

一天到晚在改啊，韓國也在改，他們上街頭比我們還頻繁，而美國制度被抱怨最多，所以不一定要跟美國學。

WHO的核心使命，是希望實施全球universal coverage，全民覆蓋。台灣健保已經全民覆蓋沒有問題，但是我們的服務覆蓋的項目在縮減，不是縮減，是沒有增加，增加很慢，然後co-pay或者是out of pocket越來越多，這是事實，所以我們要不要補到WHO建議的完整覆蓋，這個需要全民的共識。我先講過去可能3、5年吧，醫療院所的自費項目越來越多。有沒有人發現政府好像不大管，答案就是因為總額沒有給人家應該有的支付標準提高，所以就開一個洞，讓自費部分可以自由一點，如果這個時候民眾滿意度還很高，自費就會繼續下去，這是全民大家一起的選擇，就是我不交那麼多保費，真的太尖端科技的就自己付，付不起的也沒有人會幫他講話，因為健保就沒有付嘛。如果我們要走這個路線，就比較像英國，因為他的管控非常嚴格，所以在OECD裡面，英國總是要醫師、護理人員罷工以後，NHS的專款才會增加，不然的話就是成長很慢很慢，概念上是這樣，這是我覺得這部分應該跟參與公民會議的民眾先做說明。

討論的議題第一題其實非常簡單，怎麼維持總額的運作正常？法上面就寫得很清楚，只是要不要做，就是收支連動，沒有了。我相信謝律師一定會同意，當時健保會討論結果是費率該升就升、該降就降，就是收支連動，我想現在的署長大概都很樂意，可是部長能不能撐住這個壓力。本來就該收支連動，就這樣，其他都不用談，所以兩邊怎麼協商都沒有關係，但要落實收支連動，你要總額預算多，那就多繳一點錢，不然就少給一點，所以這個我是覺得還好。至於管理面的部份，我沒有太多意見，攤扣不知道是誰想出來的絕招，很厲害，全世界大概很難看到有這種制度，有沒有違憲？歡迎去要求釋憲。本來就是這樣，應急的方法不能變成制度，我們現在都把應急方法的變成制度，那個制度就會歪樓，因為沒有真的把該做的做好，都是應急、補一補、貼一貼，那撐不久。

討論的議題第二題，有關醫界訴求總額不足要求保障點值，接到第三題，可否跳脫總額支付制度，其實我的想法非常簡單，如果說要廢總額，一則是請問醫界的代表，你覺得大家會同意嗎？付費者嚇都嚇死，就是以後沒有總額上限，所以我相信連政治人物大概也不大敢輕易廢總額，除非我們把所有可能的影響跟所有的配套措施全部都做好。

廢總額的目的是什麼？譬如，你訴求總額成長率過低，譬如說不符合物價、成本等，這個是可以的，但是你要要有數據？真的要有數據支持。如

果沒有數據，剛剛有老師提到，如果採用主計總處的成本數據不夠好，值得自己做，那就我們來做啊，所以我們是誰？最在乎的人來做，最在乎的就是醫界，我相信醫界要拿個100萬、200萬，甚至是1,000萬，做一個比較好的成本調查，有那麼困難嗎？其實真的不難，一旦有好的數據，就可以說你看主計總處那個數據都不合適，醫界吃虧很大。當然不是由醫界自己做調查，要委託一個有公信力的單位來做。

如果廢總額是因為總額成長率不足，那跟廢總額其實是兩個議題。剛剛李老師講的，其實很多國家還是都有總額，就算不是硬性的匡列，也是有一個概念來框住預算，因為所有的政府都怕醫療費用成長超過政府跟民眾能負擔的程度，這會造成社會動盪不安，醫療是社會安全網很重要的一環，讓民眾不會因病而貧，所以我覺得是不是要廢總額真的是大哉問，短期內我直覺是不太可能會討論這個議題才對。

總額下面，因為點值浮動大家就有衡量的誘因，因為大家都是囚徒，碰到囚徒困境，我不衡量，別人衡量我就吃虧了，如果是這樣，那我們要考虑浮動點值跟衡量有必然的關係嗎？其實問題的答案就是「論量計酬」。我們要講的是論量計酬，而不是點值跟衡不衡量的問題。如果在總額之下，改掉論量計酬，就不用衡量了，而且坦白說啦，能衡量的都是小病，重病的、危及生命的、大手術怎麼衡量？怎麼可能。

幾個明確的建議，第一個，我非常支持剛剛幾位老師講的，我們的支付標準表的調法實在是過度保守、過度保護保險人，因為不調他就很好控制預算，但是太久都不動他，對醫界是不合理的，不要說不公平，公平是兩邊要公平，但是不合理。那又回到什麼叫不合理？就是跟現在的成本有很大的落差，所以我們還是缺一個成本的資料，沒有這個證據，就沒有辦法做合理的、有效的、理性的溝通。

我相信醫界朋友最不喜歡聽的是，醫師的待遇占成本很大一塊，而且你待遇不好，就找不到醫師，這是一個經營管理須面對的大問題，但是醫師的待遇又不能透明。現在護理人員待遇都已經公開透明，所以支付標準表，要怎麼調才是有效的調整，我覺得還是需要營運成本的數據，就算不是非常明確，比如某一科比某一科多多少，至少大概是什麼樣子應該要有資料，我覺得這是支付標準調整應該可以做的。

總額之下最重要的是支付方式，我們現在是採論量計酬，我們現在所施行的P4P其實也是論量計酬，雖然教科書上沒有明確講，論量計酬適用在什麼地方，或者什麼時間？我自己的感受是，當資源不足的時候，鼓勵

醫師半夜都要出來看病人，你願意付出我就給你錢，這是合理的，星期六、星期日人家去遊山玩水，你願意開診，應該給你錢，這個是醫師用他們的時間換來的，所以論量計酬在資源不足，尤其是醫事人力不足的時候，這樣做是合理的。但倒過來說，在資源已經過度充足的地方，論量計酬就會變成現在衡量的現況。

當資源已經夠多時，就不需要再論量計酬了，接下來就是用論量計酬加上論質計酬，就是有一些服務很重要，但是不划算，醫生不想做，那就實施P4P，給予這些服務項目增加給付，所以那是論量計酬especially for一個特別的item，我覺得這樣是合理的。所以論量計酬，如果在大台北區已經醫療資源過剩了，就不需要，而在山地離島、偏鄉，就可以保留論量計酬。那用什麼取代論量計酬？其實在文獻上及世界各國經驗都已經非常豐富，住院就是用DRG、bundled payment，門診可以用論人計酬。健保曾經試辦過，因為當初的試辦是把住院、門診、急診全部都包在一起，所以承做的醫院或者是醫療群壓力大到不行，因為病人在別的院所花費很高，那就很麻煩。

如果住院採取DRG，門診用論量計酬，會不會壓力小很多？甚至把他切開，我剛剛跟彥廷醫師說，牙科很特別，除了口腔外科，其實牙醫服務可以很獨立，所以牙醫做門診論人計酬，我覺得有可行性。我們支付標準表應該要調整，建議能夠搭配支付方式一起討論，我非常贊成剛剛玉春老師講的，所有的制度從討論到實施，沒有個3、5年很難完成，因為醫界會怕，民眾也會怕，我怎麼知道你一改以後，會不會我要掛號都掛不到醫師，都有可能，所以是需要很長的時間。

對目前收自費情形，我覺得健保署或衛福部也應該要注意，自費會不會過度，過度到一個程度其實民怨會出來。倒過來講，我個人明確的建議是，跟醫療無關的項目可以開放自費，就像掛號費，你就取消上限，病房費你就給他取消上限，有什麼關係，如果單人房一晚2萬元，住得起的還是住得起啊，那個跟醫療服務沒有關係。一旦開放，以前是做管控，現在還是要monitor，你不能都不管，如果不管哪天出問題時，什麼數據都沒有，到時候健保署或是政府就會被責難。所以以前是嚴格管控，現在應該讓他鬆綁，但是要監控，要監控的意思是，大家都知道在醫療體系、醫療產業裡面，競爭是不會有效率的，越競爭價格越高，但是不保證品質越好，所以基本的監控還是應該存在，讓民眾有資訊可以去挑選醫療院所，

那個才叫有效競爭，所以真的有規模、管理得很好的醫院，當然歡迎這種資訊公開透明的方式，讓病人可以選擇他們，初步的建議就到這邊。

我也非常同意HTA跟HTR，至少我看到石崇良署長是很認真要先從這邊做起，我們就拭目以待，謝謝大家。

主席陳副教授永仁：

好，謝謝，大家都發言一輪了，我想以後應該還有機會繼續再向大家請教，最後副執秘要不要講話？沒有。因為跟各位多占用了20分鐘，所以今天的會議就到這個地方，還沒有用餐完畢的，這個會議室有繼續借，大家還是可以在這邊用餐，再度感謝各位的出席，謝謝。

附錄 5：如何提升醫事服務提供者及民眾端在醫療資源使用之效率

專家諮詢會議實錄

113年度多元公民參與模式探討計畫

如何提升醫事服務提供者/民眾端在醫療資源使用之效率專家諮詢會議

與會人員發言實錄(依與會人員發言內容整理)

【主席開場】

主席陳永仁副教授：

各位醫學、公共衛生跟健保相關的專家、學者，大家早安，大家好，我是臺北市立大學衛生福利系副教授陳永仁，臺北市立大學非常榮幸今年能夠接辦健保會113年度的多元公民參與模式探討相關的計畫，各位都比我熟悉，每年7月健保會都會辦理總額執行成果的評核，後續還會有總額的協商等等，依據健保法第5條規定，於審議、協議重要事項前，應先蒐集民意，必要時，並得辦理相關之公民參與活動。今年規劃辦理的公民參與活動議題有3項，今天的討論將針對如何提升醫事服務提供者，就是醫院、診所等等，還有民眾端在醫療資源使用的效率，今天的討論也有三個子題，是否先請執行秘書跟大家勉勵。

周執行秘書淑婉：

主任，還有各位與會的專家學者，有些是當過健保會的委員，有些是我們的好朋友，每年總額協商或評核時，醫界常講錢不夠，付費者則一直覺得又要調整費率壓力很大，到底怎麼去run會比較好，所以安排今天的討論主題，希望能提升資源的有效利用，講無效醫療太沉重，應該是怎麼讓資源有效率的來使用，雖然這個議題每年健保會也都有在做討論，但是我們還是希望能聽聽更多的意見，未來在總額協商，或是委員會議資料的整理，可提供給委員更充分的資訊，希望今天藉助大家的專業給我們一些建議。

我們也非常謝謝陳主任的大力協助，其實這個工作真的很難做，因為資料的整理、分析都是很困難的。今天各位專家的意見，我們都會記錄下來，當作我們未來的養分，以上，謝謝。

主席陳永仁副教授：

好，謝謝，張副執秘有沒有要跟大家說一下？沒有，好，因為今天時間的關係，我就先把今天的三個子題很快跟大家說明一下，因為事先我們都有提供資料。

第一個議題是如何提升醫事服務提供者即醫療院所，在醫療資源使用的效率，減少不必要的醫療等等。當然醫療有效、沒效、有沒有必要，不是一般人講了算數，有非常高的專業，想請教各位醫界的好朋友們。

第二個子題是，如何提升民眾在醫療資源使用的效率方面，這個部分當然健保會、健保署也做了很多的努力，譬如說使用健康存摺，還有對門

診高診次就醫者的關懷跟輔導等等，還有沒有什麼措施可以促使民眾合理使用保險資源，這是第二個子題。

第三個子題是，如何從政策面強化健保資源的妥適運用，我們知道各界都很想推動分級醫療的政策，或者是推動家庭醫師整合的照護計畫等等，家庭醫師整合照護計畫是另一個討論的議題，今天是對分級醫療政策、強化健保醫療資源妥適運用方面，目前所做的還有沒有什麼可以再努力的。今天本來擬按議題逐一討論，考慮時間的關係及大家發言的習慣，我建議三個子題可以一起講。

【專家學者】

李理事長飛鵬：

陳永仁教授，主席，還有各位先進大家好，剛剛主持人已經講過，今天這三個主題就是從醫療服務提供者、醫療使用者，還有醫療管理，這三個面向來研究看怎麼樣有效的運用健保的資源。

全民健康保險到底是保險還是社會福利？我們現在達成一個很特殊的平衡，是在過去的運作下大家建立一個平衡。但是我覺得從這三個主題來講，要怎麼樣有效運用，我覺得還是要依據人性跟制度，我個人是覺得應回歸到朝保險制度的精神，社會福利的部分則應由保險以外的預算來處理。而要回歸到保險制度的精神，應強化付費者付費的機制，我覺得這一塊是比較能符合，由使用者自己來節制使用。另在給付的涵蓋範圍及給付的費用，應要能符合世界各國的行情，包括物價指數，譬如說健保給付涵蓋範圍要廣，要有新診療項目、新藥、新特材，當什麼都要納進給付的時候，而保費收入又不足以支應，就需要增加一點點保費，因為本來是收支平衡，要再提供更多給付項目的時候，在保費或預算的編列上應要再提高一點；但對未使用者可能會覺得不公平，是別人在使用，我又沒有用，為什麼要調高我的保費？我覺得應在制度設計上導入使用者付費的精神，比如說做一個CT或MRI，民眾需要付一些錢的時候，當醫生說要照CT或MRI的時候，民眾可能會跟醫師討論，我沒有那麼多錢，這個檢查有需要立刻執行嗎？我覺得在使用者付費設計的強化上，對醫療資源有效使用是比較根本的辦法。

另外支付標準好久都沒有調整，當醫師的診察費或手術費過低的時候，醫師可能必須看很多病人，一般的人都會想說我們在衡量，但事實上我們沒辦法衡量，因為病人要掛你的號，你非得看不可。我們一個門診有時要看50多個病人，國外只看幾個而已，我們平均每人每年門診就醫次數約15次，國外才5次，表示我們門診的使用次數過多，或許是因為我們的部分負擔較低，我的想法是如果能夠強化部分負擔機制，或許就無需調整保費，這是我的一點淺見，謝謝。

主席陳永仁副教授：

好，謝謝。

黃常務理事啓嘉：

剛剛理事長他講的，過去大家都有這樣的觀點，我認為現今的醫療體系下，如果要讓資源更有效利用，可能要做很大的一個改變。因為我們的醫療體系是一個自由競爭的醫療體系，但我們健保的設計是不希望自由競爭，自由競爭叫做衝業績，也叫做軍備競賽，所謂軍備競賽，我們全臺灣達文西機器手臂的密度有多少？事實上如果我們放任整個醫療體系去做軍備競賽跟自由競爭的時候，很難讓資源有效利用，我想資源有效利用不是要賺更多錢，或者用的更多，而是讓我們用最小的成本去滿足我們的需求，這個叫資源的有效利用，所以我對醫療體系的成本就比較關心，你今天買了一台1億元的設備，這個區域假設有兩個醫學中心，各買一個1億元的檢驗設備，請問那個設備你要怎麼樣去維持？是不是要回到計畫經濟讓資源共享，這兩個醫院如果有一家已經先規劃要買1台機器了，另外一家就不要讓他買，但是讓第一家的資源去分享給第二家，也就是說其實我們在很多設備、檢驗方面，應該是要有Open Hospital，是一個open的概念。

醫療成本，有檢驗、檢查，純粹就是靠科技、機器在運作的，另外一個是靠人力，人力成本就是醫療服務的專業。醫療專業主要在醫生，因為醫生要負全責，如果治療失敗，你不會去怪護理師，也不會去怪藥師、復健師，你會怪醫生，為什麼？因為醫生是醫療團隊的leader，整個作戰指揮的司令官，其他人是by order。所以我要講的就是說，醫療專業這部分需要有一個醫療專業的費用，那個費用我們一直都沒有很大的review，而且還放任軍備競賽，如果能讓醫院用共享的方式去利用這些醫療設備的話，就可以減少醫療設備的成本，及調高支付較低的人力成本(調升醫療服務專業的支付標準)，並提升器材的利用率，使我們的資源更有效的利用。

至於衡量的問題，我是覺得不能講說衡量，應該說是一個生態的問題，因為我們的醫療障礙太低，如果有一些小病，就去看醫生了。國外的醫療障礙比較高，我常常開玩笑說，國外救護車一來，人就從地上跳起來了，為什麼？因為一上救護車可能要30萬臺幣，你敢上那個救護車嗎？救護車來了，你可能會說不用送我去醫院，我已好了，這是在美國有的現象，以前有一個笑話是說，那個躺著的人聽到救護車的聲音就醒了，因為他知道上去不得了。

我們臺灣呢？救護車還可以拿來當交通車用，這是完全不一樣的環境。以前國外世界醫師會的會長到花蓮來，我陪同去參觀慈濟醫院，他看到慈濟醫院門診室都是人，他說你們這個沒有醫療品質，他問你們一天看幾個？我說看40、50個人，他說他們只看大概不到10個，我說那另外40個人呢？我問他的意思是說那另外40個人呢？因為你的量能只提供10個服務嘛，那

另外40人就都沒需要嗎？其實不一定沒需要。以醫院來講，掛號費加上部分負擔，也要好幾百塊，如果真的沒需要的話，民眾也不會沒事幹跑去醫院花錢，所以你說衡量，我只能說障礙跟國外比，因為國外看一次可能好幾千塊，民眾當然不會動不動就去醫院，但我們這邊是幾百塊，我想幾百塊對民眾來講是不構成醫療障礙的，但我不是要我們的醫療障礙跟國外一樣，那樣不好，我們的制度有我們的優點，我們的醫療障礙比較低，如果民眾有些醫療問題，是可以比較早獲得處理。我覺得臺灣還有一個很大的特色就是，我們的門診費用比例較高，住院比例比較低，為什麼？因為很多疾病是在急診、門診就處理完畢了，而無需去住院治療，這個是我們臺灣跟國外不太一樣的地方。

至於期刊說我們很多KPI輸給國外，這有很多因素，例如國外資料統計的base跟我們統計的base是不是一樣？因為我們是全民健保，包括社經地位比較低的民眾都在我們的統計範圍內，國外他們很多人沒有保險，根本沒有辦法接受到醫療照護，所以他們並不會被統計進去，有些糖尿病人可能到死亡，都沒被診斷出得了糖尿病，他也不知道自己是死於糖尿病，所以國外死亡率一定比我們低，因為他們有的資料就是金字塔頂端的那群有接受到醫療照護的人去統計的，所以有時候統計上還是有一些bias，我不認為說我們的醫療體系是不好的，我認為我們目前的醫療體系，至少讓民眾都可以便利地使用醫療資源，我記得小時候我的祖母生病的時候，第一件想到的事情是要賣房子，我不知道大家還有沒有印象，因為可能年紀都跟我差不多。

我們在民國60、70年代沒有健保的時候，你的長輩生病是要賣房子的，國外就是這樣子啊，國外一生病如果他沒保險就是要賣房子，現在還是一樣，即使美國也一樣，我們臺灣沒有這種問題，所以其實臺灣的醫療體系是有他的好處，只是說我剛剛講的效率怎麼提高而已，我沒有說我們自己的醫療體系不好，我們的醫療體系非常好，讓我們民眾沒有醫療的恐懼感，也得到很大的安全感，但是呢，我們在效率上是不是資源可以共享，不要放任自由競爭，我們政府在做任何政策的時候，能考量到醫療院所的成本，因為任何的成本如果我們沒有去管的話，最後都會轉嫁到其他，所以成本我們一定要去關心，讓資源能夠越大、越多共享，回到更有效率的地方。

主席陳永仁副教授：

好，謝謝。朱理事長。

朱理事長益宏：

謝謝，我先講關於醫療服務提供者這一部分，健保法規定要實施總額支付制度，我覺得總額對醫療服務提供者來講，基本上是一個萬惡的醫療制度，全世界現在大概只有臺灣在做，加拿大好像也有一部分，但是那是

少之又少，臺灣又做一個這麼剛性的總額，其實醫療機構是怨聲載道，我們希望能突破。

在沒有突破前，我個人覺得如果現況都不改，政府還是要做所謂的剛性總額，把所謂的醫療財務責任轉嫁給醫療服務提供者這件事情，如果政府不願意改，我覺得在這樣制度之下，你要讓總額有限的資源能夠合理的運用的話，因為這裡面牽涉到一個所謂的資訊不對等，就是病人跟醫療機構或醫療專業人員的資訊是不對等的，病人很難判斷醫療機構提供的這個服務到底符不符合他的需求，這個不像其他物品買賣，消費者有一些基本的知識，資訊不對等這部分在醫療上相對是差距更大的，所以我覺得要有效運用的話，在制度設計上面是非常重要的。

現在總額只做了一個大的帽子，就是把整個總額的財務責任轉嫁給醫療服務提供者，但是政府沒有其他相關的配套，就是讓大家自由競爭。自由競爭的結果，當然點值就會越來越差，然後大家就想盡辦法在這樣競爭的環境中要去贏得這個競爭，所以剛剛有提到說用很多高科技，或是用很多便民的服務，就是把他變的跟一般的服務業一樣，甚至10年前還有開診的時候，所有護理師站在門診前面跟大家鞠躬，這些亂七八糟的事情都層出不窮，這個就是競爭下自然產生的現象。

所以我覺得如果總額這個制度不改的大前提下，我是建議政府要做到個別醫院總額，這個其實我們已經講了大概有10幾年了，但是政府還是聽不進去，他覺得競爭才有效率，但是競爭的最後就是犧牲整個醫界，造成現在的後果，醫界血汗、醫療品質變差，然後我們總額就越來越扛不下來，所以我覺得要對醫療服務提供者做某些程度的限制，也就是個別醫院總額。就是一個大總額，然後底下有一個小總額，每一家醫院就在這個小總額底下，你自己去評估病人的狀況是需要立刻治療，還是需要轉診或其他處置。當然做個別醫院總額，只是我個人的意見，不是我們醫療服務提供者的共識，這個很難有共識，因為收入正成長的醫院就不會同意做個別醫院總額。

像我是代表臺灣地區醫院，基本上我們收入比較不成長，所以我們的訴求當然希望做個別醫院總額，但是如果成長型的醫院，每個月都成長10幾%，甚至新的門診大樓一蓋就成長20、30%，那些醫院他一定不希望做個別醫院總額，同樣的道理，就像我們醫界也不希望做大總額的概念是一樣的。

但是我覺得如果剛性總額不變的話，是一定要做個別醫院總額，因為這樣才會有誘因讓每一家醫療機構去選擇適合在他那邊就診的病人，在一定的資源下，每一家醫院都有一個資源的額度，在這個額度範圍內他可選擇對病人最有利的醫療，也可以避免發生剛剛飛鵬理事長講的衡量問題，在現行制度下我是強烈建議應該要考慮做個別醫院總額，這是第一個。當然個別醫院總額，有其他很多的配套，等一下我會再提到。

第二個，如果繼續採目前的剛性總額的話，應要重新檢討支付標準到底合不合理，會不會有現在所謂的通水管比通氣管還要貴。大概好幾年前我看到一個新聞，大概半夜1、2點吧，有個人家裡水管突然破裂，找了一個水電工來，他開價1萬5，那人就問為什麼要那麼貴？他說因為半夜我要睡覺啊！我們醫生如果是半夜被call來急救插管多少錢？這個在座很多健保專家都知道，我就不要講了，所以當然是通水管比通氣管還要貴。

蘇清泉蘇委員在上個禮拜質詢的時候也講了，住旅館比住醫院要貴，住旅館純粹的專業就是服務，那住醫院除了服務以外，還有醫療專業人員，結果住旅館比住醫院還要貴，而且貴好幾倍，甚至超過5、6倍，甚至到10倍都有可能，再舉其他的例子很多啊，你做心臟按摩比做人體按摩還要便宜，CPR才給付多少，你去做一個馬殺雞多少錢，一罐點滴比一罐糖水還要便宜，比7-11買的一罐飲料還要便宜，這個我覺得都是亂象，我覺得政府需要正視支付標準的合理性這件事情。

但這個是誰的責任，當然是政府的責任，這個就是在總額底下的一個配套，但是很不幸政府這件事情並沒有做，不是說完全沒有做，是沒有很積極的處理，我們總額做了20幾年了，這件事情都還存在，理論上你做了3、5年，這個事情都應該解決了，但是做了20幾年，政府顯然忽視這個支付標準的合理性，沒有放在第一位。當然你做總額的話，政府就有一個重要的目標，就是讓點值穩定在每點1元，但是政府這件事情也沒有做，所以我覺得在大總額底下，政府也有一些相應的責任。

最後還有一點，是對醫療服務提供者來講，我覺得政府也要透過其他管道，包括對醫事人員的管理及制度，甚至評鑑，因為現在大部分醫院，無論是大醫院還是小醫院，醫師主要的薪資來源還是論量計酬的概念，就算你上面有一個大帽子給他框住，但是對醫師來講他還是要做得越多他的收入才會增加，所以這一部分政府應該以更積極的方式去引導醫院改變對醫師的支付方式。雖然現在有規定要給底薪，但是很多醫院、醫學中心給醫師底薪3萬、5萬、10萬元，那個根本就是不成比例的底薪，當然有部分的醫學中心我知道不是用服務量，但是少之又少，這些是在總額底下對於醫療服務提供者方面，我建議的一些配套措施。

另外，對於民眾端，我建議的第一個，當然就是使用者付費一定要落實，使用者付費怎麼落實？當然部分負擔是一個最實際的方法，但是政府往往因為選舉、政治的考量，不敢去合理的調整部分負擔，現在部分負擔平均還是10%，這個是俗又大碗，難怪民眾的滿意度會這麼高。當部分負擔再增加1倍的時候，顯然的滿意度會降下來，但是相對的民眾就醫的需求也會降下來，政府是要博得民眾的歡心、贏得選票呢？還是要真正對總額資源的有效利用這件事情做處理？這個層次太高，我沒有辦法判斷，或許我們對面做過政府長官的可以有一些comment，但是我沒有辦法判斷這

件事情，就我這個小小的頭腦去推斷的話，今天這個題目當然是以醫療資源有效利用為優先，所以我覺得合理的部分負擔是必要的。

當然合理的部分負擔是必要，那現在也產生一個問題就是，部分負擔該怎麼訂，如果採定額的話就會產生，前陣子有醫院發現病人自費付的費用比用健保還要便宜，就鼓勵民眾用自費的方式就醫，這個事情當然我覺得要同步去處理，是否就是回歸健保法定率的規定，用百分比的方式來收部分負擔，當然付費者可能會不同意，因為付費者是資訊不對等，如果醫師幫病人做了很多檢查、CT、MRI，結果部分負擔金額非常高，病人到底有沒有做這些檢查的醫療需要，卻要民眾付高額的部分負擔，當然這有一點爭議性，但是我覺得政府應要去考慮部分負擔合理性這件事情，我覺得現在的部分負擔是非常非常地不合理。

另外在民眾端，我們是不是要考慮跟付費者團體一起來推動轉診制度？轉診制度如果光靠醫療機構來推的話，那成效有限，因為畢竟我們就醫太自由，我們是不是要像其他國家一樣，有守門員的概念，當你完全都經過轉診的話，民眾就醫的自由度會受到很大的限制，我們是不是中間要去做一些折衷，透過付費者團體大家一起來推轉診制度，這個我覺得是可以考慮，那這個也是政府要去做的事情。

第三個，對於分級醫療的政策，我剛剛提到很多政府應該要做的，還有一個就是政府對於分級醫療這件事情，目前也是兩手一攤不管，我覺得在支付制度上應該要去做引導，某些疾病應該在大醫院做的，它的成本不夠，可以在支付上給予一定程度的加給，某些疾病應該在診所或是小型醫院做的，在同樣支付制度上，也應該用鼓勵的方式給做的醫院加成。這件事情大概在最近2、3年才開始有一點成效，因為這2、3年開始把醫學中心跟區域醫院，還有地區醫院，在醫院總額裡面分成兩大部分，醫學中心、區域醫院有分級醫療的強化急重症的預算，每一年大概編列10億元，然後由醫學中心跟區域醫院自己來訂定他們覺得哪些支付項目要加強的；地區醫院也大概每一年編列差不多5億元，針對地區醫院認為他該做的地方給予加成或是獎勵，這個我覺得有成效，為什麼有成效？因為今年某一家地區醫院升成區域醫院後，因為現在政府有規定地區醫院到達某一定規模以上就必需要升為區域醫院，所以升上去以後發現現在收入比原來是地區醫院還要低，就是你升為區域醫院，醫院的收入反而變少。為什麼？因為它的醫療服務型態就是地區醫院的型態，地區醫院有一些支付加成項目，但因為它大型化必須升為區域醫院的時候，就會發現收入降低，也會逼得醫院去調整它的服務型態，慢慢轉向大型醫院該有的型態，我覺得這個就是支付制度的引導，當然很可惜現在才做了2、3年，但是健保做了30年，這些事情政府也從來不做。

另外，在政策上，我覺得評鑑是很重要的一個手段，我覺得政府要加油，不然的話，怎麼會今年又多增加兩家醫學中心，臺北區又增加兩家醫

學中心，這個實在是開分級醫療的倒車，但是我又看到，嘴巴講是這麼一回事，但是做起來都是另外一回事，很失望。

另外，還有就是剛剛提到的醫療機構的設立這件事情，他不能像開7-11一樣，醫院要開哪裡就開哪裡，政府有一套CON(certificate of need)方案，但是我們還是看到某一家醫學中心、某一家大醫院，現在北中南到處都要開499床的大醫院，為什麼499床？因為超過500床要送中央審，超過500床有一個比較嚴格的規範，所以每家醫院都開499床的大型醫院，臺北區聽說未來就有超過2,000床，大概近3~5年會開設，屏東2,000多床已經開設出來了，前一陣子是新竹，也是大概1,000、2,000床，都是超過499床的大醫院，難道政府沒有審嗎？所以我覺得政府應該要落實醫療機構的審查，特別是在中央的醫事審查委員會這邊要去做把關，當然這裡面有很多政治力的介入，就看政府要不要挺住這些外界的壓力。

最後一點，對於政府在分級醫療上的政策一定要做鬆綁，我舉個例子來講，現在很多醫事人員都在大型醫院，大型醫院變成一個大型的醫事人才庫，但是大醫院不願意願釋放這些醫事人才庫到基層醫院，你怎麼去有效地推動分級醫療呢？我舉個例子，像我們醫院需要某一家醫學中心來支援的時候，這個醫學中心就講，我派一個教授級的去，每一診3個小時，你要先給我醫院1萬塊的費用，這樣怎麼推動分級醫療？所以這個是政策應該鬆綁，是不是要有這麼嚴格的限制，剛剛講了一大堆都是抱怨，但是我把這些問題也都丟出來，特別謝謝陳教授給這個機會，有機會讓我在這個場合再抱怨一下，謝謝各位。

主席陳永仁副教授：

謝謝朱理事長，我們把相關的意見都彙整起來給各界來參考。

洪副院長子仁：

我想我們探討今天這個題目的時候，要先確定幾個事情後，再來往下談。第一個是制度決定行為，就是說我們保險制度設立的當時，民眾的行為已經決定了，就像健保是社會保險，這就是我們的制度，這個制度設立的當時，行為就已經決定了，就是我用的都是應該的，你們用的都是浪費的，都是你們在浪費，不是我在浪費。新加坡的制度不是，新加坡的制度是，因為民眾要拿自己口袋的錢，所以會避免生病，這個制度一設立就已經影響後面的行為了。如果制度會影響行為，我們是社會保險制度，我跟盧瑞芬老師的研究發現醫療的投入與產出有相關，但沒有因果關係。所謂相關性，是醫療投入越多，我們看到產出部分，即健康指標的outcome，是往好的方向，這是實證的東西，我覺得也沒什麼好說的。

第二個，雖然制度影響行為，但民眾是可以溝通的，我從這兩年的觀察發現民眾不是鐵板一塊，並非你要漲他保費，他一定反對，不是的，民

眾是可以溝通的。就像3年前我們提出使用者付費，其實就是在鋪陳部分負擔的調整，所以去年部分負擔調整比預期來的小的時候，其實民眾的滿意度還是維持在9成以上，這代表說民眾沒有那麼笨，你只要拿得出東西來告訴他說為什麼要這樣做，他是會買單的，所以大家不要一直認為說，好像我們要調高保費、要增加支出，民眾就必然要反對。當然，如果你做的過程中有一些政策或效率有浪費，當然民眾要反對，如果做的對民眾是正確的方向，民眾幹嘛要反對，這人性嘛。

所以我接下來要講的是說，目前我們看到的一些現象，應要探討背後的原因。什麼現象？第一個民眾高滿意度的現象，因為看病很方便，從現象來看，民眾對目前我們的制度是高度滿意，可是問題是，醫療服務提供者的滿意度是低於50%以下，所以如果一個制度只是部分人滿意，但是醫療服務提供者已經不是那麼滿意的一個情況之下，我們不去調整，那最後的制度就是民眾很滿意，但醫療服務提供者都走光了，這個制度也沒辦法往下走，對不對，所以這是第一個現象。

第二個現象，我們也看到醫療機構這兩年醫事人員陸續離職，我想大家也很清楚，這是薪資待遇的問題。

第三個我們也看到一個現象，我們在很多新藥跟新科技的導入，不可諱言就是比日本、韓國來的慢，尤其是過去，我常講過去10年前，或許那時候也沒有什麼癌症新藥，如果是terminal的話，有錢、沒錢都是準備劃上人生的句點了。可是現在不是，這兩年新藥新科技一直出來，尤其癌症新藥都出來，它可以續命，但問題是要付出高昂的代價，那這個代價是誰要來付啊？是全民健保大家一起來付，還是像現在請民眾自己去買保險、自費去負擔？這個就是我們醫界目前的現象，就是因為錢不夠，造成新藥跟新科技導入的速度變慢，昨天我還在電視上講，美國癌症新藥FDA通過12項indication，日本60天就納入他們的健保給付，我們臺灣555天只能納入1/3，我想在座的大家都很清楚，為什麼？因為錢不夠嘛！有錢不一定會好，但沒錢萬萬不可能會好，大家要先承認這件事情，不然我們也沒辦法再探討，因為今天探討的有幾個面向，我現在講這整個架構的一個問題。

所以，投入跟產出之間的關係，我也跟啟嘉回應一下，臺灣的健保我沒有說他不好，Numbeo雜誌說台灣健保看病方便，世界第一，看病的性價比，付的錢不是很多，服務非常好，這世界第一。我們可以思考在整個照顧民眾健康上，最後的目的是什麼？是希望民眾平均餘命延長，癌症的5年存活率能提高，是不是這樣？就這點而言，Lancet雜誌有3篇paper都說我們在這些健康指標的表現，全世界是排37名，亞洲是排第4名，這事實在這邊，不是說不好，而是說當我們在國際的平台一比，有人比你更好。這個也不是我們這些醫療服務提供者的責任，因為我們只收一點點的錢就得到37名，就好像說學校都不給棒球隊經費，結果打棒球還打到全世界第2名，你說這樣好不好？當然很好啊！表示我們這些球員都刻苦耐勞，用破手套

在那邊練習，政府都不給我們錢，學校都不給我們經費，我們還打到全世界第2名，好不好？很好，可是我們是不是可以說，再多一點資源，我們可以拿世界第1名，我是把這個觀念跟大家報告。所以，起碼從Lancet雜誌15、16、19三篇報告已經指出來，我跟各位報告，指出什麼？第一個，就是我們在很多的健康指標上，事實上是還有精進的空間。第二個，我們在慢性病的照護上，像是糖尿病的分數只有44分，這也就是我們一個很大的警訊。我先做一個小結，解決問題是拿出具體行動，以目前的現況我認為採取具體的行動有三個。

第一個很簡單嘛，就是健保總額成長率每年要在6%以上，可能才有辦法迎頭趕上在支出不足的這部分。第二個，總額要不要改我沒有意見，但是要固定點值，讓醫院的財務具有可預測性，不然醫院服務1點到底可以收入多少我們都不知道，所以很多人批判說，為什麼這些院長們都要請他下面的人去發展自費，不得已嘛，你收入有限，醫院要永續，永續要經營的時候，沒有錢怎麼辦，只好去發展自費，他們開玩笑說這叫「美停企業」，美食街跟停車場的企業，但是我想這不是一個醫療業務永續經營的生存之道。一個醫療要永續經營還是要靠本業起碼能夠維持一定的獲利率，我們醫界的訴求也不是說獲利率要多高，起碼應該有2~3%吧，對不對，可是現在你看2018年的財報，19家醫學中心本業11家都虧損了，你再去對照民國89年的財報，那時候我還記得，印象很深刻，我們新光醫院本業獲利是9%，董事長說不錯耶，新光醫院本業哦，民國89年，他說你去看看長庚的，那時候長庚不但沒有虧損，本業獲利還是15%。

這幾年來醫界基本上都不想講話，這個缺口我們就吸收嘛，你們想嘛，如果一年的獲利9%，你們就覺得還可以，8%當然也還可以，7%OK，6%，5%、4%、3%，到現在已經都快淹水了，所以這兩年為什麼醫界開始，包含我在內，開始出來倡議這個題目，因為如果我們認為這個系統還要繼續往下走，不是不好，是有可以調整的空間。

剛提到第一個建議是，6%以上的總額成長率。第二個，點值固定。至於他們說要修法、要幹嘛，那個都是技術性問題，但是方向我是建議，怎麼樣去保障醫療機構固定收入的那個部分。第三個，就是如何控制民眾的門診利用率，能夠從現在的15次降到13次，但是這個我看起來就需要一些配套的措施。

我剛才先從宏觀的角度去看整個制度面的問題，接下來我就來講另外一側，就是說我們在政策工具上跟制度上有沒有什麼可以去調整的部分。第一個我先講部分負擔，我跟各位報告，部分負擔這個政策工具有沒有效？從我的實證看有效，你們去看107年的急診部分負擔實施以後，這個蔡副署長很清楚，我們急診的總量都可以控制了，這幾年急診的總量沒有再往上，甚至還有微幅下降的趨勢，這我覺得107年大幅調高急診部分負擔，讓民眾不敢再一點點的感冒什麼就往大醫院或區域醫院急診，我覺得是收

到那個效果，變成我們現在看到的現象是，急診的數量在下降，但是一、二級的比例在提高。像去年7月又調一次急診的部分負擔，我跟各位報告，其實現在全國急診的數量、總量你們可以去看，其實不但沒有增加，甚至是往下的，為什麼？因為民眾知道不能亂看急診，不然很貴，他不敢亂去，這第一個。

第二個，從另外一個角度說，我要肯定的是部分負擔絕對有效果，所以未來的政策工具上，部分負擔這個工具還是要用，也就是說怎麼樣去設計使用者付費，檢驗跟檢查要付一點費用，我覺得這個還是必要的，否則即使我們總額成長率增加了，過幾年還是會又不夠用，因為這個制度影響行為，我剛剛已經講了，所以部分負擔政策一定要有，檢驗跟檢查的部分負擔，我覺得還是繼續要做，否則現在看病這麼方便的情況之下，你沒有透過一些政策工具很難控制就醫的行為。

再講轉診制度，我跟各位報告，我覺得現在體系的轉診制度，除非是說要把部分負擔的差異化拉大，否則這個制度不可能建立。對民眾而言，生病要嘛就是到大醫院就醫，要嘛就是診所，所以為什麼社區醫院這幾年會那麼辛苦？其實跟這個轉診制度有關，但是這個制度要把他建立起來，除非有高度的政策力介入，否則是不可能的。這個高度的政策力介入，譬如說，拉大未經轉診的部分負擔，除非是這樣，否則不太可能，但是政策敢做嗎？我看應該不太敢做。所以我的意思是說，不是沒有辦法，但是我認為要比較高的政治力或政策力的介入，轉診制度才有機會做起來。

所以，以上我的總結就是，基本上臺灣目前這個體系對民眾端來講，民眾是高度滿意的，那對醫療的提供者來講，事實上是已經面臨永續經營的架構問題。我們如何在目前的基礎上能夠往前再去精進？對於這種公民議題應該是由專家帶領公民參與，而不是說讓公民他們自己去判斷，也就是說這種事情是屬於高度專業，到底保費要不要調高、總額成長率要不要提升，我覺得這是我們專家學者們應該要帶領民眾去往這個方向走，但是民眾可以參與，因為事實的真相，其實只有我們自己最清楚裡面的一個內容，包含我剛才講的那些指標，其實大家都可以去看一下。

最後我是覺得今天這個題目，我在想可能大家還是要有一些共識的凝聚，我們的醫療體系不是不好，是我們的醫療體系在資源很少下，已經做的很好，民眾不能再期待說，不繼續給資源還要做的像現在一樣好，那是把自己逼死而已。

黃常務理事啓嘉：

其實我的意見是跟你一樣，（洪副院長子仁：那就好）我的意思就是說，今天議題一是在討論我們如何用20名的設備考第2名，這個議題是說，如何提升醫療提供者在醫療資源使用的效率，不就是要我們用20名的設備拿第2名嗎？如果用20名的設備拿第2名就是效率很好啊。但如同你剛提的，醫界目前是有困境的。

主席陳永仁副教授：

好，謝謝洪副院長跟黃常務理事。

李監察人永振：

各位專家早，我本來是想付費者最後再講話，不過醫界已經發表一些想法，我就從付費者的角度來分享看法。

首先要跟各位分享我今天坐在這裡的心路歷程，因為今天這個主題對我來講還在學習階段，今天的主題健保署已經規劃、執行、檢討10年了，本想說健保會委員討論年度總額後，還會有空間嗎？後來是看到兩個現象後，覺得空間還蠻大。第一個就是111年度抑制資源不當耗用改善方案(下稱改善方案)執行結果，健保署報告有撙節了36.28億元，表示空間還蠻大的，就這一項而已就36億元。另外一個又看到一篇李伯璋前署長，他以醫院院長跟健保署署長的角度發表一篇文章，他強調說要務實面對不必要的醫療行為。他自己也承認換了位置換了腦袋，就是說他當院長要求部屬的想法，跟當署長時不一樣，這個大概就跟剛才醫界前輩在講他們的苦衷一樣，所以後來想一想應該還有空間。剛才洪副院長提到未來總額的成長率要6%以上，這個我沒有意見，可能是真的醫療需要，但是政府相對應要拿多少錢出來，付費者擔心費率6%以上的天花板什麼時候會破掉？都是6%以上，但醫界與付費者的角度不一樣，這個問題就丟給政府去考量，這以前的場合已提過好幾次了。

我今天在這裡嘗試著，可不可以從過去的做法中找到一些還可以精進的地方。譬如說，113年度改善方案是在去(112)年12月底討論，但討論時所提供的執行情況跟檢討，是用112年第3季的資料作參考，而111年全年的執行成果是在112年5月提出來報告，所以我在想這3件事情是不是可以把它連在一起看。我本人在民營企業曾負責規劃年度計畫，在處理年度計畫時，一定要先檢討當年度有什麼問題、外界環境有什麼改變，再針對問題擬訂未來的計畫，這樣才對，所以我建議未來應把前一年度完整的執行成果，還有當年度到提出方案討論時的執行情況，一直到往後的一個新年度要擬訂改善方案結合在一起，這樣才真的可以深入了解問題、掌握問題，才有辦法去解決問題，這是我第一點想建議的。

剛才主席在提升民眾端醫療資源使用的效率方面，提到健康存摺的使用，我覺得這個相當不錯，也有漸進式的方式，一開始先鼓勵民眾申辦健康存摺，後來再增加使用率，近幾年申辦與使用情形好像都不錯，是否也應該去了解當時會有不錯的成績，是否因為疫情期間民眾會想去了解自己的健康狀況，像現在113年疫情已經過了，去申請的人數應該也到某一個程度了，坦白講多少我們就不看了，因為沒有看到那個資料，只看到執行

值有超過目標值。現階段的重點應該轉到提升使用率，這項指標才應該會比較有效。

有關就醫次數部分，健保署要不要派人去了解、輔導？我個人的淺見，如果民眾是因有就醫需要才去看病，並不是浪費，在統計時應該要排除這些資料才對，因他真的需要看病，如果是逛醫院的，就要加強力道輔導，這樣這個指標在運用上會比較有意義，如果沒有這樣區分的話，認為一年365天就有1/4的時間在就醫、就醫次數超過90次就不對，但民眾可能真的是有需要，並沒有濫用，我們也應該用不一樣的角度去對待他才對。

另外我認為健保署跟醫界在研擬相關計畫時應更周延，尤其擬訂新增計畫時，在時間掌握上要越快越好，既然已經有預算了，例如112年度醫院與西醫基層總額新增專款項目，其中一項為醫療器材使用規範修訂之補貼，調整受影響的73項診療項目的支付點數，直到112年11月1日才生效，那在支付點數調整前，1~10月自行吸收單次使用醫材成本的醫療院所怎麼辦？朱委員跟我一樣有參加健保署醫療服務共擬會議(下稱共擬會議)，在去年12月共擬會議，健保署提出「配合醫療器材使用規範，單次使用醫材點數調整計畫」，來補貼1~10月自行吸收單次使用醫材成本的醫療院所，在討論過程付費者一定會有不一樣的意見，後來還是通過了，那個調整計畫財務預估多少錢？約13.4億元，也不是幾千萬。

認同醫界一定真的有需要，但是付費者認為要明訂遊戲規則，各家醫院在未調整支付點數前的處理方式可能不一樣，有些是醫院自己吸收醫材成本、有些是要求民眾自費，要如何查核醫院是否自行吸收醫材成本，當然這些健保署同仁會處理，但是付費者還是有點不太放心，而且這樣去補助，跟原來這個預算編列的目的有相符嗎？我再強調一下13.4億元。

我想提出另一看法，或許有點偏離今天的討論主題，但是我覺得應該提出來給大家參考，就是因為現在兒童醫師好像也有離職潮，政府就開始要重視，所以今年大概編了4.6億元，分兩個部分，一個是西醫基層總額「強化未滿4歲兒童之基層專科醫師照護」，預算編列1.225億元，將4歲以下兒童第一段門診診察費專科醫師加成提高到13%；另外一個是「提升醫院兒童急重症照護量能」，編了3.38億元，兩項加起來約4.6億元，第一個1.225億元的部分較沒問題，昨天媒體報導健保署說提升醫院兒童急重症照護預計5月會上路，就有醫師提出不應只針對兒童急重症加成，他說照顧普通病房兒童並沒有比較輕鬆，尤其一、兩歲兒童會哭鬧，需餵奶、換尿布，都可能需要護理人員幫忙，同時還要安撫家長的心，建議應全盤檢討整體兒科醫療，聽起來好像也有道理。

我今天要講的是針對提升醫院兒童急重症照護量能的部分，好像有點問題，健保署提出方案是不分年齡未滿19歲一律加計2成，本來診察費及護理費就已經有按照難易度區分了，未滿6個月是加成60%，6個月~未滿2歲是加成30%，2歲~未滿7歲是加成20%，7歲以上就沒有加成。新的方案就

是一律再加成20%，聽起來怪怪的，後來我又發現民法對成年的定義為滿18歲就成年了，滿18歲到未滿19歲還要再加成，雖然是針對急重症，但這樣就有一點離譜。另外，病房費跟提升照護量能有關係嗎？以付費者的角度來看，會覺得是否因有預算就把它花完，將來媒體報導時可能不見得會講得這麼詳細，雖然這與今天的討論主題無關，但是可以從這看到，思考的過程好像還有很大的精進空間，所以也藉這個機會提出來給各位參考。

有關政府政策的部分，我有4點看法，剛才醫界先進也有提到家醫計畫跟分級醫療，這在健保會一直是付費者很關心的一個主題，在此也提出給大家參考。家醫計畫是從93年3月12日開始試辦，至今已試辦20年了，投入了397億元的預算，應該不算小，106年又開始推動分級醫療，付費者一直看不到家醫計畫的成效。從106年到現在已7年了，若把家醫計畫切成兩段，將106年到112年的家醫計畫預算跟分級醫療的加在一起，全部投進去了443億元，付費者會覺得這麼多錢，怎麼成效好像有限。家醫計畫在這一次公民參與活動是另外一個主題，也期待那個主題會討論出一些結果來。至於分級醫療，在去年6月的時候媒體有報導，醫改會也提出所看到的問題點，希望政府可以針對那些問題點著手解決，看有沒有辦法能有一些成效，這是第一項。

第二點就是有關於新制部分負擔，依據健保署所提供的資料，對低收入戶沒有影響，中低收入戶及身心障礙者去年下半年就醫的次數好像都有增加，急診的部分是持平，剛才洪副院長提到急診部分負擔調整對減少急診就醫次數好像是有效，但是從健保署的資料看來像是持平。

不過這裡面有一個需要考量，因為比較基礎是111年跟112年，這兩年疫情比較不一樣，所以是不是就可以這樣肯定的去做結論？應該有待觀察。不過對於我們所關心的兩個議題，我個人是覺得效果有限，我有一個親戚他有領慢性處方箋，他抱怨說，本來要付570元，現在變800多元，因為他是去區域醫院就診，拿藥的話才去藥局，拿藥沒有部分負擔，但是就診的時候原來是570元，現在變800多元，他只知道有付比較多的錢，但不知道為什麼。會不會care？差不到300元應該不會care，所以我講的效果有限是這個意思。但我們擔心的是民眾會不會延誤就醫致使病情惡化，應該也不會，因為照剛才講的，雖然不可以直接比較，但那個趨勢是往下的，好像並沒有因為這樣而減少就醫，對這個大家也就可以比較放心了。

剛才醫界先進有提到說，要讓民眾有感，坦白講我也同意，不過付費者在考慮這議題時會擔心弱勢團體，我一向都主張要去協助那些弱勢族群，但不是從健保的費用上去考量，而是應該把它分開，因為健保就是保險，保險要繳保費就是有對價關係，如果對他們有優待的話，對特約醫療院所不公平，對付費者也不公平，社會保險跟社會福利要切開，弱勢的部分要從社會福利那邊去處理，就是用社會福利的經費去補助他，但是在健保這邊的話並沒有弱勢那一塊的考量，應大家一視同仁，這樣才對，也無須擔

心部分負擔額度提高太多、太大，對弱勢族群的影響，如果能分開處理，將能使整個制度更加完美。

第三點，在改善方案實施目的有提到「執行本案包含所撙節之非必要醫療費用支出，亦將回歸健保總額」，剛才提到111年只有36.28億元的成效，都應該要回歸健保的總額，這個規定已經出現了有幾年了。另外在行政院核定年度醫療費用總額時，國發會曾有一個附帶建議，強調健保改革所節省的效益應該要回歸總額考量，這樣比較合理。我記得5年前健保會委員會會議，就曾提出來過，但至今都沒看見政府部門有採取什麼作為，我下午要去參加社保司召開的114年度總額範圍擬訂方向會議，也沒有看到這部分，但是社保司今年初曾來函請健保會在3月18日前提供114年度健保總額基期之扣減項目及額度，我有一點不解，表面上看起來好像都有在做，但執行上就是一直踏不出去，衛福部一直要健保會提出來，我一直覺得健保會怎麼可能提，他又沒有資料怎麼擬出作法呢？應該社保司跟健保署合作，等一下蔡前副署長或許可以說明一下，總歸就是方針已明確講了，好像也要重視這件事，但是就是一直踏不出第一步。

最後一點，應該是說特別案例要特別來處理，我個人是覺得說，對於一些極端高額的給付案例，應該應由政府以公務預算的方式來支應，譬如治療髓性肌肉萎縮症，一針要4,900萬元，已經有1個6個月嬰兒使用了，藥費4,900萬元真的很高，雖然一輩子只注射一針，但是一個人就用掉這麼高的額度，像這種極端高額醫療費用的情況，應該政府要編公務預算來支應。

另外像血友病跟罕病，過去我常常講的就是在102年的血友病每人年醫療費用位居第一名，我永遠都記得這個，103年變第6名，2年用掉多少錢？1.5億元以上，1個人2年用了1.5億元以上的藥費，像這種極端的情形，應該要另外處理才對，因為健保總是大家付費，這樣較能符合公平正義的精神，以上淺見，謝謝。

主席陳永仁副教授：

好，謝謝李監察人，接下來請蔡助理教授。

蔡助理教授淑鈴：

這個系列的活動，我是第1次參加，所以一開始我想聽聽，在我離開健保署2個月後，大家現在在想什麼。剛剛李永振監察人提到請蔡前副署長說明，我沒有要回答。我今天沒有立場回答剛提的這些問題，這些議題，我當然是熟悉、也知道有一些問題，但因為今天我的立場已與以往不太一樣，所以我就share個人的想法。

剛剛聽到三位三層級醫院代表的發言重點，包含總額不夠、固定點值、軍備競賽、使用者付費，支付不夠等。但我們可想一想，其實李飛鵬理事

長和朱益宏理事長都對醫療市場很瞭解，84年健保開辦的時候，還沒有總額，那時的醫療費用約2,000億元，現在已經8,000億元，是4倍成長，為什麼成長這多大家還覺得支付不夠呢？這件事情可能就像洪副院長剛剛講到，我們一開始就要想清楚我們的理念及我們對制度的理解。我們試著想為什麼醫療費用會從2,000億元成長到8,000億元，那時投保人口約2,100多萬人，現在也不過2,300萬人，那時也是全民納保，並不是有些人沒有納保，是疾病變嚴重嗎？為什麼會這樣？其實很大的一個關鍵是醫療系統的膨脹，就是那時候的醫療市場跟現在的醫療市場已經截然不同，它已經整個翻盤了，為什麼會翻的速率這麼快，以至於造成大家認為競爭非常的火熱，最主要的一個關鍵就是這個制度造成的。

這個制度告訴所有的投資者，只要提供服務就可以獲得支付，於是所有的私人醫療院所都願意投資，健保開辦時部立或市立醫院的費用占率是高的，後來都節節敗退，被私人醫療院所取代。在座有來自醫學中心、私人醫療院所，健保剛開辦時有很多小醫院，現在大型的區域醫院很多都是診所變成大型的區域醫院，這麼快的銳變，其實是制度告訴所有的投資者，你們任何的投資是拿得到錢，在這樣的局面之下，大家拼命投資，最後就開始競爭了，因為越來越大之後，大家就競爭更火熱，可是看病的人沒有變多，但是有沒有好處？非常大的好處！因為大家看病的可近性變得非常高，很容易獲得醫療資源，可能同時也會有很多新的設備、環境的改善，但任何醫療品質的提升，都是對價的。我們如果說健保開辦時醫療費用是2,000億元，現在8,000億元是不合理的，我們也不同意，因這4倍的成長是有付出代價的，換來了就醫可近性提高、醫療品質提升，同時間醫師的人數也在增加。

我要講的一個重點是，我們現在面臨的問題是健保總額已經到8,000億元了，也許付費者覺得8,000億元很多了，可是這28年來物價也在上漲，不能用絕對金額來比，這樣不公平。我們走到今天，Numbeo提到健保的優點，Lancet也點出我國健保的缺點，如果我們真的痛下決心要來檢討這件事情的時候，我當然也不太認同很多人說是錢不夠的問題，那要多少錢才夠呢？可能要天文數字才夠，但我們的社會也承受不起，是吧！我們應要了解究竟想解決什麼問題，我完成贊成投入再增加，就是總額可以更增加，但是增加總額可以換到什麼，若沒獲得額外的東西，是很難說服大家增加費用。我個人覺得，現在的問題並不是大家看病不滿意，或者反對提高部分負擔或保費，我認為這些都是可以溝通的。如果增加1%是80億元，增加2%就是160億元，就算我們增加200億元好了，重點在於若投入200億元卻什麼都沒改變，為什麼要增加200億元？我們從來沒有去討論我們到底要改變什麼，我覺得這件事是很嚴肅的。今天如果我們願意多花200億元，但什麼都沒有變，為什麼需要花200億元？值得嗎？對不對。

接下來我要講的是，我們現在的問題是什麼，剛剛洪副院長有講國人平均每人每年看病15次，亞洲各國，像韓國、日本也是看這麼多次，但是我們跟他們結果卻不太一樣。我們應該認真想一想，為什麼需要看病那麼多次？如果看那麼多次，再看下去結果也一樣，那看多了就沒有意義。所以，我覺得重點不在於看病次數多少、或者是總額是不是應該調高，我覺得應該是到底怎麼樣做可以變得比較好，我們再來花錢。

另外為什麼需要看病那麼多次，我覺得是我們看病的模式有問題，今天造成看病次數這麼多的現象，主要是片斷醫療在大醫院很嚴重，但是我們一直都沒聽到醫學中心、區域醫院、地區醫院提出醫療體系或看病模式的transfer，要如何做比較大的改善。台灣的醫院是一個封閉市場，主導權不在於主管機關要你做什麼，而是在於院長要你做什麼，因為醫院員工都是領醫院的薪水。片斷式醫療對病人來講是一個非常大的suffer，今天大家年紀都還不夠大，等到年紀很大滿身都是慢性病的時候，就會思考就醫可近性、方便性，若要一直跑醫院分科看診，一直看下去的結果，就是不好，因為沒有人為你全部負責。

第一項建議，對於醫療提供者，我認為大家執著於總額的大小或者點值，就醫那麼多次就是會造成點值稀釋，如果看病模式不改的話，是沒有辦法有好的點值，這是一個交換，我覺得可以再多投入一點預算，來換取看病模式的改變，特別是面臨高齡化、疾病慢性化的社會，改變慢性病的看病模式，對醫界及病人是雙贏，醫療提供者也可因此獲得更多的支付，why not不做改變呢？這件事情真的是要嚴肅看待。如果一味地要付費者多投入錢，醫界卻什麼都不動，仍是繼續衡量、就醫次數增多，繼續片斷式醫療，我不認為這是台灣之福，會變成台灣的死路、醫療體系的死路。

外國人到台灣會覺得台灣醫療俗又大碗，原因是他只看病1次，他的就醫經驗只有1次，他不是long term在這裡住3年、並沒長期看慢性病，他僅就醫1次，而且是得到VIP的待遇，又用最便宜的收費就醫，當然覺得非常的驚艷、非常的excellent，他的經驗並不是一般民眾的就醫經驗。

今天3個討論議題，分別是provider、consumer及政策面要做什麼。現在健保是有個總額預算在那裡，也有很多的支付制度，但是如果今天都是談些枝微末節，對於整體的這些事情都沒有改善，我覺得任何投進去的錢，最後都是the same，不會改變什麼，那這樣對我們都不是福。健保至今快要滿30年，面臨的已經不是效率的問題了，而是永續的問題、要怎麼走下去的問題。我們效率很好，1個醫學中心1天可以消化1萬個人次的門診，全世界哪個國家可以做到這樣？不可能的嘛！首先我認為在總額的架構之下，應該要提升效率，效率提升的方式就是看病模式的改變，付費者無法提出如何改變看病模式，這個必須provider來做，而provider應該要破除層級之間的觀念，包含基層，這件事情如果醫界真的可以提出來，我覺得付費者應該要雙手贊成，因為這是一個雙贏，大家不夠老不知道現在

老人看病很辛苦，我第一個建議就是改變看病模式，特別是面對現在的片斷式醫療。從健保署的觀點來看，雲端藥歷系統有助於整合式醫療，雲端藥歷在全世界是一個創舉，已經是把病人所有醫療資訊集中，若這樣子還沒有辦法改變看病模式、沒辦法將片斷醫療變成整合式醫療，那就真的是無藥可救了。

另外民眾端的責任要加強，我認為慢性病這件事情，病人也有很大的責任，不能吃撐了、吃胖了、吃壞了，再通通丟給醫生，病人的責任也很重要，當然病人的責任現在都在講copay，我認為定額的copay已經走到盡頭了，定額的copay扭曲了蠻多事情，提高定額後病人部分負擔金額卻沒那麼高，因為都改成自費，而這些自費的次數卻都不算在這裡面，就會missing掉這些數據。剛剛洪副院長講到急診，急診的copay金額不斷提高，有多少是改自費的，這些數據是看不見的，所以不見得是急診變少，而是急診的自費變多了，所以還是看到急診室人滿為患，so far到現在那幾個擁擠的醫院依然沒有改善，等待病床的人還是那麼多。所以copay這個大架構之下，我們的方法要稍微改變一下，也許沒有辦法改成deductible（自負額制），但我們仍可用deductible的精神，例如設一個基本門檻，超過就應該要使用者付費，但這時的使用者付費不是用定額，而是你用多少就有一定程度的copay，但是因為有些醫療項目費用很高，若擔心有人付不起，就應訂上限，將這些搭配起來的話，我們的copay就更加公平，如果要用財務去抑制這些不必要的浪費，或要因copay措施讓provider考慮病人是否真的需要這些處置或檢查，就一定要做定率的copay，這是第二個建議，部分負擔應採定額結合定率。

最後一個政策面的部份，我認為民眾的知識水平越來越高了，其實並不是無法理解相關訊息，也許還是有醫病資訊不對等，但是如果政策面可鼓勵資訊公開及透明的話，例如公開診所或醫院強弱的資訊、甚至個別醫院的特色等，且這些資訊必須能非常容易取得，特別是診所的相關資訊，因為像都會區1條街可能開設10家診所，但民眾不知道哪一家是適合自己的，因為資訊不透明，如果適度公開這些資訊，病人可以不用走很多的冤枉路，醫院也是一樣的道理。另外一個要提供的資訊就是quality，品質的資訊一定要公開，而品質資訊長期以來一直落入一個局面就是，醫界一直不願意公開品質的資訊，特別是公開critical品質的資訊，只願意去公開不痛不癢的資訊，這些都是我們的weakness，仍有很大的努力空間。

過去我在健保署的時候，在討論可以公開那些品質資訊時，需要與醫界一再協商，這些其實都是雙面刀，如果可以公開，當然就會有品質的競爭，如果不公開，大家就打混仗。接續剛剛的片斷式醫療，我認為未來一定要公開慢性病照護品質，但是怎麼樣去呈現慢性病的照護品質，讓大家往更好的模式競爭，最終得到雙贏的結果，在未來可能有很大的努力空間，時間有限，我先說到這裡。我今天沒有回答任何問題，我是站在付費者的

角度想，醫界能否做改變，我們的慢性病照護結果在國際評比不好，醫界是否要思考照護模式有沒有改善的空間，怎麼樣的照護模式是競爭品質、把慢性病照顧好，而不是在競爭軍備競賽，這樣對我們高齡化社會的老人才是更大的福氣，即便要再多繳10%的保費，我也願意，但是如果說服的過程只是一昧的要求加錢，而沒有換到任何醫療體系照護模式的改變，我認為是不值得的，但是如果可以，我們何嘗不可以這樣做，這是我基本上的幾個概念。今天時間有限，我就先講到這裡，謝謝。

吳特聘教授肖琪：

上次專家諮詢會議討論過總額，從2,000多億元變8,000多億元，成長4倍之多，總體來看的話費用漲了，只是裡面的分配問題，所以上次會議有建議有些支付點數可能要調高，有的則要調低，但是我們要很注意，調高點數以後，會不會衝量，不好意思，我用衝量這兩個字。

另外剛有人建議應由專家帶領公民參與，我非常支持，但是這幾年我們都只做政令宣導，並沒有專家帶領討論這些議題該怎麼做。我記得過去健保會曾對特定議題舉辦過專家會議，收集專家學者的意見，做為討論議案的參考。而這幾年很多研討會都是在說政府做了多偉大的事，這個部分說真的，我想學者是在跟政治拔河，但是我們有拔贏嗎？我們也不敢說，我們只能說盡可能去影響。

我先回答議題一，推動DRG時我曾建議要將超長住院納入DRG管理，當時跟醫界協商的時候並未獲支持。美國的急性後期照護已經推動多年，出院後的部分也走包裹式支付，就是前瞻式的支付，甚至把住院跟後面的PAC (Post-Acute Care，急性後期整合照護計畫)綁成一個包裹式支付，這個10年前我已提出來過，現在要提的就是他們在包裹式支付又找到進階的方式了。還有一個就是門診論人計酬，我也很希望它能夠成功，或是減少社會性住院、推動透析的論人計酬，前兩年我也試著讓我的學生研究透析要如何做論人計酬，也有醫生跟我說，醫生一個診不應該看多少人次，就是那個量很大的那一塊的控制，這些我覺得支付制度都是可以考慮改革。

住院的部分我提醒一下，區域以上的醫院，就是大型醫院，在2021年床數是占57.9%，就是58%的床都是醫學中心跟區域醫院的床，如果現在增加1家醫學中心，那個數字要重算，不然醫學中心加區域醫院占57.9%的床，使用了68%的住院人日，占了住院費用8成，也就是8成的錢是醫學中心跟區域醫院用掉的，2成是地區醫院用的，這是我們要的嗎？所以這個地方反而真的要去思考。

占床率，醫學中心是7成，區域醫院是5成8，地區醫院是5成4，也就是我們的很多床是閒置的，但是我們要思考的是去年護理人員荒，雖然照護司會說有18萬的護理人員，可是我仔細聽下來，18萬裡面其實增加9千多位，在這過去3、4年增加9千位，而NP (Nurse Practitioner，專科護

理師)只有增加4,990位，如果我沒算錯的話，長照那邊就有3,000多位，所以就只剩下1,000多位，可是我們又增加4,000多床，床數還繼續增加中，10幾年前我跟政府說不可以再增加床，在石崇良當醫事司司長時還有在管控床數的，有很多年都不准增加病床數，可是上個行政院長上台後，就開始拚擴床，所以我們的床數在過去3、4年增加了4,000多床，未來還會再繼續增加床，但我們占床率又這麼低，未來會是個大問題。我要提醒，我們人口在繼續減少中，床數卻拼命地增加，占床率又很低，而現在又缺護理人力，如果再去保障醫療機構固定收入，我做不到，我完全沒辦法做，我甚至還要想辦法跟你私下談，怎麼去說服你，我沒有辦法支持總額每點1元，每點1元就是沒有總額，沒有總額就是大家怎麼喊，預算就怎麼上去，我覺得總額之外，還要做DRG，這在10幾年前我就在講的。

第二題，我覺得健康支出不應該完全都是用在醫療方面，也要用在前端的健康投資，當健康投資做得好，後續的醫療支出就會減少。全民健保是要買健康，不是買醫療險，是健康險。接下來老年人口會大幅增加，賺錢的人會變少，健康投資變得重要，我們真的要鼓勵大家多運動或做促進健康的事情，前端的健康促進做得好，才有辦法減少醫療、減少長照，這樣才有辦法讓健保永續。我認同洪副院長說民眾是可以溝通的，也支持剛剛蔡教授建議公開慢性病的照護品質，甚至可以提供癌症病人數、花了多少醫療費用、病人衛教宣導等，相關資訊的公開可以共同讓民眾學習更多。

另落實健保法部分負擔的規定，幾年前在談急診部分負擔時，健保法第43條規定要收急診費用的20%，那時我們才收11%，我印象非常深，健保法規就是20%，這個是我們依法可以做到的，我也支持定率比定額好，比方說定率，如果做200萬元的治療，自己需要付20萬元，這時候你可能會再多考慮一點，可是如果部分負擔只有200或400元，不痛不癢，那時候也討論過如果輕症去急診，照定率的話就錢很低，所以我們剛剛說定額要有上限，也要有下限，比方去急診，部分負擔至少就是500元，若癌症治療太貴了，可以訂上限加下限，搭配定率。

我們每年平均門診就醫次數太高了，我們或許可以思考如何逐漸往門診論人計酬的方向走，醫師如何藉由衛教，增加病人自我健康知能，減少病人就醫次數，謝謝。

主席陳永仁副教授：

好，謝謝。

吳董事長榮達：

蔡教授剛剛講的我都完全贊成，另我認為應該檢討給付範圍，剛才講到從2,000多億元成長到8,000多億元，這裡面的確是有醫療的部分，但我們也看到社保司的中長期規劃，有一大部分的健保支出是要做預防保健。

如果把預防的部分加進來，而且是要擴大辦理的話，給付範圍的繼續擴大，點值下降將是必然，我覺得應充分地檢討給付範圍，健保究竟是要給付疾病治療，還是要包山包海、把屬政策的預防保健也納入健保，這個真的需要再做檢討，要不然再多的健保收入，我想都不足以來應付，這個應該要大家一起合作，一起努力來做一個檢討，這是第一點。

對醫界部分的建議，在健保會我也曾提出，第一個，總額自律的機制好像在掏空當中，醫界對同儕衡量或軍備競爭的部分，原本有一個自律機制，但這次的補點值已經把自律的機制破壞掉。有沒有衡量，有沒有浮濫，醫界非常清楚，之所以會有這樣的自律制度，我想應該大家心知肚明，所以這個自律的機制，我覺得應該要維持。

第二個，我覺得健保署是自廢武功，我在健保會也提過，不但沒有再加強有關違規查緝的部分，10萬元以下違規的部分變成不移送，而且廢掉查緝小組，這對於健保的傷害來講是很大的，我覺得有關違規查處的部分，應該再加強。我一直搞不懂醫界為什麼不支持我的看法，這樣做可以減少違規發生，也能提升點值，我不曉得為什麼醫界不支持。我在某次座談會曾提出比照金管會，有檢察官駐會查處是否有違反證券交易法，或是內線交易。因為現在總額已經8,000多億元了，這裡面的弊端是絕對有的，我覺得是應該有一個專責機構專門來查處這一塊，將可以杜絕一些違規的部分，我覺得對於這個抑制不當的醫療行為有一定的效果，但醫界可能會反對。另健保署將不具名審查制度改成具名審查制度，我認為應該恢復到不具名審查制度，讓審查者在沒有任何影響之下，能夠好好的來審查，這個是有關於違規審查、違規查處及不具名審查部分的建議。

再來，我想從醫療提供者及使用者方面來談分級醫療。現在分級醫療的制度，剛才洪副院長有提到說好像有一點進展，我覺得是完全沒有進展，因為我們從數據上看到占比並沒有進步，目前來看是完全沒有進步，用獎金鼓勵醫療院所上轉或下轉，及提高部分負擔，好像都沒有達到效果，特別是部分負擔的部分，依照目前的部分負擔金額，我想是不會達到任何效果。我是比較建議恢復區域級(含)以上醫院門診減量政策，107年是以5年門診件數降低10%為目標值，因為碰到疫情而暫停實施。當時對區域級(含)以上醫院門診減量，也有配套措施，因為醫院認為健保對急重症或住院的支付不足，有一些住院部門是虧錢的，像小兒科就是一個賠錢貨，所以用門診來補住院，付費者也認同要求大醫院減少門診量的話，應要提高住院或急重症的支付，這樣才會有誘因讓大醫院減少門診量，專注於提供急重症或住院的醫療，這是我基本上的一個想法。

另我覺得應該要設定民眾就診意願的條件，我現在講的話不代表消基會，只代表我個人的發言，要不然我會被罵死。剛才有提到社會福利就應該歸社會福利，既然要做部分負擔，部分負擔金額要讓民眾會痛、有感覺，如果沒有到深刻的感覺，部分負擔及分級醫療制度是不會成功的，當然對

經濟弱勢者應該要有配套措施，像是用於捐或社會福利來補助經濟弱勢者的部分負擔。另對於經過轉診到醫院就醫、或是對於必要性或合理性的醫療行為的部分，其部分負擔金額是否應有不同的考量，付費者代表最care的是檢驗檢查的部分，因為是醫師要求民眾做檢驗檢查的，檢查是治療的一部分，如果檢驗檢查也要部分負擔的話，受害者好像是付費者，可能需要考量合理性跟必要性，部分負擔的設計應該有所區隔，我覺得依照目前分級醫療制度的狀況之下，是不會成功的，所以應該做一些調整，這是另外一個建議。

再來，我們這次去花蓮訪視，我覺得他們門診整合照護計畫跟全人照護做得不錯，應該可以全面性推行，或許有助改善健保制度的問題，但是我還要回歸到我最先講的部分，健保給付範圍不能再擴大，如果給付範圍不做充分檢討的話，我想再多的錢都不夠，點值稀釋是必然的，以上謝謝。

主席陳永仁副教授：

好，謝謝，我們還有兩位老師。

林副教授文德：

各位醫界先進，各位付費者代表，還有專家學者，剛剛聽了很多大家寶貴的意見，對健保都非常的瞭解，也都非常的針對這個問題，我這邊就補充兩點。

首先，今天談效率，其實並不是說我們要花一樣的錢來得到最多的東西，或是得到同樣的東西，而是說怎樣從這個總額裡面去得到我們該有的價值。剛剛蔡副署長提到民眾可能願意再多花一點錢，但是前提是多花的錢能否帶來更多的價值。我們一直在講要怎麼去提升效率，其實我覺得提升效率這件事情不是去壓榨醫界，而是要去思考我們怎麼做需求的管理。我們現在做很多醫療利用面的管理，需求面是否也要做一些管理？所謂需求面的管理是指有沒有辦法降低不必要的醫療需求。我記得我以前上內科醫學概論的時候，老師是曾文賓醫師，他跟王金河醫師都是台灣烏腳病之父，那時他跟我們講感冒是病毒感染，如果你去看病，其實並沒有辦法治好你的感冒，只能讓你的症狀緩解，所以他說感冒其實不用去看醫生，但是我們一年花在感冒上面的健保費用非常多，這也表示就是說，這類的看病需求是不是真的有必要，還是可以透過教育或是醫界提供民眾這方面的正確知識，降低民眾一些不必要的醫療需求，如果這個部分可以做到的話，其實我們有很多不必要的費用就可以節省下來。

我要強調的是在討論效率的時候，應考慮如何管理民眾的醫療需求這個部分，當然可以透過部分負擔手段，但實際上部分負擔效果並沒有很大，因為民眾還是覺得他有這個需求，若部分負擔的額度沒有大到足以降低他去看病的需求的話，事實上是沒有什麼作用的，所以這個部分就是要從源

頭去管理，到底這樣的需求是不是有必要發生，而不是說他去看病了之後，我們再用部分負擔變成一個變相的懲罰，這個部分是值得我們去考量的。

剛剛有提到亞洲國家，像是台灣、韓國、日本的就醫次數都非常高，其實有一個共通點就是，民眾的就醫是沒有限制的，是可以自由就醫。記得我在英國唸書的時候，我有一個希臘同學他感冒想要去看醫生，在電話約診時護理人員就問他感冒有什麼症狀，他講了一些症狀後，護理人員就跟他說你就多喝水、多休息，不用來看醫師。所以他們是透過制度的設計，來減少民眾的一些不必要的就醫需求，這個部分就是可能未來在總體的效率，就是我們用總額框一個費用來讓這個總體的效率是可以維持，但是剛剛我也很認同朱理事長講的個體的效率也是很重，不然如果總體是被框住的，但下面的效率沒有提升的話，那變成就是犧牲了大家的品質，或犧牲了大家的利潤，所以個體的效益要怎麼去改善、或提升，我想應該是醫界跟健保署要共同來思考，要怎麼樣去改變這樣一個方式，包括剛剛吳老師講的DRG或是論人計酬，我想目前健保已經走到了不得不去思這個問題，我們現在論量計酬的方式，雖然總體效率已被框住了，但裡面的服務量還是很大，點值就是會一直在下降。所以要嘛就是提升個體的效率，要嘛就是減少一些不必要的需求，才有辦法讓這個量可以下降下來，這個部分，我是覺得可以去思考。

另外，就是我們這個計畫實際上是要透過公民參與的模式去找一些方法出來，像美國奧瑞康他們是用一種所謂的priority setting，就是優先順序的設定，透過公民參與的方式去決定到底哪些醫療服務是排在比較優先的，哪些是排在比較不優先的，因為他們的預算有限，所以從最優先的先給付，那些排在最後面的，比如像感冒可以自然痊癒、不需要緊急處置或不會導致嚴重後果，可能就會排在比較後面，沒有那麼優先，當然這需要民眾共同參與，對優先順序取得大家認同及共識。健保要永續經營，也許哪天就會遇到預算不足的問題，我們就必須捨棄某些東西，不然也可思考部分負擔要怎麼去調整，可以反映出這個所謂的優先順序，因為我們現在的部分負擔是只有把一些情況排除掉，並沒有考慮哪些是必要的醫療服務，是應該完全免部分負擔，目前免部分負擔的是像重大傷病這類，也有人提出應檢討重大傷病免部分負擔的合理性，意思就是說，其實這些重大傷病中，還是可以排出一些優先順序出來，而不是全部都免掉。

另外如果它的順序，就是它帶來的效益其實沒有那麼高的話，提高部分負擔或加重部分負擔，可能是民眾比較能夠接受的，因為畢竟效果沒有那麼大，但民眾還是執意要去看病，那當然就是要承擔這樣的責任，我相信這樣的作法，民眾應該比較能夠接受，但是這個要透過像類似這樣一個公民參與的方式，就是如果這樣的一個會議的結論是未來如果要決定給付的範圍、給付的優先順序、部分負擔的輕重，這些議題是不是可以透過公民會議，讓大家共同決定，這樣大家也比較能夠接受，而且在這樣的機制

之下，或許也可以避免掉一些不必要的醫療問題，把資源用在最有效益的服務項目上面，以上是我的看法，謝謝。

主席陳永仁副教授：

非常謝謝。

曲副教授同光：

大家午安，我們已經從早安進入到午安了，剛才很多先進提供不同寶貴的意見，我就不再重複談。今天還有一個主題，就是醫療使用的效率，我覺得其實效率本身不是一個問題，現在的關鍵是不同人對效率有不同的看法跟定義，醫界的看法、付費者代表的想法，甚至保險人所希望的效率，可能都不太一樣，不一樣的想法就造成不一致，不一致的運作下就會產生一些不和諧。台灣實施健保將近30年，實務運作上並不容易，在國際上有很多不錯的名聲，其實是因為當初規劃時的一些優勢，因為台灣的健保跟很多先進國家相比，我們算是新生兒，所以有機會能夠去看到其他國家怎麼樣做好、怎麼樣做不好，在當初規劃的時候就為未來的方向埋下了一個伏筆，所以不管大家立場怎麼樣，基本的方向應該是不能變，剛剛吳老師提到像資源配置、公民參與的部分，其實那個在二代健保規劃、討論的時候，這兩個都是非常重要的議題，而且這兩個都是健保會非常重要的責任跟任務，在未來我想也免不了的，健保會必須要透過適當的方式來處理不同的意見，因為不同身分代表的意見差異性會越來越大，如果沒有一個好的機制去妥適處理的話，將會是非常的困難。

舉個例子來講，健保的財務按照二代健保收支連動精神來講，理論上不該有問題，但實際上會面臨到底要調整費率、還是要縮減給付的問題。當然很多人不願意調整費率，但是縮減給付有個問題是，縮減給付代表什麼？代表你原本給付的那些服務，縮減為不給付後，全部跑到自費市場去，現在新的科技不斷的在進步，不只是發展的速度快，價格又很貴，癌症治療的費用和人數已經是排第一位了，將來只會不斷的增加，因為癌症過去是沒有辦法治，現在很多藥品都出來，尤其像最近在談的細胞再生醫療，跟癌症治療結合在一起，這一塊就會造成將來財務負擔很大的一個變動，如同我剛提的到底是要調高保險費、還是要縮減保險給付，縮減給付就會變成自費的增加，如果增加保費，保費不是只有個人在出，政府也要出、雇主也要出，可是當給付縮減之後，個人要出的時候，那就是個人100%要負擔，而且沒有風險分攤的問題。

所以這個問題跟部分負擔也是有點類似的概念，如果問我贊不贊成部分負擔？以我過去參與健保這麼多年的心情，我其實不是那麼贊成部分負擔，因為也是生病的人要多付錢，政府與雇主沒有幫你負擔，就是生病的人自己負擔，沒有生病的人也不會替你分攤，健保原來所規劃的自助、互

助的精神，就沒有了。社會保險的概念強調的是什麼？讓民眾減少就醫的障礙，這是一個非常棒的前提，但是部分負擔正好相反，是要增加民眾就醫的障礙及經濟障礙，這是將矛盾的東西放在一起，但是不得不把它放在一起，因為如果不做部分負擔的話，可能會有危害的問題，為了避免造成危害，所以不得不收取部分負擔，也因為如此，部分負擔的拿捏非常的重要，因為部分負擔，有時候就算節省了錢，到底節省了是一些他真正該節省的，還是事實上他是不需要節省，但是不得不因為障礙的關係而被迫節省的？所以就這方面來講，我覺得部分負擔也好，給付範圍縮減或不增加也好，這都是必須仔細去思考的問題，剛剛提到的很多問題，將來還是要回到從資源配置的概念去做一些處理。

最後我想談的就是，我們看到未來的醫療費用成長，有些必要的給付還是要納進來的情況之下，我覺得健保將來的財務負擔很明顯確實會越來越重，尤其很多的高科技，像是新的癌症治療方式，新術式等，有些新術式是健保還沒有給付的，還有免疫療法、基因治療、很多新的治療方式一直出來，動不動就幾十萬元、上百萬元，其實這對健保是很大的負荷，如果大家都不想做風險分擔的這種概念的話，就變成又掉入一個一個的個人或家庭裡面，所以我慢慢地也希望讓民眾能夠接受，將來醫療是一個很重要的事情，在我們個人的收入與支出裡面，它的重要性會越來越大，所以某個程度還是必須要接受醫療的增加是必要的，因為醫療必要的增加，讓保險的規模適度逐漸地成長是不得不的。在我們日常生活的食衣住行當中，醫療費用的比例慢慢地會變高，那也是不得不面對的情形。

策略的部分，以前的人吃飽就很好了，食衣住行的開銷哪有還要受教育、去玩、去幹什麼，吃飽就好了，或許將來有一天醫療還會變得比旅遊重要，比其他的事情都重要，健保有很多支出部分未來也可能需要調整。我個人是有點擔心，覺得我們也應該跟民眾說，不管是透過公民會議或透過priority setting，要讓民眾慢慢瞭解健保的一些基本精神，資源配置還是不可以失去，健保要永續經營，不能光是靠健保本身，也要讓大眾能夠瞭解哪些地方是關鍵、能夠去處理，這是我個人的一個看法，謝謝。

主席陳永仁副教授：

好，謝謝，謝謝各位委員。

周執行秘書淑婉：

今天我們從醫療端、付費者端及政策端進行討論，曲副教授是從當初政策思考的方向來做說明，我覺得今天聽到的面向真的蠻多的，需要好好消化一下，其實這是一個蠻難的問題，但是可以試著去解決看看。我覺得很多要回歸立法原意去思考，比如大家一直在講的部分負擔，剛剛曲副教授講的意見，我也聽進去了，其實社會保險是從三方共同負擔醫療責任的

概念去思考，但是如果做部分負擔，好像又落在生病的那一方，這個是好還是不好，到底怎麼推動比較不會造成民眾就醫、醫療的一個障礙，怎麼做會比較好。像剛剛朱理事長提到的醫院個別總額，這也是蠻有趣的，那它是不是能夠搭配分級醫療，是不是可以做，其實很多的東西好像可以再重新思考，我們會整理今天大家的意見，未來也會在健保會委員會向委員報告，今天的意見都是日後健保會在做健保業務監理、政策質詢時，很重要的一個參考依據。

主席陳永仁副教授：

謝謝周執行秘書，我們會把各位今天的發言做成實錄，當然會把一些重要的意見稍微整理，後續的專家學者諮詢會議，還有第三個主題是「家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向」的部分，後面還有一些公民參與的願景工作坊，就是除了專家以外，還有一些比較關心這方面議題的團體代表來，我們也希望今天出席的各位專家委員繼續給我們支持，讓我們的資料更豐富，在7月份的總額執行成果評核會議，及之後的總額協商的時候，我們有更好的資料，現在剛好12點，是不是結束這個會議，非常謝謝各位專家及學者提供寶貴意見，還有周執行秘書、張副執行秘書，健保會的各位組長。

附錄 6：家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向

專家諮詢會議實錄

**113 年度多元公民參與模式探討計畫
家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向專家諮詢會議
與會人員發言實錄(依與會人員發言內容整理)**

【主席開場】

主席陳副教授永仁：

現在時間已經差不多，我們就開始「家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向」專家諮詢會議。

周執行秘書、各位委員、各位健保會的同仁大家早安。首先，我非常感謝各位專家學者今天能夠來參加這個會議，今年 9 月健保會就要召開 114 年度健保總額協商會議，在此之前我們還會召開健保的願景工作坊，還有 112 年度各部門執行成果的評核，主要是邀集專家學者、醫事服務提供者以及付費者代表廣納意見，並將蒐集的意見提供協商或召開願景工作坊參考。依全民健康保險法(下稱健保法)第 44 條規定，保險人為促進預防醫學、落實轉診制度、提升醫療品質與醫病關係，應該要訂定家庭責任醫師制度。事實上，健保署自 92 年起在西醫基層總額就開始試辦家庭醫師整合性照護計畫，到目前為止已經有 20 幾年，從 94 年開始也投入大量的經費，到 113 年這個經費已經成長到 42.48 億元。根據健保署提供的資料，111 年已經有 609 個社區醫療群參加，診所 5,687 家，占西醫基層診所 53%，醫師總數也有 7,833 人，占西醫基層醫師的 46.3%，收案會員數也高達 600 萬人，占總保險對象的 24.8%。

在 COVID-19 疫情期間，這些醫療群也提供民眾視訊診療、協助打疫苗等服務，可以說發揮很大的作用。113 年健保署也正在進行大家醫計畫的改革，各方面都已經開始進行，譬如說提升服務涵蓋率、數位化追蹤管理，還有支付制度調整、精進醫療品質、落實全人醫療照護，這些工作都在積極進行，所以健保會希望在總額協商之前，進行願景工作坊之前，聽聽各位專家學者的意見。今天是我们第三場的會議，前面兩場我們已經針對健保總額的議題，包括：提升醫療服務，還有民眾端醫療資源使用效率方面進行探討，今天是針對家庭醫師整合性照護計畫的探討以及未來改善方向，再度謝謝各位專家學者的參與，現在請周執行秘書跟大家勉勵。

周執行秘書淑婉：

主任、各位專家學者，謝謝大家，其實大家都是老朋友、老長官、老前輩了，今天真的是非常謝謝陳老師協助我們 organize 這件事情，因為這是願景工作坊，依照健保法的規定，本會的任務裡面，對於重大的健保議題需要蒐集意見，所以現在我們就先蒐集專家學者的意見。

剛剛陳老師有提到，基本上我們覺得家庭醫師是分級醫療的基礎，家醫計畫也執行了將近 20 年，最近健保署希望轉型成大家醫計畫，在這樣的前提下，我們歷屆的委員都非常的關心它的執行情形，我們 5 月份委員會議也安排了家醫計畫的檢討報告，並請健保署提出未來的規劃。所以今天這個時間點真的很好，等一下就請專家學者多給我們一些建議，我們會把它納到 5 月份的報告裡面，這些建議或許可以提供他們參考，在 5 月份提出的報告可以更完善。拜託各位老師幫我們多指點，有什麼需要再加強的，因為我們覺得家庭醫師在醫療提供上是非常關鍵的，尤其是未來的健康促進，家庭醫師應該扮演非常重要的角色，希望大家的建議可以讓這個計畫未來會更好，以上說明，再拜託大家，謝謝。

主席陳副教授永仁：

謝謝周執行秘書的勉勵，今天的議程我們有事先提供四個議題，這四個議題可以一起討論，因為逐項討論時間可能會不夠。第一個議題是現在的家醫計畫面臨到一些需要改進的地方，各位專家學者有沒有什麼意見？其他相關的議題我就不一一說明，不曉得哪一位專家需要發言？每次黃啓嘉常務理事都率先發言，是不是請黃常務理事就這個議題先破題。

【專家學者】

黃常務理事啓嘉：

議題講到個案管理的重要性，因為人口老化以後，家醫本身不是只有預防保健跟疾病治療，未來也牽涉到長照的部分，其實我認為長照可以說是醫療失敗、醫療不足嘛！因為沒有把病人醫好，所以造成失能，失能以後就有長照的需求，但是這個失能不是永遠的，長照還是應該持續的提供醫療才對，我們現在的長照把它變成社福其實是不對的，為什麼？因為社福並沒有想過要把長照病人的失能恢復正常，其實長照的病人是持續在生病中，如果這些疾病沒有好好控管，就會繼續失能，造成對長照的需求。長照有分級，病人可能從 4 級、5 級、6 級、7 級，到最後一級 8 級，他的長照需求越來越多，而且沒有逆轉的可能性。

我們今天要让長照可長可久，第一個要介入逆轉，讓他的失能復能，這應該是計畫的一環。因為現在人口老化，民眾不只是需要預防保健與疾病治療，還有疾病治療完後續的處理，醫療的幫忙能讓個案減緩失能，減緩也是一種改善，只要不繼續快速惡化，對個案也有好處。若可以讓長照病人復能，就可以降低長照的需求，本來坐輪椅的可以站起來，本來躺著的可以坐輪椅，長照的費用就會下降，這才是王道。因為我希望個案越來越健康，而不是進到長照的階段就放任了、醫療就不管了，所以未來家醫計畫的個案管理師，必須要了解預防保健，他也許沒有醫療專業，但是有行政的專業，知道預防保健有哪些可以做，還有對疾病、健保、長照的行政也了解，可以隨時提供個案適當的需求跟專業的介入，這就是

個管的責任。所以，未來家庭醫師計畫長照這部分是必須的，先提出這樣的意見，謝謝。

主席陳副教授永仁：

好，謝謝，哪一位醫事提供者是不是繼續發言？請黃常務理事。

黃常務理事振國：

我是黃振國醫師，不好意思今天是來學習的，跟各位好好地請教，我是現任台灣家庭醫學會的理事長，也是全聯會常務理事。家庭醫師整合性照護計畫源於健保法的母法，其中很重要就是我們要實施家庭責任醫師制。理由很簡單，因為健保是社會保險，而且實施總額支付制度，總額的概念就是如何以有限的經費發揮最好的治療效益。隨著人口老化及醫療的進步，國人的醫療需求每日俱增，早期在各專科領域，台灣發展得非常好，但是面對人口老化及疾病的多樣性，個人會面臨多重系統的疾病，如果回到商業保險的模式，最大的問題就是醫療費用高漲。

其次，我們面臨病人的健康與用藥安全，因為人口老化，我們面臨失智、失能，甚至到居家安養，如果今天因為多重系統的疾病，需要由多位專科醫師共同照顧一個失能，甚至失智的個案，我們會面臨到很多重複用藥，包括重複治療，甚至無效醫療的可能性。

家庭醫師整合性照護計畫的精髓就是家庭醫師的特色，他著重在全人、全家、全程，就是一個人從出生到人生的最後一步死亡，我們都希望有一位他最熟悉的家庭醫師來負責他全程的照顧，為什麼這個全程很重要？當一個人沒有生病的時候，我們注重預防保健的介入，最近政府推動的代謝症候群防治計畫，或是健康促進的行為，目的就是在減少民眾提早進入疾病的需求，但是人口老化的現實不可避免，而且台灣醫療就醫的方便性，造就國人非常自由的就醫，當然自由就醫是有好處，但是相對的是預算的失控。所以家庭醫師整合性照護計畫這20年來，從原來量的增加，逐步由點、線、面，到群的成立，到現在大概6成到7成醫師的參與，照顧人口從原來的2、3百萬人，到現在6百多萬人，這些人都是醫療相對高使用者，從健保資料庫中發掘已經有醫療需求的人，優先納入這個計畫，計畫的過程也經過多年的探討跟改革。

所以我們會發現，早期從量的增加，這幾年逐漸轉型到質的提升，為什麼是質的提升？因為參加的人不管是醫生或是民眾，初期在參與計畫時，難免沒辦法完全適應，依賴程度也不一樣，有人還是希望他的主要照顧者是在醫院，甚至是醫學中心，所以任何制度沒有完美的，但是我們發現這幾年從質的提升，直接看到成效。例如：對預防保健的完成率，有參加計畫相較於未參加計畫，有明顯的差距。還有一個比較直接的成效是，有參加計畫的民眾，在醫療費用的整合方面，

就是 VC-AE(預估醫療費用與實際醫療費用之差距)也看到了效果，有參與家醫計畫的民眾，其醫療資源的利用的確較符合他的醫療需要。

其實家庭醫學會這幾年也投入相關的研究計畫，其中有一個健保資料庫分析的研究，對於我們大家耳熟能詳的糖尿病論質計酬試辦計畫，有參加該計畫的民眾得到的 outcome 比較好，但是健保資料也顯示，即使是沒有參加糖尿病試辦計畫，但在家醫醫療群照顧的患者，他的 outcome 也比較好，所以有專責的家庭醫師，對民眾健康有基本的保障。很多民眾因為缺乏醫療專業，所以在面臨重大疾病的時候，需要一個良好的諮詢者，就是值得信賴的家庭醫師，不管是在就醫的選擇，或者是就醫困惑，家庭醫師扮演了非常好的角色，就是我們常常講的家庭醫師是各位的好朋友。

今天很高興說，家庭醫師整合性照護計畫不僅是由我們家庭醫學專科醫師來擔任，現在基層醫師的口號就是，參加醫療群的醫師都以身為一個家庭醫師為榮，我覺得這個計畫值得推廣。家庭醫學科發展比較慢一點，早期民眾的接受度也不一定這麼好，但隨著時間的推進，已經有很多參與醫療群的民眾，逐漸認同這個計畫，也認同自己的家庭醫師。其實也要謝謝各位專家學者，包括付費者委員，時常叮嚀我們要做得更好，這也是我們進步的動力。我覺得任何制度沒有完美，也希望各位專家學者還有付費者代表能多多的督促我們，謝謝。

主席陳副教授永仁：

謝謝。我們在相關的資料也發現，台灣民眾就醫的習慣，有的人住在大醫院附近，或是聽說大醫院有哪位有名的醫師，就跑過去了，而且就醫的習慣也非常自由，從家醫的角度來看，公衛體系這邊還有沒有什麼需要再努力的地方，是不是請兩位常務理事繼續給我們指導？

黃常務理事啓嘉：

其實以前有一句話說「大病看大醫院，小病看小醫院。」基本上這句話是錯的，應該大小病都給他的家庭醫師看，因為誰分得清楚什麼是大病還是小病？民眾如果都分得清楚大病、小病的話，基本上他就具備 50%以上的醫療專業了。因此，民眾必須要有一個健康守門員，家庭醫師就像他的健康守門員一樣，家庭醫師是有責任的，必須幫民眾鑑別他是大病還是小病。當然醫師本身持續的教育跟精進也很重要，起碼大病、小病先找家庭醫師分辨以後，再由他分配到該去的地方，若不是基層可以治療，需要馬上排檢查或處置，可以直接到適當層級的醫院去處理，會比較合適。

有關分級醫療，最近我貼了一個告示在我的掛號室，就是「找家庭醫師看病是方便、省錢、做功德」，病人問我說，方便、省錢他聽得懂，因為到診所方便、省錢，為什麼做功德？我說很簡單，因為你把醫學中心的量能讓給真正需要的

人，就不會滿屋子的門診都是一堆輕症的病人塞在那裡，然後真正重症的病人反而要等很久，那當然是做功德。把資源留給需要的人就是做功德，所以我就貼了一個「方便、省錢、做功德」放在我的掛號室，然後病人就會好奇，我就解釋給他聽。

其實我們需不需要那麼多的醫學中心？這也是可以思考的問題，我常常講說，為什麼醫學中心政府付出很大的成本？因為任何一家醫學中心它是財團法人，現在大部分都是財團法人，有醫學中心以後政府損失了稅金，因為企業若為財團法人，會節很多稅，所以政府在無形中損失很多稅金。再來，其實可能會過度的提供服務、過度使用醫療資源，這不是醫療的王道。任何的消費行為都可以提供過多的服務，因為它基本上是消費行為，但是醫療不是，醫療提供過多服務的時候對健康有害，所以適當的提供醫療服務才是醫療比較正確的方向。在醫學中心過多的情況下，我覺得基層醫療應該要更強化，當然基層醫師本身要有一個整體醫療體系方向的認知，這樣他才知道自己扮演的角色跟責任，這個基層醫師要做到。

如果我們能更有效率的去利用醫學中心的資源，對國家及民眾健康都比較好。尤其現在人口老化以後，我們更需要介入民眾的健康評估。對於很多老人家，我們需要花很多時間照顧，如果無法外出就醫，我們需要到他家裡看診，評估他的整體醫療需求，而不是蜻蜓點水式的讓他到醫學中心，因為這些老人家可能需要坐輪椅，然後到醫學中心看沒幾分鐘就出來，花費的時間跟成本都很高，若同時排檢查又要再跑好幾次，這其實都不太好。我們覺得應該要提供整合式的居家服務，由基層醫師、家庭醫師來承擔這個責任，這部分可能是未來的方向，因為我們都會老，你想以前大家都住公寓，現在大家都要住大廈，為什麼？因為沒電梯，以前可以爬上3樓、4樓，現在爬不上去了。人口越來越老化，代表我們的健康照顧做得很好，大家都活得很久，又沒有戰爭，所以我們就活到老，但我們要面對的是倒金字塔的醫療體系，如何讓這個醫療體系能夠更有效率，不然我們也承擔不起，所以未來就是要往這個方向去走。

主席陳副教授永仁：

好，黃常務理事請繼續。

黃常務理事振國：

這是一個大問題，我們可以分成三個層面來看，大家知道政府如果要維繫健康保險制度，一定要整體考量，從醫療機構的設立來看，其實世界各國對於醫療資源的提供，包括：醫學中心、區域醫院、地區醫院應該都有規劃。以台灣為例，大台北地區醫學中心就有7、8家之多，在醫療機構設立的過程，角色定位不明確。事實上世界各國，有些國家的醫學中心不看 primary care clinic，他們有所謂

的初級醫療。據了解在日本，他們的急診處很難上得去，因為是在樓上，只有搭救護車才上得去，一般能走的民眾上不去，就有人開玩笑說，他們真的是有急切需求的人，才可以用急診的資源。

大家看到我們鄰近的韓國發生什麼事？今天韓國的醫師比跟台灣其實沒有差很多，當醫療的需求無限的時候，我們要有適當的規劃，到底醫學中心、區域醫院要擔任什麼角色，所謂的地區醫院，甚至基層擔任什麼角色，應該從醫療資源合理的分配跟角色去著手，就是所謂的分級醫療。醫學中心屬最後一級的醫院，他的 primary care clinic 除了教學跟訓練外，其他都應該限縮，但是醫學中心要能夠生存，應該提高急重症的給付，就像最近有個呼籲，大家看到我們少子化的結果，小兒科沒病人，婦產科也沒病人，但是這些科的醫師有沒有設立的需求？尤其在醫學重症的醫院必須要保障他的必要性跟存在性，政府的規劃就應該很清楚，在哪個地區有幾個重點式的醫院，不能完全依賴健保市場機制，應該是在社會安定、民眾健康保障的前提下，在每個區域醫療網都設立重點醫院。

第二是民眾端，民眾端現在最大的困擾在哪裡？就是我常常講的，我們這叫健保悠遊卡，我們的部分負擔並沒有依照健保法按比例 20%、30%、40%收取，造成民眾認為只要花少量的錢，就可以到最高級、值得信賴、最高品質的醫院就醫，得到一個相對有經驗，而且醫療水準比較高的服務，這違反市場機制。台灣醫療這麼高的滿意度，讓民眾覺得物廉、價又美，然後方便性又高，所以國外正常該有的規範，在台灣都沒有辦法實施，尤其現在健保點值這麼低。

如果大家記憶猶新，曾經在長假之後，馬偕醫院夜間門診請不到藥師，民眾光領藥就等了兩個多小時。各位如果最近有親戚朋友需要住院，會發現醫院不是沒有床，而是請不到護理師或是藥師，醫院只好關床。你覺得醫師人力夠，但是隨著物價逐漸高漲，醫師的自主性抬頭，在座可能都跟我年紀相仿，我們這個世代是台灣經濟奇蹟的來源，四、五年級的都是任勞任怨，吃苦當吃補，願意做事、甘願承擔。但是你去問問現在的六年級、七年級，甚至未來八年級，他們認為從讀書開始就辛苦，為什麼我當醫師還要這麼吃苦？假設這個制度不變，我們這一代的醫師退休之後，民眾的健康水平大家可以拭目以待，因為廉價的保險給付是不可能維繫好的醫療品質，台灣健保的神話就會在我們這些五、六年級退出第一線的時候結束。

大家可以看到台灣的經濟雖然高成長，我們的 GDP 已經是全世界的奇蹟，台積電是所謂的世界第一流，應該說是績優的業者，但是我們的給付竟然沒有隨著 GDP 成長。以明天為例，本來 51 長假我的診所一樣正常營業，員工給兩倍薪水，但是明天我只有開早上，為什麼？因為給兩倍薪也不夠，沒有人要上班，我就說我現在年紀越大越幸福，因為禮拜天沒有辦法開診，禮拜六我就拜託員工，不只是薪水 double，還要經常請他們吃飯，跟他們搏感情，讓他們感受這個老闆不錯，覺得是幸福機構，我說有難大家一起擔，就是這樣拜託人家上班的。以台灣

社會的演變，民眾端是否應該回復到未經轉診，要付他該出的部分負擔，尤其是輕症或穩定慢性病就醫，長期占用醫學中心的資源，這是大家要省思的。健保如果有機會澈底改革，穩定的慢性病患者就一定要強制釋出，因為他已經在醫學中心接受1年，甚至2年的治療，急性期過了，穩定之後就應該下轉到他的家庭醫師繼續治療。

大家知道年老發生什麼事？最近我的慢性病患者越來越多，這些人本來很方便開車、搭車，以前到醫學中心，甚至到台北就醫，我就笑說你70幾歲都搭車到台大、榮總去，請問你要搭車到幾歲？我在基隆開業，我們的服務品質又沒有比較差，我本身也是台大出身，院長是我同學，所以我的資歷應該不比院長差，只有學問比他差以外，行醫的經驗不亞於任何在醫學中心的同儕，所以你今天在基隆就可以接受服務，為什麼不回來？所以我時常說，慢性病病人逐漸會回流基層，就是鮭魚返家，是因為他們發現行動力變差，現在少子化，很多病人沒辦法遠赴就醫的理由是子女大部分都不在身邊，所以在地醫療是非常重要的。如何建立一個在地完整的醫療就醫環境，是我們該深思的。初期規劃可能會有阻力，就像提高民眾部分負擔，有人一定會發現本來10元、20元，變成100元，但是他往往忽略我們的醫療價值。我覺得健康署要檢討，在民眾健康促進這部分常讓民眾無感。

大家如果去吃過米其林三星、二星，貴到我們都買不起，我覺得奇怪，同樣一頓飯為什麼到那邊就要三倍、四倍的價格，我們往往吃不起，可是為什麼訂位都是滿的，而且幾乎秒殺，必須在月初訂當月的位子，民眾的消費行為就是這樣。當然醫療不是消費。所以我們如何讓輕症不要在醫學中心就醫，讓他回轉到該有的層級照護，不管是長照機構、基層醫師，或者是地區醫院等，應該讓他適度的回流。

第三是在醫師端，舉例來說，在台北的某一個聯合門診，審查醫師核扣他的申報費用，說同樣高血壓、糖尿病，還有就是高血脂，為什麼你的病人在三個科的門診就醫？然後他對核刪的申復理由是，我在醫學中心就是這樣看，他沒有講病人為什麼需要看三個門診，其實那個聯合門診來自某個醫學中心的醫師，他的申復單就寫說「因為我在醫學中心就是分三科」，他忘了他所在地是在基層，用的是基層的資源。醫師到基層服務，就必須擔任基層醫師的角色，如何做到全人照護，而不是專科的服務，所以我講三個層面都要做。

在座的學者專家，甚至付費者要做監督的角色，到底哪個層面沒有照著我們的理想去執行，因為我們自己不好意思對醫界要求太多，若苛求太多，回去大家會認為我是烏鴉，反而造成很大的反彈。但是我覺得醫界也要檢討，往往醫療提供者自己沒有認清自我角色，常常也誘導需求，就被罵說你過度的服務，所以保險的精髓在哪裡？有限的經費達到最好的效益，如果沒有健保，當然這些都不用談，謝謝。

主席陳副教授永仁：

好，請楊銘欽教授。

楊教授銘欽：

主席，還有各位學者專家，大家早安，剛剛前面兩位基層的前輩都已經表示意見，我針對今天這四個議題也表示一些淺見，待會聽大家的發言以後，可能再做一些修正。今天的議程資料第 5 頁提到，第一題家醫計畫已執行 20 年，目前面臨各種問題跟挑戰，就健保署跟基層管理者的角度，要如何改進計畫執行模式？剛剛兩位基層的前輩已經講過，因為他們都算是基層管理者，也在醫師公會擔任主要的幹部，所以很清楚基層的情況，我想他們比較客氣，沒有特別提出面臨的問題，也許待會可以聽聽你們講家醫群可能面臨的問題。我這邊先看到說明裡面提到一個是忠誠度不足、涵蓋率不足。當然在今天簡報裡面，包括家醫群及後面的大家醫計畫，特別是大家醫計畫有提到收案時民眾延續性不是很高，在延續性不高的情況下，若從連續照顧的理想來看，是不是所接受到的服務比較零碎，或是可能會重複接受到服務，譬如在醫院接受檢查，然後又到診所去，因為中間沒有連結，所以可能會有一些重複的檢查，如果不是管制的用藥，或健保雲端藥歷裡面沒有看到，也可能會有重複用藥等。

第二點，就是有關於成效方面，可能過去都是比較專注於過程面，在大家醫計畫第 14 頁的簡報其實也有講到他的解方，我想這兩點寫得非常好(1.以現行家醫計畫原本結構面、過程面、結果面 KPI 為基礎。2.融入相關指標權重以預防保健、篩陽追蹤、初級照護加重)，就是開始要加強結果面指標。過程面指標過去在家醫群都已經有做追蹤，簡報裡面的資料相當多，包括剛剛講說有做預防篩檢等，其實還滿多的，所以不可諱言，家醫群在過去一段時間確實是有扮演一些角色。但是做了這些事情以後，未來到底對民眾的健康有什麼幫助，這部分我同意大家醫計畫的簡報裡面講到，結果面需要去看，而且可以從健保資料進行分析，不必另外再蒐集資料，這是第一題的部分。當然我相信健保署，尤其是蔡前副署長應該有很深入的了解，所以我有點班門弄斧，只是從目前的資料看起來，大家醫計畫可以用現在家醫群制度當作基礎，然後做一些精進，這個部分我覺得是 ok 的。

當然基層管理者的部分要怎麼精進？這部分我期待聽到兩位黃醫師的看法，你們在基層一定有更深的體認，可不可以提出一些建議。因為我看到 600 個家醫群裡面，有些群的分數比較高、有些群的分數比較低，比較低的部分不曉得你們覺得是不是需要退場？還是需要做輔導？分數比較高的，甚至高於平均，當然我們感謝他們繼續提供服務。有關管理者的部分，因為我完全不了解，所以需要聽你們兩位的分享。

第二題，有關個案管理可能會有重複的情況。我粗淺的建議是，可不可以在申報的時候進行勾稽，剛剛黃啓嘉委員提到長照，民眾進入長照，早期可能需要進行復健、復能的部分，跟健保提供民眾物理治療部分，我聽到物理治療科或復健科醫師在講，他們發現如果是類似的服務，其實健保跟長照兩邊都有申報，然後沒有被勾稽，變成兩邊都可以申報。因為長照跟健保是不同主管單位，這兩邊的資訊沒有串連，因為這些預算都是國家統籌的基金，建議是應該做某種勾稽。又譬如說，家醫計畫跟現在代謝症候群防治計畫，這兩個部分是不是可以做勾稽。當然該給的一定要給，如果有重複的部分，我們就可以看得到資料，再看下一步該怎麼做。

第三題，有關對大家醫計畫的看法，我個人第一個感覺是蠻好的，雖然不是很深入了解，但是從投影片來看，有針對家醫群目前的問題，譬如說針對派案方式、追蹤管理、成效評估指標，還有支付方式進行調整。支付制度目標是 capitation 論人計酬，執行細節我不是很清楚，論人計酬的好處我們當然知道，就是會鼓勵醫療服務提供者去照顧會員的健康，健康越好可以得到較好的支付，就會有鼓勵的效果。然後這裡有一個小問題，一般服務跟家醫提供的服務，兩者好像是區隔開的，中間有一張投影片提到，到底要不要把家醫計畫納入一般服務，目前看起來好像不贊成，因為一般服務是論量計酬，家醫計畫是 P4P 論質計酬，所以不贊成把兩者放在一起。對於健保署提出來大家醫計畫，及論人計酬這個觀念，原則上我是贊成，因為這有鼓勵的效果，可是執行細節怎麼做，包含派案給大家醫醫療群醫師照顧的個案，跟他在一般服務提供的服務部分，兩者是不是分開算，這個部分要再討論。

第二個子題，提到除健保署規劃四大面向以外，還能如何再精進？我個人覺得，那四大面向還蠻周延，可是有一個重要的部分，就是未來因為資訊科技越來越發達，所以監測的部分很重要，其中有提到運用 AI，當然 AI 要做得好，和你下的條件有關，什麼時候要跳出警示，警示出來以後，相關的醫師、醫療群有沒有做處置，處置完以後有沒有回饋，這整套的內容，從監測、行動到回饋，這部分我覺得可以再精進。

第四題，主席開場時提到健保法第 44 條規定，要訂定家庭責任醫師制度，這個家庭責任醫師制度跟家醫計畫，兩者之間還是有一點區別，如果要從現在的家醫計畫過渡到家庭責任醫師制度，相關配套我個人粗淺想到的就是由點到面，其實剛剛黃理事長也講到的點、線、面。就是現在收案的是個人，是點，這些人在計畫裡面有親身經歷以後，他感受到被照顧的好處，希望透過他把經驗分享給他的家人，他的家人是不是也可以加入這位醫師或者這個家醫群，成為他的會員。當然這是簡單講，一定也要讓會員感受到有什麼好處，可以定期派發一些資訊，譬如說簡易檢查的結果，或是衛教的資訊等，透過現在所謂的細胞訊息或者是 LINE 群組，以這樣的方式去派發這些訊息出去，多少是有幫助。

但重點在於，前面有講到我們已經習慣自由就醫，如何慢慢引導到這個制度，我覺得就是一個推、一個拉，推力跟拉力。就是在醫院這邊，特別是醫學中心、大型醫院，是不是在掛號上有什麼措施，讓掛號不是那麼容易，但我也知道在台灣要這樣做需要時間。譬如我也會安排自己去看醫學中心，自己去掛號，雖然要付比較高的部分負擔，但預期檢查比較多，可能比較適合我。所以這部分我想不必設定時間表，要求什麼時候就一定要訂出來，而是要慢慢水到渠成。以前幾十年的習慣，一下子叫民眾一定要先看家庭醫師，沒有家庭醫師轉診單不可以去掛號，這種轉變有困難度。除非是政府下定決心，讓這個制度變成是一個政策，不是說你要多付錢，而是你就不可以去醫院掛號，除非是政府敢這樣做，但是我覺得政府應該不會這樣做，頂多就是要付比較高的費用。譬如日本，我們去參訪的時候，如果病人要到醫院掛號，沒有醫師開的轉診單，部分負擔是很高的，有沒有病人願意去？當然還是有，病人說我就是要給醫院看，他願意付比較高的費用，但是確實有效減少日本民眾直接到醫院掛號，國外是有這種例子。

回到第四題，我覺得家庭責任醫師制度，就當作是一個比較長遠的目標，但是需要醫界各層級，包括醫院、診所共同合作，不希望因為這個制度影響醫院的營運，讓醫院受到太大的衝擊，畢竟醫院已經投資下去，如果一下子服務量降太多的話，會不會有什麼影響？

現在有人提出總額點值保障，在立法院有提案說要保障 1 點 0.95 或是 1 點 1 元，我不知道這個案子會不會通過，但如果這樣做以後，我覺得事情沒有那麼單純。如果不要總額的話，但預算還是有限，最後又會回到過去，各位前輩都在健保領域，在沒有總額之前，我們都經歷過就是直接核刪、核減服務量，從量那邊核減以後，才有可能到 1 點 1 元。

我扯遠了，最後要說的是，家庭責任醫師制度不是一廂情願的去推就可以，醫院端也需要有一個推力，就是請輕症病人先去家醫看診，拉力的話，家醫這端要努力讓民眾感受到全人照護，透過過去的照護經驗，讓會員感受先到家醫接受服務，會接受到比較完整的諮詢，也會比自己去單科掛號看診，得到比較好的照顧上。回到一開始黃啓嘉常務理事講的，面對老年化及長照需求，如果大家慢慢的習慣先去看家醫，由家庭醫師幫忙把關，慢慢大家習慣以後，就可以水到渠成，可是沒辦法很快，以上是我的淺見，謝謝。

主席陳副教授永仁：

上次我們在談如何提升醫事服務提供者跟民眾端的醫療效率的時候，我記得蔡淑鈴教授提到一個非常重要的看法，就是人口老化之後，我們看病的習慣如果不改變的話，對病人來講是一個很大的折磨。剛剛兩位醫師跟楊教授都有提到，我能不能請蔡教授對這方面表示意見，因為這對家醫制度來講很重要，尤其我現在照顧 96 歲的媽媽，我就能感受到，真的是希望有一個醫生從頭看到尾的

幫忙照顧。

蔡教授淑鈴：

主席，淑婉執秘，還有各位專家學者，大家早安。因為這個題目在講家醫計畫，這對我們在健保工作這麼久的人是多麼熟悉的一個計畫，也實施 20 年了，今天從一個不是健保署同仁的角度來看這件事情，我總是覺得，以前我們一直在講的事情到現在沒有改善，我今天不是代表健保署，我想我就再來講一講。

首先，沒有錯，依照這個數據，感覺上這是很有規模的家醫計畫，家醫群有 609 群，醫師有 7,000 多人，診所也有 5,600 多家，它其實是一個蠻大規模的計畫，如果在分母能夠把不適合參加家醫的診所或醫師拿掉，它的 coverage 範圍比現在還要更大，所以它其實是一個很大的基石。過去雖然付費者代表長期批評家醫制度不完善，或者是沒有成效，但是當災難來的時候，例如 COVID-19，家醫計畫在配合政策部分，其實是更加的積極，是政策推動很重要的一個基礎，它不應該是一個沒有意義的事情。

但是長期以來也存在一些問題，不利未來健保法第 44 條家醫責任醫師制度的長期發展。健保署長期以來一直希望建立台灣的家庭醫師制度，也希望朝家庭責任醫師論人計酬的方向來邁進，所以這個計畫長期都有一個 VC-AE 的指標，告訴這些社區醫療群的醫師，你除了有照顧責任以外，還有財務的分擔責任，雖然在獎勵費用上的占率不是 100%，但是一直訂有這個比率，這件事情其實一直存在。但是 so far 到現在，健保署今年又提出一個大家醫平台，我認為這有它一定的優勢，就是比現在的制度更 advance，原因是希望能夠擴大 coverage，而且將病人做風險的分級。另外，健保署也希望所有的家庭醫師都能夠參加 P4P，同時提供一個非常好的自動化資訊平台，幫助診所醫師減少資訊預算的投入，如果這些策略再加上去，我們的家醫計畫還是沒有辦法再往前邁一步的話，那真的是太可惜了，我真的是這麼覺得。

這些都是現況，我只是再把它拿出來講，家醫計畫存在什麼問題呢？首先，過去以來號稱有 600 群的家醫群，一直存在一個結構性的問題，什麼問題？就是每一群的醫師並不一定在同一個生活圈，有些是離得蠻遠的，雖然號稱由不同科醫師組成，有家庭醫學科的醫師來當 leader，但是不同科醫師的距離蠻遠。我們長期呼籲，隨著每年的修正，應該要盡量在同一個生活圈，這有什麼好處？因為我們看了很多指標，包括固定就醫率、群內的轉診等，都跟這個有關係。如果距離這麼遠，特別是在都會區可近性這麼高的地方，誰還需要到你的群內就醫呢？這項結構性的問題如果不解決，如何談到以後的 P4P、連續性照護以及 capitation，這些都是非常不利，因為病人他自己就會選擇，所有的制度都沒有要求一定要固定到你那裡去看病，因為還是自由就醫。

所以我強調的第一點，這是一個基本的結構性問題，而這需要醫療群自動自

發去解決，沒有辦法強迫。因為醫療群成立也是自動自發結合的，以後怎麼樣再做重新合作，也必須由醫療群自動自發去做。假定沒有感受到這是一個 barrier 的話，未來其實很辛苦，這是第一點。

第二點，我覺得這次的修正有一個很大意義，就是希望所有的家庭醫師都把慢性病的 P4P 納入照護，意思是這個病人是你的家醫會員，你又可以提供 P4P 照護，就給予費用加成的誘因。黃醫師剛剛提到你們有做過研究，有參加 P4P，跟沒有參加 P4P、有家醫計畫照顧，沒有太大的差別。代表說不一定要參加 P4P 就可以把慢性病照顧得不錯，但是退三步想，現在 P4P 也有誘因，既然你都提供照護了，為什麼這個誘因不拿，這是一個很奇怪的事情。

所以，隨著我國高齡化的趨勢以及慢性病越來越多，我們越來越期待基層醫師扮演慢性病照護的主要角色，因為慢性病的定義非常廣泛，有人是單純只有一個慢性病、兩個慢性病，有的是多重慢性病，甚至還同時有多個併發症。這些會隨著高齡化而增加，這個 population 有多大？如果離我們最近的家庭醫師，沒有辦法把這些人的健康狀況維持好，我們要家庭醫師幹嘛？就真的只看感冒嗎？所以我們所有的疾病發生率，或者是醫療利用，其實這一群人占據很大的比例。更不用講說現在的大醫院人滿為患，難道慢性病沒有占很大的比例嗎？當然有啊！這些人如果都到大型的醫學中心，你認為他是分級醫療嗎？當然不是啊！這群人如果在基層看診，你還沒有辦法把他納入你的家醫群會員及 P4P 收案對象，那我不知道你們在喊的分級醫療在喊什麼，你們只是口頭在喊，並沒有行動支持，或者是沒有實際 action，往這個方向來跟醫院競爭，這是第二點。

第三點，今年的計畫已經提供這麼好的環境，甚至顧慮到基層醫師的資訊能力比較不好，讓你們不要有太多資訊的壓力，建置了一個家醫大平台，還用 AI 來幫你管理，還幫你提醒。在這樣的情況下，如果你還在選病人，因為你在乎財務責任，把利用率最高的病人全部都拿掉，只收案中間的病人，那我不知道你的責任在哪裡，這是第三點。我知道現在還是有非常多的家醫群內部在宣導，要把 top10、top20 的病人拿掉，VC-AE 就可以得到比較好的成果，然後有比較好的 outcome、P4P 的 reward，我覺得這些都不是願意接受挑戰的家醫群。

第四點，我認為這件事情要做得好，個案管理真的很重要，因為現在每一個醫師、每一個群下面收案的病人都非常的多，如何讓病人能夠固定就醫、提高黏著度這件事情，過去家醫群依然做得不是很好。我覺得有一個很關鍵的原因，當你在收案的時候究竟有沒有知情告知？有沒有做到真正的告知？這件事情沒有做好，雙方沒有知情同意，就只是號稱他是你的會員。我們長期以來一直在強調所謂的知情告知、知情同意這件事情，在家醫群真的落差會非常的大，如果向心力是差的，又怎麼能期待病人會固定就醫呢？因為政策上沒有要求他一定要到你那裡去看病，但如果你確實做到知情同意、知情告知，病人對你會有一定程度的信任，他自動就去就醫了。所以關鍵的問題是，你收案收了幾千人，每個人都

知道你是他的家庭醫師嗎？每個人都知道你的醫療群的 partner 是誰嗎？有需要的時候你可以 refer 到哪裡嗎？NO，我覺得這件事情就真的做得不好，就算是號稱收案 600 萬人又如何？

最後，我還是非常的期待 20 年來所建立的家醫制度，它是非常非常不容易，再加上每年健保投入的資源都在加碼，何語委員也在這裡，他認為不斷加碼是不對，但是從健保署的觀點，這個制度好不容易建立起來，我們不願意說它是 fail、是失敗。某種程度制度還是建立在那裡，但是它必須被政策導入或者是更多的誘因，但其實誘因一直都在給，黃理事長、黃常務理事也在這裡，我覺得有點遺憾的是，還是沒有把我們的基層醫師活化起來。

不過我也樂觀看待，今年有非常多的基層醫師團體或優秀的基層醫師都帶頭做模範，做很多的教育訓練，也在很多場合宣導會員要如何的 do、如何 do 對自己好，這些有被擴散，但是必須更強力的擴散，所以教育訓練很重要，不是只有醫師的教育訓練，個管師的教育訓練也很重要。

現在的個管師面對的問題錯綜複雜，要了解很多的法規、治療的 guideline、健保的相關規範，還有剛才專家講到長照相關規定，所以個管師很珍貴、角色也非常的重要。在目前這個階段，有一個很大的契機，院所如果參加家醫群又參加 P4P 計畫，個管師是可以共用的，是共用的概念，並不是要參加一個 P4P 就要一個個管師，參加家庭醫師又要一個個管師，NO，你們可以整合起來一起共用，對你們來講一定也是最好的。

剛剛專家有提到現在健保署提供良好的環境，包括家醫平台、雲端醫療查詢系統，這些都已經成熟了，只看醫療提供者願不願意上去查看、願不願意運用資訊。

最後一題是剛剛提到的，現在已經有改革了，有提升涵蓋率、數位化管理、支付調整、精進品質等四個面向，還有沒有其他的？前幾天準總統的十大建議中有一個 888 政策(註)，我認為這個成效最少要有 8 成，成效好才叫做好，現在健保的成效還有努力的空間，應該更嚴格一點，可以更有效的控制慢性病。

最後就是健保法第 44 條，所有的努力都往第 44 條邁進，這是法律規定，希望基層醫師記得要成為家庭責任醫師，有照護的責任也有財務的責任，現在又有西醫基層總額，如果將照護責任、財務責任都盡到的話，西醫基層的點值必定很好，不會有太多的浪費，其實是三贏的局面。你們有沒有看到這樣的契機，願意讓所有的基層醫師能夠往這個方向邁進，就看最後能不能走到家庭責任醫師制度，而且可以讓基層總額的點值更好，而不是訴求總額以外要公務預算彌補，要固定點值每點 1 元。落實家庭責任醫師制度，說不定最後點值還超過每點 1 元，以上，謝謝。

註：5 年「三高防治」888 政策目標：80%三高病患加入照護網、加入者 80%接受生活習慣諮商，最後讓三高的控制率可以達到 80%。

主席陳副教授永仁：

謝謝，今天有時間可以讓蔡教授很從容地講完，繼續請社區醫院朱理事長。

朱理事長益宏：

謝謝，目前健保家醫計畫在西醫基層總額執行，我們醫院沒有參與，但是看到政府常在某些場合說，感覺好像到了一個瓶頸，我還是要呼應剛才蔡前副署長講的，這個計畫做 20 幾年有它的功效和功能，這點我還是給予肯定。我覺得未來大家朝健保法第 44 條家庭醫師責任制度邁進的同時，不應該把所有的責任都加諸到基層的醫師或是家庭醫師群。

當然我認為他們要自己再去提升品質，或是剛才蔡前副署長提出的建議，包括知情告知等，這些確實還有精進的空間，但是如果做好這些事情，是為了能夠去跟大醫院競爭慢性病這件事，我覺得是不對的，不應該用競爭，基本上我覺得是政府要去做醫療規劃，我從來不認為醫療是一個自由競爭的市場。

健保開辦以後到現在快要 30 年，就是因為太競爭才導致現在畸形化的發展，所以我認為家庭醫師制度不能完全要靠基層去提升品質、吸引病人、跟大醫院競爭，這是不對的。提升品質是必要，但是政策上要有配套措施，也就是胡蘿蔔跟棒子要一起做，也就是大型醫院看慢性病是不是要有一些棒子的措施，讓它沒有誘因。不然的話，像剛才蔡前副署長講到基層要提升醫療品質，但這些品質在大醫院可能都沒有，因為慢性病人到大醫院去看病是三長兩短，哪有什麼品質，病人還是習慣往大型醫院去看病，所以我覺得不是只提升照護品質或是個管師的叮嚀就能夠解決，當然會有一點成效啦！現在看到家醫計畫照顧的病人數逐年增加，但是成長速度緩慢，是因為政策上沒有配套措施。

如果要大幅改善的話，其實要有政策上的配套措施才能夠做到。但很遺憾目前政府沒有相關的配套措施，所以才會出現醫學中心的門診 100 個病人中約有 55 個是慢性病病人，印象中 5、6 年看到的資料差不多都是這個數字，沒有改變，100 個病人約有 50 幾個都是慢性病病人。不是說這 50 幾個慢性病人全部都要下轉就醫，但至少約一半是所謂的穩定慢性病病人，我不知道到底穩定的慢性病有多少，這個是我猜的數字，健保署才會有數字。我覺得穩定慢性病病人應該轉出來，這是政府的責任。再加上基層這邊，今年度健保署開始推動大家醫計畫，石署長希望地區醫院能夠參與，最近我們也準備跟健保署研議地區醫院在大家醫計畫中扮演什麼樣的角色，希望能夠參與。當然地區醫院的參與，會將原來地區醫院部分忠誠病人納入家庭醫師計畫管理，會把這個餅再做大，有基層之前推動的基礎和經驗，這對地區醫院來講會比較容易上手。

不管基層目前推動的家醫計畫，或是未來再加地區醫院進來做，面對我國人口老化，慢性病病人數一定會越來越多，這也就是為什麼基層家醫群照顧的病人

增加，但是醫學中心慢性病病人數還是那麼多，是因為整體的慢性病病人數增加，所以我覺得本研究計畫可以落實我所提的建議，政府應該要有政策去誘導大型醫院，將穩定的慢性病病人轉診到社區。

剛剛楊老師講到在台大看病，可以檢查的比較多，在醫院也會自動幫病人約下禮拜或下個月的診及掛號，很多大型醫院就是這樣做，診所很少做這種事情，很少在病人看診後幫忙約下禮拜的診，但是醫學中心、區域醫院幾乎每個診看完以後都這樣，幫病人約好下禮拜的診，然後下個禮拜看完後再幫忙約下個禮拜，總有一些名目讓病人每禮拜都來看看病，我覺得這個都是政府該檢討的事情，以上補充說明，謝謝。

主席陳副教授永仁：

謝謝，我們先休息，已經超過 1 個小時，休息 10 分鐘，現在是 10 點 45 分，10 點 55 分再繼續。

(中場休息 10 分鐘)

主席陳副教授永仁：

請吳特聘教授肖琪對今天的議題來發表意見。

吳特聘教授肖琪：

主席，各位大家好，在座蠻多四年級、五年級、六年級生，也很關心台灣的醫療，我們都是長期夥伴了，我也很高興蔡淑鈴教授現在加入學者的行列。我們都不是對立的關係，都是希望台灣更好。

針對今天第一個議題，有兩點建議，第一個，建議議題一的說明(計畫的執行面建議)能加上以下內容。我印象非常深刻在 96 年的時候，也許蔡淑鈴教授可以幫忙補充，我跟鄭守夏教授在費協會的時候，覺得家醫群要有退場機制，在經過健保署推動家醫計畫約四年半，我們才真正認真討論家醫計畫，也要謝謝醫界朋友真的很誠實，以前要求要固定就醫，一個群內固定就醫 50% 以上，但那時候沒有達到，僅約 30% 以上，我們也針對群內就醫怎麼會不到一半的問題討論很多，如果 100 次就醫應該有 50 次以上在群內就醫，怎麼會因為在醫學中心旁邊，就要求群內固定就醫只要 30% 以上。當時我就說既然住在醫學中心旁邊，可能就不會去家醫群，家醫群就應該退場。當時有些區的人就說，就是要找簡單個案加入，不要找複雜的個案加入，複雜的個案會去群外就醫，後來健保署才開始調整收案方式，將複雜的個案如多重慢性病病人派給院所，我覺得這個才是好的方向。

當時我們希望家醫計畫要有退場機制，另外有一個有趣現象，例如做不好的

院所退場，但後來這家院所又可以再加入其他家醫團隊，這是不是真的退或進？從一開始家醫群約 300 群，到現在 600 群，我們真的滿意嗎？我不滿意，我覺得應該有更多的群再進來。

剛才蔡淑鈴老師提到家醫群組成院所不在同一個生活圈部分，以前有個家醫群跟我說：我是找六個鄉鎮市區的家醫科組成家醫群。我非常詫異，應該是同個區內的內外婦兒牙等，我是反對牙醫自行籌組一個牙醫家醫群，理論上牙醫要加入大家醫群，應該是群內包含這幾個科別變成一個群，包含內、外、婦、兒、牙或耳鼻喉就可以 cover 了，群內就醫的比例才會高。不在同個生活圈固定就醫不會高，也沒有市場競爭。我覺得家醫群努力的目標是，到底要有哪些科別進到家醫群？該不該有牙醫師等等？這是議題一可以納入思考的。

針對議題一可以進一步思考的是，參加家醫群會員跟非會員之間的比較，收案對象的比較，除了健保署分派複雜個案以外，簡單個案比例可能不會很高，因為院所可能不會去找多重慢性病，會對院所較為不利。

至於照護成效部分，我們做學術研究的都知道用 DID，Difference-in-Differences(差異中的差異)，分析「會員組」跟「非會員組」前後測的差異？在 slide 第 22、30 頁照護成效之呈現方式還有改善的空間，應該以 DID 分析照護成效才會比較準確。另外，我也建議要將新案跟舊案分開看，過去有教授曾提到，DRG 做到一個極致要 stop，不然越做錢越少對醫界不利，所以要分成新案跟舊案兩組分析，理論上新案進步應該比較快，舊案是 maintain。議題一是討論還有什麼改善空間，我覺得這部分是可以做的。

我也覺得應該慢慢轉向以結果面來當指標，以前的指標多是過程面指標，後續要怎麼訂定敏感的 outcome 指標，而不是過程面指標，黃理事長、黃常務理事絕對可以幫很大的忙。

針對議題二，我支持大家醫計畫實施及擴大，以前我就覺得家醫計畫是很重要的基礎，是要走的方向，家醫計畫預算從 8.8 億元變到 42.48 億元，你覺得這樣很多嗎？我覺得不夠多，在西醫基層總額超過 1,500 億元中，到底家醫群 cover 多少錢，除了算家醫計畫花的錢以外，家醫群會員的醫療費用是多少，就是有加入家醫群跟沒加入家醫群的醫療費用以及變化，尤其是長期幾年的趨勢變化。

我參與了第 9 期醫療網的擬定，在擬定草案時候全世界沒有發生 COVID-19，我們就訂定「建構敏捷韌性醫療照護體系計畫」，那時候會訂敏捷韌性醫療體系，是因為我看到全台灣 368 個鄉鎮，除了都會區以外，當人口增加 60 萬的時候，就有 224 個鄉鎮的人口在減少。我現在在做第 10 期醫療網的規劃，看到 5 年資料發現人口在減少，有 279 個鄉鎮的人口在減少。

人口減少這件事情很重要，以後年輕人不見了，未來 20 年年輕人會少掉 450 幾萬人，老年人會增加 40、50 萬人，這是未來 20 年可以看到的光景。我希望基層醫師在第 10 期醫療網的定位寫得更加清楚明白，第 9 期醫療網要以人為

中心、以社區為中心，剛才提到整合的部分，我完全支持，大家可以看第 9 期醫療的圖，我已經用了 10 幾年，當時已經送給政府，希望做整合的事情。

然後在第 10 期醫療網，希望基層醫師都要會長照、會 ICOPE(Integrated Care for Older People，長者功能評估相關表單)，長照 ICOPE 納入 6 年繼續教育訓練，我希望基層醫師要多幫忙支持，這樣才有辦法做到以病人為中心。其實我們的個案管理師真的太多了，病人有多重疾病的問題，有太多的個案管理師，理論上，應該要整合，進行個案管理的整合，及減少個案管理數。

最近我查國外文獻，什麼樣的人會需要個案管理師，可能是失智症 combine 癌症及另外一種疾病，三個疾病以上的人才需要個案管理師，並不是癌症病患就一個個案管理師，一個疾病一個個案管理師，應該是罹患 3 種病以上病人需要一個個案管理師，而不是很多個案管理師。剛才提到糖尿病、高血壓、CKD 等都是屬於內科專科醫師，同一位醫師就可以看的，因為現在的支付制度是論量計酬，所以就會拆拆拆，拆分成三個病，分三個診次，未來怎麼減少呢？我覺得可以從多重慢性病的個案有沒有減少就醫次數、減少次專科醫師數，當作指標來監測，慢慢 monitor，我只能說慢慢 monitor。

關於現在推動的居家醫療，當住院病人出院時，醫院會安排一個居家醫療的醫師。在坊間我們常到看幾種情形，病人平常有固定的家庭醫師，但是家庭醫師太忙而無法接受教育訓練，以致於不能開立醫師意見書。中風病人出院後可能有三個醫師到他家裡提供相關醫療服務，不能說都是到他家裡，但就是有三個醫師照顧一個病人的情形。甚至於居家呼吸器依賴的病人，胸腔內科醫師是不可以去居家照護，理論上我們希望漸進整合由一位醫師看診，應該是以病人的需求為主，哪部分的問題最大，需要哪個科別醫師，由那個醫師照護是最好的，我剛才提到居家呼吸器依賴，應該是胸腔內科可以去照護，而不是非家醫科或不在家醫群就不能去提供服務，以上是大家醫計畫改革可以納入思考的。

有關議題三，我想落實部分負擔，剛才前面提到的部分，我完全支持，依照健保法規定是 20%、30%、40%、50%(註)。如果輕症部分負擔 20%的話，只要約 200~300 元，部分負擔應該要有最少的下限，也要有上限，這也是家醫計畫要納入檢討的部分。

我照議程題綱，有關議題四，論人計酬確實像楊銘欽老師說的，是一個中長程的目標，前提是如何逐步縮減民眾就醫的自由度，之前試辦論人計酬的時候，民眾可能不知道他參加論人計酬，他要去哪裡就醫是非常自由，這個部分也需要去努力。現在規劃地區醫院納入家醫計畫，我覺得地區醫院跟基層都要往這個方向去努力的。

我自己加了第五個議題，第一個是民眾為什麼不接受下轉？除了民眾因素以外，診所沒接受評鑑，民眾怎麼區分診所的好壞，這件事情遲早必須面對的。長照沒有拿政府多少錢，多年來長照機構都有做評鑑，為什麼診所沒有評鑑，怎

麼讓民眾有信心呢？這個是老議題，真的得面對了。

另外，剛剛楊銘欽老師提到 AI，其實蠻高興看到大家醫平台部分，應用 AI 做品質公開，以前的健保品質指標包括品質公開等，如果民眾自己有某個病的時候，可以去 google、Chat GPT 等查詢，就能知道疾病有哪些狀況、治療方式等。民國 80 幾年我去澳洲的時候，澳洲提出指標是陽性預測值，100 個做檢驗的人，有的是 100% 是陽性，有的只有 10% 是陽性，其實兩個都有問題，所以檢驗的陽性預測值也是可以納入思考。我曾聽到要慢慢整合資料庫，就是健保資料庫、健康署資料庫、社安網資料庫慢慢結合在一起，以後怎麼樣把這些資料結合起來，做好品質指標管理及監測，我覺得這是中長程目標，不是現在可以談的，謝謝。

註：健保法第 43 條第一項：保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，居家照護醫療費用之百分之五。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十。

主席陳副教授永仁：

謝謝，哪一位要繼續接著發言？請何常務理事。

何常務理事語：

主席、各位，在座三位醫師、專家學者、周執秘及各位健保會同仁，大家早安午安！

非常感謝主席邀請我來參加這一場會議，農曆 3 月 15 日我跑去保安宮拜拜，看到一個匾寫「道、濟、勤、倫」，是黃帝賜給他的，道就是醫道，濟就是濟世，醫道、濟世、勤、倫，那是黃帝賜給他的匾。

臺灣的醫界發展到現在，我知道有 70% 醫界的人都非常有良心、非常有醫道，就是要有醫道、醫德、醫慈、醫心，當然它的涵義很深。濟世就要普濟社會，我不能講說台灣醫界因為社會環境的改變，當然大多數的醫師都還是很有良心的、很有醫德的，但是總是有一部分醫師已經變成醫利，利益的利，他從事的醫療行為是以利害關係為導向，還好現在台灣還有這些公衛教授很有良心，再看看這個醫界的發展，提供很多的建言。

昨天晚上我一直在想，今天來是要老實講，還是要講好話，還是講建言？我想一想因為閻羅王召我去了兩趟，他叫我再回來，我應該不能違背良心都講好的，而不講不好的，所以我今天會站在付費者及醫病關係的角度來說明。坦白講，我這禮拜打很多電話去問很多不同科別的西醫基層醫師，在座出席者可能有人聽到我在徵詢很多醫界的意見、看法。家醫計畫本來在美國是一個管理式醫療照護系統，非常好，可是演變到台灣來的時候，好的只占一半，不好的已經變質了，原因出在哪裡？因為計畫支付個案管理費，每人支付 250 元/年。

剛才有專家提到費協會的時候，當初討論預算分配、計畫設定很單純化，可

是到二代健保以後，醫療費用越來越龐大，再加上政治力、利益團體的介入，到最後都不一樣了。很多醫療院所的人跟我講，實際上家醫群裡面，大多數的群還是不錯的，但是很多群由醫療顧問仲介公司找診所來組合，跟診所講說「你放心，所有的病人我都幫你找來造冊」，所以他請村里長編冊給他，或者請社區管理委員會主任委員編冊給他，這樣子去湊合醫療的對象，有一半是診所自己的病患，有一半是湊來的。所以為什麼在整個服務方面無法達到 100% 的效果，原因就出在這裡，變成會員自己都不知道有被造冊進去，所以就到處就醫，沒有回到應該要就醫的診所看病。所以為什麼統計上，就醫次數不是 100% 都在這個醫療群裡面，為什麼統計出來也是只有一半的成效，原因就出在這裡。

醫療顧問公司對於 250 元的個案管理費再去拆分，7 成給醫院，自己收 3 成，至於每個月的報告，他說「沒關係，我都幫你處理好」，就是整個醫療顧問公司的管理人幫他做。但是我看美國的資料，至少具備個案管理師資格，台灣不是，台灣醫療服務顧問公司的管理人也許是護理人員，或一些具備醫療相關知識的人在當，到底是什麼情況，無法再進一步深入了解，所以會產生很多質疑，有些群的成效是非常良好的，但是有些群的成效效果不彰。

另外就是電話諮詢服務，有多少群提供正確的電話諮詢服務，占比有多少？有些電話諮詢服務，剛打去就問「最近身體好不好？有沒有什麼疾病？有沒有來這裡看病？」講完以後就開始推銷醫療用品、醫療器材，或者推銷健康保健食品，所以有一些人是不太滿意的。此外，有多少群的醫療服務數據是正確的，有多少數據是不實際的？

另外有關預算的支用，到底發揮多少效果？當然計畫有做很多評估，但是他們認為整個家醫群最後的評估報告，也許 70、80% 是實在的，但 10、20% 是不實在的，他們的看法是這樣子。所以在醫療經費支付方面，到底無效支出、浪費的占比有多少？

他們也提出家庭醫師群在二代健保以後，政治力介入越來越深，利用家醫照護群的建立，為政治服務、選舉鋪路。傳聞有人利用家醫群去跟蔡總統邀功，說家醫群有 600 萬會員，這 600 萬人就是基本拉攏的選票。蔡總統曾經有三次請工總的常務理監事吃飯，第一次請常務理監事去吃飯的時候，她就指定我坐在他的左手邊，我當時就跟她講說，醫療要做很大的改革，她說好好好，我們真的來推動醫療改革，可是 8 年下來，改革進步非常有限。我非常慶幸蔡副署長退休了，因為未來政治力介入越來越深，整個醫療改革越困難，我的看法是這樣子。我恭喜她轉換為教授，今天看她滿面春風，跟以前差很多。因為醫療太龐大了，未來不只有政治力介入，還有利益團體也一直介入。

不瞞你講，上一次有一個基因檢測公司一直打電話要來訪問我，我都不接受，我不接受任何想介入健保醫療的公司來跟我談。後來次世代基因定序(NGS)在醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議裡面通過了，我也樂觀其成，我沒

有排斥。但是他們要來跟我談，我就不接受，很多外圍醫療相關的公司也會一直介入，這是他們為事業的生存之道，這個理所當然，我們不能怪他。

家醫計畫假使要導入一般服務裡面，我們要建立一個社區診所責任醫療，另外大家醫計畫，剛剛各位先進報告的，有好的一面，我們不否認他有績效，但是怨言占比也很大，西醫基層抱怨的聲音也很多，所以這些怎麼去改善？為什麼他們有一半加入家醫計畫，一半不願意加入，不願意加入一定有他們的理由，一定有相當充分的理由。

另外，家醫計畫外，還有做糖尿病照護、初期慢性腎臟病照護及代謝症候群防治計畫，這些照護計畫跟家醫計畫有沒有重疊性？怎麼去釐清整個費用支出？坦白講，好的醫師絕對照規矩做，但如果有醫師就不照規矩做，你怎麼去抽查？他有沒有重複申報、重複做。當然現在希望 AI 系統導入以後，能夠釐得很清楚，這樣未來家庭醫師制度，才會朝好的發展方向。

還有我也一直認為，剛才很多先進都講過，健保法第 44 條就是建立家庭責任醫師制度。但是這個以全人為本的醫療計畫裡面，西醫基層跟醫院的各項指標，應該依據全人的統計為準，而不是分基層醫療或者醫院去分別計分，以全人為本的醫療，應該是不論我到西醫基層，或醫院去就醫，醫療利用應該整體做統計，應該以我這個人為統計對象才對，而不是只統計在西醫基層或醫療群的利用，那個就不適當。

因為台灣土地太狹窄，人口太密集，我曾經想過醫院要如何改革，如果想把醫學中心、區域醫院留下來，把地區醫院重整，要怎麼做？在偏鄉或鄉鎮市區，將占床率低的地區醫院跟西醫基層整合，提供基層醫療。在都會區的地區醫院，則要求提升它的資格，升格為區域醫院。這樣子的話，可以整合為鄉鎮地區的家醫整合性照護計畫，由地區醫院做領頭羊，整合該地區幾個鄉鎮中各類別的診所，成為一個大家醫計畫。

地區醫院在去年協商 113 年度總額時，提出要實施「地區醫院全人全社區照護計畫」，編列 5 億元經費，未來會不會重疊？地區醫院編 5 億元，未來會不會編到 40 億元、50 億元，西醫基層的家醫計畫現在又編到 40 幾億元，未來會不會編到 50 億元、60 億元？如果兩邊的總額一直編經費，是不是有重複的現象？

假使政府願意改革，把鄉鎮的部分由地區醫院整合西醫基層，做為地區上的大家醫計畫。另外能在都會區生存的地區醫院，則要去提升能力、設備、醫師的素質，升格為區域醫院，這樣都會區跟偏鄉鄉鎮的醫療服務才會有好的整合。因為鄉鎮的病患有幾個現象，第一個，在偏鄉地區因路途因素就醫比較不方便，第二個，在鄉下的病人醫療知識比較不充足，接收醫療知識比較困難。第三個，鄉鎮區的病人忠誠度會比較高，會比較容易接受醫師群的照護。

都會區的病人流動性很快，他今天在診所看個病，也許明天就跑到區域醫院或醫學中心看病，流動性高，剛才有提到他的忠誠度不是很高，為什麼？如果我

今天到一個診所去看，我跟朋友講說，啊！我現在有什麼毛病，朋友一定說我介紹你到某個醫院去，那個醫生很好，看得非常好，他明天、後天就跑去看那個醫生了，所以不會對診所忠誠度。因為在都會區對於醫師的依賴度及信任度比較低，在鄉下的病患對醫師的信任度比較高，這是社會現象，怎麼去改革把它整合，那是政府的事情，我只是提出這個現象。

有關論人計酬支付制度，健保法第 44 條是建立論人計酬的家庭責任醫師制度，建立個人歸戶的完善制度。我看很多委員也對家醫計畫提出改善建議，可以參考大家醫計畫，逐步回歸健保法第 44 條的條文去推動。

可以的話，也建議請公衛教授來做一個研究，家醫計畫實施以後，這些參加醫療群的人，他們的餘命到底增加多少？還是說他們餘命根本都沒有增加，壽命都沒有延長，或者說餘命有增加 1 歲、2 歲、3 歲。還有他在群裡面，實際的醫療支出占比多少，跑去醫院看病的占比有多少，能夠有大數據的統計，可能會使家醫計畫更完善。

既然已經實施 20 年到現在，我當然支持家醫大平台的規劃，因為無法走回頭路了，今天無法廢除家醫計畫，最後只能導入總額一般服務裡面，導入一般服務後，就要去實施家庭醫師責任制度，讓家庭醫師去建立服務病患的醫療群，有關家醫群的建立，剛才也有教授提到，有的病人住得離醫療群非常遠，可能就是剛才講造名冊而來的，所以他從來不會找這邊的醫生看病。我在訪問過程中，一直打電話請教他們，他們也有講到這樣的現象，那些人不來看病，就醫次數根本都是 0，他們都跑到別的地方去看病。所以怎麼去改善、怎麼做，我們要集思廣益。

我很高興聽到蔡副署長現在轉為蔡教授，今天提出非常好的建議內容，也可以供大家醫計畫未來推動的參考，以前我都沒有聽過她講這些，今天非常棒，我也學習了很多。因為健保會委員能夠了解醫療內容的不多啦，現在又改變制度，連任兩屆就不准連任，代理開會也不能超過 3 分之 1，每年只能去開 3 次會，我不知道啦，未來新部長說不定連代理也禁止。說實在的健保會委員對醫療要了解那麼多很困難，所以我們只能聽公衛教授的建議內容做參考。還要有心去訪問很多醫界朋友的意見跟看法，這樣子才能提供一些做參考，我以上表達，謝謝。

主席陳副教授永仁：

好，謝謝，黃常務理事想要先做回應。

黃常務理事啓嘉：

我想跟大家說明一下，如果我講得不對，再請大家指正，其實現在有三個名詞，第一個叫做「家庭責任醫師制度」，第二個叫做「家庭醫師整合性照護計畫」，第三個叫做「大家醫計畫」，這三個其實是完全不一樣的東西。

家庭責任醫師制度，指的是每一個國民都有一個家庭醫師 gatekeeper(守門員)。家庭醫師整合照護計畫，目前並不是每一個國民都能夠納入會員，因為它是以高醫療利用率的人為優先，所以譬如說從來沒有去看病的人，基本上不會進入這個照護計畫裡面，所以目前講的「家醫計畫」是家庭醫師整合照護計畫，所以它涵蓋 600 萬人已經很多了，表示 2,300 萬人中有 600 萬人常常去看醫生，而且需要 intensive care，強化的 care。所以事實上，有些人根本就不會在家醫計畫裡面，因為他從來不生病、不去看病，但是在健保法裡面，他還是家庭責任醫師制度裡面應該照顧的對象，所以這兩個之間是有差別的。

再來講大家醫計畫，大家醫計畫其實基本上就是一個資訊的平台，因為現在資訊發達，各種數據已經可以進入雲端了，所以我們希望透過雲端，包括各種資訊的累積，能夠提高照護的品質，而且回饋給照護者，所以包括提升服務涵蓋率、數位化追蹤管理、支付制度調整，因為數位要錢嘛，當然支付面也要增加一點費用，然後精進醫療品質。其實家庭醫師整合性照護計畫從民國 92 年開始試辦，到現在有 20 年了，20 年其實外界變化很大，不管科技的進步各方面都變化很大，電腦能力也不一樣，計算能力也不一樣，所以我們要改革，因為要跟上時代，面對不一樣的情境。大家醫計畫其實是要運用現在的數位科技，讓我們對民眾的健康照護更加的完整、更加的廣泛。

剛剛有講到一個重點，到底一般服務跟家庭醫師的照護是不是要分開？事實上我覺得兩個其實是同一件事情，難道一般服務裡面不用提供家庭醫師品質的照顧嗎？難道一般服務不需要評估最後的 outcome 嗎？都要嘛！所以事實上家庭醫師整合性照護計畫中，要給病人多關心，要有健康管理成效，不管這個計畫要提供病人什麼服務，在一般的醫療照顧裡也是應該提供的，不會說一般醫療照顧就不需要這些照顧。

所以剛剛有講到，如果未來要慢慢改變的話，我不要講論人計酬那麼遠，我講論質計酬，因為沒有論質計酬哪來論人計酬？論人計酬在台灣不可行的原因，是因為台灣人就醫很自由，你限制他就醫，這個政治責任沒有人可以承擔，也做不到，除非有很大的經濟誘因，那又是很大的社會變遷。但論質計酬是可以做到的，因為對於醫師提供病人的醫療服務，他的服務品質是可以回饋的，尤其現在有大家醫計畫的數位科技，可以回饋給醫師，瞭解這個病人各項 KPI 的改變，在這種情況下我們的醫療品質可以提升，所以我覺得可以先從論質這部分先考慮。

剛剛有講到是不是能夠在同一個區域？我要講實話，我剛剛講因為有一個大家醫平台，有數位整合了，其實我們已經打破區域了。我的意思是，當然還是希望病人本身就近看病，以前我們能夠詢問的醫師、能夠看到的數據，就是來自特定家醫群內部，但是今天有一個數位平台以後，我可以看到的數據不是只有特定家醫群，我可以看到所有的家醫群，看到他們在各個地方看病的紀錄，醫生在

雲端全部都看得到，像我們現在看診很習慣先看雲端資料，看他哪邊做過檢查、看哪邊用過什麼藥，事實上現在數位已經做到這樣子了，以後大家醫平台又更上一層樓，我們可能做到的事情會更多。

這種情況之下，過去只限定在某個群、某個群的思維，可能慢慢就要打破了，為什麼？我自己覺得基層是不分科的，因為每個病人進來以後，我會去請教，譬如說心臟的問題我可能會請教我醫療群的心臟內科醫師，但如果數位科技更發達的時候，我請教的對象就不限於某一個人或某一個範圍內，可以請教的範圍會更遠、更寬。我們要考慮到現在的資訊能力跟數位能力已經跟以前不一樣了，我記得 10 幾年前，那時候蔡教授還是主秘的時候，有一次主持會議提到雲端藥歷，我就跟你講說這種資訊科技不能太快，但也不要太慢。為什麼說不能太快？因為有時候 10 年前想不到的事，10 年後就可以做了，就像手機一樣。事實上數位科技變化很快，醫療本身如果走太快，可能很吃力不討好，但是走太慢又跟不上時代，所以到某一個程度的時候，大家醫平台在現在這個資訊能力時代好像已經水到渠成。所以我覺得家庭醫師整合照護計畫，能夠以大家醫平台先回饋質的精進，未來有一些部分能夠論質計酬。

至於大家會不會選病人？我認為上次吳肖琪老師給我一個 idea，他說我們要看的是進步率，不是絕對值，也就是說物理有速度跟加速度，我們要看加速度，不是看速度，因為每個人的速度可能不一樣，但是改變的比例是可以評估的。就是一個人原來不及格，他的健康分數是 60 分以下，但他進步率會很高啊，所以他雖然是一個不好的病人，我們不要看他絕對的分數，要看他最後能夠加多少分，這樣子醫生就不會去挑好的病人，差的病人搞不好進步率更高、更容易進步。好的病人不會進步，從來不生病的病人可能一下子就被扣分，因為他去年沒生病，今年在你照顧下生了一次病，扣很多分，對不對。可是他如果每年都看 10 幾次醫生，明年可能只看 8 次或 9 次，住院率下降了，我不看絕對值，我看的是進步率，我看變異率、變化值，這樣子大家就不會都去照顧輕症，而不照顧比較嚴重的病人，因為進步容易。

我覺得這個是未來可以考慮，不要全部看絕對數值，要看他的變化率，有些東西甚至不用進步，只要不退步也是一種進步，因為隨著年紀增長，今年跟去年比多了 1 歲，結果維持跟去年一樣的生病次數，這個醫生很成功，老了 1 歲沒有讓他多生病。所以我覺得 KPI 的設計很重要，未來家庭醫師整合性照護計畫或者家庭醫師責任制度，不管是哪一種，我剛剛講過這三個目前的狀態是不同的定義，將來如果要運用大家醫平台的數位資訊去做質的回饋，怎麼去算 KPI 要有技術性的處理，讓醫師願意照顧複雜的病人，不會去挑病人，這樣子正向回饋對民眾的醫療才會有幫忙。

主席陳副教授永仁：

是不是黃振國常務理事先簡要發言，然後再請這邊發言。

黃常務理事振國：

針對各位老師的指導我稍微說明一下，我蠻認同我們所有的資源，尤其長照屬於長照司主責，居家醫療屬於健保署主責，事實上資源的確有重複的現象。而且我發現一個最大的差異，現在長照居家部分的給付，遠高於健保的給付，所以很多的護理人員離開醫療機構，就是因為長照的誘因、自由度跟給付太高，所以我覺得很重要，可能要去思索一下給付要有一致性。而居家醫療有一個條件，就是居家醫療超過下班時間有加成，一般的門診服務事實上沒有加成，造成醫事人員心態的不平等，所以也許在資源整合，還有系統整合的部分要再思考。

其實衛福部不同的專案，屬於不同的行政機關管理，比如上次 COVID-19 疫情期間，我們發現 CDC 竟然不認同健保署的系統，所以基層醫療遇到一個最大的問題，當遇到核扣的情形，健保的系統申報了，CDC 的通報系統不完整也會被扣，造成當時疫情最嚴重的時候很大的 bias，所以他們也不太願意去認同健保署的系統。大家知道健保署的系統有即時性，比如說今天申報有錯，或是有特別謬誤，在隔月就會自動檢索，或隔年度系統的檢索，通知你申報不合當時的規定，可是其他的機關，譬如說健康署，甚至 CDC，往往跨了 2、3 年才去核扣，造成民怨不斷，所以既然在 AI 的時代，一個資訊整合的時代，建議衛福部的系統應該回到以人為本，剛剛講得非常好，我們今天家庭醫師的精髓就是以人為本，既然以人為本，就不管主要權責的照顧者是不是在基層診所。

我為什麼在私底下要稱蔡教授為「家庭醫師整合性照護計畫」之母，因為這 10、20 年來我受他指導很多，我知道他的觀念非常好，現在的問題第一個就是固定就診率的部分，固定就診率在這幾年從 40%，今年已經提升到 50%了，呼應各位老師的指導，獎勵指標要求必須達到 50 百分位，但是為什麼沒辦法達到 100%有兩個因素。

第一個，現在所謂應派的個案，是根據過去兩年就醫的慣性派案，但是有一個最大的差異，假設這個人他雖然慢性病是在醫院看，但是急性病可能在診所看，這個會員就會派給基層醫師。既然地區醫院已經要做類似家庭醫師整合性照護計畫，也應該以人為本。假設這個人的慢性病已經在地區醫院、醫學中心，甚至區域醫院看，就不應該派給基層診所，那就沒有何委員擔心的因為兩個計畫而重複，這個不會，應該是以人為本，這樣固定就診率會高。

第二，我們發現民眾的醫療需求的確沒辦法在基層解決，以疾病為例，大家知道精神科、眼科、泌尿科等科別的特殊性，所以民眾會因為這個就醫的習慣，往往跨區，甚至跨院就醫，所以自然就不會在家庭醫師能夠處理的範圍內。最常見的就是當民眾發生重大的事故，譬如說癌症、心肌梗塞，已經到比較中後段情況的時候，自然而然會在醫院就醫，所以不可能達到 100%，但是我們也呼應大

家的要求，把固定就診率提升到 50%。

其實蔡教授在副署長任內的時候，要求我們年年要精進指標，所以當時的得分如果只要 40 百分位，現在都到 55 百分位，已經不只是 50 百分位，只有達到 average 是拿不到分數的。所以跟大家報告，論質指標其實是 OK 的。

第二個，就是我們剛剛講的跨區域，其實我今天才知道有這麼多例外的醫療群，我本來知道是少數，但是我覺得如果隔年要檢討家醫醫療群的制度，我們應該有一個生活圈的概念，最少是幾公里，或是同一區，也許各位老師或專家學者能給我們一個建議。譬如以職訓中心來講，是方圓 15、20 或 30 公里，也許大家可以想一想，也讓我們的主管機關去想，超過某個距離，就不應該收納在同一個醫療群，因為既然不是同個生活圈，我們就不應該納入到同一個醫療群去組合。

還有一個問題，既然我們醫療群的會員，多是來自於過去兩年就醫的民眾，這些會員都是比較穩定的。有關剛剛老師提到新案、舊案的問題，目前這個計畫都是考慮醫療服務提供者的誘因，或者是健保署提供管理上的誘因。但是各位有沒有想到，我們給民眾的誘因是什麼？不是一個同意書就好了，重要的是民眾有什麼誘因跟隨我們的制度，願意鄰近找一個適切的家庭醫師？這個我有幾個建議。

第一個，最近在「健康台灣」論壇裡面建議，希望免費成人健康檢查從 40 歲降低到 30 歲，也許我們可以針對參加家醫計畫的民眾著手，從觀念上讓民眾認同，知道參加此計畫成為家庭醫師會員的時候，提供成人健康檢查的年齡降低到 35 歲，甚至 30 歲，就是你要給民眾誘因，知道原來成為家庭醫師會員是有好處。

第二個誘因，比如說之前曾提過，目前穩定的慢性病人都可開立慢性病連續處方箋，對於因出國或是有遠洋漁船工作者，也能夠一次拿三個月的處方箋。如果民眾已經在同一個醫療院所，且過去兩年內穩定就醫，沒有發生重複用藥的情形，如果因為年老、行動不變，對這樣忠誠度高的病人，有沒有甚麼誘因？其實可以比照前述的方式辦理。

跟大家報告，健保署對於重複用藥有核扣，經查健保資料只要同一個病人在不同的醫療院所，有 7 天以上重複的藥費，在隔年會把它核扣，既然該病人有重複用藥的可能性，如果願意在就近的基層診所看診，不是在醫學中心喔，就應該讓這樣的民眾可以拿慢連箋，穩定提供 3 個月的用藥，前提是他前兩年已經在這個診所穩定就醫，這樣的好處是什麼？他也真的達到費用減免，也沒有造成所謂健保財務的衝擊。

今天經由民眾的口耳相傳，尚未加入的民眾就會開始認真的考慮，就像在座老師說的一樣，雖然在台大附近，有台大優秀的教授可以照顧，但是如果當有這麼多誘因的時候，民眾會思索，是否可以就近找個台大退休、或台大訓練完，或其他醫院訓練不錯的醫師，也能夠擔任你的家庭醫師的角色，這個是非常好的。

第二個是有關自選個案部分，往年發生過，台北區某個大型診所，因為醫師非常多，指定個案非常少，自選個案每位醫生有 200 人，就發生過這樣的事情，因為有 20 幾個醫生，這個診所就有幾千人的家庭會員，我有個病人直接 LINE 給我說，黃醫師，我兒子在健康存摺 show 出說我是誰誰誰的會員。經由這些案例我們也有檢討，我們已經下修了，不管你的診所 base 多大，現在最多只能 6 位醫師，我們會自我反省。

還有針對何語代理委員講的，的確有醫管公司用招攬的方式在推廣，所以我們也把那個條文修得很嚴謹，現在只有醫療機構能擔任執行中心，如果一經查出違規，就直接將其退出醫療群。還有講到汰劣的部分，跟大家報告，我們之前是 60 分以下才要淘汰，跟大家報告，這幾年我是扮黑臉的，我們及格分數從 60 分提高到 65 分，今年是未達 70 分就要淘汰，如果各位有看到有些醫師在群組罵，說家庭醫師這麼嚴，家庭醫師都怎麼樣……，一旦被退群的時候，就開始罵我們這些管理者，罵我最多，罵啓嘉比較少，說為什麼這麼嚴呢？我們已經很清楚向會員呼籲，今天這個論質計酬計畫，誠如各位期盼的，大家知道目前健保給付是論量計酬，論質計酬為什麼這麼重要？因為論量計酬只看服務面，並沒有看結果面，唯有論質計畫才能 monitor 整個 outcome，有成效比較基礎。

今年推動家醫 2.0 的精髓在哪裡，可能大家有點了解、期盼，但是有些可能不是很了解，我先說明一下，目前的家醫計畫跟糖尿病醫療給付改善方案，的確是有重疊。但是大家知道嗎？能夠參加糖尿病醫療給付改善方案的診所，他的人力、物力是比較夠的，診所除了醫師以外，可能要有護理師，甚至需要一個衛教師，這些診所的配置我們叫做前段班，是已經做得很好的。但是家醫 2.0 要在基層推廣的時候，我們目標是希望一些中段班的診所加入，這些中段班診所，有糖尿病病人固定就醫，但是這些診所又沒辦法聘到足夠的護理師，甚至有訓練的衛教師，其實最差的是聘不到衛教師，護理師的招聘一般是 OK 的。

因此這一次在設計上，我們希望拉近有參加糖尿病試辦計畫的診所跟沒有參加的診所，中間的一個過渡差異。跟大家報告，我非常認真，我們台灣家庭醫學醫學會從上半年到目前為止，已經辦了將近 25 場教育訓練，我們要求學員必須乖乖上課 3 到 4 個小時，這個是我們學會的責任，我們的做法是非常嚴謹的。甚至我們在 7 月 13 日的年度學術研討會，要辦理一個加值版學術工作坊，我們找國內最好的教授來授課，我們要求一些合辦單位，要聘請最好的老師，希望提升基層的醫療照護品質。

回應何語代理委員講的，雖然地區醫院跟基層同時有做家醫計畫，希望由地區醫院來整合基層，我跟何語代理委員報告，大家可以看「全民健康保險醫療品質資訊公開網」糖尿病的部分。就以我的診所跟基隆地區的醫院數字跟大家做報告一下，我們基隆有 3 家可能不屬於醫學中心的地區醫院，目前糖尿病病人最多的是臺灣礦工醫院，是 874 人，基隆市立醫院是 745 人，新昆明醫院是 399

人，小弟因為比較忙，我的診所病人不多，是 469 人。

一個醫療群大概有 10 家診所，基隆有 4 個社區醫療群。回到我剛剛講的以人為中心，今天民眾在哪裡就醫，就應該讓民眾就地得到最好的醫療照顧。應該這樣講，不管在哪個計畫、哪個層級的醫療院所，今天有照顧過程面指標，也有結果面指標，如何落實所謂在地醫療，然後符合品質管控標準，說實在這個是要費點心思的。

剛剛有老師提到個管師太多，我也蠻認同的，其實很多的醫院同一個病人，只要發生疾病，譬如說中風有中風的管理師、心血管有心血管的管理師、呼吸疾病又有一個管理師，但是大家知道嗎？只有在醫院的病人有個管師，可是出院呢？他們跟我講說，希望能多聘個案管理師，我回答我們護理人員已經少得可憐，而且各醫院已經找不到護理人員了。這麼說好了，應該是回到以人為本，今天這個人發生疾病，先接受醫院醫療、持續的輔導或管理，當病人比較穩定後，就應該下轉到當地的，尤其是基層的醫療群的醫師，或是平常照顧該病人的醫師，有個 team 幫忙，這樣費用是最省，效益是最大的。

還有就是計畫指標，跟大家報告，這幾年的指標更改得非常多，大家如果了解，指標更改有點複雜。我們從過程面到 outcome 面，每年都在修，修到我們回去面對會員，他們就說，你出去開會為什麼每次都是好像割地賠款。他們跟我講，那個 800 元是 20 年前的物價，現在是 800 點，大家可以想像，如果一個診所要花很多心思參加家醫計畫，假設這個社區醫療群病人數不多，各位有沒有想過他會不會參加？當診所病人量在成長的時候，我們在鼓勵上，必須顧慮各個診所存在的差異性，鼓勵他們來加入，不能在鼓勵加入階段就把他扼殺了。所以為什麼我們在請各個基層醫師加入家醫計畫的時候，都是鼓勵，初期是鼓勵，告訴他們參加計畫的過程中，事實上不用太累，但在無形中，我們經由個案討論會，增加診所彼此間的互動。讓原來互不相識的醫師，甚至是原本是互相競爭的相鄰診所，互相學習。自從有社區醫療群後，即使這個病人不是我診所的病人，也會互相轉介。以我為例，甚至把我的資源分配給隔壁診所，他的糖尿病人來我的診所，我也幫他做眼底攝影，因為我覺得我們是一個群的概念。

但是很可惜的是，錢真的太少，錢太少的時候，這幾年就無法求量的增加，因為在有限的資源下，希望能獎優汰劣，所以各位看到了，社區醫療群沒有增加，診所也增加不多，但是病人數增加了，病人數增加主要是來自於哪裡？因為人口老化，多重慢性病，而且這兩年因為疫情的關係，很多民眾到醫院就醫是有困難，於是他們逐漸改到診所來就醫，所以這兩年我的糖尿病病人增加，很多的病人也發現在基層診所可以得到與醫院同樣的服務，這是重點，OK，我先報告到這裡。

主席陳副教授永仁：

好，謝謝，因為時間的關係，我們還有兩位尚未發言，是不是兩位老師接續發言。

戴教授桂英：

謝謝，主席，還有執秘，各位醫界的前輩代表，還有何語委員，不管你是代理與否，我還是一直認為您是委員，還有幾位老師，我就不一一稱呼了。我非常珍惜今天有這個機會可以聽到大家來回顧家醫計畫，所以謝謝主席還有執秘，讓我有這個機會來聽大家發表意見。我等一下的意見，並不一定完全符合本次會議議題的順序，但是我盡量。

在議題一裡面提到目前面臨的各種問題與挑戰，議題說明裡面也有提到，例如會員涵蓋率不足、病人忠誠度，還有病人不知道被收案這個部分，以健保署或基層管理者的角度，該如何來改進計畫執行模式。那麼，以基層管理者的角度，前面幾位常務理事應該都已經講得很多了，我就從政府的角度，不單只有健保署，我認為政府的角度應該怎麼樣來改進這個計畫執行模式。

第一個，我覺得派案模式一定要改變，派案的改變並不是說利用率很高的人而已，還要考慮到這個案是不是在這個社區醫療群裡面，很經常性的使用該群的醫療資源，如果這個人不常在這個社區醫療群就醫的話，請不要派到這裡來。例如說，個案如果經常到某家地區醫院或某大醫院去的話，就請不要派進來，我也很支持黃常務理事他們的意見。

第二個，要怎麼樣增加會員的涵蓋率？我覺得既然健保署已經做適當的派案，在相關的辦法、計畫條款裡面，應該放更寬的心胸，讓可以被派案的個案，其家庭成員都可以被收為會員。家庭醫師的用意是什麼？我們是希望，這個家庭醫師是對他們家庭很了解的，不管這個家庭裡是否有 20、30 歲不太就醫的人，或者 70、80 歲的老人家，或者是經常就醫的老病號，既然可以把這個人派在這個社區醫療群的話，盡量讓醫師以家庭為單位來收案。

我覺得健保署不用擔心，為什麼？因為收案的話，不要擔心說這個人不太就醫，他虛擬的醫療費用一定低，因為他本身就是就不就醫，就是因為年輕，我們在做風險校正的時候自然算出來的醫療費用就不會太高，但是他如果是 50、60 歲，70、80 歲的老人家，那他的虛擬的醫療費用就會高，這是我認為要讓會員涵蓋到該會員的整個家庭，這是我第一個建議的，這個是從計畫層面。

執行面部分，要怎麼樣讓病人不知道被收案的現象能夠改善。我看過一些朋友被健保派案，被派案的還不錯，因為他是經常去該診所就醫，該診所給我朋友寫一封信說，你被健保署派案到我這邊來了，所以以後由我們這個社區醫療群來照顧你，然後你有什麼問題可以打什麼電話。除了接了那封信以外，沒有別的了，沒有別的了，所以我覺得計畫中要多一點要求，怎麼樣讓社區醫療群的服務能夠

讓病人知道。

例如，診所跟病人已經有 LINE 群組或組成什麼群組了，但加入群組沒有什麼好處，如果可以的話，讓病人有感，例如群組有時候會辦一些講座，透過群組告訴你的會員說，我們有辦什麼講座，但這個講座不是推銷醫療相關產品，而是民眾關心的疾病或者自我保健的議題，這樣子病人會更有感，這個醫療群有這個好的講座，有時間就去參加，那麼未來診所可在這個群組，把講座的內容變成科普化的文字，發送到 LINE 群組或者 APP 也可以，提供給會員，有興趣的人就會看，這樣一面可以提升病人的識能，做好自我照顧，如果病人自我照顧多，醫療利用就會稍微少一點，未來的 VC-AE 可能會多一點。當然，或許病人自我照顧多、來看病就變少了、診察費就變少了，這對醫療院所的收入面來講可能也是一個壞處，如何在支付的設計上取得一個平衡是重點，所以這是第一點。

有關第一個議題，我呼應家醫計畫須以「全家」為概念，因為剛剛黃常務理事他們都有提到家醫計畫要從全人、全家來照護，所以第一個議題我呼應的是「全家」。第二個議題，我呼應個案管理上須以「全人」為概念，一個病人不要被拆成有糖尿病我就參加糖尿病品質提升計畫，我有什麼疾病我又參加另外一個疾病的品質提升計畫，我覺得盡可能的讓家醫計畫擴展，把這些病人都擴展為社區醫療群服務的對象，當然大家醫計畫已經有想要逐步納入的想法。一旦納進來，計畫誘因跟品質指標須重新整合，而不要讓社區醫療群的醫師跟管理人員有兩種報表，不要 DM 那邊要做一個報表，在家醫計畫這邊又要有另一個報表，這樣子管理成本會增加。我覺得應該把各種品質提升計畫，盡可能的納入家醫計畫，管理系統盡量的整合跟簡單化，太複雜會增加行政的麻煩，這是第二個議題，我呼應的是「全人」。

第三個議題，大家醫計畫的改革，事實上我剛剛還在私下請教吳肖琪老師，因為他一直都很關心健保，我還問說這個大家醫計畫到底改革了什麼？，我剛剛聽到最大的成效是在數位平台的建立，這也不錯啦，如果有數位平台的建立，那就要訓練基層管理者，家醫群的管理者更要會運用它，如果有平台而不運用，這個平台就是白建的。我對這個大家醫計畫改革其實沒有深入了解，雖然看了簡報，有四大面向、八大目標、八大策略，還有要逐步擴大等，但是我並沒有那麼了解，所以不敢提太多的意見。

至於裡面支付制度的調整，支付項目跟點數都是在醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議做協議，我相信一定會協議一個合理的內容出來，我第三個議題不敢有太多的看法。

第四個議題，這個法條我印象深刻，當時是涂醒哲前署長還是立法委員時候的要求，而且邀了好多立委連署提案加入的條文。條文加入以後沒多久，就由立法委員轉擔任署長，只不過當署長的時間非常的短，大概 3 個月左右吧，雖然只有 3 個月，涂前署長也一直要推動這個家庭醫師責任制度，所以我覺得在兩位

黃常務理事的帶領之下，可以把家庭責任醫師制度的原始構想釐得更清楚一些，但如果要做好論人計酬的話，要有另外的法律配套措施，因為論人計酬要併同限制就醫一同施行才會有效果。

至於限制就醫，剛剛楊銘欽老師有講，現階段模式一下子 jump 到限制就醫，除了需要法律上完備之外，還要有誘因。我想誘因也需要修法，譬如說全家都願意變成會員的話，要同意「非經轉診不得到其它的專科診所或醫院去」，你一定要給人家誘因，誘因要什麼呢？減保費？好像不太合適。我覺得最合理的方式就是減少部分負擔，因為現在的部分負擔逐年在提升，應該減部分負擔，但也是需要修法。

當然剛剛黃理事長有提到說要回歸健保法對門診部分負擔的規定，回歸定率到自付 20%、30%、40%，我們健保實施了快 30 年了，明年就 30 年了，早期以定率收費恐怕難執行，不但民眾不能接受，而且計算也很麻煩，不過現在在計算上是越來越容易了，是不是真的要這樣走？現在到醫學中心門診就醫，已經要自付 420 元了，若採定率，不經轉診直接到大醫院門診就醫，還有掛號費，部分負擔加上掛號費不得了，所以真的要主張回歸部分負擔的百分比嗎？恐怕要稍微試算一下，要看看實際情形，我記得也有些情況按定率算起來，部分負擔的費用比現在的 420 元還少，目前的設計已經納入這個精神了，不經轉診至不同層級就醫的部分負擔，差距已經越來越大了，所以我覺得這個部分要請慎重再斟酌。

在家醫群組成、體系建立的部份，剛剛有提到，是要在同一個區域還是不同的區域？不同的區域可以組成醫療群嗎？這就牽涉到收案會員是不是經常來這一家診所看病。如果你在不同的區域，5、6 家診所，各自收的都是常來看病的人，那可以。但如果不是，如果你的群是由兩個一般科醫師、三個其它的專科 specialist 組成，這樣就需要就近，越近越好，因為有時候要把病人轉其它科(如眼科)看診的時候，那就不要轉太遠。所以這個體系的建立也是要看實際的安排是如何，我相信你們會更有 sense，這是我簡單的想法，謝謝。

主席陳副教授永仁：

好，謝謝戴教授，我要跟郭教授說對不起，留了最後一個時間給你，為了讓你沒有壓力，我就先發便當，你慢慢講。

郭副教授年真：

謝謝主席，還有周執秘、各位醫界、付費者代表先進，以及幾位學界的前輩，大家好，剛剛各位前輩先進都給了非常多重要跟寶貴的意見，就請大家一邊準備

用餐，讓小弟在這邊錦上添花一下。

首先，剛剛有幾位老師都有提到，過去針對家醫計畫成效進行的研究，的確沒有辦法從消費者或付費者代表這邊，得到滿意的一致性結果，不管是剛剛吳肖琪教授提到的是用 DID，或者是使用一些比較嚴謹的研究設計，都難發現有正向的效果，這個是很務實、客觀從資料裡面告訴我們的結果，過去這 20 年來家醫計畫進行到目前為止遇到的一個現實瓶頸的問題。

再來，我也非常同意剛剛有幾位先進都提到資源整合的部分，因為健保署現行有非常多的方案，都有機會涵蓋到家醫計畫可以收案的對象，也許在執行端的健保署，可以就計畫的源頭來加以整合，就如同剛剛戴教授提到，是全人的照護，而不是只有特定慢性疾病，所以個人對於健保署家醫大平台的方向是持肯定的態度。

剛剛有幾位先進其實都有提到指標或是論質計酬部分，無論是過程面的或結果面的指標，在目前以及未來的家醫計畫，是不是都只關注在收案對象的部分？對於非收案對象，沒有機會被收案，但是他也罹患同樣疾病的這些病患，在這些指標會不會有外溢的效果？我相信不管對民眾、對學界，甚至對醫界，都是需要關注的問題，或是剛剛有幾位很誠實的提到，這可能是選擇病患的結果。特別對於執行單位來說，以長期來看，這些指標的變化到底如何，是不是真的能夠延緩疾病的惡化，避免併發症的發生。

再來，非監控的指標，譬如說同樣疾病的指標，但沒有納入品質獎勵的，甚至其他疾病相關的指標，它是怎麼變化？因為國外的經驗，特別是英國的經驗發現，這些指標在納入 P4P 的設計後，會有外溢的效果，也可能有反向的效果，就是沒有財務誘因的疾病會變差，所以這個部分是需要去留意的。

現在的計畫都會去看 VC-AE 有沒有省錢，如果有省錢的話，不知道在西醫基層醫師公會或者健保署這邊，有沒有進一步分析，是從哪邊省下來？是怎麼省下來？以更長的時間維度來看，會不會反而有遞延醫療的情況發生，這是我們需要留意的事項。所以我在這邊斗膽建議，未來家醫計畫的業務單位，還有家醫相關的學會跟公會這邊，能不能夠有更細緻的一些評估方式。

過往家醫計畫設計的核心就如同剛剛黃理事長提到，是基於 P4P 的原則去提供財務誘因，來跟照護的品質或結果做連結，但其實我們很多前輩都知道，現在醫療品質的思維已經進化到「以價值為基礎」這樣的一個觀點，所以未來類似這樣的方案，不限於家醫計畫，就是未來健保類似的方案要如何反映病患觀點的醫療價值，我相信這也是付費者代表很關切的部分。所以這就會 echo 到剛剛戴教授提到的，如果我們現況之下所有的機制，包含誘因都是作用在醫療服務提供者端，對病患來說沒有辦法明顯感受到好處，就是像健保署家醫大平台的簡報內容，去反思過往家醫計畫的困境，其中一個就是病患無感。如果我們的病患感受不到好處，甚至可能造成他的不便，要怎麼來鼓勵病患留在基層、配合分級醫療

的政策？

我這邊也提出另外一個反思，如果我記得沒錯的話，剛剛黃理事長提到限制病人就醫這件事情很困難，會有政治上的壓力。可是如果我們從比較宏觀的角度來看，現況應該至少有 7 成的門診是發生在基層。所以對民眾而言，其實時間成本就是他很重要的一個誘因，因為去大醫院就醫要花很多時間在等待，所以我個人並不覺得不可能，重點是病患做這樣的配合他可以換到什麼？即使病患的醫療需求就像剛剛醫界先進說的，不是基層醫療能夠處理的，那基層醫療能不能夠幫忙有效率跟有意義的轉介？我所謂的有意義的轉介不是說只在轉診系統填個資料，剩下的就是病患跟後手醫院的事情這樣子。

有幾位先進也提到說，未來展望是希望能夠推到「論人計酬」，或者是符合國外所謂「守門員制度」的家庭醫師責任制度，那怎麼樣去避免國外類似制度所產生、衍生的一些問題，恐怕是我們在前瞻展望的時候必須要去思考的部分。

我也要 echo 剛剛戴教授提到關於家醫計畫收案對象的問題，目前是以慢性病或高利用的個案為主，如果醫界真的希望進一步落實所謂家庭責任醫師制度及家庭醫師的功能，我個人認為剛剛戴教授提到的家人，也就是非高利用、非慢性病病患的一般兒童跟成人也要納入，但是我希望這部分醫界不要要求保險人額外提供財務誘因，因為這些人本來就是有機會到診所就醫的病患，至少希望健保署不需要額外給收案的人頭費，因為這些人本來的醫療利用就不高。特別希望基層團體能主動來推動，因為家庭醫師不是等民眾有持續就醫需求時，再讓民眾來找家庭醫師，而是要從民眾還是健康，或者是亞健康時，就建立良好的醫病關係，也就是基層院所怎麼樣去培養未來的忠誠病患。套黃理事長講的話，不只對自己的醫師會員要培養，對我們的民眾也需要培養，而且要幫他們維持健康。

也跟各位報告，我最近在進行一個針對分級醫療下轉的研究，研究的結果發現，對於醫院下轉的病人，下轉可以成功的最重要因素是什麼？結果是病人「至少在下轉診所曾經就醫兩次以上」。研究發現病人過去在這個診所有就醫經驗，是非常重要的預測因子，跟這個診所的過程面、照護品質，或者是有沒有用原廠藥相比，過去有沒有醫病關係是非常強的一個預測因子。所以不要隨便把病患轉到從來沒有就醫過的診所，這樣會失敗，他們很快就會回去醫院就醫，而不會待在下轉診所。所以怎麼樣在病人還沒有持續就醫需求的時候，就先建立基層院所跟民眾的連結，建立良好的醫病關係，是我個人非常期盼基層在黃理事長、黃常務理事的帶領下能達到這樣的願景。

再來，因為健保財源很有限，所以健保會各領域的委員，特別是付費者代表，一直都很關心這個計畫的經費投入，能不能帶來明確的效益。我也要提出不太一樣的思考方向，國外的研究也提出，如果財務誘因太小，能帶來的影響就有限，我相信醫界會很同意我的說法。所以在考量現況下，有些參與的基層院所會有一些配合的措施，隨之衍生其他行政成本，如果在事多錢少的情況下，的確有可能

導致院所參與的意願不高。我印象中，幾年前我曾經有被監委約詢，也是關於家醫計畫成效，我印象中朱理事長好像在那一次和我們共同被約詢，為什麼會提這件事情？因為在場有一個新北市醫師公會的代表提到，他的診所就是加入計畫後又退出，因為他評估持續加入所衍生的成本靠計畫獎勵無法 cover。所以未來在制度設計上有沒有可能有調整空間？是保留最重要的部分，或者是有一些基層診所不用花太多錢，但可讓民眾有切身感受的部分，怎麼樣更有效率的使用資源，也許是計畫設計或調整時需要思考的。

我還是要 echo 大家都很關心的品質問題，目前家醫計畫執行 20 年來有很多還沒有解決的問題，雖然今天醫界代表的意見聽起來，很期望家醫計畫不但要持續做，而且要做大，但是我們也必須很客觀、誠實的面對這些過去沒有解決的問題，特別是品質的部分，剛剛很多專家提到家醫群之間的表現差異其實很大。要特別提醒，是差異很大，而不是家醫群的表現不好，為什麼要特別說明？因為前幾年有次我們辦分級醫療座談會，我引用醫療品質資訊公開的數據說，基層診所間 HbA1c 的檢驗數值是否達標的差異非常大，結果被一個基層院所醫師在臉書反映，他說他的診所表現都很好，我憑什麼說他的診所表現不如醫院。我回應他，我不是說你的診所表現不如醫院，我是說你們的同儕表現差異很大，這的確是基層需要共同來解決的問題。

還有一些政策推動上，家醫計畫有沒有辦法更積極的配合健保署在分級醫療的一些政策，舉例來說，總額歷年均編列「開放表別」專款，但實際基層院所使用的申報量有多少呢？前陣子我的家人得了 A 流，剛開始我們希望確認到底是不是 A 流，所以先找了平常小朋友就醫的診所，他說對不起我們診所沒有做流感快篩，所以又換了一個診所，終於有做，但其實 A 流的快篩跟抗病毒藥物已經是開放表別項目中申報量最大的項目，但還是沒辦法普及。或者，未來如果病人或民眾被收案，在轉診上有沒有可能獲得類似現在醫事司在推動的急診後送、綠色通道等服務，怎麼樣讓病患在轉診後的就醫更為便利，也許都是可以努力的方向。

最後，我要 echo 資訊科技或資訊系統利用的部分，資訊的運用不能夠只靠健保署透過 VPN 來提供，其實更有效率的做法應該是去優化基層院所的資訊系統。透過跟健保署或衛福部相關單位的介接或資料拋轉，這個部分我非常誠懇的建議，醫事公會是不是能夠主動跟台灣主要負責診所資訊系統的廠商聯繫，其實應該只有 2~3 個廠商，主動來談這件事，因為如果讓個別的診所，甚至地區醫院自己去跟廠商單打獨鬥，其實沒有辦法得到很好的效果，以上是個人淺見，謝謝。

主席陳副教授永仁：

好，謝謝郭教授，因為今天大家發言及說明的次數比較多，所以多花了一點時間，接下來請何常務理事。

何常務理事語：

對不起，我再補充兩點，第一點，雖然家醫計畫個案管理費每人每年支付 250 元，及績效獎勵費每人每年支付 550 元，每收案會員共支付 800 元，20 年都不變，可是計畫陸續增加了很多其他支付內容。像 106 年增加失智症門診照護的家庭諮詢費用，108 年又新增了多重慢性病人門診整合費用，也有其他的費用加上去了。

再來，就是剛才講到最近這幾年又結合了糖尿病、慢性腎臟病照護計畫，還有代謝症候群照護計畫，加起來一個個案就要支付很多錢，這樣一直增加支付，雖然家醫計畫好像只是一個計畫，可是現在其他衍生的照護計畫付出的錢加了很多，都是倍數以上，管理費增加，獎勵費也增加，還有其他的費用也是。雖然不是每個病都有加入糖尿病計畫、腎臟病計畫，也不是每個人都有加入代謝計畫，可是這些計畫的費用再加上也很可觀，還有照護對象中也包含失智症病人，支付上也增加了很多費用在裡面。

第二點，有關分級醫療的推動，如果要提高部分負擔，坦白講在台灣很難完全成功。第一點，近 63% 的財富集中在 1/5、20% 人身上，最基層的 20%，這個跟財富最高的 20% 相差 66 倍。台灣集中在中產階級以上的財富占比太高了，有一個醫學中心掛號費 500 元、特別服務費 1,000 元，再加上健保其他的支出，每次看病可能都要花費 2,700 元左右，可是人還是很多啊。現在在醫學中心看門診，再領個慢性病連續處方箋，費用就很可觀，可是也人滿為患啊。因為台灣人重視身體健康、願意支付醫療費用，問題也出在台灣的地緣關係，還有對醫生、醫病關係的信任度問題。

另外一個現象是，到西醫基層就醫，有時候拿不到跟醫學中心同樣的藥，這是另一個困難。就像我這一次去診所看門診，因為沒有藥，又回去醫學中心看診了，所以有很多問題存在，不是很單純說把自付額拉得很高以後，病人就會轉到基層去就醫。如同教授所講，實際上我有一個孫子前些日子生病，不知道到底是流感還是什麼感染，醫了好幾天都找不到病因，有一個晚上士林有一家醫院說可以做檢測到晚上 12 點，所以我們晚上 10 點趕快載去那邊檢測，自付檢測的費用 1,300 元。現在的家長也是這樣子，為了孩子的健康，一定要先檢測出來是哪一類流感，才能對症下藥，他不會隨便吃藥，要先檢測好再對症下藥，1,300 元要不要付？付啊，當然付啊。我的意思就是說，台灣第一個地緣因素，住家跟醫院太近了、太密集了，大家為了健康多付點錢都願意，還有信任度的關係，所以這牽涉醫療氛圍、還有各方面影響因素，你要用提高自付額來改革，我的看法是有一點點效果，但效果不好。雖然這一次把醫學中心還有區域醫院的部分負擔拉高了，但目前看起來效果不是非常明顯，這是我提供的意見。

主席陳副教授永仁：

好，請最後一位發言。

黃常務理事振國：

對各位的指導回應，剛剛漏了吳肖琪老師說的診所也要評鑑一事，推動診所評鑑最大的困難是診所數量太多，而且各科存在差異性，但是有一個可以做的，就是今天大家提到的品質，品質資訊應該公開，其實我之前也呼籲健保署，可以公開的資訊有幾個，第一個，每個診所的特色，比如健保署可以運用大數據資料庫告訴我們，這個診所大部分是什麼樣的病人來就醫，比如病人以糖尿病、高血壓或感冒居多，這樣病人才不會走錯診所。

第二個，就是剛剛何委員的指導，事實上跨表的部分，其實在疫情前申報最多的就是 A 流跟 B 流快篩，高達 1 億，快 2 億，不好意思，我不知道某些診所為什麼在 COVID-19 的時候不提供篩檢，因為可能是大家擔心交叉感染，所以有的院所會比較保守，像我最近做的 A 流、B 流篩檢其實是很精準的，但是也有一些問題，很多民眾懷疑感染就想做篩檢，一般依我的經驗，我懷疑是流感的病人我會做篩檢，我的準確率將近 8 成，有個數字讓大家知道，新冠疫情流行時，哪些院所開的 Paxlovid(新冠肺炎口服抗病毒藥物)最多？不好意思，是基層診所，尤其家醫科診所開最多，為什麼呢？因為當時我們一直認為應該由感染科開這個藥，後來主管機關，還有廠商來找我說，其實這個藥用在感染初期(前 3 天)的效果最好，所以當時我在全聯會就辦了總共 6 場的衛教，比 CDC 辦得還多，所以在基層醫師中，不是醫院醫師，開最多 Paxlovid 的醫生就是小弟我。而莫納皮拉韋(Molnupiravir，新冠肺炎口服抗病毒藥物)比較不需要評估，Paxlovid 需要很多評估，我的診所是基隆市唯一有莫納皮拉韋的診所，因為伊甸中心就在我診所旁，衛生局希望我在第一時間就能提供即時的服務。

還有剛剛何委員指導的，其實部分說得對，部分可能也說得不對。第一個，不管是失智症照護，或是很多計畫的推廣，都是在家醫計畫原來的預算內勻支，我想曾任健保署副署長的蔡教授就很清楚，利用失智症門診照護家庭諮詢的人其實非常少，因為失智症的評估 1 次要 30 分鐘，所以雖然我們鼓勵醫師做，但從健保署資料顯示，實際上用得非常少。第二個，當然有些可能是外溢的效應，指的是代謝症候群，大家別忘了那也是需要透過健康促進改善，也不在這個計畫之內，本來我跟大家的立場一樣，希望用國家的預算來努力，而不是用健保的資源，我們自始至終都希望用國家的預算，未來健保如果財務真的有困難時，我也希望健康促進能回到行政機關去補助，而不是在健保資源已經不夠的時候，造成雪上加霜，這是我的報告，謝謝。

主席陳副教授永仁：

好，謝謝，今天的確大家花了比較多的時間討論，因為都已經超過表定時間了，今天會議就到這裡，再度感謝各位老師、各位委員的參與，就此散會，謝謝大家。

附錄 7：願景工作坊會議手冊

**113 年度全民健康保險資源配置願景工作坊
—家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向**

會議手冊

日期：113 年 7 月 3 日上午 9 時 30 分~下午 12 時 40 分

地點：台北市立大學博愛校區公誠樓 4 樓 G415 會議室

(台北市中正區愛國西路 1 號)

主辦單位：台北市立大學衛生福利系

指導單位：衛生福利部全民健康保險會

113 年度全民健康保險資源配置願景工作坊活動議程

➤ 時間：113 年 7 月 3 日(星期三)上午 9 時 30 分~下午 12 時 40 分

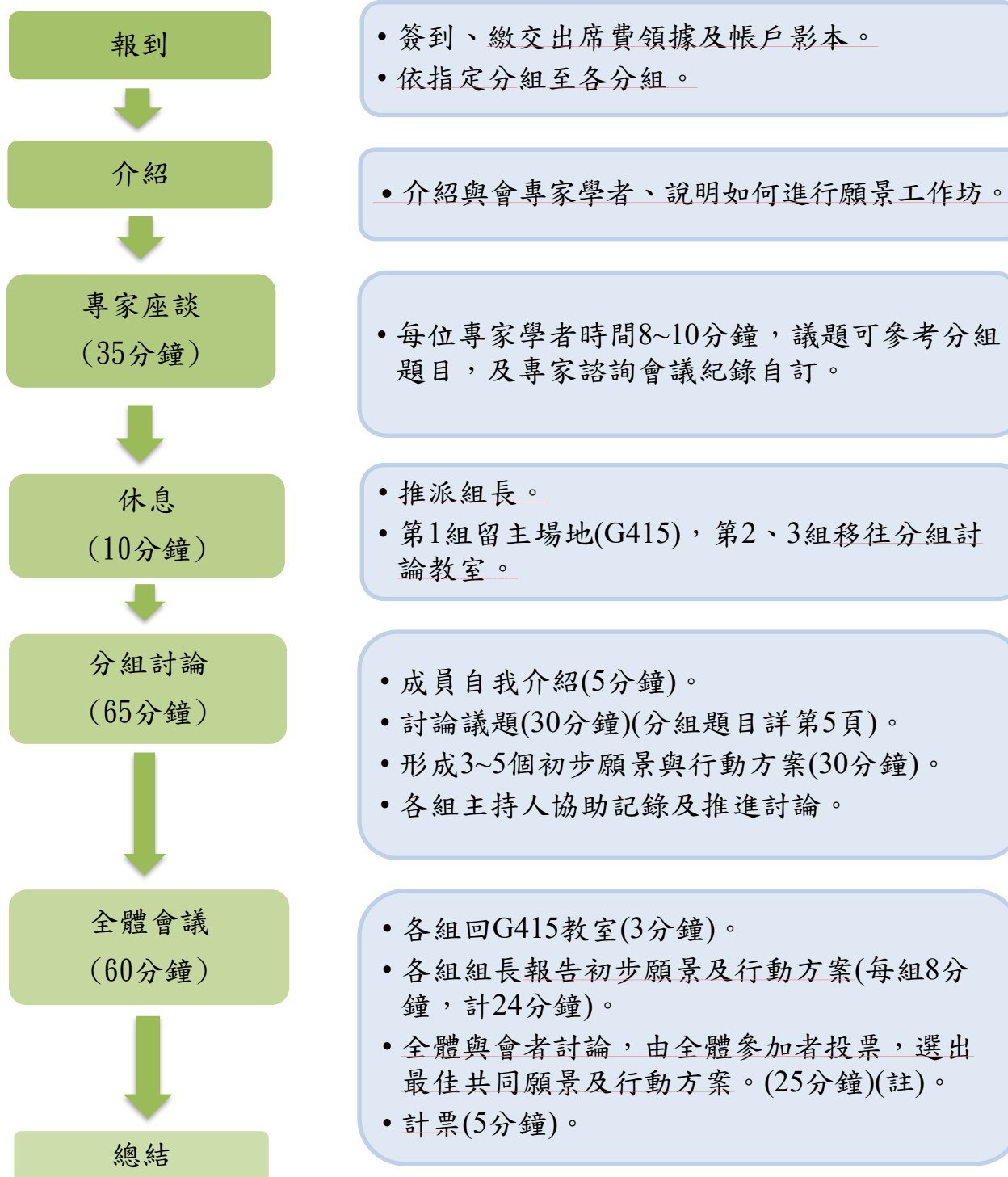
➤ 地點：臺北市立大學 公誠樓 4 樓 G415 教室

(台北市愛國西路 1 號，詳地圖)

議題：家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向

時間	議程
9：10-9：30	報到
9：30-9：40	主持人：陳永仁 (臺北市立大學衛生福利學系副教授) ✓介紹與會專家學者 ✓如何進行願景工作坊
9：40-10：15	專家座談
10：15-10：25	休息
10：25-11：30	分組討論 ✓各組主持人 (一)陳永仁副教授 (二)王實之副教授 (三)簡毓寧助理教授
11：30-12：30	全體會議—我們的願景
12：30-12：40	總結
12：40-	散會

➤ 流程說明



註:投票採貼紙投票，由研究團隊發下投票貼紙，1人5票。

➤ 地圖



- G415 教室在公誠樓 4 樓



目錄

導言.....	1
第一章 介紹願景工作坊.....	3
一、什麼是願景工作坊？.....	3
二、願景工作坊邀請哪些對象？.....	3
三、願景工作坊如何建構共同願景？.....	3
四、願景工作坊如何決定最終願景？.....	4
第二章 家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進 方向.....	5
一、分組題目.....	5
二、背景說明.....	6
三、參考資料-專家諮詢會議記錄.....	8

導言

首先非常歡迎與感謝各位參加由衛生福利部全民健康保險會指導，台北市立大學衛生福利系主辦之公民參與活動-願景工作坊。全民健康保險法第5條第3項規定，全民健康保險會於審議協議重要事項前，應先蒐集民意，必要時，並得辦理相關之公民參與活動。為落實健保法規定，衛生福利部全民健康保險會乃於本(113)年度委託臺北市立大學衛生福利系，執行「多元公民參與模式探討-以健保資源配置之議題為例」研究計畫。

本計畫已於本年3~4月辦理三場相關專家諮詢會議，分別就「健保總額支付制度之檢討與策進作為」、「如何提升醫事服務提供者及民眾端在醫療資源使用之效率」、「家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向」等議題就教專家，俾集思廣益，蒐集改善、精進意見。本計畫進一步以願景工作坊方式，就「家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向」與「如何提升醫療資源使用效率」二議題，於本年7月3日、10日、31日分別於台北、台中及高雄辦理三場工作坊，期就上述二議題凝聚共同願景。

本次活動為第一場，以願景工作坊方式辦理，期待就付費者團體代表、醫事提供者代表、健保署代表等三種成員，藉由各自觀察、理性對話，從各自立場透過分組討論與共同討論，形成最佳共同願景，以利後續健保總額協商時參考。為了讓您在會議開始前掌握會議主題有關資訊，我們特別準備這份資料供您閱讀參考。

如何使用本手冊

第一章 介紹願景工作坊的原理原則及為何採此方式辦理

第二章 家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向

一、分組題目

二、背景說明

三、參考資料

本次活動首先藉由三次專家會議所獲得之專業意見，讓付費者團體代表、醫事提供者代表、健保署三方瞭解相關知識，在展開對話時，使複雜的健保議題逐漸形成最接近的共同願景。會議過程中，不同領域專家也會共同出席本工作坊，參與討論與說明。期望每位參與者經由此次願景工作坊，可以讓更多人有更接近之共同願景。祝福大家都健康、收穫滿滿，台灣健保永續。

第一章 介紹願景工作坊

一、什麼是願景工作坊？

願景工作坊（Scenario Workshop）是由丹麥所發展出來的一種具審議民主參與模式，就是集合民眾、政府官員、學者專家、產業界人士以及社會團體代表等各種不同背景的人士共同參與討論。希望透過交互對話的形式，集思廣益來發展未來的願景，並找到解決問題的方案。

願景工作坊嘗試創造一個對話空間，讓不同人群能夠溝通，發展出可能的共同願景。其目的是希望促進不同立場者的互動與了解，鼓勵大家提出趨於共識的願景與行動方案，一起來解決問題。除此之外，不同群體的參與，也能激發各種知識與經驗的交流，進而提升決策品質。

二、願景工作坊邀請哪些對象？

願景工作坊邀請一般民眾和政府官員、產業界人士、以及社會團體代表參與討論。參與者通常分為三個類別(組)，本次全民健康保險公民參與-願景工作坊活動，邀請第一類別是付費者團體代表、第二類別是醫事提供者代表、第三類別是健保署代表等三種成員。

願景工作坊的時間長短與參與人數，依預算額度和議題性質而定，預算少可以減少人數。議題複雜而多元需更多異質性觀點，建議增加人數。

三、願景工作坊如何建構共同願景？

願景工作坊共同願景建構分成幾個步驟：

(一)形成初步願景

藉由專家座談，或依參與者身分分組討論，形成改革的初步願景。

(二)形成小組願景

由付費者團體代表、醫事提供者代表及健保署混合編組為三小組，每小組就討論主題逐項討論，形成分組的共同主張。每一分組推派一名或多位代表，在全體會議中報告該組的共同願景。

(三)報告各組願景

在全體會議中由各分組代表上台報告該組成員的願景，每組報告由其他二組進行批評與討論，再由報告組回應。全體成員對於三組各自提出的願景的討論著重於：那些願景比較具體可行？那些願景較難執行？三組願景的共同主張為何？

四、願景工作坊如何決定最終願景？

全體與會成員對上述三組提出之願景進行投票，每位成員可以投三~五票，參與者可以投給其他分組願景任何方案，但是不可以投自己分組的方案。可以集中投給同一方案，也可以分別投不同方案。投票完畢後，工作人員統計最高五個願景，再由提出該五個願景的組別推派代表，向與會者進一步闡述該願景主張理由。

摘自林國明(2018)，利用科技工具，建構全方位之民眾參與模式與平台-以全民健保財務收支連動機制為例，74~93。

第二章 家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向

一、分組題目：

- (一)現行「家庭醫師整合性照護計畫」(下稱家醫計畫)之收案方式，主要由健保署提供「較需照護之名單」，由醫療群進行健康管理，再加上部分由醫師自行收案。未來若要全面推動「家庭責任醫師制度」，意即每人/每家庭都有專責的家庭醫師(診所)，請問您對家庭責任醫師之選擇，及收案程序等屬行政層面看法？
1. 您期待照顧的家庭醫師(診所)為何?例如生活圈內的診所、經常就醫的診所、您認為醫療品質好的診所;是由健保署指定照護院所，或是開放民眾自由選擇等。
 2. 當您被診所收案後，您希望診所的收案程序為何?包含會員收案通知、權利義務告知、建立固定溝通聯繫管道(例如發宣傳單張、電話連絡、加 Line 群組等)。
- (二)隨著我國人口老化，慢性病、甚至多重慢性病增加，在醫療資源有限下，為了減少片段醫療及維持健保永續，整合慢性疾病照護、推動全人醫療勢在必行。而「家庭責任醫師制度」旨在提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療照護，從預防保健、疾病治療、轉診醫院，乃至轉銜長照，都有專責家庭醫師提供服務、擔任核心角色，請問您對未來家庭責任醫師服務內容、模式看法？
1. 請問您期待照顧您的家庭責任醫師(診所)提供什麼服務內容，會讓您有意願加入？
 2. 相較於目前自由就醫的方式，請問您期待的家庭責任醫師制度會提供什麼不一樣的服務模式？
- (三)家庭責任醫師制度的設計，是由專責的家庭醫師擔任「健康守門員」角色，先進行診治，若有需要再由其轉診至醫院。若病人直接到其他非指定的院所就醫，國際上通常會增加民眾自付額(如提高部分負擔比率)，請問您對須限制就醫或額外自付費用看法？
1. 請問我國若全面推行「家庭責任醫師制度」，您同意就醫選擇可能會有所限制或不受限制時需增加自付額?您認為可接受配套措施為何？
 2. 您認為政府應該提供什麼誘因，以利推動家庭責任醫師制度?例如部分負擔減免。

二、背景說明：

依全民健康保險法第 44 條規定，「保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度」。為奠定家庭責任醫師制度之基礎，健保署自 92 年起於西醫基層總額一般服務試辦「家庭醫師整合性照護計畫」(下稱家醫計畫)，94 年起移至專款項目，至今已超過 20 年。

家醫計畫是健保醫療體系中的重要一環，旨在提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療照護，建立以病人為中心的健康照護觀念，期提升整體醫療服務品質。為加強基層醫療量能，推動分級醫療，全民健保於西醫基層總額持續投入家醫計畫之預算，由 94 年度的 8.8 億元至 113 年度已成長至 42.48 億元，用以鼓勵基層診所成立社區醫療群，由病人經常就醫之診所提供整合性照護(包括個案管理、24 小時諮詢專線、與合作醫院的轉診機制等)，讓病人獲得完整的醫療照護。

家醫計畫執行迄今已邁入第 20 年，為瞭解計畫長期推動之執行成效及未來規劃，健保會於 111 年委員會議請健保署以保險人角色，提出 20 年之檢討策進報告。依健保署報告，家醫計畫歷經多次檢討與修正，目前社區醫療群數已達穩定，參與診所數及醫師數也逐年增加，111 年計有 609 個醫療群參與計畫，其中診所數為 5,687 家(占西醫基層診所約 53.5%)、醫師數為 7,833 人(占西醫基層醫師約 46.3%)、收案會員數為 600.2 萬人(占總保險對象人數約 24.8%)，顯示已具有一定規模，並於 COVID-19 疫情期間，動員家醫群提供視訊診療、協助施打疫苗及確診者照護，家醫計畫亦為政府推動政策的一大助力；健保署評估若要全面導入一般服務，仍有需突破之障礙，例如部分個案為醫院忠誠病人，納入家醫計畫具有困難度，且尚須更多基層醫師參與計畫，增加收案會員數。

家醫計畫若要全面推行，除健保署所提的障礙外，在執行中也面臨各種問題與轉型挑戰，近年本會委員及專家學者建議，應積極檢討具體成效，研議計畫未來走向，尤其家醫計畫參與診所占率已達 53%，在論(價)值支付之結構下，應以家醫計畫為窗口整合相關計畫，並加強與醫院合作，落實分級醫療。此外，家醫計畫之施行是為了落實健保法第 44 條規定的「家庭責任醫師制度」，未來除考慮導入一般服務外，應該思考如何接軌到家庭責任醫師制度之規劃藍圖及期程，才能往最終目標邁進。

健保署已於 112 年起著手規劃家醫計畫改進方案，113 年將進行大家醫計畫改革，包含 4 大面向：提升服務涵蓋率、數位化追蹤管理、支付制度調整、精進醫療品質，以落實全人全程醫療照護，主要重點在於進行個案管理整合，優先將

糖尿病、初期慢性腎臟病及代謝計畫做為整合目標，並透過建置醫療資訊平台(家醫大平台)，進行數位化的個案客製管理，再依風險分類及照護品質調整支付制度，提升基層照護能力，期逐步達到健保法第 44 條及論人計酬目標。

三、參考資料-專家諮詢會議紀錄

113 年度多元公民參與模式探討計畫

家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向專家諮詢會議紀錄 (含附錄一與會人員發言實錄)

時間：中華民國 113 年 4 月 30 日上午 9 時 30 分

地點：臺北市立大學博愛校區 G415 會議室

主席：陳副教授永仁

紀錄：趙于甯

出席者：(依姓名筆劃排序)

朱理事長益宏、吳特聘教授肖琪、何常務理事語、郭副教授年真、黃常務理事啓嘉、黃常務理事振國、楊教授銘欽、蔡教授淑鈴、戴教授桂英

列席者：

健保會：周執行秘書淑婉、邱組長臻麗、范視察裕春

壹、主席致詞：略。

貳、討論議題及提綱

議題一、家醫計畫已執行20年，目前面臨各種問題與挑戰，就健保署或基層管理者角度，應如何改進計畫執行模式？

議題二、個案管理源自於美國的健康照護系統，由個案管理師擔任監督、指導及醫療資源管控之角色；家醫計畫為提升個案管理服務品質，醫療群得設置專任個案管理人，然健保多項提升品質計畫，亦均納入個案管理功能，請問如何整合並發揮其功能？

議題三、健保署規劃於113年進行大家醫計畫改革，包含提升服務涵蓋率、數位化追蹤管理、支付制度調整、精進醫療品質等四大面向(詳附件2)請問您的看法？與如何再精進？

議題四、健保法第 44 條規定「保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度」，而家醫計畫之推行是為奠定家庭責任醫師制度之基礎。然我國民眾已習慣自由就醫，請問如何由現行家醫計畫過渡至家庭責任醫師制度，其相關配套措施應如何設計？以及如何引導民眾適應未來醫療環境的變化？

參、主席結論：

感謝各位專家學者的意見，會後將會上提出的意見彙整成會議紀錄，提供後續公民參與活動製作閱讀資料。

肆、臨時動議：無。

伍、散會：下午 12 時 30 分

附錄：與會人員發言實錄

113 年度多元公民參與模式探討計畫

家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向專家諮詢會議 —專家學者意見摘要

議題一、家醫計畫已執行20年，目前面臨各種問題與挑戰，就健保署或基層管理者角度，應如何改進計畫執行模式？

- (一) 失能不應單是長照及社福的責任：現在人口老化已經不再是預防保健跟疾病治療，家醫未來宜介入逆轉，讓個案減緩失能不繼續惡化也是一種進步。
- (二) 強化基層醫療：目前其實醫學中心過，多醫療資源其實是過度的提供，若能更強化基層醫療，有一個整體醫療體系方向的認知，基層醫師才知道自己扮演的角色跟責任，尤其是人口老化以後更需要的是個別式的去介入健康評估。
- (三) 專家學者及付費者擔任監督者：專家學者及付費者應該扮演一監督的角色，當醫療服務未能符合理想時，必須知道是哪個層面出問題。醫療界也應該檢討自身，當醫療提供者未能認清自我角色時，往往容易被批評為過度治療，保險的核心應該在於有限的資源達到最佳的效益。
- (四) 派案方式改變：許多家醫群一直存在結構問題，每一群的醫師並不一定在一個生活圈，隨著每年的修正，應該要讓他盡量在同一個生活圈，由於這對許多指標都有影響，包括固定就醫率和群內轉診率等。特別是在都會地區，如果醫師的距離太遠，在需要就醫時，病人可能會選擇就近就醫，而不是去他們所屬的群內。如果結構性問題不解決，就難以談論後續的P4P、連續性照護以及定額支付等問題。
- (五) 基層提升醫療品質外，也宜訂定相關措施：在家庭醫師制度中，當然提升品質是必要的，但不能單靠基層提升品質去吸引病人與大醫院競爭，政府同時也應該有配套的政策。對大型醫院提供慢性病治療時，是否應該有一些措施，以減少病人前往的誘因呢？否則，一些患有慢性疾病的人，基層能提供的品質，在大型醫院中並不存在，但是病人還是很習慣往大型醫院去，所以並不是只有提升照護的品質或是個管師的叮嚀，就能夠解決。
- (六) 在比較參與醫療群與非醫療群成效時宜考慮的問題：
 - 1. 參加家醫群，是會員跟非會員之間的比較，應該使用DID (Difference-in-Differences) 方法，比較家醫群和非家醫群在前後測中的改變，以

更準確地評估改善情況。另外新案跟舊案也要分開，新案理論上進步較快，舊案則是維持。

2. 非監控的指標，譬如說同樣的疾病的指標，但是沒有納入品質獎勵，甚至其它疾病相關的指標它是怎麼變化？因為國外的經驗，特別是英國的經驗發現，這些指標在納入P4P的設計會有外溢的效果，沒有財務誘因也有可能反向的效果，這部分是需要去留意的。

(七) 醫療院所改革：將醫學中心、區域醫院留下來，沒有病床的地區醫院來領導各偏鄉、鄉鎮地區跟西醫基層整合，都會區的地區醫院要求提升資格，進入區域醫院。

(八) 放寬加入醫療群會員的條件：

1. 健保署已經做適當的派案，在相關的辦法、計畫條款裡面應該放寬，讓被派案的人的家庭成員都可以收為會員，盡量就整個家庭來收案。
2. 以整個家庭來收案，但保險人不提供額外財務誘因，由於其他家庭成員可能醫療使用率不高，重點是從家庭成員健康或亞健康時就建立良好醫病關係。

議題二、個案管理源自於美國的健康照護系統，由個案管理師擔任監督、指導及醫療資源管控之角色；家醫計畫為提升個案管理服務品質，醫療群得設置專任個案管理人，然健保多項提升品質計畫，亦均納入個案管理功能，請問如何整合並發揮其功能？

- (一) 醫師與個管師須相互配合：未來家庭醫師本身的個案管理能力，必須要了解預防保健，個管師必須也要了解預防保健，個管師也許沒有專業，但有行政的專業，可以隨時提供個案適當的需求跟專業的介入
- (二) 個案管理申報重複情形需勾稽：早期長照譬如說復能跟提供給民眾物理治療的部分，有發現類似的服務健保跟長照兩邊都申報的情形，或是家醫群跟現在代謝整合的服務，是否也能做勾稽，避免重複申報的問題。
- (三) 醫療群收案時宜告知收案對象：如何讓病人是能夠固定就醫、黏著度，有一個很關鍵的原因是在收案的時候是否有知情告知？因為政策上沒有要求病人一定到所屬家醫群就醫，但是如果有知情同意、知情告知，病人與所屬家醫群有一定程度的信任，他自動就去了。
- (四) 個管師資源共享：如果一個家醫群，又參加很多的P4P，其實這個個管是可以共用的，他就是一個共用的概念，並不是各項計畫都需要一個個管，整合起來一起用是最棒的。
- (五) 儘量將所有品質提升計畫納入，擴展家醫計畫：一個病人不必被拆成

說，不同疾病參與不同品質提升的計畫，一旦可以納進家醫計畫，它的誘因跟品質的指標都可以重新整合，而不要讓家醫群的醫師跟管理人員要有兩方面的報表，增加管理成本。將各種提升品質的計畫盡可能地納入到家庭醫師計畫中，同時讓管理系統盡量簡單而不過於複雜，以減少行政上的麻煩。

議題三、健保署規劃於113年進行大家醫計畫改革，包含提升服務涵蓋率、數位化追蹤管理、支付制度調整、精進醫療品質等四大面向請問您的看法？與如何再精進？

(一) 醫療資源合理的分配：

1. 當醫療的需求無限的時候，我們要有適當的規劃，醫學中心、區域醫院要擔任什麼角色，地區醫院甚至基層擔任什麼角色，應該從醫療資源合理的分配跟角色去著手，就是所謂的個案分級醫療。
2. 如果財務誘因太小帶來的影響也有限，考量現況的情況下，有些參與的基層院所會有一些配合的措施，但伴隨衍生的行政成本，的確有可能導致參與的意願降低。

(二) 落實使用者付費精神：我們部分負擔並沒有按照健保的母法，按比例增加部分負擔，造就民眾認為說，只要花少量的錢就可以上最高層級的醫院，得到一個所謂相對有經驗，而且醫療水準比較高的服務，這是違反市場機制的。

(三) 建立完整在地醫療就醫環境：

1. 健保如果有機會要做徹底改革，穩定慢性病患者就一定要強制釋出，已經在醫學中心接受一年，甚至兩年，急性期過了穩定之後就應下轉到基層醫療院所。
2. 因為人口老化，病人發現他們的行動力不如從前，所以在地醫療是非常重要的，如何建立一個在地完整的醫療就醫環境，是我們該深思的，但是初期可能在規劃中會有些阻力，家庭醫師必須擔任基層的角色，以及做到一個全人照護。
3. 針對家庭醫師的整合從觀念的建立，給民眾有誘因，告知其加入家醫群會員的好處。
4. 對於在同一家醫院穩定就醫兩年，忠誠度高的病人應該有一些誘因。例如，可以更容易取得穩定慢連箋。

(四) 系統資訊整合再精進：

1. 未來因為資訊科技越來越發達，所以監測的部分滿重要的，裡面有提到用AI，但什麼時候要跳出警示，警示出來以後，相關的醫師、醫療群有

沒有去做處置，處置完以後有沒有回饋，這一整套的內容，從監測、行動到回饋，這部分是可以再精進的地方。

2. 大家醫計畫的數位化平台後，可以更加準確追蹤和評估醫療品質變化。透過數位平台，可以看到整個地區的醫療數據，打破過去只在特定群體內部進行評估的限制
3. 整個家庭醫師整合照護計畫裡面，先從大家醫平台裡面能夠回饋質的精進，未來有一些部分有論質計酬，至於說大家會選病人的問題，我們要看的是進步率，不是絕對值，這樣子就不會大家都去照顧輕症，而不照顧比較嚴重的病人，這是未來可以考慮的。

- (五) 醫療服務由點到面：現在有收案的是個人(點)，讓他在計畫裡面，親身經歷以後，感受到被照顧的好處，希望透過個人經驗分享給親友(面)，那是不是親友也可以去找同個家醫群。或是透過LINE細胞訊息或群組的方式去定期派發訊息(如簡易檢查、衛教資訊、講座等等)，多多少少是有幫助的。
- (六) 居家醫療給付與長照居家給付不一致：我們所有的資源，長照是屬於長照司，居家醫療是屬於健保署，事實上資源是有重複的現象，而且現在長照所謂居家部分的給付，遠高於我們現在健保的給付，所以很多的護理人員離開醫療機構，是因為長照部分的誘因、自由度跟給付太高，可能要去思索一下，給付是否要一致性。
- (七) 以人為本的照護模式，提高固定就診率：如果慢性病病人已經在地區醫院或醫學中心得到有效管理，在派送個案時就不應該再重複派給基層診所。如此可以避免兩個計畫之間的重疊，同時確保病人能夠在固定的醫療機構中接受持續的照護。
- (八) 優化基層院所的資訊系統：透過跟健保或者跟相關衛福部單位的界接，或資料的拋轉，這部份建議醫事公會是否能夠主動跟台灣主要的診所資訊系統的廠商接洽。

議題四、健保法第44條規定「保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度」，而家醫計畫之推行是為奠定家庭責任醫師制度之基礎。然我國民眾已習慣自由就醫，請問如何由現行家醫計畫過渡至家庭責任醫師制度，其相關配套措施應如何設計？以及如何引導民眾適應未來醫療環境的變化？

- (一) 疾病區分宜先由家庭醫師鑑別：基本上應該大小病都給家庭醫師看，因為民眾分不清楚是大病還是小病，必須要有一個守門員，像家庭醫

師就是健康守門員一樣，他是有責任的，必須要幫忙鑑別民眾是大病還是小病。

- (二) 論人計酬宜為中長程目標：論人計酬前提是怎樣逐步縮減民眾就醫的自由度，如果現在把地區醫院拉進來跟基層，這一塊是地區醫院跟基層都要去幫忙，我們努力讓民眾受到鼓勵，先到基層醫療院所接受服務的話，資訊會比較完整，在照顧上會比自己想掛什麼科比較好。先由家庭醫師把關讓慢慢大家習慣以後，這個是可以水到渠成，可是沒辦法很快。
- (三) 診所宜接受評鑑：民眾不接受下轉，除了個人因素外，診所沒接受評鑑，民眾去區分診所的好壞，這件事情我們還是遲早必須面對的。長照這麼多年都有做評鑑，那為什麼我們的診所沒有評鑑，如何讓民眾有信心？
- (四) 從病人和基層醫療的角度改進現有制度：
 - 1. 現況之下所有的機制，包含誘因都是作用在醫療服務提供者端，對病人來說沒有辦法明顯感受到好處，如果病人感受不到好處，甚至可能造成他的不便，就無法鼓勵病患留在基層、配合分級醫療的政策。
 - 2. 對民眾來說時間其實是很重要的一個誘因，因為去大醫院就醫要花很多時間在等待，如果民眾的醫療需求超出了基層醫療的範疇，在轉診上有沒有機會有類似現在醫事司在推急診後送、綠色通道，如何讓病患在轉診之後的就醫更為便利，這也許都是可以努力的方向。
- (五) 建立基層與民眾良好的醫病關係：病人過去在診所有就醫的經驗是醫療下轉成功非常重要的預測因子，跟診所的過程面、照護品質，或者是用藥習慣相比，有沒有醫病關係是更為重要的，所以不要隨便把病人轉到從來沒有就醫過的診所，這個會失敗，他們很快就回去醫院就醫，所以基層要去思考如何在病人還沒有持續就醫需求的時候，就先建立跟民眾的連結。
- (六) 醫療品質資訊公開：可以公開每個診所的特色，例如該診所主要提供何種疾病的治療，例如糖尿病、高血壓、感冒等，有助於患者更準確地選擇就醫的地點。

113 年度全民健康保險資源配置願景工作坊
—如何提升醫療資源使用效率

會議手冊

日期：113 年 7 月 3 日 下午 1 時 30 分 ~ 下午 5 時

地點：台北市立大學博愛校區公誠樓 4 樓 G415 會議室

(台北市中正區愛國西路 1 號)

主辦單位：台北市立大學衛生福利系

指導單位：衛生福利部全民健康保險會

113 年度全民健康保險資源配置願景工作坊活動議程

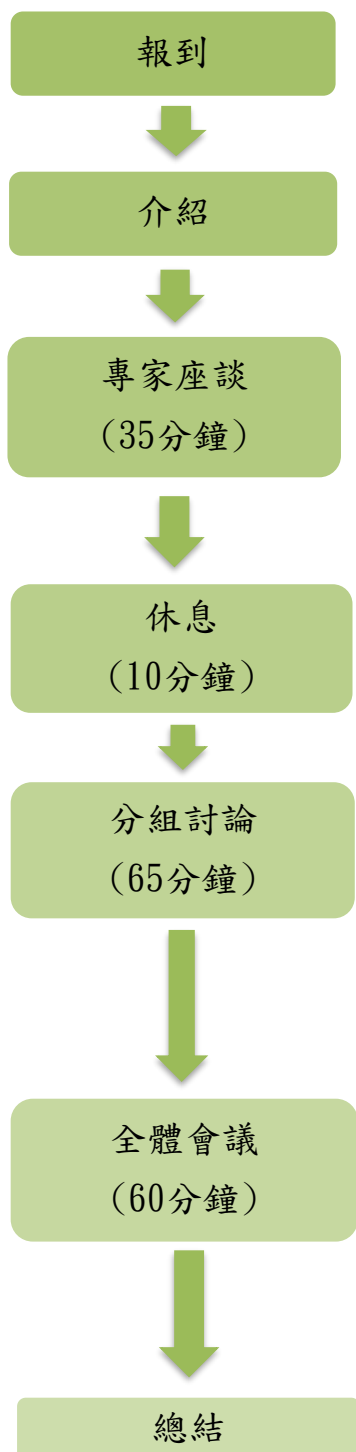
➤ 時間：113 年 7 月 3 日(星期三)下午 1 時 30 分~下午 5 時

➤ 地點：臺北市立大學 公誠樓 4 樓 G415 教室

(台北市愛國西路 1 號，詳地圖)

議題：如何提升醫療資源使用效率	
時間	議程
13：30-13：50	報到
13：50-14：00	主持人：陳永仁 (臺北市立大學衛生福利學系副教授) ✓介紹與會專家學者 ✓如何進行願景工作坊
14：00-14：35	專家座談
14：35-14：45	休息
14：45-15：50	分組討論 ✓各組主持人 (一)陳永仁副教授 (二)王實之副教授 (三)簡毓寧助理教授
15：50-16：50	全體會議—我們的願景
16：50-17：00	總結
17：00-	散會

➤ 流程說明



- 簽到、繳交出席費領據及帳戶影本。
- 依指定分組至各分組。

- 介紹與會專家學者、說明如何進行願景工作坊。

- 每位專家學者時間8~10分鐘，議題可參考分組題目，及專家諮詢會議紀錄自訂。

- 推派組長。
- 第1組留主場地(G415)，第2、3組移往分組討論教室。

- 成員自我介紹(5分鐘)。
- 討論議題(30分鐘)(分組題目詳第5頁)。
- 形成3~5個初步願景與行動方案(30分鐘)。
- 各組主持人協助記錄及推進討論。

- 各組回G415教室(3分鐘)。
- 各組組長報告初步願景及行動方案(每組8分鐘，計24分鐘)。
- 全體與會者討論，由全體參加者投票，選出最佳共同願景及行動方案。(25分鐘)(註)。
- 計票(5分鐘)。

註:投票採貼紙投票，由研究團隊發下投票貼紙，1人5票。

➤ 地圖



- G415 教室在公誠樓 4 樓



目錄

導言	1
第一章 介紹願景工作坊	3
一、什麼是願景工作坊？	3
二、願景工作坊邀請哪些對象？	3
三、願景工作坊如何建構共同願景？	3
四、願景工作坊如何決定最終願景？	4
第二章 如何提升醫療資源使用效率	5
一、分組題目	5
二、背景說明	7
三、參考資料-專家諮詢會議紀錄	8

導言

首先非常歡迎與感謝各位參加由衛生福利部全民健康保險會指導，台北市立大學衛生福利系主辦之公民參與活動-願景工作坊。全民健康保險法第5條第3項規定，全民健康保險會於審議協議重要事項前，應先蒐集民意，必要時，並得辦理相關之公民參與活動。為落實健保法規定，衛生福利部全民健康保險會乃於本(113)年度委託臺北市立大學衛生福利系，執行「多元公民參與模式探討-以健保資源配置之議題為例」研究計畫。

本計畫已於本年3~4月辦理三場相關專家諮詢會議，分別就「健保總額支付制度之檢討與策進作為」、「如何提升醫事服務提供者及民眾端在醫療資源使用之效率」、「家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向」等議題就教專家，俾集思廣益，蒐集改善、精進意見。本計畫進一步以願景工作坊方式，就「家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向」與「如何提升醫療資源使用效率」二議題，於本年7月3日、10日、31日分別於台北、台中及高雄辦理三場工作坊，期就上述二議題凝聚共同願景。

本次活動為第二場，以願景工作坊方式辦理，期待就付費者團體代表、醫事提供者代表、健保署代表等三種成員，藉由各自觀察、理性對話，從各自立場透過分組討論與共同討論，形成最佳共同願景，以利後續健保總額協商時參考。為了讓您在會議開始前掌握會議主題有關資訊，我們特別準備這份資料供您閱讀參考。

如何使用本手冊

第一章 介紹願景工作坊的原理原則及為何採此方式辦理

第二章 如何提升醫療資源使用之效率

一、分組題目

二、背景說明

三、參考資料

本次活動首先藉由三次專家會議所獲得之專業意見，讓付費者團體代表、醫事提供者代表、健保署三方瞭解相關知識，在展開對話時，使複雜的健保議題逐漸形成最接近的共同願景。會議過程中，不同領域專家也會共同出席本工作坊，參與討論與說明。期望每位參與者經由此次願景工作坊，可以讓更多人有更接近之共同願景。祝福大家都健康、收穫滿滿，台灣健保永續。

第一章 介紹願景工作坊

一、什麼是願景工作坊？

願景工作坊（Scenario Workshop）是由丹麥所發展出來的一種具審議民主參與模式，就是集合民眾、政府官員、學者專家、產業界人士以及社會團體代表等各種不同背景的人士共同參與討論。希望透過交互對話的形式，集思廣益來發展未來的願景，並找到解決問題的方案。

願景工作坊嘗試創造一個對話空間，讓不同人群能夠溝通，發展出可能的共同願景。其目的是希望促進不同立場者的互動與了解，鼓勵大家提出趨於共識的願景與行動方案，一起來解決問題。除此之外，不同群體的參與，也能激發各種知識與經驗的交流，進而提升決策品質。

二、願景工作坊邀請哪些對象？

願景工作坊邀請一般民眾和政府官員、產業界人士、以及社會團體代表參與討論。參與者通常分為三個類別(組)，本次全民健康保險公民參與-願景工作坊活動，邀請第一類別是付費者團體代表、第二類別是醫事提供者代表、第三類別是健保署代表等三種成員。

願景工作坊的時間長短與參與人數，依預算額度和議題性質而定，預算少可以減少人數。議題複雜而多元需更多異質性觀點，建議增加人數。

三、願景工作坊如何建構共同願景？

願景工作坊共同願景建構分成幾個步驟：

願景工作坊共同願景建構分成幾個步驟：

(一)形成初步願景

藉由專家座談，或依參與者身分分組討論，形成改革的初步願景。

(二)形成小組願景

由付費者團體代表、醫事提供者代表及健保署混合編組為三小組，每小組就討論主題逐項討論，形成分組的共同主張。每一分組推派一名或多位代表，在全體會議中報告該組的共同願景。

(三)報告各組願景

在全體會議中由各分組代表上台報告該組成員的願景，每組報告由其他二組進行批評與討論，再由報告組回應。全體成員對於三組各自提出的願景的討論著重於：那些願景比較具體可行？那些願景較難執行？三組願景的共同主張為何？

四、願景工作坊如何決定最終願景？

全體與會成員對上述三組提出之願景進行投票，每位成員可以投三~五票，參與者可以投給其他分組願景任何方案，但是不可以投自己分組的方案。可以集中投給同一方案，也可以分別投不同方案。投票完畢後，工作人員統計最高五個願景，再由提出該五個願景的組別推派代表，向與會者進一步闡述該願景主張理由。

摘自林國明(2018)， 利用科技工具，建構全方位之民眾參與模式與平台-以全民健保財務收支連動機制為例，74~93。

第二章 如何提升醫療資源使用效率

一、分組題目：

(一)如何提升民眾在醫療資源使用之效率？

由於人口高齡化、多重慢性病增加，國人年平均就醫次數已超過 15 次(國外約 5 次)，您認為可以採行哪些措施，協助民眾提升醫療資源使用效率？

1、對民眾看診次數過高之情形，健保署目前有針對高診次就醫者提供關懷與輔導措施，請問您認為可再採取哪些措施來改善？

(1)對於多重慢性病患者(如同時有高血壓、高血糖、高血脂或多種慢性病)，您認為如何改善其多科或多院所看診情形，例如：透過家庭醫師協助疾病管理、轉診，或對看診次數過高者指定就醫院所等。

(2)請問您是否曾經為了就醫，至健保署醫療品質資訊公開網查詢各院所醫療品質？您認為應該提供哪些資訊，是否有助民眾選擇就醫院所，減少多方就醫的情形？

2、對民眾習慣至大醫院看診，請問您認為如何改善？

(1)您認為可以採取哪些措施，促使民眾小病先至基層院所就醫？例如：由家庭醫師擔任民眾健康照護的守門員，有疾病問題，先找家庭醫師。

(2)您認為如何建立民眾正確就醫觀念(生病就近看家庭醫師、大病再由家庭醫師轉診至適切之醫療院所)？

(3)請問您認為拉大基層醫療院所與區域級以上醫院的部分負擔金額的差距，能否減少民眾直接至大醫院就診的情形？

3、您認為哪些措施有助民眾加強自我健康照護，以達到健康促進及減少疾病發生的風險？

(1)請問您認為透過家庭醫師照護團隊照護及衛教指導？是否有助於民眾改變生活方式，減少或延緩疾病發生及控制慢性病之病程發展？

(2)請問您認為使用健康存摺，是否有助您了解自己與家人的健康情形，有助您進行健康管理？若您尚無使用健康存摺之經驗，您的困難點為何？

(二)如何提升醫事服務提供者在醫療資源使用之效率？

健保醫療費用總額已超過 8 千億元，考量資源有限，您認為可以採行哪些措施，讓醫療服務提供者提供更有效率的服務？

1、目前檢驗(查)及藥品支出約占全民健保醫療費用總額之 41%(以 111 年為例，

檢驗(查)費約 1,064 億點，藥費約 2,305 億點)，每人平均就醫次數也達 15 次，您認為可採取哪些措施，減少重複醫療利用？

(1)您認為有哪些方法或措施，可以促使醫師減少重複或不必要的檢驗(查)、用藥及治療處置？例如：醫師多加善用健保醫療資訊雲端查詢系統、健保署加強專案審查及加強查處違規醫療院所等。

(2)除了上述方法，您認為哪些作法可以促使醫療院所發揮同儕制約及調整醫療行為？例如：公開院所檢驗(查)、用藥及醫療品質資訊等。

2、支付制度設計具有導引醫療行為的效果，您認為現行以論量計酬為主的支付方式，應如何調整，以提升醫療服務的效率？例如：減少論服務量支付、增加論品質支付、論人計酬及全面推動住院診斷關聯群 DRGs 等。

3、健保署自 106 年起推動分級醫療政策(詳參考資料)，您認為還可再採取哪些策略或配套措施，促使各層級醫療院所各司其職？例如：落實家醫制度及雙向轉診，強化基層診所與醫院的分工合作，讓基層診所扮演健康照護守門員的角色，醫院專注急重症病患的治療照護等。

➤ 為促進醫療資源均衡發展，健保署於 106 年擬訂之分級醫療的六大策略 24 項相關配套措施，詳下圖。



資料來源：健保署 112.5.24 於健保會第 6 屆 112 年第 4 次委員會議提報之「推動分級醫療之成效檢討」專案報告

二、背景說明：

我國全民健康保險自民國84年起實施以來，健保總額預算已由84年的1,568億元成長至113年8,755億元。多年來雖讓醫療費用成長控制於一定範圍，但面對台灣未來高齡化、少子女化之情況日益嚴重，未來需照顧人口增加，繳保費人口減少，且慢性病盛行率提高、新醫療科技發展等挑戰，整體醫療需求不斷成長。然而資源有限、健保收支短絀逐步擴增，為促進國民健康及確保健保永續，提升我國醫療資源使用效率勢在必行。

依據關心健保資源者觀察，醫事服務提供者在醫療資源使用之效率方面，有無效醫療及非必要醫療使用醫療資源之不當耗用。無效醫療包括生命末期或病人處於不可逆狀態下施行之過度的醫療，徒增病人痛苦且療效不彰等。非必要醫療包括總額支付制度下論量計酬之誘因，致特約醫事機構提供保險對象過多醫療照護；醫療提供者採防禦性之醫療，增加不必要高科技醫療檢查及治療；保險對象就醫資訊傳遞未暢通，造成就醫後重複用藥、檢驗(查)與處置的問題；就醫可近性高，少數病患有高診次就醫問題；照護體系及院所間未建立成熟之病人轉銜系統，造成整體就醫屬片斷醫療等改善空間。在民眾在醫療資源使用之效率方面，由於全民健保可能衍伸之醫療浪費，如看病多、拿藥多、檢查多、未有效落實分級醫療、未妥適使用健康存摺管理自身健康、長期照護與全民健保資源混屯不分等議題，大大影響健保資源使用效率。

目前政府已推出諸多改善方案，包括訂定「113年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，擬訂對應管理策略，包括：健保資源宣導、強化自我照護能力、門診高診次就醫個案輔導、持續推動分級醫療、精進雲端醫療資訊、加強審查與查核機制、減少不必要醫療利用、推動疾病管理、促進院所合作機制、照護服務之銜接等規劃藍圖，並列為每年持續推動改革之策略。期降低不必要醫療資源使用，促進醫療服務效率與合理使用，保障保險對象就醫權益，擷節之非必要醫療費用支出，回歸健保總額，保障全民健康保險之永續經營。

三、參考資料-專家諮詢會議紀錄

113 年度多元公民參與模式探討計畫

如何提升醫事服務提供者及民眾端在醫療資源使用之效率專家諮詢會議紀錄 (含附錄—與會人員發言實錄)

時間：中華民國 113 年 4 月 2 日上午 9 時 30 分

地點：臺北市立大學博愛校區 T201 會議室

主席：陳副教授永仁

紀錄：趙于甯

出席者：(依姓名筆劃排序)

朱理事長益宏、曲副教授同光、吳董事長榮達、吳特聘教授肖琪、李理事長飛鵬、李監察人永振、林副教授文德、洪副院長子仁、黃常務理事啓嘉、蔡助理教授淑鈴

列席者：

健保會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。

貳、討論議題及題綱

議題一、如何提升醫事服務提供者在醫療資源使用之效率？

議題二、如何提升民眾在醫療資源使用之效率？

議題三、如何從政策面強化健保醫療資源妥適運用？

(專家學者意見摘要，如附件)

參、主席結論：

感謝各位專家學者的意見，會後將會上提出的意見彙整成會議紀錄，提供後續公民參與活動製作閱讀資料。

肆、臨時動議：無。

伍、散會：下午 12 時 00 分

附錄：與會人員發言實錄

113 年度多元公民參與模式探討計畫
如何提升醫事服務提供者及民眾端在醫療資源使用之效率
專家諮詢會議—專家學者意見摘要

議題一、如何提升醫事服務提供者在醫療資源使用之效率？

- (一) **改變看病模式**：總額架構下，效率提升的方式就是改變看病模式，隨著人口高齡化、疾病慢性化，醫界宜思考如何改變看病模式，同時醫界也需要破除層級之間的觀念，才能改變過去片斷式醫療的情形及慢性病照護不佳的結果。如果付費者願意投入預算，換來醫療看病模式的改變，這是醫病雙贏的局面，病人獲得整合式的照護，醫療提供者也可得到更多的給付。
- (二) **醫療服務提供者與民眾溝通的必要性**：新藥、新科技可提供更多醫療選擇，使得醫療支出迅速提升，未來醫療費用增加或是自費項目的增加，都是不得不面對的趨勢。付費者並非不能溝通，但認為要明訂遊戲規則，醫療服務提供者必須讓民眾清楚知道醫療費用總額必需增加的理由，如果多付出的錢沒有換來任何好的改變或好處，就沒有增加的意義。
- (三) **透過衛教，提升民眾自我照護知能，建立正確就醫行為**：提升醫療資源使用效率並不是在壓榨醫界，而是要思考如何在需求面做管理。例如，感冒就醫只能緩解症狀，但健保花費在感冒治療上的健保費用卻相當龐大，民眾的需求是否真有必要？透過醫事服務提供者提供衛教，提升民眾自我照護知能，建立正確就醫行為，減少病人就醫次數，有助降低不必要的醫療支出，同時也使醫療資源發揮更佳效益。
- (四) **建立資源共享機制，提升健保資源使用效率**：因目前醫療體系是自由競爭，容易產生軍備競賽，建議參考開放醫院(open hospital)概念，如果能讓醫院用共享的方式，去利用同區域內的醫療設備的話，就可以減少醫療設備的成本，及調高支付較低的人力成本(調升醫療服務專業的支付標準)，並提升器材的利用率，使醫療資源更有效的利用。

議題二、如何提升民眾在醫療資源使用之效率？

- (一) **增加自我健康管理知能**：隨著少子化、老年人口增加，賺錢(繳健保費)的人會變少，健康投資變得重要，當健康投資做得好，後續的醫療或長照支出就可減少。民眾應該提升對自我健康管理之認知，並做促進健康的事情(如吃的健康或運動)。此外，健保署推動之健康存摺，讓民眾可以瞭解自身的健康狀況，也能清楚醫療資源利用情形，民眾應該善加利用，以促進自我健康管理。
- (二) **透過專家引領公民參與重要議題討論**：重大改革或調整，宜讓民眾了解並有參與討論表達意見的機會，建議可透過專家引領公民參與模式，就健保

重要議題，例如保險費率及給付範圍需要不要調整、給付的優先順序、部分負擔的輕重等，進行討論。

(三)透過與付費者團體共同推動正確就醫行為：全民健保制度允許自由就醫，因此民眾對於分級醫療政策與轉診制度認知程度不同，若單純由醫療機構去推動轉診制度，效果有限，或許可和付費者團體共同推動，使政府與醫界及民眾之間可以有更好的溝通和理解。但因為我們的就醫制度相對自由，如果要像其他國家的轉診制度(限制民眾就醫自由)，並不容易做到，可能需要思考折衷方案。

議題三、如何從政策面強化健保醫療資源妥適運用？

(一)持續進行支付制度改革及支付標準合理性檢討：

- 1.實施總額支付制度雖可控制整體醫療費用成長，維持總體的效率，但如仍採論量計酬，服務量將會持續增加，點值勢必一直下降，也會影響醫療品質，建議健保署及醫界應共同思考如何提升個體效率，例如進行支付制度改革，實施門診論人計酬、住院 DRG 等。
- 2.部分診療項目支付點數偏低且長期未調整，建議政府應正視及整體檢討支付標準合理性，以反映醫療服務的價值和成本。

(二)持續推動分級醫療及落實轉診制度：

- 1.透過支付制度設計，引導分級醫療：支付制度的設計上，可朝鼓勵不同層級別醫療院所處理不同類型疾病，例如適合在大醫院做的服務，但它的成本不夠，在支付上可以給予一定程度的加成，某些疾病應該在診所或是小型醫院做的，在同樣支付制度上，也應該用鼓勵的方式給予加成。
- 2.建議恢復因 COVID-19 疫情而暫停實施之區域級(含)以上醫院門診減量措施。
- 3.目前轉診制度的成效有限，除非有高度政策力的介入，例如拉大未經轉診的部分負擔，否則不容易達成。

(三)檢討部分負擔合理性：

- 1.落實使用者付費精神，強化民眾費用意識：對使用者收取合理的部分負擔，將有助民眾思考是否有不需要之醫療需求，並在治療過程中透過與醫師的共同討論，促進醫病共享決策，及有助醫療資源有效使用。
- 2.112 年的部分負擔調整後，出現少部分自費就醫較便宜、部分醫院急診仍壅塞的現象，反映出現行定額部分負擔方式應調整。建議可改以定額結合定率，並搭配上限的方式，當醫療支出超過某個額度時，應該搭配定率收取部分負擔，但因有些醫療項目十分昂貴，所以也應訂出上限，讓部分負擔更加公平，同時也能抑制一些不必要的浪費。

- (四)消除醫病資訊不對等及公開醫療品質資訊：**因醫病資訊不對等，民眾不清楚如何正確就醫、可能也無法與醫師討論適合的治療方式，政府應加強醫療資訊的公開及透明，尤其是品質資訊一定要公開，特別是公開各醫療院所的慢性病或重要的照護品質資訊，當品質資訊公開時，醫界可以往更好的方向競爭，民眾也能獲得更好的醫療照護，最終得到雙贏的結果。
- (五)政府宜審慎規劃醫療資源配置：**新治療方式陸續推出，其昂貴價格對健保是很大的負荷，可能將會面臨到底要調整費率、還是要縮減給付的問題，政府需思考如何審慎配置醫療資源，或可參考國外priority setting的做法，透過公民參與取得共識，決定醫療服務給付的優先順序，排序較後的醫療項目則加重部分負擔，把資源用在最有效益的服務項目上。
- (六)對弱勢族群應有配套措施：**考慮調升保費或部分負擔，會增加弱勢民眾財務負擔，可以由社會福利補助而非免除的方式，以符制度公平性。另針對昂貴藥品或科技等高額給付，可由政府編列公務預算支應，這樣既不會加重弱勢族群的財務負擔，也不會對健保的營運產生影響。
- (七)恢復不具名審查制度：**建議恢復不具名審查制度，讓審查者在沒有任何影響之下審查，或是設立專責機構來專門查處違規行為，對於抑制不當醫療行為有一定效果。

附錄 8：北區願景工作坊會議紀錄

113 年度全民健康保險資源配置願景工作坊-

家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向會議紀錄(北區) (含附錄—與會人員發言實錄)

時間：中華民國 113 年 7 月 3 日上午 9 時 30 分

地點：臺北市立大學博愛校區 G415 會議室

主持人：陳副教授永仁

紀錄：趙于甯

出席者：詳如簽到單

專家學者：林副教授文德、楊教授銘欽、蔡助理教授淑鈴、戴教授桂英(依姓名筆劃排序)

列席者：

臺北市立大學：王副教授實之、簡助理教授毓寧

衛生福利部全民健康保險會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、邱組長臻麗、陳組長燕鈴、范視察裕春、李科員德馥

壹、主持人開場：

說明願景工作坊進行流程、介紹專家學者

貳、專家座談：

簡述家醫群概況及面臨問題

參、小組討論：略

肆、全體會議：

第一組建議：

(一)每位收案者應全家服務，以達到整體照護計畫的效果。

(二)擴充服務內容，特別是增加諮詢服務的細項分類。

(三)避免將 call center 設置在醫院急診部門，個管師須有資格限制，確保對醫療群的資源有充分的了解。

(四)確保收案者完全了解並同意照護計畫，落實知情同意。

(五)健保署提升對家庭醫師整合性照護計畫的宣導力度，增加民眾對家醫制度的了解。

第二組建議：

(一)希望家醫群內涵蓋跨職種團隊，包括醫師、護理師、營養師等，甚至包括牙科，因為健康問題常跨職種相互關聯。

(二)全人醫療

1.除疾病治療外，家醫群也可提供民眾前端的預防保健服務，教導民眾改變生活習慣，並結合長照和社福資源的轉介，甚至透過居家醫療來協助。

2.強調身心靈健康，必要時轉介諮商資源。

(三)提升基層診所設備，讓病人可以留在基層接受治療，避免不必要的轉診。

(四)推動基層診所的資訊整合，病人資料蒐集才能更全面，促進其提供有效的醫療服務。

(五)加強民眾健康自我管理的教育。

第三組建議：

- (一)透過小型試辦計畫，從自由就醫過渡到家醫制度，逐步擴充。
- (二)試辦計畫中家醫群之水準、設備必須符合適當的評鑑標準和平衡機制，以增強民眾對家醫制度的信任。
- (三)建議不要限制民眾自由就醫，臺灣民眾對於醫療問題的認識相對進步，限制就醫可能增加就醫流程和費用，不符合節省健保費用的目標。
- (四)建立適當、平衡的 KPI，檢視推行家醫計畫以後，健保是否有產生節流效用。
- (五)針對未經轉診直接至醫院就醫之患者增加費用，建議部分負擔由定額轉成定率。

伍、總結：

感謝各團體推派代表今日的參與，會後將討論的意見彙整成會議紀錄，提供後續健保總額協商參考。

散會：下午 12 時 40 分

附錄：與會人員發言實錄

113 年度全民健康保險資源配置願景工作坊-
家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向(北區)
與會人員發言實錄

【專家座談】

楊銘欽教授：

主席、今天與會的各位學者、各位專家，大家早安，剛才戴教授請我這邊先表示意見，我就恭敬不如從命，先講一下我對家庭醫師整合性照護計畫的一些看法，以及對未來大家醫計畫的一些想像。但是我想這裡也不方便把內容講得太具體，避免等一下大家討論想像的空間變小，所以我會講得比較原則性、比較模糊一點，請大家多包涵。承接著剛剛黃啓嘉常務理事所做的背景說明，我接著也跟各位說明一下。

關於家庭醫師整合性照護計畫，我記得我在臺大教書的時候，有一天在臺大醫院捷運站外面，碰到前院長謝博生教授，他提到正在構思家庭醫師計畫，那時候還在規劃階段，還沒有真正落實。到民國92年，大家應該還記得，當時有一個很大的流行病SARS，在這個因緣際會之下，醫界認為醫師過去太早分科，這個地方我會稍微多講一些細節。

早期的醫學教育，是要去各科見習或實習，然後再選專業科目，但是隨著檢驗(查)項目越來越科技化以後，變成高度分化，之後又演變成某一個科的醫師很專精這一科，但是對其他的科就不熟。SARS來的時候就發現，高度分化的狀況暴露出臺灣醫學教育上很大很大的一個弱點、一個缺點，就是醫師只對某些部分非常非常專精，可是其他的部分就沒辦法參與、表達意見。當年SARS疫情大概在6月底、7月初控制住，衛生署署長宣布可以恢復正常生活，到92年底的時候，醫界開始討論醫學教育應該怎麼樣調整，所以那時候開始就有所謂畢業後醫學的實習，英文叫做postgraduate，就是畢業後就是要到各科輪訓，剛開始是3個月，現在需要2年。意思就是說，從學校畢業的年輕醫師，在拿到執業執照之前，要用2年的時間在醫院裡面各專科進行輪訓。

這時就帶出家庭醫師或家庭醫學的重要性，因為很多時候病人並不知道自己身體不適是什麼情形，在這個狀況下，就沒辦法掛號，或者是掛了號但是走錯科別對不對？舉例來講，我有一個同事的脛骨、腳踝那邊長了很多紅疹，我們大家看了以後都倒退1公尺，擔心看了以後也被傳染。他說不用擔心，他去看了皮膚科，醫師說這個不是傳染病、擦擦藥就好，後來還是沒好，繼續看這個科、那個科，最後看好了，是什麼？是精神科。因為他壓力太大，學校裡面老師雖然有寒暑假，可是寒暑假可能比平常還更忙。

這個例子我要講什麼？很多時候我們看到或感覺到自己有身體狀況的時候，其實自己不知道是什麼樣的問題，最後精神科的醫師對我同事說，你這是精神壓力太大造成神經發炎，幫他做適當的處置後就OK了。這個例子給我很大的啟發，

真的是需要有位比較信任的醫師幫我們做初步的建議。像我這位同事，他看了一個、兩個、三個、四個醫師，雖然最後問題解決了，但是前面花了太多的時間還有健保資源。

回到家醫計畫，如果我們能有比較熟悉而且信任的醫師幫我們把關，不管大小問題，就是先去諮詢這位醫師，讓他判斷是由他處理或是轉介至醫院。也許他就可以處理對不對，也或許他會說這個我不能處理，因為你需要到醫院做檢驗(查)。不管怎麼樣，就是初步接觸的醫師幫我引導，可以省掉我自己摸索浪費的時間及健保資源，這個是家醫的部分。

我對於家醫計畫的觀察，它的好處就像剛剛黃常務理事講的，現在因為健保發現有些人屬於高風險、高利用，所以會把名單給家醫群，但問題是高風險、高利用的背後，是不是因為他的家庭或家族裡的生活習慣、飲食習慣造成，是不是整個家庭都應該接受這樣的照顧或諮詢，這是值得討論的。當然剛剛黃常務理事是覺得我們可不可以聚焦在某些人，但是我這邊看到、另一個角度的想法是，我們可不可以把他的家人都一起請來諮詢，然後教他生活上怎麼照顧自己。這是一個考慮，就是說收案的對象可以聚焦更小一點，或者你可以擴大到家庭，這個我就留一個空白給各位討論。

再一點是，現在家醫群內的醫師，不一定是在同一個生活圈，家醫群會員有需要可以來這邊諮詢或看診，但是也可以選擇自己去別的地方看診。將來有沒有需要像有的國家是先去看家庭醫師，看完以後再由家庭醫師幫你轉診，這個我也是留下一個問題、空白在這邊。各位也可以討論是讓我們的會員病人自己自由選擇就醫，他想來家庭醫師群看就看，他不想來，他想去醫院就去醫院看，這是一種選擇；另一種選擇是要求會員先去給家庭醫師做consult再轉診。

最後一點就是有關於資金、經費的部分，到底是要用包人的方式，這個會員1年就是這麼多錢給家醫群、他的健康完全由你負責，你要負責好，如果他健康不好、住院次數一多，家醫群就虧錢了；但是如果你照顧好的話，節省下來的經費，我們可以回饋給家醫群，這是一種財務的誘因。

另外一種方式就是論量計酬，有提供會員服務，就給你一定的支付跟諮詢的費用，這也是一種財務的誘因。這個議題我也留給各位討論，就是要怎麼支付，我們完全尊重醫界看診的自主權，一方面又可以鼓勵醫師去做預防保健的工作，我提三個部分給大家做參考，不好意思，占用很多時間。

陳永仁副教授：

謝謝，請戴教授。

戴桂英教授：

謝謝主持人，謝謝楊教授及剛剛先發言的西醫基層召集人黃常務理事，因為

他們兩位先做前置說明會讓與會者更清楚，為什麼我建議先從楊教授開始？因為行政院衛生署開始規劃全民健保時，楊教授就在衛生署健保規劃小組裡，是醫療體系的召集人，所以他是一脈的、一直關注這個議題，楊教授報告後大家會對家醫計畫整體的發展更清楚。

願景工作坊是在規劃二代健保時提出來的構想，現在大家都認為二代健保就是一個增加補充保險費的改革計畫，其實不然，當時在賴美淑教授的引領之下，有很多專家學者參與，他們認為健保是一個公共議題，需要多一點人關注，而且需要多一點人表達意見。

陳主任能夠接受健保會的委託案，我覺得相當有意義，因為健保會本身就是由付費者代表、醫事服務提供者代表，還有部分衛福部指定的專家學者共同參與，可是健保會的開會時間相當有限，所以當時就有一個法律上的落筆，就是希望重要的議題能夠可以在外圍召開像願景工作坊這樣的會議。大家聽到願景工作坊就清楚囉，譬如說我們今天的主題是家庭醫師整合性照護計畫，我們是為了家庭醫師整合性照護計畫未來要怎麼改革，讓它變得更符合大家的需求而討論。所以今天分成三組討論，就是要提出更好的意見。

我們的主辦單位很用心的把它區分成三個議題，這三個議題，第一組就是第一個議題，裡面提到說：未來如果要全面推動家庭責任醫師制度應該要怎麼做，到底我們民眾是不是有選擇權、基層醫師有沒有對病人有選擇權、整個收案的程序如何，這是我們在第一個議題要討論的部分。剛剛楊教授也有稍微提醒，我們的角色好像不適合一開始就把大家的思考框住，所以我雖然有一些個人的意見，過去也曾經參與相關會議表達過，可能等一下參與第一組討論的時候，再做詳細說明。

這個制度其實不是這麼容易，因為我們不是只看費用的增加，費用增加對被保險人而言，就是要讓這個計畫更有價值，我們才會讓它增加，所以我們對於未來的願景，就是要讓這個計畫變得更有價值，我在這邊先做一些說明。

至於第二題跟第三題是另外兩組的題目，是不是可以建議主持人，雖然有規範大家把時間都focus在某一題，但是如果這一組討論的差不多了，他們可不可以跨議題提意見？（陳永仁副教授：我認為可以。）如果這樣子的話大家的討論會更豐富，如果有時間的話，以上我先在這裡告一個段落，謝謝。

陳永仁副教授：

好，謝謝戴教授，請林教授。

林文德副教授：

主持人、各位學者專家，還有在座的各位先進，非常高興參與今天的會議，上次本來要參加專家諮詢會議，後來因為部長在同一天召開會議，所以就沒有機

會來聆聽各位專家的意見，我覺得後面的會議紀錄已經把大家的意見都整理的非常好，所以我這邊就狗尾續貂拋出幾個議題，做為大家討論時的參考。

剛剛黃啓嘉委員提到這個計畫只有42億元預算，如果我們以照護的人數600萬人、平均一個被保險人的健保費用大概4萬元左右計算，家醫計畫照顧的這些民眾，他們整個大概代表2,400億元的健保經費，是很龐大的金額，怎麼透過這個制度，讓42億元可以發揮槓桿作用，讓2,400億元可以得到更好的一個利用，我覺得這是整個家醫制度需要考慮的問題。雖然預算很少，但是它的影響是非常大的，所以我們在這邊可以透過這個的機會，好好思考怎麼改善這個制度、計畫，我覺得是非常重要的事情。

第二個是有關家庭醫師的制度，我們這個計畫是要導向家庭醫師責任制度，所以我們就需要去考慮，這個計畫跟家庭醫師制度之間實際上的關聯性到底是怎麼樣，因為如果這個計畫做得很好，但是家庭醫師制度沒有建立起來，這樣好像就沒有達到這個計畫的目的。所以我之前在健保會委員會議，有提到是不是可以先想要家庭醫師制度到底要長什麼樣子，再去規劃這個計畫要怎麼執行，才能夠達到那樣的目標。今天我們也可以趁這個機會討論，我們要的家庭醫師制度到底是什麼樣子。

就我個人粗淺的意見，我們至少要有守門員的制度，就是先透過家庭醫師進入到更高階的照顧程序裡面，如果沒有建立這個制度，好像家醫制度就有點怪怪的，跟國際上的家醫制度好像不是那麼一致，所以守門員的制度是不是要先建立起來。

第二個是周延性的問題，其實家庭醫師應該是cover大部分的醫療需求，真的有需要才轉診到專科，但是我們家庭醫師的醫療群好像涵蓋了一些專科醫師，雖然我們有規定家醫科、一般內科或是婦產科、小兒科可以歸類為一般科的醫師，在國外也是這樣定義，可是我們其他的科別其實都是專科醫師，他們是不是可以扮演家庭醫師的責任或是角色，這個是有點值得思考的。

當初為什麼要弄一個群來做家醫制度，還是說家醫制度其實是個別醫師就可以當家庭醫師？如果個別醫師就可以當家庭醫師，那為什麼要弄一個群，然後把一些不同的專科放進來？上次蔡副署長也有講到，其實這些群裡面的醫師很分散，然後之間也沒有辦法轉診，因為分散在不同的生活區域，所以其實也沒有達到整合跟互相轉診的效果，如果是這樣的話，那個群的概念是不是要打破？這個也是提出來供大家做一個思考，就是我們要做家庭醫師制，是不是一定要有群？

家醫群當初的設計，我不曉得是不是有這個因素，就是說我們群如果比較大一點，我們照顧的人數比較多一點，也許在設計論人計酬制度的時候，可以有一個規模經濟，可以達到分散風險，比較不會把風險集中在一個個別醫師的身上，也許有這樣的考量我不曉得。但是實際上我們做了20年，論人計酬也一直沒有辦法推動，或是說我們家庭醫師也不一定真的要用論人計酬，也有可能用其他的方

式支付。但是至少如果要考慮說要建立這個家庭醫師制度，是不是有需要用群的方式來執行，這個是可以思考的一件事情。

第三點，到底一個家庭醫師要執行這些comprehensive、周延的照顧，需要哪些設備或是哪些協助，才有辦法執行這些事情。比如說在國外的家庭醫師，可能有很多設備可以進行檢驗(查)、或是處置的device、工具，如果沒有這些設備的話，你就一定要把他轉出去，但實際上可能很多疾病，可以在家醫(GP)這邊，就可以得到處理。

是不是我們現在的家庭醫師可能有一些設備或是器具是不足的，所以變成必須讓病人到醫院就診。如果病人到醫院看病，我們就會擔心他去了醫院就回不來診所，然後家庭醫師或是守門員這樣的角色可能就沒有辦法發揮，因為大部分的疾病還是要到醫院才有辦法處理，這樣家醫就沒辦法提供比較周延的照顧，病人當然就不會留在基層。所以這也是我一直有疑問的，就是到底我們的家庭醫師需要有什麼樣的設備跟工具，才有辦法把病人留在家庭醫師。

如果看到這個計畫有這樣的不足，有沒有可能幫助這些基層醫師充實他們的設備或工具，才有辦法做到家庭醫師的工作，也就是除了錢之外，有沒有其他方法可以幫助家庭醫師做到他們的工作，這個大概以上三點提出來供大家做一個參考，謝謝。

陳永仁副教授：

剛剛林教授談到的最後一點，就是需要哪些設備、儀器，等一下討論的時候，也許我們醫事服務提供者可以提供給大家參考，我們第四位是請蔡教授。

蔡淑鈴助理教授：

主持人、各位學者專家，還有今天在座所有的先進，很多是健保會的委員，還有健保署的同仁，大家早。

提到家庭醫師制度，因為等下會有分組討論，現在8分鐘是對這個制度表示看法。從國際趨勢來看，全世界都知道醫療系統中，基層醫療很重要，但是基層醫療不等於家醫制度，並不是每個國家都有推動強制性的家醫制度，比較會有這樣歷史背景的國家通常都是歐美國家，他們會指定病人、指定醫師，然後強制轉診。

但是隨著科技的進步、醫療的專科化、醫學的進步，在很多已經實施強制轉診家庭醫師制度的國家，有很多病人希望不要透過家庭醫師，直接去尋求專科醫師的治療，所以在這些已經強制實施的國家也有某種程度的鬆綁，或用copay的方式去讓這些病人做一點自主分流。

臺灣的病人到底發生了什麼事情？我們大概有2,300多萬人口，其中有100萬人是重大傷病，大概有700萬人是重大傷病或者再加上有慢性病、長期服用慢箋

藥的病人，剩下1,600萬人可能就是亞健康、或者是相對年輕的、不是重大傷病、也不是穩定慢性病的病人，就有這麼大的population。

這個已經實施了20年的家醫群，收案600萬人，這600萬人到底是分布在哪一種人？有一些是穩定的慢性病，有一些也不是慢性病的病人，不是穩定慢性病，但是他還是常常就醫，他是frequency比較高的病人，他是comprehensive utilization的user。無論如何我們20年來建立的基礎，家醫制度的供給面是醫療群，這個在其他國家的家醫是沒有的，可是看到最近幾年各國基層醫療的發展都漸漸走上壯大基層的概念，以往他們可能是一個醫師就成為家庭醫師，現在發現高齡化的浪潮，每個人都有很多不同的疾病，於是他們的基層醫療要壯大，而這個壯大的概念是，每一個診所不應該只有一個醫師，是要有跨專業團隊的組成，醫師以外，可能需要有護理人員、要有營養師、要有衛教師，壯大基層的unit，才可以去面對這些擁有多重慢性病的patient。

臺灣過去20年來家醫的發展，理論上並沒有走太多的偏路，其實我們還是走在壯大基層的大帽子之下，讓這些utilization比較高的病人歸給某位醫師，能不能加強個案管理的概念，我們是這樣。我們並沒有讓這些病人一定要尋求這個醫師才可以轉診，我們還是維持在自由就醫，在這樣的制度之下，未來有沒有可能再進一步發展，讓我們國人的健康因為基層醫療進一步的轉變而更好呢？當然有，我們不可能打破現在的基礎。

當然現在有很多需要微調的地方，等會分組的時候可以討論，但是我認為隨著國際的趨勢，看起來我們現在的structure下面，針對這些亞健康的病人在基層醫療，特別是有參加家醫群的這一群醫師手上，其實是有機會做的更好。原因是因為他可以讓團隊變大一點，然後讓病人不是只有吃藥，而是他也可以提供營養、衛教、運動等方面的指導，讓他從不健康變健康的這一條路徑上前進。

今年健保推出大家醫計畫，它有一個精神是希望把這些病人的information整合，幫家庭醫師做好很好的HIS系統，然後特別對於這些Early CKD、DM或者是這些代謝症候群的病人，在沒有非常不好的狀態之下，開始做整合醫療。我覺得這是一個非常好的路徑，能夠讓我們的population裡面，這些已經穩定的慢性病人，或者是還沒有進入長期吃藥，但是也不太好的亞健康病人回到健康，這樣子整體國民的健康水平會提高。至於比較嚴重的這些老人，或者是比較嚴重的病人，就歸給醫院來負責，這是好的，這是第一點。

第二點就是我們面對高齡化社會的挑戰，基層醫療依然責任不可少，除了我剛剛講的這些，能夠對於亞健康民眾或慢性病患，提供比較完整的醫療，特別從prevention、health promotion出發以外，我們也希望對於這些不能出來的，同樣是這一類的病人，提供居家醫療或是遠距醫療，這些基層醫療未來也不可能沒有這部分的功能。

最後要講的是說，未來的payment system，我覺得論人計酬可能眼前大家還

有很多的猶豫，所以我覺得未來可能是逐步往那個地方邁進，眼前應該還是要empower我們的基層醫療，讓它能夠做的更好，畢竟這些醫生是跨專科的專科醫師，我先做以上說明，謝謝。

陳永仁副教授：

謝謝，4位專家把過去我們花了大概3個半天的時間濃縮的意見，大致上說明了，我們也把相關的資料摘要整理在各位手上的資料，在第9頁到第13頁，如果各位還不清楚，可以看一下今年4月30日半天會議的摘要，我們現在時間已經進展到必須要休息跟分組討論，我再重複一遍，第一組留在原地，第二組到對面G417會議室，第三組右手邊G412會議室，請帶著你們的桌牌，我們現在就休息10分鐘，我們稍微慢個5分鐘好了，大概10點半左右就開始，好不好，我們休息、分組帶開。

因為剛剛戴教授有建議，如果討論完了原來的分組題目，還是可以討論其他題目。我是不是這樣建議，蔡教授跟戴教授就留在這裡，楊教授請到G417會議室，林教授就到G412會議室，當然你們如果覺得要改也可以，就私底下調整好不好，因為我看你們的專長都一樣，我們休息、分組、換教室討論。

【全體會議】

陳永仁副教授：

各位專家，還有各位代表，經過65分鐘的討論，我看大家都帶著答案回到教室來，我們就按照今天願景工作坊的流程，現在進行各組組長的報告，第一組的組長是黃啓嘉常務理事，請黃常務理事用8分鐘的時間介紹你們的願景。

第一組組長(黃啓嘉常務理事)：

第一組有4個建議，我逐一跟大家說明，第一個，既然照護計畫包括一個家庭，所以我們是不是一個人收案，能夠進到全家服務的階段；第二個，院所需要增加諮詢的內容，就是服務內容需要增加諮詢的細項；第三個，call center不要設置在醫院的急診，而且個管師必須有資格限制，對醫療群的資源應該有適度的了解。理由很簡單，它牽涉到計畫精神，因為家庭醫師整合性照護計畫有2項品質指標，叫做「可避免急診率」跟「可避免住院率」，如果call center設在急診，一般急診人員大概就會叫你來掛急診，不會跟你說這個事實上沒有住院必要，所以我們認為call center應該避免設在急診，因為現在目前很多醫療群的call center都設在合作醫院的急診，我覺得跟計畫本身的精神有點衝突。再來就是被收案者本身知情同意做的不足，應該要落實知情同意。

另外有一個補充意見，我剛剛沒有寫上來，就是健保署要加強對於家醫計畫的宣導力度，如果沒有讓民眾了解家醫計畫的意義，那我們請他做知情同意的時候，也有可能讓人家誤以為是詐騙集團，因為知情同意及照護者個管的時候需要很多個案的個人資料，如果沒有加大宣傳力度，真的會讓人家誤以為你是詐騙集

團，所以剛剛就有補充，第五項是不是請同學幫忙寫上來好嗎，就是說健保署對於整個家醫計畫的宣導要加大力度，以上5項供大家參考。

陳永仁副教授：

好，謝謝，以上是第一組提出來的願景，現在能不能請第二組到那邊去？等一下要投票，是不是請第二組的組長到那邊，跟大家報告第二組討論出來的願景。

第二組組長(吳鴻來理事長)：

大家好，我們分配到的題目有兩個小子題，第一題就是說「你期待使用什麼樣的服務才想加入」？大家第一個期待，很重要的是要跨職種的照護團隊，就是說強調不是只有醫師，可能有護理師、營養師等等，就是團隊要有不同的專業人員，甚至也加入牙醫，因為很多內科疾病其實跟牙齒的健康都會互相影響。

第2點，大家希望是全人的醫療，除了最基本的疾病治療，但那已經是偏後端，希望還是可以到前端的預防，甚至很重要一個角色就是，要結合我們長照跟社福資源的轉介，還有一塊很重要就是說，可能對於一些居家醫療的部分也要來協助。這邊我們也特別有提到說，因為其實現在的方案就是我們要講全人，所以是追求身心靈的健康，所以其實在心靈健康方面也是很需要大家重視，所以必要時可能也要協助去轉介諮商的資源。還有一點非常重要，就是因為剛剛前面有談到想做前端的時候，其實很大一個部分是希望能投入資源，來協助民眾做生活型態的改變。

再來第三點補充，因為其實有提到民眾就醫的經驗，其實有時候為了有些檢查，例如可能要做X光或超音波，如果沒有辦法在基層做，他就需要跑到大醫院做，可是病人很可能去了醫院就回不來，會離開基層，所以其實我們希望在設備上也可以讓基層壯大，讓病人可以留在診所。

最後一點是，我們現在因為資通訊的服務都非常發達，其實在基層也希望可以給這些醫師們賦能，讓大家運用資訊進來串聯，做一個聯防。

關於第二題就是目前就醫方式有什麼可以再改善？第一個就是資訊整合的部分，剛剛有提到其實有一些資訊可能是分散在不同的地方，或是說剛剛舉的例子，就例如說其實像在家醫部分，其實裡面有一些高風險的病人，他可能應該要轉介到牙科，但現在沒有在做了，可能其實應該要協助做一個轉介。再來很重要的就是說，我們要有蒐集病人的資料，也就是說可能要先做一個基本的評估、了解，像目前可能健保的資料裡面都沒有這些資訊，他可能另外要去做調查才會知道這個病人是不是有這樣的狀況，其實可能從病人一些生活狀況，或是他家人的狀況，可以再發現他可能是某些未來的高風險族群，可以及早做協助跟介入。這邊另外剛剛有提到說要做一些設備整合的部分。

最後提到一點就是，對民眾的教育也非常重要，我們其實前面講了很多是這個要做、那個要做，可是包括提到很多我們現在有在做的一些東西，其實民眾未必清楚，所以我們會覺得說這個也是未來要努力的方向，大概這樣，謝謝。

陳永仁副教授：

謝謝，請第三組的組長，李理事長飛鵬親自出馬，請。

第三組組長(李飛鵬理事長)：

主席，還有各位同仁，我們這一組分到的題目是第三個「家庭責任醫師制度的設計，是由專責的家庭醫師擔任健康守門員的角色，先進行診治，若有需要再轉診至其他醫院。若病人直接到其他非指定的院所就醫，國際上通常會增加民眾的自付額（如提高部分負擔比率），請問需不需要限制就醫，或者要增加部分負擔」？經過我們這組的幾位委員還有名教授的指導下，我們做了一些結論。

第一個，因為國外是推行家醫制度的，我從以前念書的時候就思考過美國地大物博、人口很稀薄；我們臺灣面積小、人口密集。是不是真的要把西方的制度完全移植到我們臺灣來？我知道還有一些時間，我就慢慢講。因為家醫制度要移植到我們臺灣來，過去就沒有落實，我常常講就是說，老外吃西餐，可能一次吃了5、6個鐘頭，6、7個鐘頭，我們臺灣的西餐也是吃一樣東西，可是我們大概都2個鐘頭就把它吃完，我們這些貴賓到國外開會，每一次人家老外請你吃飯，你就吃到想睡覺，但是我們引進西餐，每一道菜幾乎都沒有減，可是以我們的吃法就是可能會消化不良，人家紅酒慢慢喝，我們一下就喝醉了。

所以我覺得這個計畫是一個gate keeper system(守門員制度)，就像現在歐美的家醫制度有一個gate keeper system，跟我們臺灣現在可以自由就醫中間的一個綜合體，包含了家醫制度跟論人計酬有一點小型的試辦計畫這樣的方式，我們是很贊成這樣的逐步擴充計畫。

我們這一組有第二個意見就是，家醫群的水準跟設備要納入試辦計畫的一個 gate keeper system角色的時候，應該有一個涵蓋診所負責人、醫師的能力，或者是個管的規模裡，必須建立一個適當的平衡機制，我說評鑑但是大家都不是很同意，有一個適當的平衡機制，讓我們的民眾可以信賴。

第三個，就是要不要限制就醫的問題，我們這組的結論是，建議不要限制就醫，因為譬如說我們的病人或者是民眾都很清楚的知道，我卡到魚刺就去耳鼻喉科看，不需要先去家醫科看再轉到耳鼻喉科，或者我的眼睛就是沙子跑進去了，就直接去眼科看。因為臺灣民眾的知識很發達，我們很明確知道我們大概是什麼病，如果這一段再轉診，也許事實上無法節省費用，反而增加就醫的流程還有費用。

第四點，我們覺得推動我剛剛第一點講的試點、試辦計畫，建議建立一個適當、平衡的KPI，來檢視推行計畫以後，是不是真的節省到健保的費用，這個有它的成效。第二點我們建議，經過本來就有的分級轉診，沒有經過家醫或者是診所去轉，直接費用會比較增加，過去我們是定額的，是不是我們應該把它變成是定率，才比較有效果，因為定額就是一點點錢民眾無感，是不是能夠把未經過轉診的部分copay的費用能夠有定率的調整，所以基本上我們是贊成增加一些copay，謝謝。

陳永仁副教授：

好，謝謝，第一組提出4個想法、第二組是2個想法、第三組提出6個想法。

我們現在用25分鐘的時間，請第一組、第二組、第三組的參與者對12個想法投票，一個人可以投5票，然後第一組的去投第二組跟第三組，第二組投第一、三組，第三組投一、二組，每一個人是不是都有貼紙？如果大家在投票的時候有不懂的話，組長可以站在旁邊幫忙說明、拉票，現在時間是11點55分，有25分鐘的時間，選票基本上是不簽名的，貼上去就好，等一下我們會算票數，12點20分投票截止。

(進行投票、計票作業)

陳永仁副教授：

各位參與者，我們經過投票，最高的是20票，其次是14票、13票、12票、10票的有2個，9票、8票，7票、5票、5票、4票、3票這樣子，我們現在開始，請第一題的，應該是第二組的20票，我們這裡有錄音錄影。是不是說明一下，依我們的解讀，這個地方好像是家醫群要增加軟體的服務，看起來是這樣，不過我們還是尊重原始的創作人，是不是請你跟大家說明一下。

第二組組長(吳鴻來理事長)：

不好意思，就是因為時間真的趕。抱歉，我們似乎有點小小的作弊，因為我們不知道說要這樣列點拆開來，所以這樣好像有點對不起大家，所以我們一、二點其實就是回應第5頁的問題，就是這個一跟二我們是這樣列的。第一點的部分是指想加入提供內容的部分，第一張就是14票那個。第二點就是剛剛講說如何要提供不同的服務模式，這個是第二張，就是20票那一張，所以我要再講一次嗎？

第二組組員(李純馥組長)：

我說明一下好了，其實我覺得團隊在命題已經把答案都寫完了，就是其實在第二題的命題裡，已經期許了家庭醫師制度要做全人、全社區，然後從頭到尾，從預防保健、疾病治療到銜接長照，我們只是再把它具象、列點，實際上我覺得研究者已經把這個題目寫得非常好，已經很完整。我們內部在討論就是從個人疾病的發生以後，不管是預防疾病發生、到疾病發生的治療，我們都認為家庭醫師制度都可以涵蓋，只是我們強調的是不能只給一個醫師負責，因為他也要休息，而且疾病發展會有不確定因素，所以我們認為它應該是一個團隊照顧的概念。所以有多醫種的人一起進來協力，而不是只讓一個家庭醫師要cover你所有的問題。其實我們有想到比較具象的講法，就是區域聯防的概念，就是要多醫種聯防。不能全部都讓家庭醫師，因為家庭醫師也有家庭、也要休息，可是他照顧的這個人可能會發生疾病、可能有問題要處理，我們希望他是一個團隊的概念，所以第一個就是講團隊。

當然全人醫療就是呼應主題裡面已經寫的，後面我們講的是，因為我最近在了解一個生活型態醫學會，從美國發展到全世界，其實他們就是在說慢性疾病就像一個生活型態病，你的生活型態會影響疾病的發生，所以他們也認為型態的改變很重要。其實我們發現職場健康都做得不夠，如果普遍大家問起來，其實現在在工作的人普遍都長工時、飲食不正常、沒運動，其實是我們要從自己的職場健

康開始，這是我對這個命題的想法。

為什麼會寫心理諮商？是因為我覺得已開發國家，尤其像臺灣，其實心理的疾病會影響生理，可是很多人不自知，所以我認為心理這一塊也很重要，也是呼應我自己在健保署，我們在輔導高診次的被保險人，我們發現很多人其實是精神疾病，可是他都不看精神科，他看了各科結果還是沒有好，因為他主要是精神疾病，所以我覺得心理這一塊要及早導入，讓大家更健康，這是我自己寫的那一張從團隊照護到全人醫療的概念，謝謝。

陳永仁副教授：

好。要團隊照護，照護的時候要針對全人醫療，包括疾病的預防、疾病的治療，包括長照跟居家，心理的諮商要及早介入，可以講我們的家醫制度是一個整體的團隊，而不是一個醫師。最多票的就是整個家醫群的硬體設備要充足。

第三個是第三組的13票，第三組的組長，李理事長，你被人家選上了。建立適當的KPI、檢視是否減少整體醫療的費用，你要不要補充說明一下？或者是哪一個人提的請他說明一下。第三組這個是哪位提的？請說明一下。

第三組組員(黃景宏副執行長)：

主要是成效的部分，這個計畫持續撥錢，從2億元增加到40億元，我覺得它一定有一些可能需要調整、有一些做的不錯，或者有一些需要再改進的地方，有一個我覺得是可以看的，就是如果我們撥了40億元進來這個系統，它到底有沒有節省到其他地方的費用？如果有的話，我覺得應該要多給它資源，我初始的想法是以這樣子的出發點做考量，謝謝。

陳永仁副教授：

好，謝謝，第一組是我們這一組，組長因為另有要公離開，不過是這樣子，我們的組員認為大約現在被收案600萬個案裡面，大概80%都不知道他自己已經被收案，所以應該要落實告知收案者或者是同意，得到12票。

第三組也有家醫群的水準設備，透過適當的評核機制來提升民眾的信賴，不是像醫院的評鑑這樣子，而是起碼要有一個考核，這個我就替你說了，大概是這樣子。

一樣10票的，還有增加諮詢內容，這個是第一組提的，就是不是只有告訴他有什麼病，有時候人家會打電話來詢問，我們就舉楊教授說的例子，有時候其實他的疾病不是反應在皮膚上，不是皮膚科，可能是神經科或者精神科的問題，醫院、家醫整個群體的部分可以增加諮詢內容，不是只有他身上的病而已，他可以增加更多的諮詢內容，其實這一題跟那一題是一樣的，call center，就是這整個群體的call center要設一個增加諮詢的內容，但是不要設在醫院的急診，call center的人需要有資格的限制，而且對醫療的資源要有適當的了解，要增加諮詢的內容，這是第五個。

第六個，也是第一組的，就是說家庭裡面有一個被收案，可是全家可能還有2個人、3個人，我們這組是建議說全家最好都能夠加入這個家醫的群組裡面，也

一樣被服務，這個是得到9票。

第三組建議是說，落實健保母法，對轉診的民眾目前是定額，比如說290元、310元、590元，建議改為定率，定率可能就會比較高，比如說1,000元，50%就是500元，是不是這樣的意思？改為定率，基本上是增加，沒有按照轉診的方式要增加負擔的費用。

這個也是第三組的，特定限制就醫，我想這個非常的清楚，我個人也認為，臺灣的民眾你要限制他就醫是很不容易的。

得到5票的這個也是第一組提的，就是說我們要被人支持，家庭醫師群要被人諮詢，這個群的call center就把它設在某家醫院群體裡面的急診部，急診部的人也很好心，就說不然你來急診，這樣的話就沒有經過家醫的制度去看，就直接到急診室來，沒有達到落實家醫制度。小型試辦這點要不要補充一下？

第三組組長(李飛鵬理事長)：

就是我們支持這個計畫經過試辦程序再看能不能擴大。

陳永仁副教授：

現在已經有600萬人了。

第三組組長(李飛鵬理事長)：

將來看能不能變成大家醫，往家醫制度傾斜。

陳永仁副教授：

好，這個4票的是黃常務理事覺得健保署應該加強宣導家醫計畫。

第三組是不是說明一下？家醫要強制專科，考慮建議機制，避免醫療二次浪費。

第三組組長(李飛鵬理事長)：

我們剛剛講的就是說，如果民眾已經很明確知道他是看哪一科了，我們就不需要一定要透過家醫去轉診，剛剛有講。

陳永仁副教授：

就是民眾已經知道是眼睛痛，就直接去看眼科，就不必經過家醫科的意思？好，我們願景工作坊今天總共順利得出13個意見，我們票數多跟少的部分，我們會後會把它整理出來，送到全民健康保險會作為將來健保相關政策制定的參考，尤其是家醫計畫，我們今天提前結束，因為你們的效率，尤其是我們4位專家指導很多，我們的執秘已經來了，勉勵兩句，還有時間。

周淑婉執行秘書：

因為今天早上有點事情，其實我到的時候剛好看到大家的成果，覺得很開心，我們覺得這一題是蠻重要的題目，因為家醫計畫畢竟已經試辦20年了，所以就算

再小型也不會太小，20年了，現在可能是要擴大了。其實我們之前都是叫試辦，我們其實一直覺得家醫計畫做這麼久，它應該會有一個更好的未來。像現在健保署說要大家醫，大家醫要把地區醫院也加進來，這樣就要考慮我們到底要何去何從？然後我們又要做分級醫療，中間要怎麼去做連接？

我剛剛聽到幾個建議覺得蠻不錯的，今天在座其實有很多委員聽到大家的意見，是未來我們協商時候的參考，其實我自己都在講說家醫應該是一個群，我覺得現在只有西醫也有點可惜，我覺得其實也可以適度把牙醫、中醫放進來，這樣才是一個整合的照顧，但是因為我們現在總額都是分開的，所以還是有一些限制，但是總是從西醫開始，未來再慢慢有機會，也許再把它整合進來，也是一個方向。

現在健保資源的使用是越來越困難，因為真的好多地方要用錢，我們希望能夠砸在最重要的地方，如果我們家醫做得好，我相信可以省蠻多的錢，剛剛其實我也印象深刻，剛剛陳副說的生活型態，我看到健保署現在有要開生活型態的處方，他要朝這個方向去做，所以也許未來生活型態處方這部分，應該是講一個計畫，我這兩天才看到說要開放處方，我就覺得這個未來可能就不是只有生病了才照顧，也許我們往前把生活型態、把營養、把運動，把什麼都做好之後，其實健保未來應該會節省很多，也不用過勞了，醫師都不用過勞。

我們今天會在這裡，是因為全民健康保險會本來就是一個民意溝通平台，我希望付費者跟醫界不是只有在委員會議裡溝通，我希望我們能有很多形式，讓付費者、醫界在不同的場域裡能夠多些溝通，而不是每次都是開委員會議大家都好緊張，然後在短時間內又要討論很多嚴肅問題。在這邊我們就有很多很好的發想，也許比較有創意，也比較有未來做法的思考，我覺得這是今天還不錯的收穫。

非常謝謝陳主任來幫我們做這件事情，也非常謝謝今天在座幾位專家學者，還有大家的參與。因為我們其實是試著辦辦看，今年辦的是願景工作坊，去年我辦的是公民咖啡館，因為我覺得公民活動有很多種方式、很多種形式，都可以聽到我們第一線的意見，我也覺得透過這樣子的一個活動，其實我們也可以達到宣導一些健保的概念、理念，所以我們未來應該還是會繼續辦下去，如果大家有意見也可以再給我們一些建議，真的非常謝謝大家，謝謝。

陳永仁副教授：

謝謝，這個願景工作坊，過去我們都是去參加別人的，今天台北市立大學自己做，今天自己辦，謝謝大家的參與。

113 年度全民健康保險資源配置願景工作坊-

如何提升醫療資源使用效率會議紀錄(北區)

(含附錄—與會人員發言實錄)

時間：中華民國 113 年 7 月 3 日下午 1 時 50 分

地點：臺北市立大學博愛校區 G415 會議室

主持人：陳副教授永仁

紀錄：趙于甯

出席者：詳如簽到單

專家學者：林副教授文德、楊教授銘欽、蔡助理教授淑鈴、戴教授桂英(依姓名筆劃排序)

列席者：

臺北市立大學：王副教授實之、簡助理教授毓寧

衛生福利部全民健康保險會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、邱組長臻麗、陳組長燕鈴、范視察裕春、李科員德馥、張科員琬雅

壹、主持人開場

說明願景工作坊進行流程、介紹專家學者

貳、專家座談：

簡述醫療資源使用效率概況及面臨問題

參、小組討論：略

肆、全體會議：

第一組建議：

(一)對於病情穩定的慢性病患者，建議放寬醫師開立慢箋的月數限制，減少反覆就醫次數和檢查頻率。

(二)提升民眾的自我照顧能力

1.分析民眾常見的就醫原因，據以製作自我照顧手冊並向民眾廣發。

2.考量不同族群的資源可近性，可採紙本或網路資源方式，教育民眾養成良好的生活習慣及如何合理尋求醫療資源。

(三)降低不必要的醫療

1.提升檢驗(查)資訊的共享程度，減少重複和不必要的檢查。

2.推廣整合的醫療模式，提升診所和醫院間整合的誘因，減少非必要的用藥和檢查。

(四)檢討部分負擔制度：

1.研究針對高診次者增加部分負擔的可行性，以提高成本意識。

2.檢討目前的免部分負擔規定，促進更合理的使用醫療資源。

(五)推廣安寧緩和制度、預立醫療決定，鼓勵預立醫療決定書的諮商和簽署，減少末期病人的無效醫療。

第二組建議：

(一)減少重複檢驗(查)及就診次數

1.提升及確保檢驗(查)品質，以利檢驗(查)結果之資訊共享，減少重複檢驗

(查)，未來可以考慮引入 AI 等技術來協助管理和提升品質。另考慮醫療服務提供者為避免醫療糾紛而可能產生的防禦性醫療現象，未來需進一步探討具體的解決方案。

2. 檢討職場請病假要求提供就醫證明的狀況，以減少非必要就醫情形。

3. 未來考慮積極推動整合門診，以減少患者需重複多科就醫的情況。

(二) 加強總額部門間在醫療資源不足區的合作機制，例如牙醫可以與西醫結合，共同照護糖尿病高風險病人，以提升服務效率。

(三) 各總額部門宜強化檔案分析，以提高執行效率。

(四) 持續推動論人計酬支付制度，另 Tw-DRGs 可進行更精細的分類，例如將病人分類成低、中、高風險訂定不同支付點數，提升推動 Tw-DRGs 的誘因。

(五) 建議醫事團體 choose wisely，主動檢視現行醫療服務項目的必要性，及刪除已非屬醫學主流的項目

伍、總結：

感謝各團體推派代表今日的參與，會後將討論的意見彙整成會議紀錄，提供後續健保總額協商參考。

散會：下午 4 時 40 分

附錄：與會人員發言實錄

113 年度全民健康保險資源配置願景工作坊- 如何提升醫療資源使用效率(北區)

與會人員發言實錄

【專家座談】

楊銘欽教授：

大家午安，我覺得「如何提升醫療資源使用的效率」蠻重要，而且這個題目很好，分別從民眾端及醫療服務提供者端來看使用效率，民眾在接受醫療服務的時候，有的人會講你怎麼看那麼多次？其實有時候並不是他自己想要看那麼多次，而是流程或者是檢查程序的關係要看比較多次，所以這兩邊要一起來看。對於這個題目的部分，承襲上午發言的原則，這裡我是提出問題，並沒有提出自己看法或答案，免得限制等一下各位討論的內容。

我這邊提出的第一個問題是，到底是哪些因素會造成民眾在使用醫療資源上沒有效率，沒有效率大概有兩個面向。第一個面向，他使用次數比他需要用的次數多，這個是一種大家比較可以看到沒有效率。另外一種沒有效率是他當用、該用而沒有去用，這是什麼意思呢？就是他在輕症的時候輕忽、沒有去做早期的介入治療，等到病情變嚴重時，用到的資源會更多，這也是一種沒有效率。我們待會可以討論，到底是哪些原因導致民眾該用不用、或是不該用而用很多，另我們也可以試著想有什麼樣的措施可以做一些引導，這是我就民眾的部分先拋出的問題。

有關醫事服務提供者的部分，其實也是類似的問題，就是什麼樣的原因會讓醫事服務提供者在使用上會比較沒有效率，這是什麼意思呢？譬如說在第6頁這邊看到，重複利用可能是一種，但是重複利用到底是真的不好，還是說有它的必要性，我們待會也可以討論一下。還有一個就是，治療上什麼時候該去用，因為健保現在對於醫療服務的使用上有很明確的一些規定，就是適應症，這個會不會對醫事服務提供者造成綁手綁腳，就是醫師的自主權可能會受到一些影響，這個部分我建議等一下大家可以討論有沒有什麼解套的作法，在健保這邊能夠適度的開放，讓醫事服務提供者有比較大的醫療自主權，當然這個大家都可以討論，我就先跟大家分享到這邊，謝謝。

戴桂英教授：

謝謝主席，執秘、副執秘、主任秘書和簡教授，還有在座所有與會的貴賓。其實今天我們正在討論一個很重要的議題，剛剛我們中午吃飯閒聊的時候就說，健保的總費用突破8,000億元了，不止，快要到9,000億元了，再過幾年要變超過1兆了。這麼多的醫療費用，究竟是不是用在很有價值的民眾醫療健康的照護方面呢？是不是真的有效率呢？這是我們這場最重要的課題。等下我們會分兩組，我們這一半是要討論民眾的部分，另外那一半是要討論醫事服務提供者的部分，主辦單位已經整理很多很好的意見在書面會議資料第5、6頁的地方，後面還有專家諮詢會議紀錄，在書面資料的第9頁開始，已經有很多寶貴的意見在裡頭，不過由於每一次參加的對象不同，大家提出來的看法、意見都會有所不同，健保會

很不錯，委託臺北市立大學陳主任進行相關意見的蒐集，我相信對於以後醫療資源使用效率的提升一定有幫助。

我自己看了一下這些議題，不管是從提升民眾方面的，或者醫事服務提供者方面，其實有一些都需要政府單位有相關政策面的規定，所以雖然政策面這裡沒有特別列出一組來討論，但是兩組都可以提到，這是我基本上看了這些資料以後的感想，我的其他意見就等到第一組討論的時候、適當時機的時候再來講，謝謝。

陳永仁副教授：

最重要就是政府也要有一些政策面的規定。

蔡淑鈴助理教授：

主席、周執秘、各位專家學者，還有各位今天與會的貴賓們，我想針對「提升醫療資源使用的效率」，會有這一題代表現在不是很有效率，對不對？現在是不是有一些沒有效率、待改善的，從民眾端及醫事服務提供者端有沒有什麼值得我們省思。等會會分組討論，我首先大概就是跟大家分享一下這個基本觀念。

今天你看到大家利用醫療服務，在這份會議資料裡面提到我們國人每年平均就醫次數是15次，感覺15次很多，那15次是怎麼生出來呢？看病這個醫療行為大概可以從兩方面來看，一個是病人自己決定要去看，另外一種是醫生請你回來的，說你應該再看別的科、或者是你應該多久再回來一次、你應該再追蹤，這些醫療端、醫生的建議，叫你再看另外一個科、再做什麼檢查，然後再幫你排診，這個是屬於醫師端、醫院端給你做的安排，這兩個加起來都會貢獻到次數的增加。如果是屬於病人自己發動要來看的，可能他覺得不舒服他要去看病，這種叫病人自己發動的，這個就是病人的責任，他是不是沒事要找事做這種浪費，或者是到處shopping，這種是病人的責任。如果是這一種的話，我們有什麼樣的方式可以讓這個病人多一點知識或多一點力量自我照護，可以讓他不要小病就往大醫院跑或往診所跑，這一種就再來想一想。

另外一個呢，醫師的安排或醫院的安排，臺灣密集的醫療院所，大家競爭非常激烈的情況之下，某種程度有一股力量就是競爭病人，他只有讓病人留在這裡越久，或者看得越多，可能因此他的服務規模就會越大，然後當然就是營運上會比較好。基於這些動機，當然還有很多的方法，所以就造成我們整個醫療服務的片段化。怎麼樣讓這種事情減少，然後又讓病人可以得到服務？當然看病的模式一定要改變，才可以減少很多不必要的醫療或者是重複的醫療，或者是沒效率的醫療，其實在這個片段醫療之下病人是很痛苦的，他並沒有覺得很開心，看得很辛苦，好像我們的生活裡面，到老的時候天天都要往醫院跑的概念。

所以我們怎麼樣去做這些改變？我想當然就是說政策面、支付制度都有很大的誘因來驅動這樣子的行為，所以可能第二段的時候就來想想，這個時候從醫院的角度或醫師的角度，如何可以讓他不要做這些對病人並沒有比較好的看病模式，這個我想可能是這兩題背後最主要的一個理由，這個都有很廣大可以討論的空間，我就先分享到這裡，謝謝。

陳永仁副教授：

謝謝，已經指引出來一些方向，請林教授。

林文德副教授：

主席，還有各位與會的專家、先進，大家午安，剛剛幾位專家、學者都已經做了很多的說明，我們的會議資料裡面其實也有整理了之前專家諮詢會議的一些看法，我這邊大概就是提供兩點角度來供大家參考。

第一個，剛剛有提到健保總額越來越增加，很快就會超過1兆元，我們不停在增加給付的內容，今天早上組長也有提到，未來心理諮商或是生活型態的處方等等可能也要加進來，我想除了增加，有沒有可能有減少的部分？就是減項的部分，因為如果一直增加，未來我們可以負擔得起這樣的費用？還是有沒有可能減少一些沒有那麼高的價值的給付內容？或是說本來應該要由政府負擔的部分，要回歸到政府的預算去支應，這個部分就是整體資源效率的問題，就是我們到底哪些東西要給、哪些東西不要給，這個部分可能也要去思考。

另外一個就是無效醫療的部分，這個其實牽涉到科學證據，及有些是沒有科學證據的。譬如做HTA評估哪些東西是有效的，所以將其納入給付，哪些東西可能沒有那麼有效，要把它剔除掉，這是要透過醫療科技評估來做決定。另外一個是比較出來的，因為有時候可能醫療上面沒有一個絕對的東西，所以我們可能是透過統計的方式去做比較，比如說有些醫院的檢查檢驗比例很高、有些醫師開立的原廠藥比例很高，類似這樣子的東西，有沒有辦法透過這樣一個比較的方式，去找出來哪些是沒有必要的醫療利用，這樣把它減少之後，就比較有可能去減少一些無效的醫療。

或是說我們之前也有做過一些研究，是有關死亡前醫療利用的問題，這個好像沒有在今天的議題裡面，但是我覺得這個也是蠻重要的，就是有些其實是屬於無效醫療的部分，因為現在健保有納進來，所以大家就覺得反正有健保，我們就可以來利用，但實際上如果要自費的情況之下，你可能就不會想要去用這個東西，所以這個部分，有沒有可能也在今天可以去討論這樣的一個議題，就是到底我們有沒有辦法去負擔得起這樣不斷增加的健保給付，還是有些東西真的要考慮把它拿掉，這樣才有可能讓我們整體的負擔是可以減輕的，以上，謝謝。

陳永仁副教授：

謝謝，我們4位專家都給我們提出一些等一下可討論的方向，有沒有不清楚還要再跟4位專家請教的，有沒有？如果沒有的話，我們現在就休息10分鐘，現在換場地，我們原來的部分第二組到G417，就在對面，請同學把白板推過去，等一下要張貼大家的意見，第一小組就留在這個地方，請原來第二小組的三位向後轉參與討論，我們休息10分鐘，現在看這個錶是14時25分，我們35分的時候開始，休息一下。

【全體會議】

陳永仁副教授：

各位先進，現在第一組和第二組的願景，對於改善提升醫療資源使用效率，從民眾端和醫療端都已經出來，第一組請吳組長來跟我們報告，這一組有5個願景，來，請說明。

第一組組長(吳奎彥副組長)：

各位先進大家好，我是醫改會研發組的奎彥，現在代表第一組說明我們討論後的5項主張，總共有5項主張。第1項是針對就醫次數比較高的問題，我們覺得可以放寬現在慢箋的開立月數，尤其針對病情一向穩定的慢性病人，就可以不用一直反覆的就醫，可以減少他的就醫次數，也可以減少不斷做檢驗檢查的次數，也可以增加開立慢箋的比率。

第2個部分是要提升民眾的自我照顧能力，那要怎麼樣提升自我照顧能力？第1點就是，我們可以去分析現在病人常見的就醫原因，接著就可以去製作一些自我照顧的手冊，然後向民眾廣發，考量到不同族群獲得資訊的可近性，就是可能有些民眾有數位落差，我們就給他紙本，或是說比較年輕的族群，可能可以透過網路的方式等等，最重要的一個部分是，像一些小病要怎麼樣讓他們減少醫療資源的使用，或是說要怎麼樣讓民眾養成良好的生活習慣。

第3個，要怎麼樣去降低不必要的醫療？我們提了兩個大方向，第1，就是現有的檢驗檢查的資訊要更高程度的共享，來減少一些重複的、不必要的檢驗檢查。第2，要推廣一個整合的醫療模式，像是加強醫院、診所做整合的誘因，減少非必要的一些用藥或是重複的檢驗檢查。

第4個，要檢討現行部分負擔的制度，包含針對一些高診次就醫，也就是就醫次數非常高的一些病人，我們是不是可以研擬增加他的部分負擔。另外一個部分，針對現在免部分負擔的一些規定進行檢討，也是讓這些民眾可能有一些成本意識。

最後一個部分是，我們要減少一些末期病人的無效醫療，這個包含要如何推廣現在安寧緩和的制度及預立醫療決定，鼓勵民眾去做醫療決定的諮商跟簽署預立醫療決定書，這大概是我們的5項主張，以上報告，謝謝。

陳永仁副教授：

謝謝吳組長，我們現在請第二組，也是吳組長，吳理事長，他們這一組的組長，我們請他來報告第二組的結論。

第二組組長(吳鴻來理事長)：

大家好，我們是第二組，這個上下排是有意義，上排表示在討論重複檢查，下面比較是支付制度。

在白板上排這邊有4個大點，左邊第1點是說，檢驗重複其實要考量一件事，其實現在因為醫療服務提供者為避免醫療糾紛會產生防禦性醫療的問題，但比較可惜是我們剛剛沒有討論具體的解方，但是我們是覺得要考慮到這個因素。有關降低診次的方式，我們有提到2個，一個是現在職場請病假，很多時候會要求你一定要給就醫證明，可是其實病人不一定需要真的花健保資源，例如他可能只

需要在家休息或是去藥局拿藥，可是因為我們現在職場的制度、要求，這個是我們覺得可以去檢討。還有就是其實對於一些高診次的病人，其實他們也不見得願意多次就醫，可是因為現在沒有足夠的整合門診，導致他需要重複多科就醫，所以這個就是未來可以考量的一個方向。

再來，因為我覺得這點有延續早上的議題，我們在講到，其實各個總額單打獨鬥的效果是比較差的，可以多運用一些方式，例如說像牙醫他們去做醫療資源不足地區改善方案時，可以結合糖尿病或高風險疾病共照一起執行，其實是可以提升服務的效率。

再來很重要一點，檢驗檢查資料共享的前提是要確保品質一致，剛剛有專家跟我們分享，大家可能沒有想到，我們最常見的X片其實都有照射角度或是儀器設備品質不見得一致的情形，所以有時候院所會重複做檢驗檢查也不是沒有原因，因為他可能覺得影像不夠清楚，或是他沒有辦法去判斷，那這個責任誰要負責，所以提醒要確保檢驗檢查品質，或許未來可能可以考量，例如運用AI或怎麼樣的方式來協助這部分。

再來在支付制度的部分，第一個就是希望，各個總額部門可以強化做檔案的分析，然後去提升執行的效率。再來我們希望是可以持續推動論人計酬，但是有提到說DRGs執行成效做更細緻的分類，例如說可能把病人分類成低風險、中度風險，或是高度風險，類似這樣去分類及訂定不同支付點數，後續要推動可能才會比較有誘因要來做。

最後就是提到，其實醫師團體應該要自發性對於醫療服務項目去做盤點，檢視到底有哪些項目其實是所謂低價值醫療服務，報告到這邊，謝謝大家。

陳永仁副教授：

感謝第一組及第二組的報告，在座的各位先進，請問有哪位對第一組跟第二組剛剛的報告有不清楚的地方？如果沒有的話，請同學把選票發下去。本來是不投自己組別提出的意見，但是我們剛剛有一個討論，就是全部都可以投，一個人5票，表定是25分鐘，不過如果10分鐘可以投完就10分鐘投完，現在開始投票，都可以投，第一組可以投第二組，也可以投第一組，第二組也可以投第二組和第一組，都可以投。

(進行投票、計票作業)

陳永仁副教授：

好，各位先進，我們經過投票，第一名是13票，第二名是12票，第三名10票有2個，第四名8票有2個，再來6票的有2個，再來就是5票、4票、1票。我們現在請第二組，是不是請吳理事長、吳組長，跟大家說明一下第一名的構想。

第二組組長(吳鴻來理事長)：

這項不是我提的。

陳永仁副教授：

請原始提案者來說明會比較恰當。

第二組組員(林鎰麟主任)：

謝謝主席，謝謝我們辛苦的組長，上午、下午的組長都同一個，坦白說，我沒想到投票後，它是最高票，非常謝謝大家，因為醫療資源要讓它使用的有效果，其實牙醫做很多單打獨鬥的事情，我想蔡副在這裡，他對於偏鄉的醫療是非常的支持，所以我們跟他爭取什麼他都會同意，但是問題是結果如何呢？最重要的就是我們服務的成效，你去到偏鄉，但都沒有人來就診，講難聽一點，對我們來說是非常的受傷，我們去了以後，是借用人家的地方，西醫的地方或我們自己租用的民宅，可是我們沒有跟外界連結，等於是我們在那邊設一個點，其實沒有人知道，我們現在不是要為善不欲人知，是希望大家能夠利用，我現在講的是偏鄉的地方，所以我們的希望是，到那個地方去設了點，然後耗費這麼多的成本，不管是我們自己或是政府的成本，希望能夠做一點連結，這個部分就是跟西醫那邊希望能夠有一個結合，我們現在有做一個高風險的口腔照護，還有病人就醫安全，這也都是屬於高風險的，西醫那邊假設有糖尿病、癌症、中風等疾病，能夠連結到牙醫這邊來，希望能夠在一定品質的照護之下，能夠提升健康，況且口腔的疾病，包括牙周病，它跟糖尿病事實上是一個雙向的關係，治療牙周病，有可能他的糖尿病也會改善，治療糖尿病的部分讓你牙周病的部分也會改善，我覺得他是一個雙向的，是值得推廣的模式，所以我覺得對於偏鄉弱勢的民眾，主要也是他們有高風險疾病居多，所以提出這樣的一個建議，希望能夠集合各個總額一起來幫忙，謝謝。

陳永仁副教授：

好，謝謝，第二名12票的是檢驗資料共享要先確保品保一致，是哪一位先進提的意見，說明一下。

第二組組員(林綉珠副理事長)：

能得到這麼多票數，我也很意外。因為在整個討論的主題當中，特別提到怎麼樣減少這些重複檢查檢驗的部分，我個人是提出，減少重複的檢查檢驗是非常必要的，一定可以降低很多資源的浪費，可是在這個前提之下，是這些檢驗檢查的資料是要被信賴的，因為很多先進都提到，我可能轉診到某一家醫院，上轉上去後，上轉的醫師看到就不太信任這些片子等等，他覺得你既然會上轉到我這邊來，就表示我可能需要做更多的檢查，所以這一塊我們是覺得，如果要達到這些檢驗檢查的資料或片子可以讓大家互相信任的話，他的前提就是應該要在所有的檢驗檢查的這些數據，或者是這些報告，實質的被信賴，所以我們就提出，希望健保署針對這一塊也能夠去做相關的一些管控，或是一些相關的查檢，讓這些資料是被信賴之後，才能夠減少這些重複檢驗檢查的浪費，以上。

陳永仁副教授：

好，以下吳組長你就把這5個講完，第一組很厲害，就是集中在中間，第二組有高票的、也有低票的，吳組長你就一次把5個講完。

第一組組長(吳奎彥副組長)：

謝謝，謝謝大家支持我們這一組的各項主張。

陳永仁副教授：

第一個是減少末期無效醫療。

第一組組長(吳奎彥副組長)：

其實我們剛剛在討論的過程裡面，一直在圍繞著如何減少一些非必要的醫療這件事情進行討論，第一個就是減少末期的無效醫療，還有包含就是怎麼樣去降低一些不必要的醫療行為，接著就是第二個部分，部分負擔制度的檢討，還有要怎麼樣去提升民眾的自我照護能力，我想我們的主張已經從供給面，討論到需求面，就是大家要怎麼樣做好，不管是在供給面上的一些行為上的管控，到需求面，就是民眾要怎麼樣去提升自我照護的能力，這大概就是我們蠻全面的一個討論的結果，謝謝。

陳永仁副教授：

再來就是有6票的，醫事團體自發性對於醫療項目做體檢，找出低價值醫療，哪一位要說明一下？

第二組組員(林鎰麟主任)：

我解釋一下好了，因為我提出choose wisely，就是明智選擇，林教授有特別再加強說明choose wisely、明智選擇是醫事團體發動的，讓醫事團體自己去檢視哪些項目是不應該做的，不應該開的藥、不應該做的檢查這樣，他那個網站上面有醫師版、有病人版，所以專業人士也可以知道說哪些是該做、不該做，民眾端也可以知道並做一個選擇。所以我的期許是，希望各個醫事團體也能夠從自己出發說我檢查一下牙醫，比如說那些很大的填補物，你不一定都要給他挖掉重補啊，你可能該做的一些，其他的一些，預防保健性質的這些醫療應該要做，就是讓民眾端跟醫師端做一個選擇，其他大概西醫、中醫這邊都能夠做這樣的一個體檢，共同找出實際上現在已經不用的一個項目，或是已經不是屬於正常醫學主流的醫療服務，然後就把它做一個刪減，我覺得這是一個蠻好的事情，再說明一下，謝謝。

陳永仁副教授：

其實跟第一組一樣，第一組也有提到。

好，下面一個有5票的，是應持續推動論人計酬，但是DRGs執行前要做更細緻的分類以利後續推動，這還算清楚啦。好，有4票的，各總額部門宜強化檔案的分析，提升執行效率，好像也滿清楚的，這個不用說明了。另外一個4票的，就是降低診次的方式，職場不強制病假需就醫證明，非常有創意，這應該提供人事單位參考，以及做整合門診，這好像也蠻清楚的。有1票的，就是檢驗重複要

考量因為醫療糾紛導致防禦性醫療，這個好像也不用說明。

好，我們各位先進，包括我們的專家、學者、健保會的同仁，對今天提出來的12項有沒有什麼問題，不清楚要請教？提案的當事人現在都在現場，可以當面跟他請教，有沒有？請周執秘。

周執行秘書淑婉：

謝謝陳主任，還有幾位專家的帶領，以及參與本次活動的這些夥伴們，其實我剛剛在一組待很久，然後去二組一下下，就發現了大家的觀點切入完全都不太一樣，但是我覺得整體來看，對我來講就覺得收穫滿多的，因為我覺得那些東西基本上應該是我們未來可以持續精進的方向，因為透過大家的腦力激盪，可以想到蠻多的一個方向，包括剛剛講的，我們是不是在偏鄉的時候，西醫跟牙醫可以一起來做溝通合作，我覺得這是，本來我就一直覺得偏鄉的巡迴點，其實本來就應該共享，大家應該一起弄，民眾才會知道說那個點always都會有醫生，我覺得是一個蠻不錯的想法，只是很多的東西要花一點時間。

我對一組的題目其實是覺得他們做出來的建議都還蠻實際的，一組跟二組其實都蠻像，因為可以combine在一起，有些從醫療面來看，有些是從民眾端，其實剛剛我們花最多時間討論的是民眾自我健康照護能力的提升，我覺得那個其實是最重要的，因為我們要資源有效使用，有效其實不必一定都要用這個資源，反而是自己照顧好其實就是節省資源，這也是另外一個。

我們剛剛討論，我覺得這個其實是未來大家都要努力做的，當然不是我們健保而已，涉及衛福部，我們不能讓健保的loading太重，我覺得是這樣，因為健保畢竟還是有一點限制，所以我是覺得大家都要更各司其職，不過我覺得今天的討論真的很精彩，學到蠻多的，謝謝大家，以後如果我們再辦相關會議的話，請大家多多支持，因為健保會還是希望多聽聽民眾或者是一般大眾的聲音，然後我們可以反映給署或部裡面來參考，以上，謝謝。

陳永仁副教授：

謝謝周執行秘書，健保84年開辦以來到現在已29年，每次民眾的滿意度調查都超過8成，行政機關的施政滿意度能超過6成已經不錯了，竟然都8成以上，可見這個制度一定不會被取消，但是財務一直一直這樣上來，我們也必須要重視，健保會透過公民咖啡館，或者願景工作坊，事實上可以讓這個制度做一些微調，慢慢的微調就會導向正軌，所以我今天再度感謝4位專家，很多都是他們指引出來，也感謝健保署、醫事服務提供者跟付費者團體提出非常非常多寶貴的意見，經過投票，我們會把它彙整，最後會提供到健保會，作為他們在9月份協商的參考，我今天再度代表台北市立大學跟健保會，感謝學者、專家，感謝我們今天所有的參與者，更感謝我們兩位共同的主持人，感謝健保會執行秘書跟副執行秘書，跟三位組長，謝謝大家，今天會議就到這裡，謝謝各位，散會。

附錄 9：中區願景工作坊會議紀錄

113 年度全民健康保險資源配置願景工作坊-
家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向會議紀錄(中區)
(含附錄—與會人員發言實錄)

時間：中華民國 113 年 7 月 10 日上午 9 時 30 分

地點：集思台中新烏日會議中心瓦特廳 301 會議室

主持人：陳副教授永仁

紀錄：趙于甯

出席者：詳如簽到單

專家學者：黃副教授偉堯、滕秘書長西華、戴教授桂英(依姓名筆劃排序)

列席者：

臺北市立大學：邱副教授慈穎、黎助理教授伊帆

衛生福利部全民健康保險會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、曾視察幼筑、
彭專員美熒

壹、主持人開場：

說明願景工作坊進行流程、介紹專家學者

貳、專家座談：

簡述家醫群概況及面臨問題

參、小組討論：略

肆、全體會議：

第一組建議：

(一)未來規劃將會員全家一起納入家醫計畫。

(二)家醫群應納入藥師、社區藥局提供用藥諮詢。

(三)家醫群運作建議：

1.家醫群內所屬診所及會員宜考量地緣性。

2.聯繫會員：提供服務內容加深加廣、建立會員對家庭醫師的信任感。

3.適當衛教：針對生活習慣、居家環境提供相關指導。

4.對象：宜將多重慢性病病人及其家庭成員優先納入家醫計畫。

(四)提供加入家醫醫療群的誘因：

1.加入家醫群後，如需轉診至醫院，可擁有優先看診號碼。

2.家醫群內各專科醫師能就近提供服務及諮詢。

第二組建議：

(一)加強宣導及推廣：家庭醫師制度實施已 21 年，但民眾對家庭醫師的功能仍不夠了解，不知道家庭醫師可以提供預防保健、疾病治療、轉診及長照等服務。

(二)建議不要限制民眾自由就醫。

(三)家醫制度應往預防醫學方面積極推進，加強民眾健康自我管理的教育。

(四)家醫團隊需要全方位專業的結合，尤其是營養師營養控制、生活管理及運動學、復健師相關資源的配置。

(五)提升基層診所資源，以利提供更完整的服務。

(六)加入即時通訊工具的運用。

(七)期望政府能增加相關經費，支持提升家醫群專業能力(如:營養師、心理諮商師或復健師)的費用。

第三組建議：

(一)未經轉診增加費用，建議由定額轉成定率。

(二)轉診制度的改善：

1.減少就診時間的間隔。

2.降低因轉診造成的額外花費。

(三)加強基層醫師的家醫能力訓練，並給予相對應的給付；當家庭醫師的能力增加，民眾信任度就會提高。

(四)將資源分配到基層醫療，限制醫院門住診比，避免病人過度集中醫院。

(五)政府增加對家醫計畫的推廣及宣導。

伍、總結：

感謝各團體推派代表今日的參與，會後將討論的意見彙整成會議紀錄，提供後續健保總額協商參考。

散會：下午 12 時 40 分

附錄：與會人員發言實錄

113 年度全民健康保險資源配置願景工作坊-

家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向(中區)

與會人員發言實錄

【專家座談】

黃偉堯副教授：

陳主任、各位先進，大家好。今天要跟大家分享對家醫制度的想法，因為今天我們談的是願景，原則上是還沒發生、或是未來才發生的事情，就是我們期待未來會長什麼樣子。所以今天上午場談的，應該是我們期待家醫制度未來會長成什麼樣子，我會用公共政策設計的角度，還有對醫療政策的關心重點，提供一個架構給大家參考，看看能不能對各位的討論可以有些幫助。

請看投影片，這是我們最常見的保險基本架構，我們常常會說它就是三個要素，雖然很簡單，確實是健保的核心，就是保險人、保險對象跟醫療供給者三要素。從健保法第1條來看，全民健保最重要的一件事情，就是促進全民健康，我為什麼會特別提這點？因為我們討論政策的時候，常常可能因為要解決眼前的問題點，結果可能悖離了全民健康的宗旨；就是我們執行了，可能反而讓全民沒有那麼健康，所以我的建議是等一下各位討論完畢，回頭再問一次，這樣做對提升全民健康有沒有幫助，這是第一點。

第二點，就我的看法，全民健保不是萬能的，它最核心的功能只有一個，就是避免民眾就醫的時候發生財務障礙而已。全民健保的任務非常單純，就是希望民眾就醫的時候，不要發生沒錢看病這件事情。所以各位討論的時候，我的基本建議非常簡單，就是你們所有的建議最後只問這兩點就好了，如果將來真的做了，民眾會不會因為這樣而沒有錢可以看病；這不是說完全讓民眾免費，這點我要提醒在前面，而是說討論的時候，要考慮會不會反而加重民眾的就醫障礙這件事情，在立論點上合不合理、公不公平，所以大概是衡量這幾點。

這三個要素，原則上就是我們講的利害關係人，分別會涉及不同的制度，左邊保險人跟保險對象之間是財務制度，原則上我們可以分為兩部分，一部分是保費的問題，一部分是給付範圍的問題；另外，我們會把部分負擔歸在財務制度。右邊是支付制度，大家可能都清楚，尤其是醫界應該非常熟悉，從論量、論人計酬，然後總額、DRGs、論質計酬，通通都在支付制度的這塊裡面，下面就是保險對象與醫療供給者的就醫與醫療行為。

今天可能會有很大的重點落在就醫行為跟支付制度這兩塊，為什麼會先提這個？因為所有制度的設計都是連動性的，也就是說考慮家醫制度在規劃保險對象跟醫療供給者之間的互動行為時，背後同時會連動到保險人怎麼付錢給醫療供給者。所以我們提解決方案的時候，可能要把彼此間的關聯性連接在一起。比如說如果我們用論人做家醫，它的好處在哪裡？它的缺點在哪裡？民眾願不願意接受？

第二點，我們談醫療提供者的時候，還會提到醫療制度，但醫療制度這件事情比較微妙，我們很多時候寄望全民健保可以弄出一個好的醫療制度，但是我們

都忘了，全民健保管不到醫療制度，因為醫療制度在衛福部，它屬於醫療網，受醫療法的規範，決定台灣整個醫療制度長成什麼樣子。全民健保只管到錢的那部分，所以各位可以看到，當大家把壓力加給全民健保，想要去改變醫療制度的時候，用了什麼方法？用錢。但是用錢真的能解決問題嗎？我想是一個問號，雖然大家有所期待，但是一個制度的改變有多面向，其中包括法律，法律改了沒有？如果法律沒有修改，醫療制度是改變不了的，因為於法無據，接下來就是看大家怎麼玩了。從某個角度來講，如果我們更改到的是根本制度面的時候，各位不要忘了，我們還有法規，所以這一塊重在設計的時候，如果希望它未來能夠實現的更好，我們是要多面向考慮的。

我們今天談的是願景，如果願景真的能實施，從現況到願景之間不會一步就到位，很可能做第一步的時候，是在現階段可接受的範圍，但是如果真的是願景，我們現階段的選項或是解決方案，也許會有數十種，可能其中只有五種會導向我們未來的願景，其他方案可能會讓我們的願景無法達成。所以從另外一個角度來講，各位心中如果有願景、並且對那個願景有共識，接下來規劃現階段怎麼做的時候，請記得把願景放進來：我這麼做，10年後可不可以達成我的願景，或5年後可不可以達成我的願景。更好一點的做法，是比如以5年為一個階段，5年後變怎樣、10年後變怎樣，反覆確認我們現在所做的每一件事能不能在最後達到目標。

目前比較困難的是，這個階段性的願景或是長久的願景，可能大家的共識性比較弱，等於是大家各想各的、或放在心裡面，所以做起來大概效果就不會太好，健保會跟陳老師會召開願景工作坊，開放大家一起討論的機會，可以讓家醫計畫未來規劃有一個依循。

我提供幾個想法，一個就是我剛剛提的，願景是可期待的未來，我們從政策的角度考慮，多面向的考慮包括：第一個可近性，能不能用得到？我們已經實施了家醫計畫，如果家醫數量不夠，要每個民眾都有家醫，應該有困難，有的地方就不會有家醫；第二個是品質，我會先把品質列出來，原因是等一下我們會提到品質也許不那麼快達到要求，因為要看我們要的是哪種品質，但是品質放在前面的原因，是因為我們後面談到效率，談效率說俗一點就是談錢，就是我們要用最少的錢、做最多的事情。那個最少的錢，一方面醫療供給者這邊要能夠接受；另外一邊，民眾在付費的時候也許覺得保費OK承擔得起，所以講俗一點，效率談的就是錢，如何用最小的成本達到最大的效果。

但是我們在設計效率的時候，常常會產生一個問題，就是效率可能達到了，但是出了什麼問題？可能有一方妥協了，好啊，那再降一點吧，但是我們的品質會不會受到損害？所以我們可接受的品質到什麼程度？當我們提出要提升效率的時候，對我們品質會不會造成損害？這個是我們在提解決方案的時候就要同時考慮到，不然我們會看到的是我們費用降了，或是效率提升了，可是品質會不會受損？沒有監控或是沒有管制的措施。

接下來這邊四個部分，第一個在保險對象的部分，最重要的是求醫行為，剛剛也提到很多民眾會希望直接到醫學中心去就醫，而不是留在基層院所，目前我們家醫是比較屬於基層的範疇，原因是什麼？也許各位分組時可以討論一下，付

費者或是一般民眾為什麼會選擇醫院就醫，而不是在基層診所就醫。因為如果在診所就醫，家醫計畫推廣的可能性就會高很多，所以先聽聽看有什麼緣由，這些緣由有沒有可能解決；如果他的疑慮能解決的話，我們都不用改變什麼東西，民眾就會願意留在家醫群裡就醫。

我舉一個簡單的例子，有的民眾可能覺得家醫看完之後，雖然號稱有轉診，但是去醫院後還是要再看一次門診，而且重症病人才有機會住院，那為什麼不直接掛醫院的門診、直接住院，為什麼還要多跑診所？如果他的顧慮是這樣，我們可以想像一下家醫計畫有沒有可能解決。

醫療供給者部分可討論的議題就多了，到底家醫的運作模式會採哪一種？現在看到的只是其中一種，其實還有很多不同的運作方式，醫療供給者也許可以想像用哪種運作方式比較方便，而且民眾所得到的健康服務是沒有打折的，這就是雙贏，這是我們可以去思考的。

再一個是我們喜歡什麼樣的財務誘因？個人的影響因素就比較大，我們剛剛講可近性，願意留在偏鄉或者是山地、離島的人，可能就會考慮到他的個人因素，譬如說孩子教育、家庭的問題，甚至還有以後可能要照顧父母親的問題，所以我們在做時候會變成是供給者自己可能要想辦法，能夠提出一個自己覺得可以接受又可以達到的方式。我們剛剛講制度面，保險這一塊就要去做，支付制度不是說改就能改，一定得保險人同意，財務制度也是一樣，就是我們剛剛講的保費或者是部分負擔的部分。

再來一個環境，就是我們剛剛特別提到，醫療制度改變前，需要法律先改變，我們要考慮到衛福部能不能有改變醫療制度的共識，進而落實到法律規章，這些變成是我們在提這個願景，我們可能會有配套措施，到時候就要看看這些願不願去幫我們做配套解決。

這只是一個封閉的範圍，請各位看一下右上角，談制度的時候通常會有經濟、社會、文化、政治層面需一併考量，也就是說我們引用外國的政策，或是我們自己開發的政策，還得考慮經濟能不能負荷、社會接不接受，或是現在社會的運作模式、以及我們的文化、政治氛圍，這些都會在制度設計上要考慮，但它是我們的環境，所以我們核心可以先解決，環境是作為基礎去做考慮，以上我簡單跟大家分享，謝謝。

陳永仁副教授：

謝謝黃副教授特別提到健保架構以及運作的方式，我們推動一個制度不能影響就醫者的財務，不要讓它變成障礙，而且從可近性、品質跟效率做分析，我們第二位請滕秘書長，滕秘書長請。

滕西華秘書長：

我搞錯今天參加的對象，一直以為來的是一般民眾，所以我根據過去的經驗我就不準備slide。

陳永仁副教授：

一般都這樣，也可以。

滕西華秘書長：

不好意思，我本來準備要談的內容，因為不知道在座的都是專家，我看名單有醫界的專家、健保署的同仁，還有付費者代表，所以要跟各位致歉，我沒有準備slide，班門弄斧一下。其實陳老師提到的手冊上，有非常多專家的講法，他們的講法我沒有不同意的，但是分享一下我從以前到現在怎麼看家醫制度的發展，以及家醫制度在臺灣健保體系裡一些格格不入的地方，我為什麼講格格不入，就是等一下我的分享。

我之前應邀在社區參加多次演講，講到後來都在做健保的問答，民眾會問說我去看病如何如何，我常被問的一個問題，剛剛偉堯老師也有提到，從來都不是什麼部分負擔跟其他的手段，就是留住病人很簡單，你也可以說病人很單純，每個人都是這樣想：我想看到一個醫生是能夠在最短時間用最好方法把我的病治療好，就是這個樣子。

那誰可以？醫療體系裡面的哪個醫師？剛剛講體系，是基層、是醫院，醫院是地區醫院、區域醫院、醫學中心，其實民眾搞不清楚這個等級，我們只知道大醫院、小醫院、診所，對民眾來說是這樣，我們搞制度的人講醫學中心、區域醫院、地區醫院、診所怎麼樣，對民眾來說他就沒有這個概念，他就是診所，不然就去醫院，醫院就是大醫院跟小間的醫院，大醫院跟小間的醫院就看那個醫院豪華的程度，最著名的就是有一家醫院蓋得像醫學中心一樣，可是設立的時候是申請地區醫院。

我的意思是說，我們以為這樣的分級其實是在我們制度上而已，對於民眾來說可能是去哪個地方可以得到醫療，如同剛剛偉堯老師講的，能夠用最少成本，這個成本還包括時間的成本、以前講的三長兩短現在也沒有消失，三長兩短也不見得只有出現在大醫院而已，只要這個成本是我可以負擔的，裡面包含時間成本，我就會去那邊，比如說剛剛講的，基層沒有這麼多的檢驗開放或跨表的時候，我就是到醫院，我幹嘛要轉診。

應該這樣講，我一直講臺灣對家醫制度的推動，跟國外比起來格格不入，是因為國外的家醫制度沒有那麼多專科醫師，現在臺灣的診所都是專科醫師，連家醫科也是一個專科，我們的健保給付給專科醫師也比較貴，所以你要專科醫師轉診。我們回過頭看，基層醫療都是專科醫師的時候，那我們在走家醫制度的時候，我其實有點搞不清楚，一開始的時候我們對家醫制有非常多的意見，到現在改成大家醫，我們還是有很多的期待跟想法，可是政府要推的是家醫精神還是家醫認證？這是不太一樣。

如果我今天要推家醫精神，這個事情很重要，為什麼很重要？就是陳老師資料裡面寫的，我希望鼓勵有一個醫生他在基層，我們希望他提供基層醫療服務給我，乃至於我的家人，可以固定在這個地方就醫，可以幫我解決大部分的問題，

及幫我發現他身為醫師，以他自己診所的能力、設備也好，其他沒有辦法克服或解決但不是他自己醫術的問題時，可以幫我轉到可以進一步治療我疾病的地方，這地方可能是某個醫院，可能是地區醫院、可能是區域醫院、可能是醫學中心，我們不知道，由他幫我轉到對的地方。所以急診的3R應該也是要適用在我們一般民眾到診所就醫，3R是對的時間、看到對的醫生、拿到對的治療，應該要都有。

如果要推動的是家醫精神，為什麼家醫只有在西醫推？為什麼牙醫沒有？為什麼中醫沒有？我難道不希望我全家全部都在這個牙醫診所就醫，我不太知道牙醫的忠誠度是不是比較高？有，那就非常特別。如果是這樣，看牙醫的病人的忠誠度會比西醫高。我們在場有中醫的，我看名單有對不對，那中醫要不要推家庭醫師精神？我的疑問就是如此。如果是家醫裡面的家庭醫師，藥師的關聯性是什麼？我的意思是，我覺得格格不入就是這樣，就是我們推制度的時候好像見樹不見林。

我們早期推家醫制到中期的時候，我們都有問，為什麼有些人不參加家庭醫師試辦計畫？我的醫生說「看病雖然沒差，但是我多了很多行政工作」，這個就有趣了，就是我們推動家醫制的效果，它的效果是靠行政工作撐起來的？還是說這個行政工作是保險人確定醫療體系能夠滿足一些要件，比如說現在講的品質監督指標，然後這個要件是他靠指標上傳達不到，也就是我自己分析，你們都上傳給我，就像現在診所的一些品質指標，我不用靠你寫給我，因為你寫給我，我就有可能不相信你，這樣各位懂我的意思嗎？就是作文比賽，如果是這樣的話。如果有基層的醫師覺得說，看病人對他來說都一樣，唯一不一樣的就是他加入這個制度他受到非常多的約束，我們這樣講好了，那這個約束如果是我們國家在基層醫療裡面，認為他要把一個病人好好照顧好都應該具備的，為什麼只是這些試辦計畫裡面的人？這樣各位有明白我這個邏輯嗎？我們不是應該這樣鼓勵每個醫師？

家醫制跟家醫群又是什麼？我們資料裡面有寫，我們有家醫群是彼此醫師都不認識，就是我們四個人一群，然後我們四個人不在我們的生活圈5公里到10公里以內，有跑到15公里以外的，就是我可能在台中的北屯，也有可能在台中的西區，我對台中沒有概念，就是他不在同一個區域裡面。還有就是我們這個群裡面不認識，所以就產生一些特別奇怪的，比如說有一個第三方的單位專門來組家醫群，然後幫你take care一部分的行政工作，可能幫你接諮詢電話，所以病人打電話去給張醫師的時候，但是不是張醫師的病人，輪班輪到陳醫師的診所接電話，然後就沒有辦法針對病人的病情處理，只能針對出現什麼樣的症狀，廣泛的回答跟建議應該要怎麼辦，無法馬上掌握病人的情況。這樣符合我們本來要推的家醫的精神嗎？

或者是說群裡面的這些人都不認識，他做一般的轉診，我這個病人要從張醫師這邊轉到陳醫師，剛剛講家醫都是專科，婦女病好了，我想要看子宮頸，我覺得我的子宮可能有問題，或我檢查乳癌，可是我這一群裡面他是眼科醫生，或是他是骨科醫生，他就不是這個專科，可是我們民眾已經被養成是什麼？眼睛就是

要看眼科，皮膚要去看皮膚科，骨頭要去看骨科，是不是這樣？我們從小就這樣被教育起來的。民眾沒有被教育這些科都不要看，你就去看家醫科，我們沒有這樣被教育。如果有一天我這樣做了，這些科都不要去看，我去看家醫科，那基層診所都是專科醫師診所要怎麼辦？基層醫療到底要怎麼去發展？

特別是現在有些科別，眼科來說好了，可能眼科醫師要比牙科醫師有錢，他一個大的診所裡面，服務、設備跟能力比醫院還好，各位明白我的意思嗎？例如它是聯合診所，所以家醫群發展到這裡，如果我們只是把錢花掉，其實很簡單，然後拿很多的獎勵，不應該只是派案的人，我們不是有收案對象，如果是這樣，我們其實是強迫家醫群收一些慢性病、特別的病人。

按照家醫精神，其實不是這樣，是養成忠誠就醫，我全家都來這一家診所，不管什麼疾病、預防保健，我們全家都去看一位小兒科醫生，是因為女兒就從小這樣看，我們就不管什麼病都去看他，後來那個醫生診所收起來了，我們就沒有家醫，原地方換另外一位醫師承接，我們從來沒有接過那個醫生的電話，後來我們在COVID-19之前換診所，到現在我們都沒有看過病，全家都沒有人看過病，所以就沒有去那家診所看過，不知道那家診所的服務跟前面那個醫生有沒有什麼關聯，但是根據衛生法規定資料都在他那裡，沒有轉移給別人。

我們家有一個被收案，那個收案是都不看病的小孩被收案，我覺得很奇怪，我女兒被收案，我還因為被收案發現了家醫群的一些問題，然後反映給健保署，健保署就幫我反映給醫師公會，醫師公會就來找我，我想說這樣好像不太對，醫師公會怎麼會來找我，他要來跟我解釋為什麼會這樣，他們應該來跟我解釋這樣對不對。他給我收了案，但是他其實沒有服務，我們現在只是用支付手段強迫家醫群裡面的人要去收一些我們希望他收的病人，但是如果真的要推家庭醫師的這個精神，好像不應該是這樣，他應該都要包，如果支付制度可以讓所有的基層都買單，我覺得也蠻好的。

那我們現在就不是啊，不但基層的搞不清楚，甚至我進到這家診所，我去看這個張醫師，我根本就不知道他是不是家醫群的診所、或是有沒有參加這個試辦計畫，所以我的意思是說，我們這個思維，我不管是從這個制度上跟國外的比較，或是國內在推廣，乃至於對民眾，我到現在對家醫群，還是要說我其實不甚了解，今天也是跟大家一起來學習，我相信如果這個課題沒有好好克服，我們的大家醫以後還是會繼續試辦，到了今年健保已經邁入30年了，我們已經試辦20幾年，我覺得有可能像中華民國在臺灣一樣，憲法還是在那裡，我們就一直用，家醫群就有點像是這樣的味道，就是一直放在那裡、一直這樣辦下去，反正病人可以，我們期待他收案的病人可以顧得好就好，至於其他沒有收案的，沒關係，就照樣他還是去看，然後牙醫也不用管要不要做家醫精神，中醫也不用管，牙醫跟中醫我們健保制度就默許他，你可以到處去看沒有關係，但是西醫不可以，西醫就一定要固定，這個其實是也滿特別的現象，以上我先做這樣的分享，謝謝。

陳永仁副教授：

謝謝滕秘書長，從實務、從他自己的理論把這個制度詮釋的非常的清楚，等

一下他提到的中醫、牙醫、藥師等等，大家可以提出你們的看法出來。我們第三位專家請戴教授。

戴桂英教授：

謝謝主席，剛剛兩位專家學者其實已經把我們今天要討論的背景、還有可能的方向都帶出來了，誠如剛剛滕委員所說的，在座各位其實都是健保會委員所屬的團體推薦出來的，所以我們就看到很多專家，有醫界的專家、有我們各公會代表的專家，或者在裡面是重要幹部的，當然也有我們健保署同仁，健保署不管是中區業務組或者北區業務組都派出科長、專員來參與，為什麼這個議題這麼重要？

第一個，其實92年時就有了試辦計畫，各位屈指一算，現在是113年，已經是21年了，為什麼要辦公民參與會議？這是因為在102年二代健保法實施以後，法律上有提到，請健保會在重要的政策討論定案之前，要多蒐集公民的意見。我們知道健保會是委員制的，不可能讓所有的人都到健保會開會，所以需要辦一些外圍的會議蒐集意見，各位又是重要的被推薦者，各位來提供意見是最好的、最適當的人選。家醫計畫從民國92年辦到現在共21年，這中間當然家庭醫師整合性照護計畫還是不斷地修訂，我記得過去也有一個名詞叫做社區醫療群，也有家庭醫師群，不斷的在精進，到目前為止，顯然我們還有更精進的必要，所以才委託學校辦理願景工作坊，協助了解有哪些需要再改變的部分。

我個人認為，等一下分組討論的方向，第一個就是，我們希望家庭醫師整合性照護計畫裡應該包含哪些專長的醫師？其實如果用定義來看家庭醫師，以英國來講，是屬於一般科的醫師，叫general physician。那一般科醫師當然也包括內科、兒科、外科這些科別在內。國內為了提升醫師的品質，所以特別在醫師法的依據下制定了專科醫師的甄審辦法，所以我們現在有很多內科、外科、兒科、婦產科以外的專科。

譬如說我昨天看到常春月刊的線上新聞，頭痛要看哪一科？他就說頭痛要看神經內科，不能看家醫科嗎？他說也可以，所以各位，不能看內科嗎？其實也可以啊，因為以一般民眾而言，我們的知識水準，我也是一般民眾，我的醫療知識水準絕對不如醫師，所以由一個固定幫我診治的醫師幫忙判定我應該怎麼就診，這是非常需要的。

所以我們討論的課題裡面，第一個就是這個群目前的組成方式是5~10位醫師、有1家後送醫院，這個要不要改變？要改變是怎麼改變？改變他的內容？還是改變這個5~10位的要求等等，這是一個討論的課題。第二個討論的課題是，我們所謂號稱家庭醫師整合性照護計畫，這個家庭醫師是不是照顧所收案對象的全家呢？目前不是，目前照顧誰呢？目前照顧的是健保署所給的名單，健保署給的名單是什麼？它會把經常在某個診所就醫的名單給這個診所，因為你經常在這邊就醫，我把你歸到這個家醫群給你照顧，也是無可厚非。只不過是有些人知道、有些人不知道被收案，譬如說滕委員他知道他小孩被收進去，但是他不知道為什麼被收。怎麼樣讓這些當事人知道？

第二件事情，既然是家庭醫師為何不能夠全家收案？雖然全家收案，有些人是完全不看病的，有什麼不好？譬如家人突然流鼻水、喉嚨痛，究竟我應該怎麼辦？至少也可以到這個家庭醫師診所就診，有什麼不好？所以這個是我們在考慮收案對象的部分。至於法律上並沒有嚴格要求收案對象一定要到家庭醫師診所就診，這個部分要不要改變？如果改變，就好像保險對象就醫自由受到限制，那受到限制對我有什麼好處？部分負擔會少一點嗎？願景，是涉及未來的修法，如果要這樣改變，不是只對整個制度有誘因就好，其實對個人也要有誘因，這個制度立法才會通過。

再一個議題是後送，目前健保的家醫計畫規定是後送1家醫院，多數的家醫群都是後送1家醫院，當然有可能少數是2家醫院也說不定，但是這樣的規定能滿足家醫群會員的需求嗎？後送一家醫院，這家醫院的專長如果在病情很特殊的狀況下，是不是可以讓民眾有信心，同意你就幫我後送這1家醫院，以上為等一下的討論做個引言，因為我們3個人的時間應該到10點15分，現在已經超過6、7分鐘了，不好意思，我占用了時間，謝謝。

陳永仁副教授：

沒關係，謝謝3位專家，在資料之外再為我們提出他們在學理上、或工作上的親身經驗，的確是一個願景。也就是說這個制度目前有推動，但是還不是很完美，未來我們國家往先進國家的這種方式，朝向家庭醫師制度，誠如剛剛大家所講的，我們自己的判斷雖然知道一點點，但是還是不如醫師，醫師可以在家庭醫師裡面給我們指點，我們可以就剛剛滕秘書長講的，用最短的時間、最少的成本，可以最快去治療好，這是我們的目的，如果我們自己判斷，也許我們達不到這個目的，但是有醫學背景的人跟我們這樣建議，我們就會。

這個願景工作坊跟一般的會議不一樣的地方就是說，像我們今天40個人，可能大家就沒有辦法講到話，可是分組之後就有3倍的時間，大家都可以講，要講跟不講而已，然後我們把它記錄下來，記錄下來大家共同認為哪一個方案好，就提到大會來，我們這一組再接受其他兩組的人再考驗看看，最後得出來的就是我們40個人認為比較好，用這樣的方式，經常這樣子檢討的話，我們的健保，尤其是今天的主題「家庭醫師整合性照護計畫」就會漸漸朝著我們願景方向，我們現在休息10分鐘，我們的同學就會把3組的桌子稍微調整一下，我們休息10分鐘，謝謝3位專家剛剛的精彩意見，謝謝。

【全體會議】

陳永仁副教授：

現在是不是先請第一組陳院長，介紹第一組討論出來的願景，等一下請第二組跟第三組對第一組投票，第一組跟第三組對第二組投票，第一組、第二組對第三組投票，陳院長請。

第一組組長(陳志強院長)：

這是我們第一組的意見，按照順序講，第一個是希望全家人都加入家醫計畫，這個我把它界定為願景、長遠的目標，所以不會是現在做，也不會用強迫的手段。希望醫療群裡不只有醫師，還要有藥師，藥師能夠在社區藥局扮演把關的角色。這個是目前現況就已經有的，如果我們有加入家醫醫療群的話，轉診就有方便性，就是通常上級的醫院，例如區域醫院或醫學中心會提供就醫的號碼讓你優先看門診，但是住院則會有困難，這是我們的手段，就是短、中期的作法。

我先講幾個前提，要讓家庭醫師制度能夠執行，有個觀念很重要，病人如果覺得醫師是神，任何制度都推不了，因為病人如果真的有病出了問題怎麼辦？為了解決這種情況，只好永遠送最大的醫院、做最多的檢查，因為醫師永遠沒辦法保證，這是醫療的不確定性，但是不代表醫師沒辦法幫你解決很多問題。在這樣的架構精神之下，我們這組非常贊成推家醫精神，其實家庭醫師早就存在臺灣，為什麼？在沒有健保之前，因為看病很貴，所以你一定會就近找你的醫師，所以那個醫師他會非常了解你的家庭、社區的情形，所以家庭醫師制度早就存在臺灣，但是因為健保制度破壞了，不代表健保不好，這是健保的副作用，所以重建家庭醫師的精神，大家有一個誤解，包括一般民眾，剛剛我們的討論也是，我們認為家庭醫師就是在分配你去看哪個科，錯。一個好的家庭醫師可以回答跟解決70%~80%的症狀，為什麼我強調症狀不是病？因為民眾只了解症狀，民眾不知道病，症狀是菸、病是火，火是誰的責任？醫師的責任，所以民眾他在乎的不是他的病好了沒有，而是他症狀改善了沒有。

那家庭醫療群為什麼需要很多科的醫師？是諮詢用的，假設這個家庭醫師照顧的社區有500戶、2,000人，這2,000人之中的70%、80%來問你，我就可以幫他解決，其他比較特定的專科部分我要再諮詢，所以我的知識會越來越豐富，不足的部分我再幫你發包出去、找別的醫師，所謂的專科醫師。目前大家的誤解都是，我找一個醫師你就把我轉給某一個專科，那我何必找你呢？然後我們強烈贊成地緣性，一定要近。

第二個聯繫會員，我們剛剛講說為什麼很多人不了解現在有家醫制度？因為沒有宣導，目前健保的方式是好的，目前健保是把有慢性病、共病，糖尿病、高血壓、高血脂症的民眾，這個前提之下按照你的就醫資料，選你最常去就醫的醫療院所，把你配給他，下一步是什麼？這些醫療院所會聯繫你，所謂的會員，我們現在聯繫會員會讓大家無感或是感覺很差的原因是內容，你的內容不夠深、不夠廣，所以他覺得沒有被關心到，所以你如果去聯繫你的會員的內容加深、加廣，他覺得被關心到，因為所有的結果都要先從信任開始，信任讓他覺得你對我有關心，然後我找你，我會信任你。所以家醫的精神就是找你願意信任的醫師，在你的近距離可以到的地方，找你信任的醫師，把你的問題都丟給他，哪一天你覺得他不能信任的時候你就換人，在臺灣這一方面還蠻方便的，但是你要容錯，因為醫療不確定性，有些治療效果不好，你轉出去，在外面才發現診斷不是這樣，但是你还願意繼續信任這個醫師，你就繼續給他當你的家庭守護神，所以我覺得未來談家庭醫師精神的時候，不要過度強調家庭醫師，而要談家庭的醫療守護神。

當你得到信任以後，你就要有適當的衛教，適當的衛教我們都在談醫療，不對，適當的衛教含生活習慣，包括飲食習慣、環境、所接觸的社會性，就是家人、工作的夥伴，都有可能造成你的健康好不好。剛剛不是在談我們的目的是什麼？是健康，而不是治病，所以衛教的內容我覺得這點很重要。

對象呢？我們認為不應該直接跳入願景，就是讓所有的民眾都進入家醫，而是我們贊成健保目前的做法，從多重慢性病的病人開始，讓這個病人當種子，醫師因為照顧這個病人取得這個家庭的信任，這個家庭包括他的親戚朋友，甚至工作的同事都會導入，他們自動就會加進來，所以就會變成家庭醫師制度，這是我們這一組的結論，謝謝。

陳永仁副教授：

謝謝陳院長，請第二組的組長。

第二組組長(林恆立秘書長)：

謝謝陳教授。我們第二組的題目主要是您期待家庭醫師能夠提供什麼樣的服務內容？基本上我們大家的共識，大概就是增加預防保健還有癌症篩檢這些服務內容，但是目前的資源能不能到位才是最大的關鍵，如果在座了解的話，大概就是因為點值的關係，如果你做得越多錢就越少，所以這個部分如何達到民眾的需求，還有醫療端能夠提供的服務都有相關。

第二個題目，期待家庭醫師的制度跟現在的自由就醫有沒有什麼不一樣？我想大家的共識就是不要限制就醫，大概沒有人同意限制就醫，但是從2003年到現在，我們實施了21年的時間，我想剛剛聽到很多與會的代表跟我回應的一句話，就是大家都不太了解什麼叫做家庭醫師，台灣的家庭醫師可以提供什麼樣的服務？我想在座非常多人都不太清楚，包括剛剛提到的，我們可以提供預防保健還有疾病的治療，甚至於轉診，還有長照的服務，我想在座很多人都不知道，甚至於我知道很多醫療群針對他的會員可以提供掛號費的優免，這個在座也很多人都不知道，都覺得說現在掛號費越來越貴，但是他沒有去爭取自己的權益，爭取加入醫療群、減少掛號費的支出，大概以上是這兩個。當然，最重要的就是要怎麼樣趕快讓所有的民眾知道家庭醫師制度目前在做什麼，你加入有什麼樣的好處？以上簡單的報告，謝謝。

陳永仁副教授：

好，我們請第三組的組長。

第三組組長(張喻晴會員)：

大家早安，這是第三組經過討論後提出來，目前我們覺得會面臨到的問題跟需要改善的五個地方。第一個是建議門診的部分負擔能夠從定額改為定率，假如看病費用是1萬元，可能就是用定率10%的方式，來計算不同門診的部分負擔。

第二個是轉診制度的改善，第一項就是減少轉診後就診時間的間隔，因為通

常去看家醫科的時候，醫師會依症狀建議患者再轉到某診所看診；後續患者再安排到這個診所看診時，除了要配合自己上班的時間，還要配合醫生的看診時間，可能一拖就是10天、20天。有些患者會覺得那時候可能病已經好了，就像大家討論時分享的；不然就是可能症狀很急，覺得好像已經咳嗽咳到重病了，但是卻沒有辦法立即看到醫生，所以因轉診產生的時間間隔是一個問題。

再來就是減少額外轉診的花費，因為轉診的關係，醫生可能會建議病人去看小兒科，看了3次小兒科後，才發現其實可以去大醫院一次做完檢查，但是患者卻因為這樣額外看了3次的門診，造成額外的花費。

第三個是加強訓練基層醫師家醫能力，並給予相對應的給付，因為召集人有提到，中醫師其實可以做更全面的照護。像我之前因為腳韌帶撕裂受傷，就把X光片或報告拿去給中醫看，描述目前的狀態給他聽；1個月後回診，我又再照一次片子拿給中醫看，他也會告知可以做什麼治療；中醫也會針對我的抽血檢查報告，提醒注意事項，例如：血糖、血脂要注意甚麼。這些其實不是每個醫生都具備的能力，但是這位醫師因為加強了家醫訓練、給予相對的給付，使得大家對他的信任度提高。其實這就是信任的問題，因為臺灣人有些觀念，像是一定要吃藥才能藥到病除、一定要吃最好的藥、看最好的名醫，就是對醫生的不信任。所以如果人家可以轉介說這裡有一位名醫很厲害，趕快去看他，感冒要看哪一個、骨科要看什麼，這樣基層的訓練其實對醫生來講、對病人來講，對提高信任度是很好。

再來就是增加基層醫療資源的分配，限制醫院門住診比，避免病人過度集中醫院，這要怎麼說明？

黎伊帆助理教授：

我補充說明，這個主要是限制醫院的門住診比，這是從政策的角度來看，避免病人全部都集中到大醫院去，就是說從政策的角度來看，我們除了從民眾端，也有從醫療提供者的角度來看，就是讓一些資源可以分布到診所，而不是說由醫院跟診所在搶病人這樣子。

第三組組長(張喻晴會員)：

最後一個就是政府增加推廣、宣導家醫計畫，我們那一組問到有沒有聽過家醫計畫？有沒有用過家醫？其中只有一個大哥用過，其他人都沒有接觸過，就是雖然沒有吃過豬肉，起碼也要看過豬走路，以前不是常常都說這句話。就是你有看過，但是不會想要了解，不會想要去做這個，因為沒有接觸到。可是我剛才跟召集人分享，因為我爸爸有裝鼻胃管，打電話到醫院時就會說要轉哪個專線、再轉哪個專線、然後再轉哪個專線，之後還要等護理師跟你聯繫。可是後來我上網查，他說是外包，外包的團體會馬上跟你聯繫，聯繫之後每個禮拜會詢問身體狀況，就算沒有要換鼻胃管，也會關心病人狀況。然後召集人跟我說因為他們是專門的部門，我想是不是宣傳的部分不夠，再來就是人員可能也不夠，就像我們那位大哥說，他其實有加入這個計畫，可是沒有接到任何關懷電話，也沒有覺得

有使用家醫的必要性，以上分享，謝謝。

陳永仁副教授：

謝謝，我們三組的組長已經介紹過各組的好點子，現在開始進行投票，每一個人手上都有5張不同的紙張，第三組的人就投第二組跟第一組，第二組的人就投第三組、第一組，第一組的人就投第二組跟第三組。現在我們把板子拉開一點，這樣人才不會擠在一起，第一組請往這個地方走，你們手上都有5張，最多可以投5張，我們現在就開始進行投票，你們覺得剛剛三位組長介紹的時候，哪個願景對將來家醫制度的改善是最好的，現在開始投票。

（進行投票、計票作業）

陳永仁副教授：

大家投票結果，最高票是第一組的27票，請陳院長說明，第二名是第二組的21票，等一下再請第二組組長說明，第三名是第三組的17票，政府應該增加宣傳家醫計畫，第四名是第二組的15票，等一下請第二組要說明兩次，第五名是第三組的13票。是不是請第一組開始，請第一組的陳院長，因為得到第一名，說明很詳細了是不是？好，第二組的組長要不要補充？就是重視家醫群內所有成員，增加營養師、心理諮商師、復健師等。

第二組組長(林恆立秘書長)：

我剛剛有稍微說明，因為從2003年到現在，雖然家庭醫師整合性照護計畫的經費有稍微增加，但是經費增加大部分都是因為醫師、診所，或者是照護社區的民眾人數的增加，如果家醫群要增加營養師、心理諮商師或復健師，基本上我們是同意，因為的確可以幫助社區民眾做很多預防保健的工作，但是如果增加這些人員，勢必要增加費用，否則這些人就是賴總統講的所謂做功德，我想在目前臺灣社會狀況下，要這麼多人做功德，會有很大的困難，希望這方面可以增加經費，如果願意的話，我們可以多來做這一塊。

第二個加強家庭醫師的宣導，這是一定要繼續做的工作，加強民眾端的概念。我剛剛有跟組員講：「你家的親戚朋友或是認識的同學，如果在做醫療人員的，大家可以多LINE他們」。現在的即時通訊非常方便，如果你有醫療人員的LINE，你有任何第一線的問題可以馬上解決，他不一定是你的家庭醫師，但是可以馬上跟你做一些互動，讓你了解這個狀況可以找誰、可以做怎麼樣的處理，以上，謝謝。

陳永仁副教授：

接下來請第三組，第三組有17票跟13票的願景，請說明。

第三組代表(鄭耀明召集人)：

謝謝各位，我來代為說明，我們第一點就是要增加家醫計畫的宣傳。什麼叫好的政策？一個能執行、跟大家都知道的政策。所以我們組員剛剛在討論時，大家問到：你看過家醫的宣傳嗎？幾乎沒有，就算偶然知道，也不知道怎麼加入。所以我們提出的第一點，什麼叫好的政策，就是大家都知道而且能夠執行的政策。

第二點就是加強基層醫師的訓練，剛才有專家學者提到，如何讓家醫的精神走進來基層院所，尤其是讓診所具備那樣的功能，其實我們也贊同家醫群包含藥師、中醫師、牙醫師。各個基層診所本身就有做過訓練，你要加強訓練也可以，相對的，我們除了在民眾端以外為家醫計畫鋪陳外，基層院所的醫師、不管是中醫、牙醫也要加強訓練，我們應該都要做這個訓練，你當醫師就應該有這個自覺。第二個你有相對的給付，讓民眾可以了解，我報告看了就好，不用到醫院去排隊，這是我們補充的，謝謝。

陳永仁副教授：

還有11票的、10票的願景，每個意見都很重要，因為會場都有錄音錄影，我們會記錄下來，不過今天的重點，各位投出來的票有三個方向，第一個方向要加強宣導家醫計畫，沒有講就沒有人知道，第二個要有好的配套措施，第三個就是成員陣容要堅強，作戰群有航空母艦、也有潛水艇、也有飛機、大砲等等都有。總結來講，第一個加強宣導，第二個要有配套措施，第三個成員要有藥劑師，也要有復健師、心理諮商師、營養師等等。接下來健保會的周執行秘書是不是跟大家講兩句話？她很早就來了，看大家熱烈的討論。

周執行秘書淑婉：

今天真的真的非常謝謝大家，早上陳主任應該也有提到，因為健保會基本上就是政府的一個民意溝通平台，我們希望多聽大家的意見，不管是對健保什麼樣的意見，我們其實是希望做一些重大決定的時候，知道未來還有甚麼精進的空間，像家醫做了20幾年，我剛剛聽到蠻多重要的意見，基本上我覺得家醫真的不是只有看病，它應該是有很重要的整合、諮詢的功能，可以幫大家做個把關，有問題的時候看怎麼後續處理，如果我的家庭醫師就可以幫我處理，當然就OK了。而且會員長期給家庭醫師看診，他會更了解你的狀況。現在其實整合很重要，因為人口結構進入高齡化了，高齡化之後，年長者的問題就非常的多樣，需要長期讓家庭醫師知道你的一些狀況，這樣子的話，後續不管是幫你轉介到醫院、到哪裡去，會有更好的結果，因為他可以溝通一些病情。

我剛剛進來看到大家很熱烈地討論，真的很感動，因為其實我們每年都會試著辦理公民參與活動，像我去年是辦公民咖啡館，今年是用願景工作坊的方式，多聽大家的意見，然後也謝謝今天三位的專家學者，謝謝大家的參與，也謝謝我們陳主任的幫忙，所以今天看起來非常的成功，剛剛的投票我也覺得很有趣。目前健保署規劃家醫要變成大家醫，我想那些關於家醫制度的建議我們都會提供給健保署做參考，所以今天真的非常謝謝大家，也祝大家身體健康，不要用健保。

陳永仁副教授：

謝謝周執行秘書，我們現在要休息，請各位到外面拿便當，給我們5~10分鐘恢復桌椅位置，因為準備下午場的場地，謝謝。

113 年度全民健康保險資源配置願景工作坊- 如何提升醫療資源使用效率會議紀錄(中區) (含附錄—與會人員發言實錄)

時間：中華民國 113 年 7 月 10 日下午 1 時 50 分

地點：集思台中新烏日會議中心瓦特廳 301 會議室

主持人：陳副教授永仁

紀錄：趙于甯

出席者：詳如簽到單

專家學者：黃副教授偉堯、滕秘書長西華、戴教授桂英(依姓名筆劃排序)

列席者：

臺北市立大學：邱副教授慈穎、黎助理教授伊帆

衛生福利部全民健康保險會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、曾視察
幼筑、彭專員美瑩、馬研究員文娟

壹、主持人開場：

說明願景工作坊進行流程、介紹專家學者

貳、專家座談：

簡述醫療資源使用效率概況及面臨問題

參、小組討論：略

肆、全體會議：

第一組建議：

(一)落實分級醫療及轉診制度：應先把家醫、轉診制度做好，並提升醫學中心急、重、難症項目支付點數，讓醫學中心擔負起處理急、重、難症的責任，減少門診量。

(二)放寬慢箋開立月數限制：針對穩定慢性病患，放寬慢箋開立月數上限(例如由 3 個月延長至 6 個月)，不僅能減少民眾就醫次數，並能減少診察費及檢驗(查)費用之支出。

(三)針對高診次者提供居家藥事照護：病人在居家用藥上常有不確定性(例如：藥品儲存不當、自行決定吃藥與否)，建議恢復高診次病人的居家藥師照護計畫，藥師可以到家中實地了解病人的用藥情況，提供更有效的用藥指導。

(四)強化民眾正確用藥知識：透過醫院藥局和居家藥師服務，提供民眾藥物諮詢及教導正確用藥，另建議照顧者也應了解被照顧者的用藥狀況。

第二組建議：

(一)推廣醫療資訊共享機制：加強宣導使用雲端醫療資訊系統及健康存摺，以減少重複檢驗(查)及醫療資源浪費。

(二)提升民眾自我照護能力及建立正確就醫觀念：將健康生活型態與正確就醫觀念納入學校課程教導，讓孩子從小就建立正確觀念，進而同步影響家人。

- (三)推動整合門診照護(一站式)：醫院設立整合門診，由醫師共同照護多重慢性病或癌症患者，讓病人不用多科就醫，減少病人就醫的時間和次數。
- (四)強化基層照護品質及實施定率部分負擔，以利落實分級醫療：提升基層照護品質，建立民眾信心，惟定額部分負擔，民眾可能還是習慣往大醫院跑，建議改為定率，並對弱勢者訂定配套措施。
- (五)醫界與民眾應共同妥善使用醫療資源：健保總額已從2千多億元成長至8千多億元，民眾有責任顧好自己的健康，且要做好分級醫療，健保才能瘦身。

第三組建議：

- (一)提升基層診所量能，以利落實轉診：推廣家庭醫師，西醫、中醫、牙醫均可擔任家庭醫師，在第一線提供民眾醫療照護，減少病人直接前往大醫院就醫之醫療費用支出。
- (二)門診部分負擔由定額改為定率：現行定額部分負擔，民眾可能較沒有費用意識，建議改為定率的方式，並對弱勢族群訂定配套措施，以免影響其就醫權益。
- (三)提升民眾自我照護知能：推廣社區衛教，讓民眾知道有責任維護自己的健康，及建立有益健康的生活習慣(包含飲食與運動)，並善用健康存摺，了解與管理自身健康狀況，降低疾病風險。
- (四)藉審查及支付制度設計，減少使用非必要醫療資源：檢討抽樣審查之回推倍數(如比例太低，效果有限)；及擴大推動論人計酬支付制度，促使醫師將病人照顧好，減少使用醫療資源，有助整體預算支出控制在一定範圍內。
- (五)鼓勵診所與醫院共享醫療資訊，減少重複檢驗(查)：鼓勵醫療院所善用雲端醫療資訊系統，並即時上傳檢驗(查)報告，避免重複檢驗(查)及醫療資源浪費。

伍、總結：

感謝各團體推派代表今日的參與，會後將討論的意見彙整成會議紀錄，提供後續健保總額協商參考。

散會：下午16時45分。

附錄：與會人員發言實錄

113 年度全民健康保險資源配置願景工作坊-

如何提升醫療資源使用效率(中區)

與會人員發言實錄

【專家座談】

黃偉堯副教授：

謝謝陳老師，還有大家、各位先進，我慢鳥先飛，這個是我們早上有提過，我想大部分的成員都在，所以我就簡單跟大家主要介紹一下就好，如果有新成員的話，我們看待健保，就是所謂的保險基本架構，大概會用三個要素，就是保險人、保險對象跟醫療供給者三個之間的互動關係，全民健保有三大制度，一個是財務、一個是支付，還有一個是簡稱叫醫療體系，不過我喜歡稱它叫做就醫與醫療行為，所以從這三塊當中我們希望達到一個最主要的目標是全民健康，另外一個就是，也是健保最重要的目的之一，也就是能夠避免就醫時的財務障礙，不會因為錢的問題而有病沒辦法就醫，所以我們今天討論效率，看起來的範圍應該是落在保險人、醫療供給者、保險對象，及支付制度、就醫與醫療行為這一塊的關係。財務制度看起來今天應該不在我們的範圍之內，我大概會針對效率，分享一下我對效率的分類法跟切入點，看看等一下是不是有助於大家可以切入去做討論。

大家可以看一下，一般來講，我會把效率分成個體層次跟群體層次，我們上午有提到效率，簡而言之就是跟錢有關，我們希望用最少的錢達到最大的效果，所以在這個狀況之下，我為什麼會分個體層次跟群體層次，我們可以看一個體層次，這裡的效率我們可以把它當作是醫療供給者的效率，舉例來講，同樣是一個盲腸炎手術的病人，他在醫院住院是3天就可以出院，還是5天出院？然後醫師在開刀的時候會不會造成他有合併症或併發症產生，這個的差異點就在於它的效率，如果他可以很快的處理掉，沒有什麼其他的併發症，然後住院又3天，甚至2天就可以回家的話，但是前提是品質保證在一定的程度，所以這個部分是屬於醫療上面的效率，你們可以看到這個部分當中牽涉到是，我們所花費的成本跟時間能不能在最小的狀況下獲得一定的品質，我不敢講最大，我講說一定品質以上，就是我們的醫療品質以上。

群體層次這一塊就是我們制度面的效率，我們可以看一個在制度面的運作當中，其實最水平的第一件事情就是資源分配的效率，這個資源分配的效率我們可以用兩個角度來看，第一個是從地理區域分布的角度來看，第二個我們可以看一個醫療的專科分布的情形，或是醫療特性，比如說診所跟醫院之間比例的狀況，來看待我們整個國家醫療體系在運作上是不是有效率。簡而言之，如果我們今天全國都是醫學中心，沒有診所、沒有區域醫院，我們的制度就是這樣子的話，所以所有民眾就醫都到醫學中心去，以我們今天醫學中心的配備跟規格，我們就可以問一下這樣對我們在提升全民健康上是不是有效率？我們可以看一個去一趟醫學中心成本大概會花多少錢？如果我們有分層，因為不同的狀況在不同的層

級就醫的時候，它整體的效率，就是組織內部的整體效率是不是又會有所改變？

再來一個是，我們這當中裡面，到底神經外科醫師應該有多少人？外科應該有多少人？小兒科應該有多少人？專科醫師跟初級照護，簡而言之就是我們早上討論的所謂的家庭醫學科的醫師好了，像這樣一般科跟專科之間的人數比例上的分配一不一樣？這個牽涉到後面我們的社會成本，比如說培養一個專科醫師原則上要花的年數跟成本，跟培養一個一般科的醫師的年數是不一樣的，以我們現在來講大概醫學系6年、住院醫師4年，這樣大概就可以成為一個一般科醫師。專科醫師，是住院醫師之後還要再加上專科醫師的訓練，所以年數又再更久，腦神經外科會更久，他職業的壽命會比較短，所以如果我們讓腦神經外科醫師去做所有的一般科醫師的開刀手術，事實上他的成本上是很高的。

但是回過頭來，我們培養很多的腦神經外科醫師，但是我們病人沒那麼多，這些腦神經外科醫師要去分擔這些少數的病人，要付得起他的薪水跟他所期待的收入，這個對我們整個而言效率也是有待考慮的。所以這一塊是屬於我們資源分配上，當然資源分配有各種不同的角度，所以這一塊我們等一下在看待的時候，這兩個會是不同的角度。中間有沒有重疊的地方？各位可以想一下，我有一點印象大概是10幾年前，Michael E. Porter，他是美國的一個管理大師，主要講的是競爭，他曾經有一次被應邀，應該是天下還是遠見邀他來臺灣演講，我印象很深刻的是，他一張坐在這裡的位置據說是萬元起跳，有20幾萬的、30幾萬，就是看你是搖滾區還是一般區，你可以提問的跟不能提問的，那個價格都是以萬來做差別。

我要講的是，當然不是這個價格的問題，是這裡面個體層次跟群體層次之間會不會有交集的地方？所以在各位的直覺認知當中裡面，如果品質越高，請問我們的費用會越高還是越低？越高，很好，謝謝，這是多配合的學生啊，我們上課就很需要這種學生。但是Michael E. Porter告訴我們說，不，他有的時候是可以越高，但是成本可以下降很多，所以他舉了一個例子，如果某一類的外科手術，他認為說醫學是靠經驗跟技術，經驗越好、技術越好，他治療的效果跟品質就會越高，他先用這一點。那醫師的經驗跟品質要怎麼來？如果以外科來講，就是他刀開得越多越好，所以他舉了例子，他們美國有所謂的專科醫院，有那種醫院專門開某一類的手術，譬如說盲腸炎好了，他不做任何其他手術，只做盲腸手術、盲腸切除術，所以他開得又快又好，病人很快就復原，因為這個醫師一年大概可以開個大概1、200個例沒有問題，所以到最後他已經是非常純熟了，所以凡是開的病人大概都很少會有後續發炎或併發症的狀況，所以基本上他額外其他的成本都沒有，然後品質，因為他技術好，所以品質很好，費用又降低，所以他認為整體而言他的成本是可以下降、費用是可以上升，當然這是他的例子之一。

我會這樣講，各位可以看到我標了效率有沒有，他提了效率了，可是這個會違反什麼東西？我這邊列了三個，他會違反哪一個東西？可近性。我集中了之後，如果以臺灣來講，請問一下我一年開盲腸手術要開2、300例的話，或是這家醫院要能夠讓他生存下去，他一年要開幾百例的盲腸手術？全臺灣可以設幾家？如果他這樣只設1家，我剛剛講的那個資源分配的公平性跟效率就會有問題了，是不是大家就要跋山涉水到某個地方去接受這個手術，所以他品質、費用都OK，

可是費用是轉嫁到民眾的交通費用跟時間成本上面去，所以我們在看待效益的時候，其實一樣，我們逃不開整體的全面觀，所以這裡面大概是給大家一個方向跟思考的模式，但無論如何我們都是要權衡，取一個中間，覺得最可行而且可被接受的。

我們從制度效率來看，我剛剛提到資源配置，是靜態，這是每個地方都會有，這個會牽涉到我們的整體效率，另外一個是制度運作，就是動態的，像我們在提的分級醫療、轉診這一些，都是屬於動態，這一些的轉換當中他的設計用什麼方式才能夠達到他的效率的成形。從醫療效率面，我們可以看到，其實基本上屬於的是個體的，就是醫療專業的部分，這邊我們就可以去想我們是純做醫療，還是預防跟醫療之間如何配重，早上應該有一部分已經討論到這個議題了，到底是預防的效率比較好，還是治療的效率比較好？他隱含的是你沒有生病之前，讓你不要生病，還是生病之後我幫你搶救回來，哪一種的成本會比較低？而且除了有形的金錢成本之外，對於民眾的，就是我們講說接受的磨難哪一種會比較低，這些我們都可以放進去考慮。

另外一個叫做醫療的極限，這個談起來就會稍微有一點沉重，所謂醫療極限就是人難免一死，所以在這個醫療極限當中我們是不是要做到極致？我記得以前我同學的研究當中就會看到，臨終前3個月、半年，他的醫療費用一下就跳上去了，因為要把他救回來，所有醫療都會用上去，有一些是屬於我們大概幾年前有在討論的叫無效醫療，我們到底要不要？所以這一些就會變成是我們醫療的極限，但這個議題很麻煩，真的非常麻煩，因為牽涉到人性跟人的本質，跟我們講說效率之間的一個對應，所以有一些比較具體的各位可以看到，或許跟早上討論的也可以做個連結，像DRG，為什麼會把它放在醫療效率這一塊？其實是因為DGR給的是定額，所以如果這個部分相對於論量計酬，可以讓醫療供給者或是醫師在處理病人的這段時間，他不是純粹就是我治就好了，可能還需要去盤點一下治療的策略，這個病人我應該用什麼方法，除了治療好之外，還可以用比較少的成本去治療，所以這一塊當中最後要監控品質，如果這個部分做得越多，事實上給的定額跟他所花的成本之間的落差就比較大，所以理論上這是有用經濟誘因的動機。論人計酬有沒有？其實早上大家在討論時應該會討論到論人才對，家醫如果真的是論人來做，請問一下，當然這個有一些前提，不過我們先不管前提，我們先講直接用論人來做。

一個醫師如果我有照顧這一群，或是我一個家醫團要照顧譬如說是5,000個人的社區好了，你覺得家醫團會不會不願意？他期待什麼？期待民眾不要來找他，只要不來找我，我就賺錢，因為錢都在我這裡了，你來就花我的，所以他要想盡辦法不要讓你來，請問一下不讓你來，應該會有一些其他的監督機制，那怎麼監督？看品質、看他的健康狀況，然後看有沒有譬如說被迫到外部去就醫，這時候醫師如果正規來做他應該會做什麼？他應該是追求民眾健康，而不是追求民眾生病，因為你越健康我越賺，越生病是怎樣？論量的時候他才會越賺，越賺可能某些東西就會是額外付出，那我們所謂的效率不彰就會出來。如果是論人，他只要能夠維持你健康，他可能在預防階段就可以先投入，剩下的錢就變成是醫

生的獲得，這一些就是我們在考慮效率的時候，從在醫療的運作上，當然他們技術有另外技術的專業，但是就在個體醫療操作的效率上，我們可以從這個點切入去做考慮，這一些大概是作為各位可以等一下如果討論的時候，提供各位一個參考的架構，看看或許對大家會有一些幫助，以上，謝謝。

陳永仁副教授：

好，謝謝黃教授，把健保制度的架構還有效率方面稍做說明，我們接著請滕秘書長來跟我們介紹。

滕西華秘書長：

謝謝陳老師，剛剛黃老師講的我全部都同意，講得非常好，害我現在不知道要講什麼，但我先站在民眾的立場來想這一件事情，我們剛剛私底下在講說，健保的三角關係在今天的主題裡面，怎麼健保署的保險人跟政策這個角色不見了？通常我們講效率這件事，我請大家等一下討論的時候也把效果這一件事放進去，我們講效率就是我投入適當的成本、input，然後可以產出我所期待的output，就是結果，就是合適的成本進去，這個合適的成本當然包括剛剛講的時間、金錢、方式，等等這一些資源的分布，然後會產出我預期的成果，這個叫效率。可是有一種叫效果，就是兩邊要搭配來看，有一些事情可能不一定有效率，但可以得到效果，有些事情你為了得到效果，沒有辦法追求效率。也就是說醫療有沒有CP值這件事情，或是醫療應不應該談論CP值？剛剛講的，譬如說你投入什麼樣的醫療給付、醫療的服務，可以在最短的時間用最少的錢得到最好的服務，醫療可以有這樣的期待嗎？我講的這是問號喔，我其實也沒有標準答案這樣，所以我剛剛講說效率跟效果這件事情可能要放在一起看。

譬如早上談的預防保健好了，這一件事情，預防保健可能滿沒有效率的，就是如果不是我們期待中的效率，就是你投入馬上就可以看到結果，或短時間可以看到結果，譬如說平均餘命好了，我們不是今年做了什麼事情，健保投入再加1,000億元，我們明年大家就活得比較久，可能不是這樣。可是呢，他有效果，這個效果可能要很久才跑出來，類似這樣。所以如果你要單純地談資源的配置這一件事，我的個人想法可能不能單單只有講效率，而是要講效果，就是我們在有效率的這個體制底下，我們想要追求什麼樣的效果？就剛剛講的臨終醫療，這個效果是我們要，就是無效醫療是用了才知道無效，我先這樣說，無效醫療真的是滿麻煩的問題，沒做之前都不知道它有沒有效，即使大部分的99%沒有效，我們也期待用在那個1%有效，這個也是目前再生醫療跟自費的這個問題。我要講的是，可能它不一定有效率，但可以獲得什麼效果、或是若我要更有效率的時候，我可能就需面對它不同的效果，所以我覺得這兩件事情可能要合併來談。

譬如偏鄉好了，偏鄉可能滿沒有效率的，但為了達到我們所期望的某一種效果，還是要做。以就醫次數來講的話，偏鄉跟山地離島的平均就醫次數都高於一般地區的就醫次數，這是健保統計的結果，但就醫次數多是否就代表效果好嗎？或者是說難道效率好的就一定是次數少嗎？這個中間其實沒有那麼簡單，複雜

的問題其實沒有簡單的答案。

就民眾來說，第一個要民眾能夠在他期待的效果之間，又用有效率的方式去完成看病這一件事情，我覺得有兩件事，第一個是聰明就醫，美國有一個網站叫聰明就醫，它會告訴你哪一種檢查你其實不要做，因為那個又貴，效果又不好，對人體侵害很大。譬如說以前，大概5年前、10年前正子攝影很紅，健檢都會做那項，就有人告訴你其實不用做正子，健檢的時候不用做，或是肺癌篩檢不使用高劑量的，用低劑量的就可以，類似這樣子，在聰明就醫的網站會告訴民眾應該要怎麼選擇醫療服務，它不是告訴你CP值好不好、對不對，你有錢還是可以做這一些事，它會告訴你選擇這個醫療的時候，可能沒有辦法達到你要的這個效果，或者可能更有效率，但這個效果可能不一定是符合你期待的，類似這樣。

當然聰明就醫還有幾件事情，怎麼教病人做一個聰明的病人，比如說他到底要用什麼樣的方式去就醫、去哪裡就醫，他才可以得到比較適當的醫療服務，而且效果又好。就像我們早上講的，有病先去看醫生，不是小病看哪個醫生、大病去醫院看醫生，我們要講的是有病就要去看醫生這件事情，就制度、給付、醫療分布來說，就變成是有效率、又有效果、且可以快速的、可近的，馬上解決你的問題，快速地做症狀的處理，早上陳院長的報告，我很喜歡他的報告，我覺得他有抓到我心裡面想的那種感覺。我去看病，我症狀可以處理好，讓我暫時鬆一口氣，我又有時間，當疾病有進程的時候同時有一個人在陪著我觀察這個疾病，所以可能它的效率跟效果都有，那你去醫院可不可以？可能可以，為什麼？對某些人來說，我的可近性一樣，或者是說我衡量整個成本後，我到醫院體系裡面也可以達到這樣的效果，所以對民眾來說是什麼？你應該給他一種誘因，我是覺得臺灣拘泥在就醫次數這一件事情其實很不智，如果臺灣人看病15次可以把病人照顧得很好，也沒有什麼不對，就是也不用去跟他人比較要很低的就醫次數，我們就是這個樣子，中醫、西醫、牙醫加起來就是這麼多的次數，怕的是什麼？你看病15次、16次，卻越來越糟，這才是我們要worry的，但如果我們都很穩定是這個就醫的次數，當我把聰明就醫這件事情，病人有誘因之後，譬如說我就不去看醫生了，我們剛剛講的他自我健康照護知能變好了，社區藥師可以再教我們更多的自我藥療，或者是說現在因為知識的普及，民眾從教育體系裡面更知道生病是怎麼一回事，有些人不舒服不一定馬上要看病，我們對醫療體系、醫師這個專業的依賴，黏著度沒有那麼高的時候，或是透過吃健康的食物也可以有助健康，我長期以來，不管看醫療經濟也是，其實用部分負擔是最不好的手段，我講不好就是效果最低的手段，並不是它完全沒有用，而是它是效果最低的手段，但對保險人來說可能是效率最好的手段，因為它一開始一年就產生效果，它不管隔年有沒有效果，它只要馬上有效果，可以抑制、平抑這個醫療利用率就好了，但可能效果就不一定有那麼好，當然對民眾的誘因、經濟的誘因就不足，因為對於真正生病的人，可能對near poor近貧會產生影響，對於真正需要或是所得在中產階級以上，可能部分負擔其實沒有效果。

我講的經濟誘因是，如果民眾好好的照顧自己的健康，跟醫生好好配合的時候，對民眾產生什麼樣的效果？譬如說他會被表揚嗎？還是他的保費可以減少

嗎？或是部分負擔可以減少嗎？因為他就不去看病了或降低就醫次數。當然在醫療供給端的部分，支付制度是金鑰，剛剛黃教授講的我就不再多講，但是其實醫療體系的資源發展，我必須要說臺灣一直都沒有往有效率這件事情談，我們只有談有效果，什麼叫有效果？例如有人希望醫學中心家數要變多，就增加它的家數，這樣效果很好啊，大家都滿意了，可是這個民眾呢，我們剛剛講的對不對，我在這家醫院看病，我沒有做錯什麼事情，我的部分負擔就被提高了，健保支付也變多了，這些醫院的醫生會因為你變成醫學中心之後，他就跟昨天不一樣，今天跟昨天不一樣了，今天就變得比昨天更厲害了，其實不一定。

所以我的意思是說，醫療體系，我們在醫療資源分布這件事情，其實包括特約，包括醫療資源的分布，總額要不要推進診所、醫療體系，或者是其他醫療資源往蛋白區走這件事情，到目前為止我其實沒有看到有效率這件事，就整個醫療體系的分布，但是支付制度慢慢地有要朝向這部份來改進，比如我們早上在談的，某一部分的家醫制我們希望它更有效率也更有效果，我們希望在DRG裡面，剛剛講的，更有效率、更有效果，一樣嘛，就有效率不能犧牲效果，更有效率、更有效果，這個就要牽涉到醫療體系能不能配合，我們要講的可能門診包裹制，你不要講15次了，那如果有人，平均15次，這個人12次就可以照顧得很好了，我怎麼回饋給醫療體系、怎麼回饋給這個病人，我看病的次數變低了，我是忠誠病人，我慢箋比例變高，不僅慢箋比例，我透過諮詢可以跟藥師，我剛剛講的，他有其它的病用別的方法可以照顧自己，我怎麼去回應醫療體系更有效率的，這個其實關鍵都是在支付制度。談到支付制度就要講到保險人，健保署跟衛福部，可惜這一部分沒有被納進來看，我就先分享到這邊，謝謝。

陳永仁副教授：

我們等一下三個組裡面都有健保署的科長、專員、專門委員，我們第三位請戴教授來跟我們指導。

戴桂英教授：

主席、執行秘書，還有兩位老師及在座的各位貴賓，今天下午我們大部分人沒有改變，只有少數人改變，但是我們換了主題，不過這個主題有一些是還是有相關的，剛剛滕委員所講的大概是這樣，剛剛我們私下在聊的時候，我有一點誤導他，他才說出那樣的話，為什麼？因為我跟他說，今天的主題要加強醫療資源使用的效率，除了從民眾面及醫事服務團體的這種提供、provider side以外，其實政策面也很重要，只是政策面沒有列入今天的主題。

首先，我要提到以民眾來觀察這種效率的部分，目前一年的總額大概是8,755億元，假設我們有2,300多萬的人，平均一個人的醫療費用差不多37,000元到38,000元，好，那效率是怎麼想？如果我有一份錢是37,000元或者38,000元，我怎麼樣把這個錢拿來好好照顧我一年的健康？如果我可以把這個錢做好，不管你要看多少次，你這個錢夠你看15次門診嗎？要住院嗎，還是怎麼樣，你能不能把這個花費？那我們想得更大一點，一個家庭如果是四口之家，四口之家一年有

15萬的錢，我們怎麼樣把這15萬用到最恰到好處？我想想，我昨天煮菜的時候，在切菜的時候不小心切了一個洞，好，那請問我要不要去看醫生？我如果說這個是拿我這一包15萬的錢，我要不要去看醫生？我可能選擇不要喔，我可能自己包紮一下，然後拿那種水性的藥膏把它弄上去，暫時我可以解決這個問題，那也度過昨天到今天，我自然療癒已經好了。

用這種想法來想，以民眾的角度來看，就是要懂得，第一個可能要懂得自我照顧，第二個可能要有一個所謂的，剛剛有提到聰明的選擇，就是聰明的選擇，當然這個聰明的選擇也是要靠教育來的，有這種就醫的教育來的。然後再來一個就是說，因為我們的討論議題有提到部分負擔，那部分負擔會不會影響我們好好用這一包錢呢？說不定會喔，因為現在到大醫院去很高的掛號費，不經轉診的話很高的部分負擔，那我可能不去囉，我可能就在我附近的診所找一個信賴的人。再來一個，如果病重，我們是不是會考慮說，我現在這種狀況需要去開刀嗎？類似這些都是民眾端，你有沒有把手上的這一包當做你自己的錢，如果有的話，你是不是很慎重來使用它？這是從民眾端的部分。那麼這是個人的觀點，也是導引說等一下大家討論的時候，作為一些引言的話題而已。

如果從醫事服務提供者的部分，怎麼來強化效率？這個就要看了，醫事服務機構是不是有把整體的8,755億元當作我們整個醫事服務機構要妥善規劃的一筆錢，如果不是這樣的想法，醫事服務機構如果說我就用傳統的方法，我多服務多賺錢有什麼不好？如果這種想法的話，那當然絕對會超過8,755億點，絕對會超過。可是有什麼誘因會讓醫事服務機構可以再想到說，我要把這個有限的一年的總經費用在最恰到好處的，用在刀口上，一般的人都講說會怎麼樣、有什麼誘因能夠這樣？當然我們會說，誘因就是說，我們把這些錢大家吃大鍋飯不好，我們可能把它分成西醫基層一塊、醫院一塊，你們各自去管理，牙醫一塊、中醫一塊，你們自己去管理。那很多人就說，對啊，這個好像也有道理啊，中醫的不會吃到我們西醫來，牙醫不會吃到中醫來等等，可能也有道理。但是光是這樣夠嗎？你同樣在西醫基層裡面的這些醫師們，他們有什麼誘因說，我們大家一起控制，所以在這個部分如何提升醫療利用的效率，會不會是我們主動的有再把它區分出來，哪些是低價值的服務，哪些是高價值的服務。另外有一個議題常常被提到的就是low value service，就是低價值的服務，有些譬如說給的藥，有吃跟沒有吃是差不多、差不多那種的，在國外會被界定為低價值的藥，像這個會不會從醫界自發性來的呢？這個議題也是值得我們來討論的。因為我看時間的分配，剛剛過了31、32分，我們是到35分，我想就先講到這個地方，因為重點、主角是等一下各位的討論，我們只是在這裡做一些拋磚引玉，但是我個人還是覺得，除了從醫療服務提供者端，政策端還是非常重要的，只是今天沒有列在議題裡，我就不再提了，就謝謝各位，謝謝。

陳永仁副教授：

非常謝謝三位專家學者，把提升醫療資源使用效率幫我們引言，以利於等一下我們三個分組討論，我們照表操課，先休息10分鐘，我們稍微布置一下分組討

論的場地，我們休息10分鐘，請大家2點40分回到會場來開會。

【全體會議】

陳永仁副教授：

我們現在開始，早上我們從第一組開始，現在從第三組開始，第三組的組長是哪一位？好，各位先進，我們現在來聽各組的組長報告你們組的亮點，我們注意聽，等一下要投票，組長要負責拉票。

第三組組長(陳博淵秘書長)：

各位夥伴，我們第三組整理出五個重點，首先我們認為轉診是很重要的，但前提是基層量能也要充實，所以要推廣家醫、大家醫，不只是西醫，中醫、牙醫都可擔任家庭醫師的角色，提供整合的醫療服務，做第一線的判斷，這樣可以減少病人直接到大醫院去使用比較高費用的醫療服務。

第二點，我們認為門診的部分負擔應該可以檢討，現在的門診部分負擔是定額方式，很多的醫療利用其實還是因為民眾的負擔很少，所以沒有感覺，所以我們認為或許可以檢討改為定率，但是改為定率的話，必須要強調配套措施，就是弱勢的補助要跟上，不能讓民眾因生病就變成貧困，或是貧困就沒有資格可以生病，也要照顧到弱勢，相關配套措施一定要跟上。

第三點，我們認為健康的責任其實不在照護者，是在民眾自己，自己要照顧自己，自己讓自己生病了，然後都賴給醫療院所、賴給健保的資源，這是不對的，我們應該在社區推廣衛教，然後再提醒民眾自我照護的責任，這個才是根本的問題。然後是健康存摺，健康存摺做得非常棒，讓民眾可以自己拿手機或是用電腦就可以看，看自己的高血脂、血糖值等等這些，看看會很害怕說怎麼越來越高，但是如果有變好的話，其實也很開心，表示找對醫生、看對病，這樣就會是很好的機會，民眾會去檢討自己的飲食、生活起居，包括運動，這樣的話，生病的機會就減少，而且如果有生病、體能不好的話，也會有所改善，運動也可減少肌少症，後面很多心肺功能都可以加強的，減少後面重症的機會。

第四點，在醫療品質的管控裡面有審查機制，目前都有，但回推的倍數或許可以檢討一下，因為如果太少的話，可能有些沒必要的醫療、無效的醫療會夾雜在裡面，我們認為回推機制的比例可以檢討一下。另外，就是在論人計酬方面，這個部分其實是可以考慮，這樣有助於整個預算的支出能夠在一個範圍內，避免無限制的使用，醫院、院所端也會加強把病人平常照顧好，避免使用不必要的醫療資源。

第五點，診所和醫療資訊的共享，目前健保做得很好的雲端醫療資訊系統，這個部分有助於資訊的流通與共享，比如說在A院所有做X光片，然後在B院所看到的時候也可以檢查，我們在中醫也可以看到，在西醫骨科或是在基層看到做的X光片，我們就可以判斷確定骨折的部位，或是有些超音波檢查、脂肪肝，還有抽血的檢查、用藥等等，對中醫是很方便，但不只是對中醫，對其他院所也很

方便，這樣子的話，對於減少重複檢驗(查)、醫療資源浪費是很有幫助的，當然也是要院所能夠主動的即時上傳，有時候我們也會看到說明明已經一個禮拜了，雲端上還沒看到報告，這樣等於病人說一個禮拜前有做，我也看不到，我也沒辦法去做更多的理解。

以上五點，落實轉診、門診部分負擔的調整、社區的衛教，以及審查方面回推倍數的討論，論人計酬，還有醫療院所之間的資訊共享、雲端醫療系統等分享給各位。

陳永仁副教授：

謝謝第三組陳秘書長，第二組是林秘書長。

第二組組長(林恆立秘書長)：

謝謝陳教授，其實大家的意見都差不多，跟剛剛第三組的意見有點類似，第一個就是雲端查詢平台跟健康存摺，這個我想大家都有共識，希望利用這個東西能夠減少不必要的重複檢查跟浪費。

第二個，我們這一組的結論，就是從學校開始、從小開始，讓民眾或者是讓學生知道，正確的衛教還有自我健康照護，然後是正確就醫流程，這樣的話從小開始建立正確觀念，由他們回去告訴他的阿公、阿嬤，不是這科看完再看另外一科，他會跟阿嬤說投票投一次就好，不能投兩次，同樣的意思，所以這樣的話，應該可以做部分的改善，這個部分其實醫師公會全聯會已經在努力了，例如教育部教科書的編撰都有邀請醫師公會的專業人員去參與，從教科書可以看到比如剛剛講的頭痛要看哪一科，大家會有一個比較好的、正確的觀念，然後去做一些調整，讓新的一代從小就建立正確就醫觀念及良好的生活習慣。

第三個，就是一站式醫院的整合門診，如果有一些慢性病、多重慢性病，或者是說癌症患者，希望能夠不要在醫院裡面跑來跑去，這一科看完看另外一科，可以做一個整合門診，由醫師共同來照護一個病人，讓病人節省就醫的時間。

再來一個就是強化基層的品質來建立民眾的信心，其實健保開辦這20幾年來，基層已經做了非常多的努力，尤其是所有的基層醫師目前只要50歲以下的，幾乎都是醫學中心訓練出來的，所以大家其實不用擔心基層照護的品質會比較不好，只是說因為基層的醫師畢竟數目跟醫院的醫師比起來數字是越來越低，剩下20%的醫師是在基層服務，80%的醫師是在醫院服務，所以你們的親戚朋友有醫師，其實大部分都是在醫院服務，所以問起來他一定跟你講說「你生病喔？來，來我醫院檢查一下。」這個是我親身的經驗，我自己是基層醫師，我的姪子是醫學中心的醫師，我媽生病了，他問我之後就跑去醫學中心看病，我想在座很多同仁都是這樣，我想這個要真的去改變。我心裡在想說，我比你孫子還厲害，你竟然去讓你孫子看，這是什麼道理，對不對，問題就是這樣，這個社會，剛剛其實大家都有提到，如果定額不改成定率的話，大家當然都是繼續往醫學中心跑，一樣是10元吃牛肉麵跟10元去吃牛排，永遠不會改，當然有一些人說很多弱勢，說老實話，弱勢沒那麼多啦。

我講個故事，我有個前輩在開骨科診所，那個診所所有兩個店面，他年紀大了準備退休，他就把隔壁比較大的空間給他兒子開整形外科、醫美，自費的，然後呢，到這家診所看骨科的病人，用健保，藥品現在有部分負擔，還有一些是自費的例如：胃藥、維他命等，因為骨科很多會開自費項目，例如：維他命、止痛藥，還有一些其他藥，然後病人都會嫌說，你給我收這個10元、20元很貴，但是去他兒子隔壁那一間看的時候，10萬元、20萬元沒關係，都願意付。其實說老實話，很多臺灣的病人能夠A多少就A多少，如果是自費的話，他希望說得到好的照顧，所以他就願意多花一點錢。

再來就是醫界及民眾對醫療資源使用真的要共同負起責任，因為我們一直在檢討健保總額從2,000多億元漲到8,000多億元，大家的負擔越來越大，剛剛我看了主計總處的報告，我在想，政府再掏錢的機會應該不大了。然後第二個，民眾的負擔也很重，大家的收入大概平均5、6萬塊的薪水，20%~30%必須要負擔家人的健康照護，大家都已經撐不太住了，繼續再上去，我想很多人一定會抓狂，所以為什麼說到調健保費大家就嚇得要死，然後要調高部分負擔大家也嚇得要死，原因就是大家的負擔真的都越來越重，但是呢，我看到很多氣喘的病人還是在抽菸，氣喘的病人家裡還是養狗、養貓。我常常在講說寵物展民眾的人潮，遠遠比那個什麼老人照護、長期照護的展覽多了10倍以上的人，這就是民眾，口腔癌還繼續嚼檳榔，你有沒有他的辦法？所以這個部分其實民眾也要自我照護，有的血糖控制不好，為什麼？是因為他半夜都會起來吃糖，這些不恰當的習慣都是要改變，健保才有辦法瘦身，如果沒有辦法的話，大家真的要繼續從口袋裡掏錢，上個禮拜我在公視，那時候就是新冠正要起來的時候，公視的節目就問我說要不要打預防針？我就說你如果很健康就不用打預防針，但是你如果是老弱婦孺、65歲以上，或者是小孩子，家裡有慢性病的人就一定要打預防針，你自己的健康只有你自己照顧得了，你的醫生都沒有辦法照顧你的健康，你的健康只有你自己最知道，你吃再多的藥、照再多的電腦斷層，你的健康還是沒有辦法因為照了那麼多電腦斷層就變好，一定要生活正常、運動，然後營養照顧好，這樣才能夠照顧自己的身體健康，以上簡單報告，謝謝。

陳永仁副教授：

好，謝謝林秘書長，請第一組的組長，王理事長。

第一組組長(王人杰理事長)：

主席，各位專家委員，大家午安，大家好，我是台中市健保社區藥局協會的理事長王人杰王藥師，也是台中市藥師公會的常務理事。第一組共同的決議，還是在分級醫療上面，我們早上討論過家醫制度，剛剛大家也談了很多的轉診制度，這些都很重要，因為要先從家醫做好、轉診做好，落實這些之後大家才不會一天到晚跑醫學中心，所以這是相當重要一件事，大家也知道去醫學中心的費用跟看家醫真的是完全不一樣，所以落實這些之後，我們最終目的在幹嘛？是降低醫學中心的門診量，因為當這些降低之後，當然醫療的浪費就會節省下來，所以國外

的醫學中心大部分都只是看急、重、難症的部分，希望我們的醫學中心也能夠負起這樣的責任，現在大概都靠門診來撐，事實上這在國外也是很少見的事情，所以希望我們真的能夠落實早上談的家醫做的那些事情，然後到分級醫療，到最後能夠降低醫學中心門診量，但是話說回來，降低門診量同時要怎樣？增加急、重、難症的診察費用，這樣才有可能使他們在收支上能平衡，否則現在大家都用門診的費用來cover醫院的收入，這件事情我想應該同時一起做，所以這是第一個很重要的事情。

第二個是，我們的慢箋只能開3個月嗎？因為我們現在慢箋大概都限制開3個月，可是事實上各位注意，我自己開社區藥局，可能在我那邊領5年藥的病人，他的慢箋都長得一模一樣，所以這麼久都是一模一樣的時候，難道不能開6個月、開1年嗎？事實上，歐、美、日、韓目前的處方箋大部分都可以開到6個月，甚至於1年，所以這個時候如果把處方箋、慢箋的上限可以再稍微提高一點，是不是可以到半年、一年，這個可以再討論，但是提高慢箋上限的結果除了會減少一些診察費用，也可能減少很多檢驗的費用，病人相當穩定，當然前提是病人穩定的情況下，所以這個部分希望健保這邊也可以考量，應該可以提升慢箋處方的月份數，我想這個部分應該可以提高，當然如果醫生願意這樣做，是不是再適度給一點獎勵，我想這個在設計上是可以考慮的，所以這是希望可以做的。

再來，我們也希望病人在用藥上面有正確的認知，因為我們剛剛在提，畢竟我是藥師，病人在用藥上面，我們其實從早上談了很多，叫做預防醫學，我們也希望病人知道他到底用藥在吃什麼，他的醫療到底長什麼樣。我相信，我們常常到居家去看病人，過去健保有一個叫高診次的藥師照護，我們剛剛在一開始開頭也講了，其實高診次的部分現在病人，各位猜猜我看過最高的看診次數是幾次，知道嗎，一年？我自己看過最高的大概3、400次，你想想看他怎麼看？當年的報導，最高好像是600次還800次，你看他怎麼看病？所以我們一直在談就醫次數超過15次，如果高診次這麼多，怎麼可能不超過15次呢？這是一定的，當然這牽扯到很多的問題，包括，我就問你為什麼要這樣看啊？其實你以為他很複雜嗎？沒有，各位，能夠高診次的病人絕對活跳跳，他活跳跳才能夠到處跑，你知道嗎？你不要以為高診次是他病很重，所以他一天到晚要看，不是，是他反而活跳跳才會這樣子跑，他只是很簡單的跟你說他胃不舒服，早上看了一個，然後去看了拿了胃藥吃，說不夠有效，再去另外一個，就是這樣看。他就覺得他要這樣看，這是病人的用藥行為，這個行為是很難改變的，所以早期我們有一個叫高診次的居家藥師照護計畫，後來因為這個東西跟居診合併了，但合併之後我必須講就不見了，我們以前大概一年可以看1、2萬個病人，跟居診合併之後，我上次看到數字剩7個，那完全沒有辦法照顧到居家的病人，我必須講，居家的病人完全長得不一樣，居家的用藥也完全不一樣，大家在看診的時候，醫師問病人藥吃得怎麼樣？有沒有照醫囑吃？你覺得答案是什麼？有啊，病人怎麼可能說沒有，沒有他就不會來了好不好，他怕你不開藥給他，所以不可能，所以一定是有的，可是事實上在居家，當你到家裡面的時候，就發現藥怎麼剩那麼多？你就問他你怎麼吃？事實上他們常常會忘記服藥，甚至於他覺得這個藥太多，老人家都會跟我們講

「吃藥不好，最好不要吃」，但不要吃，你去拿？這是不拿白不拿的心態，就是病人在用藥上需要矯正的行為，所以真的要去居家看到他們才知道原來怎麼樣，這很重要一點是，到居家你才能知道，各位知道我到居家看一個個案多久嗎？平均1~2小時，你很難在診間看到真相，不要說我自己在藥局發藥幾分鐘，我跟你講我都很難超過3分鐘，因為我們也要很快，你到醫院拿藥你會超過3分鐘？沒有啦，你拿了立刻就走了，不管藥師解釋多久，就那幾秒鐘，算秒的，你拿了就走了，你怎麼可能知道藥物那麼多問題呢？

有關病人用藥，真的是太多太多的例子可以講，我隨便講，很多藥的時候，他在吃的時候他不知道他在吃什麼，藥物上面有很多備註，尤其是副作用，我們現在的藥袋上面寫得很清楚，就是包括作用、副作用都要寫得很清楚，可是事實上常常那個不是他想要的，有時候是醫生開的是真的為他好，可是吃下來他會覺得不是那樣吃，比如說一個抗癲癇的藥物給他吃，吃完，那個抗癲癇的藥物其實不是為了抗癲癇，他是神經痛啦，大概醫生們就知道，可是當病人看到我又沒癲癇，你給我開這個藥幹嘛？他就不吃了。所以為什麼居家要去看。各位知道胰島素要冰吧？我到居家看胰島素用藥情形，問病人說你放哪裡？他說放冰箱，冰箱打開時，臭死我了，因為冰箱沒有電。所以到居家看真的完全不一樣，所以我一直希望，在幫助高診次病人降低就醫次數時，希望有藥師去他家，看看他的居家環境，跟他好好的溝通，才知道他到底怎麼吃藥，所以希望能夠恢復高診次的居家藥師照護，讓我們知道病人在家的行為是什麼，這是很重要的。

相對的，我們組也有人提出照顧者也要瞭解病患的用藥狀況，他很希望家裡的照顧者能夠清楚病患的整體狀況，而不是只有高診次的問題。我相信民眾都有需求，剛剛他就說很希望讓家裡面的爺爺、奶奶知道到底他在吃什麼，有問題可以問誰？當然第一個是希望說，家人可以去問原來拿藥的醫院藥局，那邊有藥物諮詢可以回答，當然相對的，如果有居家藥師照護提供服務，當相關醫療單位通知我們，我們就會去看，現在我們也協助衛生局的居家照護，所以希望大家能夠支持恢復高診次的居家藥師照護，以上是我們這一組的報告，謝謝大家。

陳永仁副教授：

好，謝謝王理事長，好，我們各組對其他兩組還有沒有什麼不清楚，在投票之前要請教他們的，有沒有？都清楚，我們就開始投票，跟早上一樣，就是第一組的人不投第一組，投第二組、第三組，第二組的人投第三組、第一組，第三組的人投第一組、第二組，自己的不投，好，我們開始投票，各位手上有5張貼紙，全部投給一個建議也可以，全部把它分散也可以，遊戲規則就這樣子。

好，是不是都已經投票了？如果都已經投票了我們就開始算票，小心不要讓他掉下來，如果掉下來，眼睛要亮一點，看是從哪掉的。

好，我們是不是大家請就座，我們這一次的投票，最高票的落在第二組的21票，家醫轉診制度要加強宣導，這個雲端平台跟健康存摺的觀念。第二名落在第三組的19票，門診部分負擔由定額改為定率，第三名是17票的診所與醫院資訊共享，雲端資料系統，第四名是第二組的一站式衛教、第一組的分級醫療，提高急、

重、難的支付，同時減少門診量，還有推廣社區衛教，提醒自我照顧的責任，以上都是13票。我就請21票的來，是不是說明一下？眾望所歸。

第二組組長(林恆立秘書長)：

謝謝啦，基本上我想這個結果，其實早上、下午的議題是一貫的，從家醫的轉診制度，其實分級醫療就是減少健保總額繼續胖下去的最好方法，剛剛健保署的專員說，還有2,000床在擴建，表示還是有些經營者覺得醫療這一塊還有一些費用可以爭取，不過我的想法是說，沒有錯，這跟蓋房子一樣，蓋了50萬戶不夠、60萬戶不夠、70萬戶不夠，80萬戶、100萬戶繼續蓋下去，但是臺灣的人口會怎樣？會往下掉啊，現在已經開始往下掉了，蓋好的醫院絕對不可能用1年、2年、3年，甚至於5年，一家醫院看起來最少50年，最少50年，好，前10年讓你賺錢，剩下的40年你要虧到哪裡去？我們的醫師、護理師、藥師，以及輔助醫療夠不夠？

我舉我父親的例子，他大概10年前中風，中風的時候第一個時間大家要找什麼？所以大家都說我們每一個縣市都要一家醫學中心，南投也要一家醫學中心、台東也要一家醫學中心，然後屏東也要醫學中心，因為為什麼？中風之後一定要送ICU，一定要有ICU，沒有ICU或者是你沒有足夠的ICU床數的話，那病人家屬一定跳起來，找立法委員、找衛福部長說你幫我喬一床讓我可以住進去。但是大家不要忘記，你在ICU可能待1個月而已，或者是更短2個禮拜就出來了，剩下的10年都在哪裡？剩下的10年都在社區裡面，你為了那2個禮拜的ICU，要大家投資更多的錢去蓋醫學中心，可是卻忘記未來的10年是要在社區裡面，沒有一個好好的復健系統，沒有社區醫療體系，怎麼樣支撐後面那10年的生活？所以現在的狀況就是這樣，大家都想說我家隔壁有一家醫學中心最好，看病也方便，做什麼都方便，但是你忘記了，我們的偏鄉，剛剛專員有提到我們的偏鄉醫師，第一個越來越少，第二個年紀越來越大，然後醫療設備越來越不好，這個有沒有辦法解決，偏鄉的臺灣人也是繳一樣的健保費，但是並沒有辦法獲得同樣的醫療照護，這個是我們大家都心知肚明的事情。

第二個就是剛剛有提到的居家醫療，其實我是最早做居家醫療的，另外一個醫療不平等的地方叫做都市裡面的這些行動不便的老人，尤其住在舊公寓的老人，我前天才碰到一個病人，他每天都跟他的兒子跟孫子講說他喉嚨痛，然後帶他來的孫子就站在一邊說「林醫師他到底有沒有生病？」我跟他說「看起來好像有一點毛病，但不是那麼嚴重。」然後他孫子就跟我講說「你知道我要送他來這裡看要花多少時間嗎？」因為他住5樓，然後就要把他搬下來，就要全家總動員，三個人搬他一個人下來，所以這就是都市裡面的偏鄉，這些都有繳健保費，但是基本上他沒有辦法得到很好的醫療照護，所以這是我們怎麼樣把分級醫療做得好，健保真的可以瘦身，大家的負擔就可以不用那麼重，以上謝謝。

陳永仁副教授：

好，謝謝。第二名19票，我們聽一聽第三組的構想，好嗎？給你3分鐘。

第三組組長(陳博淵秘書長)：

好，我們19票的是門診部分負擔定額改成定率的這個考慮，門診負擔比較低，其實真的是對一些要限制他就醫次數來講，或是說避免他重複就醫，這個角度來講，這個級距不高的話，其實沒有什麼管制力，如果他能夠，譬如說在醫學中心定率的話，他的部分負擔就會比較多，這時候就會減少直接到醫學中心或是說大型醫院，可以在基層醫療裡面就可以進行相關的醫療，或是說他有必要去醫院或是醫學中心的話，等到妥善之後他也可以回到基層醫療這樣子，讓基層醫療承擔比較多照顧的責任，這樣的話有助於健保整個資源的分配，因為我們剛才也有講到說，在基層還有偏鄉的話，其實很多地方都還滿需要，還有居家，在都市裡面的偏鄉，這些都是需要很多院所、診所，醫院都很忙，醫院的醫師都很忙，診所的醫師當然也是忙，可是因為他可近性比較高，他可以就近照護鄰里之間，或是說他比較有可能到巡迴醫療或社區裡面去提供一些醫療服務，我們中醫補西醫這一塊做得很積極，這是大家兄弟之間互相幫忙，居家整合或是說我們在偏鄉醫療照顧更多的點、更多的患者，能夠提供適當的醫療，我們中醫也是很有熱心可以參與這一塊。回到說我們門診部分負擔和定額定率就是在思考，但是還是強調，弱勢的保護還是要配套，以上。

陳永仁副教授：

17票的部分，你要不要說明一下？

第三組組長(陳博淵秘書長)：

好，這個就很有說的了，診所跟醫院的資訊共享，這個真的是很好，在健保署推的很多政策中，這個是我常常在門診跟患者說，你要感謝我們的國家花很多錢在這件事上，這些錢可能不是給你的藥、開刀、住院，可是這個對你的健康是很有幫助的，對你了解自己是很有幫助，對你照顧家人也很有幫助，因為這個資訊可以分享給照顧的家屬，爸爸、媽媽只要授權給子女，子女就可以在雲端上看到父母的資料，醫師也可以知道他們最近血糖控制得怎麼樣、血脂肪控制怎樣，這些資訊，或是說他們這次開的藥吃得怎麼樣，醫師都可以理解，這個對我們整體社會健康照護的參與感是很重要的，我覺得參與感是很重要，為什麼？如果我不知道我爸在吃什麼藥，也不知道我媽、我小孩去看了什麼醫生，醫生怎麼說或是要注意什麼都不清楚，我想多盡一份照護的那種想法也很難進行，我也不知道做什麼，所以有這個雲端的醫療，不是只有院所之間的，看得到院所之間的一些檢查報告，還有做的一些影像學的檢查或開的藥，在家屬之間也可以運用，門診患者坐在你面前，有時候他說你看看雲端，我覺得OK，可是你自己回家就可以看，看完就可以告訴我你的想法，我們可以節省一點時間，這樣是很好的，謝謝。

陳永仁副教授：

好，謝謝，時間的關係，我們就介紹三個就好，等一下如果還想進一步了解的，可以私底下討論，我們來一個大合照就結束今天的議程。

附錄 10：南區願景工作坊會議紀錄

113 年度全民健康保險資源配置願景工作坊-
家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向會議紀錄(南區)
(含附錄一與會人員發言實錄)

時間：中華民國 113 年 7 月 31 日上午 9 時 30 分

地點：Le Phare 共享空間新左營館 MR505 會議室

主持人：陳副教授永仁

紀錄：趙于甯

出席者：詳如簽到單

專家學者：林副教授文德、黃副教授偉堯、蔡助理教授淑鈴(依姓名筆劃排序)

列席者：

臺北市立大學：邱副教授慈穎、黎助理教授伊帆

衛生福利部全民健康保險會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、許科員至昌

壹、主持人開場：

說明願景工作坊進行流程、介紹專家學者

貳、專家座談：

簡述家醫群概況及面臨問題

參、小組討論：略

肆、全體會議：

第一組建議：

- (一)增加宣傳管道：可將家醫群放入學生開學健康檢查宣導，並每年舉辦線上有獎徵答，讓學生或民眾參加。對於初診民眾，診所可詢問其成為家醫群成員的意願，已加入家醫群的民眾可以透過健保快易通查詢自己與其他家庭成員資料。
- (二)加強宣導內容：被收案人須了解加入的家醫群，包含家醫群的診所組成、特色、合作醫院，家醫也須提供長照資源連結服務。
- (三)擴大家醫群服務內容：群內被收案者涵蓋不同的醫療需求，若能擴大家醫群內醫療服務，如納入中醫、牙醫，經由群內轉介紹，可增加醫病之間信任度。
- (四)同一生活圈：目前家醫群沒有嚴格限制要在同一生活圈，民眾在家醫群內就醫的距離可能過遠，希望未來可以逐漸整合，集中在同一生活圈。

第二組建議：

- (一)增強宣導力度：健保署過去都是向醫界推家醫制度，但很少直接向民眾端宣導，應該由健保署主動向民眾宣傳家醫制度，並討論在家醫群內就診的獎勵制度。
- (二)提供「周全、持續、多元」的服務內容：持續壯大家醫群力量，家醫照顧的是全人、全家庭、全社區的健康，不論是預防保健、疾病

治療、疾病篩檢，或居家照護、長照資源，家醫隨時能提供民眾最適的服務。

- (三)提供轉診時，應考慮後續病人的問題：提供轉診綠色通道，透過轉診到醫院可以更快速得到醫療服務；下轉回基層診所時，須考量醫病信任度，以曾就醫過的診所為主，民眾才會對下轉診所有信心。

第三組建議：

- (一)加強對民眾宣導家醫制度的優勢、目的：強化家醫計畫中個管師的功能，透過e化、通訊軟體由鄰里長或各公會團體發送。除宣導外，還需提供預防保健、就醫觀念、就醫模式等教育。
- (二)家醫群登記制及分配制雙軌並行：民眾可自行到各地衛生所登記想加入的家醫群，或透過健保就診數據，由健保署分配到常就醫診所。
- (三)提供誘因增加民眾加入意願：加入家醫群的民眾就醫受到一定程度的限制，但掛號費、部分負擔可減免，建議減免費用也在公務預算中呈現，當家庭醫師照顧的病人，醫療使用量下降時，醫師可以從健保署端取得該預算回饋。

伍、總結：

感謝各團體推派代表今日的參與，會後將討論的意見彙整成會議紀錄，提供後續健保總額協商參考。

散會：下午12時40分

附錄：與會人員發言實錄

113 年度全民健康保險資源配置願景工作坊-

家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向(南區)

與會人員發言實錄

【專家座談】

黃偉堯副教授：

主任、各位老師及各位先進，大家好，我是長榮醫管系的黃偉堯老師。我今天就慢鳥先飛，先跟大家介紹一下，今天主要是願景工作坊，願景是還沒有實現，所以我們期待它實現，今天大概會有2個事情，1個是願景的實際內容，1個是達成願景的過程，要討論願景需要一些專業知識，我特別製作簡報好讓各位可以稍微結構化的認識全民健保，這裡面有2個，1個是我們一定要把握住最後的目的是什麼，今天是在全民健保的框架之下來談家醫計畫，所以全民健保的終極目的應該是我們心中的終極目的；另外一個是達成目的的過程，就是用什麼樣的策略、方法、手段來達成目的，所以我會期待各位在討論的時候一定要記住一件事情，就是全民健保終極目的是什麼。

簡報第1張圖基本上是我們很常用的一個圖，我把全民健康保險的終極目的放在中間，全民健康保險的終極目的是希望能夠提升全民健康，所以我們任何的政策應該要嘗試不違反提升全民健康，這樣講有點消極，積極一點是要能夠促進全民健康，所以各位等一下在討論任何一個政策建議或制度改善的時候，請各位就要先問自己一件事情，我提出任何的建議是只有省到錢，還是提升效率？但是我認為這一些都是第二層而已，第一層最重要的是這些政策方法執行下去之後，到底對全民健康有沒有幫助、有沒有提升，所以我期待各位在討論的時候，能夠考慮這件事情。

全民健康保險在這個框框之下，健保本身另外第2個作用是在避免就醫的財務障礙，全民健保能做到的只有這件事情，避免民眾在就醫時候的財務障礙，至於其他資源分配、效率不見得是全民健保自己可以做得好，需要結合我們的醫療制度，所以除了中央健康保險署，還有醫事司、照護司、國健署等機關，各位在想願景的時候請一定要留意一下，在分工上到底哪些東西是全民健保負責的，我們在這一塊當中能扮演什麼角色。

既然剛剛提到願景，所以也就更期待各位能夠形成一個力量，除了全民健保要做的事情之外，醫療法要配合什麼東西？醫事司應該配合做哪些事情？如果我們可以有一個全面性的看法就會更好一點，至少最保守的方法就是，各位如果了解整個架構之後，知道這些外在的條件限制之後，我們不要去動別的地方，只在健保裡面我們可做的範圍在什麼地方？可能有一些期望及願景就要稍微調整。

我稱3個橢圓形內的要素叫系統化的概念，我希望把3個要素連結起來，讓各位可以有一個整體觀。全民健保是單一保險制度，保險人是中央健康保險署，保險對象有被保險人跟眷屬，醫療供給者就是所謂的醫界，各位可以看一下彼此的關係，保險人跟保險對象之間叫財務制度，做2件事，第1個就是收保費，另外1個是給付的範圍，就是要提供我們什麼樣的醫療服務，當給付範圍增加，保費應

該是要跟著增加，這2個是連結的。另外一塊是支付制度，就是保險人怎麼付錢給醫療供給者，醫療供給者提供完服務之後怎麼去向保險人申請錢，健保怎麼付錢，像DRG、論人計酬、論量計酬、家醫計畫都是支付制度，跟財務制度關係比較少，但都是醫療制度的一部分。醫療供給者怎麼提供醫療服務給保險對象，以及保險對象如何來就醫、接觸醫療供給者，民眾到底是到醫學中心或診所就醫，或者居家醫療，就是就醫跟醫療行為。目前民眾就醫可以自由選擇，制度是不是要有一個導引及安排呢？這會是我們今天主要討論的一個範疇之一，所以請各位把這一塊放在心上去試試看。

我們剛剛提到家庭醫師整合性照護計畫的願景，通常在談政策或談制度改變會有3個面向，可近性、品質、效率，尤其是在健康這一塊，我們給的策略會不會影響民眾的可近性？會不會影響品質？會不會影響效率？效率講得直接一點就是費用的承擔狀況。可近性提高，費用會不會增加？品質提高，費用會不會增加？要省費用，會不會影響到品質及可近性？他們之間是交互關係，所以我們一個政策提出來之後，可能可近性大幅增加，可是卻忘了會不會造成其他影響，所以在談願景的時候，千萬不要覺得一個建議很好就提出，當我們提出來建議的時候，除了考慮最後終極目的是全民健康之外，還有考慮健保的有限在於它只是避免財務障礙，以及會不會造成其他影響，我們只是提供給各位一個方向，也請各位做一個參考。

等一下討論的時候，各位可以想一下影響保險對象就醫的行為會有哪些？譬如說我們剛剛提到家醫計畫，為什麼有些民眾願意直接到診所或到家醫去就醫，我們應該先問問他為什麼願意去，那有一些為什麼不願意直接去診所或家醫就醫，而只要到醫學中心，是為了什麼。如果我們可以知道原因，根據原因來調整政策或制度的話，或許這一群人會直接去診所或家醫就醫。那如果我們只是用錢押他回來、限制他，有些人可能會直接去診所或家醫就醫，但有些人就打死不會直接去診所或家醫就醫，這個只是表面的方法，這當中就請各位留意一下。

當然我自己分享一個，因為我們以前碰到有一些民眾不願意去診所，一個很簡單的原因，他覺得我去診所就醫，萬一我是重病或需要住院該怎麼辦？診所醫師如果沒有提供後面需要的醫療，我是不是要重新再去醫院，我不就要多付健保的部分負擔，然後醫院又要我從門診進去，所以我也不可能直接住院，這一些合起來整體的費用比起我直接去醫學中心的費用還高，我們有聽過民眾就是這麼說的。所以如何能夠讓家醫變破除民眾這樣的疑慮，這是一個舉例而已，民眾會有很多的考慮因素，如果知道原因再回去解決或提出制度設計的話，那就更能夠達到目標。

討論醫療供給者就會牽涉到運作模式，家醫計畫是閉鎖式的，跟醫院的連結就是單線，那是簽約的時候有合作，還是真的跟醫院很密切的合作，這就會牽涉到運作模式，那到底是哪一種？都是家庭醫學科醫師，還是各類不同專科醫師，這就會牽涉到家醫計畫的運作，所以不是只有一個家醫可以把它涵蓋進來。

另外一個是財務誘因，對醫療供給者辦家醫群的誘因在哪裡。然後個人因素，有一些醫療供給者可能就是不喜歡做這樣的事情，所以會有哪些因素以及怎麼

去分流。保險支付制度及財務制度有沒有搭配，舉一個比較簡單的例子，如果牽涉到民眾，有沒有可能用論人計酬的方法，這個人就是包在我這裡，他的就醫全部都在我這裡，我可以對他做完全的照顧，這會是一種。另外對於我們現在即將要實行或是我們期待執行的家醫計畫，醫療制度或法令規章，醫療法或其他一些相關的法律有沒有什麼障礙或限制，需不需要去做修改？

還有今天如果診所跟醫院合作，請問你們的財務可不可以流通？如果不能流通，那診所就會講我病人送去醫院，我就把錢送出去了，我為什麼要送出去？所以它轉診的機制是什麼，這個就會牽涉到相關醫療法規，所以當牽涉健保法或健保制度以外的時候，如何一併提出問題或配合的條件，讓其它部門一起來搭配進行之後，我們的願景可能才比較容易實施，我就簡單用這2張簡報跟大家做一下分享，以上，謝謝。

陳永仁副教授：

謝謝黃教授，請各位參閱會議手冊第6頁，其實家醫計畫111年有609個醫療群，診所數5,687家，醫師數7833人，收案會員數600萬左右，這些數據請大家參考一下，第二位請林文德副教授。

林文德副教授：

主持人、3位學者專家、付費者團體代表、醫界代表，大家早安。我是長榮大學醫管系主任林文德，非常高興受邀來擔任這個場次的專家委員，其實我之前有參加過臺北場，我目前是健保會的委員，其實在健保會裡面也討論很多有關家庭醫師整合性照護計畫的一些未來發展，所以我今天就分享給大家，也做為大家等一下要討論的一些背景參考資料。

剛剛主持人也有提到，其實家醫計畫已經實施了20幾年，從一開始的8億多元到現在42億元，醫療群現在有600群，1個群1年相當於大概有700萬元的預算，等於是希望透過這樣的預算來達到一些目的，家醫計畫已經執行了20幾年，一開始是一個試辦計畫，大家就一直在講說，這個試辦計畫試辦這麼久，到底什麼時候結束，實際上也沒結束，就是一直在演化、一直在改進，但是經過這20年來還是希望能夠去檢視一下到底家醫計畫有沒有達到當初的目的。家醫計畫有3個目的，第1個是要建立家庭醫師制度，然後提供周全性、持續性及協調性的照護；第2個是要以人為中心，提供全人、全家、全社區的照顧；第3個是要為未來的家庭責任醫師制度建立一個基礎，所謂家庭責任醫師制度是要用論人計酬的方式。我們今天要來講未來的願景，可能就是要去思考，到底我們心中想像的家庭醫師制度是什麼樣的樣子？有了這樣一個願景，我們才能夠知道要用什麼樣的策略及方法達到那個願景。

剛剛黃教授就給我們做了很好的一個題綱，就是整個健保的架構是怎麼樣的，我們希望在分級醫療的情況之下，病人到適當的場所就醫，所以家庭醫師其實是扮演最基層照顧的角色，所以我們期待大部分的疾病在基層就可以得到周

全性服務，就是說提供的服務是很完整的，就不用再到醫院去。

持續性就是家庭醫師是我們一直會去看的一個醫師，我相信在座的很多代表看病都有一個固定的就醫場所，不會說今天完全不知道，因為我們看病看了這麼多年，大概也都知道要去看哪一個醫師，大概會有持續就醫的狀況，但是我們好像沒有固定持續在看同一個醫師，對不對？可是家庭醫師的精神是我們有一個類似我們個人的醫師，他因為跟我們長期有這樣一個醫病關係的建立，持續關係的建立讓我們很信任他，而他也了解我們的病情，所以我們一旦有一些問題去找他，他會知道我們到底是今天因為太激動所以血壓升高，不需要吃藥及檢查，也不需要去醫院，其實只要稍微調整情緒，或做一些其他處理，就可以讓血壓得到控制，就是因為有這樣的關係，所以我們信任這個家庭醫師，他了解我們的狀況之後，可以做一個很妥善的處理，這是家庭醫師很重要的一個特色。

再來的話就是整合性，因為家庭醫師可能沒有辦法處理我們全部的醫療問題，所以一旦有他沒辦法處理的問題，就可能要轉到上面一層的醫療院所，比如說轉去醫院。所以在國外，家庭醫師就是一個守門員，是我們的first counter，也就是我們進入醫療體系最初會接觸到的人，我們會直接去找他，第一個去找他，他再幫我們轉到適合的場所去就醫，因為每個人可能願景不太一樣或是認識不太一樣，對家庭醫師的想像可能會不太一樣，但是就我個人看過的國外文獻，家庭醫師應該是具有這些特性。國防預算6,300億元，健保預算8,700多億元，家醫計畫投入42億元，說多不多，其實不到健保預算的1%，說少也不少，也占了整個中醫總額400億元左右的10分之1，其實是一個蠻大筆的費用，所以我們可能就是要去思考到底一年花42億元，花20年，家庭醫師制度要怎麼建構起來？

今天其實主持人整理了非常多很好的問題，包括家庭醫師到底要不要採用登記制，因為現在是用分案的方式，就是適合的人就分到醫療群裡面，所以有很多民眾不知道他的家庭醫師是誰，這個跟剛剛講的持續醫病關係可能就不是很符合，因為民眾根本不知道自己的家庭醫師是誰，我們沒有透過一個機制讓民眾有一個歸屬感，或是認識他自己家庭醫師的機會，那其實就無從建立這樣一個持續性的關係，所以我們第一個問題就是要去問說，到底要不要採用登記制，登記了之後會不會比較好建立起家庭醫師跟病人之間的關係。當然登記制有登記制的壞處，也就是說可能有些人去登記，但會不會醫師不收不好處理的病人，所以制度上面就要設計，如果採登記制，醫師不能夠選病人、不能夠拒絕病人，類似這樣的機制，這是大家要去思考的第一個題目。

現在健保是一個自由就醫的環境，大家就醫都非常方便，我今天想要去看眼科就直接去看眼科，不會去找家庭醫師，那在這樣的一個環境之下，家庭醫師制度有沒有辦法限制病人就醫，就是登記一個家庭醫師，然後大部分的問題都要去找家庭醫師處理。但是現在的醫療群是擴大這個範圍，就是不是只有限制在同一個醫師，而是一個群，這個群裡面就有不同專科醫師，理論上一個醫療群是整合的團隊，所以民眾去群裡的任一個診所就醫，醫療群應該都能夠掌握你的就醫狀況，接著我們要去探討到底醫療群提供的服務內容是什麼，那我們是不是可以在醫療群裡面得到周全性、持續性及整合性的服務，我們待會可能要去花一些時間

來討論。

還有我們剛剛也有提到現在是自由就醫，要鼓勵民眾看固定一個醫師或是到一個醫療群去就醫，這樣會不會有一些衝突，或是有一些無法整合的部分？所以如果沒辦法限制就醫，那有什麼方式可以鼓勵病人儘量去找家庭醫師，而不是生病就去大醫院，我們就要去思考到底要不要透過一些機制來儘量鼓勵病人留在基層就醫。國外則是很嚴格限制民眾要先看家庭醫師，並透過家庭醫師轉診才能去看專科醫師或醫院，但是臺灣有辦法實施嗎？這就是要去思考的問題。

另外有些國家是用財務的方式，如果民眾不經過家庭醫師，直接去看專科醫師或醫院，費用就要很高，類似這樣的一些機制，這個是大家要去思考的，就是說我們理想中的家庭醫師制度應該是長什麼樣子，也是今天願景工作坊的目的，大家可以去討論我們希望的家庭醫師制度是長什麼樣子，以及怎麼樣透過家醫計畫及這麼多的預算能夠逐步實施，達到我們心目中家庭醫師的樣子，而不是每年都投錢進去，但是最後的結果就是好像變成補助基層醫療，壯大基層醫療，但是壯大基層醫療的結果，有沒有讓病人比較喜歡到基層就醫呢？這也是要去思考的一個問題，以上我大概就做這些前情的提要，謝謝。

陳永仁副教授：

謝謝林教授，我們臺灣家醫制度的願景就是要周全性、持續性及整合性，第3位請蔡淑鈴助理教授。

蔡淑鈴助理教授：

主持人陳教授、黃老師及林老師，我是蔡淑鈴，我在不久之前是健保署的副署長，現在退休，所以就換了一個身分，今天很高興來參加健保的願景工作坊高雄場，這個工作坊有3場，我有參加臺北場，剛剛黃教授及林教授其實談了非常多，包括背景、理論以及提醒大家的相關事情，既然都已經講這麼多了，那我講沒有講到的部分。

在座各位可能是付費者代表，可能是醫界代表，也有可能是健保署同仁，我們今天來看家醫制度，你今天看了這個題目覺得離你很遠，好像沒什麼感覺，可是當大家告訴你這個制度已經20年了，而且也投入蠻多預算，你身為一個病人的角度來看可能會覺得「唉唷，我怎麼不覺得有這個東西呢？」，那這個就是今天願景工作坊第一個想要提醒你的，健保有這個制度而且一直都在，那為什麼你會沒有感覺呢？到底問題出在哪裡？尤其是付費者代表的感覺又如何呢？來想想為什麼你沒感覺。在座也有醫界代表、也有基層醫師，這個制度已經存在20年，當然不是從一開始就有這麼多醫師參與，它是逐步到現在有超過600群，每一群有5~7位基層醫師組成，目前的架構是這樣。

你對家醫制度提供的服務有感覺嗎？如果你知道你是某醫群的會員，你有感覺他跟其他的醫師不一樣嗎？這一點大家也稍微試著想一想。或者你今天是醫事服務提供者的代表、你是基層醫師的代表，你是參加這個醫療群、家醫群的醫師，你自問有跟其他的醫師哪裡不一樣嗎？你可以大聲的跟大家來介紹嗎？

這是第二題。

第三題是說，我們到底希不希望臺灣真的有一個大家都耳熟能詳的家醫制度，而你就是其中的病人、你就是其中的醫師，甚至我們期待所有的基層醫師都是家庭醫師。我們到底需不需要？又怎麼樣往那個地方邁進呢？這3個命題，其實從白話文講就是在問大家，如果我們需要家醫制度，我們現在缺的是什麼？我們如何補強才能真正成為一個家醫制度的國家？

我們就先想想為什麼需要家醫制度？如果你現在都沒感覺，那我們為什麼需要家醫制度呢？首先其實家醫制度也不是臺灣發明的，家醫制度在西方國家是非常普遍的，而且從有醫療制度開始就有家庭醫師這樣子的概念，甚至在醫師的其中一種訓練是為了未來想成為家庭醫師的生涯訓練，最後成為一個家庭醫師，而在很多的國家裡，家庭醫師都成為民眾進到醫療體系的第一個接觸口，也就是說他其實就是你的家庭顧問，你什麼事都可以跟他touch，他是一個跟你非常親密的，甚至你整個family都是他在照顧的，他知道你家裡所有大大小小的疾病、病史，所以他可以給你很多的忠告、建議及服務，但是他也有很多不及的，譬如說他沒有像醫院有這麼好的設備，沒有辦法去做進一步的檢查，他沒有能力進行精密的檢查或住院的治療，但是他有一個角色，如果你有需要，他認為你真的有需要，就幫你安排轉診。西方國家現在還面臨一個臺灣也有的嚴肅問題，就是高齡化社會的來臨，大家都越來越老了，需要的不只有醫療服務，還要照顧服務、社福服務及長照服務，那家庭醫師的角色就被賦予如果你有需要，他是你的顧問，他可以幫你安排、協調，你需要這樣子的角色嗎？

其實臺灣從有醫療制度以來就是自由就醫的市場，也就是說根本沒有限制你要去哪裡看病，而且臺灣民眾已經習慣拿健保卡可以到處看，我今天覺得哪裡不舒服就去找我覺得可以的醫師，臺灣是唯一這樣的國家嗎？也不盡然啊，亞洲國家都長得一模一樣，日本、韓國、臺灣都差不多，都是可以自由就醫，所以很多人在抱怨臺灣人很愛看病，一年看了15、16次，這個次數是西醫、中醫、牙醫加起來，並不是只有西醫，但是如果把西醫拿出來看的話，也有12次，西方強制就醫家庭醫師制度，一年看病大概6、7次，相比之下臺灣是比較高。

但是如果我們跟日本、韓國比一比，他們跟我們差不多喔，甚至還比我們多一點點，所以看病次數跟制度確實有差別，那這個代表什麼？假定有家醫制度，其實可以減少大家走冤枉路的機會，因為你去嘗試就醫的時候，可能你看錯科別，或者是那個醫師沒有很了解你，你覺得那一次的服務等於好像沒去一樣，如果你真的有一個信任的醫師，他基本上可以讓你減少這些無效的就診，那次數自然會精簡。所以從白話文來講，我們常常講說自由就醫的社會，民眾有時候看病像逛街，這一家看看、那一家看看，但是如果我們有一個家庭醫師，其實你就會減少逛街的機會，間接也會讓醫療更有效率，也可以節省浪費。

雖然臺灣一直都沒有強制就醫，但是剛剛大家都告訴你，我們有一個做了20年的家醫制度，如果你真的沒有感覺，就是今天這個願景工作坊想要你來，大家一起坐下來想想我們要不要。可是現在很多老年人看病都找固定醫師看，他看得很習慣，他也是這科看這個醫師、那科看那個醫師，很厲害啊，我們臺灣人看病

就是看得都很厲害，而且很喜歡尋訪名醫，都看固定，所以你會看到有的大醫院名醫的病人很多，那個就是看固定了，他就是信任那個醫師，他就是要給那個醫師看，這樣錯了嗎？也沒有錯。健保署從醫療大數據研究臺灣人民的醫療行為後，想說現在都在大醫院看得這些也不用加入家醫了，但是現在還在基層醫療院所看病的這些人，偏好在基層看病的這些人，還沒有一定要在大醫院看病的那些人，他可不可以有一個固定就醫地點，這個其實是我們現在想要追求的。

如果你真的已經很老、到處都是毛病了，或者已經有很嚴重的癌症，這些還要回到基層醫師嗎？這也不必要了。其實我們的基層醫師也都是專科醫師，也有能力來照顧你，所以我們希望的是還在基層看病的，繼續在基層看病，現在雖然在大醫院但很穩定的慢性病，期待回到基層接受照顧。更希望的是現在大家都還在亞健康，或是相對健康的人可以重視預防保健、永保健康，有初期的慢性病可以立刻的處理，如果真的需要到大醫院，家庭醫師可以幫你轉診。今天在座還有醫事團體的代表，你認為要用什麼樣的財務誘因讓醫師做好這些我們期待的事情，而民眾願意固定在那裡看病，我想這是今天很重要的關鍵。

也許我們今天在座邀請到的代表有一些也是專家了，而且我甚至看到還有牙醫、中醫的代表，其實牙醫、中醫也是基層醫療的一環，也可以參與意見，其實我們的小病，牙醫、中醫的特質今天不談，但是西醫、醫療院所的特質，臺灣的基層醫師也都是專科醫師，大家不要覺得好像基層醫師好像比較不會，不是的，他只是服務地點在那裡而已，所以我想我今天只是幫大家再把這件事情說得更清楚一點，讓分組討論的時候，大家能夠理解我現在想要表達的是什麼。我看到在座的3組也都有健保署的同仁，這樣也很好，大家一起來聽聽別人的意見，我相信今天的工作坊在陳教授的帶領之下，也都會進行的很順利，謝謝大家，謝謝。

陳永仁副教授：

謝謝3位教授介紹臺灣家醫制度的現況、願景以及還缺什麼東西，從現在開始一直到中午12點40分，大家在討論的時候，一方面也可以看會議手冊的第5頁到第13頁，有比較精簡的敘述，等一下先休息大約10分鐘，3位指導教授可以自由選擇要去哪一組。

【全體會議】

陳永仁副教授：

現在就由各組的小組長出來報告各組的構想，第一組報告完之後，接著第二組，再接著第三組，報告完之後就進行投票，第一組的組員不能投第一組的想法，要由第二組跟第三組的組員去投，第二組的組員不能投第二組的想法，要由第一組跟第三組的組員去投，第三組的組員不能投第三組的想法，要由第一組跟第二組的組員去投，也就是說自己產生的想法由別人來再評斷一次，最後再看票數是多少，每一個人可以投5票，這5票可以全部投在一張願景，也可以分開投在不同願景。那我們現在就開始，請我們第一組組長謝院長報告。

第一組組長(謝景祥常務理事)：

主持人，各位夥伴，大家好。我們第一組剛剛發現到家醫計畫最大的問題是很多人不知道，所以一定要多元的宣傳，被收案的人必須要能夠非常的清楚知道他屬於的群、診所、組成、特色是怎麼樣，以及合作醫院是哪家。再來現在長照資源的連結也是很重，因為很多年紀越來越大的人需要長照，現在長照也是挺複雜的，需要弄清楚，讓被收案的人知道說，我有問題要去哪邊去找、去尋求，所以第一個叫做多元宣傳內容，我被收進去這個群，這個群可以提供我什麼樣的服務，這個一定要能夠確保必須要讓這個病人及他的家屬知道。

再來就是宣傳的管道，第一個，學生入學健檢的時候。第二個，辦線上有獎的徵答，讓學生或一般民眾來參加。再來就是醫療群有責任幫民眾跟民眾的家人通通加進健保快譯通，讓民眾可以知道自己家裡其他成員的情形。然後除了健保署主動分案之外，還是可以由診所來收案，診所收案的時候，建議診所初診的時候就必須問病人願不願意加入家醫計畫？也可透過國健署健康促進學校計畫宣傳，總之就是宣傳的內容及管道必須要多元、加強。

第三點，我們這裡剛好有一位中醫師，就覺得說奇怪，現在家醫計畫只有西醫診所，沒有中醫診所，現在牙醫也很難掛，有時候要排隊都排很久，因為有關係就沒關係，在這邊今天去看感冒，忽然想到牙痛，拜託你幫我打電話給那個牙醫，讓我趕快掛號，就是有需求，有這個群裡面的人幫我介紹，那就會心安很多，讓家醫群能夠擴大服務，所以應該要把中醫跟牙醫納進家醫計畫。

第四點，目前的家醫群並沒有嚴格限制在同一個生活圈，所以有時候在很遠的時候，那根本是很難操作，希望說這些慢慢地整合，讓這些群能夠集中在一個生活圈，不然我在這個地方看耳鼻喉科醫師，要到另外一個很遠的地方去看眼科醫師，也是很奇怪，以上是我們第一組提出的4個方案，以上報告，謝謝。

陳永仁副教授：

謝謝第一組組長謝院長，現在請第二組組長林醫師報告。

第二組組長(林誓揚理事)：

主席、各位專家學者、各位委員、各位前輩，大家好。我是林誓揚醫師，我今天代表醫師公會全聯會來參加、分享，就在這一組被推舉為組長跟大家報告。我們這一組本來的主題是家庭責任醫師制度，我還是花1、2分鐘跟大家講，我們覺得家庭責任醫師制度這麼好的一個願景如果可以實現，一定要有3個，第一個，要強化、壯大基層，讓基層可以做的事情儘量跟醫院一樣，這樣民眾才可以獲得很好的照顧，要達到就需要挹注資源，好比說我們希望有一些新的藥、好的藥，健保給付儘量可以跟我們學會的指引接軌、一致，這樣的話我們有更大的能力。第二個，就是必須要有誘因及動力讓醫院願意下轉病人到基層，尤其是慢性、穩定性的疾病可以轉診到基層來照顧，但是這個動力可能是對醫院有一點push的作用，好比說限制醫院的門診量，但是也希望增加醫院的急診、重症、難症、重大疾病的給付，讓醫院把心力發揮在這裡。第三個，我們也希望是不是有一點點

增加民眾自由就醫的阻力，限縮民眾一點點自由的就醫度。

我們有得到3個結論，第一個就是必須要再增加宣傳的力度，這個好像是3個組別都有一致的決議，我覺得健保署是不是可以負擔更大的責任？剛才健保署的視察跟專員講健保署從來沒有對民眾端宣導過，都是宣導醫界，就是可能很多民眾不知道他是家庭醫師，剛才也有前輩講說他有收到診所寄的通知單，但他根本不知道為什麼，他也不在乎，因為對他的就醫行為沒有影響，他說我看到林誓揚診所是我的家庭醫師，但是又沒有限制我一定要去那間診所，所以他無感，而且去那裡也不見得有什麼好處，所以我們大家大概一致就是覺得未來的大家醫計畫、家庭責任醫師計畫的好處必須要由政府的力量來跟大眾去宣導，這樣才會成功。

第二個就是我們期許每一個家醫群的力量可以越來越壯大，可以提供周全、持續、多元的服務內容，這是什麼意思呢？就是希望家醫提供的是全人、全家庭、全社區的照護概念，一個人出生之後，預防醫學、疾病治療、疾病阻絕、失能之後都可以持續照顧，當他還沒有生病的時候，儘量幫他做癌症的篩檢、預防的保健，當他需要醫療的時候給他最好的照顧，能力未及的時候幫他做轉診，轉診治療一段時間之後變慢性、穩定的時候，回到診所來繼續照顧，當他年紀大、失能的時候，我們願意到家裡去居家照護，如果我們能力不足，我們可以申請長照，如果需要臨終照顧，我們也希望可以照顧到，這就是我們剛才討論的周全、持續、多元的服務內容。

第三個就是我們也希望轉診可以更順暢，轉診就包括兩部分，第1個是上轉、第2個是下轉。上轉要成功，我們也期許醫院可以給診所端一個綠色通道，經由我們轉診，未必是費用、財務上的誘因，有可能是比較容易掛號、掛得到號，讓民眾迅速地獲得需要的服務，當民眾接受治療過後、穩定的時候，也可以下轉到民眾心目中好的診所接受持續照顧。剛才大家也提到怎麼樣下轉才會成功，第一個離民眾家裡很近、方便的，但是最重要的可能是民眾的信任度，民眾必須信任這個診所，最好是民眾有去過的診所，曾經造訪過、接受治療，民眾對診所有信心，要麻煩醫院可以朝這方面努力，才有可能成功，請大家參考、大家支持，謝謝。

陳永仁副教授：

謝謝第二組組長林醫師，現在請第三組組長馬主任報告。

第三組組長(馬事佐主任)：

主持人陳教授、各位與會的嘉賓、先進，大家好，我是屏東基督教醫院的馬事佐。我負責所有的醫療業務，所以我跟健保署，尤其是高屏業務組，有特別很大的關聯性，我們這組在討論這個議題的時候，其實還是focus在我們所得到的這2個主題，誠如剛剛第一組及第二組所說的，家醫制度其實在民眾的觀念上並不普及，所以第一件事情真的是需要強化宣導，特別是我們在討論的過程當中，卓春英老師也有跟我們講說家醫計畫其實是有個案管理師，個案管理師的功能

應該要再被強化，於個案管理師的功能被強化的同時，在宣導上面可能會再有好一點的成效。當然剛剛第一組及第二組有提到很多的宣導方式，我們這組其實也有提到很多的方式，譬如AI、LINE的通訊、鄰里長、各公會團體發送，在討論第一件事情時，我們覺得宣導這件事情非常重要，但宣導不是只有宣導而已，還有衛教、民眾的就醫觀念、就醫的模式也是需要被教育的，這部分要包含在宣導裡面。

在家醫計畫裡面到底是被分配，還是可以自己登記的，誠如剛剛第二組的林院長這邊所講的，其實每一個人的就醫習慣及信任的某一個醫師是固定的，在健保大數據裡面一定也可以分析這些數據出來，現行的模式是用分配的方式，是將你分配給你大部分去看診的醫師，我們也傾向一開始先維持現行的模式，但是必須要有退場機制，就是民眾可以自己選擇不要加入這個醫療群，雖然我被分配了，但是我可以拒絕，我拒絕完之後，我可以再選一個我想要去的醫療群，我可以去做登記。

那要怎麼登記？我們有討論到其實可以用衛生所的機制去做登記，當然我相信不會只有衛生所，因為基層醫療或醫療群，或者是醫師、醫療機構，其實都在做登記，我想大家在醫療端最常聽到的是要加入任何一個計畫都要上VPN登記這件事情，我想醫療群或健保署應該不會對這個太陌生，這個有沒有可能也變成登記加入家醫計畫的一個機制？我不確定。我們是期待加入家醫計畫可以變成是雙軌進行，而不是我被分配，然後沒有被通知，而是我被分配了，我被通知了，但是我也可以選擇我要還是不要，所以我們提出了第二個重點是這件事情。

第三個，當我加入家醫計畫之後，我的就醫會不會受到限制？當我被受到限制的時候，我可不可以有一些利多，可以跟民眾宣導加入醫療群，被轉介的同時，不管是平轉、上轉或下轉的同時，我都可以減免什麼或減少什麼樣的費用，讓我的醫療費用可以下降，民眾可以有更多的利多，願意去按照這個規則去就醫。減免掛號費或減免部分負擔的費用是不是可以在公務預算裡面呈現，當家庭醫師或這個醫師去照顧醫療群裡面的病人的時候，病人使用下降了，醫師可以從健保署得到這個預算的回饋，我們就提出了這4件事情，以上，謝謝。

陳永仁副教授：

謝謝馬主任。現在就是我們投票的時間，每一組的選票顏色都不一樣，只可以投別人的組，不能投自己組，我再講一遍，每個人有5票，可以全部投在一個idea，也可以分開，開始投票。

各位先進，投票已經結束了，最高票是18票，其次是16票，然後有2個11票的，現在請各組來報告一下11票以上的構想，再報告一遍，請第三組馬主任。

第三組組長(馬事左主任)：

我覺得家醫制度是大家非常關心，也非常在意，而且普及的政策，可是在民眾的觀念裡卻不普及的，這是一個落差，這個gap應該去把它補起來，而且我們這一組還有特別討論到一個重點是，當在宣傳的時候，可不可以再更著力在民眾

加入醫療群的原因是什麼，優勢是什麼，民眾可以得到什麼樣的醫療服務，讓民眾非常清楚、明確的知道這件事情，不僅僅在醫療體系裡面去做宣傳而已，不是只在醫療體系去做一個加強的工作而已，而是有沒有可能跨單位、跨職類，不只是健保署、醫院、診所，而是包含衛生所及公會都一起加進來幫忙宣導。

陳永仁副教授：

只要有票數的願景都會納到我們的紀錄裡，現在請第二組組長林醫師報告得到11票的獎勵制度。

第二組組長(林誓揚理事)：

其實我們這個11票的願景是跟大家討論的第一個都一樣，就是說要加強宣傳，我覺得也不用講那麼多啦，宣傳的重點就是有加入家醫計畫跟沒有加入家醫計畫的有什麼差別，及加入有什麼好處，其實癥結就在這裡而已，加入家醫計畫後，得到的照顧會不會比較好？將來有需要醫院資源的時候，會不會比較順利地可以去銜接，將來可以獲得的好處在哪裡，其實大家第一個意見就是要加強宣導，只是我們很強調宣導不是只有醫療供給者去宣導，由醫療供給者去宣導感覺上沒有那麼自然，這是政府公共政策，應該是由健保署主動去宣導有家醫計畫這樣的一個制度，加入會有怎麼樣的好處，剛才各位前輩都已經講過加入家醫計畫好處，只是我們還是希望加強宣導，謝謝。

陳永仁副教授：

好，謝謝，謝院長你要報告2個，16票跟18票。

第一組組長(謝景祥常務理事)：

謝謝大家支持，我們這個跟剛剛兩組都一樣，一、二、三組的第1個都是說宣傳，為什麼？因為大家心裡的感覺就是不知道家醫，工作了20年到現在都不知道，所以需要宣傳這些內容讓民眾清楚，站在病人為中心的一個思考，必須讓病人要知道。

第2個，中醫、牙醫也是民眾有需要的，尤其是說在家醫群裡面，透過家庭醫師的介紹，因為醫病之間最不容易而且最重要的一點叫做信任關係，你也不會信任完全不認識的醫師，但是有朋友介紹的信任度就會比較好，所以我們這一組第1個願景就是要宣傳，第2個就是希望把中醫、牙醫納入家醫，以上報告，謝謝。

陳永仁副教授：

經過分組討論及集體討論後，可以看到最大的共識就是全民健保制度是行政機關的所有施政中滿意度最高，但竟然大多民眾不知道家醫制度，所以看起來加強宣傳是最重要的。健保會的周執行秘書在剛剛開會的時候就已經在旁邊觀察了，執秘是不是最後給做個ending。

周執行秘書淑婉：

陳主任，還有各位與會的貴賓們，因為健保法規定對於健保的重大議題，如果有需要可以辦一些公民參與活動來蒐集公民的意見，所以本會辦理本活動，現在衛福部開始想要把家醫的部分，就是剛剛謝院長有提到的全人、全社區的照護，做得更完整一點，未來社區醫院也要納入大家醫，就是「厝邊好醫生，社區好醫院」，昨天健保會委員會議也剛好在討論大家醫計畫。剛剛大家的意見，我都聽到了，就是宣導不夠、宣傳不夠，被收案的人不知道，我想應該是要讓現在已經被收案的人知道他被收案了。當然健保署未來還是會用派案，因為一下子就改為登記制可能導致服務量增加太多，也許醫療品質會下降，所以有很多的考量啦。

未來我們其實希望家醫朝向剛剛大家有提到全家收案，不要只收一個人。那全家收案之後，就是什麼都幫他顧好，不是只有生病才顧，是什麼？生活型態、預防接種，什麼都可以提醒，這就是我們未來期許家醫做一個更積極、更能夠幫我們做健康促進的一個守門員，這個是我們希望做。我覺得你們今天的意見都很寶貴，昨天的委員會議有委員提到健保會舉辦北、中、南的公民參與，都蒐集到蠻寶貴的意見，剛剛大家投票的結果，我們會整理之後給健保署做參考，看看未來在推動家醫的時候，怎麼更完善、讓更多民眾知道及更加瞭解，這個是我們未來會努力的，今天真的非常謝謝大家的蒞臨，來貢獻大家重要的一些意見，我們也謝謝委員們辛苦跑過來，還有臺北市立大學的陳主任幫我們辦這個活動，謝謝大家，謝謝。

陳永仁副教授：

好，謝謝健保會周執行秘書。

第三組組員(卓春英理事長)：

第三組可以再補充一下嗎？不好意思。我們跟組長講的，其實家醫計畫已經辦20年了，全國有600多個群，但是今天我們才知道很多民眾都不知道有這個計畫，所以這個部分的宣導一定要加強，跟衛生局、衛生所的合作好像也很欠缺。再來就是因為高齡化社會慢性疾病很多，所以剛剛我們跟我們的組長討論，家醫群怎麼樣去跟居家醫療、在宅醫療做結合也很重要，以上補充，謝謝。

陳永仁副教授：

好，謝謝，我們今天感謝各位先進提供你們的智慧，我們更感謝我們三位教授，蔡教授、黃教授、林教授，也感謝周執行秘書、張副執行秘書，也感謝我們黎教授、邱教授，我們今天會議就到這個地方，感謝大家。

經濟 社會 文化 政治

健康保險基本架構



Saber 2024/07/31

NHIC 113年願景工作坊 家醫

1

家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向

願景：期待的未來

可近性、品質、效率(費用)

- 保險對象
 - 影響求醫行為的因素
- 醫療供給者
 - 運作模式
 - 財務誘因
 - 個人因素
- 保險人
 - 支付制度
 - 財務制度
- 環境：
 - 醫療制度
 - 法令規章

Saber 2024/07/31

NHIC 113年願景工作坊 家醫

2

113 年度全民健康保險資源配置願景工作坊- 如何提升醫療資源使用效率會議紀錄(南區)

(含附錄一與會人員發言實錄)

時間：中華民國 113 年 7 月 31 日下午 1 時 50 分

地點：Le Phare 共享空間新左營館 MR505 會議室

主持人：陳副教授永仁

紀錄：趙于甯

出席者：詳如簽到單

專家學者：林副教授文德、黃副教授偉堯、蔡助理教授淑鈴(依姓名筆劃排序)

列席者：

臺北市立大學：邱副教授慈穎、黎助理教授伊帆

衛生福利部全民健康保險會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、許科員至昌、李副研究員岳蓁

壹、主持人開場：

說明願景工作坊進行流程、介紹專家學者

貳、專家座談：

簡述醫療資源使用效率概況及面臨問題

參、小組討論：略

肆、全體會議：

第一組建議：

- (一)落實分級醫療及雙向轉診：重啟區域級以上醫院門診量每年減量 2%，5 年達減量 10%，並落實雙向轉診。
- (二)落實使用者付：檢驗檢查項目亦應收取部分負擔，如民眾自行要求進行高單價檢查時，須負擔較高額的部分負擔。
- (三)提升健康存摺使用率，增進民眾健康管理：政府應加強宣導民眾使用載健康存摺，瞭解自己的健康狀況及就醫情形。
- (四)辦理衛教活動及宣導正確就醫觀念：醫療院所可結合民間組織廣泛辦理衛教活動，如健康促進、體適能，並宣導正確就醫觀念(小病可至基層醫療院所、大病至大醫院)。

第二組建議：

- (一)建立正確觀念：建議教育部將健康促進、珍惜健保醫療資源、分級醫療等納入課程教導，讓孩子從小就建立正確觀念，並可 e 化推廣衛教資訊。
- (二)醫院檢驗(查)結果不一定須回診：結果正常時，由醫院端透過多元管道通知即可，不必回診；結果異常僅須衛教時，透過通訊診察或轉由家庭醫師提供後續照護；結果嚴重須回診處理時，則通知病人再就診。
- (三)發展整合醫療服務：強化基層家醫醫療群之功能、醫院端發展以病人為中心之整合醫療，減少病人多科就診，另健保支付制度可配合提供鼓勵誘因，以利推動。

(四)宣導減少無效醫療：目前健保花費許多費用在無效醫療，宜推廣預立醫療照護諮商(ACP)、預立醫療決定書，及簽署拒絕心肺復甦術(DNR)。

第三組建議：

(一)落實家醫制度及分級醫療：若家醫制度及分級醫療做得好，將可提升基層家醫醫療群量能，病人可回歸基層診所照護，如有需要再轉診至醫院。

(二)檢驗、用藥資訊整合共享：改善雲端醫療資訊系統查詢介面，以利醫師更容易查詢病人檢驗(查)、用藥資訊，減少重複檢驗(查)及醫療資源浪費。

(三)訂定每人每月使用額度限制：建議設定健保給付額度上限，當民眾使用超過該額度時，則會被收取更高部分負擔，提升使用者費用意識。

伍、總結：

感謝各團體推派代表今日的參與，會後將討論的意見彙整成會議紀錄，提供後續健保總額協商參考。

散會：下午 16 時 50 分

附錄：與會人員發言實錄

113 年度全民健康保險資源配置願景工作坊-

如何提升醫療資源使用效率(南區)

與會人員發言實錄

【專家座談】

黃偉堯副教授：

主任，還有兩位老師以及各位先進，我慢鳥先飛，先跟大家介紹健保的基本架構，因為我們今天是參加願景工作坊，所以我期待各位把健保最終目的放在心上，全民健保最終目的是促進全民健康，全民健保第一層目的是希望能夠避免民眾就醫財務障礙，其他都是第二層的目的，所以第一層是避免就醫財務障礙，第二層是配合用的，請各位把這個優先順序放在心上。

全民健保的架構我們一般會跟大家介紹三個要素，保險人、保險對象以及醫療供給者，我們常常在講的保費就是保險人與保險對象之間牽涉到財務制度，是關於保費收取與保險給付範圍，給付範圍是指說要給付哪些項目，譬如新藥要不要納進來？這是屬於在給付範圍的部分。另外是支付制度，支付制度這部分是醫療供給者執行完醫療服務之後，怎麼跟健保署申請費用以及健保署如何支付給醫界，所以我們常聽到的論量計酬、DRGs、論人計酬或是總額預算，這是屬於支付制度。最後這塊是醫療制度，但醫療制度比較大，我們主要針對就醫與醫療行為，醫療行為是醫療供給者如何提供服務給民眾，像我們早上討論的家醫是其中一種模式，另外就醫的部分，是民眾怎麼去尋得醫療照護，所以我們等一下要討論的效率會涵蓋這部分，不過今天的主題主要是在就醫、求醫以及支付制度這一塊，所以我們先讓各位有個整體的定位。

效率這邊我分成群體層次與個體層次，等一下各位在談願景的時候，或許可以幫自己定位一下，我們提出來的策略、方向或是建議，大概是屬於哪個層次，群體層次著重的是在制度面的運作，比如說資源分配，我們的偏遠地區有沒有足夠的醫療，還有分級醫療本身談的就是資源分配的問題，當然也涉及到效率，所以各位要想像一下分級醫療最基本目的是什麼。最簡單的一件事情，就是它應該要省錢，分級醫療沒有別的，最基本的目的就是省錢，我們回頭來問一句話就好了，請問一個病人去醫學中心看病跟去診所看病有沒有差異？基本上應該沒有差別，只要把病治好就好了，但是有差別的地方在哪裡？這個病如果去醫學中心治療要花比較多的錢，診所是花比較少的錢，還有如果去醫學中心，那醫學中心原本的設計是給重症病人的，那他占用醫學中心的資源之後，可能會排擠重症病人原本可使用醫療資源的機會，所以希望在資源分配和使用上，民眾可以在合理範圍適當地使用，而不會有過度的差距，所以這會是制度面效率的部分。我們在經濟學上常講的，其實效率很簡單，就是分子是賺的錢，分母是花的錢，再評估其中的效率為何。如果要把效果放進去，那分子是效果、分母是花的錢，你們可以用這些概念去看待。

那個體層次基本上有幾種效率，一個是個體醫療執行面，這比較屬於醫療供

給者，譬如說最近很夯的達文西手術議題，醫師傳統手術可以治好，跟用達文西開刀可以治好，兩者結果都差不多，請問在執行效率上你們覺得哪個比較好？就是治療方法上的選擇哪個比較好。另外是品質與成本，或是品質跟時間，我們剛剛講的效率可以有兩種，一種是可以用錢當作分母，花多少錢換得一定的品質，所以這個狀況下我們如果談效率就是希望我們得到一定的品質，但是花得錢越少越好。另外一邊是我們花的時間越少越好，像是住院時間，到底要住幾天？一樣的疾病與狀況，是住院時間越少越好，但是我們要先確定一件事情，我們不能單就一件事情去做處理，這我們等下會再提到，我們在希望能夠多元，同時在考慮可近性、品質與效率，當然我們等下是著重在效率的部分，我會提這個的原因是因為一般在討論衛生政策時，這三個會同時討論，像剛剛講效率如果是為了省錢，當然這是我們的目的之一，但是為了省錢可不可以傷害到品質？所以如果各位提出來的政策和解決方法會傷害到品質時，請各位要審慎考慮一下。

另一個是可近性，這裡面會有交互關係，我之前有舉一個例子，這是美國一位管理大師來臺灣時提到的，請問一下品質越好，錢是要花越多還是花越少？其實品質越好不一定要花越多的錢，他的意思是醫療基本上是某種程度與經驗、技術的養成有關，他舉一個例子，如果一位醫師他所專長的手術一年可以開上百例以上的話，通常那位醫師對這個手術的後續處理，包含併發症、感染以及成效，應該都會比較好，就是品質是比較好的，整體而言，因為他熟練、手術很快，所以手術的結果是好的，且術後不良影響又減少很多，也不用額外花醫療資源去照顧後續的一些醫療狀況或健康狀況，所以整體而言，他認為某個程度上，他的品質是提高，且同時成本是可以下降，但是我要先講這不是絕對的，所以各位在討論的時候，我會建議你們能夠綜合考慮各種情形後，再來討論效率，請各位要記得，要在這三件事情上做一個平衡，不能為了節省成本，就傷害到可近性與品質，所以效率有一個極限，到某個程度後，我們不能超過太多，特別是會傷害到可近性與品質的時候，所以我們這邊用比較具體的例子給大家看一下。

在制度效率部分，可以分成兩個，一個是資源配置，是靜態的部分，像我剛剛提到偏遠跟都會地區之間，資源配置如果是平衡的，基本上整個制度效率是會比較高，民眾花的成本也會比較低，制度運作上就會涵蓋轉診及分級醫療這部分，這也會是它一個運作方式，轉診轉得好不好會牽涉到整體成本是否下降，所以基本上分級醫療後，如果醫療費用繼續上升，某個程度也代表我們設計的制度可能是有問題的，需要重新再反省評估，這裡我們提到的就是家醫及轉診這部分。

另外在醫療效率部分，涉及醫療專業，大概只有醫師或醫療人員自己可以評估，在多種醫療技術或治療方法中，選擇哪一種是最有效率的，我一樣要提醒，就是剛剛提到那三個，也許某一個方法是最好的，但不見得是最能夠被接受的，那這部分可能各位都要放進去考慮。我為什麼會講這一個？雖然健保是一個獨立的系統，但是會受經濟、社會、文化、政治的影響，例如安寧照護就牽涉到這些議題，不是說安寧照護好我們就可以去推動，而是得考慮到目前臺灣的環境，我們要如何推行，當然我們談願景，在未來5、10或20年後，我們期待可以變成是什麼樣子，這一些都是我們要考慮的。

各位可以看到預防跟醫療，相同的狀況下，我們是要等病人生病才治療，還是我們先做一部分的預防及後續一部分的治療？還是先做完預防，後續就可以不用做醫療？牽涉到的就是這兩個成本哪個高哪個低，以及民眾受苦的程度，你們應該有注意到我一直在講促進健康，所以這是我們要去留意的部分。再來是醫療的極限，這比較有倫理上的爭議，比如說我們之前在講呼吸器、葉克膜，一度也把透析放進來，就是我們所謂的無效醫療，這些是有涉及倫理議題，所以這部分可能我們再看看大家的看法，因為這個比較難有定論。我們再往下看，比如說DRGs、論人計酬，這兩者有什麼差別？其實目的是在於追求，應該說追求一定的健康之下用最少的成本，什麼意思？因為DRGs是定額，所以這會牽涉到你要用什麼方法來治療這個病人，因為如果治療得越有效率，民眾越健康，得到一定的醫療品質，醫師可以用比較少的資源把病人治好，這個部分就會呈現雙贏，應該講三贏，不是雙贏而已，是三贏。

另外理論上論人計酬，我們現在希望建構它是預防多於醫療，基本上概念相同，如果預防多於醫療，基本上這個病人會使用到醫療的比例會降低，使用到預防的比例增加，我們剛剛說如果預防成本比較低，醫療成本比較高的話，整體而言，這個病人所花的成本會相對比較低，如果採定額，所節省的費用就變成是醫療供給者能夠增加效率的一個回報，當然這是概念上的建議，提供大家一個參考的架構，我的分享就先到這裡，謝謝。

陳永仁副教授：

好，謝謝黃教授，把臺灣健保的架構畫出來讓大家再溫習一下，他也提出我們國家的願景，期待未來在醫療可近性，還有醫療品質及效率的提升，接下來請林教授跟我們說明。

林文德副教授：

謝謝主持人陳主任、周執秘，還有兩位專家學者、付費者代表以及醫界的代表，各位先進，大家午安！剛剛黃教授已經就整個健保的願景與架構做一個很詳細的說明，我這邊就資源配置部分補充五點，提供一些思考方向給大家做參考。

第一個，有關資源的配置，到底要花多少錢在健保上，這是第一個大問題，我們國家也需要做很多事情，健保可能是其中一個部分，明年健保的預算大概會突破9,000億，以後每年大概都會以3~4%的成長率在增加，比GDP的成長率還要高，我們今年達到大概3點多已經算是非常高了，但是醫療費用的成長率都是比GDP成長率還要來的高，所以我們每年要投入這麼多的經費，到底夠不夠，最近醫界一直訴求健保的點值太低，點值要補到0.95，那意思就是現在除了9,000億元之外，點值要補到0.95，可能還要再增加個6、700億元吧，不只，可能700多億元，所以到底我們要投入多少錢在健保上，這是第一個大問題。

我舉最近一個報導來說明到底這個錢要花在哪裡較適當，比如說最近天下雜誌報導，我們大概在2、3年內會增加1.2萬張病床，那1.2萬張病床我想南部的先進應該知道，前一陣子屏東榮總或最近高醫岡山醫院、高雄秀傳醫院都要增加

病床數，所以可預見我們未來的病床數會比現在更多，我們是因現在的病床數不夠，而需要大幅擴增嗎？其實也不是，我剛剛看了一下資料，我們每千人的病床數大概是7張，你知道美國是多少嗎？是2.7張！英國是2.5張、加拿大是2.5張，所以比起美國、英國、加拿大這些國家，我們每千人的病床數已經是他們的兩倍以上，現在要再加設1.2萬張病床，那健保要不要給錢呢？如果點值要補到0.95，還要再加設病床，我們就要再花更多的錢來給這些新設的病床，當然健保的資源就會不夠，現在的問題在於是不是有必要再加設病床。

舉例來講，目前平均住院天數實際上是在降低，因為以前很多手術需住院較久，現在因為醫療的進步，改成門診手術或是縮短住院天數，所以病床的需求是在下降的，但是我們反而一直在增加病床數，而在增加病床數的同時，又很多病人在急診待床，沒有病床可以轉上去，所以我們的資源到底是花在哪裡，這是大家要思考的問題，我們要增加健保的支出，而民眾覺得如果經費真的不夠他們願意拿錢出來，但是這個錢真的是要花在刀口上，而不是我們每年就一直增加，錢花下去好像丟到水裡撲通一聲就沒了，這可能不是我們樂見的情形，這是第一點，整體的健保資源到底要多少。

第二點，花了這麼多錢之後要如何分配？分配有很多種面向，第一個是不同的總額部門，譬如說我們現在有醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診，各總額部門需要多少預算。我們之前在說很多癌藥進不來，我們健保沒錢啊，但我們是不是可以把一部分的錢移過來，還是未來增加的預算把一部分放在一些癌症新藥，一些比較高技術含量、高科技，以及新治療方式，這就會牽涉到各部門之間資源分配的問題，這是另外一個要去思考的面向。

第三點，同部門裡醫療費用包含人事、藥品、檢驗(查)等成本，我們要花多少錢在人事的部分，最近在講醫護人員血汗醫護，因為薪資太低所以留不住人、找不到人，因為沒有護理師所以要關病床，問題出在哪裡？我們投入在人事上的經費可能是不夠，那我們投入很多的預算是什麼地方？在檢驗。藥品部分我不知道是太多還是太少，但是我知道檢驗是做了很多，比如說醫院買了一台CT、還是MRI，為達到損益兩平，一定是要多做一點才能把購買的成本回本，所以有些檢驗是不是真的有必要？尤其是當檢驗和醫師的績效有關時，當做一個檢驗就有多少抽成時，這個檢驗的必要性就值得去探討，所以我們要去思考這些經費在人事、治療、藥物及檢驗的分配是否適當。

第四點，剛剛黃老師有講到，就是有些項目健保要給付、有些項目健保其實可以不用給付，我以前聽過一個笑話，有一位老醫師培養他的兒子去當醫師，兒子回來他爸爸的診所幫忙時，就在後面偷偷學爸爸怎麼治療病人，看完後，那個兒子很疑惑問爸爸說，這個病人明明這樣子就可以把他治好，為什麼爸爸不用這個方法？然後他爸爸就說，傻兒子，你不知道你的學費是怎麼來的嗎？所以意思是，我們有很多治療其實不見得這麼有效果。有另外一個笑話是說，第三位醫師最好，感冒看第一位醫師拿了三天藥，第二位醫師又拿了三天藥，然後感冒沒好，去看第三位醫師，藥吃一天就好了，所以大家都說第三個醫師最厲害，對不對。其實是什麼？因為感冒本來7天就差不多好了嘛，所以也不是第三位醫師厲害，

而是病程本來可能一段時間自然就會痊癒了，所以要去思考，到底健保給付的這些項目是不是真的有必要，還是其實是可以用在更有效果的項目上面，這是第四點。

第五點，是分布公平性的問題，剛剛講的是不同部門，或是不同的費用項目，最後一個是我們的地理分布，有些地方醫療院所很密集，有很多醫師就醫很方便，但有些不一定有必要，可能因為就醫太方便了，所以就今天、明天和後天都看病，有些地方都沒有醫師，所以最後一個問題是資源與地理分布有沒有公平分布，這也是我們要去思考的一個問題，因為有些總額部門確實是有分配不均的情形，在城鄉差距上是較嚴重，所以這也是大家可以去思考的一個面向，這五點提出來讓大家做參考，謝謝。

陳永仁副教授：

好，謝謝林教授提出提升醫療使用效率的五個問題供大家思考的方向，我們接著請蔡教授跟我們指教。

蔡淑鈴助理教授：

今天的主持人陳教授，還有林教授、黃教授，還有各位今天與會的貴賓，好久不見，有一些好友是好久不見，大家午安。今天這個願景工作坊，這是健保會的一個計畫，其實分北、中、南共三場，今天已經是第三場了，我有參加臺北場跟高雄場，所以今天出現在這裡。對於今天願景工作坊要討論議題，我來做一些補充說明。

從醫療經濟學的觀點來看，其實在講效率時就一定會講醫療經濟，醫療經濟有兩個大的項目，一個是總體經濟、一個是個體經濟，總體經濟是什麼呢？總體經濟是健保今年預算有8,700億元，明年可能破9,000億元，再過三年可能破1兆元，這是總體經濟喔，花了這麼多錢，但是這個錢是誰來決定的呢？當然就是健保會透過醫界和付費者去協商，在大家付得起的範圍內決定那一年預算是多少，這個是總體經濟。可是今天我們要談這個嗎？對大家來講這個太難了，我們今天沒有要談這個，我們今天願景工作坊是要跟大家談什麼呢？談總體經濟確定了之後，民眾和醫療提供者如何在確定的金額之下，提升效率、減少浪費，這個是個體經濟。

我們今天的願景工作坊是要跟大家坐下來談一談，現在我們有哪些行為是沒有效率的、是什麼原因造成沒有效率？我們有沒有方法可以讓效率提升、浪費減少？講白一點，醫療資源可以做到零浪費嗎？這是不可能的事情，全世界的保險，有社會保險、醫療社會保險的國家沒有人敢講說他沒有浪費，一定都有，但是大家都會希望浪費減到最低，所以才會舉辦願景工作坊，分別從病人的觀點、從醫師的觀點，我們坐下來想想，我們有哪些措施或方法可以讓病人減少浪費、讓醫療提供者減少浪費，這是今天每一組要討論的命題。

再深入來講，從病人的角度來看，病人有沒有浪費？如果問自己你會覺得我沒有浪費，對不對，可能是別人在浪費吧，那你偶爾看到報紙上說有人一年看好

幾百次的，那個人是不是在浪費？你可能會這樣粗淺的感覺。每個人可能都認為我沒有浪費，我都是有問題才去看病，我不會沒事去看病、去逛醫院。但是也許我們的社會真的有人沒有用最有效率的方法在看病，他是基於故意嗎？還是基於不知道？還是基於資訊不對等？我就是不知道啊，我就是走很多冤枉路等等，是不是有可能？是有可能的喔。如果假設健保是一個互助的制度，你現在年輕、你不看病，你應該覺得你是幫助別人吧，別人有需要的時候去看病，所以第一件事情是如何讓自己不生病。自我健康照護的責任其實很重要，如果讓自己健康，你根本不需要為了要看病而有煩惱，那當然是最佳狀態，但是天底下沒有完美的事情，偶爾你還是會因需要去看病，於是呢，我們要問的第二個問題是，如果你真的要看病，如何是最有效率的看病？你可能走很多冤枉路看錯醫師，或走很多冤枉路去找一個大醫院，但其實只是個小毛病，有這個必要嗎？這是最有效率的看病方式嗎？當然不是！但還是有人會這樣做，我們如何讓這些只為了小毛病而跑到大醫院的人，更有效率的看病？如何讓這些人做一個聰明的病人？那當然就要想想看，設身處地的想一想。

另一種情形是，我是一個多重疾病的病人，我需要去很多科就醫。如果有這樣情形的病人，我們如何讓他就醫更有效率呢？這個時候就想，現在我們一般人會說我有五種病我看五個醫師，五個醫師都是名醫，分布在不同的醫院裡面，或是某一家醫院的不同科，我這個月就每個禮拜都要看病，對不對，每位醫師都給我很多的order，你認為這樣子是最有效率的看病方式嗎？說不定五個醫師加起來就是很多重複醫療了，這也不是我們要的喔，因為你想想看，有限的資源要最有效率地運用，在這個環節裡一定有改善空間，因為現在做的不是很好，從病人的觀點我們有什麼方式來改善，所以我們請大家在願景工作坊來集思廣益，這是從病人觀點喔，不論是小病或是重病，有各種增進病人就醫效率的方式，這是今天願景工作坊請大家想想如何從病人端提升醫療資源使用效率的第一道議題，但是這當中真的有人是outlier(異常值)，就是他到處亂看病，一年看病好幾百次，那怎麼辦？是什麼原因？我們有什麼方法可以改善他的就醫情形嗎？我們也請大家一起想想。

從醫事提供者端，醫生如何有效率地看病，剛剛兩位老師其實都有提到，可以用最少的成本達到最大的效益，當然就是最有效率了，但是其中有沒有一些其實不用做那麼頻繁的檢查，或是其實我現在看病次數多，很多其實是醫生幫我約診，我又不得不回診，但是一定要這麼頻繁的約診嗎？或是我們其實是去診所看病，他每三天就要我再回診一次，這樣頻繁地看診是不是對我是最好、最有效率呢？這些都有探討的空間。所以一個人會看病沒有效率，不會只有病人端有問題，醫生端、醫院端也有問題，這裡有沒有空間可以改善，這個是第二道議題中第一個問題。第二個問題，是如果要讓它更好，到底健保的錢怎麼樣去驅動，促使良好醫療行為及避免醫療浪費，這是第二個問題，也就是給付的誘因，我們支付制要如何設計讓醫生減少不必要的檢查或醫療處置，甚至不必要的手術，有什麼方法可以達成呢？第三個問題要問，我們的分級醫療對提升就醫效率有沒有幫助呢？也就是大家都看對的層級，然後有一個很好的轉診，家庭醫師在其中有沒有

扮演好他的腳色。所以我想今天下午的願景工作坊要討論議題都是普羅大眾可以想像到的問題，今天在座有醫生，你可能也會是病人，今天也有很多付費者代表，你就是一般病人的角色，我們坐下來想想如何提升資源使用效率，透過這個願景工作坊蒐集建議，未來支付制度或誘因可以如何做一些改變，讓事情變得更好，今天我們下午的議題是如何提升就醫效率，減少浪費，我幫大家稍為再破題一下，讓大家等會的討論可以更聚焦，跟大家做以上說明，謝謝。

陳永仁副教授：

好，謝謝蔡教授，三位老師都已經把如何提升醫療使用效率的討論切入點分享給各位，在今天的會議資料第5、6、7頁有詳細的說明，各位等下在分組討論時也可以參考。在休息10分鐘前，我先做一個說明，等下第一組就留在這間，我們的指導老師是林文德老師，主持人是黎伊帆老師，第二組在對面有一個9人的小房間，第二組是由蔡教授指導，我當主持人，我們等下就要移過去那邊，第三組在隔壁房間，由黃教授指導，邱慈穎老師主持，等下各組要先選出一個小組長，因為小組長要代表小組報告你們對於提升醫療使用效率的願景，所以等下第一件事情是各組要選出小組長，好，我們現在休息10分鐘，10分鐘後我們各自到指定的討論場所，休息10分鐘，謝謝。

【全體會議】

陳永仁副教授：

各位先進，經過65分鐘的奮鬥各組都有提出願景，我們現在就請第一組、第二組、第三組的小組長出來報告，我們先請第一組，大家鼓掌。

第一組組長(張瓊月副執行長)：

大家好，我是高雄縣林園區建佑醫院副執行長，我們也是林園區唯一一家地區醫院，今天我代表第一組來報告我們討論出來的願景，因為先前衛福部已經有推動門診減量措施，因為疫情關係把它延宕下來，我們建議重啟區域級以上醫院每年門診量要下降2%，5年就可達到10%，我們希望這個措施能夠繼續推展。

其次，我們希望能落實雙向轉診，因為基層診所或是地區醫院，對於當下無法處置急性個案的做法，就是上轉到區域級以上的醫院，但是往往我們轉診上去的病人，再回轉回來的很少，所以我們希望能夠落實雙向轉診，各層級醫院和診所之間能互相合作。

再來，我們針對減少民眾浪費的部分，我們也是有想到一點，如果要不浪費醫療資源，我們希望落實使用者付費的觀念，建議重啟先前健保署曾拋出的檢驗檢查收取部分負擔，當初這個措施沒有成功可能有很多的原因，但是我們認為如果有落實使用者付費，當醫生在幫你開檢驗單時，或許你就會告訴醫生說已經做過哪些檢查項目，是不是不要再重複做，譬如說CT、MRI，可能你一個月前在A醫院做過了，可是這個月你來另一家醫院，可能因為是不同的病症、不同的身體部位，所以這個時候再重新檢查也是難免的，只是我們希望資源不浪費。我們建議是不是能夠立法，病患可能自行要求開立高單價的檢查，因為一般民眾大概不

會要求幫他們抽個血，可是可能會要求幫他照個CT、MRI，或是其他的X-ray比較高單價的檢查，所以我們這邊建議是落實使用者付費。

另在民眾端不浪費，可以透過衛教，我們這組有想到結合民間組織、團體辦理相關的衛教活動，譬如說可以辦理一些健康促進的活動，包括體適能等等，當然這些經費可能需要有其他單位支應，像我們醫院是在林園地區有成立一個林園健康社區，還有一個林園健康學園，我們跟學校簽約，也有在社區提供相關衛教，像是預防注射等，我們覺得可以提倡這點。

再來，在政府端的話，我們希望能夠宣導民眾下載健康存摺，因為現在健康存摺只要你有到某一家醫院就診，上面就有紀錄，民眾可以檢視一下，除了自己的健康狀況以外，還可以確認自己就醫資料，因為我常發現有些病人可能去A家看診，他的成人健康健檢或是篩檢都已經有做了，但是他本人都不知道，所以我們也是建議政府能夠宣導民眾，當然醫療端也要去宣導民眾下載健康存摺，可以了解自己的健康狀況、自己的就醫狀況，裡面也有其他紀錄，譬如說自己的體重、血壓資料等等。

再來呢，當然我們要宣導民眾，大病要找大醫院看，小病就找基層診所或地區醫院看，不用再浪費那麼多的時間去等候，還有金錢，因為一到區域級以上醫院，他們的掛號費、部分負擔都相當的高，與基層診所及地區醫院是有一些差距的，所以我們這組有提出希望能夠宣導民眾，當然醫院端也要做宣導，也希望政府端能夠介入。

再來，我們特別提出來，現在很多醫院都有衛教師，衛教師也很辛苦，他們要做的工作很多，健保有給付藥師藥服費，未來是不是也能夠給付衛教師衛教諮商費，希望各位能夠多多支持我們組提出的願景，謝謝大家。

第二組組長(王宏育常務理事)：

大家好，我是王宏育醫師，我們第二組成員都發言的非常熱絡，我本來以為大家可能對健保不是很了解，結果大家都提出很好的意見，第一組講的也很好，我代表第二組說明要如何珍惜我們的醫療資源，剛才第一組提出可以透過很多團體辦理衛教活動，像我們岡山醫療群，我們每年在空軍醫院舉辦3場活動，一場都有300多個人，1點到3點是做醫療諮詢、量血壓、量血糖，甚至有量尿酸、骨質疏鬆，3點後，第一場是營養師先講怎麼吃得健康，第二場是醫生講疾病相關知識，已經做了10幾年了，因為健保有給付醫療群費用，所以我們做得心甘情願，這個補充一下。

另外我們第二組重點是陳麗琴主任提出的，能不能讓民眾從小就有正確的觀念，她說她垃圾分類常做不好，她兒子、女兒都會指正她，老師是最重要的，所以我們有討論到國小五、六年級課本可以強調促進健康的重要性，現在的人都活得很久，你要注重自己的健康，要有健康的常識，當然醫療資源也很重要，國家有很多醫療資源，但如果大家沒有珍惜醫療資源，到最後國家的醫療資源也會撐不住，所以我們要分級醫療，要愛惜健保醫療資源，小病看診所、大病看大醫院，能不能請教育部把它編進去國小五、六年級課程裡，我們覺得這很重要。

另外，我們醫療群會定期寄衛教單張給病人，一年寄4次，一季寄1次，內容包含如何防止心肌梗塞、中風的發生，感染Covid-19後要怎麼樣做才不會變成重症等，這一些資訊我們都有提供，我們剛才也有討論到可以e化衛教資訊，我個人都是用我的臉書提供病人衛教資訊，如果每一個醫生都用他的臉書提供衛教，效果應會很好，這個部分大家的想法都差不多。

第二點，是我們認為最有亮點的，首先是很多人去醫院做了檢查，結果都很正常，但他們還要去掛號看報告，浪費時間及金錢，有沒有可能他們在醫院做了檢查，檢查結果如果是正常，你用LINE、簡訊或其他多元的管道跟民眾說都正常，民眾就不用再跑到醫院來了，當然我們蔡教授站在健保署的立場是覺得這個就是舉手之勞，我們陳麗琴主任是覺得能不能給醫院一點點的費用、一點點就好。第二個是檢查結果是異常，但是情況不是很嚴重，那是不是可以用通訊診察方式跟病人解釋，他不用再跑來醫院，醫師用視訊跟他說明檢查異常部分，你可能血壓高一點，你要常常量血壓，用非藥物治療以及幫他衛教，當然這樣應要有一筆費用，我們這裡有一點歧見，醫院部門希望能支付診察費，蔡教授則認為要打個折，不用那麼多錢嘛。第三個是檢查結果比較嚴重，他可能要開刀、有癌症，或是有較嚴重疾病，他一定要到醫院看病，那我們就有醫病共享決策，醫生和病人共同討論決定，但是我又加了一個建議，像我有病人去高醫做了胃鏡檢查，他有胃潰瘍還是胃食道逆流，我從雲端查詢檢查結果後就可以直接幫他開連續處方箋，可以開PPI(氫離子幫浦阻斷劑)，如果這個病人有跟他的家庭醫師說或是他剛好來看病，家庭醫師從雲端看到檢查結果後其實也可以跟病人解釋病情，我們很感謝健保署建置雲端系統，這樣家庭醫師就可以直接幫病人開藥、跟他解釋病情，病人就可以少跑一趟醫院，醫院就不用人滿為患，剛才勞工代表說他們工會會員常常都跟他們說去醫院掛不到號、沒有病床，請他們幫找病床、掛號，所以透過雲端系統及通訊方式可以減少醫院的門診量，這個是我們覺得最大的亮點。當然目前通訊診察治療辦法是沒有包括這個，我們希望願景工作坊收集到的建議可以向上反映，通訊診察治療辦法開放了六種，兩種健保有給付，這個部分是不是可以把它放進去。

第三點，是發展門診整合醫療服務，因為有的老年人去一次醫院需要看好幾科，醫院病人很多，醫師可能就Ditto藥物(開和上次相同的藥)、或每科可能開很多藥其中可能有些還是相同的藥，是不是需要整合？例如糖尿病、高血壓、腎臟病，看一個醫生就好，不用看三個醫生，不用去看新陳代謝科後，又去看心臟血管科、腎臟科，因為這些有相關，醫生都會看，是不是可以只看一個科，就是整合醫療，如果他的疾病較嚴重或複雜的話，可以看老人醫學科，如果有風濕免疫疾病，可能就看兩科，如果我們整合醫療做得好的話，民眾就不用看那麼多科，當然最好是這個病人沒有那麼嚴重，他有高血壓、高血脂、糖尿病，但都沒有很嚴重，到我們診所來看就好，我們很願意服務，而且我們一天到晚都在上醫學專業繼續教育課程，我們是有這個能力，這樣可以減少病人到大醫院去，也可以減少很多醫療資源的耗用，但是我們有一個前提，他在醫院掛三科，三科就有三個診察費，你現在改掛一科，診察費是否能稍微多一點點，這個就是透過支付制度

鼓勵做整合門診。

第四點，最後是無效醫療或是低效率醫療，我們臺灣花了太多錢在這方面，所以我們推動簽署預立醫療決定書，但因為ACP(預立醫療照護諮商)需要費用，又要花很多時間，所以我們做的不多，113年健保已將ACP納入給付，我今天才知道重症等4類對象由健保給付，其他是自己付錢，如果推動可以再好一點、或行政作業可以再簡化一點，ACP可能就會多一點，這樣子的話就不會明知沒有希望了還在那邊壓，壓到肋骨都斷掉了，最後還要再做氣切或是插管，病人已不能講話又拖了很久，所以DNR(簽署拒絕心肺復甦術)也是很重，我們希望大家能有基本知識，當然輿論也要幫我們的忙，其實我也覺得這個可以從國小、國中開始教育，這個好像太嚴肅了，我們第二組提出這幾樣建議，謝謝大家。

陳永仁副教授：

好，謝謝王常務理事，現在請第三組報告。

第三組組長(朱得仁醫師)：

謝謝大家，我是家醫科朱得仁醫師，本身在做居家醫療，是診所的醫師，我幫大家一起拉票，其實把分級醫療做好馬上就可省很多錢，我自己是診所醫師，又是醫院支援的醫師，高血壓在診所跟在醫院看是一模一樣的，同樣的醫生、同樣的藥，可是社會付出的成本不一樣，為什麼？我跟我的病人說你可以到我的診所看，我踩到了誰？我踩到了醫院老闆的利益。但是我們不要講那麼複雜，講最單純的，我是做一樣的事，為什麼健保要付出比較高的成本，所以如果分級醫療做好，讓民眾都知道在社區診所就可以得到好的照顧，健保馬上就可以省很多錢，但現在為什麼大家都在想如何推廣，因為我們沒有做一些限制，所以只能期待透過宣導跟衛教，可是在急迫當下，我們的宣導跟衛教好像效果不好，很多國家的分級醫療已做得很好。

有人認為基層診所小小的、窄窄的，能提供我想要的好品質嗎？這時候我們要討論的是，到底我們付出的健保費應該要買到什麼服務，面臨醫療資源有限，基層診所要如何提供有效率的醫療服務，其實當我們開始落實分級醫療後，很多資源會回到基層診所，基層診所的醫生就會得到更多資源來發展我們的服務，這是正向的循環。但現在是民眾到處doctor shopping，到處就醫的情況下，導致效率不好、多重用藥，這些都會消耗到我們應該珍惜的醫療資源，所以我們建議分級醫療應確實，這是幫大家一起拉票。

另外一個很常會遇到的問題，就是檢驗檢查及用藥重複，這也是大家一直提到浪費的部分。其實在我身為第一線的醫生很大的困難是，不清楚病人在別的地方拿過什麼藥，現在雖有雲端，可是雲端的查詢介面並不友善，無法快速查到需要的資訊，我們需要花比較大的心力去搜尋、比對資料，如果大家有看過雲端的操作介面，有時候我還要在那邊點一點、拉一拉，再貼在病歷裡，弄到我眼睛都花了，我們覺得雲端的介面設計可以再友善一點，例如串聯好相關資訊，另外基層診所HIS系統(雲端醫療資訊系統)是委託民間廠商做的，這些廠商因並沒有被

政策引導或是要求去配合政策，所以他們很被動，要求他們在系統上幫我們做一些更新時又要多花錢，而且他們也不是很積極配合，所以你就會發現很多資訊都在不同區塊，你要捉資料的時候就很容易漏掉，那漏掉之後其實就是浪費，而最後承擔這些的是誰，很多時候又是基層第一線的醫生，不好意思，講得有點激動，都快要哭了，並不是我們真的很想浪費，可是有時就是當下我們有很多資訊不清楚，病人不見得會主動跟我們講，例如他有沒有把藥吃完，他不講我怎麼知道，除非像我做居家醫療，我到病人家裡去搜他的藥，發現怎麼一年前的藥還放在這裡，我們才會知道，病人不講不會知道的，所以這必須由政策來協助，如果資訊系統做得好，我們就可以更快速知道病人在哪裡做什麼檢查，我們就不用重複做，我們是建議這個。

另外一個是落實家醫制度，這個其實跟分級醫療是有相關的，你如果不把分級醫療做好，就不會有太多資源回到基層，如果我們沒有資源去把這個服務做好，民眾就不會有信心，可是回過頭來，不管是地區醫院或是基層診所，我們把這些能量累積好，把服務做到讓大家覺得原來基層也可以提供一樣品質的服務，當有需要時我們又可以快速轉診到醫院。我剛剛提到一個概念，看五科的老人家多嗎？其實滿多的，他心臟科看教授，腎臟科看主任，都是名醫，突然限縮他的就醫權益時，他會覺得就醫權益被剝奪了，我相信其實從民眾的角度有可能會這麼想，可是我們要跟他講雖有限制，但是你放心，我們基層診所能把這五科整合起來看，但當你需要做進一步檢查時，我們會幫忙轉診，我每年會去照會你原來看病醫院的主治醫師，訂好治療方針，這一年就照這個方針繼續執行，一樣可以得到好的照顧，一樣是專科醫生的建議，但是在基層還是可以得到我們基層家醫群的照護，我是提供這樣的一個概念，並不是就一刀兩斷，你一定不能到醫院去，還是可以的，但是要經過基層醫生的專業認定，例如你的免疫風濕疾病一定要去醫院看、你的心臟最近在惡化，我覺得你要去醫院做一些檢查，這樣子就可大幅減少醫療資源的浪費。

另外一個是病人每月使用額度限制的問題，我們剛剛提到一些商業保險的概念，我如果一直出險，明年保險公司就會調升我的保費，或會有些限制，若我注重自己的健康，我的體檢報告很好，保費就會變少，當然剛我們討論時有人覺得這不是一個好的方案，但是我必須提到，我們目前很多政策都在宣導，或是限制，我們醫生就是被核刪、被扣減，很多時候其實我們就算再怎麼衛教都沒辦法成功的原因，是因為民眾端並沒有得到一定的限制，我們可以不用每一項醫療服務都要有部分負擔，因為有些民眾有經濟困難，如果你每一項醫療服務都要收部分負擔時，可能1,000、2,000元對他們來說就很痛苦了，可是面對高費用的項目，如果我們設定一個不太容易觸及的高額度，當觸及那條線之後，他們需要付較高的費用，那連動到就是分級醫療，例如若沒有經過轉診到醫學中心，就一定會被收較高的費用，這樣就可以有效率地讓那些高額使用者的需求降低，這是我們的看法，謝謝。

陳永仁副教授：

感謝第一組、第二組及第三組的報告，請在座的各位開始投票。
(進行投票、計票作業)

陳永仁副教授：

我們現在邀請第三組來報告11票跟9票的想法，再請第二組報告14票跟12票的，第一組報告7票的，現在先請第一組說明。

第一組組長(張瓊月副執行長)：

我們針對衛教的部分，我們剛剛也說過除了結合民間團體之外，其實各家醫院都有在做，我還是建議健康存摺的部分，以及宣導大病看大醫院、小病看小醫院，那分級醫療的部分大概跟第三組的11票願景是一致的。其實衛教，像我們醫院自己本身也都有在辦，每年每個月都有固定辦團體衛教，只是醫院辦團體衛教是focus在醫院自己的patient而已，如果能結合民間，可能有更多的民眾能參與，以上報告。

陳永仁副教授：

第二組，就報告14票跟12票的，各組提出的所有願景，我們都會納入紀錄，因為時間的關係，我們就不再重複。

第二組組長(王宏育常務理事)：

謝謝大家，整合醫療真的是非常重要，希望診所可以來做，當然朱得仁醫師也講得很好，可以回到醫院去，兩邊是不互斥，我們都覺得這樣很好，第一主要是可減少病人的痛苦，例如民眾坐輪椅，復康巴士載他去醫院後要等好幾科，真的是很可憐，我們大家都會老，所以我們希望往整合醫療方面發展，要做整合醫療這方面，醫生一定要常常上醫學專業相關課程，醫生不上課就不會很厲害，說真的我前一陣子上了巴金森氏症的課才知道巴金森氏症的藥不可以馬上用，要等他比較嚴重或中等程度再用，你用久了就沒有效，這個是我們不知道的知識，所以醫生要常常上課，我們才有能力做整合醫療，診所的醫生要更努力。

第二個，是民眾衛教，希望用國家的力量、教育部的力量、小學老師的力量，從小就教導要珍惜醫療資源，小學老師是最權威的，國中、高中就不權威，大學更沒有權威。我是有點可惜我們最大賣點的願景，視檢驗檢查結果決定是否回診及透過雲端查詢檢驗檢查結果，這可以省很多錢，這項願景只有10票，我再用一點點時間說明，其實我們剛才也花很多時間討論分級醫療，分級醫療真的很重要，但因牽涉太廣了，最後就沒有結論。蔡淑鈴教授有講到浪費，病人端有責任、醫師端有責任、醫院端有責任，我承認醫師端跟醫院端的責任比較大，因為我們醫療不對等、資訊不對等，所以我們都希望在醫師端、醫院端可以做得更好一點，希望公衛學者能多給我們一點建議，我們大家可以更努力達成共好，謝謝大家，謝謝。

陳永仁副教授：

好，謝謝，請第三組說明得11票及9票的，11票的是分級醫療。

第三組組長（朱得仁醫師）：

其實也是延續剛才提的，王常務理事提到分級醫療非常重要，但因為涉及很多因素，包含就醫習慣的改變而讓民眾有很大的反彈，我覺得這是有可能的，所以我們在落實分級醫療上一直沒有那麼扎實，現在就是關鍵時刻，很多國家都有實施分級醫療，可是在臺灣卻沒有落實得很好，如果能夠落實，假設我們今天就實施限制就醫，民眾第一個反應可能是「你們基層診所到底有沒有能力照顧好我？」，我覺得會被質疑合理，我們也是面臨挑戰，就像王常務理事說的我們基層要加強、要再去上課，而且並不是不讓民眾去看病，只是先到基層看病，當基層醫師在第一時間發現自己沒有能力照顧你的時候，還是會有轉診機制，只是轉了不是一輩子就轉了，而是在某種情況下轉診至醫院去接受一些檢查與治療，然後等到治療穩定了，再回到基層診所照顧，所以病人的權利並沒有受到損失，而且在經過一段時間之後，基層的量能逐漸提升、知道要如何做的時候，公會的前輩們也會引導後進慢慢朝向整合醫療的方向前進，但是現在的環境並不是這樣，造成基層醫師並不喜歡做這些事，為什麼？因為辛苦。整合要做的事情那麼多，但整合的看診費跟看感冒的費用一樣，我覺得這是一個很人性的選擇，如果我今天看感冒1個小時可看10個病人，我看老人家1個小時只能看2個，我覺得很難要求所有的醫生都朝向提供整合醫療這方面前進，但是當我們分級醫療落實之後，大部分民眾就會回到基層診所就醫，基層的病人量就會穩定，我們就會有更多的資源去推動整合醫療照護，這也跟家醫制度是綁在一起的，分級醫療落實後，後面都是順水推舟，因為病人信任家庭醫師，醫師講的話他會相信，然後醫師就可以用更有效率的方法去處理，不然像醫院的醫生可能會因為病人很多，若想要在3分鐘看完1個病人，他就會很快速的Ditto藥物，我覺得這樣的行為是普遍存在的，所以當我們落實分級醫療，我相信會往好的方向前進，謝謝大家。

陳永仁副教授：

最後，請周執行秘書跟在座各位說一下話。

周執行秘書淑婉：

謝謝陳主任、三位專家學者，還有與會的團體代表，我想今天下午在大家動腦筋下，提出這些建議對我們來講都非常的寶貴，就如同我剛剛開頭的時候講的，我相信這些都會是我們未來在提供健保署一些建議時最大的一個基礎，我們一定會把它整理出來，當然也謝謝陳老師真的很費心，也謝謝大家花這麼多時間一起討論出很多建議，這些對我們都很有幫助，謝謝大家！

陳永仁副教授：

其實現在時間也不早了，所以我們今天是不是就到這個地方，太晚走會塞車，好，謝謝大家。



如何提升醫療資源使用效率

願景：期待的未來
可近性、品質、**效率**

- 制度效率

- 資源配置，靜態
- 制度運作，動態
- 分級醫療
- 家醫
- 轉診

- 醫療效率

- 醫療專業
- 預防 vs. 醫療
- 醫療的極限
- DRGs
- 論人

附錄 11：專家信效度問卷

113 年度健保資源配置公民參與問卷會議專家效度評分表

113 年度健保資源配置公民參與問卷題目		專家效度(適切性)				A~D 四位專家評分平均
請根據題目之適切程度高低給予相關評分，1 為最低分，4 為最高分。						
i	你的職業是： () 政府公務人員(醫事相關) () 醫事相關從業人員 () 非醫事相關之有固定工作者 () 非醫事相關之無固定工作者	1	2	3	4	A: 3 B:4 C:2 D:4 平均:3.25
ii	你的年齡是？ () 19 歲以下 () 20 歲到 65 歲之間 () 66 歲以上	1	2	3	4	A: 3 B:2 C:3 D:4 平均: 3
iii	你是否曾參加 2024 年 7 月臺北市立大學舉辦的「全民健保願景工作坊」？ () 是 () 否	1	2	3	4	A: 4 B:4 C:3 D:4 平均:3.75
以下請依據您的看法，選出下列選項最適合的答案：						
()非常同意 ()同意 ()普通 ()不同意 ()非常不同意						
1	請問您是否同意，政府推動家醫計畫的醫師群收案方式，除上述目前方式之外，亦應包括診所或醫院鄰近的生活圈內的具有多重慢性病患者之家庭成員。	1	2	3	4	A: 2 B:4 C:3 D:4 平均:3.25
2	請問您是否同意，政府執行家醫計畫成員收案時，應落實取得被收案者的意願許可。	1	2	3	4	A: 4 B:4 C:3 D:4 平均:3.75
3	請問您是否同意，政府應透過適當評核機制對家醫體系做評鑑，以維持家庭醫師品質，提升民眾信賴。	1	2	3	4	A: 4 B:4 C:4 D:4 平均:4
4	請問您是否同意，未來家庭責任醫師團隊，除家庭醫師與核心醫院之外，應考量結合全方位專業，加入牙醫師、中醫師、藥師、營養師、心理諮商師、物理治療師等成員。	1	2	3	4	A: 3 B:4 C:3 D:4 平均:3.5

113 年度健保資源配置公民參與問卷題目		專家效度(適切性)				A~D 四位專家評分平均
5	請問您是否同意，未來家庭責任醫師服務內容與模式要做到全人醫療。換言之，除疾病治療之外，也應納入疾病預防、心理諮商、勞動職場健康、與生活型態衛生教育等方面。	1	2	3	4	A: 4 B:4 C:3 D:4 平均:3.75
6	請問您是否同意，未來家庭責任醫師服務內容與模式，除前述之疾病治療、全人醫療外，也應進一步納入資訊整合、設備整合、健康體適能的評估與篩檢、病患健康管理與衛生教育等。	1	2	3	4	A: 2 B:4 C:3 D:4 平均:3.25
7	請問您是否同意，因應高齡化時代來臨，家庭醫師體系將來要能與長期照護資源連結。	1	2	3	4	A: 4 B:4 C:3 D:4 平均:3.75
8	請問您是否同意，政府雖不限制就醫地點，但針對未經轉診就直接前往非指定的醫院就醫者，將民眾看診時的部分負擔，由「固定金額(定額)」改為「按實際計費用一定比例收費(定率)」？	1	2	3	4	A: 4 B:4 C:2 D:4 平均:3.5
9	承前，若政府針對未經轉診，就直接到非指定的醫院就醫之民眾，增加部分負擔。請問您是否同意，對於弱勢族群，應擁有配套補助或相關措施，避免阻礙其就醫。	1	2	3	4	A: 3 B:4 C:3 D:4 平均:3.5
10	請問您是否同意，政府對家醫計畫中的轉診流程，除加強宣導外，應改善家醫計畫中的轉診方便性，例如：減少轉診所需時間的間隔，減少病人轉診時額外花費。	1	2	3	4	A: 4 B:4 C:3 D:4 平均:3.75
11	請問您是否同意，政府要針對民眾經常就醫原因，製作民眾自我照護手冊，廣發民眾，提升民眾自我照護責任、能力與醫藥素養，減少就醫次數。	1	2	3	4	A: 4 B:4 C:4 D:4 平均:4
12	請問您是否同意，政府對於穩定的慢性病患者，放寬慢性處方籤開立月數(例如：由目前可以拿3個月慢籤，延長至4個月或更長)，以減少就醫次數與醫學檢驗次數。	1	2	3	4	A: 4 B:4 C:3 D:4 平均:3.75
13	請問您是否同意，醫院端檢查(驗)結果如果正常，可以透過多元管道通知個案病人不需再到醫院看檢查報告；如果是異常，可以透過通訊	1	2	3	4	A: 3 B:4 C:4 D:4

113 年度健保資源配置公民參與問卷題目		專家效度(適切性)				A~D 四位專家評分平均
	診察告知病人，並建議應追蹤回診處理，以減少就醫次數。					平均:3.75
14	請問您是否同意，政府針對看病次數過多的病人，由藥師提供居家藥事照護，增加病人用藥素養，減少藥物不良反應及藥物浪費。	1	2	3	4	A: 4 B:4 C:4 D:4 平均:4
15	請問您是否同意，各診所與醫院共享雲端醫療資訊系統(例如：民眾到醫院就醫時，不管民眾在哪裡看病，都可過雲端醫療資訊系統，看到過去的開藥及檢查紀錄)，減少病人非必要重複檢查(驗)與非必要用藥。	1	2	3	4	A: 4 B:4 C:4 D:4 平均:4
16	請問您是否同意，減少末期病人的無效醫療，包括：推廣安寧緩和、推廣預立醫療照護諮商(ACP)，預立醫療決定書等。	1	2	3	4	A: 4 B:4 C:4 D:4 平均:4
17	請問您是否同意，持續推動分級醫療，透過提高民眾至醫學中心或區域醫院看診之部分負擔，以降低醫院的一般性門診數量，讓醫院能收治更多急症、重症、難症病人。	1	2	3	4	A: 4 B:4 C:3 D:4 平均:3.75
18	請問您是否同意，政府持續推動分級醫療時，要同步增加地區醫院、基層診所門診就醫方便性，尤其在東部、離島、或偏鄉地區。	1	2	3	4	A: 4 B:4 C:3 D:4 平均:3.75
19	請問您是否同意，政府要教育民眾從小就應珍惜醫療資源，建議教育部編入課程教導健保資源、編寫 e 化「自我健康管理手冊」供民眾說明學習，並結合民間組織，廣泛辦理衛教、使用健康存摺，大病看大醫院，小病看地區、基層醫院、診所。	1	2	3	4	A: 4 B:4 C:3 D:4 平均:3.75
20 跳答	我參加 2024 年 7 月由臺北市立大學承辦的「健康保險議題願景工作坊」時，該工作坊工作手冊及專家演講內容，對我認識目前衛生福利部現行的「家庭醫師整合性照護計畫」或「提升醫療資源使用效率」很有幫助。(僅第 iii 題回答「是」的受訪者回答) () 是 () 否	1	2	3	4	A: 4 B:4 C:4 D:4 平均:4
21 跳答	臺北市立大學承辦「健康保險議題願景工作坊」所彙整的建議事項，形成願景共識後，我希望未來將會落實成為政府政策。(僅第 iii 題	1	2	3	4	A: 3 B:4 C:3 D:4

113 年度健保資源配置公民參與問卷題目		專家效度(適切性)				A~D 四位專家評分平均
	回答「是」的受訪者回答) () 是 () 否					平均:3.5
22 開放題	請問您對於「家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向」，還有其他意見嗎? (開放性題目由受訪者填寫作答)	1	2	3	4	A: 4 B:4 C:3 D:4 平均:3.75
23 開放題	請問您對於「如何提升醫事服務提供者在醫療資源使用之效率」，還有其他意見嗎? (開放性題目由受訪者填寫作答)	1	2	3	4	A: 4 B:4 C:3 D:4 平均:3.75
其他建議						

附錄 12：網路蒐集公民關切之重要議題問卷

各位關心台灣全民健康保險好朋友，您好：

我們是由衛生福利部全民健康保險會委託，並由臺北市立大學陳永仁副教授主持的「113 年多元公民參與模式探討-以健保資源配置之議題為例」計畫工作團隊。

工作團隊為協助全民健康保險會蒐集民眾對目前健保議題意見，俾使日後健保政策規劃執行更完善，更符合民意需求，已經先後完成健保專家諮詢會議，以及全民健康保險健保資源配置願景工作坊。願景工作坊議題有二，第一：家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向。第二：如何提升醫療資源使用效率。

我們將繼續進行網路線上問卷，就上述「願景工作坊」中所得之共同願景，就教各位關心全民健康保險好朋友。敬請各位惠予協助，共同促使台灣的健保制度更加完善。

如有任何相關問題，歡迎回信詢問。

敬請於 2024 年 10 月 21 日前回覆。

本計畫所得資訊，將匿名處理，研究分析後，僅提供衛生福利部全民健康保險政策參考使用，不用做其他用途。

再次感謝您的協助！

計畫主持人： 陳永仁 副教授

電子信箱： yrchen55@gmail.com

計畫聯絡人： 趙于甯 專任助理

電子信箱： ning1225@go.utaipei.edu.tw

劉威廷 研究助理

電子信箱： u11152006@go.utaipei.edu.tw

背景說明：

為促進預防醫學、落實轉診制度並提升醫療品質，健保署自 92 年起推行「家庭醫師整合性照護計畫」(家醫計畫)，至今已將近 20 年。由於人口高齡化、多重慢性病增加，國人年平均就醫次數已經超過 15 次，因此如何提升醫療資源使用效率，也十分迫切。健保署 113 年將延續家醫計畫，並推動「大家醫計畫」，以下您的意見對台灣健保改革將會有重要貢獻。

*為必答題

一、家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向：

說明：健保署將從 113 年起，將實施多年的「家庭醫師整合性照護計畫」升級為「大家醫計畫」。家庭醫師是全家人健康的守護者，在平時可以建立完整的家庭醫療資料，而當疾病發生時，家庭醫師可立即掌握或追蹤病情，提供最適當的治療。民眾若需要轉診，家庭醫師會協助轉介到合適的院所或科別就醫，減少您時間與金錢的浪費。

*1、請問您是否知道目前衛生福利部中央健康保險署執行中的「家醫計畫」？

☐ 知道

☐ 不知道(請跳答第 6 題)

2、請問您目前是否有參加「家醫計畫」嗎？

☐ 有

☐ 沒有(請跳答第 5 題)

☐ 不知道有沒有

3、如果您目前有參加「家醫計畫」，請問您對所參加的「家醫計畫團隊」服務滿意嗎？

☐ 非常滿意

☐ 滿意

☐ 普通

☐ 不滿意(請跳答第 4 題)

☐ 非常不滿意(請跳答第 4 題)

4、為什麼不滿意？

請您以文字說明：()

5、請問您認為目前的「家醫計畫」有什麼地方可以改進的嗎？

請您以文字說明：(

)

第 1 題答覆不知道有「家醫計畫」的人，請繼續回答第 6、7 題。

說明：健保署於 113 年起推動的大家醫計畫，預計將糖尿病、初期慢性腎臟病等疾病的照護整合，讓民眾只要在同一醫療院所，就能獲得完整治療服務。除此之外，還加入數位照護模式，透過蒐集個人的健康資料，幫助醫生為民眾制定個人照護計畫。

以下我們想要詢問您參加衛生福利部中央健康保險署推動的「家醫計畫」的意願。

6、請問您願不願意參加「家醫計畫」？

☐ 願意

☐ 不願意

☐ 還沒有決定

7、您如果不願意參加「家醫計畫」，請問您的原因是甚什麼?(可複選)

☐ 不瞭解參加家醫計畫的目的或用意

☐ 已有習慣看病的醫療院所或醫師

☐ 其他，請您以文字說明：()

說明：現行家醫計畫之收案方式，主要由健保署提供「較需照護之名單」，由醫療群進行健康管理，再加上部分由醫師自行收案。未來若要全面推動「家庭責任醫師制度」，意即每人/每家庭都有專責的家庭醫師(診所)。

*8、為提升「家醫計畫」之執行效益，未來如以生活圈為概念，整合家醫群內之診所與收案對象，則就醫自由度可能會略為限縮，請問您是否同意這樣的做法？

☐ 非常同意

☐ 同意

☐ 普通

☐ 不同意

☐ 非常不同意

說明：隨著我國人口老化，慢性病、甚至多重慢性病增加，在醫療資源有限下，為了減少片段醫療及維持健保永續，整合慢性疾病照護、推動全人醫療勢在必行。而「家庭責任醫師制度」旨在提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療照護，從預防保健、疾病治療、轉診醫院，乃至轉銜長照，都有專責家庭醫師提供服務、擔任核心角色，對於未來家庭責任醫師服務內容、模式，請問您是否同意下列的看法？

*9、如將家庭責任醫師團隊中，加入牙醫師、中醫師、藥師、營養師、心理諮商師、物理治療師等專業人員，提供全方位的醫療服務，您是否願意因此多負擔一些保費？

☐ 非常願意

☐ 願意

☐ 普通

☐ 不願意

☐ 非常不願意

*10、除了疾病治療之外，如將疾病預防、心理諮商、勞動職場健康、生活型態衛生教育等功能納入家醫計畫辦理，以提供全人照護，您是否願意因此多負擔一些保費？

☐ 非常願意

☐ 願意

☐ 普通

☐ 不願意

☐ 非常不願意

說明：家庭責任醫師制度的設計，是由專責的家庭醫師擔任「健康守門員」角色，先進行診治，若有需要再由其轉診至醫院。若病人直接到其他非指定的院所就醫，國際上通常會增加民眾自付額(如提高部分負擔比率)，以下是請問您對須限制就醫或額外自付費用看法。

*11、請問您是否同意，配合家庭責任醫師團隊轉診可免收部分負擔，但對未經轉診就直接前往非家醫指定的醫院就醫者的民眾，加重部分負擔？

☐ 非常同意

- ☐ 同意
☐ 普通
☐ 不同意
☐ 非常不同意

12、若您對「家庭醫師整合性照護計畫」有其他意見，請填入文字說明：

()

二、提升醫療資源使用效率：

說明：我國 113 年健保醫療費用總額已超過 8 千億元，面對人口老化、慢性病增加以及新醫療科技的發展，國民醫療需求持續上升。然而資源有限，健保收支短缺問題也在加劇。為促進國民健康及確保健保永續，提升我國醫療資源使用效率勢在必行。

*13、為提升醫療資源使用效率，政府已推出諸多改善方案，包括訂定「113 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，擬訂對應管理策略並每年持續推動改革。請問您是否了解目前健保資源面臨的問題？

☐ 是

☐ 否(請跳答第 15 題)

14、目前政府擬定策略包括：健保資源宣導、強化民眾自我照護能力、門診高診次就醫個案輔導、持續推動分級醫療、精進雲端醫療資訊、加強審查與查核機制、減少不必要醫療利用、推動疾病管理、促進院所合作機制、照護服務之銜接等。請問您認為還可以採取哪些措施來提升醫療資源使用效率？

請填入文字說明：()

第 13 題回答否者，接續回答以下題目：

說明：國人年平均就醫次數已超過 15 次(國外約 5 次)，對於民眾看診次數過高之情形，健保署目前有針對高診次就醫者提供關懷與輔導措施。除此之外，就醫後重複用藥、檢驗(查)與處置回診也是造成國人就醫次數高於國外的原因之一。

*15、為減少就醫次數，將醫療資源做最有效的配置，請問您是否同意，如果醫院的檢查(驗)結果正常，可以透過多元管道(例如：電話、簡訊、Line 等方式)，通知民眾不需再到醫院回診看報告；如果檢查(驗)結果異常，需再通知民眾回診處理。

- ☐ 非常同意
- ☐ 同意
- ☐ 普通
- ☐ 不同意
- ☐ 非常不同意

*16、為減少就醫次數，將醫療資源做最有效的配置，請問您是否同意，對於病情穩定的慢性病病人，取消慢性處方箋只能開立 3 個月的限制？

- ☐ 非常同意
- ☐ 同意
- ☐ 普通
- ☐ 不同意
- ☐ 非常不同意

說明：健保署自 106 年起推動分級醫療政策，旨在促使各層級醫療院所各司其職，基層診所扮演「健康照護守門員」的角色，醫院則專注急重症病患的治療照護等。

*17、為加強推動分級醫療，政府可藉由擴大家醫計畫與強化轉診制度，請問你是否同意，降低醫院的一般性門診數量，使醫院能收治更多急症、重症、難症的病人，讓醫療資源用在刀口上，惟民眾的就醫選擇權可能受到部分限制？

- ☐ 非常同意
- ☐ 同意
- ☐ 普通
- ☐ 不同意
- ☐ 非常不同意

*18、承上題，請問您是否同意政府透過提高民眾至醫學中心或區域醫院看診之部分負擔，以降低醫院的一般性門診數量，讓醫院能收治更多急症、重症、難症病人？

- ☐ 非常同意
- ☐ 同意
- ☐ 普通
- ☐ 不同意
- ☐ 非常不同意

*19、推廣安寧緩和、推廣預立醫療照護諮商(ACP)，預立醫療決定書等措施，可減少末期病人的無效醫療，請問您是否認同並願意配合簽署相關文件。

- ☐ 非常同意
- ☐ 同意
- ☐ 普通
- ☐ 不同意
- ☐ 非常不同意

20、若您對「如何提升醫療資源使用效率」，有其他意見，請填入文字說明：

()

三、基本資料：

【接下來，想請教您幾個個人問題】

以下問題僅供健保會研究分析使用，不做其他用途，請您安心填答。

1. 性別：(1)男性 (2)女性

2. 請問您是民國幾年出生？民國____年

3. 請問您的最高學歷是？

(1)小學及以下 (2)國(初)中 (3)高中(職) (4)專科 (5)大學 (6)碩士及以上

4. 請問您的工作是？

(1)民意代表、主管及經理人員 (2)專業人員 (3)技術員及助理專業人員

(4)事務支援人員 (5)服務及銷售工作人員 (6)農、林、漁、牧業生產人員

(7)技藝有關工作人員 (8)機械設備操作及組裝人員(9)基層技術工及勞力工

(10)軍公教 (11)家管 (12)學生 (13)無業/待業中 (14)已退休(15)其他

5. 請問您每個月的收入大概是多少錢?

(1) 30,000 元以下 (2) 30,001~45,000 元 (3) 45,001~60,000 元 (4) 60,001~75,000 元
(5) 75,001~90,000 元 (6) 90,001~105,000 元 (7) 105,001~120,000 元
(8) 120,001~135,000 元 (9) 135,001~150,000 元 (10) 150,001~165,000 元
(11) 165,001~180,000 元 (12) 180,001~195,000 元 (13) 195,001~210,000 元
(14) 210,001 元以上

6. 請問您目前住在哪一個縣市?

(1)新北市 (2)臺北市 (3)基隆市 (4)宜蘭縣 (5)金門縣 (6)連江縣
(7)桃園市 (8)新竹市 (9)新竹縣 (10)苗栗縣 (11)臺中市 (12)彰化縣
(13)南投縣 (14)雲林縣 (15)嘉義市 (16)嘉義縣 (17)臺南市 (18)高雄市
(19)屏東縣 (20)澎湖縣 (21)花蓮縣 (22)臺東縣

(問卷完)

附錄 13：問卷開放式文字意見表達實錄

網路公民參與問卷開放題民眾回答

題目	回答
Q4. 請問您為什麼對家醫計畫不滿意?	不切實際
	覺得有名無實
Q5. 請問您認為目前的「家醫計畫」有什麼地方可以改進的嗎?	推廣不普及
	可以納入更多民眾
	醫療有效分配
	一般民眾並不了解，且參與診所為積極說明，收納對象有限...
	民眾認知上不足。診所及醫院間無法提供整合性服務。
	有許多民眾，未必信任自己社區附近的基層診所醫師，或覺得診所的檢驗水準不足，寧可跑很遠到自己期望的醫院就醫，建議可以很明確在診所門口掛上類似「本 OO 診所收治患者，由 OO 醫院提供共同照護」、「小病就近診療，必要時可轉診由支持醫院協助，醫療持續不中斷」...等標示，讓民眾可以更清楚在這間診所就醫，也可以獲得其信任的醫療院所支援/資源。
	如以全人醫療照護為出發點，或許也可將口腔照護列入，口腔照護對病人咀嚼及吞嚥相關都有影響，在營養攝取上或許能有較好的照護成效。
	醫療群會變動有醫師會退休
	建議：
	1.加強每位民眾可存於健康存摺中的各項檢查資料，含成人預防保健、自費健檢的數據等，以能自主健康管理。
	2.於健康存摺中看到自己有沒有加入家醫計畫及專責的家庭醫師(診所)。
	應該以便民為主，而不是提高保費
	健保署其他計畫與家醫計畫指標(慢性疾病)重複性高
	要落實到每個基層院所，需要造冊編列。
	進行某些層級的診療前，須有家醫階段的強制性。
	先開宣導說明協調會
	拿出醫德就好
	家戶的管理
	沒有特別注意，有醫療需求時才會去找醫生
	可以給家屬一分照護流程表和注意事項表嗎?
	給整合醫師及團隊有更多的發揮空間
	部分負擔提高，大病醫藥費降低減少醫療浪費
	處方用藥也應該採取部分負擔

網路公民參與問卷開放題民眾回答(續)

題目	回答
Q5. 請問您認為目前的「家醫計畫」有什麼地方可以改進的嗎?	家醫的品質不穩定
	很完善。家庭醫師可定期諮詢病患。
	如何發揮最佳效益?而不是找幾個科別醫生組成，而期待民眾安心。
	目前對象需要照護名單為健保局提供，醫生自行收案，建議應先建立個人疾病、健檢資料庫，於全面推動前，先有資料供目前就診及未來的家庭醫生診斷及用藥參考。
	家醫及長照整合
	希望更便民 減少費用提高
	提高醫師自行收案配套作法
	需時間改變就醫習慣
	知名度不夠，不知道怎麼申請或申請的診所有限，另外也不確定是否有配合在外縣市上班的族群
	申請費用可以再便宜
	不想因為家庭計畫而增加保費
	獎勵醫師持續精進專業與社區溝通的橋樑
	自由度和費用調整(例如仍可以自己看特定專科，但收費比家醫轉介多)
	資訊的取得方面尚未廣泛，許多人還不知道此計畫的存在，應要多推廣使其普及化，尤其中老年人是就醫頻率較高的族群，應依其為首要。
	可以讓民眾更清楚家醫計畫的內容，並加強宣傳
	人手不足，台灣民眾毛一堆
	醫療技術各家是否會有品質上的差異，這點可能需要統一下技術上的問題。
	擴大徵才
	因為我父親有時候會跑居家，不太清楚細節內容，但我的發現是有些個案的位置可能處在偏較鄉地區，一趟車程可能都要 30 分鐘以上。不是錢的問題，只是不理解這個計畫是要醫師自己有意願，才參與此計畫，還是說每個地區由該地區家醫科醫師分配。助人是好事，但合理的分配醫療資源是不是也是一個很重要的點。一個醫師跑居家，可能需要休診，勢必會放掉自己診所周圍附近需要即時獲得幫助的病人。
	家醫計畫要納入中醫，且讓民眾可以一年內有限次改變家醫醫師。
	仍著重在原治療疾病，與真實的家庭醫師扮演的角色有落差。

網路公民參與問卷開放題民眾回答(續)

題目	回答
Q5. 請問您認為目前的「家醫計畫」有什麼地方可以改進的嗎?	家庭醫師未能深入瞭解!
	可以更明確讓個人知道專責醫生（診所），或個人是否有被納入
	適當訪談
	很好的方案～但需確實的做到、如之前的醫師出診情形、連夜間出診都能實行、希望政府的政策能落實、感謝
	台灣進入老人化的時代家醫計畫、應該有計劃的推廣全民知道
	轉介，或主動提供家醫供民眾查詢
	配合單位的給付太低
	需要再做更多的宣導以及提供給醫師更多的誘因鼓勵
	醫療費用可以降低
	希望多有老人的照顧計劃
	1.家庭責任醫師團隊應該再加入職能治療師 2.必須以各種管道再廣為宣傳，讓更多民眾周知，例如捷運廣告
	家醫的信任度與普及度仍需加強，在大眾的生活中滲透率缺乏，第一時間民眾仍會選擇去醫院或尋找熟悉的醫師看診。
	如果有必要可以跨區或外縣市旅遊皆可在當地看診資詢問等等。
	醫療品質/非必要醫療
	家醫計畫因有些人工作忙碌而無法參與
	不夠透明
	收費合理
	要給民眾了解正常看病知識，不要濫用醫療資源
	適合長期臥床或行動不便的病人或老人
	必須確實地訪查
	掛號費可以再降低
	主要還是錢的問題吧!最近通膨嚴重，有時候都不敢看病，畢竟看一次並都很燒錢
	醫療人力不夠充足
	不熟悉家醫計劃
	知道這計畫，但不知道哪裡可查詢我參加的內容是什麼
	就近照顧患者，但無法因病情，其他因素：指定醫院

網路公民參與問卷開放題民眾回答(續)

題目	回答
Q5. 請問您認為目前的「家醫計畫」有什麼地方可以改進的嗎?	不要只侷限於高齡者，有很多年輕的身障者長期臥床，移動不易，應該涵蓋在計畫內
	加強擇優汰劣之退場機制，增加家醫計畫照護名單連續性，增進醫病關係，鼓勵診所醫師加強全人照護，加強家庭社會心理及非藥物治療等全人照護治療
	瞭解被照護者的需求
	因很少使用醫療資源所以不太了解
	對於租房族，多以鄰近點就醫，且掛號費一直漲價，影響就醫意願
	偏鄉診所人力資源不足
	目前尚未有足夠的醫師，且會不會有民眾有偏好醫師部分的情況發生
	訂定明確負擔費用
	加強落實執行
	以前感冒到診所時，有填寫過家庭醫生的表格，可是後來隔很久沒看醫生，就不確定了，然後在健康存摺上，也看不到歸屬哪一個家庭醫生
	讓病患了解計劃內容
	協助獨居長者慢性病控制
	醫師參與熱衷度、縱向與橫向連結等即時行應有努力空間。
	方便性及便利性
	加入心理輔導
	就醫醫療院所，就診程序盡量簡單化
	執行要徹底
Q7. 您如果不願意參加「家醫計畫」，請問您的原因是甚麼？(可複選)	已有習慣看病的醫療院所或醫師
	不瞭解參加家醫計畫的目的或用意
	看病醫療院所或醫生有得選擇？
	另外就醫選擇會被侷限？
	不清楚參加家醫計畫對參與者的好處或優勢
	父親有糖尿病
	健保費用又要逐年提高，加重年輕人負擔
	不願意增加經濟支出
	無慢性病史
	目前沒有需求

網路公民參與問卷開放題民眾回答(續)

題目	回答
Q7. 您如果不願意參加「家醫計畫」，請問您的原因是甚麼？(可複選)	會考量醫療院所及醫生是否適合自己。詳細內容出來前無法決定
	離家近比較好
	不瞭解參加家醫計畫的目的或用意，已有習慣看病的醫療院所或醫師，醫生都分專科性，不放心不同科別看同一個醫生
	目前較為忙碌
	希望是中、西醫合作方式診斷與治療
	希望帕金森氏病也能納入
	不瞭解參加家醫計畫的目的或用意，已有習慣看病的醫療院所或醫師，不確定家醫品質及是否足夠專業
	要習慣的醫生非常重要，分配的距離以及交通也是問題
	擔心自己隱私曝光
	專業嗎？
	因為時常搬家，無法確定生活圈
Q12. 若您對「家庭醫師整合性照護計畫」有其他意見，請說明	是健檢一樣的概念嗎？早期發現早期治療
	不同的家庭有不同的需求 我認為可以針對個種類的家庭設定企劃。
	易生弊端
	希望能有定期到府問診的服務
	美、加，家醫制，常造成就醫困難，許多移民需醫療時，就回台，造成了健保負擔；台灣推動家醫制希能事先避免他國之弊端
	透過家醫始能轉診，如對於該家醫看診結果有疑義，是否可透過提出之疑義，協助轉至其他醫院之機制？
	未經轉診就直接前往非家醫指定的醫院就醫者的民眾，加重部分負擔，此是否亦可透過了解原因，再決定是否加重部分負擔之機制？
	雖釐清原因，不容易判斷且加重複雜度，但仍建議可考量相關原因後再判斷之機制。"
	可以施行但保費提高不得
	強烈希望衛生福利部醫院的中醫科納入
	整合困難度高
	中醫加入對慢性病患受惠很大
	建議新制度執行前，加強與利害關係人的溝通及說明
	應納入內科專科醫生，不要只是家庭醫學會的家醫科醫師而已

網路公民參與問卷開放題民眾回答(續)

題目	回答
Q12. 若您對「家庭醫師整合性照護計畫」有其他意見，請說明	對不適任的家醫應有淘汰制度，以免延誤進一步治療
	整合是好事，這樣就不用分科看診，只是就要費用提高會造成家庭負擔更重
	建議盡量公布計畫相關資訊讓一般民眾了解內容
	願景及概念很好，但真正執行起來會不會和長照一樣門檻很高或無法即時符合馬上有需求的病人？
	要看非指定就醫的加重負擔是加重多少。
	另外還不太明白要由家醫指定的轉診醫師，對病患或對醫療體系的幫助是什麼？
	因為現在自由就醫，醫生們也都能看到健保就醫和用藥紀錄啊？"
	醫療成本會上升(移動上的工時人力負擔會間接轉嫁到消費者端
	如果家庭醫師團隊素質參差不齊，反而有可能因為家醫制度限縮民眾的就醫自由度，甚至影響到民眾的健康。認為醫師及治療團隊的專業度及態度的把關及是否能獲得民眾信任很重要。
	"慢性病在家醫計畫是可以，但如果針對急性發作的病，或是治療有急迫性的，還要轉診是否無法馬上治療，病人也會心急，這一部分如何讓民眾理解或是方式是什麼
	整合到家醫計畫的優劣，讓專業醫師可以將時間用在需要的人身上，避免小毛病就佔用時間。但是劣勢是，醫護是否水準相同？否則就近的家醫就很差，反而不公平。再來，只要多付錢不用轉介就能看比較好的醫生，其實有錢人還是負擔的起，能解決健保的問題，實質可能是分階級醫療？是否還是沒有真正達到全民健保？想賺錢的醫生不加入健保，專服務有錢人是醫生的自由，但是政府帶頭做是否有疑慮？以上，如不是計劃的本質，那就需要多宣導讓我們一般人可以理解"
	家醫計畫遴選醫師時需專業、熱忱，勿因補助計畫而流於形式，問診敷衍及不專業
	"有關本計畫用意良好，但你要考慮到就診的民眾都是弱勢居多，已有繳高額健保費還要加重部份負擔那不是雪上加霜，另富有的人他會另外找名醫治療不會在乎加重部份負擔健保費，所以已建議如一貫治療者應減輕醫療部份負擔，這才能符合健保意義。
	現今應該排除民眾出國超過 3 月就不能享有國內健保福利，能移民出國或是出差都享有一定薪資福利，這應思考的方向，讓制度更健全，不應浪費現有資源。"

網路公民參與問卷開放題民眾回答(續)

題目	回答
Q12. 若您對「家庭醫師整合性照護計畫」有其他意見，請說明	要有隨時電話或視訊問診，也能隨時問一些營養或健康問題，看完病後要定時主動追蹤，對老弱殘障要居家服務，對病人只要有幫助的藥或療程都要提供，且要健保給付，讓全民都能健健康康生活。
	偏鄉醫療不足請一併考量。
	因全民皆有繳稅，有關計畫內勞動職場健康部分，應不只限定於定義之「勞工」，應納入公務人員。
	影響程度很大要再多多了解一般民眾就醫狀況
	想請問。若計畫確實推動後，在一開始分配指定家庭醫師（診所），會僅由主管機關的決定嗎，還是能夠提供至少2個選項？
	是否會依照健保繳費目前的狀況依收入來評估多負擔保費依照收入有不同的收費級距。
	讓廣大的民眾更加瞭解
	我覺得要先瞭解此方案的內容及得失，再填問卷較妥。
	限縮地區不太便民
	部份診所所開藥物治療效果不彰會影響就醫意願
	不是完全了解內容細節，但可以提升醫療品質不濫用健保不浪費健保，我都願意配合政策，台灣健保世紀第一，夠便宜了，我願意多支付一些些保費
	更便民的醫療資源
	那急診怎麼計算
	不同的病因有較專長的醫生，是病人都會想找較有經驗的醫生
	醫生素質太差，且嚴重缺乏整合醫學概念
	"前往非家醫指定的醫院就醫者的民眾，加重部分負擔，那也要此計畫成熟後，才能增加。
	因人民有移動遷徙的自由，例如搬家，也不需要跟醫院報備，除非自願加入家庭醫師整合照護計畫，並自願告知。"
	希望費用不要太貴，比較生病的時候沒有收入
	感覺不是很明確
	健保屬於全民為治療疾病之減輕壓力之政策，若以全民福祉為先，應將各科診療費合理性。如若診療費用壓力過大，反而導致民眾無法就醫，不是更造成社會資源的過重跟浪費。
	醫療服務的提升才是提升保費的前提感謝
	對症下藥，讓患者順利找到適合自己的診所與醫生。

網路公民參與問卷開放題民眾回答(續)

題目	回答
Q12. 若您對「家庭醫師整合性照護計畫」有其他意見，請說明	尚未清楚此計劃之內容，無法準確回答以上問題
	"就醫的治療限縮會有一個問題，假設我的醫師給的藥對我都沒什麼幫助時，我不能找其他醫師看診？
	牙醫師其實有些醫師只想賺錢，當我遇到不好的牙醫師時我不能找其他醫師？找其他醫師要負擔更高自費額度，雖然整體是全方面健康照護，但不能否認得確有不太好的醫師在，沒有給民眾有換醫師選擇？雖然全方面健康管理感覺不錯，但如果在外縣市需要看診需要先通知自己的家醫師嗎？"
	醫院或醫師各有評價，不願意以指定方式執行。
	上述問題，如有在區域外的固定點，要如何呢
	有責任醫師團隊醫院是需以住宅區遠近來定？如醫院的醫療資源病人認為要選擇轉他院應給予尊重選擇
	希望台灣健保的家醫照護可以更加貼心完整的選擇性
	部份保費負擔可採計全年所得，依所得採計自付額。
	更全面的配套措施
	須多作宣導其效益
	讚啦，心理諮商終於在健保裡了
	家庭醫師適合到偏遠地區實行該照護計畫
	希望還是以方便自由性為原則，這樣加保費才有意義
	家庭醫師適合到偏遠地區實行該照護計畫
	希望還是以方便自由性為原則，這樣加保費才有意義
	不要多付錢，健保已經每月付錢了，負擔需要政府來出
	感覺要增加很多費用
	針對個人，若加入計畫是否有完整的病史或醫囑，任何醫生都能讀取？可以不留醫生資訊嗎？或許會有因不同醫生而產生偏見(個人意見)。
	應全方位提供整合醫療院所供民眾就診
	有關加費部分必須要有完整配套措施，如果只有頭痛醫頭式的計畫，那我絕對是反對加價，目前政府的政策都是沒有完整配套，感覺只是畫大餅而已。
	希望別讓貧窮家庭看不起醫生
	感覺一直導向增加費用的方向
	請設立說明會
	可能還需要擴大宣傳，讓民眾了解

網路公民參與問卷開放題民眾回答(續)

題目	回答
Q12. 若您對「家庭醫師整合性照護計畫」有其他意見，請說明	建立健康的生活觀念，加強食品安全把關，宣傳運動對健康的重要性
	如何確保各個區域範圍醫師素質平均？ 反過來說，若是讓醫生在指定區域執業，醫師可否接受？例如偏鄉或山區？醫師能接受分配到偏鄉的所得降低嗎？ 謝謝 雖然我個人並沒有明星醫師的迷思 但是起碼也希望醫師不要太掉漆 能夠做到患者願意花時間排隊等待也表示該醫師有過人之處 因此有人願意跑很遠花很多時間找該醫師看診 只是因為人數過多會不會影響醫師看診品質又是另外一個問題了，謝謝您
	要考量平均水平能負擔的經費範圍。
	如此計畫對國人及國家資源能更有完善幫助，樂觀其成
	感覺有點擾民，而且施行起來浪費納稅錢
	會有漏洞導致更不便
	直接前往非轉診醫院，可能基於有特定病例（例如十年前曾於醫院開刀），故於身體有疑義時回診檢查。
	看診、檢查與藥物等，都能有健保給付
	人民還是有自由選擇去哪裡就醫的自由！
	民眾大部分會尋求名醫，比方說哪個醫生眼科比較厲害、婦科比較厲害云云，覺得如果限縮在同一個圈子、同個團隊，大家不會願意（而且聽起來就很累，醫生真的願意加入這個家醫團隊嗎？會不會加入的都是菜鳥實習醫生）
	簡單來說，沒必要把小病當大病看。
	認為醫療資源應該還是留給真正需要的人，並且需要家庭醫師的受眾，應需要多負擔額度，而不是由全面買單，造成別人的負擔，也避免醫療資源浪費。
	有關家庭醫師是採居住地還是設籍地應先考慮清楚，部分民眾外地工作等因素，無法配合家醫計畫，是否有其他配套措施
	各分科醫師在所分配的生活圈數量是否足夠
	若整合計畫是一次到診所，可以同時看不同類型的醫療服務，額外多收 30 塊內的掛號費而已的話，會相對支持。
	計畫立意良好，但應避免資源浪費，和資源分配不均。
	計畫看來是理想化，但實際上須考慮醫師是否真的有醫德、醫術，是不是精準的對症，否則浪費彼此的時間及病人的金錢。

網路公民參與問卷開放題民眾回答(續)

題目	回答
Q12. 若您對「家庭醫師整合性照護計畫」有其他意見，請說明	1. 現在人很多戶籍、現住地、工作地在不同區域，家醫限制部分醫療自由權，反而讓人民不方便。
	2. 同意家醫轉診其他醫院給予部分負擔優惠，但反對自行到其他醫院加重部分負擔。
	3. 家醫制度會讓人對「家醫素質落差區域」產生負面印象效應，醫療資源不公爭議會產生，影響遷戶口甚至房價。
	我覺得應該是不願意參與家醫計劃，生病堅持要去大醫院看的人才要加重保費，而不是願意配合或是平常就已經是去家醫診所看病的人要加重負擔，因為大家都加重負擔的狀況是不公平的，而且也無法改善問題。
	有關第 9 題和第 10 題，是否表示還不確定要將各種不同的就醫種類加入家醫制度？ 也就是未來如執行家醫制度後，部分看診類別仍維持現狀自由選擇就診？ 另外，急性或重症在就醫途徑（救護車、急診）以及所需健保費用受該制度影響程度（畢竟跳過家醫轉診）？
	衛福部不要想再增加民眾支出費用
	沒使用到，感覺沒必要存在，可以將經費放在更需要的地方
	依上述題目，病患無法自由選擇家庭醫師，可能會被安排到不信任的醫師、醫護人員，並不是一個好的作法
	可否改為自由選擇，選定後不得隨意更改，若要更改必須有合適理由之類，可能更加人性化一些
	希望不要以費用作為醫療選擇的障礙，家醫整合計畫目的應在於使國民更能有效利用醫療，而非後續治療之限制
	培養品格、個性良好醫師，是重要一環。
	免費才是重點
	若參與本計劃會限縮就醫自由度，就花蓮的就醫資源分佈的情況我認為不會是花蓮地區居民的第一選擇，加上若會經由分配醫師/診所的方式取得醫療資源也需要與個案及家庭建立一定的信任感，偏鄉民眾社經地位也普遍不高，若會增加就醫成本也會大大降低民眾參與的意願
	我已退休、如果要加重保費、再好的改革，可能都無法支持
	對於團隊的成立樂見，不過許多民眾多年來已經有熟悉的內科、家醫、中醫、小兒科醫師，較難想像如何在被決定的醫療團隊，限縮自身醫療需求後，而能欣然接受增加健保負擔
	可以評估

網路公民參與問卷開放題民眾回答(續)

題目	回答
Q12. 若您對「家庭醫師整合性照護計畫」有其他意見，請說明	請提升醫療環境，減少自費項目，杜絕醫商掛鈎
	全民健保已經負擔沉重了，所以沒有破切性的醫療需求，不需要列入，應該要有成本觀念，天下沒有白吃的午餐，加入越多項目健保負擔越重。但是重大癌症治療應該多補貼。
	做決策要有誘因概念，小病胡亂看醫生應該加價，有些人把上醫院當做逛百貨公司，浪費資源，所以應該鼓勵看病次數少的，給予健保費減免
	這在國外早就是很正常的事，台灣如果也能落實，也能節省醫療資源浪費的問題，只有看到這目前這些小問題，並不能看出事情的走向落實的機會，所以沒什麼意見
Q14. 目前政府擬定策略包括：健保資源宣導、強化民眾自我照護能力、門診高診次就醫個案輔導、持續推動分級醫療、精進雲端醫療資訊、加強審查與查核機制、減少不必要醫療利用、推動疾病管理、促進院所合作機制、照護服務之銜接等。請問您認為還可以採取哪些措施來提升醫療資源使用效率？	醫師應避免開立不必要的藥品、要求病人做不必要的檢查。決定醫療資源如何使用，決定權其實主要在醫師，病人通常為被動的角色，現行的政策卻都針對病人端改革，並未對症下藥。
	"診所及醫院就醫自負額差距再拉更大。
	鼓勵該診所(或衛生所)支持醫院定期至診所開診(讓民眾感受基層診所也可以有自己信賴的醫師，不必大小病痛都跑醫院。
	目前許多項目未納入健保範圍，收費標準不一，而且費用太高！
	主動式寄發紙本或電子本就醫明細
	加強鼓勵參與分級醫療的優點
	門診次數一年超過 30 或 50 次要求全額自費
	提高部分負擔
	加強審核，不過度開發外配親屬使用台灣健保
	"減少就醫次數，除慢性疾病或定期回診類別的
	其他多次看診增加調整收費比例"
	政府應確實執行醫療分級，不要再為被健保母法了。健保費的繳納因依法調整，不可以再鄉怨了太過分了這是強盜政府。健保給付一點一元不可打折，加入任何先進醫療應把相對應的金錢加入總額不可以當強盜搶劫醫師。
	建議：加強每位民眾可存於健康存摺中的各項檢查資料，含成人預防保健、自費健檢的數據等，以能自主健康管理，強化民眾自我照護能力。
	門住診整合
	要給民眾多重保障，保費卻壓的很低，剝削醫護勞力，只怕醫療體制先崩潰

網路公民參與問卷開放題民眾回答(續)

題目	回答
Q14. 目前政府擬定策略包括:健保資源宣導、強化民眾自我照護能力、門診高診次就醫個案輔導、持續推動分級醫療、精進雲端醫療資訊、加強審查與查核機制、減少不必要醫療利用、推動疾病管理、促進院所合作機制、照護服務之銜接等。請問您認為還可以採取哪些措施來提升醫療資源使用效率?	個案管理
	依法行政，不要只會用講的
	依各別症狀，給一定額度使用，高門診高診次就醫，就有高收費標準級表單。可供民眾參考!應該會抑制濫用醫療情形。
	精進雲端醫療資訊
	健康識能(教育)提升
	減少回診排檢查還需要掛號的措施。一年定期追蹤一次就得掛號二次，去醫院三次才能完成。非常浪費資源與時間。
	"提高一般診所的掛號自付額，避免小病就要看醫生拿藥，每年不知道浪費多少藥
	住在國外沒繳稅的，應該要自費所有醫療資源
	專業人士應該更知道應該怎麼做到，推動公平的醫療權，只是有沒有勇氣去執行"
	專家在睡!
	目前邁入老年社會，針對基層及偏鄉做家戶關懷
	醫院收費標準低廉，應改成先收費再跟保險公司申請退費的機制
	調查用藥民眾有無丟棄藥品之浪費資源行為。
	在媒體多宣導各種政策
	病人的電子病歷及檢驗資料可以跨醫療機構共用，節省醫療資源
	減少輕病住院率
	加強高診次個案輔導，整合院所合作機制
	重複就診浪費醫療資源管制、分級醫療保險概念
	對浪費健保資源的民眾，譬如就醫次數過高，實際並沒有發生任何疾病，如何讓他們安心，跟導入相關譬如社會局或衛生局相關的輔導。
	老年化的復健治療及社區照護
	限制當日就診次數
	加強審查與查核機制，避免過度浪費
	部分項目由健保給付調整為自費
	加強醫護人員專業訓練
	應整合長照照護
	使用者付費

網路公民參與問卷開放題民眾回答(續)

題目	回答
Q14. 目前政府擬定策略包括:健保資源宣導、強化民眾自我照護能力、門診高診次就醫個案輔導、持續推動分級醫療、精進雲端醫療資訊、加強審查與查核機制、減少不必要醫療利用、推動疾病管理、促進院所合作機制、照護服務之銜接等。請問您認為還可以採取哪些措施來提升醫療資源使用效率?	比照保險制度，低就醫率保費次年調降
	強化健康促進 煙酒檳榔使用者保費加成
	目前健保資源浪費多為國人本身沒事也去小醫院、診所拿藥看病的習慣，建議先分析此類小醫院、診所國人經常性去看醫生拿藥的頻率，由此做調整
	大數據分析診斷個案並以最精確之治療方法進行治療
	推廣不普遍
	擬訂策略看起來很全面，但實際落實有其難度，如果可以徹底落實應該能起到很大的幫助
	增加自付額
	禁止醫師非必要的浮濫代掛下次門診
	充實在地醫療人力—改善醫師人力缺
	醫療輕重分級 高診次就醫關心輔導
	收費高一些 就會珍惜使用醫療資源
	若是因不良習慣(如抽菸、酗酒等)導致的疾病，因提高其負擔比例。
	長期居住國外人士回國，納保可立即使用健保的問題待解決。
	"提倡多運動，增加免疫力多就醫，勞工加班費 21 倍讓雇主不敢讓勞工加班
	週休 3 日
	推行大眾自行車多騎車多健康"
	多增加資訊的解說
	加強衛教
	成本在一定水準的資源，不要貪小便宜，雖貴但是治療效率好才有幫助，還是希望可以引進新的技術，開放更多的機會給醫師們出外學習或聘請國外醫師來台指導/教學。
	部分藥品移除健保給付
	我認為可以加強遠距醫療技術應用，讓偏鄉地區或行動不便的患者能夠方便就診。
	持續推動分級醫療
	只知道對於獨居老人的友善程度有提高
	取消榮民資格(?)
	醫療人員培訓
	個人強調應普及民眾對身體健康的認識，才能減少醫療使用。

網路公民參與問卷開放題民眾回答(續)

題目	回答
Q14. 目前政府擬定策略包括:健保資源宣導、強化民眾自我照護能力、門診高診次就醫個案輔導、持續推動分級醫療、精進雲端醫療資訊、加強審查與查核機制、減少不必要醫療利用、推動疾病管理、促進院所合作機制、照護服務之銜接等。請問您認為還可以採取哪些措施來提升醫療資源使用效率?	許多人同時看不同的門診科別，建議有統合諮詢門診，檢視各科別醫生是否有重覆用藥(比如胃藥、抗生素...)，避免藥物濫用或醫療浪費。
	重複使用儀器檢查
	增加長期居住大陸地區的人的健保費用
	推動遠距醫療與數位健康解決方案、促進多專業協作與團隊醫療模式
	減少錯誤資訊流通
	加強審查無症狀或無看診但卻頻繁拿藥之病人
	推動遠距醫療和數位健康服務、建立個人化的健康管理系統
	針對高診次且重複拿藥的個案加收費用
	健檢頻率增加
	醫師對自己專業的珍惜
	針對利用率少的被保險人予以減免保費或部分負擔。
	線上雲端看診後，到各藥局拿藥。可節省醫院負擔。
	除急診外，門診全面預約
	門診就醫要民眾自費醫療的還是很多!善待解決
	適當的採購價，提供藥商合理利潤
	健保適用者條件寬鬆，投保制度有問題。
	加強民眾相關知識之教育
	保大不保小，讓健保主要保大病，小病則讓民眾多付點錢。
	應限同科次數 1 年 6 次
	常舉辦定期的醫療講座，預防勝於治療。
	制度推動要有配套
	該該小病到診所先看
	保費分級制度~依國籍、雙重國籍、非本國籍
	加強宣導改變生活習慣而非一直吃藥.
	視訊看診
	把規定落實就很厲害了，不要訂一堆都做不到
	醫生素質專業提升
	建議建立醫生專家知識庫系統，可以用 AI 協助快速稽查問題，減少因時間差而產生弊端(去不同醫院就診)
	以價制量減少不必要的看診醫療浪費

網路公民參與問卷開放題民眾回答(續)

題目	回答
Q14. 目前政府擬定策略包括：健保資源宣導、強化民眾自我照護能力、門診高診次就醫個案輔導、持續推動分級醫療、精進雲端醫療資訊、加強審查與查核機制、減少不必要醫療利用、推動疾病管理、促進院所合作機制、照護服務之銜接等。請問您認為還可以採取哪些措施來提升醫療資源使用效率？	1.非重大傷病 1 年內依看診次數採累進費率繳納部份負擔費用
	2.執法人員常駐醫療院所，驅離不理性民眾
	3.改善因長工時造成健康問題之社會環境
	4.強制執行健保費徵收
	5.外國工作者檢視實際收入計算健保費
	減少未納稅之外籍勞工及人士，享有本國納稅人之健保優惠資源
	精進雲端醫療資訊
	推行民眾醫療便利及操作、醫院民眾醫療申訴服務、提高醫療流程或報告說明及講解親民白話度。
	針對病症，藥到病除
	宣導民眾也醫療資源有那些，並分類管理及引導告知正確使用醫療資源的方式。
	醫生護士量能要夠
	醫療資訊透明（診所、醫院可看到病患資訊）
	只會用大內宣的方式沒什麼人有了解
	推動疾病管理
	慢性病用藥、治療用藥給付分級
	加強“預防勝於治療”觀念
	限制高頻率去診所就診民眾，一個月內能去就診的次數
	分級收費、提高國民醫療方面的觀念，從小做起 由學校開始學習，眼光放遠，時間拉長，不能急功好利，教育是需要花時間養成的
	門診高診次就醫個案處罰
	建議分級管理、提高資源有效利用(透過機制或管理政策)
	社區民眾對社區醫師的回饋調查
	推運動，給獎勵
	避免醫療資源濫用
	可以透過社區里民會議宣導
	限制移居國外的人不能停保須持續繳費才能回來享受健保治療
	限縮保險理賠就能減少浪費
	請有錢人多繳一點健保費!或長住國外的人多繳一點健保費!給真正很窮的人優惠點吧!
	使用者付費

網路公民參與問卷開放題民眾回答(續)

題目	回答
Q14. 目前政府擬定策略包括：健保資源宣導、強化民眾自我照護能力、門診高診次就醫個案輔導、持續推動分級醫療、精進雲端醫療資訊、加強審查與查核機制、減少不必要醫療利用、推動疾病管理、促進院所合作機制、照護服務之銜接等。請問您認為還可以採取哪些措施來提升醫療資源使用效率？	我認為還是要保障一些重大傷病的患者吧，希望他們的用藥可以是減輕他們的負擔的因為好像有些都有是申請不到新藥而需自費。另外我有覺得一件事情很重要，那就是不知道為什麼醫院的整合能力好像有點問題。就是可能我住院的時候是這個醫生診斷的，並且向國建署送出罕見疾病的身份申請。然而這個過程超過一個月。然後呢之後我回到門診來去看的時候醫生就說他門診可能沒有辦法看到醫院的診斷，後來在大醫院看診，醫生說電腦上沒有我申請做過的任何檢查，所以所有檢查還要再檢查一遍。但是當天晚上我就接到另外一位醫師的助理打來的電話他說這個身分申請剛剛通過的，他希望我可以再去找那位醫師一次，把通過申請資訊告訴他。我個人感覺我好像是醫師之間的橋樑，醫師之間的資訊好像不太流通。更何況每一位醫師的門診都排得滿滿，我根本就排不進去。每一次要去看醫師的門診費也是很貴，身為一位學生有點負擔不起。我真的不能為僅僅是傳遞一個資訊然後被 500 多塊的費用，希望病患能有醫師的 LINE，詢問病情當然是定期面對面看診，只是當傳的那種比較緊急的資訊的時候，比如說我臨時得到申請通過的通知，抑或是星期六或星期日病情突然加劇的時候，可以先詢問醫師要先吃幾顆藥，下星期一再看診。感覺這種方式比較可以把握那種治療的黃金期，所以我覺得 LINE 真的很推薦。
	資訊透明化，我有下載健保快易通、台大醫院 APP，但是我去無法清楚地看到我當時做的檢查是陽性還是陰性，醫生端那邊也說他不清楚，因為不是他送出的，所以我就得再做一次抽血。這或許是個小烏龍，但是卻顯現出了資訊不夠透明化的弊端。
	長照機構審查機制應嚴格，避免有權人士佔用
	促進院所合作機制，照護服務
	提高浪費醫療資源人士的健保費給付額、在海外人士回台利用健保應提高健保費減少對其健保給付額
	提高醫療檢驗的速率，如果能在看診的同時也安排做檢查，而且檢驗結果能盡快出來，可以減少大家一直跑醫院的狀況(目前大部分醫院都是看診和檢查看報告需要分三次才能完成，這些完成後才能安排治療，非常費時又耗醫療資源)
	推動源頭營養食療、運動健康計畫，民眾減少生病，就不會到處尋覓良醫究竟在何方？
	老人保健
	增加慢性病領藥期間

網路公民參與問卷開放題民眾回答(續)

題目	回答
Q14. 目前政府擬定策略包括:健保資源宣導、強化民眾自我照護能力、門診高診次就醫個案輔導、持續推動分級醫療、精進雲端醫療資訊、加強審查與查核機制、減少不必要醫療利用、推動疾病管理、促進院所合作機制、照護服務之銜接等。請問您認為還可以採取哪些措施來提升醫療資源使用效率?	檢驗、檢查及藥歷公開，使每個基層診所和醫院皆能全面了解患者用藥狀況及病史
	預防醫學的大力推廣
	大數據分析
	聽障需要手語翻譯，接電話有點障礙
	交給專業人士就好
	勿囤藥品，將資源留給真正需要的人
	監查健保卡醫療源由&消費依據
	就醫諮詢，以減少不停轉科困擾
	銜接作業保持順暢
	空汙減少
	小診所等待時間有時比大醫院更長，去醫學中心反而方便，這類問題需要解決
	小病小傷，不要浪費救護車資源
	建議照護銜接可以簡化流程
	獨居長者慢性疾病及照顧協助推動審查機制
	希望整合後用藥不要重複，沒病不要亂給藥。
	提升居家照護
	高方便造成資源浪費，提高門診費用 讓資源集中需要的人
	門診高診次就醫個案輔導、持續推動分級醫療、精進雲端醫療資訊
Q20. 若您對「如何提升醫療資源使用效率」有其他意見，請說明	教育醫療環境勿以利益為目的，醫師缺乏道德觀
	先提升基礎診所的醫療品質，方能達到良好的醫療分級制度
	針對第 18 題，透過提高民眾就醫負擔，抑制醫院的門診數量，變相將健保資源的公共精神，轉成如商品化的分級服務。因為背後的邏輯是，繳得起部分負擔的民眾，就有"權利"到醫院看感冒?? 此方法並不妥適
	要給醫師相對的尊重不可以任意打折，回歸母法，不要有政治意圖
	臺灣的醫療水準非常高，但卻太廉價，導致民眾有事沒事逛醫院，應拉高未經轉診直接前往醫院就醫的輕症患者收費。
	民眾可存於健康存摺中的各項檢查資料，含成人預防保健、自費健檢的數據等，以能自主健康管理，強化民眾自我照護能力。可減少醫療資源浪費，提升使用效率。

網路公民參與問卷開放題民眾回答(續)

題目	回答
Q20. 若您對「如何提升醫療資源使用效率」有其他意見，請說明	醫生開藥需評估患者的狀況，常常開了一堆藥不但浪費且往往造成藥物間產生副作用！
	我國醫療支出仍屬偏低，效率應該不是首先考量
	不要做無效醫療，如 AIDS、植物人
	加強宣導資源有限宜善加利用。
	加重越級診療的部份分擔
	安寧緩和床數少
	對於年長者慢性疾病採醫師醫療進入家庭
	限制民眾就醫次數及使用者付費原則
	落實轉診制度
	分級開宣導說明會 要相關人士一起參與 達成的意見要充分執行落實
	希望民間藥房可以擔負基本防護責任
	小病看診所.大病去大醫院.檢查看報告不須再去掛號排隊 應避免浪費醫療資源
	重大疾病要救治並且讓大家都能負擔
	加強國人醫療資源使用不浪費之觀念。
	是偏鄉地區有更多醫療資源的福利
	小病越級就醫，應加重收費
	回診醫學中心看完全正常的報告，無其他處置，不給付診查費，不收掛牌費。
	請醫師不要為了業績開立一大堆檢驗報告及一大堆沒有吃的藥物。都沒問患者有無服藥，只是單向的開藥。
	提高部分負擔
	政府加強宣導重病到醫院，小病輕症在社區診所即可
	以上政策、非常有效率。
	醫學中心為求積效，同一症狀讓病人需重複多次就診的管制，醫學中心未把所得資源分配志醫療人員，形成醫療人力缺口及過度負擔
	對於涉浪費醫療資源的民眾，輔導手段及追蹤其改善成效均須建立。
	建議家庭醫生就診次數一定次數，即能轉診至教學醫院或醫學中心做進一步儀器、檢驗的檢查治療，避免小病延誤治療
	提升醫術醫德及妥善分級醫療

網路公民參與問卷開放題民眾回答(續)

題目	回答
Q20. 若您對「如何提升醫療資源使用效率」有其他意見，請說明	1. 教育學童健康觀念
	2. 針對連續 3 年過度使用健保的國民，提高健保繳納額度
	應整合長照照護方便就醫
	優惠使用有上限
	促進跨部門協作：醫療效率的提升不僅依賴於醫療體系內的改進，還需要跨部門的合作，例如與公共衛生、社會福利、心理健康服務等系統合作，將資源整合，以全面照護的方式解決病患的健康問題，特別是針對老年人和慢性病患者。
	限制跨院就醫
	是否可將健保使用分級數制度，按每個人每年使用健保給付之額度做分級，再按照分級之階段做健保費過多使用部分加費，使用者付費，可讓使用者轉而選擇負擔較小的診所，也可減少醫療資源濫用及藥品的浪費
	尊重專家學者的意見
	目前諮商要自行付費，對一般民眾來說可能不容易接受
	教育觀念更新，也許與一些 youtube 合作，比起讓人立刻滑走的視頻，不如讓 yt 把一些觀念植入影片，但前提是不要找知名度低的、不有趣的，不然效率也不會多好。
	如上述所提
	可能這是我們公衛衛政專業人員要去努力的，有發現現在在處理或提出來的問題從 10 年前就提出來了，到現在都沒有處理好。需要基層診所及大醫院大數據庫的調查幫忙。
	建立病人對醫生的信任，降低一而再，再而三的重複檢查
	方向可能是好的，但還是要讓民眾看診有選擇性
	審視現有投保資格條件，非原本國人者需購買私人保險，並由私營保險支付醫療費。
	資源有效應用不浪費
	使醫院能收治更多急症、重症、難症的病人，讓醫療資源用在刀口上，惟民眾的就醫選擇權可能受到部分限制，你要同時考慮醫院收急重症的給付要提升
	病人需不需使用醫療資源不完全是科學或經濟效率問題，就像 ICU 資源應該給誰？治癒率高的病人、年輕的人優先？我們年邁的長輩呢？
	避免住在海外的人回國就醫
	逐步增加 AI 看診功能

網路公民參與問卷開放題民眾回答(續)

題目	回答
Q20. 若您對「如何提升醫療資源使用效率」有其他意見，請說明	基層醫療人員是否具備判讀能力
	漲價就對了!讓資源給需要的人
	除了分級醫療、減診及提高一般門診收費外，或許可以入社區舉辦衛教講座提高民眾衛教知識讓民眾了解醫療資源的使用
	擴大門診就醫，可是有時候並不清楚該看哪一科醫生或是特殊科別的診所過少，所以導致民眾還是習慣到大醫院就診檢查
	自政策改變後，診所掛號費普遍提高不少，跟去大醫院差不多，對分級制度不利
	建制 Smart healthcare
	應向它國學習未納稅之外勞、外籍人士和常年住外本國人民，一律採取高額收費，以減少健保資源支出
	1. 肌少症、失智症(阿茲海默症)、憂鬱症及文明病等..等掛號診別(到底看哪些科)、判斷、治療流程推廣及政府補助說明。 2. 健保制度出現巧立名目虛報費用請領之審核。 3. 醫療器材費用統一或透明化。
	不用一直到醫院裡報到
	重點診所看的有效、這樣人才不會往大醫院，再者一些人都有品牌迷失，(例：認為臺大醫院才有效或是那位醫師很厲害。)針對那些懂不懂跑大醫院的人去加價，或限制就醫才有效抑制他們的品牌迷失，但感覺有錢人根本不在乎。 有錢判生啊!
	社區家醫責任圈，讓老年人可不出門就診
	提高自負額，知道要付出昂貴的醫療費用，才能珍惜生命
	請推動安樂死，政府早晚要面對這一塊。現今少子化，對將來的納稅人來講很可，怕老人跟年輕人比例失衡會很可怕，對政府財政也會是負擔，與其說人道，不如立法把周邊措施規劃好，安樂死不是心情不好就可以安樂死，而是要經過嚴謹評估後決定是否執行，對於沒錢治病的人也可以考慮選擇安樂死，不然有人生病全家受累也是很可怕的事，安樂死是一個選擇，由當事人的意願為主，評估為輔。不然久病厭世的人不管跳樓燒炭都是對其他無辜的人造成傷害，而且走得沒有尊嚴，真的有心要改善醫療環境。請想辦法推動安樂死，謝謝。
	針對已經固定在醫學中心固定就診的病人，階段性的適應
	盡可能教育民眾如何減少醫療資源的利用
	報告(如 X 光、斷層...) 跨單位使用

網路公民參與問卷開放題民眾回答(續)

題目	回答
Q20. 若您對「如何提升醫療資源使用效率」有其他意見，請說明	預防、觀念的建立優先於治療，應先瞭解資源投入較多比例為何?成因?如果有必要，也應透過跨部會合作，從食的安全及健康著手，亦可降低後續醫療的負擔
	我覺得資訊真的要流通耶，不然很多時候另外一個醫生說他有申請以及做這個檢查，然後另一個醫生說他的電腦看不到這些資訊。希望之後門診的電腦也可以連結到大醫院那邊的資訊網，將慢性病的人也是可以到門診去就醫。
	請真正照顧到需要照顧的人!
	積極推動安樂死，尊重病人醫療自主權，減少無謂長照資源浪費
	對於臥床無意識病人，醫院不應鼓勵家屬做過度醫療浪費資源，應參考歐美，減少病人臥床天數。
	需要給聽障好的環境
	提供醫師完整就醫資訊，多利用慢性病連續處方籤，成人預防保健及四癌篩檢，預防重於治療
	大部分的醫療結果主要就是藥物的效果對病人沒有實際幫助，是否也該提昇醫師的醫術，精準的對症下藥，否則開再多藥收再多費也無效，醫生有的門診暴量有的門可羅雀；病人每天吞的藥、水都可以不用吃飯了，醫病雙方都痛苦。如果前述的家醫確實可行，自然醫療使用效率即可提高。
	統計濫用健保看病次數的民眾，加以規範，避免資源浪費。
	醫療訊息公開透明
	把錢花在該花的地方，該給醫生護理人員的加班費.獎金.休假都給了，才是對醫療人員人力的最大提升。
	長期在國外生活或是移民人士。可否先取消健保服務
	澈底監控醫療資金源由&流向
	增加醫護薪水

附錄 14：經費使用情形

經費使用情形

本計畫總經費 2,650,000 元，包括人事費 886,080 元、業務費 1,533,920 元，管理費 230,000 元，截至 113 年 12 月 31 日使用情形如附表。人事費與業務費執行率分別為 78.75% 及 89.63%。

計畫經費迄 113 年 12 月 31 日支用情形表

		預算金額	1~8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	小計
人事費	主持費	120,000	80,000	10,000	10,000	10,000	10,000	120,000
	專任助理	521,100	209,727	38,600	38,600	38,600	38,600	364,127
	勞健保費	92,580	43,040	7,755	7,755	7,755	7,755	74,060
	兼任助理	152,400	91,620	12,000	12,000	12,000	12,000	139,620
業務費	郵電費	17,000	3,870			3,000		6,870
	印刷費	50,000	118,552			30,000		148,552
	稿費	12,000						0
	出席費	245,000	269,000					269,000
	講座鐘點費	120,000			12,500	2,500	7,500	22,500
	租金	105,000	70,250					70,250
	國內旅費	268,000	103,766					103,766
	餐費	59,400	67,550		400	300		68,250
	審查費	189,000		189,000				189,000
	茶水	60,000	59,210					59,210
	其他(年報)	350,000	337,281					337,281
	其他(速錄)	15,000	58,750					58,750
	文具紙張	30,000	260			27,000		27,260
	雜費	13,520	11,127		6,000			17,127
	行政管理費	230,000	230,000					230,000
總計		2,650,000						2,305,623

*註：依 113 年 5 月 16 日衛部健字第 1133340127 號函，同意繕打實錄經費，由本計畫之印刷費及講座鐘點費勻支。

附錄 15：期中報告書面審查意見回覆

期中報告書面審查意見表

審查意見	研究團隊回覆說明
一、綜合審查意見	
(一)期中報告符合委託研究計劃執行進度。	謝謝委員
(二)第二章第二節有關 112 年版年報編印，建議以表格補充交付廠商稿件、排版一、二、三校等時間，及年報封面設計、內頁設計等資訊。	1. 謝謝委員指教 2. 已補充於第五章。
(三)健保業務公民參與活動：	
1. 第二章第四節有簡要敘明願景工作坊辦理方式，本計畫需探討多元公民參與模式，因此，請說明探討各種公民參與模式結果，及擇定採用願景工作坊辦理之理由。	1. 謝謝委員指教。 2. 詳情請參閱期末報告第三章第一節。
2. 專家在本案中扮演吃重的角色，主要原因應該有二，其一，決定目前可應用公民參與技術討論的健保議題，這件事上團隊應用專家參與得到三個可討論個案的結果；另外一件本研究較沒有太多關注，就是「願景工作坊」專家顧問團隊的組成，定期給予執行團隊建議的部分，期中報告並未多作著墨。	1. 謝謝委員指教。 2. 本案三個健保議題係委託單位於工作會議中指示，並且在三天專家諮詢會議中有充分諮詢意見。 3. 本團隊參考台大社會系林國明教授論文與若干台灣實際案例，並編撰會議手冊供參與者使用。 4. 本案執行前除徵詢專家意見外，亦徵詢本校公共行政學系許耿銘教授及本系3位衛生行政專家意見辦理。 5. 爾後當再諮詢更多專家意見。
3. 本研究計畫的 RFP 當中，有特別提到團隊應扮演的「過程評估」角色，「…，預計就活動主題充分交換意見，並針對健保會審議、協議重要事項，探討如何運用科學實證資料，凝聚共識，研究團隊需完成與會人員發言重點研析，及提出資	1. 謝謝委員指教。 2. 本計畫在執行過程中與委託單位充分討論，並且將專家諮

審查意見	研究團隊回覆說明
源配置改革方向具體可行之相關建議，與使用科技工具蒐集議題之優缺點分析。」這個角色的方法論應用的討論，在期中報告中並沒有充分說明，這部分從議程安排中應該是看不出來的。	詢會議意見撰點研析，提供願景工作坊各界代表討論。 3. 詳情請參閱期末報告第三章第三節~第五節。 4. 網路民調之後已分析如第四章。
4. 本研究計畫的RFP當中，有特別強調e化參與(e-participation)的應用與評估的內容，「人次，規劃健保業務公民參與活動之討論議題及模式，同時透過網路論壇、線上問卷、Facebook、Google 表單或其他科技工具蒐集公民關切之重要議題。整理及評估議題後研擬議程，決定邀請之主持人及與談人名單，並蒐集健保相關議題資料，研析並整理成冊，提供公民參與活動與會者參考。」這個部分在研究團隊建構議題的專家會議過程中，似乎並沒有真正的應用，舉例而言，最簡單的搜尋方式，可以用 Google Trend 上網針對三個專家選出來的議題進行搜尋分析等，當然，這個 e 化參與的部分也應該要進行探索，並且在期末報告時給予相關的分析與建議。	1. 謝謝委員指教。 2. 由於本計畫執行時間緊迫、經費有限，RFP 所述各種方法，本計畫與委託單位研商後，就目前健保最急迫工作：健保總額支付制度檢討、家庭責任醫師制度之規劃及未來方向、如何提升醫事服務提供者及民眾端在醫療資源耗用之效率等三項議題，向專家、政府機關代表、付費團體代表、醫事服務提供代表收集意見。 3. 先召開專家會議，接者召開願景工作坊，最後藉由科技工具蒐集一般民眾意見。(請參考 113/01/11 工作會議紀錄) 4. 網路民調之後已分析如第四章。
5. 附錄六的「願景工作坊」的手冊並沒有看見，這份手冊是願景工作坊之所以引領「知情參與」(informed participation)的重要文件，願景(scenarios)的設計與公民參與討論的過程都	1. 謝謝委員指教。 2. 「願景工作坊手冊」係參照台大社會系

審查意見	研究團隊回覆說明
要經過設計以及專家顧問團隊的通過，這部分應該是本研究下半段的重中之重。	林國明教授著作與若干台灣實際案例，並由團隊內部討論編撰而成。 3. 請參閱期末報告附錄 7。
(四)其他：	
1.請統一各頁字體大小及行距，行末對齊；英文字、數字避免字中換行；金額逗號為半形(2,000，非 2，000)；報告應有完整頁碼；目錄之附錄 1 至 6，建議標註頁碼以便查詢。	感謝審查委員意見。已依委員意見修改於期末報告各章節之中。
2.報告內文有錯漏字，建請全文檢視後修正。例如第一章第一節第 12 行「健保會於審議協議要事項前，應先蒐集民意，必要時，並得辦理相關之公民參與活動。」，少了「、」字及「重」字(P1)；第 17 行「…保險付費者、醫事提供者委員代表團體合作，…」，少了「服務」2 字(P3)，均為明顯錯誤。	感謝審查委員意見。已依委員意見修改於期末報告各章節之中。
3.定期工作小組會議日期表列 113 年 5 月 27 日(P4)，但所檢附之個別日期會議紀錄無該日紀錄(附錄一)，請補足。	謝謝委員指教。遵照辦理。
二、 期末報告研究方向建議	
(一)建議研究團隊進行更縝密計畫與內容設計，審查人提供 2008 年一份參與推動電子化政府的願景工作坊的手冊與結案報告給團隊參考，當時是安排兩天，與本研究案一天不同，可以簡化但是其中重要的元素(如會議手冊中設計的願景)，都應該要按部就班地推動。	1. 謝謝委員指教。 2. 本團隊執行之願景工作坊並未省略重要元素，請參考附錄 7 願景工作坊工作手冊。
(二)建議研究團隊進行更細部的規劃與應用，網路參與和意見蒐集與分析，特別是三個議題的分析，也可以參考「網路輿情分析」的作法來輔助議題討論的分析。	1. 謝謝委員指教。遵照辦理。 2. 議題的分析已於網路問卷完成後分析，請參閱期末報告第四章。
(三)建議研究團隊最起碼針對參與者進行「之前/之後」的問卷分析或是訪談，審查人提供一篇論文給研究團隊參考：曾冠球、陳敦源、胡龍騰。(2009.12)。〈推展公民導向的電子化政府：願景或幻想？〉，《公共行政學報》，第 33 期，頁 1-43。	1. 謝謝委員指教。 2. 已在願景工作坊之後進行網路意見調查後分析，請參閱期末報告第四章。
(四)由於 RFP 當中有提及「如何運用科學實證資料，凝聚共識」	1. 謝謝委員指教。

審查意見	研究團隊回覆說明
部分，也請研究團隊思考在願景工作坊的專家演講或是願景資料中，納入各議題既有的循證資料，是如何可以影響到參與的效果，以及如何提出未來的建議。	2. 已在願景工作坊手冊中納入目前健保困境，三個專家提供解決對策，並由參加代表討論問題解決最佳願景。請參閱期末報告第三章第三節~第五節。
(五)歷次工作會議紀錄、願景工作坊辦理地點、交通資訊及報名表等屬行政庶務部分，建議列於附錄，並請將重要辦理成果，於本文詳細說明。	謝謝委員指教。遵照辦理。詳情請參閱第三章第二節及附錄 7。
(六)專家諮詢會議的重要結論，建議依主題列入主文，而非附錄。	謝謝委員指教。遵照辦理。詳情請參閱期末報告第二章第一節~第三節。
(七)研究團隊辦理 6 場公民參與活動後，請完成各場次分組報告及結論之重點整理，並於期末報告就本計畫採行「願景工作坊」模式提出檢討及未來建議，同時也補充公民參與活動之相關參考文獻。	謝謝委員指教。已完成，請參閱期末報告第三章第一節、第五節及第七章。
(八)本計畫除依健保法規定辦理相關公民參與活動外，亦須探討運用科技工具蒐集公民意見之可行性，目前研究團隊是採用願景工作坊的方式辦理，惟對於科技工具部分並未著墨，建議研究團隊於期末報告中，補充在網路時代下，現行科技工具蒐集公民意見方法之相關文獻探討及執行成果，以符合委託單位需求。	謝謝委員指教。已完成，請參閱期末報告第四章第一節~第三節。
(九)請參照「衛生福利部及所屬機關委託研究計畫作業規定」委託研究計畫報告格式，撰寫期末報告。並請將期中報告回覆說明納入期末報告。	謝謝委員指教。遵照辦理。

備註：請將期中報告回復說明納入期末報告。