

台灣健保的現況、挑戰與未來

文、圖 / 王宏育

醫師公會全聯會常務理事 高雄縣醫師公會理事長

臺灣醫學會於民國前十年，西元1902年8月成立，由在台的日人醫師、藥師組成一民間學術團體，主要目的是為醫學學術上之互相連繫和親睦。民國35年台灣光復後推選杜聰明院長接任會長，一脈相傳，日益興盛，是台灣歷史最悠久的醫學會，每年的年會演講水準之高，更是令人刮目相看。除了學術交流以外，也非常的接地氣，關心國家醫療政策與醫事人員執業環境；今年11月11日臺灣醫學會116屆總會高峰論壇安排「全民健保的現況、挑戰與未來」系列演講，筆者亦受邀躬逢其盛，備感榮幸。

臺灣醫學會吳明賢理事長，也是台大醫院院長，首先開場引言，他的第一張簡報具體提到台灣健保目前面對最大的現實問題，當然是醫療投資不足。台灣人口嚴重老化，就醫需求增加，健保採取總額制度導致點值低落，以致於引進醫療新藥新科技過於緩慢，迫使醫院不得不努力發展自費市場，年輕的醫師當然以腳投票，有一定比例的人選擇醫美等，深怕劣幣驅逐良幣，醫療生態扭曲（筆者認識高雄長庚急診一位很優秀的主治醫師，已離職到醫美幫病人植髮，收入變高，生活品質提升。）身為台大醫院院長，不但要負責醫院的經營，更要努力培植年輕醫師，勢必要肩負起很多責任與壓力。吳院長身為這場論壇的主持人，雖然滿臉笑容致歡迎詞，盡地主之誼，我想其內心是相當沉重，然也期待可以供國家醫療未來發展之參考。

《《高峰論壇I 全民健保的現況、挑戰與未來 The current status, challenges and future of NHI ◎時間:民國 112 年 11 月 11 日(星期六)下午 14:00~17:00 ◎地點:臺大醫院國際會議中心 301 室	
□主持人:吳明賢、張鴻仁	
14:00~14:10	引言 吳明賢 臺大醫院
14:10~14:40	全民健保的現況與挑戰 石崇良 中央健康保險署
14:40~14:50	周穎政 國立陽明交通大學公共衛生研究所
14:50~15:00	洪子仁 新光醫院
15:00~15:10	王宏育 高雄縣醫師公會
15:10~15:30	休息時間
15:30~16:00	全民健保的未來 張鴻仁 上騰生技顧問股份有限公司
16:00~16:10	鄭守夏 臺大公衛學院
16:10~16:20	葉孝伯 彰化縣衛生局
16:20~16:30	楊志新 臺大癌醫中心
16:30~17:00	綜合討論

圖1 臺灣醫學會116屆總會高峰論壇「全民健保的現況、挑戰與未來」系列演講。



圖2 健保問題：不敢面對的現實及不能說的秘密。

第二張簡報是描述台灣現在的健保：1. 看到病 2. 看得起病 3. 看得好病嗎？這也就是筆者一再說的，台灣的健保方便又便宜，可近性高。但攸關醫療品質的慢性病照護、糖尿病照護、癌症標靶用藥提升癌症五年存活率、平均餘命、不健

康的平均餘命，這些數據並不理想。這也呼應了陳建仁院長引用Numbeo的調查結果：台灣於「全球醫療照護指數」排名連續五年都是世界第一，感謝台灣醫護的努力。陳建仁院長當然是好意，在台灣看得到病，也看得起病，勉勵感謝台灣醫界；只是，「世界第一」我們受之無愧嗎？當天高峰論壇歷時3個小時的會議，每位演講者皆優秀內行，言之有物，將我們現在健保的困境和改革的方向闡述得很清楚，但是礙於台灣社會「民粹」，改革要實施比登天還難，心中感受百感交集。既然知道問題所在，也有了解方，卻仍要克服政治上的民粹，虛無飄渺，我們這些醫界的重要幹部，真是情何以堪啊！



圖3 台灣的健保：1.看得到病 2.看得起病 3.看得好病嗎？

由於當天晚上在台北101大樓86樓的餐廳有一場很早就敲定的餐敘，演講會後眼看快要來不及了，便匆忙趕搭捷運。在捷運車廂時，中國時報的記者很誠懇地打電話來詢問今天我所闡述的「第二層健保」制度，另外詢問陳建仁院長特別提到台灣的「全球醫療照護指數」評比連續五年都是世界第一，贏過日本、韓國、美國、英國。我們台灣健保的品質到底是不是「世界第一」？我只能回答Numbeo主要是調查在這個城市居住，看病方不方便？便宜還是貴？依據「醫療人員的技術與能力」、「完成檢查與報告的速度」、「醫療設備軟硬體的優劣」、「報告的準確性與完整度」、「工作人員友善禮貌的程度」、「排隊與等待的時間」、「醫療所在地點的易達程度」等7項指標，進行評比。但是並沒有深入調查慢性病的照護品質、癌症用藥給付、以及平均餘命。而我們的健保現在就像吳明賢院長說的：看得到病，看得起病，又便宜又方便，可近性高，從這兩個角度來看，我們當然是世界第一。但是

吳院長的第三個標準：看得好病嗎？可以降低可避免住院率？可以降低可避免死亡率嗎？慢性病的照護成績好不好？癌症五年存活率夠水準嗎？國民的平均餘命如何？換句話說，我們表面上的醫療，是非常的優異，世界第一；但是真正「貨真價實的醫療品質」，可以減少心肌梗塞、腦中風、降低糖尿病的併發症（如洗腎），甚至在前期糖尿病時就努力延緩糖尿病發生、提高癌症早期診斷與五年治療存活率等，恐怕台灣的數據距離世界第一還有遙遠的距離。中國時報的記者非常認真，整篇報導大致沒有脫離我的意思，可以說寫得很詳實。只是總編輯下的標題比較聳動，讓我對陳建仁院長感到非常抱歉。



圖4 台灣醫療照護品質到底是不是「全球第一」？

「全民健保的現況、挑戰與未來」第一位演講者邀請健保署石崇良署長，署長非常有智慧，知道今天高峰論壇的目的，是要檢討醫療政策，幫健保制度的忙，期待台灣高品質醫療可長可久，大家一定有很多意見，對署長而言應該是一場硬仗。署長第一張簡報就是張鴻仁前輩兩本書「2030健保大限」、「政府不敢告訴你的健保危機」的封面，聰明地放下身段，希望接下來曾經擔任健保局總經理的前輩們等，可以提供意見，作為改革方向的參考，共同努力，解決健保的財政困難，實在是一個很漂亮又智慧的開場。



圖5 署長第一張簡報就是張鴻仁前輩兩本書的封面。

署長首先笑著說：現在點值這麼低，是健保情況到谷底的時候。我這個時候來擔任署長應該是最安全的，大概不能再更差了，看看能不能努力讓健保往上走。別人是有多多少錢做多少事；但是我剛好相反，我提出了許多改善計畫，這些都需要經費的，如果到時候有經費，計畫也已經齊備，我們就努力做，一氣呵成地改革。如果沒有經費，我們就暫緩、等待，如此應該是最樂觀進取的。「我是負責提改革計畫的人」，這句話令人感動。而在署長精彩的演講結束之後，主持人張鴻仁教授為署長解圍，推崇署長有遠大的理想，且勇往直前，智勇兼具，除了由署長負責帶頭做事，為民眾謀健康；行政院長也要負責找尋所需財源，這是政治責任分工。

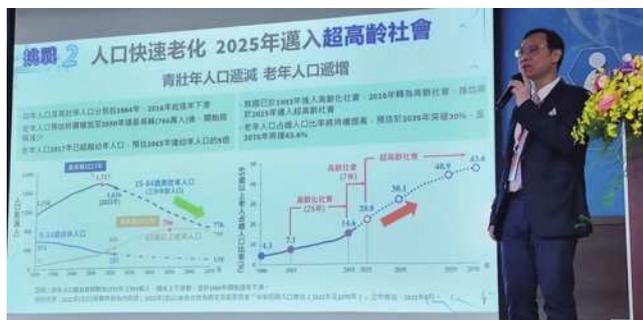


圖6 署長語重心長說明，台灣人口快速老化，生之者寡，食之者眾，國安等級的浩瀚危機。

署長年輕有為，擔任過許多重要職位，尤其是醫事司長、衛福部次長，加上飽覽群書，自然有許多想法作為，以科學統計台灣的「疾病負荷」(Global Burden of Disease, GBD)擬定計畫，高度利用資訊化，希望讓我們的健保更有效率。以往健保署都遵守健保法第40條：給付對象「疾病、傷害事故或生育」，不涉及預防。不過這十幾年來我在公共電視台，都一再呼籲「預防勝於治療」，然國健署負責預防，113年公務預算56億，菸捐約70億。健保署負責疾病治療，預算超過8000億元，預防與治療經費相差極為懸殊，何來預防勝於治療？國家也不直接增加國健署的預算，而是把預防保健「加以包裝」，巧妙地以健保總額支應。如果健保總額充裕，1點是1.1元，我們當然沒話說；如果健保的總額不足，1點才給0.9元，還要從健保總額分一杯羹給國健署加強預防保健，對醫界真是情何以堪？加上報紙常常

大肆宣揚：我們所得稅前年超收4000億，去年超收3000億，卻連國健署每年預防增加的費用二、三十億，都還要從健保總額揩油。既然每位國民都可以發放6000元紅利，不如我們多投資300億、500億在預防醫療，本輕利重，事半功倍，不是很好的事情嗎？石署長上任後，常引用健保法第44條「保險人為促進預防醫學……」，希望健保可以往前延伸，包含預防保健；甚至往後銜接長照，一條鞭將所有的國民健康照顧好，這個先進的理念做法，吾人自不反對，只要能「編足預算」，醫界應該是樂觀其成。

署長闡明台灣人口快速老化，2025年進入超高齡社會，青壯人口大減，繳稅的人自然變少；老年人口大增，需要醫療服務的人變多，不但國家財政日益艱困，健保財務勢必無以為繼，除非我們有相當大的改革，例如醫療數位化、有效率化，最終「論人支付」為目標。但是如果沒有限制民眾就醫自由的配套，恐怕也是災難一場，我們的官方真的有這個魄力嗎？



圖7 醫療有效率化，最終導入「論人支付」，但沒有限制就醫自由的配套，可行嗎？

至於為人詬病的健保並不給付衛教費用，署長也有新的想法，希望導入數位照護給付，加強衛教，然需要診所資訊化的管理，包括病人端、平台端、臨床端、系統端儲存資料，以「公私協營」的方式，有具體成果才給付費用，這個理想很好，不過務必編足預算。對我們這些個體戶經營的老醫師而言，一定是打不過大型診所、「院前診所」，希望有兩套系統，能有一套對資訊能力比較不足的小診所友善一點。由於少子化、老人多，導致護理師不足、就醫人口增加，署長的解方也有提出「發展在宅急症照護」「強化連結長照資源」，選擇肺炎、泌尿道感染、嚴重的軟組織蜂窩性組織炎在宅急症照護，也就是「居家

住院」，這三類疾病有80%只要有醫護人員到宅注射抗生素，就不用佔用醫院寶貴的床位。



圖8 導入在宅急症照護(居家住院), 不再增加醫院床位, 減輕健保負荷。

善用資訊化、電子化, 署長最終的理想是希望所有的醫療過程「打造就醫全程數位化, 破除空間限制」, 包含線上申請、醫療服務、電子處方、線上支付。所以健保署開始推展數位健保卡、電子處方箋平台、行動支付等, 期待台灣的健保進展到無紙化環保、即時資訊管理、甚至可以隨時掌握不正常的就醫申報。如果規劃得宜, 循序漸進, 並給付醫療院所數位化所需經費, 台灣健保制度將成為世界最先進的楷模。



圖9 期待台灣健保推展即時資訊管理、有效率化、無紙化環保。

第二位講者是公共衛生研究所教授、陽明交通大學附設醫院周穎政副院長, 犀利精準, 提出強而有力的證據, 直言不諱指出台灣醫療照護的投資不足, 導致最近幾年在慢性病照顧、國民餘命、可避免死亡率、癌症存活率、心肌梗塞住院後死亡率等, 相對亞洲主要競爭國家明顯落後。其中還談到了最近最夯的《呂宗學教授說台灣新生兒死亡統計》, 說明曾和呂教授聯絡討論, 頂多影響0.2歲之平均餘命, 並不足以改變台灣落後之事實。



圖10 台灣健康投資不足, CHE/GDP偏低。若有低估, 也不會超過0.4%。

其次討論台灣健康投資不足, 醫藥衛生支出佔GDP的比重, 是國際公認的跨國比較方法。NHE(National Health Expenditure)包含資本支出, 台灣NHE/GDP=6.7%。CHE(Current Health Expenditure)不含資本支出, 台灣CHE/GDP=6.1%偏低, 韓國9.3%。日本11.3%。當然官方曾經說明我們國家因為長照支出低估、民眾自費部分如外籍看護、住宿式機構等費用被忽略, 導致CHE/GDP低估失真, 真實數字可能比我們想像中高很多。周教授笑著說明這類統計在聯合國世界衛生組織都有明確規定, 如果真有低估, 大概也不會超過0.4%, 可以參考蒲正筠教授2023發表在Social Science & Medicine的文章數據。最後周教授仍語重心長指出: 投資醫療就是投資內需, 一定會促進國內經濟的發展, 提升我們的GDP。更舉出所有的行業, 平均勞工收入份額(labor share)為42%, 醫療業支付給從業人員薪水比例最高, 竟然高達72%, 換句話說, 我們國家多投資經費在醫療上, 這個費用最後大部分都轉移到醫事人員的薪資, 作為他們食衣住行育樂的消費, 一定可以促進內需產業, 提升國家的GDP。

1998-2015 labor share

1998-2015年平均勞工收入份額(labor share)為42.1%

產業	2016年雇用人數 (萬人)	1998-2015 labor share (%)
醫療健康服務業	34.3	71.9
支援服務業	34.5	68.4
專業技術服務業	25.8	59.8
餐館飯店業	40.3	56.6
運輸倉儲服務業	28.8	47.9
金融保險業	37.8	46.6
零售批發業	165.7	41.1

註: 勞工收入份額(labor share) = 受僱員工報酬 / GDP
Source: 王平, 2019/12/17. 政策評論: 以醫療轉內需促經濟成長, retrieved from: <https://tw.appledaily.com/headline/20191217/MQ3AA3U9ZTV4H638HM0V5M3U>

圖11 醫療業支付給從業人員薪水比例最高, 轉換為國內消費, 最可以促進內需, 提升台灣GDP。

接著是台灣醫務管理學會洪子仁理事長幽默地述說健保經費不足，要提高似乎不是很難，因為我們健保費率上限是6%，目前才5.17%，只要衛福部長一聲令下，調高到6%，我們每年健保費用就多出1300億元，所有的問題不就迎刃而解了嗎？其次我們現在的菸捐每包20元的70%補助健保，如果調高到40元，每一年健保就多了300億元，很直接又多了一筆收入。為了民眾的健康，也可以學習美國費城、西雅圖，或是英國加抽「糖稅」，或是比照日本另徵消費稅(加值型營業稅)，都可以增加國庫收入，只要撥一部份挹注健保，總額不足就很容易解決。洪理事長在台上說有笑，說得很輕鬆，台下許多醫界領袖也聽得滿臉笑容，雖然內心覺得不太可能實現，暫時輕鬆一下，也是美好的心理治療。我的內心感受到眾人經過這一番洗滌後突然神清氣爽，快樂似神仙，感謝洪子仁理事長熱情幽默的演講。



圖12 幽默的洪子仁理事長輕鬆提議，大家聽了快樂似神仙。

接下來由筆者上場，我首先說明很少開業醫師有機會來台灣醫學會擔任speaker，所以我要先幫開業醫師們講話，分級醫療是一個很好的制度，大病看大醫院，小病看診所。如果大家都可以注重預防保健，小病在診所治療好，不要拖成大病，大醫院的負荷減輕，點值自然提高，這就是分級醫療的真諦。何況在診所就醫申請的費用也相對低廉。台灣有很多診所的品質很好，尤其加入醫療群之後。我所在的大岡山醫療群自從2004年開始，每個月第一、三個星期五，都會舉行學術活動，邀請知名的教授專家來演講，讓大家吸收最新的醫療知識，可以提供民眾優質的醫療服務。我們曾經邀請過李伯璋教授、陳榮福教授、林孟志教授、黃尚志教授、蔡嘉哲前中山醫

學大學校長，年輕一輩的林宗憲教授、謝明家院長、余尚儒理事長，名醫洪惠風主任，甚至民國100年還邀請醫師素人柯文哲教授和趙可式教授演講醫療生死學，19年如一日從不間斷，這就是台灣開業醫師努力可愛的寫照。



圖13 每個月固定兩次學術演講，非常努力提升醫療水準的大岡山醫療群。(取材自「大岡山醫療群的故事」專書封面裏)

目前政策逐漸重視預防勝於治療，努力推展「代謝症候群防治計劃」，有關於代謝症候群指標腹部肥胖、血壓偏高、空腹血糖偏高、空腹三酸甘油酯偏高、高密度脂蛋白膽固醇偏低，所有參與診所收案病人這五項指標的進步率都有統計，全國約20到30%，績效卓著。筆者診所的排名百分位是96.7%，進步比例高達41至68%(如圖14)，其實看到這些優異的數據我也嚇了一跳，才想到平常我對診所護理師都要求嚴格，他們也很認真的執行這項計畫，每位個案都詳加衛教，如果所有的診所都卯起來努力做前端的疾病防治，我們國家的醫療品質還是非常有希望的。

全民健康保險代謝症候群防治計畫 個別診所執行成效			
診所名稱	王宏育診所		排序百分位數
所在縣市	高雄市		96.7%
指標 1.7 個案平均追蹤管理 次數	指標 1.9 個案平均計畫參與 時間(月)	指標 1.11.1 參與個案類型-單 總代謝症候群比率	指標 1.11.2 參與個案類型-單 總Pre-DM比率
參與計畫院所平均值	1.64	2.42	44.72
參與計畫院所中位數	1.50	1.91	44.44
所在縣市平均值	1.53	1.99	47.06
實診所數值	2.33	4.41	51.48
指標 2.1 接受危險因子指導 率	指標 3.3 腰圍或BMI改善率	指標 3.3.1 腰圍改善率	指標 3.3.2 BMI改善率
參與計畫院所平均值	99.30	31.38	21.37
所在縣市平均值	99.70	26.66	18.04
實診所數值	100.00	52.38	42.36
指標 3.4 血壓改善率	指標 3.5 三酸甘油酯改善 率	指標 3.6 血糖/HbA1c改善 率	指標 3.6.1 飯前血糖值 (mg/dl)改善率
參與計畫院所平均值	31.56	30.38	32.55
所在縣市平均值	26.16	25.46	28.48
實診所數值	61.07	59.84	60.45
指標 3.6.2 糖化血色素改善 率	指標 3.7 LDL改善率	指標 3.8 HDL改善率	不符合收案標準個 案數
參與計畫院所平均值	27.17	30.84	29.05
所在縣市平均值	22.89	26.98	20.43
實診所數值	49.17	68.47	55.00

圖 14 如果基層診所都努力疾病防治，進步率高達5成，台灣醫療品質還是非常有希望的。

言歸正傳，倘若如洪子仁理事長所言，可以將健保費率直接調高到6%，一年多1300億，就達到今天開會的目的，馬上開始狂歡慶祝。可惜台灣的政治風氣偏民粹，要調高任何費用都是非常困難，112年9月20日「113年總額成長率協商會議」中我們費盡心思，詳細準備許多很合理的成長率項目，會前一再地拜訪說明，會中也極盡誠懇解釋這些費用的重要性，結果幾乎所有的協商項目，給我們西醫基層的成長率都是「0」，其中包括提升護理人員的6.593億；85歲以上診察費依照RBRVS精神，希望比照4至6歲兒童診察費加成20%；代謝症候群防治計畫衍生的檢驗費用；高血壓指引修正增加醫療服務密集度；台灣老化白內障手術高成長率……，經過2個小時的協商，健保會代表竟然全部給0元，協商破裂兩案併呈，可見要增加總額的費用十分困難。

筆者在今年9月份台灣醫界雜誌發表了一篇「第二層健保芻議」，簡單來說，台灣每人一年分配的醫療費用是35800元，如果給付超過平均值的50倍-約180萬元，超過部份則需要自付，或由第二層健保來攤提，如此可以保護我們最核心的基本健保，不會因為有類似4900萬元的天

2022年健保費用一年超過180萬元有10457人，費用的加總為337億元，扣除10457人180萬元額度內費用(約188億元)，其超過180萬元部分的加總約為150億元；第二層健保支應

全民健康保險總額內就醫保險對象醫療費用級距分析				
病人醫療費用級距	就醫人數(A)		醫療費用(B)	
	值(A1)	占率(%) (A2)	值(百萬點) (B1)	平均每人醫療費用(C) (C1)=(B1)/(A1)
2019年				
合計	23,108,070	100.0000%	773,888	33.490
100萬元以下	23,060,179	99.7928%	698,189	30.277
100-180萬元	40,541	0.1754%	51,070	1,259.719
180-360萬元	5,939	0.0257%	13,579	2,286.418
360-500萬元	540	0.0023%	2,264	4,191.743
500萬元以上	871	0.0038%	8,786	10,087.043
2022年				
合計	22,952,645	100.0000%	823,073	35.860
100萬元以下	22,893,967	99.7444%	727,961	31.797
100-180萬元	48,221	0.2101%	61,413	1,273.577
180-360萬元	8,514	0.0371%	19,513	2,291.890
360-500萬元	717	0.0031%	3,012	4,200.608
500萬元以上	1,226	0.0053%	11,174	9,114.088

註：1.資料來源：本署多模態健保資料平台_保險就醫對象醫療總額(匯款日期：112.7.25)
2.級距範圍：當年度使用健保醫療服務之保險對象(總額內醫療費用>0)。

圖 15 一年健保給付上限為180萬元，超過部份由第二層健保來攤提，如此保護核心健保。

價藥品而影響到一般健保制度的正常運作。筆者請健保署統計，2022年健保費用一年超過180萬元者有10457人，費用的加總為337億元，扣除10457人180萬元額度內費用約188億元，其超過180萬元部分的加總約為150億元。筆者的初衷，當然是依照法理，使用者付費，第二層健保費用則由每位國民每個月繳100元至200元(一年實收560億)，這樣最合乎保險的精神。實務上低收入戶、剛出生的嬰兒、不會賺錢的幼童、沒有收入的老人，應該由國家來負責，再考慮到稽徵的成本、困難，不如由國家編特別預算來支應這筆費用，對台灣中央政府一年的歲入歲出而言，實在是小數目。報紙才剛報導行政院決定2024年以公務預算，補助勞保年金1300億元，並非沒有前例。何況健保入不敷出，無以為繼，品質低落，在在影響人民健康，560億實在是一個很划得來的投資。

第二層健保費率之考量比較

第二層健保「費率」不同之經費比較

每月繳費	一年總費用	上限費用	罕藥、標靶等費用
100元	280億	150億	130億
120元	336億	150億	186億
150元	420億	150億	270億
200元	560億	150億	410億

註：年健保費用有10457人超過180萬，計337億元。扣除180萬內費用：計188億元，約須支付150億元

圖 16 第二層健保每年560億，可以支應鉅額健保費用、罕病標靶藥物，研發健保永續。

我在許多場合都會詳細說明目前的健保制度「民眾如果多支出300元，雇主相對應支出600

元，國家100元」，對民眾來講不是很划得來嗎？理論上民眾應該要支持適度的提高健保費率。實務上，健保會面臨部分資方代表非常強勢，普羅大眾也覺得少出錢總是好事，提高費率萬萬難，並不是每個人都有「天下沒有白吃的午餐」「免費的最貴」的觀念。所以務實體認，以台灣政治的民粹，提高醫療投資迫在眉睫，這筆錢若不直接由大家的口袋支出，不調高健保費，那麼另編列公務預算成立「第二層健保」，阻力會減少很多，應該比較容易達成。

第二層健保經費來源 剖析：

1. 採自由參加，協商每個月每人繳交100~200元。
2. 政府有責任說明，若未參加，發生巨額保護費用，超過上限180萬元時，需要自行負擔(鉅額費用)。
3. 低收入戶 宜由政府另編預算支應。
4. 兒童、無收入老人，亦可考量政府另編預算支應。
5. 為了避免稽徵的成本、稽徵困難，第二層健保全部的預算也可以都由政府另編列預算支應。
(立法院同意，此乃康莊大道!!!)

圖17 由國家編特別預算來支應第二層健保費用，阻力最小，拯救健保財務。

中場休息後，第二位主要演講者張鴻仁教授還是維持他一貫坦白，完全不加掩飾的耿直作風。首先談到開始總額制度的李明亮前署長因為財務考量，考慮良久，思之再三，才開始總額預算制度，但當時定位為中短期措施，五年後就應該檢討是否要修改或廢止。那時就知道如果一直做下去，最後對醫界不公平，也難以承受。張鴻仁教授提及德國的「總額制度」經驗，人口老化、醫療新藥、新科技的大幅增加費用，無以為繼，終於憲法判定了這個制度無法良善運作；加上台灣健保每年的成長率都不足，導致支付標準過低，尤其沒有考慮通膨因素，醫院若無停車場、餐廳等業外收入，經營困難，更無力給予護理師等從業人員應有的薪資，如此的缺口並不是每年總額成長率調整幾%可以解決，可能要籌個幾千億，才能夠把健保的問題徹底解決。

關於台灣健保總額制度費用不足，造成點值過低、引進新藥新科技過於緩慢、缺護理師、缺床等諸多問題，張鴻仁教授理智地提出我們現在解決的方式，一個就是變貴，像新加坡一樣，你



圖18 張鴻仁教授談到開始總額的李明亮署長當時將此政策定位為五年中短期的措施。

可以住八個人一間的健保病房，費用低廉，也可以住兩人一間或一人一間的特等病房，但是自付額可能要多出好幾倍，這就是所謂新加坡「自行負責」「劫富濟貧」的方式；由奢入儉難，台灣的民眾要適應，大概十分不易。第二個方向就是（不得不）（非故意）造成就醫的不方便，自然就可以省錢，這個就像是現在英國NHS的情況，由於投資不足，就醫、手術名額有限，額滿就必須等待，甚至等待很久，當然就會無意中抑制、拖延了許多的醫療需求，雖然整個國家系統是節省了醫療費用，但受苦受難的卻是普羅民眾，尤其是經濟弱勢，沒有辦法自費醫療的民眾。乍聽之下，這兩個辦法當然都不是最佳解方，卻是合乎理智的推斷。



圖19 若不調高費率，拯救健保處方則為「變貴」、「變就醫不方便」。

演講到最後，睿智的張教授還是提出比較樂觀的解方，雖然都不容易，但很值得執政當局參考採納：台灣公務人員與國民素質很高，把健保費用節省得非常的成功，一省再省，似乎變成了一種習慣和信仰，就是把提高健保費率視為政治上的禁忌，張教授用的形容詞是「Victim of its own success」。很多成功的上市公司或集團也都曾經碰到這種困境。由德國的經驗來看，總額制度是一種歷史上的錯誤，大家應該極力要求政府

改革這種不合理的制度；至少要保障浮動點值1點.0.9元，平均點值0.95元。目前台灣的醫療狀況，因為投資不足、財源不足，會逐漸更嚴重影響民眾的健康，除了大幅增加醫療投資之外，也要解除許多不合理的管制措施，並思考讓花得起錢的民眾得到更好的自費醫療。最重要的結論就是：醫療產業是一種內需產業，內需就是未來的GDP，增加投資，不但可以促進國民的健康，解決醫護血汗的問題，更可以促進國家經濟的成長繁榮。

結論

1. 全民健保把醫療費用控制的大成功，結果變成Victim of it's own success
2. 總額預算制度是歷史上一個錯誤，醫界應該凝聚共識先促使政府改革
3. 台灣醫療體系的競爭力因為財源不足，已經影響到民眾健康，必需思考如何改變，最重要的是，解除過度的管制，讓肯花錢花的起錢的民眾可以得到適合自己的醫療服務
4. 醫療服務全部都是內需，內需就是未來的GDP，所以適度增加對醫療的投資不但增進健康，改善醫護血汗環境，也同時促進經濟成長，一舉三得！

圖20 張鴻仁教授提出改革方向，值得參考採納。

台大公共衛生學院的鄭守夏教授一向是文質彬彬，言之有物，令人尊敬的學者。今天的演講也是恰如其分，首先亦提到人口快速老化，若是健保費率難以提高，自費項目勢必逐漸增加，變成一種恐怖平衡，如此要長期維持民眾高滿意度並不容易。台灣健康照護體系的表現，和指標國家相比較，平均餘命、新生兒死亡率，和慢性病的照護成績都不盡理想。

這幾年我們國家GDP的成長，是高過新加坡、日本、韓國；但是平均每人醫療保健支出占國內生產毛額比例NHE/GDP成長不高，表示我們投資醫療還是不足。結論是健保的改革勢在必行，財務面一定要收支連動，擴大費基，調高費率。醫療服務面改革，一定要淡出論量計酬，擴大論質計酬，朝向論「價值」計酬：採取新的醫療服務模式，以病人為中心，提升照護連續性，促進醫師間的合作，鼓勵病人參與自覺自律，加強慢性病管理與急重症體系的調整。一定要參考國際趨勢與其他國家成功的經驗，善用台灣特有的體系資源，建構以資訊驅動的病人中心照護。鄭教授的門生滿天下，希望可以發揮最大的影響力，讓台灣的醫療有效率並且正常化。



圖21 鄭守夏教授門生滿天下，未來改革建議縝密周詳，期能讓台灣的醫療達到高效率化。

第七位演講者是頗富盛名的彰化縣衛生局葉彥伯局長，葉局長熟悉所有的法律規範，也知悉國家政策，更了解我們健保目前的問題，點值太低導致醫療院所不得不應變。以地方醫療父母官的立場，他也相當擔心如果自費醫療越來越興盛，對於弱勢的民眾，城鄉差距，是否也會造成醫療的不平權？必要性醫療與非必要性醫療，對於使用健保或自費的分際之規定，雖有審核自費醫療權的衛生局，又要如何努力平衡這種困境，令人憂心忡忡。究竟該如何規範導正私人保險投資預防保健，公私協力分擔醫療費用？而在台下聽講的我，內心不禁聯想：這麼好的父母官，如果可以到中央擔任要職，擬定政策，我們國家的醫療應該會更加進步完善。

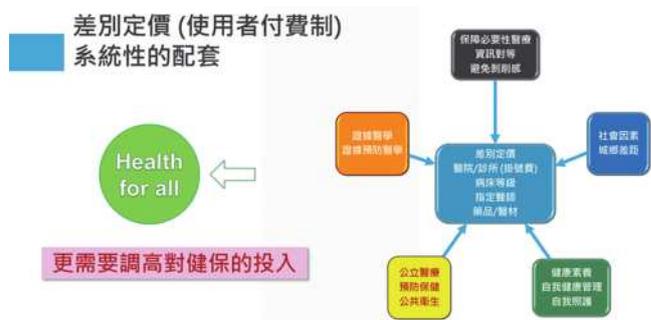


圖22 說明差別定價 (使用者付費制) 系統性的配套。

台大癌醫楊志新院長則點出種種無奈，儘管現代醫學已經進步到第四期（末期）的癌症也有機會治癒，但健保未必給付，自費標靶治療要花上兩三百萬，可能僅有5至10%的機會有5年存活率，要跟病人詳細解釋嗎？有10%活過5年，但有90%機率這個錢就白花了。對有錢人來講，花

個兩三百萬來爭取10%的5年存活率的機會是非常值得的。但對生活拮据、薪水階級，或是無恆產的租屋族，300萬元不是小數目，若落到90%無效下場，而這樣的機會是很大的，往後家人必須縮衣節食，提出建議的醫師也是情何以堪，實在難為。碰到這個情形：到底要不要鼓勵家境不是很好的癌症第四期病人，接受標靶治療呢？又何況我們如何知道他的家境好不好。前一位演講者開玩笑說：是不是要派一個人在外面察看，如果病人是開雙B轎車來，就請他做標靶治療，如果病人不富有，可能就未必積極。楊志新教授苦笑的回應說：我們台北的有錢人都有司機，都是走進來醫院，也可能坐捷運，要不要跟病人鼓吹機會不大的標靶治療都是「兩難」。回到比較符合群策群力，守望相助的作法，仍是讓大家都願意提高一點健保保費，或是讓台灣的租稅更公平，政府比較有經費多投資醫療，讓健保可以支應有效的標靶治療藥物費用，造福更多民眾。



圖23 台大癌醫楊志新院長悲天憫人，演講充滿醫者情懷：無比愛心和萬分無奈。

事前我以為大家演講的內容會非常嚴肅，悲觀無助。沒想到除了我們署長很認真地宣揚理念之外，其他每一位講者都是快樂的述說對台灣健保的未來、期許、檢討、展望，亦莊亦諧，大家都有一點無奈地自嘲，儘管談著理想和希望，內心仍覺得不太可能克服台灣的民粹。不過畢竟眾人都是有血有淚，深愛台灣，有責任感的醫界領袖，難掩落寞之餘仍抱持樂觀。聽了這麼多的演講，結論似乎並不複雜：

1. 由於台灣快速老化，新藥與新科技費用昂貴，健保總額成長率緩慢，台灣的健保制度勢必

要大幅改革，否則慢性病照護、平均餘命、血汗醫護，缺床缺藥等現象將益加惡化。

2. 健保若走向新加坡「變貴」、英國「等待期長」，不但國民不容易接受，也會折損政府的威信。考量調整費率困難，唯有另外編列公務預算挹注。「第二層健保」可能就是相較之下最沒有阻力，言之有物，最可能讓大家接受的制度。

3. 今年因為COVID-19費用自3月20日起，不由疾管署公務預算支應，改由健保總額支付，加上疫情三年「免疫負債」因素，呼吸道感染等大增，導致點值嚴重低落，即將引爆「燃眉之急的迫切危機」，儘管政府體制難以靈活應變，但疫情尚未結束，於情於理編列今年的「調節非預期風險及非預期政策改變所需經費」基金，至少要佔健保總額的1%（84億），官方卻從往年的10億減少為8億，令人費解。中醫今年第一、二季就需支應約4.7億，還有總額更龐大的西醫基層和醫院總額，當然遠遠不夠，杯水車薪無濟於事，政府應該要有魄力，「立刻」以行政院預備金挹注，而不是讓醫界心灰意冷，鬥志漸失。再說得實際一點，總統立委大選即將到來，健保點值屢創新低，執政當局應該用盡所有可能辦法，將點值「選前」補到1點一元(至少浮動點值補到0.9元)，給醫界鼓勵和信心，讓台灣的醫療正常化，才能繼續執政，國會過半，持續推動各項改革。



圖24 對筆者而言，收穫非常豐盛的「全民健保的現況、挑戰與未來」論壇。

備註：

本文若有違演講者之原意，文責自負。