

醫療與健康

提升醫療水準，促進全民健康

醫療與健康和民生福祉息息相關，本篇以「全民健康」為願景，邀集各領域專家，就群體健康、醫療體系運作、長期照護、全民健保、全人醫學教育、生技產業發展六個面向撰稿並召集共識會議定稿。內容包含政府政策擬定需考慮的健康議題，以整合性、連續性醫療與照護模式增加效率、制定長照服務法、強調療癒關係的健保機制與落實醫學人文教育改革、發展利基生技產業，以建構臺灣健康品牌，創新經濟實力，從而達到全民健康的境界。

召集人：朱樹勳

撰稿人：石曜堂 朱樹勳 江東亮 吳肖琪
林金龍 陳耀昌 楊泮池 謝博生
藍忠孚

(撰稿人按姓氏筆畫排序)

目錄 醫療與健康

壹、前言.....	261
貳、群體健康	
一、現況檢討.....	263
二、分析問題.....	266
三、提出辦法.....	268
四、設定目標.....	270
參、醫療體系的運作	
一、現況檢討.....	273
二、分析問題.....	274
三、提出辦法.....	277
四、設定目標.....	279
肆、長期照護	
一、現況檢討.....	282
二、分析問題.....	284
三、提出辦法.....	286
四、設定目標.....	288
伍、全民健康保險政策	
一、現況檢討.....	290
二、分析問題.....	292
三、提出辦法.....	293
四、設定目標.....	293
陸、全人醫學教育	
一、現況檢討.....	296
二、問題分析.....	297
三、提出辦法.....	299
四、設定目標.....	302
柒、生技產業發展	
一、現況檢討.....	303
二、問題分析.....	305
三、提出辦法.....	309
四、設定目標.....	313
捌、結論.....	315

壹、前言

遠東集團六十年來積極投入公益事業，默默耕耘、關懷社會，進行救災、重建等社會工作。一九七〇年代，一流醫療資源集中於臺北市，一水之隔、工廠林立、人口密集的板橋，卻缺乏現代化醫院。集團創辦人徐有庠先生不忍大板橋地區受傷及急重症病患延誤就醫時機，或疲於往返臺北與板橋之間，遂成立「徐元智先生醫藥基金會」，以自建醫院、急診援助、貧病義診及獎勵醫藥方面研究創新，不為營利而以服務人群、俾對國家社會有所貢獻為目的。並於一九八一年，正式成立了集團第一間醫療院所：亞東紀念醫院，為臺北縣第一家大型醫院，其後更於臺北市區成立遠東聯合門診中心，共同服務大臺北地區民眾。

對於與國民日常生活最貼近的遠東集團而言，企業具有回應民眾所需、並在關鍵的議題上提供政策建言的社會責任。於未來六十年之國民醫療趨勢的健康議題上，最終的目的，莫過於追求「全民健康」。

而全民健康，受到整個社會、經濟、人口變遷等外在環境之影響，例如近年來平均餘命之增加、老年人口急速增長、社會觀念的變遷、生活型態的改變、不同族群間之差異與自然環境遭受破壞；國家健康保險政策之改革及推廣，則主導民眾就醫觀念及醫療事業體系發展之方向；因應國民餘命增加，長期照護的規劃可使國民活得好，又活得好；醫療教育體制之改革則為提供全人醫療及提升醫療品質之基礎，影響最終服務的提供結果；生技產業之發展又深刻影響臺灣未來經濟實力。因此，為達成全民健康之目的，必須自各個面向探討現況、分析問題，設定目標並提出相關建議。

依此架構，本領域就以下列六大項目提出建言。

- 一、群體健康
- 二、醫療體系的運作

三、長期照護

四、全民健康保險政策

五、全人醫療教育

六、生技產業發展

期望此六大項目的建言有助於提升全民健康，共創美好未來。



貳、群體健康

人自出生到死亡，都是生活在社會環境中，從尚未得病到已經患病的整個過程中，皆受生存環境各項因子的影響。因此在國家各種政策擬定之初，皆應考慮到群體健康。

一、現況檢討

(一) 社會環境

影響健康的社會環境因素，可依其場域，分為家庭、學校、社區及工作場所等。

家庭為人出生後第一個接觸的環境，自然也扮演著個人成長過程中最重要的角色。過去傳統社會下，父親在外工作、母親則在家教養子女，然而在社會變遷、生活型態改變、雙薪家庭及外籍配偶比例增加等種種的轉變下，原有家庭所具有之情感、生育、經濟、保護、照顧與社會化等等的功能也產生了變化。

學校是孩童開始接觸的第一個外在環境，即為學校，學校衛生教育扮演輔助家庭的角色，對學齡時期的健康成長可說是非常關鍵。

社區是現代生活不可或缺的一部份，現有政策已朝向社區健康營造，以社區為單位進行健康促進活動，唯應特別考量城鄉間之差距及社區中部分弱勢族群之健康問題及需求。至於工作場所之勞工安全，近年已較過去正視，對於職業災害及保險給付等，皆以法規規範並力求落實執行。但整體職場環境的健康公平性、外籍勞工比例的增加，以及現有職場工作型態造成工作壓力大、工時長及對職業傷害之預防仍不足夠等問題，仍有待加強。

此外，隨著科技的進步及工業化的發展，導致人為溫室氣體（Greenhouse Gas, GHG）排放大幅增加，造成氣候快速變遷，衝擊全球環境（包括生態與人類的社會經濟系統），導致人類社會面臨新的風險與壓力，如糧食供應、人類健康與安全等問題。

（二）健康的生活型態

影響健康的生活型態，包括正向的身體活動、飲食、安全性行為，可預防的事故傷害、壓力，以及應避免的負向行為、成癮物質的使用等。分析臺灣現況，受到整體環境中家庭、學校、社會、工作等之影響，飲食、安全性行為及壓力等已成為目前影響健康很深的生活型態。

飲食及生活習慣的改變，例如歐美食物的引進、油炸品和速食食用比例的增加，除形成肥胖、營養不均衡現象外，也改變了近年來國內重要疾病的型態。現有媒體及書籍雖大力推廣營養補充品以彌補現代國民飲食攝取不均衡之問題，但對於不同族群、不同時期應正確攝取之營養素劑量的觀念，則仍顯微薄。此外，近期發生一連串毒奶粉、毒油、毒酒等事件，讓食品安全蒙上陰影，如何吃得健康又安心已成為維持群體健康的重大議題。

不良之生活習慣亦會影響身體健康，除近年來政府致力於推廣菸害防治政策外，飲酒過量及嚼食檳榔之問題也值得重視。許多醫學研究都已經指出，過量的飲酒可能增加罹患癌症的機率，而臺灣人口嚼檳榔與口腔癌的關係至為密切，約九成的口腔癌患者都有嚼檳榔的習慣，在南部地區的比例尤高。據農委會在二〇〇八年的統計，全臺檳榔種植面積約五萬公頃，年產量約十四萬公噸，為全臺種植面積第一大的果品作物，不僅危害個人健康，更造成水土環境之破壞，導致各項天然災害災情擴大。

在青少年方面，性知識及性態度的開放則為新興之問題。現代青少年由於父母工作繁忙而疏於管教等家庭問題，以及受同儕、媒體、電玩遊戲等之影響，不僅交友情況複雜，且性態度開放卻沒有正確的性知識等，造成了少女生育率及墮胎率的增加，形成家庭問題。另外，由於青年人晚婚或單身的比例增加，使兩性非婚性行為的比例也相對增加，從一九八八年到一九九八年，女性婚前性行為的比例由6.9%增加到26.7%、男性由20.7%增至35.2%（晏涵文，二〇〇一），對傳統家

庭觀念造成衝擊，影響下一代的身心健康。

由於近年來家庭、社會、經濟等問題的增加，也造成許多人產生壓力適應不良之健康問題，小則影響個人健康，大則甚而影響家人及周圍人群，造成新的社會問題。

（三）焦點群體

全民健保實施之後，在降低民眾的就醫財務障礙及就醫可近性方面已有相當的成效。但因人口轉型及生活型態轉變，對於兒童青少年、老年人、弱勢群體等健康照護的需求方面，仍存在許多問題，政府應予以重視。

嬰幼兒健康為衡量國家發展的重要指標，可分別從死亡率及死因進行檢討。二〇〇八年，臺灣五歲以下幼兒死亡率與嬰兒死亡率分別為千分之六·三（「我國生命表」，內政部統計處網站）與千分之四·五（「統計公布欄」，行政院衛生署），與「經濟合作發展組織」（OECD）中二十個先進國家相比，尚有許多改善的空間。死因方面，意外事故占一到十四歲兒童整體死因的比率高達**28%**，其中又以機動車交通事故及溺水為最大宗，值得政策制定者的重視。

臺灣已是全球人口老化速率最快的國家之一，到了二〇五〇年，老人占總人口比率將高達35.5%（行政院經建會人力規劃處，二〇〇二）。依據國民健康局二〇〇三年的調查顯示，高達四成的臺灣老人自認健康情況不好，且失能率隨年齡而增加。人口老化不只對死亡數有影響，慢性疾病的數目也會隨著年齡增加而累積，使年長者的生活品質受到影響，故老人的長期照護需求亦與日俱增。

近年來社會權利不均、社會結構不合理而產生的不平等（social inequality）問題，不僅導致貧富差距拉大，亦使得社會經濟弱勢團體的健康差距問題愈來愈嚴重。他們位於社會及經濟地位的底層，社會層級及權力低落，維持基本生活已是力不從心，健康問題更使得這些群體居於劣勢，其關係環環相扣，導致這些弱勢群體難以突破困境。

二、分析問題

健康問題環環相扣。社會環境、生活型態、醫療照護之取得、各相異群體間之特性皆是因素，且彼此之間相互影響，互相牽制。

（一）全球氣候異常及新興傳染病全球化

因全球的氣候異常及環境變遷、病菌抗藥性的產生，使得細菌、病毒、病媒昆蟲跨國流動，造成新興傳染病全球化，除了影響動植物生長與大自然生態環境外，亦會對人體產生直接影響，造成相當程度的傷害，如損傷呼吸器官而使身體感到不適等。有鑑於此，一九九二年五月九日聯合國通過「聯合國氣候變化綱要公約」，並於同年七月於巴西熱內盧「地球高峰會議」中，由一百五十五個國家簽署此公約，承諾致力於將大氣中溫室氣體的濃度穩定在防止氣候系統受危險人為干擾的水準。依據「世界資源研究所」（World Resource Institute, WRI, 2003）最新統計指出，臺灣溫室氣體總排放量約為247.69 MtC，占世界總排放量1.0%、以人均量估算，則為11.0 MtC，名列世界第二十二位，估計近五十年（一九五〇~二〇〇二）溫室氣體累積量約為442.9 MtC，約占世界0.48%，排名世界第三十二位。由此可知，臺灣對於全球溫室氣體及升溫的影響占有相當比重，需要政府部門提出策略。

除了因氣候異常的影響外，全球化挾著高科技和消費主義的大肆開發，讓許多近年來流行之病毒如SARS、禽流感、登革熱、愛滋病等原為動物的病毒，也都開始侵襲人類，並且藉由交通的便利及國際交流，造成全球化的大流行。傳染病已成為全世界人民共同關心的問題，因此除了必須加強國際間的合作以公開疫情資訊外，政府部門更應該針對傳染病的危機處理、預防及治療訂定更完善的機制，相互監督疫情、加強政府之間的共識與合作。

（二）不同族群社會環境及生活型態變遷

從世界主要國家的離婚率發現，臺灣二〇〇六年離婚率為

千分之二·八三，全年有六萬四千五百四十對夫妻離婚（平均一天有一百七十七對），雖然於二〇〇七年略有減少（全年有五萬八千五百一十八對夫妻，平均一天有一百六十對），但仍位於世界主要國家之前五名、亞洲第二名。離婚及喪偶人口比重若增加，使婚姻不穩定性提高，單親家庭比例便可能逐漸增加，因而造成兒童教養、單親家庭貧窮、兒童對於社會認知功能的障礙等問題。而隔代教養或家庭問題使得親子間互動減少，也影響了兒童及青少年的心理成長，造成青少年提早離開家庭或家庭觀念薄弱，更可能導致未來壓力適應不良或其他新增之社會問題，例如吸菸率或沾染不良嗜好比例增加。而未成年少女的生育率雖有下降的趨勢，但與日本及韓國相比仍然偏高。

加上現今生活型態改變，使得大多數青少年體能活動變少、身體不活動比率持續攀升。雙薪家庭也可能導致家庭成員外食率增加，飲食不夠均衡健康，吃入過多加工或殘留農藥的食品，影響身體健康。由於兒童及青少年期的健康，是影響成人時期身體健康的重要因子，上述問題所造成之健康議題應更加關注。

臺灣是全球人口老化速度最快的國家之一，隨著高齡人口比率的增加，老年人健康問題成爲越來越重要之議題。老年人的疾病表現，潛藏許多醫療和非醫療問題，除了易同時罹患數種疾病，而使病情較一般族群複雜、造成醫療資源分配不平均外，老年人的心理亦會干擾疾病治療的成效。無論是疾病或功能退化，均易使老年人陷入失能及功能障礙，造成生活品質下降，因此若無老年健康照護政策之相關配套措施，可能造成家庭之新興問題。

在現有家戶所得分布不均的情形下，依據二〇〇五年「全國性國民健康訪問調查」結果顯示（國民健康局健康統計資訊，二〇〇五），弱勢群體的健康行為及狀態明顯較非弱勢群體差，對醫療服務使用率的需求高、醫療費用占收入的比例高，導致其醫療負擔更爲沈重。因此弱勢家庭的健康不平等顯然也是一個問題。

三、提出辦法

為達成全民健康之目標，除了必須重視醫療之外，社會環境和健康生活型態也是重要參考，尤其弱勢族群需要特別保障，不僅要解決上述的部分環境或群體問題，更需要逐步全盤改善，才有機會真正達成「全民健康」之目標。

(一) 自改善社會環境及健康生活型態著手

健康的家庭環境與家人間的互動模式，對促進健康具有關鍵性的影響。欲培育健康的國民，政策上應從思考如何讓每個人生活於健康的家庭環境著手。從兒童及青少年時期起，即由家庭、學校共同培養學童面對失落、困難或逆境時有效的因應和適應能力，當生活變化對人們造成威脅時，這種自我保護的生活本能始能展現。讓來自個人、家庭、社會三方面的保護因子相互作用，組成動力系統，共同抵抗環境之不利影響。

另外，還要提升民衆對健康生活型態的自我要求，如降低喝酒、抽菸、嚼檳榔的比率，建立綠色消費與低碳的生活型態等。針對此，政府部門要由環境保護措施做起，貫穿食物鏈，橫跨所有食品安全與能源管理的相關部門、學術研究機構、產業界、消費者團體等，同時將我國相關政策與其他先進國家政策接軌，並進行綠色食品與潔淨低碳能源的認證，以期給予民衆高水準的生活與社會環境。

(二) 加強對特殊群體之健康保障

藉由健康篩檢及定期預防保健等方式，提升嬰幼兒健康。加強家庭支持資源及安全之居家與社區環境，以防止事故傷害。推廣健康的學校環境及安全社區環境，發展健康的生活方式，預防偏差行為及危險行為。增進青少年健康知能，並提供適合青少年的健康諮商及健康服務。另因應高齡化及少子化趨勢，除了要持續規劃老人照護保險制度外，還必須透過跨專業合作，建立老年醫學照護團隊，提供整合性的醫療服

務，減低造成失能的危險因素，減輕家屬的經濟與照護負擔。

針對弱勢族群部分，政府應致力於其就學、就業及生活保障的改善，並去除其求醫障礙，加強增進其健康行為，健全性別敏感度的受害者預防及身心照護體系，使他們在整個生命週期能獲得適切的健康與平等的對待。

（三）跨衛生部門合作以促進國人健康公平性

為達成全民健康的最終目標，減少健康上的不平等，應跨越衛生部門制定政策。其中，降低教育與收入的不平等，是重要的政策目標。根據二〇〇一年國民健康訪問調查結果發現，教育程度較低者，其自評健康大多較教育程度高者為差，自覺症狀也較多。顯然，低教育程度的弱勢族群也處於健康弱勢。

而追求性別平等並不能只針對特定人口或婦女的福利，而是應全盤了解、分析及檢討不同的性別現象及處境，包括目前的勞動、福利、教育等政策中隱藏的性別不平等，重新打造符合性別正義的社會。

另外，也要重視各縣市或各地區所存在的健康狀況及疾病盛行情形的不同。以各縣市死亡率為例，其差異自一九七六至一九九五年起便逐漸擴大。必須消除因各地風俗民情、社會環境不同所造成的對健康的負面影響，減少因地區別而形成之健康不平等現象。

以臺灣偏遠地區之原住民為例，因為醫療服務取得不易，其健康狀況往往因貧窮狀態及衛生照護不足而受影響，而其原始居住地的遭破壞、生活環境的不佳、原先文化凝聚力的消失，也對他們的健康產生了有害的衝擊。

（四）擬訂公共政策時應納入健康影響評估

要判斷在實行某個政策、計畫、方案時對人們健康可能產生的影響，前置的「健康影響評估」（Health Impact Assessment）是一個有效率的方法，特別是針對弱勢團體或非營利單位的評估（林宇旋、陳惠

生，二〇〇一）。根據評估結果制定政策，可以使政策帶來最大的正向影響，而使負面衝擊減至最低，改善群體的健康及減少健康的不平等（health inequality）的狀況。

近年來，各國政府均重視人們健康安全的評估工作，以健康影響評估指標作為政策規劃或計畫發展之參考，以協助預防不良的健康活動，鼓勵人們達到健康安適的情況。健康影響評估是從健康的角度切入，探討政策執行對人類健康之影響，當人類健康衝擊因子降低時，環境的衝擊因子也會降低。

「世界衛生組織」（World Health Organization, WHO）及許多國家之衛生單位已體認到，將健康納入環境影響評估制度之必要性與效益。歐洲地區國家（如英國、荷蘭等）亦已以健康衝擊評估作為農業、空氣、文化、環境、建築、觀光、交通運輸、能源、污染、水、城鎮的開發等多項國家大型政策的先期評估。

政府應重視環境與人為因子對全民健康的影響，從產業發展策略、建築設計規範、交通管理與教育宣導等方面，推動低碳生活概念、促成能源法規完成立法、推動替代能源發展（短期以風力發電，長期朝太陽能發電發展），以完備的法治建構、廣泛的民眾參與，達成社會風氣的推動。

我國目前各項政策在擬定過程中，多著眼於環境生態、社會文化與經濟等面向，對於健康影響考量面的評估相對較為欠缺，故有關健康影響評估技術的導入及適用，尚有待政府與民間單位的推動與投入。

四、設定目標

（一）新健康價值觀念的建立

要達成全民健康的目標，除了支持性的社會環境之外，也應將健康的生活型態與健康行為落實於國人的觀念及政府的政策之中。政府需整合各部會並配合衛生署各局處進行分工，如教育部負責各級學校的教育宣導，將推動健康體重、健康體適能（healthy physical fitness）等列入

學校重點工作，並深入家庭中。勞工安全委員會則可積極推動職場的健康促進活動，並鼓勵社區參與。衛生署國民健康局則可結合學術界與產業界，共同制訂健康飲食、體重及體適能的標準，規劃出各年齡層的健康行為及飲食準則。以政府跨部會各單位，結合學校、職場、社區等資源，帶動民眾推動並落實健康生活的觀念及計畫，全面促進健康的價值觀念。

（二）延長國人健康平均餘命

平均餘命係反映醫療及死亡率變化之具體指標。近來，由於高齡者死亡率降低、慢性病罹患率增加，為進一步衡量涵蓋平均壽命的健康水準，各個國家對於健康平均餘命之促進均不餘遺力。隨著全球人口老化問題的浮現，以確切的統計指標監控人口健康變化，進而推動適當政策，延長健康壽命及增加其與平均壽命比率，絕對有其價值。

根據衛生署「臺灣補充報告」，二〇〇二年臺灣的健康平均餘命女性為71.5歲、男性為67.1歲，而零歲平均餘命則分別為80.2歲及74.6歲，而這平均八歲的落差，可能代表著疾病或殘障的失能期間，也代表著無法擁有良好生活品質的存活期間。因此，在過去政府所制定的「延長國民平均餘命」的衛生政策目標外，應再加強追蹤監控國人之健康狀況，並與國際資料進行評比，進而以「延長國人健康平均餘命」為目標。

（三）促進國人健康公平性

健康不平等是公共衛生研究的重要議題之一，而消除健康的不平等更成為歐洲國家的重要衛生政策。為促進國人健康上的公平，健康政策應從先前提及之社會環境系統、生活型態及特殊族群等面向進行全盤的考量，考慮增進性別、教育程度、收入、地區及族群間的平等，降低環境汙染，保障食品安全，致力於縮減生命週期、社經背景以及身體及心理狀況所導致的健康差距。

為達到「新健康價值觀念的建立」、「延長國人健康平均餘命」及「促進國人健康平等性」等三項具體目標，不僅應擬定健康政策，也需要政府不同部會的配合執行。期能由政策主導，透過政策改變環境、生活型態與醫療，增進全民健康。



參、醫療體系的運作

我國自一九九五年實施全民健保、降低了民眾就醫上的障礙後，民眾健康水準已大大提升。二〇〇六年國民餘命已與先進國家相當（美國男76.1歲、女80.4歲，臺灣男74.9歲、女81.4歲）。而據二〇〇七年瑞士洛桑國際管理學院的「世界競爭力評比」，臺灣醫療保健基礎建設為全世界第十三名（共計有五十五個受評國家），排名相對居前。

臺灣地區民眾的健康受惠於健保制度，相對的，醫療體系運作也受到全民健保財務機制所控制，所以在討論臺灣的醫療體系運作時，健保政策的影響不容忽視。

一、現況檢討

（一）醫師人力

與歐美國家相較，臺灣地區的整體醫師人數偏低（二〇〇五年，臺灣地區醫師人數1.5人／每千人，美國則為2.4人／每千人），而且，受專科醫師訓練制度的影響，醫學生畢業後傾向留在大型醫院及大都市中，造成基層醫療醫師人力缺乏，且專科醫師人力分布不均。

（二）醫療機構與服務模式

衛生署醫療網設計採三段五級觀念：由各社區的診所提供初級醫療，地區醫院及區域醫院提供二級醫療，醫學中心提供三級醫療，但也保留民眾可自由就醫、醫師可自由執業的原則，並經由醫院評鑑及專科醫師訓練制度來確保醫療品質。

以經營權劃分，臺灣地區醫療機構可分為公立醫院、私立醫院與財團法人醫院，其中公立醫院又可分為公立大學醫學院附設醫院、榮民醫院、軍方醫院、署（市）立醫院，各級公立醫療院所被賦予公共衛生的責任，並接受政府預算的補助。

現行健保法擬以差異性之部分負擔作為啟動轉診機制的支點，卻因為級距差異小，以目前的經濟水準並不能有效達成以價引導轉診的效果

，以至於不但沒有達成節制醫療費用的作用，反而成為資源浪費的原因之一。另一方面，受到健保醫療按件計酬的影響，醫療體系多注重疾病治療，缺乏預防保健概念，即使是公立醫院也形同私立醫院，以追求利潤為目標，各級醫療院所在服務功能上彼此競爭，偏離分級醫療的架構。

（三）組織與管理

1. 評鑑與健保給付

目前健保支付制度與醫院評鑑掛勾，雖有助於醫療品質的提升，但也不免利於評鑑等級較高、規模較大型的醫院在市場生存，導致醫療產業不斷往大型化發展。另外，醫療產業的競爭，主要以品質而非以價格為主（盧瑞芬、謝啟端，二〇〇二），而我國國民向來崇尚大型醫院，虔信大型（區域以上）醫院會擁有技術較佳的醫師、新穎進步的檢驗儀器與治療設備（洪維河，一九九八），民眾會為了要到區域以上的醫院住院，而跨區到離家較遠的地區就醫。由於區域級以上的醫院成為民眾心目中醫療品質的代名詞，造成小型醫院不易生存，且許多地區醫院亦致力於其評鑑升等。

2. 健保支付制度影響醫院的經營行為

健保總額制度下，實施分級給付、論量計酬的支付基準，讓醫療院所爭相把服務量做大，以免在總額占率中吃虧。二〇〇四年，健保局又啟動以醫院為單位的總額支付方式，稱之為自主管理，其目的為導正醫院過多門診人次的現象，並控制不斷上漲的醫療費用，然重重規範下，也產生了醫院月底總額用畢後醫師休診、休假、暫不排刀的怪現象。此制度也使醫院缺乏提升醫療品質的動機，健保對住院的給付偏低，使大型醫院仰賴門診收入來維持收支平衡。

二、分析問題

醫療系統的型態，會因國民的價值觀及社會文化背景而有所不同。

世界各先進國家的醫療體制幾乎都採取分級醫療與轉診制度，也都重視醫療體系的可近性、公平性及經營效率。但是在臺灣，醫療服務被視為國民的權利，由政府辦理全民健保，並利用醫院評鑑制度將醫院分為醫學中心、區域醫院與地區醫院三級，但是各級醫院之功能區隔並不清楚，無強制的家庭醫師制度，民眾可以自由至診所或各級醫院就醫，未能落實分級醫療轉診，形成相當獨特的型態。而且我國地小人稠，交通方便，是否要如美國實施三級醫療分級制度，實有待商榷。

（一）名存實亡的分級醫療

臺灣與歐美的地理狀況不同，分級醫療缺乏周延的配套措施，而費用部分負擔級距差異不大，又讓民眾有自由選擇就醫地點的權利，而且因為民眾較相信大醫院的專科醫師可以提供家庭醫師無法施行的技術、大醫院可以提供較多的檢查及藥品，所以臺灣地區民眾習慣還是喜歡到大醫院看病，導致分級醫療在臺灣名存實亡。

另一方面，政府推動轉診制度，希望藉由分級給付的方式，降低醫療支出。現況卻是各級醫療院所間的醫療資源沒有共享，或是基於收益考量，讓轉診的病患重新作檢查與檢驗，導致轉診住院病患的資源耗用的情形和非轉診的病患並無不同，無法達到醫療資源合理且適當使用之目標。

（二）政府對於公立醫療機構的補助，不符合市場機制

二〇〇八年，臺灣地區公立醫院共有八十家，占全國醫院總數的15.5%，但急性病床數卻高達全國總病床數之36.5%，儼然有大型化的架構，其中署立及直轄市醫院、縣市立醫院普遍存在占床率偏低（57.93%、51.22%，衛生署，二〇〇八年）、經營績效不彰、行政人員及技工工友的編制與人事成本過高的問題。以二〇〇二年為例，政府補助公立醫院近一百五十六億元（不含退輔會及縣立醫院，行政院衛生署統計室，二〇〇二），主要補助項目為人事費（85%）、舊制退休及

公保補助，造成政府財政的負擔。二〇〇二年衛生署的施政計畫中，預計逐年減少公立醫院的經費編列5~10%，以減少政府財政支出。相較於私立醫院沒有政府補助仍能永續經營的狀況，政府補助公立醫院是否違反自由競爭機制，引起大眾提出一連串公立醫院民營化的改革聲浪。

（三）政府政策無法滿足民眾對大型醫院病床的需求

我國全民健保創下納保人近乎100%的奇蹟，由於全民健保支付了大部分的醫療費用，使民眾對醫療成本的意識降低，並形成醫學中心及區域醫院即代表高醫療品質的錯誤認知，造成民眾動輒湧向大型醫院看病。另一方面，醫院為了提高其競爭力及收入，往往積極爭取升等成為醫學中心或區域醫院，以吸引病人，造成臺灣醫療體系兩極化。

加上醫療具有資訊不對等的特性，民眾無法具體了解醫療處置的優劣，只能基於醫院的評鑑結果，視醫學中心或區域醫院為品質保障，加深對大型醫院的需求，造成大型醫院一床難求，以台北縣為例：二〇〇九年底，台北縣政府衛生局調查，僅以亞東、淡水馬偕及新店慈濟醫院三家醫院的數據來看，每天約有二百位以上急待醫療的病患透過門、急診的管道在等候病床住院，究其原因在於台北縣大型醫院病床不足。

政府政策應以民眾得到優良醫療品質為優先，也就是注重健康的議題；衛生署的「醫院設立與擴充許可辦法」規劃，忽視民眾實際需求，僅考量健保因素，將病床設置以「健保分區」為核算基礎，規定五百床以上規模的醫院，其病床數達每萬人口6床者，禁止該規模的醫院設立或擴充；以「健保台北區域」為例，該區域可再劃分為台北縣市、基隆等區域，台北縣總人口數三百八十六萬，僅有急性病床五千六百一十三床，每萬人口只有14.58床，相形之下，台北市人口數僅有二百六十一萬人，卻擁有急性病床一萬六千四百八十床，每萬人口63.14床，病床資源比例懸殊，更遑論台北縣人口數，每年仍以二至三萬的數目增加中，台北縣大型醫院病床數顯然不足，並且依據健保台北

區域的劃分，台北縣的民眾需要跨區到台北市，甚至基隆市就醫，或是讓民眾為得到較佳醫療照護，擠在大型醫院急診室苦等病床現象持續發生，完全違反民眾就醫行為與可近性的需求。

（四）以治療為導向，不注重預防保健

以二〇〇七年為例，臺灣投入在醫療保健的經費多達新臺幣近八千億元，但僅有3%左右是預防保健的經費，其他的97%多花費在醫療上。在健保體制下，醫院唯有提供治療服務才能獲取利潤，加上醫療分級不彰與專科醫師制度過度分工，被賦予預防保健重責的基層醫療照護體系萎縮，或是僅專注於疾病的治療，導致初級照護的功能不彰。

（五）疏離的醫病關係

在我們的醫療體系中，醫病間一直缺乏一種制度性的信任，以及對病人權利及醫療安全的系統性保障。醫師的收入受到財務與相關制度的影響，這往往使部分醫師偏離專業精神，對病患進行不必要、不適當或過度的檢查與治療，對於病人也未善盡告知義務與充分溝通，導致醫病雙方產生認知差異，失去互信及尊重，造成醫病關係疏離，甚至演變成醫療糾紛。

三、提出辦法

（一）利用資訊系統，整合各醫療機構間的病人資訊，提升持續性與完整性的醫療效果

醫療網以提高部分負擔的方式作轉診的誘因，但又由於分級部分負擔級距不大，無法產生效果；另一方面，提高部分負擔到某一個程度，對於弱勢就醫族群又失去社會保障的功能，實為兩難。且臺灣醫療資源可近性較歐美等國高，健保未強制實施家庭醫師轉診制度，很難實施三級醫療制度。

近日健保局對民眾就醫行為的忠誠度研究，以慢性病人為例，就醫的忠誠度高達六成，可以此為分級醫療的基礎，將各級醫療體系的功能

能、醫療人力、醫療服務垂直整合，無論民眾由醫療體系的哪一層級醫師進入，皆可提供民眾連續性與完整性的照護。並且為了達成醫療資源的整合，應建立醫療資訊系統，以病患完整的醫療健康資訊平臺整合醫療機構間的病人資訊。

醫療體系加強縱向溝通或策略聯盟可讓醫院與病人間維持緊密連結，甚至讓病人在每一次與醫院的接觸中，都能得到一致的資訊與個人化（以病人為中心）的服務；此外，個人健康資訊平臺可避免重複開藥與檢查，還能將醫院所有流程整合在一起，提供良好醫病關係管理，並提升持續醫療的效果，即使是廣大的服務網絡，也能夠利用網路輕易的加以整合，有效增進病人的可近性，降低服務成本，創造更高的生產力與更多的價值。

（二）整合公私立醫療資源，重視經營績效與成果

臺灣地區目前醫療院所林立，一般地區的醫療資源已經不虞匱乏，對於現有的公立醫院家數、所在地區，政府應作檢討與整合；對於經營困難的公立醫院，可研擬「公辦民營」辦法，由專家學者組成團隊評估績效，導入私立醫院的經營管理經驗，以市場競爭機制，提升醫療服務品質，減低政府財政負擔，創造雙贏；至於偏遠地區的醫療服務，應以經費補助方式，讓公私立醫院共同參與並執行公共衛生任務，以整合全國醫療資源。在目前健保給付相同的狀況之下，醫學研究與教育的補助方面，政府不應以公私立醫院區分，而須以教學與研究成果作為補助的績效評估，醫學中心的研究成果須要能與產業界接軌，考量技術商業化價值，以符合政府補助研發的目的。

（三）以務實的擴床規劃，滿足民眾對大型醫院病床的需求

民眾對醫療品質的不確定性與對費用缺乏自身感受性，只能依賴醫院評鑑的等級，進而湧向大型醫院，建議除建立民眾能夠理解的醫療資訊平臺，消除民眾對小型醫院品質的疑慮；醫院評鑑也不需限於五百

床以上醫院才能申請醫學中心，五百床以下醫院如果能作好醫療品質要求，也可以與醫學中心評鑑，破除民眾對於醫院越大品質越高的心態。另外，針對目前民眾對大型醫院病床的需求，應鼓勵並輔導經營績效良好與醫療品質優異的大型醫院提升服務能量，並與區域內醫院建立支援合作關係，讓民眾在區域內能就近享受與大型醫院一樣的醫師照護；或是以公辦民營、區域結盟模式，提高醫療資源配置效率；此外，中央衛生主管機關不應僅考量健保財務，以健保分區為計算病床基礎，忽視民眾就醫需求與行為，反而應該重新檢討計算的區域基準，依人口成長、經濟發展、生活機能與醫療需求，重新劃分符合現況的務實區域範圍。另，規定五百床以上規模的醫院，其病床數達每萬人口6床者，禁止該規模的醫院設立或擴充，較原來規定之醫學中心病床數達每萬人口6床者…，更為嚴苛，也與民眾的醫療需求背道而馳，建議取消以健保分區為基礎的「一級醫療區域」限制，調整為「醫療次區域內五百床以上醫院，每萬人口12.5床」或是「醫療次區域內一千床以上醫院，每萬人口6床」為審查基準，以符合民眾需求。

（四）重視健康價值觀念，合理分配醫療資源

健保支出應占國家GDP的多少，一直是各界爭議的焦點，但無論是增加比例抑或健保漲價，絕大多數的政府經費仍投注在醫療上，鮮少放在公共衛生與預防保健方面，在此財務架構引導下，導致醫療體系以治療為導向，不注重醫療保健。有鑑於此，政府應該重視健康的價值觀念，致力預防保健並提倡健康的價值，合理分配醫療資源並設立各種獎勵辦法，鼓勵醫療機構利用專業的能力積極參與社區的健康促進活動。

（五）以民眾能理解的方式公開醫療品質資訊，並加強醫病溝通

醫病關係的疏離導因於資訊的不對等，一般民眾對於醫療知識與其所獲得的醫療照護品質資訊有限，以至於無法判斷複雜的醫療過程與支付費用的適當性與合理性，只能聽從專業的建議。因此對於健康照護品質資訊的公開與提升是各國健康政策改革的重點。目前醫院評鑑制度有助於醫療體系品質的提升，但缺乏共通指標的基礎，也沒有對民眾開放。未來政府單位應以民眾的需求出發，建立民眾能夠理解的醫療品質資訊系統與健康促進資訊，提供民眾就醫的參考。

四、設定目標

(一) 將評鑑、健保、擴床規劃分開，以民眾就醫需求為優先，創造台灣醫療品牌

依據民眾就醫需求與行為，調整醫療區域的劃分基準、醫院規模與病床數上限，不僅以健保財務出發，以符合民意期待，並且將評鑑制度、健保給付與病床擴充規劃分開，利用市場機制，保障國人就醫的可近性與公平性；以異業成功案例『7-11』為例，7-11發展之初，部分學者恐影響傳統中小型雜貨店（柑仔店）的生計，持反對意見或要求對其擴張採限制措施，但今日『7-11』不但改變台灣零售業的經營水準與民眾消費行為，其良好的經營管理系統輔導更多的店主創業，提供更多就業機會，並且成為台灣在世界的知名品牌，前進中國大陸與其他國家。

政府「病床設立與擴充許可辦法」，抑制醫院大型化或連鎖化，鼓勵中小型醫院設立（五百床以下），然而在現行健保給付與評鑑制度下，中小型醫院困難達到經濟規模或與大型醫院競爭，主管機關不以務實的角度進行台灣病床資源的規劃，民眾醫療需求無法滿足、保護制度下，部分醫院佔床率低，浪費醫療資源，久之將限制台灣醫療產業的進步；建議衛生主管機關可以市場機制，開放大型醫院病床的設立；對不具經濟規模的中小型醫院可以提供優惠利率鼓勵其擴充規模、與大型醫

院建立合作關係提升醫療品質、或是鼓勵其轉型成為長期照護機構等方式輔導；以半競爭機制（大型醫院自由競爭，中小型醫院加以輔導），讓有限的健保經費，獲得最大照護效益，並創造揚名國際的台灣醫療品牌。

（二）利用醫療資訊系統整合病人資訊，增進效率與效能

可以利用醫療資訊網路系統作為各級醫療院所良性互動的基礎，而透過基層診所、醫院、大型醫院、長期照護機構等醫療照護組織的合作，提供民眾從預防保健到疾病治療、復健養護等一系列完整的醫療照護，並避免重複檢查、用藥等過度醫療行為，使醫療資源發揮最大效益。

（三）新健康價值觀念，增強醫院健康促進的角色

醫療體系的運作需由區域需求來考量，除疾病的治療外，還可參與社區預防保健與健康促進的推動，幫助民眾獲得更有品質的生命與健康。

肆、長期照護

一、現況檢討

為維護及保障長期照護需求者之尊嚴及權益，確保照護服務品質，促進服務體系之健全發展，政府有責任提供國民最基本的長期照護服務。所謂長期照護需求，係指因先天或後天因素致身體上或心智上功能受限制，而造成日常生活事務之一部分或全部需要他人協助，且持續存在至少六個月者，協助內容包括身體衛生、飲食、行動及家務等。在政府預算有限的情況下，會從低收入及中低收入或領有身心障礙手冊者優先提供照顧，較無法照顧到一般的民眾。政府重視長期照護是近十餘年的事情：內政部於一九八八年提出加強老人安養服務方案（一九九八～二〇〇七年），照顧獨居的老人；衛生署與內政部於二〇〇〇年提出建構長期照護體系先導計畫（二〇〇〇～二〇〇三年），選擇嘉義市及臺北縣三峽及鶯歌鎮兩地，分別代表城鄉兩個社區，進行社區長期照護體系建構之實驗工作；衛生署於二〇〇一年將長期照護納入「新世紀健康照護計畫」（二〇〇一～二〇〇四年），於二〇〇二年進行「長期照護社區化計畫」（二〇〇二～二〇〇七年）；有鑑於長期照護是勞力密集的產業，經建會及內政部和衛生署於二〇〇二年提出「照顧服務福利及產業發展方案」（二〇〇二～二〇〇七年）、經濟部於二〇〇七年實施「健康照護服務產業發展方案」（二〇〇七～二〇〇九年）以鼓勵長期照護產業的發展；直至二〇〇八年內政部暨衛生署開始實施「長期照顧十年計畫」，除期能創造更多社區式及居家式的長期照護服務外，亦開始對有長期照護需求之一般民眾提供補助措施。整體而言，現階段長期照護主要有下列議題：

（一）「長期照顧十年計畫」促進居家及社區式服務的發展

社區式及居家式的長期照護服務不足，造成長期需照顧者及其家庭極大負荷，而十年長照計畫不但可以給予一般戶家庭經濟上的補助，亦可間接促進居家及社區型長期照護服務的產生。其擴展服務項目包括

提高居家服務補助時數，提供除健保給付每月兩次的居家護理外，另增兩次的居家護理，補助喘息服務的天數增加，放寬補助有重度失能患者且收入未達最低生活費一·五倍之家庭經濟弱勢者入住長期照護機構。擴及到一般戶的服務，包括輔具及居家無障礙環境改善服務、日間照顧等。創新的項目包括提供居家復健、家庭託顧與交通接送服務。

（二）國內長期照護機構皆已納入評鑑

內政部社會司實施老人福利機構評鑑已有多年，針對機構行政組織及經營管理、生活照顧及專業服務、環境設施及安全維護、住民權益保障、服務改進創新等面向進行評估，對於機構品質的提升、院民照護的確保有很大的助益。衛生署照護處亦在二〇〇九年開始辦理一般護理之家評鑑。

（三）任何年齡層都有可能需要長期照護

任何年齡層都有可能成為長期照護需求者，只是其發生機率隨著年齡而有顯著的增加。老年人失能雖然會造成家人很大的照顧負荷，但由於有「老人福利法」的保障且子女已成年，因此所造成的衝擊較小；但對中年失能者而言，突然無法工作、需要別人照顧、上有高堂、下有幼子女，其家庭負荷是極大的，至於年輕人因車禍或運動造成脊髓損傷、終生需要被照護，即使父母不棄離，但父母百年後仍需要別人提供協助，因此中年及年輕人雖然失能發生機率較小，但更需要社會提供相關的協助。

（四）高齡化社會之醫療與照護需求負荷會大增

戰後嬰兒潮出生的世代在未來五年將邁入六十五歲以上，而臺灣出生率持續降低的結果，高齡少子化的速度，將使臺灣面對遠比已開發國家快且嚴重的高齡化衝擊，亦即現在是七個年輕人照顧一位老人，預估二〇五六年是一·四個年輕人照顧一個老人，也就是高齡化社會下醫療與照護需求量會大增，負荷會加重。

二、分析問題

(一) 醫療與照護機構的分工與整合仍待加強

醫療與照護資源未能有效運用是國內目前嚴重的問題，這也助長了全民健康保險由開辦時的每年兩千多億元，增加到二〇〇九年的四千七百多億元。全民健康保險為了減少民眾醫療支出，給付部分急性後期照護及居家式照護費用，但因為急性病床住院第一個月的部分負擔為10%、慢性病床住院第一個月為5%，雖住院天數愈長，部分負擔比率提愈高，但因每年住院部分負擔均訂有上限，如二〇〇九年為新臺幣五萬元，亦即保險對象於急性與慢性病房應自行負擔之醫療費用一年累計五萬元以上，即可免部分負擔。政策引導人民走向，雖然二〇〇八年開始實施十年長照計畫，由於一般民眾部分負擔為40%，因此當民眾有照護需求時，仍傾向於想盡辦法滯留在醫院，由全民健保提供照護的責任；而對於占床率低的醫院，亦期望藉由住院病患提高醫院病床的利用與保險的給付，造成社會性住院的問題嚴重。反觀日本，其住院的部分負擔為30%，使用長期照護的部分負擔為10%，因此民眾較不會有社會性住院。在精神醫療部分，亦有嚴重資源錯置的情形，領有重大傷病卡的精神病患入住精神科免部分負擔，而以生活照顧為主之精神護理之家目前健保不給付，因此造成慢性精神住院病患全年住院日數偏長，慢性或急性住院醫療費用所占的健保費用遠較日間型精神照護機構費用高。

(二) 社區式及居家式的長期照護服務仍不足

由於家庭結構的改變，女性就業機會的增加，家中若遇有需要長期照護者，就必須有家庭以外的人員提供協助，否則無法讓失能者留在熟悉的家庭中。而國內由於居家或社區式服務的不足，因此民眾若有遇到家人中風、髖關節置換、使用呼吸器、頭部創傷等需照護的情形時，往往希望滯留醫院，造成超長住院或出院後直接轉到機構接受照護的情況。

（三）急性後期照護未被重視

急性後期照護係指介於急性醫療與長期照護中間的過渡時期照護，當民眾急性住院的需要已滿足，但仍有照護或復健的問題（包括心臟復健、接受化療或放射線治療之腫瘤復原、肺部復建、骨科復健、神經系統障礙復健、複雜的傷口處置、每天兩次以上的靜脈注射等情形）時，因國內缺少急性後期照護，因此仍必須住在急性病床，導致很多社會性住院的情形。

（四）行政體系和法規分歧

目前長照相關業務之主管機關仍分屬不同行政體系，包括內政部、衛生署、退輔會等，法規方面亦分為社政（「老人福利法」、「身心障礙者權益保障法」）、衛政（「醫療法」、「全民健康保險法」、「護理人員法」、「精神衛生法」）與退輔（「國軍退役官兵輔導條例」）等三大體系，國內長期照護機構管理之規定散見於「老人福利法」（長期照護機構、養護機構）、「護理人員法」（護理之家、精神護理之家）、「身心障礙者保護法」（身心障礙者福利服務機構），老人長期照護機構歸屬「老人福利法」管理，若安置六十五歲以上需機構式照護者或六十五歲以下失能者均會產生問題；護理之家歸屬「護理人員法」管理，從定位上是收置失能程度較高的需照顧者，住民年齡沒有限制；康復之家及社區復健中心歸屬「精神衛生法」管理；精神護理之家則屬於「護理人員法」管理；而早期療育個案屬「兒少法」管理，待其長大成年後，則歸「身心障礙者權益保障法」管理。由於事權不統一，造成資源無法統籌發展與管理。

（五）長期照護服務仍多仰賴政府補助

政府使用稅收來補助長期照護服務的最大缺點是，預算編列需與其他政事競用資源，長期財務來源的穩定性受到政府稅收影響。由於稅收有限，僅能提供殘補式的福利服務，針對低收入或中低收入優先進行補

助，因此資產調查變得相對重要。而進行資產調查的行政成本較高，且有烙印效果。

（六）重醫療輕忽保健

臺灣近幾年著重在疾病的治療與傳染病的預防，對於預防性保健服務及健康生活之宣導與促進則很少有具體且系統性的推動。以防跌為例，事故傷害列臺灣地區六十五歲以上十大死因的第七位，其中又以跌倒為第二大原因。老人發生跌倒之機率高，重複跌倒機率更高。由於老人常有骨質疏鬆症、器官功能退化情形，尤其是冬季氣溫降低、活動量減少、手腳協調較差等因素，更易造成跌倒發生，造成骨折。有些老人會因害怕再次跌倒，而自我限制活動，漸漸失去獨立活動的能力，使得身體功能愈來愈差，也造成家人的負擔。然防跌的宣導，也僅地方衛生局和國健局在近兩年所推廣的「保密防跌」而已，也就是保持骨質密度預防跌倒，至於提醒老人放慢速度、用藥安全、進行柔軟操運動、增加下肢力量、穿合宜的拖鞋、使用安全的手杖、無障礙環境的改善等，仍有很多可以努力的空間。以預防中風為例，健康的飲食、體重的控制、規律的運動，都是可以減少中風的發生、減少使用長期照護的機會。

三、提出辦法

面對高齡少子女化，發展高效率整合性的醫療與長期照護服務、強調預防重於醫療或照護、以輔具來替代人力，有其迫切性。

（一）發展健全的長期照護服務輸送體系

在「醫療法」中規定中央主管機關應促進醫療資源均衡發展，統籌規劃現有公私立醫療機構及人力合理分布，得劃分醫療區域，建立分級醫療制度，訂定醫療網計畫。對醫療資源缺乏之區域，獎勵民間設立；必要時，得由政府設立。對於醫療設施過剩之區域，主管機關得限制醫療機構或護理機構之設立或擴充。同樣地，若要使長期照護服務

資源能均衡發展，政府有必要有類似的法規規範。目前各縣市之照顧管理制度，雖已依據長照十年計畫齊一評估方式、資格核定範圍與服務補助標準等進行，唯其實際執行成效仍有相當落差，有待進一步加強輔導與教育訓練。在服務品質監督機制方面，雖機構式服務已發展評鑑標準，而社區式及居家式服務的照顧品質標準亦應趕快建立。而分屬在不同行政體系的長期照護相關業務應進行之垂直與水平整合，達到資源有效運用與管理。若參考德國的做法，德國有「安養院法」（Heimgesetz），依據此母法，訂定「老人院、老人住宅與成年照護之最低設置標準」、「安養院人員設置標準」。在英國在二〇〇〇年有「照顧標準法」（Care Standards Act），依據此母法，在二〇〇一年訂定「照顧之家準則」（Care Homes Regulations）以及「國家照顧標準」（National Minimum Standards）。國內若能將長期照護服務機構納入相同法規基準中，將有助於長期照護機構之發展、促進長期照護資源均衡發展、提高照顧水準以及長期照護相關事務之發展及規範廣告等。

（二）發展高效率整合性的醫療與長期照護服務

為能促使資源作最有效的配置、避免重疊與浪費，長期照護必須和急性後期照護及急性醫療無縫接軌。中央健康保險局可參考美國或已開發國家之作法，釐清急性、急性後期和長期照護的定義，將全民健康保險區分出急性與急性後期照護，讓高成本的醫學中心病床留給最需要急性醫療照護的病患，避免社會性的住院或超長住院；讓社區醫院、護理之家、長期照護機構等相對成本較低之病床，提供急性後期照護或長期照護的服務。

（三）規劃穩定的長期照護財源，以減輕失能者家庭負擔

目前我國「長期照顧十年計畫」提供各項補助，全民健保提供慢性病床及居家照護給付，社政單位則另提供中低收入戶及身障者相關照顧服務與照顧者津貼。然失能者照護負擔沉重，若要擴大照護到全體民

眾，政府應及早規劃完善的長期照護財務機制，減輕個別家庭負擔，以保障失能民眾及其家屬生活品質。實施長期照護保險，可擴大長期照護的財源，讓供給能健全，更能讓需求有效滿足，創造社會自助、互助的精神，並藉由與全民健康保險的銜接，增加國人醫療照護的效率。

（四）預防重於治療

近端預防應更加推廣保密防跌、預防中風、推廣無障礙環境，在遠端預防則應加強失能者的營養飲食、口腔保健、運動、心理健康、幽默感等積極正向的人生；並積極鼓勵志工的參與，尤其是年輕老人照顧老年人、健康老人照顧失能老人以及代間教育（intergeneration education）的加強。

（五）輔具替代人力

輔具的開發、輔具的推廣、輔具正確的使用方式、輔具的維修等皆扮演非常重要的角色，使用良好的輔具不但可以增加需照顧者之尊嚴與獨立自主的能力，亦可節省照護人力、預防危險的發生。

四、設定目標

（一）發展整合式、持續性的長期照護體系

教育訓練是現階段重要的工作，無論是直接服務的提供者、服務機構的主管、照顧管理人員、照顧管理督導或政府部門的人員，都應該有長期照護的知識，尤其是跨專業領域互相協助與互相替代的學習。臺灣由於過度重視專科化與專業化，造成醫療服務的提供是片斷性而非持續性的，如何從有多領域專業的參與，進展到跨領域專業的參與，到一個參與長期照護的人員可以具備多個領域的基本技能，以提供完整的持續性醫療服務，是現階段應該努力的。另一方面還要加強教育訓練，提升整體的照護品質、消弭城鄉間照護品質的差距。

（二）制定長期照護服務法

政府應將長期照護服務機構納入相同法規基準中管理，內容包括對長期照護政策、法規與方案之規劃、釐定、宣導，經費補助及人員訓練等事項之責任、各項長期照護機構管理辦法、設置標準、品質規範與評鑑標準的內涵以及長期照護資源均衡發展等。

（三）發展長期照護保險

長期照護保險宜比照全民健康保險採全民強制納保，發展全國適用的制度；在組織及運作上，應和全民健康保險及現有的長期照護體制作最密切的銜接；在服務機構選取上，宜擇優特約評鑑合格者，以保障需照護者之權益；服務的提供宜便民、可近性高，制度設計上宜以「人」為中心，讓民眾能參與照顧計畫之擬定。

（四）推展預防重於醫療照護的實質工作

加強民眾對預防保健的重視，加強民眾體適能的訓練、健康的飲食、積極正面的人生價值。

伍、全民健康保險政策

一、現況檢討

全民健康保險（以下簡稱全民健保）自一九九五年三月一日開始實施至今，已經進入第十六年了。這期間，全民健保歷經了「全民健康保險法」多次的修正、主管機關首長與主要管理者的更替、政府政權的輪替、數次不同名稱的體檢與多次制度上的變革等。但整體而言，全民健保之現況，主要仍是以下兩項：

（一）臺灣民眾對全民健保的倚賴

全民健保因屬於強制性的社會保險，因此，凡具有中華民國國籍、在臺灣地區設籍滿四個月以上的人，都必須參加全民健保，至二〇〇九年七月底止，參加全民健保的總人數有二千二百九十一萬餘人（人口占率**99.37%**，中央健保局及內政部），投保單位也達六十七萬餘家。

參加全民健保的保險對象，經繳交保險費並領取健保卡後，凡發生疾病、傷害、生育事故等，皆可憑卡至特約醫院及診所、特約藥局、指定醫事檢驗機構等特約醫事服務機構，接受方便、充分、便宜與多元的醫療服務。截至二〇〇九年七月底止，全民健保特約醫療院所合計達一萬八千八百八十八家，約占全國所有醫療院所總數91%以上。全民健保所提供的醫療服務包括：門診、住院、中醫、牙科、分娩、復健、居家照護、慢性精神病復健等項目。治療照護的範圍則包括：診療、檢查、檢驗、會診、手術、藥劑、材料、處置治療、護理及住院病房等。以二〇〇九年七月為例，全民健保當月提供了二千八百八十一萬件門診、二十七·九萬件住院之醫療給付。雖然，門、急診部分負擔已進行多次調整，但住院部分負擔設有上限，特殊情況如重大傷病、分娩、山地離島地區就醫者免收部分負擔，另健保IC卡上註記「榮」字的榮民、榮民遺眷之家戶代表、低收入戶、三歲以下兒童、登記列管結核病患至指定

特約醫院就醫、勞保被保險人因職業傷病就醫、多氯聯苯中毒的油症患者等，亦得免除部分負擔。

在醫療費用支付制度上，自二〇〇二年七月起，全民健保全面實施醫療費用總額預算支付制度，並預計從二〇一〇年一月一日起，在醫療費用總額制度下實施臺灣版的前瞻性住院支付制度（TW-DRG），並且也多次進行給付藥品之價格調查與調整等。

滿意度調查方面，歷年全民健保滿意度調查，除該保險進行如門診部分負擔調高、保險費率調高等期間之滿意度較低以外，其他時間均維持七成以上之高滿意度。

（二）臺灣地區人口老化、財務和醫療品質的問題

由於人口老化、新藥新科技納入給付、重症照護等原因，導致了醫療費用逐年成長；收入部分，因未能實際反映不可控制之因素所造成的醫療成本，且平均眷口數、付費眷口數多次調降下，全民健保財務已持續多年支出大於收入的失衡現象。自二〇〇七年起全民健保的安全準備用罄後，截至二〇〇九年八月底止，依健保法第六十三、六十四及六十五條結計淨短絀一百九十一億元，故安全準備待填短絀達四百五十六億元。

全民健保提供民眾便利的醫療服務，但沿用多年的論量計酬支付制度促成醫療費用的急速成長，但為了管控醫療費用成長而施行之醫療費用總額預算支付制度，卻未落實財務責任制度與推動有效醫療品質確保之連動機制。因此，在全民健保醫療費用總額之額度下，一直存在誘發需求與服務量過多及點值偏低的情形，如此也讓健保的行政與管理機制長期間投入於管控醫療院所申報點數，而無暇顧及民眾對醫療品質之期待，或對醫療品質確保機制投入更多之行政作為。實施醫院總額制度，使醫院失去持續提升醫療品質的誘因，做得好的醫院服務了更多病人反而造成虧損，有些品質有待改善、住院率不高的醫院則可以降低住院適應症或默許社會性住院，以達到醫院總額、維持醫院盈餘，因而提高了

健保財務的損失。

二、分析問題

全民健保之各項措施或作為，都關係到臺灣地區的民眾、投保單位、相關政府部門與醫療產業等，加上每年近五千億的龐大預算（二〇〇八年全民健保醫療費用總額為四千九百七十三億元），更讓存在其間盤根錯節的法律責任、權利義務、利益分配、政治影響等問題更加矛盾難解。因此，若要對個別事件或難題逐一研究或分析，實恐有不一而足、曠日廢時之憾。因此應以提綱挈領方式，直接探討問題產生之源頭，以期能有效解決長久存在的問題及建立良性的連動機制，達到「攜手串連·共創美好未來」的目標。

當前健保問題產生的源頭，即是「健保財務」、「支付制度」與「民眾認知」三項所混合而成的。全民健保為了解決日益嚴重的財務問題，屢屢被要求設計出新的醫療費用支付制度，以管控醫療費用之成長。然而新的支付制度往往卻又促成醫療提供者間的緊張與競爭，直接或間接影響了民眾接受的醫療品質及醫師的醫療專業，因此，民眾雖然感到不滿意，卻往往只能無奈地接受，對於健保財務困難的議題，就更無參與或分攤的意願，甚至認為是政府危言聳聽。再者，民眾並未接收到較確切的資訊，從媒體上獲知的訊息，似認為健保財務僅僅是北、高兩市的欠費問題而已。再說，醫療提供者時時辛勤地提供醫療服務，除創造了傲視全球的絕佳可近性外，各地醫院、診所門診業務欣欣向榮、住院一床難求，絲毫不見危機。因此，健保財務最後僅剩是少數有識人士與政府部門所憂心的議題。在這種情形下，保險人與醫療提供者間更難以建立互信。可以預料的是，健保將以更嚴格的規定、更低的價格與更嚴苛的核刪來要求醫療提供者；而醫療提供者除了更加落實醫務管理措施外，在財務壓力的趨使下，也將追求更多的病人、更高的市場占率，並大量使用高科技檢驗及超專科化的醫療，這也將創造出更高的醫療費用成長率。所以，縱然已實施了醫療費用總額支付制度，但在醫療

申報之高成長率與醫療支付之低點值的循環下，全民健保的醫療品質與財務如何能好轉？民眾就醫的品質如何能提高？

綜上所述，現行健保制度在「健保財務」、「支付制度」與「民眾認知」等三項因素下，形成過於強調財務控管與可近性而忽略了醫療品質，正是全民健保問題的源頭。

三、提出辦法

既然當前健保問題產生的源頭，係由「健保財務」、「支付制度」與「民眾認知」三項而來，故將提出同時解決該三項之具體辦法如下：

- (一) 研擬整合性、連續性醫療照護模式，增加醫療體系效率。
- (二) 強調以療癒關係為基礎的健保支付制度與財務平衡機制，重視健保制度對醫學教育與醫師倫理的影響。
- (三) 建立健保健康資訊平臺，公開健保資料庫，提升民眾健康知能與健保必要資訊。
- (四) 將健保財務規劃分為「可控制（經營面）醫療支出」、「不可控制（人口高齡化與有效的新醫療科技）醫療支出」兩部分合理給付。

四、設定目標

(一) 建立公平合理與可長可久的財務機制
健保財務建議規劃為「可控制（經營面）醫療支出」、「不可控制（人口高齡化與有效的新醫療科技）醫療支出」兩部分，並經由保險費率精算制度與立法院監督，建立符合全民健保現況與突破政治環境之機制。其中，因增加給付項目、給付內容、給付標準或因減少給付項目、給付內容、給付標準致影響保險財務者，分成可控制與不可控制等兩部分進行定期精算，並經立法院認可後，進行相關費率之調整（含降低與

提高)。另外，就可控制部分，加入節約挹注或個人健康維護之回饋或減免等機制，以達建立公平合理與可長可久的財務機制。

(二) 提倡共同盡責與維護健康的支付制度

強調以療癒關係為基礎的全民健保支付制度與財務平衡機制。建議將全民健保定位為調和型之社會保險制度，以脫離保險或福利之長期爭辯。同時，利用健保IC卡之可用儲存空間，推動全民健保保險對象專用之改良型健康存摺（可存進健康維護點數或消耗醫療支出點數），並將特定對象（如罕見疾病、重大傷病等）排除適用（但設專門科目，以精算不可控制之醫療支出及效率管理等）。另外運用部分保險技術與運用個人健康存摺之結存點數，引進個人盡責度、健康維護情形、健康促進參與、醫療費用風險、年齡等校正與存摺管理之延伸運用等，並搭配可控制部分之醫療費用與全民健保保險費之節約情形，對於使用健康存摺卓有效益民眾之個人保險費給予一定比例之優惠或如門診或住院部分負擔之一定比例之回饋，以達到全民健保逐步轉型為調和型社會保險之目標。

配合上述策略，建議按全民健康保險法規定，對醫療提供者與保險人實施門診與住院醫療費用總額支付制度。在該項架構（非現行之醫院、基層總額）下，研擬醫院與基層診所之整合性、連續性醫療照護模式與醫療提供模式，並落實全民健保醫療總額支付制度之財務責任制度與醫療品質確保之連動機制，即全民健保支付制度，係強調以能增加良性醫療結果呈現及重視健保制度對醫學教育與醫師倫理的正面影響者，為主要鼓勵與支付對象。

最後，考慮醫療資訊對等問題，建議應透過適度的醫療資訊公開機制，讓持有健康存摺的民眾，具有充分資訊判斷及選擇加入以療癒關係為基礎的醫療提供體系。

(三) 落實資訊公開與民意尊重的民眾參與

全民健保之相關資訊應該生活化，更應該讓全體付費者能夠輕易分

享。全民健保的資料庫應以更公開、有效地授權方式，無需經過層層申請即可提供產業界、學界等使用，以增進各界對全民健保資訊的了解，進行更多方的研究。除了資訊通路，要更多元外，可讀性與庶民化也需要重視。建議將資訊區分為四類：

- ◎全民健保的財務狀況
- ◎全民健保醫療供給情形與需求狀況
- ◎全民健保新訊息、新知識
- ◎個人就醫資訊

並將全民健保慣用之術語與上述四類資訊之內容，委請有相關發行經驗之專家、學校或團體，重新全面整理編撰，並以多數民眾可接受、易閱讀及能理解為目標。利用醫療資訊平臺，將民眾個人在不同一醫療院所、不同時期的就醫經歷，如檢驗、檢查、用藥、過敏史等資訊整合，提供民眾自我健康照護資訊，避免重複檢查與用藥的過度醫療行為。另外，政府健保的相關部門，除了提供一般全民健保業務與民眾意見溝通外，為配合上述支付制度改革需要，建議建立分區全民健保保險對象健康存摺服務中心，提供存摺用戶就醫與預防保健之資訊服務，並同時提供上述前三類資訊，方便健康存摺用戶知道全民健保經費用在哪裡、節省在哪裡、調整在哪裡與調整多少，並對民眾之正反面意見給予答覆等。

另外，在尊重民意方面，建議修正現行全民健康保險法第二十條，除將保險精算報告定期對立法院提出與審查，還就精算報告中可控制（經營面）醫療支出、不可控制（人口高齡化與有效的新醫療科技）醫療支出兩部分，提出政策建議（包括費率調整、醫療給付之調整建議、差額負擔之研究與推行等）外，並應將對保險對象定期進行之意見調查結果連同精算報告一同提供立法院審查參考。

陸、全人醫療教育

一、現況檢討

多年來，我國醫師的專業養成，是醫學系學生畢業後直接進入各醫療專科，接受「器官導向」、「疾病中心」、「分科治療」等訓練，這是一種過早專科化、過度專科化的臨床教育制度。它雖有助於培養各專科或次專科的優秀醫師，不過，面對病人的問題時，專科醫師通常透過醫學科學知識來思索、研判疾病的診斷、致病原因、相關生理及病理因素，並藉由專精化的藥物、手術、處置來設法解決問題，但是他們對於病人的心理、家庭及社會問題，往往未能給予應有的重視，因而常被批評為治病不治人、缺乏人性化。另一方面，由於各專科間缺乏互動合作及銜接性，致使在醫療現場普遍缺乏對病人情況的全盤了解，未能實踐以人為本的全人醫療教育。

由上個世紀的九十年代開始，我國一連串的醫學教改進程包括：臺大醫學系於一九九二年辦理新課程及一九九八年辦理一般醫學訓練學程，教育部於二〇〇〇年建立醫學院評鑑制度，引導各醫學院改善課程與教學，衛生署於二〇〇三年辦理畢業後一般醫學訓練計畫，強化住院醫師基本醫療技能，醫策會於二〇〇五年建立新制教學醫院評鑑制度，將過去重視結構面的評鑑改為以訓練計畫為重點的評鑑。

上述改革可以由二〇〇三年春季的SARS疫情分為二個階段看出來。第一階段以醫學院校的課程與教學改革為主，第二階段以畢業後專業訓練的變革為主：畢業前，教育導入整合課程與小班教學，提升學生的基本能力，培養學生主動學習的習慣；並由「畢業後一般醫學訓練」（Post Graduate Year, PGY）的推展，將畢業前教育與專科醫師訓練之間原本存在的斷層彌補起來，建立了臨床醫學教育的連續性及完整性，發展了「目標導向的教育」（outcome-based education）。但是，要實踐以人為本的全人醫療教育，仍然有許多問題待解決。

二、問題分析

(一) 醫學校院的基本素質教育

上述一連串的醫學教改進程，雖然促成了我國醫學教育制度的變革，透過辦理「畢業後一般醫學訓練計畫」，將我國的醫學教育導引向「目標導向的教育」，讓未來的醫師能夠具備健康照護的核心能力，在知識上及技術上較能夠因應未來我國人口快速高齡化及慢性病增加所造成的醫療需求，但是，這些成果仍然未能落實以人為本的全人醫療教育。這主要的問題在於，現行制度下的醫學院課程及教學訓練方式不一定能促進醫學生的倫理道德發展，也不一定促進醫學生性情的陶冶及內在價值的建立，在醫師品格能力的提升上成效有限。

國外有許多研究報告指出：醫學生所受的醫學訓練愈多，對倫理問題的敏感度與理解能力愈低，也愈不會處理倫理問題，醫學教育與醫學生的道德倫理發展是背道而馳的。國內有關醫學生倫理道德能力的調查研究很少，無法提出客觀資料，但由許多醫療現象來看，我國的醫師在人文素養、專業精神、性情陶冶、價值觀等方面，仍有許多需要努力改善之處。

例如，醫療管理面的觀察呈示：許多醫療機構利用無底薪制度、鼓勵業績衡量、管控醫藥額度等手法，造成醫師的醫療行為扭曲。許多醫療院所成立豪華的整容、塑身、抗老化中心以吸引無醫療必要的消費者，醫療服務走向「商品化」，讓堅守崗位的良醫倍增辛苦。工作繁忙的內、外、婦、兒等專科人力流失，年輕醫師傾向於選擇工作輕鬆的科別。全民健保爭議審議委員會的資料呈示：有些醫師價值觀偏差，經常誘導病人接受不必要的住院、檢查、手術，不但浪費健保資源，更造成潛在的病人安全問題，影響了醫療品質。越來越多醫師未能堅持醫療核心價值而與世俗「唯利是圖」的觀念同流，不良的示範讓年輕一代醫師耳濡目染，積非成是，令人引以為憂。

如何突破上述的醫學院基本素質教育的囿限，並建立以人為本的全人醫療教育體制，顯然是現今臺灣醫學教育在下一階段面臨的最主要挑戰。

現行以聯考為導向的高中教育，固然使進入醫學系的學生未能準備好接受更高層次的人文素養培養，但培養一個人對於人性情境之了解及生活趣味與美感之感知，其關鍵還是在於醫學院所提供的學習環境及指導學習的方式。依國內現況來看，進入醫學系就讀的高中生均為全國菁英，領悟力很高，可塑性很大，學習動機也相當強，如果能營造適當的學習環境，應該能造就出具備人文素養、能夠在行醫生涯中發揮自省、利他精神的醫者。我們面臨的困難，在於醫學院的人文教育方式及學習環境出了問題。

我們的人文教育中，制式的課程安排及教學方式是以大量標準化知識的灌輸為主，課程複雜而目標不明確，以致未能充分地提升學生的人文素養，也難以促進學生的心智成熟及倫理道德發展，更不易引導學生建立對「人」及「人性」的認識並依此發展出自己的內在價值。如何去補強呢？我們認為，鼓勵各醫學院辦理醫學系一年級開始至六年級的連貫性「人文關懷體驗學習」來補強制式人文教育的不足，是一個值得考慮的方向。

（二）畢業後醫學教育

在畢業後教育，過去六年來在衛生署的經費支持及醫策會的努力之下，經由住院醫師的「畢業後一般醫學訓練」，使全國各教學醫院的教育功能呈現了明顯的改善，讓年輕一代醫師的教學訓練場所得以由醫院延伸至社區，而訓練內容也能夠從「以病人為中心」的角度進行。這一些變革不但提升了醫師核心能力的養成，也促進了整體醫療品質的改善，並為以人為本的全人醫療教育奠定了良好的基礎。但因受訓學員先進入專科，再接受一般醫學訓練，使得教育成效受到影響。

衛生署已決定於二〇一一年開始全面實施一年期PGY訓練，讓醫學

系畢業生先完成一般醫學訓練，然後再進入各專科接受專科醫師訓練。這一重大的制度變革必須以強化年輕醫師核心醫療能力的全人教育為目標，包括病人照護、醫學知識、人際關係及溝通技巧、從工作中學習及成長、制度下之臨床工作、專業素養，如此才能真正提升病人照顧的品質，因應臺灣高齡化社會及慢性病盛行的社會健康需求。

上述核心能力的培養，要求教學醫院為受訓者提供全人的思維及寬廣的經驗，它所要求的不只是醫學上的知識及技術，還包括對病人、家屬、工作同仁的專業態度，具備憐憫心的專業執行、有效地溝通、從工作中從事改善的動力，並了解醫師在整個醫療體系的角色。在訓練過程中，必須融會各種學習和教學路徑，其中大部分應聚焦於改善病人的醫療結果。

實施以培養核心能力為主的PGY訓練，不只是在PGY訓練內容的變革而已，這些具備核心能力的PGY學員未來進入各專科繼續接受住院醫師訓練時，必須能夠帶動各專科住院醫師訓練內容的改變，也必須能夠帶動醫學系五、六年級學生臨床教育的改變，讓「目標導向的教育」落實。

三、提出辦法

(一) 建議各醫學院辦理醫學系一至六年級連貫性的「人文關懷體驗學習」來補強制式人文教育的不足

「體驗學習」讓學生成為學習的主角，從中激發出學習的興趣，協助學生突破制式教育的囹圄。在「體驗學習」中，學生透過實際參與所產生的體驗來和自己過去的相關經驗連結，再經由個人的「內省」產生新經驗，並將其融入於日常生活，內化於個人生命。在老師的協助下，同學們透過「融入」與「反思」的過程，體會到科學技術知識的有限性並不足以有效、充分、全面地處理「人」的問題，然後將此種體會內化成為提升個人之系統思維能力及創造力的基礎，如此才能在未來真正實

踐以人為本的全人醫療。

最近臺大醫學系所規劃辦理的連貫性「人文關懷體驗學習」，可以作為各醫學院的參考。這項「體驗學習」分為三個系列，第一個系列是「人文學體驗學習」，以醫學系一、二年級學生為對象，目的是讓學生提高對於人文學作品及創造性藝術的認知，發現、滋養、耕耘自己的獨一性，培養獨立的批判思考與價值判斷能力、文學藝術的欣賞與審美能力，成為具有獨立見解與人格的「人」，並彰顯於他的生活之中，讓同學在未來的學習期間能建立內在價值，提高品格能力，成為醫師後，能不屈服於引誘，不隨世俗流見起舞，堅持將病人利益置於自身利益之前。

第二個系列是「人與科技體驗學習」，目的是啟迪醫學人文精神，讓學生了解人的生、老、病、死及各種影響健康的環境因素，理解醫療科技進入人的生活中所產生的衝擊，深刻認識與醫療相關的人文、社會問題，培養倫理與道德觀，在科技與人性間取得正確的定位。

第三個系列是「人與醫學體驗學習」，目的是將人文教育與臨床學科的學習結合，讓學生超越器官、疾病、專科的思維，能夠以「人」為中心，著力於培養多科領域知識的統整能力及跨領域視野，讓學生在實際醫療情境中去了解人文與道德倫理議題，進一步將醫學知識賦予人文意義，並將人文領域的知識應用於臨床問題的思考及解決。

（二）建議改變醫學系學制及畢業資格

我國醫學系採取七年制，第七年是「實習醫師訓練」（internship）。其實醫七學生在目前學制上並無醫師資格，面對病人時，在法律、倫理、病房工作及病人安全等面向都產生一些問題。反觀國外之internship訓練，則皆於學生畢業後才實施。衛生署自二〇〇三年起逐年加強畢業後一般醫學訓練，預計於二〇一一年開始辦理一年期的畢業後一般醫學訓練，醫學系畢業生必須完成一年之PGY訓練後，才進入各專科接受住院醫師訓練，即所謂「七加一年制」。

執行醫療專業除了需要醫學知識之外，尚需臨床技能、良好的執業態度及專業素養。目前我國國家醫師考試只考知識層面，對於臨床技能、執業態度及專業素養需要經由臨床照顧病人中來評估，退而求其次，便是客觀的結構式臨床技能測驗（Objective Structure Clinical Exam, OSCE）。由於醫學系畢業生每年約有一千三百名，而應考國家醫師考試者超過此數，因此很難在一個場所短時間完成此測驗。目前國內已有許多醫學院校及醫學中心成立臨床技能中心，以OSCE方式來作臨床訓練及評估，針對此，我們建議由一具有公信力團體來認證臨床技能中心。為提升國內醫學教育品質，醫學系學生應於畢業前通過OSCE考試及格方能畢業，減輕考選部在國家醫師考試加考OSCE之困難。

為了與國外醫師訓練一致，並解決醫七實習時在法律、倫理、病人安全等問題，我們建議將醫學系改為六年畢業，畢業後應國家醫師考試以取得醫師證書，而畢業後尚需接受二年之一般醫學訓練即「六加二」年制，之後，再以高級臨床技能測驗來評核訓練成效，合格者發予執業執照，得以獨立行醫以維護國民健康。PGY訓練場所及品質攸關醫師訓練之良莠，因此嚴格監督與評核PGY計畫是必需的。

在新的制度下，完成兩年畢業後訓練者可成為一般科醫師，在社區中執行一般性的健康照護工作並參與衛生防疫工作，而有志成為專科醫師者，則可進一步接受專科醫師訓練，從事專精的高科技醫療。如此，可將過去以急重性醫療為主的醫師培育制度，改為一般科與專科、急性病與慢性病並重的培育制度，這樣的變革更能因應我國急速進入高齡化社會的民衆健康照護需求。

（三）建議專科醫師訓練計畫必須為受訓者提供全人的思維及寬廣的經驗，而不只是做技術方面的訓練

在專科醫師訓練計畫，最重要的是必須區別醫師的「能力」（competency）與「技術」（skill）的不同。醫師的「能力」可以定義為：具備將自然科學、生物科學與人文社會科學各領域知識相整合的

「綜合知識結構」，能夠將這些知識應用於工作，察覺情境關聯與相互關係，而適當地運用「醫療技術」。因此，稱職的醫師並不是只學會醫療技術的醫師，而是除醫療技術外，同時具有強固的知識基礎並能適當地加以運用的醫師。近年來，「能力」的觀念更進一步演進到涵蓋品格能力、綜合素質，以及在複雜醫療環境之下執行工作的能力。例如，心導管檢查的「能力」，所要求的不只是技術上的技巧，還包括對病人、家屬、工作同仁的專業態度，具備憐憫心的專業執行、有效的溝通、從工作中做改善的動力，並了解醫師在整個醫療體系的角色。在訓練過程中，必須融會各種學習和教學路徑，其中大部分應聚焦於改善病人的醫療結果。並在定期的專科醫師證照持續教育過程中，加入全人教育學分的訓練，以期醫師在畢業甚至受完專科醫師訓練後，在臨床壓力與健保制度下，仍能維持以人為本的醫療專業。

四、設定目標

（一）改善醫學院的人文教育及學習環境

辦理醫學系一年級至六年級連貫性的「人文關懷體驗學習」，促進學生的心智成熟及倫理道德發展，藉此強化學生對「人」及「人性」的認識，發展出自己的內在價值。

（二）推動醫學系學制改革

將現行第七年實習醫師訓練移到畢業後實施，建立起由醫學系五年級、六年級連接畢業後二年「一般醫學訓練」的四年一貫臨床訓練制度，藉此提升年輕醫師的核心醫療能力。

（三）在各教學醫院的專科醫師訓練中落實六項「核心能力」培養

藉由落實病人照護、醫學知識、人際關係及溝通技巧、從工作中學習及成長、制度下之臨床工作、專業素養等第六項「核心能力」的培養，讓新一代醫師能以全人醫療之觀點，提供安全、優質的醫療照顧。

柒、生技產業發展

一、現況檢討

一九八二年行政院將生物科技列為八大重點科技之一，並隨著「加強生物技術產業推動方案」的頒布，將生技產業列入十大新興工業、兩兆雙星、製造業重點產業發展項目。

我國新興生技產業以食品生技（中草藥）、醫用檢測者為最多，產業尚屬萌芽期。製藥產業多從事學名藥生產，產品以國內市場為主，產值尚不及全球0.5%；醫療器材產業以生產居家用消費型產品居多，醫院用大型儀器類則偏低，僅占全球0.7%。我國醫療器材約占全球產值1%，但產業結構與領先國家差異甚大。

另一方面，二〇〇七年全球製藥市場已達七千一百二十億美元，但二〇〇七年6.4%之成長率則創下二〇〇〇年以來之最低點，此外，全球製藥產業在市場、廠商經營模式或是研發策略都有明顯改變，就市場面看來，製藥市場的版圖分布已逐步移向新興市場；在產品面，生技藥品與學名藥快速成長；營運策略面，則有境外委託服務增多及從暢銷藥到利基新藥研發策略之轉變，在這些變化脈動中，也創造出許多新的

表1 2007~2008年我國生技產業現況

金額單位: 新臺幣億元

產業別	新興生技產業	製藥產業		醫療器材產業		合計	
		2007	2008	2007	2008	2007	2008
年別	2007	2007	2008	2007	2008	2007	2008
營業額	483	530	690	749	790	1,912	2,010
廠商家數(家)	294	320	320	501	544	1,116	1,184
從業人員(人)	9,320	9,600	11,250	20,200	21,923	40,794	42,773
出口值	193	212	135	317	330	665	677
進口值	205	225	740	462	470	1,374	1,435
內銷:外銷	60:40	60:40	80:20	58:42	65:35	65:35	66:34
國內市場需求	495	543	1,295	894	930	2,621	2,768

資料來源：財團法人工業技術發展中心，財團法人金屬工業研究發展中心，經濟部生物技術與醫藥工業發展推動小組

發展模式與契機（生技／製藥產業關鍵報告，財團法人生物技術開發中心，二〇〇八）。

（一）我國生物科技產業發展趨勢與政策

二〇〇六年及二〇〇七年政府於生技製藥領域共投入新臺幣三百三十三·四億元。以投資項目而言，技術研發經費比重最高，約占投入經費的78%，唯研發產出不如預期，究其原因為業界對上游研發成果承接意願及承接能力不高、缺乏技術商業化運作時之必要能量（行政院國學委員會）。有鑑於此，行政院於二〇〇九年擬定「生技起飛鑽石行動方案」，推動整合型育成機制，提供整體服務平臺，並改組成立食品藥物管理局（TFDA）建構與國際銜接的醫藥法規環境。

（二）臺灣發展幹細胞研究及產業的契機

據《Science》二〇〇九年七月十日之一篇文章顯示，美國有93%的科學家（相對於58%的一般民眾）支持進行幹細胞研究。幹細胞研究之必要性，殆無疑問。

然而自一九八〇年代以降，熱門生醫科技也並非每一項都如預期一般的成功。一九八〇年代左右，是器官移植的年代，科學家先後成功完成各種器官移植，也在臨床運用上救了許多人，成為確定有效的新治療模式。

一九九〇年代左右，是大家嘗試「基因治療」的年代，但FDA雖然推動了一百五十種以上的基因治療臨床試驗，但迄未批准任何一種基因治療產品，換言之，基因治療已幾乎宣告完全失敗。

二〇〇〇年以後，幹細胞研究蔚為風潮，除了傳統的「造血幹細胞」移植，一九九七年的「複製動物」之外，在幹細胞的臨床運用方面迄今未有實質上之突破，例如：

1. 胚胎幹細胞之諸多困難，包括倫理、免疫、癌化三大問題，均未能解決。因此像新加坡傾全力以赴的ESI（ES Cell International），目前已

經宣布放棄人體試驗。

2.這兩年iPS (induced Pluripotent Stem Cell, 誘導式多功能細胞) 異軍突起, 成為「不需要胚胎的胚胎幹細胞」, 一舉解決了過去胚胎幹細胞研究上最棘手的倫理與免疫爭議, 但在癌化這一點, 迄無突破之方。

3.在成體幹細胞方面, 所謂成體幹細胞之可塑性 (plasticity), 一直未能真正證明, 也因此, 成體幹細胞是否真正擁有幹細胞之本質, 仍有疑問, 也因此, 在所謂「再生醫學」的臨床方面, 迄未能有突破性的進展。

然而, 也正是因為幹細胞之臨床運用迄今未有突破性的成就, 方讓臺灣能有加入角逐的空間。因此, 臺灣應把握這個機會, 記取他人的教訓, 截長補短, 走出臺灣的幹細胞研究之路, 展開臺灣的幹細胞產業天地。

(三) 臺灣發展奈米醫學的契機

二〇〇二年, 加拿大把「幹細胞」、「奈米科技」列為國家重點發展項目。奈米的領域涵蓋範圍廣泛, 自國防、光電、醫療、農業、環境等無所不包, 幾乎每一領域都可能「奈米化」。大家認為奈米科技是二十一世紀產業革命的關鍵技術。政府自五、六年前即已積極推動奈米國家型計畫, 總主持人正是前國科會吳茂昆主委, 目前已有一些不錯的成果。臺灣奈米研究應該基礎及產業並重, 希望臺灣的奈米專家能發揮創意, 讓臺灣能在這一波國際奈米的競逐中脫穎而出。

二、問題分析

政府的規劃涵蓋了研發、資金、育成以及與國際接軌, 然過去二、三十年生技產業雖被視為明星產業, 各種發展計畫至今卻仍無重大進展, 主要原因是執行上的困難。

(一) 生技產業不能全然套用發展電子產業的思維

在臺灣的電子產業中, 代工是很重要的一部分, 並以製造能力見

長，台積電、鴻海電子就是以此聞名。但生物科技注重的是知識經濟，需要長期投資且資本密集，在生技製藥方面如抗生素、高血壓藥物、抗癌藥物，在醫材方面如人工關節、心臟瓣膜，或是未來再生醫學將應用的幹細胞及細胞治療等，重要的是實驗室新技術平臺的建立，與二十年的專利保護權，產品週期較電子產品長許多，建廠、運送的成本更是低廉，在這些方面，臺灣並沒有代工的機會，過去累積的臺灣經驗似乎無助於提升我國生技產業在國際上的競爭力。唯有自行研發，發展自主品牌並藉此培育高等生醫技術人才，方能走出自己的天空。

（二）發展目標及關鍵技術交易經驗有待加強

臺灣雖然在科研方面編列相當的經費，但缺乏長久的遠見與對基礎醫學研究的大力支持，短期內看不到具體效果、應用或產業價值者不太可能被列入國家型研究計畫，以至於從事基礎研究的學者不易得到充分的支持，無法產生如新加坡政府以國家之力扶植ESI公司的魄力（《經濟學人》雜誌即稱其為「胚胎幹細胞研究之都」），雖然最近英國桃莉羊研究團隊要角、ESI執行長寇曼Alan Colman宣布放棄幹細胞治療計畫，但新加坡政府仍於兩個月後宣布將再大舉投資生技產業。相較於臺灣過去發展3C產業時是先選定目標（半導體）再有策略（先行代工再建立自有品牌），並且傾國之力培育台積電、聯電等公司的作法，目前政府生技政策缺乏焦點，資源實際投入規模與政策口號不一致。

生物科技產業研發時間長、風險大，需要不斷投入資金，因此除非具有相當規模的廠商，否則一般都以技術交易方式來獲取所需的技術。美國技術交易市場成熟，提供數千家規模不到二十人的生技研發公司，以每年開發出生技製藥相關的創新技術與專利，創造市場生存空間。但我國生技產業不存在這種技術交易市場，業者也欠缺技術交易法律與技術評價的經驗、專利價值與認證法規的了解，又缺乏長期研發投資意願，無法累積具國際競爭力生技產品之核心能力。

（三）人才不足

生技產業是高度技術密集的產業，所需專業人才廣泛且要求質量均高，臺灣每年生技相關學科畢業生近七千人（占總畢業生7%），其中僅七百多人（約11%）投入生技業，且畢業生大多進入學研單位，真正投入產業的少之又少，約僅有3%（經濟部工業局《生技產業白皮書》，二〇〇六）。另外，跨領域的生技管理、法規、投資評審及智財、行銷等相關人才更是缺乏。如果真如官方所昭示的要成立五百家生技公司，則生技人才要從何而來？

新加坡政府在發展生技產業的人才策略方面是聘請外國頂尖團隊，絕不閉門造車。目前我國嚴重缺乏具有將產品擴展到實驗室之外、熟悉集資、商業化過程的經營管理人才，因此應該參考該國的策略，研擬辦法吸引國際優秀人才回國帶動產業前進，如同當年發展半導體產業一般。

（四）健保財政問題，限制了生物科技及新藥產業發展

中央健保局基於減縮財務支出立場，嚴格管控藥品，或是不將新藥、新治療模式納入給付，並持續調降藥費，此舉降低了生技的研發誘因。二〇〇七年，我國藥品市場僅新臺幣一千零九十七億元，且在健保藥價調降的壓縮下，我國藥品市場1.6%的成長率也低於全球藥品市場6.4%成長率，因市場相形萎縮，跨國及本土藥廠紛紛撤廠（前進大陸）。另外，因為學名藥的利潤下滑，臺灣製藥業者自然無法投注資金在新藥的研發與臨床試驗上，產業缺乏前進動能。

（五）國內市場太小，需突破區域法規協合化

生技產品多數需要經歷漫長的人體實驗與產品認證，但本土生技醫藥市場小，比不上歐、美、日等國，也無法像印度以龐大的內需市場驅動出口，因此應設法將產品國際化。而要將產品國際化，需要通過國外的檢驗及認證手續，如美國FDA等。另外，現今國際社會區域結盟興

盛，如歐盟、東亞國協等，臺灣不能自外於國際，應該積極參與亞洲及國際聯盟。對於大陸這個同文同種的市場更不應切割，必須設法克服相關的政治議題。

（六）各機構間的合作協調、資源分享有待強化，以避免資源內耗

臺灣不應讓每個醫院都設立一個小型的GMP或GTP實驗室，使每個單位的使用率不高且維持費用高昂，而應藉由國家政策建立共同的核心GMP或GTP實驗室及細胞供應中心。

因為醫界與學界過於封閉，對於國外回來或是不屬於該系統的學者都抱持排擠心態，這也使得臺灣生技業遲遲無法往前邁進。過去生技園區交由臺大規劃、籌設，其他醫療體系與研究單位就不願意參加，造成人才無法整合。同樣地，很多臺灣醫療器材與生技廠商沒有暢通的管道與醫院結合，造成臺灣許多新商品問世，醫師卻都不清楚，市場也無法打開。關於臺灣的生技產業發展不論橫向、縱向都缺乏統合與聯繫的問題，必須加以檢討。

（七）臨床試驗的錢要花在刀口上

臺灣已經建立不錯的臨床試驗系統體系，但通常一個多中心、隨機的臨床試驗之花費都相當龐大，因此臨床試驗的題目必須符合下列幾個條件才值得去做：

- ◎可以普遍被使用。
- ◎臺灣有智慧財產權。
- ◎可以形成新式治療模式。

應了解本國之優勢在哪裡，以本國的既有優勢去發揚光大之。換言之，了解臺灣可以擁有智財權的研究，如幹細胞研究成果，然後以此為重點研究方向，利用這些有智財權的產品，來設計好的臨床試驗協定。

（八）臨床試驗及轉譯研究體系急待整合建立

目前臺灣的臨床試驗及轉譯研究雖已有相當不錯之能量及基礎，但每家醫學中心每個疾病臨床醫師各自獨立運作並設立自己的臨床試驗病房，缺乏整合，規模太小，無法與香港、新加坡、韓國及大陸競爭，爭取或主導早期臨床試驗，臨床試驗相關法規制度及審查程序冗長，較無效率，缺乏國際競爭力。

三、提出辦法

（一）集中焦點，選定我國可以迅速成為世界第一之重點產業項目

有關生技產業的討論多數人常聯想到製藥業，然而生技產業範疇很廣，製藥業相對是發展最具困難的一項。新藥開發期間漫長，由一開始的動物、毒理實驗，經過三期人體試驗，需要龐大資金，研發生產力與品牌通路更是價值鏈的重要部分，這對於臺灣是相對不利的。至於學名藥，雖然原廠的專利已過期，然競爭者眾，獲利空間有限，而且這一方面印度與中國大陸已建立成本與技術的優勢。

在有限的資源下，臺灣生技產業發展應有優先順序，應以結合IT技術優勢的醫療器材為相對優先的重點產業，如血壓計、心電圖計等，一方面延續臺灣優勢產業的發展，另一方面順勢帶出生技產業發展的捷徑，開發遠距醫療服務、醫療電子產品微型化。此外，由於IT產業切入醫療器材的生產，要面對相對上更為嚴格的醫療認證規範，需要改變傳統以量產規模取勝的經營模式，才能順利進入這個市場。

生技相關國家型科技計畫，短期可以亞太地區為跳板，加強具有亞太地區發展利基之研究，並設定其應用目標，發展具競爭優勢的領域，因為亞太地區競爭較少，而且有些疾病具有地區性，如肝癌、鼻咽癌、肺癌、乳癌等。未來臺灣無論是自行研發或向國外購買，都應盤點掌握關鍵技術，方能長久的發展。

(二) 營造大環境，建立專利技術鑑價平臺，開發符合市場需求的產品

改善藥物管理、專利及投資等法規，使其更有彈性與效益，並建立專利技術的鑑價平臺與機制，增加廠商投入研發的誘因，活絡生技資金市場。

我國研發人才多在學研界，常缺乏挖掘市場需求問題的能力，影響政府資源投資與產業發展，應重新定位大學及法人在生技產業發展角色、區隔、合作關係，以開發符合市場需求的產品，利於生技投資資金募集。

(三) 整合國內臨床試驗體系與制度，提升臨床試驗及轉譯研究之國際競爭力

協調及整合國內醫學中心及醫療資源，設立並擴建早期臨床試驗病房（Phase I Center）的基礎建設、軟硬體設施，以成為亞太地區卓越 Phase I Center。建立國人好發及特定疾病之臨床試驗合作聯盟（**Taiwan Clinical Trial Consortium**）執行臨床試驗，發展並支援研究者自行發起之臨床試驗。與國內或國際生技大藥廠合作，積極與拓展國際生技醫藥之大廠交流，促使其來臺設立亞太研發中心，協助國內生技製藥廠商成立研發中心，積極促成國際生技大廠與國內其他醫療機構合作執行臨床試驗研究。

整合臨床試驗資源，建立計畫受理、簽約、經費管理、各單位配合、受試者招募、試驗監測、法規單位送審等標準作業流程，以加強臨床試驗行政管理效率，並縮短藥物研發時程。另外，協助各醫學中心管理大型臨床試驗專案，開放予其他醫療機構共享。

加強各臨床試驗與研究中心的密切合作（國際臨床試驗與其他臨床研究），將各項作業及人體試驗委員會（IRB）審查標準化，提升臺灣臨床試驗研究，增加臺灣在亞洲卓越臨床試驗與研究中心之競爭力。

（四）善用全民健保體制，擴展臺灣醫療優勢

全民健保應給予將臺灣製造或臺灣研發的藥品（新藥）合宜的支付價格，並加強疫苗與預防保健項目的支出，以扶植生技產業。另一方面，我國藥品產業還要設法跨入國際市場，方能有效擴大營收與規模。

為因應人口老化與「活得老且活得好」的新健康思維，人們對醫療的要求，將由基本的「疾病治療」轉變為「預防保健」。要刺激預防醫學、疾病風險評估與診斷、藥物基因學與個人化醫療的進展，我國應善用健保所建立的醫療資訊系統與健康資料庫，提升應用方向，發展臺灣的獨特優勢。

（五）網羅與培養有國際觀競爭力的人才，並成立生物科技人才資料庫

我國政府現階段應致力於人才培育並延攬人才回流臺灣，放寬申請資格限制，簡化與縮短行政程序，並開放生技類技術作價的股權限制與相關獎勵。

在臺灣人才素質培養方面，應結合電子、醫材等，運用於生物資訊、遠距照護、臨床試驗等產業，建立海內外優秀人才資料庫，定期邀請其回國演講，帶來生技發展的新觀點，長期之後，可進一步網羅有理想的人才回國服務。

要培養具有國際競爭力的人才，則某些制度需要改變，不能僅以本土觀點來強調公平性、防弊。如公費留學制度，以往學子一畢業就必須回國，但人才如能留在國外參與研發或產業營運一段時間，學習更多經驗，更可增加競爭力（目前公費留學政策遭到取消更是雪上加霜）；某些觀念也需要改變，如在學研界的人才僅具有可被塑造的潛力與能力，必須經過培育具備商品開發能力才能成為科技人才。目前我國大力推動「產學合作」，是將產品的研發全部放在前段的研究工作，再以「技術移轉」產業為基本運作架構，這樣的政策除每年投入大量的經費外，其成效存在極大不確定性，更可能造成時間流失，讓臺灣錯失生技產業發

展的機會，因此必須檢討改進。

(六) 臺灣幹細胞醫學發展方向的幾個主題如下：

1. 以iPS來製造紅血球

iPS也許仍有致癌的疑慮，但紅血球是人體唯一不帶細胞核的細胞，沒有DNA，也沒有HLA抗原，所以也沒有「幹細胞癌化」的陰影。一旦這個技術成功，可以製造無數的紅血球，既不會有輸血反應，也因沒有帶有血清，免去輸血感染等種種缺點，其在產業與醫學上的價值均不言可喻。

目前在這方面領先的是日本，但臺灣如果傾全國之力，以國家政策及公權力將胚胎幹細胞研究全部集中在這個議題上，例如以行政命令協調國內之胚胎幹細胞研究者傾全力做iPS，製造RBC，相信短期間內必有所成。

2. 以成體幹細胞治療肝臟疾病

以幹細胞治療心臟病神經疾病，我們怎麼做也拚不過歐美日。但肝臟為臺灣之國病，榮總與臺大在幹細胞之肝細胞分化上則極有成績。

(1) 建立「肝臟幹細胞」洗肝機，治療急性肝衰竭。

(2) 以幹細胞治療慢性肝硬化。

(3) 可以萃取肝細胞生長因子。

(4) 可以結合臺大、榮總，在新竹生醫園區進行此研究，並進行臨床試驗。

3. 發展新生兒幹細胞之免疫療法及其他

目前成體幹細胞之醫學運用大部分在「再生醫學」之領域，但新生兒間質幹細胞獨具「免疫抑制」之特性（此所以懷孕婦女不會排斥腹中胎兒，是最大的「移植奇蹟」），更值得發展。幹細胞發展再生醫學，全世界都在做，而大部分都是使用自體骨髓幹細胞，這方面我們很難超越別人。而國人在新生兒間質幹細胞（包括臍帶血、胎盤、羊膜之間質

幹細胞) 方面的成就相當不錯，應以這方面為重點。發展此種療法有下列好處：

(1) 可以普遍使用，將來還可將衍生之細胞以固定包裝大量行銷國外。

(2) 除了再生療法外，有免疫療法之價值。

(3) 可以有細胞因子之萃取，將來取得專利以後，既具研究價值，又有產業前景。

4. 將組織工程及奈米生技切入幹細胞研究

幹細胞治療除幹細胞外，尚有組織工程及奈米科技可以加入，這二項正是臺灣的強項，臺大、成大及國衛院均有不錯的研究成績。

以上四項的共同特色是研發出來的產品皆可以普遍被使用，只要一項成功，就可以為臺灣的幹細胞研究插下標竿旗幟。

四、設定目標

(一) 發展具國際競爭力的健康產業

面對全球競爭，臺灣生技業必須整合資源，選定發展策略與目標，走向科技化與企業化，以全球性的市場為思考，並將中國大陸納入，協調合作，共同推動產業行銷及商品化，開創區域市場利基，隨個人化醫療時代的需求，發展利基新藥或新醫療服務。如以華人族群為主的疾病市場，或醫療資訊產業，發展自己的特色，善用優勢，建立臺灣品牌。

(二) 推廣臺灣優質醫療的價值鏈

臺灣的醫療研究與服務水準在世界數一數二，每年幾百人接受器官移植，其中腎臟移植、肝臟移植及心臟移植等之病人存活率與美國相當，甚至超越美國，其他各種手術與治療也都很優秀，應將臺灣的醫療服務創造一個品牌，吸引其他國家民眾來臺接受治療，或吸引外籍醫師來臺灣進修學習，藉由示範臺灣新型醫療器材、治療模式或新藥，間接推廣臺灣的生技產業。

生物科技的發展植基於新健康醫療產業需求、新生物技術與新發明，未來基於預防醫學、人口老化、提升醫療品質、減少健保費用的支出等需求，將會更積極地發展新的疾病檢測法、新藥、新治療方式或是新的生活型態，此都是生技產業的無窮商機。臺灣可以在過去成功發展資訊產業的基礎上，選定醫療器材、利基新藥的開發，強化生技價值鏈的研發成果，建構與國際接軌的醫藥環境，吸引優秀生技人才參加。如此，政府與民間必能「攜手串連，創造臺灣健康產業的美好未來」。

捌、結論

近年來，臺灣地區歷經社會轉型、出生率與死亡率下降、人口急速老化、疾病類型由傳染性疾病轉換為慢性疾病、民眾對於醫療照護的需求殷切等問題，雖然政府開辦全民健保，以計畫性的財務制度提供自由的醫療服務，而使國民平均餘命增加，在提高全民健康上頗有成效。然而，為控制日益高漲的財務費用，健保施行了許多防範性的政策，影響甚大值得檢討：如分級醫療制度因為部分負擔級距差異不大以致無法收到成效，而基層醫療萎縮，導致某些弱勢群體無法得到平等的健康照護，不同族群之間仍存在健康不平等現象。

受到健保支付制度的影響，醫療體系僅注重疾病治療，忽略預防保健；醫療院所競爭激烈，彼此之間的分工與整合尚待加強。

為因應高齡化人口、慢性病患的需求與健保財政的平衡、建立公平合理且可長可久的財務機制，以民眾能夠理解的方式公開健保財務與醫療資訊、開辦長期照護、建立整合性且連續性的醫療與照護輸送系統、增加醫療體系效率與效能，刻不容緩。

我國醫學教育以器官系統為導向，畢業後又太早進入專科及次專科訓練，以致醫師只注重治病而忽略全人醫療，二〇〇三年SARS肆虐時，暴露了過早專科化的缺失，因而積極進行醫學教育改革。以醫學院校課程及教學改革，以及畢業後專科訓練變革為主，但仍未真正落實全人醫學教育。醫學生畢業後又易因健保給付與醫療管理面影響，造成價值偏差與行為扭曲。應該建構以人為本的全人醫療教育體制，使醫師更具人性關懷且注重醫學倫理。

面對下一波世界經濟的競爭，生技產業的重要性無庸置疑，政府應扶植相關產業打開國際市場，一方面造福全人類，另一方面維持臺灣的經濟成長，並維持國民的健康費用投資。

綜上，我們設定為追求全民健康，永續發展的目標為：

- ◎落實追求均健之公共健康政策。
- ◎提供全民系統性之健康照護。
- ◎建立公平長久之健保財務機制。
- ◎推動以人為本之全人醫療教育。
- ◎發展具國際競爭力之生醫產業。

我們建議採取的方案為：

一、健康政策以健康促進為導向，強調政府政策應考慮對健康的影響。

二、以新健康價值觀念，整合醫療與照護模式，利用醫療資訊平臺，增進醫療體系效率。

三、強調以療癒關係為基礎的健保支付制度與財務平衡機制，重視健保制度對醫學教育與醫師倫理的影響。

四、改善醫學院人文教育、推動醫學系學制改革，加強畢業後一般醫學訓練，在專科訓練中落實六項核心能力的培養。

五、結合醫療、醫工、電子、奈米及其他醫材等臺灣利基，發展具競爭力、有全球市場的產業，如生醫資訊、遠距照護、臨床試驗、醫材及製藥。

總而言之，我國的醫療與健康體系深受全民健保的影響，期望全民健保未來可建立穩定的財務制度，重視醫療品質與成效。而政府政策能將影響健康因素納入，建構全民健康照護體系，並以具體方案，推動國家生技產業的發展，使我國成為全民健康的生醫大國。

| 召集人簡歷資料 |

朱樹勳

最高學歷：臺灣大學醫學院醫學系

現職：亞東紀念醫院院長、臺灣大學醫學院名譽教授、亞東技術學院董事會董事、美國心臟學院院士、國際外科學院院士

經歷：臺大醫學院外科主任、中華民國胸腔及心臟血管醫學會理事長、中華民國移植醫學會理事長、臺大醫院醫務副院長

重要著作：「朱樹勳：心臟移植」、「朱樹勳、周迺寬：輔助循環與全人工心臟」、「朱樹勳：心臟與血管之外科急症」

| 撰稿人簡歷資料 |

謝博生

最高學歷：日本東京醫科大學醫學博士

現職：臺灣醫學教育學會理事長、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會董事長

經歷：臺灣大學雲林分部籌備召集人、臺灣大學醫學院院長

重要著作：《現代醫學在臺灣》、《一般醫學教育》、《醫療與社會》

楊泮池

最高學歷：臺大醫學院臨床醫學研究所博士

現職：臺大醫學院內科教授、臺大醫學院院長

經歷：中央研究院院士、臺大醫院內科主任、教育部顧問室主任

重要著作："A new tumor suppressor DnaJ-like heat shock protein HLJ1 and survival of patients with non-small-cell lung carcinoma."

江東亮

最高學歷：美國約翰霍普金斯大學理學博士

現職：臺灣大學公共衛生學院院長、衛生政策與管理研究所教授

經歷：臺灣大學公共衛生學院院長、衛生政策與管理研究所教授

重要著作：《醫療窮人不再有：全民健康保險論文集》、《醫療保健政策——臺灣經驗》

陳耀昌

最高學歷：臺灣大學醫學系畢業、美國芝加哥聖路克醫院血液學研究員

現職：臺大醫院主治醫師、臺大醫學院檢驗醫學部、內科部教授

經歷：國家衛生研究院幹細胞研究中心主任、亞太骨髓移植學會理事長

重要著作："Accelerated prostacyclin degradation in thrombotic thrombocytopenic purpura."

吳肖琪

最高學歷：臺灣大學公共衛生學研究所博士

現職：陽明大學衛生福利研究所專任教授

經歷：衛生署長期照護保險籌備小組顧問、中華民國日照專業協會理事長

重要著作：「國際安寧緩和療護發展及其對我國政策之啟示」、「高齡化及少子女化衝擊下的健康照護」

藍忠孚

最高學歷：美國約翰霍普金斯大學衛生政策與經濟學博士

現職：中國醫藥大學、公共衛生學系專任教授、陽明大學衛生福利研究所兼任教授

經歷：行政院衛生署醫療品質委員會委員、慈濟大學校長

重要著作："Urinary incontinence among institutionalized oldest old chinese men in Taiwan."

石曜堂

最高學歷：美國哥倫比亞大學公共衛生博士
現職：社團法人臺灣醫務管理學會理事
長、臺北醫學大學講座教授
經歷：衛生署全民健康保險監理委員會委員並兼主任委員、衛生署副署長
重要著作：「衛生醫療體系因應重大災難研討會論文專輯」、「從SARS抗疫，談危機總動員」

林金龍

最高學歷：陽明大學醫務管理所碩士
現職：臺北醫學大學衛生政策暨健康照護研究中心執行長
經歷：全民健康保險爭議審議委員會執行秘書、中央健康保險局醫務管理處經理