

國際醫療是他們健康園區 還是我們的健康墳區？

滕西華

台灣社會心理復健協會秘書長

民間監督健保聯盟 發言人

簡歷

- 東吳大學社工系、台大衛政所
- 台灣社會心理復健協會秘書長
- 民間監督健保聯盟發言人
- 台北市社工師公會第五屆理事長、第四屆副理事長、第三屆常務理事
- 中華民國消費者文教基金會健保委員會召集人、委員
- 行政院衛生署醫院管理委員會委員
- 行政院衛生署第六、七、八、九屆全民健康保險監理委員會委員
- 中華民國康復之友聯盟秘書長

醫學的社會責任與意義：健康是一種基本人權：

「倫理、法律、與社會衝擊」

(ELSI)

Harry Collins與Trevor Pinch
在*Dr. Golem*一書中指出，醫學
既是一種科學，也是一種救助，

自經區國際醫療是一個：
只有產值而沒有價值
只問經營者不問消費者
只聽管理者不顧醫療基層
空白授權 法外之地
的政策



台灣

給您亞洲第一的世界級醫療

只要您有任何保健醫療的需求，台灣將提供您最先進技術及高優質的醫療服務團隊。

截至2013年，台灣共有12家醫院通過全球醫界公認最高的JCI (Joint Commission International) 國際醫療認證。2002年WHO評台灣的國際醫療服務為亞洲第一，世界第二。2007年瑞士洛桑管理學院之「世界競爭力評比」，台灣保健基礎建設為全世界第13名。

現代人生活忙碌，在努力追求財富之餘，莫忘同時享受生活，才能擁有美麗人生，成為最大贏家！

台灣是擁有高山、森林、沙灘、海洋及著名道地美食的寶島，交通及生活便利，更是shopping的好地方，歡迎您來台灣體驗健檢醫美，輕輕鬆鬆享受健康服務及豐富的觀光與美食，來趟身、心、靈的豐富饗宴。

▶ 與國際接軌的高品質服務

截至2013年，台灣共有12家醫院通過全球醫界公認可信度最高的JCI(Joint Commission International)國際醫院評鑑

▶ 引進全球最先進的高科技醫療設備

全球最高階的640切電腦斷層掃描儀

- 縮短檢測時間
- 降低受檢時X光輻射劑量
- 全面性的單一檢測

▶ 具國際競爭力的價格

台灣的醫療費用約為許多歐美國家的1/5

▶ 國際級水準的專業醫療團隊

接受過專業教育及訓練的國際級水準醫療團隊

▶ 貼心及全面的total solution服務

事前諮詢規劃 — 醫療期間照護 — 事後追蹤管理：
提供最完整的整體服務

+ 顱顏重建手術

100%唇顎裂修補成功率

+ 活體肝臟移植

領先全球的 肝臟移植存活率

+ 心血管治療

亞洲首例 心臟移植成功

+ 人工生殖技術

獨步全球的 冷凍卵技術

+ 關節置換術

人工髖關節、膝關節微創手術 僅需1小時

+ 眼科治療

無刀近視雷射 成功率高 恢復期短

+ 減重控制

世界首例 無疤痕腹腔鏡 胃繞道手術

+ 牙科手術

微創植牙技術 診療時間短

+ 紓壓環境

專業優質的
在不受打擾
環境。

+ 先進設備

擁有最先進
技的醫療設

+ 專業技術

國際級水準
以顧客為尊
的醫療諮詢

+ 樂活放鬆

在溫馨舒適
動的健檢醫

[外貿協會 — 台灣觀光醫療的最佳推手]



醫學倫理喪失
醫師誓詞改寫

醫師誓詞修改小組
陳宗廷

I DON'T BELIEVE ANYTHING
Z&B
THE GOVERNMENT TELLS ME

核心人力流失
血汗低薪惡化

醫師勞動小組

核心人力流失
血汗低薪惡化

陽明大學公衛所教授
黃萬立

衝擊健保資源分配
惡化健保醫療品質

國家衛生研究院副院長
黃淑英

自費持續高漲
醫療階級權貴化

公醫時代發言人
黃寶隆 醫師

資本五鬼樂陣
醫療成取財有財

公醫聯盟發言人
朱福光

資本五鬼樂陣
醫療成取財有財

公醫時代
劉介修 醫師

台灣醫事人員護理人員協會理事
盧學熙 教授

主持人 盧學熙 教授

國際醫療專區加速五大醫療崩壞

- 一、醫學倫理喪失，醫師誓詞改寫
- 二、醫療核心人力流失，血汗低薪惡化
- 三、資本五鬼搬運，醫療成財團私有財
- 四、自費持續高漲，醫療階級權貴化
- 五、衝擊健保資源分配，惡化健保醫療品質

全民健保架構下
我國民眾的醫療付費能力
和醫療商品化無關？

我國自費比例上升情形(NHE)

年代	國家	自負額比例%
1994, 1995, 2009, 2010, 2011, 2012	台灣	36.9, 27.8, 35.4, 36.78, 36.8, 36.16
1994, 1995, 2009, 2010	美國	15.0, 14.5, 12.3,
1994, 1995, 2009, 2010	英國	11.1, 10.9, 10.5,
1994, 1995, 2010, 2010	德國	10.5, 9.6, 13.1
1994, 1995, 2009, 2010	加拿大	15.4, 15.9, 14.6, 14.7
1994, 1995, 2009, 2010	韓國	53.4, 51.9, 32.4, 32.2

已公告之差額負擔項目及自費金額

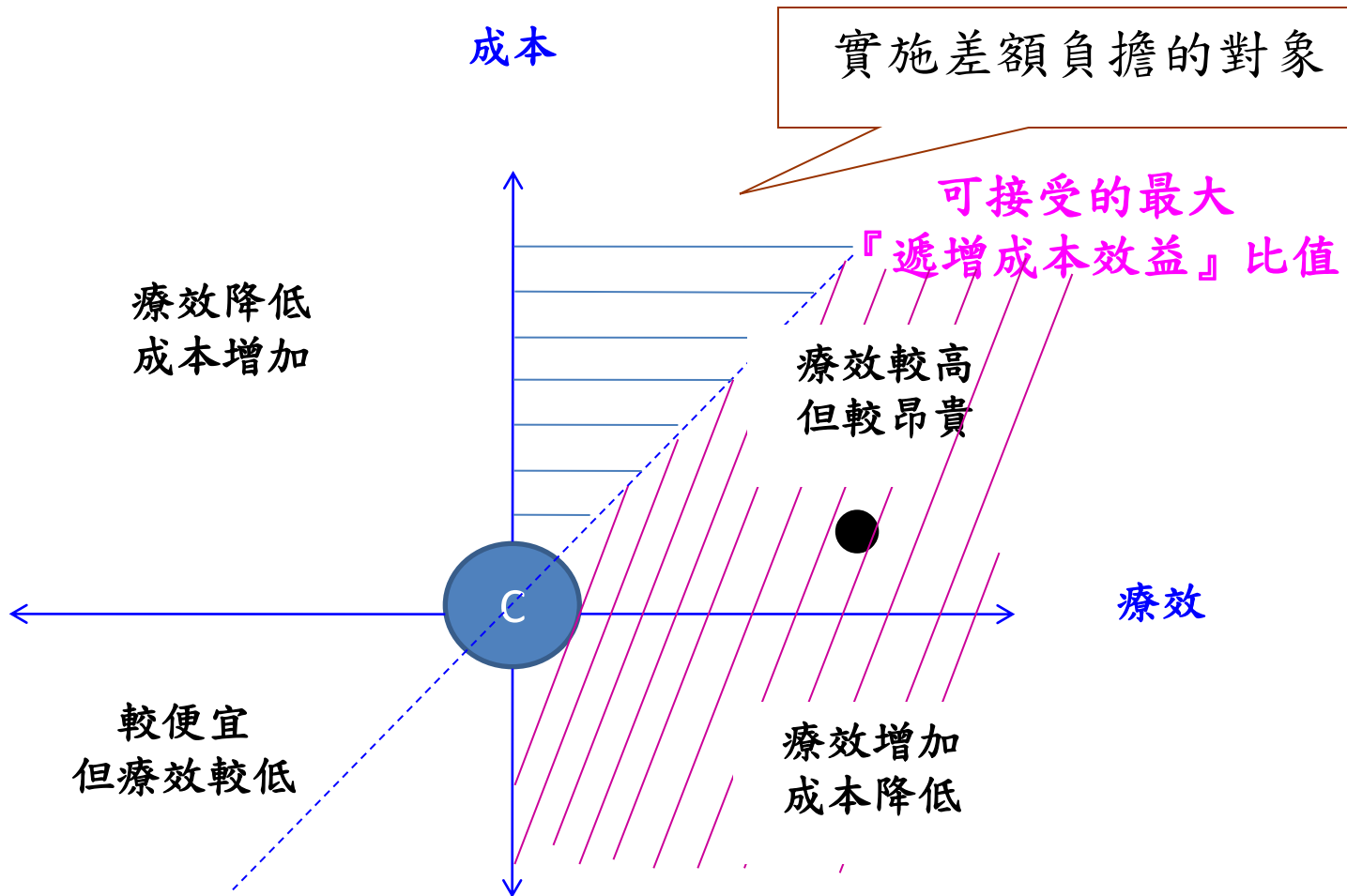
項目)	實施時間	健保部分給付金額	自費 (台灣私立醫療院所協會之資料)
義肢	84年3月1日	依裝置部位： 4800 元 ~68000 元	
新增功能類別人工心律調節器	84年8月3日	102500 元	0-91,250元 (平均34,413元)
樹脂石膏繃帶	85年12月1日	依規格尺寸大小： 30 元 ~85 元	
塗藥血管支架	95年12月1日	19940 元	23,410-78,000(平均56,400)
陶瓷人工髖關節	96年1月1日	依類別由 10350 元 ~63180 元	6,930-78,600(平均51,260)
特殊功能人工水晶體	96年10月1日	2843 元	12,000-70,000(平均37,766)
金屬對金屬介面人工髖關節	97年5月1日	依類別：52560元、10350元	23,438-94,000 (平均74,563)

資料來源:健保局、台灣私立醫療院所協會，2010

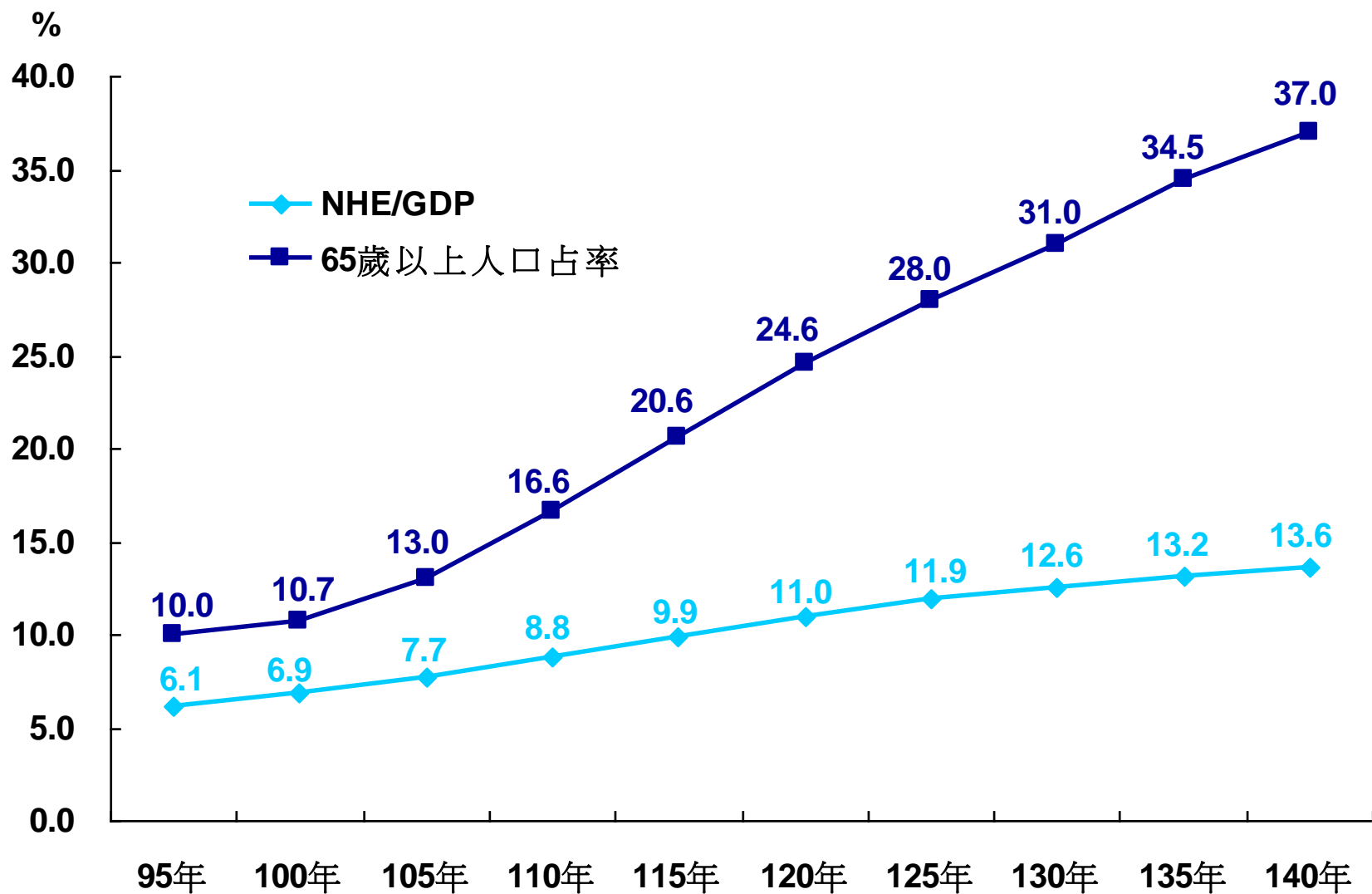
使用差額負擔之投保金額(2010)

- ≤ 19999 元：11701人(/40474人)，28.9%
- 20000-39999元：19768人(/40474人)，48.8%
- 40000以上：9005人（以上資料依健保局2010年統計）
- 平均自費金額：50880元
- 一年民眾差額負擔之金額：至少20億
- 三分之二以上的人，必須付出二個月以上的薪水購買一個療效沒有顯著到足以健保給付的產品，為什麼？

衛生署的成本效益解析



NHE占GDP比值預測與65歲以上人口占率 — 96年至140年



相當於49萬人失業

近年1到7月實質平均薪資

	實質平均薪資	年增率
2013	46786元	-1.41%
2012	47456元	-1.82%
2011	48338元	+1.71%
2010	47523元	+5.76%

註：實質平均薪資為扣除物價上升因素後的薪資水準，包含本薪、加班費、年終獎金、績效獎金等。

資料來源：行政院主計總處



近年1到7月實質平均薪資

圖片2 / 2

近年1到7月實質平均薪資

實質平均薪資	年增率
46786元	-1.41%
47456元	-1.82%
48338元	+1.71%
47523元	+5.76%

近年1到7月實質平均薪資

比率居四小

主計總處昨

相當於49萬7千

怡玲說，6到

定情況下，9

上月失業率

0.72個百分

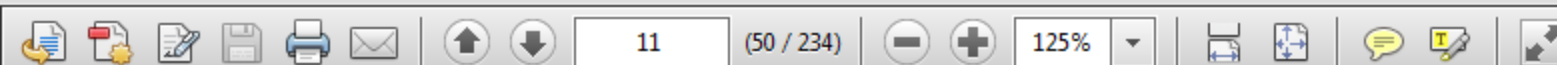
冠，高於香港

內需市場將增需求

27歲正在待業的賴小姐說，年初因派遣約聘期滿而失業，5個月來投遞了100多封的履歷，但僅有10次面試機會，還沒找到適合工作，「不想再做不穩定的派遣工作。」

Table 1 Indicator of Final Expenditure for Health, 1991—2011 (Co

民國九十八年 (r) 2009		民國九十九年 (r) 2010		民國一〇〇年 (p) 2011	
金額 Amount	年增率/百分點 Annual Rate	金額 Amount	年增率/百分點 Annual Rate	金額 Amount	年增率/百分點 Annual Rate
23,078,402	0.35	23,140,948	0.27	23,193,518	
NHE 863,996	5.46	886,834	2.64	910,267	
12,895,087	-0.31	14,043,892	8.91	14,133,099	
6.70	0.37	6.31	-0.39	6.44	
12,481,093	-1.10	13,614,221	9.08	13,745,010	
NHE of GDP 6.92	0.43	6.51	-0.41	6.62	
Per Capita HE 37,437	5.09	38,323	2.37	39,247	
57.52	0.28	57.03	-0.49	57.01	
42.48	-0.28	42.97	0.49	42.99	



	42.48	-0.28	42.97	0.49	42.99
	6.48	0.77	6.58	0.10	6.07
	51.04	-0.49	50.45	-0.59	50.93
	88.73	-1.29	88.46	-0.26	89.35
	21,534	5.61	21,856	1.49	22,373
OUT OF POCKET	35.43	-0.24	36.15	0.72	36.31
	83.41	-0.01	84.14	0.73	84.44
IN-PATIENT CARE OF GDP	24.32	-0.20	23.61	-0.71	25.16
OUT-PATIENT CARE OF GDP	47.38	-1.20	47.24	-0.14	47.37
Pharmaceuticals of NHE	23.38	0.37	25.01	1.63	24.13
Pharmaceuticals of GDP	1.62	0.12	1.63	0.01	1.60

Sources: Governmental budget & settlement, Bureau of National Health Insurance, DGBAS.

Remark: 1. This table figures out the GNP and GDP at current price.

B2

fx

	A	B	C	D	E
4					
5		民國 101 年			單位：元
6		總平均	新北市	臺北市	臺中市
7		General	New Taipei	Taipei	Taichung
8		average	City	City	City
10	家庭戶數	8,077,323	1,443,851	1,007,687	875,159
11	平均每戶人數	3.23	3.28	3.21	3.27
12	平均每戶成年人數	2.55	2.62	2.64	2.54
13	平均每戶就業人數	1.46	1.51	1.39	1.48
14	平均每戶所得收入者人數	1.68	1.73	1.71	1.62
15	一、所得收入總計	1,122,379	1,101,389	1,570,778	1,067,060
16	1.受僱人員報酬	647,332	688,064	947,142	575,210
17	(1)本業薪資	480,165	532,167	684,856	435,521
18	(2)兼業薪資	42,646	29,779	72,472	38,638

年家庭收支調查報告

	B	C	D	E	F	G	H	
	General average	New Taipei City	Taipei City	Taichung City	Tainan City	Kaohsiung City	Yilan County	
	727,693	741,651	973,747	717,894	627,337	694,285	698,346	C
	110,918	108,386	146,586	108,722	101,185	102,327	108,303	
	9,481	9,420	7,484	7,916	8,619	9,846	9,848	
	22,053	24,033	26,975	22,762	15,929	19,041	20,929	
	177,264	194,242	291,037	167,622	132,208	156,687	147,452	
	156,540	171,295	268,357	148,442	112,359	138,139	123,861	
	20,724	22,946	22,680	19,181	19,849	18,548	23,592	
	18,167	16,822	25,643	15,174	14,146	18,265	16,770	
	105,869	91,803	116,812	108,486	105,844	118,038	133,965	
	69,320	65,748	75,845	69,081	66,991	67,753	73,885	
	8,598	7,032	5,467	9,616	9,752	12,316	13,806	
	46,445	41,677	45,324	49,452	46,649	44,579	47,671	
	10,021	13,942	21,547	5,129	5,764	6,631	7,417	
	4,256	3,098	3,508	4,885	4,826	4,228	4,992	
	25,413	29,594	30,631	23,903	22,186	25,035	23,593	
	38,440	38,463	69,412	38,468	26,300	30,394	29,408	

101年家庭收支調查報告

A	B	C	D	E	F	G
	Taoyuan County	Hsinchu County	Miaoli County	Changhua County	Nantou County	Yunlin County
	815,889	898,118	629,119	597,253	648,629	487,669
飲料	141,396	118,020	81,792	103,654	98,510	70,083
	10,799	13,129	9,569	7,196	11,955	12,416
飾用品	30,778	28,405	18,921	16,947	17,571	14,126
電瓦斯及其他燃料	193,331	212,068	143,450	134,152	129,843	104,971
水費	171,105	189,540	122,016	114,408	110,960	85,969
斗	22,226	22,528	21,433	19,744	18,884	19,002
務維護	21,139	26,937	16,935	14,565	18,073	12,508
	94,541	110,466	111,811	99,615	120,861	97,045
	81,256	108,723	75,278	57,842	74,496	53,037
工具之購置	7,442	20,093	8,598	2,323	11,641	5,535
設備使用管理及保養費	60,231	72,167	54,681	43,691	52,349	38,041
備及其他交通服務	8,636	9,133	6,121	6,508	4,980	5,618
保險費	4,946	7,330	5,878	5,320	5,526	3,844
	27,891	31,101	24,584	20,334	20,295	16,615
	44,345	44,867	30,201	23,947	28,819	19,287

A12

fx 平均每戶成年人數

	A	B	C	D	E
8		General average	1	2	3
10	家庭戶數	8,077,323	1,615,465	1,615,465	1,615,465
11	平均每戶人數	3.23	1.83	2.76	
12	平均每戶成年人數	2.55	1.62	2.19	
13	平均每戶就業人數	1.46	0.51	1.09	
14	平均每戶所得收入者人數	1.68	1.06	1.28	
15	一、所得收入總計	1,122,379	362,289	684,764	98,000
16	1.受僱人員報酬	647,332	88,412	325,859	54,000
17	(1)本業薪資	480,163	71,584	256,612	41,000
18	(2)兼業薪資	42,646	8,518	21,870	3,000
19	(3)其他收入	124,524	8,310	47,376	9,000
20	2.產業主所得	148,332	32,173	86,303	13,000
21	3.財產所得收入	47,446	13,338	21,426	3,000
22	4.自用住宅設算租金收入	67,398	36,928	53,800	6,000
23	5.經常移轉收入	211,718	191,214	197,198	19,000
24	(1)從利上	57,025	78,240	65,510	5,000

A12

fx

2.菸酒及檳榔

	A	B	C	D	E
6		總 平 均 General average	依 可 支	配 所 得	按 戶
7			Five equal	divisions of	household
8			1	2	3
10	三、消費支出	727,693	327,157	531,922	
11	1.食品及非酒精飲料	110,918	60,706	91,395	
12	2.菸酒及檳榔	9,481	5,220	8,379	
13	3.衣著鞋襪及服飾用品	22,053	6,830	13,797	
14	4.住宅服務、水電瓦斯及其他燃料	177,264	107,454	146,861	
15	(1)房地租及水費	156,540	94,008	128,671	
16	(2)電費及燃料	20,724	13,445	18,191	
17	5.家具設備及家務維護	18,167	6,593	11,153	
18	6.醫療保健	105,869	52,591	80,689	
19	7.交通	69,320	20,083	43,672	
20	(1)個人交通工具之購置	8,598	1,360	3,098	
21	(2)個人交通設備使用管理及保養費	46,445	13,614	30,901	
22	(3)乘交通設備及其他交通服務	10,021	3,823	6,977	
23	(4)汽、機車保險費	4,256	1,285	2,695	
24	8.通訊	25,413	8,982	17,999	

結論：下降中的醫療購買力

- 102年八月月平均薪資倒退十六年前
- 自費比例攀升至36.16%
- 家戶就業人口下降
- 家庭中醫療保健支出金額，在農業縣市相對較高
- 醫療保健支出在低所得家戶中負擔較重(比率較高)
- 使用差額給付產品的不一定是錢人

你看的是新聞還是廣告？

醫療商品化

新聞廣告化/廣告新聞化

真有第一例？

- 全台第一例？
- 北部第一例？
- 新春第一例？
- 本院第一例？
- 南台灣第一例？
- 第一例要做什麼？

醫療競爭與醫院發展

- 醫療廣告化或新聞廣告化的與醫療新知的模糊地帶：
 1. 醫療新聞廣告的效益（廣編稿盛行）
 2. 某些醫院頻繁出現的醫療新科技新聞
 3. 醫療的軍備競技：CT、MRI、PET、葉克膜
 4. 消費個案來行銷醫院？
如葉克膜、特殊個案的新聞發佈
- 治療與預防保健混淆：如子宮頸癌疫苗、賀爾蒙療法、骨質疏鬆、物理治療復健

醫療新聞廣告化與宣導的模糊界線

蕭萬長效應 新光256切健檢排長龍

2009-05-23

工商時報

彭禎伶／台北報導

副總統蕭萬長靠著低劑量肺部電腦斷層等篩檢，及早檢查出肺部陰影的消息，讓這種較先進的健康檢查一時間詢問度大增數倍！新光金控董事長吳東進，近期也積極推薦新光醫院去年底最新引進的「256切CT電腦斷層掃描儀」，除可作心臟檢查，也可作肺癌篩檢，去年以來已有13位被256切找出0到1期的肺癌。

由於新聞事件推波助瀾，此項檢查目前要排隊2週以上，才能等的到。目前定價0：檢查肺癌6000元，若是全身檢查則需3萬6元。

商品化效應

- 民眾自費金額與項目節節攀升，琳琅滿目的自費包含病床、醫材、特效藥、高貴檢驗、中草藥、先進手術... 等等，民眾根本無法分辨
- 醫院的大型化和財團化，我們的醫療體系逐漸形成幾個財團經營，財團化與大型化是為降低經營成本，降低人事、採購、醫材、藥品的成本，買更便宜的東西、吸收更多的病人，醫院降低成本的地方，會不會損及醫療服務品質或人力品質？如惡化血汗醫院？
- 派遣化與工讀化的人力運用
- 公立醫院的委縮與外包，公醫逐年委縮的責任完全要由衛福部承擔，公立醫院的競爭力和價值，不在追求盈餘，而是必須在整體以利潤為導向的私醫體系中，維持公共衛生的任務，扛起照顧賠錢病人的責任
- 國際醫療專區：可營利的醫院法人，利益擺中間，病人放兩旁：看病前先看標價、病人付不起免談

政府這樣說…… (取自自由經濟示範區-國際健康產業 Q&A 衛生福利部)

我們這樣問……

一、 為什麼需要發展國際醫療？

- 發展國際醫療為世界趨勢….. 是哪種和哪裡的世界趨勢
- 避免被邊緣化及高階人才流失… 被誰邊緣化？哪些高階人才流失？
- 創造有利條件留住人才、技術及產業…何以見得國際醫療有如此效應？
- 由國際化提升臺灣醫療品質… 台灣醫療品質究竟是好還是不好？ 哪一部分需要靠國際醫療來提升？
- 成為臺灣健康產業火車頭…健保藥品約為1500億，健康食品市場約為1200億，O T C市場約700億（工研院分析），為何國際醫療會成為健康產業的龍頭？

二、為何要把國際健康產業園區納入自由經濟示範區？

- 以醫療帶動相關健康產業…看起來比較像是健康產業活化商品化醫療
- 掌握台灣目前優勢,進一步跨域整合,發揮聚落效應…台灣如此小,加上每一縣市都能提出申請,“專區”概念早就瓦解,恐怕不是聚落效應,是墮落效應
- 為台灣自由化與國際化預作準備…我們的醫療市場欠缺自由化和國際化嗎？
- 避免被邊緣化及留住高階醫事人才…說得不厭其煩？
- 吸引國際一流機構及人才來台合作,提升醫療品質 …究竟是要拿我們優秀的醫療技術去吸引國際病人嗎？還是吸引優秀的國外醫師來服務國際病人？
- 帶動健康產業及經濟的動力…講的就是一個國際病人將會帶來其醫療費用至少2.5倍的產值這件事情,那麼…為何允許本國人也去？什麼樣經濟實力的人會來這裡消費？

三、 台灣發展國際醫療之優勢為何？

- 國際形象良好... 那是因為我們全民健保的整體健康與醫療費用比的效能比人好，不是國際醫療的關係，如果健保垮了呢？變成次級醫療了呢？
- 醫療技術進步... 所以到底需不需要引進國外的優秀技術？
- 費用合理且有競爭力 ... 指的最主要是對新加坡的價格競爭力，然而其他的呢？缺點呢？
- 華人對台灣醫療有信心... 所以目標族群是中國人？

四、 台灣發展國際醫療之機會為何？

- 來臺旅客持續增加, 突破 800 萬人次... 來旅行都抓來看病嗎？
- 國際醫療需求持續增加... 因為政府允許45家醫院辦醫療觀光簽證和廣告啊，其中包含公立醫院和醫學中心及財團法人、宗教醫院等
- 與各國交通時間縮短 ... 哪個國家不是這樣？
- 自由經濟示範區政策利多... 誰的利多？誰的利空？

五、自由經濟示範區之分階段推動目標為何？

- 第一階段：強化現行國際醫療的質與量…
現在全島已經在做，而且是包含公立醫學中心在內至少50家醫療院所進入宣導名單
- 第二階段：發展國際健康產業園區(須通過自由經濟示範區特別條例)…全島都做，外加另一個專區，相對成本較高的專區目的是什麼？

六、自由經濟示範區第一階段推動內容？

- 於機場成立 5 處國際醫療服務中心, 加強服務及諮詢, 塑造形象…**原編列近一億五千萬預算宣導廣告, 立法院衛環刪除9600萬, 廣告宣傳仍未曾中斷**
- 鼓勵中、小型醫療機構參與…**要活化佔床率低於60%的中小型醫院? 中小型醫院取何執行” 特色醫療 “重大手術項目?**
- 發展特色醫療, 如: 顱顏手術、活體肝臟移植、關節置換術、心血管治療、人工生殖、健康檢查及美容醫學等
- 結合外貿協會海外 60 個服務據點, 加強國際聯繫…**用我們的稅金替財團廣告?**
- 加強目標地區推廣, 如: 華僑分布主要地區、大陸、港澳、東南亞等..
- 加強「僑安專案」(中南半島等地區)
- 簽證便利, 並加強陸籍人士在台醫療行程之管理…**45家醫院兼職當旅行社?**

十、實體健康產業園區設置地點 是否僅限於”五港一空”？

- 由中央主導政策, 縣市規劃與執行
- 各縣市都有申請機會, 不限於五港一空…**全台都是我的國際醫療區?**
- 交通便利及腹地廣大之處優先…**再讓賺錢的醫院賺更多, 偏遠地區自求多福?**
- 鄰近相關產業聚落, 以利跨域整合…**何種產業聚落要跟醫療跨域整合?**
- 待特別條例通過後, 先從 1~2 處園區開始試辦…**申請家數超過2處, 標準是?**

十一、特別條例如何解除民眾疑慮？

- 已參採民眾意見修訂自由經濟示範區特別條例, 包括: 不公司化(第 49 條).. 允許法人擔任股東、外國人充任董事長、董事不必是醫事人員、出資額不受限, 與公司化無異, 更是空白授權
- 未開放大陸及港澳人士至示範區執業(第 50 條)… 不包括香港或澳門是否等同排除大陸地區?外國醫事人員不需領有本國執照, 資格和條件也是空白授權
- 本國醫師支援專區時數受限(第 51 條)…每週二十小時等同50%時間兼職, 不算多?是一種限制嗎?還能以會診、支援、出診或事先報准就可以, 而時數也是空白授權。其它醫事人力的排擠呢?
- 不得使用健保資源(第 52 條)…健保資源只有健保給付?醫師、醫事人力、病床、設備、養成訓練等等都不算?而且第一階段的所有醫院, 全數為健保特約醫院, 卻不受條例規範?
- 成立國際醫療諮議會, 廣納各界建言 …誰去參加?功能是什麼?廣納“哪界建言”?都已經做了, 事後成立當個門神, 但照做不誤?

十二、自由經濟示範區特別條例放寬部分為何？

- 允許法人得為醫療社團法人社員，但不公司化(第 49 條) …與公司化無異，法人以獲利極大化為目標，只差不上市
- 放寬外籍人士擔任董事及董事長限制，但須經審查(第 49 條)
- 放寬外籍醫事人員在專區內執業的限制，但須經審查(第 50 條)
總要空白授權，以審查取代法規，然，政府的審查機制能取得民眾信賴？

十三、保障國人就醫權益的配套為何？

- 限制示範區之區數及醫療機構家數,先從 1~2 處試辦…當已經前店後廠,又每個縣市都能申請,“試辦”只是文字遊戲
- 區內設置一家約 200 床之醫院,每家約需 100 名之醫師…這也沒寫入條例,是個衛福部的對外“說法”,規模、家數、醫師數、醫事人員比等等,也是空白授權,而且隨時可改,醫師數就改了,從200:10,改成200:100,全國醫病比是3.8床1名醫師,專區較優?
- 限制區外本國醫事人員至區內執業時數(第 51 條)…這也算是一種保障措施?基本上也只限制醫師,其它醫事人力,尤其是護理,必是專職
- 區內不得使用健保(第 52 條)
- 繳交特許費及回饋機制,優先用於照顧弱勢族群(第 53 條) …特許費誰繳?繳多少?各項用途比率也是空白授權,一方面推營利醫療,一方面卻要營利者拿出獲利去照顧弱勢族群,印度就是如此,結果呢?政府一方面殺人,一方面唸佛嗎?

十四、 是否影響國人就醫權益？

國際醫療已推行 6 年有餘，以下數據顯示並未明顯影響國人就醫權益：

- 102 年國際醫療共約 231,100 人次
 - (1) 門診僅佔全國 (3 億 8 千萬人次) 的 3/10,000
 - (2) 住院僅佔全國 (330 萬件) 的 1/1,000
 - 選擇性手術等候平均時間並未延長，且遠低於先進國家
- 少量推動與大量推動效益一樣嗎？國內自費相對增加的影響不算？品質的改變不必在乎？全國平均和主要醫院的平均一樣？等多久才是我們不能容忍的？
- 多數以中、小型醫院的健檢、醫美及主，未排擠醫學中心之 重難症…那麼“特色醫療”到底是誰在做？45家代辦簽證的醫院都是中小醫院？
 - 完全不使用健保，即使人數倍增仍應不致排擠國人就醫權益 …健保不是只有“錢”這個資源

十五、 推動國際醫療是否會造成國內醫療體系之崩壞？

- 政府仍以優先照顧國人健康為前提，且持續採取以下多項措施，維持國內醫療體系及民眾就醫權益：
 1. 落實偏鄉與離島醫療：偏遠離島醫療 8 大政策全面推動，品質明顯提升
 2. 改善醫事人員工作環境與人力不均：
 - (1) 醫師：推動 12 大策略後，已有明顯改善，住院醫師招收率自102年起已明顯改善，103 年更好
 - (2) 護理人力：推動 10 大策略，二年增加 8 千 7 百多人
 3. 建構長期照護體系：長照服務法已通過委員會審查，如能通過，長照保險法將在今年十月送至行政院。
 4. 持續進行健保改革：二代健保成功推動，財務狀況改善。

政府說的，和民間的觀察與民眾感受，如此不一致，是哪裡出了問題？和長照服務法與保險法的關聯是什麼？

十七、 區內設立專辦國際醫療機構會不會造成區外醫療收費上漲？

- 專區服務量有限，其價格高低難以影響專區外大的服務量。 …那第一階段呢？如果第一階段的價格相對較有競爭力，何來第二階段實體醫院？為何國外發生的費用上漲，我國都不會發生？
- 區外健保價格是由健保署嚴加管控，自費價格皆須經當地衛生局之審核，價格不可能隨意調整。 …近幾年自費攀升的現象是空穴來風？
- 本部會嚴密觀察。 …作莊的去抓賭太凶的嗎？放獵狗的卻還說能看住狗不咬人？

What Money Can't Buy: The Moral Limits of Markets

錢買不到的東西

金錢與正義的攻防

影響全球的精神學者

邁可·桑德爾——*

吳中純、趙建梅——譯

錢買不到的東西是那麼多，
我們該防的，不只是財富的分配不公，
而是必須思考市場的界限
和我們該過怎樣的的人生！



至少，核四爭議証明了一點，那就是在技術上可行、
經濟上可欲的科技發展，並不必然就會受大家歡迎
而自動付諸實行
（因而是科技決定論的反例）。

---劇變中的科技、民主與社會
STS [科技與社會研究]的挑戰*

---雷祥麟
清華大學歷史所
《台灣社會研究季刊》(2002) 中刊出

亞里斯多德：

面對正義，首先你要問自己的是，你到底要
解決什麼問題？

Albert Einstein:

The world will not be destroyed by those who do evil, but by those who watch them without doing anything.

謝謝大家 敬請指教

