

李伯璋署長：

各位同仁大家早安，上次宗曦組長用好讀書會後馬上給我看，很完整，再處理完段落後，就寄給我們的同仁看，所以同仁想要再學習的，可以聽上次佳慧的報告，然後邊看簡報檔學習，另外逐字稿軟體不管用電腦版或是手機版都有，結果沐恩說他是第一次用，很不容易、很棒，之後會陸續把讀書會的資訊放上企業網的讀書趣裡面，大家有機會就多學習。

最近有一個大法官釋憲案，我為了知道一些個資法相關的內容，就針對那個老師的演講稿和簡報檔，邊看邊聽，一邊再確認，我覺得這樣會讓自己更有自信。最近企劃組他們在做健保改革日記 2.0，裡面有一些跟 **digital healthcare** 有關的東西，把他用成英文版，這是佳慧負責的，我昨天看了很感動，因為我覺得我們不是只有一張嘴巴在講，我們已經落實為文字圖表，各組的組長最近都陸續有收到稿件，再請協助確認內容，看跟各組原本的觀念與內容是不是有落差，那我們就把會議交給主持人。

趙偉翔科長：

謝謝署長。本次是第二次的讀書會，接下來請醫務管理組的李雨育專門委員，為各位介紹美國醫療照護的支出以及浪費的現狀。

李雨育專門委員：

署長、組長及各位長官同仁，還有線上的長官同仁，大家早安大家好。今天非常榮幸，由本人代表醫管組跟大家報告這本 **understanding value-based healthcare**，這本書的第一章，今天主要是要講美國醫療照護的“成本”和“浪費”的現況。

今天的整個大綱的內容，第一個主要在講成本，就是美國醫療的保健花費多少成本，第二章就是這個高額費用的支出對個人的傷害，接下來，大部分都是在講美國醫療浪費的狀況。這個章節主要就是為了讓大家都用深入淺出的方式來了解，所以文章開始是用病人的角度來敘述故事，讓大家後續可以進入作者的觀點及論述。剛開始這個文章先說一個的病人故事，就是有一個 82 歲的退休的老師，她本身有一

連串的疾病，包括充血性心力衰竭(CHF)、心房顫動、慢性阻塞性肺病 (COPD)、骨質疏鬆症、關節炎和慢性腎病，要看很多科的醫生，包括她的 **family health doctor**，還有她的心臟科專科醫生、胸腔科醫生和腎臟科醫生。她一天大概要吃 12 種藥物，而且有一些藥每天可能要吃 2 次，然後每個月的自付差額要數百元美金，這對一個退休老師的財務壓力真的是沉重的負擔。有一天這個老師就覺得呼吸有點喘，胸腔科醫師就跟她說：「我們來做個心電圖。」當老師躺在檢查台上面的時候，她就發現這個心電圖好像之前的心臟科醫師才做過。不久後腎臟科醫師又跟她說我們來抽個血，病人跟醫師說：「抽血？前幾天我的 **family doctor** 才幫我抽過血。」這個老師就覺得醫生都會跟他講說：「你還是要在我這邊做一下檢測，不然我的系統裡面沒有你的資料。」然後他就覺得這個醫生一直在下 **order**，可是彼此之間不曉得發生什麼事。後來心臟科醫師跟她說：「我們趕快來裝一個節律器，不然你可能會死於突發性的心律不整。」所以病人問他的家醫科醫師，家醫科醫師跟他說：「我看你的心電圖也還好啊。」這個病人就覺得，我非常尊重每一科醫生的專科領域，可是大家講來講去我也不曉得要聽誰的，覺得很沮喪也很焦慮，不曉得該怎麼辦，講到這裡，大家應該都覺得說我們的 **Medicloud** 是很好的對不對。

所以作者就說，從這個故事，我們可以知道美國的醫療照護制度，充滿著複雜化、片段式、效率低、很昂貴，而且很浪費。那作者就開始論述說，其實從 1960 年代，美國從花 5% 的 **GDP**，到 2011 年，其實這個圖到 2011 年的時候已經花 18% 的 **GDP**。內文表示，美國花了那麼多的錢，然後美國的整個 **health outcome**，卻不是這麼的理想，美國是跟世界上所有的其他國家來比，花的是很多錢的。那我現在就要問大家，您知道日本每年花多少的 **GDP**？花在他的 **national health expenditure**，美國人已經是花最多的，日本的答案是大概 10.9% 的 **GDP**。問一個比較難的，大家知道德國人花了多少 **GDP**？答案是 11.7%，那花了那麼多的錢然後呢？通常以 **WHO** 來講，如果要看一個國家的衛生體系(衛生狀況)表現好不好，通常要看三個指標，平均餘命、母嬰死亡率。大家知道平均餘命，美國花了 18%，剛剛提到日本花了 10%，那日本大家都知道他是最長壽的國家，那他的

平均餘命是多少?84 歲。德國的話 11%，平均餘命 81 歲。美國平均餘命是 79 歲，所以呢，美國為什麼這麼不滿意，他不是只是後段班，他是最後一名，他花了 18%GDP 但平均餘命只有 79 歲。

大家看從過去 1990 年，美國人從 1990 年是 75 歲，到 2013 年，這個 79 歲延長非常的久，但看南韓，1990 年才 72 歲，到 2013 年，平均餘命已經 82 歲了，所以他的進步是很顯著的，台灣也是進步很多，可是美國人的進步其實有一點慢。那作者就講說，美國不要跟別人比，美國跟她北方的加拿大好朋友來比，結果發現美國人在個人醫療支出比加拿大還要高出了 82%，美國人的 **public expenditure on health** 跟 **private** 兩個加起來，美國一個人平均一年要花將近 8000 塊美金，可是加拿大人只要花 4300 美金，然後不只是這樣，美國在 WHO 的健康排名，加拿大是 30 名，美國是 37 名，所以對整個醫療成本來講，美國全國的人都不是很滿意，因為花了那麼多的預算，相對的預算是會排擠的，可能沒有那麼多的錢可以聘警察，那治安也會不好，支出教育的部分可能也要縮減，甚至整體的經濟，中小企業沒辦法發展，因為都被拿去用 **healthcare** 了。所以在整體來講，對國家來講，這其實不是一個很健康的現象，所以醫療費用支出太高不是只對國家，其實對個人來講傷害也非常的大。

專家就說，美國醫療費用之高是美國個人破產的主要原因，那作者就說，其實我們知道美國醫療保費越繳越多，保費越來越高是不是代表著，我就不用花那麼多錢，答案不是。因為美國的醫療服務費用也在增加所以 **out of pocket** 也增加。換句話說，你有時候去看的醫生，醫生隨便寫一個處置，那可能就是數千塊美金，他們就做了一個研究，因為費用太高，人們把一些應該要做的 **care** 延遲的狀況是什麼？發現說，大概有 15%的人，他把藥物減半或者是減少份量，或者是將近 25%的人，他沒去拿藥，或是有些檢驗檢查就不做了，那大概有 3 成的人，就是延遲他的照護問題，或者他就不要回診，那將近 38%的人是那種我就不要看醫生，我就買秘方或買成藥，但是有將近 6 成的人，其實他們以上都做過，因為醫療費用太貴了。

前面主要講醫療費用高對國家跟個人的影響，那後面其實所有的章節都在論述醫療浪費的六大因素。

第一個就是不必要的服務，在這個 **portion** 裡面就是他整個全部的醫療浪費，據他們的估算是大概 **765 billions**，其實還有的文獻顯示更高，會有大概 **900 billions**，可是這 **900 billions** 這個派圖裡面，其實花最多的錢就是 **unnecessary services**，他大概有 **210 billions**，兩千多億，那所有的不必要的服務，就是包含過度的檢驗、檢查還有不必要的治療。這作者就說，其實每一個醫生，對病人其實有絕對的控制權，所以你每下一個 **order**，只要多做一個治療，你可能就貢獻了這 **210 billions** 裡面的浪費。作者也提到說，他覺得是不是整個 **healthcare provider**，這些專業領域包括醫生、護士，或者是藥師，他們專業領域的養成過程裡面，教育專業人員怎麼樣得治療或照護是對病人最好的，但是並沒有教育這些專業人員，怎麼樣來幫國家節省 **GDP**，所以在文章裡面，有些對話就是說，醫生就會覺得反正病人有保費，那我就給病人下這個 **order**，反正保險公司會付。那病人就會覺得，繳了那麼多錢，保費那麼高，那我要來做一些高檔的檢查，所以講到這邊大家是不是覺得，我們真的好厲害，我們從國小五年級的課綱，就已經開始教育小學生，從小教育要珍惜資源，因為以後不管他長大變成什麼樣的專業領域人士，他都知道要珍惜資源，所以這就是台灣的另一個超前部署。

因為這個 **unnecessary services** 的部分，是美國醫療浪費花了最多錢的部分，所以作者說了一個肺栓塞的例子，一個過度診斷的例子，給大家參考，他是說其實肺栓塞發病率大概 **62 例 / 10 萬人**，但是 **1998 年**以後發現了 **CTA** 的診斷，就是電腦斷層掃描血管造影，這個 **CTA** 可以診斷出肺栓塞，也因為有這樣的診斷，所以疾病的診斷跟治療都翻了兩倍，但疾病死亡率沒有比較小，所以也沒有拯救更多的生命，反而是在治療的過程裡面用了很多的抗凝血劑，所以出血性併發症從每 **10 萬人 3.1 例**，增加到 **5.3 例**，甚至你如果做這個 **CTA** 的話，可能有一些過度的輻射，之後可能會有一些癌症的風險，或者是你的血管造影、靜脈造影，這些會有過敏或者腎臟功能衰竭的風險，最後結論就是，為了要排除這個肺栓塞，做了 **150 萬次**的 **CTA**，但是其實三分之一都是可以避免的。

那第二個浪費的成因呢？就是在醫療提供和協調的失敗，還有就

是一些片段化的照護跟低效率，那其中呢？在錯誤可預防的併發症裡面，作者就說，每年有大概9萬多的美國人是死於可預防的醫療錯誤，那病患如果住在醫院，發生了150萬起的可預防不良事件，導致額外費用大概有200億美金。另外 Care fragmentation 這部分提到說，現在整個照顧體系越來越複雜，越來越專業，有一個2400萬人的保險公司研究，就發現一個醫療保險的患者，平均要看7名醫生，如果你是住院的，那看更多，就15個醫生，所以有四分之三的人，根本就不曉得主要負責醫師是誰。另外也是一個比較常見的，就是醫院跟 family doctor 之間其實很少溝通，所以會有一些連續性或過度性的問題，另外就講到這個照護的效率很低，還有提到說像護士只有不到三分之一的時間在照護病患，實習醫師只有12%跟病患打交道，超過40%都跟電腦打交道。那另外，他覺得這樣子低效率的浪費，每年高達1300億的美元的浪費，這大概在16章的時候會討論一些因應的策略。

另外就是價格太高。這個大家都應該能耳熟能詳，做一個MRI要花費1080美金，可是在法國同樣的檢查只要280美金，所以他覺得整個服務價格過高是一個受到不正常市場力量的影響，那這整個細節也會在第三章做一個論述。

那另外過多的行政費用。因為美國除了國家的保險，還有很多私人的保險，所以每一個醫生，他要面對那麼多病人的時候，就要跟很多的保險公司在做互動。換句話說，美國的醫生光是要跟保險公司互動的錢，大概是一個人一年大概要8萬多美金，這個是加拿大的4倍，那你的保費裡有11%是用來做行政管理費用，然後每年的花費大概超過1900億美元，另外醫療詐欺，也是大家滿常見的，書中舉了一個他們很有名的例子，2000年的時候，有一家空殼的愛滋病診所，這個診所其實從來沒有半個病人，剛開始在那個邁阿密那邊開設，後來被發現說，診所每一年會申報大概數百萬美金，後來FBI開始收集一些證據，發現這家診所是使用被盜者的身份再賄絡醫生，最後從政府那邊騙取了7000萬美金。另外還有一個22歲的棒球的選手，醫生跟他講說，你可能要做一個pacemaker，不然你三十歲前就會死掉，事後這個醫生也被抓，他做了數十個病人，發現說其實醫師都

是在做一些沒有必要的處置。那另外其他常見的，像是沒有提供服務就計費，或者是 **upcoding**，或者是說提供不必要的服務然後收回扣，那光是這一些聯邦調查局就估計是造成美國大概有 800 億美元的損失。

那前面都是在講 **overuse**，而作者就講，最後一個浪費的成因，就是 **underuse**，唯一的 **underuse** 就是 **preventative care** 做得太少，因為大家知道美國肥胖也蠻多的，然後血壓、血糖控制的不好，然後呢？疫苗也不打，這個其實在臨床醫師指南有提到，這個 **acute care**、**chronic care**、**preventative care** 的佔比應該一天要有 21 個小時來做這些事。可是事實上，美國的醫生可能是因為病人太多、時間太少，或者是整個要做的 **recommendations** 太多了，所以他也沒辦法做諮詢，然後他真正能夠使用的時間可能就只有 8 小時。作者就認為，因為沒有做這些 **preventative care**，導致美國人過早的死亡，或者是生病，那這些都是因為少做了造成生病的醫療的負擔，可能會造成 550 億美金的損失。

那最後的結論，這個作者表示，美國醫療費用 **cost** 上升，然後醫療保健的安全性不好，質量不好，**outcome** 不好，所以整個 **value** 表現起來也很不好，那大家會不會覺得好像一片慘淡，那你看這張圖，日本、UK，大家都在這邊，美國在最下角。最後就作者下了一個結論，他說，好吧，美國的 **system** 她是 **sick but not terminal**，作者覺得美國還不到無藥可救，只是生病了而已，最後話鋒一轉，作者呼籲大家，我們好好的來改革我們美國的醫療體制，作者在未來的章節也會講一些，包括用什麼樣的框架、怎麼樣的工具？或是怎麼樣的資源？看大家能不能一起來讓美國減少醫療費用支出，然後能夠降低對個人還有對國家的傷害，就 **echo** 到他前面的論述。

最後講一下心得，這其實是我們依婕給我的 **idea**，有一天我就跟依婕講說要來做英文讀書會了，然後依婕就說，那要好好來看健保改革的日誌，後來我也是在讀這篇這個 **chapter** 的時候，就回去再看一下 1.0、2.0，其實也是蠻有感觸的，就是在 1.0 有英國跟美國的醫療制度，尤其是裡面提到有關醫療詐欺的部分，我們會發現其實每一個國家，他制度的形成，有他的歷史背景，可能有他的文化等等的因素，

可是剛才在講的這個過程當中，大家會發現其實人性面都差不多，比如說，剛才說的醫師做一些不必要的處置，或是說病人覺得我已經繳保費了要多做檢查，其實在這些人性的部分都還滿類似的，我的心得就是，大家如果有機會再看之後的章節，其實可以再回頭看健保改革日誌，聽說最近英文書快要出版了，我相信像我們自己再這樣回頭看的時候，也覺得說真的是滿觸動的，如果外國人看到我們的英文版，我相信他們也會很有共鳴，以上是今天的報告，謝謝。

李伯璋署長：

今天讀書會謝謝各位同仁願意來聽，國外的東西事實上也不見得就是百分之百或是第一名，我自己在健保署一段時間，跟國外有機會接觸的時候，說實在我很感動我們健保署的同仁幫我們健保做到一個境界，那當然人生就是要精益求精、與時俱進，如果說我們有做不好的地方，大家年輕世代互相討論，把它再做一個更好的規劃，那我相信在座很多組長，我觀察起來都是願意接受一些想法，大家可以主動提出來進行討論，那我也希望各位署本部的主管於各組間要對話，譬如醫審在做一些政策的時候要跟各分區說在實務上如何操作。

各位也知道我來自醫界，我在過去幾年在做很多事情的時候，我不會只用純粹管理者的角度在管理，就好像醫界知道我是有心當一個平台，總額就是他們的，好好把這個資源做最有效的利用。健保署該爭取的東西，我們去爭取，畢竟我們是公務機關，不容易透過一些企業給我們贊助，只是說我們要思考怎麼樣做事會有效率，這很重要，我非常謝謝各位的參加，宗曦謝謝你，那我們今天的讀書會就到這邊。