

## Chapter 6

# Ethics of Cost Conscious Care

## 成本意識照護的倫理

違規查處室

林聖儒

110/9/30

莊欣怡科長：

署長、各位長官、各位同仁跟醫界先進大家早，今天是我們110年英文專書讀書會的第八場(含加值場次)，我們首先歡迎我們主席致詞。

李伯璋署長：

剛剛大家笑笑後精神就很好，那我們就開始，我也很謝謝六分區的組長都很盡責，盡量帶同仁加入讀書會，因為最近有聽到一些醫院也有開會議室請同仁去聽，所以各位慢慢的一起成長，我們一起努力，好，我們開始。

林聖儒視察：

署長、各位長官、各位同仁及線上的各位醫界先進，大家好，我是違規查處室的聖儒。今天很榮幸可以為大家導讀這本書的第六章「成本意識照護的倫理」。

# 大綱

- 01 導論
- 02 臨床醫學倫理原則
- 03 考慮價值的道德基礎
- 04 醫療配給
- 05 相關道德準則
- 06 結論

01

那今天會講比較多跟醫學倫理相關的，所以可能文字呈現會比較多。

## 兒科治療的故事



- 防止最嚴重結果VS不使用過多昂貴、不必要檢查
- 「為人群提供具有成本效益的照護」與「為個人提供最好的照護」是否不一致

(Lissy Hu, Costofcare.org, 2010)

02

首先作者他一開始是帶到這個兒科治療的故事，他一開始說有個小男孩叫做Michael，12歲，因為他腳痛，所以就前往醫院就診，兒科醫師就說，這只是普通的生長痛，就請他再回去觀察，過了兩個禮拜，他的腳痛程度又更加嚴重，所以又再次回診，回診後這次醫師診斷說這只是普通的運動傷害，開個藥冰個腿又請小男孩回家休息，結果過了兩個禮拜之後，沒想到他的疼痛是會讓他從半夜中痛醒的。所以他媽媽就很緊張帶他去急診，急診醫師就給他做詳細的檢查。在做x光的時候，在骨頭發現了洋蔥皮病變，那就是Ewing's sarcoma的症狀，那在做CT scan的時候，發現他的腫瘤已經擴散到身體各處，他媽媽對此非常自責。

這個doctor Lissy Wu就表示說，其實在醫學院，多半是教導以具有成本效益為主的醫療提供為主，這樣說就是在一開始提供x光檢查，在社會上的成本效益其實是不大的，所以作者想去知道說，在防止最嚴重結果跟不使用過多昂貴、不必要檢查，其實這之間始終存在著爭議。

作者認為說，「為人群提供具有成本效益的照護」與「為個人

提供最好的照護」是否不一致，是想去探討的。

## 考慮成本是誰的責任



責任??



醫師

患者

政策制定者

付款人

管理人員

- 不為臨床醫生定義一種倫理上一致的成本考慮方式，以低成本實現最佳照護的目標是不可行的。

03

接著這個部分，作者說，醫師去為病人治療的同時，要同時去考量成本，其實在道德上是模糊的，那究竟這個成本是誰的責任？我們大家都知道說，其實在醫療上要控制成本，這是大家肯定的，那究竟是誰的責任呢？作者認為說是這五類，就是醫師、患者、政策制定者跟付款人以及管理員。那這部份，最後往往決定醫療行為要不要執行的最終決定者還是醫師。

所以，作者認為說，不為臨床醫生定義一種倫理上一致的成本考慮方式，要叫這些醫師用低成本去實現最佳照護的目標是不可行的。

## 無法克服的緊張關係



為患者個體做最好的事情(行善)



患者受益於高昂費用  
社會成本支出很高



做對整個社會最有益的事情(正義)

- 醫生艱難地決定要提供「正確」的醫療
- 尊重患者自主權的需要也增加了挑戰
- 有時，患者可能會要求昂貴的醫療，這會使社會預算緊張，但不會帶來太多好處

04

接著作者提到，為患者的個體去做最好的事情是符合四大原則中的「行善」，那為整個社會去做最有益的事情，才是符合社會「正義」，這兩者之間始終是存在無法克服的緊張關係。

作者舉ICU為例，在ICU的患者他可能會受益於高昂的費用，可能像耗材、人事成本等等，但實際上可能會造成社會成本壓縮，就是其他另外一個人，他其實也是需要接受ICU提供的服務，但他可能因為這個人住進來了，所以導致他沒辦法接受。

那往往醫生每天都會很艱難去決定說怎樣叫做正確的醫療，在患者自主權的需要也可能會增加了這個挑戰，患者他可能會去要求一些昂貴的醫療，但這可能會造成社會預算的緊張，並不會帶來太多的好處。

## 對控制醫療保健費用的看法

**54%** 在決定使用介入措施前，考量社會成本很重要

**78%** 應該致力於個別患者的最佳利益，即使它很貴

**85%** 不同意「有時應該拒絕為患者提供服務，因為『這些資源應用於其他更需要的患者』」

### 降低醫療成本的責任

出庭律師	60%
保險公司	59%
藥材廠商	56%
醫療體系	56%
病患	52%
政府	44%
醫師	36%

(Tilburt JC et al., 2013)

05

美國2013年有項研究，就是針對2,500名醫師去詢問說他們對控制醫療費用的看法，那有將近54%的醫師認為，在使用介入措施之前，去考量社會成本很重要。那我們可以看到說一半一半，一半是在個人，一半是在社會。

接著有78%的醫師則認為說，應該要去致力於個別患者，就是演前的這個患者的最佳利益，就算它很貴也要提供，因為這是眼前的患者，所以我們可以看到他有將近八成醫師認為個體比較重要。

接著這篇研究另外有個更高比例是「有時應該拒絕為患者提供服務，因為『這些資源應用於其他更需要的患者』」，但是這有高達85%的醫師是不同意的，所以我們可以看到說這項研究它調查出來的結果可能比較多的醫師比較傾向站在個人的角度去提供醫療。

我們也可以看到說這項研究滿有趣的現象，究竟這個降低醫療成本是誰的責任呢？這2,500名醫師，有將近6成的醫師認為是出庭律師的責任，那我們大家知道說，可能在台灣很難去想像為什麼出庭律師是第一名，在美國可能因為保險公司會去設一些條款，類似說他不能帶病投保，假設說帶病投保的話，在之後他要出險，出險到

很高的金額，他可能就會對此提出訴訟，那如果訴訟發現說確實是帶病投保，那這出庭律師這部份的費用就可以從中取消，就是這個患者沒辦法得到這些服務。

這個研究又指出其中只有**36%**的醫師覺得自己有需要降低醫療成本的責任。



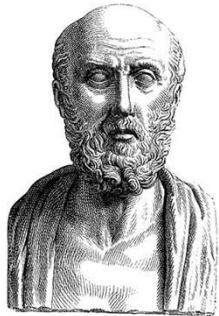
## 醫師誓詞

是一門嚴謹的學科，結合了哲學、歷史學、社會學和神學

希波克拉底誓言



自主、善行、非惡意和正義



[https://en.wikipedia.org/wiki/Hippocratic\\_Oath](https://en.wikipedia.org/wiki/Hippocratic_Oath)

日內瓦宣言

(1948)

Louis Lasagna

(1964)

接著在醫學倫理的部分，作者認為醫學倫理不是單單的對與錯，是一個嚴謹的學科，結合了哲學、歷史學、社會學和神學，在公元前5世紀希波克拉底誓言，他演變至今就是有個被廣泛接受的四大原則，就是「自主、善行、非惡意和正義」。

在1948年，世界醫師協會在日內瓦發表一個類似醫師誓詞的宣言，那在1964年Louis Lasagna美國醫學院校長針對這個誓言做一個改版，比較被廣泛運用的。

## 日內瓦宣言

身為醫業一員：

我鄭重地保證將奉獻一切為人類服務；

病人的健康與福祉將為我的首要顧念；

我將會尊重病人的自主權與尊嚴；

我將堅持對人類生命的最高尊重；

我將不容許有任何年齡、殘疾、信念、族群、性別、國籍、政治立場、種族、性傾向、社會地位或其它因素的考量介入我的職責和病人之間；

我將尊重寄託給我的秘密，即便在病人身故之後；

我將秉持良心與尊嚴從事醫業，並遵循優良醫療規範；

我將提升醫業的榮譽及高尚傳統；

我將給予我的師長、同業與學生應有的尊重與感謝；

我將分享我的醫療知識，以增進病人福利和醫療照護的進展；

我將注重自身的健康、福祉與能力，以期提供最高標準的照護；

我將不運用我的醫學知識去違反人權與公民自由，即便受到威脅；

我鄭重地，自主地並且以我的人格宣誓以上約定。

07

這邊為大家帶來日內瓦宣言的部分，他前面就開宗明義說：「身為醫業一員：我鄭重地保證將奉獻一切為人類服務；病人的健康與福祉將為我的首要顧念」，他開宗明義就說要將病人放在首位。

## 4大原則

### 尊重自主權 (Respect for autonomy)

- 患者有權拒絕或選擇他們的治療
- 誠實、守密、知情同意

### 行善 (Beneficence)

- 醫生應該以患者的最大利益行事
- 患者通常沒有醫療處置的完整資訊

### 無惡意 (Nonmaleficence)

- First, Do not harm
- 醫療過程中不應得到非必要的「醫療上」或「非醫療上」的傷害

### 正義 (Justice)

- 公平地分配醫療資源
- 尊重病人的權利
- 尊重道德允許的法律

接著講到四大原則的部分，在一開始尊重自主權的部分，就是患者其實是有權拒絕或選擇他們的治療。尊重自主權又可以衍伸出三個原則，就是誠實，醫師要對病患的病情跟未來要提供的醫療項目誠實的告知。守密則是說，醫事人員對病人的病情有守密的義務。知情同意則是說，醫師要清楚告知病人提供醫療服務的預後情形等等，並且得到病人同意才能執行這項醫療服務。

接著在行善的部分，醫生應該以患者的最大利益執行，作者這邊舉例，在急診的部分，若患者為昏迷的情況下，那他應該要站在這個患者角度去想，然後提供無傷害的醫療，但是患者通常沒有醫療處置的完整資訊，這也是我們俗稱「醫療資訊的不對等」。

在無惡意的部分，就是有個著名信條叫「First, Do not harm」，就是不要提供任何傷害，在醫療過程中其實不應該去提供一些非必要的傷害，那傷害又分成醫療上跟非醫療上，醫療上就泛指身、心靈的部分，非醫療上則是指時間跟金錢的部分。

我們可以看到說這前三個比較著重在個體、個人的部分，那在正義的部份是比較在社會層面上，因為其實醫療資源有限，那應當

要去做一些公平的分配，比如說像尊重病人的權利以及尊重一些道德允許的法律等等。

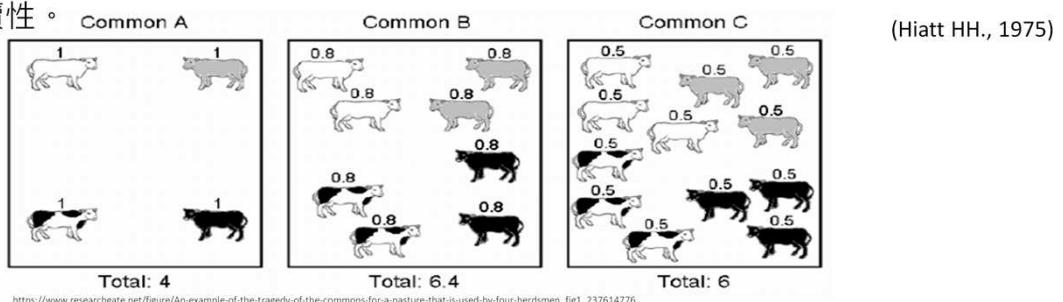
## 公地悲劇

- 醫生需要為醫療資源的公正分配承擔責任

→ 公地悲劇(tragedy of commons)

- 前哈佛大學公共衛生學院院長(Howard Hiatt) :

- 醫療保健與任何其他稀缺資源(例如土地或環境)沒有不同，醫生負責照顧面前病人，但如果每個醫生都只為自己患者利益行事，最終結果就不一定是公平的
- 因此，正義是一種保護「公地」的努力，以確保未來醫療保健系統資源的可持續性。



那作者提到說，其實要在醫療上去實施社會的正義是有些難度的，但是醫師其實仍然是需要去為醫療資源的公正分配承擔責任。

我們可以看到下面這個圖，這是一個公地悲劇的例子，在A情況下，有四頭牛，分別有不同的主人，他們今年的獲利是1，結果隔年他們為了想賺多一些錢，所以都各自養了一頭牛，原本預估自己效益是2，結果沒想到未來的效益變成1.6，每頭牛只有0.8，接著在C情況下，又再各多養了一頭牛，結果沒想到從1.6變成了1.5，那這已經慢慢走向草地的毀滅。

所以其實這套用到醫療，前哈佛大學公衛學院院長也說，醫療保健其實跟其他稀缺資源沒有不同，如果醫師只專注在眼前這個患者的利益，最終可能會導致不公平、醫療體系的崩潰，所以正義是要保護「公地」努力，以確保未來醫療資源可持續性。

那C之後呢，剛剛有講到下一個情境就是草地的毀滅，但是有另一個情境是這個草地上的四個主人，他們聯手將草地整治，將它畫成九宮格，有些地方放牧、有些地方休養，以達到資源的永續發展。

我們大家知道說，健保其實從84年開辦是3千億，那到明年的預

算其實已經來到了8千億大關，那究竟我們台灣現在是在這公地悲劇中的哪個階段？這是值得大家去省思的。

## 醫療行為好壞的評價

Figure 6-1

Ethical motivation for considering costs.

醫師開立檢驗處方

疫苗接種計畫

懷孕期間產前篩檢

	Good for patient	Bad for patient
Good for society	Order test	?
Bad for society	?	Don't order test

為85yrs女性(腎衰竭、糖尿病)開立乳房X光檢查

10

接著作者講完醫學倫理後，提到說要如何判斷醫療行為的好壞，他提出說，應該去針對患者和社會這兩個層面去探討。

以醫師開立檢驗處方為例，如果說這個檢驗處方對病人是成本負擔低，以及社會成本負擔也是相對低的，那就應該去開立。

像這種雙贏的情況呢？在疫苗接種跟懷孕篩檢部分，也都是類似的例子，那另外在為85歲的女性開立乳房X光檢查，他的病史有腎衰竭跟糖尿病的部分，這可能對病人跟對社會都是不好的，所以就不應該去開立。

但是這種在兩好兩壞的情況下，是很容易去評斷它的好壞，如果是一好一壞或是一壞一好呢，這部分又應當如何去評價？



## 學者的一些意見

- 如果醫師為了服務社會而被要求拒絕對患者的醫療，他們就必須放棄希波克拉底誓言 (Rosenbaum L, 2012)
- 將提供醫療服務的人和考慮醫療費用的人完全分開 (Martin Samuels)
- 為患者做得更多並不會帶來更好的照護 (Cooke M., 2010)
- 並非僅對面前的單一患者負責，而是對許多患者的健康負責



11

作者這邊引述了一些學者的意見。第一個學者說道，如果醫師為了要服務社會而要求被拒絕患者的醫療，那他們就必須放棄他們之前的誓言。

第二個學者說，將提供醫療服務的人和考慮醫療費用的人應該要完全分開，那我們前面有說到，就是在醫師治療病人的同時，要叫他去考量成本，其實在道德上是有一點模糊的。

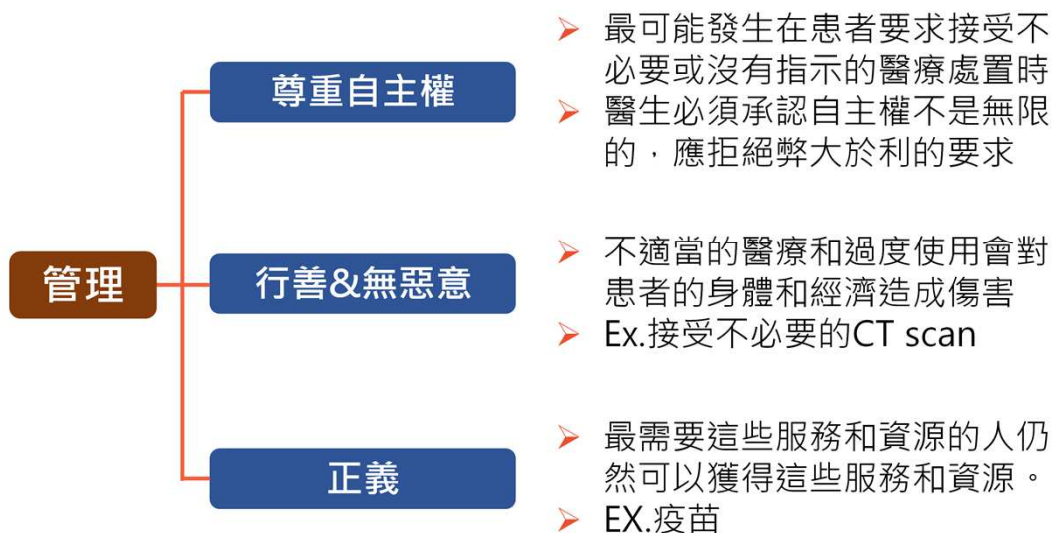
第三個學者則說，為患者做更多，並不會帶來更好的照護，像是過度用藥以及藥物使用不當，都會對病患造成傷害。

所以，作者這邊提到說，醫師並不是只對眼前這個患者負責，他是對許許多多的健康負責，他就帶到說大家還是要回歸到社會正義的部份去思考。那究竟對這一好一壞或是一壞一好要如何去執行呢？作者這邊建議可以訂定一些準則，他舉在美國50歲以上進行大腸鏡檢查為例，他說這部分其實在社會角度上它的成本支出其實是有道理的，因為大腸的相關疾病可能好發於50歲這個年紀，但對特定的患者，這個成本它檢驗的費用可能是昂貴的，那這檢驗可能也是有一些假陽性的存在，所以這部分不應該交給醫師去做判斷，究竟



該不該提供，而是應當交由一個交付系統去判斷該不該提供，以避免這個醫療體系進入到公地悲劇的情形。

## 管理的方向



12

接著作者就是針對這四大原則部份，進行要如何透過管理方式去進行。

在尊重自主權的部份，患者他可能會去要求一些不必要的醫療，那這時候，其實醫師應當要去透過醫病之間的溝通，達成知情同意的部分，才能去做執行，而有時醫師其實也要去承認，病患的自主權不能無限的擴張，有時候應該要去拒絕弊大於利的要求。

那在行善跟無惡意的部份，作者說，不適當的醫療跟過度使用會對患者造成傷害，像接受不必要的CT scan為例，他說可能會對病患的身體造成過多的輻射傷害，以及過多金錢的花費。

在正義的部分，我們前面有說到，其實社會正義就是為了要將醫療資源、稀缺資源，分配到這些應當去得到服務跟資源的人，像疫苗為例，我們通常都是將疫苗優先分配給第一線的醫護人員，因為他們是最需要的。

## ICU的故事



- 我認為我的患者在為他們的選擇諮詢時，不希望我考慮醫療保健系統的可持續性
- 在我所提的建議中，患者只會關注他們，而不是公眾
- 醫師必須在這過度勞累和定價過高的醫療環境上發揮主要作用

(Lissy Hu, 2012)

13

接著作者這邊又舉了一個故事，有一個叫Cheryl的女性，35歲，他有AIDS跟子宮頸癌的病史，他可能因為在治療的過程中得到了癆管病，那這次因為癆管病來找這位醫師，那這位醫師就叫了ICU的人來，ICU一看到Cheryl就說，這個病患他對稀缺資源使用不善，為他多做任何治療是沒有意義的，這時醫師就很生氣的說，如果這是你妹妹呢？如果這是你媽媽呢？那這個ICU的人很快就放棄了他的理論，最後同意他住進ICU，但是他最後說「這就是為什麼我們美國醫療花費這麼昂貴，就是你們這些外科醫師不懂得什麼時候放手」，接著過了兩天，Cheryl就偷偷跑出病房去抽菸，第三天護理師在巡房的時候發現他已經腸道大出血死在床上。

那從這個故事，我們可以看到說，其實ICU的人，他在A醫師講述個體的層面，他很快就放棄了他社會爭議的部分，轉向個體，但是A醫師他也說，其實他到現在也不知道他當初為了這個病患所做得是多還是少，他到現在也是個問號。

作者也說，其實患者在接受諮詢的時候，他是不希望醫師本身去站在社會正義角度去探討醫療的可持續性，而是要關注患者本身，

而不是公眾，所以作者這邊有說到，其實醫師未來其實也還是一定要在過度勞累跟定價過高醫療環境中發揮主要作用。

## 醫療配給的擔憂

- 對管理資源需求通常歸因於對醫療配給(rationing)的擔憂
- Harold Pollack教授「在臨終關懷所體悟的焦慮，我不會在令人恐懼和分裂的臨終關懷領域開始全國性的成本控制討論」  
(Harold Pollack, kaiserhealthnews.org, 2011)
- (Affordable Care Act, ACA)→死亡小組(death panels)



[https://en.wikipedia.org/wiki/Affordable\\_Care\\_Act](https://en.wikipedia.org/wiki/Affordable_Care_Act)



<https://reurl.cc/oxgLSI>

14

接著講到醫療配給的部分，那在配給其實在美國比較容易被政治化，那這邊有說到，對管理資源需求通常會歸因於醫療配給的擔憂，那配給這個詞，美國暫時對於一些生活物資、食品、石油等等進行配給，這是我剛剛講到比較容易政治化的部份。

有個教授就講說，他在臨終關懷體會到一些焦慮，所以他不希望在恐懼跟分裂的臨終關懷領域去進行全國性成本的探討。那我們知道美國ACA(Affordable Care Act)是歐巴馬健保，那他在實施上路之前，其實也是爭議不斷，其中有個叫做死亡小組。

## 死亡小組



Sarah Palin



[https://en.wikipedia.org/wiki/Death\\_panel](https://en.wikipedia.org/wiki/Death_panel)

MORW  
The Miami Herald  
<https://politicaldictionary.com/words/death-panels/>

15

這個死亡小組是由Sarah Palin在2009年提出，這個death panels是什麼意思呢？他的意思就是說，可能會有一群老弱病殘的人，就是躺在病床上，我們就把他視為是老弱病殘的人，他可能會收到death panels的成員去做評價，他是否適合適當使用這個醫療。

我們看到第一個人，他就說，他正要死於癌症，而且他沒有健保。第二個就說，我們為什麼要這麼趕做這個決定呢，我們再多研究一些。第三個則說，我非常確定這個女性，他不希望政府去維持他的生命，其實這聽起來是有點荒謬。那第四個則說，這個女性，他覺得他的生命值多少錢？結果第五個他就匆匆做了一個決定，就是說，好，我們決定是一致的，就是要宣判這個病患死刑，沒辦法用這個醫療資源。

這個death panels其實在當年就是被美國認定是年度的謊言之一，實際上歐巴馬健保是沒有death panels的，但直到2016年，還是有將近29%的人認為death panels是存在的。



## 醫療配給的類型

**Bedside rationing**  
床邊配給

- 根據支付費用的能力來配給醫療
- 患者的藥物、自付額、保費過高
- 藉由gatekeeper限制服務的使用

**Rationing at the system level**  
系統性配給

- 通過保險範圍進行配給，包括承保對象和承保內容
- Ex. Medicare

美國醫師學會

**配給**

決策者決定提供哪些稀缺醫療資源以及由誰接收

**理性決策**

通過其做出明智的選擇

Jon C. Tilburt

**配給倫理**

不提供可能具有淨臨床益處的治療

**簡約醫療倫理**

提供患者適當醫療並積極避免浪費性醫療

接著講到醫療配給的類型，那醫療配給類型分為床邊配給跟系統性配給。床邊配給就大概是說，根據這個病患支付能力來配給醫療，可能他如果付比較多，那他就可以得到更好的醫療，通常這部分會藉由家庭醫師，gatekeeper的部份來限制一些醫療服務的使用。

那在系統性配給則是說，他可能今年繳了一千美元，那他只能用這一個list裡面的服務，超過的就不能用了，如果他要用的，那他就要在提升他的金錢。

接著在配給的部份，我剛剛有講到說比較容易政治化，那一些學會跟一些學者就希望說能夠做一些區別，像是美國醫師協會就有說到，理性決策部分就是透過醫病之間的溝通，達到明智選擇。

## 美國內科專業委員會章程

- 在滿足個體患者需求的同時，醫生需要提供基於對有限臨床資源的明智且具有成本效益的管理的醫療保健
- 他們應該致力於與其他醫生、醫院和付款人合作，制定具有成本效益的醫療指南
- 醫生對適當分配資源的專業責任要求謹慎避免多餘的檢驗和手術
- 提供不必要的服務不僅使患者面臨可避免的傷害和費用，而且減少了可供他人使用的資源

17

接著最後講到，在倫理的部份，就是美國的一些相關學會有訂定一些章程，我們可以看到說美國內科專業委員會，他提到說，在滿足個體患者需求時，醫師要在有限資源、臨床資源去做明智跟有成本效益的管理，其實這部分已經有清楚的體現到這個章程其實他有將個體跟社會爭議的精神納入。



## 美國醫學會醫學倫理守則

- 醫師的**首要職責必須是對個別患者**
- 這項義務必須凌駕於對給付機制的考慮之上.....醫生應該.....提倡鼓勵有效實踐的激勵措施，但其目的不是為了實現超出通過效率所能達到的成本節省。作為對降低使用率的平衡，醫生還應倡導基於醫療質量和患者滿意度的激勵措施
- 強烈反對，第三方成本控制策略來危及患者健康和醫療品質，並將採取必要的適當行動來限制

18

接著在美國醫學會的倫理守則部分也是一開始開宗明義就說，首要職責就是對個別患者。

## 美國急診醫師學會

- 在日常臨床決策中，急診醫師對患者和社會負有雙重責任，以謹慎管理，即負責任地使用可用的醫療資源
- 為確保在有限資源的約束下保護個體患者的利益，贊同以下幾點：
  1. 在任何臨床決策過程中，**患者的最佳醫療利益應放在首位**
  2. **適當使用有限資源的標準**應包括
    - 1) 患者醫療狀況的緊迫性
    - 2) 患者獲得醫療利益的可能性、幅度和持續時間
    - 3) 病人的負擔和醫療費用
    - 4) 社會成本
  3. 急診醫生不應根據患者的支付能力、對社會的貢獻、過去的資源使用情況或對其醫療狀況的責任來分配醫療資源

那在急診醫師學會的部分，也是有提到要將患者最佳利益放在首位，要適當使用有限資源，其實這都體現了今天所講的就是社會爭議跟個體層面的醫療倫理部份。

## 結論

- 如何最好地將成本考慮因素納入個體臨床醫生的決策中可能仍然存在爭議
- 個體患者和社會的最大利益有很多契合點，這些容易實現的目標是應該尋找的

### Key Point

1. 倫理四原則：尊重患者自主權、善行、無惡意和正義
2. 一些專業醫師協會和組織已將醫療保健資源的管理視為醫師的道德責任
3. 鑑於醫療保健的高成本，批評者認為我們沒有以最公平或最有效的方式分配醫療保健

那最後作者本章的結論，他就說要如何將這成本因素納入個體臨床醫師的決策，其實仍然是存在爭議，那個體患者跟社會最大利益其實有一些契合點，這些容易實現的目標是應該尋找，以下是今天本章的重點。

## 心得



那接著是我個人讀後心得，其實因為我進健保就是在查核，那在查核之前，帶我的前輩就有說到，同一個案件交給不同承辦人去看的時候，會有不同角度，那可能會根據他們過往經驗，所以就是他可能覺得這個案件嚴重，但另外一位同仁就覺得輕，這可以呼應今天所講的倫理部分，其實醫師他就會去評斷個體跟社會之間的差異。

接著講到查核經驗，那在過往查核經驗，其實有一個案件讓我非常印象深刻，有一個病患在我們訪問他的時候，他就一直哭、一直哭，不是說我們對他做了什麼，是因為他被醫師切了二分之一的胃，導智說他在吃飯的時候他只能吃一口飯就飽了，他只要一想到就一直哭，他覺得說未來該怎麼辦，但我們其實也是只能安慰他，我記得那次訪問真的訪問很久，一個小時有，那當然這個醫師他就已經違反今天我們所講醫學倫理的不傷害有不少趟，當然這個醫師也受到我們健保署嚴厲的懲罰。

最後是健康存摺的部分，今天我們都在講醫師醫學倫理的部分，但是在我訪談民眾的過程當中，其實發現我們一般社會大眾對於醫

療資源使用，其實是非常不珍惜、不關心的，因為台灣的醫療花費對民眾來說太便宜了，我們近期有在推廣健康存摺部分，其實在最近查核的案件也發現說，有些民眾因為看了健康存摺，發現健保資料怎麼會被醫師亂報，所以就來跟我們健保署檢舉，那其實這部分也是大大提升了民眾參與健保的程度，像未來健康存摺，我個人是建議說，可以增加民眾針對醫療記錄的正確性，可以做一些勾選，假設不正確有一些勾的選項，那我們可以事後透過大數據的分析，從中查到一些不實申報的醫師，這部份未來也是要透過醫界、政府(健保署)以及民眾三方努力，達到避免健保進入公地悲劇的情形。

Thank You



以上是我的報告，謝謝大家。