

臺灣全民健保現況 及OECD衛生支出

企劃組 趙偉翔科長

110/12/9

1

李伯璋署長：

大家早安，真的很快，這本書也快要念完了，我覺得很不容易，大家很堅持而且沒有逃課，說實在的企劃組真的很棒，不是因為我昨天去吃你們的尾牙所以這樣說，把我們健保改革日記翻成英文版，然後跟書商Springer接觸，我覺得真的是很棒，然後各分區組長都在協助，當那本書做好後我們又會跨到另一個境界。

那我們今天很高興偉翔要跟我們介紹OECD相關資料，謝謝，開始。

莊欣怡科長：

謝謝署長，我們今天是讀書會加值場次的第三場，由我們企劃組趙偉翔科長，為大家帶來「臺灣全民健保現況及OECD衛生支出」，我們歡迎偉翔科長。

趙偉翔科長：

謝謝署長，謝謝各位健保署的長官還有各位醫界的先進，我是健保署企劃組趙偉翔，那今天為各位介紹的是「臺灣全民健保現況及OECD衛生支出」的題目。

大綱

- ▶ 文章介紹
- ▶ 臺灣全民健保介紹
- ▶ OECD衛生支出介紹

今天的報告主題，大概分成三個部份，第一個部分我會先跟各位介紹這篇鄭宗美老師文章的起源，第二部份介紹文章的內容，他文章內容其實在講台灣健保制度的介紹，第三個部分的話才是會提到OECD衛生支出的介紹跟台灣的比較，我會分成這三個部分來跟各位說明。

一、文章介紹

本文介紹

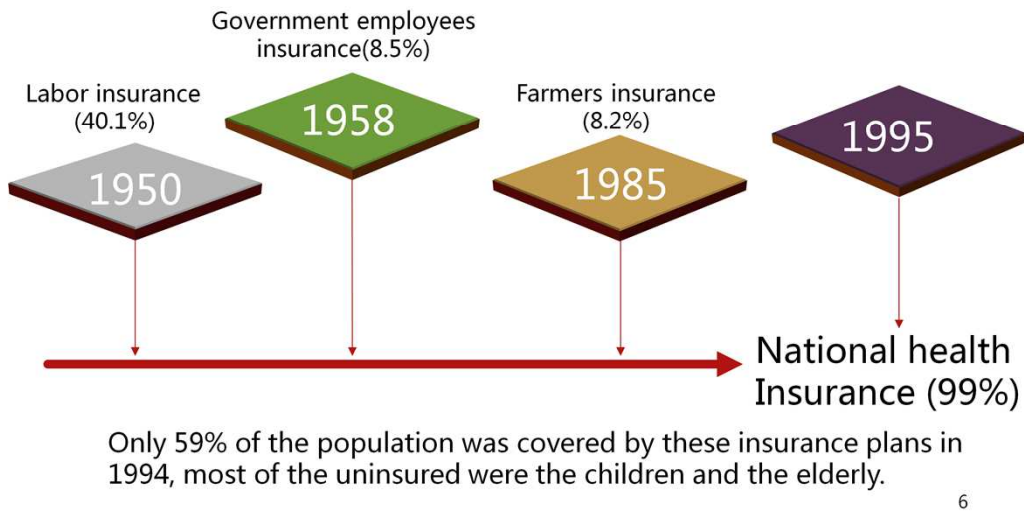
- 作者：鄭宗美老師
- 資料來源：
 - ▶ The Commonwealth Fund
 - ▶ Country Profiles-International Health Care System Profiles
 - ▶ <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries>
- 發表時間：2020年6月5日

先為各位介紹一下這篇文章的起源，這篇文章是鄭宗美老師寫的，它的起源是在美國The Commonwealth Fund的一個網站，這是一個醫學博士David他所創立的，網站創立的宗旨，是希望能夠促進高品質的醫療保健系統，提供更高的醫療服務、提高醫療的品質跟效率、保障社會的弱勢與老人。

網站主要是在衛生保健跟衛生政策的政策上面比較活躍，那這網站活躍已經一陣子了，但在2020年的時候，有COVID-19在全世界大流行的關係，他觀察到說，只要有良好醫療保健制度的國家，對於對抗這種大流行的韌度是比較足夠的，所以他特別成立country profiles這個區域，請了20個人去寫了20個國家醫療保健制度的介紹，那其中台灣醫療保健制度的介紹就是由鄭宗美老師寫的，所以待會我在幫各位導讀這個文章的時候，先跟各位說明，這個文章中，鄭宗美老師就是在跟外國人去介紹台灣的健康保險的制度，所以等於是說我今天要在這邊，跟各位全民健保的專家介紹台灣的全民健康保險，有點班門弄斧，所以那個部分我會講快一點，但是我覺得他有個特色就是說，他是從外國人的角度來介紹台灣的健保，所以有些我們可能覺得習以為常的一些地方，其實外國人覺得很棒，這部份也希望讓大家知道說其實我們有些部份其實是國際領先的，而且是非常棒的。

二、臺灣全民健保介紹

臺灣社會保險之演進



那他首先介紹的是台灣社會保險制度的演進，在1995年全民健保實施之前，台灣有大大小小的好幾個小小的保險，像是勞保、公保、農保，還有一個叫做民意代表保險，還有個叫低收入戶保險，那幾個加起來的話，全台灣大概只能保障59%的民眾而已，而且最重要的是比較需要保障的像是老人或者是小孩，反而都不在這個保障的範圍裡面，所以他在1995年台灣全民健保成立之後，才把這些最需要被保護的人的保進去，那現在納保率也已經到99%了，也表示說真的需要保障的人也是透過全民健保去獲得保護的。

全民健保特色

納保對象	Compulsory enrollment for all citizens and legal residents
管理制度	single-payer system
醫療給付	illness, injury, and childbirth
醫療提供者	Contract-based
政府角色	MOHW : the policy maker NHIA : the administer
監督者	<ul style="list-style-type: none"> • Parliament • Civil groups • Media • The

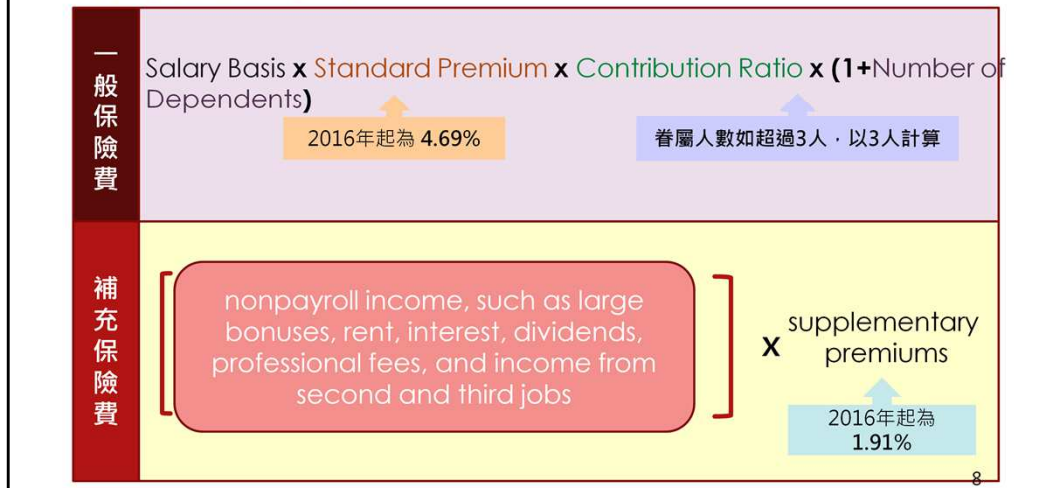
那這邊也跟全世界介紹台灣全民健保的特色，首先，台灣全民健保納保對象第一個就是國民，第二個就是居住六個月以上的外國人。管理制度的話是以政府為主的單一保險人制度。醫療給付方面的話，當然就是疾病、傷害、還有生育。那醫療提供者的話，他是有特別強調說，不管是公營或者是私營，只要有跟全民健保特約的醫事機構，通通都可以提供醫療服務。

那政府的角色的話，作者分成兩個，一個是衛生福利部(政府)，衛生福利部是負責政策，一個是政策的擬定，第二個部分是決定總額預算的額度跟成長率，那健保署的話，他就直接定位在執行單位，我們執行什麼呢？就是執行跟監督，包括了保費的收繳、醫療費用的給付還有品質的控制以及促進，這就是我們健保署的角色。

那監督他有提到說，這雖然是政府為主，但還是有民意監督的力量，他提到第一個是立法院，立法院負責的是法案，一定要通過立法院的審議，還有以前費率的審查也要通過立法院。那接下來他還有提到說，我們還有成立了健保會，健保會有各界的代表，所以監督的話是有民意基礎的。

以保費為基礎的社會醫療保險制度

保險費計收方式



這邊有特別提到說，我們全民健保的制度是以保費為基礎，他會特別提這個是因為全世界的保險制度，大概可以分為三類，一類是英國體系為主的NHS公醫制度，就是以稅收為基礎的。第二類就是比較多，像我們一樣以保費為基礎的社會醫療保險制度。第三類就是商業保險制度，類似像美國。所以他是先講台灣是全世界目前最多的，以保費為基礎的社會保險制度。

那他有介紹台灣保費的計算方式，首先他就是講說，保費方式的話，一般保險費大概佔全部保費的81%，那這就是健保的投保薪資乘以我們的費率，費率部分的話，因為這是2020年的文章，所以這邊寫的是4.69%，但大家都知道，今年1月1日開始，我們已經改成5.17%，然後再乘以負擔的比率，最常見的就是民眾30%、雇主60%、政府10%，在乘以1加上眷口數，這是一般保險費的部分。

其他的部分就是從補充保費這邊來，就是除了工資以外的像是獎金、租金、利息、股息、兼差收入或者是其他的部分，乘以補充保費的費率1.91%，那也是今年1月1日開始改成2.11%，那他這邊也有提到說，還有一些少部分是政府補貼，他講的就是健保裡面還有包括部分的菸捐、公益彩卷的收入，他文章裡面也有帶到，不過比例非常的低。那他也有提到說，台灣有部分的私人保險，不過私人保險存在的目的就是補充健保不足的部分，譬如說健保不給付的藥品、醫療器材或者是病房升等，類似像這種的。

健保給付範圍

Covered benefits

- Inpatient and outpatient care (both primary and specialty care)
- Prescription drugs
- Dental care (excluding orthodontics and prosthodontics)
- Traditional Chinese medicine
- Renal dialysis
- Maternity care
- Child delivery
- Physical rehabilitation
- Home care
- Chronic mental health care
- Preventive care

他就提到台灣全民健康保險給付的範圍，那這範圍的話，這個問題就很有趣，因為全世界大部分的全民健保，最多的應該是給付住院部分，像是有住院加部分門診，然後少部分是門診加住院都有給付。

台灣的全民健保，不但是門診加住院都有，我們還有牙醫，除了牙醫之外我們還有中醫，這個在世界上是非常罕見的，保障的範圍非常的大，那我們的除了剛剛講的西醫的門診、住院，中醫、牙醫還包括了分娩、復健、居家照護及精神社區復健。治療照護的話還包含了診療、檢查、檢驗、會診、手術、藥物、材料、處置治療、護理及保險病房等等。我們大家習以為常的全民健保的給付範圍，其實在世界上，它包含的範圍非常罕見、非常的廣泛的。

部分負擔

outpatient	轉診: 50 元(1.65 美元) 至 170元(5.61 美元) 未轉診:50 元至 420 元 (13.86 美元)	免除部分負擔： 1.重大傷病、分娩 2.於山地離島地區就醫 3.低收入戶、榮民、3歲以下兒童 4.醫療資源缺乏地區就醫得減免部分負擔
drug	每次門診就診上限為 200元(6. 6 美元)	免除部分負擔: 1. 持慢性病連續處方箋調劑 (28天以上) 2. 牙醫診療服務 3. 論病例計酬醫療服務
inpatient	少於 30 天：慢性病床 5%，急性病床 10%。	2018 年住院部分負擔上限：同一年同一 疾病每次住院38,000 元(1,254 美元)，全 年累計住院64,000 元(2,112 美元)。

10

那他有特別部分負擔，這個部分他有特別提，我覺得一定是因為他覺得我們的部分負擔真的很便宜，因為他提到說，門診有轉診就是50-170元的台幣，也就美金1.65到5.61元而已。那沒有轉診的話也不過是1.65到13.86美金而已。

藥品的話上限一次是也是200元，最高上限也才6.6美金而已。住院的話，雖然少於30天的慢性病床5%，急性病床也才10%而已。一年同一個疾病的話，每次住院是38,000元，才1,254美金，全年也不過是2,112美金，跟大家在新聞上面看到說，不小心去美國掛個急診就要上萬美金比起來的畫，台灣的全民健保部份負擔這方面的金額真的是不算高，而且我們還有很多可以免除部份負擔的條件，免除部份負擔的部份就請各位卓參，因為大家都是專家，就不好意思在這邊講。

醫療品質提升策略

- ▶ Payment incentives.
- ▶ Claims management and reviews .
- ▶ Information-sharing and transparency.

11

那他有提到說，那我們全民健保是怎麼樣去照顧我們醫療品質的部分，他提了三點他的觀察。第一點就是給付的誘因，給付的誘因是說在2001年以來，我們健保署就針對非常多的疾病，包括了子宮頸癌、糖尿病、精神病，還有早期慢性腎臟病等等，有實施獎勵方案，成效也非常良好，他以2017年為例，已經有68%的精神分裂症患者都已經在品質提升方案裡面接受治療，這是第一個，他是認為說，我們台灣有這個醫療品質提升方案。

第二個他所提到的誘因是總額預算的時候，他說每年總預算在審明年度成長率的時候，他會去考量各個部門的醫療品質，還有民眾的滿意度，如果表現優秀的話，會有0.3%到0.5%的獎勵，這就是給付的誘因部份。

第二部份講的是審查，這個審查的話包括了就是我們之前有提到就是系統性的審查，包括隨機審查等等的，然後還有他就強調同儕的review，就是這些審查出來的案件之後，還會經過醫界再一次的確認之後，去確認他的醫療品質有沒有問題。

第三個部分，他說我們的方法就是靠資訊分享，這指的是什麼呢？他說，健保從2005年以來，我們已經陸陸續續有公布醫療品質的指標，包括了感染率等等，那他講的其實就是我們現在醫審及藥材組在網站上「醫療品質資訊公開網」，裡面有數百項醫療品質的資訊，可以提供民眾在上醫院之前先去這邊做搜尋，去了解各家醫療機構他們的品質之後，再決定要不要去。所以他認為說，這三個策略是台灣全民健保用在醫療品質上面的一個很好的手段。

弱勢族群保護

- ▶ Economically disadvantaged Taiwanese
- ▶ Geographically disadvantaged : IDS計畫
- ▶ The Family Doctor Integrated Care Program
- ▶ The Hospital Patient-Centered Integrated Care Program

12

那這張是講弱勢族群的保護，因為它的網站一直有強調弱勢族群，所以他的架構裡面都有講到每一個國家是怎麼樣去保護的，這邊就有提到說，對於經濟弱勢的部分，我們健保就有包括像保費補助中低收入戶、身心障礙、失業、原住民，我們有保費補助；欠費協助的話，我們有紓困貸款、分期繳納跟愛心轉介，這些我們習以為常的，在全世界各國來看的話，其實大部份各國都只有低收入戶有保護，我們這樣的保護是很全面的。

第二個他講的是地理弱勢的保護，所謂地理弱勢就是偏鄉、離島這種地理弱勢，這種弱勢的話特別介紹了台灣的IDS計畫，他說台灣的IDS計畫是從1999年開始的，針對我們偏鄉、離島的民眾，估計大概四十萬人，占人口不到2%，為了讓這2%的人可以獲得醫療照護，我們這IDS的計畫提供給他們的有巡迴門診、固定門診、二十四小時的急診還有夜間門診的服務。

然後他後來也有提到的一個家庭醫師整合照護計畫，他提到說，這個計畫主要是在建立的家庭醫師制度，那是2003年開始，有5個或更多的診所加醫院來組合成功的，可以提供24小時的疾病管理、患者的健康教育跟預防保健，那2017年6月已經有4,063家初級保健診所和183家醫院加入，形成了526個初級保健網絡，大概覆蓋了台灣健保參加人數的17.4%。

最後他就提到疾病的弱勢，指的就是多重慢性病的病人，這群人是弱勢，怎麼去保護他呢？他特別介紹的是，我們以病人為中心的整合照護計畫，是針對65歲以上患有兩種或多慢性病的門診患者，去做整合性的醫療服務提供，避免這些人重複用藥傷害到他們的健康，提升他們的醫療品質，這是我們台灣的弱勢族群的保護。

電子健康紀錄

- NHI card
- The NHI MediCloud
- My Health Bank

接下來他就介紹，叫做電子健康紀錄，這個其實不是每個國家都有寫，但是鄭宗美老師有特別寫，其實我後來看特別有感觸，因為他第一個介紹的是我們的健保卡，那健保卡其實大家從小用到大，其實很多人都習以為常，但是後來我來健保署才發現，其實很多國家根本就沒有健保卡這種東西，而且台灣全民健保不但有IC健保卡17年以上，甚至我們從去年開始已經走到虛擬健保卡這邊，那大家也知道這健保卡在今年COVID-19疫情期間，立下了很多汗馬功勞，可以拿來買口罩、可以來做TOCC的註記等等，所以他認為說，全民健保卡是非常普及非常好用的一個工具。

第二個部份他特別讚美的是MediCloud的部份，MediCloud我也認為在國際上到目前為止沒有幾個國家可以跟我們比肩的，主要也是台灣是以政府為主體的單一保險人制度，所以我們有辦法做這些跨院所醫療資料的整合，然後才能夠做成這個系統，讓民眾可以在不同的醫療院所間、醫事人員可以在不同的醫院裡面，去查詢病患之前的紀錄，這個也是非常不簡單的一件事情。

第三個他介紹的是我們的健康存摺，他提到說，這個是後來回饋給民眾，讓民眾可以去查詢自己的健康紀錄。

那這三個可能我們在健保署裡面都覺得習以為常，但其實，因為我在做這個之前，我還有簡單看其他國家的介紹，沒有很仔細看因為時間很趕，但是基本上我沒有看到什麼國家跟我們一樣有這麼完整、有這麼優秀的醫療資訊系統的，我真的覺得我們台灣的健保署，不管是健保署的同仁，資訊、醫管、醫審，署長這方面真的都越來越厲害，而且都越做越好，我真的覺得，看到這段的時候，我真的覺得自己身為健保署覺得點驕傲，這樣的感覺，所以我特別把它獨立成一張。

經費控制

- ▶ The global NHI budget system
- ▶ Other cost-containment measures include DRG payments for hospitals
- ▶ Annual drug price adjustments.
- ▶ Patient cost-sharing

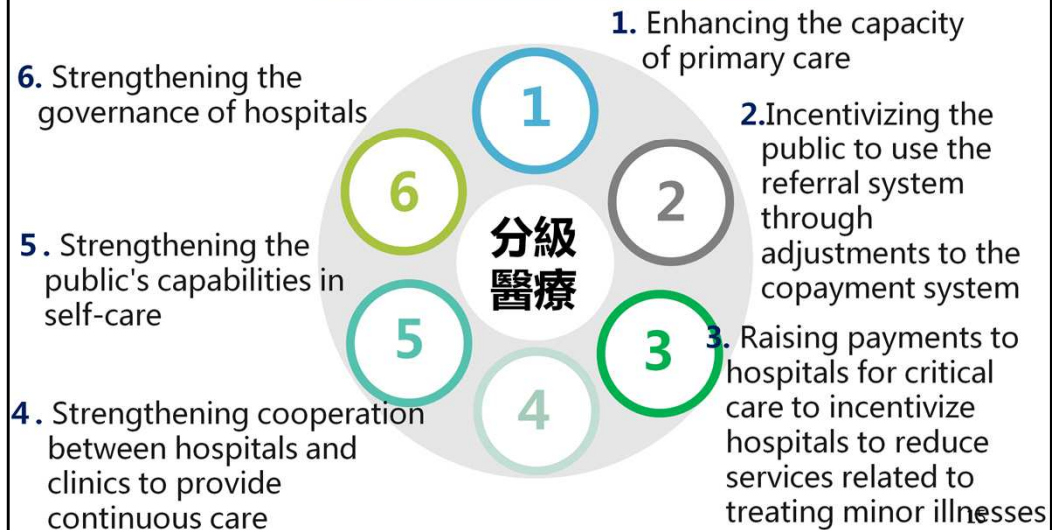
14

接下來就比較傷感情，他就說，台灣的全民健保為什麼可以被控制那麼好？後來提到第一個介紹的就是總額預算制度，他提到說總額預算制度在實施之前，年增長率大概是6-9%，但是實施了總額預算之後，2004到2015年，它的增長，每年平均增長就降到了3.87%，這就是經費控制的一個手段，他列為第一個。

第二個他是講支付制度的一些改變，這邊舉的是DRG制度，那第三個部分的話，他講的是我們每年有做藥品價格的調整，他也特別提到說，台灣藥品的支出，占健保的比例大概是25%，大概四分之一，比OECD平均16.2%還來的高，所以我們有建立2013年開始實施這個價格調整機制，當藥品超出我們目標的時候，我們就可以自動啟動的價格調整機制。

最後他介紹的是民眾端的部份，他講的是部分負擔制度，他自己也講，部分負擔制度在台灣不算特別有效，他覺得這個只是手段之一，但是他沒有特別說明，他只有特別提到部份負擔也是控制經費的一個重要手段之一。

重大創新改革-分級醫療



那他重大創新改革部分的話，他選擇講的是分級醫療，其實我有點訝異，不過他還特別介紹我們分級醫療的六大方案。

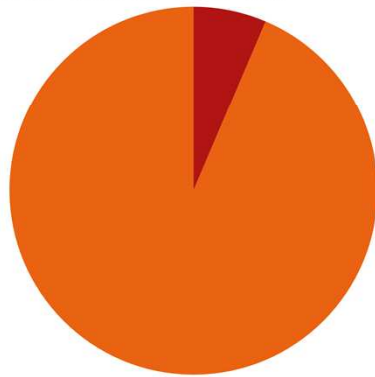
1. 提升基層醫療服務量能
2. 導引民眾轉診就醫習慣與調整部分負擔
3. 調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務
4. 強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護
5. 提升民眾自我照護知能
6. 加強醫療財團法人管理

三、OECD衛生支出介紹

以上就是這篇文章的導讀，他其實整篇就是在介紹我們台灣健保目前實施的現況。那接下來的部份，我要特別一個部分拉出來，就是在講OECD衛生支出跟台灣的比較，主要就是鄭宗美老師他在裡面有提到。

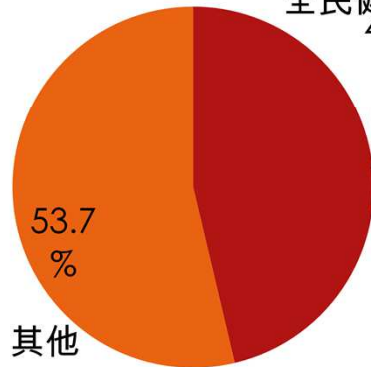
健保支出佔GDP3.4%

國民醫療支出 6.4%



GDP

全民健保
46.3%



其他

國民醫療支出

17

他特別提說，他其實只帶到一句話而已，他說2017年台灣的國民醫療支出占GDP的6.4%，其中全民健保占53.7%，整點而言占GDP的3.4%，他其實就講這麼一句話而已，但是這部份特別拉出來說，他稱讚了我們全民健保這麼多，那我們可以有這樣的成就，到底是投入過多？過少？還是剛剛好？這就是我們這部分想跟各位探討的一個地方。

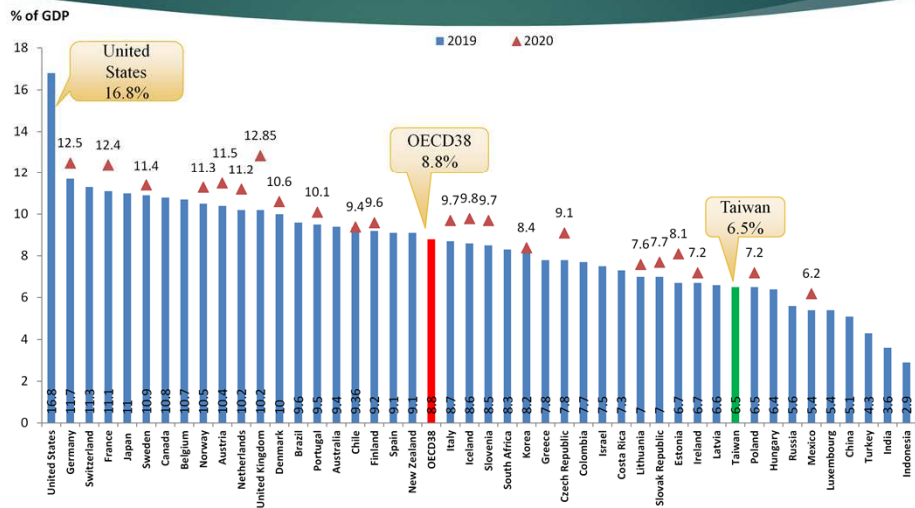
Taiwan's Annual Real Growth in GDP and Annual NHE of GDP



18

這一張紅色的部分是GDP的成長率，橘色的部分是國民醫療保健支出占GDP的比率，那我們可以看到經濟成長率的話有高、有低，就是有的時候，台灣的經濟比較好，有時候台灣的經濟比較不好，好的時候可以到9%，不好的時候可以到-2%，但是不管經濟好還是不好，我們都可以看到，國民醫療保健支出占GDP的比例是從一開始的1995年的5.1%一直到2019年的6.5%，是呈現非常穩定而且緩慢的上升趨勢，就是不管經濟的好壞，我們國民醫療保健支出佔GDP的比率都是緩慢的成長，這個趨勢是沒有改變的。

Total health expenditure as share of GDP

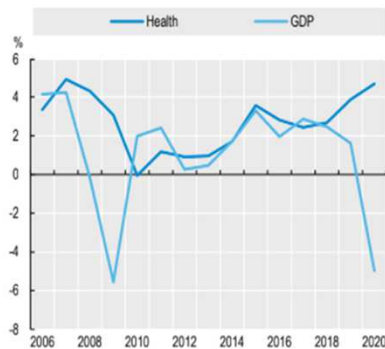


Source: OECD Health Statistics 2021, WHO Global Health Expenditure Database.

HEALTH AT A GLANCE 2021 © OECD 2019

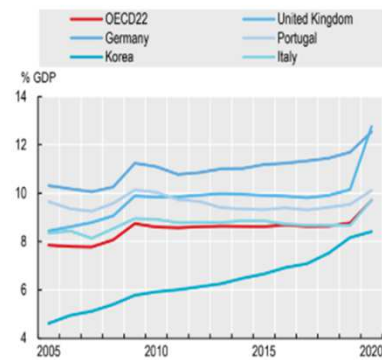
那這樣子的話，我們這樣的比例到底是好？還是不好？過高還是過低？那我們跟OECD這38個國家來做比較的話，結果會是怎麼樣呢？我們先不看最極端的美國，美國的話到占到16.8%，大家都知道美國是非常特別國家，那OECD這38國的平均數，他的國民醫療保健支出佔的比例是8.8%，那台灣其實只占6.5%。所以很明顯的，我們是屬於投入比較少、落後的後段班，那跟我們差不多等級的，只有東歐國家，比如說，我們前面的是Latvia，後面的是Poland，都是東歐國家。

Figure 7.2. Annual real growth in per capita health expenditure and GDP, OECD, 2005-20



Note: Average of 22 OECD countries.
Source: OECD Health Statistics 2021.

Figure 7.3. Health expenditure as a share of GDP, selected OECD countries, 2005-20



Source: OECD Health Statistics 2021.

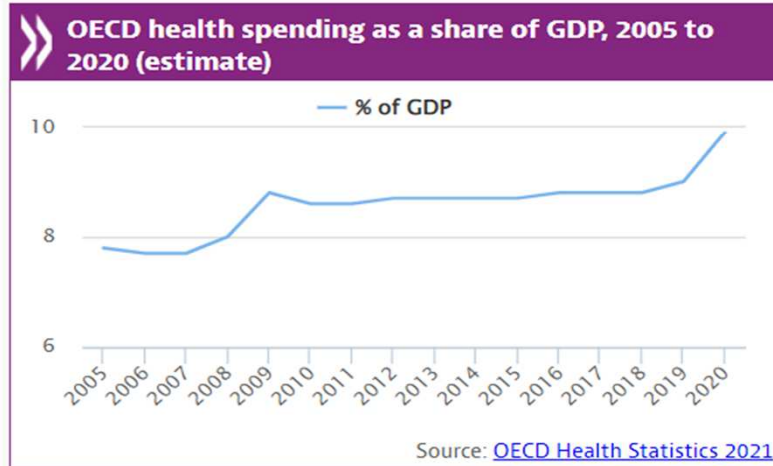
20

那OECD現況是這樣子，OECD的趨勢跟台灣不一樣呢？所以我們就特別去找了一個，我們先看左邊的圖，左邊的圖的話顏色比較不清楚，不好意思，因為這是在網站抓下來的，他深藍色的就是在講醫療保健支出的成長率，淡藍色的是GDP的成長率，是我們會發現一個很明顯的趨勢，就是說，他跟台灣一樣，不管經濟好壞，經濟好的時候成長率可以到4%，不好的時候可以到負5近負6%，就是金融風暴的時候，那不管經濟的好壞，我們可以看到他的醫療保健支出成長率都是正的，都是大於0的。

讓我們再看長期趨勢的話，我們來看右邊那個長期趨勢，我們可看到紅色那條是OECD的平均，也可以看到說，OECD醫療保健支出占GDP比例，也是看到他很穩定，大概就是8%多一直到到9%多，也是一個呈現緩慢，但是也很穩定的成長的趨勢，所以我們可以看到OECD的趨勢，基本上跟台灣的趨勢是一致的。

Trend of OECD average health expenditure as % of GDP

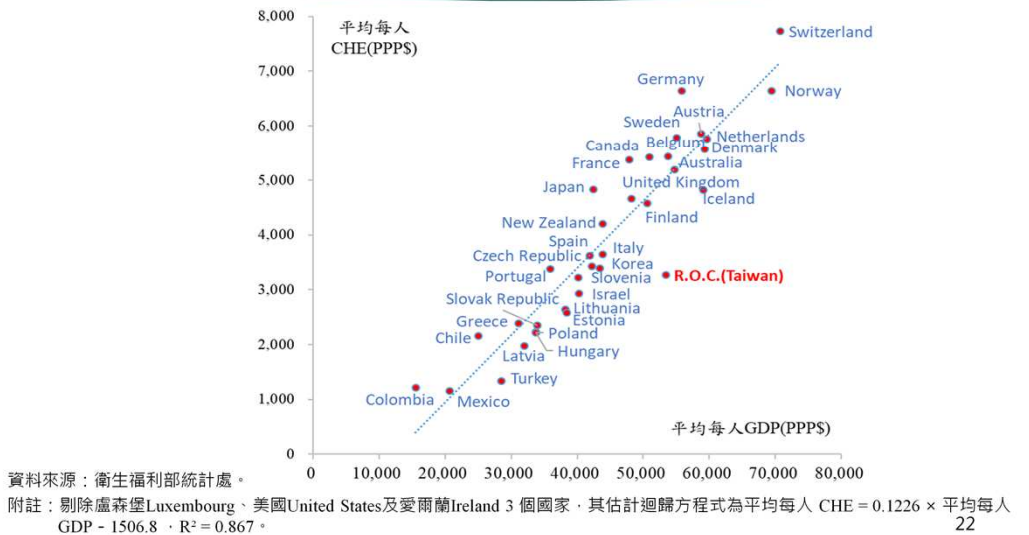
2005-2020



21

那這張特別把它拉出來，是因為說最後有個翹起來的部分，那有特別去看了一下，為甚麼那個年度會特別高，其實就是COVID-19的關係。在2019年的時候，他的增長率暴增了3.3%，達到了8.8%，那後來就是慢慢提高到2020年的9.9%。他主要的原因是說，因為COVID-19的關係，政府的投入大量的增加，民間的投入大部份是持平或減緩的，但整體而言，對於醫療方面的投入是很明顯的增加，那今年2021年的話估計也會是這樣的一個趨勢，可是今年的數字還沒出來，但是原則上可能會突破10%。

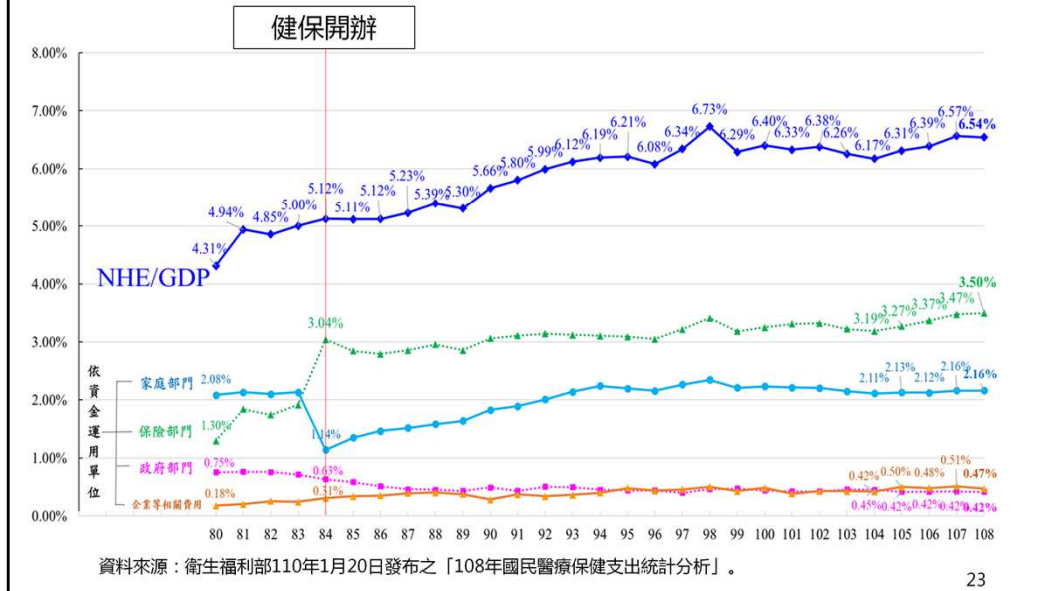
2019年OECD會員國與我國平均每人經常性醫療保健支出(CHE)與平均每人GDP



這一張的話是從衛福部統計處抓的一個表，那我們講了那麼多，到底跟國際比起來，台灣到底是偏多、還是偏少，這一篇的話，他就是針對OECD會員國跟我們的經常性保健支出，跟平均每人的GDP做成了一個圖，去做校正。

中間那條直線就是標準，那我們就看到台灣，在紅色那部份很明顯的是跟人家差的很遠，就是說我們的投入確實是比別人低的。

我國整體醫療保健支出



23

那我們現在看，如果比較低的話，那我們要看一下，內容是甚麼情形？我們可以看一下，最上面深藍色部份是整個GDP的趨勢，下面一張的話是依照單位做區分。首先我們看到的是家庭部門，它主要就是民眾自付的部分，就是包括了自費的部分、部分負擔、還有他付的保費等等。他從健保開辦之後，慢慢的有逐步上升，可是上升的幅度其實很緩慢，那保險部門，這個保險部門不只包含健保，包括公保、勞保等等的，保險部門的話，他一直占的比率最高，占到3.5%，民眾的部分是2.16%，那後面下面兩個，就很明顯很低，甚至像政府部門的投入甚至呈現負值的。那企業相關投入的話，其實也是非常的低，雖然裡面有點成長，從0.18%到0.47%，但其實他成長幅度非常緩慢，也非常低。

那我們大概可以知道說，家庭部門大概已經占到第二位，然後他成長幅度非常的緩慢，保險部門的話，他是第一位，但是他的成長幅度已經占到3.5%，政府部門的話，他的情況大概是持平、偏少，然後往下。企業的話也是偏低。

Is Taiwan's total health expenditure enough?

- ▶ Increase government spending?
中央政府、地方政府、公營醫療機構、中央健康保險署
- ▶ Increase nongovernment spending?
家庭自付、企業及民間非營利團體、私人醫療保險行政管理費

24

所以接下來就會有很有趣的議題，這樣子的話，我們投入是夠還是不夠，不過的話我們可以從哪幾個部份增加？那我們先從兩個部份來看，一個就是從政府部門，我們的分法有中央政府跟地方政府，公營醫療機構跟健保署的部份。

那首先講到說，中央政府，如果要增加投入的話，依照目前稅收困難，而且老人化、少子化的趨勢，我們大家可以預期這方面的投入很難，純粹從現有的稅收再去投入的話，除非加稅不然我覺得機率是不高的。那健保署的這個部份，我們部長也已經講了，今年跟明年兩年是不調保費的，雖然說我們總額預算在明年度有一定幅度的成長，但是我們的保費這兩年大概也很難有大幅度的成長。

這個部分的話，我就覺得說，雖然我們健保署這兩年的保費沒有辦法調整，但是我很佩服署長就是，署長一直很在乎兩件事情，第一件事情就是要去減少無效的醫療費用，就是重複用藥，沒有必要的檢查，我們透過雲端系統或者是各方面的行政手段，讓它降低，這樣有個好處就是說，讓這個醫療資源的使用效率是增加的，這樣的話民眾可以接受到的資源當然就會增加。署長的第二個重點就是抓那些虛報、浮報，這些人抓走了之後，讓這些醫療資源可以真正用在提供醫療服務的醫界身上，醫界也可以好好的把這些資源用在民眾的身上，那民眾就能夠享受到更高品質的醫療服務，所以我覺得我們現在在做的是品質跟效率的提升，這是我們現在健保署

在做的。

那除了這個之外，難道我就沒有其他的辦法了嗎？我這邊有一個想法可以供各位參考，就是我們現在一直在討論，就是不管是總統、行政院或是衛福部，一直在提倡精準醫療的部分，那精準醫療前提要有非常大的投入，像AI的訓練、設備的購買等等，那在國民健康支出調查的會計準則裡面，針對研發可以是列入NHE這部份的，所以如果我們的精準醫療可以促進不管是政府投入，或者民間企業大量投入的話，我們在整個NHE占GDP的比率可以有很明顯的提升，提升了之後，如果我們真的把這個產業好好發展的話，就如同我們健保署現在大力推動的，不管是AI或是虛擬健保卡這些政策，真的好好推的話，未來形成一個產業，會把台灣最強的醫學與資訊結合的話，我希望他有一天是護國神山的企業，而且這個產業如果真的能夠做起來，精準醫療能夠蓬勃發展的話，那我們醫療資源就可以被更有效利用，民眾就可以獲得更高品質的醫療服務。

這是在這邊拋磚引玉，希望這個部分可以讓大家討論跟思考。

敬請指教!!!

那今天簡單的介紹到這邊，請各位多多指教，謝謝大家。