

50%不曾檢查過並不知道自己是帶原者，即約 120 萬人知道自己是帶原者，其中約 30%即近 40 萬人為活動性肝炎，可能需要積極治療，否則每年約有 2%會進展為肝硬化 1%會發生肝癌，其他 70%雖為不活動性帶原者，一般而言可以相安無事，不需藥物治療，但每年約有 2%會因各種因素變成活動性而需要治療，因此，每一位帶原者都需要定期檢查，遇有需要給予積極治療，定期檢查還可以早期發現肝癌而得以及時切除或以電燒根除。

二、定期檢查的部份健保完全給付，政府做得很好。但目前的問題是：1. 尚未被發現是帶原者的一百多萬人，政府應有機制對 30 歲以上未曾檢查過 HBsAg 的人提供免費的篩檢，發現是 HBsAg 帶原者即納入定期檢查。2. 有活動性肝炎者的治療問題，目前 B 型肝炎的藥物有二類，其一是長效干擾素每週皮下注射一次，療程一年，其二為口服每日一粒的抗病毒藥物。前健保局因財務考量自 2003 年 10 月起設定嚴格條件開始試辦選擇性且有限度的給付，包括口服藥一次療程給付 18 個月，且一生只限兩個療程，而且第一次用干擾素者，需隔一年才能有第二療程。以後給付改為現在的口服藥一個療程三年，干擾素將改為一年療程，但除肝硬化可以無限期給付外，一位病人一生只能接受兩個療程。全天下沒有那一個疾病是被限定只能被照顧二次的。

三、台灣人民受 B 型肝炎危害多年，領先全球的全面疫苗施種讓帶原率下降到 0.5%，肝癌也跟著減少，這些結果為全球所稱道且群起倣效。對於已存的 B 型肝炎帶原者，台灣肝炎學者也戮力研究，也有許多領先全球的表現，尤其是自 1995 年以來，在 B 型肝炎新藥的臨床驗證上，台灣各大醫學中心無役不與貢獻卓著，允稱世界上對 B 型肝炎處置最為了解、最有經驗的一群肝病專家，而且，領先全球的第一個「B 型肝炎治療指引」就是由台灣學者主導完成發表（2000 年），迄 2012 年第五版一直由台灣學者領導並出任主席，換言之，台灣學者指導國際肝病學界如何處理 B 型肝炎病人，台灣卻沒有遵行，極其諷刺的是目前亞洲地區接受調查的 16 個國家中，只有台灣、印尼和巴基斯坦有療程的限制，台灣的 B 型肝炎給付竟比國民所得還低於台灣所得的孟加拉、越南還不如，可說是極大的「國恥」。

（三十五）本院黃委員昭順，針對長照制度因財源問題引發朝野爭議，保險制或稅收制，究竟哪種適合可長可遠長照之發展，特籲請政府也應思考，從「高齡化」的問題中，尋找出路。理論上，解決高齡化問題最有效的方法，是鼓勵年輕人口的移入，廣納各國的青年才俊以技術、智慧或資金移民台灣，不但可以均衡並減化我國高齡化的幅度，更可以為台灣帶來足以富國強國的人才及錢財。但可惜的是，這樣的移民策略用之於台灣，卻因我們「防弊重於興利」的機制，讓投資與就業的外籍年輕人卻步不前。如果政府政策一時不能有效突破，在調整人口結構上，無法快速增加移民之際，則是否就應設

法提升老年人的健康，重新定義「老年」，讓健康的老年人增加，一同參與對失能老年人的照顧。也就是說，與其照顧一堆臥床 10 年的失能老人，不如更重視老年人身體、心智、感官等功能的完整，增加高齡人口健康生命，建立一個零失能的超高齡社會，以減少因少子化所產生對社會及國家的負擔和衝擊，特向行政院提出質詢。

說明：

- 一、隨著國人平均壽命增長及少子化趨勢，台灣人口高齡化程度愈趨明顯。活得好，也要活得健康，否則將是一種另類的受苦與折磨。如何為自己預約一個獨立快樂的老年，避免在失能、被捆綁下終老，則是邁向高齡社會的嚴肅課題。根據聯合國世界衛生組織定義，65 歲以上老年人口占總人口比例達到 7%時稱為「高齡化社會」，達到 14%是「高齡社會」，若達 20%則稱為「超高齡社會」。
- 二、如果從「老化指數」來看，由於台灣 65 歲以上老年人口將持續攀升，預估於 106 年超越幼年人口，至 150 年老化指數將達 406.9%，屆時老年人口將擴大約為幼年人口的 4.1 倍。同時，老年人口占總人口比率亦將由 13.2%增加為 38.9%，顯示我國高齡化程度持續增加中，也就是說；未來青壯年扶養負擔勢必加重，據推估結果，扶養比將由 36.2%大幅增加至 94.2%；若僅觀察老年人口對青壯年人口的扶養負擔，105 年約每 5.6 個青壯年人口扶養 1 位老年人口，至 150 年將變為每 1.3 個青壯年人口扶養 1 位老年人口。
- 三、根據內政部老人狀況調查，長者對生活最擔心的問題，前 3 名為「自己的健康問題」（35%）、「經濟來源問題」（17%）、「自己生病的照顧問題」（16%）。可見健康是長輩最擔心的事，其次才是經濟，這也是高齡生活品質與尊嚴的基礎。事實上；面對老年生活，如果不想孤獨病痛老死，關鍵就是健康。台灣即將邁入高齡社會，如何健康地活得長久、縮短生病臥床的時間，才是優質老人生活的關鍵。
- 四、除鼓勵年輕人口的移入，是最有效的解決人口快速老化外，另一個在實質上足以降低人口超高齡化衝擊的方法，就是「重新定義老年」。然而，重新定義老年，需要多方的思考。研究指出，台灣不健康人口增加的比例遠較健康人口的比例增加得多，而國民對於理想人生的看法也有落差。據統計，我國平均臥床不健康的生命歷程約有 8 至 10 年，在生活與健康照顧上是無法自理的，必須仰賴青壯年照顧者的協助。另一方面，我國高齡者門診醫療的使用率也極高，且其中使用慢性病藥和多重藥物者最多，潛存著高度的不當用藥風險。
- 五、長照的重要性已被強調多年，台灣的社會普遍對高齡化老年人的照顧欠缺經驗與正確的認知，更遑論以老年人為中心的醫療照顧。事實上；家有一老如有一寶，但因高齡化加上嚴重的少子化，家中老人極可能不再是「寶」，有可能活得越久，老人生命備受折磨，子女身心負擔越重。爰此；較理想的做法應該是設法提升老年人的健康，重新定義「老年」，

讓健康的老年人增加並一同參與對失能老年人的照顧，如此不但可以大幅度地降低長照需求，減低少子化帶來的衝擊，更期盼因而能讓老人有一個獨立、快樂、有尊嚴的老年生活。

（三十六）本院黃委員昭順，針對衛福部擬對未經轉診而直接到醫學中心就診者小幅提高部分負擔乙節，籲請主管機關宜再審慎評估！本項作為主要目的應是希望能夠落實「分級醫療」，期藉「以價制量」來減少醫學中心人滿為患的問題。本席以為；這是見樹不見林的不切實辦法，也誤解「分級醫療」的精神。「分級醫療」是一個牽涉醫療品質、效率，以及公平的概念，主要目的在於促進「社區醫療」的強大，提供民眾更為第一線、整體性的健康照護。但提高部分負擔與提升社區醫療的實質能量並非等號，對於民眾就醫權益，以及整體健康照護體系更是一大倒退。再者；民眾前往醫學中心就診，「價格」在其選擇上並不是重要因素，主要是民眾主觀認為，醫學中心能夠提供就醫者需要的品質，就維護個人權益的角度，即使衛福部意欲提高醫療中心的部分負擔，其實並不會 100%改變民眾的就醫習慣。衛福部過度相信「財務誘因」的政策工具，長時來除造成醫療政策過度消極，也把整個醫療改革搞得像一場算數。若從另一角度來看，對於真有經濟壓力的家庭來說，是否也實質剝奪了他們在醫學中心就醫的權益？這不僅不公平，也對「全民健保」的核心精神造成威脅，特向行政院提出質詢。

說明：

- 一、為了有效落實「分級醫療」，減少民眾因為「輕症」即跑到醫學中心就診，以及並強化醫學中心以「急重症」作為主要診療項目，衛福部於日前拋出新政策：計畫提高醫學中心的部分負擔，未經轉診而直接到醫學中心就診，部分負擔將會小幅調漲。期待透過這項新政策，來扭轉目前「分級醫療」功能不彰的現況。然而，這個政策藥方確實開對了嗎？
- 二、減少醫學中心輕症給付的手段，能不能確實達成其落實分級醫療的政策目標？其實是有爭議的，民眾不論輕、重症之所以選擇醫學中心，是主觀的認為其醫療品質符合病者需求，除非；衛福部預調漲的部分負擔，遠遠高於現行負擔的數十甚至數百倍，否則欲「以價制量」的目的，恐成效有限！而且再從病患權益言；當「輕症患者」湧進醫學中心時，醫院