

出國報告（出國類別：開會）

2018 印尼醫院協會年會

「National Congress of Indonesian Hospital Association」

服務機關：衛生福利部中央健康保險署

姓名職稱：蔡淑鈴副署長

派赴國家/地區：印尼/雅加達

出國期間：1071016-1071018

報告日期：1080102

壹、印尼的全民健保

一、前言：

印尼是亞非地區中度所得的國家，全人口 2 億 6 千 2 百萬人，全國有 1 萬 7 千 7 百 44 座島嶼。過去十年，平均每人 GDP 成長 5.3%，這樣發展狀態已是亞非地區高度發展的國家。全國健康數據顯示，有高的孕產婦死亡率，約 10 萬分之 359，在 5 歲以下之兒童發展遲緩的發生率約 31%；結核病死亡率為每百萬分之 1；肥胖的增加率 10 年間達 21%；慢性病方面，尤其是糖尿病 10 年也成長 63%，這些都顯示印尼的人民健康狀態有高度的問題。印尼的醫療體系存在著破碎的系統，2013 年約有是 47% 的人口(約 1 億 2 千 1 百萬人)沒有辦法得到適當的醫療照護，因此全民健康覆蓋(Universal Health Coverage, UHC)是印尼迫切需要的，也就是提供全民醫療財務風險保障，以確保可以提供安全、付得起、有效的醫療照顧系統，並達到永續發展的目標。

2014 年印尼政府啟動了一個廣泛性全民健康覆蓋計畫，稱為全民健康保險系統(National Health Insurance System, NHIS)，是採單一保險人的制度。在 2018 年已有 2 億零 3 百萬印尼人納入保險，這是全世界最大的單一保險人的全民健保制度。在 2017 年已提供了 2 億 2 千 3 百萬人次的門診及住院服務，支付了 2 百億美金的醫療費用。為運作此全民健保制度，印尼國家社會安全委員會(National Social Security Council)下成立 SSAH(or BPJS)為單一的保險人，此保險人逐步整合過去破碎的保險制度為單一制度，且為單一的公營的保險系統，並設定醫療服務的人員標準、納保目標、健康的目標及支付制度。這個保險制度前 4 年就達到了 78% 的人口涵蓋率，納保人口的就醫人次成長了一倍，支付制度在基層醫療是採用論人支付，並且有好的轉診系統，以提高醫療服務系統的效率與效能，但是他們的挑戰是基層醫療的數量跟品質十分不均，或提供不足，以及中低所得的族群沒有納保，加上沒有好的醫療資訊系統，造成至今要達成全民健康覆蓋還有許多挑戰。

二、印尼全民健保之系統缺陷及機會：

印尼整體環境主要問題在於全國有 17,744 個島嶼，範圍由東倒西是 5,000 公里至 3,500 公里，座落在亞洲印度洋與南海間，以總面積來講是全世界第 4 土地大的國家，總面積有 1 百 80 萬平方公里，是一個多元種族融合的國家，有 734 種不同的語言與文化，且經常有地震與火山爆發，這些災變造成有非常奇異的農業、以及人口的移動，並造就了長時間多元地理歷史的複雜環境。

印尼在 1800 年間曾受荷蘭人統治，1945 年 8 月 17 日印尼宣告獨立，並且有民選的總統。在醫療設施方面，1968 年開始有健康中心的建立，至 1980 年起基層預防性的公共衛生中心大量成立。在此時期，已有公務員與軍方人員之健康保險系統存在，1997

年亞洲金融危機，印尼陷入財務困境，社會安全系統亦陷入困境，2014 年新總統佐科維多多(Joko Widodo)將社會安全列為國家最為最高優先項目，並把印尼的全民健康覆蓋當成他首要的目標。

三、人口的快速變遷：

印尼 80%的人口集中在爪哇島及蘇門答臘島。目前生育率從 1971 年的 5.61%下降到 2017 年的 2.4%，每年人口成長率為 1.2%，超過 50 歲的人口只佔 19%，5%人口超過 65 歲，到 2030 年會有 25%的人口超過五十歲，10%的人超過六十五歲，這些人口結構的改變，對於發展全民健保具十分重要的意義。

四、社會經濟指標與健康指標方面：

印尼是 G20 主要經濟體的成員，每人每年的 GDP 從 1970 年的美金 80 元，到 2016 年的 3,570 元，每年有 5.6%之的經濟成長率，是 G20 國家中經濟發展排名較高的國家。但在醫療康指標方面，全國醫療資源分配卻是有很大的不均，但是經過長期的努力，平均餘命由 1960 年 48.6 歲上升至 2017 年的 71.7 歲。孕產婦死亡率方面，1997 年由合格人員生育的比例是 49%，2012 年上升到 83%，同期間，在醫療機構生產的孩子也從 26%上升到 63%。新生兒死亡率在過去 10 年一直維持在千分之 15，但是嬰兒死亡率則從 1997 年的千分之 46 下降到 2017 年的千分之 24，五歲以下孩童的死亡率也從 1997 年的千分之 58 下降到 2017 年的千分之 38，這些成就都歸因於好的疫苗政策以及社區健康中心的努力。

五、在傳染病防治方面：

主要的挑戰是肺炎、下痢及瘧疾是造成死亡最大的原因，在成年人的部分，結核病、愛滋病、伊波拉病毒感染、登革熱、Chikungunya 病毒、Nipa 病毒、Avian influenza 病毒及 Zika 病毒是最大的挑戰，要對抗這些傳染病之挑戰，全民健康覆蓋是迫切需要的，但因全國各地社區健康中心均無足夠之專科醫師、牙醫師及一般科醫師，醫療人力不足也是很大之問題與挑戰，且存在很大之城鄉差距。

六、在醫療衛生發展與醫療經費方面：

2014 年醫療支出占 GDP 比例只有 1%，未來目標希望能有 3%的經費用在醫療支出。2014 年有 54.6%之醫療支出發在醫院住院，14.3%用在門診支出。進一步分析發現，2010-14 年間，住院醫療支出成長 33.1%，門診醫療支出成長 28.8%，只有 7%之醫療支出用在預防及健康促進上。在全民健康覆蓋的發展上面，2002 年之前，雖有很多小的醫療保險制度，歷經了 1997 年的亞洲金融風暴，政府體會到社會安全對民眾的重要性，

在 2002 年政府將健康人權跟社會安全先放入了新憲章裡面，2004 年全民社會安全法生效，並規定全民都能夠有醫療與社會安全的人權，於是催生了全民健康保險之開辦。為了推動全民健康保險，政府成立了 BPJS 負責推動全民健康保險，另外還有一個組織 BPJS Ketenagakerjaan，負責全民社會安全的現金保險的部分。截至 2018 年 8 月有 78.8% 人口加入全民健保，約 2 億零 3 百萬人，這是全世界涵蓋人口最大的單一保險人制度，印尼政府並規定在 2019 年前必須達到全民都有健康覆蓋的目標。

BPJS 是一個公立官方的組織，除了收集全民的保費以外，另外也直接特約全國的醫院、私人的診所、一般科醫師以及公共衛生中心。在私人的診所與公共衛生中心的部分，保險採論人支付醫療費用；但是在公立醫院部分，醫療費用採 DRG 支付。在保險給付的部分，從簡單的疾病症狀的治療到開心手術及洗腎、癌症治療均包括在內，藥物與醫材也都不需要部分負擔，但是美容手術、自殺及特約機構以外的服務則不包含。2017 年 8 月，全國超過 2 萬一般診所、907 所公立醫院、11,064 所私人醫院參加特約，另外還有藥局、檢驗所或放射所也加入特約，這樣全國普及特約醫療醫構會帶來就醫之方便性。保險並規定民眾看病必須先經過私人診所的診治，診所可以提供約 144 種診斷與 11 種健康狀態的治療，超過這些部分則需要幫病人轉診，轉診率限在 5%，以避免濫用轉診；病人轉診專科醫師，必須從較低層級之醫院治療，再慢慢轉到最高層級的醫院，但是急診病人除外；所有的藥品都用學名藥，並且有學名藥的處方集供使用。在支付制度上，基層診所主要是論人支付，這包括診察、簡單檢查檢驗與急性病用藥，至於慢性病的用藥則另外計算；未來將發展論品質支付，並以診所照顧的病人數、轉診人數、慢性病管理的人數以及轉診率等指標計算。在醫院的支付方面，最主要是用 DRG 支付，印尼的 DRG 制度係參考美國 Medicare DRG 改良而來。以上支付制度之設計對發展全民健保之路徑上是十分重要的部分。

七、印尼全民健保至今的成就：

(一) 2018 年全民納保率達 78%，未納保人口主要為較低所得或中所得的無固定職業者及一些所得很高已有私人保險人口。但是在保險給付部分，至今尚無法將所有給付項目納入提供，約只納入 18%，因此有 48.3% 的自行負擔率。未來的目標是納保 100%，90% 的醫療服務都能夠支付，以及維持 20% 的自負額。

(二) 醫療系統上，基層醫療是守門員，依照法律公立醫院或公共衛生中心都依法加入全民健保特約，私立的醫療院所要加入特約必須要有審核程序，因為私立的醫療院所數高於公立醫療院所數，目前全國醫療系統最大的問題在於公立醫療院所的不足，尤其是專科醫師以及公立醫院的病床不足，所以加入私人的醫院及診所是十分必須的。但

是私人的醫療院所不太願意加入全民健保，是因為認為住院的 DRG 支付太低，因此目前為止只有 42% 的私人診所、60% 的私人醫院以及 14% 的獨立執業的醫師加入。未來要讓私人醫療院所加入的原因是要增加全民就醫之可近性，並加速醫療機構間品質的競爭。

(三) 醫療支出的部分，基層醫療對民眾健康之守護是最大之貢獻者，但對費用支出之貢獻最大的則是醫院提供之專科醫療，特別是對非傳染病之治療、以及昂貴的檢查跟治療所造成，例如每個人每個月只繳 6 塊美金的保費，但是如果腎衰竭必須接受洗腎，平均的費用一個月是 600 美金，是所繳保費的 100 倍，這個例子凸顯的是這樣的保費是沒有辦法來支應這種醫療支出。為了要降低重大傷病的支出，保費之負擔就要增加，另外促進預防醫學，減少非傳染病的負擔，長期才可以讓保險永續。

在支付制度上，論人計酬與 DRG 支付都是屬於前瞻性的支付制度，在健保永續上扮演很重要的角色。目前基層醫療係論人支付，未來再加上論品質支付，將可增進基層醫療之效率與效益。目前基層私人診所醫師平均每 1000 個會員一個月看診 154 次，遠高於公立診所醫師之 72 次，但轉診人次則是私人診所醫師為 11%，而公立診所醫師為 15%，又私人診所所轉診之病人，有 42% 係因轉診醫院追蹤為主，故目前是私人診所之品質優於公立診所。未來鼓勵公立診所品質競爭是必須的。在醫院的支付上，不同醫院間的能力、品質與醫療費用是不同的，醫院之保險支付是依據 DRG 支付，以不同層級的醫院支付，最高層級醫院是國家級的轉診醫院，保險支付高於其他層級之醫院，教學醫院也有較高的支付，全國依照各地區的物價也有不同的地區支付，總體而言，支付給私人醫院略高於公立醫院，在住院略高 3%，在門診略高 5%，而略高之支付金額係來自於政府另外基金支應，而非由保險支付，這樣之設計主要在鼓勵公私醫院之競爭，並使重病病人之醫療權益得到保障。

在藥品與特殊材料的部分，就全民健保而言，需要提供多元的藥品與特材供醫療機構使用，目前政府提供電子化的交易平台，是由國家來建立的，首先是限制藥品的種類數來減少整體的藥費支出，以及使用具成本效益的藥品，所有藥品與醫材均要有政府許可證才可以被收錄在電子交易平台，這個系統的好處是減少藥品的種類數，從 2014 年的 800 項簡化至 2015 年的 795 項，政府估計所需的數量促使藥廠增加折扣，藥品公司在交易平台去競爭，取得最低的價格。儘管這個平台的目的是希望能夠有效率的提供保險免費的藥物給病人，依照 2015 年的調查顯示，醫院有 8% 的病人仍被要求收取額外藥品的費用，因此未來還有非常大的努力空間。

八、印尼全民健保未來的挑戰

(一)財務的永續部分，依照 2014 年的統計，總共有 9,230 萬人次就醫，包括 8,810 萬的門診與 400 萬人次的住院，共支付 100 億美金之費用。在 2015 年醫療支出超過收入的 15%，預估 2019 年會超過 24%，因此顯示財務的虧損會是長期的。進一步觀察發現，人民如果碰到財務的危機，有 7.7%的人可能沒有辦法固定繳納保費，另外一方面，如果人們知道多一點預防醫學的觀念與知識，其中會有 5%的人會正常的繳費。

為了解決全民健保財務的危機，達到憲法要求的全民健保永續，未來政府有四個選項進行改革，第一是增加投保人數與保費，第二是增加對醫療費用之控制，如限制醫療服務提供之數量，第三嚴格的醫療費用審查制度，第四個是保險人的效率要提高。長期而言，對於重大疾病的預防是必要的，另外將病人回基層醫療也會減少醫療費用支出。

(二)消失的中產階級未加保部分，是全民健保重大的挑戰，未來的策略包括除要求正式人力要求繳納保費，也要設法將未加保之中產階級納入保險。

(三)公平性的問題，雖然目前納保率達到 78%，但是在年齡與社經階層還有很大的不公平，對於 9 歲以下的小孩有較低的納保率，尤其是 4 歲以下的小孩納保率較低；在 20 到 50 歲之間，社經地位比較低的也有較低的納保率；超過 40 歲以上的人，也存在的較低所得的人有較多的未納保。在醫療給付方面，目前的特約醫療機構數的能量尚無法提供全面有效醫療服務，在醫療機構部分，尤其是公立的系統人力不足，因為全民健保的系統需要強化基層醫療，但是公共衛生中心不足，藥品量也不足，這樣會增加不必要的轉診病人，增加保險支付；另品質的低落也須重視，社區健康中心與公立醫院品質低落尤其嚴重，很多公立醫院並沒有 24 小時的服務提供，也沒有兒科醫師、產科醫師以及婦產科醫師，鄉下地方反而更加嚴重。一般而言，目前遭遇到的是基層醫療的不足，以及沒有理想的醫療資訊系統，也因此沒有資訊資料的收集，對於後續的評估都造成問題，沒有好的醫療資訊系統也會造成沒有效率與沒有效益的醫療服務提供。未來全國醫療資訊系統的提供已列為非常高的優先順序。此外強化基層醫療部門的醫療系統也是非常重要，在印尼，醫療系統扮演非常重要的角色，是因為公立的醫療資源不足，儘管私人的診所加入全民健保，但是只有 42%的私人診所以及 14%的私人執業醫師加入全民健保，且在城鄉上也有很大的差異。未來必須在持續支持新的私人的醫療機構的興建與加入全民健保特約，讓醫療服務的提供更能符合人民之需要。

九、我們可以從印尼的全民健保經驗學到什麼

(一)印尼想要藉由全民健保來改善人民醫療服務的可近性及提升醫療品質，全民健保的目的包括減少不公平，避免家庭因為嚴重疾病導致破產，此外藉由定期繳納保費，期望增加健保的永續性。雖然近年人口的納保率以及醫療的支出都顯著的增加，在 2016

年整體醫療支出占 GDP 的比例 3.6%，還是低於泰國與越南，此外還有很高的自負額的費用。未來財務的部分，政府所投入全民健保的經費應該增加，因為很多人是付不起健保保費的，過去 5 年，公立醫療機構使用醫療的費用 37%，未來印尼有計畫的讓全民健保藉由提供有效的醫療服務，能夠創造一個彈性付得起的全民健保系統，要達到這個目的必須能夠有公立跟私立醫療院所的來建構服務輸送體系，並且要有好的支付制度，來提供藥品與服務量，以因應未來醫療支出的壓力以及人口高齡化所致非傳染病的增加導致之醫療支出的成長；控制醫療費用也是很大的問題，如何強化基層醫療就很重要，例如心血管疾病、糖尿病與高血壓這類疾病的預防就很重要，另外好的婦幼衛生，可減少生育的事故，以及減少新生兒與嬰兒的死亡率，以及非傳染病的風險，這些都很重要。

最後就是人民健康狀況的改善，包括健康的生活習慣、減少室內外的空氣污染、健康食物的提供、以及運動環境的養成也非常的重要。最後一個有效率的醫療系統也要兼顧臨終的醫療，目前印尼的人民生命最後 10 的年會耗掉一生醫療費用的 25%，因此在小孩跟成年人健康的投資會減少，另小孩、成年與老人的健康篩檢也重要。另外需要有很好的電子化的醫療資訊系統，才能使醫療系統之效率與品質提升，這需要更有更大之國家魄力與決心推動才能成功。

十、結論

印尼的全民健保正快速地推動中，也面臨很多的挑戰，這個系統在 2014 年建立，希望在 2019 年達到全民健保。他們用 5 年的時間變成了全世界最大的單一保險人，這個制度改善了醫療可近性與公平性，強化了醫療提供，但無論如何，消失的中產階層，20 到 35 歲無固定工作者的中產階層的納保問題難度高。此外要減少醫療支出，要多投資健康的懷孕、健康的生產以及健康的生活型態，包括減少抽菸、健康的食物、定期的運動，已達心理社會的安寧，達到這個目的，印尼逐步計畫希望能夠讓人民有更好的健康，要達到這個目的，必須要有社區最前線的基層醫療以及良好的醫療資訊系才能夠有好的結果，也才能夠讓他們的健保永續。

貳、印尼醫院協會 2018 年會

一、舉行時間與地點:

2018 年印尼醫院協會年會在 10 月 17 日至 20 日舉行，地點在雅加達世貿中心會議廳舉行，這是每年醫院協會之大事，全國醫院之主管均會到雅加達參加。地點選擇世貿中心是因為最大會議廳之場地夠能容納 300 人。今年也是醫院協會選下屆理事長之

年會，因此參加人數更加踴躍，約有近 300 人參加。大會安排 3 天之研討會，議程中除第一天(10 月 17 日)是國際研討會外，其他時段均是國內之相關研討會，且除國際研討會採用英文進行外，其他議程均是以印尼文進行。本人即獲邀在第一天之國際研討會發表演講。

二、印尼醫院協會年會國際研討會議程

10 月 17 日國際研討會		
時間	主題	主持人與演講人
8:30-10:45	總統演講: 印尼之醫療與全民健保	Jokowi 總統(印尼文)
11:15-11:30	印尼醫療	Sri Mulyani Indrawati 衛生部長(印尼文)
11:30-15:00	國際研討會 1. Successes and Quality Challenges of JKN 2. The BDMS Journey from Hospital to Healthcare Network 3. Improving Healthcare Quality and Efficiency towards UHC in Taiwan	英文演講 主持人: Dr. dr Widyastuti Wibisana, MSc(PH) Prof. Hasbullah Thabrani, Dr.PH(FKM-U) Dr. Poramaporn Prasarttongosoth, MD(Thailand) Ms. Tsai, Shu-Ling, PHD(Taiwan)

三、國際研討會紀要:

(一) Successes and Quality Challenges of JKN：如上述印尼全民健保之內容

(二) The BDMS Journey from Hospital to Healthcare Network：

來自泰國之 Dr. Poramaporn Prasarttongosoth 介紹 BDMS(Bangkok Dusit Medical Services, BDMS)，這是一個醫療集團，如何從一家醫院變成國際級的醫療系統的過程，他們專注於三個領域，且成功的成為國際的醫療集團，第一個領域是「推動結構性的

效率」，目前共有 45 家醫院成為聯盟，並且有其他非醫院的系統相互支援，他們投資了醫療科技以及人力，包括醫師、相關人員與醫療設備，他們希望能夠達到國際的標準與接受國際的醫院評鑑，提供卓越的醫療，並設有卓越醫療中心。第二是「投資的過程」，他們提供如何提供連續性醫療的解決方案，從預防、疾病的篩檢、疾病的管理、醫療的轉銜與復健，這是一個連續性整合的醫療，他們也鼓勵醫療的創新，並且著力在健康管理的工具開發上，例如急診、預防性服務、藥材供應系統與急診病人的輸送系統等。第三個部分是「達到國際級的臨床結果」，他們持續的專注在優秀的臨床人員與醫護人員培養，並且與國際頂尖學術機構合作，標竿學習國際經驗。此集團用這三個領域的繼續努力才成為今天的國際級的醫療系統。

BDMS 從一家醫院到目前是世界上最大的私人醫院集團，該集團是在 1972 年 2 月 26 日創立，目前有 46 家醫院，其中 44 家在泰國，兩家在 Cambodia，目前擁有 8,031 張病床，每天的門診量是 27,000 人次，其中 17 家醫院經 JCI 評鑑合格，共有 11 個卓越計畫，包括腦部、脊髓、心臟、中風、癌症的研究中心，目前整體醫院聯盟是財務是獲利的。全部聯盟有 12,000 位醫生、8,000 位護士及 14,000 位其他相關同仁，還有藥品製造及藥品的庫存與供應商，目前集團是全世界第 5 大私人的醫院集團，再複雜的醫療系統裡，他們逐步開發各項臨床的工具來符合病人的需要。在他們的卓越中心提供了世界級的創傷、骨科、癌症與血管神經之世界級的研究與臨床的表現，這些研究中心分布在泰國以及其他各地，他們跟全世界其他世界級的醫院進行合作，包括 MD Anderson Center, Stanford Medicine, Sano Hospital 等，在醫療設備上面，他們也引進全世界最好的醫療儀器、放射線與 PET/CT 等，並且跟其他所有周邊的醫院分享資源，他們希望能夠提供從初級、次級醫療至頂尖醫療整體醫療連續性的服務。長期而言希望能確保病人是主動的關心自己的健康，所以他主要的策略目標是確保持續維持世界級的臨床醫療接軌，努力的方向包括發展疾病的管理路徑、標竿學習世界級的臨床服務計畫、持續改善品質、透過網路刊物出版頂尖的醫療訊息，並投資提供民眾有非常好的照顧，從預防、疾病篩檢早期診斷、疾病管理至復健，並介紹 2015-17 年所有集團舉辦的活動。

另外除了醫院的卓越醫療以外，他們更經營非醫院的事業，希望能夠提供具成本效益高品質、高醫療結果的所有的服務，包括醫療製造商、供應商及零售商，這些藥品醫材的提供能夠確保他們提供更好的醫療服務。另出版非常多臨床的出版品，目前全世界他們擁有的世界頂級的結果是創傷治療、心血管疾病的醫療結果、癌症治療中心提供癌症從預防篩檢到治療的所有連續性的醫療，在乳癌、肺癌及大腸癌都有很好的成就，持續向卓業醫療邁進。

(三) Improving Healthcare Quality and Efficiency towards UHC in Taiwan:

這是本人之報告，主要介紹台灣全民健保在提升醫療品質與效率之經驗與成就，並就目前台灣全民健保因採自由就醫，獲得民眾普遍之高滿意度，但因未有強制轉診系統，因此會有重複用藥與檢查之問題，為能使民眾就醫可近性維持，又能減少醫療浪費，特別對台灣目前推動十分積極與具成效之「全民健保雲端醫療系統」與「健康存摺」兩計畫進行深入介紹，特別是如何在醫療資訊分享之前提下又能顧及個人醫療隱私資料之保護，並介紹此兩系統對台灣全民健保之醫療效率與品質帶來之效益，最後提出未來之持續努力方向。(簡附本人演講之 PDF 檔案如附件)

(四)討論:

針對本人之演講，聽眾反應十分踴躍，特別對台灣發展全國性之醫療雲端資訊系統與健康存摺感到十分好奇與興趣，因為這是印尼目前所最欠缺的，也是列為印尼全民健保未來需發展的策略之一。所提問題大分為三類，第一類是問未來台灣有無可能對就醫進行限制，即規定不能直接至大醫院或專科醫師就醫？第二大類問題是發展雲端醫療系統對資訊安全之保護如何進行？若有人主張不願分享資訊時之處理？有無相關法律保護。第三大類問題為如何減少醫療浪費？以上三類問題，本人均當場分享想法與台灣經驗。有關限制民眾就醫問題當然是台灣獨特之問題，也是目前我們思考如何解決之方向，至於發展雲端資訊系統與資安維護問題，本人介紹台灣運用三卡(醫院卡、醫師卡與病人卡)認證機制，與病人可以自設密碼保護資料不得分享等設計，並訂有相關法規保護等。至於防止醫療浪費則是台灣長期要面對之問題，因為這會有保險道德危害與人性問題，我們正思考用科技逐步減輕或解決醫療浪費問題，我們也有初步成效，未來將持續精進發展。

叁、結論與建議：

一、此次本人很榮幸獲邀前往印尼演講，印尼是新南向國家之一，前往分享台灣全民健保之經驗與目前政府推動之政策相符，又因演講聽眾為所有印尼醫院之主管，機會更是難得。又因印尼政府正在推動全民健保，台灣過去推動全民健保之經驗正好可供參考，且目前台灣正推動之分級醫療與雲端醫療系統都是印尼全民健保推動過程中所需的，因此聽眾反饋很多，會後並互留聯絡資訊，保持後續交流連繫之機會。

二、印尼因先天醫療環境並不健全，醫療系統人力與機構都十分欠缺，並同時推動全民健保，自然發生有保險，但醫療仍是提供不足，人民並無滿意之結果，主因除經濟不佳導致民眾繳保費之能力與意願不高，且對消失之中產階級無法納保問題一直十分

苦惱；次因醫療系統中公立系統不健全，私人醫療系統加入意願不高，造成保險醫療提供不足，民眾仍自費就醫，故無感政府之努力。台灣在全民健保開辦時，因經濟發展使民眾願繳保費，加上無固定工作之勞工、農漁民有工農漁會系統，間接幫助這群中產階級納保，並繳納保費，加上當時台灣醫療系統已具規模，公立醫療系統健全，全民健保開辦後，私人醫療系統更蓬勃發展，在公私協力下，造就現在十分方便與健全之醫療系統，在良性競爭下，民眾有保險後成為就醫最大之贏家，自然獲得極高之滿意度。台灣工農漁會之納保系統、公私協力之醫療系統(特別是廣大之基層醫療與醫院系統)，及台灣超級優秀之資訊能力與環境所發展之全國雲端醫療系統等，均是印尼所需，台灣可以輸出之經驗。

三、藉由分享台灣經驗並結交跨國政府相關領域之專家與實務工作者，經又跨國全民健保經驗之學習，對台灣未來永續發展全民健保亦具有關鍵之影響。

肆、附件與照片：

一、本人在雅加達國際會議中心印尼醫院協會年會演講資料。

二、相關研討會照片：



研討會現場: 左一為本人，左二為主持人(Dr. dr Widyastuti Wibisana)，右二為印尼演講者(Prof. Hasbullah Thabrani)，右一為泰國演講者(Dr. Poramaporn Prasarttongosoth)



印尼醫院協會理事長 Dr. Kuntjoro Adi Purjanto 在研討會後代表大會致贈禮物給本人



研討會後，醫院協會李事長與主持人與三位演講者合影(右三為本人)

