

引領臺灣醫療改革的舵手-專訪中華民國醫師公會 全國聯合會邱泰源理事長



邱泰源理事長：「對我而言，每個決策都要以病人的需要及利益作思考，分析治療方式對病人的利弊為何，每天都這麼做，就不會對不起病人。」

從醫逾 30 載，中華民國醫師公會全國聯合會邱理事長泰源，沒有著白袍嚴肅權威的醫者形象，反而親切溫和，笑咪咪的圓圓臉龐下有顆溫暖仁心，洋洋灑灑的經歷標誌著他堅毅不撓的濟世理想。邱理事長歷任臺大醫院家庭醫學部主治醫師兼主任、門診部主任、臺大醫學院教授、臺灣家庭醫學醫學會理事長、臺灣安寧緩和醫學學會理事長，目前也是立法院第 10 屆不分區立法委員。

我們銜部長之命代表考選部來拜訪邱理事長，期盼理事長分享縱橫醫界數十年的心法，使立志從醫的學子或初入醫療領域的後進們了解醫師職場的現況與願景。

臺灣醫療環境的變遷與挑戰

早在專訪 3 個月前邱理事長就和我們敲定時間，儘管初夏 COVID-19 疫情仍嚴峻，我們仍依約來到立法院中興大樓。身兼立法委員的邱理事長，他的研究室位於地下一樓，只見小小一方斗室坐滿了助理也擺滿了資料，個個埋首忙碌，充滿幹勁、生氣蓬勃。助理引領我們進到委員辦公室兼會客室坐下，邱理事長一落座便語重心長對我們說明醫師執業大環境已然變遷，目前面臨重重困境。

「曾經人們對醫師的優渥收入有美好想像，然而隨著環境改變，從醫不再有高收入光環。全民健康保險醫療費用總額支付制度實施後，支付總額有限，不但限制了醫事人員收入，也牽涉醫療照顧的品質、資源。」現實中，民眾醫療需求持續增加，但支付制度並未隨之調整，健康照顧資源難不受到影響。我們提到許多行業受這波疫情衝擊，連醫界也受波及，邱理事長透露，「2020 年受到肺炎疫情影響，民眾就醫人數下滑，連帶造成醫療院所掛號費、餐廳及停車場收入

減少，這些原本是醫院的主要收入，可以貼補醫療人員薪水，少了這一塊挹注，幾乎所有醫院營運面臨挑戰，也不乏耳聞醫師去申請紓困。」

邱理事長指出，「除了收入減少之外，醫師尚須面對救治病人可能帶來的刑責壓力。之前受限於法律規定，只要治療效果不如人意，醫師很容易被告，但是醫師本有救治病人之義務，而醫療本質具高風險及不可預測性，醫療爭議事件輕易涉及刑事訴訟，已導致高風險科別留才不易，更造成救命醫師心理及經濟層面莫大壓力。」邱理事長舉例，在急診室現場，某重症病人經醫師研判死亡率約 8 成，存活率 2 成，意即若施予救治則醫師冒有 8 成被告的風險，隨之而來的可能是挨告。但站在家屬立場，只要有一絲希望便不願放棄，要求醫師「救」到底，此時醫師是否施救？「這就是醫師過去 20 年所面對的醫療困境！」

突破困境創造醫病雙贏

為了找回醫事人員從醫救治病人的初衷並維護病人權益，同時改善內、外、婦、兒四大皆空的窘境，民國 106 年邱理事長遞補上第 9 屆不分區立法委員，在立法院提案修正醫療法第 82 條，全力推動醫事人員醫療刑責合理化，將醫事

人員民事責任及刑事責任之過失構成要件及應裁量事項，分項明確訂定，只要是非故意造成病人重大傷害，不應科以刑責，使醫事人員得以有尊嚴的發揮專業，並兼顧病人醫療權益。

在許多人眼中，修法是艱鉅的挑戰，因為必須不斷與相關單位再三協商始能加以說服，推動醫療法第 82 條修正過程亦然，邱理事長以立法委員身分發揮醫療專業能力，不厭其煩與法務部及司法院溝通協調，他深知法案如能通過，對重症病人的救命權益有極大助益，也能讓醫師秉持專業盡力地救治病人，因此排除困難、勇往直前，最後如願於民國 106 年 12 月通過醫病雙贏的法案，大幅改善醫療體系的發展，也維護了民眾救命的權益。立法通過後，明顯減輕內、外、婦、兒、急診五大科別醫師的身心壓力，人力也逐漸回流。

主導推動社區醫療發展

迄今仍在臺大醫學院擔任教授的邱理事長笑著說，「創造醫師這個行業的價值，讓學子願意從醫，使他們能在好的環境下發揮才能、貢獻社會，這是我身為前輩及師長要做的事，也是我的責任及核心價值所在。」

專訪隔天適逢立法院社會福利及衛生環境委員會將審

查公共衛生師法草案，邱理事長本著自身在家庭醫學領域的數十年經驗，細數醫護人員長年於社區現場服務的點滴，以及推動公共衛生的成效。

公共衛生的三段五級預防

臺灣醫學水準與醫療成就具有國際能見度，備受各國肯認，邱理事長以三段五級的醫療照顧體系¹闡述醫護人員長期在公共衛生領域投入的工作重點：「我以前教學著重在社區醫療，在三段五級的體系下，基層醫療涵蓋健康促進、疾病預防到重症者的醫療復健，在此模式下，醫師開始建立社區、預防醫學及防疫觀念。」邱理事長臉上帶著自信與驕傲的說明，臺灣在這波全球疫情延燒下能成為防疫典範，位居第一線即時守住疫情的基層醫師功不可沒。他認為教導醫學生具有全觀，做一位有尊嚴的基層開業醫師，在社區以至醫學中心擔綱健康促進、早期診斷與治療的工作，是臺灣醫療發展的重要里程碑，這樣的醫療模式也已經成為各國學習典範。「今年 4 月間，敦睦艦隊的官兵因身體不適前往診所就醫，當時健保卡並沒有註明官兵們旅遊史資料，經基層醫師

¹ 初段預防為健康促進，包括第一級健康促進及第二級特殊保護；次段預防為疾病篩檢，為第三級早期診斷、早期治療；三段預防為癌症或慢性病照護，包括第四級限制殘障及第五級復健。

問診後察覺有異，便轉介至大型醫院，確診後，防疫指揮中心立即將全數官兵召回採檢。」邱理事長說道，為何官兵的親人都沒人確診？因為我們有這麼堅強又反應迅速的防疫第一線。「在 SARS 後發展的社區醫療群是本次 COVID-19 肺炎肆虐全球下，臺灣防疫的堡壘！」



邱泰源理事長率醫師公會全國聯合會以觀察員身分參與第 73 屆世界衛生大會視訊會議
圖片來源：邱泰源理事長提供

邱理事長指出，醫師實戰豐富的臨床經驗，再加上公共衛生的專業訓練，使得社區串起綿密的醫療防護網。他回想當時若第一線防疫未即時守住，則後果難以想像，此番疫情防治，兼顧了處理疫情的醫療容量，也沒有忽略平時的急性

或慢性醫療服務需求，仍舊維持病人的醫療品質，邱理事長欣慰的說，當初 SARS 後醫學教育改革與這次防疫成功有很大關聯。

邱理事長提起戰國時期的名醫扁鵲，某日魏文王問扁鵲：「你們家有三位兄弟學醫，誰的醫術最好？」扁鵲答：「大哥醫術最好，二哥次之，我則最差。」魏文王又問：「為何你最出名呢？」扁鵲答：「大哥看病是在疾病尚未發作時，望病人氣色後即用藥調理，不讓疾病形成，所以一般人以為他不會治病，只有我們家人知道他的功力，所以沒有名氣；二哥是在疾病初始時，即用藥治癒，不讓小病成為大病，所以鄉里都認為他是專治小病的醫生；而我則是當病人病入膏肓之際，以經脈放血、施用猛藥等方式治病，也可能傷了病人元氣，但大家以為我的醫術高明。」邱理事長借此比喻，其實是語重心長，「最好的醫師是能夠在社區第一線服務，做疾病預防的工作；反之，若教出來的醫學生只敢在醫學中心看大病，無法到偏鄉或是社區，這個醫學教育應該算是失敗的。」

社區醫療成為醫療體系之基石

過去專科醫學劃分過細，加上民眾偏愛到大型醫療院所就醫，社區醫療體系面臨挑戰。九二一震災突顯了社區醫療

體系的問題，諸如指揮通報系統缺乏、醫療資源及人力支援整合不足等，當時邱理事長正擔任臺大醫學院家庭醫學科教授，災後捲起袖子帶領年輕醫學生多次前往南投災區，深感建立社區醫療模式的迫切，於是他與許多醫學院老師主導社區醫療群制度及家庭醫師整合照護計畫，自此臺灣逐漸建立社區醫療群及家庭醫師制度，20 年來成果豐碩。邱理事長說，「我們讓年輕醫師到社區學習『全人、全家、全社區』的照顧模式，建立家庭醫師的社區醫療群，推廣社區健康及衛生教育等全社區照顧工作，同時醫療教學目標要放在『分級醫療』整體概念下，民眾第一優先尋求醫療協助的序位應該是在社區的基層醫療，醫療的流程應該是由最了解病人的醫療人員先提供照顧服務，有必要再做最有效率的轉介。」

社區醫療可以提高民眾就醫可近性，減少醫療城鄉差距，邱理事長說，「目前臺灣約有 500 至 600 個社區醫療群，國內基層醫師約一半均已加入，由 5 至 10 個診所成立一個社區醫療群，10 個社區醫療群再集結成為更大的社區醫療群，針對社區需求來發展照顧模式，愈來愈多的年輕醫師具備這樣的概念。」屬於同一社區醫療群的診所彼此之間相互支援、通報、合作、快速應變，基層診所不再是孤島，而且

定期開會，增長專業，也提升了社區醫療的照護能力。

貫穿醫療主軸的「全人、全家、全社區」照顧模式

邱理事長的老師謝博生教授於民國 84 年至 90 年間擔任臺大醫學院院長，開始嘗試以全人醫療理念引領醫學教育改革，在醫學課程中加入人文、社會與倫理課程，希望透過人文教育，讓醫學生了解醫學應該是「以人為本」、「以病人為中心」，並揭櫫三全照顧為醫學教育的核心價值，推動社區醫療、臨床醫學和基礎醫學整合教學、家庭醫師整合性照護計畫、安寧病房實習計畫，臺灣醫學教育產生結構性改變。

邱理事長當時也參與這場風起雲湧的醫學教育改革，他推崇老師的身教、重視醫學倫理、強調醫療核心價值，當年跟隨謝教授推展全人照顧，如今邱理事長儼然成為接棒者，三全照顧已深植醫學教育。邱理事長解釋，「全人」的概念從橫軸來看，包括一個人從出生到死亡；縱軸則是講求身心靈的照顧，著重身體健康及心靈安寧。

曾任 6 年的臺灣家庭醫學醫學會理事長，邱理事長指出「全家」就是推展家庭醫學的概念，所有的生命必和家庭有互動連結，透過家庭醫師制度的建立，可以讓醫師更了解家族成員的疾病史，並適時提供預防及衛生保健，使家庭成員

能得到全面性的照顧。同樣地，在照顧末期病人時，家庭的支持與安定力量不可或缺，所以醫師也要顧及家屬需要，使其了解治療過程及後續可能會面臨的問題，增進病人與家屬正向互動，並減少因疾病導致的家庭危機。

至於「全社區」照顧，「指的是醫師對疾病流程必須要能充分掌握，知道病人從哪來？看完病後到哪去？尤其當今面對高齡社會來臨，如何在社區提供照顧是亟需思考的問題。了解這些資訊將有助於醫療相關的協助與安排，也唯有如此，才算是一個好醫師。」邱理事長認為，在重重篩選下，每個醫學生的專業知識與基礎技術都沒問題，但是否有正確的理念、態度及觀念才是成為良醫的關鍵。

安寧緩和照顧補實全人醫學教育

談到末期醫療照護，彷彿打開時光隧道，邱理事長回顧當年一個小故事：「當時我還是年輕住院醫師，有一天總醫師帶著我們巡房，走到一間病房外停了下來，病房內住的是位30幾歲、罹患胃癌末期的大學教授夫人，總醫師叮囑大家『要留意、不要說錯話』，並表示稍後由他自己進去就好。後來，總醫師進去只待了幾秒鐘就離開病房。那時候是末期患者對醫師說『好痛，我是不是時日無多？』，沒人會對病人說實話的

年代，醫師只能安慰病人一定可以恢復健康，到最後，病人常內心惶恐默默地離世，無法好好與親人道別。但安寧緩和醫療發展至今日，醫師已能夠協助末期臨終的病人能坦然面對死亡，再加上以醫學專業控制疼痛，讓病人把要交待的事先處理好，不留遺憾、得以善終，而且也能獲得宗教師的慰藉協助，肯定生命的意義。」

邱理事長如今回想仍覺得不安，但從這個經驗中他見識到宗教輔導師開示末期病人與家屬帶來的安寧緩和醫療，他理解到醫師也應該對宗教輔導師的工作有一定了解，如此有助於與臨終病人互動，安撫其痛苦騷動的靈性。邱理事長認為安寧照顧補實了全人教育缺漏的一塊，在臨終病人的照顧領域，以前是「大家避之唯恐不及」，現在則「透過專業教學方式來彌補缺憾」。民國 84 年邱理事長參與開辦臺大安寧緩和醫療病房，一路走來，促進並見證了安寧緩和照護醫療品質提升，秉持著這樣的信念融入教學，他堅持做「對的事」，如今臺灣的安寧緩和醫療品質已位居亞洲第一、全球第六。邱理事長樂見末期患者的生命價值及醫療照護品質得以提升，並減少遺憾，20 多年來他付出的心血沒有白費。

勇於迎戰善於領導造就精彩的斜槓人生

邱理事長豐富的臨床、教學歷練，對理念侃侃而談的執著，讓我們好奇他從主治醫師、教授、醫師公會全聯會理事長、立法委員不同階段的轉折或兼任不同職務的心路歷程，對於我們的疑問，他輕鬆地說道：「我想是命運的安排吧！我並沒有特別的才能，但我的身邊都是才德之士，我所做的就是集合才德之士一起幫助醫界做事。」邱理事長謙遜不居功，並不代表他真的沒有貢獻，對此他表示，「我的理念可以團結醫界，為所有醫師帶來更多尊嚴與維護應有權益，並有更多能力照顧病人。」



邱泰源理事長主辦中華民國醫師公會全國聯合會醫政研討會與全聯會團隊合影
圖片來源：邱泰源理事長提供

適巧邱理事長離開片刻，我們詢問一旁提供資料、陪同受訪的助理，究竟邱理事長魅力何在可以團結醫界？只見她眼睛一亮，微笑與我們分享她所認識的邱理事長：「邱老師具有正面迎向挑戰的特質，在整體醫療環境困難的客觀條件下，他會主觀地消化並面對問題，雖然他總是自謙沒有特殊才能，但其實他是個很努力又注重團隊的人，這並非意謂他不去承擔，而是他擔任領導者的角色，帶著團隊一起做。」助理舉例說道，「一開始遞補為不分區立法委員，他是進入財政委員會，而非他專業所在的社福衛環委員會，但他還是認真吸收相關資訊，例如財政委員會中的健保議題和醫界有關，他就努力朝這方面研究，當然他也不排斥其他部會與財政相關的事務，像是醫療爭議保險及補償的部分。」話才說完，剛回到辦公室的邱理事長打趣地說：「平時我很少聽她講話，但她講的都對。」透過這樣的對話，我們感受到邱理事長辦公室團隊的默契以及愉快的工作氛圍。

憐憫心與關懷陪伴能力是醫師的必備條件

一般以為醫學生天賦異稟，以專業執行醫療，醫學教育是否也重視團隊觀念？邱理事長肯認團隊的重要性：「當然！我注重的研究主題是團隊（team-based）以及憐憫心

(compassionate) 的醫療，這也是醫學教育的目標。」醫學院有一門課程是「家庭社會與醫療課程」，源自民國 84 年醫學院醫學教育改革下的調整，強調醫學與人文社會的連結，目的是提供即將由基礎邁向臨床醫療訓練的五年級學生，在此關鍵轉捩點能有以憐憫心為基礎的學習。課程除了增進末期醫療專業知識技能及溝通外，更重視憐憫心及關懷陪伴能力，這正是成為一位全人全家全社區照護的醫師必備的條件。25 年來不間斷地負責本課程授課任務的人正是邱理事長，他相信醫學生經過本課程的洗禮，更可承襲醫界「視病猶親」之核心價值，成為關懷病人及社會的良醫。

以病人為中心就能無愧於心

邱理事長帶著理念與行動力擔任醫師、教授、醫師公會全聯會理事長、立法委員，其用心與遠見令人肅然起敬，我們請他談談年輕醫師邁入職場可能面臨的挫折，邱理事長幽默地說：「以前是病歷寫太差被教授丟，不然就是手術時技術太爛被罵……。現在的醫師面對的挫折可能是不知道未來的環境，這也是為什麼我一直帶領團隊創造良好的執業環境，以及盡力爭取醫師權益的原因。我努力營造一個能讓醫師施展及發揮醫療核心價值的環境，他們才能好好照顧病

人，這對國家發展很重要。」邱理事長認為在醫學院畢業前師長就應該培養醫學生正面思考的能力，啟發他們，就像九二一地震我們把危機變成轉機。「我照顧過數以萬計的末期病人，在生命進入倒數時刻，病人承受的痛苦是有生以來經歷痛苦的好幾倍，以往醫學教育並未教導學生如何照顧這些病人，以及如何創造生命的意義。在我看來，治療不是硬性教條式的，我認為每個治療決策都要以病人的需要及最大利益作思考，分析治療策略對病人的利弊、風險為何，每天都這麼做就不會對不起病人。」奉獻醫學 40 年，作為醫界領航人，邱理事長認為有理念的帶領十分重要，「如果領導者有好的理念，團隊與所照顧的人群的幸福與成就比較能提升。」

家庭醫學作為整合性思考

既然代表考選部來進行專訪，不免要針對專技人員醫師國家考試就教邱理事長有何精進建議？他談到：「分門別類的專科醫師或教授都是專業中的專業，在某一領域非常專精，但醫療應該是全觀的、以全人的面向看待。所以命題委員應廣納各個專業，除了內、外、婦、兒、急診科外，也要納入家庭醫學科，尤其要具備全人全家全社區的三全照顧及安寧緩和醫療的專業。考試引導教學，一旦列入考題或涵括

在應試科目中，學校和學生也會隨之重視，接著教學資源就會挹注投入。」

邱理事長身兼多職行程繁忙，接著又要處理公共衛生師法草案的協調，我們不好耽擱他太多時間，但在這短暫不到 2 小時的訪談中，仍能深刻體會及感佩邱理事長多年來重視人文關懷的醫學教育與投入社區基層醫療、安寧緩和醫療領域的動機和執著，誠如他所說：「與其他科別相較，安寧緩和醫療及社區醫學教學，比較少用到藥劑和器材，利潤較低，但我們憑藉的是智慧而非機器，如何將其整合並融入課程至關重要。我認為以『全人、全家、全社區』為主軸的醫學教育能讓醫學生有所啟發，也希望這樣的理念帶給醫師們方向。」

或許是因為邱理事長在不同崗位都能秉持「上醫醫國」的宏大理想，以造福國家及人民利益為重，並奉「全人、全家、全社區」、「以病人為中心」的照顧模式為信仰，邱理事長不覺得自己的付出是犧牲，他心心念念要營造好的醫療環境，讓醫病雙方信賴和諧、使醫療照顧有良好效果。邱理事長在專訪中並未提及自己是首位獲得亞太區五星級醫師殊榮的臺灣醫師，但我們已然明白邱理事長接續前人的奮鬥，拆解醫療難題、找尋策略、推動改變，持續用專業、愛

與關懷灌溉臺灣醫療體系，相信他日回首來時路，我們會見證他已完成自許「為醫療找出路，為民眾謀幸福」的使命！

(採訪者：考選部陳玉貞、王詩慧、張怡茹，攝影者：張怡茹)