

綜合討論

江姝靚組長：

我們謝謝逸青，幫我們做一個這麼精闢、專精的導讀，其實我們知道初級醫療非常重要，我想在我們健保這一端也確實入了法，剛剛有講到家醫制度跟落實轉診的這部份，以全人照顧看我們怎麼樣落實，那我想說，因為既然已經有既有的政策，其實家醫制度，我想各分區業務組是更有感。那接下來，我們要請大家分享，我想先請署本部醫管組的佩軒專門委員來幫我們分享一下，那待會我們就請南區業務組的組長幫我們分享，以上。

韓佩軒專門委員：

謝謝主席，首先是很感謝今天逸青給我們的這一個報告，那其實逸青在這個報告裡面很簡明的跟我們提了一些初級醫療的好處，例如說，在第 5 頁，這邊就提到說，其實如果初級醫療做得好的話，那病人的體驗是好的、醫療品質是好的，其實後續的一些住院以及急診的一些病人的這些奔波以及費用都會減少。那另外他也提到，如果初級醫療做不好的話，其實後續會造成一些成本的問題，例如第 16 頁，可能就會讓民眾治療時間變長，或是引起後面的一些合併症，那我想這個國外的制度的確跟台灣非常的不同。

那逸青也非常的貼心，他在後面也做了一些比較，我想沒錯，其實在 **primary care** 對 **deliver system** 來說非常重要，那在我們的這個分級醫療的部分，其實壯大基層最重要的就是家醫計畫，家醫計畫基本上，我們就是想要完成 **primary** 的那四大支柱，所以希望是周全性、協調性，而且是連續性的。

所以其實我們現在推動的家醫計畫裡面，是由我們的基層醫師組成一些團隊，那另外，就是希望把預防跟治療能夠連接起來，以及連結社區跟醫療院所、醫院的這個部分，一個很重要的樞紐，其實在台灣的健保制度是自由就醫，所以我們健保也很努力的在推我們家醫計畫，其實各個分區也在這裡著力很多，那再配合我們的轉診制度，希望每一個病人都希望有一個他的家庭醫師，能夠有一個連續性的照

護。

那其實在裡面，他提到一些問題我們實際上也都有遇到，比較重要就是說，這個團隊間的協調，例如說，在我們計畫裡面有給一個「個案管理費」，到底有沒有真正發揮這個功效，我們再做一個評估。實際上，在這個家醫計畫裡面，如果我們看看他的醫療費用，在我們的評估裡面是有節省的，其實在團隊的合作上面是覺得還可以再加強。

那未來我們的家醫計劃，改革方向就是希望能夠讓我們的内容能夠更符合我們實際上照護現場的需求，獎勵計劃也是能夠更符合這些，我們團隊裡面認為說，他付出的精力能夠得到這些回饋，那把家醫計畫指標弄得更務實，這是我們未來的方向。那當然，部長也很希望他的中長程計畫能夠跨部會的結合，所以未來家庭醫師的團隊可能還肩負更重要任務，也許是把這個代謝症候群預防的部分也納過來，那未來預期可見，希望不僅是預防保健做得好，我們的醫療費用支出也能夠節省，最重要就是民眾獲得的照護是更好的，就簡單說到這，謝謝。

江姝靚組長：

謝謝佩軒專委幫我們做這麼專門然後精準的一個說明，確實點出了許多問題，我想供需的部分，我們知道民眾的需求是一直存在的，那供給的部分剛剛有講到，有人力的部分跟政策的部分，我想這不僅是健保署的使命，甚至也是部裡頭、甚至是國家政策，還有醫學教育的一個部分跟落實，民眾要確實知道說，這個健康預防醫學的一個重要。

那我想等一下請純美組長，然後下一位再請北區的溫溫組長。請南區組長，謝謝。

林純美組長：

大家早安，謝謝逸青今天的導讀，這個基層醫療是一個非常重要健康照護的一環，那我們很幸運，我們從民國 92 年就開始推家醫計畫，然後我們 95 年加上這個健康存摺，我們健康存摺的完整性越來越好，所以我們在這個基礎建設已經非常的完整，我們應該要把健康存摺跟家醫計畫在搭上去，最近已經有把家醫的滿意度搭進去健康存

摺了，未來其實剛剛佩軒有說代謝症候群，我們現在健康存摺裡面有個疾病評估，應該要再加上一個家醫照護的章節，管理醫病之間最好的就是健康存摺，所以建議把病人的健康管理，用健康存摺的這個方式，我們就交給家醫的醫師，用這種方式，包括他知不知道他的醫師，他怎麼跟他的醫師聯絡，全部放在健康存摺的一個章節，然後每一個成為家醫會員，醫師都應該要指導他使用健康存摺，這是提升民眾健康適能的第一環，所以這個是我的建議，未來我們可以做的地方。

第二個是家醫整合照護計畫，現在醫師的部分，幾乎是成為我們健康照護相關的制度，第一站要推的醫師，我們都會找家庭醫師，有加入這個方案的，像這次的視訊，還有照護師、他們長照的訪視醫師，他們也是要優先用家醫的醫師，有加入這個計畫為優先，所以可見我們未來應該是把所有，現在幾乎有一半的醫師都已經加入家醫整合照護制度，未來應該是所有新特約的醫師，通通都要加入家醫照護制度，第一年先當見習生，第二年才能夠開始收會員，因為透過這樣單打獨鬥的開業醫，把他連結，他有群，然後上游有合作醫院，那這樣子在相關的轉診他的網絡就一定是可以建立的非常完整，以上是我的建議。

江姝靚組長：

謝謝純美組長，那我們等下請溫溫組長分享後，台北、中區再東區、高屏，謝謝。我們請台北先。

劉玉娟組長：

謝謝姝靚，其實今天這個章節討論的是初級照護，那初級照護其實也是付費裡面費用很重要的一環，所以照護如果它的內容可以在我們基層的部分，也就是不管是家醫計畫或偏鄉計畫或甚至衛福部有一些兒科的初級照護計畫等等，涵蓋的時候，當然在費用上面，以這本書來看，他覺得說，他可以對成本後面所發生更大的、更重的或更多的醫療成本可以 **cost down** 下來，所以這個章節先以初級照護的內容到底是什麼。

那我們如果仔細看一下這投影片第 3 張，可以看到在美國這邊，

對初級照護是有些不同的付費設計，甚至已經可以看得到，其實在初級照護裡面的付費可能涉及到他是不是專科、非專科還有費用好像比較低，跟我們現在台灣狀況不太一樣，所以我們會回頭想想說，我們對初級照護的定義到底是什麼？初級照護就等於是家醫計畫嗎？還是說，初級照護其實包含在次級醫療和三級醫療裡面？

他的內容裡面都有初級照護的一個概念，因為涉及到更早期的一些預防、保健及衛生教育工作，所以其實在醫療的各個的大小場域裡面，他都會有初級照護的內容，那怎麼去落實把病人變成一個全人照護，目前我們所有分級醫療的設計或是家醫計畫的推動，其實還是會在這個議題裡面去環繞，那這裡面還是有涉及到一些付費，我這邊只是從這文章可以看到說，其實我們的制度，如果我們今天定義到很狹隘，或是有太明確的一個定義，比如說慢性病的只能放在基層看，或是初級照護的時候，我們有時候會看到社群有些文章，比如最近有一個文章提到說，他在 105、106 年，那時候有配合一些政策在推初級照護，那時候為了符合初級照護的 coding，不應該在醫學中出現的時候，他可能會去做一些 shift 或是去做一些 upcoding，那後來到今年這一、兩年突然發生的 COVID-19，COVID-19 在 CDC 的政策，可能有個叫第九類，如果大家有點印象的話，那第九類是針對有些慢性病，被我們健保署定義慢性病這些，可能才能先打，歸類到第九類來打針，那在過去三、五年以前，他的一些 IC Coding 的 Code 結果，可能會影響到現在預防注射的這個分類，所以我們很多的制度有些環環相扣，甚至會在後面發生相互的影響，那我們對初級照護整個基本精神還是會希望全人整合的一個概念來進行，不管是基層或地區醫院，其實有很多很優秀的醫師也是從醫學中心的專科醫師受訓下來的，所以這邊有很多東西，我們可能還是會再多看看其他國家在初期照護這邊怎麼去推動，讓這個以病人為中心的方向可以更扎實，以上。

張溫溫組長：

主席各位同仁、醫界朋友，大家早安，其實剛剛純美跟玉娟，大概就有講到台灣的情形，那事實上確實透過我們的雲端醫療系統，跟我們現在的家醫計畫，都不用透過一定非同家醫科進來的情況之下，

基本上我一直覺得台灣的初級照護其實已經做得不錯，可是現在欠缺的就是怎麼樣把它做得更完善，尤其是我們已經有的家醫計畫，在這個群裡面，除了家醫科醫師外，他還有其他的專科醫師，透過這個他們之間的合作，事實上，當病人真的比較需要到大醫院的時候，透過我們現在的轉診制度，是可以得到很好的醫療照護，所以我覺得我們應該善用我們現在的這個雲端系統，所以我也非常贊同剛剛純美組長，是不是未來每一個人應該加入一個家醫科的計畫，然後每個家醫科對於這個病人的一個整個的情況，就是要透過我們的雲端系統去了解他整個的醫療照護情形，這樣的話才真的可以把一個病人照顧得更完善。

全世界照護的各種支付制度，其實我們在 review 以後發現，台灣幾乎都做了，不論是以病人為中心，或是 PFP 等等，我有時候去 review 這些其他相關的支付制度，都覺得我們台灣真的可以做的都做了，那現在我們要做的更深了，就是做得更到位，這樣的話，其實我們的整個醫療體制我相信會達到一個，我想全民以新的滿意度有 92% 的情況之下，真的要再往上走，其實就是再來深度更多一點，我相信，我們就可以達到更好的一個效果，以上。

李純馥組長：

主席、各位同仁還有醫界的先進，大家早。第一個先謝謝逸青的導讀，寫得很仔細，不過對於他提裡面的幾個內容，我覺得可能有需要再做一點點補充。

在第 17 張投影片裡面提到的 Medicare 在做這個 RVS，其實就是我們以前我在署本做的 RBRVS 這個制度，那其實這個制度，並沒有這個作者寫的這麼不堪，因為其實基本上，它是讓專科或是醫師的投入能夠得到好的回饋，所以當然會去誘發很多不同的專科去投入所能夠執行的手術或是處置，這是必然的。可是呢？不是因為他去這樣子而去讓初級照護變弱，我覺得絕對不是這個關係，因為 RBRVS，基本上它是一個和醫師投入的成本，或是他相關相對應的難易度來決定它的定價，我覺得在哈佛大學教授 William Hsiao，在建造這個制度是有他很清楚的概念跟邏輯，他也跟各個專科醫學會去合作，所以我覺得這

個部分應該不是讓初級照護價值降低，而是讓整個專科的能力提升，當然初期照護並不是說它不重要，而是它在 RBRVS 裡面，它比較難去量化它的價值，所以它是用時間的投入，也就是一個門診的時間，投入多少時間來定這個醫師所付出的成本，所以它其實相對也是在，假設這個初級照護醫師的看診時間很長，花了很多時間在跟病人衛教，其實是有在這個診察費裡面去做支應，我覺得有必要在這裡稍微有一點點表示我對於這個作者不是非常贊同他的這個論點做一點說明，是因為我對 RBRVS 有一定程度的認知，而且我在台灣也導入一版，因為其實不是說用數量勝品質，而是數量跟品質都很重要，我們台灣就如同剛剛溫溫組長或是相關的大家來分享，其實我們台灣確實導入了很多美國的支付制度，可是我們在落地的時候，其實我們會去在 modify，甚至適應我們的醫療體系跟制度，我們會做不一樣的轉型，我們有我們的好處，像我們糖尿病的論質計劃，他一個完整，他也是個 teamwork 的一個給付，其實就是在 echo 作者所講的，一個病人的照顧，絕對不是一個醫師的責任，是一個團隊的責任。

那當然剛剛純美或是溫溫所講的，健康存摺把資料回饋給病人，其實也是希望病人也要有部分的責任要自己看，也就是說，醫療可以提供你相關的服務，可是病人本身的責任也很重要，所以我覺得作者在分享他對初級照護的看法理念，其實是有很多他自己的概念跟想法，當然收入一定會影響醫生選擇科別，當然在台灣也一樣，所以台灣為了解決這個問題，他就去限制這個專科的員額，去讓這個科別失衡的情形把它改善，這件事情其實也造成部分科別的成本上升，我想這都是環環相扣的，那不過，其實美國他們是個很有創造力的國家，他們對於初級照護，假日、週日或週六不看診，造成病人如果有 urgent 的狀況要怎麼照顧，他們在 mall 裡面有個 urgent center，也是 NP 在做，也就是說，如果你覺得你真的不舒服，你可以去 mall 裡面找到比較專業一點的人，可是他不是醫生，但可以去問他問題，甚至他可能會指導你去 mall 裡面的 supermarket 買一些成藥回去吃，所以其實我相信就是人，一定會找到你自己的一條路，那我們相信我們台灣，經過我們跟醫界共同努力，我想我們會得到比美國人更好的醫療照護，這是我的分享，謝謝。

李名玉組長：

謝謝主席，還有所有參加英文讀書會的同仁跟醫界朋友，大家好，那我想理想跟事實，其實是存在著很大的差距，到目前為止，應該沒有任何一種制度是完美無缺的，我們可能要先有這樣的一個共識，像美國跟台灣制度真的是有很大的不一樣，美國是有初級照護的設計，醫療服務是層層要轉診才可以獲得下一個階段的服務；那台灣的話實在有很大的不一樣，我們的民眾是可以自由選擇就醫場所，所以我們對民眾的課責，其實我覺得是沒有，雖然我們有叫做高診次的會去給他輔導，但其實那個都是事後的。

那我們也從 92 年就已經看到，我們可能在初級照護這一塊，在我們讓民眾自由選擇就醫的這種制度之下，去實施一個家醫計畫，希望能夠在初級照護有一個對民眾全人照護的概念，就是剛剛講的 3C2A，但是已經實施快 20 年了，那是不是參加家醫的、被收案的這些民眾，真的有被照顧得比較好嗎？我們有沒有去看過，就是有參加家醫的這些民眾跟沒有參加的，同一個醫師，有收進來，跟沒有收進來的，他們的照護真的有不一樣嗎？這是我很大的疑問。

另外，我的感覺是說，家醫是很好，往這個方向絕對是 ok，把預防保健放進來，就是把這個錢花在前面，讓他不要有疾病的時候再來看病，這些觀念都很好，但是有沒有想過，家醫真的可以在全國實施嗎？在東區的話，我們前不著村，後不著店，只有花蓮市還有它的近郊、玉里鎮跟台東市，是可以成立起來的。你說，在台十一線怎麼成立家醫，也沒有醫院也沒有診所，花東縱谷好不容易有一群，到時候也沒有地方可以轉診，所以我倒覺得家醫是很好，可是城鄉有很大的不同，不要一體適用，對於那一種醫療資源缺乏跟不足的地方是不是專科護理師的這些概念，可以慢慢引進來，可能是真的天龍國沒有辦法知道東區的困難，在家醫的推動可以說是非常困難，但是我們也很努力，600 多群，我也有 11 群，然後就是說我們也都很盡力的去做，但是我要告訴大家的是城鄉有很大的差異跟不一樣，以上，謝謝。

林淑華組長：

謝謝主席，那也非常感謝今天逸青的報告，同仁看到承保組也在

導讀也在做分享，我覺得真的是很不容易，代表我們這個讀書會是整個全署動員，不同層面可以去互相了解，那第二個的話就是今天在聽這一篇的時候，剛開始我都覺得說台灣好幸福、台灣好幸福，因為跟裡面的比起來，台灣真的是非常的幸福，因為看病沒有什麼障礙，不過在這邊，當然我們自身也有自身的問題，以我個人為例，昨天晚上去一個醫院裡面看一個業者，結果病人很多，那就看了很晚才回去，其實主要目的是要做年度例行的檢查，去做一個安排，那我就覺得說，為什麼我不能在基層就去做這樣的一個安排，心理想說，這個到底是什麼樣一回事？當以自己是病人的觀點去看的時候，會覺得說，為什麼基層不能做？我想這個大家都可以值得思考。

想當初我們在提分級醫療的時候有四大策略，其中有一個部份就是提升基層的部分，基層的醫療服務能量，包括裡面有一些開放表別，擴大基層的服務範圍，大家都知道那同時也在總額裡面有編列一些費用，可是在實務上面，就是因為總額裡面已經把基層跟醫院切割，基層就有一塊，所以有一些大醫院下來到基層去開業的，他們覺得他們在大醫院可以做，可是到了下來以後，他們會覺得說，為什麼基層不能做，所以有一些的項目他要做，可能因為表別或是其他的一些因素沒有辦法用健保，或者是跟病人講，就是說這個可能是要去自費，所以我是覺得說，這一塊支付制度還有讓醫院、醫療團體，他自己去決定要不要放這個部分，有時候我覺得，每一個層級他們的思考不一樣，比較不會從整體來看，所以我覺得，如果可以用保險人的力量開放到基層，或許我們今天有很多要擠到大醫院去排檢查的部分，其實在基層或是地區醫院這邊就可以去做了，這個我想是可以提供來做參考。

那第三個部分是家醫的部分，當然我們這幾年高屏的部份建構了不少，雖然整個量比還是少，可是我們還是盡力在推，每當我們提到我們的分會或是去跟我們區的醫界來講，他們就說不要再增加了，為什麼不要再增加了？因為整個預算是有限，他覺得說，你增加的越多，支付是有限的，所以我們保險人的想法，常常是一個想法，到了醫界那邊，因為他是利害關係人，他的想法是不太一樣，所以會碰到這樣子的部份，在這邊提出來做一個參考，剛剛名玉組長也有提到，就是說因為東區比較不一樣，那在這篇，他也提出來就是說，其實在

基層的部分，我覺得台灣我們基層跟專科醫師也是可以放在一起的，可是在比較偏鄉，就可以去運用我們現在所謂的遠距或視訊醫療的科技去補強，那當然這個就有需要我們支付制度的一些改變，還有一些放寬，以上。

江姝靚組長：

我們謝謝淑華，其實他剛好也 echo 了東區名玉的心聲，我想這個部分是拿美國的制度來看，落地了以後我們自己的制度是怎麼進行，大家都提出了非常重要的問題跟一些解決的一個想法，我想今天時間也到了，也謝謝大家今天聚在這裡來讀這一篇，我們也謝謝逸青很努力的，因為剛剛承保組竟然可以講支出面的事，真的是很感謝，謝謝逸青，謝謝大家。