

# 瞭解評估健康照護價值的挑戰 (1) 複雜性

## Practical Strategies to Assess Value in Health Care

【PART I】 Understanding the Challenges of Assessing the Value of Health Care

**Challenge1: Complexity**

Challenge2: Continuity

Challenge3: Inconsistency



醫審及藥材組 黃瓊萱



李伯璋署長：

我們永遠不要認為說自己做得多好，台灣的健保雖然人家都認為我們做得很好，我們還是有很多需要改善的空間，靠大家一起努力。前一陣子王宗曦組長開始準備啟動健保改革日記3.0，那禹斌、珮珊還有玟瑜他們也開始編輯會議，我們除了署本部以外有6個分區，那各位組長也都交了一些題目，我們會針對那些議題比較practical的、比較實在的，我們就會開始啟動。

那我認為我們這些資料在大家的努力之下，應該速度都很快，今天也有人告訴我說他每次到我們健保署來，發現我們都有一些大小的會議在開，其實我們面報或是內部的溝通我想都是很好，那當然就是每一個時間點大家都有一些挑戰，我是支持各位不斷地成長，因為最近我看到宗曦準備這本新書，我想也是很用心在整理，大家好好念，我是覺得大家有什麼問題都要提出來，大家做個檢討，那我想今天我也看到玉芸升參議、惠萍升副組長、依婕升專門委員、于淇升專門委員，我想大家都是一步一步，每一個角色都是有他的一個責任，務必大家一定要提攜後進，大家一起努力，好不好，那我們就開始今天的演講。

莊欣怡科長：

主席、各位長官、各位同仁、各位醫界的先進，大家早，歡迎大家來參加111年健保署的英文專書讀書會，今天是第二場，請主席致詞。

**李伯璋署長：**

那我們開始，我們請瓊萱。

**黃瓊萱視察：**

署長、各位長官、同仁及線上的醫界先進，大家早安。今天我們要進入這本書的第二章就是評估健康照護價值的3大挑戰，第一項複雜性，上週京辰的導讀是走氣質路線，那我的報告比較接地氣一點，希望大家也會喜歡。

Craig A. Solid

# Practical Strategies to Assess Value in Health Care

 Springer

## 大綱

Chapter2: Complexity

1. 為何真實世界的健康照護很複雜?
2. 【複雜性】對價值評估的影響?
3. 心得與反思

2

我們會依序介紹，告訴大家說為何真實世界的健康照護如此複雜，以及對價值評估有何影響。

## 在複雜的真實世界，我們真的能掌握特定介入，實際上可以帶來多少的照護價值嗎？



病人  
健康

**病人**在找院所找醫師時，在想什麼？

- 就近？便宜？很親切？有求必應？治療有效？



照護  
體系

**醫師**開處方時，在想什麼？

- 病情需求？審查核刪？院內績效？獎勵指標？



醫療  
支付

**院所管理者**評估新增服務項目時，在想什麼？

- 成本利潤？客源？人力？保險支付價格？

首先我們可以瞭解每一個人在不同的角色上面，大家對於什麼是有價值的健康照護想法都不同，而這些不同的想法會不斷地彼此互相交流、互動，讓每一次的就醫決策以及照護經驗都是獨一無二的，造就了我們真實醫療世界的多樣化及複雜性，那我們必須要對這些複雜的現象有所瞭解，當我們推出新政策或是新服務時，我們才能去試圖掌握它實際上可以帶來多少的照護價值。

那麼作者就依據這3大面向，病人健康、照護體系以及醫療支付制度，來告訴我們這些複雜性是有跡可循的。

# 病人的健康因素交互影響，造就個別差異大



1. **心理**健康不佳，造成整體照護成本增加。
2. **社會決定因素**比醫療照護介入，更能影響病人照護結果。
  - 例如：貧窮、社會地位、壓力、工作環境、社會隔離、失業、社會支持、交通等。

取自網路圖片

4

病人的複雜性，現在我們已經不流行頭痛醫頭，腳痛醫腳，我們走的是全人照護，請問大家全人照護的4大評估面向是哪些，我們請一下奇君科長，答對了，沒錯，全人照護身心、靈、社會，幾乎是醫護必考題要記下來。

就用這個角度我們來看一個個案，吳先生40歲，人稱老吳，他有過度肥胖，三高文明病，高血壓、高血脂、高血糖，他膝關節嚴重受損，醫生建議他開刀，病人堅持不要，那旁邊的護理師心裡在想，家屬說那個老吳他都靠吃在解決壓力，他都在發洩壓力，一直吃下去光開刀就能解決他肥胖帶來的健康問題嗎？社工發現老吳之所以不開刀，是因為他打零工養家，計日工，做一天領一天的薪水，所以他住院開刀就沒有辦法去工作，沒有收入全家喝西北風，所以他不要開刀。

這個案例我們可以看到病人生理、心理互相影響，如果我們心理問題不解決，我們整體的照護成本會增加，再來病人的社會決定因素，像是貧窮、工作環境，其實有時候會比我們的醫療照護介入更影響病人的治療選擇以及照護的結果。不過很幸運的老吳經過了全人照護，他術後恢復良好，而且持續在減重中，那麼問題來了，請問大家這個照護結果是誰的功勞？是醫生開刀得好，還是護理師轉介心理諮詢很成功，還是社工幫他找到了經濟補助，

所以他可以安心養病。

醫療團隊每一項服務累積在一起的效果，有可能是一加一等於二，也有可能是一加一大於二，我們似乎很難釐清說特定的某一項介入所造成的健康價值的貢獻程度有多少，因此作者認為我們現在以病人為中心的整合性照護其實會增加我們做價值評估的難度。

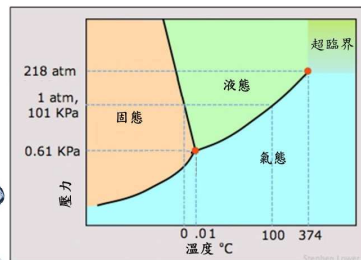


# 醫療照護體系是複雜適應系統 1

## 傳統科學 Traditional science

【例如】熱力學結冰原理

1. 通過控制變量產生不同的結果，以驗證現象之間的因果關係。
2. 實驗可重複的操作結果一致性。



取自網路圖片

## 複雜適應系統(CAS) Complex adaptive systems

【例如】雨林生態、颱風動態

個體與環境之間的主動反覆的互動，根據學到的經驗，不斷改變自身的結構和行為方式，自成井然有序。



5

醫療照護體系是複雜適應系統CAS，我剛看到這個的時候其實我一頭霧水，所以我試圖去找了一本書，如果大家有興趣可以去那個台北市圖總圖借來看看，那什麼是CAS，我們可能要先瞭解一下他跟傳統科學有什麼差異，傳統科學我們就用熱力學好了，大家都知道水有液體、固體、氣體，水在0°C的時候會結成冰塊，這大家都知道，那大家猜看看有種成人飲料，在0°C的時候不會結成冰塊，流傳了一句廣告詞，聽清楚喔，「喝58先上課，冰凍喝，更好喝」，請問大家心中有答案嗎？我看到有人在偷笑，再給一個提示，請猜一種金門名產，沒錯大家都是內行人，就是高粱酒，聽說60%的白酒結成冰塊的冰點大概是在-80°C所以0°C不結冰。那無論是水或是酒精，我們可以看到曲線圖，我們試圖去控制壓力跟溫度可以得到不同的結冰反應，透過反覆的實驗可以去驗證這個因果關係，這個是傳統科學的邏輯，但是這樣的邏輯很難去解釋真實世界的許多現象。

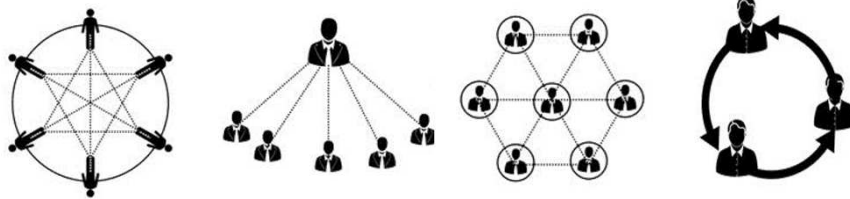
因此美國Santa Fe Institute研究所就提出複雜適應系統CAS用來解釋大自然，例如像是熱帶雨林萬物叢生，可是他卻又自成生態平衡；例如像是颱風動態，一旦颱風形成了之後，它會不斷受到副熱帶高氣壓、地形以及雙颱風效應的影響，當我們覺得明天有機會放颱風假的時候，大家都會做一件事情，緊盯電視看新聞，就

忽然發現颱風又南移北轉，不來台灣了。那我們可以看出CAS的特色是，他有沒有中央指揮中心？no no 沒有，它沒有中央指揮中心，是個體跟環境不斷的互動，不斷地去改變它自身的行為、去適應這個環境，讓我們整體的體系達到一個平衡且井然有序的狀態。



## 醫療照護體系是複雜適應系統 2

1. 具**自主性**、各司其職。
2. **互動傳遞訊息**，作出決定，達成群體目標。
  - 會診治療建議、檢驗結果、午餐菜單
3. 同一個案例，2位醫事人員的照護決策可能不同
  - 個人成長背景、工作經驗和認知偏見
4. **半自治**：團隊內領導服從，非僅權屬關係。
  - 組織文化、成員特質、共識決定



取自網路圖片

6

複雜適應系統其實也可以用來解釋很多人類社會的運作模式，像是自由經濟市場、像是醫療照護體系，那作者認為醫療照護體系就具備以下CAS的特質，第一個是醫院內每一個人都有他自己的角色責任，他們具有專業自主性、各司其職。

那第二項所謂的醫療日常，就是大家不斷地交換訊息，做出決定，所以大家可以在護理站聽到，如果在ICU裡面就會說，陳主任，那個第十床外科來看過了，明天要排開刀；或是在病房裡聽到，王P王P，7183的blood culture報告出來了，你現在antibiotics沒有效，要不要換藥；或是你可以聽到書記大喊，今天訂50嵐喔，要喝的趕快來寫，忙碌的臨床工作，飯可以不吃，但是飲料一定要訂，忙碌的健保署，中午的時候大家都會人手一杯走進來，如果下午有署長面報可能會買兩杯

那第三項，在醫院裡每天都有無數的訊息滿天飛，每一個人的決策都受到他個人成長背景跟工作經驗的影響，兩個同職類的醫事人員面對同一個個案，他所做出的照護決策可能不一樣。

那第四個通常我們醫院內的團隊誰來當leader，有時候取決於權屬關係，有時候是組織文化或是成員特質，例如像是醫院的安寧家庭會議，有時候可能是社工在主導，那健保署單位內中午訂什麼便當、誰來訂飯，有可能是最熱心的同事在主導。

## 醫療照護體系的適應性，衍生複雜性



適應性



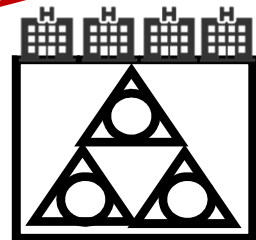
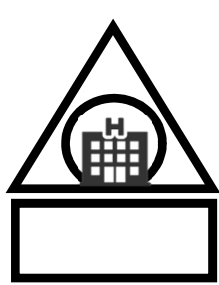
成員組成



物理環境



文化結構



獨一無二

1. 實施介入並維持實際改變是很困難的。
2. 根據不同的環境、情境及標的群體，採取不同的評估價值策略。

醫療照護體系的適應性，我們可以理解人具有適應能力，大家都知道，我們會依據個人的經驗去修正、學習、改變我們的工作決策，進而改善照護的結果，進而改變整個照顧體系，那這樣子的適應性，不僅造成你、我、他之間的個體差異，也讓同一位醫師在去年跟今年面對同一個案例，他可能做出的醫療決策有可能不一樣。

而作者認為醫療的適應性衍生出它的複雜性，再加上醫院的成員組織、物理環境跟文化結構的不同，造就了我們簡報右手邊可以看到，我們每一家院所整體的組成上都是獨一無二的，而這樣子複雜的環境下我們要實施介入並維持實際上的改變是很困難的，因此作者提醒我們，根據不同的環境、情境以及標的族群，我們要採取的評估價值的策略就應該要有所不同。

# 支付制度複雜性, 不易掌握照護價值影響程度



那第三項是支付的複雜性，作者用messy這個字，一團糟，來形容美國醫療支付制度的混亂及複雜，我們過去的課堂一再提及美國的醫療價格就是不透明，讓病人每一次的就醫變成一種賭注，這樣的制度下我們所推出的新政策跟新服務，其實我們很難去掌握它實際上對病人的照護價值的影響程度是增加還是減少，而在近10年我們提出來的論價值計酬就能解決問題了嗎？似乎沒有，我們開始反思這個論價值是指誰的價值，為什麼學者說論價值計酬對照護品質有害，為什麼醫院不買單，台灣是單一保險人制度沒那麼複雜應該就不會有這些問題了吧。

## 過去論價值計酬的假設，在CAS很少是有效的

### 過去假設

1. 行為表現，源於**個人動機**。
2. 朝照護成效擬訂的支付方式，可以**提高品質**，經濟誘因會**增加整體動機**。
3. 照護成效是可以**準確測量**的。

### 複雜適應系統CAS

1. 個人決策，是不斷與環境、其它個體**互動的結果**。
2. 每間院所的價值立場不同，相同的介入可能**有截然不同的結果**。
3. 在複雜的世界，很難掌握介入達成的實際價值。

9

作者認為我們過去對論價值計酬的假設，其實在真實世界CAS裡很少是有效的，第一項，我們以前認為醫生的處方行為的表現是源自於個人動機，但是在CAS裡每一個人的決策是不斷跟環境還有其他個體互動的結果。第二個，以前我們覺得我拋出經濟誘因，我就應該可以增加整體醫界的執行動機，但是CAS告訴我們，每一家醫院它的價值立場都不同，大家組成都不一樣，那面對同樣的誘因，大家的反應可能都不盡相同，所以不見得大家都會買單。那第三項，我們過去假設照護成效是可以準確被測量的，但CAS提醒我們在真實世界裡面，其實你很難掌握特定的照護措施它所帶來的實際改變跟價值有多少，這就是為什麼我們過去在推論價值計酬的時候，其實推動成效有時候都不如預期，因為真實世界的運作方式並不如我們想像中的這麼簡單，就算是單一保險人制度也會有同樣的問題。

Craig A. Solid

# Practical Strategies to Assess Value in Health Care

 Springer

## Chapter2: Complexity

1. 為何真實世界的健康照護很複雜？
2. **【複雜性】對價值評估的影響？**
3. 心得與反思

10

那看完了這些複雜性，我們來看看他們對於照護評估有何影響。



## 【複雜性】對照護價值評估的四大影響



我們要去評估照護價值就像是爬高山、登百岳，就像是挑戰我們台灣第一高峰，請問是哪座山？我聽到答案了，果然是有活力的長官們，大家都有在爬山。作者說這些複雜性對於價值評估會有4大困難我們要去克服，分別是難以測量、難以歸因、提升品質不等同於增進價值以及未知的未來。

## 難以測量：測量的真實性與照護價值的落差



糖尿病足  
行動不便  
入院清瘡



醫囑  
遵從性



價值  
評估項目

因事  
制宜

1. 領藥紀錄
2. 病人自我服藥紀錄
3. 電子藥盒開啟紀錄
4. 血中藥物濃度

1. 照護成本、健康狀態
2. 病人滿意度
3. 因疾病或併發症而損失工作量
4. 與疾病控制不佳的不良事件  
【例：再入院、低血糖】



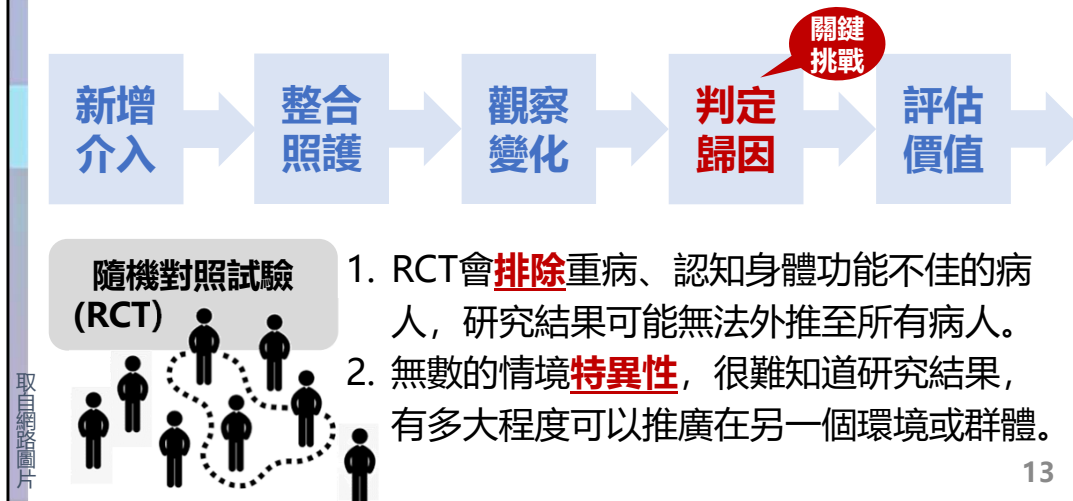
第一項我們來談說健康價值是難以測量的，我們來看個案例，劉奶奶80歲糖尿病足DM foot行動不便，入院清瘡做debridement手術，那出院返家大概10天不到，就來急診又再入院了，如果我們用30日再入院指標來看，是不是代表劉奶奶她上一次住院清瘡的照護品質不好嗎？我們要來思考一個問題，病人通常返家之後的照護結果，往往跟他的醫囑遵從性有關，那我們發現劉奶奶血糖控制不好，第一個反應是她有按時服藥嗎？那我們最常用的測量方式不外乎就是去看申報紀錄，看她的領藥紀錄，但問題是領了就一定會吃嗎？還是囤在家裡？那看起來第4項測量血中藥物濃度是最準的，但是病人家屬會讓你一直測、一直測、一直測嗎？看起來不太可行，如果我們沒有辦法去掌握病人對於醫囑遵從的真實性，當我們照護結果不好的時候，我們到底是覺得說他是因為遵從性不佳造成的，還是我這個醫療介入沒有效。

那接下來我們在做價值評估之前，我們先要瞭解一件事情，照護價值是很主觀的、很抽象的，看不到也摸不到，沒辦法直接去衡量他，需要透過一個間接的評估工具，例如像問卷，來漸漸的測量跟量化它，那至於要評估什麼項目，作者說沒有固定的答案，完全取決於你要評估的標的族群、適用情境以及評估目的，那他以糖尿病當舉例，他建議評估的項目至少有上面這些內容，



但是這些內容測量完了就一定能代表健康照護的好壞嗎？好像也不盡然，我們就用剛剛30日再入院當例子，再入院指標計算方式很簡單，就是一段時間內某家醫院他可能這段時間總出院的人數，然後去算算看說有多少人在出院後30天內再入院的，那計算公式很簡單，但是我們想一想看，他下一次的再入院，有可能是計畫性的，例如像是做心導管，例如像是排刀，這個都很常見，那就算不是計畫性的，有時候其實也是無法避免的，例如像是癌症病人，他有可能病情進展到某個程度，他就喘起來，喘起來就送來急診，或是有些病人的社會決定因素也會導致再入院，那我們看看劉奶奶這個案例她之所以再入院，是因為原本照顧的外傭臨時請假回印尼，臨時來的看護就不會顧，然後就病情惡化再入院，那跟她上一次住院清瘡有關係嗎？好像也沒關係。因此作者提醒我們，如果要精準的運用類似像再入院這樣子的指標，要去精準的衡量它可以適用的範圍，包含了病人類型、再入院的原因、合併症還有病人的社會決定因素等等的條件，那聽起來好像把本來應該很簡單的再入院指標弄得好複雜，不過這一切都是因為醫療真實的環境就這麼複雜。

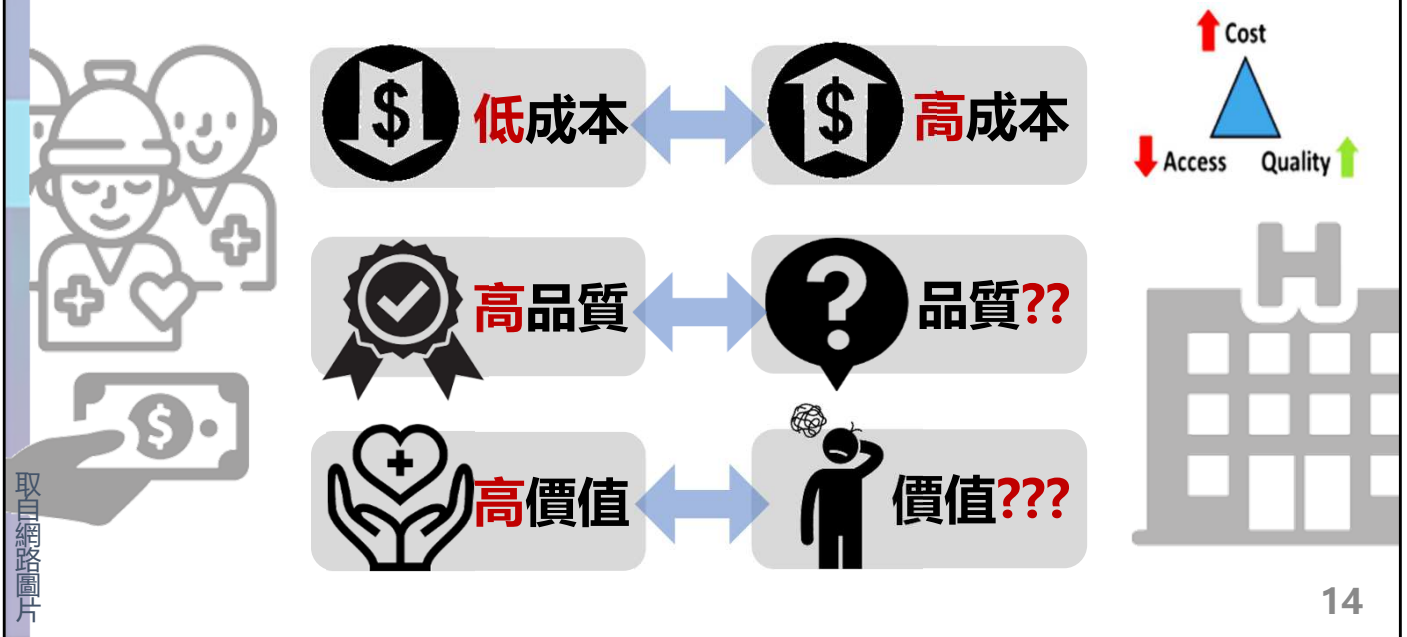
## 難以歸因: RCT無法證明照護帶來的實際改變



那第二項難以歸因，我們之前有提到說實施了某一項介入服務之後，經過整合照護我們看到病人的變化，但是問題是這些變化到底要歸咎於哪一個介入造成的，如果我們沒有辦法歸因，其實就很難評估說這一項措施或服務可以帶來的評估價值有多少，因此作者認為判定歸因是我們在做價值評估的一個關鍵挑戰。

那麼我們現在的實證醫學非常重視的randomized controlled trial隨機對照實驗RCT，在真實世界上面RCT會排除重症跟認知身體功能不良的病人，所以他的研究結果可能無法外推到同樣疾病的所有病人身上，再來臨床上有無數的情境特異性，所以我們很難知道說這個研究結果有多大的程度可以外推到另外一個族群或是另外一個群體，因此作者認為就算是randomized controlled trial其實沒有辦法去證明特定的某一項的照護措施可以帶來的實際改變有多少，研究或許可以找到相關因素，但是沒有辦法去推論因果關係。

## 提升品質不等同增進價值，是指誰的價值？



那第三項是提升品質不等同於增進價值，為什麼學者告訴我們，你們做論價值計酬，你拋出經濟誘因，其實反而阻礙品質提升，我們就要開始思考，我們說的論價值是誰的價值，我們通常站在病人的角度跟付費者的角度，例如像保險公司、例如像健保署的角度出發，我們從口袋裡面拿出來的錢變少了，去換取高品質、高價值的服務，聽起來CP值很高，皆大歡喜，但是對於院所而言，我們回顧一下上一本書的第7章，在講成本與價值的時候，提到右上方這個3角形，當時禹斌主秘說了一句話，低成本高價值是什麼？健保的美夢，醫界的惡夢，民眾的白日夢，當我們對於論價值計酬所祭出的獎勵點數，沒有辦法去平衡院所他為了這件事情額外付出的人力、物力、財力的時候，院所的執行意願就會下降，那麼作者認為執行不力是造成阻礙品質提升的主要因素。

## 【案例】出院準備服務，院方執行意願不高？



15

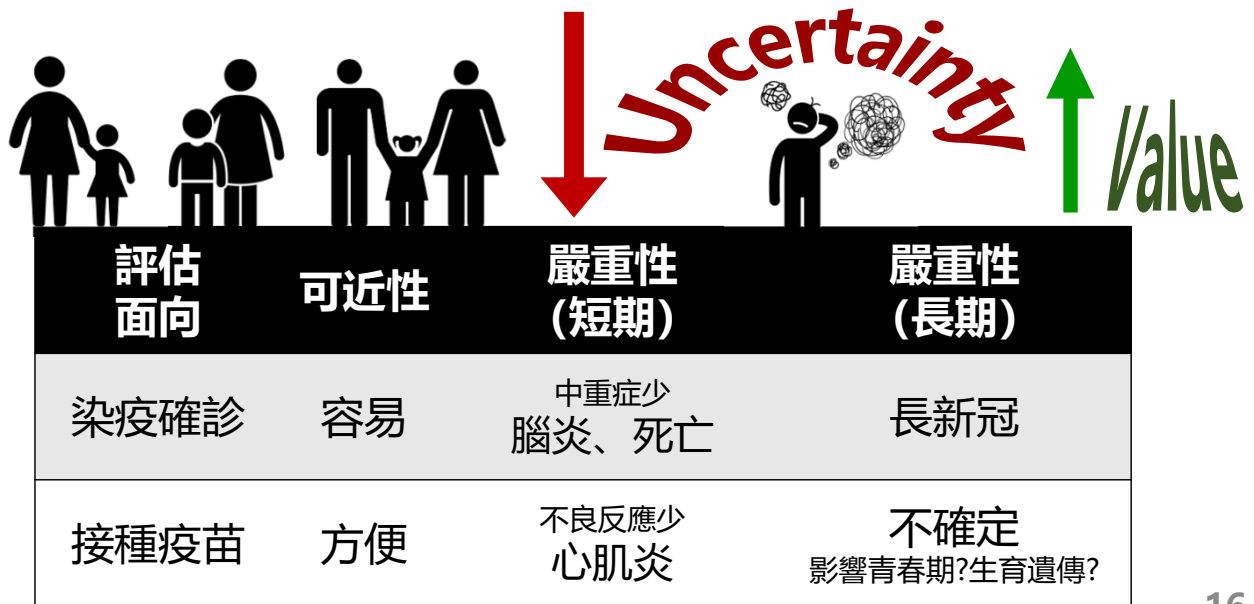
好我們來看個案例，出院準備服務，通常病人今天被告知要出院的時候，有人很開心，因為多住一天就是多花錢；有的家屬很焦慮，因為家裡氣墊床、輪椅、抽痰機還沒準備好，外傭也還沒來。那請問大家出院準備服務是什麼時候要開始做，選擇題1.病人入院時2.病人手術後3.病人生命徵象穩定時4.以上皆非，請問答案是，大家都是高材生，就是1.病人一入院時就要開始做，做什麼？

出院準備服務是為了連續性照護，所以我們會提供病人一些社區資源的轉介，以及衛教他們在出院後的一些居家照護技巧，確保病人在出院之後他的照護不會中斷，那有的醫院為了這件事情他設立了一個完整的跨專業團隊在執行這件事，有的醫院它規模比較小靠社工在做出備，有的醫院靠病房護理師兼個管師在做出備，那麼當政府為了要鼓勵出院準備服務，拋出了經濟誘因，這三類型的醫院為了要達到給付標準，所要額外付出新增加的成本可能差異很大，如果醫院還要另外再去聘人，他還要新增人事成本才有辦法達標，那可能院方會不願意，可是如果沒辦法多聘人，把這些工作加諸在原本就已經很忙碌的臨床人員身上，要嘛吃不下來要嘛做不到位。

這樣的情境可能會造成兩種結果，第一個是明明就有獎勵制度，別家醫院做了有錢拿，我們家就是做了拿不到錢，會讓原本

在做出院準備的人，越來越不想做。第二個我們長期用獎勵制度，其實會不斷的加深院所對於財務回報的渴望，而削弱他們原本在做出院準備的專業考量跟動機，一但這個經濟誘因消失，院所他們對於做出院準備的執行意願有可能會大幅下滑。因此雖然財務回報是院所去評估他要不要積極推動這項服務的主要考量之一，但是要不要把財務回報當作唯一的誘因，在政策擬訂上我們需要謹慎的評估跟規劃。

# 未知的未來：你會讓家裡兒童接種新冠疫苗嗎？



取自網路圖片

最後一項是未知的未來，今年上半年我們疫情升溫，然後在五六月的时候，其實大家都在新聞上不時看到兒童確診重症死亡的消息，而且病情進展非常快速，家長看到人心惶惶，一開始大家對於要不要讓家裡的孩子打疫苗，網路上一片瘋狂的討論，每個父母心中都做過一番掙扎，想著不打可是萬一重症確診死掉怎麼辦？就算是百萬分之一，我也不要當那一個，可是打了會不會影響青春期啊？會不會影響生育問題？會不會影響下一代？很多問題到現在我們都沒有肯定的答案，很多的決定都是兩害相權取其輕的妥協，作者提醒我們，其實人們在面臨健康選擇的時候，不確定性uncertainty扮演著關鍵因素，如果我們可以去降低病人跟家屬的不確定性，他們可以更容易的去做出醫療選擇，因此他們也可以更容易地接受健康照護的結果，進而提升他們對於健康照護的價值程度。



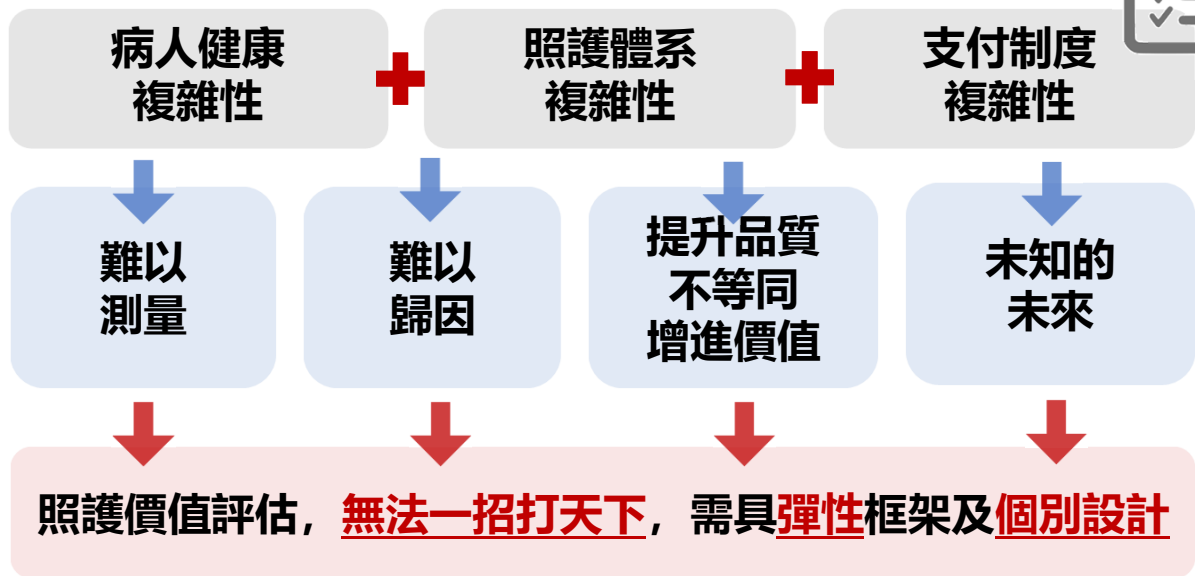
## 未知的未來：五年後的醫療服務會變成？



近3年COVID-19來勢洶洶，我們見識到疾病進展如此快速，也見證到新興醫療科技的蓬勃發展，我們人類對於疾病管理以及就醫模式正在做數位轉型，許多穿戴式檢測設備、視訊醫療以及健康平台爆炸式的增加，我們其實很難想像5年後的醫療服務會變成什麼樣子，我們要去思考當人們的醫療執行行為改變的時候，他所需要付出的成本跟所帶來的健康價值會有所不同，那麼我們健保的支付制度是否能跟上潮流呢？



## 重點回顧：價值評估需具彈性及個別設計



那我們最後來快速的重點回顧，作者告訴我們醫療的適應性衍伸出他的複雜性，包含了3大面向病人健康、照護體系及支付制度，進而衍生出我們在做價值評估的4大困難要去克服，分別是難以測量、難以歸因、提升品質不等同於增進價值以及未知的未來。最後作者提醒我們照護價值評估不能一招打天下，我們需要彈性的框架以及個別設計。實務怎麼做呢？精彩內容就在本書的第8章跟第9章，請大家拭目以待。

# 心得：科技進步，價值思維進化衝擊



## ① 科技化健保

【健保雲端共享+品質指標/篩異指標+AI】

充分專業溝通, 依據臨床真實情境, 增進醫療共享及指標應用的**彈性與適切性**。

## ② 新醫療經濟模式

【引進高價值的新藥材及醫療技術】

協助醫療產業發展, 適當資源分配的前提, 要先**務實評估新品項的照護價值**。

## ③ 合宜的支付制度

【評估臨床複雜性及成本, 予合理支付】

將照護價值納入支付成本評估, 例如能**減少多少未來的醫療支出**。

## ④ 使用者付費

【減少逛醫院行為, 間接提高醫療點值】

**傾聽**不同群體對照護價值的想法, **勇於調整**, 努力**聚焦健保價值共識**。

在心得的部分，這本書是今年出版的，但是有一些觀念跟想法，其實在我們的健保改革日記2.0就有提到，我們可以自稱英雄所見略同，依據署長在2.0所提到的4大改革目標，面對醫療的複雜性以及科技進步，健保業務可以怎麼樣再進化。

第一項科技化的健保，透過充分的溝通我們可以瞭解因應臨床需求來增進我們在做醫療共享以及指標應用的彈性跟適切性。第二個新的醫療經濟模式，健保署在做資源分配之前，其實我們要務實地去評估說這個新品項可以帶來的健康價值到底有多少。第三個合宜的支付制度，先前依婕專委有提到，我們已經朝向將照護價值納入支付制度，在做成本評估的時候，不只看當下需要的醫療成本有多少，也會去看這個項目可以為病人減少多少未來的醫療支出。第四個使用者付費，我們傾聽不同價值的聲音，勇於調整，努力的去聚焦大家對於健保價值的共識，那麼最後的最後，身為健保署的一員，務實的去評估每一項政策對臨床的衝擊以及影響是我們的基本功，新進同仁不會做沒有關係。我們聽署長的，做好溝通、溝通再溝通，有溝有通才能成功，以上是我的報告，謝謝大家。

Craig A. Solid

# Practical Strategies to Assess Value in Health Care

 Springer

Chapter2: Complexity

# 謝謝聆聽・敬請指教

20