

綜合討論

李伯璋署長：

我想聽到郁芬的演講，說實在也是真的很感動，你看郁芬學經歷都很好，我們今天是屬於年輕世代，我們前面這邊這些人年紀都比較大一點，應該說是比較資深，每一個人，人生都不一樣的過程。

謝謝郁芬今天的報告，我覺得的確很多事都講到我們的心聲，而且不是只有你們聽，因為前兩次我沒有來，我看大家的錄影，也很多人跟我表達說我們同仁都講得很好，等一下我會看到人，奇君我是認識的，逸青視察他們也說他那天講的非常的好，而且每個人的 PPT 都做的相當的理想，宗曦現在把我們大家演講的東西都放在網頁上，上面又有每個人的逐字稿，把你講的東西都用好，我想這整理出來之後就是一個很好的資料，大家可以參考。

那我想還沒進入討論之前，剛剛你講的一些重點，我做個補充，像昨天我們有兩、三個同仁跟部長做報告，因為最近牽涉到我們總額計畫，部長也邀請各個醫院理事長在談，的確他們面對一個問題，我想今天也是有一些醫界在場，大家都在強調一個點值，我們都在強調點值要多少，可是我來這邊後，我覺得點數事實上最重要，要怎樣把不需要的點數控制下來，所以我覺得部長講了兩句話讓我非常感動，一個就是說，醫界事實上有不同的層級，醫學中心、區域醫院、地區醫院還有社區醫院，他們都在場的時候，部長就講了一句話，他跟他們說：「我看李署長是站在醫界那邊思考的。」我覺得其實我們的夥伴就是醫療體系的人，我們要讓他們有好的工作環境，最後受益的才是民眾，所以部長說給付的部份，我們要讓醫療體系的人勞務的付出能夠得到好的回饋，我想這是一個很重要的議題。

那昨天還有一個很重要就是，像剛剛提到的醫療資訊雲端系統，我想在雪詠還有資訊大家的幫忙下，可以看到這幾年我們的努力，資訊協助我們架構起來的，這也是為什麼過幾天我們有早餐可以吃的的原因，我想資訊幫了很大的忙，那我們做了這個其實在全世界很不得了，在美國發展這個境界都有困難，但我們這部份做得很好，那做很好的話，依據健保法 80 條，我們本來就可以為了提高醫療品質而把資訊

上傳，但就是有些人喜歡沒事找事做，就告訴我們說我們這樣是違反個資法，因為沒有得到民眾同意，這個資料怎麼可以收集，不過前天我跟查處同仁還有玉芸、孟樵、佳芬、高豐淪，還有淑英，我們幾個人去大法官釋憲案的說明，不過說實在的，我想我們同仁都知道說在場的時候我一點都不會 *hesitate*，因為我覺得今天我擔任健保署署長，我要捍衛健保署所做的努力，我們並不是說不重視人權，尤其是你剛剛提到的一些治療的部份，我個人來講，事實上我都朝著那目標前進，所以你看那報紙裡面講醫病關係，那也是我一個信念，怎麼樣以病人最大利益去考量，我想大概就這樣。

你們剛剛看我繞到後面去，為什麼？因為台大醫院雪玲他們連不上來，當然宗曦有在保持連絡，不過我去找沐恩跟她通電話，看怎麼解決問題，所以你們知道這是一個態度的問題，很快的雪玲就可以連上，但是各位你們知道在解決問題的時候不要逃避問題，既然人家有認真想聽課就要解決，所以未來再告訴醫療院所下週主題的時候，下面再加註一欄，萬一連線有問題，像現在是欣怡在負責，可以直接電聯欣怡，他會馬上跟你連絡，想辦法解決問題，問題就是這樣，當醫生看病人也是這樣，要當好醫生就是病人的問題不要拖，抗生素給不給我都覺得不重要，給了有效就有效，沒效就趕快找其他問題。

另外昨天部長也講了一句話，你今天也有提到，很多事情需要有個成本概念，雖然說我在當醫生的時候，因為我們通常當院長的都會想要去念 **EMBA**，可是那時候我沒有選擇 **EMBA**，我去念法律，因為我覺得依法行政是我的一個重點，但是在整個管理裡面，使用者付費很重要，所以部長針對明年財務的狀態，昨天有指示，就是使用者付費的部分負擔明年一定要做，這個就是我一直跟你們講說，我們同仁都知道就是一生懸命，我就是認為沒有做的話台灣的健保改革很難，所以大家在那邊講一大堆細節，其實不能把壓力放在醫生身上，有一些壓力不是只有醫生、醫院的問題，而是說民眾需要負起責任，那當然我們過去的體系讓民眾覺得我們健保便宜又大碗，造成我們今天這樣的困難，這是我們要努力的。

那我想我們等下進入討論，首先我們先邀請台大醫院做一個回應，雪玲，請。

台大醫院黃雪玲組長：

謝謝署長，剛剛會議上有講到溝通、溝通、再溝通，很謝謝署長都很願意聽我們這些醫療院所的心聲，其實我們剛才有試著打電話，可是可能電話的承辦人都到現場了，所以電話一直沒人接，不好意思直接打擾到署長。

我們也是很謝謝署長這邊都有在溝通，我昨天也看到署長對重複用藥，我們之前有反應計算公式的問題，那署長這邊也跟我們做了立即的回應，在計算重複用藥的核扣也做了一些放寬，那也謝謝署長每次都有聽到我們大家的心聲，以上真的謝謝，真的很感謝健保署的團隊，不管在資訊系統那邊的改善，都有聽到我們的心聲做立即的改善，真的非常謝謝署長，也很感謝署長願意把這種這麼好的讀書會開放給我們這些院所上課，以上再次感謝健保署團隊，謝謝。

李伯璋署長：

謝謝，大家一起努力，各位同仁你們的報告，說實在的我看你們的報告比醫學院的學生報告的更好，每個都很理想，大家都很有感，那我們現在看現場同仁有沒有要做補充的，禹斌你先講。

張禹斌組長：

我延續剛剛署長提的，其實我們發現問題就去解決問題，今天這個作者在這篇高價值照護的障礙，把他整理出這些問題，但其實各位仔細看一下這些障礙，也不是健保署可以單一把它處理掉，就我來看，以健保署的角度，比較容易去處理的可能是障礙 4，這兩個部份可能是在我們平常健保跟醫界溝通，需要他們的成果，我們會去訂定一些指標或是一些質性或量化的東西，這部份我們可以去努力。

那這個作者非常好，把他所有問題都已經訂出來，那我有時候在思考，我們遇到每一件事情，把所有問題列出來後，問題解決了是不是這個案子就真正的完成？其實也不盡然，因為每個問題可能又會衍生別的問題，當你出手去處理這件事情，搞不好又衍生其他問題。

我為什麼要舉這個例子，在特材那邊就會發生這種狀況，原來要解決問題，可能又惹出別的問題出來，所以我們在解決問題的時候，

可能大家還是要好好去思考一下，那以上是我對這一份報告的一個心得，謝謝。

李伯璋署長：

謝謝，那我們請雪詠，等一下請淑雅回應。

戴雪詠組長：

我覺得今天整個核心，應該是說，醫療品質、醫療品質，那我想這個重心會回到 PPT 23 頁，就是署長講的以病人為利益最大考量，所以我在想說，我們 7 千多億的總額預算，雖然它每年訂在那裡，到底它產出了什麼樣的品質？我記得有一個醫界跟我講說，其實那個總額制度，它一旦訂在那裡，總額就花七千多億，然後所有的支付標準、審查注意事項，連審查醫師都是醫界自己選出來、自己去訂的，它就是一個自律性管理，那保險人應該管的是什麼？是它的 **outcome**，那 **outcome** 其實在健保署這邊有 275 項的品質指標，也是依據相關協會跟病友團體一起訂出來的，不過一直被忽略，現在目前是研究人員在開。

然後上次有跟署長報告，署長是臨床醫師，署長就覺得說好像有點搔不到癢處，那其實這 275 項的品質指標，包括總額別、機構別，每個機構它相關的指標，有一些數字呈現，然後其中有的是疾病別，10 個類別，53 支指標，那目前我們要針對這 10 個疾病別的 53 支指標，這些指標的意義是什麼，我們用小學三年級的小朋友能夠閱讀的語言，重新把它潤飾過，那也告訴民眾比如說他的疾病別包括糖尿病，然後關節手術，子宮肌瘤手術，這意義是什麼？然後比如說，關節手術的話，一般手術應該三天內不會被感染，如果感染的話可能是什麼問題，那一般的感染率的話，大概介於多少，用這樣子來讓民眾能夠了解，那目前這 10 個疾病別的指標，我們預計在今年底完成，讓它閱讀和畫面更友善，讓民眾能夠解讀，那我們也跟署長報告，就是我們預計在今年底完成之後，不管是透過媒體宣導，或者是在健康存摺去推播，讓民眾手上都有一個相關的機構別跟疾病別的品質指標，那當然我們希望透過這樣的一個指標競爭，讓醫療機構能夠做一個品質

的競爭，然後民眾也能夠更了解，產生一些監督的作用，以上是我們在做的，謝謝。

李伯璋署長：

好，謝謝，那再來是淑雅，再來請淑慧。

張淑雅科長：

謝謝署長跟禹斌組長指名我來做一些分享，那我念完這一章節的時候，如同署長跟禹斌組長所講的，在健保跟美國的制度，其實不僅相同，發生的問題其實都很雷同，那我們用什麼樣角度去解決？署長一直帶領我們的一個概念，在我從簡報的第 9 頁、14 頁跟 17 頁，這三個其實健保署一直努力一直在做，那其實就是在最後，郁芬也很棒的把署長的理念「以病人為中心」，那我覺得其實它就是一個架構，我們用三角錐的架構，立方體的，民眾的價值一定在這裡上面，然後健保署跟醫院裡頭一定是兩個很穩的一個柱子，所以在這個簡報第 9 頁不當的財務誘因，我個人也不是很喜歡，它應該是在台灣裡頭現行支付的一個障礙跟困境，過去的不足導致現在的結果，我們現在很努力的在署長的帶領之下來改革，像支付標準，那是不是支付的不足，我們來努力改變，然後藥費使用量過高的部分，我們來調整，那醫材永遠是不足的部分，是不是次級品這個概念，我們努力來做一個調整。那醫材的部分，我們現在其實很努力叫 **value-based** 去研議，那在這裡頭最重要、最重要就是郁芬的 21 頁，所有這樣子一個三角錐的架構之下，一定要努力的溝通，那我覺得上一次我們不是要去解決什麼問題，而是改善這個問題，導致就是溝通可能真的很不足，所以在署長帶領之下，我們一直朝向這個努力去做，謝謝大家。

吳淑慧組長：

針對第 17 頁的簡報，申報資料的限制，我相信我們保險人自己運作了 20 多年來，真的從早期的簡表就是大家快速上線，但目前來講，其實我們健保收載的資料其實愈來愈細，包括醫療影像檔，也送上來了。可是針對這個申報的東西，我們還是有一些串接不是那麼明

確的地方，像最近要推展的就醫識別碼，其實就是希望保險人這邊收載的資料能夠更精準的串接，也比較能夠再更細緻的了解院所那邊費用申報的一些狀況，所以我想這個不只是健保署內部要努力，包括醫療院所那邊也要稍微做一下配合，才能把這個申報資料的品質提升，那對於整個過程面的解釋力，照這張 slide 的只有 6%，那還有 94%是不知道發生什麼事，那以保險的立場，我們要 care 的是 outcome 的部份，但有的時候，我們也只能紙上談兵，所以，如果我們收載的資料，更細緻的話，也許我們可以做更好的一些評估，那我想這個也靠不管是健保署內部或是醫界雙方的努力，當然還有一些一定是要到實際院所的病歷，才能夠真正了解，甚至當下醫生有他的判斷，不管是病人的要求，或是他真的覺得有一些東西，他必要再做一些更深入的 check，我想這個都是醫療專業判斷的問題，那以上補充謝謝。

李伯璋署長：

其實剛剛提的，淑慧在講的，像說申報，申報就給錢，我們對醫界就是信任，他有申報我們就給，但是我們慢慢會逐漸用我們現在醫管在弄的就醫識別碼，讓這每個申報都有它的價值在，像之前右鈞告訴我們說，其實像他們在做總統盃黑客松比賽的時候，他們針對 chest X-ray，胸部 X 光片的相片裡面來看，報出來的那個量，裡面只有 30 幾%是正常，真的是申報胸部 X 光片，那 70 幾%用別的東西搪塞，拿即時申報的獎勵，我想這個就很不應該，所以我覺得我要讓善良的醫療人員能夠得到合理的資源，不是說大家隨便報健保申報，就我們在那邊管理有問題，所以各位你們假如發現有一些小細節有問題，就要提出來檢討，這樣效果會更好。

那我們請各分區組長做 comment 之前，我們請屏東的民眾醫院，屏東的民眾醫院，剛剛你有舉手說要問問題，還在場嗎？請問屏東民眾醫院在不在？張淑鳳院長，就我成大同事。沒有的話我們就請純美，請說。

林純美組長：

謝謝署長，我們今天要來找奇美醫院，好好討論虛擬健保卡如何來擴

充。那這次的報告非常好，講出了一些目前的障礙，剛剛雪詠有說，我們到底花了這些錢，產生了什麼病人的利益，其實大家可以發現一件事情，就是說去年大家就醫下降，但是病人的死亡率反而是減少，那這其實就反映出一個問題，過多的就醫或者是醫療的利用，不一定對病人有利，例如我們也有發現某一些過多的侵入性檢查，反而導致感染，或者是術後再住院，那雪詠剛剛也提到會再建另外一個疾病的品質報告卡，這個是一個非常好的方式，也是我們在管理醫療利用的一個很大的利器。

第二個部分是一直在講溝通的部分，那我們傳統上的醫療理念，病人都有一個概念，醫生跟他解釋病情，他就覺得沒有看病，非得逼迫醫生一定要開一點藥，才覺得有看病，這個是台灣的一個問題，我們其實要多教育民眾，就是醫生的衛教是很寶貴的、是有價值的，那目前我們唯一給這個溝通的給付費用，只有精神科的支持性會談，每一個人次是 97 塊，可是導致每一個精神科有一些院所，80%、90%都申報了這個精神科的支持性會談，所以像我們要給這些溝通，我們的給付似乎得再多一些的規範，好讓大家來遵循這樣子的給付費用的要求。

另外就是說，溝通外還有我們的健康資訊流，因為過往我們一直在講美國，美國最大的問題，也就是資訊的不流通、完整性不好，以致於才會沒有沒有電子處方箋，然後之間的彼此交換，用紙本這些問題，但是這些東西，在健保 26 年以後，完全沒有這個問題，所以我們一直在讀美國的教科書，這些根本台灣不存在，那未來我們應該要在醫學、教育理念，一定要有一個課程，就是我們這一些健康資訊流的部份，因為這個部分已經是醫生看病必要的部分。

再來是溝通的部份，我們最近發現群組溝通的效果比我們把資料掛在 VPN 更為之有效，而且迅速，因為最近 C 肝把它打開就是全科別都可以用藥，我們把這個訊息放在群組裡面，引起他們很多的討論，那我們也發現這一塊部分，我們必須另外再開個說明會，讓其他科也可以了解，所以這個案例就是可以瞭解，我們不要害怕使用群組來溝通，這個反而是更讓我們政策的宣導能夠更到位，更貼切使用者的需求，以上。

李伯璋署長：

謝謝，我想因為今天時間有限，我們就先這樣，那各位假如有想法的時候，我們再來繼續收藏，那我們現在就是針對我們前幾次我們同仁都有做報告對不對，企劃組有補發感謝狀，那我們現在開始進行頒發感謝狀，現在請報告的同仁出來外，自己的組長也一起陪伴，今天會議到這裡，謝謝各位。