

## 綜合討論

李伯璋署長：

謝謝怡娟，怡娟你報告的非常好，而且面報的時候都做的非常的理想，我想先請怡娟的主管，姿擘先 comment，等等再請禹斌，請。

呂姿擘科長：

謝謝署長，各位長官大家早，那今天真的很謝謝怡娟，他真的好辛苦的去讀 paper，因為真的最近疫情又有一點死灰復燃。也謝謝署長讓怡娟來分享這一篇文章，那其實以台灣來看，台灣的狀況有點跟美國不太一樣，就醫件數確實都下降，但其實醫療費用持續在成長，每一件平均的醫療費用是成長的，所以其實如果可以的話，我們可以去檢視那個醫療費用成長，到底都是在做什麼，是增加檢查查驗的項目？還是藥品多開了一些不必要的藥？這些其實都可以倒回說，確實最近如果說真的也要落實使用者付費，真的可以好的去檢視。

另外，怡娟分享 HCD 的時候，也有發想說，同理心這件事情我覺得可能是我們比較欠缺的，我們在做每一項政策規劃的時候，其實我覺得可能我們都要試著站在不同的角度，去看我們政策制定的結果，以及可能會衍生的問題，這些都是以後我們可以參考使用的，以上。

李伯璋署長：

謝謝姿擘，我想剛剛講的同理心的部分，昨天姿擘在跟居家醫療對話的時候，說實在我可以感覺到我們很多年輕同仁，你們每次主持會議是怎麼樣準備，我事實上很有感，然後像姿擘也是這樣，在當科長的時候就把很多事情整理的很好，那昨天不管居家護理人員或是居家醫師，對我們健保署準備的動作，他們都能夠感受，禹斌組長跟他們對話都滿周到，我想這很好。

那剛剛怡娟有提到，怡娟、姿擘、作貞，你們可以針對這樣的一個研究，套用到我們健保署的資料，我想我們的資料事實上是非常難能可貴，因為畢竟沒有人像我們 single-payer 可以做那麼多事情，所以我們也可以分析一下。

因為那天主會也提到，最近各個同仁在自行研究，發現所有得獎的都是各分區，我們署本部同仁做很多事情，可以把這個東西提出來做一些研究，我想非常不一樣，0.那我們再來請禹斌。

**張禹斌組長：**

當然先謝謝怡娟，那接著就延續署長講的，其實各位看一下第 6 頁、第 7 頁跟第 9 頁、第 10 頁，還有 13 頁、14 頁，其實這些健保都有一些數字，我們可能跑出一個台灣的資料來跟大家比對一下。

另外，今天其實有一個很重要的東西就是 low-value，其實這個議題，健保署倒是可以考慮把這個議題拿出來大家 brainstorming 一下，看是在我們支付去做呢？還是在我們的系統去做？還是在資訊去做？甚至在我們的行銷上可以去考慮去做，我覺得這個議題還不錯。

因為國外有用便利貼的方式去研究，其實這也是一個不錯的方式，我們也可以考慮說，下次的共識營是不是來玩一次 low-value 跟 brainstorming，以上，謝謝。

**李伯璋署長：**

沛鈞你在，我想跟你請教一下，因為承保在去年疫情的時候，姝靚今天沒有來嘛？就是每個禮拜都有給我一個報告，就是跟戶政那邊聯繫，看看我們死亡率的變化，那當時他給我的數據顯示，前年疫情開始的時候，前年的民眾死亡率比大前年還少，下降的很明顯，可是去年我們看起來還是有一點偏高，我想問那個資料姝靚是拜託誰跑的？你們承保組的誰，你有印象嗎？玉蓮科長，剛好他也沒來嘛，那下一次再補充好不好。

那我想這邊也有另一個議題，剛剛在講民眾知道的情況，首先當然是謝謝宗曦跟他們的企劃組，最近我們有設計 line，這個 line 的群組我轉給朋友，他們都覺得很好用，因為就可以跟我們的 facebook、健保快易通有連結，那我有拜託珮珊整理了一個小小的 note，那把這個東西轉給我們各個分區的組長，我知道有些分區的組長已經有轉貼給你們各個分區院長的群組，我是覺得說，這個東西把它弄好了之後，我們就可以讓臺灣各個醫院的民眾，假如去看病的時候掃一下我們的

QR code，那我們 line 的成長一定會大幅度的增加，未來我們很多資訊要提供給民眾知道的話，就會有效果，不是故意在包裝，而是我們做事要真的有效率，要不然做了以後，發現說沒有用就沒有意思。

像我常常跟你們分享說，我們的健康存摺，我剛來的時候 20 幾萬人，那我拜託人家教我用的時候，他就說不行，就跟我說署長這個要用自然人憑證，我就說自然人憑證，這樣誰要使用？結果我們資訊的同仁，就去跟五大電信公司做認證，那我們一直跳，跳到現在 700 多萬人，所以我想健康存摺就是這樣，LINE 也是要努力去推廣。

昨天淑雅、育文跟孜瑜，針對比價網都有去檢討一些數字，這是一個重點，那另外，我想特別再提醒一下資訊，因為浩淳沒有來，其實像現在疫情再起，很多時候根本不知道誰是感染者，那當然就說，其實我是覺得我們健保的健康存摺裡面的疫苗注射，事實上是非常 powerful，可是我是覺得說，在某一些意識形態，人家就把它強調轉向數位疫苗證明，但現在根本就不可能出國，那一直要往那邊去發展，結果就是我們的健康存摺被壓抑了，當然我們注重人權，但是對於很多不同的團體，右鈞那邊也稍微留意一下，你現在掃 QR code，只是告訴你我有進去，可是我是不是帶原者根本就沒人知道，那是不是有打過疫苗也沒人知道，所以我覺得想一下，這個東西能不能顯示給人家看，也許一個 QR code 掃一下，可以顯示打過一次或兩次疫苗那樣，可能稍微去注意一下，因為不知道未來變什麼樣子。

我今天看報紙，有一個銀行裡面的行員全部都中標，結果他們就說，為什麼這個行員會中標，行員搞不好用口水去算鈔票，所以很多因素都會有這個可能，我是覺得稍微留意一下，那我們就開放，有沒有人要補充說明的？今天時間很多，那玉娟你先講好了。

**劉玉娟組長：**

署長還有各位同仁和醫界的夥伴大家早安，那因為今天特別提到跟我們 COVID-19 的大流行有關，不管是急診或住院死亡率的分析，其實大概在去年二月一大波上來的時候，我們也注意到說，其實在急診那時候壅塞很嚴重，後來也配合著 CDC，還有些部裡面的一些政策配套，那目前也開了很多篩檢站，所以這些狀況可能跟現在我們在

看這個期刊的分析會有點不一樣，那就不會說，篩檢跟急診的那種 **urgent first aid** 的一些處理，就可以做一些區分，但是現在急診和住院這些死亡率的關係又是什麼樣，其實我們健保署真的也是可以看到一些趨勢，那目前我們就算不看趨勢，我們健保署還有一個東西，把各個有在急診的醫院，他們的一個指標，有做即時的登錄，如果你上 **google** 去看的時候，比如說你打急診線的等待人數好了，其實每家醫院，有急診的醫院上面都會秀出來，所以我們好奇說，像最近 **COVID-19** 看起來有點要上來的樣子，就是一些境外的移入，那我剛剛也上網去看一下，現在台大還是有 80 幾個在等床，等床的人數也是蠻多的，然後甚至成大還有 70 位，雲林有 23 位、彰基 9 位、榮總 3、4 位，那雖然 **ICU** 是沒有擠到，可是表示說在急診等床、等住院的人數還是有的，那這些資訊也都是透過我們在健保署，再把這些醫院他們每小時更新的資料，用一些爬蟲的方式把它給抓下來，那這些訊息其實也都有，那我們也可以從這地方看到說，其實我們健保在整個科技防疫，不管是電視上看得到的 **TOCC** 或是後台急診的一些 **monitor** 都有些訊息，都可以提供很多透明和即時的一些資料，那我先分享這樣。

**李伯璋署長：**

謝謝，你既然提到 **TOCC**，我想要請問一下幸蓓，幸蓓你覺得現在 **TOCC** 的功能到什麼程度？

**高幸蓓專門委員：**

目前 **TOCC** 的功能應該是在各個醫療院所，就是民眾要進去的第一道防線，基本上像是守門員，那診間的話，我覺得比較不會看，都是在入口的時候就來處理，所以，對於提醒這些醫事人員有可能高風險的人進入醫院，確實不錯的是一個阻隔，可是在臨床上面，可能沒有辦法達到我們在上面其他的提示說，這個人如果有什麼症狀，可能你要去跟衛生局聯絡，或者是要去給他做一些檢測，或者是要去做一些轉診等等這一類，我覺得後端臨床上面的這個功能比較缺乏。

**李伯璋署長：**

我這邊要特別提，就是當時得到 COVID-19 的人，他到醫院求診，也許剛開始是上呼吸道症狀，到最後表現出的是胃腸的症狀，所以當時是說，診斷的時候我們配合 TOCC 的 T，事實上是一個很好的 reference，但現在每個人的 T 都等於 0，都沒有什麼旅遊史，所以右鈞昨天我們不是在跟你請教說，你看我們現在很多事，就是有一些境外民眾回國的時候，他們假如被人家診斷就是 PCR，現場做 positive 的時候，馬上被隔離，你跟大家報告一下那樣的一個概念，一群人在他們的一個範圍裡面，沒有被放出來的時候大家都不知道，問題是隔離一段時間所做的診斷，理論上是不會在我們的 VPN 裡面出現，所以你跟大家講一下這樣相關的概念。

#### 林右鈞專門委員：

昨天我參加應變組的會議，他們最後也討論長程旅客，現在是針對長程旅客，搭機回來之後要怎麼去做，本來人都是導引到海關的最後一個關口，拿完行李再去驗 PCR，現在就是長程旅客一下機，就在當場馬上驗，就是在飛機旁邊，機場裡面的空間，那他這樣的狀況就是他們在回來之前，他們就會先在路徑管制系統，資訊處那邊設計的系統先登入一些資料，回來之後馬上由部立桃園醫院那邊做一個 PCR 檢驗，那如果陽性，救護車直接就載走，載到輪值的醫院，現在一天大概有 6-7 家的醫院，後來還會再開第 8 家，可能這 3 天，他們預估是最大量，那這 3 天預估最大量會徵到 8 間去輪值，然後就由救護車直接就送到醫院去，那送過去，因為桃園醫院他會做 PCR，所以也會有桃園醫院把 PCR 的資料用 IC 卡資料傳到健保署這邊來，那我們當然就會跑給疾管署並匯到他們系統裡面，那如果是陰性的，因為在飛機上已經填好他們要去哪一個旅館，或是到哪一個縣市，所以就由防疫計程車一人一車的載過去，就不會去跟民眾有接觸到，那基本上他們現在的流程是這樣子，然後昨天其實也談論到說，因為現在盤點出來，在北部的專責醫院病床數可能會不太夠，所以那些救護車載出去的可能要下到中南部去，可能會有這種規劃，那可能這兩三天專家就會提出一些意見，目前是這樣。

#### 李伯璋署長：

因為每架飛機裡面都有有些人快篩或 PCR 是陽性，其他是陰性，陰性只是說還沒表現出來，因為假如剛好我隔壁是陽性，我測出來是陰性，可是你的陽性也許在還沒上飛機之前就陽性了，所以我到隔離旅館去的時候，可能也就要特別被留意，所以我覺得這個可能是一個比較大的工作，我覺得大家要留意，因為畢竟疫情在起，尤其是醫管這邊拜託多幫忙一下，如果傳播到社區有一些醫療給付的問題都會出一些狀況，好不好，那我們再請純美。

**林純美組長：**

署長早安，那這次的報告，其實引發我們要來整理一下，這兩年就醫人次的改變，因為之前我們觀察期間比較短，現在已經觀察兩年了，那我們目前發現一個比較大的問題是醫院急診還是持續沒有上來，還是比 108 年、109 年更低，它的就醫人次，但是醫院的門診跟住院，基本上，還有基層都已經有恢復的跡象，醫院門診的成長比基層還高，所以我們會來分析一下這個醫院的急診，它的下降到底是在哪裡？是區域性？還是病人的分級有改變？那一些沒有價值的，過去浮濫用急診的，是不是在這個期間有改善，這個是我們要做的事情。

那第二件事情就是我們發現，基層的人次下降，最大的主因是在 01 案件，也就是這個簡單案件的部份，那這個我們也會來仔細分析，所謂過去簡表的這個案件，它的改變是在哪一些科別以及它診斷的狀況，因為 01 案件的減少，以致於用藥確實增加，所以我們會看到每一件的單價在上升中，這是目前費用改變的情況，我們會來仔細分析，找出 low-value 的部份在哪裡，那用這一些數據來告訴醫界，未來在服務上面可以往哪一些方向來強化民眾的治療，提升更有價值的醫療，以上。

**李伯璋署長：**

謝謝純美，那我們請名玉，名玉千里迢迢從臺東來。

**李名玉組長：**

謝謝署長，還有各位大家早安，那因為等一下老師要見署長，他希望我也可以來聽一聽，所以就來這裡上這個英文課。

那看了今天的資料，很謝謝怡娟，其實急診就醫次數還有件數的下降，在我們東區應該沒有很大的差別，特別是在 COVID-19 這段時間，其實我們的門住診好像變化不是很大，不管是 108、109 年，看起來都沒有很大的變化，那在怡娟分享的內容裡面，其實我們要比較關心的就是說，會不會因為疫情，那該去急診的人，反而是沒有即時的去急診而延誤就醫，這個是比較值得去注意的，那其實因為這個 COVID-19，那急診也許就變得沒有那麼壅塞，但是該看的時候不去看，這個才是應該注意的，那反過來說，很可能之前的很多急診，透過檢傷分類去看的話，有很多可能都是屬於比較三到五級沒有那麼急迫的，但是因為就醫很方便，所以大家就去看，我覺得這可能可以再看一下，那以上是我的分享，謝謝。

#### 李伯璋署長：

我們一直都壓力很大，就是 COVID-19 很多人，應該去看不去看，不過我覺得如果要死掉的時候，大家一定會去看，所以我是覺得看 30 日內那些東西，留意一下好不好，因為我覺得有時候有些公衛的專家，譬如說，批評我們在說推使用者付費的部份負擔，會讓民眾就醫障礙，可是我覺得說，我去花東的時候，名玉他們在推幫忙補助的健保費的概念，或是說我到臺北區或高屏，我都有感，所以我覺得這部分我會加強，我們不要讓民眾覺得因為沒有健保費就不敢看病。

不過回過頭來講，就是我們在推部份負擔的話，像剛提到 low-value 的部分，我想在目前你們規劃費用的差距，民眾會慢慢有感，那這個東西利潤基礎就是說，一般沒有意義的，那個三、四、五級的時候可能就比較貴，那這個我們的長官也都聽得懂，他們也可以接受我們要把急診的 quality 搞好，那我們請純馥。

#### 李純馥組長：

署長、各位長官大家早，那其實這一篇，真的很適合用我們健保的資料庫再做一次，不過我覺得可能要再把門診的部分帶進來，因為

其實我們從這兩年的疫情發展，可以看到，其實最快掉的是門診，那門診基本上，尤其是醫院的門診掉得最快，可是恢復也是它最快，那我們其實，基層這一波，在剛開始疫情的時候，就看到很多慢性病人敢去醫院，所以他們就會自動走到基層來，所以這個真的是一個很好的資料庫，我們可以看到哪一些人是真的可以在基層看診的這些病人，那我們慢慢在推動，包括部分負擔，或是這個分級醫療，都是一個很好的資料，這是我看到的一個現象。

第二個是醫院因為輕症自己走到基層去後，其實事實上他的 CMI 是上來的，所以他的每人這個費用確實是有在成長，搭配起來看，我覺得未來可能包括今年的資料都可以持續來監測前面的變化，那目前我們中區是每個禮拜我都有請同仁把 IC 卡資料跟去年同期的這個階段 IC 卡上傳資料做比較，那確實在醫學中心的這個門診已經恢復了，那區域還在努力，地區其實已經有部分也恢復了，所以我覺得可以看出一些趨勢，那我覺得我們健保是國家防疫很重要的一個團隊，那我覺得我們會成為一個很重要的點，那剛剛署長講的 TOCC 的部分，還有疫苗接種的部分，TOCC 我們連中部的這個餐廳都想要用，就因為覺得說，如果我知道你是不是隔離者或是檢疫者，對於餐廳來講，他也覺得比較安全，所以我覺得我們的資料真的是一個非常值得被肯定的東西，謝謝。

**李伯璋署長：**

那我們請高屏淑華。

**林淑華組長：**

好，謝謝署長也謝謝怡娟今天的報告，那提供國外在 COVID-19 急診量的變化，回過頭來看，我們就是從前兩年 109 到 110 年，尤其在去年，整體來講因為 COVID-19 的關係，我們急診的案件也是有增加，不過因為我們門診的量也是很大，那有一個感想，因為在看數據的時候，其實六個分區，大家如果仔細去看其實是不一樣，那我們後來發現，就是因為疫情大都從北部那邊，像臺北區還有北區那一邊，所以北區掉的量就很大，那中區往南以後，大概是因為防疫還有人口



的移動或是密度不一樣，所以情況不一樣，那雖然是說門急診的部分都有掉，不過幅度感覺上沒有像北部那麼大，所以六個分區的狀況還是會有一點點不一樣。

那另外提到所謂的單價，這個就像剛剛純馥講的，如果是因為疫情的關係，所以應該是說，原來在檢傷分類是三到五級，原來是屬於多的，可是疫情期間可能這個部分就會下降，那單價的東西可能就會比較高，所以那個部分是有必要再上去看的。

那第二個給我比較有感的是，就是剛禹斌特別講了，就是你會發現到說他有提到所謂的 low-value，那這個部分我是覺得說，怡娟在最後的心得，那三個部分其實到目前為止，真的是我們最重要的一個利器。昨天我們有一個地區醫院來協商，那他本身是神經內科的，而且在屏東，那神經內科的醫師，就是接收上游醫院 PAC 的病人，做腦中風 PAC 的部份，那因為需求，所以在中醫的部分，他也一起做，那在談論的過程當中，因為他收治的病人大概因為是腦中風，所以他收治病人沒有辦法跟醫學中心一樣一個月就讓他出去，所以大概都是差不多三到六個月比較久一點，那我們就提到說，在西醫這個部分，黃金期裡面你做滿復健這一塊，那為什麼你在做中醫的時候，你連傷科跟針灸也一起做？那我們就請他回去思考，因為這個部分我們就會覺得說，會不會就是對病人來說該做都做了，可是實際上有效性到底是在哪一邊？然後我們就請他去檢討，就是我們今天講的，有一些是可以減的，因為西醫已經做了，那中醫是不是就不要。

那另外，還有提到就是使用者付費，因為我們很多現在的處置，或是一些檢驗檢查，使用者的付費可能還是在比較低的部分，那醫師在開或是病人接受這個處方的時候，比較不會去考慮，所以我想再減少 low-value 這個部分，署長一直強調說，在部的政策裡面，大概今年會朝使用者付費這個部分，去改變民眾跟醫院的醫療行為，我想這個也是很重要的，那以上。

**李伯璋署長：**

謝謝淑華，不過你們講使用者付費，後面的部份負擔要加進去，不要只有講一半而已，那會造成誤會，那我們請溫溫。

### 張溫溫組長：

署長、各位同仁、各位長官大家好，那非常感謝今天怡娟的報告，確實在 COVID-19 的期間，北區是一個重災戶，即使到上個禮拜的資料來看，在醫學中心門診雖然有回升了，可是在住院跟急診的部份還是都是一個負成長的情形，那可能最近的負成長狀況就會更大，那其實我們要看到的是說，雖然件數下降了，可是我們整個的醫療費用，看起來確實是因為單價的成長而影響很多，那在 COVID-19 後，我們可能更要看到的是說，到底什麼才是真的醫療需求？因為剛大家，很多人都提到門診下降非常大，其實到現在基層的門診，我們轄區也沒有完全的恢復，那就是看得出來說，在門診的部分確實有很多可能不是真的那麼需要，所以未來的分析裡面，除了住院，住院畢竟還是一個比較不可能因為需不需要而去做，那他的這個比較上面，我覺得可能比較容易有這種應該去沒有去，可是在門診的部分呢？比較多的情況，有可能是因為真的輕症，而且這個輕症，是真的可以不用到醫院，甚至連診所都可以不用去，在自己家裡休息就可以得到不錯的一個治癒效果。

那我想，這個部分是未來我們努力再去透過資料的分析，作為未來我們精進的一個參考，以上。

### 李伯璋署長：

剛剛溫溫跟各位報告，就是說，那個住院是不得不住院，我想住院其實對每一個人都一樣，不是說一個人的問題，是整個家裡的問題，所以說，要住院的人也會覺得說，會不會給家人造成很大的困擾，所以我覺得是這人性，我們事實上可以完全知道說有需要跟沒有需要。

不過你們也知道說，其實現在林義在分析的，就是我們在看我們住院所花的費用，事實上，我上次講過，人家理論上是住院的部分，應該用醫療資源 55%，門診是 45%，結果我們現在門診用了將近 70%，住院剩下 30%，所以難怪每個醫療體系的人，在醫院裡面工作都覺得點數都沒有增加，點值又下降，結果就是說，我們自己管理的問題，當然剛提到的使用者付費的部份負擔，我們是需要善盡告知說明，叫

你做這個東西，一定會不一樣。

像昨天我的同事跟我講說，一個病人黃疸，因為需要做 ERCP 內視鏡去看，可是病人呼吸不是很好需要先插管，沒有插管的話，如果做的時候他突然就心臟停住，就會有壓力，放管子的時候，事實上是不是真的值得？有時候針對一個病人要做決定，會考慮到說病人生命的問題，很多考慮會是這個樣子，可是假如說我們只有純粹的做檢查，一大堆在花錢的時候無關要緊，又是花健保錢的時候，大家都不會手軟的，所以我覺得各位，組長也要有這樣的共識。

那我剛剛最後講的就是說，企劃組的 LINE 他們整理很好的東西，我看到很多組長已經傳給你們院長的群組，那也要拜託他們院長也要傳給他們相關體系的人，那企劃組這邊的話盡量弄好，給各個醫院讓他們可以去看這個東西。我是覺得有兩個東西，第一個是我拜託企劃組跟珮珊，我們 LINE 讓民眾盡量知道，那另外就是 C 肝的治療，也要讓民眾在各個醫院也可以得到這個訊息，我拜託各分區組長盡量拜託各個醫院協助我們，包括診所讓民眾知道，假如有 C 肝，可是是沒有症狀的，政府現在有不限科別的治療，可以盡量爭取這樣的治療的機會，我們一起來努力好不好。

不過今天天氣真的冷，各位自己要比較留意，因為在這屋子裡面人多，相對來講，COVID-19 感染機率也大，這個要小心，因為我也搞不清楚你們昨天晚上去哪裡，那我們今天 meeting 到這邊為止，那我們謝謝怡娟。