

綜合討論

李伯璋署長：

謝謝兆喻穩穩的把這樣的觀念幫我們做一個分析。兆喻去臺北業務組多久了？一年多一點，妳那時候在署本部就表現非常好，我想去那邊應該也會幫忙很多，好不好。那我想就開放我們的討論，我們先請那個玉娟做一個 comment 好不好。

劉玉娟組長：

署長，還有各位先進，還有各位同仁，大家早安。我們這一篇的研究報告是特優獎是，表現非常的好，那最重要的是裡面，我們很多分析，也都是現在大家一直想要知道的那個問號。到底什麼樣的狀況，我們的病人或是人次費用，他會真的會引起病人的一些不同的一些行為改變，那我們從這報告裡面也希望說，我們做了研究以後，對我們政策真的有一些暗示或是明示的幫助。那我們最後一頁，其實我們大家也是認真的去討論，像高診次這個計畫在我們 6 個分區也辦了很久很久，效果一直有遇到撞牆期，我們也在這個研究裡看到了某些族群，不管是在可能 SARS 期間，或這次 COVID-19 期間，他就是都不大容易有改變，所謂就醫次數的改變，那我們可能未來的方向都要做一些調整。那第二個就是，也從這個裡面有看到，其實層級裡面的某些專科，我們這次專科探討的比較少，可是可以看到裡面某些專科，他的一些費用的次數都下降非常高，但是他不一定屬於 URI 的一些專科，那這些裡面還有很多的問題，我們未來也是可以從裡面再從事一些研究和瞭解。

李伯璋署長：

那因為兆喻的演講裡面有提到高屏業務組，那我們請淑華。

林淑華組長：

署長，還有大家早安，因為剛剛兆喻在講那個高屏業務組，我們覺得這個題目是一個很有趣的問題，然後這個計畫是一年，那大家也知道，現在疫情每一年都不太一樣，那這個主要是 108 跟 109 的。那剛剛提到高屏業務組，我們覺得說，這個狀況跟我們實際上在做高診次輔導，其實是有點雷同，因為我們有發現，在高屏的轄區裡面有高雄市、屏東還有澎湖，那在澎湖的部分，他是離島免部分負擔，那每一年署本部給我們的一個資料當中，我們發現在收治病人這邊，就是把這些病人歸戶以後的醫療院所，我們發現前 10 大的醫療院所裡面，澎湖就佔了 3 家，所以我們是覺得說，這個多多少少應該是，第一個是跟這個是有一點關係。那第二個部分是在 109 年的疫情，或許在 109 年的疫情的部分，可能在各區，雖然說大家好像都是疫情，可是各區的狀況不太一樣，那

我們是有發現，感覺上高屏跟其他區比起來，這一群人的降幅並不是那麼大，所以這個部分是值得再仔細的探討。那另外一個部分，剛剛玉娟也提到說，對於這一項，其實各分區實施的策略都是大同小異，也是遵循署本部的建議，那我們是覺得說，這個有撞牆期，那應該是怎樣來做比較好？在今年的部分，我們是針對，還是一樣是寄發關懷函，另外就是指定就醫輔導，還有調閱病歷的部分。只是在選擇什麼是你的標的，要怎麼樣比較有效，這個我們就是還要再進一步的探討。那另外一個部分的話，就是對於剛剛一直在講說對女性有效，然後 60 到 79 歲，然後復健科的影響比較大，我就在想說，這不是在說我嗎？因為我們是發現說，在就醫的次數上面，在這個年齡 60 到 70，應該是他的狀況是比較多的，那個就醫次數本來就會比較多一點，所以呈現出來跟其他的年齡組的比較是一樣的，那像最近疫情比較又開始緊張，所以原來每天要去做復健科的，感覺上有些人他就是會去選擇是會去下降，所以我是覺得說，這個可能跟這一群高就診利用的，他們應該也是同樣會去做一個思考，可是就各醫院跟診所的層級別來看，因為醫院的部分理論上是比較嚴重的時候才會過去，尤其對醫院部分負擔又比較高，所以這一邊高利用族群的人，他們還是，像我們轄區大概是 60%都是在基層診所裡面，所以在這裡的話是醫院的部分，他會降的比較快，這個大概是我們觀察到，那只是說，我們是建議說，這樣的一個研究其實是持續來看，因為每一年每一年這個 COVID 的狀況是不太一樣，那是很值得再繼續的，那以上。

李伯璋署長：

謝謝，其實淑華妳放心啦，因為我前天才去大法官釋憲案的憲法法庭去講，你的個資我們不會洩漏的，那一定不是你，不過我是覺得說，因為過去來講，各位知道我們對於高診次的一個輔導，常常都寫信阿，email 啦，我是覺得都沒甚麼用，兆喻你現在就說，也提到後面就是我們的使用者付費的部分負擔，我想就是說，也不會一定會改變每個人的這個財務的費用意識，部長所說的這個概念。最近其實很多基層診所，因為現在聽的人大部分可能都是醫院，其實就是說，基層診所很喜歡所謂的電話關懷問診，都覺得關懷問診很好，問題是說，當民眾一聽你在關懷的時候，他就要刷一個卡，要付錢的時候，我想那個態度可能就不太一樣，好不好。

那我想就趁還沒大家繼續討論之前，我還是要跟各位報告一個事情，因為昨天的時候，各位也都有幫忙，各個分區都有請教各個醫院，他們做快篩的時候，當時用的品牌，那為什麼有這樣的一個過程，就是說去年的時候，我們曾經做一個整理，因為我們認為有一些民眾他做了快篩、做 PCR，那這兩個結果怎麼去連結。在兩個禮拜前，我曾經跟部長說，因為我們發現當時快篩陽性的病人，再去做 PCR 陽性的話大概只有 3 成，而且不同廠牌都有這樣的一個 data，那說實在的，這個也是要很小心，我就跟部長說，因為現在我們的快篩會是一個很重要的政策的推動，所以我們對這個快篩的結果一定要去注意。那

結果經過兩個禮拜，部長昨天打電話給我，問我說，能不能把這個數據再跑一下，不過我真的之前，在前兩天的時候，我們右鈞跟我們同仁就已經在，跟欣穎，這主要是在當時我們的資訊的淑瑛，她還沒退休之前都有一定的程式，所以我們就已經，當時就注意到說，在我們的署本部裡面的一些快篩的結果，跟 PCR 的結果的人，我們都有資料。那昨天我們就請各分區提供給我們，就是有一些醫療院所，他有固定哪一個時間點是用哪一個廠牌的快篩，這樣的話，我們才可以去連結，才可以知道不同廠牌怎麼樣子。我們不是說盲目的說，快篩跟 PCR 怎麼樣連結，不同廠牌不一樣，同一個師傅可是就是不一樣的東西。有的廠牌他的快篩陽性率跟 PCR 陽性率連結的時候，已經可以從 30 幾%一直升高到將近 90 幾%，但是有一些還是不行，快篩陽性再去做 PCR 也只有 40 幾%是陽性的，所以我覺得這都是很重要。那今天我會拜託我們的佳蘭，再請我們各分區的組長，你們再跟其他有一些醫療院所做的量沒有那麼多的話，拜託你們再稍微的追蹤一下，那這樣的話，我們整個一個資料就完整，昨天講說應該有一個先比較原始的 data 給部長做參考，這樣部長也覺得說，我們這個健保署，這東西事實上也不一定是我們健保的業務啦，你要說是 CDC，他們要去做 research，或是說 TFDA 要做，都是很重要，可是我想我們自己在做，我們自己也會去整理這個數據，好不好。

那我們再繼續討論，那我們請那個純美。

林純美組長：

署長早安，第一個非常謝謝臺北業務組的同仁做了這個研究，是一個非常好的，尤其從我們新進的同仁透過這樣子來磨練，形成對一些政策的建議，所以這個是必要的。第二個高診次這個部分，其實剛剛有提到，平均一個人花 9 萬多塊，其實他花的錢並不多，比起其他的，但是他其實耗掉我們很多的管理的成本。所以我有幾個建議，第一個高診次，最好一次給他指定兩年當家醫會員，剛剛有提到一年是、一年不是，所以這個對於他的那個定期固定的就醫的養成，其實並不是很好，那指定就醫其實對病人是好的，因為他會有一個連續醫病關係的建立會比較穩固，所以這是我們希望以後朝這個方向，多多給他指定就醫，因為指定他一次可以選擇五所，並不會造成他就醫有太大的那個問題。最後一個我們都已經發現，就是這次疫情下降就是 ENT、小兒科、復健，但是我們下降的一件比較不太妥適的部分就是大腸鏡，我們發現胃鏡跟大腸鏡的利用都下降，尤其大腸鏡，那整個癌症的陽追率也下降，所以這一塊部分是我們後面要觀察，會不會因為這一些大腸鏡的陽追率下降的太多，影響後面的一個診治，以上。

李伯璋署長：

謝謝，講到這邊，我剛好順便跟各個組長報告，就是說，那個你們知道說我們最近在 C 肝治療我們很積極，對不對，就是在我們醫審的時候，那個惠

萍，還有恆榮，還有我們的雪詠，他們就是在針對我們的 C 肝的一些檢查，尤其像 HCV rna，那就好好去 review 的時候，發現有 2 萬多筆的那個 C 肝 HCV rna 的 data 沒有辦法去 interpretation，那當然就是我們也是要務實去面對這個東西，所以他們一筆一筆看。這些 data 的話，可能最近的時候會在拜託我們各個分區協助，把這些 data 把他確認一下，因為我想請各個醫院稍微留意這樣的話，我想才真正，不要說只有講一個大的原則，裡面內容就是零零落落，這樣也不是辦法，好不好，那我們請溫溫。

張溫溫組長：

各位先進同仁大家早安，那其實透過這篇研究，各業務組的情況是差不多，那比較感覺上就是說，其實自我的健康管理，是在這次 COVID 裡面可以感覺到說，其實可能有一些疾病，確實是不需要去就醫，因為從這個研究裡面看到，其實在基層裡面的降幅最多，可是在醫學中心，他的降幅小，那其實也有可能意味著，比較嚴重的疾病往大醫院走，那在基層的部分，可能有一些疾病透過自我的管理，比如說，像現在的戴口罩、勤洗手，就會讓這些像小兒科、耳鼻喉科的次數下降，那再來一個就是復健的部分，其實復健我們一直都有一個想法，就是到底什麼樣的復健是必須再持續的，那透過這次看到，這個科別的下降，是不是後續有更積極的去瞭解這個疾病，到底在什麼情況的使用上會更有效率，以上。

李伯璋署長：

那純馥。

李純馥組長：

謝謝兆喻的報告，也謝謝臺北業務組團隊很精彩的這個研究，那我這是第二次聽到，還是又看到他有加值的東西，我覺得非常的棒。那我自己覺得說，在這個高診次就醫上面，因為之前其實我們也曾經跟藥師公會合作過，那也請藥師去他家裡幫忙看他使用藥的狀況，那我是覺得說，未來或許我們可以跟我們比較多的醫療先進們去探討，就是說如果我們今天真的有請院所，在輔導上面，到底什麼樣的策略，他們做起來是真的覺得比較有效果的，可以告訴我們，那當然指定就醫是一定有他一定的效果，因為你就限制他在那幾家院所就醫，只是這個民眾的反彈力度確實會有，所以可能也要好思考怎麼去說服他，為什麼他可以指定就醫，那是不是就是那個部分負擔的部分，他在那個加值的部分，他可以怎麼樣的一個誘因，讓他可以不要用到這麼多。那另外就是我覺得，這次在這個報告裡面可能是時間的關係，或是篇幅的關係，沒有把針對高診次那一群人，他到底，就是這群人他的就醫型態，比如說他在哪一些科就醫，在過去是比較多的？我覺得那部分沒有講是比較可惜，所以對應到後來減少的科別，就比較像是我們這次在疫情看到會減少的科別，但我覺得也非常感

謝，就是我們其實整個署裡面，在署長的帶領之下，我們一直有一些新的策略跟方法，包括我們透過雲端的查詢，讓民眾或醫療院所，或健康存摺的下載，讓民眾跟醫療院所，我做好這個病人疾病的這個管理。我覺得這個對未來我們在高診次那邊的效用，應該會有更好的，就是更能夠去給院所，因為你都看的到資料了，所以你在輔導他，或是你在衛教這些民眾不要就醫這麼多次，我覺得是可以比較好的去跟院所做溝通，那也比較好跟民眾做溝通，以上。

李伯璋署長：

說到這裡，我想那個兆喻，還有上個禮拜美谷有做報告，那我記得就是說，請玉娟你們就是針對這個東西，像我們國內有一些公共衛生雜誌，我們可以把牠寫成至少中文的 paper，好不好，把握這個機會，也讓人家知道我們在做什麼，然後再請名玉。

李名玉組長：

署長早，還有各位同仁，還有線上的先進，大家早安。我覺得今天那個宋視察的這個自行研究非常好，給我們很多的啟示，那我是覺得一個好的自行研究，最後的結果是可以對政策做一些建議，這個是非常好的。那我的想法是這樣，像我們高診次的輔導已經做了很多年，那在東區的話，其實我們也沒有很多的能力可以去做一些自行研究，藉由這樣的機會，也可以再回頭來看看我們自己東區業務組，在這個高診次的輔導是不是有一些可以再精進的地方，我覺得是很好的。那總之，7成照護應該回歸到社區，這個應該是大家的共識，特別從這個研究裡面，我們發現如果他是穩定的家醫社區醫療群的成員，那他可能在就醫的部分會有比較多的一些，就是可以諮詢跟穩定的狀況，所以如果可以把這些高診次的這一些保險對象，讓他參加、指定為家醫社區醫療群應該要收案的成員，我覺得是一個不錯的建議。那另外的話就是民眾自我健康照護意識的提升也很重要，如果你自己對自己的健康都不重視的話，再多其他的這些介入或政策，其實都沒有很大的效果，所以針對高診次採取那個分眾輔導，我覺得是對我們東區業務組一個很好的提示。那接著部分負擔的落實，剛好跟這個政策也可以做一些配搭，我覺得今天的這個自行研究讓我們東區業務組受益良多，謝謝這個視察。

李伯璋署長：

謝謝名玉，其實我看到名玉，我就想到說，名玉告訴我她這兩年就要退休了，還有那個麗娟，其實你看不出她的年齡。那我們再請我們署的同仁，那請那個禹斌，那等一下再請我們醫管的同仁。

張禹斌組長：

謝謝兆喻的報告，其實這一篇我是覺得臺北業務組跟兆喻這樣分析，其實

蠻細膩的啦，所以得到特優獎應該是實至名歸，我可以再建議一個就是說，你們現在這樣跑，是當時 COVID-19 在指揮中心，他有一定的對民眾就醫的一些限制，你再考慮像今年，現在我們的防疫政策是有點比較放寬，有一點要跟世界接軌，可以考慮等到一段時間後，同樣的模式再跑一遍，搞不好出來，會跟你這時候跑的結果都不太一樣，這個會非常有意義，你們可以在思考一下，謝謝。

李伯璋署長：

那我們請依婕，再來姿曄。

陳依婕科長：

謝謝署長，各位長官同仁大家好。針對今天臺北業務組的演講，我有 3 點要跟大家分享，第一點是謝謝臺北業務組就是兆喻這邊，還有背後的團隊一起的呈現，那兆喻之前是在我們支付科，現在到臺北發光發熱，我看了好開心。那第二個感想是，有關剛剛其實有很多提到復健科，那我這邊也分享一下最近我們對於復健科的一些會議溝通的結論，我們在上上禮拜的專家諮詢會議裡面，針對復健科的支付有做一些深入的討論，那我今天簡單摘述結論，第一點是有關復健，我們現在的支付方式是用論量計酬的方法，那他背後可能反映一些社會文化背景的因素，針對這個方向的話，專家們是建議我們未來可以朝向以功能，復健的功能去做一個支付上的設計，再來第二個是他們探討說，要用功能來做設計勢必得先累積一些資料，才有辦法去設計那個支付制度，所以希望我們規劃一些制式的評估量表，希望可以簡化臨床的行政負擔，這個方向來做一些設計，然後第 3 個，專家們有建議說，這個功能支付的這件事情，可以在急性住院期，針對特定疾病來做一些示範，急性期的復健可以來做一些示範，但針對像剛剛兆喻提到的這些比較偏向慢性復健期的，有的學會就講說，也許我們可以思考要不要訂定每人每年的復健上限，那或者是我們可以設計像包裹的方式來反應一些，就是讓資源有效的被使用，這是上上週專家諮詢會議針對復健這件事情的一些看法。那我的第 3 個感想就是，臺北業務組今天的分析真的很棒，不過，剛剛很多組長其實有提到可以再深入的分析，比如說專科別，比如說延長時間，然後還有比如說部分負擔，接下來要實施的部分負擔的影響是什麼，那另外，我也提出一個小小的點子，就是也許我們可以跟一般的族群來做比較，所謂的一般族群，就是使用量沒有那麼高的族群來比較，因為我們今天看到很多下降，其實都是自己跟自己比，高診次的人自己前後的比較，但是一般人說不定也掉了許多，但是高診次如果我們未來要設計一些新的策略的話，我們可以看，如果趨勢跟一般人一樣的，或者是我們看看有沒有什麼跟一般人不一樣的地方，也許那些不一樣的地方，就是我們未來可以去著墨的點，以上。

李伯璋署長：

謝謝，那請姿擘。

呂姿擘科長：

謝謝署長，很謝謝兆喻跟臺北業務組今天的分享，確實這很完整，就是整篇報告來看，其實在不管任何的統計，或者是分析上，都是可以讓大家都去參考。那我只想要稍稍補充一下，因為剛剛其實這一篇報告裡面都有寫到，在非家醫的會員，佔率相對來說是高一點點，其實應該是說，如果是以家醫的會員來看，那其實是穩定的就醫，而且他必須要在基層就醫，那所以可能有一部分的高利用的對象，他其實不是被指定在基層診所，他是被指定在醫院，所以才造成說，可能會有一部分的人，他其實不是在家醫的收案會員，但是因為相較來看，以家醫會員跟非穩定的家醫會員佔率加起來，其實佔率還是蠻高的，所以，其實因為我們今年也有在討論說家醫跟 P4P 的整合，所以這個部分，我們之後可能會一併去考量，那以上，謝謝。

李伯璋署長：

謝謝，那還有誰要說，來林義。

劉林義專門委員：

謝謝署長，那我想說那個，因為本署的研究經費其實沒有很多，所以其實長官都可以鼓勵這種同仁自行研究的話，其實是一個非常好的一個途徑，因為同仁自行研究才可以從中去找一些問題，我以前也是做同仁自行研究上來的，那你只要做過一次，其實就終身難忘，那因為兆喻也是我們醫管組非常優秀的夥伴，那現在是送到臺北業務組去深造了，那當然深造應該是有一定的期限。

現在回到兆喻報的這篇高利用的這一塊，其實什麼叫高利用，我們就全世界來看，台灣相對於歐美，其實就是高利用，因為歐美就醫次數大概 4、5 次，那我們台灣大概 14、15 次，那所以我們也看到兆喻這篇研究，其實我最感到興趣就是第 19 頁簡報這張，他在各層級醫療利用情形的變化，那可以看到就是以基層診所這邊負的最多，這個相對我們來看整體面，就是這些高利用對象在 4 個層級的就醫的次數，其實我是有比過，就是跟我們全體的民眾來看，其實下降的幅度都高，那這表示什麼，這表示高利用裡面是不是有一些是屬於不需要的醫療利用，那這個當然他這邊是沒有寫，因為我們很希望他寫，然後我們就可以拿來作為政策的依據。所以就是說，其實我是覺得說，疫情期間才可以讓我們看到真正的醫療利用情形，因為你有需要的，你才會去醫院，你才會去診所，你沒有需要的，在疫情期間你也不敢去，這個就是我們希望追求的一個目標，那只是說，因為要讓民眾能夠維持這個習慣不容易，那假如疫情過後，大家又恢復到以前那個常態，就對我們不利，所以我們才會，最後這張才講說，

那疫情過後要怎麼樣繼續維持民眾的這麼良好的就醫習慣，那就要靠那個調整部分負擔的這一塊，以及推動分級的這一塊，以上是我的心得，謝謝。

李伯璋署長：

謝謝，于淇要不要講一下話，妳的師父講的。

洪于淇科長：

跟師傅講的差不多，其實就署長講的疫情期間就醫行為才是常態，可是從現在來看，我們就覺得，即使是高診次這群人遇到疫情，他們也是回歸常態，那現在署長實施部分負擔，我們希望說未來我們都可以恢復常態，不過因為目前就是因為疫情再起，所以其實像基層就會關心說會不會補發，醫院部分就會關心說是不是會補救，所以我們目前也是一直在密切的觀察說，現在的那個申報的情形是怎樣，密切觀察看後續是怎樣。

李伯璋署長：

好，謝謝，那我們請忠逸，你給她指導。

許忠逸專門委員：

謝謝署長，那今天很肯定兆喻，雖然他們自行研究之前就已經完成這個簡報，但是為了今天的報告，中間的加碼還有 *rehearsal*，其實她花了蠻多的時間，剛剛也看出她的用心。那跟他們一起討論的過程當中，我發覺一個很有趣的現象，其實也可以回應剛剛林義提到的問題，就是我們之前有高診次輔導，所以在像今天簡報第 7 頁，臺北業務組大概一年大於 90 次的這個 1 萬 3 千人，我們寄關懷函、輔導、指定就醫弄半天，那大概隔一年下降的比率大概就 17% 到 18%，他的就醫次數。那這次的研究剛好是疫情期間，也就是簡報第 15 頁，這邊可以看出來，這個 96 到 100 百分位組，就是高利用的 81 萬人，比我們那個高診次那個 1 萬 3 千多人樣本更多了，這 81 萬人剛好疫情期間，我們沒有政策介入，我們沒有去寄關懷函、沒有關心他，他下降，因為疫情下降，這一張可以看得很明顯，從 108 年 61 次到 109 年的 49 次下降 12 次，剛好也是 19.5%。所以我的意思是說，這樣看得出來這一群高利用的對象，他們大概 18% 左右，就是大概每 6 次的門診有一次，其實是可以去管理的，甚至是我們剛講有可能是屬於不必要的，那我們以前是用政策的方式，硬要他去下降，這次疫情看得出來，就算我們不用這些政策方式，他自己用腳管理，自己去減少一些耳鼻喉科、復健科就醫，也達到大概 19%，就是 6 次少一次的效果，那這個可以做為以後我們研訂這些管理措施的時候，所謂的不必要就醫，或者是可能醫療需求的評估，一個滿重要的參考，謝謝。

李伯璋署長：

我想，兆喻我給妳最後一個結論，基本上就說，我們對於每一個民眾的生病，我們當然都是基於最好的一個照顧，那我想就是說，剛剛同仁有提到，事實上就是說，建立進入家醫的整合照顧，我想有一個好的醫生，給他一個就追蹤的時候，那當然就照顧態度就不太一樣。那第二個就是說，當然之前的時候，大家認為高就醫群的病人的話，我們就覺得說，事實上，他有就醫需要，這個就是有時候見仁見智，其實完全在醫療人員的良心的問題，是不是有這個需求，是病人的需求，還是醫療人員的需求，這種只有自己最清楚而已。那之前的時候，我們就怕說，我們會影響到病人的一個權益，那我們這次的有這樣的一個民眾就醫次數改變對不對，那當然就有一些人會告訴我說，這樣很多民眾多延誤治療，那說實在的，我們那個姝靚承保組每個禮拜會給我一個 data，事實上我們的死亡人數並沒有增加，就是說我想這個是一個很現實的情況。那第3個就是剛剛忠逸提到的，假如大家減少次數一次的時候，那兆喻我順便考妳一下，我們說我們假如今天是部分負擔的話，我們的說帖，我們可以多收到多少錢，我們的部分負擔，我們有門診、有那個檢驗，還有急診，那個我們的姿曄算得很認真，有沒有概念，有人在跟妳打小報告，應該是 100 億，對很好，就是他們算出來的是 99.9 億，這個在我們的 8 千億也不算很重，但是就是我們少掉一次的時候，大家假如門診次數減少一次的時候，我們可以省多少錢。那我問忠逸，你剛剛不是講說我們可以少一次，對不對，那我們估計假如門診次數少一次的時候，我們好不容易做的資料，你們都沒有認真念，有人知道請舉手，醫管不算，有人知道嗎？大家都不敢說啊？沒有說我我我我我，那個姿曄多少？省多少錢？如果是西醫的話，應該是 378 億。好，這 378 億是正解，好不好。所以說為什麼我們一直希望讓我們民眾就次數，能夠稍微有一點改變的時候，就醫行為改變的時候，他整體來講的話，我想那個點值才比較容易上來，好不好，不過這就是一直大家在強調，其實我們的台灣就醫次數那麼多是很正常，那我們現在就是疫情的時候，我們人數減少，那你們告訴我不正常，然後現在又慢慢恢復正常的時候，你們的正常跟不正常跟我的完全不一樣，我是認為說，現在看病是不正常的，以前的是恢復正常，不過反正這個演變都到時候才會知道，因為畢竟有時候你看人家也是要求我們每半年要做一個報告，所以很多政策在規劃，我們要小心好不好，因為我在不到一個月，我在這邊做滿 6 年，健保小學畢業，所以說，你們可能也要繼續加油啦，好不好，那我們今天非常謝謝兆喻給我們的報告。