

## 綜合討論

李伯璋署長：

謝謝少庠，很不容易耶，來這邊一年多，念資訊的能夠在這麼短時間能夠有一個了解，我覺得很棒，我也希望大家從不同角度都會慢慢的有所學習，我想這是很好的一個方向。

那我想從一開始破題，我就注意到一點，譬如說，有些手術必要性很重要，像剛剛提到的小孩扁桃腺開刀，小孩子有時候喉嚨發炎就是有這種情況，那事實上在臨床，很多小孩子一生出來就有包皮，包皮到底要不要開刀？這也是一個問題，現在這邊很多都做媽媽的可能有自己的小孩子，就會想說有包皮的時候到底要不要開，長大以後就會好一點，那另外有個叫隱睪症，就是男孩子睪丸沒有在正確的地方，我覺得這是一個很現實的問題，至於開刀在不同的醫院、背景不一樣的時候，事實上對於開刀的決定差異很大。這有時候我都感觸很深，像在公家機關，不是說做多也沒拿錢，只是考量的態度比較不會考慮 PPF 的情況，就像你們去買東西的時候，有一些地方假如給你更多折扣的，卻可能讓你花的錢更多。

今天少庠的講題，我想組長都能夠去體認到，因為我一直期待你們聽課後，對於管理的態度，自己要思索怎麼樣把健保的管理做得更好，因為畢竟健保不是一個私人機構，但是我們所做的事情就像一個機關在做一些管理，我覺得是非常重要的。

我想，剛剛有講到 Supply-sensitive，目前很多醫院都在蓋，蓋得很高興都越蓋越大，他們不知道其實蓋大沒有用，因為健保就是總額，我們要怎樣把這個總額做最好的利用，這是我們的責任，所以說有時候蓋一蓋以後，發現沒有病人。未來我們要做的是負擔公平，使用者付費部分負擔要做的時候，就不會每個民眾常常動不動就去看病，這樣的話要從病人口袋拿錢就不一樣了，我想這最後很多醫院都要留意。昨天我開完會碰到一個院長，就講說今年醫院部分的結算是按照去年的九成，保障九成，所以最多就是跟去年一樣，現在是因為有一些人申報的量可能只有五成、六成，那你保障九成他當然很開心，假如每個人做的跟去年比是 1.1 倍或是 1.2 倍，或是只能拿到一樣的钱，他

想法可能會不太一樣。

聽說有四個層級的醫院，要聯合起來對我們政府要求，我們每一年把他們做斷頭，八百多億，他們要去要錢回來，因為覺得他們服務沒有拿到錢，不知道跟誰要，雖然今天線上有很多醫院也在聽，不過我還是一樣要跟大家講，因為沒有錢就是沒有錢，所以我覺得不要把它想成一個情況來做。

我想等等就開放給各位討論，今天很高興，成大的呂宗學教授他很認真，因為我們是坐在現場聽講者講課，可是呂老師昨天就已經事先做功課，呂老師你在線上嗎？請你做一個 comment 好不好，請。

呂宗學教授：

我想 Wennberg 在這個領域會受重視，是他解決了一個很大的問題，就是我們保險人跟醫療人員，在給付上我們一直無法解決的問題，就是因為醫生才面對病人，我們常常只能做後端的，比如說用總額，這種就是一個蓋子就蓋下去，可是醫生一定會說，我有些病人很嚴重，怎麼辦？後來有 DRG 稍微去區分嚴重度，好像比較合理，至於外科手術呢？我看保險人也很難跟醫師爭論，因為醫師一定有辦法去說他開這個刀的 indication，所以就變成說，保險人過去是無法去講這句話，你這是不必要的手術或過多，那後來 Wennberg 他就當然有一些故事，今天時間關係，他為什麼會做這個研究也有些故事，那他後來開啟的就是說，我就盡量去控制。

回到第 10 頁那一張圖，我建議我們健保也要來做做看，不過這個不太容易，因為美國是把那麼大的一個國家，分成 306 個醫療區，那某個程度可以去控制那個醫療趨勢、病人各種疾病的盛行率差不多，這個圖非常經典，但是不容易做，因為台灣只有大概簡單分六個分區，就是一個獨立的有醫學中心的區域，就這樣的把它當一個單位，那美國那麼大才分成是 306 個單位，第一個那個單位可以去反應那個地方的盛行率，可以做基本的調整，接下來再去分析這個手術使用率，這一張圖的最左邊就被認為是正常的差異，就是說髌部骨折一定會開刀，除非他是心臟病很老才會不開，所以他還是有差異性，但是他們認為這個是非常合理的，然後再用統計去看那兩個，1 倍到 1.5 倍、0.5 倍，

所以越往左邊是越必要的手術，可是越往右邊，就會看到那個差異就非常，那就是我們管理學在講的管理偏離，所以重點是那個偏離了，為什麼？其實做這種研究，也不需要說真的知道原因，只要把這個訊息秀出來，對方就會知道，我好像被同儕調到這麼高。

這個研究我覺得，台灣比較難做，因為台灣只有六個分區，那六個分區的盛行率可能有很大差異，如果台灣用醫院為單位也有問題，因為有些醫院就是重心就發展這個這一類的中心，所以就會偏高，不管怎麼樣都是可以試著用 Variation，因為這個做法就是把變異量呈現，那醫生只要講得出可能的差異，都把它丟到變項統計裡面去控制，還是可以出現差異，最後可能就不得不歸結是所謂的一些比如說 PPF，或者可能我已經設了這個設備，我要用這個設備像心導管，那個介入手術我必須要養那麼多人，我要使用，那我一定要有一個服務量才能夠撐下去，就會衍生有些好像不必要。

這個研究還有一個重點是過去都只講過度，其實他這個研究可以講出過少，就是有些也是該做未做，等一下大家也可以聊一下，台灣如果要做類似要怎麼做，那我也說明一下，我們作學者，現在只能到資料中心跑資料，可是我們跑資料中心的資料，不能攜出醫院為單位，目前能夠以醫院為單位做的只有健保署，像我也非常善用你們品質指標的公開資料，那都是每一個醫療院所，那在國外，我有問過他們這個東西，只要一旦公告就會回饋開刀的人或做檢查的人，他會看到這個統計量，某個程度他就會自動收斂，所以公告就可以當作介入。那當然我們做這個品質指標，或者是服務量的差異指標，我們比較難做到的就是控制裡面的嚴重度或是怎麼樣，還有我們的分母也比較難確定，所以這可能再看看我們署內同仁怎麼樣去解決這個可比較性的問題。

最後一個就是再回到第 9 頁，我簡單說，他這裡用的叫做 Unwarranted，這裡如果用 google 翻譯的確就是出現叫做「毫無根據」，其實大家都知道說，這個差異是有根據的，不是無根據，說不好聽一點，他的根據就是因為他要 PPF，他要抽頭。然後第二個他為了成本不得不做，所以不是無根據，只是沒有辦法去證明這件事，所以我建議的翻譯是「不合理的差異」，所以不合理的差異也包括 underuse，

所以 Wennberg 的厲害就是他做了五十年，因為他的分析，醫生也很多有意見會跟他抗議，然後他就一再調整，做出這個變異量的 model，讓大家覺得這個好像已經可以解釋，最後就不得不走到利潤的問題，成本的，買了設備人力，那我就不得知有一些 indication 沒有那麼強，我還是給他做，大概他就想辦法要去呈現這東西，那用一些統計的方法去呈現，這樣的話，反過頭來對醫院跟醫師的行為就有一點點影響。

那台灣有一個做這類研究，在台灣非常無力，就是說，美國、英國他們做這種 OpenData 品質指標或差異研究非常 powerful，非常有力量，為什麼？因為美國是多元保險的，英國是因為 GP 要轉醫院的專科醫師，全部都是根據這個品質指標的公開資訊網，或者是那個差異性的變異量來決定要轉給哪個專科醫師、轉給哪家醫院，或我決定一家大型的公司，決定要看哪個保險公司簽約，他就要你拿來說，你的合約醫院的品質指標，所以這種資訊在美國、英國是非常受重視，然後有 user，所以就強，那我們健保署也有公告這些資訊，可是好像不會去影響給付，好像也沒有病友團體會去倡議這些品質不好的要怎麼樣，所以這我個人也是在這幾年做這個數據方面會覺得很無力。因為我們沒有一個機制是用了這個數據可以有後續行動，那這樣這些數據效果就不大。不過最後總結，如果只是針對外科手術，還有一些高檔昂貴的 MRI，以前署長也很關心這個的使用，那我們也可以想辦法用這些方法學呈現差異，盡量控制一些相同的 indication，然後還是有差異，那我們也不要下論斷，說是過度還是不是，我們就把這個變異量呈現。我想在最上面跟最下面的都會看到，然後就可能會有一些行動，我想這個是我問過他們，他們說你公告就可以了，就會有效果，那我的補充就到這裡，謝謝大家。

李伯璋署長：

謝謝呂教授給我們的遠距教學，大家都有認真聽，不過我想雪詠那邊已經做到臨床上的一些數字，都有提供給相關的醫療院所做參考。有一些醫療行為的處理，像剛剛老師提到的 MRI、CT，我們也不能說過度使用，曾經就是我們對於一些認為要核刪，結果年輕醫師就說，

他要回去看看署長以前怎麼看病人的，因為有些人頭痛，來了後醫師就說我幫你做個檢查看是不是長腦瘤，那也許是因為昨天打牌打得比較晚一點，吃個普拿疼就好了，我覺得很多醫師一定會找到一個理由說服病人為什麼要做這個檢查，如果病人要花錢的時候，病人感覺就不太一樣。

依婕，剛剛呂老師提到一些醫療行為一些使用，你有沒有什麼策略，結束後請禹斌做補充，請。

陳依婕科長：

可以幫我放投影片第 9 張，這裡面其實有講到三個分類，第一個是有效，然後有效可能產生的相關誤用就是 **underuse**，關於這一項，就是如果我們想要提升醫療處置效率，我們現在採取的方法就是在論量計酬下，大家可能用越多賺越多，所以我們推行了像剛剛呂老師提到 **DRG** 這個制度，但 **DRG** 下可能產生的我們所擔心的，就是因為基於成本的考量，有可能會產生這樣的狀況，可能因為為了要獲取更多的收入，所以產生 **underuse** 的情形，我們 **DRG** 下有很多相關的品質指標是為了要監測這件事情有沒有發生。

那另外，第二個就是個人偏好這個選擇面，其實裡面講到了一個很重要的關鍵，在於民眾資訊不對等的問題。

第三個 **Supply-sensitive** 的這一端，**sensitive** 的這件事，**overuse** 有點 **echo** 剛剛署長講的，其實在某些地方可能醫院開得越多，那過去在醫療經濟學上也常常提到的，供給誘發需求這件事情有可能會發生，那我們其實沒有辦法直接說，這一定有因果關係，但是其實我們間接透過很多健保的數據分析，有觀察到這樣子的現象，所以其實剛剛署長出的題目，其實相對來說是我們一直在做的工作，在論量計酬下，如何讓我的資源更有效率的使用，也許我們開始推動一些不一樣的支付制度改革，像剛剛少庾在規章有提到的，我們有總額，我們有開始做像 **DRG**，或者是 **P4P** 等等的支付方式調整，可是相對於現在的論量計酬的架構下，其實那還是 **minor** 一塊，所以這件事情要怎麼樣繼續的 **push**，比如說論質計酬，或者是未來我們沒有機會走到論價值計酬這件事情，是我們一直在思考的方向，我們也當然希望如果醫

療服務品質越提升，然後醫療提供者可以獲得越多收入，這件事情是希望能夠在不久的將來可以發生的事，以上是我的心得，謝謝。

張禹斌組長：

謝謝呂老師的回應，請看投影片第 10 張，第 10 張投影片其實醫審本來就有在做這些事情，但我是比較不清楚手術的部份有沒有獨立出來處理，如果沒有這部份倒是可以去處理。

那第 11 張投影片，這不合理以我們保險人的角度，其實我們整個署長的施政目標還是尊重醫療專業，那我們對虛報、浮報是一定要去處理，至於尊重醫療專業下的這些不合理的證據，我們只能依靠那些審查醫師幫我們做處理，這部分我覺得署裡可以再多方加強。

那剛剛最後所講的，power bi 的東西，其實我們在今年年初已經引進這個 bi，也做得還蠻多東西了，最近把很多的題目也是交給我們的資管小組去做分析，可能年年底的時候會把一些 bi 成果再跟各位做呈現，以上。

吳淑慧組長：

署長好，其實我們資訊的人員在導讀這篇壓力很大，因為我們其實不是公衛背景，所以我們就是盡量的弄，那我想我們唯一可以講的是說，還好健保一開辦的時候，就一直朝向這個全面電子化這樣的策略來努力，所以包括早期我們的電子化申報的推動，那我們一些支付標準、藥品通通都代碼化，那我覺得代碼化的好處就是說，你就容易做分析，而且我們後續的一些醫令自動化審查等等，都靠這些支付標準，然後支付標準裡面有一些適應症，我們都盡量把他 table 化，那也可以就是定期來做檢視跟檢核條件的增修，那我想這個對於備資料來講，我們備一個乾淨的資料來提供，後續不管是決策輔助，或者是一些政策的延續，都是有很大的幫助。那剛剛呂老師有提到就是只能到我們資料中心，我是覺得說，當然我們為了要做資料的保護，是做了層層的把關，那未來有沒有可能，因為我們知道最近有一個合成資料的新的技術，那我們也就是下禮拜會去工研院研究一下，因為聽說有一個產品化的東西，但是他沒有應用到醫療資料，那我們想去研究

看看，有沒有可能這樣子去弄一個合成資料出來，那又不影響整個研究分析結果，又可以更靈活，甚至提供學界、產業界來應用，那這個也是我們資訊努力的目標，以上。

**劉玉娟組長：**

謝謝署長，其實今天這篇對我們台北區也是一個很大的重要指引，因為我們知道醫療市場的競爭在台北區最多，我們目前的新醫院幾乎每年都有，而且都是很大型的，這種大型醫院興起的時候，只要蓋了病床，民眾的醫療利用就會相對提升，那我們組也有做過分析，發現這新的醫院製造出來以後，病人來源 80% 還是從舊的、其他醫院本來的病人，然後 shift 到這邊來，但是就是莫名其妙以後每季會長出 20% 新的病人，可見這樣的一個誘發需求，事實上存在這個競爭市場裡面，那因為有這樣的一個新的需求以後，我們這個分區的下游以後也會發現所謂的浪費，或者是說，就是不管在 8 或 9 頁所指出的 overuse，或是 misuse，甚至根本沒有使用然後有一些虛報的情況，這些都是我們分析，直接會在實際的工作場域看到，那這樣的案件我們也注意到這一、兩年越來越多，民眾的指正或是一些檢舉案，甚至只是我們基本的 AI 檔案分析，那那個比率的案件多以外，案件的量和金額都越來越大，所以在這邊的文獻指出，提醒我們的地方以外，看起來我們的支付制度未來還有很多的方向可能都要配套到相對的一些主題，比如說怎麼去勾稽或是甚至後續在法律面上面，我們對醫療機構的一個提醒，先補充到這裡。

**戴雪詠組長：**

署長還有各位專家大家好，其實剛剛呂老師有提到就是第十頁，第十頁的這個差異分析狀況，其實在健保署這邊的確我們有所謂的品質指標，而且是公開的品質指標，然後這裡面分成總額別、醫院別還有疾病別，那這些指標其實就是跟醫學會跟相關的醫療團體自己把它訂出來，他的確有扣合到醫管組的品質獎勵方案，確保方案中的獎勵的指標。

那現在的問題應該是說，這些指標的確是相當的專業，那民眾不

見得都能夠解讀，因為剛剛老師有提到，如果它一旦被公開，不管是醫師或民眾，都會對醫療行為造成一個收斂的效果。那我們非常同意，因為我們大概過去兩年，我們請北醫的老師幫我們做了這個品質指標的說明讓它更口語化，而且讓它在網站上，它的整個辨識度跟可親近性的話，讓民眾都更清楚，所以我們今年會完成而且會發布新聞，然後讓它不斷透過健康存摺或者是其他的一些媒體讓民眾能夠了解，這些品質指標，公開的時候對這醫療機構品質的定義、意義是什麼，然後透過民眾選擇跟所謂的制約效果，讓醫療行為能夠在各個院別能夠更收斂，以上報告。

**李伯璋署長：**

再來我們請純馥說一下，最近有不同的組別，對於醫療院所的醫療行為都相當用心，大家也相當邁力，那我覺得說應該會一點一點越做越好，請。

**李純馥組長：**

謝謝署長，各位同仁大家早，還有醫界先進們好。那其實我在看這篇的時候，我就想到那時候我在當支付科科長的時候，我們在新增很多手術項目的時候，我們都期待他可能會替代部分的傳統手術，所以我們大概一段時間之後，我們就去分析它的使用率，後來就發現說，其實新的科技進來，它不一定完全替代，它可能是誘發更多的需求，那我就講一個腹腔鏡手術的例子，那時候腹腔鏡手術進來台灣以後，大家廣泛使用以後，我們發現傳統手術還是有一定的量，可是腹腔鏡手術是大幅的增加。所以顯見是說，其實在新科技的導入或是新醫療的引進，其實有時候會讓這個疾病的治療更早，或是讓民眾更能夠接受這樣比較沒有侵入性的一個治療、侵入性相對少的治療，所以就可以看到說，在醫療科技越來越發展的這個區域，他的費用其實在管控上是越來越困難，因為它會增加，它不是替代，它是在額外增加，這是第一個我們的發現。

第二個是因為很多預防保健的這個項目進來，讓很多人的疾病及早發現，那及早發現其實就會誘發更多的需求，那當然我們期待是民



眾會得到更好的治療，所以我們就可以看到為什麼我們的總額，我們怎麼樣去爭取成長率，最後都會發現，其實固執都不會如我們所想像的，那就會有一點大的落差，那當然，整個醫院的管理包括我們健保署的管理，都是朝著希望說，病人會愈來愈好，所以過度使用我想醫院也會承擔很多的風險，那我也是期待說，我們一起共好，就是把一些制度的東西設計的更完善，那我們分區在共管的這個會議上面，其實也納入很多管理的指標或是品質的指標，那甚至就是今天這篇文章所寫的，那種所謂異常偏離的部分，一直都是我們管理的重點，那我非常感謝今天資訊組的同仁做的這個精彩的報告，那也謝謝署長還有呂老師，還有相關組長的分享，謝謝。

#### 林純美組長：

署長、各位同仁還有醫界各位早安，其實這個差異性，以前呂老師就有跟我們指導過，所以我們在這個差異性的管理會分兩塊，一個我們要去了解，這個差異是不是我們自己的疾病流行的差異，就像一般盛行區還有以前的烏腳病，以至於我們的癌症的盛行又比其他區高，所以我在這個醫療費用，尤其藥費支出也會比別人高，所以這一塊，我們要了解。

那另外就是疾病的治療率，像高血壓，我們的治療率可能就是會有不足，因為我們的醫療普及性有一些偏鄉就比較多，再來除了疾病外，就是醫師的專科分佈，我們過去有發現慈濟大林免疫的疾病特別多，是不是在嘉義大林有這個特殊的疾病，後來我們分析後，我們發現其實是醫師訓練的一個特別的問題，那另外就是還有最近一直存在的，慈濟大林的呂醫師的膝關節滑膜切除術，它的利用率都是全國第一，然後我們對他管理，他一直覺得他很冤枉，然後我們最近把他的資料做了一個比較長期的分析，了解經過他的治療之後，事後患膝關節到底跟沒有治療的期間差異，讓它更具有比較性。

那另外南區有一個比較特別的就是我們可避免的住院率，一直也都偏高，這個也是我們一直要去關注，到底是我的醫療的資源分布，導致他們都必須拖到重症，那這一塊部分，我們也一直在找原因，這個是在我們一般疾病的部分。

那另外一個我們要關注的就是健保詐欺，健保詐欺裡面，我們過去曾經發生的案例就是李○傑，他的減重手術變成胃潰瘍，實際上就是它的分佈會比較差異，就是說急診的病人也會從南部跑上去開刀，所以對於這種醫令第一名的部份，我們現在都已經有納入 CIS 的定期管理。

那第二個部分就是 O 卡，就是很奇怪，這個醫師的專科沒有特殊性，為什麼他的病人會來自各縣市，那目前我們也有一個程式的管控，那第三個就是我們在 108 年我們做的達文西的手術，我們發現，北醫的劉醫師，他為什麼特別少，後來才發現他這一個部分也是有異常，所以我們有收回來一些費用，那這一些就是兩個部分，我們要關注病人的健康，還有健保的醫療利用。

那第三個部分是 **underuse** 的部分，我們現在會定期去管理的就是糖尿病病人眼底的檢查，當這些病人有利用率不足的部分，我們會去提醒醫療院所，把名單給醫療院所，請他要協助病人來追蹤做這一個眼底檢查。

那最後我的建議，我們在這個地理的分佈的醫療利用，我們應該要再強化，我們目前在這一個格式化的數據報表的建立已經是差不多達到一定的程度了。第二個部分就是病人居住的地址跟電話，應該要隨醫療費用一起上傳，因為我們這個 84 年訂定的格式裡面受限到電腦的儲存空間，沒有辦法增列這麼多，但是現在已經科技進步了，我建議病的居住地址跟電話都要隨著醫療費用一起上傳，以上。

李伯璋署長：

剛剛純美講的東西是哪個部門要負責？純美，是哪個部門要負責改善？

林純美組長：

醫管科，要制訂申報的格式上傳。

李伯璋署長：

右鈞你回應一下。

林右鈞專門委員：

病人的住址跟電話並不是一個就醫資料，在我們憑證管理辦法附表裡面也並沒有寫上去，現在只有那個緊急聯絡人的資訊，那跟就醫比較有關係，那不過這個部分可以再討論看看，是不是還要在擴大去解釋這一個部分。

呂宗學教授：

我可以發言嗎？謝謝，我剛剛聽了相當驚艷，我們健保署的分析已經做得非常細膩，所以大概我有兩個建議，第一個就沒有錯，剛剛右鈞講得沒錯，就是說我們曾經去要求醫院，結果發覺醫院的那個住址都沒有更新，從他第一次掛號，那我就問說為什麼不更新，他說一定要當事人來，然後佐證，所以其實連醫院他的住址跟電話常常都不是新的，所以可能連申報就絕對沒有，連醫院自己都很頭大，因為我們說想要做市場調查，病人到底從哪來，就發現說，每個醫院自己的病人的住址、電話常常都不準，當然有幾個醫院就開始定期更新，每次來就問他說這個住址正確嗎？所以這可能要讓醫院要先做好，那以後才能要求上傳這個資料，那但我覺得這個非常重要，這也是我剛剛講的，我們現在都是以醫院為單位分析，又涉及到分母，就是他從哪裡來，像剛剛純美講的就是他能夠分析到很遠的地方來，當然可能用戶籍就可以做，但是跟真的居住地又很難，所以這是第一點。

第二個就是說，大家已經做那麼多，那麼細膩好，我在想是不是就是，我想署長也很關心我們有一些成果，台灣經驗還是可以在國際上發表，就是說是不是可以針對人家他已經累積很多那種比較爭議的，因為有一些比較確定的，我想可以不用重複，但像剛剛講的那個腹腔鏡開在哪一些刀，或者是目前比較有爭議，像是下背痛，或是剛剛那個圖表裡面的右邊那些，都是屬於比較有爭議，就是目前那個 **evidence** 沒有那麼絕對有效，就是說，除了吃藥復健以外，開刀並沒有絕對優於別人，那就是踏在前人肩膀上，挑一些目前國際上比較爭議，然後我們用台灣那麼好的資料，還有剛剛聽你們講嚇一跳，你們都可以追到病人的流竄，還有個別醫師，這都是我們外面學者沒辦法做，所以我想要拜託這健保就以你們來發表這樣的國際上有價值的論

文，謝謝。

李伯璋署長：

好，那我想非常謝謝呂老師，那我跟各位報告，事實上，各個分區都一樣，昨天部裡面跟我說，因為總統針對九九重陽節有發表國語和台語的演講，那我們就把這個資訊傳給各個分區的組長，那他們就再各個分區的院長專線裡面群組裡面就 po 了，結果看到大部分的醫院很快就做這個動作，所以右鈞你整理一下，純美剛剛的建議，需要這樣去做，那我來拜託各個醫院，他們能夠協助我們提醒民眾，就是說假如他的就診住址是不一樣的話，就是做必要的更正，那在服務台本來就可以做這樣的一個動作，我想只要我們有開始的時候，就會有改變的機會，那我還是拜託各個組長，很多事情像雪詠做了很多報表，我覺得很多東西做了就要追蹤，要把每一個小事都做好，不要說我們做了很多 **paperwork**，都沒有辦法達到預期的效果那就很可惜，像剛剛在講攝護腺刮除手術的治療，說實在的，我自己跟各位分享一下自己的經驗，因為事實上我在去年的時候，我就是有 **BPH**，**BPH** 的時候就變成有困難，**BPH** 有可能不用開刀或是吃藥，那通常泌尿科醫師都不會叫你吃藥吃很久，如果沒有症狀就是吃藥，假如有症狀給你吃藥，不行的時候就叫你開刀，所以那時我就是真的解尿解不出來的時候放導尿管，然後裝導尿管的時候，那一個禮拜吃藥，然後試看看把導尿管拔掉，看看能不能解，結果拔掉以後發現還不能解，又繼續放導尿管，那換了三次了以後，吃藥吃到有效果以後，就不必開刀了，當然這是一個很好的治療模式，對於一個病人來講，假如能夠不開刀就好，當然最好，開刀也有開刀的一些風險，所以我就跟我小孩說，對病人就是要盡量給病人機會，不過有一天他就跟我說，爸爸那沒有用的，因為他給病人吃藥然後放導尿管，一個禮拜後拔掉導尿管，病人不能解，病人就說開刀，那醫師當然順著病人就去開刀，我覺得假如能夠站在病人立場，怎樣給病人最大利益，這是我們在醫療體系需要改善的一個機會。

那我想我們今天到這邊為止，那我非常謝謝少庾，少庾我不知道你什麼時候才能在大家面前第二次演講，我們也謝謝宗曦幫你準備了

感謝狀，之前幾位同仁有演講的同仁我也會補給你們，所以講過的同仁不要難過。