

綜合討論

李伯璋署長：

首先謝謝紋年，他很認真的把當時現有的資料在研究報告裡面就寫了，那我想更重要的就是，他又有一個加值的，針對我們做這一個部分的整合計畫，又能夠把它加進來，那這在做研究計畫的時候應該沒有，你自己會把它再做一個整合。

那等一下我請逸虹做補充以外，會請右鈞還有玟瑜再提供你，當時很不容易從法傳系統裡面找資料來做研究，等一下他們給你補充。那另外就是請姿曄，再跟你針對我們的整合計畫做一個補充，好不好，那我們請逸虹先。

蔡逸虹副組長：

署長、線上的先進們、各位主管還有各位同仁，大家早。我們團隊在做這一篇的時候，紋年做很大的貢獻，他本身是公衛碩士畢業，有流病的專長，另外他是從 CDC 轉任過來，也只有兩年多，在 4 月的時候升上專員。

整個計畫其實是受到我們署本部的一個肯定，是特優獎，最近衛福部的部分也有得到佳作，所以這一篇其實看起來好像很簡單，其實他們在做的時候，資料的取得是有比較困難的地方。

比如說初期的時候，資料有些是人工，還要去補 key 的，所以在找研究對象的時候，因為這個是第一年的資料，我們是從 109 年才開始有這樣的一個疾病，那就是 109 年整年度的資料，我們做的時候是在去年度，所以要追蹤這些個案，頂多只能用半年的資料去做追蹤。

我們比較想知道得到這樣新興的疾病，對我們的健保醫療費用後續到底影響多大，不管是門診或住診，不管是就醫次數，或者是

整個醫療費用，到底影響有多大。在我們的研究看起來，不管是就醫次數，或是整個醫療費用，其實是會造成影響的，而且確診的個案，他的醫療費用，在不管是 Long-COVID 或者是後新冠，其實在醫療費用，整個都有很大的影響。那其實以後如果有同仁要找自行研究主題，其實還蠻多可以做的，現在不管是疫情整個的變化，尤其是今年度疫情大爆發，還有防疫的政策不同，所造成一些影響，其實大家都還可以去探討，不管是用藥或者是有沒有打疫苗，很多主題都可以去做。

那紋年他很認真，除了我們研究報告本身，他也加了一些料，然後剛剛署長也有講，我們最後門住診的醫療照護計畫，這個計畫也是再加進來，那剛好資料可能都還沒倒進來，所以那時候個案數很少，可是到 6 月 21 日已經有大概 1,057 個，那我們跑的時候是 907，所以都一直在增加。在我們轄區雖然有 14 個團隊在施作，不過只有 7 家有收案，因為畢竟那時候病例數不是這麼多，最近才大量變多，所以這個部分我們等一下也會請大同醫院的郭欣慧郭醫師來幫我們講一下，因為他們醫院是收治比較多，照護的病人也比較多，所以這個部分等一下也可以請她跟我們一起分享，以上。

李伯璋署長：

先請大同醫院的郭醫師做一個評論，郭醫師妳在現場嗎？郭醫師請。

大同醫院感染內科郭欣慧主治醫師：

署長、在座各位先進，大家早安，我是高雄市立大同醫院感染科的郭欣慧醫師。

之前跟林紋年專員以及視察他們，對於整個研究計畫的部分，有做過初步討論，他們是希望我今天能夠分享關於，我在整個康復

者染疫的照護門診上面的一些經驗，那當然比起北部，我們南部收案的個案數其實並不算很多，那我就是就我看到的部分，跟大家做一點經驗上的分享。

首先是關於症狀的部分，去年開始，從一開始的原始株，到去年 5 月份的 Alpha、中間短暫的 Delta 之後，從去年底 Omicron 就變成一個強勢株。

那住院的部分是先看到，病人譬如說在 Alpha 株或是 Delta 株，他們都是厲害的後遺症，例如說心肺功能受到很大的損傷，因為他們很多都會發展下呼吸道的肺炎，甚至進入插管，所以這一類的患者，他們如果有機會有幸康復的話，其實都是在心臟科、胸腔科，這些他本來習慣的慢性門診裡面去做追蹤。

可是當 Omicron 逐漸取代成為一個強勢株之後，我在門診會看到的部分，第一個看到患者年輕化，不再是一個 65 歲以上的，就是長輩為主的一個概念，那另外以我目前的經驗來看，在 Omicron 部分的 Long-COVID，最常會被患者提到的幾個症狀，跟國外或是目前比較多的北部的前輩先進們觀察到的，其實是類似。

第一個，他們覺得會喘，然後會咳，接著是疲倦、胃口不佳、記性變差，就是我們講的腦霧，可是大部分這裡面在談的時候，我發現他們好像容易忽略還有 depress 的部分，這些症狀每個人都有、每個人都不同，我也不會因為病人來跟我說他有什麼沒什麼，我就認為他特別嚴重，或是他特別不嚴重、不需要照顧，原因是我們另外觀察到，不同年齡層因為 Long-COVID 的困擾其實是不一樣的。

簡單來講，例如說長輩，一個 old age，可能本來就共病很多，也許他本來還能行走，現在因為染病之後他 disability，生活功能下降，所以即便他康復，但對家屬來講就有一個負擔。另外就是他的身上，例如說他有慢性腎臟病、有 DM 或是他本身在洗腎，那他康復之後會面臨到，像我們剛剛講的，當他胃口變差、記性又變差、

dementia 變得更厲害的時候，其實這個在家庭裡面照顧的人，尤其在中壯年，就是照顧他的 caregiver，負擔是大的。

那如果再把這個困擾放到中壯年這個族群來看，我的病人如果是中壯年，如果是屬於家裡的經濟支柱的話，你會發現疲倦這件事情反倒變成他們最 concern，因為他會覺得他沒有辦法回到他的工作場合去勝任他本來的工作，他對自己本來的生涯計劃、規劃，或是他的公司職場同事對他的期待，其實會有一定的落差，所以他還會把這些事情、這些 depression 帶到例如更嚴重的失眠問題，或是說甚至想要轉職，離開職場。

至於再更年輕一點，例如大學生族群，或是二、三十歲剛創業、剛起步，或是甚至工作還不穩定的人，他們還會問到的問題是關於未來生育的部分。因為 Omicron 或是其他的，甚至包含一開始的原始株，到現在為止對人類影響不過就是兩、三年，所以在 long-term 而言，當你比較年輕的時候感染，對於之後下一代生育有什麼樣的影響，其實醫學界我們都還不知道。所以當年輕人問說，這樣會不會影響生育，或是說那多久懷孕是安全的，或是正在懷孕的婦女，真的有人感染了，她就很擔心小孩將來不健康，那她要怎麼對她的先生、婆家或是對小孩的人生做交代，其實會轉換成一個 guilty，自己非常愧疚的心態，即便她不是自我願意染疫。

另外我們也有發現到小朋友，我的門診也有爸爸跟小朋友住院當中是我照護的，然後他們就一起來我的門診，那小朋友就會發現專注力真的變得比較差，即便他是一個活潑好動，但是以國外的研究來講，本來小朋友除了我們擔心的，例如說感染後 2 到 6 個月可能的，例如說 MIS-C 兒童系統性發炎症候群，但即便小朋友沒有經歷這些，國外的研究也是認為說，在長期裡小朋友的學習上面、專注力上面也會受到影響，所以就變成在門診，大人跟小孩一起來的時候，你要關心的事情是不一樣，然後衛教的事情也不一樣，因為

家長可能沒有意識到說，可能之後要幫小朋友注意 MIS-C 的這一個部分。

我還想提另外一個特殊的族群是醫護同仁，他們也是一個跨年紀，可能從很年輕到比較資深的職場的族群，很多人因為染疫之後，跟一般民眾 concern 的事情又不一樣，即便他自己有 Long-COVID，可是他染疫的時候是先怪自己，怪自己可能傳給家人、怪自己不能排班、不能跟同事 share loading，他們把所有的責任歸在自己，那接著當 Long-COVID 造成他在職場上面無法勝任他原來的照護工作的時候，下一件事就是離開職場，所以其實有不少我們的同仁，即便沒有來掛我這個診，他們都是私下 messenger 或什麼跟我說，慘了，我的症狀沒有好，我是不是無法再繼續我目前的醫療工作。

那扣除在門診觀察到的各個族群的症狀之外，我很感謝，我覺得這個整合性的門診有他存在的必要，以我們大同醫院來講，我們目前在整合性門診裡面，其實主要當然是以胸腔科跟感染科醫師作為第一次看診，就是面對面的，那接著我們會視病人的需要，除了完成前面專員跟大家分享的那些主要表單，那我們會讓他去看身心科醫師、營養照會，然後復健。如果問我還有需要再多加入什麼，我會覺得內分泌跟婦兒科的醫師也很重要，因為有時候他們的問題非常的特別，他們的 population 本來就比較特殊，並不是我們一個胸腔科、感染科或是心臟科能夠處理的，因為他們比較細緻，而且他們的 population 是比較特殊。那另外我們也會告訴病人，來門診的次數或是給多少藥不是唯一解，因為每個人從一個疾病 recovery 的時間不一樣，甚至他可能要接受他這一輩子，或這未來的 3 到 6 個月，甚至一、兩年。

英格蘭的研究也是告訴我們，即便感染過新冠之後，兩年後很多人還是為這件事情所苦，那 Omicron 的症狀即便輕，但是只要他

不離開，就是會對你的 Quality of Life 造成影響，所以這個整合性門診的開設，我覺得有必要。

但是民眾在這裡面能夠獲得的，有時候我們也會希望當他比較平穩的時候可以例如下轉，讓更多的醫療院所，有一個跨層級的合作，不過不知道是不是因為我自己想的比較淺，或是沒有想過好的配套措施，因為我會覺得，如果今天就我一個民眾的立場來講，我會認為說，假設以我們高雄市立大同醫院來講，有這麼多的次專科，我可以在裡面看到這個門診，然後我覺得我一切都很好，你今天跟我說可以轉去家裡附近比較近的診所看，大部分的民眾下轉的意願，尤其在一個可以獲得整合性門診的這個部分，相對會比較低，這是我的猜測，但不一定會，因為現在坊間有非常多的診所都能夠提供很好的服務。

那我們那時候也有談到說，我覺得有一部分病人散落在各個門診，我不只在染疫者康復門診裡面遇到這群病人，其實在我的一般診，我師長他們的感染科門診或者是胸腔科，甚至心臟科的也會有一些師長跟我說今天來了一個得了 COVID 之後跟我說他會喘的，所以其實民眾即便從報章媒體，或是政府的宣傳裡面知道有，但是老實說這就是一個僧多粥少的概念，或是說因為染疫的康復門診，並不是每個民眾都認為他可以使用得到，或是說醫院開設的時間他不可以，所以老實說對我來講，有需求而且真的進入到這個整合門診的民眾，其實是遠多目前檯面上我們所看到的。所以那些散落在各個門診間，遊走各個門診間，處理他不同症狀的民眾，我們大部分都儘量讓醫師知道我們醫院有開辦整合門診，你發現他有多專科的需求的時候請讓他 refer 來。

最後一個是關於表單，在門診填那 6 張表單，我每次都覺得心理壓力很大，因為一邊看著病人，然後一邊在填那個表單，眼睛沒有看他，就覺得對他很不好意思，因為那個表單的項目真的很多。

所以之前在跟林紋年專員還有視察他們在討論的時候，他們有問過表單的部分有沒有改進空間，就是更合適，例如在目前的多樣表單裡面，他就沒有去評估到關於記憶力喪失、比較退化的這一塊，可是腦霧本來就是一個非常模糊的定義，即便兩、三年前好像國內有位神內醫師，好像是針對 **dementia** 失智的相關腦霧，有做一個很可愛的量表，可是畢竟不是國際認證，那只是基於他個人的行醫經驗的一個推廣跟分享。

那我最近也有再上去稍微搜尋了一下，有沒有針對於 **Long-COVID** 部分所做的 **Questionnaire**，那我就發現在今年 4 月份 **BMJ** 裡面，有由英國 **University of Birmingham** 他們所發展的一個量表，那他的量表就是 **Symptom Burden** 的 **Questionnaire for Long-COVID**，主要是由 13 位感染者分享他們 **Long-COVID** 的症狀，然後再加入醫師的經驗，設計成一份量表。接著把它發給 900 多個感染者，請他們就那量表上面設計的 **item** 作為 **feedback**，然後做 **modification**，那後來大概有 3 成，就是 300 多位給他們 **feedback**，所以他們就形成了最後的問卷，不過問卷的本體我沒有看到，因為要跟他索取，只是我聽說那問卷有 17 個大項，110 幾個小的 **items**，我覺得填完也是蠻 **suffering** 的。不過他講說，這是他們覺得最 **fit Long-COVID** 的一個 **Questionnaire**，但能夠更簡單我們會覺得越好，所以這也是我沒有非常的強力去跟他索取 **Questionnaire**，因為我想那 100 多個，應該填完天就黑了，那以上是就我在門診這個部分的觀察，謝謝大家。

李伯璋署長：

好謝謝郭醫師給我們一個很詳細的說明，那我想先請姿擘做這個部分的回應。

呂姿擘科長：

謝謝署長，然後謝謝各位長官以及線上的先進們，今天真的很感謝高屏的報告，紋年後面的那個加值，真的是 for 我們最近 VPN 系統的收案，收案的資料確實如同剛剛郭醫師講的，如果你想要看到這麼多的資訊，就真的一定要做到很多的表單，要去填寫。

先回應表單的部分，當時這個計畫在產製的時候是跟學協會一起做討論，以及邀集各大醫學中心共同來討論，那因為大家對於 COVID-19 後續的治療跟照顧需要評估什麼樣的項目，因為多面向，像日常的生活功能，剛剛看到巴氏量表，他可能覺得生活自理都沒有問題，可是可能生活品質會有問題；那或者是他的呼吸會喘、會咳，這些都是屬在不同的量表，所以這個部分可能要麻煩參與的醫院多多擔待，真的是迫於無奈，因為我們沒有辦法預測你今天收案的個案到底需要什麼樣的照護，需要透過什麼樣的評估工具來看他目前所需要的服務。

接下來就是這個計劃的評估，一定要特別感謝高屏跟台北，因為這個計畫的參與院所其實原本有 3 個縣市是沒有來參加的，那部長他其實希望說大家可以去 push 那 3 個縣市，後來就是很謝謝台北讓基隆，這個也算是一個小疫區，有意願來參加；那高屏就是讓澎湖醫院也來參加這個計畫，所以目前就只剩連江沒有意願來參加，因為連江醫院有評估過，他們覺得他們在醫療人力上有問題，短時間之內還是沒有辦法參加，所以他可能還是得要透過轉介到本島來就醫這個方式。

另外先分享一下，我們在規劃這個計畫之前，有做一些資料的分析，那確實會考量到每一個年度，因為從 109 到 110 年到 111 到目前，其實病毒株真的都不一樣，那他可能需要的照護或醫療量能也都不太一樣。那先分享一個我們之前有跑過的數據，就是我們之前有去看去年 1 到 5 月確診的個案，確診前後 30 日的醫療利用狀況，我們去看它的增加，就是只有 30 日，那大概會增加 1500 多

點，所以顯然來看，30 天就會增加 1500 多點，他可能會看到 1 次、2 次到 3 次的門診，所以是真的有後續照護的需求跟必要性。

另外再說一下，因為這個計畫其實原本是只有針對境內，法傳的系統還是得要先解釋一下，因為原本這個計畫，我們勾稽的收案檔會去串連疾管署的法傳，那我們確認他是在解隔離的名單，我們才可以去做收案。可是後續法傳系統有一點卡住，所以導致我們的收案有一段時間停滯，後續當然我們就是透過其他的手段去跟 CDC 要了一些法傳名單，等等那個孜瑜小組長跟右鈞專委他們可能會再補充那一段，所以其實這一兩個禮拜，應該是說從上禮拜開始，我們收案的名單每天都有在增加，大概每天都會增加一兩百人，所以就是要麻煩各分區業務組要多多照顧這些病人，因為他後續的照護期間還滿長的，那因為我們現在的收案的個案數其實就 1,200 多人，所以可能要等到再往後一段時間，我們才有可能再去利用這些收案的資料再去做進一步的分析，以上。

李伯璋署長：

我剛剛提到就拜託各分區也都一樣，做事情的時候有些 data 都要很清楚，像最近你們有發現很多，像包括一些要給居家照護的錢，沒錢，沒錢就要趕快解決，不然這東西就是說，你們也可以看到說，我再跟你們分享就是需要給部長知道就給部長知道，需要怎麼樣就怎麼樣，千萬不要拖，剛剛姿曄在提到說收案人數的時候，在立法院的時候，我們報告的人數是 90 幾個人，結果馬上就有那個醫界的同仁跟我說署長你要小心，沒那麼少人，因為他們在門診都看到很多，所以這個就是說，有一些東西卡住的時候一定要講，千萬不要說我們在每一個不管分區，大家做事就是要一定要有系統反應回來。那因為紋年你剛剛提的東西，很多東西在講的時候，剛剛姿曄也有提到，你要做一個好的研究一定要 big data，這也是我們健

保署的一個態度，所以說像這一部分的數據的整理，我想最近的時候，我們有一個大的一個突破，那包括確診的人數，那我請右鈞先做一個說明，然後等等請玟瑜。

林右鈞專門委員：

謝謝署長、謝謝高屏還有紋年的分享跟分析，他們這次做的最主要是用 2020 年的，當時都是用書面的方式做申報，當然我們也知道書面的東西都是靠分區的同仁去鍵入，所以我們在確診這些資料其實都很缺乏，而且有可能也不太那麼正確，因為還要經過同仁的辨識才有辦法上。

那我們在去年一月一號開始做電子化，就開始有申報資料進來，可是再怎麼樣都還是不完整，所以一直到今年，還有就是剛好部長也想要看死亡的那個情形，然後也透過署長去跟部長說，我們應該是要很完整的一個資料庫，才有辦法做一些整體的分析，對整個公衛系統才有辦法做一個提升，才能看到真正的樣貌。所以那個部長那邊才會同意請 CDC 盡快把那個確診甚至連疫苗資料趕快提供給我們，跟我們健保資料做結合，我們能夠協助去做一些分析，那當然我們就由信忠小組長還有必芳，就很快的利用這些資料先做了一些很初步的分析。我們這次是針對那個確診之後 14 天內死亡的那個情形去做一些分析，確實有看到現在像那種性別、年齡上都很有差異，甚至我們針對藥品那個抗病毒藥物去做一些分析，有服用抗病毒藥物跟沒有服用抗病毒藥物，他 14 天內的死亡率是不是有差異，確實是有差異，甚至在年齡上，跟不同的年齡層，像是年輕的人他的死亡率就還蠻妙的。我們知道抗病毒藥在使用的時候都是有一些高風險群才會去用這些藥，所以那些人確實是死亡率比較高，但是到了年紀大的人，反而是使用那些藥，死亡率我們有看到是下降的，比沒有使用的還要低，當然這些都是一些初步分析，也許裡

面還有更多的變異的因子在裡面，可能還要再細部再去做探討，我覺得利用健保資料庫這種大數據整個結合起來，真的是未來都是可以做一些很大的一個分析，甚至對我們未來健保都會很有發展這樣子，那我以上先這樣子分享。

陳孜瑜約聘副研究員：

署長、各位長官、各位同仁、大家好。那剛剛在紋年的說明裡面，大概是第 24 頁就有提到希望可以建構 COVID-19 的一個整合的資訊平台，那其實這個整個資訊平台，署長在去年我們就想要建，那我們剛建立出來，那其實我們也因緣際會，然後就是在各方壓力之下，唐鳳政委今年也幫了很大的忙，所以我們的確診資料，大概在 5 月 31 號，我們已經有拿到 5 月 1 號以後的所有確診個案，那我們在上禮拜三已經拿到所有的確診資料個案，那這些資料也都進了倉儲，所以才有辦法讓醫管組這邊可以去是一個比較完整確診個案的分析。

另外疫苗的部分，我們希望今天可以完全拿到所有的疫苗資料，這個也是非常的不容易，那可是其實我們拿到這一份的疫苗資料還是有一點點殘缺，因為他缺了兩個部分，一個是施打地點，比如說他是在哪一家診所施打，這個資料我們拿不到；那第二個當然就是，有一些民眾他有些劑次是在國外施打，那這個部分，即使他們在衛生局、衛生所有去登載，這部分是欠缺的，那可是我們還是畢竟今天有機會拿到全部的資料，所以希望對後續的資料分析，跟資料的比對勾稽可以更有幫助，以上。

李伯璋署長：

其實我一直覺得說，健保署最強的就是 big data 的一個重點，不過是問題就是有時候，這整個我是覺得格局要看夠大，因為這個

東西本來就是你說一開始的時候，一些什麼法傳系統，這個東西說實在到那邊去就卡住，所以我們健保的很多醫生都在跟我反應說，他看不到，只是說這都是，天助自助者，到最後我們發現說這個東西，部長要我去跑那個，事實上一開始是他們假傳聖旨，跟我說要我們跑那個死亡率，那我就馬上跟部長反應，我們根本就沒有數據來跑，那部長說那至少跑一年，我說我們只有 5 月 1 號以後才有數據，所以到最後，所有的他們的、我們的長官，每個人都知道說不得不面對這個問題，所以很快就，不過是各個分區都要注意到，就是假如是有一些醫療體系的要去做研究，因為我們的 VPN 上面都介接在一起，跟我們健保資料能夠合在一起，我想未來的話，那個紋年你就是在做研究的時候，你假如重新再跑一次，我想會更完整，重點是因為你已經有基礎，那你再去繼續做的話，那就可以更有一個方向，怎麼去利用這樣，好不好，那我們再繼續請我們的同仁做這 comment，請玉娟先。

劉玉娟組長：

署長好，還有各位同仁、線上的夥伴，大家好。先謝謝高屏業務組，尤其紋年能在我們資料不是很完全、殘缺中盡量的去看看我們的發現，那其實裡面有一張投影片是相當有趣的，在第 17 張的成果，如果方便的話我們看一下，那這邊就是我們把兩個對照組，就是你這次的重點，病例組跟對照組來看，那當然你剛剛有提到門診的部分，他們兩者都是隔離後的費用會大於隔離前，那當然不用說，因為隔離的時候一些後續復健可能會比較多。但是我們如果仔細來看這邊比較特別的是，對照組的花費其實是大於病例組的，底下那個住院，在對照組這邊在他隔離後住院的比例，這 1,315 人裡面有 142 人是住院，跟病歷組的隔離後再住院的 451 人有 18 人住院，其實在比例上是 10%比 3.9%，意思是說，奇怪我這樣看個半

天，他這些對照組的看起來身體好像比病例組的差。

那也許是我們如果再回頭看你前面的所謂描述性分析的時候，也可以看到在這次 COVID 裡面，年輕人 20 到 29 歲或是 30 到 39 歲，他的比率是裡面比較大的 peak，比較大的一個比例，所以是不是因為有些年齡的關係，所以對照組可能比較不是年輕人，病例組比較是年輕人，所以在花費上，隔離前後其實都遠輸給沒有 COVID 的人，這邊我覺得比較特別。

那為什麼要提這個，是因為也很感謝你，後來也有把那個 COVID 的康復計劃也做了一個分析，那這兩邊我相信你這個計畫一定有相當的後續性，尤其我們資料如果慢慢像拼圖一樣拼進來以後，你可以看到更多的東西，那這邊的分析的話，未來可能年齡上面該校正嗎？可以再多看一下。

那第二個就是你在那個，這個個人建議，因為就是說，那這個年齡層看起來已經會有點影響到花費，所以你的前後，到時候那個 by age、10 age 可能要一致性，就是在切那個年齡時間，那我們後面就可以看到他的門住診，我們在整合計畫裡面，他的整個情況是不是一致，那以上只是建議，謝謝，那非常的好，我們學到很多，謝謝。

李伯璋署長：

謝謝，那我們請溫溫。

張溫溫組長：

署長、各位先進、各位同仁，大家好。那非常高興今天能夠聽到高屏業務組紋年的一個報告，那我覺得今天剛剛郭醫師有提到，我們現在有一個門診的整合計畫，因為我們看到他的後續的一個問題裡面，很多是跟精神方面，比如說像睡眠障礙、焦慮跟沮喪等，

感覺上這些東西是在身心科方面，反而是更需要去做一些照顧，因為有時候是心理上的壓力，會造成他身體上的一個的不適，那所以在我們的整個的計畫裡面，在這部分是不是也應該多給予一些著墨。另外就是說，在整個的醫療照護裡面，應該對病人的一個衛教，或是說一個健康的一個，比如說像運動的一個建議或是什麼，是不是也要在我們的整個計畫裡面去著墨，而不是只是在一個症狀方面，只有給藥物的一個治療。這個部分我覺得，未來我們在透過這個研究，跟剛剛一個醫師的一個在臨床上看到的東西，對我們的計畫是不是可以再做一些適當性的去做一些修改，讓這個計劃能夠更符合實際上業務上的一個在民眾上的一個需求，以上。

李伯璋署長：

那我們請純馥。

李純馥組長：

今天謝謝高屏紋年的報告，也謝謝高屏的團隊，然後另外我覺得大同的郭醫師的分享也非常重要，目前我們看到中區大概是兒科收最多的一個區，那我覺得這個其實是值得去研究，就是說在兒童這次 Omicron 染疫之後，我們發現兒童的問題還蠻需要被關注的，所以後續我們可能會找這個我們分區的這些有收治的團隊來理解兒科的部分，這是第一個我看到的。

第二個是，這個整合計畫裡面有一個重點叫做解除隔離日，這個解除隔離日每一個人的看法跟定義其實有一點不一樣，因為後續變成電子通報、電子隔離通知以後，我覺得這個在我們未來跟院所他們再去確認個案他什麼時候解隔離這件事情，尤其是在住院的病人身上，他可能不是從確診日開始算，而是要從他出院日開始算，可是因為我們計畫本身又有一個住院照護的這個概念，所以這裡可

能，我是希望說這邊我們跟院所做一些溝通跟理解，因為我們也聽到院所在問我們類似這樣的問題，解隔日是不是要去把病人的手機拿來拍照，因為現在我們的系統是查不到的，或許未來我們跟 CDC 拿到資料以後，能夠比較清楚的讓這個雲端可以提示，讓院所可以知道他是什麼時候可以結案，因為有 6 個月的期限，那他們可能有一些個案的碰到的時間已經超過 6 個月，所以我想這個是我第一個看到的問題。

第二個，其實我們也覺得說，109 年的染疫的人大部分，我印象中那時候都是留學生，就是境外移入的比較多，所以他年齡真的比較輕，那對應到我們現在台灣的整個感染的狀況，我覺得是已經不太一樣了，所以我想都是一個很好的研究的素材，那也很謝謝署本這邊，如果未來我們的研究能夠有出來，可以跟我們分區分享，以上，謝謝。

李伯璋署長：

謝謝那我們現在請南區。

林純美組長：

署長、還有各位同仁跟與會的先進，大家早安。謝謝紋年的分享，剛剛大家也講了很多，第一件事情就是填表單這一件，這麼繁長的表單，以及我們想要收的資料有這麼多，該如何克服。我的建議，因為我們現在健康存摺是一個很好的載具，以後可以讓病人在健康存摺填好這一些，然後直接發送進來我們的資料庫，那醫生他到整合門診，他就會有這些量表、問卷相關的症狀的資料，那這樣子要收的訊息可以更完整，而且對醫生的負荷也會比較低。

那另外，我們已經發展了一個很好的技術，在虛擬健保卡，虛擬健保卡現在已經可以不用掃描 QR code，直接由病人的健康存摺發

送給院所來接收，相同的這個技術也可以來作為病人填寫表單，發送到我們的資料庫，所以這個希望能夠往這個方向來參考，解決我們很多照顧方案，有很多的資料要收，造成臨床的困擾，這是第一個。

第二個，我們有 330 萬人口，到昨天這個感染的量越來越多，那我們也有很多問題想要來解決，所以我的建議，在資料庫串接完整性已經提升了之後，我們應該要發揮群體的力量，也就是各區去想一個想要做的題目，那我們這樣子 6 個分區就有 6 個題目，那署長也可以來就這 6 個題目看看，還需不需要再增加，因為署本現在已經在做了，但是畢竟人力還是有限，我們應該來發揮集體的力量，以上。

李伯璋署長：

那個玟瑜，剛剛她講到那個健康存摺上面用一些資訊的蒐集，可以吧？好那玟瑜說可以。那我們請那個名玉，來請說。

李名玉組長：

署長好，還有線上的先進。那今天很感謝高屏業務組的團隊還有紋年的報告，那我們業務組的支出面的同仁也都一起在現場學習，非常的感謝。因為署裡有這個染疫康復者的門住診整合醫療計畫，所以我們就很想要去了解為什麼我們東區到目前為止，雖然有 7 家醫院來參加，那只有 3 家醫院只有收了 7 個人，那到底問題出在哪裡？怎麼樣去推動這個整合的醫療計畫，我們其實有一些作為，那我們去了解一下醫院端的話，我們是覺得那 6 個評估表確實是很大的負擔，雖然這些評估表才有辦法知道這一個染疫者需要介入哪一方面的協助，但是真的是一個在短時間內要去做這一些，是一個很大的負擔，所以我覺得，剛剛純美的一些想法，其實是有一

部分是可行的，那對於民眾的宣導部分，因為我們轄區，我們很擔心民眾他不知道有這一個整合計畫可以用，訊息不夠，所以我們轄區是跟都會區比較不一樣，民眾是聽廣播的，所以我們也是請同仁很努力的把這個訊息透過廣播節目，讓轄區有需要的民眾可以去利用，那以上是我的感謝，謝謝。

李伯璋署長：

謝謝名玉，我想是這樣，時間也差不多，事實上就是說，這個表格的話，理論上就是說，我們對於每一個民眾，就是得到 COVID-19 的時候，pay for value，這個大家都會講，可是真的就是這個東西有時候就是我們要去落實，那我認為說，其實像現在我們的居家照護的個案，你看那麼多，幾百萬人在做那個東西，可是問題是說我們花了那麼多錢，其實真正就是說這些，剛剛聽到郭醫師在講，很多人在整合門診裡面，很多症狀才是真正需要我們投入更多的資源照顧這些病人，假如像玉娟昨天也傳給我一個訊息，就是有一個民眾在檢舉，問題就是也沒事，一個人電話打來，他以為是詐騙電話，結果健康存摺馬上就跳出來，特別預算 1500 點，所以我覺得這個就是我們自己在整個一個制度的規劃是有一個挑戰，那兆杰剛剛那個我想就是大家有提到說，這個整合門診的那個時間點，那你自己有沒有什麼規劃，就是說當時我們預計多久以內要結束這個門診，或是繼續，因為很多病人是 long，就是我們現在是長新冠，對不對，所以可能我們在這方面還要更用心一點，那你的意見怎麼樣？

黃兆杰組長：

大概有兩個時間點，一個是我們這整合門診的計畫甚麼時候會中止，那我們就是在那個疫情指揮中心解散後 6 個月，那這部分我

們可能要再研議，如果說他很快就結束了，可是病人都有需要，我們可能要跟中央疫情指揮中心反應，那我們是不是可以再延長。那第二個結束的時間點是，這病人照顧 6 個月以後，那我們這個整合門診就要停掉，這部分當初也是抓一個大家比較能夠接受的時間，那如果真的在醫療界這邊病人有需要，那我們可能也要再看，我們的計劃是不是要怎麼樣要做修改，那我們再把它做延長，以上。

李伯璋署長：

今天謝謝紋年，然後我想也謝謝郭醫師，那我們各個的同仁大家做一個補充，我想我們對這個長新冠也是學到很多，然後熱烈掌聲謝謝我們的紋年。