

綜合討論

李伯璋署長：

當然等一下各位會有 comment，不過我是很感動，宛柔真的不容易，說實在的我剛剛看妳在做 presentation，我也不知道，請問一下妳本來大學、研究所是念什麼的？

李宛柔專員：

我大學就讀的是社會福利系，研究所念的是企業管理系主修財務。

李伯璋署長：

謝謝，我剛剛在聽妳做 presentation，我就想說理論上承保很多都唸商、財務的人，可是妳能夠做這樣的報告，我真的是有感動，覺得真的是不容易啊。所以在承保，事實上像沛鈞，或那天建強在跟我做報告的時候，我都能夠感受到說，其實在我們健保的同仁，真的很多人在這個工作就是很想把自己做好，像你們就是年輕世代嘛，所以我剛剛進來的時候那個京辰，京辰她這樣，我一開始就覺得這個人，我好像對她有印象，很聰明的樣子，最後果然沒錯，是那時候第一次跟我們做報告的人，我覺得可能各位都要加油好不好，因為我覺得你們的態度都很正向。

昨天早上我去部報告我們健保財務的時候，早上本來是林義跟美杏組長要陪我去，可是我想說去的時候一定會跟部長討論到部分負擔，所以我 7 點多的時候打電話給姿曄，姿曄本來是跟她小孩子要吃早餐，她車子開了就來上班，8 點就跟我們一起過去，我覺得大家都很正向的在面對這一些問題，我是謝謝宛柔，加油好不好。

我們今天就開放大家問問題，首先我是覺得妳前半段的部分，

我先拜託姿曄問問題，接著就作貞，那後半段先請依婕，然後再請佩軒，我老是把佩軒跟珮珊唸錯，不過她們兩個都說沒關係，來，請。

呂姿曄科長：

謝謝宛柔，確實這一篇文章對於非醫管或醫審，真的讀起來可能會有一點點小小難度，因為可能會沒有辦法意識到那個用詞到底包含了什麼樣的內容，就連同我自己在讀連續性這件事情，我也認為說，到底我們的連續性要框在哪裡，是要從他出生，到他成長，到老，到死，這樣全人才叫連續性，還是如同他講的每一個計畫，不管是論質或者另外的支付制度去把它整合在一起。

我自己是覺得，現行我們健保署做的所有計畫，其實都有點片段性，還沒有真正達到真的把它全部整合在一起，以我們科為例，家醫計畫，我們當然是希望做全人的照護，可是感覺上轉到醫院好像就漏了一小塊，我們就會希望說醫院應該要下轉回來；或者是他回到社區，那社區應該要怎麼去做處理。或者是我們的 PAC 計畫，從醫院急性後期轉下來之後，我們當然希望可以去轉銜社區，或者是轉銜長照。那這些其實我們都可以再去思考說，我們到底要怎麼去改善整個支付制度，或者是我們的計畫。那這個可能最大的緣由也跟我們的總額預算支付跟分配有關，那所其實我們還可以再去思考要怎麼樣把它全部綜整在一起，其實我們是可以去期待。我們今年有推秀林鄉的一個全人照顧支付制度，就是 IDS 的論人支付制度，執行的期間是 3 年，現在也剛在執行，所以 3 年後我們可以看看花蓮秀林鄉到底有沒有達到某一定程度的改善，那這些都可以當作我們的借鏡跟參考，以上。

李伯璋署長：

請作貞。

張作貞專門委員：

謝謝署長，線上的長官跟線上的各位大家好，我非常感謝宛柔，我覺得其實以一個念社會科學的人來念這篇文章真的是非常不容易，而且其實她詮釋，把整個醫療體系的一個複雜性跟連續性的，就是片段性的一些問題，基本上是有把它突顯出來。

然後透過上個禮拜的挑戰複雜性，跟這次新的挑戰連續性，我就一直在思考，其實我們健保有非常多的計畫，我們都希望提供整合性的照護，我們的目的就是說，我們希望服務的連續性，我在想那我們這個整合計畫到底是提供了什麼樣的整合性服務，到底整合了沒有，還有就是到底我們怎麼去評估整合性的價值在哪邊？到底是誰的價值？是病患的價值、家屬的價值還是醫療體系的價值？這個後面其實我滿期待來看，我們到底怎麼樣去評估這個體系本身價值的問題，然後我一直想到署長常常提到，醫生基本上就是把病人的病看好，其實這個好就是一個很大的價值，那我們到底怎麼樣去評估這個東西，我覺得後面是非常值得期待的，以上。

陳依婕專門委員：

謝謝署長，各位長官、各位同仁還有線上的醫界夥伴大家好，那今天宛柔的演講，我覺得她的聲音溫溫柔柔的，像流水一般，聽起來覺得很舒服，很謝謝宛柔今天的演講，而且她裡面所有不會、看不懂的字，她都知道要去找資料，這點真的是非常值得肯定。

那今天我有三個重點，第一個就是，如果妳不知道什麼是包裹式支付制度，歡迎來醫管組觀摩，保證妳快速上手什麼是包裹式支付制度。那今年才剛過的高考三級的考試裡面其實也有一題，什麼是 DRG，其實在醫療體系要培養衛生行政的人才裡面，各種支付制

度都是重要的，所以大家有機會的話藉由這本書，它其實也講了很多美國的支付方式，可以多學習。

那第二個感想就是，講到支付制度的設計，就像剛剛宛柔有提到的，其實涉及到資源的分配，所以在設計上從最簡單的論量計酬開始，每一個項目要定調的時候都有它的困難度，比如說署長來幫我們主持專家諮詢會議還有共擬會議的時候，就可以很深刻的感覺到每一個項目要訂定，其實都會牽涉到各個科別，或者是不同職類的醫事人員之間的資源分配。有時候大家會說，訂一個規範有這麼難嗎？有的時候來署本部體驗一下，你就會知道其實是真的，有時候沒有那麼容易，那其實裡面也牽涉到支付制度上價值的衡量，未來也許我們會逐漸地走向價值支付，那就像宛柔提到的複雜性、連續性這一段，就像剛剛講的也涉及到跨科別、甚至跨不同體系別的關係，所以價值要怎麼設計，就是這本書未來會告訴我們的事情，所以很期待。

那第三個部分連續性，這件事情就是取代片段，但是連續性剛剛宛柔也有提到，包含個人自己健康的連續性、醫療體系連續性，甚至到整個群體健康的連續性，所以這件事情要怎麼樣去看待，其實沒有那麼容易。那我舉兩個例子，第一個是我們思覺失調症的 P4P 計畫，那裡面從過往只有針對門診這件事情，我們今年逐步開始走向居家、走向社區，希望把思覺失調病人的照護擴大，拉成一個連續性的照護；第二個例子就是糖尿病的例子，前幾天台大醫院的醫師也在講，鼓勵政府應該要多花一點資源在 GLP1 這個藥物裡面，強調藥物的重要性，那署長跟育文組長這邊也有提出了一些我們健保資源要怎麼樣分配的一些看法，那其實昨天溫啟邦教授還有許志成教授也有提到說，在個人的觀點上面運動是重要的事情，他說過往都說春宵一刻值千金，其實應該說運動一刻值萬金。在對於病人來說，我們健保常常把人當成病人，可是他不光只是生病這件

事情而已，其實跟他的生活習慣等等都是很有關係的，也就是為什麼我覺得這個是要扣連到我們最近在推動的使用者付費的部分負擔，當民眾有費用意識的時候，他會開始體認到，不只有醫療這個選項，他還有其他各種生活層面的選項，那以上是我的感想。

李伯璋署長：

那我們請佩軒。

韓佩軒專門委員：

署長還有各位長官還有線上的先進，大家好，那宛柔是真的非常不容易啦，這本書就是一直提到我們醫療體系的複雜性，從上個禮拜的醫療體系複雜性，已經讓我們覺得很複雜，然後不可測量，不可預測未來是怎麼樣的情形，我們都不能瞭解，然後這次又再加碼，他這次不僅是醫療體系的複雜性而已，他還講到連續性，那連續性的話，他可能就會跨到科別、跨到 **setting**，那所以他的複雜性又更複雜了，所以能夠把他這樣子來跟我們 **presentation**，真的是不容易。

在我們的醫療體系，在我們保險人的立場，我們會覺得說，因為住院的費用比較高，那我們要怎麼樣來降低我們的醫療給付，就從傳統醫療機構的概念把它擴展出去，那在這一篇裡面就有提到出院 30 天的再住院率的這個部分，也就是說醫療照護的責任，我們就把它從醫療機構擴展到出院以後的照護，所以讓醫療照護跟群體健康的界線就越來越模糊，造成到底病人的 **outcome** 是誰的責任？是不是醫療的問題？還是病人他自己的生活習慣或飲食的問題？

其實作者他想要強調的就是，到底 **value** 是誰的 **value**，所以可以看到他在後面這邊有講到 **incentive**，就分成了 3 個部分，其實 **value** 有很多人，不同的角色有不同的 **value**，那在健保困難度就是

我們要兼顧的是一個三角形的關係，在健保我們要兼顧的是我們保險人的 **value**，我們要兼顧被保險人的 **value**，又要兼顧醫療提供者的 **value**，所以這是一個很複雜的情形。

那在這篇文章裡面有提到，其實針對 **health delivery** 跟群體健康部分，在付費者的概念是我們都樂觀其成，我們希望醫療品質提高進而增進群體的健康，讓我們的醫療費用能夠降低，可是在醫療體系的部分，藉著促進他的醫療流程的改進，他可能就可以有更好的病人 **outcome**，可是在針對群體健康，他不能直接有獲利。另外對病人來講，他也希望醫療的品質好，可是因為他的資訊不對等，造成他沒有辦法做一個選擇，所以在醫病共享的決策部分，他們會有實際上的困難。

群體的健康的部分，可能牽扯又更複雜，可能是有財務、社會、經濟的問題，造成他們沒有辦法達到群體的健康，所以其實作者能夠很清楚的點出個人每一個人 **value** 的部分，那在上一次的章節裡面，有提到一個複雜適應的系統，所以這三方面就是不停的在這個複雜系統裡面互相適應。其實我們健保推出一個計畫、一個支付，醫療體系就會來適應，我們也會適應，所以再去評估說我們的計畫是誰的 **value**？每一個人的 **value** 是不是有被 **incentive**？那我們 **incentive** 他會走的方向是什麼？可能都會影響到後面整個體系的一個改變。

所以我是很深刻的感受到，我們健保可能就是像署長講的，每一次推出一個政策，可能就會帶一個方向，就像上一次我們想要降低醫中的初級照護，結果他們就有他們的對應方式，所以我們就要一直不停的去做改變，那這就是一個複雜的適應體系，所以作者這樣提醒我們，其實不能用一個單一的計畫或者是支付方式去適應整個環境。我覺得宛柔做的結論也很好，因為其實現在就像依婕講的，我們現在的支付制度一直不停的在做適應，一直不停的在做改

變，我們的 P4P 也是逐年的去做改變，可是我覺得最重要的就是署長說的，就是要務實去面對問題，然後一直跟醫界去溝通，然後跟這個醫療實際上面的一些需求，去對我們的政策做一些調整。

然後最近呂宗學也常常在講一傳眾咻，他的意思就是說，有一個楚國人要學齊國的語言，他就請了一個齊國人來教他齊國的語言，可是他都學不好，因為他的環境都是楚國人在旁邊吵吵鬧鬧，所以他這個齊國的語言就學不好。所以我們在推政策的時候，不能一廂情願用我們保險人的概念來做推動，其實我們要想想看病人端有什麼樣的需求？醫療體系這邊要怎麼樣的 incentive？這樣子我們才能夠做的好，以上。

李伯璋署長：

請沛鈞。

謝沛鈞科長：

署長，有關於連續性的部分，其實作者已經用了很多不同的角度去做分析，當然我們可以從，假如說以病人的角度來看的話，那他可能希望從我出生到死亡，或者是說我的健康從沒有症狀到有症狀，到我接受治療以後的這些部分，他可以獲得一個比較完整連續的照護服務，所以就是我們要如何讓病人或者是醫療體系，能夠從他們自己的價值角度去讓我們的目標可以達成，這是一個蠻大的議題，那我相信我們健保署在這一邊其實做了這麼多的努力，無非也是希望使用者或者是我們的保險對象，他們可以在這個資訊落差相對較小的情況下，達到這樣連續性的服務，以上。

江姝靚組長：

署長、各位同仁還有醫界的先進，大家好，我很謝謝宛柔，她

就人如其名溫柔婉約的導讀了這一段，她很艱難的挑戰這個章節，持續性的把這篇讀完，我想成果大家也都看到，也是獲益良多，非常感謝宛柔，因為她的努力，我們都很認可。

那另外這個部分，雖然大家都講了那麼多，其實我心裡想的一件事情是，我看到這個部分，我覺得持續性是很重要的，比如說一個人持續性的運動，持續性的吃好的食物等等之類的，我把它回到說，我們如果是一個同心圓的話，我們大家都相信我們是以健康為主軸，那外面可能包圍的有生病的時候的照護，那剛剛有強調前面的一個預防，照護之後到出院之後，或者是說疾病恢復之後，是不是再有醫療的 **care**，或者是說我們自己必須要努力了，這個部分是我提到這個持續性以外自己去發想的一個東西。

雖然說政策面是非常的艱難，剛剛講照護的 **value** 是什麼，主客觀的部分，我們是不是能夠把主觀用量化、用我們的優勢，譬如說我們是單一保險人的優勢，有一些數據的部分把它量化之後，然後來做一個政策，那政策沒有最好、只有更好，所以我相信在座讀完這本書之後，能夠更有更大的發想，以上。

李伯璋署長：

好，我們請南區純美作回應。

林純美組長：

我今天要去訪學校，我在車上，那今天這裡面我們其實再來想說連續性，我們的醫療不應該只侷限在我們的院所裡面，應該包含到社區，就又回到 **GLP1** 這件事情，**GLP1** 其實耗費很大的資源，可是我們的專家們也出來講了，就剛剛依婕說運動這件事，運動我們沒有辦法去督促病人要遵循這個醫囑，這個就是回到社區他有沒有這個環境，還有相關配合的作為，讓病人能夠願意運動，所以我建

議，未來我們一些相關的作為，應該也要把這個社區的部分納進來，其他司署可以把他們想要做的來找我們，用財務的 **incentive**，我們應該要求他們在社區相關的推動，來配合我們病人的相關健康照護，以上。

李伯璋署長：

謝謝，我請玉娟。

劉玉娟組長：

署長、各位長官還有線上的先進，大家早安，那先謝謝我們專員剛剛的報告，其實他有點延續上次的複雜性，這次雖然是以持續性，我們也知道健康其實在 **WHO** 一直都有講，已經講過很多次，他是一個連續性的一個狀態，但是因為他很難測量，它很難具體化，那其實放大到我們現在的健康管理，我們的政策管理也是一樣。

那在這麼多的一些連續性，甚至在連續性的過程，還有一些突發性的事件，對所有的反應我們必須要做的都是不停的調整、不停的適應，更重要的就是在這中間還要有一些評估，然後聽各種的聲音，否則像這種各種複雜性的環境下，我們的政策要實施到非常的穩定，然後還要有一個很好的方法評估，其實它困難性是相當高的，我們只能從這裡面去，一個章節一個章節去找出他，其實每一個章節那個作者都有寫出來，要提醒我們的地方，像這次裡面比較看的到就是他有一直提醒我們說，我們可能要多去了解各種觀點的想法，然後再回頭來評估我們的政策是不是達到原來的初衷，以上。

李伯璋署長：

兆杰，好不好。

黃兆杰組長：

署長、各位與會的醫界先進大家好，聽了這篇報告以後，我也在思考說，到底我們要怎麼樣去提供最好的醫療服務，尤其是這種連續性的醫療服務，因為我們知道一開始的時候對付款者來講，最簡單的方式就是論量計酬，所以你做了多少我就付多少，這是最簡單的方式，所以作者在第 11 頁的部分也清楚點出來，多元的保險型態用連續性照護給付將產生困難。

那我們現在也開始仿照國外，開始推了很多的不管是 P4P、DRG 這些制度，我剛剛就在思考說，第一個是所有的疾病我們都要用這種方式嗎？那這樣的成本會不會比較低？那成效到底要怎麼做評估？這件事情的確在醫管這邊都會一直被討論，那我自己的想法是，因為有很多的不確定性在裡面，所以我們可能要思考的包含我們自己給付，就我們來講就是總額支付制度，我們怎麼樣把錢花在刀口上，但是病人能不能感受得到，以及醫界願不願意配合，可能要考量的是很多的不確定性，尤其是我們政府的好的制度，但是如果醫界他們需要花更多的成本，那這個部分他們可能就不會支持；那如果我們這個制度推廣了以後，醫界他可以節省成本，但是病人的成效我們看不到，那可能病人也不會支持。所以這部分可能後續比較重要的還是要去彼此的溝通協商，然後才能夠達到比較好的一個結果，那我也很期待這本書，因為後面應該會有一些解答，那我們可以拭目以待，以上。

李伯璋署長：

我看到那個金水，我們本來駐日內瓦的代表，金水換你 comment 一下。

施金水參議：

署長突然點名我，健保的部分我其實是幼稚園學生，不過今天聽宛柔報告，我也學了很多，除了她的報告內容很精彩之外，那另外我自己是有個小小的感想，就是聽了她的報告，我發覺我真的是幼稚園學生，所以我對這個書產生了興趣，所以我是想要把它拿來讀讀看，那最主要的就是因為裡面很多名詞，我都第一次聽到，所以聽不太懂，而且是中文的，我都在想說那英文是什麼。

李伯璋署長：

你不要在那邊牽拖，他在日內瓦講了 9 年的英文，下一次我看叫你來唸好了。

施金水參議：

不過今天就是看到各位讀了這個東西，可以去思考說，在我們的業務上有什麼可以改善，或跟我們業務上有什麼關係，我想這一點是署長選這本書很成功，就是讓同仁去用這些理論上的東西來思考我們業務上的改善，我覺得有這個效果就已經很不錯，謝謝。

李伯璋署長：

今天大家在報告的時候，很多概念我事實上覺得說，我一直在強調一個概念，連續性照護是一個很重要的概念，而且是全方位的，那我自己從開始當醫生，一路都做器官移植，器官移植的病人一輩子，在他還沒有死之前，一律都需要吃免疫抑制劑，所以我的病人一看都看 10 幾年、20 幾年、30 幾年，對病人的問題我不會逃避說我不知道，因為他最信任你，所以你一定要幫他解決問題，有時候有一些心理的問題，各種內科的問題怎麼樣，我都會去面對這

些問題。

在上禮拜的時候，李明亮資政辦了一個 meeting，有找了一些人，包括部長、邱泰源立委討論健康台灣，未來就是可能我們作的一些動作，健保給付一些疾病的問題，但是我覺得這都是要去面對的問題。昨天有機會跟部長在報告的時候，部長提到 Skill-Mixed 的問題，那我也是說，其實 Skill-Mixed 本身是真的病人有這個需求，這個我們健保就應該去做，所以林義就是未來的話，健保的財務，你昨天在場，就是我們在編的時候，不是一直把錢拿下去分，總額這樣分配就不能解決，而是我們要達到我們預期的一個目標。那當然就是我一直始終如一，我覺得成本的意識是一定要去考慮的，在台灣因為我們有一個全民健保，所以好像病人都不需要成本意識，所以我們的錢就不一定花在刀口上，我一直都覺得，部分負擔為什麼在我的整個健保改革裡面放在最重要，分級醫療要做，分級醫療要做的時候就是要做這個東西。

剛剛妳說到學語言的事情就很好玩了，妳說在楚國學不好齊國的語言，我在 1994 年到日本去，我去的時候五十音都還不太熟，所以我就是帶著一本電子字典去，去的時候我的日本的朋友就跟我說，李伯璋你要學日文的話，就到四條通那邊去，很多酒吧，去那邊就可以學得很快，可是我去了以後發現根本就學不起來，為什麼？因為那邊都是台灣去的妹妹，她看到我就像看到親人一樣，跟我講國語、講台語，這個沒有辦法。你們知道台語的一個故事，我再講一個笑話，有一次有一個同仁跟我面報，講講講講到最後，我跟他說我聽不太懂，我說你再講一遍好了，這個人他想說署長大概是聽不懂國語，就改講台語再講一遍，笑死了，好那我今天謝謝宛柔，謝謝。