



賴淑玲簡任視察：

署長、各位長官、各位同仁跟醫界先進大家早，今天是我们110年英文專書讀書會的第12場，剛剛主席有先幫我們開場了，那我們還是先請我們主席幫我們致詞。

李伯璋署長：

謝謝，本來我就說這個讀書會很好，今天很高興淑慧提供早餐給我們，等一下博淇要給我們一個很好的演講。

各位可以看到前幾年我們得到團體獎，今天淑慧又幫我們爭取到了一個個人獎，說實在的，因為擔任署長所以她得獎就好像我得獎一樣，所以也很開心，我想這段時間也很謝謝各位，禹斌在今年春節的時候做好提綱，那我們大家就把健保署所做的健保相關議題，第一版就是強調一些概念，第二版就是策略，這部份大家也都做的非常好，我們四刷了，不過最近有點滯銷，沒有人在買，因為我們電子書都免費給大家看。

那我想非常謝謝宗曦和佳慧，我們的企劃組我是真的覺得他們很棒，他們幫我們把重要的章節翻譯成英文，我們會請各個相關的業務組再review一下，那他們也是很認真的跟Springer書商接觸，

那上禮拜五書商給我們回信說他們很高興，準備幫我們publish這本書，我想對我們健保署是一個很大的credit，未來在國際舞台大家都知道台灣健保做得很好，好在哪裡，策略怎麼做，那我想謝謝王宗曦組長，幫我們這個忙，讓我們這本書大概是這樣的一個概念，The digital healthcare in Taiwan，innovation national health insurance，我想全民健保有全民健保的強項，不是只有用嘴巴講，大家的努力的確看到一個很好的成果。

我們跟精神醫療網的部份，要做一個很大的改革，那我也謝謝依婕跟同仁準備了一些資料給我，昨天我就跟部長報告，佩軒也在，我就跟他講說我們一年精神科病人139萬人，這裡面有重大傷病卡的有多少人，思覺失調10萬人，真的有登錄的6萬人在追蹤。我們健保署事實上有一點重要，謝謝你們，因為當時依婕跟禹斌針對思覺失調因為藥品價格比較貴，那我們要如何讓基層診所不會有壓力，所以我們寫了公文給財政部，部長也幫我們批了，同意我們比照C肝的概念，讓基層用這個藥不會有壓力，那我想部長當時開會有強調一點，就是說我們健保署不是不會變的，我們會隨著政策做改革，這是一個很好的管理，所以昨天結束了以後，我們六點半開始開會，沒有附晚餐肚子很餓，結束我就走了，年紀比較大要上廁所，結果就接到電話部長要找我，我就回去，部長就跟我說，他覺得我們健保署很多事情我們都很認真在做，尤其像上次COVID-19復健，這個也是很奇怪，也不是我們健保署的事，結果到最後COVID-19的復健變成我們健保署在解，禹斌就很阿莎力寫一寫我們就交出去了，可是前幾天在開會的時候，部長就說這不是醫事司的事情，怎麼變成健保署的事情，那問我說署長你覺得怎樣，我就說遇到了沒關係，就處理掉，所以部長覺得我們都很認真，就是把一些不是我們應該做的事情把它扛下來，那部長就說今年我會多分一些績效獎金給你們，我就問熙台說什麼是績效？想說從來沒有花到現金的，熙台說可能部長意思是要給我們多一點甲等考績獎金的意思，所以我想大家一起努力，大家努力大家都會看的到，那我們就準備開始，淑慧你要在追蹤一下早餐喔，那我們開始。

許博淇視察：

署長、線上以及在場的長官及同仁，還有醫界的先進大家好，我是醫務管理組的許博淇，那今天就由我來介紹這本書的第十一章節：建立改變的管道，以及成本意識及實證醫學的教育。那在開場之前還是要先謝謝，淑慧組長請大家吃早餐，分享你的榮耀與喜悅。

Treating the Patient or Being Concerned with Cost

好的醫療照護就無法注重成本嗎？

醫師不需要關心成本，只需治療病人？

兼顧成本的醫師會限制照護內容？

拯救生命的獨特性，讓醫師免於關心成本？

醫師只能被分為治療病人跟控制成本？

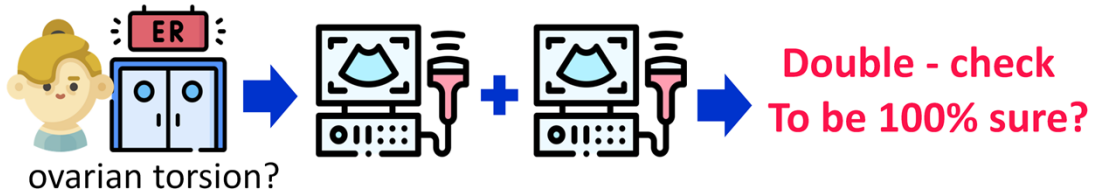


2

那在一開始，我們先來探討一下這個章節在文章中一直在訴說的一個問題，好的醫療照護就無法注重成本嗎？那兼顧成本的醫師是否就會限制他的照護內容？那還是醫師就只能二分法，被分為治療病人以及控制成本，那醫師到底需不需要去關心成本，來提供他的治療與服務。

那在現在我們重視醫療成本的情形下，我們今天答案可能都有一個很明確的定義，但是在過去，其實醫師常會被教導說，你在治療當下，其實是可以去忽略那些醫療的成本。

On being 100% Sure?



ovarian torsion?

*We can never 100% sure 100% of the time,
but if we use good judgement, we can be pretty darn close.
The remaining uncertainty, you have to learn to deal with.*

- 最難教的是「什麼是不該做的」，醫學院並不常教授 **medical economics**
- 「檢查」具有成本，且只能輔助臨床評估
- 在不斷擔心潛在訴訟的時代，非常困難去接受容忍 **uncertainty**
- 價值數百萬美元的檢查就是這樣產生的

3

接下來分享一個書中提到的故事，有一個女病人，她因為腹部疼痛去就醫，當場住院醫師認為她可能是卵巢扭轉的狀況，所以幫她做一次超音波檢查，那在檢查之後呢？他發現，其實沒有什麼問題，而且檢查後，這個病人的症狀也已經消失了，那你們想想，接下來，這位病人會接受到怎樣對待，出院？NO、NO、NO，這個住院醫師又給她做了一次檢查，這個作者就問他說，為什麼？難道這個病人有什麼疑慮嗎？他說，沒有，我只是想要再確認一下。

所以這個作者就覺得說，其實我們真的很難有個百分百的狀況，讓我們百分百去下決策，但是我們必須要有能力去做判斷，那其實少部分的時候，則應該要能夠及時去做應變。

那這個作者同時其實也是一個教育家，他其實很感慨說，其實對這些醫生或是醫學生，最難教的反而是什麼不應該做，那在當時的醫學院其實不常教授醫療經濟，所以其實很多醫師會忽略到檢查其實是具有成本的，而且他其實只是一個輔助的工具，那在現在其實不斷會擔心訴訟的時代下，對於醫生的確很難容忍剛才故事中所提到的 **uncertainty**，所以說有越來越多高單價的檢查就是這樣產生的。

Educating Physicians to be **Cost Aware**



教育醫生具有成本意識成為
醫學院和住院醫師的重要責任

✓ **ACGME :**

- ① 成本意識和管理納入基礎實踐能力
- ② 要求住院醫師將成本意識和效益分析納入基礎照護

✓ **ACP :** 建議將高價值、注重成本的照護作為住院醫師教育的
「 **7th core competency** 」

4

那其實現在愈來愈多人重視醫療、經濟成本狀況，教育醫生具有成本的概念，成為醫學院和住院醫師的重要政策，在美國畢業後醫學教育評鑑委員會，他們將成本意識以及管理納入基礎實踐能力當中，並且要求住院醫師還要將成本意識和效益分析納入基礎照護，那在美國醫師協會，也建議要加高價值、注重成本的照護，作為住院醫師第七項核心能力。

Medical Education and Value-based Care



Protect the Medical Commons

共同保護醫療的共享性(1975. Dr. Howard Hiatt)

為減少實驗室及放射室的使用→謹慎評估，教學、檢視及回饋。

(Dr. Stephen Schroeder.UCSF)

NO significant Efforts!



Cultural · Operational and Systemic challenges

✓如何協調所有合作夥伴的利益？

✓如何將新的教學材料融入現有的課程中？



5

這個聽起來是個很新穎的概念，那其實最早是在1975年的時候，就已經有一位哈佛的教授，他提出了共同保護醫療的共享性，那之後在一所大學裡面，為了減少實驗室以及放射室的使用，也做了一些謹慎的評估、教學、檢查以及回饋，但其實效果並不明顯，為什麼呢？除了它是一個新的政策內容以外，它面臨了很多文化上、操作面上還有系統上的挑戰。

像是說，該如何去協調所有合作夥伴的利益，以及我們該如何把新的教材融入在現有的課程中。

Residency Training doesn't Produce Cost-effective Physicians -1

23%

有提供成本及效果相關的內科學程訓練

(MedPAC · 2009)

15%

與成本相關課程納入正式醫療研究所課程

(APDIM · 2012)

47%

教職員及臨床實習生能做到有成本意識的醫療照護

(APDIM · 2012)

63%

健康照護經濟學在訓練中是「不足」

(AAMC 2013年畢業生問卷調查)

6

我們來看一些數據，在過去研究當中，其實在內科的學程訓練只有23%提供關於成本的教學，那在研究所的課程當中，也只有15%有提供與成本相關的課程，那另外在研究所一些教職員他們的調查當中，其實有不到一半的人認為他們的教職員或他們的實習生，具有可以做到成本意識的醫療照護，那至於美國大學的畢業生問卷，其實有63%的人認為他們在學習的過程中，關於健康照護經濟學的訓練是非常不充足的。

Residency Training doesn't Produce Cost-effective Physicians -2



- ✓ 缺乏具授課資格、能示範成本意識照護的教職員
- ✓ 醫療訓練環境，使教育者得尋求「隱藏的課程」
- ✓ 缺乏cost-consciousness，臨床培訓的成本效益不佳

並非沒有被教導醫療照護成本的概念，而是被教育的方式，可能把我們訓練成一個不好的醫療照護資源管理者



Medical training

Cost Containment

It's important!

7

那為什麼會有剛才這樣的一個數據產生呢?除了缺乏可以具有授課，還有可以示範成本意識照護的教職員外，整個教育的環境讓教職員沒有辦法透過正式的課程，只能透過隱藏的課程去傳達這樣的理念，那在缺乏一個成本意識概念的環境，想當然爾，他們臨床的成本效益是非常不彰的。

所以這個作者下了一個定論，其實我們並不是沒有被教導要具有醫療照護成本的概念，只是說，我們被教育的方式可能把我們訓練成一個不好的醫療照護的資源管理者，那其實現在越來越多人提倡應該要把成本遏止這個理念納入臨床教育訓練當中。

Reasons for Overuse- Preemptive Ordering

- 非常多原因可能導致醫生開出不必要的檢查醫囑

預防性醫囑 Preemptive Ordering

- 為了避免未來可能會用到
- 擔心因為太晚開立處方造成病人延遲出院



Many patients receive tests they **do not necessarily need**, which lead to **both direct and indirect effect on patient safety.**

8

那其實有很多原因，可能會導致醫生開出不必要的檢查、醫囑，像是說他為了避免可能未來會用到，又或者是他怕現在沒有開，可能會延遲到病人的出院，那我們把這些醫囑稱為預防性醫囑。

舉例來說，有可能醫師替一些病人，開了MRI檢查，但那其實是不必要的醫囑，這有可能會間接或直接性的影響病人的安全，除了直接影響到這位接受檢查的病人，但也可能會間接排擠到需要檢查的病人。

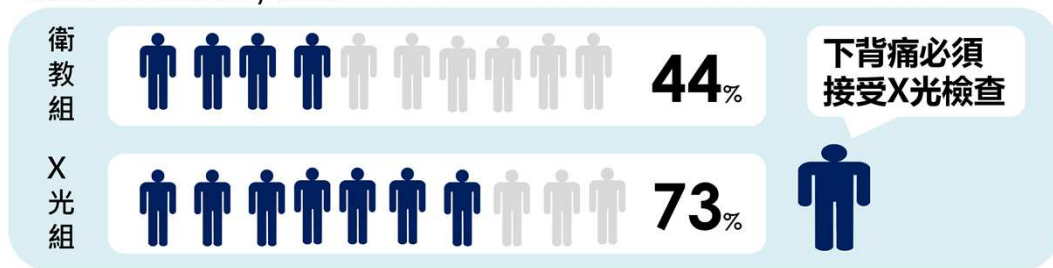
Reasons for Overuse- Patients Directly Request the Test

資訊不對等時，病人常會做出不合邏輯、不符合最大利益的醫療決策

The Competency of interpersonal communication is so important

透過醫病間良好的溝通，避免非必要的檢查

Through better communication, physicians are able to counsel patients to avoid unnecessary tests



那接下來，有時候資訊的不對等，病人常常會做出不合邏輯，或是不符合自己最大利益的醫療決策，那由於多數醫生會以病人為中心的觀念，所以他會尊重病人的決定，所以去下了一些不必要的醫囑，這樣的情形就是不好的醫病溝通所造成的，那其實有研究顯示，如果透過醫病之間良好的溝通，是可以減少這些不必要的檢查。

舉個例子來講，當時有一個研究是將一些下背痛的病人分為衛教組及X光組，衛教組就是會先給他做一些衛教，X光組則是他如果有出現下背部的疼痛，就直接接受X光，那三週後再去問這些病人，衛教組的病人其實有個觀念是說下背痛是不需要直接接受X光，而在X光組的病人則是會認為有下背痛就必須直接接受X光。但其實這項研究後來有發現，兩邊的病人最後的診斷過程並沒有任何的遺漏，兩邊病人最後的疾病發展也沒有不同的變化。

所以其實這個研究可以顯示，其實醫病溝通是可以減少不必要的檢查。

Top 10 Reasons Doctors Overorder Tests -1

ACGME Core Competencies：系統基礎實踐(Systems-based practice)

Top 10	問題	解決方式	ABIM Charter Commitment
我們就是這樣被教導的	醫生考慮成本是禁忌	改變文化，將成本加到醫療照護的一部分	1. 改善獲得照護的機會 2. 資源分配
普遍不了解	不知道要花多少錢	每月一次照護費用晨報	
廣泛無知	成本不透明	將價格範例放到工作流程中	
不知道對成本的影響	定價不直觀	常用檢查的機構備忘單	
缺乏監督	醫生和病人對第三方監督感到不適	通過監督可得到更好結果和更低成本	專業責任
優先檢查	一次開立所有醫囑更容易並省時	由照護團隊所有成員對醫囑進行半年一次的審查	資源分配

10

那這個作者，除了剛才講的兩項有可能造成醫療浪費的決策，也列出了其中十項最常造成醫師臨床醫療過度使用的原因，像是說，普遍不瞭解或是廣泛無知，不知道對成本的影響。那他也提出了一些解決的方式，像是說，我們可以用每月一次的晨報，顯示這一次的照護費用，或者是說把一些價格的範例放在流程當中。

另外，作者也將這些問題以及解決的方式對應到六大核心能力以及醫生的專業素養當中。

Top 10 Reasons Doctors Overorder Tests -2

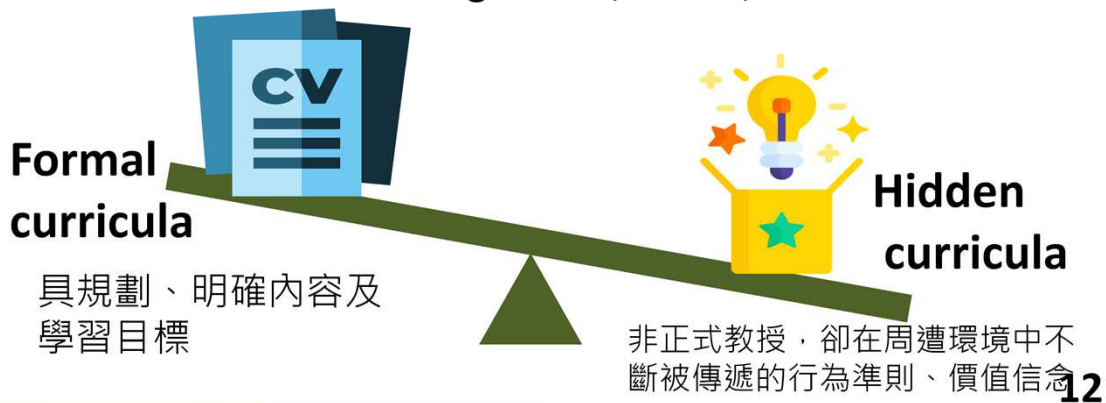
Top 10	問題	解決方式	ACGME Core Competencies	ABIM Charter Commitment
防禦性醫學	醫療事故賠償是真實的...和被誇大	設計教學model來區分醫學標準與實證醫學	系統基礎實踐 實踐的學習和改進	病人福利 改善獲得照護的機會
病人要求	顧客總是對的	溝通model用來理解和處理要求	專業素養、病人照護 人際關係和溝通技巧	對病人誠實 與病人保持適當關係
做到最好	我們很擔心避免風險	教授診斷策略	專業素養 實踐的學習和改進	改善照護品質 改善獲得照護的機會
基本的 全做	做得更多就等於徹底	將成本效益放到工作流程中	實踐的學習和改進	改善照護品質

11

那這邊有提到剛才的防禦性醫療以及病人要求也在這個列表裡面，那作者是認為可以透過去設計一個教學model，來區分醫學標準以及實證醫學，或是透過一個溝通的model，來解決剛才所提到的問題。

Value-based Care in the **Formal** and **Hidden** Curricula -1

The **hidden curriculum** to be **more powerful** than the formal curriculum for instilling values, beliefs, and behaviours





接下來前面有提到正式的課程以及隱藏式的課程。所謂的正式的課程，就是它具有一個規劃、詳細的內容或是一個教學的目標，也常常就是我們所提到的課綱。那所謂隱藏的課程，它是非正式教授，但可能在我們的周遭環境中不斷被傳遞的一個行為準則或是價值信念，那其實醫療專家認為其實隱藏的課程，比正式課程更能有力的夠傳達教學的理念。

Value-based Care in the **Formal** and **Hidden** Curricula -2

How the hidden curriculum play a major role in promoting a culture of overuse and waste



-  most likely diagnosis for the patient's chief complaint
-  **bizarre and very rare cases**
- Q : Why he or she **did not** order a certain test
- Q : Why he or she **did** order a test

13

那為什麼會有這樣的想法呢?舉例來說，在一些晨會的過程當中，多數的個案是屬於那種罕見或是非常困難的個案，會被提出來討論，然後醫生其實他們最常會被問的是，你為什麼沒有做這項檢查?而不是你為什麼做這個檢查?而且醫生常常會因為他質疑某項檢查為什麼要做，而被質疑他的診斷過程不夠明確，那這樣的風氣漸漸的會影響到整個醫師後來的行為理念。

Moving Toward Competencies for Teaching Value-based Care

! CLER：住院醫師很少參與系統性練習，機構的品質及安全提升計畫

✓ **醫學教育評鑑委員會發表新的機構評鑑準則：**

→ 將住院醫師納入在醫院的品質及安全任務中

→ 提升品質教育主要重點：Underuse, overuse and misures in the diagnosis or treatment patients



✓ **美國國家醫學院建議建立「醫學教育轉變資金」**

→ 資助以價值為導向照護的斷層

→ 將醫學教育中心的收入跟表現併同檢視



GME Transformation Fund 14

那醫學教育評鑑委員會根據臨床學習環境回顧結果，發表出一個新的評鑑準則，他認為必須將住院醫師納入醫院的品質以及安全任務當中。另外在美國國家的醫學院中，也建議要建立一個醫學教育轉變資金，來資助這個以價值為導向照護的斷層，而且他認為，必須要將醫學中心的收入以及表現併同檢視。

Competencies Proposed for Choosing Wisely



- ✓了解低價值檢查和處置的臨床潛在傷害
- ✓了解合理的資源管理，包括臨床決策對患者和醫療體系負擔能力的影響
- ✓了解應與醫療團隊溝通所提供檢查和處置價值高低的義務



- ✓了解醫療常規、指引等規範對於醫療決策的影響
- ✓了解在醫學訓練和實踐環境中存在overuse的誘因
- ✓了解價值評估指標以及指標如何用來實際改善



- ✓ 展示適當的診斷和不確定性管理
- ✓ 使用實證來比較檢查和治療的風險及效益
- ✓ 使用資訊科技和決策支援工具來選擇高價值的檢查和治療
- ✓ 與患者溝通他們可負擔和有價值的醫療照護

15

那choosing wisely應該是大家都熟知的一個理念，那在這本書這個部份，作者是把它列出來，說明醫生應具有怎樣的技能，才可以真正達到choosing wisely，像是說他必須要了解低價值的檢查，還有處置的臨床潛在傷害，就可以真正知道什麼時候該做choosing wisely，那他必須了解醫療常規、指引，還有一些規則對於醫療決策的影響，那醫師就可以正確判斷，在什麼時候應該要choosing wisely。

另外，該怎麼來做呢？他就必須要用實證來比較檢查，還有治療的風險及利益，或是透過一些資訊的科技或是決策支援的工具來做處理。

Incorporation into High-stakes Exams

- 調整受訓過程中高風險測驗：

廣泛改變課程最有效的方法、帶入以價值為導向決策的重要手段。

Situation Analysis

- ✓ 高風險測驗：著重基本臨床科學
 - ✓ 臨床技能考試：相較於實際做了什麼，更常因疏忽沒有作為而被批評
- 努力研究病人主訴的各種症狀。誘發更多的鑑別診斷



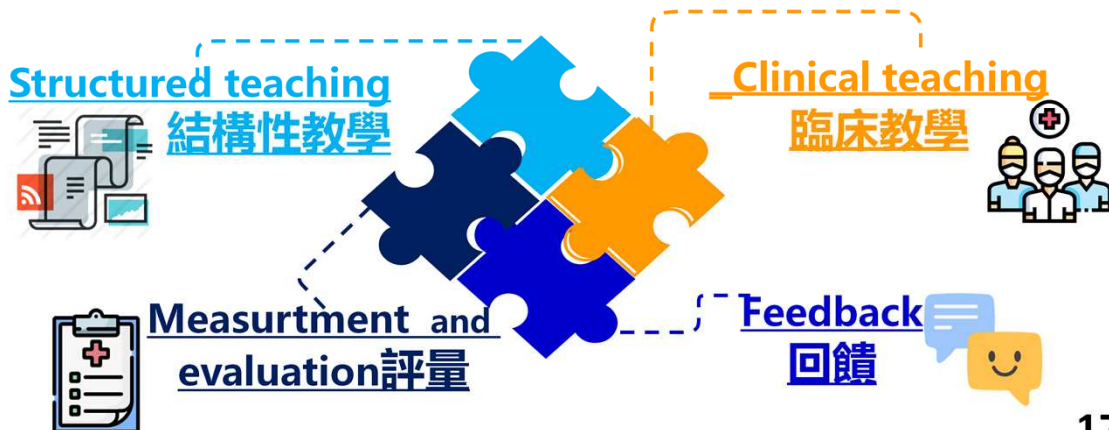
16

那其實怎樣可以讓大家最可以快速的把以照護為理念的概念納入課程當中，簡單來說就是把它放入考試，雖然說有點被動，但其實它是改變課程最快的方法，那在過去其實醫學的考試當中，比較注重於臨床的科學，臨床技能考試中，相較於實際上做了什麼，更常因為疏忽沒有作為而被批評。

那現在有越來越多的醫師的臨床訓練、考試，把HIGH-value care納入考量，也越來越多把這樣的理念，納入其他醫事人員的考試當中。

Opportunities for Residency Programs to Incorporate Training in **Value-based Care-1**

除了高風險測驗外，實習課程中還有無數可以將價值帶入教學中的機會



17

那另外除了剛才提到的策略外，其實在實習的課程當中還有很多種機會，可以把我們HIGH-value care的理念納入教學過程，像是說，結構性的教學、評量或是臨床教學以及回饋。

Opportunities for Residency Programs to Incorporate Training in **Value-based Care-2**

Structured teaching

- ✓ 住院(門診)病人討論會，應包含如何提供最有價值的治療，比較預防醫療(如癌症篩檢)及較昂貴的介入項目。
- ✓ 住院醫師訓練計畫提供以**Value-based Care**為核心，並涵蓋提升醫療照護品質的結構性教學。
- ✓ 提供示範**Value-based Care**的線上教學模組。



Clinical teaching

- ✓ 參與教學討論：將**Value-based Care**納入醫療決策考量，並帶入病人的教學及討論中。
- ✓ 與病人的床邊互動：徵詢病人治療程序意願時，住院醫師應考量並與病人討論醫療介入的價值(ex：治療風險及優點)。



18

那結構性的教學是最常被提到的，也是最常被應用的。舉例來說，可能在開會的過程當中，我們可以去討論什麼樣才是最有價值的治療，又或者是什麼樣的預防治療，還有昂貴的項目，該怎麼做抉擇，那另外也可以把Value-based Care納入住院醫師訓練的計畫。

另外在臨床教學部分呢？我們希望住院醫師可以把這個理念納入他的醫療決策當中，並且與病人要有互動，徵詢病人治療意願的時候，應該要去考量並且去跟病人討論醫療介入的價值，還有它的風險與優點。

Opportunities for Residency Programs to Incorporate Training in **Value-based Care-3**

Measurement and evaluation

- ✓主治醫師評估住院醫師是否有應用Value-based Care概念。並教給更資淺的住院醫師及醫學生
- ✓受訓者評量住院醫師傳達Value-based Care概念的表現
- ✓Value-based Care融入住院醫師訓練計畫國考準備課程



feedback

- ✓主治醫師及資深住院醫師將各領域上的表現回饋給其他醫師。
- ✓以數據驅動(data-driven) 報告模式，鎖定目標的資源利用率做為指標，檢視住院醫師是否有提供以價值為導向的介入。



19

那接下來在評量呢?也就是主治醫師他可以去評量住院醫師他有沒有真正去達到這樣的概念，並且教導給資淺的住院醫師，而受訓者也可以評量住院醫師在教導過程中的表現。

最後是回饋，主治醫師及資深住院醫師將以價值為導向照護的能力回饋給其他醫師。

以上所介紹的，都是可以將以Value-based Care納入實習教學的方法。

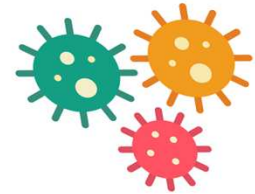
The need for **Interprofessional Training -1**



一個人沒有確實洗手，可能造成病人感染，
抵銷團隊裡其他人的努力



臨床工作者為減少浪費所付出的努力，
容易被體系中其他對此缺乏理解的人抵銷



*The successful delivery of high-value care **depends on major cultural shifts throughout the clinical environment** The current healthcare cost situation calls for an **all-hands-on-deck mentality***

**要成功執行高價值的醫療照護，仰賴整個文化及臨床環境的改變，
需要大家抱持著共同努力的心態才能達成目標!**

20

那其實這個作者接下來提到了，因為剛才所提到的一些教育的規範或是考試，都是針對醫師的部分，那其實他以洗手來做舉例，如果在一個治療的團隊裡面，一個人沒有確實的洗手，他有可能造成病人的感染，抵消掉整個團隊所做的努力，所以說在一個臨床工作團隊當中，如果有對這個理念不熟悉的人，他有可能因為他的浪費而抵銷了其他人所付出的努力。

所以這個作者認為，要成功執行高價值的醫療照護，必須要仰賴整個文化以及臨床環境的改變，必需要大家共同抱持的努力的心態，才可以達到目標。

The need for Interprofessional Training -2

Macy基金會：藉由跨專業團隊之臨床合作達到：

- **Improving the patient experience of care** 提升病人被照護的經驗
- **Improving health of populations** 增進全體人民健康
- **Reducing the costs of healthcare** 減少醫療照護的成本支出



以團隊為基礎

對於病人、家屬及社會
更有成本效益的醫療照護

The team-based care represented a cost-effective way to meet patient, family and community healthcare needs

21

除了醫師的訓練外，其他醫事人員當然也需高品質醫療照護訓練，因此他覺得應該要建立一個跨團隊的臨床合作，才可以達到提升病人被照護的經驗，增進全體人民的健康以及減少醫療照護的支出。像在美國，他們其實透過了醫學、公共衛生、藥學以及護理，他們組成一個跨專業的教育合作，以團隊為基礎，來對病人及家屬以及社會提供更有成本效益的照護。

The “COST” framework -1

The “COST” framework for **value-based care** interventions in medical education

Culture

Oversight

Systems

Training

- ✓ 許多針對教育的介入都著重在訓練，若搭配明確的訓練目標，有規劃性的介入，可更有效且持續性的改變臨床操作之行為模式。
- ✓ 必須將**value-based care**融入整個受訓過程及環境，非僅單純增加課程。



22

那接下來其實有很多的教育理念，如果可以有一個更明確目標，或是有一個規律性的準則可以做為指引的話，他可以更有效，或是更持久達到那個目標，改變臨床操作的行為模式。那有很多種教育的結構，這位作者提出了COST架構，來介紹如何將value-based care納入臨床教育。

所謂的COST，也就是culture、oversight、system及training，那他們認為應該要把這樣的理念融入到整個的受訓環境以及過程，而非僅僅是在課程以外再加一門課程。

The “COST” framework -2

Culture

Oversight

Systems

Training

機構價值改變才能造成臨床實質上的改變

→將成本意識和資源管理視為
團隊的實踐標準。

- ① 多方向、同時介入所有目標
- ② 資深領導階層的協助



EX1:臨床受訓者提出促進高價值照護的方法

比賽獲勝 → 獲得資源 → 實踐計劃

(Banner Health Good Samaritan醫院)

EX2:公開鼓勵及慶祝 → 團體的重要文化

(Dr George Halvorson 加州大學舊金山分校 “Caring Wisely”)

23

那所謂的culture就是要讓整個機構的風氣改變，其實就必須要讓大家的文化也要真的做改變，必須要用多方向、同時介入所有的目標以及要有資深的領導來做協助。

這位作者舉了兩個例子，一個例子是說，有一個醫院他們去做一場比賽，他們讓大家去提供一些可以提高高價值照護的方式，然後獲勝的人他可以獲得資源，讓他在醫院裡面去實際發展他提出的計劃。

那第二個就是透過公開與慶祝的方式，來宣導這個團隊重要的文化，讓它逐漸變成整個團隊的風氣。

The “COST” framework -3

Culture

Oversight

Systems

Training

✓ **要求對同行和組織層面的成本意識決策負責，確保管理效率的方式**

→ 定期審視和反饋，使用數據可視化策略

EX：抗生素管理計畫(ASP)

✓ **「預防過度使用及促進以價值為導向照護」尚缺乏有效監督**

EX：教學醫院實驗室的使用模式



缺乏有效監督



無法有效降低臨床操作誤差



失去提升病人照護品質的機會

24

接下來監督，所謂的監督其實是一個可以有效管理效率的方式，比較常在醫療層面看到的就是抗生素的管理計畫，那相較於抗生素的管理計畫，已經有比較長遠的發展，在預防過度使用及促進以價值為導向照護的領域，其實目前並沒有有效的監督，所以說我們常常可以看到在教學醫院的部分，由於缺乏有效的監督，所以無法有效降低臨床操作的誤差，也失去了提升照護品質的機會。

The “COST” framework -4

Culture

Oversight

Systems

Training

✓ 藉由機構政策、決策支持工具和臨床指南創建系統，帶入醫療照護流程，以利做出具成本意識的決策

→ 最有效促進以價值為導向的方法

EX1：病歷系統(電子健康記錄)

EX2：特定檢查旁顯示成本或優先顯示高價值選項

✓ 「surgical vampires」

對所有外科實習生及醫師提供

「每週公告」(上週手術室給付)

→ 11週內，降低50000美元支出



25

接下來是system，也就是藉由機構政策、決策支持工具還有臨床指南建構一個系統，帶入整個醫療照護的流程，來做出具有成本意識的決策。

那其實這個是作者覺得最能有效促進以價值為導向的方法，舉例來說，我們發展了電子病歷系統，或者是在一些特定的檢查旁邊，顯示價格的成本，或是優先顯示高價值的選項，提供醫師做臨床判斷的參考。

舉例來說，在一個被稱為「手術吸血鬼」的研究中，他就是對於所有的外科實習生還有醫師，單純的每周去公告他們上一周的手術室的花費，那這樣的過程，有效的降低了他們每周的支出。

The “COST” framework -5

Culture

Oversight

Systems

Training

- ✓ **穩定的教育及訓練基礎**(如舉辦座談)，確保所有人員熟悉、有能力執行與以價值為導向照護有關的臨床操作準則。
- ✓ 提供醫生做出具成本意識決策所需的知識和技能



說教式的教學
成效有限



新穎的教學方式
更符合成人的學習模式

26

最後一個是訓練，穩定的教育及訓練基礎，才可以去確保所有人都可以熟悉，有能力去執行以價值為導向的照護，那其實在現在這個新的世紀來講，說教式的教學其實成效有限，所以也出現越來越多新穎的教學方式，來符合現在新興人類的態度。

There are an increasing number of resources that can be used by medical educators to teach value-based care.

越來越多醫療教育者提供教學資源，可以使用在以價值為導向的照護教學上。



27

越來越多的醫療教育者他提供了很多教學資源，可以讓我們去學習。接下來就來一起看看作者介紹的教學或學習的資源與途徑，提供給醫學教育者進行以價值為導向照護教學時的資源。

Resources for Medical Educators to Teach Value-based Care



- **互動式溝通模組**(ABIM基金會資助)：
免費下載，學習使用Choosing Wisely「最重要的五件事」示範醫病有效溝通的影片。
- **高價值照護課程**：
美國醫學大學(ACP)及美國內科醫學會合作，以個案為導向，免費下載，臨床教學適用。
- **Teaching Value Project** (Costs of Care team):
提供互動小短片及學習模組的線上資源，用來分享以價值為導向的基本原則。
- **Consumer Reports**：
分享各種症狀的「最適合的藥物(best buy)」

28

這位作者舉了一些例子，像是說現在有大學的醫學院提供了互動式的溝通模組，來教導學習使用choosing wisely建議的「最重要的五件事」，可在網站上免費下載影片。

還有美國醫學大學跟美國內科醫學會合作，提供了高價值的照護課程，免費提供給內科的學生下載，作為臨床教學適用。

另外還有個Teaching Value Project，也是提供一些互動的小短片，或是免費的線上學習模組，來分享價值為導向的基本原則。

最後是一個Consumer Reports，它是分享了各個症狀適合的藥物，也是可以提供給一般民眾來做使用。

E-learning and Social Media -1

✓ **大規模線上開放式課程(MOOCs)**透過Coursera獲得成功

✓ **影片家教平台Khan Academy**

→與AAMC合作涉入醫學教育領域。

→與Richard Merkin Initiative合作，提供臨床健康照護給付及實作等免費線上教育課程



✓ **健康照護促進開放學校銷售線上課程模組**：推廣病人品質及安全

→超過65個國家、共20萬以上的學員

✓將**Twitter**應用在以價值為導向的健康照護教育：

→超過68名參加者，489次轉推(1hr)

→超過 **1 million**觸及率



29

那其實在這個資訊越來越發達、網路媒體越來越蓬勃發展的情況下，E-learning and Social Media也是越來越多人在倡導的一個教學的方式，所以說有越來越多線上開放的課程，在透過美國知名的線上課程平台獲得很成功的發展。

還有影片家教平台，除了與美國醫學院協會合作涉入醫學教育領域，另外也有提供一些線上免費的臨床健康照護的課程。

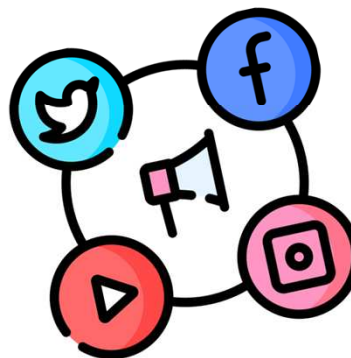
那另外，健康照護的促進開放學校，他們也透過銷售線上課程模組，將病人品質及安全概念推廣到超過65個國家、共20萬名以上的學員。再來近期Twitter也是大家會用的一個社群媒體，那第一個嘗試利用Twitter推廣以價值為導向的健康照護教育，在一個小時內，超過68名的參與者，489次的轉推，到現在累積有100萬的觸及率。

E-learning and Social Media -2

E化學習及社交媒體的爆炸性增長，提供了許多以價值為基礎照護學習的機會。

*the increasing spread of social media and moocs into mainstream medical education highlights such innovations in **value-based education will continue to spread***

透過社群媒體的傳播以及越來越多MOOCs融入主流的醫學教育中，這樣創新的教育方式是可以持續傳播的



30

從前面的例子可以知道，在現在E化學習以及社交媒體的爆炸性增長下，其實提供了很多以價值為基礎的學習機會，那雖然目前沒有很確切的證據證實這些方法可以成功地促進以價值為導向的發展，但是可以想像是這樣創新的推廣方式是會持續被進行的。

Intergrate High-value Care into Medical Education -1

將高價值照護融入醫療教育，是各國都相當熱門且廣受關注的議題



Teaching Value and Choosing Wisely Challenge :

向醫療教育者徵求聰明創新的點子

How to best promote principles of stewardship among medical trainees



Costs of Care團隊。ABIM基金會資助。2013

31

那最後其實現在有越來越多國家，他們都在想說該怎麼把高價值的照護融入在醫學教育當中，所以說有人提出了一個Teaching Value and Choosing Wisely Challenge，他就是向一些醫療教育者去徵詢一些聰明的idea，發想如何去推廣High-value Care這個理念。

Intergrate High-value Care into Medical Education -2

Competition and gamification

互動式成本意識練習 (I-CARE)

啟發參與者合作進行cost-conscious腦力激盪，解決晨會討論個案問題：成本↓，診斷準確性↑

(耶魯大學 · Dr Robert Fogerty)



High-yield case vignettes

Do No Harm Project

發布clinical vignettes，讓大家更了解醫療過度使用可能導致的危害（如藥物濫用），並為「越多越好」的文化提供有說服力的平衡。

(科羅拉多大學)

32

首先是競爭及遊戲化，第一個就是I-CARE，其實就是把大家聚在一起做一個腦力激盪，思考該如何去控制成本效益，透過晨會的討論，這個方式有效地降低了每個個案原本要花費的醫療成本，而且也增加了診斷的準確性。

另外一個例子，是透過在網站上分享一些臨床的病摘，讓大家更能了解醫療的過度使用可能導致的危害，並且並不是越多越好，這樣的文化其實是需要被糾正的。

Intergrate High-value Care into Medical Education -3

Linking didactic and experiential learning

- ✓ 透過**經驗學習**，強化教條式教學方式，極具學習的重要性
- EX1：全天見習，了解提供的醫療照護，如何被疾分師編碼
- EX2：比較病人「真實」與「理想」上的照護花費



Process improvement efforts

- ✓ 利用**品質提升工具**處理「過度使用」問題
- EX1：與臨床實習醫生一起找出低價值的醫療介入，探討醫學檢查的「正確規模」
- EX2：有效降低C型肝炎病人之非必要的超音波檢查。

33

接下來是透過經驗的學習，有大學指出，如果讓醫學生全天去見習疾分師，讓他去了解他所提供的照護服務，到底在疾分師的編碼之下是產生哪些內容，可以得到一個很好的學習經驗，另外也可以去比較病人真實和理想上的照護花費，再來可以透過一些品質提升的工具來處理「過度使用」的問題，舉例來說，有大學他利用品質提升的工具，有效降低了C肝病人一些非必要的超音波檢查。

Intergrate High-value Care into Medical Education -4

Coaching and role modeling

✓ 觀察範本的行為是相當有效的學習方式

EX1 : Dr Allan Detsky 「Celebrating Restraint」 ✨

EX2 : 一對一培訓，促進醫院實習的效率

EX3 : 轉化好醫師定義：

「他做了什麼」 → 「他沒有做什麼」

→ **Not only to talk the talk but also to walk the walk**

✓ 在高風險氛圍中的教學醫院，建議拋棄過度檢查

This is a teaching hospital

= so we are not doing an unindicated test or treatment



34

再來，觀察範本的行為也是一個非常有效的學習方式。像是說，透過一對一的培訓，促進醫院實習的效率，再來，我們如何轉換一個好醫師的定義，從他做了什麼，轉換到他沒有做什麼，這位作者他說：Not only to talk the talk but also to walk the walk，用中文來翻譯就是：坐而言，不如起而行。所以說，我們不應該只用嘴巴講而已，我們也要實際去做。

不過作者承認這個做法現在仍面臨許多挑戰，尤其是處在高風險氛圍中的教學醫院，作者仍建議必須要拋棄過度的檢查，雖然說這是一個很難達到的目標，但是作者覺得，既然是教學醫院，那必須要訂定樣的目標去達成。

Intergrate High-value Care into Medical Education -5

Price transparency 、 feedback 、 and dashboards

- ✓ 透過電子健康紀錄讓價格透明化，減少低價值檢查
- ✓ 特定回饋：支持決策功能、point-of-care、顯示過去48小時的醫療花費APP



EX：藉由報表(dashboards)

呈現自己與機構中其他受訓者的臨床操作基準點的資訊。



35

那最後一個就是透過一些電子的健康紀錄、回饋或是報表來避免低價值的檢查。舉例來說，可以顯示過去48小時的醫療花費的app系統，或是藉由報表將自己與其它人所做的臨床判斷，來做一些差異的比較。

Key Points



那最後是這本書的key point，其實在過去，在缺乏High-value Care的概念，所以說，也沒有相關的醫療教育，可能會導致醫生在治療的過程中，會忽略他所付出的成本，那在臨床上當然也面臨到很多的阻礙。

那其實在近期，越來越多人、越來越多外界的聲音，呼籲教育者或是醫學界，應該要重視High-value Care，不管是在訓練的過程當中，或者是在未來的執業當中，那現在以及未來也有愈來愈多人，提出很多的教育政策以及方法，將High-value Care快速成功的帶入醫學教育的臨床培訓過程。

讀後心得-健保教育向下扎根

健保署 X 國教署
健保理念納入國小課文
自我內化及向外影響



37

最後是我的讀後心得，可以看到這個章節，主要是在講醫學教育，說明如何通過醫學教育來培訓具有成本意識的醫生或是醫事人員，那其實在整個醫療行為中，病人是接受端，所以對於病人的教育也是很重要的，可以遏止醫療浪費的一個方式，像是我們健保署在108年，我們就透過把珍惜健保資源納入了國小的課程當中，就是希望可以從小就教育國小生，懂得去珍惜健保資源，像是說，我們有去教導健康存摺是如何利用的，那希望小朋友們可以透過內化來做好自我健康管理，或者是去對外影響到自己的父母，或者親屬，可以協助長輩們做好自我管理，希望可以讓健保教育從小就向下紮根。

讀後心得-健保理念扎根校園

健保校園巡迴宣導列車 x 健保天團

宣導影片，推播校園



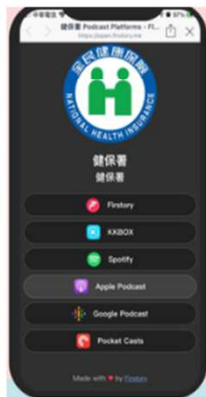
38

那我們也有透過所謂的健保天團去進行健保校園巡迴宣導列車，那也得到了很好的迴響，雖然說109年受到疫情的影響，我們巡迴沒有完全完成，但是所謂孩子的教育不能停，所以我們改成拍攝影片的方式，透過宣傳的影片去推廣、推播校園，讓健保的理念真正扎根在校園裡面。

讀後心得-健保署與您在空中相會

Podcast x 健保署之音
7分鐘輕鬆懂

7大收聽平台



走向雲端·病醫雙贏

- ① 負擔公平,改變不必要的醫療行為
- ② 從新冠肺炎改變就醫行為談起
- ③ 居家醫療是高齡化社會的醫療趨勢
- ④ 透過大數據管理,健保改革不停歇
- ⑤ 健保資料人工智慧應用與展望

39

那最後可以呼應剛才署長所提到的走向雲端病醫雙贏的健保改革日記，那其實剛才在報告中有提到，現在有很多社群媒體蓬勃發展，許多線上的資源都是可以去利用的，所謂健保署一直走在最前頭，所以我們現在不僅可以用podcast聽呱吉或吳淡如，透過podcast我們也可以聽署長來分享我們健保署重要的一些議題，所以希望大家在這次的讀書會之後可以試看看，透過podcast聽聽署長怎麼聊健保。



以上就是我這一次的報告，謝謝大家。