

## 綜合討論

李伯璋署長：

謝謝張教授的報告，我想我們同仁都有聽到他在這段時間、在這方面有做這樣的努力，那我先請淑華做個回應，看有沒有什麼問題是我們需要改善的。沒有聲音，我們先請玉娟。

劉玉娟組長：

謝謝，很高興聽到我們張教授今天特別分享 stroke 的照護，因為這個照護其實非常的辛苦，第一個有 24 小時待命，第二個還會充滿了風險，對於我們醫師或整個團隊在施打這些相關藥劑的時候，還會面臨很多像時間上不確定的風險。

所以整篇的報告，我們看到覺得是相當了不起，因為這裡面已經有提到把整個全人照護，包括後續的照護跟現場的一些作業，也聽到了很多新的知識，包括 RAPID 一些軟體的運用，那教授這邊也特別提到了照護專案的一些意見，我們是很感佩高屏區，還透過風險金一起來協助，這樣的一個效果讓大家的辛勞可以提供到更高，那我們現在各區在風險金的運用，在這種照護上運用的主題都還不一樣，像我們臺北區目前風險金是用在可能矯正機關，然後還有一些居家照護部分，因為金額大家都是很有限，所以教授也提到說，未來是不是有些支付制度會變成比較體制化，其實這是可以思考的。

其他部分，就是看到教授最努力的地方是連 prehospital 那個部分都有進入到一些相關的衛生局或消防局裡面一起努力，那這是非常令人感佩。那我的分享，謝謝。

李伯璋署長：

淑華好了沒？請說。

林淑華組長：

不好意思。我覺得聽了張教授今天的演講，第一個我對於他專業的腦血管中風的治療，他的投入跟熱情，我們感到是非常的敬佩。那第二個就是在高屏的部分，我們風險移撥款，事實上是從 109 年，我

們大概都有選，那腦中風動脈移除這是 3 年的計畫，目前這個計畫是透過高屏的一個急重症的團隊，當然有上游還有下游，每一年是有一家的醫學中心來做主責，建立執行醫院的值班，所以這個值班很重要，那他目前集中在 3 家醫學中心，義大，還有一家區域醫院。剛剛張教授也講，我們好像也可以做，這個其實是這幾年的成果。

另外，轉出的醫院可以按照地緣性來轉到他可以執行的醫院，在轉出當中，如果有問題是由主責醫院來協調，所以經過這幾年的努力，在區域聯防的部分，雛形大概都已經建立，而且在每一季都會透過專業運作，去做一些討論，那也建立一個團隊，讓患者能夠在最短的時間內可以接受分流跟改善，最重要的就是避免拒收及硬塞的狀況。

另外，剛剛講的就是可以做的醫師會越來越多，那我想這幾年，這個部分主要是我們高屏的醫界分會，這個部分無論層級，他們對於這個疾病的重視，也是各家醫院在上游醫院、醫學中心、區域醫院大家一起合作出來的。

剛剛有提到利用遠距在急診這個部分，事實上我們目前是有部分的給付，可是剛剛張教授講的，在資料交換的部分，雖然他有一些想法，可是目前在我們法規上面，因為資料我們對於沒有經過認證的部分，在法規上會有一些比較大的顧慮，那這個案子大概今年年底，我們會整體再去做一個考量，我們也希望說，張教授提了一些其他的 idea，也可以在我們分區裡面繼續的發想。那最重要的，其實我覺得這個計畫是對病人來講，是很即時、很好的，以上。

**李伯璋署長：**

謝謝，那我想針對我們臺北業務組跟高屏業務組兩個人的 comment，張教授要不要先回應一下。

**張谷州教授：**

第一個還是感謝，確實我們的腦中風病人發生的時間 60%是在假日及夜間，就是非上班時間，所以在處置上，確實壓力是很大，例如半夜 3 點，我們都可以接到電話，但是轉診是容易的，不轉診其實才是最難的。我們如何協助病人在地接受安心的醫療，這是很重要的。

剛才我想最後淑華組長所提到的，我想比較值得討論，什麼叫值得討論？就是接下來，我們到底要怎樣做到資訊交換？另外，有一個就是所謂制度面，因為現在可能真的是靠熱情或熱血在支撐，但是接下來要如何制度面能夠處置，我想這是很重要的。

剛才我們所提到的急性治療，帶出的不是只有急性治療，帶出的是到院前你要怎麼做？院內你要怎麼做？接下來他離開醫院後要怎麼做？我想這個真的就是必須要在靠主管機關大家協調，但是不管怎樣，我想就是多溝通、多討論，接下來的資訊要如何合適的轉出，我們也看到了中國、歐美的一些經驗，接下來我們要如何跟上，這個我想我們就是在討論，但是接下來可能時間不一定站在我們這邊，為什麼？病人就是在那裡，我們就要處置。

回應一下我們風險調整移撥款的協助之下，我們有三大方案，不是只有腦血管疾病，我想這是非常完整的一個規劃，在腦血管疾病這邊，我們成功的整合所有醫院之外，我們接收到治療的病人，雖然在疫情之下，但是接收到治療的病人是持續的成長，而且半年之內已經成長到一年的份量，那這樣是好事沒有錯，但是接下來要如何有效的品質管理，我想是進入下面一個階段，所以如何協助，我想就還是多討論、多溝通，但是接下來，要怎麼再建立這個制度化，我想就是有它的急迫性，以上。

**李伯璋署長：**

謝謝，台大醫院馬惠明副院長，你在線上嗎？馬惠明副院長？那我們請南區業務組純美，純美沒有聲音，我想你們六分區早上要先測試一下你們的連線，要講話的時候都沒有聲音很奇怪，我們請溫溫先好了。

**張溫溫組長：**

教授、署長、各位同仁大家早安。剛剛有聽到教授所提到的這個部分，其實我們在北區有個經驗，就是確實要每家醫院的設備都能夠做到腦中病人的照護是有點困難的，所以轄區像比如說，目前在我們的竹東榮民醫院，它就跟我們的南門醫院做很好的一個互相的幫忙，

就是當竹東榮民醫院接到病人的時候，需要做一些前面的處置，然後它就可以緊急的把病人送到南門醫院去做治療。

我想在很多可能不是大醫院很近的情況之下，每家醫院他想要有一個很好的團隊都是不太容易的，那透過這種小型醫院，互相來把自己的重心，就是利用它能力好的地方跟其他醫院做聯防是非常的重要，所以在這部分，在我們醫院的總額方案裡面，就他們合作的這個部分，我們就給予一些鼓勵，雖然我們現在的做法跟南區，不是用風險移撥款來做，那這個我們也透過目前總額的一個方式去做處理。

那今天的一個未來方向，我想透過這些 AI 或者這些軟體，可以把這些資料，或是這些訊息更快的讓這些醫院能夠做後續的一個處理，未來我們還是會繼續努力，希望除了腦中風以外，未來有相關的一些急性的治療，都能夠透過這種照護的模式互相去幫忙，讓醫療的運用能夠更有效率，以上，謝謝。

**李伯璋署長：**

好，純馥在不在？

**李純馥組長：**

張教授、署長、各位長官，大家早安，謝謝張教授完整的報告，也很感激那時候我們在規劃 PAC 計畫，確實張教授跟我們合作很久，所以也非常清楚的把歷史的脈絡做一個說明。

實際上，我們都知道說，其實這些中風的病人是跨單位在照護，甚至有部分的經費不是從健保來，所以怎麼樣讓病人願意在不同的階段走到不同的點，我覺得非常重要，因為我們也很擔心，如果如同張教授講的，你的給付在醫院太好了，他可能就不願意回到家裡面去。所以我們也在思考說，在我們分區這邊可以加碼的部分，比如說我們在風險移撥款，我們是推動居家醫療，甚至居家安寧的部分，所以我們也認為說，不能再血汗這些醫院的醫師，雖然你們的照顧一定是非常優質，可是確實你們有更多的病人、更急性的狀況要去處理，所以我覺得您今天講的這個架構，是我們未來在管理上很好的 model，那也謝謝今天的分享，謝謝。

**李伯璋署長：**

謝謝，純美好了沒？有聽到。

**林純美組長：**

第一個就是我們要謝謝張教授他對 PAC 的指導、協助跟推動，我們的雲嘉南，雲嘉的醫師人力是比較缺乏，所以他們急診取血栓已經自己連成了一個網絡，這個要謝謝嘉義長庚跟台大雲林這些熱血的醫師。

我們的風險移撥款，是用在癌篩的追蹤率，因為本地區雲嘉南是癌症的高發生率地方，所以我們會因應不同的區域而有不同的設計，至於 PAC 的居家，PAC 我要謝謝奇美醫院在推動這個居家 PAC 做的非常的積極，目前我們的病人在居家 PAC 的量是全署最多的，未來也許可以請奇美來分享這個居家 PAC 的方式。

最後一個是 PAC 這個方案，已經是在我們的區域醫療網裡面的重要計畫，我們跟衛生局一起合作推動這一個方案，以上。

**李伯璋署長：**

東區名玉請說。

**李名玉組長：**

謝謝署長，今天首先要謝謝張教授非常專業的分享，學習很多。那第二個感謝是高雄長庚對東區的協助，特別在遠距醫療的部分，不管是部東成功分院、豐濱原住民分院，還是部立醫院的五官科，甚至部立醫院的腸胃內科以及今年要開始的部東成功分院的神經科，協助非常的多，在這裡做個感謝。

我想東區最主要是我們幅員非常遼闊，緊急的不管是腦中風或者是 AMI 或是重大創傷，我們比較擔心的是，根本來不及送到醫院，他可能就走了，所以在東區緊急醫療的區域聯防是非常重要的。

今天也看到高雄長庚在做這一件腦中風跨院照護的時候，其實已經把資源做了很多的整合，單位做了很多的整合，這也是我們要學習的，那東區風險款裡面，其實我們也有做緊急醫療的照護，針對 AMI

還有我們的重大外傷，都有一些跨院的照護整合，那今天有很多的學習，謝謝。

**李伯璋署長：**

苗栗大千醫院徐院長在不在？徐院長？有的報名的都不見了，剛好點名，不過我們在線上的同仁，假如有問題都可以舉手發問，這也是一個難得機會。那我想請我們署本部的姿擘，要不要請教一下張教授，我們負責 IDS 的。

**呂姿擘科長：**

真的很謝謝今天張教授的指導，因為其實之前我們有去看過林口長庚在執行遠距的設備，看起來都很先進，在資訊層面上，因為在執行遠距其實我們最擔心的就是雙方的系統資料鏈接回不去，就是不管是在地端或遠距端，那雙方執行的那些系統層面在做病歷記載，或者是影像，其實在做分享的時候，我們都會擔心說可能會看不到，可是因為我們當時去看了林口長庚跟大千醫院，其實他們在做資料的交流下，就好像是可以讓不管是在地或遠距都可以看的到。

那今天看起來這一套感覺好像也是很雷同，但是好像又跟林口長庚的系統不太一樣，就會覺得好像這些都是可以讓我們可以去增長見聞，那也可以讓其他的醫院去做借鏡，以上。

**李伯璋署長：**

右鈞有沒有什麼要補充？等下我們請醫管組的張禹斌組長。

**林右鈞專門委員：**

因為有看到張教授這邊寫很多，有希望衛福部能夠有一個大的系統，把大家的資訊都彙整到上面去，那這個發想是真的是很好，但是也是會考慮到說，其實現在大家都是各自為政，那真的需要有一個獨立的龍頭出來，把這些系統做一個統一，現在雖然我們有一些醫療雲端系統，當然大概都是在我們的 VPN 底下去運作，那剛剛教授講到的應該架構在比較外部網絡的部分，這個部分可能就需要一個更強大

的資安管理，或者是擔心有資料外洩的一些疑慮，那我自己也是這樣子思考，就是如果大家都是在我們的 VPN 下面去運作，那當然健保署就要承受更多、更大的流量，然後放到外面，資安又有一些疑慮，所以這兩端可能都要去做一個權衡，到底放在哪邊是會比較適合的，這樣子的一個思考，以上。

**李伯璋署長：**

那禹斌，結束了後再請張教授 summary。

**張禹斌組長：**

謝謝張教授今天的演講，其實我整個聽完還有看到這些資料，有兩個感想，第一個前面為什麼做這些會成功，兩個字就是合作，他上下整合還雙向聯繫，做得非常好，這個是現在政府部門，像現在健保署從去年到現在一直在跟衛福部的相關思索，在做橫向的聯繫，把跟健保相關的，我們能夠幫忙的，或是他們現在比較缺的，看怎麼去把它整合起來，政府這個部份如果做的很好的話，我想張教授這個局部性在做的可以拓展到全台灣去做，這是第一個。

第二個就是科技，張教授剛剛講的，後面一直用科技在講，但是我們現在掉入一種迷思，科技其實是在協助，不是阻礙，所以現在政府部門做了很多科技的東西，其實有一點不是那麼的 friendly，反而去阻礙很多東西的發展，那剛剛教授所提的 32 頁，他是希望說有一個軟體大家可以去使用，我就想到我們健保有兩個軟體，其實還不錯，第一個是對民眾端的健康存摺 APP，另外一個是我們居家醫療在做的藍芽 APP，其實這藍芽 APP 一直是 focus 在做居家，我們可以利用這個藍芽 APP 再給它擴大到像教授想要做的這些，整個遠端通訊彙整寫入的這個軟體，如果他可以做到像遠距，我想這支 APP 會變成是在醫療界要用的一個比較重要的軟體，這是我以上兩個心得，謝謝。

**李伯璋署長：**

台大醫院馬副院長聽得到嗎？他說，他可以聽的到，可是他講話，我聽不到。

**林純美組長：**

署長不好意思，因為他跑錯會議室，他跑到的是沒有辦法發言的會議室，我後面再把他的意見蒐集給署本部，不好意思。

**李伯璋署長：**

好，謝謝。那我們現在請張教授做一個回應。

**張谷州教授：**

謝謝各位提出專業上面的想法，目前就是接下來到底怎麼做，那做的話我認為用最簡單的方式做，為什麼？因為我們要考慮到每家醫院都不同。

我在屏東這邊的經驗就是要克服每一家醫院，我如何最簡單，最簡單的方式又不用費用的時候，其實就是我只要看到他的資料就好，他的資料我只要閱讀，我只要 view 而已，我不需要介入他的醫院系統，所以沒錯，我們長庚醫療體系做的是真正鍵結在一起，但是鍵結在一起絕對有它的好處，好處是大家就全部都統一了，但是限制就是費用，可能還有就是每家醫院系統不一樣，所以發展上可能會有一點困擾，但是如果我們現在用的桌面閱讀，只有一點要開放，就是防火牆開放，其實防火牆也不用特別開放，以長庚醫療體系，我們在用的 Webex，病人的手機都可以看到我們，他看到我們的時候，我們只要用一個共享畫面，他可以看到我們在做的事情。

我要看到什麼？第一個我要看到病人的樣子，我可以看到門診的病人、急診的病人，理論上照一下就可以。再來我要看到檢驗資料，檢驗資料只要分享我桌面，他開的視窗我可以即時跟他講，我要看哪一個畫面，我要看哪一個檢驗值，看完就好，我需要進入去點說他的檢驗值然後要再研究到哪裡？不，我只要看到我想要看到的。

最後一個最麻煩的是影像，他只要開放在桌面我們就可以看得到，我也不需要去點，請他開給我看就好了，所以主控權都還是在對方，請問這樣會不會有資安的問題？還是有資安的問題，因為畢竟還是連結，還是就外傳了，但是這個是特定的連結，而且是必須事先報備好的程序，所以這是緊急的，絕對不是臨時起意的，而是事先我們建置

好說我們的流程怎麼跑。所以長庚做的體系連結絕對是一個好的事情，如果全部都可以那最簡單，但是如果我們可以的話，我們用閱讀桌面軟體的話，其實大家都連結在一起，根本就不用像這樣。

之前我有跟資訊處龐處長在聊天，我們討論到其實是健保署的雲端，這個交換其實夠了，那我也知道署長即將要宣佈的事情就是一定要上傳才有支付，那上傳之後，我們一定要看到品質，你不能說我看不到，所以這又另外一個議題，我先看到了，我只要看到這些臨床照一下，檢驗桌面給我看，影像你開給我看，大概就可以做一個決定，這個決定是下一步我們要怎麼做，其實都是先講好的，不是臨時起意的，只是我們決定怎麼做，每家醫院的流程都應該就設立好了。

我想在高屏澎這邊經由風險調整移撥款，我們確實做到了溝通，但是這樣子的溝通之後，其實會造成壓力，確實是血汗，但是病人就是在那邊，血汗是值得，當然要被鼓勵，但是絕對值得。所以如何的合作跟整合，下一步是不要造成困擾。

每一家醫院都一定要把系統連結在一起，我個人認為，這個真的是很複雜，但是我們也是好不容易在視訊門診當中，才看到有這樣子的突破，才知道這個契機，才可以真的做得到，所以是的，剛才組長所提到的，整合很重要，科技是在協助，科技是好用，所以我們的年輕醫師在我們提出這些說法的時候，他們只有一個要求，跟 line 一樣好用就好，你沒有跟 line 一樣好用我不用，因為年輕人他們需要的就是這樣，我們看到就好，資訊安全，說實在他們不是很介意這件事，為什麼？他們解決問題，但是我們就是協助他們把這些事情做好。

所以剛才提到的，不管是健康存摺或者藍芽 APP，我認為這個都是值得的，而且本來就有範本在裡面，居家醫療的時候，我們可以用什麼？我們長庚醫療體系的居家醫療電腦是我們那邊開始設立的，我們用的是什麼？我們後來也是用遠端桌面來閱讀，這樣比較快，連回到醫院的主機，那個傳輸還是會比較快。

所以回過頭來講無限的可能，我們現在在討論就是要落地了，怎麼做有很多選擇可以做，那個不是 IDS，在任何的地方都可以，所以在講一次，8 小時之內香港的病人我們歡迎他轉過來，24 小時內 UCLA 的病人我們歡迎你轉過來，我們一定有辦法處理。但是接下來就像在

北區，壢新醫院是在北區嗎？壢新醫院也一直在努力這個系統，也是在這些作業沒有錯，他們跟我們大家一起商量，為什麼有這個需求？因為治療的需求就在那邊，轉診的需求就在那邊，我們一定要有一些克服；中區一樣，中區三大醫院，他們也是他們的系統，台中榮總甚至他們有一個比較官方的 APP，他們在處置的過程當中都是基於病人的需要；南區也是一樣，嘉義長庚還有馬惠明副院長，一樣就是有自己的系統，那這些系統的達成的目的是什麼？資訊交換，即時有效的溝通訊息，之後轉診或不轉診，現在我們大概已經知道，大概就是在那邊，我們接下來要如何一個最安全、有效的系統在做；台東、花蓮確實是比較麻煩的事情，因為他們的地域比較狹長，他們要轉送是不容易，但是各位，還有澎湖、金門、馬祖，澎湖我們絕對沒有問題，可以緊急的轉送，但是我們希望這個緊急轉送能夠最少、最好，能夠在地化做最好的醫療。

不管怎樣，以前這個真的很不容易，今天我相信，我們能夠來這邊報告，大概就是事大概已成，接下來就是如何落地變成實際的作業，我們提出了很多的模式，接下來我們要如何整合，但是所有的熱血還是需要制度面上面的鼓勵，就像我們那時候在做 PAC 的時候，如何有一個誘因，鼓勵大家做出緊急醫療最新的進展、最大的突破，我想現在是滿好的時機，以上，謝謝。

#### **林純美組長：**

我代替馬副院長他的發言，他說他對於教授今天發表的經驗非常的認同，他認為把這 4 個區域聯防的 4 個要素能夠透過腦中風的急救網路，發揮的非常的完整，那以後他們會跟醫事司、醫策會，用這個經驗來繼續推動跟輔導區域，那目前的資訊交換是一個很重要的環節，他希望的原則是多元而互通，那究竟是要採桌面直接連？還是用桌面閱讀？各自有主張，他認為他還是會繼續來想一想，最後他會邀請張教授團隊在實務經驗上給他們一些指導，以上。

#### **李伯璋署長：**

好，謝謝，那我們今天的會議到這邊為止，謝謝。