

## 綜合討論

李伯璋署長：

好，謝謝晏溶，晏溶你上次研究計畫報告的時候比較緊張，還是今天比較緊張，還是都不緊張，特優獎的。

張晏溶科員：

差不多。

李伯璋署長：

很好，那我們現在請那個秀幸科長先做補充，然後再來我們再請那個溫溫。

蔡秀幸科長：

署長還有現場的各位長官，還有線上的醫界夥伴大家好，我是北區的蔡秀幸，那署長可能會關心晏溶來健保署多久，大概兩年多左右，那這是他第一次執行自行研究，那也有不錯的成績，是很不容易，那我們做這篇自行研究，我的結論跟心得，因為其實思覺失調是一個慢性然後嚴重的精神疾病，所以它算是一個比較高耗用的疾病，那我們現在健保署不斷地投入資源，那我們是想說那投入資源之後，它的 **outcome** 到底是如何，我們想要瞭解，所以我們也有去請教了北區的一個審查的醫藥專家的意見，然後我們也有去請了學界，我們有跟長庚大學的那個許績天教授請益，就是在學術上的研究，所以我們設計的這個類實驗的研究，我們用回溯性的 **cohort study**，那我們有實驗組跟對照組，就是用長效針劑跟口服藥組來進行比較，那剛剛晏溶的報告，其實我們的成效是真的不錯，就是雖然針劑組的藥費比較高，可是當他排除精神科用藥之後，其實他其

他耗用是比較低的，那這個也呼應了我們今年有在編專款，那在署長的勇於承擔跟醫管組還有醫審組的共同努力之下，那我們有編專款，那也有提升 P4P 的預算，然後也有在那個審查裡面去排除相關的費用，那期望的是說，能夠鼓勵就是，醫界如果符合相關適應症的病人，就提高他們願意用的誘因，那我自己本身的心得，因為剛剛晏溶在前面有報告過，其實現在媒體很關注，像剛剛前面那個，他有講了幾部影集，那像那個瀑布那部電影，就是那個賈靜雯得金馬影后那一部電影，其實他就是在探討思覺失調，那為什麼叫瀑布，就是他在生病的時候，他耳朵聽到的都是瀑布的聲音，那他如果願意去遵從去做治療的時候，就可以解決他這個幻聽的情形，讓他回歸正常的社會，那他當然瀑布有很多的隱喻，可是他也讓我們更有同理心的去對待這些病患，那我想我們健保不只是社會保險，也是社會安定的基石，所以我想我們推入這個政策，也希望說改善這些高風險病人，讓他們能夠固定就醫，然後也避免我們社會的其他的憾事再次發生這樣子，以上報告。

**李伯璋署長：**

温温。

**張温温組長：**

署長、線上的醫界先進還有各位大家早安，那其實透過同仁的報告，我們知道說，確實長效針劑對於後續的這些品質是有很高的一個提升，可是其實現在最重要就是無論是長效針劑或是口服藥，還是都有一些中斷的問題，所以我想，我們未來最重要的努力，還是盡量讓這些中斷的病人，能夠及時的把它找回來，讓這個用藥的持續性增加，那另外就是，其實我們現在有發現到，其實院所在他如果要打長效針劑，他所需要的人力是比口服藥事實上是要來得

高，因為其實聽說打這個針還滿痛的，病人的意願也不高，所以雖然說他這個，問題就會變成，我們可能就是透過我們現在一些獎勵措施，來鼓勵這些院所端能夠願意來施打長效針劑，那當然我們現在看到我們的獎勵，也讓這個針劑的這個使用率有提升，那還有一個，最後一個就是說，我們也提到說，其實精神科的病患照護，其實他牽涉到的層面很廣，不是只有用藥這部分，那其實還是需要跟很多其他的單位來做合作，來做整合的一個資源，能夠把這個精神就是整個照護網把它做起來，那這樣整個的社會安全網，跟社會的成本才可以降低，以上。

**李伯璋署長：**

那我們請負責這個計畫的依婕科長。

**陳依婕科長：**

各位長官、同仁，還有各位醫界先進，大家好。今天北區晏溶的報告非常的完整，從她投影片的呈現就可以看得出來，特別是研究變項，我看了好驚豔，因為裡面除了控制疾病嚴重度以外，連醫師擔任精神科醫師的年資也控制了，我覺得這件事情很厲害。

那今天的呈現非常完整，可以看到投影片第 37 頁這邊，因為晏溶這邊有幫我們把近期，特別是近一年到半年之間我們的作為，把它呈現出來。那就如同署長一開始有提到的，近期我們其實有收到一些西醫基層，對於我們很積極推動長效針劑有一些看法，那裡面就包含兩大段，一段是有關於稅的列計，然後另外一段是關於我們的一些，比如說核刪、審查等等的問題。

那關於稅的這點，我們在今年年初的時候，就已經有發文給財政部，主要是因為西醫基層，他們在列計所得稅的成本的時候，有一張表，上面有寫多少%可以讓他們列計成本。這張表上面都是固

定的，那他們就希望當他們開立這種長效針劑，相對來說單價比較高的藥品的時候，成本列計比例可不可以高一些，這樣所得稅的 base 就會比較少一些，這個我們有行文到財政部那邊去，把這個相關的訴求反應上去，那財政部最近也有回應我們，他們回應的結果是不同意，財政部這邊的說法是，因為現在這個列計的表有公開，裡面其實有一點像是截長補短的結果，呈現在上面，算出一個比較接近平均值的概念，如果我們現在針對單價相對比較高的藥品提出這樣的訴求，那低的是不是也會有一些別的訴求，所以他們基於這樣子的考量，是沒有同意的。

那另外一塊是關於審查這一端，就像投影片上面有呈現的，剛剛前面的投影片有呈現到說，目前我們分區對於這件事情其實也沒有在專案立抽，或者是把它列入單價管理裡面，除此之外，長效針劑的藥費也把它列到專款項目，這個目的就是希望不要排擠到一般服務的資源，同時也不要針對這個藥做單價管理，來抑制它的使用，好，那以上是之前對於西醫基層的看法所擬具的說帖。

那今天的投影片，我覺得這個整個研究，對於我們健保署在政策推動上是非常有幫助的，這也是我們署本部可以跟分區合作的地方，可以看到在各個自行研究裡面，大家其實花了非常多心力，呈現出一些我們健保政策一些好的成果，這種時候我就覺得很棒，這個可以幫助我們在政策論述上有更穩固的一些基礎，以上。

**李伯璋署長：**

我們現在請禹斌組長。

**張禹斌組長：**

謝謝晏溶跟秀幸的分享，剛才依婕科長大概把長效針劑跟思覺失調簡單講一下，我們去年是編專款要用長效針劑的錢，那我大概

一、兩個禮拜前，有看一下我們 BI 的長效針劑使用情形，發現一個問題，在醫院部分使用的還不錯，但是在診所基層的部分，我們發現有 6 千人，去年年底前有用長效針劑，但這 3 個月幾乎沒有再用，那進一步把這 6 千人再分析下去，接近 9 成多是沒有參加思覺失調的方案，所以我們整個思覺失調 P4P 的計畫，可能要拿出來再看一下，還有診所，即使我已經給獎勵方案，但他還是沒辦法很多思覺失調病人去好好的妥適的照護、打長效針劑，這個部份也是我們近期必須要再正視這個問題，以免後面會衍生其他問題，那因為剛好最近疫情比較嚴重，所以這個部分可能大概 6 月會再來針對這個思覺失調的部分，再開個會來討論，以上。

李伯璋署長：

謝謝，那我想就是說，非常謝謝那個晏溶的報告，那欣怡，就是說我們最近有一些同仁他們，就是一些自行研究的來這邊做報告，對不對，那我們就拜託妳一定要追蹤，好不好，要叫他們把它變成 publication，論文要寫出去，好不好，因為不管是寫中文的、寫英文的，就要把它完成，好不好。那我想很高興今天我們那個嘉南療養院的吳文正院長，他本身是這方面的專家，那實務的部分來跟我們做一個介紹，好不好，那吳院長請。

吳文正院長：

署長還有組長，大家好。那其實我在做臨床研究並沒有那麼專精，不過剛剛聽那個報告的部分，事實上相當完善，當然在這部份也謝謝署裡面支持這樣的一個政策，但是我比較大一個問題一直想瞭解，因為從剛才的簡報，最大的主要針對這個高風險那一群病人，對於我們精神科臨床實務上最常見到，就是一些強制住院的個案，或是強制社區治療的個案，這是對於我們減少這些對社會危害

或對自己傷害的嚴重病人，是會有很大的一個幫忙。當初我記得這個研究的主要的目的是針對這一群高風險的個案，所以就這部分來講，我剛剛看了一下，這個住院的或者是社區的部分，好像並不太有這個針對這一群人做的分析，這個部分我不曉得是不是以後還可以再特別去瞭解，對於這些個案的幫助多少，那另外一個就是說，好像看起來，這個長效針劑似乎比口服藥還好，我們知道就是說，不曉得會不會因為會接受長效針劑的這一群人，基本上他可能這個 **compliance** 或 **adherence**，這一群是不是原來配合度就比較高，所以在醫師比較放心的情況之下，就從口服改到長效針劑，會不會因此而讓這個好像效果或風險統統都降低，會有這樣的一個問題，就教於這個署長，還有各位先進，以上，謝謝。

**李伯璋署長：**

這我應該要問你，怎麼會是你問我，這個沒關係，因為這個事實上是那個心口司，現在叫心理健康司，他們在整個政策裡面，因為每次碰到一些社會安全的問題的時候，就會強調這個東西，那反正就是我們就做了，那我想就說，我們也會再繼續追蹤這整個情況怎麼樣，好不好，請那個純美妳先回應。

**林純美組長：**

署長早安，這個部份，我們可以做的事就是，我們也按照這樣的病人特徵找出這些高風險、不穩定、經常急診、經常住院、沒有使用長效針劑的病人名單，用這個來跟醫療院所討論，這些人適不適合用居家或是訪視的部分去施打，這個是可以我們再進一步來研擬的相關方案，以上。

**李伯璋署長：**

玉娟，請說。

**劉玉娟組長：**

謝謝署長，還有各位與會先進，大家早安。目前我們注意到，也配合我們相關政策，因為長效針劑其實對病人在規則服藥，然後可以讓他回返他的工作和學業很有幫助，所以我們分區對於在醫院部門的這些攤扣或是單價核減，全部都已經排除，希望他們醫師在做專業判斷、開藥的時候，不會受到一些影響，那第二個，剛剛禹斌組長也有提到，就是好像在基層的部分，跟醫院的一些用藥狀況比較有一些特別和不同，針對這部分，我們也會再進一步去瞭解，盡量能夠在精神病患醫療的部分多一些協助，以上。

**李伯璋署長：**

謝謝，那純馥，請。

**李純馥組長：**

署長、各位長官好，很謝謝北區的研究團隊很精彩的報告，這個報告真的給我們很多的提醒跟注意，我們中區就如同剛剛玉娟講的，為了要減少我們在總額管控上面對這個醫療行為的干預，在今年把它編成專款以後，我們從單價或是抽審指標裡面去把他抽離，希望回歸醫療專業本身的行為，應該要給病人的部分做完整，那中區比較特別的是，我們有 3 個山地、離島，就是比較山地的鄉鎮，那在偏鄉部分，在我們委託承做的醫院裡面，對於精神疾病這一塊，我們另外有給予獎勵，這個獎勵就是希望他以人為本的概念去提供照護，所以這裡就已經包括鼓勵他們去打長效針劑，就是在我們 P4P 之前，我們就已經先投入，那我也很謝謝我們這邊委託的團隊都很認真，想要把他追回來，那我自己也實際跟那些有實際施打

長效針劑的護理師聊過，他說其實沒有你們想像這麼容易去把這個人找到，然後幫他打針，因為其實這些人都來無影去無蹤，所以其實也沒有那麼容易可以找到這個個案，所以可以看到，確實我們最大的問題是中斷用藥的問題，中斷用藥這一塊確實是未來我們可能要更著力，甚至只要有發現，可能就是要提醒院所，那也希望我們在中斷投藥裡面，因為要再把它找回來，這個部份確實是比較類似高危的個案，那是不是我們在獎勵的措施裡面可以再給多一點誘因，讓他們去把這些中斷的人找回來，那我也很贊成剛剛禹斌講的，在基層院所端，怎麼樣減少他們的障礙，當然因為你長效針劑跟他開口服藥，這個診察費會不一樣，因為口服藥或許他可以多來幾次，可是針劑可能就 3 個月才來一次，所以可能這個部分要去幫他們想他們心理所想的，那這個大概提供一點參考，以上，謝謝。

**李伯璋署長：**

謝謝，他們心裡所想的，就是我為什麼才講說，最近我的演講的重點都是考慮到醫學倫理，站在病人為中心的角度，做一些政策的考量，其實有時候我們太會替人家想，可是問題人家想甚麼，其實我們都知道他在想什麼，可是嘴巴都很保留，都不敢講出來，好那我們請淑華，請說。

**林淑華組長：**

那個高屏，其實第一個我要先感謝北區的團隊，這個研究真的是非常棒，也可以提供我們後進的一些參考，那另外有關長效針劑，因為整個政策都是朝向獎勵、鼓勵的，而且從這個的研究裡面也可以確實印證是說，如果持續有在使用長效針劑的話，其實他的穩定度是真的比較好的，那這個不單單是醫療資源、健保資源的一個保障，其實對社會安定是有很大的作用，所以這一塊在高屏這

邊，我們也是配合政策，無論是在基層，或者是在醫院總額裡面藥費的管理，單價目標裡面，我們都是把長效針劑最快排掉的，這個是一個部分。那另外一個部分在品質的部分，我們雖然是排掉，可是我們也是會調，就品質面的部分，我們也會去就是稍微去看一下，哪一些醫院他用的量是比較高的，那是從審查面的部份，我們有發現到說，醫師在長效用藥的針劑的那個劑量的部分，其實有時候也是不太一樣的，那如果是這樣的一個結果的話，我們大概會比較傾向回饋醫院這一邊，請醫院這邊在內部去做一個檢討，這個大概是高屏目前所做的部分。

那剛剛大家在研究當中也聽到，如果是持續用長效針劑的那比較穩定，可是他如果變來變去的、反覆的，那個是比較不穩定的，當然在署裡面還有大家剛剛也有提到說，是不是在我們的一些獎勵措施裡面，不論是 P4P 或是在分區裡面的一個獎勵方案，我想我們也是可以去試著去設計，就是怎樣鼓勵醫院這邊去找出這一些的病人，或是去多有一些個案管理的一個機制，讓醫院也願意做，那透過這樣的一個個案管理機制，把這些病人把他穩定下來，找回來，讓他們提高醫囑的遵囑性這樣子，以上。

**李伯璋署長：**

那我們請名玉。

**李名玉組長：**

署長，還有各位長官同仁、線上的醫界先進，大家早安，今天非常感謝北區業務組，因為每一次北區業務組的分享，不管是收入面或支出面，都讓我們很驚艷，然後很多的學習，那因為今天是有關思覺失調的長效針劑的一個就是醫療耗用的分析，所以我也請我們東區業務組的支出面的同仁，幾乎都到會場來學習，這是我們很

感謝的地方。那同仁也幫我去看了一下我們東區在使用長效針劑，在今年第一季跟去年，我們大概有 15 家的醫院、5 家的診所有申報這一些醫令，那不管是醫令數、病人數，或者是這一些藥費的點數，都有成長的趨勢，而且都是兩位數以上的成長，所以看起來是跟政策有吻合，因為是一個獎勵項目，所以我們在管理上的話就是說，不管是西醫基層，或者是醫院，我們對這一些精神科長效針劑的藥費，其實我們是沒有去給他做很嚴格的管控，就是讓他可以回歸到專業去使用，那另外在推動政策的部分，就是思覺失調的改善方案，是我們今年支出面的重點業務，那也搭配著這個需要照顧的病人，主動回饋給這一些就是精神科重症的醫院，那另外的話就是希望他們針對不規則就醫的病人，可以給予多一點的照顧，好，那在東區業務組，大概是這樣在進行的，以上，謝謝。

**李伯璋署長：**

謝謝，其實我跟各位報告我覺得在這邊工作的這一段時間，我真的都被你們感動，我想 6 個分區，組長，就是在面對那麼大的醫療體系的一個壓力，大家真的都很認真在做，也認真在推動，那我是覺得說這個案子因為畢竟這個項目的話是很特別，因為對整個社會安全是非常重要的，那部長也已經給我們一個專款去操作這個東西，那我想說那個晏溶跟秀幸，你們一定要繼續把這個東西做，那當然就是說那個依婕跟禹斌，我想就是說好好的做，因為我想雖然這個是跟心理健康司有關，但是我相信很多時候到最後他們還是覺得，這個因為都是健保在給付，所以健保責任就很重，那也要靠你們就是繼續弄，所以你們可能，那個依婕，你們可能就是定期的時候再做一個 **review** 看看有沒有什麼東西我們需要再檢討那樣，好不好，因為我想最近的時候，醫審那邊的話，惠萍跟恆榮他們都有跟那個國建署針對一些癌症的一些資料再做一個整理，那我想說，這

個都很好，就是針對癌症的病人的話，他有癌症的登錄，那就是說在健保署這邊有一些癌症用藥，那怎麼兩個加在一起做分析的時候，我們才知道我們在整個用藥的部分，看到什麼樣的一個結果，有時候也不一定說就是這個，當然我坦白講，很多東西都不是也不是完全是我們的事，可是要說不是我們的事，其實有時候又很難，不過我是覺得就是說，反正部長自己曾經在去年的時候有跟我講一句話，我覺得就是說，他覺得我們健保署把很多事情都擔起來做，所以為什麼就是說，去年他給我們的那個甲等考績 **extra** 是 73 個人，可是前年的時候，因為我們表現很爛的時候，他只有給我們 13 個人，你知不知道，他給我 13 個我都不知道，他給我 73 個我也不知道，他就是要給我就這樣了。不過我是覺得說，他的意思就是說，健保署都把很多事情都擔起來做，那你們看像這一次在 COVID-19 的時候，我相信你可以看得到很多東西都是健保署在做，然後這次的話，像資訊的同仁孜瑜，跟一些同仁他們把針對那個就是數位的健康證明的話，或是跟那個唐鳳政委的那個連結，要不然健保快易通要搞到這個樣子是很難，那健康存摺現在已經 9 百多萬，9 百 3 十幾萬，我幫他算一算，不知道哪一天要破一千萬，不過我看那個孜瑜，妳可以跟淑慧開個賭盤，好不好，那我看大家要壓哪一天，剛好破 1 千萬的，看看什麼時候，不過我相信，現在目前就是一一直在朝向這方面在努力，我想會很不一樣，那我想今天這個是有這個用藥的部分的話，我還是請醫審做一下報告，那雪詠妳請先說。

### 戴雪詠組長：

我覺得北區的研究真的很棒，我覺得投到國際期刊被 **accept** 的機率絕對是沒有問題的，然後第二個的話就是說，因為長效針劑，大家會可能會想說他的 **compliance** 會比較好，所以他的 **outcome** 會比較好，那我覺得這篇研究它也提供一個滿好的佐證，但是長效針

劑是不是越長越好，這又是一個可以去思辨的問題，因為現在的確有廠商來跟我們講說他，3個月他覺得可能覺得他們的效果還可以更好，所以是用6個月，用6個月的長效針劑來跟我們申請給付，那的確在專家會議裡面討論的時候就提到說，他其實這種精神疾病的病人就算是所謂的思覺失調，他其實那種面對面的一個評估，還有一個就是說，一個追蹤的概念下的話，應該會可以讓他 outcome 更好，所以就是說，這個部分的話，6個月的長效針劑，其實我們現在已經請相關的醫學會在評估，然後剛剛在那個研究計畫，我剛剛看到有個很有意思，就是說的確有好像有兩成的病人，其實有參加 P4P，所以在這個次群體裡面，這個有參加 P4P 的 outcome 有沒有比沒有參加 P4P 的更好，我覺得這可以再分析一下，然後我們那時候的確看到 P4P 的 program 大概在 20% 的病人是有用長效針劑，那當然這個專款，在計畫內的話也可以增加他的比率，但是剛剛禹斌有講他在計畫外也增加了，那我覺得這是好現象，只是說這些病人的話是不是就是最適當的一個治療的病人，因為他的確有個迷思說長效針劑用什麼樣的病人來治療會有最好的 outcome，我覺得這又是一個很有趣問題，那我不管怎樣這個專款的話，我覺得是少數的資源要用在刀口上，所以就是說，後續這些病人有沒有增加，那治療有沒有到位，我想署長每次說有沒有到位？管理有沒有到位，那我想我們現在有 Power BI，還有一些相關的指標，我們真的是要好好看他的 outcome。

**李伯璋署長：**

請兆杰做一個補充。

**黃兆杰參議：**

署長、各位與會的來賓大家好，那這篇的研究真的讓我覺得非

常的驚艷，而且我們目前推行的政策到底立論基礎在哪裡，可以用這篇文章能夠加強我們的論述。不過我有幾個問題或者是需要再討論的部分提出來，第一個是這個研究裡面發現使用長效針劑以後，那門診增加的次數是 4 次，在簡報裡面有顯示，在 24 頁的部分，這讓我比較好奇的是，既然是長效針劑，為什麼門診的次數反而會增加，那我自己的想法是，是不是這些病人，他原來是非固定就醫，然後用了長效針劑以後，能夠讓他比較固定就醫，所以反而門診的次數增加，或許研究團隊可以提供一些後續的分析。

那第二個是有關價錢的部分，因為使用了長效針劑以後反而用的錢多，但是扣掉長效針劑以後費用就降低了，不過在比較的時候，可能我們要注意是長效針劑不是只有一種，他其實有非常多種，那是不是不同的長效針劑或不同的類型，可以有不同的成本效應，其實我們可以來考量看看，如果有這樣的資料出來的話，或許我們可以更加推廣最有效或最有成本效益的長效針劑。

那最後一個我想要提出來的是，在簡報第 38 頁，顯示出來的那個 111 年 Q1 的情形，那我大概算了一下基層診所的部分，其實他的成長最大，可是他的母數最小，所以事實上也就是在我們推廣之前他用的不多，推廣之後雖然他有增加，增加的還算大，但是因為他們母數小，所以他整個佔比非常的低，所以的確基層診所的部分，我們要怎麼樣讓它的使用的人數，或者是醫療院所願意去使用的增加，或許要整個通盤的思考，因為戰略性的思考才會讓母數增加，以上。

**李伯璋署長：**

然後那我想請晏溶回答一下他問的問題，有沒有想到，還是要那個科長幫妳回答。

蔡秀幸科長：

那個謝謝兆杰參議的建議，那有關第一個就是說，有關他那個門診次數，因為我們的比照組是那個口服藥組，那基本上他有一些也是領慢箋，那長效針劑他有不同的劑型，有的是一週、兩週打，然後還有可能也是 3 個月打的，當然說這個後續是不是要再去分他的劑型，可能也是我們可以往下再去做參考的部分。那另外有關於那個基層診所，因為費二科負責的就是診所，那我們有跟臨床醫生討論過，基本上我們在開這個長效針劑，其實他是有集中性的院所，那基本上，因為這個病人就是剛剛那個精神科院長講的這些病人，其實不太容易發掘，然後很多的醫師其實要走出去做居家治療，那這些病人有時候也會有攻擊性，所以基層醫師會願意去做執行，因為他要花他的人力，他要花他的護理人力去出去做居家的治療，也就是剛剛我們組長講，他可能要花比較多的成本進去，那當然今年度有一些獎勵措施，然後我們也有在相關的審查裡面去做排除，那也希望說能夠鼓勵基層診所這邊再去增加收案，以上。

李伯璋署長：

謝謝，謝謝大家的一個報告，好像一個題目出來的時候，大家從不同的角度可以去讓我們共同學習，那的確就是說，在整個這個健保的一個管理的時候，說實在的，每一個 stakeholder 都有他不同利益的考量，那這個有時候你到，練功練到一個程度的時候，你的 EQ 會更好，你看到這個都知道他們怎麼想，所以為什麼我說，我覺得分級醫療非常重要，那姿曄這一段時間一直在推分級醫療，雖然說被暫時 hold 的時候，不過也不要傷心，因為我覺得說，其實台灣假如分級醫療不真正去做好的話，健保事實上真的是沒有辦法去應付這個東西，那你剛剛提到的就是說，為什麼我們特別，依婕剛剛有特別提到說，精神科醫學會針對這個基層在用這個長效針劑的時

候，他們的心態怎麼想，這個我有時候，會跟我們本來我們想說，我們這麼好心好意要提供這個，為什麼不要，可是你看精神科病人就最喜歡看那一種就是，那個外面有很多人在診所，其實你看我們精神科醫師在那個基層的診所的話比在醫院還多，可是在基層診所就是大家有時候說，昨晚睡不著啦或怎麼樣啦，看那種病人最好看，像這種你說，有攻擊性的這種病人，那的確就是他們是最需要照顧的，可是這就是變成說，還是有困難。因為醫院不太可能跑出去外面，不過診所來講的話就是說，不管是居家照護，很多東西在做時候，就是要怎麼去做一個連結，那對我們來講都是一個管理的重點，這樣昨天那個依婕幫我們提出來就是說，我們對於那個腎臟醫師的一個諮詢的費用的一個給付的時候，那你可以看的到就說，其實腎臟醫學會的醫師，他們就不要，就認為說這個不需要，因為這個病人這個是就這樣洗就好了，可是我就說，這個假如說台灣，你假如這樣繼續洗的時候，到最後我們的健保的資源，當我們破到一兆的時候，變成一千億在洗腎的時候，我看大家都瘋了，已經一個產業，那事實上，其他的那個醫療體系也就沒有辦法得到應該得到的給付，我們在整個管理面都很大的要面面俱到，很多事各位就是務必記得，凡是就是要多溝通，慢慢一步一步往前走，好不好，那我們今天非常謝謝那個晏溶報告，也謝謝秀幸跟溫溫的指導，那我們謝謝他們。