

「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」

107 年第 1 次會議紀錄

時間：107 年 3 月 7 日(星期三)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂(台北市信義路 3 段 140 號)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：邵子川

出席代表：

吳代表瑞堂	請假	呂代表國樑	郭芝蕙 ^(代)
宋代表俊明	請假	李代表妮真	李妮真
李代表永振	李永振	李代表純馥	請假
林代表石化	請假	洪代表冠予	洪冠予
張代表孟源	張孟源	張代表克士	張克士
梁代表淑政	周雯雯 ^(代)	郭代表錦玉	郭錦玉
郭代表咏臻	郭咏臻	陳代表麗淑	陳麗淑
楊代表五常	楊五常	曾代表志龍	曾志龍
蔡代表宗昌	蔡宗昌	廖代表秋燭	廖秋燭
盧代表國城	盧國城	鄭代表集鴻	鄭集鴻
顏代表大翔	顏大翔	謝代表武吉	王秀貞 ^(代)
羅代表永達	羅永達		

列席單位及人員：

衛生福利部	周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、廖尹嫻
台灣醫院協會	林佩菽、吳洵伶、吳心華
中華民國醫師公會全國聯合會	黃佩宜、吳韻婕
台灣腎臟醫學會	林元灝、林慧美、林佳靜、 曾庭俞

本署醫務管理組	林淑範、劉林義、洪于淇 林右鈞、劉勁梅、林蘭 邵子川、許博淇、鄭正義
本署醫審及藥材組	曾玫富、朱文玥、陳淑儀
本署企劃組	余佺婕
本署資訊組	李冠毅
本署臺北業務組	儲鳳英、陳懿娟
本署北區業務組	黃穎瑜
本署中區業務組	張志煌
本署南區業務組	傅明貞
本署高屏業務組	陳秀玲
本署東區業務組	江春桂

壹、主席致詞(略)

貳、確認本會前次會議紀錄。

決定：確定。

參、報告事項

第一案

案由：本會歷次決定/決議事項辦理情形。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、序號 1，請針對「台灣腎臟醫學會建議修訂全民健康保險醫療費用審查注意事項意見」部分繼續列管，其餘同意解除列管。

第二案

案由：門診透析預算執行概況報告。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、考量慢性腎臟病預防屬國民健康署業務，有關鼓勵國人建立健康生活型態及慢性病預防等相關意見轉請該署參考。

第三案

案由：106 年第 3 季門診透析服務點值結算報告。

決定：

- 一、確認 106 年第 3 季點值，如下表：

季別	浮動點值	平均點值
106Q3	0.83472726	0.84696046

- 二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。
- 三、各季結算說明表置於本署全球資訊網，請查閱參考。

肆、討論事項

第一案

案由：「108 年針對慢性腎臟衰竭末期(ESRD)之病人，將已透析及腎臟移植病人之全部醫療費用列為獨立預算」之執行方式。

決議：相關意見納參，另由本署召開會議，邀集本會相關代表、移植登錄中心與台灣移植醫學學會共同討論。

伍、臨時討論案

案由：修訂 107 年「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」增訂計畫結案後，尚未取得慢性腎衰竭需定期透析治療之重大傷病證明者，亦可申報活體腎臟移植團隊照護獎勵費(P3411C)之相關規定。

決議：

- 一、放寬活體腎臟移植團隊之照護獎勵費申報規定：照護個案於尚未取得慢性腎衰竭需定期(永久)透析治療之重大傷病證明前完成腎臟移植，照護團隊亦可申報 5 萬點獎勵費用。
- 二、另請於下次會議報告透析重大傷病卡核發流程。

陸、與會人員發言摘要，詳如附件。

柒、散會：下午4時25分

全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議

107年第1次會議與會發言重點實錄

報告事項第一案：「全民健康保險醫療給付費用門診透析總額研商議事會議」歷次會議決定/決議事項辦理情形

主席

各位代表、醫管組與分區業務組的同仁大家午安，今天召開今年第一次門診透析預算的研商議事會議，會議現在開始。首先，請各位翻開上次的會議紀錄，是從第1頁到第4頁，這部分各位代表有沒有問題？如果沒有問題，會議紀錄就確認。在進行報告事項之前，這次的代表有兩位是新任，先介紹已經到的蔡宗昌代表，是安泰醫院的總院長，另外一位是郭咏臻代表，他是聖保祿醫院的副院長，但還沒到，所以等會郭代表到的時候再跟大家介紹，我們就進入報告事項第一案。

報告第二案：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

主席

謝謝，只有第一項繼續列管，其他都解除列管，這個部分大家有沒有意見？請李代表。

李代表永振

主席、各位代表大家午安，對序號3這個解除列管我沒有意見，但是我要重提一下，因為上一次在討論的時候，我曾經提及，去年8月份的健保會議有個決議：健保署與各部門總額相關團體應依106年評核委員的建議，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更具鑑別之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質的效益，他的目的是這樣，後來我們就照原案通過、公告了。公告之後，在元月份的委員會議，健保署有提出，當時我有提出質疑，還有其他委員也提到，這一項的名稱跟修訂重點內容兜不攏，看不出兩者的相關性，所以表示說這個將來在今年7月份要核發，在今年的評核會議，相信健保會的幕僚應該會追蹤，我在這裡是再提出來給大家參考，將來在執行方面，也會按照健保會當時的決議去做，如果沒有的話，將來是不是有什麼應該要去因應？謝謝。

主席

謝謝李代表，大家有沒有其他意見？請鄭代表。

鄭代表集鴻

主席，請問第一案這個時程不曉得大概什麼時候會有結果？另外醫審及藥材組會不會請腎臟醫學會這邊參與討論？

主席

請醫審及藥材組同仁說明。

醫審及藥材組朱專員文玥

大家好，有關審查注意事項的修訂作業部分，因審查注意事項係位階是在支付標準之下，若腎臟醫學會提來的建議沒有衝擊到支付標準規定，未來增修過程本署將召集開會，邀請提建議單位腎臟醫學會及總額審查勞務受託單位，中華民國醫師公會跟台灣醫院協會代表一同出席、共同訂定，若會議共識同意增修納入的話，盡量會維持醫院跟西醫基層的規定一致，以上。

鄭代表集鴻

時程呢？

醫審及藥材組朱專員文玥

增修時程需依相關單位回復時間決定本署會把意見綜整的部分送給醫院協會跟醫師公會，待意見回復後彙整完成即可召開會議。

主席

謝謝，可以嗎？請羅代表。

羅代表永達

我要問剛剛鄭代表的提問，我想再發問一下，現在醫院協會的審查是由台灣醫院協會得標，跟您剛剛所提到跟醫院協會協商，是這個意思嗎？

主席

再說明一下。

醫審及藥材組朱專員文玥

徵詢本署審查勞務委託的受託單位台灣醫院協會的意見。

主席

好，謝謝，大家還有沒有其他疑問、意見？如果沒有，我們報告事項第一案就確認，接下來第二案。

報告第二案：門診透析預算執行概況報告

主席

謝謝，最後 26 張投影片「活體移植」的獎勵費，這個應該已經一年多了，只有 3 位是在 pre-ESRD 的階段有鼓勵病人做活體移植所以給了獎勵，是還蠻少的，所以要回應健保會的決議，就是要鼓勵移植，除了屍體的移植以外，活體移植推動比較緩慢一點，這也是署長念茲在茲的，所以如何減少透析病人數，再請各位代表們來貢獻一點意見，以上這個部分，大家有沒有意見？請羅代表。

羅代表永達

主席、各位先進，我們在去年協商 107 年的門診透析成長率的時候，當時署裡面有提到一個低推估，就是整個非協商的低推估，我不曉得今年的計算方式，因為現在才 3 月，到 9 月份去協商的時候，各醫院已經被要求說要開始做 108 年的總額預算協商的預備動作，我們去年拿到一個數字，就是他的人數成長是 3.5%，後來我們也用這個數字在爭取、在協商的部分拿到 3.5%，可是那時候署裡面有特別提到一個叫低推估，希望將來不會像以前一樣變成是 0，我只是想請教說，以 106 年的方式，107 年署裡面會拿出來低推估大概是多少？

主席

低推估等會在第一案的時候我們一起討論，避免重複用大家的時間，其他大家還有沒有意見？請李代表。

李代表永振

這個資料裡面有一個剛才沒報告，後面的附件。

主席

第 4 季。

李代表永振

有關後面第 4 季的投影片第 29 頁。但是最後一行的占率，不曉得是誤植還是怎麼樣，怎麼加起來超過 100%？正確的數字是怎麼樣？

主席

91.75%加 8.5%是加 1.26%超過 100%是不是？

李代表永振

101.55%。

主席

是不是小數點的問題？請同仁再查一下？一定有一個地方誤植了，謝謝李代表，那其他還有沒有意見？請鄭醫師。

鄭代表集鴻

主席，剛剛好像有被唸了一下說我們活體腎臟移植的數目太少，這個好像有上新聞，署長好像也有發新聞稿，感覺好像是我們努力不夠，不過有一點，就是說這個定義好像是說一定要一次洗腎都沒有才能納入，但是其實我們不是要這個獎勵，而是說很多都是外科醫師要求要洗了才能換，那這樣就被排除了，是不是這方面能夠把這個標準放寬？不給獎金也沒關係，但是實際上是沒有做啊！不能說我們都沒做。

主席

這個在臨時討論案我們已經提出修正了，今天在各位桌上有兩個案子，其中的臨時討論案就是針對鄭醫師您提的這個問題，我們有一個修正案在這裡，等會再就教大家好嗎？謝謝鄭醫師。其他大家還有沒有意見？如果大家沒有意見的話，我們這個報告案是不是就到這裡？不曉得理事長這邊有沒有什麼要補充？沒有，那就請各位就署長念茲在茲的部分，麻煩腎臟科醫師能夠多多協助，怎麼樣讓透析的病人真的減少，因為現在已經 8 萬 7 千人了，

這是一個很驚人的數據，一年應該是現在就醫人數是 8 萬人，血液透析 8 萬人，腹膜透析 7 千多人。8 萬多人在洗腎金額已經快 4 百億，而這些人除了透析的費用以外的醫療費用比透析費用還要驚人，所以怎麼樣減少這些人的人數是署長一直希望透過不管是相關的會議，都能夠跟各位代表來表達對這件事情的憂慮，看看理事長或是各位先進有沒有其他更好的方法來解決這件事情或者是來減緩這件事情？理事長要不要指導我們一下，看看怎麼做比較好？

盧代表國城

我想指導是不敢，因為這個不管在國內、國外各種大型國際會議，我們也都在檢討這件事，事實上全世界的洗腎病人都一直在增加，我想跟整個環境、跟社會進步、人口老化都是一些老生常談，雖然我們也是持續在增加，事實上我們也是很憂慮、很焦慮，這個對經濟負擔衝擊也是蠻大的，可是至少以台灣來講，大部分跟那些開發中國家、正在開發的，可能糖尿病占的比率也是蠻重的，譬如說我們現在整個盛行率 DM、糖尿病這部分也超過 45% 以上，等於糖尿病占有所有洗腎病人的增加率，全球前 10 名，台灣也在裡面，台灣在第 3、4 名，可是洗腎病人的成長率，我們從 ESRD 的這些報告，成長率大家都在增加，但是成長率的成長速度至少從 2016 以後，我們已經不是全世界前 10 名之內了，但是我想，事實上對台灣這麼小一個地方，還有這麼多的病人在洗，我們當然也是希望能夠越少越好，可是很多是因為整個環境的因素，當然醫生、護理人員、醫院有很大的責任，可是有時候，事實上我們跟非常多的公會、學者、專家在討論，事實上可能有時候，可能因為我們的制度讓民眾覺得照顧得很好，相對的，自我照顧能力就相對地比較弱勢，所以譬如說，我們今天以墨西哥，事實上墨西哥相對醫療沒有那麼發達，但是公衛卻做得很好，很多中南美洲公衛都做得非常好，相對的，任何的人對自己的健康都有責任，所以，我們覺得可能那是個人的責任，可能從小學開始教育都要加強，因為有太多話，所以我也不知道怎麼講，只是我認為，加強不管是醫生、護士或醫院，我們大家都有責任，但是我們病人這一端，尤其民眾這一端的責任可能是比較薄弱一點，舉個最簡單的例子好了，我今天開車子不小心碰一下、明天碰一下、後天碰一下，明年的保費我一定會增加，但是我今天血糖再高、心

肌梗塞，我今天掛 100 次急診，我保費也不會增加，假如說我是先天疾病，那當然沒話講，可是有一些我可以自我照顧、自我教育、自我在健康的生活習慣會讓這些疾病可以減少，可是我們這些不管是獎勵或者是你要個人增加負擔，大概都看不到，目前是看不到，所以一邊有責任、一邊沒有責任，我是指病人端這邊，相對對醫療、對他的健康，相對是沒有責任的話，那我們做了很多的努力，效果可能都會打折扣，以上報告，謝謝。

主席

謝謝，楊醫師。

楊代表五常

有關台灣透析病人為何繼續增加的原因，如果我們用國家衛生研究院的資料來分析，雖然人數是在不斷的增加，但若你用 SEX 和 AGE 去做校正的話，事實上成長率是沒有增加，已經平緩下來了，所以這個結論就是說，這是人口結構的改變讓它增加的。若用各年齡層來比較的話，可以看到 20 歲以下、20-45、45-64，我們似乎是都穩定，沒有再繼續增加，現在增加的都是 65 歲以上的族群；那我想問一個問題，我們如果跟別的國家比較，我們是只有 65 歲以上的病人族群在增加，其他的年齡層都是平穩下來，為什麼會這樣子呢？難道今天在座的各位，你從 64 歲踏到 65 歲就開始尿毒症增加嗎？尿毒症不是一天發生的，我個人是認為在中年時期，45 到 65 歲時，如果自我照顧得不夠好，等到 65 歲以後，再經過 ageing process，腎功能就可能一直退化，導致 65 歲以上得到尿毒症。所以我個人是覺得說，我們的治療醫學做得非常好，但在預防醫學上 care 可能還是做得不夠理想，就像呼應剛才理事長提的，我們公衛、預防醫學做的夠嗎？這是第一點。

第二，很可能是我們在年紀大了以後，在國外因為地廣人稀，可能老了以後，孩子住在不同的州，老人就住在安養院或獨居一個人，此時若得到尿毒症，老人可能選擇不治療，那在我們國內就不一樣，國內老人若得到尿毒症，因為有家人照顧，比較會選擇透析治療，我想這也是我們老人家族群會增加透析的原因之一。所以我們有眾多的原因在，我想我們在預防醫學恐怕要做得更好，以上。

主席

謝謝兩位，一位是副校長、一位是教授，兩位都是教授，可能要替台灣把把脈，署長是認為，如果這是人口老化必然的結果，我們也沒辦法改變像盧教授所講的，改部分負擔加重財務的壓力也沒辦法的話，那至少我們要改變治療他的方法，除了透析以外，還有一個移植，就是鼓勵移植，就過去的經驗，腎臟移植後的病人和透析的病人各方面比較，不論是生活品質、醫療支出或其他相關的費用，差距是還蠻大的，但很顯然我們剛剛檢討幾個數據都看到我們移植的病人是優於洗腎病人。因為現在屍腎是有限的，目前是一年兩、三百例的範圍，但是等待的人是七、八千人在那邊等，而且還不斷在增加，所以顯然是趕不上，等於供給太少了，以至於能夠解脫洗腎這件事情是看不到的，但比起其他器官，腎臟比較有機會，因為有兩個，所以有機會做活體的，現在肝臟也可以做活體的，而肝臟移植的數量都比腎臟還高很多，所以在腎臟這一部分，是還有努力空間的，如果都是人口老化必須面對的話，那治療方式也可以不一樣，可是很顯然多年來，我們門診透析總額看到的就是這些人在耗用這個透析的費用，而且成長率累積下來還是很高，所以這是轉達署長非常非常憂慮也給我們很多壓力，看看有沒有可能大家一起想想解套的方法，請楊教授。

楊代表五常

我補充說明一下，去年第一次開會後，署長又提到鼓勵大家要做換腎，我在台北榮總從事腎移植醫療工作已經做了將近三十多年，腎移植不光是腎臟科的事情，那現在怎麼把全部的壓力都放在腎臟科醫師的上面呢？這是第一個。

第二，我從事的腎移植那麼多，我鼓勵了很多活體移植，但這真的是不太容易的事，除了我們腎臟科醫師要出來鼓勵腎移植外，應該政府公部門要提出來，用公權力來告訴大家腎移植的正面價值，我當時也建議署長說，我們為什麼不能請一些宗教或社會上的賢達人士，他們只要登高一呼，那腎臟科面對病人時，再順便一提，就可以臨門一腳，不然病人都是很排斥的。你要教育民眾有正確的觀念，不能夠純粹靠腎臟科，這種壓力不是丟給我們腎臟科，外科醫師也不是等著病人上來開刀而已，我想這應該是全部大家一起來努力的，以上是我個人的看法。

主席

謝謝楊教授，請曾醫師。

曾代表志龍

剛剛主席提到，腎臟移植和肝臟移植有點不太一樣，剛說到肝臟移植好像比較多，其實有時候這是人性的一個選擇，腎臟如果不移植的話，他還有洗腎這條路可以走，可是肝臟移植呢…沒有，就等死。所以當親屬在面對肝臟移植的時候，他是不得不接受，因為如果他不做這個選擇，他的親人就會死，可是我們腎臟移植不會，他就洗腎就好了，所以在他有相對的治療選擇上面，你要強迫病人去接受移植，其實有相對的困難度，這個是性質上面絕對不一樣的，所以有的時候你要去勸活體移植，沒有那麼容易。就像我們兩年前有一個專員說他勸了好幾位活體移植，那我就很生氣地講說，你認為活體移植那麼容易嘛！？果然兩年下來才三個個案，其實說實在的，就是因為他有退路，所以他就沒有絕對的必要去做腎臟移植，除非這個會改變，不然這個現象不太可能有很大的扭轉。

主席

好，大家有沒有其他高見？請張院長。

張代表克士

主席、各位先進，首先，我已經提過很多次，我們心臟科，面對許多三高的病人，洗腎是我們下游，其中糖尿病就佔了將近一半。我覺得從另一個角度來看，反而可能是上游照護得很好，存活久了，才能留下來透析。也就是說，本來糖尿病的病人本來可能因心肌梗塞死亡，可是心臟科把他救活了，或者病患可能因感染、傷口沒有處理好等造成嚴重後果危及生命，可是我們把他救治好，病患存活了，上游的病人就越來越多，結果進入透析的人數就增加。

第二個重點，是剛才講的老化，雖然全世界都面臨老化的問題，但是台灣老化的速度應該是最快的，老化“速度”應該已經超過日本了，因為透析的病患中，65歲以上的人口佔比很高，而台灣老化的人口成長速度最快，是另外一個原因。

第三點，我想講政府的資源，政府提供的資源相當好，本來就醫看一般的疾病還需要部份負擔，當進入洗腎後就不用部分負擔，病患沒有任何財務上的壓力，然而，政府要教育民眾改變觀念珍惜資源，依今天所提供的資料，還有一百多個病患年紀已經很大、而且洗腎跟呼吸器一起用，這部分我覺得在適當的教育後，可能會改變；譬如說，現在 RCW 呼吸照護病房的病患已經愈來愈少了，原因是安寧緩和的推動，讓很多民眾簽了 DNR 不願意接受插管，我覺得就像剛才楊教授所講的應該要教育民眾，當安寧的觀念一直推動，RCW 病患就減少，這部分是有顯著成效的。

主席

好，謝謝。呼吸衰竭的病人現在確實有得到緩解，特別是從 ICU 最源頭去推動安寧，雖然過去我們在檢討 RCW 問題的時候，我們覺得一攤死水怎麼辦，RCW 插管住很久的病人有一定的死亡率，但要消化掉是困難的，所以我們就洽胸腔科的前輩給我們建議，與其面對已經在 RCW 很久的病人，為什麼不從還沒有進入的人著手，所以後來我們就極力去推動 ICU 還沒有插管前的 SDM，從源頭就不插管做起，而不是插了之後再去移除，經確實推動了三、五年，給了 ICU 的醫師在緊急情況下可以跟病人做安寧緩和的諮商、家庭諮商，也給付了這個費用，所以很感謝很多急重症的醫師從源頭協助我們，從源頭去啟動安寧，所以目前插管的病人數變少，這是第一個原因。

第二，是從 RCC 著手，因為 RCC 的脫離率也很關鍵，有些病人插管後，在 RCC 可以拔的時候，也要盡量努力，那個地方的拔除率也提高，在那裏如果以後要長期依賴的話，也啟動 SDM。因為這兩方面的努力，現在看到的是 RCW 的病人是少了，我相信很多收容 RCW 的地區醫院會感受的到，就是以前是一個病人死亡就會有新病人，現在下轉病人變少，總病人數也會變少。黃煌雄監委要求面對無效醫療，舉葉克膜、呼吸器還有洗腎，現在就只有呼吸器依賴病人減少是有成效的，但是洗腎沒有甚麼動靜，甚至我們也在會議上多次呼籲，多重器官衰竭的病人當他在面對洗腎的時候，是否再提供洗腎問題。我們也在監控這些病人，但至今效果也不是很好，這是我們在拜託大家幫忙的。這樣的病人你看 90 幾歲的也都還有，60 到 90 幾歲的病人是絕大多數，而且耗用的金

額是五百萬以上，這也是驚人的，但是他接受安寧的比例是奇低無比。如果是我們家人的話，那其實是真的很難過，因我們繼續在為這些病人提供透析的服務。另一種選擇就是腎臟移植，但是顯然提供很高額的獎勵金也成效不好。兩位教授又提到把它推到源頭，就是你三高沒有處理好，那張院長就說，就是因為處理太好，所以病人才會留下來，最後，就是那些都解決了，最後就會變成來面對透析，這個都很專業，其實治療病人的是各位，但是我們其實一直都在想這樣的包袱究竟該怎麼辦，而每年都還在正成長，一個很驚人的數值，各位看到的只是透析的總額，事實上這些人耗用的金額如果含他的醫療費用，其實都快一千億了，這是何等的壓力，所以說我們怎麼來面對問題，張醫師。

張代表孟源

大家好，其實剛才很多專家提到說這個責任不一定要放在腎臟科醫師，其實不僅是不應該放在腎臟科醫師身上，而且也不應該放在健保署的身上，這個問題應該是國健署的責任。因為人家做過體能的統計，一般我們台灣人運動到 25 歲後就不願意再運動了，然後 25-65 歲可能就是在拚事業，根本就在拼命工作、超時工作，運動量假如說從 40 歲這個年齡層的體能跟日本比較起來，我們的前三名是排在他們中間的中位數，這個是國健署他們自己統計的，所以我們的腎臟比較不好，糖尿病特多、高血壓照顧不好，但是偏偏進入慢性腎病以後，我們國人心臟又比較強，因為心臟病的死亡率又比較低，最後慢性腎病的患者長期存活者，可能通通跑到洗腎去了。

個人建議有兩個辦法，第一，鼓勵年輕人要繼續運動和有健康的生活型態，所以這是國健署的責任；第二，我是全聯會的代表，還是必須要在慢性病、糖尿病、高血壓早期高品質的治療與預防，個人在總額協商提出質的提高，因為同樣在慢性病、糖尿病、高血壓的病人，基層診所單一處方基層只有 800-1000 元，在醫學中心可能是 2000-2500 元，所以同樣是三高的病人為什麼基層的治療可能沒有達到高品質好好的治療的程度，所以慢性腎病的患者長期存活者又全部到腎臟科來，所以我是希望署裡面對於一些三高的治療，在一般的服務預算也可以適當的給予，這樣我們才能早期治療，那我們也會鼓勵民眾去運動，國健署不做的，我們也就幫他做，順便也幫國健署宣傳預防醫學。

主席

基層院所要使用甚麼藥物我們並沒有限制。

張代表孟源

不是，是因為預算不夠，點值太低的時候，他們就用不下去。

主席

基層的點值沒有不好。鄭醫師。

鄭代表集鴻

這是一個制度的問題，基層如果你藥物費用高就是加強抽審，那抽審大家怕被刪，這真的是一個制度面會造成大家用藥不敢用，真的是會有這個問題，這是一個問題。那我要講的是主席剛才所講的那個很嚴肅的議題，就是洗腎病人太多的問題，說實在我們也不希望台灣的洗腎病人多啊，因為一個國家洗腎的病人多，就代表這個國家很弱，這樣人家要併吞一下就被併吞了，我也不希望我的國家是這樣。當然我也很注意署長的媒體報導，署長對於這個議題上媒體不只三次，署長有看到重點：一、鼓勵移植；二、他也知道是糖尿病的關係，這是洗腎病人最大的來源。我們剛才很多前輩也提到糖尿病真的要好好照顧，但是最重要的還是說：不要得到糖尿病，這個才是我們很重要的關鍵。剛才孟源代表提到，這個國健署應該要負很大的責任，那我要舉一個數字，國健署自己做調查，我們的國中生 95%是每天喝一杯含糖飲料而且是大杯的，90%是每天喝兩杯，現在也有證實說，每天喝一杯就增加糖尿病的機率，再看看我們台灣流行病學的調查，在台灣剛光復的時候，其實是沒有甚麼糖尿病的，那就表示說我們在飲食、運動上，在糖尿病的預防上，真的是做得不夠，糖尿病越來越多，當然後續洗腎的也就越來越多，那這一塊是不是我們真的可以好好想想辦法，就是把國健署一起找來討論，我們已經花了快幾百億在洗腎了，怎樣不要再讓國人得到糖尿病，這是最重要最根本減少洗腎的方法。

主席

我們不是花快一千億在洗腎，而是洗腎病人花了快一千億的

醫療費用，因為我們的透析總額就快四百億，所以這是有差距的。有關國健署的建議，我們就都記錄下來，今天雖然沒有找他來，最起碼也要轉給他，因為這個都不是健保署講的，都是專家講的，當然這都是環環相扣，我也都可以理解，而且過去我們為了這個部分，也推動了 PRE_ESRD、EARLY_CKD，也都是想要在早期就把它處理掉，而不是讓他一直變成要去做透析，所以現在也是陷入一個人數成長的瓶頸，也都沒有比較具體有效的改善策略，雖然做了很多努力，但依然是在這裡，有關更前面的那一塊一定是要做的嘛，運動、飲食這些東西，然後真正進入到慢性病的照護，LANCET 都說我們照顧得很差，排 45 名，那盧教授還去平反了一下，但事實上慢性病是廣泛的，很多都是沒有處理好，慢性病的管理也是我們現在很大的重點，所以家醫計畫也要注重慢性病管理，各方面大家都有責任，不要置身度外，國人的健康就是醫界的責任，李代表。

李代表永振

剛才聽了這麼多專家的意見，有所感。一開始就跟大家一樣，聽到病人增加那麼多，床數也增加很多，那是需要，但每次在協商的時候，就說要打八折，現在還比較好了，我看他們第三季有比較提高，但聽專家講了之後，如果我們這些問題一直 run 的話，那問題永遠都存在，剛才有提到說藥不好，但是藥物的問題讓我想起 102 年 statin 的時候，我跟我同事研究半天，到底該不該給，後來結論覺得要給，因為患者得到後會活得比較久，但是我這個問題就去請教楊漢涑委員，他是說：「哪有，以前不敢吃肥豬肉，現在有了 statin 之後，就會去吃肥豬肉。」這就像你給他好的藥之後，他好像原來的戒心都拿掉了，所以這整個環節裡面，好像也不知道哪個是對的，當然剛才好像也有專家提到，我們的透析服務太好嘛，所以肝的話就沒有退路，洗腎的話就有退路，剛才張院長也提到，因為沒有部分負擔呀，所以就沒關係啊。所以這些是不是應該給健保署做一個參考，結構性問題如果不解決的話，問題永遠存在，剛才理事長和楊教授也有提到過，問題到底怎麼樣，要整個把它弄清楚。現在卡在國健署，健保會要請國健署來列席，現在八字都還沒有一撇，看主席有沒有甚麼 power 可以請到國健署來這邊。

主席

健保會的代表在後面。

李代表永振

健保會的議題還在講啊，我們這個月去金山的時候，共識營才要再提出來，看有沒有辦法，謝武吉委員也一直在追蹤，健保會的地位應該會比我們高一點吧，現在八字都還沒有一撇，大概我們還有得等，但不管怎麼樣，如果要解決這個問題的話，應該要打破過去，像這些資料各位專家一看都懂了，我們則看了都不懂，你這樣一直報有甚麼用呢？剛才提到的問題點，上游如果不真的把它弄掉的話，底下協商一直在講說我的打八折，那會繼續打，因為沒有減少的話，就是量越來越多，床越來越多，但是醫療費用的成長就是這樣，以前都是 4% 成長，可是你健保署弄一個 2 點多%，還有 4%，所以搞一個 3.5%，以健保署的角度好像是增加出來，到現在也不曉得為什麼當時會弄成兩個案，不管怎麼樣已經決定了，那就這樣做了，但是根本問題要怎麼解決，將來在執行這方面應該要更多一點說明，讓大家了解。剛才大家好像都蠻有想法的，但是好像都孤掌難鳴，那這又不是健保署這邊能夠獨立擔下來的，那就要請部長了，因為不管怎麼樣就是要解決！這是我剛才聽了之後的感覺，給主席參考一下，謝謝。

主席

好，謝謝。我想沒有關係，至少大家都有在提意見，但是其實提意見是一件事情，重點是要怎麼做，大家都有道理，但卻沒有一個比較好的集體行動去面對它，顯然我們沒有找到像 RCW 這樣一個關鍵性的對策，那這些對策可能還是要大家共同來研議，看看怎麼樣對這件事情可以有一個關鍵性的影響。請，鄭醫師。

鄭代表集鴻

突然想到我們署長過年前有拜訪教育部，希望把不要浪費健保資源寫入教科書，我建議是不是把糖尿病和腎臟病防治這一塊也寫入教科書，從小學一年級就教到六年級，我相信這樣一定會有幫助。

主席

現在中小學的課本有三家書商：南一、翰林、康軒，我們三家都拜訪了，都希望寫入課綱，當然要寫入的東西很多，這些寫的老師們說真的很多題了，因為要寫入中小學的題目很多，只是能寫到哪裡而已，我們從小扎根這件事情是一直都在努力的，那就大家的意見我們就通通收錄，再麻煩有想到關鍵策略的時候，隨時提供給我們，那我們這個案子就討論到這裡，謝謝。那剛剛的數字要更新。

醫務管理組林專委淑範

請各位代表翻到 23 頁，剛才林代表提醒我們的數字是誤植的，跟大家更新四個數字，第一個上面第 29 張投影片是在人數的部分，106 年全年，最下面的合計，那個數字是誤植的，是 88,832 人，第一個數字更新，88,832，在下來更新的數字是占率，106 年的占率在最右邊，腹膜透析的占率要更新為 8.41%，第二個血液透析數字更新為 90.35%，兩者皆有的，請更新為 1.24%，那謝謝林代表幫我們看到錯誤，謝謝。

主席

這個以後同仁要盡量避免這種系統性的錯誤，這個部分謝謝林代表。

廖代表秋燭

我現在想起來，以前就問過了，因為對照到就醫人數，比如說 106 全年，剛才我有算一下，因為腹膜透析、血液透析，兩者這裡面其實都會重複，所以造成算出來會大於 100%，是在以前就有人曾經提出來過、有解釋過，如果你現在把它更新這樣，降下來 100% 的時候，那個人數就變成你只能歸其中一種，所以定義上要寫清楚。

主席

沒關係，我想廖代表剛剛講的問題，跟醫管組現在更新的，回去都要再研究一下，更新之後的數據把說明講清楚之後，併會議記錄給各位代表，那就不再這裡花時間，可能定義上、計算上都需要再重新 review，好，那我們就進入第三案。

醫務管理組林專委淑範

就醫人數(血液透析、腹膜透析、兩者皆有)各季及年度統計均係按人歸戶不會重複。

第三案：106 年第 3 季門診透析服務點值結算報告

主席

謝謝，106 年第三季的點值結算，大家有無意見，請廖代表。

廖代表秋鐳

我只是想要請教，我後面看不懂，32 頁跟 35 頁，32 頁這邊，我們知道，在非浮動點數裡面主要是藥費，還有山地離島的醫療給付效益提升計畫跟保障偏遠地區的門診透析，在 32 頁這邊的血液透析裡，照理說血液透析主要是按照 package 給付，藥費應該是幾乎沒有，照理說是這樣，那腹膜透析就很多，我想要看一下 32 頁這邊的血液透析的核定非浮動點數裡面的西醫基層，總共大概是有 5,000 萬，醫院大概是 4,000 萬，兩者相加是 9,000 萬，對照到 35 頁這邊，有另外列出保障偏遠地區的血液透析，那這邊的基層是大概 796 萬，那醫院這邊是 0，下面也有備註，所謂的非浮動點數指的是什麼，因為這兩個差距很大，可不可以就是解釋一下，是不是山地離島地區的給付效益提升計畫，還是說，因為現在各區都有做他的管控方案，我在擔心會不會有些本來在基層總額，或有些在醫院總額裡面的藥費，各區管控方案都是斷頭的，如果把它移轉到洗腎這邊來申報，就可以規避掉他被斷頭的機會，其實這樣子就不太對，我是希望說，我不知道內容，所以拜託你們這邊可不可以幫我們解釋一下，檢查一下六區的申報，標準應該要一致，除了標準一致外，因為我們知道基層總額跟醫院總額的承辦人都不一樣，或許他們在申報上，所要求的也不一致，既然洗腎總額是一個獨立的總額，大家的標準就應該要一致，幫我們查一下。

主席

請醫管組回應。

醫務管理組洪視察于淇

請大家看第 34 頁，結算報表的第 6 頁，表頭是保障偏遠地區

的原始申報情形，在第 35 頁左邊呈現的是保障偏遠地區血液透析的核定非浮動點數，右邊是核定的浮動點數，因這些院所是保障偏遠地區，所以(右邊)核定的浮動點數被保障改成非浮動點數，就是第 32 頁(結算報表第 4 頁)結算數中血液透析的核定非浮動點數。

廖代表秋鐳

我看不出妳的保障核定，非浮動點數，有三項，各多少?我只是怕說有沒有人會規避掉，他在他本來的總額裡，應該要被斷頭的部分，而跑到這邊來申報，我只是質疑這點而已，請你們幫忙查一下。

醫務管理組洪視察于淇

斷頭部分在報表中看不到。

廖代表秋鐳

不是指斷頭，我是說他的申報內容，有沒有藥費。

醫務管理組洪視察于淇

沒有，完全沒有血液透析藥費，請看一下報表，第 32 頁結算報表中，血液透析的核定非浮動點數和第 35 頁右邊保障偏遠地區血液透析的核定浮動點數(加高屏 IDS)兩邊數字都一樣，即血液透析結算數中的非浮動點數全部都是偏遠地區保障而來的。

廖代表秋鐳

我只是要確認一下。

醫務管理組洪視察于淇

沒有，完全沒有，血液透析依現行規定不得另報藥費，如有申報，分區業務組將會進行核減。

主席

好，因為已經包裹了，這樣可以嗎，那大家還有無意見?若沒有意見，我們點值就確認了，依照程序辦理預告跟公告，另外就是專款的執行情形，如果沒有意見，我們就進到討論事項，討論事項第一案。

討論事項第一案：「108年針對慢性腎臟衰竭末期(ESRD)之病人，將已透析及腎臟移植病人之全部醫療費用列為獨立預算」之執行方式

主席

桌上有新發的一份補充資料，請開始。醫管組有無要補充？

醫務管理組劉科長林義

我來說明一下，健保會在協商今年的總額時，他有落下一個但書，在透析總額這塊，我們還是要持續推動腎臟移植，來減少透析的病人，他有決議說，把透析跟腎移植病人的醫療費用納為總額，根據健保會決議，規劃的方案，可能會朝兩個方向，現行的透析總額，只有包含透析，是不是我們把透析病人的所有的門住診費用，也都放到透析總額來，那這是一個考慮的方向，或者是，第二個，把腎移植的病人，所有醫療費用再併進來，第一層，先把所有透析病人的所有門住診費用，都歸到透析總額，歸到這邊用意是，假如我們腎臟醫師把病患照顧好的話，或許他去外面，因為其他的疾病，去就醫的機率就比較少，費用都會留在透析總額，這樣也可以回饋給我們腎臟科醫師，是這個考量，第二個是說，把腎移植費用的錢，也併到透析總額，你有鼓勵他去移植，移植的費用相對透析的費用，比較少的，我們有統計過，因為他去移植之後，所產生的醫療費用比較少，他原來的費用還是放在這裡面，如此也相對地鼓勵腎臟科醫師，鼓勵他去做移植，這是第一個考量，第二個考量是說，有代表講的，你會形成透析，你前面會有非常多的原因，不應該歸責於我這個透析的預算，比如說像以前也是，他本來就在基層跟醫院的總額內，還是說第二個方案就是說，還是這個總額再像以前那樣回歸，那這樣的話，以後留在基層或在醫院總額開會的時候，大家也可以在裡面發聲，你前端要顧好，等於說在那個會議大家可以發聲，就不用等到透析代表會大家來講，可是問題是，他們也沒參加這個會，又變成大家無從管控，這是幾個思考方向，重點是如何鼓勵腎臟移植這塊，這我們提出來讓大家參考，先提供我們一些意見，有需要數字試算的部分，我們會去試算，五月再來提出討論，以上說明。

主席

有兩個方向，一個是門診透析怎麼樣把它前端、後端，所有的治療，通通放在一個總額，另外一個是，透析不要獨立總額，回歸醫院總額跟基層總額，這是兩個大方向，目的都是希望，照護透析病人的責任不是只有腎臟科醫師，是很多科醫師一起來面對，只有跨科的團隊合作，才可以讓這件事情改善，但是如果一直維持門診透析是單獨的總額，這件事也不會有人理睬的，是不是？因為他必須是一個垂直整合，顯然這種總額的切法，是不利垂直整合，所以就兩種思考方式，聽聽大家的意見，花點時間，這是一個大方向，先討論一下，然後呢，有利於這個改變，最後要到健保會再去談，所以需要有共識，究竟要怎麼去處理門診透析總額，會比較洽當。從以病人為中心的觀點，大概就是只有這兩種方式，一種是把它從上游到下游都串起來獨立總額，或者是乾脆併回去醫院總額跟基層總額，從制度面來改變，那就開放大家來給我們一些意見，請廖代表。

廖代表秋錫

剛才聽主席這樣講，我的想法是說，如果你要把上下相關的費用串起來，我認為困難度可能蠻高的，若現在要這樣做，回歸到各自的總額可能會單純一點，我的想法是這樣。

主席

我們也有共同的感覺，張醫師。

張代表孟源

主席，各位代表大家好，透析總額研商會議又照顧洗腎透析及慢性腎病的功能，這是大的方向，關於這個議題兩個提議我是覺得這兩個完全是相斥的兩個極端。慢性腎病是台灣重大的問題與困擾，其嚴重性甚至舉世皆知。

我們先報告一下，在不同的總額有其不同的功能，比方說醫院，或基層總額，其實我們基層總額有十幾科，甚至有些細分到二、三十科，主席跟各位健保署的好朋友，也知道基層總額裡面的各科之間矛盾與問題非常的多，根本不可能有時間專注討論到洗腎及慢性腎病的治療及預防，也不可能專注到洗腎它的品質，

還有他的預後，那今天會有這樣的透析總額，我只能說這是台灣腎臟病患者及洗腎病人的福分，因為透析總額研商會議有機會都把注意力，都關心在洗腎的病人，才會有這樣的一個特別的總額。

另一方面就我們在基層總額的了解，例如說耳鼻喉科跟小兒科就吵成一團，內科裡面腸胃科跟心臟科也可能會有意見，腸胃科假如用 C 肝的藥或是 B 肝的藥，那別科又有意見。目前基層總額內部問題多且複雜，甚至基層總額內部連預算分配開會都開不完，怎麼可能會有時間擴大到慢性腎病防治相關的問題呢？遑論國建署、更別說擴大到運動、擴大到慢性腎病及早期腎病的防治及治療呢？

我個人的淺見，大家應該集思廣益來考量推動增強目前透析總額研商會議的目的及功能會比較好，謝謝。

主席

應該是說基層總額已經很多科，不差這腎臟科，醫院總額也這麼多科不差一個腎臟科，而門診透析病人之責任，大家都往外指，沒有往自己指，都是別人的問題，不是上游的問題，不然就是人口老化，都不是腎臟科醫師的問題，既然不是腎臟科醫師，那就是大家的問題，既然是大家的問題，財務就要一起處理一起面對。基層的問題，基層的科已經很多了，如果覺得腎臟科品質的管理，那當然腎臟醫學會還是可以成為基層的幕僚，而確實這些病人是看多科的，他不是只看腎臟科醫師。所以單獨做門診透析總額，是沒有全人照顧的。我們能做得當然從制度上去解決，但是醫病雙方的醫療問題，還是醫生跟病人的問題，這個都還是有所釐清，我再聽聽大家其他的意見好嗎，先請楊教授，等下再請張院長。

楊代表五常

剛剛提到要把醫院跟基層的透析要分開，始作俑者是我，把它弄在一起是我，來龍去脈，我想藉這個機會跟報告一下，2000 年的時候，透析在醫院跟基層是分開的，我們 2001 年花了一整年的時間說服了各個層級，各個醫院協會、區域協會、當時的健保局這樣才能溝通，大約在 2002 年把它整合再一起，理由是這樣，各位有沒有想過，把它分開，缺點在哪裡，第一，現在我們透析病人

的成長，對主要是在基層，當然醫院病人有得尿毒症以後是在醫院治療，我們是需要居家護理治療，鼓勵病人要回到居家去透析，讓他回到基層去，假如說現在有醫院的總額，基層的總額，假如說病人成長100%，假如有100個病人，以前是7、80%都到基層去，2、30%留在醫院，現在開始錢各自分開，以後恐怕你要推到基層去，基層不願意接受我們，基層的醫師一定抗議，因為你消耗掉他們的預算，那以後病人就會當作人球，誰會CARE他，基層他不喜歡，不歡迎，醫院搞不好恨不得把他丟出去，留在這裡，醫院又沒辦法像基層一樣，沒辦法擴充，其實當時我們是基於整個治療的觀念，才把它整合再一起，倒不是要為了錢，為了什麼，我們要回到原來歷史的那一點，第二個，醫院跟基層整合，其實這些基層醫師，也是從醫學中心訓練出去的，必須要有個整合醫療，你希望他們互相合作，病人才能適度的refer過去，我也希望大家認清這一點，至於剛剛您講的說，把前端後端整合好像把它弄成case payment一樣，不曉得臺大醫院當時是在引領，好像謝博生教授做一個實驗計畫，不曉得結果成果如何？在國外，我總覺得地廣人稀，病人也要跑到其他醫院，其他地區去，要去其他醫學中心沒有這麼容易，那我們台灣可以從這裡，台北跑到高雄，跑到哪裡，台北市可以換好多家，當然可以約束我們的病人，像我們也沒有很好的refer system，向國外你要refer你就需要有一定的制度才能夠轉，病人不能夠隨便跑，你像國內病人可以到處跑的話，那錢到底怎麼算，套進來看，所耗掉的資源，不管是基層或是透析，醫院總額，恐怕都要抱怨，我們除非把這個制度弄好，我們不管怎麼做都可以，我剛剛來的時候，停車時，遇到我們的盧理事長，我們提到說，再把透析跟移植在一起，其實多年前，10幾年前，也有這個構想，我覺得簡單的一點，何不把門診的移植的門診病人，跟門診的洗腎病人放在一起，鼓勵就是說，確實你好好做，移植把它做成功，確實醫療費用可以減將近一半以上，確實我同意把它弄在一起，我認為單純一點，你就門診的移植跟門診的透析，弄一個總額，那住院有麻煩，有排斥有什麼你需要住院，做很多複雜的東西，我覺得還是回到醫院去處理，以上。

主席

您的意見是門診的透析。

楊代表五常

門診的透析加上門診的移植病人。

主席

什麼叫門診的移植？是不是他移植之後的門診。

楊代表五常

對，因為剛開始在換腎的時候，還是需要回去門診。

主席

就是換腎之後的門診跟透析對不對，那透析的門診又是什麼意思，這是現在的嗎？那這些透析病人的其他門診醫療費用呢。

楊代表五常

那個就是我剛剛講的 case payment 裡面。

主席

沒有，那是 captation。

楊五常

Captation，沒錯，那剛好洪院長在這邊，剛剛聽到他在臺大，在雲林做了實驗。

主席

那個就是透析病人，論人，就會包括到他所有的門住醫療費用，其實我們第一個方案，就是類似這個概念，但是含住院。

楊代表五常

他的 refer system 不是這麼好，我不必曉得這個做得怎麼樣，我們聽聽洪院長的建議

主席

請洪院長

洪代表冠予

謝謝楊前理事長提出來，我不是很了解當時的狀況。其實「民眾的自由就醫」，的確是不好控制的變數。不過既然點到這個，我就稍微提一下我的觀點，基本上我覺得這個議題已經討論很久，往前走一步是應該的，應該要往這個方向去做。我有三個理由，第一個理由，我們現在不管是從國外或世界的趨勢，或者我們國內(不管是衛福部或者是醫策會)，都在推廣「疾病品質認證」。舉例來說，我們講說「馬偕醫院的腎臟科及三總的腎臟疾病照顧，到底跟國際怎麼接軌?，怎麼比?」，「腎臟品質的照顧，看哪一部份? 是看他 Pre-ESRD 做得好?，還是洗腎做得好?，還是看他的腎臟移植做得好?」，這個問題，依據很多醫療專家，與醫院院長，討論完的共識，當然是要一起評估。因為在腎臟病人的照顧是從初期到後期的照顧。如果大家也同意這樣的觀點，我們想知道腎臟病人的治療品質，跟國內外的比起來，不能只看洗腎(透析)一個，你就是要看全部。剛好今天所提的，從 Pre-ESRD，甚至從 early CKD 也納進來，CKD 的整個計畫，合併腎臟洗腎這一塊，包括 HP、PD 跟後面的腎臟移植，要整套做起來，才是負責任的做法，了解我們的腎臟病照顧得好不好。舉類似例子來說：心臟病也是一樣，你不可能說我只看導管，我的成功率高否；一定還有心臟衰竭治療，還包括電燒等等，才知道我們心臟團隊強不強。我想這是整體的照顧，所以我贊同合併的第一個理由，所謂的疾病整合本來就是垂直整合的，如果從這角度來看我認為應該做。

第二個理由，如果把這個議題分成三個提案來看：甲案就是維持現況。乙案，就是所謂的垂直整合；丙案就是回到基層或醫院的透析總額。然後我們來討論：「真的要改變嗎?，會不會不變比較好?，變會不會更有利?」，既然現況(甲案)有很多的缺點，往前走(採取乙案)，我們知道會碰到困難，但醫院就是要改變。健保署或者是醫管專家，在做各種的研議也是希望要朝向「變」的方向去做。雖然它會有困難，我同意剛才理事長提的，你要把它併進去，或是回到各總額(丙案)，應該先試算財務面。光這點可能就有很多要去協商。第一圈(pre-ESRD)加進來要多少錢，第二圈(腎臟移植)加進來要多少，這當然有些複雜，可是它是可以被計算的，只是估算的準不準而已。算完以後，當然後面可以有微調機制，甚至不是微調，可能是要中等的調。這些微調的過程中，

會慢慢形成共識，逐步往目標趨近。這種 approach 的過程與方式本來就是這樣。尤其現在對這種大數據的分析，電腦的預測，各種管理的方式，其實已經越來越清楚。基於這以上這兩點，我個人覺得，不管從「疾病整合照顧」的觀點，或是從「數字化估算」過去都整合這麼多資料，台灣的大數據做得很好，這是很有機會推動變革(採取乙案)的。

第三個理由：我們現在都強調全人醫療及 patient - centered care，我們在訓練 fellow，也不會只把洗腎做好，或只教他腹膜透析，我們是教他全人照顧。所有的理念做法，都在談全人照顧的同時，到這裡卻沒有達到全人照顧。今天很高興配合國家政府有這樣的理念要朝這樣的方向推行，我是絕對會支持。但是一個重點要講清楚，今天醫界若願意配合，他是執行的一方，他願意來做這件事情，那後面的財務計算與誘因，也要做改變。期待醫管或健保署專家們，是真的要算一個合理的方式，而不是一開始就想要省錢。如果這樣，醫界這邊也不想被省錢，一切就談不下去了。如果大家覺得這件事情是應該要做的，那財務估算的單位，跟執行(醫界)的單位，都要考量。因為執行的人是很辛苦的，現在照顧病人，我們也討論過這樣的問題，假設我單位的腎臟科醫師，我只要照顧一些病人，透析、照顧洗腎室等等，我做這樣子，假設我每一次醫療行為賺 10 元，但是我參與這種垂直整合以後，我可能要花 2 倍的精神，或一倍半的精神，我可能只得到 10.2 元，只多 0.2 元，但是我們如何讓醫師願意做這塊時，他的誘因跟對病人產生的 value，這時候不能用太少的誘因，去希望他促成太大的改變。我會覺得說要往前走，不敢講一定要讓利，但至少應該要公平公正。我們本身在做醫療品質，如果今天我們去向民眾溝通這個「整合與整體照顧給付」的想法，不見得每個人聽得懂；聽得懂的一群人，也許他也會覺得很難；但垂直整合本來就是未來很多疾病照顧的趨勢，當然它有困難，但是困難不代表不能變革，否則現在不改變，未來更不可能提升。

主席

謝謝洪院長，洪教授，其實這就是本案之意見，這個會議，每次都在講透析的品質有多好，then?，怎麼辦?這只是其中一個階段，這階段是很長，沒有以病人為中心的觀點，我們永遠都在檢討誰沒有做好，自己做很好，這樣事情是無法解決，還是要去

把它串在一起，上中下游，能夠把這個病人照顧好，才是我們的驕傲，而不是其中一段做好而已，而那一段病人並不舒服，並沒有真正把病人治療好，只是 maintain，他並沒有解決問題，我們再開放大家表示意見，請林醫師。

台灣腎臟醫學會林元灝醫師

主席，各位前輩大家好，我是林元灝，腎臟醫學會，我們在討論到這個移植要併入整合透析總額時，我們有個最大的擔憂，是不是要跟腹膜透析一樣，他要保障點值，這是我們最擔心的，因為很有可能為了一個鼓勵方案，結果很多東西都被保障了，最後犧牲掉的，是那些血液透析的病人，老實說，他們也是人，他們的費用難道就應該浮動，其他人就不應該浮動嗎？事實上我們從頭到尾都希望說，真的要在這個預算裡面來講的話，我覺得所有的東西都沒有，要浮動，包括藥水在內，我覺得應該是這樣，以上。

主席

好，謝謝，這些都會錄案，今天先有個方向，左右上下稍微有點概念，再來談細節，請洪代表。

洪代表冠予

林元灝副秘書長剛才提的事情，跟我的想法是一樣的。我也希望，假設我們最後選擇是垂直整合的方案，把移植納進來；第二步，不能只保障移植，而是 add-on，要將這個餅變大，不能壓縮洗腎那塊。我的建議是說，如果希望可以 provide better care，更能夠 patient-centered，包含人員訓練，主政者(健保署)對於我們這個整合照護的金額要稍微大一點，甚至在健保會裡面，我們就要談清楚這件事情的價值(value)。讓每個人都有往前走的動力，那我想，這是一個可以做、而且值得做的事情。

主席

謝謝，大家還有無意見？請鄭醫師。

鄭代表集鴻

我個人很贊成洪院長講的，我們不管組織還是團體，還是整個國家，都要追求改變，改變當然是希望能夠變得更好，我相信我們在健保制度改變的目標，應該是有兩個，第一個一定是希望病人好，我們照顧末期腎臟病人，希望比原來更好，第二個當然是希望可以省錢，應該是這樣兩個目標，能夠同時達到是最好，如果說無法同時達到，應該是不能犧牲病人的利益，然後只要求省錢，這應該是我們基本的想法。剛剛科長說明這個案子的時候，如果把移植跟透析併在一起，會因為說，病人去移植，費用會減少，點值會增加，那這樣大家就會鼓勵去移植，聽起來感覺好像是合理的推論，但是事實上並不會這樣。就好像醫院總額或基層總額，勸大家不要多做，點值就會高，看得少，錢又多，那事實呢，事實不是這樣，這是管理學上的「囚犯的困境」，當你沒辦法控制別人的時候，你會一直衝量，大家一直搶量、拚量，然後點值就一直降，這是事實，跟我們當初預期的不一樣。就我個人來看，把透析跟移植併在一起，可能的結果就是，大家就會抵制，就是反而沒辦法鼓勵去換腎，達不到那個預期效果。大家不會期望說，點值上升，來保障自己，大家會希望說，自己手邊的業務量能夠守住為主，真的是一種心理學上必然的現象，我們可能不要做這麼樂觀的預期。所以像現在我們要做這個改變，是一個很大制度的改變，我相信影響的層面，會非常大，除了影響病人，影響醫療院所，甚至整個社會都會有影響，決策階層，要做什麼制度，決定的時候，要很廣泛納入專家意見，很審慎的評估預期效果，這樣才好，不然如果只是單純這樣想，就去做，後果可能完全不是我們想像的，如果預期效果出不來，怎麼辦，我們希望說這樣併在一起，會增加腎臟移植，但是萬一沒有呢，誰要負這個決策責任？這是不是我們後續也要想好，這是我的看法。

主席

謝謝，理事長。

盧代表國城

我就再提出一些淺見，我想第一個就是說，假如真的說跟移植結合在一起的話，假如下次的討論，在討論的過程，不是只有

健保署或是腎臟醫學會，也要有移植學會的人進來，也要讓他們充分的了解，不要只是我們片面的決策，那移植學會那邊，我們也不知道他們在想什麼，那第二個可能就跟這件事情沒有關，我們把自己在世界各地開會的小小心得跟大家分享一下，我們看到在北歐，在瑞典，挪威，每100洗腎個病人，65個病人會換腎換掉，你在英國，當然可以56個病人換腎換掉，那台灣呢，你一年就大概2、300，所以我們每100個病人幾乎就是完完整整100個病人在那邊洗腎，他們有一半左右的病人就不見了，因為都去換腎了，那我們看馬來西亞，我有跟馬來西亞的腎臟醫學會理事長聊，我們就開玩笑，嘲笑他，馬來西亞的土地是台灣的四倍，換腎竟然沒有比台灣多，那他給我的回答，就讓我嚇一跳，在我們穆斯林，24小時斷氣以後要入殮，當沒有入殮了，就對祖先不尊重，對阿拉的不尊重，這種器官移植本身就是泯滅人性，違反人性宗教，違反倫理，在他們回教他是這樣想的，反過頭來看看日本，日本腎臟醫學會，他幾乎也是不動於衷，有時候這樣文化跟這些的認知是差距很大的，尤其東方，這些佛教，喇嘛教，道教，我過去碰過很多希望，換換換，就例如這個阿嬤去問廟裡的師傅，師父說不行，要保持全屍，那幾乎就沒有了，所以有時候碰到文化的差異，我們很挫折，另外就是碰到法律這部分，那我想，例如說，這陣子在歐洲，還有美洲一些少數的國家，你只要沒有簽拒絕，那幾乎都是同意，萬一沒有什麼事，器捐都可以，那台灣例如說，我們目前活體捐贈還限制在五等親，不像美國或歐洲，我好朋友也可以捐，那我們屍腎既然沒有規定，為什麼活腎要限制到五等親，事實上很多法令的規範，在台灣往往我們也碰過家屬都簽了，最後一個阿公從日本回來，或是他的阿姨從英國回來，就說不行，就全部都翻盤了，那很多這種法令程序問題，會讓很多外科醫師不敢去動刀，麻醉科不敢上麻藥，一上下去，他又要被告，我們醫院也有一些醫師去做了之後，最後另外一批家屬來告，那醫生就每天跑法院，跑到最後，大家就心灰意冷，我想事實上我們是不是同步請法務部，或是比較友好的立法代表，這些在法律上的鬆綁，在台灣這方面是相當嚴格的，假設沒有法律鬆綁，那我們再多的努力，再多經濟上的誘因，那大家可能會用自保的方式，這個我想只是稍微提供一下，就是鬆綁法令這塊，要有一部分的人要來做一些努力，謝謝。

主席

謝謝，張院長，然後羅院長。

張代表克士

我想請教，當時透析成為獨立總額的原因為何？當然我想楊教授有提到一些答案，我想要說的是，因為透析並不是法定的總額，不像中醫、牙醫是法定的總額區分，會把透析獨立出來的原因必須先釐清與解決。我贊成洪院長說的，從“以病人的為中心”以及疾病整合的角度，是可以而且合理的，但是預算的區分或分配就很困難，也很難算，例如像 early CKD，我們心臟科的病人可能比腎臟科的病人還要多，病患可能來心臟科要看高血壓，可是他已經有 early CKD 了，這要在預算做區分確實很困難，除非把它回歸到原來的總額去。

主席

謝謝，羅院長。

羅代表永達

主席，各位先進，剛才都有提到，剛才可以歸納成四個方向，第一個就是上下游的整合，第二個就是健保會，把腎臟移植納進來，第三個回歸到醫院總額跟基層總額，第四個就是維持現狀，剛剛講的就是這四個方向，那因為每次總額協商，都是我代表醫界，跟他們協商，所以我擔心，每一次的總額，你要把它割出來，在健保會協商，現在目前所講的，跟到時候會給的錢是不會一樣的，所以光要整合這件事情，我們以病人為中心，絕對是對的，問題是現在整個健保走到現在的情形下，在實務上做不做得得到，我舉例，假設我們現在把心臟科，把新陳代謝科，把這些人都找來的話，我們成立一個這樣的一個單獨的一個總額，開會不知道怎麼開，因為每個人，都有每個人的想法，那當時剛才楊教授有提到，當時在合作的時候，我就有參與，那當時說實在話，這樣的獨立總額，雖然不是法定總額，這麼多年來，大家可以聚焦在這個地方，談同一件事情，這是很難得的事情，如果你把它打散，以後既沒有人去談這件事情，你把它擴大是好事，可是很多的疾病都需要這樣談，例如我說癌症好了，也要這樣子，從怎麼樣造成癌症，我們要講的，CA 要講 colonCA，又是一種疾病上的垂直

整合，那他的疾病的，像肺癌跟大腸癌，這幾年又變得很高，真的去解決這個問題，就涉及到另外一個疾病總額，那疾病總額會講不完，那說實在話，健保署本身的能力，只是在分配錢而已，他只是財務的部分，剩下的東西，是更高層，例如衛福部、國衛院，他應該在那個層次出來整合有一些意見，有一個計畫的時候，再拿來這個地方，再來討論錢怎麼辦，否則在這邊去談，怎麼樣去做，資源是最有限的，事實上這個非常的不科學，這是我個人的看法。包括剛才講的，上下整合，不管你是要找哪些是所謂的相關人員，每個醫學會再去推派代表，參加這樣的會議，再去考慮，我覺得這應該是國衛院，或是衛福部的事情，怎麼會是我們在這邊牽扯一個代表會呢，那如果說，假設按照健保會那個，我不曉得健保會在上次的會議為何有這樣的決議，我舉例，我不曉得我們去年洗腎，移植的數目總共多少個，假如把它納進來以後，大家是希望多一點移植還是少一點移植，因為總額已經納進來了，他每少一個，他每一個錢就可以拿到這邊，就可以犧牲讓點值好一點，大家會不希望那個腎臟移植，理論上大家認為說，腎臟移植會減少洗腎的數目，可是我們希望每年再增加這個數目，就會稀釋我們的洗腎的點值，這是理所當然的事情，那大家希望這樣子做嗎，這樣有沒有真的去鼓勵到去做腎臟移植，這是很矛盾的，第三個，就是回歸到醫院或是基層總額，說實在話，我們醫院協會很多人都在說，要回歸，基層都說不要，理由就跟剛才楊教授講的一樣，事實上每一年基層的成長永遠都大於醫院，你看所有的數字每一年、每一季都是這樣，真的要回歸嗎，我今天不代表醫院的立場，我們在這裡以病人來談，否則要以醫院的立場，好啊，回歸對我們來講是好事，可是當時就是為什麼要弄成這樣，希望好好照顧我們洗腎的病人，我們醫院或是基層的部分，我們就合在一起，否則我清楚地知道，醫院每一年拿出來的錢，為什麼每年都在修正，那個錢都在基層成長的比較多，要回到那個樣子嗎，如果都不是的話，包括健保會的前輩們，也要去了解，現行的制度，事實上是有很多好處，我們能夠在這裡一直討論，著重在洗腎的病人，從這裡做出發點，雖然說我們 PreESRD 現在回歸到腎臟科比較多，但是 early CKD 的部分，事實上也是從這裡當一個出發點，去擬定一個計畫，去把它納進來，事實上，他反而是比較有效率的方式，我個人覺得，維持現狀，可能是不得不做的事情，以上。

主席

楊教授。

楊代表五常

我們的回歸，當初是因為透析的費用越來越高，所以導致健保很早就叫腎臟醫學會，把它成立一個透析總額，我當時在當理事長的時候，謝伯生教授一直在跟我講應該要接受，我們腎臟醫學會的幾個大老都不同意，所以我們也召開了很多會議，到最後，由於我們沒有接受，以至於健保局自動的，把醫院分出一個叫做，醫院門診透析總額，基層的，分出一個基層門診透析總額，他用意是希望藉著控制你們，希望要減低這個費用，但是我剛才跟各位報告過，你要不然就全部都不要，透析全部醫院的就回歸到醫院，基層的回到基層，因為當時健保局，把醫院分成醫院門診透析，基層門診透析，怕將來病人會面對當人球，沒有人願意接受，才不得不把這兩個合在一起，所以今天要嘛，就是繼續維持現狀，要嘛就是所有的透析總額都不要，醫院的歸醫院，基層的歸基層，以上。

主席

謝謝，好多選項，現在慢慢濃縮成兩個選項，其實技術比較可行的當然是直接回歸原來的總額，技術是最可行的，但是中間的提案(proposal)當然是考驗很大，因為都不好計算，以後這個會，也不知道要找誰來開，代表代表，也不是只有腎臟科醫師，牽扯到太多，也有操作的困難，今天是今年的第一次會議，我們開放聽聽多方的意見，剛也聽到全聯會代表的意見、心聲，基層診所的想法，也有醫院的想法，還有其他醫院協會代表的想法，多元的聲音，確實都有貢獻到這個議題上。剛剛理事長也提到說移植的法規鬆綁，雖然無涉本署的業務，我們也會把他轉給李董事長(我們的署長)，器官捐贈中心的董事長，如果將來要討論這件事情，移植學會也要請他來，這些我們都會錄案。今天因為是第一次討論本案，我們是開放的，沒有預設立場，所有的可能性都提出來。也謝謝洪院長，洪院長從學界的角度，從怎麼樣教育一個醫師的角度，來看這個資源如何切割，其實是很重要，門診透析是片段，來談這個品質，其實都是見樹不見林，最後病人結果是沒有比較好。那請問還有其他要再補充的意見，鄭醫師。

鄭代表集鴻

我再說一下，就是要推廣移植，剛剛盧理事長提到法規鬆綁，主席說要報告給李署長，那另外一點就是，除了放寬五等親以外，剛剛盧理事長有提到。

主席

與法界與宗教界，這都講了很久。

鄭代表集鴻

最近荷蘭與法國都通過，如果民眾沒有不同意，就當作願意捐贈器官，我們來推廣這個法案，可能還比較實際。

主席

這已超越健保署的權限，這可以錄案，但這要回到法律層面。

鄭代表集鴻

這是最根本的辦法。

主席

有些國家在發駕照時詢問。因為開車容易因意外死亡。

鄭代表集鴻

他會問兩次，如果沒拒絕就表示同意。

主席

我們會錄案，但要探討誰是主管機關，再轉文給他。

鄭代表集鴻

第二點有討論此議題，會邀請其他單位參加，我建議找管理學院教組織行為課程的教授參加，這是心理學的問題，我們的構想與實際發生的行為可能會不一樣，我認為醫院經營者，應該不會把洗腎與換腎病人預算合併在一起，就會推動換腎，這不符合經營者的思維。是否能請專家評估及建議，是否可達到預期效果？不要貿然實施，結果可能不如預期。

主席

這個可以錄案，管理學及心理學範圍大，這也超越我們討論的範圍。我了解這是從經營者的概念去思考。今天代表的建議都會錄案，針對此議題會再另外成立專案小組，邀請該項領域專家進行討論，若有完整草案，再到透析研商議事會議討論。屆時再邀請大家撥空參加專案會議。今天這項議案討論在這裡。接下來進入臨時討論案

臨時討論案：有關「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」增訂計畫結案後，尚未取得慢性腎衰竭需定期透析治療之重大傷病證明者，亦可申報活體腎臟移植團隊照護獎勵費(P3411C)之相關規定

主席

這個案子，鄭醫師剛才提到是否能放寬？原來有5萬點用來獎勵活體腎臟移植，鎖定在Pre-ESRD階段。陸續有醫師反映除了Pre-ESRD階段外，若病患尚未進入長期透析之前，如有推動腎臟移植，也應該要獎勵。所以將獎勵時間放寬，放寬到病患取得長期透析治療之重大傷病證明之前，只要有鼓勵做活體腎臟移植，而且成功，就可領取「活體腎臟移植團隊照護獎勵費(P3411C) 5萬點」的獎勵。若無意見就是通過了。

鄭代表集鴻

意思是病患雖然洗腎一段時間，但還未取得重大傷病卡之前，就可以

主席

對。

鄭代表集鴻

若真要鼓勵，是否不要有限制？不管他洗腎多久，只要有去換腎就好。

醫務管理組劉科長林義

剛才討論案就是病患已經長期穩定洗腎，理論上應該在透析預算。要如何鼓勵他去腎臟移植；現在是還未進入長期穩定洗腎，

在取得重大傷病卡之前，這段期間還不穩定，可能是急洗或其他情況，但Pre-ESRD已經結案，以延長方式銜接到透析階段。病患已經長期穩定洗腎，就不應該以前面這種方式鼓勵，在透析預算是以結合或其他方式去鼓勵。

鄭代表集鴻

就鼓勵層面來講，只是為了程序上的銜接嗎？

主席

應該不是，不只是為了程序，其實是在長期穩定透析之前是最有效益的，若已透析十年再做移植，效益就比較差。

鄭代表集鴻

有個實例，病患開始洗腎後，他的媽媽考慮捐腎給他，從去腎臟移植門診、檢查、看報告，來回的時間將近3個月，再加上考慮的時間，可能超過3個月。

主席

但病人從Pre-ESRD到取得重大傷病卡之前的時間也很長，用好幾年來計算。

鄭代表集鴻

通常開始洗腎半年內會發重大傷病卡。

主席

後面這段都還有半年，前段Pre-ESRD也有很長的時間。如果是思考期，前段有很長的時間，若完全沒有鼓勵的結束點，可能透析很久才要換腎，效益就比較差。

鄭代表集鴻

這樣也好。

主席

與其這樣，不如鼓勵更早換腎，所有費用已用盡，再來做移植，從資源的效益面就比較不好。

曾代表志龍

從實務上講這問題，病人在 Pre-ESRD 階段，家屬通常不是希望換腎，而是身體會好嗎？通常在 Pre-ESRD 第 4 期以前，幾乎不會考慮換腎。而是嘗試各種方法，中藥、民俗療法…，看看身體有沒有機會回復。大家在臨床上很清楚這種心態。會考慮換腎，通常是已經開始不舒服了。看到病人很痛苦，家屬才會考慮是否要移植？通常時間已經很短。鼓勵案的精神很好，但在臨床實務上，幾乎是有些脫離現狀。有幾位 CKD 第 4 期的病人會想到換腎？換腎不會是考慮的要件。如果還用這種心態，就是與事實脫離。

主席

病人雖有想法，但因醫病資訊不對等，醫生要告訴病人事實是什麼？病人生病當然希望會好，但醫療有其極限，醫生要告訴病人實話。而不是讓病人抱著不確實的期待，最後卻落空！醫病溝通在某些關鍵時刻告訴病人真實情況，提早思考這個問題。請楊教授

楊代表五常

未到透析，想做移植，有辦法、有錢的病人大多到對岸去！一般小康家庭就自己換。我覺得除了要鼓勵照護的 CKD 團隊，還有補助捐贈者。我做過很多還沒透析之前就換腎，像夫妻、兄弟姊妹等，家境有些勉強困難；因為換腎，事後比須請假，因此沒收入，還需要人照顧。有些年輕病患因不敢請假而放棄看病，所以可以考慮適度補助捐贈者營養費或是其他補助名詞。根據統計，如果換腎成功，第二年的醫療費用是透析病患的 3-4 成。省了很多醫療費用，可以考慮將節省的錢，適度補助捐贈者。

主席

補助給照護的移植團隊及捐贈者，我們都曾經考慮過，但提供補助給捐贈者，又擔心被外界認為是為了錢才去捐腎，有對價關係，造成錯誤的聯想，變成不一樣的感覺。所以過去器官捐贈都沒給器官捐贈者錢，不論是活體或屍捐，捐贈就是無償。但家屬之間器官捐贈，在器官移植登錄中心有個好處，未來幾等親若有需要，可以比一般人更優先排名，是捨得的觀念，用此方式鼓勵。若以金錢鼓勵，現在貧富差距大，易讓大家有錯誤聯想。另

外健保費用花在病人身上，捐贈者不是病人。現在健保支付捐贈者的相關醫療過程費用(自屍體或活體取器官、器官保存、器官移植)，過去器官保存液不支付，現在有支付，因過程需要；活體移植特別是腎臟移植推動成效有限，可能是需要一個團隊與病人溝通，需要長時間與 SDM 說服，特別是家屬，所以才說獎勵費要回到移植團隊(包含醫師與勸募團隊)，這是原先設計的初衷。但楊教授所提錢補助給捐贈者，我們以前都討論過，擔心被外界認為是為了錢才去捐腎，造成錯誤的聯想。

楊代表五常

並非要給捐贈者 50 萬或 100 萬，只要補償捐贈者捐贈手術時及手術後短時間沒工作即可，如 5 萬、10 萬、15 萬

主席

工作損失的補償，健保不能支出。

楊代表五常

可以協調哪個單位給他補助？一般受薪階級每月 3-4 萬元，手術後可能至二週沒辦法工作。

主席

這可能從其他角度，請假的工作損失的補償，這不是健保的給付項目。在勞保算是現金給付，這部分很難健保全包。獎勵移植團隊，大家有其他意見嗎？稍微放寬，再逐步討論。

顏代表大翔

這樣修訂是好的。但是文字上有些疑慮：重大傷病證明有核准 3 個月及永久兩種。

主席

這裡提到的是永久的。

顏代表大翔

如果把「需定期透析治療」改成「需永久透析治療」，應該會比較清楚。因重大傷病證明有時只核 3 個月，定義就不清楚了。

主席

需定期透析就是指永久，永久加括弧(永久)，讓大家別誤會。

林元灝醫師

顏醫師已表達。拿到重大傷病證明約需1年。我遇過家屬想換腎給家人，他們猶豫很久，甚至病患本人不想要，中間磨合期約1年，甚至1年以上。若真要鼓勵移植，除了團隊可以協助外，同時將時間放寬到1年，我覺得是最恰當的。

主席

現在就是指永久卡，大約是1年。大家對這樣的修正有意見嗎？如果沒有修正通過。楊教授所提補助營養費，再看是誰來認養。絕對不是健保署，我們包山包海，不能再包到現金給付。

楊代表五常

為什麼申請重大傷病卡一定要申覆5-7次才核發，個人覺得沒必要如此。鑑定條件都很清楚，為何審查委員需要這樣？

主席

這個問題下次解答，重新檢討流程，謝謝楊教授，下次檢討後，再向大家報告。今天會議開到這裡，謝謝大家。

數據更新-106年第4季醫療利用概況

106年第4季透析就醫人數

透析類別	人數			成長率			占率		
	105Q4	106Q4	106全年	105Q4	106Q4	106全年	105Q4	106Q4	106全年
腹膜透析	6,418	6,369	7,474	1.13%	-0.76%	0.09%	8.33%	8.04%	8.41%
血液透析	70,212	72,435	80,260	3.20%	3.17%	3.00%	91.15%	91.44%	90.35%
二者皆有	400	408	1,098	-0.25%	2.00%	-5.99%	0.52%	0.52%	1.24%
合計	77,030	79,212	88,832	3.00%	2.83%	4.36%	100.00%	100.00%	100.00%

註1：製表日期：107年2月5日，資料來源：擷自106年2月2日本署二代倉儲資料。

註2：透析類別以申報血液透析或腹膜透析任一醫令之人數合計

(1)血液透析：58001C、58019C、58020C、58021C、58022C、58023C、58024C、58029C、58025C、58027C

(2)腹膜透析：58002C、58011A、58011B、58011C、58017A、58017B、58017C、58026C、58028C

(3)兩者皆有：當季曾申報血液透析及腹膜透析之病人

註3. 成長率為與前一年同期比較。

註4. 人數係依不同透析方法各自歸戶，故合計值等於3項欄位加總，不會重複計算。