

# 「全民健康保險醫療給付費用門診透析服務研商議事會議」

## 102 年第 2 次會議紀錄

時間：102 年 5 月 15 日(星期三)下午 2 時

地點：中央健康保險局 18 樓大禮堂(台北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

主席：蔡副局長魯

紀錄：廖子涵

出席代表：

干代表文男	干文男	吳代表瑞堂	吳瑞堂
阮代表明昆	阮明昆	林代表文德	林文德
李代表素慧	李素慧	林代表全和	林全和
林代表文源	林文源	陳代表敦領	陳敦領
林代表裕峯	林裕峯	陳代表雪芬	黃雪玲 <sup>代</sup>
陳代表漢湘	吳志仁 <sup>代</sup>	張代表克士	張克士
莊代表志強	莊志強	黃代表月桂	請假
張代表孟源	張孟源	鄭代表集鴻	鄭集鴻
梁代表淑政	梁淑政	蔡代表宗昌	蔡宗昌
廖代表秋鐳	廖秋鐳	謝代表武吉	謝武吉
蔡代表淑鈴	蔡淑鈴	潘代表延健	潘延健
羅代表永達	羅永達		

(依姓氏筆劃順序排序)

列席單位及人員：

行政院衛生署	周雯雯
行政院衛生署全民健康保險會	林宜靜、方瓊惠
台灣醫院協會	王秀貞、何宛青、吳心華、楊智涵
台灣腎臟醫學會	林元灝、林慧美
中華民國醫師公會全國聯合會	劉俊宏、陳哲維
本局資訊組	姜義國
本局企劃組	詹孟樵
本局臺北業務組	陳佳叻、蔡慧珠

本局北區業務組	盧珮茹
本局中區業務組	徐麗惠
本局南區業務組	李麗娟
本局高屏業務組	陳惠玲
本局東區業務組	江春桂
本局醫審及藥材組	王本仁、蔡佳倫
本局醫務管理組	林阿明、張溫溫、劉立麗、張桂津、 洪于淇、鄭正義、楊耿如、楊秀文

一、本會 102 年第 1 次研商會議紀錄，請參閱（不宣讀）確認（略）

二、主席致詞：（略）

三、報告事項：

（一）案 由：確認本會上次會議紀錄。

決 定：洽悉。

（二）案 由：本會 102 年第 1 次會議結論事項辦理情形。

決 定：洽悉。

（三）案 由：門診透析總額執行概況報告。

決 定：

1. 有關專業醫療服務品質指標監測報告-脫離率部分，建議整體統計不須區分血液透析、腹膜透析。
2. 有關滿意度調查發現自費比例增加之情況，請台灣腎臟醫學會協助向會員宣導，並建議呈現各層級收自費情形。
3. 下次會議提供有關外籍人士使用本國門診透析之情形。
4. 餘洽悉。

（四）案 由：101 年第 4 季門診透析服務點值結算報告。

決 定：

1. 確認 101 年第 4 季點值，如下表：

季別	浮動點值	平均點值
101Q4	0.79806099	0.82255865

註：平均點值含鼓勵非外包經營透析院所 1%預算

2. 依全民健康保險法第 62 條第 3 項規定，一併辦理點值公布、結算事宜。
3. 有關門診透析醫院部門與西醫基層部門分攤方式之風險校正，將於健保會中討論。

**(五)案 由：**102年度各部門總額執行成果評核會議-門診透析服務醫療服務品質報告，報告單位推派案。

**決 定：**102年度門診透析醫療服務品質報告，將請台灣腎臟醫學會派代表於評核會議進行報告。

#### 四、討論事項：

討論案 提案人：鄭集鴻、李素慧、阮明昆

**案 由：**建請釐清併用呼吸器之透析現況，並發展應對策略。

**結 論：**

- 一、建議符合一定條件，即同時使用呼吸器及透析治療達三個月且 Glasgow Coma Scale 8 分(含)以下之病患，由主治醫師啟動安寧緩和家屬諮詢，並依其意願進行安寧透析。
- 二、本案將送健保會及健保小組參考，並將推廣本類議題至各總額部門研討。

**五、討論事項之與會人員發言摘要，詳如附件。**

**六、散會：下午5時35分**

## 附件-「討論事項」與會人員發言摘要

討論案:建請釐清併用呼吸器之透析現況，並發展應對策略。

### 蔡主席魯

請各位代表發表意見，如果大家有共識則可考量研究推動。

### 鄭代表集鴻

提案源起是因監察院黃煌雄委員於100.4.16召開無效醫療研討會，有提到長期同時使用呼吸器及透析治療病人這個問題，上個月(4月23日)有到北區健保局召開座談會，邀請基層醫師參加又提到這件事情。Allan J. Collins醫師是美國腎臟數據系統(USRDS)的主任，上個月有來台拜會衛生署長並公開演講，提到站在醫療者的立場，把病人照顧好是最重要的，透析費用要如何控制，透析費用可否降低，主席提出三個方法，第一不治療太虛弱的病人，第二實施總額，第三包裹給付；台灣比美國進步很多，第二、三點我們已經做了好久了，第一點的部分他提到太虛弱的病人，像英國75歲以上的老人是不鼓勵治療的。配合黃煌雄委員所提議題，再加上前幾次會議大家有提到呼吸器合併洗腎的議題，所以在這次會議提出，請委員們共同討論是不是積極面對這個議題，原本提案思慮不周，經過高人指點後修改為今日提供之更新版本，希望先透過初步調查，瞭解病患與家屬之態度與意願，再來配合發展安寧透析指引原則。

### 羅代表永達

監委提九四共識時，談到無效醫療，我們發現數據有被誇大的情況，譬如當時提出呼吸器使用每年佔去健保200多億，事實上這200多億元有些是含一剛開始ICU、RCC的急救費用，真正到64天之後(RCW)，後來發現費用大約70億元，200億元與70億元落別是很大的。

本案說明二提到現況約有6000位同時接受呼吸器及透析治療的病患，耗用約30億元，我數學不是很好，估計大約也才3300多萬元，30億元與3300萬元相差100倍，很誇大，30億元與3000萬元兩者考慮方式會不同。

這個委員會談的是門診透析的部分，但呼吸器合併洗腎是屬住院病患，用的是醫院總額，怎麼是由基層門診透析理事長提出？在門診透析總額談其他總額的事，立場不太一樣，感覺此案是為提案而提案。

合併使用的病人，是先洗腎或先使用呼吸器？有95%以上都是先洗腎之後才使用呼吸器的，那應該檢討什麼時候不要洗腎，一剛開始就不要讓他

使用呼吸器。我請教過很多醫師包括胸腔科的，由於呼吸器病患需要管灌飲食，然而管灌飲食都很濃稠，需要大量水稀釋，水的總量會超過1000CC，造成肺水腫的機率蠻高的，由於長期臥床血流量低，洗腎效果相對會比較差，每週洗腎由3次改成2次，等於是放棄病患。

最近在積極推動安寧照護，包括癌症安寧緩和醫學會也在推廣，很多區域與地區醫院醫師慢慢在加入，所謂的安寧是給予並非奪取，是對病患更好給他尊嚴，給予更多選擇，並非以經濟考量直接介入，應回歸醫療或家屬本身的尊重，不該一刀切。安寧是很好，但每位慢性個案狀況不同，不能激烈處理，應該是慢慢磨合，逐步推廣安寧，讓家屬一剛開始就放棄；如用經濟考量來處理，是不人性的。洗腎的醫師不應談RCW，因呼吸器使用患者的主治醫師是胸腔科醫師，而且這是住院病患，屬醫院總額，跨科別又跨部門，於情、於法、於理都不可於此會議討論。

### 干代表文男

站在人的尊嚴，我曾經在監理委員會提過安寧死亡趕快立法通過，如果這個法通過，你們就沒有責任，就算醫糾法通過醫師去刑化，後續還是沒完沒了，安寧不該用這種方式，應該要由家屬簽同意放棄，這樣都沒問題，否則原本每週應該透析3次，卻變成2次，這樣會被指責是醫師害死病人；站在尊嚴，反而是看到病患穿紙尿布臥床，被人翻來翻去，這種有尊嚴嗎？因此安寧應該要推動，若法案沒通過，沒有人敢這麼做，這個法若通過，後續就沒有人找你麻煩了。

黃煌雄委員提出的九四共識，大家的看法都不一樣，而且也感覺醫院代表與提案者想法不同，勿用不好的來想，無效醫療是大家要共同努力思考，我也不怕別人寫，此案提出要多考量，我也曾在監理委員會公開說應考慮葉克膜的使用，用葉克膜拖延性命花費更多。

### 謝代表武吉

對3位委員提出本案感到很訝異，於此會議提出較不洽當。提案談到涉及倫理，與倫理有關，雖然病人Coma Scale較低但還有人權；另剛才干委員有提到，提案應考慮到專業的正義與實證，感覺提案者提出本案最重要的是財務問題。

我記得101年黃煌雄委員到高雄時，當場被醫師公會的基層醫師嗆不能說是無效醫療，應該是無法救回生命的醫療，要釐清一點；什麼叫做太虛弱的病人？定義為何？這是很大的問題。黃煌雄委員於今年4月的座談會選擇先到高雄，當初我們也有注意並提出安寧的議題，相信每位委員也都有注意這個問題。所謂無效醫療，如是病患已先簽署放棄醫療，我就支持，

但目前這些病患並未簽署，這樣做會害死醫院，對我們醫院來說困難度高，請幫我們考量。

### 莊代表志強

如果病患意識狀況不清但家屬堅持要插管、洗腎，健保是否繼續支付下去到生命終止嗎？不是住院一段時間後醫院就會請病人離院嗎？我父親6-7年前因二尖瓣脫垂手術，本來人好好，手術後就沒有睜開眼睛，我們很掙扎也希望可以救，最後我媽媽決定關機，請問如果當時我們家屬沒有決定關機，是否我的父親就可以一直插管、洗腎，由健保一直支付至今嗎？說明二提出，依健保局統計耗用30億元，數字是健保局提供的嗎？但有委員提出這數字有點誇大，請健保局說明一下。另外有關透析資料的統計可否請健保局在下次統計時依年齡及地區作分類，這樣可以有助於進一步瞭解透析人數的分佈情形。

以我父親為例，衝擊很大，我們一開始無法接受。我認為要給家屬緩衝時間，建議健保局支付一段時間，若過了這段時間，病況仍是如此，如果家屬認為要繼續靠機器維持生命，我們不反對，但應由家屬自行付費。

### 張科長溫溫

以目前使用呼吸器又透析之病人的確有6000人，如果1年醫療費用以50萬元計算6000人就是30億元。另請參考補充資料，健保局的本局意見說明一，假使以使用呼吸器超過64天又規律透析的人約有624~784人，有8成以上的人洗超過3個月以上，每人如以每年50萬元計算，花費約3-4億元的透析費用再加上呼吸器7億元，則合計約10多億元。

### 林代表文德

首先肯定本案的提案代表，不論是在門診透析或是醫院，這個問題遲早都要面對要處理，本委員會提出此議案，其實是可以給其他總額參考或未來由健保會形成共識去面對、推動。大部份是病人不願意，但家屬捨不得。過去也有安寧相關研究，當詢問病人自己是否願意插管又洗腎沒有人願意，但若問家屬多半會捨不得，問病人及家屬如得到結果不同要如何處理？提案中有建議做調查，類似調查以前都有做過，其實還蠻清楚的。現在的問題是究竟誰不願放棄？是什麼原因導致好多人去插管，呼吸器ON這麼久，這就要考慮到制度面的問題，包括剛才提到不應考量經濟財務問題，事實上這是很大的考量，如果要求家屬來負擔費用，我想就沒有人會做這個選擇，或家屬知道其實病人插管後就不會再醒來，要接受一段很長時間的折磨，我想也沒有人會做這個選擇，應該思考是否制度面造成很多呼吸器ON這麼久的時間，活得不是很好也死不了。

## 羅代表永達

學者專家、健保會可能不知道安寧目前最新進展情況，以前不能拔管，但現在法律已修改可由家屬或其本人決定撤除維生設備，只要1位家屬同意，醫師就可以拔管；在座的代表都有讀書，我們沒有考慮到鄉下多元價值問題，如果安寧已經推動到大家都可以接受，當然就比較沒有問題，但目前還沒有達到；回應健保會莊委員的發言，RCC是目前已經存在的，這是價值觀不同的影響，如果我們一開始就說不可以，等於沒有選擇，我們應該給民眾不同的選擇，也要考慮家屬如何面對，請大家勿以台北看天下，而予以一刀切，要從教育家屬安寧觀念著手。

## 林代表文源

病患與家屬都會因此感到壓力，健保局所報告的數據應該要精確的提供給黃煌雄委員，我贊同羅委員談到應該要考量多元倫理與多元價值，此議題不該於本會討論，因本會多是以錢為出發點，議案涉及人權及倫理，如果衛生署、健保局覺得這個議題很重要，應該從社會宣導、社會討論開始，很重要的是要了解家屬的想法，勿以錢來決定。

## 謝代表武吉

對於放棄與否，有人會說孝順也有人會說不孝，也有人會想反正有健保會給付，我對於莊委員媽媽當時的決定表示肯定，前陣子有朋友遇上與莊委員爸爸一樣的情形，接受心臟手術，患者原本就已經預先表示不願意急救，但是醫院還是裝上葉克膜，要拔除葉克膜時患者表示不接受截肢，但是醫院卻希望截肢，因為截肢有費用，在家屬堅持之下才沒截肢；本案也還涉及有財產問題，有些人有三房、四房、五房，財產沒有講清楚所以會發生後面的一些事情，因此要放棄，應該要考慮病患自主，還要有家屬的配合，最好能夠簽署同意書，另外如我們要這樣做，也要考慮使用者付費。如林文源委員所言，本案不該於這裡討論，建議鄭理事長正式發文給衛生署、健保會或健保局由他們提出，另外健保局也已經開始討論使用者付費的原則，這樣應該會較圓滿，謝謝！

## 黃代表雪玲(陳代表雪芬代理人)

這個案子要推行很困難，特別在安寧部分，因不可能強制，建議健保局採試辦計畫方式，把那個case的醫療費用省下來，給院所誘因來努力推動本方案。

## 吳代表志仁(陳代表漢湘代理人)

感謝基層透析協會提出這個爭議性大的題目，需要很大的勇氣。安寧在健保已推動許久，這些臨終病人有無得到告知，因健保局是付錢單位，可比照醫療品質監測方式，以問卷調查這些臨終的病人有沒有接受告知，這是善意，如果要做也應該要給誘因，有些事情可以先推動。

### 鄭代表集鴻

感謝各位委員寶貴的意見，剛才有多位委員表示本案於本會提出沒有立場，請各位試想鐵達尼號沉船時為何是讓年輕人先上救生艇，在資源有限的條件下，就必須做理性的抉擇，有很多的年輕腎友必須工作賺錢養家，如果不面對呼吸器又洗腎的植物人這個議題，勢必影響年輕腎友的治療。這件事，健保局不宜直接操作，而且安寧法案要通過也不是短期間，因資源有限，認為健保局是有執行效率，故建議用審查方式是比較快速可行的，所以提出來評估是否可行。如同CVA的病人，如果昏迷指數低於8，就算開刀救回也可能變植物人，神經外科醫師於手術前都會先告知家屬，通常家屬就不會選擇要開刀，同樣的，用呼吸器又洗腎的植物人，復原的機會很低，也可以告知家屬，不須積極治療。在這個會議提出是希望我們互相支持，若理念可以的話，我們支持健保局這樣做，相對對社會也較有交代，比較不會用某單位來承擔。

### 林代表文德

有人說專家學者不食人間煙火，我們會看到全世界在面對這個問題時的處理方式，也許可能跟大家每天面對病人不大一樣。我們可以提供全世界的處理趨勢做為參考。與其他先進國家比較，沒有國家有那麼多的植物人，健保要做到全部都要保嗎？還是要有合理的機制，不能因為家屬要分配遺產，健保局就要幫他出錢，那健保局有拿到遺產嗎？沒有啊！當然每個人都有個別狀況我們要去考慮，但用到公家的錢時，就必須有優先順序考慮，在這個制度裡要去維持，不可能讓醫師的點值一直打折，病患一直得到無限制照護但又不願付擔保費，可以在健保會的場合去討論，並不是透過這種客觀或僵化來切割，可透過設立某種機制，讓家屬與醫師共同溝通後做決定，但這要有法律強制性，不能說我就是不要，反正健保會幫我出錢，這部份是未來可以努力的方向。

### 林代表文源

大家都有提到英國75歲不給付透析，但事實上英國NHS並沒有這樣的規定，是錯誤的說法，但英國很多人選擇安寧的共識及普遍性還蠻高的，很多病人自動選擇要安寧。

### 蔡主席魯

引用柯文哲教授的話，今年1月他有發表一篇文章談到台灣醫療之憂，他說台灣是植物園，植物人是全世界第一。請業務單位回應說明。

### 蔡代表淑鈴

本案討論時間久，是因大家都很在意，感謝鄭集鴻醫師，與其他兩位共同提案的醫師，本案是重要的議題，感謝大家。

這種兩難的情況，並非只有台灣遇到，很多先進國家也都在面對這樣的問題，我前段時間翻閱許多ICU照護的文獻，解決之關鍵是病患本身加上家屬與醫師在完整資訊下共同決策，而醫師是最清楚病人病情，由醫師告訴病患或家屬完整之病情，並共同討論與決策，並以病人當事人之意願及病人最大利益為原則。提案人的想法是認為應該請醫師先講，病人或家屬才能討論是否進入安寧，如果是由RCC、RCW開始考慮，目前大約有3000多人，耗用透析費用大約是10多億，若再加上呼吸器使用則費用就更多。

從醫療專業立場，這是延長死亡還是病患自願，如果要啟動，建議應該是由病患的主治醫師，包括腎臟科醫師、胸腔科醫師、加護病房的醫師，都可以啟動，而且健保也給付「安寧緩和和家庭諮詢費」每人1500點，我們希望在適當時機介入說明，啟動時間並非執行時間，但是啟動時機是非常重要的。

有委員也提出倫理問題，我們希望讓大家知道，其他健保的先進國家也都是這樣作業，是依據家屬與醫師的共識來決定。

藉此也向大家宣導，健保局自101年12月起給付「安寧緩和和家庭諮詢費」，請醫院善加利用，希望醫師遇到符合安寧的病患，可以向家屬說明。

### 羅代表永達

台灣缺少有跨科跨領域整合的平台，如果本案有後續，應該要找相關科別的醫師與團體一起來討論，不能只有找安寧或者透析就要決定照護指引，應該要邀請胸腔科醫師與重症醫師一同。

### 蔡主席魯

謝謝3位代表提案，這是個很嚴肅的問題，有共識的是在資源有限的狀況之下，大家一定要去面對，符合這些條件的病患可由主治醫師去啟動安寧緩和和家庭諮詢，依其意願進行安寧。另建議提供給健保小組或健保會在各總額召開時也共同來討論這個議題，日後在各層級、各科別大家才能共同面對這個問題。

今天的會議就開到這裡，謝謝大家！