

計畫編號：101K6188

行政院衛生署一〇一年度委託研究計畫

101 年度『透析服務支付政策之評估』研究計畫

研究報告

計畫執行機構：台灣腎臟醫學會

計畫主持人：楊五常

協同主持人：黃尚志、許志成、謝慧敏

研究人員：劉佳鑫、李宛諭、林慧美

本年度計畫：自 101 年 5 月 24 日至 101 年 12 月 15 日

※※ 本研究報告僅供參考，不代表本署意見，依合約之規定：如
對媒體發佈研究成果應事先徵求本署同意 ※※

計畫編號：101K6188

行政院衛生署一〇一年度委託研究計畫

101 年度『透析服務支付政策之評估』研究計畫

研究報告

計畫執行機構：台灣腎臟醫學會

計畫主持人：楊五常

協同主持人：黃尚志、許志成、謝慧敏

研究人員：劉佳鑫、李宛諭、林慧美

本年度計畫：自 101 年 5 月 24 日至 101 年 12 月 15 日

※※ 本研究報告僅供參考，不代表本署意見，依合約之規定：如
對媒體發佈研究成果應事先徵求本署同意 ※※

中文摘要

一、研究背景：

世界各國末期腎臟疾病(End-Stage Renal Diseases, ESRD)發生率與盛行率逐年增加。台灣從 2001 年開始在全球 ESRD 盛行率和發生率居首位。由於透析病患持續增加，我國自 1995 年全民健保開辦以來，健保支出費用中透析的總花費不斷攀升。透析患者只佔總保險人口的 0.18%，但卻佔健保總醫療費用支出約 7.17%。因此健保局於 2003 年 1 月全面將西醫基層及醫院之門診透析部門預算合併為單一透析總額，以進行醫療費用的管控。

二、研究目的：

本研究從病患和透析醫療院所層面評估透析總額支付制度前後對醫療效率、醫療資源分布、以及健康結果的趨勢變化。另外本研究亦深入瞭解透析支付制度對於醫師、學者的意見與看法。

三、研究方法：

研究方法主要為利用次級資料庫分析量性研究，搭配焦點團體訪談等質性研究以補充量性研究的不足和限制。量性研究利用病患及醫療院所 2000 到 2010 年間健保資料庫，來瞭解門診透析總額支付制度實施前後的醫療效率(如醫療資源利用)、醫療結果、和醫療資源分布的變化趨勢分析。

四、研究結果：

總額支付制度是有效控制醫療費用的方法，但是醫療院所是否會因此改變病患的醫療品質和服務是政策實施最大的疑慮。本研究結果發現在總額支付制度限制費用下，對於病患的存活率、生化檢驗指標、以及平均醫療費用並無顯著增加。從醫療院所層級分析醫療院所效率表現，發現基層診所家數增加幅度相當大，另外，院所醫師獨自經營的比率下降，轉為聯合醫療模式比率增加。從縣市層級分析醫療資源供給分佈狀況，每萬人口的透析醫療院所數、透析病床數等醫療資源分布逐年均衡。

五、政策建議：

綜合研究的結果和討論，對於政策上的建議包括：(A)透析治療模式的合理佔率；(B) PD 與 HD 的透析支付方式；(C)門診透析總額的運作模式；(D)門診透析總額的合理成長率；(E)減少慢性腎衰竭/透析病患發生率之對策；(F)透析經營集團化的行政管理與醫療品質的管控

關鍵詞：門診透析總額支付；末期腎臟疾病；醫療效率；醫療利用；醫療費用；醫療品質；醫療資源分布

Abstract

Background and Introduction:

The number of treated end-stage renal disease (ESRD) patients worldwide has continued to grow annually. Taiwan is the country with an incidence and prevalence rates for ESRD that had been ranked at the top internationally since 2001. The number of ESRD patients takes account for only 0.18% of entire health insurance enrollees. However, there is about 7.17% total healthcare spending of Taiwan's National Health Insurance (NHI) was used for the care of ESRD patients. In response to the rapid growth of outpatient dialysis spending, the NHI program implemented global budget caps for some outpatient dialysis clinics facilities in 2001 and was expanded as outpatient dialysis global budget (ODGB) cap to cover all NHI's outpatient dialysis facilities in 2003.

Objectives:

The purpose of this study is to examine the effect of ODGB cap on the trend change of the aspects in terms of health efficiency, health outcomes and distribution of health resources. In addition, this study investigated the opinions from clinicians and scholars regarding the ODGB cap policy.

Methods:

Secondary data analysis using National Health Insurance Medical Claim data for entire insured population from 2000 to 2010 and Taiwan Society of Nephrology (TSN) Dialysis Registry data were used as the major data sources to do trend analysis. In addition, qualitative research method using focus group interview data were also used as supplementary information when evaluating the effect of ODGB policy.

Results and Contribution:

Implementation of global budgeting has shown effectively in controlling the increase in medical expenses. However, policy makers may concern whether the cost containment policy affects health services and healthcare access when their profit margin shrank. Our study findings indicated that patients' unadjusted survival rate, biochemical test and average health expenditure did not significantly change. From health organizational level analysis, we found the number of clinics increased substantially. In addition, number of facilities with solo practice model decreased and turned to group practices. From county level analysis, we found the health resources (e.g., number of dialysis facilities and beds) were gradually and equally distributed during study years.

Policy Implications:

Given the study results from focus group interviews and secondary analysis, several policy implications were listed. First, policy makers shall consider the advantage and disadvantages of changing current dialysis global budget system from "virtual" global budget to "formal" global budget in order to effectively control health expenses and decide growth rate reasonably. Second, the payment method for PD and HD need to be further evaluated. Third, given the fact that rate of PD for dialysis patients in a dialysis

facility was listed in hospital accreditation criteria, this study suggested this would leave health professionals the flexibility to determine. Forth, policy makers shall encourage the renal disease prevention and hospice care. Fifth, the quality of care and financial statements among industrial operated facilities were needed to be continuously monitored.

Keywords : Outpatient dialysis global budget(ODGB); End-stage renal disease; Healthcare efficiency; healthcare utilization; healthcare costs; healthcare quality; equity; Distribution of health resources

目 錄

中文摘要	i
英文摘要	ii
目錄	iv
第壹章 研究背景.....	1
第貳章 文獻探討	
2.1 總額支付制度和總體醫療費用控制的問題.....	4
2.2 總額支付制度對於醫療效率、效能及醫療資源分配的影響.....	5
第參章 研究目的	9
第肆章 研究設計與研究流程.....	10
第伍章 研究方法	
5.1 次級資料分析研究方法.....	11
5.2 焦點團體訪談研究方法.....	15
第陸章 研究結果：台灣透析支付制度的沿革與現況.....	18
第柒章 研究結果：門診透析預算（次總額）實施後對醫療品質的影響	
7.1 病患存活率.....	24
7.2 門診透析預算（次總額）實施後對透析醫療品質的影響.....	26
7.3 門診透析預算（次總額）實施後對透析病患醫療費用的影響.....	36
7.4 門診透析預算（次總額）實施後對透析病患住院率的影響.....	40
7.5 門診透析預算（次總額）實施後對醫療供給面與需求面的影響.....	41
7.6 不同縣市醫療資源供給與需求的公平性	45

第捌章 研究結果：門診透析預算（次總額）實施後對透析經營集團化的影響	
8.1 透析經營集團化演變的趨勢分析	51
8.2 透析經營集團化對醫療品質的影響	52
第玖章 焦點團體訪談之分析結果	
9.1 近十年對透析醫療界造成衝擊的透析支付制度	55
9.2 腎臟醫界對門診透析預算(次總額)支付政策的評判	55
9.3 門診透析預算(次總額)對醫療院所經營及醫師執業型態的影響	56
9.4 醫療院所對門診透析預算(次總額)支付制度的因應	57
9.5 透析經營集團化的形成原因及衝擊	57
9.6 腎臟醫界對透析經營集團化的觀點	58
第拾章 結論	60
第拾壹章 對國內門診透析預算（次總額）支付制度的建議	
11.1 透析治療模式的合理占率	64
11.2 HD 與 PD 的透析支付方式	65
11.3 門診透析預算(次總額)的運作模式	66
11.4 門診透析預算(次總額)的合理成長率	66
11.5 透析醫療院所設立與經營發展的趨勢	69
11.6 減少慢性腎衰竭/透析病患發生率之對策	71
第拾貳章 研究限制	74
致謝	75
參考文獻	76
附錄	
附錄一、健保局門診透析服務品質監測指標項目	79
附錄二、焦點團體訪談程序計畫及訪談逐字稿	82

第壹章 研究背景

世界各國末期腎臟疾病(End-Stage Renal Diseases, ESRD)發生率與盛行率逐年增加，台灣從 2001 年開始在全球 ESRD 盛行率和發生率居於首位。依據美國腎臟病資料庫系統(United States Renal Data System, USRDS)的統計資料指出 2009 年盛行率在台灣、美國、日本分別是每百萬人 2,447、2,205、1,811 人；另 2009 年發生率在美國、台灣、日本分別是每百萬人 371、347、287 人(USRDS 2011)。楊五常(2008)等分析 1990 年到 2001 年 ESRD 病患罹病率和發生率，分析國內透析病人為何增加如此迅速，指出可能因素為：(1)健康保健的介入和實施，減輕病患是用昂貴醫療資源的經濟負擔；(2)醫療科技的進步，讓更多重症病人得以存活，這類型的病人常伴有多重器官衰竭，如慢性腎衰竭等；(3)透析技術進步，使得透析病人的死亡率降低；(4)腎毒性藥物使用，如非類固醇消炎止痛劑、中藥等；(5)糖尿病人口增加。糖尿病人口照護不佳，極有可能產生與腎臟病相關的併發症。

由於透析病患持續增加，我國從 1995 年全民健保開辦以來，健保支出費用在透析的總花費一直不斷的攀升，2000 年總支出約為 179 多億點，到了 2002 年時總支出達 214 億點。雖然透析患者只佔總保險人口的 0.18%，但卻為當年健保局公佈的重大傷病項目中，支出費用最高者，高於癌症申報費用並佔當年度健保總醫療費用支出約 7.17%。顯示國內以相當多的健康照護預算來照顧少數的透析病人，因此健保局開始採用醫療資源管控措施。透析支付制度於 2001 年 7 月將基層診所門診透析支付標準納入基層總額支付制度；2002 年 7 月將醫院門診透析支付標準納入醫院總額支付制度；2003 年 1 月將西醫基層診所及醫院之門診透析部門預算合併為單一門診透析預算（次總額）。門診透析預算（次總額）措施實施，歷年核定總額費用成長率持續下降，於 2011 年時，和 2010 年總支出 308 億點相較為零成長。2004 年 6 月，健保局透過修正透析支付標準表，考量透析服務量與價之關係，血液透析支付標準採平均每月門診透析人次累進遞減方式。依據台灣腎臟醫學會資料顯示，ESRD 新發個案數由 2003 年 400 人降至 2010 年 361 人，但接受透析治療的盛行個案數仍然不斷地增加，從 2003 年 42,542 人到 2010 年的 59,856 人，如圖 1.1, 1.2, 1.3, 1.4 所示。

實施門診透析預算（次總額）制度之後，各醫療院所申報的費用不是金額，而是點數。以總額額度為分子，所有點數加總後的數值為分母的商，即為點值。

由於總點數會隨醫療院所處置量及處置單價的多寡而改變，點值因而會有浮動。門診透析預算（次總額）實施之後，點數由總額前的 1 點 1 元，逐漸下滑，從 2003 年每點約 0.97 元，2011 年降到每點約 0.84 元(中央健康保險局，2012)。點值的下滑肇因於總醫療服務費用超過了設定的總額。造成的可能因素包括（1）預算編列不恰當，沒有反應實際增加的醫療需求，或是（2）醫療提供者在同一個醫療市場上過度競爭，也就是『衝量』的結果(許玫玲 2005)。

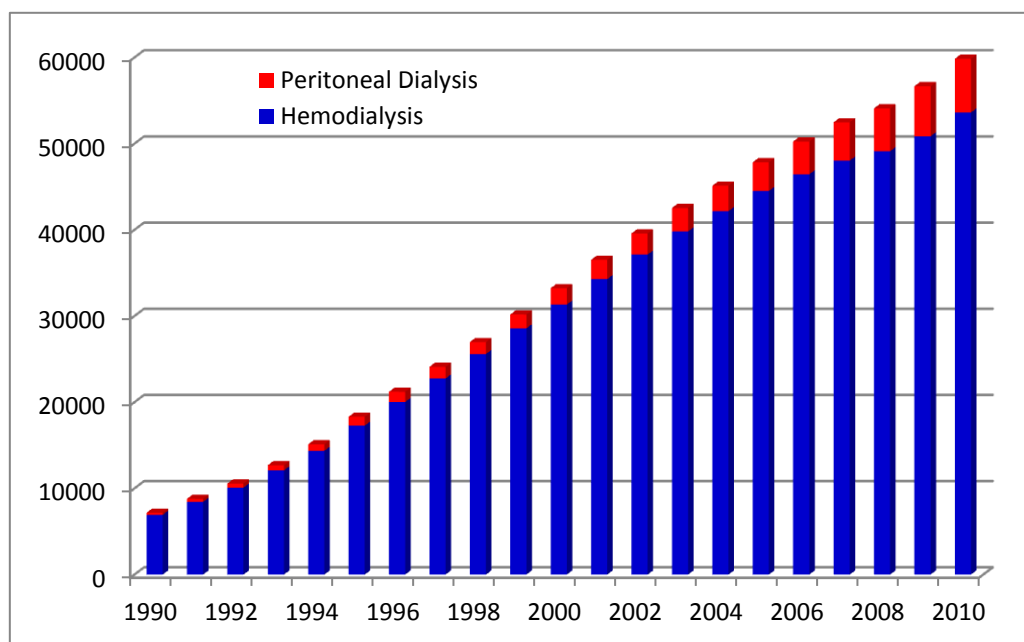


圖 1.1：台灣透析病患盛行個案趨勢圖
資料來源：台灣腎臟醫學會

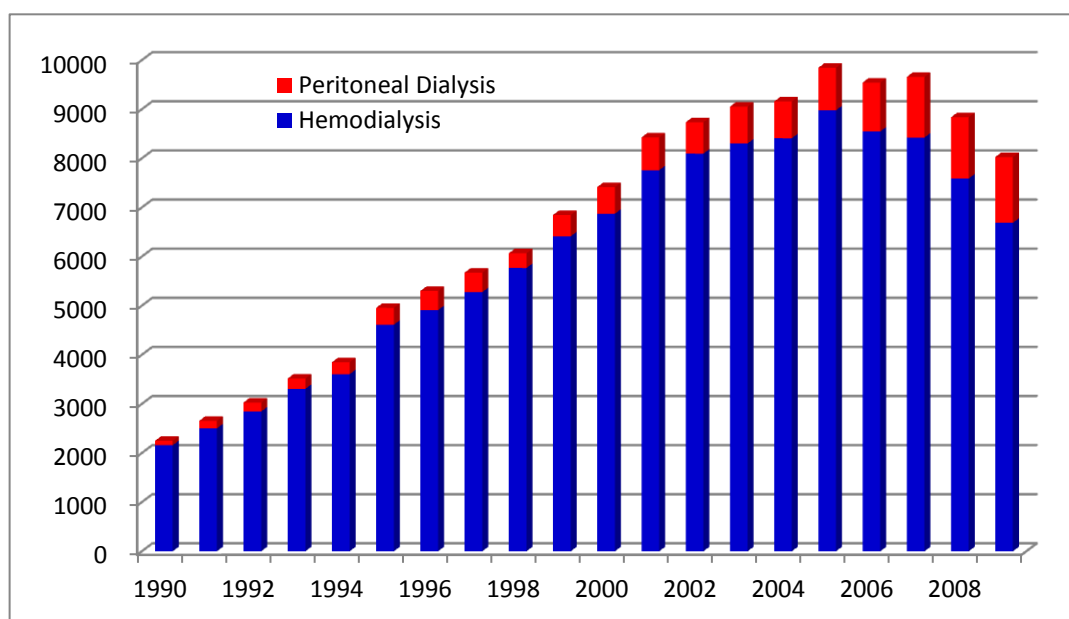


圖 1.2：台灣透析病患新發個案趨勢圖
資料來源：台灣腎臟醫學會

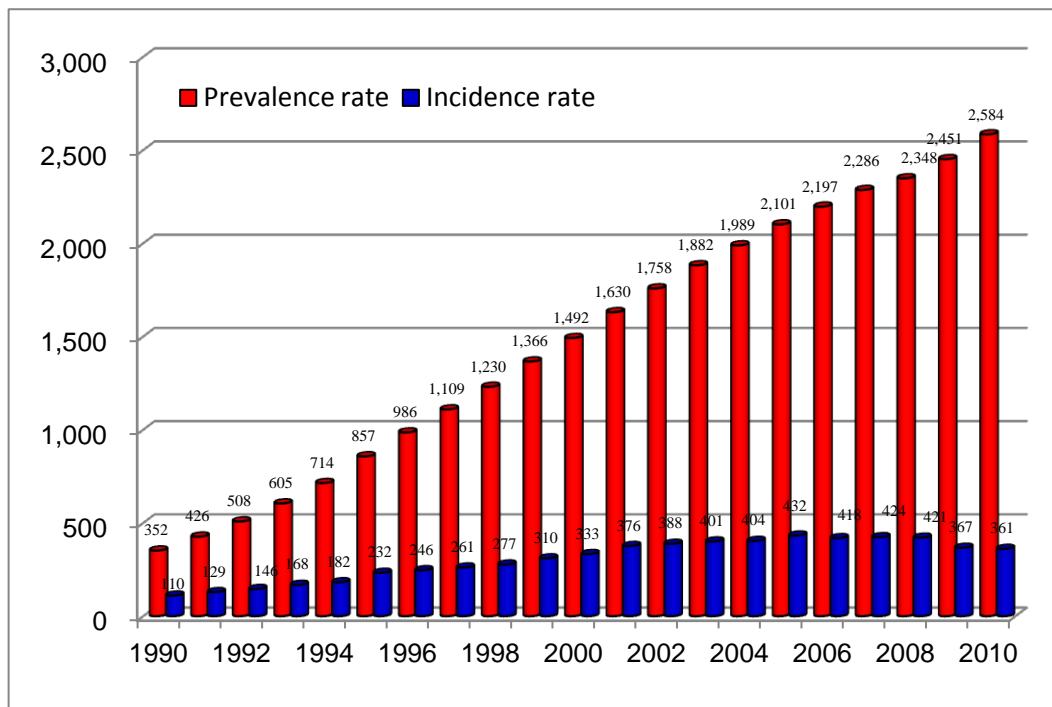


圖 1.3：台灣透析病患發生率與盛行率趨勢圖
資料來源：台灣腎臟醫學會

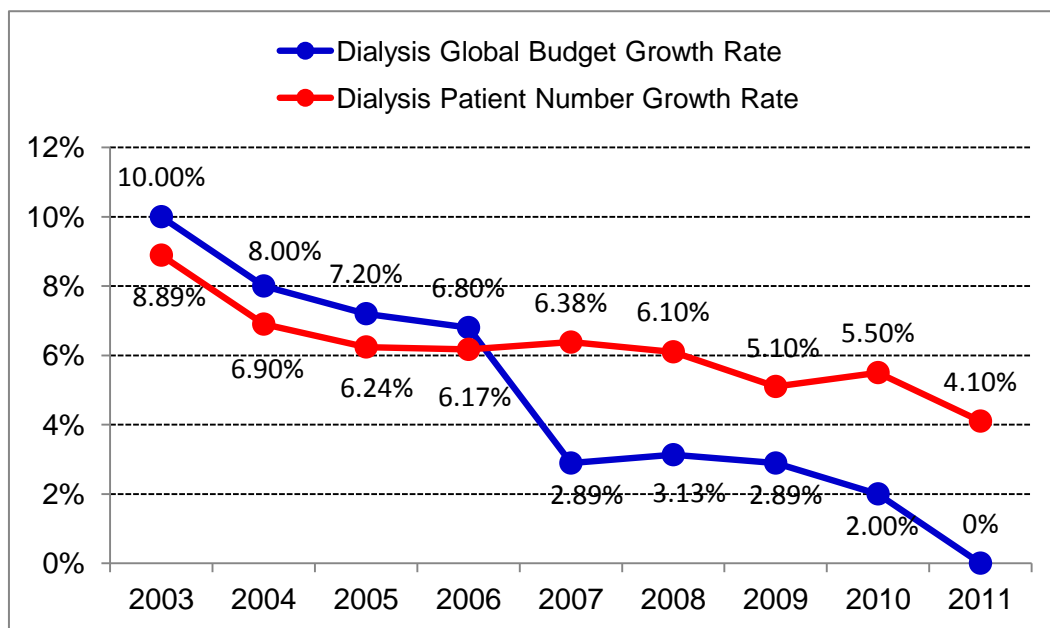


圖 1.4：健保門診透析次總額成長率與透析病患病患成長率之趨勢圖
資料來源：中央健康保險局

第貳章 文獻探討

2.1 總額支付制度和總體醫療費用控制的問題

我國從 1995 年全民健保開辦以來，健保支出用在健保總花費一直不斷的攀升。面對醫療費用快速成長的問題，學理上可由需求面、供給面、控制預算等著手(Santerre and Neun 2010)。早期的健保改革政策主要是針對需求面著手，希望能夠達到抑制民眾過度使用醫療資源的道德危害(Moral Hazard)風險，例如，健保局實施的部分負擔等辦法。這對於低收入戶者和健康狀況不佳需長期就醫者造成較重的負擔，且與健保實施風險共同分攤利益不符。

另一個方式則是控制醫療供給面醫療費用支出，藉由支付制度的設計，讓醫療提供者承擔醫療費用的責任。不同支付制度可能會造成醫療提供者的行為改變，例如論量計酬下，醫師可能傾向多提供門診服務量、檢查次數，有誘發醫療需求的疑慮。支付價格下降或受限制時，為維持營運水準，醫師可能會增加服務量提供，或提高相對價格較高的醫療項目，減少價格較低的服務項目，抑或減少對疾病嚴重度高或複雜程度高的病患服務。目前有許多國家採用具成本管控效果的總額預算制度，如加拿大、德國、法國等。台灣的全民健保為抑制醫療費用高漲，亦分別於 1998 年、2000 年、2001 年、2002 年及 2003 年開始逐步實施牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院總額和門診透析次總額支付制度。

全民健保總額預算的正面意義是希望醫療提供者可以透過事先規劃組織的預算以有效的分配有限的醫療資源。在行政院核定醫療給付費用總額上限範圍內，供需雙方透過費協會協商機制，協商下一年度用來支付醫療服務的預算。對每個總額部門（牙醫、中醫、西醫基層、醫院）與門診透析次總額等而言，在醫療資源有限的情況之下，預算固定，當實際資源耗用大於原先預期，那麼單位支付價格將降低，反之，單位支付價格將提高。總額支付制度各總額部門預算數與執行數之差異就反應在支付價格（也就是平均點值）的變化。如果平均點值等於 1，表示預算大致與醫療資源使用相符；若平均點值小於 1（或大於 1）則表示醫療利用情況超過（小於）預算。造成的原因可能是因為預算編列不恰當，或者是醫療提供者在同一個醫療市場上過度競爭，也就是『衝量』的結果(Carr-Hill 1994)。中央健保局公告之民國 92 年至 100 年健保部門總額點值，在牙醫、中醫、西醫基層以及醫院總額，在總額支付制度實施後，平均點值持續穩定在每點 0.9 元

到 1 元之間。但是，門診透析次總額實施之後，點值由總額前的 1 點 1 元，逐漸下滑，從 2003 年每點約 0.97 元，2011 年降到每點約 0.84 元。(中央健康保險局，2012)

總額預算理論上是一種非常有效的總體成本控制措施(Fan, Chen, and Kan 1997)。在此制度下所有醫療服務提供者需集體承擔財務風險。對於醫療服務提供者而言，論量計酬支付方式加上固定總額便產生所謂「共有財產資源」(Common-property resources) 課題。所謂「共有財產資源」的特性包括，(1)所有成員均可使用這些資源 (Jointness)；(2)資源無法分割 (indivisibility)，所有權是所有成員共同持有；(3)若為其中一位成員使用過多資源，資源就減少 (Subtractability)，其他人無法再使用；(4)資源之使用者可以界定使用侷限的遊戲規則 (Excludability) (Smith et al. 1994)。Hurley and Card (1996)應用「共有財產資源」方面的研究，對醫療總額支付制度之管理提出建議，其重點包括制度設計應該有彈性地考慮個別情境 (context) 之特性，例如(1)資源的本質 (the exact nature of the resource)；(2)資源匱乏之嚴重度 (the severity of the constraints on the resource)；(3)使用此共同資源之團體的大小 (the size of the group drawing on the resource)；以及(4)此團體的特性 (如同質或異質)。

2.2 總額支付制度對於醫療效率、效能及醫療資源分配的影響

2.2.1 總額支付制度對於醫療效率的影響

總額支付制度是否會影響醫療服務量，國內外研究的結果並不一致。例如 Yakoboski 等(1994)以時間序列資料研究德國門診服務採用總額支出上限制之成效，該分析發現實施支出上限制後，該醫療部門總支出成長率比整體經濟成長緩慢，但醫療服務量之成長並未減緩，表示醫療服務相對價格降低。Redmon 與 Yakoboski (1995)以類似的方法評估法國公立醫院實施醫院個別總額，取代論日計酬方式之成效，結果發現醫院服務量減少，總額預算並未減少相對價格。德國的例子接近台灣目前的總額支付制度，是屬於大總額，存在市場競爭的影響。法國的例子則屬於醫院個別總額，如同民國 93 年健保實施之醫院卓越計畫，加入計畫之醫院有誘因減少醫療服務。

國內文獻對於總額制度評估研究大多討論為西醫基層、牙醫總額、中醫總額以及醫院總額對於醫療效率的影響。例如張益誠與廖宏恩(2002)比較台灣北部地

區西醫基層診所 2000 與 2001 年下半年申報費用與件數之變化，結果顯示診所申請件數減少，但每案件價格增加，慢性病與預防保健等鼓勵部門申請件數與點數都增加。葉德豐與王俊文(2002)以中部四縣市之西醫診所為例，比較西醫總額支付制度實施前後一年西醫診所申報情況，研究結果與前述研究類似，總額支付制度實施後一年之件數與醫療費用總點數都低於前一年。Lee 與 Jones(2004)以 1997 年 1 月到 2000 年 12 月牙醫申報資料，分析牙醫總額實施前後個別牙醫師服務量（每日門診人次、每人次費用、每日醫療費用）以及服務組合（六類牙科處置項目：銀粉充填、前牙複合樹脂充填與後牙複合樹脂充填、根管治療、全口牙結石清除、簡單性拔牙與複雜性拔牙、根管開擴及清創）之變化。結果顯示總額支付制度之後醫療服務量減少，而每人次費用增加；醫療服務組合互有消長，尤其明顯的是銀粉充填減少、前牙複合樹脂充填與後牙複合樹脂充填增加。黃昱瞳等(2002)和 Hsueh 等學者(2004)也對牙醫總額進行評估，他們採用 1996 年到 2001 年的資料，以時間序列方法分析總額支付制度對牙醫師分佈與牙醫服務利用之影響。其研究主要指標是四種 Gini 係數，包括次醫療區的醫師數、牙醫門診人次、牙醫病人數、牙醫總費用。結果顯示牙醫總額支付制度實施後醫療利用減少，但是在醫療資源的分佈方面並未有明顯的改善。上述這兩個研究類似的發現是牙醫醫療服務利用在總額支付制度實施後減少。羅紀琮和詹維玲(2007)利用 1996 年到 2005 年醫院全民健保申報資料探討醫院總額預算兌費用單價和服務量的影響，其研究指出總額實施對於病患住院次數、每日住院費用及門診次數並無顯著變化，但是對於每次住院平均日數、每次門診平均費用則有顯著增加。另外，總額的實施對於不同層級、權屬和分局醫院有不同程度的影響。例如醫學中心、財團法人醫院、台北、中區及高屏分局醫院申報費用有顯著增加。東部和南部分局的醫院申報顯著減少。這也顯示總額實施後醫療費用往大都市、大型及財團法人醫院集中。

到目前為止國內學者針對門診透析預算（次總額）制度對醫療資源利用的相關研究並不多。王柏文(2005)利用 2001 年 1 月到 2002 年 12 月資料研究透析基層總額支付制度對於醫療利用的影響，其研究發現透析基層診所的病患門診利用次數與費用點數比其他層級醫療院所增加。Chang RE 等學者(2011b)則是評估 2003 年門診總額預算制度前後，對於末期腎臟病患(ESRD)非透析(non-hemodialysis)的醫療利用，發現 ESRD 病患的非透析相關的急診、住院次數並沒有顯著增加，但是非透析的門診次數明顯增加。相關文獻對於 2003 年門診總額預算制度前後，ESRD 病患醫療利用仍然缺乏。

2.2.2 總額支付制度對於醫療品質的影響

不同支付方式對醫療服務提供者產生不同誘因，進而影響醫療服務之品質。當面對有限或下降的支付價格時，醫療提供者可能會因為成本的因素而調整醫療品質的供應(Hoerger 1991; Newhouse 1970; Spence 1975)。總額制度實施之前，ESRD 病人若有併發症(complication)可能醫師會立即在透析門診給予醫療治療。但是總額制度實施後，病患可能會被另外掛號到其他的門診進行治療，因此可能造成延誤(Chang RE 等學者 2011b)。此制度下可能導致醫療服務減少，降低醫療可近性，改變醫療服務組合或降低醫療品質。目前國內研究總額支付制度對於醫療品質的影響，主要是在牙醫、西醫基層、醫院總額，例如 Chang GM 等學者(2011a)利用 1997-2008 年健保資料庫研究 2002 年醫院總額實施對於急性心肌梗塞(acute Myocardial Infraction)病患的醫療品質影響進行評估，包括術後 30 天內死亡率以及經皮冠狀動脈介入術 (Percutaneous Coronary Intervention, PCI) 的使用程度。其研究結果顯示總額支付制度制度之後，病患在術後 30 天內死亡率有統計上顯著的增加，至於 PCI 的使用則沒有明顯的變化。類似的研究如 Tung YC 及 Chang GM (2010) 則利用 1998-2007 年全民健保資料庫研究醫院總額支付制度對於中風病人的醫療結果。其結果和 Chang GM 等學者(2011a) 研究結果一致，中風病患在總額支付制度之後的 30 天內死亡率有顯著增加。張育嘉等(2006)採用 1997-2003 年全民健保資料庫、內政部台閩地區人口統計，以及衛生署國民醫療保健支出等不同資料庫觀察牙醫和西醫基層總額實施後，對於病患醫療品質的影響。其結果顯示每萬人口拔牙及根管醫療次數並沒有顯著增加，但是西醫門診用藥次數有顯著增加。對於門診透析預算(次總額)的影響方面，目前文獻並未有著墨。Chang RE 等學者(2011b)的研究主要針對 ESRD 病患非透析醫療資源耗用的程度進行評估，然而該研究並未衡量醫療品質是否改變。

2.2.3 總額支付制度對於醫療公平性的影響

總額支付制度對於促進醫療資源合理分布和可近性的效果方面尚未有一致的定論，有些研究認為實施總額制度分配有助於資源重分配，增進就醫可近性(Carr-Hill 1994; Rogal, Gauthier, and Barrand 1993; 黃昱瞳等 2002)。但是亦有研究指出總額制度並無促進資源重分配及增進就醫可近性效果(Chu 1992; Iglehart 1991)。國內文獻對於總額支付制度是否有促進醫療資源合理分布和民眾可近性

的研究文獻並不多且主要針對牙醫總額的評估。例如黃昱瞳等(2002) 和 Hsueh YA 等(2004)利用 1996-2001 年內政部各縣市人口統計、衛生署醫師數資料以及健保資料庫醫療費用和就診人次資料，比較總額前後健保支付費用的分布、民眾平均就診次數分布。其研究結果指出牙醫總額預算實施後，醫療分布不均的情況有下降的趨勢，顯示總額有促進醫療資源均勻分布的效果。就本研究所知，門診透析預算（次總額）支付制度對於醫療資源分配的國內外文獻亦相當缺乏。

2.3 文獻總結與醫療保健之相關性與限制

健康保險總額預算制度在國外已行之有年。但是總額預算會因為各國在制度設計上的特性、需求、對象和實行目標，有不同的配套措施。醫療政策的實施終極目標希望能夠達到醫療效率（Efficiency）、醫療效能(Effectiveness) 和醫療公平性(equity) (Aday LA 等 2004)。許多研究均證實總額支付制度能夠有效控制醫療費用的成長。門診透析預算（次總額）支付制度從 2003 年開辦至今以相當多年，其成效究竟為何？由本研究的文獻探討過程，瞭解國內外文獻針對門診透析預算（次總額）制度在病患醫療資源利用、醫療品質和醫療資源分布影響的評估相關研究並不多。由其他文獻對於國內其他總額政策的評估來看，在醫療效率方面，西醫基層總額實施後申請件數減少但是每案件價格增加（張益誠和廖宏恩, 2002）；牙醫總額實施後也發現醫療服務量減少，每人次費用增加（Lee MC and Jones AM, 2004；黃昱瞳等, 2002；Hsueh YA 等, 2004）；醫院總額實施後對於醫院病患住院次數、門診次數並無變化，但是每次平均住院日數和門診平均費用均有增加；門診透析預算（次總額）實施後，透析門診次數、費用均增加（Chang RE 等(2011b)；王柏文, 2005）。

對醫療品質的影響方面，在醫院總額的方面，顯示中風或急性心肌梗塞病患術後 30 天內的死亡率增加(Chang GM 等(2011a); YC Tung and GM Chang, 2010)。對醫療資源分布方面，牙醫總額實施後，文獻指出醫療分布不均的情況有下降的趨勢（黃昱瞳等, 2002；Hsueh YA, 2004）。由於相關文獻對於門診透析預算（次總額）制度實施效果所能提供給政策評估資料有限制，因此本研究將針對門診透析預算（次總額）制度的影響進行初步的評估和探討，並提供對透析支付政策制度建議。

第參章 研究目的

台灣透析醫療已邁入 50 年，50 年來透析醫療隨著醫療科技的進步、衛生醫療環境的演變、醫療政策的改變、及醫療資源分配等，讓透析醫療蓬勃也漸漸被人重視。由於透析醫療的獨特性及全民健保的實施，透析醫療費用佔國民醫療保健支出的 4%；健保局期望藉由總額支付制度的推行，有效控制日益高漲的透析醫療費用，以達財務收支平衡。

任何支付制度的實施，勢必影響病患及醫療服務提供者的行為。近年來國內研究針對台灣門診透析預算（次總額）支付制度政策變動的影響文獻並不多，且多為針對影響醫療資源利用的部分進行探討(Chang, Hsieh, and Myrtle 2011b; 王柏文 2005; 鄭振廷, 侯宏彬, and 錢慶文 2005)，較少對於病患健康結果及對於醫院或診所等供給面、需求面、以及總體醫療資源分布的公平性所造成影響進行研究。因此，本研究利用全民健保資料庫和台灣腎臟醫學會透析世代資料庫分析醫療效率、醫療公平性、以及醫療品質的趨勢變化，及焦點團體訪談方式瞭解各界對於透析支付政策的意見和看法，根據多方資料評估結果，對透析支付政策提出改革建議。主要研究目的如下：

1. 探討透析支付政策的沿革、現況及影響因素。
2. 從病患及醫療院所層面，評估透析支付政策對醫療效率、公平性及醫療品質(健康結果)等各面向之影響。
3. 提出透析支付政策未來改革建議。

第肆章 研究設計與研究流程

本研究利用次級資料庫分析的量性研究，搭配焦點團體訪談等質性研究以補充量性研究的不足和限制。如下圖 4.1 所示，本研究流程在文獻歸納後，進行初級資料和次級資料蒐集和分析。次級資料蒐集主要利用全民健保資料庫和台灣腎臟醫學會資料庫分析上述有關醫療效率、醫療公平性、以及醫療品質的趨勢變化。初級資料蒐集主要透過焦點團體訪談以補次級資料訊息的有限性，用以瞭解各界對於透析支付政策的意見和看法。焦點團體訪談涵蓋學界代表、基層診所、及醫院醫師代表。

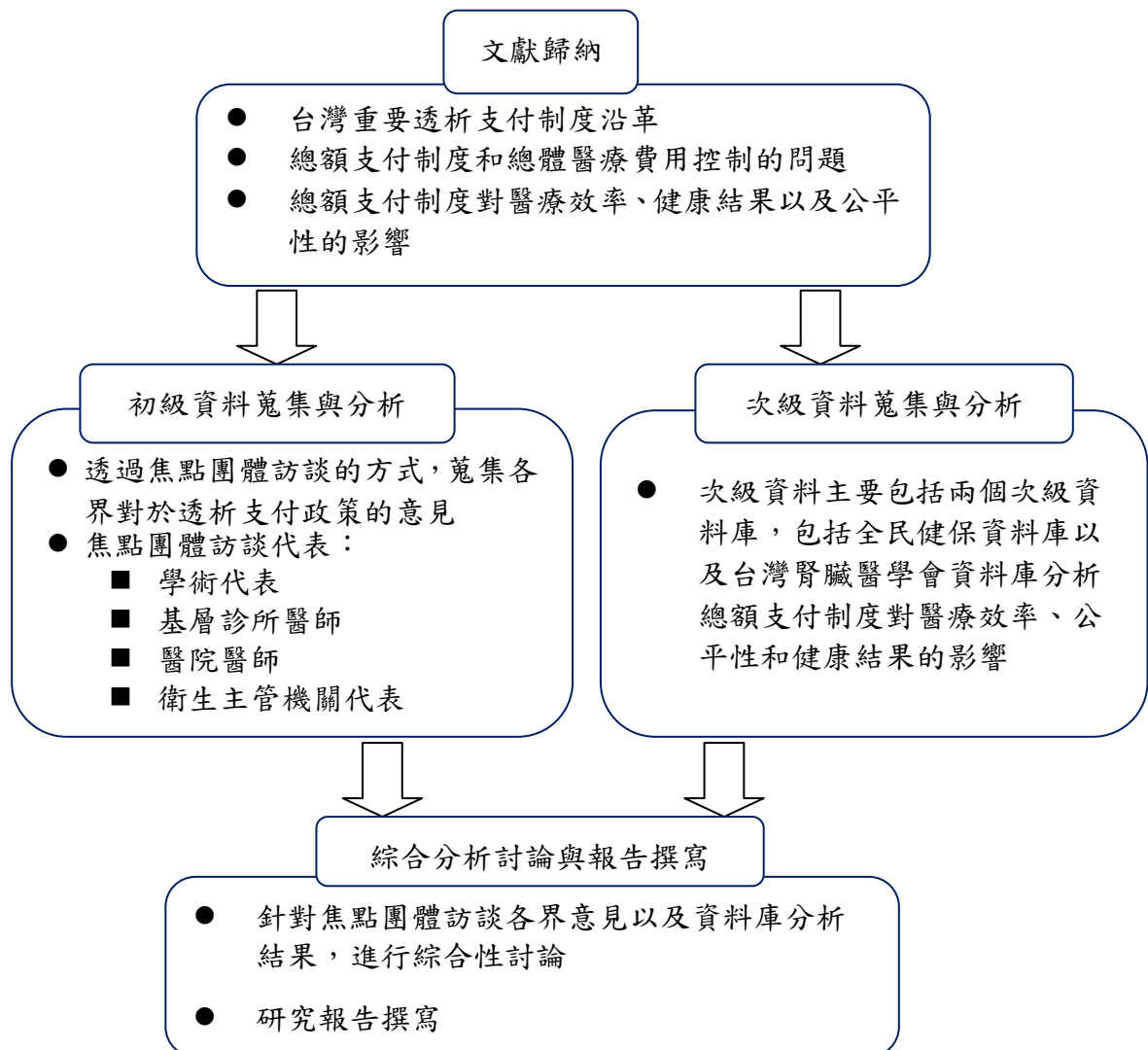


圖 4.1：本研究流程

第五章 研究方法

5.1 次級資料分析研究方法

5.1.1 次級資料分析研究架構

在量性研究方面，主要利用病患及醫療院所 2000 到 2010 年間的次級資料，瞭解門診透析預算（次總額）支付制度實施前後的醫療效率（如醫療資源利用）、醫療結果和醫療資源分布的變化趨勢分析。圖 5.1 為量性研究的研究架構。2001-2002 年透析支付陸續納入基層、醫院總額，可視為採用期(adoption period)；2003 年正式將門診透析歸入單一總額，因此 2003 年可視為正式期，作為本研究比較門診透析預算（次總額）支付制度實施前後的分界點。影響層面則可分為對病患的影響、對醫療院所的影響、以及整體醫療資源分配的影響。

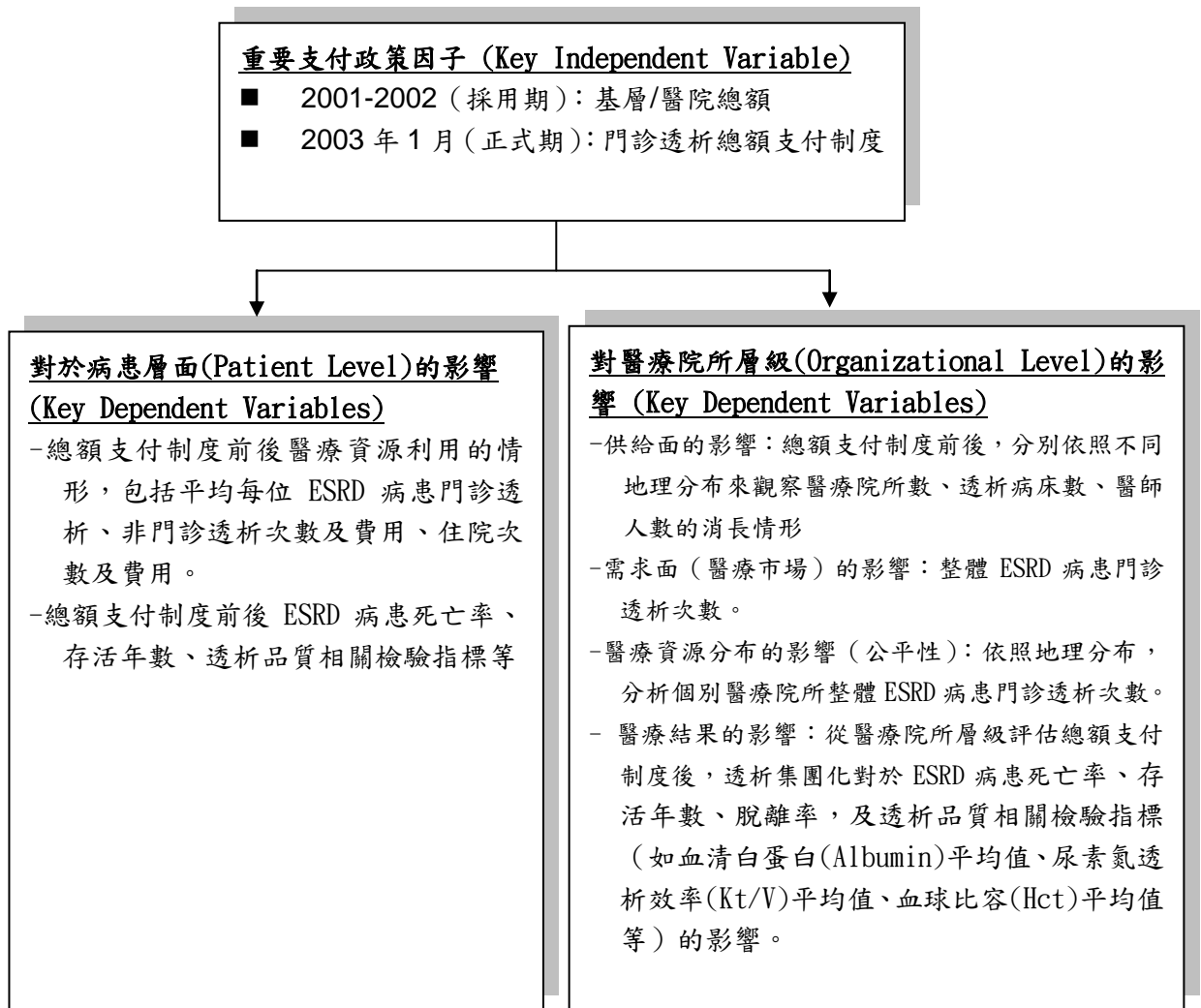


圖 5.1：次級資料分析研究架構

對於病患層面的影響，本研究有興趣瞭解門診透析預算（次總額）支付制度前後，ESRD 病患對醫療資源利用情形，包括平均每位 ESRD 病患門診透析次數及費用、非透析門診次數及費用、非透析相關住院次數及費用；以及 ESRD 病患的健康結果，包括 ESRD 病患死亡率、存活年數等。至於醫療院所影響層面，本研究將分析門診透析預算（次總額）支付制度實施對於醫療供給面的影響，依照地理分布不同來觀察醫師人數、醫療院所數、透析病床數消長情形；醫療需求面的影響，包括 ESRD 病患門診透析次數；以及考慮地理位置、醫療層級分析醫療資源分布情況；以及對於醫療機構整體醫療品質的表現，包括從 ESRD 病患透析品質相關檢驗指標（如血清白蛋白(Albumin)平均值、尿素氮透析效率(Kt/V)平均值、血比容(Hct)平均值等）。

5.1.2 次級資料來源

本研究次級資料的來源主要為 2000-2010 年全民健保申報資料庫重大傷病檔，包括門診處方及治療明細檔（CD）、門診處方醫令明細檔（OO）、住院費用清單明細檔（DD）、住院費用醫令清單明細檔（DO）、醫事機構基本資料檔（HOSB）、重大傷病證明檔（HV）以及承保檔資料（ID）。健保資料庫主要是用以取得病患透析門診次數、門診費用、住院次數、住院費用、醫事機構類別、地理區域等。

另外，本研究亦利用 2005-2010 年慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫（民國 94 年開始）品質指標值(quality score) 用以分析醫療院所集團與非集團的醫療品質表現。台灣腎臟醫學會發展的 HOPE (Hemodialysis Operation Plan Executive) 透析品質管理系統主要收集醫療院所端上傳之照護末期腎臟病患品質資料，提供台灣末期腎臟病患之現況與各院所的透析品質，作為中央健保局實施慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫之依據。集團與非集團醫療院所的資料則為台灣腎臟醫學會內部資料，資料期間涵蓋 2005 到 2010 年。

5.1.3 研究對象的選取

本研究主要研究對象為末期腎臟病（ESRD）且接受血液透析（HD）、腹膜透析（PD）的病人。在健保資料庫界定，選取十八歲以上病患，領有健保局慢性腎衰竭重大傷病卡，ICD-9-CM code 585.xx（chronic renal failure end-stage

renal disease)，同時有連續申報紀錄，且重大傷病卡持卡時間超過三個月者。血液透析與腹膜透析分別以其接受治療的申報碼定義。

5.1.4 研究變項及操作型定義

依變項(dependent variables)包括病患醫療療效(health outcomes)、醫療資源利用和醫療費用等。自變項(Independent variables)則包括病患人口學特質、病患疾病特質、醫療院所特質等。

醫療療效衡量包括病患的存活狀態，追蹤透析病患開始起始日期以及死亡日期，病患如死亡則終止追蹤，以死亡日期為終止日期。並計算開始透析日數到死亡日。透析品質檢驗指標，包括血尿素氮透析效率、血比容(Hct)數值以及血清白蛋白(Albumin)數值。血尿素氮透析效率(Kt/V)是血液透析的指標之一，強調單次透析效率，由抽血檢驗透析前後血中尿素氮的變化，可計算出 Kt/V 的值。Kt/V 的值越高表示透析的效率越好(當次血中廢物被排除的效果愈好)，美國一份聯合透析研究(National Cooperative Dialysis Study)建議，每次透析 Kt/V 應在 1.0 以上。血比容(Hct)數值反映血液透析病患血液中「紅血球容積」的多寡，該項數值太低表示有貧血現象。如果透析醫療院所照顧的透析病患，其「血比容(Hct)」平均數值低於 24%，則表示該醫療院所需加強改善病患的貧血狀況。血清白蛋白(Albumin)數值反映血液透析病患的「營養」狀況，該項數值不同檢驗方法有不同的標準值，若以「溴甲酚紫(bromocresol purple, BCP)法」檢驗的正常值為大於 3.0(公克/百毫升)；若以「溴甲酚綠(bromocresol green, BCG)法」檢驗的正常值為大於 3.5(公克/百毫升)。一般而言，如果透析醫療院所照顧的病患，其「血清白蛋白」平均數值低於前述正常值，則顯示該醫療院所需加強改善病患的營養狀況。另外本研究亦衡量透析病患脫離率，利用台灣腎臟醫學會 HOPE 資料庫/全民健保資料庫定義病患接受腎移植而後續不需進行透析的比率。不過台灣透析病患接受腎移植比率相當低，因此可預期此比率值呈現將非常小。

醫療資源利用和醫療費用資料來源主要為全民健保資料庫，依照上述所選取的透析病患歸戶，計算每一年的醫療資源利用和醫療費用變項，包括透析病患總住院次數(overall hospitalization)、總門診次數(overall outpatient visits)、總門診透析(outpatient dialysis visits)次數、總門診醫療費用、透析門診醫療費用以及總住院醫療費用。

病患人口統計特質包括病患年齡、性別、居住縣市等。居住縣市定義為病患投保縣市歸戶。醫療院所特質包括醫療院所特約類別、權屬別、透析治療床數、醫療院所縣市地區、透析專科醫師人數等。此部分資料則以研究期間所選取的透析病患曾經就醫之醫療院所 ID 以及透析專科醫師 ID 進行分析。透析病床數則以醫療院所向健保局申報之透析病床為主。

在縣市層級的醫療資源供給變項定義方面，本研究利用行政院衛生署公告之全民健保資料庫承保檔人口統計資料瞭解各縣市地區總投保人口數為分母。分子的部分包括透析醫療院所家數、血液透析床數。縣市透析醫療院所家數主要從選取的透析病患進行歸戶統計；縣市血液透析床數則從行政院衛生署公告各年度縣市病床數統計數據而來。在縣市需求定義變項方面，本研究以病患投保縣市歸戶，分為血液透析與腹膜透析總個案。

5.1.5 研究分析方法和技術

在次級資料研究分析方面，本研究主要利用趨勢分析(Trend analysis)方法，瞭解 2000 年到 2010 年門診透析預算（次總額）支付制度前後病患醫療品質、醫療資源利用和費用、醫療院所的市場結構變化，醫療資源分布等趨勢分布。趨勢分析利用線性簡單迴歸分析各種相關資料，是否隨時間而變化，常用於多年期的資料分析。

另外，為瞭解並衡量醫療資源分布的情況，本研究採用勞倫茲曲線(Lorenz Curve) 方法，並計算曲線的吉尼係數(Gini-coefficient)值，作為量測醫療資源分布不均的指標，吉尼係數值越小表示醫療資源分布越均勻，吉尼係數值越大表示其分布不均的情況較為嚴重。由於勞倫茲曲線與吉尼係數之概念為一標準化的相對指標，且其分布均勻的考量包括縣市為分析單位的資訊，是最為廣泛被應用於醫療公衛的領域中。故本研究採用此方法作為衡量醫療資源分布均勻程度的指標。

5.2 焦點團體訪談研究方法

焦點團體訪談是一種用以發展、探索和驗證問題的質性研究收集資料的方法，可用於探索性之質性研究。焦點團體訪談更可藉由團體動力，在相互討論中產生新的認識，使討論的主題內容更加豐富。焦點團體訪談相較於個別的深度訪談法，為一種較經濟且又有效率的研究方法，尤其是對於政府政策議題的討論 (Vaughn 等, 1996)。本研究焦點團體訪談的主要研究目的有兩個部分，第一為探討台灣腎臟醫界對於透析支付制度的看法。第二，探討近年透析中心集團化趨勢，並且藉以瞭解造成集團化的原因以及集團化造成的影響。本研究已通過台北榮民總醫院之 IRB 審核通過。

5.2.1 焦點團體訪談研究設計與收案對象

依據本研究焦點團體訪談研究的目的，本研究焦點團體訪談的對象主要為醫學中心、區域、地區醫院或基層診所的醫師或透析中心/集團經營者以及學者專家。由於北、中、南區診所或醫院面臨的醫療環境、病患特質有所不同，因此對於透析支付政策可能也會有所差異，故本研究之焦點團體訪談分別於北（新竹以北，含新竹）、中（新竹以南，嘉義以北）、南（嘉義以南，含嘉義）舉辦。參加對象主要選定為各地區醫學中心、區域、地區醫院或基層診所代表性的醫師、經營者以及學者專家。此抽樣方法採取分層立意抽樣。每一場座談邀請人數約 10-15 位，座談時間控制在兩個小時內。下表為焦點座談參與人員如下表。

表一：焦點座談參與人員列表

場次	編號	參與者身分	機構層級	是否為透析集團
台北	PMC1	醫師	醫學中心	否
台北	PMC2	醫師	醫學中心	否
台北	PCN1	醫師	診所層級	否
台北	PCN2	醫師	診所層級	否
台北	PRG1	醫師	地區醫院	是
台北	PRG2	醫師	區域醫院	是
台北	PRG3	醫師	地區醫院	是
台北	PSC1	學者	學者代表	否
台北	PSC2	學者	學者代表	否
台北	PH1	醫師	醫學中心	否
台北	PH2	醫師	醫學中心	否

台中	CMC1	醫師	醫學中心	否
台中	CMC2	醫師	醫學中心	否
台中	CRH1	醫師	區域醫院	否
台中	CCN1	醫師	診所層級	否
台中	CRG1	醫師	區域醫院	是
台中	CRG2	醫師	地區醫院	是
台中	CCN2	醫師	診所層級	否
台中	CSC1	學者	學者代表	否
台中	CSC2	學者	學者代表	否
台中	CHM	醫院管理者	診所層級	否
台中	CH1	醫師	醫學中心	否
台中	CH2	醫師	醫學中心	否
台中	CH3	學者	學者代表	否
高雄	KMC1	醫師	醫學中心	否
高雄	KCN1	醫師	診所層級	否
高雄	KCN2	醫師	診所層級	否
高雄	KCG1	醫師	診所層級	是
高雄	KRH1	醫師	區域醫院	否
高雄	KCG2	醫師	診所層級	是
高雄	KCN3	醫師	診所層級	否
高雄	KSC1	學者	學者代表	否
高雄	KSC2	學者	學者代表	否
高雄	KH1	醫師	醫學中心	否
高雄	KH2	醫師	醫學中心	否
高雄	KH3	學者	學者代表	否

註：

PMC-Taipei Medical Center; PCN-Taipei Clinic; PRG-Taipei Regional Group; PSC-Taipei Scholar; PH-Taipei Host

CMC-Taichung Medical Center; CRH-Taichung Regional Hospital; CCN-Taichung Clinic; CRG-Taichung Regional Group; CSC-Taichung Scholar; CHM-Taichung Hospital Management; CH-Taichung Host

KMC-Kaohsiung Medical Center; KCN-Kaohsiung Clinic; KCG-Kaohsiung Clinic Group; KRH-Kaohsiung Regional Hospital; KSC-Kaohsiung Scholar; KH-Kaohsiung Host

5.2.2 焦點團體訪談研究進程序與問題設計

為避免訪談漫無組織、沒有架構，本研究團隊多次討論，擬定訪談問題大綱，確認與本研究所關心的主題已經包含在內。另外，亦事先準備和預想焦點團體訪談當天研究進行的程序內容，如附錄一。焦點團體訪談於 2012 年 9 月 15 日、16

日兩天內完成。每次座談會結束後，研究主持人與共同主持人會以前一場的座談內容，進行修改、釐清原來問題討論，使焦點團體訪談的討論更能夠針對主題討論。問題設計共分為 10 個議題，包括：

- 1. 近十年有哪些透析支付政策對於診所或醫院經營造成衝擊？
- 2. 對於門診透析預算（次總額）成長率逐年下降的現象，今年有預期要調升 2%，就您的經驗或觀察所屬的基層診所或醫院有什麼因應之道？
- 3. 另延伸議題一的問題，關於透析給付支付點數調整的情形，如血液透析由每次 4,017 點調降到 3,912 點，就您的經驗或觀察所屬的基層診所或醫院有什麼因應之道？
- 4. 門診透析預算（次總額）支付政策實施對腎臟專科醫師執醫型態的影響？我們想從這個議題瞭解支付制度對於醫師的影響。
- 5. 門診透析預算（次總額）支付政策實施對病患就醫有沒有影響？我們想從這個議題瞭解支付制度對於病患就醫可近性和就醫品質有沒有影響。
- 6. 個人對門診透析預算（次總額）支付政策的評判，包括健保支付點值、支付制度的公平性、整體制度的建議等。
- 7. 腎臟醫界對透析支付制度的建議（i.e., 醫院、診所獨立門診透析預算（次總額））。
- 8. 造成透析中心策略聯盟(Strategic Alliance)/集團化的因素有哪些？
- 9. 透析中心策略聯盟(Strategic Alliance)/集團化對於市場結構的影響情形是怎樣？正面影響？負面影響？
- 10. 腎臟醫界對透析中心策略聯盟(Strategic Alliance)/集團化的因應之道。

5.2.3 焦點團體質性訪談資料整理和分析方法

焦點團體質性訪談資料整理方面，第一步驟，是對訪談進行文字整理。完成訪談內容的逐字稿後，確認重要的關鍵概念，再將相關的概念與以單位化，並根據單位概念內容的屬性加以分類，所整理出來的資料單位可形成有組織的主題（theme）。透過內容分析法(Content Analysis)以及政策及評量分析(Policy and Evaluation Analysis)分析門診透析預算（次總額）支付制度的影響以及衝擊。至少有兩位以上的專家共同參與，當彼此對內容分析有不一致意見時，需討論彼此的歧見處，適當的修改或刪除有不同意見的歸類或判斷，以達到一致性的看法(Iglehart 1991)。本研究利用 Atlas.ti 5.0 版電腦軟體進行逐字稿的編碼分析。

第陸章 台灣透析支付制度沿革與現況

透析支付制度之沿革：

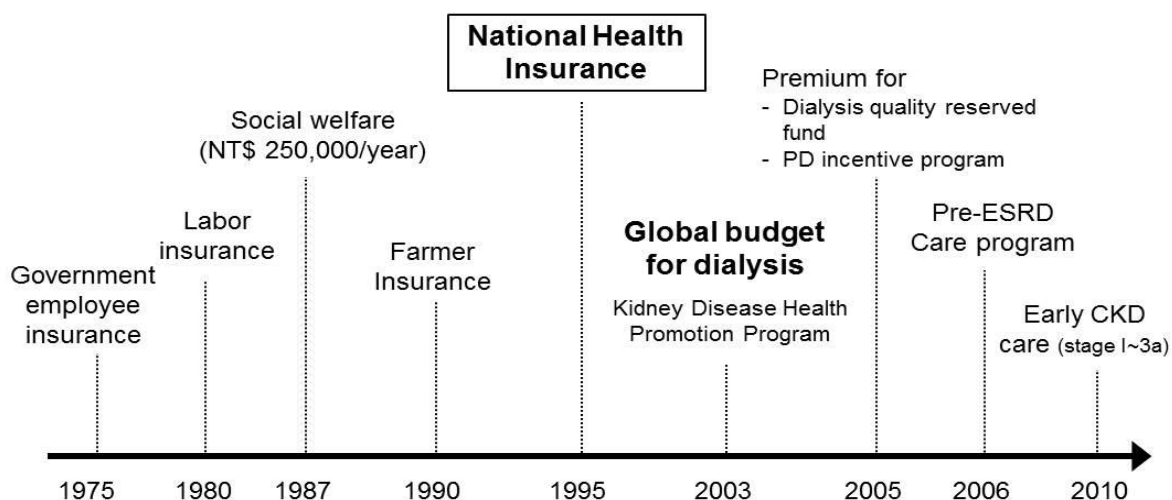
台灣透析醫療於民國 52 年臺大醫院第一位透析病患開始，民國 57 年完成第一例腎臟移植。民國 73 開始連續性攜帶式腹膜透析。血液透析醫療服務至今年已發展了 50 年，在這段年間，透析醫療經歷勞、農、公保到全民健康保險實施，透析支付制度亦有所改變。

台灣腎臟醫學會紀錄了台灣醫療保險與透析醫療給付年鑑資料，台灣透析支付制度轉變可以大約分為四個時期。第一個時期，從民國 52 年至 78 年：公保、勞保醫療保險補助，只有少數病患能接受透析治療。民國 76 年，政府開始實施自費透析病患醫療補助及低收入戶慢性尿毒症患者補助、榮民免費透析治療、及農保健康保險，血液透析的人數逐漸成長。第二個時期：從民國 79 年至 83 年，勞保開始對透析醫療費用訂定支付標準，主要是以定額支付(case payment)為主的支付制度，即為避免論量計酬之缺點(報得越多收入越多)。以血液透析為例，醫療費用支付點數每次為 4000 點。第三個時期，從 84 年至 89 年：全民健康保險開辦，透析仍沿用定額給付支付，目的以控制血液透析費用的成長。以血液透析(HD)為例，定額給付每次給付 4000 點，所定點數內含技術費、檢驗費、藥劑費、一般材料費、特殊材料及特殊藥劑等費用。原輸血及 EPO 之費用另外申報，到了民國 85 年時則採包裹式定額給付(bundle payment)，每次 4100 點。腹膜透析(PD)一次支付點數為 1,320 點。連續可動式腹膜透析(PD)每月可申報一次追蹤處置費共 6,940 點。第四個時期，民國 90 年迄今為全民健保總額支付制度實施：民國 90 年(西元 2001 年)基層診所血液透析納入基層總額，民國 91 年(西元 2002 年)醫院血液透析支付標準納入醫院總額、民國 92 年 1 月(西元 2003 年)西醫基層診所及醫院等之門診透析部門預算合併為單一門診透析預算(次總額)。期間雖經歷修改支付標準調整，在同一門診透析預算(次總額)預算額度採為包裹式定額支付方式，在民國 97 年調整一般門診血液透析給付為 4,017 點，住院與急重症透析維持為 4,100 點)。

健保局實施總額預算後，在部門預算下提撥一定金額作為品質保證保留款，以維持透析醫療品質。台灣腎臟醫學會於民國 92 年與國民健康局設置『腎臟病健康促進機構』，推廣腎臟病整體衛教，建構腎臟疾病整體醫療照護及衛教體系；

健保局也於民國 95 年實施『Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫』，對於 Stage 3b, 4, 5 之慢性腎臟病患給予照護衛教醫療給付；民國 100 年開辦『全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案』，對於 Stage 1, 2, 3a 慢性腎臟病患進行疾病管理，以預防、降低或延緩腎功能惡化，進而提昇慢性腎臟病患的照護與生活品質，減輕健保醫療負擔。

台灣透析醫療史重大里程碑



台灣透析醫療年代表

年度	事件
民國 52 年	第一家醫院設置血液透析室—臺大醫院
民國 57 年	第一例腎臟移植—臺大醫院
民國 64 年	實施公務人員保險透析醫療補助
民國 66 年	第一家診所設置血液透析室—中心診所
民國 72 年	開始血液透析院所評鑑—由行政院衛生署辦理
民國 73 年	第一家醫院設置腹膜透析室—臺北榮民總醫院及高雄醫學大學附設醫院
民國 75 年	開始血液透析院所評鑑—由台灣腎臟醫學會接受衛生署委託辦理

民國 76 年 2 月	公佈實施自費透析病患醫療補助試辦要點
民國 77 年	開辦榮民免費透析業務
民國 77 年	台灣省政府照顧低收入戶慢性尿毒症患者，補助透析費用減輕病患負擔
民國 78 年 7 月 1 日	實施農民健康保險
民國 79 年 7 月 1 日	實施勞工保險診療費用支付標準表 血液透析醫療費用支付點數每次 4000 元，內含技術費、檢驗費、藥劑費、一般材料費、特殊材料及特殊藥劑等費用，輸血費另計。
民國 79 年 9 月 25 日	CAPD 納入勞保診療費用支付標準給付範圍
民國 82 年 7 月 1 日	實施自費透析病患醫療補助 自費病患，經行政院衛生署公告指定之公立醫院、教學醫院或有腎臟專科醫師之私立醫療院所診斷，須長期透析，並開立證明，其家庭總收入扣除每人每月透析費用後，平均每人每月未達最低生活費用 2.5 倍者，補助每人每次透析費用新台幣 2500 元整，每月以 12 次為限。
民國 84 年 3 月 1 日	開辦全民健康保險 血液透析醫療費用依全民健康保險醫療費用支付標準規定，採按次給付 4000 元定額給付，所定點數內含技術費、檢驗費、藥劑費、一般材料費、特殊材料及特殊藥劑等費用，輸血及 EPO 之費用另外申報
民國 85 年 1 月 1 日	APD 納入健保給付，比照 CAPD 追蹤處置費支付點數申報，但機器租金不列入保險範圍
民國 85 年 7 月 1 日	修改血液透析支付標準 血液透析治療處置費內含 EPO、及輸血費用定額支付每次 4100 元
民國 90 年 7 月 1 日	基層總額支付制度開始實施 基層診所血液透析支付標準納入基層總額支付制度計算
民國 91 年 7 月 1 日	醫院總額支付制度開始實施 醫院血液透析支付標準納入醫院總額支付制度計算
民國 92 年 1 月 1 日	西醫基層診所及醫院等之門診洗腎部門預算合併為單一門診透析預算（次總額）
民國 92 年 12 月	國民健康局設置『腎臟病健康促進機構』
民國 93 年 6 月 1 日	健保局公告『修改支付標準表』：考量透析服務量與價之關係，血液透析支付標準採平均每月門診透析人次累進遞減方式
民國 94 年 1 月 1 日	實施『門診透析服務品質保證保留款實施方案』
民國 95 年 7 月 1 日	PD 追蹤處置費調高為 8675 元計算
民國 95 年 11 月 1 日	健保局實施『Pre-ESRD 健康管理及整體照護方案計畫』，針對 CKD Stage 3b, 4, 5 之病患給與醫療給付

民國 97 年 5 月 1 日	APD 機器租金(全自動腹膜透析機相關費用)納入給付 2000 元
民國 97 年 9 月 1 日	修改血液透析支付標準 血液透析治療處置費取消高額折付，定額支付每次 4017 點。急重症透析 4100 點
民國 100 年 1 月 1 日	健保局實施「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」，針對 CKD Stage 1, 2, 3b 之病患給與醫療給付
民國 101 年 6 月 1 日	修改血液透析支付標準 血液透析治療處置費，定額支付每次 3912 點。急重症透析 4100 點

門診透析次總額形成過程：

中央健康保險局於八十八年即規劃一連串改變健保醫療給付的制度，希望藉由總額的分配，達到合理控制醫療費用的增加及提升醫療品質的目的，於九十年七月實施了『基層總額支付制度』，委由全國醫師公會聯合會負責執行相關事項。

在透析方面，『基層門診透析』當初規劃為特殊治療項目自成總額，支付點數不分區域，其費用的分配及成長率，涵蓋於『基層總額支付制度』內。由於透析人數之自然成長，全聯會與健保局公布出九十年七月至九月費用點值降為 0.923，在透析給付降價之壓力下已引起基層透析診所的恐慌。

91 年 7 月醫院總額支付制度開始實施後，在醫院與基層診所『門診透析』總額支付制度個自分開尚未整合之現狀下可以預期將會有一連串狀況發生，學會站在透析病患的考量上，認為必須將「基層門診透析」與「醫院門診透析」獨立出來進行整合成為「門診透析獨立總額支付制度」，於是拜訪醫院協會及衛生署希望能將醫院及基層門診透析醫療預算整合成一個獨立總額預算。

由於健保法規內，門診透析預算（次總額）不能自成一個總額，故門診透析現行全民健保「門診透析支付預算」來自「醫院總額」及「基層總額」預算中，兩總額提撥協商後的比例獨立成門診透析預算。門診透析預算（次總額）多年來一直處於醫院總額與基層總額兩大勢力的健保資源角力下，無法參與協商，獲得合理的門診透析預算經費，且面臨兩大總額要求分立的局面。

門診透析次總額合併或分立站在行政立場上各有其優缺點，然目前透析醫療已走向「方便性」、「可近性」的『社區醫療照顧』，病患不需要到都會區或醫院才能接受治療，站在病患立場，門診透析預算（次總額）合併之優點多於缺點。門診透析預算雖其預算然不能自成一獨立總額，但其醫療費用預算數應可給予獨立協商，避免成為角力賽中的犧牲品。

腹膜透析政策

血液透析醫療給付由公保開放，論次計酬於勞保開始對透析醫療費用訂定支付標準，主要是以定額支付(case payment)為主的支付制度，避免論量計酬之缺點(報得越多收入越多)。全民健康保險開辦，透析仍沿用定額給付支付，以控制血液透析費用的成長，民國 85 年時則採包裹式定額給付(bundle payment)，每次 4100 點，期間經歷數次修改支付標準點數，在門診透析預算(次總額)仍採包裹式定額支付方式。

腹膜透析(PD)於 79 年開始給付追蹤處置費，全民健康保險開辦，沿用此支付制度，同時將全自動腹膜透析之追蹤處置費納入給付。隨著健保總額實施，為鼓勵腹膜透析治療，於門診透析預算項下之品質保證保留款支用範圍增列「腹膜透析推廣獎勵方案」。

腹膜透析獎勵方案歷程

2005. 1. 1.	增加 25%腹膜透析之追蹤處理費，從每月 6940 點增至每月 8675 點開放地區醫院與基層診所可以執行腹膜透析
2006. 1. 1.	腹膜透析之追蹤處理費採固定點值，一點一元支付
2006. 1. 1	健保局品質保證保留款支用範圍增列: 推廣「腹膜透析推廣獎勵計畫」分配本方案預算之 20% 經費 醫院評鑑增列鼓勵腹膜透析項目
2008. 1. 1.	腹膜透析之追蹤處理費(58011C 及 58017C)採每點 1.2 元支付
2008. 5. 1.	增加全自動腹膜透析機相關費用之追蹤處置費每月 2000 點
2009. 1. 1	98 年度起取消腹膜透析獎勵方案
2011. 1. 1.	腹膜透析之追蹤處理費(58011C 及 58017C)採每點 1.1 元支付

門診透析品質保證保留款下，腹膜透析治療推廣獎勵費用分配如下：

一、分配基礎：

- (1) 達成腹膜透析推廣目標值，則分配本項預算。
- (2) 依院所收治新增腹膜透析人數給予獎勵。
- (3) 透析醫療單位應配合透析醫療服務品質提升計畫，提報執行情形，由健保局定期進行監控管理。

二、腹膜透析推廣獎勵計畫預算分配：

(A) 95 年度腹膜透析推廣獎勵計畫分配：

- (1) 95 年全國新增腹膜透析病患較 94 年成長率 $\geq 10\%$ ，支用本項預算 50%；全國新增腹膜透析病患成長率每再成長 2%，再動用本項預算之 10%，並以動支 100% 為上限。
【計算公式=(95 年新增 PD 透析病患-94 年新增 PD 透析病患)/94 年新增 PD 透析病患】
- (2) 95 年腹膜透析新病患人數較 94 年增加且腹膜透析品質監測指標得分大於 60(含)分之透析醫療單位(不含 95 年新設立腹膜透析單位之院所)，得分配前項預算之 80%。
- (3) 95 年新設立腹膜透析單位之院所，得分配前項預算之 20% 作為獎勵金額。

(B) 96 年度腹膜透析推廣獎勵計畫分配：

- (1) 96 年全國新增腹膜透析病患較 95 年成長率 $\geq 10\%$ ，支用本項預算 50%；全國新增腹膜透析病患成長率每再成長 2%，再動用本項預算之 10%，並以動支 100% 為上限。
- (2) 腹膜透析品質監測指標得分大於 60(含)分之透析醫療單位(不含 96 年新設立腹膜透析單位之院所)，得分配前項預算之 80%。
- (3) 96 年新設立腹膜透析單位之院所，得分配前項預算之 20% 作為獎勵金額。

(C) 97 年度腹膜透析推廣獎勵計畫分配：

- (1) 97 年全國新增腹膜透析病患較 96 年成長率 $\geq 12\%$ 支用本項預算。(97 年新增腹膜透析病患以首次治療院所計算)
- (2) 腹膜透析品質監測指標得分大於 60(含)分之透析醫療單位，得分配前項預算。
- (3) 計算方式：
 - (a) 每家分配腹膜透析治療推廣獎勵金額=新增病人數*10,000 點。
 - (b) 預算不足則採浮動點值計算，惟每點金額不得大於 1 元。

第七章 研究結果：

門診透析預算（次總額）實施後對醫療品質的影響

本章節 7.1 到 7.4 資料結果分析從病患層面進行分析，瞭解總額支付制度實施對 ESRD 病患醫療資源利用以及醫療品質影響的長期趨勢。7.5 從醫療院所層級進行分析，瞭解 2000-2010 年間總額支付制度實施對醫療院所家數以及醫療供給的差異。7.6 從縣市層級分析，瞭解 2000-2010 年整體醫療資源供給與需求分布程度的長期趨勢。

7.1 病患存活率

本研究比較分析在三個不同年度時段（2001-2002、2003-2004、以及 2005-2006 年）新加入病患的存活率和死亡率，其中 2001-2002 為門診透析預算（次總額）實施前，2003-2004 以及 2005-2006 為門診透析預算（次總額）實施後。

以 2001 年到 2006 年間新透析病患為分析對象，並且持續追蹤到 2008 年，病患數共 54,373 人。為進一步分析接受不同透析病患是否呈現差異，新病患分為三個組，第一組：HD only（在 Follow-up 期間並無轉換到 PD）、第二組：PD only（在 follow-up 期間並無轉換到 HD）、以及第三組：HD+PD（在 Follow-up 期間曾接受 HD 或 PD 治療）。

圖 7.1.1 顯示 2001-2002、2003-2004、2005-2006 三個 groups 的個別存活率（unadjusted）。在存活率分析方面，HD only 組的病患在三個年度時段並無呈現顯著差異；在 PD only 組的病患，存活率似乎逐年改善；HD+PD 組的病患則無呈現明顯的差異。本研究進一步利用 cox proportional hazard model 分析影響病患存活因子，瞭解三個階段 HD only 和 PD only 兩組病患存活差異，並且校正病患年齡、性別、有無糖尿病(DM)、以及接受透析的方式(HD/PD)。結果發現 2003-2004 年病患比 2001-2002 年新病患死亡機率降低 ($p=0.0612$)，2005-2006 年病患又比 2001-2002 年新病患死亡率降低更多 ($p<0.001$)。在年齡方面，相較於 20-45 歲族群，年紀越高，死亡率越高 ($p<0.001$)。性別方面，男性比女性死亡率高 ($p<0.001$)。病患疾病特質方面，罹患糖尿病族群的死亡率是未罹患糖尿病族群的 1.5 倍 ($p<0.001$)。比較 HD only 和 PD only 的族群則無顯著差異。

表 7.1.1 校正透析病患年齡、性別、糖尿病(DM)、及透析模式後之存活率

Variable	HR (95% CI)	p value
Incident case group		
2001 ~ 2002	1.00	
2003 ~ 2004	0.972 (0.944 ~ 1.001)	0.0612
2005 ~ 2006	0.881 (0.852 ~ 0.910)	< 0.0001
Age		
20-45	1.00	
45-65	2.123 (1.992 ~ 2.263)	< 0.0001
65-75	4.246 (3.983 ~ 4.526)	< 0.0001
≥ 75	8.027 (7.528 ~ 8.558)	< 0.0001
Gender		
Male	1.174 (1.145 ~ 1.203)	< 0.0001
Female	1.00	
DM status		
No	1.00	
Yes	1.525 (1.487 ~ 1.563)	< 0.0001
Rx mode		
HD only	1.00	
PD only	1.018 (0.957 ~ 1.084)	0.5672

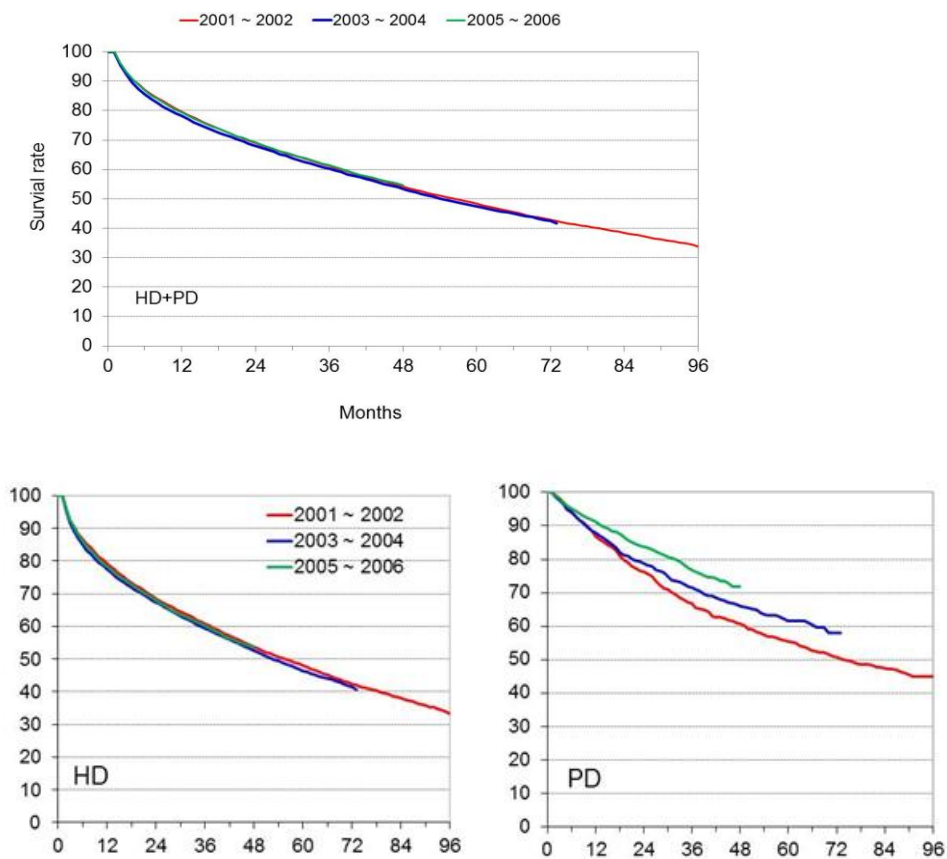


圖 7.1.1 : 2001-2002, 2003-2004, 2005-2006 分析三個 groups 之個別存活率 (unadjusted)

7.2 門診透析預算（次總額）實施後對透析醫療品質之影響

分析透析病患照護的檢驗生化值，依照處置方式與糖尿病有無進行比較。在照護檢驗生化值，選取紅血球濃度、紅血球血比容、血清白蛋白、尿素氮廓清率（Kt/V）、膽固醇、三酸甘油脂、血糖、鈣、磷、副甲狀腺素、含鐵蛋白、總鐵蛋白與攜鐵蛋白飽和度。比較透析病患最初處置方式為血液透析與腹膜透析，分成糖尿病與非糖尿病兩族群。

血液透析與腹膜透析糖尿病患者紅血球濃度（Hb）2001-2008 年平均值分別為 9.7 與 9.5、9.7 與 9.7、9.9 與 9.7、10.0 與 9.8、10.2 與 9.8、10.2 與 9.9、10.4 與 10.1、10.4 與 10.2 g/dL；血液透析與腹膜透析非糖尿病患者紅血球濃度（Hb）2001-2008 年平均值分別為 9.7 與 9.4、9.8 與 9.5、9.9 與 9.5、10.0 與 9.6、10.2 與 9.6、10.3 與 9.7、10.4 與 9.9、10.4 與 10.2 g/dL，無論有無糖尿病，血液透析之紅血球濃度皆大於腹膜透析。

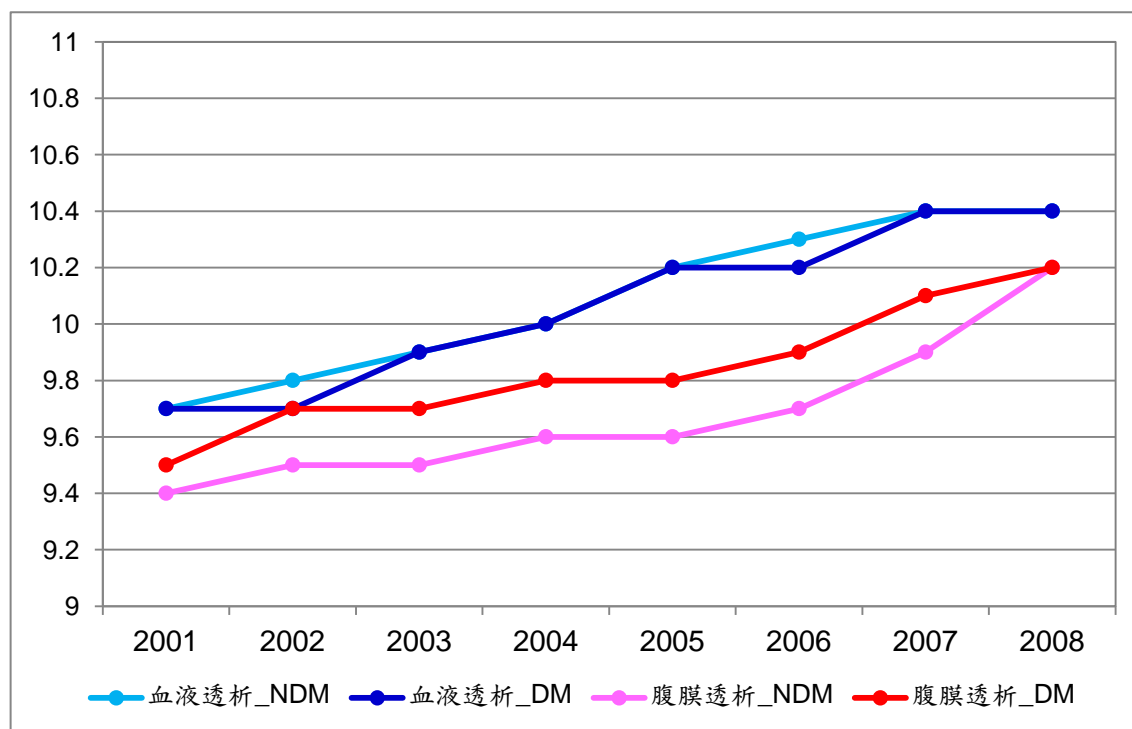


圖 7.2.1 糖尿病與非糖尿病透析病患血中紅血球濃度之分佈

血液透析與腹膜透析糖尿病患者紅血球血比容（Hct）2001-2008 年平均值分別為 29.1%與 28.4%、29.3%與 28.5%、29.8%與 28.5%、30.3%與 29.4%、30.8%與 29.4%、30.9%與 29.8%、31.4%與 30.2%、31.5%與 30.6%；血液透析與腹膜透

析非糖尿病患者紅血球血比容(Hct)2001-2008 年平均値分別為 29.4%與 28.1%、29.7%與 28.2%、30.1%與 28.3%、30.4%與 28.9%、31.0%與 28.9%、31.2%與 29.3%、31.5%與 29.9%、31.6%與 30.3%，無論有無糖尿病，血液透析紅血球血比容(Hct)皆大於腹膜透析。

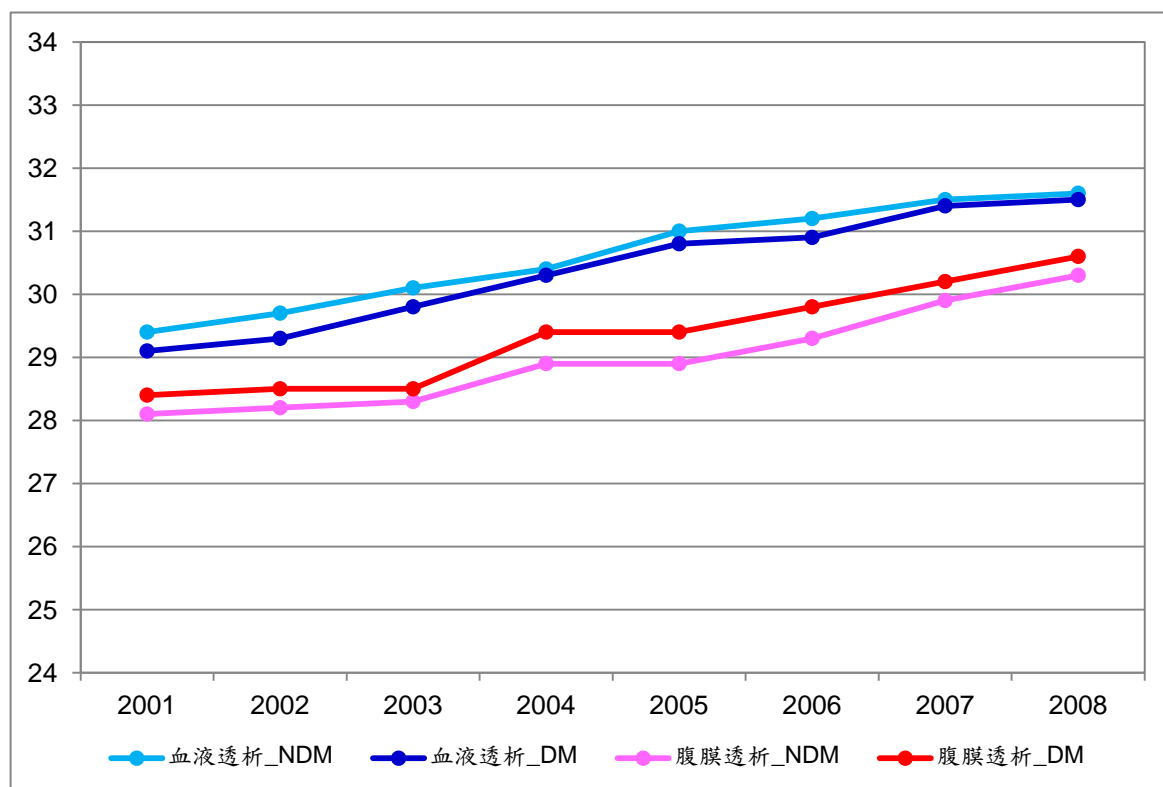


圖 7.2.2 糖尿病與非糖尿病透析病患紅血球血比容之分佈

血液透析與腹膜透析糖尿病患者血清白蛋白 (Albumin) 2001-2008 年平均値分別為 3.8 與 3.3、3.8 與 3.4、3.8 與 3.5、3.8 與 3.5、3.8 與 3.5、3.8 與 3.5、3.9 與 3.6、3.8 與 3.6 mg/dL; 血液透析與腹膜透析非糖尿病患者血清白蛋白 (Albumin) 2001-2008 年平均値分別為 3.9 與 3.7、3.9 與 3.7、3.9 與 3.8、3.9 與 3.8、3.9 與 3.8、3.9 與 3.8、3.9 與 3.8、3.9 與 3.8 mg/dL，無論有無糖尿病，血液透析血清白蛋白 (Albumin) 皆大於腹膜透析。

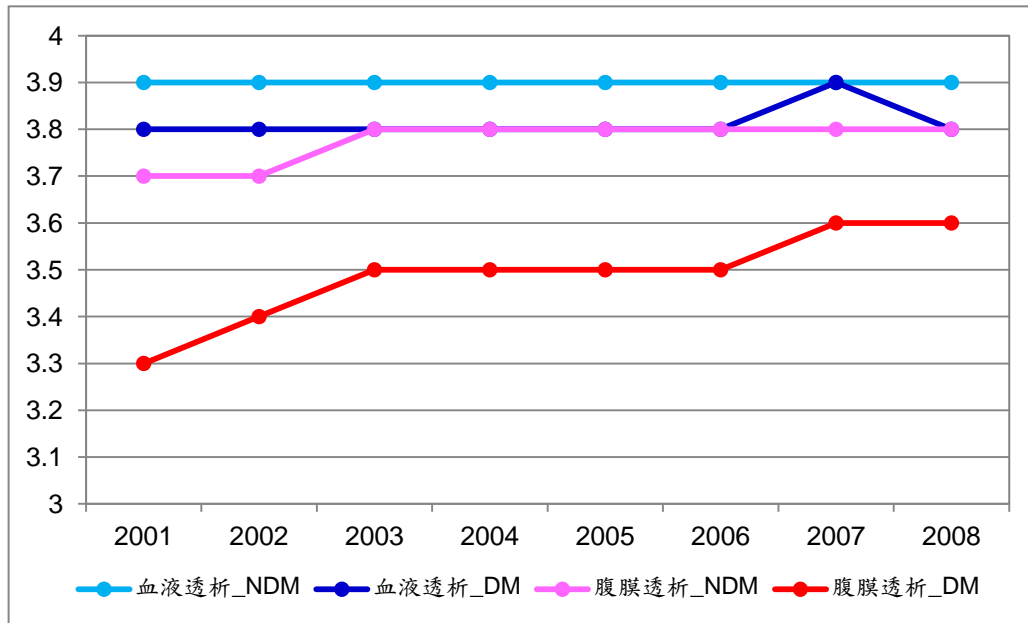


圖 7.2.3 糖尿病與非糖尿病透析病患血中白蛋白之分佈

血液透析與腹膜透析糖尿病患者尿素氮廓清率(Kt/V) 2001-2008 年平均値分別為 1.6 與 1.5、1.6 與 1.6、1.6 與 1.5、1.6 與 1.8、1.6 與 1.6、1.6 與 1.6、1.7 與 1.7、1.6 與 1.6；血液透析與腹膜透析非糖尿病患者尿素氮廓清率(Kt/V) 2001-2008 年平均値分別為 1.7 與 1.3、1.7 與 1.3、1.7 與 1.5、1.7 與 1.5、1.7 與 1.5、1.7 與 1.3、1.8 與 1.5、1.7 與 1.4。糖尿病患者不論在血液透析或腹膜透析，尿素氮廓清率(Kt/V)皆低於無糖尿病患者。

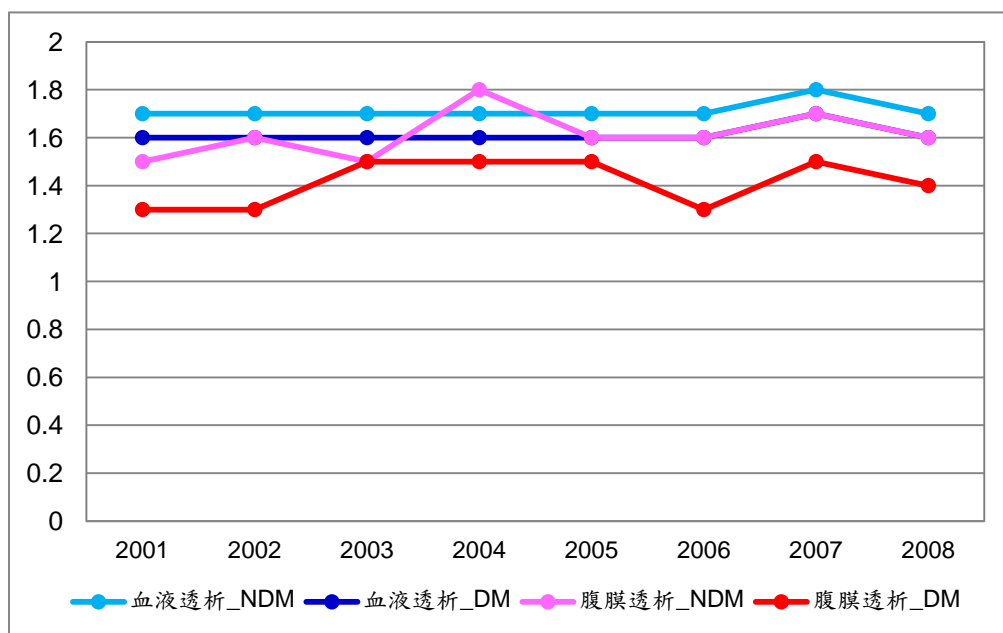


圖 7.2.4 糖尿病與非糖尿病透析病患尿素氮廓清率之分佈

血液透析與腹膜透析糖尿病患者血中膽固醇(mg/dl)平均值 2001-2008 年分別為 185.3 與 201.5、182.7 與 208.7、181.5 與 205.4、178.9 與 208.4、178.4 與 199.6、173.8 與 197.3、173.3 與 190.0、170.8 與 190.4 mg/dl;血液透析與腹膜透析非糖尿病患者血中膽固醇(mg/dl)平均值 2001-2008 年分別為 182.2 與 208.6、180.4 與 208.2、180.3 與 205.6、178.1 與 209.7、178.3 與 207.7、174.8 與 200.9、175.3 與 197.5、172.7 與 195.9 mg/dl，無論有無糖尿病，血液透析血中膽固醇(mg/dl)皆小於腹膜透析。

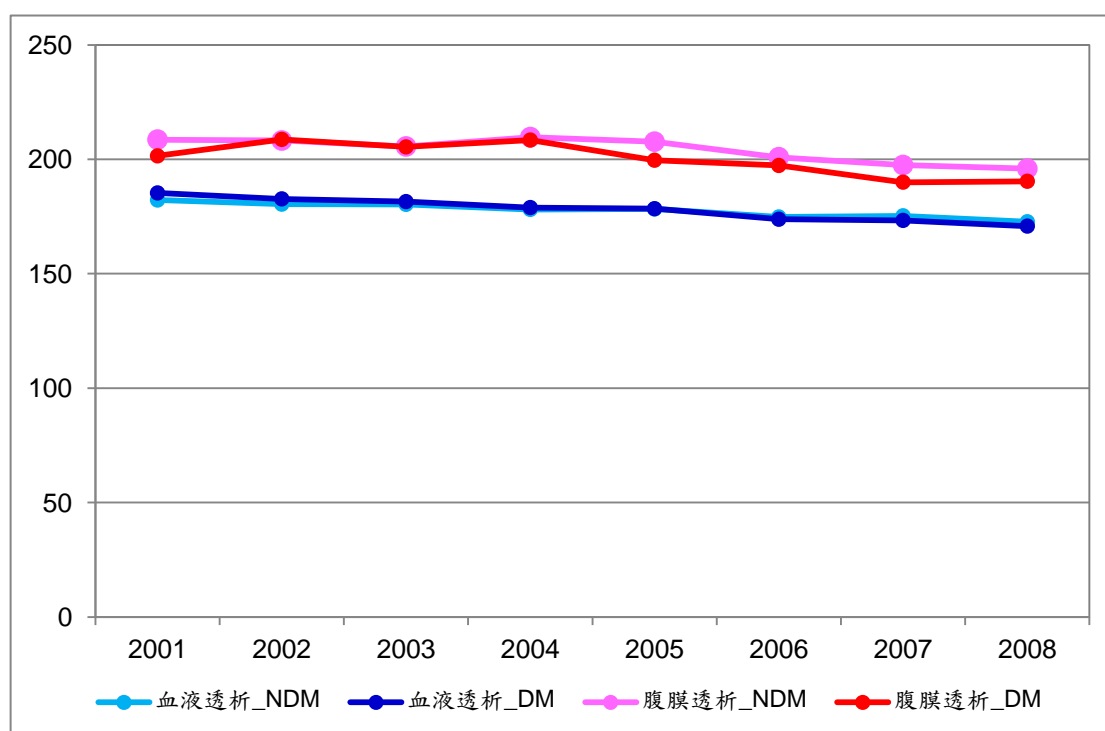


圖 7.2.5 糖尿病與非糖尿病透析病患血中膽固醇之分佈

血液透析與腹膜透析糖尿病患者血中三酸甘油酯(mg/dl) 2001-2008 年平均分別為 206.4 與 214.9、197.4 與 260.8、192.2 與 262.3、191.8 與 242.8、183.8 與 220.2、177.1 與 230.9、175.9 與 211.8、172.4 與 202.9 mg/dl;血液透析與腹膜透析的非糖尿病患者血中三酸甘油酯(mg/dl) 2001-2008 年平均分別為 167.0 與 185.1、160.4 與 185.0、157.0 與 183.6、155.6 與 190.4、151.2 與 186.6、149.0 與 187.3、148.8 與 178.1、146.3 與 173.4 mg/dl，無論有無糖尿病，血液透析血中三酸甘油酯(mg/dl)皆小於腹膜透析。

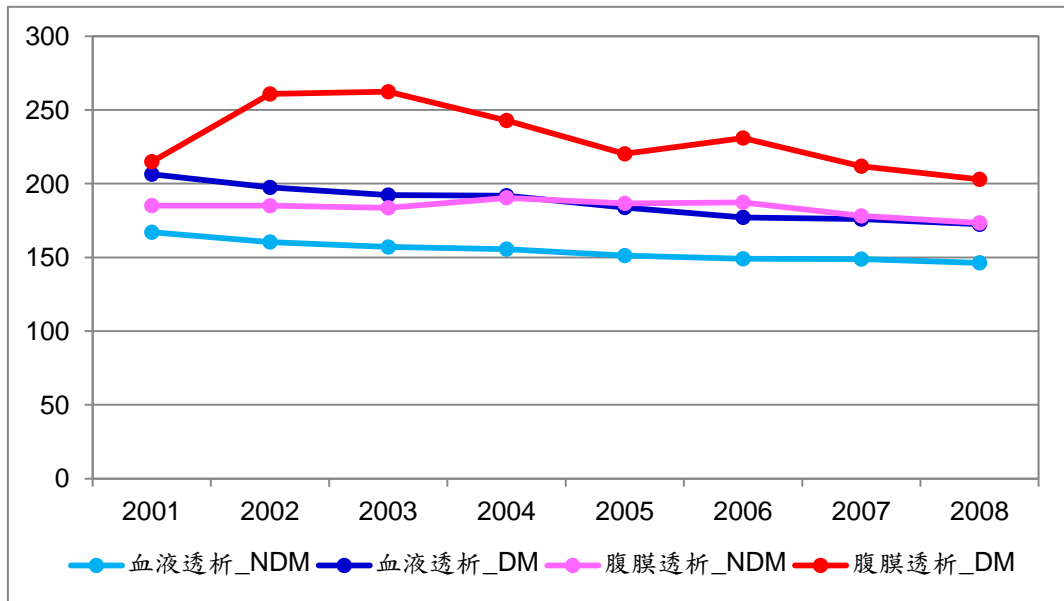


圖 7.2.6 糖尿病與非糖尿病透析病患血中三酸甘油脂之分佈

血液透析與腹膜透析糖尿病患者血糖濃度(mg/dl)平均值 2001-2008 年分別為 189.9 與 196.1、188.1 與 191.3、190.4 與 189.6、185.5 與 181.3、183.1 與 180.3、179.0 與 174.5、174.3 與 187.7、176.9 與 174.2 mg/dl；血液透析與腹膜透析非糖尿病患者血中血糖濃度(mg/dl)平均值 2001-2008 年分別為 114.9 與 108.0、114.7 與 109.8、116.2 與 109.5、115.5 與 105.8、116.1 與 109.4、114.7 與 107.6、114.1 與 112.9、117.1 與 110.4 mg/dl。糖尿病患者，除了 2001 和 2002 年腹膜透析血糖濃度(mg/dl)大於血液透析外，其餘皆為血液透析血糖濃度(mg/dl)大於或等於腹膜透析病患，而非糖尿病患者，血液透析血糖濃度(mg/dl)皆大於腹膜透析。

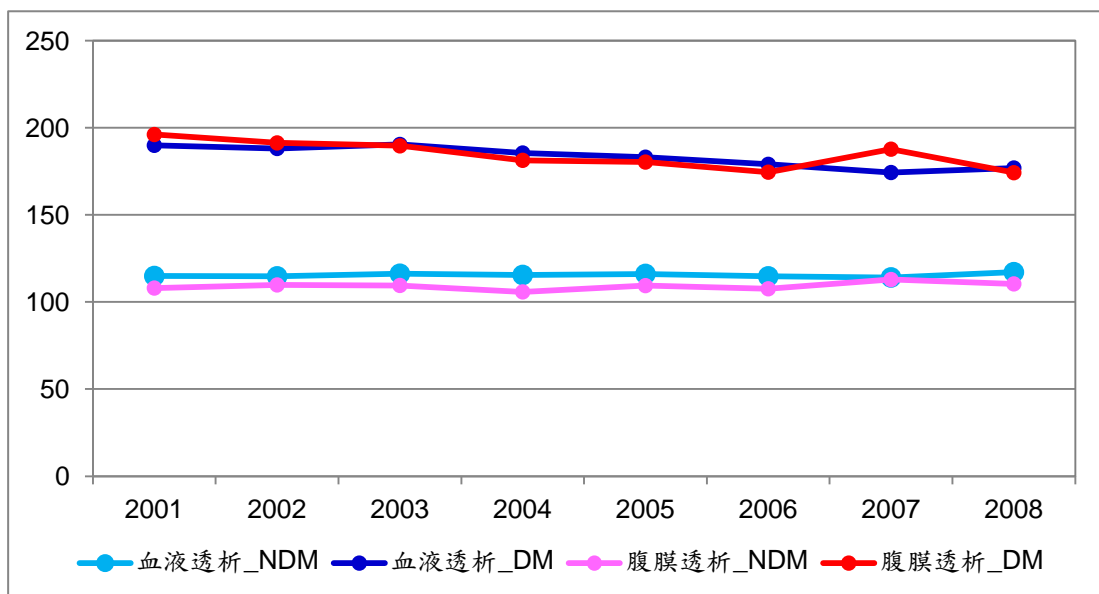


圖 7.2.7 糖尿病與非糖尿病透析病患血糖濃度之分佈

血液透析與腹膜透析糖尿病患者血中鈣濃度(mg/dl)平均值 2001-2008 年分別為 9.4 與 9.2、9.4 與 9.2、9.4 與 9.3、9.4 與 9.3、9.3 與 9.1、9.3 與 9.2、9.3 與 9.3、9.3 與 9.2 mg/dl;血液透析與腹膜透析非糖尿病患者血中鈣濃度(mg/dl)平均值 2001-2008 分別為 9.7 與 9.5、9.6 與 9.7、9.6 與 9.6、9.6 與 9.6、9.5 與 9.5、9.5 與 9.5、9.5 與 9.6、9.4 與 9.5 mg/dl。糖尿病患者，血液透析血中鈣濃度(mg/dl)皆大於腹膜透析，而非糖尿病患者，除了 2001 年血液透析血中鈣濃度(mg/dl)大於腹膜透析外，其餘皆是血液透析血中鈣濃度(mg/dl)小於或等於腹膜透析。

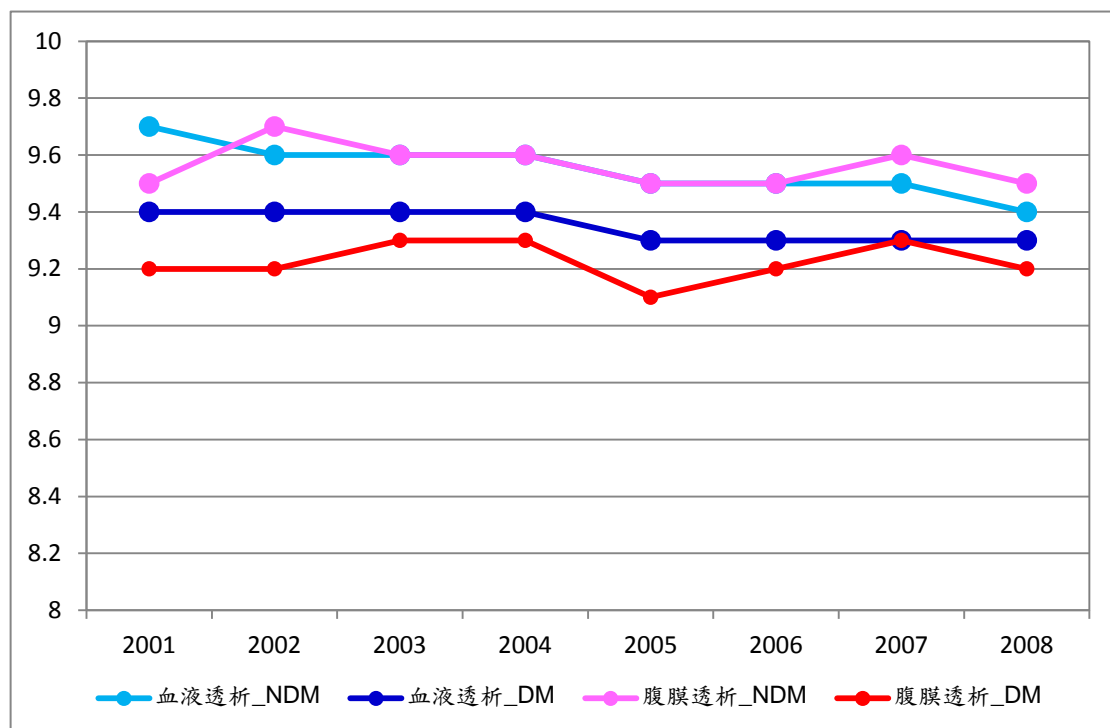


圖 7.2.8 糖尿病與非糖尿病透析病患血中鈣濃度之分佈

血液透析與腹膜透析糖尿病者血中磷濃度(mg/dl)平均值 2001-2008 年分別為 4.8 與 4.7、4.8 與 4.9、4.8 與 4.7、4.8 與 4.9、4.9 與 5.0、4.9 與 4.9、4.9 與 4.9、4.7 與 5.0 mg/dl;血液透析與腹膜透析非糖尿病患者血中磷濃度(mg/dl)平均值 2001-2008 年分別為 4.9 與 5.1、5.0 與 5.2、5.0 與 5.2、5.0 與 5.1、5.1 與 5.2、5.0 與 5.2、5.0 與 5.2、4.9 與 5.1 mg/dl。糖尿病患者，除了 2001 和 2003 年血液透析血中磷濃度(mg/dl)大於腹膜透析之外，其餘皆為血液透析血中磷濃度(mg/dl)小於或等於腹膜透析病患，而非糖尿病患，血液透析血中磷濃度(mg/dl)皆小於腹膜透析。

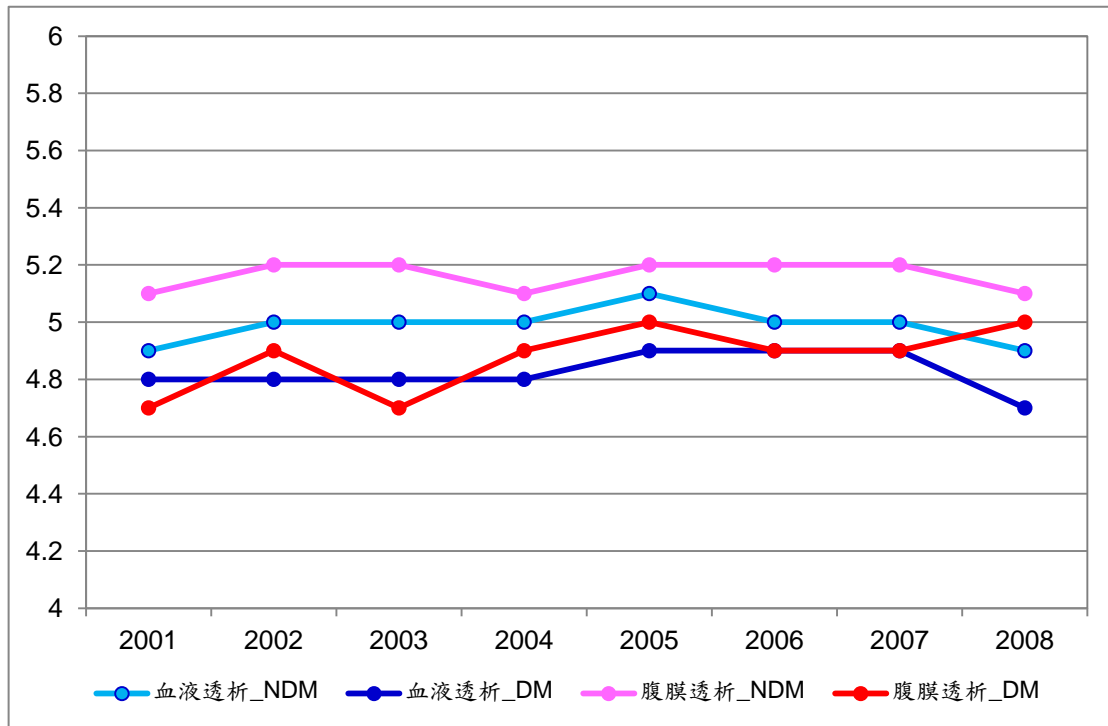


圖 7.2.9 糖尿病與非糖尿病透析病患血中磷濃度之分佈

血液透析與腹膜透析糖尿病患者血中副甲狀腺素(pg/ml)平均值 2001-2008 年分別為 144.2 與 150.8、144.8 與 153.4、155.0 與 182.2、159.4 與 188.4、177.9 與 197.1、183.6 與 195.6、202.7 與 209.1、200.9 與 213.6 pg/ml;血液透析與腹膜透析非糖尿病患者血中副甲狀腺素(pg/ml)平均值 2001-2008 年分別為 247.6 與 342.5、240.2 與 272.0、274.2 與 304.3、283.4 與 309.9、299.6 與 321.7、305.2 與 306.5、326.6 與 361.3、311.2 與 346.6 pg/ml。無論有無糖尿病，血液透析血中副甲狀腺素(pg/ml)皆小於腹膜透析。

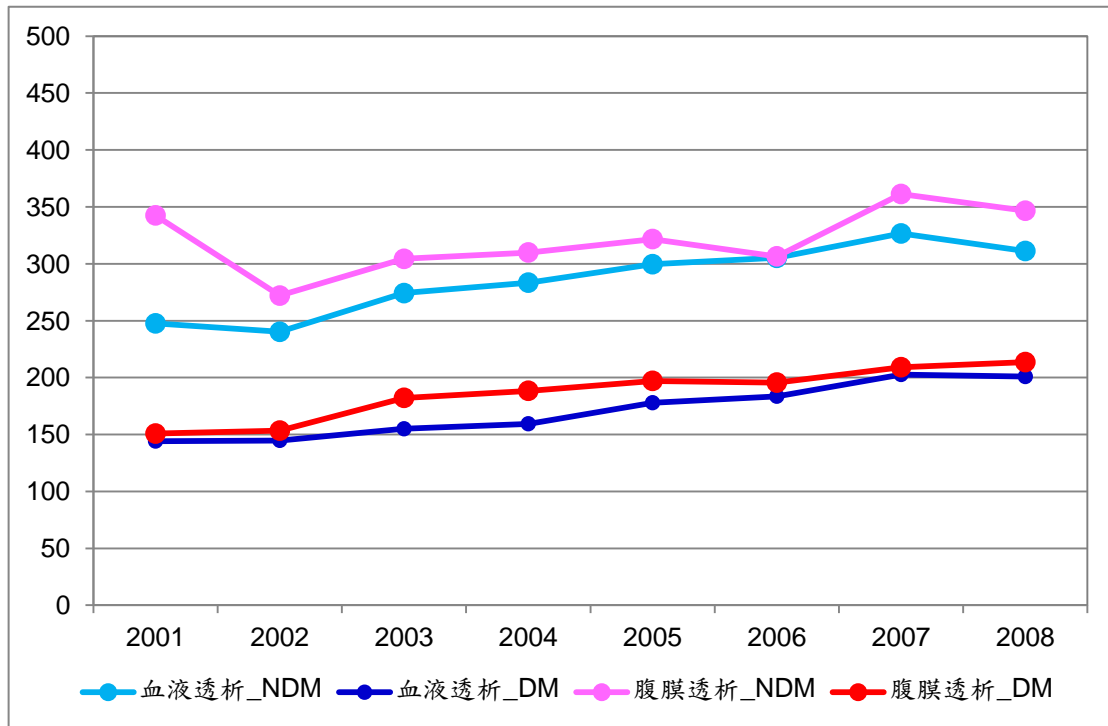


圖 7.2.10 糖尿病與非糖尿病透析病患血中副甲狀腺素之分佈

血液透析與腹膜透析糖尿病患者血中含鐵蛋白(mg/dl)平均值 2001-2008 分別為 580.5 與 482.4、546.9 與 512.0、554.5 與 503.5、561.5 與 466.1、563.2 與 503.6、580.3 與 478.0、555.7 與 484.0、525.6 與 432.1 mg/dl;血液透析與腹膜透析非糖尿病患者血中含鐵蛋白(mg/dl)平均值 2001-2008 年分別為 600.1 與 446.0、583.9 與 460.1、568.9 與 483.3、567.4 與 452.2、571.4 與 445.9、580.8 與 433.9、550.4 與 458.6、526.9 與 441.2 mg/dl, 無論有無糖尿病, 血液透析血中含鐵蛋白(mg/dl)皆顯著大於腹膜透析病患。

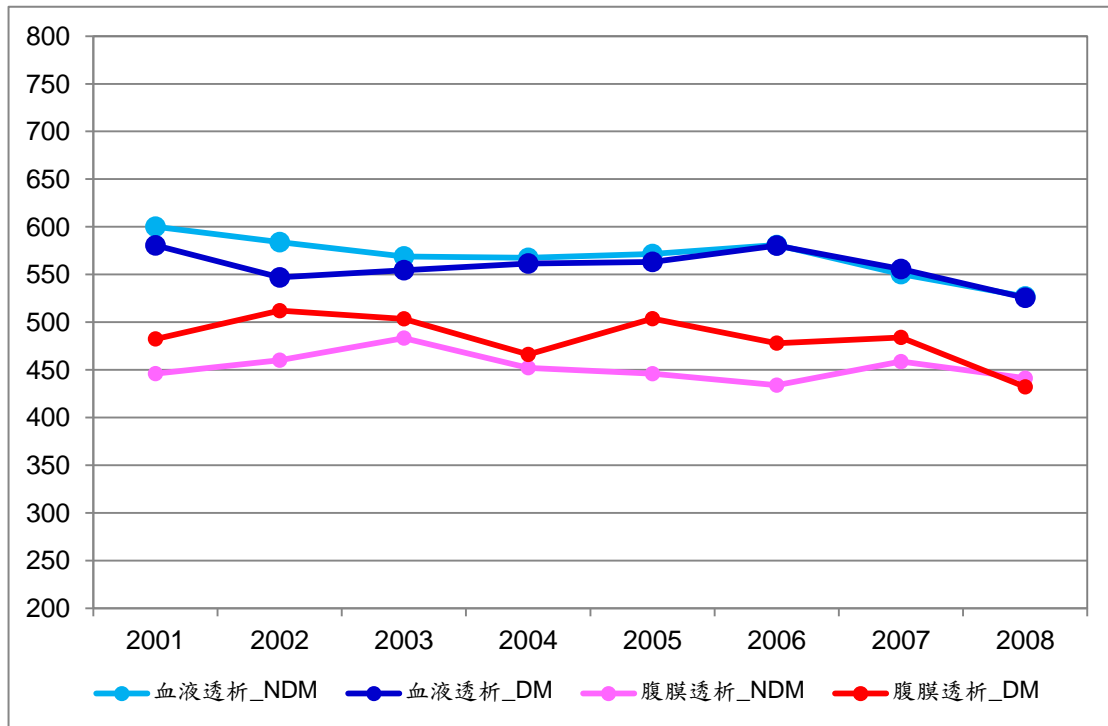


圖 7.2.11 糖尿病與非糖尿病透析病患血中含鐵蛋白之分佈

血液透析與腹膜透析糖尿病患者血中總鐵蛋白(ng/ml)平均值2001-2008年分別為236.4與254.6、233.3與261.3、232.1與256.0、233.3與253.0、230.7與256.6、227.7與257.8、230.4與252.2、227.8與254.8 ng/ml;血液透析與腹膜透析非糖尿病患者血中總鐵蛋白(ng/ml)平均值2001-2008分別為239.6與272.9、237.4與272.7、236.0與265.1、236.6與262.2、233.6與262.0、229.7與267.9、232.5與265.0、229.4與264.0 ng/ml。無論有無糖尿病，血液透析血中總鐵蛋白(ng/ml)皆顯著小於腹膜透析病患。

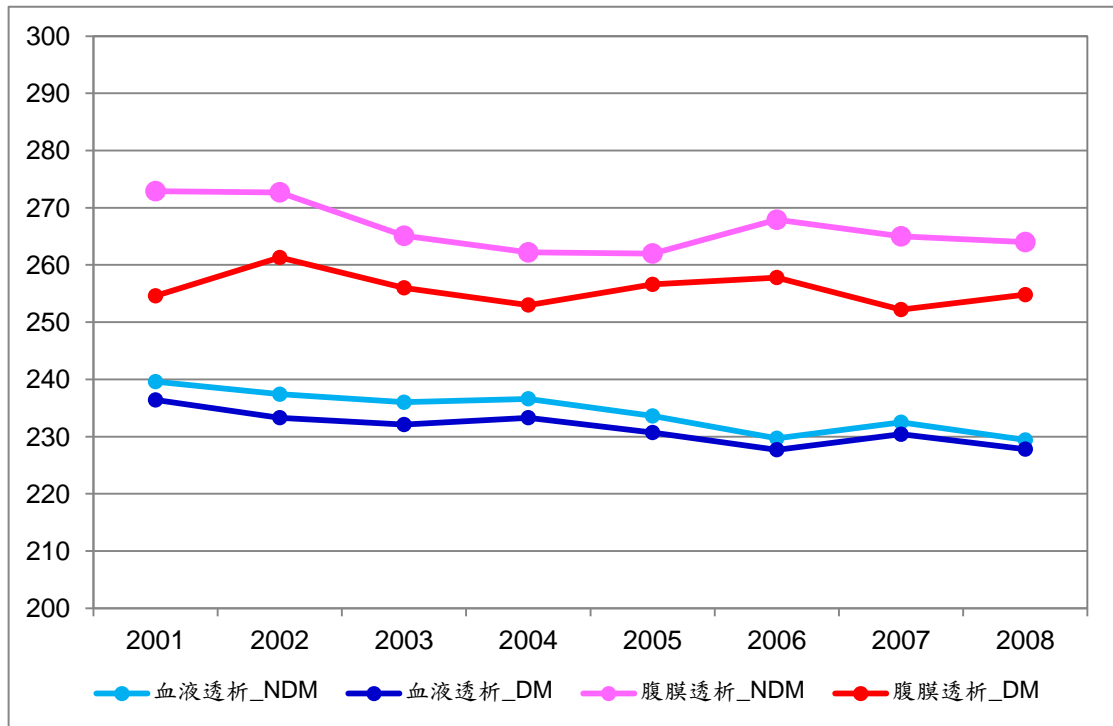


圖 7.2.12 糖尿病與非糖尿病透析病患血中總鐵蛋白之分佈

血液透析與腹膜透析糖尿病患者血中攜鐵蛋白飽和度(%)平均值 2001-2008 年分別為 31.4%與 30.6%、31.5%與 30.3%、32.4%與 30.2%、32.3%與 30.6%、30.9%與 30.3%、31.0%與 27.4%、30.3%與 28.3%、30.1%與 28.3%;血液透析與腹膜透析非糖尿病者血中攜鐵蛋白飽和度(%)平均值 2001-2008 年分別為 36.2%與 31.1%、34.3%與 32.2%、34.9%與 31.8%、36.9%與 32.8%、34.0%與 30.8%、33.8%與 29.7%、32.8%與 33.7%、33.0%與 30.9%。無論有無糖尿病者，血液透析血中攜鐵蛋白飽和度(%)皆大於腹膜透析病患。

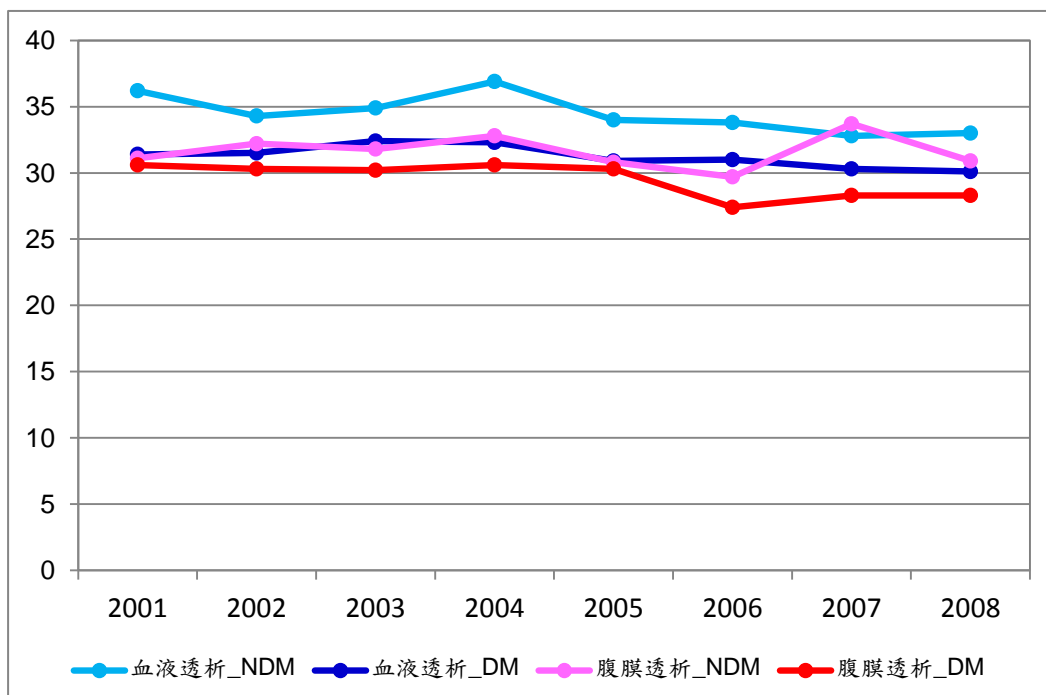


圖 7.2.13 糖尿病與非糖尿病透析病患血中攜鐵蛋白飽和度之分析

整體而言，透析相關檢驗生化值，在 2001-2008 年間有越來越好之的趨勢，但會因糖尿病的有無與血液透析與腹膜透析治療方式的差異而有所不同，非糖尿病患者生化檢驗結果上往往優於糖尿病患者。

7.3 門診透析預算（次總額）實施後對透析病患醫療費用的影響

比較 2001-2008 慢性透析病患血液透析與腹膜透析處置人數、處置轉移、與醫療利用的差異，此為利用腎臟醫學會透析世代資料庫與國家衛生研究院健保資料庫勾稽的資料庫，分析使用血液透析與腹膜透析處置人數與開始透析後三年內醫療資源利用，再進一步分析不同年度進入慢性透析的病患，隨著透析療程的醫療資源利用與住院情形。研究將連續透析三個月以上的病患定義為慢性透析病患，並依照病患連續三個月的處置狀況分為血液透析病患與腹膜透析病患。圖 7.3.1 結果顯示，2001-2008 年血液透析病患人數高於腹膜透析病患，且在 2005 年以前血液透析病患人數皆呈現成長的趨勢，到 2006 年之後開始呈現和緩且下降。而腹膜透析人數在 2001-2008 呈現和緩成長的趨勢。

血液透析病患平均開始透析年齡高於腹膜透析，以 2007 年為例，血液透析病患平均開始透析年齡為 64.6 歲，腹膜透析病患平均開始透析年齡為 54.1 歲，

相差 10.5 歲。2007 年血液透析病患中女性比例為 48.7%；腹膜透析病患中女性比例為 49.4，腹膜透析病患女性比例略高於血液透析病患。

表 7.3.1 2001-2008 透析病患依處置方式其人數、性別與平均開始透析年齡分佈

	HD	female (%)	age	PD	female (%)	age	total	female (%)	age
2001	6673	51.6	60.7	742	59.6	50.5	7415	52.4	59.7
2002	6967	51.9	61.5	737	59.1	51.5	7704	52.6	60.5
2003	7138	52.1	61.6	803	59	52	7941	52.8	60.7
2004	7476	50.1	62.7	805	59.1	53.4	8281	51.7	61.8
2005	7902	49.8	63.4	889	53.8	52.3	8791	50.2	62.8
2006	7641	49.2	63.8	1012	53.4	53.2	8653	49.7	62.6
2007	7629	48.7	64.6	1271	53.7	54.1	8900	49.4	63.1
2008	5964	48.9	65	1425	50.7	55.3	7389	49.2	63.1

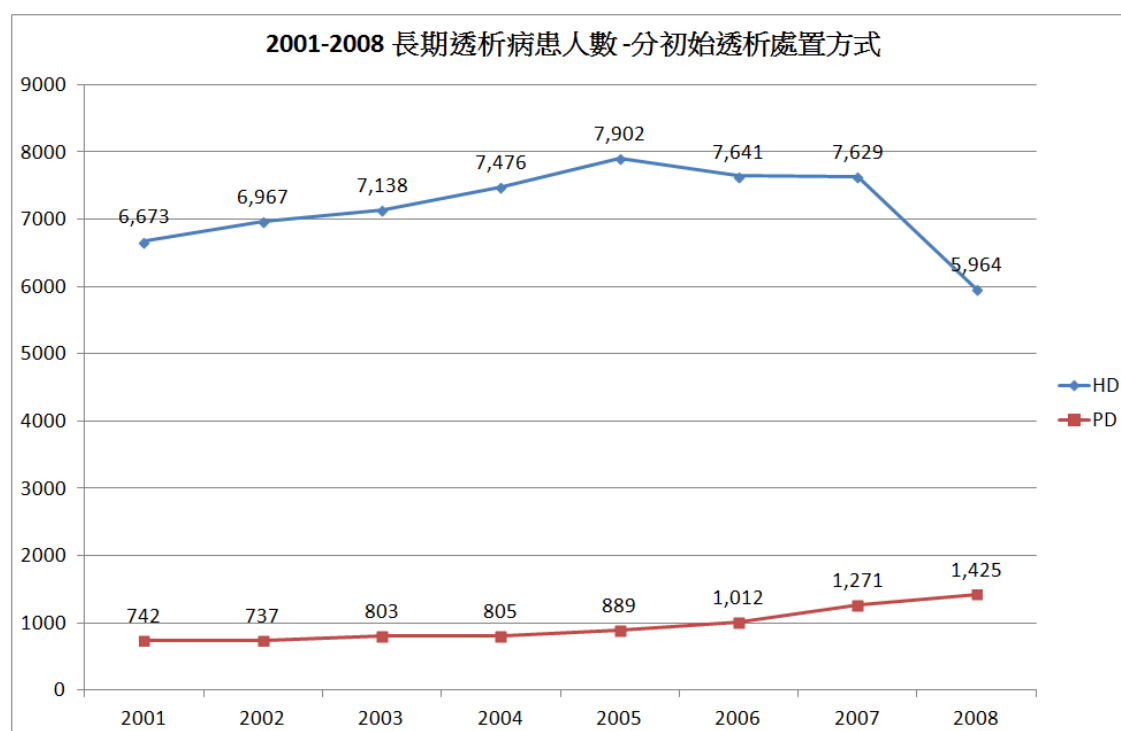


圖 7.3.1

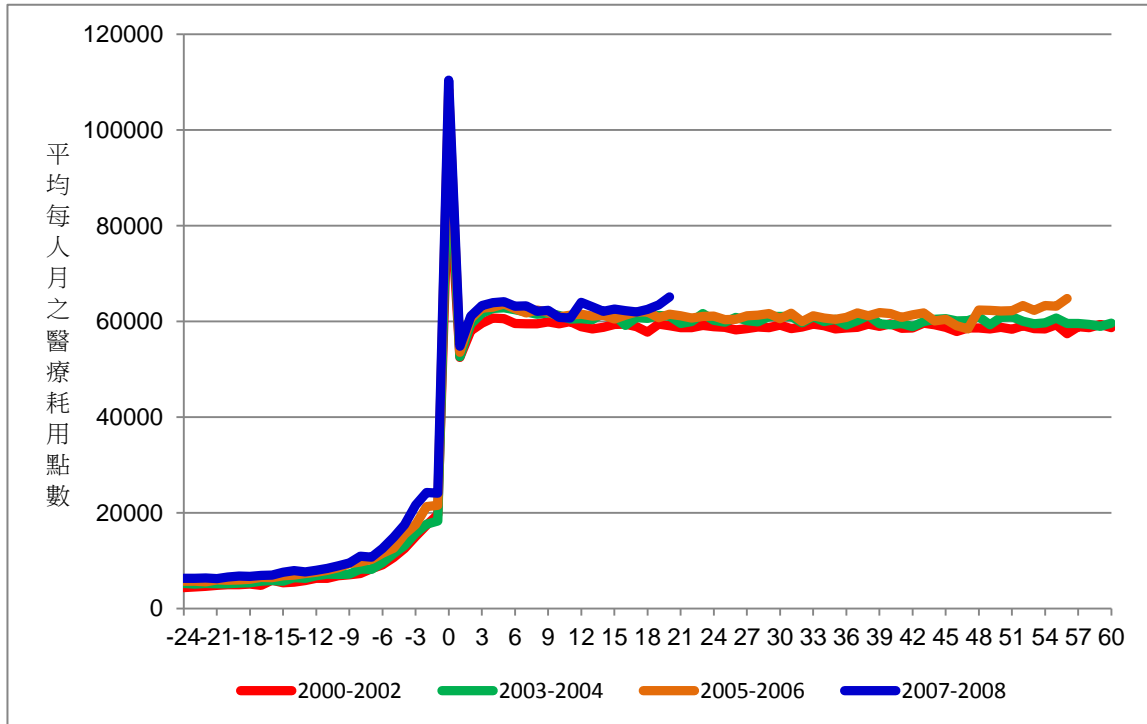


圖 7.3.2 慢性透析病患隨透析病程之醫療費用變化-分開始透析年度

分析病患隨著透析病程的醫療資源利用與住院情形，計算透析前 24 個月到開始透析後 60 個月的醫療資源利用與住院情形。對慢性透析病患來說，越接近開始透析，醫療資源利用越高，從開始透析前 24 個月至開始透析前一個月，從每人每月 5000 點上升至 2 萬點，至開始透析的當月達到最高，平均在 10 萬點以上，進入透析之後維持每月 6 萬點。在 2000-2008 年之間，隨著病程的醫療資源利用歷年趨勢差異不大。在處置差異與病患特質方面，整體而言，血液透析人月平均耗用高於腹膜透析，特別是在開始透析後兩年內。處置與病患特質的差異上，對於 65 歲以下與非糖尿病病患而言，血液透析人月平均耗用高於腹膜透析，但是，65-74 歲、75 歲以上與糖尿病患者，腹膜透析在開始透析 2 年後其醫療費用與血液透析平均差異不大，特別是對於 75 歲以上與糖尿病患月平均醫療資源利用變異很大，往往有高於血液透析平均的情形出現。

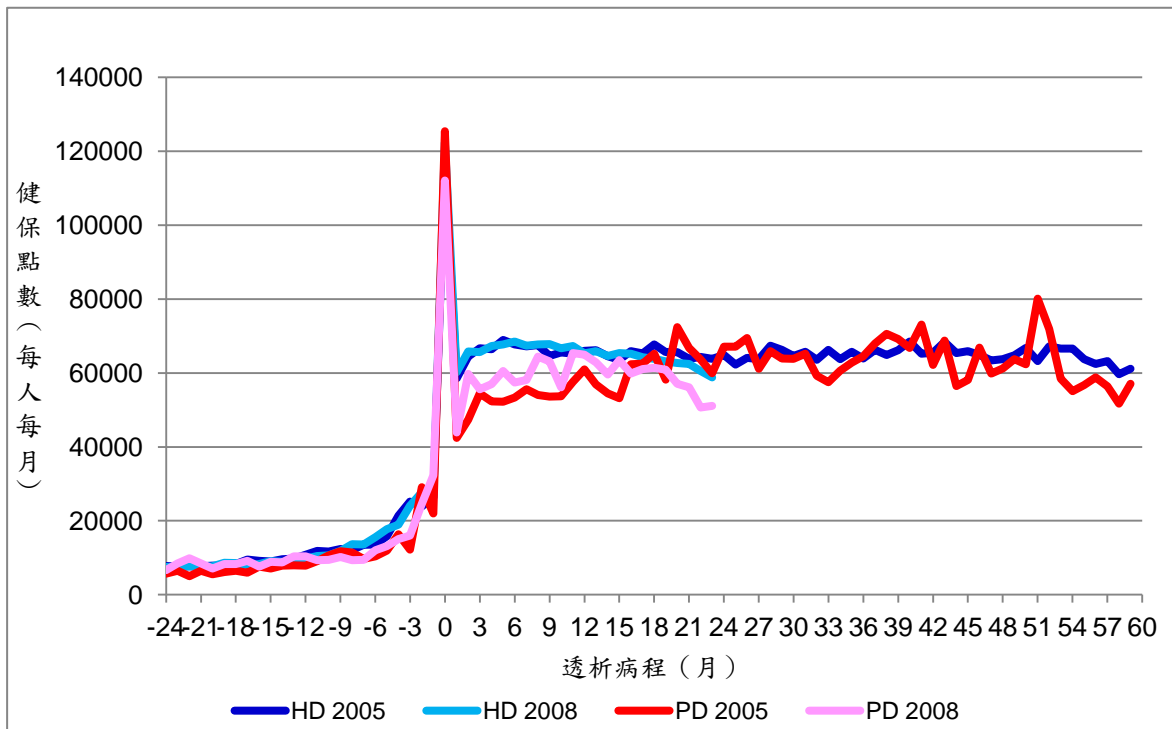


圖 7.3.6 糖尿病慢性透析病患(HD, PD)之醫療耗用情形

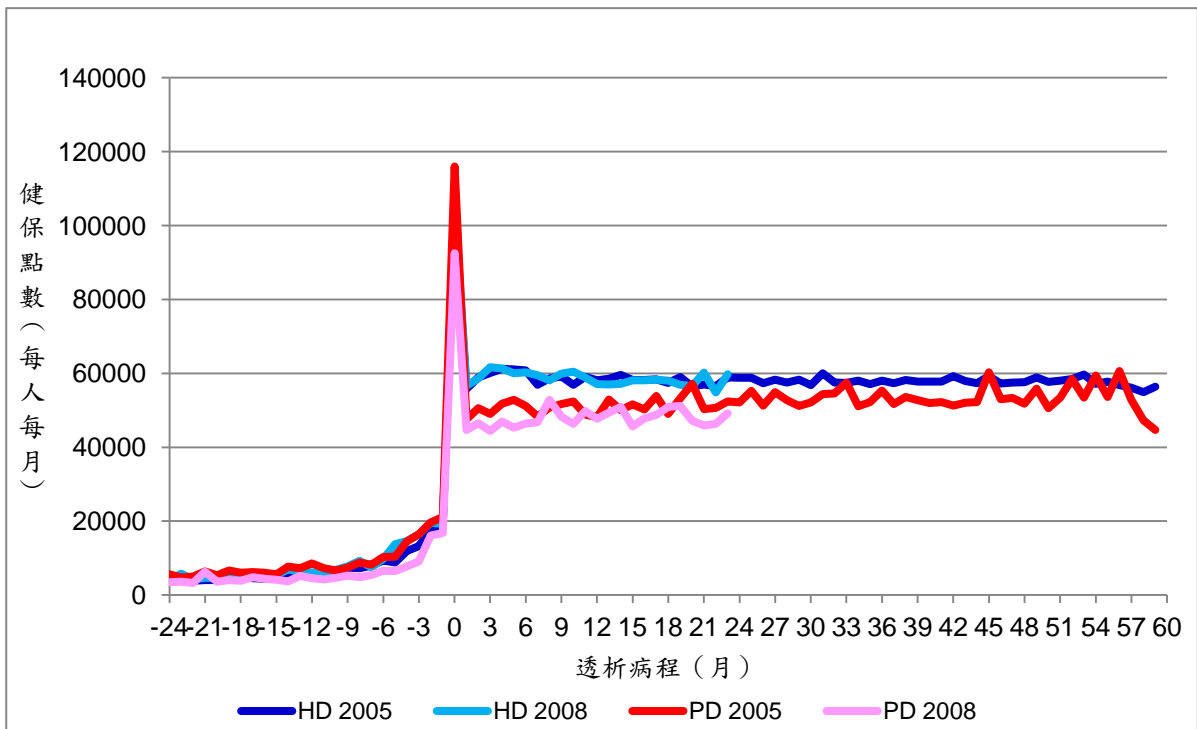


圖 7.3.7 非糖尿病慢性透析病患(HD, PD)之醫療耗用情形

7.4 門診透析預算（次總額）實施後對透析病患住院率的影響

透析病患住院率及住院天數與醫療資源利用趨勢類似，皆為越接近需要透析治療時的住院率與住院天數越高，至開始透析治療時達到最高點，之後呈現平緩的趨勢。整體而言，腹膜透析患者住院率與血液透析相近，就病程，開始透析後 1.5 年內，血液透析住院率略高於腹膜透析。考慮病患特質下，65-75 歲腹膜透析患者透析後 1.5 年住院率高於同年齡的血液透析患者。

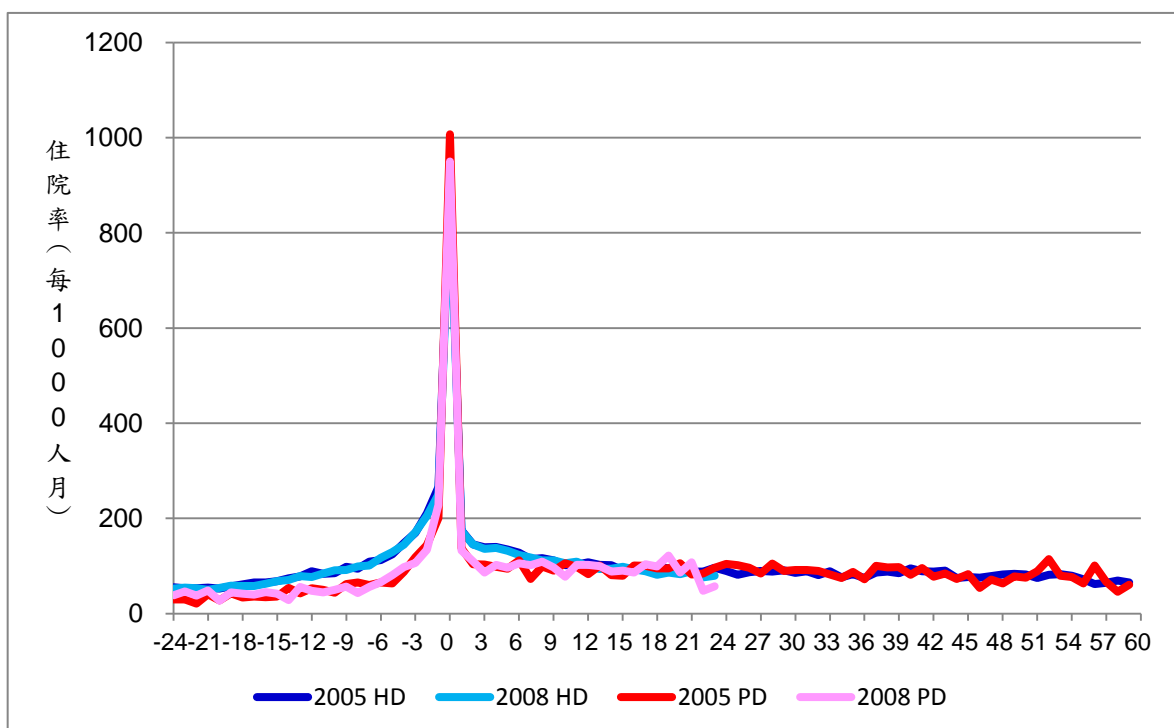


圖 7.3.8 慢性透析病患(HD, PD)之住院率

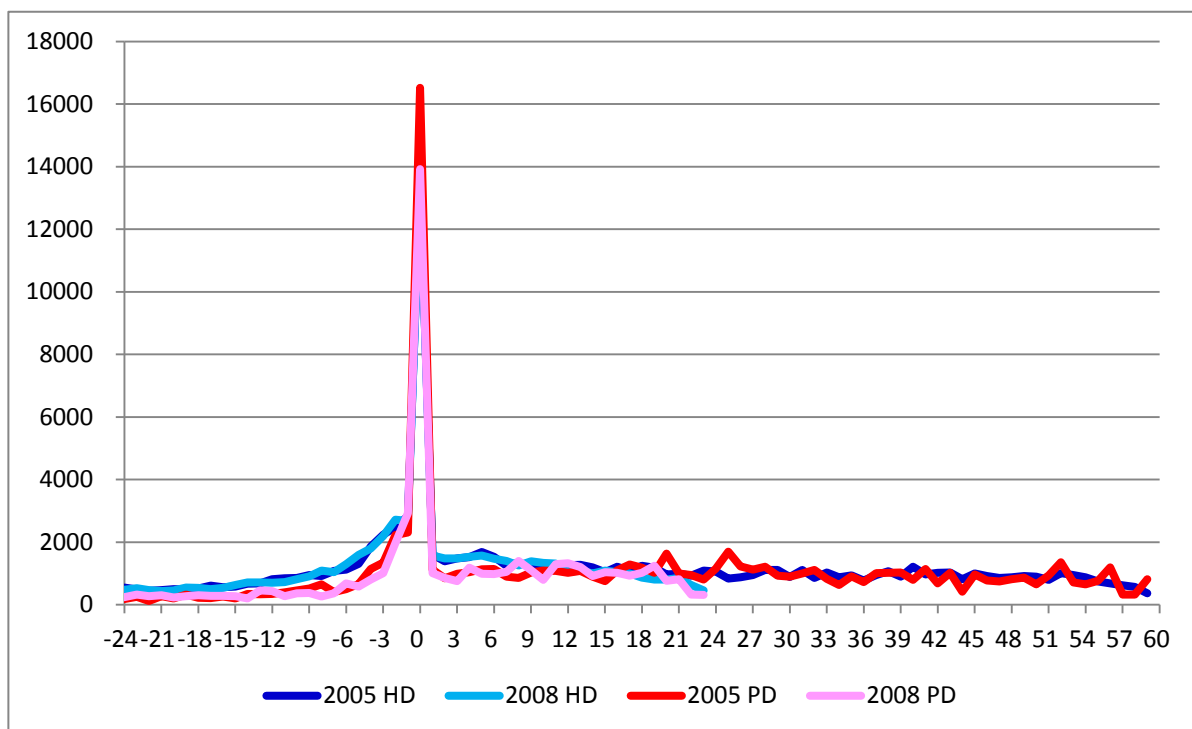


圖 7.3.9 慢性透析病患(HD, PD)之住院天數

整體而言，透析患者的醫療資源利用在 2001-2006 並沒有明顯增加。處置比較方面，腹膜透析患者人數較少，且腹膜透析轉換成血液透析治療的比例高於血液透析轉換成腹膜透析治療的比例。腹膜透析的醫療資源利用略低於血液透析，但是對於 75 歲以上或糖尿病患者來說，開始透析約 2 年後，腹膜透析的醫療資源利用與血液透析相近。

7.5 門診透析預算（次總額）實施後對醫療供給面與需求面的影響

表 7.5 呈現由健保資料庫分析由 2000-2010 醫療院所基本特質與醫療供給趨勢。醫療院所家數由 2000 年的 395 家成長到 2010 年的 565 家，成長幅度為 43%。院所家數增加主要來自基層診所 ($p < 0.001$)。醫療院所的權屬別以私立院所為主，公立和非營利醫療院所的比例則相當。以 2010 年為例，私立院所佔了 74.9%，公立院所佔 11.5%，非營利院所則佔了 13.6%。腎臟專科醫師數方面，院所大多由 1 位、2-3 位、4-5 位醫師組成，以 2010 年為例，分別佔率為 35%、42.5% 以及 11.3%。比較 2000 年到 2010 年的變化，1 位醫師經營(solo practice)的比

率下降，由 2001 年的 50.4% 下降到 2010 年的 35% ($p<0.001$)。反倒是 2-3 位 ($p<0.001$)、4-5 位 ($p=0.066$) 醫師 group practice 的比率增加，分別由 2000 年的 31.4%、10.1% 增加到 2010 年的 42.5% 以及 11.3%。

各醫療院所 2000 到 2010 年平均服務的血液透析病患個案數約為 124 人。總血液透析個案數並沒有明顯增加，另外血液透析病患總人次由 2000 年平均 10,232 人次增加到 2010 年的 12,113 人次 ($p<0.001$)，也連帶著總醫療費用的成長 ($p<0.001$)。腹膜透析服務量方面，各醫療院所平均服務病患約為 58 人。其 2000 年到 2010 年各醫療院所的平均服務個案數、服務人次、門診總醫療費用皆無呈現統計上顯著差異。

表 7.5：醫療院所特質以及醫療資源供給，2000-2010（接續下頁）

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
院所數 (N=)	395	384	434	466	451	479
醫療院所特質						
院所特約類別 (N, %)						
醫學中心 (Medical Center)	17 (4.3%)	17 (4.4%)	17 (3.9%)	17 (3.7%)	17 (3.8%)	17 (3.6%)
區域醫院 (Regional Hospital)	62 (15.7%)	63 (16.4%)	70 (16.1%)	71 (15.2%)	67 (14.9%)	65 (13.6%)
地區醫院 (Local Hospital)	183 (46.3%)	168 (43.8%)	179 (41.2%)	178 (38.2%)	168 (37.3%)	163 (34.0%)
基層診所 (Clinics)	133 (33.7%)	136 (35.4%)	168 (38.7%)	200 (42.9%)	199 (44.1%)	234 (48.9%)
權屬類別 (N, %)						
公立 (Public)	67 (17.0%)	63 (16.4%)	68 (15.7%)	67 (14.4%)	64 (14.2%)	59 (12.3%)
非營利(NFP)	56 (14.2%)	56 (14.6%)	61 (14.1%)	63 (13.5%)	62 (13.8%)	64 (13.4%)
私立 (FP)	272 (68.9%)	265 (69.0%)	305 (70.3%)	336 (72.1%)	325 (72.1%)	356 (74.3%)
腎臟專科醫師數 (N, %)						
1 位	199 (50.4%)	187 (48.7%)	204 (47.0%)	229 (49.1%)	212 (47.0%)	219 (45.7%)
2-3位	124 (31.4%)	127 (33.1%)	149 (34.3%)	155 (33.3%)	152 (33.7%)	165 (34.5%)
4-5位	40 (10.1%)	32 (8.3%)	36 (8.3%)	34 (7.3%)	42 (9.3%)	51 (10.7%)
6-10位	11 (2.8%)	19 (5.0%)	20 (4.6%)	24 (5.2%)	22 (4.9%)	19 (4.0%)
11 位以上	9 (2.3%)	8 (2.1%)	9 (2.1%)	10 (2.2%)	11 (2.4%)	11 (2.3%)
缺失值 (Missing Value)	12 (3.0%)	11 (2.9%)	16 (3.7%)	14 (3.0%)	12 (2.7%)	14 (2.9%)
平均腎臟專科醫師數 (Mean±SD)	2 (3.0%)	2 (3.2%)	2 (3.2%)	2 (3.2%)	3 (3.0%)	3 (3.2%)
年度醫療資源供給 (Mean±SD)						
血液透析病患總人數	114 (±126)	125 (±132)	120 (±127)	122 (±125)	128 (±128)	125 (±132)
血液透析病患總人次	10,232 (±12,436)	11,983 (±13,354)	11,588 (±13,377)	11,725 (±13,229)	12,830 (±13,499)	11,983 (±13,354)
血液透析病患總醫療費用	41,931,992 (±50,969,328)	49,128,272 (±54,752,080)	47,509,080 (±54,845,960)	48,060,916 (±54,236,428)	52,053,108 (±53,700,480)	49,128,272 (±54,752,080)
腹膜透析病患總人數	51 (±70)	58 (±74)	59 (±74)	64 (±81)	65 (±82)	58 (±74)
腹膜透析病患總人次	473 (±653)	592 (±717)	772 (±1,256)	890 (±1,690)	922 (±1,946)	592 (±717)
腹膜透析病患總門診醫療費用	3,001,289 (±4,466,076)	3,583,301 (±4,854,344)	3,842,462 (±5,027,916)	4,082,445 (±5,301,578)	4,165,482 (±5,489,648)	3,583,301 (±4,854,344)
腹膜透析病患總藥品醫療費用	12,900,547 (±18,309,112)	13,360,026 (±18,049,014)	15,043,454 (±18,619,878)	15,074,888 (±19,404,472)	15,356,072 (±20,217,784)	13,360,026 (±18,049,014)

a P-value 是比較每年醫療院所是否在不同項次表現不同，若為連續變項則利用 ANOVA 分析，若為類別變項，則以 chi-square test 分析。

Data source: 全民健保資料庫

表 7.5：醫療院所特質以及醫療資源供給，2000-2010（接續上頁）

	2006	2007	2008	2009	2010	P-value ^a
院所數 (N=)	497	523	552	556	565	
醫療院所特質						
院所特約類別 (N, %)						
醫學中心 (Medical Center)	19 (3.8%)	19 (3.6%)	19 (3.4%)	19 (3.4%)	19 (3.4%)	0.999
區域醫院 (Regional Hospital)	63 (12.7%)	72 (13.8%)	72 (13.0%)	75 (13.5%)	75 (13.3%)	0.767
地區醫院 (Local Hospital)	168 (33.8%)	165 (31.6%)	170 (30.8%)	160 (28.8%)	155 (27.4%)	0.000
基層診所 (Clinics)	247 (49.7%)	267 (51.1%)	291 (52.7%)	302 (54.3%)	316 (55.9%)	0.000
權屬類別 (N, %)						
公立 (Public)	57 (11.5%)	59 (11.3%)	60 (10.9%)	63 (11.3%)	65 (11.5%)	0.023
非營利(NFP)	67 (13.5%)	70 (13.4%)	75 (13.6%)	77 (13.9%)	77 (13.6%)	1.000
私立 (FP)	373 (75.1%)	394 (75.3%)	417 (75.5%)	416 (74.8%)	423 (74.9%)	0.125
腎臟專科醫師數 (N, %)						
1 位	195 (39.2%)	184 (35.2%)	204 (37.0%)	208 (37.4%)	198 (35.0%)	0.000
2-3位	198 (39.8%)	210 (40.2%)	225 (40.8%)	221 (39.8%)	240 (42.5%)	0.000
4-5位	49 (9.9%)	69 (13.2%)	60 (10.9%)	70 (12.6%)	64 (11.3%)	0.066
6-10位	28 (5.6%)	38 (7.3%)	40 (7.3%)	35 (6.3%)	41 (7.3%)	0.039
11 位以上	13 (2.6%)	14 (2.7%)	17 (3.1%)	16 (2.9%)	17 (3.0%)	0.988
缺失值 (Missing Value)	14 (2.8%)	8 (1.5%)	6 (1.1%)	6 (1.1%)	5 (.9%)	0.014
平均腎臟專科醫師數 (Mean±SD)	3 (3.5%)	3 (3.6%)	3 (3.7%)	3 (3.4%)	3 (3.5%)	0.000
年度醫療資源供給 (Mean±SD)						
血液透析病患總人數	133 (±128)	134 (±128)	133 (±128)	116 (±108)	122 (±116)	0.000
血液透析病患總人次	13,110 (±12,842)	13,156 (±12,927)	13,187 (±13,196)	11,304 (±10,739)	12,113 (±11,213)	0.000
血液透析病患總醫療費用	52,802,020 (±50,167,460)	52,970,088 (±50,472,588)	52,931,132 (±51,988,792)	45,036,228 (±42,787,168)	48,043,992 (±44,637,684)	0.000
腹膜透析病患總人數	58 (±82)	56 (±82)	57 (±86)	57 (±85)	60 (±89)	0.689
腹膜透析病患總人次	844 (±2,273)	822 (±2,246)	938 (±2,372)	1,025 (±2,576)	1,130 (±2,757)	0.653
腹膜透析病患總門診醫療費用	4,718,066 (±6,887,237)	4,337,656 (±6,817,766)	4,682,712 (±7,366,529)	4,769,768 (±7,332,122)	5,212,720 (±7,828,475)	0.783
腹膜透析病患總藥品醫療費用	14,744,293 (±21,247,906)	13,591,591 (±21,697,584)	14,262,162 (±22,859,994)	13,890,690 (±21,852,042)	15,151,611 (±22,954,556)	0.657

a P-value 是比較每年醫療院所是否在不同項次表現不同，若為連續變項則利用 ANOVA 分析，若為類別變項，則以 chi-square test 分析。

Data source: 全民健保資料庫

7.6 不同縣市醫療資源供給與需求的公平性

為瞭解醫療資源供給和需求的分布，在縣市層級的醫療資源供給變項定義方面，本研究利用行政院衛生署公告之全民健保資料庫承保檔人口統計資料瞭解各縣市地區總投保人口數為分母。分子的部分包括透析醫療院所家數、血液透析床數。縣市透析醫療院所家數主要從選取的透析病患進行歸戶統計；縣市血液透析床數則從行政院衛生署公告各年度縣市病床數統計數據而來。在縣市需求定義變項方面，本研究以病患投保縣市歸戶，分為血液透析與腹膜透析總個案。表 7.6.1 到表 7.6.5 分別依照縣市呈現 2000 年到 2010 年每萬人口透析醫療供給面、醫療需求面等地理分布，並利用吉尼係數(Gini Coefficient)計算醫療資源分布均勻的程度。從醫療供給面來看，如表 7.6.1 所示，2000 年到 2010 年間平均每萬人口透析醫療院所家數有顯著增加的趨勢(Beta coefficient=0.007, $p<0.001$)，分別在苗栗縣、台中市、台中縣、彰化縣、屏東縣、高雄市等縣市。吉尼係數則由 2000 年的 0.18 下降到 2010 年的 0.161 ($p=0.013$)，顯示縣市間的每萬人口透析醫療院所家數趨於均衡。醫療院所床數資料如表 7.6.2 所述，各縣市每萬人口平均總透析床數從 2000 年 3.25 床到 2010 年 6.65 床，增加幅度約 105%；吉尼係數則由 0.25 下降到 0.19，亦一致顯示縣市醫療資源分布均勻的情形(表 7.6.2)。

從醫療需求面的縣市地理分布分析，如表 7.6.3 所示，各縣市血液透析總個案數(Prevalence Case)佔每萬人口數呈現成長的趨勢，由 2000 年的 15.56 成長到 2010 年的 25.16 個案/百萬人口，成長幅度約 68%，平均每一年每萬人口增加 1.06 個案($p<0.001$)。吉尼係數在 2000-2010 間並無顯著變化，顯示醫療需求在這些年裡並無在某些縣市有呈現特別的增加情形。表 7.6.4 呈現 2000-2010 年各縣市腹膜透析總個案數(Prevalence Case)佔每萬人口呈現顯著成長的趨勢，成長幅度約 150% ($p<0.001$)，其中以嘉義縣、嘉義市、澎湖縣、屏東縣、宜蘭縣、雲林縣、新竹縣、台北市、高雄市、台東縣等成長幅度最大。吉尼係數則由 2000 年的 0.24 下降到 2010 年的 0.15，下降幅度約 37% ($p<0.001$)，顯示腹膜透析病患需求成長在縣市間呈現的地理分布差異減少。

綜合表 7.6.1 到表 7.6.4，表 7.6.5 從吉尼係數來分析醫療供給面和醫療需求面的變化趨勢。在醫療供給面方面，吉尼係數呈現一致的下降趨勢，顯示醫療資源供給不均、縣市差異的情況減少，其中每萬人口醫療院所總家數和總透析床數有統計上顯著意義。在醫療需求面地理分布方面，吉尼係數在每萬人口腹膜透析總個案數統計上顯著的下降趨勢，顯示病患需求成長在縣市間的差異減少。醫療供給面和醫療需求面的變化趨勢呈現一致的趨勢可能原因主要是當醫療需求成長在某些縣市成長/下降時，帶動著醫療供給面的成長/下降；當然也有可能是醫療供給帶動醫療需求的變化，讓縣市、城鄉的差距更為縮短。

表 7.6.1：醫療供給面：醫療院所總家數 / 10000 人口^a（依照縣市地理分布區分，2000-2010）

縣市	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2000-2010變化	B Coeff	p-value*
臺北市	0.14	0.13	0.13	0.14	0.14	0.14	0.13	0.13	0.14	0.14	0.14	-2%	0.00	0.360
高雄市	0.21	0.21	0.24	0.24	0.27	0.28	0.31	0.33	0.32	0.34	0.35	69%	0.02	<.0001
基隆市	0.19	0.19	0.22	0.32	0.26	0.29	0.29	0.26	0.26	0.29	0.26	36%	0.01	0.082
新竹市	0.16	0.12	0.18	0.18	0.14	0.13	0.14	0.15	0.17	0.17	0.21	30%	0.00	0.202
臺中市	0.19	0.17	0.19	0.23	0.23	0.25	0.26	0.27	0.30	0.29	0.28	47%	0.01	<.0001
臺南市	0.31	0.32	0.33	0.35	0.32	0.37	0.37	0.37	0.41	0.39	0.41	33%	0.01	<.0001
嘉義市	0.49	0.56	0.52	0.52	0.45	0.41	0.48	0.48	0.44	0.40	0.44	-10%	-0.01	0.017
新北市	0.16	0.15	0.18	0.18	0.16	0.18	0.19	0.21	0.21	0.21	0.22	36%	0.01	<.0001
桃園縣	0.17	0.16	0.17	0.16	0.17	0.19	0.20	0.18	0.20	0.22	0.21	19%	0.01	0.001
新竹縣	0.12	0.15	0.19	0.17	0.17	0.17	0.19	0.18	0.23	0.20	0.20	60%	0.01	0.003
宜蘭縣	0.20	0.15	0.19	0.22	0.19	0.20	0.22	0.22	0.22	0.27	0.27	39%	0.01	0.002
苗栗縣	0.22	0.18	0.22	0.26	0.28	0.28	0.30	0.34	0.36	0.34	0.34	53%	0.02	<.0001
臺中縣	0.16	0.17	0.21	0.26	0.25	0.26	0.26	0.28	0.29	0.28	0.27	69%	0.01	0.000
彰化縣	0.16	0.15	0.18	0.18	0.18	0.20	0.24	0.25	0.27	0.26	0.28	71%	0.01	<.0001
南投縣	0.32	0.27	0.29	0.37	0.29	0.38	0.35	0.30	0.32	0.38	0.33	4%	0.00	0.199
雲林縣	0.19	0.24	0.25	0.25	0.24	0.22	0.22	0.24	0.27	0.28	0.28	46%	0.01	0.017
嘉義縣	0.11	0.11	0.13	0.13	0.11	0.15	0.13	0.13	0.15	0.13	0.13	22%	0.00	0.042
臺南縣	0.23	0.24	0.25	0.27	0.25	0.24	0.26	0.26	0.29	0.30	0.30	33%	0.01	0.001
高雄縣	0.21	0.20	0.25	0.26	0.23	0.26	0.23	0.25	0.26	0.29	0.29	36%	0.01	0.003
屏東縣	0.19	0.18	0.20	0.22	0.27	0.26	0.29	0.31	0.31	0.29	0.32	67%	0.01	<.0001
澎湖縣	0.26	0.25	0.25	0.38	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.26	0%	0.00	0.565
花蓮縣	0.26	0.30	0.29	0.35	0.26	0.26	0.26	0.33	0.33	0.33	0.34	27%	0.00	0.159
臺東縣	0.20	0.19	0.19	0.24	0.24	0.24	0.24	0.20	0.25	0.25	0.26	30%	0.01	0.013
金門縣	0.24	0.23	0.22	0.22	0.21	0.42	0.20	0.20	0.19	0.19	0.18	-22%	-0.01	0.454
總數(Total)	0.21	0.21	0.23	0.25	0.23	0.25	0.25	0.26	0.27	0.27	0.27	29%	0.01	<.0001
Gini Coefficient	0.18	0.22	0.17	0.20	0.17	0.18	0.17	0.18	0.16	0.16	0.16	-15%	0.00	0.013

Note:

a 人口數是以各縣市投保人口計算，資料來源：行政院衛生署統計處 <http://www.doh.gov.tw>

*p-value 是利用 OLS linear regression test for year trend

Gini Coefficient 是衡量醫療資源分布均勻程度的指標

表 7.6.2：醫療供給面：醫療院所血液透析總床數 / 10000 人口 a (依照縣市地理分布區分，2000-2010)

縣市	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2000-2010 變化	B Coeff	p-value*
臺北市	4.14	4.38	4.81	5.34	5.42	5.74	5.91	6.24	6.30	6.44	6.64	60%	0.25	<.0001
高雄市	4.36	4.42	5.06	5.84	6.67	7.16	7.66	8.00	8.34	8.91	8.37	92%	0.48	<.0001
臺北縣	1.66	2.11	2.40	2.72	2.86	3.10	3.60	4.01	4.10	4.48	4.58	176%	0.30	<.0001
宜蘭縣	3.25	3.59	3.40	3.69	3.70	4.59	5.13	5.37	5.36	6.23	6.45	99%	0.34	<.0001
桃園縣	3.62	4.06	4.49	4.91	5.08	5.34	5.38	5.37	5.81	6.08	6.14	70%	0.24	<.0001
新竹縣	1.82	2.46	2.72	3.00	3.04	3.06	3.73	3.79	3.91	3.99	3.88	113%	0.20	<.0001
苗栗縣	3.39	3.71	3.99	4.78	5.17	5.63	5.97	6.00	6.04	6.82	7.18	112%	0.37	<.0001
臺中縣	2.40	2.52	3.39	3.89	4.22	4.77	5.17	5.30	5.49	5.57	5.85	143%	0.36	<.0001
彰化縣	2.41	2.63	2.96	3.21	3.41	4.03	4.46	4.99	5.23	5.67	6.07	152%	0.38	<.0001
南投縣	4.78	4.43	5.23	4.90	5.50	6.07	6.82	6.97	7.22	7.55	8.36	75%	0.38	<.0001
雲林縣	2.42	2.96	3.30	4.02	4.23	4.51	4.77	5.29	5.90	6.07	6.78	180%	0.41	<.0001
嘉義縣	1.05	1.21	1.74	1.93	2.38	2.96	2.98	3.08	3.28	3.22	4.23	303%	0.29	<.0001
臺南縣	3.85	4.39	4.80	5.63	6.01	6.28	6.88	7.21	7.92	8.57	9.00	134%	0.51	<.0001
高雄縣	3.73	4.20	4.31	4.78	5.33	5.70	6.06	6.59	6.64	7.09	7.44	99%	0.38	<.0002
屏東縣	3.45	3.83	4.43	5.09	5.59	5.77	6.20	6.90	7.13	7.51	7.97	131%	0.38	<.0001
臺東縣	2.20	2.21	2.38	3.34	4.24	4.60	5.08	4.49	4.87	5.29	5.47	148%	0.36	<.0001
花蓮縣	3.39	3.03	3.75	3.99	4.01	4.84	4.87	6.06	6.09	6.22	6.70	97%	0.38	<.0001
澎湖縣	2.68	2.93	2.92	2.93	2.94	3.24	3.27	3.25	3.22	3.12	3.61	16%	0.07	0.001
基隆市	3.91	4.04	4.32	4.87	5.76	6.23	6.24	6.78	6.81	6.83	7.00	75%	0.35	<.0001
新竹市	2.66	5.84	6.42	6.89	4.45	4.40	4.74	5.39	6.59	6.00	7.32	175%	0.20	0.135
臺中市	4.08	4.35	4.79	5.18	5.73	6.36	6.53	7.00	6.95	7.42	6.48	59%	0.32	<.0001
嘉義市	9.35	11.31	11.83	12.02	11.39	11.85	12.56	12.81	13.51	13.25	13.77	47%	0.34	0.000
臺南市	5.12	5.99	6.20	6.48	7.05	8.35	8.61	8.88	9.24	10.06	9.16	79%	0.47	<.0001
金門縣	1.11	1.05	1.02	0.98	0.93	0.85	0.78	1.10	1.06	0.96	1.54	38%	0.02	0.367
總數(Total)	3.25	3.63	4.04	4.49	4.76	5.17	5.52	5.85	6.08	6.40	6.65	105%	0.34	<.0001
Gini Coefficient	0.25	0.26	0.25	0.23	0.22	0.21	0.21	0.21	0.21	0.20	0.19	-25%	-0.01	<.0001

Note:

a 醫院、診所透析病床數資料來源：行政院衛生署統計處 <http://www.doh.gov.tw>

*p-value 是利用 OLS linear regression test for year trend

Gini Coefficient 是衡量醫療資源分布均勻程度的指標

表 7.6.3：醫療需求面：血液透析總個案數 (Prevalence Case) / 10000 人口^a (依照縣市地理分布區分，2001-2008)

縣市	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2000-2010變化	B Coeff	p-value*
臺北市	14.02	15.17	16.08	17.49	19.12	20.65	22.12	22.75	23.72	24.67	25.90	85%	1.22	<.0001
高雄市	18.08	20.31	22.04	23.82	25.88	27.41	29.21	30.97	31.83	32.10	33.75	87%	1.57	<.0001
基隆市	18.25	19.38	20.78	22.94	24.85	25.20	26.36	27.98	28.38	29.52	31.99	75%	1.31	<.0001
新竹市	10.53	11.59	12.93	13.58	14.44	16.01	16.46	17.25	18.19	18.92	19.86	89%	0.92	<.0001
臺中市	14.01	14.88	16.15	17.15	18.33	19.95	21.11	22.06	22.77	23.68	24.86	77%	1.11	<.0001
臺南市	22.18	25.14	26.98	28.92	31.38	34.53	35.73	36.56	36.77	36.24	37.15	67%	1.53	<.0001
嘉義市	19.81	22.35	24.03	26.29	29.35	30.48	30.85	32.55	33.13	34.46	35.18	78%	1.51	<.0001
新北市	13.40	14.18	14.59	15.17	15.65	16.22	16.66	17.29	17.13	17.81	18.70	40%	0.49	<.0001
桃園縣	11.99	13.31	14.24	14.80	15.12	15.65	16.11	16.48	16.85	17.53	18.40	53%	0.56	<.0001
新竹縣	11.46	12.73	13.92	15.10	15.72	16.30	16.24	16.01	16.04	16.68	17.51	53%	0.50	0.000
宜蘭縣	16.73	17.29	18.25	19.62	20.89	22.77	23.58	24.66	24.70	25.69	26.97	61%	1.06	<.0001
苗栗縣	16.87	17.69	19.02	20.95	22.22	23.60	24.47	24.97	24.98	25.69	27.28	62%	1.02	<.0001
臺中縣	14.85	15.88	16.97	17.84	19.28	20.16	20.77	21.56	21.65	22.52	23.64	59%	0.85	<.0001
彰化縣	12.87	13.83	15.16	16.18	17.64	18.72	19.85	21.14	21.94	22.82	22.96	78%	1.08	<.0001
南投縣	19.59	20.19	21.63	23.45	25.21	27.12	27.87	28.62	28.51	29.65	30.13	54%	1.13	<.0001
雲林縣	14.89	16.27	17.55	19.52	20.64	22.12	22.98	23.83	23.88	24.84	26.08	75%	1.09	<.0001
嘉義縣	16.93	18.79	19.59	20.92	21.30	23.37	23.91	25.02	25.70	26.95	27.07	60%	1.02	<.0001
臺南縣	17.59	19.63	20.86	22.53	23.72	24.80	25.70	26.28	26.47	27.53	28.90	64%	1.04	<.0001
高雄縣	19.50	21.09	23.24	24.62	25.47	26.59	27.39	27.84	27.76	28.87	28.31	45%	0.88	<.0001
屏東縣	20.31	21.69	23.45	24.69	26.43	28.02	29.60	30.94	31.49	32.75	34.39	69%	1.40	<.0001
澎湖縣	12.97	15.53	17.28	17.04	17.90	19.44	19.76	21.85	21.22	22.06	23.17	79%	0.91	<.0001
花蓮縣	15.36	15.96	16.88	18.03	19.83	21.33	21.81	23.30	22.62	23.53	24.70	61%	0.97	<.0001
臺東縣	14.86	15.42	18.08	19.27	21.23	22.24	23.92	25.58	25.36	26.37	27.69	86%	1.32	<.0001
金門縣	6.36	6.78	6.40	7.16	9.42	11.09	11.61	12.14	12.43	12.93	13.58	113%	0.83	<.0001
總數(Total)	15.56	16.88	18.17	19.46	20.88	22.24	23.09	24.07	24.31	25.16	26.18	68%	1.06	<.0001
Gini Coefficient	0.13	0.13	0.14	0.14	0.14	0.14	0.14	0.14	0.14	0.13	0.13	-2%	0.00	0.527

Note:

a 人口數是以各縣市投保人口計算，資料來源：行政院衛生署統計處 <http://www.doh.gov.tw>

*p-value 是利用 OLS linear regression test for year trend

Gini Coefficient 是衡量醫療資源分布均勻程度的指標

表 7.6.4：醫療需求面：腹膜透析總個案數 (Prevalence Case) / 10000 人口^a (依照縣市地理分布區分，2001-2008)

縣市	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2000-2010變化	B Coeff	p-value*
臺北市	1.26	1.43	1.54	1.80	2.17	2.48	2.74	3.09	3.41	3.62	3.83	204%	0.28	<.0001
高雄市	0.85	1.10	1.33	1.45	1.65	1.74	2.08	2.44	2.57	2.73	2.89	240%	0.21	<.0001
基隆市	2.13	2.32	2.30	2.37	2.54	2.85	3.06	3.03	3.25	3.44	3.65	71%	0.15	<.0001
新竹市	0.72	0.74	0.80	0.75	0.74	0.89	0.99	1.23	1.52	1.61	1.70	138%	0.11	<.0001
臺中市	1.58	1.57	1.77	2.05	2.11	2.00	2.16	2.46	2.68	2.85	3.02	90%	0.14	<.0001
臺南市	1.24	1.31	1.50	1.59	1.98	2.14	2.38	2.90	3.03	3.21	3.41	175%	0.24	<.0001
嘉義市	0.97	1.19	1.41	1.68	1.95	2.15	2.38	2.95	3.29	3.48	3.69	280%	0.29	<.0001
新北市	0.93	1.09	1.17	1.27	1.41	1.54	1.66	1.93	2.01	2.13	2.26	144%	0.14	<.0001
桃園縣	0.88	1.03	1.09	1.16	1.25	1.40	1.54	1.66	1.75	1.86	1.97	123%	0.11	<.0001
新竹縣	0.57	0.68	0.66	0.84	1.19	1.29	1.46	1.66	1.56	1.65	1.75	208%	0.13	<.0001
宜蘭縣	0.56	0.68	0.82	0.97	1.10	1.07	1.37	1.71	1.79	1.89	2.01	256%	0.15	<.0001
苗栗縣	0.87	1.21	1.28	1.24	1.33	1.37	1.30	1.62	2.09	2.12	2.25	160%	0.13	<.0001
臺中縣	1.32	1.49	1.71	1.79	1.82	1.75	1.67	1.96	2.06	2.19	2.32	75%	0.08	<.0001
彰化縣	1.13	1.37	1.58	1.82	1.74	1.69	1.92	2.19	2.23	2.37	2.51	122%	0.13	<.0001
南投縣	1.16	1.36	1.47	1.78	1.94	1.65	1.48	1.82	2.00	2.12	2.25	93%	0.09	0.001
雲林縣	0.87	1.01	1.02	1.18	1.10	1.37	1.56	2.06	2.45	2.60	2.75	217%	0.20	<.0001
嘉義縣	0.66	0.71	0.83	1.17	1.32	1.46	1.74	2.14	2.46	2.50	2.71	314%	0.22	<.0001
臺南縣	1.19	1.15	1.38	1.30	1.24	1.41	1.65	1.99	1.97	2.09	2.21	86%	0.11	<.0001
高雄縣	0.64	0.96	1.03	1.24	1.09	1.15	1.36	1.63	1.75	1.86	1.97	207%	0.12	<.0001
屏東縣	0.42	0.57	0.75	0.89	0.93	1.01	1.20	1.77	1.88	1.99	2.11	400%	0.18	<.0001
澎湖縣	0.64	0.51	0.88	1.00	1.26	1.26	1.52	1.52	1.65	1.65	1.72	167%	0.12	<.0001
花蓮縣	0.95	1.54	1.63	1.32	1.63	1.36	1.88	2.01	1.93	2.05	2.17	128%	0.10	0.001
臺東縣	0.34	0.68	0.82	0.90	0.82	0.81	1.06	1.24	1.38	1.46	1.55	351%	0.11	<.0001
金門縣	1.65	1.58	1.99	1.95	1.93	2.30	2.04	1.99	1.91	2.03	2.15	30%	0.04	0.036
總數(Total)	0.98	1.14	1.28	1.40	1.51	1.59	1.76	2.04	2.19	2.31	2.45	150%	0.15	<.0001
Gini Coefficient	0.24	0.21	0.19	0.18	0.18	0.18	0.16	0.15	0.15	0.15	0.15	-37%	-0.01	<.0001

Note:

a 人口數是以各縣市投保人口計算，資料來源：行政院衛生署統計處 <http://www.doh.gov.tw>

*p-value 是利用 OLS linear regression test for year trend

Gini Coefficient 是衡量醫療資源分布均勻程度的指標

表 7.6.5：吉尼係數 Gini Coefficient（不均 Inequity 指數）趨勢分析

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Trend Analysis		
												B Coeff	P-value*	
醫療供給面														
醫療院所總家數 / 10000 人口	0.183	0.216	0.170	0.197	0.167	0.180	0.174	0.178	0.161	0.159	0.156	-0.004	0.013	
醫療院所總床數 / 10000 人口	0.253	0.259	0.249	0.234	0.221	0.215	0.211	0.206	0.207	0.202	0.189	-0.007	<.0001	
醫療需求面														
血液透析總個案數 (Prevalence Case)/10000 人口	0.133	0.135	0.136	0.140	0.140	0.137	0.138	0.137	0.137	0.133	0.131	-0.0002	0.527	
腹膜透析總個案數 (Prevalence Case)/ 10000 人口	0.238	0.207	0.192	0.177	0.180	0.182	0.164	0.146	0.149	0.150	0.151	-0.008	<.0001	
*p-value 是利用 OLS linear regression test for year trend														
Gini Coefficient 是衡量醫療資源分布均勻程度的指標														

第捌章 研究結果：

門診透析預算（次總額）實施後對透析經營集團化的影響

8.1 透析經營集團化經演變的趨勢分析

本研究利用台灣腎臟醫學會內部資料分析透析醫療院所集團化經營模式對於醫療品質指標的影響。集團化資料來源為台灣腎臟醫學會內部蒐集，年限由 2004 年開始，由於透析門診品質指標監測於 2005 年開始實施，因此本研究初步分析 2005-2010 年院所提報健保局各項透析門診品質監測指標是否因不同經營模式而有差異。醫療院所依照其經營方式分為三大類，包括獨資經營(Free-standing)、業界經營(Industrial operated)、及醫師合夥經營(Physician Group Operated)。業界經營之醫療院所主要以集團公司或體系經營為主，如佳醫健康事業有限公司、安馨股份有限公司(FMC)等公司經營。醫師合夥經營為多位醫師合夥經營或採聯合採購方式。獨資經營為非集團或醫師合夥經營等之醫師獨立經營之醫療院所歸類。圖 8.1 和圖 8.2 分別呈現不同經營模式醫院和基層診所家數的變化。

醫院家數在 2005-2010 間變化不大，唯 2005-2006 年間，獨資經營(Free-standing)醫院家數減少 13%，集團經營(Industrial operated)醫院家數增加 41%，醫師合夥經營(Physician Group Operated)醫院家數變化不多。基層診所家數則有明顯的增加趨勢，總家數由 2005 年 212 家，增加到 2010 年 292 家，增加幅度 37.7%。其中以集團經營診所成長最為顯著，由 2005 年 66 家，成長到 2010 年 133 家，成長幅度約 101.5%，主要分布在苗栗縣、新竹縣、雲林縣、台中縣。醫師合夥經營基層診所亦有增加的趨勢，由 2005 年 15 家，增加到 2010 年 38 家，增加了 153%，主要分布在台北市、新北市、台中市。獨資經營的診所家數則有下降趨勢，由 2005 年 131 家，下降到 2010 年 121 家，下降幅度為 7.6%。

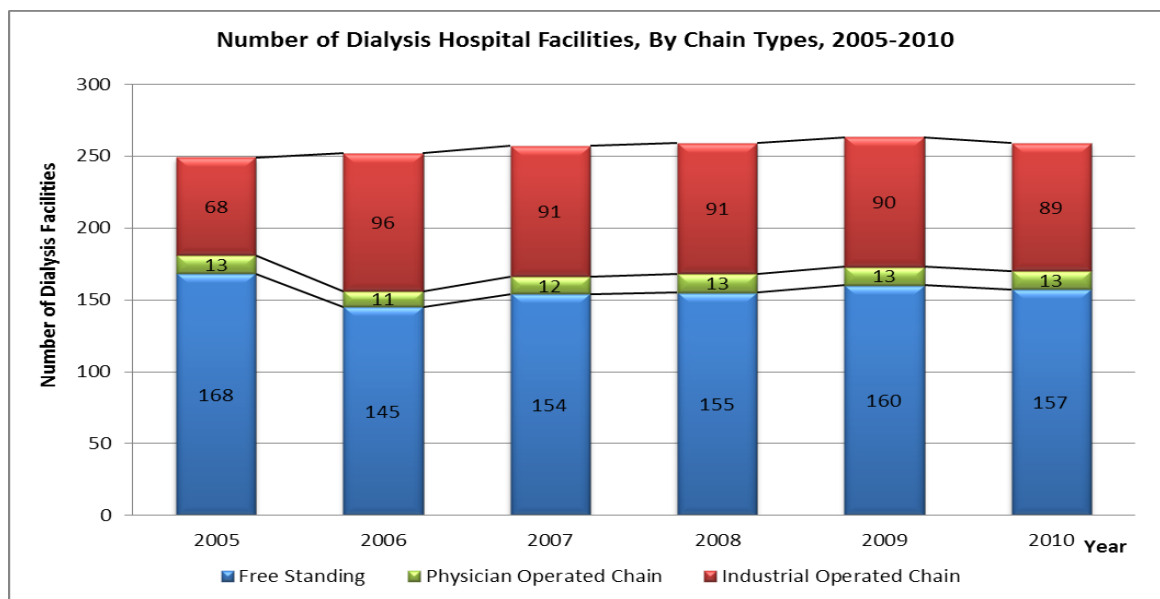


圖 8.1：不同的經營模式之醫院家數趨勢（2005-2010）

資料來源：台灣腎臟醫學會

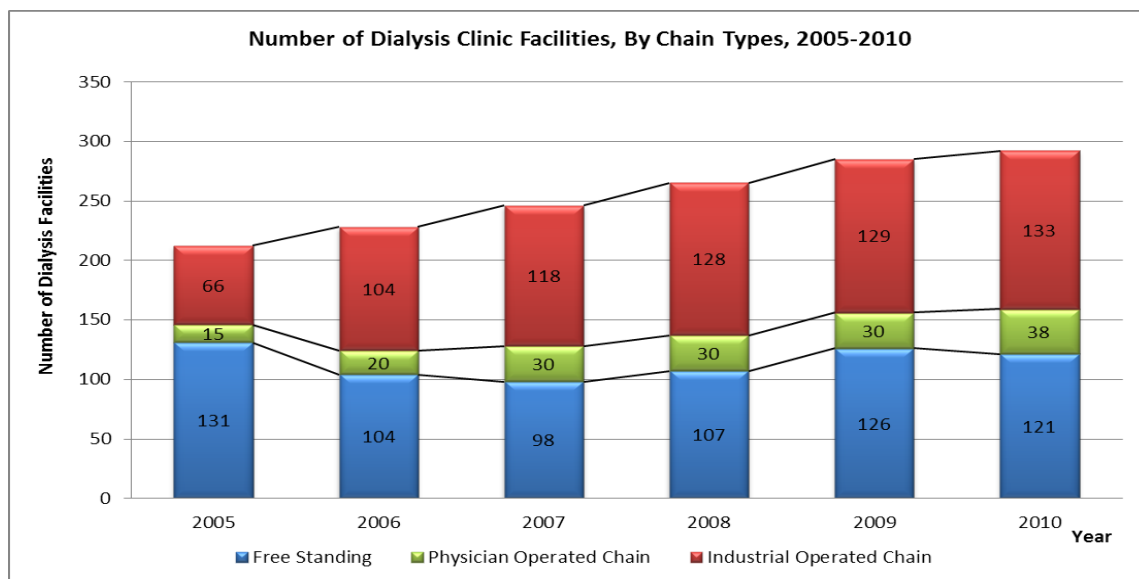


圖 8.2：不同的經營模式之基層診所家數趨勢（2005-2010）

資料來源：台灣腎臟醫學會

8.2 透析經營集團化對醫療品質的影響

呈現 2005 年到 2010 年醫院層級與診所層級，獨資經營、集團經營、以及醫師合夥經營對於門診血液透析（HD）醫療品質監測指標之趨勢。門診血液透析（HD）醫療品質監測指標相關定義請參見附錄一，健保局門診血液透析服務品質監測指標項目，指標值越高，代表品質表現越好。

不同經營模式醫療院所和基層診所在整體品質分數表現皆有逐年增加的趨勢。在醫院層級方面，不同經營模式主要在幾項醫療監測指標有統計上的顯著差異，包括 Overall Quality Score、Albumin、Kt/V（圖 8.2.1）。在診所層級方面，不同經營模式主要在幾項醫療監測指標有統計上的顯著差異，包括 Overall Quality Score、Albumin、Hct、Kt/V 等（圖 8.2.2）。

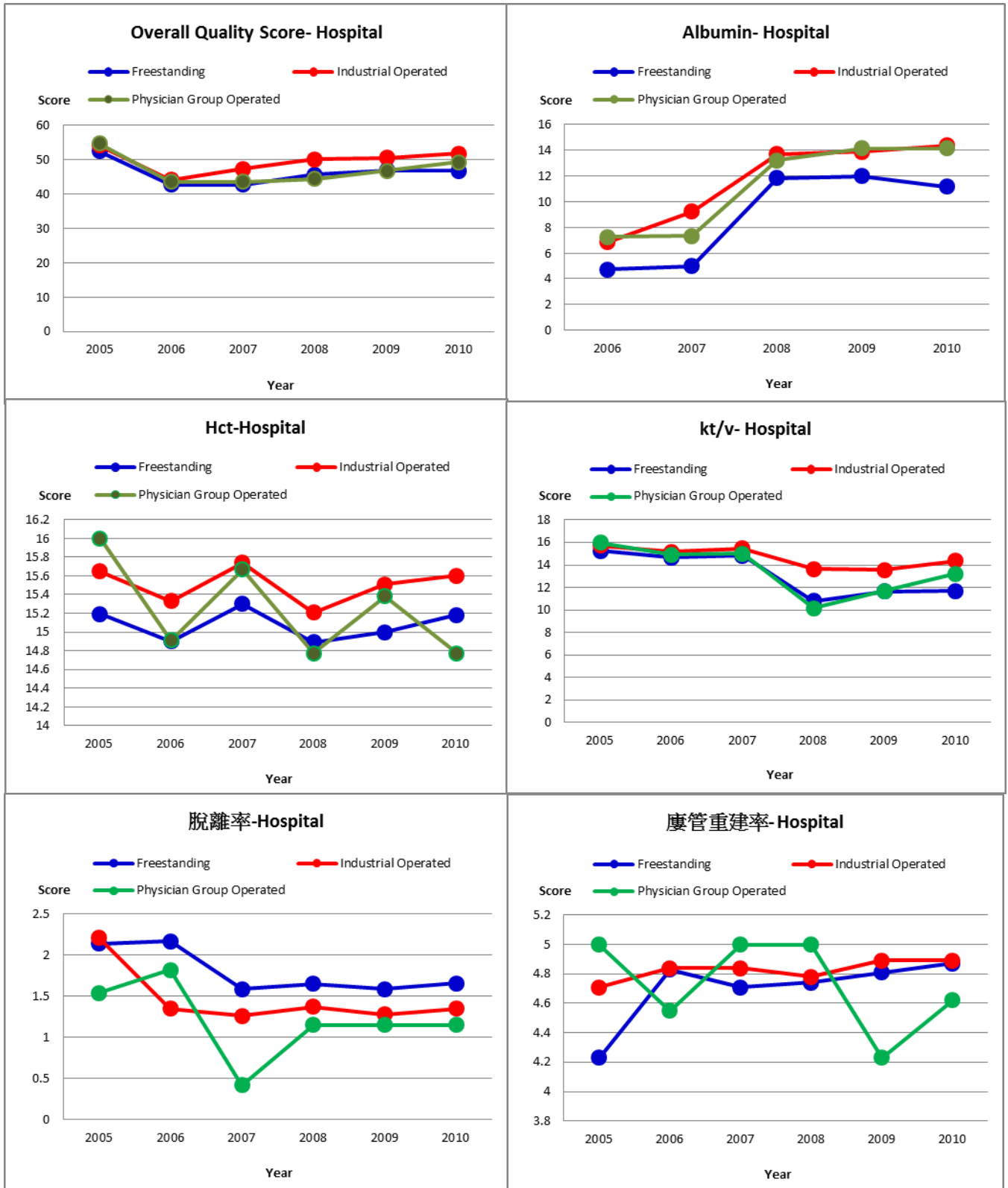


圖 8.2.1：2005 年到 2010 年醫院層級門診血液透析(HD)醫療品質監測指標
 (依照醫院層級、集團與非集團分類)



圖 8.2.2：2005 年到 2010 年基層診所門診血液透析(HD)醫療品質監測指標
(依照診所層級、集團與非集團分類)

第玖章 焦點團體訪談之分析結果

本研究利用內容分析法進行質性研究資料內容分析，整理逐字稿後歸納主題(Theme)內容。詳細結果內容請參閱附錄二。

9.1 近十年對透析醫療界造成衝擊的透析支付制度

面對醫療費用快速成長的問題，學理上可由需求面、供給面、控制預算等著手(Santerre & Neun,2010)。藉由支付制度的設計，可以透過讓醫療提供者承擔醫療費用的責任醫療費用支出或改變醫療提供者的行為。對於這一個議題，參與人員多認為門診透析預算（次總額）制度是造成較大的整體層面的影響。

對於總額支付制度從 2003 年至近期，從基層診所、醫院參與者 PRG1、KCN2、PCN1、KCG2、CSC1 提出目前的問題，主要提到門診透析預算（次總額）成長率逐年下降，與病患成長率不成正比，以及浮動點值下降可能造成價和量平衡的問題以及衡量、競爭的問題。

另外，如 KCN2、PMC2、CCN2 提及血液透析給付的點數下降對於診所醫師亦造成衝擊，特別是造成每年稅金增加的問題。理論上，給付點數下降，診所收入下降，稅金（營業稅？）應該下降。但由於診所會計系統無法詳列並且採列舉方式，因此採取國稅局規定核定 78% 為成本的方式。當點值下降加上點數下降的情況，對於診所醫師的衝擊是利潤空間變小且每年稅金增加。這部分的影響是在健保局採取降低點數時，未預期到會造成的影響之一。

除了門診透析預算（次總額）支付制度之外，參與者認為對於透析醫療影響頗多還有 PD 政策推動的討論，這議題原不在設定議題中，但經討論浮現其重要性。大部分參與者認為 PD 支付點數 1 點 1 元的保障以及衛生署將 PD 占率列入評鑑標準的政策推動，可能會造成對病人治療方式選擇的偏頗和其他問題。對於 PD 支付點數 1 點 1 元保障的問題，PMC1、PH1、KCN2 醫師認為對醫院、基層的經營皆會造成一定衝擊。對於 PD 占率方面，PSC2 學者、PH1、PMC2、PCN1 醫師也認為推行 PD 應該要考慮病患併發症的問題，而且要回歸臨床專業來做決策，不應該受行政力的影響。

9.2 腎臟醫界對門診透析預算（次總額）支付政策的評判

總額支付制度本意是為了有效節制醫療費用的增加，但是 100 年門診透析預算（次總額）預算卻出現成長率 0% 的情況，對腎臟界產生很大的衝擊，多位學者、醫師等（包括 PRG2、CSC1、CHM、PRG1、PCN1、KSC2、KRH1、KCG1、CMC2 等）分別對這樣的結果表示看法，透析病人數成長卻沒有得到應有的預算，認為這樣的結果是非常不合理。雖然大多數認同不可能病人成長多少，給付就增加多少，但是應該要以理性的態度來協商。

除了透析成長率下降、點值下降的問題外，多位醫師學者討論到門診透析預算（次總額）的緣由以及醫院、基層總額對於門診透析預算（次總額）協商的問題，如同 PH1 醫師提及，門診透析預算是合併基層總額與醫院總額成為次總額，目的是避免病患成為人球，由於門診透析預算是次總額，所以門診透析預算在協商過程，並沒有正式管道參與，因此當先前提到零成長問題時，在協商過程無法適當提出意見，因此多位醫師、學者皆提及在醫院、基層總額協商過程所產生的衝突以及無力感。

對此問題，參與醫師、學者亦討論對過去門診透析預算（次總額）的沿革與未來可能的解套方法說明並提出可能的建議。CH1 醫師和 CS1 學者提到門診透析預算（次總額）的緣由是基於避免病患被當人球，所以切割出來的次總額。是不是有其他方式作為未來的發展，KCN2、KCN1 醫師提到也許再各自回歸到醫院、基層總額。但是 CHM、KSC1 認為即使回歸到各自總額，但是因為透析和其他病患的成長率及費用差別相當大，還是有可能產生先前門診透析預算（次總額）前的問題。

在與健保局協商總額預算時難以達到共識，腎臟醫界認為沒有獲得合理的預算支配，其問題值得探討。主要的問題在於門診透析預算並非獨立總額，如前面所討論和 PSC1、KSC1 學者、KH1 醫師提出的問題，由於透析為次總額，並沒有自己的代表，無法進行適當的協商。從這個議題的探討，多位參與者討論並提供多面向的建議，以思考如何進行有效協商爭取合理預算的方式。如 CSC1 討論到是否在二代健保時，有機會可以推薦代表到基層或醫院總額發聲；CSC2 學者討論也許健保局透析執委會較為專業，可以接受較多的聲音；CHM 管理者建議在協商之前的溝通是協商成功必備之工作，與 KH1 學者意見相呼應。

9.3 門診透析預算（次總額）對醫療院所經營及醫師執業型態的影響

9.3.1 門診透析預算（次總額）支付制度對醫療院所經營的影響

從參與者的回應分析，門診透析預算（次總額）支付制度對於醫學中心、區域/地區醫院、以及診所層級所造成經營程度上的差異。如 PMC1、PH2 兩位醫學中心醫師以及其他幾位 PCN1、KCN1 醫師的看法，醫學中心或大型區域醫院由於有醫院總額以及門診透析預算（次總額）經營的額度，加上腹膜透析點數的保護，對經營影響較小。相對地，地區醫院或規模較小的診所，在經營上因為多依賴門診透析預算（次總額）收入的支持，當門診透析預算縮減時，造成經營上的影響相對較大。

9.3.2 門診透析預算（次總額）支付制度對醫師執業的影響

對於醫師執業的影響，參與者 PMC1 醫師認為總額給付制度對於公立醫院或醫學中心醫師的影響不大，因為在醫院醫師為固定薪資。CHM 醫師則認為目前總額支付制度下兼具論量計酬制度可能造成衝量的結果，當點值下降時，醫師的工作時間、服務量反而增加以維持同樣的薪資水準。KCG2、KMC 醫師認為在給付降低的情況，也有醫師願意接受較低的薪資水準以減少工作量和壓力。PRG1 和 CCN2 醫師認為給付下降可能影響年輕醫師未來選擇腎臟專科

的意願。從醫師的討論和看法，醫師執業的成就感主要影響原因還是來自於病患的肯定與支持。另外一個對於醫師執業的影響如 PSC2 學者提到，在總額文化下，除了醫療專業上的能力，醫師被期盼要有協商能力、及管理能力。

9.3.3 門診透析預算（次總額）支付制度對病患就醫與病患醫療品質的影響

門診透析預算（次總額）支付制度實施後，醫療院所為節省成本，可能會因此在各方面影響病人的醫療品質，例如在醫療耗材選用可能由原廠進口材料轉為國產材料（PCN2 醫師）；其他過去提供給病患的醫療服務，除了健保給付項目之外的服務可能會減少（PRG1、KCG1 醫師提及）；醫師可能挑選疾病嚴重度較輕的病患進行診治（KCG1 醫師提及）。除了醫療品質的影響之外，病患就醫的可近性，可能因為醫療院所經營不下去倒閉，病患因此必須到遠一點的醫療院所就診（如 KCN2 與 PRG1 醫師所述）。

9.4 醫療院所對門診透析預算（次總額）支付制度的因應

門診透析預算（次總額）支付制度實施後，醫療院所為節省成本，可能會因此在各方面影響病人的醫療品質，例如在醫療耗材選用可能由原廠進口材料轉為國產材料（PCN2 醫師）；其他過去提供給病患的醫療服務，除了健保給付項目之外的服務可能會減少（PRG1、KCG1 醫師提及）；醫師可能挑選疾病嚴重度較輕的病患進行診治（KCG1 醫師提及）。除了醫療品質的影響外，病患就醫的可近性，可能因為醫療院所經營不下關閉，病患因此必須到離居住地較遠的醫療院所就診（如 KCN2 與 PRG1 醫師所述）。

醫療院所、集團在總額支付制度下，主要以節省成本、開源節流的方式來因應，如 CMC1、KSC1、KCN1、PRG1 醫師(集團、診所、醫學中心)提到減少藥物、檢查，耗材品項以及能源的節省，或是如 CCN1 提到以聯合採購議價的方式來降低成本等。CSC1 學者、KCN2 提到醫療院所為了求生存，可能轉向醫療院所垂直整合或集團經營模式。

9.5 透析經營集團化的形成原因及衝擊

9.5.1 透析策略聯盟經營的類型

近幾年集團化的透析醫療院所有增加趨勢。參與座談會的學者、醫師討論目前透析連鎖經營的類型或定義可依據集團組成人員、經營權等分成不同的經營型態。其中 KCG2 提到，在台灣透析策略聯盟型態很難區分，因為醫療給付主要是以醫師為主（醫療法規定開業需由醫師為負責人）。KH1 醫師認為在台灣策略聯盟的類型大致可以分為醫師經營和業界經營兩種模式。KSC1 學者將經營類型細分為四大類，包括醫師獨資經營(solo)、醫師合夥經營(group practice)、策略聯盟模式、以及企業化經營模式。

9.5.2 形成透析策略聯盟經營的因素

由於健保實施總額之後，給付緊縮，大部分學者（CSC1）、醫師（PCN1、KCN2、CRG1、CRH）等認為點值、給付的下降，診所已經無法生存，集團化、策略聯盟的成本較低，自然會走向策略聯盟的趨勢。此外，PRG2 醫師提到在管理及資料分析部分，集團內部有專人處理資料分析，醫師可以專注於執行醫療，責任減少、收入穩定。PCN1 醫師則提到因為透析醫療的特質，獨資經營的醫師轉為策略聯盟經營模式的因素。

9.5.3 透析經營集團化的衝擊

大部分的醫師、學者普遍認為集團化是一個趨勢，不應該排斥。但是仍有一些問題需要考慮，對集團化有質疑主要在其醫療品質的提供（如 KCG2、PSC2 陳述）和 KSC1、PH2、PRG2 提到對醫師權益、經營主導權、與集團經營合法性的問題。

總額之下集團化的趨勢漸顯，集團經營具有成本控制以及產品供應的優勢，面對集團化的趨勢要如何因應？對於集團經營，PSC1、PSC2 兩位學者提到從衛生署的角度最重視的兩個主要問題包括如何進行醫療品質的控制以及避免不當的謀利。對於財務監控方面，PSC1、PSC2 兩位學者以及幾位醫師 CHM、KRH1 都建議要有相關的法律規範，如醫療社團法人制度，以有效監控營運面，使其財務、成本透明化。

9.6 腎臟醫界對透析經營集團化的觀點

9.6.1 透析集團化經營的正面影響

集團化經營所帶來正面的影響，PSC1、PSC2 學者認為集團在成本控制及經營運作方面有良好的成效，對總額的運作也有所幫助，並且能替醫師減少管理的事務，醫師責任減少又有較高的報酬。CCN1 基層醫師提到由聯盟協助規劃，或者與廠商議價可以節省費用。此外，PRG2 集團醫師、PSC2 學者提到集團能系統性的去整理分析資料。

9.6.2 透析集團化經營的負面影響

集團化所帶來負面的影響，PSC1、PSC2 學者擔心集團會產生不當謀利，對病人的服務品質有所影響。PH2 醫師提到為爭取病患可能衍生惡性競爭、壟斷等問題。KCN2 醫師則指出在醫病關係的問題，醫師依指示輪調，使得醫病關係沒有歸屬感。KCN3 醫師提到未來若獨立診所皆歸屬集團，健保局談判的對象除了醫院外，只剩集團，這是一個非常嚴重的問題。

9.6.3 透析集團化對醫療品質的影響

不管是集團化或外包議題，因為集團經營主要以營利為目的，對此，學者（如 PSC1、PSC2、KSC2 等）對於其所提供的醫療品質仍有疑慮。不過 PSC2 學者、PCN1 認為品質監控的議題仍要回到學會，以專業角度認定其品質的表現。

另外在品質管控方面，參與者也提出相關建議，例如 PH1 醫師提到可以學習像美國不定期抽檢、評核的制度；PSC2 學者提到由腎臟醫學會或其他客觀的第三團體、學術界進行調查；KCG1 提到可以建立評鑑標準，評量外包或集團透析院所透析醫療品質認證措施等。

第拾章 結論

總額支付制度可能影響醫療機構經營與發展走向，並且刺激院所之間的互動關係，進而改變醫療生態。在總額支付制度限制費用下，也可能導致醫療行為變化，甚至影響民眾接受醫療服務的方式、品質與可近性。本研究主要利用病患及醫療院所於 2000 到 2010 年間次級資料(包括健保資料庫與腎臟醫學會資料庫)來瞭解 2003 年實施門診透析預算(次總額)支付制度介入前後的醫療品質、醫療效率(如醫療資源利用)、和醫療資源分布的變化趨勢分析。另外也透過質性研究焦點團訪談，瞭解次級資料數據分析之外，探討其他多面向的影響因素。

10.1 次級資料結果討論

在病患醫療品質結果方面，本研究分析病患 2001-2008 年存活率以及生化檢驗指標，HD only 組病患在三個年度時段 unadjusted 存活率並無呈現顯著差異；在 PD only 組病患，存活率似乎逐年改善；HD+ PD 組病患則無呈現明顯的差異。若以 cox regression model 校正病患年齡、性別、有無 DM 等，HD only 和 PD only 組並無差異；以年度來看，則是逐年改善。這部分的解釋可能是因為腎臟醫界、學會對於醫療品質控制的觀念越來越重視，因此病患存活率亦逐年增加。

在醫療費用方面，本研究針對 2000-2010 年健保資料庫中，透析病患病程與處置比較發現，這段時間內透析病患平均醫療費用並無明顯增加。在不同處置的費用比較方面，開始透析之後，腹膜透析費用低於血液透析費用。但是對於 75 歲或糖尿病患者而言，開始透析後約 2 年，腹膜透析與血液透析費用就相當接近。然而，若考量血液透析與腹膜透析支付點數不同，會讓血液透析與腹膜透析的醫療費用更加接近，但整體而言，腹膜透析費用依然低於血液透析。

本研究另外從醫療院所層級進行分析醫療效率表現，透過健保資料庫分析，瞭解 2000-2010 年間總額支付制度實施對醫療院所的家數、透析病床數、腎臟專科醫師人數、以及醫療資源供給的差異。結果觀察基層診所增加幅度最多，床數則以 21-50 透析床增加較多，另外，透析院所由醫師獨資經營(Solo)的比率明顯下降，反倒是醫師合夥經營(group practice)的比率增加。

從縣市層級分析，比較 2000-2010 年間整體醫療資源供給與耗用分布不均程度的長期趨勢，本研究利用最經常被使用的吉尼係數(Gini Coefficient) 計算醫療資源分布均勻的程度，由整體供給面來看，每萬人口透析醫療院所、病床數分布逐年分布均衡。由縣市別來看，主要增加的醫療資源供給地區包括苗栗縣、台中市、台中縣、彰化縣、屏東縣、新竹縣、高雄市等。反觀需求面在縣市地理的差異，血液透析病患需求在這些年並無在某些縣市有特別增加的情況。腹膜透析需求在縣市間呈現的地理分布差異減少，主要差異的縣市包括嘉義縣、嘉義市、澎湖縣、

屏東縣、宜蘭縣、雲林縣、新竹縣、台北市、高雄市等，顯示腹膜透析在這些縣市的病患接受程度增加。可觀察到醫療供給面和醫療需求面在多數縣市的變化趨勢呈現一致的趨勢，可能原因主要是當醫療需求成長在某些縣市成長/下降時，帶動著醫療供給面的成長/下降；當然也有可能是醫療供給帶動醫療需求的變化，讓縣市、城鄉的差距更為縮短。根據此結果顯示，門診透析預算（次總額）支付制度的實施後，在院所、透析病床地理分布趨於均衡。

因應健保局、費協會等對於集團經營是否影響其醫療品質表現的疑慮，本研究利用 2005-2010 年透析醫療院所呈報健保局於 2005 年開始實施的門診血液透析品質獎勵計畫的數項品質指標，分析獨資經營 (Free-Standing)、集團經營 (Industrial Chain Operated)、以及醫師合夥經營 (Physician Group Operated) 在門診透析品質指標的表現。透析院所以基層診所家數增加最為明顯，其中以集團經營的診所成長最為顯著，由 2005 年 66 家成長到 2010 年 133 家，主要分佈在苗栗縣、新竹縣、雲林縣和台中縣。醫師合夥經營的基層診所也有增加趨勢。醫師獨資經營診所所有下降趨勢，這部分由腎臟醫學會來源資料訊息與健保資料庫分析一致。在品質指標分數方面相較於獨資經營院所，集團經營、或醫師合夥經營在 2005-2010 年品質分數的表現並不會比較差。不過由於此資料呈現為 unadjusted 結果，需後續研究進一步校正病患疾病嚴重度、醫療機構其他特質等。

10.2 焦點團體訪談結果討論

除了量性研究的分析之外，本研究進行焦點團體訪談，蒐集質性研究的資料以補量性研究的不足，並且更深入瞭解對於除了門診透析預算（次總額）政策，其他支付政策實施對各方面的影響。本研究焦點團體訪談的對象主要為醫學中心、區域、地區醫院或基層診所的醫師或透析中心/集團經營者以及學者專家，分別於北（新竹以北，含新竹）、中（新竹以南，嘉義以北）、南（嘉義以南，含嘉義）舉辦，每場約 2-3 小時。北、中、南三場參加人員共 36 位。經過逐字稿的整理，利用電腦軟體 coding 後，透過內容分析法，重新整理、分析訪談結果。

多數參與者認為近十年有哪些透析支付制度造成較大的影響提出分別為：(1)門診透析預算（次總額）支付制度（包括總額成長率下降、給付點數和點值下降）：總額成長率和支付點值最受爭議。給付點數下降則影響診所層級的醫師在每年稅金增加，造成收入相對下降的因素。(2) PD 支付獎勵方案：在 PD 支付獎勵方案方面，參與者普遍認為應該將 PD 的推行回歸到臨床專業，而不是列入評鑑標準及設置固定佔率。

對於門診透析預算（次總額）支付制度的影響，主要從醫院、診所經營以及醫師執業、病人照護層面進行討論：

- (1) 從醫療院所經營面而言，醫學中心或大型區域醫院由於有醫院總額以及門診透析預算（次總額）經營的額度，加上腹膜透析（PD）的點數保護，因此在經營上影響較小。相對地，

對於地區醫院或規模較小的診所，在經營上因為多依賴門診透析預算（次總額）收入支持，當門診透析預算（次總額）縮減，造成經營上的影響相對較大。對於經營上的因應，醫療院所主要以節省成本、開源節流的方式來因應，如減少藥物、檢查，耗材資材品項採購以及能源的節省，或是以聯合採購議價的方式來降低成本等。另外醫療院所為了求生存，可能轉向醫療院所垂直整合或集團經營模式。

- (2) 在醫師執業型態方面，參與者認為總額給付制度對於公立醫院或醫學中心醫師的影響不大，因為在醫院醫師為固定薪資。另外有醫師認為目前總額支付制度下兼具論量計酬制度可能造成衡量的結果，點值下降醫師的工作時間、服務量反而增加以維持同樣的薪資水準。也有醫師認為給付下降可能影響年輕醫師未來選擇腎臟專科的意願。
- (3) 從病患就醫和醫療品質方面討論，多數醫師認為門診透析預算（次總額）支付制度實施後，醫療院所為節省成本，可能會因此在各方面影響病人的醫療品質，例如在醫療耗材選用可能由原廠進口材料轉為國產材料；其他過去提供給病患的醫療服務，除了健保給付項目之外的服務可能會減少；醫師可能挑選疾病嚴重度較輕的病患進行診治。除了醫療品質的影響之外，病患就醫的可近性，可能因為醫療院所經營不下關閉，病患必須到遠一點的醫療院所就診。

對於門診透析預算（次總額）支付制度的批判，主要在於去年0%成長的情況，雖然大多數參與者認同不可能因為病患成長多少，給付就應該增加多少，但是認為應該考量協商因素與非協商因素訂定合理的成長率。

另外，參與醫師、學者亦討論對過去門診透析預算（次總額）的沿革與未來可能的解套方法說明並提出可能的建議。基於避免透析病患被當人球，由基層、醫院總額切割出來成為次總額。但是由於門診透析預算是次總額，當門診透析預算（次總額）在協商過程，並沒有正式管道發聲，因此在提到零成長問題的時候，協商過程無法適當提出意見，因此多位醫師、學者皆提及在醫院、診所總額協商過程所產生的衝突以及無力感。對此議題，參與者認為應從系統性的角度來檢討門診透析預算（次總額）的制度問題和方案，包括（1）轉變門診透析預算由虛擬總額/次總額成立為法令規範的正式總額；（2）維持現狀，但是需有協商代表在醫院和基層總額，並以透析每年各自在醫院或診所費用成長比率協商。

對於透析支付制度的建議主要以減緩病患進入透析治療以減少門診透析預算（次總額）費用，包括（1）推動 Early CKD program：Early CKD 的推動可以有效減少透析病患的新個案數，對於在推動 PD 的治療或是控制總額費用的成長都會有正面的助益。（2）推動無效醫療的可能性，為控制醫療費用，對於長期呼吸器依賴之病患訂定透析照護的標準、推動安寧療護為努力的方向。

由於近幾年集團化的透析醫療院所增加趨勢，對於集團經營現象，亦納入焦點團體訪談的討論，主要希望可以瞭解目前透析醫療院所策略聯盟經營的類型、影響策略聯盟經營趨勢的因素、集團化經營的影響以及對於集團化經營的批判和綜合建議。目前透析連鎖經營的類型或

定義可依據集團的組成人員、經營權分成不同的經營型態。由於醫療法有規範醫療院所執業、給付以醫師為主，在台灣透析策略聯盟型態很難明顯的區分。一般可以將目前的經營方式區分為（1）醫師獨立經營(solo)；（2）醫師合夥經營(group practice)；（3）各獨立經營之透析中心進行策略聯盟；（4）企業化經營，目前有國外及國內集團經營者。在企業化經營方式，參與人員認為應由醫療專業人員主導經營為佳。

影響透析策略聯盟形成的因素，多數參與者認為健保實施總額之後，給付的下降導致診所經營困難，而集團化、策略聯盟成本較低，自然會走向策略聯盟趨勢的主要原因。此外，在管理及資料分析的部分，集團有專人處理，醫師可以專注於執行醫療，責任減少、收入穩定。因為透析醫療的特質，獨資經營的醫師轉為策略聯盟經營模式的因素。

針對集團化經營的影響，參與者認為集團在成本控制及經營運作方面有良好的成效，包括（1）由聯盟協助規劃，或者與廠商議價可以節省費用；（2）醫師減少管理的事務，經營責任減少又有較好的報酬；（3）集團能系統性的整理分析集團內病患照護品質資料。

集團化所帶來負面的影響包括（1）集團化經營可能會產生不當謀利，而對病人的服務品質有所影響；（2）另外集團化診所因為業績壓力，為了爭取病人來源所衍生出惡性競爭、壟斷的問題；（3）在醫病關係的問題，醫師依指示輪調，使得醫病關係沒有歸屬感。

醫師、學者普遍認為集團化是一個趨勢，但是當中仍有一些問題需要考慮和建議方式，包括：（1）醫療品質的控制：在醫療品質監控方面，參與者也提出相關建議，例如可以學習像美國不定期抽檢、評核的制度，由腎臟醫學會或其他客觀的第三團體、學術界進行調查；建立評鑑設置標準，評量外包或集團品質認證措施等。（2）避免不當的謀利。對於財務監控方面，參與人員建議要有相關的法律規範，如鼓勵成立醫療社團法人制度，以有效監控營運面，使其財務、成本透明化。

第拾壹章 對國內門診透析預算（次總額）支付制度的建議

全民健保之實施，讓過去無法接受透析治療的病患，得以接受血液透析或腹膜透析醫療，而延續生命，由於透析病患人數逐年增加，占健保醫療費用高達 360 多億。總額支付制度實施後，對門診透析服務採獨立預算模式運作，雖然讓透析醫療費用控制在一定預算中，但成長率的逐年下降及支付點數的調降，讓透析醫療的營運日漸困難，進而可能影響透析病患醫療品質。

台灣腎臟醫學會與國民健康局於 94 年開始執行腎臟病防治策略，經過十年的努力已略見成效，透析新病患成長率的下降即為成效之一。透析醫療有其獨特性，在醫療費用持續增加下，面對許多爭議，本計畫將對透析支付提出具體建議，期望讓透析醫療在合理預算能健全發展、透析病患得到良好的照護品質、健保透析醫療費用能達到遵節策施，達到三贏。

綜合研究結果和討論，本研究提出以下幾點建議：

11.1 透析治療模式的合理占率：

ESRD 的腎臟替代療法有腎移植、HD、與 PD 三種模式。就病患的存活率、生活品質與醫療費用而言，選擇腎移植是最佳療法。在器官來源缺乏下，國內的 ESRD 患者，92~94% 只有接受 HD 或 PD 透析治療。

HD 與 PD 各有其醫療上的優缺點，衛生署及健保局之所以在 2005 年推動 PD 獎勵方案，最主要的支持論點是 PD 可減輕醫療費用的負擔約 10~20%。目前 PD 的醫療支付因藥費採一點一元、追蹤處置費採一點 1.1 元、內含 APD 機器租金、APD 管組、與為解決腹膜透析病患營養不良及脫水不良等問題而使用較昂貴的 PD 藥水如 Icodextrin、Physioneal、Nutrineal 等，使得 PD 的醫療成本增加；即使如此，PD 的醫療費用與 HD 相較，仍可節省約 10% 左右。因此，PD 獎勵方案中增加 PD 追蹤處置費的政策仍然值得繼續實施。然而，衛生署將 PD 執行占率列入醫院評鑑項目作政策推動，可能會因病人治療方式選擇的偏差和不當選擇衍生下列缺失：(1) 少部分醫院可能為了評鑑，在評鑑前短暫收治腹膜透析病患，評鑑完後又將腹膜透析病患轉至血液透析治療；(2) 不適合 PD 的病患若被選擇給予 PD 治療，常會因水分控制不良、或無菌操作不當引發反覆腹膜炎，而導致多次住院或須拔除 PD 導管回歸 HD 治療，其結果是醫療費、病患的疾病嚴重度與死亡率反而增加。這種現象就已經發生在泰國，因仿效香港，是第二個採用“PD first”（優先以腹膜透析治療）的國家，實施後近三年來已發生諸多上述缺失。

綜此，對於透析治療模式合理占率的醫療政策建議如下：

- (1) PD 或 HD 的透析治療模式的選擇應回歸臨床專業，依病患的醫療因素(如適應症、禁忌症)、及病患個人偏好因素(如需工作、就學、常須在外旅遊等)來做決擇，不宜設定目標占率或成長率。

- (2) PD 治療仍然值得鼓勵。醫院評鑑時 PD 的執行占率或成長率可作為獎勵加分項目，而非必須評鑑項目。
- (3) 持續推動“Pre-ESRD”照護方案：曾接受 CKD 衛教的病患，與未接受衛教的病患相較，在充分認知下，有 2 倍的機率選擇腹膜透析作為腎臟替代治療模式，加強 Pre-ESRD 衛教是 PD 治療最好的推動力量。

11.2 HD 與 PD 的透析支付方式：

(A) HD 透析支付方式：

血液透析支付方式目前採論次計酬包裹給付，由於健保財務的困境，除了降低門診透析次總額的成長率導致浮動點值逐年下降外，健保局又數次調降透析支付點數，致使透析醫療院所營運日趨艱困，迫使透析醫療院所有少數關閉外，很多院所則轉為醫師聯合經營或企業經營的“透析經營集團化”模式。

綜此，對 HD 透析支付的醫療政策建議如下：

門診血液透析點數不應繼續調降：血液透析已為論次計酬包裹給付(bundle payment)，且在總額支付制度下，以浮動點值進行費用的控制。由焦點團體訪談的討論得知，點數下降雖然可減少點值下滑幅度，對於門診透析預算（次總額）控制的影響很小，卻造成基層醫師無法因點值下滑可以合法節稅，減少申報所得，加重營運的困難。

(B) PD 透析支付方式：

腹膜透析支付方式目前採分項給付，藥費採一點一元、追蹤處置費採一點 1.1 元、內含 APD 機器租金、APD 管組、與為解決腹膜透析病患營養不良及脫水不良等問題而使用較昂貴的 PD 藥水如 Icodextrin、Physioneal、Nutrineal 等，PD 的醫療成本因而增加，由於使用 APD 及上述較昂貴 PD 藥水的病患有增加的趨勢，因此，門診透析預算（次總額）是否會因 PD 醫療費用的增加而減少 HD 預算額度與支付點值的疑慮，普遍存在於基層透析院所的醫師，也因而極力反對 PD 透析支付的獎勵方案。然而，即使 PD 的醫療成本近年來較為增加，PD 的醫療費用與 HD 相較，仍可節省約 10%左右。

綜此，PD 透析支付的醫療政策建議如下：

- (1) 維持目前的 PD 支付點數與獎勵方案。
- (2) HD 與 PD 透析支付均採用“論人計酬包裹給付”：仿效美國，PD 不論是否使用 APD 或較昂貴之 PD 透析藥水，每月醫療支付點數與血液透析依每週三次計算的支付點數相同，此種支付制度，除了申報手續簡化因而減少行政費用外，也可去除基層醫

師認為 PD 醫療費用較 HD 昂貴的疑慮。

11.3 門診透析預算（次總額）的運作模式：

現行全民健保「門診透析預算」是 2003 年 1 月合併「醫院總額」及「基層總額」中之門診透析所形成的次總額，藉此，可水平與垂直整合基層與醫院間之透析醫療，為病患提供最佳的透析照護。門診透析預算（次總額）每年的預算則由「醫院總額」及「基層總額」分別依協商後的比例提撥編列而成；依法源而論，門診透析預算並非獨立總額，而是部門總額的次總額，其位階屬於非獨立總額，「門診透析總額執委會」因而沒有協商代表參與「費協會」的討論；甚者，醫院與基層總額每年都因各自的提撥比例爭執不休，間接地傷害到門診透析預算的合理編列與成長。

為避免醫院與基層總額在協商時產生爭議，並追求透析醫療的良性發展，門診透析預算（次總額）的運作模式建議修改如下：

- (1) 將『血液透析、腹膜透析、腎臟移植』整合成為單一的「腎臟替代治療總額」：此總額由於金額龐大，可以成為獨立門診總額；或依現行運作模式，定位在「基層總額」與「醫院總額」下的部門次總額。此制度的優點是提供更好的動機，鼓勵醫院執行腹膜透析與腎臟移植的醫療照護，以節省醫療費用。
- (2) 建立公平與合理的制度，編列年度「基層總額」與「醫院總額」的提撥比例：不管未來是維持目前的「門診透析預算（次總額）」或是改變為「腎臟替代治療總額」，若此總額是部門總額的次總額，則每年協商提撥比例時，醫院總額與基層總額需參考前一年度各自在透析或腎臟替代療法費用的成長比率提撥次總額預算，並且在協商時提供腎臟醫界在此兩個總額有協商的代表及合法的發言權。
- (3) 「門診透析預算（次總額）」或「腎臟替代療法總額」應有合理的成長率：此可確保腎臟替代療法的健全發展，維持醫療照護品質（見章節 11.4）。

11.4 門診透析預算（次總額）的合理成長率：

透析治療雖然昂貴，卻可以很有效地治療末期腎臟疾病。透析病患若給予適當的透析治療，50~60%的病人可以有很好的社會回歸，維繫著近六萬個家庭生活的完整。在所有末期器官衰竭的病患中，尿毒症病患的良好社會回歸，是一種很特的殊現象。

自 2001 年起，透析病患醫療費用點數與件數均有 8~10%幅度的成長。近年來成長率雖有趨緩，但人數與件數仍以 5~6%幅度成長。為確保透析醫療健全發展，「門診透析次總額」應有合理的成長率，以維持醫療照護品質。因此，費協會在協商門診透析次總額成長率時，依法源應考量其合理的非協商因素及協商因素成長率，說明如下：

表 11.4.1 台灣一般人口及 ESRD 病患 65 歲以上人口之比率

	65 歲以上人口比率 (%)	
	2000 年	2010 年
台灣一般人口	8.62	10.74
ESRD 盛行個案	35.0	43.3
ESRD 新發個案	42.6	50.4

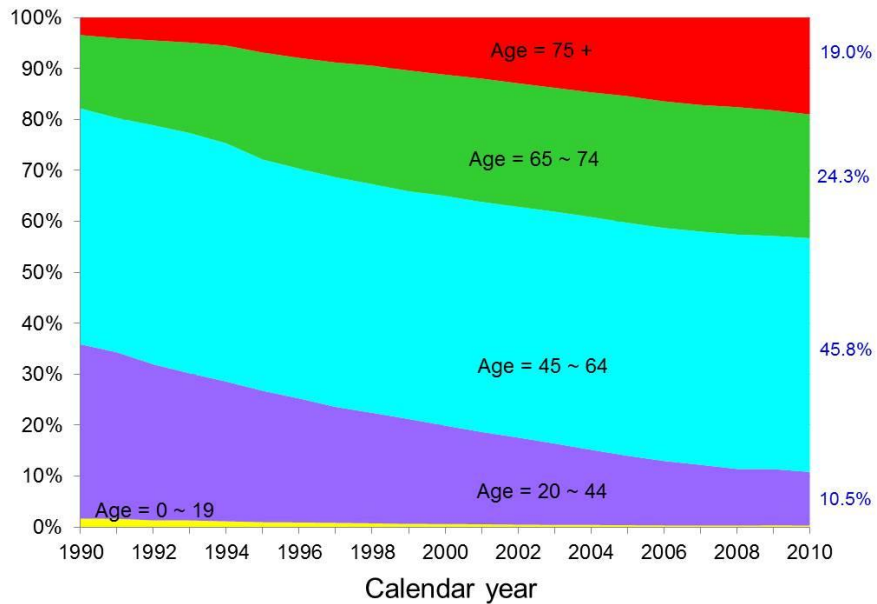


圖 11.4.1 台灣透析病患盛行個案各年齡層占率
資料來源：台灣腎臟醫學會

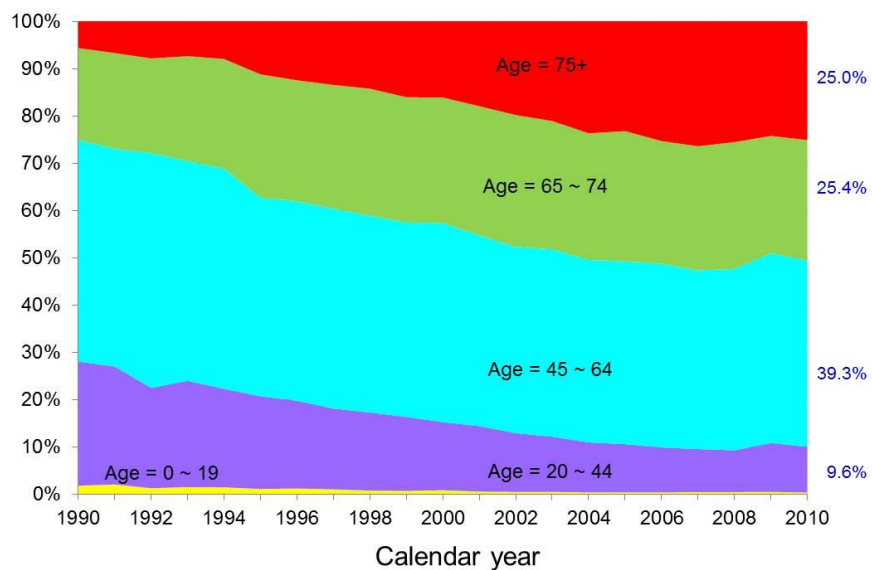


圖 11.4.2 台灣透析病患新發個案各年齡層占率
資料來源：台灣腎臟醫學會

非協商因素：

(A)人口結構改變：老年人口占率增加

依據經建會台灣 97 至 145 年人口推估報告，65 歲以上人口比率將由 97 年的 10.4%，增加至 107 年的 14.7%；之後快速上升，至 145 年則高達 37.5%；其中，75 歲以上的老老人口將由 97 年的 103 萬人，增加至 145 年的 455 萬人。

老年人與糖尿病患是 ESRD 最重要的族群 (圖 11.4.1, 11.4.2)。由台灣腎臟醫學會的統計資料，若以 2000 年與 2010 年相比較，65 歲以上的人口比率在 ESRD 盛行個案與新發個案增加的嚴重情形、遠較國內一般人口高(表 11.4.1)。這些資料顯示透析病患數目的增加明顯與人口結構改變有關。

除此，老年人與糖尿病有很多共病症，當他們得到 ESRD 時，這些共病症的數目與嚴重度都會大增，因此會增加醫療照護的成本。

(B)醫療服務成本增加：透析人事成本增加

隨著國內消費者物價指數及躉售物價指數的上漲，提升護理人員的待遇福利所衍生的人事成本，也跟著增加。

協商因素：

(A)支付項目的改變：新醫療科技(包括藥品、特材、及新增治療)

依據健保局資料的門診透析藥費申報情形，2011 年的申報點數為 14,056,114 點，較前一年成長 95.27%。門診透析藥費增加的原因在健保局資料中雖然沒有說明，依本研究分析，最大的可能原因是 APD 的使用人數增加，PD 透析藥水使用量(即每人每日使用的公升數)就會增加；除此，為解決腹膜透析病患營養不良及脫水不良等問題而使用較昂貴的 PD 藥水如 Icodextrin、Physioneal、Nutrineal 等，因而增加透析醫療費用。

(B)其他預期的法令及政策的改變：處理透析汗水

依據環保署公告，為配合醫療法及其相關管制規定，明列設置洗腎治療床(台)之診所為透析汗水處理的管制對象，並增列洗腎治療床(台)二〇床(台)以上之適用條件。依此公告，基層透析院所之營運成本勢必增加。

11.5 透析醫療院所設立與經營發展的趨勢

(A)集中化(Centralization)與分散化(Decentralization)設立透析院所的比較分析：

表 11.5.1 透析醫療院所集中化或分散化之優缺點

	集中化	分散化
經濟規模	較大	較小
透析所在地	大都在大城市或小城鎮之市區	市區或郊區
透析病床數	較多	較少
醫師人力	較多	較少
病患社區回歸	佳	較佳
醫療儀器設備	較多、較佳	足夠應付
經營效益	較佳	佳或困難
病患就醫方便性	在醫療缺乏的地區，病患需要舟車勞頓到城鎮就醫	醫療的可近性，可以照護到偏遠地區的病患
醫病關係	佳，部分醫院仍可維持很好的醫病關係	較佳
醫護照護能力	較佳	部分院所仍可提供優質的醫療照護

透析醫療集中在大型透析醫院或分散至小型基層透析院所，各有其優缺點(表 11.5.1)。大型的透析醫院通常為區域醫院或醫學中心，位處大城市或小城鎮之市區，對居住在郊區或偏遠地區的病患缺乏就醫之可近性；除此，大型醫院必須提供透析以外的許多門住診腎臟醫療照護，如急性腎衰竭與慢性腎臟病、社區衛教與教學研究等活動，不宜將太多的精神與人力放在透析醫療上；此時，基層院所就可提供醫院力所未逮之處。宏觀言之，兩者的功能應該是相輔相成，而非是相對的競爭者。

綜此，透析院所是否集中化或分散化，建議如下：

- (1) 透析院所設立的發展趨勢，宜交由市場機制決定：各地區醫療環境之主客觀因素不竟相同，不宜過度以公權力來決定透析院所設立的規模；然而，醫療資源過度發展之地區，可建立一套客觀的制度，禁止新的透析院所設立，以避免因爭取病人而造成惡性的競爭。
- (2) 建立制度創造大型透析醫院與基層透析診所的垂直整合：透析病患有較多共病症與併發症，藉由醫院與診所的良性垂直整合，更可提供優質的醫療照護。

(B)獨立經營與經營集團化的分析：

表 11.5.2 透析醫療院所集中化或分散化之優缺點

	獨立經營	經營集團化
經濟效益	佳或困難	較佳
醫師行政工作負荷	較多	較少
醫師休假	佳/部分有困難	較佳
醫病關係	較佳	部分醫院之醫病關係較無歸屬感
因爭取病人衍生惡性競爭	可能	可能
病患資料之管理分析	部分醫院可以有效管理	較有資源作有效管理
醫療品質	執行能力決定在醫師個人	執行能力決定在經營集團化之管理者或負責醫師個人
醫療成本	成本很難下降	可有效降低成本

門診透析預算因健保財政的困難及國人對透析醫療的負面觀點，因而年度預算成長率的編列偏低，導致透析支付點數調降、浮動點值下滑，致使透析院所經營日漸困難，特別是基層院所。此時，除少數透析院所關閉外，很多已設立或新設立的院所則轉為以醫師間聯合經營或企業經營集團化的模式。

由焦點團體訪談得知，透析院所經營集團化有其成本管控的優勢，參與訪談的醫師、學者或醫管專家大都認為經營集團化是市場機制自然發展的趨勢；對集團化的質疑處主要在醫療品質的管控及避免因爭取病患來源衍生惡性競爭與壟斷兩個層面。

建議：

(1)在醫療品質監控方面，可不定期抽樣派人至透析院所抽血檢驗：

目前透析院所之品質監控報表，不管是獨立或集團經營之院所，都是院所自行提報資料至台灣腎臟醫學會，再由學會彙整季報表送至健保局；為求資料之正確性，實有監控之必要。其措施可仿效美國，每年抽樣 0.05~0.10%之透析病患(以全國約 60,000 病人計，約每年 30~60 人)，不定期至透析院所抽血檢驗，隨後由該透析院所提供該抽樣病患之門診病史資料，交由專責機構稽核。稽核的制度可由腎臟醫學會及/或學術界協助規劃，稽核之實施則交由健保局稽核單位或其他客觀的第三團體進行調查。此制度之優點可精確評估健保總額透析醫療之品質，日後隨著資料之累積，當可逐漸建立健保局與透析院所之互信，亦可嚇阻少數不當之透析醫療。

- (2)建立評鑑標準以評量集團的品質。
- (3)對於惡性競爭的疑慮，建議衛生署成立客觀的院所申訴管道。

11.6 減少慢性腎衰竭/透析病患發生率之對策：

依據 USRDS 2000 年發表之健康白皮書推估，在 2010 年末期腎臟病發生率與盛行率會更加速至 2000 年時的兩倍。同時在 2007 年年報告中，預估美國在 2020 年末期腎臟病發生率將成長至 143,000 人。依據台北榮民總醫院楊五常醫師於 92 年國民健康局「台灣地區末期腎臟疾病病患流行病學研究：十年世代分析研究計畫」報告中，以 1990 年到 2000 年透析病患新發生個案數及盛行個案數趨勢統計，推估預計 1998 年至 2010 年間將成長一倍（國內 ESRD 病患在 1998 年之盛行個案有 28,291 人，新發個案有 6,420 人，此個案數預計在 2010 年將成長一倍，盛行個案預估為 57,610 人，新發個案 13,370 人）。

依此統計曲線，將台灣腎臟醫學會 2000 年至 2010 年統計之透析病患新發個案數及盛行個案數，以實際數值放入趨勢分析圖內，盛行個案數的曲線與當年分析預估趨勢相似，病患人數成長一倍。然新發個案數的曲線於 2007 年開始與預估值分離，顯示於 94 年開始衛生主管機關各項『介入因素』（如 Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫、腎臟病健康促進機構之建置與推廣、加強民眾對腎臟病的認知、腎臟病衛教資訊的建立等）的介入，讓此曲線逐漸開始向下傾斜。如圖 11.6.1。

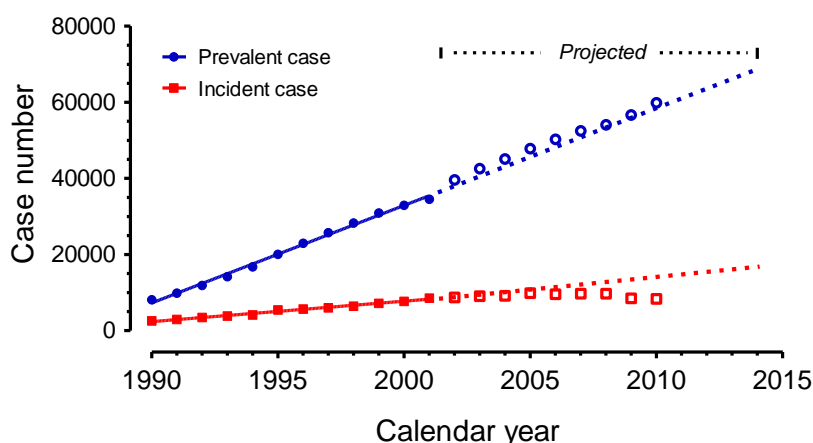


圖 11.6.1 全國透析病患盛行個案與新發個案預估至公元 2015 年之個案數

對於如何減少慢性腎衰竭/透析病患發生率在政策推廣面，建議政府應編列長期預算，積極且持續地執行：

(A)加強腎臟疾病個案管理 (Early CKD, Pre-ESRD)：

慢性腎臟病防治需要有 5-10 年長遠規劃及經費預算，目前腎臟病整體照護經費來源，一為疾病管理，中央健康保險局於一般預算中編列『Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫』及『初期慢性腎臟病醫療給付改善方案』經費，作為醫療院所個案管理費用；一為腎臟病健康促進機構推展，國民健康局每年編列公務預算執行『慢性腎臟病健康促進機構推展計畫』，此兩項經費來源均屬於非長態性經費，國民健康局慢性腎臟病健康促進機構推展計畫，常因某些因素而延拓進行，影響院所參與的意願，如此可能很難永續下去。

依據國民健康局委託腎臟醫學會執行 101 年腎臟病健康促進機構推展計畫報告，101 年 1 月至 9 月 Stage 3b, 4, 5, 新收個案數，腎臟病健康促進機構占 85.7%，未加入腎臟病健康促進機構占 14.3%；仍在照護之病人數，腎臟病健康促進機構占 87.9%，未加入腎臟病健康促進機構占 12.1%。顯示腎臟病健康促進機構之腎臟病患照護人數仍占多數，應給予足夠經費積極擴展腎臟病健康促進機構之家數及發揮腎臟病健康促進機構教育訓練的功能，才能藉由點而面的擴大收案照護層面。

(B)腎臟病防治的宣導：

對於一般健康大眾及潛在的腎臟病患者，應著重如何發覺罹患腎臟疾病而不自知，及對其他系統性疾病但有高腎臟侵犯危險性的患者進行必要的教育與處置，持續加強衛生所基層醫療人員宣導認識慢性腎臟病之分期、危險因子、轉介系統、及衛教之知識技能，針對社區民眾加強對腎臟病保健防治之正確觀念教育。

(C)推展透析安寧療護

對於已屆生命末期、極高齡、多重器官衰竭、意識昏迷無恢復可能者，接受呼吸器或透析醫療，對生命已無重大意義，宜加強對腎臟科醫護人員的再教育。

(D)鼓勵透析病患至移植登錄中心登錄等候換腎

末期腎衰竭病患在未獲得腎臟移植前，透析是唯一的救命方式，台灣器官捐贈的風氣不盛，也是造成透析病患逐年累積之因素之一。在歐美國家，半數的透析病患都去登記等待換腎，政府也盡全力推動器官捐贈，所以平均 3 年就可以得到腎移植機會，日本與韓國則努力發展活體腎臟移植；台灣 60,000 名洗腎病人，只有 6,212 名(財團法人器官捐贈移植登錄中心統計資料) 透析病患登記等候換腎，期望能繼續鼓勵透析病患至移

植登錄中心登記換腎，增加換腎配對之機率。

(E)放寬活體腎臟移植捐贈條件: paired exchange of living non-related transplant

台灣每年接受腎臟移植的人數只有 200 人左右，透析病患需要等待 30 年才有機會得到腎移植機會。器官捐贈來源之一活體捐贈，台灣法令規定必須成年人本身及 2 人以上最親家屬書面同意，且屬於血親五等親內才可以活體捐贈，在此嚴格的限制下，台灣每年腎臟活體捐贈人數僅 80~100 人。相較於美國腎臟移植人數占末期腎衰竭病患總人數之 1/3，且活體移植佔移植總人數之 60%，台灣活體腎臟移植數目顯然過低，腎臟醫學會希望政府在不利益輸送的前提下，放寬活體移植捐贈對象至友人，造福更多等待移植的病人。

小結

台灣透析支付政策自民國 84 年勞保開始採定額醫療給付，經過健保的開辦及總額支付制度之實施，透析支付制度改變不大，但政策的因素，讓透析支付點數一直下降，透析醫療有其獨特性，應跳離對立及角力戰場，回歸醫療及學術，才能公平分配醫療資源，讓透析病患能得到健全之醫療服務，回歸社會。

第拾貳章 研究限制

12.1 次級資料分析研究限制

本研究主要資料來源為全民健保資料庫以及台灣腎臟醫學會資料庫。全民健保資料庫可用來瞭解病患除了透析之外的門診、住院醫療利用和費用，但是並無透析病患詳細醫療品質（如檢驗資料）資訊。台灣腎臟醫學會的透析資料庫，則由透析院所登記病患品質資料，無病患醫療利用及費用。此為兩資料庫的優點和缺點。由於全民健保資料庫已對病患隱私資料進行加密，礙於經費和研究時間限制，無法串連全民健保資料庫和台灣腎臟醫學會資料庫，建立透析病患診療的全貌，因此本研究僅就個別資料庫提供的有限資訊進行分析為次級資料研究的主要限制。

12.2 焦點團體訪談資料分析研究限制

在焦點團體訪談研究限制方面，理論上質性資料的蒐集需經過不斷的討論與修正，讓每一場資料蒐集的過程都能夠更符合研究討論的核心焦點。因受限於與會人員時間，故焦點團體訪談在兩天內完成三場，每場中間只有短暫的時間可以進行討論，並修正焦點方向。雖然如此，在過程中，研究人員仍密切討論，並且以前一場的訪談經驗進行修正，讓第二場、第三場的討論更能夠聚焦。另外，由於受限於焦點訪談的人數，每一場只能邀請 6-10 人，因此與會人員的意見，並不能夠代表所有醫療院所、腎臟科醫師的意見。為此，本研究邀請的醫師、經營者、學者主要為該領域的意見領袖，希望能夠達到充分瞭解各方面的議題面向的內容。

致謝

本研究得以順利進行，要感謝衛生署全民健康保險醫療費用協定委員會支持，同時要感謝計畫進行中的計畫審查委員，提供寶貴的修正意見使本計畫能更臻完整與落實，也感謝國家衛生研究院及高雄醫學大學附設醫院協助提供健保資料庫，供本研究進行相關之醫療資源利用分析。

研究過程中，特別感謝參與焦點訪談之專家學者及腎臟科醫師在百忙中撥空參加，提供很多個人寶貴觀點，也非常感謝亞洲大學吳凱勳教授參與北中南三場次焦點訪談座談會，並於焦點訪談時提供很多寶貴意見。

本研究結論得到台灣腎臟醫學會歷任理事長、資料庫管理委員會主委、透析委員會主委、及腎臟病防治委員會主委的共識。謹此對於所有參與此計畫之相關人員致以謝忱。

參考文獻

- LA Aday, CE Begley, DR Lairson, and R Balkrishnan. Evaluating the Healthcare System: Effectiveness, efficiency and equity, 3rd edition. *Health Administration Press, Chicago 2004*.
- RA Carr-Hill. Efficiency and equity implications of the health care reforms. *Soc Sci Med* 39(9): 1189-201, 1994.
- GM Chang, SH Cheng, and YC Tung. Impact of cuts in reimbursement on outcome of acute myocardial infarction and use of percutaneous coronary intervention: a nationwide population-based study over the period 1997 to 2008. *Med Care* 49(12): 1054-61, 2011a.
- RE Chang, CJ Hsieh, and RC Myrtle. The effect of outpatient dialysis global budget cap on healthcare utilization by end-stage renal disease patients. *Soc Sci Med* 73(1): 153-9, 2011b.
- KW Chu. Global budgeting of hospitals in Hong Kong. *Soc Sci Med* 35: 857-68, 1992.
- CP Fan, KP Chen, and K Kan. The design of payment systems for physicians under global budget – an experimental study. *Journal of Economic Behavior & Organization* 34: 295-311, 1997.
- TJ Hoerger. Profit' variability in for-profit and not-for-profit hospitals. *J Health Econ* 10(3): 259-89, 1991.
- YA Hsueh, SD Lee, and YA Huang. Effects of global budgeting on the distribution of dentists and use of dental care in Taiwan. *Health Services Research* 39(6): 2135-53, 2004.
- J Hurley and R Card. Global physician budgets as common-property resources: some implications for physicians and medical associations. *Can Med Assoc J* 154(suppl8): 1161-68, 1996.
- J K Iglehart. Germany's health care system (1). *N Engl J Med* 324(7): 503-8, 1991.
- MC Lee and AM Jones. How did dentists respond to the introduction of global budgets in Taiwan? An evaluation using individual panel data. *Int J Health Care Finance Econ* 4(suppl 4): 307-26, 2004.
- JP Newhouse. Toward a theory of Nonprofit Institutions: An economic model of a hospital. *Am Econ Rev*: 64-74, 1970.
- DP Redmon and PJ Yakoboski. The nominal and real effects of hospital global budgets in France. *Inquiry* 32(suppl 2): 174-83, 1995.
- DL Rogal, AK Gauthier, and NL Barrand. Managing the health care system under a global expenditure limit: a workshop summary. *Inquiry* 30(3): 318-27, 1993.

RE Santerre and SP Neun. Health Economics-theory, insights, and industry Studies. *South-Western, Cengage Learning published, International student edition*, 2010.

P Smith, TA Sheldon, RA Carr-Hill, S Martin, S Peacock, and G Hardman. Allocating resources to health authorities: results and policy implications of small area analysis of use of inpatient services. *BMJ* 309(6961): 1050-4, 1994.

AM Spence. Monopoly, quality and regulation. *Bell Journal of Economics*, 1975.

YC Tung and GM Chang. The effect of cuts in reimbursement on stroke outcome: a nationwide population-based study during the period 1998 to 2007. *Stroke* 41(3): 504-9, 2010.

U.S. Renal Data System, USRDS 2011 Annual Data Report: Atlas of End-Stage Renal Disease in the United States, national Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease, Bethesda, MD, 2011.

S Vaughn, JS Schumm, and J Sinagub. Focus group interviews in education and psychology. Thousand Oaks, CA: Sage, 1996.

PJ Yakoboski, J Ratner, and DJ Gross. The effectiveness of budget targets and caps in the German ambulatory care sector. *Benefit Q* 10(suppl 3): 31-37, 1994.

Yang WC, Hwang SJ, and Taiwan Society of Nephrology. Incidence, prevalence, and mortality trends of dialysis end-stage renal disease in Taiwan, 1990 - 2001: The impact of national health insurance. *Nephrol Dial Transpl* 23: 3977-3982, 2008.

王柏文. 總額預算制度對透析病人醫療資源利用之影響. 臺灣大學醫療機構管理研究所出版碩士論文, 2005.

張育嘉、黎伊帆、汪芳國、鄭守夏. 全民健保實施總額預算之初步影響評估: 以牙醫與西醫基層為例. *台灣衛誌* 25(2): 152-62, 2006.

中央健康保險局網站. 資訊公開-行政院衛生署中央健康保險局業務執行報告.
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=1023&WD_ID=1043&webdata_id=4138

張益誠、廖宏恩. 西醫基層診所實施總額預算前後之價量變化--以臺灣北部地區西醫基層診所為例. *台灣衛誌* 21: 363-72, 2002.

許玫玲. 全民健保總額支付制度醫療資源配置之評析研究. 全民健康保險醫療費用協定委員會九十四年度委託研究計畫, 2005.

黃昱瞳、楊長興、薛亞聖. 全民健保實施牙醫總額預算制度對醫療資源分布的影響評估. 臺灣

公共衛生雜誌 21(6): 403, 2002.

葉德豐、王俊文. 西醫基層總額支付制度實施前後費用趨勢之研究--以中部四縣市為例. *醫務管理期刊* 3: 11-29, 2002.

鄭振廷、侯宏彬、錢慶文. 影響洗腎病患定期血液透析醫療資源耗用之因素. *醫務管理期刊* 6(3): 291-308, 2005.

羅紀琮、詹維玲. 醫院總額預算對費用單價與服務量的影響初探. *台灣衛誌* 26(4): 261-69, 2007.

附錄一、健保局門診血液透析服務品質監測指標項目

項 目	各透析院所病患監測值達成率	得 分
1. 準時繳交報告者		每季 3.5 分
2. 血清白蛋白(Albumin \geq 3.5 g/dl(BCG)或 3.0g/dl(BCP))	\geq 75%	每季 4 分
3. Kt/V \geq 1.2	\geq 95%	每季 4 分
4. Hct \geq 26%	\geq 90%	每季 4 分
5.住院率 (100 人月)	\leq 8	5 分 (年)
6.死亡率(100 人月)	透析時間 < 1 year 者 \leq 4 透析時間 \geq 1 year 者 \leq 2	5 分 (年)
7.瘻管重建率(100 人月)	\leq 2	5 分(年)
8.B 型肝炎表面抗原轉陽率	\leq 3.5%	4 分 (年)
9. C 型肝炎轉陽率	\leq 3.5%	4 分 (年)
10.建立對病人透析治療模式選擇之充分告知機制:對於新接受透析治療之病患,應給予完整之透析治療模式之講解與衛教,有書面資料可供查核。	100 %	10 分 (年)
11.脫離率:指(A)腎功能回復而不須再透析者;(B)因腎移植而不須再透析者 註:此項為鼓勵項目,希望透析院所能積極達成此一目標。	脫離率(A)+(B) \geq 1%(每年)	5 分(年)
12. 55 歲以下透析病患移植登錄率(%)	移植登錄率 > 5% 5 分(年) 移植登錄率 > 4% 4 分(年) 移植登錄率 > 3% 3 分(年) 移植登錄率 > 2% 2 分(年) 移植登錄率 > 1% 1 分(年)	5 分(年)

註：院所應將監測項目執行情形提報至台灣腎臟醫學會，由健保局定期進行監控管理。

門診透析專業醫療服務品質指標（血液透析部分）-操作型定義

指標項目	積極性目標值	檢驗頻率	監測頻率 *	監測方法	指標定義或監測內容
1. 血清白蛋白 (Albumin)	1. 受檢率 \geq 90% 2. 合格為 < 3.5 gm/dl (BCG)或 < 3.0 gm/dl (BCP) 百分比 $< 30\%$ 3. 全國合格率應 $>80\%$	每個月	每三個月	資料分析	受檢率、全體平均值 低於 3.5 gm/dl (BCG 法)之百分比。【若以 BCP 法測量則為低於 3.0 gm/dl 之百分比】
2. Kt/V	1. 受檢率 \geq 90% 2. 合格為 < 1.2 百分比 $< 10\%$ 3. 全國合格率應 $>80\%$	每三個月	每三個月	資料分析	受檢率、全體平均值 低於 1.2 (Daugirdas 公式) 之百分比
3.Hct	1. 受檢率 \geq 90% 2. 合格為 $\geq 26\%$ 百分比 $\geq 90\%$ 3. 全國合格率應 $>90\%$	每個月	每三個月	資料分析	受檢率、全體平均值 大於 26%之百分比
4.住院率：平均每 100 人月住院次數及原因	目前國內尚無數據，待執行一年後再訂定監測目標值	每六個月	每六個月	資料分析	平均每 100 人月住院次數； 住院率= $(\text{追蹤期間所有病人之總住院次數}) \times 100 / (\text{追蹤期間之總病人月數}^{**})$
5.死亡率（每 100 人月）	目前國內尚無數據，待執行一年後再訂定監測目標值	每三個月	每三個月	院所申報	死亡率= $(\text{追蹤期間死亡個案數}) \times 100 / (\text{追蹤期間之總病人月數}^{**})$
6.瘻管重建率（每 100 人	目前國內尚無數據，待	每六個月	每六個月	資料分析	重建率=（追蹤期間所有病人須重新接受動靜脈

指標項目	積極性目標值	檢驗頻率	監測頻率 *	監測方法	指標定義或監測內容
月)	執行一年後再訂定監測目標值				瘻管或人工血管手術之總次數) X100 / (追蹤期間之總病人月數**)
7.脫離率 (百分比)	目前國內尚無數據，待執行一年後再訂定監測目標值	每六個月	每六個月	資料分析	脫離率 I (腎功能回復而不須再透析者)=(追蹤期間新病人或原透析病人因腎功能回復而不須再繼續接受透析治療之人數) / (追蹤期間之所有新病人數) 脫離率 II (因腎移植而不須再透析者)=(追蹤期間因腎移植而不須再接受透析治療之人數) / (追蹤期間之所有病人數)
8.B 型肝炎表面抗原 (HBsAg) 轉陽率 (百分比)		每年	每年	資料分析	轉陽率= (追蹤期間 HBsAg 由陰性轉為陽性 (新感染) 之人數) / (追蹤期間之陰性病人數)
9. C 型肝炎抗體 (anti-HCV) 轉陽率 (百分比)		每年	每年	資料分析	轉陽率= (追蹤期間 Anti-HCV 由陰性轉為陽性 (新感染) 之人數) / (追蹤期間之陰性病人數)
10. 55 歲以下血液透析病患移植登錄率(百分比)		每年	每年	院所申報	55 歲以下血液透析病患移植登錄率= (55 歲以下血液透析病患移植登錄人數 / 55 歲以下血液透析病患人數) × 100

* 每三個月監測頻率：申報日期為每年 1 月、4 月、7 月、10 月之 15 日以前。

每六個月監測頻率：申報日期為每年 1 月及 7 月之 15 日以前。

**追蹤期間之總病人月數：表示追蹤期間(如三個月或六個月)所有病人被追蹤至死亡或觀察截止日期止之總病人月數

附錄二：焦點團體訪談程序計畫及訪談逐字稿

(A)：焦點團體訪談程序計畫

焦點團體訪談過程 Script

各位醫師、專家學者代表大家好!我是這場會議的主持人楊五常醫師。非常感謝各位今天來參與這個研究焦點團體訪談討論。我們希望將會議時間控制在兩到二個半小時內，第一階段主要討論台灣腎臟醫界、專家學者對於透析支付制度的看法。另外，由於近年來透析中心集團化趨勢，在討論的第二階段，將藉此機會和在座參與者討論造成集團化的原因的瞭解以及集團化造成的影響。

待會要討論的幾個主題，列在發給各位的紙本議程當中，期待大家能踴躍發言並不吝給予建議。先前有給各位參與同意書，今天的討論內容純粹為研究，本計畫為衛生署委託計畫『透析服務支付政策之評估』，希望能夠瞭解各界的聲音。計畫主持人會小心維護您基本資料的機密。參與者的名字除了研究者之外，不會對外公布，在最後研究報告呈現，也僅以代號表示。為了讓會議能順利進行，以下幾點提醒大家：

1. 請將您的手機關無聲，讓我們可以專注於討論、不受到中斷。
2. 整場會議將會進行錄音，所有討論的內容皆會予以保密，僅供焦點團體訪談研究參考。
3. 過程中我可能會在您發言的時候做其他提問，這是為了能更深入探討問題的主軸，並且讓所有的議題能在時間內順利討論完成，也讓每個人都有機會表達自己的看法。
4. 座談會中間若相關議題造成任何不舒服的情形，都可以隨時中斷參與座談討論。或者如果中間有想要上洗手間，也可以自由行動。

請問就上述內容有沒有任何的問題?

在會議開始之前，我們先請各位做個簡單的自我介紹。

(時間請控制在 5-10 分鐘)

焦點團體訪談開始

那現在開始我們的今天的會議，首先第一個議題：

- 議題一：近十年有哪些透析支付政策對於診所或醫院經營造成衝擊？

(時間請控制在 5-10 分鐘以內)。

這個議題的討論重點是讓參與者先思考並提出所認為重要的透析支付制度政策有哪些，並且瞭解為什麼參與者認為這些支付政策造成影響。

近十年重要透析支付制度變動包括：

- 透析支付的總額制度：也就是總額支付制度。民國 90 年迄今為全民健保總額支付制度實施：民國 90 年基層診所血液透析納入基層總額，民國 91 年醫院血液透析支付標準納入醫院總額、民國 92 年 1 月西醫基層診所及醫院等的門診透析部門預算合併為單一透析總額。透析門診總額措施實施，歷年核定總額費用成長率持續下降，於 2011 年時，和 2010 年總支出 308 億點相較為零成長。門診透析預算（次總額）實施之後，點值由總額前的 1 點 1 元，逐漸下滑，從 2003 年每點約 0.97 元，2011 年降到每點約 0.84 元（中央健保局，2012）。
- 透析支付的包裹式給付方式：在同一透析總額預算額度採為包裹式定額支付方式。以血液透析（HD）為例，定額給付每次所定點數內含技術費、檢驗費、藥劑費、一般材料費、特殊材料及特殊藥劑等費用。原輸血及 EPO 的費用另外申報，到了民國 85 年時則採包裹式定額給付(Bundle Case Payment)。期間支付標準的點數經歷修改調整。基本上透析病患服務人數越多，申報的總點數越多。
- 門診透析服務品質保證獎勵措施：額外的品質獎勵措施。從民國 95 年度門診透析服務品質保證保留款實施方案的 Pre-ESRD 健康管理及整體照護方案計畫到民國 100 年的初期慢性腎臟病醫療給付改善（論質計酬方案）。但是這個品質方案比較偏向於預防治療，比較不是在透析治療本身。
- 其他？

✚ 議題二：延伸議題一的問題，對於透析總額成長率逐年下降的現象，今年有預期要調升 X%，就您的經驗或觀察所屬的基層診所或醫院有什麼因應之道？

（PPT slides）（時間請控制在 5-10 分鐘以內）。

這個議題的討論重點是讓參與者討論在面對整體經營環境變的更嚴峻之下，從醫界或學界觀點就其經驗或觀察是否造成影響，如何因應：

- 經營方向可能轉為以成本控制為主。詢問各層級醫院如何控制成本，可以深入瞭解方法是什麼？
- 組織可能調整整體經營策略。
- 組織間進行水平、垂直整合、合作。
- 調整病患治療模式。
- 其他？

✚ 議題三：另延伸議題一的問題，關於透析給付支付點數調整的情形，如血液透析由每次 4,017 點調降到 3,912 點，就您的經驗或觀察所屬的基層診所或醫院有什麼因應之道？

（時間請控制在 5-10 分鐘以內）

這個議題的討論重點是讓參與者討論在單項醫療給付下降（雖然下降幅度不大，但是健保局應該從中節省不少成本），從醫界或學界觀點，其經驗或觀察是否造成影響，如何因應？

- 利潤/獲利空間變小，對短期和長期經營造成影響？
- 藥衛材精簡？人事精簡？另闢財源？
- 其他？

議題四：透析總額支付政策實施對腎臟專科醫師執醫型態的影響？我們想從這個議題瞭解支付制度對於醫師的影響，包括執業壓力、work load(工作負荷)、看診診次、看診人次、個人平均收入、醫療服務項目的改變、同儕間的競爭等。希望大家可以分享與討論！

(時間請控制在 5-10 分鐘以內)

議題二則將重點放在瞭解透析支付制度對醫師個人執醫的影響。

哪一個支付制度對醫師的影響較大？

- 沒影響？
- 有影響，在哪方面？
- 每年專科醫師訓練人數有變化嗎？
- 醫師每月/每年薪資有變化嗎？
- 同業有更競爭嗎？
- 每月看診人次有變化嗎？
- 醫療服務項目有因為主管要求節省成本，覺得綁東綁西的嗎？
- 其他？

議題五：透析總額支付政策實施對病患就醫有沒有影響？我們想從這個議題瞭解支付制度對於病患就醫可近性和就醫品質有沒有影響。希望大家可以分享與討論！

(時間請控制在 5 分鐘以內)

議題三則將重點放在瞭解透析支付制度對病患或病患團體的影響。

- 沒影響？
- 有影響，在哪方面？
- 就醫變得不方便？
- 有感覺醫師調整醫療服務內容？
- 其他？

議題六：個人透析總額支付政策的評判，包括健保支付點值、支付制度的公平性、整體制度的建議等。

議題七：腎臟醫界對透析支付制度的建議 (i.e., 醫院、診所獨立透析總額)。

(時間請控制在 15-20 分鐘以內)

這兩議題的討論應該可以放在一起，在第一個小時內主題討論。討論重點放在讓參與者就其個人對於目前透析總額支付制度的看法以及提出整體制度的建議。

- 腎臟醫界提出其看法：可能會有不少的聲音對於不同面向提出質疑和問題，除了提出問題，也應試著提出可能解決方法。
- 專家學界提出其看法：基本上從個人的看法 (謝老師個人想法)，資源有限，慾望無窮。如何在有限的資源下，找到最適平衡是很大的挑戰。制度是人定的，哪裡有缺點就改哪裡，至少達到彼此雙方面找到雖不滿意但可以接受，又不損害健保制度永續經營的原則的方案。
- 其他看法和建議？

接下來我們要討論透析中心策略聯盟/集團化的形成在不同層面所受的影響，以及所帶來的影響。我們先看 PPT slide，由 data 顯示這幾年全國以及分區集團化成長的現象。

- ✚ 議題八：造成透析中心策略聯盟(Strategic Alliance)/集團化的因素有哪些？
 - (時間請控制在 10-15 分鐘)

這議題的討論重點 (1) 讓參與者討論提出對於我們所呈現全國以及各地區集團化的趨勢現象的認識和瞭解，並且試著解釋就其瞭解，為什麼會有這樣的市場模式產生？

- 依據羅英瑛 (2009) 和李素慧 (2003) 的論文討論，透析中心形成策略聯盟的因素包括：
 1. 政府衛生政策改變產業生態。
 2. 給付過低造成利潤下降。
 3. 資源依賴變化 (如健保佔率、規模大小、提供服務的項目)。
 4. 資源的豐富程度 (醫師數、可轉診資源、洗腎病患人數) 下降。
 5. 市場競爭程度變高。
 6. 也有可能學習、複製美國或其他國家的經營模式？
 7. 其他？

討論重點 (2): 當有參與者提到支付政策因素，請主持人接著繼續追問詢問瞭解集團化的現象和透析總額支付制度是否有關聯？什麼經驗或原因認為有相關聯？


- 相關聯的可能原因：這個答案其實是延伸前面在討論醫療院所在因應收入成長空間受限的情況之下，可能採取組織間的合作，包括不同程度水平和垂直的合作關係，就有可能產生這樣的現象。

- ✚ 議題九：透析中心策略聯盟(Strategic Alliance)/集團化對於市場結構的影響情形是怎樣？正面影響？負面影響？
 - (時間請控制在 10-15 分鐘)

這是費協會在會議中最關心的議題，當市場上開始大量出現集團化的組織的時候，到底這個現象對於市場是正面還是負面的影響？這議題的討論重點讓參與者討論提出其看法以及解釋為什麼？(這時候我們可以統計有多少人持正面的看法，有多少人持負面看法。)

- 正面影響：
 - ✓ 透過集團化/連鎖可以降低經營成本，行政資源可以互相利用。
 - ✓ 集團間醫師的調派也較有彈性
 - ✓ 可以不用請那麼多醫師 (?)
 - ✓ 集團化和廠商在藥衛材的議價空間比較大？
 - ✓ 集團化和健保局各分局的議價空間變大？
 - ✓ 較容易控制總額之下的量，進而控制利潤空間
 - ✓ 病患可以在集團中間互相轉介，病患病歷就診資料也可以藉由資訊系統相連，增加病患就醫的便利性
 - ✓ 其他？

- 負面影響：
- ✓ 有市場壟斷的疑慮，市場就越集中化，市場競爭就越小。
- ✓ 對於其他獨資的醫療院所生存空間變的嚴峻，壓縮其他醫療院所生存空間。
- ✓ 集團化由於強調成本利基，可能有篩選病患，只治療疾病嚴重度較輕的病患，疾病嚴重度高則轉至醫學中心等大型醫院。
- ✓ 其他？

 **議題十：腎臟醫界對透析中心策略聯盟(Strategic Alliance)/集團化的因應之道。**
(時間請控制在 10-15 分鐘)

透析市場集團化對其他醫療院所難免有所衝擊，因此大家認為醫院、診所應該如何應對透析市場集團化逐漸增加的情形，以及可以從哪些方面來做因應？

- ✓ 正面看待透析市場集團化的現象？
- ✓ 經營不善醫療院所，可考慮一起加入集團經營？
- ✓ 透過學會的控制，調整市場分配？
- ✓ 學習集團化經營的精神？
- ✓ 其他？

會議結束

(主持人利用 5 分鐘對這一場會議進行總結)

請問對於今天討論的議題有任何想要補充的部分嗎？

那今天的會議到此結束，感謝大家的參與！會後若有任何建議與想法，可以寫在意見回饋單上，交與我們的工作人員，謝謝！

(B)：焦點團體訪談逐字稿

本研究利用內容分析法進行質性研究資料內容分析，整理逐字稿後歸納主題(Theme)內容，將主題分為三大部分。在 Appendix 4.1 主要探討近十年對透析醫療界造成衝擊的透析支付制度；Appendix 4.2 探討透析總額的影響、因應、批判與建議；Appendix 4.3 則是探討透析集團經營的因素、類型、影響與建議。

焦點座談參與人員列表

場次	編號	參與者身分	機構層級	是否為透析集團
台北	PMC1	醫師	醫學中心	否
台北	PMC2	醫師	醫學中心	否
台北	PCN1	醫師	診所層級	否
台北	PCN2	醫師	診所層級	否
台北	PRG1	醫師	地區醫院	是
台北	PRG2	醫師	區域醫院	是
台北	PRG3	醫師	地區醫院	是
台北	PSC1	學者	學者代表	否
台北	PSC2	學者	學者代表	否
台北	PH1	醫師	醫學中心	否
台北	PH2	醫師	醫學中心	否
台中	CMC1	醫師	醫學中心	否
台中	CMC2	醫師	醫學中心	否
台中	CRH1	醫師	區域醫院	否
台中	CCN1	醫師	診所層級	否
台中	CRG1	醫師	區域醫院	是
台中	CRG2	醫師	地區醫院	是
台中	CCN2	醫師	診所層級	否
台中	CSC1	學者	學者代表	否
台中	CSC2	學者	學者代表	否
台中	CHM	醫院管理者	診所層級	否
台中	CH1	醫師	醫學中心	否
台中	CH2	醫師	醫學中心	否
台中	CH3	學者	學者代表	否
高雄	KMC1	醫師	醫學中心	否
高雄	KCN1	醫師	診所層級	否
高雄	KCN2	醫師	診所層級	否
高雄	KCG1	醫師	診所層級	是

高雄	KRH1	醫師	區域醫院	否
高雄	KCG2	醫師	診所層級	是
高雄	KCN3	醫師	診所層級	否
高雄	KSC1	學者	學者代表	否
高雄	KSC2	學者	學者代表	否
高雄	KH1	醫師	醫學中心	否
高雄	KH2	醫師	醫學中心	否
高雄	KH3	學者	學者代表	否

註：

PMC-Taipai Medical Center; PCN-Taipai Clinic; PRG-Taipai Regional Group; PSC-Taipai Scholar; PH-Taipai Host
 CMC-Taichung Medical Center; CRH-Taichung Regional Hospital; CCN-Taichung Clinic; CRG-Taichung Regional Group; CSC-Taichung Scholar; CHM-Taichung Hospital Management; CH-Taichung Host
 KMC-Kaohsiung Medical Center; KCN-Kaohsiung Clinic; KCG-Kaohsiung Clinic Group; KRH-Kaohsiung Regional Hospital; KSC-Kaohsiung Scholar; KH-Kaohsiung Host

以下摘錄焦點訪談與會人員之談話

1. 探討近十年對透析醫療界造成衝擊的透析支付制度

面對醫療費用快速成長的問題，學理上可由需求面、供給面、控制預算等著手(Santerre & Neun,2010)。藉由支付制度的設計，可以透過讓醫療提供者承擔醫療費用的責任醫療費用支出或改變醫療提供者的行為。對於這一個議題，參與人員多認為透析總額制度是造成較大的整體層面的影響。

綜合與會人員的討論有關目前透析總額制度的緣由，茲引述 CSC1、PSC1（學者）、PCN1（診所醫師）的看法如下：

CSC1：『健保要把論量計酬慢慢帶到前瞻性的支付方式，所以才要改變論次、論人、論日、論件很多不同的新支付方法，包括總額支付制度。總額支付也是一種前瞻性的方法，也是「暗來切去」[台語]，我給你一個一塊總額，你自己去想辦法負責。』

PSC1：『洗腎這一塊，可以分成三個時期，一個是公、勞、農保的時期，這個時期給付高、利潤多、管理鬆，所以現在變成過去美好的回憶。進入健保第二階段，那時候就開始管理、給付降低、壓縮利潤。到了總額，總額不是為了對付洗腎，是為了全國的醫療費用，因為在公、勞、農保的時候，醫療費用的成長率嚇人，都是兩位數字!』

PSC1：『.....現在依法有據的只有四個總額，西醫的醫院、西醫的基層、牙醫和中醫，將來還可以做的就是藥費的總額，依法有據，但現在還沒有做。洗腎[總額]怎麼出來的，包括

醫院和診所雙方面都紛紛表示，腎臟科的洗腎成長率太兇、太嚇人.....所以希望能夠把它、割出來、畫出來...洗腎的成長率，實在很高。』

PCN1：『...我們只算是一個合併預算，不算是一個獨立總額，因為沒有法源依據，以至於造成我們現在沒有辦法為我們自己去發聲，爭取半毛錢，都是經過人家去協商，我要給你切多少出來，醫院切多少、診所切多少，合併給你這個預算，大家各有各的盤算』。

對於總額支付制度從 2003 年至近期，從基層診所、醫院參與者 PRG1、KCN2、PCN1、KCG2、CSC1 提出目前的問題，主要提到透析總額成長率逐年下降，與病患成長率不成正比，以及浮動點值下降可能造成價和量平衡的問題以及衡量、競爭的問題。

PCN1：『有人說總額是一個不好的一件事情，就是沒有錢才要總額，當初的精神，給你一個經費，少做你可以多拿一點。醫療不斷的膨脹，洗腎病人其實全世界的成長率都在 7%。洗腎病人在台灣最近降到 4%、5%，比全世界還要來的低，但是我們總額的預算沒有辦法配合病人的成長，也就是說我們洗腎的費用是不斷的打折，舉個例子來講，現在中國大陸洗一次腎，不包括藥錢，四百塊人民幣，但是我們洗腎費用在台灣是包山包海，隨便什麼你想到的都要包.....』

PRG1：『去年 0% [成長率]，基本是一種很惡質，而且傲慢的一個作法。在醫界，因為經費過度膨脹所產生對健保經費的一個疑慮，不應該用這麼 Cruel、殘忍的做法，因為這 0% 代表說你不承認這些病人是應該要成長。這樣對社會上的認知也會有一個錯誤的結果，認為說你腎臟科本來就不應該成長。可是實際上我們的病人經過多年努力之下，已經從 10% 降到去年是 4.2%.....如果說 global budget 是要保護整個的經費，但是你又訂了成長率，成長率又沒有辦法符合事實所呈現的成長率的時候，自然點值一直下降，對醫療院所的經營就會產生很大的問題。』

CSC1：『.....每一項的醫療行為單價節節下降，再加上點值的作用，越來越低，點數沒有減少，但實際拿到的點數乘於下降的點值，所以有人說過去 1 點 1 塊錢，現在 1 點 0.83 元.....這可能牽涉到價、量的問題，因為價是不斷的在下降，量能不能衝？量能不能創造最大的 volume 在什麼地方，就是要考慮的，比如說病人我們可以把拆，他來三天來看一次，拆成一天或兩天來看一次。這個可以衝出 50% 的量。』

CCN1：『衡量主要是因為大家都互相競爭，因為價格降低了，可是就是那些病人，大家互相衝量，因為你要維持一定的量，所以互相拉病人』。

另外，如 KCN2、PMC2、CCN2 提及血液透析給付的點數下降對於診所醫師亦造成衝擊，特別是造成每年稅金增加的問題。理論上，給付點數下降，診所收入下降，稅金（營業稅？）應該下降。但由於診所會計系統無法詳列並且採列舉方式，因此採取國稅局規定核定 78% 為成本的方式。當點值下降加上點數下降的情況，對於診所醫師的衝擊是利潤空間變小且每年稅

金增加。這部分的影響是在健保局採取降低點數時，未預期到會造成的影響之一。

KCN2：『……我覺得這議題是對我們傷害力很大，現在每次4017點調到3912，你拿到的錢沒有增加？但是我們的稅金增加了……，給付點數的78%是成本，給付點數降低了，成本就變成降低了……對稅金加多了。如果說用列舉的很麻煩，你還要會計的成本。像我那個房子三千萬，可是名字是地主的，我地是跟他租的，如果要列舉的話要攤提，不能攤提，因為不是我私人診所的財產要怎麼攤提。所以，會計制度如果是要用列舉去申報，裡面有很多東西不是我們想像中那麼容易，而且國稅局常常稽核也很麻煩，你只好用核定的，核定的就是用78%，你的申報的點數，之前點值已經跌到0.81、82的時候，我們稅金就已經慢慢的在減少了，現在又把它調降點數以後，我們的成本變成相對好像變少，其實沒有，我們增加了，但是我們的稅金增加了，這個就兩邊夾擊，你收入減少，然後稅金又要增加。』

除了透析總額支付制度之外，參與者認為對於透析醫療影響頗多還有PD政策推動的討論，這議題原不在設定議題中，但經討論浮現其重要性。大部分參與者認為PD支付點數1點1元的保障以及衛生署將PD占率列入評鑑標準的政策推動，可能會造成對病人治療方式選擇的偏頗和其他問題。對於PD支付點數1點1元保障的問題，PMC1、PH1、KCN2醫師認為對醫院、基層的經營皆會造成一定衝擊。對於PD占率方面，PSC2學者、PH1、PMC2、PCN1醫師也認為推行PD應該要考慮病患併發症的問題，而且要回歸臨床專業來做決策，不應該受行政力的影響。茲引述參與者的看法如下：

PMC1：『……除了Global Budget對醫院或診所造成衝擊，大家都沒有講到PD這個政策，給付政策、對於醫院和診所經營造成衝擊』

PH1：『……PD的推動絕對是對醫院、基層，有某種層度的衝擊……從我的角度來看，病人是不願意在基層的，因為會有center effect，病患希望到有經驗的醫院接受PD治療，腹膜透析治療真的是需要經驗，在有十個病人的醫院跟一個有五十個、一百個病人的醫院，這個outcome絕對是不一樣的，病人怎麼可能會留在一個小的醫院，他希望留在大的Program，他會感到比較安心一點……照我個人直覺分析，如果PD數目增加，我個人認為PD的cost，還是比較少，能夠少個大概約5%到15%。PD也不宜如衛生署常常說，我們來喊口號，就是我要一年增加多少percent，以後要達到40%，這個不行，跟各位報告一個經驗，全世界PD first一定要做PD不行，除非有什麼特別不能做PD才能做HD，如香港，第二個國家泰國……他們有些一般老百姓衛生教育什麼都不行，他們人力也不足，醫療人員人力也不足，結果，很多作沒多久腹膜炎就trauma，如剛才提到腹膜炎，住院費用很高，死亡率更高，所以不應該要強制推行。』

KCN2：『因為是一個總額，現在PD耗費平均比HD還要高，可是好像整個政策是一直在保護

跟鼓勵 PD。我在醫院的時候沒有做 PD，這個資源會不會從 PD 剩下的資源才拿到 HD 當浮動點值，當 PD 給付比較高的時候，整個 HD 的浮動點值就會愈來愈低……』。

KCG2:『……剛剛講到 PD、HD 的問題，事實上今年在討論成長率的時候也提到，衛生署他是希望，你的成長率就給 PD，HD 還是維持零，但成長率如果 2% 都是給 PD，我們也都知道 PD 的費用在台灣不亞於 HD？但是透析是一個經濟的議題，從兩千年開始網路搜尋，所有的美洲、歐洲一直在討論透析這塊給付的合理性，他們在早期得到一個結論，在歐洲、美洲 HD 永遠是 PD 的兩倍的費用。這個兩倍的費用怎麼衍生，探討出來三大區塊，因為 HD 需要有一個很大的空間，PD 大概可以減少，第二個就是 HD 需要有很多的工作人員來執行，這些薪資費用是很可觀的，第三個 HD 需要投入很大的資金流，包括血液透析機、水處理、緊急發電、汙廢水處理，這些都需要很大的資金流，這些加起來就可以造成 HD 永遠是 PD 的兩倍。但是透析費用的下降，全球皆然。我們衛生署也是很認真，希望這一塊能夠下降，但是他也意識到 HD 降至 3200 點以下，是沒有一個人能夠存活，那是所謂的截長補短。如果有辦法截長補短，當然有辦法存活，如果沒辦法截長補短，你就倒了。所以三千點以下，是一個 critical point，但問題是他還是希望有降下來的空間，所以就我個人的觀察，這個不是協談出來，我認為說，初步一定會 promote PD，因為 PD 的費用一定可以有樽節的空間，因為只要廠商的藥水肯降價就解決了，他沒有人力那麼大的一個成本，沒有 space facilities 的問題，所以他以後還有降價的空間。但是 HD 已經不太可能降價，所以對於 PD 要 promote 這個也是盡量的不能鬆口，原因就是這裡。』

KCN2:『... 有關腹膜透析的部分... 健保局一直要推行，推到也納入評鑑。我們是區域教學醫院，那時候評鑑我在負責，連評鑑也加進去要評鑑，我們選擇腹膜透析是選擇適合的病人做腹膜透析，還是鼓勵病人說我贊成。不應該把這個列到，也強迫到評鑑去。我覺得腹膜透析我不反對，但是選適當的病人，而不是像這樣子去推腹膜透析，有的腹膜透析病人已經脫水不好了，還是接受腹膜透析，一個禮拜還要加幾次血液透析，我有看到加洗兩次的，那怎麼給付？這樣一個病人的資源耗費是可以讓他一方面腹膜透析也給付，血液透析也給付，我當審查醫師也當了十幾年，看到那種申請腹膜透析又來洗血液透析的，就是一樣申請腹膜透析加洗血液透析，像這樣是不是鼓勵他單純選擇一樣』。

PH2:『……如果 PD 是一個要推動的政策，我們現在就要比較認真的去看，哪一個族群我們要增加多少，如年輕無糖小女子，我們如果用有糖尿病，六十五歲上下，或者五六十歲都可以，畫四個象限的話，其實只有一個象限是適合的，最適合做腹膜透析！……這裡面我推了百分之六七十都進 PD，這些人 stay in PD 很久，也不會有 complication，quality 都很好，如果我把其他三個象限都無窮止盡的作 PD，可能動不動又退出，……』

2 探討透析總額的影響與因應

接下來的章節主要從醫院、診所經營以及醫師執業、病人照護層面，探討瞭解透析總額支

付制度造成的影響與因應的相關看法。

2.1 透析總額支付制度對醫療院所經營的影響

從參與者的回應分析，透析總額支付制度對於醫學中心、區域/地區醫院、以及診所層級所造成經營程度上的差異。如 PMC1、PH2 兩位醫學中心醫師以及其他幾位 PCN1、KCN1 醫師的看法，醫學中心或大型區域醫院由於有醫院總額以及門診透析預算(次總額)經營的額度，加上腹膜透析點數的保護，對經營影響較小。相對地，地區醫院或規模較小的診所，在經營上因為多依賴門診透析預算(次總額)收入的支持，當透析總額預算縮減時，造成經營上的影響相對較大。茲引述 PCN1、KCN1、KCG2、KCN2 醫師的看法如下：

PMC1:『我問我們的透析室主任，有賺沒賺?醫院大部份都靠透析醫療費用支撐，有賺表示說總額再減，他說還有賺，所以我不知道說到底對醫院的衝擊是什麼.....全國的 incidence 都下降，當然也是有要下降，不然怎麼可能全國的 incidence 下降。其實現在很多醫院都下降，因為全國透析病患都下降，如果說別人下降你上升，就表示你隨便抓來洗.....所以對醫院的衝擊是人數[病患人數]已經下降，點值再下降，當然會有衝擊!』

PH2:『我從醫學中心且教學醫院的訓練中心來看腎臟專科.....我當了三年透析室主任，醫院從來沒有逼我擴床，等我卸任了，現在說他們要擴床，因為是醫院逼的，不是我們要逼的，腎臟科不喜歡擴床，因為多麻煩而已，我們的薪水也沒有增加很多。可是醫院為什麼想要擴床?因為在醫療總額這邊，斷頭實在斷到不行了，但在透析總額，如果再增加一點的話，醫院可能算盤打一打，還比[醫院總額]還好.....』

PCN1:『醫院跟診所的區別.....在醫學中心，可能不會有這樣子的感覺，但是在地區醫院，地區醫院絕大部分的收入是慢性病，這些洗腎費用打了八折，已經到了谷底，他們全部靠透析醫療過日子，結果卻沒有該有的收入，所以說地區醫院在總額開始之後，關的關，大部份的地區醫院都是關掉，現在就是兩個極端不是診所，就是醫學中心，中間的全死。對醫學中心，醫學中心洗腎只是佔他醫學中心一個很小的部分，還有其他科可以做，心臟科可以做....是沒有太大差別，所以說在醫學中心可能沒有太大的差別，但是對於診所來說，或者對一些地區醫院就影響非常非常的大。』

KCN1:『事實上我們最近有幾次拜訪南部地區的一個地區醫院.....他們都認識到這個危機感，因為他們有去算過醫院的收入，如果地區醫院按照洗腎這樣的點值一直下降，跟點數的下降，從透析部分得到的收入比非透析部分少，醫院其他部分的收入，地區醫院反而比較少，血液透析部分也只有一點點，他們是 credit。但是在醫學中心整體，他得到非透析部分的收入增加，因為點數都到那邊去。第二個，在透析這個部分，他又拿到腹膜透析的部分，醫學中心就正成長，而區域醫院是 mild 輕微的負成長，地區醫院是一個大量的負成長.....』

KCG2：『從去年開始我也為了這成長率事情努力很久，點數、點值這樣一直滑落到目前，目前大概是三千二到三千三之間……我們的 group 因為比較大，所以我們的成本分析是非常的精確，我們在這個三千二、三千三還能夠容許嗎？事實上是沒有辦法，連我們做得這麼大的一個 chain 都沒有辦法，那可以想得見，你如果是一個 free standing 那是不可能生存的。』

KCN2：『所以我估計，我診所是 1500 人次不是很大，也不是小小的，中中的，我估計我在二到三年在照這樣子的浮動下去，我要關門，我沒有辦法去影響，去讓品質偷工減料，我做不下來，所以我可能會就是要退出，這是我的困境……』

CCN2：『……台中市在我們診所沒有多遠的地方有一家每個月透析八百人次的診所，他因為沒有辦法做下去了，他是醫師所做的連鎖的單位，他們大概也有六七家的診所，他就倒了。我們最高的時候做到超過一千人次，但是目前大概只有做到七百，我們的成本大概在三千五。所以去年，因為點值一直在下降，我們一直在壓縮我們的成本，然後還是一樣一個人次大概虧一百五十塊左右，一個月大概虧十萬，一年大概虧一百多萬，這個錢從哪裡來的。這三千五是有算我的薪水，所以這個一百五十塊就是從我的薪水扣出去，我領比較少的錢。你說為什麼我不倒，因為我如果不做的話，我就要去別的地方找工作，也不是說找不到，可是這樣就影響太大了，我的病人、我的員工他們怎麼辦，所以我要繼續再做……』。

2.2 透析總額支付制度對醫師執業的影響

對於醫師執業的影響，參與者 PMC1 醫師認為總額給付制度對於公立醫院或醫學中心醫師的影響不大，因為在醫院醫師為固定薪資。CHM 醫師則認為目前總額支付制度下兼具論量計酬制度可能造成衡量的結果，當點值下降時，醫師的工作時間、服務量反而增加以維持同樣的薪資水準。KCG2、KMC 醫師認為在給付降低的情況，也有醫師願意接受較低的薪資水準以減少工作量和壓力。PRG1 和 CCN2 醫師認為給付下降可能影響年輕醫師未來選擇腎臟專科的意願。從醫師的討論和看法，醫師執業的成就感主要影響原因還是來自於病患的肯定與支持。另外一個對於醫師執業的影響如 PSC2 學者提到，在總額文化下，除了醫療專業上的能力，醫師被期盼要有協商能力、及管理能力。

PMC1：『總額對於醫學中心的醫師來說，較不痛不癢，尤其是公家醫院，因為有固定薪資，那個 profit 其實不大，差不多一萬塊的程度，在那邊跳。對於私立醫院就不一定了，因為公家醫院的給付都很少，我洗一個病人可能大概一次拿四十元，所以差別不大！即使是 PD，我們也不是說因為 PD 有比較好的給付，醫院會給我們給付，我也是跟他[醫院]Fight 很久，多四十塊這樣。所以對於醫院的醫師衝擊不大，因為他也不是那麼在乎。』

CHM：『另外一個，如果一直衡量就會不斷的提高服務的時間，增加服務的病人，還是擠壓病人的服務時間，對於品質來講都是不好的，不管是醫生還是病人……如果可以做到服務

時間不要那麼長，量不要那麼大，我站在基層總額這個角度，非常的希望我們的量能夠固定，每個人的服務量能夠固定。不需要看病的讓他不要看那麼多，那個部分我們都非常贊成而且很努力去做。但是在 free for service 裡面這個制度設計，基本上 free for service 下面的總額有一個總額放在那邊..... 因為我們現在是論量計酬，所有的洗腎診所都非常好的對待他的病人，用車子去載，然後病人要有什麼就提供，這一些提供對病人都好，大家都在競爭這一塊。』

PRG1：『.....我在區域醫院，我們腎臟科不是只有照顧洗腎的病人.....有很多醫師現在目前願意留在醫院裡面照顧一些急症的病人，但是這個慢慢已經在流失了。這是一個隱憂，對我們腎臟科來講是一個隱憂。因為如果沒有一些有能力的醫師，還有前面的醫師，留在醫院照顧病人，還是做一些其他的，你想腎臟科以後怎麼再去發展呢? 這個[給付]是一個很現實的問題，剛才所講的目前在區域醫院招不招得到腎臟科醫師呢? 有，但是形態已經改變了.....剛出來的醫師可能經濟上有點壓力，他寧願用他自己的勞力去換更多一些報酬，他會留著，為什麼? 因為就是剛剛所講的要看急診，要值 ICU 又要看洗腎，這個是第一類，有另外一類，就是他只有看最簡單的洗腎，我覺得這個就是制度面已經扭曲了醫療。我覺得去照顧病人的時候，其實是不應該受任何的給付去干擾，你要照顧病人我就照顧病人，不管你給我多少。』

CCN2：『.....健保的根本精神是什麼? 健保的根本精神，是你得到一個重大的疾病時候，你因為有保險，所以你不需要付出傾家蕩產的費用，然後你可以接受治療，洗腎也是這樣。我們常常講到健保要改革，很多人提到保大不保小，洗腎是大還是小? 我們常常說，錢要花在刀口上，那刀口是什麼? 是牙科、中醫，還是洗腎? 我們說因為腎臟科醫師拿那麼多錢要懲罰他，懲罰他只有兩個原因，第一個你做不好，最大的原因是你做不好我懲罰你，我們是不是做不好? 腎臟科醫師是不是做不好，我們的死亡率是不是很高? 病人是不是不滿意? 懲罰醫師，我們醫師都不做洗腎了，大家都活不下去嗎? 我們腎臟科醫師，你不做洗腎，你可以做內科醫師，你也是可以開門診，你也可以去醫院上班，你不見得就沒有工作.....最終懲罰的只是病人，以四大皆空來說，這些內外婦兒科醫師，工作時間長，壓力大，醫療糾紛多，動不動就賠個三千萬，兩千萬，沒有人要做了，最後懲罰的是誰?.....腎臟科我想以這樣子下去一定招不到住院醫師，沒有人要當腎臟科醫師，未來是我們的重點，不是現在。』

KCG2：『除非是有特殊的原因，醫師的工作量、薪資在 group practice 這一類，他是可以調整的，如果能夠忍受薪資慢慢的往下掉，工作量檢少、壓力稍微降低，就繼續做下去，像三年前腎臟科醫師跟我們合作，他所要求的薪資，大概就是現在的六成到七成，已經 down 下來，事實上他的工作量是壓低的，過去的工作量可能是要做到，比如說一個禮拜，我們算節數，比如說要十二節，現在大概十節、九節就可以了，所以就整個的趨勢來說，他覺得還是可以，但是專業的成就感是絕對沒有的。在他的認知，認為報章、媒體、雜誌，所有人認為洗腎是最好賺的行業，事實上我們已經非常苦哈哈了。』

KMC：『專業的成就感？現在在醫院上班，醫生的薪資結構，醫院會隨著給付來調整……當然是會影響他的成就感。我也聽到南部有些醫生，他現在可能可以 grouping 幾個，然後他又要出國，病患說的比較難聽，就是說賺飽了，又要出國去玩了？這個是非常非常深深的刺痛那個醫生心坎，因為我很盡心盡力在照顧病人，只是找個時間去放鬆一下，就被這個病人這樣的深深刺痛心靈，實際上這個就是壓力的來源，跟成就感的降低。』

PSC2：『……在總額的一個文化下，醫師被期盼的是要很有協商能力，這個都不是醫學教育教的，在保險的制度下，醫師被期盼要很有管理能力，這也不是醫學教育學到的，不要說管理能力，算錢能力都沒有。就像我們講的，我們前提就是很認真的在學臨床醫學，連醫病溝通都沒有，可是二十年後、三十年後的現在，我們跟自己的家人配偶都溝通不好，突然要跟一個陌生人溝通的很好，怎麼可能呢？』

2.3 透析總額支付制度對病患就醫與病患醫療品質的影響

透析總額支付制度實施後，醫療院所為節省成本，可能會因此在各方面影響病人的醫療品質，例如在醫療耗材選用可能由原廠進口材料轉為國產材料（PCN2 醫師）；其他過去提供給病患的醫療服務，除了健保給付項目之外的服務可能會減少（PRG1、KCG1 醫師提及）；醫師可能挑選疾病嚴重度較輕的病患進行診治（KCG1 醫師提及）。除了醫療品質的影響外，病患就醫的可近性，可能因為醫療院所經營不下關閉，病患因此必須到離居住地較遠的醫療院所就診（如 KCN2 與 PRG1 醫師所述）。

PCN2：『……我們在基層經營洗腎中心要吸引病人轉過來，其實還是要有些特色才有辦法讓病人願意從醫院轉過來。我自己開業的時候，號召的方式是我們用的醫療耗材確實是比較好的，那時候我們會說我們用的都是全套原廠進口，從人工腎臟、到管路、到藥粉，我這樣講也許病人會接受，但是前一、兩年瑞典原廠跑來跟我說，叫我不要用了，因為全台灣就剩下我一家在用，他沒有辦法用貨櫃進口，他主動要求我不要再買他們的東西。我提出這個就是說我們在講求醫療品質，住院率、存活率是最後的一個後段的指標，目前健保局跟學會提出來的數據大家都各不信任，所以目前這個沒有結論。但是如我前面講的，我本來可以用進口車來做這件事，現在變成用國產車，這樣的品質有沒有差別，這個就是大家各自心證。以管路來講，外國的品質就我的觀察跟他的數據而言，還是比我們本土廠或大陸廠做的好。這個品質一定有差，但是現在全部都改成這些設備以後，是不是對存活率跟住院率有影響？長期來看我相信一定是會有影響的。』

KCG1：『我覺得生存之道，我建議他們就是選擇比較健康的照顧就好，已經超過你承擔範圍的病人，就盡量好言相勸讓他去安養院住，住安養機構又有洗腎，有些醫院有附設安養之家，這個是不是一種扭曲？要不然我們沒有任何著力點，去因應洗腎的給付一直降低……價格降低的程度其實超過個人醫師診所所能夠承擔的壓力……健保他很困難，可是我們在經營這些真的也非常的困難，我覺得因應之道應該是要走一點別的方向去做，長期來講對洗腎的品質應該是降低的。』

PRG1：『另外是給藥，有的藥我就不給了，本來是免錢要給的，譬如說我們洗後可能要打一些維他命，健保不給付，洗後可能有一些病人他有一些感染，我們打了抗生素，我們也不給了改成口服。或者是看他很嚴重我們就請他去醫院看病，或者是請他去住院，都有可能，或者有些檢查，病患可能是 pneumonia，以前都會先照 X 光，現在都沒有了，請他直接去醫院。』

KCG1：『對於病患就醫的影響，以前病人的痠痛貼布，是沒有健保給付的，為什麼給他呢？執行透析醫療的醫師都知道，病人痠痛很多，年紀變大筋骨痠痛，為什麼給貼布？因為我希望他不要吃止痛藥，結果我大概給病人罵了幾百次，說那個沒有了，因為醫院沒有健保給付，我相信醫院也不會給這個，結果有一兩個病人，就是強烈要求要止痛，就吃比較強效的止痛藥，會傷胃，結果胃腸道出血，到醫院出了一些狀況。我認為剛剛講的就是，你沒有一定的經費去支持你給病人更多包山包海的情況下，品質真的是會降低的。』

KCN2：『……人次多的成本就低，我經營過醫院，我有四千多人次，我的成本跟我現在一千五百多人差太多了……八百、九百人次的診所都已經倒閉了，倒閉以後城鄉差距更嚴重，很多地方沒有辦法，洗腎室都關起來，病人都要跑到別的、很遠的地方去。』

PRG1：『我之前統計過七百人次的洗腎室，已經年年減少，表示病人一直集中在大醫院，一直在量化，一千人次以上的洗腎室一直增加，新增的病人都就集中到那些活得下去的洗腎室，人次少的洗腎室不是被合併就是關掉，所以才會有負成長跟零成長的情況，這樣實際上是一個不好的現象。』

3 醫療院所目前對透析總額支付制度的因應

醫療院所、集團在總額支付制度下，主要以節省成本、開源節流的方式來因應，如 CMCI、KSC1、KCN1、PRG1 醫師(集團、診所、醫學中心)提到減少藥物、檢查，耗材品項以及能源的節省，或是如 CCN1 提到以聯合採購議價的方式來降低成本等。CSC1 學者、KCN2 提到醫療院所為了求生存，可能轉向醫療院所垂直整合或集團經營模式。

CMCI：『……我想各個醫院或是診所因應之道應該都是一樣，就是縮衣節食，從這個耗材的成本上想辦法降低，然後減少不必要的支出。在人員方面因為受限於有規定四床需要一位護士，所以這部分沒有辦法節省，整體而言就是整個利潤的壓縮，其實在這樣的一個政策之下，大家也拿不出什麼比較更好的辦法』

KSC1：『……要怎麼去適應，適應的方法就是要節省成本，以前是我報了多少、做了多少，我就賺多少，現在不是，現在是我省多少，就賺多少，你如果不省一毛錢都賺不到，你省的越多你賺得越多，大家以後的競爭，就在競爭如何去節省，不過節省也不能去影響品質。如果影響到品質，我還是絕對不鼓勵，或許是健保局可能也會取締的……』

KCN1：『至於因應，剛剛我們說要怎麼因應？大概只有幾個，第一個節約用電、隨手關燈、節

約用水，衛生紙就是少用，要怎麼辦？這些費用都是該用都用，因為基本上在醫療方面，是沒有辦法節省。但是在行政方面，水電，請大家節約用電，盡量爬樓梯.....。』

PRG1：『.....我剛剛講有些東西是潛藏在下面，而且有些人有變通的方法把他化解掉，就像是我讓病人去住院、去醫院開藥、去別的科開藥我就不用負擔這個成本，這是其一，還有AK人工腎臟，我相信每一家的人工腎臟品項一定在十項以下，以前是聯合國二十幾個品項，什麼病人適合什麼東西，很好選，可是現在呢？因為成本控制很嚴，大概都在十項、十五項以下，而且你的材料會選好的，但是那個單價一定不會高，所以平均的AK成本已經下降了』

CCN1：『一個聯盟等於是有人可幫他規畫一些他可以省掉的一些費用，這些可能其實是真的沒有辦法避免的。聯盟一種是集團化的，一種是醫師聯盟的。例如我們醫師共同幾家跟廠商講好AK[人工腎臟]，把這個價格能夠降低，因為這樣才能夠一個人次能夠降個一些錢，成本自然也就會降下來.....』

CSC1：『進入健保到實施總額是第二階段開始給付減少，利潤縮減，管理開始嚴格，總額實施以後，那是在壓縮，這個基本原因會導致我們洗腎中心的經營模式開始要轉變，非轉變不可，因為是市場化的情況下，所以小規模的院所就慢慢做不下去了.....』

KCN2：『.....這個集團是無可避免的，因為以這樣子的給付，是真的沒有辦法生存，沒有辦法生存怎麼辦？我這個診所一千五百人次來講，再過一、兩年，可能也需要集團的介入來幫忙，因為我的成本沒有辦法降低，集團成本確實比較低，你的耗材都跟他買，他成本當然比較低，這個是不可避免，所以我覺得給付降低到那麼低，集團會進入是很正常.....』

KCG2：『最近的經濟這麼不景氣，我們的附加價值提高，現在台灣已經蠻多個腎專是尋求附加價值，附加價值是什麼？大概就是跟一些集團合作，然後看能不能開發中國大陸的市場，因為畢竟我們從以前到現在所得到的透析名聲，是非常受到世界各個地方，尤其是中國大陸的矚目。』

4 對透析總額支付制度的批判

總額支付制度本意是為了有效節制醫療費用的增加，但是100年透析總額預算卻出現成長率0%的情況，對腎臟界產生很大的衝擊，多位學者、醫師等（包括PRG2、CSC1、CHM、PRG1、PCN1、KSC2、KRH1、KCG1、CMC2等）分別對這樣的結果表示看法，透析病患人數成長卻沒有得到應有的預算，認為這樣的結果是非常不合理。雖然大多數認同不可能病人成長多少，給付就增加多少，但是應該要以理性的態度來協商。

PRG2：『如果從財務觀點來講，你一定是不可能負擔每年的成長率越來越低，我們看到後面的結果，其實醫院總額跟基層總額都一樣，都面對同樣的問題，所以說系統性其實是出了問題』。

CSC1：『要改善可能要有很多配套措施才有辦法改善，不是總額支付制度本身可以自己改善。我們台灣有一個很奇怪的問題，每一項的醫療行為單價節節下降，再加上點值的作用，越來越低，點數沒有減少，但實際拿到的那個點數乘於點值就下降了，所以有人說過去1點1塊錢，現在1點0.83元。

總額支付制度的理想落空了，為什麼，因為大家拼命在衡量，每一個人的衡量，倒過來點值就在下滑就變成惡性循環。若現在大家不衡量，那就有辦法維持0.95以後的0.96、97、98都有辦法，大家衡量，點值會一直下降。每年的醫療費用還在增加，總醫療費用還在增加，怎麼會變成這樣子呢？就是供給能力增加，供給能力如果不合理的增加就會稀釋這個總額。腎臟科醫師只有多少個人在分這塊餅，現在越來越多的腎臟科醫師也要分，病人有沒有增加？病人也會增加，洗腎病人增加，如果超過人口的增加率，那又是稀釋。我們的總額沒有隨著洗腎人口的增加而增加，我們是盯著人口數的增加而增加，總額不能說現在人口多少明年增加多少人，我們還是一樣照去年的基本數給那是不合理的。』

CHM 關於價、量的問題，因為價是不斷的在下降，量能不能衝、量能不能創造，創造最大的 volume 在什麼地方，這個是要考慮的。比如說病人我們可以把拆，他來三天來看一次，拆成一天或兩天來看一次，這個可以衝出50%的量。但是我們可以從 index 裡面看到是沒有，因為我們病人給藥的天數是2.7，12年前2.5到3點多，現在健保局硬壓縮頂多只能3，要不然要報專案，所以說這個部分是沒有衡量。如果我們站在洗腎角度來看的時候，我覺得洗腎是相對的沒辦法衡量的。因為血液透析有很多的條件設限在那裏，如 Pre-ESRD、何時要進到洗腎。我們知道人數是沒有辦法創造的。所以今年在協商的時候我前天就提出來說洗腎成長率已經有兩年的0%，一年的1%，那麼明年該多少？我認為應該反應病人數了，因為點值只有剩下0.87。反正人數就是4.3%，但是消費者代表，當然不可能你的成長多少，我就給你多少，健保早就倒了。所以後來是訂在2%。

PRG1：『去年的0%，我認為純粹只是一種報復的行為，對透析總額產生的報復行為，報復說你的經費年年升高，病人年年增多，我覺得說這個等於是一種懲罰、一種報復的方法……』

PCN1：『……總額當初，透析只算是一個合併預算，不算是一個獨立總額，因為沒有法源依據，以至於造成我們現在沒有辦法為我們自己去發聲，爭取半毛錢，都是經過人家去協商，我要給你切多少出來，醫院切多少、診所切多少合併給你這個預算，他們大家各有各的盤算……但是我們有病人成長，卻不給我們預算，這是我們現在最痛苦的一件事情……洗腎病人其實全世界的成長率都在7%，globally...全世界，洗腎病人在台灣最近降到4、5%，比全世界還要來的低，但是我們總額的預算沒有辦法配合病人的成長，也就是說我們洗腎的費用是不斷的打折』。

KSC2：『……門診透析預算（次總額）的點值是0.8，其他總額最少0.95，醫院總額最少0.95，中醫總額大概到1，1.1塊錢，牙醫也相同。相對性，我們現在是次總額，但是從醫療資源、衛生政策這個公平性，基本上對於我們這個領域的醫師，相對的不公平，是對病人惡性的治療，為什麼我們的治療相對性的點數扣那麼多？從整個衛生政策、健保給付的項

目來看，點值是相對性的低了太低了，這是第一點。第二，健保的確已經沒有錢，沒有錢當然要縮衣節食，實際上健保局最近的時期 101 年今年的六月份，大概有結餘九十六億，以前都在賠錢 2% 的結餘，錢都在償還利息，借了五百八十億都還光了，健保局現在目前有將近九十八億的盈餘。從這個立場來看，健保局收錢或者是收健保費用跟花在健保費的影響，是不是有一些應該針對我們最缺的部分、最不合理的部分做一個效正……這一塊病人是最弱勢的一族，是不是有這個機會從這個資料去做彙整，能夠提供如病人成長 4% 的成長率?』

KRH1:『……結構部分的問題，健保 Global 裡面本身就是一個策略，也沒有十全十美，但是在這個總額之下，很多的狀況就會產生一般俗稱為不公平的現象。在裡面我們希望是要求一個公平正義，比如長率 0%，真的是沒道理……』

KCG1:『……最近有新聞提到，台大牙醫的成績已經比成大醫學系還要高，我問一個問題，大家都無言以對，我說難道醫療的人才素質不應該比牙科高嘛?如果答案是對的，這種現象惡化要到什麼時候呢?回到腎臟科，如果這樣子越來越糟糕的話，腎臟科醫師可能應該也是會越來越差，就是可能也找不到人。我不太了解其實四大皆空包括內科，腎臟科是內科的一部分，而且診所裡面我們處理的腎臟是屬於重症!我相信開業的醫生可能都有一些經驗，透析到一半做 CPR 的，一般診所做不到，那是需要設備，譬如說我們那邊有三台發電機、有兩個心電圖監測器，很多的設備一般診所是都比不上的，我們成本那麼高，然後給付又那麼差的時候，你沒有辦法去追求設備的更新、素質的改善。』

CMC2:『我個人的看法有幾個重點，最重要的問題是，我們支付總額零成長是一個不可思議的事情，病人的成長率是 6.6%、7%、8%，就是說我們這個透析把健保的總額吃得太大，這塊餅吃得太大了，他們就是利用像修理呼吸器的方式，間接來壓縮你的費用，不管你做 CKD、PRE-ESRD，你的努力他不會去考慮，因為他們只是在費協會講得很好聽，他說他來決定說你分多少我分多少，大概就成長多少這裡頭，費協會最後在做決定……』

除了透析成長率下降、點值下降的問題外，多位醫師學者討論到透析總額的緣由以及醫院、基層總額對於透析總額協商的問題，如同 PH1 醫師提及，透析總額是合併基層總額與醫院總額成為次總額，目的是避免病患成為人球，由於透析總額是次總額，所以透析總額在協商過程，並沒有正式管道參與，因此當先前提到零成長問題時，在協商過程無法適當提出意見，因此多位醫師、學者皆提及在醫院、基層總額協商過程所產生的衝突以及無力感。

PH1:『門診透析預算(次總額)是我們去爭取來的，當時我在當理事長時，基層與醫院是各自歸於各自的總額，為了能夠提供居家透析照護，很多病人在醫學中心開始接受透析以後，就轉到基層診所繼續接受透析治療，結果基層透析預算成長很多，造成其他科別基層醫師的反彈，醫師公會全國聯合會也認為不妥。當時拜會醫院協會理事長，說將來透析病人必定會被當成人球，你踢我踢大家都不要。於是我們寫了說帖，說服全聯會及醫院協會，同時呈交給衛生署，於是才將醫院及基層的透析預算合併成一個次總額，其實

也是為了病人，免得大家你踢我踢的，雖然大家現在搶著要病人，等到一旦那個時候，恐怕互相推了。』

PH1：『……以前新的病人為了要給病人就醫的方便性，通常是比較老弱病重才留在醫學中心，年輕的病患大部分都到基層診所，離他家住的地方比較近的院所。所以很多病患都轉至基層，基層診所成長率相對的就比醫院多。當初在兩個合在一起的時候，每個人拿出來一樣錢的時候，成長率5%的時候，醫院5%、基層5%，結果醫院就complain，錢都被基層拿走了，所以兩個就有心結，每次都在argue，等於兩個大象在吵架，踏死一大堆螞蟻，就是我們，每個人就都忽略了我們。』

PRG1：『當零成長的時候，區域醫院跟著醫學中心一起玩，結果三年下來虧了1.7億，為什麼區域醫院要跳起來，就是因為說為什麼醫學中心賺那麼多，結果我們區域醫院跟地區醫院都在虧錢，地區醫院最慘，地區醫院三年下來，光這個成長率不足的情況下，醫院把錢留下來之後，他虧6.8億，這三年下來因為成長率不足，醫院總額給的錢不夠，造成他虧了6.8億，他完全討不回來，因為PD他也做的少，區域醫院至少還可以討回來一點，因為只要說PD做得夠多，他可以討回來的錢就會多一點。如果說他在醫院總額裡面的佔率稍微多一點，他也可以討回多一點，但是一般地區醫院是不太可能，因為他們在醫院總額的佔率通常都不會太高，還有一個基層這三年下來一共短收了135億，這個金額實際上是很可怕的，很可觀的，我覺得說這樣子還，我們的成長率還要再這樣繼續降下去，我覺得事實上是沒道理。』

CHM：『就是點值相同，各自提供的成長率不同....，我昨天提出來一個看法，就是說我們過去在醫院總額為什麼希望這一點一定要徹底的執行，其實醫院總額並沒有好心到去考慮洗腎，主要是希望上面設定大總額成長率，如果是4%的話，沒有任何一個總額可以大於4%，他要大於4%的方法，就是有一個部分是負成長的，那個就是洗腎，所以他們現在目前是希望分開計算，分開計算的時候，如果洗腎在醫院是負成長的話，那麼他負成長佔醫院的0.1%的話，他就是可以拿到4.1%，而不是4%。』

對此問題，參與醫師、學者亦討論對過去透析總額的沿革與未來可能的解套方法並提出可能之建議。CH1醫師和CS1學者提到門診透析預算（次總額）的緣由是基於避免病患被當人球，所以由醫院及基層總額中切割出來成為一個次總額。有沒有其他方式作為未來的發展，KCN2、KCN1醫師提到或許再各自回歸到醫院及基層總額。但是CHM、KSC1認為即使回歸到各自總額，因為洗腎病患和其他病患的成長率及醫療費用差別相當大，還是有可能產生透析合併總額前的問題。

CH1：『昨天我們也談到就是以洗腎來講，基層跟醫院現在一個總額是沒有法源，這是類似一個合併預算，因為我們不是合法的一個獨立總額，所以在費協會就沒有代表，因為費協會沒有代表我們就沒有聲音。你在健保局既然成立一個總額了，現在能合併預算也好。總額就是一個term的問題，事實上有這個實質內容，就像兩個沒有夫妻婚姻的關係，但是已經有夫妻之實了，你還做這樣。我覺得能不能讓腎臟醫學會能夠在費協會協商的時

候有一個代表，就可以講話，現在你不給我們時間講話我們也沒辦法講。在基層跟醫院往往為了透析說你要拿出多少錢每個人吵的應該都會累，結果兩隻大象吵架就害死了螞蟻，我們都被踩死了。在這種情況下我總是覺得每次協商都會破裂，舉例說新的尿毒症病患，是在醫院層級產生的，醫院為了要讓病患能回歸到居家照護，通常大部分的病人會轉介到基層做透析治療。假如兩個成長率一樣的話，要拿出多少的錢出來做透析預算時，當然醫院就不高興覺得說我錢都被你拿走了。』

PSC1：『……我們的法律規定，現在依法有據的只有四個總額，西醫的醫院、西醫的基層、牙醫和中醫，其他沒有的，將來還可以做的就是藥費的總額，依法有據，但現在還沒有做。洗腎怎麼出來的，那時候是西醫包括醫院和診所雙方面都紛紛來表示，腎臟科的洗腎這一塊成長率太兇，留在我們這裡面，其他的科就會被吃掉，所以希望能夠把它割出來、畫出來……』

KCN2：『醫院跟診所總額是不能切開的，切開診所就死了，診所到最後點值狀況會更嚴重。透析總額給付，是希望透析病患不要分醫院跟診所，病患大部分在醫院產生，然後轉介到診所，診所的透析病患就愈來愈多，所以我不贊成切開。』

但是如果真的沒有辦法爭取到獨立總額的話，就是回歸到原來的，比方說基層的洗腎預算回歸到基層總額，醫院的洗腎預算話回歸到醫院，因為基層的洗腎如果回到基層總額，你不可能讓點值到0.82，0.83，因為到那邊其他科別也是跟你一樣的話，他們就會保護你，他們就會哎哎叫，所以他們有0.9，你就有0.9，就是這個原因我願意接受。當初拆出來的時候，我不曉得是什麼原因拆的，拆出來的時候，他們也想你們拆出去最好，這個洗腎很恐怖，你現在要回去不知道他們要不要，當然可以回去我個人也是贊成的，就回到基層的總額，當然也是一個方法……』

KCN1：『……我是覺得可以討論，是不是可以把這個總額併到醫院總額去，我不知道這不可行？我把他的合理性提出來，因為所有透析的病人，百分之90以上都是在醫院產生，大家必須承認這一點，是醫院產生以後，他沒有空間容納，就轉介到各個地區，或是因地制宜，這是第一個我考量的現實情況。』

KSC1：『……有醫師說希望把門診透析預算（次總額）併到醫院總額，千萬不可！那是走回頭路，這樣做一定天下大亂，就是你想要合併，基層也不會同意，你這樣拿刀子擱在他的脖子上，這種不切合實際的最好不要提議……』

CHM：『放在醫院或基層還是一樣，基層會把洗腎切開，因為這兩邊的成長率是不一樣的，所以還是把它切開，放在醫院基層有一個好處，就是醫院跟基層為了要把它清潔的切割，切割是用什麼，其實也沒辦法做什麼切割，如果門診透析預算（次總額）轉得很快，基層總額轉的不快的時候，這中間會牽扯到很多錢的關係，所以那時候就會做一個切割，後來又做一個虛擬總額，現在的問題應該是說分開來各屬於不同總額，各屬於不同總額就會有不同的點值這是一定的。』

在與健保局協商總額預算時難以達到共識，腎臟醫界認為沒有獲得合理的預算支配，其問題值得探討。主要的問題在於透析總額並非獨立總額，如前面所討論和 PSC1、KSC1 學者、KH1 醫師提出的問題，由於洗腎為次總額，並沒有自己的代表，無法進行適當的協商。從這個議題的探討，多位參與者討論並提供多面向的建議，以思考如何進行有效協商爭取合理預算的方式。如 CSC1 討論到是否在二代健保時，有機會可以推薦代表到基層或醫院總額發聲；CSC2 學者討論也許健保局透析執委會較為專業，可以接受較多的聲音；CHM 管理者建議在協商之前的溝通是協商成功必備之工作，與 KH1 學者意見相呼應。

PSC1：『.....將來透析總額要如何去運作，內部要好好去思考，至少要和費協會的內部作業，要獲得一個共識，談總額的時候，我們代表一定要受邀參加，而不是依附在醫界的名額之下.....你們在裡面沒有正式的代表，所以你們的聲音沒有辦法很充分的去表達.....因為你們是次總額，所以沒有法律地位，在費協會每年在談總額分配的時候，你們沒辦法正式派代表出席，而取得發言權和協商權，你們只能依附在基層和醫院的代表之下，想辦法把你們的資訊透露出去、發表出去，請出席的委員支持，看能不能獲得比較合理的成長率』

KSC1：『.....門診透析預算（次總額）不是和其他四個部門的總額相同，其他四個部門總額會有非協商因素，非協商因素有三項，一項是人口數的增加、一項是人口結構的改變、第三項是醫療成本的改變。每一個部門總額，有這項醫療成本的改變，每年都會去計算大概成長佔多少，列為非協商因素，所謂非協商因素就是不等協商就可以主動取得的成長率。因為你們不是和他們一樣的總額，所以你們在健保，從衛生署到費協會協商的程序當中，沒有這項非協商因素，這是你們最吃虧的，無從去了解、無從去辯證、無從去爭取合理的成本.....』

KH1：最重要的是我們並不是一個法定的獨立總額，所以我們沒有費協會的代表，這是對我們很吃虧的地方.....我們可能要積極在費協會每年度協商的時候，我們要跟基層及醫院總額代表們，跟他們好好做溝通，我們腎臟醫學會要努力提供相關的資料給他們.....』

CSC1：『我可不可以這樣建議，二代健保組織改了以後，那個平台還在，名義叫什麼是另外一回事，組成分子會改，改組也是另外一回事，對你們醫界來講不關重要。對洗腎的總額也是一樣，不管怎麼改還有一個平台，每年當要談門診透析預算（次總額）的時候，門診透析預算（次總額）會不會在一次委員會裡面表決，我不知道，至少你們腎臟醫學會要運作。現在腎臟醫學會很尷尬，因為他不是工會，他是學會，所以才有人說他不是 provider，不是我們保險要和他談話的對象，如果是的話，我看醫師公會也不要，醫師公會後面還有很多醫學會，他們說我們也要出來，所以很尷尬。這個時候怎麼辦，你們不能正式去要求，你要和基層和醫院的總額去協商。向醫院及基層總額代表說，為了大家明年的總額能夠獲得保障，讓我們有機會推薦的代表出席協商會議，你們推薦的代表要一個在基層，一個是在醫院，由推薦的基層和醫院的代表向費協會於幕後要求主任委員能在開會討論門診透析預算（次總額）時，能請相關的人來參與、列席不叫做出席，做

報告也好，做商量也好，做一些陳述也好，提供一些數字也好。』

CSC2: 『……我們一定要有有機會爭取付費的代表，現在有執委會代表，請他們來聽，聽完以後讓他到費協會幫忙去做說明，這是不得已……最好是自己人有機會能夠在那邊發言，可是在那邊發言也要有機會去講話，有沒有幫助，我不敢保證，歷屆我們在協商的時候，都有邀請理事長到聯席會去報告，我們在委員會的時候他有去說明，我們在協商的時候他也有機會去說明，這次我也有邀請做說明，雖然沒有代表，但是至少我的任內是有此機會。當然你會說那要看個別主任委員，主任委員如果不邀請，他也可以不邀請，那次被邀請的時候我被付費者代表兇，說你們是醫學會的代表又不是 provider 代表，為什麼要來講這個事情，但是我覺得虛擬的總額預算在那邊總是要幫人家講講話，所以很抱歉我這部分沒有辦法很正面的回應，現實面是，法裡面沒有這一個項目，所以請求獨立總額這個項目在法上會有困難……』

CSC2: 『……費協會是有這種現象，就是委員們有時候因為他們不是專業，我會比較希望在談成長率的時候會回到健保局。因為健保局有一個透析執委會，我覺得那邊比較專業，費協會或者健保局，那些委員們只能根據他所聽到的事情或者看到一些數據，比較有辦法做決定……』。

CHM: 『我會覺得洗腎代表還是有機會在協商的過程中講話，雖然屬於兩個總額合併管理，在總額協商的時候，這邊是消費者在講，這邊是醫界代表有六個人，這六個人裡面應該去爭取醫院總額跟基層總額，各有一位洗腎代表，至少是兩個，因為在討論洗腎的時候，洗腎代表可以在裡面，並不一定要是費協會的代表。』

CHM: 『我覺得協商的前面工作比協商的工作重要……在協商有兩個層次，一個層次就是在談成長率的時候是不限於委員，只要那時候談的是基層，基層就會有六個人在這邊，消費者全部都在那邊。在那個場合裏，不管你是哪一個科，哪一個從業人員，就是一個代表在裡面。另外有個時間談門診透析預算（次總額），基層認為門診透析預算（次總額）應該在 4.3，他們說不行，到後來就 6.8，醫院也一樣，醫院他不接受就沒有了。等到專門談門診透析預算（次總額）的時候，就不能進去，沒有發言權……在那之前還去運作，他需要有一個白手套是透析總額的白手套，就是一個機構一個 provider 機構，比如說叫做基層透析協會。』

5 其他對總額透析支付制度的討論

除了透析總額支付制度之外，與會人員另外討論了幾項與支付制度相關的議題，包括推動 Early CKD program 以及無效醫療，以減緩或減少病患進入透析治療，進而有效控制醫療費用的成長。

在 Early CKD 防治推動上，CSC1、CH2、PH1、PH2 皆提到 Early CKD 的推動可以有效地減少透析病患新個案的發生，不僅在推動 PD 治療或是控制總額費用的成長都有較好的成

效。不過 CRG1、PRG1、PRG2 也提到在基層、醫院推動 Early CKD 會遇到的困難，包括基層透析診所大部分以洗腎業務為主，病患很少會至基層診所檢查腎臟病；除了加強 CKD 病患之衛教外，還需加強糖尿病防治；基層醫師擔心將病患轉介至大醫院進行腎臟病之檢查會因而流失病患來源等問題。

CSC1：『發生率要想辦法做好良好的控管，洗腎新發生的病人數增加的速度，如果遠超過人口的增加，這塊總額怎麼能夠配合搭配的....』

CH2：『如果把這個 tracic 或是把這些 criteria 策略弄好，能夠有一個小組或理監事會議同意，和 CKD 推展一樣對社會宣導，可以減少幾十億，這裡面包括那些重症的，其實我們推展的有點困難，除了我們腎臟科醫師以外，還有重症的醫師，尤其是呼吸照護醫師，跟我們觀念上有落差，但這是未來推展的方面.....』

PH1：『.....應該多建立 CKD program，讓病人衛教，慢慢的給他衛教，讓病人自己決定，這是最好的。醫生有告知的責任，並有決定的權利，事實上在我們的經驗，有 CKD program 訓練的病患，要讓他選擇 PD 的機率會是一般人的兩倍，所以應該會是比較好的。』

PH2：『我從執業就業型態，其實在開始推展 CKD 的時候，我常常提出來說腎臟專科醫師不能變成洗腎醫師。不能只躲在樓上，下面的門診都不看，以前有很大部分的人是這樣子，現在應該下來看看門診貢獻一點，你不能只照顧那五十個或是八十個透析病患，你必須要看門診。以前腎臟科醫師跟我講，有些病人都不給他們看，說看到洗腎兩個字來這裡看病怕變成洗腎了，那當然是一個理由，不過我必須說十年前也許是比較難，現在應該是比較正面的態度，因為我們這十年來推展 CKD，大部分的醫師已有這種概念。』

CRG1：『還有一些越來越多的 competitive 的 factor，所謂 competitive factor 就是很多過去 CVD 的病人本來會死掉，因為醫療發達了這些病患都活下來，造成我們 cumulation 增加，我們守住 CKD 這一塊，糖尿病病患增加了，因為 care 太好的話也增加透析這一塊。變成到最後腎臟科也要概括承受這些所謂的 competitive effect 增加，所以你要去 control growth rate 基本上有點困難，變成要集思廣益大家來做一個比較合理....』

PRG1：『.....當有一個病人我跟他講說你的檢驗值超高，你已經是 CKD 的病人，他下禮拜就去掛馬偕的腎臟科，然後就變成那邊的病人，他可能就不會來找我治療，因為他認為你可能沒辦法 handle 我所有的腎臟疾病問題，因為他還要再做進一步的檢查!』

PRG2：『.....現在在總額之下，我看到一個現象，我們去推行 CKD 的時候，現在是 multi-business 去 involve，如成人代謝科，因為每一個總額之下，每一個醫師有一個總額，他其實可能是不願意做的。...』

無效醫療的議題同樣也在座談會中被討論，從學者的角度來看，無效醫療包括重度器官衰竭需洗腎及呼吸器患者治療。幾位醫師，如 CMC2、CRH 提及，為控制醫療費用，對於長期呼吸器依賴病患是否訂定透析照護的標準提出看法和建議。但是也有醫師如 PRG2，提到執行

無效醫療的部分仍有爭議。

CSC2：『就無效醫療的觀點來看，洗腎的部分少的很多，呼吸器的無效醫療占的比例很大……健保有辦法支持這兩塊每年不斷的增加費用嗎？受不了，健保本身的費用、保險費的成長率沒有那麼快，怎麼辦呢，所以健保可能要重新檢討呼吸器和洗腎要不要到目前一直在付。現在這兩塊都把它當作重大傷病，免部分負擔，所以幾乎全部都是健保在付。我們將來要不要改變辦法，值得從政策面探討……』

CMC2：『我們腎臟界是不是可以做無效醫療這一塊，植物人很多年是不是不做 dialysis？……什麼時候進入 dialysis？什麼時候 withdraw dialysis？是不是大家有一個辦法去整個 survey 一遍，就是說你現在洗的你不能把它拔掉，從新進的病患去訂定一些條件，符合這些條件的就不要再進來了，或是就 withdraw，不然的話你一直增加成長率，我覺得這一點是我們可以做得到的，這個去 survey 一下。』

CRH：『……要讓健保去評估一下到底整個健保屬於無效醫療的這一塊估算到底花了多少錢。這一塊好好做應是一大塊，就以呼吸器來講，如種菜，呼吸器把它當成一個菜園子，我只要把呼吸器的病人營養灌的很好，他不死就是錢又來了，就像種菜一樣。我不知道大家聽過沒有，看看洗腎室的氛圍，再看看呼吸器的那個地方，是完全不一樣。

所以我想腎臟醫學會在現在這個點值上至少希望增加成長率，因為明年二代健保，聽說是增加兩個%，不能繼續再掉下去了，再掉下去就先購併。

在這個情況之下，腎臟醫學會要努力推展無效醫療，屬於無效醫療的新病患不要再進入透析，起碼這個成長率不要那麼高……全世界經濟狀況都很差的時候，我個人認為在無效醫療可以省下的錢好好的去做，應該是有一大塊餅，這是可行的，無效醫療就要趕快推行，這是全國性的……我們腎臟醫學會也要鼓勵 kidney transplant。』

PRG2：『我們承受這個結果，我們自己能夠做的，不該洗的再洗其實是不多，以我在一個良心的醫師來講，我承認人不多，但是有一部分我們可以考慮，就是所謂的無效醫療，有一些是法律面的問題，有些是政府，因為要立法，比如說一個病人已經快要臨終了，這個部分我們跟病人講，但是問題他不會放棄，我們醫師有權利去 give up 這個嗎？我們沒有，如果按照美國，英國制度先 decision making 之下大家討論了，以後有法，有一個法源根據，我們可以去這樣做，依照我們在醫院 practice 當中是不行，如果說我們病人說不要，他家人跑來說你為甚麼不給他洗腎，死了以後他告你，沒有人敢這樣做，所以說這些都是問題，但是這些問題不是我們在這邊能夠解決的……』

6 焦點團體質性資料分析結果-透析策略聯盟經營探討

6.1 透析策略聯盟經營的類型

近幾年集團化的透析醫療院所有增加趨勢。參與座談會的學者、醫師討論目前透析連鎖

經營的類型或定義可依據集團組成人員、經營權等分成不同的經營型態。其中 KCG2 提到，在台灣透析策略聯盟型態很難區分，因為醫療給付主要是以醫師為主（醫療法規定開業需由醫師為負責人）。KH1 醫師認為在台灣策略聯盟的類型大致可以分為醫師經營和業界經營兩種模式。KSC1 學者將經營類型細分為四大類，包括醫師獨資經營(solo)、醫師合夥經營(group practice)、策略聯盟模式、以及企業化經營模式。KSC2 學者以及 KH1 醫師分別對所認知的透析策略聯盟類型的詮釋如下：

KCG2：『……策略聯盟或者集團化的議題，是永遠是一直混淆。先講美國的體系，美國的體系因為給付透析的制度跟我們不一樣，我們是給付在腎臟科專科醫師上。美國很明確，腎臟科專科醫師作什麼樣的合作聯盟都可以，因為他已經很明確，透析的費用是機構、單位提出申請，只要有腎臟科專科醫師 medical consultant 就可以了，所以美國有兩大集團，一個就是像 FMC 他有產品的供應，來支撐這個透析單位。另外一個就是醫師直接聯合像 DaVita，他就是聯合所有的醫師，然後做一個集團，一起採購、管理，他也達到很好的一個績效，和 FMC 是仲伯之間。美國因為他有很明確的規定，台灣因為他給付是在腎專醫師上，所以很難認定這個集團化的問題。』

KSC1：『獨立經營模式，就是一位醫師獨立經營，我剛才講的都是洗腎中心基層的部分。這一種，我認為可能不宜鼓勵，將來再分析他的特性、分析他的本質，有時候希望能夠我們不要鼓勵他。洗腎有洗腎的特質，希望能夠朝第二分類邁進，就是 group practice。這種最少要有三個以上的醫師合作，醫師不需只限於腎臟科，希望能夠有腎臟科以外的科別醫師參加，這樣你們才能兼看門診、兼顧洗腎病人罹患的病，需要去兼顧、服務。這種情況可能又可以分成兩類，一類是參與的醫師是合夥關係，每一個都是老闆，另外一種是只有一個老闆，其他都是受雇的醫師，這個是第二個類型。第三類型是根據第二類為基礎、為單位，劃定某一個區域做策略聯盟，這個時候會用到我們現在一般所說的策略聯盟，即每一個洗腎中心都是獨立的單位，他的所有權和經營權都是完整的、獨立的，策略聯盟只是有幾個共同利益關係而聯盟起來，比如說我們人與人要不要互用資源？比如說材料要不要聯合採購？所謂聯合採購也不一定所有大大小小都要聯合，你也可以選擇幾樣關鍵性的東西來聯合採購。讓參加策略聯盟各自獨立的單位還有一些自主權，我所說的策略聯盟是這樣子的策略聯盟。第四個模式，就是策略聯盟在往上面擴大功能，讓他變成企業化、讓他變成更有水準，這樣的規模可能就衝擊著獨立經營的單位，他可能需依附在外界。……這幾種分類標準方法，一個是以國內外來分，一個是以專業、非專業來分。集團或企業單位那個比較具有規模，哪個發揮出來的項目會大？上面分好幾種，我比較在乎的是，專業性的人來做集團、或做企業化的經營，這個模式，我支持他。如果是要由非專業人來經營這個單位，我比較保留。因為我有很多的疑慮，不太放心，如果是不得已，至少股東裡，要由若干的專業人員和非專業人員合作去成立，還可以勉強接受，純粹的非專業人員介入，我認為值得考慮。』

KH1：『……策略聯盟可分兩個，一個是醫師經營的；另一個是業界，就是透析公司經營的。公司經營的也有分國內跟國外，有些是國外經營、國際性的透析公司，有些是國內的經

營者，國內有些可能是非醫療人員，當作一種事業或企業經營，這是一種業界，非腎臟科。再來就是醫生自己成立的，醫生自己成立有幾個方式，一個可能是幾個醫生，比如說我們幾家醫院，大家策略聯盟一起採購，為了營運下來，我們一起採購設備、藥材，我們就有比較多的議價空間。另外一個就是我自己經營以後，可能就跟你合夥，再另外經營一家，可能以幾個醫生合夥，股東，變成成立的好幾家醫院，一起負責在管理，這種情況是醫生自我管理、自我經營，也做醫療服務的提供者。業界經營的，不管是國際、國內、或國外經營者，原則上這個經營管理都是業界在管理，醫師純粹做醫療服務的提供者，有些時候是醫生跟業界合作，他賣的時候，沒有完全賣出，有些按照 percentage 如他還佔了 51% 比 49%，還有點自主權，有些是只佔了 30 到 70%，我留個 30% 一個小小的本錢就好，類似這樣都有。』

6.2 形成透析策略聯盟經營的因素

由於健保實施總額之後，給付緊縮，大部分學者 (CSC1)、醫師 (PCN1、KCN2、CRG1、CRH) 等認為點值、給付的下降，診所已經無法生存，集團化、策略聯盟的成本較低，自然會走向策略聯盟的趨勢。此外，PRG2 醫師提到在管理及資料分析部分，集團內部有專人處理資料分析，醫師可以專注於執行醫療，責任減少、收入穩定。PCN1 醫師則提到因為透析醫療的特質，獨資經營的醫師轉為策略聯盟經營模式的因素。

CSC1：『健保實施總額是第二階段開始給付縮減，利潤縮，管理開始嚴，總額實施單獨一個總額，那是在壓縮，會導致洗腎中心的經營模式開始要轉變，非轉變不可，因為是在市場化的情況下，小規模的洗腎室他就慢慢做不下去了，很簡單的人性考量和選擇，一個人在撐，一個月能淨賺多少，如果我移轉到其他地方，或者是投效到一個集團，我可以拿到多少衡量之下收入又穩定，責任又輕，自己的時間又多出來，煩惱的事情又少，何樂不為，所以這種情勢我們擋不了。』

PCN1：『……其實有很多醫生是經營不下去，比方說他只有 500 人次或 400 人次，再打個八折，付他的房租包括水費，他是活不下去的，活不下去怎麼辦呢？他又不能把他關掉，他關掉，機器呢？買的時候上千萬、裝潢上千萬，只好賣給廠商。他都沒有回收，只好賣給廠商，他沒辦法，他病人也沒有辦法叫他你就不要來了，對不對？很多是不得已，所以才把他現有的經營權交出去，另一方面是他連生病，都沒有辦法生病。』

KCN2：『……我想這個集團化是無可避免的，因為以如此給付是真的沒有辦法生存，沒有辦法生存時，沒有集團來接怎麼辦？像我這個診所再過一兩年，我有可能需要別人介入，在我這個診所一千五百人次，再過一兩年，我可能也是需要集團的介入幫忙，因為我的成本沒有辦法降低，集團確實成本比較低，耗材都跟他買的，他當然成本比較低，所以這個是不可避免，所以我覺得給付降到那麼低，集團會進入是很正常……』

KRH1：『集團進入你又怎麼 monitor 他做的好不好才是重要，不應該排斥他，這次 1% 成長率是給非集團的院所，我個人不是集團經營，我覺得很奇怪為何會排斥集團呢？集團有犯

了什麼罪了？或許集團成本比較低，這樣考慮還勉強可以，否則如果是敵視，我覺得講不過，如果用品質還說得過去，用這個原因，在民族國家也講不通。』

PSC1：『醫生做不下去，他沒有辦法經營下去時，他會衡量。人家給我一個月的固定報酬和他一個月在那邊摳摳節省費用，他會比較哪一方面對他有利，他就選擇哪一方面，他當然就把這個交出去，而且交出去以後，責任還可以稀釋，雖然最後的責任還是他會負擔。』

CRG1：『我想大概整個醫界都知道透析中心為什麼會有這種 *strategy alliance* 出現，剛剛各位前輩都有提到說可能跟成本有很大的關係，然後是鄉鎮差距。其實我一開始離開醫院之後，都是在比較鄉下地方經營。早期成本當然比較多，在比較 *rural area*，成本考量是一個很重要的點。可能很多內科醫師不大了解腎臟科在經營洗腎室，其實我們是一個 *manager*，不只是一個 *doctor* 的角色，因為我們牽涉到很多，如你要怎麼去維護洗腎室的 *technology*，病人 *stage* 的問題、*infection* 的問題，都是 *dialysis center* 經營者都會面臨的問題，還有你 *personnel* 年齡逐年成長，預算一直在降低、你的護理人員一直在老化，年資結構一直在改變，這其實是一個很大的負擔。過了八年、十年，你要如何汰舊換新這些 *investment* 等等，這是一個非常吃力的問題。所以為什麼到最後很多醫師在他的量減縮時，都會考慮把這個 *clinics* 賣給 *industrial company*，是有他的痛苦地方，沒有一個競爭者希望把他自己一生經營下來的東西賣給別人。他可以傳給他朋友或是傳給他下一代，可是他還是要賣給人家而且不管是賣給 *local* 或是 *international industrial based* 的集團，有很 *crucial* 的一個因素。』

CRH：『當你被購併的時候，一個 *center* 就是倒下，不是關門。現在是減薪，就是快倒了。為什麼我們聲音不大？沒有聲音是因為你還撐得下去，因為過去還有一些東西。可是後面的年輕醫師也沒有聲音，根本不敢進來，新人不敢進來……』

CCN：『腎臟科因為它整個投資成本很高，所以不可能設立了以後就輕易的放棄，除非是真的沒辦法就談合併，並不是如大家說的好像很暴利，大家的負面主要是因為集團公司他們有股票上市上櫃，他有時候需要放出一些利多消息，結果很容易造成一般人的印象說洗腎又賺了多少錢，很多人真的覺得腎臟科賺很多，甚至有人開玩笑的說你們好像水龍頭，水開下去就可以賺錢一樣……』

PCN1：『……我舉個例子，腎臟科醫生如果是獨立經營，他不能生病，不能去住院……他獨立經營一個四、五百人次的診所，因為他生病去開一個刀，住院七天找不到醫生來幫忙，這七天的費用被健保局刪除，醫師去住院，七天沒半毛錢。』

PRG2：『……因為健保的執行，整個 *reimbursement* 從不同的 *Policy Maker* 不斷壓縮。我在榮總 *training* 完後，我絕對不會去開業，一定會在醫院，因為醫師就是要在醫院裡面照顧病人，但是我會感覺危機來了，過去在衛生署的統計室裡面的資料，醫療的成長率都是兩位數以上的成長，健保以後慢慢掉在一位數以下，這樣一定會產生一些不平衡的現象。但是我身為一個臨床醫師，我怎麼樣讓我的病人，照顧能夠有好的品質。全面性的照顧，不

是只有單方面的照顧，其實我是不反對任何一個有優勢的一個 policy、一個 provider，他只要能夠提供很好的產品給你就好。』

6.3 透析集團化經營的影響

6.3.1 透析集團化經營的正面影響

集團化經營所帶來正面的影響，PSC1、PSC2 學者認為集團在成本控制及經營運作方面有良好的成效，對總額的運作也有所幫助，並且能替醫師減少管理的事務，醫師責任減少又有較高的報酬。CCN1 基層醫師提到由聯盟協助規劃，或者與廠商議價可以節省費用。此外，PRG2 集團醫師、PSC2 學者提到集團能系統性的去整理分析資料。

PSC1: 『……透析集團化唯一關心的就是不能影響到醫療品質，這個是很重要的要件，將來經營的時候，改法律也好，監督也好、管理也好，需以這個為優先考量。』

PSC1: 『……根據我個人的觀察，屬於集團營利性的做法，對病人有一部分是不錯的，比如說他會把環境稍微控制一下，亮麗化，各種事情都有專人負責，所以病人如果需要什麼，要找到醫師比較容易，因為他人比較多，過去只有一個醫師，為了省錢請一個助理，通通包辦，所以管理上，可能比一個醫師的經驗值好。』

PSC2: 『也許加入集團的醫師可以比較方便，就是這些國外廠商也好，國內集團也好，其實他們所提供的並不只有聯合採購，因為他們等於是提供醫院的行政中心、績效組，企劃室的功能，不是只有買東西而已，包括健保局、衛生署多如牛毛的法規規範、申報等一些零零總總都幫你處理好了……』

PRG2: 『其實 provider 我不認為所有的都是壞，為什麼這樣講？他們每年會針對過去的病患資料作一些所謂的 KCPI，能夠有很系統性的去整理，整理完了以後去分析並作監測。其實在 center 裡面最缺乏的就是這樣，Data 一堆在電腦裡面沒有人去分析，但是 provider 最起碼是有分析的，我自己一樣會去分析，看兩點之間，我會根據 bench mark，譬如說以 TSN 的 bench mark，還有跟國外的 bench marking，了解我們究竟做的好不好？另外如果 provider 他是以 profit oriented，這個我就會有 question，你應該要做的工作，譬如說除了有能力提供一些 quality 的產品外，你對這個 nephrology community 有沒有貢獻？我覺得這個是另外一個 question，你應該要去回饋這個，最起碼腎臟科能夠有很積極的去互動，讓這個 community 的點能夠正面的去 promote，我認為這樣的東西才算是一個 qualify 的 provider。』

PH2: 『……如果站在一個正面的看法來說，在管理的層面，他反而省掉這些醫師的麻煩，我是說正面的，那他的這個醫師，醫師的是不是那種愁愁被人家管的，還是很有主動性的，我看這個看人啦。但是至少有一些集團他的，是由醫師來主導，他只是站在後面做 support 這樣……』

KCG1:『應該看健保局的品質，他的品質比較差嗎？事實上，應該是沒有，我的洗腎機因為跟公司合作，幾乎都換新的，十幾台以前的舊機子都擺在那邊，事實上沒有更差。他的公司經營他會要求一些人工腎臟的使用，有時候我覺得FMC的人工腎臟，其實它是領導品牌，應該不差，我當初選擇它，是因為我覺得個人考量，還有長久經營的角色……』

CCN1:『或許一個聯盟，事實上他們等於是有人可以幫他規畫一些他可以省掉的費用，這些其實是真的沒有辦法避免。例如我們醫師共同幾家跟廠商講好AK，然後把這個價格降低，因為這樣的話才能夠一個人次能夠降個一些錢，成本自然也就會降下來……』

5.3.2 透析集團化經營的負面影響

集團化所帶來負面的影響，PSC1、PSC2 學者擔心集團會產生不當謀利，對病人的服務品質有所影響。PH2 醫師提到為爭取病患可能衍生惡性競爭、壟斷等問題。KCN2 醫師則指出在醫病關係的問題，醫師依指示輪調，使得醫病關係沒有歸屬感。KCN3 醫師提到未來若獨立診所皆歸屬集團，健保局談判的對象除了醫院外，只剩集團，這是一個非常嚴重的問題。

PSC1:『……最擔心的是對病人的品質有什麼影響？因為個經營者不是醫生，他不要承受這種專業的責任和道德的約束，他若唯利是圖，拼命的壓低成本，也許會涉及偷工減料才達到這個目的，病人就會受到影響。』

CSC1:『……聯盟集中化沒有錯，但是規模大到什麼程度我們就沒有辦法忍受，或者會有弊害會發生，這個也不能不保證，就怕他們會壟斷!』

PSC2:『集團經營洗腎醫療服務，擔心的其實有兩塊，一個是所謂的不當謀利，另外一個就是品質。品質這個部份腎臟醫學會已經在現有的架構上可以說做的很好。財務部分，就是在醫療法裡面明文要求醫療社團法人，有財務報告編製準則。每年都要審財務報告，每三年或是說如果表現不佳時，每年現場去查核他的財務報告，必要的時候也做現場臨床服務的查核。所以針對所謂非醫療的集團或是個人經營的醫療事業，目前是有這個類型的醫療機構，可以允許所謂合法光明正大的準備。以前也有所為合夥醫師是地下化的，權利義務都沒有保障，所以現在醫療社團法人其實是希望保障合夥醫師、合夥集團、權利義務的明朗化、法制化。但是另一方面衛生署擔起財務監督這個責任……所以或許可以考慮要求洗腎醫療服務或是說所謂以洗腎為主的診所，如果有集團經營的話要求需要用社團法人，醫療社團法人的方式經營，他的財務沒有要求公開化，但是至少每年需受衛生署內部的監督。』

PH2:『……集團最被詬病的就是他必須要有成長，為什麼呢？因為集團會要訂目標，年成長如成長10%，這是非常困難的，全國成長率一直在下降。所以集團因為他訂定了成長目標，自然必須有新的病人進來，新的病患都在大醫院，你跟大醫院如果關係不好或者你的人不是大醫院出來的話，你要成長就很困難，所以就衍生一個最壞的情形，就是開一台車開始拉病患，這是現在最壞的一點。他們機器汰換的很快，而且是橫向整合或垂直整合，

其衍生出來缺點，就是在這個惡性競爭上面.....』

KCN2：『集團的缺點，就是醫師輪來輪去!我的同學從台北調到這邊來，一個禮拜來兩天，這邊病人也不認識他，他也不認識病人，就是來一下就回去。病患沒有歸屬感，集團有這樣的缺點，他說我派你去哪裡你就去，跟你自己獨立經營的、你自己的病人，你要負責任這個關係是不一樣。』

KCN3：『集團正面跟負面影響，正面的影響是有的。負面的影響，如果有一天醫師考慮到沒有辦法經營，必須交給集團的時候，那麼在台灣其他的獨立診所，是不是都要歸併到集團裡?我不曉得台灣的衛生單位會不會去思考這個?將來除了醫院以外，所有的診所都是集團的，健保局怎麼去跟集團談判，就只有兩個人談而已，其他都不能談，衛生單位健保局面對的就是集團，因為四十五床都沒有辦法經營的話，到最後就是關起來。』

6.3.3 透析集團化對醫療品質的影響

不管是集團化或外包議題，因為集團經營主要以營利為目的，對此，學者(如 PSC1、PSC2、KSC2 等)對於其所提供的醫療品質仍有疑慮。不過 PSC2 學者、PCN1 認為品質監控的議題仍要回到學會，以專業角度認定其品質的表現。

PSC1：『.....我認為也有好的地方，就是成本很合理，控制的很不錯，對於我們總額將來運作上也有所幫助。唯一關心的就是不能影響到服務品質，這是很重要的要件，將來要改法律也好，要監督也好、管理也好，以這個為優先考量。』

PSC1：『我也不反對這種經營方式的轉變，我現在最擔心的是對病人的品質有什麼影響?因為經營者他不是醫生，他不用承受專業的責任和道德的約束，但若唯利是圖，拼命的壓低成本，也許涉及偷工減料才達到這個目的，病人就受到影響，所以我曾經建議健保局要收集資料，要了解全國洗腎室現在有多少是這種情況。』

KSC2：『有關於集團，或是說公司去承接醫院的腎臟科或洗腎中心，這部分因為在評鑑上我有參與這部分的內容，從衛生署的立場，如果腎臟科洗腎中心是由外面來外包，醫院的管理階層能夠參與品質管理的部分很少，所以他們主要 concern 這點。因為他是外包，所以只有一個月跟醫院一個 contract，給醫院多少的資金、多少的錢。所以醫院當局管理階層對品質的監控，他能著力的地方很少，這是衛生署當初為什麼把復健跟洗腎，在醫院不能外包的立場講得很清楚。這一部份，後來明文規定在醫院評鑑標準裡面，表示醫院這些重要的臨床服務是不得外包。醫院評鑑去年開始，今年就實施了。基準 bottom line 就是醫院的院長、醫院的主管，他沒辦法去管控這個洗腎中心的品質，因為這個中心不用聽命於醫院，我想他的背景主要在這裡。』

PSC2：『像美國的經驗，雖然允許營利的機構存在，但是他們在品質方面是一個很重要的招牌，沒有品質，你營利機構就會受到懷疑的眼光。所以相對說集團經營或營利的集團也好，更要拿出品質的數據或是形象來說服大家....』

PCN1：『……其實我們國內德國系統 FMC，他們所提供的耗材都是全世界 No.1 的。我不是集團，我沒有必要幫他們講話。學會目前有監控透析品質的上傳，這點我想不用太擔心。如果現在回歸到市場面，他們如果是品質有問題的他們沒有辦法在這麼競爭的環境中生存，他們會被淘汰掉，所以我個人認為，品質學會在 monitor 這一個部分是沒有問題，……』

PH2：『……獨立診所分析的能力更差，因為評鑑的關係，十幾年前幾個集團，他們非常重視 quality，尤其護理的護理品質，有些腎臟醫學會沒有收集的資料，他們都管得很嚴格，因為若護理品質不好的話，成本會增加。』

KCN2：『因為你不是真的老闆，表面上看起來你是負責醫師，錢進你的帳號，但是進你的帳號，也是轉到公司去。公司說你這個不能用，那個不能用，你品質沒有辦法兼顧！我覺得回到本質是給付的問題，如果醫師有好的收入，醫病關係也會比較好，這是很必然的！』

6.4 透析集團化經營的綜合評判

大部分的醫師、學者普遍認為集團化是一個趨勢，不應該排斥。但是仍有一些問題需要考慮，對集團化有質疑主要在其醫療品質的提供（如 KCG2、PSC2 陳述）和 KSC1、PH2、PRG2 提到對醫師權益、經營主導權、與集團經營合法性的問題。

KCG2：『……那一種合作的關係，有沒有減損到專科醫師的權益或者是醫療品質？這個應該才是我們比較正視的問題，要不要有合作的關係，各種方式都有可能發生，至於說成本是不是真的？除非你本身就是製造血液透析機、人工腎臟這些重要的基礎耗材公司，才叫做是一個財團。目前就台灣來說，台灣根本沒有這樣的公司，過去曾經有人造人工腎臟，現在也不了了之，透析機更不可能製做，這些都是外國公司製造的，所以台灣根本不存在財團說，只是集團化的問題。即使是外來的公司要進入台灣，透析的給付還是掛在腎臟科專科醫師身上，他要做怎樣的處理？他要不要合作？他的自主權都很高。理論上這還是一個相當公平的競爭，我們自己的成本，事實上並沒有比市場壓低多少，真的沒有！』

PSC2：『如果有一個合理的管顧公司、醫材也好，國內像大學眼科這麼有見識眼光的醫師人才，又懂醫療、又懂管理、又懂法規，用一個合理的管理費用 5%、10% 管理，我們國科會計畫不是也都繳給學校 5%、10% 管理費嗎？現代專業分工的概念，Why not？但是回過頭來，像美國的經驗雖然允許營利的機構存在，但是他們在品質方面是一個很重要的招牌，沒有品質，營利機構就是會受到懷疑的眼光。所以集團經營也好，營利色彩的集團也好，更要拿出品質的數據或是形象來說服大家。』

KSC1：『……我比較在乎的是，專業性的人來做集團、來做企業化的經營，這個模式，我支持他。如果是由非專業人來經營這個單位，我比較保留。因為我有很多的疑慮，不太放心，如果是不得已，至少股東裡，要由若干的專業人員和非專業人員合作去成立，還可以勉強接受，純粹的非專業人員介入，我認為值得考慮。為什麼？今天台灣的醫界，醫院和診所結構，沒有說要由非專業人員經營，現在有這樣的情況嗎？沒有阿！我們要不要打破這

個歷史?這個和法律有沒有抵觸?和我們的醫療機構的存在性有沒有相合?各位醫師要不要退讓到這個地步?

.....集體經營或者是企業經營的方法，這條路是必走的，政府也不能不接受，難道政府要拿錢出來收購嘛?不可能，所以要走上這條路的話，以現在的政府他的思考、思維的模式，他一定要好好想，我至少要保留專業!他在法律上一定會訂，這個集團的組成分子，必須要有多少比例的專業。現況有一些已經存在好多年的，裡面連一個專業人員都沒有嗎?你就想辦法要改組，改組有什麼困難呢?沒有困難，你就可以符合法律的要求，政府不可能讓純粹毫無專業的人來經營這個單位，對老百姓的保障是沒有辦法做到。我個人想法如此，如果是我身為衛生署長，我也會做這樣的考量。現在的人他只要有錢他就有人，讓專業人員進來很容易，怎麼可能做不到?他可以不要做很大的改變，或許你可以讓他接收過來、合併過來的一些洗腎中心中，選擇優秀的人作新的股東，我認為不難，解決問題不難。』

PH2：『如果這是一個好的方向，應該在宣導上往這方向推，至少是制度面。至於執行面，剛才提出來說一定要多人合作，不能只有在做透析，一定要包括門診，包括很多的合作經營。可能是未來一種比較好的所謂腎專的執業模式，至於他所屬的醫院和所謂的經營模式應該為社團法人，這個是可以去 promote 或是說服人家。.....』

PRG2：『不管是哪一個 provider，應該有一個責任就是要去找一個 appropriate 的醫師，不是任何一個醫師有 license 就好了，這個醫師他的 practice profile，最起碼就是要 fulfill 到這個 criteria，不是找一個合約醫師進來就好，這樣的話就可能會出現問題。我是覺得這個應該要訂的很清楚。』

6.5 透析集團化經營的綜合討論

總額之下集團化的趨勢漸顯，集團經營具有成本控制以及產品供應的優勢，面對集團化的趨勢要如何因應?對於集團經營，PSC1、PSC2 兩位學者提到從衛生署的角度最重視的兩個主要問題包括如何進行醫療品質的控制以及避免不當的謀利。對於財務監控方面，PSC1、PSC2 兩位學者以及幾位醫師 CHM、KRH1 都建議要有相關的法律規範，如醫療社團法人制度，以有效監控營運面，使其財務、成本透明化。

PSC2：『.....集團經營的洗腎醫療服務，擔心的其實兩塊，一個就是所謂的不當謀利，另外一個就是品質。』

CHM：『將成本透明化，就是整個洗腎的成本，現在外界都認為洗腎的成本應該比三千多還低，如果整個都集團化的話，好像 benefit 都會讓集團取得。這個是一種汙名化以外的大家的心結，這些都是應該要去慢慢的把事實呈現出來。』

KRH1：『我們以前是幾個醫師合在一起慢慢經營的，精神面是屬於醫師做股東。目前在醫院評

鑑部份已經明文規定你不能是外包單位，過去是講講而已，現在列入條文就很麻煩，而且是必要條件！另外，他們認為集團公司賺更多，這是他們沒有辦法接受的心理障礙。醫院的營運也是董事會，他裡面醫生只是佔一個角色而已，他是在整個法人機構，不是在醫生層面的問題。我們國家的衛生單位，你可以說我們不可以外包，就像日本一樣，外面不能來經營，你可以訂定的很清楚，讓它合理化。』

PSC1：『將來如果要運作一定要有兩個前提，一個就是法律要規範，一個就是要有效的監督，有效的監督包括業務和財務方面，現在的法律規範可能還有一些不足，有很多人講我要成立，他們要法律保障，將來如果出了事情還是沒有辦法獲得公平的裁決。有人就很怕，現在已經在做的，也可以用什麼方法去誘導他們，讓他們為合法化。』

PSC2：『財務部分，在醫療法裡面明文要求醫療社團法人，有財務報告編製準則。每年都要審財務報告，然後每三年或是說如果表現不佳的，每年現場去查核他的財務報告，必要的時候也做現場臨床服務的查核。所以針對所謂非醫療的集團或是個人經營醫療事業，可以允許他合法光明正大的準備。以前也有合夥醫師是地下化的，權利義務都沒有保障，現在醫療社團法人其實是希望保障合夥醫師也好、合夥集團也好、權利義務明朗化、法制化。另一方面衛生署擔起財務監督責任，所以或許可以考慮要求洗腎醫療服務或是洗腎為主的診所，如果是有集團經營的話要求要用社團法人，醫療社團法人的方式經營，他的財務沒有要求公開化，但是至少每年接受衛生署內部的監督。衛生署就是一個委員會，請會計、審計的專家去做查核，像學校的部分教育部、會計室有很龐大的一個編制，去審核各個私立學校的財務。衛生署沒有這樣的編制，就用外聘委員會的方式去查核。』

PSC2：『……要求醫界自己內部稽核是一個超級困難的事情，同儕情誼，從醫學生開始大家就互相 cover，現在都已經成長了，那更困難。健保局在組織架構編制，還有專業能力上也沒有這個稽核。如果要針對評量這個部分做認真的考核，恐怕是要成立一個第三者的獨立機構，他有臨床方面的專業性，也有管理分析方面的專業性。另外這個集團化有沒有一個合理的空間，是有的，我們醫療法 2006 年整個全部修訂之後，有一個新型態的組織叫醫療社團法人，他是允許非醫療專業背景的人用出資，也就是股東的一個概念方式組成一個醫療社團法人，但是裡面要有一定比例的社員，社員組成董事，三分之二的董事是醫事專業背景。』

PSC2：『財務報告是要會計師簽證的，目前有一個會計師正接受會計師公會調查，準備就接受會計師公會的懲處，因為還是回歸到專業。醫療的部分就是回歸到醫事處的職權，因為有醫院評鑑，初步請醫院自行改善醫療服務方面，再不行就是送專科醫學會，最後不行再用醫院評鑑。』

PSC2：『或許這是一個管道可以讓他透明化，可以安大家的心。大家覺得他燈光美氣氛佳，都是一些不當招攬的方式，實際上人家可能用很好的機器，很嚴格的數據分析服務的病患品質，我們都沒看到只憑自己的想像把人家抹黑。如果說他願意接受這種所謂的另外一種形式組織的成立，可以接受政府的監督，目前還沒有要求社團法人要公報，公布財報。』

現在所有的財團法人財報是一整本，不是只有四大表，一整本放在網路上，隨便大家看，醫療社團法人還不用這樣，他只要接受衛生署內部委員會審核監督，然後董事會社員的開會紀錄過程也都會監督。如果存心要演戲造假，這個就要看委員的功力，能不能從初步的書面看出問題，然後再到實地訪查的時候找出更多問題。』

另外在品質管控方面，參與者也提出相關建議，例如 PH1 醫師提到可以學習像美國不定期抽檢、評核的制度；PSC2 學者提到由腎臟醫學會或其他客觀的第三團體、學術界進行調查；KCG1 提到可以建立評鑑標準，評量外包或集團透析院所透析醫療品質認證措施等。

PSC1：『唯一關心的就是不能影響到服務品質，這是很重要的要件，將來經營的時候你要改法律也好，要監督也好、管理也好，以這個為優先考量。』

PSC2：『如果有一個合理的管顧公司、醫材也好，國內像大學眼科這麼有見識眼光的醫師人才，又懂醫療、又懂管理、又懂法規，用一個合理的管理費用 5%、10% 管理，我們國科會計畫不是也都繳給學校 5%、10% 管理費嗎？現代專業分工的概念，Why not？但是回過頭來，像美國的經驗雖然允許營利的機構存在，但是他們在品質方面是一個很重要的招牌，沒有品質，營利機構就是會受到懷疑的眼光。所以集團經營也好，營利色彩的集團也好，更要拿出品質的數據或是形象來說服大家。』

PSC2：『剛剛談集團經營的洗腎醫療服務，擔心的其實就兩塊，一個是所謂的不當謀利，另外一個就是品質，品質這部份我想腎臟醫學會已經在現有的架構上可以做的很好……品質的部分還是要回歸到原來各自所屬的專業醫學會去查核。』

PH1：『其實我們大概在十幾年前就跟健保局建議了。健保局有稽核小組，只是坐在辦公室裡面，為什麼美國那麼大，那麼民主的國家他都可以做。我親自拜訪美國 USRD 的 head quarter 前任跟現任的負責人，看他怎麼做，他跟我們做簡報。他們說每一年選八百個不定期不預警的病患，去定期抽檢，抽完血後拿去化驗分析，每一年八百個，然後每一年再跟新加入的人比較，自動再提出去評估。每次都給我們汗名化，說我們在那邊亂洗，最近他們比較不會說亂洗，現在知道病人沒有一個人願意進入透析。』

KCG1：『對整個透析以後應該往好的品質去維持，而不應只是在分錢，設置標準要求不能外包若真的實施，我不曉得要怎麼做證實沒有外包，現在要去說我不是外包，那個標準在哪裡？他怎麼去認定說你非外包？』