

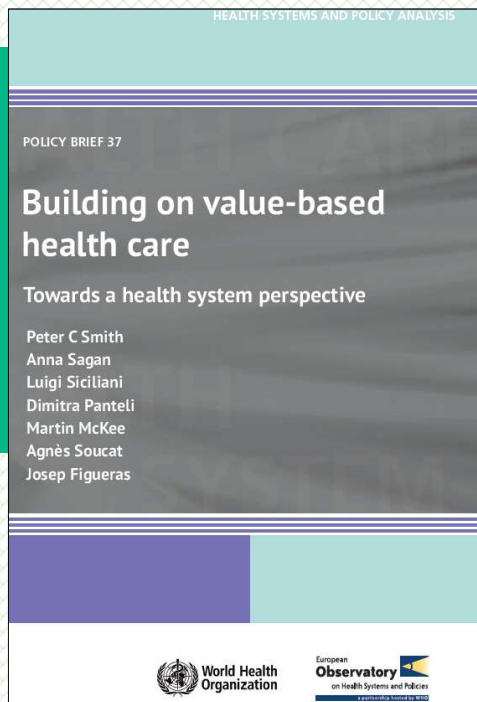
Building on value-based health care Towards a health system perspective

以價值為基礎的健康照護 衛生體系的前景

衛生福利部中央健康保險署

NATIONAL HEALTH INSURANCE ADMINISTRATION,
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

導讀人：醫務管理組 阮柏叡



莊欣怡科長：

主席、各位長官、各位同仁、各為線上的醫界先進大家早，歡迎大家來參加健保署111年英文專書讀書會，今天是由我們醫務管理組阮柏叡科員為我們報告文章的第二段，那我們先請主席致詞。

李伯璋署長：

謝謝，同仁大家都早安喔，我想連續兩個禮拜都有一些公務行程請假，本來今天也不在，不過我想很好，那當然我們醫師公會全聯會有協助我們學分(認證)，所以各位同仁在導讀的時候可能就更認真一點。另外，那個最近宗曦有提到藥師公會也在進行這樣的程序，那我想其實很多時候對健保相關議題，我覺得除了念書以外實務上還是要注意溝通。今天我看報紙有在敘述我們同仁有講到28天沒有住院的限制。那當然我知道很多東西我們提出來了本來就是站在病人為中心，假如病人需要治療就是治療。我想在醫院管理者我不希望大家對病人治療到一個階段叫病人轉院，然後轉院我是覺得對病人要善盡告知說明，不要動不動把責任都推到健保署來(健保署這樣規定)。我看小鳳在109年已經有把這樣的情況說明清楚。其實昨天我在立法院開會的時候，我們在寫一篇文章，因為上個禮拜我們到了韓國參加罕病研討會，其實對罕病的治療我想台灣的健保已經算是做得很到位，那我們在寫文章的時候當然有一些論述，我是覺得各位不管在任何情況或跟公共溝通的時候，一定要有信心，譬如說我們在減少一次就醫門診的時候，事實上就是減少一些不必要的檢驗檢查，所以才有可能省掉378億點。不是你少看一次351塊錢、要省378億點，不是這樣子，所以不要斷頭斷尾，因為唯有這樣我們做很多改革，我們才會讓人知道為什麼我們在推使用者付費的部分負擔，那昨天蘇巧慧委員跟我說，署長你在講不要只有講「部分負擔」(我們增加民眾的一個負擔)，可是你講「使用者付費的部分負擔」，我想那個概念就不太一樣，大家會覺得比較公平、正義，那剛剛我在講罕病也是一樣，其實我們一定是希望讓病人得到重生機會，那昨天他們說要把文章縮短濃縮，那縮短key word就不見了。為什麼我們對罕病的治療會壓力很大，譬如說龐貝氏症一個人治療，我想考你們一個人一年要多少錢，在那個姿擘一年要多少錢。

呂姿擘專門委員：1,000萬嗎？

李伯璋署長：

對1,422萬，我的意思是說像這種Keyword就在這邊，假如很便宜140塊錢的話其實健保署沒有什麼問題，就是多我們怕財務衝擊的時候會影響到整個醫療給付的相關性，所以我是覺得這些東西就不要怕，因為我們就是不好做都是有道理的，所以我覺得有時候你們在處理事物的時候不要說好像不清不楚，以為我們就是要善盡一個事務官在做事，因為就是跟社會溝通這樣的挑戰，像我看今天報紙在講說，我要確認一下有一個網紅醫師講說對於一些COVID-19病人肺部感染，少掉一個藥品健保不給付，所以病人都會引起呼吸困難的情況。不過他們有寫藥品名稱，等一下醫審再幫我看看是哪一個藥品名稱。不過我是覺得說有時候講話不是很上道，因為每一個疾病一個nature course、一個自然的疾病本來病就是有病，為什麼有Long Covid-19都是一定有一個道理的，不是說有這個藥以後這個病就好了，假如那樣的話很多仙丹都出來了，所以你看很多癌症的用藥大家講得也很好，可是為什麼我們之前很多不特異性都會有這種狀況。所以各位你們務必專業一定要有一個概念，我們在不是唸書就這樣，我希望給你們有自信管理整個台灣的健保，很多事情有來龍去脈，不要人家講了這樣，假如醫師講因為我們健保沒給付這個藥，就讓病人的生命可以預期的短，那我們馬上緊急採購藥，但病人沒有好醫師怎麼辦？你自己的醫師證書取消？問題就是這個講話都不負責，我就是很不喜歡這個樣子。我昨天在跟蘇巧慧委員在講，我自己當外科醫師，其實對很多病真的是需要怎麼去處理的時候我不會拖，不是那種拖的個性，我是覺得大家要互相勉勵好不好。因為很久沒有跟你們講話，所以今天難得把握這個機會跟你們做一個溝通好不好，那我們開始。

阮柏叡科員：

署長早、各位長官同仁大家早，還有醫界的先進、線上的朋友們大家早安。我是醫務管理組的柏叡，今天很榮幸可以擔任健保署英文專書讀書會的導讀人，我今天報告的主題是「以價值為基礎的衛生照顧，衛生體系的前景」，這是一篇2020年發表於世界衛生組織、歐洲衛生政策觀察站的政策報告。

簡報大綱

- 1 前言
- 2 釐清關鍵概念：
何謂衛生體系的價值？
- 3 衛生體系如何促進社會福祉？
- 4 衛生體系中的各種行為者
如何為價值做出貢獻？
- 5 心得

2

這是我的簡報大綱，其實這次是這篇政策報告的第二堂課，在上禮拜企劃組的偉倫已經有很精彩分享了。上禮拜他說為了要報告執行摘要，把整篇21頁的政策報告全部都讀完了，也大概把整篇報告的重點都講完了，其實我很煩惱今天接在他後面要怎麼報告？所以今天我的報告會額外補充一些內容，感謝偉倫上禮拜完整得分享，讓我可以多做一些補充，多舉一些實務的例子，帮助大家理解這篇簡報的概念。



前言



所有類型的衛生體系都在追求利用有限的資源創造更多的價值，諸如物有所值、基於價值的醫療保健、成本效益、以病人為中心等概念的發展，都是專注於創造價值的例子。



不同的價值概念來自衛生體系中不同參與者，有無數個評估價值的動機，故衛生價值並無一體適用的定義或架構。



本政策報告旨在通過提出一個確實的政策框架，促進有關價值的討論，並專注於衛生體系(包括健康促進和疾病預防)整體的價值。

首先是前言的部分，我們必須要知道所有衛生體系，都專注在利用有限的資源去創造更多的價值，其中包含基於價值的醫療保健、成本效益分析、以病人為中心的概念都是創造價值的例子，而且目前因為Covid-19疫情、人口老化及民眾的期盼等因素，所以衛生體系創造更多價值是一個迫切的需求。

另外呢，不同的價值概念，來自於衛生體其中不同的參與者，有無數個評估價值的動機，所以衛生體系的價值並沒有一個一體適用的價值定義，所以本篇政策報告旨在通過提出一個確實的政策框架，促進有關價值的討論，並專注於衛生體系整體的價值。

釐清關鍵概念：何謂衛生體系的價值？

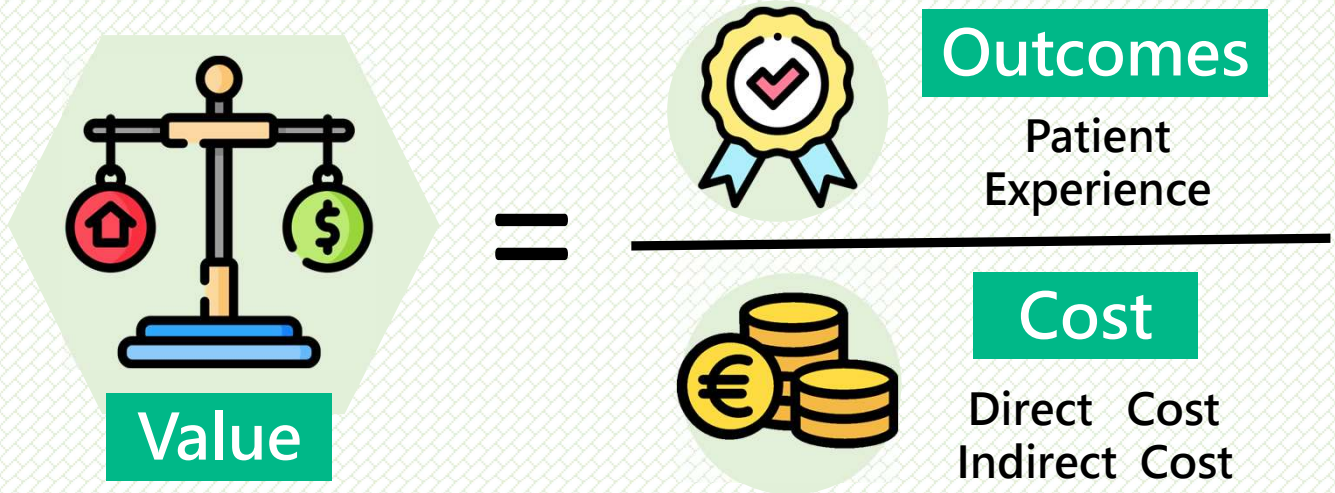


圖片來源：flaticon

4

首先我們必須釐清關鍵概念，就是何謂衛生體系的價值？

以價值為導向的醫療 (Michael Porter, 2006)



在這邊先幫大家做一個補充，也算是輕輕的喚醒各位塵封的回憶，因為這一頁提到的「以價值為導向的醫療」，其實我們健保署英文讀書會上上一本分享的書籍，這是哈佛商學院Michael Porter教授在2006年所提出的概念，也是目前就是以價值為導向的討論裡面最為主流的觀念。

首先Porter教授認為說，探討醫療的價值，必須先考慮醫療體系的產出，包含帶給民眾的健康、醫療品質跟民眾就醫過程的體驗。可是在討論醫療產出的時候，還一個很重要的關鍵概念，就是必須是思考這些產出背後花費多少的成本，包含說直接成本跟間接成本，所謂的「醫療價值」簡單而言是醫療產出除與醫療成本，也就是以最少的花費，創造最好的病患健康。



以價值為導向調整醫療框架



Michael Porter & Elizabeth Teisberg

以病人為中心，依據病患健康狀態整合各項專業服務

論量計酬轉向為以整個醫療為週期的包裹給付(DRG)

與周邊供應商合作，擴大醫療提供者的服務範圍

建立跨地區、跨醫療服務與跨就醫科別的醫療平台

定義服務範圍來整合交付系統，避免重複檢查及給藥

圖片來源：遠見雜誌

6

基於上一頁提到的「以價值為導向的醫療」，Michael Porter跟Elizabeth Teisberg衍生出了一個醫療價值框架，那這邊跟各位補充說明，這個醫療價值框架是針對美國醫療制度的現況及問題所架構的改善方針，目前美國的醫療的制度，主要是私人保險制度、勞工保險跟針對特定對象的公共保險所組成，並由每一件保險公司各自與醫療服務提供單位議價，所以美國的醫療保險提供的照護項目比較不完整、醫療相對不連續，很多民眾可能需要投保多個保險才可以得到一個完整的照顧。而且論量計酬的計費模式，也缺少了節約的概念，所以Porter教授他提出了醫療價值框架：

第一點就是以病人為中心，由專業醫事人員醫病患需求提供專業服務，讓民眾可以更完整醫療服務。

第二點是論量計酬轉向為以整個醫療為週期的包裹給付。因為剛剛提到論量計酬的計費模式缺乏成本節約的概念，所以改為以病例組合為單位包裹給付，減少不必要的醫療行為。

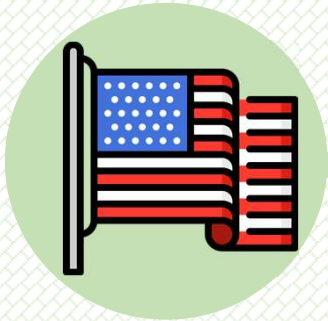
然後再來就是整合的部分，剛剛有提到醫療不連續，所以第三點就是鼓勵醫療提供者與周邊的供應商合作，擴大服務範圍，來提升民眾就醫的可行性。

第四點也是整合醫療服務，建立跨地區、跨醫療服務與跨就醫科別的醫療平台，來避免重複的醫療。

除了醫療層面外，還有交付層面，包含領藥、執行檢驗檢查，所以第五點是定義服務範圍來整合交付系統，透過整合來減少重複用藥及重複的檢驗檢查。



醫療價值框架的不足



針對美國醫療制度的問題所開發，不一定適用於其他國家。



在有限的資源下，側重醫療層面，會排擠衛生體系其他面向之需求。



無法解決人口層面(少子、高齡化)以及社會團結等更廣泛的問題。

上一頁提到Porter教授提出「以價格的導向的醫療框架」，其實還是有一些不完美的地方，首先是針對美國的醫療制度所開發，所以不一定適用於其他國家的狀況，第二點呢是在有限的資源下，側重醫療層面，可能會排擠衛生體系其他面向的需求，接下來第三點，也是最重要的一點，「以價格的導向的醫療框架」沒辦法解決人口層面(少子化、高齡化)及社會團結等更廣泛的問題，可是這也是目前各國衛生體系所面臨到最大的一個挑戰。



衛生體系創造價值的四個主軸 (EXPH, 2019)



歐盟效率化投資健康的專家小組
European Commission Expert Panel

專業價值

利用有限資源實現最佳健康結果

分配價值

公平分配資源予所有類型之患者

個人價值

適當的醫療照護以實現每位患者的需求

社會價值

醫療保健對社會參與的貢獻和連結

隨著不斷時間、經驗的實踐及累積，歐盟效率化投資健康的專家小組，在2019年的時候另外提出衛生體系創造下價值的四個主軸：

- 第一個是「專業價值」，利用有限的資源實現最佳的結果。
- 第二個是「分配價值」，公平分配資源給所有類型的患者。
- 第三個是「個人價值」，適當的醫療照護實現每位患者的需求。
- 第四個是「社會價值」，醫療保健對社會參與和貢獻的連結。

所以可以看到，從最早側重醫療制度的一個改革，現在針對價值討論，也慢慢的延伸到分配價值跟社會價值的層面、

本政策報告對於衛生體系價值的概念



應該要與社會的總體目標保持一致，即為最大化社會福祉！



全民生活滿意度的
綜合衡量

接下來我們回到這一篇政策報告。他對於衛生體系價值的概念是什麼？作者認為應該要跟社會總體的目標保持一致，就是最大化社會福祉，那什麼都是最大化社會福祉呢？其實就是全民生活滿意度的綜合衡量。



以社會福祉為目標是一種新的共識， 但是該如何衡量社會福祉？



國內生產毛額

- ◆ 傳統上以人均 **GDP** 作為經濟狀況的指標，認為經濟繁榮等於社會福祉。
- ◆ 具有嚴重的侷限性，此指標可能會認為醫療保健為非生產性的消耗



生活滿意度

- ◆ 在福祉的廣泛概念上，通常 **幸福與社會福利等概念可以通用**。
- ◆ 通過簡單 **自我評估調查** 個人的生活滿意度，進而評估幸福感。



其他各種因素

- ◆ 人們越來越意識到 **有形的因素**，如健康、教育、培訓、就業及住房等。
- ◆ 創造更廣泛的 **無形因素**（如安全、言論自由、社會歸屬）都能提升福祉。

以社會福祉為目標，這聽起來很不錯吧？可是我應該如何去衡量社會福祉？首先作者提到了，可以用國內生產毛額，就是以人均 GDP 作為一個指標。它的概念是經濟繁榮就是等於民眾幸福，可是這存在一個很大的侷限性。畢竟有錢也不代表一定能夠快樂啊。所以第二點改為以生活滿意度來衡量，因為在幸福的廣泛概念上，幸福跟社會福祉的概念可以通用的，可以通過簡單的自我評估，譬如說我快樂嗎？我幸福嗎？進而評估民眾的生活滿意度。

另外民眾整體的幸福感，可能來自於有其他各種因素，包含說有形的因素，例如健康、教育、住房、就業等等，還有無形的因素，就是安全、言論自由、社會歸感，這些都可以提升社會福祉。

衛生體系如何促進社會福祉？



圖片來源：flaticon

11

講完社會福祉，那我們現在必須瞭解衛生體系如何促進社會福祉？



無論採用何種衡量標準，健康被認為與教育和經濟繁榮等概念共同對福祉做出貢獻

世界衛生組織(WHO),2008年塔林憲章

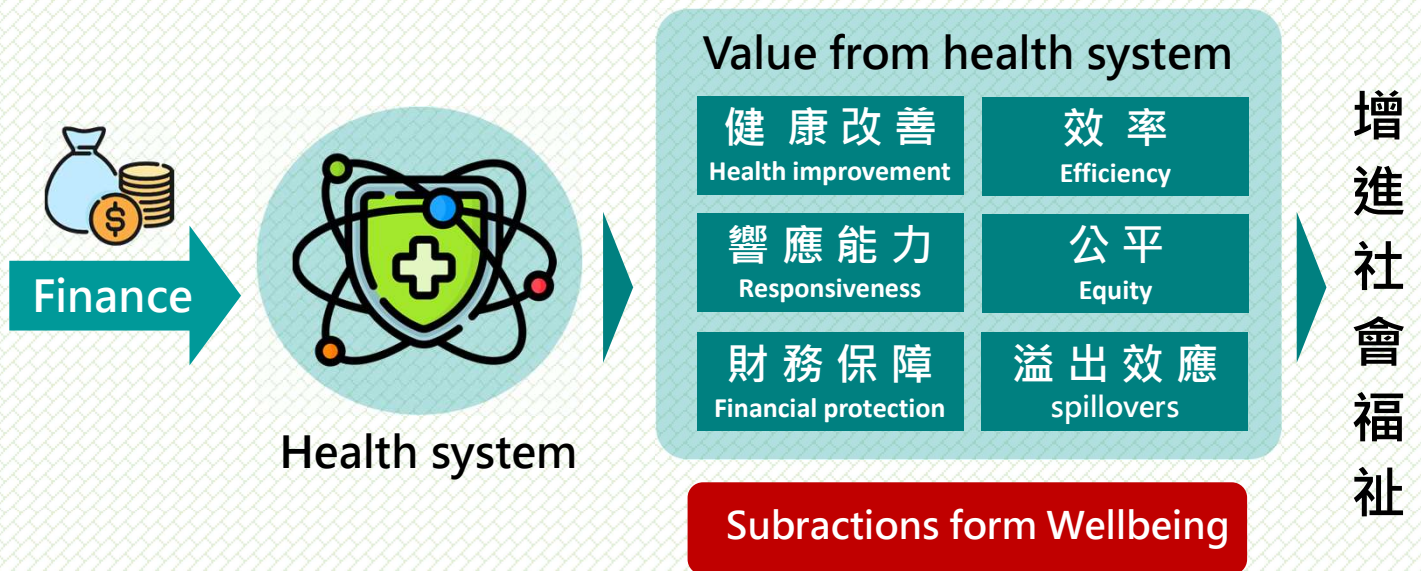
- 衛生體系的貢獻直接發揮在提供**安全**和**社會保護**面向。
- 通過健康改善，**間接作用**影響勞動生產率、教育程度和儲蓄等因素。
- 透過更直接地創造更多**財富**做出貢獻，例如提供大量就業機會。



這邊補充一下，就是不管採用何種衡量標準，健康被認為和教育跟經濟概念共同對福祉做出貢獻。世界衛生組織2008年在塔林憲章有提到，衛生體系的貢獻直接發揮在安全跟社會保護面向，尤其是社區精神醫療網，其實對於社會安定有非常大的作用，再來是通過健康改善，可以間接作用影響勞動生產率、教育程度和儲蓄等因素，還有衛生體系裡面提供非常多的就業機會，也能夠直接的對財富創造出貢獻。



本政策報告提出的衛生體系價值框架



回到這篇政策報告提出來的價值框架，這也是這一篇報告的重點。首先呢，我們投入資金(稅收、保險費..)到衛生體系中，資金透過衛生體系的運作，可以產生出健康改善、響應能力、財務保障、效率、公平跟溢出效益的價值。

但是在討論這些價值的時候，我還需要考量到政策錯誤、效率不彰所造成的減益，兩者加總之後，所產生的價值進而增進社會福祉。



衛生體系所產生的價值(1/3)

健康改善

Health improvement



- ◆ 健康改善是所有預防、疾病管理和治療性健康服務的主要焦點。
- ◆ 健康也是幸福的核心要素，既被視為一種資產，也屬於個人繁榮和發揮潛力的推動力。

響應能力

Responsiveness



- ◆ 響應能力反映衛生體系所提供的服務與病人需求一致的程度，通常以病人為中心為概念。
- ◆ 主要是通過衛生服務組合的設計、醫療從業人員的行動力和專業素養來提高響應能力。

談完了框架，我們進一步討論各個價值它的意義到底是什麼？首先是「健康改善」，健康改善是預防、疾病管理和治療性健康服務的主要焦點，也是幸福的核心要素。

第二點是「響應能力」，響應能力反映衛生體系提供的服務與病人需求一致的程度，原則上能夠迅速響應民眾的需求，代表衛生系統優秀的響應能力。在很多時候，民眾常常也不清楚自己到底需要什麼樣的醫療服務，所以衛生體系會透過專業的醫療人員去提供民眾需要的整合性醫療服務，這就以病人為中心的概念。



衛生體系所產生的價值(2/3)

財務保障

Financial protection



- ◆ 衛生體系透過提供事前保證，無論公民的財務狀況如何，其醫療需求都會得到滿足，且不會在事後遭受毀滅性財務後果。
- ◆ 衛生體系的保險制度對社會福祉有重大貢獻，最常以全民健康覆蓋(UHC)的形式表達。

效率

Efficiency



- ◆ 衛生體系通過創造各種成果來產生價值，增進社會福祉。但仍應考量付出成本最終以其他形式（稅收、保險費或自付費用）回到個人身上，從而損害幸福感。
- ◆ 衛生部門的低效率被認為是浪費，在有限的預算下，排擠衛生體系創造其他價值的機會，減損社會福祉。

第三點是「財務保障」，財務保障的是衛生體系透過提供事前保證，無論公民的財務狀況如何，其醫療需求都會得到滿足，且不會在事後遭受毀滅性財務後果，避免民眾落入因貧而病、因病而貧的惡性循環。我們健保署弱勢欠費不鎖卡也是為了提供民眾財務保障，在衛生體系的保險制度對社會福祉的財務保障常以全民健康覆蓋的形式來做一個表達。

第四點是「效率」，剛剛我們提到「以價值為導向的醫療」的公式。就是我們必須考量到醫療產出跟成本，那衛生體系的透過創造各種的成果來產生價值進而增進社會福祉，但是我還是要考量所發費的成本。因為它最終會以各種形式會回到民眾身上，而損害民眾的幸福感。而且衛生部門的低效率被認為是一種浪費，在有限的預算下排擠了衛生體系創造其他價值的機會。



分配效率

- ◆ 定義：在不損害整體的利益的狀況下，改變分配可增進部分個體的利益。
- ◆ 分配效率低下可能是將資源分配給了錯誤的服務組合，例如過度依賴治療性服務，而犧牲預防性服務。

技術效率

- ◆ 定義：在不增加成本的狀況下，增加額外的產出。
- ◆ 在衛生體系中技術效率低下，可能是產生錯誤成果或超出必要成本，例如非必要的檢查、不良的採購、低效率的醫療和過度使用醫療資源。

高技術效率的服務可能存在於低分配效率之衛生體系中，例如未落實分級醫療。

在經濟學的角度上，效率可以分為「分配效率」跟「技術效率」，首先分配效率是指在不損害整體利益的狀況下，改變分配可以增進部分個體的利益。那如果說分配效率低下，他可能是我們將資源投入到了錯誤的醫療服務組合之中，那接下來是技術效率，就是指在不增加成本的狀況下，增加額外的產出，可以視為技術進步之後，額外增加的效率，在衛生體系中技術效率低下，可能是產生的錯誤的成果或超出非必要的成本。

這裡也補充一點，高技術效率的服務，可能存在低分配效率的衛生體系之中。我舉個例子，像我們台灣的醫學中心，其實都有非常先進的設備，也有非常優秀的醫師，假如今天輕症的民眾都直接到醫學中心去就醫，那就會排擠到重症的民眾接受必要醫療服務的機會，這就是沒有落實分級醫療，代表著可能有高技術效率，但是低分配效率的狀況，所以分級醫療其實是一個非常重要的概念。



衛生體系所產生的價值(3/3)

公平 Equity



- ◆ 在許多國家，全民健康覆蓋政策將傾向資源重新分配給社會上更弱勢的人群，減少健康不平等及就醫可近性的不平等。
- ◆ 精心設計社會保險制度可以依據個人的支付能力籌集必要的財政資源，從而促進公平。

溢出效應 spillovers



- ◆ 衛生體系的貢獻可能溢出到其他部門的領域，這些結果定義為溢出效應，如改善學童健康的計畫也可能提高入學率和兒童認知發展。
- ◆ 雖然不屬於衛生系統的權責，但衛生體系對福祉的貢獻應該納入這些溢出效益。

接下來回到衛生體系產生所產生的價值，第五點是「公平」，在許多國家的全民健康覆蓋政策，更傾向將資源分配給社會上弱勢的人，減少健康不平等及就醫可行性的不平等。而精心設計的社會保險制度，可以根據個人的支付能力籌集必要的財政資源，譬如我國全民健康保險的計費，就是依照收入級距計算，收入高的人保費相對多一點，那收入少的人保費就相對少一點，進而達到垂直的公平。

最後是「溢出效應」，衛生體系的貢獻可能溢出到其他部門的領域中，譬如說，衛生體系改善民眾的健康，可能間接提高後續的民眾就業情形及表現，可以創造出更多財富價值，改善兒童的健康計畫呢，也可以提高入學率和兒童的認知發展，雖然說這些不屬於衛生體系的權責，但是衛生體系對社會福祉的貢獻，還是應該納入這些溢出效應進行考量。

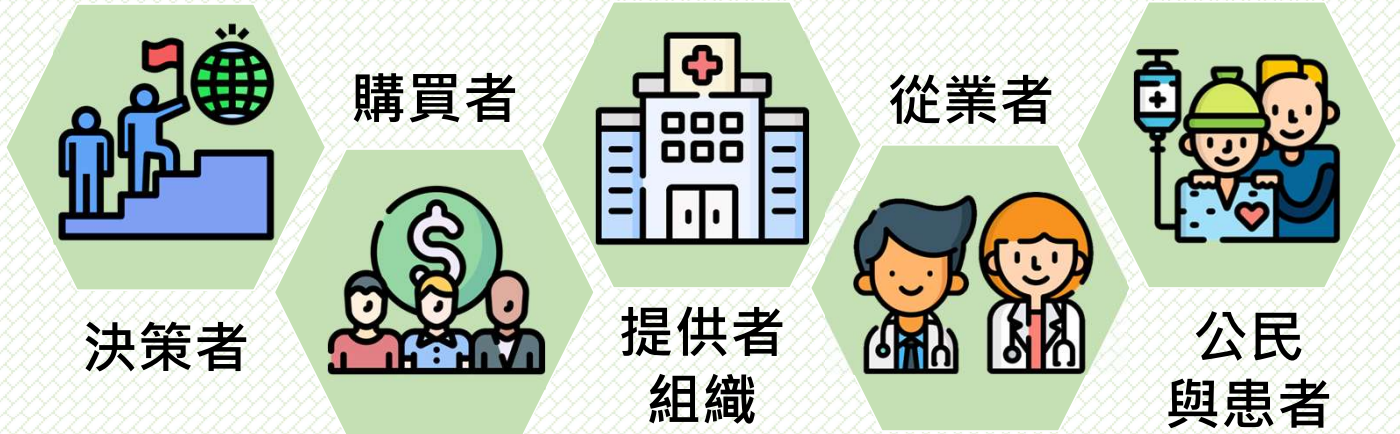
衛生體系中的各種行為者 如何為價值做出貢獻？



18

談完了衛生體系創造的各種價值。我們現在要來討論的是衛生體系中各種的行為者，他要如何為價值做出貢獻。

衛生體系中的各種行為者



圖片來源: flaticon

19

在這篇政策報告中，將衛生體系的各種行為者定義為5類，分別為決策者、購買者、提供者、從業者以及公民與患者，我依序來跟各位說明。



policy-makers
決策者

- ◆ 決策者是國家**衛生政策的制定者**或中央衛生主管機關。
- ◆ 決策者**確定衛生體系的價值**，即**衛生體系對福祉的預期貢獻**。
- ◆ 確定價值後，需要確定衛生體系的形式、明確目標、監測績效，以及確保衛生體系的運作可以創造對應的價值。
- ◆ 監測其他國家政策對健康的影響，並確保不會損害國民健康。

國內洗腎人數高達約9.5萬人，一年花費健保約680億點，為健保財務沈重的負擔，應於腎臟功能出現問題前早期介入照護。

進入洗腎階段病人若能順利接受腎臟移植，5年(92.3%·2017)；10年(80.7%·2017)存活率高，每人年醫療費用相較洗腎低，每人年節省35萬點。



瞻前顧後
以病人為中心之健康照護

善用資源
有效分配、節約費用

圖片來源：衛生福利部中央健康保險署、flaticon、illustimage

決策者，他是國家衛生政策的制定者，必須要確立衛生體系的價值，就是衛生體系對福祉的預期貢獻，也需要確保衛生體系的運作能夠創造出對應的價值。

那我在這邊就舉實務的例子，就請到我們敬愛的署長來做一個說明。我們的李伯璋署長，過去曾經是器官移植捐贈中心的董事長，對於腎臟移植非常的專業，那他就有提到說，我們國內洗腎的人數高達9.5萬人、一年花費健保680億點，是健保財務沈重的負擔，那健保應該在病人腎臟功能出現問題前早期的介入照護，如果已經進入洗腎階段的病人，若能順利接受腎臟移植，他的存活率高，而且比起每年洗腎的費用，透過器官移植跟後續的抗排斥藥物每年的醫療費用更低，每人年可以節省35萬點。

所以署長指示說了，早期的腎臟病變，我要瞻前顧後，以病人為中心提供健康照護來早期的介入。如果已經說是進入腎臟疾病階段，甚至需要洗腎的病人，我們就要善用資源，除了介入照護外，也盡量安排讓他們可以接受腎臟移植，節約健保費用。



purchasers 購買者

- ◆ 購買者通常是國家保險主管機關、地方政府或地方衛生主管機關。
- ◆ 購買者的作用是為特定人群規劃和購買服務，需同時考量法規層面、預算限制以及當地人口的需求。
- ◆ 購買者的目標為確保分配效率，利用有限預算獲得高價值的服務，其關注的價值要素可能是健康改善、服務響應能力、公平及效率。

糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(DM、Early-CKD、DKD)。
全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人衛教與照護計畫。

新增活體腎臟移植團隊照護獎勵費、提高腎臟移植支付標準。



圖片來源：flaticon - いらすとや

21

購買者，通常是指國家保險的主管機關，就是我們健保署。購買者的作用是為特定人群規劃和購買服務，那我們關注的目標是要確保分配效率，運用有限的預算獲得高價值的服務，讓民眾可以得到健康改善、服務響應、公平及效率的價值。剛剛有請到了我們的署長，那邊再請到了我們辛辛苦苦、天天加班的醫官組同仁，那大家可以看到簡報上有幾個人，偷偷跟你講，那幾個人是我們醫管組的兆杰組長、慧真參議跟林義副組長，還有我們總額科的于淇專委，因為還要修改支付標準，所以還有支付科的依婕專委跟佩軒專委，要不要跟大家揮揮手！

那剛剛有講到說，腎臟疾病的部分我們需要早期介入，那到底要多早呢？其實，我們的規劃是從代謝症候群就開始去做一個追蹤。針對代謝症候群的個案，他如果腎臟指數偏高的話呢？我們就會納入Early-CKD的方案去一個追蹤。另外還有發現糖尿病是一個尿毒症的一個危險因子，所以說呢？我們在方案中加強了糖尿病的共病照護，就是糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(DKD)，這是早期診斷、早期介入的部分。

病人的狀況若是稍微再惡化，可能有經歷過急性腎衰竭的或是說其他的狀況，已經進入了末期腎臟病的前期，那我會納入(Pre-ESRD)之病人衛教與照護計畫，透過了藥事照護、病人衛教、營養諮詢各層面的照護，來避免惡化到需要洗腎。

如果真已經到需要洗腎的階段，那我們也是鼓勵病人去接受器官移植，所以我們有新增活體、腎臟移植團隊照顧獎勵費，還有調升腎臟移植的支付標準，來提供醫療服務提供者執行的誘因。

那剛剛講到上面幾位都是我的長官，那人會問說，柏叡你在哪裡啊？那我跟大家講一下桌上那些報告都是我們基層同仁準備的，只是決策是長官在決策。



provider organizations

提供者組織

- ◆ 衛生體系中小型的初級保健機構到複雜的大型醫院都屬於提供者。
- ◆ 提供者組織的目標視提供的服務範圍、經營的市場類型有所差異。
- ◆ 提供者以整合高質量和即時響應的醫療照護服務來產生價值，並同時管控成本、改進管理和臨床照護流程，以維持財務的可持續性。

醫院組織參與照護計畫之醫療團隊，協助照護對象的收案，積極媒合器官捐贈病人。



提供者組織，在這邊我會加一個組織來稱呼，因為提供者通常是以組織的形式做一個存在。在衛生體系中小型的初級保健機構到複雜大型醫院，都屬於提供者。提供者的目標是依據提供服務範圍跟經營市場類型有所差異。提供者為主要作用整合醫療服務來產生價值，同時並管控這些醫療服務的成本去維持，財務的可持續性。

回到腎臟照護的例子，醫院可以組織參與照護計畫之醫療團隊，協助照護對象的收案，積極媒合器官捐贈病人。



practitioners 從業者

- ◆ 從業者為衛生體系中廣泛的臨床從業人員。
- ◆ 從業者在衛生體系價值的貢獻為直接提供病人所需的醫療照護，並響應其需求，達到健康改善。
- ◆ 為了提供高品質的醫療照護，從業者需要持續進修，而資深從業者的重要角色為培訓經驗不足的同事，職業領導力可以更進一步的關鍵。

由醫師、衛教護理師、營養師及藥師等專業醫事人員組成的專業醫療團隊，提供疾病管理、腎功能監測、診斷治療及衛教措施等以病人為中心的整合照護。



圖片來源：flaticon - いらすとや

23

從業者，指的是衛生體系中廣泛的臨床從業人員，從業者在衛生體系價值的貢獻為直接提供病人所需的醫療照護，並響應其需求，達到健康改善的目標。為了持續提供高品質醫療照護，從業者也需要持續的進修，資深的從業者呢還有一個很重要的角色，他必須培訓經驗不足的同事，所以職業領導力也是更進一步的關鍵，那我剛剛有提到的時候持續進修，今天我們讀書會也算是進修的環節，所以今天在線上的醫界先進，可以都可以說是在為創造價值而努力。

回到腎臟照護的例子。從業者們(包含醫師、衛教護理師、營養師以及藥師等專業的醫事人員)組成專業醫療團隊，來提供民眾疾管理、腎功能監測、診斷治療及衛教措施等等以病人為中心整合的照護。



citizens and patients

公民與患者

- ◆ 公民與患者為衛生體系所**創造價值意義的核心**，也是衛生體系對福祉所做貢獻的**最終仲裁者**。
- ◆ 通過納稅或繳納保險費成為衛生體系的主要**財政貢獻者**。
- ◆ 提高民眾的**健康素養**創造價值，如增加健康促進的活動、減少危險的行為，提升醫囑的遵從性等，對於衛生體系創造的價值發揮關鍵作用。

初期腎臟疾病病人透過全面的照護而延緩腎臟功能惡化，而洗腎病人接受腎臟移植，提高了生活品質，青壯年腎友甚至得以重返職場。

而透過衛生體系的推動，亦可提升民眾響應器官捐贈的風氣。



圖片來源：flaticon - いらすとや

24

最後一個是公民與患者。他們是衛生體系中創造價值意義的核心。因為剛剛有說衛生體系最終目標是最大化社會福祉，也就是最大化民眾的幸福。所以說衛生體系的貢獻，最終仲裁者也是公民及患者。另外，公民及患者透過納稅跟繳納保險費成為衛生體系中主要財政的貢獻者。

提高民眾的健康素養，也可以來創造價值。譬如說，民眾可以增加健康促進的行為、提升醫療的遵從性等等，這對於衛生體系的創造價值可以發揮關鍵作用。

回到我剛腎臟疾病的例子，那我們初期腎臟疾病病人透過全面照顧，延緩你的腎臟功能惡化，那洗腎病人接受腎臟移植後提高了生活品質，青壯年的腎友甚至可以重返職場，而透過衛生體系的推動，也可以提升民眾響應器官捐贈的風氣。青壯年腎友重返職場可以額外的創造出經濟的價值、透過推動提升器官捐贈的風氣。這些都算是衛生體系都運作的時候，產生的溢出效益。當然這些價值最終可以去促進社會的福祉。

心得分享



思考自身業務與
社會福祉的連結



透過與社會對話
尋求價值共識



人人都是衛生體系
的一份子

接下來是心得分享，我的心得有三點，第一點鼓勵健保署的同仁「思考自身業務跟社會福祉的連結」，強化自己的使命感，以我自身業務為例，我作為牙醫總額的窗口，主要的業務對口是牙醫師公會全國聯合會，透過在醫務管理組這段期間的接洽，我認為牙全會是很用心、也很為民眾著想的單位，近年協商也提出全面提升感染管控、牙醫弱勢鄉鎮、牙醫不足地區巡迴等策略，具有保障民眾就醫安全、偏鄉民眾就醫可近性的價值，今年巡迴醫療的外展點，也要納入的提升感染管控，讓偏鄉民眾不只可以就醫，還能享受安全有品質的服務。依我的立場，只要能夠造福民眾的部分，當然是全力協助，或許今天在我手邊規劃的計畫或是方案，未來能夠幫助到有需要的民眾，那將會是我最大的成就感。

第二點是「透過與社會對話，尋求價值的共識」，因為我剛剛的報告有提到，衛生體系他創造價值來自於不同的參與者，每個參與者都有不同的立場，以不同的角度去定義價值。如果說僅以特定群體的立場去定義價值，到我們所端出來的政策，當然就沒辦法觸動人心，沒辦法滿除大部分民眾的感受。以調整部分負擔為例，因為會增加民眾就醫時的支出，短期來說損害民眾的幸福是必然的，可是長遠來看，可以增進使用者付費的意識，可以促進健保的永續經營，是對社會福祉有所貢獻的，所以部分負擔怎麼公平的調整，就需要透過與社會對話尋求價值共識。

第三點是「人人都是衛生體系的一份子」，剛剛有提到衛生體系中有五種行為者，而我們每個人都是衛生體系的一份子，而且在衛生體系中不只單一的角色，比如說我在健保署時可能會是決策者或購買者，而回到產業界時會是從業者，而不論何時我都屬於公民及患者，所以除了在工作中盡心盡力外，平日我也可以透過健康促進的行為，譬如說運動、飲食管理等行為來創造價值，個人的力量雖然很渺小，但是如果所有的人都可在自身的角色中貫徹價值的貢獻，那終將成為促進社會福的動力。



報告結束
敬請指教

我的報告到這邊，謝謝大家的聆聽。另外，我要幫下一堂課宣傳一下，雖然我的報告到這邊結束了，但是這篇政策報告還有很重要部分，就是政策槓桿跟運用TAPIC 準則確定衛生策略是否有效執行，會留在下一次的讀書會來分享，請大家下週同一時間繼續追蹤我們健保英文讀書會，下面請企劃組打上報名網址，謝謝大家!