

「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」

106 年第 3 次會議紀錄

時間：106 年 8 月 16 日(星期三)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂(台北市信義路 3 段 140 號)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：劉立麗

出席代表：

吳代表瑞堂	陳瑞瑛(代)	呂代表國樑	呂國樑
宋代表俊明	宋俊明	李代表妮真	李妮真
李代表永振	李永振	林代表石化	林石化
洪代表冠予	請假	張代表克士	張克士
張代表孟源	張孟源	梁代表淑政	梁淑政
陳代表麗淑	陳麗淑	郭代表錦玉	郭錦玉
曾代表志龍	曾志龍	楊代表五常	劉碧珠(代)
廖代表秋鐳	廖秋鐳	蔡代表江欽	蔡宗昌
鄭代表集鴻	鄭集鴻	盧代表國城	盧國城
謝代表武吉	王秀貞	顏代表大翔	顏大翔
羅代表永達	羅永達	鐘代表應欽	鐘應欽

列席單位及人員：

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

本署醫務管理組	陳真慧、劉林義、洪于淇 林右鈞、林蘭、歐舒欣 邵子川、鄭正義
本署醫審及藥材組	李待弟、陳淑儀
本署企劃組	柯秉志
本署資訊組	姜義國
本署臺北業務組	儲鳳英、陳懿娟、許敏惠 張惠芳
本署北區業務組	麻晟偉
本署中區業務組	張志煌
本署南區業務組	林育彥
本署高屏業務組	陳秀玲
本署東區業務組	江春桂

壹、主席致詞(略)

貳、確認本會前次會議紀錄。

決定：確定。

參、報告事項

第一案

案由：本會歷次決定/決議事項辦理情形。

決定：

一、洽悉。

二、序號 1「台灣腎臟醫學會提出腹膜透析相關支付標準調整之具體方案」、序號 3「門診透析獨立預算執行概況」對民意調查之建議、序號 5「特約院所於透析機器擺放明確之專屬機器標示」請腎臟醫學會協助輔導

之後續事宜、序號 7「修訂 107 年全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」等四案繼續列管，其餘同意解除列管。

第二案

案由：門診透析預算執行概況及慢性腎臟病防治策略報告。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、考量慢性腎臟病防治屬於國家級政策請將會議紀錄轉國家衛生研究院參考。

第三案

案由：106 年第 1 季門診透析服務點值結算報告。

決定：

- 一、確認 106 年第 1 季點值，如下表：

季別	浮動點值	平均點值
106Q1	0.81052081	0.82484066

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

第四案

案由：105 年『全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫』結算報告。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、確認 105 年『全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析

服務品質提升獎勵計畫』，以各院所定期上傳本署「健保資訊網服務系統(VPN)」做為結算與核發依據，且為維上傳資料之正確性，對於未上傳或上傳資料錯誤者，不予核發。

三、本計畫辦理核發作業後，若有未列入核發之特約院所提出申復等行政救濟事宜，經保險人審核同意列入核發者，其核發金額將自結算當季之其他預算項下「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」預算支應。

肆、討論事項

第一案

案由：修訂「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」案。

決議：「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」B型及C型肝炎轉陽之目標值及指標鑑別度之適當性，請台灣腎臟醫學會納入「肝癌及肝炎防治會」及與會代表相關意見，於下次會議提案討論。

第二案

案由：腹膜透析支付標準修訂案案。

決議：

- 一、腹膜透析支付標準調整案經與會代表充分討論，支付標準仍維持現狀，107年仍採點保障點值的方式處理。
- 二、另將本會代表建議取消醫院評鑑腹膜透析執行占率之相關意見，轉請衛福部醫事司參考。

臨時動議

案由：因腎友常患共病需就醫，近來被全面核刪診察費，且各分區做法不一，提請討論。

決議：有關部分代表所提各分區核刪透析診察費標準不一致一節，由本署醫審及藥材組瞭解本個案並蒐集各分區處理情形，研擬適當處理方式，於下次會議說明。

伍、與會人員發言摘要，詳如附件。

陸、散會：下午5時

全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議

106 年第 3 次會議與會發言重點實錄

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

主席

各位代表對於決議事項辦理情形有無意見？

李代表永振

對於追蹤序號 3 及序號 5，我們要追蹤到甚麼程度？以序號 3 的辦理情形來看，健保署要召開會議討論，討論也還沒結果就要解除追蹤？是否等達一定結果再來解除追蹤？序號 5 也是同樣情形，雖然已經把名單提供台灣腎臟醫學會，也要等該會輔導及提供填報完整之名單，提供及填報回復的名單各有多少？都還不清楚。我認為應追蹤徹底一點比較好。

主席

謝謝李代表的建議，是否有其他意見？李代表建議蠻有道理，序號 3 及序號 5 修正為繼續列管，下次會議再追蹤問卷修正的後續情況以及腎臟醫學會回覆標示不完整的院所。是否有其他意見？若無，則本案決議事項辦理情形予以確認。接下來進入第二案。

報告事項第二案：門診透析獨立預算執行概況

主席

對於本案報告門診透析預算執行情形，各位代表是否有提問事項？請廖代表。

廖代表秋錫

簡報資料第 16 頁關於 106 年第 2 季每季平均申報點數跟去年同期比，這邊寫 105 年全年，但是看數字應該是季平均？因為跟前面的沒差多少，所以是季平均，如果寫全年可能容易誤解，建議修正。雖然血液透析每件申報點數高於腹膜透析，惟因腹膜透析為 1 點 1 元，而血液透析為浮動點值，故血液透析乘以浮動點值(約 0.8105)，再與腹膜透析比較後仍會少兩三萬。

李代表永振

首先，在議程第 14 頁之 105 年全年人數為 85,118 人，但 106 年第二季下降至 78000 人，有何特殊原因？其次，簡報第 19 及 20 張，上次看到媒體報導呼吸器部分，健保署有改善，從三年前 160 億降到去年剩下 120 億，120 億並不是小數目，現在又看到透析九十天以上的資料，讓大家很難不聯想這是怎麼一回事，請大家看第 19 張簡報，我們看到八十歲以上佔四成，再看底下的表，250 萬以上佔三成，這個數字拿來參考是可以的，但我想請教健保署不曉得有甚麼看法及後續處理方式？這個不醫好像不行，可是要醫又好像怪怪的，五百萬點以上佔了 10%，是否可以說明一下？

劉代表碧珠

我想提一下，這個當然不是今年的問題，以 PRE-ESRD 論質方案來看，其實已經從 101 年到現在預算執行率每一年都是超標，相對來講院所投入的人力等於是做功德，當然提升品質是一定要做的，但是醫療院所得到的結果實在有點心酸。今天健保會的消費者代表也在場，以預算執行情形來看，我們在討論提升服務品質同時，相對也希望預算要夠充分！106 年上半年該項預算執行幾乎已經到快百分之百，惟下半年仍畏繼續做 PRE-ESRD，這樣的預算編列還要再

考量。因為從 101 年到現在，已經超出預算非常之多，其實我們都知道點值結算真是慘不忍睹，對於醫療院所專業從業人員來講，真是情何以堪，所以我再次提出來希望消費者代表可以正視這個問題。

羅代表永達

各位午安，首先，我先從醫療供給的部分來講，因為最近中區很多大型的醫院，我稍微看一下我們第 9 張的簡報，可以看到我們中區的透析病房或是醫師數大量成長，因為多屬很大型的醫院，本來是無可厚非的事情，可是我們看到第 17 張簡報，發現件數、病人數沒有增加，但是病床數或醫師數都是增加的情況下，是否會造成供給會誘發需求的可能性？不然為什麼中區成長率會相對地變高？這當中有什麼問題要注意？其次，每次提到呼吸病人和洗腎病人，我們都會提到兩件事情：費用是多少？有沒有把 ICU 的或 RCW 的扣掉？如果扣掉事實上可能沒有這麼高，因為這裡面很大的費用是花在急性期的部分，上次總額報告時我就提醒以後要報告這個數字應該是要把 ICU 或 RCW 的費用扣掉，事實上他沒有 120 億這麼高，很多錢是用在急性期的，真的用在慢性期的有多少錢？我想這個數字對很多人是很重要的。這陣子大家知道 RCW 的病人急遽下降，剩下的這些病人相對於全部的數字雖然不高，但是新委員一看到這個數字就會很驚訝，常須我們多次的解釋，事實上現在很多人進入安寧後就逐漸再減少，在第一線有太多的故事我們無法舉出來為何某些個案無法做，所以我建議本項以後不需要再報告。我今天向大家解釋後，以後還有沒有需要再做報告？

主席

是否還有其他提問？暫時沒有，先請醫管組回應說明。

劉林義科長

有關第 12 張簡報 105 年透析人數是以全年曾經透析的歸戶人數，並不是某一個時間點，而是全年四季透析的歸戶人數，至於 106 年第 2 季，則僅統計該季曾透析之歸戶人數，所以 105 年全年會較單

季來得高，等到 106 年四季數字都出來後，屆時會有 106 年全年人數，可再和 105 年進行比較。第 20 張簡報，我們將透析九十天以上併用呼吸器和洗腎者鼓勵進入安寧，相關名單也會轉知分區提供院所加強宣導安寧療護。另第 25 張簡報關於 PRE-ESRD 預算支用的部分，目前在其他預算已編列「慢性腎臟照護及病人衛教計畫」，包含 PRE-ESRD、Early CKD 及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升計畫」等三項共用一個專款 4.04 億元，近年來預算並沒有用完，所以仍以一點 1 元支付。

龐組長一鳴

第 25 張簡報 PRE-ESRD 預算執行欄位是執行金額(百萬元)，不是執行率，方才同仁報告為執行率係口誤，目前預算執行都沒有到達百分之百，醫院如同劉代表提到其實做得十分辛苦，但還是有努力的空間；近日健保會評核會議提到論質方案有很多且同質性很高，目前論質計酬比較著重於鼓勵過程面指標、Reporting，惟對於結果面指標是不夠多的。因此會有劉代表講的情形，醫院做的很辛苦，反映在結果面應該是好的，此時就應該給予獎勵，因此我們希望能發展結果面的指標與應用，未來如果實證過程面與結果面相關的話，希望能朝結果面指標去改善與持續檢討。另對於中區、北區等病人數增加，部分原因可能為縣市人口的成長，本署數字為成長數值，並沒有除以分區的人口數；病人數增加與人口學、發生率都有關係，據國衛院出版台灣腎病年報顯示，透析發生率比較高可能還是雲嘉南等地區，因為各地的發生率要乘以人口數才呈現發生數，特別補充說明。

主席

剛才羅代表提問關於呼吸器及透析費用統計之範圍？

龐組長一鳴

方才羅代表和李代表都有提到第 19-20 張簡報關於呼吸器併用透析的問題，簡報資料顯示人數並沒有減少，且費用仍然很多，費用的計算方式即這個人的總費用，並沒有特別予以區分或排除，接

下來李代表關心後續處理方式，因為本會是集合各界代表，本項確實也是很大的社會問題，故本署原則依據相關法規，如同劉科長所講的，我們會將名單回饋給院所進行宣導，鼓勵病人及家屬接受安寧服務，並且備註於的下端。

李代表永振

我可以接受剛才組長對於呼吸器的相關說明，不是一朝一夕或一蹴可及的，但我想知道的是「有所作為」，而不是放在那邊兩手一攤，這樣是不行的。另外，關於透析人數第二季減少的原因，我還是不太瞭解，是否可以再予說明？

主席

105 年透析人數是當年透析人數歸戶後的總數，即全年只要曾經透析的病人(包含新進的病人、透析後死亡)，不管透析次數會被計為一人，是以全年的概念，故全年歸戶透析的人數會比單季多。

龐一鳴組長

我再簡單說明一下，最近署長十分關心這個議題，本署呈現透析人數與台灣腎臟醫學會統計數字有些許差距，故本署同仁深入瞭解後發現是流行病學上所謂「點盛行率」和「期盛行率」之差異，「期盛行率」係一整年期間有發生過這項疾病的人，本署目前就是「期盛行率」的概念，而臺灣腎臟醫學會有時是以「點盛行率」的概念進行統計，也就是以年底的那一天或是年中的某一天，當時有多少的洗腎病人。如果使用「期盛行率」概念進行統計的病人會比較多，就是一整年的時間曾透析的病人皆須列入計算。

李代表永振

有念數學的大概知道健保署是用聯集的概念，來一次就要算進去，但是與季資料放在一起會讓人家誤解，因為我會聯想到應該是減少，可是怎麼會成長 4%，馬上就聯想到總額了。另外議程第 26 頁慢性腎臟病防治五年存活率的資料…。

主席

全年透析人數請業務單位加強備註說明；另李代表提到議程第

26 頁台灣腎臟醫學報告慢性腎臟病防治的議題，目前我們還沒進入該內容之討論，稍待該會報告後再進入提問與說明。先回到之前本署的簡報資料，可以看到大家長期關切的議題，透析人數還是在成長(約 3%)，另外，就是腎功能及心肺呼吸系統二個器官都衰竭，先不論他們是否花了很多費用，實際上這些病人真的是滿受苦的而且年紀都比較大，我們也瞭解腎臟醫學會也對這些病人啟動安寧諮商，不曉得理事長可否予以補充說明？

盧代表國城

現在衛福部、健保署都很提倡這部分，學會也一直很鼓勵，尤其是在醫院端部分，但是基層如包含會診等是有一些困難，所以我想併後面一起討論，包括開始透析前透析治療模式的選擇，不管是血液透析、腹膜透析或移植，最後安寧這部分，有些病人剛開始透析並不在腎臟科(例如：在外科急性腎衰竭透析幾次後，部分恢復或變成慢性..等)，故無法達到全面百分之百，由腎臟科醫生透析者可以百分之百掌握，但在他科的話就無法掌握，我們等一下後面會再做說明。

主席

我記得這項議題過去也曾多次討論，到底是先透析還是先呼吸器或是先呼吸器再透析，但是目前病人就有腎及肺臟器官的衰竭，腎臟科醫師還是會照護到呀！我們未來邁入高齡的社會，我們不希望年紀這麼大的病人如此受苦，所以啟動安寧，不管他是胸腔內科的 RCW 病房或是在透析，他都是在就醫狀態，所以拜託大家還是要為這些受苦的病人跟他的家屬宣導衛教安寧，希望能減輕病人的痛苦。第 20 張簡報同時併用呼吸器及住院透析 90 天以上有 122 人裡面只有 9 位進入安寧，比例只有 7.4%，這是非常偏低的，安寧透析是一種漸進方式，也是一種緩和醫療的概念，需要我們醫師共同遵守及推動。

盧代表國城

這部分我們會再努力。

羅代表永達

主席，我想稍微補充下，第一：雖然這項名為「已進入安寧」，也就是後來沒有繼續實施，但在各分區裡面，以中區而言，像這樣的病人他們一定要接受安寧的會診，然後請家屬來簽 DNR，至少我們已經跟他說明過，讓他選擇。其實每一個病人都有他們自己的故事，我們看前面的資料，像醫學中心有 18 個這樣的病人，你就知道醫學中心並不想要照護這樣的病人卻不得已要做，如龐組長所講是一個社會問題，不是那麼的單純，每一個人有他自己的故事，否則他已經轉到下游病房，有些雖在上游病房但又出不去，區域也有 32 個人，因為醫學中心照護洗腎又併用呼吸器的病人，他的成本是非常高的，單純洗腎或呼吸器的病人都比較容易，只要二個疾病併發在照護上非常費心又費力，所以完全沒有任何經濟誘因；對於家屬來說，每個家庭還要再另外付生活照護費，很多家庭也都是萬不得已，我以前常常說要不要把每一個人的故事寫出來，這樣的情況下要讓臨床醫師做這樣的決定，說實在話太難為第一線的醫師，所以我們常常認為要用文化讓家屬慢慢接受這個概念，最近安寧又擴大範圍(如：植物人..等)，因為只能循序漸進沒有人能一步到位，如果太霸道反而會產生很多後遺症。我剛才也只要求兩件事情，首先應拿掉 RCW 之後到底是多少錢，不然會讓大家產生恐慌，覺得怎麼花了一百多億，事實上是包括急性的加護病房和 RCC，整個加起來才是這個錢。假設它的費用沒有占很高，我們有無必要用這麼重的手段去處理？曾經接受過安寧諮詢的家庭到底有多少百分比？我覺得這要讓政府和所有的消費者知道我們已經盡力去講，但基於人道等情況，我們也不能強迫病人接受，所以我建議這項數字是不是一年報一次或半年報一次就好了，因為每次都會引起這樣的討論。

主席

請專家學者提供意見。

宋代表俊明

我曾參與癌症安寧的照護，我非常同意羅代表所講的，我們現

在做的安寧尚不成熟，現在做的安寧是請病人或家屬簽 DNR，但這些並不叫安寧，而是應該是讓三方（病人、家屬、醫療端）都很平安，而不是變成遺棄的藉口。我同意目前我們單看簽 DNR 或最後不急救的數字是不合適的，因為我們大家沒有準備好，安寧是要對生命有絕對尊重的人，才有權力叫安寧。

鐘代表應欽

我同意宋代表的說法，這是文化的問題不能強迫，要讓社會慢慢能夠接受，水到渠成後才有意義。

主席

謝謝宋教授指導，是否還有其他意見？如果沒有的話，本署執行概況報告就討論到此，接下由台灣腎臟醫學會報告「慢性腎臟病防治」。

報告事項第二案：慢性腎臟病防治及照護品質國家監測目標芻議

主席

謝謝秘書長的報告，理事長是否需要補充？

盧代表國城

先請大家討論！

主席

我先請教議程第 28 頁關於第二期 2017-2021 年之目標值，代表 2021 年達到或每年要達到該項目標值？

盧代表國城

目前建議係每一年要達到的目標值。

主席

理事長說明係每年的達成率，即自 2017 年起要朝五項目標努力，並不是到 2021 年才要達到的意思。

李代表永振

議程第 26 頁剛才秘書長已經說明，下面的表是否也可以解釋一下，因為我看到 45 歲以上的存活率都比歐洲好，20 歲到 40 歲雖然少一點點但大致相當，但為什麼 19 歲以下差異這麼大？而且台灣 19 歲以下比 20 歲到 24 歲少一點，不曉得影響因素為何？

宋代表俊明

先跟腎臟醫學會代表說聲抱歉，我們當初談 PRE-ESRD 時，我想龐組長也會認同…只要是進入透析的，我們希望能百分之百在前一年接受 PRE-ESRD 的照護，但在議程第 32 頁顯示第二期目標為慢性透析患者在前一年參加 PRE-ESRD 的人數成長 3%，但透析人數一年的成長率就差不多是 3%了，等於是沒有成長！所以是否應該訂出一個比率，現在進入透析前大概 50%有接受 PRE-ESRD 的照護，這個比率才是我們要的。假設透析人數每年增加 2%-3%，然後 PRE-ESRD 的收案比率增加 3%，這樣好像不是我們的目標，是否應訂出一個比率（如：70%或 80%）大家一起來努力，可能比較容易到達大家真正的目標！目前的訂法雖然比較容易達到，但事實上每年進步並不多啦。

不曉得我這樣講大家能否接受，純為個人感覺，到底透析病人前一年有沒有經過 PRE-ESRD 的照護，甚至是兩年的照護，應該要訂定一個比率，不曉得理事長能不能同意？我知道這個是很辛苦的。

盧代表國城

我先回應李代表的問題，我們先從五年存活率來看，在 19 歲以下，台灣看起來是比歐洲差了點，但整體來講我們比他們好很多，在台灣我們屬亞洲人種，比較年輕的小孩子會洗腎很多是先天性疾病、免疫性的疾病(如：紅斑性狼瘡)，這些先天性免疫疾病在亞洲人很多並非單純腎臟疾病而已，還要合併很多的治療，我想人種上有很大的差異，所以在小孩子這種透析的病人，存活率就沒有像成人這麼好。

方才宋代表所提，我們可以看第 27 張簡報顯示過去幾年已慢慢增加，2015-2017 由 59.0% 上升到 59.1%，增加 0.1%，當然這個數據不是很完整，不過看到已經到一個高原而平緩下來，我們也跟國衛院討論，因為進入透析的病人並不是百分之百都在腎臟科的手上，還有很多的糖尿病科、心臟科等，血管都開好了，最後請腎臟科來洗，所以就變成有一部分的病人沒辦法進入 PRE-ESRD 這一塊，我們也沒辦法規定所有的科只要看到第三期或第四期全部要看腎臟科，所以很多的病人不在我們手上，反過來說，假設今天是在腎臟專科要求之下，我相信比率可以提升，但是相對於全國可能會有一些困難。

宋代表俊明

健保署有配套？當然要百分之百病人都接受 PRE-ESRD 照護是不可能的！因為有些人是急性進來洗，之前也有提到有些患者沒有經過 PRE-ESRD 照護，因為現在台灣整個社會對於疾病自我健康管理觀念是很糟糕，然後變成某些醫師的病人該轉而未轉，健保署是否有配套來幫忙？因為腎臟醫學會要著力有一些困難，但這些才是我們真正的目標，如第四期或第五期你沒轉的話，健保訂定配套措施來幫忙。

張代表孟源

謝謝陳秘書長精彩的報告讓我們獲益良多。議程第 24 頁關於透析發生率是我們向來關心的問題，粗發生率和標準化發生率這幾年都有下降的趨勢，假如用年齡標準化的方式，甚至下降 0.5%，我不知道現在都已經負成長了！在議程第 33 頁為何建議年齡標準化發生率的目標為 0%，那不是比現在的成績還要差嗎？假如我們成長率是 0 的話，我不知道透析的盛行率在幾年以後是否不會再增加了？因為發生率還是大於死亡率，我們再過幾年才有可能達到真正的平衡，也就是透析的盛行率不再增加，所以我們國內的數據 CKD 和 PRE-ESRD 已經有很大的進步，我們一定更期望盛行率不要再增加，想請秘書長給我們回答，謝謝。

林代表石化

我提一個關於 2017-2020 存活率的小問題，原先呈現的資料是 2006-2010 跟歐洲和日本的比較，我們以最近的資料分析會更精準些，所以你有沒有 2011-2016 的資料，如此才會呈現我們實際的照護是有優質化且照護比其他歐美國家來的優秀，以上建議。

陳秘書長金順(台灣腎臟醫學會)

我先回答若不足再請理事長補充。有關透析發生率，學會有跟國衛院討論過，大家可以看到它有往下降，但是就像署裡面提供的答案一樣，大家可以看到是持續上升的情況，做年齡標準化之後，後續是否會持續下降目前並不敢肯定，所以我們希望可以給大家一個比較好的目標，才會訂在 0%，未來幾年後我想這個數字應該會更漂亮，這樣我們才能做一些動態性的建議，因此才會先訂讓大家朝這個目標前進。另外，剛才林代表所提的建議，我也會請國衛院提供相關的數字，然後我們再把它加進來再來做其他的分析，目前真的沒有這方面的數字，所以沒辦法回復，謝謝。

盧代表國城

我說明發生率和盛行率的問題，腎臟移植一直比較低，所以透析的病人持續增加，但至少從 USRDS 今年最新發布的報告中，台灣

新增個案的成長率已經在十名之外了，也就是全世界的前十名已經沒有台灣了，但是現在正在洗的，一個就是進行腎臟移植、一個就是等待死亡，當然死亡是不太可能，所以現有透析的病人，還是持續希望它有好的品質，再來每一年增加的部分，我們不像美國每三個洗腎中，就有一個可以進行腎臟移植，比率非常高，在北歐（挪威、瑞典等）100個洗腎中會有65個接受腎臟移植，英國100個大概有56個會接受腎臟移植，台灣100個大概1-2個，所以我們腎臟移植率沒有這麼好，但透析品質卻維持很不錯，將來透析人數還是會成長，只是說現在成長速度台灣已經跳脫在十名之外，以上報告。

龐組長一鳴

國內訂 KPI 可能沒有全面考量！首先，我國透析病人和歐洲的並不一樣，故不適合用腎臟移植及透析病人互相比較，看透析存活率的話實在沒有意義，或許看 ESRD 的存活率可能比較有意義，而我們選的 KPI 指標就是透析的存活率而不是 ESRD 的存活率，但是透析存活率相對比較容易取得，ESRD 的存活率則不是那麼容易取得，這也是目前資料取得的問題。其次，國衛院做為衛福部智庫，如果這是國家疾病的問題，只找單一學會討論可能太沉重了，因為方才很多代表都提到透析病人不是單只是在腎臟科醫師的手上，所以由國衛院統整研究的原因，就是因為他們可以羅聚全國最好的專家，但本項議題卻只與單一個學會討論研擬，可能有所忽略，導致討論問題的面項相對窄化，故侷限在腎臟醫學會的專業而且本次會議家醫、心臟等學會也沒有出席。目前，我們希望全面性解決這群病人而不是只有透析的問題，這部分我們希望能再跟國衛院繼續溝通。

羅代表永達

剛才龐組長講的就是我們一直不知道要怎麼看，因為大家都知道洗腎的原因太多了，有可能是由新陳代謝、心臟科..等來的病人，就像龐組長講他都在這些科裡面打轉，所以我覺得這個結論真的有點太狹隘了，我不曉得今天的會議是否要按照本項結論來做，還是要請國衛院就剛才龐組長所講的再重新討論，因為很多的病人並沒

有在腎臟科醫師的手上，我覺得這真的是很強人所難。所以是不是應該再重新討論一次？

鄭代表集鴻

我也贊同龐組長和羅院長的想法。今天我們在這邊討論這個案子，既然本案是一項國家計畫，是否已經編列預算？如果說要腎臟科來做，說實在的在建議案的這四點中，只有第三點我們腎臟科比較能著力將透析病患照顧好，但前提是要有足夠的預算，今天腎臟科提出這些建議我是認同的，但是這是項國家層級的大計畫，我怕到時候我們沒做到，又被署方歸罪於努力不夠，然後刪減透析預算（之前就是這樣），所以我十分擔心這一點。我贊成羅院長將這項議題先釐清楚是否有預算？在預算下大家做到甚麼程度，誰要負責什麼項目？釐清楚之後大家比較能分工負責，不然只是講一講，無實質義意。

張代表孟源

我贊成林院長提的，再瞭解2015年和2016年慢性透析死亡率，另外是否能提供末期CKD或曾經洗腎病人（已經移植、或繼續洗腎）與歐洲比較的死亡率，我相信對於一個國民的健康，萬一腎臟壞掉的話，我們可以提供更好的資料。我猜測剛才理事長提到國外換腎比例比較高，對於末期腎臟病的死亡率我相信歐洲會比我們好，因為他們50%、60%都已經換腎，而我們是留在血液透析、腹膜透析等治療上，比較起來我們一定會比較差。我不是說一定會有這樣的結果，但假如這是一個計劃，希望能夠提供給各位委員更多的資料，將來我們才能夠在各方面做一個推廣。

宋代表俊明

其實國衛院也有末期腎臟病患者但未接受腎臟科照護的是分布在那些科別的資料，本項資料可以公開？目前沒有呈現在報告裡面。譬如說第一名就是CV，因為他們認為只要聽就可以了，雖然已經抽血過了，所以像這樣的資料沒有呈現在年報上面，當然無法讓健保署瞭解也沒辦法提供擬定政策的建議，建議以後類似的資訊應予呈

現，不要怕得罪人嘛，因為事實上是這樣。

盧代表國城

我認為這件事情還是由政府來做吧！

主席

本案的源起是請專業的腎臟醫學會研擬下階段的政策指標，我還記得是由署長主持的會議，署長期待我們在五年的計畫結束後，下一階段的方向應該由腎臟醫學會提出專業建議，也因為國衛院比較能夠綜整各醫學會的意見，故腎臟醫學會向來與國衛院密切合作提出本項計畫，惟與會代表對於本項計畫目標尚有挑戰及補強的空間，故本項計畫今日暫時無法定案，請將與會意見提供國衛院以全國角度進行深度論壇討論之後，再行修正計畫目標及相關配套措施之建議。以國衛院做為衛福部智庫的角色，該院應更能客觀、中立邀集專家就全國衛生政策召開論壇進行深度討論！

盧代表國城

國衛院曾表達他們並沒有這項預算可以執行整個計畫。

主席

只是訂出國家的策略目標，然後才是相關單位的配合處理。

陳秘書長金順(臺灣腎臟醫學會)

之前在跟國衛院討論時，就像剛才理事長所提的，就算照顧好所有的 CKD 病人，透析的品質應該是我們的責任，但接下來要求品質時，希望主席也可以幫我們爭取一些預算或經費，讓腎臟醫學會、國衛院可以去做事情，因為國家計畫會涉及不同部會單位的問題，並不只是健保署而已，還有國健署等一同配合，所以不是本會可以討論！本來我們也有提一些方案如減少 CKD 病人進入透析等建議，但要減少實在需要各方及社會大眾的幫助，我們腎臟科一定全力以赴，但需要社會大眾幫助的部分，真的就不是腎臟醫學會可以著力的地方，全面推動實在需要一些經費的投入，謝謝。

主席

每年衛福部都有編一定經費給國衛院，以協助其做為衛福部智

庫的角色，具體可行政策成形後才由衛福部交辦各權責單位執行，智庫並無須肩付執行的角色，執行層面的預算通常會編列在各司署，本案因涉及下階段國家整體慢性腎臟病的重要防治策略等相關議題，也是我們社會長期關注的議題，之前外界也批評認為是健保之後才使透析病人變多，故健保做為執行單位，對於涉及多單位共同合作的國家整體衛生策略，需要更客觀超然且具實證基礎的專家討論與研擬，並由衛福部交辦各相關單位執行與管控，如此比較具有推動效益。今日會議也有社保司的梁組長與會，是否可以給我們一些指導？沒有。各位代表是否贊成我們把與會代表意見和期待，以會議紀錄方式正式行文予國衛院，請他再審慎評估，國衛院將來如果可以透過論壇結論給予衛福部正面且積極之政策建議，屆時再透過衛福部交辦各相關單位。未來本會如收到更具體的政策建議和監測目標，再請業務單位於會議上跟大家報告，本案即討論到此。

報告事項第三案：106 年第 1 季門診透析服務點值結算報告 主席

106 年第 1 季點值透析結算報告，各位代表是否有提問事項？

陳代表瑞瑛

議程說明第四點提到 106 年品質提升獎勵計畫預計於 107 年 6 月底完成結算與核發，但又說明前述計畫於 106 年 Q1 共結算 7,578 萬元，我記得該計畫與其他計畫共同支用的預算是 4.04 億元，106 年 Q1 所稱結算金額，包含什麼項目？這樣的文字敘述讓人有所混淆！

主席

請科長說明一下。

劉林義科長

106 年在其他部門將 PRE-ESRD、Early CKD、品質提升獎勵計畫等三項預算編列共計 4.04 億元，其中品質提升獎勵計畫 4500 萬元，106 年計畫要到明年 6 月底才會結算與核發並支用 106 年前述預算；今日議程說明之 7,578 萬元是統計 PRE-ESRD、Early CKD 在 106 年第一季支用之金額，至於 105 年品質提升獎勵計畫結算核付(報告案第四案)的金額係支用 105 年的預算(4500 萬)，106 年編列的 4500 萬會留到明年 6 月底供 106 年計畫結算核付支用。

陳代表瑞瑛

所以議程說明四說明指 106 年的 4.04 億扣掉 7,578 萬元，純粹屬於 106 年第 1 季的預算；文字敘述容易讓人誤解。

主席

是否有其他提問事項？若無，則 106 年第 1 季結算點值即予確認，接下來報告事項第四案。

報告事項第四案：105 年『全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫』結算報告。

主席

本報告案是關於 105 年品質提升獎勵計畫的結算報告，議程第 51 頁表 1 可以看到血液透析核發比率約 74%、腹膜透析核發約 62%；第 52 頁則核發家數中約有半數達 90 分以上，其餘介於是 70-90 分間之分布狀況。各位代表是否有提問事項？如果沒有意見，本案洽悉並按議程說明之內容辦理，接下來進入討論事項。

討論事項第一案：修訂「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」案。

主席

本案係因衛生福利部肝癌及肝炎防治委員會決議，認為本計畫所訂轉陽率 ≤ 3.5 過於寬鬆；現況我們轉陽率確實低於 3.5 很多，但上次會議決議增加受檢率並刪除腹膜透析轉陽率，本案目標值 3.5 是不是要下修及腹膜透析是否應回復轉陽率之監測等，請大家表示意見。

曾代表志龍

各位代表大家好，這個表我看不太懂，議程說明二提到全年平均轉陽率血液透析之 B 型肝炎是 0.4、C 型肝炎是 0.64，可是說明三統計表呈現於 0.4% 以下之 B 型肝炎只有 8%，C 型肝炎於 0.64% 以下只有 10%，平均應該是 50%，為何差異這麼大？

主席

該表是指標值大於 0 的 142 家中的 8%。

曾代表志龍

這樣我瞭解。

主席

其他代表的意見如何？本案是肝癌及肝炎防治委員會認為我們目標值要下修，專家學者的意見？

宋代表俊明

我想真的要下修的話，假設某院所的分母比較小，只有十幾個洗腎病人，那它只要有一個就超出目標值，當然我們希望根本就不需要發生陽性病人，但那是我們的理想，我們也有很多醫療院所十幾年來都掛零，但是有些事情是不能要求百分之百，下修我雖同意，但應有前提小於幾以下的不予計算，這樣比較公平。

陳秘書長金順

本來要在臨時動議裡面提出，因為這幾支品質指標都是反映我們腎臟科照護的重大指標，最近有一些院所反應發現執行時會有室

礙的地方，所以我們內部也做了一些討論，譬如血清白蛋白的受檢率要大於 95%，合格率血液透析要大於 75%、腹膜透析要大於 70%.. 等，希望再做一些調整與討論，所以我們本來想在臨時動議中提出來，因為這些數據都是我們腎臟界要去監測的相關指標，所以我們可否先內部分析，在下次會議再提出我們腎臟科的解釋和建議，然後再請與會代表指導和主席裁示，以上。

主席

謝謝秘書長的說明，大家同不同意？

宋代表俊明

提到 B 型和 C 型肝炎的轉陽率的歸責問題，有些根本不是洗腎中心的問題，它可能是因為其他醫院大量輸血，目標值下修我們是可以的，但是應釐清歸因的問，因為我知道幾乎百分之百的洗腎院所出現一個轉陽率的話，幾乎都會做整個 RCA 的 Review，如果跟洗腎無關的話，是否我們要監測這麼嚴格的範圍？或者以後給予懲罰？

主席

其他代表有沒有意見？因為本議題十分專業，訂定的目標值是同步監測每一個提供透析服務的院所，亦涉及品質獎勵款的核發，所以我也認同方才秘書長提的要整體併案檢討，同時請將肝癌及肝炎防治委員會及宋教授方才所提建議一併納入考慮，另我還是要提醒大家，本案品質提升獎勵計畫的指標希望具有鑑別度以區分真正品質優劣的院所，對於真正表現比較好的提供實質的獎勵，並不是將目標值訂得很寬鬆，大家通通達標，故這些建議請腎臟醫學會納入考量，於下次會議再報告。拜託腎臟醫學會考量指標目標值時一定要具有鑑別度，不要大家通通有獎。

盧代表國城

我想呼應宋教授所提的「可歸咎的原因」，譬如今天患者去拔牙，然後得了 C 肝，也算在腎臟科？

主席

因果關係真的能夠釐清嗎？如何釐清？

盧代表國城

所以國外並未將此項目個當作品質指標，他們會去監測，可是
不會拿來當做指標。

主席

因果關係中誰是因誰是果？應該釐不清楚吧！我們都歸因於非
透析診所以外原因所造成，因果是很難證實的！

盧代表國城

我們可否拿一個其他科疾病當對照組，譬如今天看了腸胃科的
病人，有多少陰轉陽或陽轉陰，用來當 baseline 做為透析病人的對
照數據可能會好一點。因為我們常常碰到病人去拔牙之後就轉為陽
性，假如這間透析中心只有 30 個病人，只要有一個人就不達標了
啊！

主席

拔個牙就有轉陽嗎？這就很難講。

顏代表大翔

從已經核發的 105 年品質保留款資料，血液透析部分有 26%沒
有達標，就是 26%沒有領到品質保留款，品質沒有達到 70 分的意
思。由此可見品質的指標已經不算太寬鬆了，並沒有大家都有獎。
所以，肝炎指標項都做到很低的轉陽率了，應該是很認真在執行醫
療了。指標應該訂定是去抓突然暴衝肝炎傳染的案件，指標 3.5%就
能達到這個目的。假設我們把它訂在 1%以下，那麼一個病人 陽，
那就破功了！

主席

因為分母太小！

顏代表大翔

剛剛宋教授及理事長提到很多很難歸因於哪個診所的問題，這
個情況確實存在。像我診所有一個病人去某一間醫學中心開副甲狀
腺切除手術，手術前有輸血，回來發現已經得 C 肝，這個帳不知道

該算醫院或是診所。所以指標的目標值應該訂，但是應該訂多少呢？應該訂定可以抓出來突然暴出來很多肝炎傳染的那種。

主席

目前本案的指標非常多，肝癌及肝炎防治委員會也只就 B 肝跟 C 肝的轉陽率有所建議，並沒有否定其他的指標，故請貴會再思考一下肝癌及肝炎防治委員會所提的建議。

羅代表永達

在議程資料第 56 頁的會議紀錄可以看到該次會議腎臟醫學會有派代表去。因為這是很專業的問題，該會代表應該在那個會議直接回應與說明清楚，這項建議到本會來，我們要緊也不是要鬆也不是。事實上，腎臟醫學會當日也有代表啊！所以，應該回歸這個會議跟這些專家學者解釋清楚，如果我們剛剛提的例子無法說服他們，我想公部門包括署裡面就沒有壓力，大家就會同意這樣的目標值。否則本會代表講再多，健保署的壓力仍然存在無法解決。故我建議由腎臟醫學會代表回到肝癌及肝炎防治委員會詳細說明，或是在下一次的會議重新再提本案來討論，以上！

主席

請腎臟醫學會都納入考量，於下次會議前提出整體指標的建議，更重要的是指標之修正應具鑑別度。接下來進入討論事項第二案。

鄭代表集鴻

主席，不好意思，剛剛報告事項第三案 106 年第 1 季點值方才已確認，浮動點值是 0.8105，剛剛主席說明還是有點低，不曉得明年預算？

主席

該案是確認點值。

鄭代表集鴻

明年的預算是否有初步的訊息？

主席

明年預算須透過健保會協商，剛剛是確認點值，如果還有其他

建議以臨時動議方式來討論。接下來進入討論事項第二案。

討論事項第二案：修訂 107 年腹膜透析支付標準案。

主席

請腎臟醫學會報告。

主席

謝謝陳秘書長的報告。本案的源起是去年底討論門診透析預算保障項目時，本會部分代表認為腹膜透析應回歸浮動點值不予保障，故請腎臟醫學會提供腹膜透析成本，以因應改成浮動點值後來反映其真正的成本等等之討論。本次腎臟醫學會依據會議決議提出成本分析為 8017 元，而我們現在支付點數為 8675 點，惟現行腹膜透析追縱處置費採保障點值，腎臟醫學會建議調升支付點數以彌補未來變成浮動點值之差距，其實會跟現況是一樣的。各位代表有何意見？

羅代表永達

我們現在重新估算藥物或特材的成本大概有幾個原則，藥物定價因考慮涉及一點 1 元，特材因為涉及跟國外購買比價等問題，故其點數不得不再去乘以它的點值。除了這兩個情形以外，在支付委員會的委員都認為點值本身是浮動的，你現在用 0.8 算，將來如果 0.85 的時候錢又要再降下來。所以，我們在算的時候，算出來的錢是多少點，就是多少點。很少再用目前腎臟醫學會說明以浮動點值的概念，因為這樣子會扯不清，將來如果點值變高了，顯然就會高估嘛！以目前腎臟醫學會提到 8017 元，現在目前是 8675 點，事實上，署裡面並沒有虧待腹膜透析。就像剛剛主席所提的源起是希望不要有太多的保障點值，我覺得原來的 8675 點用 0.90 或 0.91 去算已經是差不多。故應該不要給予保障且保留原來的 8675 點不要往下調。

廖代表秋燭

以後支付標準調整的成本可以先提供給代表看？

主席

腎臟醫學會較晚提送本會，無法併同議程提供，故只能今天會議補充發送。

廖代表秋燭

我記得本項在支付標準之護理人員費是 5200 多點、檢驗檢查費是 1500 點、特殊材料費 400 點；但本案的成本裡面，我不太能夠理解及對應，因為我們必須按給付內容去計算它的成本，舉一個例子，檢查費就 1500，1500 裡面你可能會用到不計價的藥品衛材，可是這邊的不計價的藥品衛材不過 159 元，這個成本比例感覺上偏低很多，所以我對於整份成本計算，當然會視每個醫院自己的管理費用等有些差異。但是起碼就是直接成本，看起來它的成本可能是更高，對應這個診察費 1500 對 159 的成本，我覺得應該是偏低了。另我覺得腹膜透析不就是鼓勵推動的政策嗎？如果變成浮動後，我是希望將評鑑的要求一併取消，否則醫學中心綁這一條真的很痛苦啊！虧錢也是要做！所以，我覺得已經是虧錢在做還要把它變成浮動點值，因此應有配套措施才可行，希望健保署考量及專家學者幫我們講一下話。

宋代表俊明

因為上次我沒有到，事實上腹膜透析對某部份人(如：比較年輕的人、真的沒有血管、困難到透析地點等)真的是救命的方式。實質上照顧起來真的很累，上次為何要改成浮動點值？我如果沒有記錯的話，人數應該只有 10%，因為很多的醫院不願意去做腹膜透析，如果再把改為浮動的話，是不是要消滅腹膜透析？讓它在台灣沒有存在！因為光我自己照顧 1 個腹膜透析的病人，跟照顧 10 個血液透析的病人，腹膜透析的病人照顧起來真的比較累！大家都沒有把精神、耗費的真正成本算進去，大概以們團隊就是領這麼多錢，所以，是不是真的要改成浮動？我個人是覺得有問題，腹膜透析比較不用空間，但醫療人員他耗費的精神是比 HD 更多。在場很多醫學中心同時在做 PD 跟 HD，我們曾經跟王文德教授藉助健保資料庫統計台灣的 data，在生活品質 PD 並沒有比 HD 來得差，配對比較後也發現比 HD 還來得好且省錢。在 HD 是浮動點值而 PD 是保障點值的情況，其花費比 HD 都來得省錢。所以，真的要改成浮動點值？本次提出的成

本真的合理嗎？我覺得還有考慮的空間。

鐘代表應欽

成本應該再考量長遠一點，病人的存活成本，PD 如果選對病人的話可以做很久，以其 quality 做個 10 年、20 年後再做 HD 也可以啊！病人生活品質的成本應該算進去，而且這跟國家政策剛好相反，點數提高 20% 以上再給予浮動計算，這不是打自己的嘴巴嗎？

羅代表永達

PD 開始時有沒有矯枉過正？當時要求地區醫院要達到 7%、區醫院要 14%，我們當時就覺得很不合適，為什麼？應該讓我們的民眾有選擇權，而不是用政策的力量去介入！因為台灣跟香港在 PD 的看法上本來就很不一樣。但是，從來沒有人做過台灣到底 PD 應該佔多少百分比稱為適合或不適合？然後政策就用財務誘因保障每一點 1.2 元，後來保障每一點 1.1 元，到目前的每點 1 元，財務誘因會讓很多東西被扭曲。今天大家對這項成本有問題，大家同意去檢視這項成本，當然我們的概念是成本應該是多少錢，而沒有所謂消費或不消費的問題，它的確是個很好的選擇，所以將成本全部都算出來也得到大家認可。同樣的道理，癌症不重要嗎？癌症的很多項目也採浮動點值啊！除了藥品跟特材外，你可不可以告訴我哪些東西重要，為什麼它須要保障一點 1 元，健保會的要求嘛！所有的成本回歸支付標準後儘量不要用保障點值的方式，也就是這件事情的由來啊！所以，如果大家的質疑是在成本分析的問題，那就退回去，成本重新計算，此外，讓民眾有選擇而不應用政策介入，尤其不應用財務誘因強迫各醫院或者是用評鑑達到這個目的，因此在這個前提下來討論才有意義！故我建議大家對成本分析有問題，請腎臟醫學會拿回去重新算嘛！如果不是成本的問題，我覺得討論的方向應該是我剛剛講的那個方式，以上！

宋代表俊明

主席，我覺得講財務誘因不重要，我個人覺得太高調了！在某一些人身上是成立的，但是對一個團體而言，財務誘因是不重要的，

我想大家大概都不會接受！因為沒有公平性，當你花在病人的心力無法被計量時，你只計算用了多少空間、用了多少時間，每次他回來就是看門診，用這樣的計量方式。所實在的我蠻反對這樣的計量，因為花在病人的力量真的很多！事實上現在很多醫院已經沒有誘因，如果沒有醫院評鑑的那個規定的話很多醫院根本不想做，我向羅代表報告，真的是這樣，謝謝！

鄭代表集鴻

剛剛各位代表講腹膜透析對某些病人是好的(如：年輕的女性，沒有糖尿病等)，前提就是不是所有病人都適合！就是因為這樣，站在醫療倫理的立場並不適合用經濟誘因、強制的評鑑制度來做某種治療，這是醫療倫理的問題。我們為何想要取消這個保障？過去曾有統計腹膜一年內失敗好幾十個，其實就是反映過度強制的問題，把病人的肚子挖一個洞，做不到一年就失敗。另外，腹膜並不是洗了 20 年換成透析就沒事，而是腹膜期間可能併發症腹膜炎、腸道破裂、敗血症…等等，故我個人認為應該取消保障，不要用經濟誘因來做治療模式的誘導。當然我也同意宋教授講的，照顧這樣的病人很辛苦，是不是在支付標準的醫護人員費用 5000 塊不夠，那就增加看到什麼程度符合現在的水準，我們可以從這方面來做調整，使大家的辛苦能有相對的回饋。

主席

本討論案剛開始時我已經就本案的源起(自浮動點值到建議取消保障過程)先跟大家說明，目前醫院評鑑也有鼓勵執行腹膜透析的規定，但該治療方法如同多位代表提到對某部分的患者是好的選擇，我們不應該全盤否定該項治療方法的優點。假設未來醫院評鑑也不要求、財務誘因也不支持，可能就會像宋教授講的很多醫院可能就不提供腹膜透析，對某些需要或適合的病人會是一個非常大的損失。另宋教授也提到適合 PD 的患者在生活品質等各方面跟 HD 比較起來也是好的，故我們不應該讓腹膜透析變成不是國人的選項之一，當然也不建議醫院評鑑取消相關規定，如果醫院只是往錢看完全不顧

慮病人的選擇，反而會有問題。

腎臟醫學會建議調升支付點數以彌補未來變成浮動點值的差距，其實會跟現況一樣，等於沒有處理又回到原點，目前健保支付點數是 8675 點與腎臟醫學會提出之成本差距不大，不如維持保障點值的方式？因為腎臟醫學會提供公文較晚，故來不及併同議程發文請大家提前於個別醫院確認成本計算的合理性，但以總金額來講差異不過在 600 多點，健保現行支付還較所提成本要高，考量持續提供適合腹膜透析的患者的另一種治療選擇，是否維持現行醫院評鑑及點值保障等相關規定較為合宜？請鄭代表。

鄭代表集鴻

有兩點，我們已經連續兩年討論這個議題，不是因為健保會有提出要取消保障嗎？現在我們把它保留到年底，究竟要保留還是取消？每年都在討論這個議題。再來保留這個治療是不是一定要靠經濟誘因？真的不是很恰當！在我們還沒推廣腹膜透析之前早就一直有在做，不是沒有在做，並不會因為取消醫院評鑑就會使腹膜透析消失！我個人立場還是認為一個治療模式的選擇，不應該用強制或者是誘因來誘導。

宋代表俊明

鄭理事長，現在是要全面推 SDM 喔！所以，以後應該比較不會有 SDM 不適合且無意願的病人被提供腹膜透析的治療！

鄭代表集鴻

是！但在醫院評鑑的規定下醫院真的就會如此，因為病人還是會聽醫師的建議，否則也不會有之前統計一年失敗率有這麼多人。理論上，要選擇一個長期性的治療，一年內應該不允許有失敗的，一年整幾十個人失敗，真的是不應該！

宋代表俊明

鄭理事長，我跟你報告一下！通常會失敗是因為第一年接受腹膜透析的病人發現他根本不適合這項治療，或是不適合操作等問題，沒做前病人都有意願非做這個不行！所以，第一年的失敗率才會有

超過 30%以上，而且大都在三個月或是半年左右。這種事情大概全世界都很難講，並不是台灣的醫院刻意誘導病患去做 PD。

鄭代表集鴻

醫院評鑑對醫院來講影響真的很大。就我所知各醫院的腎臟科對這一項感受到的壓力很大。

林醫師元灝(台灣腎臟醫學會)

這個問題爭論了好多年，我也是從進到這個會議以來就一直針對這項議題提出各種批評跟建議。首先，我們治療要尋求公平，雖然大家都是同樣的疾病，但 PD 的病人是人，難道 HD 的病人就不是人嗎？難道 HD 的就要得到比較差的治療嗎？PD 後轉成 HD 的併發症也是很多醫學中心看不到的，因為後來都到基層，痛苦的都是這些病人，死亡率高，有一些不適用的則死亡率就變高！所以，我們很痛心看到這樣結果，我們是醫生，我們面對的是病人，我們要體會他們的痛。我們不是為了醫院評鑑跟給付的數字，來決定要不要讓這個病人接受 PD 治療，而是為這個病人拿出專業良心做最好的考量，而不是因為評鑑的規定，所以建議要將其取消，讓醫師回歸到他的專業，去為病人做最好的考量，這才是正確的。對某些病人來講它是一個好的選擇，但是我相信這是身為醫生的專業所做的考量，但是評鑑政策強迫醫師要有多少百分比的病人。也許有些病人特別的嚴重明明不適合，不是讓病人白受苦嗎？尤其是現在我們的條件是設在 55 歲以下無糖尿病的病人，結果是每年要成長 1%已經很困難，未來老年化後推動 PD 是不是更困難，難道還要用行政規則去限制嗎？我覺得應該回到專業考量才符合病人真正的需求。我們健保是為了照顧病人，不是為了提供醫院的收入，也不是為了醫院的評鑑，這才是回歸我們照顧病人的本意嘛！

鐘代表應欽

我覺得醫療始自人性，醫者父母心，應該是尊重病人的選擇。現在的規定(20%)對區域醫院、教學醫院真的會有很大壓力。有些不適合做很快就會出現安全的問題(不成功、感染)，現在醫院並不會

為了賺錢就鼓勵去做 HD，因為現在推 SDM 也要病人同意，醫師做不好也有醫糾的問題，因此我覺得取消醫院評鑑的限制對病人比較好、對醫院也比較好。現在區域醫院、教學醫院的 HD 根本沒有成長，都是基層在成長，醫院怎麼會為了賺那個錢才去做那個呢？但是為了醫院評鑑要及格，有時候就害了病人啊！現在病人在老化很多，病人都不適合做 PD，為了要及格有些不適合做的還是去做啊！另外我認為不應該改變為浮動點值，因為醫師在照顧 PD 的病人是很辛苦的，看一個病人至少要 10~20 分鐘，護理人員更辛苦，他們花費的心力更多！

張代表克士

我認為本案涉及兩個層面。首先是點值保障的公平性。我同意宋教授說 PD 的照顧比較辛苦費力，但這是相對的，也就是 PD 比 HD 相對較難照顧，所以點值獲得保障；然而，因為我本身是心臟內科，從這角度看，如果 PD 與心臟衰竭的病人做比較，哪個較難照顧？哪個花費的心力與強度較高？目前的保障合理嗎？所以當我們把不同的疾病放到不同的天秤上比較，其結果就有所不同。因涉及點值的保障，所以我們應該審慎思考其公平性。

其次，我非常反對用政策的目標來強制處理醫療的專業！目前在評鑑裡規定要達到百分之幾，這就是一種強制的作為。政策制定者看到的多半是數字，而醫生面對的是生命，生命有各種變數以及不可預測性，不能一概用行政的手段來要求，這是我極力反對的。

陳代表瑞瑛

今天大概因為有三個層級也有基層代表，我們每年都在吵 HD 跟 PD，我覺得關鍵在腎臟醫學會，剛剛不管是秘書長、理事長、專家代表都是腎臟科的醫師。我還記得楊志良前署長時代認為醫院應該要做 PD 才有今天這個問題，現在 HD 跟 PD 數量差異那麼大，除非我們把預算分開大家都去浮動，可但 PD 的量很少且申報點數比例上差異很大，如果要跟 HD 最一起浮動點值去算的話，這對 PD 真的是太不公平了！除非支付標準點數重新討論，這就不是現行 8675 點可以

解決的問題。以前 HD 支付點數原來是 4100 點，也是因為我們黃前署長一直認為要降價，雖然我們腎臟醫學會及各層級醫院都不同意降價，最後按動點值到現在 0.82、0.81，大家也都吞下去，假設腹膜透析也要這樣做就太不公平，主要是因為量少，除非我們把預算分開，但預算分開又很難，因此唯一的辦法就是請腎臟醫學會很慎重拿出證據去向衛福部說，不要用行政的手段強迫醫學中心盡到這樣的教學責任，一個病人要完成 PD 是要花很長教育時間、還有他的家屬、還要去看看家裡環境適不適合做 PD，並不是 HD 到醫院插管子就可以，腎臟醫學會的專家或腎臟科醫師應該都很清楚！為什麼為用評鑑制度來強迫？應讓醫師以專業去認定病患需不需要 PD。現在大家對於點值、財務的壓力非常大，每年遇到同樣議題都要吵一次，二者浮動點值的合理性，請健保署看是能否將預算分開，PD 不應該跟 HD 一樣的浮動點值啊！至於很多代表建議取消醫院評鑑的規定，我也沒有意見。

廖代表秋錫

我想要再補充一下，剛才代表一直提到財務誘因，我想 8000 多點的財務誘因在哪裡？如果有財務誘因，為何健保署每次報告都是血液透析在成長而不是腹膜透析在成長？我認為整個邏輯是不對的！如果 PD 真的是財務誘因很高，光是看每件申報點數在血液透析遠比腹膜透析多很多，那才有財務誘因！現在基層跟醫院透析預算合在一起，風險分攤的問題也一直沒辦法解決，第 1 季有 1700 萬到基層，去年則有一億多，這個我都不想講了！如果腹膜透析有誘因，為什麼很多基層不想做是因為成本高嘛！所以他不想做；再來，以浮動點值約 0.8 左右，如果沒有利潤，為什麼洗腎中心一直在成立？雖然不滿意但相較於其他科，包括西醫醫院總額的其他科投資，我相信這項利潤相對而言是比較有保障，大家回去算算看就可以瞭解！因為大家都不想講嘛！為什麼有些事情必須大家講出來？很多人不想講，我不相信大家都不知道，如果都在虧錢的情況下，洗腎中心不會一直在成長。所以腹膜透析真的沒有大家講的經濟誘因、財務

誘因！真的沒有！而且它占率非常小。

曾代表志龍

我想提供另外一個想法，腹膜透析占率之所以會慢慢減少並不是因為它進入腹膜透析的人數變少，而是 dropout rate 愈來愈高，通常第三、四、五年幾乎全都退出，退出的速度比進入的速度更快。所以，並不是它沒有進入的個案，而是它 dropout rate 遠比它進入的多。為什麼會這樣？難道醫生不會看嗎？當你手上的病人 dropout rate 愈來愈大的時候，難道不會去想這項治療到底出了什麼問題嗎？我想這個從醫療的觀點，是可以讓我們做一番思考。

林醫師元灝(台灣腎臟醫學會)

對不起！我要再次發言！我要向剛剛這位醫院代表說明血液透析比較好賺的這件事。我們點值現在只剩 0.81，如果用經濟面來看的話，要讓一個洗腎中心達到損益平衡，需要 70 個病人！大家知道 70 個病人要累積多久嗎？這樣就可以瞭解洗腎到底好不好賺！PD 我們很清楚大部份都集中在醫學中心、區域醫院，保障點值這兩個醫院層級，到底誰賺最多？我們先不評論，但至少我很確定保障點值對於醫學中心及區域醫院是一個穩定的收入，我相信醫院的老闆一定很喜歡，但醫生不會很贊成，他在意護理人員能不能發的出薪資。我想很簡單，我們就把成本重新計算一遍，然後回歸到大家真正需要的成本，大家一起浮動，我覺得這樣公平！應該是這樣才對！

盧代表國城

我想本案這麼多年來一直都有爭議。我記得從前署長 2008 年開始，我們也拜訪過醫策會、衛生署各個長官，但醫策會堅持要訂 20% 的評鑑條文，我們在國外開會還是會受到一些壓力，香港是強制全部都先做 PD，失敗以後再做 HD。在歐洲醫學會、美國腎臟科醫學會還有不同的聲音。還好現在有 SDM，我想署裡面跟衛福部(包括國衛院)等都在推動，現在 PD 的病人比較少，讓 PD 能夠存在台灣應該還是蠻重要的。假如我們適度的保障 PD，但是我們也非常強烈建議將來在 SDM 的制度下，我們應該取消醫院評鑑的相關規定，過去我們

曾跟醫策會溝通過非常多次最後都失敗，去年開始國衛院大部份的人也同意此種看法，他們也同意鑑條文應該調整。我覺得假如對這麼少的病人稍為給他適度的保護，但是在醫院評鑑不要做出限制，考量有些醫院可能不太適合做，有些病人不太適合做，要達到 20% 的占率是很難的，也會造成整體醫療支出的增加且品質也會堪慮，故我強烈建議將 20% 拿掉，但是適度的保障腹膜透析。以上！

陳代表瑞瑛

請健保署在 9 月的健保會不要再提本件事了！

呂代表國樑

健保一開放基層可以做 PD 的當時，我是台中縣基層第一個做 PD 的診所，目前我診所大概有 80%-90% 的病人都還是在做 HD，PD 人數才佔 1 成。我認為對醫師跟護理人員來說，照顧 PD 病人相對是比較輕鬆，因為病人不用一個月來 13 次(HD)，只要來 1 次(PD)，平時照顧使用的空間不用太大，經營成本也比較低，PD 回診不需要很大空間、耗用很多水電、冷氣…。基本上二者間真的很難去比較，如有經濟誘因就留給市場去做吧！我認為應該回到病人選擇權，希望病人都選 PD！可是問題就是病患本身不適合，沒辦法，不然我的診所也不用聘這麼多護理人員，2~3 個就可以了！空間也不要這麼大，也不用負擔這麼大的成本壓力（HD 人力、物力、設置及營運成本很高）。以上是我的報告，謝謝！

李代表永振

我對於這個議題沒辦法評論，但是聽起來是個問題，所以，並不是健保會不提這個問題就會不見。我認為健保署跟腎臟醫學會應該去討論一個遊戲規則，監理是健保會職責之一，就是瞭解及反映大家的意見，這麼多代表有意見怎麼會不講，以前不講現在都要講啊！不解決的話，一直擱著不是解決的辦法，應該徹底想想比較合理且可以兼顧的方式，這樣才對啊！

剛剛很多代表關心點值的問題，有代表說點值已經很低了，也有代表說院所家數還在增加？你們自己講的話要讓外界如何解讀呢？

所以，應該一併弄清楚嘛！這樣才有辦法針對問題解決啊！也不是說健保不給錢，該花就花，不該花就省下來，健保會那些幕僚也很頭痛，光是收支平衡今年已經討論三次了！將來又再考慮何時要再調漲費率，我一直主張不應只是調漲費率，支出面應該確實檢討才是重點，不是要把總額減少而是以當用則用的原則來處理。譬如剛才羅代表提到呼吸器的問題要怎麼去解決，雖然我覺得大概無解，但至少有什麼動作出來，像第一名血友病人兩年花 1.5 億元，後來有所改善從 8000 多萬降到 6000 多萬，怎麼花費這麼高？我的印象很深，但健保會今年還沒看到資料我們還要再提，因為兩年前提的時候，第 20 名是 102 年花了 2200 萬，103 年就往生了，類似這種治療案例應予檢討其醫療效果。為了讓我們健保可長可久，並不是說健保會不提這個問題，這個問題就不存在，應該是怎麼樣面對這個問題，把它徹底解決才對。

宋代表俊明

根本問題還是要看署長是否有魄力增加健保費。事實上，HD 的點值被壓得太低，今天大家才會吵，如果 HD 點值合理，PD 硬撐著要保護這邊的病人，我想 HD 不會有任何的意見！歸究該拉高健保費就拉高健保費。不要像美國那樣一個醫師跑三、四個 HD 的醫院，然後每一個 HD 的病人在一個禮拜內只能夠看到醫師一次，其他都是技術員在做。當台灣的經濟各方面也把物價考量進去，不要再提 HD 賺多少。事實上，被壓縮的是很多醫院的院長，我相信很多是員工，才維持下去，因此我覺得總歸這個問題怎麼提也無解啦！應該把 HD 的健保費用拉高。

林醫師元灝(台灣腎臟醫學會)

我很贊成剛剛宋教授講的重點，我們 HD 點值被壓得太低，相對的不公平就出來了！我再講十年前聽到的一件事情，政府高層當時準備大推 PD 這件事是其來有自，後來也證實了！評鑑的規則出來，然後 PD 也開始辦說明會，那次我有參加，黃前署長也在，他也一直鼓吹大家做 PD。當時 HD 點值還不錯，緊接著就節節敗退，我認為

這是在促成經濟誘因，加上行政誘因強迫醫院要多做 PD，當時楊志良前署長也講每年要成長 1%，目標是 15%，問題是怎麼有可能。我現在講前面都是為了推廣 PD 所做的，現在我們也確認到 PD 不能這樣推廣，所以，我們要回歸到醫療專業的考量，讓醫生跟病人自己決定要不要做 PD，再來將保障點值拿掉，讓整個的給付回歸公平的生態，我覺得這樣子最好。

蔡代表宗昌

今天還沒發言，之前當代表的時候就一直在吵這件事情！今天一直在講評鑑規定的事情，我本身是醫策會跟 IRB 醫療 A 組的評鑑委員。我們在開委員共識的時候，我們所做的醫學研究很需要保障，結果在共識會議上醫療委員跟非醫療委員就吵成一團！當場有醫策會跟衛福部的長官都跟非醫療委員說，這樣嚴格會阻礙我們醫學的研究，但是這些委員還是不聽。所以，你要在醫策會使這些大老能夠聽得下去談何容易。因此這部分一定要衛福部來幫忙，這件事情要改真的是非常不容易。

主席

與會代表應該很清楚本會是以共識決。首先，今日討論涉及醫事司及醫策會醫院評鑑規定對於腹膜透析的限制(如：20%)，部分代表極力反映使醫師自主權受到影響，因並非本署權責範圍，故將記錄轉請醫事司考量，該司每年都會檢討醫院評鑑的相關規定，故建議腎臟醫學會以專業角度提出相關意見行文予醫事司。其次關於健保會 9 月召開協定明年預算成長率，惟門診透析預算的保障項目屬於本會的討論範圍，本會可以討論明年保障項目要比照本年或予改變，並無須至健保會討論；本會有健保會推派的李代表及郭代表也瞭解，健保會協商總額成長率時並沒有談過各總額部門的保障項目，二位代表雖都是本年的新委員但都全程參與並已聽到各位的看法，等到本會要研訂保障項目時，就會更瞭解透析的醫療專業的現況，更有助於日後的討論。第三點，腹膜透析或血液透析回歸醫療專業的判斷，如同剛剛宋教授提到 SDM，目前各醫院在醫策會輔導下都

要做 SDM，SDM 須要充分說明及雙方都具完整資訊讓病人執行選擇決策，院所能否提供公正客觀且適時的說明，才是 SDM 成功的關鍵。假設提供資訊仍然不足，病人不一定能夠做最好的決策，故 SDM 目前為醫院端嘗試學習或者逐步推動之中；第四點，關於腹膜透析採保障點值一點 1 元，現在的支付價格與台灣腎臟醫學會提出之成本其實十分是接近，方才有部分委員提到洗腎中心還是不斷增加，並非無利可圖。

我們也蒐集部分醫院的健保財務告報，顯然有些醫院腎臟科的其實並非最好，因此不管是浮動或是固定點值若趨近成本的情形下應屬公平！維持現狀也是一項選擇。醫院評鑑規定要請台灣腎臟醫學會就專業看法提供醫策會相關意見，使醫院回歸專業醫療的選擇權；最終我們還是要落實主流 SDM 的規定，讓真正需要 PD 的人能夠適時獲得到 PD 的服務。至於健保會的兩位委員也都在場，希望明年在討論保障項的這項議題時，完整瞭解大家的訴求，不會視為問題！李委員、郭委員，可以嗎？如果可以的話，本案腹膜透經過與會代表充分討論，仍維持現狀採保障點值的方式處理。

臨時動議

案由：腎友常患共病需就醫，近來被全面核刪診察費，且各分區做法不一，擬請討論建立共識。

主席

今天各位代表桌上有一份臨時動議，提案人為鄭集鴻、顏大翔、曾志龍、呂國樑等代表，請教各位代表接不接受這個臨時動議進行討論？可以討論！請我們鄭代表集鴻向大家說明。

鄭代表集鴻

案由是因為腎友除洗腎外常有其他共病需要就醫，如：糖尿病、胃腸肝膽科、心臟科的問題，但是最近健保各分區做法不一，有些分區腎友只要看其他科或到其他院所診察費都被核減，因此我們希望討論並建立共識才有利大家遵循。本次臨時動議資料附件一為健保署北區業務組的公告，血液透析申報診察費的核刪理由，第一為血液透析當日就診同意醫師病情無不可預期的變化，血液透析醫師診察後不可處理的範疇不宜另申報診察費，意思就是這個病人因為肝炎去看童醫院的胃腸科醫師，結果胃腸科醫師的診察費就被核減。第二個核刪理由，就診日前後兩天(不是洗腎當天去看病)，病情無不可預期的急迫性，屬於血液透析診療後可處理的情形，也是核刪診察費。情況為苗栗醫院洗腎病人轉到基層診所透析以後，這個病人因為病情有變化回到苗栗醫院去看原來的腎臟科醫師結果他的診察費也被核刪！看起來這樣是要腎臟科醫師照顧洗腎病人全部都包了，實在困難度太高，可否檢討做法？

主席

我們北區業務組的同仁有沒有在場？請說明北區的做法。

本署北區業務組

因為我們也是今日才看到本項臨時動議，以資料內容來看，確實如同鄭代表說明的分區業務組對於核刪診察費的理由也有說明。

主席

鄭代表是認為分區做法不一希望建立共識？

鄭代表集鴻

就我所知，臺北區、高屏區比較不會如此核刪，但南區則更嚴格。

主席

請本署醫審及藥材組王專門委員本仁來說明。

王專門委員本仁

先請教鄭代表，以提出的案例是指透析病人同一天門診看同一個醫師？還是不同醫師？這情況差異很大！

鄭代表集鴻

請各位代表看第 2 頁的附件 2，這是我們支付標準通則第八條「由同一醫師診療之兩次以上門診相同病情案件限申報門診診察費一次。」意思是說，只要是相同醫師同日相同病情，依照該項規定應該是可以再申報一個診察費，但現在的已經擴大解釋為不同醫師他照樣核刪？我們先來看比較單純的同病人同醫師的西醫洗腎病人，有三高共病的病人非常多，我不清楚西醫三高共病病人的診察費會報三種？還是一種？關鍵在前端的支付解釋，即洗腎的 package 有沒有含診察費在內？這個我不清楚，支付標準部份須要再釐清！透析的包裹支付點數有沒有含診察費？

龐組長一鳴

鄭代表提供的案例是屬於審查核刪的部分。首先，北區業務組同仁應先釐清本案例是隨機抽樣或立意抽樣的樣本？第二點，本案已申復了嗎？通常申復的醫師跟原審醫師是不是相同的。最後這個案子經過爭審程序？因為爭議審議是由獨立於健保外的一群專家進行審議，其見解如何？如果今天因為單一審查核減案例就提本會進行討論的話，恐怕未來案例太多且本會並非討論審查制度而是總額的問題，且本案實質沒有釐清前，驟然討論我單一臨床狀況是很困難的一件事情。

主席

這個案子是個案或通案？

鄭代表集鴻

整個北區業務組都是這樣做，各個院所只要洗腎病人即予歸戶，其看診就予核刪。

主席

北區業務組同仁可以再補充說明？

本署北區業務組

需要再就個案情形進行瞭解。

主席

醫審及藥材組王專門委員是否要再說明？

王專門委本仁

如剛剛龐組長之說明，屬個案部分院所應依救濟程序(申復與爭議審議)先行處理。因為本案書面資料也僅部分單張，只看到申報04案件但並不清楚其他透析治療等，整個申報與病歷資料都須再深入瞭解。

鄭代表集鴻

我想重點還是在法規面，同日同醫師不同病情應該可以申報診察費，但是以他公告的核刪理由是違反法規，可不可以公告這樣的審查理由，這樣的審查理由是合理的嗎？

主席

因為本案是臨時動議，我們北區、醫審及藥材組的同仁還無法詳細瞭解個案的實際情形，所以請醫審及藥材組與本署各分區都去了解一下各分區的情形，再來討論！

鄭代表集鴻

要等下次會議？還是我們可以開始進行？

主席

今天會議後就請醫審及藥材組瞭解蒐集各分區之情形並研擬適當的處理方式。

廖代表秋錫

這個案子我有點疑問，這是發生在北區，但像我在臺北也有很

多立意審查的案子也很委曲啊！我們是按照正常的程序在走的…。這件是專業審查的案子，我們就是走正常程序(申復、爭議審議)；如果以後類似這樣自己覺得很委曲個案都要拿來這裡討論…？是不是應該回到北區的共管會議去討論！

主席

原則上若屬於專業審查個案之核刪應回歸個案救濟程序，若屬通案可能有各區審查共識的問題，其核刪的程序要再釐清，二者間還是不太相同，故本案暫予保留，請醫審及藥材組深入瞭解本件個案及各分區審查情形，下次會議再將本案處理結果跟各位報告。

顏代表大翔

這個案子，為什麼我們理事長會拿來這裡談？其實我們南區是最嚴格的，南區比北區還嚴格。在南區沒有洗腎那天，我的洗腎病人來看門診一樣都不敢申報健保，當然也沒有申報診察費，因為怕被核減！所以應該是每一區都要去了解，不是只有北區有這個問題。

主席

這部分請本署醫審及藥材組向各分區業務組瞭解釐清。

盧代表國城

因為我們前前理事長想徵詢各位代表可否容許他在下一次會議就Home Hemodialysis(HHD)居家血液透析這部分報告20分鐘左右，來爭取將來在健保正式的支付項目，因為台灣很少人在推。

主席

這項臨時動議大家看法如何？

龐組長一鳴

應先瞭解醫事司是否有法規適用及合法性的問題！

主席

醫事司曾就法規面解釋過？本項目前有合法性的疑義或障礙？

顏代表大翔

之前也跟醫事司溝通過，他們認為本項法律上可能不是太大的

問題。

龐組長一鳴

請醫事司發個公文！

主席

目前如有違反醫療相關規定恐非健保署所能處理，惟下次會議若僅做為專業資訊交流安排進行專題報告的話，我徵詢各位代表意見？如果可以的話，下次安排 10-15 分鐘請黃教授來介紹新方式？好~謝謝理事長！好~還有沒有臨時動議？如果沒有今天會議到這裡，謝謝大家！