

# 「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」

## 103 年第 3 次會議紀錄

時間：103 年 8 月 13 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 18 樓)

主席：蔡副署長魯

紀錄：歐舒欣

出席代表：

干代表文男	干文男	吳代表瑞堂	吳瑞堂
阮代表明昆	請 假	林代表文德	林文德
李代表素慧	李素慧	林代表全和	林全和
林代表文源	林文源	陳代表敦領	陳敦領
林代表裕峯	請 假	陶代表屏	陶 屏
陳代表鴻鈞	陳鴻鈞	張代表克士	張克士
莊代表志強	請 假	黃代表月桂	請 假
張代表孟源	張孟源	鄭代表集鴻	鄭集鴻
梁代表淑政	梁淑政	蔡代表宗昌	蔡宗昌
廖代表秋鐳	廖秋鐳	謝代表武吉	王秀貞代
林代表阿明	林阿明	潘代表延健	李妮真代
羅代表永達	馬漢光代		

(依姓氏筆劃順序排序)

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	魏璽倫、方瓊惠
台灣醫院協會	楊智涵、董家琪
台灣腎臟醫學會	張哲銘、林元灝、林慧美
中華民國醫師公會全國聯合會	劉俊宏、陳哲維

本署企劃組	李碩展
本署資訊組	姜義國
本署臺北業務組	陳懿娟
本署北區業務組	楊淑娟
本署中區業務組	黃明珠
本署南區業務組	葉瑞興
本署高屏業務組	謝明雪
本署東區業務組	請 假
本署醫審及藥材組	曾玫富、陳淑儀
本署醫務管理組	張溫溫、劉林義、楊秀文、張桂津、 鄭正義、李健誠

一、主席致詞：(略)

二、本會 103 年第 1 次研商會議紀錄，請參閱 (不宣讀) 確認 (略)

三、報告事項：

(一)案 由：「門診透析預算研商議事會議」103 年第 1 次會議結論事項辦理情形

決 定：洽悉。

(二)案 由：門診透析獨立預算執行概況報告。

決 定：洽悉。

(三)案 由：103 年第 1 季門診透析服務點值結算報告。

決 定：

1. 確認 103 年第 1 季點值，如下表：

季別	浮動點值	平均點值
103Q1	0.82331663	0.83605724

2. 依全民健康保險法第 62 條第 3 項規定，一併辦理點值公布、結算事宜。

四、與會人員發言摘要，詳如附件。

五、散會：下午3時30分

## 與會人員發言摘要

### 報告第一案：「門診透析總額預算議事會議」103年第2次會議結論事項辦理情形

主席

委員針對第二次會議決議辦理情形有無提問？

陳代表鴻鈞

有關報告事項第三案，台灣腎臟醫學會統計數字需要一些時間，我們會把數字弄精確一點再回復過來

主席

沒有其他提問事項，第一項報告案就洽悉。

報告第二案：門診透析預算執行概況報告。

主席：洽悉。

報告第三案：103年第1季門診透析服務點值結算報告

廖代表秋錫

去年談透析總額時針對預算移轉的問題，基層的醫師提出要有風險校正；今年第一季醫院移轉給基層1600萬；請問今年要用什麼方法執行風險校正？

張專委溫溫

依據健保會最後決議，並沒提到要作風險校正；可能在協商的過程中有提到，但並沒列到會議紀錄中。

廖代表秋錫

這樣算是被汙掉嗎？有很多人在場可以作證。

林代表阿明

協商過程中基層代表對風險校正表達個人意見，最後風險校正並沒有列入決議，兩總額預算分配方式還是依第一季申報點數占率分配。103年5月健保會上也決議(104年度總額)用協商當年度第一季申報點數占率分配，如果分配方式改變，還是要回到健保會上討論。

廖代表秋錫

真正會造成預算移轉的原因除了預算分配外，基層成長率真的太高了。去年基層與醫院拿出來的預算還是不夠，點值才會偏低，但是基層成長率還是高於醫院，也高於我們預期的。既然健保會會議紀錄沒列入風險校正，今年協商時我們會注意把這一段加入會議紀錄。

### **林元灝醫師(腎臟醫學會)**

代表基層醫師發聲:基層成長率來自醫院轉介為多，醫院也可以不轉病人出來，基層就不會成長了。

### **王代表秀貞(謝武吉代表代理人)**

我們是門診透析委員會，醫院代表提出的問題，並不是要分裂醫院與基層，由報告事項第2案數據的呈現，人數成長基層是4%，醫院是2%，基層成長約醫院的2倍，但就照護人數來看，醫院照護人數是4萬3千多人比基層還要高，為何基層費用卻還是高過醫院呢?!

這與基層透析病床數成長有很大關係，病床數核准不是醫界管也不是健保署管，是當地的衛生主管機關，是否可以建議他們協助監測或管理，核准病床可以增加就醫普及性但如果要核准那麼主管機關也應該要給予相對應的預算呀!不該預算給的少，卻又不斷核准病床數!!

有關門診透析預算分配，醫院代表也沒說錯，認為本案會與分區預算的議題一樣一無解!!討論時，贏的一方想要維持，輸的一方則想改變，討論時容易失去理性，最後沒有結果，不了了之;這時候健保署的意見很重要，希望能有機會討論分配公式時健保署可以講幾句公道話。

另外轉達謝武吉理事長的意見，點值才0.8多，依據健保會決議，我們應該要檢討，並提出改善對策，該做的我們已經做，造成點值低其實跟預算有很大關係，9月份就快要協商了，有關預算爭取，還請健保署在協商時也可以幫忙醫界講幾句話。

### **陳代表鴻鈞**

腎臟醫學會在健保會的報告中提出很多數據，包括學會已嚴格管控新發生的洗腎病人，已定期透析的病人我們也很認真推動腎臟移植，移植後花費的金額比定期透析低2倍以上;我們也很認真推動安寧療護，台灣去年有400個病人因為安寧退出洗腎。

在嚴格管控之下，透析成長率還是從幾年前8%降到4%之後就降不下去，腎臟醫學會真的達到最大努力了。想請問健保署，點值0.8很久了，

健保署可以再幫我們一點嗎？

### 張代表克士

完全贊同腎臟醫學會陳理事長的意見。健保評核會資料中顯示透析人數成長率約4%，而每年預算成長率約只有2%當然不夠；而且在推動Pre-ESRD、Early CKD等計畫努力之後，透析病人可以活得久，存活率高已是世界名列前茅，但總額不夠，造成好像做得好反而被懲罰的感覺。

像牙醫部門的點值令我們又羨慕又感慨，東區的牙醫點值甚至可以高於1.1，希望健保署可以考量到透析病患屬於重病，在預算分配上能有所作為，透析浮動點值不到0.8，真的不像話。

另外，回應腎臟醫學會林秘書長，醫院雖然會轉透析病人給基層，基層在病人危急時也會轉病人到醫院的ICU，雙方是互相幫忙的；希望能以照顧好病人為目標，大家共同努力提升透析點值。

### 陳代表敦領

代表基層講幾句話，請各位看一下住院透析併用呼吸器的幾張投影片：全國併用90天以上有123人，其中71人集中在地區醫院，加上區域醫院病人大概占9成，病人年齡上也是偏高齡化。雖然醫學會對無效醫療已經嚴格管控了，針對多重器官衰竭且高齡的病人還是給予品質良好的透析治療，這樣的照護品質也是世界少有的。如果預算成長率不能大幅提升，每年點值一定會被稀釋，能站穩0.8已經很不錯了。

至於基層在供給面、利用面的成長高於醫院的部分，醫院因為床數限制必須將病人轉至基層，原本在醫院執業的醫師出來基層開業的數量也大幅減少；希望現有床數不要再增加，點值再稀釋下去生存都有困難。

### 林代表阿明

先請各位代表看一下手邊的補充資料：健保會在第5次委員會議已經通過了五、(二)門診透析成長率怎麼計算與分配，健保會上已經通過了，如果要改變也要在健保會提案與修正。基層代表提到作風險校正部分，本署沒有意見，若雙方都有共識，健保署也可以協助試算。現在既然已達到共識，要改變也得在健保會中重啟討論。

其次是透析點值的部分，醫院與基層的占率與拆分分配上常有不同意

見，本署提出成長率，各部門都不願意給予透析成長率。黃煌雄委員在健保總體檢時指出透析有濫用疑義，導致透析成長率約有2、3年都非常低，直到去年成長率才比較回穩。雖然最後決定還是在健保會，健保署基於立場也會適時建議。

### **廖代表秋錫**

我想講的是103年總額，點值資料中102年第1季原本預算為75.67億，乘上成長率後今年第一季未作季預算調整前是78.46億，調整後為81.31億，等於從其他季移撥過來約3億，光第4季就少了2億，造成第一季預算偏高，其他季預算偏低，點值趨勢從第一季最高開始逐漸下滑，這個問題在第4季會特別明顯。特別想反映以上問題。

### **張專委溫溫**

季預算調整是考慮到工作天，所以在委員會議上提案同意調整；但是到最後一季量變多的原因現在還看不出來。四季預算調整的情形請參考第25頁。不過從23頁的資料看起來，確實後半年的點值趨勢低於上半年，104年時是否需要考慮季調整我們會再評估。

另外分配與調整的部分，健保會上提出討論，健保署在執行時是依據最後決議內容，需要資料健保署也可以提出試算。當初把洗腎總額合併的初衷是考量編列透析病人的醫療預算，不管他們在哪裡透析都使用這筆預算，不因醫院或基層提而有影響。健保署的立場不偏袒任何一方，這幾年基層成長率的確高於醫院，惟兩部門的申報費用與編列之預算已慢慢接近了。

### **主席**

謝謝。為了維持透析品質，健保署與醫界都作了很多努力，使透析人數成長維持平穩，但是在糖尿病盛行與老化人口增加的情況下，能不能在健保會協商時有更高的預算成長率，大家要一起在會上提出說明。請問在場健保會代表與專家學者能否提供寶貴意見？

### **干代表文男**

透析的點值有上升的趨勢，謝謝腎臟醫學會在評核會中提出的報告，希望以後可以聽到更詳細的內容，如果資料可以提供學者研究就更好了，越多越好；至於牙科點值很好，也反映了自我嚴格管控、同儕制約的結果。大家希望能夠看到更多的報告資料，這樣更好。這一季點

值相對還不錯，以前點值低的原因也希望可以報告更詳細，提供我們健保會委員參考，才知道問題在哪裡。

### **張代表孟源**

感謝腎臟醫學會與健保署的共同努力讓透析件數能夠減少，相信品質也維持得很好，期望往後也能看到資料。

### **陳代表鴻鈞**

謝謝干委員的期許，評核會上醫學會10分鐘的報告今天應該講一下，讓大家知道我們的努力。死亡率之前年年下降，去年開始持平，醫學會非常擔心，怕是點值影響品質的結果，醫學會之後也會持續注意。

### **林代表文源**

品質跟預算的議題可以分為兩個層次：一個牽涉到健保理念，另一個牽涉到政策機制。第一，重大傷病與小病的預算是否要脫勾？健保的初衷是保大不保小。用總額預算控管可以抑制小病的使用量，但是對重大傷病無法控管。全部混在一起的結果是重大傷病的預算會被小病擠壓。第二是現在預算都用量與價的概念，沒有將品質納入考量，對於洗腎這種狀況，只有價量考量，使洗腎品質提升，病患數未減少（死亡）反而稀釋點值，造成政策機制上的倒錯，應該將品質納入給付機制。希望能從這個角度去思考。

### **林代表文德**

這次評核會有委員建議門診透析預算成長率能與發生率掛鉤，因發生率持續高於預算成長率，即使有下降趨勢，還是面臨預算不夠用的問題；掛鉤後另一個問題是發生率提高後預算也提高，這樣會減少降低透析病患的誘因，這樣會陷入兩難的情況。現在可以思考的方向是考慮人口老化因素，目前透析成長率似乎沒有考慮人口結構老化或醫療成本改變（例如EPO費用），如果能比照其他總額去考量各種成長率的影響因素，也許更能反映成本的變動狀況。

### **陳代表鴻鈞**

請林代表放心，發生率與盛行率一直是台灣引以為傲的部分，在美國USRDS的評比上成績一直很好，每個國家發生率持續上升，台灣的發生率趨於平穩，真的很不容易，腎臟醫學會不會為預算問題去犧牲品質，這也是腎臟醫師的天職。



## 林代表阿明

林老師提到104年成長率，每年協商時好像用喊出來的，104年我們也有思考，透析能夠參考醫院與基層部門有非協商/協商的概念，加上價量成長的概念，未來健保會如果同意這個方向，透析預算核算方式也會有個相對客觀的雛形。

## 林元灝醫師(腎臟醫學會)

感謝阿明組長的一番話，非協商因素我已經在協商會議上討了三年，得到的回應都是透析不是總額，沒有非協商成長率；今天真的很欣慰能聽到這番話，謝謝。

## 主席

林文源教授提到重大傷病的部分，重大傷病的發卡數已經接近100萬張，占台灣人口不到4%的重大傷病病人用掉28%的醫療費用，監委黃煌雄委員在健保總體檢後也提出建議，除了積極推動安寧照護，現在也有幾個委託研究案在分析重大傷病的發卡機制、年限有無重新檢視的檢討空間，在這邊也拜託各位在執業時能夠幫忙檢視，如果已經痊癒了，定期追蹤也沒有復發的情形，但是還是持有重大傷病證明，容易造成醫療資源的過度使用。

另外今年我們積極推動安寧療護，今天報告中，90天以上呼吸器合併洗腎的人數已經降到100人左右，請分區業務組去了解這些保險對象的情形，希望能提供最適當的治療，把資源用在刀口上，也希望醫界能幫忙處理這一塊。

至於林老師提到保大不保小的部分，健保立法初期的確有討論到，社會保險最後還是把保險範圍界定為只要有疾病就給付，也訂在健保法裡面。將來醫療費用持續成長，是否需要考量保險人負擔程度後修訂保險範圍，那又是另一個議題。

## 鄭代表集鴻

基層透析協會也很高興聽到阿明組長提到用客觀的成長率公式取代喊價的概念；也不知道組長有沒有個時程表，不知道公式可以在什麼時候應用？

## 林代表阿明

健保署提出的成長率計算方式會參考這樣的理念，健保會在討論時可以參考這個模式，最後成長率還是在協商平台上交換意見後決定。

### 干代表文男

這個問題在健保會恐怕也無解，每個總額部門都覺得預算成長率不夠，沒有人覺得點值太高，希望醫院與基層部門可以自己協商完細節後，再到健保會提案。

### 張代表孟源

完全贊成主席提到安寧療護的部分，腎臟醫學會既然也在推動，是否可以在下次委員會上請腎臟醫學會報告目前在安寧療護上的具體成效。

### 陳代表鴻鈞

簡單跟各位報告評核會上的報告內容：去年有400人因為安寧而不透析，部分醫院還沒報數字給我們，400人可能偏低；其中200人是定期透析合併其他問題轉安寧療護，150人已經有多重醫療問題後，希望不要進入透析；50人屬於急性腎衰竭合併多重併發症轉安寧，合計400人進入安寧療護。腎臟醫學會一直配合健保署推動安寧療護的政策，進入安寧病人數量我們會持續調查。

### 張代表克士

有兩點意見：住院透析合併呼吸器90天以上病人似乎集中在地區醫院，因為依照健保IDS規定，呼吸器使用63天以上就會到地區醫院的呼吸照護病房，所以地區醫院會占大多數。全國123人中，地區醫院有71人，約兩家提供透析服務的地區醫院才有1人，看起來比想像中好且額度佔率也不高。我自己醫院就有清醒且使用呼吸器20多年的病人，基於人道立場，醫院也很難為。

另外跟干委員報告：目前台灣十大死因第一名是癌症，第二名是廣義的心血管疾病(含糖尿病、中風、高血壓、心臟病、腎臟病)，死亡率都接近3成；透析病人的來源最大宗是糖尿病，約佔四成，台灣對心血管疾病及糖尿病病人都照顧很好讓他們存活下來，有機會變成腎衰竭後靠著長期透析還可以活很久，如果洗腎點值持續偏低，等於在懲罰把病人照顧好的醫師。希望透析成長率可以跟品質連動，如果照顧品質很好，值得給予成長率作為鼓勵。

## 干代表文男

投影片30頁住院併用透析與呼吸器人數，短短3個月就增加21位，可惜立法單位沒能制定安寧死亡的相關條例，不然醫師跟家屬都不想當最後的決策者，眷屬不想當不肖子孫，醫師不想當壞人。90歲以上的病人又插管又洗腎，活著不快活，也沒有尊嚴。

另外我也想知道，20-59歲住院洗腎併用呼吸器的從三月份就維持15人，到底是什麼原因？意外還是車禍造成的？

## 張代表孟源

安寧緩和條例中第三條敘明末期病人，醫師診斷不可治癒且近期死亡已不可避免兩項條件都要符合，干代表提到的安寧適用對象，與陳理事長講的進入安寧緩和醫療病人，應該都是符合以上兩個要件。

## 王代表秀貞(謝代表武吉代理人)

呼吸器使用透析應該要管，但我們要強調，這段費用其實非常少，這不是造成點值下降的主要原因!!要說原因，剛才已經提，主管機關要負責，要作好資源管控，不能核准之後都要健保與醫界買單!!

如主席說明，此類病患由監控開始的200人下降到100多人，這對醫界、付費者，家屬來說都還是沉重的包袱，只能讓它慢慢減少，此類病患要否繼續提供照護，也不該全部由醫師面對，應有社會共識，家屬同意、付費者同意，這應該是大家一起來面對!!

干文男委員一直建議我們應該向牙醫學習總額管控，其實各部門總額結構是不同的，牙醫管理很好但其實牙醫的醫療收入有50%是自費收入，醫院則不同，我們約9成收入是健保，9成的收入一直被打8折，這會讓我們醫師與醫療從業人員很挫折、很洩氣。

面對高齡化社會趨勢下，台灣發生率與盛行率與國際比較表現很好，腎臟醫學會已經報告，醫界很努力也很盡力，做很多措施但點值還是低，主要是因於預算不相等，點值低與費用成長這一段，希望主管機關對資源分配管控與透析應有的預算成長率是否要作檢討。

另外，如果我們付不起，或許付費者也應該考慮是否要如國外，設定多少歲以上就不給付透析。或是像謝理事長提出落實健保法第43條，以自行負擔方式讓民眾對醫療資源利用有同等責任，如此民眾使用健保資源才會更珍惜；若政府有特別弱勢對象應該免自行負擔，就該由

政府另外編列預算撥補，而非直接轉嫁醫界。

再次強調，呼吸器使用透析是應該管控，但不是造成費用上漲的主因。

### 主席

那確定點值，依健保法第62條辦理公告與結算。在場代表有其他臨時動議嗎？

### 林代表全和

經過近幾年大家的努力，透析點值還是每下愈沉，考量腎臟科接收的是疾病末端的病人，推動Pre-ESRD與CKD都可以減緩病人進入透析的進程，或許採另類思考，可以跟健保會爭取編預算作護腎的媒體通路宣導衛教活動，委託腎臟醫學會辦理，運用現在網路行動裝置媒體，從疾病預防方向來切入，加強民眾對腎衰竭疾病認知、預防與改善，比較有機會逐漸減少病人的增加。

### 主席

回應林代表所提，宣導費用權責在國健署編列公務預算執行，健保法也很清楚健保預算只能用在疾病治療；不可能要健保基金編預算給腎臟醫學會執行宣導。另外提到CKD與Pre-ESRD計畫中都提到以執行績效方式去獎勵衛教部分，單獨編列一筆預算真的不可能。

### 張代表孟源

主席說得是：國健署的預算是預防醫學宣導，健保署基金是疾病治療。尿毒症屬於重大傷病，40%尿毒症來源是糖尿病，能在早期預防當然更好；這邊拜託干委員今年協商時可以在西醫基層總額與醫院總額項目幫忙協定比較好的成長率，能夠在充足的預算下好好治療病人。

### 干代表文男

健保會代表也不是神也不是仙，總額預算非協商因素5000多億，協商因素200億左右，大部分都是非協商因素；透析總額希望洗腎的病人不要一直新增，點值相對會提高；如果洗腎人數一直增加，誰都沒有辦法。沒有哪個部門說自己的點值已經夠了，除了把預防部份(CKD、Pre-ESRD)作好外，希望醫院與基層去協商共同計算方式，也免得以後爭執。

## 陳代表鴻鈞

慢性腎臟病防治經費雖少，可以說成績是亞洲第一名，很多鄰近國家都前來取經。希望經費越多，可以作越多事情；現在醫學會想推廣活體移植，上個月開了活體移植宣導的會議，醫事司等許多相關單位到場，可是健保署沒到；考量移植後醫療費用的差距，是否可以考量給予活體移植相當的鼓勵，一開始給30-50萬，日後每年省30萬醫療經費，怎麼看都划算。慢性腎臟病防治希望大家都能幫忙，比較慢開始洗腎也是減少洗腎病人。

## 主席

如果沒有其他臨時提案，今天會就開到這裡，謝謝大家。