

「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 2 次會議紀錄

時間：103 年 5 月 21 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	阮明昆	林代表文德	請假
李代表素慧	李素慧	林代表全和	請假
林代表文源	林文源	陳代表敦領	陳敦領
林代表裕峯	林裕峯	陳代表雪芬	陳雪芬
陳代表鴻鈞	陳鴻鈞	張代表克士	請假
莊代表志強	請假	黃代表月桂	黃月桂
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	潘延健
羅代表永達	羅永達		

(依姓氏筆劃順序排序)

列席單位及人員：

衛生福利部	請假
衛生福利部全民健康保險會	魏璽倫、方瓊惠
台灣醫院協會	林佩菽、董家琪、何宛青、吳心華
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	請假

本署臺北業務組	陳懿娟、陳佳叄
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	陳惠玲
本署東區業務組	江春桂
本署醫審及藥材組	曾玫富、陳淑儀
本署醫務管理組	李純馥、陳真慧、張溫溫、劉立麗、 陳逸嫻、鄭正義、楊秀文、李月珍

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：門診透析專業醫療服務品質指標監測結果。

決 定：洽悉，另針對廈管重建率 102 年上半年數據請與腎臟醫學會
確認後提出。

(四)案 由：102 年第 4 季門診透析服務點值結算報告。

決 定：

1. 確認 102 年第 4 季點值，如下表：

季別	浮動點值	平均點值
102Q4	0.78088285	0.81454245

註：平均點值含鼓勵非外包經營透析院所 2% 預算

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

四、與會人員發言摘要，詳如附件。

五、散會：下午3時50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1次會議結論事項辦理情形

主席

請委員針對第一次會議決議辦理情形提問。若無提問，本報告案洽悉，請接第二案。

報告第二案：門診透析預算執行概況報告。

千代表文男

首先請問第13頁各分區層級病床數分布資料，東區醫學中心病床增加74.4%，地區醫院減少16.5%可能原因？

滿意度部分想問有沒有針對非常不滿意與不滿意的原由？變成不滿意是不是因為被收自費心生怨忿？不知道健保署有沒有了解真正的原因？自費額部分，1000元以上比例占20.7%，在什麼狀況下被收那麼多錢？如果是購買營養品就不在醫療範圍內，如果是到院所後醫護人員行銷特定廠牌營養品，也值得我們關心一下。

羅代表永達

首先想請問問卷設計：自付額的部分是直接勾選還是民眾自行填答？如果營養品屬於選項之一，問卷本身很有問題。如果是民眾自行填答買營養品，占的比例又這麼高，就有解釋的必要。另外也不太懂洗腎會有什麼特效藥需要額外去買，健保已經給付藥品與換藥的處置了，額外收自費違反相關規定，恐怕問卷會誤導委員對數據的解讀。另外想細部了解的是醫材或耗材部分；哪些醫材、耗材、藥品項目屬於健保包裹給付內容，哪些需要額外自費，這樣才能釐清。

第二請問第24頁醫師看診及治療時間：血液透析的時間是事先安排好的，請問看診時間是非透析時段另外看腎臟內科門診時間，還是血液透析前醫師看診時間或透析前的等待時間？

鄭代表集鴻

這次調查沒看到可近性資料，請問民眾到院所就醫時間有列在這次調查

內容中嗎?

陳代表鴻鈞

這次透析總額滿意度整體不錯，個人結論是透析雖然點值低落，腎臟科同仁還是很照顧病人，滿意度很高。最後結論中特別提出告知病人洗腎模式百分比中，沒有告知的比例5%與去年相比4%相差不多，將沒回答的比例計入沒有解釋不太妥當。病人如果接受透析已久，已經不記得當時醫師有解釋過適合的透析模式而未回答也是可能的。

第二是自費的部分，結論特別提到201-300元的部分增加，沒提及101-200元與301-400元自費項目減少，不知是何意義；另外要解釋自費金額1000元以上，我想90%以上是沒有健保給付的新型昂貴藥「磷結合劑」，市面上有3種，健保給付的磷結合劑含鈣，服用後血鈣會升高，非常不好；新型磷結合劑費用昂貴，病人有需要我們會建議他去藥房買，為求病人方便也會讓病人在這裡拿。這是很好的藥，因為費用高(1顆幾十元，每天3-6顆)也不可能含在包裹給付中。

林代表文源

建議滿意度統計每次結果差不多，沒辦法進一步運用調查結果；建議書面問卷上可以加上一個欄位，如果填答為不滿意與非常不滿意時，可以寫文字敘述，這樣能得到具體意見，也才有改進的空間。

自費的問題想要詢問：為什麼EPO會列在自費選項裡？也想請健保署說明自費項目詢問方式。

小結內容不見得是真正委員想看到的，如果委員會針對特別想了解的項目與設計題目方向得到的回答整理為結論，可能會更有效用。

林元灝醫師(腎臟醫學會)

針對不同透析模式登錄器官移植的問題，可能跟不同治療的平均年齡有關；腹膜透析年輕人較多，接受腎移植機率較大，DM比例也相對低。臨床上每年腹膜透析病人轉去移植的比例也比較多，希望以後提供兩種透析模式的占率與平均年齡相關資料，供大家參考。

張代表孟源

27.7%比例透析病人有意願接受器官移植，推估全國約有一萬九千多人有意願接受器官移植；考慮器官移植後對民眾生活品質明顯改善，希望

全國院所能持續鼓勵器官移植。第二是關於Pre-ESRD，及CKD2的VPN登錄系統，在作業上能更有彈性，以利參加pre-ESRD計畫之醫療機構間的轉診，同時若VPN登錄若有補登、或申覆的作業，也能加以簡化。

陳代表敦領

很少有滿意度分數幾乎每項都在80分以上，不太需要進一步判讀了；倒是建議健保署可以針對醫療提供者調查滿意度，因為病人滿意度已經那麼高了，如果能調查提供者對總額的滿意度，了解他們不滿意的地方在哪裡，相信可以達成三贏的局面。

陳代表鴻鈞

腎臟醫學會很認真鼓勵提供活體移植，自從強制騎機車戴安全帽後，屍腎移植的來源變得很少，活體移植個案數每年都在增加，我們也會一直努力做這些事情。

李代表素慧

第50頁提到對透析病人提供適合模式解說，幾年來一直強調透析模式應該回歸專業判定，在醫學中心評鑑中似乎還有要求腹膜透析模式達一定比例，目前透析病人平均進入透析年齡為65歲且44%為糖尿病患者，要求他們一開始就做腹膜透析實在難為。最近碰到幾位個案是醫學中心轉來的，醫學中心醫生告訴病人可以做腹膜透析，但是每個月一定要加2~3次血液透析才能洗乾淨，醫療成本不見得下降，對病人也不是好事。最好取消醫學中心評鑑中腹膜透析須達一定比例的項目。

林元灝醫師(腎臟醫學會)

贊成李醫師意見，學會現在考慮提案衛福部將分母修改，以適合腹膜透析人口取代全透析人口當分母，希望能得到衛福部的允諾，不會有病人為了錯誤政策造成不必要的傷害。

張科長溫溫

醫管綜合回應：東區地區醫院病床數下降是台東基督教醫院醫師離職，不能再開洗腎病床，醫學中心是花蓮慈濟病床數增加，因為基數小，從40多床變成70多床似乎增加很多，整體上也還好。

滿意度的部分，第36張投影片醫師看診及治療時間其實已扣除透析時間，考慮腹膜透析回診時間間隔較長，看診時間比血液透析長相當合

理。洗腎模式的部分，這邊是從合計病人有沒有採納醫師建議模式後，有說明適合洗腎模式的比例微幅下降，希望可以加強宣導。

器官移植部分考量器官來源有限，已經有在整合器捐中心了，活體移植部分也有政策放寬，之後也會繼續努力。

自付費用與歷年比較部分，自費項目是明列在問卷上的，考量要病人直接回答自費內容有點困難，滿意度很大部分是為了看歷年趨勢，如果題目變更太大則無法作歷年比較。代表提議對不滿意部分搭配開放性內容填寫，會再跟委託研究團隊溝通；至於對醫療提供者調查總額滿意度，最早的滿意度調查曾經有這些項目；考量一次要做五個總額部門的滿意度內容，委託研究與行政經費越來越拮据，滿意度問卷定稿前都會詢問各學會有無修訂意見，今天代表的意見，會考量經費與歷年趨勢呈現上儘量納入。

PD與HD的年齡呈現部分，以前有說到希望PD占率逐年上升，今年初的檢討會議上已經修正為55歲以下非糖尿病病患腹膜透析比例可以增加，這也是考量到腹膜透析的適應症後作的修正。滿意度可近性今年有調查，因為數字有點奇怪，還在確認當中；至於醫院評鑑不是健保署的業務，以上說明。張代表提到電腦系統的部分，我們會帶回去了解。

張代表孟源

Pre-ESRD系統跟Early-CKD不太一樣，登錄後再轉出醫院收案會有困難，系統有問題，造成醫院的爭執。

主席

有關資訊系統問題，請於會後與本署業務單位溝通了解後以個案處理。

干代表文男

還是希望能了解不滿意與非常不滿意的真正原因與後續處理，以及自費37%原因是醫師推銷還是病人主動要求；另外這次有提到第1季預估點值高於0.8，恭喜大家之餘，也想知道為何點值上升，是不是有些病人減少了應該透析的次數造成點值增加。希望健保署可以針對血液透析新作個簡表，統計病人每個月洗幾次的分布，新進多少人、退出多少人，對點值可能影響與下分到分區資料，方便我們消費者代表了解大概的趨勢，好過整本資料翻來翻去。

羅代表永達

診斷證明書可能代表後面申請的商業保險，特效藥項目希望與藥品合併，讓病人自己填藥品內容，營養品屬於非藥品，自費項目中列了有百分之六十多都在爭議項目，這樣數據有扭曲，容易讓消費者代表誤會。這邊還是建議下一次調查時營養品跟診斷證明書可以特別註明或從選項中移除。

潘代表延健

自費的部分，101年起開始用書面方式調查，電話問卷與書面問卷可能意涵已經不一樣了；這邊看到的可能是書面問卷的引導，可能要看一下問卷的題型，避免偏誤；另外呼吸器併用透析的部分，是否表示無效醫療或醫療利用上值得商榷；在日數與費用上部分個案顯然偏高，不知道署裡有進一步了解或試圖作通則去引導嗎？

陳代表鴻鈞

腎臟醫學會現在鼓勵走安寧路線，病人少留在醫學中心，不知道是否有集中在某些特定醫院的趨勢，腎臟醫學會願意與健保署合作，減少這方面的開銷。

羅代表永達

每次談到透析與呼吸器合併，因為醫學中心不能設RCW，併用呼吸器與透析的個案長期住院一定會到區域與地區醫院，這很合理；考量部分生活照護需要自費，一些家庭無法負擔；加上安寧推廣的關係，全國RCW病人已經逐漸減少了。這邊不希望把RCW的病人特別拿出來擴大解釋，因為病人家庭背景不同，有各自的苦衷，強制去霸道處理這個議題，可能不妥。

主席

請業務單位針對委員提問做回應。

張科長溫溫

自費項目問卷題目中明確寫”透析院所除掛號費外有無向您收取其他費用”，應該不會有問卷題目誤導的問題；營養品可能是民眾同意自費在院所選購的，有些非屬健保給付的項目雖屬於民眾自掏腰包，選項上本署認為還是要呈現出來才合理，也才能反映歷年來整體趨勢。今年調

查方式與去年比較相同，數據也比較可以反映歷年差異。併用呼吸器方面會請分區去輔導，不會強迫一定終止，反而可以省思是否對當事人有更好的方式。

林代表裕峯

自付項目的營養品可能包括葡盛納等營養補充品，可能是家屬對病人的心意，放在這邊感覺是醫院去強迫推銷而來的不當獲利，社會觀感不佳。另外非洗腎可能會用到的診斷證明書或檢查檢驗項目，都列在自付費用項目中可能招致誤解。

干代表文男

不滿意度會汙染健保績效，雖然百分比只有1.9%，還是希望健保署可以處理背後隱藏的真正問題；另外預估點值為什麼一下子可以從低於0.8跳升到0.82多，是洗腎的人變少還是洗的次數變少？希望以後可以有個簡表，反映新洗腎人數/退出人數/每人血液透析幾次的趨勢，對點值增減原因可以一目瞭然。

林代表阿明

干委員所提滿意度調查中不滿意與非常不滿意選項後續處理上，因今年滿意度問卷還沒定案，我們會再處理；簡表的部分會再思考要怎麼呈現，另外本署有計算血液透析病人每月使用次數，有8成左右都落在每個月13次，趨勢很穩定；自費磷結合劑的部分，因為藥費昂貴，建議在104年總額研商時能增加預算，請腎臟醫學會與台灣醫院協會考量。另外RCW併用呼吸器部分，還是要站在病人與家屬立場考量，希望醫院在適當時間點提供輔導，免去不必要的折磨。

陳代表雪芬

併用呼吸器資料建議分區去掌控就好，到這裡來看容易過度渲染，沒有太大意義；希望集中精神在點值上。

干代表文男

我可以接受溫溫科長的報告：呈現所有項目。另不滿意選項後面填答真正內容，不要這些不滿意的意見在民間擴大發酵，汙染了健保署的苦心。

陳代表鴻鈞

103年第1季透析病人成長率為3.4%低於往年平均值，可以部分反映預估

點值較高的原因。點值高腎臟醫學會雖然開心，也擔心會不會是透析病人死亡人數增加，請健保署提供資料。

張科長溫溫

103年透析預算成長率3.77% 高於前三年，也是原因之一。

主席

本報告案請醫管組針對代表意見妥為處理，沒有進一步問題就進入第3案。

報告第三案：門診透析專業醫療服務品質指標監測結果

林元灝醫師(腎臟醫學會)

針對腹膜透析脫離率：除死亡、移植外還包括轉成血液透析，貴署針對轉成血液透析應該有資料；特別提到這一點因為如果腹膜透析病人大量轉成血液透析，可能反映政策強力推廣腹膜透析是有問題的，造成不適合做腹膜透析的病人都先被推去做腹膜透析，需要拿出來檢討，避免產生錯誤的指標。

張代表孟源

請問第47頁BC肝轉陽率：最近轉陽率稍稍下降，腹膜透析又低於血液透析；根據國人C型肝炎盛行率1%，國人去透析只要2年就會達到1%，

另外第36頁與38頁轉陽率數據：血液透析BC肝轉陽率都增加很多，原來C肝陰性人數5萬3千多人，參考有申報透析費用人數7萬多人，差距的1萬多人表示已經是C肝帶原嗎？進一步詢問：C肝在血液透析的盛行率為多少？這1萬多人是否接受C肝治療？C肝治療除干擾素外，在美國最新上市DAAs藥物治療上非常的貴，現在三個月要8萬多美金，即便其價格將來可能下降，但也必然是昂貴藥品，希望健保署能關注新增B肝、C肝治療以及後續費用的問題。

張哲銘醫師(腎臟醫學會)

在民國70幾年B肝疫苗注射前，國人的B肝帶原非常高，約15-20%；C肝抗體陽性率約3%-5%；血液透析的B肝比率與一般民眾差不多，約12-13%，C肝在使用EPO前多為輸血，帶原率是60%，改用EPO治療貧血後帶原率降到15%左右，現在透析病人盛行率B肝百分之13點多，C肝約15點多左右，

有興趣我可以提供數字。

治療上，透析病患無BC肝抗體病人我們都鼓勵施打疫苗，可是成功率明顯偏低，真的接受疫苗的比例不高。

有病毒肝炎且肝功能異常的病人要用干擾素治療，副作用很大，在透析病人身上更大，病人容易裹足不前，醫學會這邊還要繼續推動。

B肝與C肝轉陽率台灣已屬國際最低，因為20多年前衛生署便推動分區分床，大幅減少工作人員與病患交叉感染機會；日本轉陽率約0.7%-1%，我們在0.5%以下真的很厲害。

陳代表鴻鈞

補充一下腎臟移植部分：2年前一位20多歲腹膜透析病人詢問親屬移植的細節，要求母親捐腎(活體移植)供其移植所用；衛教師推動很久，但是在國人的觀念中活體器捐還是很不容易的事；希望健保署也能協助，在高鐵站等公共場合能廣為宣導。

干代表文男

請問第22張投影片：屢管重建率102年上半年0.13，比較102年下半年0.27數值與101年下半年0.23明顯降低，請問背後可能的原因？

李代表素慧

透析病患血清albumin，血色素與住院率上，血液透析都優於腹膜透析；另外乘上點值換算103Q1PD每件39294點數(每點1.0點值)，血液透析每件45886點數 $\times 0.822$ 點值 = 37718，血液透析實際支出醫療費用也低於腹膜透析；國家衛生政策要考量給付低與品質好的透析膜式才對，一味推動腹膜透析是否朝向錯誤的方向，變得本末倒置？

陳代表雪芬

在座都是專業人員，考量治療多元選擇性、PD的適用族群以及上班上課病人的方便性，請在座代表即使院所只作血液透析，也不要將議題限縮到血液透析才是惟一選擇這樣地結論，討論上也請適可而止。

曾科長玫富

謝謝台灣腎臟醫學會代表協助對BC肝轉陽率的專業回答；另外目前的脫離率指標係指完全脫離透析治療，如果有代表認為需新增腹模透析病人轉血液透析人數比率之指標，將請台灣腎臟醫學會就必要性及操作型定

義表示意見，供品質確保方案研修參考。有關廢管重建率半年人數為965人，比率由0.13變0.27約400-500人次左右，增加此種數量之廢管重建人次應是可能的，此部分資訊是由台灣腎臟醫學會提供，還需請台灣腎臟醫學會代表說明。

陳代表鴻鈞

干委員所提數值可能有點問題，一般是在0.2-0.25之間，數據突然減少可能有點問題，要回去看一下。

主席

數據是否有誤植，請醫審及藥材組會後與腎臟醫學會確認，如果需要更正，請在研商會議時呈現；若數字正確，也要呈現可能發生的原因為何。

報告第四案：102年第4季門診透析服務點值結算報告。

陳代表雪芬

請問這四季結完之後，4.04億真的放在其他預算嗎？會不會另外補其他的費用？

張科長溫溫

4.04億元使用上比較像是各總額部門的專款實支實用；支用2.8億多之後剩下的就不處理了。

陳代表雪芬

請問102年度2%的預算什麼時候會真正結給醫院？

張科長溫溫

計算預算時先將鼓勵非外包預算 2%扣起來，跟著各季點值結算時，另外補付給院所，院所拿到的報表裡頭就會有這部分了。

鄭代表集鴻

我有個提案：Early-CKD在執行概況報告時可以比照 Pre-ESRD表格呈現，只要有收案總人數、醫院基層參與家數就好。因為基層碰到的狀況是署裡對醫院有些績效要求其多收Early-CKD，造成基層接到醫院電話要求把個案結掉，讓醫院多收案；希望報表上不呈現各層級醫院收案的

成長率，直接合併呈現。

主席

報表呈現方式不會改變本署希望醫院與基層加強收案CKD病人的基本方針，請大家省思。

陳代表鴻鈞

鼓勵Early-CKD加強收案是好事情，但是結合到醫院績效變成作不到目標要扣錢，恐怕不妥當。

主席

分區鼓勵收案沒說要多扣錢吧？

林代表阿明

分區有設一些鼓勵指標，主要還是採輔導方式，因為醫院收案率才百分之20多明顯偏低，現階段還是希望能再提高收案率。

鄭代表集鴻

針對醫院收案率計算方式值得商榷；現在以特定疾病代碼計算分母，有些代碼不一定是early-CKD，一定會誤估收案情形。就分級醫療概念，全國Early-CKD醫學中心與區域醫院收案也才5萬多與6萬多，而2008年溫啟邦教授的全國普查，全台灣大約有250萬early CKD 民眾，要求大醫院加強收案對防治恐怕幫助也不大，而且不符合落實轉診分級醫療的原則。現在醫院和基層搶這種輕症，基層一定搶不贏，結果都放棄，反而違反當初希望基層全面防治CKD的原始規劃，所以希望主管單位不要為了表面上的業績，去要求大醫院執行不適當的任務。

主席

鼓勵醫學中心早期收案早期治療，難道健保署政策有問題嗎？

鄭代表集鴻

發現Early-CKD僅需要簡單的抽血與驗尿，可以不用到醫學中心層級。

主席

如果醫學中心門診發現Early-CKD病人，也希望能收案照護。如果一再作層級切割，對病人是不是很好，也希望大家能省思。

林代表文源

考量醫學中心應以照護急重症為主，病人如果能就近去基層作CKD其實比較好；另就實質執行層面，CKD與糖尿病病人量太大，衛教師也難以負荷，基層最大的問題應該是要衝到一定的收案量，才可以負擔聘請一位衛教師，建議健保署思考如何協助基層起步；無論從病患或醫療資源的效益來說，整體來說把CKD病人跑到醫學中心等候與看診的時間節省下來，耗費的社會成本也較低。

林代表裕峯

贊成林代表的意見；Early-CKD希望可以鼓勵區域醫院以下去收案，醫學中心可本於教學目的去收案，然後在病況穩定後下轉到病人鄰近的院所，提供病人可近性。

李副組長純馥

收案率要看本署計算照護比率時的分母；收案率在醫院約20多%，而基層收案率將近50%，彰顯基層的用心，本署希望督促醫院向基層學習，增加收案比例；我們發現很多病人規律在醫院看診，也遵循治療準則在醫院檢查，只欠收案，健保署也是作善意提醒；收案率一直是評核指標中被要求的部分，醫院可能考量個管師照護能力無法大量收案，我們也表尊重；分區跟醫院談時有將部分品質指標設計進來，並沒有跟支付作連結；我們也不希望醫院選擇病人造成結果的扭曲。

希望能提高收案率以外，我們也希望可以尊重病人(informed consents)，還是要回應整件事情都沒有苛責醫院或診所，只是想對病人好。

陳代表雪芬

各分區共管會議上都會被要求配合健保署的一些措施，各代表回去也會有些壓力。建議腎臟醫學會可以就得到共識的部分盡量在學會中私下解決，請大型醫院就能幫診所的部分盡力幫助。

主席

VPN結案的問題請科長與張代表聯繫溝通細節，如果沒有其他問題，今天會議就到這裡，謝謝大家。