

「全民健康保險醫療給付費用門診透析服務研商議事會議」

102 年第 3 次會議紀錄

時間：102 年 8 月 14 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	請假	陳代表敦領	陳敦領
林代表裕峯	林裕峯	陳代表雪芬	陳雪芬
陳代表漢湘	陳漢湘	張代表克士	張克士
莊代表志強	請假	黃代表月桂	請假
黃代表啟嘉	黃啟嘉	鄭代表集鴻	鄭集鴻
梁代表淑政	周雯雯 ^代	蔡代表宗昌	蔡宗昌
廖代表秋鐳	廖秋鐳	謝代表武吉	謝武吉
蔡代表淑鈴	蔡淑鈴	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：

衛生福利部全民健康保險會	林宜靜、方瓊惠
台灣醫院協會	王秀貞、何宛青
台灣腎臟醫學會	林慧美
中華民國醫師公會全國聯合會	劉俊宏、陳哲維
本署資訊組	姜義國
本署企劃組	詹孟樵
本署臺北業務組	陳佳叻、蔡慧珠

本署北區業務組	盧珮茹
本署中區業務組	徐麗惠
本署南區業務組	李麗娟
本署高屏業務組	陳雀美
本署東區業務組	江春桂
本署醫審及藥材組	王本仁、蔡佳倫
本署醫務管理組	林阿明、張溫溫、劉立麗、張桂津、 洪于淇、鄭正義、楊耿如、楊秀文

一、本會 102 年第 1 次研商會議紀錄，請參閱（不宣讀）確認（略）

二、主席致詞：（略）

三、報告事項：

（一）案 由：確認本會上次會議紀錄。

決 定：洽悉。

（二）案 由：本會 102 年第 1 次會議結論事項辦理情形。

決 定：洽悉。

（三）案 由：門診透析總額執行概況報告。

決 定：

1. 下次會議起提供作腹膜透析的各層級院所數與定期透析併用
呼吸器超過 3 個月的人數資料。

2. 餘洽悉。

（四）案 由：門診透析專業醫療服務品質指標監測結果。

決 定：

1. 102 年第 4 次研商議事會議將報告由健保資料庫計算指標之定
義與結果。

2. 餘洽悉。

(五)案 由：102年第1季門診透析服務點值結算報告。

決 定：

1. 確認 102 年第 1 季點值，如下表：

季別	浮動點值	平均點值
102Q1	0.80310793	0.83489062

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。

(六)案 由：有關提高本署全球資訊網「看診時段」資訊正確性乙案。

決 定：洽悉。

四、討論事項：

討論案

提案人：鄭集鴻、李素慧、阮明昆

案 由：為增進對 Early CKD 患者的照護完整性，延緩腎功能惡化，提出 Very Early CKD 照護計畫。

結 論：依據全民健康保險法第40條規定，健康檢查非屬本署保險給付範圍，將函轉國民健康署參考。

五、與會人員發言摘要，詳如附件。

六、散會：下午5時整

附件-「討論事項」與會人員發言摘要

報告第一案：確認「門診透析總額研商議事會議」102年第2次會議紀錄。

主席：確認上次會議紀錄不再宣讀，請各代表直接參閱書面資料。

報告第二案：「門診透析總額研商議事會議」102年第2次會議結論事項辦理情形

主席：各代表無提問，就照案通過。

報告第三案：門診透析總額執行概況報告。

羅代表永達

我想問一下第28與29張slide。上次討論併用門診透析與呼吸器的費用問題，個人稍微算了一下，假設117人住滿1年估計醫療費用大概耗用1億多，與上次提供的數字有很大的差別，可否提供這117人耗用的醫療費用。另一件是總額評核報告中提及腹膜透析占率希望達到14%，想知道14%真的是部裡與協商議事會議未來努力的目標嗎？

潘代表延健

想確認投影片第27頁數字：外籍人士投保的保費總數真的有111億元嗎？

謝代表武吉

投影片第五張預估點值跟書面資料數字似乎不太一樣？會議前提供資料的資料是報告4-5月，沒有6月數據。

張科長溫溫

回答代表的問題：每位外籍人士繳交保費總數約1萬6千多，數字算合理；另外書面議程呈現的是102年4-5月的預估點值，開會前已經有到第2季(完整Q2)的點值資料，所以更新為第2季的資料，我們會把第2季預估點值補充給代表參考。

謝代表武吉

請問第27張投影片：69萬多名外籍人士繳交保險費111億，大陸人士13人用門診透析服務76件，請問外籍人士的定義？這一段在費協會跟監理會已經處理過，結果是大陸人士來台灣投保，使用的醫療費用比繳交的保險費還多；想知道不同投保類目的分布情形。

主席

我懂謝代表的意思；今天提供的資料只有非本國籍人士使用門診透析的情形，因為前次研商議事會議有代表想了解這方面的情形；謝代表在監理會處理過的部分是包括外籍人士西中牙醫的總醫療費用。羅代表的提問可以再說明一次嗎？

羅代表永達

第29頁slide的數字跟上次報告的數字差很多，以及評核會有報告國家政策目標是PD占率達14%的部分，當天沒有機會詢問。

張科長溫溫

提供補充說明：前次提供資料是擷取全年資料，資料內容包括部分已經過世，以及久久使用一次透析的保險對象；這次更清楚的定義是目前還在使用（還活著）的保險對象，使用6月的申報資料計算每1-3天固定透析且呼吸器使用至少90天以上的保險對象，總共117人。

陳代表雪芬

想請教主席：門診透析承辦人多久會更換一次？希望各總額承辦人能有2-3年的經驗，這樣委員詢問時不會讓承辦人太為難；在解釋資料時溫溫科長也不會太辛苦。另外也請問能不能定期提供腹膜透析每年度/每人次使用費用，因為之前作的資料跟大家的猜測不太一樣。建議每年或每人次腹膜/血液透析使用費用能忠實呈現。

李代表素慧

想請問第20頁呼吸器併用血液透析的病人數117人，為什麼跟媒體上看到的共5000人數字有差距？另外其中60歲以上已經有8成了，這一塊是不是要共同努力，可以把有限資源放在非無效醫療上？

廖代表秋燭

第15、16頁投影片與第21頁投影片擷取資料來源與時間相同，請問為什麼件數、點數有差距？另外也希望可以呈現每件血液透析與腹膜透析的平均單價。

謝代表武吉

請問各層級實施有腹膜透析的院所有幾家？！應該要列出來各層級有幾家有提供腹膜透析，這與評鑑要求有關，應該提供腹膜透析卻未提供腹膜透析，評核分數可以為D(不及格)，這樣其實對區域醫院與地區醫院來說，是較不

公平的；PPT22~24報告Pre-ESRD與Early CKD執行狀況，參與人數有提升，但這些病患是因於吃地下電台藥品、農藥殘留或是發泡劑、塑化劑或怎麼來的，應該要有所了解，否則由照護病患數看來沒有下降，變成是浪費；腹膜透析有哪些醫院在做，請提供給我們；診所也可以參加Early CKD，這次增加有100多家，可以再多努力，相信成績可以再提高。

干代表文男

請問PPT第23頁衛教點數部分：102年1-6月點數與99年全年點數差距怎麼那麼大？是有特別推動造成利用率比較高嗎？另外也想知道造成透析的源頭，到底是塑化劑還是什麼原因造成的；還有下一個指標報告案想要知道增訂的指標是否有執行，還是只有參考而已。

謝代表武吉

想要問一下外包與非外包院所的品質是否有差別？

張科長溫溫

補充說明：腹膜透析14%是我們的目標，原則上還是要依據病人的適當性決定；目前透析原因很多是糖尿病引起，糖尿病病人也不一定適合作PD，目標訂太高也怕造成腹膜透析中途退出的比例高，我們跟腎臟醫學會溝通，目前維持在10%左右，沒達到也不會有懲罰。至於PD與HD費用我們有嘗試去作，HD費用比較容易估計，PD因為用藥等原因費用較難估計，加上PD還分成APD與PD，其中APD含機器租金與套管費用，我們看了一些案例，發現個案間差異性蠻大的，這方面我們也不是專業，希望腎臟醫學會協助我們。

人員的部分因為最近人員異動比較多，資料不清楚的地方可以問我；數字的部分我們會回去確認後，回饋代表最正確的資料。

外包與非外包的部分，第二次協商議事會議有提到分析情形，單看品質監測指標的話，兩邊差異性並不大。

至於進一步了解血液透析發生原因部分，從申報資料端是沒辦法作分析的，健保署這邊沒辦法處理，跟代表抱歉；

另外干代表提到pre-ESRD衛教申報量持續增加，我們從95年開始推動，後面增加持續獎勵費用或病患獎勵費用，如果院所把病人維持得很好，eGFR下降達到預期，會額外給予獎勵金，加上收案人數累計的關係，整個申報的錢也會跟著往上走。101年申報點數約達1.4億，102年估計全年申報點數為1.5億元，以上說明。

主席

腎臟醫學會要針對干代表的提問回應嗎？

陳代表漢湘

盛行率、發生率高最近醫學會找到答案：台灣有戰後嬰兒潮，民國34年之後人口增加很多，嬰兒潮世代的國民逐漸變成老人了。國家衛生研究院的許教授有作過報告：從1998-2008年把65歲以上透析病人排除掉洗腎人口只增加3%，美國增加17%；包含65歲以上透析病人增加36%，美國增加12%。台灣從老化人口7%至14%只需要24年，美國需要65年，法國需要125年；人口老化是造成台灣透析人口急遽增加的主要原因；我們以為的塑化劑、毒澱粉在動物實驗中對動物的腎小管造成損害，在人體目前還未有病例。以前中藥的馬兜鈴酸是有證實的，在台灣食品引起的腎病變還不能下結論；止痛劑、黑藥丸造成腎臟間質與腎小管病變是有影響，但是占洗腎比例不高。

剛剛提及PD占率在105年到14%，當時訂定的想法恐怕不太周全；要達到這樣的占率PD每年新增人數要到1000人，考量透析新增病人每年3500人，加上PD的drop-out rate很高，要達到真的不可能。大於65歲與糖尿病人不適合作PD，排除這兩類病人後計算PD的收案率會比較合理；以上說明。

干代表文男

謝謝腎臟醫學會在評核會時提出報告；考量對大眾及消費者代表要有說服力，希望可以真正追蹤到戰後嬰兒潮及老化以外的原因；到洗腎院所取樣應該不難，如果能提出讓大家心服口服的原因，也比較聽得懂。

陳代表漢湘

洗腎的原因最多還是糖尿病，占率接近5成；糖尿病常伴隨著老年人，我們老年人口比例真的很高；其次是慢性腎絲球腎炎；再其次是高血壓等等病變；至於藥物引起的腎病變占率低於10%，以上說明。

謝代表武吉

我與干文男委員都希望知道，如果可以提供如藥害的相關數據資料會更好；陳漢湘理事長在台北，看的是大都市，跟鄉下不一樣，有朋友說叫我不吃玉米，種玉米的田，土壤要施很多化學肥料，還有花椰菜也是一樣，大家說綠色花椰菜營養好，但是有農夫的朋友說不要吃，因於採收前噴很多農藥，這洗也都不好洗，建議腎臟醫學會可以朝此方向努力，老年人口的影響，我也已經唸了幾十年。

張溫溫科長說腹膜透析與血液透析的費用，不通，究竟是腹膜透析費用高

或者血液透析高，我已經去問過了，請說明。

張科長溫溫

如果PD整體與HD來比較，PD費用略低於HD；但是APD的費用又比HD貴一點點。

謝代表武吉

腹膜透析費用比血液透析多100元，我在鄉下，但是也有人會告訴我。

主席

感謝謝代表提供資料，張溫溫科長是按照申報資料去作統計，謝代表的調查也有參考價值，謝謝您特別提出來。

陳代表敦領

看到第2季分析摘要部分，供給面院所與病床數成長率與往年同期比較呈滑落情形；醫師成長率還能維持6.5%；最近得到一些報告，基層透析普遍呈現哀鴻遍野的狀況，因為點值太低，對經營面的成本結構已經入不敷出了。基層每透析人次可得3400元左右。醫師成長率尚未反映出來，因為醫師培養並非一蹴可及，最近也有醫學中心反映腎臟科專科醫師報考率大幅滑落，連小女在當intern，日後選科系也不會考慮腎臟科。

執委會是作分配上的公平正義，大方向還是要在健保會討論，至少要維持4%以上預算成長率才能保住一線命脈；利用率的部分在執委會可以思考如何因應，綜觀PD/HD部分，基本上歐美國家PD費用只有HD一半，財務負擔很大，所以提出HD在家照護的部分，節省人員與空間設備後，經費就可以壓下來了。台灣腎臟醫學會也推廣好幾年，要普及真的不太容易，因為病人本身教育與醫藥衛生宣導的問題，還需要長期努力；考量目前PD與HD費用很接近，PD可能還有一點降價空間，HD卻沒有；分配同時已經不需區分兩者了。

另一個部分是健保費用僧多粥少，有限資源下要分配真的很難，也許大家可以思考copayment的部分，如果每單位給付3200以上的部分調整部分負擔，病人可以作選擇，也可以讓醫療單位有生存的空間。

鄭代表集鴻

請問日後每次會議都會公布併用呼吸器與透析90天以上的分布情形？希望可以定期公布，持續監控。

另外想請問Early CKD的資料：收案率中是用診斷碼抓取資料，會不會把pre-ESRD也抓進來總數，包含所有慢性腎病？

張代表克士

身為心臟科醫師在此提供一點意見：第一，腎臟的腎元其實就是一些微細血管組成，相當於我們心臟科心血管的下游。誠如干代表所言，過去的人因吃得比較簡單，較無三高及代謝症候群的問題。三高控制一直與腎臟疾病有密切關聯，尤其是糖尿病。在美國透析病人中，糖尿病約佔5成以上，台灣也大約有四成。上游的照護很重要，在台灣，其實糖尿病的照護率並不高，很多病人不遵從醫囑、忠誠度不高且常hospital shopping，如果可以好好治療這些病人，把他們的血管顧好，腎臟自然會比較好。真的有心要做好，就需先處理好上游。另外，腎毒性藥物、馬兜鈴酸、環境毒素(如農藥殘存)等也是個問題，這牽涉到很多單位，像環保署及FDA等。而地下電台賣藥也可能有關。第二，透析的點數及點值都很低，造成經營者現在真的是哀鴻遍野，今年總額的2%若是要改善點值，那麼似乎應該全面照顧透析院所，如果是用來做品質鼓勵(Quality oriented)，那麼根據數據顯示，目前外包與非外包看起來品質指標並沒有明顯差異，從照護病患的一致性與公平性而言，應該不用分院所的管理體系來源，可以將整個pooling下去照顧全體病人，畢竟病患的照護做好，才是我們的共同目標。

林代表裕峯

以下幾點補充：分析PD/HD成本時，藥費跟APD租金要另外加進去，目前兩者費用差不多；早年因為PD便宜效果又不比HD差所以鼓勵作PD，現在變成鼓勵適合PD的病人進入PD。Pre-ESRD剛開始每年5千萬增加到8千萬，Early CKD經費也是3億2千萬，現在也收案不少人。其實經過pre-ESRD之後進入透析的病人只有1/3，真的很可惜，如果能經過pre-ESRD應可減緩進入透析的進程。剛才也有代表強調腎毒性的藥物、食物等，如果衛教篩檢部分擴大，教育不管有無腎病的民眾一些腎病防治的常識，這也是很好的。

透析原因的部分四成來自糖尿病，2成為腎絲球炎、1成高血壓相關病變以及1成是腎毒性藥物引起，很多病人不只一個因素，糖尿病病人同樣會服用腎毒性藥物等等加速腎功能惡化；pre-ESRD與Early CKD的加強衛教真的很好，也希望可以推廣到院外的民眾更注意自身的腎臟防護。

謝代表武吉

請提供腹膜透析於各層及執行的分布；

基層透析協會在做什麼，我看不懂，目前基層有319家院所，509位醫師，表示有些院所是2位醫師，有人建議我，認為醫學會要檢討，在分區中發生有，只要有做透析的院所，不論是否還提供有內科、兒科，只要成長就都被砍，而且是加倍核刪，請基層透析協會理事長要多多了解，不要放任

基層透析院所被欺負。

張科長溫溫

PD目前只算出執行人數，下次開始會持續提供分層級有作PD家數的資料；至於透析併用呼吸器的資料，可以每季產製，下次會議開始提供；李代表提出數據差距的部分提出說明：上次的5000人可能包括短時間使用呼吸器或洗腎跟緊急洗腎的病人，這些都不是我們的主要目標群；本次確認定義後我們重新擷取個案，也通知分區請院所進行輔導機制。

Early CKD是用診斷碼去擷取照護對象，確實有可能包括4、5級的照護對象，大部分還是1-3A期的病人。

蔡代表淑鈴

想補充幾點：PD/HD數據很難跟國外比較，早期PD沒有財務誘因時，執行比較少，有財務誘因後才拉上來，在不同基準下很難跟國外比較。我們自己作過HD與PD病人的總體醫療費用比較，長期看來總點數還是PD較低。不過這部分沒把PD病人較HD病人平均年齡小十歲的部分進行校正，校正後點數差距可能較小。

另外要解決洗腎問題可以思考替代方法：例如居家HD，考慮HD很大的成本來自場地、租金，可能有部分病人有知識跟學習能力可在家自行操作，也請腎臟醫學會去思考這種方式的可能性。也希望能找出目前集中式血液透析有沒有其他更有效的替代方式，如果有，也樂意見到推廣。

再來是提高copayment的部分：其實有點從民眾端收自費來彌補點值低的意涵在，但是這涉及到健保法的規定，很難在這裡討論。張院長所提總額外加費用鼓勵所有院所而不只是非外包院所部分，當時的著眼點不是醫療品質，反而是背後的機轉，今年談成長率時可以好好談一談。

最後是林代表所提：國衛院一系列腎病研究都指向DM與人口老化兩大因素，健保局相關計畫一直在推廣DM之防治，例如34%DM病人參加論質方案，由醫師去照顧；其他病人雖未參加論質方案，也有固定醫師照護；糖尿病防治已經是全球已開發國家的共同議題，台灣對腎病病人的照護非常周延，腎病病人可以無限期給付，其他國家的保險沒那麼完善，可能到一定程度就不給付。台灣的制度真的很獨特，Early CKD、preESRD與DM都在努力，希望減少腎病的發生；可惜受限於provider或保險對象不是每個人都願意配合，我們只能持續努力。

主席

謝謝主秘的綜合回應。我們第四個報告案結束後，再作綜合討論。

謝代表武吉

剛剛內兒科的審查從嚴的部分回應一下。我剛才提的還沒說明。

王科長本仁

審查可能要看個案狀況，通常由專科審查醫師看個案的醫療內容，依據健保支付標準、審查注意事項以及醫療常規來判斷醫療適當性；若有不適當也會載明核減的理由。希望可以看到具體個案狀況才能了解情形。

主席

請謝代表把您得到的個案資訊提供給本署，我們會請分區組長與醫審去作了解，有確切的答案再跟您報告。

謝代表武吉

醫審會被刪，我認為應該要回復，這也是我的目標。

主席

先針對個案的問題來看，請先把訊息傳給醫審，如果分區可以解決當然OK，如果業務組不能解決，還有申復跟爭議機制；審查會的問題，在另外的場合再來談。

報告第四案：門診透析專業醫療服務品質指標監測結果。

陳代表敦領

先謝謝蔡主秘的回應；剛剛看到死亡率，台灣透析病人的life span大概12年，PD病人約6年內；另外健保局統計過，健保花費大部分在65歲保險對象身上，HD病人平均年齡比PD多10歲，PD病人不能再作PD時也是HD去收尾；HD費用高除了年紀大以外，還有其他屢管、心血管、眼睛等併發症，這些情形在PD病人身上比較少。單純在沒校正的狀況下作費用評比非常不公平。

PD與HD已經討論很久，學會的立場也很堅定：希望不要再對PD強力推廣了，在費用節省上也不是很大的趨勢。

羅代表永達

現在PD點值1.1對比HD點值0.8，很多PD的醫療利用是被強力推廣的，我想要問為什麼要有那14%的PD占率目標？很多人包括在座專家學者應該去形成輿論，真正告訴決定者。因為評核會上很明確地寫目標14%，為了達到這14%

繼續作推廣是很多人的責任。

另外腎臟醫學會的數字跟健保署資料有很大的差距，例如腹膜透析與血液透析的人數；差距蠻大的，請問是怎麼來的，請腎臟醫學會作出解釋。

李代表素慧

雖然執委會不是討論總額成長率的地方，還是想提出幾個可改善的地方：第一是衛生署已經在7月底變成衛生福利部，有很多透析總額費用應該用在透析病人支付上，以前拉去作品質獎勵計畫或preESRD的部分希望可以由衛推會或國健署支出。以102年來說，透析門診預算的2%成長率是否可以回歸到透析總額點值裡。另外HD病人的成長率大概4%，點值只有0.8，希望健保署以及其他代表參加健保會時能積極爭取透析成長率，至少能拿到6%以上。否則在點值長期低落的狀況下，要維持醫療品質真的不太容易。

謝代表武吉

在健保會要爭取1%成長率，是如登天那樣難，我之前注重脫離率，但是這次報告卻沒有提供脫離率，不管是一般透析或者如洪仲丘那樣個案的透析，這樣對台大捐出2顆腎臟的醫師來說是極大的辜負，由現行的醫院評鑑中了解到各醫院對於器捐推動是很積極的，希望下次報告應該要提供脫離率。

陳代表漢湘

脫離率有數據，健保署這裡沒列出來；因為我們有分成血液與腹膜透析，另外脫離率原因包括腎臟移植與腎功能恢復，兩者平均在0.5%-1.5%；腎移植的部分PD比較高，也沒超過3%，原因是PD的分母比較小。

干代表文男

身為健保會消費者代表，希望在協商之前能呈現各種脫離率的數據都呈現出來，讓大家看到你們的努力。這邊看到兩項指標：血液與腹膜透析的部分死亡率資料應該是小於，這邊都是寫大於，請確認一下。呈現數據上血液透析看起來死亡率高於腹膜透析，是否基於政策宣導，這樣呈現讓大家比較想作腹膜透析，這樣也不好。不然一直講點值低，適度呈現一下努力，呈現在去年與今年的比較，這樣健保會的代表也能看到努力的結果。

林代表裕峯

脫離率的部分，如果是慢性腎衰竭除非換腎，不然不可能會脫離；要特別監督的應該是急性惡化或是急性洗腎的部分，記得早年健保署有看透析前後

抽血值，是否有些病人可以不用洗腎卻繼續洗，現在好像沒再繼續偵測了；這反而是應該注意的地方；考慮到腦死的部分，移植可能比較困難，學會還是持續努力推動活體移植或是安寧緩和對於多發性器官衰竭不需持續洗腎的部分。點值的部分，我在當理事長期間也有呼籲點值過低可能影響品質，除了減少新發生洗腎病人外，已經持續洗腎的希望可以持續維持透析的品質。

上次討論過死亡率應該以健保局的數據為準，腎臟醫學會的數據看來PD是比較準確，HD數據因為健保局會追究死亡率比同儕高的原因，加上診所的HD會轉到大醫院去，所以由透析診所報上來的HD死亡率會偏低，加上有些透析病人因車禍等非洗腎原因死亡也不包含在內，造成HD死亡率偏低的原因。

鄭代表集鴻

我的問題也跟死亡率有關：考慮死亡率為透析醫療品質重要指標，才會希望由健保局申報資料來做監控。這邊提到HD與PD的死亡率，假設一位病人PD作了10年之後轉作HD數月就死亡，他的死亡率要算在哪裡？請問這一點有明確定義嗎？

王科長本仁

先回答干代表的問題：台北與高屏區死亡率大於監測值，所以在投影片中用大於來表示，投影片呈現「○」的表示沒有問題；也希望這些分區能多留意。另外死亡率的定義跟醫學會討論過後會算全死因，因為健保局沒有主管死因檔，只能看到保險對象目前是否處於死亡退保狀態。另外舉例部份，我們會看統計期間作過PD就算PD的人，作過HD就算HD的人，統計期間跟定義細節也都跟腎臟醫學會討論過，細節也按照腎臟醫學會建議來處理；用申報資料細算的部份希望在9月可以做初步呈現。至於脫離率這次未呈現的部份，考慮到脫離率是品保方案的指標，半年監測一次，前次會議也的確呈現脫離率的數據。

鄭代表集鴻

下次可以正式講一下死亡率的定義？

王科長本仁

下次是第四次會議，會報告由申報資料正式計算指標的結果。

主席

脫離率的部份，理事長這邊有要回應嗎？

陳代表漢湘

脫離率高表示急性洗腎的病人或是慢性家族病史的病人比較多。

干代表文男

希望下次報告脫離率時，可以把年齡分布秀出來，如果是高齡無法進入脫離率的分子我們比較能理解。

林代表文德

品質的部份除了脫離率與死亡率以外，洗腎點值下降跟人數增加也是有相當關係，這些在指標上似乎無法呈現；例如pre-ESRD與Early CKD可能有很好的成效，但是在預算執行率並不高，評核會議上看不到呈現具體成效。這也是目前指標比較缺乏的部份。如果兩項計畫成效很好，的確減緩透析發生率了，那這兩個計畫執行率也應該納入品質指標。

林代表裕峯

補充說明：健保剛開辦時透析病人數用成長率來看，早年大約8-9%，經過各單位的配合努力已經降到大概4%，但是透析預算成長率也是一路下降，我當理事長那一年甚至零成長，現在些微回升。

蔡代表淑鈴

林代表所提pre-ESRD執行率作為協商，其實preESRD只是延緩進入洗腎的進程，最後還是會進入洗腎。這幾年的努力減緩了發生率的成長速度，但是盛行率還是在上昇；腎臟醫學會的部分我比較肯定針對多重器官衰竭的部份不要讓病人繼續承受痛苦，這邊也希望得到正面回應，不只是口頭講一講就算了；健保局現在在末期病人的安寧療護的給付上也蠻健全的。

另外林老師所提preESRD很重要，更積極面是Early CKD，希望疾病的進程可以停在Early CKD，不再惡化，也拜託大家在Early CKD與DM上能夠多努力，長期下來才會有效果。

林代表裕峯

preESRD最後的確會走入透析，能延緩的時間就是節省醫療資源；所以我們才想推動Early CKD甚至等一下鄭醫師報告的Very Early CKD。CKD在台灣說有200萬人，但是目前收案大概不到1/10，要怎麼往前推廣包括三高問題、心血管疾病的預防，不要讓他進入CKD都是要努力的部份。

蔡代表淑鈴

所有疾病中除了pre-ESRD病人確定在腎臟科醫師手上外，DM與心血管疾病大部分是在家醫科、內科等醫師的手上處理，這方面也希望各相關科醫師可以再努力。

主席

報告第四案沒問題的話，請宣讀報告第五案。

報告第五案：102年第1季門診透析服務點值結算報告

廖代表秋燭

每次來之前都會幫健保局算過一次，這次的數據第36頁註一部份數據有誤，請健保局修正，第一季還好不影響，第四季部份差317元，請健保局再確認。

林代表文德

請問非浮動點數醫院5億多，浮動約49億，請問非浮動比例為什麼佔率那麼高？

張科長溫溫

PD裡的透析液，算是藥費。

謝代表武吉

請問102Q1點值現在到底是多少？有委員在健保會中提案「以浮動點值不得低於0.9為監測標準，且對浮動點值低於0.9之總額部門應立即啟動檢討及補救機制」，我笨聽不懂，委員會於4月討論通過，5月份追蹤時原本要結案，凹過去不追蹤，但是有委員說門診透析0.82為何還沒有檢討就取消?! 這個委員就是謝武吉，只要謝武吉委員還沒有死，此案就要保留，如果沒有回應就結案，我不能接受。

主席

點值結算要把醫療提供者已提供給保險人的醫療資源作結算，謝代表所提出在健保會啟動檢討及補救機制，其實是另一個面向的議題，跟結算沒有直接關係。不結算的話錢就掛在健保署這裡，醫院經費調度也會出問題。

謝代表武吉

我堅持的原因是健保會建議門診透析總額每點支付金額變動比率容許範圍暫訂為正負百分之五，今天的問題是319家診所的醫師每個月分到的非外包獎勵金不到1萬元，錢不知道分到哪裡去，乾脆不要分；我只是想說點值低

的情形已經很嚴重了，健保局根本在劫貧濟富。

前陣子，我去彰化鄉下評鑑一家地區醫院，該醫院一個月只透析500人次，這樣院所還要提供嗎?!如果不提供，病患要去哪裡?!但如果提供透析，則醫院會賠錢，所以主張2%成長率回到點值，這也算是讓該項提案有結果，這是為全民而提案的，天下雜誌都已經報導「我的醫師到哪裡去了?!」難道台灣人就該死好嗎?!

主席

跟謝代表拜託，結算歸結算，102年的2%獎勵金分配方式在健保會提過，結論是尊重101年費協會的決定，本署是執行單位還是要照費協會決定執行。啟動檢討機制的部分您也提醒健保會要追蹤了，健保會啟動追蹤，署裡一定配合執行，這邊是不是先讓點值案照案通過?

謝代表武吉

我覺得如果這樣就過了，以後西醫基層、醫院也太衰了，寧願這方面腳步慢一點，希望8月23日健保會再重提，門診透析點值已經低到0.83，若以現在2%用於非外包，也補不到小規模與偏遠地區的院所，如果把2%獎勵金pooling進去，點值自然就起來了。

干代表文男

我講個公道話:謝代表對這件事已經發言很多次了，那天的決議是去年的協商結果若無重大意見是不能改變的，要改變只能全數召回當時的協商人馬同意簽字，這個程序上也有困難，健保署只能照案執行，這個問題留著103年協商時檢討，當時您也是協商代表，應該知道當時的情形。

謝代表武吉

我之前在費協會，干文男委員在監理委員會，干文男委員可能不知道協商當時的情況，當時討論門診透析成長率是稀哩呼嚕就通過的，根本沒有進入實質討論，這位主持人之後就到香港中文大學兼任，上次衛生福利部林政務次長召開重振醫療五大科專家諮詢會議時，那位主持人自己也說他不會主持會議，這樣是愧對台灣腎臟科醫師的，寧為玉碎不為瓦全，該找就找呀!!

干代表文男

看主席如何裁決了，那天我有提到從費協會轉到健保會，普遍的共識是附帶決議要更改要召回所有當天開會的代表簽字同意才有可能;另外透析總額在協商時也要把所有的優劣勢都講出來，有說服力大家都聽得進去。

謝代表武吉

我沒有做透析，我說的最公道，我的堅持也是合理要求，該要把委員找回來，就應該要找回來呀!!如果要好好解決，可以退一步：將1%提撥回到點值。

陳代表雪芬

點值到多少就一定要檢討這件事，希望能有一個主辦單位。事情都發生那麼久，現在說要召回當初的代表來更改是不可行的。不管是健保署還是健保會，當總額點值那麼低時應該主動去找錢來彌補，只用2%來補點值並非長久之計。啟動檢討機制長久以來都是個假議題，既無主辦單位也沒有預算，希望這個案子可以提到健保會去，現在洗腎點值那麼低，身為透析執委會的代表都有壓力。

陳代表敦領

我支持謝代表的講法，應該把點值低的事情反映給健保會，讓健保會重啟協商，維持點值在0.9以上。現在只是哀鴻遍野，再來就是退出醫療市場了。

謝代表武吉

我把4月份健保會的提案決議，讀一下給大家聽「有關門診透析服務點值偏低乙節，請中央健康保險局進行檢討分析後提會報告，若有本會權責需討論解決的問題，再請提出相關方案到會討論。」但是健保局都沒有檢討，這個案子要怎麼通過?

張科長溫溫

已經在6月分至健保會提出報告案了，干代表有聽到。

謝代表武吉

6月份健保會的資料我也有帶，請問有無進行檢討?

說到6月份報告，我本來不確定我有無出席，還特別問了秘書處，那次報告，我是給面子。

主席

請健保會表示意見。

健保會代表(林宜靜組長)

確實6月時健保署有提會報告了，當時報告案結論是洽悉;謝代表提到追蹤的部分，要依委員會決議，我個人記得好像會繼續追蹤，代表所提的事情

也會跟長官報告。

謝代表武吉

這樣會沒辦法解決，且基層與部分的社區醫院會有問題，我要的是合情合理且對得起老百姓。

主席

謝代表，檢討報告您不滿意是另一個議題，要提改善方案也是要在健保會處理。點值結算是執行面要執行的，請問您是否同意點值結算通過？因為依健保法規定，第三季就是要結算第一季點值，您的問題比較屬於資源配置，可以脫鉤處理嗎？

謝代表武吉

剛才報告案中已經有代表提問，健保署人員是多久輪替一次，我認為這樣處理才適當，這是為全民好而設想的，謝天仁委員與我是同宗，不想與他衝突，我今天與衛生福利部醫事司李偉強司長通過電話，聽說某大醫院要在高雄市中心開設有30張病床的醫院，這是什麼原因？！

我認為應該要幫助這些弱勢的，再者102年成長率協商會議上，我很不爽，對於我的發言，主席一下說可以，又一下說不可以，而且我也在協商會議上提出應該要考慮偏鄉與透析人次少的院所，主席當時可以這樣置之不理，我也不予理會，是他不尊重我在先，我的建議是為了全國民眾百姓。

主席

我很尊重謝代表也讓您暢所欲言，2%的事情不是本會可以決定的，我也不能作違法的事情。有關103年協商時署一定會努力說服，不要有外包與非外包的區分，品質部分也要趕快來監測，請問代表是否同意讓點值結算照案通過？

謝代表武吉

對於這500多家院所，請公開這些院所獲得獎勵款的情況，應該公開讓我們知道。

張科長溫溫

一家家公開明細也不適宜，整體來說醫學中心分到15.3%，區域醫院分到27.3%，地區醫院27.5%，診所約39.9%。

謝代表武吉

跟主席報告：有些基層院所也做的很大，也還想要再擴張；我所要的资料是

知道各家院所獲得獎勵的狀況，各院所名稱可以不以全名稱提供，不然乾脆公告在座委員獲得的獎勵金。

主席

資源配置的部分會在103年協商時提，這邊可以先通過嗎？附帶決議是6月份報告代表覺得不足的部分，健保署會再檢討。

謝代表武吉

那不然主席你認為應該要如何？請問提出4%就可以讓點值達到0.95嗎？

主席

未來的市場不可預期，這邊沒辦法預估。可以脫鉤處理，點值低於0.9的檢討機制才是未來的可行方式。

廖代表秋錫

我們現在是結前一年所談定的點值；另外主秘提到財務誘因的部分，講到腹膜透析的財務誘因較佳，就經營者來說我們還會考慮到成本，血液透析與腹膜透析的成本結構差很多，腹膜透析主要是藥費，只有兩家廠商，怎麼議價都降不下來，利潤真的降很多。但是回應謝代表提到高雄新增洗腎院所的部分，個人想法是選擇洗腎專科毛利雖然微薄，開其他科卻是虧損經營；再來一點是結算時PD追蹤處置費放在浮動點值那一塊，數字計算上沒有錯，可以按照邏輯把PD追蹤處置費把它放在非浮動點數那一塊，讓計算過程更加透明嗎？

主席

醫管可以做到嗎？會議結束後請醫管將呈現方式跟廖代表討論一下。

干代表文男

剛剛很多人提出很多看法，這邊建議謝代表讓他通過。如果今天莊代表來了，可以請會計師公會的莊代表精算不同規模的醫院成本、藥價等等費用。建議今天先讓這個案子通過，有問題再研議。

謝代表武吉

但是獲得獎勵的院所資料要讓我們知道，並且請按床數規模分別呈現，也讓我們知道40床、100床、150床、200床有幾家及分到多少錢。

張科長溫溫

上次代表會議報告資料有細分到不同床數分布。補充資料會發給代表參考。

主席

謝代表的訴求是按照病床比例分布與103年資源配置，後者將在健保會討論，請問這個案子是否可以通過？

謝代表武吉

請備註含淚通過。

主席

謝代表含淚通過的發言會在實錄裡呈現。

謝代表武吉

除了備註含淚通過與含淚接受之外，不可僅有300多家院所獲得獎勵，請且健保署要進行點值檢討與分析，要趕快開會。

主席

按照健保會給的指示報告，我們會依健保會的決議來執行。6月份健保會上報告主席的決議是什麼？

謝代表武吉

檢討分析或提會報告。

主席

點值偏低的部份，我贊成陳雪芬代表所說：不只洗腎點值偏低要啟動相關機制，請健保會提案要由誰主導，健保署可以配合，這已經屬於另一個議題了。今天透析點值照健保署的報告案通過。至於點值偏低啟動相關機制部分，到健保會另起議題討論。

主席

報告第六案：有關提高本署全球資訊網「看診時段」資訊正確性乙案

主席

代表針對本報告案若無提問，就照案通過。

討論事項：為增進對Early CKD患者的照護完整性，延緩腎功能惡化，提出Very Early CKD照護計畫。

(鄭代表集鴻提出報告)

主席

經費轉移有適法的問題。我們即使想做，但是消費者代表也會注意我們的

資源使用的問題。這部份請醫管補充說明。

張科長溫溫

學童如果有Early CKD的問題，還是可以進入Early CKD計畫。Very Early CKD計畫前端看起來像是篩檢或健康檢查，二代健保法中明訂健保給付範圍是疾病、事故及生育，篩檢的確是比較屬於國民健康署的範圍；如果小二學生真的有CKD的問題，目前CKD計畫並無年齡限制，還是可以收案。

干代表文男

這個提議很好，現在義務教育到國中，小學生自己買飲料的比率應該比國中生低。健保局真的沒誠意，鄭代表寫那麼多也只要2,300萬，健保署可以專案轉給國民健康署，人家聽起來也比較開心。健保會要轉給國健署也沒關係。

林副組長阿明

我們會正式函轉國民健康署參考。現在看起來預算夠，考量這個案子較屬全面性篩檢性質，放到健保裡比較不適宜。

林代表文德

這個案子立意很好，執行上是請小兒科跟內科醫師執行，怕會跟Early CKD計畫一樣落入無法落實，預算編了卻執行效果不佳。希望可以把Early CKD的部份好好執行，結果也會比較顯著。

鄭代表集鴻

目前Early CKD照護對象大部分來自40歲以上成人健檢尿液檢查有問題者才會進入Early CKD。考量成人健檢每3年一次，執行率又不高，可能才60%，篩檢有問題也不一定會來追蹤。目前Early CKD照護對象除了公司體檢篩檢出來以外，幾乎沒有40歲以下的民眾。

Very Early CKD希望由基層醫師認養一個學校小二學童，每年主動監控與主動追蹤，執行率應該會比目前的CKD好很多。

謝代表武吉

以目前設定的收案對象，認為有排他性，有句俗話，棺材裝的是死人不是活人，建議勿有排他的設計。其他年齡層不需要嗎？這樣對民眾來說，不大公平。

鄭代表集鴻

跟謝代表說明:每年小二學童都會被篩檢到，篩檢有問題也都會納入追蹤。

羅代表永達

鄭代表的立意真的很好，需要討論的細節也很多:法源部份以外，2300萬經費只有估計抽血跟驗尿的部份，可能太過樂觀;目前學童作預防注射的費用就很困難了，很多小學學童很少，粗估5倍的經費要求醫師進入校園做預防注射、寫報告、作衛教可能都很困難;國民健康署應該納入規劃，視作全民健康的一環;健保署的經費要使用上也要想清楚:若計畫持續下去一直做，錢會像無底洞一直投進去。

主席

本案依干代表所提，會把提案轉給國民健康署，考量在疾病篩檢或健康促進上專案處理。今天若無臨時提案，會就開到這裡，謝謝!