

「門診透析總額聯合執行委員會」101年第3次委員會

會議紀錄

時間：101年8月15日(星期三)下午2時

地點：中央健康保險局18樓大禮堂(台北市信義路3段140號18樓)

主席：黃召集人三桂

紀錄：廖子涵

出席委員：

王委員惠玄	王惠玄	李委員素慧	李素慧
吳委員三江	請假	朱委員益宏	羅永達 ^代
阮委員明昆	阮明昆	林委員文源	林文源
梁委員淑政	梁淑政	張委員孟源	張孟源
張委員煥禎	張煥禎	許委員玫玲	許玫玲
郭委員正全	郭正全	陳委員雪芬	廖秋鐳 ^代
陳委員瑞瑛	陳瑞瑛	陳委員誠仁	陳誠仁
陳委員漢湘	陳漢湘	游委員開雄	游開雄
葉委員明峯	葉明峯	蔡委員宗昌	蔡宗昌
蔡委員淑鈴	蔡淑鈴	廖委員秋鐳	廖秋鐳
謝委員武吉	王秀貞 ^代	鄭委員集鴻	鄭集鴻
謝委員輝龍	請假		

(依據姓氏筆劃順序排序)

列席單位及人員：

行政院衛生署	周雯雯
全民健康保險醫療費用協定委員會	林宜靜、邱臻麗
台灣醫院協會	林佩菽、何宛青、董家琪、黃盈瑄、 陳俞文
台灣腎臟醫學會	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

資訊組	姜義國
企劃組	詹孟樵
本局臺北業務組	賴香蓮、蔡慧珠
本局北區業務組	盧珮茹
本局中區業務組	李哲璋
本局南區業務組	葉瑞興
本局高屏業務組	陳雀美
本局東區業務組	張瑋玳
本局醫審及藥材組	王本仁、蔡佳倫
本局醫務管理組	林阿明、張溫溫、洪于淇、孫嘉敏、 歐舒欣、張桂津、李健誠、鄭正義、 王金桂、朱文玥

一、本委員會 101 年第 2 次委員會會議紀錄，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 101 年第 2 次委員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. 委員表示，門診透析平均點值偏低，恐影響營運及品質，本局已回應相關數據資料，提供費協會委員協商 102 年預算成

長率參考。

2. 門診透析預算是否回歸醫院部門總額或西醫基層部門總額，應依費協會之決議辦理。
3. 餘洽悉。

(四)案 由：101年第1季門診透析總額點值結算報告。

決 定：

1. 確認101年第1季點值，如下表：

季別	浮動點值	平均點值
101Q1	0.80536304	0.82102021

2. 依全民健康保險法第50條規定，一併辦理點值公布、結算事宜。

(五)案 由：「101年慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫(草案)」爭取醫療發展基金預算支應，辦理情形報告。

決 定：

1. 101年計畫業經101年7月12日醫療發展基金審議會議討論通過，編列預算4500萬支應。102年起相關預算將研議回歸健保總額內。
2. 餘洽悉。

(六)案 由：「全民健康保險醫療給付費用總額研商及推動作業要點(草案)」。

決 定： 洽悉。

(七)案 由：有關 101 年 7 月 1 日(費用年月)起，醫療費用申報格式
變更為 XML 檔案格式之申報作業上線情形報告。

決 定：洽悉。

四、臨時討論案

案 由：修訂「101 年慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵
計畫」案(100 年計畫詳附件)，提請 討論。

決 定：

1. 依據醫療發展基金審議會議決議：「因年度已過半，本案勉為通過；委員眾多意見，本年度已無法及時修正，未來計畫應依委員意見確實修正，避免反覆耗時審議」。故 101 年計畫擬不修訂，依 100 年計畫內容辦理公告事宜。
2. 有關審議會議專家建議，因涉及專業，請腎臟醫學會先行研議修正現行計畫，並請將安寧療護之機制納入品質指標，並於 101 年 11 月本委員會議討論，俾修正 102 年計畫內容。

五、討論事項之與會人員發言摘要，詳如附件。

六、散會：下午3時45分

附件-「討論事項」與會人員發言摘要

臨時討論案：

修訂「101年慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」案。

黃召集人三桂

醫療發展基金審議委員針對本計畫爭取醫療發展基金預算支應有諸多意見，為求審慎故提討論案，請蔡組長補充說明。

蔡組長淑鈴

因健保總額經費不夠，故已有2年運用醫發基金支應本計畫。審議意見第一點已明示明年不能再申請使用醫發基金，因本年度已過半，今年勉為通過，預計102年起相關預算將研議回歸健保總額內。審議意見第2至第6點因涉及專業，如建立兒童監測指標等意見，希由專業協助訂定。因今年年度已過半來不及修正，且如今年修正計畫也有程序正義問題，是否能請台灣腎臟醫學會先行研議提修正建議，並於101年11月本委員會會議討論，俾修正102年計畫內容。

陳委員漢湘

本會已請林清淵教授協助訂定兒童指標；至於病人生活機能指標之建議，對我們來講是多了一層負擔，且並不客觀，血色素等專業指標好，生活機能一定好，故不建議增列此項。審議意見第六點：「腎功能回復而不需再透析者指標，似無法達成，建議刪除」，腎臟醫師判斷病人必須洗腎有多重關卡，不會違反醫學倫理，慢性腎衰竭病人之腎功能是不可能回復的，建議刪除。

郭委員正全

對於審議意見第四點：「建議獎勵經費明訂分配予臨床醫護人員，落實真正獎勵目標。」個人有一點意見，使用衛生署的專款或許可依政策需要給予指派，但如回歸健保總額後，就不適合明訂給各別醫事人員，門診透析服務品質提升包括設施、人力及後續繼續教育等，人力除了醫護人員還有檢驗人員、感控人員、現場服務人員，是一體團隊工作，不建議指定分配，那日後所有醫學會都會指定某款項給所屬人員，整個制度會亂掉。

張委員孟源

我贊成審議意見第六點：「腎功能回復而不需再透析者指標，似無法

達成，建議刪除」。建議增加接受腎臟移植比例，以鼓勵院所進行腎臟移植，尤其是兒童，若接受腎臟移植對其生活品質改善非常多。我同意腎臟醫學會理事長所說的，生活指標方面評估不易。所以專業指標已經有在白蛋白、Kt/V等，專業指標項目；因此，若加強腎臟移植所占比重的配分，而腎臟移植與生活品質改善息息相關，也可間接反應生活指標。

蔡組長淑鈴

請看計畫第8頁「脫離率：此項為鼓勵項目，希望透析院所能提升透析病人之脫離率。各透析院所病患監測值達成率包括：(A)腎功能回復而不須再透析者；(B)因腎移植而不須再透析者。」故腎移植原已包含在監測指標內。審議委員是質疑(A)這項指標，有可能真實發生嗎？當初訂這2個項目或許是認為腎功能存有回復的可能性，尤其是兒童，目前資料庫發現有8位是選(A)的。這項指標是否刪除或另定義脫離率定義，請台灣腎臟醫學會可以合併考慮，我們尊重專業。

阮委員明昆

當初腎臟醫學會並未訂此項，是因為透析委員要求才加上去的，執行數年後才覺得不適當，請腎臟醫學會帶回討論是可以，但現場委員大家覺得把它拿掉好不好？但最後決定還是在腎臟醫學會。

蔡組長淑鈴

確實有個位數是報(A)這項，請台灣腎臟醫學會就相關個案資料研議後，再做專業建議。

陳委員漢湘

拿掉是沒問題，腎臟醫學會會遵照貴局指示，配合政策，也希望貴局能尊重專業，考量病患權益。

王委員秀貞(謝委員武吉代理人)

如果沒有該項指標，就認為此等狀況不存在，但目前數據驗證該項指標是有意義，過去增列也是正確的。同意蔡組長所說，應先把這8人的數據做檢討後再來決定是否刪除，現在就刪除不適宜。

游委員開雄

關於審議意見第三點，計畫獎勵比列高達96%是非常不洽當的，建議把獎勵門檻拉高，經驗法則來看，2選1或3選1已是最低門檻，以提升彼此競爭動力。關於審議意見第五點，服務品質部份，恐怕不是一直以專業數據來看，把病人生活評估列入品質要項應有其必要性。審議意見第六點，贊同委員看法，既仍有腎功能回復的可能性，為降低洗腎比例，應仍保留

此指標，並對達成之院所給予獎勵。

黃召集人三桂

謝謝各位委員意見，請台灣腎臟醫學會將相關之意見及建議攜回研議討論，以為修訂102年計畫參考，相關修訂草案請再提本委員會討論確認，以符合程序。

張委員煥禎

今天談到品質問題要有突破性做法，依照病人的種類及臨床情況，制定詳細的每週透析次數的規定，另外進入長期透析的病人之審核機制應更加完善，以節省醫療費用。

陳委員漢湘

腎功能回復而不須再透析者分成2個情形，急性及慢性，慢性腎衰竭透析的絕對適應症是 $CCR < 5 \text{ ml/min}$ ，急性透析適應症有酸血症等，有可能洗幾次後就不必再洗，但這不用鼓勵。是否可以每週只洗腎2次的情形很少，必要條件是每日尿量須在500-1000cc以上，肌酸酐不超過10mg/dl者才有可能，應針對插管、臥病在床之病人，洗2次比較沒有立即危險性，若一般病患冒然每週只洗2次，會造成重大併發症得不償失。台灣在評估病人是否進入洗腎是很嚴謹的，這個指標不應鼓勵（腎功能回復而不須再透析者）。

黃召集人三桂

還是拜託台灣腎臟醫學會協助，於下次委員會提出計畫修訂之建議再做討論。

蔡組長淑鈴

我再向台灣腎臟醫學會補充一點建議，因有委員提到針對末期多重器官衰竭病人洗腎的問題，目前學會有成立安寧小組，在考量品質指標時，建請將安寧療護之機制納入作為鼓勵，以減少無效醫療，可能更符合社會期待，謝謝！。