

「門診透析總額聯合執行委員會」100年第3次委員會會議紀錄

時間：100年8月17日下午2時

地點：中央健康保險局9樓第一會議室(台北市信義路3段140號9樓)

出席委員：

王委員惠玄	王惠玄	朱委員益宏	羅永達 ^代
吳委員三江	請 假	李委員素慧	李素慧
阮委員明昆	阮明昆	林委員文源	林文源
林委員水龍	請 假	張委員孟源	張孟源
梁委員淑政	梁淑政	許委員玫玲	許玫玲
郭委員正全	郭正全	陳委員雪芬	陳雪芬
陳委員瑞瑛	陳瑞瑛	陳委員誠仁	劉景寬 ^代
陳委員漢湘	陳漢湘	游委員開雄	游開雄
葉委員明峯	葉明峯	廖委員秋燭	廖秋燭
蔡委員淑鈴	蔡淑鈴	鄭委員集鴻	鄭集鴻
謝委員武吉	王秀貞 ^代	謝委員輝龍	馬漢光 ^代
蘇委員清泉	蘇清泉		

(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
行政院衛生署國民健康局	
台灣腎臟醫學會	林慧美、林元灝、范姜尤珍
台灣醫院協會	陳俞文、林佩菝
中華民國醫師公會全國聯合會	劉俊宏
本局臺北業務組	張照敏、賴香蓮、蔡慧珠
本局北區業務組	林夢陸

本局中區業務組	謝婉碧
本局南區業務組	李麗娟
本局高屏業務組	請 假
本局東區業務組	張瑋玳
本局醫審及藥材組	王本仁、劉家慧
本局承保組	
本局資訊組	姜義國
本局醫務管理組	林阿明、李純馥、張溫溫、林寶鳳、 孫嘉敏、張桂津、鄭正義、劉立麗、 楊耿如、洪于淇、吳慧玲、陳慧如、 王金桂、高豐渝

主席：黃召集人三桂

紀錄：李健誠

壹、主席致詞：(略)

貳、本委員會 100 年第 2 次委員會會議紀錄，請參閱(不宣讀)確認(略)

參、報告事項：

第一案

報告單位：本局醫務管理組

案 由：本會 100 年第 2 次委員會會議結論事項辦理情形。

決 定：洽悉。

第二案

報告單位：本局醫務管理組

案 由：門診透析總額執行概況報告。

決 定：住院率指標之定義，請醫審及藥材組再與台灣腎臟醫學會討論
合理性，於下次會議中報告，餘洽悉。

第三案

報告單位：本局醫務管理組

案由：100年第1季門診透析總額點值結算報告。

決定：

一、確認100年第1季點值，如下表：

季別	浮動點值	平均點值
100Q1	0.83960636	0.85393425

二、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。

第四案

報告單位：本局醫務管理組

案由：100年「全民健康保險 Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫」之預算來源及點值預估。

決定：洽悉。

第五案

報告單位：本局醫務管理組

案由：重申「門診透析總額聯合執行委員會」會議紀錄發言摘要確認流程。

決定：各委員之發言摘要，將於會議結束後三個工作日內完成初稿，並以 e-mail 傳送各委員，請委員於收到發言摘要三個工作日內回復；委員如三個工作日內未能回復，則視同無修正意見。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本局醫務管理組

案由：有關 101 年度門診透析合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度門診透析服務費用，並統為運用，兩部門分攤方式，提請討論。

結論：101年度門診透析合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之服務費用，兩部門分攤方式比照100年分配方式，以100年第1季申報點數占率分配，醫院為59.46%、基層為40.54%。

第二案

提案單位：本局醫審及藥材組

案由：修訂「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」（以下簡稱品保方案）門診透析總額支付制度醫療服務品質指標，及積極性目標值，提請討論。

結論：原則參考「行政院衛生署100年度慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之指標項目修正。其中腹膜透析項目之HCT及住院率指標，請醫審及藥材組再與台灣腎臟醫學會討論合理性，修正後報署核定。

第三案

提案單位：本局醫務管理組

案由：醫療費用申報格式由現行 TXT 檔案格式變更為 XML 格式事宜，提請討論。

結論：預訂於101年1月公告醫療費用申報格式，並於101年7月全面改採XML檔案格式申報費用。

伍、 臨時提案

第一案

提案單位：本局醫務管理組

案由：長期依賴呼吸器患者合併洗腎處置之合理性，提請討論。

結論：建請腎臟醫學會提供此類病患之治療指引，並提下次委員會議討論。

第二案

提案單位：本局醫務管理組

案由：有關「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」(以下簡稱獎勵計畫)之資料庫建置案，提請討論。

結論：未來由本局規劃建置VPN系統，由各醫療院所同時向本局及學會上傳個案資料，以利腎衰竭品質監控及資料庫收載運用。

陸、 散會：下午 4 時 5 分

附件 「討論事項」之與會人員發言摘要

第一案

提案單位：本局醫務管理組

案由：有關101年度門診透析合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度門診透析服務費用，並統為運用，兩部門分攤方式，提請討論。

蔡委員淑鈴

補充說明：101年度透析預算成長率1%，僅為本局建議值，確切成長率需於9月16、17日之費協會協商後才能確定，現只以成長率1%試算，如果費協會協議後成長率不同，仍以費協會決議為主。

黃召集人三桂

本提案目的，為希望各界認同101年度醫院及基層之門診透析分配方式，以100年第1季之申報點數占率分配，最後正確的預算金額，即以本案決議公式計算。

葉委員明峯

第一點，會議議程第16頁之表格，預算數單位未標明，易造成誤會，請注意；第二點，會議議程第17頁表格，右下角之100年醫療利用點數部分，未註明時間點，且與第11頁之100年第1季結算點數有差異，且第11頁之說明三，99年第1季平均點值為0.8883，100年第1季為0.8539，以費協會委員立場，數據資料無法證明透析預算應增加，應維持零成長。

張科長溫溫

會議議程第11頁之100年第1季點數為「結算數」包含已核定、核減等部分，第16頁之100年第1季點數為「申報醫療點數」，故兩者資料來源不同，下次會標明清楚。

陳委員雪芬

就洗腎單價來看，最新公告單價要調降2.6%，而100年第1季結算點值約0.85，經調降單價後勢必點值會上升，因此就門診透析合併總額來看，我們與會委員最終還是應著重在「洗腎預算數」總共為多少？而非點值考量，因點數調降，點值就會上升，一來一往間僅供參考。

陳委員漢湘

關於成長率，通常第1季病人成長應累積到第4季才合理，不然可能會低估，故成長率1%實有偏低之虞，目前實際病人成長率有下降趨勢，但每年依舊有5%左右之成長；針對本討論案說明二，提到監察院持續關注成長偏高乙段，本人有幾次跟黃監委接觸，委員表示基層診所送便當、接送等服務，會讓可能之發生率增加，本人向委員解釋：第一點，透析病人之發生率是決定於醫學中心和區域醫院居多，而非基層診所；第二點，委員提出每年基層依然有透析診所增加，本人解釋因醫學中心不能容納太多腎臟專科醫師，醫師必須離開醫院自行創業，但因給付並非很合理、理想，因此診所雖有增加，但趨勢為愈來愈少；第三點，委員認為有財團或廠商在透析經營上有很大的利潤，本人解釋廠商控制1/10的透析診所，雖然其還有利潤可圖，但現在卻為了要懲罰1/10的廠商，而連帶其餘9/10的院所，我們應著眼在9/10成本邊緣的基層腎臟科診所，因此，透析成長率應該適度再調高；另，楊前署長委託陽明大學做透析成本分析，當時成本為3,600元，學會初估3,500元，在現行4,100點支付，預估點值0.83，實在沒什麼暴利可言。

羅委員永達(朱益宏代理人)

雖然附件1顯示醫院醫師數成長比基層多，但是件數和點數成長則基層遠大於醫院，第一點，我們都希望切割醫院和基層預算，但因過去種種原因無法達成，所以醫院總是拿出較多預算，但基層成長率較高，因此在分配達公平之前，建議零成長，在醫院和基層能公平合理的分攤預算數後，再來

談成長率，且協商成長率有三個前提，第一個為費協會決議、第二個溝通分配方式、第三個為未來預算是是否要分開，在情況未明朗化前，醫院代表是不會討論成長率的。

鄭委員集鴻

透析執委會雖有來自各界不同代表，但卻應該有一共同任務跟目標，即是運用國家的這筆經費，替腎臟病患獲取最大的生存率，就提案內容，每年有5%成長，但為顧及品質，故101年有1%預算成長，因此可說是經費影響品質，品質影響存活率，從100年第1季資料來看，確實死亡率為歷年來最高，這項指標是否與成長率有關，是我們要再關切的。

羅委員永達(朱益宏代理人)

現在討論如此寶貴之醫療資源，應該放在何處才適合，事實上放在哪裡都不夠的！諸如罕見疾病、癌症等給付，每項都很重要，因此現在要著眼於分配，分配要公平，歷年皆無公平性可言。

鄭委員集鴻

不管如何分配，都會有異議，現在就透析腎友存活率來講，不是沒有成長的空間，更好的品質可讓病患活更久，因此應口徑一致，向國家訴求1%之成長率是不足夠的。

黃召集人三桂

本提案之目的在開頭已說明，應討論出預算分配方式，而非成長率，成長率之協商應於費協會中討論；謝謝陳理事長的意見，也希望陳理事長於費協會討論意見時，透過委員表達意見；因此本案就比照100年的分配方式，假如1%之成長率有變動，預算也就跟著變動。

李委員素慧

第一點，透析成長率應在費協會討論，故費協會上應該要有透析專長之委員在場，但費協會上卻沒有腎臟專家參與，目前台灣透析人數約6萬2千多人，因耗用相當大的預算，歷年一直被削減未有合理醫療給付成長預算，建議要有腎臟

專科醫師或腎臟醫學會理事長在費協會列席說明；第二點，監察院對透析議題關注支出及透析人口成長偏高，本來生病人口成長高，醫療支出相對就會高。衛生署健保局卻忽視人口老化所伴同器官衰竭的問題包括腎臟。目前洗腎人口中，65歲以上的老人已佔44%，健保局門診透析總額聯合執委會資料中透析件數成長率均在5%以上，但公衛政策硬是不讓透析總額成長，訂出零成長的行政公告，這是非常矛盾且牴觸全民健保的精神！現在很多結論、議案等，因為預算過高、偏了方向，就將其予以刪除，或是勉強施以小惠如2012年透析總額成長1%，這是相當不合理的，這是官方硬忽視醫療品質。請再看附件1第47張簡報自民國97年開始至100Q1，透析≥1年死亡率達近年來高峰，這是浮現健保局削減透析總額成長率所造成的後果。

葉委員明峯

今日重點為討論分配方式，至於成長率應在費協會上協商。當然我也非完全反對透析預算增加，建議未來提到費協會之數據資料，要更加完整、更具說服力，說明清楚。

黃召集人三桂

此案結論即以說明段之分配方式決議：101年度門診透析醫院和基層分配方式，比照100年度分配方式，以100年第1季申報點數占率分配。

第二案

提案單位：本局醫審及藥材組

案由：修訂「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」(以下簡稱品保方案)門診透析總額支付制度醫療服務品質指標，及積極性目標值，提請討論。

陳委員漢湘

有關腹膜透析第3項之 Hct受檢率 $\geq 95\%$ ，是否應和血液透析相同為Hct受檢率 $\geq 90\%$?另，Hct合格率部分，通常腹膜透析貧血情況較多，建議原「合格為 $\geq 26\%$ 者 $\geq 90\%$ 」，修改為「合格為 $\geq 26\%$ 者 $\geq 80\%$ 」。

陳委員瑞瑛

住院率的操作型定義為何?只要有洗腎，住院就算?還是血液透析或腹膜透析患者發生其他狀況而住院?因住院率大多於醫院發生，請說明其指標之分母及分子為何?

郭委員正全

會議資料中之住院率數字4.8，應為過去五年平均值，現將監測目標訂為8，則表示至少有一半以上無法達成，是否會有此類問題?

陳委員瑞瑛

這份指標修改，是否事先給腎臟醫學會看過?因學會有其專業性，為何要如此修改，也應說明清楚。

王本仁科長

補充說明：第一點，「品保方案」和「獎勵計畫」為兩個不同之方案，但其指標監測值訂定上卻有所不同，故此提案為討論是否讓此兩方案監測值儘量一致，且朝促進品質確保或提升的方向作修訂；第二點，住院率的部分還是建請腎臟醫學會釐清，是否為全部之住院或僅有腎臟疾病之住院？第三點，有關腹膜透析之Hct受檢率 $\geq 95\%$ ，係依照原本監測值，並無上修或下修動作，至於Hct「合格為 $\geq 26\%$ 者 $\geq 90\%$ 」，

則是參考獎勵計畫內容所做之修訂。

郭委員正全

建議諸如品保方案之監測值指標，目的為提至費協會，讓門診透析總額有合理之成長率，相信這其中有相關連結，亦即達成預期目標值，成長率應為多少，反之沒達成，也就沒有成長，不然在此討論是無意義的，在要求品質進步下，卻又不讓費用成長，這是不合理的。

陳委員瑞瑛

因透析無專業審查委託，故於今(100)年7月之評核會成果報告之時，就應該將此指標報告，因為有一定之重要性，不能隨便合併，畢竟這些指標均有其專業程度，需事先給學會討論，並且請健保局釐清其定義，正如同先前討論之RCW，定義依然不清楚，因洗腎設備上的不足，造成醫學中心和區域醫院無法將病人轉出，住進一般病房，費用遭核減，醫院已無法承擔這些損失。

黃召集人三桂

此案之住院率及Hct受檢率及合格率部分，請醫審及藥材組再與腎臟醫學會溝通研究，尊重學會之意見，其餘部分洽悉。

第三案

提案單位：本局醫務管理組

案由：醫療費用申報格式由現行TXT檔案格式變更為XML格式事宜，提請討論。

黃召集人三桂

此案原預訂為100年7月公告XML檔案醫療費用申報格式，現延後半年，預定101年1月公告XML檔案醫療費用申報格式，同年7月完成全面改採XML檔案醫療費用申報格式事宜，讓大家有更充裕的時間來做變更。

臨時提案第一案

提案單位：本局醫務管理組

案由：長期依賴呼吸器患者合併洗腎處置之合理性，提請討論。

羅委員永達(朱益宏代理人)

台灣目前無安寧處置之配套措施，因此在 RCW 中第三階段如需要透析之病患，我們也不知該如何處置，因此應回歸到最源頭，政府或健保局該如何將安寧照護的概念推至最前線，而非在使用呼吸器後，再來利用各種經濟手段處理，所產生之後遺症，每家醫院都遇過，甚至讓病患轉出的結果，所花費之醫療費用比原來更高，或是重回醫院後住進 ICU，造成許多民眾的抱怨；在大家無共識的情況下，只能先往前推，在初期如何管制 RCW 之進入，要讓家屬知道，而非已用了呼吸器後，變成一種依賴，透析也是相同情形，透析患者在醫學中心產生，隨後進入長期透析則變成下游端的問題，所以是否應加強安寧推廣和相關配套措施，或是在審查時從嚴，而非在末端去訂定各種方法來挽救，我認為這是不可行的。

鄭委員集鴻

針對此提案我相當認同，在透析方面，有哪些部份是可以再檢討不必要之醫療浪費，正如同此提案之透析病患合併呼吸器利用，甚至神智不清，其實病患之營養狀況皆很差，但在現行制度下，有醫療行為才有收入，造成此類病患依舊一個禮拜洗三次，實際上其尿毒或水份並不多，建議可從醫療規範著手，這些病患不需要做這麼多的處置，雖然有倫理上的考量，但面對這些多重衰竭的病患，就醫療面，是否能共識，不需要過於積極治療，減少透析治療。

陳委員漢湘

我相當贊同從前端即先控制的觀念，腎臟醫學會針對此類議題有成立安寧小組和腎臟移植委員會，無非希望透析問題解決，建議從安寧處置切入，在初期即與家屬溝通，而非

到了病患苟延殘喘時才放棄，我想這部份今天會無結論，是否交由安寧小組來擬定相關解決辦法。

張委員孟源

我相當贊同安寧小組討論，但這是從進入端思考，現在的問題依舊要解決，現有 2,000 多位合併治療患者，建請學會提出專家建議，是否諸如長期臥床、營養差或飲食少之病患，治療 Guideline 是否要減少透析次數？應該有客觀之臨床指標，這都要建立在專家評估，依病患之體重、飲食和身體變化，訂立一洗腎指標，來比較正常工作一週透析三次之年輕人，和長期臥床、使用呼吸器之病患，一樣一週透析三次，相信是不合理且折磨病人的。

阮委員明昆

此提案可能超出本委員會之議題，近期，重症醫學會、急救加護醫學會和胸腔暨重症加護學會等研討會中，都在加強加護病房醫師觀念，與家屬溝通病患初期即脫離維生設備，如果一旦進入處置，要簽屬同意書就更困難了！所以應從前端即處理，而非到後端才訂立指引或審查共識，這都有違法之危險性存在。

鄭委員集鴻

此議題是應該討論的，洗腎病患之好壞差異很大，不能全面平均來犧牲其治療品質，譬如一個有工作能力的人，卻被身體衰弱、治療意義不大的病患拖垮，並非透析預算的意義所在，建議還是要有道德勇氣，提出建議給國家參考。

李委員素慧

我想應在病患要進入透析之時，安寧小組能給予規範，事實上法律和健保的規定都已有，為何現在仍在討論？除了呼吸器，重症、癌症等近乎植物人情形的病患，是否也需要進行透析，對於安寧照護、善終和無效治療皆應訂立相當規範，是否於下次會議中提出討論。

羅委員永達(朱益宏代理人)

針對 RCW 第一線照護人員，政府不能僅給予人員規範，但實際上卻無法執行，在台灣，安寧和安樂死是有分別，先

前所提到之衰弱病患，都還存在於倫理道德範圍，法律上也尚未訂定；我建議要從觀念上改變，從教育上著手，教導大眾醫療資源觀念，因此學會在訂定規範時，一定要務實，走入人群，考量第一線人員，讓規範有可行性。

蔡委員淑鈴

第一點，針對呼吸衰竭病患，合併洗腎人數約 5,000 多人，現再提出報告並非要中斷目前之治療，而是要探討這樣之治療合理性及未來是否繼續這類病患數上升，現在如果不討論，未來人數勢必會愈來愈多，另已有委員提到，以合併治療之病患，其每月透析次數亦有移動空間，這部份則涉及專業判斷；第二點，腎臟醫學會已成立安寧小組，是否在病人已有合併兩個主要維持生命器官衰竭時，提供家屬安寧之訊息，讓其瞭解病患已有兩種器官衰竭，最後決定權依舊在家屬或病人端；第三點，未來針對已使用呼吸器之病人，若同時要進入透析，是否應有專業之把關，減緩合併治療人數的成長。當然今天此提案是不會有結論的，這牽涉太多醫學專業判定，希望學會能針對此議題，提出對策，於下次會議中討論。

陳委員瑞瑛

先說明為什麼醫學中心最多合併多重治療人數，因為其他層級院所不收病患，醫學中心要不要收？究竟這些病患是原本就在洗腎，之後才有呼吸器照護？還是先有呼吸器照護後，才進入洗腎，這是需要釐清的；另外，先前提到的指引，減少透析部份，假如有病患因為減少透析後而死亡，家屬是會控告醫院的，很多地區醫院 RCW 病人，住超過 5 年的人數不少，健保局並無針對這些病人做醫療花費統計，最後病患送來醫學中心，造成病患幾乎都在醫學中心之現象。

郭委員正全

我比較關心要有疏導的方法，畢竟此案涉及倫理層面，建議訴諸公開研討會，因為現在都是以醫療面向討論，但家屬層面的意見也很重要，在審查的部分，似乎不會去考量到家屬面向問題，最後又要醫院來承擔。

阮委員明昆

審查醫師核減掉透析次數，可能造成後續之問題，是無人可負責的，建議應從源頭處理，依舊認為此案超出本委員會討論範圍。

羅委員永達(朱益宏代理人)

第一點，門診透析為一獨立總額，因此此案對醫院來說，完全沒有經濟誘因；第二點，呼吸器合併透析患者存活5年者，是相當少的；第三點，先前提及之審查標準，訂定一定要相當謹慎，不然事後的社會反彈或是批評，可能造成更多的浪費。

陳委員漢湘

我對會議資料之數據是有疑慮的，醫學中心的病人停留應該是短暫的，這些病人絕對不會長住，應該是在地區教學醫院，所以統計上還是需要說清楚。

黃召集人三桂

首先，此提案是很現實的問題，監察院也有所關注，基於管理者立場，一定要有所作為及處理；第二點，此提案尚在初期階段，這部份一定要由專家來處理，所以要請學會針對此類病患提供專業見解及建議，協助訂立處置標準，提本委員會中討論；第三點，病患先有透析治療再有呼吸器照護，還是先呼吸器照護再作透析治療，請定義清楚，不能混合討論，故此案結論，先請學會再討論此類兩個器官衰竭之病人合理處置方式，於之後會議討論，避免病患數持續增加。

臨時提案第二案

提案單位：本局醫務管理組

案由：有關「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」(以下簡稱獎勵計畫)之資料庫建置案，提請討論。

羅委員永達(朱益宏代理人)

現在醫療院所每天需上傳資料就有1到2項，一個禮拜內至少要有3項，包括床數、管控資料等等，這所有資料健保資料庫應該都要有，希望健保局在規畫資料庫時，能共同整合。

阮委員明昆

VPN系統如Pre-ESRD計畫，希望在重置規劃時，能和腎臟醫學會討論，避免資料欄位重複輸入，浪費人力與時間。

黃召集人三桂

此案主要為政府提供預算以提升腎臟病患照護品質，但局內卻沒有醫療院所上傳原始資料庫資料可供分享運用，因此提出此案來討論，實務上會跟學會討論如何上傳資料，不造成大家困擾。

阮委員明昆

2005年之前重大傷病檔申報單都會給腎臟醫學會，學會可以統計資料彙整分析，不知為何2005年後就無提供，這個資料相當重要，平白無故消失也算是一大損失。

李委員素慧

現行健保規定，透析病患要有重大傷病卡核定後三個月，給付4,100點，但有病人申請重大傷病卡，過了5個月才審核完畢，造成不少問題，我認為執行者在立案時，應要求統一，不然分區執行人員作法皆不同。

王委員惠玄

第一點，品質提升獎勵計畫的成效是否可於執委會中報

告，因為各院所獎勵情形為何，大家並不是很清楚；第二點，指標中的B、C肝轉陽率，監測值訂為3.5%，但實際上轉陽率都不到1%，這是否各院所達成獎勵條件過於容易？

張科長溫溫

獎勵計畫99年度開始起，運用醫療發展基金支應，先前都有將金額分配情形提供給學會，如有需要會於會上報告。關於轉陽率部份，因原本監測值訂為8%，100年度計畫訂定時，有請教過學會，學會表示先訂立3.5%，一年後再檢討，在此說明。

林委員文源

請教這些資料是否有信度，因看說明段，是各院所自行向學會上傳資料，學會再據以統計。剛才討論也顯示，目前所有資訊都從此資料而來，所以資料的信度很重要。尤其是目前總額零成長，成本壓力下必然對醫療品質有所影響，而此資料庫為執委會唯一能夠掌握宏觀品質資訊來源。務必在資料庫建置時，同時設置確保資料信度的機制。

黃召集人三桂

謝謝各位委員之建議，未來規劃資料庫建置時，會將各上傳方式整合，盡量讓大家便利，今日會議於此結束。

散會時間：下午4時5分