

「門診透析總額聯合執行委員會」100年第2次委員會會議紀錄

時間：100年5月18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	吳三江	李委員素慧	林元灝 ^代
阮委員明昆	沈富雄 ^代	林委員文源	林文源
林委員水龍	林水龍	張委員孟源	張孟源
梁委員淑政	梁淑政	許委員玫玲	請 假
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	江培群 ^代
陳委員漢湘	盧國城 ^代	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	謝武吉	謝委員輝龍	謝輝龍
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

全民健康保險醫療費用協定委員會 林宜靜、謝妙芬

行政院衛生署國民健康局

台灣腎臟醫學會

林慧美、楊孟儒、范姜尤珍

台灣醫院協會

陳雅華、何宛青

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、鍾進蘭、古郁文

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	蔡秀珍
本局東區業務組	張瑋玳
本局醫審及藥材組	劉家慧
本局承保組	史惠華
本局資訊組	姜義國、蔡依伶
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、王玲玲、 王金桂

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 1 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 1 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：請於下次會議執行概況報告中，儘量提供醫學中心、區域醫院及地區醫院之相關數據分析，餘洽悉。

第三案

報告單位：本局醫務管理組

案由：99年第4季門診透析總額點值結算報告。

決定：

一、確認99年第4季點值，如下表：

季別	浮動點值	平均點值
99Q4	0.84046976	0.85803076

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。

三、俟下次會議提供西醫基層和醫院各別之平均點值供參。

第四案

報告單位：本局醫務管理組

案由：100年度門診透析委員會第4次會議時間變更案。

決定：洽悉。

第五案

報告單位：本局醫務管理組

案由：「總額預算收入計算過程明細表」將建置於健保資訊服務網(VPN及Internet)下載案。

決定：洽悉。

第六案

報告單位：本局醫務管理組

案由：臺灣導入ICD-10-CM/PCS五年計畫案。

決定：洽悉。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本局醫務管理組

案由：修訂全民健康保險門診血液透析支付標準案。

結論：

- 一、調整全民健康保險門診血液透析支付標準如下表，將依程序提報全民健康保險醫療給付協議會議確認，本案預估全年減少支付點數8.59億點。

支付項目	原支付點數	擬議支付點數	下降幅度
急重症透析 (58027C)	4,100	3,995	2.6%
一般透析 (58029C)	4,017	3,912	2.6%

- 二、建請醫審及藥材組參酌，持續辦理門診透析藥材及衛材價格調查。
- 三、嚴肅考量，未來協商時，將門診透析總額分別回歸至基層總額及醫院總額處理。

第二案

提案單位：本局醫務管理組

案由：擬自101年7月1日（費用年月）起，變更全民健保醫療費用申報格式案。

結論：同意自101年7月1日（費用年月）起，變更全民健保醫療費用申報格式，惟相關申報本欄位內容等，應先蒐集醫界相關建議，一併檢討考量。

伍、 全民健康保險二代健保重點說明

報告案

報告單位：本局醫務管理組

案 由：全民健康保險二代健保重點說明。

決 定：洽悉。

陸、 散會：下午 4 時 50 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：修訂全民健康保險門診血液透析支付標準案。

羅委員永達(朱益宏代理人)

門診透析的給付中，衛耗材的比例最高，醫界認為這部分應可比照藥品好好調查，將會有相當助益。

沈富雄醫師(阮委員明昆代理人)

甲、乙兩方案的目的都是要讓點數下降，甲案為支付標準按次包裹給付方式，應考慮整體成本，例如醫護人員的人事成本等等，而非只挑出EPO藥品項目，就將平均每次血液透析費用減少105元來處理；乙案及吳三江委員提出之丙案皆為高額折付方式，皆難以實現，因為每家院所的營運規模皆不同。

透析個案為會累積之案件，如同移植人數一般，本來就屬於總額下之特例，成長率為自然醫療現象，點數(點值)則為財務現象，不能用自然現象來影響財務現象，將來費協會協商，考慮成長率時，是應該讓支付點數繼續下降還是維持現狀？還是將此醫療項目之總支出適度調整到合理範圍，這才是答案，而非此處三個方案能解決的。

郭委員正全

第一點，「合理的透析總額」定義究竟為何？隨著台灣平均年齡逐年成長，造成年紀愈老、花費愈多，此因素應該考慮進去，如果要解決問題，建議將門診透析總額回歸至西醫基層及醫院總額；第二點，同工同酬的理論下要講究成本，應全面考慮，而非只針對血液透析；第三點，羅委員所提「目標點值」為何？透析總額該給多少才合理？都是需要釐清的，建議門診透析總額回歸基層及醫院總額。

張委員孟源

健保局100年4月13日召開之慢性腎臟病患照護方案提到

腎臟移植率目標項目，假使每年腎臟移植率達7%，洗腎人數每年增加7%，則合理透析總額即為現行總額，比例即不會增加；另外也提及「安寧療護」之選擇，基於人道考量，全聯會不贊成病患放棄透析治療，而是希望病人的治療品質服務能提升，而有機會回復正常，這才是醫療的目的，而非只是金錢利益上的考量。

合理的透析總額為現行盛行率乘上給付金額得之，從醫護人員設置來看，幾床配幾個醫生和護士，成本皆為固定，不會下降，所以甲案似乎較公平，因所有人皆會使用到EPO，所有人相對成本皆降低。

吳委員三江

從甲案來看，EPO在腹膜透析係屬外加，在血液透析為內含(包裹給付)，血液透析使用EPO單位比腹膜透析還少，從補充資料中(財訊雙週刊)有提及藥品使用問題，隨著健保給付藥價愈來愈低，藥廠利益愈來愈小，許多藥廠賭上藥品的品質，已是業界不能說的秘密，而腎臟科醫師並非創造者，而是下游的受害者，事實上，所有的成本都在上漲，包括藥水、衛耗材等等，故建議甲案，並維持原來之4,017點支付標準。

葉委員明峯

為評選血液透析支付方案，首先應瞭解健保醫療品質的目標為何？就三個方案來說，假使醫療品質效益皆相近，當然選擇最節省的方案來實施。但是，也希望醫界能有共識，如此在費協會協商時才能討論。

游委員開雄

就消基會立場，健保洗腎的耗費似乎非沈富雄委員所說為自然現象，希望能朝著以門診透析零成長為目標前提，找出大家都能同意的方案來實施。

王委員惠玄

是否能再重做一次成本估算，包含固定成本及變動成本(藥材和藥水等等)，似乎在不同層級或服務量的機構，差距不小，就洗腎來看，變動成本所佔的比率較少，大概30%，就

乙案人數折讓方案，規模較大的院所，影響人次的比率約12%，其變動成本的議價就要達20%調降，再乘上目前點值0.85，這種支付情形下，是否會影響到洗腎品質，令人擔憂，因此方案依照人數數量作折付的方式，是否妥當，值得大家思考。

鄭委員集鴻

我覺得問題的關鍵在要花多少錢來治療透析患者？而我們關切的醫療品質中，最重要的就是「死亡率」，現在死亡率提高了，是否跟支付點數減少有關？去年美國有就門診透析研究，為FHN(Frequent Hemodialysis Network)指出，每天做透析的病患其死亡率和住院率都較低，雖然有較好的照護品質，但是「Where is the money?」所以為了讓點數下降，而造成死亡率上升，是值得考慮的另一面向。

林委員文源

此案以往皆以「財務成本」來做分析，未顧及對於醫療品質的衝擊，不恰當。健保已經實施多年，已經累積足夠之品質資訊，是否應該就「品質」與「給付」之關係來作成本分析，讓大家了解什麼樣的支付水準，會有甚麼樣的品質，如果總額一直維持，而病人數愈來愈多，就長遠來看，必然會影響醫療品質，但屆時可能為時已晚，病患將會直接受害。建議在做成本控管要有品質分析為依據。

吳委員三江

第一點，現在將支付標準點數調降，等到未來藥水漲價了，是否應該將支付標準跟著調升？第二點，針對門診透析總額零成長，成長率影響有三個族群，一為領有重大傷病卡病人，二為三個月換一次卡的病人，最後為急性洗腎之病人，領有重大傷病卡病人逐年下降，但總人數似乎沒有下降，是否為急性洗腎病人在上升？如果是急性洗腎的影響，就要由全民共同分擔，因為牽涉到其他各個醫療類科，因此成本分析一定要詳細，清楚告知社會大眾。

沈富雄醫師(阮委員明昆代理人)

以肺炎來看，一個月就知道該病人會死亡或是痊癒，因此肺炎病人不會累積增加，但透析病人不一樣，為會累積病人的醫療項目。

盧委員國城(陳委員漢湘代理人)

透析病人為累進性的，第一點，以美國為例，每年增加1~2%病人，但是每年增加的預算大約為10%，因洗腎病人相對起來併發症較多，病人族群年紀也較大；第二點，台灣進入透析的情況是較嚴重的，殘餘腎功能約4~5%，相對美國殘餘腎功能大約在6~10%即進入透析，第三點，台灣慢性腎臟病發生率跟其他國家差不多，美國慢性腎臟病患在進入透析前，大約60%就死亡，原因為心肌梗塞或中風等等，台灣則45%為糖尿病，10%為高血壓，大約60%為三高引起，所以台灣的慢性腎臟病患進入透析前，死亡人數很少，因此反映出實際上台灣對腎臟病患的照護品質良好，導致累積進入透析病患數多；最後，台灣腎臟移植者很少，美國的慢性腎臟病死亡率約為18~20%，歐盟國家約15%，而台灣則為8%，這都是台灣醫療品質良好的成果。

沈富雄醫師(阮委員明昆代理人)

美國的死亡率約18%，台灣為8%，美國多了10%的空間，因此我認為台灣的醫療品質良好，再次強調，透析病人為累積性的，而且累積的速度跟我們醫界的成就有關。

蔡委員淑鈴

第一點，針對台灣洗腎問題，應該提高層級，針對洗腎病患做全面性的照護，因此我們正研擬慢性腎衰竭病患照護10年計畫，整合署內各單位及NGO等，多管齊下的照護，並非只侷限在透析總額的討論，而是真正要讓病患避免進入透析階段，計畫有四大具體策略，依序為透析發生率下降，包含三高宣導、篩檢及教育，建立腎毒性藥物指引，提供給各醫師們，以避免藥物間的交互作用，提早照護慢性腎臟病1~3a期病患，於今年(100年)實施Early_CKD計畫，針對糖尿病患控制及篩檢，持續推廣Pre-ESRD計畫，重大傷病的核發標準及針對透析病人治療模式之充分告知；第二策略為提升移植

人數，聯合移植醫學會及宗教界來提倡腎臟捐贈，並加強移植器官之成功率及品質；第三點為維持門診透析品質存活率，台灣的透析品質跟其他國家比較起來為較好的。綜合期待腎臟科醫師對於病患的照護應為從腎病初期即開始，並非到了末期進入透析階段才注意，多投注在前期防治，貢獻比讓病人洗腎要大，這都需要全面努力的。

第二點，針對本討論案，血液透析係包裹給付，因此沒有論量申報上的細項，此為資訊提供上的不足，成本分析較不齊全，未來針對成本分析還要再努力。另外，前幾次討論會議中，各位對折付方式多數不贊同，且有採以整體調降方式建議，加上近期健保對EPO藥物之調降，才有甲案提議；乙案則依據醫界和學界的成本分析後，提出量大即有成本下降之空間，提出折付的給付方式，針對王教授認為會影響品質的部份，我認為市場會自動去調整，若採折付方式，量大之洗腎中心會自動去調節的，此兩案皆有立論基礎。

吳委員三江

補充說明，門診透析零成長絕對是不合理的，一定要將透析、急重症透析等成本分析清楚劃分，跟部份同仁討論過，認為近期急重症透析似乎有成長趨勢，這一定要由全民負擔。

蔡委員淑鈴

研商門診透析總額時，會將此議題，即長期透析病人增加還是急性透析病人增加，作為協商101年預算之參考。

沈富雄醫師(阮委員明昆代理人)

20年前，美國就利用數學模式推估病患人數會達平衡，但這只是理論，最後這個目標依然未達到，如果要讓病人達零成長，從死亡率品質照護來看，讓死亡率降低，這是相當矛盾的，照護做得好，病人數增加，點值卻降低，相當不合理。

黃召集人三桂

今日會議結論，將提報至全民健康保險醫療給付協議會議確認，就以甲案之調降方式提報；針對羅委員對藥品調查

的建議，本會將建議醫審及藥材組持續針對藥材及材料儀器做價格調查；最後，會慎重考慮將門診透析總額回歸到西醫基層及醫院總額。

第二案

提案單位：本局醫務管理組

案由：擬自 101 年 7 月 1 日（費用年月）起，變更全民健保醫療費用申報格式案。

蔡委員淑鈴

此討論案因涉及申報格式面，在各總額聯合執行委員會皆會提報，部分委員可能會持續聽到本案，將檔案由.TXT改成.XML，並將申報欄位格式做改變，全面改申報檔，是自健保開辦至今，第一次做修改，因此藉由本會提案，希望醫界能共同支持推動改版及準備，並提供修訂意見。

郭委員正全

藉由這個時間點，一年期程做改版，我想是非常好的，並藉由這個機會作診斷碼的擴充，增加彈性，避免只拘限在原本的申報格式。

王委員惠玄

隨著資訊科技的進步，改格式檔案是沒有問題的，但是在欄位的部份，健保的申報檔，在健保局的角色，應還有「品質監督」的角色，因此就品質的角度去增加特定欄位，例如住院醫令很長，一筆點數清單事實上由許多醫事人員所共同執行，但在舊申報檔內就只有一名醫事人員代號的欄位，因此要分析麻醉照護，即不知此照護醫令之麻醉專科醫師代號。

林科長寶鳳

就前兩位委員的問題，於附件5-1第2頁住院醫令清單已新增欄位增加執行醫事人員代號，所以已解決王委員之問題；另品質資料方面，在各試辦計畫中有品質結果申報檔，跟此處的費用申報有別；針對郭委員的提議，在住院點數清單診斷碼和處置碼皆有新增，由現行各為5組，未來將增至各10組，未來若需再增加，因改為.XML檔，具有擴充性質，較沒有問題。

羅委員永達(朱益宏代理人)

建議先蒐集相關申報人員意見，以及請健保局提供軟體給醫院協會或全聯會，請基層人員提供建議，再行討論較妥當，也更實際。

蔡委員淑鈴

此提案皆會在其他總額聯合執行委員會討論，請委員回去再確定，有一年的時間準備，預計於101年7月實施，進度就如附件5-2來執行。

散會時間：下午4時50分