

「門診透析總額聯合執行委員會」100年第1次委員會會議紀錄

時間：100年2月23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	李素慧
阮委員明昆	阮明昆	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	陳漢湘	游委員開雄	請 假
葉委員明峯	請 假	廖委員秋燭	廖秋燭
蔡委員淑鈴	請 假	鄭委員集鴻	沈富雄 ^代
謝委員武吉	劉啟田 ^代	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	周雯雯
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、盧國城、范姜尤珍
台灣醫院協會	王秀貞、董家琪、陳俞文、林佩荻、 何家青
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	呂淑文
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	陳雀美
本局東區業務組	張瑋玳
本局醫審及藥材組	劉家慧
本局醫務管理組	張溫溫、李純馥、孫嘉敏、歐舒欣、 鄭正義

主席：黃召集人三桂

紀錄：李健誠

壹、主席致詞：(略)

貳、本委員會 99 年第 4 次委員會會議紀錄及 99 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 99 年第 4 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：本會 99 年第 1 次臨時會議結論事項辦理情形。

決定：洽悉。

第三案

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：洽悉。

第四案

報告單位：本局醫務管理組

案由：99年第3季門診透析總額點值結算報告

決定：

一、確認99年第3季點值，如下表：

季別	浮動點值	平均點值
99Q3	0.85401888	0.87042030

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。

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：本案未達成協議，暫不做結論，俟下次會議搜整資料後再行討論。

伍、散會：下午3時35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。

廖委員秋鐳

案由提到為促進支付之公平性和參考學會之成本分析，但事實上各醫院或診所在分析上一定會有所差異，這樣是否符合公平性？例如在醫院部門，並非只侷限於服務一般門診洗腎病人，所以成本應該會較高；因此我認為不應該有差別給付情形，至於點數的支付是否能再調整，可以再行討論，不建議以人次遞減方式來支付點數，而以直接調整支付點數為宜。

郭委員正全

實施總額其背景精神有三，包括尊重醫師專業、確保醫療品質、財務風險共同分擔，但今日所見的卻是財務風險均需由醫界來承擔。透析每年花費300多億，支付方面漸漸無法負荷，點值則一直下降，全部的風險只由醫界來承擔，似乎不太公平；再者，總額點值只要超過 $\pm 10\%$ ，就要進行檢討，以現行擬議支付點數和學會擬議支付成本費用來看，利潤則相當低；因為血液透析成本大多為變動成本，所以實際上很多成本都還未算入，例如空心纖維採拋棄式後之生物醫療廢棄物處理費的增加尚未納入成本估算，個人認為調降點數，此舉只是讓點值好看，建議如透析液或空心纖維等若能做適度調降，讓各醫療院所成本下降會更好。

吳委員三江

在此點數支付下，傷害最大的是中產階級，分析過去資料得以下結果：超過1,500人次院所合計141家，就整體來看，醫院佔31%、基層為15%，兩者相加為26%；醫院1,800人次以上影響較小，家數約佔醫院總體30%。以現行門診透析可近性高、醫療服務普及的前提下，中產階級將難以生存，建議是否在人次的基準與級距方面，再重新考量。

陳委員瑞瑛

請問此兩方案實施後的預估點值為多少？只提供全年減少支付點數是沒有意義的，況且實施後的預估點值上升幅度也不多。

李純馥科長

用99年第三季推估，甲案預估點值上升0.028、乙案預估點值上升0.013。

沈富雄醫師(鄭委員集鴻代理人)

第一點，健保局是奉衛生署指示才要做此提案以達到合理、公平和符合社會大眾的期待，我了解貴局的困難點；第二點，全民健保法中，針對支付面著墨不多，反而在施行細則內才有詳細規範，這在法理上是不合宜的；第三點，在醫療費用龐大壓力下，我們應該如何節省？既然量多可以節省成本，建議健保局可以針對醫材，如透析液的價格做調降。

另外，我更在意的是門診透析成長率零成長何時才會結束？建議籌組一個小組來研議相關零成長之研究。

黃召集人三桂

謝謝沈委員的發言，但發言中很多意見非本會能處理的，需要移至費用協定委員會討論。

張委員孟源

醫師公會全聯會對甲、乙兩案皆不支持，因為以人次增加來遞減支付點數的方式，並非量多成本就低，且較不公平，應該以同一個級距、單一的調降會較公平；而對於較小的診所應該有相關的配套措施會較好。假使執行此方式，會造成醫院透析總額和基層透析總額重新分配的情形發生，這樣也不是很恰當。

陳委員漢湘

台灣腎臟醫學會認為一些數量大的醫學中心、區域醫院在成本上一定較高，採用高額折付對這些院所來說是項懲罰，且在此情形下，也會造成醫院和基層之間的對立，可能造成醫院拒收病人的道德問題。另外，支付點數乘上點值的金額，幾乎和成本相近，建議先考慮透析零成長的取消，再來討論高額折付。

陳委員雪芬

在座各位都是洗腎委員會委員，以委員身份要同意此兩方案是不可能的，因為若同意這樣的方案實施，會使未來透析成長率的協商更加困難，而且高額折付使洗腎的協商基準整個變動，怎麼看都無法同意。

吳委員三江

第一點，透析的成本是不斷變動的；第二點，前次臨時會(99年第1次)提到以1,500人為基準，200人為級距，但就我的分析，1,800人次以上的醫院影響是最少的，而基層是有所影響的，以自由市場機制來看，我想不必去顧慮經營不善的院所，因為最後會集團化；因此，我建議以1,800人次為基準、500人次為級距，最多200點的級距，如此做法，全台有影響院所大約40家左右，這樣可保障大多數中產階級。

羅委員永達(朱委員益宏代理人)

藥品被廠商壟斷，醫界感到相當無奈，當點數和點值降到某種程度，受利的是廠商，以現在的情況，醫院能拿到的利潤真的相當少。

郭委員正全

對於甲、乙案以及吳三江委員提出的建議案皆不支持，西醫門診是以醫師看診人次來做合理量，門診透析的合理量不管醫院參與的醫師數，用醫院服務總人次來作折付則是假平等，誠如剛剛所提數量大、成本就低的論點，是建立在可分攤高比率固定成本上才成立的，問題是門診透析很多成本都是變動的，能分攤固定費用的相當有限，建議從藥材調降來反映支付點數，相信醫界會非常贊同。

謝委員輝龍

因為成本增加的緣故，目前已有很多醫院不得已都和廠商合作，廠商自己進口醫材、耗材等，所以還有利潤存在，但醫院經營的洗腎中心成本很高，在總額零成長下，健保局應著墨在如何將醫材和耗材的費用調降，而非擬訂了那麼多方法，卻對醫院一點幫助都沒有，以南投各醫院為例，所有醫院被逼著必需尋求以廠商合作。

蘇委員清泉

第一點，用人次來折付的目的只是要讓點值好看，對社會和衛生署也有所交代，因此我建議門診透析回歸醫院和西醫基層總額，如此雙方都較好操作；第二點，要將藥材、衛材和耗材等的核定，一步一步地調降，唯有這樣雙管齊下，才有可能解決，不然這次提出的三個方案仍然為無解。

黃召集人三桂

健保局為行政單位，衛生署交辦事項須遵照辦理，但在民主時代下仍需做好適當的協商，並非委員前述所言一定要給上級交代。討論至此，幾乎沒人同意這些方案，只有廖秋燭委員建議，如有必要，可以調降支付點數，而不要用人次折付；以及蘇清泉委員提出將費用回歸醫院和基層，也是今日無法討論的。在藥材和醫材部份，本局醫審小組已做了很多努力，然並非藥材和藥水方面的問題，而是後端的通路問題，實在有很多限制和難點；既然在各位委員都反對，在無法達到共識的情況下，此案先暫緩決定。

王委員惠玄

想請教腎臟醫學會的成本分析中，是為經濟規模之下遞減的成本，還是不包括經濟規模的平均成本？

陳委員漢湘

成本分析是用人次，以700人次為基準，包括醫師費、人事費等，但是不包括折舊的費用，這和錢慶文分析的3,700是相當接近的。

王委員惠玄

首先，折付提出的級距和成數是否洽當？還可以再討論；另外，很多洗腎診所都以連鎖經營方式營運，以健保局提供資料所顯示的影響院所家數來看，應該是以簽約單位（診所）來計算，這其中是否包含許多連鎖診所？這些連鎖診所是否應比照規模較大的院所，折價給付？？法規約束特約醫療院所簽約係以個別診所、醫院，而非連鎖經營/擁有者，因此以個別機構每月洗腎人數折算的支付點數，恐怕無法反應連鎖洗腎診所真正的成本，而在此情況下，可能會促使更多醫院將洗腎業務外包，或讓診所將洗腎業務交給廠商連鎖經營管理，這當然對民眾的就醫可近性和品質有關係。所以第一點，折價給付的方式是否有證據根據；第二個，產業的現實狀況造成不預期因素的板塊移動，這是大家要擔心的，因為民眾的就醫受到影響，絕對是本會的責任。若參照健保局所提供折價支付所減省的金額估算，點值可以升到0.9，但0.9可能也非大家能接受的。

張委員孟源

再次強調此高額折付是不公平的，以及造成不預期的挪移，甚至是違法的，根據全民健保法第51條第2項，有同病同酬的基本原則，不管支付標準如何調整，都應該要據此原理。

吳委員三江

中山大學之前分析過成本約3,600到3,800，在固定成本差距不大，但是在耗費材成本，末端被廠商控制，但數量到一定程度，折扣就較高，目前基層診所都獨立經營，人次較少，為了保障這些院所，勢必影響到中產階級或整體，建議能夠聯合執業，當初估算800到900人次是最適當的，兩位醫師約1,800人次，每個級距500人次，此方法影響層面較小。

沈富雄醫師(鄭委員集鴻代理人)

是否政府能調查各個洗腎中心，到底是哪家醫院的附屬單位？或是調查哪些為醫材公司的單位？我認為這對合理給付相當重要，不然台灣醫界培養那麼多醫生，最後淪為外商財團或企業的奴才，這個後果難以想像。

蘇委員清泉

若要支付點數調降，我認為每次透析支付點數都要相同，以符合同病同酬的原理。

陳委員雪芬

我認為腎臟醫學會提供的成本分析是有問題的，以洗腎這樣的醫療服務若要取得真正的成本，應該是以總成本去除以服務量來計算，才能反應每個機構的實際成本支出，取得較客觀數字依據。而提出3,600到3,700左右的成本是很久之前的資料，甚麼樣的背景下產生如此的數字，可能也是很難和在座委員會個別委員一一交待清楚，畢竟每個人背景與經歷不同，一概用這樣的數字要求統一，會使很多醫院根本沒辦法經營，最後落入在座很多委員已提醒的洗腎商業化問題。

陳委員瑞瑛

醫院再如何議價都無法達折付20%，像是腹膜透析液又被廠商獨佔，實在很難議價；許多署立、市立醫院人事費用都有公務預算，然其餘醫學中心都是自己吸收人事、行政成本，如果不靠議價早就關門了。

黃召集人三桂

本案未達成協議，暫不做結論，俟下次會議搜整資料後再行討論。

散會時間：下午3時35分正

吳三江委員建議案

一、建議方案級距及支付點數詳下表：

規模	影響院所 家數	擬議支付點數	擬議支付成本費用 (註1)	下降幅度 (註2)
未達1800人次	482	4,017	3,522	0.0%
1,801~2,300人次	38	3,967	3,478	1.2%
2,301~2,800人次	12	3,917	3,434	2.5%
2,801~3,300人次	14	3,867	3,390	3.7%
3,301人次以上	17	3,817	3,346	5.0%

備註：1. 擬議支付成本費用=擬議支付點數*0.8767(99Q2點值)

2. 下降幅度=(擬議點數-4,017)/4,017

二、預估全年減少支付點數 1.76 億

層級別	98年實際申報情形		吳委員建議案		
	數量 A	申報點數 B	預估申報點數 C	預估全年增減 支付點數 D=C-B	平均每次 申報點數 E=C/A
醫學中心	798,718	3,211,618,731	3,150,294,706	- 61,324,025	3,944
區域醫院	1,841,225	7,400,471,756	7,343,353,325	- 57,118,431	3,988
地區醫院	1,745,213	7,018,314,985	6,990,456,771	- 27,858,214	4,006
基層診所	3,346,715	13,460,550,533	13,430,502,305	- 30,048,228	4,013
合計	7,731,871	31,090,956,005	30,914,607,107	- 176,348,898	3,998

三、預估點值影響情形

	99年第3季結算 平均點值 (C)	折付後99年第3季 預估點值 (F)	點值差距上升 (F-C)
甲案	0.870420303	0.8984	0.0280
乙案	0.870420303	0.8834	0.0130
吳委員案	0.870420303	0.8747	0.0043

註：以99年第3季點值預估點值影響情形