

# 「門診透析總額聯合執行委員會」99年第1次臨時會議紀錄

時間：99年12月14日下午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)

出席委員：

王委員惠玄	王惠玄	朱委員益宏	朱益宏
李委員妙純	請假	李委員素慧	李素慧
林委員文源	林文源	阮委員明昆	請假
廖委員秋燭	廖秋燭	林委員水龍	林水龍
林委員吉福	沈富雄 <sup>代</sup>	林委員裕峰	林裕峰
張委員孟源	張孟源	梁委員淑政	梁淑政
郭委員正全	郭正全	葉委員明峯	葉明峯
陳委員雪芬	陳雪芬	陳委員瑞瑛	陳瑞瑛
陳委員誠仁	江培群 <sup>代</sup>	吳委員三江	吳三江
蔡委員淑鈴	蔡淑鈴	謝委員武吉	謝武吉
謝委員輝龍	請假	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	梁淑政、周雯雯
全民健康保險醫療費用協定委員會	邱臻麗
行政院衛生署國民健康局	請假
台灣腎臟醫學會	林慧美、陳漢湘、張靜宜、盧國城
台灣醫院協會	董家琪、陳俞文、陳雅華、林佩荻
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	請假

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
本局企劃組	請假
本局資訊組	姜義國
本局醫務管理組	林阿明、李純馥、張溫溫、吳慧玲、 歐舒欣、鄭正義、張桂津、趙英蕙、 蔡文玲、孫嘉敏

主席：黃召集人三桂

紀錄：李健誠

壹、主席致詞：(略)

貳、報告事項：

報告單位：中央健康保險局

案由：有關修訂「行政院衛生署中央健康保險局門診透析總額聯合執行委員會設置要點」第四點之相關單位代表員額案。

決定：修正 99 年 11 月 17 日「門診透析總額聯合執行委員會」討論案，增加財團法人中華民國消費者文教基金會代表一名，財團法人台灣醫療改革基金會係屬監督單位故不派員參加，修改如附件，餘洽悉。

參、討論事項

提案單位：本局醫務管理組

案由：100 年門診透析服務保障項目及操作型定義乙案，提請 討論。

結論：

- 一、藥費及藥事服務費採每點 1 元，腹膜透析之追蹤處理費(58011C 及 58017C)採每點 1.1 元支付，至其他項目以浮動點值支付。

- 二、 目前腹膜透析採論量支付，未來將研擬以包裹方式支付後，可比照血液透析採浮動點值支付。
- 三、 部分委員建議將腹膜透析指標項目於醫院評鑑項目中排除乙節，本局將提供衛生署相關單位參考。

#### **臨時提案**

**案由：**修訂全民健康保險門診血液透析支付標準案。

**結論：**本案因未達共識，暫緩依服務量遞增予以折付給付處理。

**肆、散會：**下午3時47分正

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 100 年門診透析服務保障項目及操作型定義乙案，提請 討論。

張科長溫溫

會議資料表 2 以 PD 每點 1.2 元，藥費每點 1 元計算。腹膜透析分 CAPD 與 APD，APD 比 CAPD 多增加租機費與管組耗材費用，CAPD 每年估計在 514,220 元至 589,045 元之間、APD 每年估計在 661,280 至 736,105 元之間。表 3 中追蹤處理費 58011C 和 58017C 以每點 1.2 元計算，CAPD 無變化、APD 每年估計花費降至 636,770 至 711,595 之間。表 4 為追蹤處理費每點 1.2 元，APD 之租機費及管組耗材以第二季做浮動點值支付，此方案 APD 每年估計花費在 621,758 至 696,583 元之間。表 5 則為藥費每點 1 元、追蹤處理費每點 1.1 元、其他採浮動點值，則 CAPD 估計花費在 503,810 至 578,635 之間，APD 在 611,348 至 686,173 之間。

江委員培群(陳委員誠仁代理人)

健保局所給的資料，APD 應該是每日給予兩袋五公升的藥水每袋 321 元，而非四袋兩公升的藥水，所以在計算上可能會有出入。

吳委員三江

請各位參考我的資料，第一頁為亞洲地區使用透析的情況，台灣在使用 Icodextrin 上為 47.45%、APD 使用為 18.84%，第三頁 Icodextrin 每袋兩公升為 368 元，第五頁資料對照健保局提供之表 2 可得知：腹膜透析花費卻有低估之嫌，精確估算如下：第四袋改以 ICODEXTRIN 每年耗費 (APD 租金+管耗材+追蹤處理費)：

$51420 - (205 * 30 * 12) + [(368 * 0.4775 + 205 * 0.5255) * 30 * 12] = 542260$ 。如再加上藥費 1143/月合計每位患者每年耗費  $542660 + 1143 * 12 = 556376$  元。希望健保局能更精確的將腹膜透析成本計算出來。

我的資料第四頁也顯示 2009 年台灣 PD 總人數為 5,720 人，退出 PD 治療人數為 940 人，PD dropout 為 66.53%。因此我呼籲不管是健保局的官員還是醫界的同仁們，能夠選擇適當的治療，這樣才能節省健保經費並保障民眾的就醫權益；另外，就成本來，看腹膜透析明顯高於血液透析，但是由於鼓勵關係，醫師還是從事腹膜透析，因此我們建議採用表 4 或表 5 是不是比較合理？

### **沈富雄醫師(林委員吉福代理人)**

腹膜透析不管 CAPD 或 APD 都比血液透析貴，那當年要推行腹膜透析為較便宜的原因，是否已不存在？而我認為包裹制是個趨勢，但就 CAPD 來看，目前時機還未到，相較之下，血液透析的給付內容反而比較簡單，所以我認為要等到藥費處理等因素較穩定後，再來考慮包裹制較洽當。最後，五年來 6,000 多個病人，其 dropout 約 50 到 60%，是否可以研究出這些病人當初第一天即以血液透析做治療，所省下的花費為多少？以表示一個錯誤的政策，到底造成的代價是多少？而 CAPD 的佔有率要達到一定的基準，才符合醫院評鑑的標準，我認為是相當錯誤的！

### **朱委員益宏**

透析以 99 年第二季點值作估算可能會高估，而我不曉得為什麼腹膜透析液要併在藥費裡面，依照健保法有 1 點 1 元的保障，因為腹膜透析液是由少數廠商壟斷，是個市場失靈的情況，價格無法調降。建議腹膜透析液能像特材一樣作浮動點值支付，如此醫療機構可以跟廠商溝通，價格也可以達到合理調降。

### **陳委員瑞璜**

APD 的設備和藥水是一起提供服務的，因此價格是否能再壓低一點？因為這麼多年來都沒有調降，若已預估會有所調整，調整幅度大概有多

大?若要用包裹支付，那落差可能就會較大。

### **謝委員武吉**

第一點，一袋兩公升 205 元藥水的成分我們需要了解；第二點，這個藥水的價格跟國外相比是否較高？

### **陳委員雪芬**

為什麼健保局提出的資料藥水每袋多少錢會跟委員提出來的資料有那麼大的差距？我們希望像腎臟醫學會或類似單位能做一項較公允的研究陳述。讓我們知道到底像這樣的給付方式應該存在，還是本來就不該存在？

### **林委員裕峰**

一般認為腹膜透析較方便不用親自到醫院，早期成本也較低，因此腹膜透析要存在讓病人有選擇的空間。在台灣，腹膜透析都沒有降價過，以美國來講，腹膜透析的成本為血液透析的 75%，所以基本上腹膜透析是不會比血液透析貴的。而目前健保局也在研擬腹膜透析相關價格調整，那是不是可以讓腹膜透析和血液透析一樣做浮動點值支付？甚至將腹膜透析放在評鑑的條文中，這樣是否會過度推行，而造成失敗率高？這樣就比較不好了。

### **蘇委員清泉**

血液透析的部份兩位教授分析的成本都比腎臟醫學會還高，腎臟醫學會所估成本有兩點我無法接受，第一點為醫生才估 26 萬元；第二點護士才估 3 萬 8 千多。腹膜透析的部份，租機費和管組耗材 1 點 1.2 元真的很荒唐，這個費用一定要再調整。

## 林委員裕峰

血液透析的成本，在醫療政策委員會討論中提到其成本是非常難估計的，目前透析的給付為 3,500，這和平均成本相當接近，所以我們是強調不再下降，因為零成長會造成每年 5%的給付下降，這是我們相當擔心的。

## 吳委員三江

應該以病人就醫權益為考量，而非以甚麼最省錢為考量。從我的資料第一頁可看出，其他國家費用都是 HD 比 PD 高，只有我們是 PD 高、HD 低，第四頁資料顯示，2009 年的 PD dropout% 達到 66.53%，所以可能是醫師不努力或是技術不夠好，那假設醫師都很努力的情況下，我們給予鼓勵，其餘給予浮動點值給付。

## 沈富雄醫師（林委員吉福代理人）

從民眾就醫品質和價格來看，我認為全民健保在價格上的考量還是比較重要，但是就目前 PD 花費較 HD 高來看，要怎麼說服別人做 PD? 另外，不管甚麼治療，它的 dropout rate 高達六成，我保證這都會被停止的。所以我認為腎臟醫學會應該要去研究過去 6000 多名病人額外的付出，不然會很冤枉的！

## 張委員孟源

從健保局的資料表二到表五看出 APD 花費比傳統 CAPD 還要高，然而從許多文獻都指出，APD 在水分的清除、血壓控制、透析時間、透析 Kt/V 清除及各方面都可能比傳統 CAPD 略差一點。是否健保局能定期在透析執委會定期報告二者必較之數據，不但讓委員知悉也能讓民眾了解。且國內握有豐富 APD 及 CAPD 治療的資料下，是否能夠去研究本土化臨床資料的比較 APD 與 CAPD 之間，是否價格較貴，卻存活率卻較低的，

利用統計我國健保局之統計資料及找出事實，如果屬實，是否應該讓病人們回去使用傳統的 CAPD 治療方法較適當？

### 蔡委員淑鈴

雖然學界和腎臟醫學會的成本分析有些微差距，但是成本分析有助於解釋今年(99年)的門診透析零成長合理性。事實上目前血液透析結算點值的結果和學界的成本分析相當接近，甚至營運量很大的診所還留有一點空間。今天要討論的是腹膜透析是否還要維持 1 點 1.2 元的保障？以及要推動 PD 還是 HD？就健保局立場，還是要由專業判斷和病人需求來決定，依照適合的病人給予適當之治療，而非只有血液透析的選擇。目前 PD 支付整組保障每點 1.2 元，而 HD 係浮動點值(目前在 0.87 左右)，所以我們才提供表 2 到表 5 來討論是否對 PD 之支付要做調整？最近本局對腹膜透析液和 EPO 之支付藥費正準備要降價，所以包裹制會等到支付價格穩定，後再來做進一步處理。從剛剛的討論，大家比較傾向表 4 或表 5，我們也認為租機費和管組耗材費用，以浮動點值支付是較公平的，而需要進一步討論的是腹膜透析液為藥費或材料費？請本局藥材組來做說明。

另外大家都在質疑 PD 患者大約有 5700 多人，這群人是否長期有耗損透析以外的醫療資源？目前我們在做 cohort 的追蹤研究，從 PD 和 HD 的第一年追蹤到第十年，包括門住費用與透析費用，未來亦會作年齡、性別及相關疾病校正後之成本作比較供大家參考。

### 廖委員秋錫

在補充資料第四頁的 PD dropout%=當年退出 PD 治療人數/PD 新病人數，而非除上 PD 總人數，不知道 PD dropout%是否與新病人數較相關，而與 PD 總人數較不相關，以致造成 PD 退出率偏高的現象？

## 吳委員三江

2009年腎臟醫學會資料顯示1512位腹膜植管，植管後有1400多位成功，一年後追蹤存活者478位、死亡者341位，失敗者600多位，成功率僅31.6%。既然它那麼好，為什麼死亡率這麼高？我也感到奇怪！我要提個個案，有個年青女性教授有紅斑性狼瘡，後來接受腹膜透析不到兩年就死亡，家屬非常有意見！現在在推動PD，是否因政策關係推動過度了？還是要回歸到專業選擇最適當治療。

## 李委員素慧

當初推動PD為國家政策時有兩個原因：一是品質好；二是費用低。以前CAPD品質好，是用2003年以前的資料，呈現PD與HD病人5年的存活率是一樣的。與國外病人做比較，國外病人開始洗腎時腎臟功能殘存率都比台灣好，在台灣病人進入洗腎的狀況比較差，但是台灣的醫療品質還是世界第一。目前從健保局國內各項資料統計顯示，PD品質比HD差，費用也比HD高一點，建議要先回歸專業，並且取消PD為醫院評鑑的項目。另外一直討論腹膜透析液為藥品還是材料，但是血液透析為浮動點值支付，這就不公平了！而全世界有發表腹膜功能大約維持7到10年，後來就有腹膜出血或無法有效透析的問題而要改用血液透析治療。所以建議PD不要用政策來強迫推行，所有病人第一次就要用腹膜透析的政策要取消，第二個要考慮到人口結構老化及糖尿病佔43%的問題，要求一個行動不便的老年人自行做腹膜透析，這是相當難的！最後提到，美國的HD和PD的給付是相同的，當年1981年美國開始推行PD，占率大約21%，為什麼現在只剩下7%？一定有背後的意義，所以建議PD和HD的給付要公平合理化，採用包裹制用浮動點值支付，而我也比較推崇表5的方案。

## 陳委員瑞瑛

補充報告：五公升的透析藥水健保價為 321 元、兩公升為 205 元。  
APD 治療原則用五公升兩袋，供醫界參考。

## 黃召集人三桂

綜合意見後，以表 5 做決議，目前腹膜透析採固定點值，建議比照血液透析採浮動點值計算，惟腹膜透析目前尚無法以包裹方式支付，俟腹膜透析液及 EPO 藥費等價格確定後，腹膜透析可研議是否比照血液透析採浮動點值。至於部分委員建議將腹膜透析指標項目，於醫院評鑑項目中排除乙節，本局將於衛生署相關會議提出。腹膜透析藥水為藥政處核定之藥品類，故法定上無法當作材料分類。

## 臨時提案第一案

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。

### 蔡委員淑鈴

依據腎臟醫學會提供之成本分析，對於每月申報900人次以上之院所，其HD之成本與目前浮動點值所計畫之支付金額確實有所差距，且每月申報高於900人次以上愈多，差距就愈大。因為監察院在調查全民健保總體檢，提示說血液透析有些診所存在過大利差，希望我們能夠做反應。本局過去曾對高量採用過折付，後來取消改成重症和一般兩種，重症維持原支付，本局目前建議之折付方案為900人次以下維持現行支付，900人次以上即作折付，這樣所省下來的點數可以反映至整體點值，這對公平性來說是有幫助的！從擬議的支付點數來看，未達900人次為4017點、901~1100人次為3815點、1101~1300人次為3715點、1301~1500人次為3615點及1501人次以上為3515點。這樣可以隨著量大，下降的幅度就大，吻合成本分析結果量大則成本下降。

### 林委員裕峰

這部分我們是無法接受的！當初所算的3500元是不含稅的，而事實上零成長和病人5%的成長，以及醫師沒有乘以1.5或2位。像以前的高額支付，每500人差50元，最多差到250元。以這樣的估算，明年預算已經不夠，還會再減少11億點，我想這是非常不合理的。

### 蔡委員淑鈴

目前之討論均係在預算不變之前提下，計算點數，不影響總預算，但是能增進公平性。所以做點數折付之後，點值就相對上升，大約上升0.3~0.4左右，這樣對於900人次以下之院所較平衡。

## 林委員裕峰

那級距是否能再討論，例如200人次或500人次，以及級距間差距是否不要那麼大，因為到1500人次以上，下降的幅度到達12.5%。

## 朱委員益宏

這類似的案子以前做過，後來取消。我想再提起相同的案子，大家是不會贊同的！建議不要用這個案子，維持現在的狀況。

## 郭委員正全

現應考慮過去為何取消論透析人次量調降給付的背景因素，就是要消弭醫院和診所兩個區塊總額不平衡消長的問題，如果現在又提這樣做的案，問題又會回歸原點。第二個，醫院的洗腎規模為什麼那麼大，因為它不能篩選病人以及有提供夜間洗腎的服務以方便上班的病人，這個成本反而比較高，這麼重大嚴肅的問題且將大幅調降費用，卻以臨時提案提出相當不恰當，建議先暫緩處理。

## 李委員素慧

提案提出的級距一定要謹慎，因為上有政策、下有對策，像是大醫院可以在旁邊開許多診所，而將病人移出分散到各個診所，所以級距不要差距那麼多，這是要考慮的部份。

## 吳委員三江

我想這個成本有問題！第一點，成本大約是3600到3800；第二點，人數上也有問題，因為900人次以上就要有2位醫師，所以不知道當初是如何估算的？這明顯有低估，建議先保留此提案。

## 沈富雄醫師（林委員吉福代理人）

針對醫師費用我真的不瞭解，因為我們是1:15病床，那假使3班百分之一百佔床率，就是90個病人，一個人一個月13次是1174，當然是要打折，因為佔床率不可能百分之一百。現在問題是，14床捨不得請兩位醫師，那這一位醫師就要從早上七點做到晚上十點多，我認為這違反勞基法。而我認為今天腎臟醫學會的資料，竟然比外界專家估算還低，我認為腎臟醫學會要給個交代！

### 張委員孟源

夜間洗腎其點數也一樣，國外有文獻顯示，夜間洗腎可以不影響白天工作，以及所洗的時間可以比較長，透析效率會比較好。第一點重症案件不納入範圍，我是認為夜間洗腎真的需要鼓勵，因為很多人白天無法洗腎，就改以腹膜透析等辦法，建議夜間洗腎可以給予保障。

### 謝委員武吉

第一點，這個提案以前就有做過，現在走回頭路，請重新思考。第二點，未達900人次，衛生署有規定核心醫療不得外包，這外包廠商有幾家是落在未達900人次以內，請去了解一下。第三點，如同李素慧委員所說的，可能各診所會有對應的方法出現。第四點，洗腎機、耗材、人工腎臟、管路以及藥水等，應該要像藥材一樣追查其費用落點。

### 蘇委員清泉

我認為提這個案是想讓點值好看點，副作用是付費者代表和社會認定不錯。

### 王委員惠玄

我也贊成這個提案先暫緩處理，從資料第二頁可看出，愈是基層的診所其急重症就愈高，這是個人比較不了解的地方。第一個，經濟規模

的級距有一定的成本優勢，但是從資料顯示這些不同層級的醫院急重症比例是反向的走勢。第二個，是否能作營運分析，因為基層診所滿多是連鎖經營的，其成本效益並不一定輸給醫學中心，當然健保局是否要干涉到市場上的公平性是一回事，可是這一來一往差距也滿大的，是否會造成國內透析扭曲更大，相對於病人權益是較憂心的。

### **沈富雄醫師(林委員吉福代理人)**

連鎖經營在採購上是一體的，所以數目應該不是在900人次以下，背後還有更嚴重的，在這方面完成了垂直整合，也就是上游提供醫材的人，不能下游去經營同樣的東西，其醫材的整體費用其實是比較便宜的，如果要折扣的話，這要不要折扣？另外公家醫院不用租金、有公家預算，這要不要折扣？我當然也支持公平，但是在公平之下，不要產生畸形的狀態。

### **蔡委員淑鈴**

急重症的比例剛好顛倒過來，我認為急重症透析的4100點，其實涵蓋五個部分：第一個為領有重大傷病卡；第二個為12歲以下病患洗腎；第三個為急診洗腎；第四個是離島洗腎以及第五個急性期洗腎進入長期透析的前三十天。

### **沈富雄醫師 (林委員吉福代理人)**

我不認為這五個基準會造成基層比率比醫院高，因為這些病人都是在醫院穩定後才分配到基層洗腎中心去洗腎，這種病人在基層數目真的不多。

### **陳委員雪芬**

這應該是貢獻度。

### 蔡委員淑鈴

其實這個差異很小，一個是4100，一個是4017，差大約83點，所以也不是差距非常大，所以可以試著再重新檢視是否有問題。

### 李科長純馥

這可能是格式上的問題，急重症透析申報費用比率確實是貢獻度。

### 張委員孟源

是否能將夜間洗腎，或是洗腎時間比較延長的，如果洗腎時間超過六小時，因為時間方面的增加將增加支出，洗腎成本較高，但對病人而言透析Kt/V效率比較好，對於身體水分移除、血壓變動均較佳，且對病人存活率也比較好，是否也可以算入是急重症洗腎，也保障在4100點，這對病人是比較有利的。

### 蔡委員淑鈴

成本分析指出量大的成本比較低，只不過絕對單價會有差距，也非常相近，從學界和學會的分析也是相當接近，所以我們想這樣做是否能更公平一點。有委員提到過去級距是500人次50點，這次是300人次，點數不一樣，這些都可以再試算，找到更合理、公平的點。

### 朱委員益宏

建議醫管組是不是能針對藥費也能夠做級距的給付？至少地區醫院的給付要高一點。

### 黃召集人三桂

這個案子尚未達共識，暫緩處理。

散會時間：下午3時47分正