

「門診透析總額聯合執行委員會」99年第3次委員會會議紀錄

時間：99年8月18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	羅永達 ^代
李委員妙純	李妙純	李委員素慧	李素慧
林委員文源	林文源	阮委員明昆	吳三江 ^代
林委員佩菽	林佩菽	林委員水龍	請假
林委員吉福	李少瑛 ^代	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	請假
陳委員雪芬	陳雪芬	陳委員瑞瑛	陳瑞瑛
陳委員誠仁	請假	楊委員孟儒	楊孟儒
蔡委員淑鈴	蔡淑鈴	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	請假
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	請假
台灣腎臟醫學會	盧國城、林慧美
台灣醫院協會	王秀貞、董家琪、陳俞文、鄂盈均、 陳雅華
中華民國醫師公會全國聯合會	劉俊宏
本局臺北業務組	蘇美利、鍾進蘭

本局北區業務組	廖淑雯
本局中區業務組	謝婉碧
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、劉家慧
本局企劃組	王浩彥
本局資訊組	姜義國
本局醫務管理組	楊耿如、孫嘉敏、鄭正義、朱文玥
主席：黃召集人三桂	紀錄：曾淑汝

壹、主席致詞：(略)

貳、本委員會 99 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 99 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：「門診透析聯合執行委員會」會議紀錄發言摘要確認作業方式。

決定：

- 一、各委員之發言摘要，將於會議結束三日內完成初稿，並以 e-mail 傳送各委員。

二、請委員於收到發言摘要三日內回復(請提供 e-mail 以利傳送及確認)。

三、委員如三日內未能回復，則視同無修正意見。

四、每次會議紀錄，均於下次委員會議進行確認。

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1季門診透析總額點值結算報告。

決定：確認99年第1季點值如附件，將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

第一案併臨時提案第一案

提案單位：本局醫審及藥材組

案由：全民健康保險門診透析總額品質確保方案之醫療服務品質指標項目及監測值修正建議，提請討論。

案由：透析病患存活率暨門診透析總額專業醫療服務品質指標修訂案，提請討論。

結論：請台灣腎臟醫學會研議後，於下次(99年第4次)本執委會報告。

臨時提案第二案

提案單位：本局醫務管理組

案由：為召開「腎臟病患照護品質提升」會議及擬定明確目標事宜乙案，
提請討論。

結論：

- 一、預定99年8月30日依衛生署指示召開會議，擬訂明確目標及執行策略。
- 二、擬將委員提供之相關建議，併提會議參考。

臨時提案第三案

提案單位：台灣腎臟醫學會

案由：惠請協助提出點值低於 0.9 以下之解決措施。

結論：

請學會提出合理成本分析資料，本局可於9月份費協會協商100年總額時代為提出，供協商時參考。

伍、散會：下午4時28分正

附件 「討論事項」之與會人員發言摘要

討論事項第一案併臨時提案第一案 **提案單位：本局醫審及藥材組**

案由：全民健康保險門診透析總額品質確保方案之醫療服務品質指標項目及監測值修正建議，提請討論。

案由：透析病患存活率暨門診透析總額專業醫療服務品質指標修訂案，提請討論。

王科長本仁

目前尚無積極性的品質指標項目，例如，血液透析的住院率、死亡率、屢管重建率、脫離率；腹膜透析的住院率、死亡率、脫離率等，本組先以最近3年或5年平均 $\pm 10\%$ 做為醫療品質監測之積極性目標值，請腎臟醫學會參考，希望藉此會議擬定積極性目標值，以便對於超出監測值之院所能加強輔導，並提供民眾參考。

林委員裕峰

以平均值當監測值較不合適，本週學會將開會討論，例如，死亡率在學會將討論去除非腎因之死亡，預計年底有結論，明年公告，以3%、5%或10%異常院所為積極輔導院所。

黃召集人三桂

討論事項第一案併臨時提案第一案內容之指標項目，請台灣腎臟醫學會研議後，於下次(99年第4次)本執委會報告，並自明年1月1日起實施。

臨時提案第二案 **提案單位：中央健康保險局**

案由：為召開「腎臟病患照護品質提升」會議及擬定明確目標事宜乙案，提請討論。

蔡組長淑鈴

因為目前台灣洗腎發生率及盛行率均居世界第一，署長指示應有配套措施及努力方向，因此建議比照肺結核十年減半計畫訂定明確目標，本局擬召開會議邀請國健局、醫事處、專家學者、台灣腎臟醫學會、腎友團體等共同研議。為利上開會議之召開，故先提於本委員會會議討論，期藉由委員之專業提供相關建議，以利研訂未來各項指標之目標值，併提會議參考。

羅委員永達(朱委員益宏代理人)

目前醫院評鑑項目要求腹膜透析應成長，政策及資源分配也朝此方向，所以腎臟醫學會應提出白皮書說明及說服全民做腹膜透析之優缺點。

戴委員良恭

每件事都有時空背景，昨天認為對的事，今天並不見得是對的，例如，目前國內外研究發現腹膜透析死亡率高、albumin低、血壓高，因此尚需有政策上的釐清。至於換腎並非醫師技術不好，而是沒有腎臟來源，腎臟移植率也不是腎臟科醫師或腎臟醫學會所能控制，需要政策及公權力之介入。而目前CKD研究發現，Pre-ESRD計畫能延後洗腎，在中壯年個案減少，但未來老年人口勢必會增多，因此做發生率時應考慮做年齡分布校正，除非我們像英國一樣65歲以上就不洗腎，不然人口老化、腎功能退化問題一樣會發生。

黃召集人三桂

此案為署裡交辦事項，請針對可行的執行策略討論，而非討論或評估腹膜透析好或不好。有關腎臟移植，請問在座有誰於IC卡註記願意捐贈？目前本人已響應器官捐贈於IC卡註記。另，因為98年洗腎費用已高達330億點，署長善意希望能幫助大家有努力方向，以因應各方質疑，至少能說明已有降低發生率、提高腹膜透析占率及移植率等方面有努力成果，若有節省下來的費用也是會回饋醫界的。希望大家能提有建設性的建議，供下次會議參考。

林委員裕峰

這些目標實在很高，學會這3年來一直想降低發生率、盛行率，這幾年台灣已很不容易將發生率降下來，但是1年要下降5%實在有困難，而且腎臟病防治應是全民運動，尤其是將CKD照護往前推到CKD Stage1-3，由其他科別醫師照護。在移植率部分學會也會努力配合國家政策來推廣及宣導，不過實際上，移植登錄方面已超過國內腎臟捐贈數量。重點應放在CKD照護，而腹膜透析應充分告知，讓適合的個案來做腹膜透析，目前已知Pre-ESRD計畫約有2成個案選擇PD，未來整體腹膜透析應有機會達15%。同時，減少透析液成本也能減少洗腎醫療支出。

林委員文源

發生率建議參照「存活率與歐盟比較」之方式，將指標訂為「與台灣人口老化程度相當」之國家相比較，目前訂5%可能過於任意。腹膜透析執行率應先落實病患選擇權充分告知為基礎，目前至少仍有2成3民眾

未被告知(見簡報第60張)，先以普遍告知為指標，讓適合做的人選擇合適方式，直接以固定指標，容易因為了衝指標數值，讓不適合者受害，應考慮個案的選擇，包括生活及生涯規劃，規定執行率>15%是否有政策上的偏頗，從今天簡報中滿意度調查得知，若能先處理2成3民眾未被告知的部分，腹膜透析執行率>15%應不是問題。

張委員孟源

建議以製作手冊或光碟方式向個案介紹適合的透析方式，讓病人知悉何謂腹膜透析、何謂血液透析，給予專業的介紹與建議，但仍應尊重病患自主及選擇的自由。另，在降低尿毒症發生率，可參考日本推動Pre-ESRD計畫的模式，尤其糖尿病腎病變之照護，如果能好好控制糖尿病腎病變，則將大幅下降洗腎病人的發生，在日本開始推動pre-ESRD後，目前糖尿病腎病變引發洗腎的人數，已經少於腎絲球腎炎了，故推行Pre-ESRD將會減少每年尿毒症的發生率。腎臟移植則應有更多團體共同配合辦理。

謝委員輝龍

洗腎原發病因中糖尿病占43%，應先將糖尿病、高血壓及心血管疾病控制好。至於器官捐贈，應請重要的關鍵人物進行呼籲。事實上腹膜透析有其窒礙難行之處，例如，南投縣就只有30幾位病人做腹膜透析，若PD費用高於HD，副作用又多，那政策是否真要朝此方向走，腎臟科醫學會應有義務告知大家腹膜透析的優缺點。

李委員妙純

存活率與國際比較需有一致的內涵，不同的健康照護體系有不同的健康行為及病人就醫行為，建議可改與自己國內相對指標做為比較，例如，能排除在10大死因之外等。而且，歐盟之組成成員差異性大，族群、文化、飲食等差異，皆會影響存活率。

李委員素慧

透析費用是署長所關心，因此應將腹膜透析之藥水及EPO藥費同時呈現，以免署長誤以為腹膜透析較便宜，同時，應將醫療回歸專業。

黃召集人三桂

請同仁將各位委員之意見紀錄下來，以供召開「腎臟病患照護品質

提升」會議時參考。

臨時提案第三案

提案單位：台灣腎臟醫學會

案由：惠請協助提出點值低於0.9以下之解決措施。

林委員裕峰

目前點值已低於0.9，預期未來可能會到0.85、0.80、0.7...，同時，根據學會成本分析，至少700人次/每個月之院所才能損益平衡地經營下去，因此請健保局協助於費協會發言，解決點值低於0.9之情形，以保障透析院所之營運。

吳委員三江(阮委員明昆代理人)

要降低洗腎發生率，應強化Pre-ESRD計畫之照護，但點值低到0.65似乎是處罰做Pre-ESRD計畫之院所。如何降低末期腎病變發生率：1.建議結合糖尿病試辦計畫2.高血壓試辦計畫3.慢性腎臟病照護計畫4.家庭醫師試辦計畫成一整體照護計畫。如此一來得以掌控慢性腎臟病病情進展。按98年新增洗腎人數8,881人，如上述各項試辦計畫經營得當，再加上強化末期腎病變、慢性腎臟病試辦計畫，推估每年減緩1,332人進入洗腎，一年節省經費約7.9億，五年累積推估節省經費約118.5億。至於降低發生率則必須全民參與，1.學齡兒童每年尿液檢查，如有異常轉介至國健局腎臟保健機構追蹤治療2.媒體宣導不濫服藥物，不購買來歷不明的藥物，服用藥物前請諮詢醫師、藥師3.政府官員每年參與世界腎臟日活動，藉以宣示消滅慢性腎臟病的決心。相信十年後台灣慢性腎臟病發生率必然大幅降低。至於洗腎發生率每年減少5%，按目標管理原則，依這些年來發生率設定閾值2.5%似乎較為可行。

腹膜透析是醫院評鑑項目之一，而且獎勵每點1.2元，但是為何還是做不好？按2009年腎臟醫學會資料顯示有1,512位腹膜植管，初始約1,400多位成功，一年後追蹤存活者478位，死亡者341位，600多位失敗回歸至血液透析，成功率僅31.6%。究其原因：1.腹膜透析為醫院評鑑重點項目，且技術費每點1.2元，故每個月技術費10,440元。且大部分台灣醫院(含署立、市立、私立醫院)皆採用PPF以激勵醫師從事醫療服務，故腹膜透析執行率明顯提升，但結果卻發人深省。2.實際執行面而言：糖尿病為慢性腎衰竭最主要原因。而糖尿病到達末期時常合併多項病變如視網膜病變，一位六、七十歲患者於此階段執行腹膜透析確有所

困難，而其配偶亦因年齡較高執行該項技術仍有努力空間。3.與鄰近香港比較：香港腹膜透析基準採用較高腎絲球濾過速率亦即5cc以上，如此一來因較高的殘餘腎功能，透析袋數及成功率皆較佳。另外，30元就可以做的透析液，但是台灣卻賣250元，這是獨占的行業沒有議價空間，所以透析液的成本應是長官要關心的。目前，血液透析已是成熟的醫療服務行業，低成本、低利潤，但是腹膜透析則不然，是獨占的行業。監委有機會應看經營不好的院所，同時每月約700人次以上才可繼續經營，若是無法經營下去只好外包，而品質不好影響的還是全民。

黃召集人三桂

請學會提出合理成本分析資料，本局可於費協會代為提出，供協商時參考。

張委員孟源

請關心偏遠地區病患就醫權益，尤其交通不便地區，院所會因為很難達到700人次，而導致關閉。也請學會多關心病人，有些病人情況還好，只要打EPO、矯正鈣磷值即可，應依據病患臨床症狀及個人生活需求，考量最適當透析時間點。依據文獻期刊及台大醫院的報告，慢性腎臟病轉診腎臟科可以減緩GFR下降速率，且早期透析與適當時機透析存活率是相同的。如何尊重病患主觀的意願，不要只是依據肌酸酐大於10或Ccr小於5就急著抓來洗腎，應該在腎臟科醫師專業治療下，監測最適當的透析時間點。

戴委員良恭

為公平起見，請百特也將透析藥水的合理成本、價格公開，也跟國內廠商比較，美國、日本跟我們做一樣的事，他們收12,000元，我們收3,800元，我們並沒有少做任何一項。

王委員秀貞(謝委員武吉代理人)

剛剛謝委員有交代發言，臨時提案擬辦健保局回應一說的非常好，點值高低並不能代表成本及利潤，有必要對相關作業進行成本分析及調查，就如同醫院總額也進行有藥價調查，且如李醫師所說，調查時也應請廠商提供製造成本等資料，降低實務的成本，對於院所經營有幫助，也可根據調查之結果，進行支付點值的調整，點值調整後點值自然就會

上升。同時，吳委員也提到血液透析是較成熟的市場，但是腹膜透析之透析液每袋250元，而生理食鹽水只要25元，2者有10倍的價差，究竟為何有這樣的差距，顯然是有問題的，另外，其他儀器部分是否也應有相關調查與了解。

黃召集人三桂

請將謝委員意見紀錄下來，也請學會及早提供透析成本分析資料。

散會時間：下午4時28分正