

「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」

105 年第 2 次會議紀錄

時間：105 年 5 月 18 日(星期三)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂(台北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：劉立麗

出席代表：

丁代表勇志	請假	林代表文源	請假
林代表敏華	林敏華	林代表全和	請假
蔡代表宛芬	蔡宛芬	林代表裕峯	林裕峯
曾代表志龍	曾志龍	顏代表大翔	顏大翔
吳代表瑞堂	吳瑞堂	陶代表屏	陶 屏
陳代表鴻鈞	陳鴻鈞	張代表克士	張克士
洪代表冠予	請 假	黃代表月桂	請假
張代表孟源	張孟源	鄭代表集鴻	鄭集鴻
梁代表淑政	梁淑政	黃代表祖源	黃祖源
廖代表秋鐳	請假	謝代表武吉	請假
龐代表一鳴	龐一鳴	鄭代表明智	鄭明智
羅代表永達	羅永達		

(依姓氏筆劃順序排序)

列席單位及人員：

衛生福利部	周雯雯、孫嘉敏
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、彭美瑩
台灣醫院協會	何宛青

中華民國醫師公會全國聯合會
台灣腎臟醫學會

洪郁涵
張哲銘、林元灝、林慧美
、林佳靜

基層透析學會
本署醫務管理組

曾庭俞
陳玉敏、陳真慧、張溫溫
林淑範、劉林義、谷祖棣
林沁玫、林 蘭、李宜珊
洪于淇、邵子川、鄭正義
曾玟富、黃兆杰、陳淑儀

本署醫審及藥材組

楊雅惠

本署財務組

何恭政

本署企劃組

姜義國

本署資訊組

張照敏、賴香蓮、陳懿娟

本署臺北業務組

麻晟璋

本署北區業務組

黃明珠、張志煌

本署中區業務組

傅明貞

本署南區業務組

陳惠玲

本署高屏業務組

請假

本署東區業務組

一、本會 105 年第 1 次研商會議紀錄，請參閱（不宣讀）確認（略）

二、主席致詞：（略）

三、報告事項：

（一）案由：本會 105 年第 1 次會議結論事項辦理情形。

決定：除序號 1 之追蹤事項第 6 案 EPO 藥品給付規定繼續列管，餘解除列管。

(二) 案由：門診透析獨立預算執行概況報告。

決定：洽悉。

(三) 案由：104 年第 4 季門診透析服務點值結算報告。

決定：

1. 確認 104 年第 4 季點值，如下表：。

季別	浮動點值	平均點值
104Q4	0.80871190	0.82338923

2. 依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

(四) 案由：門診透析專業醫療服務品質指標監測結果。

決定：洽悉。

四、討論事項：

(一) 案由：有關修訂 106 年「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」案。

決議：

1. 106 年「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」，由台灣腎臟醫學會就指標項目、閾值及配分權重等通盤研議後再提本會討論。
2. 同意各院上傳本計畫品質指標之相關配合事宜，並由本署各分區業務組加強宣導。

(二) 案由：有關修訂「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標案。

決議：

同意修訂「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」專業醫療服務品質指標內容如下：

1. 住院率及死亡率之參考值：區分醫院及診所等級。
2. 脫離率：監測頻率改為每六個月，另脫離率 I(腎功能回復而不須再透析者)其指標定義或監測內容之分子及分母定義應予相同。
3. 所有指標均註記「排除自第一次透析日起未滿 3 個月之病患」。

(三) 案由：『全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫』提升照護率之策略。

決議：台灣腎臟醫學會建議，涉及專款金額、成本及支付點數之合理性，請本署醫務管理組於一個月內邀集台灣腎臟醫學會召開工作小組會議，共同討論提升慢性腎臟病照護率策略及其適當指標。

五、與會人員發言摘要，詳如附件。

六、散會：下午5時10分整

與會人員發言重點摘要

主席

請確認上次會議紀錄，若沒問題即予確定。

報告事項第一案：「全民健康保險醫療給付費用門診透析總額研商議事會議」105年第1次會議結論事項辦理情形

主席

關於EPO部分，請本署醫審及藥材組說明。

黃科長兆杰

EPO修訂案原預計於本年4月21日會議討論，因部分委員退席致人數不足而流會，再延至5月5日開會，亦因醫界代表缺席無法召開，目前已暫訂6月16日開會，本案將納入討論。

主席

流會因素與雖本案無關，惟若6月份尚不及開會，對於7月1日緩衝期將屆之配套措施？

黃科長兆杰

屆時本組會再考量緩衝期續予延後之可行性。

陳代表鴻鈞

謝謝署裡的協助。

羅代表永達

本會可否決定緩衝期逕予延長至召開共同擬訂會議之後呢？

主席

因緩衝期為本署業務單位另案簽報處理事項，屬本署首長行政裁量範圍，黃科長已說明會議若未能及時召開，業務單位將再行簽報本署首長同意延長緩衝期限。各位代表若無其他建議，本案除EPO部分繼續列管之外，其餘解除列管。

報告事項第二案：「門診透析服務執行概況報告」

主席

各位代表是否有提問事項？

蔡代表宛芬

第23張投影片提到「實際照護率」之意義為何？未來如果將計畫內、外之照護對象一起分析，可能造成混淆？本次感謝健保署提供Early-CKD及Pre-ESRD計畫之檢驗值或期別改善等資料，惟改善比率似有進步空間，另報告單位提及Early-CKD照護對象進入Pre-ESRD計畫之人數少，亦請再詳細說明。目前已呈現部分結果面改善之資料，未來建議逐步討論目標(如：計畫退場並納入支付標準，民眾得以一體適用..)及指標，提升醫療品質。

羅代表永達

去年本會討論105年四季預算分配改以實際預算數處理，104年預算成長率約3.75%(105年超過4%)，相較103年或104年點值還0.82，故105年即便閏月多一日，應該不是105Q1點值下降之因素(減少0.02)，是否還有其他影響因素，請健保署再予說明。

鄭代表集鴻

第20張投影片呈現腹膜透析轉血液透析之比率，屬於累計概念，建議增列以每季新增人數來呈現。

曾代表志龍

第28張投影片策略部分，個人非常同意第一點，惟第二點「持續對病人已透析卻未被收案照護之主責診所，予以輔導」，考量現況，這種未經pre-ESRD 就直接進入緊急洗腎的病人多數是在醫院進行首次透析(並未於診所進行首次透析)，僅針對「診所」未包含醫院？其主責診所之定義恐須釐清。

鄭代表集鴻

目前每年持續對民眾進行滿意度調查，建議可以對醫師

及護理人員進行滿意度調查！企業注重客戶及員工滿意度，建議健保署可以瞭解醫界心聲。

主席

請本署業務單位先說明改採實際預算分配方式下日數差異，是否對點值產生較大影響。

劉科長林義

目前呈現的是很多假設情況下之預估點值，並非結算之點值。若以105年第1季為例，採校正日曆數相較採實際預算數等二種方式，前者會增加3.8億元之預算(由第2-4季部分預算移補)，第1季預算會增加，但2-4季會相對減少；故如本次採實際預算數之分配方式，相較去年同期，會呈現點值下降。

Early-CKD計畫期望能透過個案管理減緩期別之惡化，目前本署採較嚴格之定義，一年內二次複診(間隔半年)均較初診期別改善者，方予納入，資料顯示參與本計畫者約5-7%可以改善期別，考量本計畫試辦年度尚短(滿4年)，未來隨照護期間拉長，持續觀察改善情形；另參與Early-CKD計畫之照護對象，每年約0.5%進入Pre-ESRD計畫，以104年為例，約840位(約0.3%)進入Pre-ESRD計畫。

第28張投影片之第二項策略提及「主責診所」，其文字有所誤植，應為主責院所。未來本署對於參與Pre-ESRD院所，對於其忠誠且透析之病患，透析前未由該Pre-ESRD院所收案者，將請分區瞭解與輔導。

陳專門委員真慧

第23張投影片提及「實際照護率」，考量105年已新增「糖尿病及初期腎臟病個案資訊整合及資料上傳」之支付標準，對於未參與計畫院所個案，如能依據Guideline提供醫療服務並定期追蹤且上傳檢驗值者，將給予獎勵費用；因此，未來本署可擴大監測範圍，就實質獲得照護服務之個案，持續觀察與監測。

林元灝醫師

105年第1季費用成長達4.5%應為造成該季點值較低之主因。透析點數成長，並非腎臟科醫師造成，屬病人需求面之因素，故請健保會委員於協定本部門預算成長率時，能多加考量透析醫療服務成長需求面及醫事人員之努力。

主席

105年第1季透析人數成長3.67%，點數成長4.54%且較人數成長率高，供給面(如：病床數)也有所成長。

林元灝醫師

點數成長率較人數成長率高之原因，可能受死亡因素之影響。

陳代表鴻鈞

我認為105年第1季天數較去年同期增加1日，應該不會造成點值下降之因素。以目前104年新透析病人曾接受Pre-ESRD計畫照護者已達58%，顯示多數在腎臟科就診者，應已收案，未收案者可能是在非腎臟科就診，故第22張投影片輔導主責院所，是否包含糖尿病及Early-CKD之院所？

主席

點值是預算除以點數，本署劉科長之前向大家說明，採校正日曆數相較採實際預算數等二種方式，前者會增加3.8億元之預算，故105年第1季已採實際預算數做為全年四季預算分配之方式，四季預算之增減將反應在點值部分，無庸置疑。另提升照護率之策略，本署建議由事前及事後二個面向來處理，事前部分，本署會就符合Pre-ESRD計畫收案者，輔導院所收案；另透過回溯透析病患之照護情形，可以瞭解其常就醫之主責院所，若該透析患者非於腎臟科就診，只要未曾接受Pre-ESRD計畫照護，本署會瞭解未收案之原因並提醒主責院所。

考量Early-CKD及Pre-ESRD已推動一段期間，對於外界(如：健保會)非常關注衡量成效之適當指標及其如何表現計畫價值，建議稍待於討論案深入討論；另鄭代表建議增加醫師滿意度調查，如於本署預算有餘，建議業務單位可以研議

辦理。

曾科長玫富

鄭代表建議腹膜透析病人轉血液透析比率增列季別之轉血液透析人數統計乙節，未來可予配合提供。

林代表裕峯

我個人支持二個計畫應持續推動，其中對於提供慢性腎臟病患者之衛教十分重要，目前僅Pre-ESRD計畫提供一年二次之營養師等衛教，Early-CKD並無此規定，建議提供衛教費並訂定好的衛教內容，充實衛教師及營養等人力，鼓勵擴大及落實衛教。

蔡代表宛芬

如果計畫執行成效良好，建議導入支付標準使所有保險對象可以一體適用，而不侷限於計畫內之照護個案；所以不是取消計畫，而是擴大適用的概念。如果計畫成效不好，則應通盤檢討退場等機制。

顏代表大翔

首先感謝健保署已於家醫計畫納入Early-CKD之照護為品質指標！預計其照護率會增加。第24張投影片顯示Early-CKD隨照護期間愈長，期別改善之占率是逐步增加的，另第22張投影片提及主責院所，醫院不同科別有會診制度及院內管控，但是基層診所缺乏橫向聯繫，有一些糖尿病試辦計劃的診所也照顧相當多的糖尿病病人，建議糖尿病試辦計劃方案增加慢性腎臟病Stage 5之病患必須會診(或照會)腎臟科診所做為品質考核指標，以為獎勵之參考機制。希望藉此提高Pre-ESRD進入長期洗腎前之照護率。。

主席

請業務單位紀錄下來，做為糖尿病計畫或支付標準研擬修訂之參考。另考量目前CKD病人約3-4成來自於糖尿病，故本署三項計畫方案須適度整合，醫務管理組已著手研擬與推動相關整合方案。

張代表孟源

我贊成顏代表之建議。近年來健保署十分關注Early-CKD及Pre-ESRD相關事項，如：放寬藥品適應症..。至於，蔡代表建議導入支付標準全體適用，就我個人觀察，以專案型式亦有優點(如：健保署可以持續監測、外界關注焦點..)，如計畫預算尚屬充足，建議持續以專案方式推動，否則回歸總額一般部門，可能會稀釋其執行效果。

主席

張代表從另一個面向來檢視，也值得大家討論與思考。另外，國內受限部分專業醫事人力不足，故醫療服務的提供應為多功能之專業面向，假設營養師人力不足，醫師等醫事人員也可以提供適度之營養衛教。

陳代表鴻鈞

健保署推動Early-CKD及Pre-ESRD，在國際間是獨一無二且引以為傲之經驗。

蔡代表宛芬

雖然方才業務單位已對實際照護率進行說明，惟對於實施目的仍有疑問！

陳專門委員真慧

考量目前未參與計畫之院所，也很努力將病患照護很好，未來為反映整體照護情形，故納入實質照護率之概念來監測。

龐組長一鳴

以我個人於南區業務組實際經驗補充說明！有某醫師照護糖尿病人達1千多名，但礙於某部分人力不足之因素(如：衛教師或營養師)，無法參與DM及CKD之計畫，但該醫師親自向病人進行各項衛教，也依照臨床準則提供診療服務及上傳檢驗檢查，以之前照護率計算的概念，分母雖為全部病人，惟分子並未包含這些計畫外且將病人照顧非常好的院所，也沒有獎勵的機制。因此，我們希望能以「實際照護率」的概

念，將這些非計畫內但也很努力的院所，納入獎勵與監測，未來也可就二類不同院所之照護結果進行比較與測量，可做為本署通盤檢討與整合相關計畫之參考。

主席

如果我們單純以Early-CKD計畫之成效來看，蔡代表關心分子有高估的問題，惟如以健保整體對病人照護層面來說，分子應納入計畫外個案的計算，未來即便納入分子計算，若能區分為二組進行評估比較，亦有利本署檢討整體計畫門檻之參考；故建議由本署蒐集足夠資訊後，再適時向大家說明。

蔡代表宛芬

建議未來Early-CKD計畫應增加轉入Pre-ESRD之人數及比率；另未來若能區分二組進行評估比較，才有意義。

主席

這是階段性的事情，健保提供DM或CKD病人整體照護確實比現行計畫照護率要高，接下來，我們再以二組互為評估比較…，確實需要一些時間，未來，責由本署業務單位再適時向大家報告。

黃尚志醫師

去年我受託評估Pre-ESRD計畫之經驗，發現健保資訊確實十分豐富，但遇到最大的難題，為未參與計畫的個案(對照組)並沒有上傳檢驗數值，故無法進行評估；另outcome的層面，除腎功能以外，也可以活的久、沒有住院…等，於討論事項第三案再行補充。

主席

是否有其他提問？如無提問事項，則本案洽悉，進入第三案。

報告事項第三案：「104年第4季門診透析服務點值結算報告」
主席

各位代表對於去年第四季點值及專款執行情形，是否有提問事項？若無意見，則本案確認第四季點值，並依程序辦理後續事宜。

報告事項第四案：「104年第4季門診透析服務點值結算報告」
主席

本案請各位代表表示意見。

羅代表永達

請教腎臟醫學會於議程第50頁血清白蛋白 $\geq 3.5\%$ 之合格率有88%，相較第22頁臨床檢驗值血壓改善程度，似乎偏低之原因？另本指標約9成合格率，繼續列入指標項目之意義。

林代表敏華

腹膜透析不會接觸他人的血液，監測B型及C型肝炎轉陽率之意義為何？

張哲銘醫師

白蛋白高低係全球公認能代表病患基本營養指標，雖然絕大部分院所都能達到，但建議仍須列入監測範圍；另腹膜透析患者可能接受輸血、牙科治療等其他途徑，所以還是有可能接觸肝炎病毒。

林代表敏華

如果是其他非透析因素導致感染，列入指標監測之意義似有討論空間。

主席

血液透析會藉由管路傳染肝炎，腹膜透析可能藉由此管道嗎？

張哲銘醫師

目前學界認為BC肝炎不會藉由透析管路傳染，但有可能因工作人員感染管制等問題(如:接觸感染者之手套、床單..)而傳染，故前述人員管理更為重要。且目前本國轉陽率雖已是全球最低，但還是有零星個案。

主席

仍屬品質之一環，還是須要提供衛教，是否保留下來較好？

林代表敏華

以衛教的立場，該指標具提醒之功能，實屬另一層面之考量；我雖不堅持，惟若以腹膜透析與指標間之合理性及重要性，未來仍可持續討論。

羅代表永達

我的意見與林代表一樣！指標應具意義及敏感性，以血清白蛋白為例，合格率已達九成，改善率如要提升亦可能受限老化因素，而非基於醫療專業因素，列入指標監測是否適當？

陳代表鴻鈞

謝謝羅代表意見，血清白蛋白對透析患者來說是一項重要指標，先進國家也列入指標項目，本項也獲得國內專業共識，具改善空間，建議仍宜持續監測與努力。

主席

是否有其他提問？如無其他提問，則本案洽悉，進入討論事項。

討論事項第一案：有關修訂106年「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」案

主席

建議新增的鈣磷指標，目前臨床上是否已定期在做，只是尚未納入指標？

陳代表鴻鈞

本案係之前會議決議，由台灣腎臟醫學會提出106年「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」建議。鈣磷指標，目前於臨床上已定期在做，係反應病患血管或骨病變等長期併發症之情形，建議納入計畫指標監測，以提升執行率。

鄭代表集鴻

本次健保署建議B型及C型肝炎轉陽率增訂受檢率之目的？

劉科長林義

考量血清白蛋白、URR及HB訂定受檢率及合格率，而B型及C型肝炎轉陽率，按臨床Guideline須6-12個月檢驗一次，故若能參照前述指標精神訂定受檢率，可以避免陽性個案但不上傳檢驗值之爭議，即分母若有100人，至少須上傳95人之檢驗值，再由95人中檢視合格率之達成度。

張代表孟源

關於本案議程說明二.(三)對於首次透析治療病患，應給予完整之透析治療模式之講解與衛教，建議應增加「或基於醫療之專業，告知不宜透析之說明」。以我親人已有肝腎衰竭為例，應視其病情及醫療專業，增加告知選擇模式，除血液透析、腹膜透析，也可以選擇不用透析(支持性之治療)即可。

黃尚志醫師

對病患告知透析治療模式的告知，建議可以併同增列至慢性腎臟病末期Pre-ESRD計畫，如遇stage 5之病患，可以

按依優先順序依次介紹腎臟移植、腹膜透析、血液透析、不透析等模式選擇之衛教，較為完整且及時。另外，這些重症病人，如果是一生首次選擇透析治療，一般來說洗腎室仍然會提供相關衛教。

主席

黃醫師的建議，係認為如在開始透析時才告知，可能有點太遲，是否要在較早的Pre-ESRD就告知後續的治療選擇，可能更為貼切。

鄭代表明智

原文字係指這輩子第一次透析之病人或至該院所之持續透析之新病人等疑問，但我認為修正後文字，似未完整表達，故我建議修正為「首次到本院透析治療之病人」。

張代表孟源

多重器官衰竭末期重症病人也可以選擇不透析！

主席

張代表提及器官衰竭重症病人，也可能在其他科別，不一定會在腎臟科；因此，這部分Guideline應予推廣，不應該只限於腎臟科！甚至ICU、醫師..等都應一起來協助這件事。

龐組長一鳴

議程第71頁末期腎衰竭治療模式衛教表，確實僅提到腹膜透析、血液透析及腎臟移植等三項，建議依張代表建議增加一欄，惟文字部分，仍請台灣腎臟醫學會協助提供。

主席

龐組長建議增加一欄反映病患選擇不透析之選項，共請台灣腎臟醫學會協助提供文字；另本項建議移列至Pre-ESRD，做為品質監測SOP之一環！

蔡代表宛芬

考量透析病人尚有約40%透析前並未經過Pre-ESRD計畫之照護，如果前述指標移列至Pre-ESRD，是否反而造成部分

病患沒有接受相關衛教機會，受限參與計畫院所所衍生醫療訊息公平性之問題，應併同考量；二個計畫都列入，是否較為完整。

陳代表鴻鈞

我認為即便未參與前述計畫之院所，應該都會予以告知；只是目前是否要進一步透過行政作業等機制來確認而已！此外，若於Pre-ESRD增訂，由Stage第 5 期之病人始予提供該項衛教，較為合理。

黃尚志醫師

建議採雙軌制，即在Pre-ESRD及透析病患在領重大傷病卡時，應檢附相關衛教完成之文件。

曾代表志龍

未經過Pre-ESRD計畫收案照護之患者，獲得相關之訊息可能較少，惟一旦須進行透析時，腎臟科醫師一定會提供評估與解釋，大家擔心腎臟科醫師沒有提供適當的衛教，應屬過慮。另對於重症已達緊急之患者，其實選擇腹膜透析或腎臟移植之機率已微乎其微，腎臟科醫師係基於專業判斷及病情需要，提供最適當之透析服務，提供透析模式之選擇，實在緩不濟急。

主席

所以放在本計畫內，是否已徒具形式！

黃代表祖源

我由另一個角度來思考，如比照外科開刀前之check模式，應予病人有選擇意願(開刀或不開刀，透析或不透析..)，以腦出血為例，不開刀與開刀後可能變成植物人，這些事情都要先告知病人，因此，提供病人於透析前選擇的機會，尤其是重症病人，可以尊重病人權利及保護醫師，同意增列病人選擇不透析及把關之機制。

主席

黃代表建議在Pre-ESRD及ESRD都增加病患可以選擇不

透析之選項。

劉科長林義

目前在Pre-ESRD計畫規定Stage第5期之衛教內容，已規定須病患須參與透析治療之選擇、透析治療之合併症、準備換腎..等，並填寫相關紀錄表之文件黏貼於病歷上，才能申報相關追蹤管理之費用。

黃尚志醫師

腎臟醫學會自2009年即已推動「不透析」之選擇。

主席

Pre-ESRD及ESRD二項計畫，如果有遺漏「不透析」之選項，請業務單位檢視計畫後補充增列，相關文字是否拜託台灣腎臟醫學會再予協助。

陳代表鴻鈞

104年慢性腎臟病患，我們估計約有3500名簽署安寧之服務。

主席

以議程第17頁第18張簡報顯示呼吸器併用透析3個月以上之患者(90名)，約8%(7名)選擇進入安寧，仍有努力空間。接下來，對於鈣磷指標是否同意增列，並同步列入品質確保方案進行監測。

鄭代表明智

建議本項指標受檢率由80%調降至70%或依分數設立不同分數(如：80分為8分…)。

主席

這項是台灣腎臟醫學會之建議！須先納入指標，依實際之經驗數值，再來檢視與檢討閾值之合理性。

陳代表鴻鈞

本項如同我之前說明，因為執行率未達100%(目前約75-80%)，建議共同努力。

鄭代表明智

院所收治之病患或有差異，如訂太高，部分院所可能無法達成，建議先降低標準。

主席

還沒實施，就要降低標準？我建議尊重台灣腎臟醫學會之建議！未來實施後，視蒐集實際數值，再來檢視與檢討閾值之合理性，較為妥適。第二項增加受檢率部分，是否有相關意見？

張哲銘醫師

本項以感染管控立場須要持續監控，我雖然支持訂定受檢率，惟其屬年指標，不似血清白蛋白等三項檢查為季指標之型式，執行率較好。所以因為本項檢測頻率低，且病人開始透析時間與申報時機有落差，受檢率訂太高即使醫學中心都達不到；另考量基層診所常會有病患跨院就醫，受檢情形不易控制亦須考量，故95%應予調降。

主席

張醫師建議多少方為合理？

張哲銘醫師

腎臟醫學會須要透過資料庫，瞭解相關基本資料才能提供與說明。

陳代表鴻鈞

本指標在醫院評鑑即已規定，一年須做一次，故如果是連續在醫院透析達一年之患者，應該百分之百都會做；對於跨院個案之比率，須更進一步瞭解。

主席

95%受檢率暫予保留，請台灣腎臟醫學會提供建議。

蔡代表宛芬

議程第49頁顯示，本項B型及C型肝炎之轉陽率，全國平均值小於0.19%-0.42%，惟目前該二項指標卻訂定目標值為小於3.5%，二項配分均為8分。實際值已遠小於目標值，本

指標訂定之目的為何？

主席

請台灣腎臟醫學會併同蔡代表意見，一併研議該二項指標之目標值及配分是否適當！

鄭代表集鴻

本項為品質指標，之前提到血清白蛋白等三項，與存活率有關，是相當重要之指標，配分權重應不宜變更；而B型及C型肝炎之轉陽率確實呈現逐年下降之趨勢，如與一般人口轉陽率差異不大，是否有必要列入指標確具討論空間，且其配分亦應合理檢討。

主席

請台灣腎臟醫學會一併考量是否要持續監測該二指標，如須持續監測，其受檢率、目標值及配分之合理性，應通盤考量！故本項予以保留。另對於本議程第62頁上傳品質指標之相關事項，是否有其他意見？

劉科長林義

請大家看議程資料第79頁，104年各檢驗值資料首度上傳至本署VPN系統，考量上傳院尚不熟稔，故未設上傳時間截止點，105年配合本署DA指標建置與定期下載，將增加各季上傳之截止，第1季至5月20日、第2季至8月20日、第3季至11月20日、第4季至次年之2月20日前上傳。

主席

請各分區業務組協助宣導上傳截止時間。各位代表對於本提案是否還有其他意見？

蔡代表宛芬

謝謝台灣腎臟醫學會提出新的指標！之前我們討論B型及C型肝炎轉陽率之目標值已遠高於現行全國平均值之問題，我發現血清白蛋白也有同樣的問題，如BCG全國平均值已達88.46%(BCP已達85%)，但受檢率目標值為75%，遠低於全國平均值，除高屏部分院所未達成外，餘幾乎全數達成，與送

分題無異。如再對比103年有89%的院所可以分配到本計畫之獎勵金額，是否偏離品質獎勵的真正目的，係獎勵用心且具好品質的院所，如大家有獎，對真正用心的院所就不公平。另腹膜透析B肝及C肝之轉陽率是否需要繼續放在本計畫之指標內及權重之適當性等，可能還須再審慎思考；建議對於品質確保方案較能呈現關連性或尚有改善空間之指標(如：屢管重建率、腹膜炎)，考量納入本計畫之可行性。

陳代表鴻鈞

本國透析病患的醫療品質，在國際間已是名列前茅。血清白蛋白要求達到100%，是不可能的。

蔡代表宛芬

我認為品質指標可以將「具提升空間」的項目列入，鼓勵品質之提供，如血清白蛋白已遠超過全國平均值，並如陳理事長所提「也不可能100%」，可見提升空間很小，明顯是送分題，應該列入檢討啦！

陳代表鴻鈞

我們帶回去整體研究一下。

主席

請台灣腎臟醫學會就與會代表之相關建議，整體考量研議。

陳代表鴻鈞

我們帶回去整體研究後再向大家報告。

張哲銘醫師

品質獎勵指標也須考量設備不足或較偏遠或醫療資源不足地區之院所，因為病患主客觀先天條件之限制達不到指標要求，並非這些院所不努力；另目標值之設計，亦須考量有些小診所分母人數很少，分子只要有1-2個就會不達標之問題。

蔡代表宛芬

醫院與基層院所分開比也是可以！如何比較這件事，可以有多元的想法，只要能合理提升院所品質，都是可以討論

的。

主席

請台灣腎臟醫學會就本計畫指標之更換、權重配分、闕值等適當性，整體考量研議。

鄭代表集鴻

蔡代表希望腎友長命百歲，所以給我們許多功課。惟我看議程第88頁提到每點支付金額容許變動範圍為正負百分之五，但透析點值長期以來都為負20%，對透析總額這種長期都吃不飽的部門，僅提供糖果來止饑，十分令人心酸，因此我懇請蔡委員務必於健保會支持透析預算回歸到正負百分之五之範圍。

蔡代表宛芬

如果大家有心將品質做好，我相信健保會委員相對會給予支持(如：牙醫總額部門努力品質提升)，醫界和健保會之間會逐步產生良性互動，亦有利預算之爭取。

林元灝醫師

我實在不瞭解我們還有那點不用心！洗腎死亡率是全球最低的，盛行率高一部分源於死亡率低，此外，台灣對老年的照顧可以用無微不至來形容。病人滿意度這麼高，給付這麼低，往往不足以讓我們更換更好的機器或設備，又要馬兒好又要馬兒不吃草，大家都知道品質是非常花錢，是用錢換來的，不是只有用醫護人員的血汗換來的，據我所知，很多醫院已招不到總醫師了，這是斷層的警訊，我們的預算並沒有隨著透析人口在成長，故請蔡委員能理解與體諒，並持續給予我們指導。

羅代表永達

去年我是健保會之協商代表，透析成長率原建議4%，但直接從3.5%開始協商，最後好不容易協定至3.7%，惟仍遠低於人數成長率。因此我拜託蔡委員，未來一定要幫透析部門反映我們的努力。

主席

蔡委員在健保會付費者代表具影響力，蔡委員有聽到大家的建議與心聲。本案即討論至此。接下來進入第二案。

討論事項第二案：有關修訂「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標案」

主席

請業務單位曾科長玫富說明。

曾科長玫富

議程資料第83頁指標項目具「*」部分，補充現行已排除自第一次透析日起未滿3個月之病患進行計算之說明。另第4項及第5項，依據台灣腎臟醫學會建議，在住院率及死亡率部分，依醫院之層級別分別訂定參考值，並補充前述指標如區分層級訂定參考值之情形及各分區於104年第4季之表現，雖然醫學中心在住院率及死亡率較高，惟仍於新訂定之參考值範圍以內，另議程資料第84頁脫離率，由原3個月修正為6個月，並刪除原透析病人之文字敘述；腹膜透析相關指標比照前述文字併同修正。

主席

本案是參採台灣腎臟醫學會之建議，進行修正，並由業務單位就分層級後參考值予以補充。各位代表是否有提問事項？如無意見，本案即予通過。

討論事項第三案：『全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫』提升照護率之策略

主席

先由台灣腎臟醫學會黃尚志醫師簡報。

黃尚志醫師

簡報資料如附件。

主席

除今日黃醫師簡報資料外，日前台灣腎臟醫學已提出提升照護率之策略四點，可參閱議程第96頁。其中建議其他科收治之糖尿病人，如有末期腎臟病建議轉介或照會腎臟科，不知目前腎臟科病人與其他科在共同照護(Co-Care)之狀況？各位代表是否有提問事項？

張哲銘醫師

腎臟科照護病人如有涉及其他醫療專業，一定會轉介或共同照護。

黃尚志醫師

首先，我們目前建議朝鼓勵其他科將適當之病轉介或照會腎臟科，但不是強制；其次，建議將醫學中心、區域醫院Pre-ESRD收案比例列入醫院品質指標項目，而地區醫院及基層院所則將Early-CKD病人收案數、收案比例列為品質指標項目，並每季訂定應完成之目標數。

羅代表永達

以我們醫院的經驗，部分住院病患常因其他疾病就診(如：肺炎)，腎臟科醫師常表示須將其就診主因治療好後再予收治，如果住院期間有互相照會，病人出院後可能會至腎臟科看診，若無照會則出院後依個人意願就醫，是否會至腎臟科就不一定。

臨床上腎臟科醫師由一般內科訓練而來，與神經內科訓練有所不同，雖然內科的患者是可以由腎臟科收治，但我觀察腎臟科收治病人的氛圍是「Pre-ESRD或ESRD患者」才收進

來，屬後段且被動收治患者；這也是為何Early-CKD的患者常收治在心臟科、新陳代謝科..等之原因。然專科愈細分後，確實難以強制分工，但腎臟科醫師如能改變收治個案之思維（如：DKA、肺炎但為Stage 3a也願意收治），可能有助Early-CKD個案的收案與管理；不然本會就算訂定討論各種指標，還是相當空泛無法著力。

鄭代表集鴻

是否代表台灣腎臟醫學會所提建議之獎勵方案，未獲同意？

主席

還沒討論這部分。我們現在先討論黃醫師花費心力之簡報內容，屬於院內專業分工合作及管理等管控機制，但未涉調整點數之四項策略。

黃尚志醫師

目前醫學中心及區域醫院腎臟科收治eGFR較低之患者，但Early-CKD患者相對不嚴重，較少至該二層級之腎臟科就診。反過來說，非腎臟科醫師收治之病患也有eGFR很低時常轉介給我們，其實都已太遲，即便不轉介給腎臟科，也應該照會我們，讓我們收案進來，進入追蹤與照護，雖然不是強迫，但我認為若能列入各分區業務組之監控指標，一定有所幫助與提醒；地區醫院部分，受限營養師等專業人力不足，宜將主力放在照護較不複雜之Early-CKD患者。至於細節規劃，我們可以配合健保署進一步討論。

羅代表永達

造成透析因素有時常互為因果，例如：透析期間因心肺衰竭於RCW病房接受呼吸器，而糖尿病及高血壓是造成透析的原因，因此我認為Early-CKD病患的完整收案，可能才是整個環節之基石；約90多家之地區醫院已參與二個計畫，亦具腎臟科醫師，惟如設立專案門診進行照護，其成本非常高昂，目前獎勵金額仍不足以支持。

張代表克士

議程第59頁為C型肝炎抗體，非抗原，請做文字更正。

我贊成剛剛二位腎臟醫學會秘書長的意見，目前透析總額不夠，點值實在太低。日前有位藝人於國外因腹痛掛急診，等待6個小時才做檢查，其內容與台灣相差無幾，但帳單金額為60萬台幣，相較之下，台灣醫師實在太廉價，被健保署長期打壓，尤其透析點值奇差無比，我們雖不斷爭取，也只是狗吠火車，現在看到腎臟醫學會的專家還要卑微地向健保會要求提高預算成長率，令人非常感慨。

透析前病人多半有三高的問題，所以會在心臟科或新陳代謝科就診，有些共病之病人可能擔心其他疾病，例如心臟病的危險性，或長期對原看診醫師之信任，以致於沒有在腎臟科就診，以我本身心臟科為例，我也收治了許多Early-CKD的病人，不過當發現eGFR在一定程度以下，我一定會提醒病人到腎臟科尋求專業建議。目前健保署有各種試辦或專案計畫，包括糖尿病、Early-CKD、Pre-ESRD...等，若每個計畫每家院所都要配置營養師、衛教師、個管師等專業人力，其實是疊床架屋也會造成醫院的人力負荷，所以專案計畫間的整合十分重要，兩三年前我就建議今天的主席，健保署應整合各種相關的專案，因為這些其實就是上下游的血管問題，本質上是大致相同的。因此，將一個疾病的連續狀態，用多個專案計畫把他分開來，從醫療專業的角度來看實在不應該！

林元灝醫師

因為近來健保署並未提供每年的新增病人數，因此我由議程第18頁的累積數字估算104年當年腹膜透析轉血液透析者為25%，是否正確？

曾科長玫富

分母可以用第20張簡報(3800人減2742人)，一年增加1058人，分子為207減138為69多名，故約為7%。

陳代表鴻鈞

本案牽涉層面較廣，雖然大家各有立場，但共同目標都

是希望病人獲得好的照顧；建議由台灣腎臟醫學會與健保署另行召開會議深入討論。

主席

請醫管組龐組長先就張代表提及專案計畫間整合的問題予以說明。

龐組長一鳴

先就本議程第22頁本署提出之照護策略，其實與黃尚志醫師建議部分，並無太大差異，只是文字寫法不同，但黃醫師所提建議其實更為具體，故我十分支持陳理事長方才建議共同開會討論之建議，未來本署亦可配合召開。

張代表所提建議，希望整合糖尿病、CKD、ESRD等方案，大家已經習慣專注於專案計畫內之數字，反而忽略同個案會有同性質的疾病，而被重複收案至不同計畫方案，重複支付個案管理費、指標重複計算...等問題，惟一旦取消，對照大家都覺得醫界很血汗，會造成另一個問題；此外，對於沒有參與計畫的院所，也有很努力將病人照顧很好的，目前確實存在許多的問題，須要處理。故本次會議提出「實質照護率」之觀念外，本月初亦於支付標準公告新增「糖尿病及初期腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳」，希望藉由資料的蒐集(report)，未來不論其是否參與計畫，希望能調整回歸至該病人所罹疾病(condition)是否獲得好的照護，而非僅以參與計畫之角度來看。

大家如果有興趣可以參考美國PQRS(Physician Quality Reporting System)系統，對於一位醫師該報告的品質指標項目，如果達到某種程度，即給予適當獎勵，而非只看A病或B病。以ENT為例，目前論質方案多屬內科系的病人，難道該科別之疾病不重要嗎？但民眾若罹患ENT的疾病時候，就會覺得這個疾病也很重要啊！若我們參考美國PQRS是各科都有指標，只要符合相關疾病就會納入該指標系統，因此監測較為全面，故未來更廣泛個案管理方式，應發展指標測量及品質報告。惟短期中，健保署確實難以剝奪醫界現有利益，將專案計畫整合為一，須要逐步推動，並以本月初公告之資

訊整合及鼓勵資料上傳系統做為開始，期待各科共同努力才能達成。

主席

本案台灣腎臟醫學會建議事項，涉及專款金額、成本與支付點數之合理性，請醫務管理組於一個月內，邀集台灣腎臟醫學會、黃尚志醫師所提策略等相關內容，召開工作小組會議，充分討論並研擬適當指標及策略。

因為不同專案計畫限於專業人力(如:營養師、衛教師)，須要共同使用或由其他專業人力執行(如：醫師也可進行營養衛教)，誠如多位代表提到計畫整合之重要性，目前醫務管理組已啟動檢討機制，惟也須考量對既得利益之影響層面，如同各位臨床專科醫師，面對多項併發症之病人，提供多科整合之醫療服務一樣，大家都努力去做，但會碰到問題，須要逐步解決或謀合，並無狗吠火車的情形。且健保會向來關注專案計畫執行成效的問題，如果大家曾參與評核會議，應該有深刻感受。龐組長已就計畫整合的想法向大家報告，希望一段期間後，可以蒐集reporting的資料，再做進一步檢討，凝聚共識方案，再向各位討教。本案暫緩。各位代表是否有臨時動議？

鄭代表集鴻

剛剛張代表還提到醫界要卑微向健保會要求提高預算成長率！目前離106年預算協商已為期不遠，方才有代表提到建議成長率是4%，故我們請健保會蔡委員及林委員，對於我們透析點值低落及人數成長的問題，給予支持。

林代表敏華

因為健保會屬於合議制性質，雖我和蔡委員被指派參與本會議，但確實無法代表所有健保會之委員；預算協商時可以轉達大家的意見，但無法於今日進行討論。

鄭代表集鴻

我們很卑微的懇求！

主席

健保會制度的設計本就是付費者與醫療提供者雙方對

等協商的，我想二位代表可以體會醫界的心情，並期待於健保會內部討論時，能適時反映醫界希望有對等協商的相關意見。

另外，建議健保會於協定預算時，也能比照醫院等總額部門，將透析獨立預算納入正式議程，提供腎臟醫學會正式向大家報告之機會，使其有機會表達他們的努力與專業之成效，尊重該專業領域及醫療特質(疾病下游，被動接受病患治療)，適度考量現行透析人數成長相對預算成長停滯、點值低落、非協商成長較高...等問題。本項因非本會或本署職掌，純粹是建議，並提供二位委員參考。

蔡代表宛芬

去年我首度參與預算協定之會議，確實發現在協定透析部門時，似乎沒有較完整對談的機會，十分可惜。互相討論才能瞭解彼此想法，故我支持主席的看法，或許有機會可以於健保會再深入討論議程安排之適當性。

主席

拜託二位委員於健保會討論程序問題時，予以正式反映。我記得去年台灣腎臟醫學會已準備簡報，但礙於某些因素，無法報告，最後雖有進入透析成長率之討論，惟時間十分倉促，恐怕很難表達該會長期之努力。雖然透析非健保法定所稱之總額部門，但實質與總額部門相同，且已運作很久，其努力不容忽視，二位付費者委員長期參與本會，更瞭解相關專業的努力，二位的支持與關注更為重要。

林代表敏華

我個人曾參與健保會預算協定會議多次，深深體會短時間內要協定完成極為複雜之五大總額部門之壓力；去年台灣腎臟醫學會特別拜會健保會，惟當日會議，並非委員不希望台灣腎臟醫學會來報告說明，實在受限當時環境、時間等相關因素，無法達成：各總額部門如要充分報告，可能須要考量多延長一日之開會時間。

陳代表鴻鈞

再次感謝2位委員及主席表達對我們意見的關切。

主席

是否有其他建議，若無，則散會。