

「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 1 次會議紀錄

時間：105 年 2 月 24 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：邵子川

出席代表：

丁代表勇志	請 假	林代表文源	林文源
林代表敏華	請 假	林代表全和	林全和
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	黃月桂
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	蔡宗昌代
廖代表秋鐳	廖秋鐳	謝代表武吉	謝武吉
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
衛生福利部全民健康保險會	方佳琳
台灣醫院協會	何宛青、王秀貞、楊智涵
中華民國醫師公會全國聯合會	陳思綺
台灣腎臟醫學會	張哲銘、林元灝、林慧美、林佳靜
基層透析學會	吳若瑤

本署財務組	楊雅惠
本署企劃組	何恭政
本署醫審及藥材組	曾玫富、陳淑儀、陳昌志
本署臺北業務組	陳懿娟、張照敏
本署北區業務組	麻晟瑋
本署中區業務組	黃明珠、張志煌
本署南區業務組	傅明貞
本署高屏業務組	王麗雪
本署東區業務組	江春桂

一、本會 104 年第 4 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 104 年第 4 次會議結論事項辦理情形。

- 決定：1. 報告內容洽悉。追蹤事項第 2 案請腎臟醫學會研議提升 Early-CKD 及 Pre-ESRD 計畫照護率、第 6 案 EPO 藥品給付規定之修正繼續列管，餘解除列管。
2. 有關 ICD-10 無法區別 stage3a、3b 一節，請醫管組研議適當區分方法。

（二）案由：門診透析獨立預算執行概況報告。

- 決定：報告內容洽悉，並請就 Early-CKD 及 Pre-ESRD 執行成效於下次會議補充報告。

（三）案由：104 年第 3 季門診透析服務點值結算報告。

- 決定：1. 確認 104 年第 3 季點值，如下表：。

季別	浮動點值	平均點值
104Q3	0.81073535	0.82535056

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：104 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各項指標院所上傳資料之情形及輔導。

決 定：為利104年獎勵金核發，將提供腎臟醫學會未上傳透析院所資料，請腎臟醫學會協助輔導上傳。

四、討論事項：

(一)案 由：有關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. 有關將年度修改為「當年」、計畫附件 3-2 於「病人家庭狀態」增列「有工作能力但失業」選項及附件 3-3 病人滿意度調查表中刪除衛教者簽名等三項修正通過。

2. 有關明年度品質提升獎勵計畫，請腎臟醫學會研議，並於下次會議提案討論。

五、與會人員發言摘要，詳如附件。

六、散會：下午4時10分整

與會人員發言摘要

主席

各位代表午安，謝謝大家參加『105年第1次門診透析預算研商議事會議』。首先確定上次的會議記錄。

陳代表鴻鈞

有關「EPO藥品給付規定」修正規定，我們在104年11月已經發文給署，署的回應是已提2月專家會議通過修正，預定提4月共擬會議討論。希望這件事情能加快討論，因為這對院所造成很大困擾。

主席

本項在會議結論事項辦理情形時處理，請醫審及藥材組代表說明。有關會議記錄部分，如果沒有意見就確認。

報告第一案：「全民健康保險醫療給付費用門診透析總額研商議事會議」104年第4次會議結論事項辦理情形。

主席

第6項還要繼續列管，因為還沒提4月共擬會議討論。

羅代表永達

請教解除列管的標準是什麼？例如第2項，還在研議中的事項。

主席

做完才能解除列管，第2項與第6項都還要繼續列管。

鄭代表集鴻

第1項還沒明確的數字呈現。

主席

今天有列入報告案，腹膜透析病人轉血液透析的比率，算是完成。

鄭代表集鴻

第5項Pre-ESRD計畫ICD-10部分，發現只能申報幾個代碼，其中stage 3b沒有適合代碼申報。

主席

請問你是說沒有適當診斷碼申報 stage 3b？醫管組有何想法？

醫務管理組張專委温温

stage 3 的 ICD-10 的 code(n1.83)無法分 3a、3b，因為無此醫令的 code。

鄭代表集鴻

因 Pre-ESRD 規定 stage4、5 可以申報，但 3b 沒有碼可以報。

腎臟醫學會秘書長張醫師哲銘

另外補充腎臟病委員會主委黃尚志醫師的說法，貴署回說 n1.83，3b 再報 p34 的代碼，抓兩個就可認定。當時有提貴署的意見，但不知貴署確認的做法是？因為我們都是這樣申報。

陳代表鴻鈞

當初希望 n1.83 能改成 n1.83a、n1.83b，但貴署不同意。後來聽說貴署將申報 n1.83 同時申報 Pre-ESRD prepare 當作 stage 3b，但會低估。

醫務管理組張專委温温

Pre-ESRD 的 ICD-10 code 只有 n1.83~n1.85)沒有 3a、3b，所以請你申報 n1.83，再從 EGFR 去判斷是否是 3b。

醫務管理組劉科長林義

腎臟醫學會建議 ICD-10 code 增列 n1.83b，因 ICD-10 碼就沒有 a 或 b 的規定，所以只能報 n1.83。

醫務管理組龐組長一鳴

ICD-10 編碼是國際接軌，不是我們說改就可以改，若加 abc 就無法與國際做比較。基本上申報資料沒辦法完全取代流行病學的調查(發生率、盛行率)，要靠其他方法取代。像心臟衰竭有分期，但 ICD-10 編碼不能完全取代心臟衰竭分期，還需靠其他專業診斷技術解決。目前這問

題就以加另外一個碼來取代的方式解決。

主席

ICD-9 轉換 ICD-10 已增加許多代碼，這是醫學的進步。這 ICD-10 版本與美國同步，我們不可能更改這版本。因應試辦計畫有搭配一些代碼協助釐清病人的情況進入哪個 stage，請大家配合。

第 5 項已經公告，鄭代表所提建議就沒辦法以其他代碼代替。

第 6 項請醫審及藥材組說明。

醫審及藥材組曾科長玫富

EPO 使用規定修正乙案據了解 2 月份專家會議大致採納腎臟醫學會意見，有做修正，但要等共擬會議決議才能正式修訂。細節請藥品科陳昌志技正說明。

醫審及藥材組陳技正昌志

這案在 104 年 12 月 1 日公告規定修訂，因腎臟醫學會建議 Hct 值改成 Hb 值，來判斷 EPO 使用標準。公告後，腎臟醫學會認為要將檢驗頻率拉長。依健保法 41 條，這些規定的修訂要經過擬定會議討論後才能做公告修訂。我們會如期排入 4 月的擬訂會議討論。

主席

藥品給付規定就是行政命令，但須經由藥品共擬會議及報部公告程序。另外還有醫療給付項目與支付標準的共同擬訂會議亦是。所有要修改醫療支付通則或是醫療給付規定，程序上要經過共擬會議及報部公告程序。腎臟醫學會對於要將檢驗頻率增加這件事很急，很多診所不斷在抱怨。有評估提前開會的可行性？

醫審及藥材組陳技正昌志

最近一次就是在 4 月，最快就是 4 月。

主席

是例行性？2 個月開 1 次？

醫審及藥材組陳技正昌志

是例行性會議，2 個月開 1 次。

主席

過去有沒有因為緊急事件召開臨時會？

醫審及藥材組陳技正昌志

是有過1次，因為狂犬病疫情爆發，特別針對狂犬病疫苗特別召開臨時會，那是因為非常特殊的情形。

主席

理事長這樣子，你覺得有何建議？

陳代表鴻鈞

這牽涉到全國7萬多位病人，每週多抽血5cc，這樣是非常可觀幾萬cc的血。

腎臟醫學會秘書長林醫師元灝

我們統計過，全國有7萬多位洗腎病人，每月多抽血10cc，1年多抽100cc的血，全國7萬多位病人要浪費7百萬cc的血，這數量是相當可觀，多抽那麼多的血對品質沒有改善，只是規則改變，所以覺得沒必要這樣浪費7百萬cc的血，要多少人捐？

醫審及藥材組曾科長玫富

4月中旬召開藥品共擬會議，距今只還有1個多月時間。專家會議原則已同意放寬檢查頻率到1個月，也同意將Hct值改成Hb值，基本上是有採納腎臟醫學會意見。此項規定是藥品的支付標準，是子法規的層次，所以有一定的修訂程序。

陳代表鴻鈞

所以基本上是同意(Hb血色素)1個月做1次。

醫審及藥材組曾科長玫富

目前2月份專家會議通過，原則照腎臟醫學會建議：將Hct值改成Hb值，放寬檢查頻率從1週到1個月。現在就差1個多月的期程就會召開藥品共擬會議。

腎臟醫學會秘書長林醫師元灝

(EPO 使用規定)這部分與給付無關，但還是要審核，是 casepayment，EPO 也是內含。我們想法是這部分在審核時能先行放寬，不要每週都要看到報告，這樣也許就不會有許多問題。這也與品質無關，本來每個洗腎室每週都會驗 Hct，去 monitor EPO，其實沒有洗腎室用 Hb，去 monitor EPO，這點與各位說明。

羅代表永達

我支持 Hct 改成 Hb，因為有很多好處，包含血液不會浪費掉、Hb 比較準，Hct 比較不準。按現行健保法規定，文字修改都必須經過共擬會議通過。建議用書面、通訊調查方式徵詢共擬會議委員意見，如果委員有意見就在 4 月份討論；如果委員都沒意見就像臨時會，把(透析病人每月驗 1 次 Hb)做成決議。

主席

這項建議，醫審及藥材組覺得可行嗎？

醫審及藥材組陳技正昌志

基本上(共擬會議)是需要共識決，用這種方式 …

主席

在正式會議之前，只要沒人反對就算是同意，此書面提案程序提前通過，等正式會議再追認；若有人反對，就進入正式會議討論，有沒有可能這樣做？

醫審及藥材組陳技正昌志

實務上有困難，開會討論的議程要事先公告在本署網站，再召開會議。若透過此方式處理，委員事先都不知道，會有先斬後奏的感覺。

主席

羅代表的建議錄案，會後請醫審及藥材組向長官報告，也找法務單位討論程序是否可行？若有可行性，由醫審及藥材組決定是否提前啟動？若法務單位認為不可行，請敘明理由，這樣還是到 4 月份正式會議再啟動。

羅代表永達

共擬會議常有類似情形。請貴署藉此機會在共擬會議提議：有必要開臨時會議，在章程上修改，由署來提案。

主席

就由此案當例子試試看，醫審及藥材組可以嗎？

醫審及藥材組曾科長玫富

我們就帶回研議處理，如果法律上不可行，還是按程序辦理。

主席

那就嘗試看看！腎臟醫學會若再12月1日前寄到公文，就可趕上12月份藥品共擬會議，這是程序問題。若本次緊急應變方法可行，未來成為範例，以後共擬會議或相關會議遇到類似情形也可引用。前提是在無人反對的情況下才可行，不然還是要到正式會議上討論。

蔡代表宛芬

關於第2項 Early-CKD 與 Pre-ESRD，腎臟醫學會提出研議，可能的時間是？因為擔心明年新試辦計畫出現，要注意時程。

陳代表鴻鈞

我們已多次開會，有許多不同看法，最後的決議在上週五送到署裡，可能是時間比較緊，所以今天還沒看到。

醫務管理組張專委溫溫

我們是在上週五收到公文，此案是研擬照護率對策，學會建議對目前支付標準做出提高支付的建議，3項是提升給付，1項是新增項目給付。除對提升給付與新增項目給付(提升支付項目點數)外，對照護率提升對策沒有明顯著墨，所以這部分還要再研究討論，再回函腎臟醫學會。

陳代表鴻鈞

這是上次主席裁示。我說明因為支付標準項目點數太低，提高支付標準，對於提升收案率有正面意義，提升1/3點數，不至於用完錢。

主席

蔡代表關心提出對策的時程。醫管組回應上周五有收到腎臟醫學會對策，但只有提出一個面向-提升支付誘因。醫管組認為除了提升支付誘因外，是否還有其他配套？可能還會公文往返，所以該項繼續列管。下次會議再追蹤第 2 項與第 6 項。

張代表孟源

健保署在去年 12 月放寬貧血，關於 Pre-ESRD(CKD stage5, egfr < 15，就可以打 EPO，確時可以嘉惠很多病人，這些人並不需要洗腎，可能 2、3 個月去領藥，若有給 EPO，每個月要抽血，會出現問題。若 4 月份要討論 EPO 的使用，要考慮病人是否洗腎？若沒洗腎，每個月來醫療機構來掛號抽血驗血紅素，第 2 個月還要再掛號驗第 2 次抽血，建議 CKD stage5 若有給 EPO 每個月要抽血規定是否可以一併修訂。

主席

張代表的建議也錄案，並請併入藥品共擬會議討論。

醫審及藥材組曾科長玫富

這算是新增建議。專家會議雖有採納意見，但共擬會議也曾有不同意見專家會議通過意見的情形。我們先依剛才主席的決議，將專家會議通過意見的情形，由業務單位在不違反法規的前提下，嘗試做一次書面徵詢的動作。但張代表的意見已是新增內容，與剛討論的內容是兩件事，應該另外處理，如張代表的建議事項一併處理，條文勢必均需重新更動，且原來討論的基礎已不存在。

主席

原來那項是針對透析病人，張代表提的是還沒透析病人，這一項是代表建議就錄案，請貴組併案考量。

謝委員武吉

感謝主席從善如流，將第 2、6 點繼續列管，都是可以改善改進。在此建議第 2 案，第 24 頁 Pre-ESRD 到 Early-CKD，參加的醫療人數不多，資格放寬，對全國民眾都有好處。

主席

請醫管組與腎臟醫學會以公文交流意見，除了提升誘因外，還有其他策略，謝代表建議類似其他策略。

上次會議辦理情形的追蹤建議確認。

報告第二案：門診透析總額執行概況報告。

林代表文源

署是否有可能做出 Early-CKD 加 Pre-ESRD 收案後，他延緩進入透析整體的比例是多少？與一般平均值比，要提升照護率，應該蠻重要，但不知是否能作出？黃主任提供的資料是個別醫院做比較，不知整體狀況是如何？

最後 1 張，腹膜透析轉血液透析的比例，大於 1 年的比例越來越高，腎臟醫學會理事長與各位專家能提供解讀給大家參考。

羅代表永達

腹膜透析轉血液透析的比例，所有腹膜透析的人都是分母，還是我解讀錯了？如果是，請看第 23 張投影片，人數不是 6 千多人，這裡是 2 千多人，人數都不合？所有腹膜透析的人都是分母，當中有多少人轉成血液透析？分母數就差很多。

蔡代表宛芬

我發現腹膜透析診所的核減率很高，第 15 頁第 10 張投影片，基層做腹膜透析家數很少，104 年基層僅剩 11 家。同樣看膜透透析在基層的服務量其實是少的。這種情況對於腹膜透析的推廣是否有影響？理由是醫院能提供比較好的資訊？還是基層不易建立團隊？看數字基層診所做腹膜透析家數越來越少，是否該有些辦法，我覺得這是不對的事情，要如何解決，就教各位先進。

謝委員武吉

105 年門診透析預算成長率是 3.8%，104 年院所數與 103 年比較，基層增加 12 家，醫院增加 1 家。醫師數基層增加 3 人，醫院增加 29 人。對於門診透析人數，104 年共有 82,275 人，103 年共有 79,894 人，104

年共增加 2,381 人，103 年比 102 年增加 2366 人，以病人數的成長率來看預算 3.8% 成長率，品質是否能保持？104 年件數比 103 年多 27,244 件，103 年件數比 102 年多 23,820 件。建議健保署在健保會能替門診透析估算預算。另外投影片第 21 頁 104 年人數有 74,781 人，與投影片第 16 頁 104 年人數有 82,275 人不合，原因是什麼？

鄭代表集鴻

投影片第 14 頁，各層級透析病床數成長率，台北與中區醫學中心成長都超過 10%，是哪幾家醫學中心？成長床數是？

張代表孟源

第 15 頁，關於基層是否要做腹膜透析？回覆蔡代表，個人認為腹膜透析要注重品質，不一定家數要成長。蔡代表認為遍地開花會更好，其實未必，因腹膜透析要投入許多人力、要避免腹膜炎、要照顧好導管、住院開刀等等因素，所以腹膜透析要注重品質，不一定要看家數。

林代表提到 Pre-ESRD 是否延緩進入洗腎？國內黃教授有資料，統計上有顯著差異，對降低死亡率確實有幫助，延緩進入洗腎時間約 6~8 個月，所以是有幫助。看 Pre-ESRD 的品質，不一定要看進入洗腎的人有多少接受 Pre-ESRD 照護。而是應該針對林代表所提，進入 Pre-ESRD，讓他留在 Early-CKD 的 stage，不要進入 end stage，更重要的是品質指標。

陳代表鴻鈞

林代表所提，Pre-ESRD 收案結果在正式文獻，各醫院約有 5~6 篇，都是正面的，延緩腎功能惡化的速度確實有比較慢。腎臟醫學會的大數據統計結果也是一樣，只是還未正式表列，數據可以提供給署與林教授參考。

蔡代表提到腹膜透析病人轉血液透析是否診所要做？腹膜透析多在醫院做，多年前診所希望開放也能做腹膜透析，後來署也開放，但診所後來發現有些狀況沒能力處理，腹膜透析需要的團隊不是診所能夠處理，後來診所越來越少。蔡代表不需擔心年輕適合做腹膜透析的病人沒有地方做。正式統計 55 歲以下、沒有糖尿病的病人是適合做腹膜透析，最近幾年發現比例是微幅增加，但整體而言是下降，因台灣洗腎病人多是年紀大、又有糖尿病，這兩種狀況不適合做腹膜透析。

腹膜透析病人轉血液透析 1 年內與 1 年後的轉移比率，若將不適合做腹膜透析病人，硬要他做腹膜透析，在 1 年內就有可能發生併發症，沒辦法繼續下去。若在 1 年內腹膜透析病人轉血液透析的比例很多，就表示這些病人根本就不適合做腹膜透析。

感謝委員仗義執言，腎臟界是含淚維持血液透析品質，點值 0.8，打 8 折的透析品質不知能維持多久？

另外我們準備提出一個議題：已經實施 20 年，1 位護士照顧 4 位透析病人。林秘書長解釋現在新勞基法對透析護士工時的影響，現在的機器比 20 年前先進，護士素質也在提升的狀況下，是否還要堅持 1 位護士照顧 4 位透析病人？

腎臟醫學會秘書長林醫師元灝

去年 9 月協商今年預算成長率，就提出今年新勞基法，週休 2 日適用於護士，每位護士每年增加 26 天假，其實是增加洗腎室的成本，人力會因休假而短缺，這種衝擊造成診所經營更困難。去年以人口成長率 3.1% 給預算 3.8% 應該夠用。但從這數字就可看出其實是不夠，只多 0.65%。希望今年算成長率能寬鬆些，非協商因素是 4.0%。

因機器進步、護理人力素質提升、勞基法工時改變，讓整個護理人力更吃緊，我們希望規則能做修改。人員流失原因是給付不夠，或是薪資沒法調整。希望增加經費的成長，讓洗腎室護理人力更充裕，給予更多護理薪資，能留住優秀護理人員。

主席

1 位護士照顧 4 位透析病人與醫療機構設置標準有關，要循程序報部到醫事司去修改設置標準，不是這裡能處理。

醫務管理組劉科長林義

先回應謝代表有關人數的疑問，投影片第 16 張 104 年全年人數是 82,275 人，第 21 張是呈現 104 年第 4 季單季人數 74,781 人。

第 2 是鄭代表所提透析病床數，台北業務組醫學中心透析病床數在 104 年 12 月是 589 床，成長率約 14%，醫學中心增加 72 床，亞東醫院增加 40 床，臺北榮總增加 32 床。中區醫學中心增加 31 床，臺中榮總增加 27 床，彰基增加 4 床。

第 3 是有關總額協商，會將大家努力的成果呈現給健保會委員。

醫審及藥材組曾科長玫富

會議資料第 26 頁，第 36 張投影片，腹膜透析病人轉血液透析的人數，上次會議有提供操作型定義，101 年到 103 年 6 月，每月新腹膜透析病人，1 年約 900 多人，2 年半約 2300 多人。第 2 欄、第 3 欄是新增半年追蹤，每半年約增加 400 多人。指標 2 說明：透析時間大於 1 年的分母為何只剩 1200 多人？指標 1 的分母(2376 人)要扣掉指標 1 的分子(105 人)再扣掉追蹤未滿 1 年，指標 2 的分母只有 101 年到 102 年 6 月，而且扣掉已經轉血液透析的人數。

這是類似器官移植存活率的概念，隨著未來追蹤期拉長，還可以知道腹膜透析病人 2 年後、3 年後轉血液透析的人數。器官移植存活率，追蹤期短可看半年或 1 年存活率。等資料累積 10 年以上，就可看 5 年或 10 年存活率的概念。

101 年到 104 年 6 月腹膜透析病人轉血液透析的人數，47%是 65 歲以上老人，38%是 45~64 歲，45 歲以下只占 15%，會在 1 年或超過 1 年轉血液透析的多為中老年病人，年輕病人就 keep 在腹膜透析，不易轉血液透析。

羅代表永達

第 26 頁指標多兩字就看懂，自透析起 101 年新增，我就知道新增病人當分母。

醫審及藥材組曾科長玫富

這是器官移植存活率的概念用在腹膜透析病人轉血液透析。

主席

文字上再寫清楚就懂了。從 101 年開始追蹤。

鄭代表集鴻

這個議題的數字解讀，小於 1 年是 4.4%、5.0%、5.3%，這代表什麼意義？大於 1 年從 4.9%到 9.0%，幾乎是倍數成長。

醫審及藥材組曾科長玫富

隨著追蹤新病人人數變多，追蹤期變長，大於1年轉換率，可以再切分腹膜透析病人2年後或3年後轉血液透析的比例，可再細分table。

主席

這群病人在年齡分布數據沒呈現。

醫審及藥材組曾科長玫富

65歲以上占38%，46~64歲占47%，46歲以下占14%，46歲以上就占8成5，小於30歲就占3.5%，所以年輕人不會太快轉血液透析，符合臨床情況。

主席

適合做腹膜透析是年輕55歲以下、沒有糖尿病的病人，65歲以上占38%。PD轉HD的年齡是？沒呈現。

醫審及藥材組曾科長玫富

剛講的是已經轉成血液透析100多人的分布。

主席

所以要先講2300多人的年齡分布，再去講轉成HD的年齡分布。大家想看是否有將不適合做PD的病人，很短時間轉成HD，耗費資源又回到HD。

陳代表鴻鈞

衛福部規定腹膜透析要到15%，那是不可能達到的任務，若為了達成腹膜透析要到15%的目標，就會有不適合的病人進入腹膜透析，後來建議採用55歲以下、沒有糖尿病的病人是適合做腹膜透析，這樣就有接近15%，適合做腹膜透析才鼓勵去做，腹膜透析、血液透析，進入安寧等選項讓病人選擇。

腹膜透析有個術語：年輕無糖小女子。年輕人、無糖尿病、體位小的女性，就是4項做腹膜透析的條件。希望下次部裡要提5年目標，就別提腹膜透析。

主席

腎臟 5 年計畫到今年底結束，要重新檢討。評鑑還有該指標嗎？

羅代表永達

評鑑還有，還不能修改。

林代表文源

請教腎臟醫學會專業意見，國外哪個國家腹膜透析有好的維持率，數字是多少？這有累計的情況，但不至於到 20%、30%。若有比例，是否要以此為目標？雖有政策導向，但專業內部控制也很重要。

有個假設，關於 Early-CKD 與 Pre-ESRD 的照護率提不上去，最大原因是比較順從的病人就加入(30~40%)，願意去改善。有人因為忙、不耐煩，不想參加計畫。硬要推動，照護率會提高，但延長避免進入透析的時間卻是有限，想請資料提供單位能長期提供。

主席

有關進入 Pre-ESRD 到洗腎，統計是否能做出來？

醫務管理組張專委溫溫

我們在嘗試以加入計畫那群人是可跑資料，但必要有比較組，好或不好，要找對照組？這方面還要再研究，如何才能呈現。

主席

下次會議請醫管組再呈現比較多的數據分析結果報告。

鄭代表集鴻

關於腹膜透析轉血液透析，用累計的統計方式，感覺上還是難判斷是持平或惡化。可以採用計算使用呼吸器又洗腎統計實際個案數的方式，統計每季腹膜透析轉血液透析，實際有多少人是這樣？再看它是洗腎小於 1 年或大於 1 年分別呈現。統計實際數字較能看出病患選擇是否合理，腹膜透析至少要持續 2~3 年以上才合理，目標希望腹膜透析在 1 年內的都不要轉走，統計絕對數字可以讓大家知道是否合理選擇病患接受腹膜透析治療。

醫審及藥材組曾科長玫富

試算 101 年起有 3 年半資料，如將母體以每年拆分，再往後追蹤統計，其結果會差不多。因為是等比例增減出現在分子分母。

鄭代表集鴻

若用絕對數字會比較有感覺，若這季小於 1 年內腹膜透析轉血液透析有 10 人，下季有 5 人，下下季有 3 人，這樣就知道大家並未強迫病患做腹膜透析，最理想狀況是一年內都沒有轉移案例。

醫審及藥材組曾科長玫富

依委員所提概念，以每季或每半年計算轉血液透析人數，再區分一年內及超過一年轉血液透析人數比率，該每季或每半年的母體人數內涵是不同的，隨著統計時間向後移，前一季指標一的母體有部分會轉移為指標 2 母體，新的季別亦有新病人被納入指標一的母體，故以此概念計算的比率，分母均是不同的，無法比較。

鄭代表集鴻

這是比率的概念，但不要考慮母體，這 1 季採用絕對個案數，有多少人從腹膜透析轉血液透析？下 1 季就完全排除這些人。

醫審及藥材組曾科長玫富

將現在統計的分子算出是那季起始。

鄭代表集鴻

沒有分子分母的概念，就是絕對數字。

醫審及藥材組曾科長玫富

就是分子與絕對數。

主席

鄭代表意思是這張表 101 年到 103 年 6 月有 2,376 人，這些人就固定，然後追蹤一段時間(2742-2376=366 人)。

鄭代表集鴻

不是這樣，不要累進，看當期發生的個案數。我的概念沒有分子分母，若這季腹膜透析轉血液透析有 10 人，在看他是屬於小於 1 年內或大於 1 年，期待腹膜透析至少 2 年以上。若小於 1 年的數字偏高，就表示大家在選擇上有待商榷。

主席

從分子回去看

醫務管理組龐組長一鳴

原來的的方法是存活率分析法，這是所有 paper 用的方法，鄭代表的方法像個案討論。每個專家都可提建議，理論上健保署都可以做出。但是做出太多建議算出的結果，已經沒能力解釋，每位專家就自己立場提出解釋。要監控品質，建議腎臟醫學會研議制定操作型定義與評量方法，需要健保署，大家一起把事情做好，大家要有共同標準看事情，不然每個人都用自己觀點看事情。

主席

會議上不適合討論指標操作型定義，應該有個小組審慎研究後，認為怎樣做比較好。這個題目就討論到這裡。學會再與會員好好研究。不要為了衝量腹膜透析，將不適合的病人去做腹膜透析，再轉去血液透析。相對而言，如果適合去做腹膜透析的病人，就不要放棄建議做腹膜透析的機會。

腎臟醫學會秘書長林醫師元灝

龐組長有提醒，要注意不只是腹膜透析轉血液透析，還有腹膜透析退出率，包括轉血液透析、死亡、腎功能恢復。乾脆就一起看這些數字有多少？

主席

秘書長補充看法，結果多出死亡、腎功能恢復，那就一併研究以何種方式呈現。

謝代表武吉

台北業務組醫學中心，亞東醫院增加 40 床，臺北榮總增加 32 床。臺中榮總增加 27 床，彰基增加 4 床。**每季可以寫出哪家醫院？**有關門診透析病人數統計(腹膜透析、血液透析、兩者皆有)，應增列其年齡層之分佈情形，以利總額協商時之預算爭取與委員參考。

主席

這部分錄案記下來，應該都是做得到。

張代表孟源

第 24 頁資料，我很關心 Early-CKD 已經收案的 45.6 萬人，有多少人會到 Pre-ESRD？有多少人住院？Pre-ESRD 有 16.9 萬人，有多少人會洗腎？有多少人會死亡？有多少人住院？這些都是對於 Early-CKD 與 Pre-ESRD 是重要指標。**建議下次報告，能分析這些人的預後**，對於將來推動 Early-CKD 與 Pre-ESRD，也提供各位委員參考。

主席

張代表的意見，充實我們報告的內容，人數上再做進一步分析。

報告第三案：104 年第 3 季門診透析服務點值結算報告。

主席

平均點值 0.82，還是不理想。沒有意見我們就確定。並依程序辦理點值的結算與公布。

報告第四案：104 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各項指標院所上傳資料之情形及輔導。

主席

品保款發放在 6 月底，必須上傳這些資料才能計算。現在約 5~7%院所還沒上傳資料，分區業務組已經輔導 3 次，請理事長與醫院診所代表協助他們，因沒有數據就領不到品保款。

陳代表鴻鈞

有人反映上傳過程比較麻煩，經過努力還有不合格率有 5~7%

主席

上傳不合格率的意思是什麼？

醫務管理組張專委溫溫

我們有定義誰是要上傳的對象，依據申報資料，如果這個病人連續 3 個月在這家院所透析或連續 3 個月在同院所透析達 20 次以上，就算是院所要照顧的病人。就要上傳檢驗檢查資料。我們會核對這個人的費用及這些檢驗檢查資料，可是核對不到，沒有申報這個人檢驗檢查資料就算不合格。分母是已照顧這些人，分子是沒有傳檢驗值的人。也有可能院所申報資料有誤，例如申報身分證號是 a，申報檢驗檢查資料卻是 b，所以同一個人資料會核對不到，也算不合格。我們通知院所上傳一定要 95% 以上才有達基礎，且合格率要 75% 才可得分，如果上傳才 90%，基本分數就沒有。總分達到 70 分以上才可領獎勵金，因為這樣不合格就沒能領到獎勵金。或是我們可以提供資料給學會著力，讓院所加強，現在還可以於 105 年 3 月底前補上傳，因為 6 月底要算好分數，分配獎勵金。

廖代表秋錫

那就是每季上傳的資料，與每個月即時就醫查詢不一樣，內容都有重複。

醫務管理組張專委溫溫

沒有重複，我們是不同系統，

廖代表秋錫

但是資料會不會重複？

醫務管理組張專委溫溫

內容不會重複。

廖代表秋錫

那是檢驗檢查。

醫務管理組張專委溫溫

透析案件是包裹式的支付制度，並未申報每項檢查醫令。每個月即時就醫上傳的那部分是必須申報檢驗檢查才有報，即有申報檢驗檢查醫令項目才會有每個月即時上傳。這和規定洗腎病人每季要驗白蛋白檢驗檢查是不一樣。

廖代表秋錫

現在要上傳的資料很多，可能有少數幾筆有問題，像身分證號有誤，我們經常收到這種問題，像即時就醫查詢也是上傳許多檢驗檢查，是否可以整合？

醫務管理組龐組長一鳴

對現在沒有上傳的名單，請學會協助輔導。

廖代表的意思上傳檢驗檢查是有申報醫令，例如血糖檢查，上傳血糖值。透析病人是包裹式，很多檢驗檢查是內含，所以資料要另外報，理論上再做適當檢討整合是有改善空間，我們再研究醫令系統如何讓功能更好，重點是把資料收集齊全，院所以簡單方式，不增加大家負擔來處理，廖代表的意見，我們再研究。

羅代表永達

第 42 頁看不太懂，104 年第 3 季為何是給 104 年 12 月與 105 年 1 月不合格率？例如 104 年第 3 季東區地區醫院 104 年 12 月不合格率為 42.35%，105 年 1 月不合格率就降到 8.19%，理由是？

主席

請他補正

羅代表永達

為何是給 104 年 12 月與 105 年 1 月不合格率？既然是 104 年第 3 季。

醫務管理組劉科長林義

我們有輔導 3 次，其中 104 年 12 月下載第 1~3 季未上傳資料，經過輔

導後，105 年 1 月再跑 1 次。到今年 3 月底都還可以補上傳。

羅代表永達

各層級都有代表在此，假設幫得上忙，可將地區醫院資料給我們，我們會發文，成立輔導小組去輔導，這樣才能解決問題。

主席

所以我們願意提供名單給大家，窗口是設定各層級代表與腎臟醫學會代表。

腎臟醫學會秘書長張醫師哲銘

非常感謝署裡很關心 5~7%院所分不到獎勵金，署裏若是已經知道都沒有上傳資料的院所名單，就把名單給腎臟醫學會，各層級我們來分，不要勞煩代表。

聽到醫師反映：各分區承辦人員對操作型定義有不同解讀，請署裡與承辦人員再確認，要的資料是一樣的。

醫務管理組張專委溫溫

我們會把操作型定義內容寫清楚，不合格類型有哪些，輔導上比較方便。

主席

分區業務組承辦人員在場，醫管組會有統一的說法，各位代表同意將上傳不合格名單給腎臟醫學會，由腎臟醫學會再分層級連絡。分區業務組已經輔導 3 次，為了這些診所領取品保款之權益，還有 1 個月，大家再努力，若是到期還不上傳，就無法核發。

這案子就這樣確定。

接下來，討論事項第一項

討論事項第一案：有關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

請醫管組說明。

醫務管理組劉科長林義

討論重點在 105 年度「門診透析服務品質提升獎勵計畫案」的修訂，計畫已執行多年，似乎不用年年修訂，所以這次拿掉年度，實際上仍比照 104 年模式，修訂內容從第 44-47 頁，拿掉年度，若是今年就寫寫當年，若是去年就寫前 1 年，這樣就不用每年修訂。

主席

所以內容不變，只是把年度拿掉，嗣後就不用為了只改年度而提案修正計畫。

蔡委員宛芬

評核會委員建議檢討服務品質提升計畫，品質提升獎勵計畫有點像大家把錢分一分，是否能夠反映每個院所的服務品質？應該要有識別度的方式，雖然明訂 70 分以下無法分配獎勵，如果從血液透析及腹膜透析的指標項目，目前應該有 8~9 成以上院所達到 70 分以上，若從 104 年第 2 季醫療品質指標，幾個受檢率的指標已達 9 成，會達到 70 分以上的院所相信有 95% 可達到。那時會提出重新討論的理由是因為指標項目是否能反映、達成獎勵的目標？

如果只是將 104 年度改成當年度，這與當初評核會委員做成決議的目標是不一樣。例如有多個項目達到 99%，血清白蛋白在 104 年第 2 季已達 99.23%，是否還要繼續當醫療品質指標？我覺得要重新檢視哪些要拿掉？哪些要放進來？像腹膜透析的腹膜炎發生率、1 年以下腹膜透析轉血液透析的轉移率是否要放入，做為醫療品質監控的指標。

主席

這是就內容部分做修正

林代表文源

附表 3-2 治療模式衛教表，病人家庭狀態都是預設病人都是沒有能力，所以沒辦法工作，是否增加一個選項：有工作能力但失業。記得腎臟醫學會調查，透析品質不錯，大部分是失業，有能力工作，這

個選項應該加入，本身有暗示作用。

第二個覺得奇怪，附表 3-3 病人滿意度調查表，最後病人是否滿意勾完後，衛教者再簽名。表格這樣設計，滿意度應該都很高。

呼應蔡代表意見，品質都做到這麼好，希望精益求精，或許這些指標可以再討論。

主席

這些指標是否足以反映品質？或是要更改指標？或是要提高門檻？

陳代表鴻鈞

平心而論，這些指標已是世界級的水準，已經做了很多年，該提升的都提升了，再提升會有困難，將它分級會產生很多問題，例如我是 A 級，你是 B 級，我比你好。事實上 A 級、B 級差別不大。98 分與 99 分其實沒有差別，我個人覺得這已經是很高，短期內除非科技有重大進步，我是不贊成短期內再將它提昇，這會造成更多問題。

蔡代表宛芬

血清白蛋白受檢率已經 99%，不可能再提升，因為大家都像 SOP 在做了，是否適合再當成品質指標？大家可以再討論。

透析總額醫療品質指標有些在這沒有，像 6 個月內的瘻管重建率、住院率、腹膜透析的腹膜炎發生率，有些指標可以重新檢討放進來？有些已經是 SOP 的是否要拿掉？或是指標拿掉後 SOP 變不見？這些都可以討論，以目前看到照護品質指標項目，看起來已經沒有可以讓各醫療院所有更多進步的空間。

陳代表鴻鈞

蔡代表提到的項目，先前我們有討論是否要納進來？考慮若納進來，事實上會有很多的問題，所以瘻管重建率、住院率沒有納入。是否要納進來可以討論，這些造成的效果還要再分析。當時納進的指標覺得很難做，不過這幾年大家都做得很好，我覺得不要拿掉比較好，要不要加入其它指標有討論空間，因為時空背景不一樣，那些指標也比較好。

張代表孟源

贊成理事長所說，這些指標經過很多分析有臨床實證的經驗，這些指

標不要隨便換。血清白蛋白不只是檢查 95%，還要及格率在 75%以上，是治療病人很重要的指標，以專業角度來看，拿掉反而弊多於利。若是所有洗腎室都能拿到 80-90 分，應該要很高興，表示沒有城鄉差距全國各地洗腎透析品質都很穩定。

黃代表月桂

我贊成林代表所提病人滿意度調查表，不應該有病人簽名，再由衛教者簽名，這個請拿掉。

主席

林代表所提 2 項建議衛教表，病人家庭狀態增加一個選項：有工作能力但失業。大家有意見嗎？

另一個病人滿意度調查表，拿掉衛教者簽名。大家有意見嗎？病人簽名當時為什麼要？

黃代表月桂

如果真的要滿意度，不該具名，才能測出滿意度。

主席

以前就一直有簽名。

鄭代表集鴻

當時是希望病人在透析前，我們有給他充分的說明，讓他有選擇。如果不簽名，就不知是否有講過？

林代表文源

簽名應該在附表 3-2 這裡，第 3 份要獨立，另外收，可能會增加成本。

主席

如果病人滿意度調查表願意具名，表示沒問題。

羅代表永達

在我們院內，要看數據，病人簽不簽名沒關係。

但對外給消費者代表看，如何證明真偽？看簽名的目的是什麼？

這文件顯然要給很多人看，瞭解病人滿意度調查到底好不好？如果沒簽名，如何證明真偽？在院內，我派我的人去做調查，不可能是假的。若是健保署派人去各醫院調查，不簽名無所謂。若各醫院自行調查，連簽名都沒有，就不一定是真的。

主席

這已經簽很久。

既然都沒問題，今年還是留著。增加病人家庭狀態增加一個選項：有工作能力但失業。衛教者簽名拿掉。大家同意吧

醫務管理組龐組長一鳴

重點是確定有衛教，誰教的？

主席

衛教在前面，簽名簽在這裡。因為是同一份，大家看的到。

大家同意把衛教者簽名拿掉嗎？其實病人簽名就已間接證明有接受衛教。

林代表文源

我剛提的是會影響信度，要改這個程序上有點複雜，我提議拿掉。

醫務管理組龐組長一鳴

我覺得這格式不像滿意度調查，比較像確認是否有施與衛教的通知。我們另外有滿意度調查，基礎是抽樣性民調。

主席

這部分若同意，就將衛教者簽名拿掉，病人家庭狀態增加一個選項：有工作能力但失業，病人簽名留著。至於實質內容，經專家說明，蔡代表與林代表覺得？

醫務管理組張專委温温

我們補充 103 年的資料，符合獎勵金分配(70 分以上)，在血液透析有 89.4%，不合格有 10.6%。腹膜透析有 79.7%。

主席

蔡代表認為有高比例都拿到品保款，是否指標已經鈍化？或是沒辦法區隔。經過專家說明，蔡代表覺得如何？

蔡代表宛芬

105年大概就沒辦法改，但是請腎臟醫學會討論明年度服務品質獎勵指標是否有調整空間？有些指標可以重新討論，過去認為指標放上去會有問題，可以將定義再釐清，或許可以讓大家都認為可以代表醫療品質的指標，指標已經鈍化，9成院所都拿到獎勵金，就表示獎勵金的功能消失，拜託各位做這件事情。

主席

今年做小幅度更動。

陳代表鴻鈞

蔡代表提到瘻管重建率、住院率放進來，我們可以討論，不會說指標已經鈍化，這是一定要做的要維持，不該將它拿掉。

蔡代表宛芬

可以增加新指標，分數調高。

主席

分數高的指標，占率可以調低，多些新的指標做區隔。

醫務管理組龐組長一鳴

就是基本分與加分項目，整個是可以再去想。

陳代表鴻鈞

我們帶回去討論

主席

今年就做剛才的修正，算修正通過。至於明年要如何修正，請腎臟醫學會提早討論，因為任何新增的指標都與會員有關，讓大家都充分的準備時間。可以在下次會議提出來嗎？

陳代表鴻鈞

時間很趕，我們盡量，這牽涉的層面很廣。

主席

請醫管組正式行文腎臟醫學會，在一定的時間內回覆。這個案子算是討論通過。

有臨時動議嗎？

陳代表鴻鈞

1. 大家關心腹膜透析的問題，這是部裡給我們的不可能任務，5年前就是要提升到15%，這樣衍生許多問題。如果有下一個5年計畫，若沒有腹膜透析占率的問題，很多事情可以解決。在台灣，新進洗腎病人平均是65歲，有50%是糖尿病。這些病患是不可能做腹膜透析。
2. Pre-ESRD的收案，大家都很質疑，真正Pre-ESRD的病患有一半在糖尿病科，龐組長說也許將糖尿病照護整合，不然糖尿病科不給我們病人，要如何收置這些病人？照我們的算法，收到50%已經是最大值。
3. 很多人認為腎臟醫學會、腎臟科在製造洗腎病人，這是不對的觀念，我們是幫全國的民眾維持腎臟健康，以最好的透析品質照顧病人，因為洗得太好，病人增加反而是我們的錯，全國洗腎病人增加，我們盡力推安寧、移植，病人還是增加，每年新進1萬人，死亡7千人，每年就是會累積，因為我們做得好才會累積，如果做不好就不會累積，成長率就是0，我們是維持Pre-ESRD的病人，盡量不要洗腎，我們在釐清腎臟醫學會、腎臟科醫師的角色，希望大家不要誤會。

醫務管理組龐組長一鳴

照護率與DM、CKD混在不同計畫，甚至有些在家醫會員名單，最近要公告新的支付方式，如果有申報醫令，還要申報相關的檢驗檢查值。我們確定他們有follow guideline去做，定期做檢驗檢查報告。對於收案率的定義，在新的支付標準公告實施一段期間後，會重新計算收案率，不過會與現在的認知差非常多。所謂收案、follow guideline，譬如他有定期做血液檢查，有申報健保，我們可以check到。有做CKD方案，有收案確定做衛教，有填報表格，我們也可以check

到。有些病人有定期做檢查，不一定有好的衛教，資料其實收不到。有各種狀況病人，要完整分析與解釋收案率的問題，未來資料呈現方式會有更動。

如果只看現在的照護率，沒辦法反應大家的辛苦，很多有接受照護的病人，不一定有申報照護數字。希望大家努力的成果能成現出來。最重要的是看透析率的下降，目前是看粗率，透析的成長率是下降，呈現方式有學問，看年齡標準化，以 WHO 標準人口看是上升，若用 OECD 國家的人口結構當年齡標準化，其實血液透析情形是改善很多。看用什麼尺度。WHO 人口相對年輕，若發生在老人，增加率就很大。OECD 國家的人口結構像我們是老化人口，看待事情的標準不一樣。

回應理事長，要改善老人及糖尿病引起 ESRD，其實是很困難。但年輕型 ESRD 是改善很多，如果論述能區分清楚，社會是會諒解與支持我們，靠腎臟醫學會與健保署努力，把事情講清楚。

主席

謝謝理事長，PD 指標，腎臟 5 年計畫與評鑑均有列入，腎臟 5 年計畫今年底結束，到時再討論。Pre-ESRD 的收案，您的 50%與我們 20%有差距，請醫管組釐清。腎臟科醫師並不是在製造洗腎病人，是在照顧洗腎病人，希望總額協商可以合理，每年均有很多代表參與協商。必要時先向每位委員好好說明，有助於協商更順利，大家一起來努力。現在 4 點 10 分，會議結束，謝謝大家。