

「全民健康保險醫療給付費用門診透析服務研商議事會議」

104 年第 1 次會議紀錄

時間：104 年 2 月 25 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	丁勇志	林代表文源	請 假
林代表敏華	林敏華	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	請 假
陳代表鴻鈞	陳鴻鈞	張代表克士	張克士
洪代表冠予	洪冠予	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	黃祖源
廖代表秋鐸	廖秋鐸	謝代表武吉	馬漢光代
龐代表一鳴	龐一鳴	游代表進邦	游進邦
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	魏璽倫、方佳琳
台灣醫院協會	何宛青、王秀貞、林佩荻
台灣腎臟醫學會	林元灝、林慧美、張哲銘
中華民國醫師公會全國聯合會	洪郁涵、陳哲維
中華電信	巫建興
本署資訊組	姜義國、趙瑞華

本署企劃組	何恭政
本署臺北業務組	張照敏、陳懿娟
本署北區業務組	楊淑娟
本署中區業務組	黃明珠
本署南區業務組	陳文娟
本署高屏業務組	莊專圓
本署東區業務組	請 假
本署醫審及藥材組	曾玟富、陳淑儀
本署醫務管理組	龐一鳴、李純馥、陳真慧、劉林義、 劉立麗、洪于淇、鄭正義、邵子川、 楊秀文、甯素珠、李宜珊、林寶鳳、 蔡月媚

一、本會 103 年第 4 次研商會議紀錄，請參閱（不宣讀）確認（略）

二、蔡主席淑鈴致詞：(略)

三、報告事項：

(一)案 由：本會 103 年第 4 次會議結論事項辦理情形。

決 定：洽悉。

(二)案 由：門診透析獨立預算執行概況報告。

決 定：洽悉，並請於下次會議一併提報 Early-CKD 及 Pre-ESRD 之執行成果。

(三)案 由：103 年第 3 季門診透析服務點值結算報告。

決 定：

1. 確認 103 年第 3 季點值，如下表：。

季別	浮動點值	平均點值
103Q3	0.81301913	0.82630909

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「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」之推動及辦理情形。

決 定：

一、洽悉。

二、由本署資訊組(含中華電信)、醫務管理組(做為院所端媒介)、院所代表等，共同商討較符合院所需求之合理方案及提升服務品質，並適時修正方案內容。

(五) 案 由：鼓勵民眾下載全民健康保險「健康存摺」即時取得最近一年就醫資訊，做好自我健康管理，共同撙節醫療資源。

決 定：洽悉。

四、討論事項：

(一)案 由：衛生福利部全民健康保險會第 1 屆 103 年第 12 次委員會議附帶決議略以：「對於需保障或鼓勵之醫療服務以支付標準處理，現行之點值等保障方式，久而久之恐將使結構失衡」案，提請討論。

結 論：

藥事服務費及腹膜透析之追蹤處理費(58011C 及 58017C) 建議

不予保障點值，惟腹膜透析之追蹤處理費需在不增加預算前提

下配套調整支付標整後再議。

(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乙案，提請討論。

結 論：

1. 透析品質確保方案之專業服務品質指標「腎功能回復脫離率及腎移植脫離率」列為監控參考指標，惟不列正負向及參考值，其餘依案通過。
2. 委員建議如腹膜透析轉血液透析之轉移率等，請醫審與藥材組併與腎臟醫學會、國衛院組成之工作小組錄案研議。

五、與會人員發言摘要，詳如附件。

六、散會：下午4時36分整

與會人員發言摘要 蔡主席淑鈴

會議正式開始。上一次的會議紀錄報告內容請委員參閱，若沒問題，就做會議紀錄的確認，在會議結束前，委員在會議上若發現問題，可隨時提出。

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」 103年第4次會議結論事項辦理情形。

蔡主席淑鈴

有關報告事項第二項(原會議報告事項第四項)是今天提案二的討論，其他各項辦理情形，各位委員有無意見？如果沒有意見就確定。

報告第二案：門診透析總額執行概況報告。

蔡主席淑鈴

第 32 張投影片，同時併用呼吸器及住院透析 90 以上之保險對象的單位是人數，現在有 91 人。第 33 張投影片，同時偏高齡。有一定的人數住院 500 天，有些重症病人，必要時鼓勵他們是否有其他選擇。各位委員對門診透析概況報告內容有沒意見提問？

蔡代表宛芬

第一、這份報告是門診透析獨立預算執行概況，關於 Early-CKD 及 Pre-ESRD 是兩項重要專案，可讓透析人數減少及獲得好的早期照顧。但報告中對於此兩項專案計畫的執行概況報告的很少，雖有累計收案人數但看不出應該進來的收案人數比例，上次評核會看到 102 年 Pre-ESRD 的涵蓋率只有 22.38%，Early-CKD 的涵蓋率只有 32%，可見還有進步的空間。在 103 年此兩項專案計畫的涵蓋率能達到多少是會比較關心的。

第二、103 年整個預算執行率能達到多少也是重點。像 Pre-ESRD 在 102 年的預算執行率只有 62.85%，顯見與達到目標還有一段距離，只有達到目標值 2/3。從新收案人數與參與院所數來看，醫院參與 Pre-ESRD 計畫只有 21%，診所甚至只有 5% 參與 Pre-ESRD 計畫。參與院所數偏低原因是什麼？健保署提出完整數據說明，兩項好的計畫為何執行九年，一直達不到預期的效果？能提供相關數據有助於大家討論。

廖代表秋鋤

第 18 頁(第 16 張投影片)103 年第四季的點數、件數與第 23 頁(第 26 張投影片)的點數、件數，雖然合計點數、件數是一樣，但在區分腹膜透析、血液透析、兩者皆有，都有落差。第 19 頁有統計 103 年度的點數、件數與第 24 頁(第 27 張投影片)也是相同情況。第 26 張投影片的兩者皆有件數是 144 件，第 16 張投影片兩者皆有件數是 1413 件，將進 10 倍差距，但在總計點數、件數是一樣，是因統計分類的定義不同或其他原因，解讀上容易造成混淆。建議未來操作型定義、條件應該一致。

醫務管理組劉科長林義

- 一、首先是蔡委員關心 Early-CKD 及 Pre-ESRD 的數據問題，預算部份在報告第三案，Early-CKD 的經費每季約 2000 萬元及 Pre-ESRD 的經費每季約 4000 萬元。全年預算 4.04 億元有預留未來年度成長的空間，所以看似執行率不足，其中也有盡量撙節經費的結果。此次會議推行成效僅顯示收案人數部份，在評核會有顯示多種指標。若委員覺得此兩項專案計畫需要在此呈現，下次會議再一併呈現。
 - 二、廖委員覺得數據不一致，因投影片的條件有按人歸戶及按件歸戶，所以呈現的結果不同。下次盡量將相同定義資料擺在一起，方便比較。
 - 三、Early-CKD 今年有擴充醫師參與資格，越早期的治療能讓更多的醫師進入協助越好，這部份有做修正，今年會實施。
 - 四、Pre-ESRD 在去年第四季有做部分檢討，腎臟醫學會提供許多建議意見，這些都有納入今年度的修正。
- 也希望 Early-CKD 及 Pre-ESRD 兩項計畫收案人數增加，成效越來越好。

醫務管理組李副組長純馥

蔡委員提到兩項計畫，院所數佔率不高，因為這兩個計畫是論質計畫，對於承作的院所有品質的要求，所以不是所有的院所都能符合條件。院所數沒能達成，也是要符合品質的指標。其實每年都有設定收案人數 5% 以上的成長額度，也都有達到目標值，每年會做調校。我們重視病人得到何種品質照護，而不是要做到多少量。最後是看指標達成率

及照護品質。

張代表孟源

蔡委員提到 Early-CKD 及 Pre-ESRD，大家都很關心。其實覆蓋率牽涉到一個盲點，根據國衛院溫啟邦教授的統計，人口有多少百分比可能有腎臟疾病。實質上民眾的教育也很重要，國健署成人健檢的覆蓋率也不高，40~65 歲的民眾沒去抽血，做健康檢查的比率也不高。洪副院長是專家，很多早期腎臟病是沒有症狀，如果沒去抽血、驗尿(看有無蛋白尿)，eGFR 沒去計算，他都不知道。民眾端假如能宣導做國健署成人健檢或做簡單的自費抽血、驗尿檢查，他就會知悉自己有這個問題，才會進入到這計畫做治療及追蹤。這計畫真的很好，國家也有編列預算，我們就大力推廣，院所端須要求品質，民眾端廣為篩檢，國健署對大腸癌篩檢一直在廣告，但對此(早期腎臟病)的廣告較少，很多人都不知道，也沒想去做這個篩檢。

林代表裕峯

蔡委員的建議非常好，最早的 Pre-ESRD 從國民健康署開始推動，健保署接手，有論質計酬，給醫院比較多的獎勵金請衛教師、營養師。看資料 Pre-ESRD 已經到 200 多家，最早才幾十家在執行。黃尚志教授的統計，透析的病人約 1/3 有經過 Pre-ESRD 衛教，這是比較可惜的部分。可能是張委員提到認知的問題，也可能醫院端的投入，有些醫院沒有足夠的衛教師、營養師或護理人員來執行這個很好的計畫。未來這部份，學會、醫學會、健保署要集思廣益，用什麼樣方式來做。現在不是獎勵金不夠，是用不完。讓更多的院所請足夠的衛教師、營養師來投入這很好的計畫，讓病人腎功能惡化速度變慢，進入透析的時間可以延長。這部份蔡主席與學會有做相當多的努力，蔡主席又延長到 Early-CKD，一年有 3 億多元經費，能夠更早期可以(發現)。

張委員提到篩檢也是很重要，因為早期與中期(腎臟病) CKD 症狀不明顯，很多病人不知道。更廣泛去篩檢，把這些病人找出來，更多的院所投入 Early-CKD 及 Pre-ESRD，可以 cover 到絕大部分病人，可以讓透析病人減少，這是相當好的計畫，怎麼去進一步推廣，大家要集思廣益。

陳代表鴻鈞

代表腎臟醫學會工作同仁，希望健保署能提高給付。有些院所在這方

面做得很好，但院所自 Early-CKD 及 Pre-ESRD 從健保署拿到的給付，都不夠付衛教師的薪水，所以要讓工作做好，就要請足夠的衛教師。如果沒有薪水來付衛教師的薪水，很難要求每個院所將品質做得很好，因為我們很重視品質。只有把品質做好，才能減少洗腎病人。這也是蔡主席關心的事情，要如何減少洗腎病人，一定要品質好。如果可以，應該讓給付再高一些。

張代表克士

回溯當時開始推動 Early-CKD，原來方案中只有腎臟科醫師不用參加 training，其他各科都要。當時我據理力爭，心臟科及新陳代謝科是腎臟科的上游，應該擴大醫師參與不需再受訓，當年就是現在的蔡主席同意的。後來現在各科都可參加，只是需要經過訓練，目的是希望擴大醫療提供者有更多參與，讓醫師能找出更多 Early-CKD 的病患。推動 Early-CKD 是對民眾很好的事情，當時我也曾向蔡主席提出建議，蔡主席也同意，就是要整合上下游。例如上游有高血壓及糖尿病專案，接著又有 Early-CKD 及 Pre-ESRD 專案，這麼多專案都需要個管師、護理師、衛教師…等，大型醫院都難以負荷，更何況中小型醫院。其實從上游到下游，像一個 chain，病人都因三高造成血管病變，各項專案差異不大，希望能夠儘量將專案整合，減輕醫院負荷。

醫務管理組龐組長一鳴

張委員說涵蓋率的算法，本署不是依據溫啟邦教授的算法。本署計算涵蓋率的方法是依據就醫條件，達到某個 criteria、申報的診斷碼、一年符合幾次，我們就算他是病人，這群人已經有就醫、有 insight，有納入管理。另外一群還沒 insight 的，要透過國民健康調查等等做研究。下次會議報告會提供 Early-CKD 及 Pre-ESRD 專案資料，做加強與管理。我們有多項的論質計酬試辦計畫，如 DM. hypertension 與其他。健保的策略，沒規定說哪個案子只能用哪個管理師，在醫院我所知臨床實務應用全院或大內科系的管理師是共用的。如果我們的 endpoint 從 Pre-ESRD 來看，

Early-CKD 案、DM 案、hypertension 案，甚至家醫案都有環環相關。所以管理師人員、人力是可以共同使用的，基本上，我們尊重醫院的使用。現在有很多相關計畫概念上很像，DM 病人與 Early-CKD 病人、家醫病人是有重覆。如何將各個論質計酬試辦計畫再整理更好是我們

後續要努力的方向。

蔡主席淑鈴

- 一、蔡委員所提數據可能有誤差，參與 Pre-ESRD 醫院有 170 家，佔所有申報透析醫院(255 家)比例約 66%，不是 21%。診所 42 家，佔所有透析診所 352 家，比例佔 11%。
- 二、確實不是所有的(洗腎病)人都參加(Pre-ESRD)，這裡有很大的努力空間。Early-CKD 及 Pre-ESRD 專案兩者目的不同，真正可以減少洗腎病人的是 Early-CKD，在他還是可逆、初期有症狀的時候，可以恢復正常。不要走到 Pre-ESRD，讓他等著洗腎。所以我們今年 Early-CKD 的 program 很重要就是要擴大基層參與率，為我們首要目標。現在基層參與率還不足，才 507 家。所有在做成人保健的基層院所，都應該成為 Early-CKD 的第一站，一旦出現初期有任何症狀，各科基層的醫師都應該成為守護在這端的重要醫師。這塊已列為我們今年要努力的目標，請醫師公會全聯會張委員，回去能夠要求擴大基層的參與，已經不限腎臟科醫師的會員。地區醫院也是一樣。我們希望 Early-CKD 之推動，長期能減少洗腎人數。
- 三、張委員孟源提到 Pre-ESRD，雖然我們做了快 10 年，真正在進入洗腎之前有接受過 Pre-ESRD，只有 1/3 病人。換句話說，有 2/3 病人，在進入洗腎之前並沒有接受過 Pre-ESRD，這就是我們漏掉的。當時設計 Pre-ESRD 的目的是希望盡量延緩病人進入洗腎時間。如何增進參與 Pre-ESRD 的院所比例，讓 cover 進來的病人比例增加，也是我們努力的目標。
- 四、張委員克士提到很重要的一點，(病人)確實需要衛教及個管。這部份龐組長也提到，我們沒規定說 A 個管師只能 join 一個 P4P 的案子，就不能再 join 第二個 P4P 的案子，大家都是共用。個管師是醫院或診所自己聘的，如何分配工作也是院所自訂，其實可以充分利用這個人力資源。
- 五、最後 payment 是否夠？再請龐組長研究。因預算執行率偏低，如果可以在衛教與個管多投入 cost，可以讓 patient 得到知識或行為改善或增進自我改善動機，都會有加值的效果。現在看到有 7 萬 9 千多人在洗腎，長期來看人數是累積增加。雖然發生率與成長率有下降一點點，但盛行率仍高。另因捐贈者不夠，希望腎臟醫學會能對洗腎病人宣導移植的可能性，活體移植比屍身移植部

分有多一點選擇。

六、重症的病人是否一定要洗腎到最後一天？這也是倫理的議題。鄭委員為此事提出，學會這邊想要努力減少無效醫療，這都是我們長期要做的。

陳代表鴻鈞

腎臟醫學會有個很大的努力就是安寧照護，前年光是用問的就有 500 多位病人退出透析，應該洗腎沒洗或洗腎當中發生其他問題。去年資料還沒統計出，但相信數字會更多。

第二是移植，現在推活體移植，需要衛福部、國健署、健保署的幫忙。剛在高鐵站看到防癌燈箱廣告，詢問一年要 20 萬，如果能放活體移植有什麼好處等類似的廣告。因活體移植，一般民眾觀念還不一定能接受，還需要宗教界等人士大家的幫忙，我們很想去做，但經費上要花很多錢。這是減少洗腎病患唯一的方法。健保署應該有資料，活體移植前年去年一直都有成長。在台灣，屍體移植已達極限。當然 CKD 的照顧也是很重要，我們都會繼續努力。很困難的就是新進洗腎病患平均年齡約 65 歲，有糖尿病約 40%，這些年紀大、糖尿病多的病人又不能不要讓它們洗腎，這是全球自然的趨勢，洗腎病人都是因此增加。新進洗腎病患其實已嚴格管控，絕對不會有不該洗還讓他洗的狀況。我們都希望讓洗腎的發生率減少；已經進來的，就用安寧或移植的方式，希望降低洗腎病人數。我們都非常努力在做這些事，也希望大家幫忙。

蔡主席淑鈴

活體移植雖然有增加但幅度很少，還有很大推廣空間。

另請醫管組針對曾經洗腎超過 90 天以上病人 ID，追蹤過去一年進入安寧的人數有多少？陳理事長說有做 500 多例的努力，但沒有呈現出來。希望重症的病人不需要洗腎到最後一天，這樣很痛苦。有 91 位病人使用呼吸器及洗腎超過 3 個月以上，這已是兩種重要生命器官都已喪失功能。要讓病人有所選擇，要與家屬做討論。這些不但資源耗用，病人也受苦。下次會議呈現這部份數據出來，大家努力確實減少無效醫療。

蔡代表宛芬

8月要談總額，各位代表提到很多 Early-CKD 及 Pre-ESRD 的問題，這牽扯到總額品質的專案款項要多少？尤其是 Pre-ESRD 已經執行快 10 年，但成效一直維持在 2~3 成水平，問題到底是什麼？有沒有再努力的空間。另「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」此次完全沒看到，建議請健保署在 5 月份會議就這三項計畫做完整的報告，也有助於談總額時，容易有共識。

醫務管理組劉科長林義

事實上只有 Early-CKD 及 Pre-ESRD 兩項計畫，「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」是指透析院所的品保方案。

蔡主席淑鈴

下次會議請針對 Early-CKD 及 Pre-ESRD、「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」三個方案，做完整的報告，也有助於 7 月的評核會議，9 月的正式協商。

若無提問，進入第三案。

報告第三案：103 年第 3 季門診透析服務點值結算報告。

蔡主席淑鈴

Early-CKD 及 Pre-ESRD 的預算執行率約 1/3。

廖代表秋鍔

每次開會前會算預算移轉，今年第 1 季，自醫院移轉至基層約 1600 萬，第 2 季是 2000 萬，第 2 季是 2900 萬，依此類推，三季就 6500 萬，加上第 4 季，全年將近 1 億。10 年前開始就高達 20 億。可見每年在健保會討論基層與醫院成長率，還是沒考慮到這樣的趨勢。

蔡主席淑鈴

基層與醫院如何分配？誤差已經減少，但還是有，因不夠 100% 精準。大家還是計較從基層與醫院總額拉錢出來(到透析)的問題。

鄭代表集鴻

這個問題已經爭議好幾年了，我的看法是應該沒有十全十美的解決方法。如果可以考慮把透析成為獨立的總額來執行，不用自基層與醫院

撥款，可以省去很多爭議。

梁代表淑政

這部分涉及協商方式，目前是 4 個部門的總額。如果要改變，(透析)單獨出來，包含與健保會協商的模式都要有所改變，這議題已被討論很多次，可行性不高。

鄭代表集鴻

柯 p 說改變要成真，我們看能不能有期望讓它成真。

蔡主席淑鈴

鄭委員希望獨立出來。這個爭議，還有醫院代表希望併回醫院總額。這是兩個極端相反的意見，所以顯然不是有共識。這個不是今天的主題，希望大家能做好功課，拿出數據再研究。必要時，5 月再提出討論此議題。

林代表裕峯

主席提到 Early-CKD 及 Pre-ESRD 的預算執行率大概只有 1/3，當初蔡主席提到獎勵時，張委員也在場。我們覺得給的獎勵還可以再提高。大家都有提到醫院的困難端，沒有足夠的錢請更多的營養師或衛教師。如果可以把 Early-CKD 及 Pre-ESRD 的個案有進步，獎勵金應該更多。也可以增加我們的執行率，有更多的預算請更多的營養師或衛教師，收更多的病人，更多的院所參加，可以達到正向的循環。這幾年的執行率在 3 成，沒辦法突破。所以有此建議。

蔡主席淑鈴

林委員提到 Early-CKD 及 Pre-ESRD 的支付，給的誘因是否不足，或者還可以更好？做得好的在 pay for performance 的部份再加重。這部份醫管組列為試算。這計畫要明年才能修正，今年大家可以集思廣益，提出修正意見。預算執行確實有留 4.04 億，目前到第三季只用 4 成。還有空間不代表要把它全部用完，原因是收案也沒有 100%。有 2/3 病人沒經 Pre-ESRD。Early-CKD 參與的 廣度也不足，還有很多沒有進來，給醫管組時間，所有可能性考慮清楚，再提案與大家討論。

羅代表永達

鄭代表提到整個門診透析總額是不是要獨立的建議，其實對醫院來說，今天醫院協會沒其他代表，我就代表醫院協會這樣講，其實對醫院協會來講，我們希望是分開的，(透析)點值才 0.8 多，比醫院總額還要低很多，拿回來自己管，至少還有 0.9。歷年來不論如何積極 match，主席有說過，還有很大的空間。每一年我們拿出(很多)的錢，但成長率基層一定比醫院高，這是陳舊的故事，後來就不提了。想不到有人再提，重新講這塊，所以我們拿出多少的貢獻度，應該分多少的貢獻度。如果我們的佔有率只有多少，就拿多少錢出來，每年都在追這數字，已經有好多年了。

第二、如果(門診透析總額)單獨，還有很多東西未涵蓋在這裡，例如急診室的急洗，算門診透析或醫院總額？目前算醫院總額。像住院洗腎也沒討論。像呼吸器使用也不是門診透析的範圍，是醫院總額的範圍，可是門診透析卻在這裡討論要給多少？要限制多少？這塊應在醫院總額討論，為何在門診透析這裡討論？我覺得很納悶。

透析本身並非單純門診透析這塊，如果門診透析要獨立，就必須切得很清楚誰歸誰。如果門診透析病人到急診室，算誰的？只有洗腎算透析，其他算不算？如果要扯清，要話說從頭了。當年我們都話說從頭過，知道這是很困難的事情。

蔡主席淑鈴

羅代表提的問題是非常對的。事實上我們這個總額指的是只有門診透析這部份。呼吸器的病人也是可以從腎臟科這邊介入安寧。醫療還是以病人為中心，不是以醫師為中心。WHO 一直提醒大家，醫療是要整合的，是以病人為主體。很多疾病是會互相影響，如果以醫師為中心，那對病人不利。要把洗腎單獨切出來，其實不是沒有討論空間。

顏代表大翔

Early-CKD 是真正預防洗腎的好方法，整合照護計畫的家醫群，好像未列入指標，有可能把 Early-CKD 收案列入指標？今年將有上過安寧緩和醫療的課程列入指標，所以把 Early-CKD 收案列入指標，這方面有沒有可能做。

蔡主席淑鈴

可以，我們通通錄案起來，明年家醫計畫要修正的時候，再考慮列入。

若無提問，進入第四案。

報告第四案：104 年「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」之推動及辦理情形。

蔡主席淑鈴

希望醫療院所能即時查詢病患就醫資訊，有提供網路頻寬月租費的補助，也希望院所將檢驗報告、出院病摘要以 VPN 線上傳，有一個集中資料庫，可以分享病人到不同院所間之就醫資訊。腎臟科洗腎病人做 LAB 檢查最頻繁，除固定洗腎外，也會因其他問題看別科醫師。LAB 結果的 share 可以減少很多重複檢驗的浪費，所以特別在此會議提出。

醫務管理組龐組長

資料第 48 頁附件 5 鼓勵上傳檢驗(查)結果，已經有醫院上傳，這項資源分享，是好的開始。還需要好的工具配合，請各位向會員宣導「醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」。從推廣的經驗知道，診所與地區醫院意見比較多，對預算與期望不太一樣。技術細節部分，請中華電信代表巫經理做補充，說明如何申請與接洽。

蔡主席淑鈴

有關申請網路頻寬大家還不是很熟悉，請資訊組趙科長與中華電信巫經理分別說明。

資訊組趙科長瑞華

補充說明附件中企業型 4M、6M、10M，有關於醫學中心、區域醫院、地區醫院，事實上與中華電信談議價，已打 4.4 折。他們也很有誠意，針對本署的醫療院所，申請 4M 無條件升級到 10M 的保證頻寬，申請 6M 升級到 20M 保證頻寬，申請 10M 升級到 30M 保證頻寬，中華電信已經給了本署很大的優規優惠。

中華電信巫經理建興

申請部分是在各營運處有專人提供服務，並已經有提供窗口聯繫電話，需要都可以透過專人申請。有聽到醫事機構反映價格落差大。其實是署的長官勇於承擔，以前診所使用家用型 ADSL，1 個月只幾百元費用。現在署規劃應用已不只單純早期健保申報，還有後續很多資訊的上傳，

希望是高品質電路，而不只是一般家用型電路。所以我們才規畫以企業型電路來提供，費用相對會比較高一些。但是署這裡也有顧慮到既然費用比較高，不要讓診所有太大壓力，也要求中華電信能盡量優規。所以科長這邊提到，除了署本來規畫的方案之外，另外都有提供優惠方案，讓基礎服務能更完善，能滿足各醫事機構的需求。

蔡代表宛芬

這個資訊方案其實是鼓勵醫療院所將病患相關醫療資訊放在雲端上，這讓我想起行政院有推「健康雲」的概念。所以我想確定這樣的資訊，目前或未來，對這樣資訊的使用範圍是否已確定？這與下個報告健康存摺有關，健康存摺照理說僅限民眾可以用自然人憑證自行查閱，但行政院有「健康雲」大的計畫，到底在整個資訊方案當中，是否已確定我們的目的與資料使用範圍。

鄭代表集鴻

1. 查詢需要先請病人寫同意書嗎？
2. 上傳資料(檢驗數據如果有問題)有沒有修改的空間？在網站更改有可能嗎？
3. 月租費 1M 或 2M，介於 2000~7000 元，巫經理這是怎樣算的？個人院所要租 1M 或 2M，要如何取捨決定用那個頻寬的網路？

中華電信巫經理建興

代表在問為何(1M~2M)，費用介於 2000 多~7000 多元？主要是涵蓋企業型及專業型。企業型 1M~2M 會優規，速率各增加 1M，1M 變 2M，2M 變 3M。另外針對資訊安全部分，中華電信針對所有的網路都加「加密器」，對每個院所都有加密設備的安裝。資訊一出診所就是全程加密，署這裡也有配合的加密設備，做點對點的加密保護。企業型部分，署這裡極力爭取額外優規：提供 1 條上網電路，簡稱「安全上網」，不同於一般家用型上網電路。他在 VPN 裡面，但透過 IPS 資安的監控、過濾，才能上到 INTERNET。所以只允許做資料的查詢或網際網路的應用。但不允許透過 INTERNET，從外面連進來。例如從家裡連線到診所來看，這種連線就不被允許，怕有資訊安全的疑慮。企業型不管 1M~2M，都額外提供 1 條 60M/20M 的上網電路。今年新增專業型部分，考慮到有些診所，可能 INTERNET 的運用五花八門，有一些監控、視訊會議、ERP 等五花八門的連線，在有限制的網際網路環境，就無法充分滿足。專

業型部分就會單純取代原來電路的部分，不會再加網際網路的連線。假設只是單純做雲端藥歷查詢，不需要 1 條網際網路，他就可以選擇專業型。主要區隔在這邊。

資訊組趙科長瑞華

專業型是 1M 與 2M，且少了 1 條 INTERNET 的安全上網線，企業型是 (1M~2M) 但實際優規為 (2M~3M) 的頻寬，並多 1 條 INTERNET 的 (安全上網) 線。企業型傳輸快也比較穩定，與專業型差別在此。視藥局與院所需求，有些藥局與院所如不需要高的傳輸品質，其實用專業型就可以。

張代表克士

幫地區醫院夥伴請教：有些很小型的地區醫院，如果可以與較大型的地區醫院合作，由其中一個醫院申辦，大家共同分攤，就像體系型的醫院（醫學中心），以母雞帶很多小雞。可以母雞去參加方案，付 1 次的錢，其他小雞都可享受上傳的補助金嗎？

醫務管理組林科長寶鳳

一、此次報告補助方案在補助擴大 VPN 頻寬，等於是把 VPN 網路拉寬，讓大家跑得快一點。這條網路目前大家使用上有健保 IC 卡資料上傳、醫療費用申報、健保 IC 卡片更新、重大傷病申請、各種專案計畫資料收載及上傳等，這些都用到 VPN 這條專用網路，是醫事服務機構與健保署之間的私有網路，希望藉 22 億的專款，可以把網路弄寬一點，讓這些服務可以快速一點。現在的健保雲端藥歷系統，也是用到這條網路。103 年即有推此補助方案，但是沒有選擇，大家都需申請企業型 2M 之頻寬，診所要 7000 多元月租費。經診所反映希望能有選擇的空間，所以在 104 年做這樣的調整，讓各位選擇申請企業型或專業型。申請 1M 或 2M，這樣月租費就有 2000~7000 元的差距，頻寬要如何選擇，中華電信剛剛已說明，供各位參考。

二、蔡代表提到行政院有「健康雲」，就是把所有資料庫放在雲端，也要有路讓資料進來。現在講的 22 億，就是在講這條網路。

三、鄭代表提到假如這條路擴寬了，後續要做雲端藥歷查詢時要不要病人簽署同意書？回到雲端藥歷系統部分，要下載才需要病人簽署同意書。假如是線上查詢，目前依「全民健康保險憑證製發及

存取資料管理辦法」的授權，是可以直接讀取，不需要病人同意書。

四、假如有把檢驗結果上傳資料庫，後續如果要修訂結果資料是可以的，也就是對同一筆申報資料之檢查結果可以上傳一筆以上。所以假如結果資料要修訂，是可以重複上傳，沒問題的。

五、體系型醫院母雞帶小雞，像臺大醫院與新竹分院也是。總院網路可與新竹分院共用，但因支付係依申辦方案院所之收據，所以臺大醫院申請，依臺大之收據就只會支付臺大醫院。

醫務管理組龐組長

我們希望開一條寬的馬路，只是過路費比較高，寬的馬路比較多應用。像今天健保開辦 20 周年，早期每月報一次，現在每天上網 VPN，年底要報稅，分區業務組用 VPN 傳扣繳憑單給你。現在又有雲端藥歷查詢系統，也是走這條路。其實這條路的負荷越來越多，例如從前只要報 CREATININE(項目)，現在要報 CREATININE(檢驗數)值。醫院已經鼓勵傳 PACS 影像，耗用量很高，這條路目前我們覺得不夠寬，才會這樣子。。

行政院的「健康雲」其實與民眾有關係，原計畫這些資料都是在健保體系下專用，未來與民眾有關係的是「健康存摺」計畫。在「健康存摺」概念下，用 OPEN DATA 概念去講，「健康存摺」提供一些基本資料，未來如何運用？個人如何運用？基本上，政府提供這個環境來讓大家擴大使用。

張代表孟源

3 月 5 日在基層研商會議可能也會討論相同問題，全聯會其實已經討論很多次，當時的企業型實在太貴了。現在有專業型，目前 VPN 是家用型。現在是 10 倍速時代，我們希望中華電信能提供更好的服務，有更低的價格。我們基層是盡量沒有申請，節省國家資源。假如說中華電信可以降到與目前專業型 VPN 沒有差很多的時候，那我們換過去就沒有問題。我們擔心這補助有時間性。我相信這是未來趨勢，路當然是越寬越好，考量很多基層，1 天 30 個門診，量不是很多。將來會朝這個方向，希望中華電信能給更大的優惠，署裡能瞭解基層的心聲。可以團體代表方式向中華電信能團購、溝通。

蔡主席淑鈴

這確實是團購(集體協商)一個價錢，看大家要不要用這價錢，巫經理有聽到我們USER的心聲？有什麼降價的空間？

中華電信巫經理建興

降價要從不同觀點考量，考慮道路要寬，也要考慮道路要有人養護。家用型維護等級比較低，之前我們與署討論時，有感受到醫界不同的聲音。那是不是繼續提供醫事機構家用等級就好，看起來心情會好一點。署很關心以後用量越來越大，如果發生障礙，可能半天不能看診。那時候對醫病關係的處理壓力會更大，在署的要求下，才以一般企業型的電路盡量壓，盡量提供優規，才會報出這個方案。

以後技術一直演進，成本盡量調整，速率還有增加的空間，所以才希望用企業等級電路而不是用家用等級。有些院所有夜間門診、假日門診，使用家用等級電路發生狀況，很難在夜間門診、假日門診時段去查修。所以不只看路大不大，還要看路的品質好不好。醫界的聲音我們都有聽到，會找機會向內部反應，看能不能再多一些比較好的服務來提供健保使用。

蔡主席淑鈴

巫經理最後這段話列為會議紀錄。巫經理有講馬路要寬，也要有好的路平專案。要是道路做不好，坑坑疤疤，也是用不順。路平又要 24 小時維修，這都要成本。但是巫經理最後一句話更重要：他回去會考慮看看，跟他們的長官再協調看看。就算有比較好的價格，也要大家來申請。參與率要高，希望這條馬路，大家一起來申請，建構起來，共享資訊，最後回到下個提案(健康存摺)。

請全聯會代表、腎臟學會代表、醫院協會代表回去麻煩貴會宣導，努力將馬路變得又寬又好用。

報告第五案：鼓勵民眾下載全民健康保險「健康存摺」即時取得最近一年就醫資訊，做好自我健康管理，共同撙節醫療資源。

蔡主席淑鈴

這是有關健康存摺，醫管組有無補充說明？

醫務管理組林科長寶鳳

蔡代表提到行政院的「健康雲」，延續前面的議題。醫療院所將資料透過 VPN 上傳至健保署的資料庫，我們會做 patient profile，每個人的健康存摺。健康存摺的資料沒掛在「健康雲」，因資安考量，掛在健保署資訊組的資料庫，保險對象可以經由 INTERNET 帶走健康存摺的資料。行政院推的「健康雲」下面還有很多小雲朵，有「醫療雲」、「保健雲」、「防疫雲」等等，健康存摺係醫療雲下之小小雲朵但資料如前所說尚未放在雲端，而是在本署資訊部門。

蔡代表宛芬

林科長有提到如果醫令或檢驗報告修改後，可以重新上傳。重新上傳的資料會覆蓋原資料或健康存摺下載的資料，可以看到修改的紀錄？

醫務管理組林科長寶鳳

有與資訊組討論這部份，要覆蓋原資料或留下所有歷史的資料？結果因覆蓋原資料的技術面較困難，所以會採留下所有歷史資料，且每一筆都有上傳的時間。

游代表進邦

反映使用者意見：同事試著用貴署的健康存摺下載資料，內容十分完備，唯一有個小小遺憾，今天申請，明天才能下載。有了年紀的人通常記憶不好，申請完，明天就忘記去看，想起來已是 7 天後的事，又要重新申請。這部份現階段是否還是第二天才能下載？

資訊組趙科長瑞華

今年 2 月 11 日改版。今天申請，今天就可以下載。畫面上雖說要十分鐘，但實際操作約 2 分鐘。

醫務管理組龐組長

1. 現在是用自然人憑證，署長指示用健保卡，等相關方案出來。
 2. 現在是一次下載，現在研議定期寄對帳單給你，改成像美式銀行，定期寄對帳單，這樣就不用常常下載。
- 這些方式，我們都會越改越好，朝越來越好用著手。

蔡主席淑鈴

現在是自己申請，以後我們主動寄給你。不只健保相關資料，還有預防接種、成人預防保健、疫苗注射等一併收載，到有一天非常完整時，就叫做個人的 prevention 與 medical 的 account。希望過程中繼續收載檢驗報告、出院病摘。對邁入高齡化的台灣，最終到某個時間點，都會需要知道自己健康 DATA 的趨勢，我們是自由就醫，很容易在跨院所，資料沒辦法 share 的時候，在病人資訊不對等，就會跨院有重覆檢查，這些都是資源浪費，對醫療安全不見得有很好幫助。病人自己也要盡責，關心自己數據的改變，做自我管理。這部份我們過去沒有特別要求病人盡很大的責任，將來人口漸漸老化，如果病人的責任不盡，我們的負擔就越重。為了長期永續經營，這條路會藉由資訊科技的進步，把它建立。這在其他先進國家都不易做到。這個還要所有院所的努力配合，不然就只是想法，沒辦法落實。可以請各位代表回去宣導，讓洗腎的醫院診所都優先來申請，5月份報告申請率有多少？看看到年底會不會有好的成績。趕快告訴你們的洗腎病人去下載健康存摺，這個好的管道，需要醫生主動告訴病人，下次來看病就帶健康存摺，就知道現在吃什麼藥？做了什麼檢查？洗腎病患都是成人，可申請自然人憑證，都可享用這個服務。先請醫師知道怎麼下載，再告訴病患下載好處。

現在進入討論案

討論第一案：衛生福利部全民健康保險會第1屆103年第12次委員會議附帶決議略以：「對於需保障或鼓勵之醫療服務以支付標準處理，現行之點值等保障方式，久而久之恐將使結構失衡」案，提請討論。

蔡主席淑鈴

現在1點1元的保障項目為藥品費、藥事服務費、腹膜透析的追蹤處置費及偏遠地區的透析服務，健保會提出如某些項目長期用1點1元保障可能會使整個支付結構失衡，故希望透過本會議討論、檢討目前執行狀況，可否請醫管組說明門診透析保障項目之占率為多少？

劉科長林義

103年保障項目有藥費、藥事服務費及腹膜透析的追蹤處置費，這三項保障項目的點數約占全部點數(399億點)的7%左右。

蔡主席淑鈴

103 年透析點數中有 7% 是保障每點 1 元，這樣看起來似乎還不至於結構失衡，那請問其中藥事服務費占多少比例？

劉科長林義

103 年門診透析藥事服務費約 400 萬點，而藥事服務費在西醫基層總額及牙醫門診總額沒有納入保障，只有在醫院總額、中醫門診總額及門診透析有保障，因藥事服務費在各總額部門處理上有所差異，故提會討論。

張代表克士

我想健保會對保障項目的檢討主要是針對醫院部門的總額，醫院總額保障項目在各層級醫院間的差異是很大的，保障項目的占率為何是其中的一個重點，關鍵是各層級醫院保障項目占率差異頗大，醫學中心藥品占率約 30~40%，地區醫院大概是 20%，所以保障項目在各層級醫院的占率差異那麼大，長久下來一定會導致結構失衡，現在在門診透析討論保障項目其實影響不大，但各總額間保障項目的一致性可能是健保會關切的。另外，藥品費還牽涉到健保法第 62 條的修法，然而長期下來若造成不公平、不合理的分配，還是應該想辦法解決，就我所知，健保會委員，尤其是付費者代表對保障措施是很有意見的，他們認為應該透過支付標準調整，而不是藉由保障措施來處理。

羅代表永達

健保會上次在討論時，不單是針對門診透析部門，而是對各總額保障措施的意義為何，如果是保障偏遠地區的醫療服務，應該是政策性的問題，是不是要用其他的預算支應，否則理論上應該要用點數反應成本，而不是用保障這種人為方式處理，人為保障的話就必須要有其他的預算支付。目前門診透析保障項目中，藥事服務費我不知道原來可以不保障，原本以為藥費及藥事服務費都是法定保障項目，後來查健保法第 62 條只有規定藥品費，那藥事服務費是否應該保障是可討論的議題，我是建議不要。偏遠地區或是藥品費都有法源依據或有其公平

性，腹膜透析保障其追蹤處置費，但腹膜透析率還是在 8%左右，腹膜透析是提供病患另一種治療選擇，但不應該用這樣的方式讓腹膜透析率推廣到 14%，到目前為止都沒有人可以明確說明 14%訂定依據為何？當初提到係參考香港的數據，但香港的情形顯然與臺灣不同，但現在慢性腎臟病 5 年提升計畫中腹膜透析率還是維持 14%，就是因為有錯誤的政策，所以我們早期追蹤處置費保障每點 1.2 元，後來討論降為 1.1 元，現在為每點 1 元，但現在浮動點值都剩 0.81 的情況下，腹膜透析是多 20%，所以這不是多少錢的問題，是精神的問題。所以我建議藥事服務費跟 PD 腹膜透析追蹤處置費就不再保障。

鄭代表集鴻

我個人同意羅代表的建議，第 1 項藥事服務費跟第 2 項腹膜透析追蹤處置費就不要再保障，那第 3 項偏遠地區的透析保障希望能列為專款補助，不要再用點值保障，這樣易有相對剝奪感。

游代表進邦

保障只是一種方法，其實用支付標準調整亦是可行，只是現在有很多問題很難靠調整支付標準就能解決，像是偏遠地區的問題，偏遠地區就是因為利用率低的關係才需要靠保障點值來調整跟保障，而在醫界是較偏好採用血液透析，而不是腹膜透析，所以後來用保障點值措施鼓勵醫療院所推廣腹膜透析，那如果今天如果要取消腹膜透析保障也可以，只是需要有配套措施，使執行腹膜透析的醫療院所成本得以保障，不然各位代表一句話取消很簡單，往後腹膜透析如何推動，應考量取消保障項目後的配套措施，同步推動。

羅代表永達

我很贊同，取消保障措施的前提是合理的支付標準，若支付標準訂定合理時，保障措施就變成政策性的問題，那如果在腹膜透析支付標準合理的情況下，腹膜透析的保障措施就應該取消。藥品因健保法規定無法取消，但藥事服務費建議取消保障。

林代表敏華

剛聽完各位代表的意見，主要討論藥事服務費、腹膜透析追蹤處置費

的保障建議取消，但也提到需要有相對的配套措施，請問這部分在支付標準調整可行嗎？如果無法確保支付標準可否修訂通過，而本會決議取消保障措施，這樣可能在執行上造成困難，所以建議在討論取消保障項目前應先確定支付標準修訂與否。

蔡主席淑鈴

謝謝健保會林代表的建議。本案保障項目除討論增刪保障項目外，也應考量支付標準能否配合修訂，如支付標準配合調整後，則保障項目就可取消，如各位代表沒有意見，請醫管組回應。

龐代表一鳴

本案依據健保會決議，算是健保會的交議事項，是否本案決議為建議藥事服務費和腹膜透析追蹤處置費取消保障，惟需配合支付標準調整。

蔡主席淑鈴

請問各位代表就藥事服務費和腹膜透析追蹤處置費研議取消保障 1 點 1 元的項目是不是有共識？

蔡代表宛芬

對不起，我想確認一下，取消保障措施是有修正支付標準的前提吧。請問各位代表的共識是在確定支付標準修正前提下，取消保障項目才有討論的空間。那在支付標準無法反應實際成本前，還是需要繼續保障嗎？

蔡主席淑鈴

一、我再釐清一下，就藥事服務費和腹膜透析追蹤處置費來說，藥事服務費剛調高，且在西醫基層也沒有列為點值保障項目，是不是有可能藥事服務費不再保障每點 1 元，也不調整支付標準，那需要討論支付標準調整及不保障每點 1 元的只有腹膜透析的追蹤處置費，大家認為是否這樣比較合理。

二、現在藥服費包括藥局，而目前西醫基層沒有保障藥服費，現在藥服費有保障的只有醫院、中醫跟透析。西醫基層是浮動點值，如

果透析總額同意，就是藥服費不保障每點 1 元，那腹膜透析追蹤處置費會回到健保會的原則，需要配套調整支付標準，若大家有共識，至於要如何調整支付標準，就請醫管組試算後在五月份會議提出來報告，但是這個支付標準調整是沒有額外預算的，就是一個重分配的概念。

蔡代表宛芬

我在想腹膜透析追蹤處置費存在的意義就是國家想提升台灣腹膜透析的使用率，那如果支付標準調整後僅是反應成本，是否能達成政府想推廣腹膜透析的目的，這部分是不可知的。

蔡主席淑鈴

調整腹膜透析支付標準要考量的重點是鼓勵腹膜透析的政策不變並兼顧保障醫療院所執行腹膜透析的成本，並不是取消腹膜透析追蹤處置費保障就會使腹膜透析使用減少，而只是在透析預算裡作重分配而已。

蔡代表宛芬

那支付標準調整是否能兼顧政府鼓勵腹膜透析的目的和保障醫療院所執行腹膜透析的成本，可行性如何？

蔡主席淑鈴

可行性如何就需要透過試算進行評估。

腎臟醫學會林政策秘書長元灝

長期下來，政府用保障方式來保障腹膜透析，想提升台灣腹膜透析占率達 14%，但從現實來看卻是完全不符合預期，因為腹膜透析治療原本就有其限制性，盲目的用經濟因素來控制治療，本來就會造成整個治療族群結構的偏頗，對給付上也不公平。如果我們回頭檢視，保障腹膜透析的措施有效果嗎？就算把腹膜透析給付提高到 2 倍，腹膜透析的使用病人也不會因此增加，腹膜透析病人的占率還是會走現在的路，因為病人可能會提早死亡，這是你們想見到的嗎？這種治療我們需要的是醫療專業的領導，如果盲目的用給付政策推廣，結果就是病人會死得更多，所以這就是我們極力反對對腹膜透析的保障條件的原因，我們不願意看到用非專業的模式去主導整個醫療政策。

蔡主席淑鈴

病人要用腹膜透析或是血液透析有選擇權外，醫師專業還是占了很大的一部分，但治療有多重選擇，事先告知病人讓病人有選擇權。選擇包含移植、腹膜透析、血液透析或甚至不透析，需要由醫師充分告知治療的後果再由病人選擇。腎臟醫學會林醫師所提也是對的，用經濟因素介入後腹膜透析比例也未因此提高，而在透析點值下降的情況下，我們也把腹膜透析追蹤處置費由每點保障 1.2 元調降至每點 1 元，健保會的決議是希望保障項目能回到支付標準調整，今天的共識就是我們朝這兩項來進行，其中特別是腹膜透析追蹤處置費是要配套支付標準調整，且是在不增加預算的情況下進行調整，至於要如何調整需要經過試算。

1. 是否請醫管組於 5 月份提可行的建議案，除持續鼓勵腹膜透析，確保取消腹膜透析保障後，病患仍保有腹膜透析的治療選擇。
2. 考量腹膜透析院所的成本。
3. 在預算不增加的情況下，做支付標準的調整。那以後門診透析的保障項目就剩政策保障的偏遠地區及法令規定的藥品。

黃代表祖源

請問剛大家討論的藥事服務費是只有透析部門的，還是包括醫院總額的藥事服務費？那如果這兩部門又不一樣的話，是否又會造成混淆，那如果一樣的話就不是我們今天可以做結論了。

蔡主席淑鈴

今天的結論是只有透析部門，那醫院總額、西醫基層等部門都會陸續召開總額研商議事會議，都會就保障項目進行討論。

黃代表祖源

請問剛是已經決定了，還是建議案？

蔡主席淑鈴

今天的共識是採建議案。

黃代表祖源

那如果醫院總額的共識不是這樣的話。

蔡主席淑鈴

那我們下次會議就再提案討論。

黃代表祖源

門診透析沒有急診的問題，但醫院總額裡面的人事成本有含急診，或是其他像春節、大夜班上班等，所以兩部門的人事成本是不太一樣的。

蔡主席淑鈴

我們今天的決議沒辦法推廣到醫院總額、西醫基層或中醫牙醫，那我們會錄案，等各部門總額第一次會議開完就會知道各部門對藥事服務費的共識有多高，如果最後還是意見很分歧，我們會將大家的意見報回健保會，讓較高層級的健保會再討論。那本案今天就討論到此，有初步的共識後再看看試算結果評估是否能有再更進一步具體的方案，下次會議再請醫管組提案。

討論第二案：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乙案，提請討論。

蔡主席淑鈴：

本案為本署醫審及藥材組之提案，請該組科長就附表血液透析及腹膜透析醫療服務品質指標之修訂提出說明。

醫審及藥材組曾科長玟富：

本項提案係 103 年第 4 次會議本組於本會報告門診透析專業醫療服務品質指標監測結果，部分委員對透析品保方案部分指標之正負向與參考值，認為規定並不一致，例如「受檢率」是屬檢查比率，並無正負向，但現行方案「受檢率」就有正負向與實務不符的問題，所以需予以釐清，結論請本署再與腎臟醫學會共同檢討，因此，在今年 2 月 11 日本組邀請腎臟醫學會及專家學者討論，經與腎臟醫學會及專家學者討論之共識，增修訂內容如本項提案附表，例如血液透析「營養狀態-血清白蛋白」指標項目之受檢率屬合理範圍，無方向性，故參考值以「最近 3 年平均值*(1±10%)」訂定；合格率為正向指標，故參考值以「最近 3 年平均值*(1-10%)為下限」訂定，其他正向指標參考值亦均

比照以「最近3年平均值*(1-10%)為下限」訂定，而負向指標參考值則均以「最近3年平均值*(1+10%)為上限」訂定。

本次門診透析專業醫療服務品質指標主要係修訂「血液透析」與「腹膜透析」之指標正負向與參考值。

蔡主席淑鈴：

本項提案為本署於104年2月11日邀集台灣腎臟醫學會及相關專家召開會議討論之結果，請問各位代表對本項提案是否有別的意見？

林代表敏華：

我想提問專業問題，就我認知而言，病人一旦進入洗腎，就不包括緊急性洗腎，讓人疑惑是「7. 脫離率」指標，指標定義為「(腎功能回復而不須再透析者)=(追蹤期間新病人或原透析病人因腎功能回復而不須再繼續接受透析治療之人數)/(追蹤期間之所有新病人數)(百分比)」，但病人進入洗腎，根本沒有脫離率問題，除非做腎臟移植，或是原本不需洗腎，因某些特殊疾病而接受緊急洗腎。若將「7. 脫離率」列為本方案指標，似乎有點奇怪，這是本人粗淺看法。

蔡主席淑鈴：

有關林代表之提問，請腎臟醫學會協助說明。

張代表哲銘：(腎臟醫學會)

林代表之提問，也是一般人的認知。少部分病患雖屬慢性疾病，偶會遇到急性加重因素，不能很快消失，全身功能確實需長期透析來改善，雖然有些病人已有慢性腎衰竭，但臨時又發生各方面障礙如感染、失血、藥物等，臨時造成腎功能惡化，無法於短時間恢復，進入透析，的確在急性因素消除後，經過幾個月或半年，有尿量增加或透析前尿毒素亦有下降情形，此時可能會有減少洗腎或脫離的情況，這種病人屬少數，目前全國並無清楚的統計數據，但應是在5%以下，95%以上病人長期透析尿量會減少，尿毒素量增加，這是無法脫離的。

林代表敏華：

我疑問在於，從監測指標看洗腎品質，無論血液透析或腹膜透析，將指標放在這裡，以為只是講部分疾病或移植，與洗腎品質並無太大關聯性。

游代表進邦：

林代表說的非常正確，為何將「脫離率」放在指標內？以前提過，健保會並未同意列入，只好列在『「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』。這件事好久了，亦是呼應林代表的想法，長期以來，我們對「脫離率」也產生很大疑問，本項指標僅代表少數病人的品質指標，其實將「脫離率」列入，並不能代表所有洗腎品質，建議刪除「脫離率」指標，置換較符臨床的指標項目。

陳代表鴻鈞：

我們都認為(脫離率)是沒意義的事，但長官認為很重要。是否認為將不須洗腎的病患抓去洗腎，這種事情幾乎沒有。有的病人腎功能剩5%，開始洗腎，這是不可能回復的。有的病人腎功能原有 20%，因急性因素剩 5%，那就先給他洗腎。長官關心我們有無注意他腎功能回到 5%以上，就可以暫時不用洗腎。我們很在意這個問題，並且會持續追蹤。「脫離率」的原由是這樣來的，但這種病患非常少，我一直認為脫離率不要再做，這指標很無聊。在座腎臟醫學會代表，沒人認為那是有意義，但長官認為有意義。希望能有決議：把「脫離率」拿掉。

醫審及藥材組曾科長玟富：

監控腎功能恢復的「脫離率」，分母是 1 年內的新病人。希望透析院所或醫師能設法讓 1 年內的新洗腎病人，能夠脫離洗腎，恢復腎功能，對病人有正向的品質意義。而腎移植脫離率則係呼應推動器官捐贈移植。腎移植是透析病人最好的一條路，可節省醫療費用，又能提升病人的生活品質，國內腎移植 5 年存活率高達 9 成多，這是對病患正向的處置措施，民眾會關心這種監測指標。腎移植雖然在推動上有障礙，民眾會關切有無明顯改善的情形。就保險對象的立場，「脫離率」是值得參考的資訊。

腎臟醫學會林副秘書長明灝

您若認為(脫離率)與品質有關，建議提供「轉移率」。從腹膜透析轉到血液透析的比率，這才與品質有關，為何沒提供？

醫審及藥材組曾科長玟富

去年修訂品保方案時，曾函請腎臟醫學會就增修部分提供意見，學會回復暫不修訂。這次針對方案內的參考值確實沒釐清。但這項指標（轉移率），是可以透過計算。但我們也尊重腎臟醫學會的專業意見。

曾代表志龍

我是基層透析的執行者，這點（脫離率）一直是我們的痛，每年洗腎室評鑑都會被提出來講。站在基層的角度，病人從門診追蹤到開始洗腎安排階段，通常要經過3次重大傷病的申請，先給3個月的臨時卡，再給3個月的臨時卡，最後真的沒辦法，才給永久的重大傷病卡。其實這段過程就在審核有無脫離的可能？經過6個月洗腎，若真的可以回復，就不需再去洗腎。如果去抓（脫離率），其實是有意義。

腎移植的脫離率對基層診所而言是天方夜譚。我們只能推廣、衛教，有辦法做腎臟移植？基層診所努力推廣與做移植登錄，好不容易配對成功，成績不算在基層，病患到醫院做腎臟移植，算誰的成績？一定算醫院的，不會算給診所，這樣合理嗎？所有的指標，醫院佔有優勢。所有進入洗腎的患者90%都在醫院，醫院首先會做衛教與移植登錄。患者到基層，醫院該做的都做了，基層要做什麼？可是每年洗腎室評鑑都會被提出來被電，心裡覺得不平。覺得這是很奇怪的制度。

張代表孟源

「脫離率」是門診透析的總額的品質指標，但並沒有住院病人透析總額的品質指標，前面代表所言是對的，基層其實已經慢性腎衰竭、長期診斷。「脫離率」指標對急性、急重症住院病患還是有意義。有位病患因急性感染造成心肌炎使用葉克膜及洗腎，後來痊癒。所以科長說是有意義，但僅針對少數重症住院病人。

蔡主席淑鈴

1. 大家對「脫離率」指標有疑義，但建議保留。未必是個別診所適用的指標，是整體的監控指標。或是可以監控個別診所，但不要設正負向指標，可以是中性指標。某種程度是有意義的，只是在放什麼地方有意義。各位代表的意見提供給醫審及藥材組，研究如何修正。
2. 腎臟醫學會林醫師所提，從腹膜透析轉血液透析「轉移率」的比率，也納入研議，如果可以算出。

這兩項(腎功能恢復脫離率及腎移植脫離率)大家還有意見，所以不做決議。請醫審及藥材組就這兩大項找腎臟醫學會斟酌修正，可以吻合代表在有意義及無意義之間取得結論，再繼續列為專業品質指標。

醫審及藥材組曾科長玟富 144.5

再跟主席確認本案其他的指標是否可以報部修訂。

蔡主席淑鈴

這項(腎功能恢復脫離率及腎移植脫離率)暫緩

醫審及藥材組曾科長玟富

這項(腎功能恢復脫離率及腎移植脫離率)是否仍一併報部修正，但不要列正負向及參考值？

蔡主席淑鈴

建議正負向取消，維持中性

醫審及藥材組曾科長玟富

暫不列參考值？

蔡主席淑鈴

1. 本項(腎功能恢復脫離率及腎移植脫離率)列為監控參考指標，不要列正負向及參考值。健保會委員也有點頭同意。主觀認為正負向，就變成有努力空間。但是指標未必完全沒意義。需要留下，先做這樣修正。
2. 從腹膜透析轉血液透析(「轉移率」的比率)，就納為參考。試算出精準的比率、穩定的資料，以後可以增加再增加。

醫審及藥材組曾科長玟富

上次報告，有些指標用申報資料計算，會組成工作小組(腎臟醫學會及國衛院許志成研究員)討論，這項將納入研議。操作型定義沒這麼簡單，要去定義一個很好的腹膜透析族群，才能去追蹤是否轉血液透析。

蔡主席淑鈴

從腹膜透析轉血液透析就錄案了，找出分子分母，最後算出穩定、專業也合理的計算方式，再放入監控。當數據穩定了，再報會修正新增。

陳代表鴻鈞：

第 59 頁第 10 點，55 歲以下血液透析病人移植登錄率約有 6 千人。有些專家團體批評腎臟醫學會不夠努力。因全國有 8 萬洗腎病人，為何血液透析病人移植登錄才 6 千人？我覺得太瞎了。因為 55 歲以下血液透析病人可能只有 1 萬人。這樣表示已有 60% 適合移植的病人已經登錄。登錄率每年增加。怕有人誤導，在此說明。

蔡主席淑鈴

登錄 6 千人，其實是在等待。能得到的微乎其微。

陳代表鴻鈞

1 年約 200 多位。所以我們一直在鼓勵活體移植。

蔡主席淑鈴

登錄再多也等不到。希望增加移植的可能性，捐贈者要出現，才能消化等待名單。

鄭代表集鴻

從腹膜透析轉血液透析的比率，可否比照死亡率的統計，分 1 年以內及 1 年以上，會更有參考價值。

蔡主席淑鈴

都納入指標，在研議時好好思考。這個提案討論到這裡，決議的部份報部，待研議部分就留下。各位委員有無臨時提案？

醫務管理組劉科長林義

蔡委員指示下次會議要報告 Early-CKD 及 Pre-ESRD，「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」執行成效的報告，前兩項沒問題，資料都在署內。但品質提升獎勵計畫資料需腎臟醫學會提供，我們已合作多年，最快大約在 4 月底、5 月初提供，我們還要核對，怕 5 月份會議來不及提供，以前是第三次會議會報告。

蔡代表宛芬

那就在第三次沒問題。

蔡主席淑鈴

現在4：36pm，今天會議開到這裡結束，謝謝大家。