

「全民健康保險醫療給付費用門診透析服務研商議事會議」

103 年第 4 次會議紀錄

時間：103 年 11 月 26 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：蔡副署長魯

紀錄：歐舒欣

出席代表：

干代表文男	干文男	吳代表瑞堂	吳瑞堂
阮代表明昆	阮明昆	林代表文德	林文德
李代表素慧	李素慧	林代表全和	林全和
林代表文源	林文源	陳代表敦領	陳敦領
林代表裕峯	請 假	陶代表屏	陶 屏
陳代表鴻鈞	張哲銘代	張代表克士	張克士
莊代表志強	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	蔡代表宗昌	蔡宗昌
廖代表秋鐳	莊春珍代	謝代表武吉	王秀貞代
林代表阿明	林阿明	潘代表延健	邱震山代
羅代表永達	羅永達		

(依姓氏筆劃順序排序)

列席單位及人員：

衛生福利部全民健康保險會	魏璽倫、彭美熒、方佳琳
台灣醫院協會	何宛青、楊智涵
台灣腎臟醫學會	林元灝、林慧美、王淑麗
中華民國醫師公會全國聯合會	劉俊宏、陳哲維
本署資訊組	姜義國
本署企劃組	李佳芬
本署臺北業務組	陳佳叻、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	傅明貞
本署高屏業務組	陳惠玲
本署東區業務組	江春桂
本署醫審及藥材組	曾玫富、陳淑儀
本署醫務管理組	林阿明、李純馥、張溫溫、劉立麗、 洪于淇、鄭正義、邵子川、楊秀文、 李月珍

一、本會 103 年第 3 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 103 年第 3 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。

（三）案由：有關門診透析品質確保方案專業醫療服務品質指標，「脫離率」及「瘻管重建率」改以健保申報資料計算案。

決定：報告內容洽悉，請與腎臟醫學會確認資料落差原因，尋求共識，以正確解讀資料。

（四）案由：門診透析專業醫療服務品質指標監測結果

決定：報告內容洽悉，另請與台灣腎臟醫學會就操作型定義及參考值正負向細節進行後續討論。

（五）案由：全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護與

衛教計畫執行成效報告

決 定：洽悉。

(六)案 由：103年第2季門診透析服務點值結算報告。

決 定：

1. 確認 103 年第 2 季點值，如下表：

季別	浮動點值	平均點值
103Q2	0.81584042	0.82903406

2. 依全民健康保險法第 62 條第 3 項規定，一併辦理點值公布、結算事宜。

(七)案 由：104年「門診透析總額研商議事會議」召開會議事宜。

決 定：104年度會議時間，訂如下表：

次數	1	2	3	4	5
會議日期	104.2.25 星期三. 2PM	104.5.13 星期三. 2PM	104.8.12 星期三. 2PM	104.11.11 星期三. 2PM	104.11.25 星期三. 2PM
會議名稱	104 年 第 1 次會議	104 年 第 2 次會議	104 年 第 3 次會議	104 年 第 4 次會議	104 年 第 1 次臨時會
會議地點	18F 大禮堂	18F 大禮堂	18F 大禮堂	18F 大禮堂	18F 大禮堂

(八)案 由：104年「門診透析預算四季預算分配」案。

決 定：104 年四季預算分配情形，內容詳下頁附表

年度	104年				
	實際預算數 (百萬元)	按日曆數推估 預算(百萬元)	預算增減 (百萬元)	104年日曆數 占率	天數
第一季	8,136	8,432	296	24.657534%	31
					28
					31
					90
第二季	8,581	8,526	-55	24.931507%	30
					31
					30
					91
第三季	8,651	8,619	-31	25.205479%	31
					31
					30
					92
第四季	8,830	8,619	-210	25.205479%	31
					30
					31
					92
合計	34,197	34,197	0	100.00%	365

備註：

一、實際預算數係指該年度實際預算。

二、按日曆推估預算=(按該季日數/該年度總日數)*該年度實際預算。

**(九)案由：各透析院所檢驗資料嗣後改以全數上傳至中央健康保險署
健保資訊網服務系統(VPN)案。**

**決定：請健保署與腎臟醫學會就未列入獎勵計畫之重要品質指標
繼續研議收載事宜。**

四、討論事項：

(一)案由：104年門診透析服務保障項目及操作型定義案。

結論：

1. 藥事服務費採每點1元計算。
2. 腹膜透析之追蹤處理費(58011C及58017C)採每點1元支付。
3. 另保障偏遠地區之門診透析服務院所每點1元，定義分述如下：

(1)全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS)實施鄉鎮。

- (2)104 年公告「全民健康保險醫療資源缺乏地區條件」施行區域
- (3)104 年公告之全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案
實施鄉鎮(市/區)(不含僅限當地衛生主管機關或轄區分區業
務組認定之醫療資源不足之地點)。

(二)案 由：修訂「104 年度慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」案。

結 論：本次修訂重點如下：

1. 參與計畫資格限定為 104 年度經保險人同意提供門診透析服務，另說明當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，即為不同開業主體分別計算。
2. 原由台灣腎臟醫學會提供之品質監測指標，改為由本署申報資料統計並監測。
3. 將準時繳交報告指標項目刪除，該項配分移至其他檢驗項目。
4. 本署將依會議結論辦理後續行政事宜。

(三)案 由：修訂「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」案

結 論：

1. 本次修訂重點如下：
 - (1)限縮衛教護理人員資格:考量本計畫自 2006 年起推行長達 9 年，每年專業學會均舉辦 CKD 整體照護訓練班，持有合格上課證明人數大幅成長，同意取消僅具血液或腹膜透析臨床工作經驗之護理人員資格。
 - (2)將蛋白尿病患完全緩解自結案條件中刪除。

(3) 結案條件變更:除敘明進入安寧療護收案定義外，因其他系統性疾病造成轉他科治療亦同意列入可申報結案資料處理費之結案條件。

(4) 專業意見修訂尊重腎臟醫學會意見。

2. 本署將依會議結論辦理後續行政事宜。

五、與會人員發言摘要，詳如附件。

六、散會：下午5時05分整

與會人員發言摘要

報告第一案：「門診透析總額研商議事會議」103年第3次會議結論事項辦理情形。

主 席

代表對報告第一案內容若無提問，內容洽悉，進入第二案。

報告第二案：門診透析總額執行概況報告。

主 席

代表針對門診透析概況報告內容有無提問？若無提問，報告案洽悉，進入第三案。

報告第三案：有關門診透析品質確保方案專業醫療服務品質指標，「脫離率」及「瘻管重建率」改以健保申報資料計算案。

主 席

請本署醫審及藥材組科長補充說明。

曾科長玫富：

因之前研商議事會議結論要求部分透析品質確保方案指標應研議改以申報資料計算，102年第4次研商議事會議已報告住院率、死亡率與腹膜炎發生率的本署數據與操作型定義並確認；脫離率與瘻管重建率則於第二批進行開發，原則上操作型定義是依照腎臟醫學會目前提供的內容，詳細內容請參考議程資料。例如腎功能回復的脫離率，以透析新病人向後追蹤1年的第11、12個月無死亡、透析或腎移植紀錄就視為腎功能回復而脫離透析。腎移植的脫離率則從申請腎移植重大傷病卡生效日往後追1個月無門住診透析或死亡紀錄；瘻管重建率則從

開始透析日往前追 1 年期間內是否有動靜脈瘻管或人工血管之醫令認定。本署計算結果在第 23-24 頁，腎臟醫學會資料則為院所自由申報，瘻管重建率本署數據較高，因為健保署以病人 ID 歸戶並跨院統計，透析院所向腎臟醫學會申報的數據不容易拿到跨院資料，可能會有差距，且健保署與台灣腎臟醫學會兩者的資料來源不同，無法說是誰對誰錯。本署資料與腎臟醫學會雖有落差但是數據還算蠻接近，未來將配合政策決定的時程由本署提供本項統計資料。

羅代表永達：

請問腎臟醫學會跟署裡計算的指標數字差那麼多，怎麼會都是正確的？以往提供參考的指標數據來源都是腎臟醫學會，想知道是否會經過校正，或請腎臟醫學會對數據落差部分提出解讀，之前提供出來的數據如何解讀才正確。

干代表文男：

這邊要肯定醫審先提出這個問題，如果健保署數據是準確的，請學會對之前的數據作出更正。數據部分先不講誰對誰錯，希望之後參考的數據能夠一致，不然不知道該相信誰的數據。

林副秘書長元灝(腎臟醫學會)：

請問脫離率的定義，脫離腹膜透析可能包括腎功能恢復、腎移植及轉為血液透析，但是轉為血液透析的部分在指標中沒能呈現；可能對誤差作出部分解釋。如果將來可以補充腹膜透析轉血液透析的數據，更能完整呈現腹膜透析脫離率。

主席

這邊對干代表疑問部分回應：原來透析檢驗資料只有腎臟醫學會有，健保署 7 月才開始收載檢驗資料，像瘻管重建率部分也只有健保署做得到 ID 歸戶後跨院勾稽，數據落差可能跟歸戶有關。其他有落差的原

因，我們要跟腎臟醫學會一一比對後，才能更為明確，也請醫審及藥材組科長補充說明。

曾科長玫富

這幾項指標是支委會上評估過，可以用健保醫療費用申報資料試算的；主席提到的臨床檢驗數據是透析院所透過 VPN 上傳後另外處理。另外要釐清的是：103Q2 健保署脫離率(腎功能回復)分子 17 分母 2129，同項指標腎臟醫學會數據分子 15 分母 1171，考量數據來源不同，並不是每家院所都向腎臟醫學會申報數據，腎臟醫學會能做到這樣已經很難能可貴了；如果研商議事會議覺得本署所統計數據可採行，之後也可以直接以本署統計數據對外公布，這樣就不會有數據不一致的問題。

張代表哲銘

多年來腎臟醫學會為學術研究收集全國資料，不強制每間院所都上傳資料，健保署資料牽涉費用誘因，一定會比自願申報的資料準確；但是有些項目就未必，希望會後可以跟健保署細細檢討操作型定義，如果有未考量的缺漏，該如何補強，讓數據更加正確。

羅代表永達

考量腎臟醫學會採自由申報，健保署分子分母數據應該都高於腎臟醫學會，但是第 23 頁脫離率(腎功能回復)數據中 102 年上半年腎臟醫學會不管分子分母數字都大於健保署，用未申報、未跨院勾稽都很難解釋，這樣也會質疑之前的數據是否可信，腎臟醫學會還是有必要出來解釋數據誤差原因，以及統計結論是否會有問題。

黃教授尚志(高雄醫學大學)

不同資料庫搜集條件與基礎不一，數據落差難免。今年USRDS公布的台灣數據與之前差很多，因為今年是採用國家衛生研究院許志成老師用健保資料庫產製的資料，在相同的定義下產製出來的，絕對數與醫

學會差幾百個，但是跨年度相對趨勢與之前一致，這邊先謝謝委員指教，有些數字是健保署才能通盤考量的，有些是 VPN 收錄資料或腎臟醫學會才能產製出來的，跨院勾稽、資料庫來源與結構、申報資料強制性都會造成差距；整體趨勢呈現會比絕對數據更有意義。

腹膜透析最後兩季腎臟醫學會偏低可能與數據還沒申報完全有關，醫學會會回去再確認。健保署在收集數據上還是有優勢，只要操作型定義弄好，會更趨近所謂的「正確」。數據是否能反映現實，端賴操作型定義夠不夠好，以上說明。

林代表文源

過去政府部門無法蒐集資料，由腎臟醫學會提供那麼多年統計數據有一定貢獻，吃力不討好，過去的問題不需再進一步追究。目前發現資料有落差，應該從正向來看，希望這些資料可以檢視腎臟醫學會在蒐集資料上有哪些可改進的空間，畢竟健保局目前除了申報資料外，在臨床資料還是需要由腎臟醫學會管道蒐集，需要藉由這些落差找出原因，如此可對未來資料整體準確度上可以更好。

林代表文德

呼應林教授的發言：找到差異點之後去做調整可能更為重要，例如用 ID 與身分證歸戶，如果病人生日報錯就會多算了；希望兩邊資料可以確認造成誤差的原因後改善，不要日後一直錯下去。

另外資料中很有趣的地方是：脫離率兩方分母有差距，瘻管重建率分子差異較大，如果健保署的說法可解釋，兩邊的差異性應該會一致；希望健保署跟腎臟醫學會能夠幫忙釐清。

王代表秀貞

羅院長與林教授的提醒都很有道理，統計數據因產製單位不同造成的數據誤差，在數據統一由單一單位提供時或許不會有問題，但是過去

指標數據常被我們用來預測未來，希望能闡述差異不同的原因並留下紀錄，也能留作之後各任代表參考。

主席

研商議事會議已經有實錄了，代表的發言都會如實紀錄；這邊要請醫審及藥材組跟腎臟醫學會重新確認資料落差產生原因為何，有資料庫盲點也請改進，就這方面再尋求共識，才能更正確地解讀資料，也對民眾的透析醫療品質有所助益。

報告第四案：門診透析專業醫療服務品質指標監測結果

主席

請代表針對報告第四案內容提問。

張代表孟源

請問第 38 頁住院率部分：報告中提及近年住院率呈上升趨勢，死亡率反而有下降趨勢，請問其中原因腎臟醫學會可以幫忙解釋嗎？還是純粹屬統計結果？

黃醫師尚志

各項指標中住院率最容易有解讀上的問題：院所會認為跟腎臟有關的住院才會報給醫學會，車禍或是肺炎住院就不報了，住院率健保署的數據會比較準確；另外張代表所提，臺北分區住院率增加，考量透析人口老化，在醫療資源豐富的都市區域可能會造成住院率增加的趨勢。另外救到底可能延長死亡時間，是否有必要也要考慮一下；光看一季數據可能無法充分說明，時間延長也許可以看到透析民眾隨年齡老化，會因為一些其他原因住院治療造成住院率增加。健保署分析時可以分為所有原因造成住院與僅包含腎臟相關醫令住院兩種，分析時可能會減少差異。

張代表哲銘

住院率有時也跟醫師作風有關：同樣是發燒，醫師可能會門診開退燒藥或收住院觀察，至於列為正向或負向指標，就臨床醫師角度來看，很難說住院率高是好或不好。說不定有病人因為住院而避免了死亡，這樣反而是好事，希望在絕對正向或負向指標之間可以有灰色地帶的空間，不要硬要分類。

羅代表永達

腎臟醫學會從 98 年一直收載品質指標數據到現在，如果哪些數據應該報進來診所間認定有不一致，感覺上沒有嚴謹的品質管制，也會質疑開始質疑過去呈現的數據內容。如果腎臟醫學會數據能告訴其他人過去的操作型定義為何，健保署所收數據更精確了，兩者差異在哪，這樣才有意義。

林代表文德

住院率在定義上本來就會有困難，死亡率屬最終結果，應該有參考價值。考量死亡率受年齡結構影響，如果都無校正結果可能逐年變差，也許可以考慮之後作年齡結構校正後同時呈現兩個數字。

阮代表明昆

個人覺得腎臟醫學會收集資料也花費很多心血，基層院所也是全力配合，但是個別院所條件不同，人力不夠的話可能無法配合上傳；健保署資料會卡申請費用，資料一定會比腎臟醫學會全面；但是個人覺得很多指標不要特別說屬正向或負向指標，數據不符合監測值要求就要院所寫報告說明，作些多餘的事；病人車禍住院也要透析院所寫報告，雖然沒有實質的處罰，還是造成院所困擾跟心生恐懼，希望指標在監測值範圍外也不要院所說明，這樣才能蒐集完整數據。

另外瘻管重建率部分，我的病人到台大醫院開刀應該是誰報瘻管重建呢？這方面沒有講好就會造成數據落差。如果蒐集條件不統一，又沒有強制性，為了少數絕對值的數字忽略大方向的走勢真的沒意義。

曾科長玫富

說明一下內容:目前監測值來源都是腎臟醫學會，臨床數字未來透過 VPN 跟健保署申報，今天本署在這邊把申報資料可計算的操作型定義公布出來，請腎臟醫學會幫忙檢視之外，也可以參考本署定義，日後收集院所數據時以同樣定義收集，減少兩方的數據誤差。另外這幾項可用申報資料計算數值要在哪個時點開始上線配合政策推行決定；也可配合健保署 VPN 收載資料時程。

張代表哲銘

感謝科長說明，閾值跟操作型定義腎臟醫學會可以跟健保署再磨合。

黃代表月桂

我贊成指標不需要區分屬正負向，參考值定義為近三年平均值正負 10%，正向指標是否表示只考慮近三年平均加 10%才正確?是否只要訂一個最高值或最低值就可行呢?

張專委溫溫

本署建置的 VPN 系統今年 7 月已經開始收載院所上傳的檢驗值，第三季院所資料也陸續傳進來了，這兩季資料會跟腎臟醫學會先作比對，如果沒有很大差異的話，未來醫審及藥材組也應以每季申報進來的檢驗資料為品質指標參考。

張代表哲銘

目前上傳項目院所已經傳習慣了，數字上應該不會有差異，其他的部分再說。

主席

品質指標因資料庫蒐集與申報途徑不同，造成落差及操作型定義訂定，以及參考值是否需要訂定正負向的情況，請醫審及台灣腎臟醫學

會後續再進行討論。接下來進行第 5 案。

報告第五案：全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護 與衛教計畫執行成效報告

（報告內容略）

主席

謝謝黃教授精彩的報告，詳細內容將在討論第三案 Pre-ESRD 計畫修訂案中討論細節。這個委託研究希望可以檢視現在的 Pre-ESRD 計畫，主要目的是希望資源可以放在正確的地方，也謝謝黃教授一直以來的投入，在接下來半年期間內無償繼續分析資料，回答我們對 Pre-ESRD 的種種問題。大家是否有數據上的問題要請教黃教授？

羅代表永達

這邊替地區醫院發聲：地區醫院參與 Pre-ESRD 家數部分，因為 Pre-ESRD 限制要由腎臟專科醫師組成團隊，地區醫院有提供洗腎服務就會參加 Pre-ESRD 計畫，跟是否為教學醫院關係反而不大，希望解釋數據可以帶到這一點；把這些不提供透析服務的地區醫院排除後，地區醫院參與 Pre-ESRD 的比率可能會提高到 95% 以上。

干代表文男

謝謝黃教授的報告，這次看到可貴的全國資料，為了這個目的健保會也大動干戈，叫健保署一定要收載資料。有參加 Pre-ESRD 在門住診利用比較少了，但是比較多人透析，進入透析反而更花錢！以消費者立場看，是否可以研究成本效益，儘量減少進入透析人數，這樣可能比較好。

張代表孟源

謝謝黃教授的準備，延續干代表所提第 53 頁資料，進入 Pre-ESRD 病人跟沒被收案的病人相比，會比較晚進入透析，差距大概半年；由進入

透析時間來看真的省到錢。

黃尚志醫師

Pre-ESRD 計畫前身是透析品質保證保留款，要求的醫師資格是腎臟專科醫師；另外 Early-CKD 則是上過講習或相關訓練就可以參加，要求資格不同，但是 Pre-ESRD 相比 Early-CKD 還是需要腎臟科專業；另一個研究是慢性腎病晚期病人由腎臟專科提供照護，腎功能惡化速度較慢，比較晚進入透析；另外現在的數字比較粗略，想要進一步細緻呈現所以延後半年使用資料庫，我們也在近期請教醫療經濟專家，同時考慮到相關安寧療護議題作進一步研究。

林代表文德

研究限制中並未討論沒參加 Pre-ESRD 計畫的人是否可以跟參加者比較？執行糖尿病論質計畫時發現參加計畫者經過醫院挑選，執行成果優於未參加者，不知道 Pre-ESRD 計畫是否有類似情形？另外，計畫中提到參加者進入透析時間延長，請問怎麼計算未參加 Pre-ESRD 計畫者從哪個時點起算至進入透析的時間？計畫設計係以隨機方式分配未參加者的追蹤時間，這樣的數據可以比較嗎？是否可以考慮以有參加 Pre-ESRD 的病人從第一次診斷到 Pre-ESRD 收案的這段時間，加上未參加者的第一次診斷時間，做為未參加者開始追蹤的時間，這樣追蹤基礎比較一致。

李代表素慧

謝謝黃教授的研究，洗刷了腎臟科醫師濫收病人洗腎的污名；研究結果也顯示門診次數較多，住診次數較少，可以晚半年透析；這兩組比較對象有作教育程度、年齡配對，這樣從醫療經濟效益來看，希望減少醫療費用改善醫療品質，但是所有器官衰竭中只有腎衰竭不會立即死亡，之後衍生的醫療支出變成各國的重要問題。今天想知道 CKD 病人從 Stage5 之後一直到過世的整體醫療費用，加入 Pre-ESRD 會不會比

較省錢?還是因為病人年紀大之後出現各項併發症反而花得更多?

主席

實施 Pre-ESRD 計畫目的是在防範病人在青壯年或更早期即進入洗腎，降低生活品質以及患者對社會的貢獻;至於後端是否多花錢，屬於另一個層面，希望就這個範圍討論不要失焦。

林代表文源

請問第 58 頁圖，蒐集 10 次資料的時間點為何?另外有無 Pre-ESRD 收案配對欄位中，是否考量以 eGFR 的分級為比較點?例如起始點同為 20 單位，計算進入透析的時間可能更準確。

黃代表尚志

Pre-ESRD 目的是為了更好的品質，死亡情形會再作分析，經濟模式未來半年也會加入分析;至於配對模式是採 Propensity Score，整體差異會再深入檢討;林教授所提部分請謝老師簡單回應。

謝教授慧敏

進入 Pre-ESRD 病人進入透析比例較多，反覆思考之後，未被 Pre-ESRD 收案的病人可能不久就過世了，除了考量健保費用外，對社會成本來說未必是好事，之後的成本效益分析可能會加上 sensitivity analysis;另外也謝謝林教授提供個案配對的建議，我們會帶回去仔細思考;沒有參加方案的病人資料沒有收案日期，我們先用隨機分配方式，追蹤時間從隨機分配的時間或收案時間開始起算。

主席

代表還有其他補充意見，可以利用討論第三案的時間提出來;考量 Pre-ESRD 最終目的為延緩進入透析進程，經濟效益與成本效益牽涉範圍太廣要另外討論才行，今天先討論到這裡，請進入下一案。

報告第六案：103年第2季門診透析服務點值結算報告

王代表秀貞

很高興看到點值有點起色，考量過去點值結算會影響到暫付金額，現在拿到的醫療費用只有申報點數的6、7成左右，造成院所經營嚴重的衝擊，長期而言也不是好事。是不是可以調整暫付成數，讓院所經營上可以喘口氣，對照護品質也是好事一件。

李代表素慧

二代健保之後，現在健保準備金已經1千多億了；大家很努力照護透析病人，延緩進入洗腎，結果進入透析時年紀都比較大了，透析總額又一直被刪減，這樣不對。希望在座各位代表不要再刪減透析預算，維持適當的品質，不要讓點值節節下降，變成有洗腎就好。考慮到預備金已經1千多億，可以再回一些錢給透析總額嗎？

主席

暫付款成數調高，讓醫院現金流較充裕部分，跟點值結算比較無關；李代表所提安全準備金回饋的部分，以目前體制上不太可能，104年總額協商已經完成協定，這星期五的健保會已經有代表提案降眷口數或費率了，安全準備金在二代健保連動的狀況下變數仍多；在健保署的立場，希望健保能永續經營，不要面臨財務短絀，謝謝李代表表達意見，安全準備金是財務連動的一部分，不可能把安全準備金盈餘挪來作總額協定費用，這是兩回事，以上先作回應。

千代表文男

看起來有錢是原罪，今年門診透析成長率跟去年都是3.7%，跟基層怎麼分配成長率健保會就不過問了；現在健保會已經有代表提出降眷口數，另外政府負擔比率36%也在爭議中，加上4.91%費率也想調降為4.58%，這些加成之下很快安全準備金就變成負數了，以後的變動誰也

說不準。醫院與西醫基層總額每年非協商因素都有自然成長率，其實透析也有沾光，現在安全準備金看起來很好，其實可能撐不久。

主席

管錢真的很不容易，有錢時大家都希望作散財童子，沒錢時健保署也成天跑三點半，成為全台灣最大的債務人，干委員所提安全準備金是準備 3-5 年，眷口數或費率調降，到 105 年還可以勉強平衡，106 年可能進入短絀也說不定。拉回主題：如果代表對點值沒有疑問，就此確認。

王代表秀貞

請問暫付成數這一段可能有變動嗎？

主席

暫付成數不是研商議事會議可以決定，要修訂審查辦法才可能解決。請接第七案。

報告第七案：104 年「門診透析總額研商議事會議」召開會議事宜

主席

104 年研商議事會議召開時間表暫定，現在先洽悉，有變更會隨時再通知。

報告第八案：104 年「門診透析預算四季預算分配」案。

羅代表永達

原來照四季日曆數分配的預算是第一季比較高，用件數占率調完後第一季占率更高，第四季更低，這樣也很難解釋。

劉科長林義

本來透析預算用日曆數來分配，每季分別為 90-92 天，各年度差距不

大，透析人數又是逐季增加，所以依上次會議代表建議用前三年的申報件數試算，結果第四季差距也沒有很大，這邊提供參考，代表有意見也可以回到各季日曆數來分配。

張專委溫溫

現在有三個可行方式：第一個是不作四季依日曆數重分配，第二是用四季日曆數重分配，第三是用前三年件數占率作重分配，供代表選擇。

羅代表永達

透析除了星期天不洗以外，其他例假日還是會來洗，跟其他的總額不太一樣，用日曆數來區分四季預算也很奇怪；行之多年後已經有點偏頗了，三個方式都難以選擇。

主席

那就先維持 103 年度原案，因為四季預算分配要公告，如果代表或醫學會之後有更好的預算分配方式，健保署也可以配合試算。

羅代表永達

建議按日曆數分配只要扣掉星期天就好了，例如二月份雖然只有 29 天，如果包含 5 個星期天就差很多；希望可以扣掉星期天的日曆數去作各季預算占率分配，可能比較接近事實。

張代表哲銘

腎臟醫學會覺得差別真的不大，只要預算總數一樣就好了。

主席

代表有多面向考慮，104 年先維持 103 年的方式，按照日曆數分配四季預算。

報告第九案：各透析院所檢驗資料嗣後改以全數上傳至中央健康保險署健保資訊網服務系統(VPN)案

主席

代表針對第9案是否有提問?

干代表文男

請問現在資料院所有沒有上傳?這個平台是否可以抓資料用，還是屬於尚未整合的平台?

劉科長林義

依據健保會決議請院所把資料上傳至健保署，目前收載的內容只有跟獎勵計畫相關的指標而已，因為健保會決議是要將現行上傳給腎臟醫學會的資料全面上傳給健保署，健保署內部需要建置資訊系統來收載這些欄位，內部作業還需要些時間。

干代表文男

去年為了黃教授沒有全國資料，健保署規定今年7月起就要上傳，可是現在還是看不到十大表的資料?

主席

跟干代表說明:健保會討論時是針對獎勵計畫所有指標全數上傳，這部分健保署已經作了，另外黃教授或是您所提到，與透析品質所有相關資料都要從健保署取得的部分，健保署還要再跟腎臟醫學會討論，建立兩方都方便收載的系統。

張專委溫溫

今天報告案的品質指標來源是院所端送給學會，由健保署作監測;之後決議要送到健保署來，未來就依據送交健保署的資料來處理。目前所收資料只限於品質公開及獎勵計畫相關的指標，院所送給腎臟醫學會資料大概200多項，內容不只品質相關資料，還有一些學術研究需要的資料;如果健保署要把收載資料範圍擴大到200多項，除了要先架構平台外，

健保署還要跟腎臟醫學會作進一步確認收載項目與內容等。

千代表文男

需要到明年7月那麼久的時間嗎?腎臟醫學會都說沒有問題,惟一的問題點在健保署的平台。

張代表哲銘

腎臟醫學會收集200多項欄位,現在健保署所收欄位因為跟獎勵金分配有關,院所比較會有意願配合;腎臟醫學會所收的欄位包括基本欄位或是過程面的數據,與品質相關性較低,現在驟然要求院所全數上傳可能太突然。

另外項目真的太多了,全國500多家院所要配合,需要多請人或是資訊系統改版配合,真的是很沉重的負擔;希望目前上傳的部分繼續執行,其他哪些項目真的跟品質相關需要上傳可以逐漸擴充,全數上傳雙方都還是有問題,會收載很多無用的資訊,希望跟健保署在目前上傳系統穩定後再研議項目是否需要持續增加。

千代表文男

請教黃教授及三位學者,到底上傳好不好?還是維持原狀就好了?

黃醫師尚志

品質以現行項目來說已經夠了,如果要增加品質上傳相關項目例如鈣磷離子,腎臟醫學會已經規律收載了,提供上也很簡單;至於要知道透析原因、何時開始洗腎的背景資料,內容相當多,就看健保署要不要收。以學會的立場,如果健保署願意幫忙背書,學會收資料也會更為全面,醫學會現在收載的是雲端軟體,需要的部分可以直接轉出後提供,後端有人會作資料處理,都不會有問題;與其在VPN端增加項目,不如來跟醫學會要,醫學會直接倒資料比較快。

主席

全數上傳也是依健保會總額協商時的決議辦理，本署明白干委員對於洗腎品質相當有期待，也希望健保署能全面收載品質相關資料；目前已經收載獎勵計畫所有品質指標了，我們會繼續討論哪些是要繼續監測或是要新進指標的，會跟腎臟醫學會研究討論後陸續收入，擴充平台。

干代表文男

聽黃教授前面的報告，有些資料有問題所以無法分析；如果有充分資料就可以做更全面的分析，對之後的研究者也比較好；現在我質疑的部分是為什麼要另起平台？是設備不夠嗎？

黃醫師尚志

資料庫之間要相互串連是有難度的，國衛院的研究人員有再作後續的分析，有些問題問國衛院可以得到充分的答案；把腎臟醫學會資料放入健保署也有一定的程序要走，現在有些資料一年收集一次，VPN資料一下擴充很多欄位要求院所上傳，一定會有許多院所抱怨；如果健保署需要更多醫學會已有的資料，希望健保署通知院所，可以透過腎臟醫學會收集後轉成VPN檔後給健保署，對兩方都有幫忙。

羅代表永達

跟干代表報告一下：健保署有各項檢驗的醫令，沒有檢驗數值；大醫院可以透過轉檔去抓檢驗數值，資訊廠商要求每個欄位轉檔都要4千元，但是地區醫院以下可能得靠人工，如果一般院所每個月檢驗100人次，每個人266個欄位，真的是很大的負擔。再說現在洗腎是統包制不是論量計酬，之前行之有年的資料上傳院所已經想辦法配合了，欄位每次增家都會造成我們很大的負擔，不能這樣予取予求。希望可以大家坐下來談，哪些檢驗數據是真的需要的，院所應負擔的成本多少都考慮進去才行。

干代表文男

希望這次研究結果也可以提健保會，進一步研議的進度與結果也能提到健保會讓代表知悉。

主席

千委員建議如黃教授時間許可，也可邀請黃教授至健保會分享。請健保署與腎臟醫學會，就不屬於獎勵計畫之重要品質指標繼續研議收載事宜。

討論第一案：104 年門診透析服務保障項目及操作型定義案。

張代表哲銘

請問偏遠地區院所定義：山地離島地區就是那些鄉鎮不變，另外部分負擔減免與西醫醫療資源不足地區放進來的話，地區擴大非常多，這樣真的可以嗎？

張專委溫溫

這些地區都很偏僻，很多地方連西醫診所都沒有，103 年的區域大概只有 10 多家透析診所，從浮動點值補到每點 1 元差額估計需要 6000 萬，也在今年總額協商時談定了，沒有代表想的那麼多。

張代表哲銘

如果所占比例真的那麼少，對點值的稀釋效應雖然會有，應該不明顯；但是透析已經都用 case payment 了，不管在哪裡所接受的透析治療差異不大；這樣會不會造成都會區的透析資源外流？另外這些地區透析人口相對少，養不起一家診所，設立診所的成本也有差距。

張專委溫溫

之前有考慮到偏鄉透析人口相對少，院所需投入成本比較高；今年爭取預算時已內含 6000 萬保障金額，以目前偏鄉定義足以支應這些偏遠院所補助。

張代表哲銘

在這些偏鄉開業可能多為基層診所，是否請基層透析協會發表意見？

主席

提醒大家，在 104 年總額協商時已將這一塊放進去了，是為民眾利益考量，希望民眾有透析需求時不需跋山涉水，提高民眾就醫可近性；未來一年我們也會對保障項目續作評估，希望對醫療生態的衝擊不要太大。

鄭代表集鴻

基層透析協會贊成鼓勵偏遠地區設立透析院所之機制，但是現在是總額制度，如果用保障點值的方式，等於挖東牆補西牆，沒受到保障的院所容易有相對剝奪感，是否可以用編列特別預算的方式處理？另外對於腹膜透析的保障，健保會決議是回歸支付標準處理為原則，是否今年可以不再特別保障藥水和追蹤處理費的點值？

主席

編列特別預算屬健保會權責，我們會在實錄上記載。

王代表秀貞

什麼是相對剝奪感，在座委員代表可能沒有聽過本會名譽理事長談偏遠地區及社區保障的觀點，在社會上，本來對弱勢者就應該要加以保障的!!偏遠地區民眾也是同樣繳保費，資源卻較貧瘠，我們社區醫院協會提出的主張，一向不是以地區醫院經營為考量，都是以民眾照護之立場為出發!!

認為，對於偏遠地區，身為委員應該要思考的是如何給予更多的關懷及幫助，才對，怎麼會要刪減其保障!!

張專委溫溫

這段經費已經放在成長額度中，當天草案中也有落款；代表擔心資源移轉的部分，我們可以持續監控；有些鄉鎮真的很偏遠，健保署貼錢給他們都不願意去開業，這點可以放心。

千代表文男

贊成王代表所言：如果透析交通時間要1個多小時，每星期透析3次，來回奔波加上透析的時間真的很可憐，所以我贊成偏鄉也能設立透析院所，方便民眾。

主席

第一案就照案通過，105年要如何保障或編列特別預算，請提到健保會討論。

討論第二案：修訂「104年度慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」案

主席

請代表針對討論第二案發表意見。

張專委溫溫

檢驗資料已經由院所以VPN傳到健保署，沒有繳交報告的問題了，所以把配分移到其他項指標中；另院所代號有變動即為不同主體，其他修改只有年度的修改，以上說明。

阮代表明昆

第102頁部分，雖然個人相當贊同緩和醫療，但是請病人與家屬簽緩和醫療意願書實務推行上很不容易，臨床人員很容易被罵；最近腎臟醫學會作評鑑時我也會問這個問題，得到的答覆是簽這張真的很困難，操之過急，緩和醫療的確需要宣導，但是要實際書面簽署頗有難度。

主席

謝謝代表針對實際執行面所提的問題。安寧療護現在是健保署、衛福部及安寧協會都持續在推動的，阮委員意見我們會在適當場合反映給安寧協會。其他對於修正案還有問題嗎？

張代表哲銘

腎臟醫學會當初保留「準時繳交報告」，實際上是帶有獎勵性質的送分題意味；既然現在認為院所上傳的情形相當 OK，那就不堅持保留本項。之後壞人就讓你們當了！

另外提到更換負責人導致院所代碼更換的部分，如果一年之間有更換院所代碼，獎勵金可能就拿不到，如果院所上半年醫療品質不錯，申報時卻因為更換院所代號所以無法拿到獎勵金，是否可以有其他補強措施？

張專委溫溫

依法來說特約院所帳戶都是聯名帳戶(帳號加人名)，對健保署來說算是不同院所。

主席

張代表想為會員爭取權益，但是牽涉到給付的問題，審計部也會查帳，希望健保署還是依照現有相關規定辦理。

李副組長純馥

其他總額目前作法一致，希望各總額院所認定規則可以統一，對其他部門總額才好交代。

主席

沒有其他特別修正，本案就照案通過，進入第三案。

討論第三案：修訂「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」案

張專委溫溫

目前修訂重點多參照腎臟醫學會意見:刪除護理人員資格及蛋白尿緩解條件、Hct指標改為Hb、下降幅度以糖尿病或非糖尿病人訂定不同標準值;另外健保署沒同意部分包括P3403C與P3404C可併報部分,因為年度評估與複診照護本來就不應該併報,以前計畫沒清楚敘明不得併報,缺乏核扣之依據,所以後來寫清楚;另外P3409C希望首次申報滿兩年就可以申報,前係考慮到有些病人照護時間已久,下降幅度不如預期一直無法領取照護獎勵費,但是持續照護滿三年也很努力,所以給予持續照護獎勵費(P3409C),這兩個部分我們希望不修改。

鄭代表集鴻

請問將尿蛋白病患自照護收案條件刪除部分,黃教授報告中提出尿蛋白病患eGFR下降幅度是最大的,為什麼要排除收案?

黃醫師尚志

健保署跟我們有些文字上的誤解;醫學會的意思是蛋白尿緩解後不要直接結案,讓他們繼續接受照護,以免復發;或是增加緩解後1年的觀察期,維持緩解狀態再結案。如果現在從收案條件就刪除蛋白尿病患,會映證鄭代表所提:腎病症候群或糖尿病初期患者蛋白尿很嚴重,但是eGFR還是很高,Early CKD也不會收案,這些人經過治療效果最好卻被排除收案,也不是我們的本意。我們的目的只是將蛋白尿完全緩解從結案條件刪除或是修改為緩解1年才結案。

鄭代表集鴻

所以收案條件保留UPCR大於1000單位的蛋白尿病患?

黃醫師尚志

UPCR大於1000的蛋白尿病患如果不收案,會變成EarlyCKD與PreESRD都不收的無主病患,這些病人容易好也容易死,有違當初設計的原委。

張代表孟源

腎臟醫學會建議中提到三酸甘油脂與膽固醇變更，附表中有修改到，但是計畫本身沒有同步變更到，可能請健保署注意；另外本人也附議黃教授所提最危險的高蛋白尿病人一定要顧，在結案條件蛋白尿病人加上緩解1年後再結案。另外，P3404C與P3403C申報間隔77天部分個人贊同，考慮到病人回診周期等因素，可以將年度評估費(P3404C)限一年內的文字刪除，只保留申報3次P3403C之後間隔77日才能申報P3404C的條文嗎？

鄭代表集鴻

那尿蛋白病患的部分，是不是從收案條件開始全數恢復？之後相關結案條件與照護指標也全數恢復原條文？

主席

請醫管組修正完之後再請代表或醫學會幫忙確認。

張專委溫溫

蛋白尿部分健保署配合代表意見修改；另外張代表所提P3404C限1年內文字刪除部分，當初考量是希望一定時間內密集追蹤照護才有效果，如果刪除1年內字眼，院所可能將照護頻率拉到兩年內追蹤3次，可能效果不彰也不大恰當；還是希望可以保留1年內，作為一個追蹤的時間。

張代表孟源

確實Pre-ESRD病人需要密集且完整照護，希望時間上不要寫得那麼嚴格，可以延後1、2個月再作Pre-ESRD年度的申報。

主席

還是贊成醫管組所提意見，如果費用申報跨年度，要算哪一年費用？

張代表孟源

原則上同時限制P3403C與P3404C間隔77天以及P3404C要在一年內申報

的條件有時無法兩者都滿足，希望這方面可以考慮加以修訂。

張代表克士

第105頁年度照護指標將LDL標準降到100mg/dL以下應該是依照美國NCEP的ATPⅢ及Ⅳ的guidelines，如果我沒記錯，TG(三酸甘油脂)應該是150mg/dL以下，跟代謝症候群的標準一樣，因為很多檢驗報告的標準值已設定好，建議應該訂在同一標準為宜。

黃尚志醫師

如果確定最新的Guideline為150mg/dL，我們欣然接受。

張代表孟源

現在用LDL為主，加上TG不知道有何意義，本人贊成張院長的講法，如果真的要列入照護指標，用LDL就夠了，不用加上TG。

主席

目前還有意見的部分是年度評估費(P3404C)申報規定是否要變更，請醫管組說明。

張專委溫溫

希望維持原條文，作了完整照護費用後經過一段時間作年度評估比較合理。

干代表文男

希望能維持1年內的文字，因未超過時間去申報要歸到哪一年預算會分不清楚，建議維持原來的寫法。

主席

專業修正部分還是請黃教授幫忙確認。

黃醫師尚志

77天的設定本來是1季90天，因為門診是以周來看，三個月共12周84天，可以提早1星期拿藥變成77天，我對於健保署設定時間的推算是很厲害的。

干代表文男

拜託黃教授，之後延長半年的分析是沒錢的，希望在健保會報告時健保會可以給一些錢，慣用詞可以作一個中英對照表；P4P的意思我問了醫師大家都說不知，希望可以給一下對照，免得我們看不懂。

主席

代表意見很好，黃教授也欣然接受；健保會要回應一下嗎？

魏組長璽倫

健保會業務費恐怕沒有預算。

主席

跟代表說明：如果請黃教授到健保會報告時，至少出席費跟交通費希望健保會可以負擔。

王代表秀貞

請問EarlyCKD在某場健保會議上有討論到醫師參與資格，請問醫院協會建議放寬後，現在定案了嗎？

李副組長純馥

有要放寬資格了，要提到近期召開的共同擬訂會議中修正。

黃尚志醫師

醫學會建議不限專科參與，多多益善。

主席

今天會議開到這裡，謝謝各位。

