

# 「全民健康保險醫療給付費用門診透析服務研商議事會議」

## 102 年第 4 次會議紀錄

時間：102 年 11 月 13 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：楊秀文

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	林裕峯	陳代表雪芬	陳雪芬
陳代表漢湘	陳漢湘	張代表克士	張克士
莊代表志強	請假	黃代表月桂	黃月桂
黃代表啟嘉	黃啟嘉	鄭代表集鴻	鄭集鴻
梁代表淑政	周雯雯 <sup>代</sup>	蔡代表宗昌	蔡宗昌
廖代表秋鐳	廖秋鐳	謝代表武吉	謝武吉
蔡代表淑鈴	請假	潘代表延健	潘延健
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、方瓊惠、彭美熒
台灣醫院協會	王秀貞、吳心華、楊智涵、林佩菽
台灣腎臟醫學會	林元灝、黃尚志、林慧美
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	詹孟樵
本署臺北業務組	陳佳叻、蔡慧珠、張月娥、張惠芳

本署北區業務組	楊淑娟
本署中區業務組	徐麗惠
本署南區業務組	李麗娟
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	陳玉敏、蔡佳倫
本署醫務管理組	林阿明、張溫溫、劉立麗、張桂津、 洪于淇、鄭正義、楊耿如、楊秀文、 廖子涵、李健誠

一、本會 102 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：確認本會上次會議紀錄。

決定：洽悉。

（二）案由：本會 102 年第 3 次會議結論事項辦理情形。

決定：洽悉。

（三）案由：門診透析獨立預算執行概況報告。

決定：

一、103 年度起門診透析執行概況分列血液透析與腹膜透析。

二、Pre-ESRD 計畫報告時新增累計收案數及醫令 P3406C、P3407C、  
P3408C 件數分析計畫執行情形。

三、餘洽悉。

（四）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：**

- 一、請腎臟醫學會針對慢性腎臟病品質提升計畫之計畫目標或相關指標修正建議行文衛生福利部。
- 二、餘洽悉。

**(五)案 由：門診透析專業醫療服務品質指標監測結果。**

**決 定：**

- 一、因指標大多為半年或年指標，爾後改成每半年報告一次。
- 二、餘洽悉。

**(六)案 由：102年第2季門診透析服務點值結算報告。**

**決 定：**

- 1. 確認 102 年第 2 季點值，如下表：

季別	浮動點值	平均點值
102Q2	0.79015418	0.82326280

註：平均點值含鼓勵非外包經營透析院所 2%預算

- 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：103年「門診透析總額研商議事會議」召開會議事宜。**

**決 定：103年度會議時間，訂如下表：**

次數	1	2	3	4	5
會議日期	103. 2. 19 星期三. 2PM	103. 5. 21 星期三. 2PM	103. 8. 13 星期三. 2PM	103. 11. 12 星期三. 2PM	103. 11. 26 星期三. 2PM
會議名稱	103 年 第 1 次會議	103 年 第 2 次會議	103 年 第 3 次會議	103 年 第 4 次會議	103 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：103年「門診透析預算採日曆數分配四季預算」案。  
 決 定：103年四季預算分配情形，內容詳下頁附表：

103年度門診透析總額按「日曆數」推估預算增減情形

年度	103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)	102年日曆數 占率	天數
第一季	7,846	8,131	285	24.657534%	31
					28
					31
					90
第二季	8,278	8,222	-56	24.931507%	30
					31
					30
					91
第三季	8,341	8,312	-29	25.205479%	31
					31
					30
					92
第四季	8,512	8,312	-200	25.205479%	31
					30
					31
					92
合計	32,977	32,977	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。

#### 四、討論事項：

(一)案 由：有關 103 年門診透析服務保障項目及操作型定義案。

結 論：

一、藥事服務費採每點 1 元計算。

二、腹膜透析之追蹤處理費(58011C 及 58017C)採每點 1 元支付。

(二)案 由：有關門診透析品質確保方案專業醫療服務品質指標，部分指標改以健保申報資料計算案。

結 論：

一、住院率、死亡率與腹膜炎發生率已開發完成，並於本次會議上報告操作型定義及統計結果。

二、下一階段預計開發「脫離率」與「瘻管重建率」兩項指標。

(三)案 由：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。

結 論：

一、指標參考值由最近五年平均值 $\times(1\pm 10\%)$ 修訂為最近三年平均值 $\times(1\pm 10\%)$ 。

二、方案修訂內容因部分指標有疑義，與討論案第四案併案討論。

(四)案 由：修訂「103年度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：

一、同意未來指標資料由健保署收載，另資料申報規定由本署與相關單位討論後，另行通知院所辦理。

二、代表針對脫離率、移植登錄率、受檢率與住院率等指標疑義處，請台灣腎臟醫學會與台灣醫院協會行文本署，俾利徵詢專家學者意見。

(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」修訂案。

結 論：本次修訂重點如下：

- 一、年度評估費(P3404C)：限1年內至少申報完整複診衛教及照護費(P3403C)3次之病患申報，本項申報需與P3403C至少間隔77日。
- 二、結案資料處理費(P3405C)：符合規定者，1次600點，同一院所同一病患限申報一次。
- 三、持續照護獎勵費(P3409C)：由本計畫收案照護滿3年，且完成申報3次年度評估費(P3404C)或第4年起每年完成申報年度評估費(P3404C)者，申報2,000點(含醫護營養師照護費)，每人每年申報1次，當年同時符合申報P3406C或P3407C或P3409C者，則擇一申報。
- 四、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30分整

## 與會人員發言摘要

**報告第一案：確認「門診透析總額研商議事會議」102年第3次會議紀錄。**

**主席：**確認上次會議紀錄不再宣讀，請各代表直接參閱書面資料。

**報告第二案：「門診透析總額研商議事會議」102年第3次會議結論事項辦理情形。**

**主席：**各代表無提問，就照案通過。

**報告第三案：門診透析總額執行概況報告。**

### 主席

針對第三個報告案-門診透析獨立預算執行概況，請各代表提出意見進行討論。

### 廖代表秋錫

請問第6張投影片的價量分析，並無區分血液透析及腹膜透析，無法分析比較兩者之成長趨勢，故期望可否比照投影片第15-17張，呈現血液透析、腹膜透析的人數、件數及點數資料，可進一步發現問題所在，如投影片第15-17張所示，102Q3血液透析的人數及件數占率分別為90.6%、90.7%差異不大，但點數占率卻為92.3%，建議未來價量分析可比照分列。

**主席：**同意分列血液透析及腹膜透析資料。

### 鄭代表集鴻

我想請問投影片第25張：Pre-ESRD計畫之新收案人數是指新增個案，並未呈現該計畫的總收案人數。

### 張科長溫溫

此處僅呈現新收案人數，沒有累計收案人數，因考量計畫收案對象有結案情形，未來報告將補上累計收案人數。

### **鄭代表集鴻**

因Early CKD是用累計收案數，故建議Pre-ESRD計畫也比照提供總收案人數。

### **林代表文源**

議程資料第19頁，Pre-ESRD衛教計畫主要為預防性計畫，故應重視該計畫之執行成效，針對表中醫令P3406C、P3407C、P3408C為個案照護狀況良好給予之獎勵費，這幾項應該可以呈現本計畫實質成果，目前都只呈現人數，並未呈現執行品質。建議未來可提供趨勢圖來加以分析觀察。

### **張科長溫溫**

因近年Pre-ESRD計畫也持續修訂計畫內容，期間費用申報規定也有調整，故直接用申報點數分析較不合理，建議可用件數來分析近年計畫執行情形。

### **李代表素慧**

請問第28張投影片：同時併用呼吸器及門診透析90天以上的保險對象，剛報告中說明此資料為102年9月份申報資料中擷取，那是否表示目前全臺灣併用呼吸器及門診透析90天以上之個案數僅107人？

### **張科長溫溫**

第21、22張投影片之分析條件較嚴格，若使用呼吸器個案但有短暫使用門診透析者便會被排除，這份資料是指呼吸器使用超過90天，且在這90天內個案每隔1-3天接受一次門診透析，也就是他是定期接受透析的病患，若擷取個案條件為使用呼吸器併用門診透析，這定義範圍過大，可能包含急洗個案，此種非常態之個案應非屬本案討論對象。

### **李代表素慧**

所以只有107人，不是以前報告的5千多人。

### **張科長溫溫**

之前報告的人數是指「曾經有」，個案在使用呼吸器期間可能需要急洗，

但後續不見得需長期透析治療，故李代表提及的資料與本次提供資料的定義有所差異。

### 羅代表永達

我有兩個問題請教，第21張投影片，現在醫學中心腹膜透析占率為33.8%，區域醫院則為14%，記得過去在討論「五大皆空」的會議中提到，未來醫療發展希望醫院腹膜透析的占率能達14%，我想請教腎臟醫學會，目前醫學中心占率達33.8%，對臺灣透析醫療生態，此占率是偏低？偏高？或是適當？請說明讓各代表得以了解狀況。另第二個問題是有關呼吸器治療，本次會議僅提供102年9月份資料，記得上次會議亦有相關統計資料，請問兩者相較後，人數是增加？還是減少？

### 張科長溫溫

根據上次會議資料，102年6月份統計有117位，9月份統計則為107位，共減少10位。原則上，該資料仍會通知各分區業務組持續輔導，雖有一定的困難度，但仍希望能透過輔導機制，使人數下降。

### 陳代表漢湘

羅代表請教醫學中心腹膜透析的占率33.8%是否合理，目前臺灣腹膜透析占率約9~10%，曾經腹膜透析占率有超過10%，但因腹膜炎導致退出率太高，占率又降到9-10%之間，我覺得醫學中心腹膜透析占率33.8%應為合理。

### 謝代表武吉

投影片第18張，申報門診透析病人分布情形按層級別，用102Q2和102Q3比較，在基層部分，臺北區增加98人，北區增加83人，中區「正」、南區「正」、高屏「+9」、東區「+10」，那醫院部分臺北是「+53」、北區是「-53」、中區「-40」、南區「-41」、高屏「+36」、東區「+16」，想了解相關管控措施為何？第二點，我記得以前在講ICU用呼吸器，在醫學中心是21天，RCC在區域醫院是42天，RCW在地區醫院是180天，請教一下投影片第28張，醫學中心14位和區域醫院32位，是甚麼疾病可以住院那麼久，這應該是要到地區醫院RCW的，可否說明一下？

### 主席

因謝代表提問的內容比較細，在座的有各分區業務組代表，不知針對謝

代表第一個問題，各業務組有沒有要回應的。

### 張科長溫溫

剛謝代表所提，投影片第18張，有關透析人數的變化情形，可能我們在這裡比較難說明，事實上病人數都會有增增減減的情形，那為什麼會增？為什麼會減？那影響發生率的因素有很多，不是單就一個因素就可以解釋的，我們只能說在整體上，希望透過Pre-ESRD計畫跟Early CKD，讓發生率不要再上升那麼快速，我們看101年資料，雖然發生率還在上升，可發生率的成長率是沒有那麼快，就各分區的部分，我們這邊比較沒辦法去回應謝代表的問題。

### 主席

議程資料第21頁，有關謝代表關心醫學中心或是區域醫院長期住院90天以上的個案情形，我們同仁目前無法回應謝代表的問題，但請各分區業務組進行輔導時，一併了解個案長期住院的原因，下次開會若有資料就可在會議上回應，向各代表報告。

### 謝代表武吉

有關剛張科長回應之內容，我無法接受，既然要呈現這些資料，就應當回應可能的因素，你既然說無法回答，那這會議等於是白開的。

### 林副組長阿明

跟謝代表報告，現在認定透析個案都要經過一定的程序，如果依據重大傷病卡來透析，就一定要經過健保署的審查，那審查通過才會拿到重大傷病卡，才會進到我們的統計資料，那各分區也不是加強管控病人數就會減少，不加強的話就會變多，我想應該各分區在審查上面應該有一定的標準。

### 謝代表武吉

就是因為有這種規範，我曉得，我是健保會的委員，我怎麼會不曉得，但是你今天到這裡報告，你就是要說明這些規範，但今天如果無法回應這問題，對出席的代表無法交代。

我知道發卡有審查與相關規範，我是健保會委員當然知道，而我年紀這樣大，都還算出其增減數據，但健保署卻對原因交代說明不來，這樣像話嗎?!

## 陳代表雪芬

針對投影片第18張，我本身也長期在做相關分析，如果基層和醫院加總後再去看，又是不一樣的狀況，所以這張表基本上並沒有太大的異常，長期來看，增加的不全都在同一分區，如果一直在同一區，那就可能真的有問題。我建議未來增加統計基層和醫院的小計，因為我發現一個分區內基層病人多，那醫院病人就會變少，所以單去看基層或醫院，對於增加或減少較大的變化，就比較難讓代表們信服這樣沒有問題，所以我建議多做一個總計。

## 謝代表武吉

我再請教一下，基層的醫師數是515位，多15位，另醫院是775位，多28位，病人數變化是不是和醫師數變化有關，我提出這樣的問題，是希望要幫健保署解套。

## 林副組長阿明

這個部分如果將醫院跟基層合起來看，變化就會相對平穩，但現在有可能是醫院的病床醫師沒增加那麼快，但在基層增加比較快的話，那勢必病人穩定後一定往基層跑，所以有時資源上基層多醫院少，那病人數變化可能跟供給面有密切關係。

## 謝代表武吉

所以剛剛提的時候，就坦白說這個狀況，你們就是沒認真回應，我們在問問題前，都已先思考周慮，應由甚麼角度切入。

## 主席

謝謝代表對議程資料的充分理解，並提供我們寶貴的意見。

## 陳代表敦領

兩個請教：第一點是在議程資料第15、16頁，下次會議就第4季結束，我希望第4季結束後，請健保署提供各年度單純就透析治療行為所衍生的費用/病人數的透析統計，可了解全年花費的費用，另外歷年血液透析和腹膜透析的成長趨勢為何，跟國外比較結果為何，那在費用的衍生及成長趨勢有甚麼關係，那在健保制度下，到底對兩者的誘因在治療行

為上有甚麼樣的影響。另第二點在議程資料第20頁，關於非外包的鼓勵因子，我有看到不符合規定的院所，共11家，可否請教這11件不符合的定義為何，如何審核？那另外就是要請教這兩年實行鼓勵非外包院所政策下，當初認為要鼓勵的項目是甚麼，那到底有沒有達到鼓勵的性質，這方面請健保署說明，讓各代表理解，謝謝。

### 張科長溫溫

第一部分就是下次做全年時可把時間拉長一點，就歷史年度看一下在血液透析、腹膜透析的趨勢情形，這部分我們可以做到。另外投影片第26張，有關透析非外包院所切結家數的不符合定義，我們在切結書上有幾項要求，譬如人員必須是自己聘用的等等，那依據那些項目去審核院所提供的資料是否符合，假如不符合，就認定為不符合，那不符合之院所也可來申復，目前統計結果是有11家，那沒有回報的也認定在不符合非外包的定義，那這是目前資料的情形。至於提到有關當時鼓勵透析非外包最主要的目的，是希望能夠鼓勵透析是由醫師專業自主來做處理，那做了兩年後，在103年大家對這議題還是有不同的意見，今年的決議也沒有再把這議題放入，那對保險人來說，最重要的還是希望病人得到的服務是有達一定品質的，這才是我們所要的，願意付費的，所以那這部分我只能說可能101、102年有這個期許，以上補充。

### 陳代表敦領

我再補充請教一下，如果是醫師自主的行為，102年的占率和101的占率相比，102年是有成長的，那這成長是因為達到醫師自主的行為嗎？還是其他的因素，那麼如果不是的話，至少希望健保署可公告這樣的結果，即使103年不實施了，也應該給做這個決策的人有一個警惕的作用，因為這樣決策是不對的。

### 張科長溫溫

鼓勵非外包的統計結果都會在本會議報告，那至於這案子是依據當時的費協會決議來辦理，是不是有達到當時所要的目標，我想我們會把最後的結果提報到健保會作為參考，是否有達到目標就要看個人的解讀了。

### 謝代表武吉

其實這都是我說的，這件事不用再針對健保署了，往後相關問題也可以不用再提了。我很清楚這一塊，到底切結書的內容是正確還是不正確，

切結書是否有逾越法律的權限，有違憲之嫌，這些問題都很大，所以今年就沒有再繼續推動鼓勵非外包了。

## 主席

有關101、102年鼓勵非外包是過去費協會所決議的結果，我們健保署只是依會議結論來執行。如果對第三案沒有其他問題的話，請臺北、中區、南區及高屏業務組針對代表所提，有關呼吸器併門診透析90天以上之保險對象進行輔導並了解其狀況，若有資料於下次會議提出報告，讓代表了解。

## 林代表文德

剛剛報告提到有關慢性腎臟病照護與衛教計畫的預算，103年是4.04億，那Pre-ESRD計畫於101年大概花了1億多，Early CKD並無呈現預算執行狀況，只有人數，這部分下次起是否可一併呈現，讓各代表知道衛教計畫之執行狀況。另外Early CKD與Pre-ESRD計畫執行院所層級有差異，對這現象我是比較好奇，一個是醫院執行的多，另一個則是基層執行的多，所以想請教一下。

## 張科長溫溫

我先說明一下，今天資料的42頁裡有Early CKD與Pre-ESRD計畫在102第1、2季的執行情形，Early CKD這2季支用約2200萬，那Pre-ESRD計畫約6700萬，所以兩個計畫加起來大概已支用9100萬，這是目前到102年第2季的執行情形。那第二部分，Pre-ESRD計畫所照顧的是stage 3b-5的病患，所需要的照護團隊一定要有腎臟科專科醫師外，還有營養師、衛教師等，那在Early-CKD他照顧的是比較初期的病患，以stage 1-3a為主，所以只要有現行的專科醫師，再做一些訓練就可以執行計畫收案，所以相對起來，Pre-ESRD計畫的照護團隊主要以醫院為主，因為他有比較多的人力來照護個案。

**報告第四案：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。**

## 主席

謝謝黃醫師第四案的報告，針對Pre-ESRD病人照護與衛教計畫的執行成果報告，各代表針對此報告有沒有要提出意見交換。

### 羅代表永達

黃醫師辛苦了，這是全世界的創舉，我們也一直很想知道這個答案，我們外國的朋友也常提到，我們聽到好像與有榮焉，但是始終拿不出成果，像今天的報告做一個結論給大家，我看投影片第18張，不知道是筆誤還是？，這張圖表裡的血壓是大於130/80mmHg，還是小於130/80mmHg？

### 黃尚志醫師

我看到的時候，想法跟你一樣，我後來查過，血壓小於130/80mmHg是好事，好的大概占30-40%，因為這些病人都會得高血壓，Hct<28%是壞事，Albumin<3.5g/dl也不太好，所以可以看出在stage 4、5時是比較不好的，那為什麼stage 4、5時血壓會比較好呢，這我也無法解釋，但我後來去查過，符號沒有錯，既然羅代表提了，我回去再確認一次。

### 羅代表永達

因為很少人會把正向指標和負向指標放在同一張表裡，還有第21張slide，還是看不太懂，你看新收案時stage4、5的比例和已結案時的比利，其實他是有一個時間上的問題，否則這只能證明說我們計畫沒有成功而已。

### 黃尚志醫師

這其實是同一個時期的個案。

### 羅代表永達

對，就是說他應該有一個比較的母數，否則這個就沒有意義。

### 黃尚志醫師

這只是說在新收案時，這群病人的一個比例而已，這期間新收案的人和已結案的人也許有少部分的重疊，但可能都是不同的個案。

### 羅代表永達

他可能必須要有一個比較，就是沒有接受Pre-ESRD計劃的個案在這狀況下的情形又是如何的。

## 黃尚志醫師

如果要做的話，從93年開始，高醫在這計畫還沒開始就有在執行，重新分析來看整個流向會比較好，譬如說收案後反而會倒退一點，有的會維持在同一階段，大部分會維持在同一階段的比較多，但是還要看觀察期間長短。

## 羅代表永達

第21張slide是裡面最重要的表，但還是沒有結論出來，第37張slide，我剛有提到，我始終懷疑國家是真的這樣決議嗎？包括我們腎臟醫學會始終覺得第4點「提升腹膜透析占率」，我在很多場合一再提到同樣的事情，但今天在黃醫師報告裡又看到，黃醫師還是贊成提升腹膜透析人數，是嗎？

## 黃尚志醫師

不是，這是當初衛生署的公告。當初有設定4個目標，然後再諮詢腎臟界人士，我被徵詢的是第一點，可否降低透析發生率2%，那我基於腎臟醫學會的資料，如果再努力一點，包括剛剛提到的無效醫療部分，這個目標是有機會成功。那第4點提升腹膜透析人數應是徵詢台大吳寬墩教授，我們私下討論，用那幾年台灣腎臟醫學會資料計算，在新發個案如Pre-ESRD計畫做得好的話，會有比較多人進來，我們是用這樣去推估的。至於這四項目標怎麼來的，我也無從得知。在腎臟界有人是不太贊同這一項目標，有很多反對的聲音，但這就是衛生署的計畫目標。

## 羅代表永達

因為這件事已經當作國家政策了，現在評鑑裡面要求地區醫院要達9%，我們質疑，但對方就回應這是政策方向，我們醫界不論怎麼反映，對方堅持政策方向，說文字就是寫這樣，他上面寫14%，不是13%，但我心裡想，到底要透過甚麼管道才可以告知政策決策者，告訴他這個決策是錯的，那包括教授、腎臟醫學會都有這樣的義務去告知外界，強制用各種方式，包括評鑑、點值，這樣的政策是不對的。那我不曉得到底要跟誰說，包括門診透析研商議事會議提過，跟腎臟醫學會提過，到目前為止，醫策會的評鑑還是這樣要求。那我們真的不知道要說給誰聽。

## 黃尚志醫師

評鑑時高醫被問到腹膜透析占率為什麼這麼低，那我說明高醫個案較嚴重，大概我們最低了，那至於說為什麼要提這個政策，可能那時候楊志良當署長時弄出來的，本來說腎臟移植的要占15%，不是成長喔，是要占全部的15%，我說全臺腎臟科醫師捐一個腎臟也不夠，所以後來才改。最近我才在當這計畫的審查委員，他們說這計畫這不對那不對，那當時評估的時候，是拿台灣腎臟醫學會的資料當base去推算出來的，評估時不是應該要先拿一個正確的資料來推估這個目標嗎？怎麼是目標先定了，然後再來推，我在當審查委員也是提出很多意見。

### 腎臟醫學會 林副秘書長元灝

我覺得用腹膜透析占率來講，實在不是很恰當，因腹膜透析在透析族群裡的比例就低，那因ESRD的人口成長每年都很多，但就裡面適合作腹膜透析的人本來就少，且會因分母越來越大，他所占的比率越來越小，所以你會看到腹膜透析占率一直無法提高，因為分母變大的非常快，所以即便他每年都有很多人數在增加，但實際上他的比例還是偏低，所以你說要成長到10%、13%、14%，那實在是不可能，因為我們的平均年齡本來就很高了，適合做腹膜透析的人本來就相對偏少，所以我認為用占率當目標本來就很荒謬。

### 謝代表武吉

非常感謝黃尚志醫師，他對於社區醫院要推動Pre-ESRD和Early CKD，給予幫助也是很大，所以今年才得以順利推動，感謝黃醫師。我針對剛談的腹膜透析占率問題，我們應該用這個會的決議案，要求由健保署行文給衛生福利部，說代表對此有質疑，期望能有一個改善的方向，這樣是否可行？另請教黃醫師，我記得34年前，在彰化有一間油廠發生多氯聯苯米糠油事件，除食入造成直接危害外，甚至危害到後代子孫，除多氯聯苯外，現在有塑化劑、棉籽油、銅葉綠素，不知食入這些物質對腎臟的影響，可否在這裏說明一下。

### 黃尚志醫師

講到這個就要跟林杰樑醫師致敬，台灣最早的米糠油事件，當時我們都還在學生時代，當時這事件鬧得很大，但這群受害者是不是有透析，我們可能沒有進一步了解，但如果有的話在透析室應該就會知道，因這群受害者從外表可能就可辨識出來。第二個吵得沸沸揚揚的是三聚氰胺，暴露可能導致腎臟危害，那確實食入三聚氰胺會造成結石，我

對三聚氰胺的印象不是後來才知道，最先是狗的寶路事件，那時我有注意到這個問題，那後來看到三聚氰胺的照片才想到狗的寶路事件就是三聚氰胺的問題，當時這事件在大陸發生後，對於一歲以下的嬰幼兒，腎功能尚未健全無法排除那麼多，所以才產生很多腎衰竭、鈣化等問題，所以三聚氰胺對腎臟絕對有影響，但影響最大的是腎功能還沒發育好的嬰幼兒。在成人方面，高醫吳明蒼教授研究結果，結石的形成是以三聚氰胺作為凝聚媒介，所以如果過去三聚氰胺的咖啡等飲品喝得多的話，體內有幾個結石可能也不足為奇，那至於會不會導致腎衰竭，目前看起來是還不至於。第三個塑化劑，主要影響的是生殖方面的問題，跟腎功能沒有太大的關聯。第四個毒澱粉(順丁烯二酸)的話，會造成腎小管的問題，而近端腎小管在臨床上有特殊表現，但實際臨床上很難看到這樣的變化，所以在動物實驗，是叫近端腎小管的傷害，這樣的個案在臨床上比較少見，但有些腎臟科醫師，包括林醫師，都懷疑這可能造成腎衰竭，但我個人對此採比較保留的態度，我認為造成傷害還不足在那麼多病因占一席之地，最後是現在的油(棉籽油)，我看到的資料主要是生殖系統的危害，那會不會產生其他問題，還需再多觀察一段時間。剛謝代表提到，有關多氯聯苯對下一代的危害，那這群人會有甚麼問題，現在既然事件被爆出來，大家就會關注，可能就會有學者有研究興趣，以上是我的回應。

### 干代表文男

謝謝黃醫師的報告，但我看那個成果的取樣只限於高醫，那為何無法擴及到全國？

### 黃醫師尚志

兩年前我站在這邊，也是有委員同情我，健保署都沒有提供資料，那我怎麼分析，那週一我把計畫投出去，若有得標的話，就可以做全國的分析了。

### 干代表文男

投標也不一定是對的，因為投標後就不保證品質，像是生意人沒賺錢不行，要做也要有工錢才行。如果你用高醫做model，沒有推到全國，那結果是不是會有點偏頗，健保署是不是可提供更多的資料，因為只有健保署有全國的資料，如健保署沒有提供，那叫他怎麼做，這樣說不過去。我看資料103年偏列4.04億，那102年編列多少？那今年1-9月執行1億

多，健保署作一個平台，消費者方面也要了解衛教計畫執行的成效為何，那也請專家學者協助分析，如果成效好就應該在預算上加強，1-9月才用一億多，如用2億去估算，用不完的钱也是回收，沒有發生效果，剛聽黃醫師報告，Pre-ESRD計畫似乎有點成效，可有效遏止發生率，暫緩發生率上升，請各位醫師及腎臟醫學會繼續努力執行衛教計畫，這是被保險人比較在意的地方，且如果減少進入透析的人，透析的點值也會比較高，一旦進入透析，再怎麼呼天喊地也沒用了，請大家共同來努力。請問可不可以分析各縣市別的盛行率，像是雲嘉南地區透析盛行率高居不下，這到底是不是實際上的狀況，還是莫須有的汙名。那也請國民健康署協助在衛生行政會議上，請各縣市衛生局或衛生處協助衛教預防措施，減少透析病患數，也可造福民眾健康。

### 黃醫師尚志

如果成效評估計畫出來，健保署能夠根據這個計畫，與得標人協調有關資料庫的使用，但VPN的資料只是照護資料裡的一小部分，所以還是需要健保署給我們背書，我們才有辦法跟其他院所拿到更詳細的資料，VPN上傳可能只是這個計畫資料的1/10或1/20，其實台灣有很多資料都是寶庫，那健保署的資料都沒有生化檢驗值，但臨床醫師很重視檢驗值的變化，所以必須要兩邊合作，也請健保署能慷慨提供協助，畢竟這些成果是屬於國家而非個人，且國際發表也非常重視實證數據，這是大家共同努力的目標，再次呼籲不要用個資法來限制。

### 林代表裕峯

我非常感謝干代表提出這個議題，過去腎臟醫學會配合國健署及健保署政策，建立Pre-ESRD資料庫，包含品質指標和流病的統計，我想這些資料都非常寶貴的。民國97年我承接國民健康署計畫，研究5000個CKD/5000個高危險群的Prospective Study(前瞻性研究)，這些都是為了研究流病或是腎臟病的危險、惡化因子，擬定政策供政府作慢性腎臟病防治政策參考，如何減少透析人口、延緩透析時程，降低透析醫療費用支出等，我想這些都是非常重要的。這些資料庫的持續，目前健保署ESRD資料庫由國衛院做統計分析，Prospective Study的部分我在國民健康署核准之計畫也持續進行。重要的是不管是Pre-ESRD，甚至是目前的Early CKD的資料庫之建立都是相當重要的。

### 鄭代表集鴻

從剛剛黃醫師的報告，early CKD和Pre-ESRD計畫成效應該是明顯且確實的，但剛黃教授講了一個照護計畫目標，就Pre-ESRD計畫來講，把末期腎臟病照護的更好，確實可提升透析病患5年的存活率，但對於第一點（降低ESRD發生率）的目標，這樣陳述是有問題的，就是我們把病人照顧得更好，存活率更高，所以可以穩定的進入透析，病患數應該會增加，所以應該是沒辦法降低ESRD的發生率，如果真的要降低ESRD的發生率，應該由各層面著手，如腎毒性物質(毒油、添加物等)要全面考量，而不是只靠Pre-ESRD照護計畫，所以Pre-ESRD計畫跟這計畫(慢性腎病照護十年計劃)的目標應該是有抵觸的，我們Pre-ESRD計畫做得越好，那ESRD發生率會更高，所以我不曉得在黃教授最後結論裡面，改為“穩定”ESRD發生率，黃教授把降低改為穩定，不知黃教授是不是這個意思？

### 黃醫師尚志

剛剛那是衛生署計畫的目標，是衛生署就全國操盤的狀況，當然不只是Pre-ESRD計畫，包括early CKD等，包括很多層面。那我們就Pre-ESRD計畫會不會降低發生率，原本預期是會降低，但這幾年的趨勢來看，有時高一點有時低一點，也不能說是平穩，雖然不是用降低那麼強烈的詞語，但所謂穩定就是不像過去直線型的上升，這樣對整個大局來說已經是不錯了。

### 鄭代表集鴻

所以我個人認為釐清這一點很重要，就是說我們做Pre-ESRD是有價值的，我們把病患照護的更好，讓他們活更久，但並沒辦法降低ESRD的發生率，那這樣可以避免給社會大眾、付費者代表誤解，如他們一直認為我們做Pre-ESRD是為了要降低ESRD發生率，結果並沒有降低，就會以為我們做得不好，不認真做，如果一直有這種誤解，對計畫後續的執行就會有不同的政策。所以我同意剛剛羅代表和謝代表的看法，是不是我們發函請衛生福利部重新修定慢性腎病十年照護計畫，包括目標要降低ERDS發生率或是提高腹膜透析的占率，這目前看起來都不是很符合現狀，是否可修正。

### 主席

針對剛剛鄭代表所提，腎臟醫學會針對慢性腎臟病品質提升10年計畫的目標或是相關指標需要修正，請腎臟醫學會行文衛生福利部，就專業面提供意見，讓衛生福利部於檢討計畫目標時可進行討論。

## 干代表文男

方才提問尚未得到回應，健保署是否可提供資料；Pre-ESRD預算執行情形為何？另如果計畫成效不錯是不是應增加預算，增加收案人數。若請病患簽署同意書作為研究之用，我想病患應該都會同意，我希望能全面性推動，如健保署有相關資料應提供，那如果計畫成效不錯，預算就有調整空間，但今天報告說明Pre-ESRD的成效僅是平盤而已，結論為穩定ESRD發生率，那代表有沒有進步，我不曉得。我們比較注重前端預防，因為後端如果已進入透析，但在Pre-ESRD計畫到底有沒有成效，請各位就專業角度提供說明。

## 張科長溫溫

其實有關降低腎臟病的議題，剛黃醫師第36張投影片，慢性腎臟病防治照護品質提升5年計畫，計畫包括很多面向，包括前端可能有國衛院的慢性腎臟病防治指引、用藥指引，甚至是資料庫的監測，而資料庫的監測不單單是用健保署的資料，還用到衛生福利部的死因檔，國民健康署的相關資料，所以這是整體的規劃執行。第二點，若現在健保署要提供資料，確實有一些個資的問題，雖然我們都認為是為了讓國家公共政策更好，但健保署已經有案例發生，民眾認為健保署不應將其個人相關資料提供予學界進行研究分析，所以我想應就不同面向作審慎的考量。那剛所詢，是否可做全台的資料分析，我們現在有一個委託研究，在委託研究計畫下，我們會適當把資料彙整，在沒有個案的情況下提供受託單位分析研究，且可提供歷年Pre-ESRD相關資料給受託單位分析，那就會有全國性的資料。那近年有關腎臟病計畫大約都編列4.04億，到目前為止，執行數皆未達預算數，但與各代表報告，Pre-ESRD計畫與其他論質計酬(P4P)計畫相比，他的執行數高好幾倍，表示大家都很重視這個議題，那也希望stage 3b-5的病患能進入計畫接受照護，目前計畫成果是留在計畫裡的病人是越來越久，表示病人留得越久，就能延緩病患進入透析的時間。第二個，有更多的病人進入透析時，因有參加Pre-ESRD計畫，所以都已建瘻管不需再住院，花費更多醫療資源，且進入透析時的個案情形也較為穩定，我想這也是Pre-ESRD的成效之一，雖Pre-ESRD已執行數年，但我們仍需繼續努力去改進、溝通，使計畫能有更好的成效。

## 林代表文源

謝謝黃醫師的報告，我有兩個意見提供參考，第一就是在Pre-ESRD裡就有照護獎勵費P3406C-P3408C，這裡就可具體看出照護的成效，剛黃醫師的報告中，呈現很多量的變化，那我不知道做Pre-ESRD的品質效果有沒有出來，就延緩惡化的效果有沒有出來，不知道這方面，您的看法是如何？第二個，是上次報告也提過您跟吳寬墩教授在做臺灣ESRD指標的修正，因為我們現在所有的計畫和政策都是靠這指標來區分第幾期，但這指標在90末美國NKF提出後到2011年，在倫敦召開研討會時，原始提出的團隊都承認這指標是有一些不確定性，包括英國，那日本在實施這指標時，有做本土的校正。目前所有相關腎病防治及治療都仰賴此指標架構，我很期待本土校正的資料可以出來，這對Pre-ESRD計畫可以更精準，避免不應收案而收案或是錯誤估算病程，對病患、醫療資源都不是好事。有更精確指標，後續的政策規畫也可更準確。

## 黃醫師尚志

我先就第二問題回應，國際腎臟醫學會新分期的方式加入蛋白尿的觀念，所以把蛋白尿當橫軸，腎絲球過濾率當縱軸，那共有18格不同的格子，若格子為綠色，表示很穩定，有些是黃色表示危險，有些是紅色、橙色的，用顏色來區分危險性，那我們正在做這件事，把過去stage 1、2、3a、3b、4、5用新分期做的話，那發生率是差不多，但可看出大部分會集中在什麼情況，那這新分期強調三件事情：為什麼會造成腎衰竭原因、腎絲球過濾率的高低、蛋白尿的有無及嚴重度。那這新的觀念是國際腎臟醫學會在推展，各國亦同，那臺灣腎臟醫學會也希望推新的分期法，但推這分法會有三個問題：我們串GFR的量尺，那結果比我們現在的還低，那就表示更多人會出現有問題，那國際量尺算出來會比較高，所以病人會比較少，這問題尚待解決，但是我們覺得最重要的是，現在用60當切點，如果沒有蛋白尿，腎功能60以下的話，就說有病，所以常會碰到50幾的來找醫師，但其實還須考量其他因素，像是年齡、體格、蛋白尿等，所以我覺得日本跟我們處在同一個問題，我們東方人的體格、東方人的問題和西方人不太一樣，但現在主導的國家還是用他自己的方式在算，那如果我們自己要算的話，資料要夠、要完全，但問題就在資料不完全，限制過多，所以我們這方面就輸人家，我個人認為切點不要設定在60，若切在50，那我們會少很多early CKD，那健保署的錢也會省很多，國家的錢也會省很多。第三個是說甚麼時候要進到透析，在國外的臨床指引都是9或10就進入透析，那香港也是7、8、9就開

始透析，臺灣7-9是在做CKD，做到4才開始進到洗腎，外國<15就認定為ESRD，我們臺灣是<5，表示我們trap很多病人在這階段，這是我們比較強的地方。就剛林教授提的，我們正用計畫資料和陳永明醫師做整理，上述三個問題都顯示臺灣、日本這些東方國家的體格等狀況皆與西方人有異。

至於林教授的第一個提問，我們在全國的資料只看到林純美等人的研究，跟以前的人比較，或是要做RCT(randomized controlled trials)或是跟一群沒有受照護的人比較，現在沒辦法做這些事情，因為沒有所謂「沒受照護的人」，在早期吳麥斯醫師有做過相關研究，用基隆長庚跟臺北長庚的資料比較，那確實有照護的人下降是比較緩慢的，那高醫是比較照護前後，那確定斜率是從比較陡變成比較平緩，所以可以用這結果來說明接受照護後，斜率會變比較平緩，惡化速度會減緩，如剛張科長所提，那就會有更多的病患留在CKD照護，而不是進入透析，這對國家、對病患都是福氣。最後我提一下，這些CKD的病人我們總要找一個出口讓他出去，不然遲早都會進入透析，所以就要用安寧照護跟ACP，對於這些在CKD照護很久的個案，很老衰的或是很多問題的個案，應該加諸安寧照護的觀念，希望有些人狀況不佳的個案可不要再進入透析，如此一來，也有助於透析發生率的下降。近來國家也在推動相關政策，希望這可接續在CKD照護之後，對病人的衛教，第一講移植、第二講CAPD、第三講血液透析、最後講不透析也是一種選擇，這是照護上的標準模式。

## 謝代表武吉

我很感謝黃教授呈現慢性腎臟病防治照護品質提升10年計畫的目標給各代表參考，另外剛主席的決議也都做得非常的好，張科長所報告的個資法部分，現在個資法的問題很嚴重，一點疏忽就要賠償2億元，我想健保署的行政費用也才幾千萬而已，無法賠償巨額罰款，所以資料的提供還是需要審慎的考量。那我還是強調，剛主席裁示有關腹膜透析占率由腎臟醫學會正式行文給衛生福利部。那我還是要拜託黃教授，如果有接到這項計畫，方才我提出有關多氯聯苯、三聚氰胺、塑化劑、棉籽油或銅葉綠素等物質，可能對腎臟的造成影響，建議考量納入計畫執行，有助全民的身心健康，希望能朝這方面來做。

## 主席

因第三案已討論很久，是不是再開放一個問題，後續還有8案尚未討論，會議時間恐延長至晚上7點。

### **黃代表啟嘉**

剛討論中已可看出，許多與透析相關的政策，健保署有充分的資料庫，但礙於個資法在資料提供上有很多困難，是不是在個資法立法上，跟國民健康利益有關的部分，是不是應有解套方式，不然包含健保管理問題也都受到阻擾，針對個資法的問題是不是應有相關措施。

### **主席**

這問題已經提過許多次，署內相關作業也都在進行中。

### **報告第五案：門診透析專業醫療服務品質指標監測結果。**

### **主席**

謝謝第五案的報告，針對議程資料第40頁，小結中「因指標大多為半年或年指標，少數為季指標，希望改為半年報告一次」，意思是指標都改為半年，然後半年報告一次或是指標維持不變，只是改半年報告一次。

### **蔡技士佳倫(本署醫審及藥材組)**

指標維持不變，改每半年報告一次。

### **謝代表武吉**

我不知道脫離率何時改為整體，不區分血液透析和腹膜透析，脫離率本來就應該按血液透析、腹膜透析區分，像議程資料第31頁，腎功能恢復人數共43位，移植人數共142人，那到底脫離率是在哪一方面的脫離率，應該要分開列，我覺得這點很重要。

### **蔡技士佳倫(本署醫審及藥材組)**

是依據102年第2次開會時的決議。

### **謝代表武吉**

我好像是反對喔，我是反對的喔。

### **李代表素慧**

我想就剛剛謝代表所講的脫離率，他指出PD跟HD是不太一樣的，因為PD的脫離率可以做HD，所以我也建議，在分析時可否加入PD的退出率，就是本來放了一個導管要做PD，可是後來他沒做。

### 陳科長玉敏

跟各位報告，因這些資料都是由腎臟醫學會收集提供，關於PD退出率的資料有沒有辦法得到，那要請教腎臟醫學會。

### 李代表素慧

那再跟腎臟醫學會討論一下，因PD的退出率也是很重要的，有些年紀太大的是不太建議去做PD。

### 主席

有關剛謝代表所提的脫離率建議，有要再修正嗎？

### 陳科長玉敏

那可能還要再確認102年第2次的會議記錄。

### 謝代表武吉

講到脫離率，我是絕對不會讓步的，脫離率太重要，有時洗幾次就可以脫離，健保署如果這樣處理有便宜行事之嫌。

### 主席

這是102年8月14日第3次會議記錄裡的報告案第一案，確認102年第2次會議決議，有關專業醫療服務品質指標監測報告，脫離率部分建議整體統計，不須區分血液透析和腹膜透析。

### 謝代表武吉

但我當時是反對，否則乾脆所有指標都不要！！

### 李代表素慧

我想增訂一個PD的drop out rate，就是退出率，就跟上次的結論沒有衝突。

### 主席

剛我們同仁已經答覆，這個資料是來自台灣腎臟醫學會，品質監測指標是由腎臟醫學會在處理，各位的提案我們會寫在決議裡面，有關脫離率和PD退出率是不是可執行，我們會再跟腎臟醫學會討論，請問陳理事長有沒有要回應的？

### 陳代表漢湘

我想脫離率分成兩點，一個是腎功能恢復，一般急性的話，不會去做腹膜透析，都是以血液透析為主，慢性腎衰竭確定後才會做腹膜透析，一般腹膜透析要脫離的話比較難，除非他有一個急性加重的因子，所以我們說脫離率，以血液透析為主，譬如他CKD第4或5，那突然有一個急性加重因子，洗了幾次後，腎功能就恢復了。或者是急性腎衰竭，甚至洗了兩個月才恢復的，這叫腎功能恢復，所以一般評估要做腹膜透析都是很確定他不會再恢復了，但腹膜透析的恢復力雖不敢說沒有，但我想相對於血液透析一定是低了很多，所以基於以上考量，才建議脫離率不區分血液透析和腹膜透析。

### 謝代表武吉

如果是理事長所說，那麼腎臟移植人數共142人，到底這裏面幾人是血液透析？幾人是腹膜透析？搞不清楚嘛。

### 陳代表漢湘

這個的話倒是可以區分。

### 謝代表武吉

這本來就是要分的，我上次堅持要分開分析，結果你們用這種步數是行不通的，我還是建議脫離率不論是腎功能恢復人數或是腎移植人數都要區分血液透析和透膜透析，這樣才可比較，進一步了解early CKD和Pre-ESRD的執行成效。

### 腎臟醫學會 林副秘書長元灝

容我說明一下，上次提案是我提的，因脫離率是品質指標，那要去區分血液透析和腹膜透析的脫離率怕會有誤導的嫌疑，不要因血液透析和腹膜透析數據上的差異，被誤解成血液透析和腹膜透析在照護品質上的差異，因那並不是品質的問題而是數目的問題，同樣都是ESRD的病人，接受腎移植不會因是血液透析或腹膜透析有差異，所以就應採

整體統計，那腎功能恢復也一樣。當然要再另外研究哪一種病人比較有機會恢復，還是哪一種病人有比較好的條件可接受腎臟移植，那這應是另一個問題，那我們現在在研商議事會議討論的是透析品質的問題，有沒有區分就顯得沒那麼重要了。

### **謝代表武吉**

對於這種說法我無法接受，這脫離率是我提出的，所以我特別注意，在這一部分我是不會讓步的。剛我已經講了，腎功能恢復43位中，到底血液透析有幾位？腹膜透析有幾位？移植的又有幾位？這些資料要提出我們才能了解，所以這個議案下次會議再報告一次。

### **主席**

針對謝代表的意見，我先徵詢腎臟醫學會意見，在資料是不是可以呈現血液透析和腹膜透析的統計，如果可以，這樣就可以了解血液透析和腹膜透析兩者脫離率的情形，下次會議就不用再報告一次。

### **腎臟醫學會 林副秘書長元灝**

我想這件議案我們會再討論，看用甚麼方式可滿足謝代表的想法，我想這應該還可討論。

### **謝代表武吉**

我會堅持是有原因及顧慮，我在這簡單說明我為何這麼重視脫離率，上週有朋友來訪，他的一位朋友到對岸廣州換腎，原本一次要換2個，但等不到腎，改去湖南長沙，結果移植後因感染，前後開了5次刀，後來回到高雄持續接受照護才能恢復，這是為什麼我那麼重視脫離率，一定有我的苦衷和原因，所以拜託腎臟醫學會能夠了解我們一定是為全民健康把關。

### **主席**

剛剛腎臟醫學會已答覆了，會再回去研究討論脫離率的資料呈現，評估是否要備註血液透析和腹膜透析。

### **腎臟醫學會 林副秘書長元灝**

我想我們會研究，但還需跟謝代表溝通看他真正關切的數據要如何呈現會比較好。

**主席**

好，那第五案就討論到此。

## **報告第六案：102年第2季門診透析服務點值結算報告**

**主席**

請各代表針對第六案102年第2季門診透析服務點值結算報告提問。

**謝代表武吉**

今年在健保會有委員提出，如果點值低於0.9，正負差5%時，要提出檢討改善，那現在正負差那麼多，醫管組為什麼沒有提出檢討改善方案。健保會已經有委員提出，當點值變化超過正負5%就應該要有所檢討，透析點值已經超過變異範圍這麼多，為何健保署卻都還沒有提出相關改善措施?!

第二點就是我們簽合約時，裡面有註明暫付款是15天，但現在點值結算暫付款已經超過快五個月了，這樣暫付款給醫療院所就晚了6個月，那這段時間的利息，健保署有算給人家嗎?因為在民國92、93年發生過，因結算過慢導致醫療院所要負擔利息，那請問健保署這利息有準備要給人家嗎?

**張科長溫溫**

上次謝代表已經有提過點值0.9要檢討的事情，事實上，預算成長率沒辦法趕上人數成長率，平均每件的醫療費用也不下降，點值低於0.9是可預期的，那改善方法就是第一：調降支付標準，如果能調到一定程度，點值就可到0.9；第二：在健保會上提高門診透析的預算；第三：降低就醫人數，但這都不是一蹴可成的，所以我們都知道問題在哪，但現階段沒有甚麼策略可解決全部的問題，所以可能沒辦法達到謝代表的要求。第二個暫付款的部分，目前依據「全民健康保險醫療費用申報及核付及醫療服務審查辦法」的規定，會先有一部份的暫付款在規定期限內核付，點值結算依照規定就是按季結算，每一季的費用一直要到核定，譬如說三月的費用是要到4月20日申報，那申報後依規定又是60天的核付期，那現在結算第二季到6月，資料最快就是要在9月底前完成審定，那審定後10月份開始做結算，作業上就是有時間的delay，但上述作業都已在相關法規有明文規定。

## 謝代表武吉

健保署的答覆不通!好像把我們委員當小孩，騙騙就算!檢討改善那是我寫的，你有檢討哪有改善。在合約書裡寫15天要暫付，那現在已經拖了6個月，180天，暫付有做沒錯，但是現在結算你還是有欠人家錢，這一部份你還是要給人家利息。

## 主席

跟謝代表補充說明一下，健保署依相關規定辦理，暫付是按月都有暫付，並沒有牽涉到健保署欠各醫療服務機構費用利息的問題，這在相關規定裡面都寫得很清楚，所以請大家不要誤會。至於謝代表提到第一個，所謂點值低於0.9的檢討，剛張科長有提到三個影響因素，健保署也都在想辦法一一解決，不可能一次解決所有的問題，這是懇請謝代表了解的部分。如果點值沒有其他問題，確認後就依照健保法第62條規定辦理點值公布結算事宜。

## 報告第七案:103年「門診透析總額研商議事會議」召開會議事宜

### 主席

針對103年門診透析研商議事會議召開會議時間，若無其他問題，本案就確定照案通過。

**案由：**103年「門診透析預算採日曆數分配四季預算」案。

### 主席

這是103年四季預算分配案的報告案，請各代表參考，如沒有其他問題我們就照案通過。

**討論第一案：**有關103年門診透析服務保障項目及操作型定義。

## 鄭代表集鴻

我們建議取消這個保障的提案，腹膜透析並不是有絕對的優勢的治療，只限於某部分特定對象有好處，並不是全面性的，所以不應該特別鼓勵，另外在財務方面已和血液透析非常接近，也沒有財務上的優勢，目前在保障鼓勵的情況下，已經造成一年內的失敗退出率太高，反而對病

患造成傷害，所以我、李素慧代表、陳敦領代表和阮明昆代表提出取消這項保障。

### **羅代表永達**

我呼應剛鄭代表的說詞，現在點值真的是很低了，光1.0和0.8就差異很大，更何況是1.1，目前門診透析的財務狀況真的不好，1.1和0.8，這0.3的差距，相當是加了38%，也就是現在做腹膜透析比血液透析的點值多38%。就如我們剛提到的，一開始希望大家去推展腹膜透析，所以給予保障鼓勵，那這幾年來已慢慢趨緩。我想在座有很多代表可能不知道，在台中、彰化、雲林等地方，有很多人剛開始要洗腎時，因腹膜透析具有經濟誘因，讓醫院去輔導病患作腹膜透析治療，但病情穩定後回到居住地，附近沒有提供腹膜透析的院所，還需定期回到醫學中心就醫，這樣對病患也是一種負擔。那當然很多東西只要走到極端，在有誘因的情況下，很多個案就會被推到他不應該去的地方。我們認為在這種情況、氛圍、財務條件下，這樣的保障應該要取消。

### **腎臟醫學會 林副秘書長元灝**

我看第一點裡面有提到血液及腹膜透析藥費及藥事服務費採每點一元，血液透析好像沒有藥費，已經內含了，怎麼會有一點1元。

### **張科長溫溫**

那修訂為藥費和藥事服務費採每點一元，把「血液透析和腹膜透析」拿掉，不要強調血液透析或腹膜透析。

### **阮代表明昆**

因為只有腹膜透析可以申請藥費，所以不能把兩個都拿掉，應該把血液透析拿掉，免得有疑慮產生。

### **李代表素慧**

透析的藥費和藥事服務費是放在透析總額內或是其他總額部門？

### **張科長溫溫**

透析預算包含藥費和藥事服務費，那藥費本來就採每點一元支付，我們特別要講的是藥事服務費採每點一元支付，藥費不論今天決議如何都不會改變，只是這裡寫詳細一點，藥費及藥事服務費採每點一元支付。

## 李代表素慧

透析處置就是透析包裹了。

## 張科長溫溫

所以就只要寫門診透析服務項目裡的藥費及藥事服務費採每點一元支付。藥事服務費並無規定保障每點一元，故建議是比照102年藥事服務費採每點一元。

## 主席

這討論案要討論的有兩個，一個是藥事服務費是否採每點一元，第二點是腹膜透析之追蹤處理費是否採每點1.1元，藥事服務費大家可以討論，剛剛鄭代表和羅代表有提到，是否取消保障腹膜透析之追蹤處理費每點1.1元，我記得是政策指示，若是政策指示的話，就不是在座的代表說取消就可取消，我只能把大家的意見兩案併呈，送給衛福部裁示。

## 羅代表永達

如果不讓我們討論或是我們無法決議的話，放報告案就好，討論案就是我們這邊要有決議的東西。

## 阮代表明昆

剛開始追蹤處理費是每點1.2元，後來經討論後有降到1.1元，所以我們現在也可以討論讓保障點值再降，不是說不能討論。

## 腎臟醫學會 林副秘書長元灝

我建議是不是全部都採浮動點值好了。

## 廖代表秋燭

我想回應剛張科長所述，本來藥費、藥事服務費就是每點1元，這個是在腹膜透析裡才有，血液透析是包裹給付沒有，那腹膜透析的追蹤處理費若改成浮動點值，也就違背當初的政策。那另外一個我剛沒有講的，在48頁裡面腹膜透析的結算，藥費跟藥事服務費的部分，很明顯看到西醫基層台北分區的點數很奇怪，腹膜透析主要是來自藥費，台北分區西醫基層申報的好少，只有九萬多點，那看北區、中區、南區，一百多萬到三百多萬點，高屏跟東區只有二十幾萬點，腹膜透析在西醫基層的分

布差異很大，那是不是台北就醫可近性高，所以做血液透析很方便，那照理說，南區、高屏、東區就醫可近性較低，那申報血液透析應會比較低，腹膜透析比較高才對，所以我不清楚為什麼台北分區在腹膜透析上的比例會是這樣子？這我無法解釋，是否有人可以說明？

### 張科長溫溫

請看今天資料第12頁，腹膜透析各層級院所數的資料，看西醫基層部分，台北只有一家，可北區有4家，中區有4家，南區也比較多，所以應該和他的家數有關係，因為家數多，申報的量也會變多。

### 廖代表秋燭

但是要以洗腎中心家數來看，而不是他有沒有接受腹膜透析的病人，不是只看病人數，100家可是只有1家有做腹膜透析，可是在北區、中區，他可能有50家，但是有20家有做腹膜透析。

### 張科長溫溫

那下次我們再把資料整理更詳盡，以利各代表理解。

### 鄭代表集鴻

這個問題我可以試著回答，因為腹膜透析在基層診所本來就推展不易，因為需要一個團隊來照護，那中區為什麼特別多，我認識那位醫師，他原先在醫院工作，有很多腹膜透析的病患，後來他出來開業，所以他的病患數可抵所有診所病患的總數。那至於剛剛提到有關政策的問題，我提出三個不要保障的理由，因腹膜透析真的不是絕對優勢，他也不具普遍性，不是老少皆宜的治療，如果政策不是那麼恰當的話，是不是至少在保障項目就先不要保障了。

### 林代表文源

政策會影響臨床實作，因此政策目標要正確。從政策角度看有一個建議，其實我們現在給的追蹤處理費，那個政策推展的點是錯的，在經濟誘因下可能造成院所與醫師誘因，可能讓很多病患做PD，但後續照顧不足，造成現在接管率很高。腹膜透析的關鍵是病患居家自我照護與換液，我做過腹膜透析病患的研究，當前腹膜透析最大的問題是對病患的支持不足，如果政策真的有心要推的話，應該把資源投到居家護理或是社區護士這一塊，增加對病患的支持，而不是用在醫院的追蹤處理費，

如果放在這裡只會造成誘因使不適當作PD的病患被收進PD中，造成拔管率高，但即使病患適合做腹膜透析，但也可能因為支持不夠，最後還是會drop out，以上是我的想法。

### **干代表文男**

這腹膜透析跟血液透析在我們知的領域，從政策指導到現在，我們消費者代表還是希望用腹膜透析，對病患的生活比較方便，包括去醫院的時間不需那麼長，方便出國或是工作，所以腹膜透析對病患還是有存在的價值，現在醫界都認為腹膜透析不好，那當初政策在推的時候就應反駁，現在你們提出不贊成的意見，今天消費者代表只有我一個人，我頂不住，如果說要取消保障，我建議是否提到健保會去討論，不要在這會議直接決議取消保障，這件事也接受那麼久了，做也做了，如果自然淘汰就自然淘汰，那不要直接在這裡下定論說是好是壞，如果一直說壞，那我也感到很奇怪。

### **鄭代表集鴻**

干代表這一點我是覺得不太妥當，因為這真的是比較醫療專業的問題，就我所知，健保會好像腎臟科專業的人員沒有那麼多，在醫療專業面來講，剛剛林代表提到一年內的拔管率真的太高，這樣對病患來說，是多受一次的痛苦，另外，腹膜透析是有特定的實施對象，現在看起來是比較適合年輕的女性，沒有糖尿病的病患比較適合，但是現在尿毒症是糖尿病的病患占大多數，所以再這樣鼓勵下去，糖尿病人如果植了這些管，真的是不恰當，在醫療上更是浪費。

### **腎臟醫學會 林副秘書長元灝**

我提供干代表一個數字，民國100年植管的病人有1900人，拔管的有1600，您看這個數字就知道，這樣的治療適不適合用政策這樣推。

### **主席**

藥費在母法裡規定得很清楚，我們無需在這裡討論。第二點的藥事服務費和腹膜透析的追蹤處理費，我與同仁確認過，健保署是配合推展腹膜透析政策，提出經濟誘因而訂定追蹤處理費，所以保障點值每點1.2元，後來又降為每點1.1元。剛才林代表提到，目前對腹膜透析病患的支援資源是不足的，用追蹤處理費作為鼓勵措施可能不是很理想，連同前面的報告案，請台灣腎臟醫學會針對腹膜透析占率等相關問題，將專業意

見一併行文予衛生福利部的決策單位做參考，在政策未改變前且點值也不是很理想的情況下，是不是先把腹膜透析的追蹤處理費(58011C、58017C)降為每點1元，如果大家不反對，先暫定這樣，等腎臟醫學會跟衛福部針對腹膜透析相關議題討論後，如政策有所改變，再來討論是不是要保障的問題，不論是要取消或是調整保障，目前先降成每點1元。

### 謝代表武吉

主席我這邊建議一下，因為我在第六案就有預留伏筆，這一案藥事服務費沒有資格拿每點1元，腹膜透析的追蹤處理費原本也是想每點1元，因為我想提升門診透析的點值，但也不要說沒有鼓勵，我的建議是如果點值是0.82，那腹膜透析的點值就是0.92。

### 張科長溫溫

這一定要事先確定，不可能先算出一個0.82，才有一個0.92，因為全部的錢是一起結算的，這樣就落入一個循環了。

### 謝代表武吉

今天張溫溫科長似乎跟我不對盤，不要誤解我的意思，我建議是於結算時當血液透析為0.82，則腹膜透析就+0.1。

### 廖代表秋錫

剛張科長說得沒有錯，真的是沒有辦法算，那剛提到的藥事服務費，因為在醫院總額或其他總額部門都是每點1元，如果只有在透析總額不是每點1元，我覺得這樣可能會有一些問題。

### 陳代表敦領

腹膜透析和血液透析都是同一個總額，所以勢必腹膜透析分得多，血液透析就變少了，所以點值就會有互動的關係，但是剛謝代表提的精神是可以採納的，就是說腹膜透析和血液透析的點值都應該是浮動的。那現在要獎勵腹膜透析不應該從透析總額裡面支應，因為政策的決定是國民健康署，所以付款的單位應該越單純越好。若全部採浮動就不會侵害到別人的利益，若是要獎勵，承剛主席提的每點1.0點，這我也同意，但要由國民健康署去支應點值差額這個費用，這是我的建議。至於說腹膜透析和血液透析誰優誰劣，我剛也提到請健保署提出整個統計數據，看每個病人的費用是如何，事實上這在歐美各國已經行之有年，腹膜透析

跟血液透析的選擇，保險制度怎麼樣付費絕對是一個因子，那他們的比率從過去到現在已經維持一個穩定，台灣現在也是一個穩定。那第三點要提的就是綜觀各國的血液透析跟腹膜透析的給付，兩者差距是很大的，不像國內是差一點點，也就是說我們已經很努力提供獎勵措施了，所以今天得到這樣的一個分布，那是其來有之，已不是激勵措施可以改變的，也就是說未來醫學中心腹膜透析的成長15%是不可能達到的，除非你基期非常的低才有可能，基期高的話，那是不可能達到的。

## 主席

國民健康署現在未撥付健保署20幾億，健保署也很無奈，很多政策都希望健保署提供誘因，各位的意見我都知道，但就像黃醫師說的，我們保險人單純就是付醫療費用，至於到底要介入多少公共衛生和預防醫學的政策，實在很難區分，我們也做得很無奈。這個案子先做以下的決議，藥費沒甚麼好討論的，藥事服務費就維持102年每點1元，腹膜透析因為占率不是很多，既然點值也不是很理想，我們就先降成每點一元，有關剛才的提案還是拜託腎臟醫學會，不論是有關健康促進或是腎臟照護等問題，去就專業角度跟衛生福利部溝通，只要政策決定，健保署就會配合調整，103年先這樣執行，跟102年的差別是腹膜透析追蹤處理費降為每點一元。這樣也算對腹膜透析的一點鼓勵，至於林代表提到的鼓勵資源適不適當的問題，我們未來再檢討。

**討論第二案：有關門診透析品質確保方案專業醫療服務品質指標，部分指標改以健保申報資料計算案。**

## 主席

醫審及藥材組要不要先做補充說明。

## 陳科長玉敏

這個提案是依據上次會議結論，由健保申報資料去做的統計分析，可看議程資料第57頁到60頁，這是住院率、死亡率和腹膜炎發生率的操作型定義，這定義是跟台灣腎臟醫學會討論確定的。統計的結果可看附件6，NHI就是用健保申報資料統計分析的值，那TSN是由腎臟醫學會收載來自各院所自行報告的資料，所以兩者會有一點差距，以上請大家參考指教。

## 主席

原來指標是由腎臟醫學會提供，103年開始要改從申報資料去分析提供。

**阮代表明昆**

我想知道這些指標資料是從哪裡來？

**張科長溫溫**

是從申報資料來的。

**阮代表明昆**

那資料是我們院所要另外提供是不是？

**張科長溫溫**

不是，我們直接從申報資料分析病人的狀態來統計計算指標。

**阮代表明昆**

是用勾稽的。

**陳代表敦領**

那我想要請教一下，這NHI的資料和TSN還是有一些差距，那這差距的原因為何？

**陳科長玉敏**

因這兩者的資料來源不太一樣，NHI是從各醫療院所實際申請醫療費用的資料去分析，那腎臟醫學會的資料是各院所自行提供的，所以這中間是否會有一點誤差，這還需去做詳細的探討。

**陳代表敦領**

那再請教一下，如果病人原是做腹膜透析，那因他拔管drop out了，那又因某種原因住院，住院後死亡了，那他是屬於血透還是腹透呢？

**陳科長玉敏**

這個部分可以參考57頁到60頁的操作型定義，我們監測的對象是慢性透析的病人，那慢性透析定義是連續三個月都有申報透析醫令者，那分母的部分是看在這段期間若做血液透析，那就算在HD的分母，那如做腹膜透析就算在腹膜透析的分母。

## 陳代表敦領

那如果他drop out沒有到三個月，那到底是歸到哪一個，血透的死亡還是腹透的死亡？

## 蔡技士佳倫(本署醫審及藥材組)

兩者都算。

## 陳代表敦領

因為NHI跟TSN間的差距就是因為對死亡的定義不太一樣，譬如說透析單位是基層，那個案因某種原因住院，假設住一個半月死亡了，那這時個案是應歸在哪一個單位要報，是醫院還是基層，我請教的就是這個。

## 蔡技士佳倫(本署醫審及藥材組)

NHI用的死亡，並不是醫院跟健保署申報的，而是用承保檔裡的「死亡轉出」去串病人的ID。

## 陳代表敦領

我了解，那因為腎臟醫學會跟單位要求回報是說，在醫院透析超過三個月，如果死亡是屬於醫院要報的。

## 主席

實際上有一些特殊狀況，在統計上就一定會有誤差，沒辦法在這邊針對特殊狀況一一討論，只能提供操作型定義給大家參考，這也都有跟學會討論過，是不是就先照此案執行，未來發生甚麼統計上的問題，再來討論要改進的部分，腎臟醫學會有一些平台可以討論，剛才陳代表提問兩者有落差的原因為何，我們已回應因兩者資料來源不同，一個是申報資料統計，一個是由院所自行提供給學會，這中間一定會有落差，細節部分或是個案情況，等將來執行後有問題再行討論。

## 陳代表敦領

基本上我同意，我為什麼提這個，是因為HD跟PD的死亡率，也因認定原則會有落差，所以我的質疑就是在此。

## 干代表文男

我請教第58頁的表，表的最下面有58026C居家訪視透析治療，那請問93

年到現在的執行率是多還是少?效果如何?好像在健保會沒有聽到這一項醫令的成效。

**主席**

我請同仁分析這項醫令，看是要在健保會報告或是直接提供給干代表。

**謝代表武吉**

我想下一階段依序開發脫離率和瘻管重建率，脫離率可以先做，瘻管重建率等脫離率做完再做。

**張科長溫溫**

目前已完成死亡率、住院率和腹膜炎發生率，再來就是要做脫離率和瘻管重建率，現在已經開始進行。

**干代表文男**

腹膜透析和血液透析的好壞我是不知道，我是希望如果有居家透析治療，這是最好最方便的，請分析醫令申報量評估成果好壞。

**主席**

如果沒有問題第二案就照案通過，資料我們會後再提供給干代表。

**討論第三案：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**

請各代表針對第三案表示意見。

**張科長溫溫**

在透析部門類似品保款的計畫在第四案討論。第三案是品質確保方案裡的專業醫療服務指標修訂，指標參考值以前是最近五年平均值\*(1±10%)是否修訂為最近三年平均值\*(1±10%)，那其餘項目名稱就維持暫不修訂。

**主席**

本案跟總額點值無關，就剛才張科長所說的，在說明三的倒數第二、三

行，品質確保方案各指標的參考值由最近五年平均值\*(1±10%)修改為最近三年平均值\*(1±10%)，若沒有意見，本案就照案通過。

**李代表素慧**

那請問103年的品質提升獎勵計畫？

**張科長溫溫**

那在第四案討論。

**于代表文男**

這些指標是否統一用正向或負向指標會比較好一點。如果有時不注意看，會不小心看錯，如果只用正向或負向一種代表的話，會不會有困難？

**主席**

在報告中都會註明是正向指標還是負向指標，這我們再研究看看，接下來進行第四案討論。

**討論第四案：修訂「103年度門診透析服務品質提升獎勵計畫」案。**

**張科長溫溫**

我先補充一下，103年其他部門有編列4.04億，這4.04億裡的4500萬就是要用在慢性腎衰竭門診透析病人服務品質提升計畫，也就是這4500萬由其他部門支應，這是第一個說明。那第二個就是計畫修訂前，有先去詢問腎臟醫學會和醫院協會的意見，那腎臟醫學會有兩個修訂意見，醫院協會有一個修訂意見，那因目前這些指標項目都是和品質確保方案的專業醫療服務品質指標一致，所以我們建議，指標項目都跟著品質確保方案一起修訂，不再另外修訂，避免造成混淆，譬如說品質確保方案是55歲以上透析病患登錄率，那獎勵方案要改成60歲以下，又或是說前面是幾人，這邊又要改成幾人，這樣容易造成混淆，所以建議獎勵計畫的指標修訂都配合品質確保方案。那第二個建議是，前面資料已提到住院率、死亡率和腹膜炎發生率由申報資料來產製，所以103年這三項指標就由申報資料產製的值作為獎勵金分配的依據。過去資料都是由各院所提報給腎臟醫學會，那因個資的問題，我們覺得應該要由健保署來收載資料會比較恰當，且外界已多幾建議，都希望應該要由健保署來做資料收載，所以建議從104年開始，規劃這些資料都要由申報資料進來，

那未來都是由健保署計算相關的醫療品質資訊。

## 主席

謝謝張科長的補充說明，本案獎勵計畫預算有4500萬，103年住院率、死亡率和腹膜炎發生率的指標值就由申報資料產製，那104年後的計畫指標會在103年規劃好，再通知各院所來配合申報，請各代表表示意見。

## 陳代表漢湘

剛剛提到個資法的問題，規畫104年直接由醫療院所將資料報給健保署，但是腎臟醫學會會擔心，因為學會收集的資料不只品質保留款那10項，學會有更多的資料來監測院所提報資料的品質，以及將相關資料上傳到USRDS，而和美國USRDS之間的聯繫都是透過學會跟學會，各國都是一樣，如果現在直接把資料上傳到健保署，那我們學會擔心透析院所就會越過學會，直接將相關資料傳到健保署，所以還是懇請能由學會提供健保署相關的資料，最主要是要監測透析院所相關的品質，以及跟USRDS之間的聯繫，以上報告。

## 主席

學會關心透析院所的照護品質以及與美國USRDS之間的聯繫，因為這是在健保會相關會議中的決議，所以健保署一定要這樣執行，這是第一點跟理事長回應的。第二個健保署是依健保法裡面的相關規定，要求院所把資料傳到健保署來，這項措施是依法有據的。至於剛才理事長說院所資料就不傳到學會，這是另外一個議題，可能這裡也無法幫你解決，但將來學會需要相關的統計資料，依健保署對外提供資料的辦法來執行，無法提供所謂的個資和醫事服務機構的各別資料，但統計資料可以依健保署對外提供資料的相關規定來提出申請，也利用這個機會跟大家說明。

## 阮代表明昆

我有兩個疑問，我們醫院協會住院率的定義，剛科長講是不採用，我想確定一下。第二個問題是資料要再傳給健保署，申報就是VPN上傳，不是嗎？

## 張科長溫溫

在這裡先跟大家報告，申報方式現在大概規畫兩種，一個就是用VPN上

傳，再另外開發一個新的介面，可如此我們擔心這樣的作業方式可能會造成醫療院所的困擾，所以還有另外一個方式，是每個月申報院所的費用時就一併申報相關資料，就是虛擬一個醫令，那這醫令可能是某項申報指標，這方式的好處就是不需再額外去VPN開另一個畫面，就在申報資料時把這些資料一同帶入，這是目前規畫的兩個方向，那到底甚麼方式是比較好，我們也希望院所端的負擔不要那麼大，但又可達到資料收載的目的，且也希望資料是正確的，所以還是在資料系統上需要再加強做檢核，那我們會找相關醫界代表討論。

### 阮代表明昆

我想這有一個問題，第一個，因剛剛干代表也提到，為何Pre-ESRD的錢沒有用完，因為不是錢沒有用完，如果看資料第18頁，102年1-9月Pre-ESRD計畫基層收案才395個，不是基層不認真，為了申報Pre-ESRD計畫建置VPN，光資訊軟體就要花一萬多塊，且還要維護費，所以有很多院所只是照正常程序申報而已，並不是基層不認真，基層病人數也不少。同樣如果獎勵計畫再開一個VPN，負擔會很大，軟體要花錢，還要維護費用。第二個是我已開業20年，這20年不管是學會要監測我，還是我監測我自己的病人狀況，現階段的軟體我用得得心應手，如果如果現在要經健保署申報，只是增加院所很大的負擔，以上是我個人的意見。

### 主席

有關申報方式請醫管組作參考。

### 羅代表永達

我們贊成未來資料由健保署收載，因這有公正性的問題，而剛提到的技術性的問題也確實存在，目前財務性的資料，我相信健保署藉由勾稽、電腦分析把資料可以收集得很好，但是檢驗數字是屬個人申報，這樣申報資料基於很多的理由會有很多誤差，那健保署該如何去檢核？這是很質疑的第一件事。第二點就是這些檢驗數字在看的時候，會有很多定義的問題，我認為資料呈現的東西，並不是我們想表達的，也不是我們所負荷的責任。醫院協會提出希望把住院率改成每年平均住院天數，我剛沒聽到張科長說明不接受的理由，住院率到底想表達甚麼意涵，有一個透析病人因急性進到急診住了兩天，跟一個人因洗腎因素住了一兩個禮拜，兩者表現意義是不同的，那這情況下住院率用次數表示，一個住兩次，每次都一天兩天，跟一個人他住十幾天，代表意義很顯然就是不

一樣。過去腎臟醫學會會去修正指標定義，我現在提出來好像沒有得到健保署的認可，因為從專業的角度和財務的角度是不一樣。

### 鄭代表集鴻

我想請問張科長，這裡說104年6月底以前起，除住院率、死亡率和腹膜炎發生率由保險人產製，其餘由腎臟醫學會提供，那意思是只有住院率、死亡率和腹膜炎發生率由健保署統計，其他的還是由腎臟醫學會提供嗎？

### 張科長溫溫

我再說明一下，第一個，剛羅代表提到有關住院率的部分，因為前面品質確保方案提到的住院率就是要了解這病人是不是有住院的情形，所以住院率並不是住院天數的情形，這意思不太相同的，那因品質確保方案裡面有很多指標跟獎勵計畫指標相同，所以我們認為獎勵計畫的指標應該是與品質確保方案指標相同，那因品質確保方案沒改，所以建議獎勵計畫也就不修改，除非前面住院率定義就是住院天數，那就配合修改。第二個說明就是健保署規畫在104年開始全面產製指標，那因為現已經102年底，不可能在103年執行，所以在103年的時候，除住院率、死亡率和腹膜炎發生率，由資料庫產製外，其他部分還是要請台灣腎臟醫學會收載資料和處理，103年會採雙軌進行，健保署會請學會和相關單位來討論，假如指標全面改由醫療費用申報，以甚麼執行方式會比較有效率，且醫療院所負擔是比較少的，至於如何檢核資料的合理性還有定義，我想在那次討論會一併確定，那我們是先預告說預計要這樣執行。

### 羅代表永達

健保署行文給台灣腎臟醫學會和醫院協會請提供修訂建議，那要建議甚麼，健保署都不修，然後只是要告訴我們未來要將資料提供給貴署。那第二點，有時候健保署不要有點像大政府政策，我真的相信數據提供者給你們之前就會modify，因為他知道這些資料將來的作用為何，假設健保署收載的資料都是經過modify的話，你們怎麼查。那目前腎臟醫學會裡的資料，大家都認為提供後沒有關係，是內部做統計的數字，所以是不會被modify的，所以我真的很懷疑未來健保署甚麼樣的機制可以去做這個審核。

### 黃醫師尚志

很佩服羅代表對事情觀察的敏銳度，腎臟醫學會收集資料26年來，一直都為正確性在頭痛，那一個專業團體無法確認正確性，只能相信院所提報的資料，在透析醫療品質的指標資料也是透析資料的1/10左右而已，我們無法要求健保署如何，就腎臟醫學會多努力請院所使用TSN KiDiT軟體，希望不要排斥用腎臟醫學會軟體收載的資料，學會可以做一個前置，使資料收載後再轉進健保署，可以達到雙贏的策略，那資料分析後的該如何詮釋，如住院率，從健保署統計的比腎臟醫學會的高了快10倍，一個洗腎的病患做眼睛雷射住院，跟洗腎有甚麼關係，可是在健保署的資料都會出現，所以詮釋一定要注意，否則只看數目容易被解讀錯誤。監測指標就是要讓各院所設法改善品質提升指標值，但如果指標是怎麼努力都無法改善的話，那這指標就會有一點爭議。期待健保署能再與腎臟醫學會討論。

### 干代表文男

我想這個案子沒有甚麼爭議，這點是在評核會中特別指出來說的，至於這件事說程式有問題，照理說都是小事，加一個程式是一遍的麻煩，健保署建議這樣在我們看來是很正常，不然怎麼說台灣健保第一，第一就是大家的努力。

### 謝代表武吉

我是覺得說健保署在戲弄腎臟醫學會和醫院協會，說明第五點就是103年透析品質指標資料由院所填報於申報系統，使本計畫得以於104年由本署系統產製計算，這樣我覺得怪怪的，透析院所不知道要怎麼處理，不知道要怎麼申報。

### 陳代表墩領

我代表基層講一些心聲，基本上收集資料是一個簡單的動作，但是這是由工作人員逐筆鍵入的，那我們已經習慣使用以前的軟體，那不管是103年的兩案併行或是104年的單一產製，這都沒問題，但是如需要醫療院所單一資料要key兩次的話，那可能會造成醫療院所很大的負擔，點值一直下降，成本已經是抓襟見肘，再加上護病比例提高，醫療院所的經營本來就很困難，如果再增加這項工作，那真的是很大的隱憂，如黃醫師提的，如果健保署能用學會的軟體收集資料，這是最好的。第二個，收集這些資料，除了獎勵計畫外，還可了解整體透析醫療環境的變化，到底改善的點在哪，指標偵測是希望了解有何改善的空間，且可教學相

長的，互相交流，基層院所最希望的就是這資料可有回饋機制，可提供醫學討論或是改善行為等，若未來指標可以達到品質提升計畫和一些改善的機制，我想我們樂於進行。

### 林副組長阿明

腎臟醫學會利用醫療院所提報的資料計算發生率和盛行率，那資料從過去到現在有蠻大的落差，那健保署希望朝這個方向建立資料庫，大家比較關心的是行政上的負擔，我想明年會跟專業團體、腎臟醫學會討論如何降低院所執行的困難，但方向原則應該是對的。剛干代表也提到，評核委員已經要求好幾年，健保署一直沒做到，如像是糖尿病方案也是透過VPN申報相關品質指標，再據此回饋給醫療院所，至於資料是否正確，未來也是可以討論設定防弊的機制。

### 干代表文男

我想是否由健保署統一研究軟體一致性，不要由各院所花錢，做出來的型式都不一樣，明年有編列22億經費，是不是在裡面加上軟體設計？這樣就非常方便不需院所各自編寫程式，如果統一的話是不是可解決這問題。

### 主席

跟干代表報告，22億經費的目標是在於頻寬的建置，就是從各醫事服務機構到健保署，將來是希望醫事服務機構可便利使用健保署建置的相關資料，如特殊用藥、高科技檢查、重要醫令等，可讓醫師在看診時快速得到病人就醫的相關資料，與干代表說的程式問題不同。有關技術和工作負荷問題會再跟學會討論，在盡量不增加醫事服務機構工作負擔情形下來處理。那103年先針對住院率、死亡率、腹膜炎發生率三項指標的產製執行，其他的指標都沒有改變。正確率部分，原則都相信醫事服務機構所提供的資料和病歷記載的資料是一致的，若統計資料有異常再來檢討，並作實地了解，是否這樣處理較好。至於剛陳理事長擔心學會資料收載的問題，我剛有提供一個管道，如果是統計資料不是各別醫院的資料，學會只要來文，健保署會依對外資料提供辦法來處理，是不是大家用這個方式解決這個提案。

討論第五案：有關「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」修訂案。

## 張科長溫溫

我補充說明一下，P3404C年度評估費用在申報前應要有做完整複診衛教及照護費P3403C，那因當時計畫沒有寫清楚，所以有發現醫療院所在最後一次申報完整複診衛教及照護費同時又申報年度評估費，所以這部分建議規範，必須要申報完整複診衛教及照護費P3403C三次以上才可以申報P3404C，且這中間需間隔77天，這是第一個主要修訂。

## 主席

請大家翻到126頁，附件15修訂條文對照表，現在只是作部分的調整跟規範而已，請各代表看這個表比較清楚，有劃底線的就是有修訂的部分，在127頁、128頁則是有部分的文字修訂，

## 黃醫師尚志

對於計畫修訂我只有一個要求，有時署本部的命令到各分區，每個人執行得都不一樣，搞得天翻地覆，那大家都來跟我抱怨，我就希望各分區的作法能一致，反應的意見有對口單位，讓計畫執行能夠smooth，因為計畫成效是有的。第二點建議，就是不要為了行政小事，一下子核刪10幾萬，當然有些刪得對，那如果刪得不對的，院所就覺得委屈不想做，現在基層都說不想做，但還是鼓勵大家執行，剛干代表還說執行不力，所以希望大家遵照大原則走，小事不要反應那麼大。第三個，計畫後面厚厚的附件表格，這都沒上傳，因為量太大了，這部分請各院所備查就好，提供健保署實地查核資料。腎臟醫學會都要拜託院所提供資料分析，今天才可在這講計畫成效，如果計畫刪除「需上傳臺灣腎臟醫學會做為年度評估」文字，那院所資料都不會傳到腎臟醫學會，那我還有甚麼資料可以分析計畫成效，所以請體會我們的心情，現在好不容易有一個小小的成果又要讓他廢掉，雖然大家在管理上不太會管學術，但在國際上要跟人家比較，想要突顯臺灣的能力，還是需要這些資料收集。

## 主席

剛才黃醫師提的問題，我先請六個分區業務組在執行上，就是遵照大方向，小細節不要落差太大。第二個有關刪除「要上傳資料到腎臟醫學會」文字的議題，我提供一些其他的聲音，有醫事服務機構也有不同看法，為何要把資料傳到臺灣腎臟醫學會，另外健保會也有一些聲音，認為資料應該都是到健保署，怎麼會是由腎臟醫學會在處理，所以這些聲音健

保署就勢必要作部分的修正，以上先跟黃醫師報告。請問一下醫管組，有關剛才黃醫師建議不要將「院所上傳臺灣腎臟醫學會作為年度評估」的文字刪除，請醫管組回應。

### 謝代表武吉

請問P3403C支付600點是包含醫師與護理、營養師等人員之費用嗎?! 又請問營養師是全職或者可以兼任呢?!黃尚志委員說的就是這點。

### 張科長溫溫

在94頁有清楚寫到，得依相關法規規定以支援方式辦理。

### 黃醫師尚志

過去一開始是專任，後來溝通改為可支援，只是怕分區詮釋錯誤。

### 謝代表武吉

這就是有問題，總局大家都已經談定但分區卻不聽。

### 主席

各分區承辦人有時是因為沒參與開會，不能全怪他們。第二點，在沒有寫得很清楚時，同仁認為既然含營養師，當然就是專職，所以訪查時，就會要求專任營養師，只要院所有反應問題，我們就會修正，不可能一個計畫一出來就所有的事情都會預想到，這部分可能要請大家多諒解，那本案是不是文字的刪除先保留，其餘就照修正案通過。

### 千代表文男

剛我說執行不力，請你不要誤會，因為我站在付費者的立場一定，講的話都是由負面講起，修訂第六點可以刪除。我曾經擔任約10年勞保監理員，如黃醫師說的，在執行面上去調查同樣的東西，每個人的寫法結果都不一樣，是不是請腎臟醫學會邀請六分區業務組的人員去實地訪視，在事前統一作法，當初勞保局的問題，就因此解決了很大的爭端。

### 黃醫師尚志

不管何時我都可以來署本部，也可帶衛教師，是否請各分區同仁能與衛教師溝通，畢竟大家都不希望有這麼多問題。

## 謝代表武吉

黃尚志委員說找一位，可能不夠，要多找幾位。

## 主席

決議就是照我們的修正版本，但是黃醫師剛提到的資料上傳文字予以保留不刪除，本案就照案通過。還有臨時動議嗎？

## 陳代表漢湘

第83頁的脫離率，每半年是否可以改成每一年？因在腎移植部分，可能半年都碰不到一個。然後透析病患移植登錄率，希望由55歲改成60歲，現在登錄年齡應該要提高。

## 張科長溫溫

現在獎勵提升計畫是配合品質確保方案的指標，那品質確保方案不改，獎勵計畫確定要改嗎？因為這樣兩邊會不一樣。

## 陳代表漢湘

我們認為要改

## 張科長溫溫

那品質確保方案是不是也要一起改？

## 陳代表漢湘

好，一起改。

## 張科長溫溫

你建議是一起改嗎？因為透析的品質保證保留款的源頭是品質確保方案，建議指標的項目跟定義應要一致才不會奇怪，所以建議一起修改。

## 陳代表漢湘

好，我們一起改。

## 主席

請腎臟醫學會再行文給健保署。

## 謝代表武吉

主席，這脫離率半年還是不能改，不能改成一年，還是一樣看不到東西。

## 主席

謝代表建議維持半年監測，不能改為一年。因為有代表不贊成改為一年，請腎臟醫學會正式來文修正品質確保方案之監測指標，將「55歲以下透析病患移植登錄率」修正為「60歲以下透析病患移植登錄率」，未來再檢討。

## 陳代表漢湘

第84頁，因腹膜透析有一半診所的腹膜透析病患都是小於20人，所以受檢率 $\geq 95\%$ ，只要有一人沒有受檢就無法達到，是否可將受檢率 $\geq 95\%$ 調降一點，90%或85%。

## 主席

請學會正式來文說明理由。

## 陳代表漢湘

那Weekly Kt/V的得分應該是每半年，因為這是每半年做一次，不是每季。

## 主席

先針對剛才理事長提的三項建議，請腎臟醫學會正式來文，俟健保署與其他專家學者討論後，在下次會議提出來報告。

## 潘代表延健

那住院率指標是不是也請醫院協會再次來文建議修改。

## 張科長溫溫

請教腎臟醫學會，住院率到底是看有沒有住院還是看住院時間的長短，因為這兩者意義是不一樣的。

## 黃醫師尚志

住院有三種算法，第一種是這100個病人裡有多少人住院，這是百分比，第二個是幾次(多少人月)，第三個是幾天(多少人月)，那這三種指標詮

釋都不太一樣，再來住院的項目也不一樣，限制在內科的疾病還是透析相關疾病還是全部，都有不一樣的定義，還需再討論哪個定義較合適。

### **謝代表武吉**

台灣醫院協會也要表示意見。

### **主席**

也請腎臟醫學會提供住院率修訂建議，健保署併同相關專家學者意見後於下次會議提出報告案。