

「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」

106 年第 2 次會議紀錄

時間：106 年 5 月 17 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)

主席：龐組長一鳴代理

紀錄：劉立麗

出席代表：

吳代表瑞堂	請假	呂代表國樑	請假
宋代表俊明	請假	李代表妮真	陳文琴(代)
李代表永振	李永振	林代表石化	請假
洪代表冠予	洪冠予	張代表克士	張克士
張代表孟源	張孟源	梁代表淑政	梁淑政
陳代表麗淑	陳麗淑	郭代表錦玉	郭錦玉
曾代表志龍	李少瑛(代)	楊代表五常	劉碧珠(代)
廖代表秋鐳	廖秋鐳	蔡代表江欽	請假
鄭代表集鴻	鄭集鴻	盧代表國城	盧國城
謝代表武吉	鄒繼群(代)	顏代表大翔	顏大翔
羅代表永達	羅永達	鐘代表應欽	鐘應欽

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	陳燕鈴、廖尹嫻
台灣醫院協會	林佩菽、何宛青、吳洵伶 王秀貞
中華民國醫師公會全國聯合會	洪郁涵、黃佩宜
台灣腎臟醫學會	陳金順、林元灝、林慧美、 林佳靜、曾庭俞

本署醫務管理組	陳真慧、劉林義、洪于淇 林右鈞、林蘭、歐舒欣 邵子川、鄭正義
本署醫審及藥材組	曾玫富、陳淑儀
本署企劃組	柯秉志
本署財務組	楊雅惠
本署資訊組	姜義國
本署臺北業務組	陳懿娟
本署北區業務組	蔡秀幸
本署中區業務組	張志煌
本署南區業務組	林育彥
本署高屏業務組	林惠英
本署東區業務組	江春桂

壹、主席致詞(略)

貳、確認本會前次會議紀錄。

決定：確定。

參、報告事項

第一案

案由：本會歷次決定/決議事項辦理情形。

決定：序號 1「台灣腎臟醫學會提出腹膜透析相關支付標準調整之具體方案」及序號 3 由「台灣腎臟醫學會就慢性腎臟病防治策略研議進度，參酌委員意見並提供指標定義及優先順序等建議」繼續列管，其餘同意解除列管。

第二案

案由：門診透析獨立預算執行概況。

決定：洽悉。另與會代表對於問卷之意見，如郵寄回收率、極端值處理等，請本署企劃組參考。

第三案

案由：105 年第 4 季門診透析服務點值結算報告。

決定：

一、確認 105 年第 4 季點值，如下表：

季別	浮動點值	平均點值
105Q4	0.83824025	0.85052691

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、各季結算說明表置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

案由：門診透析專業醫療服務品質指標監測結果。

決定：洽悉。

第五案

案由：再次籲請台灣腎臟醫學會、台灣醫院協會及中華民國醫師公會全國聯合會等單位，協助督促特約院所，應於透析機器擺放明確之專屬機器標示，以供病人清楚辨識，維護病人健康。

決定：

一、有關機器標示可能產生病人標籤化之疑慮，及建議採分區標示等意見，請本署醫審及藥材組再向醫療改革基金會反應。

二、另請本署醫審及藥材組將機器標示未填報完整之院所名單，送請臺灣腎臟醫學會協助輔導。

肆、討論事項：

第一案

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」。

決議：

一、專業醫療服務品質指標：

- (一)增訂「鈣磷乘積小於 60 mg²/dL²」指標。
- (二)修正「55 歲以下透析病人移植登錄率」指標之監測方法為「資料分析」。
- (三)腹膜透析「B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率」及「C 型肝炎抗體(anti-HCV)轉陽率」維持原文字不予修正。

二、人口學資料：

- (一)監測頻率修正為每年。
- (二)死亡個案數與專業醫療服務品質之死亡率指標重複，爰予刪除。

三、同意其餘相關文字之修正，並依規定由本署報請衛生福利部核定後公告實施。

第二案

案由：修訂 107 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：同意 107 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」比照 106 年之計畫內容辦

理。

第三案

案由：修訂 107 年腹膜透析支付標準案。

決議：請臺灣腎臟醫學會就腹膜透析支付標準修訂部分，參酌本會歷次代表意見，於下次會議提供具體之建議方案。

伍、與會人員發言摘要，詳如附件。

陸、散會：下午4時30分

全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議

106 年第 2 次會議與會發言重點實錄

主席

今日會議出席人數過半會議開始，本日蔡主席因有要事，由本人代理。先介紹健保會推派之二位新代表，郭代表錦玉及李代表永振；李代表還未到場，先歡迎郭代表。

郭代表錦玉

第一次參與本會倍感榮幸，亦請大家多指教。

主席

請各位代表先確認上次會議紀錄，若無問題即予確認，進入報告事項第一案。

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」歷次會議決定/決議事項辦理情形

主席

序號 3 關於慢性腎臟病防治策略，由台灣腎臟醫學會參酌委員意見提會說明，因上次會議李署長特別參與，但不巧本次會議李署長及蔡副署長都有要公，考量本案屬於重要決策方向之報告，建議列入下次會議進行，本案先予繼續列管。

羅代表永達

對於序號 1 決議臺灣腎臟醫學會於本年 4 月底前提出腹膜透析支付標準調整方案，該會雖提出保障方案並列入討論事項，健保署於議程 106 頁亦說明建議該會應依健保會決議提出膜透析支付標準調整之具體方案，本案「解除列管」是否合宜？

劉科長林義

序號 1 決議由臺灣腎臟醫學會於本年 4 月底前提出腹膜

透析支付標準調整方案，該會已來函建議且已列入討論事項第三案，故本署建議解除列管，再視本案議決情形予以辦理或追蹤列管。

羅代表永達

署裡於接獲台灣腎臟醫學會來文時就已瞭解該會並無具體方案，本案解除列管恐不合適！

主席

序號 1 是臺灣腎臟醫學會有回復但不符會議之決議，科長說明是採新案繼續列管，羅代表建議對舊案繼續列管，實質都是要繼續列管；故序號 1 及序號 3 修正為繼續列管。是否還有其他意見？若無則進入第二案。

報告事項第二案：門診透析獨立預算執行概況

主席

本報告案包含滿意度調查及醫療利用例行性報告等二大部分；另本會歷次對於腹膜透析轉血液透析比率之議題討論十分熱烈，最近我看臺灣腎病年報呈現國內初次透析之年齡增加，因為年齡的增加會影響後續統計數值之闡釋與討論，因此先就教盧理事長對於腹膜透析除考慮病人順從度、自我照顧能力及衛教程度，是否有其他影響因素(如：性別、年齡是否為重要因素)?另東區原有一家基層院所提供腹膜透析，106年第一季也未予提供，東區與會同仁是否瞭解原因?

盧代表國城

原則上會受比較年輕、非糖尿病患者、病人照護能力..等因素影響。

東區業務組(江春桂)

僅一家基層診所之前有提供腹膜透析但本季沒有收案，東區提供腹膜透析服務以5家醫院為主。

曾代表志龍(李代理人少瑛)

組長剛剛問題觸及 PD 及 HD 最基本的精神。PD 是選出來的病人，而 HD 的病人是選剩下來的，把這二種病人拿來比較永遠會出問題！如同一班都是最好的學生，另一班則是剩下來成績不好的，再來比較二班學習成績？之前政府政策支付腹膜透析比較好，鼓勵醫院儘量去做，醫院有選擇權，故將一些不太適合做 PD 的病人(如：80 歲的或 90 歲的人、眼睛看不到的)來做 PD，當然失敗率就會增加，但二者族群就是不同的啊。PD 是選出來的病人(年輕的、健康的、女性、...)，不能做 PD 的(老的、瞎的..)才做 HD；不瞭解二種不同，看資料就會出問題。

主席

方才盧理事長說明說明部分，我們已瞭解；我原想由盧

理事長的說明來節省大家開會時間，並無其他預設立場。

廖代表秋燭

第 23 張簡報民意調查自付費用項目一直沿用『特效藥』這個名詞，且調查結果的比率也很高，本項是否有特定的範圍或說明？

李代表永振

第一次參與本會比較陌生若有不對請指正。民意調查部分有數點請教，在議程 P10 回收情形約 7.8%(去年 12%)，回收率是否合理？有探討多數人不回寄的理由嗎？今年下降的原因？整體醫療品質滿意度下降 2.7%，其他項目各有增減，我個人對其中二項比較感興趣，即治療效果及服務人員的滿意度較 104 年是降低的，也未看到說明理由；另外第 13 張簡報有不滿意之反應與處理，有 42%(雖人數不多)反應後沒有得到處理與回覆，是否有後續處理？單程交通時間排除不回答者後重算，20 分鐘以下有 50.5%，21-60 分鐘為約 36.4%，若 20 分鐘以內均以 20 分鐘計，21-60 分鐘都算 60 分鐘(最保守方式)，以平均數 49 分鐘反推，那麼花 60 分鐘以上之患者平均要花費 134 分鐘(2 個多小時)，到底是怎麼回事？平均數有些奇怪，我看後面資料院所數變化不大，但二年中的單程時間增加將近 50%(30.9 分鐘至 49.5 分鐘)？另對於有 6-7%沒有與醫師討論照護或治療模式，後續是否有追蹤？我個人認為這份調查報告十分詳細，但也只有資料呈現而已，看不到後續深入分析之處理。或許在座專家知道原因，因我甫接觸不太瞭解故就教大家，未來在健保會或協定預算會比較瞭解！

曾代表志龍(李代理人少瑛)

單程交通時間如同剛剛代表講的是『錯』的！平均數及中位數的 Data 是怎麼來的，怎麼可能平均數是 49.5 分鐘而中位數是 20 分鐘，這一定是錯的！我搞不懂為何洗腎要做

滿意度調查，我一直以為我們是開麥當勞，化療做完都在吐做滿意度會有滿意的嗎？而且 Data 很奇怪，自費診斷證明書有 14%，我想請問全國有那個醫院診斷書不用錢？那叫自費嗎！就我認知營養品都是治療時候給的，會有 20%是病人買些牛奶、飲食..，那些是非洗腎時做的，病人在診所買的卻算在我們頭上！這個滿意度調查基本上是外行人做的，假如用來做為評估並不適合且非常不嚴謹。

主席

請劉科長先說明。

劉科長林義

單程交通時間如果僅以平均數來看，易受極端值的影響，透析調查採郵寄問卷方式，回收問卷中確實有一極端值個案（630 分鐘），研究者也注意到這個問題，所以輔以中位數來呈現；每年調查都是委託學者專家來進行，結果須要於評核會議進行報告並做為總額協商的參考，本會時間有限僅呈現部分內容，整份研究報告更詳細的內容已公開在本署全球資訊網。

曾代表志龍(李代理人少瑛)

平均值與中位數有何不同？請科長解釋給大家聽聽看！我也是有唸過高中數學，平均值 49 分鐘但中位數 20 分鐘是怎麼算的啊！不要說是電腦跑的，電腦也是人設計的，平均值超過 49 分鐘代表一半以上的人超過 49 分鐘，不是這樣嗎？數學不是這樣嗎？怎能拿這種數據給大家看。

主席

不是這樣的，是與偏態分布有關。劉科長剛剛已說明這項平均值受極端值的影響。因為本次有新代表，所以我請同仁先說明本份問卷內容適當性之前是否有徵詢專業團體的專業意見？

劉科長林義

每年都會行文徵詢臺灣腎臟醫學會的專業意見。

主席

臺灣腎臟醫學會收到公文嗎？該學會幕僚回答有。請再說明本次報告資料由同仁分析或由受委託學者專家進行的分析？

劉科長林義

是受委託學者專家進行的分析，我們進行報告。

曾代表志龍(李代理人少瑛)

就算學者專家寫的，我們看過不合理的也可以檢驗！如果不可以提出來，我也可以不要說。

主席

大家可以就委託研究予以檢驗，也會列入紀錄。請劉科長再說明特效藥的部分。

劉科長林義

歷來問卷都是同樣問法，即問民眾知道自費的錢是用在那些項目，民眾可以複選最多五項，如 EPO、特效藥、醫療用之材料或耗材費用、營養品、檢驗或檢查、治療處置、診斷證明書費及其他；問卷項目確實是呈現這樣的文字。

曾代表志龍(李代理人少瑛)

我這樣提出來主席應該可以諒解！診斷證明書費全國都是自費啊？

主席

因為該委託研究屬於調查，並不涉價值判斷與對錯與否；該問題是問有無自費，現行屬合法的自費項目(如：診斷書)，即屬合法範圍，該題並未探討合法與否！付費者代表向來關心民眾就醫過程自費的項目，本題僅忠實呈現民眾自費的項目並未做任何價值判斷。

李代表永振

我的問題健保署還未說明，我再補充說明。簡報呈現本

研究有公開網址，可見並不是僅給本會代表參考而已，雖是委託學者進行調查，但既在本會報告本會是否也有責任？學者提出的結果健保署難道可以不與討論？健保署呈現研究的結果開會討論完就予公布？這樣可以嗎？此外，剛剛提到630分的極值應該予以排除重新計算啊！顯然不合理的數值為何不剔除？難怪大家會質疑，健保署又似乎不太接受，又何必提出來報告，我覺得這個數字不合理，如果再加上透析時間可能要24小時了！不要因為這個極值導致否定整個調查分析，健保署委託半天結果是負評，花錢討罵何苦呢。

主席

首先，研究報告會送請相關團體參考。本研究報告中有否陳述極端值？我的同仁說研究報告中確實有標註極端值，顯然是同仁在報告時沒有講清楚，請本署同仁對於異常值應完整呈現研究數值並予改進，避免造成與會代表的誤解。本報告呈現二年資料，對於調查方法改變、新增題目、極端值造成的差異等，如研究報告已說明，同仁都應標註呈現，避免大家誤解。

另外研究調查本就無涉價值判斷，但調查方法是否為最好的可以有所討論，國外也有採用其他方法予以呈現；但該調查本署已進行且持續多年追蹤監測，好處是具連續性，但也有所包袱與限制。

羅代表永達

15,000份郵寄僅回收1千多份，有提供回收的鼓勵方式？以透析7-8萬人樣本僅1千多份可能還是偏少吧！如果再分區、層級等代表性更低了，是否可以提升回收率？

主席

據我瞭解郵寄問卷的回收率向來都十分低，本調查為每年延續性質，如果研究方法做太大改變，也會引發解釋連貫性的問題..等，請本組同仁將大家意見轉請企劃組參考！本

署亦援例於調查前請各相關團體就問卷內容提供專業意見綜整後才會進行調查。

李代表永振

本案是否已驗收？有無驗收對後續可能有不同做法，署內委託單位還是要將調查結果(如：異常值)跟主辦單位與研究單位共同討論處理方式。

主席

請本組同仁向企劃組瞭解！另本組各總額部門歷來均定期於第二次研商會議據實呈現該研究之調查結果，因具延續性，故調查方法的改變均須慎重考量；另請同仁改善呈現研究報告內容異常值數值之標註。

李代表永振

健保對於異常值的處理不應只是揭露而應剔除，否則公開後，外界怎麼會看這麼詳細呢？

主席

因為本調查採郵寄回收問卷，極值的對或錯很難認定，但研究者已於報告中標註，是本組同仁未於簡報說明，下次務請改善。

李代表永振

我還是認為極端值應予剔除，否則就應追到這筆極端值的原因予以確實說明。

曾代表志龍(李代理人少瑛)

如果研究結果數值有錯誤就處理，不然公開後可能更麻煩；本人也做過統計也教過統計學，將極值去掉就好，極值會拉高平均值，中位數及平均值不會差異這麼大。

主席

涉及方法學改變之相關建議，請提供本署企劃組參考。

李代表永振

調查結果有揭露，健保署不應該只是整理資料，應分析

內容公開才有意義，未來應呈現趨勢分析。

主席

健保對於公開所有委託研究報告立場都是中立且一致，各位代表都可以查詢歷年完整研究報告之內容，同仁對於異常數值要加強標註其極端值之情形。

鄭代表集鴻

第 47 及 48 張簡報 Early-CKD 照護率列有全國及各層級院所的比率，但 Early-CKD 應該屬於初級醫療照護部分，若列出醫學中心及區域醫院是否有違分級醫療的精神？該二層級應該不須再監控照護率，由基層執行較為恰當。

主席

因為 Early-CKD 的病人現況還是會到醫學中心就醫，是否還是應該監測前述病人是否接受完整照護？現行法令無法限制其就醫。

鄭代表集鴻

若我們真的想做分級醫療，Early-CKD 這些簡單的病人真的不應該出現在醫學中心，就近在基層就可以獲得完整照護。

主席

我瞭解鄭代表的建議，但目前法令並未限制病人就醫地點，因為第 48 張簡報沒有分母及分子人數，所以無法進一步評估至醫學中心之人數占率，下次應與照護率併同呈現。

張代表孟源

我是以醫師公會全國聯合會的立場，以基層來看通常是慢性病患者定期追蹤時發現 Early-CKD，在醫院可能於其他科(如：新陳代謝科..等)定期檢驗中發現並予收案至該計畫中。我瞭解鄭代表的思考邏輯，因為此等病人往往不會因為 Early-CKD 而去醫院就醫，而是本來在醫院就醫而發現腎功能異常；我認為各層級在治療慢性病過程中發現有腎功能早

期下降的現象時，要告知病人且進行衛教(如：控制血壓、血糖等)改善腎功能。

主席

其他代表意見？

鄭代表集鴻

我還是建議 Early-CKD 照護率監控不須呈現醫學中心及區域醫院之照護率。

主席

鄭代表建議以後醫學中心如遇該類患者不須要收案管理？

鄭代表集鴻

醫學中心須要收案，但不用做為目標值加強收案監控。

主席

其他層級代表的意見？

盧代表國城

醫學中心或區域醫院此類病人通常合併其他疾病，雖為 Early-CKD 但不見得是初級照護的範圍，建議仍宜予以監測。

主席

下次會議請先呈現各層級分子及分母之數字與占率，再予後續監測處理。各位代表是否還有其他意見？

顏代表大翔

第 34 張簡報提到輔導非 Pre-ESRD 院所轉介個案至參與 Pre-ESRD 計畫院所，健保署是否已有積極構想？我關心的是對於初期腎臟病人照護過程中腎臟功能已經進展至 Pre-ESRD 階段時是否有予以轉介，如果沒有轉介可能延遲衛教或治療；初期腎臟病照護獎勵金之支付也未考慮診所轉介之情況。雖然我們無法強制院所轉介患者，但是如果病情變差非腎臟專科醫師還不予轉介並不適當，建議收治

Early-CKD 患者之院所照護品質考核，轉介執行情況應列入獎勵金支付之考量。參與 Pre-ESRD 計畫院所如有診治 CKD 病人但未收案，可能有許多不同的原因，例如：病人拒絕參加，基本上給付不低且團隊成員都已到位並努力在做，沒有不收案的理由。追究已經參與 Pre-ESRD 計畫院所並無實質助益；現在問題是出在初腎診所不願意將病人轉至腎臟科的診所。而腎臟科診所因為參與 Pre-ESRD 計畫的條件太高而致參與度太低。

主席

還有其他提問嗎？如果沒有先請劉科長說明。

劉科長林義

簡報 53 張可以看到透析前約 6 成患者曾經接受 Pre-ESRD 計畫之照護，目前我們預計透過資訊定期擷取各該院所符合收案狀況之病人，除監測收案外並由本署分區業務組適時提供未收案名單提醒相關院所予以說明；此外，本署已就同一病人同期間進行 Early-CKD 及 Pre-ESRD 計畫間之資訊勾稽，避免院所重複收案，另對於依計畫規定將 Early-CKD 病人轉介至 Pre-ESRD 者，也額外提供獎勵。另對於非參與計畫之院所，會請本署分區同仁將符合收案條件之名單，協助輔導轉介至參與 Pre-ESRD 計畫之院所收案。

主席

顏代表提到 Early-CKD 的患者會在一般科別就醫，而 Pre-ESRD 患者因快進入洗腎故由腎臟科醫師照護，惟目前照護 Early-CKD 院所甚至有些已領到獎勵金，但獎勵金並未依其是否提供適當轉介做為支付條件；顏代表所提要列入「適度轉介」做為指標或支付條件的意見十分寶貴，方才劉科長已說明為鼓勵收治初期慢性腎臟病患院所將病患轉診至 Pre-ESRD 計畫院所，已支付轉診費，請盧理事長與本署密切連繫相關計畫修正之專業建議。

盧代表國城

因前述二計畫非全體院所均參與，非腎臟科醫師也未將適當患者轉介予腎臟科進行照護，即便是醫院層級院方也無法強制，就算計畫修正亦非強制規定啊！

主席

採正面鼓勵性質及思考列入指標獎勵的可行性，如今年本署增訂 Pre-ESRD 計畫來鼓勵換腎具類似意涵。

張代表孟源

我支持主席方才的建議！近日有腎臟科朋友提到病人腎功能在二個計畫臨界值間上上下下，原於 Pre-ESRD 計畫，在一般科又以 Early-CKD 收案，反倒其無法再以 Pre-ESRD 收案，雖我瞭解二計畫間須擇一，但是否應訂定優先順序？假設病人 eGFR 曾低至 45 以下且由 Pre-ESRD 收案，即不應由 Early-CKD 收案。

主席

張代表反映係實際發生的狀況且分區已來函說明。據我瞭解個案屬於模糊地帶且臨床狀況會改變涉及專業判斷，請臺灣腎臟醫學會就張代表所提部分先予明確定義，若仍有模糊情形時，請各分區業務組召集相關醫師就實際個案進行專業判斷與建議適當收案之單位。各位代表是否還有其他意見？若無則本案洽悉，進入下一案。

報告事項第三案：105 年第 4 季門診透析服務點值結算報告 主席

議程說明第四點之預算執行率約 7 成，在總額部門專案部分來說執行率算偏低的，尚有努力空間，本項執行率改善為增加收案率具相當意義，請多加強。各位代表是否還有其他意見？若無則本案洽悉，進入下一案。

報告事項第四案：門診透析專業醫療服務品質指標監測結果 主席

請曾科長先說明本署計算指標依何規定辦理？

曾科長玫富

本次報告指標是依據「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」專業醫療服務品質監測指標（為議程討論事項第一案之法規），前述指標目前亦與健保醫療品質資訊公開辦法整體公開指標同步增列。

主席

指標很多數據比較複雜，還好資料有先給各代表，是否有提問事項？

廖代表秋燭

第6-7張簡報關於透析時間大於或小於1年之死亡率，對於全國平均是以地區醫院最高，但參考值也以地區醫院最高之原因？

盧代表國城

目前死亡率呈現各層級別，是否可以增列平均年齡的變項，因我相信會依年齡而有不同！

曾科長玫富

參考值部分係依據各層級前三年的平均值，負向指標加10%，正向指標減10%。

曾代表志龍(李代理人少瑛)

因為沒有年齡校正所以會有問題，就這麼簡單而已。如果PD及HD的死亡率一樣的話，其實PD會比較高因其年齡少10歲，故應加上年齡。

主席

會議剛開始先向大家說明初次透析年齡有增加的趨勢，因此我們要降低粗死亡率是有困難的，年齡老化國家進行年齡校正具相當意義；目前年我們呈現粗死亡率確有其限制。

但方才曾科長說明本案指標係依據確保方案是以粗死亡率之定義來辦理，因此法令規定與指標計算都是環環相扣的（討論事項第一案），本案指標可以朝改善觀察方法來處理。

張代表孟源

本報告十分詳盡，但接受腎臟移植也是一項重要指標應予列入。

曾科長玫富

議程 P70 頁(第 43 張簡報)脫離率代表二種情形，一者為腎功能回復，另一則為腎移植而脫離，目前確實已呈現腎移植而脫離透析之人數(分子)。

主席

是否有其他提問？若無則予洽悉，死亡率的建議則併入討論事項第一案。

報告事項第五案：再次籲請台灣腎臟醫學會、台灣醫院協會及中華民國醫師公會全國聯合會等單位，協助督促特約院所，應於透析機器擺放明確之專屬機器標示，以供病人清楚辨識，維護病人健康。

主席

方才曾科長在上一案亦報告 105 年 B 肝及 C 肝轉陽率較高，本案醫改會已要求很多次，我先請教在座各層級代表如須『標示』之困難為何？

曾代表志龍(李代理人少瑛)

議程說明二有提到要班與班之間要化學消毒，新科技下熱消毒也是可以達到同樣目的，建議修改較具彈性之文字。當初醫改會與我們討論時我在現場，我也請教同樣的問題『HIV 要標示？』，國外 HIV 是不標示，B 型或 C 型肝炎要標示，HIV 不用標示？當場醫改會代表一句話也沒說！目前 B 型或 C 型肝炎透過洗腎傳染雖未百分百證實，但還以隔離為好。我瞭解醫改會站在保護民眾的立場，但如果造成更大問題又該怎麼辦？所以我建議署也同樣請教醫改會相同的問題，標籤化後會產生什麼問題？這件事大家想過嗎？應該去問律師比較好。

主席

標示及消毒是否有困難？先請地區醫院。

羅代表永達

聽起有三件事情，第一件是『填報』院所應予配合；消毒無庸置疑是一定要做，沒做到的院所我們都會儘量輔導；至於『標示』，醫改會要求要明確標示，雖然院所透析病床都有一定數量，標示沒有問題，但將心比心，使用該臺機器無疑就公開為 B、C 肝患者，學會也反映病人隱私的問題！我們瞭解一般人不想和該類病人共用機器，但應由院所來區分，還有很多傳染性疾病也不是只有 B、C 肝啊，明確標示 B、

C肝專用(不能只是記號)就是讓大家都知道，這件事確實茲事體大，有待商榷。

主席

羅代表擔心標示有病人標籤化的問題。其他層級代表意見？區域醫院同意羅代表。

廖代表秋錫

標示確實有其困難，實務上我們醫學中心是採分區來處理，消毒也一定會做，需要分區處理的病人我們會帶至該區，避免後續隱私或標籤化的問題。

鄭代表集鴻

基層也支持羅代表的意見，即不要在機器上標示，分區隔離，消毒是必須的。另臺灣腎臟醫學會前已發文建議將本指標予以刪除，健保署於議程第 74 頁說明六雖回答已定期增修與檢討資訊公開指標，是否有更明確的規劃時程？

曾科長玫富

本年即將進行資訊公開辦法指標之修訂，預計近期會發文各相關團體惠賜增修意見；臺灣腎臟醫學會雖建議刪除，未來仍須依法併同各相關意見進行整體考量並取得各界(如：醫改會不同意見)共識，因該辦法之修正有其法定程序，未來並不保證如臺灣腎臟醫學會建議予以刪除。

主席

增修公開指標涉及相關利益團體，不止臺灣腎臟醫學會，故應廣泛徵詢與蒐集各相關團體意見再予處理；另請曾科長向醫改會反映溝通本會代表意見，填報大家都支持，化學消毒之文字依盧理事長建議以「確實執行消毒」，標示也請曾科長表達本會關注本議題，惟也考量病人標籤化之疑慮，若該會有更好方法併請建議。另請醫審及藥材組提供未填報完整之院所名單，請相關專業團體再予協助及輔導。是否有其他提問，則本案依前述決定辦理；下一案延至下次會議報告，

我們進入討論事項第一案。

討論事項第一案：修訂「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」

主席

先請曾科長說明。

曾科長玫富

我先向大家說明專業醫療服務指標部分之修正重點，議程第 89 頁 55 歲以下血液透析病人移植登錄率，其監測方法原由院所申報修正為資料分析；另依 105 年第 3 次本會決議同步於本方案增列「鈣磷乘積指標」，腹膜透析比照前述修正外，惟 B 型、C 型肝炎轉陽率雖於前開會議討論認為該類病患轉陽與院所腹膜透析處置較無直接相關故決議刪除，但疾病管制署鑑於我國仍屬病毒性肝炎高盛行率國家，腹膜透析病人為其中之高風險族群，爰建議保留繼續監測，方才報告第四案對於 105 年監測結果其轉陽率都有高於參考值上限且有增加趨勢，爰建議保留原文字持續監測，至於「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」是否納入獎勵可另外考量。

主席

已事先徵詢臺灣腎臟醫學會意見？本署修正部分可以接受。其他代表是否有提問事項？

張代表孟源

今年健保給付 C 型肝炎口服藥物其效果相當好，本案將 C 肝轉陽率列為負向指標，隨科技治療之進步，是否可將 C 肝病毒消失等列為正向指標？

曾科長玫富

院所須配合上傳 VPN 登錄資料；另外 C 型肝炎藥物治療額度目前一年約 8000 人，相較現行感染總人數尚有一段距離。

曾代表志龍(李代理人少瑛)

議程 71 頁 C 肝轉陽率由 104 年 0.13% 至 105 年 0.28%，C 型肝炎約 6000 人顯示增加人數不過 20 人，由 10 人變 20 人應該還好吧，以最近某診所打針案例就增加 5 人，以 6000 人增加 10 位 C 肝比例很低，如此小的變化，能看到什麼？為此要改指標應再想想。

曾科長玫富

建議維持原文字不予修正。

梁代表淑政

議程 83 頁第四.(二)透析醫療服務品質監控對於保險人公開…指標資訊，刪除原「出版報告卡 (report card)」修正為「公開」二字，建議增加公開之處，如網址等，俾使民眾方便瞭解相關統計資訊。另對於健保署考量衛生福利部已定期發行臺灣腎病年報而刪除人口學資料一節，考量本計畫專業指標解釋之完整性(如：血液透析或腹膜透析人口性別及年齡老化等)，故建議予以保留，至於健保署採用之資料來源可於說明欄註明。

主席

指標只是 Copy 比較簡單，若二邊不一致會造成困擾應予說明。

劉科長林義

人口學除死亡個案數(與專業指標死亡率重複)其餘參採代表建議予以維持，惟實務上本項數據仍援例回歸衛福部每年發行的腎病年報以呈現一致性之追蹤數據，此外配合健保會每年評核會議之報告，建議其監測頻率改為每年；另對於議程 83 頁第四.(二)公開之地方，修正增加本署全球資訊網之公開網址。

主席

人口學除特殊因素短期並不會有劇烈變化，配合改以每年監測應沒問題，人口學數值如採用臺灣腎病年報以相同方

法學追蹤多年數據呈現趨勢應較為客觀；餘依二位科長說明、議程內容辦理。各位代表是否有其他提問？

羅代表永達

議程 84 頁第五(二)點關於每點支付金額容許變動點值在正負百分之五，健保會好像認為 0.95 在以下就要檢討了，透析點值在 0.81-0.85 以後就要檢討，但透析預算每季分配並不相同確實影響點值的波動，點值的浮動已超出範圍，本會可以做到什麼？以現況來說我們都做不到。

主席

因為本方案自總額開辦以來各總額部門都有相同文字，執行以來多流於型式，羅代表是提醒我們注意。

劉科長林義

本會議已定期報告與監測各季醫療利用與點值，似可予以刪除。

主席

是否同意刪除第二點文字？

梁代表淑政

本案係針對總額支付制度下，為確保門診透析品質所提出的方案，因此點值監控亦為其中一部分，雖然目前點值的浮動已超出原本暫定範圍，但仍應顧及各面向對品質之影響，建議維持相關點值之監測。

羅代表永達

我一點都不反對留下來，惟任何代表隨時可依據本點來要求開會檢討！我們已經每季都定期開會且未來會議成員瞭解程度不同，只要一位代表說要開會就要開會，這麼多年來我們都做不到的事，未來再怎麼開也是流於型式，其實真的沒意義；對我個人而言，該段文字留下來我也沒意見。

主席

羅代表是認為多年來流於型式且做不到的文字，是否應

回歸現況予以刪除或修正？

梁代表淑政

檢討有很多方式，例如醫院總額部門對於各項影響因素之成長貢獻分析也屬於檢討方式之一；考量本方案屬全面向的品質確保也需要各面向檢討(包含點值)，雖然例行會議都有相關分析，但如果將點值處理機制刪除後，日後可能會有代表認為點值這麼重要卻沒有檢討機制呢？或者可以修正文字，例如：保險人必要時就費用成長部分進行檢討等，也是可以。

主席

綜整大家意見，將五(二)最後「必要時提出對策並進行改善」之文字移到五(一)之後段。

林元灝醫師

點值若低於 0.9 本來就不合理呀！我們早就該進行檢討怎麼還任由預算成長不足造成點值愈來愈低？預算成長率可以這麼低嗎？不應該刪除本段文字且早該對預算進行檢討改善。我們面對過去健保會錯誤的策略導致點值不合理的低落，我曾經聽健保會委員說「以價制量」，價格低自然量就會減少，現況是量也沒減少點值也愈來愈低呀！健保會還不檢討過去錯誤策略，應該立刻恢復應有的預算成長率，補償從 100 年起透析零成長造成點值不足部分，而且不能再犯，病人怎會有零成長？同意零成長的人都應予以檢討，腎臟科醫師可以聯合提告他們非法的決策吔。現在反而要建議刪除，十分可笑。

主席

方才羅代表是好意提醒大家可能會有開不完的會也解決不了現況的問題，且部裡長官也認為應予保留，故保留原文字不予變更。各位代表是否有其他提問？若無，進入討論事項第二案。

討論事項第二案：修訂 107 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

本案盧理事長是否要先說明？盧理事長同意健保署意見。其他代表是否有意見？若無其他意見，107 年本方案比照 106 年計畫內容辦理。進入討論事項第三案。

討論事項第三案：修訂 107 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

請劉科長說明。

劉科長林義

本案是去年底第 4 次會議討論保障項目的附帶決議，會中多位代表希望腹膜透析部分能回歸支付標準，因此由臺灣腎臟醫學會參酌與會代表意見並於四月底前提出；該會確實於四月底前有來文(議程第 107 頁)，其建議維持保障腹膜透析點值方式，惟與決議有所衝突。

主席

議程 106 頁說明四歷年腹膜透析點值保障自 95 年迄今由每點 1.2 元下降至每點 1 元；健保會歷來除按成本支付(如：藥費)以每點 1 元計算外，其餘均希望回歸支付標準採浮動點值方式來處理，腹膜透析在此趨勢之中故須及早面對支付標準調整以反映合理性，否則一旦改以浮動點值計算時，實務面即面臨合理性等問題。

林元灝醫師

原本我們討論腹膜透析須要保障？它到底好在那裡？透析部門所有都以浮動點值計算，保障腹膜透析部分則另編一筆小預算補足差額，才不會造成太大影響，長久腹膜透析每點以 1-1.2 元計算，對其他院所是有影響，多年來我們都是啞巴吃黃蓮，點值 0.78 時還受嘲諷。我建議透析服務應回歸支付標準採浮動點值，若政府政策認為腹膜透析有其特殊性須保障點值，應另編補足差額之預算支應，較無爭議且簡單。

主席

106 年腹膜透析保障點值是去年底第 4 次會議即已議決，現在是討論 107 年的部分，各位代表要討論該項支付標準調

整其實還有一些時間。各位代表仍然可以繼續討論與建議，再請臺灣腎臟醫學會參酌本會意見再次攜回討論並於下次會議提供具體方案之建議；不過我提醒大家建議支付標準調整與預算分配二者之法令程序並不相同。

盧代表國城

健保署腹案中，腹膜透析藥水何時會進入浮動點值？

主席

腹膜透析藥水目前還是按現行規定辦理。

廖代表秋錫

腹膜透析追蹤處置費用 8600 多點中有 5000 多點屬於護理人員費，腹膜透析保障每點 1.2 元是政策因素，且評鑑納入醫院執行該項治療須達一定比率，我雖不堅持該項處置一定要保障每點 1 元，但改為浮動點值前，請臺灣腎臟醫學會建議刪除「醫院評鑑執行腹膜透析比率」做為配套策略之一。

陳醫師金順

我是腎臟醫學會秘書長，本案在本會討論原持續配合政策建議保障每點 1 元，未來腹膜透析是否仍為未來國家防治策略？本會是建議不要列入，整體防治策略原安排於報告事項第六案報告，因故延至下次報告，因此建議本案列入下次會議併同討論。

主席

未來策略的建議仍應回歸實證資料。我曾經聽聞在人民可以自由選擇且充分提供之美國，其 PD 與 HD 之比例與本國十分相似；政策雖有其辨證討論之空間，但民眾獲得適當醫療照護是院所的義務。所以還是請臺灣腎臟醫學會參酌本會意見再次攜回討論並於下次會議提供具體方案之建議。

羅代表永達

PD 在早期馬政府白皮書時就被求要達到 14%，是否造成

國內腹膜透析廠商壟斷及獨占引發不當經濟誘因之疑慮，該處置由每點 1.2 降至 1 元及評估成本後並無不足，且多年經驗下來發現 PD 並不如我們原先預期這麼好，更不應該提供經濟誘因，且健保會早已建議各總額部門之保障項目須回歸支付標準，這是政策原則啊！所以本會在去年底時才會建議腹膜透析應回歸支付標準調整，而不是如臺灣腎臟醫學會建議延續每點 1 元，這樣的話什麼事都沒有解決，還是應評估藥水..等成本之分析，合理反映利潤減少不當經濟誘因的影響，這才是根本且說服大家的作法，而不是延續保障每點 1 元之建議。

主席

謝謝羅代表之補充。盧理事長可以接受，本案即依本人之前說明辦理。各位是否有臨時動議？若無則散會。