

# 「門診透析總額聯合執行委員會」101年第1次委員會會議紀錄

時間：101年2月15日(星期三)下午2時

地點：中央健康保險局18樓大禮堂(台北市信義路3段140號18樓)

主席：黃召集人三桂

紀錄：廖子涵

出席委員：

|       |                  |       |                  |
|-------|------------------|-------|------------------|
| 王委員惠玄 | 王惠玄              | 李委員素慧 | 李素慧              |
| 吳委員三江 | 吳三江              | 林委員文源 | 林文源              |
| 梁委員淑政 | 梁淑政              | 張委員孟源 | 張孟源              |
| 郭委員正全 | 郭正全              | 許委員玫玲 | 許玫玲              |
| 陳委員瑞瑛 | 陳瑞瑛              | 陳委員雪芬 | 陳雪芬              |
| 陳委員漢湘 | 吳志仁 <sup>代</sup> | 陳委員誠仁 | 江培群 <sup>代</sup> |
| 葉委員明峯 | 葉明峯              | 游委員開雄 | 張智剛 <sup>代</sup> |
| 蔡委員淑鈴 | 蔡淑鈴              | 廖委員秋鐳 | 廖秋鐳              |
| 謝委員武吉 | 謝武吉              | 鄭委員集鴻 | 鄭集鴻              |
| 蘇委員清泉 | 蘇清泉              | 謝委員輝龍 | 馬漢光 <sup>代</sup> |

(依據姓氏筆劃順序排序)

列席單位及人員：

|                 |                  |
|-----------------|------------------|
| 行政院衛生署          | 周雯雯              |
| 全民健康保險醫療費用協定委員會 | 林宜靜、方瓊惠          |
| 台灣腎臟醫學會         | 黃尚志、林元灝、林慧美、范姜允珍 |
| 台灣腎臟護理學會        | 梁靜祝、吳家嬋          |
| 台灣營養學會          | 陳淑子              |
| 台灣醫院協會          | 陳俞文、林佩荻、陳雅華、何宛青  |
| 中華民國醫師公會全國聯合會   | 劉俊宏              |
| 本局臺北業務組         | 張照敏、賴香蓮、蔡慧珠      |
| 本局北區業務組         | 林麗雪              |

|          |                             |
|----------|-----------------------------|
| 本局中區業務組  | 王慧英                         |
| 本局南區業務組  | 葉瑞興                         |
| 本局高屏業務組  | 謝明雪                         |
| 本局東區業務組  | 張瑋玳                         |
| 本局醫審及藥材組 | 王本仁                         |
| 本局醫務管理組  | 林阿明、李純馥、張溫溫、張桂津、<br>李健誠、鄭正義 |

一、本委員會 100 年第 4 次委員會會議紀錄，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 100 年第 4 次委員會議結論事項辦理情形。

決 定：洽悉。

(二)案 由：門診透析總額執行概況報告。

決 定：

1. Early-CKD 計畫目前整體收案率偏低,尤其是醫院部門,推測係因本計畫收案對象之腎功能不似 Per-ESRD 個案差,符合收案對象大多分散在醫院內其他非腎臟專科,為降低台灣洗腎發生率,請醫院部門之非腎臟專科醫師共同努力,加強本計畫之收案與管理。
2. 截至 100 年底 Pre-ESRD 之基層參與院所數僅 41 家,可能是基層診所無衛教護理人員或營養師緣故,且複雜病患回歸到醫院治療相對合理,惟仍鼓勵具相關醫護團隊基層診所加強收案。
3. 餘洽悉。

(三)案 由：100年第3季門診透析總額點值結算報告。

決 定：

1. 確認100年第3季點值，如下表：

| 季別    | 浮動點值       | 平均點值       |
|-------|------------|------------|
| 100Q3 | 0.82295169 | 0.83730802 |

2. 依全民健康保險法第50條規定，一併辦理點值公布、結算事宜。

(四)案 由：96年~100年「Pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫」評估報告案。

決 定：洽悉。

(五)案 由：有關「長期依賴呼吸器患者合併洗腎處置之合理性」報告案。

決 定：

1. 台灣腎臟醫學會建議：

(1). 應由衛生主管機關訂定無效醫療適用範圍，讓全國的醫療院所有所遵循，僅靠醫療團隊告知病患及家屬，易引起醫病衝突。

(2). 呼吸器合併洗腎之個案其實存活率很低，約1年半以內全部會死亡，建議政府應請宗教界協助推廣安寧療護，相信此類個案會慢慢減少，或許這個問題過幾年就會解決。

3. 餘洽悉。

**臨時報告案-案由：**101年度門診透析總額1%之成長率，費協會仍決議用於鼓勵非外包經營之透析院所，其適用條件，於下次費協會續議。

**決 定：**有關如何區別透析外包院所之方案，有時效性，請台灣腎臟醫學會於二週內研提意見，俾提報費協會討論。餘洽悉。

#### **四、討論事項**

**(一)案 由：**「101年度全民健康保險 Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫」，衛教護理人員訓練單位修訂案，提請 討論。

#### **決 議：**

1. 同意衛教護理人員訓練單位修訂如下:領有台灣腎臟護理學會、台灣營養學會、台灣腎臟醫學會共同舉辦之慢性腎臟病整體照護訓練班上課證明之護理人員。(持有101年以前三個學會各自核發之慢性腎臟病整體照護訓練班上課證明者，亦比照辦理)。
2. 本次修訂屬執行面之修正，依據計畫第陸點規定，由本局辦理後續修訂公告事宜。

(二)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」(簡稱品保方案)之專業醫療服務品質指標，及 101 年門診透析總額院所別醫療品質資訊公開項目，提請討論。

**決議：**

1. 有關 Hb、脫離率(百分比)及各區(或全國)ESRD 發生率等 3 項指標修訂，會上委員及腎臟醫學會持不同看法，請醫審及藥材組再與腎臟醫學會共同研議。
2. 有關 101 年門診透析總額院所別醫療品質資訊公開項目，本局建議新增「腹膜透析病人比率」，部分委員表示恐有誤導民眾之虞，請醫審及藥材組重新考量。

**五、討論事項之與會人員發言摘要，詳如附件。**

**六、散會：下午 5 時 10 分**

## 附件--「討論事項」與會人員發言摘要

### 討論事項：

第一案「有關101年度全民健康保險Pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫」，  
衛教護理人員訓練單位修訂案」。

### 黃召集人三桂

依據台灣腎臟醫學會來函表示，本案已於101.1.15.與已台灣本案腎臟醫  
護理學會及營養學會討論達成共識，由三個學會共同主辦。

### 謝委員武吉

「台灣醫療繼續教育學會」成立已滿3年，護理人員超過3千人，應再增  
列「台灣醫療繼續教育學會」為本計畫衛教護理人員之訓練認證單位。

### 黃召集人三桂

請問其他委員還有沒有意見？

### 黃尚志醫師(腎臟醫學會代表)

Pre-ESRD計畫，所收治的CKD病患為較嚴重一群(Stage 3B-5)，因此病  
患大多集中在大醫院，連有腎臟專科醫師的透析院所，收治Pre-ESRD計畫下  
的病患也不多，一般診所CKD 3b-5期的病患更不可能，因院所必需具有腎臟  
專科醫師始可參與本計畫，本計畫衛教訓練較專業，且照護師人數也不需要  
那麼多。然而在健保局Early CKD的計畫則反之，基層院所手中應有相當多  
符合收案條件的病患，基層院所目前參與也較多。因此誠摯建議「台灣醫療  
繼續教育學會」先將利用其遠距教學的系統，普遍舉辦Early-CKD計畫之人  
員訓練，將early CKD的觀念深遠地傳播在基層院所醫護人員之間。所需的  
教育訓練講師部分則由腎臟醫學會、腎臟護理學會、營養學會全力支持，訓  
練後的照護人力增加也符合Early-CKD計畫在基層推動之人力需求。

### 梁靜祝理事長(台灣腎臟護理學會)

很肯定黃教授的報告，Pre-ESRD計畫衛教護理人員訓練，本會與腎臟  
醫學會及營養學會合作多年，在臨床看到非常好的實效，Pre-ESRD個案轉換  
到ESRD轉換的非常好，本訓練適合臨床實際執行醫療業務的護理師、營養  
師，三個學會一起回到本質來執行是非常好的結果，謝謝。

### 謝委員武吉

「台灣醫療繼續教育學會」會員眾多，也有訓練分類，再增列為本計畫

衛教護理人員之訓練認證單位應無妨才對。現在辦理本計畫衛教護理人員訓練之三個認證單位都在北部，只有「台灣醫療繼續教育推廣學會」在南部，不想讓南部的同仁變成次等團體，所以才這麼積極爭取將這個學會成為本計畫衛教護理人員訓練的認證單位。

### 黃召集人三桂

其他委員有沒有其他意見？

### 梁靜祝理事長(台灣腎臟護理學會)

「台灣醫療繼續教育學會」為Early-CKD計畫之訓練單位較為適合，因Pre-ESRD計畫是實際在臨床上執業醫師、護理人員及營養師等三組專業人員，配合的程度是非常緊密的。

### 謝委員武吉

剛好這個學會是三組的人員都有，非常適合成為本計畫衛教護理人員之訓練認證單位。

### 黃尚志醫師(腎臟醫學會代表)

「台灣醫療繼續教育學會」的本質是繼續教育為宗旨，請謝院長籌劃如何辦理Early-CKD計畫人員講習班，因該計畫較單純，容易執行也符合社會需要。

### 黃召集人三桂

其他委員是否還有意見？因修訂本計畫要再辦理公告作業，其中衛教護理人員照護訓練單位原來只有腎臟醫學會，後來我們請三個學會共同協商而有說明三之共識，謝委員是不是可以同意讓這個案子先通過。另有關將「台灣醫療繼續教育學會」納入本計畫衛教護理人員之訓練單位之意見，黃教授和台灣腎臟護理學會已同意協助Early-CKD計畫教育訓練，因此建議進行到適當程度，與三個學會能融合後，我們不反對再加進去，這樣好不好？

### 謝委員武吉

今年起讓「台灣醫療繼續教育推廣學會」辦理Early-CKD計畫訓練的提議，我能接受，但應該也要讓這個學會能辦理本計畫衛教護理人員之訓練。這個學會活動性很強。

### 黃召集人三桂

不是這樣，是要讓「台灣醫療繼續教育學會」先參與Early-CKD計畫，到適當程度大家的共識都一致後，再來考量是否成為Pre-ESRD計畫的訓練單位。而本案是腎臟護理學會與本局已溝通一段時間才有的結論，謝委員臨時

提出這個建議，站在我的立場一時無法決定，所以建議「台灣醫療繼續教育學會」以全力來推廣Early-CKD計畫為優先考量。

### 謝委員武吉

主席這樣的說詞，會讓這個學會未來在爭取與辦理課程方面的著力點不夠，且這是學會不是協會。增列此學會應該沒有差到哪兒？

### 黃召集人三桂

讓學會先參與Early-CKD計畫一段時間後再加入Pre-ESRD計畫的原則，以我的立場，並不反對，腎臟醫學會及腎臟護理學會也不是持反對立場。

### 黃尚志醫師(腎臟醫學會代表)

不論哪一種專門的技術與知識，個人認為認證及訓練班只能有一種，但主辦單位掛名幾個都沒有關係，以免基層醫療人員無所適從，並未獲的認證在不同的訓練體系疲於奔命，費事費錢費事。Pre-ESRD計畫衛教護理人員訓練是採聯合訓練方式來辦理，95年開辦，腎臟科醫師與腎臟護理衛教師及營養師合作多年，已形成一個教育訓練體系。建議「台灣醫療繼續教育學會」先推廣Early-CKD計畫人員訓練，且基層院所主要是推廣Early-CKD計畫。Pre-ESRD計畫衛教訓練班課程內容較為複雜，要2天的實務訓練，醫師、護理人員、營養師分開訓練。Early-CKD計畫人員訓練只要6小時較為簡單，建議先建立腎臟病的概念後再逐步深入，三個學會都會全力支持。

### 謝委員武吉

好，那今年起「台灣醫療繼續教育推廣學會」就先辦理Early-CKD計畫的訓練，明年繼續爭取讓該學會成為本計畫衛教護理人員之訓練認證單位。

### 黃召集人三桂

本討論案就依說明三建議修正通過。

## 討論事項

**第二案：透析總額品質確保方案專業醫療服務品質指標項目及院所別醫療品質資訊公開項目增修案。**

### 黃召集人三桂

請醫審組就本提案的3個附件報告，並請委員表示意見。

### 王科長本仁



(略)

### 吳委員志仁(陳理事長漢湘代理人)

有關脫離率(I)-腎功能回復：最近5年平均 $\times(1-10\%)$ 之計算方式，「血液透析脫離率」指標用5年當分母其實意義相當低，因為透析的第一年是最有可能脫離的，之後要脫離其實機率相當的低，如透析10幾年的個案也納入分母，分母不斷累積，是沒有辦法看出任何意義，建議以透析1年內之病人數為分母，監測頻率改1年較為合理。脫離率(II)-腎移植：最近5年平均 $\times(1-10\%)$ 的部分照舊沒有關係。

### 王科長本仁

這部分我們可以接受並尊重專業意見，那總體脫離率的部分呢？

### 吳委員志仁(陳理事長漢湘代理人)

如此計算會脫離現實，因為透析個案會一直上升，建議還是以透析1年內之病人數為分母較有意義。

### 王科長本仁

這個部分我們會尊重委員的觀點。

### 黃尚志醫師(腎臟醫學會代表)

脫離率(II)適用於透析患者接受腎移植，因為透析族群因腎移植而脫離，這樣的要求有鼓勵移植的積極意義，但對於脫離率(I)所適用的透析病患，除非是剛進入透析者併有急性的因素，可以觀察是否腎功能有部分恢復，但這類病患如果腎功能未在開始透析的前3個月恢復，那以後要恢復與脫離透析機會不大，假如這個定義要是用於全體病患(盛行病患, Prevalent cases)，會因為分母愈來愈大，而使再怎麼努力比值會仍一直降低，因此我贊成吳秘書長所說的，將其適用對象縮小到透析小於1年的新病人(Incident cases)，幾年後可以看出一些端倪。此外，現在所積極推展的透析病患安寧療法，在廣泛的宣導後，屆時可考慮再加進去。

另對於指標項目Hb合格為 $\geq 11\text{g/dL}$ 部分，百分比需大於90%，全台灣沒有一個透析單位可以做到，這是不可能的，只是徒然增加院所麻煩與抱怨。監測指標應有臨床積極性意義，如果全體都很好的話，應該換一個指標項目，我們都知道Hb的臨床指引是大於 $12\text{g/dL}$ ，但FDA已降低標準值不再強調那麼高，因為提升Hb太高除了花錢以外，還會有副作用如血管阻塞、冠狀動脈急性症候群、與增加中風危險，國際上對於Hb要保持多少各國並不一致，建議

台灣的標準先不要改變。我很同意指標由Hct改成Hb，當初訂的時候並沒有想這麼多。但是現在要改成Hb合格為 $\geq 11\text{g/dL}$ ，則千萬不要改。

另EPO注射對腹膜透析患者因受限每月最多給付2萬單位，而血液透析是包裹給付，可以因院所的策略在使用總量上較無限制，所以目前血液透析Hb平均值會比腹膜透析還要高，兩者醫療的條件比較是不公平的。CKD病患條件更是嚴格(血清肌酸酐大於 $6\text{ mg/dl}$ ，Hct小於28%)，對於肌酸酐不到 $6\text{mg/dl}$ ，但eGFR已經小於 $15\text{ ml/min/1.73m}^2$ ，屬CKD第五期，且有嚴重貧血者，因規定之故，無法施打讓病患生活品質變得很差，也反而較容易進入透析。健保局應另行開會檢討這些超過15年的規定，以因應時代進步。

有關各區(或全國)ESRD發生率，以分區來看是沒有意義的，透析透者可能有些需跨區往返的，另外也有聚落效應，有透析中心的城市與大鎮，病人較易集中，而究竟應以透析病人的出生地、居住地、戶籍地或就醫地來區分？可能結果與詮釋皆不同，各項計算之分母也是有困難界定的，故建議定義要找公衛專家與腎臟學者及學會弄清楚，要有更精確的校正，否則結果會讓大家更混亂。

### 王科長本仁

這個部分我們初步做個回應:Hb的部分是否請學會提供積極性目標值供本局參考；脫離率的部分本局會尊重學會的意見，監測頻率由半年改成1年，脫離率I的分母改為1年內的透析病人中，看看有沒有腎功能回復，至於總脫離率部分，如果脫離率I的分母改了，計算總脫離率是否就沒有意義，所以總脫離率的部分本局也會尊重學會的意見，總之，請學會再給我們最終版的相關指標操作型定義。另第29頁ESRD發生率我們會先用全國的發生率，這樣就可以避開所提分區、分縣市的問題，第一個整體性的指標部分，不知這樣可不可以？

### 黃尚志醫師(腎臟醫學會代表)

你要這樣算沒有關係，但定義要寫清楚且要公告，領重大傷病卡且透析次數超過40次才算是慢性透析病患，大家要有同一個操作型定義，才不會產生很大的差異，否則對機構的公信力會有影響。

### 吳委員志仁(陳理事長漢湘代理人)

過去有關血液透析：住院率、死亡率、屢管重建率、脫離率；腹膜透析：住院率、死亡率、脫離率等指標積極性目標值之訂定，以『最近5年平均 $\pm 10\%$ 』為該等指標醫療品質監測之積極性目標值，造成90%醫院都疲於拼命在寫

PTCA，去拼那10%，很多會員都來反映這樣的事情，希望別再寫改善方案，因為那是不可能達成的；積極性目標：住院率、瘻管再造率如把分母改為半年以後，會變成大家都達不成，甚至在醫學中心都一樣，積極性目標應當為理想目標，以最高標準去做會變成不切實際，以後大家Data送出去之前都要三思，說老實話可以自己去做假的，我們應該去看真實的，我們的目標是否不要訂得太嚴格。

### 李委員素慧

Hb訂超過 $\geq 11\text{g/dL}$ 太高了，現在ISN、EDTA與ASN都主張 $\geq 10\text{g/dL}$ 即可，EPO一直打，但給付一直降，叫醫療院所怎麼處理，你們以為越高越好嗎？剛才黃教授有講，血管容易堵塞、容易CVA、容易心臟病，建議Hb改為 $\geq 10\text{g/dL}$ ，適當就好。你們品質指標的HD、PD都寫 $\geq 11\text{g/dL}$ 。

### 王科長本仁

專業部分我們會尊重學會看法，希望學會再把認可的操作行定義提供我們。另補充第29頁ESRD發生率我們會用新領到重大傷病永久卡的病例來當為分子，如果要跟國際接軌，請學會提供發生率該如何定義。

### 林元灝醫師(腎臟醫學會代表)

關於第24頁建議增列腹膜透析病人比例，這個比例應該跟醫療品質沒有什麼相關，建議只列有沒有腹膜透析這個服務。將這個比例放置在品質的資訊項目內，會讓人誤以為腹膜透析比率高就是品質好。

### 王科長本仁

主席，我們先討論第一或第二部分？會提出增列腹膜透析病人比例，是因為要讓民眾了解那些院所有作腹膜透析跟它作的量，是從民眾的觀點提供就醫選擇的資訊。衛生署有一個醫療品質諮詢委員會，選了30個指標，其中有一項為腹膜透析病人數比例指標。整體性數字我們會提供。

### 林元灝醫師(腎臟醫學會代表)

標題是醫療品質，量並不代表品質，每一項跟病人生存跟生活品質有關，但是又列了腹膜透析病人數比例，這一項是不同類的資訊，建議另存在其他公開項目下，而不要列在醫療品質資訊裡面。

## 王科長本仁

從不同角色的人來看品質想像不大一樣，資訊公開現在是一個趨勢，是給民眾多一點資訊。

## 吳委員志仁(陳理事長漢湘代理人)

現在品質都有懲罰條款，將院所的腹膜透析比率列入品質指標項目，有沒有涉及品質保留款的項目？

## 王科長本仁

本提案與品質保留款是不一樣的，純粹是資訊公開讓民眾就醫參考。而總額的品保方案是整體性的指標，費協會每年的評核會都會看這個總額的整體指標如何，就會有監測值的訂定。

## 陳委員瑞瑛

是不是考量評鑑要有這個資料？評鑑資料不要歸在這裡，有沒有腹膜透析差在哪裡？像地區醫院沒有團隊所以無法做腹膜透析，其實他們也想做，真的一定要放嗎？是醫改會提議的？健保局就照單全收，搞死所有醫院。

## 王科長本仁

腹膜透析病人比例不是醫改會提的，是參考署裡的重要指標項目，讓民眾多一個資訊，我們會尊重會議決定。

## 黃召集人三桂

現時間已超過5點，針對本案我建議有關於Hb、脫離率、ESRD發生率等3項指標，請醫審組再跟學會聯繫請教，特別是Hb合格的比率是多少。第二、是否要新增腹膜透析病人比率乙項指標，請醫審組重新再考量，這個部分還要麻煩學會儘量來協助本局。因為時間的關係，今天的會議就開到這裡，謝謝大家！