

「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 1 次會議紀錄

時間：103 年 2 月 19 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	陳瑞瑛 ^代
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	請假	陳代表敦領	林元灝 ^代
林代表裕峯	林裕峯	陳代表雪芬	陳雪芬
陳代表鴻鈞	陳鴻鈞	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	周雯雯 ^代	蔡代表宗昌	請假
廖代表秋鐳	廖秋鐳	謝代表武吉	謝武吉
林代表阿明	林阿明	潘代表延健	請假
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、彭美熒
台灣醫院協會	王秀貞
台灣腎臟醫學會	張哲銘、林慧美
中華民國醫師公會全國聯合會	劉俊宏、陳哲維
本署企劃組	詹孟樵
本署臺北業務組	李珮君、蔡慧珠

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	葉瑞興
本署高屏業務組	謝明雪
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	李純馥、陳真慧、張溫溫、張桂津、 洪于淇、鄭正義、楊秀文

一、本會 102 年第 4 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「門診透析總額研商議事會議」102 年第 4 次會議紀錄。

決定：洽悉。

（二）案由：「門診透析總額研商議事會議」102 年第 4 次會議結論事項辦理情形

決定：洽悉。

（三）案由：門診透析總額執行概況報告。

決定：洽悉。

（四）案由：102 年第 3 季門診透析服務點值結算報告。

決定：

1. 確認 102 年第 3 季點值，如下表：

季別	浮動點值	平均點值
102Q3	0.78371512	0.81677707

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。

(五)案由：103年度慢性腎衰竭病人門診透析服務品質相關計畫會議

結論

決定：「門診透析總額支付制度品質確保方案」與「103年度慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」修訂內容如附件1，本署將續辦理兩計畫報部修訂及公告事宜。

四、臨時提案：

臨時提案

提案人：台灣腎臟醫學會

案由：「103年度門診透析服務品質提升獎勵計畫」結論一、同意未來指標資料由健保署收載。本會希望修改「未來指標資料由台灣腎臟醫學會收載並提供病患相關資料予健保署」

結論：

- (一)103年度門診透析服務品質提升獎勵計畫之品質指標部分，將自103年7月起請透析院所透過VPN方式上傳資料予本署，經本署統計結果核對並進行邏輯確認，104年起以本署計算指標值作為獎勵金核發依據。
- (二)有關腎臟醫學會為提升透析醫療品質及學術研究而自行蒐集透析病人檢驗資料乙節，請腎臟醫學會及各透析院所應依個人資料保護法相關規定辦理。

五、與會人員發言摘要，詳如附件2。

六、散會：下午4時10分

全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案(修訂 草案)

行政院衛生署96年7月27日衛署健保字第0960033452號函核定
行政院衛生署97年6月5日衛署健保字第0970026545號函核定
行政院衛生署98年7月3日衛署健保字第0980074567號函核定
行政院衛生署99年5月4日衛署健保字第0990068390號函核定
行政院衛生署100年9月28日衛署健保字第1002660194號函核定
行政院衛生署101年4月9日衛署健保字第1010007029號函核定
行政院衛生署102年1月8日衛署健保字第1010027355號函核定

- 一、確保門診透析總額支付制度(以下稱本制度)實施後，透析醫療服務之品質與可近性，特訂定本方案。
- 二、保險對象就醫權益之確保：
 - (一)全民健康保險保險人(以下稱保險人)每年應針對本制度各分區保險對象就醫可近性、醫療服務品質滿意度等情形進行調查，其調查內容之設計，應會同門診透析總額研商會議研訂，並得委託民意調查機構辦理，其調查結果經整理後，提供西醫基層總額及醫院總額受託單位參考。
 - (二)保險人每年應統計分析民眾申訴及其他反映案件數之變化情形。
 - (三)西醫基層總額及醫院總額受託單位應於本制度實施後，建立民眾諮詢、申訴及其他反映案件處理機制，並與保險人共同廣為宣導。
 - (四)各分區保險對象就醫可近性及醫療服務品質滿意度，如有下降且達統計上顯著差異，或申訴及其他反映案件顯著增加，經保險人檢討結果認為有歸責於透析院所者，應函知所屬西醫基層總額或醫院總額受託單位立即督導改善，並逐案追蹤。
- 三、專業醫療服務品質之確保，配合「透析醫療服務品質提升計畫」辦理指標：指標項目、監測頻率及監測單位，詳如附表。
- 四、透析醫療服務品質監控與輔導：
 - (一)所列品質指標項目，可參考前述專業醫療服務品質指標的發展狀

況，逐年檢討修訂。

- (二) 保險人應將前述醫療服務品質監測指標及醫療費用相關資訊，出版各分區業務組「報告卡」(Report card)，以供保險人與西醫基層總額、醫院總額受託單位，共同輔導透析機構持續性改善服務品質，並供保險對象查詢參考。

五、透析醫療服務風險監控機制之建立：

- (一) 醫療機構利用率及支付標準每點支付金額變動之監控：保險人應按季分析透析醫療服務利用率及平均每點支付金額，並於次季製成報表，函送西醫基層總額受託單位、醫院總額受託單位、行政院衛生署(以下稱衛生署)及全民健康保險會。
- (二) 每點支付金額容許變動範圍暫定為正負百分之五，若每點支付金額變動比率不在上述容許範圍內，保險人應會同門診透析總額研商會議共同檢討原因，必要時提出改進對策，並進行輔導改善。
- (三) 基層醫療機構與醫院之醫師與病人流動之監控：
為避免透析醫療實施總額支付制度後，因病人(或醫師)大量流入(或流出)基層醫療機構或醫院就醫，進而影響透析醫療機構服務可近性及品質，保險人應定期提出下列監控指標：
 1. 每季提供基層透析醫療機構透析次數(或總點數)及醫院透析次數(或總點數)占全體透析次數(或總點數)之比率。
 2. 每季提供基層醫療機構與醫院腎臟專科醫師數之變動，即基層醫療機構腎臟專科醫師與醫院腎臟專科醫師人數比。

六、獎懲：

- (一) 本方案所訂各項醫療服務品質指標的執行結果，納入次年度門診透析總額協商因素的一項參採數據。
- (二) 前述醫療品質與民眾健康改善因素若為正值時，保險人與西醫基層總額、醫院總額受託單位，得將該協商因素成長率部分用於支付標準之調整，以直接獎勵提升品質，其餘保留於年度結束時，依門診透析機構醫療服務品質指標執行達成率分配之。

七、本方案報請衛生福利部核定後，由保險人公告後實施，修正時亦同。

全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案

門診透析總額支付制度醫療服務品質指標 (HD部分) - 【專業醫療服務品質指標(草案)】

指標項目	參考值 ¹	檢驗 頻率	監測 頻率	監測 方法	監測 單位	指標定義或監測內容 ^{3,4}	修訂說明
專業醫療服務品質							
1. 營養狀態-血清白蛋白 (Albumin)	1. 受檢率：最近 5 3 年平均值*(1±10%)。 2. ≥ 3.5 gm/dl (BCG)或 ≥3.0 gm/dl (BCP) 百分比：最近 5 3 年平均值*(1±10%)。 ※本項為正向指標	每個月	每三個月	資料分析	保險人或台灣腎臟醫學會	受檢率、全體平均值大於等於 3.5 gm/dl (BCG 法)之百分比。【若以 BCP 法測量則為大於等於 3.0 gm/dl 之百分比】	修訂名稱及參考值
2. 尿素氮透析效率-URR	1. 受檢率：最近 5 3 年平均值*(1±10%)。 2. ≥65%之百分比：最近 5 3 年平均值*(1±10%)。 ※本項為正向指標	每三個月	每三個月 (自 102 年開始監測)	資料分析	保險人或台灣腎臟醫學會	受檢率、全體平均值大於等於 65%之百分比	修訂名稱及參考值
3. 貧血檢查-Hb	1. 受檢率：最近 5 3 年平均值*(1±10%)。 2. >8.5 g/dL 之百分比：最近 5 3 年平均值*(1±10%)。 ※本項為正向指標	每個月	每三個月 (自 102 年開始監測)	資料分析	保險人或台灣腎臟醫學會	受檢率、全體平均值大於 8.5 g/dL 之百分比 平均值：排除正在接受化學療法之癌症病患及非腎性貧血(如地中海貧血)	修訂名稱及參考值
4. 住院率	最近 5 3 年平均值*(1±10%) ※本項為負向指標		每六個月	資料分析	保險人或台灣腎臟醫學會	住院率(住院次數/每 100 人月)： 住院率=(追蹤期間所有病人之總住院次數)X100 / (追蹤期間之總病人月數)	修訂參考值及補充監測內容文字

指標項目	參考值 ¹	檢驗 頻率	監測 頻率	監測 方法	監測 單位	指標定義或監測內容 ^{3,4}	修訂說明
5. 死亡率	最近53年平均 值*(1±10%) ※本項為負向指標		每三個月	院所 申報 資料 分析	保險人或 台灣腎臟 醫學會	死亡率(死亡個案數/每100人月): 透析時間<1年死亡率=(追蹤期間透析小於1年 之死亡個案數)X100/(追蹤期間透析小於 1年之總病人月數) 透析時間≥1年死亡率=(追蹤期間透析大於等於 1年之死亡個案數)X100/(追蹤期間透析 大於等於1年之總病人月數)	修訂參考值及補充監 測內容文字
6. 瘻管重建率	最近53年平均 值*(1±10%) ※本項為負向指標		每六個月	資料 分析	保險人或 台灣腎臟 醫學會	瘻管重建率(重建次數/每100人月): 重建率=(追蹤期間所有病人須重新接受動靜脈瘻 管或人工血管手術之總次數)X100/(追蹤 期間之總病人月數)	修訂參考值及補充監 測內容文字
7. 脫離率	脫離率(I)-腎功能回 復:最近53年平均 值*(1±10%)。 脫離率(II)-腎移植:最近 53年平均*(1±10%)。 ※本項為正向指標		每六三個月	資料 分析	保險人或 台灣腎臟 醫學會	脫離率I(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) 脫離率II(因腎移植而不須再透析者)=(追蹤期間 因腎移植而不須再接受透析治療之人數)/ (追蹤期間之所有病人數) (百分比)	修訂參考值、監測頻率 及補充監測內容文字
8. B型肝炎表面抗 原(HBsAg)轉陽 率	最近53年平均*(1±10%) ※本項為負向指標	每年	每年	資料 分析	保險人或 台灣腎臟 醫學會	轉陽率=(追蹤期間HBsAg由陰性轉為陽性(新 感染)之人數)/(追蹤期間之陰性病人 數) (百分比)	修訂參考值及補充監 測內容文字
9. C型肝炎抗體 (anti-HCV)轉陽 率	最近53年平均*(1±10%) ※本項為負向指標	每年	每年	資料 分析	保險人或 台灣腎臟 醫學會	轉陽率=(追蹤期間Anti-HCV由陰性轉為陽性(新 感染)之人數)/(追蹤期間之陰性病人 數) (百分比)	修訂參考值及補充監 測內容文字

指標項目	參考值 ¹	檢驗 頻率	監測 頻率	監測 方法	監測 單位	指標定義或監測內容 ^{3,4}	修訂說明
10. 55 歲以下血液透析病患 <u>人</u> 移植登錄率	最近 5 3 年平均 *(1±10%) ※本項為正向指標		每年	院所 申報	保險人或 台灣腎臟 醫學會	55 歲以下血液透析病患移植登錄率= (55 歲以下血液透析病患移植登錄人數 / 55 歲以下血液透析病患人數) <u>(百分比)</u>	修訂名稱、參考值及補充監測內容文字

備註：

1. 參考值：最近 5 3 年平均*(1±10%)，正向指標取平均值*(1-10%)為下限，負向指標取平均值*(1+10%)為上限；若為當年度新增指標則無參考值，若監測期間未達 5 3 年指標，取其現有監測期間做為參考值期間。
2. ~~每三個月監測頻率：申報日期為每年 1 月、4 月、7 月、10 月之 15 日以前。~~
~~每六個月監測頻率：申報日期為每年 1 月及 7 月之 15 日以前。~~
2. 追蹤期間之總病人月數：表示追蹤期間(如三個月或六個月)所有病人被追蹤至死亡或觀察截止日期止之總病人月數。
3. 受檢率定義：扣除自第一次透析日起未滿 3 個月之病患。

門診透析總額支付制度醫療服務品質指標 (PD部分)

指標項目	參考值 ¹	檢驗 頻率	監測 頻率	監測 方法	監測 單位	指標定義或監測內容 ^{3,4}	修訂說明
1. <u>營養狀態-血清白蛋白</u> (Albumin)	1.受檢率：最近53年平均 值*(1±10%)。 2. ≥ 3.5 gm/dl (BCG)或 ≥3.0 gm/dl (BCP) 百 分比：最近53年平均 值*(1±10%)。 ※本項為正向指標	每個月	每三個月	資料 分析	保險人 或台灣腎 臟醫學會	受檢率、全體平均值 大於等於 3.5 gm/dl(BCG 法)之百分比。【若以 BCP 法測量則為大於等於 3.0 gm/dl 之百分比】	修訂名稱及參考值
2. <u>尿素氮透析效 率-Weekly Kt/V</u>	1.受檢率：最近53年 平均值*(1±10%)。 2. ≥1.7 之百分比：最近 53年平均 值*(1±10%)。 ※本項為正向指標	每六個 月	每六個月	資料 分析	保險人 或台灣腎 臟醫學會	受檢率、全體平均值 大於等於 1.7 之百分比	修訂名稱及參考值
3. <u>貧血檢查-Hb</u>	1.受檢率：最近53年平 均值*(1±10%)。 2. >8.5 g/dL 之百分 比：最近53年平均 值*(1±10%)。 ※本項為正向指標	每個月	每三個月 (自 102 年 開始監 測)	資料 分析	保險人 或台灣腎 臟醫學會	受檢率、全體平均值 大於 8.5 g/dL 之百分比 平均值：排除正在接受化學療法之癌症病患及非 腎性貧血(如地中海貧血)	修訂名稱及參考值
4.住院率	最近53年平均 值*(1±10%) ※本項為負向指標		每六個月	資料 分析	保險人 或台灣腎 臟醫學會	住院率(住院次數/每 100 人月)： 住院率=(追蹤期間所有病人之總住院次數)X100 /(追蹤期間之總病人月數)	修訂參考值及補充監 測內容文字
5.死亡率	最近53年平均 值		每三個月	院所 申報	保險人 或台灣腎	死亡率(死亡個案數/每 100 人月)：	修訂參考值及補充監 測內容文字

指標項目	參考值 ¹	檢驗 頻率	監測 頻率	監測 方法	監測 單位	指標定義或監測內容 ^{3,4}	修訂說明
	*(1±10%) ※本項為負向指標			資料 分析	臟醫學會	透析時間<1年死亡率=(追蹤期間透析小於1年 之死亡個案數)X100/(追蹤期間透析小於 1年之總病人月數) 透析時間≥1年死亡率=(追蹤期間透析大於等 於1年之死亡個案數)X100/(追蹤期間透 析大於等於1年之總病人月數)	
6.腹膜炎發生率	最近53年平均 值*(1±10%) ※本項為負向指標		每六個月	資料 分析	保險人 或台灣腎 臟醫學會	腹膜炎發生率(發生腹膜炎次數/每100人月): 腹膜炎發生率=(追蹤期間所有病人發生腹膜炎 之總次數)X100/(追蹤期間之總病人月 數)	修訂參考值及補充監 測內容文字
7.脫離率	最近53年平均 值*(1±10%) ※本項為正向指標		每六三個月	資料 分析	保險人 或台灣腎 臟醫學會	脫離率I(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) 脫離率II(因腎移植而不須再透析者)=(追蹤期間 因腎移植而不須再接受透析治療之人數) /(追蹤期間之所有病人數) (百分比)	修訂參考值、監測頻率 及補充監測內容文字
8. B型肝炎表面 抗原(HBsAg) 轉陽率(百分 比)	最近53年平均 值*(1±10%) ※本項為負向指標	每年	每年	資料 分析	保險人 或台灣腎 臟醫學會	轉陽率=(追蹤期間HBsAg由陰性轉為陽性(新 感染)之人數)/(追蹤期間之陰性病人 數) (百分比)	修訂參考值及補充監 測內容文字
9. C型肝炎抗體 (anti-HCV)轉 陽率(百分比)	最近53年平均 值*(1±10%) ※本項為負向指標	每年	每年	資料 分析	保險人 或台灣腎 臟醫學會	轉陽率=(追蹤期間Anti-HCV由陰性轉為陽性 (新感染)之人數)/(追蹤期間之陰性 病人數) (百分比)	修訂參考值及補充監 測內容文字
10. 55歲以下腹膜	最近53年平均 值		每年	院所	保險人	55歲以下腹膜透析病患移植登錄率=(55歲腹膜	修訂名稱、參考值及補

指標項目	參考值 ¹	檢驗 頻率	監測 頻率	監測 方法	監測 單位	指標定義或監測內容 ^{3,4}	修訂說明
透析病患 人 移植 登錄率	*(1±10%) ※本項為正向指標			申報	或台灣腎 臟醫學會	透析病患移植登錄人數 / 55歲以下腹膜 透析病患人數) <u>(百分比)</u>	充監測內容文字

備註：

- 1.參考值：最近~~5~~3年平均~~值~~*(1±10%)，正向指標取平均值*(1-10%)為下限，負向指標取平均值*(1+10%)為上限；若為當年度新增指標則無參考值，若監測期間未達~~5~~3年指標，取其現有監測期間做為參考值期間。
- ~~2.每三個月監測頻率：申報日期為每年1月、4月、7月、10月之15日以前。~~
~~每六個月監測頻率：申報日期為每年1月及7月之15日以前。~~
- 2.追蹤期間之總病人月數：表示追蹤期間(如三個月或六個月)所有病人被追蹤至死亡或觀察截止日期止之總病人月數。
- 3.受檢率定義：扣除自第一次透析日起未滿3個月之病患。

103年度慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫(草案)

一、依據：衛生福利部全民健康保險會(以下稱健保會)102年9月28日103年度全民健康保險醫療費用總額協商暨第1屆102年第3次委員會議。

二、計畫目的：

- (一) 提升專業服務品質，減少慢性腎衰竭病人之併發症、住院率、死亡率及腹膜炎發生率等。
- (二) 提升慢性腎衰竭病人自我照護之能力，預防疾病惡化，促進健康。
- (三) 鼓勵有效管理腎臟疾病，藉由品質監控，輔導門診透析院所及獎勵機制，持續改善品質，提升我國腎臟病整體之醫療照護品質。

三、經費來源：103年度全民健康保險醫療給付費用其他預算項下之慢性腎臟病照護及病人衛教計畫，編列4,500萬元支應本計畫。

四、監測項目及操作型定義：

- (一)門診透析照護指標，包括準時繳交報告者、血清白蛋白、尿素氮移除率(URR)、血紅素(Hb)、B型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率、C型肝炎抗體(anti-HCV)轉陽率、建立對病人透析治療模式選擇之充分告知機制及55歲以下透析病人移植登錄率等。
- (二)各項監測指標項目、達成率、得分(詳附錄一)，操作型定義同「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。

五、參加條件：凡與全民健康保險保險人(以下稱保險人)簽訂設立透析醫療業務之院所，均可參加本計畫。

六、核發資格：

- (一) 該院所之各項品質指標分數全年達70分以上者。

(二) 醫事機構於 103 年度內具有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十六條至第四十條等所列違規情事之一者，經核予處分，且違規事項歸因於門診透析業務者，不予核發。

(三) 104 年 6 月底依附錄二「各院所之核發金額計算公式」進行計算及費用核發。

七、申報及核付原則：

(一) 品質監測指標相關資料：

1. 各透析醫療院所應按季，確實提報附錄一之品質監測指標相關資料予台灣腎臟醫學會，並自 103 年 7 月起提報前述資料予保險人，由保險人定期進行監控與管理，作為品質公開之參考資料。

2. 104 年 6 月底前，依台灣腎臟醫學會提供之前述資料，由保險人進行計算後，依本計畫辦理費用核發作業。

(二) 103 年申報醫療費用點數之資料：依實施門診透析院所於 104 年 3 月底前申報之 103 年費用年月資料計算。

八、本計畫辦理核發作業後，若有未列入本計畫核發名單之特約院所提出申復等行政救濟事宜，案經保險人審核同意列入核發者，依本計畫計算方式計算每家分配金額。本項核發之金額將自當時結算之當季其他預算項下之慢性腎臟病照護及病人衛教計畫預算中支應。

九、本計畫由保險人與台灣腎臟醫學會及醫事服務機構相關團體代表共同研訂，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。自102年起，屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附錄一 門診透析服務品質監測指標項目

1、血液透析：

項 目	各透析院所病人監測值達成率	得 分
1.準時繳交報告者		每季 3.5 分
2.血清白蛋白(Albumin \geq 3.5 gm/dl (BCG)或 3.0gm/dl(BCP))	受檢率 \geq 95%且合格率 \geq 75%	每季 4 分
3. URR \geq 65%	受檢率 \geq 95%且合格率 \geq 95%	每季 4 分
4. Hb $>$ 8.5 g/dL	受檢率 \geq 95%且合格率 \geq 90%	每季 4 分
5.B 型肝炎表面抗原 (HBsAg) 轉陽率	\leq 3.5%	9分(年)
6. C 型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率	\leq 3.5%	9分(年)
7.建立對病人透析治療模式選擇之充分告知機制：對於新接受透析治療之病人，應給予完整之透析治療模式之講解與衛教，有書面資料可供查核。	100 %	10分(年)
8. 55 歲以下透析病人移植登錄率(%)	移植登錄率 \geq 5% 10分(年) 4% \leq 移植登錄率 $<$ 5% 8分(年) 3% \leq 移植登錄率 $<$ 4% 6分(年) 2% \leq 移植登錄率 $<$ 3% 4分(年) 1% \leq 移植登錄率 $<$ 2% 2分(年)	10分(年)

註：

1. 院所應將監測項目執行情形提報至臺灣腎臟醫學會及保險人，由保險人定期進行監控管理。
2. 受檢率計算時僅納入在該院所接受透析 1 個月以上之病人，若院所透析病人數低於 20 人，則受檢率目標值 \geq 90%;透析病人數超過 20 人時受檢率需 \geq 95%。

2、腹膜透析：

項 目	各透析院所病人監測值 達成率	得 分
1. 準時繳交報告者		每季 3.5 分
2. 血清白蛋白(Albumin ≥ 3.5 gm/dl(BCG) 或 3.0gm/dl(BCP))	<u>受檢率 $\geq 95\%$ 且 合格率 $\geq 70\%$</u>	每季 4 分
3. Weekly Kt/V ≥ 1.7	<u>受檢率 $\geq 95\%$ 且 合格率 $\geq 70\%$</u>	<u>每半年 8 分</u>
4. Hb > 8.5 g/dL	<u>受檢率 $\geq 95\%$ 且 合格率 $\geq 80\%$</u>	每季 4 分
5. B 型肝炎表面抗原 (HBsAg) 轉陽率	$\leq 3.5\%$	<u>9</u> 分(年)
6. C 型肝炎抗體 (anti-HCV) 轉陽率	$\leq 3.5\%$	<u>9</u> 分(年)
7. 建立對病人透析治療模式選擇之充分告知機制：對於新接受透析治療之病人，應給予完整之透析治療模式之講解與衛教，有書面資料可供查核。	100 %	<u>10</u> 分(年)
8. 55 歲以下透析病人移植登錄率(%)	移植登錄率 $\geq 5\%$ <u>10</u> 分(年) 4% \leq 移植登錄率 $< 5\%$ <u>8</u> 分(年) 3% \leq 移植登錄率 $< 4\%$ <u>6</u> 分(年) 2% \leq 移植登錄率 $< 3\%$ <u>4</u> 分(年) 1% \leq 移植登錄率 $< 2\%$ <u>2</u> 分(年)	<u>10</u> 分(年)

註：

1. 院所應將監測項目執行情形提報至臺灣腎臟醫學會及保險人，由保險人定期進行監控管理。

2. 受檢率計算時僅納入在該院所接受透析 1 個月以上之病人，若院所透析病人數低於 20 人，則受檢率目標值 $\geq 90\%$; 透析病人數超過 20 人時受檢率需 $\geq 95\%$ 。

3-1 『末期腎衰竭病人治療模式選擇之充分告知機制』評量標準

1. 各透析院所有告知新發生之末期腎衰竭病人不同治療模式的義務，並於衛教後請病人填寫滿意度調查表。末期腎衰竭治療模式衛教內容須包含：透析通路和原理、透析場所、透析時間、透析執行者、透析可能產生的症狀、透析適應症及禁忌症、透析之飲食/血壓/貧血控制、腎臟移植的原理和主要執行院所、移植的優缺點、移植適應症及禁忌症、移植後抗排斥藥物簡介、其它(居家照護、社會福利等)。

2. 各透析院所於每季申報季報告時一同上傳下列資料：

院所本季新透析病人人數：_____人

院所完成末期腎衰竭治療模式衛教及滿意度調查之新病人人數：_____人

3. 末期腎衰竭治療模式衛教完成率之計算公式如下：

完成率(%) = (本季末期腎衰竭治療模式衛教完成人數/本季新透析病人人數) × 100 %

4. 評分方式：

<u>完成率</u>	<u>評分</u>
≥ 90%	<u>10</u>
≤ 75% ~ < 90%	<u>8</u>
≤ 60% ~ < 75%	<u>6</u>
< 60	<u>0</u>

5. 選擇安寧緩和醫療：

個案因罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，而且病程進展至死亡已屬不可避免，由醫師視個案情形建議簽署「選擇安寧緩和醫療意願書」，格式詳見 P.23。

(1)院所本季告知選擇安寧緩和醫療病人人數：_____人

(2)院所本季簽署選擇安寧緩和醫療病人人數：_____人

3-2 末期腎衰竭治療模式衛教表

年 月 日

醫院/診所名稱：

病人來源： 門診 住院

病人姓名：

病歷號碼： 性別： 男 女

身分證字號：

出生年月日： 年 月 日

病人教育程度：不識字小學初中高中大專研究所

病人家庭狀態：未成年受扶養有職業獨立工作因病修養半工作狀態

因病無法工作退休獨立生活年邁或因病受照顧

陪同家屬：配偶 子女 兄弟姊妹 家長 其他：

衛教內容(確實執行項目請打勾)：

腹膜透析	血液透析
<input type="checkbox"/> 透析通路和原理	<input type="checkbox"/> 透析通路和原理
<input type="checkbox"/> 透析場所/時間/執行者	<input type="checkbox"/> 透析場所/時間/執行者
<input type="checkbox"/> 透析可能產生的症狀	<input type="checkbox"/> 透析可能產生的症狀
<input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症	<input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症
<input type="checkbox"/> 飲食/血壓/貧血控制	<input type="checkbox"/> 飲食/血壓/貧血控制
<input type="checkbox"/> 其它(居家照護、社會福利等)	<input type="checkbox"/> 其它(居家照護、社會福利等)

腎臟移植
<input type="checkbox"/> 移植的術前評估
<input type="checkbox"/> 移植的優點和缺點
<input type="checkbox"/> 移植的併發症
<input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症
<input type="checkbox"/> 移植後抗排斥藥物和門診追蹤簡介
<input type="checkbox"/> 其它(居家照護、社會福利等)

3-3 『末期腎衰竭治療模式衛教』病人滿意度調查表

1. 您覺得衛教的時間足夠嗎？

非常足夠 足夠 普通 不足夠 非常不足夠

2. 您對衛教的方式滿意嗎？

非常滿意 滿意 普通 不滿意 非常不滿意

3. 您對衛教內容瞭解嗎？

非常瞭解 瞭解 稍微瞭解 不瞭解 非常不瞭解

4. 整體而言，您覺得衛教對您選擇末期腎衰竭治療模式是否有幫助？

非常有幫助 有幫助 普通 沒有幫助 完全沒有幫助

病人或病人家屬簽名：

衛教者簽名：

3-4 選擇安寧緩和醫療意願書

選擇安寧緩和醫療意願書

本人 _____ 因罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，而且病程進展至死亡已屬不可避免，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款之規定，作如下之選擇：

- 一、願意接受緩解性、支持性之醫療照護。
- 二、願意在臨終或無生命徵象時，不施行心肺復甦術（包括氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸或其他救治行為）。立意願人：

簽 名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

在場見證人（一）：

簽 名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

在場見證人（二）：

簽 名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

法定代理人：（本人為未成年人時，法定代理人請簽署本欄）：

簽 名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

醫療委任代理人：（由預立醫療委任代理人代為簽署時，請簽署本欄）

簽 名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住（居）所：_____ 電話：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

附註：

1. 安寧緩和醫療條例第四條規定：

『 末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療。』

前項意願書，至少應載明下列事項，並由意願人簽署：

- 一、意願人之姓名、國民身分證統一編號及住所或居所。

二、意願人接受安寧緩和醫療之意願及其內容。

三、立意願書之日期。

意願書之簽署，應有具完全行為能力者二人以上在場見證。但實施安寧緩和醫療之醫療機構所屬人員不得為見證人。』

2. 安寧緩和醫療條例第五條規定：

『 二十歲以上具有完全行為能力之人，得預立意願書。

前項意願書，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。』

3. 安寧緩和醫療條例第七條規定：

『 不施行心肺復甦術，應符合下列規定：

一、應由二位醫師診斷確為末期病人

二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。前項第一款所定醫師，其中一位醫師應具相關專科醫師資格。

末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，第一項第二款之意願書，由其最近親屬出具同意書代替之。但不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。

前項最近親屬之範圍如下：

一、配偶。

二、成人直系血親卑親屬。

三、父母。

四、兄弟姐妹。

五、祖父母。

六、曾祖父母或三親等旁系血親。

七、一親等直系姻親。

第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依前項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於安寧緩和醫療實施前以書面為之

附錄二 各院所之核發金額計算公式

血液透析與腹膜透析分配金額及計算公式如下。

(一) 加權指數：

103 年實施血液透析或腹膜透析院所，依附錄一、二之品質監測指標之全年得分，分別計算加權指數：

103 年得分	加權指數
≥ 90	1
85-89	0.9
80-84	0.8
75-79	0.7
71-74	0.6
≤ 70	0

(二) 血液透析及腹膜透析分配方式

1. 103 年血液透析品質監測指標金額 =

【血液透析申報醫療服務點數×1/(血液透析申報醫療服務總點數×1+腹膜透析申報醫療服務總點數×1)】*103 年度門診透析品質監測指標項目之分配金額

2. 103 年腹膜透析品質監測指標金額 =

【腹膜透析申報醫療服務點數×1/(血液透析申報醫療服務總點數×1+腹膜透析申報醫療服務總點數×1)】*103 年度門診透析品質監測指標項目之分配金額

(三) 各院所血液透析、腹膜透析分配方式

1. 有實施血液透析院所 103 年之分配金額=

$$\frac{\sum \text{各血液透析院所 } 103 \text{ 年申報血液透析點數} \times \text{各血液透析院所加權指數}}{\sum \text{各血液透析院所 } 103 \text{ 年申報血液透析點數} \times \text{各血液透析院所加權指數}} \times 103 \text{ 年血液透析品質監測指標金額}$$

2. 有實施腹膜透析院所 103 年之分配金額=

$$\frac{\sum \text{各腹膜透析院所 } 103 \text{ 年申報腹膜透析點數} \times \text{各腹膜透析院所加權指數}}{\sum \text{各腹膜透析院所 } 103 \text{ 年申報腹膜透析點數} \times \text{各腹膜透析院所加權指數}} \times 103 \text{ 年腹膜透析品質監測指標金額}$$

(四) 上述各項資料依實施門診透析院所 104 年 3 月底前申報之 103 年費用年月資料計算。

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 4 次會議紀錄。
主席：會議紀錄如果沒有文字修正，就確認上一次會議紀錄，直接進入第二案。

報告第二案：「門診透析總額研商議事會議」102 年第 2 次會議結論事項辦理情形

干代表文男

請教討論第五案品質確保方案修正內容：第 44 頁透析醫療服務風險監控機制之建立第二項內容「每點支付金額容許變動範圍暫定為正負百分之五」那一節，請問基準點定在哪裡？

張科長溫溫

目前品質確保方案是用 1 點 1 元作比較基準。

干代表文男

以 1 點 1 元來算的話，透析點值已經剩下 0.8-0.9，不足的部分要補給院所嗎？這次品質確保方案公告內容若不修正，怎麼處理往前追溯的問題？

主席

請林組長說明。

林代表阿明

品質確保方案內容提及點值若有超過 5% 的落差要進一步檢討原因並作配套措施，像近年點值很低，在健保會上也有檢討及報告，除了其他預算另編列 4.04 億元作為預防慢性腎病病人進入透析外，大家也有共識在協商時爭取與人數相稱的成長率。品質方案內容並不是保障到每點 1 元，而是要有檢討機制。

干代表文男

原來內容已經寫明每點支付金額，不管是文字解釋或是法律解釋都站不住腳，希望今天會議可以解決這個問題，讓大家心服口服，不要有糾紛。

主席

干委員所提內容，文字是否需要修正部分，請本署法務科人員攜回與社會保險司討論。如果沒有進一步意見，本報告案洽悉，請接第三案。

報告第三案：門診透析總額執行概況報告。

干代表文男

同時併用呼吸器與透析全國100人中，只有10人自動出院或死亡，請問這10位是不是都是高齡者？如果都是高齡，希望醫院能道德勸說，公部門能多宣導。身邊就有這樣的例子好幾年，多位家屬也沒辦法決定，這樣也很沒尊嚴；是否可以不用強制性的方式，讓全國數據再降，減少無效醫療？

陳代表鴻鈞

干委員所提部分，學會一直很努力推動安寧療護，希望造成社會風氣，希望大家能幫忙。另外針對投影片申報醫師數、院所數提問：同年年申報醫師數跟季申報數據不一致，不知道差別在哪裡？

張科長溫溫

透析併用呼吸器部分，本署固定把資料提供分區作輔導；很多情況是家屬捨不得移除呼吸器，現行法令也不能直接拔除已插上的呼吸器。另外RCW的病人數近幾年在大力推廣下成長已經趨緩；另理事長所提醫師數/院所數不一致的部分，全年資料是當年度有申報的醫師數/院所數，通常會比當季申報的醫師數/院所數多一點，以上說明。

羅代表永達

跟干委員報告：全國單純呼吸照護病房已經在萎縮了，同時併用洗腎/呼吸器照護的病人多為洗腎後進入呼吸照護，也有數據比較。最大宗還是固定洗腎後加上多重器官衰竭最後進入呼吸照護。呼吸照護的病人數一直減少有2個原因：第一是安寧療護的介入，第二是病人財務的壓力，各RCW有收照護費，家人撐不下去時會放棄。

現在擔心的是太多外力介入，例如法律強制中止或是部分負擔提高到30%-40%，對家庭壓力很大。考量每個家庭構造不同，假設用偏激或強制的手段，會傷害很多沒發言權的家庭，反而不好。希望能夠用推廣、勸導、協助方式取代強制方式，讓RCW照護病人數自然萎縮，才是王道的作法。

張代表孟源

第37張投影片提及併用洗腎/呼吸器照護長期住院原因，不管是先洗腎或先

進入呼吸照護，兩個器官衰竭，最後出院比例低於2%，年齡層還有90-99歲。今年腎臟醫學會年會時本人有報告安寧緩和條例法律的問題，其實事先填拒絕維生系統/CPR會比較好，家屬之後作決定或拔管也有依據。是否請腎臟醫學會宣導洗腎病人在意識清醒時先填DNR，一方面尊重病人的意願，也避免將來感染或多重器官衰竭時產生不必要的醫療浪費。

鄭代表集鴻

想請問第27張投影片：病人數占率分母是醫學中心總病人數還是腹膜透析總病人數？

張科長溫溫

同一層級醫院病人數為分母，例如醫學中心3成多為腹膜透析病人，6成多為血液透析病人。

鄭代表集鴻

請問健保署會有區分到各層級醫院的洗腎病床數分布嗎？因為近2年各大醫學中心如長庚，北榮，中榮，國泰都在擴透析病床，而且增加的床數不少，本人認為醫學中心應該以急重症為主，要擴應該擴急重症病房，像洗腎這種穩定慢性病治療不該一直擴床，讓病患回歸社區，衛福部也在捷運站做廣告，宣導分級醫療，希望下次可以看到區分到各層級醫院的洗腎病床數分布。

陳代表雪芬

投影片第36、37張9月與12月併用洗腎/呼吸器照護的病人不一定是同樣的人，很擔心下次人數上升又要講無效醫療的議題了。就醫院管理層面，希望大家不要幫別人亂作決定，王道就是讓他順勢而行就好。直接認定在醫學中心併用洗腎/呼吸器的病人數多就認為醫學中心只處理輕症也太草率，醫院因為有迫切需要，在點值不好的時候擴洗腎床絕不是因為財務評估。

另外干委員所提品質確保方案「每點支付金額容許變動範圍暫定為正負百分之五」部分，如果從96年開始就一直是5%沒變動過，建議再修一個現在比較可行又正確的版本。

張代表孟源

回應陳委員的意見：血液透析在基層診所占了99.5%，在醫學中心佔64.4%，若以全國慢性腎衰竭病患，其治療方式的平均值而言血液透析比腹膜透析

約90.7%:8.7%。所以在醫學中心的病患，其血液透析低於平均值甚遠，而腹膜透析高於平均值甚多。可能是醫學中心洗腎床不夠無法容納血液透析的病患，還是因為病人想留在醫學中心洗只好接受腹膜透析，導致腹膜透析比例高；個人認為應該尊重病人的意願及醫師的專業考量，醫學中心若有血液透析病人洗腎床需求應該擴床，反之病人若適合做腹膜透析則可留在醫學中心接受腹膜透析。

陳代表瑞瑛(吳代表瑞堂代理人)

腹膜透析要經過醫師評估跟與家屬長久溝通，除了學童為了要上課用腹膜透析之外，其他都要條件符合才能作腹膜透析，跟洗腎床夠不夠無關。在座多為腎臟科醫師，是否要說明一下哪些條件適合作腹膜透析。

林代表元灝(陳代表敦領代理人)

張委員可能有點誤解，基本上透析病人多由醫學中心、區域醫院診斷為ESRD後進入治療，會先評估是否適合作腹膜透析後告知病人，讓病人作選擇；有些腹膜透析病人會直接留在原醫學中心或區域醫院，醫院床數固定，常常會滿床，血液透析病人考量醫院沒床以外，還會考慮醫療可近性，會到最方便的院所去洗腎，造成基層大部分是血液透析為主。腹膜透析與血液透析分布必須考量可近性與適用性，病人會自然流動。

另外衛生福利部之前有推5年計畫，其中一個目標是腹膜透析占率達13%，個人覺得以占率作為目標已經侵犯醫療自主權，也不是很恰當。

張代表孟源

林醫師所提醫學中心滿床與可近性部分，個人也了解病人心態及心情：有些病人就是要去台大、榮總洗腎。我的重點是尊重醫師的專業考量也尊重病人的權益，告知同意後給予病人適合的治療。

林代表裕峯

末期腎病病人穩定洗腎後會下轉到地區醫院或基層診所，評鑑時有規定腹膜透析病人需達一定比率，例如醫學中心腹膜透析比率需要20%。學會也認為穩定病人應下轉，讓醫學中心、區域醫院處理急重症病人為主；另外病人接受洗腎前醫師也會說明兩種透析方式，我們也希望在基層診所與地區醫院推廣腹膜透析，同時讓病人知道有兩種透析方式，尊重病人知的權益。

謝代表武吉

想請問投影片第25張102年第4季同時接受兩種透析的成長率12.7%，可以說

明一下嗎?另外建議第25、26張投影片各層級病人數分布可以加上各區各層級的部分嗎?

還有一項建議:多重疾病症狀不穩的病人,有的併用葉克膜後還是救不起來,可以提供這些病人三個月所有發生的費用有多少嗎?

張科長溫溫

病床數的部分可以試著做看看,另外兩者皆有成長率部分,定義切得越細就可能失真:因為病人會流動,同一個病人在不同分區就醫就會各算一筆,數據提供也是讓代表參考。如果再拆到分局別加上特約類別可能更失真。另外費用可能來自不同總額,會嘗試看看是否作得出來。

李代表素慧

針對兩者皆有的問題發言:有些病人腹膜功能已經不太好了,醫院還是不願意放棄他作腹膜透析,要求他同時用血液透析跟腹膜透析,時間可以到3個月以上;醫院會這麼作是因為腹膜透析病人佔率是教學醫院跟醫學中心的評鑑指標,我們從去年開始說透析選擇回歸專業判斷,醫院評鑑裡腹膜透析比率的指標是否可以取消掉,直接回歸專業。

另外透析床的部分,醫學中心符合設置標準就可以一直擴床,加上醫學中心在訓練腎專醫師,人力不虞匱乏;基層院所除非病人很多,考量人事成本不會一直擴床。主管機關可能不知道擴床的原因是什麼?還是希望衛福部能宣傳穩定的慢性病人回歸基層作全方位治療,而不是洗腎病人非透析時段在診所就醫就被刪除診察費或診療費,這樣是不對的,造成透析病人選擇醫院透析,以方便他科看診。血液透析包裹給付是醫療處置費,並不包含診療費及診察費,也希望大家深思屏棄偏見。

主席

謝謝李代表,拉回主題針對報告案還有沒有要詢問的部分,至於醫政跟評鑑的部分,非本署權責沒辦法做回應。

謝代表武吉

建議26頁的投影片可以作看看,不要直接回答作不到。

張代表孟源

對病人提供不同透析方式的告知機制已經討論過也作很好,是否可能在討論第5案中,同時告知是否願意接受腎臟移植與填安寧緩和意願書,這些都是可以考慮的方向。

陳代表鴻鈞

張代表所提意見已經在執行了，病人同時有4個選擇：血液透析、腹膜透析、活體移植與安寧療護，以上說明。

主席

如果沒有其他意見，第三案報告討論到這裡。

報告第四案：102年第3季門診透析服務點值結算報告。

主席

各位代表對門診透析102年第3季點值結算部分有沒有疑義？

謝代表武吉

西醫基層非浮動點值只有藥費嗎？還有哪些？是落在哪些部分？

張科長溫溫

有藥服費跟藥費。

林代表元灝(陳代表敦領代理人)

西醫基層大部分是血液透析，有藥費的只有腹膜透析。希望在總額協商時可以特別提到這一點：西醫基層用的是浮動點值，沒有其他任何費用。

廖代表秋燭

透析是基層跟醫院合併結算，腹膜透析在醫院比較多，的確有藥費跟藥服費；把預算拆出來看，第三季基層浮動點值應該是0.7766，醫院是0.7897，結算是0.7837，先不談鼓勵非外包2%部分，只有第三季醫院就移轉了3000萬給基層，請考慮預算與拿回去的公平性。

主席

點值結算數字沒問題就確認，健保署依健保法第62條辦理結算。

謝代表武吉

補充一下：某一區審查醫師說看到腎臟醫師看病就從嚴審查，這是事實，希望健保署督導一下。

主席

六分區業務組都有代表到場，請將謝代表意見帶回，在分區共管會議時注意一下。

干代表文男

請問一下:門診透析服務品質提升獎勵計畫預算4500萬用在哪裡?

張科長溫溫

作為符合專業指標透析院所的獎勵金，分給透析院所。

干代表文男

分配方式以人數還是院所規模?權重的比例怎麼分布?

張科長溫溫

有兩種方式:達到一定的分數，分數高權重就多;另外會依據申報量去看占率，不一定每家多少錢，如果院所規模大品質又很好，獎勵金就比較多。假設院所申報1000點，品質得分80，加權為0.8，就以800點計算。

干代表文男

指標分數是健保署還是腎臟醫學會計算的?

主席

跟干委員報告:獎勵計畫訂了一些指標，指標達成比例會影響權重;例如申報1000點的院所如果指標只達成8成，可能用800點來計算。

張科長溫溫

醫療院所會把病人的指標值定期傳給腎臟醫學會，腎臟醫學會計算所有院所的得分後傳給健保署，我們再分配獎勵金。

張代表孟源

想呼應謝代表的意見:西醫基層審查組對洗腎病人核刪的部分，雖然西醫基層點值低，我們對洗腎病人很照顧。這邊有個爭議點:洗腎是包裹給付，審查指標中包括使用鈣片及folic acid等簡單用藥應屬在包裹給付，然而對Norvas或高血壓用藥可能不列在其中;尿毒症病人的血壓、血脂控制很重要。問題是相同病人、同日、相同診所洗腎加上看高血壓、高血脂門診，爭議點是診察費是否要給付2遍。另外洗腎的包裹給付中是否包括診療費，這也是爭議的地方，在此補充說明，也希望主席能夠一併回答。

主席

個案審查的問題回歸專業，爭議的部分請循申復與爭議審議的行政程序，主席不能在這邊提供專業的審查意見。

羅代表永達

請問不含非外包的點值是0.7837，那包含非外包的點值是多少？

張科長溫溫

0.7837是浮動點值，平均點值有含非外包金額。

主席

報告第四案的點值確認，依全民健康保險法第62條辦理點值公布、結算事宜。

報告第五案： 103 年度慢性腎衰竭病人門診透析服務品質相關計畫會議

結論

主席

請醫管組簡要說明。

張科長溫溫

本案是在103年其他部門中4.04億預算裡有4,500萬要作為品質獎勵計畫使用，因獎勵計畫的指標與品質確保方案相關，一併在2月7日的會議中討論；會議決議包括品質確保方案的脫離率監測頻率改為每3個月一次，獎勵計畫中將不易歸責於個別院所的指標拿掉，但全國的品質確保方案還是繼續監測該等指標的長期趨勢。

受檢率部分考慮病人的流動性跟院所規模，會議中決議至少在院所洗腎1次的病人才列入計算，每個月病人高於20人的院所受檢率要達到95%，低於20人的院所受檢率要達到90%。再來是干委員所提獎勵計畫指標目前是透過腎臟醫學會給我們，我們規畫7月開始請院所透過VPN上傳資料給我們；7月到12月的半年期間也作資料邏輯比對，104年開始作獎勵依據。

腎臟醫學會代表(張哲銘)

腎臟醫學會在2月7日對指標部分內容修正：腹膜透析的Weekly Kt/V同意每6個月申報1次，VPN申報格式與配分計算方式有誤植為每季4分，請修改成每半年8分。

另外院所透過VPN上傳部分，本會已提交臨時動議。

主席

剛剛修正部分確認後，以修正版本通過，資料上傳部分留到臨時提案討論。

陳代表雪芬

2月7日開會時討論到資料由腎臟醫學會或健保署收載時，希望維持腎臟醫學會收載，意義上不只是信賴的問題，還有學術考量；加上腎臟醫學會部分資料要送到美國去作國際比較，健保署無端拿回資料蒐集權限真的有點奇怪。

廖代表秋燭

先請問一下：這是獨立用VPN將資料上傳還是要併同洗腎案件費用一起上傳？怕會影響到費用上傳，媒體檔只要一筆有問題不能上傳，錢就下不來，這樣會影響費用；如果是獨立上傳，我回去問資訊人員是否可用這種申報格式。現在透析資料確認與上傳是請個管師專人負責，都難免有些微錯誤；若由申報人員負責，恐怕會產生作業效能問題。

羅代表永達

現在對品質獎勵計畫不太清楚分配方式，不是實際操作的人員對於分配方式相信也不太清楚，在座是否有哪一位可以用簡單的例子說明分配方式？

張科長溫溫

議程資料少了1頁附錄二核發金額計算公式，我們等下發102年獎勵計畫的公式給大家。得分大於90分加權權數是1，85-89分加權權數是0.9，70分以下不合格不參與分配；血液與腹膜透析分開計算，計算上先用占率看血液/腹膜分配金額，個別院所時再看個別院所申報點數佔參與院所總點數比例，再乘上進來分配的金額就是實際可獲得的獎勵金。

干代表文男

既然說明三(三)腎臟醫學會有臨時提案，因為內容相關聯，我提出程序問題：是否把臨時提案合併在本案中一併討論，不知主席是否同意？

主席

既然現場有代表覆議，我們就併案，請宣讀臨時提案。

臨時提案

提案人：台灣腎臟醫學會

案由：「103年度門診透析服務品質提升獎勵計畫」結論一、同意未來指標資料由健保署收載。本會希望修改「未來指標資料由台灣腎臟醫學會收載並提供病患相關資料予健保署」

陳代表鴻鈞

台灣腎臟醫學會收集資料已有25年，在透析跟慢腎病照顧佔一席之地很重要的原因，資料的完整性跟正確性一向少有質疑，學會要求的欄位也比健保署要求自VPN上傳的欄位多很多，建議由腎臟醫學會蒐集後轉給健保署。正確性的問題歡迎健保署隨時提出討論，個資的部分現在也讓病人在填同意書；最近也要出腎臟病年報，考慮年報是學術參考的重要依據，年報資料由腎臟醫學會來作，法令上應該不會有太大問題。

干代表文男

我贊成健保署的提議。上次會議中我有講黃尚志醫師高醫看天下，黃醫師解釋他只有高醫的資料，健保署也沒有他需要的資料。後來我了解後健保署真的沒有他需要的資料，按照給付的內容應該是健保署自己收比較好。這邊沒有否定學會的作法，希望資料能上傳給健保署，學會再跟健保署拿資料，健保署有公信力，又沒有個資的問題；這是消費者的看法。如果健保署沒有資料，真的說不過。

阮代表明昆

個人覺得如果健保署來收載資料，健保署資料要釋出要花錢去買，腎臟醫學會負擔不起。腎臟醫學會替健保署出錢出力那麼久，健保署現在還要投入額外人物力作重複的事，然後腎臟醫學會又拿不到資料，釋放到國衛院後再花錢買，對腎臟醫學會很不公平；加上基層院所在點值低落的狀況下還要派人處理，醫院有個管師，我們只有醫師加班處理上傳，一件事作兩分工真的不公平。

干代表文男

103年預算中有22億是作雲端資料庫的部分，如果腎臟醫學會資料庫有障礙，可以考慮從雲端中畫一塊給你們；健保署拿不到需要的資料，笑死人了。希望健保署要堅定，堅持公權力。學會就學術研究上怎麼作，我們都沒意見。

腎臟醫學會代表(張哲銘)

腎臟醫學會不敢挑戰公權力；在 20 多年前沒有資源時，開始開發軟體，蒐集透析病患資料，那麼多患者花健保的錢，沒有哪個族群像透析病人一樣蒐集完整資料後發表研究。1 月 28 日我們參加健保署的會議，國衛院許志成博士也報告了細部分析後指標的意義完全不一樣。如果健保署要的資料只有附件四那些欄位，總共 7 個檢驗值而已，比腎臟醫學會收集的少太多，持續幾年後數據也不足以作研究了。所以腎臟醫學會建議繼續由本會收載資料，院所習慣上傳給本會已久也不認為有負擔，健保署來收資料操作型定義也不清楚，同一指標數值跟學會算的也不同。以腎臟醫學會來說，產生很多論文跟國際比較資料外，完全無利可圖。

學會也承諾將收載資料中，健保署需要的欄位整筆用 VPN 傳給健保署。

鄭代表集鴻

我也支持腎臟醫學會的提案。干委員不用擔心，健保署需要的資料腎臟醫學會一定提供，學會收的資料比健保署規劃收載的欄位多 10 倍，資料提供上不會有問題。

就人情考量，健保署需要資料，腎臟醫學會無償提供了 20 年；現在被一腳踢開，腎臟醫學會也沒辦法拿到資料，這也是學術上的損失；考慮台灣醫療界需要與國際接軌，希望能夠有轉圜的餘地。

主席

健保署謝謝腎臟醫學會以往的付出，但是個資法公布實施後，健保署因為健保資料庫如何使用已經有案件在行政訴訟中。另外黃淑英委員等要求衛福部定義醫學醫療與健康資料，包括健保資料庫、癌篩檔、死亡檔都包括在內。個資法公布後，不是健保署說了就算，理由我們也說得很清楚了，請李副組長補充說明。

李副組長純馥

健保資料庫定期給國衛院的已經是 ID 加密了，還是被人權團體告上法院說我們違反個人資料保護法，現在還在訴訟中；加上現在討論的是明碼資料，適法性上真的會被質疑。所有健保的論質方案包括糖尿病、氣喘方案等等，都是健保署收載品質資料後核算獎勵金；現在健保會委員、立法委員皆反應由腎臟醫學會收載品質資料之適法性；認為健保署不該把責任轉給腎臟醫學會，當然本署也沒有限制腎臟醫學會繼續收資料，過去腎臟醫學會的協

助我們也很感謝，現在開始健保署要自己蒐集資料。以上作簡單說明。

張代表孟源

現在不管上傳健保署或腎臟醫學會適法性容有斟酌之處，但關於告知義務在個資法第8條第2項明定主管機關因執行法定義務則不在此限。因為個資法第6條第2項跟第15條提到相關規定：應會同法務部制定資料處理規範，以及應徵得當事人書面同意。腎臟醫學會倒是開始徵得當事人書面同意，做為個資法的使用。尊重病患的意願才是最大的原則，腎臟醫學會應該是要病人同意後才能使用當事人的資料。

主席

健保署是依健保法特定目的收集資料，是合法的不是非法收集。

張代表孟源

依特定目的收集但要符合職務必要範圍、取得當事人書面同意，以及對當事人權益有無侵害。真的在法律上有很多空間，希望能考量病人最大利益。上次會議時看到台大、榮總的腎臟科大老已經白髮蒼蒼還是想對透析病人盡一份力，考量到學術研究與提升洗腎品質，以及國際接軌部分，希望還是由腎臟醫學會收資料；法律上的問題請健保署法務人員跟腎臟醫學會再討論，希望大家可以再商量。

主席

張代表可以贊成由腎臟醫學會蒐集，但是健保署搜集資料絕不違法，這點要列入紀錄。依健保法特定目的內可以蒐集，法務部也解釋過，現在是利用的問題；學術研究請洽國衛院或衛福部統計室統一對外提供資料，以上提出說明。

林代表裕峯

多年來學會與國健局、健保署合作收集洗腎資料多年，健保署有費用及用藥檔，5年前學會也跟國衛院建立腎臟並跟透析資料庫分析腎病發生/惡化原因，學會、健保署、國衛院應該通力合作達到雙贏，一起去監督腎病相關的指標，事實上學會作的模式也相當好，個人希望能解決碰到個資法上的難題，資料正確性可以透過稽核方式來解決；學會有的數據同時給健保署，健保署可以稽核。

謝代表武吉

大家討論那麼久有點浪費時間。在健保會時健保署因為這個問題被修理得

很慘，在座代表沒參加過不知道，真的要考慮健保署的立場。健保署收集資料比較正當，同時合情合理；另外說明中提到個人資料保護法部分，健保署已經被告了10多項，2月7日開會我也提到要注意這一點，由健保署收集真的比較恰當。

干代表文男

大家都沒惡意也沒有衝突；腎臟醫學會可以蒐集資料，真正的資料可已傳給健保署，在經費評核時可以更公正客觀；健保會對這點非常堅持，不要讓我回去無顏見江東父老。希望健保署可以堅持，不然請來健保會報告為什麼不作，最後決議如果不同意，大家健保會見，談預算中我們也有辦法砍一些。謝謝腎臟醫學會的蒐集，也可以考慮充分利用103年開始22億建立的雲端資料庫。

陳代表雪芬

這裡有很大的誤會：干委員以為健保署收載很多的資料庫，能滿足學會需求，事實上完全顛倒；健保署只要收載7項檢驗資料，學術跟費用上並不是平行線；上傳到健保署後需要資料不但要透過國衛院還要另外付費，醫學會收載幾十年的資料就中斷了。干委員提到黃尚志醫師報告那段，因為黃醫師需要的資料健保署不給，如果資料只上傳到健保署，黃醫師就更沒資料了。我們只是替腎臟醫學會擔心資料就此中斷，真的很可惜；也希望健保會委員知道這個層面：東西到健保署後分析的層面不會越來越多。健保署報告部分雖然完整，還是屬於費用分析，跟學術研究不一樣。健保署最在意的個資法，如果個資的問題不能解決，也只好同意健保署的要求，院所端盡力配合。

主席

我們可以切成三個層面：資料蒐集部分，健保署透過VPN收載；健保署只是為分發品質獎勵金蒐集資料，屬於健保法的特定目的，並沒有違法；再者，腎臟醫學會自己要求被保險人簽同意書後依個資法搜集資料部分，健保署沒有反對；第三是腎臟醫學會的學術研究部分，與直接搜集資料有部分關係，但還是有別的管道可以取得，希望不要混為一談。牽涉個資法部分不是這邊說了算，請就三個層面分別討論。現在先請專家學者表示意見。

林代表文德

腎臟醫學會擔心健保署收載資料後無法同步收載資料，因為學會目前蒐集資料用來分配品質獎勵金，院所有較強的誘因外，又有公權力支持，資料

也蒐集得很完整，可以拿到國際上作比較，就此放棄真的很可惜。個人贊成學會繼續收資料，同時健保署也可以拿到指標資料。另外，健保署應該關心結果面的指標，像死亡率、住院率等，過程面的生化檢驗指標則由學會收載，這些屬學會的強項，這樣不會有重複的問題，院所也不覺得重複做工。剛剛報告提到住院、死亡率難以歸責到特定院所，故要將其刪除，個人經驗中透析病人忠誠度很高，80-90%會固定在一個院所，品質結果應該可以課責。一開始健保署可以規劃搜集結果面指標，跟學會蒐集過程面指標作權重搭配以計算品質分數，日後再從過程面指標慢慢轉移到結果面指標；同時也應探討兩者的相關性，如果過程好代表結果好，可以用結果面指標取代過程面指標，這樣也許能減少搜集上的困擾。

黃代表月桂

時代已經不一樣了，腎臟醫學會直接蒐集資料方便學術研究的時代已經不再，IRB跟個資法一通過，研究者都綁手綁腳，比以前更辛苦。腎臟醫學會20年來建立了方便的資料庫，今天大家告健保署，很難說哪天會告醫學會。個人覺得作為公正的第三者，像主席說的切成三個部分來討論比較好。

至於資料使用的部分，以前可能溝通不夠，往後不管是哪方蒐集，還是要解決溝通問題；傳送上不讓院所重複作工可能是技術面的問題。

林代表元灝(陳代表敦領代理人)

可以把順序倒過來看：腎臟醫學會已經有個方便的軟體KiDiT，把軟體給健保署使用，院所同樣上傳給KiDiT，腎臟醫學會還是拿得到原始資料，這樣會不會比較好？

主席

沒有法律規範時可以這樣作。

阮代表明昆

健保署要求醫療院所個別上傳給健保署，可以退一步變成由腎臟醫學會轉給健保署嗎？

主席

個資法跟IRB中對資料使用上都有規定，健保署真的不能退一步。腎臟醫學會要求病人簽同意書部分，我們無意見，但是健保署不會要每個病人簽同意書，這是行不通的事情。

林代表文德

請問學會有拿到病人授權了嗎?如果病人同時授權給健保署與學會，像我們簽銀行信用卡時問到資料同時授權給相關企業使用時是否同意，這樣能不能解決問題?

主席

本署也諮詢過法律專家:同時授權醫學會之後，最後消費者究責還是會在健保署。

張代表孟源

我贊成主席說分三個層面討論，腎臟醫學會依照第四條，只要健保署願意委託給腎臟醫學會，這樣就符合第四條規定。這邊想說的是，學術研究對國家、文明的進步很重要，健保會委員應該以全民福祉為己任，醫學學術跟醫療給付、資料蒐集並無衝突。

鄭代表集鴻

干委員所提大家都無惡意，希望事情能圓滿解決;在7月預定收載前還有時間，既然有健保會的壓力，可以請干委員安排腎臟醫學會到健保會上說明，真的無法說服委員，那也認了，可以不要在這場會議上直接否決嗎?

干代表文男

個人沒有這麼大的權力，不過健保會委員的共識是蒐集資料要健保署公權力來執行，如果今天健保署同意腎臟醫學會代勞，我也要告他們怠惰。如果完全授權，那健保署就沒有作用。今天既然已經正反雙方有充分討論了，請主席裁示。

主席

決議今天照說明三執行:一、各醫療院所自7月起以健保署規定格式上傳;二、腎臟醫學會自行要求被保險人簽同意書提供資料，請院所依個資法執行，健保署沒有授權，請醫學會依相關法律辦理;第三、學術研究所需要資料，可以依健保署對外提供資料相關辦法或向國家衛生研究院提出資料申請需求兩個途徑，以上三點決議。

現在大家都為全民健康努力，學術研究也是其中一環:張善政政務委員召開會議就是因為想就健保資料庫、死亡檔、癌篩檔作資料加值，所以立委才要求立醫學資料與健康資料應用專法，才會有所突破。有了專法之後，才有所依循;目前全民健康保險法授權本署所收載資料是為核付費用所需，在特定目的範圍內，沒有違法，在特定目的外使用無法規範，人權團體才一

直提訴訟。報告第五案就三點決議，沒有臨時動議我們會議就開到這裡，謝謝！