

「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」

104 年第 2 次會議紀錄

時間：104 年 5 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：蔡副署長淑鈴

紀錄：歐舒欣

出席代表：

丁代表勇志	請 假	林代表文源	請 假
林代表敏華	林敏華	林代表全和	林全和
蔡代表宛芬	蔡宛芬	林代表裕峯	劉碧珠代
曾代表志龍	曾志龍	顏代表大翔	顏大翔
吳代表瑞堂	吳瑞堂	陶代表屏	請 假
陳代表鴻鈞	陳鴻鈞	張代表克士	張克士
洪代表冠予	請 假	黃代表月桂	請 假
張代表孟源	張孟源	鄭代表集鴻	鄭集鴻
梁代表淑政	梁淑政	黃代表祖源	黃祖源
廖代表秋鐳	廖秋鐳	謝代表武吉	請 假
龐代表一鳴	龐一鳴	游代表進邦	游進邦
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、方佳琳
台灣醫院協會	何宛青、王秀貞、林佩荻
台灣腎臟醫學會	林元灝、林慧美、張哲銘
本署資訊組	姜義國
本署企劃組	董玉芸
本署臺北業務組	陳懿娟、蔡慧珠、許敏惠

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	陳文娟
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	程百君、曾玫富、陳淑儀

一、本會 104 年第 1 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 104 年第 1 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：

1. 報告內容洽悉，並請於下次會議提報門診透析發生率等相關數據，並研議試算 Early-CKD 及 Pre-ESRD 涵蓋率之可行性。
2. 另本會代表對食品、藥品之管理建議，請函知食品藥物管理署參考。

（三）案 由：103 年第 4 季門診透析預算點值結算報告。

決 定：

1. 確認 103 年第 4 季點值，如下表：。

季別	浮動點值	平均點值
103Q4	0.80421111	0.81801608

2. 依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

（四）案 由：門診透析專業醫療服務品質指標監測結果

決 定：

1. 報告內容洽悉，另下次會議請提報以申報資料計算之 7 項指標操作型定義及指標結果。
2. 請將腹膜透析轉血液透析之操作型定義函請腎臟醫學會確認。

四、討論事項：

案由：104 年度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指標之操作型定義案

結論：有關病人歸屬於透析院所部分，請健保署以連續 3 個月於同一院所申報透析，且每月血液透析次數達一定次數以上病人進行試算，是否可達 90% 以上病人可定期監測，並於下次會議報告。

五、與會人員發言摘要，詳如附件。

六、散會：下午 4 時 25 分整

與會人員發言摘要

主席

各位代表午安，謝謝大家參加『104 年第 2 次門診透析預算研商議事會議』。首先確定上次的會議記錄，如果沒有意見就確認。在會議結束前，委員在會議上若發現問題，可隨時提出。

報告第一案：「全民健康保險醫療給付費用門診透析總額研商議事會議」103 年第 4 次會議結論事項辦理情形。

主席

沒有意見就洽悉。

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？

蔡代表宛芬

請問第一次會議資料中 Early-CKD 方案 103 年參與院所 743 家，與這次資料中 782 家數據不符，想請健保署說明數據不同的原因；另外前次會議上，我請健保署提供 Pre-ESRD 與 Early CKD 相關資料作為參考，這次會議資料中已經呈現了兩方案的累積照護人數跟一些細節，但還是沒有提出涵蓋率，瞭解從這些累積收案人數，針對 Early-CKD 與 Pre-ESRD 兩方案的照護涵蓋率如何，健保署對這樣的照護情形是否滿意？現在把我想進一步了解的部分更明確地表達出來，希望健保署可以一併回復，謝謝！

主席

謝謝蔡代表的意見，我們再聽幾位代表意見後綜合回答。

廖代表秋錫

請問投影片第 29 張 Pre-ESRD 計畫歷年符合獎勵人數跟成長率 103 年數據與 102 年相比減少 20%，希望能說明可能的原因。另外是投影片第 45 張提到營養品占自付費用項目第一名，比例高達 37.2%，想請問營養品是為了民眾身體健康但是健保不給付部分，還是院所另外賣給

民眾?到底是哪幾種營養品讓民眾負擔這麼多?這些營養品是必需的嗎?

羅代表永達

主席，各位先進午安，想請教幾個問題:投影片第 22 張同時合併呼吸器跟住院透析 90 天以上病人，想知道 90 天的住院天數怎麼算的。對地區醫院來講，住院天數是從轉入地區醫院開始，還是使用呼吸器起算，或是跨院計算。第二個問題是廖代表方才所提特效藥的定義，哪種特效藥是在座委員跟健保署都不知道的，是否應該納入給付?以上兩個問題。

張代表孟源

主席，各位長官，大家好！今天的會議資料的 15 頁，我看到的就是說 103 年第 1 季透析總人數共有 71,625 人。104 年第 1 季透析總人數 73,655 人，總共增加 2,030 人，成長率 2.8%。健保署的資料，65 歲以下新增透析病人年度增加病患的人數由 4,600 多人，減少到 4,200 多人。會議資料健保署會報告透析小於一年跟大於一年的死亡率，下次會議是否能提供最近一年透析新增加病人、死亡人數、移植人數或是腎功能改善的人數？

主席

好，請醫管組說明。

劉科長林義

Early-CKD 投影片內容與上次會議資料有落差部分，我們回去查一下，應該是家數這邊有問題。關於 Early-CKD 跟 Pre-ESRD 涵蓋率的部分，投影片這邊只呈現分子，其實我們考量數據呈現品質，在界定分母上是有些困難。在第 19 頁併用 90 天以上的呼吸器的部份，擷取方式是用人去歸戶看總住院天數有超過 90 天的，以最末日住院院所決定住院層級。

主席

還有 Pre-ESRD 計畫 103 年符合獎勵人數跟成長率-20%的原因，請提供說明。

張專委溫溫

目前看起來是持續照護獎勵費(P3409C)與蛋白尿病患照護獎勵費(P3408C)兩個項目差距較大，我們帶回去確認一下，下次補充說明。另外滿意度調查中特效藥的部分，因為調查方式是寄送問卷，與電話訪問不同，很難在當下要求民眾精確回答特效藥的項目。最後在自費

部分，總回答人數只有 46 人，相較於有效問卷數比例只有 6%，有點偏低，在此補充說明。另外張代表提到想要新增病人數的部份，健保署每年會算一次，在全球資訊網上公告，公告後也一併提到研商議事會議給代表參考。以上說明！

主席

新增透析人數大概多少？

張專委溫溫

新增加人數往年大概 9000 多人。

主席

如果有現成數據的話，希望在會議上可以補充說明。另外想請理事長補充說明自費項目，像是營養品、特效藥部分，謝謝！

陳代表鴻鈞

我想先回答 Early-CKD 與 Pre-ESRD 收案比率的部分，如果用溫啟邦教授所做全台灣 40 幾萬人的資料來看，Early-CKD 20 歲以上人口大概是 10%，如果用全人口來估算，我們大概有 200 萬民眾屬於 Early-CKD，收案比例大概是 2 成多，細算的部份還是健保署最厲害。同樣溫啟邦教授的統計，20 歲以上成人屬於 Pre-ESRD 比例約 1.1%，估計大概就 20 幾萬，現在已經收案收了 15 萬，收案率落在 7、8 成左右，收案比例可以算非常高。

Early-CKD 的主要困難是病人不在腎臟科手上，大概都落在心臟科、神經科、一般內科、家醫科等等，所以 Early-CKD 收案率期望達到 4、5 成，我想難度非常高。我們覺得以現在的情勢，收案率已經很高了，以上回答蔡代表的問題。

關於自費的部分，點值不到 0.9 實在很難活下去，以前狀況比較好時很多都是自行吸收，現在很難。現在新洗腎病人平均年齡 65 歲，然後 43% 人伴隨糖尿病，基本上洗腎的病人一半以上都是老弱殘兵，營養狀況、各方面都不是很好，所以我們為了要讓病人健康狀況比較好，可能會跟他建議自費補充營養品或是一些特殊藥品，因為我們知道一些比較好的藥像磷結合劑其實很貴，也希望可以專案補助，不過這屬於另一個議題。這些藥這麼貴，我們沒有辦法自己把它吸收下來。

主席

好。蔡代表詢問 Pre-ESRD 是分子，就是我們現在不知道分母，另外 Early-CKD 的分母只是溫教授的統計估計值，也不是一個真正的分母。所以我們現在累計收案是 41 萬人，收案比例其實就看分母了。如果每

年新增洗腎人數落在 8,000-9,000 的範圍，就表示有將近 5,000 人之前有接受過 Pre-ESRD，比例是否到理事長所提七到八成？可能還有一點點小距離。如果我們能有每年新進洗腎的病人有多少人曾經接受過 Pre-ESRD 照護，比較容易理解。

陳代表鴻鈞

醫學會有這個數據，大概在六成到七成，收案的難處在有些病人不願意被轉介到腎臟科，個別醫院差異比較大。

主席

在我印象中那個數據以前我們曾經有報過，就是說每年新進入慢性洗腎的這些病人裡面。

龐組長一鳴

22 頁所提結案原因中，印象每年新增 9 千到 1 萬人，如果倒過來看，每年結案有列管進入長期透析的是 2000 多個，顯示有大半進入洗腎的病人沒被 Pre-ESRD 收案，確實如蔡代表所提還有努力的空間。如果更進一步做院所分析，看這些新透析病人，就醫後為什麼沒進一步納入個案管理，各業務組應該督促各醫療院所要好好說明，希望更有改善的空間。至於 Early-CKD 確實比較困難管理，在數字上可能無法去呈現。

顏代表大翔

身為診所開業醫，對問卷自費的部分分享診所的經驗：營養品的部份，是因為有些家屬的照護能力不是很好，導致病患營養不良。在某些情況，我們建議他們買營養品。比如：普寧腎、亞培的營養品。考量診所間有競爭的壓力，我們也盡量不向病人收錢。至於特效藥的部份，有些潰瘍的用藥：如 PPI、耐適恩啊，或者有些病人冠狀動脈植入了 stent 必須使用 Pravix，他們不方便到醫院去拿藥而來診所洗腎時，他覺得需要但健保給付上有規範，我們沒有能力去開那個藥還自己吸收。給付很低，我們沒辦法讓他吃免費。所以他們自費特效藥大概是這一類的東西。這個問卷的樣本數不夠，如果還有其他情況要調查，

是否要區分病人是在診所或在醫院洗腎？也許會產生不同的結果。

陳代表鴻鈞

(問卷自費的部分)若要呈現，還要問醫生是否有額外提供營養品而未收費，相信比例上遠比有收費的多得多！所以我覺得(問卷)呈現這個數字是一個不公平的事情。

林代表敏華

我提一個問題，在第 33 張投影片有關呼吸器 90 天以上住院年齡層分佈，總共 107 人，70 歲以上占了 69 位，呼吸器一天所花的成本是多少？這樣的醫療我們有什麼方式可以去做檢討。

陳代表鴻鈞

我們在國外演講，常說中華民國最優秀的就是全民健保，每個人要洗腎都可以洗。有的國家是 75 歲以上不可以洗，我們能做的是鼓勵安寧治療，102 年台灣有 400 個人，因為各種狀況就是退出透析或者是不透析或做安寧。所以我們一貫的態度是鼓勵安寧治療。呼吸器我們還是會盡量去鼓勵不使用，尤其是年紀比較大的病人及多重器官衰竭病人。

主席

我們分析長期呼吸器依賴合併腎衰竭病人，已經有兩個重要生理器官都衰竭，應該與家屬討論。醫管組下次提供(透析病患)有多少比率進入安寧治療，他們有做努力但在這裡沒有呈現。

羅代表永達

第一、林代表提的建議，已經討論很長的時間，健保署及各醫院都

做過很多的努力、包括安寧，這一次只 show 104 年 3 月，之前的話去年同期是 150 幾個人，我想就是安寧的努力。

第二、大家看一下第 22 張投影片，醫學中心與區域醫院。醫學中心 90 天以上住在 ICU 裡面他費用的給付是逐步減少，所以這代表另外一個意思是它轉不出去，在醫學中心裡面有 15 位，區域醫院裡面有 33 位，我想地區醫院進入 RCW 的數目正逐漸在減少。

第三、目前的給付 RCW 再加上洗腎，給付成本費用拉得很高。在不得已的情況之下，在 RCW 或是呼吸器使用 90 天以後，他們是要另外給付生活照護費，對家庭來說有經濟負擔，跟在 ICU 不一樣。到現在為止有很多病人，他住院 4 個月，家人每天都來，家裡面捨不得，如果要他強迫放棄，以經濟力量去檢討，這是很不合理的。去年、前年也在這邊討論過，進入 RCW 的病人有多少比例使用安寧機制、經過安寧這個機制告知，也召開家庭會議之後，家屬願意承擔之後，還要用經濟力量去告訴他們不行，你們要放棄！現在呈現 RCW 的 59 人相對現在 RCW 目前 3 萬多人，比例已經是極少數了，如果再用經濟手段，去排除極少數的例外，這是不王道的！我們是「門診透析」委員會，每次卻是門診透析在檢討住院透析，錢是醫院總額那邊的錢。不管於法於理於情，我們每次在討論時，都要解釋一次我們曾經做過哪些努力，每個人只要看到這些人都覺得不該繼續去做治療，這樣是不好的，建議下次會議不用再呈現這個數據。

張代表孟源

根據溫教授 Early-CKD 有 197 萬人，他又提到 stage4 跟 stage5，加起來在 0.3%，大概有 6.9 萬人。但是我們在臨床上發現，這些 Pre-ESRD 計畫 stage4 跟 stage5 病人貧血是個重要的問題，相對的洗腎病人的指標中貧血的比例相當低，也就是貧血問題少很多。反而，這 6.9 萬 Pre-ESRD 計畫 stage4 跟 stage5 病人，節省國家的健保資源使用，不

需要用洗腎透析治療，結果它的生活品質、貧血的問題卻非常嚴重。就是卡 Pre-ESRD 計畫 stage4 跟 stage5 病人，EPO 的使用標準是否過於嚴格，使得貧血問題無法改善。我們希望既然能夠獎勵，應該放寬給它治療貧血的範圍，或許可以停留在 Pre-ESRD 的患者也能有好的照顧。以上補充建議。

張專委溫溫

為什麼 P3409C(持續照護獎勵費)會降這麼多？主要是因為在去年，之前我們是 P3409C 可以跟其他的獎勵支付碼合併申報，後來把規則變得比較嚴格，就是僅能擇一申報，而且要求，持續照護獎勵費要完成在那個年度，要完成三次 routine 的評估才可以申報，所以主要的原因是申報規則變得比較嚴格。因為以前大家是報 P3409C、又報另外一個 2000 塊，這樣看起來是不公平的，所以在去年的時候就把這個申報的邏輯做變動才會變得那麼低；P3408C(蛋白尿病患的緩解照護獎勵費)，病患本來就不多，所以感覺上差異很大，以上補充說明。

張代表孟源

這些 stage4 跟 stage5，資料第 50 頁(第 16 張投影片)。反而在洗腎的病人，他貧血不到 1%，腎臟醫學會可否提供 Pre-ESRD 計畫 stage4 跟 stage5 病人貧血比例的資料。

主席

我們等一下討論品質指標時一併討論。

顏代表大翔

我想講的是 Pre-ESRD 照護，時間到才能去申請 P3409C，因為 Pre-ESRD 照護方案的改變，所以申報 P3409C 難度增高；我們在申報時，根本來

不及反應方案的改變，診所當然希望多申報點經費，但是我們不能違規去申報；至於 P3408C 為什麼減少，除了樣本數本來就很少，另外 DM 病人蛋白尿要減少是非常難的；在蛋白尿尚未改善前，計算 eGFR 已到 3b 以上，可能會改成 3b 去申報，比較容易達到目標。除了 3b 後續照顧更重要外，蛋白尿所設目標很難達成，而且用 585 去申報，不是用 5819 申報，比較容易達到目標！因此或許是申報方式的改變才導致 P3408C 申報減少。再多觀察幾年會比較清楚，這個變化是否合理？趨勢是往好走？還是往壞走？

蔡代表宛芬

第 27 張投影片 Early-CKD 參與院所數，是指新收案病人的申報家數嗎？或是所有在 104 年 1 到 3 月有申報的家數這樣子？是所有申報的？

李副組長純馥

是所有申報的家數，不是限新收案的。

蔡代表宛芬

龐代表有說，希望有一個母數，用新增的洗腎人口數或用總人口數去比都可以，是不是拜託健保署下次提出健保署自己覺得還算合理的分母作為討論的基礎，提出後醫界如果有其他意見，可以再去修那個分母，討論時也比較容易進入狀況。

龐組長一鳴

要分析 Early-CKD4 級、5 級的人照護率有多少？我們確實是有困難的，不過最近有個契機，我們健康存摺的方案(頻寬補助)鼓勵院所申報檢驗值，可以掌握做 Creatinine 類似做腎功能檢查的數值，但這種

數字也不是全部完整的基礎資料，因為有部分的人可能沒有去做檢查，這個是有改善的空間，累積進行一兩年，資料申報得比較完整之後再分析。

主席

蔡代表很關心我們 Early-CKD 跟 Pre-ESRD 目前的執行情形，距離理想還有多少距離，但是這兩個分母確有很大討論空間，Early-CKD 的分母確實就是無法確定，等到健康存摺都收載完也需要一段時間，這部份分母有很大的討論空間；至於 Pre-ESRD 的分母，要直接用結案狀況或是當年度進來洗腎的人，他過去有沒有經過 Pre-ESRD 這個也可以再討論。請醫管組與腎臟醫學會就專業可接受之定義進行討論，再回應蔡代表。大家用意都很好，希望這些有可能進入洗腎的人可以提早介入，不要最後去洗腎。

另外這次的 survey，因為只有 734 份的有效樣本，大家關心的自費部分，只有 46 位表示有被收自費，所以這個 rate 只有 5%~6%，但它突顯了少數醫師鼓勵病人用營養品和特效藥，這部份請理事長再看看有沒有其他改善方式或建議，可能特效藥其實健保有付，只是醫師不開就變成自費。營養品健保本來就不付。你叫他去吃一些營養補充品，就是個案了，我們比較在乎的是醫材跟特效藥，所以理事長你看法是怎麼樣？

曾代表志龍

特效藥我想大部分是健保不給付的磷結合劑，另外如果要開胃潰瘍用藥需要胃鏡報告，上一份有效的胃鏡報告也超過時限；病人不願意去醫院，不是醫師故意要開藥，不用藥反而對病人更麻煩；開要常常是因為病人主動要求加上臨床上確有需求，不是特地推特效藥給病人；在此補充說明得更清楚。

陳代表鴻鈞

以前點值好時都沒有這些問題，如果現在點值能變 0.9，自費的問題想必可以解決大半。

主席

會議室內的人恐怕沒辦法給予正面承諾。

曾代表志龍

在洗腎醫師的角度，會儘量避免病人自費；有些藥品在病人的考量上，希望病人可以自行解決；我就醫的區域常見到病人去買一些廣告藥品後，來洗腎診所問我們能不能服用；一直勸告不用吃之後，他又會反問有哪些可以吃，如果這時候提供相對有保障又便宜的替代藥品，至少可以減低身體上損害又相對有保障。如果病人接受建議，也不失為權宜之計。另外想附議理事長提到磷結合劑部分：有些病人因體質關係，必須使用比較高貴的磷結合劑，經濟上負擔也很大，但是他們真的有需求。例如瑞克鈣每顆 200-220 元，又不得不吃，病人變成經濟較寬裕時服用，經濟不好時停藥，身體狀況又變差。臨床上很難找到清楚的切點。

陳代表鴻鈞

這是台灣洗腎存活率全世界第一名背後的代價。

主席

如果透析病人繼續吃地下電台推銷之藥品也是個問題。醫師有義務告訴病人停吃，也拜託醫師在第一線努力說服病人不要繼續吃對腎臟有負擔的藥物。健保也許該檢討為什麼要幫服藥遵從性差的病人付洗腎的費用。

陳代表鴻鈞

每個病人都有洗腎的權利，醫師不能拒絕他；學會的立場是安寧是最後的選項，學會也針對適合安寧的病人努力推動，接不接受也是他們的權利。

主席

台灣因為看病很方便，病人接觸醫師機會很多，也是對病人衛教的第一線人員；如果醫師不能花時間給予病人正確衛教，例如 Early-CKD 的病人如果接受正確衛教就有機會在當時改善腎功能；如果只是被動診療病人，這些病人最後都會落到利用健保洗腎，健保的財務也更吃力。希望健保署跟醫師可以扮演好彼此的角色，在慢性腎臟病防治上更加有努力空間。

陳代表鴻鈞

謝謝主席與蔡代表的指教，Early-CKD 與 Pre-ESRD 的推動在世界上是獨一無二的，尤其像中國大陸還沒有衛教制度，衛教師過去演講相當受歡迎，衛教師可以說是三頭六臂，病人不告訴醫師的都會告訴衛教師，也拜託健保署提高 Early-CKD 與 Pre-ESRD 的給付，讓我們得以負擔衛教師合理薪資。

主席

理事長所提問題請醫管組收載研究。同意理事長所提衛教很重要，也希望衛教師以外，醫師也扮演重要的衛教者；加上醫師更有權威能說服病人。

曾代表志龍

同意主席說法，但是衛福部在食品藥物管理上容許地下電台每天賣

藥，傳遞半真半假的資訊，最後變成腎臟科醫師來收尾。如果真的要作衛教，想建議健保署幫忙在這部分著力。

主席

研商議事會議內容為實錄，雖然食品藥物管理非本署權責，還是請醫管組將這段文字轉給食品藥物管理署(FDA)參考，尤其是腎臟科醫師都提出來了，請FDA多努力。

鄭代表集鴻

補充說明一下：除了地下電台賣藥的部分外，另外食品安全的部分從毒奶粉到碳酸鎂，這些都證實對腎臟有傷害，我們那麼努力推 Early-CKD 與 Pre-ESRD，民眾每天入口的東西對腎臟都有可能造成損傷，這真的是要努力的地方。

主席

鄭代表所提也請轉給FDA參考，請FDA參採各方面意見。

蔡代表宛芬

第26頁上面所提民眾看診時間減少，但是滿意度略增部分，也想拜託醫界能提供適當的衛教，再多一點點時間給病人；也許病人不是很聽話，多講幾次也許可以抵銷廣播賣藥的一些效果。

張代表孟源

除了衛教之外，主席前次會議有要求開業醫師多照顧 Early-CKD 的病人，全聯會與基層學會也很認真推動糖尿病、高血壓的治療，比對10年前糖尿病病人在基層院所只能拿到1顆Glucophage，糖化血色素也只能控制在9%以上，考量糖尿病是透析病患的最大源頭，經過不斷推

動後，HbA1C 推動目標設定在 7，同時要有血壓、膽固醇控制，在 Early-CKD 的疾病早期投入更多資源，之後透析淨增加人數也會減少。至於核刪的部分也希望能配合，如果依照糖尿病及高血壓治療準則開藥、治療，目前很難解決洗腎病人高盛行率及高發生率的問題，將來可能可以改善。

主席

謝謝張代表的提議。最後作兩點結論：洗腎病人在院所看診時間今年雖然減少，但是透析時間很漫長，希望醫師可以撥冗與病人聊聊，加強衛教；會非常有幫助的。另外張醫師所提對 Early-CKD 建議，希望能列入全聯會的在職繼續教育課程，核刪部分健保署收載後提供醫審及藥材組參考。

陳代表鴻鈞

回應主席與蔡代表：病人雖然每次透析都花很長的時間，醫師也必定在場，但是病人可能比較想睡覺或看電視，不一定想跟醫師談話，醫學會會轉告醫師加強衛教喜歡吃廣告藥品的病人。

主席

謝謝理事長，執行報告部分洽悉，請進行第 3 案。

報告第三案 103 年第 4 季門診透析預算點值結算報告

主席

各位代表對於第三案點值結算報告有否意見？

廖代表秋錫

103 年現在四季都結算完成，理事長也提到點值偏低，才會有自費購買營養品、特效藥等等，看到 103 年結算，假設以點值 1 點 1 元，預

算缺口在 103 年是 68.86 億，還少很多！因為 103 年總額成長率在基層是 5.358%，在醫院是 2.519%，假設換算點值是 1，成長率在基層應該要 30.3%，醫院是 21.833%，這樣才能達到 1 點是 1 元，我提出這樣的數據是因為九月要談明年的總額，大家每次講說洗腎點值這麼低，它的趨勢就是第一季到第四季會越來越低，我希望能考慮預算移轉因素，去年 103 年醫院移轉到基層是一億零五百萬，這是從成長率上面，目前只能從這個地方去解決！提供數據是希望健保署在談明年總額的時候可以把數據呈現，提供給健保會的委員去參考。另外 Pre-ESRD 與 Early-CKD，編列預算是 1 年 4.04 億，實際 103 年全年結算用了 2.3 億多，加上 4500 萬也不到 3 億，請問是預算編太多或是獎勵太嚴格？

主席

有關這兩個總額互相調校，其它代表或醫管組有沒有意見？

張專委溫溫

因為是核定預算，每一年都會提出這個問題，之前都是由健保會決定如何去分配醫院跟基層的比例，之前決議是用當年第 1 季來決定次年的(預算)，那今年會把實際資料給健保會讓它做最後決定，這是第一個說明；第二個就是有關預算編列，當時會編的比較高的原因是 Early-CKD 當時參考溫教授的研究推估參與人數來編列預算，慢性腎臟病人數從開辦到現在一直是持續增長，預算放在其他部門，採實支實付。我們在委員會上也建議不要刪減太多，擔心慢性腎臟病收案人數可能會更多，所以預算編列，從開始就維持在 4.04 億。

張代表孟源

關於醫院跟基層編列預算的問題，很佩服健保署，因為預算本來就是一個預估的措施性法律！能夠做到誤差減少，目前依據是用前一年兩

總額申報比率來計算占率，如果可以用過去多年的經驗值，我們很贊成微調！假如用前一年占率，每年都會有差值，可以考慮用三年或五年的平均差值來做微調，直接在公式裡做校正。我相信對於醫院的代表一定會覺得比較公平，也許可以考慮 105 年預算以這種方式微調，這個建議我已經建議很多年了。

主席

有關兩個總額的調校每年都會提出，所以兩個總額都還滿計較這一塊，因為是預估一定會有誤差，希望張專委再研究，下一次提出能否有進一步再微調的空間。至於這個 4 億的編列，因為剛剛蔡宛芬代表也認為收案率的部分，雖然規模不確定，但事實上還有增長空間，所以在每年協商總額，我們都認為不能讓，就是不願意讓預算減少，因為我們覺得還有很多人需要被照顧。所以編列在總額的專款，執行率不到我們也不願意減少的理由就是在這裡。所以請大家加緊努力，開業醫在 Early-CKD，腎臟科醫師在 Pre-ESRD，再多努力照顧病人。第四季點值的結算報告我們就確認。

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

謝謝醫審的報告，有關品質監測結果，還有沒有意見？理事長有沒有再說明的？

陳代表鴻鈞

關於脫離率部分，我們覺得現在管控很好，監測指標放入脫離率，我們認為意義不大。

主席

血液透析的瘻管重建率這一次偏高，腹膜透析的小於一年的死亡率與腹膜炎發生率部分，專業上是否要補充說明？

張秘書長哲銘(腎臟醫學會)

這幾個指標屬於小幅變動，可以解釋成一個 NATURAL COURSE，沒有什麼特殊意義；脫離率是比較不好詮釋的，一直想請大家把這個拿掉，不要再繼續看了。

主席

除了脫離率外還有沒有其他要說明？

林秘書長元灝(腎臟醫學會)

上次提到腹膜透析轉移血液透析的指標還沒有出現，不知道什麼時候可以提供。

曾科長玫富

前次會議有提用申報資料來算七項指標，也報告有幾個指標明顯高很多，3月下旬時本署與國衛院許志成博士與腎臟醫學會的吳麥斯醫師開會討論定義怎麼調整，當時初步結論是依討論結果去試算，再提供許志成博士與吳麥斯醫師確認，如果與腎臟醫學會資料經過這樣的程序後已經變得很接近，就提會報告。健保署的定義已經提出需求，但是還在計算，因為定義太複雜，需要一些時間，等到結果出來，我們就會提報會議報告。指標的詳細定義我們也 PASS 給吳醫師與許博士確認了。至於瘻管重建率，感覺是特定的季節變化，第四季稍微高於參考值也只有 0.03，那個參考值只有 0.25，第四季是 0.28，可以說做動靜脈瘻管是隨著病人整體的需求在變化的。

曾代表志龍

這個瘻管重建率，在秋冬的時候阻塞機率就比夏天高，所以在第一季或是下半年他的那個統計數字稍微偏高一點，也不意外！

陳代表鴻鈞

會議資料請多寄二份給腎臟醫學會，它們都沒有寄給我們秘書長，秘書長是需要了解這個事情，還有就是我從高雄來，每次都是開完會回到家，才收到會議資料。

主席

腎臟醫學會這邊如果確定是3位出席，那我們就給3份資料。腹膜透析的腹膜炎發生率有沒有要說明？這個趨勢就跟瘻管重建率覺得是季節變化，好像是一路上升，哪一位願意說明一下？

陳代表鴻鈞

103年全國監測腹膜炎發生率沒有這個趨勢。

主席

53頁第22張投影片，那個趨勢比較是往上的，可能要留意。曾科長，請問跟腎臟醫學會討論其他指標時有包括腹膜透析轉血液透析的指標項目嗎？

曾科長玫富

我們有請許志成研究員跟吳麥斯醫師對定義提供專業意見，在工作小組中討論，嘗試看能不能用申報資料來算，目前研議總共8項指標用申報資料來算。然後定義就是說這一整批試算，所以定義都會決定。

主席

下一次開會可不可以提出來討論？

曾科長玫富

原來監測的 7 項指標會在下次提會報告；全新指標定義上吳醫師跟許研究員現在還沒有回應；吳醫師是代表學會的幕僚，希望學會能幫忙問一下進度。

張秘書長哲銘(腎臟醫學會)

能不能把這些資料給我們，看能不能分下去，因為吳教授本身在醫院很忙。許志成老師他本身不是只有這個計畫而已，也是一樣很忙。

林秘書長元灝(腎臟醫學會)

吳醫師現在是北醫三家醫院的執行長，他工作非常忙碌我們很清楚，有需要的話我們大家一起協助，謝謝。

陳代表鴻鈞

跟大家報告，我們最近跟國衛院出版了一個 2000 年到 2012 年台灣透析年報，這是非常寶貴的資料，那這個資料我們把它 PO 在網上，是我們傲視全世界的資料，也引以為傲，很感謝健保署的幫忙。

主席

謝謝理事長出版這本年報，有機會的話也分享給我們代表們！另外請玫富科長，資料給兩位醫師，同時也 PASS 給學會，大家共同去檢視定義，加速有共識，就可以進行試算。

鄭代表集鴻

請教科長，剛剛腹膜透析轉移血液透析，我們上次是說分一年以下跟

一年以上，是有這樣區分嗎？

曾科長玫富

這個定義還在草擬階段。

鄭代表集鴻

建議要區分一下，比照透析時間小於一年跟大於一年的死亡率那種。

醫審組曾科長玫富

母體要不要是新病人，進入新透析血液一年內的，超過一年以上一群，然後分別去往後追蹤一段期間，就是腹膜透析改申報血液透析醫令，定義更明確後我們把完整文件提供給許研究員跟吳醫師確認。

主席

謝謝各位代表的建議，品質監測報告理論上有一些指標有助於大家管理及做決定，對於品質有異常的要謀求改善，否則就喪失品質監測的目的，這裡大部分都是在監測範圍，少數有浮動的部分，請理事長督促會員多予留意，至於長期大家認為脫離率的，是留在品質指標，或者只是參考，這個部份就麻煩玫富科長。

曾科長玫富

前幾天公告的品質確保方案已經把兩項脫離率都改成參考指標，那參考值也都刪掉了。

主席

醫審組已經把參考值拿掉，純粹列為參考監測指標，這樣可能符合大家的期待，我們醫審組下一次如果有新增指標的修正版本再提供給大

家。那接下來我們就進入討論案。

討論案 「104 年度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」指標之操作型定義

劉科長林義

請看資料第 59 頁，今年開始我們會用 VPN 上傳的資料計算品保款，103 年以前請腎臟醫學會幫忙計算，104 年開始我們自行計算，每個指標的定義就很重要；首先這 8 個指標的分母定義族群第一層為『慢性透析病人』：指依就醫日期統計，曾連續三個月申報門診透析案件(案件分類 05)，我們才列入；至於病人是不是歸責於你這個院所？那是分母的第二層定義，以第 60 頁受檢率分母定義為例：

第一是符合慢性透析病人的定義，也就是連續三個月有申報透析案件的病人，以該第一個月為透析起始年月，並申報透析醫令。

第二是他有兩個月(含)以上在這個院所有申報門診透析醫令的病人數。

以上兩個條件都符合，才納為這個院所的分母。腎臟醫學會及醫院協會都對這個有意見。先講分母的定義：台灣腎臟醫學會意見請參考補充資料第 3 頁，建議直接用 VPN 上傳的血液透析病患總數當指標分母，這跟健保署提案用申報資料來當分母有一點差距。腎臟醫學會第二個建議是如果不用 VPN 上傳病患總數當分母，建議定義為領有重大傷病證明的慢性透析病人，在同一院所連續三個月以上有申報透析醫令的病人數。我們第一個對於『慢性透析病人』的定義，就要求符合連續三個月。歸責於院所部份，若訂為二個月在你這裡申報就算，大家有沒有意見？先就有關分母定義部份做澄清。

主席

醫院協會的意見有什麼不一樣？

劉科長林義

請翻到補充資料第 9 頁：醫院協會也建議連續 3 個月。本署提案的分母定義舉例說明，例如某甲在 104 年 3 月、4 月、7 月於 A 院接受血液透析，其他月份於 B 院透析，以 A 院來計算分母，3 月屬第 1 季、4 月屬第 2 季、7 月屬第 3 季，剛才提到兩個月才歸責於這院所，因某甲 3 月僅有一個月，不算在 A 院第 1 季。104 年 3 月、4 月連續兩次於 A 院透析，所以某甲屬於 A 院第 2 季分母。醫院協會的建議是才連續三個月才歸責於這院所。但我們透析的分母第一層定義本來就是連續三個月（申報門診透析案件），才算透析病人。

主席

各位代表請看議程第 57 頁，指標由健保署計算過後會回到品質提升獎勵計畫，計算每一個院所的成績，然後再分配品質保證保留款！所以醫院協會跟腎臟醫學會會對這個分母有不同意見，請委員發表意見。

羅代表永達

我想這是技術性的問題，包括腎臟醫學會跟醫院協會都有一個小組討論過，其實應該把這幾個小組的最後結論，大家檢討，否則不曉得怎麼做結論。對於慢性透析的定義，我提出第三個建議，因為（病人）在地區醫院、在醫學中心及診所他的忠誠度不一樣。那我請教地區醫院的腎臟科醫師，他們對慢性透析病人提出一個看法，第一個慢性病透析病人的定義，因為我們現在是 VPN 上傳，是否能以首次透析的日期認定，在醫院那不叫首次透析日期，因為病人可能會跨院所透析。因為指標要落實到每個院所又與獎勵金有關，所以就很 care！所以他們認為慢性透析病人定義的當中第一個，VPN 的資料上傳是否以首次透析日期為開始算起，以此日期持續三個月透析才定義為慢性透析的病人；第二個各項分母，同一院所兩個月申報醫令，它認為在地區醫院

或基層診所，它可能會跨院所透析，就不算忠誠病人，所以我們建議，每月透析次數是不是要大於二分之一當月的透析次數，而且同院所有三個月以上的申報，才屬於該院所的長期透析病人。否則，我們覺得這樣的數字可能會相當失真，在醫院或診所，可能會有四分之一或五分之一的這個病人可能是有遊走的。依我們現行狀況來講，到時候「以首次透析日期為開始算起」要怎麼算？所以我們建議就是每月透析次數大於二分之一的當月透析次數，而且同院所大於三個月以上的申報才是該單位裡面的所謂的分母定義。剛剛那個署裡有做解釋，可能要專家跟專家才有辦法談得出來。

張秘書長哲銘(腎臟醫學會)

腎臟醫學會也有相同的疑慮，我們提出的意見是同一院所連續三個月申報，但是就算同一院所還是有那個申報問題，申報我們是一個月報一次，有次數的問題沒有錯，譬如說我這個月在這邊透析兩次，結果還沒有檢查的時候到別的醫院，因為其他的病因到其他醫院住院，其他時間都沒有，這還是報出去！所以有這個問題，所以腎臟醫學會還提出第一個建議，分母的定義就用 VPN 上傳的資料，這個就不會錯嘛，自己院所的病患再報出去，別人來的我們不會報出去嘛，以 VPN 上傳的當成分母，其實最嚴謹，不會有錯。資料認定當然各有優劣點，如果院所不報的話就沒有。

張專委溫溫

第一、VPN 申報資料和實際申報人數有差異，如果應申報之病人於 VPN 沒有提報檢驗資料也很奇怪。因為指標達成需滿足受檢率，受檢率分母認定很重要。這個案子比較複雜，我們當時與腎臟醫學會及相關的學者都已經討論過「慢性透析病人」的定義是在門診透析連續洗三個月，定義已經沒問題，現在最大的問題在於歸責，到底是哪個

院所應該要去提供檢驗檢查，因為病人有可能跨院，我們認為這個案子應該回歸以專業的角度看品質。如果病人在院所透析，至少每季要有一次應該檢驗指標是否達到標準；第二個院所提供有品質的透析服務，應該要做一些檢驗檢查，將檢驗值申報上 VPN，對病人負責；所以我們認為只要同時滿足門診透析連續三個月與同院所連續兩個月透析兩個要件，就屬於院所該照護的病人，應該對相關醫療品質負責。

張秘書長哲銘(腎臟醫學會)

可能我們工作性質不一樣，署裡看全國資料，第一線都看個別資料為多，每個院所不管是醫院或診所，實際上是用連續兩個月申報的話，很多臨時來來去去的變化，這怎麼算我們不清楚；真的要嚴格定義的話，以 VPN 上傳計算最嚴格，如果不報的話就是零，自己放棄領取獎勵金的權利！真的有些院所沒上傳，也分不到錢。這當然是很嚴格。譬如，外面診所的病人到我們醫院來洗個兩次，我會申報費用但是我不會為他抽血兩次。

張專委溫溫

我們計算指標第一個門檻就是受檢率，例如我服務的病人是 10 個，起碼要有 9 個人有接受這個檢查才符合第一個條件；基本門檻過了才討論合格率，例如血清白蛋白大於 3.5 的比率是要達到 70%，我才有符合這個指標，所以它有兩層意義。我覺得講受檢率，如果分母以 VPN 上傳計算受檢率就沒有意義，有上傳就同時滿足分母與分子要件，就一定是 100%。

張秘書長哲銘(腎臟醫學會)

受檢率的數字從沒到 100%，例如院所這個月排在第 2 週或第 3 週檢驗，就是會有人因生病、外出、到別的院所、死亡、移植等因素沒能做檢查，不可能 100%。

曾代表志龍

我表達實際作業的意見，院所每個月固定兩天或每周一天抽血，若病人這個月來洗腎 2 次，錯過固定抽血的時間，到另家院所洗腎恰巧也錯過抽血日，兩邊都漏掉了。發現他上個月沒報告可以補抽嗎？需要補抽幾項的報告但不完整的報告，還要上傳嗎？實務上常發生這種事，但署裡可能不會設想到這些狀況。

主席

為何是每個月固定時間去抽血，不是病人來洗腎時抽血？大家都這樣嗎？

張秘書長哲銘(腎臟醫學會)

團體作業都是這樣。

曾代表志龍

病人第一次來院所，不足的資料會在第一次抽，再來就是在固定時間去抽血，不可能有那麼多的人，每天都在做同樣的事，都是少量在做。檢驗所不會這樣配合。

主席

這是外檢，但抽血一定是固定時間嗎？

張秘書長哲銘(腎臟醫學會)

全國都是這樣做，醫院也是。每個月第幾週的固定時間去抽血檢驗。沒辦法隨到隨抽。院所病人通常 100~200 人，若病患來就抽，診所每天都在送檢體。

主席

分母有多種說法，有什麼折衷？

張專委溫溫

我來說明為何不能用 VPN？分配獎勵金是用申報資料，所以申報資料假設有 30 位病人，若 VPN 只報 10 位病人，以此去做資料分析，這是有差異的。第二、在資料的收集並不嚴苛。例如：7、8、9 月申報費用，只要其中一個月有上傳檢驗資料就算數。健保署採用最後 1 次，例如：7、8、9 月都上傳資料，以 9 月上傳的資料當指標；若只有 7 月上傳就以 7 月資料當指標。若一個月只抽 2 天，至少能有 1 次資料，MISS 的機會不高，這也是按照腎臟醫學會請各位 PO 資料的規則。

主席

不可能用 VPN 當分子分母同時滿足 95% 的門檻，以醫管組的定義，似乎沒有不對。

張秘書長哲銘(腎臟醫學會)

病人轉換院所時有申報透析費用，如果沒做到抽血檢查就無法申報檢驗值。

張專委溫溫

申報的歸責是要認定他是你的病人，若 3 個月裡有 2 個月在你的醫院接受服務，應該達到基本的要求：給他做些檢驗檢查。

張秘書長哲銘(腎臟醫學會)

我們參考醫院協會建議：每月透析次數大於多少才算。

張專委溫溫

我們本來是連續三個月，若用每月透析次數大於多少，我們可以朝這

個方向討論。最大的問題在如何歸責於院所？若要用每月透析次數，個人覺得也是可以，希望能釐清專業的看法，不能只是用 VPN 上來的就算，如果該上傳未上傳又該如何計算？

主席

『慢性透析病人』的定義：曾連續三個月申報門診透析案件，這個有意見嗎？

羅代表永達

所謂「連續三個月從何時開始」希望能清楚說明。如果在 A 院做透析再轉到我們醫院做了，沒有連續三個月，是否算『慢性透析病人』？還是要採用到我這裡或 VPN 第一次透析日？

張專委溫溫

病人是否屬慢性透析病人，健保署資料可知道是否連續三個月做透析(包含別的院所)，這才是我們要偵測的人(總分母)，在你的院所透析，才算是你的。

主席

第一層是曾連續三個月申報門診透析案件的病人，是大家共同的分母，這些人未來就是要上傳 VPN 品質數據。第二層(第 60 頁)院所歸屬部分是假設有 100 人，分給 10 家診所，各自取 100 位之中的哪些病人當自己的病人。在統計期間他有兩個月(含)以上在這個院所有申報門診透析任一醫令的病人數。以季為單位，每季至少要有兩個月。如果病患當季跨兩家院所透析都連續兩個月要怎麼辦？請醫管組詳細說明。

張專委溫溫

2 家都算。

羅代表永達

病患跨院透析甚至到 3 家，都不算忠誠病人。我們建議每月透析次數要大於當月二分之一的透析次數，而且同院所有三個月以上的申報，才歸責給那個院所。跨院透析的透析病人，如何看出品質？算誰的責任？

主席

若此人洗了 30 次，跑了 3 家，是否取次數最多的那家？就歸責給那個院所，不一定是一半(15 次)。

羅代表永達

我的定義是一個月假設洗 13 次，他至少要大於 7 次，而且連續三個月。

主席

大家討論到現在仍無共識，醫管組覺得這定義可行嗎？羅代表說次數要超過一半，大家覺得這定義好嗎？

張秘書長哲銘(腎臟醫學會)

建議同一院所，每月超過 7 次。

主席

每月超過 7 次而且連續三個月於同一院所透析，就算該院所的責任。醫管組覺得這定義可行嗎？無主的病人就沒辦法了。

林秘書長元灝(腎臟醫學會)

對游走於各洗腎室的病患我們都很困擾，這類病人照護品質一定很

差，很多數據都無法追蹤，若要歸責給某家院所也不公平，沒辦法全方位照顧他。就等於 loss 這個病人的品質。

主席

第一層大家已經同意連續三個月，當大家共同的分母。哪些是要透過 VPN 上傳這是每一家的責任，羅代表的建議，大家願意考慮：連續三個月，同一院所，每月 7 次以上，就是診所的責任。2 月份也是 7 次，沒差很多。

廖代表秋錫

實務上極少數病人 1 個月有可能超過 15 次後送件抽審。假設 1 個月洗腎 14 次(各 7 次)或 15 次(7 次、8 次)那要怎麼辦？

主席

超過 7 次，兩家都要送，都有責任。大家是否覺得稍加合理。醫管組覺得這計算定義可行嗎？算得出來嗎？有困難要講。

張專委溫溫

腎臟醫學會補充資料第 2 頁建議分母用 VPN 上傳，但剛剛提到有不妥。第二個分母定義是用領有重大傷病證明的慢性透析病人，在同一院所連續三個月以上，有申報任一透析醫令的病人數。第二個定義比較可行。醫院協會來函也是這個意思。

主席

羅代表所提，不是醫院協會的意見。是羅代表個人意見

羅代表永達

可以這樣說。

游代表進邦

醫院協會的意見是醫令，沒說數量。它沒有講清楚，不是代表說數量與醫令就算喔，今天在此討論反而完整，就是大於7次以上，等於是真的在醫院收治病人。每個月只報1次這種極端值算到醫院，我個人覺得比較嚴苛不公平。

林祕書長元灝(腎臟醫學會)

如果特定某月都會來此遊玩、探親的透析病患，還要提供品質監測，不太合理。

游代表進邦

當時沒講到次數，是說符合血液透析醫令就算，今天在此討論次數比較完整，就是7次以上。

主席

醫院協會及腎臟醫學會對分母(任一醫令)的定義是一致。但任一醫令出現1次就算覺得不夠週延。所以醫院協會及腎臟醫學會算退案了，游代表有參加醫院協會的討論。

游代表進邦

當時討論醫令，沒討論到次數。

主席

回到次數，看是否能算出？因是包裹申報(一個月申報)

龐代表一鳴

我們原則上按照羅代表建議次數做看看，但要有個前提，就是納入指標計算的人，能涵蓋現在 90% 的病人；如果納入品質監控的人太少就沒意義。如果超過 90%，就按照羅代表的建議來調整。如果沒超過 90%，請各位代表授權健保署按照這個精神（調整次數）再試算一個好的方式把病人納入計算。

主席

我們就照羅代表建議次數請醫管組評估試算，下次會議再提出來。

張專委溫溫

從 103 年 7 月就請院所上傳，發現有些奇怪的資料或是應上傳而未上傳，已經輔導 2 次。所以會用 104 年第 1 季資料模擬試算。

主席

第一次用資料庫來分析，希望大家能有多一點耐心討論。收錄大家的意見。羅代表的最終建議納為第二層計算暫時的標準，請醫管組試算，下次會議再提出討論。看結果如何再取得共識，才能成為最後的計算方法。

蔡委員宛芬

第 65 頁第 8 項建立對病人透析治療模式選擇之充分告知機制，分子要用檢驗資料庫的部分，請說明。

劉科長林義

我們本來的規劃是歸責的病人每年都要衛教 1 次。腎臟醫學會的意見是只針對新的病人才要衛教 1 次，分子分母都改成新病人。

蔡委員宛芬

如何知道有沒有做衛教？

張專委溫溫

檢驗資料是指院所上傳檢驗值資料。VPN 上傳指標是由院所通報，其中有個欄位由院所填具個別病人有無作衛教。

張秘書長哲銘(腎臟醫學會)

這種衛教不只是在電腦打勾，另外準備紙本資料。腎臟醫學會也定期訪查

主席

真正告知的書面資料會併在病歷，可以查閱。

陳代表鴻鈞

腎臟醫學會是會定期訪查，我們也有建立資料庫，內容很多可在訪查時使用。

林秘書長元灝(腎臟醫學會)

署可以代表委員會發文給環保署嗎？因為最近做與透析業務息息相關的「水污染防治法」修正，開會時學會未被邀請及告知，最後結果才被告知。希望未來再次召開「水污染防治法」相關會議能行文給腎臟醫學會，我們會派代表參加。

主席

學會可以發文給環保署提供建議，「水污染防治法」與本次會議有沒有關係還不知道，如果認為會影響病人健康，學會行文就可以了。

張秘書長哲銘(腎臟醫學會)

要補充操作型定義：第 8 項建立對病人透析治療模式選擇之充分告知機制改成新病人，B 型肝炎、C 型肝炎轉陽率建議寫得更清楚，大家是否同意？

主席

同意修正。

鄭代表集鴻

龐組長提到署要求院所配合上傳檢驗資料，基層院所反映：上傳若有錯誤，可以更正嗎？大家很關心，這可能牽涉到醫療糾紛疑慮的問題。

張專委溫溫

腎臟醫學會提的資料除了人的定義要討論以外，其他所提的，我們都同意配合處理。

資料可否修改？上傳資料在還沒擷取之前，可以被新資料覆蓋。但超過那個時間就不能再傳。我們還在研究處理方法，因為有些爭議性。

鄭代表集鴻

如果實驗室重發檢驗報告，確實會發生數據誤差，希望署裡能盡快讓我們明確知道要怎麼處理。

李副組長純馥

因為有給經費(誘因)，依照主計的說法，已經核付的部分，不容再做變更。檢驗值對病患很重要，我們再與資訊討論，在健康存摺上看到正確的數值。如果檢驗數值改變不影響核付，我們再思考如何做調動。

鄭代表集鴻

如果檢驗室輸錯數字我們也報上去了，後續如果不能更改，可能會有醫療糾紛。

主席

原則上誘因不重複，單純更正不重複給誘因。更動要釐清是更動哪一筆，技術上去克服，研究之後再告訴大家。本次會議到這裡結束，謝謝大家！